

從人際歷程取向談繭居個案之治療

Treatment of Hikikomori from the Viewpoint of Interpersonal Process in Therapy

林依珊¹、吳麗雲²
Yi-Shan Lin¹, Li-Yun Wu²

摘要

「社會退縮」為繭居的外顯表徵，而「害怕被拒絕」是繭居者內心經常出現的深層感受，因無法在社會與人際關係中找到一個安全的容身之處，只能經由退縮與隱蔽自己來感到安全，不只有個體在繭居的過程中會承受著極大的痛苦，也間接改變了家庭的互動與生活方式。人際歷程取向作為折衷的整合取向，以心理師自身作為治療的工具，看重工作同盟的合作治療關係，透過不斷聚焦內在感受與歷程向度，心理師涵容案主與其家人複雜的感受，讓他們能不斷在治療過程中經歷到修正性的情緒經驗，當繭居案主與家人在治療關係中充分經驗並學習更適應的人際關係與互動模式後，便能以新的方式重新接觸彼此，並有機會讓繭居案主回歸社會，改變因而發生。雖然現今繭居現象日益普及，但國內對於繭居議題的相關研究仍有不足，且鮮少以人際歷程取向應用於案主家人的相關研究，期待本文能充實此領域的文獻外，也提供相關心理與輔導專業人員一個參考方向，在治療中融入人際歷程取向的相關概念，陪伴繭居案主與其家人一起經歷冒險、成長與蛻變。

關鍵詞：人際歷程取向、工作同盟、修正性情緒經驗、關係議題、繭居

¹國立臺南大學諮商與輔導學系碩士生

²國立臺南大學諮商與輔導學系副教授

通訊作者：林依珊，(700)台南市中西區樹林街二段33號，國立臺南大學諮商與輔導學系，

Email: m11128001@gm2.nutn.edu.tw



壹、前言

「繭居」是一起源於日本的社會退縮現象，隨著後續更多學者投入相關研究發現，許多國家也都有相似的繭居案例報告，如澳大利亞、美國、香港、韓國和臺灣等（Kato, 2012; Wong, 2014），但日本目前仍是繭居人口最多的國家，根據日本內閣府於2022年底進行的調查推估，日本現今的繭居人口可能多於146萬人，其中15至39歲的人中就有2.05%的人處於繭居狀態（大公報，2023）。處於繭居狀態的人在 interpersonal 關係中習慣壓抑與隱藏自己的感受和想法，害怕被拒絕的他們會選擇退出關係，進入繭居狀態來保護自己免受傷害（Hattori, 2006），然而，國內針對繭居現象的訪談研究進一步揭露了潛藏於繭居狀態裡的痛苦、無助、空虛等負面感受（彭宇君，2021；蔡秉忻，2019），因進入繭居狀態不僅要承受來自社會諸多的壓力與污名，還要面對家人的不理解及互動關係的轉變，那些不易說出口的複雜情緒與感受，以及不被他人理解的不安，使處於繭居狀態中的人更加深繭其中，難以脫困，全家人也在無形中承受了許多的壓力。

筆者認為處於繭居狀態中的人們需要專業的協助是無庸置疑的，不過多數的繭居者並不會主動求助，尤其是繭居狀態已持續數年之久的繭居者，浮出檯面的繭居案例多是由主要照顧者或其他家人前去相關單位進行諮詢，治療單位才有機會得以接觸繭居者及其家庭（Nonaka et al., 2019）。然而需要留意的是專業人員的投入有時反而造成繭居者更大的壓力與焦慮來源，常見如第一次接觸繭居案主時，採以專家姿態或是病理化分析的觀點看待他們，就如同複製了社會中多數人看待繭居者的互動模式

，可能無意間對他們造成傷害外，也會使他們完全失去求助的意願，因此心理師不僅要與主要照顧者建立合作關係，也要與繭居案主建立信任的同盟關係，才是決定治療效果的關鍵。

人際歷程取向涵蓋了Sullivan人際關係理論、客體關係理論與家庭系統理論，特別重視案主與重要他人或心理師的人際互動，該取向認為個體因為不斷重複與重要他人的互動，而漸漸發展成一種特有的模式。對繭居者而言，主要照顧者就是重要他人，因此筆者認為面對關係議題與人際困境的繭居案主，看重客體關係並以治療關係為焦點的人際歷程取向，或許能提供心理與輔導專業人員一個可行的方向。國內目前僅有以阿德勒學派與Yalom終極關懷探討繭居族議題的期刊文獻（許承宇，2017；蔡秉忻，2016），且缺乏對於繭居者的主要照顧者之理解，故筆者試著以人際歷程取向的核心概念與觀點進行分析，並進一步探討面對繭居案主及主要照顧者之可行的應用方式。

貳、繭居概述

「繭居」一詞是日文「ひきこもり」（羅馬拼音：hikikomori）的中譯詞，在許多英文文獻中多以「social withdrawal」來指稱，意指個體從社會中退縮及隱蔽自己的狀態，其與英文「Cocooning」的外顯特徵相近，但在動機與成因上存在著差異（Boterman & Musterd, 2016），以下將針對繭居現象進行更深入的討論。

一、繭居的定義

目前繭居現象雖越來越普遍，多數



人採用的定義是日本齊藤環於其著作的標準：「三十歲以下青年，在家裡足不出戶、與社會互動脫節的情況持續六個月以上，且主要成因並非其他精神疾病」（齊藤環，2016）。然因各界在判斷的許多層面上還未有共同的定義標準，如繭居維持時間、形式、個人心理還是社會文化因素等，都未有共識（Li & Wong, 2015），也因此未被納入DSM-5的診斷準則中。尤其繭居者表現出的「社會退縮」常見於多種精神或人格疾患的症狀表徵，例如：強迫症、憂鬱症、感覺失調型人格障礙症、畏避性人格障礙症、社交焦慮症、創傷後壓力症候群（PTSD）、自閉症類群障礙症和亞斯伯格症等，都可能產生動機消退、社交焦慮、妄想等社會退縮的症狀（田村毅，2015）。

因此，繭居狀態也被分為「原發性繭居」與「次發性繭居」來區分不同狀態下的社會退縮，原發性繭居指的是沒有任何心理疾病史或症狀的情況下出現社會退縮狀態，次發性繭居族則指起因於心理疾病或與心理疾病有關的社會退縮狀態（Hirashima, 2001）。但原發性繭居者，也可能因長期缺乏人際互動與規律的生活作息，而漸漸發展成精神官能的症狀，例如、對人畏懼、失眠、有被害妄想、陷入憂鬱或是有自殺或傷人的想法等等（Hattori, 2006），且隨著繭居時間拉長，症狀可能會更加嚴重（齊藤環，2016）。由上述資料可見，不管是何種社會退縮的形式，繭居狀態都會對個人心理健康帶來負面的影響，且連帶影響家庭到整個社會，故繭居議題非常需要外界更多的介入與協助，刻不容緩。

二、繭居狀態的成因與治療

進入繭居狀態的可能成因眾多，科技進步、網路發達或人們生活型態的轉變等，都可能讓人們更傾向待在家中（Crawford, 2008）。然而，日本繭居現象的普遍也引起了學者的注意與討論，Teo（2010）認為日本的社會文化因素可能是繭居情況在日本會特別突出的原因。因日本作為一個高度經濟發展的國家，許多家庭的經濟狀況相對安逸（Kato, 2012），且日本傳統上認為父母在孩子結婚成家前應提供支應（Krieg & Dickie, 2013），這樣的脈絡，似乎不難理解孩子會傾向待在家中。

若進一步從家庭因素來看，繭居也可能與不同層面的家庭因素有關，如家庭功能不健全（Suwa et al., 2003; Yoriko, 2007）、採以控制、拒絕或過度保護的教養方式（Amor et al., 2020）、童年情感忽視所造成的創傷（Hattori, 2006），以及父親在照顧子女上長期缺席（齊藤環，2016），還有研究指出母親患有精神疾患（Umeda & Kawakami, 2012），或是不安全依附關係（Krieg & Dickie, 2013）、缺乏問題解決能力、溝通能力及情感交流的家庭互動模式（Kato et al., 2018），都可能是造成繭居的原因之一。

除此之外，也有學者發現許多進入繭居狀態的人都有曾在學校生活中遭受霸凌、被拒絕或關係創傷的記憶（Hattori, 2006; Teo, 2010），呼應Ran等人（2021）的研究指出社會退縮與同儕關係之間存在著明顯的相關情形，由上述研究都可看出同儕及人際關係對繭居族的影響之大。然而一直到現在，臺灣、日本和韓國等亞洲國家，校園霸凌現象仍是相當顯見的校園問題，非常值得各界進一步關注。更有資料顯示逃學與



拒學的現象通常能做為預測未來是否成為蘭居族的關鍵（杉浦孝宣，2020）。至於蘭居族生理上的成因至今還未有可信的研究證實，其原因可能與模糊的蘭居族定義與診斷標準有關。

目前針對蘭居的治療方式會結合心理治療與藥物治療，儘管藥物的幫助十分有限，精神科醫師還是會藉由少量的抗憂鬱劑來降低情感方面症狀（杉浦孝宣，2020），而在心理治療上則有邀請父母與案主一同進行家族治療（齊藤環，2016）、認知行為療法（Nonaka et al., 2019）或是逐漸增加社會接觸的暴露療法等（Teo, 2010），但因蘭居議題在國內還未被普遍討論，政府與民間也未建立系統性的合作，使國內在蘭居議題的治療效果上仍有許多受限，需要進一步發展適切之介入方式。

參、人際歷程取向概論

人際歷程取向是結合了幾個傳統理論發展而成的折衷取向治療模式，此取向的假設整合了人際理論、依附理論、客體關係理論到家庭系統理論，以三個核心概念貫串整個治療歷程，分別是：

一、歷程向度

人際歷程取向看重心理師與案主的關係，並會運用治療關係來協助案主改變，人際歷程取向相信案主的問題會在治療過程中不斷重演，且會發生在治療關係中，因此了解人際歷程或發生在心理師與案主之間的複雜互動就顯得重要。心理師在與案主談話溝通時，會有許多不同層次的溝通同時發生，如外顯言語的談論「內容」，以及心理師與案主關係互動中的「歷程」，就是不同層次

的向度。而人際歷程取向的心理師，便會將注意力從外顯的談論內容，轉移至了解雙方互動的關係歷程，並在談話過程中直接提出來與案主討論，這種聚焦當下探索心理師與案主此時此刻的經歷，人際歷程取向稱之為「歷程評論」，能立即反應案主的人際因應模式。

二、個案反應的獨特性

人際歷程取向是具有高度「個人特色」與「個別化」的治療取向，因每位心理師都是獨特的個體，而每位案主的年齡、性別、外貌、喜好及成長背景也都不相同，也就沒有單一準則的治療方式適合所有的人，必須依據案主的最佳考量做出回應。因此，在治療中保有「彈性」就很重要，人際歷程取向的心理師必須擁有認知上的彈性以及觀點取替的能力，以便能夠更進入案主的世界觀中，透過仔細傾聽、正確同理，與案主一起探索語言的象徵意義和對案主的獨特性，這個歷程本身就對案主或治療產生了意義。

三、修正性情緒經驗

人際歷程取向會將焦點放在互動關係或是直接與案主討論當下正在發生的事情，也就是透過處理歷程向度來避免掉入案主不斷重演的人際模式中，心理師提供案主一種嶄新而不同的關係模式，以合作的夥伴關係共同面對案主的問題，也提供案主安全、支持的環境，案主將能放心在治療過程中嘗試與體驗。建立修正性情緒經驗可能貫串整個治療歷程，透過心理師不斷提供新的人際互動模式讓案主練習，案主便能「類推」治療關係中的互動模式到日常生活中，



從而發生改變。

人際歷程取向認為擁有親密感與自主性是成長發展及諮商歷程中不可或缺的元素，當人們因不安全依附而有未被滿足的發展需求時，會造成兩種結果，一是缺乏彈性的人際因應策略，而發展成順從討好、對抗攻擊或遠離迴避的人際模式，另一個則是適應不良的內在運作模式和僵化的基模，案主會運用照顧者的方式來對待自己或他人，也會引發他人用照顧者的方式對待自己，而這兩種結果都會在治療過程與諮商關係間不斷重演。人際歷程取向的諮商師需要能辨別出案主的人際互動模式及適應不良的內在基模，以提供修正性情緒經驗，增加案主人際互動上的彈性，讓僵化的基模重新運作，擁有反思與觀點取替的能力，以達到更滿意的人際關係，進而擁抱親密與自主（Teyber & Teyber, 2016/2017）。

肆、從人際歷程取向概念化繭居

多數繭居案主的成長歷程中，可能因長時間受到父母的拒絕與忽視，或是父母過度保護的教養方式，而發展出不安全依附（Hattori, 2006; Krieg & Dickie, 2013），像這樣成長於拒絕與過度保護下的孩子，沒辦法發展親密感與自主性，也影響了往後的人際關係。

不安全依附的兒童與青少年往往容易成為被針對的對象，呼應Hattori（2006）針對繭居的研究，有54%的人都反應有被同儕霸凌或是關係受挫的經驗，為了保護自己不再受到傷害，他們發展出拒絕接觸情緒或從關係中退縮、隱藏起來的人際策略，來因應環境。彭宇君（2021）曾針對進入繭居的開端進行分析，結果顯示在進入繭居之前，多數人可能正經歷休學、畢業與離職的轉換階

段，細究當中的關鍵事件，發現不管是受到老師指責、求職與工作屢屢碰壁或是親密關係的失去等，顯示出繭居案主在學校、職場生活或求職過程中經歷到壓力、挫折與挑戰時，會以請假、翹課或休學等退縮的方式來因應。

而在面對家人或重要他人時，繭居案主可能採用完全不同的方式來因應，如有部分的繭居者會因感受到強烈的憤怒情緒，以暴力或是破壞物品來發洩其情緒（Teo, 2010）。繭居案主因過去未被滿足的需求，而形成不安全的依附關係，讓他們對主要照顧者存在著複雜與矛盾的情感，依賴中又交織著憤怒，卻又害怕被拋棄，因此繭居案主面對主要照顧者會採以對抗攻擊的人際策略，以及預期主要照顧者會拒絕自己的內在運作模式來與之互動，例如以肢體暴力或語言恐嚇等方式互動（Hattori, 2006），以此讓對方不能拋下自己，久而久之便形成了一種負向的互動循環，讓彼此都感到十分痛苦與煎熬，而這也是多數主要照顧者會向外求助的主因。

人際歷程取向認為未滿足的需求往往會產生因應和衝突的代價，繭居案主的情感長期遭到忽視，造就他們缺乏彈性的人際因應策略，其對主要照顧者的互動模式也是不適應內在運作模式的展現，心理師看見這些過往的因應方式在過去幫助繭居案主撐過一段痛苦、無意義感的歲月，但現在也成為繭居案主與整個家庭的痛苦來源，心理師會透過不斷提供修正性的情緒經驗，幫助繭居案主有機會經歷修通與改變，終有一天能破繭而出。

伍、人際歷程取向在繭居之應用

人際歷程取向透過了解繭居案主的家庭與人際互動模式，找出案主缺少的



情感支持，藉由心理師在諮商過程中提供修正性的情緒經驗幫助案主發展安全避風港與安全堡壘，進而改變他們現在關係中與他人和家人間有問題的互動方式（Teyber & Teyber, 2016/2017）。繭居問題經常是長期家庭互動不良所產生之結果，如在教養上長期缺席的父親或始終無法回應情感的母親（齊藤環，2016），當重要他人無法滿足孩子的需求，所造成的結果便是孩子會發展出缺乏彈性的人際策略或是適應不良的內在運作模式來因應，因此在與繭居案主進行個別治療外的同時，邀請主要照顧者和其他家人一起參與治療歷程，將大大提升治療效果，以下試提出人際歷程取向應用於繭居者與其家庭的復原歷程：

一、建立工作同盟

人際歷程取向看重合作的關係，而非上對下的教導（Teyber & Teyber, 2016/2017），「工作同盟」便是指導與非指導關係外的另一種選擇，在平等的諮商關係中案主有機會獲得自我效能感，為治療負起自己的責任。

當來談對象為繭居案主的主要照顧者或家人時，會發現他們大多會期待心理師幫助他們改變別人，也就是改變繭居者，而照顧者或其他家人較難覺察繭居狀況之形成或維持，可能與長期家庭互動、溝通方式和依附關係的發展有關，而忽略自己也是系統中的重要角色，將改變的責任全部放在繭居案主身上（田村毅，2015）。如長期在教養上缺席的父親，面對剛進入繭居狀態的子女較常採以說教或責打的方式想改變繭居案主，卻往往適得其反，引起繭居案主更大的反彈或更加退縮的反應，無力也沒有辦法的父親後來便會呈現放棄或回

到一開始什麼也不管的狀態，這時所有的壓力便會落在母親身上，而形成負向的家庭互動循環（齊藤環，2016）。因此，心理師需要幫助每個家人看見自己對繭居案主的影響力，過程中需要不斷賦能，肯定他們仍然關心繭居案主的心意，讓每個家人理解自己在治療過程的重要性。由上述可知，與繭居者的主要照顧者和家人建立工作同盟是開啟治療歷程很重要的一步。

而在面對非主動或非自願尋求協助的繭居案主，必須能了解他們能來到諮商室與心理師合作並非容易的事，因為在他們過去生命經驗中，經常遭受拒絕或不被肯定，繭居的狀態也不被社會理解與認可（彭宇君，2021；蔡秉忻，2019），心理師須先放下專家身分，表達親切、友善的態度，以開放、尊重的態度主動接觸繭居案主，讓案主感受到安全的氛圍，願意開放一小部分的自我，此時心理師可以表現出對案主所陳述的內容感興趣，以增進案主分享的意願，例如有些繭居者對於目前的生活模式已形成一套自己的看法，心理師可以帶著好奇去了解：「你說你平常待在房間都在研究怎麼賺錢呀！我很好奇，能跟我分享一些你的方法嗎？」，若案主所談內容多在抱怨繭居狀態中的痛苦，心理師回應的同時也可以透過傳達對繭居狀態的理解，增進彼此關係，如當繭居案主生氣的說家人總是突然敲門或想要跟他講大道理時，心理師可以回應：「當你正在專注一件事時被打擾、思緒中斷，都讓你感到憤怒與煩躁，而且你不喜歡家人來找你談話總是在勸你，你多希望家人能更了解你一些」。透過正確同理與不批判的同在，讓繭居案主感覺被看見、被理解，進而能與心理師慢慢建立信任與工作同盟，由被動轉為主動。



二、向抗拒致敬

人際歷程取向視抗拒為過去有助於適應與自我保護的因應策略，只是現在不再適用，且案主的抗拒可能就是前來接受治療的主要議題（Teyber & Teyber, 2016/2017）。而在治療中，不只有繭居案主會產生抗拒，主要照顧者或其他家人也可能因感受到被批評或被指責而產生抗拒。因此，心理師如何在治療中辨認每個人的抗拒，並理解背後的原因就顯得十分重要。

照顧者及其他家人產生抗拒的原因可能是認為自己教育失敗而無地自容，或後悔自己沒有做得更多，心理師不責備也完全不會貶低照顧者或其他家人的這些想法，反而會肯定他們勇敢面對自己不足的地方非常值得敬佩，心理師可以回應「孩子的問題一直無法改變，你可能因為挫折和自責而很困難面對問題，但現在你願意主動來到這裡尋求協助，真的很不容易，你願意鼓起勇氣一起面對孩子的問題，表示你是一個非常在乎孩子且負責任的母親。」

而對於容易退縮且對人有強烈不信任的繭居案主而言，抗拒是可預期的，因為害怕他人對自己會有負面的看法，以致於繭居案主可能在進入工作同盟後，會以討好、順從的方式與心理師互動，卻在不知不覺中累積對心理師的憤怒（Hattori, 2006），或是以突然終止治療來表達抗拒，而這些諮商關係與互動也反映了繭居案主在過去可能都以這種自我保護的方式與他人或父母互動，無法對他人表露自己真正的感受，處於渴望需求被滿足但又抗拒的矛盾狀態中，而對主要照顧者或他人採以攻擊、逃避的因應策略。因此，心理師必須有耐心的

與案主澄清那些想法與擔心，以真誠、不防衛的態度去傾聽案主真實的感受，並肯定這些人際策略的確在過去的某些時刻保護了他們，只是現在不再適用，幫助案主僵化的基模重新修正。

三、轉移內在聚焦

建立彼此信任的合作關係後，心理師會幫助繭居案主與其家人開始探索、聚焦自己內在的反應，並減少注意他人的問題行為、過去受挫的人際關係或事件，而是透過了解與改變案主在問題中的角色來解決問題（李思儀、徐麗明，2019）。當繭居案主與其家人能覺察自己舊有及習慣的反應型態後，就會增進自主性與自我效能感，進而採用新的或更有效的反應。

當照顧者說到繭居者總是不聽自己的話，心理師仍然可以透過內在聚焦的方式，邀請照顧者聚焦在自己身上，心理師可以說：「當孩子不聽你的話，或不照你的意思去做時，你都怎麼想或怎麼做呢？」，照顧者會想到自己可能會開始感到焦慮，著急的想與對方溝通，卻讓孩子感到更不耐煩而引發衝突。心理師透過幫助照顧者或其他家人開始把焦點放在了解與改變自己上，並且找到更好的方法來管理自己的反應，與繭居者的互動就會有所改變。

同理，若要幫助案主轉移內在聚焦，心理師會先透過傾聽與同理表達對案主話題的關心，然後詢問跟案主內在感受與想法有關的開放式問句，讓案主能說出更多的自己（Teyber & Teyber, 2016/2017）。例如當繭居案主抱怨自己總是遭受父母的忽略和否定，心理師會進一步詢問：「當你的父母親忽略你的



時候，你發現自己都在想些什麼？」繭居案主可能回答覺得自己：「彷彿不存在」或「沒有價值」。像這樣的問句幫助繭居案主開始覺察在這問題當中自己的角色為何，也讓照顧者和其他家人有機會理解繭居案主內心真正的感受。

四、處理感受

當談話焦點從外在移往案主的內在時，常會有不舒服的感受，矛盾之處也可能會在此浮現，多數人在面對此情境下，會為了避免接觸這些不舒服的情緒以及不想要的人際結果而迴避感受，甚至再次產生抗拒（Teyber & Teyber, 2016/2017）。

當照顧者或其他家人開始面對自己內在感受時，可能產生強烈的愧疚與罪惡感，亦或是憤怒，心理師不迴避這些真實的感受，而是以此作為切入口，如：「我很高興你願意冒險告訴我你對孩子有的這些愧疚和生氣的感受。讓我們多談一點，我想多了解一些」，開放照顧者和家人的這些感受，並且直接的討論他們。

繭居案主長期壓抑情感並拒絕接觸感受，因為那會讓他們感到痛苦或無意義（Hattori, 2006），甚至可能產生自傷或自殺的念頭（Hattori, 2006）。然而，這些痛苦的感受往往是問題的核心，因此，心理師可以對繭居案主說：「你可以幫我更具體理解那種感覺，你說母親又要你放棄你想做的事，你好像很生氣，你覺得他一直在逃避，可以進一步描述給我聽，讓我更了解你，當你有那樣感覺的時候，對你來說像什麼？」，案主可能說道：「就好像我都做不到，她一直都沒有相信過我！」，透過讓案主

充分的經驗感受，心理師得以辨認出案主的關係基模與應對模式，進而涵容案主，提供修正性的情緒經驗或是修正性的回應，如：「我很榮幸可以聽到你說出這些，我會和你一起停留在這個感覺，直到我們找到方法解決」。透過心理師全然接受案主強烈情緒的態度展現，提供繭居案主一個安全避風港，幫助案主在安全的諮商關係中有所反思，並有機會體驗到正向的結果（Teyber & Teyber, 2016/2017）。

五、提供新經驗

與繭居案主和其家庭工作時，會發現案主過去與家人的互動模式與現在和他人的互動關係都會在諮商關係重演。因此心理師必須清楚看見案主與家庭之間關係互動的歷程向度，使用歷程評論或立即性的介入策略，讓案主與其他家人鬆動僵化的基模或不適應的人際因應模式，如：「我很好奇你剛剛冒險分享了這麼多之後，對於我或是我們有什麼感覺或想法？」，凸顯心理師與案主之間的互動並把治療關係放在檯面上，當成主題來討論。繭居案主與其家人能在與心理師一起建構的安全避風港中練習，也因此可以經驗到從前沒有過的修正性情緒經驗。

也正因為案主會在諮商中重演過去不適應的人際模式，解套的方式便會在治療關係中發現，心理師會與繭居案主與其家人一同在他們真正的關係中找出解決之道，並讓修正後的人際型態成為治療歷程中的互動常態（李思儀、徐麗明，2019）。繭居案主就能夠學習類化此種改變的人際經驗到他人互動上，以增加除了攻擊或退縮外的人際因應策略



，而達到持久的改變。

陸、結論

看重歷程與治療關係的人際歷程取向，會透過心理師與案主建立合作的治療關係，以歷程評論、內在聚焦等方式，提供繭居族案主與其家人一個修正性的情緒經驗，幫助繭居案主增加退縮或壓抑情緒以外的人際因應策略，也修正或鬆動其不適應的內在運作模式和僵化的基模，改變家庭互動模式。

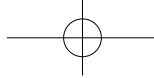
人際歷程取向作為一個折衷的整合模式，並不是一個獨立的理論與學派，反而相當鼓勵心理與輔導專業人員基於原本擅長或認同的治療取向，結合人際歷程的核心概念彈性運用。人際歷程取向可以是提供治療另一個能切入的方向，使長期受苦於關係議題的案主有機會體驗到一個全新的人際經驗，因而對案主產生正向的影響。因此對於日漸普遍的繭居現象與其家庭，將人際歷程取向融入治療中，或許會對繭居案主與整個家庭提供更有效的幫助，供心理與輔導專業人員做為實務工作中的一個參考，並期待未來有更多相關實務經驗可以彼此交流。

參考文獻

- Teyber, E. (2003)。人際歷程心理治療（徐麗明，譯）。揚智文化。（原著出版於1996年）
- Teyber, E. & Teyber, F. H. (2017)。人際歷程取向治療—整合模式（吳麗娟、蔡秀玲、杜淑芬、方格正、陳品惠，譯）。雙葉書廊。（原著出版於2016年）
- 田村毅（2015）。搶救繭居族：家族治療的實務指南（林詠純、徐欣怡、曾育勤、黃瓊仙，譯）。心靈工坊文化。（原著出版於2014年）
- 杉浦孝宣（2020）。拒學，不要搶救：第一本讓繭居族願意走出家門的實用SOP！從拒學到正常工作，90%都能恢復（黃雅慧，譯）。任性出版。（原著出版於2019年）
- 齊藤環（2016）。繭居青春：從拒學到社會退縮的探討與治療（徐欣怡，譯）。心靈工坊。（原著出版於1998年）
- 大公報（2023年4月10日）。日本約146萬人蟄居家中成社會難題。大公報。<https://www.wenweipo.com/epaper/view/newsDetail/1645125090502905856.html>
- 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，55（2），24-33。<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16846478-201910-201910170008-201910170008-44-48>
- 許承宇（2017）。阿德勒取向看繭居族。諮商與輔導，376，28-29。<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=16846478-201704-201704100024-201704100024-28-29>
- 彭宇君（2021）。探討臺灣青年繭居現象〔未出版碩士論文〕。國立臺灣大學。
- 蔡秉忻（2016）。從Yalom終極關懷探討繭居族議題：以小說《最後家族》為例。諮商與輔導，362，13-17。
- 蔡秉忻（2019）。繭居族生活經驗之詮釋現象學研究〔未出版碩士論文〕。國立東華大學。
- Boterman, W. R., & Musterd, S. (2016). Cocooning urban life: Exposure to diversity in neighbourhoods, workplaces and transport. *Cities*, 59, 139-147. <https://doi.org/10.1016/j.cities.2016.08.011>



- cities.2015.10.018
- Crawford, A. (2008). Taking social software to the streets: Mobile cocooning and the (an-) erotic city. *Journal of Urban Technology, 15*(3), 79-97. <https://doi.org/10.1080/10630730802677970>
- Hattori, Y. (2006). Social withdrawal in Japanese youth: a case study of thirty-five hikikomori clients. *Journal of Trauma Practice, 4*(3-4), 181-201. http://dx.doi.org/10.1300/J189v04n03_01
- Heinze, U., & Thomas, P. (2014). Self and salvation: visions of hikikomori in Japanese manga. *Contemporary Japan, 26*(1), 151-169. <https://doi.org/10.1515/cj-2014-0007>
- Hirashima, N. (2001). Psychopathology of social withdrawal in Japan. *Japan Medical Association Journal, 44*(6), 260-262.
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2018). Hikikomori: experience in Japan and international relevance. *World psychiatry, 17*(1), 105. <https://doi.org/10.1002/wps.20497>
- Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., Akiyama, T., Ishida, T., Choi, T. Y., Baihara, Y. P. S., Matsumoto, R., Umene-Nakano, W., & Kanba, S. (2012). Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 47*, 1061-1075. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0411-7>
- Krieg, A., & Dickie, J. R. (2013). Attachment and hikikomori: a psychosocial developmental model. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(1), 61-72. <https://doi.org/10.1177/0020764011423182>
- Li, T. M., & Wong, P. W. (2015). Youth social withdrawal behavior (hikikomori): a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(7), 595-609. <https://doi.org/10.1177/0004867415581179>
- Malagón-Amor, Á., Martín-López, L. M., Córcoles, D., González, A., Bellsolà, M., Teo A. R., Bulbena, A., Pérez, V., & Bergé, D., (2020). Family features of social withdrawal syndrome (Hikikomori). *Frontiers in Psychiatry, 11*, 138. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00138>
- Nonaka, S., Shimada, H., & Sakai, M. (2019). Characteristics of family interaction of individuals with hikikomori (prolonged social withdrawal) from the viewpoint of behavior theory. *Japanese Psychological Research, 61*(3), 153-165. <https://doi.org/10.1111/jpr.12219>
- Teo, A. R. (2010). A new form of social withdrawal in Japan: a review of hikikomori. *International journal of social psychiatry, 56*(2), 178-185. <https://doi.org/10.1177/0020764008100629>
- Ran, G., Liu, J., Niu, X., & Zhang, Q. (2021). Associations between social withdrawal and peer problems in Chinese and North American youth: A three-level meta-analysis. *Journal of Child & Family Studies, 31*, 3140-3151. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02100-4>
- Suwa, M., Suzuki, K., Hara, K., Watanabe,



- H., & Takahashi, T. (2003). Family features in primary social withdrawal among young adults. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(6), 586-594.
- Umeda, M., Kawakami, N., & World Mental Health Japan Survey Group 2002–2006. (2012). Association of childhood family environments with the risk of social withdrawal ('hikikomori') in the community population in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(2), 121-129. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1819.2011.02292.x>
- Wong, P. W. C., Li, T. M. H., Chan, M., Law, Y. W., Chau, M., Cheng, C., & Yip, P. S. F. (2014). The prevalence and correlates of severe social withdrawal (hikikomori) in Hong Kong: A cross-sectional telephone-based survey study. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 362-372. <https://doi.org/10.1177/0020764013497949>
- Yoriko, K. (2007). A study of family functioning in hikikomori (social withdrawal). *Journal of health sciences, Hiroshima University*, 6(2), 95-101.

投稿日期：112年12月08日

第一次修改日期：113年02月20日

第二次修改日期：113年06月10日

通過日期：113年12月14日

