

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

► 認同重要性、認同確定性及認同落差概念之生態效度：青少年自我認同個別介入方案之療效評估

The Ecological Validity of the Constructs of Identity Importance, Identity Firmness, and Identity Discrepancy: The Therapeutic Effect of the Adolescent Individual Identity Intervention Program

doi:10.30074/FJMH.201112_24(4).0003

中華心理衛生學刊, 24(4), 2011

Formosa Journal of Mental Health, 24(4), 2011

作者/Author：陳坤虎(Kun-Hu Chen);雷庚玲(Keng-Ling Lay);宋維村(Wei-Tsuen Soong);吳英璋(En-Chang Wu)

頁數/Page：549-582

出版日期/Publication Date：2011/12

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201112_24\(4\).0003](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201112_24(4).0003)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



認同重要性、認同確定性及 認同落差概念之生態效度：青少年自我 認同個別介入方案之療效評估

陳坤虎 雷庚玲 宋維村 吳英璋

研究目的：Erik Erikson的心理社會發展理論以「自我認同」為青少年期最重要的發展要務。Erikson並冀望能將認同概念用以解釋心理病理的發展。過去研究已釐清了認同重要性、認同確定性、及認同落差的概念及每個向度中的認同內容(個人認同、社會認同、形象認同)，及描述其發展現象，同時也探討了這些認同概念及內容與身心健康的關係。為進一步將這些認同概念落實於幫助青少年之認同發展及身心健康，並檢驗認同重要性、確定性、落差等三概念之生態效度，本研究設計了一套融合認同概念與認知行為治療的個別介入方案。**研究方法：**本研究以向學校輔導中心求助的8位及12位大學生為治療組及流失組的樣本來源，進行「青少年自我認同個別介入方案」。**研究結果：**研究結果大體顯示，「治療組」在三項認同確定性、三項認同落差，及心理健康指標上皆有進步。「治療組」於介入方案結束後在多項心理健康指標上甚至還優於「常模組」。研究結論：此結果顯示此介入方案確實能改善青少年的自我認同及身心健康，然而其持續效果或對不同問題的適用性仍需未來研究進一步探討。

關鍵詞：認同重要性、認同確定性、認同落差、生態效度、介入方案

陳坤虎：輔仁大學臨床心理系助理教授；國立臺灣大學臨床心理學博士；專長領域與研究興趣為兒童、青少年臨床、認同發展、認知行為治療、正向心理學。(通訊作者；E-mail: d90227003@ntu.edu.tw)

雷庚玲：國立臺灣大學心理系副教授；美國紐約州立大學(石溪校區)發展心理學博士；專長領域與研究興趣為親子關係、兒童及青少年社會情緒發展、語言傷害。

宋維村：天主教若瑟醫院院長，臺灣大學醫學院精神科、流行病學研究所與心理學研究所副教授，臺大醫院精神部主治醫師；國立臺灣大學醫學系學士；專長領域與研究興趣為自閉症心理病理學、環境毒素與兒童發展、兒童精神醫學。

吳英璋：國立臺灣大學心理系教授；國立臺灣大學臨床心理學博士；專長領域與研究興趣為健康心理學、壓力與心理疾病、青少年偏差行為、心理治療過程探討。

收稿：2009年11月23日；接受：2010年07月31日。

airiti

一、文獻探討

(一)前言

青少年雖處於兒童期與成人期之間的過渡階段，但卻常是個體極易出現心理適應問題的人生階段(Adams, Gullotta, & Markstrom-Adams, 1994; Gullotta & Adams, 2005)。Erikson指出，青少年階段最重要的發展任務乃「自我認同」(self-identity)(Erikson, 1968, 1980; Erikson, Erikson, & Kivnick, 1997)，個體若能確立自我認同之發展，則其心理健康狀態較佳，亦越能朝正向成長價值發展(Erikson & Erikson, 1950; Erikson et al., 1997)，並達成最適心理功能(optimal psychological functioning; Waterman, 1992)。過去一系列實徵研究亦指出，個體認同越確立，除了有較高的自尊(Waterman, 1992)、較佳的生活品質(Chen & Yao, 2010)，其情緒狀態也較穩定(Chen, Lay, & Wu, 2003a, 2003b; Chen, Lay, Wu, & Yao, 2007; Marcia, 1980; Meeus, Keijsers, & Branje, 2008)。

雖然過去已有諸多研究探討青少年的認同與其心理健康之關係，不過能像Erikson(1968)鮮活地描述青少年病人的認同危機並針對其認同問題執行臨床介入方案者則付之闕如。此外，過去傳統心理治療(例如：認知行為治療)雖廣泛地應用於處理兒童或青少年之問題(Friedberg & McClure, 2002; Kendall, 2000)，不過學者批評在應用認知行為治療(cognitive behavior therapy, CBT)處理於兒童或青少年時，往往未能從「發展系統觀點」(developmental-systems perspective)進行考量(Reinecke, Dattilio, & Freeman, 2006)。青少年時期在社會、認知、行為、情感與生理能力上皆會產生戲劇性的變化，而「發展系統觀點」正可提供一個廣泛的架構來了解青少年心理病理之產生。青少年首要發展任務乃是尋求個人之自我認同、養成獨立自主之能力、探索未來職業方向以及建立穩定的自我概念，Shirk、Burwell與Harter(2006)便指出這些自我有關的議題往往與「基模處理偏誤」或「認知扭曲」息息相關，然而這些青少年發展之特性卻往往在CBT中被忽略(Reinecke et al., 2006; Shirk et al., 2006)。據此，本研究將以過去對「認同重要性」、「認同確定性」、「認同落差」等認同概念的研究發現(陳坤虎、雷庚玲、吳英璋，2005；Chen et al., 2003a, 2003b;

Chen et al., 2007; Chen & Yao, 2010)為基礎，設計一套具有青少年發展特性之CBT個別介入方案。此方案除以增進青少年的心理健康為目標外，並將認同重要性、認同確定性、認同落差等三概念具體落實於其執行層面中，以檢驗這些認同概念之生態效度。

(二)自我認同之意涵與心理健康之關係

Erikson(1968)認為個體在認同形成過程中，為了因應社會要求及內在成長的心理需求，會經由不斷的探索及經歷發展危機，最終對某價值體系形成一種忠誠及認同感，且此認同感可使個體對自己的過去與未來，具有內在的「同一性」和「連續性」的感受。所謂「同一性」(sameness)與「連續性」(continuity)，是指個體透過時間和空間，一方面體驗到其自身是一連續的實體，另一方面感受到即使處在不同的時空下自己本質上始終是相同的一個人(雷庚玲，1999；Erikson, 1968)。

陳坤虎等人(2005)根據上述Erikson之「同一性」與「連續性」及Waterman(1984)將認同界定為的「清晰的自我定義」的想法，提出「認同確定性」的概念，將之界定為：「個體是否能清楚覺察或確知他所持守的目標、價值、信仰、和能力，並以此去體驗及經歷日常生活所需面臨的社會要求；即使處於不同時空背景下，個體仍能感受到自己的同一性及連續性，並以此導引其生活方向、目標，及意義。」他們並在後續的研究中(陳坤虎等人，2005；Chen et al., 2007)將認同的測量分為「認同重要性」(Identity Importance)、「認同確定性」(Identity Firmness)、及「認同落差」(Identity Discrepancy)。陳坤虎等人(2005)並以Cheek(1989)對個人及社會兩種認同內容的研究為基礎，進一步透過對認同重要性與認同確定性的因素分析結果將認同的內容分為「個人認同」、「社會認同」及「形象認同」。

關於以上的自我認同測量向度與心理健康之關係，過去系列研究已經發現，認同重要性、確定性、與認同落差在心理健康中扮演了不同的角色與功能。例如，Chen等人(2003a)發現，認同確定性較高之大學生通常有較佳的心理健康狀態；確定性較低者則易有焦慮與憂鬱的問題。Chen等人(2003b)亦指出，具有高認同確定性的青少年擁有較高的自尊、正向自我效能及主觀幸福感，而他們的負向自我效能也較

airiti

低。上述兩個研究皆意味著「認同確定性」可預測個體的心理健康，並促使青少年未來朝正向發展。

Chen等人(2007)另進一步指出，認同落差除了對於以SCL-90R為測量工具之心理疾病指標之預測力較認同重要性更佳，其對SCL-90R的十項指標的預測力有四項較「認同確定性」為佳；而在排除較特別的「低認同重要性/低認同確定性」組的受試者之後，認同落差對SCL-90R的十項指標的預測力更有九項較「認同確定性」為佳。

Chen等人(2007)將「低認同重要性/低認同確定性」組的受試者視為一組特別的受試者，他們不在意自己在一般青少年都認可為重要的個人、社會、及形象等認同內容(低認同重要性)，同時亦不確定自己現今在這些認同內容上的狀態(低認同確定性)。這情況有如Erikson描述一位自我貶毀(self-depreciation)的病人：「人們不知自己如何才能成功已經夠糟糕了。但最糟糕的是那種不明瞭如何失敗的人。我已經決定要全然、好好的失敗。」(Erikson, 1968/1994, p. 213)。不過，Chen等人(2007)的研究為將自我、社會、與形象等三種認同內容的資料分別進行迴歸分析所獲得的結果，在現實狀況中的青少年若同時在三種認同內容上皆全然放棄、全不在意，則勢必需考量他在家庭、學校、社區等生態環境上的整體因素，而非僅從認同的角度切入其心理健康的問題。

總言之，認同落差及認同確定性皆可視為是預測青少年心理健康的重要指標。此外，Chen等人(2007)亦發現認同重要性與SCL-90R之人際敏感症狀和GSI(general symptom index; Tsai, Wen, Lin, Soong, & Chen, 1978)指標在精神官能症組為正相關，在健康控制組卻為負相關。換言之，「認同重要性」在健康個體與適應不良的個體中，可能分別扮演正面與負面的不同角色。

綜合而言，以上三種自我認同概念雖各自與青少年之心理健康存在著不同形式之關連性，然而其間的因果關係仍有待確立。此外，這些認同概念應不僅只經由問卷測量而獲得建構效度之資料(陳坤虎等人，2005；Chen et al., 2003a, 2003b；Chen et al., 2007)，更應貼近青少年真實的生活實例與困擾而顯現生態效度。因此本研究將設計一套可實際應用於青少年的心理治療介入方案，此方案將以改善個案之各項認同概念為主要訴求，藉由對於此介入方案的療效評估，本研究一方面欲確認此方

airiti

案在增進青少年之心理健康上之功能，另一方面亦可檢驗以上三種認同概念之生態效度。

(三)青少年自我認同個別介入方案：融合認同概念與認知行為治療

依據Chen等人(2003a, 2003b)及Chen等人(2007)所發現之認同確定性及認同落差與青少年的心理健康的關係，本研究即以提升認同確定性、降低認同落差為設計介入方案的主要原則。相對來說，過去研究發現認同重要性對心理健康各指標的直接預測力皆不顯著。然而「認同重要性」分數既然是「認同落差」計算公式中的參數之一，其高低仍對認同落差有影響；而且認同重要性對適應不良的個體的心理健康狀態所扮演的角色不同於健康個體(Chen et al., 2007)。據此，本方案雖不特別針對改變認同重要性設計活動，但以活動及作業讓個案有機會覺察其認同需求之狀態，並讓其了解其認同需求高低會影響認同落差之高低。

本研究除了根據過去對認同重要性、確定性及落差的研究發現來設計介入方案外，並擬將CBT的技術融入本介入方案中。CBT是藉由改變認知歷程以降低心理困擾和不適應行為(Kaplan, Thompson, & Searson, 1995)的介入方式。其基本假設為情緒和行為是認知的產物，因此藉由認知介入可帶來想法、情感和行為改變的功能(Kendall, 1991)。CBT的另一功能則為挑戰認知扭曲及矯正認知缺陷。例如，Beck(1976)指出，當「自我」出現不良的自動化想法或認知偏誤，便易產生負向情緒，甚至導致心理疾患；此外，Ellis(1999)也指出不良或不合理的自我信念，往往容易造成個體的情緒困擾。以此類推，對自我的負向思考或不適應的高認同落差，應可藉由CBT的治療技術加以改善。

此外，因為CBT十分強調透過實作練習而改變認知狀態，而在各家的認同理論中也皆強調「探索」與「自我實驗」的重要性，因此CBT亦可被視為一種引導自我發現和實驗的歷程(Stallard, 2002)，此歷程或可提供青少年探索並促進認同發展的機會。此實作觀點與Erik Erikson的「心理社會發展理論」之觀點不謀而合。Erikson認為，青少年在追求自我認同的探索過程中，他們會實驗各種不同的「社會角色」。在經過一連串的生活嘗試與實驗中，青少年逐漸找尋到自我的定位，並從中確知自己該扮演何種角色及表現何種行為。在圓滿解決大部份的相關挑戰與課題後，個體

airiti

便邁向了「認同達成」，否則極易落入「角色混淆」。換句話說，個體的認同形成(identity formation)是每個人生活中一點一滴累積結合而成，只有將真實生活中的挑戰與困惑不斷落實在對自己的意義上時，個體才能夠逐漸感知到自身的完整。為此，陳坤虎等人(2005)詢問受試者在各認同面向上「是否想過」及「是否困擾過」，以瞭解青少年「發展危機」發生的情況。換言之，陳坤虎等人(2005)將「認同內容」的主題轉換至生活中可以真實引發個體「欲探索」、「會困擾」的層次，鋪敘出個體在生活嘗試中實際面臨的認同危機，並描述這些一點一滴的生活嘗試(亦即認同內容中更確切的「生活課題」)對青少年的意涵。在陳坤虎等人發展的量表中，經由因素分析之結果，的確可顯示青少年在早期(約在國中階段)、中期(約在高中階段)、晚期(約在大學階段)，都會呈現個人、社會、形象等三種認同內容。為此，這些認同內容應可視為CBT中的引發事件(Activating Event, A)。

承上述，青少年對各認同面向的需求與確定程度(亦即：認同重要性與確定性)的解釋系統，亦可視為CBT中自動化的自我認知與信念，當自我需求與自我認識差距太大時(認同落差)，則可視為一種對自我認定的負向認知偏誤。據此，CBT的改變機制，應可做為改變個體過去已經自動化了的認同重要性、認同確定性、及認同落差等概念的媒介。

綜合而言，CBT中矯正認知缺陷的作法與本介入方案中：透過「覺察認同重要性」及「提高認同確定性」以「降低認同落差」的主旨十分契合。也就是說，治療者可將「個人、社會、形象等認同內容」視為「理情行為治療」架構中的A(Activating Event：引發事件)B(Belief：信念)C(Consequences：結果)模式中之素材(A)。並可根據個案在「認同重要性量表」與「認同確定性量表」之某特定題項的狀態(A)(見表一)，詢問個案對此認同狀態的想法(B)，這時治療者可依個案的回答瞭解個案的認同狀態背後的起因，例如：「高認同重要性、低認同確定性、高認同落差」的狀態，可能起因於(1)對該題項具有認知扭曲或不合理的想法(例如：我「一定」要確定以後我要做什麼，不然到頭來不是白忙一場？)或(2)個案因缺乏探索而使此題項之認同確定性無法提昇，或(3)個案受到外界環境要求(例如：師長帶給個案的升學壓力)，因而使此題項之認同重要性偏高。

表一 三種認同內容之題項

主要認同的題向

個人認同

我的情緒和感受
我的想法和見解
我的夢想與憧憬
即使面對外在環境我有許多變化，我仍覺得內心裡是『同一個我』
我個人的自我評價或對自己的看法
我知道自己和他人是不同的，也不會刻意去模仿他人
我未來的方向
我未來的理想與抱負
我的價值觀與道德標準
我的自我認識，我對自己是什麼樣的一個人的想法

社會認同

有一些不錯的朋友
我受到他人的歡迎
他人能信任我
我的談吐及言行舉止
我對他人的吸引力
我的儀態和舉止帶給別人的印象
與他人互動的方式
我的名譽或聲譽
我的社交行為或應對進退(如：當與他人見面時我的行為表現方式)

形象認同

我的經濟狀況(如：零用錢多寡、打工所得多寡)
我擁有的物質條件(如：手機、衣物、電玩)
我的『音樂』表現
我的『體育』表現
我的『電腦』表現(如：軟硬體、網路、電腦遊戲)
我的『美術』、『工藝』表現(如：繪畫、勞作、手工藝、雕刻)
我的『課業、學業』表現
我的外型(如：身高、體重、身材)
我的『用功、勤勞』表現
我的『家事』(如：打掃、烹煮、縫紉)表現

當個案瞭解到自己有這些過高的認同需求、不合理的信念、或因缺乏探索而造成的對自我確定感的不足(B)，可能正是導致個案產生適應問題(C)的原因。接著治療者便可與個案針對該認同內容狀態進行調整或探索，以便讓個案產生新的適應情緒及行為。

簡言之，本治療方案期望透過「認同重要性、認同確定性、及認同落差」分數及CBT中之ABC模式，讓個案在此治療歷程中日漸察覺到自己在各個認同層面上目前的狀態(A)(例如，對於自己的未來方向有「低確定性」與「高重要性」)，再助其認識原有的不合理的信念與想法(B)，以增進其心理健康並朝向正向發展(C)。

上述作法除了可初步讓個案感受到自我的定位感(不管是正向或是負向)及察覺認同需求外。同時在方案進行中，治療者也可以灌注個案希望，說明及討論日後可如何朝向正向確定性發展以降低其認同落差。倘若個案經過探索且想法變得有理性、正向、具有現實感時，這時他們的認同確定感也會提升。因此在個別治療情境中，治療者是藉由CBT的技術，提供給個案一個自我實驗及探索的練習環境，並藉由這樣的自我發現過程以改善個案在某些認同面向上的不確定感或覺察自我誇大了對某些認同面向的心理需求。

當然，以上藉由CBT改善個體之認同重要性、認同確定性、及認同落差的方案，實應透過嚴謹的研究設計先對青少年的認知發展與自我認同之關連進行研究，不過Dreyer(1994)認為青少年認知發展與認同議題兩者之間的關連及因果關係非一朝一夕可解決，而目前教育及學校系統對處理青少年問題的需求相當迫切，身為心理學家似乎無法等待上述問題得到清楚的解答前，就需提供相關服務。而且過去已有大量文獻顯示，CBT在處理青少年心理問題上有顯著之功效(Kazdin & Weisz, 1998; Wallace, Crown, Cox, & Berger, 1995)；例如，泛焦慮症(Silverman et al., 1999)、憂鬱症(Becker, Sanchez, Curry, Silva, & Tonev, 2008)、人際關係問題(Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000)、飲食疾患(Pike, Walsh, Vitousek, Wilson, & Bauer, 2003)、行為疾患(Becker et al., 2008)……等等。因此本研究將直接進行自我認同介入方案之設計、執行及評估，一方面藉此檢驗認同重要性、確定性、及落差的生態效度，另一方面也探討此介入方案之可行性。

綜合而言，本研究將設計一套處理青少年自我認同之個別介入方案，以落實(1)

瞭解個人之認同重要性、(2)提高個人之認同確定性、(3)降低個人之認同落差等三個目標，且佐以CBT的基本原則。本研究並將此介入方案定名為「青少年自我認同個別介入方案」(Adolescent Individual Identity Intervention Program, AIIP)。以上三個目標將如何應用於大學生個案之實施原則及預計成效列於表二；而各認同題項的實施素材則列於表一。

根據Erikson的認同理論，個體越能確立自我認同之發展，其心理健康狀態亦越佳(Erikson & Erikson, 1950)，或有最適的心理功能表現(Waterman, 1992)。據此，本研究除了在方案進行之前與之後都測量青少年認同重要性、認同確定性，並計算認同落差做為方案本身之操弄檢核(manipulation check)外，也將以青少年之自尊為正

表二 AIIP介入方案實施原則及預期達到的成效

目標一、瞭解認同重要性

原則一：瞭解個人在三種(個人、社會、形象)認同面向上之心理需求。

原則二：瞭解認同需求對行為之影響。

目標二、提高認同確定性

原則一：教導認知行為治療模式，並以青少年關心的個人、社會、及形象認同題向為素材加以練習(見表一)。

原則二：教導『事件』、『想法』、『情緒』、『行為』之關係，並調整『負向』及『偏差』的想法，以增進認同確定性。

原則三：教導『合理的想法、問題解決』之方法，以提升認同確定性。

原則四：提供練習、實踐(亦即探索)的機會並使其獲得成功經驗，以提升認同確定性。

目標三、降低認同落差

原則一：提供個人察覺認同重要性、定位認同確定性、及瞭解兩者之間的差距之機會，並灌注改變此落差的動機與希望。

原則二：說明認同落差常是生活困擾的來源，也會影響身心健康。

原則三：提供個人重新定位自我之機會，亦即重新架構個人認同重要性與認同確定性之關係。

原則四：強化個人力量去面對現存或未來可能的壓力，以利於在面對未來的生活壓力或挑戰時，降低其認同落差。

向、心理疾病症狀為負向的心理健康指標，進行療效評估，並預測這套方案應可提升參與者之自尊，且降低其心理疾病症狀。

本研究以向大學之學生輔導中心之求助學生，依是否可收集到治療結束後之測量資料分為「流失組」與「治療組」。且另收集一般大學生之認同重要性、認同確定性、認同落差，及正、負向心理健康指標的資料，做為「常模組」。由於常模組的來源並非至輔導中心的求助者，故本研究認定其心理健康狀態應比AIIIP之方案開始前的流失組與治療組為佳，亦即常模組在正向心理健康指標上(自尊)應高於流失組與治療組，而在負向心理健康指標上(心理症狀)應低於流失組與治療組。

在認同指標方面，本研究也預測在進行AIIIP介入方案之前，常模組之認同確定性將高於流失組與治療組，而其認同落差將低於流失組與治療組。至於認同重要性，由於過去研究已顯示，健康組與不健康組在認同重要性上並無顯著差異(Chen et al., 2007)，因此本研究不預測，在進行AIIIP之前常模組之認同重要性與流失組或治療組會有顯著差異。

本研究將進行三項分析：一為治療組前測與常模組及流失組之組間比較，此目的為確認流失組與治療組之認同概念及心理健康或困擾於治療前是否有差異。若發現兩者無分軒輊，則可顯示治療組除了為有完整參與介入方案的學生之外，並未與流失組的個案在求助時有本質上(心理困擾、認同程度)的差異。二為治療組前後測相依樣本檢驗，此目的為檢驗AIIIP之操弄檢核與療效評估。本研究預測治療組在接受AIIIP後，其各項心理健康指標應優於治療前之狀態，亦即治療後的認同確定性與正向心理健康指標應高於治療前，而認同落差與負向心理健康指標則應低於治療前。三為治療組後測與常模組之組間比較，此目的為檢驗治療組在接受AIIIP介入後，其認同及心理健康狀態是否應可恢復一般水準。本研究預測治療組後測在各項指標上的表現水準應與常模組相當，甚至較佳。

二、研究方法

(一)受試者

本研究以大學在學學生為研究對象。由於科技發展的急速進步，使年輕人進入

airiti

職場前所需要的專業知識不斷增加，致使他們需要接受全時正規教育的時間加長，開始自我負責或經濟獨立的年歲也因此延後。傳統所謂「青少年」的定義，也逐漸往後延伸，而將大學階段視為是青少年後期(late adolescence)(Collins & Steinberg, 2006)。本研究即以處於青少年後期之大學在學學生為受試者，共分為三組。一為常模組：受試者為兩所大台北地區公、私立大學修習普通心理學之學生，共272人(男性佔37.87%，女性佔62.13%)，平均年齡為20.54歲。二為治療組：受試者來自一所國立綜合型大學、一所國立科技大學的學生輔導中心尋求協助之學生個案，共計8人，其中男性5人佔62.52%，女性3人佔37.48%，平均年齡為22.61歲，他們在初次接受治療時及療程結束後分別接受問卷施測，因此有前測與後測之結果；這些學生個案接受心理治療的次數平均為10.55次(範圍為8次~14次)(見表三)。治療組何時終止晤談之時機主要是取決於個案原本訴問題已明顯改善，且評估個案暫時不會有適應之問題。三為流失組：受試者來自同樣兩所國立大學的學生輔導中心尋求協助之學生個案，共計12人，其中男性5人佔41.67%，女性7人佔58.33%，平均年齡為22.99歲，他們在初次接受治療時填寫與治療組相同的問卷，但因不同原因(例如：前來求助之困擾已明顯改善，來電取消晤談、未事前通知而臨時爽約…等)，而未能收集到他們的後測資料。根據臨床心理師法之倫理規範，個案有權不告知原因隨時終止晤談，故無法在此明載每位受試者之流失原因。但一般來說，上述種種個案流失的狀況在各大學之學生輔導中心皆屬常見。常模組之平均年齡雖稍低於治療組與流失組，但由於本研究之各組受試者都已經進入青少年後期，發展速率已經較兒童期或青少年前期緩慢，因此兩歲左右的年齡差異不致於成為組間差異的原因。

(二) 測量工具

本研究之測量工具分為兩大類：第一類為評量青少年之自我認同，包括「認同重要性量表」(第三版)(Questionnaire of Identity Importance, QII-III)及「認同確定性量表」(第三版)(Questionnaire of Identity Firmness, QIF-III)。第二類為評量青少年之心理健康：一為正向心理健康指標「自尊量表」(Rosenberg Self-Esteem Inventory, RSE)。二為負向心理健康指標「症狀檢核量表」(Symptom Checklist 90 Revised, SCL-90R)。

表三 受試群體之基本資料

	人數	性別(比例)		平均值	標準差	最小值	最大值
		男	女				
常模組	272	103(37.87%)	169(62.13%)				
年齡				20.54	1.28	18.50	24.43
流失組	12	5(41.67%)	7(58.33%)				
年齡				22.99	3.44	18.93	29.47
治療組	8	5(62.52%)	3(37.48%)				
年齡				22.61	3.19	18.97	27.21
治療週數				10.55	2.45	8	14

註：治療組與流失組個案求助原因，在初次晤談時多填寫是具有生涯、人際、感情、情緒等困擾。

1. 「認同重要性量表」(第三版)(QII-III)：QII-III共計30題，其中個人、社會、形象認同的題目各十題。此量表採Likert's scale五點量尺，比如：以「不重要」(一分)到「極度重要」(五分)評量「我個人的價值觀」對於定位我自己或瞭解我是誰的重要程度。此量表的信、效度過去已有諸多研究支持(陳坤虎等人，2005；Chen et al., 2003a, 2003b; Chen, et al., 2007; Chen & Yao, 2010)。
2. 「認同確定性量表」(第三版)(QIF-III)：QIF-III共計30題，其中個人、社會、形象認同的題目各十題。此量表答題方式乃將每個題目分為正負兩個方向的問法，如正向問法為「我能掌握未來方向」，而負向問法為「我無法掌握未來方向」，若受試者認為他的狀態既非偏向正向認同，亦非偏向負向認同，則填選「兩者皆不確定」。QIF-III計分方式為受試者在第一層題目中勾選「正向」選項為+1分，勾選「負向」選項為-1分，勾選「兩者皆不確定」選項為0分。若在第一層題目中勾選「正向」及「負向」者，繼續回答第二層題目，亦即對此「正向」或「負向」題目的確定程度為何，計分為1至4分。故QIF-III之分數範圍可從-4至+4分。對於此量表的信、效度已有諸多研究支持(陳坤虎等人，2005；Chen et al., 2003a, 2003b; Chen, et al., 2007; Chen & Yao, 2010)。由於QIF-III的各個題項內容與QII-III的各個題項的內容為互相平行，

只是度量方式有所不同，因而可透過將QII-III之標準化分數減去QIF-III之標準化分數而得到「認同落差」的分數。值得注意的是，「認同落差」分數可能為正值、也可能為負值，而非兩分數相減後的「絕對值」。亦即，「認同重要性分數若低於認同確定性分數」會得到小於0之認同落差分數、而「認同重要性分數高於認同確定性分數」則會得到大於0之認同落差分數。

3. 「自尊量表」(RSE)：RSE是廣泛用來測量個體對於自己全面性的評價及感受之量表(Rosenberg, 1965)。此量表以Likert's scale五點量尺評量，共計10題。此量表的信、效度已有諸多研究支持(Blascovich & Tomaka, 1991)。
4. 「症狀檢核量表」(SCL-90R)：SCL-90R在臨床上及研究上已經被廣泛使用，且有良好的信、效度(Derogatis, 1977)，台灣地區也常以此量表進行相關研究(Lee, Lee, Yen, Lin, & Lue, 1990)。此量表以Likert's scale四點量尺評量，SCL-90R共分為十個症狀分量表，各分量表的名稱可見表四。

(三)AIHP之治療特點與步驟

根據前述之介入方案設計理念，本研究擬在CBT的結構下以認同落差的概念做為CBT中挑戰個案認知扭曲的素材，定出一套標準化之治療步驟(註：讀者若欲進一步瞭解AIHP之執行細節，請洽本論文之通訊作者)。如前所述，傳統CBT中往往忽略青少年發展之特性；本研究則根據「發展系統觀點」，認為青少年的認知扭曲往往與其「認同落差」有關，因此將認同落差的概念落實成「我的瀑布圖」(請見附錄一、二)之活動並藉此進行個案概念化(case formulation)。並在以下之步驟二至步驟八中，不斷以各種類似瀑布圖的活動與家庭作業，幫助個案重新進行自我定位。以下依序列出各治療步驟，雖然各步驟的施行細節會因個案在特定認同內容或題項上的需求及確定性而略有不同，但是整體而言，均依照CBT的結構進行，並且同時考量個案在認同發展上的特性。

1. 治療初期

步驟一：評估個案尋求晤談之目的，並說明前測目的及測驗指導語後，進行以上問卷之初次評估。

步驟二：衡鑑結果解釋。透過認同量表的測驗結果，幫助個案覺察自己認同重要性、認同確定性、及認同落差之狀態。並告知其正、負向心理健康指標的得分，助其瞭解困擾之來源，同時灌注改變之希望與動機。

步驟三：將測驗結果連結至主訴問題，並討論未來治療策略與方向。

步驟四：以認同內容為背景素材，融入CBT之基本概念及原則。

2. 治療中期

步驟五：以個案的主訴問題及認同量表所呈現出的認同問題配合上述之治療方案實施原則進行治療。

步驟六：重複運用認同概念及CBT之方法進行治療晤談(例如：以認同內容為素材，在晤談中配合CBT之精神。晤談結束後，並指派家庭作業)。

3. 治療後期

步驟七：結案準備及進行結案評估。再次說明測驗目的及測驗指導語後，進行以上問卷之後測。

步驟八：測驗解釋，並幫助受試者重新自我定位，再次強化自我肯定及未來生活適應，並進行最後的回顧與結案。

(四)AIHP治療過程中的研究倫理考量

本研究執行AIHP的過程中，「治療組」及「流失組」皆由一位具有臨床心理師執照，且在大學層級的學校輔導中心有多年服務經驗者擔綱。此位臨床心理師除熟稔CBT學派外，並對各派的認同理論及本研究所採用之三種認同內容及三種認同向度皆有相當的熟悉度。

所有受試者在進行AIHP方案前，都經過學校輔導中心標準化的初步晤談(intake)流程，讓受試者能充分瞭解其在治療過程中的權利，內容包括：有權不告知原因隨時終止晤談；有權不吐露私人不願意傾訴的內容；有權選擇問題處理的優先順序及處理方式；除非危及自己或他人生命、自由、財產及安全或涉及法律責任之問題，不然治療者嚴格堅守保密原則。待受試者充分瞭解其晤談的權利及後續介入方式，並在同意書上親筆簽名後，才開始進行AIHP方案。治療者在執行AIHP方案過

程中，亦遵守臨床心理師法的相關倫理規範。此外，在進行問卷的前測(治療組及流失組)與後測(治療組)之前，研究者都曾對受試者說明，進行這些問卷調查主要有兩個目的，一為讓受試者檢視自己的認同特色，二為讓治療者瞭解一般大學生所面臨的認同問題的特色。針對第二點，三組的受試者(治療組、流失組、常模組)在填答問卷前，都會由施測者先朗讀印在問卷第一頁的指導語，告知其施測結果將與其他同學的資料合併後進行整合性分析，施測者也將遵循保密原則，只會呈現整體分析結果，不會呈現個案資料或任何可辨識其個別身份的文字。

三、研究結果

資料分析之第一步為比較「常模組」資料、「流失組」資料、與「治療組前測」資料之得分情形，如此一方面可檢驗「常模組」是否的確在各變項上優於「流失組」或「治療組前測」，另亦可以比較「流失組」與「治療組前測」是否有差異，以確認「治療組」之代表性。資料分析之第二步為操弄檢核及療效評估。操弄檢核為比較「治療組」在兩份認同量表及認同落差上的前測與後測的結果，以瞭解「治療組」在參與AIIP後，其認同狀態是否如預期一般改變。療效評估則探討治療組在正、負向心理健康指標上的改變情形。資料分析之第三步則將「治療組」在各變項上的後測分數與「常模組」，以瞭解「治療組」經過介入後，其水準是否已於「常模組」相當，甚至優於「常模組」。

(一)治療組前測與常模組及流失組之組間比較

為瞭解「常模組」、「流失組」及「治療組前測」的認同差異，遂進行以組別為獨變項之多個單因子變異數分析(見表四)。三項自我認同「確定性」指標均達顯著水準(個人認同： $F=7.64, p<.001$ ；社會認同： $F=16.32, p<.001$ ；形象認同： $F=5.06, p<.01$)。經Scheffe($p<.05$)事後比較發現，「常模組」之個人認同確定性顯著高於「治療組前測」；「常模組」之社會認同確定性顯著高於「流失組」與「治療組前測」；且「常模組」之形象認同確定性顯著高於「流失組」。至於三項自我認同「重要性」指標之單因子變異數分析，則皆未達顯著水準。三項自我認同「落差」

指標之單因子變異數分析發現，個人認同與社會認同達顯著水準($F=7.35, p<.001$; $F=12.82, p<.001$)，形象認同則未達顯著水準。經Scheffe($p<.05$)事後比較發現，「治療組前測」之個人認同落差顯著大於「常模組」；「流失組」與「治療組前測」之社會認同落差顯著大於「常模組」。

為瞭解「常模組」、「流失組」及「治療組前測」在正向及負向心理健康指標上的差異情形，遂進行以組別為獨變項之多個單因子變異數分析(見表四)。正向心理健康指標自尊之組間差異達顯著水準($F=14.22, p<.001$)。經Scheffe($p<.05$)事後比較發現，「常模組」的自尊顯著高於「流失組」與「治療組前測」。十項負向心理健康指標中，除身體化症狀未達顯著水準外，其餘九項指標均達顯著水準($F_s=3.43 \sim 18.43, p_s<.05 \sim .001$)。Scheffe($p<.05$)事後比較大體發現，「常模組」顯著高於「流失組」或「治療組前測」(見表四)。

總結來說，三個受試群體(常模組、流失組、治療組前測)在各研究變項上之組間差異大致支持本研究的假設，亦即「常模組」之認同確定性及心理健康狀態比「流失組」與「治療組前測」佳。而「流失組」與「治療組前測」之間並無顯著差異，此結果顯示以「治療組」做為後續介入方案之樣本，並無抽樣偏差之問題。故後續分析將只進行「治療組後測」與「常模組」之組間比較，以瞭解「治療組」經AIIP後，其各項指標是否恢復如同「常模組」之水準。

(二)AIIP之「操弄檢核」與「療效評估」：治療組前後測相依樣本檢驗

為瞭解「治療組前測」與「治療組後測」在認同指標上的差異(亦即「操弄檢核」)，遂進行相依樣本之t檢驗(見表五)。三項自我認同「確定性」指標中，個人認同達顯著水準($t=5.69, p<.001$)，社會認同接近顯著水準($t=1.91, p<.10$)，但形象認同未達顯著水準。三項自我認同「重要性」指標中，僅個人認同接近顯著水準($t=-1.98, p<.10$)，其餘社會認同與形象認同皆未達顯著水準。三項自我認同「落差」指標均達顯著水準(個人認同： $t=-5.62, p<.001$ ；社會認同： $t=-3.83, p<.01$ ；形象認同： $t=-4.47, p<.01$)。治療組前測在個人認同與社會認同確定性上低於後測成績、在個人認同重要性上高於後測成績、而在個人、社會、形象認同之落差上高於後測成績(見表五)。

為瞭解「治療組前測」與「治療組後測」在正、負向心理健康指標上的差異(亦

即「療效評估」)，遂進行相依樣本之t檢驗(見表五)。自尊之前後測差異達顯著水準($t=4.82, p<.01$)。十項負向心理健康指標，除了身體化症狀($t=-2.08, p<.10$)接近顯著水準外，其餘九項指標之前後測差異均達顯著水準($ts=-2.61\sim-6.14, ps<.05\sim.001$)。亦即，介入方案之後，受試者的自尊升高、負向心理健康指標分數則降低。

表四 常模組、流失組、治療組前測在各變項上之組間比較

測量變項	受試群體	常模組(A) N=272		流失組(B) N=12		治療組前測(C1) N=8		顯著程度	Scheffe 事後比較
		平均數	標準差	平均數	標準差	平均數	標準差	$F_{(2,289)}$ 值	
個人認同確定性		1.63	1.25	0.73	1.49	0.21	0.81	7.64***	A>C1
社會認同確定性		1.83	0.97	0.28	1.64	0.86	1.34	16.32***	A>B, C1
形象認同確定性		0.98	1.11	-0.05	1.20	0.93	0.34	5.6**	A>B
個人認同重要性		4.07	0.55	4.05	0.59	4.20	0.34	0.22	
社會認同重要性		3.75	0.60	3.71	0.69	3.96	0.37	0.53	
形象認同重要性		2.81	0.60	2.61	0.73	3.04	0.50	1.22	
個人認同落差		0.00	1.12	0.68	1.56	1.37	0.93	7.35***	C1>A
社會認同落差		0.00	1.18	1.53	2.12	1.35	1.45	12.82***	B, C1>A
形象認同落差		0.00	1.31	0.59	1.76	0.43	0.78	1.55	
自尊		3.73	0.65	2.89	0.98	2.94	0.49	14.22***	A>B, C1
身體化		0.59	0.54	0.80	0.74	0.57	0.48	0.83	
強迫		1.10	0.61	2.10	0.84	1.73	0.56	18.43***	A<B, C1
人際敏感		0.94	0.66	1.47	0.64	1.35	0.53	5.14**	A<B
憂鬱		0.88	0.67	1.65	0.75	1.59	0.39	11.80***	A<B, C1
焦慮		0.64	0.58	1.29	0.66	1.15	0.60	9.76***	A<B
敵意		0.64	0.59	0.97	0.68	1.04	0.60	3.43*	
恐懼		0.40	0.47	0.67	0.43	0.77	0.48	4.01*	
妄想		0.73	0.60	1.28	0.71	1.02	0.35	5.59**	A<B
精神病質		0.52	0.47	1.04	0.62	0.83	0.30	8.34***	A<B
其他		0.57	0.54	0.99	0.72	1.02	0.54	5.65**	A<B

註：常模組=A、流失組=B、治療組前測=C1。*** $p<.001$, ** $p<.01$, * $p<.05$

表五 治療組前測與治療組後測在各變項上之差異比較

測量變項	受試群體	治療組前測(C1)			治療組後測(C2)			顯著水準 <i>t</i> value
		人數	平均數	標準差	人數	平均數	標準差	
個人認同重要性		8	0.21	0.81	8	2.34	0.92	5.69**
社會認同確定性		8	0.86	1.34	8	1.51	1.39	1.91 ⁺
形象認同確定性		8	0.93	0.34	8	1.53	1.16	1.41
個人認同重要性		8	4.20	0.34	8	4.05	0.39	-1.98 ⁺
社會認同重要性		8	3.96	0.37	8	3.75	0.64	-1.67
形象認同重要性		8	3.04	0.50	8	2.84	0.28	-1.41
個人認同落差		8	1.37	0.93	8	-0.60	0.89	-5.62***
社會認同落差		8	1.35	1.45	8	0.33	1.39	-3.83**
形象認同落差		8	0.43	0.78	8	-0.45	1.19	-4.47**
自尊		8	2.94	0.49	8	3.85	0.38	4.82**
身體化		8	0.57	0.48	8	0.24	0.19	-2.08 ⁺
強迫		8	1.73	0.56	8	0.74	0.53	-6.14***
人際敏感		8	1.35	0.53	8	0.54	0.53	-5.14**
憂鬱		8	1.59	0.39	8	0.60	0.49	-4.56**
焦慮		8	1.15	0.60	8	0.40	0.30	-3.00*
敵意		8	1.04	0.60	8	0.38	0.42	-2.61*
恐懼		8	0.77	0.48	8	0.29	0.26	-2.98*
妄想		8	1.02	0.35	8	0.46	0.50	-3.21*
精神病質		8	0.83	0.30	8	0.30	0.27	-4.35**
其他		8	1.02	0.54	8	0.52	0.46	-2.89*

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$, ⁺ $p < .10$.

(三)治療組後測與常模組之組間比較

為瞭解「治療組後測」與「常模組」在認同上的差異情形，遂進行以組別為獨變項之多個單因子變異數分析(見表六)。結果顯示，「治療組後測」與「常模組」在三項「認同確定性」、「認同重要性」、「認同落差」皆無顯著差異，顯示「治療

組」在經過AIHP介入後，其認同狀態已有「常模組」之水準；若從描述統計來看，「治療組後測」甚至在一些認同指標(例如：個人認同確定性、形象認同確定性、個人認同落差)上還優於「常模組」。

表六 常模組與治療組後測在各變項上之組間比較

受試群體 測量變項	常模組(A) N=272		治療組後測(C2) N=8		顯著程度 $F_{(1,289)}$ 值
	平均數	標準差	平均數	標準差	
個人認同確定性	1.63	1.25	2.34	0.92	2.56
社會認同確定性	1.83	0.97	1.51	1.39	0.80
形象認同確定性	0.98	1.11	1.53	1.16	1.87
個人認同重要性	4.07	0.55	4.05	0.39	0.01
社會認同重要性	3.75	0.6	3.75	0.64	0.00
形象認同重要性	2.81	0.6	2.84	0.28	0.02
個人認同落差	0.00	1.12	-0.60	0.89	2.35
社會認同落差	0.00	1.18	0.33	1.39	0.57
形象認同落差	0.00	1.31	-0.45	1.19	0.88
自尊	3.73	0.65	3.85	0.38	1.56
身體化	0.59	0.54	0.24	0.19	3.47 ⁺
強迫	1.10	0.61	0.74	0.53	2.84 ⁺
人際敏感	0.94	0.66	0.54	0.53	2.89 ⁺
憂鬱	0.88	0.67	0.60	0.49	1.39
焦慮	0.64	0.58	0.40	0.30	1.36
敵意	0.64	0.59	0.38	0.42	1.56
恐懼	0.40	0.47	0.29	0.26	0.49
妄想	0.73	0.6	0.46	0.50	1.65
精神病質	0.52	0.47	0.30	0.27	1.64
其他	0.57	0.54	0.52	0.46	0.08

註：常模組 = A、治療組後測 = C2。

⁺ $p < .10$

此外，為瞭解「治療組後測」與「常模組」在正向及負向心理健康指標上的差異情形，遂進行以組別為獨變項之多個單因子變異數分析(見表六)。「治療組後測」與「常模組」在正向心理健康指標自尊上無顯著差異。「治療組後測」與「常模組」在十項負向心理健康指標中，兩組大多呈現無顯著差異。從描述統計來看，「治療組後測」的十項負向心理健康指標皆優於「常模組」，其中在身體化、強迫、人際敏感等三項症狀指標上，「治療組後測」之平均值優於「常模組」甚至還接近顯著水準($F_s=2.84\sim3.47, p<.10$)。

四、討 論

本研究發展了一套融合認同概念與CBT的個別介入方案，將認同重要性、認同確定性、認同落差概念轉換成實際可操作的介入方案，以此檢驗這些概念之生態效度，並達到促進個案心理健康之目的。方案的成功與否端視「操弄檢核」指標(亦即，認同確定性、認同落差)是否有所改變，以及個案的正、負向心理健康等「療效評估」指標是否有所提升而定。

(一)AIHP之「操弄檢核」與「療效評估」

本研究「操弄檢核」之結果顯示，三項「認同確定性」雖皆有所提升，但唯有「個人認同確定性」在治療後的提昇程度達顯著。三項「認同重要性」之改變皆未達顯著；不過由於「認同重要性」在治療後的改變方向皆為降低，而「認同確定性」的改變方向皆為升高，致使三項「認同落差」在治療後的下降程度皆達顯著。換言之，AIHP確為一有效幫助個案減少認同落差的個別介入方案。

從AIHP治療後的「個人認同確定性」或「個人認同落差」改變最大，可見個人認同確定性不但是青少年心理健康的重要基礎(Chen et al., 2003a, 2003b; Chen et al., 2007)，個人認同更是最能受益於本介入方案的認同內容。不過，本研究為臨床個別治療，自應以解決求助個案的主訴問題為優先，而大學生個案之主訴問題多屬個人認同面向(例如：生涯、自我認識等問題)因而可能使個人認同確定性的前、後測差異最容易突顯出來。

airiti

相對來說，「社會認同確定性」或「社會認同落差」的改變情形雖接近或已達顯著，但皆不如個人認同明顯。除了社會認同非個案的主訴問題，也可能與個體根深柢固的社會互動習慣及互動網絡有關，使短暫的介入方案之效果有限。Hanna與Berndt(1995)便指出，個體的人際互動模式，即使轉換到新環境，其社交特徵仍可能遞移(carry-over)，而展現相同的行為。

至於形象認同確定性在治療後雖未達顯著改變，但從數值來看，治療組之後測分數已稍高於常模組的分數。此結果與陳坤虎等人(2005)發現形象認同已非大學階段關心的焦點頗可呼應。不過，本研究仍發現AIIP有顯著降低形象認同落差之效果。

本方案之實施原則主要是幫助個案「瞭解」、而非「改變」認同重要性，因此認同重要性沒有顯著改變為預期中之結果。再者，「認同重要性」為個體內在價值體系或自我刻畫的心理需求，此心理需求至青少年後期已相當穩固，恐難以在短期療程內有大幅、顯著之轉變。但是，在AIIP中，個案不時被提醒需覺察「認同重要性」與「認同確定性」之間的差異性或不同調，這種作法使個案可能亦自行採用了折衝的策略來縮短兩者之間的差距，致使認同重要性分數稍有降低。這樣以「認同落差」為治療媒介的作法，或許讓處於青少年後期、人格結構已傾向固定的大學生，在毋須面對大幅改變的壓力之下，可由一和緩而具人性化的角度，自行修正其認同重要性與確定性的高低。研究結果亦顯示，個案的三項認同重要性雖未達顯著水準，不過仍有降低之趨勢，其可能意味著個案不再僵化於堅持某些認同面向。

AIIP執行後，不論在自尊指標或負向心理健康指標上都可見其確有促進個體邁向正向心理健康發展的效果。綜合AIIP之操弄檢核與療效評估的結果，亦呼應了Erikson的說法，亦即個體越能確立自我認同之發展，其心理健康狀態亦越佳，亦越能朝正向成長價值(Erikson & Erikson, 1950)及最適心理功能(Waterman, 1992)之發展。亦即AIIP從「發展系統觀點」(Reinecke et al., 2006)對青少年進行心理治療時，將青少年之發展特性融入傳統的CBT的作法，獲得了實徵資料的支持。同時本研究也將Shirk等人(2006)所強調的自我概念與認知扭曲之關係做了巧妙的結合與運用。

至於，到底是什麼樣的機制讓AIIP中認同概念的改善轉換成了提升心理健康的實際療效，本研究則有以下之推測：Pynoos、Steinberg及Piacentini(1999)與Goenjian等人(1999)皆強調，當個體之環境與信仰系統面臨衝擊時，其自身的價值體系會產

airiti

生扭曲，甚至斷裂。青少年的認同危機，雖不若Pynoos等人(1999)與Goenjian等人(1999)所描述之地震後的個案所面臨的斷裂經驗，卻也可視為發展過程中所面臨的自我概念的斷裂危機。例如在面臨感情生變或選擇就業或深造的兩難過程中，青少年雖延續著過去發展經驗所培養出的認同需求，卻因危機的出現而面臨特定認同面向的不確定感(例如：在感情上對「他人會被我吸引」的確定度降低；在生涯上對「我對未來有自己的理想與抱負」的確定度降低)。亦即青少年在認知、情緒及社會角色的快速轉變過程中，往往在很短的時段內，就會累積足夠多內在與外在的變動而使其對單個或多個面向的生命價值產生混淆與懷疑。Erikson認為，這種自我認同的危機，亦可視為自我「連續性」及「同一性」之降低並進而影響心理健康。本研究「治療組」之個案，儘管求助問題各有殊異(例如：感情問題、生涯問題、人際問題…)，但由他們在「認同確定性量表」的作答模式，顯示他們都面臨了特定認同面向的不確定感。依上述觀點，這些個案其實是在其信仰、價值系統、或生涯前瞻性等面向受到了一定程度的衝擊，這樣的斷裂感使他們的心理健康連帶受損。而在介入方案中，個案可透過具像之類比(例如：我的瀑布圖)，覺知其認同落差，並由AIIP中的各種練習與作業，透過親身的探索與實驗，獲得對其認同確定性的支持與改善的機會，這正是讓個體修補斷裂感、重新整合自我價值、調整未來方向的契機。

再者，「治療組」在經過介入方案後，已不像在前測時低於「常模組」。從描述統計分數來看，「治療組後測」有多項分數(包括個人認同確定性、形象認同確定性、個人認同落差、形象認同落差、自尊、身體化症狀、強迫症狀、人際敏感症狀、憂鬱、焦慮、敵意、恐懼、妄想、精神病質等)甚至還優於「常模組」。亦即除了以「治療組」的組內前後測差異可以顯現AIIP之療效外，AIIP也確實能讓至輔導中心求助的大學生回復到一般或更佳的適應水準。

(二)AIIP之適用性與未來展望

本研究之AIIP乃先針對個人認同狀態進行衡鑑，再融合認同概念與CBT為介入手段，如此便可依個人不同的求助問題，在治療過程中給予適當的指引與協助，以提升個案在特定認同內容上之認同確定性、降低認同落差，助其順利渡過發展危機

及朝正向成長邁進。

就「認同重要性」、「認同確定性」、「認同落差」三者間之變化關係而言，介入時有三種策略可提升個案之心理健康：一為降低「認同重要性」、二為提升「認同確定性」、三為減少「認同落差」。就「認同重要性」而言，誠如上述，個體之心理需求至青少年後期已相當穩固，難以在短時間內有大幅改變。至於「認同確定性」為反映個體的「連續性」與「同一性」，臨床上操作較為容易，且過去研究亦指出「認同確定性」與心理健康息息相關，後續應仍可做為治療策略之切入重點。至於操弄個體的「認同落差」，由於本研究中之個案皆為認知發展趨近成熟處於青少年後期的大學生，因此多可透過與其直接討論他們在前測中顯示的認同重要性與確定性之衡鑑結果，而促使其自我覺察兩者之間的落差，並藉由這樣的覺察而認定自己改變的方向，並折衝出對於自己最有利的改變策略。Chen等人(2007)已指出，「認同落差」比「認同確定性」對心理健康有更佳的預測力，因此認同落差應亦為AIHP不可或缺之治療策略。此外，治療過程中，治療者與個案可針對單一認同面向或認同題項進行評估，並隨時討論個案在此認同面向或題項上的狀態，此將更有利於讓個案聚焦於其特定認同危機而幫助其進步。

儘管本研究預設個體在面臨衝擊時，會影響其自我認同的狀態。然而不同型態的問題(例如：人際、感情、生涯、學業)是否對自我認同及心理健康的衝擊程度皆相同，還是有所殊異？不同型態的問題是否只會特別針對某一特定的認同內容(例如：個人認同、社會認同、形象認同)產生影響，或是造成全面性的影響？使用的介入策略是著重於「認同重要性」、「認同確定性」，或「認同落差」是否應隨不同型態的問題而有所不同？不同性格型態的個案其「認同重要性」、「認同確定性」、「認同落差」的變與不變之機制為何，以及對於心理健康的影響是否有個別差異？這些關於此方案的療效問題，皆需藉由未來系列研究一一加以釐清。

(三)研究限制

本研究試圖發展出具體可行的介入活動，以幫助個體朝向正向心理健康發展，雖然結果與研究假設相符，然而本研究仍有諸多限制。一為樣本之特性。本研究之樣本群為大學生樣本，在青少年後期，他們已減除了青少年前期與中期(國、高中時

airiti

段)最繁重的升學壓力，但往往需面對生涯規劃與感情的徬徨，因此若要將本研究結果推論至青少年前期或中期，仍有相當的侷限。此外，「流失組」與「治療組」的取樣，雖歷經一年半的時間進行資料收集，可惜樣本人數仍稍嫌不足。然而，本研究不論對於操弄檢核或療效評估的測量皆顯示出前後測間之顯著差異，且本研究在進行三組事後比較時，採用的是較嚴格與保守的Scheffe test為事後檢定方法，先排除「流失組」與「治療組」在本質上有所差異之疑點，因此雖然流失組沒有後測資料，各項結果仍支持AIIP為一具有顯著療效之個別介入方案。

本研究之第二個限制為介入方案需依個別化進行調整。AIIP之精神乃在於融合認同概念及CBT，然而，既以個別治療方式進行，便勢必需要視個案當下的情況(例如：求助原因可能是學業困擾，亦可能是人際困擾)而隨時微幅調整治療策略，而非照本宣科、一成不變的逐步介紹或執行介入方案的內容。此外，本研究期許AIIP是一個具有「實徵基礎」(evidence-based)的介入方案，研究結果亦顯示本方案具有相當的療效，特別是有效提升認同確定感、降低認同落差，以及改善個體之心理症狀。後續研究可針對某一特殊群體(例如：憂鬱症、焦慮症)進行研究，以檢驗本方案之適用範圍。

本研究之第三項限制為實驗者偏差。由於本研究之AIIP方案實施部分與測驗施測及解釋部分皆由同一治療者完成，一方面可能有實驗者偏差的疑慮，另一方面也可能對受試者造成暗示效果。以研究操弄的獨立效果檢驗來說，固然有以上疑慮，不過若從心理衡鑑之角度，治療者先進行施測，並根據測驗結果，概念化個案問題的成因，並與個案一同討論未來的治療計劃，反而更能增進治療者與案主之協同關係(collaborative relationship)，而讓治療得以順利進行。

本研究之第四項限制在於資料收集方面。本研究僅於「治療組」有前測與後測資料，但「常模組」與「流失組」僅收集前測資料，而無兩者之後測(或同一時段之後)的資料。因而無法確立治療組之進步是來自治療本身，抑或來自第一次「認同重要性」與「認同確定性」之衡鑑後隨時間而引發的改變。此外，三組皆無治療結束一段時間後的追蹤資料，故無法評估本研究之介入方案是否有持續效果。這樣的缺失有待更多的研究資源才能改進。

本研究之第五項限制為缺乏嚴謹的「對照組」資料。本研究「流失組」與「常模組」雖有類似「對照組」之功能，但仍非嚴謹定義的「對照組」。理想上，較嚴謹的對照組，應與治療組的每次施測同步，亦即有施行前測與後測，但卻不在兩次測量之間進行任何的治療，如此便可排除治療組的心理健康指標的改善是隨時間自然改變，而非治療的效果所致。但從治療倫理來看，若治療者為了進行研究，而置已經來大學輔導中心求助的個案於不顧，讓他們白白等待約十個禮拜，只為了能夠檢驗治療組的療效，這確實亦不符合倫理原則。

最後一項研究限制，雖未在本研究發生，不過仍需加以提醒。本研究之介入方案旨在提升認同確定性、降低認同落差，為此當面對個案出現認同確定性低或認同落差大時，都可採用本介入方案。然而，Chen等人(2007)的研究指出，「認同落差」之概念雖對於一般大學生受試者的心理健康有高於認同確定性與認同重要性的預測力，但此頗佳的預測力對於「低認同重要性/低認同確定性」的受試群體卻有所限制。但是，Chen等人(2007)的研究為將自我、社會、與形象等三種認同內容的資料分別進行迴歸分析所獲得的結果，在現實狀況中會同時在三種認同內容上皆全然放棄、全不在意的青少年個案應該非常稀少。尤其是若為這樣的個體，恐怕會主動出現在大學的輔導中心求助的可能性也非常低。本研究之治療組、流失組與常模組的認同重要性分數在三種認同內容上都沒有顯著差異(請見表四)，且單就數值本身來看，治療組的三項認同內容的重要性平均分數都高於常模組的平均分數。可見本研究的治療組並未發現有屬於「低認同重要性/低認同確定性」之個案，因此也沒有不適用「認同落差」概念做為介入方案的狀況。

再者，個案只要在個人、社會、形象三種認同內容中的任一種上有相當程度的重要性或確定性分數，AIHP即可做為介入方案的著力點。而對那些全然放棄的個案的介入方式則不應以AIHP為優先考量，而應從個案在家庭、學校、社區等生態環境上的整體因素優先切入，而非僅從認同的角度關心其心理健康的問題。亦即對於已經對自我認同全然放棄的個體，便不能以降低其認同落差為首要治療目標，或許應尋找更適合的預備性治療後，再進入AIHP的療程。

綜合而言，本研究雖有上述諸多限制，不過從療效分析來看，本研究所發展的

AIHP確實能改變個案的認同狀態，同時亦能提升其心理健康。未來在研究的人力、時間及經費等條件充裕下，應可以逐一克服上述的研究限制，例如納入嚴謹的「對照組」，同時進行介入方案的短期、中期、長期追蹤資料的收集，而能對於本介入方案有更深入的效度評估，並進一步探討這些概念改變的心理機制。

誌 謝

本文在國科會專題計畫(NSC94-2413-H-002-016-, NSC 98-2410-H-030 -003 -, NSC 99-2410-H-030 -041 -MY2)的支助下得以完成本研究。

參考文獻

- 陳坤虎、雷庚玲、吳英璋(2005)：〈不同階段青少年之自我認同內容及危機探索之發展差異〉。《中華心理學刊》，47卷3期，249-268。
- 雷庚玲(1999)：〈Erikson之心理社會發展理論於921震災後兒童心理復健之應用〉。《中華心理衛生學刊》，12卷4期，93-128。
- Adams, G. R., Gullotta, T. P., & Markstrom-Adams, C. (1994). *Adolescent life experiences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York.
- Becker, S. J., Sanchez, C. C., Curry, J. F., Silva, S., & Tonev, S. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Psychiatric Times*, 25, 46-48.
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson & P. R. Shaver. *Measures of personality and social psychological attitudes*. (vol. 1) (pp. 115-160). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Cheek, J. M. (1989). Identity orientations and self-interpretation. In D. M. Buss & N. Canter (Eds.), *Personality psychology: recent trends and emerging directions* (pp. 275-285). New York: Springer-Verlag.

- Chen, K. H., Lay, K. L., & Wu, Y. C. (2003a). *Sense of identity firmness and emotional disorder*. Paper presented at the 3rd Congress of Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (ASCAPAP), Taipei, ROC.
- Chen, K. H., Lay, K. L., & Wu, Y. C. (2003b). *Sense of identity firmness and positive mental health*. Paper presented at the Second International Positive Psychology Summit, Washington, DC.
- Chen, K. H., Lay, K. L., Wu, Y. C., & Yao, G. (2007). Adolescent mental health and self-identity: The function of identity importance, identity firmness, and identity discrepancy. *Chinese Journal of Psychology*, 49, 53-72.
- Chen, K. H., & Yao, G. (2010). Investigating Adolescent Health-Related Quality of Life: From a Self-Identity Perspective. *Social Indicators Research*, 96, 403-415.
- Collins, W. A., & Steinberg, L. (2006). Adolescent development in interpersonal context. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed.) (pp. 1003-1067). New York: Wiley.
- Derogatis, L. R. (1977). The SCL-90R manual I: Scoring, administration and procedure for the SCL-90R. *Clinical Psychometric Research*. Baltimore.
- Dreyer, P. H. (1994). Designing curricular identity interventions for secondary schools. In S. L. Archer (Ed.), *Interventions for adolescents identity development*. CA: Sage.
- Ellis, A. (1999). *How to make yourself happy and remarkably less disturbable*. New York: Impact Publishers.
- Erikson, E. H. (1968/1994). *Identity: Youth and crisis*. New York: W. W. Norton and Company.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle*. New York: W. W. Norton and Company.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1997). *Vital involvement in old age: The experience of old age in our time*. W. W. Norton and Company.
- Erikson, J. M., & Erikson, E. H. (1950). Growth and crises of the “healthy personality.” In M. J. E. Senn (Ed.), *Symposium on the healthy personality* (prepared for the White House Conference, 1950) (pp. 91-146). New York: Josiah Macy, Jr., Foundation.

- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2002). *Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: The nuts and bolts*. New York: Guilford.
- Gullotta, T. P., & Adams, G. R. (2005). *Handbook of adolescent behavioral problems: Evidence-based approaches to prevention and treatment*. New York: Springer.
- Goenjian, A., Stilwell, B. M., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Galvin, M. R., Karayan, I., & Pynoos, R. S. (1999). Moral development and psychopathological interference in conscience functioning among adolescents after trauma. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 376-384.
- Hanna, N. A., & Berndt, T. J. (1995). Relations between friendship, group acceptance, and evaluations of summer camp. *Journal of Early Adolescence*, 15, 456-475.
- Kaplan, C. A., Thompson, A. E., & Searson, S. M. (1995). Cognitive behavior therapy in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 73, 472-475.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Kendall, P. C. (1991). Guiding theory for treating children and adolescents. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavior procedures*. Guildford Press, New York.
- Kendall, P. C. (2000). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavior procedures* (2nd ed.). Guildford Press, New York.
- Lee, M. B., Lee, Y. J., Yen, L. L., Lin, M. H., & Lue, B. H. (1990). Reliability and validity of using a Brief Psychiatric Symptom Rating Scale in clinical practice. *Journal of Formosan Medical Association*, 89, 1081-1087.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp.159-187). New York: Wiley.
- Meeus, W., Keijsers, L., & Branje, S. J. (2008). Identity statuses as developmental trajectories: A five-wave longitudinal study in early to middle and middle to late adolescents. Paper presented at 2008 SRA Biennial Meeting, Chicago, Illinois, USA.
- Pike, K.M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T., & Bauer, J. (2003). Cognitive

behavioral therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2046-2049

Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Reinecke, M. A., Dattilio, F. M., & Freeman, A. (2006). What makes for an effective treatment? In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (2nd ed.). New York: Guilford.

Shirk, S., Burwell, R., & Harter, S. (2006). Strategies to modify low self-esteem in adolescents. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (2nd ed.). New York: Guilford.

Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 995-1003.

Spence, S., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based cognitive behavioral intervention with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 713-726.

Stallard, P. (2002). *Think good-feel good: A cognitive behavior therapy workbook for children and young people*. CA: John Wiley & Sons Ltd.

Tsai, M. T., Wen, J. K., Lin, H. N., Soong, W. T., & Chen, C. C. (1978). Application of self-rating symptoms scales to psychiatric outpatients. *Bulletin of Chinese Society of Neurology and Psychiatry*, 4, 47-56.

Wallace, S. A., Crown, J. M., Cox, A. D., & Berger, M. (1995). *Epidemiologically based needs assessment: child and adolescent mental health*. Wessex Institute of Public Health, Winchester.

Waterman, A. S. (1984). *The psychology of individualism*. New York: Praeger.

Waterman, A. S. (1992). Identity as an aspect of optimal psychological functioning. In G.R. Adams, T. P. Gullotta, & R. Montemayor (Eds.), *Identity formation during adolescence* (Vol. 4): *Advances in adolescent development*. Newbury Park, CA: Sage.

附錄一

活動名稱：我的瀑布圖

目標：察覺自我定位、灌注希望、提升改變動機

策略：帶領個案覺察其認同重要性、認同確定性、認同落差之狀態

運用時機：與個案說明及解釋其測驗結果。治療者可以根據個案的主訴問題及目前的產生的困擾情形與個案進行深入探討；或是治療者亦可從個案本身並未在主訴中報導出來，但在衡鑑的結果中所顯示的在某一認同內容或單一認同面向上的問題，做為深入探討的議題。

實施程序：步驟一：根據測量的結果，請個案在『我的瀑布圖』（見附錄二）上畫出其認同重要性、認同確定性、認同落差之分數。

步驟二：說明認同重要性、認同確定性、認同落差之意涵。

步驟三：說明認同重要性、認同確定性、認同落差與心理健康之關係。

步驟四：帶領個案覺察自己的認同狀態，並與個案討論對於自己認同狀態的想法。例如，個案在『我未來的方向』這個題向上的落差較大時（亦即：『重要性』數值高於『確定性』很多時），可詢問個案的想法，藉評估個案的想法是否有認知扭曲或不合理的想法。

步驟五：當個案覺察自己的認同狀態後，可詢問在經過治療後，希望自己認同狀態呈現什麼樣子的面貌。此時，治療者可結構化未來治療方向。藉此，灌注希望，提高個案的改變動機。

步驟六：若出現『確定性』數值高於『重要性』時（亦即：『認同落差』為負值）。此時，臨床工作者可告知個案此現象即如『鯉躍龍門』，對他應該是有正向幫助的，請他繼續保持。

附錄二 我的瀑布圖

重要性	1.未來方向	2.情緒、感受	3.對自己的評價	4.我受別人的歡迎	5.我對他人的吸引力	6.受到他人的肯定	7.我的課業、工作表現	8.我的外型	9.我的用功、勤勞表現
5									
4									
3									
2									
1									
0									
-1									
-2									
-3									
-4									
確定性	能掌握自己未來的方向	能察覺自己的情緒與感受	對自己的評價是正向	我是受人歡迎的	我是吸引人的	能受到他人的肯定	接受我的課業、工作表現	接受我的外型	接受我的用功、勤勞表現

認同落差： 數數看差距超過2格的有___個 數數看差距超過1格的有___個	<p>什麼是認同重要性呢？如果你覺得某個題目越重要，代表的意思就是你很需要它，就像肚子餓很需要吃飯一樣。</p> <p>什麼是認同確定性呢？就是你對這個題目所說的東西有多少把握，或是有多麼肯定，越肯定就表示越確定喔！</p> <p>什麼是認同重要性跟認同確定性之間的落差越大，就會對你的衝擊越大，而且你也會變成越不快樂，越會有情緒困擾。</p>
---	--

The Ecological Validity of the Constructs of Identity Importance, Identity Firmness, and Identity Discrepancy: The Therapeutic Effect of the Adolescent Individual Identity Intervention Program

KUN-HU CHEN, KENG-LING LAY, WEI-TSUEN SOONG, EN-CHANG WU

Purpose: Erik Erikson postulated that identity formation is the most important developmental task during adolescence. Erikson was also particularly interested in relating identity formation to developmental psychopathology. Our previous studies, which apply the Eriksonian framework, have been devoted to differentiating the measurements of identity importance, identity firmness, and identity discrepancy as well as their aspects in personal, social, and image identity. The developmental trend (Chen, Lay, & Wu, 2005) as well as the relations between the three identity concepts and mental health (Chen, Lay, & Wu, 2003a, b; Chen, Lay, Wu, & Yao, 2007) have also been documented. The goal of the present study is to develop a self-identity intervention program to promote adolescent positive mental health.

Methods: The Adolescent Individual Identity Intervention Program (AIIP) combines the three identity concepts with cognitive behavioral therapy. We administered the AIIP to a high-risk college sample (the treatment group) of 8 college students (5 males & 3 females, mean age = 22.61) who solicited help from two university student counseling centers (mean number of therapeutic sessions = 10.55, range = 8-14). To verify the manipulation effect and evaluate the therapeutic outcome, we compared the identity concepts and mental health indices before and after treatment with indices from two other samples. Specifically, the drop-out group consisted of 12 students (5 males & 7 females, mean age = 22.99) who had solicited help from the same counseling centers but did not finish all AIIP sessions. The normal group consisted of 272 college students (103 males & 169 females, mean

Kun-Hu Chen: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Fu Jen Catholic University. (Corresponding Author, E-mail: d90227003@ntu.edu.tw)

Keng-Ling Lay: Associate Professor, Department of Psychology, National Taiwan University.

Wei-Tsuen Soong: Director, St. Joseph's Hospital.

En-Chang Wu: Professor, Department of Psychology, National Taiwan University.

age = 20.54) from the general population of the same universities. **Results:** The analysis of the manipulation effect demonstrated that in the treatment group, personal identity firmness significantly increased and all three aspects of identity discrepancy decreased after completion of the AIIIP. Examination of the therapeutic effect revealed that the score of Rosenberg's self-esteem scale significantly increased, and almost all indices of psychological symptoms indicated in SCL-90R improved after completion of the AIIIP. The treatment group's scores after attending the AIIIP were even marginally significantly better than the normal group on several indices of mental health (e.g., somatization, OCD, interpersonal sensitivity). **Conclusions:** The AIIIP is effective in facilitating adolescent self-identity as well as positive mental health. The maintenance effect of the AIIIP and its application to different psychological problems remain to be examined in future studies.

Key words: identity importance, identity firmness, identity discrepancy, ecological validity, intervention program