



諮商心理與復健諮商學報

Journal of Counseling Psychology & Rehabilitation Counseling

<第二十七期>

發行人 吳連賞(國立高雄師範大學)

出版者 國立高雄師範大學諮商心理與復健諮商研究所

主編 徐西森(國立高雄師範大學)

編審委員 (按姓氏筆畫排列)

丁原郁(國立高雄師範大學)

王雲東(國立臺灣大學)

王敏行(國立彰化師範大學)

王麗斐(國立臺灣師範大學)

甘桂安(國立高雄師範大學)

吳明宜(國立高雄師範大學)

卓紋君(國立高雄師範大學)

林幸台(國立臺灣師範大學)

林真平(國立高雄師範大學)

孫若慈(國立高雄師範大學)

連廷嘉(國立臺南大學)

陳靜江(國立高雄師範大學退休)

黃光國(國立臺灣大學)

葉光輝(中央研究院)

趙淑珠(國立彰化師範大學)

鳳華(國立彰化師範大學)

執行編輯 夏允中(國立高雄師範大學)、賴陳秀慧(國立高雄師範大學)

發行助理 李嘉玲、蕭彥岑

編輯說明

一、本學報創刊於中華民國八十五年十一月，原名為「諮商輔導文粹」，民國九十二年改名為「諮商輔導學報：高師輔導所刊」，民國一〇一年更名為「諮商心理與復健諮商學報」。

二、本學報自九十二年六月第八期起每年出版二期。

三、本學報的稿件刊登順序，依審查完成日期牌，中文稿件在前，外文稿案在後。

審稿委員 (按姓氏筆畫排列)

吳芝儀(國立嘉義大學)

李玉嬋(國立臺北護理健康大學)

林幸台(國立臺灣師範大學)

林明傑(國立中正大學)

林美珠(國立東華大學)

孫頌賢(國立臺北教育大學)

徐西森(國立高雄師範大學)

張德聰(國立空中大學)

許維素(國立臺灣師範大學)

陳若璋(國立東華大學)

劉文英(國立嘉義大學)

鄭青玫(南華大學)

譚偉象(中原大學)

Publisher Wu, Lien-Shang , National Kaohsiung Normal University

Published by Graduate Institute of Counseling Psychology & Rehabilitation Counseling /
National Kaohsiung Normal University

Editor in Chief Shyu, Shi-Sen, National Kaohsiung Normal University

Editorial Board Members

Chao, Shu-Chu, National Changhua University of Education

Cho, Wen-Chun, National Kaohsiung Normal University

Hwang, Kwang-Kuo, National Taiwan University

Lin, Chen-Ping, National Kaohsiung Normal University

Lian, Ting-Jia, National University of Tainan

Ting, Yuan-Yu, National Kaohsiung Normal University

Wang, Ming-Hsing, National Changhua University of Education

Wu, Ming-Yi, National Kaohsiung Normal University

Chen, Ching-Chiang, National Kaohsiung Normal University Retired

Feng, Hua, National Changhua University of Education

Kan, Kuei-An, National Kaohsiung Normal University

Lin, Sin-Tai, National Taiwan Normal University

Sun, Jo-Tzu, National Kaohsiung Normal University

Wang, Li-Fei, National Taiwan Normal University

Wang, Yun-Tung, National Taiwan University

Yeh, Kuang-Hui, Academia Sinica

Acting Editors

Shiah, Yung-Jong, National Kaohsiung Normal University

Lia, Sofia Hsiou-Huei, National Kaohsiung Normal University

Publication Assistants

Lee, Chia-Ling

Shiau, Yen-Tsen

Board of Reviewers

Chang, Roda-Chen Joe, National Dong Hwa University

Chang, Te-Chung, National Open University

Cheng, Ching-Mei, Nan Hua University

Hsu, Wei-Su, National Taiwan Normal University

Li, Yu-Chan, National Taipei University of Nursing and Health Sciences

Lin, Meei-Ju, National Dong Hwa University

Lin, Min-Chieh Jay, National Chung Cheng University

Lin, Sin-Tai, National Taiwan Normal University

Liou, Wen-Ying, National Chiayi University

Shyu, Shi-Sen, National Kaohsiung Normal University

Sun, Sung-Hsien, National Taipei University of Education

Tam, Wai-Cheong, Chung Yuan Christian University

Wu, Chi-Hyi, National Chiayi University

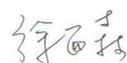
主編的話

承蒙各界先進的支持，『諮商心理與復健諮商學報』（原『輔導諮商所刊』）已發行至第 27 期。本學報秉持著精進專業發展與促進學術交流的宗旨，提供諮商、心理與復健諮商等相關領域之專家、學者、教師、與研究生發表研究成果與溝通專業理念的平台，持續提供讀者多篇豐富且多元的稿件。

本期共刊登六篇文稿，包含各類重要議題與不同對象。其中陳若璋教授等人，從實務現場出發，調查了心理從業人員遭遇案主暴力之狀況；而陳杏佳教授等人則從護理系學生回溯被精神病患攻擊經驗，提供給我們許多未來在教學上的反思。在檢視諮商成效的議題上，林妙容教授等人，研究了安置機構保育員在接受心理治療後，其替代親職角色壓力的改變及其接受心理諮詢的效果；洪菁惠教授等人，則是從當事人角度出發，研究當事人接受諮商後的第二序改變，發現諮商有助於對問題困擾者後設理解的轉變。鄭青玫教授等人，則是以男性婚暴者為例，探討男性婚暴者參與處遇團體的反療效因素變化歷程。最後，葉寶玲教授等人，則是把研究對象放回諮商師身上，去瞭解諮商師接受心理治療後與母親的情感關係的改變。

本學報每期約刊登 4 ~ 6 篇論文，採隨到隨審方式，每篇投稿論文皆送請 2 位以上審查委員專業審查，審查通過後刊登，審稿與編輯等程序嚴謹。有關本學報論文性質與投稿方式等訊息，請詳閱高雄師大諮商心理與復健諮商研究所網頁之徵稿簡則等相關內容，歡迎諮商、心理、及復健諮商等領域之專家、學者與各校師生踴躍投稿。

國立高雄師範大學
諮商心理與復健諮商研究所
所長

 敬啟

民國 103 年 8 月

目錄

01. 護理系學生回溯被精神病患攻擊的經驗分析與反思

劉欣怡、陳杏佳 · 7

02. 安置機構保育員接受心理諮詢之替代親職角色壓力改變初探 —以照顧參與性侵害預防教育團體之六位男童為例

林妙容、蔡毅樺 · 27

03. 心理師遭遇案主暴力狀況之調查研究

陳若璋、王沂釗、劉効樺 · 57

04. 男性婚暴者參與開放式處遇團體之反療效因素變化歷程初探

鄭青玫、蕭文、黃瑛琪 · 81

05. 諮商師個人心理治療後與母親情感關係改變之研究

葉寶玲、陳秉華 · 137

06. 諮商歷程中當事人覺知關係辯證的第二序改變 —以焦點解決取向諮商對話為例

洪菁惠、徐西森 · 171

護理系學生回溯被精神病患攻擊的經驗分析 與反思

劉欣怡¹、陳杏佳²

國立臺灣大學護理學研究所博士生、慈濟大學人類學所碩士¹、
國立臺灣大學護理學系所助理教授、臺灣大學護理學所博士²

初稿收件：2013年06月20日；正式接受：2014年06月30日

通訊作者：陳杏佳，任職機構：國立臺灣大學護理學系，通訊地址：100臺北市仁愛路一段一號
臺大醫學院護理學系，電話：02-23123456 轉 88902，電子郵件：shinchia@ntu.edu.tw

摘要

精神病患暴力行為的照護是精神科醫療人員養成與繼續教育的重要議題，但以往文章少見學生在臨床遭遇暴力的經驗探討。本文藉由一名護理系學生（簡稱護生）在精神科實習過程中，遭遇其照顧的精神分裂症病人口語及肢體暴力攻擊的經驗，透過深度訪談回溯事件並進行內容分析，先描述現象本身及所處之脈絡，包括從記錄事件發生經過、護生的情緒感受，以及相關聯的過去成長環境、護生本身、病患、事件的發展過程之脈絡，歸類其經驗的主題與內涵，包括(1) 照顧壓力的情緒負荷：對病患的負向情感轉移，(2) 進退間的掙扎：「專業角色？自我安全？」，(3) 事後的情緒表達：情緒需要自己處理，(4) 對病患之攻擊動機之預設：以人際互動去解讀。進一步詮釋現象可能具有的深層意義，包括：象徵互動、情緒與判斷、學習角色與階層三個方面。希冀分析與反思此經驗，提供相關科系教師在指導與輔導學生面對病患暴力攻擊或協助臨床新進醫療人員之暴力攻擊在職教育的參考。

關鍵字：護生、精神病患、攻擊、象徵互動

緒論

處理精神病患的暴力攻擊問題是精神醫療服務的重要議題之一(Chen & Hwu, 2009)，也是護理系學生(以下簡稱為護生)養成教育的一部分。精神科護理的學習目標通常希望護生在臨床實習時，能評估病患暴力攻擊風險和執行處置。在臨床實習時，精神科護理教師會考量護生的照顧能力，夥同主護護理師，篩選精神病患個案，並持續關照與督促其護理過程，所以護生不容易單獨面臨高暴力風險的病患，因此國內很少有護生身為暴力受害者及其主觀經驗表達的案例。對護生而言，在精神科病房實習面對暴力攻擊風險時，護生身為生手，在經驗與專業不足的情況下，經歷過程會如何？當他們遭受病患攻擊時，教師指導與輔導的方向要考量什麼？都是很值得深入探討的部分。

國內學者在早期注意到護生在精神科病房的實習環境中，護生存在有焦慮、害怕的感受(李，1987；林、李，1995)，這類焦慮感受部分導因於護生擔心評估與處置的能力不純熟，而害怕面對病人的精神症狀與攻擊行為(林、李，1995)；國外一些研究則提到護生因經驗與專業不足，在精神科臨床實習是受精神病患攻擊的高危險群(Beech, 2008; Lanza, 1992; Nau, Dassen, Halfens, & Needham, 2007; Needham et al., 2005)。面對有暴力風險的精神科住院病人，精神醫療人員除了要預防自身安全，仍要接觸病人進行處置與照顧，即使透過學習暴力處置的知能，例如約束、給藥、行為約定等，臨床仍需持續留意病人和處置前後的變化，而護生同時是生手、學習者、非正式醫療人員的角色，這種專業的技巧需要臨床練習。本案例之護生在實習時成為被自己照顧的精神病患之攻擊對象，而且經歷多次口頭與肢體推觸的暴力攻擊，這方面的案例探討相當少見。因此本文以此護生回溯被攻擊經驗之深度訪談資料，加以分析與反思，希冀從現象的描述到詮釋其意義，提供未來在指導與輔導學生面臨病患暴力攻擊時可能的教學或諮商之著力點。

文獻回顧

朝向他人的攻擊行為型態，一般分為口語和身體攻擊兩種，若根據攻擊的動機可區分為衝動型或工具性兩類(Barratt, Stanford, Dowdy, Liebman, & Kent,

1999; Vitiello, Behar, Hunt, Stoff, & Ricciuti, 1990)，二者的差異在衝動型的攻擊多半是因事端而立即激發反應，沒有計畫的，比工具性攻擊更易受疾病或情緒影響。精神病患的攻擊行為常與其精神症狀有關，尤其是被害妄想 (Krakowski, Volavka, & Brizer, 1986)，有些精神分裂症病患在攻擊時顯得焦躁、生氣與暴力 (Craig, 1982)。

醫院是工作相關暴力發生的高危險場所 (Beech & Leather, 2003; Lanza, 1992)，專業醫護人員中尤以護理人員是第一線面對病患攻擊行為的高危險群 (Alexander, Gray, Klein, Hall, & Kettles, 2000; Bilgin & Buzlu, 2006; Chapman & Styles, 2006)，甚至有醫護人員將職場中受到病患的攻擊視為工作的一部分 (Ferns, 2006)。雖然護生接觸精神病患之機會比精神科專業人員少，但因處理的能力與經驗不足，仍可能被精神病患攻擊 (Beech, 2008; Beech & Leather, 2003; Lanza, 1992; Nau et al., 2007; Needham et al., 2005)。因此，護生在精神科養成教育中需要被教導處置暴力的知識與技能 (Taylor, 2000)。一些研究探討護生遭遇精神病人暴力攻擊的相關因素 (Needham, Abderhalden, Dassen, Haug, & Fischer, 2004; Whitley, Jacobson, & Gawrys, 1996)，包括接觸精神科的時間長短、對暴力的評估能力、自我覺察的能力等。一些研究著重在教導護生處置精神病患暴力時應涵蓋的知識技能及課程設計 (Beech, 2008; McGibbon & McPherson, 2006; Needham et al., 2005; Whitley et al., 1996)，或介入課程教育後的成效評估 (Nau et al., 2007; Needham et al., 2005; Wondrak & Dolan, 1992; Woodtli & Breslin, 2002; Zeller et al., 2006)。其中的課程內容包括預防暴力之學理與技巧、對有暴力危險病患之溝通技巧、對暴力的態度和感知、處理暴力攻擊的評估與技巧、專業人員之角色、病患和專業人員之安全等；授課形式則包括講授、角色扮演、錄影帶教學及策略計畫等。課程成效主要是檢視學生評估病患暴力風險的能力，以及學生是否保持安全距離以維護自身安全，再協調團隊進行處置。

以往的研究注意到護生遭遇病患暴力攻擊的感受 (Farrell, 1989; Nau, et al., 2007)，包括困擾、難過、挫折和罪惡感 (Nau, et al., 2007)，這些心理反應與 Lanza (1992) 提到的專業護理人員成為病患攻擊對象時的基本反應是類似的，例如護理人員遭遇病患攻擊時較多會引起的情緒反應，包括使用理智化、強迫行為、反覆擔心、壓抑、否認、合理化的防禦機轉，以及責備自己、出現角色

衝突，且較多擔心病人安全和權利，而較少顧慮自己的安全和權利。Nau 等人（2007）提到護生在因應病人暴力行為的特別之處，在於其期待從照顧病人處獲得回饋，或容易提供給病人超過其真正需求的措施，這些期待易增加護生受暴力攻擊與影響自尊的可能性，因此口語攻擊有時會讓護生感受到被傷害；再者，護生對暴力處理容易不知所措，一方面不好意思表達出來，另一方面又過度強調自己可以獨立處理；而護生較在意病患為何會有暴力攻擊，會想要除去引發暴力的原因，易忽略如何降低當時的緊張情勢，且不容易瞭解暴力和其他因素之關連，易傾向將暴力認為是個人互動的產物。

以往還有些研究關注到護生在詮釋其遭遇被病患攻擊之歸因，包括：1. 內在歸因：例如我不好、或者我做錯了，與 2. 外在歸因：這是病患所造成的，或者這是病房的問題，不是我的責任（Nau, et al., 2007）。至於護生對精神病患暴力攻擊的因應，Farrell（1989）以民族誌方法，訪談 3 位護生對病患暴力攻擊的因應，在醫療環境的階層中，護生在一開始對處理暴力是較沒有自信的，會認為專業人員才有自行處理或請團隊同仁協助處理的權力，護生會先退而觀察，然後再等專業人員來處理，藉此模仿專業人員處理暴力約束和互動技巧；而實際處理時，因較缺乏獨立的自信，會期待有專業人員在旁指導或發號施令，如此可以讓其較鎮定且發揮處置能力。換言之，教育者有責任要教導護生如何面對及處理暴力（Kiner, 1995; Nau et al., 2007; Whitley et al., 1996），以及在臨床上如何避免直接遭遇暴力攻擊（Echternacht, 1999）。

研究方法

本文是護理系教師在護生結束實習後，在偶然的見面機會中獲悉護生曾在自己選習的實習單位中被精神病患多次攻擊，卻在實習討論時隱藏很多感受未告知教師與臨床團隊。事後以深度訪談法回溯其經驗收集資料。透過內容分析法整理資料，除了呈現護生的主觀經驗與感受，瞭解護生本身所身處的脈絡，從其經驗主題與內涵中解讀出護生面對被精神病患攻擊事件背後的可能意義。

深度訪談係由指導教師在徵得護生同意後，進行面對面錄音訪談，時間約 4 小時，以開放句引導護生回溯其被病患攻擊的事件經過，以及引發之立即感受、內在的想法、與呈現的行為。進一步轉錄其所敘說的經驗為文字，反覆閱讀並加以分析。

資料的呈現先按照護生回溯被攻擊事件的時間與過程，作背景資料與初層次的情緒想法行為之整理，再針對不同層次的詮釋內容，進行內容分析、比較、歸納，形成經驗的主題，並討論這些經驗的意義脈絡。結果的第一部分是關於學習環境脈絡、護生、攻擊者、護生關注被病患攻擊的事件歷程之背景，以及與初層次的情緒想法行為之描述。第二部分則呈現護生回溯被攻擊事件之經驗主題與內涵。

結果

第一部分：背景描述

1. 學習環境背景

大學護理系學生的養成教育在大四必修「精神衛生護理學」課程授課與臨床實習，分別為 3 學分，共計 6 學分。課程通常涵蓋約 1 小時有關暴力攻擊的知識和處置技能之介紹，實習則密集在八週內以精神科急性病房與個案照護為主，每週約 20 小時，採床邊教學；照顧的個案通常精神科護理問題屬較典型單純、症狀較不嚴重。接觸或照顧暴力病患的機會較少，因此臨床會再安排小組討論，以複習知能與練習約束技術。接著，護生可在必修 3 學分的「綜合臨床護理學實習二」時，根據個人興趣和未來規劃，選擇曾實習過的科別單位再次進階學習；在密集實習的八週內，學生每週約 20 小時至臨床實習，除去初期在課室介紹個案報告整理方法與臨床單位環境與技術熟悉，以及最後安排個別個案的口頭報告時間，在臨床專責固定個案臨床照護為期約五週；選習指導老師教學乃定時進行討論與監督，以及不定時臨床探視；在這個階段學生要學習融入醫療團隊，可選擇較具挑戰性的個案照護，更獨立地在第一線提供病患照顧。

2. 護生的背景

護生為某大學醫學院護理學系四年級女性學生，她個性樂觀、勇於表達意見，積極參與學校事務，曾當選學生代表，在高社經地位的文教家庭中長大，父母教養態度採民主開放，鼓勵獨立進取，家中排行老二，有一位哥哥。護生已於前一學期修習「精神衛生護理學」課程與實習，於急性病房實習中可以主動接觸病患，學習動機與表現佳。此次「綜合臨床護理學實習二」乃是此名學生再次進階選習精神科急性病房，並主動表示願意嘗試照顧較具挑戰性之個案。

3. 病患的背景

護生主要照顧的病患是一名年輕女性精神分裂症患者，其症狀主要是被害妄想，症狀內容是認為她與照顧她的醫師戀愛並懷胎，而護生及護理人員嫉妒她，會給她吃墮胎藥要讓她流產。所以病患在有症狀出現時會拒絕吃藥，具敵意和高攻擊性，包括口頭攻擊（罵髒話、拒絕）和身體攻擊（撞、推等），在病房住院過程中，常對工作人員有肢體攻擊（2～3次／週）。

4. 三次攻擊事件

護生在實習第二週選定個案再主護護理到第五週，為期共照顧4週，但護生關注被病患攻擊的經驗主要有3次，分別在照顧病患的第一、三、四週發生，包括口頭攻擊、用手推撞、及大力關門，其時間、情境與互動過程，以及護生當時和事後初層次的情緒想法行為，分別整理如下：

第一次當時情境是病患想和她妄想症狀所愛戀的男醫師講話，但是未得到醫師回應，逢護生欲給予藥物，病患憤怒罵三字經及「去下地獄」等，同時近距離用手推護生。護生感覺驚訝與被嚇到，想著：「我對你這麼好，你怎麼會用這種方式對我或懲罰我」。護生回溯雖然當時知道病患是受精神症狀影響，不是故意針對她，但她同時卻又聯想病患「是否是針對熟人才較不會控制情緒而出現攻擊行為」。護生事後隔一段時間有告知病房護理人員此狀況，也接受護理人員提供的心理支持，但護生不太認同護理人員似乎採認命的態度「好像你在這邊工作，遲早都會遇到這種事情，這不是你錯不錯的問題」，護生不覺得被病患攻擊為精神科病房不可避免的風險，她覺得「或許還能再做些什麼」，讓病患可以克制自己不會隨意攻擊護理人員，但她尚能接納繼續照顧病患。

第二次當時情境是因為病患拒藥，護生找護理人員陪同去給藥，病患在護生核對藥物時背對著她，護生嘗試要走去面對病患，病患就突然用手推護生，並說「你走開，你不要講話」，護生當時的感受是憤怒、挫折、不被信任與被拒絕，很想問「你為什麼要這樣」且「很想給她一巴掌」。此次被病患攻擊後，護生開始對病患產生負向的感受，且護生認定了病患對熟悉的工作人員較容易攻擊，但又覺得自己不應該有此想法，故和老師討論時隻字不提，僅在當天實習結束後和同學宣洩情緒。在臨床對病患則較疏離，僅採短暫多次探望之照護方式。

第三次情境是護生在該單位實習的最後一天，當護生進到病患的病床單位，病患背對護生在笑，護生當時認為病患情緒不穩，且是在取笑她，在未特別和病患保持距離時，病患突然憤怒的說：「我請你出去可不可以」，護生感覺被嚇到，但認為自己應該繼續關心她，護生表示：「今天是最後一天實習……不管她怎樣待我，我都會一直這樣關心她，只要她願意」及「看誰比較有耐力」，故護生堅持留在現場想瞭解事由，結果病患敵意很強地說：「你不要在那邊做作啦，我知道你都不是真心的」，護生仍逗留在原地，病患就突然站起衝過來用手推護生說「你出去啦」，一邊大力關門，護生因此被撞出門外，且有很大聲響而引起旁人關注「大家都跑出來看發生什麼事情」、「我把事情搞壞了」、「不太希望有人注意到這件事，因為聲音很大……不希望被一些不太熟的人馬上看到……覺得自己為什麼沒辦法做好」、「我就很努力去壓住自己的那種感覺，就說還好啦，就把它輕描淡寫地說過去」，人則趕緊離開現場。事後護生反省提到：「那個（病患）敵意就很強，以前我就會說既然你這麼不喜歡我在這裡，那我就不會堅持逼你接受，我會離開；可是那天我就想知道如果她那個（敵意）真的是 test 的東西（測試熟悉的工作人員之接納度）的話，那過了這個高峰，沒有辦法的時候，她就會下來，我覺得那真是蠻冒險的，變得（自己）有毛病了」。護生當時的感受是想哭、被羞辱、矛盾、沮喪、被傷害與不被尊重，甚至有些羞恥，護生提到「開始覺得說她的攻擊好像讓我覺得被傷害了」、「會很想哭，可是人家這樣問我，我不可能就哭啦，可能只對自己的表現有一些困擾出來，好像有一點自我期許，好像不應該這麼脆弱」，而後才設想處置的方法，像是「我是否有權力告知其他醫療人員立即前來約束病患嗎？」、「我的判斷能否被團隊接受？」，且擔心「我若沒有任何處理，會不會與團隊態度不一致呢？」最後護生在猶豫與衝突中未有任何舉動，而是默默找地方獨處。事後護生從其他工作人員得知病患當時有被害妄想，以為護生藏了一支很大的針要注射她。

第二部分：經驗主題及內涵

從護生經歷精神病患攻擊的經驗，歸納整理分析出經驗之主題及內涵分別描述於下：

1. 照顧的情緒負荷：對病患的負向情感轉移

護生提到每次要去接觸病患時都有壓力，會先深呼吸，覺得「好像一去不復返的感覺」，但護生一直期待自己能被病患接受。護生第一次被病患攻擊時，認為病患是精神病患，且不是故意要針對她，故她尚能處理照顧壓力與情緒負荷，也會懷疑是否是自己能力的問題，所以繼續接納並願意進一步積極照顧病患，護生提到：「會覺得自己不细心的成分較大，好像自己稍微有一點大意，沒有注意去察覺到病人在這種狀況下適不適合，那時候是因為第一次（被病患攻擊），而且病人剛入院，其實照顧她沒有多久，還沒摸清楚，會不清楚這個是她（病患）的問題還是我的問題」。第二次被攻擊時，照顧壓力的情緒負荷更沉重，且已對病患出現負向情感轉移，其提到：「我會跟她保持一點距離，她推我，我會覺得有一點挫折啦，感受到一種不被信任，被拒絕的感覺，但是我還是在我保持距離之後，就會試著去聽，並不是不講話」、「可能心理還期盼她會有一點什麼感覺，……今天早上她給我的反應是（友善）這樣，可是她下午又那樣（攻擊），這是很多挫折包含在一起，而且我被她拒絕了」。也開始認定病患是較容易因她是熟悉的工作人員而攻擊她，她認為若一般人沒有理由地罵她或是有肢體攻擊時，她會表達出不高興或者反擊，但對病患只能不悅地忍下來，護生提到：「我一時覺得有一點沒有耐性了，覺得沒有辦法再忍受她（病患）那樣無理的態度，那時候有跟學姐（護理人員）說我很想給她一巴掌（護生笑），可是其實我在現實生活中從來沒有做過這種事情（護生笑），一方面也是我退後的時候，我立即想到我今天不能這樣做」。後來在醫療團隊開會討論治療問題時，聽到工作人員提到對病患負向情感轉移後，注意到自己也有相同問題，才開始找同學宣洩情緒，覺得自己一部分的情緒在同儕得到紓解與被同理，故才能繼續短暫多次地去接觸照顧病患。第三次被病患攻擊時，其情緒化的反應更多了，包括：想哭、被羞辱、矛盾、沮喪、被傷害與不被尊重、羞恥、想逃，尤其是這次被攻擊的時間點是實習的最後一天，護生的情緒負荷有多種來源，包括：雖感覺到病患的敵意，卻期待有好的表現，仍堅持留在現場表示誠意，並期待病患給予善意的接納與回應，

再加上事發聲響引人注意，護生她事後的回溯與反思，發現當時面對負面情緒馬上的處理方式是壓抑與迴避：「如果我在那個時候情緒出來的話，大家會過來安慰我什麼的，但是那個好難過呦！反而我還要去承受那樣子的壓力，可能又變成另一個要處理的，變成那個（被病人攻擊）事情發生之後，我就比較避開，……趁比較沒人的時候跑到後面去喝水（護生苦笑）」。

2. 進退間的掙扎：專業角色？自身安全？

護生在前兩次已有被病患攻擊的經驗，但是護生面對第三次被攻擊時，仍選擇沒有立刻告知護理人員做進一步處理。護生回顧在第三次即將被攻擊前，已觀察到病患出現攻擊徵兆，但為了探究病患產生攻擊的理由以進一步處理，仍繼續和病患接觸，其實內心很擔心自己的安全，想立刻退下逃跑，但她認為逃跑是表示自己沒有負責盡力、怕逃跑會激怒病患追擊、以及擔心以後不容易和病患再建立關係，故期待自己「不能逃跑，態度要保持溫和中立」，她提到這種進退兩難的狀況：「對，我要退的話，也不能轉身就跑，那種感覺不太好，很奇怪，好像我的專業角色不對勁，好像在我們的關係裡面，如果我變成一種逃跑的方式的話，對我自己來說，一方面我自己會去評估今天真的到了這種程度了嗎？是不是我自己沒有盡到最後一點努力就跑掉了。另一方面，我一直有一個印象，當病人今天有什麼東西起來的話，我們有一些很激烈的反應，反而容易更加強了病人的情緒，所以那時我會比較不敢行動」。事後她回溯與反思，可能擔心自己專業能力不夠所造成，以致沒有即時尋求專業支持與幫助：「這個狀況（第三次被攻擊事件）是我一個人去面對，尤其是我一出來的時候，我那時考慮到要不要處理，可是會突然質疑是不是我自己沒有做好造成的，反倒會想到我有沒有權利去說要做處理，可能是對自己沒有什麼把握吧！」

3. 事後的情緒表達：情緒需要自己處理

護生在遭遇病患暴力事後，常壓抑情緒、自行處理，深怕被別人知道其內心的害怕、擔心自己的負面情緒成為別人關注的焦點。像是護生表示每次被攻擊之後：「我會稍微想一下，喝個水，在小房間待個 1～2 分鐘，讓自己情緒比較穩，然後會去洗手檯前面看看鏡子，看看自己的表情會不會很難看」、「那時候被病人那樣子（攻擊），會覺得很想哭，可是人家這樣子問我，我不可能就哭啦，

可能只對自己那邊的表現有一些困擾出來，好像有一點自我期許，好像不應該真的這麼脆弱，這可能跟我自己的一些特質有關，我不喜歡在一些時候，尤其是有負向情緒的時候去處理這種事。……我喜歡就事論事一點，情緒是另外的東西。」「我就很努力去壓住自己那種感覺，還要跟那些同學說，還好啦，只是她（病患）可能情緒不太好，就把它輕描淡寫地說過去，可能我也不太希望我的一個很強烈的情緒出來，成為大家 focus 的焦點，那樣子反而是另外一種壓力」。

針對護生對於自己面對被病患攻擊後情緒表達方式的歸因，護生回憶起其教養過程中，父母老師都很少打罵，多半採說道理，所以很難接受莫名的攻擊，她說：「這已經不是我能不能理解這是不是（精神）症狀，而是在我的環境，或是我的成長過程中，有人在講這樣的東西（罵人），不是對我，我都會覺得不舒服。」「不過我小時候就是那種被人家罵一罵就會想哭，後來我跟我媽媽講，她就說從小沒給妳訓練夠」。此外，護生提到自己的特質是怕別人拒絕自己，常做很多努力，希望別人接受自己，人際關係能和諧。但當她覺得不論對病患多好，病患都無法接受，護生感覺「這是一種懲罰，使我自尊心受傷」，前兩次被攻擊後都是採事後部分自行調適的因應方式，但第三次被病患攻擊時，因為事件聲響很大，引發很多人注意，情緒還包括擔心自己處理得不好、羞恥感、怕自己成為別人關注焦點，加上其因應策略較壓抑、逃避，護生表示：「原本我很想哭，但因怕別人注意到，就不太可能哭，而且自己的個人特質是不希望自己太脆弱，也不喜歡在別人面前表現負向情緒，而且如果自己的情緒太強烈，擔心會成為大家關注的焦點」，所以每次被攻擊事後，護生傾向選擇逃到另外的空間，閃避他人對她的關注，但其實其心理承受許多負面情緒卻不願去面對與表達，像是護生提到事後調適：「第二次（被病患攻擊）的時候我回到護理站喝完水之後，就開始在想，會告訴自己，像自我催眠，告訴自己說今天開始會有這些想法，不應該，我覺得我那些不應該，就蓋過了其他的東西，變成我努力的東西是我怎麼重新去建立我對病人的關心，因為那種情緒已經被我自己否認掉了，第三次我記得那一天結束之後，我就去找一個同學去吃東西，混了一個晚上（護生笑）」。

4. 對病患攻擊動機之預設：以人際互動解讀病患的攻擊動機

護生面對病患不止一次的口語及身體攻擊，引發其探究病患為何攻擊護生的之動機。由於病患的精神症狀，其對護生表現出不信任的敵意，護生回顧其對病

患能持續照護之想法：「我一直希望能向病患證明自己沒有騙人」，像是護生說道：「我大概每 15 分鐘到 30 分鐘就會去看她一下，不管她是睡著了或是在幹什麼，就想讓病人知道我會一直去探視她，會試著跟她講為什麼會來看你，如果妳有什麼事情，我可以留下來陪你」、「我希望她知道不管她怎麼樣，我都會一直這樣關心她，照顧她」、「我想試試看她那個敵意的真相是什麼，所以想要逗留久一點」。護生雖已經過精神衛生護理學課程與實習的初階專業訓練，但仍容易採一般民眾所以為的人際互動觀點來解釋病患的攻擊行為，護生提到：「我曾經假設病人究竟為什麼對我們這些比較親近、照顧她的人會這樣（攻擊），我們其實都不能確定，也不是很敢真的去挑起她的，誰也不敢說萬一她不是的時候，我們會面臨什麼東西……」、「我想去試試看她（病患）那個敵意到底真相是什麼？」，護生對於攻擊行為的觀察與歸因，包括當聽到病患受精神症狀影響發出的笑聲是在取笑護生，以及認為「是不是因為我們能接受她（病患），所以她比較不會去控制自己的情緒，像對她媽媽的敵意也很容易表現出來不高興，而對她比較不認識的人（包括護生以外的護理人員）就比較會自我控制。」在第二次被病患攻擊時，內心更認定了病患的攻擊動機是針對熟人所產生的「敵意」，而想從對病患更好的人際互動策略來取得其信任，且期待透過陪伴而使病患給予善意的回應，而忽略「精神疾病症狀」對病患衝動耐受性的影響。

討論

透過訪談結果與以往的研究發現去探討，希冀進一步詮釋現象可能具有的深層意義如下：

（一）象徵互動

Blumer（1969）認為人是根據事件對他的意義而行動，而意義是由與他人的社會互動，並經由個人詮釋而來，即所謂的象徵互動。在象徵互動過程中，行動者必須指出對自己有意義的事情，故可視為行動者與自己展開溝通的過程，因此進行詮釋時，會將意義進行重組、檢驗、修改，以符合眼前的情境。Lanza（1992）即提到在輔導暴力受害者時需瞭解事件在受害者本身生活經驗之象徵意義。此案例護生面對攻擊的第一層情緒反應是驚嚇、憤怒、挫敗，但不同對象在

詮釋上卻可能是不同的。再者，護生面對三次暴力之後的心理變化，是隨時間軸由護生的觀點所建構的。面對暴力不只是一種壓力的反應，而是一種複雜、多面向的非線性（nonliner）的經驗感受；當護生感覺到病人有口語、身體的攻擊，這抵觸其成長背景與要對病人好的護理訓練時，護生出現了矛盾的情緒，包括對病人有反情感轉移，但又仍想要向病人證明她是真誠對待，此現象背後的意義相當重要。

護生雖曾受專業教育，知道病人攻擊行為有可能是因為精神症狀影響，但因專業程度與經驗有限，仍容易從過去的人際生活互動經驗去解讀病人的攻擊行為，形成了護生對此事件的詮釋特色。也因為她在遭遇病人暴力攻擊之後，其情緒是多重且複雜的，所以不容易一下子被澄清，其內心的感受是在回溯事件中才慢慢抽絲剝繭整理出來的，包括護生提到自己過去的成長經驗，很少被打罵、在人際關係上求和諧，這些信念影響了護生被病人攻擊之後，其與病人的互動與照顧策略。

換言之，除了精神病患的精神症狀外，護生本身在負向情緒的處理與表達、暴力評估與處置、對病患攻擊動機之詮釋層面，受到過去經驗、個性、成長環境、養成教育等因素影響，加上護生在實習場所為學習者的角色，如同 Nau 等人（2007）提到攻擊與被攻擊是多重現象（multifaceted phenomenon），因此在護生被暴力攻擊的事件回溯中，可重新思考事件的脈絡與經驗意義，其過程具有「象徵互動」的意義，可進一步沉澱與釐清。

（二）情緒與判斷

在情緒層面，護生在受到暴力攻擊後對此名病患產生負向的情感轉移，當這種負面感受沒有被正視及處理時，形成照顧的情緒負荷，包括第一次被攻擊是感到「驚訝、被嚇到」，而第二次則是「憤怒、挫折、不被信任與被拒絕」，第三次則是「想哭、被羞辱、矛盾、沮喪、被傷害與不被尊重、想逃」，且事件發生時因為聲響大，而伴隨擔心受旁人關注的情緒。其負向情緒感受逐步累積負荷影響，尤其是對病患之負向感受，並不是如護生期待自己對病患的態度是「溫和而中立」，使護生當下容易因這些情緒負荷影響到專業判斷，忽略病患是受精神症狀干擾而有暴力行為，也沒有進一步的處置措施及尋求協助，同時增加了護生被再次攻擊的風險。護生面對多次攻擊她的主要照護之精神病患，內心對自己的專

業角色期待是「不能逃跑」，要繼續接觸病患，尤其在護理的養成教育中經常強調以「要對病患好」、「以病患為中心」、「真誠」等原則來建立良好的護病關係。護生在面臨被病患攻擊的風險時，到底是以病患的接觸照顧為重，亦或是以自身安全考量為重，經歷「進」與「退」的決策歷程之掙扎，如同 Lanza (1992) 提到護理人員面對病患的暴力也會出現考量專業角色或個人安全的角色衝突，但有經驗的精神科專業人員的判斷與處置能力掌握度較佳，相對之下護生的情緒負荷對處置判斷的影響可能更大。

而且，護生的情緒表達與其教養過程、個人特質及自我期許等因素有關，採情緒取向的因應方式也較明顯。指導教師從護生事後的情緒表達來看，護生對病患的口語或肢體的攻擊具有多種負面情緒，尤其這些情緒抵觸其成長背景，例如護生提到父母親以講道理的方式來教養，面對病患受妄想影響突如其來「非理性」的攻擊，護生覺得無法接受這種無理的「懲罰」，但又受要對病患好的護理訓練，因此出現了矛盾的情緒，即使有著驚訝、憤怒、受羞辱、想哭等多種情緒，卻選擇忍著而不去表達，仍想要透過與病患互動，向病患證明她是真誠以對的。此外，護生因為病患以攻擊行為來阻隔她的照顧，使護生陷入被拒絕與被批評之挫折情緒中；加上護生將情緒衝擊視作是需自行面對的部分，尤其是憤怒的情緒，加上擔心自己處理不好、不希望被別人發現自己需要幫忙，因此她採取「壓抑」的方式來因應。

護生雖然有專業知能，瞭解病患的攻擊行為與精神症狀有關，仍易傾向從一般的人際互動觀點來看，而且內在歸因也較多，比專業人員更在意「為何病患會攻擊我？」、「為何病患不喜歡我？」，也就是 Nau 等人 (2007) 所言，護生更擔心與病患的「關係」而非其精神症狀，顯示護生對攻擊行為的知識學習和實際應用仍有落差，例如護生第一次被病患攻擊時想著「我對妳這麼好，妳怎麼會用這種方式對我或懲罰我」，而忽略病患攻擊時有被害妄想之症狀。因此，護生更在意病患暴力行為的動機，且容易從自身的人際互動觀點去處理緊張情勢，加上護生對於被病患拒絕與攻擊耿耿於懷，使護生在病患已出現憤怒的攻擊前兆時，仍要和病患角力誰較耐久，且在第一次被攻擊後發展出認為病患較易攻擊其比較熟悉的人 (包括病患的媽媽及護生) 之假設，而於第二次攻擊時自行確認，而失去處置病患攻擊行為的適當時機。

綜言之，護生被自己主護護理的病患個案攻擊後，不只呈現一種壓力因應的反應，其情緒、想法與行為會隨自己和他人的互動過程和自我詮釋而改變，也就是當護生開始對攻擊她的病患產生負面情感轉移時，她的成長經驗和教育訓練形成有意義之概念，會進入她的自我思考溝通過程，即便她雖有負向情緒，卻可以繼續照顧病患，甚至嘗試更多的接觸和互動，欲建立良好的護病關係，其與病患互動的過程亦具有象徵意義。故護生被病患數次攻擊的學習經驗具多層面向的複雜變化，其表層的情緒想法和行為之下，有更深層的詮釋在影響和進展，包括其情緒的負荷、掙扎、阻礙和預設，連帶影響其對病患攻擊處置之判斷。

(三) 學習角色與階層

護生到醫療體系實習，具有照顧病患的角色與職責，同時也存在著和實習單位的關係及醫療文化(Dunn & Hansford, 1997)，但也因護生是學習者與生手，其實習安全是被醫療體系保護的(Echternacht, 1999; Nau et al., 2007)，故護生的角色階層有別於正式護理人員，相對地較缺少權力(Dunn & Hansford, 1997)。在這種階層的關係下，護生會擔心自己經驗不夠、容易犯錯、技術差而傷害病患(Landeen, Byrne, & Brown, 1995; Suikkala & Leino-Kilpi, 2001)，較無法自主判斷是否有權可以請其他護理人員協助處理攻擊(Farrell, 1989)，而且容易感到自己是缺乏角色定位的(Landeen, et al., 1995)。此案例護生可能受在醫療專業體系的角色與階層影響，在醫療團隊中未能提出其對病患攻擊動機之預設，而持續以自己的觀點重構攻擊事件的脈絡，成為無聲的角色。當護生第三次被病患攻擊後，其學習角色與階層在訪談中被突顯出現，包括她擔心：「我把事情搞壞」、「我的判斷能否被團隊接受？」、「我有權力告知其他醫療人員立即前來約束病患嗎？」、「我若沒有任何處理，會不會與團隊態度不一致呢？」，護生情緒負荷更重，最後選擇不去處理。假若護生在第一次被病患攻擊後，就能覺察此問題，主動和醫療團隊尋求諮詢，或許可降低其再次遭病患攻擊之風險。Farrell (1989) 曾提到在指導護生學習處理精神科暴力時，病房及醫療團隊應成為支持學習的環境，有專責的資深者來指導協助，並在事後可以和護生討論分享想法和感受，是值得參考的作法。

在學校教學體系的角色與階層來看，護生的學習角色容易期許自己有獨立處理能力，不輕易表露其弱點，影響其「沒有表達」其情緒與想法以及主動諮詢指

導老師，例如護生面對病患攻擊事後，因為擔心自己處理的不好、不夠專業，多以和同學宣洩情緒或自行壓抑情緒的方式處理；此點值得臨床指導者注意學習者的人格特質與其求助行為的關連，以提供適當的教學措施，降低其面對有攻擊危險性病患的挫折及縮短生手的摸索期。再者，老師與學生即使關係互動良好，老師仍具專業權威，學生或多或少會在意其學習成就表現與老師的讚賞，而不容易情緒表露或公開討論其學習的挫敗經驗。因此，學生若遭遇攻擊事件後，應用 Lanza (1992) 提到在輔導被病患攻擊的醫療人員需要同理與支持之原則，對學生宜給予更多的心理支持，鼓勵他們有機會敘說，釐清所處的階層關係及角色衝突，可能可讓其角色在學校系統及醫療體系的階層中慢慢被解構出來，重新賦予學習的權力和動能。

結論

本文呈現護生被精神病患攻擊事件的經驗回溯，在事後的深度訪談過程中整理出她自己的情緒與想法。經由收集其關注的主觀資料，本文試圖從現象描述中，呈現護生被自己照顧的個案多次攻擊的經驗，不只瞭解其主體經驗中初層次的情緒想法行為的核心主題與內涵，包括照顧壓力的情緒負荷、進退間的掙扎、事後的情緒表達、以及對病患攻擊動機之預設，也分析其經驗背後可能的深層意義，進一步反思學校老師或臨床指導者的輔導方向。

透過深度訪談將事件回溯分析，可以看到護生雖從知能教育中學習到精神病患的暴力攻擊行為可能是受精神症狀影響所引發，但實際在遭受病患的暴力攻擊過程中，對事件的詮釋仍會受個人經驗、個性、成長環境、專業養成教育等因素所影響，並呈現出多面向的象徵互動，使護生仍容易以一般人際觀點詮釋病患的攻擊行為，並影響其情緒與處置判斷。故護生對暴力攻擊行為的知識和實際應用需要適當的指導，像是教導其評估與區辨精神病患的症狀、暴力攻擊行為的處置考量與方法。此外，藉由護生受暴力攻擊的學習經驗與因應歷程，亦呈現護生在學校與醫療體系中，有隱而未顯的學習角色與階層之脈絡需要被關注。因此從象徵互動之觀點，更能理解其護生在面對暴力事件的情緒與行為背後的意義。

在受暴力攻擊的事後輔導方面，學校老師或臨床指導者必須在護生或新手實際遭遇攻擊事件後，從其立場深層同理其實際遭遇攻擊事件的感受與挫折，耐心傾聽他們的敘說，讓其有機會宣洩情緒，還需要瞭解事件在其本身生活經驗之象徵意義，瞭解他們真正核心的情緒、想法、詮釋及其因應，並協助澄清其角色背後的脈絡，而非僅以學習成果評量表現，另外，可藉由經驗回溯讓護生或新手的角色在學校系統及醫療體系的階層中慢慢被解構出來，釐清所處的階層關係及角色衝突，重新賦予學習的權利和動能。期望此文未來可應用於相關科系學生在面對被精神病患攻擊的教學指導與輔導，或應用在臨床資淺新進醫療人員之暴力攻擊在職教育之參考。

參考文獻

- 李引玉(1987)。護生對精神科實習的反應。《護理雜誌》，34(4)，63-64。
- 林梅鳳、李引玉(1995)。護生在精神科實習歷程中的知覺變化。《護理雜誌》，42(1)，38-46。
- Alexander, D. A., Gray, N. M., Klein, S., Hall, G., & Kettles, A. (2000). Personal safety and the abuse of staff in a Scottish NHS Trust. *Health Bulletin*, 58(6), 442-449.
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Dowdy, L., Liebman, M. J., & Kent, T. A. (1999). Impulsive and premeditated aggression: A factor analysis of self-reported acts. *Psychiatry Research*, 86(2), 163-173.
- Beech, B. (2008). Aggression prevention training for student nurses: Differential responses to training and the interaction between theory and practice. *Nurse Education in Practice*, 8(2), 94-102.
- Beech, B., & Leather, P. (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 603-612.
- Bilgin, H., & Buzlu, S. (2006). A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 75-90.

- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Berkeley, CA: University of California.
- Chapman, R., & Styles, I. (2006). An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. *Accident & Emergency Nursing, 14*(4), 245–249.
- Chen, S. C., & Hwu, H. G. (2009). Psychometric evaluation of Chinese version of violence scale for objective rating among inpatients with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing, 18*(3), 1899–1896.
- Craig, T. J. (1982). An epidemiologic study of problems associated with violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry, 139*(10), 1262–1266.
- Dunn, S. V., & Hansford, B. (1997). Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing, 25*(6), 1299–1306.
- Echternacht, M. R. (1999). Potential for violence toward psychiatric nursing students: Risk reduction techniques. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 37*(3), 36–39.
- Farrell, G. A. (1989). Responding to aggression; the role of significant others for student psychiatric nurses, an ethnographic study. *Nurse Education Today, 9*(5), 335–340.
- Ferns, T. (2006). Violence, aggression and physical assault in healthcare settings. *Nursing Standard, 21*(13), 42–46.
- Kiner, H. P. (1995). Nursing students' opinions on interpersonal violence. *Journal of Nursing Education, 34*(7), 325–331.
- Krakowski, M., Volavka, J., & Brizer, D. (1986). Psychopathology and violence: A review of literature. *Comprehensive Psychiatry, 27*(2), 131–148.
- Landeen, J., Byrne, C., & Brown, B. (1995). Exploring the lived experiences of psychiatric nursing students through self-reflective journals. *Journal of Advanced Nursing, 21*(5), 878–885.
- Lanza, M. L. (1992). Nurses as patient assault victims: An update, synthesis, and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing, 6*(3), 163–171.

- McGibbon, E. A., & McPherson, C. M. (2006). Interpretive pedagogy in action: Design and delivery of a violence and health workshop for baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education, 45*(2), 81–85.
- Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., & Needham, I. (2007). Nursing students' experiences in managing patient aggression. *Nurse Education Today, 27*(8), 933–946.
- Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2004). The perception of aggression by nurses: Psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(1), 36–42.
- Needham, I., Abderhalden, C., Zeller, A., Dassen, T., Haug, H. J., Fischer, J. E., . . . Halfens, R. J. G. (2005). The effect of a training course on nursing students' attitudes toward, perceptions of, and confidence in managing patient aggression. *Journal of Nursing Education, 44*(9), 415–420.
- Suikkala, A., & Leino-Kilpi, H. (2001). Nursing student-patient relationship: A review of the literature from 1984 to 1998. *Journal of Advanced Nursing, 33*(1), 42–50.
- Taylor, D. (2000). Student preparation in managing violence and aggression. *Nursing Standard, 14*(30), 39–41.
- Vitiello, B., Behar, D., Hunt, J., Stoff, D., & Ricciuti, A. (1990). Subtyping aggression in children and adolescents. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences, 2*(2), 189–192.
- Whitley, G. G., Jacobson, G. A., & Gawrys, M. T. (1996). The impact of violence in the health care setting upon nursing education. *Journal of Nursing Education, 35*(5), 211–218.
- Wondrak, R. F., & Dolan, B. M. (1992). Dealing with verbal abuse: Evaluation of the efficacy of a workshop for student nurses. *Nurse Education Today, 12*(2), 108–115.
- Woodtli, M. A., & Breslin, E. T. (2002). Violence-related content in the nursing curriculum: A follow-up national survey. *Journal of Nursing Education, 41*(8), 340–348.
- Zeller, A., Needham, I., Halfens, R., (2006). Effect of a training course in management of aggression and violence on nursing students. *Pflege, 19*(4), 251–258.

Analysis and Reflection of Student's Retrospective Experience of being Assaulted by Psychotic Patient

Hsin-Yi Liu¹, Shing-Chia Chen²

MS, RN, Doctoral student, Department of Nursing, National Taiwan University¹,
PhD, RN, Assistant Professor, Department of Nursing,
National Taiwan University and Hospital²

Abstract

Care for psychotic patient's aggressive behavior is an important issue in the education for students and staffs in psychiatry; however, there was rare to report the assaulted experience among students in clinical psychiatric setting. This article described the experience of a nursing student who was orally and physically assaulted by her caring case with schizophrenia in the clinical psychiatric practice. Retrospective data of the assaulted experience was interviewed and using content analysis to approach. At first, the phenomena and the context of the experience were described, including the process recording of the assaulted incidents, her emotion and recognition, and the interrelated context of her grow-up environment, individually personal aspect, the patient case, and the development of the assaulted experience. The themes and meanings of the assaulted experience were categorized, including (1) emotional burden of caring stress: counter-transference toward the patient case, (2) struggle between the forward and backward: "Professional role? Personal safety?" , (3) emotion expression after the incidence: a need to manage emotion by herself, and (4) her assumption toward patient's intention of the assault: using the viewpoint of interpersonal interaction. Then, the interpretation under the phenomena of the assaulted experience could imply the meanings in depth, including three dimensions of the symbolic interaction, the emotion



and judgment, and the learning role and hierarchy. Through the analysis and reflection of this sample experience, to look forward the results providing a reference for the related area of teachers to instruct and counsel students, or in the continuous education for the clinical new staff.

Keywords: Nurse student, psychotic patient, assault, symbolic interaction

安置機構保育員接受心理諮詢之 替代親職角色壓力改變初探 —以照顧參與性侵害預防教育團體之 六位男童為例

林妙容¹、蔡毅樺²

國立暨南國際大學輔導與諮商研究所助理教授¹、
國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士候選人²

初稿收件：2013年10月14日；正式接受：2014年06月04日

通訊作者：林妙容；任職機構：國立暨南國際大學輔導與諮商研究所，通訊地址：545 南投縣埔里鎮大學路1號 國立暨南國際大學輔導與諮商研究所，電話：049-2910960 轉 2876，電子郵件：
mjlin@ncnu.edu.tw

摘要

本研究旨在探討某安置機構一位保育員負責照顧參與性侵害預防教育團體之6位男童期間，接受個別心理諮詢後替代親職角色壓力之改變狀況。本研究以個案研究方式進行，研究者邀請此保育員在接受個別心理諮詢介入前及介入後填寫「替代親職壓力量表」，並在兩階段團體及個別心理諮詢結束後，進行此保育員之個別訪談。本研究之結果顯示，此保育員在壓力量表中，不論前後測之結果均落在百分等級的正常範圍，顯見此一保育員在照顧此6位男童之整體替代親職功能與孩童行為整體表現均為合宜之反應。再者，自個別訪談得知，此保育員接受個別心理諮詢心理獲得支持、對孩童身心狀況有更深一層之認識、並對安置機構之孩童議題有多元思考及學習更多具體之解決方法。最後，本研究提出對未來研究及針對此整合方案應用在安置機構男童性侵害預防教育與保育員心理諮詢之實務建議。

關鍵字：安置機構、保育員、心理諮詢、替代親職角色

壹、緒論

根據我國衛生福利部統計性侵害事件通報被害及加害人之概況(2014)顯示, 2005年男性性侵害被害人通報人數計有162人, 2006年計有234人, 2007年計有330人, 2008年計有432人, 2009年計有573人, 2010年計有765人, 2011年計有1,140人, 2012年計有1,335人。不難發現男性被害人數有逐年增加之趨勢; 更值得注意, 我國近年來性侵害受害者18歲以下之男孩及男童占全部男性受害者約80%。以上之數字提醒我們, 男童及少年性教育與性侵害防治工作推展之重要性。

從國、內外文獻清楚可知, 受虐兒童經通報與評估之後, 為了減少兒童在家庭裡的危險, 普遍被運用的處遇措施之一即是安排受虐兒童進行原生家庭外的照料與養育, 如安排進入安置機構或是寄養家庭等(Berridge & Brodie, 1998; Green & Masson, 2002; Shostack, 1987; Upton, Maddocks, Eiser, Barnes, & Williams, 2005)。而在男童性侵害案件中, 其中尤以發生在寄養機構最為複雜(洪素珍、徐依婷、郭玲君, 2008)。寄養機構有著封閉的特性, 所收容之院童有長期集體生活的背景, 讓機構內性教育及性侵害的預防更為困難。受害男童加入安置機構集體生活後, 與其他個案互動更容易發生不良交互影響的狀況(余漢儀, 1996; Colton, 2002; Newton, Litrownik, & Landsverk, 2000)。

安置機構內兒童之生活照顧與輔導是一項艱辛的工作, 第一線的實務工作者, 隨時得面對、處理兒童因失功能家庭所導致的創傷、情緒反應或偏差的行為。保育員除了必須不斷充實輔導知能外, 每天面對機構內兒童之生活照顧、許多突發狀況及男童性議題之處理, 其尋求專業成長與支持也更顯得重要與迫切。

保育員在安置機構工作所扮演的即是替代親職角色, 且其工作性質大多需要輪班, 而休假也都不一, 於是造成參與訓練課程之困難(洪素珍, 2009), 故心理諮詢不失為協助安置機構保育員專業成長與支持之介入方式。心理諮詢除提供受諮詢者心理支持以外, 其運作模式常以問題解決取向為主。基於對安置機構院童性侵害預防教育之關切及與保育員合作之重視, 本研究之目的在於探討針對照顧參與性侵害預防教育團體之六位男童之保育員進行個別心理諮詢後之替代親職角色壓力改變之情形。

貳、文獻探討

一、安置機構保育員的心理諮詢模式

胡碧雲(2005)指出，國內安置機構保育員之困境包含安置對象多元且複雜、保育員需維持 24 小時輪班運作方式，同時保育員往往身兼老師、家長、姐姐、朋友等多種角色，於是常在不知不覺中進入「保護安置 vs 監禁懲罰」及「叛逆者 vs 權威者」的對立關係。因此，保育員若無足夠的專業輔導與支持，往往不是中途離職，便是累積工作壓力與情緒，導致個人涉入過深而失去中立客觀的自我反省能力，或因習於用某種固定方式處理生活事件，對新的方式抗拒排斥，使得安置機構漸次形成一僵化的封閉系統。

洪素珍(2009)認為，不管對內或對外，安置機構很重要是能夠開啟交流平台。安置機構孩童的議題不斷，隨時挑戰保育員的一致性與創新性(胡碧雲，2005)。Farmer 與 Pollock (1998)也認為，保育員應對被照顧者的歷史有清楚的了解，如此才瞭解受照顧者未被滿足的重要需求為何。保育員的工作性質像是扮演機構裡孩童的替代親職角色，因其面臨多元複雜之挑戰，更突顯保育員不斷增能，並適時提供支持之重要性。目前未見國內、外對於安置機構保育員提供心理諮詢模式之相關研究，研究者則試圖從親職諮詢之觀點與心理諮詢之運作模式加以討論。

心理諮詢服務乃以問題解決取向為主，就親職諮詢而言，其諮詢對象往往主要是接受諮商輔導之個案的父母、主要照顧者或監護者(鍾思嘉，2003)(以下則以「主要照顧者」稱接受親職諮詢的對象)。一般親職諮詢也具有教育性之功能，並能針對「主要照顧者」求助的困擾所需，進一步提供問題解決的討論(邱獻輝、鄔佩麗，2004；林家興，1997)。親職諮詢是一種非指導性的介入，心理諮詢師關注的是「主要照顧者」所提出之困境。親職諮詢沒有固定的課程，在親職諮詢的過程中，心理諮詢師和「主要照顧者」是彼此合作的關係，透過短期的諮詢介入，以協助「主要照顧者」改變其所面對的問題(邱獻輝，2002)。心理諮詢師根據「主要照顧者」求助的需求，以問題解決取向之方式介入，將普遍性的教養觀念融入每個「主要照顧者」特殊的教養情境中，且心理諮詢師與「主要照

顧者」共同發展出協助孩子解決問題的歷程，亦即心理諮詢師對「主要照顧者」提供直接的服務，而對個案提供間接的服務（邱獻輝，2002；鍾思嘉，2003）。

Mark（1995）指出親職諮詢的功能包含增進主要照顧者對孩子的發展瞭解、幫助主要照顧者修正孩子學習及行為問題等。針對「主要照顧者」心理諮詢模式，Tavormina（1980）認為以整合個人中心取向與問題解決取向的優點來設計親職諮詢方案是可行的，因為主要照顧者不僅需要學習管教子女的技巧，也需要有人可以分享他們的心情。例如，在執行整合式的親職諮詢時，主要照顧者除了分享他們自己和照顧孩子的心情，又可以學習解決管教子女問題的特定技巧與策略。此外，簡文英、卓紋君（2003）主張親職諮詢方案應以促進主要照顧者本身的成長、自我覺察為主，親職知識與技巧、子女問題解決、教養方式的學習為輔（林家興，2007）。

據此，本研究對保育員進行之個別心理諮詢乃整合個人中心取向與問題解決取向之心理諮詢模式，並進行保育員接受此心理諮詢模式後替代親職角色壓力改變狀況之探討。

二、男童性侵害預防教育

Farmer 與 Pollock（1998）指出性暴力對男童所造成的短期及長期的創傷涵蓋了行為、情緒、認知、自我概念及人際關係的影響。在國內臨床經驗觀察發現，男性受害者在經歷性暴力過程中所受到的傷害情況和國外的報告極為類似。國內外相關文獻資料及實務經驗均顯示，曾遭受性侵害的未成年男性，常會過度反應自身性別，並採攻擊行為以展現自我掌控能力及男性氣概，且往往可能轉而成為性侵害加害人（Farmer & Pollock, 1998），或不利於兒童的性心理發展。

在安置機構中常見男童、少年之間因性探索的行為慢慢衍生為彼此性刺激的活動，或曾被性侵犯的兒童或青少年將其症狀行動化（acting out），於是進一步以不同的方式與其他院童有不同程度的性接觸（洪素珍，2009），而導致衍生出安置機構內一連串之性騷擾及性侵害事件。基於此，針對安置機構內院童進行性教育與性侵害預防教育實是刻不容緩。

本研究所進行之男童性侵害預防教育團體之方案乃參考洪素珍(2009)提出針對中高年級實施性教育自我保護的課程內容所設計，其建議如下：(一)認識身體功能、感覺及心理情緒；(二)認識青春期個別差異；(三)身體自主權，相信自己是有能力之個體；(四)認識身體隱私處及何人何時可以碰觸自己的隱私處；(五)決定個人的身體界線及瞭解尊重個人身體界線的差異；(六)分辨好的、令人困惑的及不好的碰觸，並相信直覺；(七)口語界線及同儕侵犯；(八)瞭解賄賂、處罰與性侵犯間的關係；(九)瞭解好的秘密及不好的秘密與性侵犯間的關係；(十)分辨危險情境之人、事、時、地；(十一)反應策略及行動之信心與勇氣。

國內一般安置機構中偶有安置經鑑定為情緒障礙、或輕度智能障礙之院童，因其狀況之特殊性，亦造成安置機構內保育員提供生活照顧之挑戰。再者，身心障礙者是性侵害防治中的高危險群(洪素珍、徐依婷、郭玲君, 2008)。國內外文獻均指出，加強對心智障礙者的性侵害預防教育為一項重要工作(陳慧女、劉文英, 2006; McCormack, Kavanagh, Caffrey, & Power, 2005)。智能障礙者雖然存在某方面的缺陷，但在生理上的成長、性發展等與常人都有相同的情緒與性需求。因其缺乏正確的性知識與觀念，所以在面對性需求與性刺激時，容易受到誘惑，或缺乏對於性的危險意識和犯罪感。

陳玉清(2009)認為不同的障礙類別並不降低他們對性的慾望。但一般人以為智能障礙學生受限智力因素而忽略了他們的生理也正在發展，同樣面對身體的變化。雖然智能障礙學生的心智發展較慢，但生理發展與常人無異。黃璉華(1997)指出，智障者平均較普通人之生理成熟晚 13 個月，並印證 Edmonson、McCombs 和 Wish (1979)之研究發現，智力並不會限制智能障礙者對性知識及性態度的理解。

黃榮真(2005)的研究指出，智障學生的教學必須以具體化、生活化、系統化、重複化來呈現教學內容，而所使用的教學方法應採用實際做中學之方式，更切合其實際所能理解的學習經驗。陳玉清(2009)建議可運用的教學策略有五點：(一)討論教學法及價值澄清法；(二)角色扮演法；(三)小組合作省思；(四)運用學習單／思考單；(五)運用圖片／繪本／影片。

本研究在設計男童性侵害預防教育團體方案時，因團體中有一智能障礙男童參與，所以針對智能障礙男童因素之調整，亦是重要之考量。

參、研究方法

本研究採個案研究進行，研究者在某安置機構進行為期半年之實驗性方案，其方案包含進行初階及進階兩階段之男童性侵害預防教育團體，共進行 24 次。而進行團體同時，針對照顧參與上述團體成員之保育員進行每週 60 分鐘的個別心理諮詢，以瞭解此保育員照顧男童們其替代親職壓力的改變狀況。

在實驗性方案介入前，研究者先邀請該保育員以 6 位男童為對象（其中 1 人為智能障礙者），分別填寫實驗性方案介入前男童之行為評估與「替代親職壓力量表」。方案結束後，保育員則分別再針對每位男童進行「替代親職壓力量表」之後測填寫。再者，在心理諮詢結束一周後，研究者邀請此保育員進行個別訪談。研究者透過「替代親職壓力量表」前後測之分析，及訪談資料之呈現，以瞭解安置機構保育員透過心理諮詢在協助男童性侵害預防教育推展過程中替代親職壓力之改變情形。

以下則針對研究對象、研究參與者、研究工具、資料分析與處理加以說明：

一、研究對象

本研究的研究對象為某安置機構的保育員，她是一名約 30 歲的已婚女性，育有一女，具備專科學歷及公務人員資格，在此機構年資達 4 年。

二、研究參與者

（一）諮商心理師

本研究之諮商心理師主要提供保育員心理諮詢，及擔任男童性侵害預防教育團體的帶領者。其說明如下：

1. 心理諮詢：初階和進階團體階段進行之心理諮詢均由具兒少性議題輔導諮商年資約 10 年且具諮商心理師證照的女性諮商心理師擔任。
2. 男童性侵害預防教育團體：初階團體由年資 10 年的男性職能治療師和上述提供保育員諮詢之諮商心理師共同帶領。進階團體則由具兒少性議題輔導諮商年資約 5 年且具諮商心理師證照的女性諮商心理師與上述提供保育員諮詢之諮商心理師共同帶領。

(二) 參與男童

參與本研究男童性侵害預防教育團體前之六位男童身心狀況描述如表 1。

表 1 六位男童之身心狀況描述

	臨床診斷及身心發展特性
甲生	<ul style="list-style-type: none"> a. 輕度智能障礙，對語彙文字明顯理解度不高。 b. 較乏自信，即使知悉之概念，亦常以「不知道」回應，或複製其他夥伴答案回應。 c. 喜歡畫畫。 d. 對「吃」之議題常顯較有動機。 e. 整體性格屬乖順。
乙生	<ul style="list-style-type: none"> a. ADHD。 b. 聰穎、反應快。 c. 人際中略出現「想當老大」之反應。 d. 對師長互動能有禮，並明顯能與、願意與師長建立友好關係。
丙生	<ul style="list-style-type: none"> a. 性格較沉、內隱。 b. 對人的關係較疏離、不易靠近。 c. 互動中有時以說反話方式因應。
丁生	<ul style="list-style-type: none"> a. 整體乖順。 b. 偷竊行為。 c. 個性較被動。
戊生	<ul style="list-style-type: none"> a. 乖順、真實。 b. 不同流、起鬨。 c. 能與師長建立關係。 d. 性格沉穩。
己生	<ul style="list-style-type: none"> a. ADHD。 b. 聰穎。 c. 受情境影響大。 d. 喜戲鬧。

三、研究工具

本研究乃修訂「親職壓力量表 (Parenting Stress Index)」(翁毓秀, 2003) 成一自陳性量表稱為「替代親職壓力量表」, 以當作實驗性方案介入前後之測量工具。「親職壓力量表」被廣泛運用在親職教養功能之篩檢、個別診斷評估、處遇前後的成效測量及壓力對親職行為的影響, 及其他心理變項等。此量表之題目共有 113 題, 需花費 20 至 30 分鐘填寫, 適用對象為 12 歲以下兒童之父母親。

本研究中, 主要修定原量表之用語「親職」為「替代親職」, 其餘仍維持原理論架構, 量表理論模型假定替代父母親所經驗到的壓力來自於幾個面向: 兒童特質因素、替代父母特質因素, 以及與替代父母角色有關的情境因素。其修訂後量表之意涵說明如下: 母特質因素以及與替代父母角色有關的情境因素, 修訂後量表意涵說明如下:

造成替代親職壓力的兒童特質因素, 在量表中是藉由四個與兒童氣質相關的次量表: 過動/無法專心 (Distractibility / Hyperactivity)、適應性 (Adaptability)、強求性 (Demanding)、情緒/心情 (Mood), 以及另外兩個與替代親子互動相關的次量表: 接納性 (Acceptability) 與子女增強替代父母 (Reinforces Parent) 來測得。兒童之適應性是指孩童固執, 不願放棄他們正在進行的事, 或消極的沒有反應, 作多種不聽話逃避行為; 孩童的強求性則指替代父母要求兒童時, 兒童通常公開反抗、具攻擊性、要求替代父母注意和要求替代父母服侍他們; 兒童情緒/心情是兒童的過度哭泣, 退縮和憂鬱; 兒童的過動和無法專注, 通常會讓替代父母持續消耗大量的體力, 因此需要管理技巧, 而經常處於高度警戒狀態; 接納性指替代父母的期待與孩童目前狀況的接近程度, 分數越高反應替代父母對孩童要求時經驗孩童無力配合感到失望而出現壓力; 子女增強替代父母因素則指替代父母在親子互動過程中, 替代父母所獲得正向情感回應與兒童正向聯結的過程, 即替代父母能否瞭解兒童所釋出的訊號, 故子女增強替代父母因素, 被視為引起替代父母對兒童互動型態好壞之主要決定因素, 得分越高反應替代親職因兒童氣質特性而有較大壓力。

替代父母特質因素則由三個變項來測量, 分別為為憂鬱 (Depression)、替代親職能力 (Competence) 與替代親職角色投入 (Attachment); 憂鬱因素是評估父

母對子女情緒上的需要受到阻礙以及體力上能夠配合的程度；替代親職能力因素指對兒童的接納性和子女增強替代父母因素；親職角色投入因素指在評估父母投入親職角色的本質，希望也能測得父母達成親職角色的動機程度，憂鬱、替代親職能力與替代親職角色投入得分越高反應替代親職該向度之壓力越大。

與替代父母角色有關的情境因素則從替代親職角色限制 (Role)、保育員間關係 (Spouse, 原是夫妻關係)、社會孤立 (Isolation)、以及保育員健康 (Health, 原是父母健康) 狀況來測得，得分越高反應替代親職對該情境有較大之壓力。

本測驗原常模樣本來自臺中榮總與中山醫學院小兒科門診，並遍及臺灣北、中、南部托兒所、幼稚園和國小兒童之父母親共計 1,362 名。內部一致係數介在 .492 ~ .913。

本研究採用「替代親職」一詞，係考量我國安置機構保育員之角色似安置院童之替代母親／父親，而其共同照護之合作夥伴類似夫妻共親職角色，故在修定本量表之指導語中，特別針對其中涉及「夫妻關係」則界定為安置機構中「共同照護此對象之保育同仁」，以能瞭解本方案介入後對其間關係之改變狀況。又因本量表包含兒童特質因素、替代父母特質因素，以及與替代父母角色有關的情境因素，不同一般工作壓力量表只關切受測個人因素，故以此量表為本研究實驗性方案介入前後測之工具。

四、資料分析與處理

參與本研究之保育員接受心理諮詢之焦點乃以參與性侵害預防教育團體之六位男童為主。在初階、進階性侵害預防教育團體進行期間，諮商心理師針對此保育員提供整合個人中心取向與問題解決取向之心理諮詢。保育員在每階段接受 12 次心理諮詢，兩階段共進行 24 次，每次 60 分鐘，其保育員接受心理諮詢歷程如表 2、表 3。在 24 次心理諮詢中，其諮詢內容包含有關照顧智能障礙男童 (甲生) 之問題處理、其他參與團體五位男童身心特性之問題討論、性侵害預防相關知能之理解、非 6 位參與性侵害預防教育團體成員的生活事件、安置機構之事件與保育員個人生活議題等。

表 2 保育員接受第一階段心理諮詢之內容及重點

次	心理諮詢內容及重點	智能障礙男童之討論
一	<ol style="list-style-type: none"> 1. 進行個別心理諮詢前量表之填寫。 2. 保育員主動提供甲生近期狀況。 3. 諮商心理師說明未來諮詢之方式及內容。 4. 澄清保育員動機與期待、場面構成與提供支持與回饋。 	甲生近期狀況
二	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確認團體中每位男童的狀況，並協助保育員整理、發現每位男童之優勢資源與成功經驗。 2. 討論與認識男童的多樣面貌（團體內外）。 3. 共同擬定甲生及未來團體可行之目標。 4. 持續關切保育員工作中的無奈感。 	甲生身心狀況討論
三	<ol style="list-style-type: none"> 1. 瞭解保育員對近期發生其他小家庭性侵犯事件之觀感。 2. 協助保育員針對機構內性侵犯事件可以有所作為之討論。 3. 團體成員狀況再討論。 4. 持續關切保育員在工作中呈現之無奈感與失落議題。 	討論安置機構事件
四	<ol style="list-style-type: none"> 1. 瞭解近期其他小家庭性侵犯事件後續發展。 2. 與保育員討論團體成員增強物之清單。 3. 團體成員狀況再討論。 4. 自慰概念討論。 5. 農曆年孩童返家狀況瞭解。 	甲生增強物與回應甲生較自主之改變
五	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與保育員討論團體成員狀況。 2. 說明團體目標。 3. 諮商心理師心得分享——增強物之運用。 	討論甲生在團體中間休息不敢上廁所現象
六	<ol style="list-style-type: none"> 1. 與保育員討論乙生夾帶遊戲室玩偶出團體事件。 2. 對於團體中設立班長機制之現況與討論。 3. 團體成員討論。 4. 其他：練鼓活動干擾時程之確認。 	討論甲生在團體中之改變
七	因機構內發生性侵犯事件之行為人之弟出現藏衛生棉之行為，故本次諮詢以協助保育員瞭解此孩子（非團體成員）行為動機及相關因應處理原則。	無，討論小家庭其他成員事件與處理
八	<ol style="list-style-type: none"> 1. 因保育員反應甲生出現無禮及攻擊他人之行徑，故協助保育員瞭解甲生經團體介入後之改變歷程，並發展有效之因應策略。 2. 團體事件——成員吵鬧不休之處理與討論。 3. 哭泣對不同成員之反應與意涵。 	討論甲生改變歷程及面對他人哭泣之反應
九	<ol style="list-style-type: none"> 1. 機構進行高關懷篩檢，成員狀況討論。 2. 農曆年將至孩子返家可能情形討論。 	農曆新年甲生返家等事討論
十	<ol style="list-style-type: none"> 1. 延續上次心理衡鑑後篩檢結果。 2. 丁生偷竊行為討論。 3. 給孩子自主權。 4. 團體結束討論。 	無

次	心理諮詢內容及重點	智能障礙男童之討論
十一	討論團體成員初階狀況。	甲生初階結束之改變
十二	1. 保育員個人生涯探討。 2. 初階諮詢結案工作。 3. 相關問卷填寫。	無

表 3 保育員接受第二階段心理諮詢之內容及重點

次	心理諮詢內容及重點	智能障礙男童之討論
一	1. 瞭解寒假期間孩子身心狀況。 2. 探討寒假期間併家後，保育課輔導員反應另一老師陳述孩子多有不適當身體接觸之現象。 3. 保育員個人生涯探討。 4. 戒菸議題（非團體成員）之處理討論。	寒假期間甲生出現性化行為
二	1. 針對第 1 次團體中孩子出現較多不當身體打頭現象之討論。 2. 戒菸議題之追蹤處理與討論。 3. 孩子近期特殊行為之討論。	無，團體成員外亦討論小家其他成員抽菸事件
三	1. 成員在小家及學校狀況討論。 2. 說明本週團體方案及目標。	無
四	1. 成員在小家及學校狀況討論。 2. 說明本週團體方案及目標。	無
五	1. 成員在小家及學校狀況討論。 2. 說明本週團體方案及目標。 3. 機構事件後續之討論。	甲生明顯肢體反應及自信價值提升，但顯得少些同理心
六	1. 團體方案進行內容之說明，並請保育員協助團體成員於小家中落實「性別平等之正義使者」。 2. 孩童生活事件討論與處理。	甲生改變狀況追蹤與討論
七	1. 團體中成員狀況討論。 2. 小家中孩童權力行使與解構討論與處理。 3. 孩童生活事件討論與處理。	無
八	1. 近期團體目標與內容告知。 2. 團體成員近期狀況討論。	無
九	1. 團體外乙生與丁生特殊事件討論與處理。 2. 特殊事件行為人個別談話之討論。	討論其他團體成員之特殊事件
十	1. 透過整體成員改變與評估，重新架構保育員之經驗。 2. 特殊事件後續追蹤與討論。	無

次	心理諮詢內容及重點	智能障礙男童之討論
十一	1. 團體成員近期狀況討論。 2. 乙生與丁生特殊事件後續追蹤。 3. 保育員之個人生涯探討。	甲生要抓取他人下體的方式，行使控制他人之作為
十二	1. 對本方案的整體評估與建議。 2. 團體成員的改變討論。 3. 結案。	甲生改變討論

兩階段團體及心理諮詢進行結束之後，研究者邀請保育員進行替代親職壓力量表之後測，並針對親職壓力量表前後測之分數進行分析、比較。除此，研究者並在 24 次心理諮詢結束的一周後，邀請保育員進行心理諮詢後之個別訪談，並針對訪談內容謄寫成逐字稿後進行內容分析，以進一步瞭解針對保育員進行心理諮詢對其照顧參與性侵害預防教育團體男童替代親職壓力改變之情形。

肆、結果與討論

一、替代親職壓力量表前後測之比較

本研究收集保育員在接受個別心理諮詢介入前及介入後分別填寫「替代親職壓力量表」，其結果如表 4 至表 9 所示。茲分別說明如下：

(一) 保育員對甲生／智能障礙男童的壓力改變情形

從表 4 和圖 1 的結果分析可見，保育員接受個別心理諮詢介入前在全量表的壓力百分等級為 47，落在替代親職量表解釋壓力正常範圍內（百分等級 15 到百分等級 80 之間）；接受個別心理諮詢介入後的百分等級為 66，雖然仍落在替代親職量表解釋壓力正常範圍內（百分等級 15 到百分等級 80 之間），但顯示保育員在接受個別心理諮詢介入後，顯示出其擔任替代親職角色時的壓力源與壓力感受有增加。研究者認為此一現象可能與本研究初階職能治療師協助其具防禦能力反應有關，以及智能障礙男童經由性侵害預防教育團體之學習，更懂得捍衛自主權、自尊提升與自我肯定等賦權所致（林純真，2011），形成保育員經驗智能障礙男童較多意見與非單純順從等因素有關。

從分析替代父母分量表來看，保育員在個別心理諮詢介入前後的表現，在「替代親職角色投入」的前測分數為 16；後測分數 20，兩個分數皆超過 19，顯示其在照顧的經驗中，對甲生常難感受到情緒上的靠近，甚而無法感受到甲生的需要與感受。此外在「社會孤立」得分亦增加。此一現象可能與智能障礙男童在接受本實驗性團體方案介入後，呈現諸多自我保護，但尚乏同理心之學習，而導致保育員出現不解或難與此童靠近之心理狀態。

從分析兒童分量表來看，保育員在接受個別心理諮詢介入前後對智能障礙男童的壓力，在接納性分量表前後測分數皆超過 21 分，顯示保育員可能對於智能障礙男童一直存在有意無意的拒絕行為，亦反映著安置機構中特殊兒童的照顧對保育員形成之心理壓力與困境。

表 4 保育員以智能障礙男童為對象的替代親職壓力量表結果

甲生／ 智能障礙男童	替代親職能力	替代親職角色投入	替代親職角色限制	憂鬱	保育員間關係	社會孤立	保育員間健康狀況	過動／無法專注	增強替代父母	情緒／心情	接納性	適應性	強求性	全量表	
協助前	百分等級	20	74	75	36	65	5	6	77	61	39	98	30	67	47
		23	16	22	22	22	10	8	23	10	11	26	24	24	241
協助後	原始分數	48	95	67	78	79	33	6	83	46	27	97	51	78	66
		28	20	21	28	24	14	8	24	9	10	24	27	26	263

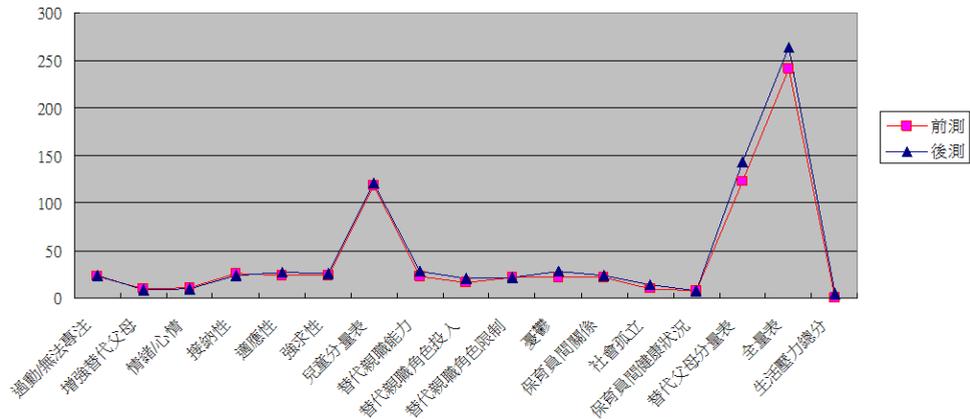


圖 1 保育員對甲生的替代親職壓力量表結果 (單位：原始分數)

(二) 保育員對乙生 / ADHD 男童的壓力改變情形

從表 5 和圖 2 的結果分析可見，保育員接受個別心理諮詢介入前在全量表的百分等級為 60；接受個別心理諮詢介入後的百分等級為 68，皆落在替代親職量表解釋壓力正常範圍內 (百分等級 15 到百分等級 80 之間)，顯示個別心理諮詢介入後對保育員擔任替代親職角色時的壓力源與壓力感受略有提升。

從分析替代父母分量表 (前測 128；後測 135)，在接受個別心理諮詢介入前後保育員對乙生的壓力略有增加。再進一步瞭解各次量表的表現，在「替代親職角色投入」前後測雖無太大差異，但前測分數為 20；後測分數 18。分數雖然有降低但皆落在高臨界值，此與保育員在其照顧的經驗中，因著乙生的 ADHD 特性在小學畢業階段的叛逆所衍生諸多個別行為，而難瞭解乙生之行徑有關，故此替代親職角色投入分數增加。從分析兒童分量表 (前測 126；後測 127) 得知保育員在接受個別心理諮詢介入前後，對乙生之壓力並無太大變化，但在「過動無法專注」、「接納性」、「強求性」等次量表前後測分數皆落在高臨界值，其中因乙生為過動症之孩童，讓保育員在此得分出現持續高分現象，另亦再次顯示保育員對於乙生邁入國中此一過度時期呈現對其出現焦躁不安行徑之反應。此一結果反應如同文獻所見，因 ADHD 院童相對於機構保育員之替代親職仍存在著 ADHD 用藥、學校行為、孩子的管教等多種壓力所致 (黎佩貞, 2013)，故實施心理諮詢後仍因乙生在校等行徑而仍有著替代親職之壓力，更突顯安置機構院童身心之複雜性，以及必須從生態系統觀點協助心理諮詢等工作之重要。

表 5 保育員以乙生為對象的替代親職壓力量表結果

乙生／智能障礙男童		替代親職能力	替代親職角色投入	替代親職角色限制	憂鬱	保育員間關係	社會孤立	保育員間健康狀況	過動／無法專注	增強替代父母	情緒／心情	接納性	適應性	強求性	全量表
協助前	百分等級	20	95	80	36	48	16	6	91	61	54	86	75	86	60
	原始分數	23	20	23	22	20	12	8	26	10	12	20	31	28	254
協助後	百分等級	79	89	75	36	48	16	6	91	61	54	93	58	90	68
	原始分數	33	18	22	22	20	12	8	26	10	12	22	28	29	262

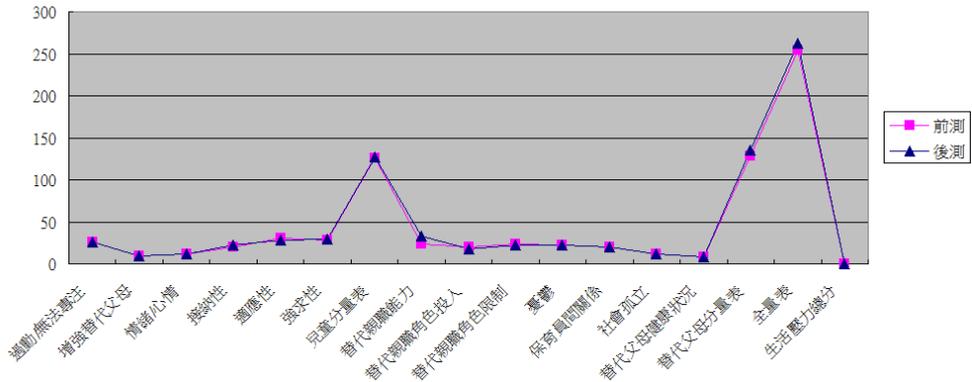


圖 2 保育員對乙生的替代親職壓力量表結果(單位：原始分數)

(三) 保育員對丙生的壓力改變情形

從表 6 和圖 3 的結果分析可見，保育員接受個別心理諮詢介入前在全量表的百分等級為 27；接受個別心理諮詢介入後的百分等級為 18，皆落在替代親職量表解釋壓力正常範圍內(百分等級 15 到百分等級 80 之間)且分數有顯著降低。顯示在個別心理諮詢介入後，保育員擔任丙生的替代親職角色時的壓力源與壓力感受有減低。

再進一步分析兒童分量表(前測 98; 後測 84), 且前後測分數皆在正常範圍內, 但在各次量表中, 除「過動無法專注」外, 其他次量表分數皆有降低, 尤其在「增強替代父母」次量表前測 16 分, 超過正常範圍 14 分, 而後測 10 分, 前後測分數有明顯降低, 顯示保育員對於丙生的正面觀感有增加。

研究者認為, 丙生之身心特性以內向型行為為多, 而透過丙生參與性教育團體及協助保育員理解此孩子內隱之心理意涵 (Farmer、Pollock, 1998), 有助於保育員可對丙生有更多理解, 且能進一步發揮適當之替代親職功能, 而讓其壓力下降。

表 6 保育員以丙生為對象的替代親職壓力量表結果

	丙生／智能障礙男童	替代親職能力	替代親職角色投入	替代親職角色限制	憂鬱	保育員間關係	社會孤立	保育員間健康狀況	過動／無法專注	增強替代父母	情緒／心情	接納性	適應性	強求性	全量表
協助前	百分等級	15	82	75	36	48	16	6	10	96	39	72	18	42	27
	原始分數	22	17	22	22	20	12	8	14	16	11	18	22	21	221
協助後	原始分數	20	82	75	36	48	16	6	10	61	18	37	14	10	18
	百分等級	23	17	22	22	20	12	8	14	10	9	14	21	16	208

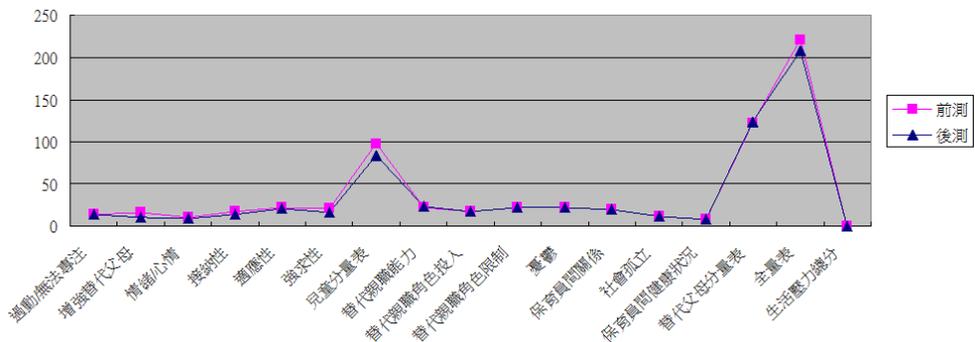


圖 3 保育員對丙生的替代親職壓力量表結果(單位: 原始分數)

(四) 保育員對丁生的壓力改變情形

從表 7 和圖 4 的結果分析來看，保育員接受個別心理諮詢介入前在全量表的百分等級皆為 45，且落在替代親職量表解釋壓力正常範圍內（百分等級 15 到百分等級 80 之間），顯示在接受個別心理諮詢介入後，保育員擔任丁生替代親職角色時的壓力源與壓力感受無變化。再進一步分析替代父母分量表的表現，在「替代親職角色投入」的前測分數為 19；後測分數 17。分數雖然有降低，但皆落在高臨界值，顯示保育員在照顧此童的經驗中常產生關係上親密需要的缺乏。

丁生之身心特性整體乖順，偶出現偷竊行為且個性較被動，從分析兒童分量表來看（前測 114；後測 113），保育員對丁生在接受個別心理諮詢介入前後並無太大差異，但在「增強替代父母」次量表前後測分數皆超過 14 分，顯示保育員對於丁生一直未能產生好的感覺及無法產生正向增強的來源。

研究者認為此一結果可能與丁生個性較被動及心理諮詢時出現偷竊行為等因素有關。

表 7 保育員以丁生為對象的替代親職壓力量表結果

丁生／智能障礙男童		替代親職能力	替代親職角色投入	替代親職角色限制	憂鬱	保育員間關係	社會孤立	保育員間健康狀況	過動／無法專注	增強替代父母	情緒／心情	接納性	適應性	強求性	全量表
協助前	百分等級	20	93	75	36	48	16	6	10	98	77	72	70	34	45
	原始分數	23	19	22	22	20	12	8	14	18	14	18	30	20	204
協助後	百分等級	42	82	75	36	48	16	6	10	96	66	86	38	74	45
	原始分數	27	17	22	22	20	12	8	14	16	13	20	25	25	241

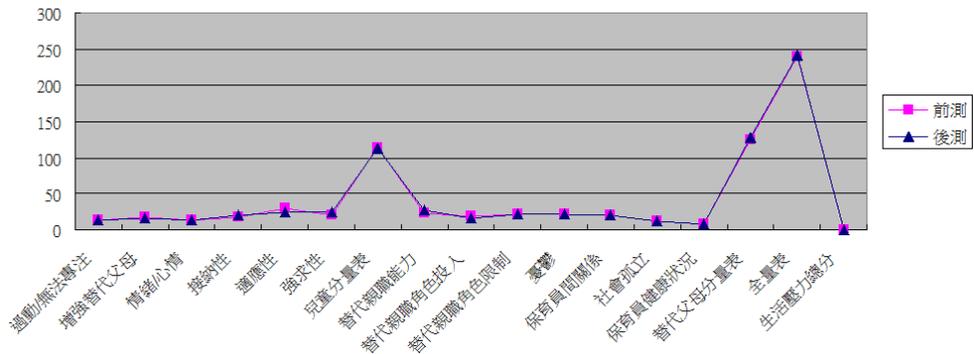


圖 4 保育員對丁生的替代親職壓力量表結果(單位：原始分數)

(五) 保育員對戊生的壓力改變情形

從表 8 和圖 5 的結果分析來看，保育員接受個別心理諮詢介入前在全量表的百分等級為 29；接受個別心理諮詢介入後的百分等級為 24，前後測結果皆落在替代親職量表解釋壓力正常範圍內(百分等級 15 到百分等級 80 之間)，顯示在個別心理諮詢介入後，保育員擔任戊生的替代親職角色時的壓力源與壓力感受有減低。

再進一步分析替代父母分量表，在「替代親職角色投入」前後測分數皆為 17，雖未超過 19，但仍皆落在高臨界值，顯示保育員在其照顧的經驗中常產生關係上親密需要的缺乏。

此外，雖然「強求性」出現略下降之反應，但整體而言，顯示戊生在接受個別心理諮詢介入後，保育員對於兒童負向特質並無顯著改變。

從分析替代父母分量表(前測 126；後測 124)，顯示在個別心理諮詢介入前後保育員之壓力並無太大變化。在「替代親職角色投入」分量表的前後測分數皆為 17，雖未超過 19 但仍皆落在高臨界值，顯示保育員在其照顧的經驗中對戊生常產生關係上親密需要的缺乏。

從分析兒童分量表(前測 97；後測 93)，顯示保育員對戊生的壓力在接受個別心理諮詢介入前後並無太大改變。此一現象可能與戊生較能自律且服從規範之身心特性有關，故個別心理諮詢介入在替代親職壓力未有明顯改變。

表 8 保育員以戊生為對象的替代親職壓力量表結果

戊生／智能障礙男童	替代親職能力	替代親職角色投入	替代親職角色限制	憂鬱	保育員間關係	社會孤立	保育員間健康狀況	過動／無法專注	增強替代父母	情緒／心情	接納性	適應性	強求性	全量表	
協助前	百分等級	20	82	75	36	65	16	6	38	61	39	72	18	19	29
	原始分數	23	17	22	22	22	12	8	18	10	11	18	22	18	223
協助後	百分等級	20	82	75	36	48	16	6	23	61	27	72	18	14	24
	原始分數	23	17	22	22	20	12	8	16	10	10	18	22	17	217

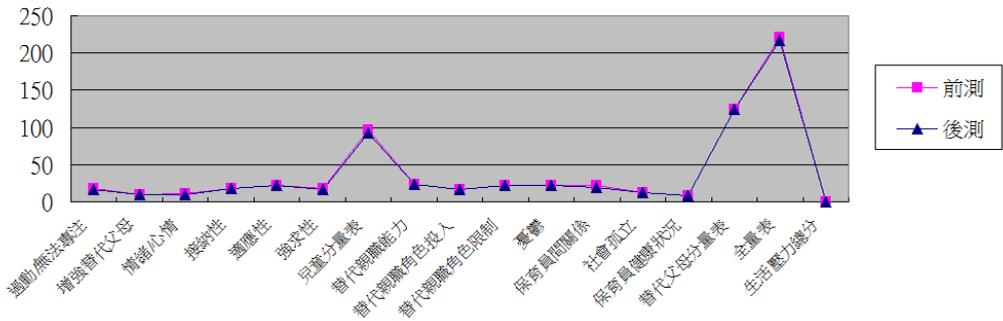


圖 5 保育員對戊生的替代親職壓力量表結果(單位：原始分數)

(六) 保育員對己生 / ADHD 男童的壓力改變情形

從表 9 和圖 6 的結果分析來看，保育員接受個別心理諮詢介入前在全量表的百分等級為 62；接受個別心理諮詢介入後的百分等級為 61，皆落在替代親職量表解釋壓力正常範圍內（百分等級 15 到百分等級 80 之間）且無明顯變化。

從分析替代父母分量表（前測 126；後測 129），可見在個別心理諮詢介入前後保育員對己生之壓力並無變化。再進一步瞭解各次量表的表現，保育員在「替代親職角色投入」前後並無太大差異，但前測分數為 17；後測分數 19，分數有上升，顯示在個別心理諮詢介入後，保育員在照顧經驗中對己生親密與熟悉感反而下降。

從分析兒童分量表來看，雖然保育員對 ADHD 男童在接受個別心理諮詢介入前後測並無明顯改變（前測 130；後測 126），但在「過動無法專注」、「接納性」次量表前後測分數皆相同，且超過正常範圍，顯示保育員對於己生在「過動無法專注」、「接納性」一直存在負面特質之印象。而此一現象則與己生為過動症兒童此一因素有關。

表 9 保育員以己生為對象的替代親職壓力量表結果

己生 / 智能障礙男童		替代親職能力	替代親職角色投入	替代親職角色限制	憂鬱	保育員間關係	社會孤立	保育員間健康狀況	過動 / 無法專注	增強替代父母	情緒 / 心情	接納性	適應性	強求性	全量表
協助前	百分等級	30	82	75	36	48	16	6	91	61	66	93	81	82	62
	原始分數	25	17	22	22	20	12	8	26	10	13	22	32	27	256
協助後	百分等級	35	93	75	36	48	16	6	91	61	39	93	70	82	61
	原始分數	26	19	22	22	20	12	8	26	10	11	22	30	27	255

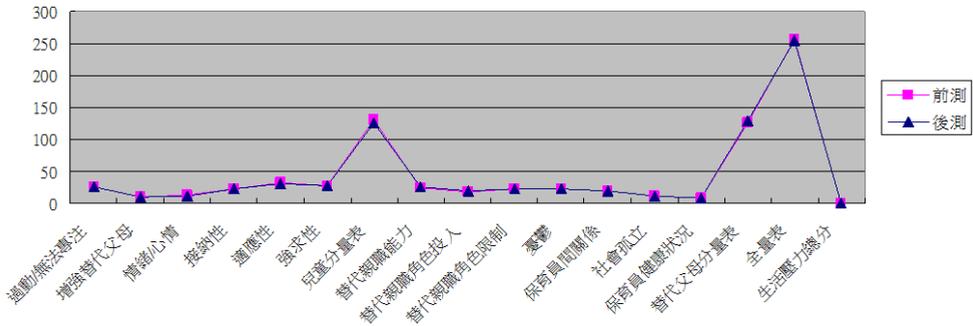


圖 6 保育員對己生的替代親職壓力量表結果 (單位：原始分數)

二、替代親職壓力量表前後測之總結

本研究的保育員和其照顧的男童在分別接受個別心理諮詢和參與性侵害預防教育團體的介入方案後，茲綜合所有量表結果提出整體論述如下：

- (一) 保育員在針對 6 位孩童填寫替代親職壓力量表之結果呈現，前後測全量表之分數均落在百分等級的正常範圍，顯見此一保育員在照養此 6 童之整體替代親職壓力狀況為宜。
- (二) 保育員在替代父母分量表中呈現之分數茲討論如下：
 1. 個別心理諮詢介入後，保育員僅在智能障礙男童出現上升之憂鬱現象，但仍在正常範圍內，而此一現象與智能障礙男童因團體方案介入而出現較多自主及自我保護，但尚乏同理心之狀態有關。
 2. 個別心理諮詢介入前後，保育員在替代親職角色投入中，整體出現高分。此原因可能因本量表常模之建構均為有血緣關係之父母角色為主，相較於安置機構中保育員因非血緣關係之限制及 1 位保育員同時照顧多位安置孩童之現況，故產生相較一般父母與受照顧孩童有著較冷淡的親子互動，或無法在情緒上與受照顧之男童有親近感受，及較無法能正確瞭解受照顧孩童需要之因素有關。
- (三) 在兒童分量表中，保育員在個別心理諮詢介入之壓力改變狀況，明顯可見男童因原本之身心狀況 (如 ADHD) 及近期行為反應 (如偷竊等)，而導致保育員呈現不同壓力程度與差異。

三、訪談結果之分析與討論

(一) 安置對象多元且複雜而形成之替代親職壓力

從心理諮詢內容可見，除討論智能障礙男童及參與性侵害預防教育團體男童外，保育員亦需持續面對其他孩子的偏差問題，顯見安置機構孩童之多元與複雜身心狀況與挑戰(胡碧雲，2005)。

「對孩子的偏差行為感到困擾，像是說謊、偷竊、玩一些性遊戲或性語言等，在學校也會與人吵架、偷竊。」

「因為孩子的來自不同的家庭，背後有不同的故事，因為不被瞭解，所以有很多的偏差行為，像是有個家暴的孩子就會以暴力來與他人互動……」

「沒有家的感覺，即使孩子是喜歡機構，但還是會期待回家，會認為即使自己就算表現的再好，還是沒有辦法被重視，因為沒有人會誇獎他，也就更無法獲得歸屬感，因此過去都有一些逃院的事件，但最近比較少了，在外生活也住得不好，又沒有錢……」

(二) 心理諮詢提升保育員有效管理及處理男童問題之策略

保育員表示，相較於以前面對孩子議題時只能靠自己摸索，現在透過諮商心理師的諮詢，可更瞭解孩子問題背後的動機，並學習以不同方式讓孩子感受到關心，也能進一步瞭解孩子的需要，從而更能知道如何去幫助孩子。此結果正回應洪素珍(2009)所述，因保育員／生活輔導員的工作性質像是機構裡孩子的另一個替代母親，以及因其輪班的工作性質，造成不太可能有機會一起參與訓練課程，經由個別的心理諮詢討論教養方法(林家興，2007；簡文英、卓玟君，2003；Tavormina, 1980)，可達到學習與孩子溝通，並增加替代親職功能之成效。

「之前高中生抽菸的事，諮商師提供很有效的意見，先從瞭解孩子抽菸的動機開始，讓孩子感受到關心，也能瞭解孩子的需要，從而知道如何去幫助孩子戒除菸癮，與孩子溝通之後有共同討論一些策略，孩子意識到想抽菸，就會尋求協助，菸癮也已經慢慢降低。」

(三) 心理諮詢提供保育員心理支持

本研究參考 Tavormina (1980) 整合個人中心與問題解決取向以進行保育員心理諮詢，不僅協助保育員學習管教院童的技巧，也充分達到支持與分享之功能。本研究中保育員面對機構中持續不斷的性化議題，以及 6 位院童參與性教育團體課程，認為接受心理諮詢可有效提供心理支持與重新框架事件意義。

「諮商師在當我們面臨很大的挫折時給予很大的支持，能站在我們的立場著想，也知道我們帶孩子會面臨很多的困境；像是最近發生的事件(機構內性騷擾)讓我們打擊很大，但後來討論有發現這些孩子其實已經會懂得保護自己(通報者為參與性教育團體其中一院童)，這樣去想其實孩子是往正向成長的。」

(四) 男童性教育團體增加院童自己保護能力，但尚未能全然同理與尊重他人

保育員表示本方案介入後，6 位孩童明顯因賦能而更懂得保護自己，並展現自我肯定行為，但仍處在自我中心階段，尚未進一步學習同理與尊重他人。

「性知識和法律的部分，知道如何保護自己，也更瞭解如果受到欺負該怎麼做處理、通報；另外就是以前孩子會玩一些性遊戲，因為不知道這是會侵犯到他人的行為，但現在經由團體課程瞭解了，雖然做不做得不侵犯他人是一回事，但至少孩子都明白這樣的行為是不對的。」

(五) 女性角色限制與對機構男性工作者投入男童性教育及分齡性教育之期待

莊婷蘭(2007)、斐淑茵(2008)指出，主要照顧者對其子女實施性教育時，經常面臨溝通能力與經驗不足的困境。本研究也反映類似之現象。此外，保育員對自身為女性角色需面對男童發展上之性議題處理，除期待諮商專業人力的進駐外，並盼望機構中有更多男性工作者提供男童性別楷模學習，以及建議機構能針對機構兒童進行分齡之性教育。

「目前有心理師進來，也開始針對事件有一些簡單、預防性的性教育宣導，但目前針對孩子做治療性諮商的部分比較多，因為資源的不足，也只能因應孩子所發生的事件來做處理，很難開始預防性或根本性的諮商。」

「沒有男性的老師，像是一個父親的角色可以模仿，因為男老師的流動率很高，所以孩子缺乏這樣的角色來學習。」

「希望不要這樣子就結束，會覺得很可惜，孩子在團體當中其實有很大的改變，但是當團體一結束之後就開始不斷有問題行為產生。」

「分齡來做，因為部分團體成員所上課的內容會與其他孩子分享，而這些內容與訊息會被斷章取義或誤導，導致未參與團體的孩子獲得不正確的性觀念，而且不同年齡層所需要的教育也不一樣，像是國高中生可能就很需要兩性教育、性慾的瞭解與控制、安全措施觀念，和法律常識等；而國小的小朋友像是小一到小四就要知道怎麼保護自己，而高年級就會開始有一些侵略的行為產生甚至有些孩子會以性的方式來展現自己的權利，所以需要知道怎麼去尊重他人，也要學習以不同於暴力或性的方式來獲得控制感。」

伍、結論與建議

一、結論

本研究發現，安置機構保育員在照顧 6 位男童參與性侵害預防教育團體過程中，接受個別心理諮詢之替代親職壓力改變如下：

- (一) 本研究個別心理諮詢介入前後，保育員替代親職壓力均持續正常範圍內，並未有一致穩定下降現象，研究者認為此一結果反應安置對象多元且複雜，而形成保育員持續之替代親職壓力。其中值得注意的是，在接受個別心理諮詢介入後，後測顯示出保育員擔任智能障礙男童替代親職角色時的

壓力不減反升，研究者認為應該與智能障礙男童參與性侵害預防教育團體後，學會懂得捍衛自主權、自尊提升與自我肯定等賦權有關，並建議未來實務及研究可再進一步探究此一現象。

- (二) 保育員的照顧經驗中常產生與男童關係上親密需要的缺乏，探此一原因可能因本量表常模之建構均為有血緣關係之父母角色，相較安置機構中保育員因非血緣關係之限制，及保育員同時需照顧多位安置孩童之現況，故產生相較一般父母與受照顧孩童有著較冷淡的親子互動，或無法在情緒上與受照顧孩童有親近感受，及較無法能正確瞭解受照顧孩童之需要有關。此一結果亦反應，針對保育員建構、發展替代親職壓力量表之必要性。
- (三) 在兒童分量表中，保育員接受個別心理諮詢介入之壓力改變狀況，明顯因孩子原身心狀況（如 ADHD）及近期行為反應（如偷竊），而出現不同壓力程度與差異。此反應安置機構保育員之心理諮詢模式，除整合個人中心取向與問題解決取向外，可納入生態系統觀點之處遇。
- (四) 心理諮詢是協助保育員發揮替代親職功能之合宜方式，從個別訪談中瞭解，保育員對於心理諮詢之整體回饋仍可見其心理獲得許多支持、對孩童身心狀況有更深一層之認識、並對安置機構之孩童議題有多元思考及學習更多具體之解決方法。再者，從保育員提出對機構性教育之期待與看法可知，心理諮詢提升保育員問題解決、心理支持及相關性議題敏感度之功能。
- (五) 因安置機構孩童之特性及多元創傷，如保育員未持續接受相關照顧及輔導知能之培力，亦容易在安置機構中形成另一封閉系統，或在管教態度上被孩童投射為負面權威的化身，致使保育員在工作上常倍感壓力。因此，心理諮詢不失為一較不受輪班影響，而能促進專業成長及心理支持之協助。
- (六) 從保育員心理諮詢內容重點發現，24 次心理諮詢中討論智能障礙男童計有 14 次，其餘則為討論性侵害預防教育知能、其他團體成員、機構事件與保育員個人議題。顯而易見的是，照顧多元議題之孩童，如智能障礙男童、ADHD 等特殊兒童在心理諮詢上之迫切需要。

二、建議

(一) 對未來研究建議

1. 本研究保育員在心理諮詢中出現討論如何處理智能障礙孩童之頻率高，且智能障礙孩童為遭受性侵害之高危險群，而國內針對智能障礙男童性教育、及性侵害防治之相關研究仍屬少數，故持續針對安置機構內特殊孩童之性教育及性侵害防治之介入進行後續研究，實有其必要性。
2. 因安置機構之保育員如同這群孩子之替代親職角色，而如何增進安置機構之替代親職角色之效能等相關研究，乃是重要且值得關注之議題。
3. 本研究採用替代親職壓力量表為測量保育員接受個別心理諮詢介入後壓力改變狀況，雖保育員與安置機構孩童之關係似一般父母及子女關係，但因著照顧孩童之數量，與其實質關係等差異，顯出此一工具有其限制，故針對國內安置機構發展保育員與孩童互動之「保育員工作壓力量表」或「保育員替代親職壓力量表」有其必要性。
4. 因安置機構孩童身心多元之特性，故提供心理諮詢者應具備相關專業能力與條件，如特教專業、心理諮商專業、職能治療專業、生態系統觀點等，值得未來持續探究與建立安置機構保育員之心理諮詢模式。

(二) 對諮商實務建議

1. 安置機構保育員擔任機構中孩童們的替代親職角色，面對多重創傷之孩童及行為偏差問題之協助，對照顧者都是項挑戰與考驗，故持續提供保育員之專業支持與協助，實是影響安置成效之重要因素。心理諮詢可因應安置機構保育員輪班現況之限制，以及與保育員充分討論機構中多元與複雜之院童身心特性，乃值得參考運用。此外，本研究發現心理諮詢模式除整合個人中心取向與問題解決取向，更需納入生態系統觀點，以能因應院童身心與社會環境交互影響之多樣性。
2. 照顧智能障礙孩童與 ADHD 等特殊身心特性孩童仍是保育員之主要壓力來源之一，在實務上，如能適時提供處理特殊兒童議題之協助，將能有效協助保育員壓力之轉換與調適。

參考文獻

- 衛生福利部統計(2014)。性侵害事件通報被害人及加害人概況。取自 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=4189。
- 余漢儀(1996)。兒童虐待：現象檢視與問題反思。臺北：巨流。
- 邱獻輝(2002)。建立本土化諮詢歷程模式之嘗試。《學生輔導》，**82**，106-121。
- 邱獻輝、鄔佩麗(2004)。青少年家長「親子溝通諮詢團體」方案之效果研究。《教育心理學報》，**36**，35-57。
- 林家興(1997)。親職教育的原理與實務。臺北：心理。
- 林純真(2011)。PLISSIT 模式應用在智能障礙者性議題之啟示。《台灣性學學刊》，**17(2)**，53-68。
- 鍾思嘉(2003)。面對家庭型態轉變的親職諮詢。《學生輔導》，**88**，8-16。
- 林家興(2007)。親職教育團體對親子關係與兒童行為為問題的影響。《國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系教育心理學報》，**39(1)**，91-109。
- 洪素珍(2009)。內政部 96 年度「男童及少年安置機構性教育及性侵害防治方案」成果報告。財團法人華心理治療研究發展基金會。
- 洪素珍、徐依婷、郭玲君(2008)。從安置機構機構主管看機構內男童及少年之性與性別議題上的現狀與需求。內政部家庭暴力及性侵害防治委員會主辦之「97 年度男童及少年安置機構性侵害防治研討會」會議，臺北。
- 胡碧雲(2005)。少年安置機構生活輔導員之工作適應——以宜蘭縣為例(未出版之碩士論文)。佛光大學，宜蘭縣。
- 翁毓秀(2003)。親職壓力量表：指導手冊。臺北：心理。
- 莊婷蘭(2007)。高雄市國中小智能障礙學生家長在家實施性侵害防治教育之調查研究(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 陳玉清(2009)。智能障礙學生性別平等教育之探討。《屏師特殊教育》，**17**，40-49。
- 陳慧女、劉文英(2006)。性侵害防治專業人員處遇心智障礙受害者之困境與需求研究。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，**2(2)**，53-90。

- 黃榮真(2005)。高職特殊學校與特教班教師對於實施「性別平等教育」看法之探討。《特殊教育與復健學報》，**13**，27-48。
- 黃璉華(1997)。談智障者的性教育。《空大學訊》，**198**，112-115。
- 黎佩貞(2013)。ADHD 兒童母親壓力因應研究—新移民與本國母親之比較(未出版之碩士論文)。國立臺北大學，臺北市。
- 裴淑茵(2008)。家長對其智能障礙子女實施性教育、性溝通現況及需求之研究(未出版之碩士論文)。樹德科技大學，高雄市。
- 簡文英、卓紋君(2003)。國內親職教育團體研究的回顧與分析。《諮商與輔導》，**211**，2-10。
- Berridge, D. & Brodie, I. (1998). *Children's Homes*. London: Jessica Kingsley.
- Colton, M. (2002). Factors associated with abuse in residential Child Care Institutions, *Children & Society*, *16*, 33-44.
- Edmonson, B., McCombs, K., & Wish, J. (1979). What retarded adults believe about sex. *American Journal of Mental Deficiency*, *84*, 11-18.
- Farmer, E. & Pollock, S. (1998). *Sexually Abused and Abusing Children in Substitute Care*. New York: John Wiley and Sons.
- Green, L. & Masson, H. (2002). Adolescents who sexually abuse and residential accommodation: Issues of risk and vulnerability. *British Journal of Social Work*, *32*, 149-168.
- Mark, E. S. (1995). *Entry Strategies for School Consultation*. New York : Guilford.
- McCormack, B., Kavanagh, D., Caffrey, S., & Power, A. (2005). Investigating sexual abuse: Findings of a 15-year longitudinal study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *18*(3), 217-226.
- Newton, R. R., & Litrownik, A. J. & Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: Disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse and Neglect*, *24*, 1363-1374.
- Shostack, A. L. (1987). *Groups Homes for Teenagers: A Practical Guide*. New York: Human Sciences Press.



- Tavormina, J. B. (1980). Evaluation and comparative studies of parent education. In R. R. Abidin (Ed.), *Education and Intervention Handbook* (pp.130-155). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Upton, P., Maddocks, A., Eiser, C., Barnes, P. M., & Williams, J. (2005). Development of a measure of the health-related quality of life of children in public care. *Child Care, Health and Development*, *31*(4), 409–415.

The Study on the Caregiver's Substitutive Parenting Stress Change After Receiving Psychological Consultation in the Residential Child Care Institution: Using 6 Boys who Participating in an Educational Group for Preventing Sexual Assault Prevention Educational Group as Examples

Miao-Jung Lin¹, I-Hua Tsai²

Assistant Professor, Graduate Institute of Guidance and Counseling,
National Chi Nan University¹,
Ph.D. Candidate, Department of Guidance & Counseling, National
Changhua University of Education²

Abstract

The purpose of this study was to examine the caregiver's substitutive parenting stress change after receiving psychological consultations in the residential child care institution. The case study was used in this study. The researchers developed an experimental program which integrated the educational group for preventing sexual assault for six boys and also provided the psychological consultations for the caregiver who took care of the six boys in the residential child care institution. The caregiver was required to complete a substitutive parenting stress scale for the six boys before and after psychological consultations. The researchers also interview the caregiver after completing psychological consultations. The results of the study were as follows. For both the pretest and posttest, all items in the substitutive parenting stress scale were within a normal percentile for the six boys, indicating that the maternal care provided by the caregiver to the six boys and the behaviors of the boys showed expedient responses. Regarding the substitutive parenting stress subscales, the caregiver's involvement in a parenting role achieved high scores after the proposed program intervention was conducted. Finally, this study provides some suggestions for future research and some practice for residential child care institutions.

Keywords: residential child care institution, caregiver, psychological consultation, the substitutive parenting role

心理師遭遇案主暴力狀況之調查研究^{*}

陳若璋¹、王沂釗²、劉劭樺²

慈濟大學人類發展學系暨研究所教授¹、
東華大學諮商與臨床心理系助理教授²

初稿收件：2013年12月12日；正式接受：2014年06月04日

通訊作者：王沂釗，任職機構：東華大學諮商與臨床心理系，通訊地址：974 花蓮縣壽豐鄉志學村大學路二段1號 東華大學諮臨系，電話：03-8635633，電子郵件：scholarwang@mail.ndhu.edu.tw

摘要

本研究以具臨床或諮商師證照者為對象，瞭解案主暴力之發生情形、後續處理及調適方式。研究工具為自編之心理師面臨案主暴力及因應方式調查問卷，計130份有效問卷。主要結果發現：(1) 近半數心理師在過去二年曾遭受案主暴力，以醫院之臨床心理師受暴比例及風險較高，但多數心理師仍認為學校及社區為高風險場所；(2) 個案常因情感問題及精神疾病症狀發作，致情緒失控而發生暴力；(3) 多數心理師在受暴後，得到服務機構的直接關懷或督導，仍然有三成受暴心理師認為後續的處置不夠積極。據此提出未來對施暴個案屬性進行調查、加強安全保護設施及加強案例演練外，心理師執行業務時，需多察覺個案非語言訊息，採取必要的探詢及評估策略等建議。

關鍵字：心理師、職場暴力、案主暴力

^{*} 本研究為國科會補助之計畫，國科會編號為 NSC 100-2410-H-259-019，陳若璋教授為計畫主持人。

壹、緒論

2009年六月發生某大學即將畢業學生，疑似因為考試的壓力而情緒不穩，持刀衝進該校諮商中心並挾持心理師，雖然該事件最後是個案以刀自傷而結束，未造成其他工作人員的傷害，但是暴力的陰影衝擊了該名心理師的身心適應，並在日後出現替代性創傷經驗（陳若璋、王沂釗、廖得安，2012）。此事件不僅反映諮商中心及工作者處理危機個案的應變能力，也突顯心理師也面臨職場暴力（workplace violence）的風險。

職場暴力的定義：「於工作環境中，對工作人員虐待、威脅或攻擊，並影響其安全、安適或健康之行為，均可稱為職場暴力」，為新興的職場社會心理危害（邊立中、鄭雅文、陳怡欣、陳秋蓉，2014）。其型式包含肢體暴力、言語暴力、心理暴力與性騷擾等四類，其發生的原因，如：(1) 陌生人針對財物犯下或其他隨機衝突；(2) 來自於客戶或病患等之不滿、憤怒及沮喪的情緒；(3) 員工個別衝突或對企業組織不滿；(4) 員工親友之暴力行為；(5) 工作壓力過大或不友善之組織文化；(6) 性騷擾，包括肢體、言語及態度（錢葉忠，2009）。而醫療體系及心理衛生機構則是發生來自於個案各種型式暴力的高風險單位（陳文慶、胡海國、林宜平、郭育良、蘇德勝、王榮德，2010；LeBlanc & Barling, 2004; Muller & Tschan, 2011），且來自外部的職場暴力施暴者具隨機性，一旦發生職場暴力，不僅造成工作人員的生理、心理以及情緒上的負面影響，亦衝擊醫療安全、法律與照護的品質（韓晶彥、林春只，2003）。醫療場域的職場暴力問題的嚴重性，使醫師公會主張在醫療情境中危害醫安的暴力行為視同公共危險犯罪（張孟源、盧言珮，2011），以加重刑責做法遏阻暴力的發生。

目前國內之案主暴力（client violence）研究多以調查護理人員及社工人員為主，例如72%的從業人員經驗到一次以上的暴力，44%的社工員則經驗到多種型式的暴力，顯見案主的暴力威脅並非偶發事件（徐雅嵐，2009）。然國內至今尚未見以心理師為樣本進行有關職場暴力研究之結果，而從國外研究的發現，臨床實務工作者遭受案主暴力的比率不容小覷，故深入瞭解心理師面對案主暴力的性質與產生原因，將能促進工作場所與心理師安全的防護，同時提升服務品質。

一、心理師為面臨職場暴力之高風險群

(一) 心理師發生案主暴力之普及率

案主暴力是指實務工作者遭受來自其個人或服務機構的個案，有實際身體攻擊、意圖身體攻擊、威脅及財產損害的故意事件 (Newhill, 1996)。依此定義蒐尋文獻資料，在 Guy、Brown 和 Poelstra (1990) 之報告指出，340 位心理治療師中 (工作年資 3 ~ 41 年，平均年資 16.8 年)，有 39.9% 曾被攻擊，49% 曾被語言威脅，顯示在此領域之實務工作者至少會經驗 1.67 次身體攻擊、1.02 次心理攻擊或 2.40 次身體及心理攻擊。Arthur、Brende 和 Quiroz (2003) 調查發現 61% 實務工作者曾遭受心理或生理的暴力，其中 29% 的人在擔任專業工作時曾因此感到害怕。更嚴重的是，在一份以德國心理健康照護中心的員工為調查樣本之研究發現：有 70.7% 與 89.4% 的實務工作者曾遭受身體及口頭攻擊，身體攻擊較常發生於看護之家，口頭攻擊則是常發生於精神診所 (Franze, Zeh, Schablon, Kuhnert, & Nienhaus, 2010)。

(二) 案主暴力型態

案主暴力型態，可分為財產傷害、威脅與攻擊；財產傷害主要含：損害或污損機構財產、丟擲導致物品損害、損害實務工作者個人財產、偷竊等；而威脅則有：威脅要殺害或傷害自己或實務工作者、以武器威脅、案主激動狂怒等；身體攻擊則包含：腳踢或手打、以武器意圖或實際傷害工作者、丟擲物品、咬或吐口水等 (陳圭如、孫世維譯，2007)。

國內發生案主暴力型態有肢體暴力、口語威脅、情境中的被威脅感與財物損害等 (李宜真，2008；徐雅嵐，2009)，最常見為敲槌打，或是抓扯拉捏折、腳踢、作勢毆打、使用器物、丟擲摔甩、推擠闖、身體阻擋去路、用嘴咬人等 (陳杏佳，1997)，也常見到個案以言語辱罵、威嚇／滋擾、身體暴力或性騷擾護理人員 (李選、白香菊、顏文娟，2010)，較少見到預謀或以武器攻擊的情形。

二、案主暴力的相關屬性與特質

(一) 施暴者屬性與受暴者特質

國內外過去相關研究顯示，會攻擊治療師的病人中，75%有暴力史，35%曾威脅自殺或嘗試自殺(Bernstein, 1981)，而無業者、精神分裂症患者及合併酒精濫用者，發生暴力之比例似乎較高(周煌智等人，1997)；個案的身心特質與生活的環境，常是發生暴力問題的主要相關因素(LeBlanc & Barling, 2004)，此顯示個案若有疾病診斷、過去有暴力史等，是為施暴者之危險因子，但性別、年齡等人口學上的變項則較無法用來預測暴力(陳文慶等人，2010)。

另一方面，在陳文慶等人(2010)研究發現，小時候曾遭受暴力者、工作壓力大者、本身焦慮程度高者，是實務工作者受暴的危險因子；李選等人(2010)的研究則指出，實務工作者若年資較淺、年紀較輕、未婚這些因子則是易遭受個案之肢體暴力和口頭謾罵之危險因子，其相關因子還包含年齡、性別、教育、輪班等。而Bernstein(1981)的調查也發現，經驗不足的治療師較資深的工作者常遭遇個案的攻擊。

(二) 施暴原因

Newhill 認為職場暴力具特殊的環境與文化因素，施暴者對實務工作者威脅之可能原因有：案主對情境或醫療系統生氣、案主對治療感到心煩及動機不明等(陳圭如、孫世維譯，2007)；而真正產生攻擊之可能原因則為：案主患有精神疾病、案主試圖逃走、案主對工作者、機構、系統或社區感到生氣或沮喪、案主被要求面對自己的行為或被設限而生氣等，而好發於醫療活動緊張、頻繁的急診體系中，較易激發案主不滿或激憤的情緒(張孟源、盧言珮，2011)。

國內常見的急診室暴力也有相似的情形，如：急診室是個吵雜、空間狹小、過度擁擠、缺乏隱私的環境、施暴者經歷疼痛、護理專業不被重視、護理人員之性別、年齡與工作經驗等因素，皆是急診室發生暴力之原因(韓晶彥、林春只，2003)。

而以急性精神科病房病患出現暴力的研究發現：暴力攻擊之可能原因以與精神症狀有關為最多，其次為衝動控制力差、人際互動衝突等(齊美婷、蔣秀容、

潘志泉、呂素珍、闕清模，2008)。因此，案主暴力以精神疾病相關症狀發作為最常見之原因(Newhill, 1996)。

(三) 易發生案主暴力之時間、地點、前兆與器物

施暴時間相關之國外研究指出，暴力的發生以用餐時間最為常見(Arthur et al., 2003)，施暴地點多在精神科病房。地點常發生於活動室、病房、護理站前、浴廁及走廊等，而非急診室(Dhumad, Wijeratne, & Treasaden, 2007)。周煌智等人(1997)調查某精神專科醫院急性病房病患之暴力時間指出，暴力常在早上8~12時發生，而後依次為下午2~6時、晚上8~12時、午夜12~隔晨6時。

在暴力發生當時，個案出現肌肉緊張(瞪眼、咬牙、握拳)、音量大、口氣兇、要求多、不安走動、忙碌等特徵，是個案最常見施暴前兆(陳杏佳，1997)。

當調查施暴器物時，國外研究顯示，19%是案主使用一項武器進行威脅，而其中32%使用槍支、20%使用刀子、15%使用棍棒、4%使用一種以上的武器(陳圭如、孫世維譯，2007)，但陳杏佳(1997)的國內研究卻發現，案主常使用器物有門、報紙、電話、紙、杯子、椅子等隨手可取之器物。

三、暴力對工作者的影響

醫院工作人員遭受病患攻擊之傷害事件，大多數是頭部傷害身體傷害方面(Carmel & Hunter, 1989)，暴力事件會使員工的身體受損害，最常見傷害則是短期疼痛(Franze et al., 2010)，或是受暴後經驗到短或長期的情緒、認知、社交與生理上之影響，諸如不停回想、緊張、疲累、菸酒使用量變高、自責、否認及合理化(Arthur et al, 2003)。

國內的醫院社工師遭遇案主暴力後，情緒上受到很大衝擊，像是驚嚇、害怕、生氣、羞愧、焦慮擔憂(李宜真，2008)。而大學校園心理師長期受到個案以自殺威脅的衝擊及精神耗竭後，會有身心不適的情形甚至出現替代性創傷，如：抵抗力降低、突發性耳聾、聲帶萎縮、無力感等症狀(陳若璋等人，2012)，以上症狀皆可能影響心理師在日後的專業表現。

四、暴力後對個案及自身之處理調適

(一) 對施暴案主之處理

多數的治療師在遭遇攻擊後，會將病人轉介給其他治療師(Bernstein, 1981)。在發生暴力後，Newhill 建議可對案主進行以下處理：(1) 藥物、食物或飲料輔助治療；(2) 強制住院；(3) 心理治療；(4) 行為治療；(5) 行為控制或保護安置等(陳圭如、孫世維譯，2007)。而 Franze 等人(2010)的研究發現健康照護工作者介入暴力的方式，大多為和個案討論、要求改善行為、減少和個案接觸、要求人際支持、和調動個案；其他更強烈的介入包含藥物治療、身體限制、強制拘留等。

但陳杏佳(1997)的研究發現，國內醫院對個案暴力行為的處理方式，最多是口頭勸說或提醒，其次是約束或入保護室，再其次是口頭急促喝止、針劑和隔離雙方，而較少提供建設性活動來紓解能量。

(二) 工作者對自身之處理與調適

Arthur 等人(2003)的研究指出經歷生理或心理暴力後，51% 的工作者認為未造成其工作上的大變動，但 20% 認為經歷暴力事件後反而促進其尋求對安全技巧之訓練，19% 促進其對同儕求助，16% 促進其對工作壓力的處理。Dhumad 等人(2007)研究則發現被暴力攻擊之精神科醫生事後並未積極尋求支持與心理照護。

國內的研究指出醫院社工遭遇暴力後的因應方式包含對後續會談對象會進行評估、會談地點的謹慎選擇、提高對會談對象的覺察及安撫會談對象的情緒等。對自身則會選擇同儕與主管的協助、宗教信仰、心理諮商等方式去調適(李宜真，2008)。而陳若璋等人(2012)亦指出，心理師經驗暴力後，通常會採取「接受督導、與同儕討論」、「轉換思緒、重新檢視諮商工作的價值」、「從危機中汲取處理經驗」等三步驟，藉以克服受暴所帶來之心理障礙，並進一步增進自身之危機處理能力。因此，心理師之自我調適是專業倫規範中的重要責任之一，以因應任何的危險事件帶來的衝擊，避免身心耗竭(Corey, Corey, & Callanan, 2011)。

五、預防暴力的策略

辦公室環境應注意以下原則：(1) 評估房間內陳設：避免放置有重量、可丟拋的物件，如：玻璃菸灰缸；(2) 會談室應設於安全場所，設計時也應以安全為考量，如：照明及設備採中性色系、安裝警鈴等；(3) 辦公室應建立暴力發生時求助的管道與程序，並定期檢視與演練；(4) 實務工作者應注意穿著打扮；(5) 實務工作者對個案身上能取下並當成武器的物件應保持警戒，如：小刀或皮帶（陳圭如、孫世維譯，2007）。

韓晶彥與林春只（2003）研究指出預防護理人員受暴可有以下措施：(1) 環境控制：評估安全設備、提供安全系統及事先評估受暴可能；(2) 人員訓練：增加護理人員對暴力的警覺，其訓練課程目標包括護理人員能確認誘發暴力事件的危險因子及能有處理暴力事件的技能兩部分；倘若暴力行為仍無法控制，請求警衛支援、協助隔離、對暴力案主之身體約束及藥物治療等，皆是處理暴力事件的因應措施。

齊美婷等人（2008）的研究也指出，防止攻擊事件產生之介入措施主要有：提升醫療團隊對攻擊事件之敏感度、降低個案之人際衝突、協助個案控制衝動等，不僅可降低醫療人員之傷害，更可預防攻擊事件發生，進而提升醫療照護品質。

因此，在暴力發生後，行政主管需主動提供諮商，並確認受暴人員得到之支持及協助是否足夠，以縮短其調適過程，幫助發展出合宜的因應行為。然而，專業人員雖同意機構內及早建置預防暴力之具體機制有助減少暴力，遺憾的是李選等人（2010）的研究發現，僅 37.7% 護理人員指出工作機構有建置暴力事件通報的具體機制。

六、須增進工作者對暴力風險評估之能力

由於暴力最好之預測因子為過去暴力行為，因此 Star（1984）指出在初次與案主接觸時就應詢問其過去曾有過之暴力行為，若發現仍有暴力想法，即應詢問其實際或幻想的步驟為何、已做哪些準備、已蒐集之武器數量與進行暴力動機強度等問題。

Borum (1996) 則認為，工作者應檢視四項具有預測效力的因子：(1) 案主之人格、認知型態與性格傾向的基本資料；(2) 案主之社會歷史、曾住過哪些病院、遵醫屬性與暴力及犯罪史等歷史資料；(3) 案主知覺到的壓力、社會支持及暴力手段的情境；(4) 一般診斷、症狀、功能與物質濫用等臨床因子。

衡量潛在暴力時，可注意個人與情境因素之交互作用，個人因素含傷害動機與習慣強度（過去暴力被增強的廣度）；情境因素含武器可得性、對環境的挫折感及親友對暴力的贊同度。為得到上述資料，與其家人及朋友會談，對衡量案主之暴力嚴重性及頻率的發生是有幫助的。因此，及早偵測可能的暴力個案，減低這些個案爆發暴力的可能性，是預防發生案主暴力的有效方法；而偵測個案的危險暴力可能性及降低暴力發生之能力，是和工作者是否熟悉暴力之預測因子及能否進行有效危險評估有關的。

綜合上述的討論可知，在心理健康照護工作中，臨床／諮商師亦為此醫療團隊中重要的一環；而這兩者在日常業務中，也經常觸及暴力的工作環境。以臨床師為例，許多臨床師服務於醫療體系之精神科病房中，而精神科病房正是暴力發生最嚴重的醫療單位，包括肢體暴力及口頭謾罵等（陳文慶等人，2010），因此臨床師無法避免在職場中面對及處理暴力的可能。而近幾年來，在機構工作的臨床師被要求介入家暴相對人及性加害者的治療處遇工作，面對這些高危險的個案，雖然目前尚未聽到具體之身體暴力案件發生，但許多心理師逐漸提及曾被口頭威脅而造成多種心理衝擊（蘇俊賢，2007）。

本研究以心理師的工作場域為研究焦點，來探討心理師工作場域可能面臨之暴力狀況為何，以作為未來心理師預防及因應暴力之策略。因此，本研究主要目的在探討以下問題：

- (一) 過去二年，心理師實質遭受案主暴力之情形及風險？
- (二) 心理師易發生案主暴力之相關因子及觸發原因為何？
- (三) 心理師遭受案主暴力之型態及處理的情形為何？
- (四) 心理師認為處理暴力案主時應具備之核心能力為何？
- (五) 心理師認為處理暴力案件時之合宜處理流程為何？

此研究之結果期能提升心理師辨識及評估案主施暴風險之能力、增加對案主暴力的敏感度及處理能力，同時可提醒醫院、學校及社區等專業服務場所之主管，能重視心理師的職場安全採取合宜的暴力預防策略及訓練。

貳、研究方法

一、研究對象

本研究以衛生署公告醫事人員執業資料之成員為研究對象，寄出 400 份問卷予各縣市臨床／諮商心理師公會協助公告並代發調查問卷，為期二月。回收各縣市公會會員填答有效問卷計 130 份，其中臨床師 53 份，諮商師 77 份。研究對象之基本資料整理如表 1。

表 1 研究參與者背景資料摘要表 (N=130)

背景資料	人數	百分比	背景資料	人數	百分比		
性別 /	男	29	22.3	臨床師	53	40.8	
	女	99	76.2	諮商師	77	59.2	
	遺漏值	2	1.5				
教育背景 /	大學畢業	5	3.8	畢業系所 /	其他系所	10	7.8
	碩士畢業	90	69.2		諮商輔導相關系所	62	48.4
	博士班進修中	12	9.2		心理與臨床相關系所	56	43.8
	博士畢業	23	17.7		遺漏值	2	
年齡 /	26-30 歲	28	21.5	工作年資 /	1-3 年	38	29.2
	31-40 歲	62	47.7		3-5 年	21	16.2
	41-50 歲	28	21.5		5-10 年	27	20.8
	51 歲以上	11	8.5		10 年以上	44	33.8
	遺漏值	1	0.8				
是否接受督導 /	是	72	55.4	執業場所 /	學校	63	48.5
	否	56	43.1		醫院	42	32.3
	遺漏值	2	1.5		社區及其他	25	19.2

二、研究工具

為瞭解目前心理師執業場域面臨案主暴力的現況，研究者依 Newhill 之社會工作實務中遭遇案主暴力研究與前述相關研究文獻所提之要點（陳圭如、孫世維譯，2007），編擬「心理師面臨案主暴力及因應方式調查問卷」初稿，內容包含：(1) 個人基本資料：如研究參與者之證照別、職業場所、性別、年齡、教育訓練、工作年資、證照狀況、督導時數、接案時數等背景資料 9 題；(2) 過去兩年內心理師曾經歷與聽聞之各類危機案件類型、數量及其性別共 12 題；(3) 發生案主暴力之狀況：觸發暴力事件的原因、發生時間／地點／前兆／是否使用器物等 5 題；(4) 經驗暴力事件後之處理：機構對施暴者／受暴心理師之處理（分別有 14 及 10 項）、受暴心理師對施暴者／自身的處理（分別有 10 及 14 項）、最有效的調適方法（14 項）、機構對暴力之因應及心理師期待機構如何處理（分別有 14 項）等 7 題；(5) 心理師處理案主暴力能力條件的概況，如曾選的訓練課程（12 項）、評估使用的評估工具及評估要點（14 項）、所具備的核心能力（12 項）及處理流程（22 項）等 5 大向度，總計共有 38 個題項。除「個人基本資料」外，其餘題項皆為複選題。

本研究設計調查問卷之目的在蒐集各項背景及實務現況之名義變項資料，而非心理評量工具的發展，其內容效度之建構歷程為：問卷初稿完成後，邀請 10 名領有諮商或臨床心理師證照、十年以上工作經驗之資深實務工作者，檢核問卷內容並修正題意不清楚之題項，經過雙向討論及修改後，再請 4 位分別在醫院及學校機構任職三年以上心理師討論及確認題目之合宜性，使各題項內容易於理解及回答並能反映實務工作現況。

三、資料分析

問卷資料回收後，逐筆輸入 SPSS 14.0 系統進行統計分析，將曾遭受案主暴力之心理師各項背景、易遭受案主暴力之業務及觸發原因、發生案主暴力之樣態、心理師及機構之處理情形及核心能力等資料，以描述統計之方法陳述。另以卡方檢定，分析心理師執業場域與遭受案主暴力事件之間是否有關聯。

參、結果

一、國內心理師發生案主暴力之情形

在本研究調查中 130 名心理師樣本中，共有 60 名表示曾實際經歷案主暴力事件（占 46.15%），顯示在過去兩年內，近每兩位心理師中即有一位曾遭受案主暴力；暴力案件總計共有 107 件以上，曾受暴之心理師中有 51 位（占 85%）遭遇 1-2 件暴力案件，其餘 15% 之心理師遭受 2 件以上之多重暴力案件，有 3 位（5%）之心理師（皆為女性）曾遭遇 5 件以上之暴力案件。

進一步以卡方分析曾否經歷案主暴力事件是否會與心理師之背景變項有關聯（如表 2），其中可發現：(1) 有 62.3% 的臨床師曾遭遇案主暴力的情形，而諮商師僅達 35.1%，臨床師較諮商師明顯遭遇到來自案主的暴力事件，其間差異達顯著水準（ $\chi^2(1, N = 130) = 9.35, p < .01$ ）；(2) 不同性質之執業場所，以醫院遭遇暴力的情形較高為 64.3%，其次為社區 52.0%，在學校執業的情形為 31.7%，其間達顯著差異（ $\chi^2(1, N = 130) = 11.16, p < .01$ ）。經事後比較發現：在醫院顯著的較學校場域發生易案主暴力事件（ $\chi^2(1, N = 105) = 10.79, p < .01$ ），而醫院與社區之間及學校與社間則無顯著的差異。

另外，在性別及工作年資之背景變項在受暴經驗的比較上，則無顯著差異。綜合卡方分析的結果，顯示臨床師、於醫院及社區執業心理師有較高比例發生案主暴力。

表 2 心理師發生案主暴力之背景資料

變項及組別 (人數)	曾遭受案主暴力 (n = 60) 人數 (百分比)	未曾遭受案主暴力 (n = 70) 人數 (百分比)	χ^2
1. 證照類別			
臨床師 (53)	33(62.3)	20(37.7)	9.35**
諮商師 (77)	27(35.1)	50(64.9)	
2. 執業場所			
學校 (63)	20(31.7)	43(68.3)	11.16**
醫院 (42)	27(64.3)	15(35.7)	
社區 (25)	13(52.0)	12(48.0)	

（接下頁）

變項及組別 (人數)	曾遭受案主暴力 ($n = 60$) 人數 (百分比)	未曾遭受案主暴力 ($n = 70$) 人數 (百分比)	X^2
3. 性別			
男 (29)	16(55.2)	13(44.8)	1.04
女 (99)	44(44.4)	55(55.6)	
4. 工作年資			
1-3 年 (38)	19(50.0)	19(50.0)	5.69
3-5 年 (21)	7(33.3)	14(66.7)	
5-10 年 (27)	17(63.0)	10(37.0)	
10 年以上 (44)	17(38.6)	27(61.4)	

註：百分比為人數／各組人數。 $**p < .01$

二、心理師認為最易遭受暴力之業務型態及觸發原因

參與調查之臨床心理師們認為最易遭受案主暴力業務為：在校園處理霸凌學生問題(47.2%)、在社區進行性侵害加害人團體心理治療(41.5%)、在社區進行家暴相對人認知教育團體心理治療(39.6%)等三項是最易遭受暴力的業務。而諮商師則認為在校園處理精神疾患學生(50.6%)、在校園處理霸凌學生問題(49.4%)、在校園處理親密關係暴力學生及在社區進行家暴相對人認知教育團體心理治療(42.9%)等是最易遭受暴力的業務。簡言之，處理校園暴力事件(如霸凌、及處理精神疾患的學生)及於社區進行治療或輔導的處遇工作(如家暴相關人員處遇及高風險家庭關懷服務、性侵加害人處遇)，是多數心理師認為最容易遭受暴力的業務。以上的發現卻是與前述統計結果顯示之，在醫院之臨床師最易遭受暴力之現況有所差距；因之心理師所覺知之職場風險與實際之狀況不吻合。

至於觸發暴力的原因，臨床心理師認為：情感問題所引發之情緒及行為失控(98.1%)、無法合宜管理情緒(86.8%)、出現身心或精神症狀(64.2%)等三項是常見的原因。而諮商師則認為：無法合宜管理情緒(76.6%)、出現身心或精神症狀(61.0%)、情感問題所引發之情緒及行為失控(46.8%)等三項是常見的原因。

三、心理師實質遭受暴力之類型、屬性及處理情形

(一) 暴力類型

從表 3 之心理師受暴類型顯示，計有 46 位心理師 (76.7%) 遭遇言語威脅，是最常遇到的案主暴力類型，其次是性騷擾 (18 位，30%)，再次為身體攻擊 (15 位，25%)，財務損害較少 (8 位，13.3%)。雖然未達到統計上之顯著差異，但仍須注意臨床師、醫療矯治場域之心理師遭遇較多的暴力，而女性心理受到各類型案主暴力的情形，在比例上均較男性心理師為高。

表 3 心理師遭遇案主暴力類型人數統計摘要表

暴力類型	總計 受暴 n(%) ^a	背景變項						
		執業場所			性別		證照類別	
		醫療 n(%) ^b	學校 n(%)	社區 n(%)	男 n(%)	女 n(%)	臨床師 n(%)	諮商師 n(%)
言語威脅	46(76.7)	19(41.3)	15(32.6)	12(26.1)	12(26.1)	34(73.9)	24(52.2)	22(47.8)
性騷擾	18(30.0)	11(61.1)	7(38.9)	0	2(11.1)	16(88.9)	12(66.7)	6(33.3)
身體攻擊	15(25.0)	7(46.7)	5(33.3)	3(20.0)	3(20.0)	12(80.0)	8(53.3)	7(46.7)
財務損害	8(13.3)	6(75.0)	1(12.5)	1(12.5)	3(37.5)	5(62.5)	7(87.5)	1(12.5)

註：a. 細格內數字為受暴人數；括號內數字為人數 / 60 位受暴心理師。

b. 細格內數字為各背景變項之特定暴力類型受暴人數 / 特定暴力類型之受暴人數。

(二) 案主暴力發生之時間與地點

將這些曾經歷案主暴力心理師所瞭解的案主暴力發生的情形，整理如表 4，可以發現最常發生暴力事件的時間點在下午等，此可能與醫院多於上午進行會報、巡診及門診，下午則是臨床師與個案的會談活動，而學校及社區機構多將課程制式安排於上午，下午則彈性安排活動的情形有關。雖然案主暴力發生地點多於晤談室裡，但臨床師多在醫院場域受暴，諮商師則在辦公室、校園之公開場所及網路中，皆有可能發生案主暴力事件。

表 4 最常發生暴力時間與地點

最常發生暴力時間		人數 (%)	最常發生暴力地點	人數 (%)
臨床師 <i>n</i> = 33	下午 12-16 時	22(66.7)	晤談室	24(72.7)
	早上 08-12 時	16(48.5)	病房	12(36.4)
	下午 16-20 時	13(39.4)	活動室	7(21.2)
			精神科門診 辦公室	7(21.2)
諮商師 <i>n</i> = 27	下午 16-20 時	13(48.1)	晤談室	23(85.2)
	下午 12-16 時	12(44.4)	辦公室	8(29.6)
			執業場所外	7(25.9)
	晚 20-24 時	11(40.7)	教室	6(22.2)
			網路	5(18.5)

註：人數為填答該項目之心理師；百分比為填答該項目人數／各組受暴心理師。

(三) 暴力發生前兆及使用器物

遭遇案主暴力之臨床師認為暴力發生的前兆前三項口氣兇及情緒起伏大(皆為 51.5%)、音量大(48.5%)。而諮商師則認為：情緒起伏大(74.1%)、音量大(59.3%)、躁動(55%)，還有口氣兇、瞪眼及操控行為(皆為 51.9%)亦是常見的。可見當個案情緒激動而產生暴力前，皆有音量大及情緒起伏激烈、口氣兇等為主要徵兆。

使用器物方面，雖然多數之暴力狀況為未使用器物(分別為 72.7% 及 59.3%)，但大部分仍以隨手可得之隨身物件(12.1% 及 18.2%)、刀子或銳利物(6.1% 及 21.2%)、辦公室用具(皆為 12.1%)等情形進行攻擊行為。

(四) 案主暴力事件發生後之處理

1. 機構處理情形

在案主暴力事件發生後，機構對施暴者最常進行前三項之作為，在臨床師部分反映了醫療機構的做法，如：訂立個別性的行為約定(39.4%)、隔離(33.3%)和密切照護(27.3%)。而諮商師部分則以安排心理諮商(70.4%)、訂立個別性的行為約定(40.7%)，有六位(22.2%)表示機構無作為。整體而言，機構的處理主要是以個別化之處遇或治療方案為主，其次分別是著重於對個案之安全做強制性防護，如隔離、用藥調整、強制送醫等。而機構對受暴臨床師及諮商師的處理，

多數是直接關懷(分別為 66.7% 及 55.6%)、提供督導(30.3% 及 40.7%)，仍有機構對部分事件未作積極合宜處理(24.2% 及 40.7%)。

2. 受暴心理師之處理情形

受暴心理師對施暴個案之處理，臨床師最常以「將暴力事件視為治療過程」(48.5%)，其次為「進行轉介」(39.4%)或「改變處遇策略」(36.4%)做為在暴力事件後的處理方法，較少以「警告」、「結案」等。而諮商師則以視為治療過程居多(59.3%)，其次是「改變處遇策略」(37.0%)、「轉介」(33.3%)，心理師們較少以「警告」(分別為 18.2% 及 7.4%)、「結案」(9.1% 及 11.1%)做為處理方法。

而自身之處理方面，臨床師多尋求外援(75.8%)或督導協助(60.6%)、再次為自我省察或轉介個案(皆為 42.4%)。諮商師亦有相似的處理方法，主要是尋求外援或督導協助(皆為 77.8%)，其次為自我省察(66.7%)。

可以發現許多心理師在受暴之後，仍繼續與個案維持治療關係，較少採取直接的保護性措施，尋求專業指導及人際支持是最常見的自我調適方法。

3. 受暴心理師對機構處理情形之反應

臨床師認為機構在事件後的處理方式多以召開個案研討(63.6%)或事件討論會(57.6%)、改善環境安全及訂定相關規定(皆為 36.4%)、定期危機演練及檢視(27.3%)等。諮商師亦有相似的看法，機構在事件會召開個案研討(63.0%)、事件討論會(51.9%)、改善環境安全(40.7%)、訂定相關規定(33.3%)、定期危機演練及檢視(22.2%)等，但二者分別有 21.2% 及 22.2% 認為機構是無作為的。

但是除了上述的處理外，曾受暴的臨床師們期待機構能重視環境安全(48.5%)、建立相關的求助管道(36.4%)、增加人力及辦理暴力管理訓練(皆為 30.3%)。諮商師則同樣的期待機構能重視環境安全(51.9%)、安排支持性團體(40.7%)及建立求助管道(37.0%)等防患於未然做法。

四、心理師自覺因應案主暴力需具備之核心能力

多數臨床理師認為處理案主暴力時前三項應具的核心能力：敏察案主情緒（62.3%）、對施暴者特質之認識（45.3%）、以同理態度促使案主說明其問題與事（37.7%）。而諮商師則是以對施暴力心理特質認識（79.2%）、敏察案主情緒（69.8%）、評估案主的動機和進入處遇的理由（43.4%）為主要的核心能力。若干具預防性防護能力，如促使案主說明其問題與事件、評估案主動機及和進入處遇的理由、協助案主學習自我控制、教導個案瞭解其行為可能之後果為何等，可以提升對案主暴力之危險因子敏感，及有效降低攻擊事件之發生、降低人員之傷害的能力，卻是較少受到心理師們注意。

五、心理師處理案主暴力之合宜流程

參與研究之臨床師與諮商師對於處理案主暴力之合宜流程看法相近：(1) 在事件發生前蒐集相關訊息以評估個案的暴力風險：觀察、瞭解逃生路線（分別為 47.2% 及 27.3%）、詢問過去是否也曾有暴力行為或受暴（37.7% 及 44.2%）、以同理態度促使案主說明其問題與事件（32.1% 及 36.4）、評估案主的動機和進入處遇的理由（24.5% 及 33.8%）及主動詢問其實際或幻想的暴力步驟（20.8% 及 32.5%）。

(2) 在暴力發生當下：心理師多能及時採取適當的行動，確保自身安全，如：按下警鈴（分別為 50.9% 及 41.6%）、往門口移動（35.8% 及 32.5%）或將晤談室門打開（17.0% 及 29.9%）、與同仁一齊安撫個案之情緒（20.8% 及 28.6%）及採取防衛行動（22.6% 及 22.1%）等。

(3) 在暴力發生後逾半數心理師們會向主管報告事件（分別為 56.6% 及 55.8%）、其次為邀請同仁一起解決個案問題及安撫案主情緒（47.2% 及 37.7%）、反應個人感受（37.7% 及 23.4%）。

肆、結論與建議

一、研究發現與討論

(一) 近半數心理師曾遭遇案主暴力

參與本研究之心理師，有近半數表示在過去二年曾遭案主暴力的情形，其中有 15% 曾遭受二件以上暴力，顯示國內心理師專業工作，面臨著和國內外其他助人工作一樣有相當高的暴力風險。同時醫院臨床心理師之受暴情形較其他執業場所之心理師有較高的受暴風險，是國內專業教育及心理師們執業前應注意和察覺的問題。

再從暴力發生多與個案因為情感問題造成之情緒失控或情緒管理、精神疾病症狀的發作等是常見原因。而類型來看，語言威脅是主要的案主暴力行為，此結果與 Franze 等人 (2010) 的發現相似；而發生性騷擾／侵害、身體攻擊及財物損害的場地多為醫院，其對象多為臨床師或女性心理師。此現象反映了醫院可能收容較多具有暴力潛質的個案，而女性心理師又是占多數，這是未來醫院在個案管理工作時，應關注的問題。

雖然多數之暴力狀況為未使用器物，不若國外研究指出有槍枝或致命武器致生命財產受威脅，大部分仍以隨手可得之隨身物件、刀子或銳利物、辦公室用具等情形進行攻擊行為，因此晤談室內之擺設宜簡約，心理師須妥善保管各類用品，避免成為攻擊的器物。

(二) 評估案主暴力的危險因子仍被心理師及訓練單位忽視

不同於周煌智等人 (1997) 所做的調查結果，本研究發現發生案主暴力時間多在下午 12 ~ 16 時或夜間 16 ~ 20 時，也許此反映了當前國內心理師主要執業場所的性質。即醫院之例行會議時間及學校正課多安排於上午，醫院內之臨床師多於下午時間與個案接觸，而在學校之諮商師多在下午或晚上接個案，且多獨自處理突發狀況有關 (陳若璋等人，2012)。

研究結果顯示施暴個案多有情緒激動、音量大及情緒起伏激烈、口氣兇等徵兆，此可做為心理師察覺或評估案主失控、發生暴力的可能性。個案可能會使用隨身物件、辦公室用品及桌椅等作為暴力攻擊之武器，當心理師覺察個案有上述情緒或行為的徵兆時，應詢問個案能否控制或管理個人狀況，並留心自身之安全及預做應變的準備，而機構也應做好各種保護措施，如設置警鈴、安排值班人員、與保全或校安人員保持能迅速提供支援之管道、減少可輕易做為攻擊器材之擺設等。

參與本研究之多數心理師認為敏察案主情緒、對施暴者特質之認識、暴力理論與處遇策略，為處理案主暴力時應具的核心能力，與過去文獻相似，然此三項核心能力仍對心理師未來是否有能力評估暴力之可能與危險程度之能力有所不足，如評估案主過去暴力史、實質及幻想之暴力步驟，施暴者屬性，如：單身、有施暴史的個案居多，反映了其缺乏社會支持的情形、過去的施暴或受暴經驗等過去文獻中皆指出為產生暴力之重要指標，仍是心理師們較忽略的重要預測及危險因子，顯示國內心理師需要多瞭解及敏察具暴力特質的個案，相關單位亦應儘速加強此方面的訓練。

(三) 醫院發生暴力情形雖較多，但學校及社區仍被知覺為高風險執業場所

雖研究結果顯示，實際遭遇發生案主暴力的醫院／臨床師較多，但多數心理師仍認為在校園裡處理與暴力相關的案件或精神疾患的學生，是發生案主暴力高風險的環境。此現象可能是在醫療體系中，其工作場域的安全保護有多重防護把關，一旦發生暴力，也有較多人力處理危機，故容易誤以為安全；而近年來校園暴力事件受到重視，同時學校諮商師常是處理霸凌、精神疾患學生發病及親密關係暴力等校園危機事件的第一線人員，故多會以為校園是更為危險的場域。因此，學校要如何提供及營造安全的晤談環境、醫院持續做好危機管理，皆是實務工作應注意的。

(四) 機構及心理師因應暴力事件之處理未臻完善

在案主暴力發生後的處理，機構仍會為施暴個案進行心理諮商、訂立個別的行為約定、密切照護或必要的醫療處遇，此結果也顯示了機構雖對受暴心理師多會關懷支持及提供督導，較少採取如齊美婷等人(2008)所提以團隊合作模式，協助心理師面對暴力的處理及暴力因子的敏感與防範，而仍有三成的心理師認為機構是無作為的。

本研究之受暴臨床師及諮商師對施暴個案的處理，多將焦點關注於個案身上，將暴力事件視為治療過程以維持治療或諮商關係，唯前者多以轉介，後者之服務對象以在校學生為主，以改變處遇策略為主；而受暴心理師自身之調適做法，多尋求外援或督導協助，反映了當事者在經歷情緒風暴後，需要立即的關懷以紓緩壓力，在事件後於專業工作上有所成長，並期待機構能做好安全的保護以防患未然，上述結果皆反映了機構之標準處理流程優先維護個案利益的專業信條，及心理師所受專業訓練等有關(陳若璋等人，2012)。

雖然本研究結果顯示心理師們認為在發生案主暴力事件歷程中，如在有發生暴力的徵兆時會詢問其施暴或受暴經驗、評估動機與瞭解其行動等；在事件發生當下除了會按下警鈴或往晤談室外移動等立即性的保護行動，亦請同仁協助安撫個案的情緒，並在事件發生後多會向主管報告、安撫個案情緒、教導個案能做情緒與行動的控制等，仍較不敏感於韓晶彥與林春只(2003)及Newhill所建議之暴力發生的風險評估與安全環境控制(陳圭如、孫世維譯，2007)等積極性的防範措施。

二、建議

上述關於本研究結果及可能議題之討論外，研究者對心理師實務工作及未來研究，提出以下建議：

(一) 醫院／臨床師應對暴力問題提高警覺，而學校與社區機構應加強安全保護設施

多數心理師預期學校及社區是最易發生案主暴力事件的場所，可知多數心理師知覺學校及社區機構的安全保護措施是較不足的。相較於醫院有充足人力及

完整的保護體系，學校及社區機構應先強化安全保護措施，如減少個案進入辦公室、晤談室內設置警鈴、與校安或保全系統連線、安排暴力個案於安全的隔離空間等，以減緩其衝動的情緒、嚴格的接案、評估與派案等個案管理工作、有充足人力資源協助處理高風險個案等，以提供心理師安全的工作環境。同時學校及社區機構也應本於專業職責，主動參與危機個案處理及通報標準流程的訂定，或轉介個案予合宜的專業醫療單位。

但本研究發現，實質上案主暴力事件仍多發生在醫院體系及臨床師身上，因此即使醫院有充足人力及完整的保護體系，但仍然無法倖免於暴力；也因此即使在醫院是以團隊方式來運作，但仍是高風險的職業場所，故臨床師之訓練養成單位及醫院體系仍應對實務工作者之安全提高警覺及有更完備的安全措施。

(二) 心理師執行業務時，察覺個案不尋常之非語言訊息，需採取必要的探詢及評估，以維自身安全

心理師可以從本研究歸納了當個案出現口氣兇、瞪眼、情緒起伏大、操控行為等徵兆時，即應警覺個案是否具有暴力潛質，直接探詢其社會關係、家庭經驗、過去是否有類似的情緒或衝動失控的經驗，如施暴或受暴之成長史等，以評估個案的身心狀態、認知及行為是否威脅到自身的安全，而採取必要的安全做法。若要防止案主暴力的發生，可參考 Franze 等人 (2010) 建議之評估暴力風險指標，應瞭解個案的成長史且在生活經驗中發展及維持較多良性的人際互動關係，或是在出現暴力徵兆時，即詢問個案在過去是否曾有類似的施暴、受暴經驗，以降低出現暴力的風險

(三) 大學系所應重視全職實習時專業學習，專業學會應規劃系統性的研習課程，並加強案例演練

在表 2 指出畢業於臨床心理系所之心理師遭遇案主暴力之風險最高，雖然與其多任職於醫療場所有關，但也顯示國內心理師訓練在課程內容方面，受限於心理師應考資格規定，限制了專業課程的規劃與學生的選課空間，而未修習暴力處理之相關課程訓練。為維護諮商專業品質及保護個案的權益，臨床心理及輔導諮商系所均應重視並安排各類危機或暴力事件處理之演練及嚴謹的督導，以期準心理師汲取足夠的專業實務經驗，預防暴力。

三、研究限制

相較於具執業登記之廣大研究對象，本研究所得樣本過少，侷限了結果的推論性，未來的研究應關注心理師在執業場所裡能否專注地填答問卷，並能提供研究或專業的回饋意見，以提升參與研究的意願。在而本研究問卷設計之限制，僅間接調查施暴個案的屬性資料，致未能進一步瞭解出現各類型案主暴力的風險。因此，不論是醫院、學校及社區機構要防範案主暴力的發生，應進一步針對場域的文化特性及服務對象生活的社會背景、心理病症、與專業人員關係、突發事件等調查與分析，以找出最佳的危險預測及保護因子及施暴個案屬性的調查。

參考文獻

- 李宜真(2008)。醫院社會工作者遭遇職場／案主暴力之研究(未出版之碩士論文)。國立臺北大學，臺北市。
- 李選、白香菊、顏文娟(2010)。臺灣護理人員職場暴力經驗及其相關因素研究。《護理雜誌》，**57**(2)，61-69。doi: 10.6224/JN.57.2.61
- 周煌智、龍佛衛、石義方、楊秀蘭、江大雄、吳炳輝、陳國東(1997)。急性精神病房暴力發生率。《疫情報導》，**13**(2)，37-47。
- 徐雅嵐(2009)。高風險社會工作專業人員之案主暴力風險知覺與人身安全現況研究(未出版之碩士論文)。國立政治大學，臺北市。
- 張孟源、盧言珮(2011)。醫療暴力——不能忽視的公共危險犯罪。《臺灣醫界》，**54**(8)，37-42。
- 陳文慶、胡海國、林宜平、郭育良、蘇德勝、王榮德(2010)。精神科醫療工作來自病人的職場暴力。《勞工安全衛生研究季刊》，**18**(1)，152-162。
- 陳圭如、孫世維(譯)(2007)。案主暴力與社會工作實務(原作者:C. E. Newhil)。臺北市：心理。(原著出版年：2003)
- 陳杏佳(1997)。精神科急性病房病患的暴力行為研究。《護理研究》，**5**(2)，195-205。
- 陳若璋、王沂釗、廖得安(2012)。校園危機個案處理對心理師衝擊之研究。《臺灣諮商心理學報》，**1**(1)，57-87。

- 齊美婷、蔣秀容、潘志泉、呂素珍、闕清模 (2008)。提升急性精神科病房醫療團隊人員處理攻擊事件之能力。《護理雜誌》，**55**(2)，59–67。doi：10.6224/JN.55.2.59
- 韓晶彥、林春只 (2003)。急診暴力的分析及處置。《長庚護理》，**14**(1)，65–72。
- 邊立中、鄭雅文、陳怡欣、陳秋蓉 (2014)。職場暴力盛行率與受僱者健康狀況之相關。《臺灣衛誌》，**33**，36–50。
- 蘇俊賢 (2007)。性侵害加害人治療者的心理衝擊與自我調適之研究 (未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 錢葉忠 (2009)。職場暴力的預防。《勞工安全衛生簡訊》，**95**，15–17。
- Arthur, G. L., Brende, J. O., & Quiroz, S. E. (2003). Violence-incidence and frequency of physical and psychological assaults affecting mental health providers in Georgia. *The Journal of General Psychology*, *130*, 22–45. doi: 10.1080/00221300309601272
- Bernstein, H. A. (1981). Survey of threats and assaults directed toward psychotherapists. *American Journal of Psychiatry*, *35*, 542–549.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines, and training. *American Psychologist*, *51*, 945–956. doi: 10.1037/0003-066X.51.9.945
- Carmel H., & Hunter M. (1989). Staff injuries from inpatient violence. *Hosp Community Psychiatry*, *40*, 41–46.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2011). *Issues and Ethics in the Helping Professions*. CA: Brooks/ Cole.
- Dhumad, S., Wijeratne, A., & Treasaden, I. (2007). Violence against psychiatrists by patients: survey in a London mental health trust. *The Psychiatrist*, *31*, 371–374. doi:10.1192/pb.bp.106.012815
- Franze, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., & Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, *10*, 1–8. doi:10.1186/1472-6963-10-51

- Guy, J. D., Brown, C. K., & Poelstra, P. L. (1990). Who gets attacked? a national survey of patient violence directed at psychologists in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*, 493–495. doi: 10.1037/0735-7028.21.6.493
- LeBlanc, M. M., & Barling, J. (2004). Workplace aggression. *Current Directions in Psychological Science, 13*, 9–12. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.01301003.x
- Mueller, S. & Tschan, F. (2011). Consequences of client-initiated workplace violence: The role of fear and perceived prevention. *Journal of Occupational Health Psychology, 16*, 217–229. doi: 10.1037/a0021723
- Newhill, C. E. (1996). Prevalence and risk factors for client violence toward social workers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 77*, 488–495. doi: 10.1606/1044-3894.958
- Star, B. (1984). Patient violence/ Therapist safety. *Social Work, 29*, 225–230. doi: 10.1093/sw/29.3.225

Dealing with Client Violence: A Survey of Licensed Psychologists

Roda Chen¹, Yi-Chao Wang², Shiau-Hua Liu²

Professor, Department of Human Development, Tzu Chi University¹,
Assistant Professor, Department of Counseling and Clinical Psychology,
Dong Hwa University²

Abstract

This study aims to investigate the characteristics of client violence in psychotherapeutic settings, including treatment and proper adaptation after threats of violence and actual assaults. The data were acquired through the questionnaires developed by the researchers: “The Questionnaire of Psychotherapists' Facing Client Violence and Its Preventive Strategies”, 130 valid questionnaires were filled out by licensed psychotherapists. Four main results were found that: (1) Sixty therapists had been victimized in violent acts for the past two years; clinical psychologists in hospital had a higher proportion rate of being victimized in violence. (2) Although most of the violent acts occurred in hospitals, therapists assumed that dealing with violent acts on campus and conducting treatments in community has a higher proportion rate of being victimized in violence. The major causes of violence were loss of mood control and occurrence of psychotic episodes because of affective issues. (3) After violent acts, most of the institutions and victimized therapists had tried to tackle the problems in some way. These results suggest that therapists should carefully evaluate the risk of violent acts from clients to protect themselves. Moreover, they should seek others' support and supervisors' assistance and also enhance self-care methods to adjust themselves to reduce the impacts from violence.

Keywords: client violence, vocational violence, licensed psychologists

男性婚暴者參與開放式處遇團體之反療效因素 變化歷程初探

鄭青玫¹、蕭文²、黃瑛琪³

南華大學生死學系助理教授¹、
國立暨南大學輔導與諮商研究所教授²、
高雄市學生諮商中心督導³

初稿收件：2014年01月21日；正式接受：2014年06月27日

通訊作者1：鄭青玫，任職機構：南華大學生死學系，通訊地址：730 臺南市新營區中營里14鄰東昇街177巷6號，電話：05-2721001轉5329，電子郵件：jameas6621929@yahoo.com.tw

通訊作者2：黃瑛琪，任職機構：高雄市學生諮商中心督導，通訊地址：806 高雄市前鎮區光華三路173號14樓之2，電話：0939260932，電子郵件：yingchi007@mail.hkhs.kh.edu.tw

摘要

本研究旨在了解男性婚暴者參與開放式處遇團體之反療效因素經驗，及反療效因素經驗於團體階段之變化歷程。以歷程質性研究設計，對三位研究對象進行隔週訪談的資料蒐集。研究結果共得九類因素，將之進一步歸為四大類別，依序為認知、行為、情緒、領導。在認知大類別部分包括護己思考、無法認同學習、適配性低；在行為大類別部分，包括抑制人際回饋、抑制自我揭露、缺乏投入；情緒大類別包括引發負面感受、不信任；領導大類別則有領導者不當一類。反療效因素於不同團體階段變化歷程結果，初階段個人對反療效因素的知覺差異大；中階段時，反療效因素經驗甚高，其中，有兩位研究對象於中階段都較初階段經歷更多反療效因素，直至團體末階段反療效因素的經驗稍減，呈現由高往下微降之曲線；另一位則維持三階段持平均高曲線。此結果顯示婚暴團體成員參與強制團體經驗許多反療效因素經驗，且此經驗具經常性，顯現成員接納團體的緩慢，因之，要發生療效促成改變亦為緩慢。茲將研究發現形成對婚暴強制團體實務及未來研究的建議。

壹、緒論

一、研究動機與目的

婚姻暴力(marital violence, 以下簡稱婚暴)是一個世界性的問題(陳高凌, 2001), 盛行率之高已獲得歐美地區許多國家的關注(Lafontaine, Marie-France & Lussier, 2005), 此一現象在臺灣亦是, 性別統計數字顯示被害人多為女性(內政部, 2013)。

美國於七〇年代中期, 家庭暴力防治法之成文法開始展開制定, 明確定位家暴行為為犯罪行為。為了達成消除家庭暴力, 保障受暴婦女與子女的安全, 目前美國約有半數州法律明文規定對家暴施暴者犯人提供治療性或教育性介入工作(成蒂, 2004; 高鳳仙, 2007)。而臺灣的家暴防治工作主要師法於美國, 民國八十八年臺灣的家庭暴力防治法生效後, 內政部成立家暴防治委員會, 各縣市政府分別成立家庭暴力暨性侵害防治中心, 加害人處遇計畫由行政院衛生署所規範管轄, 衛生署於八十八年六月公告「家庭暴力加害人處遇計畫規範」, 九十年二月修正「家庭暴力加害人處遇計畫規範」, 訂定標準作業流程促進推動實施(成蒂, 2004; 高鳳仙, 2007)。目前, 美國的家暴加害人處遇多以團體介入為主(Dutton, 2007), 臺灣亦復如是。

整理文獻, 婚暴加害人團體處遇模式介入取向的發展, 大致可看出以下的發展脈絡, 七〇年代: 加害人處遇計畫一開始是以女性主義觀點的加害人處遇方案為主, 介入焦點為父權、性別。女性主義方案因此成為至今最主要、最普遍與使用最久的理論。

八〇年代中期發現: 最初採女性主義處遇方案易有治療關係難以持續, 不易解決加害人的抗拒、憤怒與不願合作的問題, 臨床人員遂逐漸重視加害人的心理情緒層面, 開始運用認知輔導教育和行為管理重建, 希望促使加害人改變認知想法, 修正暴力行為。

八〇年代晚期: 隨著「家庭暴力犯罪化」的法治取向, 加害人處遇工作進入百家爭鳴的狀態, 多元廣泛的理論被應用於加害人身上, 常運用社會結構和個

人心理的折衷取向。其中女性主義心理教育模式與認知行為模式仍為目前婚暴施暴者強制處遇團體最普遍與最主要的介入模式(曾婉燕, 2006; 鄧純芳, 2000; Babcock, Green & Robie, 2004; Bowen & Gilchrist, 2004; Chan, 2005; Eckhardt, Murphy, Black & Suhr, 2006; Linton & Bischof, 2005; Pandya & Gingerich, 2002)。

國外對家暴加害者的研究豐富, 初始類別集中在量化研究; 其中, 在成效研究部分, 除了瞭解介入是否有效以外, 亦針對各個介入模式的有效性進行比較研究, 研究結果一致指出, 各個介入模式效果沒有顯著差異(Babcock et al., 2004; Pandya & Gingerich, 2002)、該類團體通常存有成員參加團體動機低落(Saunders & Hamill, 2003)、流失率高(Brown & O'Leary, 2000; Pandya & Gingerich, 2002)、成效微小(Babcock et al., 2004)的問題。因此, 不少學者分從學理的不同角度論述低療效可能的因素, 例如, 評論主流團體介入理論模式之缺失(Dutton, 2007)、對質介入策略可能的破壞性(Caplan, 1995; Murphy & Victoria, 1997; Stewart, Hill & Cripps, 2000; Taft & Murphy, 2007)、病態的凝聚力(Robbins, 2003; 王郁馨, 2005)、介入與成員所處改變階段需求的不符可能產生負向影響(引自 Eckhardt, Babcock & Homack, 2004)、團體性質模糊(究竟為懲罰、諮商或是教育性質)對婚暴團體療效的折損(Babcock, et al., 2004; Caplan, 1995)等。

九〇年代, 學者開始建議應著手從事家暴加害人處遇團體的歷程研究(Pandya & Gingerich, 2002; Taft & Murphy, 2007), 希望從中找出調節、中介男性施暴者團體的成效因素(Eckhardt et al., 2006), 以之做為修正團體的依據。而過去研究已經支持案主與治療師觀點的歧異性; 案主觀點與療效間的相關性(Henkelman & Paulson, 2006; Timulak, 2010), 依此, 本研究企圖從案主觀點探究婚姻暴力加害人處遇團體存有那些反療效因素在干擾介入過程, 以致介入成效不如預期有其重要性, 相關資料的取得可用以修正團體介入, 藉此改善團體成效。

另外, 相較於團體療效因素所受關注, 團體反療效因素受到學界的關注量少。林美珠、王麗斐(1999)研究建議中直指, 團體研究少從團體歷程的反方向探究哪些因素對團體產生破壞性效果, 此對瞭解團體歷程以及提升療效產生限制。檢視文獻發現, 反療效因素以個別治療的探究較多, 而團體反療效因素的探究減少(林美珠、王麗斐, 1998; 林美珠、王麗斐, 1999; Doxsee & Kivlighan, 1994; Timulak, 2010); 團體反療效因素之分類系統發展更是闕如(林美珠、王麗

斐，1999；Doxsee & Kivlighan, 1994; Timulak, 2010)。此現象實與案主多半不願意報導，甚至與其傾向隱藏負向的受助經驗有關（Henkelman & Paulson, 2006）。

基於上述，研究者認為從婚暴施暴者經驗出發，瞭解其參與團體歷程之反療效因素經驗，並進一步建構團體反療效因素系統，以提升未來婚暴施暴者處遇團體之介入參考，實有其必要性。

Doxsee 和 Kivlighan（1994）曾整理個別和團體反療效因素的相關研究，Timulak（2010）亦以 PsychInfo 資料庫為主，搜尋直至 2007 年以來以案主觀點、重要事件報導為關鍵字的研究，共得 41 篇，其中直接以團體破壞性事件為研究焦點的仍僅 Doxsee 和 Kivlighan（1994）一篇。研究者進一步將所蒐集到之團體反療效或非助益事件相關結果結論集結整理，受限於篇幅限制，請參閱表一說明。

表一 團體反療效因素研究整理表

團體治療	Yalom (引自 Doxsee & Kivlighan, 1994)	探討團體提早流失的原因，最常被提及的四個因素為：1. 成員本身有親密的問題；2. 團體中的特異份子；3. 團體中次團體所造成的問題；4. 早期的挑唆者。
	Liberman、 Yalom 和 Miles (引自 Doxsee & Kivlighan, 1994)	團體反療效的五個因素，分別是：1. 被團體或領導者攻擊；2. 被團體或領導者所拒絕；3. 不能達到自己不實際的目標；4. 領導者或團體所施予的強制性期待；5. 團體其他成員提供過度負荷的刺激。
	Doxsee 和 Kivlighan (1994)	從一個研究生參與的人際歷程團體，探究團體的破壞性事件（hindering events）研究結論發現八項破壞性事件，依序分別是：1. 缺席；2. 被漠視貶損－誤解；3. 抑制自我揭露；4. 成員之間沒有連結；5. 成員的攻擊（包含被拒絕）；6. 領導者不當行為；7. 不想要的活動；8. 延遲團體等。
	林美珠、 王麗斐 (1998)	以六個團體為研究對象，每次團體結束後填寫重要事件報導單並以訪談進行資料的蒐集，每個成員只隨機取樣一次，共得六項團體阻礙性事件，分別是：1. 與自己需要不符或沒有幫助；2. 團體卡住；3. 缺席；4. 負面感受；5. 擔心自己對他人的影響；6. 缺乏凝聚力/投入。訪談資料中「領導者不當的介入」、「不安全不信任」是兩項新增的類別；並以領導者不當的介入所占的反治療性重要事件最多。

（接下頁）



團體治療	林美珠、 王麗斐 (1999)	以編製之「團體反治療因素量表」，於 25 個團體中取樣，量表於每次團體後進行施測，共取得六個反治療性因素，分別為：1. 缺乏投入；2. 自我揭露的抑制；3. 負面感受的喚起；4. 缺席；5. 與自己期望不符；6. 不信任，共可解釋 18.21 % 的變異量。
	蘇完女 (2001)	以未完成事件為主題之團體諮商研究，進行逐次訪談。結果發現五項團體反療效因素，包括：1. 成員負面的非語言行為；2. 成員理智化的回饋；3. 團體信任感不夠；4. 負向情感轉移；5. 領導者的不當介入。其中，領導者不當的介入出現最多次。
	林梅鳳 (2001)	以認知行為治療團體對憂鬱症患者的衝擊與治療效果研究，逐次調查與訪談研究，發現阻礙性衝擊包括五類：1. 固守自我界線；2. 引發人我衝突；3. 不符自我所期；4. 經驗無益團體；5. 不滿領導介入。

研究者進一步整理以上團體反治療性因素的研究結果，可分為如下五類因素：(1) 成員個人因素部分，包含個人議題、心理病理功能、自我揭露的抑制；(2) 人際 - 關係因素，例如不信任、缺乏凝聚、攻擊、拒絕、衝突、被漠視貶損、次團體；(3) 領導者因素，例如領導者不當的介入、反移情，多篇結果指出案主所報告之反療效或非助益事件常與領導者不當的介入有關；(4) 非適配的期待 - 一任務，例如介入與自己期望需要不相符；被強加不想要的責任與期待、提供過度負荷的刺激；(5) 其他，例如缺席、延遲、重複、負面感受的喚起。惟以上研究多取自自願性團體，其研究結果是否完全適用於男性、婚暴強制處遇團體值得觀察。此外，以上研究多為每次團體結束之後做資料採集，而且只作因素歸類，未以團體歷程時間發展做資料分析。研究者認為，瞭解團體反療效因素外，若還能進一步地對團體歷程中反療效因素隨團體發展情形的變化有所掌握，則對減少團體實務工作之反療效因素的影響會有更清楚的指引。

綜上，研究者以為正視婚暴施暴者強制團體之反療效的議題可對該團體歷程之負向動力全貌有更全盤的理解與掌握，此對團體領導的改善將有助益，可作為團體領導教育訓練、督導之基礎。基於此目的，本研究擬以男性婚暴者參與處遇團體之主體經驗出發，整理歸納其參與團體過程中任何妨礙個人參與團體、停止暴力使用、或傷害婚姻關係正向變化之影響因素，初步發展出該類團體之團體反療效因素系統。並進一步對婚暴施暴者在團體歷程中所經驗的團體反療效因素的變化過程做整理，以對其參與開放式處遇團體之反療效因素之變化歷程有進一步的瞭解。

二、研究問題

依據上述研究動機與目的，本研究問題如下：

- (一) 男性婚暴者參與處遇團體之反療效因素經驗為何？
- (二) 隨團體歷程發展，男性婚暴者參與處遇團體之團體反療效因素經驗變化歷程為何？

三、名詞解釋

(一) 男性婚暴者

本研究係指中年異性戀男性對配偶實施身體上或精神上不法侵害之行為，包括身體暴力、精神虐待及性暴力等。

(二) 開放式處遇團體

本研究為開放式強制處遇團體，指經法院核發民事保護令需完成十八週，每週兩小時之認知教育團體。本團體以認知行為——再犯預防融合現實治療選擇理論為團體主要理論與介入模式；領導模式分兩段，其一為結構的教育介入模式，另一為低結構的介入模式；團體採開放式，通常每隔四到六週，依成員離開人數進行新成員之遞補。

四、團體反療效因素

本研究係指團體過程中成員所知覺的破壞療效之事件(Doxsee & Kivlighan, 1994)，即男性婚暴者自陳在處遇團體歷程中，所知覺到妨礙個人參與團體、停止暴力使用、或傷害婚姻關係正向變化的影響因素。

貳、研究方法

本研究為團體歷程研究，採質性研究方法，隨團體發展過程，以隔週訪談方式密集蒐集研究對象所報導團體之重要事件，並以半開放式編碼方式進行反療效

因素資料之分析；並進一步統計團體發展歷程中，團體反療效因素於團體歷程的變化情形。以下茲就研究對象、研究工具、資料處理與分析、研究可信賴性做說明。

一、研究對象

(一) 研究對象招募

符合研究條件之成員於進入團體第三至第五週期間，找尋適當時機於團體結束後邀請其參與本研究。研究者以面談方式說明研究動機、研究目的、資料蒐集方式、進行期間、錄音與澄清相關疑義後積極邀請成員參與本研究。當成員同意成為研究對象後，進一步具體說明隔週～當週三日內進行電話訪談、可能的訪談方向、資料以匿名方式呈現，受訪資料的分析確認，研究參與者無疑義後，簽署研究說明與參與同意書，成為本研究對象，並填寫基本資料表。

研究對象條件如下：1. 35～55歲間；2. 因為婚暴進入處遇團體；3. 異性戀，仍在婚姻關係中，且與妻還有互動者；4. 無家外暴力犯罪史；5. 無嚴重的精神症狀；6. 願意於處遇團體後之三天內電話訪談錄音。

(二) 基本資料

1. 研究對象 A：婚史 28 年，小家庭。婚暴史部分，肢暴少，以權力控制及精神虐待為主。報案之後，A 抗告、曾吵妻盼妻撤告，隨團體進展，A 之婚姻衝突強度減小減少，逐漸平靜。

團體過程，A 之參與行為概述：A 從未缺席，遲到過兩次。A 對被迫參與團體感覺羞恥，對婚暴行為持否認淡化態度，A 於團體觀察、沉默為多，通常僅於受邀後微量自我揭露，亦少給其他成員回饋；A 之團體中階段曾有衝突：其他成員遲到，領導者介入引發團體衝突，A 雖未參與，但此引發 A 產生內隱的負向感受。通常團體一結束 A 即盡速離開。

2. 研究對象 B：婚史 6 年，小家庭。婚暴史部分，精虐為主，肢暴少。B 平日酗酒，夫妻互動模式維持 B 要求，B 妻退縮遠離，B 累積對妻不滿，因此爆發肢暴。報案之後，妻即受庇護安置，團體開始前，B 妻才返家未久；隨團體進展至中階段，B 曾因生活不利因素吵妻，但大致而言，婚姻衝突減少，逐漸平靜。

團體過程，B 之參與行為概述：B 缺席兩次，平時提早或準時到。B 雖被迫參與團體，但團體初始即能自陳婚暴行為，而且自陳有錯；團體期間，被動受邀是常態，但受邀後 B 可以自我揭露。團體中階段，B 曾因酒駕受懲，未收到懲罰結果通知前，B 憂鬱焦慮進而影響團體投入；另外，曾因領導者時間控制不當影響 B 之安排小孩照護問題，B 為此引發負向感受，投入更少；團體末階段，隨著領導者跟進，B 才出現更多主動參與行為，亦主動提出夫妻相處困擾議題。對於回饋他人，B 保持被動受邀微量回饋。每次團體結束，B 即離開。

3. 研究對象 C：共三段婚姻，第三段婚史為五年，折衷家庭。婚暴史部分，歷任皆有、對現任妻子肢暴 20 多次，頻繁性行為。報案之後，妻即受庇護安置，C 找社工，吵妻盼其返家；團體進行近半，C 妻返家並與 C 搬出；團體之末，夫妻大小衝突一直未斷，兩人最終選擇離婚。

於團體過程，C 參與行為概述：C 從未缺席，每次準時前來；C 總是主動揭露討論個人議題，但抱怨為多。對於婚暴之責任歸屬、以及情緒變化程度常與其當次團體前是否與妻發生高衝突而跟著變化。團體初階段，少數成員因 C 獨占時間給予 C 負向回應；中階段後，更多成員給 C 正、負向回饋。團體中、末階段，C 夫妻關係隨 C 自我控制增加曾發生正向轉變，此期間，C 之團體行為說的短且少、向內自我檢討為多。團體末階段之初，團體發生衝突曾影響 C 之自我揭露意願，但不久後，C 又回復投入參與。異於一般成員的是，C 於團體中途休息、結束後仍會持續與領導者討論個人議題，直到領導者表達需要休息 C 才停止。

二、研究工具

包括團體方案、訪談大綱、研究團隊、田野日誌，說明如下：

(一) 團體方案

本團體方案係採「認知行為—再犯預防融合現實治療選擇理論」之認知教育團體，由林明傑（林明傑、黃志中，2003）設計。考量參加成員皆是非自願案主，本團體方案融合 Glasser（1998/2000）現實治療選擇理論的基本需求、欲求的概念，以此為激起案主改變的動機。

本方案以說明家暴法為起始，教育施暴者臺灣現實環境已然改變，施暴者有必要決定自己是否還要再犯。以協助施暴者建立個人初始目標——不要再犯來開啟選擇的概念、學習放棄外控的信念和行為，建立內控的行為概念為主，催化施暴者學習辨識與轉換婚暴之「情境 → 想法 → 情緒 → 行為」鍊，學會自我控制。

(二) 訪談大綱

1. 這個禮拜團體給你的感覺是？怎會有這樣的感覺？是團體的哪些事或是誰說過哪些話讓你印象深刻？此過程，你在做什麼？老師在做什麼？（視需要跳到第三題），你怎看待……？原因是？你覺得這個……對我們團體有什麼影響？對您參與團體有什麼影響？你會希望（這個現象怎麼處理……）……？以上……對你思考婚姻相處，不要動手有何影響？

*若受訪者表示沒有重要事件可以報導，可以進行團體簡單摘要（約1～3分鐘）。

2. 除了剛剛你所提……這次的團體還有哪些事件或是內容是令你印象比較深刻的，或是令人不自在，不舒服的？（重複第一題）

3. 我記得以前你參加團體通常……這次在團體中你的反應（口語和行為）是……，這次團體你會這樣表現的原因是？

(三) 研究團隊

包括研究者、團體領導者、訪談員、謄稿員、校稿員與協同編碼者。以下進行簡要說明：

研究進行期間，研究者一於不同研究階段扮演不同的角色與任務，包括：研究者、領導者三、招募研究對象、訪談員訓練者、謄稿員訓練者、校稿員訓練者、校稿員、資料分析者等。領導者部分，共三位，基本資料如表二。（研究對象A、B之資料蒐集期間，先經歷男性領導者二、女性領導者三，後半階段則經歷領導者一和領導者三；研究對象C參與時團體已固定由領導者一和三全程領導。）

表二 領導者基本資料

領導者	領導者一	領導者二	領導者三
性別	男	男	女
學經歷	刑事司法犯罪學博士 諮商碩士 美國 William Glasser Institute 現實治療師訓練及督導進階訓練認證 諮商心理師	行為醫學碩士 中華團體心理治療學會 團體心理治療師督導	輔導與諮商研究所博士班 諮商心理師
團體帶領時數	1500 小時 (未含家暴團體經驗)	620 小時 (未含家暴團體經驗)	150 小時 (未含家暴團體經驗)
家暴團體經驗	約 1300 小時	約 50 小時	約 200 小時
領導方式與風格	結構 任務與支持 積極主動	中、低結構 任務與支持 重人際互動與分享	任務與支持 積極主動

訪談員部分，訪談員為輔導諮商研究所畢業，有多年強制案主之工作經驗、精通國臺語，團體進行期間擔任觀察員，團體結束三日內協助進行資料之蒐集。

協同編碼者共三位，一位為研究者一本人，另兩位為輔導與諮商系所博士。

(四) 田野日誌

本研究之田野日誌包括團體摘要、團體實地札記、給成員的團體札記、訪談札記。(限於篇幅，略)

三、資料處理與分析

(一) 形成編碼架構

1. 初始分析架構

閱讀相關文獻後，以 Doxsee 與 Kivlighan (1994)、林美珠與王麗斐 (1999) 之研究結果為初始分析架構。做法為選擇一份團體初期資料 (第五次團體，G5) 由三位協同編碼者各自分析，再一起論述分析，直到產出一致的定義與次類別分類。

2. 正式編碼架構

三位編碼者重複以上流程，分次檢核兩份取樣自團體中階段（G9）、未階段（G15）之原始資料，精修或擴充原來編碼類別定義與架構直到編碼架構穩定。其中，反療效因素之正式編碼架構於找出基本類別後，三位編碼者進一步地將其精煉類分為認知、情緒、行為和領導等更上層的歸類架構。之後，由研究者一獨自進行編碼。當獨自編碼階段遇疑義時，研究者一即與二位編碼者討論，力求編碼架構之穩定、一致。

（二）時間脈絡編碼

本研究為開放式團體，Jacobs、Harvill 與 Masson（1994/1995）指出：開放式團體歷程不同於封閉式團體，每個成員進出團體時間不同，各自處於不同的團體發展位置；Caplan 與 Thomas（1997）認為開放式團體隨著新舊成員進出過程會有社會的或觀點的發展改變，但是卻沒有清楚的團體階段的區分。有鑑於此，本研究之團體階段劃分以研究對象個人參與團體之次數為準，運作方式為第三週邀請研究對象參與本研究，而以其參加團體之第四到七週團體為團體初階段、第八到十三次為中階段、第十四次到十八次為末階段。

（三）統計

本研究資料分析採內容分析法。次類別計次目的為看到週次之間研究對象之次類別變化與結果，計次方式為該週受訪之內容，重複提及的次類別不管內容出現幾次，最後只採計一次。

四、研究可信賴性

本研究為歷程質性研究取向，在知識論上重視的是當事人的內在觀點、重視互動脈絡與時間發展的變化歷程，因此本研究之可信賴性建基於可以尊重及反映出研究對象的真實團體經驗，以下從資料蒐集、資料分析執行的嚴謹性說明本研究的可信賴性。

(一) 資料蒐集的嚴謹性

1. 進行角色切割嚴守研究倫理

為了避免研究的汙染影響資料蒐集的可信賴程度，研究者在研究進行前即將團體領導者、資料蒐集者（訪談員）作角色切割。完成訪員訓練之後，資料蒐集過程即由訪談員收集資料，研究者不再碰觸所蒐集到的訪談資料，力求嚴守研究倫理。

2. 訪員參與觀察團體以建立訪談關係，瞭解團體脈絡

婚姻暴力因其議題特殊，事涉法律與道德層面，施暴者容易因為保面子問題影響參與研究、報導意願，為了克服此等問題，以及確定個別研究對象敘說內容的具體意義，追蹤可能的細微轉變以蒐集到符合研究問題的資料，訪談員從研究一開始即以標準化方式參與觀察（出席、座位、自我介紹、紀錄、維持友善的觀察角色關係）。訪談員「敏感」與「理解」案主的報導，從維持友善的訪談關係促進案主深描自己的內在經驗，維持資料蒐集品質的可信賴性。

3. 維持標準化的資料蒐集方式與資料蒐集時段

預備性研究幫助本研究決定以電話訪談方式、三天內完成資料的蒐集。三天內進行電話訪談避免了面訪通常可能需要延後所帶來的回溯的遺忘或扭曲問題；也減少了在陌生地點面訪婚暴議題可能產生的不自在與可能偶發的干擾問題。研究對象在身心比較安適的狀態報導己身的團體經驗更能談出內在豐富的感受與想法。

此外，研究對象通常來自不同梯次（A、B 雖為同一梯次，但答應訪談時的週數不同），使得訪談員能維持一週不訪談兩位研究對象所產生的記憶干擾問題。

(二) 資料分析的嚴謹

1. 時間切割淡化角色重疊可能的研究汙染

資料蒐集期間研究者不做資料接觸，因此，等待研究對象資料蒐集完畢所造成的時間優勢——時間切割淡化了研究者同時具有領導者、資料分析者等角色重

疊可能的對資料分析的影響，此讓資料的分析可以更客觀更貼近研究對象真實經驗，增加資料分析的可信程度。

2. 力求去除研究者個人的主觀與偏見

(1) 協同編碼者參與資料分析

含研究者共有三位協同編碼者，針對資料編碼分析，過程詳如貳之三（資料處理與分析）。研究者進入獨自編碼階段若遇疑義仍會與協同編碼員進行討論，力求資料分析的嚴謹與可信賴性。

(2) 訪談資料與多重田野日誌作交叉比對

將訪談資料與團體摘要、團體實地札記紀錄、給成員的團體札記、訪談札記做資料分析之交叉比對，以對資料分析更敏感，更貼近當時研究對象之經驗狀態，以增強資料間相互效度檢驗。

(3) 重複資料檢核，力求一致性的編碼標準

研究者於第一次資料分析完畢進行編碼檢核過程中發現，對不同研究對象的編碼持有不同的寬鬆標準，因此，後續針對每位研究對象研究者於完成編碼後都再度進行兩次完整的資料檢核，力求以一致的標準作資料的編碼與分析。

3. 研究對象檢核資料正確性

訪談文本完成後內容寄請研究對象親自閱讀並評估其正確性，並由研究者向研究對象澄清相關疑義。其中，C 因婚姻又遭遇困難，研究者經多次努力仍未獲得 C 的覆電，研究者最後請家人代為轉達「感謝 C 參與本研究，若文本沒有疑義則本研究視 C 同意使用此資料」。

參、研究結果

以下依序說明團體反療效因素的類別定義、數量與三階段結果。

一、團體反療效因素大類別、類別和次類別意義說明

本研究反療效因素係指團體過程中成員所知覺的破壞療效之事件 (Doxsee & Kivlighan, 1994)，即男性婚暴者自陳在處遇團體歷程中，所知覺到妨礙個人參與團體、停止暴力使用、或傷害婚姻關係正向變化的影響因素，研究結果共得九類。參考林美珠與王麗斐 (1999) 的研究，本研究將「領導者不當」另成領導一類，餘者八類以認知、行為和情緒為更上層的歸類架構，結果如表三所示。認知大類別係指：施暴者自陳團體關鍵事件對於想法上的負向刺激，包括護己思考、無法認同學習、適配性低。行為大類別係指：施暴者自陳團體關鍵事件在行動上的負向刺激，包括抑制人際回饋、抑制自我揭露、缺乏投入。情緒大類別係指：施暴者自陳團體關鍵事件對於情感上的負向刺激，包括引發負面感受、不信任。領導大類別係指：施暴者自陳團體中領導者的負向刺激，有領導者不當一類。

以下對反療效因素之類別作闡釋與次類別之舉例說明。各因素之次類別定義請參閱表三；各次類別之原來訪稿舉例限於篇幅則於附錄一作舉例說明。

表三 團體反療效因素大類別、類別、次類別及其意義

大類別	類別	次類別	次類別定義	附註
認知		否認淡化	否認淡化自我施暴或婚姻問題。 無望我：自我放棄	不會聯想到自己婚姻問題、個人暴力問題
	護己思考	責妻	錯的是我太太	
		我早就知道	所談我早已知道，不用花那麼多時間上課	暗示上課浪費時間
		家內事	婚姻、婚暴問題是自己家內事自己處理，不便於團體公開討論	
	無法認同學習	無法獲益於同學	無法從其他成員身上獲得正向認同學習	
		老師團體所言無效	評論團體有效使用性低沒收穫，老師或團體所討論建議的不適用於我	
	適配性低	期望需求差距大	沒有期望，我不需要改變； 自我的期望需求與團體目標有差距。	
		進行方式	進行方式與成員習慣的學習模式不同。	

(接下頁)



大類別	類別	次類別	次類別定義	附註
行為	抑制人際回饋	社會比較	考量階級、身份角色、年齡、婚齡，團體輩分、施暴嚴重程度；或我自己也是施暴者，沒資格說人家	
		怕衝突	怕引發人際衝突	
		不知如何回饋	不確定成員所講事件內容的真實性所以不知如何回饋	上下文判斷若是不信任就歸在不信任
		固守人我界線	抑制對別人的好奇、不關我的事；或對方自有盤算，不想讓我們介入，說了沒用	
		設定自我角色	不想被誤為嘮叨者、不想被誤為操控者	
		預期被拒	預期別人早知道或別人不會相信	
		我原話少	我平常就話少、被動	
	避免重複	別人已介入關心或因看法相似不再重複		
	抑制自我揭露	擔心受罰丟臉	擔心遭到法律懲罰；或擔心老師、同學對我負面反應而避免說出自我	上下文判斷，如果為不信任所致，就把它歸在不信任
		婚姻穩定度比較	以彼此的婚姻穩定度做比較，認為我的婚姻穩定沒什麼好講的；或怕講自己會刺激別人	
擔心影響同學權益		擔心影響同學權益不揭露自己需求		
無與我相似問題		他人沒有與我相似的困擾		
缺乏投入	投入低	當觀眾聽眾，內在缺乏連結；或不專心想逃避，聽不下，殺時間，把時間度完；或對團體沒什印象；忘了執行作業		
情緒	引發負面感受	被迫感	被迫去做不想做的事；被迫接受負向回饋。	
		運作不良不適感	指團體運作不順暢無法有所進展	
		無望感	沒有看到希望。	
		被貶損	團體負向回應被漠視貶損；或被傷口灑鹽	
		被貼標籤	被汙名貼標籤是嚴重的施暴者或犯錯的人；或怕被誤與老師結盟	

(接下頁)

大類別	類別	次類別	次類別定義	附註
情緒	不信任	質疑同學	質疑同學開放的內容，覺得另有隱情	強調政府派來或立場對立不同
		我不信任老師	擔心老師知道自己(與家人的互動，包括衝突與施暴行為)，所以我避免說出自己，以免惹上麻煩；或老師已有立場不是真心想幫我，沒有誠意	
		別人不信我	擔心別人不信任我，不認同我	
領導	領導者不當	介入不當 (結構、焦點、模式)	沒有維持時間結構； 沒有對焦婚暴，成員可以逃避議題； 強調問題對質取向易起反效果或強調資訊給的不夠產生的問題(強調宜教育資訊解決取向)	
		協同領導不當	沒有發揮協同領導功能	
		反應不當	批評成員、誤解成員、不讓成員有機會澄清；或沒有引導處理；或阻斷；或只專注某人，忽視整個團體	
		風格	風格讓我不舒服；讓人很難親近	
		預設立場	早有立場，偏袒女性	

(一)「認知」大類別

1. 護己思考：意指維持或淡化婚暴行為的想法。分為否認淡化、責妻、我早就知道、家內事。
2. 無法認同學習：意指無法從團體獲得正向認同學習。分為無法獲益於同學、老師團體所言無效。
3. 適配性低：意指團體不適應於我。分為期望需求差距大、進行方式與個人學習模式不同。

(二)「行為」大類別

4. 抑制人際回饋：意指於團體中抑制給予其他成員回饋。分為社會比較、怕衝突、不知如何回饋、固守人我界線、設定自我角色、預期被拒、我原話少、避免重複。

5. 抑制自我揭露：意指於團體中避免說出自我。分為擔心受罰丟臉、婚姻穩定度比較、擔心影響同學權益、無與我相似問題。

6. 缺乏投入：意指對於團體投入程度低。次類別為投入低。

(三)「情緒」大類別

7. 引發負面感受：意指團體經驗帶來的負面感受。分為被迫感、運作不良不適感、無望感、被貶損、被貼標籤。

8. 不信任：意指團體有不信任問題。分為質疑同學、我不信任老師、別人不信任我。

(四)「領導」大類別

9. 領導者不當：意指對領導者個人或團體介入之主觀負向看法。分為介入不當、協同領導不當、反應不當、風格、預設立場。

二、研究對象於各團體階段之反療效因素數量與三階段結果

先進行三位研究對象各自在團體階段之類別數量統計說明，之後做綜合結果說明。

(一) A 於團體三階段之團體反療效因素數量、數量變化

如表四所示，研究對象 A 於團體各階段之團體療效因素結果總計是 78 次，各階段計次變化分別為 24 次、37 次、17 次，顯現隨團體階段發展反療效因素經驗於中階段快速增加，至末階段有減少，少於初階段現象。其中，認知大類別小計最多，共 38 次，其他依序為行為(22 次)、情緒(11 次)、領導(7 次)大類別。依認知大類別階段小計變化來看，A 之各階段計次變化分別為 15 次、13 次、10 次。

顯現認知大類別反療效因素經驗隨團體發展有逐漸減少現象；行為大類別部分，各階段計次變化分別為 5 次、12 次、5 次；情緒大類別則為 2 次、7 次、2 次；領導大類別則為 2 次、5 次、0 次，顯現行為、情緒和領導大類別反療效因素經驗，隨團體發展於中階段皆呈現增加現象，至末階段才趨於減少。

表四 A 於團體三階段之團體反療效因素數量、數量變化

大類	認知			行為				情緒				領導				總計
	類別	護己思考	無法認同學習	適配性低	認知小計	抑制人際回饋	抑制自我揭露	缺乏投入	行為小計	引發負面感受	不信任	情緒小計	領導者不當	領導者小計	總計	
次類別	家內事	老師團體所言無效	進行方式		避免重複	無與我相似問題	投入低		被貼標籤	別人不信我		預設立場				
初階	我早就知道	無法獲益於同學	期望需求差距大	2	我原話少	擔心影響同學權益	2	被貶損	被貶損	我不信任老師	2	風格	2	24		
中階	責妻	否認淡化	老帥團體所言無效	3	預期被拒	婚姻穩定度比較	3	設定自我角色	無寧感	質疑同學	7	協同領導不當	5	37		
末階	否認淡化		無法獲益於同學	3	固守自我界線	擔心受罰丟臉	3	不知如何回饋	運作不良不適感	被追感	1	介入不當	0	17		
小計	19	9	10	38	11	7	4	22	9	2	11	7	7	78		
總計	1	4	3		2	5	6		4	7		5				
排序	1				2				3			4				
排序														4		

以下依認知、行為、情緒、領導大類別等順序，於團體三階段之變化結果進行分析：

1. 認知

根據表四之認知大類別總計排序來看，依序為：護己思考、適配性低、無法認同學習，這些類別穩定地存在於團體三個階段，阻滯 A 之團體參與或停止暴力的轉化學習。

(1)「護己思考」穩定的存在於團體三個階段，負向影響停止暴力轉化

在「護己思考」次類別小計依序是：「否認淡化」、「責妻」、「家內事」、「我早就知道」。其中，「否認淡化」、「責妻」穩定的存在於整個團體階段；「我早就知道」於中階段消失、「家內事」思惟於末階段才消失。從受訪內容來看，A 除了自我防衛淡化施暴責任外，「毆妻有理」、「家內事」一家醜不外揚的信念亦伴隨至團體末階段才消失，前者顯示外控仍是 A 難以撼動之核心信念，而後者影響 A 抑制自我揭露，A 認為團體目標與自己適配性低，負向影響 A 之停止暴力轉化。

(2)「無法認同學習」穩定的存在團體三個階段，負向影響 A 之停止暴力轉化

「無法認同學習」次類別包含「無法獲益於同學」、「老師團體所言無效」，前者穩定的存在於團體三個階段，此與團體中各階段不少成員仍處於改變的前置階段有關，團體無法提供正向認同環境負向影響了 A 停止暴力之轉化。後者，「老師團體所言無效」穩定的存在於團體初、中階段，則與 A 個人否認淡化、團體至末階段前無法提供正向認同環境有關，此負向影響 A 之停止暴力之轉化。

(3)「適配性低」穩定的存在團體三個階段，負向影響 A 之停止暴力轉化

「適配性低」次類別包含「期望需求差距大」、「進行方式」。前者，穩定的存在於團體三個階段，此應與 A 個人否認淡化、責妻、家內事思維有關，其負向影響 A 之停止暴力的轉化。後者，「進行方式」的不適配則與團體初階段以低結構領導方式進行，未對焦婚暴問題且與 A 個人習慣的學習方式適配低有關，負向影響 A 之停止暴力轉化；惟中階段之後，男性領導者輪替轉換成高結構領導模式，A 之方式適配低的問題消失。

2. 行為

行為大類別包含：抑制人際回饋、抑制自我揭露、缺乏投入。從各類別穩定的存在於團體的三個階段，顯現這個團體讓 A 有所顧忌，A 之團體參與行為負向，不僅負向影響 A 之學習，也阻滯團體的發展。

- (1)「抑制人際回饋」穩定的存在於團體三個階段，負向影響團體幫助停止暴力的效能。依次類別小計而言，依序是社會比較、怕衝突、固守人我界線、預期被拒、我原話少。
- (2)「抑制自我揭露」穩定的存在於團體三個階段，A 被動參與，負向影響 A 之停止暴力轉化。依次類別小計而言，依序是「擔心受罰丟臉」、「婚姻穩定度比較」。其中「擔心受罰丟臉」出現於團體初、中階段，此與 A 存有家內事思維有關，負向影響 A 投入團體與停止暴力轉化的學習。另外，進入團體後 A 之婚姻互動已趨穩定這讓 A 淡化婚暴問題，維持抑制自我揭露。
- (3)「缺乏投入」穩定的出現於團體三個階段，負向影響 A 之停止暴力轉化。

整個團體過程中，A 始終維持否認淡化施暴責任，認為參與強制團體感覺被迫，羞恥丟臉，影響 A 投入低；而團體中階段，因為時間結構問題出現團體衝突更加深 A 之負面感受，A 投入低，負向影響 A 之停止暴力轉化。

3. 情緒

依類別總計排序來看，依序是引發負面感受、不信任。

- (1) 引發負面感受來源多元，出現於團體三個階段，負向影響團體參與、正向影響停止暴力轉化。

依次類別小計而言，依序是：「被迫感」、「運作不良不適感」、「無望感」。其中，「被迫感」次數最多，穩定的存在於團體三個階段，負向影響 A 投入團體，但卻對 A 停止暴力轉化深具影響。例如 A 曾於團體中階段評論團體成員是病患、投射老師以罪犯態度對待成員，團體帶給 A 強烈的被迫感和羞恥感。但從 A 往往亦因法律強制懲罰，被迫參加團體感覺羞恥丟臉、失去名譽面子，浪費時間無法工作、還要罰錢不划算，A 表示要停止暴力。

而「運作不良不適感」發生於團體中階段，起因為領導者作時間結構控制引發團體衝突，A 產生負向感受，A 評論領導者介入不當、協同領導不當，負向影響 A 投入團體、停止暴力轉化的學習。

「無望感」發生於中階段團體，此與開放式團體性質讓新進成員與舊成員齊聚，而不少成員仍多處於改變前置階段有關，由於成員的個人故事往往負向而且卸責、責妻，A 除了質疑同學不信任成員外，無望感壟罩，負向影響 A 於中階段之投入與停止暴力轉化學習。

(2) 不信任穩定的出現於中、末階段負向影響團體投入

質疑同學於中、末階段穩定的出現，對 A 投入團體、停止暴力轉化無助益。

4. 領導

有「領導者不當」一類，依次類別小計，依序是「介入不當」、「協同領導不當」、「反應不當」，其穩定的出現在團體初、中階段，負向影響 A 之團體參與、停止暴力轉化。

「介入不當」與初階段團體以低結構領導，卻未對焦婚暴的領導模式有關，而中階段則因維持時間結構引發衝突，以上，領導者介入不當負向影響 A 之團體初階段之投入與學習，對 A 停止暴力轉化有負向影響。

「反應不當」、「協同領導不當」與中階段領導者時間結構掌握不當團體引發衝突有關，A 除了評論領導者反應不當，也評論協同領導不當。

(二) B 於團體三階段之反療效因素數量、數量變化

如表五所示，B 團體三階段之反療效因素結果總計是 59 次，各階段計次變化分別為 4 次、37 次、18 次，呈現隨團體階段發展，反療效因素經驗於中階段快速增加，至末階段減少現象。其中，行為大類別小計最多，其他依序為認知、情緒、領導等大類別。B 之各階段計次變化在認知大類別部分為 0 次、13 次、6 次；行為大類別部分為 2 次、14 次、8 次；情緒大類別則為 0 次、5 次、3 次；領導大類別則為 2 次、5 次、1 次。以下依認知、行為、情緒、領導大類別等順序作 B 之團體三階段結果分析：

1. 認知

根據表五之類別總計排序來看，依序是無法認同學習、護己思考、適配性低。

(1)「護己思考」穩定的存在於團體中、未階段，負向影響停止暴力轉化

護己思考次類別小計依序是「否認淡化」、「我早就知道」。其中，「否認淡化」穩定的存在於團體中、未階段，「我早就知道」於中階段出現，以上次類別阻滯 B 之停止暴力轉化。

(2)「無法認同學習」穩定的出現在團體中、未階段，負向影響 B 之停止暴力轉化

無法認同學習次類別小計依序是「老師團體所言無效」、「無法獲益於同學」，阻滯 B 之停止暴力轉化學習。「無法獲益於同學」穩定的存在團體中、未階段，此與團體中不少成員仍處於改變的前置階段，團體直至未階段仍少提供正向認同環境，此負向影響 B 之停止暴力轉化。另外，「老師團體所言無效」穩定的存在於團體中、未階段，負向影響 B 之停止暴力轉化。

(3)「適配性低」穩定的出現在團體中、未階段，負向影響 B 之停止暴力轉化；次類別小計依序是期望需求差距大、進行方式。

期望需求差距大穩定的出現在團體中、未階段，此與 B 個人淡化婚暴問題，卻希望老師處理夫妻親密問題有關，其負向影響 B 之停止暴力轉化。

團體中階段轉換成高結構領導模式，B 表示領導者所授課程內容適配低、概念難以運用；惟未階段結束前，B 表示對於課程內容體會加深，B 認為團體進行方式適配低的問題消失。顯示團體內容與進行方式初始時 B 有消化與適應困難，此曾阻滯 B 之停止暴力轉化的學習。

2. 行為

依類別總計排序來看，抑制人際回饋最多，抑制自我揭露、缺乏投入則次數相同，皆為第五。從行為大類別小計之階段變化來看，分別為 2、14、8 次，明顯的，中階段之行為大類別反療效因素曾快速增加，未階段才出現下降現象。

(1)「抑制人際回饋」穩定的存在於團體三個階段，負向影響團體效能

依次類別小計而言，影響 B 抑制人際回饋的因素依序是社會比較、怕衝突、不知如何回饋、固守人我界線、預期被拒、我原話少、避免重複所致。

(2)「抑制自我揭露」穩定的存在於團體中、末階段，負向參與影響 B 之團體參與、停止暴力的學習

B 之抑制自我揭露次類別包含擔心受罰丟臉、婚姻穩定度比較、擔心影響同學權益、無與我相似問題，皆為 1 次。B 曾於中階段表示擔心受罰所以抑制自我揭露；B 心底曾與其他成員做婚姻穩定度比較，認為自己之婚姻表面看似穩定，加以 B 認為其他成員無與我相似問題（註：B 不信任外配妻，擔憂外配妻離去，但不願多談）此讓 B 淡化婚暴問題；加以擔心自己若說出想要準時上下課的需求會影響同學權益，因此，B 維持抑制自我揭露。

(3)「缺乏投入」穩定的出現於團體中、末階段，負向影響 B 之停止暴力轉化

缺乏投入之次類別投入低穩定的出現在中、末階段，與 B 否認淡化施暴責任、感覺被迫參與強制團體有關，影響 B 偶爾投入低，加以中階段團體發生領導者時間結構控制不當，延遲結束團體此加深 B 之負面感受，因此負向影響 B 之團體投入、停止暴力轉化。

3. 情緒

依據表五類別總計排序來看，引發負面感受、不信任之次數相同，排序相同，皆為第五。

(1)「引發負面感受」出現於團體中、末階段，負向影響團體參與，但正向影響停止暴力轉化。

B 引發的負面感受來源單一，皆為被迫感，但出現的時間點為中階段之後，從受訪內容來看，此與 B 之婚姻穩定狀態有關。團體初階段時，B 妻離開安置處所剛返家，由於 B 還憂慮關係失落，所以，B 承認且認同施暴有錯，對於被指定參與強制團體，B 一開始並未出現受迫感。但中階段開始，B 對團體存有內隱衝突，包括領導者維持時間結構不當，團體延遲影響 B 之團體後生活安排，夫妻為此衝突；另外，中階段時，B 一度陷溺於個人生活不利因素，兩相交乘下，

B 面對強制團體開始產生被迫感，而且一直持續到末階段影響著 B 偶爾投入低，此不利於 B 停止暴力轉化之學習；但 B 亦表示被迫參加團體感覺嫌惡，認為浪費時間影響生活（工作需要請假、須要求助父母協助照顧小孩），所以，B 表示需要自我控制才不會再惹麻煩。

(2)「不信任」出現於中、末階段，負向影響團體投入

質疑同學於中、末階段穩定的出現，對 B 投入團體、停止暴力轉化產生負向影響。

4. 領導

有領導者不當一類，依次類別小計排序來看，依序是介入不當、協同領導不當、風格。

(1)「領導者不當」穩定的出現在三個階段，負向影響 B 之團體參與、停止暴力轉化

B 評論領導者介入不當，與未對焦婚暴議題處理、時間結構掌握不當有關。前者，與 B 之團體初階段採低結構未對焦婚暴的領導模式有關（強制團體原有許多否認抗拒成員，當領導者無法聚焦於婚暴，無力創造更優質正向之學習環境時，此負向影響 B 之停止暴力轉化的學習）；而團體中、末階段之初，領導者雖採高結構領導，但一度只對焦 B 之酒癮問題，卻未對焦婚暴問題，此亦讓 B 維持淡化婚暴問題，負向影響 B 於團體學習停止暴力之轉化。

關於領導者時間結構掌握不當，則與團體延遲影響 B 之團體後生活安排、引發夫妻口角有關，B 因此評論領導者介入不當、協同領導不當。但從 B 從未在團體中即時表達不滿，卻於受訪內容再三提及，顯示 B 對領導者存有內隱衝突，B 表示參與強制團體感覺被迫，影響 B 投入低，也負向影響 B 之停止暴力轉化學習。

風格之次類別與中階段領導者輪替轉換成高結構領導，領導風格轉趨嚴謹影響 B 之團體適應，B 出現投入低情形，此曾短暫負向影響 B 之停止暴力轉化。

(三) C 於團體三階段之團體反療效因素數量、數量變化

如表六所示，C 之團體反療效因素結果總計是 68 次，各階段計次變化分別為 25 次、22 次、21 次，顯現隨團體階段發展反療效因素經驗有緩慢減少的現象。其中，認知大類別小計最多，其他依序為情緒、行為、領導大類別。在認知大類別部分，共 31 次，各階段計次變化分別為 12 次、9 次、10 次；情緒大類別部分，共 18 次，各階段計次變化分別為 8 次、5 次、5 次；行為大類別共 10 次，各階段為 4 次、4 次、2 次，顯現認知、情緒、行為大類別反療效因素經驗隨團體發展有逐漸減少現象；領導大類別共 9 次，各階段分別為 1 次、4 次、4 次，顯現領導大類別並未隨團體發展減少，反而有微升現象。

1. 認知

依類別總計排序來看，依序是護己思考、無法認同學習、適配性低，這三個類別穩定的出現在團體三個階段阻滯 C 之停止暴力轉化學習。

(1)「護己思考」穩定的出現在團體三個階段，負向影響停止暴力轉化

次類別小計依序是否認淡化、責妻、我早就知道，此三次類別穩定的出現在整個團體階段，隱含的負向核心信念阻滯 C 之停止暴力轉化。從受訪內容來看，C 持有毆妻有理的負向核心信念，該信念隨 C 之婚姻穩定性高低時隱時現。明顯的 C 否認淡化施暴責任，外控仍是 C 難以撼動之核心信念，阻滯 C 之停止暴力轉化學習。另外，C 責妻強烈，C 持有性別權力—妻應從夫孝義之核心信念穩定的出現在整個團體歷程，明顯的，外控、夫權仍是 C 難以撼動之核心信念，阻滯 C 之停止暴力轉化學習。再者，「我早就知道」穩定的出現在整個團體階段，對 C 停止暴力轉化產生負向影響。

(2)「無法認同學習」穩定的出現在團體三個階段，負向影響 C 之停止暴力轉化

次類別包括無法獲益於同學、老師團體所言無效。前者，穩定的存在於所有團體階段，實與團體中不斷加入新成員，而成員仍多處於改變的前置階段有關。此顯示開放式強制團體性質無法提供正向的認同環境負向影響了 C 之停止暴力之轉化。

表六 C 於團體三階段之團體反療效因素數量、數量變化

大類	認知			行為										情緒						領導						
	類別	小計	總計	進行方式	預期被拒	避免重複	擔心受罰丟臉	婚姻穩定度比較	擔心影響同學權益	無與我相似問題	投入低	行為小計	引發負面感受	被貼標籤	質疑同學	我不信任老師	別人不信我	情緒小計	預設立場	風格	反應不當	協同領導不當	介入不當	領導者小計	總計	
類別	護己思考	否認淡化	2	2	2	2	0	2	2	0	12	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	25	
		責罵	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	5	2	0	2	0	0	4	22	
		我早就知道	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	5	2	0	2	0	0	4	22	
	無法認同學習	家內事	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	5	2	0	2	0	0	4	22	
		無法獲益於同學	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	5	2	0	2	0	0	4	22	
		老師團體所言無效	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	5	2	0	2	0	0	4	22	
	適應性低	期望需求差距大	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	5	2	0	2	0	0	4	22	
		進行方式	2	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	1	1	2	0	5	2	0	2	0	0	4	22	
		9	9	9	1	1	1	2	0	5	2	0	0	4	22											
	認知小計	抑制人際回饋	社會比較	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
			怕衝突	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
			不知如何回饋	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
		抑制自我揭露	固守人我界線	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
			設定自我角色	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
			預期被拒	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
投入低		我原話少	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
		避免重複	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
		擔心受罰丟臉	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
行為小計		婚姻穩定度比較	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
		擔心影響同學權益	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
		無與我相似問題	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
情緒小計		被追感	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
		運作不良不適應	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
		無安全感	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
不信任	被貶損	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	被貼標籤	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	質疑同學	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
情緒小計	我不信任老師	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	別人不信我	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	9	9	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
領導者小計	預設立場	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	風格	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	反應不當	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
領導者小計	協同領導不當	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	介入不當	3	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
	9	9	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15		
總計	15	10	6	31	5	5	0	10	9	9	18	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	68		
	1	2	4		5	5	6		3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	31		
	1				3	3			2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25		

「老師團體所言無效」穩定的出現在團體三個階段，與 C 個人否認淡化、團體至末階段前無法提供正向認同環境有關，負向影響 C 之停止暴力轉化。

(3)「適配低」穩定的出現在三個團體階段，負向影響 C 之停止暴力轉化

次類別小計依序是「期望需求差距大」、「進行方式」。前者穩定的出現於團體三個階段，與 C 個人否認淡化、責妻思維有關，亦與 C 於團體期間仍深陷於婚姻不穩定有關，負向影響 C 之停止暴力的轉化。「進行方式適配低」出現在中階段，與 C 習慣的學習方式、仍深陷婚姻不穩定或許有關，C 無心力注意教材，此負向影響 C 之停止暴力轉化。

2. 行為

依類別總計來看，「抑制人際回饋」、「抑制自我揭露」次數相同，所以排序相同，皆為第五。

(1)「抑制人際回饋」出現在三個階段，負向影響團體效能。

依次類別小計而言，依序是怕衝突、設定自我角色、社會比較。

C 多次表示抑制回饋的原因包括團體環境使成員只能知道單一方說法，實不能知道夫妻互動真相，因怕引發衝突、又怕被誤認為嘮叨、是團體的操控者，所以抑制人際回饋。此外，社會比較過程，C 認為自己也是施暴者，所以沒資格給予別人回饋，因此，抑制人際回饋。

(2)「抑制自我揭露」出現在團體三個階段，負向影響 C 之停止暴力轉化的學習

依次類別小計，依序是擔心受罰丟臉、婚姻穩定度比較、擔心影響同學權益。其中，「擔心受罰丟臉、擔心影響同學權益」出現於初階段，與 C 自我揭露獨占團體時間卻引發其他成員負向回應有關，C 因此抑制自我揭露。此曾短暫負向影響 C 與團體產生凝聚信任，對 C 於團體中學習停止暴力轉化有負向影響。另外，婚姻穩定度比較，出現於中階段之末、末階段之初，此種現象與 C 之婚姻曾短暫趨穩定有關。此階段，C 之婚姻已趨相對穩定，C 抑制自我揭露減少獨占團體時間，但是亦因 C 淡化婚姻與施暴問題，實對 C 學習停止暴力轉化有負向影響。

3. 情緒

依類別總計來看，引發負面感受、不信任次數相當。

- (1)「引發負面感受」來源多元，穩定的出現於團體三個階段，負向影響團體參與、正向影響停止暴力轉化

依次類別小計而言，依序是被迫感、被貶損感、運作不良不適感、被貼標籤。

其中，「被迫感」次數最多，而且穩定的出現在團體三個階段。被指定參與強制團體 C 產生被迫感，但 C 往往回到認知思考，C 衡量法律強制懲罰，影響工作與生活作息，此次類別實對 C 停止暴力轉化有正向影響。

「被貶損感」穩定的出現在團體三個階段，前兩個階段主要是因 C 總是獨占團體時間，其他成員給予負向回應有關，最後階段則與成員回饋 C 會再犯，C 產生被貶損感有關。

「運作不良不適感」阻滯 C 之學習。末階段之初，領導者對權控的新進成員設限，C 加入新進成員衍生團體衝突，此影響 C 產生運作不良不適感，C 還評論領導者不當，此曾負向影響 C 於團體投入，停止暴力轉化的學習。而「被貼標籤」出現於中階段，與團體負向回饋，C 感到被貼婚暴慣犯有關。

- (2)「不信任」穩定的出現於團體三個階段，負向影響 C 於團體停止暴力的轉化

依次類別小計而言，依序是質疑同學、我不信任老師、別人不信任我。其中，「質疑同學」於團體前二階段穩定的出現，對 C 停止暴力轉化無助益，C 表示無法從同學身上獲得正向學習；「我不信任老師」出現於團體初、末階段，前者與被強制參與團體有關、後者與團體發生衝突有關；「別人不信任我」出現於團體初、末階段，前者與 C 獨占團體時間引致其他成員負向回應有關、後者與 C 加入新進成員，C 認為領導者與其他成員不信任自己而引發團體衝突有關。

以上，顯示強制團體要產生穩固凝聚信任之不易，容易為許多負向因素破壞，影響 C 於團體專注停止暴力學習轉化工作。

4. 領導

有領導者不當一類，其穩定的出現在團體三個階段，負向影響 C 之團體參與、停止暴力轉化。依其次類別小計排序來看，依序是介入不當、反應不當、協同領導不當、預設立場。其中，「介入不當」穩定的出現於團體三個階段，在初階段時，C 獨占團體時間太久引致其他成員負向回應，C 認為這是領導者時間結構控制不當，導致其他成員對 C 負面回應所致。中階段之末、末階段之初，有新進成員獨占團體時間，C 加入該成員引發團體衝突，C 認為團體衝突為領導者時間結構控制、設限之反應不當、協同領導者不當所致。而「預設立場」出現於末階段，此與 C 之個人議題「過度的性、妻疑夫外遇」問題浮現有關，老師指出過度的性是婚暴，C 無法認同學習，C 認為領導者總是預設立場保護女性，C 無法接納新(異)觀念，此對 C 停止暴力轉化有負向影響。

三、各研究對象於各階段共同經歷之反療效因素及分析

各研究對象於三階段反療效因素數之變化歷程如表七所示。A 為 8-9-8，B 為 2-9-8，C 為 8-8-8。三人呈現團體初階段反療效因素知覺經驗差異頗大現象；中階段時，A、B 相同的是反療效因素經驗上升至最高；末階段，A、B、C 相同的是反療效因素經驗皆高，呈現降少的現象。

表七 研究對象各階段共同經歷之反療效因素

大類別	類別	ABC 類別		A			B			C		
		總計	排序	初	中	末	初	中	末	初	中	末
總計 百分比	護己思考	39	1	v	v	v		v	v	v	v	v
	無法認同學習	28	3	v	v	v		v	v	v	v	v
	適配性低	21	6	v	v	v		v	v	v	v	v
行為 56 27%	抑制人際回饋	32	2	v	v	v	v	v	v	v	v	v
	抑制自我揭露	16	7	v	v	v		v		v	v	v
	缺乏投入	8	9	v	v	v		v	v			

(接下頁)



大類別	類別	ABC 類別		A			B			C		
		總計	排序	初	中	末	初	中	末	初	中	末
情緒 37 18%	引發負面感受	22	5	v	v	v		v	v	v	v	v
	不信任	15	8		v	v		v	v	v	v	v
領導 24 12%	領導者不當	24	4	v	v		v	v	v	v	v	v
合 計		205		8	9	8	2	9	8	8	8	8

(一) 團體初階段反療效因素類別經驗的知覺差異頗大

如表七所示，以團體三階段反療效因素類別數之變化做差異比較，三位研究對象於初階段所經歷之反療效因素經驗差異頗大，共同經歷之反療效因素僅有抑制人際回饋、領導者不當二類。

(二) 團體中階段反療效因素類別經驗不降反增；共同經歷的反療效類別經驗大增

如表七所示，團體中階段時，研究對象於此階段都較初階段經歷更多或是未減少的反療效因素經驗；也產生許多相似的反療效因素經驗。A、B、C 共同經歷之反療效因素類別為護己思考、無法認同學習、適配性低、引發負面感受、不信任、抑制人際回饋、抑制自我揭露、領導者不當。

(三) 團體末階段反療效因素經驗雖有稍減，仍多

如表七所示，以團體三階段反療效因素數之變化做差異比較，除了 C 未變之外，A 和 B 研究對象於末階段都較中階段經驗較少的反療效因素，但是數量仍多。A、B、C 共同經歷到之反療效因素類別為護己思考、無法認同學習、適配性低、引發負面感受、不信任、抑制人際回饋。中階段進入末階段時，A 認為領導者不當消失，B 抑制自我揭露的現象消失，所以呈現反療效因素稍降的現象。

(四) 認知大類別穩定存在

反療效因素認知大類別大部分穩定的存在於所有團體歷程，包括護己思考、無法認同學習、適配性低。其中，護己思考排序第一，無法認同學習排序第三，明顯地，直到團體結束，三位研究對象護己思考仍強，常表示無法認同團體所授之新(異)觀念，據此，團體適配低的反療效因素經驗亦穩定存在。

(五) 行為大類別，呈現口語抑制及消極現象

抑制人際回饋穩定的存在於三位研究對象的所有團體階段，為反療效因素排序第二名；而抑制自我揭露雖排序第七，但為三位研究對象所共有。缺乏投入為研究對象 AB 所共有。以上，顯現該團體口語互動之抑制及消極現象，團體有運用多元人際資源回饋的困難及互助合作受到限制。

(六) 情緒大類別穩定的存在

反療效的情緒類別包括引發負面感受、不信任，其通常穩定的存在於所有團體階段。就不信任類別而言，細究受訪資料發現，受訪者表示團體歷程僅參與團體一方論述其婚暴議題，成員所言不確認是否為真。另外，團體屬開放式團體性質，持續的加入新進成員使團體要凝聚信任產生困難。在引發負面感受部分，細究內容不少與領導議題未能有效處理團體焦點、團體衝突有關。

肆、結果與討論

以下根據男性婚暴者參與處遇團體之反療效因素類別結果發現進行綜合討論：

一、反療效因素多數具普遍性質；少數與婚暴強制團體性質有關，具特殊性

本研究結果之反療效因素依序是護己思考、抑制人際回饋、無法認同學習、領導者不當、引發負面感受、適配性低、抑制自我揭露、不信任、缺乏投入。此研究結果相較於初始分析架構(林美珠、王麗斐, 1999; Doxsee & Kivlighan,

1994)多為一致。新增的項目有「無法認同學習」、「護己思考」、「抑制人際回饋」三類，但由此三類為本研究排序前三，卻為過去反療效因素研究所無；此一發現突顯出婚暴強制性質團體獨特之處。

(一) 在「認知」大類別

1. 護己思考模式影響研究對象難以認同學習

「護己思考」於團體期間頻繁的出現，同時為研究對象 A 及 C 在團體反療效因素類別統計排序的第 1 名，研究對象透過否認淡化、責妻、家內事思維與我早就知道影響其團體參與和學習。另一方面，當研究對象個人護己思考模式強，而其他成員亦復如是時，則團體內缺乏正向認同學習的對象，否認個人婚暴責任——集體遁逃將侵蝕團體療效。此一結果發現為過去自願性團體之反療效研究結果所無，卻與強制性質或家暴加害人研究結果一致，施暴者通常具否認、責怪他人的特性(陳筱萍、周煌智、吳慈恩、黃志中，2004；張芳榮、李娟娟、李宏林、王梅麗、張達人，2005；林世棋、陳筱萍、孫鳳卿、周煌智，2007；李娟娟、張達人、謝宏林、王梅麗、張芳榮，2005；Adams & German, 2007)。顯見，護己思考是法院強制性質團體重要的反療效因素，其妨礙個人在團體中獲益，阻礙施暴者的改變。另外，「責妻」次類別與 Adams 與 German (2007)、陳筱萍等人(2004)、林世棋等人(2007)相似，研究對象少檢討自己，但對妻子則有較多負面的歸因，使其「護己思考」更為強烈，更難催化改變。

2. 「無法認同學習」使其能從他人處獲益程度降低，減弱團體學習經驗的影響

Yalom (1995/2001) 的研究指出，當成員發現團體中有正向模仿的對象、或看見其他成員改善都將使個人灌注希望，推進團體的療效。而本研究中「無法認同學習」排序第 3，為三位研究對象多次提及，此結果顯示成員難從其他成員卸責的負面故事獲得正向認同的學習經驗，而處遇團體所提供的教導、建議亦難迅速進入研究對象的認知架構時，團體效能因之削弱。

3. 適配性低實與個人護己思考模式有關；介入適配性問題亟待重視

本研究適配性低是排序第六的反療效因素，三位研究對象皆曾提及。研究對象認為團體與個人的期望需求有差距、進行方式不適應自己，負向影響從團體中

獲益。就研究對象之期望需求有落差而言，B 雖於團體初期即承認自己有施暴問題，但團體初期 B 夫妻僅是表象和好，B 認為潛藏的婚姻問題才是自己期待介入的焦點，B 期望團體教導促進夫妻和諧、衝突溝通方法，此期望顯與婚暴團體再犯預防為主的焦點有落差。研究對象 A 則表示對團體毫無期望，家內事自己處理即可，會動手是因為妻的問題，趕快完成課程就好。而研究對象 C 雖認為施暴有錯，但不認為自己要完全承擔施暴責任，其團體期待對團體主要期望是希望老師能幫忙調解夫妻衝突，協助夫妻重修舊好、改變妻子，而與團體目標產生落差。

三位研究對象之團體期待與團體以再犯預防為主軸之目標相當不一致，使其參與團體歷程感受負向、且認為不適應自己。Yalom (1995/2001) 認為當團體帶來的處罰或缺點超過所得的或預期的酬賞時，成員就容易流失，只有在團體合乎個人需求、團體關係能讓個人獲得滿足時，團體任務方能完成。Eckhardt 等人 (2004)、Scott (2004) 和 Scott、Wolfe (2003) 亦提醒婚暴者處遇介入應思考改變階段與介入適配性的問題，當團體介入與改變階段不相符，亦即介入與成員需求有異時會降低處遇療效。本研究之研究對象共同的特性是個人期待與團體主訴婚暴預防方向不盡相符，因此能從團體獲益相當有限。

(二) 在「行為」大類別方面

1. 「抑制人際回饋」使團體無法運用團體多元資源，抑制團體正向功能

「抑制人際回饋」排序第二，為三位研究對象每一團體階段均出現之反療效因素類別。Yalom (1995/2001) 的研究指出互助是團體重要的療效因素；Corey (1990/1995) 認為「回饋」是成員在團體中發生學習的方式之一。成員的人際回饋、自我揭露，團體凝聚信任的發生均源自團體成員參與質、量的增加。所以，當成員因固守人我界線、預期被拒、怕衝突而抑制人際回饋時，使其無法運用團體多元資源，妨礙其從團體分享獲益。

值得注意的是，本研究中「抑制人際回饋」為過去自願性團體反療效因素研究結果所無，卻為本團體重要的反療效因素，推測與下列因素有關：包括本團體為強制性質、介入焦點以防治婚暴為主、團體純由單一男性組成，深受男性互動文化影響及個人所處改變階段有關。一個幾乎純由男性所組成的婚暴團體，與父權社會中男性不斷地被強化和期許著要有階級、權力、地位等倫理意識(劉秀

娟，2001)相違，當成員視婚暴為家內事且是家醜隱私，再加上觀察其他成員尚處於否認、憤怒、淡化、責他的改變前置期時，重視人際階級份際、團體和諧，維護面子的華人文化，保對方面子就會優先於團體的個人工作，因此，抑制回饋避免引發衝突就成為彼此有默契的互動隱法則。成員易把探問、澄清或回饋的責任置於領導者身上，而避免人際回饋因之削弱了團體效能。

此外，採開放式團體模式也強化了成員避免人際回饋的行為。本研究對象幾次提到受限於對新舊成員的不瞭解、擔心引發團體衝突，因此避免給予回饋。Corey(1990/1995)指出，開放式團體的新成員很難使自己成為團體中的一分子，因為他們並不瞭解在其加入前哪些是已經被討論過的，因此影響其正性參與行為。

2. 抑制自我揭露負向影響團體參與和學習

抑制自我揭露排序第七，負向影響團體療效的推進。諮商中案主自我探索的首要條件即是自我揭露，自我揭露可以提供成員鏡照、認同學習，並觸發成員積極省思、調整自我；Yalom(1995/2001)論述有凝聚力的團體其成員自我揭露較多、成員分享個人資料時抱持開放信任的態度。因此，婚暴加害人處遇團體成員抑制自我揭露不僅使自我揭露可以引發的正向團體效能無以發揮，還負向影響了個人停止暴力轉化的學習，影響團體療效的推進。

就抑制自我揭露次類別之「擔心受罰丟臉」、「婚姻穩定度比較」而言，受訪資料顯示皆與家醜思維、對團體給予負向標籤(罪犯說、精神病患說)有關。成員負向標籤團體又同時擔心別人負向標籤自己，並複合家內事思維，就會強烈的影響其被動參與。陳高凌(2001)指出，華人男性的面子需求在加害人團體中扮演重要的角色，當個人在道德方面保面子取向愈強，個人更不可能在公開場合陳述自己的不道德行為；Corey(1990/1995)亦從文化角度提醒，被動參與，少自我揭露為華人個人心理與人際互動法則所獨有，此負向影響成員的團體參與。因此，敏於成員擔心丟臉的特性，致力於建立安全信任的自我揭露氣氛(Caplan, 1995; Caplan & Thomas, 1997)，促進自我揭露的團體規範(Adams & German, 2007)，以施暴者可以接受的速度來工作，從打破家醜家內事思惟以推進個人承擔施暴行為的責任，此對施暴者工作尤其重要。

再就婚姻穩定度比較的內涵來看，三位研究對象皆曾表示婚姻穩定是抑制自我揭露的原因，究其原因實與本研究設定的研究對象條件（本研究對象是以夫妻仍同住，或時有互動者為主）有關。當其他婚暴團體的成員有不少正在經歷（或抉擇）離婚或是執行遷出、遠離的保護令，而本研究對象一致的認為婚姻的存續或穩定會加深其他成員的痛苦，因此本研究對象在婚姻穩定時都選擇抑制自我揭露。

以上研究發現提醒領導者，需留意成員不同婚姻狀況對其團體參與的影響，同理成員的失落故為必要，但切忌讓關係失落議題占去太多時間卻避開婚暴責任問題的討論。適時的邀請正向成員分享承擔婚暴責任自我改變的心路歷程，莫讓正向成員囿限於抑制自我揭露，隱藏於團體中而無形中對團體產生反療效。

3. 「缺乏投入」負向影響團體參與和學習

缺乏投入的結果發現和 Doxsee 與 Kivlighan (1994)、林美珠與王麗斐 (1998) 的研究結果一致，是影響成員的反療效因素，排序第九。探究缺乏投入之因，與個人因素（被指定參與強制團體產生被迫感）、團體貧脊環境（團體充斥改變前置期的成員時，無望感有時會影響不想投入）有關，若又複合個人生活事件不利因素時則研究對象會缺乏投入。惟此現象並不為所有研究對象所必然，研究對象 C 三項原因皆有，但 C 想要面對處理婚姻問題，也承認有情緒管控問題，所以，C 於團體總是主動揭露，從未缺乏投入。對此支持了當具問題意識、進入評估且思考如何改變階段者對停止暴力轉化的努力會較積極。

（三）情緒大類別

1. 強制介入引發不少負面感受，對團體參與、停止暴力轉化分別產生正負向影響

歷程研究結果指出，相較於治療師較重視的是認知層面的獲得，案主觀點則視關係與情感層面因素為較重要的因素，此在療效或反療效因素研究方面都出現一致的結果 (Timulak, 2010)，此結果亦出現於本研究中。本研究中「引發負面感受」排序第五，次類別包括被迫感、運作不良不適感、無望感、被貶損、被貼標籤感。受訪者指出被指定參與強制團體往往引發負面感受之被迫感，影響其缺乏投入。

另外，以研究對象做比較，相對於較少主動參與團體者，參與較多者通常報導經歷較多反療效因素的情緒經驗，例如研究對象 C 曾因為成員回饋過程經歷被貼標籤感或被貶損感，C 初始時出現否認淡化，無法認同團體所言的反應；但從 C 於末階段同意自己是嚴重的施暴者、認同先前成員的回饋，C 開始自我調整來看，顯見人際回饋、對質介入遇到否認淡化對象一開始雖引發負面感受，但卻對稍後的停止暴力轉化有正向影響。此研究發現為 Yalom (1995/2001) 所未提及，但卻和王麗斐與林美珠 (2000) 的研究結果相近，有幫助的負面感受是激起改變的促發因素；而 Timulak (2010) 整理過去療效因素研究亦發現類似的結果—有助益的治療事件有時會伴隨痛苦和有害的元素出現。

呼應此研究結果對領導介入有兩個提醒，其一是善用引發負面情感以催化凝聚信任與承擔改變責任間取得平衡是重要的領導議題；其二是引發負面感受對否認淡化不同程度的成員、對進入團體時間不同久暫的成員，或具有不同婚姻穩定性的施暴者之影響是否異同？有何異同？值得未來研究進一步關注之。

2. 「不信任」影響研究對象抑制自我揭露、抑制人際回饋，負向影響團體參與和學習

Holmes 和 Kivlighan 的研究結果指出，案主報導的重要事件中信任因素是團體初始和結束階段的重要療效因素；Kivlighan 和 Mullison 的研究亦發現，順從與權控的團體成員尤其重視是否被團體接納 (引自 Timulak, 2010)，但本研究中，不信任雖然排序第八，然而三位研究對象的所有團體受訪階段幾乎都存在著該類別因素，共同的特性是質疑其他成員開放內容的真實性，所以抑制人際回饋；有的則與個人不信任老師、認為別人不信任自己有關，為避免惹上麻煩而抑制參與、抑制自我揭露，本結果顯然與團體產生療效的機制相距甚遠。Corey (1990/1995) 指出，當團體存有不信的議題，將導致成員互動膚淺，個人少自我揭露，相互之間的建設性激勵無從產生。顯見，婚暴強制性質團體信任凝聚建立不易，催化此類團體之凝聚信任的提升為領導的重要議題，是提升該類團體療效的重要關鍵。

(四) 領導大類別

本研究中領導者不當排序第四，為重要的反療效因素，此與 Doxsee 和 Kivlighan (1994)、林美珠和王麗斐(1998)、蘇完女(2001)、林梅鳳(2001)的團體研究發現類似。再從其穩定地存在於所有研究對象之團體階段，該因素與其他反療效因素類別間的促發或抑制關係更應注意，領導者不當的介入負向影響了團體效益。本研究發現領導者不當以介入不當、反應不當、協同領導不當、預設立場等主要次類別對成員投入參與產生負向影響。

1. 就「介入不當」次類別而言，與領導者沒有維持時間結構、沒有對焦婚暴焦點、介入過程以問題對質取向引發研究對象負向感受、負向評論有關

在時間結構部分，領導者沒有準時開始或結束團體，或成員嚴重遲到而領導者堅持維持團體時間結構進而引發團體衝突，或個人產生內隱衝突，研究對象因之產生負面感受(被迫感、無望感或運作不良不適感)，進而負向評論領導者反應不當、協同領導不當，負向影響其團體參與和學習行為。本研究結果與下列研究發現一致，Doxsee 和 Kivlighan (1994)的研究，時間控制、延遲沒有遵守時間規範會造成反療效；張芳榮等人(2005)的研究結果表示加害人被迫參與團體，十分在意是否準時結束團體。而林美珠、王麗斐(1999)的研究結論發現團體反治療性因素與團體氣氛的「衝突」有顯著的正相關；當團體出現衝突，治療師和案主之間存有內隱或外顯的敵意、不合，容易導致同盟的斷裂(Alliance Ruptures)；治療師能否謹慎適宜的回應成員的負向性反應，例如憤怒、批評要求、不信任或控制的議題，將影響治療關係、成員能否從治療中獲益(Tyber & McClure, 2000)。

就對焦婚暴而言，本研究對象 A、B 曾經歷低結構之後為高結構的帶領模式，A、B 表示低結構帶領允許成員不自我揭露、不直接討論婚暴主題，而高結構帶領者則主題明顯、討論直接，容易引導成員快速直接的融入討論。顯見，初階段以低結構帶領模式會讓未有團體經驗且強制參與之被動成員可以逃避個人議題，進而影響團體療效。許多團體學者皆提及，團體初期，成員多有依賴、自我揭露、是否信任團體的焦慮，較多的結構會減緩此類的焦慮 Corey(1990/1995)、Yalom (1995/2001)；Dies (1983)提醒團體初期有適度的結構對矯治違犯者明顯

外控取向的性格尤其重要，這類成員通常較偏好結構性的領導模式。顯見，能視成員問題性質、團體階段採取結構（維持婚暴焦點）的介入方有助於提升婚暴團體的療效。

2. 對質的運用需要謹慎為之，其易促發反療效

本研究對象 C 多次報導不信任團體，不信任老師，C 表示團體的負面回應與回饋讓 C 受挫引發負面感受，C 認為老師預設立場——偏女性，C 常有被貶損或被貼標籤感，除了常有無法認同的學習反應外，還曾興起抑制自我揭露的念頭。Dies（1983）提醒負向領導模式（對質）固然有其助益，但也需留意對團體產生的負向影響；Lieberman、Yalom 和 Miles 研究指出領導者或團體所施予的強制性期待、團體其他成員提供過度的負荷刺激是反療效因素（引自 Doxsee & Kivlighan, 1994）；Caplan 與 Thomas（1997）強調婚暴開放式強制團體加強建立安全信任談話環境的重要與本研究發現相呼應。領導者必須在團體的凝聚信任與推進個人工作所造成的緊張與避開傷害間求取平衡，否則團體容易因為衝突而有運作不良不適感，影響成員的投入與個人工作的推進。

二、反療效因素於不同團體階段變化歷程結果討論

本研究以研究對象的個人團體經驗作階段劃分，其中 A、B 兩位研究對象於中階段都較初階段經歷更多反療效因素，團體末階段才較中階段經驗較少的反療效因素，呈現由高往下微降之曲線；C 則維持三階段持平均高曲線。此結果顯示婚暴團體成員於整個團體階段對團體反療效因素經驗的知覺具經常性，此顯示參與和接納強制處遇團體會是一緩慢的歷程。因之，個人要產生改變亦是一緩慢的歷程。

（一）初階段之個人改變動機立足點差異大

本研究發現初階段，個人對反療效因素的知覺差異頗大（A 之三階段為 8-9-8，B 為 2-9-8，C 為 8-8-8），究其原因應與研究對象於進入團體之初個人所持護己思考程度有關，而其護己思考程度反映著華人文化裡個人之性別刻板程度、個人願意承擔婚暴責任程度、個人婚姻狀態等元素。因之，在婚暴開放式強制團體的初期有一重要的議題是，協助新進成員適應與接納團體，進而動搖護己

思考是團體初階段領導者最重要的領導議題，領導者需要區辨成員初階段的沉默或直洩行為背後個人所處之環境脈絡以及所處的改變階段，依此為基礎作適切的介入 (Levesque, Drskell, Prochaska, & Prochaska, 2009; Scott & Wolfe, 2003)。

(二) 中階段是反療效因素經驗的高峰，此階段衝突可能是團體轉換階段與個人議題的顯現

本研究發現中階段的團體衝突引發許多的反療效因素經驗，而該衝突似與開放式團體之研究對象正在經歷個人的團體轉換階段有關，研究對象展現的情緒或行為反應亦可能是個人際議題的顯現。此與 Yalom (1995/2001)、Wheelan (1994)、MacKenzie 與 Livesley (1983) 研究結果相呼應。對處於團體中階段的老成員而言，則從定向階段慢慢走向衝突階段，類似 Wheelan (1994) 所言的轉換期，敵意與衝突是特徵，是成員測試界線或是反權威的時期；MacKenzie 與 Livesley (1983) 認為團體第二階段為分化時期，成員會從初階段的追求連結相似轉而開始展現觀點的差異，此時，對質與衝突的氛圍容易出現。Yalom 提醒敵意與衝突是團體發展中不可避免的事，治療師的主要任務就是要依團體階段、個人議題適當的約束衝突。張芳榮等人 (2005) 對家暴加害人團體歷程分析中亦指出，團體到中階段後，成員的團體抗拒會降低，少數成員可更開放的自我揭露，回饋與直接表達，否定領導者立場也常會出現。

以上，本研究結果顯現婚暴團體之中階段動力強烈，領導者需要意識成員個人議題對其團體參與行為的影響，還要辨識個人所處改變階段以區分是個人抗拒、團體抗拒或是反應個人議題的差異 (洪雅鳳, 2003)，以之抉擇對團體此時此地衝突處理的時機、焦點與方式。研究者認為團體衝突過程，領導者未能彈性運用團體衝突作此時此地的情緒經驗與認知整理，亦即未能善加利用團體多元觀點納入所有成員作知覺校對，進而連結個人關係權控議題，實將團體推向反療效，為未來此類團體領導者宜注意之議題。而有關施暴者團體僵局之現象與領導議題亦值得未來其他研究進一步關注之。

伍、結論與建議

本研究以質性研究之深度訪談法，密集訪談三位男性婚暴者參與開放式強制處遇團體之反療效因素經驗與變化歷程。研究結果共得九類因素，將之進一步歸為四大類別，依序為認知、行為、情緒、領導。在認知大類別部分包括護己思考、無法認同學習、適配性低；在行為大類別部分，包括抑制人際回饋、抑制自我揭露、缺乏投入；情緒大類別包括引發負面感受、不信任；領導大類別則有領導者不當一類。反療效因素於不同團體階段變化歷程結果，有兩位研究對象於中階段都較初階段經歷更多反療效因素，團體末階段才較中階段經驗較少的反療效因素，呈現由高往下微降之曲線；另一位則維持三階段持平均高曲線。此結果顯示婚暴團體成員參與強制團體經驗許多反療效因素經驗，且此經驗具經常性，顯現成員接納團體的緩慢，因之，要發生療效促成改變亦為緩慢。茲將研究發現形成對婚暴強制團體實務及未來研究的建議。

一、團體實務部分

(一) 領導者訓練宜加強強制案主、開放式團體、多元文化敏感度、團體衝突介入之訓練

熟悉家暴強制案主性質（例如是性別權控，或是挫折—攻擊……），瞭解開放式團體新進成員週期、範圍更動大小所形成之個人發展階段、團體發展階段交織之團體發展歷程變化，有助領導者識別團體發展階段、抗拒與個人議題間的關係。領導者在清楚的團體發展概念化與個案概念化之指引下決定介入焦點、時機與介入方式，對提升團體效能方有幫助。而加強多元文化敏感度為另一訓練重點。階級、族群、性別問題，常與開放式強制團體性質複合影響團體動力（自我揭露、人際回饋、團體凝聚信任），因此，加強多元文化訓練、複合家暴議題的相關訓練（例如飲酒問題、性別權控）、倫理訓練、法律訓練、衝突介入訓練（研究對象對領導者於團體不同發展階段常存有內隱的衝突，或是促發的外顯衝突），並定期接受督導是該領域領導者維持專業影響力的重要來源。

(二) 澄清團體任務、建立互動的團體規範，加強凝聚信任，減少負面感受、適配性低的問題

團體開始，領導者即須要敏於華人文化之家內事家醜、性別權控思維對參與團體的影響，領導者善用老成員的參與經驗從同理的互動開始，建立互動的團體規範，並適時澄清成員需求與婚暴者認知教育處遇團體之間適配性落差問題，並於適當時機提供可以滿足成員需求之相關系統資源（例如婚姻諮商），幫助成員即早調整期待，以減少適配性低產生的療效耗損問題。

(三) 敏於華人文化之家內事家醜、性別權控思維對停止暴力的影響以協助克服護己思考

改變階段理論、轉化理論兩者一致強調經歷價值澄清歷程對改變發生的重要性，轉化理論更是強調覺察，進而批判性的反省自己價值觀的前提，轉化才得以持續發生。當性別權控的性別信念、婚暴信念（毆妻有理，回擊有理甚至毆妻有效的性別權控信念）受限於成員持有家內事家醜不外揚想法，加上對團體不信任等因素，成員抑制自我揭露，亦抑制人際回饋，因此，這些負向信念被保護而持續持有，負向影響認知教育強制團體的效能。

據此，領導者訓練宜敏於成員抑制自我揭露、抑制人際回饋實與個人與文化之保面子心理有關，從同理、普同化、正常化成員的丟臉心情協助成員打開心房催化團體凝聚信任的提升，建構安心的自我揭露環境、彼此回饋方有機會。當性別權控的性別信念、婚暴信念有機會於安全的團體環境中被公開討論時，此信念方有獲得挑戰與被撼動的機會。

(四) 敏於集體遁逃現象；正視與放大正向成員的小改變；對焦婚暴、對質介入宜小心使用

婚暴者參與處遇團體期間常經歷許多重大生活壓力事件（例如遷出、遠離、離婚、監護或是其他法律議題），不少成員基於家醜不外揚、否認淡化婚暴責任，常讓出團體時間供正經驗失落議題之成員宣洩，想要集體遁逃是團體常態現象。領導者介入過程需要敏於此等現象，從同理、反應，需要時作此時此地的介入，以留意團體階段與個人權控議題交織的發酵影響；此外，留意與放大正向成

員的努力與小改變，避免讓團體充斥於負面故事的貧脊環境；面對處於改變前置階段的婚暴者，領導者之對質介入使用宜謹慎小心，團體焦點凝聚信任優先，個人工作方能發酵。

二、對未來研究的建議

(一) 擴展樣本特質

由於本研究對象僅限於團體期間仍有婚姻存續互動者，樣本數少僅三人，此初探性研究結果值得未來更多複製研究予以檢視。此外，建議未來研究還可納入非婚姻關係存續者之團體反療效因素經驗探究，以擴大、加深對婚暴團體反療效因素的理解。此外，還可做樣本特質的差異探究，例如可依成員殊異性、選擇不同理論取向與領導模式、不同團體性質、不同結構性高低、不同週數、適配性介入等，探究其對反療效因素產生的影響。

(二) 資料蒐集

本研究以施暴者自陳做資料的蒐集，建議未來可以其他方式蒐集資料以更貼近真實的現象場。例如徵得所有團體成員的同意，作團體互動資料的蒐集與分析，從貼近真實現象場以修正團體帶領。

(三) 資料分析

本研究之反療效因素結果是採週計次、階段計次原則，以此來理解資料類別結果與變化，不足之處為研究對象之真實主觀知覺未能完全呈現（當次受訪重複的陳述僅計次一次，此簡約了研究對象對某些重要事件的強調），建議未來資料分析可以累計方式呈現研究結果，以更貼近研究對象真實的、完整的主觀知覺。

(四) 未來可增加的其他研究主題

國內家暴加害人處遇團體多以開放式模式運作，因施暴者為「非自願性案主」在參與團體之初通常帶著對法政、警政、社政的憤怒，視參與團體為懲罰，認為浪費時間，當團體採取開放模式運作，無疑地對推進團體凝聚與個人工作形成巨大的挑戰。本研究建議未來宜對「開放性、封閉性」團體療效進行比較研究，奠基於以實務為基礎的研究結果作指引，相信對推升成效更有助益。

其他，在整個研究過程裡發現尚有幾個重要的研究主題對施暴者停止暴力轉化歷程具相當影響性，包括信任議題、團體衝突（團體僵局）、領導者不當，建議未來可以上述主題作進一步探索。

參考文獻

- 內政部(2013)。家庭暴力被害人、加害人年齡及性別統計。網址：http://www.mohw.gov.tw/cht/DOPS/DM1.aspx?f_list_no=143&fod_list_no=1372
- 王郁馨(2005)。進入強制處遇的婚暴加害人被判保護令之主觀經驗(未出版之碩士論文)。東吳大學，臺北市。
- 王麗斐、林美珠(2000)。團體治療性因素量表之發展與編制。中華輔導學報，**9**，1-24。
- 成蒂(2004)。終結婚姻暴力：加害人處遇與諮商。臺北：心理。
- 李娟娟、張達人、謝宏林、王梅麗、張芳榮(2005)。婚姻暴力加害人認知教育與情緒支持性團體之療效探討。中華團體心理治療，**11**(3)，1-16。
- 林世棋、陳筱萍、孫鳳卿、周煌智(2007)。家庭暴力加害人處遇計畫執行現況。臺灣精神醫學，**21**(3)，208-217。
- 林明傑、黃志中(2003)。他們怎麼了？家庭暴力加害人的評估與輔導。嘉義：濤石文化。
- 林美珠、王麗斐(1998)。團體治療性與反治療性重要事件之分析。中華輔導學報，**6**，35-59。
- 林美珠、王麗斐(1999)。團體反治療因素量表之發展與編制。中華團體心理治療，**5**(2)，4-13。
- 林梅鳳(2001)。認知行為治療團體對憂鬱症患者的衝擊與治療效果之研究(未出版之博士論文)。國立彰化師範大學，彰化市。
- 洪雅鳳(2003)。團體治療中的抗拒與反抗拒。輔導季刊，**40**(1)，12-25。
- 高鳳仙(2007)。家庭暴力防治法規專論(2版)。臺北：五南。
- 陳筱萍、周煌智、吳慈恩、黃志中(2004)。裁定前鑑定家庭暴力相對人特徵與施暴的心理社會歸因。中華心理輔導學報，**16**，167-178。

- 陳高凌(2001)。義與面子在華人家庭暴力裡的運作。本土心理學研究，15，63-111。
- 張芳榮、李娟娟、李宏林、王梅麗、張達人(2005)。家庭暴力加害人非志願性團體治療之團體歷程探討。中華團體心理治療，11(2)，1-13。
- 張景然、吳芝儀(譯)。團體諮商的理論與實務(原作者：Corey, G.)。臺北：揚智。(原著出版年：1990)。
- 曾婉燕(2006)。婚姻暴力加害人參與團體處遇方案之歷程探討——以臺北市某認知輔導教育團體為例(未出版之碩士論文)。國立暨南大學，南投縣。
- 鄧純芳(2000)。藍鬍子現身——揭開加害人面具的婚姻暴力加害人處遇計畫(未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市。
- 劉秀娟(2001)。兩性教育。臺北：揚智文化。
- 蘇完女(2001)。以未完成事件為主題之團體諮商的治療因素、改變機制以及成員的改變歷程之分析(未出版之博士論文)。國立彰化師範大學，彰化市。
- Adams,D., & German,T.(2007, 9月)。如何辨識加害人。於內政部家庭暴力及性侵害防治委員會主辦，「整合社區資源體系處理家庭暴力加害人問題－美國 Emerge 處遇模式與危險評估研討會」暨「加害人處遇方案團體帶領人專業訓練－美國 Emerge 模式」工作坊。高雄縣衛生局八樓禮堂。
- Babcock, J. C., Green, C. E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychological Review*, 23, 1023-1053.
- Bowen, E., & Gilchrist E. (2004). Comprehensive evaluation:A holistic approach to evaluating domestic violence offender programmes. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(2), 215-234.
- Brown, P. D., & O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 340-345.
- Caplan, T. (1995). Safety and comfort, content and process: facilitating open group work with men who batter. *Social Work with Groups*, 18(2/3), 33-51.

- Caplan, T., & Thomas, H. (1997). Don't worry, it's just a stage he's going through: a reappraisal of the stage theory of group work as applied to an open model treatment group for men who abuse women. *Groupwork, 10*(3), 231–250.
- Chan, K. L. (2005). Peace at home: report on the review of the social and legal measures in the prevention and intervention of domestic violence in HongKong. Retrieved from the World Wide Web: <http://www.swd.gov.hk/doc/>
- Dies, R. R. (1983). Clinical Implications of Research on Leadership in Short-Term Group Psychotherapy. In R. R. Dies & K. R. MacKenzie (Eds.), *Advanced in Group Psychotherapy: Integrative Research and Practice*. (pp. 27–78). New York: International Universities Press, INC.
- Doxsee, D. J., & Kivlighan, D. M. (1994). Hindering events in interpersonal relations groups for counselor trainees. *Journal of Counseling & Development, 72*, 621–626.
- Dutton, D. G. (2007). Thinking outside the box: Gender and court-mandated therapy. In J. Hamel & T. L. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence: A Handbook of Gender-Inclusive Theory and Treatment* (pp.27-58). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Eckhardt, C. I., Babcock, J., & Homack, S. (2004). Partner assaultive men and the stages and process of change. *Journal of Family Violence, 19*(2), 81–93.
- Eckhardt, C., Murphy, C., Black, D., & Suhr, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports, 121*, 369–381.
- Henkelman, J., & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counseling. *Counselling Psychology Quarterly, 19*(2), 139–150.
- Jacobs, E. E., Harvill, R. L., & Masson, R. L. (1995). 團體諮商—策略與技巧 (程小蘋校閱)。臺北：五南圖書。(原書出版於 1994)。
- Lafontaine, Marie-France & Lussier, Y. (2005). Does anger towards the partner mediate and moderate the link between romantic attachment and intimate violence. *Journal of Family Violence, 20*(6), 349–361.

- Levesque, D. A., Drskell, M., Prochaska, J. M., & Prochaska, J. O. (2009). Acceptability of a stage-matched expert system intervention for domestic violence offenders. In C. M. Murphy & R. D. Maiuro (Eds.), *Motivational Interviewing and Stages of Change in Intimate Partner violence* (pp. 43–60). Springer Publishing Company, LLC.
- Linton, J. M., Bischof, G. H., & McDonnell, K. (2005). Solution-oriented treatment groups for assaultive behavior. *The Journal for Specialists In Group Work, 30*, 5–21.
- MacKenzie, K. R., & Livesley, W. J. (1983). Developmental model for brief groups. In R. R. Dies & K. R. MacKenzie (Eds.), *Advances in group psychotherapy: Integrating Research and Practices* (pp.101-116). International Universities Press, INC.
- Murphy, C. M., & Victoria, B. (1997) . Motivating batterers to change in the treatment context. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(4), 607–619.
- Pandya, V., & Gingerich, W. J. (2002). Group therapy intervention for male batterers: a microethnographic study. *Health and Social Work, 27*(1), 47–54.
- Robbins, R. (2003). Developing cohesion in court-mandated group treatment of male spouse abusers. *International Journal of Group Psychotherapy, 53*(3), 261–284.
- Saunders, D. G., & Hamill, R. M. (2003). Violence against women: synthesis of research on offender interventions. <http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/20/222.pdf>
- Scott, K. L. (2004). Stage of change as a predictor of attrition among men in a batterer treatment program. *Journal of Family Violence, 19*(1), 37–47.
- Scott, K. L., & Wolfe, D. A. (2003). Readiness to change as a predictor of outcome in batterer treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(5), 879–889.
- Stewart, L., Hill, J., & Cripps, J. (2000). Correctional service Canada research. Chapter 13 treatment of family violence in correctional settings. Retrieved from the World Wide Web: http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/compendium/2000/chap_13-eng.shtml
- Taft, C. T., Murphy, C. M. (2007). The working alliance in intervention for partner violence perpetrators: recent and theory. *Journal of Family Violence, 22*, 11–18.

- Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and practice*, 83, 421–447
- Teyber, E., & McClure, F. (2000). Therapist variables. In C. R. Snyder; R. E. Ingram (Eds.), *Handbook of Psychological Change. Psychotherapy Processes & Practices for the 21st Century*. (pp.62-107). New York: John Wiley & Sons.
- Wheelan, S. (1994). *Group processes: A developmental perspective*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Yalom, I. D. (2001). 團體心理治療的理論與實務第五版(方紫薇、馬宗潔等合譯)。臺北：桂冠圖書。(原書出版於 1995)。

附錄一

(一)「認知」大類別

1. 護己思考

意指維持或淡化婚暴行為的想法。分為否認淡化、責妻、我早就知道、家內事。其中「責妻」指錯的是我太太。例如 A 因持有毆妻有理的想法，認為自己會施暴起因於太太有錯，此負向影響 A 之停止暴力轉化。例如

……（訪員：……那你覺得你打你老婆一巴掌，你現在的看法？）
她會亂講話，當然打他，她思想觀念不一樣，是應該要打。（AG08 206-207）

「家內事」指婚姻、婚暴問題是自己家內事，自己處理就好，不便於團體公開討論。例如家內事思維不僅影響 A 抑制自我揭露，甚且還影響 A 一開始無法認同學習老師所教法入家門，以法取替施暴概念。

A：「……人人家裡有一本難念的經阿，自己去修補好了是這樣子。」（AG06 076-077）

A：「……還是要忍啦，還是要忍啦，再怎麼講啊，還是……家醜不可外揚嘛……是我的話我不會告她。」（AG10 368-370）

2. 無法認同學習

意指無法從團體獲得正向認同學習。分為無法獲益於同學、老師團體所言無效。其中，「無法獲益於同學」意指無法從其他成員身上獲得正向認同學習。例如，A 訪談時常僅是處於評論其他成員的狀態，A 無法從同學個人負面的故事獲益。

A：「……對○福的人的看法，（他）不會很悲觀啦，……這樣（他）會比較好過啊（AG04 006）……○先生，……他講的話好像不會不……不很條理啦……而且我看的話認為很糟糕，他這個的話心境是還要加強

(AG04 025) ……○大哥他說的話，好像很直接了當吧，……。」(AG04 021)

3. 適配性低

意指團體不適配於我。分為期望需求差距大、進行方式與其學習模式不同。其中「期望需求差距大」意指我對團體沒有期望，我不需要改變。例如，C 表示我需要的不(只)是暴力處理，是「改變太太」以解決夫妻關係困擾。

C：「……你來教育我們，是為什麼那些女人你不去教育一下，這是雙方的問題不是單一的阿，不然就永遠沒完沒了，你甘相信，沒完沒了。」(CG06 1634-1635)

(二)「行為」大類別

4. 抑制人際回饋

意指於團體中抑制給予其他成員回饋。分為社會比較、怕衝突、不知如何回饋、固守人我界線、設定自我角色、預期被拒、我原話少、避免重複。其中，「社會比較」意指考量階級、身分角色、年齡、婚齡，團體輩分、施暴嚴重程度；或我自己也是施暴者，所以沒資格說人家。例如：訪員對 A 總是聽，少講(著眼於回饋)的原因進行瞭解。

A：「……老師講的話比較具體，比較有根據，人家比較喜歡聽啊……我講話有限啦，有限啊……他們學歷比較高，……任何場面喔都見過啊。」(AG14 040)

5. 抑制自我揭露

意指於團體中避免說出自我。分為「擔心受罰丟臉」、「婚姻穩定度比較」、「擔心影響同學權益」、「無與我相似問題」。其中，「擔心受罰丟臉」意指擔心或實際遭到法律懲罰；或擔心老師、同學對我負面反應而避免說出自我。例如 A 感覺受罰丟臉，所以抑制自我揭露；B 表示參加團體感覺受罰，B 抑制自我揭露。

A：「……（若）講的話就是過程中怎麼會來到這裡，來這就是沒人格啊，<訪員：是很丟臉的意思嗎？>對啊，講少了講少了就是……有隱私在啊……。」（AG14 167-168）

B：「參加團體讓我很累，嗯，我不想講話。」（BG13 600-601）

「婚姻穩定度比較」意指以彼此的婚姻穩定性做比較，認為自己的婚姻穩定沒什好講的。例如 A 曾說明自己少於團體自我揭露之因。

A：「他們的比較嚴重，我的比較不嚴重啊，我講那麼多的話，他們聽不進去啊。」（AG08 379）

6. 缺乏投入

意指對於團體投入程度低。次類別為投入低，意指當觀眾聽眾，內在缺乏連結；或不專心想逃避，聽不下，殺時間，把時間度完；或對團體沒什印象；忘了執行作業。例如：B 之團體中階段，B 投入低與團體性質具法律強制懲罰性有關。

B：「（訪員瞭解其他成員占用團體時間 B 的感受），……他可以浪費掉我們很多時間阿。……對啊，因為他可以說一個小時，我們在那邊坐一個小時很快啊。」（BG09 311-312）

（三）「情緒」大類別

7. 引發負面感受

意指團體經驗帶來的負面感受。分為被迫感、運作不良不適感、無望感、被貶損、被貼標籤。其中，「被迫感」指我被迫去做或接受不想做的事產生的不舒服感。例如三位研究對象多次表達對於被迫參與強制團體感覺受罰被迫；另外，A、C 在受訪過程曾對團體負向標籤化一罪犯說、精神病患說，明顯的，研究對象在負向標籤團體時，也同時擔心別人負向標籤自己，引發強烈的被迫感與受罰感。例如 A 曾於第十次團體受訪時比喻團體為精神病院團體。

A：「讓這個病院的地方髒，讓這個病院的地方不能露見曙光，重見他們的，欸，家庭。」（AG10 004）

A、C 於幾次受訪或團體時，暗指或表示自己為罪犯。

A：「L1 老師嘛啊，他就一開始從這邊輪過去啊啊，輪到那個周○○啊，再輪到我啊，那個周○○好像不願意講，……因為好像你好像在問犯人一樣……。」(AG14 143)

A：「……我這個人喔，最主要的話把錢擺第一……你吵架的話第一個，你會損失金錢。」(AG8 026)

A：「……啊我沒有犯過錯我怎麼會來這邊……像我的話是被動的啦。因為我老婆的話就是……蠻不講理啦。……像這種錢的話，不應該交出去的 3,600 塊(I：嗯)啊為什麼要交？要浪費它勒(附註：A 參與團體處遇期間，每次需要自費 200 元)。」

C：「……我晚節不保，從小我最重視責任、榮譽，前科家暴，我老婆給我的……(C 數落太太，一直大聲)，……錢不重要，重要的是一張臉。」(摘錄自 C 第三次團體)

另外，接受他人回饋往往與個人自我知覺差異太大，常引發個人之被迫感。例如 C 表示：

C：「(C 對於他人回饋)……我要聽的不是稱讚我，而是要批評我的，雖然剛聽之下會有點不太舒服……。」(CG04 099)

8. 不信任

意指團體有不信任問題。分為質疑同學、我不信任老師、別人不信我。其中，「質疑同學」意指質疑同學開放的內容，覺得另有隱情。例如：C 表示同學所言欠缺夫妻雙方言詞，質疑同學所言真實性。

C：「……真實性到哪裡？我們不知道啦，只是說他若要說，我們就聽……。」(CG04 208)

(四)「領導」大類別

9. 領導者不當

意指對領導者個人或團體介入之主觀負向看法。分為介入不當、協同領導不當、反應不當、風格、預設立場。其中，「介入不當」意指沒有維持時間結構；沒有對焦婚暴，成員可以逃避議題；問題對質取向易起反效果或強調資訊給的不夠產生的問題。例如：B 對於領導者還未按照時間結構團體，B 表示不滿。

B：「時間上我就蠻討厭…我本來就不想來上這個課了，啊本來你就要照時間嘛……你一直上一直上一直上……。」(BG11 062)

B：「……你要上到兩個小時 再多我不高興了啊。」(BG11 356)

The Preliminary Study of the Anti-therapeutic Factors and the Changing Processes under the Influences of a Intimate Partner Violence Mandated Batterer Treatment Program

Ching-Mei Cheng¹, Wen Hsiao², Ying-Chi Huang³

Assistant Professor, Department Life and Death, Nan Hua University¹,
Professor, Graduate Institute of Guidance & Counseling, National Chi Nan University²,
Supervisor Of Counseling, Kaohsiung Municipal Siaogang Senior High School³

Abstract

The research aims to investigate the anti-therapeutic factors and the changing processes of a IPV mandated batterer treatment program. By means of the qualitative analysis, the data were collected from the interviews with three interviewees every other week. The findings are as follows: the anti-therapeutic factors are classified into 9 categories. With the findings, we analyze them further as four dimensions, cognition, emotion, behavior and leadership. The ranking of anti-therapeutic factors in frequency sequence is cognitive, behavioral, emotional and the leadership dimension. The dimensions of cognition includes the thinking of self-defense, unable identity oneself with others, mismatched task; the dimensions of behavior includes inhabiting feedback, inhabiting self-disclosure, less affiliation; the dimensions of emotion includes inducing negative feeling, distrusting, the dimensions of behavior includes negative counselor intervening.

The changing process of anti-therapeutic factors in group phrases: during the beginning phase, the individual differences among research targets are obviously seen, because the research targets' standpoints differ a lot. In the middle phase, two targets reports more anti-therapeutic factors. And they show a slight decrease from the high of the curve in the end of group stage. The third target maintain a high-average curve in all group stages.



Synthesize all, these research targets report many anti-therapeutic factors and experiences. The finding shows that batterers need time to accept and get adapted treatment. According to these findings, the researchers make recommendations and implications for the open mandated batterer treatment program and future research.

Keywords: intimate partner violence, open-mandated treatment program, anti-therapeutic factors

諮商師個人心理治療後與母親情感關係改變 之研究

葉寶玲¹、陳秉華²

玄奘大學應用心理系助理教授¹、
國立臺灣師範大學教育心理與輔導系所教授²

初稿收件：2014年01月21日；正式接受：2014年07月02日

通訊作者：葉寶玲，任職機構：玄奘大學應用心理學系，通訊地址：30092 新竹市玄奘路 48 號圖資大樓 L512 室 玄奘大學應用心理系，電話：03-5302255 轉 5618，電子郵件：plyeh@hcu.edu.tw

摘要

本研究主要目的在探討諮商師接受個人心理治療後與母親情感關係改變的經驗。本研究為質性研究取向，針對十四位諮商師進行半結構式深度訪談，並使用質性資料分析軟體 NVivo 8 協助管理與分析資料，以紮根理論研究 Charmaz 兩階段編碼進行資料分析。研究結果發現：(1) 個人心理治療中描述與母親情感關係包含七類正向情感經驗以及十四項負向情感經驗；(2) 透過個人心理治療與母親情感關係主要有十項改變。本研究的發現肯定了接受心理治療有助於諮商師與母親情感關係的增進。根據上述研究結果與討論，研究者分別對相關研究、諮商師教育以及諮商與心理治療實務提出建議。

關鍵字：依附、情感關係、個人心理治療、諮商師

緒論

一、研究動機與目的

母親對個人一生的發展著實有不可抹滅的重大影響。Freud (1929) 認為母親是第一個也是最強烈愛的客體，以及未來愛的關係之原型。70 年代是親子關係研究的全盛時期。古典精神分析理論、社會學習理論以及客體關係理論乃三個重要的母嬰關係理論。Freud 提出性心理發展論，認為親子間早期互動經驗影響人格發展。Erickson 提出人生八大階段心理社會理論，強調各階段發展任務的達成會影響自我概念與人際關係。Bandura 則認為父母是子女最早觀察與模仿的對象。客體關係學者 Klein、Balint、Winnicott、Fairbairn 以及 Bowlby 等人，從精神分析的驅力模式轉移到關係上，強調自我與客體的觀點。立基於動物行為學與進化論觀點的依附理論強調出生後第一年母嬰關係之重要，Bowlby 曾以三冊著作探討依附的形成、依附連結被破壞時的反應以及哀悼與悲慟，將與母親的關係視為人格發展中決定性的因素之一 (Bowlby, 1969, 1973, 1980)。Rothbaum 和 Weisz (1994) 曾對 47 篇研究進行後設分析發現，親子關係裡與母親的強烈情感連結超過與父親的，母親的確比父親承載更多與子女間的情感糾結。

不論最初進入心理治療時的議題為何，來談的案主常常有和母親情感上糾葛的長期困擾經驗，而不知如何面對自我與關係的衝突。早年遭遇創傷或關係上的困難，的確對人格可能產生重大的不利影響，也與人際關係中的困難息息相關。不安全依附與人格疾患的研究正說明了此一現象 (Barone, 2003; Eng, Heimberg, Hart, Schneier & Liebowitz, 2001; Evans & Wertheim, 2005; Gutzwiller, Oliver, & Katz, 2003; Mills, 2008; Strodl & Noller, 2003; Schindler, et al., 2005; Tasca, Balfour, Ritchie, & Bissada, 2007)。

諮商心理師的實務工作能力是養成教育與專業訓練中不可或缺的一環。過去國內研究曾調查準諮商師接受心理治療數量如林家興 (2007)，但是對於接受個人心理治療的歷程和內涵所知仍有限。諮商與心理相關係所的課程雖重視實務工作者的訓練模式，但是在培養諮商師的實務工作能力方面，對於心理治療工作者是否一定要接受個人心理治療一直是受到激烈爭辯的議題，存有對立的

兩派意見。有的學者認為接受個人心理治療結果，可能因為治療師情緒虐待、無能、違反倫理的性關係等而受到嚴重傷害，如憂鬱、自殺意念與行動造成負面經驗，而持反對意見（Daw & Joseph, 2007; Guy, Poelstra, & Stark, 1989; Pope & Tabachnick, 1994）。然而，多數學者認為心理治療工作者本身的議題與覺察，對諮商與心理治療專業工作具有潛在的影響（Macran, Stiles, & Smith, 1999; Laireiter & Willutzki, 2005; Norcross, Geller, & Kurzawa, 2000; Wiseman & Egozi, 2006）。

上述結果顯示，諮商師自身接受心理治療經驗對個人生活與諮商專業發展有密切的關聯。但是目前對於心理治療工作者接受個人心理治療的論點不甚一致，諮商與心理治療實務工作者尋求個人心理治療的必要性尚在探索之中。探討諮商師個人心理治療歷程的改變，對於身為諮商師與督導者的專業工作者而言，的確具有價值存在，因此本研究以諮商師為對象探究接受個人心理治療後與母親情感關係的變化。本研究亦對過去與母親情感關係中有創傷經驗之諮商師營造出希望感，過去為不安全型依附的諮商師可以提升自信心，藉著接受個人心理治療來幫助自己得到修復，減少個人議題對諮商工作之負向干擾，而讓諮商師個人與專業生活更加積極與具有生命力。

二、研究問題

本研究的研究問題如下：

- (一) 接受個人心理治療前諮商師與母親的情感關係經驗為何？
- (二) 接受個人心理治療後諮商師與母親情感關係的改變為何？

三、名詞釋義

茲將本研究中重要的名詞說明如下：

(一) 諮商師個人心理治療

本研究中諮商師個人心理治療乃指從事心理諮商或心理治療工作者，曾經接受過或正在接受一對一的個人心理諮商或心理治療，而其治療期間所探討的議題中與母親情感關係議題內容豐厚。

(二) 依附

依附代表嬰兒和主要照顧者之間獨特的情感連結，提供探索環境與發展出影響人格與行為的內在運作模式 (Main, 2005; Sroufe, 2005; Paredes, Ferreira, & da Graca, 2014)。依附自生命第一年開始持續一生，與主要照顧者間情感關係中可以得到安全感。

(三) 與母親情感關係

Ainsworth (1989) 認為依附是一種不對稱的關係，代表嬰兒對主要照顧者獨特的情感連結。因此，並非所有的社會關係都可以稱之為依附關係，而是要合乎依附關係屬性者，如尋求接近、安全堡壘效果、分離抗議等能夠滿足依附安全需求者。上述的觀點認為早年發展出第一個依附關係，也就是嬰孩出生後的第一個人際關係，早年的主要照顧者可能有些不是母親，但仍與母親有所連結。本研究中所指的「與母親情感關係」泛指子女與母親間的情感連結，包含早年與母親的「依附關係」或是其他主要照顧者下與母親的情感關係，以及成人後與母親的情感關係。

文獻探討

一、依附理論重要假設

依附概念在 Bowlby (1958) 〈*The Nature of the Child's Tie to his Mother*〉文中出現。探討嬰孩與母親情感連結關係的本質時，Bowlby 整理出四種與母親情感關係的理論：主張嬰孩生理需求被滿足過程與母親有了連結的「有企圖之客體關係愛的理論」(cupboard-love theory of object relations)、主張嬰孩與母親連結為性行為用於生命保存功能的「原初客體吮吸理論」(the theory of primary object sucking)、主張嬰孩天生有想要與人接觸的需要而與母親連結的「原初客體附著理論」(primary object clinging) 以及主張嬰孩想要回到子宮的「原初返回子宮渴望理論」(the theory of primary return-to-womb craving)。上述四者中，Bowlby 支持與母親連結的原初客體附著理論，捨棄自體情慾的觀點，將與母親情感關係之形成當作是一種心理上的基本需求，既非慾力也不等同於依賴，Bowlby 之依附理論的立場與假設也自此萌芽。

不論是嬰兒或成人在面臨壓力情境時，會激發尋求更有力量與更有智慧者的行為。安全堡壘 (secure base) 一詞為依附理論的核心概念之一。與母親互動經驗中所形成內化的安全堡壘，可以類比為記憶中的基模或腳本 (Bowlby, 1969)。依附理論主張依附相關經驗是以內在運作模式 (internal working models, IWM) 表徵。內在運作模式的功能乃在解釋事件且形成人對關係的期望，除了表示依附關係的穩定性，也是影響孩子瞭解與建立關係的認知表徵 (Pistole & Arricale, 2003; Overveek, Vollebergh, Engels, & Meeus, 2003)。

依附建構的分類一直是依附理論的重要研究議題。1954 ~ 55 年 Ainsworth 與 Wittig 在東非的烏干達 (Uganda) 進行陌生情境之實驗 (Strange Situation Protocol) 後將依附行為歸類為：安全型 (secure, B)、逃避型 (avoidant, A)、矛盾型 (ambivalent, C) (Ainsworth & Bowlby, 1991)。後來，Hazan 和 Shaver (1987, 1990, 1994) 提出三種成人依附類型：安全型 (secure)、逃避型 (avoidant) 及焦慮／矛盾型 (anxious / ambivalent)。Bartholomew 和 Horowitz (1991) 以自我 (self) / 他人 (others) 以及焦慮 (anxiety) / 逃避 (avoidance) 向度劃分出四種成人依附類型。

在成年依附的研究方面，Aviezer 和 Sagi-Schwartz (2008) 認為早年除了由母親照顧之外，有些並非由母親照顧。因此定義非母親照顧為規律性由母親之外的對象照顧，如父親、親戚、保母、托嬰中心等，進一步分為親戚、非親戚以及機構三類早年照顧者。Howes (1999) 也提及在現代社會變遷下，多元照顧者 (multiple caregivers)、輪替的照顧者 (rotating caregivers) 或暫時性的照顧者 (transient caregivers) 逐漸增加，已不再如傳統般以單一照顧者為主，而是出現雙薪家庭保母、隔代教養的祖父母、父親與手足和母親輪流照顧的情形，發展到超過一種以上依附關係的現象。

二、依附理論與心理治療改變

學者對於依附類型的改變有兩種主張。第一種主張認為受到內在運作模式運作的影響，成人會持續早年的依附模式。例如 Grossmann 和 Grossmann (1991) 研究嬰兒到十年後之依附類型，發現有 87% 與嬰兒期相似。Hamilton (2000) 調查 205 個美國家庭發現，自嬰兒期到青春期的樣本的依附類型保持穩定

性。Moller、Fouladi、McCarthy 和 Hatch (2003) 的研究也發現從早年到成人有 70% 以上的依附類型相同。第二種主張則認為依附是不連續性的。嬰兒期的依附類型在成年時可能改變。國內、外的研究均發現，依附類型改變與後來成長過程中負面生活事件 (negative life events) 有相當大的關連，如：喪親、父母離婚、罹患威脅生命的疾病、父母親之一罹患精神疾病、受親人身體或性虐待、母親的生活壓力、青春期前家庭功能、虐待或忽視等不當對待以及家庭環境 (余金玲, 2005; 林舜文, 1999; 蔡秀玲, 1997; Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000)。早年不安全依附還是有機會轉變為安全依附，但是早年能夠形成安全依附，對於後來逆境時的復原則是一個有利的因子。

Main (2005) 進行之成人依附訪談研究發現，有些早年未受到父母適當養育者在回溯時，雖然敘說負向的依附經驗，但是卻呈現安全依附的行為，因此將描述負向童年經驗的安全型依附成人稱為習得安全型 (earned-security) 依附，將描述正向童年經驗的安全型依附的成人稱之為連續安全型 (continuous-security) 依附。Roisman、Padron、Sroufe 和 Egeland (2002) 的研究也支持上述觀點，習得安全型依附者確實有一段不安全依附的歷史，成人之前遭遇更多的逆境。對於習得安全型依附與連續安全型依附之親密關係方面研究有不同的發現，Roisman、Padron、Sroufe 和 Egeland 發現二者都有成功的親密關係，但是 Paley、Cox、Burchinal 和 Payne (1999) 發現連續安全型依附的伴侶有較多正向婚姻行為。對於心理治療而言，習得安全型依附的概念正符合心理治療改變的目標，讓早年有不安全依附歷史者，超越過去的限制，於成人時轉變為較安全的依附關係，進而影響其他人際關係。

除了上述習得安全依附的概念之外，依附理論學者對於心理治療改變有幾種不同的主張如：改變內在運作模式、改變依附類型或面向、形成一致性的自我、強化反思能力以及處理依附需求的期望被照顧者拒絕的內在衝突 (Bowlby, 1988; Eagle & Wolitzky, 2009; Fonagy, 1990; Gormley, 2004; Travis, Binder, Bliwise, & Horne-Moyer, 2001; Wallin, 2007; Watkins, 1995)。Bowlby、Watkins 認為心理治療主要在終止或重組適應不良的內在運作模式。Gormley 認為成人心理治療在協助不安全型依附者轉變為安全型依附者。Travis、Binder、Bliwise 和 Horne-

Moyer 主張治療目的在改變依附焦慮與依附逃避面向。Wallin 認為心理治療主要是讓案主瞭解自身的經驗意義，形成一致性的自我，與他人有更深的關聯，並獲得更大的滿足。Fonagy、Wallin 均認為增進自我的反思能力是心理治療的主要改變。Eagle、Wolitzky 認為心理治療在處理依附需求被照顧者拒絕的衝突、反映出早年與依附對象負向經驗內化成自我的那個部分。

三、諮商師接受心理治療

心理治療工作者可能在一生中的不同時機，為著不同的目的尋求個人心理治療。一般而言，尋求個人心理治療有兩個主要的理由：解決個人心理困擾、協助專業上的成長 (Corey, 2001)。從解決個人心理困擾來看，心理治療工作者的個人心理治療是一種療癒自己的方式，可以增進情緒與心理的功能，覺察自己的內在衝突、需要與能力。有效能的諮商師能知覺父母關係以及自己與父母的關係，因為治療師本身的心智狀態也會影響案主，因此對於早年缺乏安全感的諮商師而言，個人心理治療正是一個形成安全關係與修復的機會。

許多研究 (Dinger, Strack, Sachssem, & Schauenburg, 2009; Farber & Metzger, 2009; Schauenburget et al., 2010; Tolmacz, 2009; Trusty, Ng, & Watts, 2005) 均發現治療師的依附類型影響工作同盟、同理心、照顧行為以及反移情。依附焦慮高的治療師顯著有較低之工作同盟，無法建立足夠界限，可能破壞治療同盟，無法做出治療性的反應。不安全依附治療師較難維持工作同盟，對案主也較少同理，安全依附者較能考慮他人的需求。治療師的依附類型也影響其反移情感覺與行為、治療的介入方式以及專業工作的滿意度。治療師本身接受個人心理治療可以提供一個機會觀察臨床的技巧，能夠處於案主的位置，而助長同理心。同時，更瞭解自己的反移情現象，進一步肯定心理治療的療效與增加專業的信心。

許多治療師和心理治療學派創始人接受心理治療時探討過與母親的關係。與母親有較佳關係的除了客體關係理論學者 Winnicott 之外，其他治療師如 Beck、Erikson、Ellis、Freud、Guntrip、Jung、Kohut、Perls 與母親關係並非如此正向和滋養，反而是充滿了分離、感受母親的悲傷、孤獨、被母親所操控、過度照顧與寵愛、在生活中缺席、毫不關心、放棄母子關係 (Casement, 1992; Clarkson & Mackewn, 1992; Friedman, 1999; Gay, 1988; Guntrip, 2005; Strozier, 2001; Weishaar,

1992; Yankura & Dryden, 1992)。這些治療師對自身心理治療經驗的揭露，呈現出接受個人心理治療中探索與母親關係議題的普遍性。

國內諮商師揭露接受心理治療經驗不多，僅見於張淑芬(1995)、謝曜任(2007)、林金釵(2008)的研究。其中，謝曜任(2007)曾將自己接受完形治療34次之改變過程加以分析。研究中說明與母親關係印象深刻的是在四、五歲左右，當時被拒絕的經驗似乎與成長後難以接近和信任異性之間有所關連，也受到與母親焦慮性格的影響。接受治療之後，因為瞭解與接納母親的辛苦與無力，對當年責罰的教養方式較能夠原諒。

綜上所述，依附理論發展五十多年來，受到豐富的研究考驗與支持。在Bowbly之後，60年代有所謂的「Post-Bowlbyian」以不同的焦點擴展依附理論的視野，也逐步建構和發展出更完整與精緻化的依附理論內涵，提供瞭解親子關係時的對照與參考。諮商師本身乃心理治療的重要工具，透過自身心理治療經驗的協助，可以增進個人與專業的成長。本研究主要探討諮商師接受個人心理治療後與母親情感關係的改變，研究發現可與依附理論之間進行對話，也可以瞭解心理治療後的改變之動力。

研究方法

一、研究取向

本研究為質性研究取向，採用 Glaser (1992)、Glaser 和 Strauss (1967) 所提出的紮根理論研究作為資料分析方式。紮根理論研究可反映現象的複雜性，解釋社會互動的歷程，適合於微觀及時間發展歷程特色之現象分析，能提供本研究洞察及促進心理治療後母親依附變化經驗的理解。紮根理論研究隨著時間發展，代表的是一組分析策略。Creswell (2007) 表示紮根理論研究有許多方式，有的研究分析資料僅使用開放編碼進行分析或是使用開放編碼與主軸編碼。Corbin 和 Strauss (2008) 認為紮根理論研究研究依據研究者的訓練、技巧、取向以及目的有三種不同的目的：描述 (description)、概念排序 (conceptual ordering) 以及理論化 (theorizing)。O'Connor、Netting 和 Thomas (2008) 分析 229 篇使用紮根理

論研究的博士論文，發現使用經常比較法做為分析工具但是未發展出理論者篇數最多，產生紮根理論研究者反而是其次。本研究亦使用經常比較方法於資料分析過程，但是目標不在發展理論。

二、研究參與者

(一) 研究團隊

本研究團隊包含研究者與協同分析者。研究者本身為諮商心理學博士，修習過質的研究、高等質性研究、客體關係理論與實務相關課程。研究者接受過精神分析師每週3次(1次50分鐘)之個人分析約9年，接受溝通分析取向專業訓練與個別督導近1500小時、心理劇導演專業訓練500多小時以及精神分析取向的個別督導300小時。本研究邀請兩位諮商系所博士班研究生以及一位諮商系所博士學位的副教授擔任本研究之協同分析，加入資料分析與討論。

(二) 研究對象

根據本研究之目的和研究方法，自2009年10月開始，至2010年5月期間，研究者藉網路、電子郵件等管道，透過各縣市諮商心理師公會、朋友、同學協助發出研究邀請函，招募研究受訪者。本研究之受訪者包含一位前導性研究受訪者以及十四位正式研究受訪者。本研究所招募之受訪者界定如下：

1. 從事諮商或心理治療工作之諮商師。
2. 接受個別諮商或心理治療中最長的一段時期，治療期間與母親情感關係議題內容豐厚。
3. 對本研究感興趣，願意分享個人經驗，而與訪談者於過程中對話。
4. 能配合研究需要補充訪談、檢視分析結果並提供回饋。

其中，前導性研究之受訪者背景為女性諮商師、50～60歲、心理所碩士。正式研究之受訪者背景如表1。從表1中可以瞭解，本研究受訪者共14人，為女性11人、男性3人，平均年齡35歲，5位未婚、9位已婚。學歷方面，有博士3人博士班學生2人碩士8人以及碩士班學生1人。個人心理治療經驗從3個月到6年1個月之間，個人心理治療中主要處理與母親的關係議題。

表 1 受訪者之相關背景資料

受訪者	年齡層	性別	學歷	諮商工作年資	最長的一段治療	早年主要照顧者
A	40-49	男	博士	16-20 年	6 年 1 個月 (約 40 多次)	母親
B	20-29	女	碩士	0-5 年	9 個月 (約 35 次)	祖母
C	30-39	女	碩士	0-5 年	9 個月 (約 32 次)	母親
D	40-49	女	博班學生	16-20 年	10 個月 (約 20 次)	母親
E	40-49	女	博士	16-20 年	6 個月 (約 15 次)	母親
F	40-49	男	博士	16-20 年	6 個月 (約 25 次)	母親
G	30-39	女	碩士	0-5 年	3 個月 (約 12 次)	母親
H	30-39	女	碩士	6-10 年	1 年 (約 30 次)	祖母
I	20-29	女	博班學生	6-10 年	1 年 (約 40 次)	母親
J	30-39	男	碩士	0-5 年	4 個月 (約 18 次)	祖母
K	20-29	女	碩士	6-10 年	3 個月 (約 10 次)	母親
L	30-39	女	碩士	6-10 年	3 個月 (約 12 次)	祖母
M	20-29	女	碩班學生	0-5	8 個月 (約 34 次)	祖父母/ 母親
N	30-39	女	碩士	0-5	接近 1 年 (約 25 次)	母親

此外，也將受訪者遭遇家庭重大創傷事件的情形一一列表 2 中，作為對受訪者背景脈絡的參考。從表 2 可以發現，僅有一位受訪者表示家中沒有經歷過甚麼重大創傷事件，其他受訪者則均有此經歷。同時，從表 2 這些家庭創傷事件中可以發現，對於受訪者與母親關係有較大影響的可以分成兩大類：一類是家庭中的創傷事件，另一類是在家庭中創傷事件裡母親本身的創傷。

表 2 受訪者曾遭遇之家庭重大創傷事件

受訪者	家庭重大創傷事件
A	車禍意外／岳母驟逝／爸爸發生意外／阿公鬧出醜聞
B	無
C	雙胞胎哥哥過世
D	女兒與爸爸過世
E	先生車禍死亡
F	爸爸罹患躁鬱症／資優生哥哥混幫派／媽媽墮胎失去哥哥
G	瓦斯外洩／顏面神經麻痺／骨折／博班弟弟失蹤／媽媽未婚懷孕下輟學
H	婆家負債／祖母過世／婆婆中風
I	常常搬家
J	二哥過世／三哥罹患自閉症／外婆被外公強暴／媽媽久病嘗試自殺
K	妹妹錯喝硼砂住院／被爸爸施暴打傷／爸爸成為臺商／祖母車禍成為植物人過世
L	媽媽罹患恐慌症
M	祖父母相繼過世
N	外婆自殺身亡／爸爸年幼離家從軍／媽媽罹患憂鬱症

三、研究程序

本研究主要依據下列程序進行：

1. 閱讀文獻與設計研究及訪談大綱。
2. 選擇與學習質性資料分析軟體。
3. 進行前導性研究：正式研究之前，研究者於 2007 年 2 月以 E-mail 聯繫可能的潛在訪談對象時，徵得一位諮商師同意接受訪談。
4. 招募正式研究受訪者：自 2009 年 10 月開始至 2010 年 5 月期間，研究者藉網路、電子郵件等管道，透過各縣市諮商心理師公會、朋友、同學協助發出研究邀請函，招募參與正式研究之受訪者。
5. 資料蒐集：前導性研究共進行了三次訪談，分別在 2007 年 2 月進行一次，2009 年 7 月進行兩次，將前導研究之發現用以修改研究設計不週處。另外，自 2009 年 11 月開始至 2010 年 8 月期間，開始進行訪談。研究者親自與正

式研究受訪者進行每人 3-4 次的訪談，每次約 1.5-2 小時，每人總訪談時數為 6.5-7 個小時。訪談地點包含學校諮商中心或教室、家中、個人工作室。後來分析資料過程中，發現六位受訪者有補充訪談的需要，因此於 2010 年 7 月及 8 月期間以電話或電子郵件進行補充訪談或澄清分析過程中產生的疑問與不解，針對不夠豐富的部分添加相關資料和更清楚的說明。對於蒐集到的資料加以整理，引句的代號以 A-1-100 表示引句的出處為受訪者 A 在第一訪談中談到的第 100 句。

6. 資料分析：傳統紮根理論研究發展出開放編碼 (open coding)、主軸編碼 (axial Coding) 以及選擇編碼 (selective coding)。Charmaz (2001, 2006) 則是將編碼分為初始編碼 (initial coding) 與焦點編碼 (focused coding)。Nvivo 以節點表示代碼，分成自由節點 (free nodes) 與樹狀節點 (tree nodes)。本研究依據 Charmaz (2001, 2006) 兩個編碼階段進行資料分析。編碼的步驟為：匯入、聽打與核對逐字稿、閱讀逐字稿、進行初始編碼、進行焦點編碼以及跨案主分析與統整。由於限於時間與精力，理論抽樣與資料飽和不容易做到與證明達到飽和，本研究的前期依據研究主題先產生想法，採取目的抽樣 (purposive sampling) 方式選取具有研究領域豐富資訊的研究受訪者。在後期不繼續訪談蒐集更多資料，而是透過理論抽樣回到已蒐集的資料中進一步探索未發展完全概念的屬性與面向、比較分析結果與實際資料，作更深入的分析讓分析產生的概念更加精緻化，使類別發展更完全。

四、研究工具

本研究依據研究問題擬出的訪談大綱、研究過程的各種備忘錄為主要的研究工具，下面一一加以說明。

(一) 訪談大綱

本研究開始時之訪談大綱乃根據文獻中概念、研究者經驗以及田野工作而來，並非來自真實資料，暫時提供資料蒐集的起點。開始蒐集資料，則以分析產生的概念來修改訪談問題，形成的訪談大綱如下：

1. 您所知覺過去與母親的關係如何？
2. 個人心理治療對您與母親情感關係有甚麼改變？

(二) 備忘錄和圖表

除了運用上述的訪談大綱蒐集資料之外，寫備忘錄和做圖表成為研究者分析資料時主要釐清思路的工具。備忘錄(memos)是本研究過程持續使用的重要工具之一，本研究過程共記錄 553 個備忘錄於質性資料分析軟體上。圖表也是顯示概念架構的有力視覺化工具，也讓研究者被文字淹沒時，可以應用另一種不同與有趣的問題解決策略將自己抽離出來。

(三) 質性資料分析軟體

本研究選擇使用 NVivo 8，乃因適合本研究性質與所搜集之資料數量。對於龐大質性資料而言，質性資料分析軟體具有儲存與搜尋快速有效率、資料易管理與不占空間之優點，有助於貼近原始資料，讓研究者可以將精力放在資料分析上，並可檢視信度而增加透明度並有助於團隊合作(林本炫，2004；劉世閔、王為國，2007；Fielding & Lee, 1998；Lee & Fielding, 2004)。

五、研究品質的評估與倫理上的考量

(一) 本研究以反思日誌協助釐清資料分析的類別

研究者需要反思，誠實的檢驗自身的行為與動機。一方面協助研究者自我釐清，一方面協助研究者反思與調整，減少對研究進行的影響。研究期間研究者運用質性軟體與紙本分別撰寫分析過程與平日思考的心得，在研究後期統整為反思日誌的摘記，增加研究獲得洞察類別關係的透明度，也記載研究過程遭遇的事件與處理，提供結果彙整與呈現時的資料來源。

(二) 本研究藉長期接觸資料增加對資料的熟悉度並檢核資訊的正確性

本研究從招募開始，研究者親自與受訪者聯繫並進行訪談，也親自謄寫與校對逐字稿，來回反覆閱讀逐字稿、聽錄音。藉著研究者親自長期的投入，沉浸在資料中，以及與受訪者的互動，來達到對於資料內容達到更深入與正確的瞭解。

(三) 本研究運用同儕審視提供外在的檢核

為了增加本研究在資料分析方面之可信性，運用同儕審視以及研究參與者檢核，和協同分析者針對研究進行團隊討論。研究者也邀請三位協同分析者一起編碼和討論，並使用 NVivo 之編碼比較功能，瞭解彼此的編碼情形。

(四) 本研究將研究結果請受訪者檢核來瞭解結果的正確性

研究者將完成的分析結果交給研究受訪者審視，瞭解研究結果與研究者的理解是否有偏誤之處，並由研究受訪者對於研究結果給予評論，評估分析之適切性與加強對結論的信心。

(五) 本研究對於所蒐集到的資料進行厚實敘寫

將研究的情境與人事描述得清楚，有助於讀者掌握其他情境特徵，而可以將研究發現應用到別的地方，所以讀者能否瞭解研究結果具有轉移性。研究者在撰寫研究結果時，將脈絡一一詳加交代，以增進讀者的理解。

(六) 本研究對所發現的反例案主做進一步的分析

資料分析過程，研究者發現進行跨案主的比對時，有些受訪者出現假設之外的類別，可以匯聚成豐富的知識，修改研究者本來的假設，一直到解釋能符合所有的受訪者描述的現象。

(七) 本研究由外在查核追蹤檢核研究過程與結果

研究者詳盡的交代系統化的研究方法與過程，檢查研究程序的可靠性。研究中將蒐集資料、管理資料、分析資料過程一一說明，並於 NVivo 中可以追蹤分析資料時編碼調整與精緻化的過程。本研究資料分析過程，研究者與協同分析者對於類別命名有不同意見時，取得第三位協同分析者的意見，進一步判斷何者意義較貼近，同時也透過受訪者的檢核回饋，對於命名加以檢視和修改。受訪者的檢核結果符合百分比介於 90 ~ 100 之間。

此外，在倫理方面本研究以下面幾種方式保護受訪者之權益與福祉：

（一）本研究之公正性（justification）考量

本研究力求合理與不剝削研究參與者，誠實提供其足夠詳盡的研究相關訊息，讓研究參與者可以決定是否願意參與研究。第一次訪談開始前，先說明訪談的內容，第一次訪談時再次澄清本研究之目的，並請研究參與者詳閱與研究權益有關的研究同意書，對於疑惑的部分加以澄清與協商後簽名。

（二）本研究保密性（confidentiality）的考量

本研究為了不侵犯受訪者隱私，資料蒐集後研究者妥善保管錄音檔、逐字稿、分析結果等訪談資料於研究者電腦軟體中。整理與分析資料過程，除了完全由研究者本人謄寫逐字稿，資料呈現時一律匿名處理，並將明顯可以辨識身分的地點、機構資料除去。同時，讓研究參與者審視研究結果中的呈現，給予提出觀點討論的機會。

（三）本研究避免傷害性（avoidance of harm）的考量

研究者認為訪談可能因重新打開研究參與者的傷口，也可能說出原本不想說的內容，感受到痛苦或後悔。為了避免傷害發生，訪談時以非治療師角色敏感性與建設性的同理傾聽，訪談結束時詢問受訪者之感受，必要時提供所需資訊。

（四）本研究互惠性（reciprocity）的考量

本研究期望能夠藉著訪談與分析結果進一步讓受訪者獲益。訪談時研究者認真傾聽受訪者陳述，讓受訪者感受自己的重要性與特殊性，互動中讓受訪者整理自己的經驗。受訪者能發現自己對研究者有貢獻，可以提供寶貴的資訊。訪談以平等合作、相互尊重的平衡關係互動，研究結束除了將研究結果提供給受訪者參考之外，進一步對於研究受訪者表達適當的感激。

研究結果與討論

一、研究結果

(一) 與母親的正向情感關係

1. **對母親欣賞和佩服：**受訪者欣賞母親堅毅和有能力兼顧工作與家庭的一面，不只照顧家庭與孩子，還能夠工作賺錢，母親幾乎是全能的，能把一切事情安頓就序。受訪者深深佩服母親求生存的韌性，設法解決生活中面對的困難與障礙。「她會去拿很多那個郵局那個郵政劃撥單……我媽拿那單子回來，然後在空白紙上寫壹貳叁肆……要練習很多遍，她才有辦法把那個字寫齊全。」(N-3-045)
2. **能提供陪伴和安慰：**受訪者回溯母親曾經關心照顧的記憶，如記得在生活上母親會協助，像是購買學校需要的東西，像鬧鐘一樣叫醒受訪者讀書。有的受訪者搬家，是母親協助安頓生活的。受訪者提及當受訪者難過失落時，母親願意傾聽並給予安慰。有些受訪者看見母親的脆弱與陷在辛苦的困境中，轉變為照顧母親的角色，嘗試要安慰和保護母親。「我先生過世那時候，嗯就是後面那段時間，每天陪著我的也是我母親。」(E-1-048)
3. **母親能認同和肯定：**受訪者感受到母親對自己的肯定，如在課業上或工作方面，甚至覺得有時候母親比自己有信心。遇到壓力事件，受訪者很沮喪時，母親的肯定讓受訪者能夠振作起來繼續努力。「一直對我很有信心，對，就是對於我在考試或做一些事情方面，有時候她的信心高過於我自己的信心。」(B-1-214)
4. **感謝母親愛和付出：**受訪者感受到母親的愛以及願意付出，感激的部分像是：母親擔心下為孩子買保險、母親求神明讓自己能唸到大學、母親希望提供自己好住所、母親為家庭犧牲與辛苦。「她跟我講說你住環境好一點的地方，多花一點錢沒有關係。」(I-1-112)
5. **探索母親成長背景：**受訪者對於母親的成長背景感到好奇而做瞭解，有的受訪者發現母親避談外公不名譽的死亡事件，因為母親是在家裡不愉快下出生的，有的發現母親大學時未婚懷孕，中輟了學業與前途，也有的受訪者很同情受苦

的母親，如「她也來自一個不是很完整的家庭，嗯應該是他們家有兩個媽媽，大老婆、小老婆。那雖然說我媽媽是那個大老婆的小孩。」(G-1-082)

6. **讓母親滿意和順心：**為了符合母親的期待，有的受訪者想把書念好讓母親高興，有的受訪者為了母親的期待而修教育學分，想要當老師。受訪者想要讓母親滿意而順從母親的意思，委屈或放棄自己的願望。受訪者想要找讓母親滿意的對象，有的受訪者在選擇對象時，考慮了母親的標準，讓母親滿意如「只要她可能不會喜歡，我不會跟他交往。」(I-1-328)
7. **與母親共處和聯繫：**受訪者過去曾經覺得母親像個玩伴、像個理想的母親，可以放鬆的與母親共處。有的受訪者離家之後，母親會主動電話連繫，次數頻繁到幾乎每天都連絡。如「她很會打電話給我啊，我們幾乎每天通電話。」(I-1-192)

(二) 與母親的負向情感關係

1. **與母親衝突和對立：**受訪者與母親發生衝突的原因很多，如管教孩子、偏心、晚歸、交友、拒絕媽媽、做家事或是生活作息的要求。有的受訪者在無法找到和母親可以共處的方式下，覺得快要被母親逼死的感覺，曾經一度想傷害自己。有的受訪者平常與母親衝突時，暫時隔離對母親負面的感覺，可是在爸爸重病過世前壓力過大的時候又發生衝突，忍不住想要動手打母親，「我爸快要過世的時候，就是要處理很多事情，對，那過程中我就覺得很大壓力，因為我媽就是懷疑我會把我爸錢拿走……那次很大的吵架，我還幾乎打她。」(D-1-016)
2. **對母親不滿和生氣：**受訪者對母親的不滿在於母親沒有提供精神需求、沒有關懷詢問，有的受訪者不滿母親愛嘮叨，容易擔憂與責備，而且過度害怕意外。有的受訪者提到不喜歡母親過於嚴謹的性格，要求很高，不容易開玩笑，或是不滿母親要求課業而幾乎沒有玩樂機會。有的受訪者對母親十分憤怒，像是母親對待爸爸的方式或是爸爸嚴厲處罰時母親不插手救自己。有的受訪者母親踩死自己養的小鳥，卻不承認錯誤非常氣憤，有的受訪者生氣母親在手足間不公平的對待如「媽媽叫我自己騎車去看醫生，就算了。後來我逮到證據說，噁為什麼○○○發燒你就帶她去看醫生。」(B-1-094)

3. **被母親拒絕而疏遠：**受訪者常被母親拒絕覺得與母親很疏遠，如拒絕肢體接觸、拒絕提供協助與來往、被母親冷落。有的受訪者曾經想要增進與母親的關係，但是受挫後很沮喪，後來也以結婚逃避返家，減少與母親的接觸。有的受訪者覺得無法告訴母親自己的煩惱，因為母親無法提供安撫，反而會給予責備，而心理上逐漸與母親疏遠少接觸，放棄跟母親提出要求。「這個什麼汁喔什麼黑麥汁啊這給○○喝，她說他不會要喝啦……還有那個什麼柚子茶，我說這個泡了很好喝這樣，我說你咳嗽也可以喝。她說○○這個都不會要的，你都帶回去。」(D-1-040)
4. **被母親掌控和侵犯：**受訪者覺得母親擔心與干涉過多，強力介入生活方式、交友、升學與就業等方面，強迫安排與決定。受訪者覺得不自由，一直感受到母親無形的監控和侵犯隱私，如偷拆信或偷看日記。「高中那個階段，開始會有很多人寫信，我媽還偷拆我的信。」(A-1-236)
5. **對母親隱瞞和欺騙：**受訪者對於母親反對或不接受的事情選擇隱瞞不講，例如玩樂、信仰、發生意外、冒險、兩性關係、與爸爸共處。受訪者表示在母親面前無法真實表現，只好欺騙母親，另一方面是為了避免衝突，例如假裝念書卻去打撞球。「我就騙她去念書，她就以為我在念書。她就會騎機車來載我，大概十一點、十二點時候我再從撞球場回來，坐在位子上。」(I-1-058)
6. **被母親扭曲和誤導：**受訪者覺得媽媽造成自己扭曲的部分如無法信任他人，有的受訪者發現母親扭曲自己對父親的印象，母親口中父親是不負責任的，也連帶影響自己不尊敬父親，誤解父親許多年，「她可能會形容就是好像愛做什麼就去做什麼，就忘記好像要先跟家裡報備……我爸根本好好的啊，他也沒有去花天酒地，也沒有錢亂花。」(J-2-100)
7. **彼此的焦慮和擔憂：**受訪者提及母親對子女的焦慮與不放心，如擔心發生意外、擔心孩子獨居、擔心孩子變壞，以及成年後擔心孩子婚姻問題。相對於母親對孩子的焦慮，受訪者也提及自己對母親的擔憂，例如有的受訪者知道母親自殺未墜很痛苦，有的是訪者擔心母親常常哭泣以及透露尋死念頭。「我就跟我媽說，媽你有時候不想活對不對。我媽就說，對。」(N-1-092)
8. **被母親忽略和漠視：**受訪者覺得不被母親重視而難過，母親在受訪者人生重要時刻沒有積極要參與，一直都是被母親冷淡對待與疏遠，連受訪者生產或是孩子過世，媽媽沒有很關切。有的受訪者難過母親在自己出生後就送到外婆家，

返家之後常常感受到說話時母親不會專心傾聽，顯得自己更加不重要。「小時候跟她講話，她突然心思不在我身上，然後沒有回應我，這種經驗還蠻常。」(L-1-100)

9. **母親期待下有壓力：**在父親發生意外之後，母親將期待放在身為長子的受訪者身上，期待學業上、工作上、收入上有番作為，受訪者為了符合母親期待產生沉重的壓力。有的受訪者擔心不滿足母親的期待，會讓母親情緒失控，有的受訪者害怕母親不理會和冷落。「只要沒有符合她的期待……她的方式就是對你很冷漠。」(G-3-007)
10. **害怕被母親責罰：**有的受訪者常被母親責怪花錢太多，有的受訪者未符合母親期待而受諷刺，有的受訪者協助母親到精神科接受藥物治療，後來被母親責怪，感到很沮喪與無奈。受訪者回憶起過去常常被母親處罰的經驗，覺得母親很兇悍，例如因為欺負手足或勒索同學被母親處罰「剛讀幼稚園嘛，我弟弟坐前面，我坐後面，我就要去搶我弟弟的糖果呀。我媽伸手往我大腿上一捏。」(A-1-060)
11. **母親不信任和防備：**受訪者表示母親很不信任自己，很防備，所以母親不讓受訪者幫忙與金錢有關的事情。另一個受訪者也感受母親在金錢上比較提防自己，而且覺得比較是在自己結婚之後，但是受訪者覺得自己一直很信任母親，但是母親卻沒辦法做到像自己一樣，可以信任自己。「先生跟我說你媽給我們報扶養怎樣，我說算了。要去跟她談這些事情，她就必須有一些資料要給我們，那是她很不願意的呀。」(D-1-054)
12. **不能有抱怨要靠自己：**遇到困難時受訪者覺得無法依靠母親，也不能顯出無助，在母親面前不敢抱怨，認為必須自己設法解決。如「從小其實一直在那個承諾和被 abandon 當中。我其實很小就學會不能吵，反正吵也吵不到。」(F-1-044)、「碰到困難挫折，你只能靠自己啊，不太能找他們。因為他們又不能接。」(H-1-346)
13. **與母親間出現競爭：**受訪者覺得母親忌妒自己過得比較好，而且與爸爸關係很好，所以當受訪者與爸爸較親密時，母親感到很不高興，而受訪者也認為自己對爸爸的事情的確比母親更清楚。「我跟我爸太好了，然後我媽她其實心裡是不舒服的。」(D-4-038)

14. 時常讓母親沒面子：受訪者認為自己過去行為的問題，常常讓母親到學校去受到羞辱，讓母親很難堪。過去受訪者想藉著犯錯，讓母親難受與辛苦，如「國中三年蠻過分，真的讓爸爸媽媽常跑訓導處，其實那是很羞辱的經驗耶。就是在那個年代我媽被叫去的時候，訓導主任啊就會有一種你自己是怎麼教小孩那種眼光。」(K-1-036)

(三) 個人心理治療後諮商師與母親情感關係之改變

本研究發現諮商師在個人心理治療後與母親情感關係的改變，主要有十個類別如下：

- 1. 瞭解後變得能夠同理：**個人心理治療後受訪者變得能夠站在不同的角度去看母親的難處，同理母親的辛苦。如：「諮商後，對呀，就是也是可以原諒她啦。」(H-2-205)、「我會比以前多更多對媽媽的同理。就是我比較會去感受到媽媽她需要的是什麼、她經驗到的是什麼。」(C-2-032)
- 2. 增加新的洞察與發現：**受訪者發現其實母親是有資源的，有因應能力的，覺察到自己過去太擔心，其實沒有像母親所述說的那麼糟糕。有的受訪者發現過去對母親的印象與現在差異很大。如「跟我說她跟我爸拼到底，被他欺負到不行還跟他拼到底。我後來覺得我媽蠻有能量的。」(N-3-145)、「我後來就有回去跟我媽印證啊，我很多記憶都是扭曲的，就是我記得都是不好的。」(I-1-014)
- 3. 變得更親近與交流多：**心理治療後受訪者相信與母親關係需要努力經營，所以與母親保持聯繫與互動，「我現在比較會回家，會自己想家。」(K-3-014)、「諮商後，我後來每次回去多一點不一樣，有一個像天井地方，我買一張公園椅，放一兩棵觀景植物。」(L-1-098)
- 4. 變得和諧但還有掙扎：**受訪者在心理治療後，逐漸停止與母親抗爭，而達成協調，但仍有無法達到共識部分在掙扎中。如下：

研究者：「治療過程中就已經跟媽媽之間互動上有改變，還是結束之後？」

受訪者：「比較晚期一點吧，就是說，我忘記是第八次還第幾次以後，就比較晚期的時候，我們就已經開始有些取得部分協調，不能說全部，就是那時候慢慢有部分、有部分、有部分這樣子。」(E-1-184)

5. **變得直接表達出感覺：**受訪者變得可以告訴母親自己的感受，表達自己的想法讓父母理解，或表達出負面的情緒「講第一遍、第二遍，你不要再講第三遍喔，我四十歲我聽得懂。我會用這麼直接的話跟她講，要是講第三遍，我就會開始不講話。」(F-2-140)、「我現在比較健康，我可以直接告訴她我的這些感覺，跟她講說我不是哪裡哪裡不孝……這是我現在才比較可以做到的事情，可是我以前完全沒有辦法。」(I-1-134)
6. **母親能改變與作調整：**受訪者看見母親嘗試做改變如：「她自己也調整了很久。」(E-3-115)、「整體來說媽媽跟我的關係是好的，我還是願意給母女關係一個正面的評價，媽媽為我也是為我做很多事情……如果她不願意自我檢討或是她不願意聽懂我在講什麼的話，我覺得我們的關係到現在不會維持得這麼好。」(B-1-156)
7. **變得有分化與有界限：**受訪者能夠和母親的情緒分開，不必完全承擔母親的抱怨。如：「現在情感關係就是有個距離，現在比較有距離空間，然後比較不會被她的東西所影響，被她的情緒影響。」(J-3-105)

研究者：「治療經驗讓你跟爸媽情緒連結沒那麼緊密，之後聯繫還好嗎？」

受訪者：「是希望用長大之後的眼光去看待跟他們的關係，不再把他們當權威，害怕他們要求。他們就是兩個成年人。」(F-3-294)
8. **變得較為平等與相依：**受訪者與母親地位變得比較平等，如：「我媽現在都空巢期了，兩個妹妹不在，所以她會給我一些協助，然後我也比較能夠不太像女兒這樣子。因為我自己也是媽媽，所以我就，我覺得關係比較平等。」(H-1-034)、「治療完之後我們的關係到現在，其實幾乎都一樣的是，就是嗯媽媽對我有很多的依賴，那我也對她有依賴。」(E-1-054)
9. **變得較放心與有自信：**受訪者發現母親本身是可以改變的，這個覺察解除受訪者過去對懷孕的擔憂，降低與母親相似產生的焦慮，增加可以成為好母親的自信。如：「媽媽也改變了，我自己比較有信心說，其實人會改變……我應該也有機會這樣對孩子。」(L-1-138)
10. **變得十分感激母親：**受訪者表示過去治療時認為上天不公平給自己這樣子的母親，現在卻變得對母親充滿了感謝與愛，如：「至少我覺得就是她還是有就是嗯就是，我覺得這件事情還是會想到她還是有負責任把我們養大。」(B-1-258)、「比較是會很感謝他們，很愛我媽媽。」(A-1-223)

二、討論

根據上述研究結果進行下列幾項的討論：

(一) 與母親的正、負向情感關係的內涵

心理學研究對一般情感的因素分析發現正向與負向情感兩個獨立的範疇，例如害怕、緊張、不安、罪惡感、羞愧、傷心、痛苦、敵意、寂寞、生氣等均歸類為負向情感，而興奮、有興趣、引以為傲、有決心、熱衷、主動、愉悅、快樂、自信等歸類為正向情感 (Crawford, et al., 2009; Dasch et al., 2010; Robinson, Moeller & Goetz, 2009)。本研究也發現受訪者所知覺與母親情感關係包含正向情感與負向情感。這些進入心理治療的受訪者在治療前與母親的負向情感關係類別多於正向情感關係的類別。與母親的負向情感關係第一項是衝突和對立，也顯示出受訪者尋求心理治療前與母親關係的緊張狀態，這點或許也是促使受訪者求助的動機。

(二) 教養過程與母親產生許多衝突與對立的負面的情感

本研究發現受訪者與母親的負向情感關係大部分和教養方面的衝突有關，例如有的受訪者的母親過度掌控或是責罵懲罰。本研究結果與 Stewart, et al. (1998)、Stewart、Bond、Kennard、Ho 和 Zaman (2002) 的研究結果相似，發現母親管教時常使用批評不滿、責備犯錯、檢討改進的方式為多，但是並不是完全沒有正向部分，也有受訪者回溯一些母親提供陪伴和安慰的畫面，或是對母親欣賞和佩服的部分。只是受訪者描述的偏重在衝突方面，多數受訪者覺得母親的教養包含嚴格要求和禁止，例如 A、B、C、E、F、G、I、K、M 等人。本研究的結果與林文瑛與王震武 (1995)、陳富美 (2007)、趙梅如 (2004)、葉光輝、黃宗堅和邱雅沂 (2006) 的發現相同，父母重視直接管教，雖在懲罰子女下藏著期望與愛，卻不會表達情感，過度掌控與嚴教下子女可能忽視父母背後的動機與付出，產生很多負向情緒而破壞雙方的關係。

(三) 早年非母親照顧影響與母親情感關係

本研究受訪者除了早年由母親照顧之外，也包含早年由親戚 (父親、祖父母、姑姑) 照顧，或是早年由非親戚 (褊母) 照顧。Bowers 和 Myers (1999) 的

研究結果也建議部分時間分擔照顧責任給祖父母是比較適合的選擇。但是當子女由他人照顧時母親去探視，Sands、Goldberg-Glen 與 Shin（2009）的研究發現孩子感覺很受傷，本研究亦有此發現，例如受訪者 L、B、H。早年非由母親親自照顧，長大後返家與母親同住時，對於與母親之間的關係在心理上造成很大的影響，可能成為未來雙方的衝突點或情緒困擾。

（四）成人心理治療的改變機制

依附理論對心理治療的改變有幾種主張分別為：改變內在運作模式、改變依附類型、改變依附焦慮與依附逃避面向、形成一致性的自我、強化反思能力以及處理依附需求受挫的內在衝突。本研究中發現這些成人受訪者個人心理治療後與母親情感關係的改變比較接近 Fonagy（1990）、Wallin（2007）的觀點，心理治療目標在形成一致性的自我、強化反思能力以及處理依附需求期望被主要照顧者拒絕時的內在衝突。本研究中受訪者接受個人心理治療後與母親情感關係的改變如瞭解、同理、洞察、發現等，都顯現自我反思能力的增加，能設身處地瞭解與覺察母親的處境，是逐漸停止與母親的抗爭，關係比過去更和諧。同時，也發現受訪者在心理治療後變得能夠對母親直接表達出感覺，能與母親的情緒分開，較不受母親焦慮嚴重的影響，有較一致性的自我。

（五）瞭解母親成長背景成為與母親關係改變的要素

本研究發現「瞭解」後接受可以成為與母親情感關係改變的要素。例如，本研究受訪者藉著個人心理治療中探索母親成長及過去經驗的過程中，發現有的母親曾有生產或養育過程的創傷經驗。江巧琴、李絳桃、王昭慧和唐婉如（2007）、曾英芬、陳彰惠、許貂琳和王秀紅（2010）、Laxton-Kane 和 Slade（2002）等研究發現，經歷死產或新生兒死亡的母親影響與其他子女的關係。本研究也發現有上述現象，進一步發現死去的手足對於成人受訪者的心理也有無形的影響存在。心理治療後對於母親的遭遇，有的受訪者表示同情，連結母親的失落與母親性格不穩定與對待自己的方式有關，對於母親產生更多的包容，也看到母親有嘗試要做改變。對於發現母親能夠改變，對某些受訪者而言增加自信與降低了焦慮。

(六) 心理治療後的分化成為與母親關係改變的要素

Katz、Petracca 和 Rabinowitz (2009) 的研究發現有些孩子年幼時提供父母情緒上的需要，導致子女變成提供者而不是接受者與被照顧者，女兒比兒子出現較多角色反轉的現象。本研究中發現也是如此，早年藉著角色反轉和母親建立特殊關係，犧牲掉自己的需求。Juhaz (2000) 曾分析許多描述母女關係的作品，發現成年的女兒與母親關係中和雙方主體性有關的特質是：需求、期待、慾望、焦慮、理想化、失望、失落、傷害以及愉悅。成年的女兒開始把母親看為一個主體，而非只是第一個愛的客體。本研究發現亦同，有的受訪者在心理治療時表示，覺得這一生無法擁有自己理想中的母親，感到有些失落。但是受訪者後來也看見母親是母親，母親有自己選擇的人生要走下去，自己也有自己選擇的生活方式。

結論與建議

本研究的發現肯定了接受個人心理治療對於諮商師改善與母親負向情感關係的效果。本研究中發現早年非母親照顧、嚴格管教均影響成人後與母親的情感關係，心理治療後因瞭解與洞察，與母親變得更親近與交流多，並更感激母親。根據前面研究結果，分別對未來相關研究、諮商師教育以及心理治療實務工作方面提出下列具體的建議：

一、未來相關研究方面

(一) 以專業助人工作者為對象調查目前接受個人心理治療的現況

本研究發現諮商師尋求心理治療解決自身困擾，可體認所學的專業如何用來幫助自己，強化對自身專業的信心。但是臺灣究竟有多少助人專業者會運用自己身上，會尋求心理治療，這部分一直未見有任何研究結果。未來可以進行調查，瞭解身為助人工作者本身接受心理治療的比例如何以及不願意接受心理治療的原因為何，以提供相關研究與實務工作者與教育者參考。

(二) 以現代家庭結構面貌繼續探究與母親的情感關係現象

現代家庭結構變得更加多元化，主要照顧子女的已經不再純粹是母親一人，逐漸有別於過去的傳統家庭。或許未來研究可以進一步瞭解同性戀、單親或未婚

有子女的家庭中的子女教養以及與母親情感關係現象，提供這些非傳統典型家庭的家長在建立親子關係上的參考。

二、諮商師教育方面

(一) 鼓勵準諮商師閱讀治療師成為案主的書籍與研究

建議諮商師的準備教育過程可以讓研究生多研讀專業助人者自身接受個人心理治療的書籍或相關研究，能夠從其他治療師接受心理治療經驗中瞭解助人者成為案主的心情，也有助於準諮商有更多的勇氣去處理個人的議題。

(二) 鼓勵準諮商師在研究所期間開始接受個人的心理治療

本研究訪談過程發現受訪者曾經接受過的個人心理治療中最長一段是在就讀研究所期間。這部分支持許多諮商相關課程中鼓勵學生親自接受個人心理治療的觀點。本研究結果肯定諮商師透過個人心理治療途徑能夠有助於與母親情感關係的困擾，因此建議準諮商師可以利用研究所期間接受心理治療。

三、心理治療實務工作方面

(一) 實務工作中重視社會文化脈絡的影響

本研究發現教養過程受訪者與母親產生許多衝突與對立，母親擁有權威，進而過度掌控與監控子女是形成負面情感關係的主因。社會文化下所建構的母親角色與地位是實務工作中需要注意到的部分；相對地，讓探討與母親關係議題的案主瞭解社會文化加諸母親身上的影響，也是瞭解與同理母親的方式之一，可以強化雙方正向的情感關係。

(二) 諮商與督導實務工作中可以依附概念為架構工作

依附理論根源自精神分析，為精神分析走出一條實證之路，企圖向科學靠攏，也逐漸應用在心理治療與督導研究與臨床的實務工作中。不論是對於初級的預防性心理衛生推廣工作，或是在二級與三級的諮商和治療工作，依附理論對母嬰關係以及未來的人際關係上，的確提供了一個簡明的參考架構，用來解釋關係背後的運作機制，值得實務工作所採用。

參考文獻

- 江巧琴、李絳桃、王昭慧、唐婉如(2007)。母親經歷新生兒死亡的經驗與感受——質性回溯性研究。《護理雜誌》，**54**，48-56。
- 余金玲(2005)。大學生依附連續性與憂鬱傾向、問題解決能力之相關研究(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 林文瑛、王震武(1995)。中國父母的教養觀：嚴教觀或打罵觀？《本土心理學研究》，**3**，2-92。
- 林本炫(2004)。質性研究資料分析電腦軟體在質性研究中的應用。載於林本炫、何明修(主編)，*質性研究方法及其超越*(1-22頁)。嘉義：南華大學。
- 林金釵(2008)。資深諮商工作者個人沙遊歷程經驗之探究(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 林家興(2007)。大學諮商學習者受輔經驗之調查研究。《諮商輔導學報》，**16**，1-21。
- 林舜文(1999)。離婚女性依附風格一致性與穩定性變化歷程之分析研究(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 張淑芬(1995)。準諮商員接受諮商經驗對其自我成長與專業學習影響之研究(未出版之碩士論文)。國立彰化師範大學，彰化市。
- 陳富美(2007)。親子在教養行為上的認知差異：預測子方教養知覺的因素探討。《中華心理衛生學刊》，**20**，1-30。
- 曾英芬、陳彰惠、許貂琳、王秀紅(2010)。經歷死產婦女與胎兒依附關係的轉換。《護理暨健康照護研究》，**6**，24-32。
- 劉世閔、王為國(2007)。質性研究電腦輔助分析軟體之發展趨勢與爭議。載於劉世閔等人(主編)，*質性研究 e 點通*(1-24頁)。高雄：麗文。
- 趙梅如(2004)。親子間印象深刻之獎勵與懲罰的情感意涵。《應用心理研究》，**21**，219-248。
- 蔡秀玲(1997)。大學男女學生依附關係、個體化與適應之相關研究(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 葉光輝、黃宗堅、邱雅沂(2006)。現代華人的家庭文化特徵：以臺灣北部地區若干家庭的探討為例。《本土心理學研究》，**25**，141-198。

- 謝曜任 (2007)。「我」接受完形治療之改變過程的敘事研究 (未出版之博士論文)。國立高雄師範大學, 高雄市。
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist, 44*, 709–716.
- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*, 333–341.
- Aviezer, O., Sagi-Schwartz A. (2008). Attachment and non-maternal care: Towards contextualizing the quantity versus quality debate. *Attachment & Human development, 10*(3), 275–285.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 5*, 64–77.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226–244.
- Bowers, B. F. & Myers, B. J. (1999). Grandmothers providing care for grandchildren: Consequences of various levels of caregiving. *Family Relations, 48*(3), 303–311.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psychoanalysis, 39*, 350–373.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Volume I: Attachment. *The International Psycho-Analytical Library, 79*, 1–401.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. *The International Psycho-Analytical Library, 95*, 1–429.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Volume III: Loss, sadness and depression. *The International Psycho-Analytical Library, 109*, 1–462.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. NY: Basic Books.
- Casement, A. (1992). *Carl Gustav Jung*. London: Sage.
- Charmaz, K. (2001). Grounded theory. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The American tradition in qualitative research* (pp. 244–270). London: Sage.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage.

- Clarkson, P., & Mackewn, J. (1992). *Fritz Perls*. London: Sage.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research*. CA: Sage.
- Corey, G. (2001). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*. CA: Brooks/Cole.
- Crawford, J. R., Garthwaite, P. H., Lawrie, C. J., Henry, J. D., MacDonald, M. A., Sutherland, J., & Sinha, P. (2009). A convenient method of obtaining percentile norms and accompanying interval estimates for self-report mood scales (DASS, DASS-21, HADS, PANAS, and SAD). *British Journal of Clinical Psychology, 48*, 163–180.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative Inquiry & Research Design : Choosing among Five Approaches*. CA: Sage.
- Dasch, K. B., Cohen, L. H., Belcher, A., Laurenceau, J., Kendall, J., Siegel, S., Parrish, B., & Graber, E. (2010). Affective differentiation in breast cancer patients. *J Behav Med, 33*, 441–453.
- Daw, B., & Joseph, S. (2007). Qualified therapists' experience of personal therapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 227–232.
- Dinger, U., Strack, M., Sachssem, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, training, 46*, 277–290.
- Eagle, M., & Wolitzky, D. L. (2009). Adult psychotherapy from the perspectives of attachment theory and psychoanalysis. In J. H., Obegi, & E. Berant (Eds), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 351–378). NY: Guilford.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion, 1*, 365–380.
- Evans, L., & Wertheim, E. H. (2005). Attachment styles in adult intimate relationships: comparing women with bulimia nervosa symptoms, women with depression and women with no clinical symptoms. *European Eating Disorders Review, 13*, 285–293.

- Farber, B. A., & Metzger, J. A. (2009). The therapist as secure base. In J. H., Obegi, & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with adults* (pp. 46–70). NY: Guilford.
- Fielding, N. G., & Lee, R. M. (1998). *Computer analysis and qualitative research*. London: Sage.
- Fonagy, P. (1990). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 595–624). NY: Guilford Press.
- Freud, A. (1929). On the theory of analysis of children. *Int. J. Psycho-Anal*, 10, 29–38.
- Friedman, L. J. (1999). *Identity's architect: A biography of Erik H. Erikson*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gay, P. (1988). *Freud: A life for our time*. NY: W W Norton & Company.
- Glaser, B. G. (1992). *Basic of grounded theory analysis: Emergence vs forcing*. CA: Sociology.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Gormley, B. (2004). Application of adult attachment theory to treatment of chronically suicidal, traumatized women. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 136–143.
- Grossmann, K. E., & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp.93–114). London: Routledge.
- Guntrip, H. (2005). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott: How complete a result does psychoanalytic therapy achieve? In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Eds.), *Psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (pp. 63–80). NC: Oxford University.
- Gutwiller, J., Oliver, J. M., Katz, B. M. (2003). Eating dysfunctions in college women: The roles of depression and attachment to fathers. *Journal of American College Health*, 52, 27–32.

- Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Stark, M. J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*, 48–50.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development, 71*, 690–694.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511–524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 270–280.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry, 5*, 1–22.
- Howes, C. (1999). Attachment relationships in the context multiple caregivers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 671–687). NY: Guilford Press.
- Juhaz, S. (2000). Towards recognition: Writing the daughter-mother relationship. *American Imago, 57*, 157–183.
- Katz, J., Petracca, M., & Rabinowitz, J. (2009). A retrospective study of daughters' emotional role reversal with parents, attachment anxiety, excessive reassurance-seeking, and depressive symptoms. *The American Journal of Family Therapy, 37*, 185–195.
- Laireiter, A. R., & Willutzki, U. (2005). Personal therapy in cognitive behavioural therapy: Tradition and current practice. In J. D., Geller, J. C., Norcross, & D. E., Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (pp.41–51). NC: Oxford University.
- Laxton-Kane, M., & Slade, P. (2002). The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 20*, 253–266.
- Lee, R. M., & Fielding, N. G. (2004). Tools for qualitative data analysis. In M. Hardy & A. Bryman (Eds.), *Handbook of data analysis* (pp. 529–546). London: Sage.

- Macran, S., Stiles, W. B., & Smith, J. A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology, 46*, 419–431.
- Main, M. (2005). Family attachment narrative theory: Healing the experience of early childhood maltreatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*, 221–237.
- Mills, J. (2008). Attachment deficits, personality structure, and PTSD. *Psychoanalytic Psychology, 25*, 380–385.
- Moller, N. P., Fouladi, R. T., McCarthy, C. J., & Hatch, K. D. (2003). Relationship of attachment and social support to college students' adjustment following a relationship breakup. *Journal of Counseling & Development, 81*, 354–413.
- Norcross, J. C., Geller, J. D., & Kurzawa, E. K. (2000). Conducting psychotherapy with psychotherapists: I. prevalence, patients, and problems. *Psychotherapy, 37*, 199–205.
- O'Connor, M. K., Netting, F. E., & Thomas, M. L. (2008). Grounded theory managing the challenge for those facing institutional review board oversight. *Qualitative Inquiry, 14*, 28–45.
- Overveek, G., Vollebergh, W., Engels, R. C. M. E., & Meeus, W. (2003). Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 28–39.
- Paley, B., Cox, M. J., Burchinal, M. R., & Payne, C. C. (1999). Attachment and marital functioning: Comparison of spouses with continuous-secure, earned-secure, dismissing, and preoccupied attachment stances. *Journal of Family Psychology, 13*, 580–597.
- Paredes, A. C., Ferreira, G., & da Graca, P. M. (2014). Attachment to parents: The mediating role of inhibition of exploration and individuality on health behaviors. *Families, Systems, & Health, 32*, 43–52.
- Pistole, M. C., & Arricale, F. (2003). Understanding attachment: Beliefs about conflict. *Journal of Counseling & Development, 81*, 318–328.
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems, and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice, 25*, 247–258.

- Robinson, M. D., Moeller, S. K., & Goetz, P. W. (2009). Are self-deceivers enhancing positive affect or denying negative affect? Toward an understanding of implicit affective processes. *Cognition and Emotion, 23*, 152–180.
- Roisman, G. I., Padron, E., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2002). Earned-secure attachment status in retrospect and prospect. *Child Development, 73*, 1204–1219.
- Rothbaum, F., & Weisz, J. R. (1994). Parental caregiving and child externalizing behavior in nonclinical samples: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 116*, 55–74.
- Sands, R. G., Goldberg-Glen, R. S., & Shin H. (2009). The voices of grandchildren of grandparent caregivers: A strengths-resilience perspective. *Child Welfare, 88*(2), 25-45.
- Schauenburget, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F. Strack, M., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 20*, 193–202.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., Kustner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development, 7*, 207–228.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development, 7*, 349–367.
- Stewart, S. M., Bond, M. H., Kennard, B. D., Ho, L. M., & Zaman, R. M. (2002). Does the Chinese construct of guan export to the west? *International Journal of Psychology, 37*, 74–82.
- Stewart, S. M., Rao, N., Bond, M. H., McBride-Chang, C., Fielding, R., & Kennard, B. D. (1998). Chinese dimensions of parenting: Broadening western predictors and outcomes. *International Journal of Psychology, 33*, 345–358.
- Strodl, E., & Noller, P. (2003). The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships, 10*, 171–185.
- Strozier, C. B. (2001). *Heinz Kohut: The making of a psychoanalyst*. NY: Farrar, Strauss and Giroux.

- Tasca, G., Balfour, L., Ritchie, K., & Bissada, H. (2007). Change in attachment anxiety is associated with improved depression among women with binge eating disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Training, 44*, 423–433.
- Tolmacz, R. (2009). Transference and attachment. In J. H. Obegi & E. Berant (Eds.), *Attachment theory and research in clinical work with Adults*. (pp. 269–292). NY: The Guilford.
- Travis, L. A., Binder, J. L., Bliwise, N., & Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 38*, 149–159.
- Trusty, J., Ng, K., & Watts, R. E. (2005). Model of effects of adult attachment on emotional empathy of counseling students. *Journal of Counseling & Development, 83*, 66–77.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. NY: The Guilford.
- Waters, E., Hamilton, C. E., & Weinfield, N. S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General introduction. *Child Development, 71*, 678–683.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A 20 year longitudinal study. *Child Development, 71*, 684–689.
- Watkins, C. E. (1995). Pathological attachment styles in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 32*, 333–340.
- Weishaar, M. E. (1992). *Aron T. Beck*. London: Sage.
- Wiseman, H., & Egozi, S. (2006). Personal therapy for Israeli school counselors: Prevalence, parameters, and professional difficulties and burnout. *Psychotherapy Research, 16*, 332–347.
- Yankura, J., & Dryden, W. (1992). *Albert Ellis*. London: Thousand Oaks.

Study of the Change on the Emotional Relationships between the Counselors and Their Mothers after Individual Psychotherapy

Pao-Ling Yeh¹, Ping-Hua Chen²

Assistant Professor, Department of Applied Psychology, Hsuan Chuang University¹,

Professor, Department of Educational Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University²

Abstract

The object of this research is to study changes in the emotional relationship between the counselor and his/her mother after receiving individual psychotherapy. This research adopts grounded theory to conduct semi-structured in-depth interviews with fourteen adults and utilizes qualitative data analysis software, NVivo 8, to manage and analyze the collected data. The results are summarized as follows: 1) seven positive categories and fourteen negative categories of emotional experience in relationship between mother and counselor were identified; 2) there were ten categories of mother-counselor relationship changed through individual psychotherapy. The findings of this research confirm the effects of psychotherapy in improving mother-child relationships. Based on the findings and discussion of this research, the researcher makes suggestions on attachment studies, counselor cultivation education, and psychotherapy practice respectively.

Keywords: Attachment, emotional relationship, individual psychotherapy, counselor

諮商歷程中當事人覺知關係辯證的第二序改變— 以焦點解決取向諮商對話為例

洪菁惠¹、徐西森²

國立屏東大學教育心理與輔導學系助理教授¹、
國立高雄師範大學諮商心理與復健諮商研究所教授兼所長²

初稿收件：2014年5月22日；正式接受：2014年8月19日

通訊作者：洪菁惠，任職機構：國立屏東大學教育心理與輔導學系，通訊地址：900屏東市民生路4-18號，電話：08-7226141 轉 26200，電子郵件：juliahung99@yahoo.com.tw

摘要

本研究旨在瞭解諮商歷程中當事人如何藉由關係辯證進而引發第二序思維及改變的產生。本研究以為心理師諮商語言乃是刺激當事人於諮商歷程中內在覺知訊息的主要來源；另外本研究根據第二序改變心理治療取向之觀點，視諮商關係乃是引發當事人第二序改變的重要基礎。因此本研究以心理師諮商語言做為瞭解當事人對諮商關係之內涵為探究對象，另外本研究針對當事人在諮商歷程中由諮商關係所引發之內在覺知訊息，乃於每次諮商後48小時內採人際歷程回憶訪談方法收集相關資料。本研究參與者包括焦點解決取向心理師一名，男女當事人各一名，皆為本研究招募而來。本研究發現當事人對諮商關係的正向體驗，有助於對問題困擾之後設理解的轉變，而此歷程乃是經由當事人對人際關係有所辯證而來，而關係辯證的結果具有第二序改變覺知內涵。最後研究者提出本研究限制與建議，以供未來相關研究與實務工作者參考。

關鍵字：諮商語言、辯證、第二序改變

壹、緒論

本研究主要探討當事人如何經由心理師諮商語言，形成對諮商關係的相關體驗，並因此引發第二序改變（second-order change）的覺知歷程與內涵。本研究探討的第二序改變概念主要採用 Watzlawick、Weakland 與 Fisch（1974/2005），以及 Fraser 與 Solovey（2007）等人觀點之界定。首先，第二序改變的核心在於個體內部認知結構在邏輯層次及思維類型上有所擴充，這使得改變的產生並非依賴循序漸進的理性思維，而是邏輯上的不連續、跳躍與轉換。Watzlawick、Weakland 與 Fisch（1974/2005）認為第二序改變的類型學研究乃是受到 Milton Erickson 擅長使用反理性的實務作法所啟發，並且指出第二序改變才是改變的捷徑。簡言之，第二序改變意指當事人經由不同思維邏輯為其問題困擾找到新的理解，新的解決策略，且因此獲得情緒困擾之緩解效果的改變途徑。從當事人舊有的理性思維來看這新理解與新策略則似乎顯得毫無邏輯性。透過邏輯思維尋求問題改善乃是第一序改變的框架，透過擴充不同思維及其作法以尋求問題改善乃是第二序改變的框架。

其次，採用第二序改變取向的心理治療學者（Fraser & Solovey, 2007）認為治療關係乃是具有引發第二序改變的可用資源。他們認為治療關係才是心理治療的真正力量。治療關係的建立與否，乃與當事人對心理師能否產生相互與共需求有關。相互與共治療關係意指當事人對心理師產生信賴，並將之視為可被信賴，可被認同，納為心想歸屬之團體成員的對象（Frank & Frank, 1991）。於是經由相互與共治療關係所產生之正向體驗，可能成為翻轉當事人既有沮喪感受與舊有認知的關鍵。如果當事人對問題困擾的改善，並非來自對問題困擾與解決之道二者間因果關係的探索所獲得，而是經由治療關係之正向體驗而產生新的視野，進而對問題困擾伴隨新的理解，此為第二序改變之轉變途徑 Lyddon（2001）；依賴問題困擾與解決策略之因果探索，乃是第一序改變之改變路徑。而第二序改變重視相互與共的治療關係，並將之視為引發第二序改變的重要來源。然而，當事人經由相互與共治療關係所產生之內在覺知訊息為何？以及如何引發當事人第二序改變之思維跳躍歷程？在目前第二序改變治療取向的文獻中並無相關討論。此為研究者希冀透過本文進行探討之主要研究動機。

本研究以第二序改變心理治療取向對治療關係採取相互回饋之主張，探討相互與共治療關係對當事人第二序改變之影響。Fraser 與 Solovey (2007) 認為心理治療關係的界線與脈絡，是治療雙方各自主觀評估及決定的結果。心理師對當事人的影響力大小，取決於當事人對心理師的信賴程度。這與 Hubble、Duncan 及 Miller (1999) 認為當事人的改變與其對治療關係的忠誠變項存有相關之發現一致。換言之，不僅心理師不斷評估如何與當事人建立關係，當事人亦謹慎決定是否進入這樣的談話脈絡。因此本研究透過探究當事人對治療關係之內在覺知，藉此瞭解諮商歷程中，心理師諮商語言如何影響當事人對治療關係的覺知內涵。

本研究選擇以焦點解決取向的諮商關係做為探究對象，主要原因在於綜覽目前焦點解決短期治療的研究文獻來看，鮮少探討焦點解決短期治療心理師對治療關係的經營 (O'Connell, 1998; Murphy, 2008)，更遑論從心理師諮商語言探討對治療關係之建立的影響。探討語言論述對個體形塑經驗之影響乃是後現代主義的重要研究興趣，亦累積不少研究成果。語言對話乃是心理治療的重要介入工具，心理師諮商語言正是引發諮商對話的重要媒介。然而，由目前焦點解決的實證性研究來看，甚少以心理師諮商語言所引發之諮商效果做為探究對象，更遑論將此視為探討引發當事人對治療關係之覺知感受，及其對第二序改變之影響的實證性探討。

De Shazer (1985, 1988, 1994)、De Jong 與 Berg (2013) 以及 Murphy (2008) 均指出焦點解決短期治療乃是積極使用語言，做為協助當事人在諮商對話中重建個人意義並促進改變的諮商工具。而 De Shazer 與 Dolan (2007) 以及 Murphy (2008) 另亦指出焦點解決短期治療重視語言對當事人改變的影響，乃深受 Milton Erickson 擅長運用語言對當事人暗示效力的治療實務經驗所啟發。焦點解決短期治療十分重視社會情境脈絡對當事人問題與情緒的影響 (De Shazer & Dolan, 2007; Murphy, 2008)，以及將治療情境脈絡同樣視為乃是當事人與心理師共同建構意義的場域 (De Jong & Berg, 2013; De Shazer & Dolan, 2007)。以後現代社會建構主義做為治療實務認識論基礎的焦點解決短期治療，重視語言對話乃是形塑真實、知覺、問題與創造各種意義與可能的諮商工具。然而由目前相關研究文獻來看，實則缺乏從心理師諮商語言及其引發的諮商對話探討對當事人所覺知的治療關係及其諮商影響之相關探討。因此綜上所述，本研究重視當事人於諮

商歷程中的主體性位置，將其視為主動建構治療關係之覺知感受的認知性主體，透過每次晤談後對其進行人際歷程回憶訪談以收集諮商歷程中的內在覺知訊息。簡言之，本研究問題包括：

1. 心理師諮商語言如何引發當事人形成相互與共治療關係的覺知訊息？
2. 相互與共覺知訊息如何引發當事人產生第二序思維？進而對問題困擾的改善產生正向影響。

本研究希冀藉此探討，以豐富目前焦點解決短期治療在治療關係方面的相關研究，另亦提供實務工作者對諮商語言如何引發信任的治療關係及其療效具有更多瞭解。

貳、研究方法

本研究旨在瞭解諮商語言如何使當事人內在覺知產生關係辯證並進而引發第二序改變的相關內涵。因此諮商對話以及當事人對諮商歷程中所發生的內在覺知訊息就是本研究分析對象。為收集心理師諮商語言引發當事人內在覺知訊息，本研究以人際歷程回憶訪談做為資料收集方法；至於諮商語言則以諮商對話逐字稿做為資料分析來源。以下說明本研究流程、研究工具與研究參與者。

一、研究流程與研究工具

本研究流程包括四個階段：招募、諮商晤談、諮商後訪談、資料整理與分析。期間研究者扮演不同角色及使用不同研究工具試說明如下。

(一) 招募階段

研究者尋找願意參與本研究的心理師與當事人，並向其說明參與研究流程、權益、錄音與保密事項等；於澄清相關研究問題後，再分別簽署參與研究同意書。

(二) 諮商晤談階段

研究者於正式諮商前，備好錄音筆兩台，等候心理師與當事人的晤談時間。待正式晤談時，打開錄音設備；待結束晤談時，關閉錄音設備。

(三) 諮商後訪談階段

於每次諮商單元後 48 小時內，針對當事人進行人際歷程回憶訪談，目的是為收集當事人受到心理師諮商語言所引發之內在覺知訊息。根據文獻所載 (Elliott, 1986)，隨著晤談後時間的拉遠，當事人對晤談內容的記憶將逐漸遺忘，而在 48 小時內進行人際歷程回憶訪談，乃是受訪者仍可維持記憶的時間範圍。因此本研究設定晤談後 48 小時內進行人際歷程回憶訪談並全程錄音。根據研究目的，本研究所欲探索之第二序改變是為當事人在諮商歷程中，經由心理師諮商語言所產生相互與共治療關係且對改善問題困擾有所幫助之內在覺知訊息。因此人際歷程訪談大綱，乃是參酌 Frank 與 Frank (1991)、Fraser 與 Solovey (2007) 等人對第二序改變之概念設定訪談主旨。基於前述，訪談重點說明如下：

- (1) 向當事人說明訪談方式。訪談歷程乃是邊聽諮商錄音邊請當事人回憶；提醒當事人依真實感受來回答，並且聚焦於諮商當時的想法與感受。
- (2) 訪談重點在於針對心理師諮商語言引發當事人內在覺知訊息部分進行探問。訊息內容包括想法與感受；另亦追問訊息發生時間是首次出現在諮商中或諮商前？若是諮商前，則與諮商中有何異同？以及該訊息對諮商晤談的影響。

簡言之，本研究人際歷程回憶訪談時著重三方面資料的收集，包括心理師諮商語言所觸動當事人內在認知的訊息；二是心理師諮商語言對當事人投入晤談的意願和影響，這是為收集當事人對諮商關係之信任與否的資料來源；三是當事人在諮商歷程中對問題困擾產生觀點的轉變，且與前述信任諮商關係資料有關，此為第二序思維的反映，亦即當事人對問題困擾之後設認知的轉換，發生邏輯的不連貫，是謂第二序思維的產生。

(四) 資料轉騰與編號

首先將諮商晤談與訪談錄音檔交由逐字稿轉騰者協助轉騰為文字。資料轉騰與編號方式包括：(1) 心理師代號為 CO；參與研究當事人經匿名後之舜舜代號為 G 以及珍珍代號為 E。(2) 晤談單元次第呈現在當事人代號之後，如 G1、G2。

- (3) 晤談話題次第呈現在單元次第之後，如當事人為 G1-6，心理師為 G1/CO-6。
- (4) 人際歷程回憶訪談訊息次第編號呈現則是在單元次第後加上 IPR，如 G1IPR-6 表示第一次晤談後 IPR 訪談中第六訊息單位。

(五) 資料分析

本研究對諮商晤談以及人際歷程回憶訪談逐字稿資料的分析乃是以持續比較分析方法進行。如圖 1 所示，分成三個部分進行，說明如下。

首先就諮商晤談逐字稿進行開放編碼，亦即根據語意完整性建立話題單位化，意指將可以形成一個話意單位的逐字稿內容形成一個話題單位；接著再依此話題單位進行類屬單位的劃分。其次，針對諮商後 IPR 訪談逐字稿進行認知訊息資料的編碼，接著再依據覺知訊息的概念性逐一單位化，意指覺知訊息的概念單位化，最後根據第二序定義，本研究意指經由相互與共治療關係的內在覺知訊息且對問題困擾產生新的理解並達問題改善，據此建立第二序覺知概念單位且進行類別化；最後將第二序覺知概念類別主題化。第三，將前述與第二序覺知概念相關資料，與心理師諮商語言相關之對話資料進行統整，依此形成與研究目的相關之資料配對與關係建立。

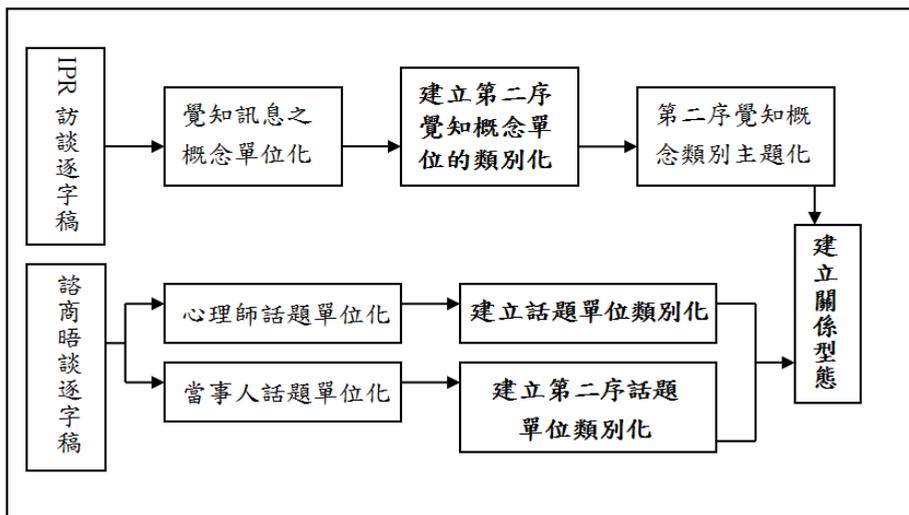


圖 1 諮商中當事人第二序覺知訊息與諮商對話資料分析組合圖

二、研究參與者

本研究參與者包括焦點解決取向心理師一名，以及當事人兩名，男女各一。參與本研究的心理師背景說明如下：

- (1) 具有國內心理諮商與輔導相關科系之博士學位，且以焦點解決短期治療為題完成博士學位論文。
- (2) 在實務工作中，實際從事焦點解決短期治療的心理諮商與輔導工作長達十年。
- (3) 在學術研究中，持續專研焦點解決短期治療，並在期刊論文中發表相關實務經驗研究結果；在生活中，對焦點解決短期治療的基本哲學保有興趣並透過讀書會方式持續精進與落實。

參與本研究之兩名當事人來談背景說明如下。男性當事人匿名為舜舜，近30歲，共晤談八次結案；女性當事人匿名為珍珍，30歲初，共晤談六次結案。舜舜主述議題為壓力很大，自覺導因於受家人和女友貶抑其個性所致；希望透過心理諮商改變自己的個性以及更有自信。珍珍主述議題為想改變無法和家人正常講話的互動情形，她表示自己從小和家人講話就會淚流不止，或者與別人談及家人也會淚流不止；珍珍自覺無法在家人面前好好表達自己，目前與家人互動的狀態很不正常。珍珍在正式進入晤談前，向研究者說明其問題困擾時，已出現淚流不止現象。舜舜與珍珍的主述內容有許多類似之處，包括自述長年與家人的互動狀態乃是問題困擾來源；以及感受到自貶、無助、無自信、感到壓力、易受家人影響而動搖自我決定等；另外來談初始，兩位均處於尋找新工作的狀態，失業狀態對其影響是擴大對個人存在價值的負向定義。

參、結果與討論

根據本研究諮商對話逐字稿與人際歷程回憶訪談稿，進行持續比較資料的分析結果後發現，利於當事人發展相互與共治療關係的心理師諮商語言共有三類，包括「積極傾聽」、「尋求當事人所述經驗脈絡的觀點與作為」、「肯定當事人覺知與行動」等。另外當事人經由相互與共治療關係所生內在覺知訊息，對引發第二

序思維使問題困擾產生轉變的相關內涵，本研究發現兩位當事人乃透過對諮商室內外重要他人之互動關係有所辯證，並因而引發新的思維，繼之對舊有問題產生新的理解與感受，此為第二序改變之歷程與內涵。以下先就利於發展相互與共治療關係之諮商對話進行討論，接著再以當事人如何透過關係辯證產生第二序改變加以探討。

一、利於發展相互與共治療關係的諮商對話

根據研究資料發現當事人對治療關係產生相互與共內在覺知訊息中，最強烈的直接觸動是感受到「被支持」、「被瞭解」和「被認同」，而這些感受又引發當事人更加願意投入諮商對話關係。另外亦自動喚起當事人對照諮商室內外人際關係體驗的差異，而此體驗差異正是建構第二序思維與改變的辯證動力來源。以下根據資料分析結果探討利於當事人發展相互與共治療關係的諮商對話脈絡。

(一) 表達積極傾聽

本研究心理師表達積極傾聽的諮商語言形式包括，以「嗯、哼、嘿」等簡單字詞來表達積極傾聽、回應當事人所述關鍵字意(echoing clients' key words)或順勢追問細節、簡述語意後順勢自然同理、「確認」當事人所述經驗的觀點與行動等。以下除「嗯、哼、嘿」之簡單字詞回應方式外其餘討論如後。

1. 回應當事人所述關鍵字意

本研究心理師藉由回應當事人所述關鍵字意藉以表達其積極傾聽，或繼之追問細節，乃是頻繁出現的諮商語言形式。舜舜於初始晤談時，自然地談起兒時常於深夜後仍獨自一人在家的情景，心理師取舜舜所述「一個人在家」的關鍵字意加以回應，如「嗯～就常常一個人在家」(G1/CO-23)；或於重述關鍵字後追問細節方式，如舜舜於第二次晤談時，談起自己曾經感到自信的時期是「高職的時候」(G2-20)，心理師以好奇口吻繼續追問「嗯～高職的時候，怎麼說？」(G2/CO-21)。關於心理師藉回應當事人所述關鍵字意的諮商語言形式，舜舜對此表示「就覺得有人一直在聽我講話」(G1IPR-40)、「話題沒有跑掉，感覺很好」(G1IPR-219)。對於心理師追問細節部分，舜舜的感受是「我就會想要再講多一點」(G2IPR-10)。而珍珍也有類似的感受，「我會很想要把我心裡的話，不能說

出來的東西講出來，就是可以一直講出來」(E1IPR-103)。簡言之，對兩位當事人而言，當心理師僅以重述當事人所述關鍵字或順勢追問細節的「好奇口吻」等諮商語言所產生之效力是，當事人相信自己乃是被「積極傾聽」的對象，並且「願意表達更多個人經驗」，「信任心理師」乃是可自我表達的對象。

2. 簡述語意後自然同理

根據本研究資料發現心理師以簡述語意後表達自然同理，或透過詢問當事人經驗發生之時間與因素，有助於引發當事人重新框架舊有經驗並對心理師產生信任感受。珍珍於初始晤談，便自述與家人說話時，「就無緣無故會有想要流淚的感覺」(E1-71)。在諮商中，當珍珍如是描述已淚流不止。這亦是珍珍想透過諮商協助以改善之問題困擾。心理師先就「時間」詢問，「在你印象裡面，這種感覺是什麼時候開始的？」(E1/CO-72)，在諮商中珍珍表示從小就開始了，在訪談中，珍珍表示心理師這詢問，對她明白這行為出現的時間有幫助；接著心理師詢問有此行為的可能「因素」，「自己有想過是什麼原因或是什麼樣的情況嗎？」(E1/CO-76)，珍珍將此歸因於自己與家人對話的景況就是「只有聽的份……沒有回答自己本身的想法和感受的東西」(E1-77)，「要講也是要講他們要聽的」(E1-80)、「可能自己心裡有的東西也不能說出來」(E1-82)，諮商中心理師多以簡述語意回應珍珍，「所以只能聽，沒有講自己想法和感受的東西？」(E1/CO-79)、「只能聽不能講？」(E1/CO-81)，或是簡述語意後順勢自然同理，「只能講他們想要聽的，嘿！所以等於就是不用講了嘛」(E1/CO-84)、「所以會有點委屈」(E1/CO-85)。在諮商對話中，珍珍逐漸將與這行為相關的內在感受表達出來；在訪談中，珍珍表示前述諮商對話過程，她內在感受到的是「會很想要一直講」(E1IPR-106)、「有勇氣講出來」(E2IPR-23)、「把不敢講的講出來」(E3IPR-94)。換言之，心理師以「簡述語意」以及帶點打抱不平又有點幽默口吻的「自然同理」，對珍珍而言具有催化表達更多相關感受與經驗的諮商效果，另外亦是信賴治療關係的行為反應。

在前述諮商歷程中，心理師多以「同理口吻」使用「簡述語意」來發展諮商對話，在訪談中珍珍表示前述諮商對話所引發的內在感受包括：(1) 珍珍先是感到不可思議，隨後感受到很被接納。「不可思議」是因為珍珍合理地運用「第一序」

思維且推論結果應為：家人很難忍受如此邊流淚邊言說的行為，那麼心理師也會如家人一般制止或討厭此淚流的講述行為。然而出乎意料的是，心理師不僅沒有制止，還對此框架為「乃是珍珍與家人互動時只能聽不能講所累積委屈後的自然結果」。如此框架引發珍珍被瞭解的感動，她表示「終於有人知道為什麼我都不想講了」(E1IPR-45)。(2) 珍珍經由「確認」個人淚流行為的發生「緣由」後，轉向接納自己淚流行為的表現。她表示「更清楚知道為什麼我會這樣……就是流淚的這個部分，對～這是自然的反應」(E1IPR-50)以及「接受我不是那個行為是異常的人」(E1IPR-65)。其覺知歷程為，珍珍一面對照自己與心理師及家人互動的差異及其感受，一面接受心理師對淚流行為的新框架，繼之轉向接納自我如是行為。(3) 珍珍表示這段諮商對話具有「雙向交流」(E1IPR-55)的感受，這體驗乃是過去與家人互動過程中不曾經驗過的。簡言之，珍珍表示以上諮商對話使她有種如釋重負和且知其所以然的體會。換言之，以自然同理口吻簡述語意，並接納當事人行為，有助於當事人接納自我狀態，且改善問題困擾。

(二) 尋求當事人所述經驗脈絡之觀點與作為

尋求當事人所述經驗脈絡的觀點與作為，意指心理師對當事人所述經驗發生時的脈絡環境及其想法與感受等面向表達好奇藉以發展諮商對話。對當事人而言，在此諮商對話脈絡中，其所述經驗之情境脈絡的相關思維亦隨之發展，這有助於對所述經驗中個人與環境之相互影響有更多的覺察。

以珍珍的晤談為例，前兩次諮商主要以她與家人的互動現狀做為探討對象，過程中經由心理師對其經驗之反映，珍珍發現自己在家與在外的人際互動模式並不相同。在訪談中，珍珍表示這引發她很想瞭解自己在外的人際互動情形究竟為何。於是在第三次晤談中，珍珍主動提及目前的工作狀況，想藉此更加瞭解自我，並找到改善問題困擾的方法。第三次晤談，珍珍主動轉向工作議題的討論。她表示目前在小型食品加工廠工作，但環境中的人事與環境都不令她感覺愉快。心理師嘗試還原工作經驗現場中有關人事物等環境脈絡的內容。透過珍珍所述「不喜歡那邊的工作環境」，以及「做食品就應該對食品尊重」等表達，心理師繼續追問脈絡細節，「那邊的環境妳不喜歡的是什麼？」(E3/CO-106)、「妳剛剛提到對食品的尊重是什麼意思？」(E3/CO-103)、「他們把東西堆放在那邊，妳的感覺是什麼？」(E3/CO-84)、「妳是怎麼看待這樣的狀況？」(E3/CO-92)以上

探問核心均指向珍珍對所述經驗中之情境脈絡的個人觀點與實際反應。根據珍珍在人際歷程訪談的資料來看，以上諮商對話引發她內在覺知的影響是：(1) 更加願意投入諮商對話，她表示其原因是「老師不會說妳的想法是錯的，或者告訴妳不應該這麼想」(E3IPR-68)。換言之，珍珍感受到諮商環境對其言論的接納，並且鼓勵她可以有更多的表達。(2) 珍珍自動對照諮商室內外的人際對話差異，如珍珍表示「老師會想要瞭解妳……但是家人就不會想要聽妳講這些」(E1IPR-206)。換言之，於諮商歷程中，與家人互動的對話成了珍珍內在覺知的對照組。(3) 幫助珍珍更加肯定自己所述想法與行動，她表示「我會覺得說我講的有人認同，而不是說我是在抱怨」(E3IPR-29)。當心理師的諮商語言，引發當事人被瞭解的感動而更加自我接納時，這反映了當事人在這樣的諮商語言中，感受到她的知覺狀態是受到肯定與接納的，而這是在第一序思維中與家人互動無法產出的覺知內涵。

以舜舜的諮商對話來看，他自述想經由諮商得到的改善是「改變個性」以「提升自信」。心理師在與其對話過程中，乃藉由探問其所述經驗的相關情境脈絡，指出令其感到「自信」的實際經驗，在此諮商對話過程，舜舜的自我肯定也隨之提升。在第二次晤談中，他提及過去大學時期與同班同學的人際關係並不友好，他以為主要原因在於他既是轉學生又是有就職經驗後再次入學的大學生，因此與同儕年齡和經驗皆有所差異。另外他也覺得同學們偏愛的聯誼活動過於幼稚，他認為大學時期的學生應該要玩規模較大的活動。心理師嘗試還原他大學時期社團活動的相關脈絡，「你說玩比較大的那種，譬如說是什麼？」(G2/CO-128)。心理師針對社團活動追問環境脈絡的細節，包括時間、環境、互動人物、實際活動等，這使得舜舜更細節地表達當時與校方單位的互動與影響，例如校方因為舜舜的熱心自組校內學生壘球隊伍後，也開始重視壘球賽事，籌組社區性比賽活動等經驗，心理師在舜舜描述更多脈絡細節後，便再進一步追問他在脈絡中的相關看法與感受，例如「你自己怎麼去看這麼部分？」(G2/CO-146)、「對這種情況你自己的感覺如何？」(G2/CO-194)。以上諮商對話類型引發舜舜內在覺知的訊息，從人際歷程訪談稿的資料分析來看，其影響包括：(1) 提升投入諮商對話的意願，因為「講出來就是想要聽聽看老師會怎麼說，然後老師會肯定你說的，就感覺有人挺我這樣」(G4IPR-339)。換言之，舜舜明顯的感受到，他想經

由與心理師的諮商對話來尋找經驗意涵，另外心理師的表達似乎也能提升他的自我肯定與支持；(2) 自動對照諮商室內外的人際互動差異，「可以把一些比較不會跟一般人講的東西講出來」(G2IPR-304)、「家人就不會聽我講這些」(G2IPR-280)，這些來自晤談關係的新感受，乃是平時與家人互動時相當缺乏的人際體驗；(3) 因為相關經驗之觀點與作為，乃是在被尊重與被瞭解的對話中進行，因此感覺「說話不會被打斷」(G1IPR-301)、「覺得有人支持我」(G1IPR-419)、「有人挺你這樣」(G2IPR-167)。在累積被支持、被挺的正向體驗中，舜舜亦轉向自我肯定，而這正是當事人透過新的覺知內涵，而發展新的思維邏輯的覺知歷程，此為第二序思維與改變的運作。

簡言之，透過尋求當事人對所述經驗的脈絡觀點與作為所發展的諮商對話，有助於增進當事人想要表達更多的效果，另外也具有引發當事人對照諮商室內外人際互動的差異，再者藉由「被好奇以及被尊重」所述脈絡細節的諮商對話，也引發當事人感受到被肯定與被支持。以上新的正向體驗均將有助於其內在覺知產生新的思維，利於第二序改變的建構。

(三) 肯定當事人所述經驗的覺知與行動

「肯定」當事人所述經驗之觀點與行動，乃是心理師在積極傾聽過程，透過「肯定／接納意涵」的語言形式，協助當事人對所述經驗採取正向／接納的眼光，這對當事人發展賦能思維以及擺脫第一序思維的問題困擾有所幫助。正向簡述語意是本研究心理師經常使用的語言形式，例如當珍珍描述目前儘管待業中但仍安排許多生活活動時，心理師以簡述語意繼之正向框架來回應之，他表示「會去圖書館看書、去教會上課、也會去朋友家，所以我聽起來你把自己打點得還不錯」(E1/CO-307)。而心理師的說法對珍珍內在覺知的影響是：(1) 覺察自己確實安排了一些活動，而且是為了學習與成長，珍珍表示「我很看重心靈成長的東西……我沒有浪費時間，像我有一些朋友他們就都待在家，花時間在看電視」(E1IPR-226)。(2) 覺得受到肯定和支持。珍珍表示「覺得自己這樣的安排是對的……好像自己真的還把自己的生活打點得不錯」(E1IPR-221)。從諮商對話內容來看，心理師以正向簡述語意串起階段性描述的諮商語言，一方面表達了心理師的傾聽以及是否符合當事人所述內容外，另一方面亦讓當事人有機會藉

此正向框架進而重新定義新的自我。正向框架當事人所述經驗的諮商對話及其諮商效果，也同樣發生在舜舜的諮商歷程中。當舜舜描述過去成長經驗中經常受到家人貶抑和忽略的過往時，心理師以賦能性語言表示「我聽起來這個過程你已經陸陸續續一路這樣走過來了」(G1/CO-325)。舜舜對此諮商語言的內在覺知是「我真的是自己一個人走過來的啊」(G1IPR-177)。對他而言，這是原來不被家人看到的能力，在諮商中卻受到心理師的讚美。但他也表示「我好像就沒有這樣的眼光……好像我的家人都看不到這些，我自己也看不到原來我是有能力的」(G1IPR-193)。換言之，透過以上諮商對話，舜舜開始以一種新的賦能眼光修正自我概念，舜舜的「原來」之說，意指他的內在思維已產生新的自我認同框架，這新的賦能思維乃是建構第二序思維與改變的基礎。

另外根據當事人所述經驗之具體觀點或具體行動加以「讚美」，亦是本研究心理師用來肯定當事人所述經驗的諮商語言形式，這對兩位當事人的實際協助是提升信心以及更加自我肯定。例如，當珍珍描述過去工作轉換經驗中，曾經因為對人很害怕，但卻轉行至餐飲業，目的就是想要面對自己最脆弱的一面時，心理師以提高音量的振奮口吻表示「那是很大的挑戰耶」(E2/CO-78)。珍珍為回應心理師的讚美，自然地表達更多自己也感覺很挑戰的相關經驗，包括需要和很多不同個性偏好的客人互動，需要記住許多客人用餐時的特殊需求，因為這些窩心的舉動也和客人成為好朋友，另外亦受到老闆重用等挑戰經驗。心理師一面對挑戰行為表達讚美，一面對挑戰內容表達好奇，藉此發展諮商對話，也同時引發了珍珍的賦能思維，例如心理師以「不簡單！不簡單！在那邊的工作是什麼？」(E2/CO-92)來表達讚美以及對挑戰成功內容的好奇，而珍珍也就順勢表達更多與感受到「不簡單」卻挑戰成功的相關經驗。

以上諮商對話，珍珍自覺「就是有被肯定到」(E2IPR-93)，另外亦生成一個新的自我瞭解「突破自己最弱的那一塊」(E2IPR-93)；同時珍珍內在覺知中不僅比較了過去與家人對此經驗的對話內容迥異於目前和心理師的諮商對話，另外也藉此諮商對話的新覺知引發新的情緒經驗和「成功的」自我認同，她表示「如果當時有人這樣講跟我講，我就可以理解了，可是就是沒有人這樣跟我講……轉換跑道的時候家人其實是很不諒解的……現在覺得舒坦很多……有成功的感覺」(E2IPR-103)。因為這「成功的感覺」引發珍珍因此提升了個人存在的價值，而自

信感受也因為這些感到自豪經歷的諮商對話而更加確認與提升。讚美的諮商語言形式，對舜舜內在覺知也有相同的影響。例如當舜舜描述自己大學時曾經獨自騎單車環島，而心理師多次以振奮口吻表示「不容易喔」(G7/CO-77, 98, 103)。而舜舜也順此讚美表達更多過程中既艱辛但有趣味的經驗，而舜舜內在負向自我假設也隨之翻轉。他表示被心理師讚美這麼多，他的感受是「就有被鼓勵到。被他講得自己好像真的有那麼一點能耐」(G7IPR-63)。簡言之，心理師就當事人所述具體經驗加以「讚美」的結果，對當事人而言均能達到重建自我信心，擴大第二序思維的運作機會。

二、關係辯證與第二序改變

根據前述，在諮商歷程中，當事人內在覺知訊息，乃直接受到心理師諮商語言的影響；另外當事人將自己與心理師及家人互動經驗進行對照，亦是內在覺知歷程之重要內涵。由於心理師的回應方式迥異於家人，諮商中所獲得的正向覺知內涵，成了擴展新的自我假設，以及藉此對照並揚棄舊有自我概念的基礎。此為當事人於內在覺知中主動針對不同互動關係內涵進行辯證的歷程，亦是產生第二序思維的來源，具有改善既有問題困擾的功能。以下根據當事人針對不同人際關係而引發內在辯證之歷程、功能及結果分別討論。

(一) 關係辯證歷程

本研究發現兩位當事人於首次晤談中均主動對照諮商室內外人際互動的差異。參與本研究的兩位當事人，在晤談前均因無法在家人面前好好表達自己，且自覺受家人貶抑而感到情緒低落，與家人互動時感受到很大壓力。因此這最令其在乎的家人互動品質，亦是使其感到困擾沮喪的互動對象，成了與心理師良好互動關係的主要對照組。二者差異如圖 2「諮商室內外人際關係對照圖」所示。

根據兩位當事人對照諮商室內外的人際關係，除朋友外，家人互動關係乃是覺知歷程中最主要「評比」對象。如圖 2 所示，兩位當事人乃是帶著與家人互動的負向自我概念進入諮商對話，然而與心理師的互動經驗卻不同於與家人互動的負向體驗。兩位當事人與家人互動所受負向評論多，於是帶著如此互動下所累積的沮喪心情與負向自我概念，在諮商中卻未被如此看待。諮商室內經由相互與共

諮商關係的正向體驗，引發兩位當事人於內在覺知中開始「質疑」先前由家人所框架的負向自我形象。此為針對不同人際互動關係進行辯證的起始。

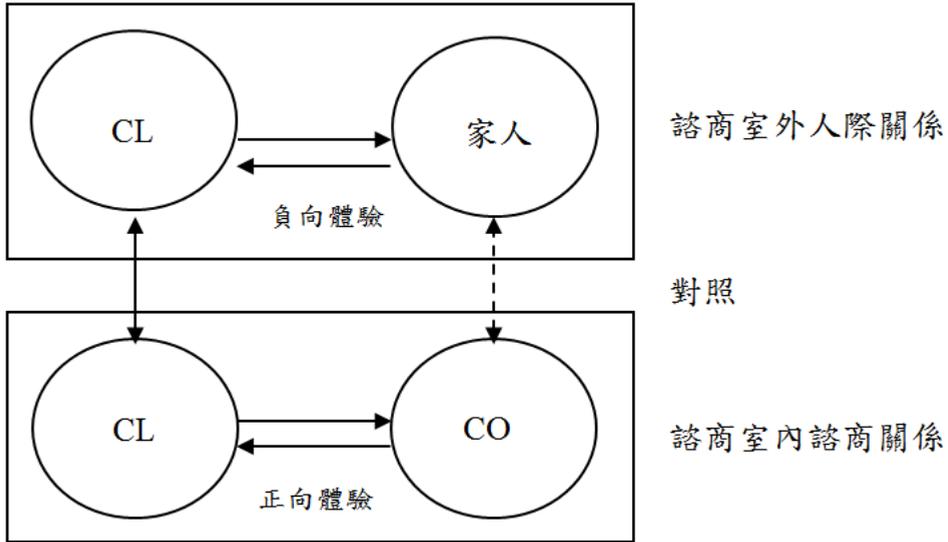


圖 2 諮商室內外人際關係對照圖

兩位當事人指出諮商室內外人際互動關係的最大差別就是，諮商室內心理師的積極傾聽及其引發的正向感受，乃是過去與家人互動時未曾經驗過的。根據前述探討，心理師表達積極傾聽引發當事人「被瞭解」、「被支持」、「被肯定」等正向體驗，均增強當事人對心理師的信任程度。來自治療關係的正向體驗，對緩解兩位當事人問題困擾的程度均有明顯效果。在晤談前研究者以十點量表請舜舜自評問題困擾程度，他以十分表示自己的痛苦指數已達頂點。而在首次晤談後則降為五。同樣地研究者亦請珍珍自評問題困擾程度，她的問題困擾程度，在晤談前為十分，在首次晤談後已降為六。兩位當事人表示他們的問題困擾程度之所以下降，是因為與心理師的晤談，讓他們感到「被瞭解」、「被支持」和「被肯定」，而且這些正向體驗均非與家人互動時所能獲得。換言之，問題困擾程度的下降，並不必依賴找到問題的解決之道，或針對造成問題的成因進行探索。經由治療關係的正向體驗提供兩位當事人新的覺知經驗，不僅有助於擴展新的思維路徑，此為第二序思維的來源，另外亦對問題困擾的改善有所幫助。此問題困擾改變路徑就是第二序改變的覺知歷程及其內涵。

(二) 關係辯證動力來源

根據前述，兩位當事人對照諮商室內外人際關係的差異，並藉此轉向接收諮商對話中利於自我接納的思維內涵，此為發展第二序思維以此降低問題困擾程度的改變基礎。換言之，諮商室內心理師引發兩位當事人對治療關係產生相互與共感受，乃是對諮商室內外不同人際關係進行辯證的動力來源。

心理師透過積極傾聽以及表達對當事人的瞭解，已使得兩位當事人均將心理師視為可茲信任的對象。兩位當事人在進入晤談前，與家人日常互動所累積的挫折經驗，已對兩位當事人試圖改善問題困擾的行動產生莫大阻礙。家人乃是兩位當事人希望獲得相互與共的群體，然而又是逐漸累積沮喪感受，形成問題困擾的來源。由此觀之，兩位當事人透過人際互動的內在覺知來建立個人的自我概念與認同。換言之，諮商關係做為人際互動的型態之一，亦是兩位當事人重建自我概念的社會性互動來源。

在首次晤談後，兩位當事人均對自己在晤談中「可以講這麼多」覺得驚訝。舜舜表示如果向家人如此這般表達自己，「家裡的人就不會理我」(G1IPR-142)；另外他亦指出諮商對話與一般人際對話的差異，他表示「和朋友講話，很奇怪，講一講話題就會跑到別的地方去了……但是和老師講話，他會聽我講，然後回應，被回應的感覺很好」(G1IPR-299)。舜舜十分滿意自己講話時心理師會聽、會回應、會被跟隨的經驗。對舜舜而言，與心理師的對話，滿足了他需要有人傾聽和被尊重的需求。對珍珍而言亦復如是，她表示和家人互動時根本就「不敢講出心裡的話」(E1-133)。在此舜舜與珍珍均將心理師視為願意繼續分享其委屈經驗的對象。舜舜表示願意向心理師「講出內心的一些委屈」(G1IPR-506)，珍珍表示她願意向心理師「表達我自己內心的事情給他聽」(E1IPR-63)，究其原因是「終於有人懂妳為什麼妳都不講話了……他瞭解妳的委屈」(E3IPR-202)。這些內在感受反映了兩位當事人對諮商關係的信任，以及願意在此「社會性」諮商關係中傾訴個人經驗；而經由傾訴經驗的諮商對話過程，兩位當事人亦獲得跳脫其既有經驗意義框架的機會。

換言之，兩位當事人在諮商關係中的正向體驗感受，乃是引發其內在覺知進行辯證的重要基礎。由於不同人際互動的差異，引發兩位當事人於內在覺知開始

針對不同互動感受有所辯證。而根據兩位當事人的辯證方向來看，乃是選擇採用與心理師互動的新的自我觀點，做為辯證時建構新立論的基礎。

以珍珍為例，她針對不同人際關係進行辯證的基礎內涵，乃是接收心理師對其想法的支持，並藉此做為跳出家人對她負向框架的立論基礎，於是轉向採用心理師對她的理解，且揚棄家人對她的負向看法，「原來自己不是他們（家人）眼裡看到的那樣」（E2-102）。舜舜也有類似的覺知，他的辯證焦點亦是家人對他的否定，他表示「有些事情因為被家人否定，會有一些影響啦，但是好像講完之後，就會覺得，好像只有他們會去反對，並不是大家都這樣子想的」（G1IPR-463）。由此觀之，兩位當事人轉向接受心理師看待他們的眼光，並據此修正舊有「令人感到氣餒」和「無望」的自我概念。

簡言之，兩位當事人皆主動對照諮商關係與一般人際互動的不同，尤其是針對與家人互動的差異現象，更是覺知歷程中的主要辯證對象。而兩位當事人得以在關係上進行辯證，並因此獲得重新框架自我概念的機會，此基礎在於相互與共諮商關係已為諮商室內外的關係差異提供辯證的基礎。換言之，諮商關係的正向體驗乃是當事人進行關係辯證的動力來源。此正向體驗來自心理師向當事人表達其瞭解、肯定與支持下的互動結果，亦是兩位當事人對諮商關係產生信任，支持他們願意繼續投入諮商對話的基礎。

據珍珍所述，她在首次晤談中受到的最大感動是，心理師「接納」她邊流淚邊講話的行為。因為她與家人講話時淚流不止的行為，向來很被家人排斥。她以「家人排斥」邊流淚邊講話而產生問題困擾的意義系統來預設心理師「理應」（理性思維）排斥此行為表現，然而心理師的接納，使得珍珍強烈地衝擊了她原有的信念系統，透過心理師截然不同的「接納」反應，珍珍自動修正了來自過去自認為「我是異常的」（E1IPR-62）自我概念，她表示「原來我的行為是正常的」（E1IPR-63）。在諮商對話中，心理師對珍珍此淚流行為，不僅未曾阻止，還溫暖地主動遞上面紙，這讓珍珍的內在覺知自動地修正了過去自我否定的信念，她表示「他（心理師）清楚明白我的行為是行為，說話是說話……可以讓我更接受我不是那個行為是異常的人」（E1IPR-65）。透過對照自己與心理師和家人互動的差異，珍珍重新建構個人存有的價值，並揚棄舊有負向自我假設。

換言之，兩位當事人均將諮商關係中的正向體驗，做為對照並不受到肯定的人際互動體驗，尤以家人互動經驗為主。在辯證歷程中，兩位當事人顯然均由對照心理師的肯定與家人的否定中，修正負向自我假設，並建構正向自我。如此諮商對話所引發當事人重建自我定義的現象，亦如脈絡模式觀點所言，當事人對個人經驗意義的來源，無論正向或負向，均是社會性互動歷程所建構的結果。

簡言之，諮商室內諮商關係所引發的正向體驗，乃是兩位當事人產生新的正向覺知，並引發二位對照過去來自舊有人際互動所產生負向自我假設的辯證基礎。為適應新的正向覺知，朝向擴大後正向存有之假設，舊有假設必須被修正。換言之，兩位當事人在諮商室內外人際關係的對照中，引發二位藉由諮商關係的正向體驗，具有翻轉舊有沮喪情緒，修正既有思維假設以符應關係辯證新思維。

（三）關係辯證結果

如前所述正向諮商關係，具有引發兩位當事人從心理師所傳達的正向瞭解中，建構對自我的支持與肯定，並且更能接收心理師對其存在的正向框架意涵。例如珍珍在首次晤談中已經表明自己是個沒有想法的人，而心理師並未立即回應珍珍如此說法。反倒是，在第二次諮商對話脈絡中，當珍珍描述過去轉換工作經驗的個人理由時，心理師根據珍珍所述經驗及其想法，而肯定珍珍說法「這聽起來還蠻重要的」(E2/CO-49)，或者在珍珍自述經驗後，多次以「聽起來妳有妳自己的想法」(E2/CO-97, 99, E3/CO-102)等諮商語言框架珍珍所述經驗。這對珍珍的影響是，引發她藉此諮商互動下對其經驗之正向框架，而重新建構新的自我概念。對心理師前述諮商語言，珍珍的內在覺知是，「老師會想要瞭解妳」(E2IPR-129)、「老師不會說妳的想法是錯的，或者告訴你不應該怎麼想」(E3IPR-68)。另外珍珍亦自動對照過去與家人就工作轉換所對話的相關經驗，在訪談中，她表示過去家人聽到這些工作轉換的回應是，「他們會說妳的想法是錯的」(E2IPR-135)、「他們不會想要瞭解妳」(E3IPR-76)、「妳不應該這樣想」(E3IPR-80)等等。因此反觀心理師的傾聽、尊重與肯定，已經引發珍珍對自我產生新的正向覺知，她表示「老師給我的感覺是，我這樣想是對的」(E2IPR-33)，「有一種被讚許的感覺」(E3IPR-67)，「更肯定自己是有想法的人」(E2IPR-107)。

換言之，在諮商關係中經由體驗「被認同」、「被瞭解」、「被讚許」等正向感受，當事人順勢取用來自心理師的正向框架，進而產生「自我支持」的覺知內涵。如心理師先跳出珍珍的既有思維框架，亦即未批評珍珍過去轉換工作的經驗，並將之框架為「具有自己的想法」，或表示「這聽起來蠻重要的」，這些諮商語言對珍珍自我概念的影響是，「我覺得是……老師瞭解妳所說的……我的想法是被肯定」(E3IPR-66)「我發現原來我是有想法的人」(E2IPR-144)，以及更有信心面對未來的職場需求，她表示「好像更站得住腳」(E2IPR-113)，「未來在遇到同樣的事情時，我應該要更堅持我的想法吧」(E3IPR-69)。換言之，諮商互動關係的正向經驗，具有引發當事人的賦能思維，並藉此翻轉舊有假設，修正負向自我概念，接納真實自我的效果。

綜合前述，心理師諮商語言在足以引發當事人感受到被瞭解、被尊重、被支持的同時，當事人便得以從諮商關係中產生「相互與共感受」。如圖3「相互與共關係引發自我賦能新思維」，當事人在諮商初始乃是帶著沮喪前來，經由諮商關係的正向體驗，其內在覺知的沮喪感受逐漸下降，自我信心逐漸提升，於是藉著新覺知帶來新希望，因此正向諮商關係乃是當事人藉以重新定義自我、修正自我假設世界 (assumptive world) 以及重建個人存有後設思維的基石。

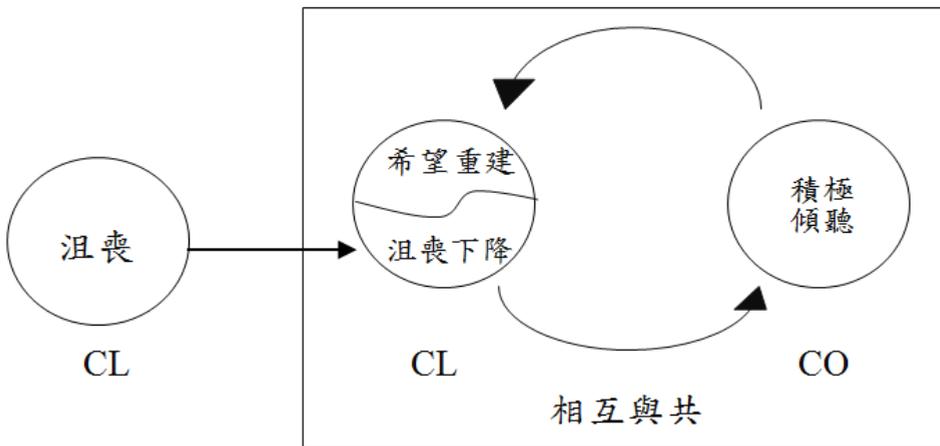


圖 3 相互與共關係引發自我賦能新思維

簡言之，兩位當事人修正負向自我概念的主要賦能基礎，實則來自相互與共的正向諮商關係。首先在諮商關係中，引發當事人被尊重及被肯定的正向體驗，乃是與過去既有人際互動之經驗相當不同，這已具有將當事人帶離既有思維層次的效果，此亦是開啟第二序思維的功能。另外透過諮商對話重新框架當事人所述經驗，則利於第二序思維內涵的發展。在兩位當事人的例子中，透過相互與共諮商關係所建構的第二序思維內涵，主要是重建有別於家人對他的看法。如舜舜經由諮商對話，心理師對他所述經驗的肯定與支持，讓他感到驚訝，原來「不是大家（指家人）都這樣想的」（G1IPR-463）。這代表了舜舜已開啟新的思維層次來看待自己，並藉以修正舊有負向自我，發展賦能並重建希望的第二序思維。而珍珍與心理師的互動經驗，首先最令其感到驚訝的是心理師並未批評她淚流不止的行為，這段諮商互動經驗已引發珍珍一種嶄新的自我看待，「可以讓我更接受我不是那個行為是異常的人」（E1IPR-65），繼之在描述過去轉換工作經驗時，珍珍更接受了「原來我是有想法的人」（E2IPR-144）。

由此觀之，當事人在相互與共諮商關係中，均發展自我賦能之感受與思維，包括對過去經驗與未來發展抱持更多的自我肯定與自我認同。這意味著當事人透過諮商關係所發展新的思維層次，由於完全不同於當事人舊有思維內涵，因此屬於第二序思維層次，而藉此引發當事人修正舊有負向自我概念，並接收及發展新而賦能的自我概念，此為兩位當事人第二序改變的覺知歷程。

肆、結論與建議

一、結論

本研究發現焦點解決取向的諮商關係，有利於當事人產生正向體驗，並以此做為當事人關係辯證的基礎，發展新的思維層次以及修正既有負向自我假設，此為第二序思維的發展與改變。綜合前述，試述結論如下。

- (1) 利於發展焦點解決取向的諮商關係，本研究心理師乃是以表達「積極傾聽」、「引發當事人覺察所述經驗之脈絡觀點與作為」、「肯定當事人所述經驗」等諮商語言類型，引發當事人感受到被肯定、被支持、被尊重等利於賦能的情緒

體驗，以及發展信任諮商關係，另外對翻轉沮喪情緒，降低問題困擾程度有相當大的幫助。

- (2) 心理師表達「積極傾聽」的諮商語言形式包括，回應當事人所述關鍵字意、簡述語意及自然同理；「肯定當事人所述經驗」意指從當事人所述經驗中，找出符合當事人諮商目標之實際作為與觀點加以肯定或讚美；「引發當事人覺察所述經驗之脈絡觀點與作為」意指引導當事人就其所述經驗發生當時，其相關時空人物之情境脈絡進行探問，藉此引發當事人對所述經驗與環境脈絡之交互影響有所瞭解，這有助於當事人得以確認在相關經驗中的自我定位。
- (3) 由諮商關係所獲得之正向情緒體驗，具有引發當事人主動辯證諮商室內外人際互動關係之差異的功能。當事人在諮商關係之正向體驗的基礎上，對照諮商室外人際互動之負向體驗，此乃當事人主動對關係進行辯證之動力來源。
- (4) 經由辯證諮商室內外人際互動關係之差異，當事人遂有機會發展有別於舊有思維層次的第二序思維內涵。當事人在諮商關係中的正向體驗，乃是發展第二序思維之辯證內涵的基礎，亦是揚棄造成問題困擾之舊有思維的對立思維。
- (5) 就第二序思維的發展歷程來看，首先是體驗正向諮商關係，繼之辯證諮商室內外人際互動關係的差異，隨之轉向接受來自正向諮商關係的新思維，以此基礎發展新的思維路徑，包括揚棄舊思維，建立新的自我概念。簡言之，正向諮商關係乃是發展第二序思維內涵的辯證基礎。

二、建議

綜上前述，本研究發現焦點解決取向的諮商語言，有利於當事人對諮商關係產生信任，並由此發展具有賦能感受的第二序思維及降低問題困擾程度。然而其它學派的諮商語言形式，是否具有相同效果，亦是研究者好奇之處。因此本研究針對實務工作與未來研究提出建議如下。

針對實務工作而言，研究者以為：(1) 發展正向諮商關係，利於翻轉當事人沮喪情緒，降低問題困擾程度，並可做為辯證新舊關係與發展新思維的基礎。因此發展正向諮商關係，可說是跨學派或不同理論取向之實務工作者，均可加以重視並加以擅用的介入焦點。(2) 發展正向諮商關係的方式可由諮商語言著手。根

據本研究發現利於發展正向諮商關係的諮商語言模式包括，表達積極傾聽、肯定當事人所述經驗觀點、對脈絡情境表達好奇與肯定。(3) 就焦點解決短期治療的督導工作來看，宜訓練受督者重視諮商關係的建立；而熟練利於發展正向諮商關係的諮商語言類型，並且留意當事人在所述經驗脈絡時的情緒體驗，乃是督導時可協助受督者學習及應用的面向。

針對未來研究而言，研究者以為：(1) 不同學派或理論取向之心理師諮商語言，是否亦具有引發當事人第二序思維與改變的效果？也許未來相關研究可以此焦點進一步探索。(2) 除以心理師諮商語言，做為探索發展正向諮商關係及其對當事人第二序思維與改變的相關性研究外，是否還有其它的介入策略亦對發展當事人第二序思維與改變有所幫助。此乃未來研究可繼續探索之面向。(3) 關於當事人經由諮商關係引發第二序思維的正向改變之評量，本研究乃以人際歷程回憶訪談收集相關資料，也許未來研究可加入「量尺問句」，由當事人自評，以提升研究品質。

簡言之，本研究希冀藉由以上探討與發現，既對心理諮商的助人工作，具有實務面向的啟發，另外亦可更加豐富目前相關研究，以開啟新的探索視野。

參考文獻

- De Jong, P., & Berg, I. K. (2013). *Interview for solutions*. CA: Brooks/Cole, Cengage Learning.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- De Shazer, S., & Dolan, Y. (2007) *More than miracles: The state of the art of Solution-Focused Brief Therapy*. New York: Routledge.
- Elliott, R. (1986). Interpersonal process recall as a psychotherapy process research method. In Greenberg L. S., & Pinsof, W. M. (Eds.) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: The Guilford Press.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Fraser, J. S., & Solovey, A. D. (2007). *Second-order change in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lyddon, W. J. (2001). First- and second-order change: Implications for rationalist and constructivist cognitive therapies. *Journal of Counseling & Development*, 69, 122-127.
- Murphy, J. J. (2008). *Solution-focused counseling in school*. Alexandria: American Counseling Association.
- O'Connell, B. (1998). *Solution-focused therapy*. London: Sage.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (2005). 與改變共舞—問題形成與問題解決 (鄭村祺、陳文聰、夏林清, 譯)。臺北：遠流。(原著出版年：1974)

Clients' Second-order Change Aroused by Relationship Dialectics in Counseling Process: in Case Study of Solution-focused Brief Therapy

Ching-Hui Hung¹, Xi-Sen Xu²

Assistant Professor, Department of Educational Psychology and Counseling,
National Pingtung University¹,

Director, Professor, Graduate Institute of Counseling Psychology and
Rehabilitation Counseling, National Kaohsiung Normal University²

Abstract

The purpose of this study was to explore how the clients' second-order change aroused by relationship dialectics in solution-focused brief therapy counseling process. According to the theory of second-order change, the clients would be active subjects and decide whether to accept or refuse counseling relationship. Besides, the second-order change would be based on counseling relationship. The clients could experience the perception of second-order change aroused by the positive counseling relationship. Therefore, this study regarded counselor's language as the basis of understanding the clients' perception of counseling relationship and adopted Interpersonal Process Recall in depth interview given to two clients, one male and one female, after each session within 48 hours. The findings were that the positive counseling relationship benefited the change of meta-thinking about problem and therefore produced the second-order change by relationship dialectics. Finally, this study proposed concrete discussions and recommendations for the counseling practitioners and future research.

Keywords: counselor's language, dialectics, second-order change

徵稿啟事

一、發行宗旨：

為提供諮商輔導與復健諮商社群發表學術研究成果園地，溝通專業理念，推展諮商輔導實務工作。

二、徵稿主題：

諮商輔導與復健諮商相關之實徵研究論文，或與諮商輔導與復健諮商理論相關之探討或評述。

三、稿件格式：

中英文不拘，每篇稿長以 15,000 字以內為限。稿件依 American Psychological Association (APA) 第六版之格式書寫。請詳閱以下投稿格式說明，若不符合格式要求便會退稿或要求修訂。

內文請用 12 號新細明體或 Times New Roman 字型，使用 A4 或 letter size 直式紙，橫向書寫。所有文稿必須包含封面頁 (title page)，各文稿格式如以下說明。

(一) 內文中之格式

- 實徵研究論文含緒論、方法、結果及討論。
- 論述文可含引言、論文主體與結論。
- 文章宜用各級標題，同級標題之格式需通篇一致，不同級者則應有所區隔。
- 中文稿之英文專有名詞應中譯，並於第一次使用時括號加註原文。
- 統計符號均須用斜體字，數學符號兩端需各空一格，數學公式請標序號。
- 範例： $N = 320$ 、 $n = 46$ 、 $M = 1.38$ 、 $SD = 2.39$ 、 $t(26) = 3.69$ 、 $F(1, 26) = 86.01$ 、 $\chi^2(4, N = 60) = 11.21$ 、 $p < .05$ 。
- 作者應親自確認徵引文獻之內容，每次徵引時均須含作者與年份，並一律使用公元。

- 徵引中譯本視同中文文獻。

範例如下：

1. 李錦虹、陳正宗、黃惠玲、楊乾雄與魏福全 (1999) 的研究指出……。
2. 研究發現……(余麗樺、陳幼梅、黃惠滿、蘇貞瑛、蕭美玉、阮慧沁、劉宋壽，2001)。
3. Kosslyn et al. (1994) 發現……。

二手引用範例：

1. Festinger (1954) 提出社會比較理論。
2. ……(Williams, 1954; 引自 Rogers, 1983)

(二) 中英文封面頁必須包含以下資訊

- 文稿類型
- 中英文論文篇名
- 作者中英文姓名
- 機構單位名稱
- 逐頁篇名
- 字數
- 通訊作者與聯絡方式 (姓名、地址、電話、傳真號碼、E-mail)

(三) 摘要

- 請提供 400 字以內的中文摘要，與內容一致 400 字以內的英文摘要。中英文摘要列於不同頁，摘要後均須附三至五個關鍵詞，且中英文一致。

(四) 研究倫理審查及知後同意

- 所有人體或動物研究，皆須經由人體試驗倫理委員會 (Institutional Review Board, IRB) 或其他倫理委員會審查，並在文稿之研究方法章節說明。
- 若以人體為研究對象，也許在文稿之研究方法章節說明知後同意的實施事項，包含：所有受試者的同意，未成年或失能成人受試者的父母親或法定監護人的同意等。

(五) 個案身分

- 刊載個案描述、照片、家族史須經由所有受試者 (未成年或失能成人受試者則由其父母親或法定監護人執行) 的知後同意，認可准許後才可將文稿提交。刪減個案身分資料或減低個案資料的具體性、明確度是可被接受的。

(六) 資助與利益衝突

- 所有的研究資助必須在文稿中的「致謝」部份詳細說明；明確聲明所有的利益衝突。

(七) 單位

- 使用國際單位制 (System International units, SI)，血壓計量值以毫米汞柱 (mmHg) 記錄，使用公制單位來表達長度、面積、質量、體溫。溫度計量請以攝氏溫標 (Celsius scale) 記錄。

(八) 藥名

- 藥物請使用國際非財產專屬名稱 (Recommended International Non-proprietary Name, rINN)，除非這些藥物的特定名稱與研究討論有直接相關。

(九) 基因命名

- 人類基因命名請使用基因命名委員會認可的基因標記 (HUGO Gene Nomenclature Committee, <http://www.genenames.org/>)，或參閱 PubMed(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez/>) 及人類基因組突變協會 (Human Genome Variation Society, HGVS) 提供的基因命名相關網頁 (<http://www.hgvs.org/mutnomen/index.html>)。

(十) 附註

- 內文勿用附註，非不得已，所有附註應集中於文後，而非散於內文頁尾。

(十一) 圖表

- 每一表、圖必須單獨佔頁，表前圖後。表之左上方註明表之序碼與精簡標題。圖之序碼標於圖下正中，圖之說明與圖分開。若文稿中有彩色圖表，則須額外計費。

(十二) 參考文獻

- 含所有正文徵引之文獻，需依中文筆劃數與英文字母序排列。
- 請注意排序、半或全形、標點符號、大小寫、字體格式及空格。
- 期刊之文獻應依序包括：作者姓名，出版年份，文獻標題、期刊名稱，起訖頁碼。
- 專書一章比照期刊文獻，「期刊名稱」改用書名(含編者姓名)，並加列出版商。
- 全書文獻則依序為：作者姓名，出版年份，書名，出版地、出版商。他類文獻比照上述原則處理。
- 參考文獻中，如文獻作者超過7人以上，則第7人以後可被省略，列出最後一人。
- 參考文獻中，如有 DOI 請列出 DOI。
- 更詳細的中、英文文獻格式說明，請參照 APA Publication Manual(6th ed.,2010)。

範例如下：

1. 中文文獻書寫舉例：期刊論文

黃曬莉、張錦華(2005)。台灣民眾的身體意象及其預測因子：人際壓力、媒體信任作為中介變項。中華心理學刊，47，269-287。

2. 中文文獻書寫舉例：非期刊論文

陳舜文(2005)。華人的社會目標與成就動機：以台灣大學生為例(未出版之博士論文)。國立台灣大學，台北市。

3. 中文文獻書寫舉例：專書

黃光國(1995)。知識與行動：中華文化傳統的社會心理詮釋。台北：心理。

4. 英文文獻：

Jucksch, V., Salbach-Andrae, H., Lenz, K., Goth, K., Dopfner, M., Poustka, F., . . . Holtmann, M. (2011). Severe affective and behavioural dysregulation is associated with significant psychosocial adversity and impairment. *Journal of Child*

Psychology and Psychiatry, 52, 686–695. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02322.x

Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrom, L., Wallander, J., & Matthejat, F. (2010). Quality of Life as reported by children and parents: A comparison between students and child psychiatric outpatients. *Health and Quality of life Outcomes*, 8. doi: 10.1186/1477-7525-8-136

Kahalley, L. S., Conklin, H. M., Tyc, V. L., Wilson, S. J., Hinds, P. S., Wu, S., . . . Hudson, M. M. (2011). ADHD and secondary ADHD criteria fail to identify many at-risk survivors of pediatric ALL and brain tumor. *Pediatric Blood & Cancer*, 57, 110–118. doi: 10.1002/pbc.22998

四、審稿規定：

來稿皆經匿名評審，通過後始得刊登。評審得要求作者對文稿作必要修正。

五、投稿方式：

請備齊作者基本資料、投稿聲明書、著作權讓與同意書、書面稿件兩份及電子檔等，寄送「802 高雄市苓雅區和平一路 116 號 國立高雄師範大學 諮商輔導與復健諮商諮商輔導學報編輯委員會收」。如有其他疑問請電 07-7172930 轉 2101，或 E-mail：th02@nknuc.nknu.edu.tw。

相關表件請上本所網頁 <http://cprc.nknu.edu.tw/modules/fdms/index.php?dirsn=7#A>

六、截稿期程：

全年徵稿。

七、出版準備

錄用的文稿會依據諮商心理與復健諮商學報的印刷格式編輯，校樣正本寄回給通訊作者做最後確認。學刊內容言論皆由作者負責，包含所有經作者授權的編輯更動內容。所有作者必須聲明著述責任及版權轉讓，聲明書由發行人提供，學刊僅提供文稿 PDF 檔給錄用文稿的作者。



附件一

「諮商心理與復健諮商學報」投稿者基本資料

姓名	中文： 英文：
篇名	中文： 英文：
關鍵詞彙	中文： 英文：
任職單位 及職稱	
專業領域	
聯絡電話 及地址	(公司) TEL : (宅) TEL : 地址：
傳真及 電子郵件	FAX : E-mail :
使用軟體 名稱 及檔名	

附件二

「諮商心理與復健諮商學報」期刊投稿者聲明

本人(姓名)茲以下列_____為題之中文英文稿件乙件投稿於貴刊，本稿件內容未曾以任何文字形式發表或出版，特此聲明。如有聲明不實，而致貴刊違反著作權法或引起版權糾紛，本人願負一切法律責任。

此致

「諮商心理與復健諮商學報」期刊編輯委員會

投稿人簽名：

中華民國 年 月 日



附件三

著作權讓與同意書

因應網路時代，推廣期刊內容，提高期刊影響力，諮商心理與復健諮商學報與華藝數位藝術股份有限公司共同進行期刊數位化計畫，以提供全球讀者線上服務。茲將同意書列述如後，期盼您的大力支持，共同提升本期刊影響力。

所有列名作者皆同意在本篇著作（篇名：_____）投稿文章被刊登後，其著作財產權即讓與給：諮商心理與復健諮商學報，但作者仍保有著作人格權，並保有本著作未來自行集結出版、教學等個人非營利使用之權利。

第一作者姓名_____ 簽名_____ 年_____月_____日

第二作者姓名_____ 簽名_____ 年_____月_____日

第三作者姓名_____ 簽名_____ 年_____月_____日

第四作者姓名_____ 簽名_____ 年_____月_____日

第五作者姓名_____ 簽名_____ 年_____月_____日

第六作者姓名_____ 簽名_____ 年_____月_____日

諮商心理與復健諮商學報

電話：07-7172930 分機 2101

傳真：07-7114684

電子郵件址：th02@nknucc.nknu.edu.tw

地址：802 高雄市苓雅區和平一路 116 號

中華民國

年

月

日

「諮商心理與復健諮商學報」編輯委員會組織要點

- 96.11.16 96 學年度第 3 次所務會議修正通過
 - 97.11.21 97 學年度第 1 次學報編輯委員會決議修正通過
 - 98.01.16 97 學年度第 3 次所務會議修正通過
 - 98.06.01 97 學年度第 2 次學報編輯委員會決議修正通過
 - 98.06.01 97 學年度第 6 次所務會議修正通過
- (自 99 年度開始實施)

- 一、國立高雄師範大學「諮商心理與復健諮商學報」設有編輯委員會，由諮商心理與復健諮商研究所全體教師及校外學者專家共 11~17 人組成，其中校外編輯委員應佔 1/2 以上(含)。校外編輯委員由本所 編輯委員共同薦選之，任期三年。
- 二、本編輯委員會設置主編一人，任期三年，由本編輯委員會互選之，連選得連任一次。
- 三、本編輯委員會設置執行編輯一至兩人，由主編選任之。
- 四、本編輯委員會另設助理編輯一至二人，協助本學報編輯行政事宜。
- 五、本要點經學報編輯委員會議決後送國立高雄師範大學諮商心理與復健諮商研究所所務會議通過後施行，修訂時亦同。

「諮商心理與復健諮商學報」編輯委員會編審工作要點

96/11/16 96 學年度第 3 次所務會議通過
 97/11/21 97 學年度第 1 次學報編輯委員會決議修正通過
 99/06/04 98 學年度第 2 次學報編輯委員會決議修正通過

- 一、「諮商心理與復健諮商學報」之編輯委員會為處理編審相關事宜以及提升本學報之學術水準，建立學術評審制度，特訂定本要點。
- 二、本學報全年徵稿，每年六、十二月各出刊一期，每期刊出至少四篇。
- 三、本學報之審稿程序採匿名制。投稿本學報的稿件先經當期執行編輯初步審閱其作者身份、主題範疇、文字格式，確認其合乎本學報徵稿規定後，由執行編輯執行匿名作業並送交三位編輯委員初審並提出審稿委員推薦名單。由執行編輯就編輯委員推薦之審稿委員名單中邀請兩位與其主題相關專長的審稿委員，依匿名及迴避原則進行審查。
- 四、本學報審稿依其主題重要性、研究方法嚴謹性、對專業學術領域的貢獻、對實務工作的參考價值，及文辭體例的合宜性等五個項目進行審議評述。
- 五、本學報審稿之審查結果分為四類：（一）同意刊登；（二）修正後刊登；（三）修正後再審；（四）不予刊登。審查標準如下表。

審查標準表

處理方式		第 二 位 審 稿 委 員 意 見			
		同意刊登	修正後刊登	修正後再審	不予刊登
第 一 位 審 稿 委 員 意 見	同意刊登	同意刊登	修正後刊登	修正後再審	送第三位複審
	修正後刊登	修正後刊登	修正後刊登	修正後再審	送第三位複審
	修正後再審	修正後再審	修正後再審	不予刊登 或再審*	不予刊登 或再審*
	不予刊登	送第三位複審	送第三位複審	不予刊登 或再審*	不予刊登

* 由主編依論文品質及審查意見裁量決定。



六、投稿文件通過審查後，將函請作者依本刊格式修改：

1. 本所學報論文格式電子檔公告於高師大輔諮所網頁，請作者依此校對論文格式。
2. 每頁範圍：上 4.0CM、下 4.5CM、左 3.5CM、右 3.5CM。

七、本要點經編輯委員會議審議通過後施行，修正時亦同。

