

社會空大社工專班 心理學13~16章

鄭琇方諮商心理師

111.12.17

第13章 社會心理學

- 一、社會知覺：印象，歸因和偏見
- 二、人際關係：人際吸引和愛情
- 三、社會影響：態度，從眾，助人，暴力攻擊行為
- 四、團體影響：對個人的影響，團體決策，去個人化及匿名，領導。

一、社會知覺~印象的形成

1. 個人的相貌
2. 刻板印象
3. 情境因素
4. 個人因素
5. 初始效應
6. 月暈效應

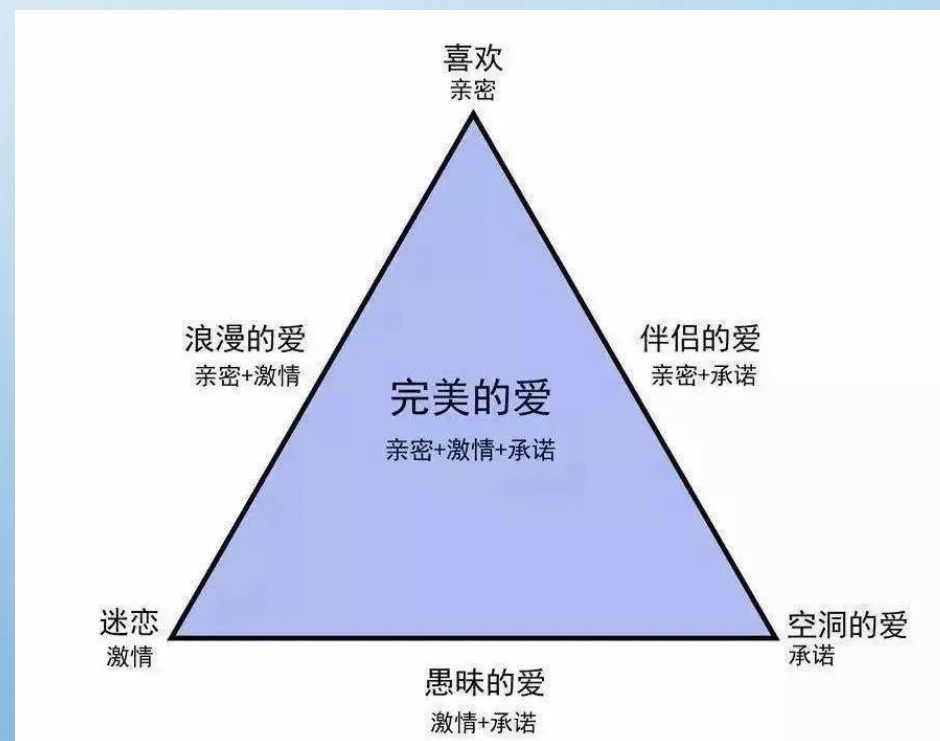
二、人際關係

人際吸引

- 接近效應
- 身體外貌的魅力
- 相似性
- 互補性
- 能力表現

愛情：

- 愛情三角理論：熱情、親密、和承諾。
- 愛情與幼年生活經驗有關
 - 1.安全依附型，
 - 2.焦慮矛盾型
 - 3.逃避依附型
- 夫妻維持愛情的要領：P.436



社會知覺~歸因、偏見

歸因

- 海德的歸因理論:內歸因**VS.**外歸因。
- 凱利的歸因理論: 一致性、(個人相同情境的)、特殊性(個人特定情境)、和共同性(不同人在相同情境)
- 衛尼爾歸因研究(內/外在*穩定/不穩定因素)

內在原因

外在原因

不穩定因素

穩定因素

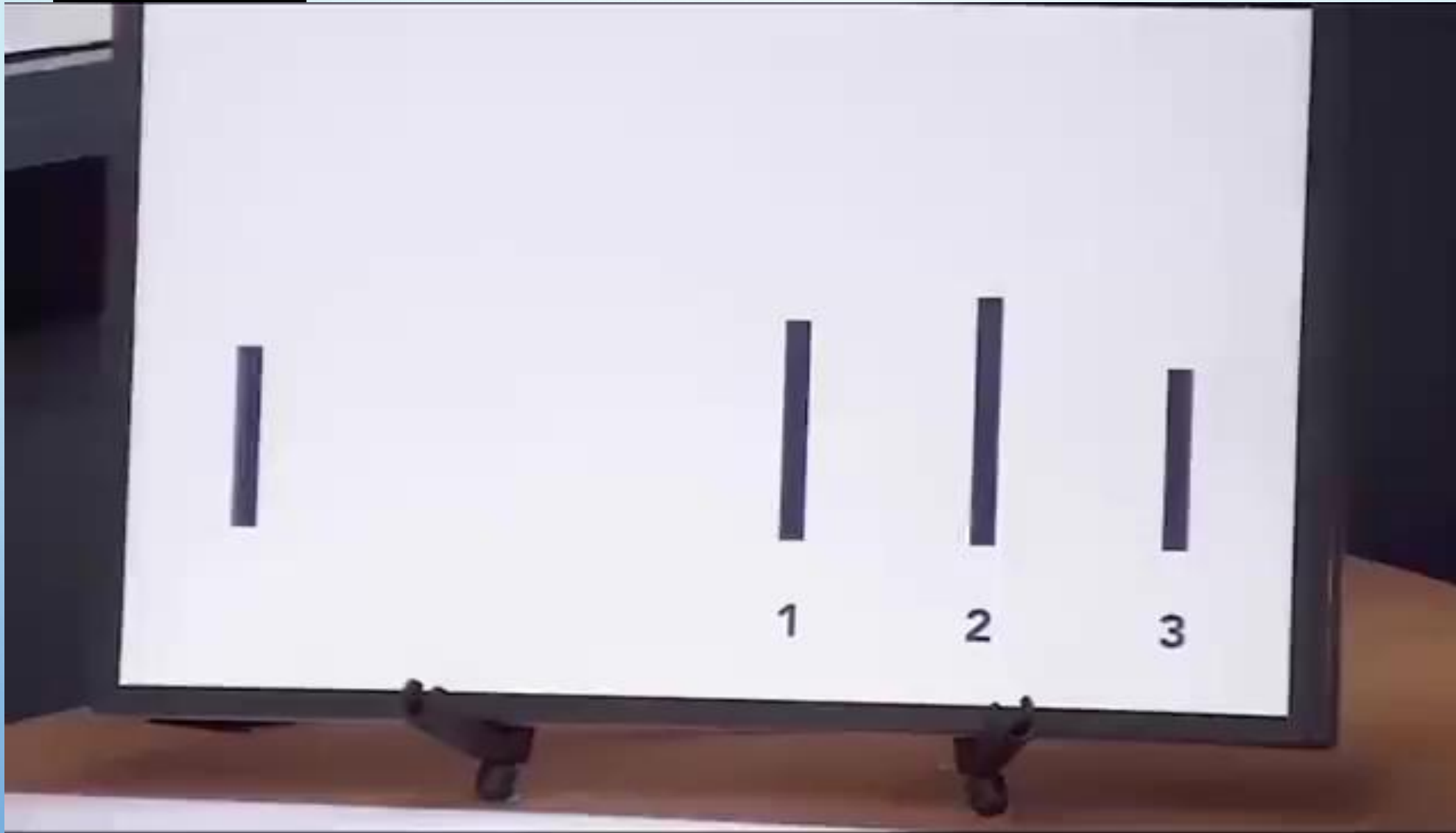
努力、疲勞、心情	能力、性向、智力
機會、運氣、時機	困難度

偏見：

- 刻板印象
- 團體內衝突：在資源有限的情況，產生競爭和衝突。例如， 就業競爭。
- 團體間壁壘分明：隸屬的團體，同溫層。
- 社會學習：從父母，師長或朋友學來的偏見，例如：女性不適合當領導人。

消除偏見：直接接觸、包容對方、打破團體間界線

社會態度：從眾行為(CONFORMITY)



Asch, 1955 從眾行為實驗。

右边的三根线条

四、團體影響

團體決策

1. 團體極化：團體所做出的決定，不趨於中庸，而是趨向極端。
2. 集體思考
 - (1) 集體思考的意涵：腦力激盪
 - (2) 集體思考失敗的原因
 - (3) 集體思考釀成大禍的例子

領導

- 1 特質論，2 行為取向理論，3 權變理論。(美國菲德勒，領導績效與人際關係，工作結構，職務權力等三因素有關)
2. 領導者的特徵：目標任務取向、人際和諧取向
3. 領導技巧：目標明確，分層負責，用人唯才，賞罰分明，關懷體恤部屬，有效溝通，以身作則，自我充實，自我反省，為團體成員謀福利。

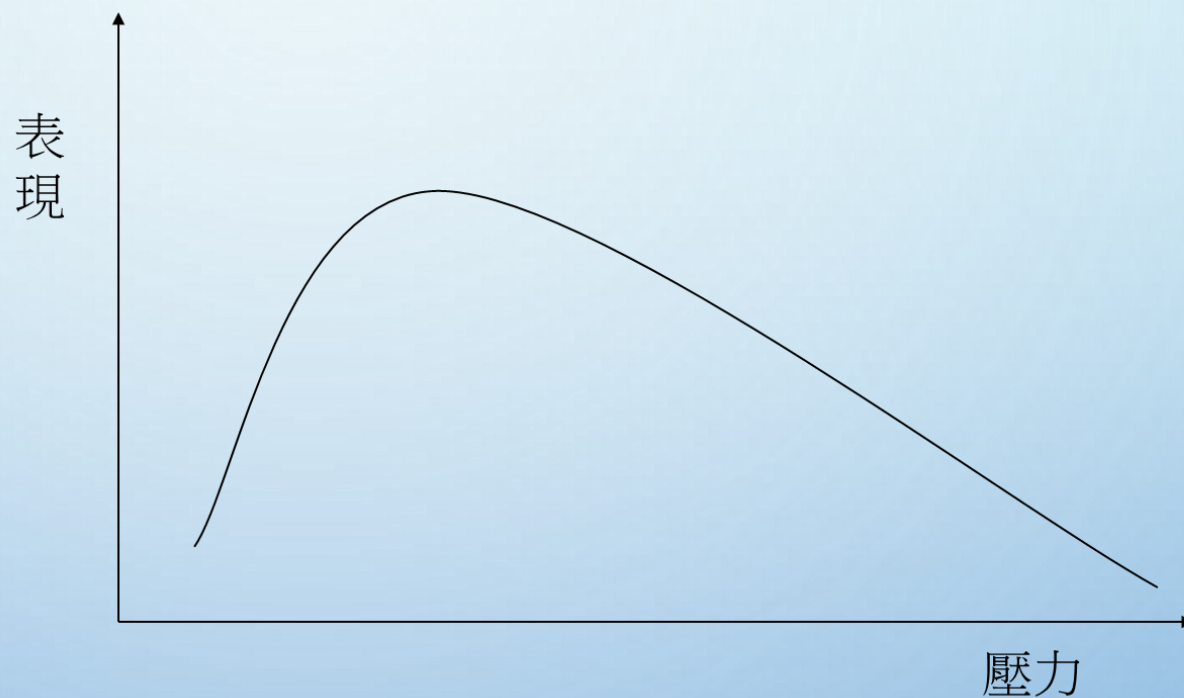
第16章 健康心理學

一、認識壓力

- 1932年，最早對壓力做研究的學者: **CANNON**(肯農)，人在遇到壓力的時候，會產生**攻擊或是逃避**的行為，以**適應**生活。
- 1956年，**HANS SELYE**(薛黎): 人在面對壓力的時候，產生一般壓力症候群(**GENERAL ADAPTATION SYNDROME, GAS**)。
- 有三個階段:
(1) 警覺階段 (2) 抗拒階段，(3) 耗竭階段。P.533圖。
- 這與現在研究壓力導致疾病的關係，心理神經免疫學。

調整壓力，增加效率

- 壓力對我們的影響：



適度壓力能增加動機，會更努力完成，但壓力過大會抑制表現

壓力傳輸系統



長時間處在壓力下容易引起身心症狀及免疫功能失調

壓力的表現方式

壓力的表現方式

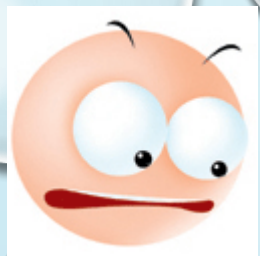


停下腳步 想一想

最近好嗎？有壓力嗎？



- WHY：造成壓力感受的可能原因？
- HOW：壓力常會給自己怎樣的感覺或情緒？
- WHAT：會出現哪些生理反應和行為表現？
- WHEN/WHERE：壓力通常何時或哪種情況下發生？
- WHO：哪些人容易帶給自己壓力感？



看看你的壓力源 (生命發展階段性任務)

探索自我！

父母！

生涯規劃！

孤獨！

學習！

人際關係！

責任！

生病！

成長！

錢！

工作！

家庭！

失落！

意外事故！

婚姻/親密關係！

老化！

孩子！

死亡！

退休！

長照！

壓力哪裡來？

一、外來的壓力

- 外在環境的要求或限制。
- 考核與比較的壓力。
- 新環境、新角色的挑戰與適應。

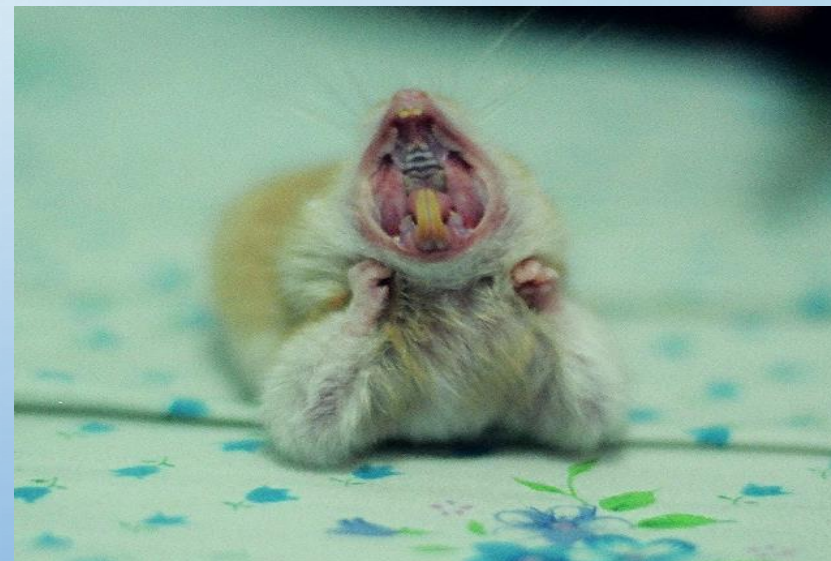


壓力哪裡來？

二、自發性壓力

- 負面思考，擔心自己能力不夠，不能勝任
- 優柔寡斷，很難做決定。
- 求好心切，完美主義作祟。
- 容易過度承擔責任。
- 好勝心強，追求自我表現，事事都想要贏。
- 家庭因素與個人情緒因素的影響。

沒有人會因為責備自己而能讓自己更好
請找方法來用推動及鼓勵自己前進



性格ABCD(跟血型無關喔！)

- A型性格(TYPE A PERSONAILITY)的人好勝喜功，要求自己及他人皆嚴格及效率，常有時間緊迫感，及較有敵意，通常有較高的成就表現(主管)，但給人壓迫感且容易有心臟血管方面的疾病。
- B型性格者(TYPE B PERSONAILITY)則從容不迫，心胸開朗，隨遇而安，但常缺乏時間概念、過度的放鬆與避免競爭及表現，常易錯失良機。
- C型性格者(TYPE C PERSONAILITY)主要表現為內向、自我克制、緘默和抑鬱，易適應不良，較易有免疫、腸胃系統的問題及罹癌。
- D型性格者(TYPE D PERSONAILITY)主要表現：悲觀、憤世嫉俗、苦惱，覺得壞事都會降在自己身上，容易有心血管疾病。



壓力因應

- 針對問題尋求解決
- 視危機為轉機
- 多關心與參與自身以外的事物(阿德勒~社會興趣)
- 樂觀積極進取
- 尋求社會支持
- 做好時間管理
- 維持健康生活(不吸菸不酗酒不嚼檳榔等、良好飲食、適度運動、良好人際關係、認識及瞭解自己等)

第十四章 心理異常

常見的心理疾患(MENTAL DISORDER)

- 一、定義和診斷
- 二、精神官能症NEUROSIS; 焦慮症,體化症,
- 三、精神疾患PSYCHOSIS;情感性疾患，思覺失調症
- 四、人格疾患PERSONALITY DISORDER
- 五、創傷後壓力症候群PTSD
- 六、診斷準則，DSM-5; ICD-10

精神疾病/心理異常的定義和診斷

異常的定義：DIS-ORDER=DISORDER

- 行為偏離常規。甚麼是正常？
- 個人的不適應，或是失能(工作上失能，沒有朋友)。
- 長期自覺痛苦或是困擾: 主觀的想法和感受。
- 統計上的少數: 常態分配統計下的兩極端，資優與智能障礙。
- 精神疾病/心理(異常)疾患的污名問題？

DSM-5

- 美國精神醫學會APA的精神疾病分類系統，從1952年開始出版，最近一次在2013年是第五次修訂，取消五軸診斷系統，將精神疾病增加到20大類。
- 是精神科醫師或心理師診斷心理異常的最新工具。
- 為何要一直修改？因為隨著社會文化，新的價值觀不同而對正常與異常的判斷會有不同，因而需要每隔一段時間就要修正。重新界定診斷準則。
- 例如: 同性戀在1952第一版列為精神疾病，但是後來就取消了。
- DSM-5將亞斯伯格症候群從獨立疾病改為自閉症譜系障礙的一部分；刪除了精神分裂症的亞型；刪除抑鬱症原因的喪親之痛；將性別認同障礙的名稱改為性別不安；將過胖暴食症變為離散性進食症的一部份；重定義了性偏離，現在稱為性偏好症；刪除五軸系統；以及將其他未指定的疾病改為分屬於其他疾病和未知疾病。
- 五軸診斷: 1，需要排除的精神疾病診斷，2，智能或是人格，3，生理疾病，4，家庭功能評估，5，整體功能評估。

精神官能症(NEUROSIS)焦慮症；體化症

焦慮症類疾病：廣泛性焦慮症，分離焦慮，恐懼症(PHOBIC DISORDER)，恐慌症(PANIC DISORDER)，

- 生理症狀：心跳加快，呼吸困難，頭暈，失眠，坐立難安等。
- 情緒狀態：煩躁，緊張，心情混亂或恐懼
- 認知思考：不合邏輯、非理性的想法思維。

體化症(SOMATOFORM DISORDER)：

- (1)身體症狀障礙症：因情緒引起的各種身體不適，台灣因為文化因素，老人多數以身體化症狀在顯現其憂鬱焦慮的情緒失調。
- (2)轉化症：心理壓力轉化成生理疾病的現象，歇斯底里症(HYSTERIA)
- (3)慮病症：過度擔心或認定自己罹患嚴重疾病。

心理治療方式

- 生理：藥物治療，生理回饋，正念解壓
- 心理治療：
 - 心理動力取向治療：轉化症的精神分析
 - 認知行為治療、理性情緒治療法
 - 個人中心(人本主義取向)：非指導性，治療的態度～真誠，無條件正向關懷，同理心。
 - 折衷取向
 - *完形治療: 提升個案的自我覺察能力，進而統整。空椅子增加覺察能力的技術。
 - *現實治療: 協助個案建立自我負責的行為
 - *團體心理治療，大約四到十五人，八人為理想，討論問題方法，互相接納，情緒支持
 - *病友自主團體: 戒酒匿名團體(AA GROUP)，恐慌症愛心會

解離症

- 解離性失憶症：喪失創傷事件有關的記憶
- 解離性漫遊症：喪失創傷記憶及個人生活有關的一切，到處遊走...
- 解離性身份疾患(多重人格)：24個比利、致命ID、三面夏娃...等
- 人格解體障礙(去人格化)：自我經驗或知覺暫時失去或改變、各種感覺得麻木、感覺難以適應或控制自己的語言及行動。影劇：她和她的她

情感性疾患

- **憂鬱症**：重鬱症、輕鬱症(持續型憂鬱症)、精神病性憂鬱症、季節性憂鬱、產後憂鬱症等
- 「重度憂鬱症」診斷需符合以下條件，兩週以上時間有五項以上症狀，且需有憂鬱情緒或興趣減退：
 - (1)每天大部分時間有憂鬱情緒，心情主觀描述或他人觀察為悲傷或沮喪
 - (2)每天大部分時間有興趣減退
 - (3)體重或食欲顯著變化
 - (4)失眠或睡眠過多
 - (5)精神運動性變化，激動或遲滯
 - (6)失去活力或疲倦
 - (7)無價值感或罪惡感
 - (8)思考、專注或決斷能力減退
 - (9)反覆出現死亡想法、自殺意念或自殺嚐試。
- **董事基金會網站**<https://www.jtf.org.tw/psyche/melancholia/overblue.asp>
- **簡式健康量表(BSR5-5)**：<https://health99.hpa.gov.tw/onlinequiz/bsrs5>

二、憂鬱症的病因

憂鬱症十分常見，重度憂鬱症終身盛行率12%，若加上輕度憂鬱症，則終身盛行率20–25%；四人中約有一人這輩子有憂鬱症。憂鬱症的病因可區分為「生物危險因子」與「心理–社會危險因子」。

情感性疾患

- 雙極性情感疾患(躁鬱症)

- 情緒過分高昂或低落的精神疾病，「躁期」：躁狂發作，包括亢奮、易怒、不想睡、多話、激躁不安、情緒起伏大、注意力無法集中、跳躍性思考，也可能伴隨多個危險及反常行為如瘋狂購物、攻擊他人等。輕躁患者喜歡輕躁期的能量感及正向心情，會抗拒藥物或就醫。
- 「鬱期」症狀包括情緒低落、無助無望感、感受不到快樂、全身無力或是倦怠、嗜睡或是失眠、甚至出現自殺念頭。只要出現一星期以上躁期就是為雙極性情緒障礙，通常再伴隨鬱期出現。也有臨床病例有些患者是先出現鬱期後才有躁期發生。如此反覆起伏的情緒不但影響心情也影響到生活，更會影響到認知功能。

- 情感性疾患治療：提高個人及重要他人的病識感及充分心理衛教

- 1.藥物(血清素回收抑制劑SSRI)、躁期(鋰鹽、抗癲癇藥物、鎮定/抗焦慮劑等)
- 2.心理治療
- 3.環境、社會支持系統

思覺失調症(舊名：精神分裂症)

- **主要病徵**：思想紊亂、知覺扭曲、脫離現實、妄想、幻覺、情緒錯亂、動作或行為古怪等
 - 妄想：誇大型、被害型、關聯型、支配型、嫉妒型、宗教型等
 - 幻覺：無中生有的感覺，聽幻覺、視幻覺、膚(觸)幻覺...等
 - **罹病成因**：(隱谷路)
 - 生物因素：遺傳因素、腦部異常(多巴胺分泌異常、腦室偏大等)
 - 心理因素：親子關係、家庭問題、壓力過大等
 - **治療**：
 - 藥物治療
 - 支持性心理及環境治療
- 推薦：與惡的距離(影集)、黑天鵝(電影)、隱谷路(書)

其他心理異常

- 強迫症(OCD)：

強迫思想：無法控制地出現不合理的想法及衝動念頭

強迫行為：如反覆檢查、清潔、拔毛等，不做無法放鬆

成因：焦慮體質、心理因素如父母的過度嚴格教養或幼年訓練

- 創傷後壓力症候群(PTSD)

- 重大意外創傷事件，例如：性侵、太魯閣火車意外，新冠肺炎確診死亡等，倖存者或是家人出現的身心反應。事件發生後持續一個月以上。

- 創傷事件持續反覆在腦中呈現或夢見。

- 有重複經歷此事件的行為或感受。

- 當面對類似創傷事件的相關情境會引起強烈的心理痛苦或生理反應。

- 創傷後壓力症候群的患者經常出現生理上的病徵；例如：逃避、麻木、恐懼、焦慮、緊張、失眠、過度警覺、注意力無法集中、活動失去興趣等。

創傷壓力反應、急性壓力症候群

經歷/目睹/聽聞(親友)嚴重的死傷威脅
或職業需要，反覆接觸意外的遺跡或細節

常有以下幾類反應(<1月: ASD ; >1月: PTSD)

「驚」驗重現

「逃」避忌諱

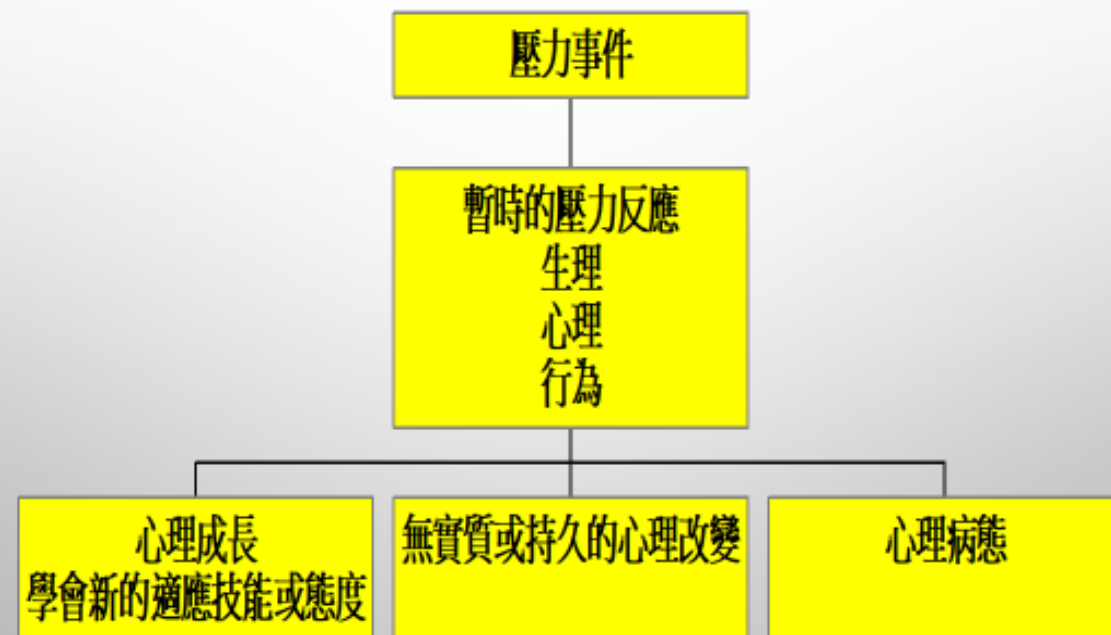
「神」經過敏

「悲」觀感想

造成痛苦，或職業/社交失能

壓力和反應

(DOHRENWEND, 1978) (黃龍杰編譯)



創傷知情

- 身心容納之窗(WINDOWS TOLERANCE)，每個人都有的容受能量。
- 情況考驗：**FIGHT-FLIGHT**戰或逃？還有麻痺、僵化(凍結)的反應
- 身心反應: 創傷後，可以立刻緩解壓力生理反應的方式，通常都是毒藥。
- 三階段: 第一，安全與穩定，第二，處理創傷記憶，第三，整合
- 舒緩之道: 身體動作(外丹功的抖手，TRE的身體抖動運動，豐年祭的舞蹈...)五感體驗
- 治療與療癒的過程: 像是學習開車，以開車比喻。
- 踩煞車來建立控制感，讓當事人知道怎麼回事(心理健康教育)，
- 錶板:觀察和回饋
- 煞車: 避免FLASHBACK(經驗重現)，
- 油門: 體驗式的諮商經驗

人格異常

- **A群人格障礙症(怪異型)**：妄想型，孤僻型和思覺失調型人格障礙症
- **B群人格障礙症(不穩定型)**：反社會型、邊緣型，做作型和自戀型
反社會人格疾患：韓劇<雖然是精神病但是沒關係>女主角童話作家高文英。
- **C群人格障礙症(焦慮型)**：畏避型、依賴型和強迫型。

早年異常

- 注意力缺陷過動症(ADHD)
- 行為規範障礙症(CD)、對立反抗疾患(ODD)
- 廣泛性發展障礙症(PDD)、社交障礙、發展遲緩等
- 自閉症(含亞斯伯格症)
- 學習障礙
- 語言障礙、發音障礙
- 飲食異常
- 運動技能異常

自殺

- 絕望感、想解脫
- 懲罰或報復
- 求救訊號
- 自殺風險評估

1.自殺風險：自殺念頭、自殺意念(打算)、自殺計畫、自殺企圖等

2.警訊或徵兆：傳達自殺意念、開始為自殺做準備（**E.G.**, 寫遺書、送遺物）、取得及使用自殺工具、無歸屬感、無能累贅感、無望感無助感、失去人生目標、失去活下去的理由、衝動行為、遠離周遭人事物、強烈的憤怒、焦慮、煩躁、內疚、羞恥、睡眠障礙（失眠或睡太多）、酒精藥物濫用

3.危險因子：特定族群(白人、男人、老人、性少數、退伍軍人)、過去曾有自我傷害的行為、過去曾有過衝動、攻擊行為、完美主義、非黑即白的思考模式、因應壓力、解決問題、自我安撫的能力有限、人際關係變動（例如：分手、離婚）、無歸屬感、無他人支持、剛從精神科急性病房出院、失業、有經濟壓力、身邊的人曾經或企圖自殺

4.保護因子：有活下去的理由或責任、有歸屬感與他人的支持、家庭和諧、有參與學校活動（青少年）、有接受心理健康治療的管道、有因應壓力、解決問題、自我安撫的能力、有考慮其他選擇的彈性、家中有未滿**18**歲的兒童、懷孕、宗教、文化因素、無取得自殺工具的管道

第15章 心理治療

心理治療理論學派

- 心理動力取向治療：精神分析(佛洛伊德學派)，分析心理學(榮格學派)，客體關係學派，自體心理學等。
- 人本取向：非指導性，治療的態度: 真誠，無條件正向關懷，同理心。
- 認知行為治療：理性情緒治療法，辯證式對話治療。
- 折衷學派：後現代治療取向，敘事治療，心理劇，完形治療，家族治療，現實治療等
- 生物醫學治療：生理回饋，電痙攣療法，藥物治療。

心理諮商的態度

- 人本心理治療學派大師**CARL ROGERS**說：「如果我能提供某種型態的關係，那麼另一個人就會在他自身中發現一種能力，並運用這個關係來成長，而個人的發展和變化也會繼之發生。」
- 這個關係的特性是：真誠（**GENUINE**）、無條件的正向關懷（**UNCONDITIONAL POSITIVE REGARD**）、同理心的了解（**EMPATHETIC UNDERSTANDING**）。
- 同理的態度：啟動你的溫暖特質~關心、積極傾聽、專注、尊重、真誠、(表裡)一致、保密等

