

# ACT治療取向應用—— 以青少年拒學個案為例

## A Case Study on the Application of Acceptance and Commitment Therapy in Adolescents with School Refusal

洪美鈴<sup>1</sup>、曹國璽<sup>2</sup>  
Mei-Ling Hung<sup>1</sup>, Kuo-Hsi Tsao<sup>2</sup>

### 摘要

近年來青少年拒學現象逐漸增加，深入探究拒學本質，是種帶著焦慮循環與糾結的問題，且會重複逃避行為，甚至嚴重時形成社交退縮。在這個焦慮循環的歷程中，接納與承諾治療（ACT）成為一種有效評估與處遇的取向。ACT被視為行為治療的第三波浪潮，嘗試修正傳統行為治療及認知行為治療的架構與作法，它認為人的心理問題主因在於「認知融合」和「經驗逃避」所導致的缺乏彈性，需藉由接納、脫鉤、建立超驗的自我、與當下連結、價值，以及承諾行動等方式，直接與間接建立心理彈性的過程。在筆者的實務經驗中，ACT的評估與處遇對於拒學青少年固著的認知思考及經驗逃避模式，確實能夠有效幫助個案跳脫原來的逃避退縮循環。故筆者進一步整理拒學行為模式，以ACT的主要架構作為治療地圖，幫助個案改變與焦慮的關係，朝向自己的學習價值前進。本文對ACT治療法的哲學背景、理論基礎與治療模型等進行整理式的說明，並以拒學案例作對照反思，透過ACT治療文獻中所提的幾種常見錯誤進一步討論運用ACT的注意事項，供作實務運用討論與參考。

**關鍵詞：**ACT、接納與承諾治療、拒學

### 壹、前言

接納與承諾治療（acceptance and commitment therapy, 以下簡稱ACT）是由 Steven Hayes、Kirk Strosahl 以及 Kelly Wilson 三人於 1999 年所創始。它被視為一種新的認知行為取向，納入人類語言、

認知的關連框架論和功能分析作為基礎的行為治療（Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999），另外，它也被視為是行為治療的第三波中最具代表性的治療模式（Hayes, 2004a）。

ACT 認為人的心理問題主因在於認知融合和經驗逃避所導致的缺乏彈性，需藉由接納、脫離糾結、自我為脈絡、

<sup>1</sup>吾心基金會諮商心理師

<sup>2</sup>張老師基金會台北分事務所 兼任心理師

通訊作者：洪美鈴，（104）臺北市松江路17號2樓，E-mail：mlhung0329@gmail.com



與此時此刻連結、價值，以及承諾行動等方式，直接與間接的體驗建立心理彈性的過程（Bach & Moran, 2008；張本聖譯，2015/2009）。近期ACT的應用效能研究回顧顯示，對於治療慢性疼痛、憂鬱、焦慮藥物成癮和工作壓力等皆具顯著療效（Lars-Göran Öst, 2014）。針對青少年個案文獻的後設分析，則顯示能夠有效協助青少年處理慢性疼痛、厭食、學習障礙、強迫症、焦慮、社交退縮、憂鬱等議題（Halliburton & Cooper, 2015）。

至於青少年拒學，過去研究懼學或拒學二詞交替使用，鑑於拒學的因素複雜，包括分離焦慮、恐懼、學習動機低落等，使用懼學一詞容易導致誤會孩子只是因為恐懼導致不上學，故Kearney和Silverman（1993）建議將學童有關上學方面的困難或抗拒統稱為「拒學」（school refusal）。並將之定義為「任何拒絕上學或上學後無法完成整日課堂的情況」，以拒學涵蓋所有不到校的問題。整體拒學的情緒與行為表現，目前文獻與實務上多引用Berg對拒學行為的定義，主要是對上學一事感到痛苦，伴隨重度情緒不安，上學時容易出現恐懼、憤怒、緊張焦慮，或各種身體症狀，大多無反社會行為且父母知道孩子上學時間滯留在家裡（Berg, Nichols, & Priechar, 1969; Berg, 1997）。

拒學的情緒與行為顯示帶著焦慮循環與糾結的問題，且會重複逃避行為，甚至嚴重時成為社交退縮。筆者學習與應用ACT的實務歷程中，發現對於拒學青少年固著的認知思考及經驗逃避模式，透過ACT的治療取向介入，確實能夠有效幫助個案跳脫原來的逃避退縮循環，故進一步整理拒學行為模式，以ACT的主要架構作為治療地圖，幫助個案改變與焦慮的關係，能有效幫助個案

面對困境，朝向自己的學習價值前進。

因此，本文說明ACT治療法的理論依據、ACT的治療模型、技術及其應用，並對照拒學案例進行反思，透過ACT治療文獻中所提的幾種常見錯誤進一步討論運用ACT的注意事項，供作實務討論與參考。

## 貳、ACT治療法之理論依據

行為主義在二十世紀的五〇到六〇年代，臨床治療領域出現了不同於傳統精神分析的行為治療方法，如系統減敏感、制約削弱等技術，這些治療方法轉向科學為基礎，透過可測試的假設和應用於行為問題的治療，稱為行為治療的第一波浪潮；當時因為聚焦在可觀察、可操作定義的目標行為，較少關注語言和認知，在六〇與七〇年代，行為治療學者發現個案不只抱怨問題，也抱怨避開引發問題的情境，那是因為人類語言和認知使得制約變得複雜，而且干預只解決部分行為表現或生理問題，無法處理社交、自信等和環境連結等較複雜的部分，可視為因未能處理認知和語言的問題，而缺乏對心智整合的理解（Bach & Moran, 2008）；因此Beck等人在治療憂鬱症的過程中發展出認知治療（Cognitive Therapy, CT）與Ellis發展出理性情緒行為治療（Rational Emotive Behavior Therapy, REBT），二者皆屬於認知行為療法（Cognitive-Behavioral Therapy, CBT），被視為行為治療的第二波浪潮。

而ACT出現在對於認知行為治療開始有許多辯論和質疑的時代，尤其近年來，臨床治療者和研究者不斷針對科學驗證基礎或療效等問題，針對認知行為療法出現許多辯論（Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013），



一些認知行為的技術也難以和認知心理學在科學基礎上加以連結（Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006），Hayes整理並提出對CBT的批評，包括：（1）CBT以機械論為基礎，過度聚焦在「症狀」；（2）CBT的技術未能在基礎認知科學的研究中顯現；（3）CBT未能受到因素分析的研究所支持；（4）症狀改善有時會出現在CBT的介入之前；以及（5）CBT的假設驗證並沒有得到顯著支持（Gaudio, 2011）。最後Hayes等人因應質疑的內容，統整功能脈絡論（Functional contextualism）、關連框架論（Relational frame theory），提出ACT以修正傳統行為治療及認知行為治療的架構與作法，因此被視為行為治療的第三波浪潮（Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999）。

行為治療的第三波浪潮除了ACT之外，另外包括功能分析心理治療（FAP）、辯證行為治療（DBT）、正念認知治療（MBCT）、功能強化認知治療（FECT）等。這些治療的共通性包括：（1）看待個案的症狀向度為生活領域運作的光譜，而非將症狀歸入診斷類別；（2）治療是透過行為介入方式，非長期藥物看守或是使用詮釋；（3）評估進步不在於症狀改善，而在於功能的進步；（4）主軸的哲學是功能脈絡論而非機械論（Bach & Moran, 2008）。

ACT所根據的主要哲學基礎即為上述功能脈絡論與關連框架論，以下分別就此二理論進一步說明：

### 一、功能脈絡論（Functional contextualism）

功能脈絡論認為行為和環境的關係是一個整體，行為不在脈絡下分析是無意義的，而分析的標準是行為在環境中

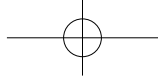
達成功能的程度而非事件的真實性，因此需關注個案持續的行為（Hayes, 1993）。個體的行为會因為四種功能得到增強，包括：（1）具體有形的增強物，例如缺錢的青少年偷錢，實質拿到錢就是一種具體的增強；（2）社會關注，包含注意力、稱讚、懲罰等，例如因為偷錢被罵、被同儕崇拜，都是一種注意力的增強；（3）生理和自動化的功能，包括感官愉悅或自動化的生理反應，例如喝啤酒、吃甜點可以感到愉悅；（4）避開或逃避的功能，表示增加某行為可排除或減少負向環境刺激，例如拒學的孩子可以逃脫學習的評價等（Flaxman, Blackledge, & Bond, 2010）。

ACT在功能脈絡論的基礎下，強調行為有效性的重，行為是否要改變取決於其「功能」而非過去認知治療強調的「原始認知內容的改變」；對於一些非理性的想法信念在可朝向價值的功能前提下，以「開放接納」取代「改變或替代」的介入策略。

### 二、關連框架論（Relational frame theory）

關連框架論（RFT）是針對人類語言與認知的一種功能脈絡論。人類的語言和認知建構人類評價和成功，另一方面也帶出痛苦；語言本身和認知核心歷程具有一種相互學習與影響的能力，可以透過語言的學習將事件與認知產生相互關連，並且因為這些關連而改變事件的功能。RFT在意事件的功能而非形式，不需試圖改變頻率、時間、強度等問題，而是改變問題的脈絡，例如社交焦慮的個案只要改變和焦慮的關係，能和焦慮共處，也可以和別人進行社交活動（Bach & Moran, 2008）。

RFT提到關連架構有三種特徵：



(1) 關連反應 (relational responding) , 表示當個體學習到在某種情境下A與B相關, 他的行為就會依循這個關連架構。例如檸檬這個詞等於檸檬的實物, 個體看到水果圖卡中的檸檬圖案, 他就會說出檸檬的詞; (2) 衍生關連反應 (derived relational responding) , 指的是自事實或假設進行抽象推斷, 即在特定情境中A與B有關, 而B與C也有關, 那麼在情境中A與C也會有某種關連, 例如看著圖卡說檸檬, 而知道檸檬是酸的, 就會自然產生看到圖卡就會感覺檸檬的酸; (3) 刺激功能的轉移 (transformation of stimulus functions) , 若A在某情境下有一個特定的功能, 在需要時可以透過語言情境喚起刺激的功能, 例如感到口渴時聽到檸檬的詞, 就會聯想起真實檸檬的味道, 就會刺激唾液分泌。

ACT的臨床工作奠基於RFT, 每一種對行為的介入策略都與改變語言認知的關連框架有關, 原因在於當特定事件被語言關連賦予某些功能之後, 往往也會改變其他相關事件的功能, 例如當孩子被狗咬過, 日後聽到有人喊「狗」一詞, 即使沒有真實被咬的危險, 孩子仍會哭泣逃跑, 這是因為在這個事件中, 語言和認知產生連結 (Maria & Marios, 2010) , 而研究顯示試圖改變或壓抑某種思維與情緒連結, 反而容易增加非理性認知連結的強度 (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987) , ACT認為透過改變語言陳述, 或是改變語言和認知的關連, 可以實際影響目標行為, 因此RFT解釋了改變認知內容有時容易適得其反, 同時也可作為為ACT架構中「與此時此刻連結」、「接納」與「脫離糾結」等技術的理論基礎 (Hayes, 2004b; 張本聖譯, 2015/2009) 。

## 參、ACT於拒學案例之應用

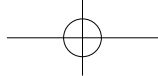
整體來說, ACT主要認為個體企圖避免痛苦, 反而容易誇大痛苦, 而非消除痛苦, 因此當個案不願意去經驗, 而是試圖控制、解釋或調整想法時, 這樣的狀態反而成為問題 (Hofmann & Asmundson, 2008) 。相反的, ACT的臨床工作者通常會透過促進個案的正念和接納的歷程取代傳統的認知行為治療的認知挑戰 (Hayes et al., 2013) , ACT看待問題的焦點在個人行為發生的過去和現在的環境脈絡, 評估指標為個體行為如何增加功能, 而後改變個體與情緒或症狀的關係, ACT重視增強行為功能, 而非解除特定症狀, 當然, 症狀最後可能會因行為改變而減輕, 但非主要處遇目標 (Bach & Moran, 2008) 。

ACT包含六個相互關連的核心歷程, 主要來自心理病理所建構的治療模式, 並在這六個核心歷程中發展相關的策略、技巧與測量方式, 以下先舉一案例, 之後分別說明ACT心理病理與治療架構, 並對照案例分述之。

### 案例：小恩

小恩, 男性, 在國二第一次段考某科目表現不佳之後開始出現拒學現象, 先是出現作業遲交, 接著每天早上會以身體不舒服為由拒絕起床上學, 即使到校門口時身體會僵住, 父母推拉時, 小恩會抵抗哭鬧, 如果勉強留在學校, 則會出現頭暈、胃痛、腸絞痛等身體症狀, 若回到家中, 小恩的身體症狀消失, 情緒反應較在校時穩定, 偶爾也會幫忙做家事, 如今小恩全時留在家中已達兩個月。

父母描述小恩從小性格較為內向、自我要求高, 具備完美主義的特質, 在



校的課業成就表現佳，人際關係屬於被動疏離，但未曾與人衝突爭執。小恩在家大多時間上網或睡覺，拒絕學習，生活作息變得日夜顛倒。過去在家中與家人相處雖然對話不多，但仍可保持平和互動，如今小恩抗拒溝通，大多時間躲在房中；另外在情緒方面，則是出現較多害怕、緊張，以及較強烈的生氣反應。

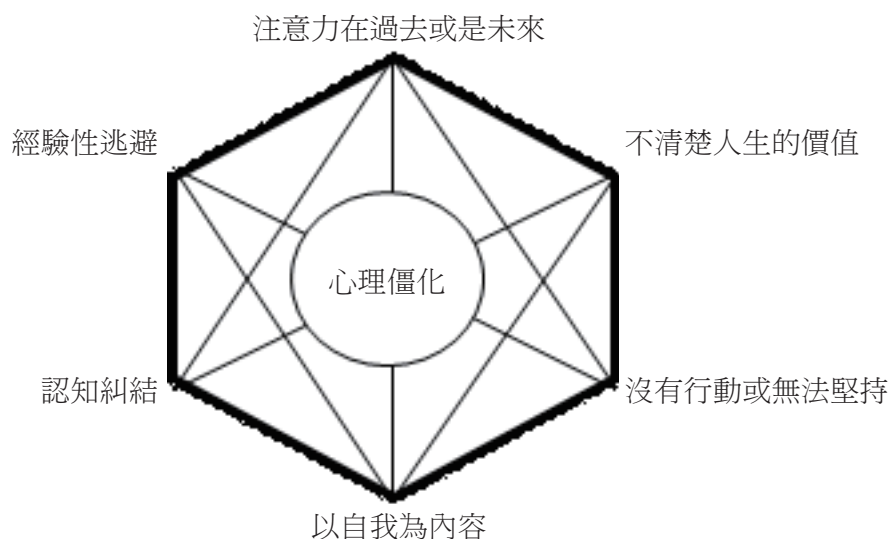
## 一、ACT的心理病理模型與個案概念化

根據ACT的理論，人類主要的心理問題在於個體的語言、認知和刺激事件的交互作用的過程，這些過程導致個體無法朝向價值或無法改變朝向價值的方式，而產生的「心理僵化」。Hayes (2006) 以RFT的假設為基礎，設置ACT的心理病理模型（如圖一），六角表示心理的六大問題，相連表示之間的相互影響，以下分別針對六大問題，以拒學青少年案例進一步說明。

### （一）經驗性逃避（experiential avoidance）

人們會因為自己對外界的評估而產生內在經驗，這些內在經驗包括不愉快的身體感受、情緒、想法、記憶以及傾向等，它們又會促使人們產生迴避的舉動，個體會透過處理外界事物的方式來趨近和迴避這些內在經驗；然而迴避或壓抑本身又強化了內在經驗的連結；接著對於這個過程的評估又使個體陷入憂鬱或焦慮等情緒（Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996）。

在小恩的例子中，他在學校的段考中經驗到某科目的困難，透過這個困難和外在事件的連結，內在開始對自己的能力產生質疑與挫折的感受，小恩為了避免對考試或作業等外在事物產生的挫折經驗，希望避免陷入無能感而試圖壓抑或逃避學校這些事件，但在逃避歷程中內在經驗反而被不斷想起，擴大類化到所有學校事物，小恩只好更加逃避，逃避的對象已經不是外在經驗，而是他的內在感受、想法與記憶等，進入殫精竭慮但負向的逃避循環。



圖一：ACT心理病理模型



## （二）認知糾結（cognitive fusion）

人們因為關連框架的建立，思考和語言及其所涉及的事物就會因此混淆（Harris, 2009）。語言認知雖然是指涉不在眼前的事物，但在大腦中卻產生真實刺激事件的屬性，以前文所舉的檸檬為例，說出這個詞語同時產生酸的感受與口水分泌的生理反應。又或者當一人說出「我很笨」時，會覺得眼前真的出現感覺自己很笨的事件。

拒學的小恩來談初期無法說出自己的害怕焦慮來源，只能表達自己站在校門口整體的不舒服，表示學校是個可怕的地方，「再待下去我會死掉」，說出這樣的話時的恐慌感受真實出現在生理的各種痛苦反應之中，他會開始出現頭痛胸悶的身體感受。另外談話中期，小恩較能分辨當媽媽叫他起床，他的腦海中會出現媽媽接下來叫他換制服、吃早餐、去上學等後續程序，小恩因此產生煩躁感而更加緊閉雙眼或將媽媽趕出去。

## （三）注意過去或未來（Dominance of the conceptualized past and feared future）

認知糾結與經驗性逃避常導向個人失去接觸當下的經驗，不斷去回想過去的錯誤或是害怕未來，如此會導致人們無法和當下經驗連結，當下經驗包括外在與內在的世界，失去和此時此刻連結造成新的可能性也同時被排除，如憂鬱症患者常身陷於內在世界，不斷反芻過去的經驗，也對未來充滿害怕，反而在每個當下容易做出錯誤的選擇。

以小恩即使睡醒仍難以起床，或是明明肚子餓了卻因害怕面對爸媽而不肯出房門用餐，小恩陷在認知糾結的上學焦慮中，脫離當下身體的真實感受，自動化的進入擔心未來，例如想到如果起

床，爸媽接下來就會關切自己今天的上學意念，開始想要說服或要求自己上學等。

## （四）以自我為內容（attachment to the conceptualized self）

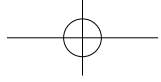
檢視自我有三種方式，一種是概念的自我，自我即是內容（self-as-content）、第二是歷程自我，此時自我即歷程（self-process），第三種是脈絡自我，也就是自我即脈絡（self-as-context）。當個體認為自我就是腦中的自我概念，會從內容的角度來描述與評價自我，包括描述角色、關係、優缺點、夢想等。如憂鬱時腦中常有負向自我概念，我是壞的／沒有價值的／沒有希望（Bach & Moran, 2008）。

談話中期的小恩嘗試描述自己，描述自己是一個拒學的學生、15歲、喜歡打球、害怕上學、網路遊戲表現還不錯、未來沒有方向等。小恩缺少對自我的觀察，大多需由心理師協助引導小恩觀察自己，例如觀察到偶爾自己上網到早上時感到一陣驚慌。

## （五）不清楚人生的價值（lack of values clarify）

「價值」並非目標，是指一個人所又達成的整體結果或是人生所選擇的方向（Hayes et al., 1999），而非某個具體可實踐的事項。當個體失去、忽略或忘記人生價值時，無法在生活中擁有指引行動的方向。例如憂鬱症患者常無法接觸個人價值，如與他人連結、利他、做一個有生產力的人等。

以小恩為例，小恩未曾思考自己的價值，生活大多由一個一個的目標堆砌而成，當感到目標難以達成時，自己受困在認知糾結與經驗性逃避中，隨即陷於停滯僵住的狀態而感到茫然。



### (六) 沒有行動或持續逃避 (inaction, compulsivity, or avoidant persistence)

當個人表現出缺乏對各種領域的活力與行動，使我們遠離覺察的和有價值的生活，而衝動反應與自動化的行動模式，無法使生活更豐富完整，反而使生活陷入僵化的泥沼。例如憂鬱時，沈迷藥物酒精、不運動等 (Bach & Moran, 2008)。

拒學的小恩害怕與他人接觸所以更不願意出門，想要逃避到網路當中，即使面對家人的鼓勵想要改變而回學校兩天，但很快的因為生活周遭他人的關切引發焦慮，無法堅持改變而回到自動化逃避反應。

## 二、ACT的治療模型與技術

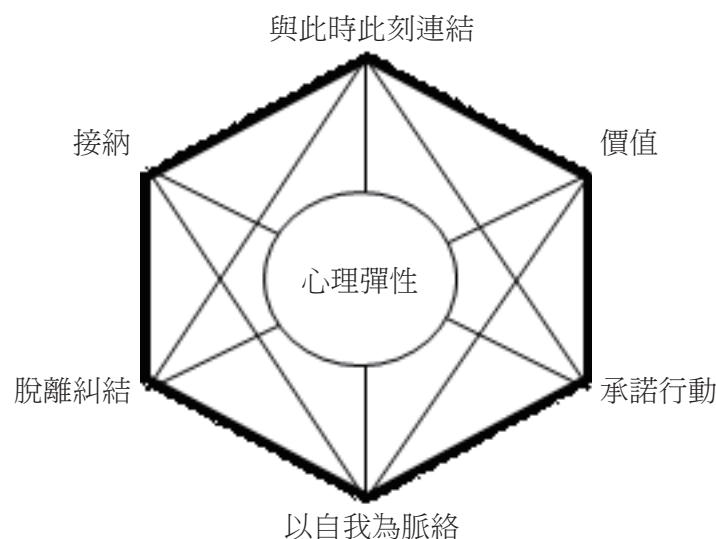
ACT的目標在透過對上述心理病理的對治與處遇，針對六個核心歷程的關連作用來增加個體的心理彈性 (psychological flexibility)。所謂心理彈性，是指身為一個有意識的人，能因朝

向價值而在行為上有所改變與堅持 (Hayes, 2004b)。ACT因提出六個核心歷程也稱為六角形模式 (hexaflex model, 如圖二)，此六角形可從任一角度切入處遇，皆用於改變原有的語言認知框架所帶來的影響 (張本聖譯, 2015/2009; Hayes et al., 2006)。以下針對每一個核心歷程，配合案例進一步說明。

### (一) 接納 (acceptance)

接納是指不帶防衛地容許痛苦來去，也不因問題責備自己或者著力於經驗性逃避，只是願意 (willingness) 承認現況，完整的去經歷與面對心理事件，並且朝向價值前進。

ACT的接納策略經常運用隱喻的方式，例如掉入流沙的隱喻，當人陷入流沙之中，自動化的想要掙扎逃跑，但掙扎用力反而會使自己陷得更深，最好的生存方式是讓身體放鬆的接觸流沙，如同浮在上面，這樣可以免於繼續沈陷 (Moran, 2011)。另外為了讓個案可以看見自己的經驗性逃避，治療師會嘗試



圖二：ACT心理治療模型



以其他隱喻來幫助個案產生創造性無望感，例如寫字板的隱喻，面對拒學的小恩，他在面對學校與父母時經常處於經驗性逃避，當他可以畫下在腦中感受到學校大門的扭曲圖像，筆者將板子拿近小恩，他的眼神迴避並且下意識舉起手來想要推開板子，透過討論，他可以感受到自己經常處於這樣的狀態，表示自己無法將腦海的這些畫面消滅。

當筆者邀請個案停止費力推開板子，而是帶著這個板子但不要讓它擋住自己的視線即可，個案隨即將之夾在自己的腋下，笑著告訴筆者那是不錯的地方，在那次的談話後，個案對於討論自己在學校的狀態較為輕鬆，也和筆者有較多眼神接觸。

## （二）脫離糾結（cognitive defusion）

脫離糾結主要在減低不愉快的語言與認知的負面效果，容許想法只是想法而不陷進其中，將想法看做是語言和文字本身，而非代表事實，從而減少個體被想法綁架的狀態。例如當個案感覺沒人喜歡我，帶著這個眼光來看世界會導致他逃避所有社交活動，透過脫離糾結，幫助個案將語言回歸語言，拉開那只是腦中的一個想法，拉開和這個想法的距離，可以避免進入自動化的逃避，重新選擇朝向價值的行動。

在和小恩晤談的過程中，透過隱喻和簡單的語言小遊戲，即可促成脫離糾結的效果，例如小恩期許自己快樂的學習是想要朝向的價值，如果那個價值是台北車站，那麼引導小恩想像自己是一台公車司機，自己的任務是要帶一車乘客到車站，車上的乘客A叨念自己要快一點、乘客B喊著你這樣做錯，那樣會失敗、乘客C害怕得要求你停下來不要再往前，這些都是小恩腦中常出現的聲音，如果小恩是司機，如何載著他們，卻不

被這些乘客所控制？小恩微笑說如果知道方向任務了，其實戴上耳機直直往前開就好。

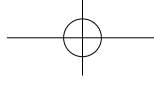
另外當小恩和父母衝突，感覺腦海中不斷出現「懶惰、賴皮」等評價的語言，自己心裡又出現想要躲起來的衝動，小恩開始練習會談中玩過的小遊戲，用一首生日快樂的歌曲唱出「懶惰懶惰懶惰一賴皮賴皮賴皮……。」自己心中的怒氣平復許多，同時也較能回應父母真實的自己的確有一點捨不得在家裡的輕鬆生活。

## （三）與此時此刻連結（contacting the present moment）

ACT鼓勵個體要有意識的注意此時此地的內在與外在經驗，不做評價，只是觀察與接受，這是正念（mindfulness）覺察的過程，包括當下身體覺受、想法、感覺，此時進入同在模式，而非自動導航的回到經驗性逃避當中。

面對青少年個案，當他們慣性進入逃避與拒絕思考的情況下，容易在會談當中隨時陷入「僵住」的狀態，有時只要問他們任一需要思考的問題，例如媽媽的哪一句話讓他不開心？喜歡媽媽怎麼說？個案會呈現茫然空白，接著沈默低頭不言語。

對拒學的小恩亦然，尤其完美主義的小恩期望在腦海中有個完整的答案才能表達，往往整理不清楚就會陷入焦躁，會談初期，小恩經常出現思考許久但聳肩沈默，評估認知功能與諮商關係並非阻礙思考的來源，而是經驗性逃避造成他難以回答心理或情緒的問題，當時他的確較難接觸自己的內在狀態，筆者開始透過具像化的方式引導，例如先問小恩在諮商室中看到什麼？椅子是什麼顏色？聽到什麼聲音？慢慢的進入內在思考的問題，例如筆者的聲音高低？



問了什麼問題？進一步要小恩觀察自己腦海中的聲音，如果有個小矮人在回答問題，他舉了O或X的牌子？他還說了哪些語詞？

透過引導，小恩開始練習在感到焦慮或困難時，找到幫助自己停下來照顧自己的方式，例如在家中做功課，感覺困難煩躁了，小恩會起身去喝一杯冰水，感覺冰涼的溫度滑入自己的口中，再回到功課上，此時的改變在於照顧此時此刻的自己，不會因認知糾結停滯在自己的煩躁中，而是藉由感受此時此刻經驗內在與外在世界，撐出心理的空間後繼續寫功課。

#### （四）以自我為脈絡（self-as-context）

以自我為脈絡是指透過環境脈絡來瞭解自我，超越自我的角度來感覺與瞭解自我，對個人的問題採取脈絡性、歷史性的理解，如果以手電筒來比擬，手電筒光照到的地方是概念我，手電筒的光是歷程我，而手電筒本身則是脈絡我；若以棋盤來比喻，白子是正向概念我，黑子是負向概念我，黑子與白子的移動或戰爭是歷程我，整個棋盤就是脈絡我，個案視自我即為脈絡的觀點會幫助自己接納內在的各種概念內容，而不再被負向的自我所威脅，進而也會增加對此時此刻的連結。

在和小恩的晤談中較少針對這個部分明確的討論，只是邀請他觀察體驗生活中有趣的事物時的自己，例如打球時的自我狀態。透過分辨討論這些不同面向的自己都存在的前提下，是否可接納這些狀態的存在與消失？如果接納這些不同的自我，那麼是否表示已長出一個更寬容有自信的自我來面對生活？

#### （五）價值（value）

在行為治療第三波的各种治療方法中，以價值作為行動導向是ACT的主要

特色，價值是一種不斷追求的方向而非某個具體實現的目標，是可連結在此時此刻的行為，有意識的貫穿在每個有目的的行動之中，例如朝向西方，是前進不是停止；有愛的關係是價值，有更多朋友則是目標。ACT認為價值是選擇，沒有對錯的問題，當個體選擇了某價值，這個價值會強化他接納面對不想要的感覺或想法的意願（張本聖譯，2015/2009）。

小恩在過去的生活有許多目標，這些目標大多也在小恩的努力下達成，但小恩在其中較少感到踏實快樂，因為大多是汲汲營營地逃避目標失敗所帶來的痛苦，透過價值澄清，小恩體認自己想要的只是快樂、學習與成為可信任的人，連結到生活中，小恩開始思考接下來的每個行動是否符合這些價值。

#### （六）承諾行動（committed action）

減少人們因經驗性的逃避而行動，促使人們朝向價值的行動是ACT的主要目標。當六角形的其他部分有所調整，個體能夠接納現實、脫離糾結、與此時此刻連結、澄清並選擇價值，或是透過脈絡瞭解自我，接下來就需要承諾改變與行動。ACT是一種強調改變的治療取向，此時會採用一些行為治療的方式，一步步引導個案設定朝向價值的具體行動目標。

在會談中後期，筆者和小恩討論目前生活中的種種行為目標，小恩思考快樂與學習的價值時，雖然可以在家自學完成許多課業的準備，但也認為自己無法迴避想到學校帶給自己的壓力不適，小恩希望自己能夠克服內在的害怕，也為自己設定想要改變的時程目標。筆者邀請父母和學校導師、輔導老師聯絡，開始引導個案進行每週半天到一天的暴露不反應練習，兩個月之後之後逐日增



加，最後在一年半後完成在校全時的學習。

## 肆、ACT研究與實務經驗反思

依據行為治療重視實證研究的傳統，ACT的研究者針對其使用的效果也進行的大量的檢驗，ACT模型對於青少年族群所面臨的問題是否能夠提供療效？Halliburton和Cooper整理10篇ACT對青少年的治療研究進行文獻分析，ACT對於青少年的慢性疼痛、厭食、憂鬱、強迫症、創傷、壓力、學習障礙，以及自閉症等議題的介入皆能產生顯著的療效，整體而言的確能應用在處理一些青少年生理、認知和社會需求層面等問題，但在研究中未討論方法學與評估的問題，也就是說，ACT的介入如何對青少年這些問題有助益？如何認定使用ACT而非CBT或其他學派對青少年個案是最適合的方式？這些問題有待未來進一步研究釐清（Halliburton & Cooper, 2015）。

針對ACT的療效研究中，並未明確針對拒學青少年個案，筆者實務上透過對ACT的學習與體驗，對照以ACT為基礎介入其他青少年問題的成果，進一步運用在拒學青少年時，既感到此取向對於拒學個案的適用與有效，同時也體悟對於ACT需更進一步熟練的必要性。尤其就拒學青少年而言，往往最主要的治療目標是如何幫助個案避免社交退縮，重返校園與人際接觸，但在使用ACT介入拒學個案的初期，筆者發現的確會因個案的退縮行為而感困難，形成個案的問題就是諮商的阻滯之處。

ACT在運用上其實透過許多歷程性經驗，Brock等人（2015）近期發表一篇文獻指出，使用ACT模式時鼓勵治療師從三個層面來檢視接案的情形：1.接觸諮

商中的經驗；2.留意經驗中的脈絡（如想法、情緒），以及當下對自己的評價與自我保護運作；3.注意行為的傾向是追求或是避開，從而看見自己在治療中的介入是基於經驗中學習（contingency-shape）或是套用規則（rule-governed）。當治療師離開歷程性經驗，容易出現一些常見的錯誤，包括談論而非執行ACT、照本宣科的念出隱喻或活動步驟而失去和個案的連結、把隱喻和活動當成技巧、講太多話、紙上談兵而沒有行動、認定控制和逃避是不好的、聚焦負向行為而非正向行為、過於急切的尋找價值、過於快速或努力引導個案處理強烈情緒（Brock, Batten, Walser, & Robb, 2015）。

將上述文獻對照實務歷程，筆者經驗到初期的確較難與拒學的青少年建立關係，尤其拒學個案剛進入晤談，治療者放入太多ACT的策略或隱喻，往往快速引出青少年的退縮反應，連結到教導或上課，此時青少年更易陷入經驗性逃避的迴圈之中。當青少年處在社會退縮的邊緣狀態，透過父母親友的影響前來，諮商的首要目標是在停止退縮，增加連結，因此需考量個案的語言習慣、生活興趣等，由接納或接觸當下開始。治療者先以接納好奇的態度，引導個案看見自己的現況，治療者示範的好奇、不評價即是個案內在不掙扎的類比，在諮商中建立一個接納的空間，個案透過此接納的經驗內化這個空間，而較有餘裕可以練習各種隱喻活動，或是找出自己的內在價值。

當治療者感到著急或在個案的父母焦慮中擺盪，此時若無覺察，亦陷入上述的認知糾結於問題解決的模式中，如此形成治療者的經驗性逃避，反而無法引導個案與此時此刻連結、脫離糾結或價值澄清；解決方法亦如Brock等人所



言，唯有治療者先以ACT的架構接觸自己在諮商歷程的經驗，留意自身的狀態、經驗中的脈絡（如想法、情緒），以及當下對自己的評價與自我保護運作，並且注意諮商的傾向是追求價值或是避開被責難等，方能真正以ACT取向幫助個案接納困境與朝向價值。

## 伍、結論與討論

ACT是近二十年來發展出來的治療取向，雖然跳脫認知行為治療的限制，但仍在行為主義強調實證研究的基礎下發展，確立心理病理，發展理論架構為六個核心歷程，主要的治療目標在促進個體的心理彈性。這些發展主要在西方日益蓬勃，英美等國每年都會舉辦ACT的訓練工作坊或國際會議（Cullen, 2008），主題演講等座無虛席，治療文獻的發表更是不斷成長。

在本地化的部分，ACT的接觸當下或接納二核心歷程也大量使用正念內觀作為策略基礎，這些元素對於華人或佛教文化都具備了語言的一致性。此外ACT重視個別功能，也強調關連框架，相當程度帶入了社會文化建構（語言框架）的內涵，治療不再是西方過去所強調的問題解決，而是重視個案問題的環境脈絡，並且幫助個案增加適應環境的功能；此部分亦可與東方社會看待個體處在家庭關係或倫常關係的脈絡意涵進一步對照，ACT在華人社會的應用也可以此視角作為出發，例如拒學的個案，是否因為家庭不鼓勵孩子獨立的文化脈絡下出現的問題或行為？如何促進個案在接納這樣的脈絡文化中促進功能並且朝向價值？都是未來有待進一步整合討論之處。

一個取向的本地化需要透過「涵化」的過程，所謂「涵化」是針對取向

有足夠深入的瞭解浸潤後，透過本地文化視框的運用，發揮其解決問題或促進生活的功能（吳英璋，2004）。國內目前ACT的發展仍屬初期，對於此取向的本土化仍有待更多治療者深入瞭解與應用此取向，並針對其如何發揮治療效果進行研究，較能歸結與討論在本地運用此取向的文化意涵。

整體而言，ACT作為行為治療第三波浪潮的代表性取向，實證研究文獻不斷快速增加，不論是心理病理、療效研究、治療架構、治療策略等，都可見其成果。但目前這些研究大多為國外文獻，國內心理治療學界或實務界對此取向的討論研究較少，期望本文能夠作為ACT理論概念應用的另一敲門磚，讓國內更多治療者認識此一取向，使更多個案因ACT而受益。

附註：文中所舉拒學案例經由個案同意後改編撰述之。

## 參考文獻

- 吳英璋（2004）。心理治療歷程中的「本土化思維」是否真實？（回顧論文，未出版）。
- 張本聖（譯）（2015）。ACT一學就上手（原作者：Harris, R.）。台北市：張老師文化。（原著出版年：2009）
- Bach, P. A. & Moran, D. J. (2008). *ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger.
- Berg, I., Nichols, K., & Prieckard, C. (1969). School phobia-it's classification and relationship to dependency. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 10(2), 123-141.
- Berg, I. (1997). School refusal and truancy.



- Arch Dis Child*, 76, 90-91.
- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L., & Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855-866.
- Gaudiano, B. A. (2011). Evaluating Acceptance and Commitment Therapy: An Analysis of a Recent Critique. *The Internal Journal Behavior Consultation and Therapy*, 7(1), 55-67.
- Brock, M. J., Batten, S. V., Walser, R. D., & Robb, H. B. (2015). Recognizing common clinical mistakes in ACT: A quick analysis and call to awareness. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 139-143.
- Cullen, C. (2008). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Third Wave Behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-7. British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies.
- Gauntlett-Gilbert, J., Connell, H., Clinch, J., & McCracken, L. M. (2013). Acceptance and values-based treatment of adolescents with chronic pain: Outcomes and their relationship to acceptance. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(1), 72-81.
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2010). *Acceptance and Commitment Therapy: Distinctive Features*. London & New York: Routledge.
- Halliburton, A. E., & Cooper, L. D. (2015). Applications and adaptations of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science* 4(2015), 1-11.
- Hayes, S. C. (1993). *Analytic goals and the varieties of scientific contextualism*. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp.11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, Relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition*. (pp.1-29). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga J., Villatte J. L., & Pistorello J. (2013). Acceptance and commitment therapy



- and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, *44*, 180-198.
- Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, *28*, 1-16.
- Kearney, C. A., & Silverman, W. K. (1993). Measuring the function of school refusal behavior: The school assessment scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, *22*, 85-96.
- Lars-Göran Öst (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. *61*, 105-121.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Vizcaíno Torres, R. M., Sánchez Martín, V., Gutiérrez Martínez, O. & López López, J. C. (2011). A relational frame analysis of defusion interactions in acceptance and commitment therapy: A preliminary and quasi-experimental study with at-risk adolescents. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *11*(2), 165-182.
- Maria, K. & Marios, C. (2010). Religious Coping and Cancer: Proposing an Acceptance and Commitment Therapy Approach. *Cognitive and Behavioral Practice*. *17*, 371-381.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Sackett, C. F., & Twohig, M. P. (2004). Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 477-485.
- Moran, D. J. (2011). ACT for Leadership: Using Acceptance and Commitment Training to Develop Crisis-Resilient Change Managers. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *7*(1), 68-77.
- Wegner, D. M., Schnerder, D. J., Carter, S. R. & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 5-13.