

中國文化大學教育學院心理輔導研究所

碩士論文

Graduate Institute of Counseling Psychology  
College of Education  
Chinese Culture University  
Master Thesis

遊戲治療對社會退縮兒童之退縮行為

與自我概念之成效探討

The impact of play therapy on social withdrawal children's withdrawal  
behaviors and self-concept

指導教授：蔡美香教授

Advisor: Assistant Professor Mei-Hsiang Tsai

研究生：鄭文媛

Graduate Student: Wen-Yuan Cheng

中華民國 102 年 5 月 9 日

May 9, 2013

# 中國文化大學

碩士學位論文

## 遊戲治療對社會退縮兒童之 退縮行為與自我概念之成效探討

研究生：鄭文媛

經考試合格特此證明

口試委員：許育光

管貴貞

蔡美香

指導教授：蔡美香

所長：何英奇

口試日期：中華民國 102 年 5 月 9 日

## 謝辭

一直到論文修改完的這一天，心中才終於感覺到這一切真的結束了，腦海中浮現了很多畫面，從起心動念開始要來寫論文，一直到論文完成，四千一百九十四行，六萬六千七百三十六個字的背後是一段漫長的過程，也是一個龐大的支持系統下的產物。從找研究對象到開始進行研究、觀察、收集資料，回想起來每一個歷程都是一個感動，是一種挑戰，也是一種成就，感謝一路上很多人給予的陪伴。

感謝指導教授蔡美香老師一直以來的支持與協助，總是很有耐心的陪著我討論、修正、再討論，有幸接受美香老師的指導，讓我在論文這條路上，走的更穩更紮實，支撐著我帶我走到最後，在此獻上我最深的敬意與謝忱。謝謝口委許育光老師以及管貴貞老師的不吝指導，提供了我更多明確的方向與建議，讓研究更趨完整。

謝謝同窗好友阿涵協助擔任研究之遊戲治療師，於公於私都給我很多鼓勵與陪伴，每當我感到挫折時，也帶給我不放棄的力量，謝謝嘉玲姐一直以來對我的照顧，也幫助我在尋找研究對象與場地上克服了很多的困難。謝謝心輔八的所有同學，有你們一起成長與學習真好。更要謝謝研究中兩所學校輔導老師、主任的協助，這份論文能夠完成，歸功於你們。謝謝我的好趴呢，在英文資料的收集與撰寫上給予我極大的幫助。謝謝我的落漆姊妹們一路上的支持，與妳們相處的時光總是最快樂的，我愛妳們。謝謝我身邊所有好朋友的支持，這條路上有妳們才不孤單。

謝謝財團法人「張老師」基金會資助論文獎學金，讓此研究得以順利完成。最後，我要謝謝我的父母，有你們才有今天的我，這份成就是屬於你們的。

研究所是一條艱辛的道路，美好的成果與大家共享！

鄭文媛 謹誌

102年5月

## 中文摘要

本研究以臺北市與新北市國小四年級的學生為研究對象，透過班級導師推薦，篩選出七名社會退縮兒童參與研究，經隨機分派至實驗組與控制組，實驗組成員三名，控制組成員四名。本研究採前、後測實驗設計，實驗組成員接受每週一次、每次四十分鐘，共計十次之遊戲治療，而控制組則不接受任何介入。

本研究在遊戲治療施行前、後一週，兩組成員分別實施「六歲至十八歲兒童行為檢核表」、「六歲至十八歲兒童-教師報告表」以及「國小學童自我概念量表」，所得資料以 SPSS 統計軟體進行單因子共變數分析。此外，在遊戲治療介入前三週、介入期間、介入後三週，對 7 位研究參與者進行每週二次、每次十分鐘，共計十六週之課堂觀察，此課堂觀察使用直接觀察表進行紀錄，並使用視覺分析方式進行資料分析。

本研究的主要發現分述如下：

- 一、 兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之退縮行為具有顯著改善。
- 二、 兒童中心遊戲治療對於社會退縮兒童之自我概念，未呈現立即性的改善。
- 三、 退縮兒童在接受兒童中心遊戲治療前後之歷程變化呈現正向的改變。

最後，研究者根據研究結果提出建議，以供國小輔導實務工作者及未來研究者之參考。

關鍵詞: 社會退縮兒童、自我概念、兒童中心遊戲治療

## Abstract

The current study recruited seven 4th-grade students (9-10-year-olds) at elementary schools in Taipei and New Taipei City. The participants were referred from their teachers because of participants' socially withdrawal behaviors. Subjects were randomly assigned to an experimental group (n=3) and a control group (n=4). The present study used pretest-posttest experimental design. Participants in the experimental group received child-centered play therapy once a week for 10 weeks, while participants in the control group did not receive any intervention.

Both groups were administered by three questionnaires including Child Behavior Checklist For Ages 6-18(CBCL), Teacher's Report Form For Ages 6-18(TRF), and Children's Self-concept Questionnaire in a week prior and after receiving child-centered play treatment. All data was analyzed by the analysis of covariance model (ANCOVA) In addition, in-class observations were conducted twice a week for sixteen weeks. Data from direct observations were examined by visual analysis.

The main results of the current study were:

1. Child-centered play therapy significantly decreased withdrawn behaviors among socially withdrawal children.
2. Child-centered play therapy did not show instant improvement on socially withdrawal children's self-concept.
3. Postive changes occurred on socially withdrawal children after receveing child-centered play therapy.

Based on the results of the study, the author provided suggestions for school counselors as well as further researchers .

Key words: Socially withdrawn children, Self-concept, Child-Centered Play Therapy.

# 目次

中文摘要.....	I
英文摘要.....	II
目次.....	III
表次.....	V
圖次.....	VII
第一章 緒論.....	1
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的.....	3
第三節 研究問題.....	3
第四節 名詞釋義.....	4
第二章 文獻探討.....	5
第一節 社會退縮兒童之成因與相關研究.....	5
第二節 自我概念之內涵、影響因素與相關研究.....	10
第三節 兒童中心遊戲治療.....	20
第四節 兒童中心遊戲治療運用於社會退縮兒童之相關研究.....	34
第三章 研究方法.....	36
第一節 研究設計.....	36
第二節 研究參與者.....	39
第三節 研究者的角色.....	40
第四節 研究工具.....	42
第五節 研究程序.....	49
第六節 資料分析與處理.....	52
第四章 研究結果與討論.....	57
第一節 兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之退縮行為的治療效果.....	57

第二節 兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之自我概念的治療效果.....	64
第三節 社會退縮兒童接受兒童中心遊戲治療後之歷程變化.....	83
第四節 綜合討論.....	98
第五章 結論與建議.....	102
第一節 研究結論.....	102
第二節 研究限制.....	103
第三節 研究建議.....	104
參考文獻.....	108
一、中文部分.....	108
二、英文部分.....	115
附錄	
附錄一 教師推薦單.....	122
附錄二 研究參與同意書.....	123
附錄三 遊戲成長活動家長同意書.....	124
附錄四 測驗研究用同意書.....	125



## 表次

表 2-1 國內外學者對於自我概念之定義 .....	11
表 2-2 國內外學者對於遊戲治療之定義 .....	21
表 2-3 遊戲治療歷程之階段性歸納 .....	32
表 3-1 研究對象組別分配表 .....	39
表 3-2 DOF 量表之邊緣與臨床範圍 .....	47
表 4-1 「六至十八歲兒童-教師報告表」前、後測 T 分數之平均數與標準差摘要表 .....	58
表 4-2 「六到十八歲兒童-教師報告表」退縮/憂鬱得分 T 分數之平均數、標準差摘要表 .....	59
表 4-3 「六到十八歲兒童-教師報告表」退縮/憂鬱得分 T 分數之獨立樣本單因子共變數分析摘要表 .....	59
表 4-4 「六到十八歲兒童行為檢核表」前、後測 T 分數之平均數與標準差摘要表 .....	61
表 4-5 「六到十八歲兒童行為檢核表」退縮/憂鬱得分 T 分數之平均數、標準差摘要表 .....	62
表 4-6 「六到十八歲兒童行為檢核表」退縮/憂鬱得分 T 分數之獨立樣本單因子共變數分析摘要表 .....	63
表 4-7 「國小兒童自我概念量表」各分量尺前、後測 T 分數之平均數與標準差摘要表 .....	64
表 4-9 「國小兒童自我概念量表」各分量尺得分 T 分數之獨立樣本單因子共變數分析摘要表 .....	65
表 4-10 實驗組退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....	84
表 4-11 成員 E1 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....	85
表 4-12 成員 E2 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....	87
表 4-13 成員 E3 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....	89
表 4-14 控制組退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....	90
表 4-15 成員 C1 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....	92

表 4-16 成員 C2 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....93

表 4-17 成員 C3 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....95

表 4-18 成員 C4 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表 .....96



## 圖次

圖 3-1 研究架構圖 .....	36
圖 3-2 研究設計圖 .....	37
圖 3-3 研究各階段出現標的行為百分比 .....	38
圖 4-1 「六到十八歲兒童-教師報告表」退縮/憂鬱 T 分數直方圖 .....	60
圖 4-2 「六到十八歲兒童行為檢核表」退縮/憂鬱 T 分數直方圖 .....	63
圖 4-3 「國小兒童自我概念量表」全量表自我概念 T 分數直方圖 .....	66
圖 4-4 「國小兒童自我概念量表」家庭自我概念 T 分數直方圖 .....	68
圖 4-5 「國小兒童自我概念量表」學校自我概念 T 分數直方圖 .....	69
圖 4-6 「國小兒童自我概念量表」外貌自我概念 T 分數直方圖 .....	71
圖 4-7 「國小兒童自我概念量表」身體自我概念 T 分數直方圖 .....	72
圖 4-8 「國小兒童自我概念量表」情緒自我概念 T 分數直方圖 .....	73
圖 4-9 「國小兒童自我概念量表」人際自我概念 T 分數直方圖 .....	75
圖 4-10 「國小兒童自我概念量表」個體自我概念 T 分數直方圖 .....	76
圖 4-11 實驗組之自我概念量表分析圖 .....	77
圖 4-12 成員 E1 之自我概念量表分析圖 .....	78
圖 4-13 成員 E2 之自我概念量表分析圖 .....	78
圖 4-14 成員 E3 之自我概念量表分析圖 .....	79
圖 4-15 控制組之自我概念量表分析圖 .....	80
圖 4-16 成員 C1 之自我概念量表分析圖 .....	81
圖 4-17 成員 C2 之自我概念量表分析圖 .....	81
圖 4-18 成員 C3 之自我概念量表分析圖 .....	82
圖 4-19 成員 C4 之自我概念量表分析圖 .....	82
圖 4-20 實驗組退縮 T 分數曲線圖 .....	83
圖 4-21 成員 E1 退縮 T 分數曲線圖 .....	85

圖 4-22 成員 E2 退縮 T 分數曲線圖 .....	87
圖 4-23 成員 E3 退縮 T 分數曲線圖 .....	88
圖 4-24 控制組退縮 T 分數曲線圖 .....	90
圖 4-25 成員 C1 退縮 T 分數曲線圖 .....	92
圖 4-26 成員 C2 退縮 T 分數曲線圖 .....	93
圖 4-27 成員 C3 退縮 T 分數曲線圖 .....	95
圖 4-28 成員 C4 退縮 T 分數曲線圖 .....	96



## 第一章 緒論

本章主要的目的在闡述本研究的動機、目的、問題以及對重要名詞做明確的界定。全章共分成四節，第一節為研究動機，第二節為研究目的，第三節為研究問題，第四節為名詞釋義。

### 第一節 研究動機

兒童社會退縮行為一直以來較為人所忽略，退縮被視為一種內向性行為。國內研究多以外向性行為（如攻擊行為）為主，或許是由於外顯行為較為突顯，容易引起他人注意，相較之下，社會退縮較不突出的，不易引起他人負向反應 (Mills & Rubin, 1990)。因此，較為退縮之兒童，其問題也較容易被忽略，以致造成嚴重的影響。根據 Rubin 與 Coplan (2004) 表示，外向性行為的兒童情緒容易失去控制，可能會出現攻擊、反抗、衝動的行為，這也使得照顧者或老師等師長會採取介入；反之，社會退縮兒童，行為較為退縮與被動，也鮮少引起老師或同學之負向情緒或行為，以致在學習教養過程中，多半成了被忽略的一群人。在東方傳統社會的價值觀下，大多期待小孩能夠順從、不頂嘴、不反抗，凡事以長輩的意見為主，因此，當小孩出現較為退縮之行為時，多數家長視之為內向害羞，反倒認為容易教養，而不予理會，可想而知，社交表現較為退縮之兒童，也較少機會得到照顧者及師長的主動幫助。

退縮兒童性格通常較為孤僻，不善人際互動，往往也容易被同儕所忽略或拒絕。同儕關係對兒童時期的孩子來說相當重要，此時兒童逐漸發展出覺察與考慮別人觀點的能力，這些轉變會影響其與朋友的關係 (Sternberg, 1999/2003)，同儕關係是一種強化物，研究發現：兒童人格特徵的出現，往往與他在同儕交往中所獲得的肯定或否定的支持有關(陳幗眉、洪福財，2001)。根據研究顯示，若在兒童時期缺乏同儕的互動，會對於他們未來的情緒與行為產生影響。這些兒童不僅在兒童時期表現出較多適應困難行為，到青少年時期亦較容易發生輟學、犯

罪或產生心理疾病等問題（廖鳳池、王文秀、田秀蘭，1997）。

國內針對退縮兒童的研究，多以退縮-被拒絕的兒童為主要研究對象（劉燕芬，2006；胡斐瑜，2007；詹堂前，2004；林佩琪，2000；劉舒珊，2004），然而，事實上並非所有退縮兒童都遭受到拒絕。根據 Rubin 等人(1990)的研究指出，在極端退縮的兒童中，有 26%的兒童仍受到同儕喜愛。退縮兒童通常在與人接觸上會產生焦慮，較喜歡獨自活動，在人際交往上處於較為被動的角色。影響退縮兒童產生退縮行為的原因有很多，例如：家庭的管教態度、學校的環境、老師的教導方式、同儕的相處以及社交技巧不佳等。但，國內研究多以社交技巧訓練的介入為主，鮮少對其他因素造成退縮行為之影響進行相關研究，雖然社交技巧訓練與團體互動方案的介入，固然對於缺乏社交技巧之退縮兒童有所幫助，但對因其他心理問題而導致退縮行為之兒童卻不盡然適用，故研究者希望將視野擴展，以更廣之角度來端視退縮兒童。

遊戲治療是目前被廣泛運用於兒童治療的一種方法，治療者希望能透過遊戲的方式來幫助有情緒及行為困擾的兒童。兒童在口語的溝通與表達上，往往不如成人般成熟，也較無法透過精練的語言與文字呈現自己真實的想法，相較於口語和文字表達，遊戲更能貼近他們的日常生活。Axline (1949)表示：「遊戲經驗是治療性的，因為它提供了兒童與成人間一個安全的關係，因此兒童有自由及空間去用自己的方式表達自己。在屬於他自己的方式及時間裡，他確確實實地是他自己」。過去眾多的研究結果亦顯示此一結果，根據國內研究（田世崇，2003；柳慶茂，2003；劉靖國，2003；黃世欽，2005；王翠蘭，2004），顯示遊戲治療的效果是有效的。在遊戲的過程中，兒童較能自由的表達自我，呈現較為真實的一面。兒童主要是透過遊戲來將內在的焦慮外顯化，透過遊戲的方式與治療師的互動，能夠幫助兒童去表達他們的感受和困難，如表達恐懼、憎惡、孤獨、挫折和自責等等情緒反應，從而增加對自我行為和情緒的認識，進而達到治療效果，並同時促進個人發展，加強自我面對困難時的信心和能力。

過去的研究將遊戲治療運用在退縮兒童身上，發現可以有效改善兒童在社交、人際關係、自信與社會適應能力等。但國內研究多以遊戲歷程分析為主，較難以排除其他因素，確認遊戲治療的成效。故本研究希望經由實驗設計方式，將遊戲治療運用在退縮兒童身上，進行分析探討，以瞭解遊戲治療對於退縮兒童退縮行為以及自我概念的治療效用。

## 第二節 研究目的

本研究主要在以實驗設計法探討遊戲治療對於社會退縮兒童之治療成效，進而了解是否透過遊戲治療能夠有效減少社會退縮兒童之退縮行為以及提升其自我概念，以作為未來輔導之方向與建議。本研究主要研究目的如下：

一、探討兒童中心遊戲治療對於社會退縮兒童退縮行為改善之效果

- 1.利用「六至十八歲兒童-教師報告表」與「六至十八歲兒童行為檢核表」來分析退縮兒童之退縮行為表現。
- 2.利用「直接觀察表」來觀察退縮兒童實際之退縮行為表現。

二、探討兒童中心遊戲治療對於社會退縮兒童自我概念改善之效果

三、探討退縮兒童在接受兒童中心遊戲治療整體之退縮行為改變歷程。

## 第三節 研究問題

基於上述的研究動機與目的，本研究的研究問題為：

一、兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之退縮行為改善之成效為何？

- 1.「兒童中心遊戲治療」實施之後，實驗組及控制組兒童在「六至十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺分數前、後測之得分變化為何？
- 2.「兒童中心遊戲治療」實施之後，實驗組及控制組兒童在「六至十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺分數前、後測之得分變化為何？

二、兒童中心遊戲治療對於社會退縮兒童自我概念改善之成效為何？

1. 「兒童中心遊戲治療」實施之後，實驗組及控制組兒童在「國小學童自我概念量表」前、後測之得分變化為何？

三、退縮兒童在接受兒童中心遊戲治療前後之歷程變化為何？

1. 「兒童中心遊戲治療」實施之前、後，實驗組及控制組兒童在「直接觀察表」中之退縮行為特質表現之統計分析變化為何？

#### 第四節 名詞釋義

- 一、社會退縮兒童：採用 Rubin & Asendorpf (1993)之定義，將社會退縮兒童視為在任何情境與時間下，不管遇到熟悉或不熟悉的同儕，在生活不同面向中，一致地展現孤立行為。本研究的社會退縮兒童是指在「六歲至十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺分數達邊緣臨床顯著者，即得分達四分(T=65)以上之兒童。
- 二、自我概念：採用 Dusek(1996)之定義，將自我概念視為個體看待自己的方法，隨著個體年紀的增長，會運用一些內在的心理特質，來形容自己並且表達出對自我的看法、自我概念及個體的主觀性評價。本研究的自我概念是指在吳裕益、侯雅齡（2000）所編制的「國小兒童自我概念量表」上的得分，得分越高代表自我概念越正向積極。
- 三、兒童中心遊戲治療：採用 Landreth(2012)之定義，將遊戲治療視為遊戲治療者與兒童之間的互動關係，而治療者必須受過良好的訓練，知道如何選擇遊戲器材及如何發展一份安全的關係，讓兒童能用其最自然的溝通方式-遊戲，來表達及揭露自己的情感、想法、經驗、及行為。

## 第二章 文獻探討

本研究主要針對退縮兒童進行遊戲治療，希望藉由該治療方法有效改善其退縮行為以及自我概念。本章將探討與本研究相關之文獻，全章分成四節：第一節探討社會退縮兒童，第二節探究自我概念，第三節討論遊戲治療，第四節歸納整理出遊戲治療運用於退縮兒童之相關研究。

### 第一節 社會退縮兒童之行為特徵與相關研究

#### 一、退縮兒童之定義與特徵：

社會退縮是指在任何情境與時間下，不管遇到熟悉或不熟悉的同儕，在生活不同面向中，一致地展現孤立行為(Rubin & Asendorpf, 1993)。社會退縮包含多種樣貌的退縮行為，如：害羞、沈默不語、行為較為消極、獨自行動，以及閃避行為 (Harrist, & Zaia, 1997)。社會退縮的產生，導因可能為內在因素，如：焦慮、負向自尊和自我知覺在社會技巧與社會關係上有所困難(Rubin & Asendorpf, 1993)。

具有社會退縮特徵的兒童，其社會行為表現為害羞、不大方、迴避等 (陳憫眉、洪福財，2001)，因其長期處於孤立狀態，且較無法安全、自在地參與人際溝通，對於熱情與憤怒等情緒具有表達困難。對他/她而言，能將自己安置在一個讓自己覺得安全的地方，他/她會盡量避免使自己暴露於可能遭受到他人拒絕或是被他人傷害的任何危險情境中 (Oaklander, 1998/2000)

Brophy (1996)研究指出，退縮或害羞的人較缺乏自信、羞怯、對社交感到焦慮、較少回應、不善於溝通。有些退縮的孩子具有消極性焦慮 (passive-anxious)，亦即會因為自己對於社會互動有所恐懼，而不跟同儕玩耍；或是想要跟其他兒童一起玩，但是表現出很害羞的樣子 (Harrist & Zaia, 1997)。因此，社會退縮的兒童通常會因為具有社交恐懼、焦鬱或者喜歡孤獨等多種原

因，而避免與同儕一起進行一些社會活動。從幼兒到青春期，這類型的兒童可能存在有許多負面影響，包括社會情感上的困難（例如：焦慮、低自尊、憂鬱症狀、和內在的問題）、同儕的困難（例如：被排斥、欺騙，缺乏良好的友誼），和學校的困難（例如：不良的師生的關係、學習困難、逃避學校）等（Rubin, Coplan, & Bowker, 2009）。因此，退縮的兒童通常不易交友，人際關係較為缺乏。

Zimbardo (1977)歸納教室中的退縮兒童具有下列特徵：與老師較少互動、較不會主動發言或參與、講話速度較慢、較為順從、多安於自己的座位上而少與人接觸、很少被派重任、也很少社會支持。社會退縮兒童在生活中較少表現出積極的情緒狀態，他們的情緒多是消極的，含有不安、焦慮、羞愧等成分。社會退縮兒童在與他人交往時，或是處於緊張的情緒之中，或是對交往活動不敢興趣，表現出默然、厭煩、焦躁等等。

退縮可能會引發人際上的問題，Hymel, Rubin, Rowden, & LeMare (1990)指出，早年的社交退縮行為可作為預測日後負向自尊的有效指標。退縮兒童在行為方面，寧可一人獨自玩耍，也不願意和他人有所互動，對結交朋友會有困難、過度害羞、具有社會退縮或反社會的傾向，且不輕易與人合作，經常造成不合時宜的社會互動，因此容易產生負向的自我概念(劉燕芬，2006)。到了兒童期的中後期，社會退縮變成了一個危險因子，社會退縮兒童對其他同儕來說，其轉變顯得另類、突出，很多退縮兒童會被排擠、被拒絕。這些結果會發展成他們對自己的社會關係、互動技巧和自我概念的負向認同（Rubin, Burgess, & Coplan, 2004）。

退縮兒童在行為上顯現較為被動、避免與他人接觸、不善於溝通，情緒上較為焦慮、不快樂；另外，退縮兒童也呈現較低的自尊與自我概念，這些特徵都可能會導致退縮兒童在人際相處上的困難，對自我的想法也較趨負向，因而影響其日後的社會適應問題。因此本研究主要針對退縮兒童進行探討，以期能夠改善其適應問題，提升適應能力。

## 二、成因：

### (一) 生理因素：

Kagan(1989)指出社會退縮可能源起於生理上的因素或氣質，如行為抑制，同時在嬰兒期容易產生負向情緒的兒童，在兒童期時可能會產生行為抑制。

Kagan & Snidman(1991)指出行為抑制的兒童行為喚起的感覺閾較非抑制的兒童低。此外，Coplan & Rubin(2010)也指出有百分之十五的退縮兒童有行為抑制。

Fox 與 Calkin (1993) 分別記錄了 9、14 和 24 個月的嬰兒大腦電波，發現右額葉腦電波不對稱的兒童，比起其他兒童更容易感到害怕、焦慮、順從和行為抑制。此外，在嬰兒期右額葉皮質腦波呈現不對稱，可以預測兒童期的行為抑制與氣質。學者提出，右額葉皮質腦波不對稱的兒童與母親分開以及呈現一些負向情緒和恐懼時比起其他兒童更容易哭泣 (Fox, Henderson, Rubin, Calkins, & Schmidt, 2001)，這些兒童也更容易因為一些輕度的壓力而感到退縮 (Rubin, Burgess, Kennedy, & Stewart, 2003)。

### (二) 家庭因素：

父母是兒童學習的主要對象，家長的行為與觀念會影響兒童的行為，親子間的依附關係也深深的影響兒童。不安全依附的兒童，缺乏與他人相處與互動的能力，Calkins & Fox(1992)的研究發現，行為抑制的兒童通常與其主要照顧者屬於焦慮矛盾型的依附關係。相對地安全依附的兒童，能夠自由的探索社會環境，能夠與他人有良好的互動，情感與社會能力都高於不安全依附的兒童。根據 Calkin (1992)，不安全依附的兒童在 2 歲時比同儕更容易煩躁，也容易被老師評價為依賴和緊張；在 7 歲時被觀察為社會退縮。Rubin & Coplan (2004) 的研究也證實了，行為抑制與不安全依附可能可以預測之後的社會退縮行為。

另外，過度控制以及期望過高的父母，總是以控制、命令方式和孩子互動，這樣的親子互動阻礙了孩子的獨立，也會導致兒童心理壓力過大，容易產生挫

折，而造成行為上的退縮。在這種環境下長大的兒童、易以害羞/抑制的氣質呈現，這些兒童可能在人際適應上無法發展出必要的問題解決能力(Rubin & Coplan, 2004)。高度控制的父母會剝奪兒童自主以及探索的能力，對兒童有高度要求的父母，容易因兒童達不到其高標準而指責、懲罰孩子，會導致他們容易習得無助，降低自信心。較為溺愛的父母，會過度保護孩子，導致他們容易依賴父母，缺乏獨立自主的能力，造成他們容易退縮。

父母對於退縮兒童的觀念也深深的影響著他們對自我的概念以及對行為的影響，研究指出退縮兒童的家長容易會把其退縮行為歸因於氣質等先天因素，對孩子的退縮表現不能忍受、生氣、失望，覺得罪惡和尷尬 (Rubin, 2003)。

### (三) 同儕關係：

Rubin & Krasnor (1986)指出極度退縮的兒童傾向將社交失敗歸因於個人性格而非外在事件或環境因素。Rubin 和 Stewart(1996)也表示，退縮兒童會結合同儕拒絕和內在歸因，自行創造出一個負向循環圈，藉由最初的害怕，退縮兒童開始相信他的社交失敗是個人因素，這些信念會因為社交失敗或互動而加強。同儕對於兒童來說是相當重要的，一般兒童會有人際上的互動與需求，但有一些兒童比較少參與同儕的活動，缺乏互動的經驗以及人際技巧，導致社交能力較差，容易被同儕所忽略，導致其行為更加退縮。另外有些兒童是由於被同儕與排斥與拒絕，因而獨自一人，缺乏人際相處，也會引發其退縮行為。Morison 和 Masten (1991)指出在兒童中期被同儕視為退縮和疏離的兒童，成年後更傾向負向看待他們的社交能力與人際關係。不論是由於退縮行為導致被拒絕或是因為被拒絕而導致退縮行為，同儕關係與互動，都對於退縮行為的產生有很大的影響。

### (四) 師生關係：

師生關係會影響到兒童的行為，受老師喜歡的兒童，會增加學習行為以及自我概念，與教師的情感交流也會較多。Stuhlman 與 Pianta(2002)指出老師跟退

縮兒童的關係往往不是那麼的緊密，當老師跟退縮的孩子有更多的互動時，他們也會給予比較多的關注。退縮兒童往往不會主動引起老師的關注，所以也常常被忽略，然而老師若能給予兒童較多的支持，營造一個較佳的環境，也會帶給兒童正面的效果。

### 三、退縮兒童之相關研究

針對退縮兒童治療之相關研究，國內主要針對團體治療或社交技巧訓練為主。個別治療的部分，田世崇（2003）針對一位國小四年級的社會畏縮兒童進行每週兩次，共十二次之兒童中心遊戲治療，探究其改變歷程，發現在治療過程中，兒童較能表達其情緒、也較為主動，顯示兒童的語言表達方面變得豐富，也更有自信。黃仙月（2007）也針對一位五年級社會畏縮之聽障兒童進行每週兩次，每次四十分鐘，合計十六次的兒童中心遊戲治療，採取歷程研究的方式進行研究，同樣發現退縮兒童的主動性增加，退縮行為也有所改善。此外，游春茹（2005）針對一位三年級退縮孤立兒童進行沙遊治療，也發現兒童原本退縮與人際孤立，經治療後，會開始嘗試與他人建立關係，更能獨立學習與面對外在的世界。團體遊戲治療也被證實對於退縮兒童有其正向效果（劉燕芬，2006；于佳馨，2009；劉舒珊，2004），研究指出在經過遊戲治療團體後，兒童的退縮行為明顯減少，與同學的人際關係也較佳，其自尊也增加。

社交技巧訓練也曾被運用在治療退縮兒童，有些研究並未發現其治療的顯著效果（詹前堂，2004；林佩琪，2000；胡斐瑜，2006）。唯林佩琪（2000）的研究卻發現，社交技巧訓練對社交技巧與社會自尊之提升有確實的顯著效果。蔡雪月（2002）也曾針對兩位六年級的退縮兒童進行每週一次，每次 40-50 分鐘，共九至十次的完形取向諮商，發現其退縮行為與同儕關係都有效改善。

另有針對害羞兒童的相關研究，針對不同取向進行治療成效分析。彭智絹（2005）對害羞兒童進行焦點解決取向之團體方案，研究發現可減少兒童害羞的

狀況，但對自我概念的提昇並無顯著效果。但在林吟芸（2006）的研究中發現，焦點解決團體對害羞兒童之害羞程度與自我概念均無顯著效用。此外學者透過完形取向個別遊戲治療（謝耀任、徐西森，2004）或團體遊戲治療（詹淑瑗，2002）進行成效分析，個別治療上發現兒童的自我感提升、對自我的感覺轉為較為正向、在班上較敢發言、與同儕和老師關係較佳，但在團體治療的部分，則發現對其自我概念、害羞程度等均無顯著的治療成效。

其餘運用在害羞兒童身上包含音樂輔導（郭怡芳，2008；潘美玲，2005）、繪畫活動（李淑貞，2005）、社會技巧訓練（蔡孟倫，2005）、現實治療取向團體輔導（陳智婷，2005）、利社會學習策略團體（黃瓊瑢，2005）、阿德勒學派遊戲治療團體（陳彥良，2005）與個別治療（楊月祺，2003）、網路團體諮商（吳倩儀，2004）、紙盤遊戲（廖心怡，2002）、認知行為取向（林玉彬，2000）、情緒教育團體（陳雅貞，1999）、自我肯定訓練（許文明，1988）等，也顯示對害羞兒童有不同之效用。上述方法可以有效改善害羞兒童之害羞情形（郭怡芳，2008、潘美玲，2005；李淑貞，2005；陳彥良，2005；林玉彬，2000；廖心怡，2002；陳雅貞，1999；許文明，1988）、提升其自我肯定（吳倩儀，2004；廖心怡，2002；許文明，1988）、幫助改善社交技巧（李淑貞，2005；陳彥良，2005；林玉彬，2000；廖心怡，2002）。

綜合以上相關研究，國內針對退縮或害羞兒童之研究多以團體治療及社交技巧訓練為主，研究發現並無一致性之治療成效，而在個別治療的部份多採單一個案之歷程分析，均發現有其正向的效果。故本研究希望可以更進一步運用實驗設計的方式，驗證其效果。

## 第二節 自我概念之內涵、影響因素與相關研究

### 一、自我概念之相關概念探討

自我（self）一詞，最早由 James（1890）年提出，後續引發很多對自我概

念的研究。自我概念是個體發展過程中一個重要的因素，因為它是個體人格形成的核心，也是影響個體行為表現取向的決定性因素(吳淑玲，1999)。Dusek(1996)認為自我概念為個體看待自己的方法，隨著個體年紀的增長，會運用一些內在的心理特質，來形容自己並且表達出對自我的看法、自我概念及個體的主觀性評價。Plucker & Stocking (2001)則認為自我概念是個體對自我的一組看法，此看法會隨年齡的增長變的更抽象與分化。

國內外學者對於自我概念的定義，研究者整理如下：

表 2-1

國內外學者對於自我概念之定義

張春興（1995）	自我概念是指個人對自己多方面知覺的總和，其中包括個人對自己的性格、能力、興趣、慾望的瞭解，個人與別人和環境的關係，個人對於處理事物的經驗，以及對生活目標的認識和評價等。
郭為藩（1996）	個人對自己所知覺的影響，包括自我評價的過程，而感受到自尊或自我接納
黃德祥（2006）	個體對自己的理念、情感與態度的整體認知，即個體將自己的理念、情感與態度等組織起來，建立基模，對自己所有一切的整體認知與喜惡的看法。
連廷嘉、戴嘉南（2003）	自我概念是個體對自己多方面的知覺總和，包含個體與環境的互動、個體和重要他人的互動、自己行為的歸因等。
Purkey(1988)	自我概念為一個複雜的，有組織的和動態的系統的學習信念，態度和主張，每個人都認為是他或她的個人存在的真正的整體。(Self-concept defined as the totality of a complex, organized, and dynamic system of learned beliefs, attitudes and opinions that each person holds to be true about his or her personal existence.)
Bracken(1992)	自我概念是一個多方面的複雜學習行為，經常反映個人過去的經驗，影響個體目前的判斷以及未來的行為。(A multidimensional and context-dependent learned behavioural pattern that reflects an individuals' evaluation of past behaviors and experiences, influences an individuals' current

(續下頁)

	behaviors, and predicts an individual's future behaviors.) (p.10)
Campbell, Trapnell, Heine, & Katz(1996)	一組認知基模，包含關於自我和控制與自我相關訊息處理的特質、價值、情結和語意記憶。  ( a cognitive schema that contains traits, values, episodic and semantic memories about the self and controls the processing of self-relevant information. )

綜合以上學者論述，本研究將自我概念定義為：個體對自己的整體看法，透過自己與外在環境的接觸，形成對自己外在與內在的感知與看法。

## 二、自我概念之特徵、內涵與發展

### (一) 特徵:

Purkey (1988)指出自我概念的特徵有以下三點：第一，自我概念是經由學習而來，在成長過程中累積的，透過不同經驗塑造而成，尤其是與重要他人互動行為是重要的影響因素；第二，自我概念具有整體性，是經由與他人、環境互動產生的知覺，具有穩定且整體性的特質；第三，自我概念具有動態性，會隨個人的成長、與外界的互動而產生變化，不僅塑造了個體如何看待自己、他人和世界的方法。

Shavelson, Hulbner 和 Stanton (1976) 指出自我概念有七個主要特徵：

1. 多面性：自我概念包含不同的層面，每一個層面都與個人獨特的經驗與複雜的生活有關，包含學業、社會、情緒、身體等自我概念。
2. 組織性：個體各種經驗是組成自我概念的基礎，個體會把這些複雜的經驗賦予意義。
3. 階層性：自我概念為階層性的組織，最上層是一般性自我概念，往下細分為各種特殊層面的自我概念，最下層為特殊情境下的具體行為經

驗。一般性的自我概念分為學業與非學業（社會、情緒、身體）

4. 穩定性：穩定性的方向是由上到下遞減，最上層的自我概念最穩定，最下層的自我概念最不穩定，會隨情境不同有所變化。
5. 評價性：個體在特定情境下會發展出對自己的評價，並感受到自尊或自我接納，不同的情境與他人會形成不同的評價。
6. 發展性：要兒時的自我概念是未分化的，隨著年齡的增長，自我概念會分化成不同的向度與層面。
7. 區別性：自我概念與其他心理結構是可區別的，如智力與焦慮是不同的，自我概念中的各概念也是可區別的，如學業的自我概念與非學業的自我概念是不同的。

## （二）內涵

James (1982) 將客體我分為三個部分（賴倩瑜、陳瑞蘭、林惠琦、吳佳珍與沈麗惠，2000）：第一，物質我，是以個體所擁有的身體為中心，其他尚包括家庭、物品等外在事物；第二，社會我，指他人所評價的自我，個體由他人的反應中修正自己，成為社會我的內涵，一個人被多少的社會團體認同，個人就具備多少種的社會我；第三，精神我，指個人內在主觀的部份，如思想、感受、價值觀、心理傾向等。

Shavelson、Hubner和Stantonk (1976) 將自我概念分為學業自我概念與非學業自我概念，非學業自我概念包含社會自我概念、情緒自我概念及身體自我概念。

1. 學業自我概念：個體對自身之學業成就表現的知覺，並由過去的失敗經驗累積而成，可依學科分包含英文、歷史、數學和科學等。
2. 社會自我概念：個人與同儕或其他重要他人相處的感覺

3. 情緒自我概念：與他人互動時所覺察到自己所產生的情緒狀態及對其反應之看法
4. 身體自我概念：對自己的能力及外表的看法

蔡文山（2000）將自我概念分為三個層面：

1. 生理自我：指個體對於身體、外表、健康情形、技能展現等各方面的看法。
2. 心理自我：指個體對於個人價值以及能力等各方面的評價。
3. 社會自我：指個體與他人互動中所產生之價值感與歸屬感等。

綜合以上，自我概念是一種個體對自己的整體看法，具有多種層面，並且會隨著年齡與經驗不同而有所改變，包含外在與內在層面，內在層面包含對自己價值、能力、歸屬、情緒反應等，外在層面包含學業成就、對自身外表的看法等。

### （三）發展

郭為藩(1996)指出自我概念的發展大致上可分為三個階段：

1. 自我中心期：係指出生後八個月至三歲之間，為個體生物我與軀體我明顯展現之時期。此時幼兒還分不清自己所扮演之角色，並將自己的身體當作一種獨立存在的客體。
2. 客觀化期：係指三歲至青春期，在此時間個體開始進入學校系統，展開群體生活，此時個體受社會文化的影響最深，行為表現也逐漸合於社會規準。兒童亦開始學習並認同各種社會角色，學習做一個好學生、乖小孩，準備從生物我邁向社會我的階段。然而，自我概念深受同儕與重要他人之影響。
3. 主觀化期：從青春初期至成年約有十年之久，是個體發展、整合自我概

念的關鍵時期。兒童藉由學習，吸收社會文化的客觀素材，加以組合消化形成一種評量事物的標準、尺度，開始漸漸地形成個人的價值體系，為了尋求自我認同，在生活方式、看法與態度上，都展現出獨立自主的一面，由社會化進入到心理我的層級。

### 三、自我概念之理論

#### (一) 社會學觀點

源自於 Charles H. Cooley 的鏡中自我概念，主張個體自我概念形成是透過人際互動，個體站在他人立場，想像自身在他人心中的形象個體對於他人猶如一面鏡子，自我概念即是以他人為鏡的結果 (Dusek, 1996)。因此個人對自己的看法是受到他人對自己看法的影響。

Meed (1934) 指出自我概念來自於社會經驗，自我是一種覺知的客體 (an object of awareness)。社會互動中，個人的行為會對他人產生影響，他人表現出來的態度也會對個人造成刺激而形成反應。Sullivan (1953) 也認為自我概念是個體對自己的描述，人格是虛構的實體，只有在與人互動時，才會顯現出來。個體自我概念，主要是在反應他人對個體的期待與態度之評價。

社會學學者主張自我概念源自個人社會化歷程的經驗，是在日常生活中透過與他人的交往互動逐漸發展而來 (洪詩婷, 2008)。因此個人與他人相處的經驗以及他人對自己的看法，都將影響個體對自我的概念。

#### (二) 現象學觀點

從現象學觀點，主張個人的行為表現並非決定於外在的刺激，而是受到個人對自己和自己所處「主觀知覺」的影響 (張春興, 1995)。個體對於周遭情境，具有特定的知覺，對於任一事物建立一套獨特的主觀，而其中關於自己及其相關印象，即為自我概念 (黃堅厚, 1999)。Rogers (1959) 認為自我概念包括個人

對其能力、性格，以及自己與他人、自己與事物和他人與事物等關係的看法；也包括個人從目標與理想的追求中獲得成敗經驗，以及對自己的正負評價。因此，現象學強調的是自己本身對於自己、他人、周圍環境的評價與看法，形成對自我的概念。

#### 四、影響自我概念的原因

##### (一) 家庭因素

父母的教養態度會影響到兒童的自我概念，Baumrind (1971) 及 Dusek (1996) 指出當父母採用溫暖、關懷、寬容、開明等方式與子女相處時，子女會覺得受到父母的尊重，進而發展出正向樂觀的看法；反觀，若如果父母採取權威、斥責、冷漠等方式對待子女，子女會認為自己是個差勁的人，而變得退縮、情緒低落，甚至產生心理問題及偏差行為。

Kawash (1985) 以 126 位國小五、六年級學生進行研究，發現父母接納、鼓勵獨立、對男孩的寬鬆紀律、對女孩的堅定紀律等，有利於兒童自我概念的發展。許憶真 (2004) 研究也發現：父親管教方式是「開明權威」類型時，國小學生自我概念的平均數最高，父親管教方式屬於「開明權威」(高反應-高要求)、「寬鬆放任」(高反應-低要求) 的國小學生，其自我概念比父親管教方式屬於「專制權威」(低反應-高要求)、「忽視冷漠」(低反應-低要求) 來的高；也就是說，在父親管教方式中，反應較高其國小學生自我概念優於反應低的。此外，不同的母親管教方式對國小學生自我概念有顯著差異存在，亦即國小學生的自我概念會因為母親管教方式的不同而有所差異，而且在母親管教方式是「開明權威」類型時，國小學生自我概念的平均數最高。且研究結果發現，母親管教方式屬於「開明權威」(高反應-高要求)、「寬鬆放任」(高反應-低要求) 的國小學生，其自我概念比母親管教方式屬於「專制權威」(低反應-高要求)、「忽視冷漠」(低反應-低要求) 來的高；也就是說，在母親管教方式中，反應較高其國小學生自我概念優於

反應低的。

此外，顏綵思與魏麗敏（2005）的研究也指出不同父親管教方式之國中小學生之自我概念具有顯著差異，當父親採行開明的管教方式時，其子女將比父親採行忽視、專制者具有更積極正向的自我概念。研究結果亦顯示不同母親管教方式之國中小學生之自我概念具有顯著差異，當母親採行開明的管教方式者，其子女將比母親採行忽視、專制管教方式者，具有較佳的自我概念。

依附關係也會影響兒童的自我概念，Wu 和 Lin (2005) 針對依附風格和自我概念關係之實徵研究顯示，安全依附型的個體有著較高的自我概念，而且個體會因為他們早期社會互動經驗的影響，有較高安全依附經驗比不安全依附經驗的人，有著較高的自尊。

簡璐琪（2010）研究指出家庭凝聚力與自我概念成正相關，亦即家庭凝聚力越高，兒童的學業自我概念、家庭自我概念、社會自我概念及心理自我概念越高。

## （二） 學校因素：

老師對於小學階段的兒童來說，是生活中相當重要的他人，Cole(1991)研究指出，老師對於小學生能力的評價會影響兒童在小學期間的自我概念，當老師評價越高，兒童對於自我的概念也會越高。

兒童是以自我為中心去探索周圍的世界，並從別人對待他們的方式慢慢去理解以及學習看待自己的方式，因此照顧者或父母對於兒童自我概念的形成具有很大的影響，其次為兄弟姐妹、老師以及同儕，都會對兒童自我概念的形成產生很大的衝擊與影響(Shavelson, Hubner, & Stanton, 1976)。Vanderark (1989)發現同儕的接納程度會影響兒童的自我概念，藉由與同儕互動的過程中，瞭解他人對自己的看法，進而產生對自我的態度。

Hamachek(1995)發現老師的期望會影響學生看待自己的方式以及學業成績的表現，當學生感受到老師的正面期待時，學生傾向於努力迎合老師的標準，而且表現較為理想，若是老師給予較低的期望時，學生也會感受到並慢慢習慣這種標準。Pintrich & Schunk (1996) 也指出教師的言語或是非語言的動作及表情，會成為學生判斷以及評價自己的依據，進而影響其自我概念的形成。

綜合以上，兒童的自我概念會受到家庭與學校的影響，父母親的教養態度以及管教方法，與父母親之間的關係緊密度都會影響到兒童如何形成對自己的看法。老師是學齡兒童一個重要典範，老師的態度與對待方式也深深的影響了兒童。此外，兒童與同儕間的互動，他人對兒童本身的評價，對於兒童來說都會形成不同的自我概念。

#### 五、自我概念相關研究

在國小兒童自我概念的研究上，多以團體治療為主。在個別遊戲治療對自我概念影響之研究，洪家慧（2008）針對目睹家暴之兒童進行個案研究，採折衷取向遊戲治療，研究發現遊戲治療後，其自我概念後測分數雖均較前測分數高，除家庭自我概念之分數持平，其餘均成正向改變。另外，黃芳瑛（2005）針對具攻擊行為之國小三年級兒童進行每週兩次，每次四十分鐘，共十次的遊戲治療，研究發現遊戲治療對提昇具攻擊行為兒童整體的自我概念以及「學校自我」、「外貌自我」、「身體自我」、「情緒自我」方面的自我概念具有立即性和持續性的輔導效果。

針對退縮/害羞兒童之自我概念研究，詹淑瑗（2001）針對國小害羞兒童進行完形取向團體方案，研究發現其對自我概念的提昇並未達顯著輔導效果。彭智絹（2004）針對國小五年級害羞學童進行焦點解決取向團體方案，研究亦發現在提昇其自我概念上並無立即效果。

學者針對不同對象、不同理論之團體輔導，探討兒童自我概念之議題，相關

研究敘述如下。鍾岱樺(2006)針對中年級新台灣之子自我概念與人際關係進行小團體輔導方案；游麗蓉(2002)針對國小攻擊行為傾向兒童自我概念進行閱讀治療團體輔導；張瑞玉(2004)針對國小學童自我概念與人際關係進行中心主題合作輔導方案；林怡璇(2008)針對新住民子女自我概念進行戲劇團體治療；李翠月(2003)針對國小人際關係困擾學生進行自我肯定訓練等，上述研究發現團體輔導方案對兒童自我概念並不具顯著的輔導成效。另外，巫怡美(2007)針對對立性違抗兒童進行規則性團體遊戲活動；洪嘉蓮(2003)針對父母離異兒童進行完形取向團體諮商；邱美華(1991)針對國小適應欠佳學童進行繪畫治療團體；陳淑慧(2008)針對弱勢團體自我概念進行表達性藝術團體；伍啟良(2003)針對國小注意力缺陷過動症兒童進行自我成長團體等，研究均發現其對提升自我概念不具立即與追蹤輔導效果。

另外，章翠吟(2012)針對四年級新移民子女自我概念進行小團體輔導，研究發現小團體輔導後，其「整體自我概念」、「身體自我概念」、「情緒自我概念」有立即輔導效果；但在「家庭自我概念」、「學校自我概念」、「外貌自我概念」未具立即輔導效果。張瓊文(2002)針對國小五年級三十位行為困擾兒童進行現實治療團體輔導，實驗組與控制組各十五名，研究顯示現實治療團體對其自我概念及家庭自我概念分量表具有立即輔導效果，在學校自我概念、外貌自我概念、身體自我概念、情緒自我概念等分量表方面則未具有顯著的立即輔導效果。在長期輔導效果上，現實治療團體輔導對國小行為困擾兒童的自我概念及家庭自我概念分量表具有長期輔導效果，在學校自我概念、外貌自我概念、身體自我概念、情緒自我概念等分量表方面則未具有顯著的長期輔導效果。邱素梅(2008)針對國小高年級兒童自我概念進行理情行為團體諮商，研究發現理情行為團體諮商對於提升國小高年級兒童的自我概念，在「情緒自我」分量表上具有立即性的諮商效果，但在「自我總分」及「家庭自我」、「學校自我」、「外貌自我」三個分量表上其分數有所提高，但未達統計顯著。在「自我總分」和「學校自我」、「情緒自我」

分量表上具有持續性的諮商效果，在「家庭自我」和「外貌自我」二個分量表上其分數有所提高，但未達統計顯著。

上述研究對自我概念之治療效果多呈現無顯著改變或部分改變，但有少數研究呈現正向效果。蔡采純（2009）針對國小學童人際關係進行現實治療團體、吳卿華（2005）針對國小高年級生活適應困難學生進行阿德勒取向團體輔導等研究，均發現在團體輔導後，學生之自我概念有立即輔導效果。陳學添（2000）針對受虐兒童自我概念進行藝術治療，研究亦發現經由藝術治療的介入，個案對自我概念增強，行為困擾降低。黃麗娟（2007）針對國小憂鬱傾向兒童進行焦點解決團體方案，研究發現在經過焦點解決團體後，其自我概念之立即效果與追蹤效果均達顯著差異。

趙曉美（2000）設計一套「增進自我概念課程」，針對國小五年級低自我概念的兒童，進行為期 30 週的增進自我概念課程教學。研究篩選 64 名學生（男、女生各半），並隨機分派成實驗組與控制組，計算其在自我概念總分及七個量表（身體能力、身體外觀、同儕關係、親子關係、國語、數學、其他學科）之前、後測與追蹤分數。研究發現實驗組之整體自我概念得分顯著高於控制組，並有其追蹤效果。

根據過去研究多以團體治療為主，在結果的呈現上也呈現不一致的狀態，研究採用遊戲治療發現其對自我概念的提升有效果，可以改善目睹家報（洪家慧，2008）以及具攻擊行為兒童（黃芳瑛，2005）之自我概念。但在針對較內向退縮兒童之自我概念研究鮮少，故研究者希望能運用個別遊戲治療的介入方式來瞭解退縮兒童之自我概念之改變歷程及其效果。

### 第三節 兒童中心遊戲治療

#### 一、遊戲治療之定義與效能

##### （一） 定義

遊戲是兒童表達自我的一個重要媒介，透過遊戲，兒童能夠表達真實的自我。遊戲是兒童象徵的語言，並且能表達出 (a) 兒童經驗到什麼；(b) 對經驗的反應；(c) 對經驗的感覺；(d) 兒童的願望與需求；及 (e) 兒童對自我的概念等 (Landreth, 2012)。美國遊戲治療學會 (1982) 定義遊戲治療為：系統性地使用理論來建立人際過程，由受訓的遊戲治療師運用遊戲之治療性能力，知道如何選取遊戲器材及如何發展一段安全的關係，讓孩子可透過自然的溝通方式——遊戲，來完全表達自己的情感、想法、經驗與行為，進而預防及解決孩子心理社會發展的困擾。另外英國遊戲治療學會 (1996) 定義遊戲治療是一個動態的過程，讓兒童慢慢探索影響其現在生活的過去與現在、有意識跟無意識的議題。兒童的內在資源能夠幫治療帶來成長與改變。遊戲治療是以兒童為中心，遊戲是初級媒介，而語言是次級的在遊戲治療中，遊戲就是一種治療，所有形式的遊戲治療，包含非指導性遊戲治療或兒童中心遊戲治療、指導性遊戲治療、家庭遊戲治療，都主張遊戲是兒童表達的最原始方式 (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2010)。

國內外學者對於遊戲治療的定義有些異同，研究者整理如下：

表 2-2

**國內外學者對於遊戲治療之定義**

台灣遊戲治療學會 (2006)	把治療的元素加入遊戲情境中，以遊戲作為治療的媒介，協助兒童與治療者建立良好互動關係的治療方法。
廖鳳池、王文秀、田秀蘭 (1997)	治療者運用玩具、遊戲活動、玩偶、繪圖等為媒介，使用在遊戲的情境中，能自然地表現出其想法、感情和行為，藉著彼此和諧的互動過程，降低兒童的焦慮與防衛，以增進兒童對自己的了解，進而養成解決問題的能力。
Landreth(2012)	遊戲治療者與兒童(或任何年齡者)之間的互動關係，治療者必須受過良好的訓練，並瞭解如何選擇遊戲器材及如何發展安全而溫暖的關係，讓兒童 (或任何年齡者) 能用最自然的溝通方式-遊戲，來完全表達自己及揭露自己的感情、想法、經驗及行為，朝向最適當的成長與發展。 (A dynamic interpersonal relationship between a child (or person of any age) and a therapist trained in play therapy)

(續下頁)

	procedures who provides selected play materials and facilitates the development of a safe relationship for the child (or person of any age) to fully express and explore self (feelings, thoughts, experiences, and behaviors) through play, the child's natural medium of communication, for optimal growth and development. ) (p.11)
Webb(1991)	一種心理治療方法，以心理動力與發展為基礎，輔助幼童透過各種想像的、表達的遊戲材料來釋放各種情緒。 ( A psychotherapeutic method, based on psychodynamic and developmental principles, intended to help relieve the emotional distress of young children through a variety of imaginative and expressive play materials. )
Association for Play Therapy, APT 美國遊戲治療學會 (1982)	系統性地使用理論來建立人際過程，由受訓的遊戲治療師運用遊戲之治療性能力，知道如何選取遊戲器材及如何發展一段安全的關係，讓孩子可透過自然的溝通方式— 遊戲，來完全表達自己的情感、想法、經驗與行為，進而預防及解決孩子心理社會發展的困擾。( The systematic use of a theoretical model to establish an interpersonal process wherein trained play therapists use the therapeutic powers of play to help clients prevent or resolve psychosocial difficulties and achieve optimal growth and development. )
British Association of Play Therapists, BAPT 英國遊戲治療學會 (1996)	遊戲治療是一個動態的過程，讓兒童慢慢探索影響其現在生活的過去與現在、有意識跟無意識的議題。兒童的內在資源能夠幫治療帶來成長與改變。( Play Therapy is the dynamic process between child and Play Therapist in which the child explores at his or her own pace and with his or her own agenda those issues, past and current, conscious and unconscious, that are effecting the child's life in the present. The child's inner resources are enabled by the therapeutic alliance to bring about growth and change. )

綜合以上，遊戲治療是一種透過遊戲作為媒材的治療方法，讓兒童能夠在過程中自由表達自己的情感、想法及行為，並與治療師建立起安全與良好互動，進而幫助兒童成長。

## (二) 遊戲治療的效能

遊戲治療不只限於治療師與兒童一對一的治療方式，治療對象的年齡層可以從嬰兒到老人 (Carmichael, 2005)，但大部分仍以兒童為主要對象，一般建議遊戲治療的適當年齡為約三歲至十三歲之間 (陳慶福、李雅真，2004)。

遊戲治療可用於幫助解決以下多種兒童之議題，包括：受虐、攻擊行為、自我中心、燒傷、慢性病、身心障礙、智能不足、精神分裂症、情緒困擾、尿床、害怕及焦慮、悲傷、住院兒童、學習困難、閱讀困難、選擇性緘默、自我概念、社會適應、語言困難、創傷後壓力疾患、及退縮等 (陳慶福、李雅真，2004)。許多研究也證實了遊戲治療的效用，並廣泛運用在各種兒童的主訴問題上。

Bratton, Ray, Rhine, & Jones (2005) 彙整 1953 至 2000 年的遊戲治療研究報告並進行後設分析，進而評估遊戲治療成效及影響因素。Bratton 等人分析 93 篇研究報告，發現有情緒和行為問題的兒童經過遊戲治療後其功能較佳，比未治療者相差了 0.8 個標準差。研究也發現人本取向的遊戲治療比非人本取向的遊戲治療成效較佳。王文秀、王純琪、張高賓、連廷嘉(2006)針對臺灣地區遊戲治療成效進行後設分析，彙整了 65 篇近三十年來遊戲治療的相關研究，研究發現遊戲治療對於兒童的特定問題具有立即性及長期的治療效果。根據國內其它研究，也都顯示遊戲治療的效果是有效的 (田世崇，2003；柳慶茂，2003；劉靖國，2003；黃世欽，2005；王翠蘭，2004)。遊戲治療應用在國小學童可增進行為困擾學童之學習行為、改善退縮學童的人際關係、增進不適應學童之學校生活適應感、降低分離焦慮學童與選擇性緘默學童之人際困擾以及幫助喪親學童抒發壓抑之情緒 (周黃麗梅，2006)。國外也廣泛運用遊戲治療在不同主訴問題的兒童身上，如：攻擊行為 (Schumann, 2004)、過動 (Schottelkorb, 2007；Schottelkorb & Ray, 2009)、破壞行為 (Cochran, J., Cochran, N., Fuss, & Nordling, 2010)、性虐待兒童 (Zion, 1999)、目睹家暴之兒童 (Kot, Landreth, & Giordana, 1999) 等，都分別發現遊戲治療有效減少其攻擊行為、過動現象、破壞行為，對其情緒、自我概念

等都有所改善。

## 二、兒童中心遊戲治療（Child-Centered Play Therapy, CCPT）理論

### （一）簡介

兒童中心遊戲治療的理論基礎緣起於 Carl Rogers 於 1940 年創立的非指導性取向治療（non-directive Therapy），1980 年代更名為個人中心治療。Rogers 指出治療中造成人格改變的條件為兩個人具有心理上的接觸，而個案處在一個不一致、脆弱或焦慮的狀態，治療師使個案經驗到無條件積極關懷，傳達對個案內在世界的接納(Rogers, 1957)。個體有其內在資源用以幫助其自我瞭解，改變其自我概念、基本態度和自我導向行為，若能夠提供一個良好的催化，這些資源將可被挖掘，而這些催化的條件包含真誠一致、同理接納與無條件積極關懷（Rogers, 1980）。

Axline（1947）透過遊戲治療將個案中心治療的原則加進兒童治療中，認為遊戲是兒童最自然的一種自我表現方式，它提供兒童一個經驗成長最有利的環境，讓兒童在遊戲中做自己真正的主人翁，表現出自己的感覺與問題，就好像在有些治療法中讓成人說出他的問題（Axline, 1947/1996）。

兒童中心遊戲治療的核心信念是兒童有與生俱來的能力去解決他們所經驗到的問題，增強他們的自我控制，並增加他們的能力與自信（VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2011）。Axline(1969)認為兒童中心遊戲治療提供了兒童最有利的情境成長，且遊戲是表達自我的媒介，兒童應有機會玩出積壓已久的緊張、挫折、不安全感、攻擊、害怕、困惑及混亂的情緒，藉由情緒的發洩，兒童能將壓抑的情緒帶到表層，面對並學習去控制它。

兒童中心取向遊戲治療另一個代表人物為 Garry Landreth。Landreth 將個人中心學派運用在兒童上。兒童中心學派人格結構理論基於三個主要的基本概念（Landreth, 2012）：第一，個人（the person），個人乃是指全部的兒童，包括

思想、行為、感情及身體；第二，現象場（the phenomenal field），乃是兒童經驗的每一件事，不管是否是意識層面的、內在或外在的，由此形成個體的基本內在參考架構，任何兒童覺得發生的事，對他而言都是真實的；第三，自我（the self），是指在發展的過程中，與重要他人及所處的環境互動的結果，所形成獨特經驗的總合。

兒童中心遊戲治療主要目的在讓兒童靠自我的力量成長，並學習面對未來的挑戰。Landreth (2012)指出兒童中心遊戲治療目標如下：發展更正面的自我概念、承擔更大的自我責任、能更具自我控制能力、能更自我接納、能更依靠自己、具有為自己做決定的能力、經驗控制的感覺、在面對困難時更審慎處理、發展內在評價自己的能力、更信任自己。

透過兒童中心遊戲治療，兒童能夠更瞭解自己，並且學會自我控制，接納自己的情緒以及行為，提升對自我的評價，在面對問題時，能夠更有能力，並且為自己所做的選擇負責。

如同 Axline，Moustakers 認為對兒童情緒的反映，及透過同理的態度，對於澄清兒童有很大的價值，他深信兒童的能力可達到自身的問題解決，治療師應主動接納兒童的情緒，尊重兒童現在的樣子，而非他應該成為的樣子(陳慶福，李雅真，2004)。

## （二）治療師的角色

遊戲治療師要幫助治療性關係的建立及開啟兒童內在資源的基本態度是真誠、非佔有性的溫暖及同理心（Rogers, 1986）。當兒童感受到治療師的溫暖、興趣、關懷、瞭解、真誠及同理心時，便能開始做自我改變（Landreth, 2012）。此外學者表示遊戲治療的焦點應該在兒童身上，治療師在遊戲中並不主動引導或決定遊戲方向，但在情緒上採主動敏感及理解兒童的行為表現，並給予回應（陳慶福、李雅真，2004）。

在兒童中心遊戲治療，有四個主要技巧（VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2011），可以幫助兒童在治療過程中促進其自我成長：

1. 結構化 (structuring)：結構化是幫助兒童瞭解兒童中心的遊戲歷程以及和其他遊戲時間、與生活中其他人互動的不同，強調治療工作中開放與接納的氣氛。兒童在裡面是可以做選擇的，治療師需要去保護兒童，讓他們在裡面感到安全。
2. 主動傾聽(active listening)：主動傾聽是用以瞭解兒童相當重要的方式，治療師需要專注、接納兒童的感覺與需求，幫助治療師進入兒童的世界，治療師在過程中去反映兒童的行為、情緒以及感受。Moustakas 及 Schalock (1955)提出在遊戲治療師的行為中，最重要的是「在那裡 (being there)」，指的是以觀察、傾聽，及做陳述來與兒童互動的一種態度。治療師的獨特來自主動的傾聽，其最重要的目標就是傾聽與瞭解 (Landreth, 2012)。治療師反映所觀察到的兒童情緒的表達，相信兒童會自發地糾正治療師的錯誤反映，目標不是去詮釋遊戲，而是讓兒童意識到他或她的情緒，並增進情感的分享 (Carmichael, 2006)。
3. 兒童中心的想像遊戲(Child-Centered imaginary play)：在遊戲過程中，兒童可能會邀請治療師一同進行想像或扮演遊戲，這是另外一種瞭解兒童的知覺、感覺與經驗的方法。治療師依照兒童的希望利用口語會非口語的方式進入兒童的想像遊戲中，過程中由兒童主導。當治療師在使用兒童中心想像遊戲時，不太常需要去使用反映的技巧，這會使治療師回到大人的角色，無法完全進入兒童的想像世界中。
4. 設限(limit setting)：設限是為了保障兒童與治療師的安全，治療師需要讓兒童在裡面感到安全，也讓兒童學習對自己行為負責任。設限的主要目標不在制止行為，而是幫助兒童用更恰當的方式來表達動機、慾望、或

需求 (Landreth, 2012)。此外, Moustakas(1959)指出若沒有限制, 治療不可能會產生效果。

設限有以下幾個步驟, 可幫助傳達對兒童行為動機的接納與瞭解 (Landreth, 2012):

- (1) 指認兒童的感受、期盼、及想法: 說出兒童的感受或想法是要讓兒童覺得自己被接納, 接納與瞭解兒童的動機, 會讓兒童感到滿足並修正個人行為。
- (2) 說出限制: 限制要以明確特定的方式清楚讓兒童知道。
- (3) 提供另外可行的途徑: 治療者需提供另外一種管道, 讓兒童能夠表達原始行為。不只用口語, 也可用非口語的方式, 幫助兒童將注意力轉到新的目標物上。

Ray (2004)提到遊戲治療的基本技能包含非語言的技巧, 如身體向前傾、表現有興趣的樣子、運用適合的語調來表達兒童的感覺; 口語技巧包含傳達好的口語反應、追蹤行為、反映內容、反映情緒、幫助做決定、建立自尊、促進關係等。

此外, 兒童中心遊戲治療師相信治療關係的重要性, 並且將焦點放在和他們一起工作的兒童身上, 而不是他們的問題(Gioradano, Landreth, & Jones, 2005)。

Axline (1969)用八個基本原則說明治療師與兒童的關係: 原則一, 治療者對兒童有真正的興趣, 發展溫暖、關懷的關係; 原則二, 治療者必須接受兒童本身真實的一面, 不期盼兒童有所不同; 原則三, 治療者在與兒童的關係中, 要建立安全感與包容性, 讓兒童能自在的探索與表達他的感受; 原則四, 治療者要能敏感的辨識兒童表現出來的感受, 並幫助兒童自我瞭解; 原則五, 治療者必須相信兒童能夠負責任, 尊重兒童有解決問題的能力; 原則六, 治療者應避免引導兒童的行動及談話, 讓兒童決定方向, 治療者只跟隨; 原則七, 治療者不能急於加速

治療過程，因為治療是漸進式的；原則八，治療者設限的目的在幫助兒童知道自己在治療關係中應負的責任。

當兒童感受到治療師的溫暖、興趣、關懷、了解、真誠、及同理心時，便能開始做自我改變。透過這種治療性的關係，治療者表達對兒童的信心，相信他有能力幫助自己，也因此讓兒童利用自我的力量去冒險嘗試。因為被接納，兒童會看重自己，進而認為自己是獨特獨立的個體（Landreth, 2012）。

此外，鄭如安（2002）提出四種遊戲治療師在遊戲治療過程中應培養的態度與具體作法：

1. 接受兒童的原貌：無條件的接納，不要問兒童為什麼，不要給予指導或暗示，對兒童持有高度的興趣，要能接受模糊或沈默，要去接觸兒童本身，而非先看到他們的問題。
2. 選擇權與自由：兒童有充分的選擇自由，治療師對於尚未發生的事不設限，明確的表達在治療室中兒童可以做的，容許他們自己做選擇並且鼓勵他們做決定。
3. 專心陪伴：要有足夠的反應、豐富的表情，對兒童表達欣賞與鼓勵。
4. 尊重：將兒童與治療師視為平等，跟隨兒童的腳步，不要催促他們做改變，如果要更改時間地點必須要先跟兒童討論，以兒童為主體，以兒童為最優先考量。

也因為兒童中心遊戲治療強調的是兒童與治療師之間的互動關係，所以有助於社會退縮兒童之行為改善，因為對退縮的兒童來說，安全且自在的情境對她們來說是相當重要的，透過治療師的接納，能夠讓他們較自由的去表達自我。兒童中心治療學派認為大部分的孩子在社會、情緒及行為上的問題是來自對環境的適應問題，所有適應不良者都導自於真實的經驗與自我概念不協調。當兒童對經

驗的知覺被扭曲或否認，其自我經驗間便存在著某種程度的不協調，但若成人提供安全溫暖的環境，便可讓兒童經驗適應不良的能力，轉化成為心理健康的傾向（Landreth, 2012）。造成兒童退縮的原因有很多種，包含家庭、學校、人際關係等，無法讓兒童感覺到安全、被接納，與父母之間不安全的依附、學校老師與同學的忽略等，都可能讓退縮兒童經驗到矛盾與不一致，造成適應不良。因此，CCPT 就是藉由提供一個安全的治療環境，透過與治療師的互動，兒童可以學習與經驗到被尊重與接納瞭解，也藉由互動中學習更好的人際互動模式，提升其適應能力。

### （三）玩具的選擇與場地設置

Landreth (2012)強調玩具應該透過選擇而不是隨便收集，玩具與器材的選擇應符合遊戲治療中的七項要素，包含：與兒童正向關係的建立、廣泛情感的表達、真實生活經驗的揭露、試探治療關係中的限制、促進正向自我概念的發展、自我了解的發展及提供自我控制的機會。

遊戲治療室中應包含各種不同類型的玩具，Guernsey(2001)認為所選擇的玩具必須包含攻擊、退化、獨立及能力主題。建議基本遊戲室設備包括桌子、椅子、沙箱、畫板及供水處。

Giordano、Landreth & Jones(2005)將遊戲室玩具歸納成以下類別：

- 一、撫育性玩具：嬰兒娃娃、奶瓶、奶嘴、梳子、嬰兒床；醫藥箱、繃帶、白色口罩、醫師服/白袍；烹煮用具、塑膠食物、盤子、湯鍋、平底鍋、爐子。
- 二、建立能力的玩具：積木、創造性建築玩具、套圈圈、保齡球、籃球框。
- 三、發洩攻擊的玩具：塑膠攻擊性動物(老虎、獅子、鱷魚、蛇)，不倒翁拳擊袋、塑膠士兵、培樂多黏土、塑膠刀、軟式子彈槍、手銬。
- 四、真實生活的玩具：娃娃屋、娃娃家庭、手偶，包含家人、警察、醫生、護

士、動物家族等；玩具錢、收銀機、清潔用品(掃把、畚箕、抹布、拖把)；運輸工具(車子、卡車、飛機、船、校車、救護車、救火車、直升機)。收銀機對抗拒、焦慮、害羞或退縮的兒童特別重要，他們可以用曖昧的方式來玩，而不流露出任何感情(Landreth, 2012)。

五、想像性/戲劇性的玩具：帽子/救火員帽、警察帽(包括帽子和警徽)、水手帽、小丑帽；服裝/領帶、外套、鞋子、皮包、珠寶、女裝；面具/獨行俠面具、眼罩、太陽眼鏡。

六、創造性表達及情緒發洩的玩具：沙、水、積木、畫架和顏料、蠟筆、彩色筆、膠水、鈍頭剪刀、膠帶、冰棒棍、絨毛鐵絲條、培樂多黏土。沙和水是兒童常用的非結構遊戲媒介，沙和水沒有固定形狀，有無限可能，沒有對或錯，兒童保證是成功的，這對害羞或退縮的兒童尤其有幫助(Landreth, 2012)。

遊戲室的位置最好安排在不打擾到其他成員或同事的地點，房間需要有足夠的空間讓兒童可以在裡面舒適地移動，但不宜過大。在太大的空間裡面，兒童通常會在這個區域感到迷失好像沒有界限，他們通常會感到失控且無法跟自己在一起(VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2011)。遊戲室應選用堅固的、木製或硬表面的兒童尺寸傢俱。大致需要一張桌子、三張椅子，及一張大人尺寸的椅子(Landreth, 2012)。遊戲治療室的特徵包含：選擇耐用堅固並容易清洗的地板，避免使用地毯，因為清理困難。用耐久及可洗式的塗料將牆壁漆成米白色，避免太暗、太鮮明或太沉重的顏色。建議設置有冷水開關的水槽，將冷水閥門半開，這樣兒童就可以把水龍頭全開但不會將水濺的到處都是。兩面牆需要有櫃子來放置玩具和器材，最高的櫃子不應該超過 38 英吋(Giordano, Landreth, & Jones, 2005)。

在兒童中心遊戲治療中，為了有效的幫助兒童，讓兒童感覺在治療室裡面是安全的是很重要的，創造這種感覺乃是透過：(1) 物理上的架構，如牆壁或清

楚的標註描述哪裡是遊戲室的範圍；(2)兒童行為的設限，讓兒童知道如果他們違反這些界限治療師會阻止他們 (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2011)。

#### (四) 治療階段

Guerny 認為 CCPT 有以下幾個治療階段 (Carmichael, 2005)：第一，準備 (warm-up) 階段，主要為測試界線、較低專注力和試驗性的遊戲活動；第二，攻擊 (aggressive) 階段，特徵是兒童的攻擊程度，拘謹的兒童可能不會收拾玩具或讓水灑在地板上，較不拘謹的兒童則可能會表現出大部分人所標籤的攻擊性行為；第三，退化 (regressive) 階段，攻擊行為的減少或消除，兒童可能會退化而有幼稚行為，但更可能的是兒童會參與以依賴、依附，及撫育為焦點的遊戲主題。這個階段對兒童而言並不是一個一致的時期，而是像鐘擺一樣，在獨立和依賴之間擺盪；最後是熟練 (mastery) 階段，兒童的遊戲反映出能力感及情緒控制，遊戲主題往往是生活情節。

治療的過程是漸進的，可能在過程中不會有明顯的改變，治療師無法依賴兒童忽然有能力以言語表達一個重大進展、宣布治療成功並指出結案時間

(Carmichael, 2005)。因此評估兒童是否準備好結束治療關係，需要觀察兒童行為上的改變。Landreth(2012)也指出顯示兒童已經準備好結束治療關係的六個自發性改變，包含兒童較不依賴並可以將重心放在自己身上、兒童直接開放地表達需要並且較不迷惑、兒童接受為自己的感覺和行為負責、兒童適當地控制自己的行為、兒童較自我指引及有自信地進行活動、兒童較有彈性及容忍度等。

Moustakas (1955)分析受困擾兒童在遊戲治療過程中，由下列階段可顯示出他們的進步：1.在遊戲中隨時表現出負向情緒；2.矛盾的感覺，一般為焦慮或敵意；3.對父母、兄弟姊妹或其他人直接表現出負向情緒或特定的退化行為；3.對父母、兄弟姊妹或其他人表現出正向或負向的矛盾感覺；4.清楚、明白、獨立、通常合乎現實的正向或負向態度主導遊戲。

林美珠（2002）彙整遊戲治療歷程研究歸納出四個階段及三個指標如表 2-3

所示：

表 2-3

遊戲治療歷程之階段性歸納

階段（內容）	非口語部分（含臉部、肢體及情緒的表達）	口語部分	遊戲性質
階段一 建立關係	表達出害怕、焦慮等負面情緒，偶而出現快樂情緒，有時會表達沒有特定對象的攻擊	較少主動表現出口與行為，僅作簡單的描述或訊息的陳述，對於治療者的反應會予以澄清	探索遊戲、好奇、非特定遊戲
階段二 接納及同理	表現出較多的快樂，有特定對象的攻擊行為、害怕焦慮等情緒	開始描述有關個人及家庭的資料	只攻擊特定的人、事或以象徵遊戲來攻擊特定的人或事。出現關係性及創造性遊戲
階段三 接納及尊重兒童的矛盾情感的表達	持續負面情緒表達中出現較多正面的情感，對同一個事件或一個人又愛又恨，在非語言探索中給予更多也	由遊戲或口語中給予更多的個人及家庭的資料，主動積極的邀治療者加入兒童的遊戲，有時呈現攻擊的語言。	出現對特定人、事攻擊的遊戲，漸漸出現角色扮演、戲劇性、關係性及創造性遊戲，在遊戲中介入經驗而不予以抑制。
階段四 此階段兒童已能接納自己，能愛自己也能被愛，表現出自我指導及自我負責	清楚的表達並區分與正負情緒有關的人或事，出現更正向及真實的情感。	能用語言表達他們的情緒，和治療者做口語的互動，嘗試用口語指揮治療者的行為。	關係性、創造性、戲劇性，角色扮演及偶發遊戲。

### 三、兒童中心遊戲治療之相關研究

關於兒童中心遊戲治療，國內外已經廣泛運用於各種兒童身上，如人際關係不良、內向兒童（洪淑雅，2001）、學習障礙兒童（蕭月卿，2002；李佳儒、

程小蘋，2010)、智能障礙兒童(許仲輝，2004)、憂鬱傾向兒童(林弘曆，2008)、攻擊傾向兒童(莊馥菁，2010)、目睹婚暴兒童(洪家慧，1999)、受虐兒童(賈士萱，2007)、選擇性緘默症(黃世欽，2004)等，均顯示遊戲治療對於兒童是有幫助的，可以有效幫助兒童學會表達自己、學習辨識自己的情緒並表達出來，提升其對生活的適應力，對自己也有較多的正向感受。

國外也將兒童中心遊戲治療運用於各種類型的兒童上，如攻擊行為(Schumann, 2004)、過動(Schottelkorb, 2007; Schottelkorb & Ray, 2009)、破壞行為(Cochran, J., Cochran, N., Fuss, & Nordling, 2010)等，都分別證實遊戲治療能有效減少其攻擊行為、過動現象及其破壞行為。Zion(1999)利用單一組前後測設計，針對26位3-9歲遭受性虐待之兒童進行12週的個人中心遊戲治療，研究發現對其情緒、自我概念、社會能力等有部分改善。另外Kot, Landreth, & Giordana(1999)針對11位目睹家暴之兒童進行遊戲治療，結果發現在經過12週的遊戲治療後，兒童在自我概念有顯著改善、其外部行為問題也顯著減少。另外許多研究也證實遊戲治療能有效治療PTSD兒童(Ogawa, 2004)。除個別遊戲治療外，Danger(2003)針對語言障礙兒童進行以兒童為中心的團體遊戲治療，研究結果呈現兒童的自我自尊、退縮行為、積極的社會互動後等有其效果。這項研究支持了以兒童為中心的團體遊戲治療的使用，作為有效的干預策略與講話困難的兒童，以提高表達和接受語言技能發展。

國內遊戲治療相關之研究，多以歷程分析為主，如柳慶茂(2004)針對分離焦慮兒童進行為期十二次的兒童中心遊戲治療，研究發現分離焦慮兒童在經過兒童中心遊戲治療後，其語言表達能力有所改善，非口語部分也較趨輕鬆自在，較能展現其主動性，情緒與行為表現上較佳，也改善了其分離焦慮的程度。

國外研究則除了歷程分析外，有進行實驗設計與較大規模的研究。Brandt(2001)指出在經過7-10次的遊戲治療後，能有效改善行為與情緒困擾兒童之行為問題，降低其社會退縮、焦慮、沮喪等問題。Wetting, Coleman & Geider(2011)

針對 22 位語言障礙、害羞、社交焦慮的兒童進行遊戲治療，研究發現遊戲治療明顯改善兒童的自信、表達與溝通能力，也減少了社會退縮行為。

綜合以上研究，發現兒童中心遊戲治療對於改善兒童的表達與溝通能力、自我概念、社會退縮行為都具有其療效，也幫助兒童提升其適應能力。

#### 第四節 兒童中心遊戲治療運用於社會退縮兒童之相關研究

國內針對遊戲治療運用在社會退縮兒童之研究較少，田世崇（2004）針對一位小學四年級的社會畏縮兒童進行為期十二次的兒童中心遊戲治療，遊戲治療歷程分析發現兒童在遊戲過程中，與治療者的互動由被動轉變為主動；情緒的抒發由壓抑隱藏轉變為自然流露；問題解決由逃避轉變為勇於面對；語言表達也較為豐富、有自信。此外，黃仙月（2007）也針對一位國小五年級有社會畏縮之聽障兒童進行兒童中心遊戲治療，每週兩次，共計十六次，分析其遊戲行為的改變情形、與治療者互動關係的改變情形與社會畏縮行為的變化情形。研究發現經過遊戲治療後，退縮兒童的主動性增加、較能專注在遊戲中、對社會畏縮行為也有立即改善、並具有延宕性效果。

Wettig 等人（2011）針對害羞與社會退縮兒童進行遊戲治療成效探討，針對有語言障礙和害羞/社會焦慮雙重診斷之兒童進行遊戲治療，利用前、後測以及追蹤，並使用 Clinical Assessment Scale for Child and Adolescent Psychopathology (CASCAP-D) 評估兒童精神病症狀。研究主要評估遊戲治療的效果，將指導性、短期、依附取向的遊戲治療用於具有語言障礙與害羞/社交焦慮雙重診斷的兒童。

上述研究包含兩個部份，第一個部份進行縱向研究，針對一個德國醫學中心裡的 22 位年齡範圍位於 2-7 歲之兒童，進行遊戲治療並追蹤在兩年後的成效。結果顯示在治療前後，其各症狀平均分數均有下降，但在治療後實驗組與控制組在害羞/膽怯、過度適應/順從和不信任/多疑上均沒有顯著差異。實驗組在注意力不足、缺乏合作、社會孤立/退縮和語言的表達與理解上明顯比控制組差。分析

實驗組在治療前、治療後以及追蹤期的效果，發現在治療後各症狀均有顯著的改善，除了語言表達以及缺乏自信。在治療後兩年的追蹤期也有相似的結果，但在語言表達上有顯著改善。在治療結束後，實驗組在害羞上跟控制組相同，且在兩年的追蹤期後仍然維持相同的結果。

研究的第二個部份包含不同中心的 167 位個案和治療師，參與者是來自於跨德國和澳洲的獨立醫學中心，裡面共有 333 個病患，主要治療行為疾患和語言遲緩。研究篩選出 167 位有雙重診斷(臨床顯著上的社會焦慮和語言遲緩)的兒童，其中包含 60 個女孩及 107 個男孩，平均年齡為 4.5 歲。在治療後，實驗組和控制組的個案在社會退縮、缺乏自信、語言的表達與理解有顯著差異，但在害羞/膽怯、注意力缺乏、缺乏合作、過度順從、不信任/多疑上沒有顯著的差異。因此，根據上述研究，在經過遊戲治療後，會降低退縮兒童之退縮行為、提升其自信及語言表達，並且在後續追蹤上也仍然保有其效用。

綜合以上，國內外都有運用兒童中心遊戲治療於退縮兒童身上，也都發現對於退縮兒童的害羞、缺乏自信、主動性以及表達上均有所改善，然而國外有針對大樣本進行研究與分析，國內在此部分則較為缺乏，但也都證實兒童中心遊戲治療的效用。

故本研究希冀採用量化分析的方式，透過實驗設計，將兒童中心遊戲治療運用在退縮兒童身上，並且透過量表之前、後測分數，檢驗其治療效果。考量國內外研究採用量表進行分析時，多就量表分數之前、後測進行比較，容易受到填答者的心境與環境影響，也較容易忽略掉其他訊息，故本研究加入課堂直接觀察的部分，透過「直接觀察表」觀察退縮兒童之實際課堂行為表現，以期能夠獲得更多豐富與重要的訊息。

### 第三章 研究方法

本研究根據研究目的及相關文獻，採等組前後測設計，運用實驗設計探討遊戲治療對退縮兒童在退縮行為與自我概念之成效。本章共分為六節，第一節為研究設計；第二節為研究對象；第三節為研究者；第四節為研究工具；第五節為研究程序；第六節為資料分析與處理。

#### 第一節 研究設計

##### 一、研究架構與實驗流程



圖 3-1 研究架構圖

本研究採等組前後測設計，以遊戲治療考驗其對退縮兒童在退縮行為與自我概念之影響。實驗組與控制組的分配採隨機分派，於前測、後測均實施「六歲至十八歲兒童行為檢核表」、「六至十八歲兒童-教師報告表」以及「國小學童自我概念量表」，做為蒐集資料的工具。此外，研究者亦在諮商介入前、期間、結束後，觀察記錄實驗組與控制組成員在學校上課時與他人互動的情形。

本研究設計之模式如下：

組別		前測	實驗處理	後測
實驗組	R	Y1	X	Y3
控制組	R	Y2		Y4

上表各代號之含義如下：

Y1：實驗組之前測

Y2：控制組之前測

Y3：實驗組之後測

Y4：控制組之後測

X：實驗處理—遊戲治療

本研究之研究設計圖，如圖3-2所示：

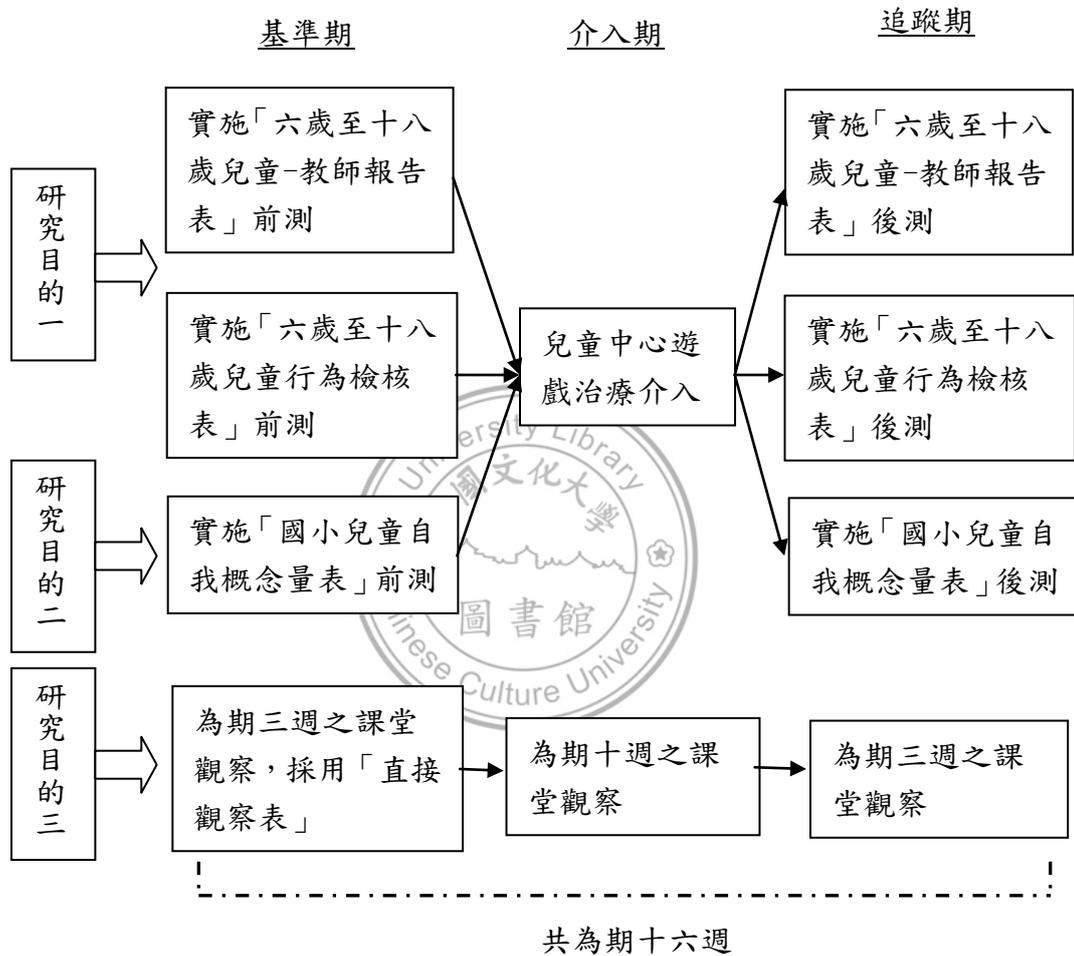


圖 3-2 研究設計圖

## 二、 研究設計階段：

在遊戲治療施行前、後一週，分別實施「六歲至十八歲兒童行為檢核表」、「六歲至十八歲兒童-教師報告表」以及「國小學童自我概念量表」前、後測；並且在遊戲治療介入前、後分別進行三週之觀察，針對目標兒童在課堂上表現的標的行為，進行每週二次，每次十分鐘的入班觀察，主要觀察以靜態課程（國語、

數學)為主,每位成員每週均在同一時間接受觀察,分三個階段加以考驗。每個階段說明如下:

1. 基準期—治療開始前三週,本階段不進行任何治療介入,針對實驗組及控制組兒童在課堂上之行為表現進行觀察評量,每週二次,一次十分鐘,由觀察者利用直接觀察表(DOF)觀察紀錄兒童之行為。
2. 介入期—實驗組此時期加入遊戲治療,遊戲治療為期十週,每週一次、每次四十分鐘。遊戲治療於小學之治療室進行,為求遊戲室玩具之完整性與一致性,研究者利用行動遊戲箱進行遊戲治療。同時在課堂上對研究對象之表現持續進行每週二次、每次十分鐘之觀察評量。
3. 追蹤期—此時期不再進行遊戲治療,針對研究對象在課堂上之行為持續進行追蹤觀察評量,為期三週,每週二次,一次十分鐘。



圖 3-2 研究各階段出現標的行為百分比

### 三、 研究變項

#### 1、自變項

本研究之自變項即實驗處理,指實驗組成員分別接受每週一次,每次四十分鐘,共十次的遊戲治療。在實驗組接受遊戲治療時間內,控制組不接受其他任何心理治療。

## 2、依變項

- (1) 退縮行為：指研究參與者在「六歲至十八歲兒童行為檢核表」、「六至十八歲兒童-教師報告表」前、後測的結果。
- (2) 自我概念：指研究參與者在「國小學童自我概念量表」前、後測的結果。
- (3) 退縮兒童在治療室外的實際行為，依據「直接觀察表」的結果加以分析。

## 第二節 研究參與者

### 一、研究對象的選擇

本研究正式研究對象以臺北市與新北市兩間小學國小四年級學生為樣本，以「六到十八歲兒童-教師報告表」篩選出八位社會退縮兒童，本研究採雙盲設計，由遊戲治療者進行隨機分派至實驗組與控制組。但實驗組其中一名成員中途流失，故最後研究對象為五男兩女，實驗組三人，控制組四人。此外為顧及研究倫理，所有成員皆以代號呈現於本研究中。

茲將本研究對象之組別分配與退縮/憂鬱分數之基本資料列於下表3-1:

表 3-1

研究對象組別分配表

成員代號	組別	性別	TRF退縮/憂鬱T分數(前測)	區域
E1	實驗組	男	73	臺北市
E2	實驗組	男	66	臺北市
E3	實驗組	男	78	臺北市
C1	控制組	女	66	臺北市
C2	控制組	男	78	臺北市
C3	控制組	女	73	臺北市
C4	控制組	男	73	新北市

### 第三節 研究者的角色

研究者畢業於玄奘大學應用心理學系，目前就讀中國文化大學心理輔導研究所三年級，於研究所期間時修習遊戲治療專題、團體遊戲治療、進階遊戲治療專題研究、高等統計學、社會科學研究法、諮商倫理等課程；並於碩二時，於「臺北市立聯合醫院松德院區兒童青少年精神科」擔任兼職實習諮商心理師，同時在「臺北市東門國小」進行認輔，並接受諮商心理師督導約40小時；於「臺北市立聯合醫院松德院區兒童青少年精神科」完成碩三全職諮商心理實習，並接受諮商心理師督導50小時。研究者於研究所期間，也曾帶領「基隆張老師中輟生團體」、「基隆市太平國小情緒與人際團體」、「基隆市中正國中生涯團體」、「基隆市救國團兒童繪本團體」等團體，約55小時。因此，研究者具有遊戲治療的基礎、實務經驗與研究之能力。

#### 一、遊戲治療者

遊戲治療者為研究者之同儕，畢業於文化大學心理輔導學系，目前就讀文化大學心理輔導研究所三年級。提供遊戲治療者於大學時曾修習遊戲治療、團體輔導概論、團體動力、兒童心理與輔導等課程，且在研究所時修習進階遊戲治療專題研究、團體心理治療專題研究、團體遊戲治療專題研究之課程，於碩二時在「臺北市東門國小」進行認輔，並在個別督導15小時下進行遊戲治療實習一學期。此外，遊戲治療者於高雄市學生心理諮商中心進行碩三全職諮商心理實習，具備遊戲治療、團體治療、團體遊戲治療及兒童心理相關之訓練與知識，主要實習服務方式為兒童遊戲治療，並接受諮商心理師督導50小時；並帶領「基隆張老師中輟生團體」、「天使心家族福利基金會身心發展遲緩兒手足團體」、「臺北市陽明山國小新移民子女自我成長團體」、「高雄市鳳翔國小人際關係團體」、「高雄市鳳西國小情緒管理團體」、及「高雄市五權國小情緒壓力管理團體」等團體。因此，遊戲治療者具有遊戲治療的理論基礎與訓練、實務經驗。在本研究提供遊戲治療過程，遊戲治療者亦同時接受諮商心理師督導，每週一次，一次60

分鐘。

遊戲治療師之督導，為陽光基金會、宇宙光全人關輔中心以及拉第石心理諮商所特約諮商心理師，於民國95年取得諮商心理師執照。督導之專長包含兒童中心遊戲治療、沙遊治療、兒童遊戲治療團體、親子遊戲治療訓練團體、人際溝通團體、兩性成長團體、自我探索團體、支持性團體等。

## 二、觀察者

本研究之研究者亦為觀察者，主要於遊戲治療開始前三週、進行遊戲治療的十週、及遊戲治療結束後三週，針對參與兒童在課堂上之行為表現，進行觀察評量，並填寫直接觀察表（DOF）。研究觀察時間為每週兩次、每次十分鐘，主要觀察兒童靜態性課程，並取得課堂老師的同意，簽署觀察同意書後始進行觀察。DOF共有三個部分，第一部分為基本資料的填寫，第二部分為觀察兒童在自然情境下的行為，描述在十分鐘的觀察期中，每一分鐘的最後五秒兒童的行為，並確認行為是否符合任務。第三部分共有八十九個項目(含一個空白項目)的觀察，於十分鐘觀察結束後填寫。

本研究觀察者為研究者本身，為減少研究結果受研究者期望效應影響，故採雙盲設計。觀察者並不知道哪些參與兒童屬於實驗組，哪些參與兒童屬於控制組，實驗組以及控制組由治療者進行隨機分派。

## 三、資料分析者

本研究之研究者亦為資料分析者，於治療結束三週後，整理所蒐集之資料，包含行為檢核表、教師報告表、國小學童自我概念量表之前、後測，以及直接觀察表之觀察資料進行分析。採用實驗組-控制組等組前、後測設計，分析個別研究參與者在前、後測之測驗分數是否有所差異，並利用電腦分析直接觀察表之觀察數據。

#### 四、資料協同分析者

本研究資料協同分析者為指導教授，觀察者在使用「直接觀察表」進行行為記錄前，先至新北市某國小四年級班級，錄製40分鐘之課堂觀察影片。觀察者與協同分析者討論所要觀察的兒童行為及方式後，進行十分鐘的影片觀察，並填寫直接觀察表及記錄兒童之行為。觀察者與資料協同分析者的第一次評分者信度係數為0.83，觀察者再與資料協同分析者討論不一致之處並進行修正確認後，進行第二次十分鐘之影片觀察，第二次求得之評分者信度係數為0.93。根據Landis and Koch (1977)，評分者信度為強((0 - .20=輕,.21 - .40=尚可,.41 - .60=中度,.61 - .80=高度, and .81 - 1.0=強)。

觀察資料收集後，研究者與資料協同分析者進行某成員第一次觀察資料的輸入，確認資料輸入之方式與內容無誤後，由研究者完成後續所有研究對象的資料輸入與分析。

#### 第四節 研究工具

##### 一、六歲至十八歲兒童行為檢核表 (CBCL)

CBCL為Achenbach 與Rescorla(2001)編制而成，中文版由陳怡群、黃惠玲、趙家琛 (2009) 翻譯修訂，適用於6~18歲之兒童青少年，用於評估兒童青少年能力以及行為與情緒。

##### (一) 量表內容及施測程序

CBCL症候群量表分為八個量尺：焦慮/憂鬱、退縮/憂鬱、身體抱怨、社交問題、思考問題、注意力問題、違規行為與攻擊行為。I.焦慮/憂鬱量尺共13題，II.退縮/憂鬱量尺共8題，III.身體抱怨共5題，IV.社會問題共11題，V.思考問題共15題，VI.注意力問題共10題，VII.違反規範行為共17題，VIII.攻擊行為共18題，另外還有其他問題共17題，總計113題。

本研究主要採用其中退縮/憂鬱分量尺部份作為篩選退縮兒童及退縮行為之前、後測分數。請家長於前、後測時填寫，約20分鐘可完成。

## (二) 計分方式

CBCL症候群量表計分方式，按照行為出現頻率採三點量表評分，0 分為不符合，得0分；1 分為有時或有一點符合，得1分；2 分為相當或多半符合，得2分。

各分量尺之分數可轉換為T分數，並可獲得兩個集合症狀量表：(1) 內化量表：由焦慮/憂鬱、退縮/憂鬱與身體抱怨症狀組成；(2) 外化量表：由社交問題、思考問題、注意力問題、違規行為與攻擊行為組成。各症狀量表的T分數越高，表示臨床上其問題行為嚴重度越高，臨床切截分數為T=70，65~70屬於邊緣臨床範圍。本研究取退縮/憂鬱分量尺分數達四分 (T=65) 以上者為主要研究對象。

## (三) 信、效度

CBCL內部一致性介於.78~.97，再測信度達.90，並具有良好的建構效度、內容效度以及校標關連效度 (Achenbach & Rescola, 2001)。ASEBA 已建立組跨文化常模，美國常模與台灣常模均屬於第二組常模，故本研究使用第二組常模作為國內計分解釋的標準。

## 二、六到十八歲兒童-教師報告表(TRF)。

TRF與CBCL同屬Achenbach 與Rescorla(2001)編制而成，中文版由陳怡群、黃惠玲、趙家琛 (2009) 翻譯修訂，適用於6~18歲之兒童青少年，用於評估兒童青少年能力以及行為與情緒。

### (一) 量表內容及施測程序

TRF症候群量表一樣分為八個量表：焦慮/憂鬱、退縮/憂鬱、身體抱怨、社

交問題、思考問題、注意力問題、違規行為與攻擊行為。I.焦慮/憂鬱量尺共16題，II.退縮/憂鬱量尺共8題，III.身體抱怨共3題，IV.社會問題共11題，V.思考問題共10題，VI.注意力問題共26題，VII.違反規範行為共12題，VIII.攻擊行為共20題，另外還有其他問題共8題，總計113題。

本研究主要採用其中退縮/憂鬱分量尺部份作為篩選退縮兒童及退縮行為之前、後測分數。請老師於前、後測時填寫，約20分鐘可完成。

## (二) 計分方式

TRF症候群量尺計分方式，按照行為出現頻率採三點量表評分，0 分為不符合，得0分；1 分為有時或有一點符合，得1分；2 分為相當或多半符合，得2分。

各分量尺之分數可轉換為T分數，並可獲得兩個集合症狀量尺：(1)內化量尺：由焦慮/憂鬱、退縮/憂鬱與身體抱怨症狀組成；(2)外化量尺：由社交問題、思考問題、注意力問題、違規行為與攻擊行為組成。各症狀量尺的T分數越高，表示臨床上其問題行為嚴重度越高，臨床切截分數為T=70，65~70屬於邊緣臨床範圍。本研究取退縮/憂鬱分量尺分數達五分(T=65)以上者為主要研究對象。

## (三) 信、效度

TRF內部一致性介於.72~.95，再測信度達.90，同樣具有良好的建構效度、內容效度以及校標關連效度(Achenbach & Rescola, 2001)。ASEBA 已建立組跨文化常模，美國常模與台灣常模均屬於第二組常模，故本研究使用第二組常模作為國內計分解釋的標準。

## 三、國小兒童自我概念量表

該量表由侯雅齡、吳裕益於民國90年編制完成，適用於國小四到六年級的學童，主要用以瞭解了解國小中高年級兒童自我概念的發展狀況。

## (一) 量表內容及施測程序

國小兒童自我概念量表共有61題，分成下列五個分量表：

- 1.家庭自我概念：個人知覺自己與父母、家人與兄弟姊妹間的相處狀況和互動情形，共17題（1到17題）。
- 2.學校自我概念：個人知覺自己在學校與老師、朋友、同學的關係，共4題（18到31題）。
- 3.外貌自我概念：個人對於自己體態、長相的知覺，共9題（32到40題）。
- 4.身體自我概念：個人對於自己在運動、身體狀況的知覺，共12題（41到52題）。
- 5.情緒自我概念：個人對於自己日常情緒狀態的知覺，共9題（53到61題）。

本量表由兒童自行填答，施測時間約30分鐘。本研究將於遊戲治療進行前、後請兒童填答。

## (二) 計分方式

本量表的計分方式採Likert五點計分，每個題目有五個答案，成員根據題目敘述的情形，和個人的實際狀況填答，若是『完全符合』就選5，得5分；『大部分符合』就選4，得4分；『有些符合』就選3，得3分；『大部分不符合』就選2，得2分；『完全不符合』就選1，得1分；而一題只能有一個答案。反向題的計分則相反，選1者得5分，選2者得4分，選3者得3分，選4者得2分，選5者得1分。為避免兒童習慣性反應作答，正、反向題不規則穿插於各分量表中，外貌自我分量表中有兩個意義相同的問題（33題與36題），但分別為正、反向陳述，作為檢核題，檢視兒童是否用心作答。反向題的計分方式則與正向題相反。五個分量表加總為總量表得分，得分愈高表示成員自我概念愈佳；反之，則自我概念愈差。

### (三) 信、效度

國小學童自我概念量表各分量表的內部一致性係數 Cronbach  $\alpha$  均介於.83-.89，所有題目-總分相關皆達.45 以上，顯示各題皆與各分量表有不錯的相關，本量表有良好的內部一致性信度。在再測信度方面，各分量表的重測信度則介於.76 至.91 之間，顯示穩定性頗佳。本量表同時具有兩好的校標關聯效度及建構效度。

### 四、直接觀察表 (Direct Observation Form, DOF)

DOF 同為 Achenbach 與 Rescorla (2001) 所設計，為阿肯巴克衡鑑系統中的一部份，用來觀察 6 到 11 歲兒童在課堂上、下課時間還有其他環境下的行為表現。DOF 的發展是參照 ASEBA 的基礎架構形成，DOF 亦使用多軸向評估方式，意指從各來源收集與獲得各資料並整合的評估方式。

#### (一) 量表內容及施測程序

DOF 共有三個部分，第一部分為基本資料的填寫，第二部分為觀察兒童在自然情境下的行為，描述在十分鐘的觀察期中，每一分鐘的最後五秒兒童的行為，並確認行為是否符合任務。第三部分共有 89 個項目的觀察，於十分鐘觀察結束後填寫。

DOF 使用標準化的觀察表格，評估兒童在教室內的人際互動行為。兒童在每個場合之表現可能有所不同，因此在記錄時至少需要兩天、兩個時段以上來呈現兒童的行為表現。因此本研究將針對每次兒童進行每週兩天，共三次的觀察評估，觀察記錄表將在每次觀察後填寫完畢，觀察表中共含八十八個問題，最後第八十九題則為空白項目。此觀察表計分方式以四點量表計算，0 分表示該行為沒有出現、1 分表示行為非常輕微的或是疑似有出現、2 分代表確實出現，輕度到中度的次數 且持續不到三分鐘的時間、3 分代表確實出現，次數頻繁或超過持續三分鐘時間。

## (二) 計分方式

DOF觀察量表的記分相當複雜，無法使用人工計算，全程採電腦計分，使用AASEBA ADM軟體。使用該電腦計分系統，要先把每十分鐘的八十九個問題項目和任務量表的分數進行登錄，電腦計分會跑出該觀察兒童之各項分析。DOF數據分析結果共有四頁，第一頁畫出五個症狀量尺的直方圖：認知功能不佳、不成熟/退縮、注意力問題、具侵入性、對立。第二頁繪出所有問題的直方圖和任務量表分數，加上一個項目清單，幫在其他症狀量尺中沒有分數的其他問題評分。第三頁描繪DSM量尺的直方圖：注意缺失/過動問題量尺和不注意與過動易衝動。第四頁描述關於每一個被使用來進行分析的DOF量表的資訊。

表 3-2

DOF 量表之邊緣與臨床範圍

DOF 量表	邊緣	臨床
<b>課堂觀察 (Classroom Observations)</b>		
<b>症候群量尺 (Empirically Based Syndromes)</b>		
認知功能不佳 (Sluggish Cognitive Tempo)		
不成熟/退縮 (Immature/Withdrawn)		
注意力問題 (Attention Problems)		
具傾入性 (Intrusive)		
對立 (Oppositional)		
整體問題-課堂 (Total Problems-Classroom)	T = 60-63	T >63
<b>DSM 導向量尺 (DSM-Oriented Scales)</b>	T = 65-69	T >69
注意力缺失/過動問題 (Attention Deficit/Hyperactivity Problems)		
注意力缺乏分量表 (Inattention Subscale)		
過動-衝動分量表 (Hyperactivity-Impulsivity Subscale)		
任務 (On-task)	T = 31-35	T <31
<b>下課觀察 (Recess Observations)</b>		
攻擊行為 (Aggressive Behavior)	T = 65-69	T >69
整體問題-下課 (Total Problems-Recess)	T = 60-63	T >63

資料來源: McConaughy & Achenbach(2009).Manual for the ASEBA Direct Observation Form.

### (三) 信、效度

本觀察表具有良好的評分者間信度、再測信度、內部一致性信度。在評分者間信度中，第一部分的DOF，課堂觀察總量表信度達.79，第二部份的DOF中信度達.97。在再測信度中，第一部分課堂觀察總量表再測信度為.58。第二部份的DOF再測信度為.42。在內部一致性中，第一部分DOF在上課中觀察之內部一致性信度為.73，下課觀察為.74。以DSM量表來看內部一致性信度為.70。根據上述結果，DOF觀察量表除再測信度可能受取樣影響較低之外，評分者間信度與內部一致性信度都達.70以上，具有良好的信度。本觀察表進行內容效度與效標關聯效度之考驗，也顯示該觀察表具有良好之效度。



## 第五節 研究程序

本研究實驗流程分為兩個階段，篩選階段與實驗階段，篩選階段包含前測；實驗階段包含遊戲治療與入班觀察，如圖3-4。

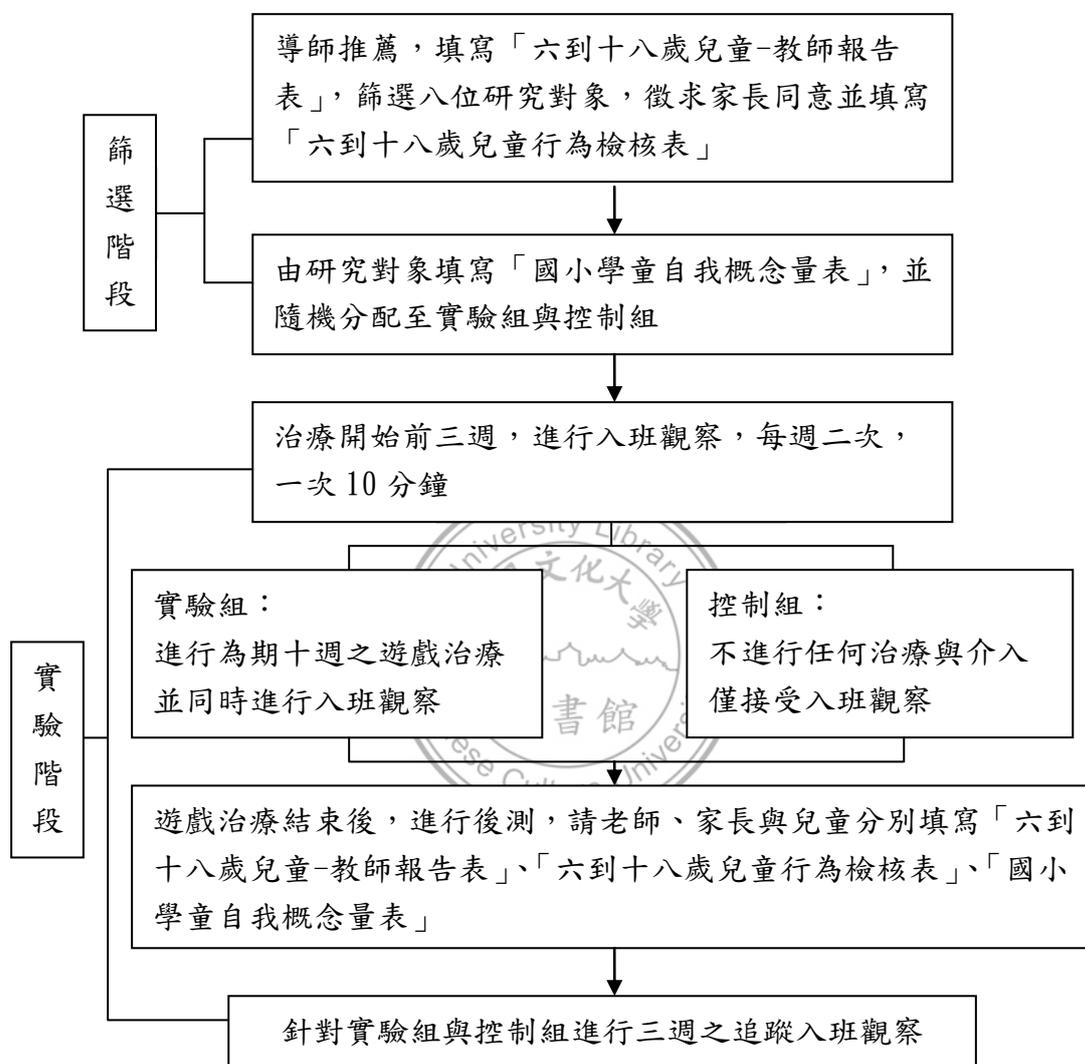


圖 3-4 研究流程圖

本研究之實施程序分為四階段進行，分別為準備階段、研究階段、資料分析與論文撰寫階段。

### 一、準備階段

此階段主要工作包括蒐集文獻資料與確定主題、準備測量工具及行政聯繫

等。

### 1、文獻蒐集、確定主題

研究者選定以退縮兒童為主要研究方向後，著手進行相關文獻之搜集與閱讀，參考相關文獻後確定研究主題與方法。根據王純琪等人(2006)針對臺灣地區遊戲治療成效進行的後設分析研究，發現主要的研究對象，都是學齡前至國小六年級這個年齡層的兒童，其中又以國小中年級居多，約莫35篇。最常被研究的問題則以受虐為最大宗，其次為人際問題、情緒障礙與學習障礙。Selman(1979)提出兒童友誼發展的五個階段，在9到15歲時，兒童發展了朋友的概念；到了兒童期中期，同伴關係是預測日後適應的一個有利指標 (Papalia & Olds, 1981)。對六到十歲的兒童來說，影響最大的是同儕團體，他們開始瞭解團體合作的價值，發展對友伴的承諾與忠誠並分享他們的目標 (Shaffer, 2002)。因此，兒童中期是友誼發展的重要階段，缺少同儕關係將影響兒童日後的適應問題。

由於低年級學生剛入學較易產生適應上的問題，故本研究選定中年級學生為主要研究對象，因三年級學生剛面臨換班，也較容易對於兒童的身心狀況有所影響，為求在環境穩定的狀況下進行研究，聚焦於國小四年級退縮兒童之遊戲治療介入成效，並撰寫研究計畫。

### 2、準備測量工具

本研究的對象為國小四年級退縮兒童，確定研究相關變項後，即著手蒐集所需研究工具，包括「六歲至十八歲兒童行為檢核表 (CBCL)」、「六到十八歲兒童-教師報告表(TRF)」、「國小學童自我概念量表」與「直接觀察表(DOF)」。

### 3、行政聯繫

研究者在確定研究對象後，著手接洽各國小之輔導室，於一百零一年向臺北市及新北市各一所國小之輔導組長說明論文研究目的、對象與進行方式後，兩

校之組長均同意協助篩選國小四年級之退縮兒童作為本研究之研究對象。

## 二、研究階段

此階段的工作包含篩選對象、實施前測及觀察、進行遊戲治療與觀察、實施後測及追蹤觀察。

### 1、篩選對象

本研究參與者由臺北市與新北市各一所國小四年級的班級導師推薦，並邀請導師填寫研究參與同意書及「六至十八歲兒童-教師報告表」，篩選出退縮/憂鬱次元尺分數達邊緣顯著以上(含臨床顯著)之學生，共篩選出七位同學成為正式研究對象。步驟如下：

- (一) 在臺北市與新北市各一所國小四年級中，由導師推薦，填寫研究參與同意書並填寫「六歲至十八歲兒童-教師報告表」，篩選出其中「退縮/憂鬱」量尺分數較達邊緣臨床顯著者，亦即得分達四分(T=65)以上之兒童。
- (二) 教師報告表中「退縮/憂鬱」量尺分數達邊緣臨床顯著的學生，徵求家長同意並填寫研究參與同意書後，邀請學生家長填寫「六歲至十八歲行為檢核表」，了解研究對象行為表現的特徵。

為顧及研究倫理，在邀請研究參與者進入遊戲治療前，已取得老師與家長的同意，告知遊戲治療的目的、進行的方式、保密的原則、錄音及錄影的目的，並簽訂研究參與同意書後實施。如家長或老師任一方在遊戲治療過程中，對於治療產生疑慮並要求停止，則中止該研究參與者之研究。

### 2、實施前測及觀察

將篩選對象時導師與家長填寫之「六至十八歲兒童-教師報告表」與「六歲至十八歲行為檢核表」作為退縮行為之前測分數，並由兒童填寫「國小學童自我概念量表」做為自我概念之前測分數。徵求課堂老師的同意，觀察者於遊戲治療

開始前三週，對目標兒童在課堂上之行為表現，進行每週二次，一次十分鐘的觀察，並填寫直接觀察表（DOF），主要觀察靜態課程下研究對象之行為反應。

### 3、進行遊戲治療與觀察

本研究針對目標兒童進行為期十週，每週一次的兒童中心遊戲治療，地點位於學校之遊戲治療室。遊戲治療之十週間由研究者同時針對兒童進行每週二次；每次十分鐘的直接觀察，並填寫直接觀察表。

### 4、實施後測及追蹤觀察

在十次遊戲治療結束後一週對研究對象實施「國小學童自我概念量表」後測，並針對導師與家長實施「六至十八歲兒童-教師報告表」與「六歲至十八歲行為檢核表」作為退縮行為之後測分數，並於遊戲治療結束後三週，繼續進行每週二次、每次十分鐘之直接觀察並填寫直接觀察表。

### 三、資料分析與論文撰寫階段

本研究資料分析選用量化研究方法，包含前、後測量化之統計分析，在實驗處理中之觀察行為記錄的統計分析。

研究內文的謄寫，有關研究參與者的姓名均採用代號或化名的方式撰寫之，會透露出研究參與者身分的關鍵線索不列入文中。

本研究採用實驗設計，分為實驗組與控制組，為顧及研究倫理，在實驗結束後，控制組兒童也將接受為期十週之兒童中心遊戲治療，以確保參與研究之兒童均能獲得相同的治療。

## 第六節 資料分析與處理

本研究分別以「六歲至十八歲兒童行為檢核表」、「六歲至十八歲兒童-教師報告表」、「國小學童自我概念量表」為工具，對研究對象進行前測、後測，

並透過直接入班觀察，填寫「直接觀察表」。本研究資料處理及分析的方法敘述如下：

### 一、退縮行為之獨立樣本單因子共變數分析 (One-way ANCOVA)

利用描述性統計分析法，以SPSS統計分析軟體分析實驗組與控制組在「六歲至十八歲兒童行為檢核表」、「六歲至十八歲兒童-教師報告表」中退縮/憂鬱分量表之前、後測平均數及標準差。利用獨立樣本單因子共變數分析，考驗本研究遊戲治療介入在實驗組的退縮行為上是否具有立即效果。

### 二、自我概念之獨立樣本單因子共變數分析 (One-way ANCOVA)

利用描述性統計分析法，以SPSS統計分析軟體分析實驗組與控制組在「國小兒童自我概念」之前、後測平均數及標準差。利用獨立樣本單因子共變數分析，考驗本研究遊戲治療介入在實驗組的自我概念上是否具有立即效果。

### 三、視覺分析法 (visual analysis)

本研究利用直接觀察表 (DOF) 針對兒童在治療室外之實際行為表現進行觀察。DOF採電腦計分，使用AASEBA ADM軟體，得出觀察兒童之各項分析。主要取不成熟/退縮量尺分數，研究者採圖表資料的目視分析法，作為本結果之資料分析說明依據，視覺分析包含基準期、介入期及追蹤期階段內的變化分析及階段間的變化分析，分析資料後，再利用簡化的時間系列分析 (simplified time-series analysis) 驗證結果。

視覺分析主要分成階段內和階段間兩部份，各階段內及相鄰階段間的變化摘要表，其主要項目內容如下(杜正治，2006)：

#### (一) 階段內變化分析

1. 階段長度：即蒐集每一階段資料點的次數，而決定階段長度是計算階段內的資料點數目。

2. 趨勢走向：意指資料路徑的斜度，及各資料點線性分佈的趨勢。在本研究中採中分法估計各階段資料路徑的趨向，將階段內的資料評分為二，計算每一半資料的平均值，然後將兩個平均值標記於各半的中點，將這兩個點連成一線，即是階段內的趨向走勢。若階段內的依變項趨向進步，以（+）符號表示進步；若趨向退步，以（-）表示；若階段內的趨向線與X軸平行，以（=）表示。
3. 趨向穩定性：指資料點落在趨向線範圍的程度。趨勢穩定度代表某個階段內資料點的集中或是偏離趨勢線的狀況，係依階段內沿著趨勢線落在一定趨勢範圍內資料點的比例。本研究依據杜正治(2006)所述計算穩定標準值，計算原則為：觀察數據低於25，則以階段內最高點乘以20%；觀察數據介於25至50之間，則以階段內最高點乘以15%；觀察數據高於50，則以階段內最高點乘以10%，並依據75%作為趨向穩定百分比與水準穩定百分比之判斷依據。本研究觀察資料共16週，資料觀察數據低於25，故水準穩定係數採80%作為趨向穩定百分比與水準穩定百分比之判斷依據。即階段內80%以上的資料點，落在趨向線20%的範圍內視為穩定；反之，若落在趨向線20%的範圍內的資料點低於80%，則視為不穩定。

$$\text{計算公式：穩定百分比} = \frac{\text{落在穩定範圍內的資料點數}}{\text{總資料點數}} \times 100\%$$

4. 平均值：計算各階段內資料點的算數平均數，即將所有的資料點的總和除以資料點的個數，算出各階段的平均水準，代表該資料的平均狀況。
5. 水準穩定性：係指資料系列中代表各個資料點數值的變化或範圍，當資料點落在平均水準線上下時，該資料及呈現穩定。本研究以該階段中資料點最大值的20%為範圍，計算落在該範圍內的資料百分比，若80%以

上的資料點落在該階段20%的範圍內，則可視為穩定的資料。若水準穩定性越高，表示該階段內資料變化越小。：

6. 水準範圍：計算該階段內資料點的最大值與最小值的差距，水準範圍越小，表示越穩定，變化越小。
7. 水準變化：階段內水準變化係指同一階段中第一次資料點與最後一次資料點的差距，若水準變化為正值，表示成員在退縮行為上呈現降低的情形；反之，則表示呈現上升的情形。由此可看出階段內資料從最初到最終變化的情形。

## (二) 階段間變化分析

1. 趨向方向與效果變化：兩個不同階段的趨向列出，比較走勢的變化與效果，並標出正向、負向或無，可看出介入的效果。
2. 趨向穩定性變化：指比較不同階段間趨向穩定的變化，並記為穩定或不穩定後，再指出相鄰階段的變化。
3. 階段間水準變化：階段間水準變化係指相鄰階段中，第二階段的第一次縱軸值減去第一階段中的最後一次縱軸值。若水準變化為正值，則表示成員在退縮行為上呈現上升的情形，反之，若水準變化為負值，則表示成員在退縮行為上呈現降低的情形；降低的資料越大，表示實驗介入效果越明顯。
4. 重疊百分比：指最後一階段有多少資料點落在前一階段的範圍內，重疊百分比越低，表示介入對目標行為的效果越大，比較基線期及介入期兩個相鄰階段的資料時，重疊的百分比愈低，表示介入效果越好。比較介入期與維持期兩階段的資料時，重疊的百分比愈高，表示介入的處理方案有較高的維持效果。重疊百分比的計算方式如下：

公式：重疊百分比＝本階段落在前一階段範圍內的資料點數/本階段的總階段點數×100%



## 第四章 研究結果與討論

本研究主要在了解兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童在退縮行為與自我概念之治療成效，本章主要描述本研究各項研究資料彙整分析的結果，並針對研究結果進行討論。全章根據研究問題分為四節，第一節為「兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之退縮行為的治療效果」；第二節為「兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之自我概念的治療效果」；第三節為「社會退縮兒童接受兒童中心遊戲治療後之歷程變化」；第四節為「綜合討論」。

### 第一節 兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之退縮行為的治療效果

一、兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組及控制組兒童在「六至十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺分數前、後測之得分變化為何？

「六至十八歲兒童-教師報告表」結果分為「焦慮/憂鬱」、「退縮/憂鬱」、「身體抱怨」、「社會問題」、「思考問題」、「專注力問題」、「違反規範行為」、「攻擊行為」以及「其他問題」等九個分量尺，包含內化問題(焦慮/憂鬱、退縮/憂鬱與身體抱怨)、外化問題(違反規範行為與攻擊行為)以及整體問題，共得出十二個分數。

在兒童中心遊戲治療的過程中，實驗組與控制組成員各為四位，但其中一位實驗組成員在治療進行第五次後即中斷治療。因此，統計分析實驗組不列計該成員之分數，只列計三位實驗組成員之前、後測分數。因此在共變數分析上，實驗組人數為三人，控制組人數為四人。

本研究的自變項為兒童中心遊戲治療，依變項為退縮行為，研究主要所測量分數為「六至十八歲兒童-教師報告表」在「退縮/憂鬱」量尺上的得分。將實驗組與控制組在各分數中前測、後測的 T 分數之平均數及標準差，列於表 4-1。

表 4-1

「六至十八歲兒童-教師報告表」前、後測 T 分數之平均數與標準差摘要表

		實驗組 (N=3)		控制組(N=4)	
量尺名稱		M	SD	M	SD
焦慮/憂鬱	前測	60.00	8.66	63.25	4.19
	後測	55.33	4.73	62.25	5.85
退縮/憂鬱	前測	72.00	5.57	72.50	4.93
	後測	64.00	3.46	70.25	4.79
身體抱怨	前測	50.00	0.00	50.00	0.00
	後測	52.67	4.62	50.00	0.00
社會問題	前測	61.00	5.29	60.75	4.19
	後測	62.33	10.79	58.00	8.21
思考問題	前測	57.67	8.02	54.25	5.058
	後測	63.33	11.55	51.75	3.50
注意力問題	前測	59.00	6.56	57.25	5.44
	後測	59.67	2.52	55.25	4.57
違反規範行為	前測	61.00	9.85	55.25	4.50
	後測	63.00	11.27	53.75	3.78
攻擊行為	前測	55.67	5.03	51.25	2.50
	後測	57.67	6.51	50.00	0.00
內化問題	前測	65.33	3.06	67.00	0.82
	後測	59.67	4.73	65.50	4.80
外化問題	前測	56.67	7.57	51.00	8.04
	後測	58.33	9.29	49.00	6.06
整體問題	前測	61.00	5.57	59.50	5.45
	後測	61.33	8.08	58.25	4.50

統計結果呈現實驗組與控制組成員在「六到十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺得分上的差異情形。組內迴歸係數同質性檢定結果顯示未達顯著水準 ( $F=0.521, p>.05$ )，故進行共變數分析。經過統計分析後，茲將前測與後測得分T分數的平均數、標準差與調整後平均數列於表4-2。另外，再將「六到十八歲兒童-教師報告表」前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

表 4-2

「六到十八歲兒童-教師報告表」退縮/憂鬱得分 T 分數之平均數、標準差摘要表

	前測		後測		
	M	SD	M	SD	調整後平均數
實驗組	72.00	5.57	64	3.46	64.21
控制組	72.50	4.93	70.25	4.79	70.09

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員「六到十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺的得分達統計上顯著的差異 ( $F=11.34$ ,  $p<.05$ ) (表4-3)，實驗組的後測平均數明顯低於控制組 (實驗組的調整平均數為64.21，控制組為70.09)，亦即實驗組成員其後測低於前測分數，其退縮行為有明顯降低；控制組前、後測則無差異存在 (表4-2)

表 4-3

「六到十八歲兒童-教師報告表」退縮/憂鬱得分 T 分數之獨立樣本單因子共變數分析摘要表

來源	平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
組間	59.19	1	59.19	11.34	0.03*
組內	20.88	4	5.22		

\* $P<.05$

以下針對實驗組與控制組成員進行個別「六到十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺的得分前、後測T分數之比較，「六到十八歲兒童-教師報告表」臨床分數為 $T \geq 70$ ，65~70屬於邊緣臨床範圍，結果呈現如圖4-1所示。

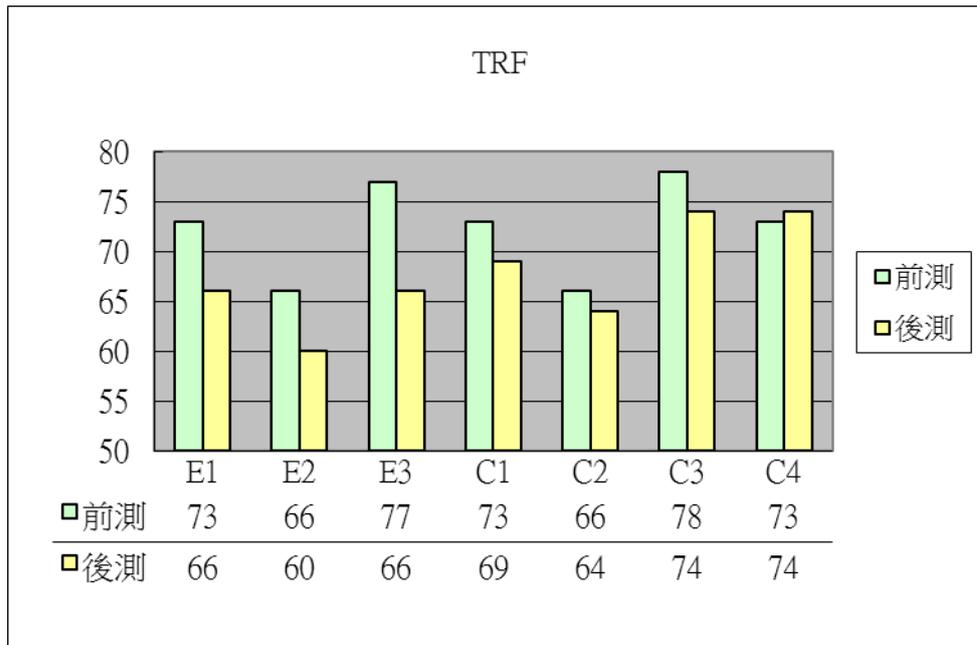


圖 4-1 「六到十八歲兒童-教師報告表」退縮/憂鬱 T 分數直方圖

根據圖4-1，實驗組成員(E1、E2、E3)在「六到十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺的得分T分數前、後測具明顯改變，成員E1之T分數由前測之73降至後測之66；成員E2之T分數由66降至60；成員E3之T分數由77降至66，降幅最大，整體T分數範圍由T=66~77降為T=60~66。控制組成員(C1、C2、C3、C4)T分數除成員C4外，分數均些微下降，但改善幅度不明顯，成員C1之T分數由前測之73降至69；成員C2之T分數由66降至64；成員C3之T分數由78降至74；成員C4之T分數則由73提升至74，整體T分數範圍由T=66~78降為T=64~74，無明顯降幅。在圖表上呈現，實驗組成員之退縮行為較控制組成員有明顯降幅，在共變數分析上亦達到統計上之顯著差異。

根據上述，兒童中心遊戲治療介入之後，實驗組兒童在「六至十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺分數前、後測之得分有明顯差異，與控制組比較並達顯著差異，反之，控制組兒童之前、後測分數無顯著差異。

二、兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組及控制組兒童在「六至十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺分數前、後測之得分變化為何？

「六至十八歲兒童行為檢核表」結果分為「焦慮/憂鬱」、「退縮/憂鬱」、「身體抱怨」、「社會問題」、「思考問題」、「專注力問題」、「違反規範行為」、「攻擊行為」以及「其他問題」等九個分量尺，亦包含內化問題(焦慮/憂鬱、退縮/憂鬱與身體抱怨)、外化問題(違反規範行為與攻擊行為)以及整體問題，共得出十二個分數。

本研究分析實驗組與控制組成員在前、後測中，「六至十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺上得分的差異，以了解兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童的治療效果。

本研究的自變項為兒童中心遊戲治療，依變項為退縮行為，研究主要所測量分數為「六至十八歲兒童行為檢核表」在「退縮/憂鬱」量尺上的得分。以下將實驗組與控制組在前測、後測的T分數之平均數及標準差列於表4-4。

表 4-4

「六到十八歲兒童行為檢核表」前、後測 T 分數平均數與標準差摘要表

量尺名稱		實驗組 (N=3)		控制組 (N=4)	
		M	SD	M	SD
焦慮/憂鬱	前測	55.00	3.46	57.75	9.32
	後測	52.00	1.73	55.50	6.46
退縮/憂鬱	前測	63.33	4.62	61.50	4.44
	後測	59.33	4.62	61.00	3.46
身體抱怨	前測	56.00	9.54	55.25	6.70
	後測	54.67	5.03	56.25	5.91
社會問題	前測	61.00	8.72	57.00	6.68
	後測	55.00	6.08	52.75	4.19
思考問題	前測	55.33	5.13	56.25	10.01
	後測	57.67	6.51	54.00	4.62
注意力問題	前測	62.33	8.083	56.25	5.50
	後測	61.67	15.14	57.00	5.10
違反規範行為	前測	60.67	10.02	56.75	7.63
	後測	55.67	5.13	53.00	4.69

(續下頁)

攻擊行為	前測	58.00	7.55	57.00	8.04
	後測	54.00	3.61	55.75	6.75
內化問題	前測	59.33	3.22	58.00	10.23
	後測	54.00	2.00	55.50	8.54
外化問題	前測	57.33	12.22	54.25	11.96
	後測	49.67	14.47	50.75	10.24
整體問題	前測	59.00	10.00	55.75	12.23
	後測	52.67	9.71	51.75	9.64

統計結果呈現實驗組與控制組成員在「六到十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺得分的組內迴歸係數同質性檢定結果未達顯著水準 ( $F = 0.46$ ,  $p > .05$ )，故進行共變數分析。經過統計分析後，茲將「六到十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺前、後測得分T分數之平均數、標準差與調整後平均數列於表4-5。另外，再將「六到十八歲兒童行為檢核表」前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

表 4-5

「六到十八歲兒童行為檢核表」退縮/憂鬱得分 T 分數之平均數、標準差摘要表

	前測		後測		
	M	SD	M	SD	調整後平均數
實驗組	63.33	4.62	59.33	4.62	58.42
控制組	61.50	4.44	61.00	3.46	61.69

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員在「六到十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺的得分達統計上顯著差異 ( $F = 51.73$ ,  $p < .05$ ) (表4-6)，實驗組的平均數低於控制組 (實驗組的調整平均數為58.42，控制組為61.69)，亦即實驗組成員其後測分數低於前測分數，表示其退縮行為有明顯降低；控制組前、後測分數則無明顯差異存在 (詳見表4-5)。

表 4-6

「六到十八歲兒童行為檢核表」退縮/憂鬱得分 T 分數之獨立樣本單因子共變數分析摘要表

	平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
組間	17.30	1	17.30	51.73	0.002*
組內	1.34	4	0.33		

\*P< .05

以下呈現實驗組與控制組成員進行個別「六到十八歲兒童行為檢核表」的「退縮/憂鬱」量尺前、後測之T分數，T分數臨床範圍為 $\geq 70$ ，T分數在65~70間，屬於邊緣臨床範圍，結果如圖4-2所示。

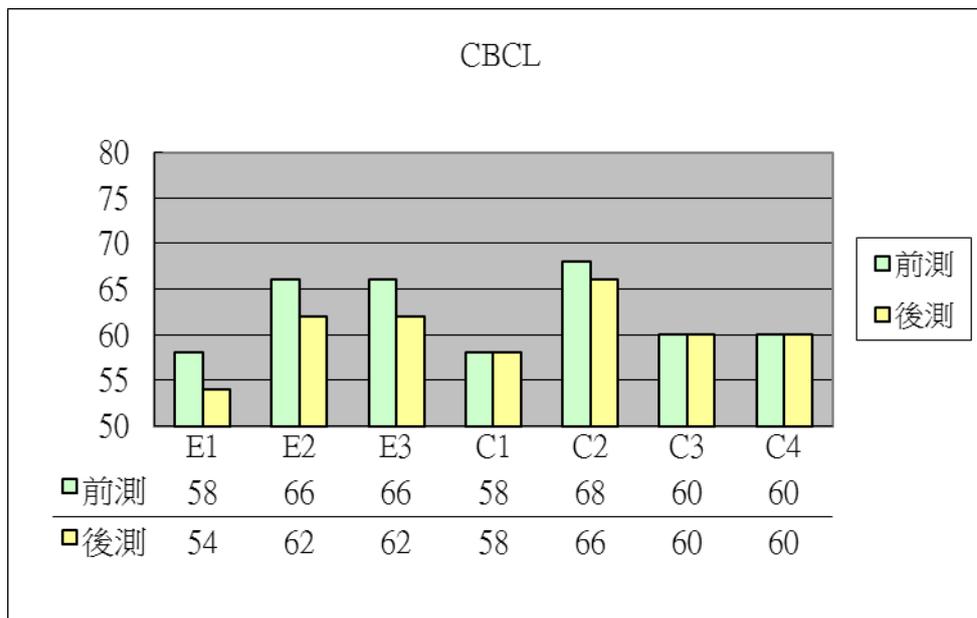


圖 4-2 「六到十八歲兒童行為檢核表」退縮/憂鬱 T 分數直方圖

根據圖4-2，實驗組成員(E1、E2、E3)在「六到十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺T分數後測低於前測，成員E1之T分數由前測之58降至54；成員E2之T分數由前測之66降至62；成員E3之T分數由前測之66降至62；整體T分數範圍由T=58~66降為T=54~62。控制組成員(C1、C2、C3、C4)在「六到十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺T分數除成員C2外，T分數均無顯著改變，成員C1之T分數前、後測均為58；成員C2之T分數由前測之68降至66，有小幅度的下降；成員C3之T分數前、後測均為60；成員C4之T分數前、後測亦均為

60，整體T分數範圍由T=58~68變為T=58~66，無明顯差異。

根據上述，兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組兒童在「六至十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺分數前、後測之得分有明顯差異，與控制組比較並達顯著差異，反之控制組兒童之前、後測分數無顯著差異。

## 第二節 兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之自我概念的治療效果

一、兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組及控制組兒童在「國小學童自我概念量表」前、後測之得分變化為何？

此章節主要分析實驗組與控制組成員，在「國小兒童自我概念量表」前、後測中的得分差異，以了解兒童中心遊戲治療對國小兒童自我概念的治療效果。

「國小兒童自我概念量表」共分為「家庭自我概念」、「學校自我概念」、「外貌自我概念」、「身體自我概念」及「情緒自我概念」等五個量尺，另有全量表分數、「人際自我概念」(家庭自我概念與學校自我概念)及「個體自我概念」(外貌自我概念與身體自我概念)，共得八個分數。

本研究的自變項為遊戲治療，依變項為國小兒童之自我概念，研究所測量為「國小兒童自我概念量表」上的總分與各分量尺得分。以下將實驗組與控制組在「國小兒童自我概念量表」前、後測的T分數之平均數及標準差列於表4-7。

表 4-7

「國小兒童自我概念量表」各分量尺前、後測 T 分數之平均數與標準差摘要表

量尺名稱		實驗組 (N=3)			控制組(N=4)		
		M	SD	調整後 平均數	M	SD	調整後 平均數
家庭自我 概念	前測	45.67	6.66		54.50	5.80	
	後測	42.00	14.73	47.03	52.50	6.03	48.73
學校自我 概念	前測	43.00	15.87		62.00	11.74	
	後測	49.00	12.12	55.14	58.75	7.63	54.15

(續下頁)

外貌自我	前測	52.00	10.82		64.75	5.25	
概念	後測	57.33	13.32	60.88	63.25	5.38	60.59
身體自我	前測	43.67	12.10		53.75	5.44	
概念	後測	47.67	12.22	51.77	57.25	2.22	54.17
情緒自我	前測	45.00	5.00		56.25	2.06	
概念	後測	45.33	2.52	44.21	62.00	4.76	62.85
全量表	前測	43.67	12.58		60.75	5.56	
	後測	46.00	14.00	53.02	62.50	2.52	57.23
人際自我	前測	42.80	12.90		58.50	8.50	
概念	後測	44.47	15.90	50.56	56.05	4.15	51.48
個體自我	前測	46.83	11.44		57.33	8.67	
概念	後測	52.23	14.67	55.06	63.03	2.73	60.91

#### (一) 自我概念總分上的分析

根據統計結果，「國小兒童自我概念量表」的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準 ( $F = 1.040, p > .05$ )，故進行共變數分析。經過統計分析後，茲將「國小兒童自我概念量表」之前測與後測得分T分數之平均數、標準差與調整後平均數列於表4-7。另外，再將「國小兒童自我概念量表」前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」的全量表得分上無顯著的差異 ( $F = 0.28, p > .05$ ) (表4-8)，實驗組的T分數平均數並未高於控制組 (實驗組的調整平均數為53.02，控制組為57.23)，表示實驗組成員其後測並未高於前測分數，亦即其自我概念並未有明顯提高；控制組成員的自我概念在前、後測亦無統計上差異存在 (表4-7)

表 4-8

「國小兒童自我概念量表」全量表得分之獨立樣本單因子共變數分析摘要表

來源	平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
組間	13.69	1	13.69	0.28	0.63
組內	199.16	4	49.79		

\* $P < .05$

以下針對實驗組與控制組成員之全量表自我概念T分數進行個別前、後測比較，結果如圖4-3。

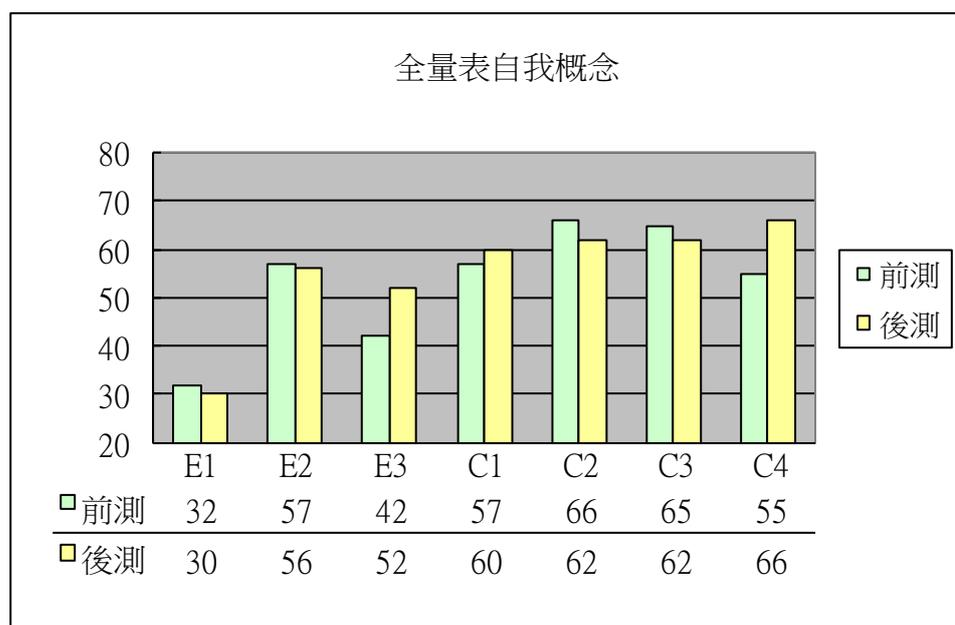


圖 4-3 「國小兒童自我概念量表」全量表自我概念 T 分數直方圖

根據圖4-3，成員E1之後測分數在「國小兒童自我概念量表」全量表之T分數由前測之32降至30；成員E2之T分數由前測之57降至56；成員E3之T分數由前測之42提升至52；實驗組成員除成員E3之全量表自我概念有明顯提升外，其餘成員均呈現微幅下降。成員C1之T分數由57提升至60，成員C2之T分數由66降為62，成員C3之T分數由65降至62，成員C4之T分數則由55提升至66，控制組成員除C1與C4有提升外，其餘成員分數均下降。

整體而言，兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概念量表」中全量表分數前、後測之得分無明顯差異。

根據上述研究結果，十次兒童中心遊戲治療對兒童自我概念之提升未呈現明顯提升，進一步了解在各分量表間的差異情形，各分量表研究結果如下表4-9所示。

表 4-9

「國小兒童自我概念」各分量尺得分 T 分數之獨立樣本單因子共變數分析摘要表

分量表名稱	來源	平方和	自由度	平均平方和	F 檢定	顯著性
家庭自我概念	組間	2.90	1	2.90	0.033	0.87
	組內	354.66	4	88.67		
學校自我概念	組間	1.01	1	1.01	0.023	0.887
	組內	175.33	4	43.83		
外貌自我概念	組間	0.08	1	0.08	0.001	0.98
	組內	366.30	4	91.58		
身體自我概念	組間	6.75	1	6.75	0.23	0.659
	組內	119.56	4	29.891		
情緒自我概念	組間	133.60	1	133.60	6.79	0.06
	組內	78.74	4	19.69		
人際自我概念	組間	0.82	1	0.82	0.01	0.92
	組內	303.65	4	75.91		
個體自我概念	組間	42.30	1	42.3	0.49	0.52
	組內	344.87	4	86.22		

\*P&lt; .05

## (二) 自我概念分量尺上的分析

## 1. 家庭自我概念

根據統計結果，實驗組與控制組在「家庭自我概念」量尺得分的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準 ( $F = 0.003, p > .05$ )，故進行共變數分析，經過統計分析後，茲將「家庭自我概念」量尺前測與後測得分 T 分數之平均數、標準差與調整後平均數列於表 4-7。另外，再將「家庭自我概念」量尺前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：在遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員在「家庭自我概念」量尺的得分上無顯著的差異 ( $F = 0.033, p > .05$ ) (表 4-9)，實驗組的平均數並未高於控制組 (實驗組的調整平均數為 47.03，控制組為 48.73)，表示實驗組成員其後測並未高於前測分數，其家庭自我概念並未有明顯提高；控制組

前、後測亦無差異存在（表4-7）

以下針對實驗組與控制組成員之「家庭自我概念」量尺T分數進行個別前、後測比較，結果如圖4-4。

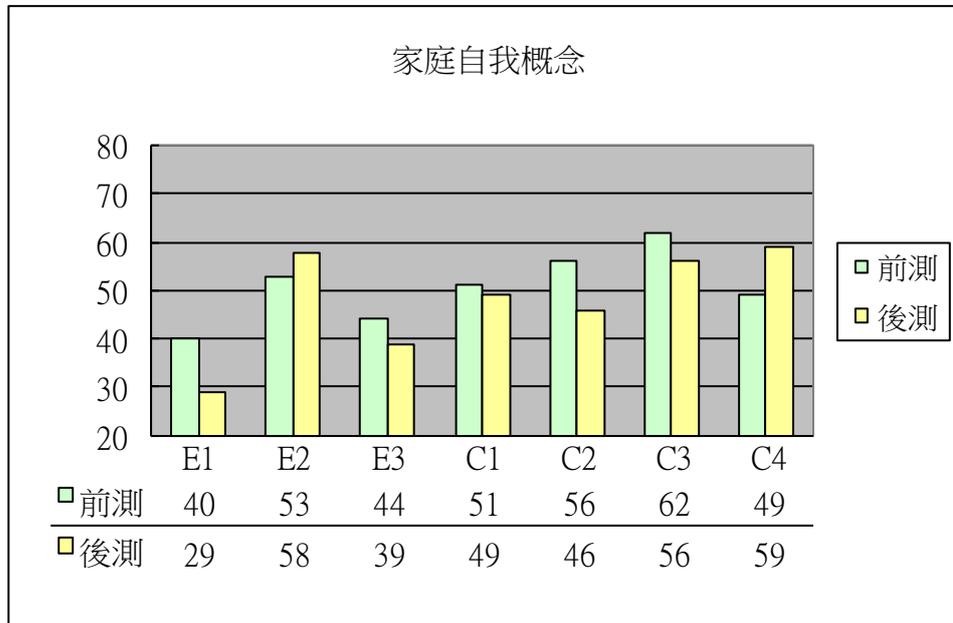


圖 4-4 「國小兒童自我概念量表」家庭自我概念T分數直方圖

根據圖4-4，成員E1的後測分數在「國小兒童自我概念量表」中「家庭自我概念」量尺T分數由前測之40降至29；成員E2之T分數由前測之53提升至58；成員E3之T分數由前測之44降至39；實驗組成員除成員E2之家庭自我概念有提升外，其餘成員均下降。成員C1之T分數由51降至49，成員C2之T分數由56降為46，成員C3之T分數由62降至56，成員C4之T分數則由49提升至59，控制組成員除C4有提升外，其餘成員分數均下降。

故兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概念量表」中「家庭自我概念」量尺分數前、後測之得分無統計上明顯差異。

## (二)學校自我概念

根據統計結果，實驗組與控制組在「國小兒童自我概念量表」中「學校自我概念」量尺得分的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準（ $F = 5.21$ ， $p$

> .05)，故進行共變數分析，經過統計分析後茲將「國小兒童自我概念量表」中「學校自我概念」量尺前測與後測得分之T分數的平均數、標準差與調整後平均數列於表4-7。另外，再將「學校自我概念」量尺前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」中「學校自我概念」量尺T分數得分無顯著的差異（ $F = 0.023$ ， $p > .05$ ）（表4-9），實驗組的平均數並未高於控制組（實驗組的調整平均數為55.14，控制組為54.15）表示實驗組成員其後測並未高於前測分數，其學校自我概念並未有明顯提高；控制組前、後測亦無差異存在（表4-7）

以下針對實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」中「學校自我概念」量尺T分數進行個別前、後測比較，結果如圖4-5。

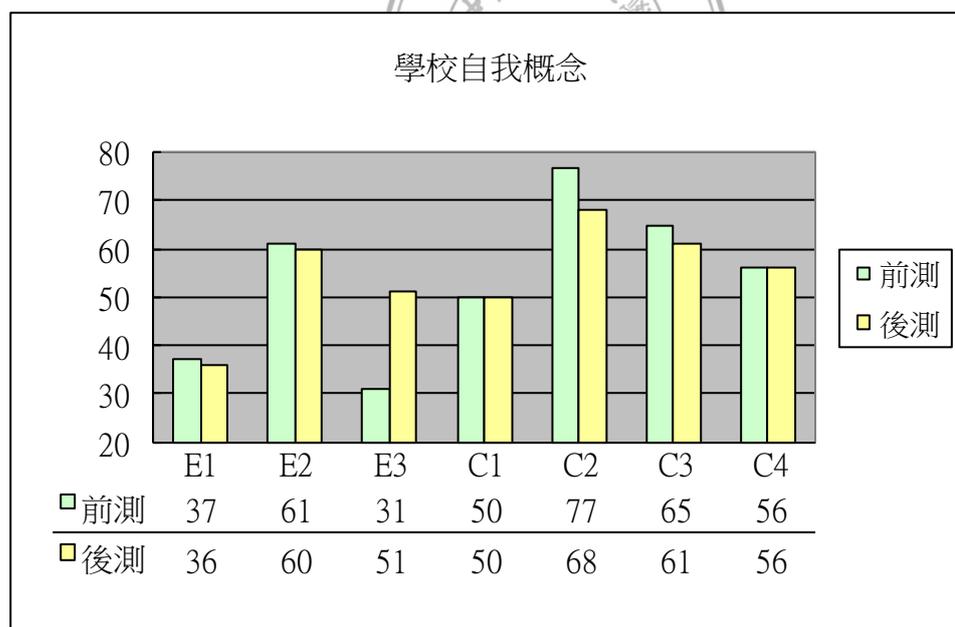


圖 4-5 「國小兒童自我概念量表」學校自我概念 T 分數直方圖

根據圖4-5，成員E1的後測分數在「國小兒童自我概念量表」中「學校自我概念」量尺T分數由前測之37降至36；成員E2之T分數由前測之61降至60；成員E3之T分數由前測之31提升至51；實驗組成員E3之學校自我概念有明顯提升，其

餘成員均無明顯差異。成員C1之T分數前、後測均為50，成員C2之T分數由77降為68，成員C3之T分數由65降至61，成員C4之T分數前後測均為56，控制組成員分數均呈現下降或持平的狀態。

故兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概念量表」中「學校自我概念」量尺分數前、後測之得分無明顯差異。

### (三)外貌自我概念

統計結果呈現實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」中「外貌自我概念」量尺得分的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準 ( $F=0.31, p>.05$ )，經過統計分析後，茲將「國小兒童自我概念量表」中「外貌自我概念」量尺前測與後測得分T分數的平均數、標準差與調整後平均數列於表4-7。另外，再將「外貌自我概念」量尺前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」中「外貌自我概念」量尺上之得分無顯著差異 ( $F=0.001, p>.05$ ) (表4-9)，實驗組的平均數並未高於控制組 (實驗組的調整平均數為60.88，控制組為60.59)，表示實驗組成員其後測並未高於前測分數，其外貌自我概念並未有明顯提高；控制組前、後測亦無差異存在 (表4-7)

以下針對實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」中「外貌自我概念」量尺T分數進行個別前、後測比較，結果如圖4-6所示。

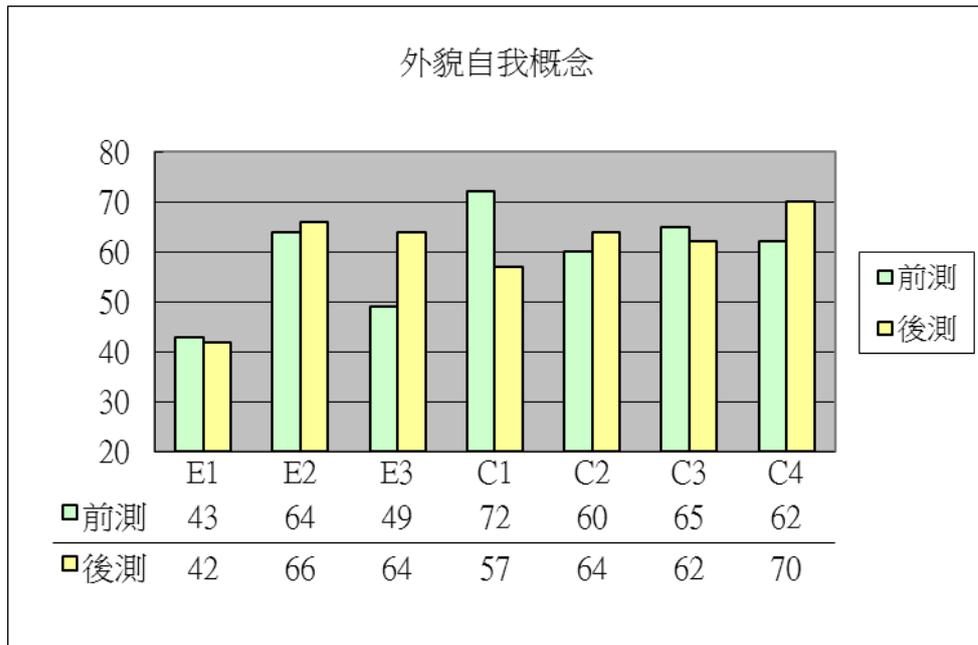


圖 4-6 「國小兒童自我概念量表」外貌自我概念 T 分數直方圖

根據圖4-6，成員E1的後測分數在「國小兒童自我概念量表」中「外貌自我概念」量尺T分數由前測之43降至42；成員E2之T分數由前測之64提升至66；成員E3之T分數由前測之49提升至64；實驗組成員除成員E1外，其餘成員「外貌自我概念」均有提升。成員C1之T分數由前測之72降至57，成員C2之T分數由60提升為64，成員C3之T分數由65降至62，成員C4之T分數由前測之62提升至70，控制組成員分數除C2與C4有上升外，其餘均下降。

故兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概念量表」中「外貌自我概念」量尺分數前、後測之得分無明顯差異。

#### (四)身體自我概念

統計結果呈現實驗組與控制組成員在「身體自我概念」量尺得分的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準 ( $F = 0.78, p > .05$ )，故進行共變數分析，經過統計分析後茲將「身體自我概念」量尺前測與後測得分T分數之平均數、標準差與調整後平均數列於表4-7。另外，再將「身體自我概念」量尺前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」中「身體自我概念」量尺得分之T分數無顯著差異（ $F = 0.23$ ， $p > .05$ ）（表4-9），實驗組的平均數並未高於控制組（實驗組的調整平均數為51.77，控制組為54.17），表示實驗組成員其後測並未高於前測分數，其身體自我概念並未有明顯提高；控制組前、後測亦無差異存在（表4-7）

以下針對實驗組與控制組成員在「國小兒童自我概念量表」中「身體自我概念」量尺T分數進行個別前、後測比較，結果如圖4-7。

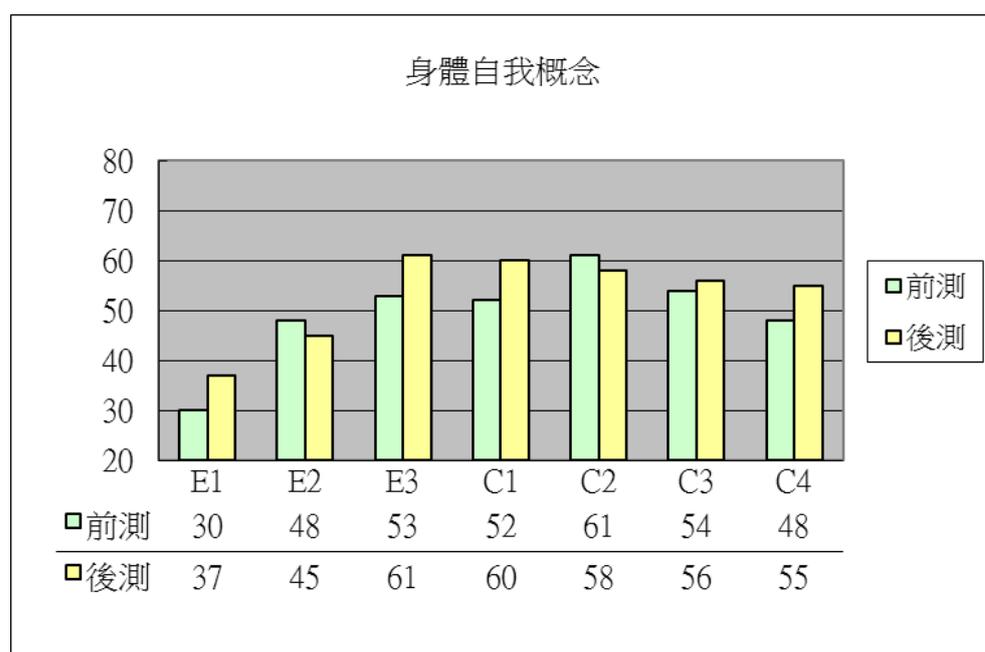


圖 4-7 「國小兒童自我概念量表」身體自我概念 T 分數直方圖

根據圖4-7，成員E1之後測分數在「國小兒童自我概念量表」中「身體自我概念」量尺T分數由前測之30提升至37；成員E2之T分數由前測之48降至45；成員E3之T分數由前測之53提升至61；實驗組成員除成員E2外，其餘成員身體自我概念均有提升。成員C1之T分數由前測之52提升至60，成員C2之T分數由61降為58，成員C3之T分數由54提升至56，成員C4之T分數由前測之48提升至55，控制組成員分數除C2外，其餘均上升。

故兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概

念量表」中「身體自我概念」量尺分數前、後測之得分無明顯差異。

#### (五)情緒自我概念

統計結果呈現實驗組與控制組成員在「情緒自我概念」量尺得分的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準 ( $F = 0.62, p > .05$ )，故進行共變數分析，經過統計分析後，茲將前測與後測得分的平均數、標準差與調整後平均數列於表 4-7。另外，再將「情緒自我概念」量尺前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員的「情緒自我概念」量尺得分無顯著差異 ( $F = 6.79, p > .05$ ) (表 4-9)，實驗組的平均數並未高於控制組 (實驗組的調整平均數為 44.21，控制組為 62.85)，表示實驗組成員其後測分數並未高於前測，其情緒自我概念並未有明顯提高；控制組前、後測亦無差異存在 (表 4-7)

以下針對實驗組與控制組成員之「情緒自我概念」量尺 T 分數進行個別前、後測比較，結果如圖 4-8 所示。

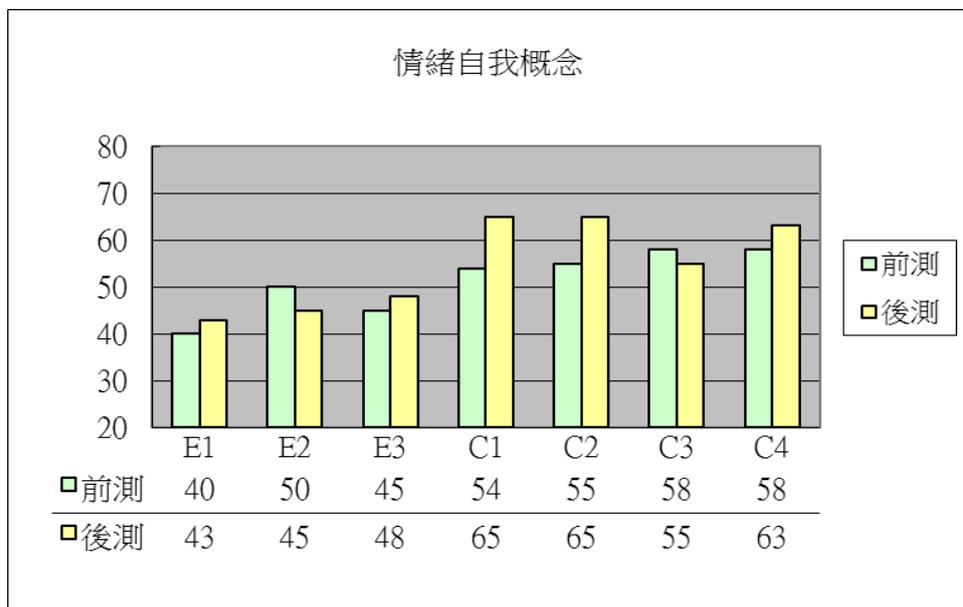


圖 4-8 「國小兒童自我概念量表」情緒自我概念 T 分數直方圖

根據圖4-8，成員E1之後測分數在「國小兒童自我概念量表」中「情緒自我概念」量尺T分數由前測之40提升至43；成員E2之T分數由前測之50降至45；成員E3之T分數由前測之45提升至48；實驗組成員除成員E2外，其餘成員情緒自我概念均有提升，但幅度相當小。成員C1之T分數由前測之54提升至65，成員C2之T分數由55提升為65，成員C3之T分數由58降至55，成員C4之T分數由前測之58提升至63，控制組成員分數除C3外，其餘均上升。

故兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概念量表」中「情緒自我概念」量尺分數前、後測之得分無統計上明顯差異。

#### (六)人際自我概念

統計結果呈現實驗組與控制組成員在「人際自我概念」量尺得分的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準( $F=2.27, p>.05$ )，故進行共變數分析，經過統計分析後茲將前測與後測得分的平均數、標準差與調整後平均數列於表4-7。另外，再將「人際自我概念」量尺前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員的「人際自我概念」量尺得分無顯著差異( $F=0.01, p>.05$ ) (表4-9)，實驗組的平均數並未高於控制組 (實驗組的調整平均數為50.05，控制組為51.48)，表示實驗組成員其後測並未高於前測分數，其人際自我概念並未有明顯提高；控制組前、後測亦無差異存在 (表4-7)

以下針對實驗組與控制組成員之「人際自我概念」量尺T分數進行個別前、後測比較，結果如圖4-9。

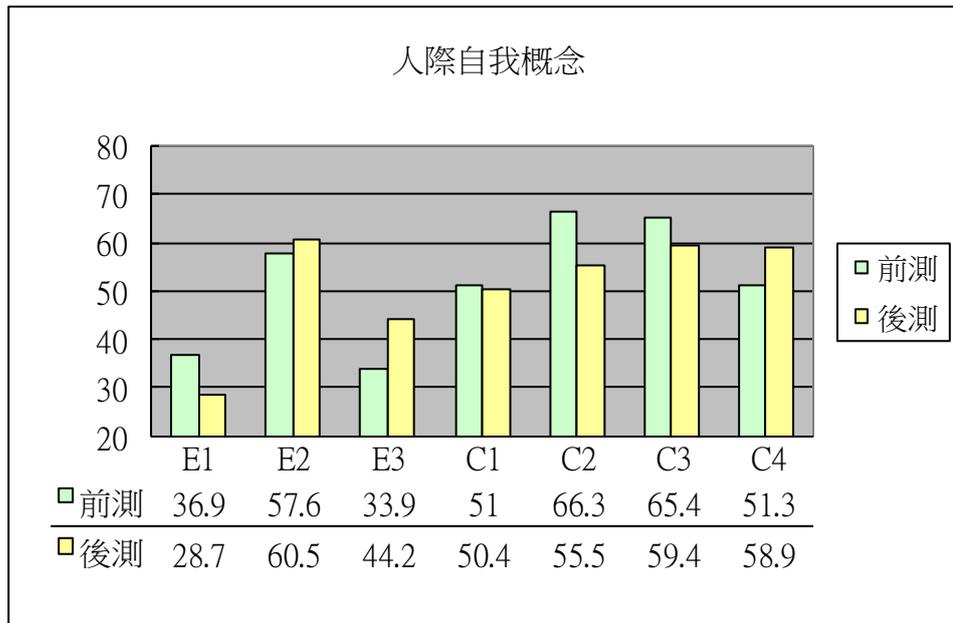


圖 4-9 「國小兒童自我概念量表」人際自我概念 T 分數直方圖

根據圖4-9，成員E1之後測分數在「國小兒童自我概念量表」中「人際自我概念」量尺T分數由前測之36.9降至28.7；成員E2之T分數由前測之57.6提升至60.5；成員E3之T分數由前測之33.9提升至44.2；實驗組成員除成員E1外，其餘成員人際自我概念均有提升。成員C1之T分數由前測之51降至50.4，成員C2之T分數由66.3降為55.5，成員C3之T分數由65.4降至59.4，成員C4之T分數由前測之51.3提升至58.9，控制組成員分數除C4外，其餘均下降。

故兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概念量表」中「人際自我概念」量尺分數前、後測之得分無明顯差異。

#### (七)個體自我概念

統計結果呈現實驗組與控制組成員在「個體自我概念」量尺得分的組內迴歸係數同質性考驗結果未達顯著水準 ( $F = 0.72, p > .05$ )，故進行共變數分析，經過統計分析後，茲將前測與後測得分的平均數、標準差與調整後平均數列於表4-7。另外，再將「個體自我概念」量尺前測的總分為共變量，進行獨立樣本單因子共變數分析。

分析結果發現：經過遊戲治療介入之後，實驗組與控制組成員的「個體自我概念」量尺得分無顯著差異 ( $F=0.49, p > .05$ ) (表4-9)，實驗組的平均數並未高於控制組 (實驗組的調整平均數為55.06，控制組為60.91)，表示實驗組成員其後測並未高於前測分數，其個體自我概念並未有明顯提高；控制組前、後測亦無差異存在 (表4-7)

以下針對實驗組與控制組成員之「個體自我概念」量尺T分數進行個別前、後測比較，結果如圖4-10。

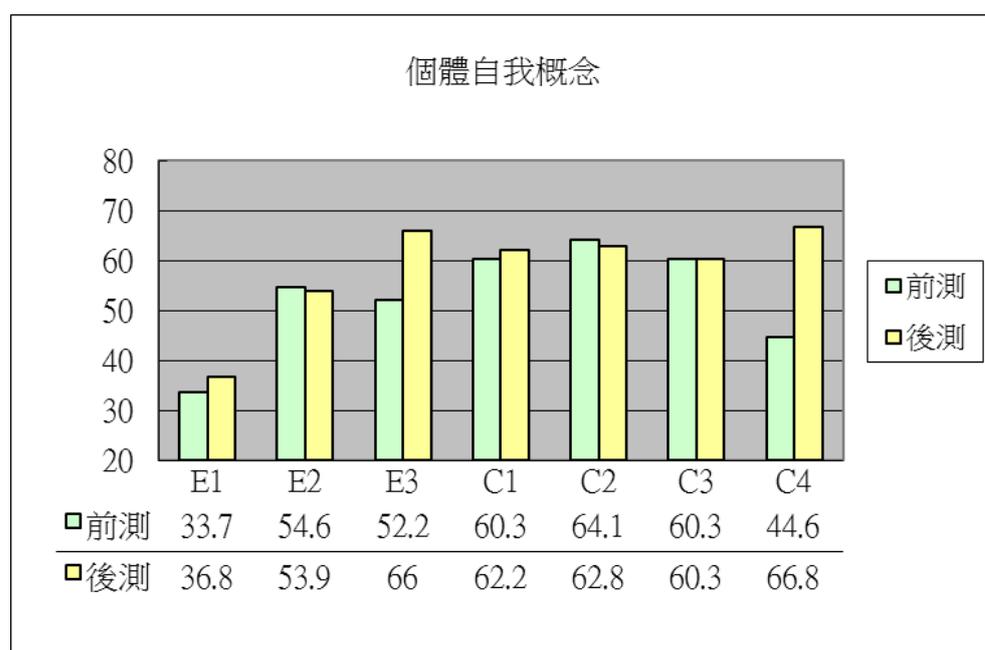


圖 4-10 「國小兒童自我概念量表」個體自我概念 T 分數直方圖

根據圖4-10，成員E1之後測分數在「國小兒童自我概念量表」中「個體自我概念」量尺T分數由前測之33.7提升至36.8；成員E2之T分數由前測之54.6降至53.9；成員E3之T分數由前測之52.2提升至66；實驗組成員除成員E2外，其餘成員個體自我概念均有提升。成員C1之T分數由前測之60.3提升至62.2，成員C2之T分數由64.1降為62.8，成員C3之T分數前、後測均為60.3，成員C4之T分數由前測之44.6提升至66.8，控制組成員分數除C4有明顯提升外，其餘差異不大。

故兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組與控制組兒童在「國小兒童自我概

念量表」中「個體自我概念」量尺分數前、後測之得分無統計上明顯差異。

### 三、各成員在自我概念各分量表上的分析

#### (一) 實驗組成員自我概念量表分析

依據圖4-11，實驗組成員整體除「家庭自我概念」量尺T分數下降外，「學校自我概念」、「身體自我概念」、「情緒自我概念」、「個體自我概念」、「外貌自我概念」、「人際自我概念」與全量表T分數均有提升，但「情緒自我概念」量尺上升幅度最小。顯示實驗組平均來說自我概念有成長，但並未達顯著改變。

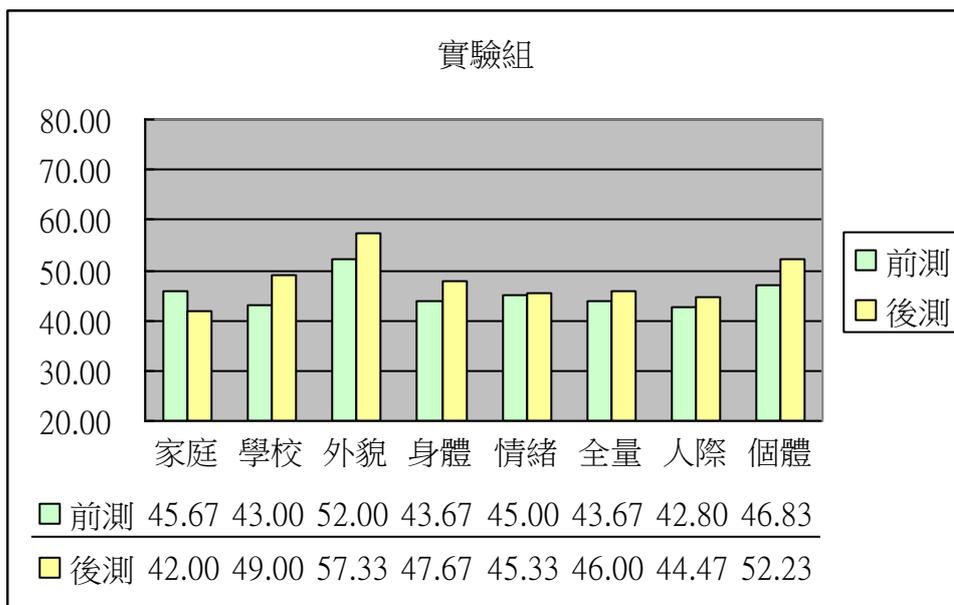


圖 4-11 實驗組之自我概念量表分析圖

#### (二) 實驗組各成員自我概念量表個別分析

1. 成員E1：根據圖4-12，成員E1之後測分數在「家庭自我概念」、「學校自我概念」、「外貌自我概念」、「人際自我概念」與全量表分數均下降，其中下降幅度最多為「家庭自我概念」；「身體自我概念」、「情緒自我概念」、「個體自我概念」量尺分數均上升，其中「身體自我概念」上升幅度最大。根據全量表總分來看，成員E1的自我概念有些微下降。

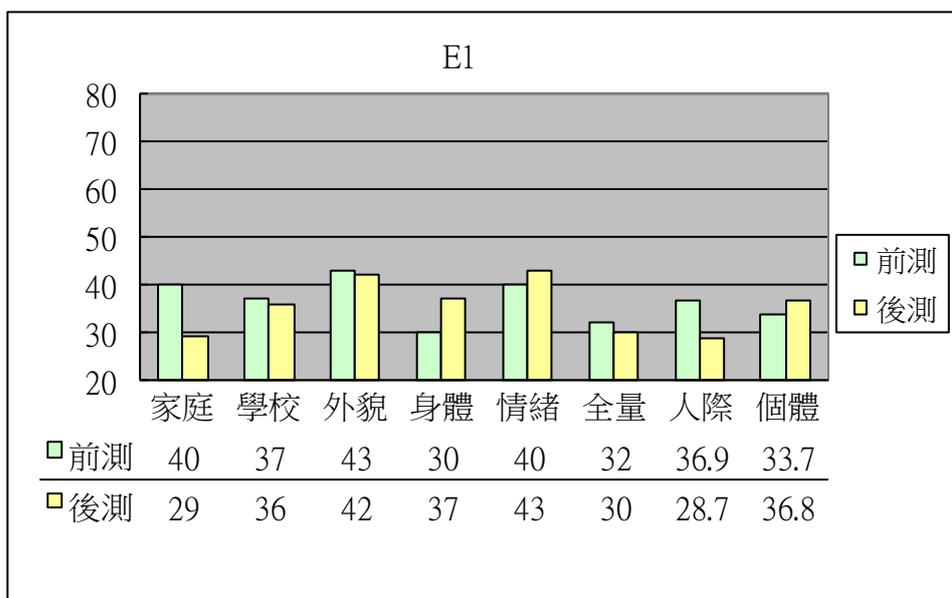


圖 4-12 成員 E1 之自我概念量表分析圖

2. 成員E2：根據圖4-13，成員E2之後測分數在「學校自我概念」、「身體自我概念」、「情緒自我概念」、「個體自我概念」與全量表分數均下降，下降幅度差異不大；「家庭自我概念」、「外貌自我概念」、「人際自我概念」量尺分數均上升，但上升幅度亦不大。根據全量表總分來看，成員E2的自我概念並無明顯的改變。

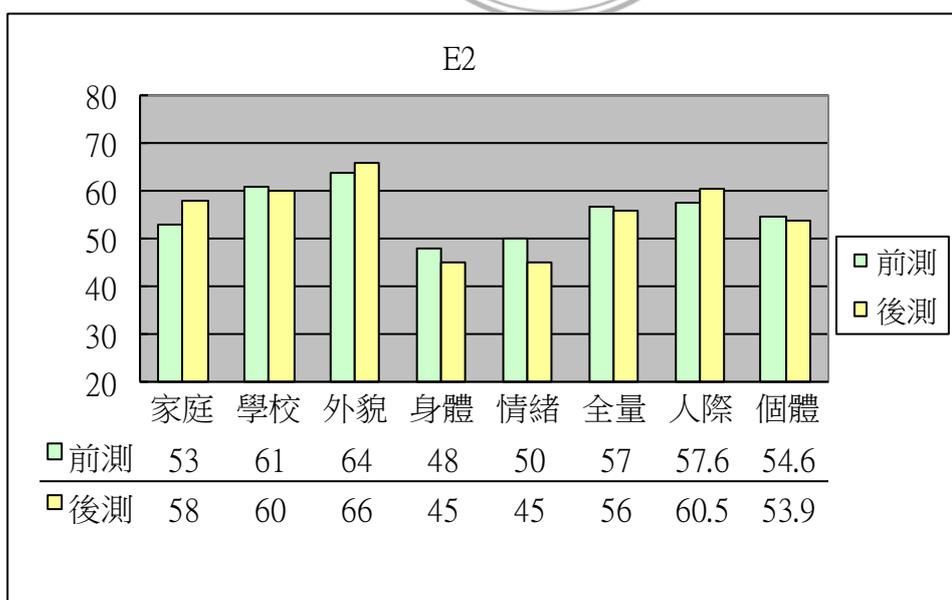


圖 4-13 成員 E2 之自我概念量表分析圖

3. 成員E3：依據圖4-14，成員E3之後測分數除「家庭自我概念」T分數下降外，

「學校自我概念」、「外貌自我概念」、「身體自我概念」、「情緒自我概念」、「人際自我概念」、「個體自我概念」與全量表T分數均有明顯的提升，其中「學校自我概念」上升幅度最大。根據全量表總分來看，成員E3之自我概念有明顯的上升。

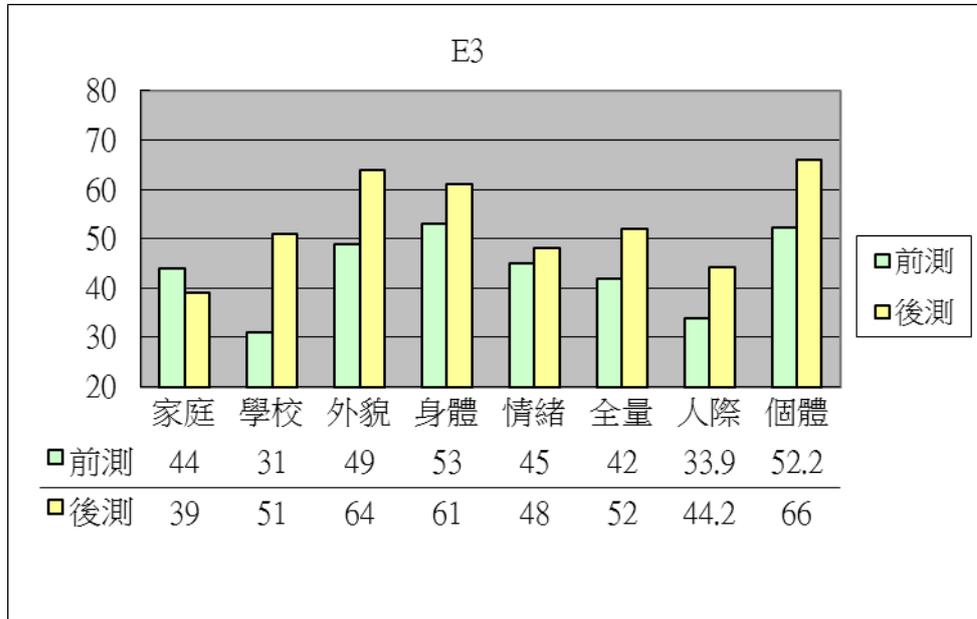


圖 4-14 成員 E3 之自我概念量表分析圖

### (三) 控制組成員自我概念量表分析

依據圖4-15，控制組成員整體「家庭自我概念」、「學校自我概念」、「外貌自我概念」、「人際自我概念」有些微下降，在「身體自我概念」、「情緒自我概念」、「個體自我概念」與全量表T分數均有些微提升，但平均整體來說各分量表差異並不大。

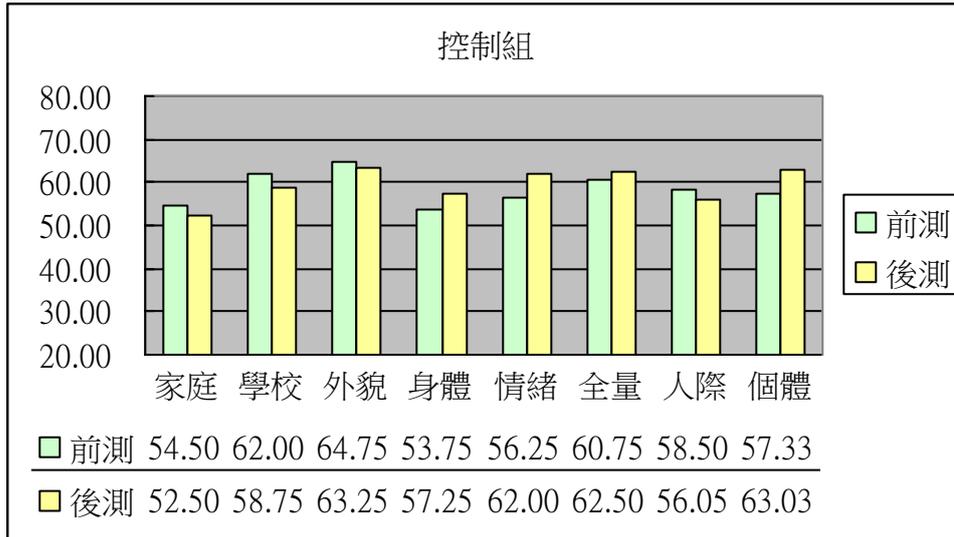


圖 4-15 控制組之自我概念量表分析圖

(四) 控制組各成員自我概念量表個別分析

1. 成員C1：依據圖4-16，成員C1之後測分數中「家庭自我概念」、「外貌自我概念」、「人際自我概念」均有些微下降，其中下降幅度最多為「外貌自我概念」；「身體自我概念」、「情緒自我概念」、「個體自我概念」與全量表分數均上升，除「情緒自我概念」外，其餘上升幅度無明顯差異，「學校自我概念」則無改變。根據全量表總分來看，成員C1的自我概念也有小幅度的上升，但亦未達顯著差異。

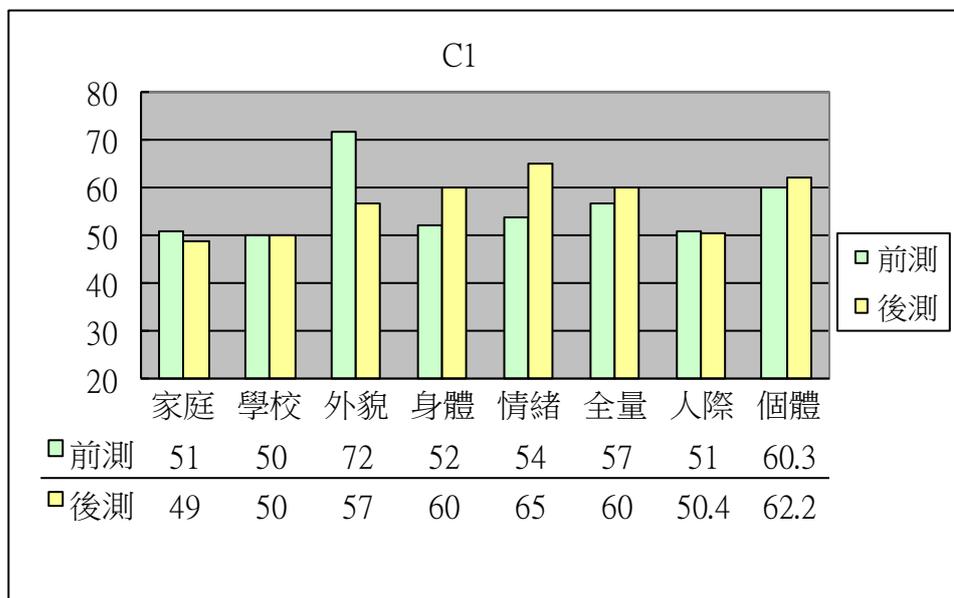


圖 4-16 成員 C1 之自我概念量表分析圖

2. 成員C2：如圖4-17所示，成員C2之後測分數中「家庭自我概念」、「學校自我概念」、「身體自我概念」、「人際自我概念」、「個體自我概念」與全量表分數均有些微下降，其中下降幅度最多為「學校自我概念」；「外貌自我概念」與「情緒自我概念」有些微上升，其中「情緒自我概念」上升幅度較大。以全量表總分來看，成員C2的自我概念有下幅度的下降。

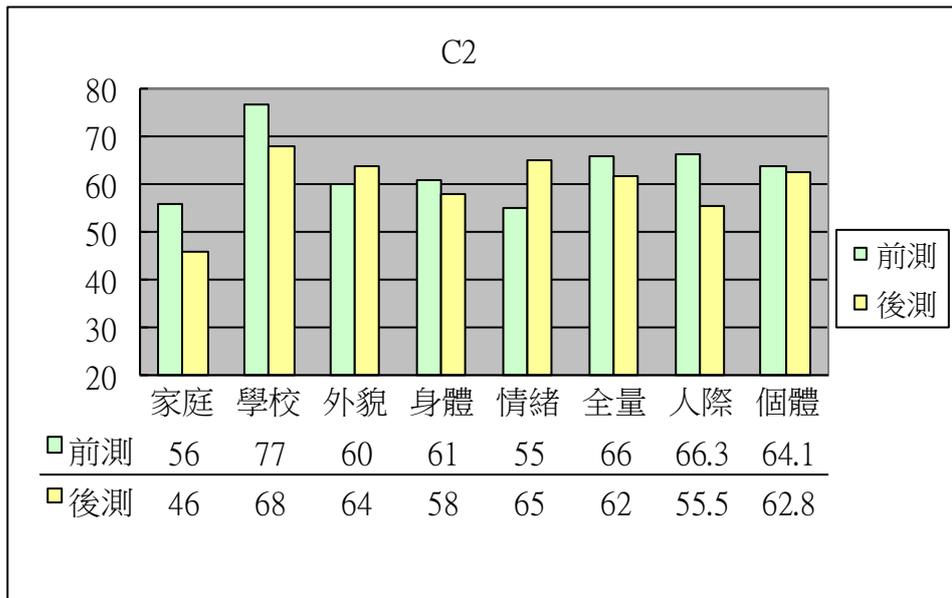


圖 4-17 成員 C2 之自我概念量表分析圖

3. 成員C3：依據圖4-18，成員C3在後測分數中僅「身體自我概念」有些許上升，其餘「家庭自我概念」、「學校自我概念」、「外貌自我概念」、「情緒自我概念」、「人際自我概念」與全量表分數均有些微下降，其中「個體自我概念」無差異。以全量表總分來看，成員C3的自我概念有小幅度的下降。

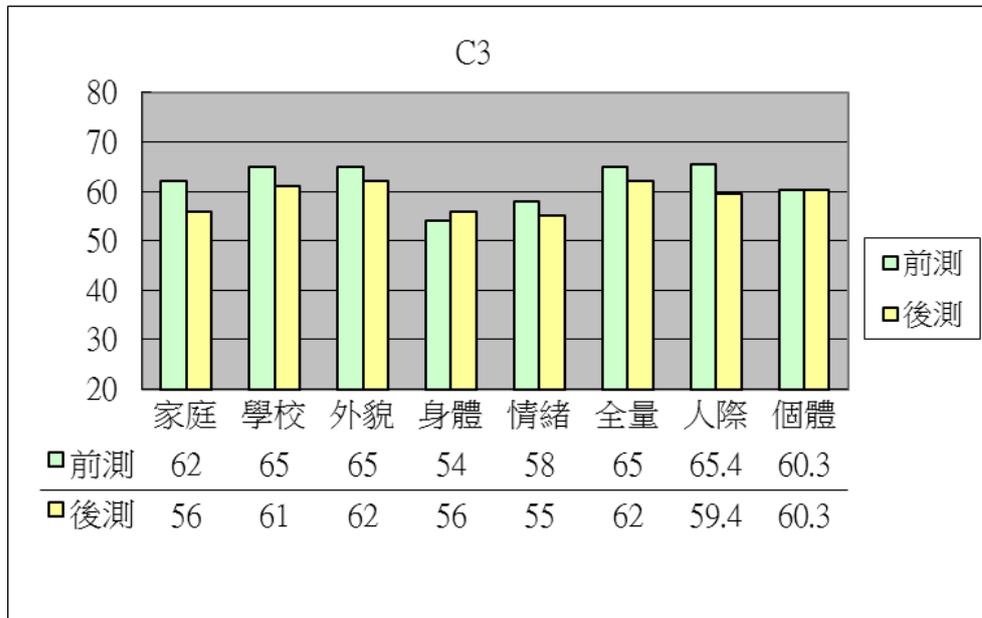


圖 4-18 成員 C3 之自我概念量表分析圖

4. 成員C4：根據圖4-19，成員C4在後測分數中僅「學校自我概念」維持前測T分數，其餘「家庭自我概念」、「學校自我概念」、「外貌自我概念」、「身體自我概念」、「情緒自我概念」、「人際自我概念」與全量表分數均上升。以全量表總分看，成員C4的自我概念有明顯提升，為控制組中上升幅度最大者。

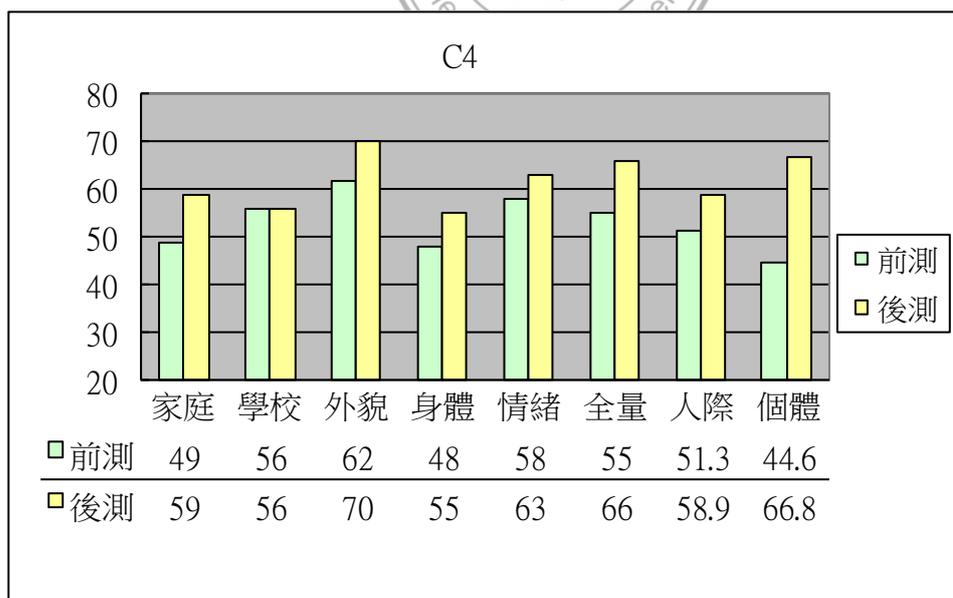


圖 4-19 成員 C4 之自我概念量表分析圖

根據統計分析與個別圖表分析來看，十週的兒童中心遊戲治療的介入，並未使實驗組及控制組兩組兒童的自我概念差異達到顯著水準。

### 第三節 社會退縮兒童接受兒童中心遊戲治療後之歷程變化

一、兒童中心遊戲治療實施之前、後，實驗組及控制組兒童在「直接觀察表」中之退縮行為特質表現之統計分析變化為何？

針對退縮兒童進行個別分析，研究者以個別成員在直接觀察表(DOF)中得分的變化，分析成員在實驗處理過程中改變的情形。

直接觀察表(DOF)分為「認知功能不佳」、「不成熟/退縮」、「注意力問題」、「衝動」、「違反規範」、「整體問題」等六個量尺；注意力問題另有三個分數，包含「注意力缺乏/過動問題」、「注意力缺乏」量尺及「過動/衝動」量尺；另外有任務達成分數，量表共得十個分數。本研究主要觀察兒童之退縮行為，故以「不成熟/退縮」分量尺之T分數進行資料分析。

#### (一) 實驗組「不成熟/退縮」分量尺之平均T分數視覺分析

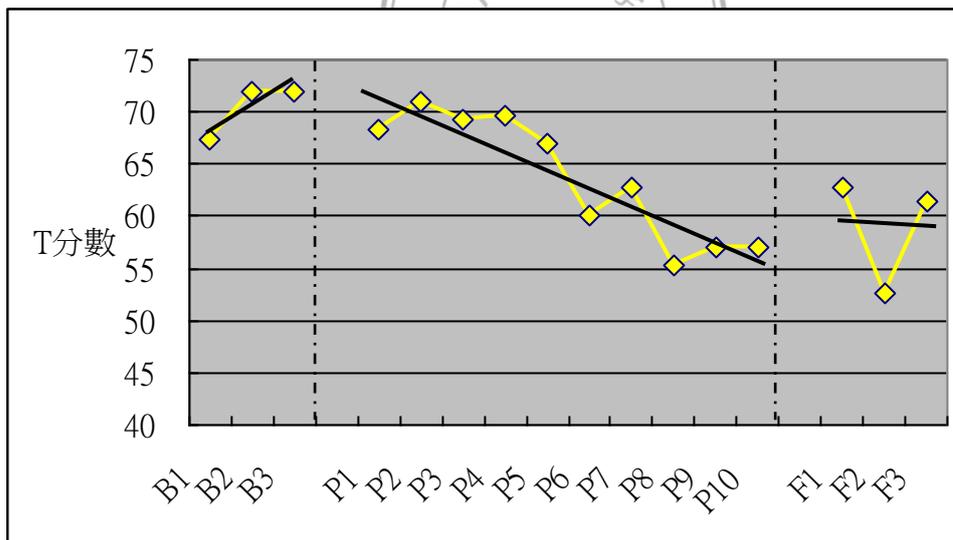


圖 4-20 實驗組退縮 T 分數曲線圖

表 4-10

實驗組退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期(A)	介入期(B)	追蹤期(C)
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3
趨向預估	/	\	\
	(-)	(+)	(+)
趨向穩定性	穩定	穩定	不穩定
	100%	100%	67%
平均值	70.4	63.7	58.9
水準穩定度	穩定	穩定	不穩定
	100%	90%	67%
水準範圍	67~72	55~71	53~63
水準變化	-5	11	2
階段間變化			
階段比較	A/B		B/C
變項改變之數目	1		1
趨向路徑與效果變化	/ \		/ \
	( - ) ( + )		( + ) ( + )
趨向穩定性之變化	穩定到穩定		穩定到不穩定
水準之變化	+4		6
重疊百分比	50%		67%

由圖4-20 及表4-10 顯示，實驗組成員在基線期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為67、72、72，平均值為70.4，退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢，水準範圍67-72，水準變化-5。在介入期當中都呈現穩定或下降的狀況，趨向穩定性100%。另外，介入期水準範圍55-71，平均值63.7，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為11，表示實驗組的退縮行為在實驗處理的支持下，持續下降。在追蹤期，實驗組成員共接受六次觀察，共三週，T分數分別為63、53、61，平均值58.9，維持效果良好，但趨向穩定度67%，呈現不穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-10，發現實驗組成員從基準期到介入期的水準變化 4，趨向方向由上升到下降，重疊百分比為 50%，表示介入處理的效果明顯。

另一方面，實驗組成員從介入期到追蹤期的趨向方向是由下降到下降，重疊百分比達 67%，表示處理的效果在追蹤期能繼續保持。

以下針對實驗組各成員進行進一步分析：

1. 成員E1視覺分析結果

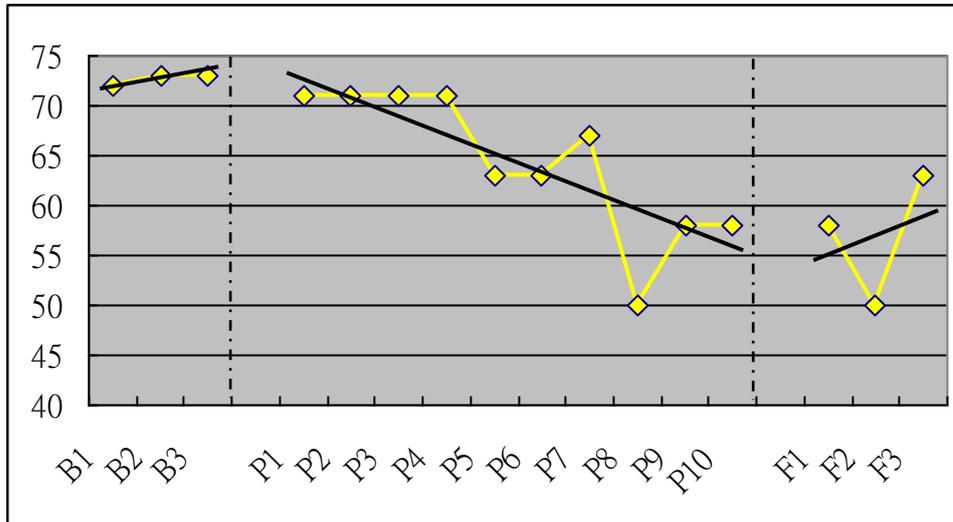


圖 4-21 成員 E1 退縮 T 分數曲線圖

表 4-11

成員 E1 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3
趨向預估	/	\	/
	(-)	(+)	(-)
趨向穩定性	穩定	穩定	不穩定
	100%	90%	67%
平均值	72.7	64.3	57
水準穩定度	穩定	不穩定	不穩定
	100%	60%	33%
水準範圍	72~73	50~71	50~63
水準變化	-1	13	-5

(續下頁)

階段間變化		
階段比較	A/B	B/C
變項改變之數目	1	1
趨向路徑與效果變化	$\wedge$ (-) (+)	$\vee$ (+) (-)
趨向穩定性之變化	穩定到穩定	穩定到不穩定
水準之變化	-2	0
重疊百分比	0%	100%

由圖4-21 及表4-11 顯示，成員E1在基線期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為72、73、73，平均值為72.7，退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢，水準範圍72-73，水準變化-1。在介入期當中，第七次與第九次有上升，其餘都呈現穩定或下降的狀況，趨向穩定性90%，整體亦呈現穩定狀態。另外，介入期水準範圍50-71，平均值64.3，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為13，表示成員E1的退縮行為在實驗處理的支持下，持續下降。在追蹤期，成員E1共接受六次觀察，共三週，T分數分別為58、50、63，平均值57，維持效果良好，但趨向穩定度67%，呈現不穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-11，發現成員 E1 從基準期到介入期的水準變化 -2，趨向方向由上升到下降，重疊百分比為 0%，表示介入處理的效果明顯。另一方面，成員 E1 從介入期到追蹤期的趨向方向是由下降到上升，重疊百分比達 100%，表示處理的效果在追蹤期能繼續保持。

## 2. 成員E2視覺分析結果

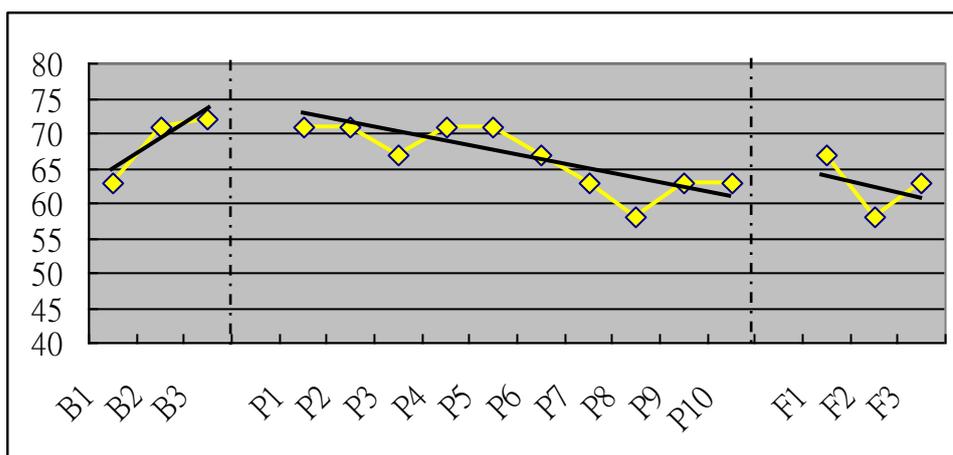


圖 4-22 成員 E2 退縮 T 分數曲線圖

表 4-12

成員 E2 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3
趨向預估	(-)	(+)	(+)
趨向穩定性	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
平均值	68.7	67.1	62.7
水準穩定度	穩定	穩定	穩定
	100%	90%	100%
水準範圍	63~72	58~71	58~67
水準變化	-9	8	4
階段間變化			
階段比較	A/B		B/C
變項改變之數目	1		1
趨向路徑與效果變化	/ \ (-) (+)		\ \ (+) (+)
趨向穩定性之變化	不穩定到穩定		穩定到穩定
水準之變化	-1		4
重疊百分比	90%		100%

由圖4-22 及表4-12 顯示，成員E2在基準期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為67、71、72，平均值為68.7，退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢，水準範圍63-72，水準變化-9。在介入期當中，均呈現穩定或下降的狀況，趨向穩定性100%。另外，介入期水準範圍58-71，平均值67.1，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為8，表示成員E2的退縮行為在實驗處理的支持下，持續下降。在追蹤期，成員E2共接受六次觀察，共三週，T分數分別為67、58、63，平均值62.7，維持效果良好，趨向穩定度100%，呈現穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-12，發現成員 E2 從基準期到介入期的水準變化 1，趨向方向由上升到下降，重疊百分比為 90%，表示介入處理的效果不明顯。另一方面，成員 E2 從介入期到追蹤期的趨向方向是由下降到下降，重疊百分比達 100%，表示處理的效果在追蹤期能繼續保持。

### 3. 成員E3視覺分析結果

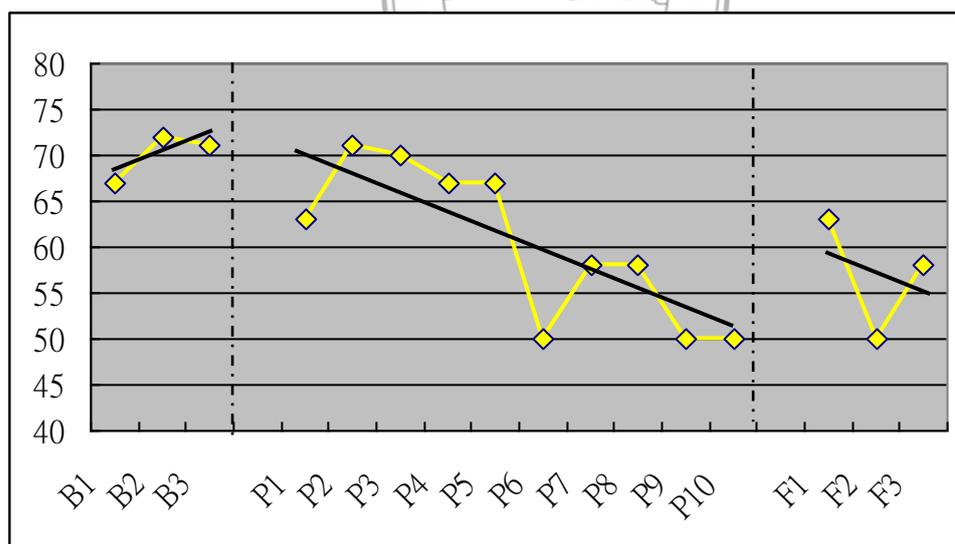


圖 4-23 成員 E3 退縮 T 分數曲線圖

表 4-13

成員 E3 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3
趨向預估	/	\	\
	(-)	(+)	(+)
趨向穩定性	穩定	穩定	不穩定
	100%	80%	67%
平均值	70	60.4	57
水準穩定度	穩定	不穩定	不穩定
	100%	30%	33%
水準範圍	67~72	50~71	50~63
水準變化	-4	13	5
階段間變化			
階段比較	A/B		B/C
變項改變之數目	1		1
趨向路徑與效果變化	/ \		/ \
	( - ) ( + )		( + ) ( + )
趨向穩定性之變化	穩定到穩定		穩定到不穩定
水準之變化	-8		13
重疊百分比	40%		100%

由圖4-23 及表4-13 顯示，成員E3在基準期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為67、72、71，平均值為70，退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢，水準範圍67-72，水準變化-4。在介入期當中，呈現下降的狀況，趨向穩定性80%，呈現穩定狀態。另外，介入期水準範圍50-71，平均值60.4，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為13，表示受試E3的退縮行為在實驗處理的支持下，持續下降。在追蹤期，成員E3共接受六次觀察，共三週，T分數分別為63、50、58，平均值57，維持效果良好，趨向穩定度67%，呈現不穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-13，發現成員 E3 從基準期到介入期的水準變化 8，趨向方向由上升到下降，重疊百分比為 40%，表示介入處理的效果明顯。另

一方面，成員 E3 從介入期到追蹤期的趨向方向是由下降到下降，重疊百分比達 100%，表示處理的效果在追蹤期能繼續保持。

(二) 控制組「不成熟/退縮不成熟/退縮」分量尺之平均T分數視覺分析

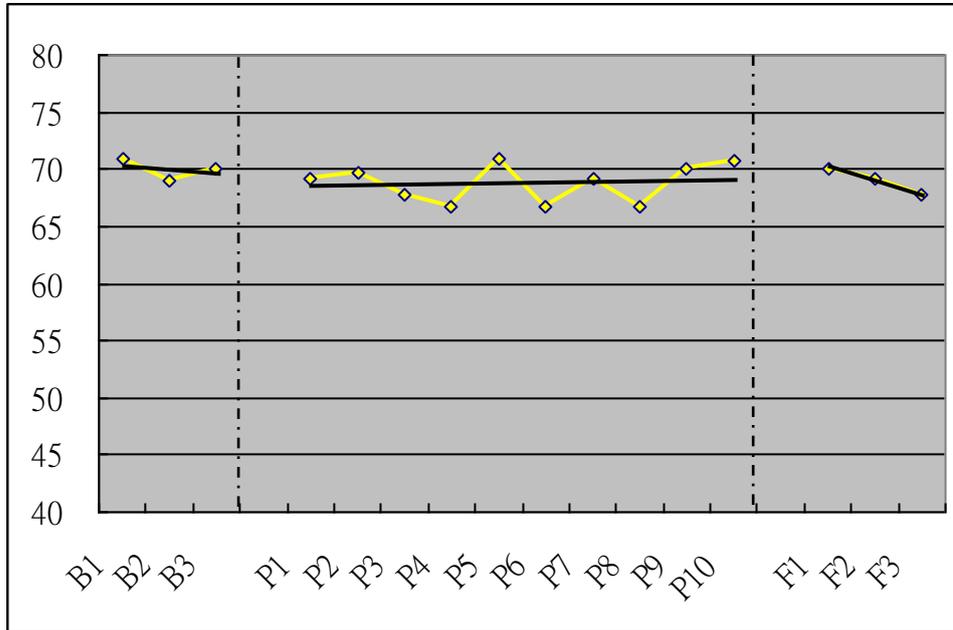


圖 4-24 控制組退縮 T 分數曲線圖

表 4-14

控制組退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3
趨向預估	＼	／	＼
	(+)	(-)	(+)
趨向穩定性	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
平均值	70	69	69
水準穩定度	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
水準範圍	69~71	67~71	68~70
水準變化	1	-2	-2
階段間變化			

(續下頁)

階段比較	A/B	B/C
變項改變之數目	1	1
趨向路徑與效果變化	$\begin{array}{c} \diagdown \quad \diagup \\ (+) \quad (-) \end{array}$	$\begin{array}{c} \diagup \quad \diagdown \\ (-) \quad (+) \end{array}$
趨向穩定性之變化	穩定到穩定	穩定到穩定
水準之變化	-1	-1
重疊百分比	60%	100%

由圖4-24 及表4-14 顯示，控制組成員在基準期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為71、69、70，平均值為70，退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢，水準範圍69-71，水準變化1。在介入期當中，呈現些許上升的狀況，趨向穩定性100%，呈現穩定。另外，介入期水準範圍67-71，平均值69，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為-2，表示控制組受試的退縮行為在介入期中，沒有明顯改變。在追蹤期，控制組兒童共接受六次觀察，共三週，T分數分別為70、69、68，平均值69，趨向穩定度100%，呈現穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-14，發現控制組受試從基準期到介入期的水準變化1，趨向方向由下降到上升，重疊百分比為60%，表示介入期與基準期並無明顯差異。另一方面，控制組受試從介入期到追蹤期的趨向方向是由上升到下降，重疊百分比達100%，表示介入期與追蹤期退縮行為相同。

以下就控制組各成員進行研究資料分析：

#### 1. 成員C1視覺分析結果

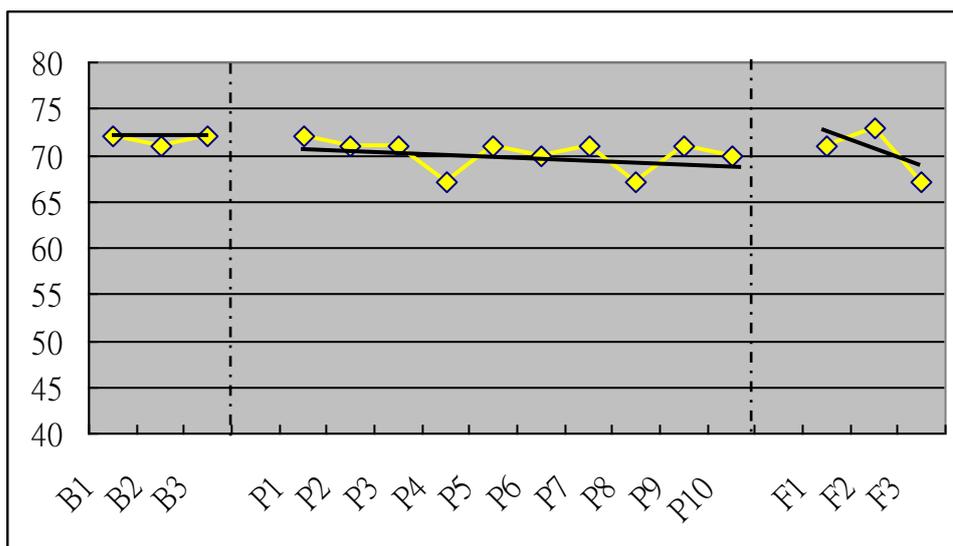


圖 4-25 成員 C1 退縮 T 分數曲線圖

表 4-15

成員 C1 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3
趨向預估	(=)	(+)	(+)
趨向穩定性	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
平均值	71.7	70.1	70.3
水準穩定度	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
水準範圍	71~72	67~72	67~73
水準變化	0	2	4
階段間變化			
階段比較	A/B	B/C	
變項改變之數目	1	1	
趨向路徑與效果變化	(=) \	\ \	
	(+) (+)	(+) (+)	
趨向穩定性之變化	穩定到穩定	穩定到穩定	
水準之變化	0	1	
重疊百分比	60%	67%	

由圖4-25 及表4-15 顯示，成員C1在基準期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為72、71、72，平均值為71.7，退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢，水準範圍71-72，水準變化0。在介入期當中，呈現些許下降的狀況，趨向穩定性100%，呈現穩定。另外，介入期水準範圍67-72，平均值70.1，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為2，表示控制組受試的退縮行為在介入期中，沒有明顯改變。在追蹤期，成員C1共接受六次觀察，共三週，T分數分別為71、73、67，平均值70.3，趨向穩定度100%，呈現穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-15，發現成員 C1 從基準期到介入期的水準變化 0，趨向方向由等於到上升，重疊百分比為 60%，表示介入期與基準期並無明顯差異。另一方面，成員 C1 從介入期到追蹤期的趨向方向是由下降到下降，重疊百分比達 67%，表示介入期與追蹤期退縮行為為相同。

## 2. 成員C2視覺分析結果

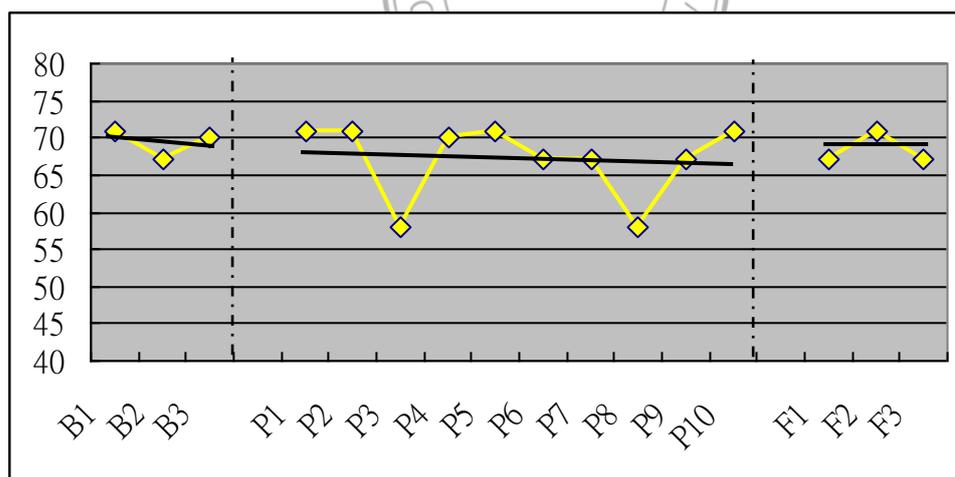


圖 4-26 成員 C2 退縮 T 分數曲線圖

表 4-16

成員 C2 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3

(續下頁)

趨向預估	＼	＼	=
	(+)	(+)	(=)
趨向穩定性	穩定	穩定	穩定
	100%	80%	100%
平均值	69.3	67.1	68.3
水準穩定度	穩定	穩定	穩定
	100%	80%	100%
水準範圍	67~71	58~71	67~71
水準變化	1	0	0
<b>階段間變化</b>			
階段比較	A/B		B/C
變項改變之數目	1		1
趨向路徑與效果變化	＼	＼	－
	(+)	(+)	(+)(=)
趨向穩定性之變化	穩定到穩定		穩定到穩定
水準之變化	1		-4
重疊百分比	80%		100%

由圖4-26 及表4-16 顯示，成員C2在基準期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為71、67、70，平均值為69.3，退縮行為在基準期呈現些許下降的趨勢，水準範圍67-71，水準變化1。在介入期當中，呈現些許下降的狀況，趨向穩定性80%，呈現穩定狀態。另外，介入期水準範圍58-71，平均值67.1，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為0，表示控制組受試的退縮行為在介入期中，沒有明顯改變。在追蹤期，成員C2共接受六次觀察，共三週，T分數分別為67、71、67，平均值68.3，趨向穩定度100%，呈現穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-16，發現成員 C2 從基準期到介入期的水準變化-1，趨向方向由下降到下降，重疊百分比為 80%，表示介入期與基準期並無明顯差異。另一方面，成員 C2 從介入期到追蹤期的趨向方向是由下降到等於，重疊百分比達 100%，表示介入期與追蹤期退縮行為相同。

### 3. 成員C3視覺分析結果

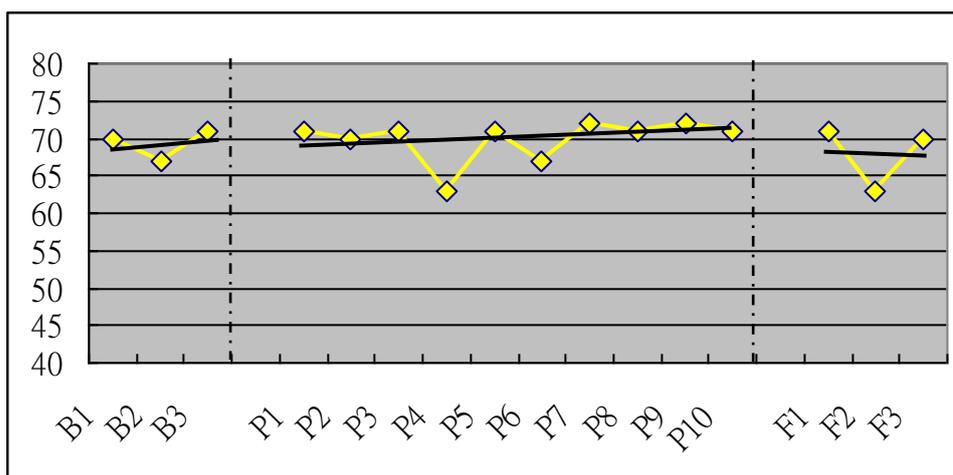


圖 4-27 成員 C3 退縮 T 分數曲線圖

表 4-17

成員 C3 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3
趨向預估	/	/	\
	(-)	(-)	(+)
趨向穩定性	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
平均值	69.3	69.9	68
水準穩定度	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
水準範圍	67~71	63~72	67~71
水準變化	-1	0	3
階段間變化			
階段比較	A/B		B/C
變項改變之數目	1		1
趨向路徑與效果變化	/ /		/ \
	(-) (-)		(-) (+)
趨向穩定性之變化	穩定到穩定		穩定到穩定
水準之變化	0		0
重疊百分比	70%		100%

由圖4-27 及表4-17 顯示，成員C3在基準期接受六次觀察，共三週，退縮T

分數分別為70、67、71，平均值為69.3，退縮行為在基準期呈現些許上升的趨勢，水準範圍67-71，水準變化-1。在介入期當中，呈現些許上升的狀況，趨向穩定性100%，呈現穩定。另外，介入期水準範圍63-72，平均值69.9，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為0，表示控制組受試的退縮行為在介入期中，沒有明顯改變。在追蹤期，成員C3共接受六次觀察，共三週，T分數分別為71、63、70，平均值68，趨向穩定度100%，呈現穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-17，發現成員 C3 從基準期到介入期的水準變化 0，趨向方向由上升到上升，重疊百分比為 70%，表示介入期與基準期並無明顯差異。另一方面，成員 C3 從介入期到追蹤期的趨向方向是由上升到下降，重疊百分比達 100%，表示介入期與追蹤期退縮行為相同。

#### 4. 成員C4視覺分析結果

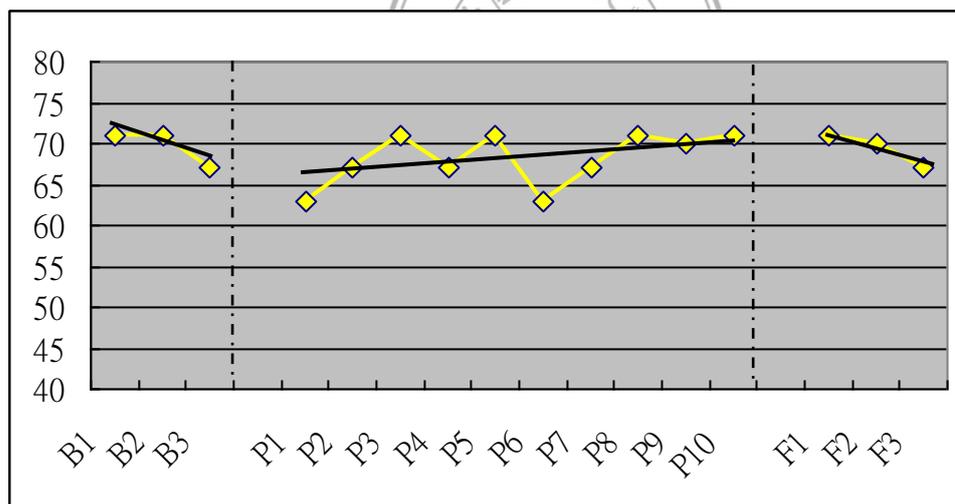


圖 4-28 成員 C4 退縮 T 分數曲線圖

表 4-18

成員 C4 退縮 T 分數視覺分析與統計分析摘要表

階段內變化			
階段順序	基準期	介入期	追蹤期
依序	1	2	3
階段長度	3	10	3

(續下頁)

趨向預估	＼	／	＼
	(+)	(-)	(+)
趨向穩定性	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
平均值	69.7	68.1	69.3
水準穩定度	穩定	穩定	穩定
	100%	100%	100%
水準範圍	67~71	63~71	67~71
水準變化	4	-8	4
階段間變化			
階段比較	A/B		B/C
變項改變之數目	1		1
趨向路徑與效果變化	＼	／	／
	(+)	(-)	(-)
趨向穩定性之變化	穩定到穩定		穩定到穩定
水準之變化	4		0
重疊百分比	80%		100%

由圖4-28 及表4-18 顯示，成員C4在基準期接受六次觀察，共三週，退縮T分數分別為71、71、67，平均值為69.7，退縮行為在基準期呈現下降的趨勢，水準範圍67-71，水準變化4。在介入期當中，呈現上升的狀況，趨向穩定性100%，呈現穩定。另外，介入期水準範圍63-71，平均值68.1，介入期第一點和最後一點的差距，也就是水準變化為-8，表示控制組受試的退縮行為在介入期中，沒有改變反而提升。在追蹤期，成員C4共接受六次觀察，共三週，T分數分別為71、70、67，平均值69.3，趨向穩定度100%，呈現穩定的狀態。

階段間的視覺分析，如表 4-18，發現成員 C4 從基準期到介入期的水準變化 4，趨向方向由下降到上升，重疊百分比為 80%，表示介入期與基準期並無明顯差異。另一方面，成員 C3 從介入期到追蹤期的趨向方向是由上升到下降，重疊百分比達 100%，表示介入期與追蹤期退縮行為相同。

根據上述，在實驗組的 T 分數曲線圖與視覺分析摘要表中，均呈現下降的趨向，且穩定性高，而在追蹤效果上也呈現了良好的結果，僅穩定性較弱，但仍

有其效果，在實驗組個別成員的圖表分析上也均呈現類似的結果。反觀控制組，在 T 分數曲線圖與視覺分析摘要表中，均可以發現控制組在三個階段中的變化差異不大，曲線圖趨於平緩且穩定，顯示其行為並未有明顯的差異與改變，在控制組個別成員身上也同樣看到類似的圖表。故在經過兒童中心遊戲治療的介入後，與控制組相比，實驗組兒童的退縮行為是呈現下降的趨勢，介入效果佳。

#### 第四節 綜合討論

本節根據上述研究結果，針對兒童中心遊戲治療對退縮兒童退縮行為與自我概念之治療成效進行綜合性討論。以成員在「六到十八歲兒童-教師報告表」、「六到十八歲兒童行為檢核表」、「國小兒童自我概念量表」之前、後測分數，配合「直接觀察表」之觀察結果，討論兒童中心遊戲治療對於退縮兒童之治療效果。主要分為「退縮行為」與「自我概念」兩部份進行探討。

##### 一、退縮行為

本研究實驗組成員在接受兒童中心遊戲治療後，其退縮行為有所改善，根據「六到十八歲兒童-教師報告表」與「六到十八歲兒童行為檢核表」之前、後測結果均呈現兒童之退縮行為有明顯降低，實驗組與控制組兒童的共變數分析結果亦呈現顯著差異，實驗組成員之退縮行為較控制組成員有明顯降幅。

此外，兒童退縮行為在「直接觀察表」上也呈現類似的結果。從視覺分析結果來看，實驗組整體成員之退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢；但在介入期當中都呈現穩定或下降的狀況，介入處理的效果明顯；在追蹤期，實驗組成員之維持效果良好。

根據實驗組成員之個別分析，成員E1在「六到十八歲兒童-教師報告表」與「六到十八歲兒童行為檢核表」的T分數結果在前、後測均具明顯改變。在直接觀察表上，成員E1的退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢；在介入期，成員E1的

退縮行為在遊戲治療的介入下，持續下降，介入效果明顯；在追蹤期，成員E1退縮行為的維持效果良好，遊戲治療效果在追蹤期仍繼續保持。

成員E2在「六到十八歲兒童-教師報告表」與「六到十八歲兒童行為檢核表」的T分數結果在前、後測均具明顯改變。成員E2的退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢，但效果較不明顯；在介入期，退縮行為均呈現穩定或下降的狀況，成員E2的退縮行為在遊戲治療的介入下，持續下降；在追蹤期，成員E2退縮行為的維持效果良好，呈現穩定的狀態。

成員E3在「六到十八歲兒童-教師報告表」與「六到十八歲兒童行為檢核表」的T分數結果在前、後測均具明顯改變。成員E2的退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢；在介入期，退縮行為呈現減少的情形，介入處理效果明顯，但較不穩定。在追蹤期，成員E3，退縮行為維持效果好，但呈現不穩定的狀態。

反觀控制組之退縮行為在基準期呈現穩定的趨勢；在介入期當中，呈現些許上升的狀況，但無明顯改變；在追蹤期，控制組也無明顯改變，呈現穩定的狀態。由階段間的視覺分析結果來看，發現控制組成員在基準期、介入期與追蹤期並無明顯差異。控制組成員(C1、C2、C3、C4)個別T分數除成員C4外，分數均些微下降，但改善幅度不明顯，整體T分數範圍無明顯降幅。

根據上述，「兒童中心遊戲治療」實施之後，整體與個別分析結果顯示實驗組兒童在「六至十八歲兒童-教師報告表」、「六到十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺分數前、後測之得分有明顯改善，在「直接觀察表」中亦有明顯改善。故本研究發現兒童中心遊戲治療的介入，能有效改善社會退縮兒童之退縮行為。

回顧相關文獻，針對兒童中心遊戲治療對於退縮兒童之相關研究，在個別治療的部分，田世崇(2003)針對國小四年級社會畏縮兒童進行了十二次遊戲治療探討其改變歷程；黃仙月(2007)則針對國小五年級社會畏縮聽障兒童進行了

十六次的遊戲治療，同樣採歷程分析，研究均發現對於退縮兒童之退縮行為有所改善。本研究的研究結果與田世崇及黃仙月的研究結果相符。

## 二、自我概念

根據本研究「自我概念」之結果，實驗組兒童在接受兒童中心遊戲治療後，其自我概念並無達到明顯改善，在立即效果與追蹤效果與控制組相比，也無明顯差異。根據實驗組之個別分析發現，實驗組兒童在家庭自我概念的改善程度不佳，僅有成員 E2 有提升。在學校自我概念上，成員 E1 與 E2 之後測分較前測分數低，但差異不大，成員 E3 則有明顯的提升。在外貌自我概念上除成員 E1 外，均有所提升，成員 E1 雖後測分數較前測分數低，但差異不大。在身體自我概念與情緒自我概念上的結果相似，除成員 E2 外，均有明顯的提升。在全量表分數上表現不理想，僅成員 E3 有明顯的提升，其餘都呈現微幅的下降。在人際自我概念上，除成員 E1 外，其餘成員均有明顯的提升。在個體自我概念上，成員 E1 與 E3 有明顯提升，僅有成員 E2 之前、後測分數呈現持平的狀態，無明顯改變。整體結果呈現不一致的狀態。

回顧相關文獻，針對退縮/害羞兒童之自我概念研究，詹淑瑗（2001）針對國小害羞兒童進行完形取向團體方案，研究發現其對自我概念的提升並未達顯著輔導效果。彭智絹（2004）針對國小五年級害羞學童進行焦點解決取向團體方案，研究發現在提升其自我概念上並無立即效果，可能原因為時間不足。本研究結果與上述兩位學者針對國小害羞學童進行研究之結果類似。

在遊戲治療的部分，較少研究將自我概念量表運用在退縮兒童身上，多以歷程分析或訪談的方式瞭解其自我概念的變化，但在其他研究對象的部分，有類似的研究。洪家慧（2008）針對一位目睹家暴之兒童進行 14 次的遊戲治療，採折衷取向遊戲治療，研究發現遊戲治療後，其自我概念後測分數雖均較前測分數高，除家庭自我概念之分數持平，其餘均成正向改變，研究探討其可能原因為個

案本身就有不錯的自我概念，經遊戲治療介入後，個案知覺自己在學校與老師、朋友、同儕的關係，及對自己體態、長相的看法，還有對於自己在運動、身體狀況的看法上，都有更為顯著與正向的改變。此外，黃芳瑛（2005）針對具攻擊行為之國小三年級兒童進行每週兩次，每次四十分鐘，共十次的遊戲治療，研究發現遊戲治療對提昇具攻擊行為兒童整體的自我概念以及「學校自我」、「外貌自我」、「身體自我」、「情緒自我」方面的自我概念具有立即性和持續性的輔導效果。

趙曉美（2000）篩選 64 名學生（男、女生各半），並隨機分派成實驗組與控制組，進行為期 30 週的增進自我概念課程教學，計算其在自我概念總分及七個量表（身體能力、身體外觀、同儕關係、親子關係、國語、數學、其他學科）之前、後測與追蹤分數。研究發現實驗組之整體自我概念得分顯著高於控制組，並有其追蹤效果，探討其有效原因可能為以一學年為實施時間，用較長的時間增進兒童之自我概念，另外實驗課程內容中包含非學業自我概念與學業自我概念各層面的影響，也可能為研究有效之原因；另增進非學業自我概念之研究，均採團體方式進行，究其原因，應為自我概念之建立，需透過同儕間相互的回饋，以增進自我瞭解，以小團體方式進行且實施的時間比較長之課程，較易對自我概念產生積極的效果。自我概念的形成需要經過時間的累積，具有穩定性，且自我概念包含許多層面，評量中小學生的自我概念時，同儕關係、學業成就都非常重要（趙曉美，2000）。而本研究受限於時間因素，僅進行 10 週之個別遊戲治療，在時間上可能較難以呈現明顯的效果。

## 第五章 結論與建議

本章主要目的在歸納研究發現，並提出建議，供未來研究與學校輔導工作之參考。本章共分三節，第一節為「研究結論」，第二節為「研究限制」，第三節為「研究建議」。

### 第一節 研究結論

本研究旨在探討「兒童中心遊戲治療」對國小四年級社會退縮兒童在退縮行為與自我概念之治療效果。社會退縮兒童以老師推薦，並填寫「六到十八歲兒童-教師報告表」，以退縮/憂鬱量表之 T 分數達 65 以上，即達邊緣臨床範圍之兒童為研究對象。本研究採「實驗組—控制組」前、後測設計，將七名四年級之社會退縮兒童依退縮分數分派至實驗組(三位)與控制組(四位)，針對實驗組兒童進行每次四十分鐘，每週一次，共計十週之兒童中心遊戲治療，控制組則不接受諮商介入。此外，針對實驗組與控制組以「六到十八歲兒童-教師報告表」、「六到十八歲兒童行為檢核表」及「國小兒童自我概念量表」為測驗工具進行前、後測的資料收集，用以檢驗研究問題。另使用「直接觀察表」針對實驗組與控制組兒童進行入班觀察，在基準期，即遊戲治療介入前三週，進行每週二次，一次十分鐘之入班觀察，觀察課堂以靜態課程為主；在介入期，研究者同樣針對實驗組與控制組進行每週二次，一次十分鐘之入班觀察，為期十週。在遊戲治療結束後，繼續針對實驗組與控制組進行為期三週的追蹤觀察，同樣為一週二次，一次十分鐘。綜合本研究之研究問題與研究發現可獲致下列結論：

#### 一、兒童中心遊戲治療對社會退縮兒童之退縮行為具有顯著改善

在兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組在「六至十八歲兒童-教師報告表」中「退縮/憂鬱」量尺得分後測分數明顯低於前測分數，並與控制組達顯著差異。另實驗組在「六至十八歲兒童行為檢核表」中「退縮/憂鬱」量尺得分後測分數

亦低於前測分數，並與控制組達顯著差異。根據研究結果。遊戲治療對退縮兒童之退縮行為有明顯改善。

## 二、兒童中心遊戲治療對於社會退縮兒童之自我概念在立即效果上未呈現統計上顯著差異

兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組及控制組兒童在「國小學童自我概念量表」前、後測之得分無顯著差異，實驗組與控制組個別得分之前、後測亦無明顯改善，顯示在十週遊戲治療後，退縮兒童之自我概念並無顯著的改變。

## 三、退縮兒童在接受兒童中心遊戲治療前後之歷程變化呈現正向的改變

兒童中心遊戲治療實施之後，實驗組兒童在「直接觀察表」中之退縮行為表現明顯改善，根據目視分析結果，實驗組在基準期呈現穩定狀態，介入期之趨勢方向成明顯下降，介入處理之效果明顯，在追蹤期雖呈現不穩定的狀態但亦有良好之維持效果。反觀控制組則在基準期、介入期、追蹤期時均無明顯差異。

### 第二節 研究限制

#### (一) 研究參與人數的限制

Marsh, Richards 及 Barnes(1986a, 1986b)認為介入方法之所以不成功，有兩種最大的可能。第一是因為有些研究雖採用多向度的測量來評斷介入效果，但其中某些層面與欲達成的目標是非常相關的，並沒有正確定義所用的測量方法，第二可能是介入較弱或是很強的介入只運用在少數的幾個受試者的身上，這也可能是研究不成功的原因。本研究篩選了八名兒童進行研究，但有一名成員中途流失，為小樣本研究，樣本數較少可能也會導致研究統計效果不顯著。

#### (二) 研究工具的限制

本研究採用國小兒童自我概念量表，量表針對四到六年級國小學童，題數共有 61 題，本研究發現成員在填答上，有前後不一致、與事實不符之情形，可能

原因是成員受社會期許 (social desirability) 或偽裝 (faking) 之影響，而非依個人真實情況作答，亦可能由於題數的關係，填寫完測驗需要至少三十分鐘，導致成員在填答過程中感到疲累、無法專心完成完整測驗。研究僅針對成員進行施測，施測對象集中於某些班級，且人數不均，亦可能導致成員在施測時，對於自己被篩選出來感到困惑，並對施測結果的使用有所擔心與顧忌。

### 第三節 研究建議

根據本研究的結果，研究者提出以下幾點意見，以做為輔導國小社會退縮兒童工作實務及未來進行此方面研究之參考。

#### 一、在實務上的建議

##### (一) 運用「兒童中心遊戲治療」之概念於退縮兒童的輔導上

退縮兒童因較為內向、害羞、沈默、被動、不善表達其需求，也較容易為教師所忽略。根據本研究結果，兒童中心遊戲治療能夠有效降低兒童之退縮行為。兒童中心遊戲治療的基本概念，認為個體有其內在資源用以幫助其自我瞭解，改變其自我概念、基本態度和自我導向行為，若能夠提供一個良好的催化，這些資源將可被挖掘，而這些催化的條件包含真誠一致、同理接納與無條件積極關懷 (Rogers, 1980)。兒童中心遊戲治療的核心信念是兒童有與生俱來的能力去解決他們所經驗到的問題，增強他們的自我控制，並增加他們的能力與自信 (VanFleet, Sywulak, & Sniscak, 2011)，故治療師在遊戲中並不主動引導或決定遊戲方向，但在情緒上採主動敏感及理解兒童的行為表現，並給予回應 (陳慶福、李雅真, 2004)。因此，研究者建議導師在面對退縮兒童時，亦能秉持兒童中心遊戲治療之基本概念，適時鼓勵退縮兒童之正向行為，建立其自信心，並給予回饋，亦可鼓勵其以口語表達的方式來展現自我。在情緒上，導師亦宜敏銳覺察，瞭解退縮兒童之需求，給予適時的關注並接納其情緒，避免退縮兒童因長期

受忽略而羞於表達其情緒。

本研究發現兒童中心遊戲治療對於降低退縮兒童的退縮行為具有良好的效果，故也建議遊戲治療師能夠廣泛運用遊戲治療於退縮兒童，藉由這個有效能的諮商介入方法，來幫助退縮兒童有效的適應環境並改變行為。

## (二) 增進學校輔導人力遊戲治療之專業知能

國小輔導人力之訓練與配置在不同縣市上有所差異，多數學校輔導室心理師人數較不足，學校也多以有意願擔任輔導老師之教師協助擔任輔導工作，多數教師也較少接受過遊戲治療之訓練。遊戲治療在國小兒童的輔導上有相當的效能，若能加強國小輔導人力在遊戲治療上的專業知能，相信也能夠對於退縮兒童有所幫助。

## (三) 建置遊戲治療室於國小校園

多數國小礙於人力、空間或經費不足的因素，輔導室內的諮商輔導空間多以一般晤談室為主，鮮少設置完整之遊戲治療室。根據本研究結果顯示，遊戲治療對於退縮兒童來說相當重要，且場地的一致性與安全感對於退縮兒童而言更顯重要，故建議國小能夠增設完整之遊戲治療室，提供退縮兒童安全穩定的環境。

## 二、在研究上的建議

### (一) 研究對象

本研究以國小四年級社會退縮兒童為主要對象，故本研究之結果較難推論至其他對象，建議未來研究可擴大研究對象的年齡層，進行更為廣泛之探討。而在人數上，本研究僅篩選七名兒童進行研究，樣本數上較少，在性別的控制上，亦礙於成員篩選上的困難，無法達到平衡，故建議未來研究可增加樣本數，並在性別的控制上更為嚴謹，以利分析在性別上是否有所差異，期讓研究結果更為嚴謹與廣泛運用。

在地區的選擇上，本研究礙於對象篩選不易，故區分為臺北市與新北市，但兩區域之人數仍不均，故建議未來研究可更為嚴謹的控制區域之影響，並擴大區域範圍，以求排除城鄉差異之影響。

## (二) 遊戲治療室之設置與玩具媒材之選擇

本研究遊戲治療之場地使用各小學輔導室之團體教室以及社團教室作為遊戲室，玩具均採行動遊戲箱的方式於每次治療開始前進行場地之設置，並於每次治療結束後進行撤場。研究者發現玩具媒材之位置雖已盡量控制擺放一致，但實務上僅能做到控制玩具類別的擺放，難以達到每個玩具與物件之位置均達到一致，尤其在沙遊小物件之擺放上更顯困難，故建議未來研究能夠盡量尋找固定之遊戲室擺放玩具與物件，避免每次移動之困難，除了減少治療師體力上的負擔，也使玩具媒材擺放具一致性。

## (三) 研究工具

本研究採用三份測驗工具，針對老師、父母以及兒童進行施測，並配合直接觀察量表進行資料之分析與探討。但量化資料難以呈現兒童細微之改變，研究者根據治療師的回饋，發現退縮兒童在治療過程中之有許多改變是量化資料上所無法呈現的，故在未來研究的資料蒐集上，亦可增加治療師的訪談與回饋，取得更豐富之質性資料，如此可針對治療結果進行更多元完整的評估與分析，可更深入的瞭解退縮兒童在行為與情緒上之轉變。

研究發現在自我概念測驗的填答上，部分研究參與者有答題不一致的情形，故研究者建議在未來研究上，除測驗工具實施外，可針對測驗結果中矛盾與不一致的部分進行瞭解，並在施測前與研究成員建立關係，澄清其不安與困惑，以期能安心作答。另因成員均集中在某些班級，人數不均，難免導致成員施測心態上的不安，建議未來將施測情境一致化，採用個人施測或選擇該年級各班相同人數之同學進行施測，以降低參與者的擔心。

#### (四) 藉由觀察量表得到更豐富的資料

在本研究上發現，使用觀察量表能夠更進一步瞭解兒童退縮行為在課堂上實際產生的變化，減少以往量化研究僅看前、後測分數導致的誤差。量化測驗工具在使用上有其限制，可能會因為受測者的理解能力、生理狀態、心理狀態等，導致測驗結果有所誤差，增加直接觀察的部分，可以幫助排除掉測驗導致的偏差，得到更直接且更豐富的資料，亦能看到在整個過程中兒童之行為變化。



## 參考文獻

### 一、中文部分

- 于佳馨(2009)。**遊戲團體與班級輔導對「退縮-被拒絕」兒童之同儕接納影響之研究**(未出版之碩士論文)。國立臺北教育大學，臺北市。
- 王純琪、張高賓、連廷嘉、王文秀(2006年12月)。**臺灣地區遊戲治療成效之後設分析初探研究**。2006台灣治療學會年會暨遊戲治療多元與創新學術研討會發表之論文，新竹教育大學。
- 王翠蘭(2004)。**遊戲治療對選擇性不語症幼童之介入影響**(未出版之碩士論文)。臺北市立教育大學，臺北市。
- 田世崇(2003)。**兒童中心遊戲治療歷程研究—以一位具社會畏縮行為兒童為例**(未出版之碩士論文)。國立新竹教育大學，新竹市。
- 伍啟良(2003)。**自我成長團體活動對國小注意力缺陷過動症學童自我概念之影響**(未出版之碩士論文)。國立屏東教育大學，屏東市。
- 何長珠(譯)(1998)。**遊戲治療理論與實務**(原作者:Kevin J. O'Connor & Lisa Mages Braverman)。臺北市：五南。(原著出版年:1997)
- 吳倩儀(2003)。**網路團體諮商方案對國小高年級害羞兒童輔導效果之研究**(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 吳卿華(2005)。**阿德勒取向團體輔導對國小高年級生活適應困難學生輔導效果之研究**(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 吳淑玲(1999)。**台南市國小學生家庭因素、性別角色與其自我概念、生活適應之相關研究**。國立臺南大學，臺南市。
- 吳勝儒、鄭翠娟、莊育芬、王志全、唐詠文、王淑仙、唐紀絜(譯)(2003)。**單一受試者研究:在教育與臨床情境中的應用**(原作者:Richards, S. B, Richards, R. Y., Ramasamy, Richards, S.)。嘉義市，濤石文化。(原著出版年:1999)

- 巫怡美 (2007)。規則性團體遊戲教學對「對立性違抗」兒童的自我概念與違抗行為影響之研究 (未出版之碩士論文)。國立臺北教育大學，臺北市。
- 李淑貞 (2005)。繪畫活動對害羞兒童輔導歷程之研究(未出版之碩士論文)。國立嘉義大學，嘉義市。
- 李翠月 (2002)。自我肯定訓練對國小人際關係困擾學生之輔導成效 (未出版之碩士論文)。國立嘉義大學，嘉義市。
- 沈益君(譯)(2000)。開啟孩子的心窗(原作者:Oaklander, Violet)。臺北市：心理。(原著出版年:1988)
- 杜正治 (2006)。單一受試法研究法。臺北市：心理出版社。
- 周黃麗梅 (2006)。探究低成就學童之遊戲治療歷程與自我效能之變化(未出版之碩士論文)。國立新竹教育大學，新竹市。
- 林玉彬 (1999)。認知行為取向團體諮商對國小害羞兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。臺南大學，臺南市。
- 林吟芸 (2006)。焦點解決團體對國小害羞兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 林佩琪 (2000)。社會技巧訓練對國小「退縮-被拒絕」兒童之社會技巧、同儕接納與社會自尊影響之實驗研究(未出版之碩士論文)。國立東華大學，花蓮市。
- 林怡璇 (2008)。戲劇治療應用於新住民子女之自我概念成效探討 (未出版之碩士論文)。國立臺灣藝術大學。
- 林美珠 (2002)。兒童中心遊戲治療助人歷程初探 (上)。諮商與輔導，193，2-5。
- 林美珠 (2002)。兒童中心遊戲治療助人歷程初探 (下)。諮商與輔導，194，27-31。
- 邱美華 (1991)。繪畫治療團體對國小適應欠佳學童的自我概念及行為困擾之輔導效果 (未出版之碩士論文)。國立政治大學，臺北市。

- 邱素梅(2008)。理情行為團體諮商對國小高年級兒童自我概念與生活適應之研究(未出版之碩士論文)。國立屏東教育大學,屏東市。
- 柳慶茂(2003)。分離焦慮兒童遊戲治療之歷程與效果分析研究(未出版之碩士論文)。國立新竹教育大學,新竹市。
- 洪詩婷(2008)。繪本輔導方案對學業表現不佳兒童自我概念影響之研究(未出版之碩士論文)。慈濟大學,花蓮市。
- 洪嘉蓮(2003)。完形取向團體諮商對父母離異兒童增進自我概念與情緒適應之效果研究(未出版之碩士論文)。國立臺北教育大學,臺北市。
- 胡斐瑜(2005)。充權賦能社會技巧訓練方案對國小高年級「退縮—被拒絕」學童人際關係、社會自尊和自我效能之影響效果研究(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學,高雄市。
- 張春興(1995)。張氏心理學辭典。臺北市:東華。
- 張春興(1997)。心理學。臺北市:東華。
- 張瑞玉(2004)。中心主題合作輔導方案對提升國小學童自我概念與人際關係成效之研究(未出版之碩士論文)。國立屏東教育大學,屏東市。
- 張瓊文(2002)。現實治療團體輔導對國小行為困擾兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。國立臺南大學,臺南市。
- 章翠吟(2012)。實施小團體輔導對四年級新移民子女自我概念影響之個案研究(未出版之碩士論文)。國立屏東教育大學,屏東市。
- 許文明(1988)。自我肯定訓練對國小害羞兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學,臺北市。
- 許仲輝(2004)。生活適應困擾之智能障礙個案在個人中心遊戲治療中改變歷程之研究(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學,高雄市。
- 許憶真(2003)。父母管教方式及國小學生自我概念對其偏差行為之相關研究(未出版之碩士論文)。靜宜大學,臺中市。
- 連廷嘉、戴嘉南(2003)。自我概念與生活適應之相關研究。屏中學報,11,99-144。

- 郭怡芳 (2007)。音樂輔導活動方案對國小害羞兒童之效果研究(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 郭為藩 (1996)。自我心理學。臺北市：師大書苑。
- 陳彥良 (2004)。阿德勒學派遊戲治療團體方案對國小害羞兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 陳淑慧 (2008)。表達性藝術團體之實施對提昇弱勢兒童自我概念之效果研究(未出版之碩士論文)。國立屏東教育大學，屏東市。
- 陳智婷 (2004)。現實治療取向團體輔導對國小高年級害羞兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。屏東教育大學，屏東市。
- 陳雅貞 (1998)。情緒教育團體方案對國小害羞兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 陳愷眉、洪福財 (2001)。兒童發展與輔導。臺北市：五南。
- 陳億貞 (2003)。普通心理學(原作者:Robert J. Sternberg)。臺北市：雙葉。(原著出版年:1999)
- 陳慶福，李雅真 (2004)。遊戲治療入門。臺北市:雙葉。
- 陳學添 (2000)。藝術治療介入對受虐兒童自我概念之影響一個案研究(未出版之碩士論文)。國立臺北教育大學，臺北市。
- 彭智絹 (2004)。焦點解決取向團體方案對國小五年級害羞學童之效果研究(未出版之碩士論文)。臺北市立教育大學，臺北市。
- 游春茹 (2004)。一位退縮與人際孤立女童沙遊歷程與成效之研究(未出版之碩士論文)。屏東教育大學，屏東市。
- 游麗蓉 (2002)。閱讀治療取向的小團體輔導對國小攻擊行為傾向兒童自我概念影響歷程之研究(未出版之碩士論文)。國立臺中教育大學，臺中市。
- 程小危、黃惠玲(譯) (1996)。兒童遊戲治療(原作者:Axline V.M.)。臺北市：張老師。(原著出版年:1947)
- 黃世欽 (2005)。國小選擇性緘默兒在兒童中心遊戲治療之歷程分析研究(未出

- 版之碩士論文)。國立新竹教育大學，新竹市。
- 黃仙月 (2007)。一位社會畏縮之聽障兒童遊戲治療歷程研究(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 黃芳瑛 (2005)。遊戲治療對具攻擊行為國小兒童之成效研究 (未出版之碩士論文)。大葉大學。
- 黃堅厚 (1999)。人格心理學。臺北市：心理。
- 黃德祥 (2006)。台灣新住民子女的教育與輔導新課題。教育研究月刊，141，18-24。
- 黃瓊瑤 (2004)。利社會學習策略團體對國小害羞兒童的害羞、利社會行為輔導成效之研究(未出版之碩士論文)。屏東教育大學，屏東市。
- 黃麗娟 (2007)。焦點解決團體方案對國小憂鬱傾向兒童輔導效果之研究 (未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 楊月祺 (2002)。一位國小害羞兒童在阿德勒取向個別遊戲治療中改變歷程之研究(未出版之碩士論文)。國立新竹教育大學，新竹市。
- 詹堂前 (2004)。自我教導訓練團體對「退縮-被拒絕」兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 詹淑瑗 (2001)。「完形取向團體方案」對國小害羞兒童輔導效果之分析研究(未出版之碩士論文)。國立台北教育大學，臺北市。
- 詹淑瑗 (2001)。「完形取向團體方案」對國小害羞兒童輔導效果之分析研究 (未出版之碩士論文)。國立台北教育大學，臺北市。
- 廖心怡 (2001)。紙盤遊戲對國小害羞兒童輔導效果之研究(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 廖鳳池、王文秀、田秀蘭 (1997)。兒童輔導原理。臺北市：心理。
- 劉永福 (1994)。認知取向與社會技巧訓練團體對社會畏縮兒童輔導效果之研究 (未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 劉焜輝 (1992)。遊戲治療的理論與實施 (一)。諮商與輔導，76，6-10。

- 劉舒珊(2004)。**阿德勒學派遊戲治療團體對「退縮—被拒絕」兒童輔導效果之研究**(未出版之碩士論文)。國立台南大學，臺南市。
- 劉靖國(2003)。**適應不良兒童遊戲治療案例報告**。諮商與輔導，206，7-15。
- 劉燕芬(2006)。「退縮--被拒絕」兒童在團體遊戲輔導中改變歷程之分析研究(未出版之碩士論文)。國立新竹教育大學，新竹市。
- 潘美玲(2005)。**音樂教學策略應用於害羞兒童小團體輔導之自我概念成效研究-以國小五年級學生為例**(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 蔡文山(2000)。**兩性平等教育課程對國小學生性別角色態度、自我概念與成就動機之影響**(未出版之碩士論文)。國立臺中教育大學，臺中市。
- 蔡孟倫(2004)。**社會技巧訓練團體對國小害羞兒童輔導效果之研究**(未出版之碩士論文)。國立高雄師範大學，高雄市。
- 蔡采純(2009)。**現實治療團體方案對國小學童人際關係輔導效果之研究**(未出版之碩士論文)。國立臺南大學，臺南市。
- 蔡雪月(2002)。**完形取向諮商對兩位退縮兒童改變過程之探討**(未出版之碩士論文)。國立台北教育大學，臺北市。
- 鄭如安(2002)。**深耕小學的輔導工作-兒童遊戲治療在小學校園的應用**。諮商與輔導，193，48-54。
- 賴倩瑜、陳瑞蘭、林惠琦、吳佳珍、沈麗惠(2000)。**心理衛生**。臺北市：揚智。
- 謝曜任、徐西森(2004)。**完形取向遊戲治療對兒童害羞行為的改變效果研究**。高雄師範大學諮商輔導學報，11，1-30。
- 鍾岱樺(2006)。**實施小團體輔導方案對中年級新台灣之子自我概念與人際關係成效之研究**(未出版之碩士論文)。國立臺中教育大學，臺中市。
- 簡璐琪(2009)。**知覺父母期望、家庭凝聚力對兒童自我概念之影響**(未出版之碩士論文)。國立臺灣師範大學，臺北市。
- 顏綵思、魏麗敏(2005)。**台灣中部地區國中小學生自我概念、父母管教方式對攻擊行為影響之研究**。台中教育大學學報，19(2)，23-48。

魏文政（2007）。兒童中心遊戲治療之歷程研究-以一位單親兒童為例(未出版之碩士論文)。國立臺中教育大學，臺中市。



## 二、英文部分

- Axline, V. M. (1947). Nondirective play therapy for poor readers. *Journal of Consulting Psychology, 11*, 61-69.
- Axline, V. M. (1949). Play therapy: A way of understanding and helping reading problems. *Childhood Education, 26*, 156-163.
- Axline, V. M. (1969). *Play Therapy*. New York, NY: Ballantine Books.
- Baumrind, D. (1971). Current Patterns of Parental Authority. *Developmental Psychology Monograph, 4*, 11-29.
- Bracken, B. A. (1992). *Multidimensional self-concept scale*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Brandt, M. A. (1999). *An investigation of the efficacy of play therapy with young children*. (Doctoral dissertation, University of North Texas). Retrieved May 25, 2012, from the World Wide Web:  
<http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc2184/m1/1/>
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(4), 376-390.
- Brophy, J. (1996). *Teaching Problem Students*. New York, NY: Guilford.
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (1992). The relations among infant temperament, security of attachment, and behavioral inhibition at twenty-four months. *Child Development, 63*(6), 1456-1472.
- Campbell, J., Trapnell, P. D., Heine, S. J., & Katz, I. M. (1996). Self-Concept Clarity: Measurement, Personality Correlates, and Cultural Boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(1), 141-156.
- Cochran, J. L., Cochran, N. H., Fuss, A., & Nordling, W. J. (2010). Outcomes and Stages of Child-Centered Play Therapy for a Child With Highly Disruptive

- Behavior Driven by Self-Concept Issues. *Journal of Humanistic Counseling, Education & Development*, 49(2), 231-246.
- Cole, D. A. (1991). Change in self-perceived competence as a function of peer and teacher evaluation. *Developmental Psychology*, 27, 682-688.
- Coplan, R. J., & Rubin, K. H. (2010). Social withdrawal and shyness in childhood: History, theories, definitions, and assessments. In K. H. Rubin & R. J. Coplan (Eds.), *The Development of Shyness and Social Withdrawal* (pp. 3-22). New York, NY: Guilford Press.
- Danger, S. E. (2003). *Child-centered group play therapy with children with speech difficulties*. (Unpublished doctoral dissertation). University of North Texas.
- Dusek, J. B. (1996). *Adolescent development and behavior*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Fox, N. A., & Calkins, S. D. (1993). Pathways to aggression and social withdrawal: Interactions among temperament, attachment, and regulation. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in children* (pp. 81-100). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fox, N. A., Henderson, H. A., Rubin, K. H., Calkins, S. D., & Schmidt, L. A. (2001). Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: Psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child Development*, 72(1), 1-21.
- Giordano, M. A., Landreth, G. L. & Jones, L. D. (2005). *A Practical Handbook for Building the Play Therapy Relationship*. New York, NY: Jason Aronson.
- Guerney, B. D. Jr., & Flumen, A. B. (1970). Teachers as psychotherapeutic agents for withdrawn children. *Journal of School Psychology*, 8(2), 107-113.
- Hamachek, D. (1995). Expectations revisited: Implications for teachers and counselors and questions for self-assessment. *The Journal of Humanistic*

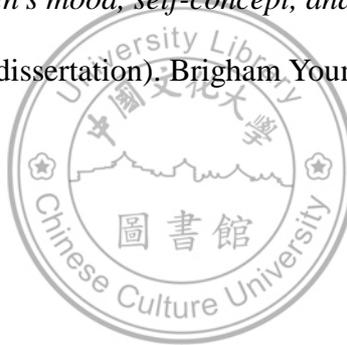
- Education and Development*, 34, 65-74.
- Harrist, A. W., Zaia, A. F., Bates, J. E., Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (1997). Subtypes of social withdrawal in early childhood: sociometric status and social-cognitive differences across four years. *Child Development*, 68, 278-294.
- Hymel, K. S., Rubin, K. H., Rowden, L., & LeMare, L. (1990). Children's peer relationships: Longitudinal prediction of internalizing and externalizing problem from middle to late childhood. *Child Development*, 61 (6), 2004-2021.
- Kagan, J. (1989). *Unstable ideas: Temperament, cognition, and self*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kagan, J., & Snidman, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46(8), 856-862.
- Kawash, G. F. (1985). Self-esteem in children as a function of perceived parental behavior. *Journal of Psychology*, 3, 235-242.
- Kot, S., Landreth, G., & Giordana, M. (1999). Intensive child-centered play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 7(2), 17-36.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, NY: Routledge.
- Marsh, H. W., Richards, G., & Barnes, J. (1986a). Multidimensional self-concepts: A long-term follow-up the effect of participation in an Outward Bound program. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 475-492.
- Marsh, H. W., Richards, G., & Barnes, J. (1986b). Multidimensional self-concepts: The effect of participation in an Outward Bound program. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 173-187.

- McConaughy, S. H., & Achenbach, T. M. (2009). *Manual for the ASEBA Direct Observation Form*. Vermont, England: ASEBA.
- Meed, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Mills, R. S., & Rubin, K.H. (1990). Parental beliefs about problematic social behaviors in early childhood. *Child Development, 61*(1), 138-151.
- Morison, P., & Masten, A. (1991). Peer reputation in middle childhood as a predictor of adaptation in adolescence: A seven-year follow-up. *Child Development, 62*, 991-1007.
- Moustakas, C. E. (1959). *Psychotherapy with children: The living relationship*. New York, NY: Harper & Row.
- Moustakas, C. E., & Schalock, H. D. (1955). An analysis of therapist-child interaction in play therapy. *Child Development, 26*, 143-157.
- O' Connor, K. J., & Braverman, L. D. (2009). *Play Therapy Theory and Practice*(2nd Ed). New York, NY: Wiley.
- Ogawa, Y. (2004). Childhood Trauma and Play Therapy Intervention for Traumatized Children. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory & Research, 32*(1), 19-29.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (1981). *Human development*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Pintrich, P. R., & Schunk, D. H. (1996). *Motivation in education: Theory, research, and applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Plucker, J., & Stocking, V. (2001). Looking outside and inside:Self-concept development of gifted adolescents. *Exceptional Children, 6*, 535-548.
- Purkey, W. W. (1988). *An Overview of Self-Concept Theory for Counselors*. Retrieved from ERIC database. (ED304630)
- Ray, D. (2004). Supervision of Basic and Advanced Skills in Play Therapy. *Journal of*

- Professional Counseling: Practice, Theory, & Research*, 32(2), 28-41.
- Rogers, C. (1986). Client-centered therapy. In Kutash, J. L. & Wolf, A. (Eds.). *Psychotherapist's casebook*, 197-208. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science, formulations of the person in the social context* (pp. 122-128). New York, NY: McGraw-Hill.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Rubin, K. H., & Coplan, R. J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50, 506-534.
- Rubin, K. H., LeMare, L. J., & Lollis, S. (1990). Social withdraw in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 219-249). Cambridge, England : Cambridge University Press.
- Rubin, K. H., & Asendorpf, J. B. (1993). *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, K. H., & Krasnor, L. R. (1986). Social cognitive and social behavioral perspectives on problem-solving. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposia on Child Psychology* (pp. 1-68). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Coplan, R. J. (2004). Social withdrawal and shyness. In P. K. Smith & C. Hart (Eds.), *Blackwell's Handbook of Childhood Social Development* (pp. 219-249). Cambridge, England : Wiley-Blackwell.
- Rubin, K. H., Burgess, K., Kennedy, A. E., & Stewart, S. (2003). Social withdrawal and inhibition in childhood. In E. Mash & R. Barkley (Eds.), *Child*

- Psychopathology (2<sup>nd</sup> Ed)*(pp. 372-406). New York, NY: Guilford.
- Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, F. C. (2009). *Social Withdrawal in Childhood*. Retrieved from [http://www.rubin-lab.umd.edu/pubs/downloadable\\_pdfs/kenneth\\_rubin/inhibition, shyness, withdrawal/annual review chapte.pdf](http://www.rubin-lab.umd.edu/pubs/downloadable_pdfs/kenneth_rubin/inhibition,_shyness,_withdrawal/annual_review_chapte.pdf).
- Schottelkorb, A. A. (2007). Effectiveness of child-centered play therapy and person-centered teacher consultation on ADHD behavioral problems of elementary school children: A single case design. (Unpublished doctoral dissertation). University of North Texas.
- Schottelkorb, A. A., & Ray, D. C. (2009). ADHD Symptom Reduction in Elementary Students: A Single-Case Effectiveness Design. *Professional School Counseling, 13*(1), 11-22.
- Schumann, B. R. (2004). *Effects of child-centered play therapy and curriculum-based small-group guidance on the behaviors of children referred for aggression in an elementary school setting*. (Unpublished doctoral dissertation). University of North Texas.
- Shaffer, D. R. (2002). *Developmental Psychology: Childhood and Adolescence*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research, 46*, 407-441.
- Stuhlman, M. W., & Pianta, R. C. (2002). Teachers' narratives about their relationships with children: Associations with behavior in classrooms. *School Psychology Review, 31* , 148-163.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of Psychiatry*. New York, NY: Niorton.
- Vanderark, S. (1989). *Self-esteem, creativity, and music: Implications and direction for research*. (ERIC Document Reproduction service No.ED380342).

- VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2011). *Child-Centered Play Therapy*. New York, NY: Guilford Publications.
- Wettig, H. H. G., Coleman A. R., & Geider, F. J. (2011). Evaluating the Effectiveness of Theraplay in Treating Shy, Socially Withdrawn Children. *International Journal of Play Therapy*, 20(1), 26-37.
- Wu, C. H., & Lin, Y. C. (2005). The influence of adult attachment styles on the sense of trust to cyber-others and the cyber self-certainty (in Chinese), *Journal of Cyber Culture and Information Society*, 9, 325-342.
- Zimbardo, P. (1977). Shyness-the People Phobia. *Today's Education*, 66(1), 47-49.
- Zion, T. A. (1999). *Effects of individual client-centered play therapy on sexually-abused children's mood, self-concept, and social competence*. (Unpublished doctoral dissertation). Brigham Young University.



## 教師推薦單

親愛的老師您好：

我是中國文化大學心理輔導研究所碩四學生鄭文媛，為進行論文研究，本學期與輔導室合作，針對四年級較退縮或喜歡獨處之學生進行一對一遊戲輔導，本研究將邀請八位兒童進行輔導，上、下學期各四位同學，地點在學校輔導室進行，每週一次，一次 40 分鐘，共進行十週。期能降低兒童之退縮行為，並增強其自我概念，提升其生活適應。

老師與班上同學長期相處，對於班上的同學有深入瞭解，因此敬請老師協助進行研究對象的篩選。以下為篩選本研究對象之篩選依據，敬請您參考這些依據，推薦班上符合的學生填入下列名單中（學生人數不限）。請老師簡單的描述該名兒童的特徵，並註明性別及得分(得分參考下方依據)。

例如：王小明（男，6分）。他很少和同學互動，下課常一個人玩，看來很不快樂。

1、\_\_\_\_\_（ ， ）。

2、\_\_\_\_\_（ ， ）。

3、\_\_\_\_\_（ ， ）。

●教師推薦依據：

0=不符合此學生的狀況（就您所知） 1=有時或有一點符合此學生的情況

2=相當或多半符合此學生的情況

0	1	2	1. 他喜歡的事情很少
0	1	2	2. 喜歡獨處
0	1	2	3. 拒絕說話
0	1	2	4. 喜歡保守秘密，不讓別人知道有關自己的事情
0	1	2	5. 太害羞或膽小
0	1	2	6. 活動量低、動作緩慢或無精打采
0	1	2	7. 不快樂、悲傷或沮喪
0	1	2	8. 退縮、不和別人來往

選 0 得 0 分，選 1 得 1 分，選 2 得 2 分，總得分在五分以上者，則具有退縮特質。

最後謝謝您的協助

敬祝 教安

中國文化大學心理輔導研究所

研究生鄭文媛

指導教授蔡美香

謹上