

# 莫忘初始：心理治療初談 增進來談者動機的重要性

## The Importance of the Enhancement of the Involuntary Client's Motivation in the Initial Interview

刑志彬<sup>1</sup>、陳秀蓉<sup>2</sup>  
Chih-Pin Hsing<sup>1</sup>, Hsiu-Jung Chen<sup>2</sup>

### 摘要

心理治療初談對增進個案的來談動機是關鍵的時刻，若能提升來談者的晤談動機將有助於提升後續心理治療工作的成效。國內外學者在談論缺乏動機來談者的特性，將其以諮商歷程、互動型態、來談者等為主體，分別用抗拒觀、誤解與溝通、非自願性個案與社會變項等面向來描述之。本研究根據Wolberg（2013）提出的八個初談歷程要點與說明，作為激勵缺乏動機來談者的方針，更整理出治療者與來談者在各階段不同的知、情、意、行等四面向的能力指標，最先階段，治療者先展現情緒同理的能力，幫助來談者進行認知層面的學習；第二階段是治療者與來談者共同激勵動機；第三階段為治療者認知層面工作，協助來談者改變實踐；第四階段是治療者展現出關係實踐，讓來談者在經歷改變時可能再次出現的情緒反應獲得覺察、紓解，並增強動機、維持改變。

**關鍵詞：**心理治療初談、治療改變歷程、無動機個案工作

### 壹、前言與脈絡說明

初談（initial interview）是建立專業心理治療關係的起點，也對後續心理治療的歷程進行與成效有著深遠的影響。初談是指治療師在諮商、心理治療等計畫之前，透過初次晤談以了解個案的背

景資訊與過去史，獲得主要問題、人際模式與當前功能，可能一次或兩次，時間視狀況而定（Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2013），初談主要的工作除了場面構成（時間、費用、地點、關係、保密限制）、個人史、個案呈現的問題之外，更要了解個案尋求諮商的動機（motivated for treatment）及個

<sup>1</sup>臺灣師範大學教育心理與輔導學系 博士候選人

<sup>2</sup>臺灣師範大學教育心理與輔導學系 副教授

通訊作者：刑志彬，（300）新竹市北區南大路521號 國立清華大學教育心理與諮商學系，

E-mail: binpony@gmail.com



案對諮商的期待，因為這部分也是決定個案／問題最適切的治療計畫方向與進展。

初談因著不同專業場域的執行方式有所不同，在大專校院則是有較明確的初談機制，國內像是台灣大學學生心理輔導中心（2007）與政治大學學務處身心健康中心（2015），其中台灣大學初談服務提供者以有證照之臨床心理師、諮商心理師、及社會工作師為主，而政治大學則是以全職實習諮商師為主。以筆者目前在清華大學南大校區諮商中心為例，初談服務乃由專任人員（諮商心理師、社會工作師）、實習全（兼）職諮商師提供需要的學生，此三校反應大專校院的初談制度並非有一套標準制度，而是各校依據現有人力、組織等因素下而呈現多元樣貌。以台灣大學為例，他們的初談目的是讓輔導老師針對個案的需求進行初步的會談，在初談中，輔導老師評估個案的狀況、需求及意願，以便個案即時獲得自己需要的資訊，並安排後續的心理諮商或心理測驗。

而在社區機構私人開業的心理治療所則是需要事前以電話預約初次心理評估晤談時間，評估來談者的困擾及諮商期待，以安排適當的諮商師。無論是在大專校院或者私人開業治療所，其稱之初談，但是目的皆是在派任後續服務提供專業人員，而與前述學者（Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2013）所稱之初談有所不同，像是簡要版。國內外對於初談的定義與實務執行具有差異，探照國內在初談制度的執行類似醫療體制思維的掛號（初談）與就診（心理治療）的分別，但是初談絕非僅派案後續專業人員與蒐集訊息等功用，而存在更為重要的功能性角色。Ilagan、Vinson、Sharp、Ilagan及Oberman

（2015）強調初談功能之一為建立來談者動機，動機影響後續諮商的成效；他們以331位大學生為研究對象，將參與者在心理治療初次晤談自述的改變動機強度分為五個組別，發現自述改變動機越強的組別在諮商效果量表分數的表現上則越高，並且達到統計上的顯著水準。在團體治療工作的初談階段也是非常重要的，張芳榮、李娟娟、謝宏林、王梅麗及張達人（2005）就曾經以四個團體、二十四位非自願接受治療的家暴加害人為研究對象，發現強制治療、缺乏動機等因素會明顯影響治療團體歷程的發展。換言之，如果能在初談的時候協助來談者激勵其改變的動機，調整其期待，將可以提升後續個別心理治療、團體治療工作之成效。

但是不全是所有的來談者都是願意在初談的時候配合治療者的協助，甚至有排斥、抗拒心理治療程序的行為，Wolberg（2013）便曾經提到部份的精神患者、犯罪者、性格違常者、性變態者、有法律議題者、宗教與懲戒機構的離婚者、藥酒癮患者、父母轉介的兒童或青少年等類型的來談者，都容易在心理治療的初期表現出缺乏動機的狀態。面對缺乏改變動機來談者的心理工作，如何在初談激勵出其改變的動機成為治療的關鍵。若從治療的效果而言，在初談時激勵改變動機讓治療可以有較佳的成效：在治療歷程的觀點，也可以減少個別治療或者團體治療發展的阻礙因素。

## 貳、來談者缺乏治療動機的理論觀點

筆者整理國內、外文獻，來談者缺乏改變動機進入治療，可能與個案在治療經驗下三個特性有關，包括：案主在



諮商歷程、經驗之互動型態及來談者特性等主體觀點有關，以下分作陳述與說明。

## 一、諮商歷程為主體—抗拒觀

不同學派各自有他們解讀來談者缺乏動機的狀況，有些時候會冠以「抗拒」來做描述，學者Otani（1989）認為主要有三個談論來談者抗拒的理論模型，包括：精神分析與當事人中心觀點的焦慮控制、行為取向觀點的不順從、人際溝通分析與互動理論觀點的消極社會影響；他也將抗拒行為分成四種類型：回應品質的抗拒、回應內容的抗拒、回應型態的抗拒、以及回應管理的抗拒。

林子軒（2017）也整理文獻認為精神分析、認知行為、個人中心取向以不同角度分別說明來談者的抗拒行為，精神分析學派將治療中的抗拒行為從失當的行為進展為治療時的必然行為，認知行為則認為抗拒改變是未找到新的增強物，個人中心主張個案因擔憂治療會危害自我概念而產生抗拒行為。雖然來談者抗拒行為的解釋觀點多元、種類也複雜，難以用一種說法來完全描述或詮釋，但是在各取向上都重視它是需要協助處理之議題。

從實務面的抗拒研究，趙祥和與陳秉華（1998）也曾以一位女大學生的十次諮商歷程做分析，發現在諮商歷程中出現的抗拒行為由多至少排列為：抗拒覺察、抗拒諮商員、抗拒表達痛苦的情感、抗拒回憶、及抗拒改變。若從「抗拒」的論點著力，來談者因為不同原因（焦慮、不順從、消極社會互動）表現出不同形式的反諮商歷程行為（回應品質、內容、型態、管理），其展現的具

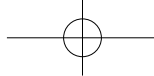
體行為則有自我面向（抗拒覺察）、諮商員面向（抗拒諮商員）、及關係歷程面向（抗拒歷程的表達、回憶與改變）。而陳筱萍與林耿樟（2008）則是用兩維的觀點區分抗拒性侵害加害人在團體治療內的抗拒，分為：個體（缺席與遲到、無聊、沉默、玩心理遊戲…等）與整體（分析、集中焦點於一個人、出現代罪羔羊…等）的行為。

抗拒是以諮商歷程為主體的討論，趙祥和與陳秉華（1998）認為抗拒是有連續性、發展性、互動性、功能性的特徵，但是經過抗拒的處理有70%的突破可能性，其中又以抗拒改變、抗拒諮商員的突破比例最高。來談者對於缺乏改變動機或者不順從有其情境發展的脈絡，甚至存在脈絡下的必要性，但是當治療師在初談，甚至持續面對並處理抗拒，將可以大為提升來談者改變的意願。

## 二、以互動型態為主體—誤解與溝通

當然也不是所有學派都認同用抗拒的觀點來討論治療動機議題，而是用治療關係的互動型態來討論，例如焦點解決提出抗拒已死的想法，認為來談者的不合作並非是抗拒或故意的表現，而是誤解或溝通不良；治療者只是不知道該如何激發來談者改變，致而陷入的諮商困境（葉寶玲，2007）。Wolberg（2013）也曾提出大多數的個案對於心理治療都存在誤解，肇因來自於對治療的不了解、恐懼、及缺乏適當訊息，而治療者的責任便是提供教育，讓對治療的誤解得到改變的機會。

若從互動型態為討論主體，來談者不清楚自己的動機或是缺乏改變動機會讓治療者陷入工作的困境，同時治療者



若不知道如何激發來談者的動機並主動做出一些改變，包括治療者教育來談者有關於心理治療的運作模式、提供必要的訊息、及解答任何治療的疑問，將無法開啟治療的動力輪軸。

### 三、以來談者為主體——非自願性個案與社會變項

在實務上也可能用「非自願性的個案」來反映缺乏改變動機的來談者，像是Chui與Ho（2006）的觀點，即便在假設與理論上認為心理治療是可以協助、有所改變的，某部分的來談者沒有動機接受服務，即為非自願性個案。在許多研究就關心有哪些社會變項影響來談者的「改變」，這些變項可能成為潛在的「非自願」。Longo、Lent及Brown（1992）從社會變項來探討139位心理相關科系的大學生及研究生，其中發現性別、問題嚴重程度、自我效能、對諮商的效果期待等四項變項與諮商的改變動機呈現正相關，並達統計上的顯著水準，其中階層回歸分析呈現預測諮商改變動機程度最高的變項分別是：自我效能、問題嚴重程度、性別、諮商效果期待，且皆達顯著水準。而國內學者邱獻輝（2016）研究337位親密暴力者缺乏改變準備度，發現影響改變準備度的社會變項有：學歷、伴侶關係、共同生活時間、酒精使用、處遇次數等。

從社會變項來討論來談者缺乏動機的議題則顯得多元且複雜，不同類型的來談者「非自願」的原因各自不同，例如親密暴力者的改變動機會受到伴侶關係的影響，這可能與一般非自願大學生的來談者不盡相同。所以在不同來談者的類型需要仰賴研究，讓心理治療者在規劃治療計畫或團體方案具有參考的方針、考量。

### 參、初談對缺乏動機來談者的重要性

無論上述諮商歷程、互動型態、來談者等三個來談者缺乏改變動機的觀點，都未區分在不同治療階段促發來談者動機的重要性，那麼，為什麼初談階段對激發動機是重要的呢？筆者依據來談者缺乏動機的三觀點進行以下論述，企圖突顯初談的重要性。第一「抗拒是可以被處理的」：即便抗拒的行為、形式、面向或層面皆因為關注的焦點不同而異，展現的樣態也具有多元化，但是回歸至抗拒行為的本身是具有連續且發展的特徵，甚至在治療歷程中是存在脈絡性的意義，所以抗拒行為是必然存在、持續發展，只是展現的方式與強度不同。若在治療中對抗拒行為進行處理，則有過半的機率突破來談者缺乏改變動機的治療困境，而在初談階段便由治療者與個案一同面對抗拒行為，其影響治療歷程的時間便會減少、延伸的問題亦會減緩。

第二「心理治療是一種需要被教導的互動型態」：來談者缺乏動機是一個讓治療者同時陷入工作困境的狀態，大多數的原因是來談者未有機會認識或學習到心理治療的運作模式與溝通樣貌，帶著對治療的一知半解或誤會所致。透過初談，這個治療開始的階段，治療師能在第一時段便進行心理治療的說明、澄清案主的點，傾聽案主角度的訊息內容，有機會透過正確的互動訊息互動相互磨合，案主更清楚心理治療架構下可以獲得的幫助，建立改變動機。

第三「來談者的社會變項是初談擬定治療計畫的依據」：來談者的社會變項是初談階段治療者需完備蒐集的來談資訊，也是心理治療在評估問題與治療



計畫重要的依據，對來談者而言，社會變項是難以鬆動與更替的，但對治療者來說，它是理解案主背景脈絡的管道，能細微與精緻的看到案主內在需求，若可以在初談階段依據來談者的社會變項擬訂適當且能促進改變動機的計畫，將有助於來談者持續投入治療計畫的處遇。

綜上之論述，初談對增加來談者改變動機上具有極大的重要性，一方面能促進來談者在治療關係的合作，讓治療者與來談者在治療的開始就進入合作的關係，二來初談是最佳具備教育示範的階段，治療者提供正確的治療訊息與運作方式，來談者也直接學習到該如何在心理治療的歷程中表達自己，讓治療互動型態的達到共識，最後，初談蒐集來談者的社會變項訊息也能作為後續心理治療計畫的參考依據，擬訂最適當的心理協助與專業服務，也讓來談者一同投入治療處遇的規劃。

#### 肆、如何做——在初談時激勵來談者的動機

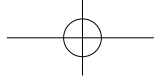
在初談階段激勵來談者的改變動機是重要的，但是卻很少研究教導我們該如何做？一來是初談的期間定義困難，二來是缺乏動機者選擇留在治療的意願低，其參與研究的意願推測也不高。以研究為例，促進來談者的改變是一個歷程，難以用一個時間點畫分，Prochaska、Crimi、Lapsanski、Martel、及Reid（1982）對治療改變歷程的觀點，包括有意識提升、重新評估自我、重新評估環境、自我解放、社會解放、反制約、刺激控制、意外管理、情況紓緩、助人關係等十項；相關研究僅能就改變歷程進行事後解釋，像是Smith、Subich、及Kalodner（1995）曾經以中離

治療的74位來談者為對象（55位是與治療者協議後結束治療、19位第一次歷程後便結束治療），也證實越早進入改變歷程的來談者，越容易投入在治療關係，並減少治療中離的情況發生。如何在治療初期激勵來談者的改變意願卻是一個很難被研究的主題，但是這並不能否定其在心理治療實務工作上的重要性。

而從治療者的觀點出發，初談是影響後續治療進展的關鍵，像是彭秀玲（2002）曾以一個諮商新手為對象、分析116段對話，發現新手諮商師在初談常出現沮喪、焦慮、挫折等情緒，干擾適當的反應模式，無法建立良好的諮商關係，或蒐集到有用的資料甚至讓諮商無法順利進行。簡言之，初談無法激勵來談者的動機，讓治療者出現挫敗感、並不易建立治療關係，甚至使諮商歷程無法順利進行，影響層面是非常廣泛的。

不管是從研究者、實務者的角度都看見初談的重要性，如何與缺乏改變動機的來談者建構治療的開始，成為專業心理治療工作者必備的能力。Wolberg（2013）曾經提出八個初談歷程之要點，作為激勵缺乏動機來談者的方針：

- （一）辨識與反應來談者對治療與治療者的負面情緒。
- （二）治療者對來談者出現的負面情緒表達了解與接受。
- （三）治療者用中立的態度面對來談者的需要與心理治療的助益，直到蒐集更多有關於來談者的訊息。
- （四）當治療者擁有來談者足夠的訊息之後，可以表達治療對其的幫助，嘗試激勵治療。
- （五）同理來談者的感受，並處理其可能會阻礙與事實接觸的潛藏感受。
- （六）儘可能處理、回應來談者對於心理治療的疑問與誤解。
- （七）避免推銷心理治療，應該尊重來談者的決定。
- （八）治療者接受來談者成為一個非自



願性個案的決定。筆者依據此初談歷程要點進行以下說明與文獻討論：

## 一、辨識與反應來談者的負面情緒

缺乏動機的來談者都是帶著敵意的，直到不舒服的感受被解決，迫切關注來談者的負面情緒是重要的，呈現方式通常不容易用言語表達，而是顯現在表達方式與肢體語言（Wolberg, 2013）。此與Otani（1989）的抗拒理論模型相仿，焦慮是讓來談者感到不自在的情緒感受，而不順從、消極社會互動則是來談者經常出現的表達方式。

## 二、治療者對負面情緒的理解與接受

趙祥和與陳秉華（1998）認為治療者面對來談者抗拒行為的話，將可以促使其改變。治療者面對來談者的負面情緒或敵意態度是無可避免、逃避，Wolberg（2013）的建議則是：透過反應缺乏動機來談者的負面情緒，治療者需傳達接受這些負面情緒，告知來談者他們有權利感受現在的行為，並藉此理解來談者的想法。

## 三、中立態度看待治療，持續蒐集概念化資料

來談者想從治療者口中得知自己的狀況是否嚴重到需要接受心理治療，治療者回應需等待更多概念化的資料訊息蒐集完畢，才能做出正確的回應，治療者須扮演一個非專業權威者的角色（Wolberg, 2013）。如同研究缺乏動機來談者族群研究中提到的社會變項，如果能在治療計畫擬定過程中邀請來談者參

與治療歷程，並解決潛在的阻礙改變之變項，兩者概念相仿，蒐集完整的來談者資料可以回應其對接受治療與否的疑問，在蒐集過程中邀請來談者的參與以增進改變動機（Longo, Lent, & Brown, 1992；Smith, Subich, & Kalodner, 1995；邱獻輝，2016）。

## 四、治療具體幫助的說明，激勵改變

Prochaska等人（1982）對治療改變的首要歷程便是意識的提升，當概念化訊息足夠之後，是可以與來談者分享治療者的發現，Wolberg（2013）也提到若蒐集到足夠的概念化訊息，並且可證明心理治療對來談者是具有助益性的，治療者可以明確、具體表達給來談者知道，並尊重來談者是否接受治療的決定。

## 五、同理與排除阻礙

即便經過前些階段的努力，有些來談者仍持續對接受心理治療缺乏動機，可能需要讓來談者在晤談歷程中感受到治療的助益、治療者分享類似治療成功的案例經驗、閱讀心理治療書籍或藉由投射測驗後的討論，才能激勵來談者的改變動機（Wolberg, 2013）。面對不同來談者阻抗改變，須擬定不同的治療計畫，促進其參與治療並激勵改變。

## 六、解決疑問與釐清誤解

焦點解決學派將來談者缺乏動機視為是一種誤解或溝通不良（葉寶玲，2007），Wolberg（2013）也支持此一論點，來談者對心理治療的誤解影響改



變，因此治療無法強迫他們改變，但是來談者可以與治療者建立同盟關係，所以治療者身負教育者的角色，儘可能解決來談者的疑問，治療者也需要注意來談者可能有自己的治療目標，治療者也需要個別化處理與釐清。

## 七、避免過度推銷心理治療

無論再怎麼專業的治療者也會遇到毫無改變動機的來談者，Wolberg（2013）的建議不是要持續推銷心理治療，而是坦白的陳述事實，並尊重來談者的決定（可能持續遠離治療，亦可能積極投入治療），治療者可邀請來談者準備好時致電尋求心理治療。在初談階段歷程中，如同Smith、Subich、及Kalodner（1995）對中途離開的來談者的研究，在此階段仍未進入改變歷程的來談者，不接受心理治療的機率較大，可能與治療者協議結束治療，若不處理，未來亦可能選擇中離、不出席治療。

## 八、治療者接受來談者的決定

因為外在因素的壓力不得不接受治療的來談者，治療者應接受來談者不願意改變的決定，在此階段Wolberg（2013）的建議則是從一個好的關係開始，透過與來談者立即性、真誠、真實的互動關係，建構彼此的信任、安全與存在。

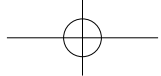
## 伍、建立初談階段治療者具備的能力指標

依據Wolberg（2013）建議初談增進動機的方式，筆者將八階段歷程進一步區分為「知、情、意、行」四個面向，

可作為治療者初談時應有的能力指標。「知」代表基礎知識與認知學習，「情」代表情緒覺察與回應，「意」代表改變動機的激勵，「行」則是關係實踐與行為調整。第一指標為「情」的能力，分別是在第一、二階段，面對缺乏改變動機的來談者在開始階段，接納其負面情緒為焦點的工作是最重要的，治療者需要有解讀來談者情緒的能力，並能細微觀察非語言訊息與溝通型態潛藏的情緒，來談者可能自覺也可能不自覺，治療者適切的反應同理與接受案主負面情緒的常態化。第二指標是「意」的能力，處在第三、第四階段，此時期雙方聚焦在是否接受心理治療、以及接受治療後的助益，來談者對於自己是否該接受治療存在疑問，治療者維持中立看待治療與蒐集概念化訊息的角色，釐清與說明心理治療對來談者的幫助，喚起與激勵來談者參與治療計畫的改變動機。

第三指標為「知」的能力，治療者與來談者雙方對於治療的疑問做釐清，治療者扮演教育者的重要角色，藉由教導心理治療運作的方式、內涵，來談者也可能學習且知道如何藉由心理治療的歷程得到幫助，此階段注重在心理治療架構下的知識教導與關係互動。最後一個指標為「行」的能力，治療者嘗試許多面向的努力皆無法讓來談者投入治療歷程，治療者則展現在關係內真誠互動、坦率表達，具體展現治療者接受來談者不願意改變的行為，並為雙方互動關係作出調整。

另一方面，從來談者歷經改變的歷程也能歸納出治療者的能力指標，若從Prochaska等人（1982）研究發現的來談者改變歷程，亦內含知、情、意、行的能力概念，亦可視為治療者需具備提升來談者知、情、意、行學習的能力指



標。筆者對應治療師可為來談者增加：

(一) 知的層面為：意識提升、重新評估自我、重新評估環境等三項，來談者提升對於自我與環境的認識與評估，此部分仰賴來談者在認知層面的學習；

(二) 意的層面：意圖朝向自我解放與社會解放等兩項，來談者藉由認知的學習之後，嘗試對自我與環境的現況進行改變；

(三) 行的層面：來談者學習反制約、刺激控制、意外管理、助人關係建立等四項，來談者對於治療改變標的行為進行監控、管理，並且在助人關係的氛圍下實踐與討論；

(四) 情的層面：情緒張力逐漸舒緩，來談者可經驗到在改變歷程中不舒服的情緒獲得緩解。

從上述的討論結果，筆者建議缺乏改變動機來談者的改變歷程、治療者面對來談者的工作階段皆需要掌握或精熟知、情、意、行的能力。以來談者的觀點，他或她可能經歷四個進程的取徑：重新評估自我與環境是最重要的階段，其後試圖改變現況、管理改變標的行為的出現，並處理其間的情緒不適；對治療者而言，首重理解案主的情緒困難處理來談者的負面情緒，接續激勵改變動機、加入治療認知層面學習，最後則是在互為主體的互動關係內實踐改變經驗。

上述揭示當來談者缺乏改變動機時，來談者與治療者在面對改變歷程時，相對的能力階段是不同的，回歸到治療實務的現象來看，兩者在晤談室中的展現關係可能如下：第一階段治療者先展現情的能力，而來談者進行認知學習：治療者緩解來談者顯性與隱性的負面情緒，讓來談者可以較平穩與中立看待自己的現況。第二階段是治療者與來談者共同激勵動機：來談者與治療者需具備的能力是一致的，治療者須能夠激

勵來談者改變的意圖，來談者試圖為現況做出改變。第三階段為治療者認知層面工作與來談者行為實踐：治療者的治療計畫擬定與疑問釐清，幫助來談者在執行治療目標時獲得訊息指示與行為規範。最後階段則是治療者展現出關係實踐，展現真誠與真實的互動關係，幫助來談者在經歷改變時可能再次出現的情緒反應，並覺察、紓解情緒，最終朝向願意並有動機做真實的改變。

## 陸、結論

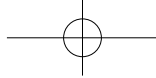
透過上述文獻與實務層面的討論論述，可知初談是心理治療關係的開端，面對缺乏改變動機的來談者更是重要的關鍵時刻，不管是從抗拒觀、誤解與溝通、社會變項等面向解釋來談者的不順服，發現初談皆是避免抗拒行為深遠影響、學習正確溝通型態、擬定治療計畫的重要階段，如能善用初談階段激勵來談的動機，能有效提升心理治療的成效與來談者的自我概念。

而在實作上，治療者在初談階段激勵來談者的動機及來談者歷經改變，能落實具備知、情、意、行四面向的能力展現，將有助於治療的起承轉合。我們也發現來談者與治療師雙方在四項能力的展現是不同步的，建議未來在訓練治療師時，看重初談相互交織的能力學習，初談最初治療者情緒能力最為重要（以來談者負面情緒為工作焦點）、來談者則是認知能力（評估現況），再來為治療者與來談者共同激勵動機階段（蒐集訊息與激勵），第三為治療者的認知教導（教導來談者心理治療運作的形式）與來談者的行為改變（監控與管理），最終是治療者在治療關係的行為實踐（立即性、真實的治療關係）與來談者負面情緒緩解。



## 參考文獻

- 台灣大學學生心理輔導中心 (2007)。初談預約系統。取自：<https://my.ntu.edu.tw/counsel/showsched.aspx>
- 林子軒 (2017)。非自願性成員在團體中之抗拒行為——個性侵害加害人刑後強制治療團體的觀察。中華團體心理治療, 23 (1), 29-44。
- 邱獻輝 (2016)。強制處遇親密暴力者改變準備度之調查研究。亞洲家庭暴力與性侵害期刊, 12 (2), 57-84。
- 政治大學學務處身心健康中心 (2015)。我要預約初談。取自：<http://osa.nccu.edu.tw/tw/%E8%BA%AB%E5%BF%83%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%B8%AD%E5%BF%83%E6%9C%8D%E5%8B%99%E6%A5%AD%E5%8B%99%E9%A0%85%E7%9B%AE/%E5%BF%83%E7%90%86%E8%AB%AE%E5%95%86%E6%9C%8D%E5%8B%99%E9%A0%85%E7%9B%AE/%E6%88%91%E8%A6%81%E9%A0%90%E7%B4%84%E5%88%9D%E8%AB%87>
- 張芳榮、李娟娟、謝宏林、王梅麗、張達人 (2005)。家庭暴力加害人非自願性團體治療之團體歷程探究。中華團體心理治療, 11 (2), 1-13。
- 陳筱萍、林耿樟 (2008)。性侵害加害人在團體治療中的抗拒行為。輔導季刊, 44 (2), 18-26。
- 彭秀玲 (2002)。一個諮商新手的初次晤談分析～試探諮商師從意圖到行動的過程。中華輔導學報, 12, 1-32。
- 葉寶玲 (2007)。抗拒已死~焦點解決諮商與心理治療模式之探究與評析。輔導季刊, 43 (1), 35-47。
- 趙祥和、陳秉華 (1998)。諮商中的抗拒研究。教育心理學報, 30 (1), 149-168。
- Chui, W. H., & Ho, K. M. (2006). Working with Involuntary Client: perception and experiences of outreach social workers in Hong Kong. *Journal of Social Work Practice*, 20, 205-222.
- Ilgan, G. Vinson, M. L., Sharp, J. L., Ilgan, J. & Oberman, A. (2015). Exploring Outcomes and Initial Self-report of Client Motivation in a College Counseling Center. *Journal of American College Health*, 63(3), 187-194.
- Longo, D. A., Lent, R. W., & Brown, S. D. (1992). Social Cognitive Variables in the Prediction of Client Motivation and Attrition. *Journal of Counseling Psychology*, 39(4), 447-452.
- Otani, A. (1989). Client Resistance in Counseling: Its Theoretical Rationale and Taxonomic Classification. *Journal of Counseling and Development*, 67(8), 458-61.
- Prochaska, J. O., Crimi, P., Lapsanski, D., Martel, L., & Reid, P. (1982). Self-change processes, self-efficacy and self-concept in relapse and maintenance of cessation of smoking. *Psychological Reports*, 51, 983-990.
- Smith, k. J., Subich, L. M., & Kalodner, C. (1995). The Transtheoretical Model's Stages and Processes of Change and Their Relation to Premature Termination. *Journal of Counseling Psychology*, 42(1), 34-39.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2013). *Clinical interviewing* (5<sup>rd</sup> eds.). NY: John Wiley & Sons.



Wolberg, L., R. (2013). *The technique of Psychotherapy*. Retrieved from <https://freepsychotherapybooks.org/psychotherapy/product/60-the->

[technique-of-psychotherapy/category\\_pathway-16](#)(Original work published 1988)

