

大專校院個案管理員面對界限模糊個案之 實務及策略——以人際歷程取向治療為例

Practical Approaches and Strategies for Case Managers in Colleges and Universities Facing Clients with Uncertain Boundaries – A Case Study of Interpersonal Process in Therapy

趙姿婷¹
Tzu-Ting Chao¹

摘 要

大專校院心理師的工作，除了諮商，亦會兼任個案管理員，協助介入性輔導與系統聯繫工作。當接觸關係界限模糊個案時，因互動頻繁，常面臨個案侵略或挑戰界限行為，如：操弄關係、治療配合度不佳、頻繁自我傷害等，個案管理員可能費盡心力又感到無力。人際歷程取向為關係導向的治療方法，提供對個案行為樣態的概念化與治療架構，適合運用於有關係議題之個案。本文運用人際歷程取向的治療架構，來探討界限模糊個案之定義與概念化，並透過個案管理員的實務工作經驗，提供四個應對策略，期能給予大專校院個案管理員不同的觀點，使個案管理工作能夠有更多執行方式的選擇與改善。

關鍵詞：個案管理員、界限模糊個案、人際歷程取向治療

¹國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士生
通訊作者：趙姿婷，（500）彰化縣彰化市進德路一號 國立彰化師範大學輔導與諮商學系（所），E-mail：ttchao6666@gmail.com



壹、前言

筆者在大專校院任職諮商心理師，校園的輔導工作除了諮商外，實務上也會兼任院系的個案管理員（以下簡稱個管），進行個案的系統協調、聯繫與處理特殊情況。然而，現今的諮商師訓練，多聚焦於對個案本身的諮商，較少有個管的工作訓練，需依靠實務經驗的累積、輔導訓練課程或個別督導，來建立個管的工作架構。雖不如諮商可以深入探索議題，個管可能是輔導系統中，與個案關係互動最頻繁的對象，當接觸有關係界限模糊的個案時，常面臨個案侵略或挑戰界限的行為，如：操弄關係、治療配合度不佳、頻繁自我傷害等，而耗費大量心力，很容易讓個管感到挫折與無力感，不清楚如何與之工作，為實務上極大的挑戰之一。

學習人際歷程取向治療的過程，讓筆者對於關係界限模糊的個案工作，有了不同的觀點。實務中觀察到，界限模糊個案和個管的互動方式，也同樣的出現在個案的日常生活中，個案不斷地在師長、同儕或伴侶關係，重演類似的互動模式，讓周圍的人身心俱疲，而這些行為與困擾，似乎都與「關係」息息相關。人際歷程取向是關係導向的治療方法，其相信重要的議題會在關係中浮現，著重於運用治療師與個案的治療關係、歷程向度的工作，以使個案在關係中體會不同情緒經驗、並達到療效的一種治療方式（Teyber & Teyber, 2014, 2016/2017），在國內，已有許多研究探討運用於人格疾患、關係創傷、不安全依附關係等有關係議題之個案（李思儀、徐麗明，2019；吳麗雲，2002a，2002b；戴恩信，2021）。

個管與個案頻繁的互動，更容易看

到個案反覆的人際模式，與人際歷程取向的中心概念不謀而合。惟目前人際歷程取向的個案研究，多在個別諮商或團體諮商，尚缺乏個案管理方面的運用探討。因此，本文嘗試運用人際歷程取向治療的觀點，舉數個界限模糊個案的個管合作案例，提供取向觀點的個案概念化與因應策略建議，期能給予學校個管對界限模糊個案有不同的觀點，使個管工作能夠有更多執行方式的選擇與改善。

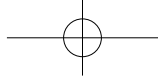
貳、大專校院的個案管理工作

一、個案管理工作的定義與內涵

個案管理系統源自於美國的醫療社福體制，用來應對長期照護的成本問題，以使更多人能夠運用照護服務，也能夠促進患者更多心理上的轉變，如改善生活品質、提升自我效能和心理功能等，是一種兼顧成本效益與品質的照護服務策略（Joo & Liu, 2017; Lee et al., 1998）。在臺灣的個案管理運用，常見於醫療院所中，癌症或慢性病患者的定期追蹤，鼓勵穩定就醫、持續治療（林貞伶等人，2016；陳晶晶等人，2009），社會工作領域則運用於暴力、高風險家庭、精神障礙者復原之追蹤、資源協調整合（宋麗玉、施教裕，2010），這些工作的對象多需要長時間穩定的資源協助，以能夠有更佳療效，恢復日常功能。

二、大專校院個案管理工作內涵與常見挑戰

學校輔導工作亦引入個案管理系統，以學校為基礎的健康服務（School-Based Mental Health Services），便是由



學校端提供服務，以滿足個案不同的心理健康需求，將預防、生態系統觀點、促進健康的介入策略，整合進心理健康服務體系（Doll et al., 2017），並以個案與家庭為中心，依據社會文化脈絡而有所調整改變（Rones & Hoagwood, 2000）。王麗斐與杜淑芬（2009）認為，個案管理的概念，近似於Bronfenbrenner生態系統觀點的中介系統，由學校輔導人員與諮商師建立團隊分工機制，並邀請系統中的家長、導師、其他教師與行政人員參與。

國內研究並沒有針對學校的個管或工作內容有特定的定義，僅在《學生輔導法》第6條的介入性輔導言：「針對經前款發展性輔導仍無法有效滿足其需求，或適應欠佳、重複發生問題行為，或遭受重大創傷經驗等學生，依其個別化需求訂定輔導方案或計畫，提供諮詢、個別諮商及小團體輔導等措施，並提供評估轉介機制，進行個案管理及輔導」。

因此，結合《學生輔導法》所述與過去研究（王麗斐、杜淑芬，2009；陳莉榛等人，2013；陳斐娟等人，2022）對於個管的定位概述，個管主要工作對象以有危機風險之學生為主，校園常見如自傷、自殺危機個案等。以目前多數大專校院為例，因輔導人力缺乏，無專一的個案管理員職務，個管多由主談心理師以外的心理師兼任，為危機風險學生提供輔導資源、轉銜追蹤，以及因應臨時狀況，在晤談時間外協助追蹤案主、處理特殊情境，如：臨時支持性會談、危機處遇等。在系統工作部分則包含：家長諮詢、教職員諮詢與支持、橫向與直向聯繫、自殺防治通報、家暴與性平事件社政通報、外部資源聯繫等等。

在個管工作中，值得注意的是界限模糊個案，因其特質會展現出關係建立

不易、界限不明確、頻繁的侵略行為、經常會伴隨自我傷害風險，需要個管頻頻介入處遇，常需花費極大的心力與時間，以提供支持性會談、危機處理、系統合作等。進而，容易使個管對個案的言行感到困惑、筋疲力竭與自我懷疑。因此，後續章節欲透過人際歷程取向治療之觀點，協助個管因應個案的挑戰，並將內在的情緒翻騰轉為與之工作的動能，降低工作挑戰。

參、界限模糊個案之定義與概念化：人際歷程取向治療觀點

一、人際歷程取向治療簡介

人際歷程取向治療為Teyber與Teyber（2016/2017）提出的概念，立基在「治療關係」是成功療效的預測指標，其整合各心理治療理論中，與關係相關的元素，成為一種整合的治療模式。主要的核心是提供一個治療架構，幫助治療師們從與個案的實際互動中，去看到個案可能重演的關係模式，並直接地與之談論治療關係，促進覺察。人際歷程並沒有特定的技巧、也並非特定學派才能夠運用，而是透過此治療架構，幫助治療師制定出合適的治療計畫，來協助個案改變，即是一種個案概念化的架構。個案概念化能夠幫助我們彙整個案的多方面向，如：病理性表現、不適應的人際模式、核心矛盾的關係議題、基本假設、依附風格、不適應行為、家庭系統或診斷評估等，作為制定治療策略的依據（Hill, 2005）。

人際歷程取向認為，個案現有的人際關係，往往源自發展歷程與重要他人的互動，包含不安全依附關係、有問題的教養方式、錯誤的家庭關係結構等因



素，形成如Bowlby依附理論所提及的內在運作模式（Internal Working Model, IWMs），也就是幼年時期，與重要他人形成相對持久的關係範本，將會讓個案定義成自己與他人的信仰，而影響成人在親密關係中的想法、情緒與行為（Bowlby, 1969, 1973）。Teyber與Teyber（2014, 2016/2017）進一步說明，個體形成的內在運作模式，有著顯著且持續的問題，在當前的關係中被放大，而這個問題，可以在治療關係中得到解決。其中，最重要的治療概念為一歷程向度、修正性情緒經驗與案主反應的獨特性。

歷程向度的工作，即是避免在治療中，重演個案與重要關係他人出現的議題，並在與個案平等、公開的討論中，幫助個案覺察不適應的互動。透過新的、與過往不同，但也令個案滿意的回應方式，將能夠幫助個案，體驗到修正性的情緒經驗，學習到有其他關係模式的存在，而以更適應、更彈性的方式，類化到生活的其他關係中。案主獨特的治療反應，則是治療師彈性的回應個案，同理個案的經驗與看待世界的方式，看到個案在關係互動中，對治療師介入的反應，以及每個經驗對他的意義，探索「過程」而不是「問題」，來引導個案覺察（Teyber & Teyber, 2016/2017）。近似於立即性技巧（Immediacy）的概念，助人者對個案、對治療關係或是對自己與個案有關而表達出感受，可以促進個案覺察，增進對自己與他人行為互動的了解（Hill & O'Brien, 1999/2000）。

綜觀上述，不同於以往的心理治療取向是立基於探討個體過去議題、問題解決或未來導向的工作主軸，人際歷程取向治療如其名，是擅於談論關係的治療模式，將焦點著重於此時此刻、在治療關係中所發生的一切，提供治療師的架構，來對個案的議題概念化提供不同

視野，以此設計適合的策略與技巧來進行治療工作。

二、以人際歷程取向治療觀點定義與概念化界限模糊個案

人際歷程取向認為，個案發展歷程與重要他人互動所形成內在的運作模式，會展現在個人內在解決方式「成人依附模式」與人際解決方式「僵化的人際因應策略」上（Teyber & Teyber, 2016/2017）。以下，將透過此兩部份來定義與概念化界限模糊個案。

（一）成人依附模式

什麼是界限模糊個案？目前在學界並沒有一個清楚的定義。如以關係界限（Boundary）來說明，Wilson（1985）提到界限是抽象、假設性的概念，指在渾沌狀態時，可以在認知和情感層面區別出兩極的能力，如：個體能夠區分自我（self）與客體（object）、幻想與現實、內在印象（signifier）與代表意義（signified）、正向與負向情感的能力。Bowlby（1969）認為個體在早期的關係中，形成界定自我與他人身份的框架，來定義個體與社會的互動。好的自我與他人的區別能力發展，能夠幫助個體區分身體、行動與情緒狀態，是屬於自己或來自他人，因此，在與他人互動的同時，能保持自我（Lamm et al., 2016），也能夠形成一種特定的界限，維持差異並整合每一個經驗（Wilson, 1985）。是以，發展歷程中的個體，會內化主要照顧者的經歷，形塑對後來家庭外關係的信仰（Bowlby, 1973），若照顧者無法維繫安全的情感連結，反覆無常或無法回應孩子，孩子可能必須採取妥協的因應策略，來調適內在煎熬，呈現如：焦慮、逃避、混亂依附樣態（Teyber & Teyber,



2016/2017)。

實務上觀察界限模糊個案，在關係中展現出不合邏輯的不安全感、不確定性以及過度焦慮。以Bartholomew與Horowitz (1991) 用兩個軸向所劃分出的四種成人依附類型來說，可能偏向高依附焦慮的類群—焦慮型與害怕型。高依附焦慮類群的特徵，是預期在關係中會分離、被遺棄或是不足夠的愛，對他人有過度的關注、過度的依附行為 (Ravitz et al., 2010)。Lopez等人 (2001) 的研究中發現，高焦慮依附、低自我與他人分化者，與較高自我分裂傾向有關。界限模糊個案認知層面也會呈現不穩定性，對自我身份認同的不定、他人與自我上缺乏清晰區辨之能力，而在人際中無法有清楚之界限，如同Wilson (1985) 所認為，認知障礙者擁有三種樣態—無法分別自我與他人、無法區分內在幻想與外在現實、界限鬆散。

(二) 僵化的人際因應策略

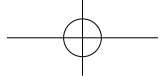
個體的依附模式會穩定、持續地維持到成年階段 (Bartholomew & Horowitz, 1991)，許多研究指出，依附風格會影響個體使用的人際因應策略 (Ben-Ari & Hirshberg, 2009; Cheng et al., 2015; Ognibene & Collins, 1998)。因為，個體為了對抗發展經驗所帶來的內在痛苦感受，會發展出妥協的解決方法，如Horney所提出的三種人際適應策略—順服取悅、對抗攻擊、遠離迴避他人 (Teyber & Teyber, 2016/2017)。這些方法，會使個體在關係情境做出最壞的情境歸因，從而創造出他們「預期」的人際關係 (Bretherton, 1999)。僵化的人際因應策略對個案來說，是重要且必須的，也是當下有效的防衛方式，但當發展性問題普遍或更嚴重時，個體經常會過度使用單一模式，且缺乏彈性，即使

這些模式對成人後的關係已無效或不必要，仍然會持續運用，而可能使預期的負向經驗持續發生 (Teyber & Teyber, 2016/2017)。

從Bartholomew與Horowitz (1991) 的研究中，觀察到焦慮依附與害怕依附兩種負面自我模型的群體，都表現出強烈依賴他人以維持正向的自我，也相較於安全依附與排除依附，顯著地報告更高水平的人際困擾。Ognibene與Collins (1998) 亦觀察到，焦慮依附者因特別關注關係，又同時害怕被拒絕，而較常採取對抗與迴避的策略，也往往將衝突視為負面、有害與破壞性。

因此，界限模糊個案為降低內在的焦慮與不安，反覆的在關係中過量運用已不適應成人關係的僵化策略，更容易帶來人際關係的挫敗。因這些僵化的行為，如：操弄關係、頻繁挑戰他人界限、過度渴求他人肯定等，容易令他者感到困擾、不適或不知如何回應。類似行為敘述，也常見於邊緣型人格疾患之案例 (Bender & Skodol, 2007; De Meulemeester et al., 2021)，會展現侵略、挑戰他人界限行為，例如：反覆的自我傷害來引起他人關注、或是瘋狂的依賴、索求他人等，不僅容易與他人有關係衝突，也阻礙個案與他人建立持久的關係 (周勵志, 2008; 林宏南、許洺澁, 2019; 戴恩信, 2021; 藍茜茹等人, 2015; Gunderson et al., 2018)。

從上述的討論可以發現，界限模糊個案可能是發展階段，從重要他人的互動經驗中，無法學習到穩定、清楚且一致的關係，形成錯誤的關係信念，使其在往後人際與親密關係，亦無法有效的形成清晰的框架，僅能以單一的人際模式來因應，再反覆於人際挫折中自證預言，強化所預期的關係焦慮與不安，陷入負向循環，以致自我與他人的邊界更



顯模糊不定。

肆、以人際歷程取向治療觀點擬訂個管面對界限模糊個案之應對策略

個案界限模糊不定的行為，多數是無意、被動學習而來，目的為降低關係焦慮，卻因為所知的行為策略過於單一，而不慎引發更多的人際挫折，每每結果也非個案所想，個案或許比所有人更感到難受、失落。當個案將這樣的慣性帶到治療關係時，治療很容易找不到著力點，治療師對於個案充滿著挫折與不解，個案也對輔導系統敵意又失望，與輔導系統越來越遙遠，或許個案的生涯中，也已經歷數個類似的輔導劇本（Allen, 1995）。

面對關係界限模糊的案主，輔導系統的個管更是重要的協調者。以系統工作為基礎的處遇計畫，能讓系統人員有一致的目標，看待個案如何形成問題，並各司其職，了解如何反應才能切合個案需要（吳東彥, 2015）。透過人際歷程取向概念化的理解，對界限模糊的個案行為，有了可以解釋的原因，就有機會讓負向迴圈出現破口。以下，將提供數個筆者以人際歷程取向為基礎的個管合作經驗與應對策略。

一、建立清楚與規範的工作同盟

Teyber與Teyber（2014）認為，工作同盟是關係取向工作的重要影響因子，也是人際歷程關係改變的核心因素。而管理界限的重要性在於，能夠形成一致、穩固的環境，讓個案感到安心（Daly & Mallinckrodt, 2009），故清晰的同盟架構，能夠幫助關係同盟的建立。

在學校工作，最常碰到界限模糊的個案樣態，是會在晤談時間失約，或在晤談以外、並非個管預約的時段頻繁過來，且期待個管能夠立即放下手邊的工作關懷他。舉個案A為例，只要感受一點點的焦慮，便會頻繁寫信、每天到諮輔組，期待個管給予建議。A展現出焦慮依附的樣態，需要持續的尋求他人的接受和肯定，促使他人對自己做出正確的回應，才能獲得安全或安心感（Bartholomew & Shaver, 1998）。連結A的家庭經驗，其主要照顧者只會否定A的任何決定、卻沒有說如何做才是對的，促使A即便已有完善想法，也會不由自主的過度反應，將焦慮無限放大（Teyber & Teyber, 2016/2017），直到許多人對此重複再肯定，才能夠安心地去執行。

面對尋求個管過於頻繁的個案，需要重新建立個管關係的架構，且每個項目都要與之清楚的定義與說明，目標在提供可預測、穩定的陪伴，如同物體恆常性的存在（Daly & Mallinckrodt, 2009）：

（一）同理個案的不安，通常會以重視關係，作為探討架構的開始：「我很重視跟你的關係，希望能每一次都好好地跟你談話，而不是因你臨時過來，我在忙碌而敷衍你。我會跟你約定某些時間，這些時間我會好好的聽你說。」

（二）自我評估可以負擔的情況下，安排特定的個管時間，可以多、但不要長，例如：每次只約定10分鐘會談，可能一週2次。

（三）協助個案區辨個管與諮商的差異，個管僅在危機處理、近況追蹤、督促個案穩定諮商，關於議題，則請個案到諮商中討論。

（四）表明個管工作界限，如：個案可用e-mail訴說感受或想法，個管一定會看，但每週最多回覆1次，也僅會在上班時間看信箱。同時，會將這些內容提



供諮商作為討論素材，而不深入討論。

界限模糊的個案是充滿不安與高度焦慮的關係依附模式（Bartholomew & Shaver, 1998），狀況可能時好時壞，個管需要保持著同理與堅定，示範更穩定、更清晰的關係界限，也讓個案學習人際之間互動揭露之程度（藍茜茹等人，2015），不再讓不適應的行為劇本重演。

二、運用正增強與負增強技巧因應挑戰界限行為

當不尋常、頻繁而急迫的依附行為，已經超乎一般的程度，可能出現精神官能症的特徵，個案對依附對象的可得性與反應缺乏信心，會不斷採取策略，以保證能夠隨時接觸依附對象（Bowlby, 1973），有時候會逐漸地有挑戰、侵略界限行為，可能用以獲取關注，如：表達自我傷害的想法或舉動（劉婉如等人，2013；Allen, 1995）。

例如，筆者與個案B的工作經驗，觀察到B經常在數度尋求個管協助，但未達到期待的結果時，在下次會面表達有自我傷害行為，同時，也提及做了並沒有紓發情緒的效果、反而更糟，也會否定掉與心理師討論過十幾種曾經有效的緩解焦慮方式。在與B多次工作後，覺察B可能期待他人關心來緩解焦慮，而過去個管與B的互動，可能使自我傷害後的「關懷」成為了酬賞。

面對類似個案行為，可運用Skinner（1953）的正增強與負增強技巧，強化或減弱反應與刺激的連結，增加個案自我處理效能：

（一）正增強：強化自我效能與酬賞的連結，鼓勵個案盡量嘗試自傷以外的方式緩解情緒、努力維持同盟架構，當有做到時，給予具體的肯定與賦能。例如：「我看到你努力找了某方法來轉移

注意力，且成功撐了幾天沒有自我傷害，你做得很好，你是如何做到的呢？」

（二）負增強：並非以取消個管時間來懲罰，而是削弱「被頻繁關懷」的酬賞。當個案自我傷害或頻繁挑戰界限時，減低接觸的時間與關懷長度，僅做危機性的處遇。舉例來說：「我理解你感到焦慮，卻沒有任何方式可以緩解，而傷害了自己，我會依規定進行通報。我們討論過很多方法，你上次做得很好，我再提供你一個想法，你自己也想一個方法試看看。」

（三）同時運用正負增強，有清晰的目標讓個案嘗試努力，而努力過後是能夠有回饋的。例如：「我知道你很努力了，這次你多撐了一個月才做，你真的很棒！若你能撐到下次個管時間，且沒有自我傷害，我們可以再多五分鐘來談談你是怎麼做到的。」

Teyber與Teyber（2016/2017）表達，人際歷程治療目標是要賦能，讓個案覺得自己有能力，而不是提供方法幫助解決問題。透過正負增強的技巧運用，能夠鼓勵個案在日常生活中自己嘗試，並削弱期待他人解決問題的行為。個案B在與個管合作一段時間後，自我傷害的頻率與程度減少，也逐漸能主動嘗試新方法，並向個管分享自己的進步，對於輔導系統的依賴度降低。因此，清晰的界限，或許可以讓個案在生活中有機會自我成長，發現適合自己的因應方式。

三、運用關係中的反移情進行歷程向度工作

面對將不適應人際模式帶來晤談的個案，個管很容易被挑起情緒（林宏南，許洛滉，2019），這些感受可能也是個案身邊的朋友、家人對其的感覺，個案傾向引發多數人類似的反應（Teyber &



Teyber, 2016/2017)。

以個案C展現的樣態說明，C對於議題或需求，都是用隱晦的方式表達，比如用肢體語言吸引注意、或在某些地點刻意等待個管經過，在個管關懷時也多由個管主動開啟話題，在面臨會談時間要結束時，偶爾會刻意擺弄受傷的部位或表達生理各處都不太舒服。如同 Bartholomew 與 Shaver (1998) 所指的害怕依附的個案，也是不安全依附的類型，對他人有負面的期待，所以會迴避接觸關係，以避免失去的痛苦，但仍然想要靠近他人，故在關係中展現更多搖擺不定的策略。此類型個案的行為，源自於主要照顧者沒辦法有一致的態度，時而是安全的照護，時而是危險的威脅，使個案自我統整困難，內在有深度的羞愧傾向 (Teyber & Teyber, 2016/2017)，難以信任任何人，擔心靠得太近會受傷 (Ravitz et al, 2010)。個案C希望被關心，卻又擔心被拒絕，而不知道該如何表達，如同向主要照顧者互動中，不知道怎麼做才是對的，故以誇張的肢體語言、行為舉止來暗示自己需要被關懷，C也曾表示雖感到挫折與痛苦，但很習慣周圍的人疏離自己。

以人際歷程的架構，理解個案的行為是無意的，但我們仍需與個案探討，這些行為所帶來的感受與結果，進行歷程向度的工作，將焦點放在此時此刻的互動討論：

1. 辨認是個案勾起的反移情，或是治療師的移情，可以透過與督導討論，去澄清感受的緣由。筆者在學習人際歷程時，印象深刻最的一句話，便是督導提問：「你覺得他的交友狀況如何？」，這幫助筆者去思索，是否個案周遭人也會被勾起類似的感覺。

2. 用尊重的態度與個案開放、真實的討論 (Teyber & Teyber, 2016/2017)，

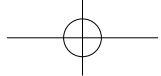
可以用理解對方行為是無意的，作為開頭：「我知道你不是故意要這樣做的，我也不是要責罵你，你現在可能很緊張，但因為我很重視跟你的關係，所以，我需要跟你討論我們的關係與我的感受。」

3. 對於關係焦慮的個案來說，討論關係很容易讓其感受到單方面受責難。故個管需要鼓勵個案表達自己的感受，提供情緒支持與關係的再保證，幫助個案練習與探索 (Hill & O'Brien, 1999/2000)。可以運用以下問句引導：「當我這樣說時，你會不會有被拒絕的感覺，要不要試著說說看？我會好好地聽你說，不管說什麼我都不會責備你，且也不影響我們之後的會面，每一次仍然會認真地陪伴你。」

4. 與個案一同討論適當的行為反應、可行的行為替代方案。

在討論關係的過程，個案C的反應是震驚與難過，除了引導C表達自己情緒、想法，同時個管也傳達出「我們不會如同過去的大人一樣的對待他」，仍然會維持著穩定架構，讓C知道自己不會因此而被遺棄，並一起討論雙方都滿意的行為方式。透過修正性情緒經驗，個案可以體會到，周遭的人可能會有不同的反應，也能夠學習適當且正向的反應。雖初期個案C仍表達出不安，但持續穩定的架構，追蹤數次後，C不再有過於誇張的肢體語言，並能主動開啟話題、表達自己的想法與感受，個管也可再次邀請C，討論與過去之差異，強化C適應性的反應。

個案從主要照顧者學習而來的模式，會在接下來的關係中不斷地強化、穩固，形成僵化的因應策略 (Daly & Mallinckrodt, 2009)，但歷程向度工作能幫助個案有新的互動體驗。討論關係對個案與個管來說，都是挑戰，也可能面



臨關係的緊張，但如Teyber & Teyber (2016/2017) 所述，人際歷程的治療關係是可以修復的關係。在討論關係後，個管維持穩定、一致的架構與態度，個案能從中學學習對生活有更現實的敘說。

四、以示範及提供諮詢進行系統合作

新手助人工作者，會期待成功處理每一個個案，不自覺地負起所有治療的責任 (Corey, 2012/2013, pp.31-33)，個管也可能有同樣的期待，而在工作中過於努力。有時候積極關懷、同理，確實能讓個案有所成長，但對於界限模糊個案來說，可能會促使他變得更依賴輔導系統，與系統更難以劃分。

當個管能夠認清系統中，每一個人的責任歸屬，示範出清晰的人際界限與個人責任，也邀請系統中每個人，都有一致的態度來因應個案，則可以讓個案在人際互動中，有充分的機會練習並修通，促成新的內在運作模式。因此，我們要促進個案的主導性、主動參與合作關係、邀請個案協助解決自己的問題 (Teyber & Teyber, 2016/2017)。在謹守保密原則的基礎上，可採取以下策略目標：

1. 對個案：僅在危機處遇、近況追蹤，並督促個案把握每一次諮商，讓個案了解自己需一同努力，諮商會更有幫助。可以運用以下方式鼓勵個案：「我了解你對這個議題很重視，它很值得花時間討論，諮商時間比較充裕，鼓勵你可以好好利用。」、「你願意跟心理師討論是很棒的，諮商次數有限，真的好可惜，有好多事情想談，你可以回去先整理，有沒有最重要、或很相似的主題，才可以把握時間探討，對生活最有幫助。」

2. 對主談心理師：探討個案概念化之資訊，並核對個案狀況，提供個案本週發生行為之概況等資訊，作為諮商媒材。

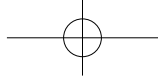
3. 對師長：提供對個案所形成的概念化資訊，並協助探討因應策略。因師長可能是個案經常接觸的輔導對象之一，個管可提供師長諮詢的窗口，以避免陷入個案不適應的模式循環。

4. 對家長：個案的議題也不斷發生在家庭中，家長可能對個案的狀況早已束手無策，而會將個管視為溝通橋樑。個管僅作為互動諮詢、提供資源的窗口，並將與個案溝通家事的責任，回歸到家長身上。

舉個管與主談心理師共同合作的經驗為例，面對生活事件充滿焦慮的個案A，在諮商中會有漫天發散的議題，也會想與個管討論來不及探討的問題。個管與心理師會共同督促A，事先整理好想談的主題，列出焦慮程度，並鼓勵只和主談心理師討論，減少同時有很多心理師在晤談的狀況，同時，也堅定時間架構，讓A可以更把握諮商時間。A在後續追蹤中，已多能有規劃的和心理師討論最想談的議題，並減少向個管訴說議題的情況。

筆者也曾遇過，導師經常接到個案半夜所傳遞的自我傷害訊息，為此感到擔心、不安，也不知該如何回應。透過與個管的諮詢，能夠幫助導師了解個案的行為模式，學習如何適當的因應，個案也得以透過輔導系統中每個人一致的反應，學習並穩固新的人際模式。

個管需要將自己當成關係互動的工具之一，把握機會，示範清晰的界限、個人的責任歸屬，並教導系統資源，運用同理、一致與穩定的態度，因應個案挑戰。個管可以是諮詢窗口，而非溝通的傳聲筒，如此合作之下，個案的生活



中能夠有更多適當的範例，幫助界限模糊個案學習清晰的界限。

伍、結論

個管對於個案來說，有相對高的可觸得性，可以在個案情緒無法調適、有自我傷害情況下，提供穩定的求助管道，但相對來說，也有可能促成個案的過度依賴，執行上實屬不易。與關係界限模糊的個案工作更是個挑戰，個案會有許多難以解釋、勾起負向反應的無意行為，個管在頻繁的接觸下很容易迷航、不知所措、感受到時間與心力上的負擔。

人際歷程取向治療，提供了個案概念化的不同視野，可以幫助個管了解，個案有意無意中所表現的態度、行為與情緒反應其來有自，而能以此基礎與個案互動，同時回到個案管理的初衷——生態系統的中介功能，催化系統工作，幫助個案改變。界限模糊的個案狀況或許會反反覆覆，需要陪伴他們摸索，但在經歷長時間的工作後，個案或許能透過與輔導系統互動的經驗、從系統中每一個角色的示範，學習到新的關係模式，運用於日常生活。

透過本文分享的個管工作經驗，期能夠帶給對人際歷程取向治療有興趣的助人工作者，能夠從具體的案例中認識理論概念基礎，也期許本篇能夠引起更多研究者，對理論取向運用於學校個管工作的探究，增進個案管理工作之效能。

參考文獻

- Corey, G. (2013)。諮商與心理治療：理論與基礎（第3版）（修慧蘭、鄭玄藏、余振民、王淳弘，譯）（31-33頁）。雙葉。（原著出版於2012年）
- Hill, C. E., & O'Brien, K. M. (2000)。助人技巧：探索、洞察與行動的催化（林美珠、田秀蘭，譯）。學富。（原著出版於1999年）
- Teyber, E., & Teyber, F. H. (2017)。人際歷程取向治療：整合模式（第7版）（吳麗娟、蔡秀玲、杜淑芬、方格正、鄧文章，譯）。雙葉。（原著出版於2016年）
- 王麗斐、杜淑芬（2009）。臺北市國小輔導人員與諮商心理師之有效跨專業合作研究。*教育心理學報*，41（S），295-320。https://doi.org/10.6251/BEP.20090402
- 吳東彥（2015）。諮商室中的反移情：與受虐兒童共處的反思經驗。*輔導季刊*，51（2），75-78。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19966822-201506-201508280009-201508280009-75-78
- 吳麗雲（2002a）。人際歷程取向團體諮商（上）以不安全依附類型大學生人際困擾輔導為例。*諮商與輔導*，198，29-33。https://doi.org/10.29837/CG.200206.0005
- 吳麗雲（2002b）。人際歷程取向團體諮商（下）以不安全依附類型大學生人際困擾輔導為例。*諮商與輔導*，199，40-44。https://doi.org/10.29837/CG.200207.0006
- 宋麗玉、施教裕（2010）。復元與優勢觀點之理論內涵與實踐成效：臺灣經驗之呈現。*社會科學論叢*，4（2），2-34。https://doi.org/10.30401/RSS.201010_4(2).0001
- 李思儀、徐麗明（2019）。人際歷程取向治療應用於關係創傷之個案。*諮商與輔導*，406，44-48。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16846478-201910-201



- 910170008-201910170008-44-48
周勵志 (2008)。邊緣性人格障礙之教戰守則。《諮商與輔導》，266，2-6。
。https://doi.org/10.29837/CG.200802.0001
- 林宏南、許洺滉 (2019)。邊緣型人格障礙症個案之諮商倫理困境與因應。《輔導季刊》，55 (2)，24-33。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19966822-201906-201907090010-201907090010-24-33
- 林貞伶、洪彩慈、劉麗肆 (2016)。推動個案管理「癌友導航計畫」提升診斷後治療比率—成大醫院執行現況。《腫瘤護理雜誌》，16，31-41。
。https://doi.org/10.3966/168395442016101603003
- 陳莉榛、胡延薇、張雅惠 (2013)。大專校院自殺／自傷危機處理之探討：以臺灣北區四所私立大學為例。《中華輔導與諮商學報》，38，149-182。
。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=17285186-201312-201405140003-201405140003-149-182
- 陳斐娟、陳易芬、何凱維 (2022)。專業輔導人力對大專校院輔導工作影響之初探研究。《中華輔導與諮商學報》，63，111-146。https://doi.org/10.53106/172851862022010063004
- 陳晶晶、吳易霖、陳玉葉、洪彩慈、林貞伶、黃美智 (2009)。護理角色的創新與拓展—成大醫院腫瘤個案管理模式介紹。《護理雜誌》，56 (2)，11-16。https://doi.org/10.6224/JN.56.2.11
- 劉婉如、楊子鐺、郭哲宇 (2013)。從系統理論之觀點看青少年自傷行為。《輔導季刊》，49 (1)，44-53。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19966822-201303-201305030035-201305030035-44-53
- 學生輔導法 (民國103年11月12日) 修正公布。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0070058
- 戴恩信 (2021)。從人際歷程治療取向觀點談邊緣型人格障礙個案之應用。《輔導季刊》，57 (1)，39-46。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=19966822-202103-202104160011-202104160011-39-46
- 藍茜茹、徐麗明、林毓君 (2015)。大專校園中的邊緣型人格個案研究。《中華輔導與諮商學報》，44，69-103。
。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=17285186-201512-201601070005-201601070005-69-103
- Allen, C. (1995). Helping with deliberate self-harm: Some practical guidelines. *Journal of Mental Health, 4*(3), 243-250. https://doi.org/10.1080/09638239550037523
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-244. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of Assessing Adult Attachment. In Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). Guilford Press.
- Bender, D. S., & Skodol, A. E. (2007). Borderline personality as a self-other representational disturbance. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 500-517. https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.500
- Ben-Ari, R., & Hirshberg, I. (2009). Attachment Styles, Conflict Perception, and Adolescents' Strategies of Coping



- with Interpersonal Conflict. *Negotiation Journal*, 25(1), 59-82. <https://doi.org/10.1111/j.1571-9979.2008.00208.x>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. I: Attachment*. Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. II: Separation, Anxiety and Anger*. Hogarth Press.
- Bretherton, I. (1999). Updating the 'internal working model' construct: Some reflections. *Attachment & Human Development*, 1(3), 343-357. <https://doi.org/10.1080/14616739900134191>
- Cheng, C., Sun, P., & Mak, K.-K. (2015). Internet addiction and psychosocial maladjustment: Avoidant coping and coping inflexibility as psychological mechanisms. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18, 539-546. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0121>
- Daly, K. D., & Mallinckrodt, B. (2009). Experienced Therapists' Approach to Psychotherapy for Adults With Attachment Avoidance or Attachment Anxiety. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 549-563. <https://doi.org/10.1037/a0016695>
- De Meulemeester, C., Lowyck, B., & Luyten, P. (2021). The role of impairments in self – other distinction in borderline personality disorder: A narrative review of recent evidence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 242-254. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.022>
- Doll, B., Nastasi, B., Cornell, L., & Song, S. Y. (2017). School-based mental health services: Definitions and models of effective practice. *Journal of Applied School Psychology*, 33, 179-195. <https://doi.org/10.1080/15377903.2017.1317143>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1). Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-442. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.431>
- Joo, J. Y., & Liu, M. F. (2017). Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review. *International Nursing Review*, 64(2), 296-308. <https://doi.org/10.1111/inr.12335>
- Lamm, C., Bukowski, H. & Silani, G. (2016). From shared to distinct self-other representations in empathy: evidence from neurotypical function and socio-cognitive disorders. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 371. Advance online publication. <https://doi.org/10.1098/rstb.2015.0083>
- Lee, D. T. F., Mackenzie, A. E., Dudley-Brown, S., & Chin, T. M. (1998). Case management: a review of the definitions and practices. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 933-939. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.t01-1-00566.x>
- Lopez, F. G., Mauricio, A. M., Gormley, B., Simko, T., & Berger, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: the mediating role of problem coping styles. *Journal of*



- Counseling & Development*, 79, 459–464. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2001.tb01993.x>
- Ognibene, T. C., & Collins, N. L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 323-345. <https://doi.org/10.1177/0265407598153002>
- Ravitz, P., Maunder, R., Hunter, J., Sthankiya, B., & Lancee, W. (2010). Adult attachment measures: A 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 419-432. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.006>
- Rones, M., & Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: a research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 223-241. <https://doi.org/10.1177/095148480001300210>
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Free Press.
- Teyber, E., & Teyber, F. M. (2014). Working with the process dimension in relational therapies: Guidelines for clinical training. *Psychotherapy*, 51(3), 334-341. <https://doi.org/10.1037/a0036579>
- Wilson, A. (1985). Boundary Disturbance in Borderline and Psychotic States. *Journal of Personality Assessment*, 49(4), 346-355. [HTTPS://DOI.ORG/10.1207/S15327752JPA4904_2](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA4904_2)
- 投稿日期：113年1月27日
第一次修改日期：113年3月23日
第二次修改日期：113年4月19日
第三次修改日期：113年6月4日
第四次修改日期：113年7月18日
通過日期：113年8月20日

