

國家科學及技術委員會補助專題研究計畫報告

男性憂鬱的心理健康促進：運用屋樹人投射性繪畫進行治療性 衡鑑晤談的效果研究 (L03)

報告類別：成果報告
計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 111-2629-H-152-001-MY2
執行期間：111年08月01日至113年07月31日
執行單位：國立臺北教育大學心理與諮商學系（所）

計畫主持人：孫頌賢

計畫參與人員：碩士級-專任助理：丁子秦
碩士班研究生-兼任助理：王禾樂
碩士班研究生-兼任助理：胡若水
碩士班研究生-兼任助理：蘇韻葭
碩士班研究生-兼任助理：沈俊祥
碩士班研究生-兼任助理：曾家好
碩士班研究生-兼任助理：羅文秀
碩士班研究生-兼任助理：林均桓
碩士班研究生-兼任助理：劉憶潔
碩士班研究生-兼任助理：楊璿
碩士班研究生-兼任助理：林映辰
其他-其他：施怡廷

本研究具有政策應用參考價值：否 是，建議提供機關衛生福利部
，教育部

（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現：否 是

中 華 民 國 113 年 10 月 31 日

中文摘要：本研究關注國內男性憂鬱的相關心理議題，透過兩年期研究，期望能運用動態屋樹人（KHTP）之投射性測驗，來進行男性憂鬱、童年逆境經驗、複雜性創傷的心理衡鑑實務，並期望建構一套「KHTP互動建構式衡鑑會談（ICAI-KHTP）」，以提升初顯成年男性對身心健康議題的關注、增進男性的心理健康意識。在第一年研究計畫中，主要進行KHTP編碼系統檢證期，以探討KHTP編碼系統中，那些圖畫符號與男性憂鬱反應、童年逆境經驗、與複雜性創傷反應有關連。第二年研究則建立ICAI-KHTP，並檢證該衡鑑會談的效果。第一年研究方法與結果：以收集初顯成年期為研究對象，共收集200份男性樣本，與女性樣本102份，並進行兩性比對。該研究以一對一方式進行施測，施測工具包括：KHTP投射性繪畫、台灣版-男性憂鬱風險量表（T-MDRS-22）、台灣版複雜創傷評估表（T-CTI）、台灣版童年逆境經驗問卷（ACE-Q）。另針對KHTP編碼系統進行修訂，並以專家信效度檢驗之，以形成「KHTP編碼系統第二版」，用於KHTP圖畫符號分析的工具。第一年研究結果：1. KHTP編碼系統第二版，具有良好的專家信效度表現；2. KHTP能反映男性憂鬱相關的心理健康議題；3. KHTP在反映兩性憂鬱相關心理健康議題上具有差異性。第二年研究方法與結果：採取準實驗研究法，共計有效樣本70名初顯成年男性完整參與ICAI-KHTP之衡鑑會談，並將其分成2組控制組與1組實驗組，並以五個時間點的重複測量方式，收集男性憂鬱、身心健康威脅、求助意願、諮商滿意度等資料，以檢測ICAI-KHTP的晤談效果。研究發現，在重複測量的分析結果中，實驗組的求助意願與諮商滿意度顯著高於另外兩組控制組，顯示ICAI-KHTP能提升男性的心理健康意識。研究結論：KHTP能反映男性身心健康心理健康議題，能成為心理衡鑑實務使用之工具。且ICAI-KHTP能提升男性的心理健康意識，但是短暫的，須及時給予進一步的心理介入計畫。而男性憂鬱可能是較嚴重的身心健康威脅，需要持續性的治療介入。本研究對於如何進行男性心理衡鑑實務上有所貢獻。

中文關鍵詞：互動建構式衡鑑會談、心理健康意識、心理衡鑑、求助意願、男性憂鬱、動態屋樹人投射性繪畫、童年逆境經驗、複雜性創傷、諮商滿意度。

英文摘要：This study examines psychological issues related to male depression in Taiwan, aiming to use the Kinetic House-Tree-Person (KHTP) projective test to assess male depression, adverse childhood experiences (ACEs), and complex trauma. Through this two-year research, we aspire to construct the Interactive Constructivist Assessment Interview - KHTP (ICAI-KHTP), a model intended to foster awareness of physical and mental health issues and enhance psychological consciousness among emerging adult males. In the first year, the study focuses on validating the KHTP coding system, investigating the association of specific KHTP graphic symbols with male depressive responses, ACEs, and complex trauma. The second year establishes and tests the effectiveness of ICAI-KHTP as an intervention tool. First-Year Methods and Results: A sample of 200 males and 102

females within the emerging adulthood stage were collected, with a one-on-one administration involving the KHTP projective drawing, Taiwan Male Depression Risk Scale (T-MDRS-22), Taiwan Complex Trauma Inventory (T-CTI), and Taiwan Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE-Q). The KHTP coding system underwent revisions, resulting in the "KHTP Coding System, Second Edition," validated for expert reliability. Results indicated that 1. the revised KHTP coding system exhibited strong expert reliability, 2. KHTP reflected male-specific mental health concerns related to depression, and 3. KHTP revealed gender differences in depressive symptomatology. Second-Year Methods and Results: Employing a quasi-experimental design, 70 emerging adult males participated in the ICAI-KHTP assessment, with participants divided into two control groups and one experimental group. Data on male depression, mental health risks, help-seeking intentions, and counseling satisfaction were collected across five time points. Findings showed that the experimental group had significantly higher help-seeking intentions and counseling satisfaction compared to the control groups, indicating ICAI-KHTP's effectiveness in enhancing mental health awareness among men. Conclusion: The KHTP effectively reflects male-specific mental health issues, supporting its applicability in psychological assessment. Moreover, ICAI-KHTP enhances mental health awareness, although temporary, indicating the need for further psychological interventions. Male depression presents as a severe threat to mental and physical health, necessitating ongoing therapeutic attention. This research contributes to refining male-focused psychological assessment practices and understanding the complexities of male mental health.

英文關鍵詞： Adverse childhood experiences, complex trauma, counseling Satisfaction, help-seeking, Interactive Constructivist Assessment Interview, Kinetic House-Tree-Person of projective drawing, male depression, mental health consciousness, psychological assessment.

研究計畫成果報告（二年期）

男性憂鬱的心理健康促進：運用屋樹人投射性繪畫進行治療性衡鑑晤談的效果研究（L03）

Mental health promotion for male depression: The Effectiveness of Using KHTP Projective Painting for Therapeutic Assessment interview

壹、前言與研究目的

健康心理學是一門跨科學（interdisciplinary）領域，主要關注將心理學知識與技術，應用於健康、疾病、健康照顧上（Marks, Murray, Evans, Estacio, 2011）；健康心理學不僅強調臨床研究，也同時強調如何將如何將心理學知識應用於生理健康與健康促進活動當中的臨床實務能力，並以「證據導向實務（evidence-based practice, EBP）」為基礎，做為該學門的發展方向（SfHP, 2015）。在 EBP 精神下，健康心理學更重視如何促進個體對自己心理健康意識（health consciousness）（沈立、魏慧如、謝菀婷、林寶秀，2015；周郁芳等人，2015）的提升，並且願意發展出面對自己心理健康議題的健康行為，也同時嘗試瞭解個體在表現出健康行為上的實際困難，以促進其願意參與及使用心理健康促進（health promotion）（Pender, 1996）相關的活動與介入策略。依據張珏、謝佳容（2014）所提的「心理健康促進光譜」的概念，其建構了各類健康促進的服務方案，而接受心理諮商也屬於心理健康促進（mental health promotion）的服務之一。

而國內對於男性心理健康與如何提升男性心理意識的相關議題，一直是較為缺乏關注的。男性研究（men's studies）是從 90 年代才開始興盛的研究領域（王雅各，1996），而關心男性心理健康的男性心理學（the psychology of men）也屬於這幾十年才開始逐漸受到重視，美國心理學會於 1995 年才正式設立第 51 分會—男性及男性氣概心理學（Society for the Psychological Study of Men & Masculinity）（王大維，2010）。男性心理學研究可以提供給心理健康實務工作者，在協助男性處理其心理議題的指引與實務原則，尤其男性氣概（masculinity）的特性，往往會影響其心理健康，也使得男性的心理健康議題產生了特殊性（Lee & Owens, 2002）。然而在台灣，男性心理健康（psychology of men's health）研究卻一直都是較少被關注的。而男性本身較缺乏對自身心理健康的關注，尤其面對憂鬱的相關心理議題，許多男性在男性氣概的文化影響下，不僅很難直接對自身心理健康議題提出求助需求，在健康心理學的觀點中，這群男性較關注自身的「心理健康意識」。在心理健康促進的實務工作中，該如何提升男性對心理健康意識？實務上該怎麼操作，是本研究企圖解決的問題。

而本研究主要期望從健康心理學的角度，主要的研究意圖與目標，是企圖關心男性在面對「男性憂鬱」的相關心理議題時（包括男性憂鬱反應、童年逆境經驗、複雜性創傷等），如何促進其在該相關心理議題上的健康意識與對自身的關注，並以初顯成年期（emerging adulthood）階段（Arnett, 2000, 2007）的男性為研究對象。本研究計畫期望透過 Stephen Finn 等人在諮商與臨床心理學專業領域中所提出的「治療性衡鑑（therapeutic assessment, 簡稱 TA）」（Finn, 1996; Finn & Tonsager, 1997; Finn & Tonsager, 2002; Kamphuis & Finn, 2019）之心理衡鑑實務作法，其發展出短期、甚至可以一次性的衡鑑晤談模式，並在該衡鑑晤談中運

用較為親和、且有趣的投射性繪畫之衡鑑工具—動態屋樹人 (Kinetic-House-Tree-Person, 簡稱 KHTP), 加上諮商實務的晤談技巧, 設計一套「動態屋樹人—互動建構式衡鑑晤談 (Interactive Constructivist Assessment Interview with Kinetic House-Tree-Person) (簡稱 ICAI-KHTPP) 之一次性的諮商晤談模式, 企圖降低男性在面對自己心理健康議題時的防衛, 以較輕鬆且較不威脅其「男性氣概」的心理健康促進策略, 來增進男性面對憂鬱相關的心理議題時的心理健康意識。本研究欲探究初顯成年期男性, 在該 ICAI-KHTPP 上是否能增進對男性憂鬱相關心理議題 (男性憂鬱反應、童年逆境經驗、複雜性創傷) 的心理健康意識之關注, 心理健康意識包括是否可以提升其「諮商求助態度/意願」, 以及對 ICAI-KHTPP 有較高的「諮商滿意度」, 甚至可以降低「男性憂鬱」或與「身心健康」威脅有關因子等諮商效果, 以檢視本研究所設計的 ICAI-KHTP 之心理健康促進策略, 是否可以提升初顯成年期男性對其憂鬱相關心理議題之心理健康意識。

一、台灣的健康心理學領域較少關注男性憂鬱議題

在當代的心理疾病診斷系統下 (包括 DSM-5 以及 ICD-10), 威脅男性心理健康的重要議題—男性憂鬱 (male depression) 的現象與盛行率, 有可能是被低估且較少被關注的 (Athanasiadis, Gough, & Robertson, 2018)。Sharpley、Bitsika 與 Christie (2014) 即認為, 男性憂鬱的特徵中, 會同時包含非典型的症狀與行為表現, 像是易怒、酗酒與藥物濫用、難以自我控制等。而目前 DSM-5 診斷系統對於憂鬱症的症狀描述與準則, 主要還是以憂鬱情緒、以及失去興趣或愉悅感為兩大診斷核心, 若以目前 DSM 的診斷準則, 男性憂鬱的行為與症狀表現, 有可能會被低估或是忽略。而男性憂鬱對造成的身心健康影響, 比想像中來的嚴重, 包括像是可以預測其藥物濫用、酗酒、甚至是家庭暴力等問題 (蔡宗晃、鄭瑞隆、吳岳秀, 2005), 甚至可以預測其自殺意圖 (Rice, Ogrodniczuk, Kealy, Seidler, Dhillon, & Oliffe, 2019)。男性憂鬱的的症狀與行為表徵, 往往以「外化 (externalizing)」的形式呈現 (Rice, Kealy, Oliffe, & Ogrodniczuk, 2019; Rice, Oliffe, Kealy, & Ogrodniczuk, 2018; Thompson, Bender, & Kim, 2011), 也使得其症狀表現有其特殊性, 在心理健康服務與心理衡鑑實務上, 更需要有特殊的評估與測驗工具, 來評估男性憂鬱之相關心理議題。

但若要在心理健康促進策略中, 協助男性關注自身的男性憂鬱反應之心理健康議題, 採一個夠好的心理衡鑑策略來「看見」男性的心理議題, 就變得相當重要。若心理衡鑑實務只是進行男性憂鬱的「鑑別診斷」與篩選, 這對男性來說可能是一種心理威脅, 反而阻礙了男性對接受心理健康促進的意願, 而較不容易展現出關注自己健康意識的健康行為。另外, 男性憂鬱的心理議題, 不僅是男性憂鬱反應或症狀, 更是與其過往的童年創傷經驗有關, 故在評估男性憂鬱之心理議題時, 就必須擴展對男性憂鬱相關心理議題的「看見」與理解。

二、男性憂鬱的心理衡鑑—如何「看見」男性憂鬱的相關心理議題

在諮商與臨床實務中, 心理衡鑑是一種「看見」個案心理議題的學科與實務歷程, 經過專業的心理衡鑑歷程, 可以同時幫助心理師與個案「看見」男性憂鬱的樣貌, 在進行男性憂鬱的心理衡鑑實務時, 就必須考量兩個問題, 第一, 男性憂鬱的心理衡鑑工具: 男性憂鬱的心理衡鑑該測量什麼 (what) 心理現象或議題呢? 第二, 男性憂鬱的心理衡鑑方式: 該如何 (how) 進行男性憂鬱的心理衡鑑實務?

「看見」男性憂鬱不只是憂鬱症狀或憂鬱反應：國內在男性憂鬱的評估工具選擇上，是相對缺乏的，如同前段的論述，男性憂鬱的測量可能無法使用傳統憂鬱量表來含括之。目前國際間比較著名的男性憂鬱之自陳式量表，僅包含兩種，包括：Zierau、Bille、Rutz 與 Bech（2002）所建立的 Gotland 男性憂鬱量表（Gotland male depression scale, GMDS）（國內的姚怡君、陳景彥（2009）曾發展出第一個中文版 GMDS 之評估工具。）另一個由 Rice 等人所建立的「男性憂鬱風險量表（male depression risk scale, MDRS-22）」之自陳式量表（Rice, Fallon, Aucote, & Möller-Leimkühler, 2013; Rice, Ogrodniczuk, Kealy, Seidler, Dhillon, & Oliffe, 2019）。而 MDRS-22 擁有可以測量出更多元、更貼近男性憂鬱特性的構念設計，本研究也將以此工具作為看見男性憂鬱反應的衡鑑工具。另外，心理衡鑑實務並非只是進行憂鬱的篩選或鑑別診斷，更重的是能在心理衡鑑實務中，形成對個案議題的「個案概念化」，進一步形成治療/諮商目標與工作任務（孫頌賢，2016），也就是說，男性憂鬱的心理衡鑑實務，若要能產生諮商實務工作上的幫助，就不只是測量男性憂鬱的症狀或行為傾向，還必須包含與男性憂鬱有關的相關心理現象與心理健康議題，以進行對個案更全面性、更完整的心理衡鑑工作。另外，不管 GMDS 與 MDRS-22，關注的是「男性憂鬱反應」，而非關注男性憂鬱症的「鑑別診斷」，故本研究也將關注「**男性憂鬱反應**」，而非進行男性憂鬱症的分類。

但憂鬱症病因學相關研究仍具有相當大的啟發性，可發現若要評估與衡鑑男性憂鬱反應之相關心理議題時，可能需要考量過去童年經驗、甚至是童年創傷經驗，這些經驗幾乎都與成年時期的憂鬱症狀或憂鬱有傾向有關連。在憂鬱症的心理治療介入中，協助個案覺察過去童年經驗對其現在的影響，也是相當重要的諮商目標（McKinley, Boel-Studt, Renner, & Figley, 2021；葉琳、林書穎、張景然。2020），而近年來，健康心理學領域關注的「**童年逆境經驗（Adverse Childhood Experiences, 簡稱 ACEs）**」議題，更發現童年逆境是預測成年時期憂鬱傾向的重要指標（Al Shawi, Sarhan, & Altaha, 2019; Amone-P' Olak, & Letswai, 2020; Frampton, Poole, Dobson, & Pusch, 2018; Kaczmarczyk, Otte, Wiedemann, Kuehl, Schultebrucks, Spitzer, & Wingenfeld, 2019; Kremer et. al., 2019; McKinley et. al., 2021; Tsehay, Necho, & Mekonnen, 2020）。而 ACEs 帶來的童年創傷反應，已經無法使用 DSM-5 診斷系統中創傷後壓力症（Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD）來解釋之，由 WHO 於 2018 年預先公布的國際疾病分類 ICD-11 中，也提出了「**複雜性創傷後壓力症（complex Post-Traumatic Stress Disorder, C-PTSD）**」的分類方式，並有許多研究已經指出，PTSD 與 C-PTSD 的分類方式並不同，而 PTSD 的創傷反應之內涵，也與 C-PTSD 之「**複雜性創傷反應（complex trauma, 簡稱 CT）**」之內涵，也有相當大的差異（Gilbar, Hyland, Cloitre, & Dekel, 2018; Jowett, Karatzias, Shevlin, & Albert, 2020; Murphy, Elklit, Dokkedahl, & Shevlin, 2016）。而童年創傷帶來的是長期的、重複性的、發生在人際互動中的 CT 反應（Barbieri, 2019），而 C-PTSD 可能更能代表 ACEs 帶來的身心健康影響（Frewen, Zhu, & Lanius, 2019）。若以更具整體性、更能看到個案概念的方式來進行男性憂鬱的心理衡鑑實務，就不僅需要「看見」男性憂鬱症狀，也需要「看見」與男性憂鬱有關的相關心理健康議題，而本研究將同時探索男性的 ACEs 與 CT 等心理議題。

該採取何種方式/衡鑑來「看見」男性憂鬱的心理議題：目前測量男性憂鬱的衡鑑工具（例如 MDRS-22）皆屬於自陳式量表，這類測量方式本身是有限制的。尤其男性受到前述「**男性氣概**」的影響，男性在面對其憂鬱議題時，往往會出現「不將憂鬱視為問題」以及缺乏求助意願的現象（蔡承易，2017）。自陳式量表的衡鑑方式，可能會讓男性在填寫量表時，無法

確實的反映出其男性憂鬱的特徵，也容易在諮商與心理治療的心理衡鑑實務工作中，忽略男性憂鬱的嚴重性。而心理衡鑑歷程中，若過度強調進行「鑑別診斷」，只是透過心理衡鑑給予男性一個憂鬱的「標籤」，也可能容易讓男性難以面對自己的男性憂鬱的相關心理議題，甚至對諮商或心理治療的協助有所卻步，故選擇一套適切的心理衡鑑方式，是必須考量、且較務實、較符合實務現場需求的作法。而由 Stephen Finn 與其研究團隊所建構的「治療性衡鑑 (therapeutic assessment, 簡稱 TA)」模式 (Finn, 1996; Finn & Tonsager, 1997; Finn & Tonsager, 2002; Kamphuis & Finn, 2019)，強調衡鑑歷程也是一種促發改變的心理介入歷程，並強調建立具安全依附的治療關係品質，而不再強調僅是進行鑑別診斷。而本研究計畫，將採取「治療性衡鑑模式」該理論精神，並且建構「動態屋樹人互動建構式衡鑑會談 (ICAI-KHTPP)」，應用於男性憂鬱的諮商實務歷程中，探索該衡鑑方式對男性面對男性憂鬱的相關心理議題時，是否能促進其諮商求助態度/意願，並且對該次諮商晤談感到較高的諮商滿意度與好感度之諮商效果，以促進男性對心理健康意識的提升。

另外，本研究關注男性憂鬱的心理議題，包括前述衡鑑內容論及，能透過治療性衡鑑歷程「看見」男性憂鬱的症狀與傾向，以及與男性憂鬱相關的心理議題，包括 ACEs 與 CT，以進行更全面性、更具整合性的心理衡鑑實務。然而，在衡鑑工具的使用上，若只是採取標準化的自陳式量表來測量男性憂鬱、ACEs、C-PTSD 等心理現象，可能會因男性氣概等議題，而影響了男性對諮商求助與面對自己心理議題的意願，KHTP (Burns, 1987)，可能解決自陳式量表所帶來的困難。本研究欲以 KHTP 作為「看見」男性憂鬱等相關心理議題的衡鑑工具，以期瞭解男性憂鬱、ACEs、CT 反應等心理議題在 KHTP 上的表現。

KHTP 是一種投射性繪畫 (projective drawing) 心理衡鑑工具，只要簡單的紙跟筆，邀請個案在短短的時間內進行繪畫，在諮商實務上具有相當大的方便性。KHTP 的優勢在於，可窺探個案無法一下子意識或報告出的心理特徵，透過 KHTP 可降低個案的心理防衛，擴增助人工作者對個案內在心理資訊的理解 (黃傳永, 2012)。而許多研究顯示，KHTP 具有區辨憂鬱傾向的效度 (例如：梁馨月、林玉華, 2009; 曾伊麗, 2010)，若能使用 KHTP 做為男性憂鬱的衡鑑工具，可補足自陳式量表的限制，並透過 KHTP 提供豐富的人際互動資訊，促進男性面對與表達與憂鬱相關的心理議題與故事脈絡。

三、研究目的與研究問題

本研究為考量研究的可執行性，故預計以 20-25 歲的台灣大學生男性為研究對象，該階段的男性正值初顯成年期 (emerging adulthood) 階段 (Arnett, 2000, 2007)，這群不大不小的「微成人」，才剛開始經驗人生的酸甜苦辣，他們承接了過去童年經驗的影響，不管在自我認同或身心健康上，都屬於關鍵時期，也影響著台灣當代社會的發展力。是故，本研究將聚焦研究初顯成年期男性的心理健康。

在本研究計畫主要研究目的方面，欲使用 KHTP 進行男性憂鬱的治療性衡鑑 (TA) 實務，本研究欲建構一套「動態屋樹人互動建構式衡鑑會談 (簡稱 ICAI-KHTP)」之一次性晤談模式，來進行男性憂鬱的心理衡鑑實務，並透過衡鑑工具 KHTP 的使用，協助初顯成年其男性關注其男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應等相關心理議題，以促進男性在面對憂鬱議題時的諮商求助態度/意願、產生較高的諮商滿意度、以及降低男性憂鬱反應等諮商效果。若要在治療性衡鑑中使用 KHTP 來「看見」男性憂鬱相關的心理議題，就必須先確認 KHTP 中哪類畫圖

符號與男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應有關，則必須透過本研究來建立一套能標示出男性憂鬱相關心理議題的 KHTP 編碼表，故本研究計畫，也須先解決這方面的問題。以下整理本研究計畫之主要研究目的，並且需要透過二年期計畫來進行：

研究目的一：探索 KHTP 中那些圖畫符號（編碼）與男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應等男性憂鬱相關心理議題有關，並進一步確認 KHTP 在反映男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應等心理議題上的信、效度表現。

研究目的二：建構一套 ICAI-KHTP 一次性晤談模式，以應用於男性憂鬱的心理衡鑑實務，瞭解初顯成年期男性，在接受 ICAI-KHTP 的諮商效果，包括：晤談後有較高的諮商滿意度，以及晤談前後的求助態度/意願之改變，以及降低男性憂鬱反應與身心健康威脅，以促進男性心理健康意識。

第一年研究計畫之研究問題與概況—KHTP 編碼系統檢證期

依據上述研究目的一，第一年研究計畫為「KHTP 編碼系統檢證期」：主要探索 KHTP 的那些圖畫符號（編碼）與男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應有關，並建立其在男性憂鬱相關心理議題上的信、效度表現，已建立一套能檢視出男性憂鬱心理相關議題的 KHTP 編碼系統。如同前述探討中，欲在心理衡鑑實務中探索男性憂鬱的相關心理議題，衡鑑與評估的內容，就不能僅是男性憂鬱反應，也應包括 ACEs 與 CT 反應，故期望透過第一年研究計畫，探索 KHTP 的那些圖畫符號（編碼）可以反映出男性憂鬱之相關心理議題。第一年研究計畫，除了採取個別施測的方式，收集初顯成年期男性的 KHTP 投射性繪畫，並同時施測 T-MDRS-22、ACE 問卷、T-CTI 等自陳式量表，以了解 KHTP 分析的評分者信度，以及探索 KHTP 編碼表在男性憂鬱、ACEs、CT 反應的表現，進而檢證 KHTP 編碼表在男性憂鬱相關心理議題上的效度表現。第一年研究計畫之主要研究問題：

研究問題 1：KHTP 的圖畫符號（編碼），與大學生男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應之相關性為何？以建立 KHTP 在男性憂鬱相關心理議題上的編碼系統。

第二年研究計畫之研究問題與概況—ICAI-KHTP 行動與檢證效果期

依據上述研究目的二，第二年研究計畫為「ICAI-KHTP 行動與檢證效果期」：預計在治療性衡鑑的實務操作中，使用 KHTP 進行心理衡鑑實務，以建立一套 ICAI-KHTP 之衡鑑會談模式，並檢證該實務工作模式在憂鬱反應上的諮商效果，包括較高的諮商滿意度、增加求助態度/意願、甚至可以降低男性憂鬱反應等。主要將邀請 3 位學者組成專家小組，共同建構適用於男性憂鬱個案的 ICAI-KHTP 模式。並採取準實驗設計法，邀請初顯成年期男性參與研究，並隨機分派至兩組控制組與一組實驗組，對象依然為初顯成年期之男性。第二年研究將採取「準實驗設計」，分成兩組控制組與一組實驗組進行研究，在實驗組方面，將邀請參與研究之男性進行一次性晤談之 ICAI-KHTP 衡鑑晤談，以瞭解參與者的諮商求助態度/意願之前後改變，以及對該次晤談的諮商滿意度等諮商效果，以及男性憂鬱反應是否會下降。在諮商滿意度方面，將採取由陳慶福、姜淑卿（2011）所編製的「諮商滿意量表」作為 ICAI-KHTP 諮商晤談後的滿意度測量。諮商求助態度/意願部分，將採取多點測量方式，分別測量張虹雯（2011）修訂的「求助態度量表—短式（ATSPPH-SF）」、台灣版-男性憂鬱風險量表（T-MDRS-22）（Sun 等人，2024）、以及華人健康問卷（Chinese Health Questionnaire, CHQ-12）」（Cheng

& Williams, 1986), CHQ-12 是一種簡單檢測個體有沒有處於身心威脅狀態的簡易量表，來檢測 ICAI-KHTP 的晤談效果。第二年研究計畫之主要研究問題，包括：

研究問題 2-1：所建構的 ICAI-KHTP 實務工作模式之內涵為何？

研究問題 2-2：運用 ICAI-KHTP 進行一次性晤談之諮商效果，包括在晤談後的諮商求助態度/意願是否會增加？男性憂鬱反應、身心健康威脅是否會降低？以及諮商滿意度為何？

貳、文獻探討

本研究計畫，欲以二年期時間，運用 KHTP 進行互動建構式衡鑑會談實務之工具，以建立一套 ICAI-KHTP 之一次性晤談模式，並進一步檢證其諮商求助態度/意願、諮商滿意度、降低身心健康威脅之諮商效果。以下文獻探討，將先探討男性憂鬱的特性，以及在評估男性憂鬱時需擴大相關議題之論述，在進一步探討若要進行男性憂鬱之評估與心理衡鑑實務上的困難，以及進一步能運用 KHTP 進行衡鑑衡鑑之一次性晤談，來促進男性增進諮商求助態度/意願，以檢證該晤談之諮商效果。主要分成五大部分，包括：一、男性憂鬱的特性與相關心理議題；二、男性憂鬱在心理衡鑑實務上的困難；三、動態屋樹人投射性繪畫的相關研究；四、如何進行 ICAI-KHTP 實務；五、總結。

一、男性憂鬱的特性與相關心理議題

此部分主要探討：被輕忽的男性憂鬱症狀：對男性心理健康的威脅、男性憂鬱的心理衡鑑工具、以及男性憂鬱的相關心理議題—與 ACEs 與 CT 反應之關聯。

(一) 被輕忽的男性憂鬱症狀：對男性心理健康的威脅

在憂鬱症 (major depression disorder, MDD) 的盛行率研究中，一直都發現男性憂鬱症的比率低於女性 (姚怡君、陳景彥, 2009; 蔡宗晃、鄭瑞隆、吳岳秀, 2005; Addis, 2008; Fields & Cochran, 2011)，商志雍、廖士程、李明濱 (2003) 的調查研究顯示，在精神科門診中憂鬱症看診之女性大約為男性的 1.5 至 2.2 倍。但事實上，許多學者提出，在當代的心理疾病診斷系統下 (包括 DSM-5 以及 ICD-10)，男性憂鬱的盛行率有可能是被低估的 (Athanasiadis, Gough, & Robertson, 2018)。Zierau 等人 (2002) 曾經發展出一套相當有名的 Gotlan 男性憂鬱量表 (Goltland male depression scale, GMDS)，該研究即發現，GMDS 比使用 DSM 診斷系統所建立的 Beck 憂鬱量表，篩選出更多潛在憂鬱症狀的男性族群。

在 DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) 診斷系統中，對憂鬱症的界定，主要以「憂鬱情緒」以及「失去興趣與愉悅感」為核心準則，以下症狀中，必須要包含像症狀以上，且持續兩個星期，才能有機會被診斷成憂鬱症：1. 幾乎每一天的大部份時間呈現憂鬱情緒，就如同個人主觀報告 (如感覺難過、空虛、絕望的)，或他人觀察 (看起來常流淚) 所表明的。2. 在幾乎每一天的大部份時間的幾乎所有活動中，興趣和娛樂 (pleasure) 明顯地減少。3. 明顯的體重減少 (例如在一個月內改變體重的 5%)，且並非正在節食或增胖中。或幾乎每一天胃口的減少或增加。4. 幾乎每一天失眠或過度睡眠。5. 幾乎每一天發生心理激動的興奮或遲緩 (由他人所觀察到的，而非僅主觀感受到坐立不安或速度變慢)。6. 幾乎每一天感到疲憊或喪失活力。7. 幾乎每一天感到沒有價值或過度、不適當的罪惡感 (可能是妄想的，且並非僅

是因生病而感到自我斥責和罪惡感)。8.幾乎每一天思考或專心的能力降低或無法下決定(個人主觀或他人觀察)。9.週期性的想到死亡(並非僅害怕死亡)、週期性且無特定計劃的自殺意念、或嘗試自殺、或有明確的自殺計畫。

然而 DSM 診斷系統對憂鬱的定義,似乎無法展現出男性憂鬱的專屬特性。Sharpley、Bitsika 與 Christie(2014)即認為,男性憂鬱的特徵中,會同時包含非典型的症狀與行為表現,像是易怒、酗酒與藥物濫用、難以自我控制等。Rice、Fallon、Aucote 與 Möller-Leimkühler (2013)就認為,傳統 DSM 診斷系統對憂鬱症的界定,主要仍以內化(internalizing)行為為主,但男性憂鬱的症狀表現,往往帶著外化(externalizing)行為的問題。故其發展出「男性憂鬱風險量表(male depression risk scale, MDRS-22)」之評估工具,包含情緒壓抑(emotional suppression)、用藥行為(drug use)、飲酒行為(alcohol use)、生氣與攻擊(anger and aggression)、身體化症狀(somatic symptoms)、風險行為(risk-taking)等。而目前 DSM-5 對於憂鬱症的症狀描述與準則,主要還是以憂鬱情緒、以及失去興趣或愉悅感為兩大診斷核心,看起來,若以目前 DSM 的診斷準則,男性憂鬱的行為與症狀表現,有可能會被低估或是忽略。

事實上,男性憂鬱造成的身心健康影響,比想像中來的嚴重。蔡宗晃等人(2005)認為憂鬱男性往往合併暴力、酒精濫用等行為問題;許崇憲(2008)針對大一新生研究發現,男性比女性有更高的社交問題;葉翠玉、周雨青、鄭淑利、孫慧芳(2016)針對軍校生進行心理健康調查發現,男性比女性較容易發生情感困擾與生活困擾;Rice、Ogrodniczuk、Kealy、Seidler、Dhillon 與 Oliffe(2019)的研究發現,男性憂鬱可預測其近期的自殺意圖。這顯示出男性憂鬱對男性身心健康的威脅,但男性憂鬱與心理健康議題,可能在傳統的診斷系統中被忽略。是故,男性憂鬱的研究與心理衡鑑工具之建立具有重要性,在諮商與臨床實務上,應具有實務與應用價值。

(二) 男性憂鬱的心理衡鑑工具

從上述可知,在台灣關於男性憂鬱的相關研究卻相對缺乏,而能評估與標記出男性憂鬱的衡鑑工具更是少見,目前大多還是停留在使用 DSM 診斷系統來界定男性憂鬱的症狀與行為,而缺乏專屬男性憂鬱的心理衡鑑工具之建立。而以心理衡鑑(psychological assessment)實務而言,要能促進男性憂鬱的諮商或心理治療實務,就必須先要有能標示與篩檢出男性憂鬱的評估工具與方法,而目前國際上對男性憂鬱的衡鑑工具,總共有兩種,包括 GMDS 與 MDRS-22。如同前述所言,Rice 等人所建立的 MDRS-22 的自陳式量表(Rice et. al., 2013; Rice, Ogrodniczuk, Kealy, Seidler, Dhillon, & Oliffe, 2019),可能更適合作為本研究之工具。這兩種工具最大的差異,即在於 GMDS 的測量因素僅有「苦惱(distress)」與「憂鬱(depression)」兩項,但 MDRS-22 的評估項目更多元,且強調了男性憂鬱特有的「外化」行為問題,以期能凸顯出男性憂鬱的專屬特性,且該研究經過探索性因素分析,也經過驗證性因素分析,經過統計檢證其具有潛在男性憂鬱的特性。另外,姚怡君、陳景彥(2009)修訂的中文版的 GMDS 之 Gotlan 男性憂鬱量表,但在其與秦蘋瑩(2017)的相關研究結果中,無法用 GMDS 來區辨男性憂鬱與 DSM 診斷系統的憂鬱症症狀之差異,也無法顯示出與女性有差異的憂鬱症狀之表現。事實上,GMDS 創始人 Zierau 等人(2002)的研究,就已經發現相同的情形。是故 Rice 等人重新檢視了男性憂鬱的症狀與現象,建立了更詳細、更多元的男性憂鬱之評估指標,並設計了 MDRS-22 之自陳式量表,並有良好的信效度表現(Rice et. al., 2013; Rice, Ogrodniczuk,

Kealy, Seidler, Dhillon, & Oliffe, 2019)，並且能夠清楚的界定出男性憂鬱的症狀與特徵。然而 MDRS—22 是以西方文化男性為主要的編制方式，較缺乏台灣本土文化下男性憂鬱行為的測量，故孫頌賢（2022）在目前正在執行的科技部研究計畫中，依據台灣男性憂鬱的相關研究，重新翻譯與修訂了該量表的內容，新增「我會大量的抽菸。」、「我會發生過度頻繁或高危險的性行為，例如，頻繁的性愛或自慰、高頻率的一夜情。」、「我會無法節制地不斷上網、或玩手遊、或玩電腦遊戲。」、「我會強迫自己過度的運動。」等可能較符合台灣男性憂鬱反應的內容，修訂為台灣版男性憂鬱風險量表（T-MDRS-26），而該研究目前也檢證出 T-MDRS-26 具有良好的信效度表現。該量表將作為本研究檢證 KHTP 男性憂鬱反應上的指標。

（三）男性憂鬱的相關心理議題—與童年逆境與複雜性創傷反應之關聯

若要進行完整的男性憂鬱之衡鑑，就不只是能界定出男性憂鬱症狀的樣貌，誠如前述所說，就必須擴大關注與男性憂鬱有關的心理議題。而近年來許多研究都指出，「童年逆境經驗（Adverse Childhood Experiences, ACEs）」是預測成年時期憂鬱傾向的重要指標（Al Shawi et al., 2019; Amone-P' et al., 2020; Frampton et al., 2018; Kaczmarczyk et al., 2019; Kremer et al., 2019; McKinley et al., 2021; Tsehay et al., 2020），而童年逆境經驗帶來 CT 反應（Frewen et al., 2019），並且許多研究也顯示，複雜性創後壓力症（complex PTSD, C-PTSD）也與成年時期的憂鬱症狀有高度的相關（Murphy, Elklit, Dokkedahl, & Shevlin, 2016），故本研究認為，若欲進行男性憂鬱的心理衡鑑，應同時納入 ACEs 與 C-PTSD 之相關評估。

所謂的「童年逆境經驗 ACE」，最早由 Felitti 與其團隊合作，進行了一項大規模的研究後發現，童年時期個體經驗到的潛在創傷經驗與事件，而這些事件可能是長期的情境或反覆性的事件，而非單一的事件，並且對個體有著長期的生理與心理健康的影響（Felitti et al., 1998），該研究大量收集了 8,506 名個案的問卷資料，並使用童年逆境經驗問卷（ACE-Q），將童年逆境初分成「兒童時期虐待」與「家庭失功能」等兩大類，在各自細分成七類，包括：心理虐待、肢體虐待、接觸到性虐待、家庭內藥物濫用、家庭內精神疾病、家庭暴力、家庭犯罪行為等（Frampton, Poole, Dobson, & Pusch, 2018），ACE-Q 主要以「是」或「否」進行回答，只要 ACE-Q 回答一個「是」以上，就視為具有家庭逆境經驗，並發現童年逆境經驗是一種相當普遍並具嚴重影響力的現象，高達 65~93% 的個體可能擁有一項以上 ACE，40~74% 的個體可能擁有 2 項以上 ACE。而之後 Felitti 團隊繼續與美國疾疫管制局（CDC）合作，進行一系列 ACE 的相關研究，目前最最常使用的 ACE-Q 版，為 10 題簡短版的問卷，Watt、Ceballos、Kim、Pan 與 Sharma（2020）的研究顯示，ACE 分數大於 4 以上的大學生，個體容易有高度焦慮與憂鬱傾向，且通常具有生理發炎與神經系統方面的生理疾病。Racine、Devereaux、Cooke、Eirich、Zhu 與 Madigan（2021）採取後設分析方法（meta-analysis），精選了 1998~2019 年期間，出版的 15 篇（N=7788）高品質關於母親懷孕與產後身心健康的研究，相較於產後焦慮，發現母親童年逆境經驗具有中低程度更可預測產後憂鬱傾向。Carroll、Currier、McCormick 與 Drescher（2017）的研究發現，罹患 PTSD 的伊拉克與阿富汗戰後退役軍人，通常都有嚴重的童年逆境經驗，同時伴隨高度的自殺危機，這也顯示在進行 PTSD 治療時，也必須同時處理同年創傷的議題。Watt 等人（2020）的研究更認為，ACE 與大學生憂鬱傾向有高度相關，這顯示在進行憂鬱議題的諮商實務時，就不僅是處理「憂鬱症狀」本身，而必需同時處理同年創傷帶來的影響。綜合以上論述可知，大部分的研究都顯示，ACE 與憂鬱傾向有高度相關，

且 ACE-Q 的分數高於 4 分以上（即具有 4 項以上的童年逆境經驗），對個體的身心健康具有威脅性的影響。故本研究認為，在進行男性憂鬱心理衡鑑時，不可忽略對童年逆境經驗的理解，並且需要把 ACE 納入男性憂鬱的心理衡鑑項目之一。孫頌賢（2022）於目前執行的科技部計畫中，重新翻譯了 ACE-Q（Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010; Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998），該量表分成 10 題簡版與 27 題完整版，並進行嚴謹的翻譯效度檢驗，並參考國內實務經驗，修改成較符合台灣家庭文化的量表題目，修訂成台灣版 T-ACE-10（簡版）、以及 T-ACE-27（完整版）。簡版的 ACE 是以描述短文的方式，請受試者直接針對 10 類童年逆境經驗進行「是」或「否」的回答，而完整版的 ACE 則是以多題項的方式，將 10 類童年逆境經驗，在細分成 27 種經驗，並且以 Likert-type 多元計量方式，進行較精準的測量。

憂鬱症狀本身與創傷反應有著高度相關性（高淑貞，2004；彭秀玲、黃曬莉、李仁豪，2015；洪楹棋、黃君代，2020），而 Voith、Russell、Lee 與 Anderson（2020）針對男性創傷反應的研究更發現，童年逆境也與男性的創傷反應具有高度相關，甚至可以預測其表現出親密關係暴力行為。ACE 帶來的潛在創傷，是一種長期且具有情境性的創傷，這類創傷反應，剛好與 WHO 於 2018 年預先公布的國際疾病分類 ICD-11 中，提出的複雜性創傷後壓力症（complex Post-Traumatic Stress Disorder, C-PTSD）之觀點相符，C-PTSD 是一種心理疾病的分類方式，其指出 C-PTSD 的創傷反應是一種 CT 反應，與 DSM-5 所指的創後壓力症(PTSD) 之創傷反應不同。CT 反應包含了傳統的 PTSD 所指稱的創傷反應，包括：經驗再現（re-experiencing）、迴避（avoidance）、威脅感（sense of threat）等；以及自我組織障礙（disturbances in self-organization, DSO）的創傷反應，包括：情感失調（affect dysregulation）、負向自我概念（negative self-concept）、關係障礙（disrupted relationships）等（Litvin, Kaminski, & Riggs, 2017; Rocha et al., 2020）。目前已經有大量研究顯示，PTSD 與 C-PTSD 所指稱的創傷反應是不同的類型（Barbieri et al., 2020; Frewen et al., 2019; Kozłowska, 2020; Litvin et al., 2017; Murphy et al., 2016; Rocha et al., 2020），尤其 C-PTSD 的複雜性創傷反應，是一種經驗了長期的、反覆的、具人際互動性的創傷經驗（Barbieri et al., 2020），Gilbar 等人（2018）的針對以色列男性的研究更發現，童年經驗創傷或忽略照顧經驗，則可預測男性有高度複雜性創傷反應的可能性，CT 反應中的 DSO 反應，更是與童年創傷經驗有高度的相關，且 DOS 能高度預測男性憂鬱的發生。也有學者懷疑，C-PTSD 的測量內容，其實是將 PTSD 與邊緣性人格疾患（borderline personality disorder, BPD）的診斷做混合，尤其 DSO 的創傷反應與 BPD 的症狀有很大的重疊性，但仍有學者認為 C-PTSD 與 BPD 是不同的類型，Jowett 等人（2020）的研究結果即發現，C-PTSD 與 BPD 的確共享了 DSO 的症狀，但是從這兩類診斷的症狀組型來看，仍可以發現 C-PTSD 與 BPD 有著區變性。這些研究都顯示，在衡鑑男性憂鬱的心理議題時，ACEs 帶來的創傷反應，可能無法忽略的衡鑑項目，ACEs 帶來的創傷反應應屬於一種非單一事件造成的創傷反應，也非傳統創傷反應可以解釋之，而 C-PTSD 所展現的 CT 反應，更適合用來了解 ACEs 帶來的創傷影響，也適合用於男性憂鬱相關心理議題之衡鑑項目。故本研究認為，在進行男性憂鬱的心理衡鑑實務時，CT 反應是必須納入的衡鑑項目之一。

而目前進行 C-PTSD 之創傷反應的測量工具中，最早由 Karatzias 等人（2016）依據 ICD-11 界定的 C-PTSD 症狀，來測量 CT 反應，並由 Cloitre 等人（2018）完成其自陳式量表的信效度研究，並稱之為「國際創傷問卷（International Trauma Questionnaire, ITQ）」，目前 ITQ 的信效度研究仍如火如荼的進行中。而 Litvin 等人（2017）也依據 C-PTSD 的定義來測量 CT，

同樣將 ICD-11 界定的六種 C-PTSD 症狀，編製成題數較少的自陳式量表（20 題），稱之為「複雜創傷評估表（Complex Trauma Inventory, CTI）」，其考量了實務工作的需求，將每個 CT 症狀的問題，都分成「強度（Intensity）」與「頻率（Frequency）」兩種量尺問法（各自為五點量尺，從 0-4 分計算），並且將強度與頻率的得分相加，作為創傷嚴重程度的分數。比較之下，CTI 更適用諮商與心理治療實務現場的需求，能區辨每個 CT 反應在強度與頻率上的不同，更能提供對於個案 CT 反應的豐富理解，更有利於心理衡鑑實務的進行。孫頌賢（2022）於目前正在執行的科技部研究計畫中，以採取嚴謹的翻譯效度方式來翻譯 CTI，修訂出台灣版的 CTI（Taiwan version of Complex Trauma Inventory，簡稱 T-CTI）作為測量 CT 反應的自陳式量表工具，並且在該研究中檢證 T-CTI 具有良好的信效度表現。

二、男性憂鬱在心理衡鑑實務上的困難

以下將先探討男性憂鬱在心理衡鑑實務上的困難，並分成兩部分來探討，包括從「男性氣概」對男性求助意願的影響，探討在男性缺乏求助意願的情況下，如何促進男性的心理健康意識，以及探討自陳式量表的限制，以進一步探討該如何運用 KHPT 進行治療性衡鑑。

（一）男性缺乏求助意願：如何促進男性的心理健康意識

在健康心理學的領域中，我們關心「心理健康促進（psychological health promotion）」行為的發生。世界衛生組織（WHO）於 1986 提出「渥太華憲章」，對全球健康促進的推廣具有極大的貢獻。該憲章首先清楚的定義，所謂的「健康促進」是指：「使人們能夠增加對於本身健康之控制，並促進其健康之過程。」健康促進被視為是一種賦權（empowerment）歷程，強調透過一系列的公共衛生政策、宣導、方案活動、甚至是心理介入的策略，促使大眾發展出具自主性的健康行為（health behaviors），WHO 在 2005 年 8 月於曼谷召開了第六屆全球健康促進大會當中，更認為，「心理健康是基本人權」，張珏、謝佳容（2014）更提出「心理健康主流化（mental health mainstreaming）」的概念，認為增進心理健康促進行為是維護國人身心健康的重要議題政策。提升「心理健康意識」，在增進心理健康促進行為方面，佔有相當重要的影響。所謂「健康意識（health consciousness）」是指個人自覺到自己的健康情形，對自身健康情形有覺察與認識等意識的發生，會增強健康行為（health behaviors），以增進健康促進（health promotion）行為的發生，展現出保護或處理危害自己健康的措施（沈立、魏慧如、謝菀婷、林寶秀，2015；周郁芳等人，2015；胡月娟，1993）。其中所謂的健康行為或健康相關行為（health-related behaviors），可包括三種：1. 預防性與保護性的健康行為（preventive and protective behavior），是指個體採取任何保護或促進健康的行為措施，例如不吸煙、注意交通安全、騎機車戴安全帽、控制體重、睡眠正常、攝取適當營養等；2. 疾病行為（illness behavior），是指當個體不確定自己是否健康或罹患疾病時而採取的行動，例如求助醫療諮詢、聽親朋好友的意見、上網查詢資訊等；3. 疾病角色行為（sick-role behavior）：即個體已知本身患病而採取的行動，例如遵循醫囑來定期服用藥物、休息靜養、願意求助諮商心理專業等（Kasl & Coob, 1966），而願意向諮商心理專業求助，也屬於健康行為的一種。可知「心理健康意識」的提升，對於個體展現出健康行為，具有相當重要的影響，而本研究也愈關注男性在面對自己發生男性憂鬱反應時，該如何提升其健康意識，進而展現出有效的健康行為。

然而，男性關心自己的心理健康嗎？男性對自己的憂鬱反應如何產生「心理健康意識」

呢？男性對自己發生男性憂鬱反應等相關心理議題時，會願意面對與關心嗎？若從提升「男性心理健康意識」的角度，來探討男性憂鬱等相關心理議題時，則著重於探討我們該如何設計一套健康促進活動，讓男性願意提升心理健康意識，進而願意採取預防性或保護性健康行為，或是願意開始關注自己男性憂鬱的議題，甚至開始願意接受心理諮商的專業協助。若依據 Pender 所發展出的健康促進模式（Health Promotion Model, HPM）（Pender, 1996），其認為，要個體發展出健康行為，最核心的是能在健康促進活動中，讓個體感受到自己解決健康議題的「知覺自我效能」（吳姿瑩、卓俊憐，1998；馮木蘭、卓俊伶、吳姿瑩，2009）。是故，本研究期望可以設計出一套 ICAI-KHTP 的一次性晤談之健康促進活動，讓個案接受比較有趣的投射性繪畫 KHTP 作為接觸的媒材，並運用治療性衡鑑的實務原則，讓男性願意提升自己的心理健康意識，提升對男性憂鬱相關心理議題的關注，進而可以增進健康行為。而在提升心理健康意識方面，主要能促進男性在接受 ICAI-KHTP 諮商晤談時，產生對自己男性憂鬱議題的覺察，覺得這個晤談有幫助、對諮商晤談有好感，可以讓自己有意願、有動力的接觸進一步的心理諮商專業服務。是故，本研究將關注初顯成年期大學生男性，在接受 ICAI-KHTP 諮商晤談後，是否會提升「諮商求助意願」，以及晤談後有較高的「諮商滿意度」，以及降低「男性憂鬱反應」，以作為檢測 ICAI-KHTP 諮商效果的依據。

然而，男人求助嗎？男人求助時究竟碰到什麼困難？Brannon（1976）研究美國男性時指出，男性受到性別角色的影響甚鉅，甚至影響其心理健康，其指出美國男性受到四個重要的性別角色信念的影響，包括：1.別當個娘娘腔：要強悍、不能展現陰柔特質與脆弱；2.做個大輪子：要成為家庭與團體的領導者；3.做個強壯的橡樹：要展現身體與意志的力量；4.給他們顏色瞧瞧：不能向他人示威低頭，要給予反擊。而近年來，「男性氣概 Masculinity」研究幾乎取代了性別角色的論述，而以男性氣概的概念來探討男性受到文化與生理特徵的綜合性影響。男性氣概是指，存在於文化與組織場所之中與男性有關的行為、語言與實踐，而且文化上被定義為與女性化偏離（Whitehead & Barrett, 2001）。而男性氣概對男人的影響，不僅影響其身心健康，影響其在社會文化中的行動與角色，甚至也會影響其求助行為。也因如此，若要將心理衡鑑的評估工作運用在男性身上，就必須考慮男性是否求助、男性又會在何者情況下願意接受「心理衡鑑」這類諮商或心理治療介入的「被協助」行為。

事實上，男性真的是一群較少進行求助的族群，尤其更少向心理健康促進相關的服務進行求助（蔡承易，2017），也造成台灣心理健康促進與維護上的缺憾。葉雅馨、林家興（2006）的研究顯示，若一般民眾面對憂鬱症狀時，通常都會先採「不管它、多休息、多運動」的比例最高，更何況是男性。而過去對於求助行為的研究中，最重要的發現，即是面對憂鬱症狀的一般民眾，受困於對憂鬱症的「自我污名化」影響，而較容易產生延宕求助、甚至不求助的現象（張虹雯、王麗斐，2015）。而男性心理學的研究中也發現，男性容易受到男性性別角色衝突（male gender role conflict）的影響，而延宕對憂鬱症狀的求助行為，男性容易受到其在「男性氣概（masculinity）」的影響，而較不容易發生求助行為（Addis & Mahalik, 2003; Mahalik, Good, & Englar-Carlson, 2003），尤其，男性越認同傳統的男性氣概，越難發生求助行為，也越難向專業心理健康人士求助（Yousaf, Popat, & Hunter, 2015），男性氣概中強調男人要「情緒控制」、要「獨立」，更是阻撓男性願意諮商的重要因子（Levant, Wimer, Williams, Smalley, & Noronha, 2009; Tsan, Day, Schwartz, & Kimbrel, 2011）。無怪乎蔡承易（2017）建議，男人太容易把「我有心理議題」與「我無能、我很弱」劃上等號，所以若要促進男性對專

業心理健康尋求服務，最好能把「困擾正常化或普通化」，並且需要強調「諮商求助行為的正當性與功能」。可知，若要促進男性面對憂鬱心理健康議題時，能產生求助行為，是需要有特別設計與方法的。

然而，該如何促進男性在面對男性憂鬱時，能主動求助與願意接受心理健康促進（諮商、心理治療）的專業服務呢？House 等人（2018）運用 Q sort 之研究方法，探討男性面對憂鬱時可能的兩大求助原因，第一，要能覺得求助的結果是有用的，第二，必須是要能保有隱私的。Cole 與 Davidson（2019）運用質性訪談，瞭解男性對憂鬱的理解，發現男人覺得憂鬱是缺乏男性氣概（像個女人），也同時會覺得憂鬱不會是一個需要解決的問題。也就是說，要讓男人面對憂鬱議題時，可能需要具備三個條件：1.對憂鬱問題的認同：能讓男人知覺到男性憂鬱是一個需要解決的問題，也就是說，目前採取 DSM 診斷系統對憂鬱的定義，可能是不夠的，需要發展出如同前述 GMD5、MDRS-22 等專屬男性特有的男性憂鬱評估工具與方式。2.知覺到有解決問題的可能性：在有機會與男性進行專業接觸時，並進行其心理健康評估/心理衡鑑時，必須發展出一套特有的衡鑑/評估方式，使其在接受評估時，就能透過專業心理健康服務，而知覺到男性憂鬱是有可能解決的。3.降低男性氣概受到威脅：不管是在一開始讓男性接觸心理專業服務之前，或是一旦有機會讓心理專業服務進行男性憂鬱的心理衡鑑當中，都必須避免其男性氣概或男性性別角色受到威脅，並能保有其主動參與的自尊與自我價值，也就是說，評估工具或方式，必須是更活化、更能降低威脅感的。

男性難以求助的行為傾向，間接影響到男性接受男性憂鬱心理衡鑑時的接受度，所以，該如何改善心理衡鑑的實務做法，讓男性不會受到「男性氣概」的影響太多，也不會促發太多「自我汙名化」的心理歷程，就變成在進行男性憂鬱的心理衡鑑實務時，必須注意的原則。

該如何看到健康意識的提升？本研究期望能建立一套 ICAI-KHTP 之心理衡鑑會談，來促進男性心理健康意識的提升。然而「心理健康意識」是一個較廣泛的概念，若要直接測量則有很大的困難。本研究欲探究初顯成年期男性，在接受 ICAI-KHTP 後，是否可提升其對諮商專業晤談的好感程度、以及增進求助態度或意願、以及降低男性憂鬱反應與身心健康威脅，來代表男性對自己心理健康意識的提升程度，以及作為 ICAI-KHTP 的「諮商效果」之評量。

在對諮商晤談的好感程度方面，國內目前有陳慶福、姜淑卿（2011）所編製「諮商滿意量表」相當適合做為本研究測量個案自評對 ICAI-KHTP 諮商晤談諮商感受與助益的內涵，而諮商滿意度量表主要測量「催化與正向關係」與「改變與成效」等兩個因素，預計做為本研究測量個案知覺到的 ICAI-KHTP 之諮商效果，前者是指對所提供的諮商專業晤談可以感受到諮商關係來的正向幫助，後者是指該次晤談可以讓個案感受到對自己困擾的協助效果。

本研究欲以男性對諮商專業的「求助態度」作為探索是否提升心理健康意識的代表變項。張虹雯、王麗斐（2015）指出，對心理專業的「求助」是一項相當複雜、且受到相當多因素影響的歷程，而「求助態度/意願（help-seeking attitude）」、「求助意圖（help-seeking intention）」、「求助行為（help-seeking behavior）」是不一樣的概念，張虹雯（2011）更提出「求助延宕（help-seeking delay）」的新概念，意指個案在考量是否向心理諮商專業求助時的猶疑與躊躇程度。大致而言，求助行為是一個較廣泛且難以界定的概念，可視為個體遭遇壓力或困擾時的因應行為，目前尚未有明確的測量工具可以界定該概念。而求助態度與求助意願屬於同一個定義，都可統稱為「求助態度」，是指整體而言，個案是否願意相信諮商專業與諮商專業人士（諮商心理師）對自己可以帶來幫助，其與「諮商意圖」不同，諮商意圖則指個案實際

進行求助的可能性。故本研究欲將焦點放在「求助態度」的測量上，期望了解，男性在接受了本研究所建立的 ICAI-KHTP 諮商晤談後，是否可以增加其求助態度，以了解 ICAI-KHTP 是否可以促進男性個案對心理健康意識的提升。

而目前在台灣，求助態度的量表，主要是以翻譯與修訂 Fischer 和 Turner (1970) 所編製的「求助態度量表」(Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help, 簡稱 ATSPPH)，原先有四個因素，包括：心理諮商的必要性、容忍汗名的程度、人際間開放的程度、信任心理諮商人員的程度。但考量原先 ATSPPH 的因素結構不穩定，原四因素的構念相互重疊，故該量表後來發展出「求助態度量表—短式 (ATSPPH-SF)」，題目共 10 題，主要測量「心理諮商的必要性」及「信任心理諮商人員的程度」等兩個構念，目前國內張虹雯 (2011) 修訂的 ATSPPH-SF 的版本，題目適切，且有良好的信效度表現，故本研究將採取該研究的版本，來測量初顯成年期男性，在接受 ICAI-KHTP 前、後，其求助態度與意願是否增加，進一步了解 ICAI-KHTP 是否可促進男性心理健康意識的提升。

(二) 自陳式量表的限制

在「心理衡鑑」實務中，若僅以自陳式量表來進行男性憂鬱的衡鑑與篩選，自陳式量表本身就相當具有限制性。心理衡鑑不僅是能夠進行鑑別診斷，還能透過衡鑑工具，瞭解個案心理議題的脈絡與家庭/人際互動訊息 (孫頌賢, 2016)。若僅是發展與建立一套自陳式量表做為男性憂鬱的衡鑑工具，通常就會忽略了男性碰到憂鬱時的「脈絡」議題，甚至將男性憂鬱的心理衡鑑實務侷限成以鑑別診斷為焦點，故本研究期望不只是能在心理衡鑑實務中，發展出一套適合男性憂鬱的自陳式量表，還能發展出更適合瞭解男性憂鬱相關議題的衡鑑工具。是故，本研究關注的是「男性憂鬱反應」而非「男性憂鬱症」，更關心男性憂鬱反應的相關心理議題，包括 ACEs 與 CT 反應，更能符合接近男性憂鬱的核心心理議題，並且在心理衡鑑實務上，獲得更全面的衡鑑資訊。

另外，在心理衡鑑實務中，男性即使有機會填寫這些量表，也不一定會如實的填寫這些自陳式量表，或是不會把量表中所呈現的「症狀」當作是「問題」來回答。許多研究顯示，男性對「男性憂鬱」相關症狀的解讀方式可能與一般人不同，也同時會受限於求助意願，而不願意在自陳式量表中「承認」這些議題的存在，以避免「自我汗名化」的困境。Cole 與 Davidson (2019) 就曾經運用質性訪談，瞭解男性對憂鬱的理解，發現許多男人不會把 DSM 診斷系統中所描述的憂鬱症狀當作是「憂鬱」，例如把喝酒麻醉自己當作是發洩、作高風險的性行為活動當作是舒壓，而不會把這些外化行為當作是潛在憂鬱的表現。另外，該研究也發現，男人會覺得憂鬱是缺乏「男性氣概」(像個女人)的表現，也同時會覺得憂鬱不會是一個需要解決的問題，所以，對大部分的男性而言，他不一定會表現出 DSM 診斷系統中的憂鬱症狀，但男性會透過這些外化行為來展現他的沮喪與無助。是故，在心理衡鑑實務中，衡鑑工具本身的選擇，就更需要避免引發「自我汗名化」，以及選擇能避免降低「男性氣概」的衡鑑工具，而自陳式量表所引發的自我汗名化與降低男性氣概的機率，似乎比較高。而衡鑑工具中，「投射性」類型的測驗，就較能降低個案對衡鑑工具的敏感度或社會期許，而本研究為動態屋樹人 (KHTP) 這類投射性繪畫的工具，也許可以避免男性自我汗名化與男性氣概受威脅的情境，加上這類投射性繪畫的施作過程較為有趣、易引發受測動機，也許更能讓男性接受心理衡鑑的施作。

三、KHTP 的相關研究

在諮商與臨床心理衡鑑工具中，投射性繪畫 (projective drawing) 常在實務工作中被使用，透過個案簡單的繪圖過程，助人工作者可簡單的窺探個案的人格特質、心理需求、或是情緒狀態 (劉泰一, 2017)。投射性繪畫雖然不像標準化的衡鑑工具，具有良好的信效度表現，但卻是諮商實務中的好用工具。投射性繪畫往往只要簡單的紙跟筆，邀請個案在短短的時間內，進行繪畫，在實務工作的施作上，具有相當大的方便性。尤其，當投射性繪畫做為心理衡鑑工具時，最大的好處是，個案有時無法有意識的報告與主述相關的資訊與議題，而投射性繪畫，可以降低個案的心理防衛，擴增助人工作者對個案內在心理資訊的理解 (黃傳永, 2012)，尤其在降低男性求助歷程中的威脅感時，是相當好用且務實的工具。投射性繪畫工具，不管對輔導教師、諮商或臨床心理師、甚至是精神科職能治療師 (蕭小菁、潘瓊琬、鐘麗英、呂淑貞, 2000) 等心理健康實務工作都相當有助益。而「動態屋樹人 (KHTP)」的投射性繪畫心理衡鑑工具，可以反映出個體與系統環境/人際關係之間的關連，在諮商實務上更具應用性 (Burns, 1987)。以下將分別說明 KHTP 之施測方式、圖畫符號之編碼方式 (KHTP 編碼表)、以及 KHTP 可以提供那些心理表徵/心理議題之解釋方式，以說明 KHTP 是否可以「看見」男性憂鬱的相關心理議題 (男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應)，以及 KHTP 在男性憂鬱之心理衡鑑實務上的適切性。以下將從 KHTP 的施測方式、KHTP 編碼表—圖畫符號的分類系統、以及 KHTP 的解釋—KHTP 可以看到那些心理表徵與心理議題，來整理 KHTP 的相關研究，以及探討 KHTP 的那些圖畫符號，與男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應具關聯性。

(一) KHTP 的施測方式

KHTP 的發展歷史，最早要從 Machover (1949) 發展出一系列完整的 DAP 計分與解釋方式，DAP 施測方式是邀請個案在紙上畫一個完整的人，藉此瞭解個案的智力發展、以及人格特質。Buck 更邀請個案分別在三張紙上，分別畫出房屋、樹、人等元素，更認為房屋代表了個體與家庭甚至親密關係的互動狀態，樹代表了個體的生命力與活力，藉此擴大對個案在不同人際互動中的潛在人格特質的瞭解 (Buck, 1947, 1948, 1995)。而 Burns (1987) 發展出的動態屋樹人投射性繪畫測驗，更將房屋、樹、人等三個元素放在同一張紙上，並且在施測指令上，加上「這個人正在做某件事情」，以投射出個體與環境之間的互動關係，以及增加這三個元素之間的相對位置之資訊，使得屋樹人測驗投射出更豐富的人際互動品質與內涵。

(二) KHTP 編碼表—圖畫符號的分類系統

在運用 KHTP 進行心理衡鑑的解釋時，必須先確認 KHTP 圖畫中，那些符號是必須被分析的，並制定出適切的 KHTP 編碼表，如此才能進一步進行研究，探索那些圖畫符號，可能代表那些心理表徵或心理議題，這個編碼表，也是作為計分系統之用。在 HTP 的發展中，Buck (1947, 1948) 曾發展出一套較為完整的編碼表，而 Hutton (1994) 也針對性虐待兒童的心理衡鑑設計了一套編碼表，發展到 KHTP 時，目前 Burns (1987) 所發展的編碼表最為完整。Burns (1987) 的計分系統，總共分成五大部分 (陸雅青、劉雪同等譯, 2008)，包括：1. 整體繪圖、2. 房屋的細節、3. 樹的細節、4. 人的細節、5 其他等 (詳細圖畫符號請參考附錄三)。而不管是 HTP 或是 KHTP，不同學者皆發展出不同的計分與編碼方式，例如梁馨月、林玉華

(2009) 針對 HTP 的研究，即將計分方式分成細節、內容、與形式等三類，該研究並認為「形式」的計分結果，可能較能夠區辨出具憂鬱情緒困擾的臨床組兒童。李致瑩 (2008) 主要針對 HTP 進行電腦化計分的研究，以挑選出 54 個關注的圖畫符號進行計分，其中包括 35 題為與焦慮與憂鬱有關，28 題與精神症狀有關 (其中 9 題為重複計分)。

然而 KHTP 的編碼表之設計，可能相當受到文化因素的影響。例如，李致瑩 (2008) 與曾伊麗 (2010) 的研究都發現，台灣的房子通常不會有煙囪，故個案在作畫時，自然比較少出現煙囪，但在 Burns 的計分系統中，是否畫煙囪、以及煙囪的畫法，是判斷家庭是否有溫暖、甚至有兒虐、家暴件事發生的重要指標，而 Burns 的計分，也沒有針對像是畫春聯、公寓大廈型房子進行解釋。在研究者的實務經驗中，若邀請住在偏鄉的個案進行 KHTP 的繪圖，也可能出現傳統三合院的房屋繪製方式，但卻無法進行解釋。以及，很多個案會在房屋旁邊繪製電線杆，這雖然在台灣的居住環境中，屬於常見現象，但在 Burns 的解釋中，確認為可能家裡發生了兒童虐待的事件。從此部分的討論可知，在設計 KHTP 的編碼表時，可能需要考量文化議題，台灣的個案在繪製 KHTP 時，可能有些圖畫符號是不會出現在 Burns 設計的編碼表中。KHTP 編碼表的完整性以及分類方式，可能是影響 KHTP 解釋方式的重要因素，是故，孫頌賢 (2022) 於目前正在執行的科技部計畫中，正在重新彙整與設計一套更適合台灣文化的 KHTP 編碼表，並透過專家效度檢證，確認該 KHTP 編碼表的適切性。

(三) KHTP 的解釋—KHTP 可以看到那些心理表徵與心理議題？

KHTP 的分析研究相當繁雜，且受到研究者詮釋的角度不同，而可能針對其中一個圖畫符號，有著不同的解釋方式。大致來說，「樹」代表個體的生命力與自我效能，例如，樹上有樹節、斷樹、落葉，都可能與 CT 反應或 ACEs 有關；「人」代表自我概念或情緒調節方式，例如，塗黑的眼睛，可能與憤怒的情緒有關，畫骷髏，可能與憂鬱反應有關；「屋」代表與他人維持關係的方式，也代表心理的安全感，例如，畫出強調窗的圖畫符號，則代表個體過度在意他人眼觀與感受，有時可以預測高度憂鬱反應，若把屋上的大門塗黑，則代表個體在人際/家庭/親密關係上的開放性是有困難的。

綜合許多 KHTP 的相關研究結果，可發現該 KHTP 大致上可提供四方面心理特徵/心理議題的解釋，包括：臨床症狀的鑑別診斷、人格特質與情緒調節能力、個體與系統環境之間的互動品質、生命活力與自我實現傾向。在臨床症狀的鑑別診斷方面，例如 Burns (1987) 的 KHTP 解測認為，樹上的樹結或砍斷的枝幹，可預測個體的歷史性創傷事件；Buck (1948) 認為 HTP 可成功區辨出心理疾患的個案；van Hutton(1994)的研究區辨出疑似受性虐待的兒童；梁馨月、林玉華 (2009) 的研究則認為 HTP 在形式上的計分，可有效區辨出憂鬱傾向的兒童；曾伊麗 (2010) 發現 KHTP 可區辨具憂鬱傾向的少年。人格特質與情緒調節能力方面，例如 Burns (1987) 的 KHTP 解測系統認為，人物的表情，代表了人際互動中的情緒調節方式，像是洞洞眼可能預測個體的退縮行為，過大或過度強調手，可能強調過度防衛或攻擊的壓力因應方式；Yu、Ming、Jiang、Li 與 Ling (2016) 的研究發現，HTP 可窺探監獄罪犯在出院前的焦慮感之情緒調節歷程等。Kato 與 Suzuki (2016) 進行 KHTP 研究時也發現，該測驗最主要能顯示出個體情緒調節的穩定度。在個體與系統環境的互動品質方面，Burns (1987) 的解測系統認為，KHTP 中的家屋，可反映出個體與重要他人或家庭之間的安全感品質，過大的家屋或是畫出家屋內的透視圖，可能顯示個體在重要關係上是有壓力、或是有創傷經驗的，

人物坐在樹上的盪鞦韆，也可能代表個體處於不安全感的關係中；李致瑩（2008）的研究則發現，房屋前的道路若沒有與人連結、或是不通，可能顯示出個體對關係的淡漠或是拒絕行為。在生命活力與自我實現傾向，則是 KHTP 與 HTP 最大的差異，Burns（1987）採取 Maslow 的心理需求理論做為 KHTP 的解釋架構，認為樹的表現可展現出個體的生命活力，甚至是自我實現傾向，甚至人物與樹之間的相對位置，可能反映出個體目前對生涯、職業現況的不滿。也因如此，Burns（1987）認為兒童在 KHTP 上繪製「樹」時，可能會比成人來的簡單或單調，成人通常具有較豐富與細膩的畫法。可惜的是，KHTP 在此部分的實證研究卻略顯缺乏。

事實上，KHTP 對圖畫符號的解釋，大多採取由下而上（bottom-to-up）的研究取向，而累積了許多實證研究來間接證明這些圖畫符號代表的心理特徵。這也顯示，KHTP 其實是相當缺乏從理論性的角度、由上而下（top-to-down）的研究取向，來進行這些圖畫符號的解釋。大致來說，HTP 早期的發展大多以精神分析理論為基礎，早期更到 DAT 的影響甚巨，主要期望能計算出個體智力表現，以及進行心理疾患或心理議題辨識為主（例如，家暴、兒童虐待、創傷、失落等）。但同時，HTP 的研究都期望可以多朝向瞭解個體的人格特質、情緒反應方式等方向來進行解釋。早期 Buck（1947, 1948）開始發展 HTP 時，主要採取 Freud 精神分析理論，主張屋樹人的解釋可以連結意識與潛意識資訊，讓潛在的潛意識透過屋樹人的作畫，浮現成為可理解的符號。這也使得 Buck 對 HTP 的解釋系統，偏向對智力表現的計分，以及對心理疾患的區辨。而最早發展的 DAT，則試圖透過作畫呈現個案的智力表現，並企圖連結個體的人格傾向與情緒反應方式（Machover, 1949）。這也連帶影響後續 HTP 的各項發展，例如 van Hutton（1994）的計分系統，也促使 HTP 的解釋系統傾向對受性虐待兒童的辨識，van Hutton 的解釋系統認為，HTP 可顯示兒童在性衝突上的議題，例如強調性器官、毛髮等，進而可以辨識出受性虐待的可能，但同時 Palmer（2000）的研究結果確認為，Hutton 的計分系統並沒有辦法成功區辨出性虐待兒童。另外，從 HTP 到 KHTP，都試圖把個體的人格特質或情緒反應方式，能做較清楚的釐清，例如李致瑩（2008）、的研究雖然針對臨床組與一般組做對照，但也發現臨床組的個案繪圖的人物上，有較多表情上的淡漠反應，該研究結合訪談，詮釋出 KHTP 在此符號上反應出人際疏離的反應；Li、Chen、Helfrich 與 Pan（2011）的研究認為，KHTP 可以成功地反映出焦慮與憂鬱症狀的心理現象，在 Li、Pan、Chung、Hsiung、Chen 與 Liu（2014）成功地延伸 Burns 計分系統，並檢證該計分系統的再測信度與效度。

綜合以上論述可知，KHTP 的施測方式，應可降低受測者的防衛、降低男性自我汙名化、男性氣概的影響與困境，是一套相當適合協助男性面對自己心理健康議題、覺察男性憂鬱的影響之適切工具。更重要的是，**KHTP 是相當有可能反應出本研究關注的「男性憂鬱反應」、「童年逆境經驗」、「複雜性創傷反應」等心理心理議題。**而 KHTP 的解釋系統，似乎無法透過一套理論系統來進行解釋，而大部分 KHTP 的研究，都採取針對某個想關注的心理表徵/心理議題，進行「由下而上」的研究方式，預計使用孫頌賢（2022）目前正在執行的科技部研究計畫之台灣版「KHTP 編碼表」之研究成果，依據這個編碼表，在第一年研究計畫中，分析那些圖畫符號與男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應有關連。

四、ICAI-KHTP：如何將 KHTP 運用於互動建構式衡鑑會談中

而本研究認為，Finn 與其團隊所建構的「治療性衡鑑（therapeutic assessment, TA）」模式（Finn, 1996; Finn & Tonsager, 1997; Finn & Tonsager, 2002; Kamphuis & Finn, 2019），並合

併運用動態屋樹人 (Kinetic-House-Tree-Person, KHTP) 之投射性繪畫 (projective drawing) (Burns, 1987) 的測驗工具, 可能是一套可以同時進行男性憂鬱的評估、又同時可以促成男性面對其憂鬱議題的實務介入方式, 進而促成男性願意尋求諮商或心理治療等心理專業服務。治療性衡鑑 (TA) 是一套採取人本主義精神 (humanistic) 為典範的心理衡鑑模式, 但其與傳統強調資料收集 (information-gathering) 的衡鑑模式不同, 更強調在衡鑑歷程中以個案為中心, 同時含括介入歷程, 即孫頌賢 (2016) 所說「心理衡鑑歷程即為諮商介入歷程」。TA 已經擁有相當多的實務效果研究 (例如: Brown & Morey, 2016; Engelman, Allyn, Crisi, Finn, Fischer, & Nakamura, 2016; Smith, Eichler, Norman, & Smith, 2015), 甚至 Poston 與 Hanson (2010) 都曾經使用後設分析的研究方法, 找出在心理衡鑑歷程中, 同時採取諮商或心理治療介入, 對後續的諮商歷程相當有幫助的, 甚至在衡鑑結束後, 就會立即產生治療效果, 並且能促進對諮商專業的合作同盟信任與投入。故本研究也在第二年建立完整的 ICAI-KHTP 一次性晤談模式時, 除了探討該晤談是否可以幫助男性產生較高的求助態度, 以及對諮商專業產生較高的諮商滿意度, 也期望探索該 ICAI-KHTP 是否可以幫助參與晤談者降低其男性憂鬱反應與降低身心健康威脅。以下將介紹 TA 的原理與實務原則, 以及初步建構 ICAI-KHTP 之實務工作模式, 並且探討該模式可能帶來的諮商效果。

(一) 治療性衡鑑的原理與實務原則

TA 是一種採取半結構式方法來進行合作式的心理衡鑑, 旨在幫助個案獲得新的頓悟 insight 並促成正向的生活改變, 透過 TA 的實務歷程, 個案與衡鑑者是一起共同合作的, TA 強調的是在衡鑑歷程中促發改變, 但心理治療還是必須持續的進行, TA 也僅是整個諮商歷程的一個環節 (Kamphuis & Finn, 2019)。TA 也參考心智化理論 (mentalization) 與演化基礎論 (Evolutionary-Based Theory) 的相關論述, 治療歷程中如同發生人類原始人與人之間的依附關係 (attachment relationship), 若治療關係具有高度的安全感與互動品質, 則個案易發生人類天生演化來的心智能力—「知識性信任 (Epistemic Trust, 簡稱 ET)」之心智狀態, 意旨對人際傳播知識與真實性 (authenticity) 的接受意願與信任。若治療關係並非具涵容的依附關係, 則個案容易出現「知識性過度警覺 (Epistemic Hypervigilance, 簡稱 EH), 是指個體無法適當的發生信任, 缺乏對脈絡的解讀、缺乏認知彈性的心智狀態。而若能在治療性衡鑑實務中, 一開始就建立具高品質的依附關係, 則能促發 ET, 讓個案對衡鑑工具或治療師給予的報告與洞察, 產生願意信任與接受的狀態。

研究本研究整理綜合 TA 相關論述與研究成果 (Finn, 1996; Finn & Tonsager, 1997; Finn & Tonsager, 2002; Kamphuis & Finn, 2019), 說明 TA 主要的實務原則, 而這些 TA 的實務原則, 也許可以促進男性增加求助意願, 以即願意接受諮商帶來的心理協助 (較高的諮商滿意度):

第一, 互為主體性: TA 的治療關係是互為主體性 (intersubjective stance), 強調在衡鑑晤談一開始就應該建立具平等且高度安全感的信任關係, 以增加 ET, 降低 EH, 而積極反映治療師對個案的觀察是有必要的。

第二, 共構式衡鑑問句: 邀請個案共構衡鑑與諮商目標, 而非由心理師治療師單獨決定衡鑑內容, 故 TA 發展出共構式衡鑑問句 (Co-construct Assessment Questions, 簡稱 AQs), 來協助個案在衡鑑歷程成中, 真正的關注自己想關注的議題, 以共同形成諮商目標, AQs 舉例: 您想從這次晤談中, 學到什麼呢? 想知道什麼? 有什麼事情, 是你想對自己有更多瞭解

的部分呢？您對自己的部分有什麼疑問，我們可以透過這次晤談一起回答的？你真正關心的是什麼？透過 AQs，我們可以獲取個案的內在運作模式（internal Working models）中真正關心的資訊。在 TA 的介入歷程中，AQs 可引發個案對自己的好奇心，並幫助個案降低 EH 與促發心智化（mentalization）程度，當個案對自己的好奇與疑問，也是諮商師開啟瞭解個案的線索與入口，個案像是在說：請用這樣的方式進入我的世界；用這樣的方式來瞭解我來瞭解我。透過接受個案的提問，來做為界定衡鑑的範疇，也可以增加個案對心理師的信任，心理師就像是在對個案說：我可以瞭解，這就是你願意開放讓我進入的地方，我會尊重你的限制，而不是直接挑戰你的內在運作模式。

第三，讓衡鑑工具變成「同理放大鏡（Empathy Magnifiers）」：TA 會在衡鑑晤談中，分享測驗結果，但並非以專家姿態「解釋」給個案聽，而是將衡鑑工具獲得的知識，變成更能過大個案對自己覺察的同理反映，所以，TA 晤談歷程中，治療師會主動靠近個案所給的心理現象，讓個案有種「說中」的被了解感受，也同是增加 ET 的方式，如同 Finn（2007）所說「穿個案的鞋（In our clients' shoes）」。

第四，治療師的回饋：分享治療師自己的感受，包括治療師在衡鑑晤談中學到什麼。此原則強調治療師與個案之間是平等的，尤其應該要避免讓個案產生「我是病人」的羞恥感。

（二）互動建構論

TA 實務其實是在心理衡鑑實務中，運用了「互動建構論（interactive constructivism）」為知識論的視框（Pinsof & Lebow, 2005）。互動建構論認為現實（reality）與真相（truth）是不同的，我們透過與系統互動的歷程中，個體會建構出自己認為的現實，並藉此當作暫時的真相，也做為解讀世界、他人與認識自己的人類知識（Pinsof, 1992），每個人因為所處的系統脈絡不同、成長經驗不同，而有不同的現實。在諮商實務中，治療師不再是知道真相的專家及決定個案問題的權威，個案本身也是專家，治療師則成為協助個案整理與詮釋這些現實經驗的專家，並促使個案朝向正向有利的詮釋方向，建構出新的、有利於解決困境的現實。在互動建構論當中，新的現實則是透過個案與治療師的對話所逐漸形成，個案在系統脈絡中，形成了對自己不利或有破壞力的現實，也可以透過治療師與個案之間的對話，互動建構出新的有幫助的現實。

在 Pinsof（1992）的互動建構論中，傳統講求因果探究的觀點也被接納於此模式當中。對每個個案來說，症狀或困難的發生都有其主觀的因果原則，也有主觀的認知歸因過程，都應該被納入心理衡鑑歷程的探討範圍。也就是說，傳統像是利用量化的迴歸預測分析、假設因果關係的徑路分析，都可以做為了解個體發病的相關影響因素。例如對思覺失調症的個案來說，大腦的變化是導致其發病的主要原因，對互動建構論而言，允許這樣的思維存在於臨床判斷中，但該理論更追求的是，個體如何看待生命中發生這樣不可抗力的障礙，互動建構論會協助心理師探究個體如何解讀這個病症對個體的影響，藉由這方面的了解與評估，進而協助個體重新界定對此種心理疾病的看法，使個案更有力量地存活下來。

而本研究所建構的 ICAI-KHTP 即是運用互動建構論，認為可以在心理衡鑑實務中，協助個案與諮商師之間，互動建構出對自己身心健康的意識之「現實」，包括共構對所處身心健康看法、對接下來解決身心健康議題的觀點，也就是可以共構諮商目標，甚至促進個案願意接受心理專業介入策略（例如願意以諮商服務來協助個案改善身心健康威脅），並促進對

身心健康意識的提升，可知，ICAI-KHTP 有可能增加男性的求助意願，以即有較高的諮商滿意度，ICAI-KHTP 的做法，恰好避開男性自我汙名化的危險，也同時降低男性氣概帶來的困境，以互為主體性的互對位置，讓男性在衡鑑晤談中增加 ET，並且產生關注自己真心想關注的心理議題，進而可增加男性對心理健康意識的敏感度。

(三) 建構 ICAI-KHTP 之晤談方式與步驟

本研究計畫的最終目的，即是建立一套 ICAI-KHTP 模式，這是過去心理衡鑑研究或諮商心理學研究，尚未有過的嘗試，本研究也欲透過招募相關專家學者的研究會議，來共同擬訂 ICAI-KHTP 模式。但若依據目前治療性衡鑑實務的做法 (Finn, 1996; Finn & Tonsager, 1997; Finn & Tonsager, 2002; Kamphuis & Finn, 2019)，但本研究計畫，期望能設計出「一次性晤談」的工作方式，讓實務操作變的更容易，雖然只有一次性晤談的簡單形式，卻需要經過第一年研究成果，在第二年研究計畫中執行具有 EBP 精神的 ICAI-KHTP 之衡鑑晤談。本研究先初步建構與結構化出 ICAI-KHTP 一次性晤談之步驟與方法，如表 1 所示。

表 1. 建構 ICAI-KHTP 之會談步驟與方法 (研究者自行整理)

步驟	諮商任務	諮商意圖與行為
Step 1	說明 ICAI-KHTP 的晤談進行方式	包括該次 ICAI-KHTP 晤談的整個進行方法，可能會遇到的問題，以獲得個案的知後同意。讓個案掌握晤談流程，增加 ET 之發生、降低 EH 威脅。
Step 2	施測 KHTP	邀請個案接受 KHTP 的施測。
Step 3	KHTP 繪圖後的自由分享	先邀請個案分享自己所繪製的 KHTP 之內容，包括哪些是屋、樹、人等圖畫符號，甚至可以邀請個案說明圖畫中的事件與行為，主要目的確認與辨識個案畫了那些圖畫符號。
Step 4	探索個案主述	運用共構式衡鑑問句 (AQs) 探索個案對自己真正關心的心理議題，在透過澄清、摘要、積極的同理反映，增加治療關係的品質與 ET 之心智化現象。
Step 5	建構具安全感的治療同盟	透過與個案互為主體位置的積極同理反映，建立具安全感的治療同盟，增加 ET 心智化狀態的發生。
Step 6	使用 KHTP 的資訊進行同理放大鏡	運用 KHTP 所提供男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應等相關資訊，變成理解個案目前正在陳述的「主述」之同理放大鏡，並非運用 KHTP 所提供的資訊來解釋個案所遭遇的主述，而是透過 KHTP 提供的心理資訊，讓個案對自己的主述有新的覺察與理解。
Step 7	重新界定主述	透過前述同理放大鏡的過程，協助個案對自己關心的主述，有重新的理解，心理師/助人者採用重新界定與摘要的晤談技巧，協助個案重新理解自己的主述，而產生主述移動。
Step 8	分享彼此感受	邀請個案針對這次晤談的感受與心得進行分享，諮商心理師也進行對這次晤談與對個案的回饋與新的學習。
Step 9	結束晤談	確認個案目前的狀態，以及是否適合結束這次的晤談，若個案有求助需求，協助個案進行進一步的資源轉介。

綜合以上論述，可知在面對男性個案時，運用 ICAI-KHTP 可能避免男性自我汙名化的傾向，降低男性氣概帶來的干擾，而促使男性較願意表現出諮商求助行為，同時也對該 ICAI-KHTP 所進行的諮商晤談之服務，有較高的滿意度。當有高度憂鬱反應之男性個案，願意表現較高的諮商求助行為，以及較高的諮商滿意度，則同時也協助男性提升對自己心理健康意識的重視。是故，本研究在第二年計畫中，欲探究所建立之 ICAI-KHTP 帶來的「諮商效果」，將測量男性個案在進行 ICAI-KHTP 諮商晤談完後的「諮商滿意度」，以及在進行 ICAI-KHTP 晤談的前、後之「諮商求助意願」，並可預期，ICAI-KHTP 晤談，可協助初顯成年期男性在諮商晤談結束之後，對該段諮商晤談有較高的滿意度與求助態度，以及降低期男性憂鬱反應。

參、研究方法

第一年研究：檢證 KHTP 編碼系統

第一年主要的研究目的，為探索 KHTP 中那些圖畫符號(編碼)與男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應等男性憂鬱相關心理議題有關，以及 KHTP 在反應這些變項上的信、效度表現。

一、研究方法

本研究採取量化研究取向，採個別施測方式來收集資料，邀請符合研究條件之初顯成年期之大學男性參與研究。主要先訓練研究助理來擔任施測員。個別施測過程，主要先招募符合參與研究的受測者，每次施測時，先邀請受測者填寫「參與研究同意書」，說明參與研究的方法與相關權益，然後先施測 KHTP，施測者將記錄施測過程，接著再邀請受測者填寫 T-MDRS-22、T-ACE-Q-10、T-CTI 等自陳式量表。

二、研究對象

以初顯成年期男性大學生為主，為能進行兩性比較，以更了解男性樣本的特性，故目前已經男性 200 人，女性 102 人，平均年齡為 23.11 歲，共 302 份有效樣本。

三、研究工具

1.KHTP 投射性繪畫：本研究採個別施測方式來收集初顯成年男性的 KHTP 資料，將設計 KHTP 紀錄表格，內容包括受試者的背景資料與施測記錄、施測後訪問等三大部分，皆由施測者於當場進行填答與記錄。受試者背景資料，包括：1.性別、2.年齡、3.學歷、4.職業別或學系別、5.出生地、6.婚姻與家庭狀態、7.目前是否接受諮商臨床之心理健康服務？8.是否有特殊疾病？

而施測方式與原則，主要是由施測者在受測者前面橫放一張 A4 白紙，一支木頭鉛筆、以及橡皮擦一個。接者由施測者說出指導語：「請你在這張紙上畫出房子、樹、和正在做某件事情的人。請你盡量畫一個完整的人，盡量不要畫卡通人、火柴人、棒棒人、或線條人。」然後開始繪圖。KHTP 的施測過程中，需盡量保持模糊刺激，即施測者不參與、不引導繪圖，僅給予相當簡單、避免引導的指導訊息，當受測者詢問關於作畫方式時，施測者盡量回答「沒有限制」、「都可以」、「依照你自己的意思來畫」，以保持模糊性。一般 KHTP 的作畫時間約 15

分鐘（李致瑩，2008），若受測者作畫時間過長，則才需要主動提醒受測者時間。施測者則需要全程觀察繪圖過程並做紀錄。本研究將再次修訂孫頌賢（2022）執行國科會研究計畫之研究成果，該研究初部編整出第一版的 KHTP 編碼表，並進行第二版的 KHTP 編碼表之編制，以檢視每張圖的每個圖畫符號，是否適用於該 KHTP 編碼表中。編碼表之內容可參考附錄三。

2.台灣版-男性憂鬱風險量表（T-MDRS-22）：由 Rice 等人（2013）所編制，其認為男性憂鬱的症狀與行為，可包含情緒壓抑、用藥行為、飲酒行為、生氣與攻擊、身體化症狀、風險行為等，共計 22 題。該研究顯示 MDRS-22 具有良好的內不一致性信度、以及驗證式因素分析之效度。量尺部分，將採取 6 點 Likert Scale，從 1 非常不符合，到 6 非常符合進行計分。採用 Sun 等人（2024）修訂的台灣版男性憂鬱風險量表（T-MDRS-22），而該研究目前也檢證出 T-MDRS-22 具有良好的信效度表現，本研究以該量表檢證 KHTP 男性憂鬱反應上的指標。

3.台灣版複雜創傷評估表（T-CTI）：由 Litvin 等人（2017）所編制，也依據 C-PTSD 的定義來測量 CT，同樣將 ICD-11 界定的六種 C-PTSD 症狀，編製成題數較少的自陳式量表（20 題）。在量尺部分，其考量了實務工作的需求，將每個 CT 症狀的問題，都分成「強度(Intensity)」與「頻率(Frequency)」兩種量尺問法（各自為五點量尺，從 0-4 分計算），並且將強度與頻率的分數相加，作為複雜性創傷的嚴重程度之計分。Sun 等人（2024）採取嚴謹的翻譯效度方式來翻譯 CTI，修訂出台灣版的 CTI（Taiwan version of Complex Trauma Inventory，簡稱 T-CTI）作為測量 CT 反應的自陳式量表工具，並且在該研究中檢證 T-CTI 具有良好的信效度表現。

4.台灣版童年逆境經驗問卷（ACE-Q）：原創者 Felitti 與其研究團隊，其與美國疾疫管制局（National Center for Disease Control and Prevention, CDC）合作，將童年逆境的測量簡化成 10 題簡版「童年逆境經驗問卷（Adverse Childhood Experiences Questionnaire），簡稱 ACE-Q）」（Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010; Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998），其將童年逆境經驗分成「兒童時期虐待」與「家庭失功能」等兩大類，在各自細分成七類，包括：心理虐待、肢體虐待、接觸到性虐待、家庭內藥物濫用、家庭內精神疾病、家庭暴力、家庭犯罪行為等（Frampton, Pool 博士 e, Dobson, & Pusch, 2018）。ACE-Q 的量尺計分方式，主要以「是」或「否」進行回答，只要 ACE-Q 回答一個「是」以上，就視為具有家庭逆境經驗。大致而言，ACE-Q 若達 4 分以上，通常代表個體的 ACEs 對個人有較嚴重的身心健康影響。Sun 等人（2024）研究中，重新翻譯了 ACE-Q（Anda, Butchart, Felitti, & Brown, 2010; Dong et al., 2004; Felitti et al., 1998），並進行嚴謹的翻譯效度檢驗，並參考國內實務經驗，修改成較符合台灣家庭文化的量表題目，修訂出台灣版 T-ACE-10（簡版）。簡版的 ACE 是以描述短文的方式，請受試者直接針對 10 類童年逆境經驗進行「是」或「否」的回答。

以上受試者填寫的自陳式量表之內容，可參考附錄一。

四、KHTP 的統計分析策略：信號偵測理論

本研究依據「信號偵測理論 signal detection theory」（如表 2 所示），進行 KHTP 每一種圖畫符號的卡方考驗，以了解 KHTP 那些圖畫符號與男性憂鬱反應、ACEs、CT 反應之關聯。

表 2. KHTP 之統計分析方式：信號偵測理論

訊號偵測		KHTP 圖畫符號	
		無訊號	有訊號
心理表徵 T-MDRS-22 或 ACE-Q 或 T-CTI	低分組	正確拒絕 Correct Rejection	假警報 False Alert
	高分組	遺漏 Miss	正確偵測 Hit

第二年研究：ICAI-KHTP 行動與檢證效果期

第二年研究計畫之主要研究目，為建構一套 ICAI-KHTP 之一次性晤談模式，以應用於男性憂鬱的心理衡鑑實務，瞭解初顯成年期男性，在接受 ICAI-KHTP 晤談後的諮商效果，包括是否有較高的諮商滿意度，以及晤談前後之諮商求助態度/意願之改變，甚至可以降低男性憂鬱反應與身心健康威脅，以促進男性的心理健康意識。

一、研究方法

(一) 準實驗研究設計

本研究採取「準實驗設計法 (quasi-experimental design)」是一種因考量現實情境的限制，無法做到完全隨機分派，但更能符合實際現象場的樣貌，主要了解某種介入策略帶來的效果或結果，本研究採取其中「非隨機實驗控制組前後測設計 (non-randomized control-group pretest-posttest design)」進行研究 (劉淑慧等人譯，2009)。本研究預計設計兩組控制組，以及一組實驗組進行求助態度的前後測，以及進行諮商滿意度的後測，再開此進行晤談前 1~2 周、研究晤談前、晤談中、晤談後、以及晤談結束後兩周等，共五個時間點的追蹤測量 (重複量數)，以作為實驗前的控制變項。進行前欲探究所設計的 ICAI-KHTP 一次性晤談對男性的諮商效果，但無法有效進行完全的隨機分派，故相當適合使用該研究方法。實驗介入的分組設計如下：

控制組 G1：僅施測 KHTP 之投射性繪畫，但不給予任何回饋或解釋，繪圖完成後，不進行繪圖的自由分享晤談。

控制組 G2：僅施測 KHTP 之投射性繪畫，但不給予任何回饋或解釋，但繪圖完成後，邀請受試者針對該繪圖進行自由分享晤談，而施測者僅有最低度的同理回應 (例如，點頭、哼聲)。

實驗組 G3：提供完整的 ICAI-KHTP 之一次性晤談 (如表 1 的步驟所示)，包括施測 KHTP、繪圖後的自由分享、進行治療性衡鑑模式的晤談、主動給予回饋等。

在實驗組方面，主要的研究方法是依據前述討論與第一年的研究成果，設計出 ICAI-KHTP 一次性晤談，本研究邀請心理衡鑑的專家學者，組成研究討論會議，共同給予修正意見，以形成一套適切的 ICAI-KHTP。並且訓練已獲得證照的諮商心理師執行該 KHTP 一次性晤談 (如表 1)。本研究假設，包括：

- (1)實驗組在求助態度量表的前後測之增加的程度，顯著大於控制組 1 與控制組 2。
 (2)實驗組在後測的諮商滿意度上，顯著大於控制組 1 與控制組 2。

(二) 重複測量設計

本研究因為為小樣本研究，且也無法大量施測，為避免因為 G1、G2、G3 各組的個別差異過大，故採取多點施測的重複測量設計，期望可以看到施測前與施測後的變化。共計設計 5 個時間點的施測，包括：T1 施測前 2 周、T2 正式晤談前的施測、T3 繪製完 KHTP 圖畫後再次施測、T4 晤談完後立即施測、T5 晤談完後二周左右的追蹤測量等。基本上，本研究關注的依變項，都會進行五個時間點的重複測量，唯 T-MDRS-22 的施測時間，僅限於 T1、T2、T5。主要原因是，T-MDRS-22 測量的男性憂鬱傾向，大都是長期的憂鬱議題，較難讓受試者在短時間的變化歷程中，看見 T-MDRS-22 的效果。量表內涵各時間點施測的問卷內容包括如表 3 所示，而不管是 G1、G2、G3 任何一種操作組別，都需要按照表 3 的設計，進行重複測量。

表 3. 各施測時間點的施測工具

施測問卷	晤談 前兩周		正式晤談		晤談 後兩周
	T1	T2	T3	T4	T5
	前測	晤談前測	繪完圖再 測	晤談後測	追蹤測
T-MDRS-22 (22 題)	V	V			V
求助態度量表 (10 題)	V	V	V	V	V
CHQ-12 (12 題)	V	V	V	V	V
諮商滿意度量表 (10 題)				V	
總計題數	44 題	44 題	22 題	44 題	44 題

(三) 訓練施測與晤談人員

1.研究前準備：在開始研究前，先設計 ICAI-KHTP 之內涵，並敦請兩為心理衡鑑專家，協助檢視該衡鑑晤談之適切性。另由研究主持人邀請符合條件的兩位個案，嘗試進行該 ICAI-KHTP，並進而修正該衡鑑晤談模式。並且錄製標準的 ICAI-KHTP 晤談之示範影帶，供執行晤談之心理師學習，以標準化此研究操作的歷程。訓練方式包括三種晤談方法的標準化，即 G1、G2、G3 三種準實驗設計的操作方式。

2.邀請招募諮商心理師與施測人員：邀請招募對心理衡鑑晤談有基礎且能執行之諮商心理師，來進行 G3 實驗組的 ICAI-KHTP 操作，共計招募了 8 名有證照之諮商心理師，其年資都在 2 年以上，並目前有實際執業之諮商心理師。並另外邀請 4 名碩士級諮商所學生，來協助 G1、G2 之控制組晤談之操作。這四名碩士生至少二年級以上，並修習過心理衡鑑、諮商理論、晤談技巧等基礎課程，已經有實習之晤談經驗者。

3.提供 ICAI-KHTP 訓練：由研究計畫主持人提供訓練，並提供訓練講義、示範影帶，進行共進行 18 小時之訓練課程，並於課程中以考核與實務演練方式，確認提供 ICAI-KHTP 與施測之人員是否能執行 G1、G2、G3 之實驗操作流程，俟確認諮商心理師與碩士級施測人員能標準化施測方式，才開始進行晤談。訓練課程的內容，包括：ICAI-KHTP 概論與實務工作原則（2 小時）、KHTP 之分析與解釋（3 小時）、KHTP 晤談技巧與演練（3 小時）、倫理議題與個案案例討論（2 小時）、ICAI-KHTP 之實務演練（5 小時）、驗收訓練結果（3 小時）等，共進行 18 小時的訓練課程。

4.互動建構式衡鑑會談自我效能檢核表：由研究者依據孫頌賢（2016）提出的初談自我效能檢核表，自編「互動建構式衡鑑會談自我效能檢核表」，主要是提供諮商心理師自我檢核該晤談是否符合 ICAI-KHTP 之實作方法，而訓練期的演練，都請接受訓練者，練習填寫該量表。該檢核表之形式與內容，可參考附錄二。

二、研究對象

本研究運用網路宣傳招募了 18-30 歲的初顯成年男性參與研究。為避免男性因「自我汙名化」與遭受「男性氣概」的影響，而不願意參與本研究，故本研究不會以「諮商」作為宣傳招生的主軸，而是以施測與解測 KHTP，來做為招募宣傳的主題，期望招募對自己憂鬱情緒、或感覺心裡苦悶的男性，願意參與本研究。本研究對象的參與條件，包括：1.成年 20~25 歲男性；2.目前無立即性的心理或生理危機，無立即性危機處理的需求；3.諮商議題不拘，但對憂鬱情緒有興趣者，會感覺自己心情不佳、時常酗酒、心裡感到苦悶者，則可優先參與本研究；4.對投射性繪畫的施作有興趣者，願意親自面對面參與晤談。

研究初期共招募了 112 名有參與意願的男性，經個別聯繫與溝通後，有 17 人流失，流失原因主要為原本答應參與研究但後來卻無法聯繫，有些則是了解完研究後無意願繼續參與，但其中僅有 95 人參與 G1、G2、或 G3 的晤談，但是，其中仍有 18 人視為流失，主要原因是部分受測者未能完成追蹤測量、問卷寫錯誤、資料收集不全等，或是原本 G1 組的施測者，不小心沒有依據 G1 實驗操弄的方式，而變成直皆解測者、只有填問卷或沒有繪圖等。研究者亦逐一檢視 G3 組的 ICAI-KHTP 的會談錄影/錄音帶，並搭配實驗組 G3 的諮商心理師，自行檢核「互動建構式衡鑑會談自我效能檢核表」小於 7 分者，總共有 7 名個案的諮商心理師，其所作的 ICAI-KHTP 較不符合 ICAI-KHTP 之晤談原則，故也視為流失。最後有完整資料且介入方式適切的有效樣本共計 70 名，平均年齡為 21.557 歲（SD=2.263）並隨機分派到兩個控制組與實驗組，其中 G1 組共計 21 人、G2 組共計 20 人，G3 組共計 29 人。

三、研究工具

本研究主要的研究工具，包括所建置的 ICAI-KHTP，、**互動建構式衡鑑會談自我效能檢核表**，以及測量晤談效果的諮商滿意度量表、諮商求助態度量表、以及 T-MDRS、CHQ-12。題目內容可參考附錄一。

1.動態屋樹人—互動建構式衡鑑會談 (ICAI-KHTP)：本研究將依據前述所建構的 ICAI-KHTP 之心理健康促進之介入方式，作為本研究的工具之一（請參考表 1）。

2.互動建構式衡鑑會談自我效能檢核表：主要參考孫頌賢（2016）提出對初談實務上的任務，以及設定諮商目標與進行個案概念化時的實務工作任務，再加上互動建構論與治療性衡

鑑模式的觀點，並將 KHTP 運用於互動建構式衡鑑晤談中，由研究者自行編製該量表。該量表羅列 ICAI-KHTP 中需要達到的工作任務，共計 15 題，除了讓執行「實驗組」的 ICAI-KHTP 之諮商心理師，能自我檢視其諮商自我效能，以及是否符合 ICAI-KHTP 之實務原則，也是作為檢核實務組晤談是否符合 ICAI-KHTP 標準化流程的檢核工具。檢核項目包括：

- (1)適當的招呼個案/自我介紹/諮商環境介紹。
- (2)能提出適當的問題，以瞭解個案的初始主述或需求。
- (3)建構具安全感的心理空間。
- (4)能用個案能理解的語言與溝通方式。
- (5)有焦點式的理解個案世界/收集資料。
- (6)能運用晤談技巧，適當的探問與理解個案主述問題的脈絡與歷史。
- (7)同理反映：能反映隱藏的情緒經驗。
- (8)能運用 KHTP 圖畫符號的解釋，增進個案對自己的覺察。
- (9)能運用 KHTP 圖畫符號的解釋，協助個案擴展對自己心理議題的理解。
- (10)能描繪出個案同意的「同步性」諮商目標，促發新的「問題意識」。
- (11)能提升個案的心理健康意識。
- (12)能提升個案對心理介入（例如諮商、醫療、心理教育…）的求助意願。
- (13)能給予後續心理健康介入或促發健康行為的建議。
- (14)能促使個案覺察可能潛藏的心理健康危機或威脅。
- (15)結束晤談時，能給予個案正向或具希望感的回饋/鼓勵。

該量表同樣採 Likert Scale 方式進行 1~10 分的計分，1 分表示沒有信心，10 分表示非常有信心。該量表因採自編方式，故邀請 3 位博士級諮商心理學專家、以及 2 位碩士級諮商心理師進行專家效度檢核。5 位專家所填寫專家效度問卷，主要詢問該量表題目在測量初談實務自我效能上，是否具適切性，以 Likert Scale 方式進行 1~10 分的計分，1 代表非常不符合，10 代表非常符合，並請專家提出修改意見。5 位專家在 12 題評分顯示該量表具有適切的專家效度： $M = 9.450$ ($SD = .139$)。

3.研究參與者的基本背景資料：由參與者自填，並可作為初談單，內容包括，性別、年齡、年級、系別（是否為心理或諮商相關系所）、諮商議題與主述、目前的身心健康狀況等。

4.台灣版男性憂鬱風險量表 (Taiwan male depression risk scale, T-MDRS-22)：該量表主要由 Rice 等人 (2013) 所編制的「男性憂鬱風險量表」，其認為男性憂鬱的症狀與行為，可包含情緒壓抑、藥物使用、酒精使用、憤怒與侵略、身體化症狀、風險承受等非典型憂鬱傾向與行為，共計 22 題，而 Sun 等人 (2024) 將其翻譯成繁體中文，建立台灣版版本 T-MDRS-22，在 Sun 的研究中，該量表獲得良好的 CFA 與信度表現。

5.華人健康問卷 CHQ-12：由鄭泰安於 1986 年發展「華人健康問卷 (Chinese Health Questionnaire) 中的心理健康測量 (CHQ-12) (鄭泰安, 2013; Cheng & Williams, 1986)，雖然題目少，但 CHQ-12 被認為能測出最大比例的心理疾患之憂鬱與焦慮傾向，可是做檢測身心健康威脅的簡易量表。

6.求助態度量表：國內張虹雯（2011）修訂的短版「求助態度量表」（ATSPPH-SF），該量表乃翻譯與修訂於 Fischer 和 Turner（1970）所編製的測量工具，題目共 10 題，主要測量「心理諮商的必要性」及「信任心理諮商人員的程度」等兩個構念。該中文版量表具有良好的信效度表現，故本研究將徵得研究者同意後，直接使用該量表，以探討受試者其求助態度與意願是否增加，進一步了解 ICAI-KHTP 是否可促進男性心理健康意識的提升。

7.諮商滿意量表：由陳慶福、姜淑卿（2011）所發展，該研究以大專院校與社區諮商中接受諮商服務的個案為研究對象，建構出個案對諮商滿意程度的內涵，包括「催化與正向關係（14 題）」、「改變與成效（9 題）」等兩個因素內涵，該量表共計 23 題，並命名為「諮商滿意量表」，另有設計 10 題短版的諮商滿意量表。而該量表不管全量表或短版都具有良好的內部一致性係數、重測信度、驗證性因素分析之效度、幅合效度等。本研究採取全量表 23 題的測量工具，做為檢測個案知覺諮商效果之工具。因為本研究採取多點時間的重複測量，故問卷內容最好簡短，故本研究選取 10 題短版的問卷為施測工具，以檢視該受試者對該次談的滿意程度。

肆、研究結果

研究結果一：檢證 KHTP 編碼系統

一、KHTP 編碼表（第二版）的信效度分析

為能在確認 KHTP 編碼表分類的適切性，本研究依據設計了「KHTP 專家評審量表」，邀請 8 位諮商與臨床心理學專家、且長期使用 KHTP 進行實務工作者，進行專家效度分析。該量表設計成 Likert scale，1=非常不適切，10=非常適切。8 位專家在 KHTP 四大部分（整體、屋、樹、人）的分類適切度上的評分結果，如表 4 所示。分析結果發現，專家的評分分數平均多達 9 分以上，顯示專家對於 KHTP 分類適切度上，具有良好的效度表現。

本研究並以組內相關係數（intraclass correlation coefficient, ICC）來代表 8 位專家進行專家評審時的信度表現，獲得整體評分者信度 ICC=.969，顯示該評分審查具有良好的評分者信度。

表 4. 專家在 KHTP 四大部分分類適切度的評分結果（N=8）

KHTP 分類	項目數	Mean	SD	評分者信度 ICC
整體	12	9.83	.268	.903
屋	6	9.93	.189	.895
樹	4	9.93	.189	.774
人	11	9.88	.239	.887
總平均	33	9.89	.189	.969

二、KHTP 圖畫符號對「男性憂鬱」的預測

本研究採取逐步迴歸分析方式，分別探討「整體」、「屋」、「樹」、「人」對男性憂鬱的預測情形，並進行兩性比較，以更深入了解那些圖畫符號是可以預測男性憂鬱的重要指標，分析結果如表 5 所示。從結果可知，KHTP 圖畫符號對男性憂鬱的預測與女性不同，若要從 KHTP 上解讀男性族群的男性憂鬱傾向，可能要注意男性族群的特殊性。

表 5. 兩性在不同 KHTP 圖畫符號對「男性憂鬱 T-MDRS-22」的逐步迴歸分析

KHTP 圖畫符號	男性		女性	
	入選變項順序	Total Adj. R ²	入選變項順序	Total Adj. R ²
整體	N=197 1.繪圖先後順序-先畫人 (+) 2.精緻程度-過度描繪細節 (+)	.036*	N=99 1.繪圖先後順序-先畫人 (+) 2.精緻程度-粗略、缺乏細節、退化或連結線不良 (+) 3.區隔或封藏-樹被圈住、區隔或封藏 (+)	.136**
	屋		N=196 1.整體畫法-在紙下邊緣 (-) 2.整體畫法-快倒或傾斜 (+)	
樹	N=198 1.整體畫法-陽具樹 (+) 2.枝幹與葉-光禿禿或稀疏，但樹枝樹幹強壯 (+) 3.枝幹與葉-樹枝或樹葉呈漩渦狀 (+) 4.樹上掛物-果樹有掛牢 (+)	.131**	N=100 1.整體畫法-茂盛的樹枝和樹葉遠離房子 (+) 2.整體畫法-樹的線條模糊 (+) 3.枝幹與葉-樹幹瘦小但樹枝過大多 (+)	.132**
	人		N=194 1.眼睛與眉毛-省略眼睛 (+) 2.飾品或衣著-戴帽子 (-) 3.腿與站姿-過長 (+) 4.前肢/手臂/手指/手-手臂張開 (-) 5.腿與站姿-強調腳趾、過尖腳趾 (+) 6.前肢/手臂/手指/手-省略手臂或放在背後 (+)	

註：() 內的正、負號，代表該圖畫符號在迴歸預測係數上的正負號。

三、KHTP 圖畫符號對「童年逆境經驗」的預測

本研究採取逐步迴歸分析方式，分別探討「整體」、「屋」、「樹」、「人」對 ACEs 的預測情形，同樣進行兩性比較，分析結果如表 6 所示。從結果可知，KHTP 圖畫符號對 ACEs 的預測與女性不同，若要從 KHTP 上解讀男性族群是否有童年逆境經驗，可能要注意男性族群的特殊性。

表 6. 兩性在不同 KHTP 圖畫符號對「童年逆境 T-ACE-Q-10」的逐步迴歸分析

KHTP 圖畫符號	男性		女性	
	入選變項順序	Total Adj. R ²	入選變項順序	Total Adj. R ²
整體	N=181	.091**	N=95	.205**
	1. 擦拭反應-部分元素的擦拭與修改 (+)		1. 繪圖先後順序-先畫人(+)	
	2. 精緻程度-過度描繪細節(+)		2. 精緻程度-精緻 (+)	
	3. 畫像大小-過小 (+)		3. 紙張擺放-翻面後繪畫 (-)	
	4. 繪圖先後順序-先畫人 (+)			
屋	N=180	.023*	N=96	.252**
	1. 整體畫法-非常大、占滿(+)		1. 整體畫法-非常大、占滿(+)	
			2. 整體畫法-向左右伸展(+)	
			3. 門-打開門 (-)	
			4. 整體畫法-非常小 (+)	
			5. 台階與走道-房子外有籬笆或柵欄 (+)	
			6. 整體畫法-現代高樓 (-)	
	7. 台階與走道-走道在房子前狹窄，後端寬大 (+)			
樹	N=183	.129**	N=96	.096**
	1. 整體畫法-微小的樹 (+)		1. 枝幹與葉-樹枝向下垂、垂葉、柳樹、榕樹氣根下垂(+)	
	2. 樹根-過度強調樹根 (+)		2. 枝幹與葉-樹枝向上伸(-)	
	3. 整體畫法-樹彎向房子 (+)			
	4. 樹根-強壯樹根 (-)			
人	N=178	.178**	N=97	.440**
	1. 腿與站姿-強調腳趾、過尖腳趾 (+)		1. 軀幹-省略或擦拭肩膀(+)	
	2. 臉部-模糊的五官或表情(+)		2. 前肢/手臂/手指/手-非常大或長的手 (+)	
	3. 嘴巴與下顎-露出牙齒、強調牙齒 (+)		3. 腿與站姿-朝側面 (+)	
	4. 前肢/手臂/手指/手-一般性畫法 (+)		4. 眼睛與眉毛-強調眼睛或睫毛、塗黑 (-)	
	5. 腿與站姿-一般性畫法 (-)		5. 前肢/手臂/手指/手-強調指節或指甲 (+)	
	6. 腿與站姿-腳被紙邊切掉或省略 (-)	6. 腿與站姿-腳交叉 (+)		
		7. 眼睛與眉毛-眉毛仔細加工與過度工整 (+)		

註：() 內的正、負號，代表該圖畫符號在迴歸預測係數上的正負號。

四、KHTP 圖畫符號對「複雜性創傷」的預測

本研究採取逐步迴歸分析方式，分別探討「整體」、「屋」、「樹」、「人」對複雜性創傷反應的預測情形，同樣進行兩性比較，分析結果如表 7 所示。從結果可知，KHTP 圖畫符號對複雜性創傷反應的預測與女性不同，若要從 KHTP 上解讀男性族群是否有複雜性創傷反應，可能要注意男性族群的特殊性。

表 7. 兩性在不同 KHTP 圖畫符號對「複雜性創傷 T-CTI」的逐步迴歸分析

KHTP 圖畫符號	男性		女性		
	入選變項順序	Total Adj. R ²	入選變項順序	Total Adj. R ²	
整體	N=181	.071**	N=95	.111**	
	1. 擦拭反應-部分元素的擦拭與修改 (+)		1. 繪圖先後順序-先畫人(+)		
	2. 陰影與基線-強調基線 (+)		2. 畫像大小-過大 (-)		
屋	N=180	.079**	N=96	.206**	
	1. 台階與走道-走道在房子前狹窄，後端寬大 (+)		1. 台階與走道-未畫台階或走道 (+)		
	2. 門-強調鎖住、畫出鎖頭、鎖鏈或鎖孔 (+)		2. 整體畫法-非常近 (-)		
樹	N=183	.174**	N=96 Non.	--	
	3. 窗-過度強調 (-)				3. 屋頂與牆面-屋頂端未連結 (-)
	1. 枝幹與葉-樹枝或樹葉呈漩渦狀(+)				4. 門-非常小 (-)
	2. 枝幹與葉-光禿禿或稀疏，但樹枝樹幹強壯 (+)				5. 門-門底線連結不完全 (-)
	3. 枝幹與葉-忽略樹枝 (+)				
	4. 樹上掛物-無掛物 (-)				
人	N=178	.211**	N=97	.191**	
	5. 整體畫法-陽具樹 (+)		1. 軀幹-圓形化軀幹 (+)		
	6. 枝幹與葉-完整包覆的樹，但枝葉混亂 (+)		2. 臉部-側臉 (+)		
	1. 眼睛與眉毛-省略眼睛 (+)		3. 臉部-過度強調五官 (+)		
	2. 飾品或衣著-戴帽子 (-)		4. 臉部-一般性畫法 (+)		
	3. 飾品或衣著-強調鈕釦或衣服的中線 (+)				
4. 軀幹-圓形化軀幹 (+)					
5. 腿與站姿-強調腳趾、過尖腳趾 (+)					
6. 嘴巴與下顎-過度強調嘴巴 (+)					

研究結果二：ICAI-KHTP 行動與檢證效果期

此部分為比較 G1、G2、G3 三組之間的差異，並了解在多時間點的重複測量中，G3 實驗組是否能提升受試者的求助態度與動機，以及降低憂鬱、身心健康威脅，故採取 one way ANOVA 分析，並且在每個依變項的分析上，將 T1、T2 的數值是作為共變數以控制之，能較清楚的理解在排除了前側兩個時間點的影響後，是否能看見 G1、G2、G3 的差異。

一、ICAI-KHTP 對降低男性憂鬱傾向的效果

此部分分析 G1、G2、G3 的男性憂鬱傾向 (T-MDRS) 在 T5 時間點的 ANOVA 分析，並且皆控制了前測 T1、T2 的數值，分析結果如表 8、圖 1 所示。從分析結果可知，ANOVA 分析的 Levene's 同質性變異數檢定，並未達顯著，顯示本研究樣本符合同質性假設，可繼續進行分析。而三組的控制組與實驗組，其男性憂鬱傾向無法在 T5 的時間點達顯著差異，但從圖 1 的變化來看，在實驗組當中，受試者仍可能因為接受 ICAI-KHTP 的晤談結束之際，發現其男性憂鬱傾向有下降。

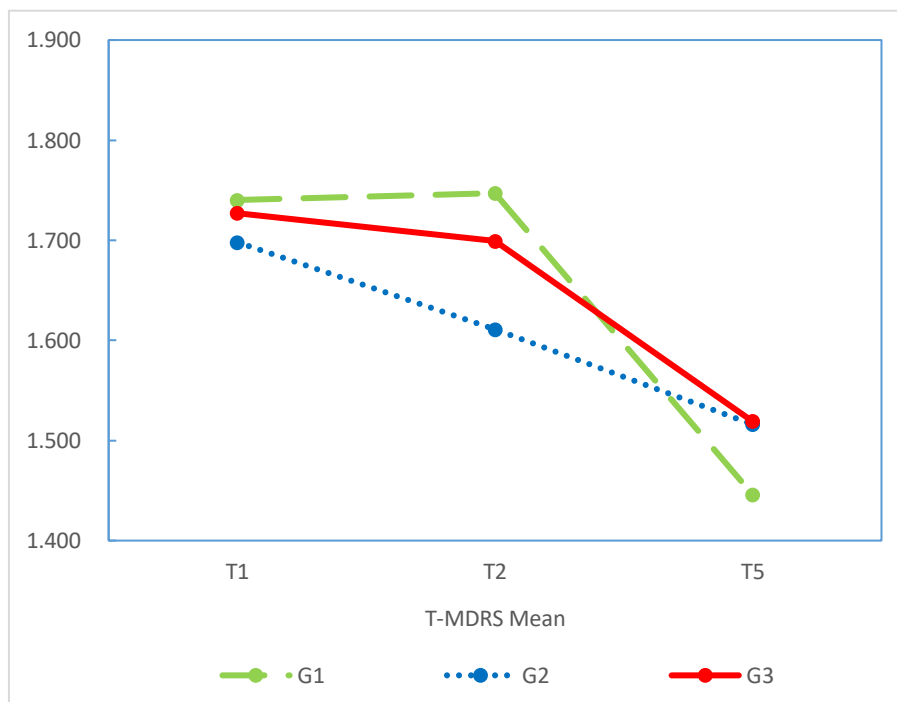
表 8. T-MDRS 在 T5 上的 ANOVA 分析 (控制 T1 與 T2 為共變數)

組別	N	重複測量 $M(SD)$			T5 的 ANOVA		
		T1	T2	T5	F	p	η^2
G1	21	1.740 (.299)	1.747 (.434)	1.446 (.287)	1.090	.342	.032
G2	20	1.698 (.644)	1.611 (.441)	1.516 (.674)			
G3	29	1.727 (.352)	1.699 (.319)	1.519 (.404)			

註 1：G1 是指第一個控制組，僅繪圖；G2 是指第二個控制組，自由談話；G3 是實驗組，介入共構式衡鑑晤談。ANOVA 已控制 T1 與 T2 的影響。

註 2：Levene's 同質性變異數檢定 $F = .077$, $df_1 = 2$, $df_2 = 67$, $p = .926$ ，符合同質性假設。

圖 1. T-MDRS 在三個時間點上的變化



二、ICAI-KHTP 對增進求助態度的效果

此部分分析 G1、G2、G3 的求助態度量表總平均、以及求助態度中的「尋求諮商協助」在 T4、T5 時間點上的 ANOVA 分析，並且皆控制了前測 T1、T2 的數值，分析結果如表 9、表 10、圖 2、圖 3。所示。從分析結果可知，ANOVA 分析的 Levene's 同質性變異數檢定，並未達顯著，顯示本研究樣本符合同質性假設，可繼續進行分析。而三組控制組與實驗組，其男性「求助態度」可以在晤談完後的 T4 時間點上，達顯著差異，顯示在實驗組當中，受試者在接受 ICAI-KHTP 的晤談結束之際（T4），其求助態度顯著大於 G1（僅繪圖組）、G2（僅自由談話）。但是 T5 就無顯著差異。顯示，ICAIKHTP 對提升男性的求助態度有所幫助，但似乎僅限於立即性的提升，隨晤談結束時間的變化，其求助動機可能就下降了。

表 9. 求助態度在 T4 與 T5 上的 ANOVA 分析（控制 T1 與 T2 為共變數）

組別	N	重複測量 <i>M(SD)</i>					T4 的 ANOVA			T5 的 ANOVA		
		T1	T2	T3	T4	T5	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
G1	21	2.781 (.375)	2.8286 (.469)	2.900 (.476)	2.919 (.49155)	2.933 (.505)						
G2	20	2.895 (.433)	2.940 (.445)	2.915 (.338)	2.995 (.490)	2.980 (.321)	4.880	.011	.131	.534	.589	.016
G3	29	2.886 (.393)	2.945 (.357)	2.997 (.381)	3.203 (.414)	3.066 (.451)						

註 1：G1 是指第一個控制組，僅繪圖；G2 是指第二個控制組，自由談話；G3 是實驗組，介入共構式衡鑑晤談。而進行的 ANOVA，已控制 T1 與 T2 的影響。

註 2：T4 的 Levene's 同質性變異數檢定 $F = 1.732$, $df_1 = 2$, $df_2 = 67$, $p = .185$ ；T5 的 Levene's 同質性變異數檢定 $F = .171$, $df_1 = 2$, $df_2 = 67$, $p = .834$ 。皆符合同質性假設。

圖 2. 求助態度總平均在五個時間點上的變化

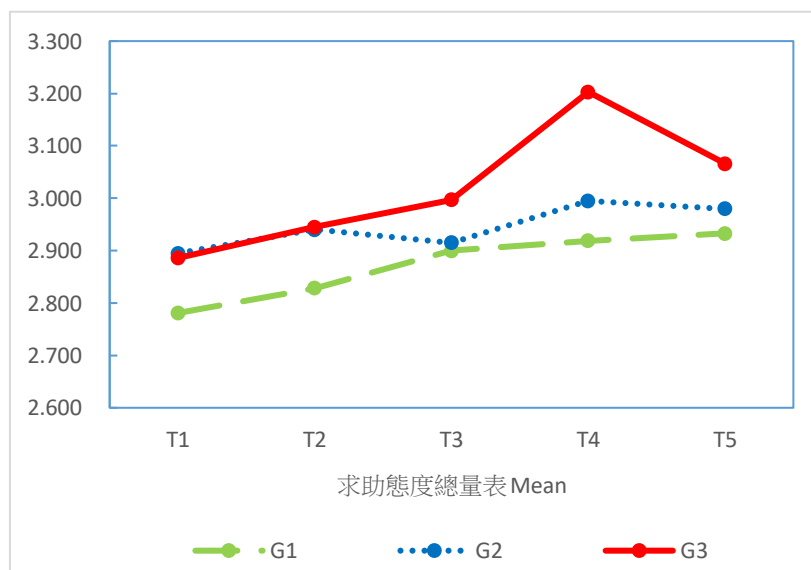


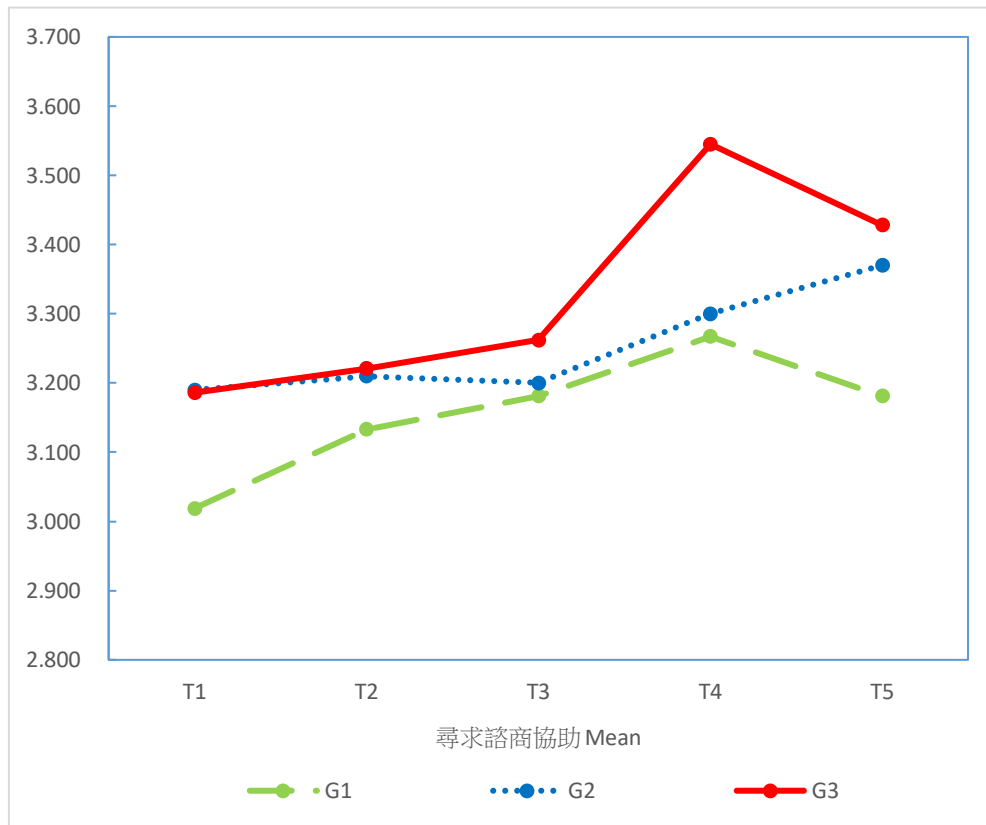
表 10. 求助態度—尋求諮商協助在 T4 與 T5 上的 ANOVA 分析 (控制 T1 與 T2 為共變數)

組別	N	重複測量 $M(SD)$					T4 的 ANOVA			T5 的 ANOVA		
		T1	T2	T3	T4	T5	F	p	η^2	F	p	η^2
G1	21	3.019 (.405)	3.133 (.325)	3.181 (.346)	3.267 (.444)	3.181 (.405)						
G2	20	3.190 (.483)	3.210 (.461)	3.200 (.400)	3.300 (.501)	3.370 (.313)	3.281	.044	.097	1.847	.166	.057
G3	29	3.186 (.378)	3.221 (.364)	3.262 (.343)	3.545 (.370)	3.428 (.459)						

註 1：G1 是指第一個控制組，僅繪圖；G2 是指第二個控制組，自由談話；G3 是實驗組，介入共構式衡鑑晤談。而進行的 ANOVA，已控制 T1 與 T2 的影響。

註 2：T4 的 Levene's 同質性變異數檢定 $F = 1.512, df_1 = 2, df_2 = 67, p = .228$ ；T5 的 Levene's 同質性變異數檢定 $F = 1.190, df_1 = 2, df_2 = 67, p = .311$ 。皆符合同質性假設。

圖 3. 尋求諮商協助在五個時間點上的變化



三、ICAI-KHTP 對降低身心健康威脅的效果

此部分分析 G1、G2、G3 的身心健康威脅 (CHQ-12) 在 T4、T5 時間點的 ANOVA 分析，並且皆控制了前測 T1、T2 的數值，分析結果如表 11、圖 4 所示。從分析結果可知，ANOVA 分析的 Levene's 同質性變異數檢定，並未達顯著，顯示本研究樣本符合同質性假設，可繼續進行分析。而三組的控制組與實驗組，其男性的身心健康威脅無法在 T4、T5 的時間點達顯著差異。但從圖 4、圖 5 的變化來看，在實驗組當中，受試者仍可能因為接受 ICAI-KHTP 的晤談結束之際，發現其男性的身心健康威脅仍有下降之趨勢。

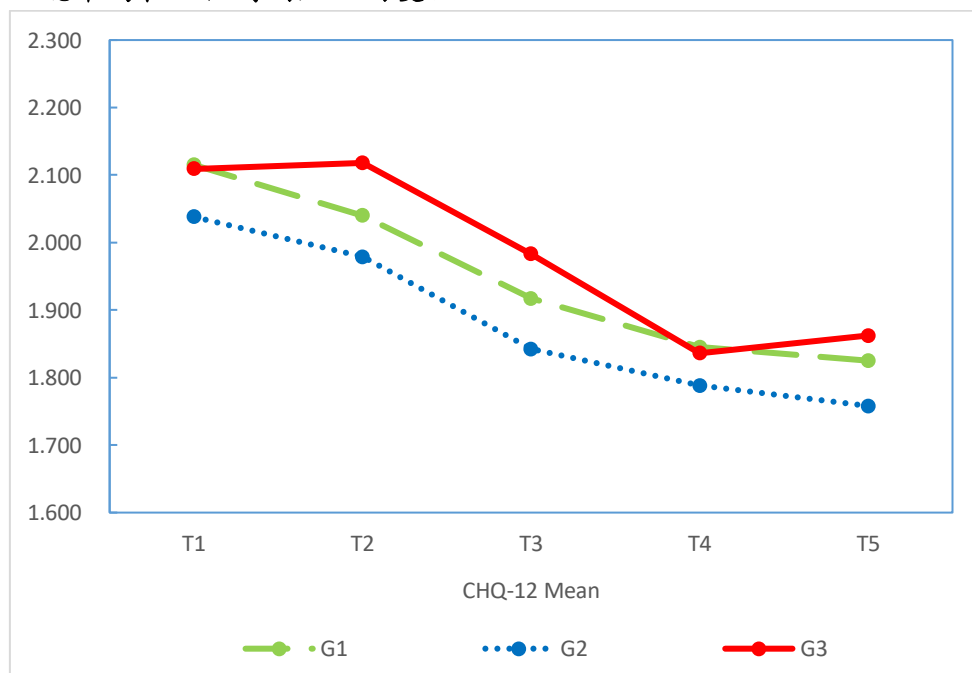
表 11. CHQ 在 T4 與 T5 上的 ANOVA 分析 (控制 T1 與 T2 為共變數)

組別	N	重複測量 $M(SD)$					T4 的 ANOVA			T5 的 ANOVA		
		T1	T2	T3	T4	T5	F	p	η^2	F	p	η^2
G1	21	2.115 (.458)	2.040 (.378)	1.917 (.435)	1.845 (.439)	1.825 (.397)						
G2	20	2.038 (.558)	1.979 (.572)	1.842 (.516)	1.788 (.516)	1.758 (.478)	.196	.822	.006	.083	.920	.003
G3	29	2.109 (.407)	2.118 (.456)	1.983 (.544)	1.836 (.522)	1.862 (.438)						

註 1：G1 是指第一個控制組，僅繪圖；G2 是指第二個控制組，自由談話；G3 是實驗組，介入共構式衡鑑晤談。而進行的 ANOVA，已控制 T1 與 T2 的影響。

註 2：T4 的 Levene's 同質性變異數檢定 $F = 1.018$, $df_1 = 2$, $df_2 = 67$, $p = .367$ ；T5 的 Levene's 同質性變異數檢定 $F = .048$, $df_1 = 2$, $df_2 = 67$, $p = .953$ 。皆符合同質性假設。

圖 4. CHQ-12 總平均在五個時間點上的變化



四、ICAI-KHTP 在諮商滿意度上的差異比較

此部分分析 G1、G2、G3 的諮商滿意度的 ANOVA 差異比較，而諮商滿意度僅在 T4 時間點施測一次，即 ICAI-KHTP 晤談結束後的晤談滿意程度，分析結果如表 12、圖 5 所示。從分析結果可知，ANOVA 分析的 Levene's 同質性變異數檢定，並未達顯著，顯示本研究樣本符合同質性假設，可繼續進行分析。從分析結果可知，G3 實驗組的諮商滿意度，顯著高於 G1、G2 兩組控制組，且 G1 與 G2 的諮商滿意度沒有差異。該結果顯示，ICAI-KHTP 晤談完後的諮商效果，會比僅繪圖的 G1、僅開放式談話的 G2，來的有諮商滿意度。

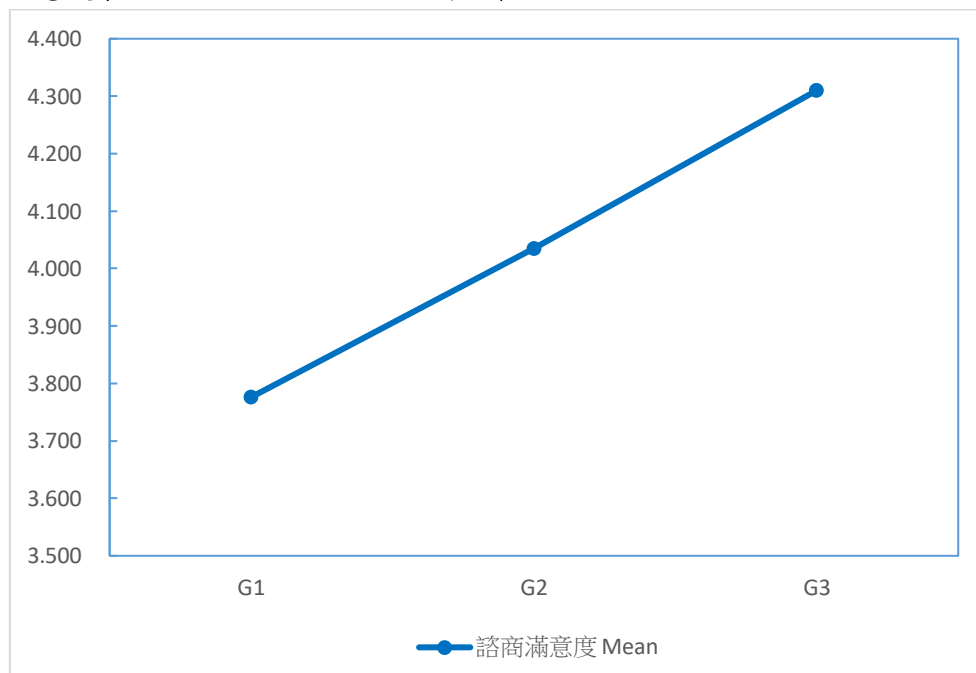
表 12. 諮商滿意度的 ANOVA 分析

組別	N	諮商滿意度 $M(SD)$	F	p	η^2	事後比較 LSD
G1	21	3.776 (.440)	7.101	.002	.175	G1 = G2 G3 > G1 G3 > G2
G2	20	4.035 (.439)				
G3	29	4.310 (.568)				

註 1：G1 是指第一個控制組，僅繪圖；G2 是指第二個控制組，自由談話；G3 是實驗組，介入共構式衡鑑晤談。而諮商滿意度只有在 T4 點進行測量。

註 2：Levene's 同質性變異數檢定 $F = .940, df_1 = 2, df_2 = 67, p = .396$ ，符合同質性假設。

圖 5. 諮商滿意度在 G1、G2、G3 三組上的比較



肆、結論與建議

綜合兩年期的研究結果，本研究獲得良好的研究結果，也建立了屬於男性的 KHTP 互動建構式衡鑑晤談模式，以及檢證出初顯成年男性在 KHTP 上與身心健康反應有關的特殊訊號，這些結果對於男性心理健康促進策略的制定，有著非常有建設性、有意義的助益，以下將就研究結論與研究重要貢獻這兩個方向進行說明，其中也會針對心理健康促進策略、未來研究方向進行建議。

一、研究結論

1. **KHTP 編碼表（第二版）具有良好的專家信效度**：本次研究為了能完善 KHTP 編碼系統，故依據之前的 KHTP 編碼表，再次進行專家信效度檢核，分析結果發現，該編碼表具有良好的專家評分者信度，以及專家效度，8 位專家趨向認同該編碼表的分類方式。

2. **KHTP 能反映男性憂鬱相關的心理健康議題**：在進行男性憂鬱的心理衡鑑實務時，KHTP 可反映男性憂鬱、童年逆境經驗、複雜性創傷等心理健康議題。且許多圖畫符號的指標與過去研究結果相雷同，但也有許多圖畫指標，並未在過去研究中被發現。此研究結果支持以 KHTP 進行男性憂鬱心理衡鑑實務時，使用 KHTP 之適用性。也可做為建構 ICAI-KHTP 的實證基礎。

3. **KHTP 在反映兩性憂鬱相關心理健康議題上具有差異性**：從前述的分析結果可知，兩性在男性憂鬱反應、童年逆境經驗、複雜性創傷反應的 KHTP 圖畫符號指標上有所不同，也顯示，若要使用 KHTP 來進行男性憂鬱的心理衡鑑實務時，需要使用不同的圖畫符號來進行衡鑑實務，男性在 KHTP 上所反應的與憂鬱相關的圖畫符號，是具有特殊性，且與女性反應的指標有所不同。此研究結果可做為建構 ICAI-KHTP 實務的參考。

4. **本研究所建構的 ICAI-KHTP 能提升男性的求助與尋求諮商協助的意願，能提升男性的心理健康意識**：以整體本研究結果來看，所建立的 KHTP 互動建構式衡鑑會談，是有相當高的機率可以提升初顯成年男性，對心理介入資源產生求助的動機與意願。這呼應了男性在面對自身身心健康議題時，若能提供共構諮商與同理放大鏡的歷程，可以幫助男性暫時性的提升對自身議題的關注。尤其，本研究發現，在 T3 點上的求助態度並不會增加，T3 點代表在會談中，只有繪圖但尚未開始進行互動建構式會談，但到了 T4 點則明顯提升，也確認了 ICAI-KHTP 本身具有效果。這個結果與治療性衡鑑模式的研究結果類似，若能暫時性提高 ET，是有可能提升個案的求助意願（Finn, 1996; Finn & Tonsager, 1997; Finn & Tonsager, 2002; Kamphuis & Finn, 2019）。

5. **所建構的 ICAI-KHTP 對男性提升心理健康意識的效果是立即的，但卻不持續**：但誠如上一要點的討論，雖然可以看到 ICAI-KHTP 在 T4 點求助意願上的提升，但幾乎到了兩周後的 T5 點，不管是控制組或實驗組之間的求助意願就顯得沒有差異，這顯示，ICAI-KHTP 所提升的心理健康意識或求助意願，是暫時性的，只是晤談完後立即性的提升。此研究結果對於男性心理健康促進策略的制定上，相當具有意義與價值。如同 Cole 與 Davidson (2019) 男性憂鬱的求助意願研究發現，若能讓男性對其憂鬱症狀產生覺察，並且認同需要改善憂鬱狀況，則男性較容易發生求助意願。但本研究更進一步發現，這個心理健康意識的提升，可能是短暫性的。也就是，男性依然可能受到「自我汙名化」的影響，而在晤談完後打消求助意

願。這顯示，若在制定男性的心理健康促進策略上，有時必須要「打鐵趁熱」，立即性的給予回饋與連結，可能是必要的。

6. 男性憂鬱可能是較嚴重的身心健康威脅，需要持續性的治療介入：從本研究結果可知，一次性晤談的 ICAI-KHTP 對降低身心健康威脅的效果是有限，尤其對於外化型的男性憂鬱反應，較男在 T4 點上看到 ICAU-KHTP 帶來的減緩效果。這其實顯示外化型的男性憂鬱反映，可能需要長期且多元的心理介入方式。這個與 Sun 等人的（2024）研究結果類似，該研究顯示，像這類 MDRS 外化型的男性憂鬱症狀，可能與複雜性創傷（complex PTSD）有極大的關聯，複雜性創傷是一種嚴重的身心健康威脅，而外化型男性憂鬱可能潛藏著複雜性創傷的可能性，而讓 ICAI-KHTP 對男性無法產生明顯的減緩效果。本研究結果可以看見，ICAI-KHTP 雖然可以暫時性的提升男性對自身身心健康議題的關注，但是若要真正改善男性的身心健康狀態，還是需要後續的心理介入與持續性、有計畫的治療策略。

7. ICAI-KHTP 的效果，可能受到執行晤談心理師的專業效能影響：從本研究分析的歷程可發現，提供 G3 組 KHTP 互動建構式衡鑑會談的心理師，在自評其諮商效能上，仍出現許多提效能的現象。這顯示，諮商心理師或助人專業者能否熟練 ICAI-KHTP 的執行，可能潛在的影響本研究的介入效果。而 ICAI 的培訓，也可能無法透過簡單的 18 小時而完成，他可能需要更長期的訓練與督導歷程，才較能看到更精準的諮商效果。

二、研究貢獻與創見

綜合以上研究結果與結論可知，國內少數研究關注男性心理健康，更少研究或諮商實務關注男性憂鬱等相關的心理議題，本研究計畫考量男性性別角色與男性氣概等性別議題，欲關注男性憂鬱的心理健康議題，以及透過所建構的互動建構式衡鑑會談的應用，協助男性增加對自己心理健康議題的關注，甚至期望可以促進男性對諮商求助的意願，故本研究計畫具有諮商實務上的重要性與貢獻性，對於了解男性憂鬱的特性與測量方式，在健康心理學學術研究上，也具有創見性的貢獻。整理本研究結果發現的貢獻與創見，如下：

1. 國內少數關注男性憂鬱與心理健康相關議題研究，對促進男性提升健康意識、增進諮商求助態度/意願之心理健康促進策略，有所幫助。

2. 研發具實務應用且符合男性需求的 ICAI-KHTP 之一次性晤談方式，該晤談方式同時適用於男性憂鬱的心理健康促進策略，對健康心理學之應用、以及對諮商心理學之實務工作，進行創新性的研發，具有實務上的貢獻。

3. 在心理衡鑑實務上，擴展對男性憂鬱之相關心理議題之評估內涵，對心理衡鑑實務具有貢獻性。尤其在 KHTP 的研究上，更可發現屬於初顯成年期男性的特殊圖畫符號之訊號，包括可以反映男性憂鬱、童年逆境經驗、複雜性創傷等反應，對如何進行男性心理衡鑑實務上，具有重要貢獻。

4. 編製符合台灣文化的 KHTP 編碼表，並探索 KHTP 在男性憂鬱上的反應，為國內 KHTP 相關研究的首創，對國內 KHTP 在心理衡鑑上的實務使用、男性憂鬱衡鑑實務與未來研究，可能具有實質的貢獻性。

本研究計畫經歷二年期的研究，累積了相當豐富的研究成果，期望透過該研究，可以提升本國對男性心理健康的關注，以及提出對促進男性心理健康意識的策略與方法，期望對更多心理健康實務工作者有所幫助。

參考文獻

- 王大維 (2010)。與男性在關係中工作－男性氣概理論對伴侶與家族治療之啟示。輔導季刊，46(1)，32-43。doi:10.29742/GQ.201003.0005
- 王雅各 (1996)。男性研究：一個新的研究領域。婦女與兩性研究通訊，(41)，1-6。doi:10.6256/FWGS.1996.41.1
- 吳姿瑩、卓俊憐 (1998)。健康促進模式與健身運動促進。中華體育季刊，12(1)，51-62。
- 李致瑩 (2008)。動態人樹房子電腦化計分系統的適用性與心理計量之研究－以台灣精神疾病患者為例。臺灣大學職能治療研究所碩士論文。
- 沈立、魏慧如、謝苑婷、林寶秀 (2015)。社區居民的健康意識與健康識能對參與健康活動之探討。國民教育，55(3)，55-64。
- 周郁芳、葉淑娟、袁國書、張朝卿、游秋月、林慧真、陳彥澄 (2015)。探討不安全感與健康意識程度對健康預防行為之影響。台灣公共衛生雜誌，34(6)，605-615。doi:10.6288/TJPH201534104007
- 姚怡君、陳景彥 (2009)。大學生憂鬱的性別差異及人格對憂鬱性別差異之影響。臺灣精神醫學，23(4)，284-295。doi:10.29478/TJP.200912.0005
- 洪楹棋、黃君代 (2020)。一位長期遭受家暴致重鬱症婦女創傷復原之照護經驗。精神衛生護理雜誌，15(2)，51-61。doi:10.6847/TJPMHN.202012_15(2).05
- 胡月娟 (1993)。社區民衆健康意識與健康行為初探。護理研究，1(4)，309-315。doi:10.7081/NR.199312.0309
- 孫頌賢 (2016)。諮商心理衡鑑的理論與實務。台北：張老師文化。
- 孫頌賢 (2023)。看見男人的眼淚－運用屋樹人投射性繪畫進行男性憂鬱的治療性衡鑑之效果研究 (國科會專題研究計畫執行中，MOST-110-2629-H-152-001)。台北市：國立台北教育大學心理與諮商學系。
- 秦蘋瑩 (2017)。探討大學生性別、憂鬱反芻及生氣反芻對憂鬱之影響。桃園：中原大學心理學研究所碩士論文 (未出版)。
- 高淑貞 (2004)。兒童青少年地震創傷後壓力反應之追蹤研究。彰化師大輔導學報，26(1)，85-106。doi:10.7040/GJ.200406.0085
- 商志雍、廖士程、李明濱 (2003)。精神科門診憂鬱症患者就診率之變遷。台灣醫學，7(4)，502-509。doi:10.6320/FJM.2003.7(4).04
- 張珏、謝佳容 (2014)。心理健康主流化－促進與復元。護理雜誌，61(1)，18-25。
- 張虹雯 (2011)。憂鬱情緒、求助態度、自我污名化、社會污名化與自我隱藏對求助行為與求助延宕影響之研究 (未出版之博士論文)。國立台灣師範大學，台北市。
- 張虹雯、王麗斐 (2015)。當事人為什麼不求助？求助態度、求助意圖、求助行為之研究回顧與整合。輔導季刊，51(2)，31-41。
- 梁淑媛、莊宇慧、吳淑芳 (2012)。內容分析技巧在護理質性資料之初步應用。護理雜誌，59(5)，84-90。
- 梁馨月 (2011)。情緒困擾兒童在房樹人投射繪畫上的表現研究。輔仁大學臨床心理學系碩士論文。
- 許崇憲 (2008)。大學新生心理健康影響因素的性別差異。中華輔導與諮商學報，(23)，45-80。doi:10.7082/CJGC.200803.0045
- 陳慶福、姜淑卿 (2011)。諮商滿意量表發展之研究。中華輔導與諮商學報，(29)，105-135。doi:10.7082/CJGC.201104.0105
- 陸雅青、劉雪同等譯 (2008)。心理診斷與人格測驗手 (Donald P. Ogdon 原著)。台北市：心理出版社。

- 彭秀玲、黃曬莉、李仁豪 (2015)。性騷擾經驗與憂鬱之關係—創傷反應作為中介因子及性別為調節變項。中華輔導與諮商學報, (44), 105-132。
- 曾伊麗 (2010)。初步建立以動力屋樹人測驗衡鑑少年之父母管教態度、同儕關係能力、憂鬱程度之繪畫象徵解釋系統。玄奘大學應用心理學系碩士論文。
- 馮木蘭、卓俊伶、吳姿瑩 (2009)。青少年身體活動及其相關決定因素之探討：應用健康促進模式。應用心理研究, (42), 163-186。
- 葉琳、林書穎、張景然 (2020)。一位新住民之子的依附創傷與修復歷程：從心智化角度理解個案與諮商過程。中華心理衛生學刊, 33(3), 277-302。doi:10.30074/FJMH.202009_33(3).0003
- 葉雅馨、林家興 (2006)。台灣民眾憂鬱程度與求助行為的調查研究。中華心理衛生學刊, 19(2), 125-148。doi:10.30074/FJMH.200606_19(2).0002
- 葉翠玉、周雨青、鄭淑利、孫慧芳 (2016)。軍校生心理健康與適應狀態於性別因素之探討。源遠護理, 10(1), 34-44。doi:10.6530/YYN/2016.1.1
- 劉淑慧等譯 (2009)。諮商研究法。台北：五南。
- 蔡宗晃、鄭瑞隆、吳岳秀 (2005)。男性憂鬱、酒癮及暴力之相關性及評估。亞洲家庭暴力與性侵害期刊, 1(1), 163-186。doi:10.29804/AJDVSO.200512.0006
- 蔡承易 (2017)。男兒有淚不輕彈？從性別角色理論看台灣男性的諮商求助行為。輔導季刊, 53(3), 43-53。
- 鄭泰安 (2013)。近 20 年台灣焦慮症與憂鬱症盛行率倍增。當代醫學, (472), 91-94。doi:10.29941/MT.201302_(472).0005
- 蕭小菁、潘瓊琬、鐘麗英、呂淑貞 (2000)。台灣精神科職能治療評估工具的現況調查。職能治療學會雜誌, 18, 19-32。
- Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 153-168.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14.
- Al Shawi, A. F., Sarhan, Y. T., & Alaha, M. A. (2019). Adverse childhood experiences and their relationship to gender and depression among young adults in Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1-11. doi:10.1186/s12889-019-7957-9
- Amone-P'Olak, K., & Letswai, N. K. (2020). The relationship between adverse childhood experiences and depression: A cross-sectional survey with university students in Botswana. *South African Journal of Psychiatry*, 26, 1-8. doi:10.4102/sajpsychiatry.v26i0.1444
- Athanasiadis, C., Gough, B., & Robertson, S. (2018). What Do Counsellors Need to Know about Male Depression? *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(5), 596-604.
- Barbieri, A., Visco-Comandini, F., Alunni Fegatelli, D., Schepisi, C., Russo, V., Calò, F., Dessi, A., Cannella, G., & Stellacci, A. (2019). Complex trauma, PTSD and complex PTSD in African refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1-11. doi:10.1080/20008198.2019.1700621
- Brindle, L. (2004). Psychological assessment techniques for counsellors and coaches. *CPJ: Counselling & Psychotherapy Journal*, 15(5), 32-35. Retrieved from <http://search.ebscohost.com.metalib.lib.ntue.edu.tw/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=13577286&lang=zh-tw&site=ehost-live>
- Brown, J. D., & Morey, L. C. (2016). Therapeutic Assessment in Psychological Triage Using the PAI. *Journal of Personality Assessment*, 98(4), 374-381. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1080/00223891.2015.1123160>
- Buck, J. N. (1947). The H-T-P: A projective device. *American Journal of Mental Deficiency*, 51, 606-610.
- Buck, J. N. (1948). The H-T-P technique: A qualitative and quantitative scoring manual (Warren, W.L.

- revise). *Journal of Clinical Psychology*, 4, 151-159.
- Buck, J. N. (1995). *H-T-P Manual and Interpretive Guide*. Western Psychological Services.
- Burns, R. C. (1987). *Kinetic-house-tree-person drawings(K-H-T-P): An interpretative manual*. New York: Brunner/Mazel.
- Carroll, T. D., Currier, J. M., McCormick, W. H., & Drescher, K. D. (2017). Adverse childhood experiences and risk for suicidal behavior in male Iraq and Afghanistan veterans seeking PTSD treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(5), 583–586. doi:10.1037/tra0000250
- Cheng, T. A., & Williams, P. (1986). The design and development of a screening questionnaire (CHQ) for use in community studies of mental disorders in Taiwan. *Psychological Medicine*, 16, 415-422.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., Karatzias, T., & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(6), 536–546. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1111/acps.12956>
- Cole, B. P., & Davidson, M. M. (2019). Exploring men’s perceptions about male depression. *Psychology of Men & Masculinities*, 20(4), 459–466. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1037/men0000176>
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The Interrelatedness of Multiple Forms of Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 28(7), 771–784.
- Engelman, D. H., Allyn, J. B., Crisi, A., Finn, S. E., Fischer, C. T., & Nakamura, N. (2016). “Why am I so stuck?”: A Collaborative/Therapeutic Assessment Case Discussion. *Journal of Personality Assessment*, 98(4), 360–373. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1080/00223891.2015.1119154>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fields, A. J., & Cochran, A. V. (2011). Men and depression: Current perspectives for health care professionals. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(1), 92-100. doi:10.1177/1559827610378347
- Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI-2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 543–557. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_10
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4), 374–385. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1037/1040-3590.9.4.374>
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (2002). How Therapeutic Assessment became humanistic. *The Humanistic Psychologist*, 30(1–2), 10–22. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1080/08873267.2002.9977019>
- Frampton, N. M. A., Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2018). The effects of adult depression on the recollection of adverse childhood experiences. *Child Abuse & Neglect*, 86, 45–54. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1016/j.chiabu.2018.09.006>
- Frewen, P., Zhu, J., & Lanius, R. (2019). Lifetime traumatic stressors and adverse childhood experiences uniquely predict concurrent PTSD, complex PTSD, and dissociative subtype of PTSD symptoms whereas recent adult non-traumatic stressors do not: results from an online survey study. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1–11. doi:10.1080/20008198.2019.1606625
- Gilbar, O., Hyland, P., Cloitre, M., & Dekel, R. (2018). ICD-11 complex PTSD among Israeli male perpetrators of intimate partner violence: Construct validity and risk factors. *Journal of Anxiety*

- Disorders, 54, 49–56. doi:10.1016/j.janxdis.2018.01.004
- House, J., Marasli, P., Lister, M., & Brown, J. S. L. (2018). Male views on help-seeking for depression: A Q methodology study. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 91(1), 117–140. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1111/papt.12144>
- Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36–45. doi:10.1037/per0000346
- Kaczmarczyk, M., Otte, C., Wiedemann, K., Kuehl, L. K., Schultebrasucks, K., Spitzer, C., & Wingenfeld, K. (2019). Major depression and atrial natriuretic peptide: The role of adverse childhood experiences. *Psychoneuroendocrinology*, 101, 7–11. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.10.020
- Kamphuis, J. H., & Finn, S. E. (2019). Therapeutic Assessment in Personality Disorders: Toward the Restoration of Epistemic Trust. *Journal of Personality Assessment*, 101(6), 662–674. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1080/00223891.2018.1476360>
- Karatzias, T., Shevlin, M., Fyvie, C., Hyland, P., Efthymiadou, E., Wilson, D., Roberts, N., Bisson, J. I., Brewin, C. R., & Cloitre, M. (2016). An initial psychometric assessment of an ICD-11 based measure of PTSD and complex PTSD (ICD-TQ): Evidence of construct validity. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 73–79. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1016/j.janxdis.2016.10.009>
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12, 246-266.
- Kato, D., & Suzuki, M. (2016). Developing a scale to measure total impression of synthetic House-Tree-Person drawings. *Social Behavior & Personality: an international journal*, 44(1), 19-28.
- Kozłowska, W. (2020). A thematic analysis of practitioners' understanding of domestic abuse in terms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex-PTSD (C-PTSD). *Counselling & Psychotherapy Research*, 20(2), 357–367. doi:10.1002/capr.12272
- Kremer, P., Ulibarri, M., Ferraiolo, N., Pinedo, M., Vargas-Ojeda, A. C., Burgos, J. L., & Ojeda, V. D. (2019). Association of Adverse Childhood Experiences with Depression in Latino Migrants Residing in Tijuana, Mexico. *Permanente Journal*, 23(1), 10–15. doi:10.7812/TPP/18-031
- Lee, C., & Owens, R. G. (2002). Issues for a Psychology of Men's Health. *Journal of Health Psychology*, 7(3), 209. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1177/1359105302007003215>
- Levant, R. F., Wimer, D. J., Williams, C. M., Smalley, K. B., & Noronha, D. (2009). The relationships between masculinity variables, health risk behaviors and attitudes toward seeking psychological help. *International Journal of Men's Health*, 8, 3-21.
- Li, C. Y., Pan, A. W., Chung, L., Hsiung, P.C., Chen, T. J., & Liu, S. K. (2014). Psychometric Study of the KHTP Scoring System for People with Psychiatric Disorders. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 24, 20-27.
- Li, C.Y., Chen, T.J., Helfrich, C., & Pan, A.W. (2011). The Development of a Scoring System for Kinetic House-Tree-Person Drawing Test. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 72-79.
- Litvin, J. M., Kaminski, P. L., & Riggs, S. A. (2017). The Complex Trauma Inventory: A Self-Report Measure of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 30(6), 602–613. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1002/jts.22231>
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawings of the human figure*. Springfield, IL: Thomas.
- Mahalik, J. R., Good, G. E., & Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, resenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training. *Professional Psychology*, 34, 123-131.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., & Estacio, E. V. (2011). *Health Psychology: Theory, Research and Practice* (3ed). London: Sage Publications.
- McKinley, C. E., Boel-Studt, S., Renner, L. M., & Figley, C. R. (2021). Risk and protective factors

- for symptoms of depression and anxiety among American Indians: Understanding the roles of resilience and trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(1), 16–25. Doi:10.1037/tra0000950.supp
- Murphy, S., Elklit, A., Dokkedahl, S., & Shevlin, M. (2016). Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from Northern Uganda. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 1–N.PAG. doi:10.3402/ejpt.v7.32678
- Palmer (2000). An investigation of the clinical use of the House-Tree-Person projective drawings in the psychological evaluation of child sexual abuse. *Child maltreatment*, 5, 2,169-175.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-Analysis of Psychological Assessment as a Therapeutic Intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203–212.
- Racine, N., Devereaux, C., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Adverse childhood experiences and maternal anxiety and depression: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–10. doi:10.1186/s12888-020-03017-w
- Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., & Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: Furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 950–958. doi:10.1016/j.jad.2013.08.013
- Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., & Ogrodniczuk, J. S. (2019). Externalizing depression symptoms among Canadian males with recent suicidal ideation: A focus on young men. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(2), 308–313. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1111/eip.12667>
- Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Seidler, Z. E., Dhillon, H. M., & Oliffe, J. L. (2019). Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt. *Journal of Mental Health*, 28(2), 132–140. Doi:10.1080/09638237.2017.1417565
- Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2018). Male Depression Subtypes and Suicidality: Latent Profile Analysis of Internalizing and Externalizing Symptoms in a Representative Canadian Sample. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 206(3), 169–172. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1097/NMD.0000000000000739>
- Rocha, J., Rodrigues, V., Santos, E., Azevedo, I., Machado, S., Almeida, V., Silva, C., Almeida, J., & Cloitre, M. (2020). The first instrument for complex PTSD assessment: psychometric properties of the ICD-11 Trauma Questionnaire. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 42(2), 185–189. <https://doi-org.metalib.lib.ntue.edu.tw/10.1590/1516-4446-2018-0272>
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., & Christie, D. R. H. (2014). Diagnosing male depression in men diagnosed with prostate cancer: The next step in effective translational psycho-oncology interventions? *Psycho-Oncology*, 23, 1042-1048. doi:10.1002/pon.3530
- Smith, J. D., Eichler, W. C., Norman, K. R., & Smith, S. R. (2015). The Effectiveness of Collaborative/Therapeutic Assessment for Psychotherapy Consultation: A Pragmatic Replicated Single-Case Study. *Journal of Personality Assessment*, 97(3), 261–270. doi:10.1080/00223891.2014.955917
- Society for Health Psychology (2015). SfHP Bylaws. Retrieved from <https://societyforhealthpsychology.org/about/who-we-are/sfhp-bylaws/>
- Thompson, S., Bender, K., & Kim, J. (2011). Family Factors as Predictors of Depression Among Runaway Youth: Do Males and Females Differ? *Child & Adolescent Social Work Journal*, 28(1), 35–48. doi:10.1007/s10560-010-0218-5
- Tsan, J., Day, S., Schwartz, J., & Kimbrel, N. (2011). Restrictive emotionality, BIS, BAS, and psychological help-seeking behavior. *Psychology of Men & Masculinity*, 12, 260-274.
- Tshay, M., Necho, M., & Mekonnen, W. (2020). The Role of Adverse Childhood Experience on Depression Symptom, Prevalence, and Severity among School Going Adolescents. *Depression Research & Treatment*, 1–9. doi:10.1155/2020/5951792
- van Hutton(1994). House-Tree-Person and Draw-A-Person as measures of abuse in children: A

quantitative scoring system. Psychological Assessment Resources.

- Voith, L. A., Russell, K., Lee, H., & Anderson, R. E. (2020). Adverse Childhood Experiences, Trauma Symptoms, Mindfulness, and Intimate Partner Violence: Therapeutic Implications for Marginalized Men. *Family Process*, 59(4), 1588–1607. doi:10.1111/famp.12533
- Watt, T., Ceballos, N., Kim, S., Pan, X., & Sharma, S. (2020). The Unique Nature of Depression and Anxiety among College Students with Adverse Childhood Experiences. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 13(2), 163–172. doi:10.1007/s40653-019-00270-4
- Yousaf, O., Popat, A., & Hunter, M. S. (2015). An investigation of masculinity attitudes, gender, and attitudes toward psychological help-seeking. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(2), 234-237.
- Yu, Z. Y., Ming, C. Y., Jiang, M. Y., Li, H., & Ling, L. (2016). House–Tree–Person drawing therapy as an intervention for prisoners’ prerelease anxiety. *Social Behavior & Personality: an international*, 44, 6, 987-1004.
- Zierau, F., Bille, A., Rutz, W. & Bech, P. (2002). The Gotland Male Depression Scale: A validity study in patients with alcohol use disorder, *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(4), 265-271. doi:10.1080/08039480260242750

附錄一、本研究所使用的自陳式量表

一、台灣版男性憂鬱風險量表 (T-MDRS-26)

請您回想過去的一個月，下列各項行為的發生頻率。

題目	完全沒有	偶爾發生	有時發生	經常發生	總是發生
1. 我會壓抑自己的負面感受。	0	1	2	3	4
2. 我會對他人掩飾自己遇到的困難。	0	1	2	3	4
3. 我比平時喝更多的酒。	0	1	2	3	4
4. 我會危險駕駛或攻擊性駕駛，例如蛇行、橫衝直撞、亂按喇叭。	0	1	2	3	4
5. 我比以往更常感覺到胃灼熱。	0	1	2	3	4
6. 我經常頭痛。	0	1	2	3	4
7. 我會胃痛。	0	1	2	3	4
8. 我必須獨自解決問題。	0	1	2	3	4
9. 我有難以解釋的身體疼痛。	0	1	2	3	4
10. 我需要喝酒幫助自己放鬆。	0	1	2	3	4
11. 我需要容易地取得酒精（酒類飲品）。	0	1	2	3	4
12. 在某些情境中，我會有過度反應的攻擊行為。	0	1	2	3	4
13. 我依賴藥物的幫忙。	0	1	2	3	4
14. 我開始不在乎行為的後果。	0	1	2	3	4
15. 喝酒時，我會感覺自己沒那麼糟糕。	0	1	2	3	4

題目	完全沒有	偶爾發生	有時發生	經常發生	總是發生
16. 我會冒不必要的風險。	0	1	2	3	4
17. 我會嘗試忽視自己低潮的感覺。	0	1	2	3	4
18. 我會使用藥物來因應困難。	0	1	2	3	4
19. 就算沒有被挑釁，我也會言語攻擊他人。	0	1	2	3	4
20. 我會言語攻擊他人。	0	1	2	3	4
21. 我很難管控好自己的憤怒。	0	1	2	3	4
22. 使用藥物讓我的身心獲得暫時的緩解。	0	1	2	3	4
23. 我會大量的抽菸。	0	1	2	3	4
24. 我會發生過度頻繁或高危險的性行為，例如，頻繁的性愛或自慰、高頻率的一夜情。	0	1	2	3	4
25. 我會無法節制地不斷上網、或玩手遊、或玩電腦遊戲。	0	1	2	3	4
26. 我會強迫自己過度的運動。	0	1	2	3	4

二、台灣版童年逆境問卷 (T-ACE-Q-10)

我們想瞭解您的童年經驗，請選擇最能描述您在 18 歲以前經驗的選項。

若題目敘述全部不符合您的經驗，請選「否」；若完全符合或部分符合您的經驗，請選「是」。

在您十八歲以前，您是否覺得／感覺／認為：

題目	選項
1. 你的父母（或繼父母）、或同住在家裡的大人，會咒罵你、羞辱你、或貶低你。或是你會擔心他們會做出一些行為，讓你受到身體上的傷害。	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
2. 你的父母（或繼父母）、或同住在家裡的大人，會推你、抓你、打巴掌、或朝你丟東西。或是會打你，讓你身上有傷痕、瘀血或嚴重受傷。	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
3. 家裡的大人、親戚／手足、或家族友人、或至少大你五歲的陌生人，曾經以帶著性意味的方式，觸碰或撫摸你的身體，或要你觸碰他／她的身	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

體。或曾經企圖或實際與你發生任何形式的性行為（例如，愛撫、口交、肛交、或陰道插入）。

4. 家裡沒有人讓你覺得自己是重要的、或特別的，你覺得自己不被愛。或是家裡的人，彼此間不會互相照顧或親密，你無法從家庭獲得支持與力量。 否 是

5. 你沒有足夠的食物吃，或只能穿髒衣服，或你的父母會因為喝太醉，或吸毒變得精神恍惚，而無法照顧你。你覺得沒有人會照顧你並且保護你。如果你有需要，沒有人會帶你去看醫生。 否 是

6. 你的母親（或繼母）會被你的父親（或繼父、母親的男友），或是你的父親（或繼父）會被你的母親（或繼母、父親的女友）推、拉、打巴掌、丟東西、踢、咬、用拳頭揍、或被硬物重擊，或是被不斷地毆打好幾分鐘，或是被持刀或槍威脅或傷害。 否 是

7. 你曾經跟有酗酒或酒精成癮、或吸毒或藥物濫用問題的人同住。 否 是

8. 你曾經跟患有憂鬱症或心理疾病、或曾經企圖自殺的人同住。 否 是

9. 你的父母曾分居或離婚。 否 是

10. 和你同住的人或家人，曾經入獄服刑。 否 是

三、台灣版複雜性創傷評估表（T-CTI）

請閱讀以下每一題的狀態描述，試著回想您 過去一個月 以來，過去所有創傷經驗或重大壓力事件對您的影響程度。

題目	頻率 請回答下列狀態的發生頻率					強度 請回答下列狀態對您的干擾程度				
	沒有發生	曾發生 1-2次	曾發生 3-5次	曾發生 6-8次	幾乎 每天 發生	沒有發生	輕微 干擾	有點 干擾	相當 干擾	強烈 干擾
1. 我會做與創傷事件有關的惡夢。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
2. 我會避免談論或想到創傷經驗，以減少負面情緒的發生。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
3. 我會呈現過度警覺或警戒的狀態。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

4. 我變得敏感，或容易有受傷的感覺。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
5. 我覺得自己很失敗或一文不值。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
6. 我覺得自己和別人有距離感。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
7. 我會有好像重新經驗到創傷事件的感受或行為。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
8. 我嘗試不要想起與創傷經驗有關的事情。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
9. 我覺得自己好像應該要注意危險或威脅。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
10. 我難以感受到正向情緒（例如：面對親近的人時，難以感受到喜悅或愛）。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
11. 我覺得自己很壞，或自己哪裡有問題。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. 和他人維繫維持關係是困難的。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
13. 當我回想起創傷經驗時，會有些生理反應，像是心跳加快、流汗、呼吸困難等。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
14. 我會嘗試遠離讓我回想起創傷經驗的人、事、物、地點或情境。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
15. 我很容易受到驚嚇。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
16. 我感覺活得不真實，彷彿活在夢中。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
17. 我會因創傷經驗或其後果，而責備自己。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
18. 我感覺自己是被孤立的。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
19. 我有暴怒、易怒的情緒或行為。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
20. 我會故意嘗試傷害自己（例如：割、抓、咬或燒傷自己），或將自己置身於危險的情境中。	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4

原量表為 Complex Trauma Inventory (Litvin, Kaminski, & Riggs, 2017). 該繁體字版中文量表已經獲得原作者之認可，並將台灣版量表放置該複雜性創傷研究與倡議網頁上，若想瞭解相關資訊，請參考網站 <https://psychology.unt.edu/cti>

四、華人健康問卷 CHQ-12

因素名稱	編號	題目
心理健康 (12 題)	1	覺得頭痛或是頭部有壓迫感？
	2	覺得心悸或心跳加快，擔心可能得了心臟病？
	3	感到胸前不適或壓迫感？
	4	覺得手腳發抖或發麻？
	5	覺得睡眠不好？
	6	覺得許多事情對您是個負擔？
	7	覺得和家人，親友相處得來？
	8	覺得對自己失去信心？
	9	覺得神經兮兮，緊張不安？
	10	感到未來充滿希望？
	11	覺得家人或親友會令您擔憂？
	12	覺得生活毫無希望？

註：採用鄭泰安於 1986 年所發展的「華人健康問卷 (Chinese Health Questionnaire) 中的心理健康測量 (CHQ-12) (鄭泰安, 2013; Cheng & Williams, 1986)。

五、求助態度量表 (ATSPPH-SF, 10 題版)

1. 如果我認為我心理有嚴重的困擾，我願意去找專家幫助我。
2. 和心理專家談論自己的問題是解決問題的下策。
3. 如果我現在有很嚴重的情緒困擾，我相信心理專家可以幫我解決。
4. 我很欽佩一個人可以克服他自己心理上的困擾，不用去找心理專家。
5. 如果我長期陷於困擾當中，我願意接受心理諮商。
6. 未來也許我會去找心理專家。
7. 一個人不太容易自己解決情緒上的問題，在專家的幫助下才比較容易解決。
8. 心理諮商要花很長的時間，甚至很多錢，所以我懷疑它的價值。
9. 一個人應該自己解決自己的問題，萬不得已才去找心理專家。
10. 情緒上的困擾和其他很多事情一樣都可以自行解決。

六、諮商滿意度量表

因素	題目
催化與正向關係	1. 在諮商中，我覺得諮商師能支持及接納我。
	2. 我覺得諮商師能真誠地履行對我的承諾（例如保密）。
	3. 我相信諮商師能妥善管理（我們的晤談紀錄）諮商紀錄。
	4. 整體而言，我對本次諮商經驗感到滿意。
	5. 我覺得諮商師有讓我有自己做選擇和決定的自由。
改變與成效	6. 在諮商後，我學會肯定自己的努力及表現。
	7. 在諮商後，我覺得自己是有能力和有價值的。
	8. 在諮商後，我對生命抱持更樂觀的態度。
	9. 在諮商後，我有更積極及建設性的想法。
	10. 在諮商後，我得到解決問題的方法。

附錄二、互動建構式衡鑑晤談自我效能檢核量表—KHTP 版

孫頌賢 編製 2023.10.15

作答說明：請回想您與該個案，在該次 KHTP 互動建構式衡鑑晤談中的助人專業行為表現，檢視您能夠有效完成下列各項晤談能力與任務的信心程度，來進行填答。圈選分數範圍為 0~9 分：

0 分表示在該次晤談中，沒有信心展現該項晤談能力或完成該任務；

9 分表示在該次晤談中，非常有信心展現該項晤談能力或完成該任務。

	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 沒有信心 有些信心 非常有信心 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> </div>									
1.適當的招呼個案/自我介紹/諮商環境介紹。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.能提出適當的問題，以瞭解個案的初始主述或需求。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.建構具安全感的心理空間。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4.能用個案能理解的語言與溝通方式。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5.有焦點式的理解個案世界/收集資料。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6.能運用晤談技巧，適當的探問與理解個案主述問題的脈絡與歷史。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7.同理反映：能反映隱藏的情緒經驗。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8.能運用 KHTP 圖畫符號的解釋，增進個案對自己的覺察。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.能運用 KHTP 圖畫符號的解釋，協助個案擴展對自己心理議題的理解。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.能描繪出個案同意的「同步性」諮商目標，促發新的「問題意識」。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11.能提升個案的心理健康意識。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12.能提升個案對心理介入（例如諮商、醫療、心理教育...）的求助意願。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13.能給予後續心理健康介入或促發健康行為的建議。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14.能促使個案覺察可能潛藏的心理健康危機或威脅。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15.結束晤談時，能給予個案正向或具希望感的回饋/鼓勵。	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

說明：此量表編制，主要依據「孫頌賢(2016)。諮商心理衡鑑的理論與實務。台北：張老師文化。」以及「孫頌賢(2021-2022)。專家示範影帶在諮商技巧訓練的應用(110年度「大專校院教學實踐研究計畫」, PED1101174)。台北市：國立台北教育大學心理與諮商學系。」中「互動建構式衡鑑晤談自我效能檢核量表—初談版」而來。量表引用：孫頌賢(2024)。男性憂鬱的心理健康促進：運用屋樹人投射性繪畫進行治療性衡鑑晤談的效果研究(L03)(國科會專題研究計畫成果報告, MOST 111-2629-H-152 -001 -MY2)。台北市：國立台北教育大學心理與諮商學系。

附錄三、動態屋樹人投射性繪畫編碼系統—第二版 (20240307 版本)

Kinetic-House-Tree-Person / K-H-T-P

資料來源/量表引用：

孫頌賢 (2024)。男性憂鬱的心理健康促進：運用屋樹人投射性繪畫進行治療性衡鑑晤談的效果研究 (L03) (國科會專題研究計畫成果報告, MOST 111-2629-H-152 -001 -MY2)。台北市：國立台北教育大學心理與諮商學系。

計分方式：

0=無訊號；1=明顯訊號；2=訊號不足。

注意事項與特殊說明：

- 1.K-H-T-P 的編碼系統，可以分成整體繪圖、屋的細節、樹的細節、以及人的細節等四大部份，而動作方面的編碼，已經涵括在前四項之內，而不另外進行分類。
- 2.倫理與使用權：此編碼表僅供心理助人專業人士使用。考量專業倫理議題，若未經專業訓練，請勿使用，亦請勿將此資料外流。若需進行研究上的使用，請聯絡孫頌賢，獲得研究工具的使用同意權。若需引用，請註明出處。
- 3.需要被觀察的圖畫符號：KHTP 一般情況下以個別施測為主，並且某些圖畫符號需要在個別施測中，由施測者進行觀察以利編碼。但若因實務情境考量，需要進行團體施測，則可能有某些圖畫符號無法被觀察到。
- 4.下面欄位中「需觀察」該項目，是指該圖畫符號，是否可作為團體施測時的自陳評量項目，或是個別施測時須由助人者來進行觀察的項目。

聯絡人：

孫頌賢 國立台北教育大學心理與諮商學系
sonhein@mail.ntue.edu.tw；02-2732-1104#55523

第一部分、整體繪圖評估

分類	代碼	計分	圖畫符號	可能的解釋	需觀察
是否作畫	W1n		有作畫	無特殊訊號。	
	W1a		無作畫/空白	作畫困難/無法依循施測指導語。	
精緻程度	W2n		一般性畫法	無特殊訊號。	
	W2a		精緻	情緒發展常態。	
	W2b		過度描繪細節	在成人與兒童經常是精神官能症者、具強迫性傾向、呆版，及/或焦慮情緒。	
	W2b		粗略、缺乏細節、退化或連結線不良	情緒發展或智能發展障礙、腦傷、精神病症。	
紙張擺放	W3n		橫放繪畫	無特殊訊號。	
	W3a		直放繪畫	誇大或過度理想化的自我價值、不按照規則、期望改變或打破傳統、創意的、不受控制。	
	W3b		翻面後繪畫	不按規則、期望改變或打破傳統、創意的、不受控制。	V
畫像大小	W4n		適當	無特殊訊號、自我價值適當。	
	W4a		過小	低自我價值與低自我概念、有自卑感、無效的、不適當的、沒安全感的、極度防衛的，及相對的低自尊。廣泛性的不滿意。正常人及智能不足者也可能如此畫。若集中在上方可能是以攻擊防衛方式來獲得控制感；若集中在中間，可能代表極度期待被看見；若集中在下方，可能是退縮、逃避、或恐懼。	
	W4b		過大	自大的、自戀的、誇大的、衝動的、或愉快的。	
物件擺放比例	W5n		分配適當	無特殊訊號。	
	W5a		人在中間且佔滿超過1/3	強烈的自我需求、覺得自己是重要的、自戀或自大的、覺得自己的需求沒有被滿足。	
	W5b		屋在中間佔滿且佔滿超過1/3	強烈的關係需求、對親密/家庭關係的重視或為中心。	
	W5c		樹在中間佔滿且佔滿超過1/3	強烈的能量需求、覺得只能依靠自己	

		過 1/3	的力量、過度強調獨立自主的狀態。	
繪圖先後順序	W6a	先畫人	對自我的肯定、關注自我、自我需求較重要、自我需求不滿足。	V
	W6b	先畫屋	對社會關係、親密、家庭的重視，過去累積了對親密感的豐富經驗、對親密/家庭/關係的強烈需求或感到不滿足。 註：可能因指導語順序是屋、樹、人，可能受華人文化中順從性的影響而先畫屋，致使此順序解釋不適用。	V
	W6c	先畫樹	對生命能量和成長的重視與渴望、嘗試「向上攀」的人、強調自我效能與力量。	V
擦拭反應	W7n	無擦拭	無特殊訊號。	
	W7a	過多或過度擦拭反應	焦慮反應、不確定感、渴望被幫助、挫折感。	V
	W7b	部分元素的擦拭與修改	該元素的焦慮反應、不確定感、挫折感。 註：需標註是哪一個元素進行擦拭或修改。	V
力道與筆觸	W8n	一般性畫法/適當	無特殊訊號。	
	W8a	筆觸的力道過重	退縮、防衛；極度緊張的人；高能量狀態，興奮；焦慮及緊迫的行為，尤其是處於壓力之下時；憤怒、激勵、有侵略性的及行動化的傾向。	
	W8b	筆觸的力道過輕	焦慮反應；遲疑的、小心的、也許猶疑不決的、膽小的、害怕的、壓抑的，或無安全感的人格。	
陰影與基線	W9n	一般性畫法/適當	無特殊訊號；較佳的情緒調節反應、堅定、不猶豫、肯定的筆觸品質暗示安全、一致、有企圖心的人、有彈性及可適應的人格、正常且穩定的適應。	
	W9a	過多陰影	焦慮反應、不安全感。	
	W9b	強調基線	焦慮反應、不安全感。	
	W9c	空白處來回塗黑或塗抹、過多的草地	焦慮反應、不安全感。	
	W10n	完整未省略	無特殊訊號。	

省略某些元素	W10a	省略人	逃避退縮、低自我價值、自傷、憂鬱反應、自我否定、自我羞愧。
	W10b	省略樹	缺乏生命力、兒童期可能是正常。
	W10c	省略屋	逃避關係、缺乏安全感。
線條控制	W11n	線條適切或無明顯特徵	無特殊訊號。
	W11a	外放型：線條隨意外放	情緒衝動、外放不受控制、尤其表現在頭髮處。
	W11b	控制型：線條過度控制	情緒壓抑、控制衝動、自我要求與節制。
區隔或封藏	W12n	屋樹人無明顯區隔	無特殊訊號。
	W12a	房子被圈住、區隔或封藏	逃避關係、不安全感、關係具有傷害性。若是畫三合院，則需要考量文化因素，可能代表正常。
	W12b	樹被圈住、區隔或封藏	自我效能受限、生命受限、缺乏自由。
	W12c	人與樹重疊	個體主觀上需要覺得自己有成就感、對控制的需求、只能依賴自己、過度獨立自主、個體容易受自我評價的影響。
	W12d	人與屋重疊	個體的感受或心情容易受到關係互動的影響、對關係有較高的關注與重視。
	W12e	屋、樹、人被圈住	受限感、無法自由、對控制有較高的需求。

第二部分、屋的細節

分類	代碼	計分	圖畫符號	可能的解釋	需觀察
整體畫法	H1n		一般性畫法	無特殊訊號；至少一個門（除非是只有房子的側面被畫到）、一扇窗戶、一面牆及一片屋頂，及除非畫的是熱帶小屋，否則會加上一個煙囪（但煙囪逐漸被視為非必要）；房子被視為自我的安全感，也與撫育、滋潤、穩定、歸屬感有關。與家庭關係、母親有關、也代表其被撫育經驗。可能代表過去或現在經驗，但也有可能是理想化的嚮往；可被視為有象徵意味的自畫像，更常反映一個人的家庭生活品質及與家人的關係品質、對自己在家庭情境中的認知，有時代表身體的家、過去的家、嚮往的家，或者是這些的綜合。也能反映一個人對自己的概念。	
	H1a		擬人化房子	退化。	
	H1b		藍圖或平面圖	家中有嚴重衝突。	
	H1c		畫房子的背面	退縮、逃避親密、對立、否定的傾向。	
	H1d		房子搖搖欲墜	器質性疾患或心理疾患發病前兆或初期症狀。	
	H1e		非常遠	無法接近的感受、期待自傳統的社會中遠離及退避、擺脫過去、逃避面對家庭議題、未竟的家庭議題。	
	H1f		非常近	在人際間有溫暖與可親的感受、家庭/親密關係溫暖可親、期望給人可親與溫暖的感受。	
	H1g		非常小	被家庭/親密關係拒絕、或拒絕與家庭/親密關係連結、退縮、退化。	
	H1h		非常大、占滿	極度挫折、高敏感、敵意或攻擊的傾向、防衛的過度補償。	
	H1i		在紙下邊緣	缺乏安全感、沮喪、低自尊且逃避被關注。	

	H1j	紙張上方	對環境有恐懼、避免衝突或期待避免衝突、低自尊但期望有控制感。	
	H1k	透視或沒有牆、繪製屋內細節	對於關係/家庭有過度理想化的傾向、缺乏現實感、不切實際、家中有危機或需要向外求助。註：若是兒童畫此現象，可能代表正常。	
	H1L	快倒或傾斜	缺乏安全感、關係具危機、關係破裂或遺棄。	
	H1m	向左右伸展	反映作畫者需要穩定或腳踏實地。	
	H1o	向上下伸展	反映作畫者需要權力或幻想、需要控制感。	
	H1p	現代高樓	關係中缺乏溫暖或親和性。 註：可能因個案住在城市區域或因文化因素，只是正常的一般畫法。	
	H1q	斜坡上的房子、房子底基傾斜	不安全感、關係的不確定感。	
	H1r	房子在水中	不安全感、關係的不確定感。	
	H1s	強調房子的底線、底基	不安全感、關係的焦慮感。	
	H1t	樹屋、屋在樹上	關係的不安全感與焦慮感。	
	H2n	一般性畫法	無特殊訊號。	
門	H2a	缺少門	不知如何開放自己或讓別人靠近了解自己、缺乏親和與連結、關係疏離或有阻隔感、壓抑否定、期望孤立或被孤立、不可親近。希望可以被瞭解(誰都可以進來)、與人接觸互動有困難。	
	H2b	最後才畫門	人際接觸是不愉快的、挫折的、對開放自我的不安或不確定感。	V
	H2c	非常大	過度依賴、期望展現親和以引發注意、有利用社交的可親性讓別人印象深刻的的需求。	
	H2d	非常小	人際互動或讓別人了解自己的困難、對開放關係或展現可親性感到猶豫、社交不適應、缺乏主見、對感情懷疑、退縮。	
	H2e	強調鎖住、畫出鎖頭、鎖鏈或鎖孔	以退縮引起注意、受傷後的敵意、防衛、對開放自己的焦慮、可能是敵意及妄想性的疑慮。	

	H2f	打開門	對環境有強烈的溫情需求、強烈需要接受外界的溫暖；缺乏自我界限、渴望有人瞭解、孤獨。
	H2g	強調門把	過度關注人際需求、親密焦慮、過度在他人。
	H2h	門上有著墨、繪製圖樣	對人際或關係開放感到焦慮。 註：若在過年期間畫春聯，則可能代表正常。
	H2i	門底線連結不完全	對他人開放的困難、人際溝通或表達自我的困難、缺乏讓他人了解自己的技巧
窗	H3n	一般性畫法	無特殊訊號；對人際親和或環境有興趣、在人際或關係上是開放或可親。
	H3a	關閉的百葉窗	極度退縮、防衛、憂鬱傾向、過度在意他人眼光、對他人如何看待自己感到焦慮。
	H3b	開著的百葉窗	敏銳的人際適應、可親性高、有能力去調整敏感的人際關係、過度在意他人眼光、對他人如何看待自己感到焦慮；憂鬱傾向。
	H3c	適當大小與數量的窗	人際親和、對環境有興趣。
	H3d	缺乏窗	敵意、對立、退縮、掩蓋家庭秘密。
	H3e	過度強調	對人際關注、口腔期固著、強烈的人際或親和需求。
	H3f	開窗	對自我控制不滿意、過度在意他人。
	H3g	窗簾	有所保留、缺乏控制感、或期望有控制感。
屋頂與牆面	H4n	一般性畫法	無特殊訊號；可能概略的描繪出一個人自我的情形及其防禦。
	H4a	屋頂端未連結	缺乏或薄弱的自我界限、可能是一個疾病的訊號。
	H4b	被吹落或破損	創傷或重大壓力事件、超出控制範圍；吹落的屋頂，暗示被超越個人能控制的力量所震懾。
	H4c	屋頂或牆面塗黑、強調	關係中感到壓力或焦慮感、主觀上承受過高的壓力。
	H4d	屋頂上休憩設施	逃避關係中的壓力或焦慮、關係中感到較難負荷的壓力與焦慮。

	H4e	屋頂過大(相較牆面不成比例)	對親密/家人關係有過度理想化的傾向、以幻想的方式來看待關係、逃避關係中的壓力。
	H4f	香菇屋頂	對親密/家人關係有過度理想化的傾向、逃避關係中的壓力。
	H4g	陰莖屋頂	對親密關係的強烈渴望、對性慾的渴望。
煙 窗	H5n	一般性畫法	無特殊訊號；快速、簡單而恰當地畫下，暗示感覺的成熟及適應良好。
	H5a	未畫煙窗	關係冷漠、內心缺乏溫暖、家中缺乏心理溫暖的感受、重要男性人物之間有衝突關係。 註：考量文化因素，這可能是正常。
	H5b	過度加大或強調	對溫暖、關係、性的渴求；過度強調與性有關的事情／或可能有暴露的傾向、對屋內心理溫暖的過度關注；對男性來說，可能是性方面的焦慮，或有表現男子氣概的需求或閹割焦慮。
	H5c	歪斜或虛弱	性焦慮、缺乏親密感；有角度的煙窗，暗示退化、智能不足或器質性的情形，但八歲以下是正常的。
	H5d	冒煙(一條線)	關係冷漠、缺乏關係溫暖、家中缺乏情感上的溫暖，可能有尿道的情慾傾向。
	H5e	冒煙(非一條線)	關係溫暖、親情或親密的感覺、對親密或性關係感到滿意。
	H5f	冒大量的煙	焦慮感、內在緊張。
	H6n	未畫台階或走道	可能是正常。
台 階 與 走 道	H6a	適當的畫法	是指畫出一般性的台階，但無特殊加強或特殊畫法。可親性高、情緒穩定、開放友善的；走道的比例良好且輕鬆畫下暗示可親性，情緒穩定控制良好，人際關係可親。
	H6b	強調台階或走道、走道終或旁畫石子路或裝飾	人際焦慮、對開放自我的焦慮感、對他人親近時的焦慮感、不安全感、人際接觸需要控制感。
	H6c	走道非常長、彎曲加長	避免與人接觸、對他人開放的困難、期望別人主動瞭解。

H6d	走道在房子前狹窄， 後端寬大	表面上的友善。	
H6e	走道未連結門、或是 連結不佳	與他人接觸或開放的困難、期望他人 靠近卻缺乏技巧、表面上的友善。	
H6f	房子被有灌木或是花 叢緊貼圍繞	不安全感、人際接觸需要控制感。	
H6g	房子外有籬笆或柵欄	需要情感的保護、缺乏安全感。	

第三部分、樹的細節

評估分類	代碼	計分	圖畫符號	可能的解釋	需觀察
整體畫法	T1n		一般性畫法	<p>無特殊訊號；必要細節包括一個樹幹及至少一段樹枝，除非畫的是一個殘株而這本身即有其診斷意義；畫樹的位置通常較畫房子或人來得高；樹畫反映潛意識的自我評價；樹木代表個案與環境的關係，掌握生命；潛意識、集體潛意識的自我評價，與生命力、生產力、成長發展、生死有關；可能與父親有關；</p> <p>註：兒童的樹，通常較為簡單，此元素對青少年以上較有意義。成人未畫樹須特別留意。</p>	
	T1a		枯樹	極度的心理困擾、心理適應不良、強烈沮喪與罪惡感、自殺傾向、嚴重淡漠與自卑感、預後較差。	
	T1b		狗在樹上尿	攻擊與批判性強、被動攻擊的人格傾向、對自我的厭惡。	
	T1c		非常大的樹	有活力、支配性高或對支配或控制感的期待、攻擊傾向、高能量。對兒童來說，可能代表抗拒權威人物、或是需要過早的獨立自主，相對代表沒有依靠感、孤獨、只能依靠自己。	
	T1d		孤立山頂的樹	自大或優越感、孤立感、為追求自主性或控制感而有的掙扎或內在衝突。	
	T1e		傾斜樹	不安全感、失去生命力、失去自主性。	
	T1f		陽具樹	對性不成熟的關注、對性的焦慮或渴求；尤其是關於性心理方面的適應不良，若是由九或十歲以上的男性所畫則代表不成熟，對八歲以下的兒童可能是正常的。	
	T1g		向上下過度伸展（相對畫紙）	需要更多的權力與掌控力；高而細長且往上而非向外延展的樹枝，可能代	

枝幹與 葉	T2f	小鳥在鳥巢中露出腳	渴望自由、不安全感。
	T2g	小鳥在鳥巢中但不穩	缺乏安全感。
	T3n	一般性畫法	無特殊訊號；枝幹與環境的適應程度有關；自我力量、與心理發展與童年創傷有強烈關係；樹幹地處理被期待能反映個人的自我力量。樹幹的一般情形及造型被相信能反映基本力量及心理發展的感受。
	T3a	樹枝向下垂、垂葉、柳樹、榕樹氣根下垂	把能量流向過去不能解決的問題上，憂鬱或自殺傾向、留戀過去、沮喪失落、不快樂。 註：須注意文化因素，個案可能所處的環境到處都是柳樹或榕樹（榕樹鬚根），可能就是正常。
	T3b	樹枝向上伸	若樹木穩立於地上，它表示上進、隨著生命「前進」；但是，高而細長，向上而非向外延展的樹枝暗示：強調幻想似的滿足，如同內向、類分裂性人格所見、對在個人的環境尋求滿足感到恐懼。
	T3c	樹枝往外伸展、可庇蔭	個案具有照顧、養育、保護他人的特性。
	T3d	樹枝或樹葉呈漩渦狀	意圖在極端的狀況下「旋轉出來」、在焦慮中尋找脫困的可能、對自我效能或生涯未來感到焦慮感。
	T3e	完整包覆的樹，但枝葉混亂	壓抑或混亂的情緒與想法。
	T3f	省略葉子或簇葉（不毛之樹）	暗示內在無趣或缺乏自我統整；期望與需要能有發展更佳的適應方式；有在順從的外表下去遮蔽自我概念的需求。
	T3g	葉子正在掉落	無能順應社會、失落、憂鬱傾向、自殺傾向；無能去順從社會的要求或類似的感受、感覺到喪失隱藏想法的能力，或無法已修正過的或細緻的方法去適應的感受。
T3h	光禿禿或稀疏，但樹枝樹幹強壯	對改變環境的強烈需求。	

	T3i	斷落或截斷的樹枝	喪失應付環境壓力的能力、自殺傾向、失去生命力、創傷或曾發生重大事件的成長經驗；暗示創傷的經驗，或有喪失尋求滿足來源的感受，也可能與實際上或象徵性的閹割焦慮有關；斷裂或被截斷的樹枝暗示創傷、閹割，或無能的感受。正要掉落或已掉落的樹枝暗示可能喪失應付環境壓力的能力；粗而非常短「截斷」似的樹枝，暗示可能有自殺的傾向。
	T3j	忽略樹枝	缺乏人際關係的喜悅、與人交往未能獲得滿足。
	T3k	過多樹枝（一直畫）	過度理想化、躁症。
	T3L	樹幹瘦小但樹枝過太多	過度強調從環境中獲取需求、努力過度、高成就的傾向，可能是不適感的補償作用。
	T3m	樹節、樹洞	重大壓力事件、創傷事件、或曾發生過失控經驗；幾乎都與創傷有關，如意外、生病、強暴，時間的判斷與樹的高度有關。樹洞若塗黑，可能代表嚴重的創傷。樹節/樹洞的位置，可能會對應發生年齡。
	T3o	過度強調樹幹	不成熟的情緒。
	T3p	過度強調樹頂	拘謹的情緒、善於分析的。
樹根	T4n	一般性畫法	無特殊訊號；暗示人格的穩定性，或可能反映一個人的安全動機及與現實接觸的感受；與穩固、人格穩定、現實感、安全感有關。
	T4a	強壯樹根	穩固人格、安全感、高自我效能、自信。
	T4b	枯乾樹根	無法抓住現實感。
	T4c	樹根或整個樹的影子、陰影	焦慮、不安全感、對自我能力感到懷疑。
	T4d	過度強調樹根	對自己該如何面對現實及伴隨的安全需求有顯著的關注；反映較保守的取向、自我抑制。
	T4e	沒有畫樹根	缺乏安全感、缺乏依靠感、被孤立、無立足之地；也可以是省略畫法而無

			特殊心理現象。	
--	--	--	---------	--

第四部份、人的細節

評估分類	代碼	計分	圖畫符號	可能的解釋	需觀察
頭部	P1n		一般性畫法	無特殊訊號；人際關係與社交技巧、同理能力、情緒狀態。頭部大小與自我中心有關，與智能、衝動控制、自戀、焦慮、自卑也可能有關。頭部象徵智慧及幻想的活動，與衝動、情緒的控制、個人的社會性需求、溝通，及其他的能力有密切的相關。依據分析的術語，頭部乃是與自我相關。因此，一般人通常會在畫人物畫時，較畫身體的其他部位更重視頭部，然而，精神官能症、憂鬱、退縮和其他適應不良者則不一定如此。	
	P1a		過大	自我中心、過度強調可能重視人際；自我膨脹，假若是不切實際的大可能暗示偏執、自我中心，或有正當理由的精神官能狀況；耽溺於幻想生活，焦點在心理層面。	
	P1b		過小	退縮、社交或性的無能、壓抑、罪惡感；智慧上、社交上或性方面的不適感或無能感；強迫的、衝動的，智能不足。	
	P1c		不規則	器質性疾患問題。	
	P1d		漂浮	器質性疾患問題、頭部可能受傷或腦傷。	
	P1e		只有頭	器質性疾患問題、可能是思覺失調。	
	P1f		只畫頭背部	器質性疾患問題；可能有妄想、類分裂性退縮、思覺失調的傾向。	
	P1g		省略頭	器質性疾患問題、失落、想除去不愉快感或念頭。	
	P1h		最後畫頭	可能有嚴重心理困擾。	V
	臉部	P2n		一般性畫法	無特殊訊號；主要與個體如何面對壓力有關。臉部容貌是一個人感覺滿足或不滿足作用的主要來源，同時也是他或她人際溝通的重要配備。一個人

			距離的接收器，眼、耳和鼻，再加上在嘴巴附近的皮膚及味覺的經驗，提供一個人和現實環境的主要接觸。因此，臉部容貌和顯著的處理可能與對這些作用的關注有關。適應良好的一般正常人不去特別處理容貌。大體而言，相較於在畫身體的其他部位，正常人花比較多的時間和心力處理臉部和頭部。心理學者通常從臉部的處理法而獲知一個人的優勢情緒，而此指標的信度是相當高的。再者，青少年以上的成人通常都會畫一個表情愉快的人，而無怪誕或怪異的部份。	
	P2a	模糊的五官或表情	退縮、膽怯、自我力量薄弱。	
	P2b	過度強調五官	可能過度在意外表、過度維持他人我、意識上努力地去維持一個社會可接受的外表、過度在意他人評價。	
	P2c	整張臉圖黑	嚴重情緒困擾；注意文化因素與個人特殊性：可能只是想表現種族膚色。	
	P2d	側臉	逃避壓力、退縮。	
	P2e	最後畫臉的五官	逃避、退縮、可能有嚴重的心理困擾。	
眼睛與 眉毛	P3n	一般性畫法	無特殊訊號。	
	P3a	強調眼睛或睫毛、塗黑	在人際互動中感到焦慮的；攻擊外化，尤其是當眼睛塗黑且目光脅迫或銳利時；主觀上遭受人際互動中的壓力而欲反擊、或感到憤怒生氣；外向與親和、企圖展現親和性。可能有懷疑、關聯性想法，或其他妄想的特質。	
	P3b	閉眼	內向、逃避壓力、幻想壓力不存在、內省傾向、自我凝神、沉思、偷窺狂。	
	P3c	小圈圈眼睛	過度退化、過度孩子氣；以解離方式逃避壓力、故意對壓力視而不見、無法逃脫壓力；有時可見於輕度智能不足的成人或有被性侵害歷史的案主。注意：但對幼小的兒童而言是正常	

			的。	
	P3d	省略眼睛	缺乏人際知覺判斷、主觀感覺自己無法做判斷、視幻、器質性疾患、可能有嚴重的心理困擾、解離。	
	P3e	眉毛仔細加工與過度工整	內在情緒很多但說不出來；重視外表、高批判性、對外在嚴苛、以高姿態獲得控制權。	
	P3f	眉毛多毛或過度修飾	粗獷原始、不受控制。	
耳朵	P4n	一般性畫法	無特殊訊號。	
	P4a	省略耳朵	往往是正常的；耳朵常會被一般適應良好的人所省略，尤其是兒童。	
	P4b	過大或不尋常的耳朵、強調耳朵	對批評高度敏銳、焦慮害怕、幻聽、聽覺障礙（尤其是有戴助聽器）、處在常需要眼觀四面耳聽八方的情境中、害怕隨時被監控或批評、覺得自己會做錯事情。強調耳垂或耳環也是強調耳朵。	
鼻子	P5n	一般性畫法	無特殊訊號。	
	P5a	省略鼻子	有時候是正常的。	
	P5b	過度強調或過大的鼻子、強調鼻毛	性困難或興趣、自卑、偏執；青少年及成人是性方面的困難，包括性心理的不成熟、自卑感、及／或閹割焦慮；性方面的不適應或無能的感受，尤其在年老的男性，有補償性的防禦。	
嘴巴與下顎	P6n	一般性畫法	無特殊訊號。	
	P6a	過度強調嘴巴	口腔需求或口語攻擊、依賴性格（退化性防禦）、飲食問題、酗酒、胃痛、報復；以不成熟的方式進行口語或語言攻擊；攻擊傾向、常感覺人際中的壓力必須反擊。	
	P6b	省略嘴巴	對自己展現口語攻擊而有的罪惡感、憂鬱傾向、主觀覺得與人溝通困難、氣喘、需求關愛被拒絕；器質性疾患。	
	P6c	過度強調唇型	自戀、自我中心、男性則有女性化可能。	
	P6d	口中叨物、咀嚼	口腔需求、口腔型人格傾向、口腔期未滿足。	

	P6e	露出牙齒、強調牙齒	成人有童年創傷的可能、童年可能遭受虐待；常在有正向與負性症狀的思覺失調患者、以及智能不足的個案畫中看到。口語攻擊的傾向、需要進行反擊。憂鬱傾向。
	P6f	強調下巴	獨斷、攻擊傾向、過度強調本我、過度脆弱後的反擊。
軀幹	P7n	一般性畫法	無特殊訊號；身體在特徵上，尤其是軀幹的部位，一直與基本需求有關。本能及活動潛能的發展與衰退，和與這些情形有關的態度，均可能表現在一個人如何畫軀幹上。實際上，軀幹的畫法隨年歲的成長而有所改變。殘缺的身體局部自軀幹延伸而出應被視為一個嚴重不統整人格的指標。一個人通常但並非總是將他們的人與自己的類型畫的相似，這點是由投射的假設所預知的。兒童通常畫軀幹是相當的簡單，大體上是長方型到橢圓形的造型。其他由此所衍伸的造型可能便是不尋常的。若為成人，則此造型可能暗示退化或非常不成熟的人格。除了兒童以外，省略身體重要的細節暗示嚴重的心理困擾，或許是精神病；在身體上的撇線條，即便是不經意的，亦暗示有身體自殘或自殺的傾向。
	P7a	過小過瘦、簡化軀幹	自卑、對身體意向不滿意或焦慮、對生理身體的不滿足或自覺孱弱。面對自己會有焦慮感。
	P7b	過大軀幹	過多未滿足的心理與生理需求；本能需求未能被滿足，例如擁抱、被照顧；憂鬱傾向。
	P7c	圓形化軀幹	被動、不具企圖心、退化的。
	P7d	省略或擦拭肩膀	自卑、不確定感、身心症；省略肩膀暗示自卑的感受，可能是思覺失調、腦傷或智能不足的情形；畫肩膀時的擦拭、強化或不確定，暗示身體發展的趨力；男子氣概為一基本的關注；

			這樣的符號呈現在有心身症的高血壓患者的畫中。
	P7e	清楚或過度強調的肩膀	社交需求、缺乏安全感、陽剛、強大力量、攻擊傾向；方肩代表攻擊敵意或過度防衛、對力量或控制的需求。
	P7f	強調、塗黑、遮掩胸部、胸腺	在情緒與性上面，可能有未成熟的需求方式；對親密關係的渴望、渴望以更直接的方式獲得親密關係滿足、例如肢體接觸、擁抱、性行為；對胸部有最持續且重要的興趣者，可以說是在情緒上及性心理上那些未成熟的男性；這通常可由擦拭、塗黑、隱密的記號、被口袋遮住，或透明但沒有在其他地方使用透明的畫法來表現。正常的成人會在他們的女性畫中呈現胸部。
	P7g	過大胸部	男性可能代表未解決的戀母或強烈的口腔需求與依賴；女性可能代表對獨斷強勢但具有生產力母親的認同。
	P7h	畫出性器官	性議題、性方面的渴望或不當的想像、對親密關係的過度渴望；思覺失調、反社會人格疾患或行為障礙；也有可能是藝術學院學生的畫風導致。
	P7i	解剖、透視、骨骼	非常少見，可能代表嚴重的心理疾患；可能代表思覺失調、身體化疾患、躁鬱症、嚴重的憂鬱症。
	P7j	脖子被切斷、切線	表達與真實感受的不一致、困難表達內在感受。(戴項鍊也可能是切斷脖子)
前肢/手臂/手指/手	P8n	一般性畫法	無特殊訊號；人與環境的關係；手臂及他們在畫中被呈現的位置，反應一個人身體或以手與環境的接觸及人際關係的情形和方式。此點，相對地，可能反應自我發展與社會適應。親柔異性愛的、攻擊的，及自我愛撫的行為均與手的活動有關。輕鬆而有彈性地畫下的手臂才是正常的。其他種種不同的處理方式可能暗示有能量或是虛弱的感受，而其延伸，則是一個人

			的生活型式。手部的處理可能反應一個人的自尊感受。然而，繪畫的熟練度也可能會影響手部的描繪。	
P8a		手臂在腰	自戀、發展良好的自戀傾向、老大心態。	
P8b		手臂張開	有能力施展抱負、友善開放、期待人際接觸、期待與環境接觸、求助或尋求關愛的期待或意願。	
P8c		手臂在身後	妥協、猶豫是否要跟人妥協、罪惡感。	
P8d		折起手臂	猜疑的、敵意的、被動的、不肯定的態度。	
P8e		非常短	缺乏企圖心、不積極、不求進取、消極依賴、適應不良的、無助。	
P8f		非常大或長的手	社交不適應、在社交上具有易衝動、適應不良時的補償行為；企圖積極、有取得能力及補償性的野心、一種對抱負的需求或身體力量，及一種和環境積極、有企圖性的接觸。	
P8g		省略手臂或放在背後	妥協、控制與壓抑攻擊、沮喪、對環境不滿、過度沮喪；自殺或自傷傾向；想控制脾氣、在人際關係中有勉為其難的傾向。	
P8h		過大、過長、腫大的手指	具有侵略或攻擊；衝動控制困難；試圖壓抑衝動的；性侵害的受害者。	
P8i		強調指節或指甲	強迫傾向、過度控制、過度理智化的防禦、對攻擊傾向的強迫性控制。	
P8j		手指握成一團、握拳	企圖壓抑攻擊的衝動。	
P8k		雙手臂交叉於胸前	敵意、防衛、懷疑猜忌。	
P8L		手持物品	攻擊的、衝動的、對環境的反擊與反抗；在華人文化，可能代表自我攻擊、自我批評、或低自我價值；若持物為菸、棒子、槍，可能是性的象徵、可能對性方面的關注或渴望、若菸斗畫的非常大而顯著，或一直在冒煙，暗示可能是追求男子氣概或對性議題有所關注；武器扣在腰帶或拿在手上，暗示有行動化的敵意或精神病	

			的傾向。
腿與站姿	P9n	一般性畫法	無特殊訊號；有關於個體的心理層面，如「從放鬆中變得緊繃」從「被動轉為主動」即「遵從而後照辦」，即諸如此類的資訊可能自人像畫中的站姿獲得。正常的人傾向將他們的人像畫成輕鬆的站著，有個友善的表情，有時有輕微或中度的動態；畫中腿及腳的不尋常處理典型上與安全感或不安全的感覺有關。腿顯然是移動的基本工具，而他們的處理方式可能反應一個人對可動性的感受。
	P9a	腳被紙邊切掉或省略	缺乏行動力、被壓抑而缺乏獨立的感受、自主性的喪失或無能；可能與心身症的高血壓患者、智能不足、心理困擾、思覺失調、或器質性心理疾患有關；遭受肢體虐待的兒童；閹割焦慮的可能。
	P9b	腳交叉	性或性取向的防衛、性議題的焦慮或防衛、遮掩自己的性意圖或慾望。
	P9c	兩腳長短不一或大小不同	矛盾於獨立與依賴之間。
	P9d	過長	對自主性或獨立的過度需求或過度渴望、有可能是缺乏自主性或控制感的結果；極力爭取安全感與穩定，可能是缺乏安全感的結果；期望積極表現男性氣概、可能是自覺缺乏男性氣概的結果。
	P9e	強化腿或腳	侵略、攻擊的需求、對行動需求的焦慮；對性方面的焦慮或不適感。
	P9f	強調腳趾、過尖腳趾	病態性的侵略行為或性行為、攻擊傾向。
	P9g	傾斜站立或漂浮	不安全感、焦慮、依賴；藥物濫用、可能長期處於酒癮、癲癇或器質性心理疾患的情形。
	P9h	踮著腳尖	現實感薄弱、幻想飛翔。
	P9i	雙腿大大張開	對權威的攻擊與反抗、缺乏安全感；以過度防衛或行動的反應來面對不安

			全感。	
	P9j	朝側面	逃避；猶豫去面對或溝通；人際關係中採取保守內向的傾向、或較笨拙；即使去做也是依照自己的決定。	
	P9k	背面呈現	逃避、恐懼、妄想。	
	P9L	折腳	缺乏自主性或行動力。	
	P8m	過短	情緒凍結、僵化反應、解離、對行動的無助。	
飾品或 衣著	P10n	一般性畫法	無特殊訊號；許多人傾向以模糊、粗糙，或表徵似的妥協來逃避描繪衣著時的問題。當一個人問到是否該要畫衣服時，可假定此人有高度的身體自我意識。無論是成人或兒童，人像畫中少於兩件衣著項目曾與腦傷的情形有關。	
	P10a	裸體	自我中心、嬰兒的 big baby；過度關注自己的身體、身體上的自戀；暴露狂。	
	P10b	透明衣著	窺淫癖、暴露狂、性焦慮。	
	P10c	強調鈕釦或衣服的中線	強迫或企圖控制傾向；自我中心；過度依賴或退化，不成熟的心智或人格發展；自卑的或不安全感的自我概念；身體上的自卑感。	
	P10d	強調或過大的領帶	對性方面的關注、性焦慮；可能在性行為上有攻擊或侵略傾向；對性方面的無能或焦慮而有的過度補償/防衛；憂鬱傾向。	
	P10e	強調口袋	對男性而言，其對母性的過度需求、過度依賴的人格傾向、嬰兒似的、對男性氣概的過度追求；被剝奪母愛的；可能有心理疾患的傾向；女性較少畫。	
	P10f	衣服有裝飾、花樣	在意他人眼光；覺得自己不夠好、自我羞愧、低自我價值、需要過度強調自己夠好；過度在意自己的外在。	
	P10g	戴帽子	遮掩情緒、防衛；對人際接觸感到焦慮或猶豫。	
		P11n	一般性畫法	無特殊訊號。

毛髮 (頭、 胸、其 他部 位)	P11a	強調毛髮(胸毛、腿手 毛)	性衝動、性焦慮；對性或肢體親密方 面的關注、渴望更直接的肢體親密或 性關係；追求男性氣概；同志傾向； 強烈憤怒或攻擊。	
	P11b	未畫頭髮	可能是正常	
	P11c	強調頭髮漩渦狀	焦慮、感到煩惱、思考反芻	
	P11d	強調頭髮被框圈	壓抑、傾向自我調節	
	P1e	頭髮散亂、噴射狀	衝動性高	