



# 台灣心理諮商季刊

## *Taiwan Counseling Quarterly*

第四卷 第二期  
Vol. 4, No. 2

2012 年 6 月  
Jun. 2012

國際標準期刊碼  
ISSN: 2077-2440 (On-line)  
ISSN: 2079-469X (Print)

國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網 出版暨發行

*Dept. of Guidance and Counseling, National Changhua University of Education & Taiwan Counseling Net*

出版者：國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網

主編：王智弘（國立彰化師範大學 輔導與諮商學系）

**編輯委員：**（依姓氏筆劃序）

王南梅（中山醫學大學 語言治療與聽力學系）  
 王敏行（彰化師範大學 復健諮商研究所）  
 王華沛（台灣師範大學 復健諮商研究所）  
 王慶福（中山醫學大學 心理系）  
 白雅美（陽明大學 醫學系）  
 余漢儀（台灣大學 社會工作學系）  
 吳芝儀（嘉義大學 輔導與諮商學系）  
 李玉嬋（台北護理學院 生死教育與輔導研究所）  
 卓紋君（高雄師範大學 輔導與諮商研究所）  
 周文玫（Graduate Psychology and Counseling,  
 University of Mary Hardin-Baylor）  
 林妙容（暨南國際大學 輔導與諮商研究所）  
 林梅鳳（成功大學 護理學系）  
 林朝誠（台灣大學 醫學系）  
 林蔚芳（台北市立教育大學 心理與諮商學系）  
 施達明（澳門大學 教育學院）  
 洪莉竹（台北教育大學 心理與諮商學系）  
 洪福建（中原大學 心理學系）  
 胡中宜（台北大學 社會工作學系）  
 修慧蘭（政治大學 心理學系）  
 桑志芹（南京大學 心理健康教育與研究中心）  
 張 珺（台灣大學 衛生政策與管理研究所）  
 張高賓（嘉義大學 輔導與諮商學系）  
 張素鳳（台灣大學 心理學系）  
 張娟鳳（高雄醫學大學 心理學系）  
 許維素（台灣師範大學 教育心理與輔導學系）  
 許韶玲（交通大學 教育研究所）  
 陳 方（Department of Rehabilitation Psychology and Special  
 Education, University of Wisconsin-Madison）  
 陳尚綾（彰化師範大學 輔導與諮商學系）  
 陳易芬（台中教育大學 諮商與應用心理學系）  
 陳瓊玲（中山醫學大學 職能治療學系）  
 黃聖桂（東海大學 社會工作學系）  
 楊明磊（淡江大學 教育心理與諮商研究所）

趙淑珠（彰化師範大學 輔導與諮商學系）  
 劉明秋（台南大學 諮商與輔導學系）  
 劉淑慧（彰化師範大學 輔導與諮商學系）  
 蔡素妙（銘傳大學 諮商與工商心理學系）  
 鄧志平（彰化師範大學 輔導與諮商學系）  
 駱慧文（高雄醫學大學 醫學系）  
 謝文宜（實踐大學 社會工作學系）  
 謝毅興（彰化師範大學 輔導與諮商學系）  
 謝麗紅（彰化師範大學 輔導與諮商學系）

**審查委員：**（依姓氏筆劃序）

王秀絨（東海大學 社會工作學系）  
 吳秀碧（亞洲大學 心理系）  
 吳瓊洳（嘉義大學 輔導與諮商學系）  
 林旻沛（亞洲大學 心理系）  
 林朝誠（台灣大學 醫學系）  
 施玉麗（嘉義大學 輔導與諮商學系）  
 修慧蘭（政治大學 心理學系）  
 夏允中（高雄師範大學 輔導與諮商研究所）  
 徐西森（高雄師範大學 輔導與諮商研究所）  
 陳金燕（彰化師範大學 輔導與諮商學系）  
 黃政昌（中國文化大學 心理輔導學系）  
 鄧志平（彰化師範大學 輔導與諮商學系）  
 鄧蔭萍（實踐大學 家庭研究與兒童發展學系）  
 賴翠媛（彰化師範大學 特殊教育學系）

**英文編輯顧問：**

林為慧（彰化師範大學 英語學系）

**助理編輯：**林倩如 張勻銘

**編輯助理：**鍾宇星

**編輯說明：**

- 一、本季刊創刊於民國九十八年，採電子形式出刊。稿件刊登順序，依審查完成日期排列。
- 二、本季刊聯絡方式—地址：彰化市進德路1號國立彰化師範大學輔導與諮商學系轉「台灣心理諮商季刊」編輯委員會；電話：04-7232105#2208；電子信箱：tcntcq@gmail.com

**Publisher:** Dept. of Guidance and Counseling, National Changhua University  
of Education & Taiwan Counseling Net

**Chief Editor:** Wang, Chih-Hung (National Changhua University of Education)

**Board of Editors:**

Bai, Ya-Mei (National Yang-Ming University)  
Chang, Chueh (National Taiwan University)  
Chang, Chuan-Feng (Kaohsiung Medical University)  
Chang, Kao-Pin (National Chiayi University)  
Chang, Sue-Hwang (National Taiwan University)  
Chao, Shu-Chu (National Changhua University of Education)  
Chen, Chiung-Ling (Chung Shan Medical University)  
Chen, Fang (University of Wisconsin-Madison, U.S.A.)  
Chen, Shang-Lung (National Changhua University of Education)  
Chen, Yih-Fen (National Taichung University)  
Cho, Wen-Chun (National Kaohsiung Normal University)  
Chou, Wen-Mei (University of Mary Hardin-Baylor, U.S.A.)  
Deng, Chi-Ping (National Changhua University of Education)  
Hsiu, Hui-Lan (National Chengchi University)  
Hsu, Shao-Ling (National Chiao Tung University)  
Hsu, Wei-Su (National Taiwan Normal University)  
Hu, Chung-Yi (National Taipei University)  
Huang, Shen-Kuei (Tunghai University)  
Hung, Fu-Chien (Chung Yuan Christian University)  
Hung, Li-Chu (National Taipei University of Education)  
Lee, Yu-Chan (National Taipei College of Nursing)  
Lin, Chao-Cheng (National Taiwan University)  
Lin, Mei-Feng (National Cheng Kung University)  
Lin, Miao-Jung (National Chi Nan University)  
Lin, Wei-Fang (Taipei Municipal University of Education)  
Liou, Ming-Chiou (National University of Tainan)  
Liu, Shu-Hui (National Changhua University of Education)  
Lo, Huei-Wen (Kaohsiung Medical University)  
Sang, Zhi-Qin (Nanjing University, P. R. C.)  
Shieh, Lih-Horng (National Changhua University of Education)  
Shieh, Yi-Hsing (National Changhua University of Education)  
Shie, Wen-Yi (Shih Chien University)  
Sze, Tat-Ming (University of Macau, Macau)  
Tsai, Su-Miao (Ming Chuan University)

Wang, Ching-Fu (Chung Shan Medical University)  
Wang, Hwa-Pey (National Taiwan Normal University)  
Wang, Ming-Hung (National Changhua University of Education)  
Wang, Nan-Mai (Chung Shan Medical University)  
Wu, Chih-Yi (National Chiayi University)  
Yang, Ming-Lei (Tamkang University)  
Yu, Hon-Yei (National Taiwan University)

**Board of Reviewers:**

Chen, Chin-Yen (National Changhua University of Education)  
Deng, Chi-Ping (National Changhua University of Education)  
Hsiu, Hui-Lan (National Chengchi University)  
Huang, Cheng-Chang (Chinese Culture University)  
Lai, Tsuei-Yuan (National Changhua University of Education)  
Lin, Chao-Cheng (National Taiwan University)  
Lin, Min-Pei (Asia University)  
Shiah, Yung-Jong (National Kaohsiung Normal University)  
Shih, Yu-Li (National Chiayi University)  
Shyu, Shi-Sen (National Kaohsiung Normal University)  
Teng, Yin-Ping (Shih Chien University)  
Wang, Hsiu-Jung (Tunghai University)  
Wu, Chiung-Ju (National Chiayi University)  
Wu, Sophia (Asia University)

**Translation Consultant:**

Lin, Lydia (National Changhua University of Education)

**Assistant Editor:**

Lin, Chien-Ju      Chang, Yun-Ming

**Editor Assistant:** Chung, Yu-Hsing

- 
1. Taiwan Counseling Quarterly has been published since 2008. It's an online form. Each article is published in the order of date when the manuscript was reviewed and accepted.
  2. Contact us: Taiwan Counseling Quarterly Editorial Board, Department of Guidance & Counseling, National Chunghua University of Education. \*Address: No. 1, Jin-De Road, Changhua City, Taiwan. R.O.C. Tel: 04-7232105#2208 Website: tcq.heart.net.tw E-mail: tcntcq@gmail.com

## 4-2 目錄 (Content)

---

社交焦慮症的認知行爲治療：案例分析

張馥媛 1

**Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Case Study**

Fu-Yuan Chang 11

諮商師和通譯員在心理諮商中的合作

黃進南\* 郭世婷 12

**Counselor and Interpreter Collaboration in Counseling Service**

Jinn-Nan Hwang\* Shin-Ting Kuo 21

藝術治療運用在失落悲傷調適之探討

黃傳永 22

**Art Therapy In Loss and Grief Adaptation**

Chuan-Yung Huang 41

## 社交焦慮症的認知行為治療：案例分析

張馥媛

### 摘要

社交焦慮症是最普遍的焦慮性疾患之一，目前認知行為治療是廣被採用且最多實徵研究證實其有效性的治療方法。本文以文獻及案例合併呈現的方式，先描述社交焦慮症的主要特徵及類別，接著以 Clark 和 Wells (1995) 的認知模式說明社交焦慮症的認知及行為機轉，然後介紹經常運用於治療社交焦慮症的主要認知行為治療技術，包括：暴露療法、認知重建、放鬆技巧及社交技巧訓練等，以及這些技術如何運用於社交焦慮症的治療，最後再對可能影響認知行為療效的因素做簡短討論。

**關鍵詞：**社交焦慮症、認知行為治療

---

張馥媛

1. 國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士生
2. 迦南精神護理之家臨床心理師 (faith2008tw@yahoo.com.tw)

### <案例>

M 為一位 27 歲男性，大學畢業，無業，目前正在參加政府補助的電腦培訓課程，希望取得證照後從事網路工程方面的工作，一週前，M 首次至 XX 醫院身心科門診就診，他的主要困擾是與人聊天有障礙，因為他擔心別人會注意他，所以會臉紅、心跳加速且全身僵硬，此外，他也覺得因為緊張的關係，自己的眼神很不自然，他擔心自己這種焦慮不安的樣子被人查覺，所以會刻意避免某些人際情境，因此造成他在生活及人際功能上的減損。根據 M 的描述，他幼時個性活潑好動，在課堂上亦常主動發言，但國中時期，有一回於班會時被老師點名上台發表對某新聞事件的看法，M 上台後，感覺嚴重心悸並且手抖，自此之後，M 開始害怕許多社交情境，因為擔心自己會有緊張的反應，尤其擔心自己的緊張反應被他人察覺，故除了盡量克制自己的肢體之外，也會刻意避開沒有把握的人際情境。此次 M 就是在中午用餐高峰時間過後至快餐店用餐時，巧遇一群一起在電腦培訓班受訓的學員，M 當場經驗到強烈的焦慮反應包括頭暈、欲吐、全身僵硬、腦筋一片空白等，因而至醫院求診，經醫師診斷，M 是罹患了所謂的社交焦慮症 (social anxiety disorder, SAD)，評估後，轉介心理師進行心理治療。

### 壹、社交焦慮症的特徵

SAD 的特徵是明顯而持續的擔心或害怕一種或多種的社交情境，在此社交情境下當事人必須與不熟識的人相處或可能被他人細查，他會害怕自己可能因為行為失當或顯露出焦慮症狀（如：發抖、臉紅、心悸、流汗等）而招致羞辱或困窘，這可能導致 SAD 的人逃避社交及表現的情境，或懷著強烈的焦慮及痛苦忍耐著，而且其逃避行為、預期性焦慮及身處期間的強烈痛苦造成當事人明顯的苦惱並妨礙日常生活 (American Psychiatric Association, 2000)。以 M 的情況而言，他最大的擔心就是在社交情境中顯露其焦慮症狀並被人注意到，因此會有預期性焦慮，為減緩此焦慮，M 會盡可能避開會讓自己產生焦慮的社交情境，例如不與不熟的朋友交談、選擇教室最後一排角落的位置聽課、避開與人眼神接觸、上課時不發問、不與人共桌吃飯、到圖書館看書時不會到人多的閱報區閱報、避免搭乘公共交通運輸工具等，故已明顯影響其生活功能。雖然對大多數人而言，在社交情境感到擔心或害怕是非常普遍的事，而且大部分的人會認為自己比別人緊張，但對 SAD 患者而言，他們的焦慮已使他們感到嚴重苦惱並造成功能損害。

在分類上，SAD 可分為廣泛型 (generalized type) 及非廣泛型 (nongeneralized type)，主要是看所害怕的社交及表現情境的廣度而定：廣泛型是指在大多數的社交及表現情境都會陷入焦慮，如引發或維持會話、參與小團體互動、約會、對權威形象者說話、參與社交活動等；非廣泛型則限於幾個情境，如公開說話。以 M 的狀況來看，應屬廣泛型，也就是幾乎所有的與人際有關的情境都會讓他產生明顯焦慮，如與同學或朋友交談、購物結帳、在路上行走等，只要感覺到有人會注意甚至只是看到他，他都會有明顯的焦慮感受。此外，因為就醫過程本身就是

一個令當事人焦慮的人際情境，所以SAD就醫的比例很低，而且通常是在症狀出現後15至20年才尋求治療，或者是因為其他常與SAD共病的疾病如物質濫用、憂鬱症、其他焦慮性疾患而求助 (Stein & Stein, 2008)，根據調查，大約只有四分之一的SAD會因為情緒或焦慮問題尋求心理衛生專業方面的協助 (Wang et al., 2005)。M的狀況也大致如此，他自國中開始產生社交焦慮症狀，但當時並未就醫，而是到高三時因強迫症的重複檢查症狀才到精神科求治，後來強迫症症狀緩解便停止治療，直到此次社交焦慮嚴重發作，M才針對社交焦慮問題尋求醫療協助。

## 貳、社交焦慮症的認知模式

有些學者對 SAD 症狀的出現及持續提出了心理學的模式，這些模式不僅提供了解 SAD 的概念架構，也啟發了 SAD 的心理社會治療。在這些模式當中，Clark 和 Wells (1995) 所提出的認知模式最常被引用，在他們的論述中，說明了 SAD 的認知及行為機轉，強調失功能信念系統與逃避行為之間的關係。Clark 和 Wells 指出，通常患有 SAD 的人，會太在意在他人面前要有好的印象或討人喜歡，然而，他們卻又預期自己在社交情境的表現會不夠好，以致 SAD 患者會在他們害怕的情境中，使用不同的方式來保護自己，但不幸的是，他們所使用的方法通常不僅沒有幫助，而且還會增加焦慮，並使焦慮持續 (Wells, 1997)。他們使用的方法包括讓自己繃緊、過於注意自己的行為及生理反應、用觀察者的角色注意自己、過度使用安全行為等。當身處社交情境時，SAD 的人因為會憂慮自己在他人面前的表現，過度地將注意力放在自己身上，因而忽略來自他人有用且必要之社會線索；焦慮之生理性反應（心跳加速、臉紅等），又會使這種注意力往內聚焦的情形更為嚴重，結果導致 SAD 的人根據自己的感覺、他們所認為別人對他們的看法，建構出負面的自我形象。此外，當事人錯誤的預期自己會焦慮或表現不好，以及事後回想傾向為自己及當時情境負面解讀，更進一步地產生認知偏誤。

另外，Clark 和 Wells (1995) 強調，SAD 患者會使用所謂的「安全行為」以避免他們心中認為的災難發生 (Taylor & Alden, 2010)，例如交談時將手放在背後以免手抖被發現，或在事先不斷覆誦要說的話、要做的動作等，其目的是要藉由這些內隱或外顯的所謂安全行為，來獲得安全感或避免產生害怕的結果，但他們試圖用來減緩焦慮所採取的這些安全行為，實際上反而製造了更多的問題，因為那會限制社交互動，帶來更強烈的焦慮，而且沒有機會修正其錯誤信念。

從 M 的例子來看，根據他的描述，一開始時，他發現自己在人前會緊張到臉紅、手抖，而他認為他在人前不可以有這樣的反應，因為在人前會手抖、臉紅、身體僵硬是一件很羞愧的事情，因此他試圖將自己的手握得更緊，以免手抖的反應被他人發現，或低頭不要讓人發現他緊張扭曲的表情。他與人互動時會將過多注意力放在注意自己是否顯露出焦慮反應，例如臉紅、眼神不自然、聲音發抖、表情僵硬等，然過度聚焦於自己的焦慮反應，不僅無法舒緩焦慮，反而因為運用



安全行爲及逃避人際情境而使自己的焦慮反應更加嚴重，致妨礙了自己的人際表現。所以從歷程上來看，M 在面臨社交情境之前，就有所謂預期性的焦慮，他希望自己表現好，但又預期自己會表現不佳，認爲自己在面對他人時一定會緊張，且會有焦慮的生理反應，如臉紅、眼神不自在、表情僵硬等，於是在與人互動時，他又會用一種他人角度來評價自己，認爲別人一定會注意到他的焦慮反應，並認爲他有這些反應是不正常、懦弱、膽小的表現，除此之外，他自己也會認爲「會緊張」代表他是一個膽怯、無能的人。另外，他也會將別人給他的回應做負面解讀，例如 M 會將別人看他的眼神解讀爲對方對他有攻擊性，並給予他負面的評價；當社交互動結束後，他的事後回想亦趨向負面，例如：覺得先前自己的表現很糟、面部表情扭曲可怕，或認爲別人當時對他的回應，代表對方認爲自己是個怪異、有問題的人。由於 M 在互動過程中過度擔心自己可能有的焦慮反應，以致他沒有機會嘗試去了解別人真正的反應，以及別人到底如何看他，所以更沒有機會去證實其實自己的信念並不正確。

### 參、社交焦慮症的認知行爲治療

認知行爲治療 (cognitive-behavioral therapy, CBT) 是目前最廣被使用且最多實徵研究證實對 SAD 具有明顯療效的治療取向 (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Davidson et al., 2004; Hofmann, 2004; Rowa & Antony, 2005)，它是一種具有時間限制且爲目標導向的心理治療法，教導當事人認知及行爲技術協助他的功能能夠運作良好，CBT 需要治療者與當事人共同合作，形成治療同盟來面對當事人所關注的問題。CBT 在治療 SAD 上主要採取認知模式的概念架構，著重失功能信念與逃避行爲之間的關係，不同版本的 CBT 運用在治療 SAD 上內容雖有些許差異，但重點多相同，以 M 爲例，其治療計劃大致包含以下重點：1. 蒐集資料，形成個案概念化；2. 教導當事人了解社交焦慮的本質，以當事人的經驗爲例說明焦慮的主要生理、認知及行爲反應成分，以及以認知行爲的角度說明使焦慮持續甚至惡化的認知及行爲機轉；3. 矯正失功能想法，找出面對引發焦慮的社交情境時的內在自我對話，辨識出其不合理性，練習合理的自我對話；4. 進行暴露練習，將引發焦慮的情境排序，結合放鬆訓練進行想像或實境練習，一方面對引發焦慮的刺激習慣化，一方面在過程中練習合理的自我對話；5. 預防復發，包括觀念及技巧的回顧，探討未來可能遇到具壓力的人際情境，討論防止復發的因應技巧，復發時的因應策略等。其中主要使用的技巧包括暴露療法、認知重建、放鬆訓練及社交技巧訓練 (Heimberg, 2002)。這些技巧的介紹以及案例說明分述如下。

#### 一、暴露療法

暴露療法是一種行爲技術，主要是設計來幫助當事人面對他們害怕的情境，



並投入在此情境中（即不能轉移注意力），使造成焦慮或害怕的條件化歷程反應下降，產生所謂的習慣化，故暴露療法假設，讓當事人全然的去經驗它所害怕的情境，則他對此情境的情緒及行為反應會發生改變 (Foa & Kozak, 1986)。過去對於暴露療法作用機轉的解釋，偏重在其條件化、習慣化及消除等學習歷程，但近期對暴露療法的概念化則融入了認知的改變，也就是說暴露療法的作用其實蘊含了讓當事人去驗證自己的負面自動化思考是否為真的認知機轉。例如：不採取逃避或其他安全行為策略自己的表現是否會更糟？在實境練習中自己是否真的無法控制自己的焦慮？自己的表現他人是否會給予負面評價？如果自己表現與原先的想像不一樣時，是否更糟？是否可放寬自己的表現的可接受範圍？

在治療上，一開始當事人和治療者會一起討論並列出引發焦慮的情境的列表，接著為了讓焦慮維持在可承受的範圍，當事人先從焦慮最小的情境開始嘗試，然後逐步進入到較困難的情境，以幫助當事人漸漸獲得掌握感；暴露的方式可以是想像的（如治療者描述一場景請當事人想像）、或在治療時練習角色扮演（治療者扮演聚會中遇到的陌生人，請當事人嘗試與之談話）、或者在治療時間之外進行實境練習（待在一個人多的場合持續一段時間，直到焦慮下降）等。進行暴露療法時，要記得掌握的重要原則：當事人待在他所懼怕的情境之下的時間必須夠長或次數必須夠頻繁，直到他在此情境下的焦慮下降為止，如此才足以讓他產生習慣化或有新的學習。在治療 SAD 方面，不同版本的 CBT 中，暴露技術都是 CBT 重要的部份，為了達到最大成效，當事人必須全然投入在其中，並經驗到焦慮才能達到效果，但因為暴露過程對當事人來說並不舒服，所以有時當事人會利用一些方法轉移注意力，例如在當下的情境讓自己分神注意社交情境外的訊息，而未注意到實際正在發生的事，因此治療者在運用暴露療法時要給予當事人清楚的指示。

在治療中，M 的暴露療法採取的是會談間隔中的實境練習，作法是一開始的時候請他在會談結束後填寫家庭作業，記錄下所有令他感到焦慮的社交情境，然後在下一次會談時與治療師一起依照焦慮程度列表，列表完成後請 M 從焦慮最小的情境開始練習，他一開始的練習作業包括：(1)中午於餐廳用餐時，與他人同桌用餐；(2)下班後到住家鄰近圖書館閱報區閱報或用筆記型電腦上網看資料，直到焦慮下降到 SUDS 至 5 以下(0=非常放鬆，10=非常緊張；Subjective Units of Disturbance Scale, SUDS)，方可離去；(3)每天練習與不熟悉的人眼神接觸三次，然後每次練習都必須紀錄下自己的焦慮程度。過程中 M 表示坐在圖書館閱報區看書報剛開始有一些緊張、無法專注，但後來焦慮可減緩，但與人同桌用餐以及與不熟悉的人眼神接觸對他來說太困難，故需插入中間焦慮階層的情境，於是將與人同桌用餐改為在隔壁桌有人的位置用餐，每天與陌生人眼神接觸三次改為與認識的電腦培訓班學員眼神接觸兩次。練習之後，M 反應這些情境會激發焦慮，但可逐步掌握，過程中 M 也認知到自己的表現其實比預期好，雖然會焦慮，但不是完全無法控制。故順利完成後，M 繼續面對下一步的挑戰。

## 二、認知重建

大量的實徵研究證實，幫助當事人檢驗自己對害怕情境的想法及其背後的信念非常重要。事實上，當前的認知行為理論模式認為 SAD 是源自於對社交情境潛在危險的錯誤信念，對於社交情境結果的負向預期，以及對社交情境中事件訊息的偏差處理方式。因此在認知重建上，當事人必須被教導：(1)確認在引發焦慮情境之前、當下以及之後的負向思考；(2)透過蘇格拉底對話及所謂的行爲試驗來檢視這些訊息的正確性；(3)藉由所獲的訊息來產生替代性的合理想法 (Heimberg, 2002)。由以上描述看來，SAD 的認知重建實際上也運用了暴露過程，但此處的暴露意義在於行爲試驗，藉由行爲試驗蒐集訊息，讓當事人修正他們對於害怕情境風險評估的判斷。所以，在行爲試驗這個部分是要當事人從事一些活動來改變他們的信念，如深信在某些情境下會不知道如何表現、他人會給予嚴厲的批評、他們會被焦慮壓倒以致召來羞辱或感到困窘等。另外，行爲試驗有時會要當事人進入焦慮的情境但不能運用安全行爲，因為當事人會誤認為他們的安全行爲使他們能夠成功地因應焦慮，但事實上這些行爲使他們無法了解他們其實不會有事，而且實際上可以表現得不錯。

在 M 的認知部份，從會談資料看來，我們發現了 M 的一些自動化負面思考，例如：(1)與不熟的人交談時我一定會非常緊張，而且會有臉紅、表情僵硬、眼神不自然等反應（預期性焦慮）；(2)我如果感到焦慮，我焦慮的生理反應會非常明顯，別人一定會注意到，而且別人會覺得我不正常、無能、沒有用；(3)我有這些焦慮反應表示我是一個很懦弱、膽怯的人；(4)我必須克制我的生理反應，否則我的焦慮會使我崩潰、瘋狂、失控；(5)我之前的表現確實很不好，別人給我的回應意思是我很糟；(6)我不講話、不要跟人眼神對看，別人就不會發現我是一個焦慮緊張、有問題的人等。所以治療上，一方面以蘇格拉底對話澄清這些想法是否合理，例如：別人是不是一定會注意到我的焦慮反應，如何證明？每個人都會焦慮，怎麼說一個人有焦慮反應就代表他是一個懦弱無能的人？焦慮曾經使我瘋狂嗎？持續的焦慮會有習慣化的反應發生，如何會失控、瘋狂呢？別人曾經給予什麼樣的回饋，這些回饋的意思是指無能、沒有用嗎？另一方面，藉由暴露療法進行行爲試驗，釐清這些想法是否為真，例如：在作業上設計每天找一位不太熟的學員或朋友交談，看看對方是否給予負面回饋；放棄安全行爲（如：不與他人眼神接觸），注意他人的眼神看看對方的反應如何；練習上課時發問，看看自己是否真的表現很難堪、很糟。經練習後，M 漸漸了解自己的焦慮並非源自社交情境本身，而是因為自己非理性、負面的自動化思考，故可採行合理的思考、減低焦慮，並放棄之前逃避、握緊拳頭等安全行爲，藉由這些行爲試驗，M 進一步發現自己的表現高過原先的自我評價，因此改善了他的自我形象。

## 三、放鬆訓練

放鬆訓練，幫助當事人學習面對並控制因預期及面對害怕事件所引起的生理反應，一般最常採用的是 Wolpe (1958) 所發展出來的漸進式放鬆訓練，教導當事人針對身體不同的部份拉緊 5~10 秒鐘後再放鬆，然後體會這一鬆一緊之間的不同，通常剛開始的時候，當事人必須一個部位接著一個部位的去感覺然後放鬆，待熟練之後可以一下子放鬆多個部位而達到迅速放鬆，當事人還能夠學會快速掃描自己身體的肌肉檢視其鬆或緊的程度，學會控制自己的生理反應。另外，腹式呼吸也是經常採用的放鬆方法，它是利用深而慢的平穩呼吸，減少交感神經活動，達到放鬆的效果。要注意的是，單單教導放鬆訓練對於改善 SAD 並不會有太大的效果，除非他被運用在焦慮情境中。所以在治療上，通常會先教導當事人放鬆技巧，接著再教導他們如何將放鬆技巧運用在引發焦慮的情境當中，換言之，就是結合放鬆與暴露技術來幫助當事人因應引發焦慮的情境。

在 M 的治療上，治療者一開始嘗試教導其漸進式放鬆練習及腹式呼吸（詹佳真、林家興，2006），經一段時間的練習，M 較偏好腹式呼吸，認為對他來說效果較漸進式放鬆來得好，故在治療運用上以腹式呼吸為主，除了每天早晚各練習 10 分鐘之外，在暴露練習中，教導 M 在進入社交情境前（例如與人交談或上課舉手發問之前）先進行腹式呼吸降低焦慮，或進入焦慮情境後（例如出門走在路上或待在圖書館閱報區時）用腹式呼吸緩和生理反應，藉此將腹式呼吸與暴露練習結合幫助 M 因應引發焦慮之情境。

#### 四、社交技巧訓練

SAD 的社交技巧訓練的主要想法：有社交焦慮的患者會顯現行為上的不足，如眼神接觸少、談話技巧不佳，以致引發他人負向回饋，導致社交互動對當事人來說是種折磨並引發焦慮，這種情況可透過示範、行為覆誦、給予回饋、正增強以及家庭作業來教導或練習適當的社交技巧。不過，有另一種情況是，SAD 的患者本身可能已具有適當的社交技巧，但是因為焦慮及負向信念的影響以致行為受到抑制，無法表現出來 (Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004)。從這個角度來看，SAD 的社交技巧訓練其實包含了技巧訓練（如重複練習人際互動行為）、暴露練習（面對害怕的情境）以及認知校正（個人社會行為適切性的正確回饋）。

針對 M 的情況，根據其過去史，以及在會談室中與治療者互動的情形來看，M 的社交技巧問題並非出在技巧不足，而是過度的焦慮以及負向認知抑制了行為表現，因此在治療策略上較不著重在技巧的教導，而是將重點放在暴露練習，鼓勵 M 進行社交行為，並從中得到校正性回饋。設計的作業包括：每天找一位不甚熟悉的朋友聊天（至少說一句話）、與迎面而來的人進行眼神接觸、每天上課至少要發問或發言一次。經過練習後，M 覺得與人互動不再那麼緊張，也很高興自己做得到，對自己信心增加，也清楚他人並不會像自己所想像的都是給予負向回饋，反而正向回饋較多。經過數週練習，M 目前可以自在的在課堂上提出問題，並與同學、老師互動，出門購物結帳或至機構櫃檯洽辦事情時可與人眼

神接觸不再躲避，走在路上會嘗試注視迎面而來的人的眼神，雖然主動與人交談仍然覺得有壓力，但還是能夠進行，逃避行為減少許多。

#### 肆、影響社交焦慮症認知行為治療療效的因素

文獻指出，影響 SAD 之認知行為療效的因素包括：社交焦慮的嚴重程度、家庭作業的配合性、對治療成效的期待、SAD 類型為廣泛型或非廣泛型、是否合併畏避型人格疾患，以及是否有第一軸共病等 (Chambless, Tran, & Glass, 1997; Erwin, Heimberg, Juster, & Mindlin, 2002; Mennin, Heimberg, & Jack, 2000)；以上因素均有可能影響 SAD 的認知行為治療療效。以 M 的情況而言，從他的生活功能看來，M 可完成學業並繼續參加進修課程，其症狀不算極嚴重，家庭作業的執行一週七天平均大約有 4 至 5 天可切實完成，配合度尚可，治療動機部分，雖然 M 是經轉介被動來接受 CBT 治療，但合作度尚佳，其 SAD 雖屬廣泛型，但他的思考有彈性、不僵化、內省性佳，可將治療中學習的認知及行為技巧運用於不同的情境中，此外，M 沒有畏避型人格疾患，之前雖曾罹患強迫症，但已痊癒，故 M 目前可說無其他第一軸共病問題。從以上因素以及 M 目前對治療的反應情形及症狀改善來看，M 應該可以有不錯的預後。

經過 12 次的個別認知行為治療之後，M 的症狀明顯改善，可主動與電腦培訓班的學員打招呼交談，上課時可主動發問，至機關辦事也能主動詢問相關事項而不會感到過度焦慮，走在路上可自然與人眼神交會，不再刻意低頭迴避，搭乘公共交通運輸工具時，雖然還是在意別人會注意到他而感到些許焦慮，但不形成太大的干擾。目前對他來說，眾人面前或上台說話仍然會有很大的壓力，但一般的生活及人際功能已大為改善。於治療結束後第一個月及第二個月進行追蹤，M 的治療效果仍維持，故以認知行為技術治療 M 的社交焦慮疾患成效佳。

#### 伍、結語

SAD 是一個惱人的疾病，根據調查其盛行率大約有 3%至 13%，是最普遍的焦慮性疾患之一，但患者求助的比例並不高，因為就醫過程對他們來說就是一個讓他們感到焦慮的人際互動情境，因此，「如何有效地幫助他們」是一個值得關切的問題。從文獻看來，CBT 是目前最廣被用來治療 SAD 的治療技術，同時也受到最多實徵研究的支持，它主要包含暴露技術、認知重建、放鬆訓練及社交技巧訓練四個部份，但除了這些之外，目前也有其他不同的認知行為治療技術被運用在 SAD 病人身上，如注意力訓練 (attentional focus training)、辯證行為治療 (dialectical behavior therapy)、靜觀基礎認知治療 (mindfulness-based cognitive therapy, MBCT) 以及其他技術等 (Goldin & Gross, 2010; Linehan, 1993; Schultz & Heimberg, 2008)，這些都已逐漸受到專業工作者的重視，雖然有關這些技術的實徵研究尚待累積，不過可預見的是，未來治療 SAD 的技術將會越來越多元，也

越來越精緻，我們也期待幫助 SAD 當事人克服其困擾並防止復發的方法，能有更進一步的發展。

### 參考文獻

- 詹佳真、林家興（2006）。*放輕鬆*。台北：財團法人董氏基金會。
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text Revision)*. Washington, DC: Author.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(3), 221-240
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp.69-93). New York: Guilford Press.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., & Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry, 61*(10), 1005-1013.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and therapy, 40*(1), 19-35.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83-91.
- Heimberg, R. G. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Current status and future directions. *Biological Psychiatry, 51*(1), 101-108.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 392-399.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Jack, M. S. (2000). Comorbid generalized anxiety disorder in primary social phobia: Symptom severity, functional impairment,

- and treatment response. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 325-343.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883-908.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(6), 308-315.
- Schultz, L. T., Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1206-1221.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371, 1115-1125.
- Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2010). Safety behavior and judgmental biases in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 226-237.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

# **Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: A Case Study**

Fu-Yuan Chang

## **Abstract**

Social anxiety disorder is one of the most prevalent anxiety disorders, and its most widely used psychosocial treatment is cognitive behavioral therapy, which has been proven effective. Based on the cognitive model developed by Clark and Wells (1995), this paper is a a case study to describe the characteristics and subtypes of social anxiety disorder, and explain the cognitive and behavioural mechanisms of social anxiety disorder. In addition, the components of cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder are introduced, including exposure therapy, cognitive restructuring, relaxation procedures and social skill training. Predictors of treatment response to cognitive behavioral therapy for treating social anxiety disorder are also briefly discussed.

*Keywords: social anxiety disorder, cognitive behavioral therapy*

---

Fu-Yuan Chang 1. Dept. of Guidance and Counseling, National Changhua  
University of Education. (faith2008tw@yahoo.com.tw)  
2 Jia-nan Psychiatric Nursing Home.



## 諮商師和通譯員在心理諮商中的合作

黃進南\*      郭世婷

### 摘要

本文主要探討諮商師和通譯員在心理諮商中的合作議題，藉由文獻資料的整理，針對台灣諮商師使用通譯員提供外籍勞工和新移民心理諮商服務時，應有的認識和注意事項，並期待國內諮商輔導訓練機構和學術機構能夠關切此議題。本文內容包括：通譯員在心理諮商中的重要性、諮商師、當事人和通譯員的三角關係、通譯員的身份與訓練、諮商師和通譯員在心理諮商的合作等議題。

**關鍵詞：**諮商師、通譯員、合作

---

黃進南\*      和春技術學院通識教育中心副教授 (jinnan@center.fotech.edu.tw)  
郭世婷      屏東教育大學教育心理暨輔導學系研究生

## 壹、前言

過去傳統且大部份的個別諮商模式，皆為一對諮商師和個案在一個隱密、安全且溫暖的空間，雙方主要使用共通的語言來進行會談，而且國內大多數的諮商實務工作情境也都是如此，諮商輔導研究所的課程和教育訓練方式，亦以單一諮商師、單一當事人來進行學習，鮮少有通譯員（interpreters）出現在諮商過程中並與諮商師進行合作，對此方面的瞭解和訓練相對減少。研究者在臺灣多年的諮商實務工作，偶然有一次機會必須運用通譯員的協助翻譯進行諮商，在這個過程中有了一些寶貴經驗和反思，進而蒐集相關的文獻資料及閱讀，並期待透過此文章的拋磚引玉，引起實務界和學術界對於此議題的關切與重視。

## 貳、通譯員在心理諮商中的重要性

在歐美國家，通譯員大多出現在學校教育體制或難（移）民的情境，以協助雙方能夠順利進行溝通，以解決學生或難（移）民的需要和困難。根據美國教育部門 2006 年的統計，發現在學校教育體制中已近有 10% 非美國籍學生在進行英文學習（English language learners, ELLs; Paone & Malott, 2008）。但是，非常少的心理衛生工作者具有另一種語言技能來提供專業服務給進行 ELLs 的當事人，另外，參加 ELLs 的學生也很難順利使用心理衛生的專業服務，而且亦不信任心理衛生機構可以在語言溝通上提供協助。Kline、Acosta、Austin 和 Johnson (1980) 比較在心理諮商服務中有無通譯員的當事人，他們對諮商服務的感受，研究結果發現：有通譯員的當事人在問卷上的回答，表示諮商是有幫助的；沒有通譯員的當事人則表示在諮商過程中，較少得到愉悅的（pleased）感受和治療師的建議，對諮商服務的滿意度較低。Paone 和 Malott (2008) 同樣指出諮商師和當事人之間的語言落差，會對諮商過程和結果產生很多負面影響。這些負面影響包括個案的提前結束 (Sue, 1991)、影響診斷的正確性 (Bamford, 1991)、影響個案表達問題的類型和深度 (Santiago-Rivera, 1995; Seijo, Gomez, & Freidenberg, 1991)、個案回到並繼續接受諮商的意願 (Hillier, Loshak, Rahman, & Marks, 1994)。由上述可發現諮商情境中，諮商師缺少通譯員的協助、無法以當事人的第一語言提供服務時，對當事人諮商感受與成效有很大的差異，可見通譯員在多元文化諮商實務工作中的迫切性與重要性。

台灣最近二十多年，非中華民國國籍的外籍勞工和外籍配偶人口越來越多，根據行政院勞工委員會 101 年 7 月份的統計數字，在台從事產業及社福相關工作的外籍勞工人數高達 441,507 人（行政院勞工委員會，2012），另外目前在台逃逸行蹤不明的外勞人數高達 37,285 人（內政部入出國及移民署 [移民署]，2012），外籍勞工來台工作，雖然使勞動方面的供應更加充足與多元化，但也因為語言障礙、文化和風俗習慣的不同而產生適應上的問題，進而可能導致犯罪和逃逸的情形；外籍配偶（不含大陸）的人口數也高達 152,313 人（移民署，2012），

其中從 98 至 100 年遭遇婚姻暴力的外籍配偶人數高達 10,732 人（家庭暴力及性侵害防治委員會，2011）。楊明仁、施春華、鄭夙芬、何啓恭、陳順勝（1999）研究指出，外籍配偶來台乃是希望能藉由婚姻來改善家鄉的經濟狀況，夫妻雙方缺乏感情基礎，對於婚姻的期許與現實間的差距往往造成衝擊與影響。外籍勞工與外籍配偶遠離家鄉，失去原有的社會支持，置身於完全陌生的情境脈絡中，若遭遇困難缺少可傾吐的對象，則對於身心健康有很大的影響。在眾多影響新移民心理健康的因素中，語言隔閡與溝通困難常被視為主要的危險因子（Thompson, Hartel, Manderson, Woelz-Stirling, & Kelaher, 2002），在台灣他們可能會說一些台灣社會常用的語言，有一部份的人則不會台灣社會的語言就來台灣工作或嫁到台灣。當這些外籍勞工或新移民在台灣所碰到的困難愈來愈複雜，需要提供服務的種類也愈趨多元，他們所需要的協助，可能不只是法律協助、經濟補助、醫療提供、工作介紹等，在某些程度上亦需要專業心理諮商，此時，通譯員在心理諮商的情境，就扮演著特殊且關鍵的角色，在兩個不同語言個體之間，擔任重要的溝通橋樑（Fradd & Wilen, 1990）；然而，國內在這一方面的訓練和研究相當貧乏。

因此，研究者認為在台灣外籍勞工和外籍配偶人數逐年增加，心理健康問題和需求逐漸嚴重的情況下，通譯員在心理諮商服務的提供上，具有某種程度的重要性，也顯現諮商師和通譯員在心理諮商情境，將會有合作上的問題和挑戰。

### 參、諮商師、當事人和通譯員的三角關係

傳統一對一的諮商情境乃是「一位受過專業訓練的諮商師和一位因困擾而求助的當事人」，其諮商中的關係和互動已經充滿複雜性。如果再加上通譯員在場，包括諮商師和當事人、諮商師與通譯員，通譯員和當事人等三角關係將更是複雜，對於諮商的過程和效果都有其重要的影響（Farooq & Fear, 2003）。這種新的諮商情境和關係，跳脫傳統諮商師的訓練，值得大家所重視和關注。因此，研究者根據相關國外文獻（Goh, Dunnigan, & Schuchman, 2004; Miller, Martell, Pazdoret, Caruth, & Lopez, 2005; Paone & Malott, 2008; Raval, 1996; Rechtman, 1997; Tribe, 1998），將這種新的三角關係諮商情境及其對諮商的影響整理如下：

#### 一、對諮商的正面影響

- （一）透過通譯員的協助，在諮商過程中幫助當事人表達其複雜的情感和想法，可以減低當事人的孤獨感；甚至，通譯員可以幫助諮商師了解當事人的文化和文化所影響的行為，以減少文化上的代溝（Goh et al., 2004; Rechtman, 1997; Tribe, 1998）。
- （二）如果通譯員能夠適當且正確地扮演他在諮商情境中的角色，將會對諮商過程和效果產生很多正面的影響，例如：可以增進個案的歸屬感，以及對諮商師和諮商過程的信任（Miller et al., 2005）。

## 二、對諮商的負面影響

- (一) 通譯員在諮商過程逐漸增加投入，諮商師會覺得自己和治療過程有隔閡。起初個案與通譯員的關係會引發諮商師對通譯員的排斥和不確定之感受，甚至出現競爭的情形，尤其當通譯員和當事人形成強烈且支持性的關係時，諮商師發現這種關係會對諮商師產生階段性的排外感覺（periodic feelings of exclusion; Miller et al., 2005）。另外，Farooq 和 Fear (2003) 也指出當通譯員超出他們主要的口譯工作時，在諮商過程中會將諮商師降為旁觀者的角色，導致角色的模糊；這種情況常常發生在通譯員和當事人之前已建立關係，也會影響專業諮商關係建立和諮商成效。
- (二) 會影響諮商的進度而變慢。諮商師會收到通譯員要求，需要說得更直接和更簡單一些 (Raval, 1996)。
- (三) 如果諮商師在事前沒有與通譯員充分的溝通，會造成諮商師的擔心和害怕，並且認為通譯員會對諮商師的諮商能力「品頭論足」一番 (Paone & Malott, 2008)。
- (四) 若通譯員的個人議題，未妥善處理過且身處在具有相當情緒狀態的諮商情境，其過去創傷、分離、失落的故事，可能會在諮商過程中被挑起，影響通譯員當下的口譯工作，進而干擾諮商進展和成效 (Miller et al., 2005)。

因此，Whitsett (2008) 在心理衛生機構與通譯員的工作合作實務，提出：要清楚地界定口譯者和心理衛生服務提供者雙方的角色，並且有充分的溝通，以避免關係的混淆影響了諮商的效果。

## 肆、通譯員的身份與訓練

Lopez (2002) 指出通譯員的訓練是一項專業的訓練，需要即時翻譯雙方所說的話，即必須要同一時間聆聽說話者的內容、瞭解意思，並轉換另一種語言以傳遞給聽話者，這是一件困難的事。Farooq 和 Fear (2003) 也指出口譯是比一字一句翻譯還要複雜的過程，因為需同時解碼兩種語言，而每一種語言又有自己的地理、文化、歷史和傳統方言。即使受過專業訓練的通譯員有時也會翻譯錯誤，那麼，誰適合在諮商境中擔任通譯員呢？

### 一、通譯員的身份

目前通譯員來源大多是機構人員、社工或個案的家人、朋友、同鄉，這些人可能缺乏專業訓練、翻譯經驗有限、不瞭解諮商專業，而影響諮商進行和成效；他們協助諮商進行時，也可能會違反保密規定，尤其在家人擔任翻譯角色時，個

案可能會因為家庭忠誠度或家庭權力不同，而隱藏一些重要訊息，甚至放大錯誤 (Farooq & Fear, 2003; Paone & Malott, 2008)。Fusick (2008) 也認為諮商中使用通譯員時，家人和朋友不適宜擔任之，因為雙重關係會導致可能的衝突和保密問題。

因此，在諮商中使用通譯員時，宜避免是當事人的家人、朋友或社區居民，最好是當事人不認識、與機構有合作關係的人員來擔任，以避免雙重關係可能妨礙諮商的進行和效果。

## 二、通譯員的訓練

Miller 等人 (2005) 指出目前在臨床治療與諮商情境中，鮮少可提供口譯資源，基礎口譯訓練也相當缺乏，雖然通譯員接受翻譯雙方話語的訓練有必要性，但是接受完善口譯訓練者的比率並不高。另外，Miller 等人 (2005) 認為即使通譯員接受正式的訓練，但若其訓練模式偏向醫療或法律等工作的翻譯，將所學運用在諮商情境時會產生問題，特別是在諮商情境的口譯工作需要長期參與、在諮商過程中會出現很多起伏情緒，通譯員需要熟悉心理治療的背景知識與脈絡。因此，針對在諮商情境通譯員的招募與培訓，仍需注意許多心理治療的核心特質，如：高度同理心、良好的人際關係、高層次思考等，且需注意通譯員本身是否有相同的創傷，若通譯員本身有類似的議題未處理，也會影響治療與諮商的進行；反之，若通譯員對自己的議題有良好的處理，將對治療有所助益。

Lopez 和 Rooney (1997) 調查通譯員的工作內容和專業程度時發現，在紐約州 89 位通譯員中，總共使用 29 種語言，其中西班牙語 (32%) 為通譯員工作中使用最多的語言；另外，通譯員中有 94% 為兼職，只有 30% 受過正式的口譯訓練，他們為學校中的諮商師、社工師、心理學家、老師和行政人員工作。此外，通譯員也必須具備某些專業領域的背景知識，例如：在精神醫療情境中、在早療情境中、在失聰情境中，通譯員進行翻譯時就需要具備該領域的知識，以使能夠正確傳遞雙方的意思 (Fusick, 2008; Guthmann, 2000; Marcos, 1997; Paone & Malott, 2008; Whitsett, 2008)。Paone 和 Malott (2008) 更指出通譯員必須要對相關背景知識有所瞭解 (contextual knowledge)，包括相關組織文化和政策的知識，例如：在學校機構，通譯員需要瞭解學校對藥物濫用、未婚懷孕等政策。

另外，文化的敏銳度也是一項重要的訓練，Sue 和 Sue (2008) 即指出通譯員對當事人本身文化脈絡的瞭解，諸如文化影響的對話方式和語彙使用，應有一些敏銳度；例如 Langdon 和 Cheng (2002) 認為某些俚語（如：早起鳥兒有蟲吃）、情緒的隱藏成分 (emotional undertones，如：驚恐的表達 [the use of sarcasm])、幽默等，在不同文化間的表達和知覺具有差異。

綜合上述，通譯員與諮商師在諮商服務中所應具備的能力，除了個人本身的人格特質外，個人議題的覺察和適度處理也很重要，另外，針對諮商服務的特性、內容、方式、目的及相關的法令規章等知識亦需具備，才能在諮商情境中與諮商師有良好的合作搭配、提供有效的諮商服務。

## 伍、諮商師和通譯員在心理諮商的合作

各領域助人專業「合作」是一個必然的趨勢，但是這些領域大多是屬於非諮商情境中的合作，舉凡家庭暴力、性侵害、未婚青少年懷孕的防治工作，涵概了社政、司法、醫療、警政等不同專業領域在諮商情境外的合作。諮商師和通譯員在心理諮商服務情境的合作，在台灣鮮少碰到且很少討論。因此，研究者引用外國的文獻、個人與通譯員在諮商實務工作經驗的反思，提供國內諮商師和通譯員在心理諮商合作上的參考。

### 一、在進行諮商前：機構、諮商師與通譯員三方面的事前溝通

目前國內在助人網絡中，使用通譯員的場合大多在醫院、法院協助翻譯的工作，鮮少在諮商服務上與諮商師合作來提供服務給當事人，不僅是諮商師沒有類似的合作經驗，對於通譯員也是如此，因此，機構人員需要告知諮商師有需要搭配通譯員進行諮商的當事人，並應尋求適當的通譯員；Paone 和 Malott (2008) 特別談到媒合當事人和通譯員的性別、文化、年齡等相關條件的重要性，Whitsett (2008) 則提出機構要使用受過訓練的通譯員，而不只是具備雙語能力的工作人員或社區居民。機構人員更需要向通譯員說明心理諮商服務的特性（保密規定、每週一次的持續諮商，最好不要臨時更換通譯員、翻譯費用等）、諮商師和通譯員在諮商中各自所扮演的角色和功能、合作過程可能碰到的問題與解決方式等。

諮商師也應於事前與通譯員進行討論和溝通，包括在諮商中如何介紹自己和通譯員、位置的安排（如：諮商師和通譯員要坐在同一側，且通譯員要稍為在諮商師後面一些，最好不要在諮商師和當事人中間或是與當事人坐在同一側）、口譯的程序或是說話的規則（如：碰到話語太長、速度太快、話語艱澀難懂或模糊、無法翻譯時的處理方式）、提供當事人基本資料和問題脈絡等。通譯員也可以提供當事人所成長的文化脈絡、風俗民情、生活習慣、信仰價值等資訊，讓諮商師和當事人減少文化上的代溝 (Goh et al., 2004; Rechtman, 1997; Tribe, 1998)。

### 二、在晤談過程中

在進入晤談前，諮商師需要與通譯員討論本次諮商的方向和目標 (Farooq & Fear, 2003; Paone & Malott, 2008)，並再次確認彼此的角色和職責，以及口譯程序或互動規則，以利諮商的順利進行。

在開始晤談時，諮商師需要主動介紹自己和通譯員，並說明通譯員的角色 (Paone & Malott, 2008)，並對當事人和通譯員進行諮商的場面構成、詢問當事人的狀況及回答當事人對諮商服務的疑問。Farooq 和 Fear (2003)、Paone 和 Malott (2008) 都提醒諮商師說話要放慢速度且清楚，使用簡單、簡短且一般人能了解

的詞句，避免使用隱喻、俚語或專業術語等，以利通譯員能夠正確翻譯諮商師的訊息。另外，研究者的實務經驗則是要注意通譯員翻譯的情形，例如：諮商師可能只講一個詞句，通譯員卻說了一大串、通譯員的面部表情出現疑惑或通譯員的口語表達出現停頓和不順暢；這些反應都有可能是通譯員對諮商師所傳遞的訊息不清楚、無法翻譯或通譯員本身狀況，而影響翻譯進行的順暢度。

因此，學者們都建議諮商師和通譯員都需要多加練習，並培養合作的默契和合作的團隊 (Farooq & Fear, 2003; Paone & Malott, 2008; Whitsett, 2008)。

### 三、在晤談結束後

諮商師在結束當次晤談後，最好留一些時間討論當次晤談的狀況，尤其是有關通譯員對於當事人的情緒反應，因為大多通譯員和當事人是同鄉，例如越南、印尼、菲律賓等。通譯員在晤談過程中，聽到當事人離鄉背井在台灣生活的悲慘過程，是否會因為與當事人的關係或聯想到自己本身的經歷而產生一些強烈的情緒反應，影響了通譯員的日常生活或是下次的晤談；因此，Whitsett (2008) 建議若這種情形發生，機構和諮商師要妥善處理通譯員的情緒和個人議題，以利通譯員在諮商服務過程中能夠發揮其應有的角色和功能。

此外，諮商師應與通譯員討論：在晤談過程中，通譯員在其翻譯協助的過程中是否遭遇困難，包括詞句翻譯的困難度、需要做語言的修改或省略動作 (Baxte & Cheng, 1996)、不同文化的差異行為之詮釋（例如：中秋節在華人世界是一個團聚的日子，但是對其他人並不是；早起鳥兒有蟲吃、幽默行為的使用）(Langdon & Cheng, 2002)，以及在晤談過程會干擾通譯員發揮功能的事情，都可以利用時間來加以討論，有助於日後的繼續合作。

綜上所述，諮商情境中諮商師與通譯員之合作，在諮商進行前、中、後諮商師與通譯員皆須進行協調和溝通，協助通譯員了解自身在諮商過程中所扮演之角色與注意事項等，使其能更快投入於晤談中，發揮口譯之效能，且能在每次溝通中減少彼此之不確定感，增加合作之默契。

### 陸、結語

語言是多數進行心理諮商的主要工具，共通且常用的語言將有助於諮商師和當事人的有效溝通、增進諮商效果。然而，台灣在外籍勞工及外籍配偶政策的改變，促使台灣人口的組成越來越多元，這些進入臺灣社會的外勞或新移民，他們所面臨的問題將越來越多元和複雜，不僅需要法律、醫療方面的協助，可能更需要心理諮商的服務，以增進其生活的適應力和身心健康。因此，諮商師在提供心理諮商專業服務過程中，將會有更多的機會與需要，與通譯員進行合作，不僅諮商師需要打破習慣於一對一的傳統諮商習慣，更需要學習與通譯員合作，以提供有效的諮商服務。



## 參考文獻

- 內政部入出國及移民署 [移民署] (2012)。統計資料。取自  
<http://www.immigration.gov.tw/ct.asp?xItem=1136548&ctNode=29699&mp=1>
- 行政院勞工委員會 (2012)。外勞人數統計。取自  
[http://www.evta.gov.tw/content/list.asp?mfunc\\_id=14&func\\_id=57](http://www.evta.gov.tw/content/list.asp?mfunc_id=14&func_id=57)
- 家庭暴力及性侵害防治委員會 (2011)。98 至 100 年家庭暴力事件通報被害人籍別與案件類型統計。取自 <http://dspc.moi.gov.tw/ct.asp?xItem=2917&ctNode=776&mp=1>
- 楊明仁、施春華、鄭夙芬、何啓恭、陳順勝 (1999)。在台外籍勞工之適應困擾探討。中華心理衛生學刊，12 (1)，93-107。
- Bamford, K. W. (1991). Bilingual issues in mental health assessment and treatment. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 13*, 377-390.
- Baxter, H., & Cheng, L. Y. (1996). Use of interpreters in individual psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 30*, 153-156.
- Farooq, S., & Fear, C. (2003). Working through interpreters. *Advances in Psychiatric Treatment, 9*, 104-109.
- Fradd, S., & Wilen, D. (1990). Using interpreters and translators to meet the needs of handicapped language minority students and their families. *NCBE Program Information Guide Series, 4*. (ERIC Document Reproduction Service NO. ED 332540)
- Fusick, L. (2008). Serving client with hearing loss: Best practice in mental health counseling. *Journal of Counseling and Development, 86*(1), 102-110.
- Goh, M., Dunnigan, T., & Schuchman, K. M. (2004). Bias in counseling Hmong clients with limited English proficiency. In J. L. Chin (Ed.), *The psychology of prejudice and discrimination, vol. 2, Ethnicity and multiracial identity* (pp. 109-136). Westport, CT: Praeger.
- Guthmann, D. (2000). *Identifying and assessing substance problems with deaf deafened, and hard of hearing individuals*. Retrieved from ERIC database. (ED 452-650).
- Hillier, S., Loshak, R., Rahman, S., & Marks, F. (1994). An evaluation of child psychiatric services for Bangladeshi parents. *Journal of Mental Health, 3*, 327-337.
- Kline, F., Acosta, F. X., Austin, W., & Johnson, R. G. (1980). The misunderstood Spanish-speaking patient. *American Journal of Psychiatry, 137*, 1530-1533.
- Langdon, H. W., & Cheng, L. L. (2002). *Collaborating with interpreters and translators: A guide for communication disorders professional*. Eau Claire, WI:

Thinking Publications.

- Lopez, E. C. (2002). Best practices in working with school interpreters to deliver psychological services to children and families. In A Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology IV* (pp. 1419-1532). Washington, DC: National Association of School Psychologists.
- Lopez, E. C., & Rooney, M. E. (1997). A preliminary investigation of the roles and backgrounds of school interpreters: Implications for training and recruiting. *Journal of Social Distress and the Homeless, 6*, 161-174.
- Marcos, L. R. (1997). Effects of interpreters on the evaluation of psychopathology in non-English-speaking clients. *American Journal of Psychiatry, 136*, 171-174.
- Miller, K. F., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Garuth, M., & Lopez, D. (2005). The role of interpreters in psychotherapy with refugee: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(1), 27-39.
- Paone, T. R., & Malott, K. M. (2008). Using interpreters in mental health counseling: A literature review and recommendations. *Journal of Multicultural Counseling & Development, 36*, 130-142.
- Raval, H. (1996). A systemic perspective on working with interpreters. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1*, 29-43.
- Rechtman, R. (1997). Transcultural psychotherapy with Cambodian refugees in Paris. *Transcultural Psychiatry, 34*, 359-375.
- Santiago-Rivera, A. L. (1995). Developing a culturally sensitive treatment modality for bilingual Spanish-speaking clients: Incorporating language and culture in counseling. *Journal of Counseling & Development, 74*, 12-17.
- Seijo, R., Gomez, H., & Freidenberg, J. (1991). Language as a communication barrier in medical care for Hispanic patients. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 13*, 363-376.
- Sue, D. W., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse (5<sup>th</sup> ed.)*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Sue, S. (1991). Ethnicity and culture in psychological research and practice. In J. Goodchilds (Ed.), *Psychological perspectives on human diversity in American* (pp. 51-85). Washington, DC: American Psychological Association.
- Thompson, S., Hartel, G., Manderson, L., Woelz-Stirling, N. & Kelaher, M. (2002). The mental health status of Filipinas in Queensland. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 674-680.
- Tribe, R. (1998). A review of a support and clinical supervision group for interpreters working with refugees in Britain. *Group Work Journal, 10*, 196-214.
- Whitsett, M. (2008). *Tips for mental health interpretation*. Washington, DC: Center for Health and Health Care in Schools.

# **Counselor and Interpreter Collaboration in Counseling Service**

Jinn-Nan Hwang\*      Shin-Ting Kuo

## **Abstract**

This study investigated issues of collaboration between counselors and interpreters in counseling services. Using literature review, this study underscored the importance of using interpreters and translators when providing counseling services to foreign workers and new immigrants in Taiwan, and recommended that counseling training organizations and academic institutions put more emphasis on this issue.

This paper includes discussions on the following issues:

1. the importance of interpreters in cross-language counseling;
2. the triangular relationship involving the client, counselor, and interpreters;
3. the identity and necessary training of interpreters,
4. suggestions for counselors and interpreters in counseling cooperation.

*Keywords: counselor, interpreter, collaboration*

---

Jinn-Nan Hwang\*    General Education Center, Fortune Institute of Technology  
(jinnan@center.fotech.edu.tw)

Shin-Ting Kuo      Dept. of Edu. Psy. & Counseling, National Pingtung University  
of Education

## 藝術治療運用在失落悲傷調適之探討

黃傳永

### 摘要

失落是存在人類生活中必然發生的自然現象，悲傷是個人在遭遇失落事件之後內在的情緒反應，包括生理、行為、情緒、心理、社會與靈性等向度。

依據許多研究指出：若失落事件沒有被覺察、被承認或被支持進行悲傷與哀悼歷程，則此失落事件，所引發的困境會對個體造成危機，若無法超越危機，則容易導致生理或心理的失衡、損害其身心健康。因之，適當地針對當事人進行悲傷輔導的重要性不言而喻。相較於傳統一般運用口語取向治療，藝術治療提供了另一種選擇方式：一種非語言的溝通方式、安全不具威脅性的表達空間，來協助個案情感宣洩與淨化得以自我表現、自我溝通和自我成長的機會。藝術治療其強調非語言力量的療效成為處理失落、悲傷一種較為安全且不具威脅性的介入方式。本文乃針對藝術治療中「表達性治療連續系統」、「媒材量度變數」以及創造力之歷程，探討其在悲傷輔導時之療效，以提供助人工作者實務運用之參考。

**關鍵詞：**失落、悲傷、藝術治療

---

黃傳永                      台北市立教育大學教育學系心輔組博士候選人  
(bigriver1970@gmail.com)

## 壹、緒論

失落，似乎是人們生命經驗中，無法避免的事情。從呱呱墜地後，隨著生命不斷地成長，個人從家庭跨入學校、畢業、走入婚姻、兒女離家等，在我們成長的過程中，失落總會以不同的方式來與我們相遇，彷彿在提醒與考驗著我們的脆弱與韌性。其中，隨著失落而來的悲傷反應，在在影響著我們接下來如何去面對未來的人生：有人在失落悲傷的歷程中，重新建構了自我生命的意義，而找尋到生命的新方向；有人因為失落悲傷，停佇在陰暗的情緒之中而不可自拔。因此，失落悲傷調適的重要性不言而喻。唯有讓我們在經歷了失落悲傷後，仍能找到身心靈安頓之道，才能走出健康的康復之路。由此看來，失落悲傷的調適亦可以說是人類試圖學習由失落、喪慟和悲傷中生活下來，而努力適應失去自己生命中重要人事物的歷程（李佩怡，2000）。

一般而言，影響悲傷反應的要素，大致上可分為三個向度七個變項：向度一是死亡因素，包含兩個變項，即死亡原因是否可預期、死亡事件距今時間；向度二是個人因素，包括兩個變項，即個案的性別、與逝者關係的親密程度；向度三則是環境因素，包括三個變項，即個案支持系統的數量與強度、個案家中討論死亡的程度、受試者知覺到悲傷被接受的程度（聶慧文，2005）。此三向度與七變項，可以提供諮商輔導人員適切地走入失落悲傷個案的內在脈絡，進一步提供最符合其當下狀況的協助。

失落悲傷的感受，通常難以用口語清楚地表達，其表達後的情緒亦容易導致悲傷個案淹沒在悲傷之流當中而難以承受，尤其在華人社會的文化中，談論此一議題往往被視為禁忌，因此阻礙了失落悲傷情緒適當地宣洩與表達。一旦失落事件沒有被覺察、被承認或被支持進行悲傷與哀悼歷程，則此失落事件，所引發的困境可能會對個體造成危機，若無法超越危機，更容易導致生理或心理的失衡，損害其身心健康（周梅琴，1997）。

那麼，有否輔助傳統口語悲傷輔導模式的替代方式？選擇另一種較不具威脅性、直接談論失落悲傷的介入方式？賴念華（1999，2009）指出藝術治療是經由提供一種較安全、不具威脅的形式，來協助失落喪親者揭露平日忌諱談論的「死亡、悲傷、失落」議題。范瓊芳（2001）亦提出對於難以運用語言來表達的創傷、失落悲傷經驗者，藝術治療是一種安全且有效的介入方式。Spring (2002) 則從在藝術治療中的創作力角度出發，認為個體因創造力的運用，心理創傷會反映在藝術作品中，這些經驗包括分裂的現象以及情緒上的困擾。透過藝術創作，創傷的分裂性直接被提取，呈現在創作中。透過藝術的表達，可提供個案將感覺表達出來或是給予某種形式，透過象徵性的活動，可以轉化喪親者的情緒。Irwin 更直指出，運用藝術治療進行失落悲傷輔導具有四項優點：1.有助於催化感覺；2.可指出當事人沒有覺察的衝突；3.強化對失落的覺知；4.確認當事人處於哪一個悲傷階段（引自 Worden, 2001/2004）。

藝術治療（art therapy）融合了心理治療與藝術創造的模式，其理念乃是基

於藝術創作的創造性歷程具有療癒性、能強化生命力，是思想與情感的非語言溝通形式 (Malchiodi, 2003/2008)。此外，藝術治療提供了一種隱喻與象徵的安全空間距離，巧妙地將悲傷外化，減低了失落悲傷個案的防衛，進而在此安全的空間之中，個案可以依其個人步調與準備，去表達、抒發、宣洩、轉化，以昇華其負面之情緒與感受。

因之，研究者認為對於失落悲傷的哀悼調適，藝術治療成為悲傷輔導的另一種選擇，即在藝術治療中，失落悲傷個案透過藝術治療的歷程，得以整理、具體化其內在紛亂意象，且在創作歷程中釋放不安的情緒、將舊有情感及情緒經驗加以澄清，同時，允許個案在失落悲傷的歷程中往返、依據其狀態而妥適處理其當下的哀悼任務。

以下將說明失落悲傷的調適、影響悲傷的相關因素、藝術治療在諮商輔導實務上的特性，最後再闡釋藝術治療如何運用在失落悲傷的調適。

## 貳、失落悲傷調適及其他相關論述

國內外研究失落悲傷調適的學者相當多，不同學者所著眼的角度或有不同，但大致上可以歸納為四類，以下將此四大類加以說明：

### 一、階段論

Kubler-Ross (1969) 提出面對死亡的五個階段，也被用來描述失落悲傷調適的階段，分別為：1.否認 (denial & isolation)，個體面對失落悲傷事件時產生否認和隔絕、拒絕接受死亡的事實；2.憤怒 (anger)，為命運獨獨挑上「我」的事實而痛苦不堪；3.討價還價 (bargaining)，嘗試將死亡延後或是藉由自我欺騙以改變死亡的時間、尋找為失落負責任之人；4.沮喪 (depression)，對不可避免的死亡感到絕望、斷念；5.接受 (acceptance)，最後是接受事實，能以平和的心境面對。五階段論提供我們去理解悲傷當事人的調適歷程，但許多學者提出：助人工作者需留意此五個階段並非一成不變的線性歷程，而且每個人實際經歷的階段內容或順序可能具個別差異 (Worden, 2001/2004)。

Parkes (1970) 則將哀悼分為四個時期：首先是失落後即發生的麻木時期，個體拒絕相信失落的事實，但時而伴隨著苦悶與憤怒；第二期為渴念期，希望失去的親人能夠回來、想回到不曾發生失落的時刻，但當一切努力都是枉然，會伴隨著憤怒、抗議、痛苦、害怕與焦慮；第三為解組和絕望時期，個體持續活在妄想逝者回來中，逐漸地轉為絕望，使失落悲傷者很難正常發揮生活功能；第四為重組時期，開始有相當程度的重新組織自我，逐漸接受事實、展開新的生活 (王純娟, 2002; Worden, 2001/2004)。

此外，Kavanaugh 於 1972 年提出悲傷調適的七個階段：震驚及否認、解組、不安定的揮發反應、罪惡感、失落與寂寞感、解脫感、重新建立 (引自李佩怡，

2000)。以上不同的階段論，所著眼之重點或有些許差異，但均可以提供助人工作者對失落悲傷當事人內在歷程的理解與參考。

## 二、任務論

Worden (2001/2004) 提到四項哀傷任務：1.接受失落的事實；2.經驗悲傷的痛苦；3.重新適應一個逝者不存在的新環境；4.將對逝者的情感重新投注在未來的生活上。失落悲傷者需完成這些任務，以走出悲傷、完成哀悼的過程，不完全的悲傷調適可能會損害更進一步的成長和發展（李佩怡，2000；Worden，2001/2004）。

Neimeyer 參考 Worden 等學者對悲傷調適的見解，將悲傷調適的任務擴充成五個，這五項任務包括：1.承認失落的事實；2.讓自己願意面對痛苦；3.修訂自己的假設認知架構；4.與失去的人重建關係；5.重新定位自己。在其理論中亦強調以上任務並非是線性概念，沒有一定的達成順序，也不能用結束或完成來評估，較適宜的概念乃是將它視為一種挑戰 (Neimeyer，1998/2007)。

## 三、雙軌擺盪模式

Stroebe 和 Schut (1999) 提出雙軌擺盪模式 (dual process model)，認為悲傷者在接受失落與逃避失落之間來回擺盪，他們強調良好的悲傷調適是讓自己在情感與認知層面有更好的擺盪空間，固著於任一邊都容易形成悲傷調適的困難（張藝馨，2007；Corr, Nabe & Corr, 2003/2004）。

雙軌擺盪模式強調的是悲傷者在所採取的兩套互補的因應歷程中的擺盪：1.以情感為主的失落導向：會出現較強烈的悲傷及傷痛，所涉及的是喪慟者生活裡的悲傷入侵、悲傷工作、打破連結、克服對於改變的抗拒；2.以認知為主的復原導向：致力於生活問題的改變解決、嘗試新事物、發展新社會角色、新身份及人際關係，避免讓自己因悲傷而困擾，且復原所要恢復的並非過去的生活模式，而是能繼續在目前及未來讓自己生活過得好的能力。

## 四、意義建構論

如同 Frankl (1995/2002) 所說：「如果人生真的有其意義，那麼受苦也必定有其意義。受苦就像命運和死亡一樣，是人生無法消除的一部分，沒有苦難和死亡，人生就不完整。」

Neimeyer (1998/2007) 認為對失落事件的「意義追尋」是悲傷調適歷程中最主要的過程，其強調悲傷調適的中心過程，就是試圖重新確認或重建被失落所挑戰的世界之意義，並強調努力找到對死亡的解釋，以及重新組合自我與世界的重要性。因此，建立意義不僅是單純在認知或智力上重新建構喪慟經驗，而是在個



體所遭遇的失落、必須繼續面對的生活，努力找到可接受的意義(伍育英, 2009)。

Neimeyer (1998/2007) 將試圖重建個人意義架構的工作視為悲傷歷程中的中心任務，並提出一些意義建構在悲傷調適的相關論述：1.死亡事件證實我們以生活經驗為基礎所架設的認知架構是否有效，或也可能是一種不在我們架構中的全新經驗；2.悲傷是一種個人歷程，感受到我是誰的既熟悉又錯綜複雜的獨特經驗；3.悲傷是我們可以自己作主，而非受制於人的事情；4.悲傷是一種確認或重建個人意義架構的行為，因為這個架構受到了失落的挑戰；5.原來平穩的架構受到挑戰所產生的情緒波濤具有功能，應將之解讀為努力維護此意義架構所釋放的訊號；6.在失落的困境中，我們一再建構對自己的認同以與他人協調。

## 五、影響悲傷的相關因素

悲傷是一種伴隨著失落所產生的情緒、生理、認知和知覺反應的複雜交互過程，其所反應之內涵與強度並沒有單一的標準，需從多項因素加以考量。影響悲傷的相關因素大致可分為：個人因素、環境因素、逝者死亡的形式與情境，以及被剝奪的悲傷。以下就此四部分加以陳述：

### (一) 個人因素

- 1.與逝者的關係：Parkes (1998) 指出，與逝者不同的關係，會引發不同的悲傷。配偶、子女、父母、手足等，彼此間之親密度、對彼此角色的期待、他人對此角色的期待，都是影響悲傷反應的要素。Worden (2001/2004) 亦提出失去配偶與失去父母、失去遠親與失去子女，會有不同的悲傷反應。易言之，關係的本質是影響悲傷反應的要素 (De Spelder & Strickland, 2005)。
- 2.與逝者的依附關係：Bowlby (1980) 以依附理論來說明個體在面對失落事件發生後的悲傷反應：依附對象消失或使關係受到破壞，失落的威脅就會產生，個體也將會引發焦慮及反抗的情緒；這些悲傷過程中的行為反應，其實是為要和失去的對象重新建立新的關係。至於反應在悲傷層面，影響要素則包括：彼此依附關係的強度和安全度、愛恨衝突的關係、與逝世者的衝突和依賴關係等 (Worden, 2001/2004)。
- 3.過去的失落經驗：當事人過去如何因應失落而來的悲傷、是否存在著未解決的悲傷經驗，均會影響當事人對此時此刻悲傷的反應。曾有未竟悲傷事務的當事人，在面臨新的失落事件時，很容易受其因應過往悲傷的經驗所影響 (Worden, 2001/2004)。
- 4.個人特質：包含性別、年齡、人格等因素，以及個人面對壓力及處理壓力事件的能力、處理焦慮的能力、壓抑情緒的程度等 (Worden, 2001/2004)。

### (二) 社會與文化因素

Romanoff & Terenzio (1998) 提出環境、支持系統、喪親者的社會角色等，

均是影響悲傷反應的重要因素。學者 Lazare (1979) 指出三個阻礙悲傷的社會情境因素：1.不可談論的失落，如自殺；2.社會否認的失落，如墮胎；3.缺乏社會支持網絡，如自殺、外遇第三者、同性戀者；此三項阻礙悲傷的社會情境因素又與不同文化情境有關。許多文化對於談論死亡具有某些禁忌，而情緒的表露亦有諸多的限制，因此阻礙失落悲傷當事人，使其不能完全地經驗悲傷 (Klapper, Moss, Moss, & Rubinstein, 1994)。

此外，擁有較多社會資源及支持系統者，其身心狀況較佳，也較有適應及改變的能力 (Cohen & Wills, 1985; Tracy & Biegel, 1994)。社會支持的程度亦影響悲傷期的長短，但過長的悲傷則可能會減少社會支持 (Worden, 2001/2004)。

### (三) 逝者死亡的形式與情境

逝者死亡的原因或型態，影響個人悲傷的反應與歷程。一般而言，預期性死亡通常較非預期性死亡，有助於喪親者產生較佳的調適歷程 (Hayslip, O'Brien, & Guarnaccia, 1999)。預期性的死亡，往往可以提供喪親者事前經驗悲傷與完成未竟事務的機會 (Romanoff & Terenzio, 1998)，使喪親者能以較為平靜的態度接受死亡事件；相對地，未預期的死亡形式，通常沒有任何預警與徵兆可提供喪親者預先做好心理準備，其後所引動的環境變動與壓力，往往超乎喪親者預期，所引發之失落悲傷情緒也最強烈 (張淑芬, 1996; Klapper et al., 1994; Reed, 1998)。

非預期性死亡的形式，較為常見的大致有三項，分別為：自殺、他殺、天災意外 (Thompson & Range, 1992)。在自殺或他殺之非預期性死亡，喪親者容易出現憤怒、自責、罪疚的情緒，其中，前者更加入了社會污名的烙印、社會環境的孤立此兩項因素，使得親人自殺的喪親者，更難去面對哀傷情緒 (Murphy, Das Gupta, Cain, & Johnson, 1999)，至於親人遭他殺的喪親者則容易對所處的世界產生不信任感，並感受到較多隸屬感的失落；在天災意外喪親的當事人，出現較多的自我譴責感，也容易質疑自己的生存價值 (De Spelder & Strickland, 2005; Murphy et al, 1999; Parkes, 1998)。

### (四) 被剝奪的悲傷

Doka (1989) 提出「悲傷剝奪 (disenfranchised grief)」，此概念說明當個體經歷失落的悲傷無法被認知、無法公開哀悼或是無法得到社會的支持之悲傷情境；經由社會規範的脈絡，歸納五種悲傷剝奪的類型如下：關係不被認可、失落事件不被認可、悲傷者被排除、死亡形式不被認可、個體表達悲傷的方式不被支持。

學者 Corr 等人 (2003/2004) 亦針對此議題提出：悲傷剝奪的結果對悲傷者而言，將衍生後續的問題，包括強化的情緒反應 (如憤怒、罪惡感或無力感)、矛盾的情感 (如墮胎案例、分手後的愛人)、同時發生的危機 (如陷入法律和經驗問題)、去除促進哀傷的因素 (如無法參加喪禮)，或是降低獲得社會支持的可能 (如無法談論失落)。

## 六、小結

由上述不同學者針對失落悲傷調適所提出之理論詮釋，可以得知悲傷是伴隨失落所產生的情緒、生理、認知以及知覺反應的複雜交互過程。悲傷反應的內涵及強度並沒有單一的絕對標準，其影響因素包含了失落悲傷當事人之個人因素、與逝者的關係、逝者死亡的形式，以及社會文化環境等因素所構築而成。

不同的失落悲傷調適理論，對於失落悲傷調適的內涵有更多的詮釋：階段論，以直線的線性模式，理解悲傷當事人在經歷失落悲傷事件時，依著時間的進程所呈現的主要心理感受；任務論，類似以區塊模式從悲傷當事人的主動歷程著眼，強調悲傷當事人必須完成一系列四大區塊的任務，以達成與悲傷共處、藉以修通悲傷；雙軌擺盪模式，以來回曲線模式來說明哀悼過程的整合模式，其過程不斷地擺盪在失落取向與重建取向之間；意義建構論，從後現代的角度出發，其類似以一種核心模式來看待失落悲傷的調適歷程，其核心主軸乃是尋找該事件對當事人的獨特意義。易言之，人們對於失落悲傷事件，可以主動地賦予意義，悲傷當事人有能力從事件中重新評估、重新解釋，以及重新建構自己的生命故事，而且此種調適經驗，對於任何人都是相當主觀與獨特。

## 參、藝術治療在諮商輔導實務的特性

藝術治療為表現性藝術活動、心理治療兩者相結合的臨床心理治療法，透過藝術媒介、心像、藝術創作過程及當事人之感受，作為呈現個人潛在情緒衝突、人格發展、心智能力及興趣等投射的一項專業治療取向。不過，從過往的研究中，可以發現藝術治療有以下兩個相互抗衡的論點：

其一是以 Kramer 為代表人物之「藝術即治療取向 (art as therapy)」，又稱畫室取向 (studio approach; Wadson, 2002)」，亦有人稱之為開放畫室 (open studio)。此派別強調藝術創作本身即具有治療的能量，它是一種自我發現，也是自我與外在世界溝通的管道，故藝術創作過程就是治療過程。Kramer (1993/2004) 強調透過藝術創作歷程本身所具有的治療能量，能緩和成員之情感衝突、提高其洞察力，達到情緒淨化的效果。McNiff (1998/2006) 亦提出藝術創作的過程具重要性，允許成員由創作本身體驗蛻變的功效，亦即藝術創作本身自然附帶的療效。

其二是以 Naumburg 為代表人的「藝術心理治療取向 (art in psychotherapy)」，又可稱臨床取向 (clinical approach)」。此學派視藝術創作為一種治療工具，一種具象徵性、非語言性的媒介，強調治療師可以透過藝術創作的形式，引導個案藉著創作作品將潛意識內容加以具體化，並透過自由聯想及解析，協助個案發現其隱而未現的內在世界並加以疏通、昇華，進而達到治療的療效。對此學派的藝術治療師而言，藝術創作之作品即是個案和治療師之間的溝通橋樑，且其創作之作品更是一種輔助性的診斷與評估工具。

若從助人工作者之目標而言，上述之兩種取向其實殊途同歸：「在專業的治療關係中，透過藝術創作歷程與反思作品，個案可以增加自我覺察及對症狀、壓力或創傷經驗的因應方式，也可增加認知能力，並在藝術創作中享受樂趣。」(American Art Therapy Association, 2012)。若以線性觀點看待此兩種治療取向，雖然所著重處不甚相同，但在左右兩端的中間，存在著許多折衷後的可能性。在實務工作上，藝術治療師傾向於依照個案之背景、興趣、過往藝術創作之經驗，以及當下個案之需求，選擇適當的藝術介入取向；最終目的不外乎是打破這種二分法的衝突局面，透過非語言的力量協助個案獲取最大之助益（吳明富，2010）。

相較於傳統運用口語取向的治療，藝術治療提供了另一種選擇：一種非語言的溝通方式、安全不具威脅性的表達空間，以協助個案自我表現、自我溝通和自我成長的機會。因此，藝術治療逐漸在治療領域中受到重視。若運用於在諮商輔導的歷程，藝術治療約略具有下列幾項特質（陸雅青，2000；黃傳永、彭婉芳，2010；賴念華，2009；Malchiodi, 1998, 2003/2008; Liebmann, 1990; Lusebrink, 1990; Wadson, 1980）。

### （一）非語言的溝通

藝術治療運用心像進行思考，它是藝術、創作與心理治療的結合。在藝術治療之中，治療師鼓勵當事人透過表達性媒材等藝術形式，呈現超乎語言或文字所能表達的部分。藝術治療與一般口語表達最大的差異在於：藝術表達不是一種線性的歷程，其不需遵守語調、文法、邏輯等口語或文字的表達方式，並可以在同一張作品中同時表達出許多複雜的事物，進而統整或釐清個人內在矛盾的感受和經驗。運用圖像表達內在經驗，成為當事人內在與外在世界溝通相遇的基礎。此種相遇，使得當事人可以透過非語言的方式，理解自身的經驗與感受。

### （二）情感宣洩與淨化

藝術治療提供給當事人一個完全被接納的方式，藉由撕、剪、甩、塗抹等媒材操作的過程，宣洩其內在困擾的情緒或感覺，此種藉由藝術媒材創作的過程昇華情感，是一種能被社會所接受、不會傷害到他人的發洩方法。Izard (1977) 則進一步提出：當個體之負向情緒獲得宣洩與淨化後，其知覺、想法與反應，亦會隨之變化。

### （三）控制性的成功經驗

藝術創作，本身就是一種可以協助當事人發展自發性、自控行為的重要媒介。在藝術治療的過程中，個案可以自由選擇媒材，並透過撕、剪、敲擊等各種技法去支配，或運用媒材以發展及滿足其自發性、自控行為的功能與需求。運用簡單的媒材，不僅可以協助當事人獲得立即的成就感，亦可增進其可控制性的成功經驗，藉以增強當事人的成就感。

#### （四）提升自我覺察

藝術創作是一種體驗性的活動，其本身即是一結合身體、知覺與心靈的活動，當事人依據使用的媒材所得到的自然感受，呈現於視覺、觸覺、動作、聲音等方面。透過藝術活動引導當事人專注於當下對色彩、媒材的觸感與知覺感受，協助其察覺內在自我，並將此發現與外在現實整合為一，進而延續到日常人際互動之中，產生治療經驗。

#### （五）三角關係及外化

在一般的諮商輔導歷程中，主要是治療師與當事人的關係，但在藝術治療的過程中，加入了媒材的創造性歷程與作品。於是當事人與治療師之間多了一個關係，也就是在藝術治療中，「藝術創作－治療師－當事人」，成爲一個三角形的關係，三者形成相互改變的催化劑，如圖 1 所示。

藝術創作本身所具有的「外化」功能，允許我們將思想、情感投射在藝術媒材上，無論是當事人所惡或所愛，都可以被允許投射於其所創造的作品。進而言之，在藝術創作的過程中，當事人較能投入於事件的主體，藉由作品「外化」的呈現，減低當事人直接面對自我狀況的防衛心理，讓潛意識內容自然地浮現。

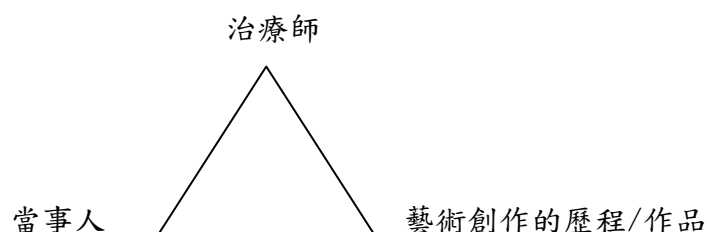
#### （六）創造力

創造力是一種讓人成長、自我理解、改變與復原的方法。創造力和藝術治療兩者之間，都和解決問題有關：爲舊有的存在、思考、感受和互動，找到新的解決方法。創造歷程像治療歷程，同樣也提供機會用新的想法和存在方式，去探索和經歷；兩種歷程都是修正、部分更改、即興創作和轉化的行動。換言之，藝術治療提供了一種創造性的歷程，讓自我實現成爲可能；自我實現，可使我們的生活更有意義、提升我們的能力、認識自己及充分發揮我們全部的潛能。

#### （七）存在的象徵與時空的整合性

藝術治療是少數可以在諮商治療歷程中，留下實際創作作品的一種介入方式，且具有貫穿時空的特性。個案在進行藝術創作時，將過去的感受藉由此時此刻的創作歷程投注在作品上，用雙手創造作品、了解到自己能夠做出獨特的作品，

圖 1 藝術治療中治療師、當事人及作品的關係



註：「藝術治療團體實務研究：以破碎家庭兒童爲例」，陸雅青，2000，p. 18。

這是一個很有力量的經驗：作品是存在著的，我亦是存在著。當事人的作品提供一個實質而永久的記錄，具有持久性、可保持原狀，較不易受記憶所扭曲；在治療過程或進行一段時間後，隨時可拿出來和當事人討論，並與其他圖像相比較，一同面對治療帶來的改變。此種具象化的存在物象徵，往往可以讓當事人看見其在思考、感受、事件和主題，隨著時間的改變形態；進一步確認自我在治療歷程中的存有與進步，甚至再次觀看體驗時，往往能夠產生新的發現和領悟。

#### （八）藝術治療中的過渡空間（transitional space）

Winnicott 把治療性設施描述為最高度的過渡性，治療師清楚地給他自己和治療性空間，作為過渡性經驗 (Gomez, 2002/2006)。藝術創作與遊戲活動被視為過渡空間，因為當事人可以藉由這種方式連結主觀與客觀現實，練習與周遭世界發生依附與建立關係。藝術創作是在內在和外在現實之間的橋樑，藝術治療將愉悅原則（pleasure principle）與現實原則（reality principle）連結，以促進過渡現象產生，愉悅乃透過藝術創作而有的成就感和具體化表現，同時，現實原則將痛苦的事實過渡為可接受的方式呈現。

#### 肆、藝術治療在失落悲傷調適的運用

心理治療師 Natalie Rogers 提出，我們的感覺或情緒是能量的來源，可以被傳輸到藝術表達而被釋放與轉化（何長珠等人，2011）；對於面對失落悲傷的當事人，情緒與感受的覺察、接納和轉化，將扮演著一個重要的角色。

藝術治療的歷程中，當事人從一種無限可能的視覺意象開始，進入其個人內在的心理旅程，並在其中跨越時空限制，在有意識或無意識下，可能呈現失落悲傷調適歷程裡的任何階段與狀態，如：否認、憤怒、沮喪、接受。藝術治療創作，隱含豐富的故事元素，其結合了視覺、觸覺與動覺等多重感官經驗，具有刺激與喚起當事人自我生命的內容；換句話說，當事人的每件藝術創作都蘊藏其個人內在之故事與情緒感受，故表達出來的圖像，屬於當事人於此時此刻的重要內在課題，或是其已準備好，可以藉由色彩、線條、圖形表達出來之意像。

藝術創作是藝術治療中一種自發與自控的行為，當事人可以選擇在作品呈現其所願意呈現的狀態，可以是停留在「接受失落的事實」、「經驗悲傷的痛苦」、「重新適應一個逝者不存在的新環境」，或者是「將對逝者的情感重新投注在未來的生活上」任務。藝術治療師以一種不催促、不主導的態度，隨著當事人的腳步，經由藝術創作品提供其一個安全與容納失落悲傷調適的空間。

在此同時，「藝術創作－藝術治療師－當事人」三者之間，形成一個三角形的關係 (Liebman, 1990)。藝術治療師及當事人藉由作品看故事、說故事，可以有效降低當事人在面對失落悲傷的防衛心理，或是不知從何談起的困境。這個概念和 Winnicott 所提之「過渡空間（transitional space）」概念相似，我們藉由藝術創作所建立之安全信任的過渡空間，讓當事人在其中藉由媒材表達出內在隱而未

顯的失落、悲傷（賴念華，2009；Johnson, 1998; Malchiodi, 2005, 2007）；此項特點，對於不善於在人前表達情感的華人特別適用。藝術治療的每一次作品創作過程，都宛如一種復演的過程，藉由鼓勵當事人表達其內在深層的感受，並完成其未竟事務，可以鬆開其長久以來的情緒與記憶。

另一方面，藝術治療創作的作品，為不斷進行的過程，宛如生命的過程；生命不斷的變化，當事人是作品的主人，亦是其生命故事的決定者。當事人可以透過具體的作品持續地進行創作，透過媒材運用與轉化；反復運作的過程，提供了另一種內在深層的隱喻：重新建構意義，而當事人是自我生命意義的建構者。

一旦當事人開始經由藝術創作陳述自己的故事時，等於進入一個痛苦的表達過程，畫出自己的生命故事讓個案成為故事創造者、產生賦權，讓他成為擁有力量的的人，可以接受、內化、外露、改變，甚至重塑故事。用藝術表達生命故事的目的就是賦權個案，讓個案得以掌握其意義、創造自己的生命意義（Moon, 2009/2011）。

助人工作的實務中，已有許多的研究呈現藝術治療非常適合用來處理創傷、失落及悲傷等議題。本土的團體治療實務工作方面，賴念華（2009）針對 10 位九二一災後的失落悲傷經驗成員，進行表達性藝術治療，發現有以下幾點效果：1.象徵圖示表露悲傷失落情緒是安全的溝通模式；2.表達性藝術治療為過渡空間，將自我內、外在世界經驗產生連結；3.視覺圖像可重新創作，轉化悲傷失落成為再出發的能量；4.作品具體存在，成為日後改變的提示物；5.面對死亡恐懼、了解生命限制、與死者告別完成未竟事務。

林彥光（2011）利用藝術治療為介入方式，並以 Neimeyer 意義重建模式為悲傷輔導基礎，設計喪親大學生悲傷輔導團體方案進行研究；該研究發現藝術治療介入是一個很好的催化劑，其提供一個安全表達的空間，讓成員可以沉澱、探索自我、洞察與覺察，此外，藝術治療也協助表達，創作的過程一如在整理過往經驗，更深層的意識不斷被提取、破碎的記憶開始拼湊，甚至藝術就是一個記憶盒，不只記錄過往，也記錄了當下。藝術治療與 Neimeyer 的意義重建模式結合的效果，包括：假設世界更為彈性多元和更多選擇、發現存在價值、發現人生的意義、珍惜當下、對死亡的了解等十三項，協助成員在喪慟事件中轉化悲傷，重新建構失落事件在個人生命歷程所產生的意義。

此外，醫療體系的研究方面，倪傳芬（2002）提出末期癌症病患在接受安寧療護時，依然會承受許多身心煎熬與壓抑情緒反應，若僅以傳統的言語支持協助，常會面臨當事人的防衛與否認；透過藝術治療，不需要以言語詳細描繪令其恐懼的死亡細節，卻能藉圖案來象徵性表達其經驗與感受，故可以提升照護之多元功能。陳麗珠、何長珠（2008）在其運用藝術治療照顧癌末病患的研究發現：1.癌末病患深化的情緒內涵呈現出層層包裹的情緒團；2.因參與藝術創作浮現當事人重要生命意義；3.參與藝術治療活動歷程之體驗豐富，包括：(1)達到情緒宣洩與情感支持，(2)藝術創作提升自我覺察、自我了解與自我肯定，(3)重新發現死亡焦慮，(4)重新排序未竟事務，(5)柔化護病關係，(6)整體生命圓滿充實感。



由上述藝術治療之獨特性及相關實證工作效果，顯示藝術治療有助於失落悲傷調適歷程，更是值得助人工作者參考與運用之介入方式。因此，以下針對實務工作中，助人工作者如何運用藝術治療所獨具之特性（即媒材介入之特殊性），與失落悲傷當事人進行悲傷調適之歷程。

使用藝術媒材介入治療活動，為藝術治療的特色之一。美國藝術治療師 Lusebrink (1990, 1992) 提出將藝術治療過程和藝術媒材使用的系統化理論，此系統化理論關係到藝術治療師：1.如何因應個案不同之狀態及階段，選擇適合的媒材；2.如何運用媒材進行治療，並評估藝術治療活動的設計方向；此理論稱之為「表達性治療連續系統 (Expressive Therapies Continuum, ETC)」，以及「媒材量度變數 (Media Dimensions Variables, MDV)」。以下將就此兩部分及創造性療癒力量，說明藝術治療在失落悲傷調適的運用。

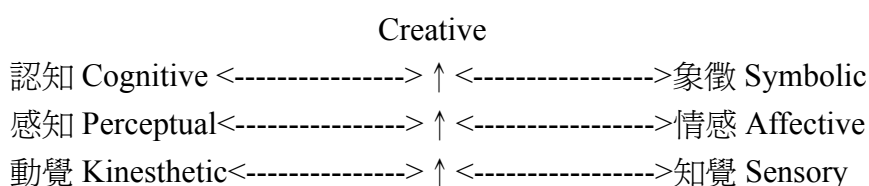
### 一、表達性治療連續系統 (Expressive Therapies Continuum, ETC)

表達性治療連續系統自下而上共包含了三個不同層級：動覺和知覺 (Kinesthetic/Sensory, K/S)、感知和情感 (Perceptual/Affective, P/A) 以及認知和象徵 (Cognitive/Symbolic, C/Sy)；這三個層次是歸納自人在認知和情感發展的連續性、逐漸複雜的過程，每一個層級中的兩個要素可以彼此互相增強，也可以一方削減另一方增強。除了這三個層級之外，另有一個橫跨K/S、P/A、C/Sy 三者的層級叫創造性 (Creative, CR)，表示這三種層級的藝術表現均可以達到創造性的階段。由於CR可以出現在任何層級裡，所以它可以是K/S、P/A、C/Sy 的綜合體，四個層級的架構如圖2所示。正常健康的個體可以在此結構中靈活變換，依其當時所處之情境及事件採取適當之因應措施，但當個體是有所障礙時，則會固著於某個層級 (吳明富，2010；陸雅青，2000)。

失落悲傷是人類共有的經驗，但對個人而言，卻又是非常獨特的生活經驗，其中包括一連串生理、心理與社會經驗狀態的改變。一般學者也大多從情感、生理感覺、認知、及行為等四方面來說明失落悲傷後的哀傷反應，如表1所示。

目前失落悲傷調適理論中，一般人較為同意：當個案在遭逢失落悲傷之事件後，無法截然畫分個案只處於情感、生理、認知或行為裡的任何一種向度；對個案最適切的介入方式，乃是針對其當下的情況，亦即在情感、生理、認知及行為四個向度中來回運作。表達性治療連續系統，正好可以針對個案當時之狀況，在K/S、P/A、C/Sy三者之間往返、靈活變換。

圖 2 表達性治療連續系統



**表1 哀傷反應及其徵兆**

哀傷反應	徵兆
1.情感方面	悲哀、憤怒、愧疚、自責、焦慮、孤獨感、疲倦、無助感、驚嚇、苦苦思念、解脫感、輕鬆、麻木等感覺。
2.生理感覺	胃部空虛、胸部緊迫、喉嚨發緊、對聲音敏感、一種人格解組的感覺、呼吸急促、有窒息感、肌肉軟弱無力、缺乏精力、口乾。
3.認知方面	不相信、困惑、沈迷於對逝者的思念、感到逝者仍然存在、幻覺。
4.行爲方面	失眠、食慾障礙、心不在焉、社會退縮行爲、夢見逝者、避免任何會憶及逝者的事物、尋找與呼喚逝者、嘆息、坐立不安、過動、哭泣、舊地重遊、隨身攜在遺物、珍藏遺物等。

註：”悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務工作者手冊”，J. W. Worden，2001/2004，pp. 9-20。

每一個層級中的兩種要素，就如圖2中的箭頭所表示，可以彼此互相的增強與消長；換句話說，這個連續系統具有連續性，而非靜止不動或僅在單一方向流動，因此，治療師可以依照個案在哀悼調適歷程所位處的位置，使用不同的評估與介入。實際面而言，失落悲傷個案的情感與認知狀況，可能是混雜而難以區分，此時治療師的首要任務，就在於建立一個接納與安全的環境、提供個案一個嘗試運用媒材的場域，在彼此信任且安全的治療關係建立後，治療師可以進一步視個案情況，巧妙以藝術媒材帶領其在ETC此一連續系統當中，來來回回或上上下下地遊走，以協助個案適當地表達哀傷反應與情感，整理調適內在的認知想法。當個人經歷哀傷不同的階段後，將能解決內在的心理衝突，促進個人的成長、成熟與發展，並增進因應生活改變所帶來不確定性的能力。

## 二、媒材量度變數（Media Dimensions Variables, MDV）

媒材量度變數主要由三個概念架構而成：複雜度（complexity）、結構性（structure）、媒材本質（pure media properties）；複雜度，為藝術治療活動中操作性的程序或步驟，低於三者為「低複雜度（Low Complexity, LC）」，高於三者則為「高複雜度（High Complexity, HC）」；結構性，指藝術治療活動中行爲的限制、規則或指導的次數，「結構性（Structured, S）」與「非結構性（Unstructured, U）」分別為數線的兩端；媒材本質，意指媒材本身的結構性，「流動性（Fluid, F）」與「抗拒性（Resistive, R）」分別為數線的兩端。流動性媒材較易引發內在情緒、激發情感，諸如像是水彩、廣告顏料、手指膏，抗拒性媒材通常較易操控，對於個案而言，較能夠表達認知思考歷程，像是彩色筆、色鉛筆、蠟筆等；換句話說，當治療師發現個案此時此刻需要在情緒方面工作時，治療師可以運用較為流動性的媒材，諸如水彩的創作協助個案進一步覺察其情緒層面的狀態，然而，當個案

的狀態是被情緒所淹沒而忽略自我潛能時，治療師則可以運用較為抗阻性的媒材進行工作，像是運用彩色筆來帶領個案回到認知層面的理解與洞察。因此，每種藝術治療活動的設計，均可依照複雜度、結構性及媒材本質來考量（即媒材量度變數），當然最重要的仍是依據治療師的實務經驗、與個案的關係品質，確實地考量個案的當下狀態再行安排。

MDV提供了藝術治療師一套系統性的理論去思考如何選擇適當的媒材和設計適當的活動，來帶領個案在ETC當中體驗不同的層級。因此在熟悉媒材屬性之後，可以變化運用自如，將MDV分成八大類：1.高複雜度－非結構性－流動性（HCUF）：如水彩自由畫、粉彩自由畫；2.低複雜度－非結構性－流動性（LCUF）：如潑墨遊戲、吹畫；3.高複雜度－結構性－流動性（HCSF）：如砂畫製作、手拉坯陶藝；4.低複雜度－結構性－流動性（LCSF）：如指印畫、砂畫；5.高複雜度－非結構性－抗阻性（HCUR）：如木雕創作、版畫創作；6.低複雜度－非結構性－抗阻性（LCUR）：如鋁線創作、紙黏土創作、撕貼畫；7.高複雜度－結構性－抗阻性（HCSR）：如紙雕、石膏；8.低複雜度－結構性－抗阻性（LCSR）：如對稱性剪紙、摺紙。

此外，運用外在刺激，諸如動作、聽覺、嗅覺的增加，可刺激無法單獨以文字、意象刺激的腦部活動區域，便能改善對模式化行為的理解、去除改變的阻礙（Riley,2001），此深具治療性的過程，亦值得於治療過程中加以考慮。

個體因為失落悲傷事件而產生的哀傷反應，具備較大的個別差異，會受到人格、先前的哀傷經驗與心理健康情形、發展因素、社會支持系統、環境的改變、種族與宗教因素、年齡、性別等方面影響。因此，文中所提出之ETC與MDV概念，雖然提供藝術治療媒材運用在失落悲傷調適的參考架構，但對於實務運用上，仍有待每一位實務工作者透過實際治療場域的體驗、與悲傷個案的實際互動，發展出最適切的協助方式；換句話說，治療師在治療初期首在提供個案一個安全的治療關係與空間，依據個案對治療師的信任，在每一次的探索過程，治療師再依循個案當下的狀態，提供適切的媒材屬性，使個案能開始嘗試運用媒材，擴展其認知及情感向度的覺察。

簡言之，治療師對個案的理解與涵容，乃是協助個案悲傷失落調適的首要因素，其次則為治療師對媒材所引動的心理動力能夠清楚地理解，並靈活運用流動性的媒材，以誘發其內在情緒的覺察，或可採用抗阻性的媒材，協助個案掌控自我、表達認知理性的一面，甚至巧妙地運用媒材引領個案補充其目前所欠缺的部分，例如：當治療師發現個案僵化於認知導向時，治療師可以運用流動性媒材去引動一直被其所忽略、有關情感面向的部分，以接納和宣洩情緒；運用抗阻性的媒材，以引領情緒性個案回到認知層面的理解，協助其掌控自我、理性表達，回到日常生活功能的覺知。

### 三、藝術治療中的創造性療癒力量

在表達性治療連續系統之中，創造性（CR）是貫穿在所有層級的綜合體，不管是K/S、P/A或C/S，三者都包含在其中。以下將針對此一部分說明創造性在失落悲傷歷程中，如何隱微地呈現其療癒的力量。

重大失落事件的發生，讓個案原本安穩的個人世界受到突如其來的變動，此時不僅要面對強大的情緒衝擊，也要對於原先所建構的認知系統進行重組。個案可能試圖從中反省其意義、試圖去將無法理解處化為可以理解者，透過此歷程，其將更有可能重新思考或檢討自己與外界的關係，重新去架構其原先的意義系統，對於失落事件加以意義化、轉化成為自我生命中的養份；這種轉化的過程，研究者視為個人對其生命的一種創造性的過程。

Rollo May (1969/2001) 認為創造力是一個人活在世界上，為了滿足自己存在（being）而展現的最基本作為，創造力是情感上最高度的健康，人參與世界並設計屬於自我世界的意義，因此創造力的真實樣貌是人透過動態過程與世界相互連結的過程。Jung (1984/2007) 認為人類所有的創作皆源於創造力的幻想，幻想力與人類的本能有強烈且密切的關係，且協助人們掙脫走投無路的束縛，將自我提升到精神活動的境界。

美國藝術治療師McNiff (1999/2006) 相信創造性藝術治療在本質上就深具魔力，「魔力」是一種煉金術的蛻變，也是創造性的基礎；在創造的過程中好奇心與注意力會令個案變成積極的參與者，沉浸在創作之中，將提供個案永無止盡的驚奇與挑戰。創作促使個案流露知覺力與本能，進而協助其行動的方向與改變或省略的部分 (McNiff, 1998/1999)。藝術創作牽涉到複雜的內在歷程，其中包括了辨識、想像的詮釋、整合、及重塑現象世界。當外在藝術媒材與內在想像世界相互激盪與其自我心靈產生交互作用時，個案所表現的不僅僅是作品，更重要的是他因此而接觸到真實自我，進而產生出無限的可能。

在藝術治療的情境之中，提供了個案一種允許變化與自主的腳步去承認失落的事實，在投入創作的過程裡，自行決定願意揭露多少哀傷、面對多少痛苦，在創作中發揮原本俱足的創造力，進一步去修訂自己的認知架構，並與失去的人、事、物重建關係，透過與媒材的互動，給予內在感受賦予外部形式，以便讓其更加清晰。當個案專心一致地與自身感受結合，將此種結合以一種高度的創造力呈現出來時，往往可以在其自我的創作品上看見力量，並重新詮釋失落事件在其生命中所轉化的義意，重新定位自己，最終達到一種「完形」的自我統整狀態。因此，藝術治療中所具有的創造性特質，正是個案以行動邁向自我超越的關鍵。

## 伍、結語

失落（loss）是存在人類生活中必然發生的自然現象，為個人經驗中某種原本擁有的、持有的、獲得的東西，被剝奪了、缺少了、損傷了，或是因失敗而造成損失的狀態；悲傷（grief）則是個人在遭遇失落事件之後，內在的情緒反應，包括生理、行為、情緒、心理、社會與靈性等幾個向度。有失落，即會有悲傷，

這是生命自然的反應，Freud從精神分析的角度提出悲傷是正常的情緒過程，有其特定的任務，不應視悲傷為病態的或不正常（黃慧涵，1992）。實際層面而言，個體在經驗失落悲傷的當下，往往許多內在的情緒超乎言語所能表達；此外，受限於傳統文化價值的壓抑，原本應是自然與正常的悲傷情緒，也無法適切地表達與宣洩，因而造成「複雜性的悲傷」（complicate grief），影響了個體爾後正常的生活功能。

因此，強調非語言力量的藝術治療取向，便成為處理失落、悲傷的一種較為安全且威脅性低的介入方式。藝術治療的表達性媒材，提供了個案表達內在經驗與外在世界溝通的象徵媒介，此種藝術創作本身所具有的「外化」功能，允許個案將思想、情感投射在藝術媒材上，無論是個案之所惡或所愛，都可以被允許投射於其所創作的作品之上；在媒材的實際使用中，運用身體的撕、剪、甩、塗、抹等動作，除了提供負面情緒宣洩與淨化的可能，亦能透過視覺、觸覺、動作等感官運用，協助個案更專注於當下的自我覺察；在創作完藝術作品後，個案除了可以獲得一種控制性的成功經驗，更能看見其內在原本俱存的創造力，提升其自我內在價值感；在治療結束後，藝術作品貫穿時空的特性，則能提供個案在離開治療情境後的存在實存物，提醒其在治療情境中的正向改變經驗，進一步將治療效果延伸至個案日常生活之中。

一如Allen (2005) 所言，藝術是認識自己的一種方式，個人的真實藝術創作乃是心靈之鑰。其強調我們必需正視生命經驗中難免的悲傷、痛苦、矛盾與衝突，並且利用藝術去深入探究。當靈魂受苦猶如烹煮般難以忍受時，藝術能將這樣的苦難精煉，讓性靈因之獲得昇華（吳明富，2010）；這份性靈得以提昇之來由，即在於個體發揮自我生命之「創造性」，個體在創造過程中，營造出一種內在空間，讓停滯的事物重新循環流動，並且造就觀看事物的新角度，以藉此看見「自我超越」的可能、將苦痛與無法言說的悲傷轉化為生命的養份，重新建構失落悲傷在生命的創造性意義。

## 參考文獻

- 王純娟（2002）。哀傷歷程（階段論）之批判。**輔導季刊**，38（3），48-52。
- 伍育英（2009）。**基督宗教信念對女性喪偶者生命意義重構歷程之敘說研究**（未出版博士論文）。國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系，台北。
- 何長珠等（2011）。**表達性藝術治療13講**。台北：五南。
- 吳明富（2010）。**走進希望之門：從藝術治療到藝術育療**。台北：張老師。
- 李佩怡（2000）。失落與悲傷。載於林綺雲（主編），**生死學**（頁313-348）。台北：洪葉。
- 范瓊芳（2001）。**藝術治療：家庭動力繪畫概論**。台北：五南。
- 周梅琴（1997）。**支持性團體諮商對於喪親悲傷的大學生影響效果之研究**（未出

- 版碩士論文)。國立彰化師範大學輔導研究所，彰化。
- 林彥光 (2011)。喪親大學生悲傷藝術治療團體方案之行動研究 (未出版碩士論文)。中國文化大學心理輔導學系，台北。
- 倪傳芬 (2002)。運用藝術治療於安寧療護之行動研究。《慈濟護理雜誌》，1 (3)，40-41。
- 張淑芬 (1996)。喪子悲傷反應及意義治療的應用。《諮商與輔導》，127，24-27。
- 張藝馨 (2007)。車禍遺族的悲傷反應與調適歷程之研究：以喪子母親為例 (未出版碩士論文)。國立台北護理學院生死教育與輔導研究所，台北。
- 陳麗珠、何長珠 (2008)。藝術治療活動深化癌末病患情緒內涵之研究。《生死學研究》，8，40-98。
- 陸雅青 (2000)。藝術治療團體實務研究：以破碎家庭兒童為例。台北：五南。
- 黃傳永、彭婉芳 (2010)。藝術治療在憂鬱情緒兒童的應用：以客體關係取向為例。《台灣藝術治療學刊》，2 (2)，23-39。
- 黃慧涵 (1992)。青年學生對父母過世的哀傷反應、調適行為與家庭關係之研究 (未出版碩士論文)。國立彰化師範大學輔導研究所，彰化。
- 賴念華 (1999)。藝術治療：轉化喪親兒童之悲傷與失落。《學生輔導通訊》，66，51-57。
- 賴念華 (2009)。表達性藝術治療在失落悲傷團體之效果研究。《台灣藝術治療學刊》，1 (1)，15-31。
- 聶慧文 (2005)。大學生經歷失落事件的悲傷迷思、因應行為與至今復原程度之關聯性研究 (未出版碩士論文)。國立交通大學教育研究所，新竹。
- Allen, P. B. (2005). *Art is a spiritual path*. Boston, MA: Shambhala.
- American Art Therapy Association [AATA] (2012). *Art Therapy*. Retrieved from: <http://www.americanarttherapyassociation.org/aata-aboutus.html>
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Volume 3 loss: Sadness and depression*. England: Penguin Books.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Corr, C. A., Nabe, C. M., & Corr, D. M. (2004). 死亡教育與輔導 (張靜玉、顏素卿、徐有進、徐彬、黃慧玲、章薇卿、徐慧娟等譯)。台北：洪葉。(原著出版於2003)
- De Spelder, L. A., & Strickland, A. L. (2005). *The last dance: Encountering death and dying* (7<sup>th</sup> ed.). Boston, MA: McGraw Hill.
- Doka, K. (1989). *Disenfranchised grief*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Frankl, V. (2002). 意義的呼喚 (鄭納無譯)。台北：心靈工坊。(原著出版於1995)
- Hayslip, B., O'Brien, D. R., & Guarnaccia, C. A. (1999). The relationship of cause of death at attitude toward funerals and bereavement adjustment. *Omega*, 38(4), 297-312.

- Humphrey, G. M., & Zimpfer, D. G. (1996). *Counseling for grief and bereavement*. New Delhi, India: Sage.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Jung, C. G. (2007). *分析心理學與夢的詮釋：心理治療實務的基本問題*（楊夢茹譯）。台北：桂冠。（原著出版於1984）
- Johnson, D. R. (1998). On the therapeutic action of the creative arts therapies: The psychodynamic model. *The Arts in Psychotherapy, 25*(2), 85-99.
- Klapper, J., Moss, S., Moss, M. & Rubinstein, R. L. (1994). The social context of grief among adult daughters who have lost a parent. *Journal of Aging Studies, 8*, 29-43.
- Kramer, E. (2004). *兒童藝術治療*（江學澄譯）。台北：心理。（原著出版於1993）
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Gomez, L. (2006). *客體關係入門：基本理論與應用*（陳登義譯）。台北：五南。（原著出版於2002）
- Lazare, A. (1979). Unresolved grief. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient psychiatry diagnosis and treatment* (pp. 498-512). Baltimore, MD: Williams & Wilkens.
- Liebmann, M. (1990). *Art therapy in practice*. London: Jessica Kingsley.
- Lusebrink, V. B. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. New York: Plenum Press.
- Lusebrink, V. B. (1992). A systems oriented approach to the expressive therapies: The expressive therapies continuum. *The Arts in Psychotherapy, 18*, 395-403.
- Malchiodi, C. A. (1998). *The art therapy sourcebook*. Los Angeles, CA: Lowell House.
- Malchiodi, C. A. (2005). *Expressive therapies*. New York: The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2007). *The Art Therapy Sourcebook* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Malchiodi, C. A. (2008). *藝術治療：心理專業者實務手冊*（陸雅青、周怡君、林純如、張梅地、呂煦宗譯）。台北：學富。（原著出版於2003）
- May, R. (2001). *創造的勇氣*（傅佩榮譯）。台北：立緒。（原著出版於1969）
- McNiff, S. (1999). *藝術治療*（許邏灣譯）。台北：新路。（原著出版於1998）
- McNiff, S. (2006). *藝術治療研究法：以藝術為基礎的研究法*（吳明富譯）。台北：五南。（原著出版於1998）
- Moon, B. L. (2011). *以畫為鏡：存在藝術治療*（丁凡譯）。台北：張老師。（原著出版於2009）
- Murphy, S. A., Das Gupta, A., Cain, K. C., & Johnson, L. C. (1999). Changes in parents' mental distress after the violent death of an adolescent or young adult child: A longitudinal prospective analysis. *Death Studies, 23*(2), 129-159.
- Neimeyer, R. A. (2007). *走在失落的幽谷：悲傷因應指導手冊*（章薇卿譯）。台北：

- 心理。(原著出版於1998)
- Parkes, C. M. (1970). The first year of bereavement: A longitudinal study of the reaction of London widows to death of husbands. *Psychiatry*, 33, 444-467.
- Parkes, C. M. (1998). Bereavement. In D. Doyle, G. W. C. Hanks, & N. MacDonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 995-1010). New York: Oxford University Press.
- Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide & Life: Threatening Behavior*, 28(3), 285-301.
- Riley, S. (2001). *Group process made visible*. New York: Brunner-Routledge.
- Romanoff, B. D., & Terenzio, M. (1998). Rituals and the grieving process. *Death Studies*, 22, 697-711.
- Spring, D. (2002). 藝術治療：心理創傷經驗的視覺語言。載於**國際藝術治療教育研討會論文集** (頁15-21)。台北：國立台灣藝術教育館。
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Thompson, K. E., & Range, L. M. (1992). Bereavement following suicide and other deaths: Why support attempts fail. *Omega: Journal of Death and Dying*, 26(1), 61-70.
- Tracy, E. M., & Biegel, D. E. (1994). Preparing social workers for social network interventions in mental health practice. *Journal of Teaching in Social Work*, 10(1), 19-41.
- Wadson, H. (1980). *Art psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Wadson, H. (2002). Confronting polarization in art therapy. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 19(2), 77-84.
- Worden, J. W. (2004). **悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務工作者手冊** (李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯)。台北：心理。(原著出版於2001)



# **Art Therapy In Loss and Grief Adaptation**

Chuan-Yung Huang

## **Abstract**

Loss is an inevitable human experience, and grief is an intrinsic response that includes physical, behavioral, emotional, psychological, social and spiritual dimensions following an encounter that triggers emotions of loss.

Studies have indicated that events triggering emotions of loss, when unnoticed, denied or unsupported, will lead to a dilemma which might deteriorate into a crisis for the individual. Moreover, if this crisis could not be surmounted, it is likely to cause physical or psychological imbalances and result in physical and moral disintegration. Compared to traditional talk-therapy, art therapy provides individuals an alternative method of communication--one that is without speech, safe and unthreatening to help release and purify emotions in order to allow for self-expression, self-communication and self-growth. Given that adequate grief counseling is essential for those encountering loss, art therapy is a safer and less threatening way to deal with loss and grief because of its emphasis on the curative effects of nonverbal strength. Based on Expressive Therapies Continuum (ETC) and Media Dimensions Variables ( MDV) , this paper revealed the creative process of art therapy and discussed its curative effects in grief counseling to provide references for practicing counselors.

*Keywords: loss, grief, creativity, art therapy*

---

Chuan-Yung Huang      Dept. of Edu., Taipei Municipal University of Education.  
(bigriver1970@gmail.com)

## 「台灣心理諮商季刊」編輯委員會組織要點

- 一、「台灣心理諮商季刊」編輯委員會（以下稱本編委會）由「台灣心理諮商季刊」主編邀請組成之，任期為四年。
- 二、本編委會置主編一人，編輯委員十至三十六名，共同執行季刊之編輯與審查工作。
- 三、本編委會下置助理編輯一至三人，擔任本季刊編輯之行政工作。
- 四、本要點經本編委會會議通過後施行，修訂時亦同。

## 「台灣心理諮商季刊」編輯委員會編審工作要點

- 一、「台灣心理諮商季刊」（下以稱本季刊）為定期出版之學術性期刊。本季刊之編輯委員會為處理文稿編審相關事宜，特訂定本要點。
- 二、本季刊常年徵稿，每年三月、六月、九月、十二月各出刊一期，每期刊出至少二篇，以文稿審查通過先後為序。主編於接到稿件後兩個月內進行審查作業。
- 三、本季刊審查作業採匿名制，季刊論文稿件經主編和助理編輯執行匿名作業後，再送交編輯委員提出審查委員推薦名單。如投稿人為編輯委員，於推薦該稿件之審查委員人選時，應迴避之。
- 四、依匿名審查者之審查意見決定稿件處理方式如下表 1 所示。
- 五、本季刊編輯委員另訂定文稿審查暨著作財產權處理要點，以俾利審查之進行。

表 1 「台灣心理諮商季刊」稿件審查處理方式一覽表

處理方式		第一位審查委員結果			
		同意刊登	修正後刊登	修正後再審	不宜刊登
第二位 審查 委員 結果	同意刊登	同意刊登	修正後刊登	修正後刊登 或再審*	送第三位複審
	修正後刊登	修正後刊登	修正後刊登	修正後刊登 或再審*	送第三位複審
	修正後再審	修正後刊登 或再審*	修正後刊登 或再審*	不予刊登 或再審*	不予刊登 或再審*
	不宜刊登	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。

# 「台灣心理諮商季刊」徵稿通告

## 一、主旨

「台灣心理諮商季刊」由國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網出版暨發行，採季刊與電子形式出刊。本季刊以發表心理衛生、輔導、諮商心理、臨床心理、復健諮商、社會工作、精神醫學、精神護理、職能治療、語言治療、特殊教育等與助人專業相關學科之學術專論與實務專論為主，包括：量化或質性實徵研究 (empirical research)、綜論性文章 (review essay)。本季刊採審查制度，發行主要目的在於增進心理諮商與助人相關專業之學術交流、提昇學術研究風氣，亦歡迎新進學者與博碩士班研究生發表。

本刊結合例行徵稿 (心理諮商與助人相關專業) 和專題徵稿 (依專題主編而定)，各式進行中專題請參考本季刊網頁。

## 二、稿件格式 (請參閱「台灣心理諮商季刊」投稿論文格式之說明)

本刊歡迎海內外中英文稿件，中文稿件以正體、簡體投稿皆可。來稿請參考「美國心理學會出版手冊」第六版 (*Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.*) 規定體例，每篇以三萬字以內為原則。請勿一稿兩投。稿件內容依序包括下列各項：(有關作者個人之相關資料，僅能於作者基本資料表中呈現)

### (一) 作者基本資料表 (表格請至 <http://tcq.heart.net.tw/> 下載)

填寫作者基本資料表，載明論文題目、全體作者之中英文姓名、任職機構中英文名稱、第一作者與通訊作者之地址、電話、傳真及 E-mail (通訊作者為本學刊為提供學術交流而設置，請作者於投稿時提供相關資料以利進一步學術對話之開展)。

### (二) 中文摘要頁

以 500 字為限，含論文題目、摘要及關鍵詞 (以不超過五個為原則)。

### (三) 正文

正文段落標題可有彈性，但宜有前言、本文、結論、以及參考文獻等之結構。

### (四) 英文摘要頁

以 500 字為限，含論文題目、摘要及關鍵詞 (以不超過五個為原則)。

**(五) 著作權授權同意書** (表格請至 <http://tcq.heart.net.tw/> 下載)

投稿文章之所有作者均需分別填寫一式兩份。

文稿格式、符號、標題、數字、圖表、引用書目及參考文獻等撰稿體例請參閱本學刊投稿論文格式與本學刊之內容，或依照「**美國心理學會出版手冊**」第六版 (*Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.*) 規定體例 (文稿格式不符者，本季刊將退回給作者，修正後歡迎再投稿)。

來稿請由左至右、直式橫寫電腦打字，註明頁碼 (每頁印 38 行，每行 35 字，12 級字，段落距離 0 列，單行行距) 為原則。

### 三、著作權授權條款

投稿論文經本季刊接受刊登，作者同意非專屬授權國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網做下述利用：

- (一) 以紙本或是數位方式出版。
- (二) 進行數位化典藏、重製、透過網路公開傳輸、授權用戶下載、列印、瀏覽等資料庫銷售或提供服務之行爲。
- (三) 以非專屬授權方式，授權給學術資料庫業者，將本論文納入資料庫中提供服務。
- (四) 為符合各資料庫之系統需求，並得進行格式之變更。

### 四、審稿

本季刊收到稿件之後，由主編確認內容、格式是否符合本學刊之原則，交由編輯委員推薦二位相關領域之專家進行匿名審查，審查意見與結果將主動回覆稿件作者。凡經審查委員要求修改之文章，於作者修改後再行刊登。凡曾在相關研討會上發表過之文章、改寫的學位論文或研究經費的來源等，請於作者基本資料表之作者註一欄中加以說明。

本季刊採常年徵稿、先到先審制。請將稿件以電子郵件寄至 [tcntcq@gmail.com](mailto:tcntcq@gmail.com)，註明「投稿台灣心理諮商季刊」。著作權授權同意書，可擇一寄發，但以電子檔為佳：(1)電子檔：列印紙本簽名後掃描成電子檔，或將個人簽名以圖檔插入著作權同意書電子檔，再將成果直接寄至刊物信箱；或 (2)紙本：寄至 50007 彰化市進德路 1 號國立彰化師範大學輔導與諮商學系轉「台灣心理諮商季刊」編輯委員會收，或傳真至 (04)-7276542；電話：(04) 723-2105 #2208；E-mail：[tcntcq@gmail.com](mailto:tcntcq@gmail.com)

## 「台灣心理諮商季刊」投稿論文格式

本季刊以發表心理衛生、輔導、諮商心理、臨床心理、復健諮商、社會工作、精神醫學、精神護理、職能治療、語言治療、特殊教育等與助人專業相關學科之專論為主。接受全球之繁體中文、簡體中文與英文稿件之投稿。稿長以五千字到一萬字為原則。行文請由左至右、直式橫寫電腦打字，並以 Word98 以上版本格式存檔，正文中請勿使用任何排版技術。正文請採 12 級字，段落距離 0 列，單行行距，中文部份（含標點符號）請以新細明體與全形輸入，英文（include punctuation marks）請以 Times New Roman 與半型輸入為原則。左右邊界 3.17 公分、上下邊界 2.54 公分。

稿件格式請依下列規定：

### 一、標題層次

#### （一）中文書寫者請依序使用

壹、（靠左，加粗，上下空一行）

一、（靠左，加粗，上下空一行）

（一）（靠左，加粗，上空一行）

1.（靠左，不加粗，不空行）

(1)（靠左，不加粗，不空行）

#### （二）英文書寫者請依序使用

**Centered, Boldface, Uppercase and Lowercase Heading**

（置中，加粗，每個單字字首大寫，上下空一行）

**Flush Left, Boldface, Uppercase and Lowercase Heading**

（置左，加粗，每個單字字首大寫，上下空一行）

**Indented, boldface, lowercase paragraph heading ending with a period**

（空四格，加粗，第一個字字首大寫，上下空一行）

***Indented, boldface, italicized, lowercase paragraph heading ending with a period***

（空四格，加粗，斜體，第一個字字首大寫，不空行）

***Indented, italicized, lowercase paragraph heading ending with a period***

（空四格，斜體，第一個字字首大寫，不空行）

## 二、正文

### (一) 行文原則

- 1.一頁以 38 行、一行 35 字為原則，並註明頁碼。

### (二) 標題與註解

- 1.文內標題請依標題層次規定方式處理，體例如前述。
- 2.附表、附圖，標題加粗，標題不大於 12 級字，標號則用阿拉伯數字，例如：表 1.、圖 1.、Table1.、Figure1 等，圖表中的文字不大於標題，以 word 格式製作，美觀清晰為原則。
- 3.表的標題置於表上方，圖的標題置於圖下方，資料來源請於圖表下方列示。以靠近正文引用處隨後出現為原則。
- 4.正文當中使用註解時，請以阿拉伯數字標於相關文字的右上方，註解內容則列於頁尾之處，以註腳方式、新細明體 10 號字處理。

### (三) 參考文獻與其它體例

- 1.參考文獻依照中文、英文順序排列，前者依作者姓氏筆劃順序，後者依作者姓氏英文字母順序排列，同一筆資料自第二行起中文須內縮兩個字、英文須內縮 5 個字元。
- 2.文稿格式、符號、標題、數字、圖表、文獻引用方式及參考文獻等撰稿體例請參考「三、撰稿體例說明」，未在體例範圍內請依照「美國心理學會出版手冊」第六版 (*Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.*) 之規定體例或本季刊之內容。

## 三、撰稿體例說明

### (一) 文獻引用方式

正文中引用文獻，以標示作者名(中文作者姓名全列，英文作者只列出姓)、出版時間(一律以西元年代表示)，中文引用使用全型符號，英文引用使用半型符號，範例如下：

- 1.單一作者
  - (1)中文，如：(林杏足，2002)
  - (2)英文，如：(Hsieh, 2003)
- 2.兩位作者
  - (1)中文，如：(謝麗紅、鄭麗芬，1999)
  - (2)英文，如：(Chang & Chu, 2001)

### 3.三位以上作者

(1) 中文，若在五位作者以內，第一次出現須全部列出，如：（賀孝銘、林清文、李華璋、王文瑛、陳嘉雯，2007），第二次出現則需簡稱，即（賀孝銘等，2007），若有六位以上作者，則第一次出現即需簡稱。

(2) 英文，引用規則如上述之中文文獻，如：（Wang, Ratnofsky, Troppe, & Fletcher, 2002），之後則為（Wang et al., 2002）。

4.翻譯本引用：請註名原作者姓名，以及作品及譯本之年代，如：（Johnson & Johnson, 2003/2005）、（Jacobs, Masson, & Harvil, 2006/2008）。

5.引用兩篇以上文獻以分號隔開（中文在前，英文在後，依姓氏或字母排序）

(1)中文，如：（張虹雯、陳金燕，2004；黃宗堅、葉光輝、謝雨生，2004；趙淑珠、蔡素妙，2002）

(2)英文，如：（Huang & Huang, 2005; Kao & Landreth, 1997; Wu, 2003）

## （二）參考文獻

中文文獻在前，英文文獻在後，需依中文筆劃與英文字母序依次列出。中文篇名、期刊名與卷期以**粗體字**標示；西文篇名、期刊名與卷期以**斜體字**標示，範例如下：

### 1.書籍

#### (1)中文

張景然（2004）。**團體諮商的觀念與應用**。台北：弘智。

高淑貞（2006）。親子共讀、怎麼開始？載於何琦瑜（主編），**家庭教育：贏的起點**（317-321頁）。台北：天下雜誌。

#### (2)英文

Corey, G., Corey, M., & Collanan, P. (1993). *Issues and ethics in the helping professions*. (4th ed.). Pacific grove, CA: Brooks/Cole.

Collie, R. K., Mitchell, D., & Murphy, L. (2000). Skills for on-line counseling: Maximum impact at minimum bandwidth. In J. W. Bloom & G. R. Walz (Eds.), *Cybercounseling and cyberlearning: Strategies and resources for the millennium* (pp. 219-236). Alexandria, VA: American Counseling Association.

#### (3)譯本

Jacobs, E. E., Masson, R. L., & Harvil, R. L. (2008). **團體諮商：策略與技巧**(程小蘋、黃慧涵、劉安真、梁淑娟譯)。台北：五南。(原著出版於2006)

### 2.期刊

#### (1)中文

王智弘、林清文、劉淑慧、楊淳斐、蕭宜綾（2008）。台灣地區網路諮商服務發展之調查研究。**教育心理學報**，**39**（3），395-412。

劉淑慧、林怡青(2002)。國三學生選擇入學學校之抉擇歷程與其影響因素。  
**中華輔導學報**，11，71-123。

(2)英文

Hsieh, Y. H. (2003). Spatiotemporal characteristics of interaction between exogenous and endogenous orienting of visual attention. *Chinese Journal of Psychology*, 45(3), 227-241.

Kao, S. C., Lin, C. E., & Chiu, N. Y. (2006). A proposed e-care center for mental health interventions. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(3), 180-186.

3.會議、研討會

(1)中文

陳均姝、王郁琮、王麗斐(2007年9月)。大學生成長團體與教育心理團體之治療性因素及其影響因素研究。台灣統計方法學學會2007年會暨第四屆統計方法學學術研討會，台北。

郭麗安(2004年9月)。同志與異性戀婚姻關係中的性別角色：諮商實務上的反思與實踐。台灣心理學會第四十三屆年會，台北。

(2)英文

Wu, T. (2004, July). *A comprehensive ethnic identity model for Chinese American women*. Roundtable session presented at the Annual Convention of the Asian American Psychological Association, Honolulu, HI.

Price, S. M., Potter, L., & Wang, Y. L. (2006, November). *Evaluating the role of VERB brand in influencing attitudes and behaviors*. Annual Conference of American Evaluation Association, Atlanta, GA.

4.學位論文

(1)中文

施映竹(2011)。兒童網路成癮評估模組之建構及其實徵研究(未出版碩士論文)。國立彰化師範大學輔導與諮商學系，彰化。

(2)英文

Deng, C. P. (2006). *Development of an Occupational Classification and Basic Interest Scales* (Unpublished doctoral dissertation). The University of Illinois at Urbana Champaign, IL.

5.專門研究報告

(1)中文

趙淑珠、程小蘋(2001)。中學行政主管人員性別意識之評估研究。行政院國科會研究計畫(NSC89-2413-H-018-031)。

(2)英文

Mazzeo, J., Druesne, B., Raffeld, P. C., Checketts, K. T., & Muhlstein, A. (1991). *Comparability of computer and paper-and-pencil scores for two CLEP*



*general examinations* (College Board Rep. No. 91-5). Princeton, NJ:  
Educational Testing Service.

6.電子媒體

(1)中文

台灣輔導與諮商學會（2001）。台灣輔導與諮商學會諮商專業倫理守則。取自 <http://www.guidance.org.tw/ethic.shtm>

(2)英文

American Counseling Association. (2005). *ACA Code of Ethics*. Retrieved from <http://www.counseling.org/Resources/odeOfEthics/TP/Home/CT2.aspx>  
(文稿格式不符者，將退回給作者，修正後歡迎再投稿)



## 著作權授權同意書

論文名稱：\_\_\_\_\_（以下稱「本論文」）

一、若本論文經台灣心理諮商季刊(Taiwan Counseling Quarterly)接受刊登，作者同意非專屬授權予 國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網 做下述利用：

1. 以紙本或是數位方式出版
2. 進行數位化典藏、重製、透過網路公開傳輸、授權用戶下載、列印、瀏覽等資料庫銷售或提供服務之行爲
3. 再以非專屬授權方式授權給學術資料庫業者將本論文納入資料庫中提供服務
4. 爲符合各資料庫之系統需求，並得進行格式之變更。

二、作者同意國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網得依其決定，以有償或無償之方式再授權予其他資料庫業者，有償資料庫之權利金收入則歸【彰化師範大學】所有。

三、作者保證本論文之研究與撰寫過程中合乎相關專業倫理之要求，並爲其所自行創作，有權爲本同意書之各項授權。且授權著作未侵害任何第三人之智慧財產權。本同意書爲非專屬授權，作者仍對授權著作擁有著作權。

此致 國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網

立同意書人(作者)簽名：

(共同著作之作品，須每位作者各簽署同意書一式兩份，授權才可生效。)

身份證字號(ID card number)：

電話號碼(Telephone)：

電子信箱(E-mail)：

通訊地址(Address)：

西元            年    月    日

## Editorial Board Organization - Terms and Conditions

- The Board consists of one Chief Editor.
- The Editorial Board recruit ten to thirty reviewers with a four-year term to participate in the editing and review process
- The Editorial Board consists of one to two Assistant Editors for the administrative work involved in the editing of Taiwan Counseling Quarterly.
- The terms and conditions take effect as the date of the approval or amendment of the Editorial Board meeting.

## Operational Guidelines for the Editorial Board

The Operational Guidelines are developed by the board members to facilitate the editing and review process of Taiwan Counseling Quarterly.

- Taiwan Counseling Quarterly is an academic journal published quarterly with at least three papers per issue. Papers are published in chronological order of acceptance. Submissions will be reviewed within 2 months of receipt.
- All submissions are reviewed under a process where both the authors and the referees are kept anonymous. Editorial board members shall refrain from making a recommendation of the referees for manuscripts authored by themselves.
- Based on the referees' comments, the acceptance of the final the submission is outlined as follows:

Final Decision		Referee A			
		Accept as is	Accept after revision	Re-review after revision	Reject
Referee B	Accept as is	Accept as is	Accept after revision	Accept or re-review *	Include a third referee
	Accept after revision	Accept after revision	Accept after revision	Accept or re-review after revision*	Include a third referee
	Re-review	Accept or re-review after revision*	Accept or re-review after revision*	Reject or re-review *	Reject or re-review *
	Reject	Include a third referee	Include a third referee	Reject or re-review *	Reject

\* *Decision rests with the Chief Editor based on the quality of the submissions and the referees' comments.*

- Guidelines in regard to review and copyright issues shall be developed by the Editorial Board to facilitate the paper review process.
- Contributions of each issue shall be restricted to one paper per individual as the first author. Each volume of the journal shall include at least two research papers external to the staff papers.

## Call for Paper

Taiwan Counseling Quarterly is a scholarly, electronic journal published quarterly by Department of Guidance & Counseling at the National Changhua University of Education and Taiwan Counseling Net in Taiwan. The journal publishes contributions on many topics, such as mental health, guidance, counseling psychology, clinical psychology, rehabilitation, counseling, social work, psychiatry, Psychiatric nursing, occupational therapy, speech-language therapy, special education etc.. Our purpose is to represent the achievements of the academic research, encourage novice scholar and graduate student to submit, enhance the climate of academic research, and advance the transnational and interdisciplinary academic development and communication. We welcome previously unpublished empirical and review papers. Taiwan Counseling Quarterly publishes papers in the areas of

1. Academic monograph, including empirical research, review essay, theory or skill about mental health, guidance, counseling psychology, clinical psychology, rehabilitation counseling, social work, psychiatry, psychiatric nursing, occupational therapy, speech-language therapy, special education.
2. Practical monograph, including method or strategy in practical experiences, program design and practice.

### Manuscript Preparation

Submission must include a title page, the submitted manuscript, two copies of Publication Form. Submitted manuscripts must be written in the style outlined in the Publication Format of Global Mental Health E-Journal and the Publication Manual of the American Psychological Association (6th edition). Any inconsistency with the format requirements will result in return of manuscripts. The authors are encouraged to correct the format and resubmit. All manuscripts must have Chinese and English abstracts both containing a maximum of 300 words (1,500 to 2,000 characters) typed in a separate page. Up to five keywords or brief expressions can be supplied with the abstract. A manuscript (including tables, figures, and both abstracts) should be limited to 12,000 Chinese words or 6,000 English words. If manuscripts have been presented in conferences, have sponsors, or are adaptations of academic degree theses, it should be addressed in cover letters.

The template of title page and Copyright Authorization Form can be found at <http://tcq.heart.net.tw/> . All the identifying information of the authors should only appear on cover letters not on the title page. All authors must submit two copies of completed Copyright Authorization Form.

Manuscripts must be single-spaced and typeset in 12-point word size and printed on one side only of A4 paper with page numbers. Each page has 38 lines and each line with 35 Chinese words (not applicable if written in English.) There should be no line spacing

between paragraphs. The author must supply all submitted materials on a CD in Word files (Word 98 or above).

### **Publication Policies**

Upon acceptance for publication, the Department of Guidance and Counseling at the National Changhua University of Education has the right to:

- Publish the accepted manuscript in printed or electronic version
- Provide the accepted manuscript to commercial online databases for electronically storage, reproduction, offering access to read, download, or print.
- Allow the National Library or other database services to provide accepted manuscripts to their users
- Make editorial change in accepted manuscripts tailored to different format requirements of various database services

### **Review Process**

Upon receipt of the manuscripts, the manuscript will be evaluated by the Chief Editor to ensure the manuscript content fit for the purpose of the journal. Then, the Editorial Board recommends two experts as reviewers to undergo a masked review process. Reviewer comments will be forwarded to the authors.

### **Submission**

Submissions are accepted at all times. A review process starts shortly after receipt. Submission materials must include a title page, three copies of the manuscript, copies of completed Copyright Authorization Form (each author with two copies completed) and a CD with all the submitted materials. Please send all materials to:

Department of Guidance & Counseling  
Attn. Editorial Board of Taiwan Counseling Quarterly  
National Changhua University of Education  
No. 1, Ji-De Road, Changhua City, Taiwan 500 R.O.C.  
Tel:886-4-723-2105 Ext.2211  
Email: [tentcq@gmail.com](mailto:tentcq@gmail.com)

## **Title Page**

**Manuscript Title:**

Chinese:

English:

**Key Words (maximum of five words):**

Chinese:

English:

**Author(s) and Affiliation(s):**

(If more than one authors, please write in the order of authorship):

Chinese:

English:

**Contact Information of the First Author and the Corresponding Author:**

(Please include telephone and fax numbers, postal address, and email):

**Author's Note:**

(If applicable, need to mention sources of research funds, academic theses the manuscript adapted from, and/or conferences the manuscript has been presented)

## Copyright Authorization Form

Manuscript Title: \_\_\_\_\_

(Will be addressed as this Manuscript throughout this form)

1. Upon acceptance of the Manuscript, the author, I, hereby transfer and assign to Taiwan Counseling Quarterly the copyright to:
  - A. Publish the accepted manuscript in print or electronic forms.
  - B. Provide the accepted manuscript to commercial online databases for electronic storage, reproduction, offering their users to read, download, and print.
  - C. Permit the National Library or other database services to provide accepted manuscripts to their users.
  - D. Adjust accepted manuscripts in order to fit different format requirements of various database services.
2. The author permits the Department of Guidance & Counseling at the National Changhua University of Education can grant the use of this Manuscript to other database services for free or for a cost. If it is for a cost, the money belongs to the National Changhua University of Education.
3. The author adheres to all related ethical guidelines throughout the process of completing this Manuscript. This Manuscript is an original piece of work by the author. The author has the right to transfer its publishing and proprietary rights. There is no plagiarism or violation of copyright. This form is the permission to publish this Manuscript. The author still holds the copy right of this Manuscript. If the Manuscript is prepared jointly with other authors, the completion of the authorization form for publication requires each author to complete this form separately and makes two copies of each. By signing this agreement, the author acknowledges the terms and conditions listed above.

Author's signature:

ID Number (or SSN):

Telephone Number:

Email:

Address:



張馥媛  
Fu-Yuan Chang

社交焦慮症的認知行為治療：案例分析  
*Cognitive Behavioral Therapy for  
Social Anxiety Disorder: A Case  
Study*

黃進南、郭世婷  
Jinn-Nan Hwang  
Shin-Ting Kuo

諮商師和通譯員在心理諮商中的合作  
*Counselor and Interpreter  
Collaboration in Counseling Service*

黃傳永  
Chuan-Yung Huang

藝術治療運用在失落悲傷調適之探討  
*Art Therapy in Loss and Grief  
Adaptation*

台灣心理諮商季刊  
*Taiwan Counseling Quarterly*

國立彰化師範大學輔導與諮商學系台灣心理諮商資訊網 出版暨發行

*Dept. of Guidance and Counseling, National Changhua University of Education & Taiwan Counseling Net*