

目 录

摘要	I
ABSTRACT	III
导论	1
(一) 研究背景及研究意义	1
1. 研究背景	1
2. 研究意义	2
(二) 文献综述	2
1. 国外研究现状	2
2. 国内研究现状	5
3. 研究述评	7
(三) 概念界定及理论基础	8
1. 概念界定	8
2. 理论基础	9
(四) 研究思路及研究方法	10
1. 研究思路	11
2. 研究方法	10
3. 研究重点和难点	11
一、X 社区肢体残疾人基本情况及人际交往自卑心理现状、表现及成因	13
(一) X 社区肢体残疾人基本情况及人际交往自卑心理的现状	13
1. X 社区肢体残疾人基本情况	13
2. X 社区肢体残疾人人际交往自卑心理的现状	15
(二) X 社区肢体残疾人人际交往自卑心理的表现	17
1. 认知方面	17
2. 情绪方面	18
3. 行为方面	18

(三) X 社区肢体残疾人人际交往自卑心理的成因	19
1. 个体非理性信念	19
2. 家庭生活环境	19
3. 社会生存环境	20
二、个案情况简介及服务方案设计	21
(一) 接案与建立专业关系	21
1. 案例来源	21
2. 接案与建立专业关系	21
(二) 个案概况与分析	21
1. 个案简介	21
2. 介入可行性	22
(三) 预估及诊断	23
1. 资料收集	23
2. 资料整理	25
3. 问题诊断	26
(四) 制定服务目标和计划	27
1. 服务目标	27
2. 服务计划	27
三、理性情绪治疗介入肢体残疾人人际交往自卑心理的过程	29
(一) “寻”与“识”——检查非理性信念	29
1. 探寻“我无法忍受”的信念	29
2. 探寻“必须”的想法	32
3. 探寻“灾难化”的信念	34
4. 探寻“自我贬低、自我谴责”的思想	36
5. 开出一张“问题清单”	37
(二) “破”与“立”——与非理性信念辩论	38
1. 容忍度低的信念 VS 容忍度高的信念	38
2. 绝对化期望 VS 热切的希望	40

3.灾难化信念 VS 反灾难化信念	42
4.贬低性信念 VS 接纳性信念	43
(三) 支持与巩固	46
四、评估与结案	47
(一) 评估	47
1.观察	47
2.访谈	47
3.量表	47
(二) 结案	49
五、结论、建议与反思	51
(一) 结论	51
(二) 建议	51
(三) 反思	52
1.理论运用反思	52
2.研究内容反思	53
3.专业服务反思	53
参考文献	54
附录	59
致谢	69
学位论文原创性声明和关于学位论文使用授权的声明	70

摘要

随着社会矛盾的演变和经济社会的不断发展,肢体残疾人更加关注实现自身人生价值的可能性,以及自我就业和人际交往的重要性。他们逐步培养新的思想观念,适应新的生活方式,并积极融入社会大环境。在肢体残疾人的人际交往中,个体的认知过程起着至关重要的作用,但在实际交往中,一些肢体残疾人可能会产生自卑心理。然而,现有研究很少关注这一群体的人际交往自卑心理,大多集中于就业等显性问题的研究。因此,本文认为,解决肢体残疾人人际交往自卑心理有助于减轻他们的心理压力,促进他们更好地融入社会,增加就业机会。深入分析这一问题并探索解决之道具有重要的理论意义;而改善肢体残疾人人际交往自卑心理,则对于提升其生活稳定性、改善负面情绪、恢复正常社会功能、实现自我价值,具有重要的现实意义。然而,关于肢体残疾人人际交往自卑心理的个案干预研究还十分匮乏,因此,对此进行研究具有重要的实践意义。

本文采用个案工作专业方法,运用个案介入模式——理性情绪治疗模式,对服务对象进行一对一的帮扶。通过参与式观察、深度访谈和量表使用等方法收集资料,并对介入前后的资料进行对比分析。主要借助理性情绪治疗模式,从认知、情绪和行为三个方面总结分析了 X 社区肢体残疾人人际交往自卑心理的现状、表现及成因。在与案主的深度访谈中,运用理性情绪治疗模式的 ABC 理论对案主的非理性信念进行了逐一剖析,并利用温迪-戴登的问题清单模式整理了案主的非理性信念。在检查非理性信念的过程中,运用了角色扮演、识别等技巧;在与非理性信念辩论的过程中,则主要采用了辩论、质疑、理性功课、放弃自我评价、自我表露、示范等辩论技巧。在介入后期,通过布置家庭作业的方式,运用“快捷卓丹 REBT 表格”以及艾利斯的 11 条非理性信念,对介入效果进行了支持和巩固。同时,理性情绪治疗模式倡导广泛采用其他个案工作的模式和理论,因此,在本文的部分分析中,还借用了社会支持网络理论以及生态系统理论等。

研究最终发现,案主的变化较为明显,将自身人际交往自卑心理的非理性信念替换为理性信念,形成了理性的思维模式;案主的潜能得以充分发挥,在介入过程中学会了自辩和自助;社会支持网络得以扩大,社交和就业自信心得以提升。个案工作个别化以及专业化的服务模式在其中发挥了重要作用,同时从服务最后

的成效来看，理性情绪治疗模式对于肢体残疾人的人际交往自卑心理是有效的，且对案主主观上融入社会有良好的促进作用。

关键词：理性情绪治疗；肢体残疾人；自卑心理；人际交往；非理性信念

ABSTRACT

With the evolution of social contradictions and continuous economic and social development, persons with physical disabilities have become more concerned about the possibility of realising the value of their lives and the importance of self-employment and interpersonal interaction. They are gradually developing new mindsets, adapting to new ways of life and actively integrating into the wider social environment. In the interpersonal communication of physically disabled people, the cognitive process of the individual plays a crucial role, but in actual interaction, some physically disabled people may develop an inferiority complex. However, existing research has paid little attention to the interpersonal inferiority complex of this group, mostly focusing on studies of explicit problems such as employment. Therefore, this paper argues that addressing the interpersonal inferiority complex of physically disabled people can help reduce their psychological pressure, promote their better integration into society, and increase their employment opportunities. It is of great theoretical significance to analyse this problem in depth and explore ways to solve it; while improving the interpersonal inferiority complex of physically disabled people is of great practical significance to enhance their life stability, improve their negative emotions, restore their normal social functions, and realise their self-worth. However, there is a lack of case studies on the interpersonal inferiority complex of persons with physical disabilities, so it is of great practical significance to study this issue.

This paper adopts a professional approach to casework and uses a case intervention model, the Rational Emotive Therapy model, to provide one-to-one support to service users. Data were collected through participatory observation, in-depth interviews and the use of scales, and compared and analysed before and after the intervention. With the main help of the Rational Emotive Therapy Model, the current situation, performance and causes of interpersonal inferiority complex of physically disabled people in Community X were summarised and analysed from three aspects, namely cognitive, emotional and behavioural. In the in-depth interview

with the caseworker, the caseworker's irrational beliefs were analysed one by one using the ABC theory of the Rational Emotive Therapy model, and the caseworker's irrational beliefs were sorted out using Wendy Dryden's problem list model. In the process of examining irrational beliefs, techniques such as role-playing and identification were used; while in the process of debating irrational beliefs, debate techniques such as debating, questioning, rationality homework, abandonment of self-assessment, self-presentation, and demonstration were mainly used. At the later stage of the intervention, the intervention was supported and consolidated by assigning homework, using the 'Quick Chodan REBT Form' and Ellis's 11 irrational beliefs. At the same time, the rational emotive therapy model advocates the adoption of a wide range of other casework models and theories, and therefore, in some of the analyses in this paper, social support network theory and ecosystem theory are also borrowed.

The study found that the caseworkers' changes were more obvious, replacing irrational beliefs about their interpersonal inferiority complex with rational beliefs and forming rational thinking patterns; the caseworkers were able to give full play to their potentials and learnt self-defence and self-help in the process of intervention; the social support network was expanded, and their social and employment self-confidence was improved. The individualised and specialised service model of casework plays an important role in this, and the final results of the service show that the rational-emotional therapy model is effective in treating the interpersonal inferiority complex of persons with physical disabilities, and has a good effect on the subjective integration of cases into society.

Key Words: Rational Emotive Behavior Therapy; Physically Disabled; Low Self-esteem; Interpersonal Communication; Irrational Belief

导论

（一）研究背景及研究意义

1.研究背景

据中国残联统计数据显示，中国各类残疾人总数已达 8500 万^①。2021 年 7 月，国务院办公厅发布了《国务院关于印发“十四五”残疾人保障和发展规划的通知》，其中明确指出应开展残疾人社会工作服务，为残疾人建立社会支持网络，让更多残疾人有“微信群”和“朋友圈”，为残疾人家庭提供心理辅导和康复、教育等专业指导^②。中国残疾人联合会第八次全国代表大会于 2023 年 9 月 20 日在北京召开，提出了完善残疾人社会保障制度和关爱服务体系、促进残疾人事业全面发展的有关举措，呼吁把平等对待作为最好的关爱，把促进自立作为最好的扶助，消除有形无形的障碍和歧视，营造全社会理解、尊重、关心、帮助残疾人的浓厚氛围和良好环境^③。

残疾人在人际交往方面往往处于劣势，绝大多数残疾人会出现不同程度的人际交往问题，其主要体现是身体残疾加剧的自卑心理。从社会比较的视角分析，残疾人会将自己与普通人进行比较，从而放大自己的缺陷，贬低自身继而封闭自我，其表现形式是拒绝社会活动，恐惧与人进行交流、接触等。因此，改善残疾人人际交往自卑心理，帮助其树立合理理性的信念，对于他们参与社会生活、进行社会融入具有重要的现实意义，对于残疾人的家庭和谐以及整个社会的稳定也是至关重要的。

社会工作介入残疾人自卑心理的干预，体现了专业价值和社会责任感。恩施州 X 社区共有残疾人 71 人，其中肢体残疾 32 人。在对他们进行需求调研时，发现大多数残疾人不会主动进行人际交往；他们普遍认为没有人愿意与其交朋友，因而在人际交往过程中感到自卑且不知如何改变现状。在与个案进行深度沟通后，作者决定运用自身所学的专业知识为肢体残疾人提供帮助，并将改善肢体残疾人

^① 搜狐网.成都金牛区残联张政:创造更多机会帮助残疾人企业[EB/OL].(2022-12-1)[2023.3.5].<https://mbd.baidu.com/ma/s/8kVzzwtK>.

^② 中国政府网.国务院关于印发“十四五”残疾人保障和发展规划的通知[EB/OL].(2021-7-21) [2023.3.5].http://www.gov.cn/zhengce/content/2021-07/21/content_5626391.htm.

^③ 中国政府网.中国残疾人联合会第八次全国代表大会闭幕[EB/OL].(2023-9-20)[2023.9.26].https://www.gov.cn/yaowen/liebiao/202309/content_6905219.htm.

人际交往自卑心理作为自己的研究选题。

2.研究意义

（1）理论意义

现有研究主要关注肢体残疾人就业等显性问题，但很少深入探究造成这些问题的根本性因素。本文认为，这一根本因素是由肢体残疾人的生理残疾导致的自卑心理。这种心理状态阻碍了他们的人际交往，进而使得肢体残疾人在主观上难以融入社会，加剧了就业困难等问题。因此，深入分析这一现象并寻求解决路径是研究残疾人问题中的重要理论议题。

（2）实践意义

改善肢体残疾人人际交往自卑心理对于促进他们的生活稳定、改善负面情绪、恢复正常社会功能以及实现个体自我价值具有极为重要的现实意义。然而，目前针对肢体残疾人人际交往自卑心理的干预研究明显不足。本研究以理性情绪治疗模式为指导，对肢体残疾人人际交往的自卑心理进行了个案干预研究。在前人研究的基础上，本研究进一步验证了理性情绪治疗模式在实践中的指导作用，丰富了关于肢体残疾人人际交往自卑心理的干预实践研究。

（二）文献综述

1.国外研究现状

（1）关于理性情绪治疗模式

理性情绪治疗模式（REBT）由美国心理学家艾利斯在 1955 年创立，起源可追溯至 1953 年，在 60 年代受到了很多学者的批评，REBT 在 60 年代末逐渐被人们接受，并在 80 年代成为了国际知名的理论分析模式。REBT 的重要研究结果是 ABC 理论，并在此基础上形成了“ABCDE”理论分析模型。REBT 的治疗过程主要分为四个阶段，分别是心理诊断、领悟、修通以及再教育阶段。A.Ellis 详细区分了理性信念和非理性信念，并在 1962 年总结归纳出 11 种具体的非理性信念，Wessler 将此归纳和简化，总结出非理性信念的三个特征，分别是绝对化要求、过分概括化和糟糕至极。

从 A.Ellis 创立 REBT 后，学界质疑不断，Robert S. J. Smith 提出了一些关于

理性情绪治疗的理论问题，例如：如何确定理性的标准^①，A.Ellis 对其反对做了答复，概述了有关理性情感（和其他几种模式）心理治疗的理论和实践的相关哲学和实践问题^②，后 Robert Finley 也对 REBT 提出质疑，认为逻辑实证主义哲学 REBT 不可能既是人本主义的，又是实证主义的^③。70 年代开始，国外学者开启了对 REBT 的各种研究。主要有 Karst T O 开始运用 REBT 治疗公共演讲焦虑^④，并在 1972 年对此研究进行了深化。此后对于 REBT 的讨论逐渐增多，A.Ellis 开始运用 REBT 治疗简单恐怖症^⑤。在 1999 年阐释了为什么要将 RET 转向为 REBT^⑥。

2007 年 A.Ellis 去世后的主要研究有，John W. Maag 运用 REBT 帮助教师在与不合群的学生接触时控制自己的情绪和行为^⑦。Szentagotai Aurora 将 REBT、认知疗法与药物治疗一起用于治疗抑郁症^⑧。Windy Dryden 将 REBT 运用于干预学业拖延症，次年又区分了看似理性但只是部分理性的（部分形成的理性信念）和完全理性的（完全形成的理性信念）的理性信念^⑨。Debbie Joffe Ellis 分析了 REBT 与阿德勒心理学（个体心理学）的本质异同^⑩。Yatin Saraiya 利用 ABC 理论提出了一个逻辑理论，并展示如何使用它来创建一个计算机程序并用于帮助治疗师^⑪。Najwan Saaed Al-Roubaiy 探讨了 REBT 的局限性，主张将其他方法（认知疗法和同情心理疗法）纳入其中^⑫。

^①Smith Robert J.A note on rational-emotive psychotherapy:Some problems[J].Psychotherapy:Theory,Research&Practice,1964,1(4):151-153.

^②Ellis,Albert.An answer to some objections to rational-emotive psychotherapy[J].Psychotherapy:Theory, Research &Practice,1965,2(3):108-111.

^③Robert Finley.The Spiritual Poverty of Rational-Emotive Therapy[J].Journal of Humanistic Psychology,1979, 19(3):83-88.

^④Karst T O,Trexler L D.Initial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public-speaking anxiety[J].Journal of consulting and clinical psychology,1970,34(3):360-366.

^⑤Ellis,Albert.Rational-emotive treatment of simple phobias[J].Psychotherapy:Theory,Research,Practice,Training, 1991,28(3):452-456.

^⑥Ellis,Albert.Why rational-emotive therapy to rational emotive behavior therapy?[J].Psychotherapy:Theory, Research,Practice,Training,1999,36(2):154-159.

^⑦John W.Maag.Rational-Emotive Therapy to Help Teachers Control Their Emotions and Behavior When Dealing With Disagreeable Students[J].Intervention in School and Clinic,2008,44(1):52-57.

^⑧Szentagotai Aurora,David Daniel,Lupu Viorel,Cosman Doina.Rational emotive behavior therapy versus cognitive therapy versus pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder:Mechanisms of change analysis[J]. Psychotherapy (Chicago, Ill.),2008,45(4):523-538.

^⑨Windy Dryden,Saskia Sabelus.The Perceived Credibility of Two Rational Emotive Behavior Therapy Rationales for the Treatment of Academic Procrastination[J].Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 2012,30(1):1-24.

^⑩Debbie Joffe Ellis.Rational Emotive Behavior Therapy and Individual Psychology[J].The Journal of Individual Psychology,2017,73(4):272-282.

^⑪Yatin Saraiya.A Logical Foundation for Rational Emotive Behaviour Therapy[J].Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy,2018,36(2):163-171.

^⑫Sabah Al Anizat,Abdelsalam A Hammash.The Jordanian Legal Protection of Disabled Persons in Accordance to International Human Rights Treaties[J].Asian Social Science,2020,16(7):128.

(2) 关于肢体残疾人人际交往自卑心理的研究

国外注重改善残疾人的无障碍环境,提升无障碍功能,特别是无障碍交通^①,无障碍智能环境^②,同时残疾人就业^③、社区康复^④也是国外研究的重点。有关肢体残疾人的研究中,肢体残疾人治疗和康复照顾^⑤、生活质量^⑥和体育^⑦等是国外学者重点关注的研究方向。在仅有的与肢体残疾人人际交往自卑心理相关度较高的文献中,Sabah Al Anizat 探讨了肢体活动参与对残疾人社会交往和心理健康的影响^⑧。Steptoe Andrew 研究了 COVID-19 大流行期间英国肢体残疾老人的心理健康与社会交往^⑨。Fellinger Johannes 对听力、智力残疾成人的治疗性生活社区进行研究,探讨了一种将社会交往与心理健康联系起来的模型^⑩。

国外对于残疾人低自尊与人际交往的关系的研究相对较多。自尊与自卑之间有一定的联系,马斯洛提出了自尊需要,他认为如果缺乏自尊,就有可能让人体验到自卑^⑪。Robert Johnson 提出残疾人通常会产生关于自我概念、自尊、自信、和敏感等方面的问题,这些问题可能会影响残疾人的人际关系^⑫。Davies Lauren 指出智力残疾人的自尊水平较低,不良人际体验发生率较高^⑬。

^①Babra Duri,Rose Luke.Transport barriers encountered by people with disability in Africa:An overview[J].Journal of Transport and Supply Chain Management,2022,16(0):n.pag.

^②Juneja Sapna,Juneja Abhinav,Dhiman Gaurav,Jain Shashank,Dhankhar Anu,Kautish Sandeep.Computer Vision-Enabled Character Recognition of Hand Gestures for Patients with Hearing and Speaking Disability[J]. Mobile Information Systems,2021,2021(4):1-10.

^③Bae S J,Woo J L.A Region Comparative Study on the Factors influencing the Employment of the disabled[J]. Journal of Regional Studies,2018,26(3):1-20.

^④Aviram Uri.The Reform of Rehabilitation in the Community of Persons with Psychiatric Disabilities:Lessons from the Israeli Experience[J].Community mental health journal,2017,53(5):550-559.

^⑤Joseph U,Babatunde A,Chigozie U,et al.Impact of community-based rehabilitation on quality of life and self-esteem of persons with physical disabilities and their family members[J].Global Health Journal,2023,7(2): 87-93.

^⑥Fateme R,Hosein A,Nader S,et al.Quality of life predictors in physically disabled people.[J].Journal of education and health promotion,2018,7(1):61.

^⑦P.A.R.M.,J.H.R.A.N,et al.Inclusion of physically disabled people in parataekwondo practice:effect on anxiety [Inclusión de discapacitados físicos en la práctica del parataekwondo. Efecto en la ansiedad][J].Revista Cubana de Investigaciones Biomedicas,2018,37(1):22-31.

^⑧Sabah Al Anizat,Abdelsalam A.Hammash.The Jordanian Legal Protection of Disabled Persons in Accordance to International Human Rights Treaties[J].Asian Social Science,2020,16(7):128.

^⑨Steptoe Andrew,Di Gessa Giorgio.Mental health and social interactions of older people with physical disabilities in England during the COVID-19 pandemic:a longitudinal cohort study[J].The Lancet Public Health,2021,6(6): 365-373.

^⑩Fellinger Johannes,Dall Magdalena,Holzinger Daniel.Therapeutic living communities for adults who are deaf and have intellectual disabilities:A conceptual model linking social communication and mental health[J].International Journal of Developmental Disabilities,2021,67(5):391-396.

^⑪Maslow A H.A theory of human motivation[J].Psy-chological Review,1943,50(4):370-396.

^⑫Robert Johnson,Ross E Mitchell.Testing Deaf Students in an Age of Accountability[M].Gallaudet University Press:2008,1(1):198-225.

^⑬Davies Lauren,RandlePhillips Cathy,Russell Ailsa,Delaney Claire.The relationship between adverse interpersonal experiences and self-esteem in people with intellectual disabilities:The role of shame,self- compassion and social support[J].Journal of applied research in intellectual disabilities:JARID, 2020,34(4): 1037-1047.

2.国内研究现状

(1) 关于理性情绪治疗模式

学者李平关于理性情绪治疗哲学基础的讨论开启了国内学界对于理性情绪治疗理论的研究^①。此后,许莉娅对理性情绪治疗的内容进行了详细的分析,她认为理性情绪治疗过程主要包括五个方面的内容,一是明确辅导要求,二是检查非理性信念,三是与非理性信念辩论,四是学会理性生活方式,五是巩固辅导效果;对于非理性信念的检查和辩论治疗技巧,她认为检查技巧主要有反映感受、角色扮演、冒险、识别等,辩论技巧主要有放弃自我评价、理性功课、想象、示范、自我表露、去灾难化、替代性选择等;同时还指出理性情绪治疗模式的运用应注重综合运用各种辅导技巧,并且将案主自助辅导与面谈辅导结合起来^②。理性情绪治疗模式主要是对案主的非理性信念进行介入,杨清艳等人在开始的研究中认为非理性信念有四个结构,分别为概括化评论、糟糕至极、绝对化要求和低挫折耐受,经过系列分析后发现,非理性信念的结构主要由概括化评论、绝对化要求和低挫折耐受这三个部分反映^③。董云芳等人认为理性情绪治疗模式的治疗过程主要包括明确理性情绪治疗模式的结构以及了解治疗要求、检查非理性信念和自损思维、与非理性信念辩论、得出合理信念学会理性思维、使工作效果迁移应用;检查非理性信念的技术有探寻“糟糕可怕至极”的信念、探寻“我无法忍受的信念”、探寻“必须”“应该”的想法以及探寻自我贬斥和自我谴责的思想;与非理性信念辩论的技巧有充分利用教育性辅导用品、冒险、理性-情绪想象、理性功课、质疑、辨析、重新自我评价等^④。

国内学者运用理性情绪治疗进行的主要研究有刘宣文探讨了理性情绪教育对学生心理健康的作用^⑤。郭军运用理性情绪治疗研究教师的心理健康^⑥。高小艳运用理性情绪治疗提高职业院校学生抗挫折能力^⑦。马惠霞运用理性情绪治疗改善高一学生的学业情绪^⑧。季小天运用理性情绪治疗从吸毒无错和戒毒无望

^①李平.理性情绪治疗理论及其哲学基础[J].自然辩证法通讯,1993(01):1-7.

^②许莉娅.个案工作[M].北京:高等教育出版社:2004:179-184.

^③杨清艳,李占江,姜长青,徐子燕.非理性信念量表的初步编制[J].中国临床心理学杂志,2007(06):562-564+568.

^④董云芳等.个案工作[M].济南:山东人民出版社.2012:224-229.

^⑤刘宣文,梁一波.理性情绪教育对学生心理健康的作用研究[J].心理发展与教育,2003(01):70-75.

^⑥郭军.理性情绪疗法视野下的教师心理健康对策[J].中小学教师培训,2006(08):54-56.

^⑦高小艳,刘翩翩.运用理性情绪治疗理论提高职业院校学生抗挫折能力的探索[J].中国职业技术教育,2008(26):34-36.

^⑧马惠霞,刘美廷.理性情绪教育改善高一学生的学业情绪[J].中国临床心理学杂志,2012,20(01):116-119.

两方面干预了青少年吸毒认知^①。董洪哲运用理性情绪治疗探讨了新冠肺炎大背景下公共危机事件的网络舆情治理^②。王宏谦将理性情绪治疗应用于急诊 ICU 急性心肌梗死患者^③。

(2) 关于肢体残疾人人际交往自卑心理的研究

国内关于残疾人的研究主要集中在残疾人就业^④、残疾人康复^⑤、残疾人社会保障^⑥几个方面。关于肢体残疾人的研究,康复为研究重点,包括康复需求^⑦和社区康复^⑧等内容。我国关于肢体残疾人人际交往自卑心理的直接研究虽然很少,但国内学者在研究残疾人的社会排斥中多会提到相关的概念。许琳认为残疾人由于低层次就业或不就业会造成交际圈子变窄,残疾人由此产生强烈的自卑心理,并因无法忍受社会的排斥而选择自我封闭^⑨。刘艳霞认为残疾人感到自怨自艾、自卑甚至自暴自弃是由于在人际交往中遭受到来自社会的各种排斥和歧视^⑩。别江侠认为导致部分残疾人主动缩小交际范围的重要原因是其自身的“焦虑感、孤独感和自卑感”^⑪。张杰认为人际排斥是农村残疾人面临的主要社会排斥,人际排斥的运行模式是污名—标签化—隔离—自我认同,人际排斥使残疾人污名化,被贴上不好的标签,让外界对残疾人产生隔离,随后这种污名的标签逐渐内化,不断影响残疾人的自我认同^⑫。韩江风认为残疾人自身的心态在某种程度上影响着残疾人的就业,自卑心理让他们主动远离社会^⑬。

社会工作介入肢体残疾人人际交往自卑心理的研究就更少了。国内最早运用

^①季小天.理性情绪疗法干预青少年吸毒认知的研究——以武汉 H 未成年人强制隔离戒毒所 L 为个案[J].中国青年研究,2018(01):25-32.

^②董洪哲.理性情绪疗法视角下新型冠状病毒肺炎公共危机事件的网络舆情治理[J].医学与社会,2020,33(05):105-110.

^③王宏谦,田群群,刘亚楠,郭津津,臧舒婷.理性情绪行为疗法对急诊 ICU 急性心肌梗死患者心理状况、疾病进展恐惧简化量表(FoP-Q-SF)评分及预后的影响[J].中国健康心理学杂志,2022,30(10):1510-1514.

^④许琳.残疾人就业难与残疾人就业促进政策的完善[J].西北大学学报(哲学社会科学版),2010,40(01):116-120.

^⑤孙树菡,毛艾琳.我国残疾人康复需求与供给研究[J].湖南师范大学社会科学学报,2009,38(01):5-11.

^⑥郑功成.残疾人社会保障:现状及发展思路[J].中国人民大学学报,2008(01):2-9.

^⑦刘宝松,裴翌,郭咏军等.上海市成年肢体残疾人整体康复需求实现程度及相关因素分析[J].中国康复理论与实践,2017,23(08):883-886.

^⑧李艳,史琤莉,张长杰等.社区康复在残疾人康复体系中的意义及发展现状[J].中国康复理论与实践,2012,18(02):190-192.

^⑨许琳,张艳妮.社会排斥理论与残疾人就业问题分析[J].北华大学学报(社会科学版),2007(05):7-10.

^⑩刘艳霞.消除社会排斥:保护残疾人弱势群体的政策研究[J].兰州学刊,2008(01):85-87.

^⑪别江侠.社会排斥视角下城市残疾人休闲娱乐贫乏原因探究——仅以武汉市为例[J].劳动保障世界(理论版),2012(08):50-53.

^⑫张杰,杨伟.从社会排斥到在地融入:农村残疾人人际排斥机制及其治理[J].南京航空航天大学学报(社会科学版),2016,18(04):51-55.

^⑬韩江风.社会排斥视角下残疾人就业困境及帮扶路径研究[J].社会福利(理论版),2019(04):30-35.

社会工作方法对残疾人心理(内容包括自卑心理)进行干预的是俞丽娜^①和张璇^②,但文章内容中没有明确提到人际交往方面的自卑心理。董玉运用心理社会治疗模式介入一名人际交往困境的轻度精神残疾人,指出心理层面的介入有利于案主的人际交往^③。

3.研究述评

国外理性情绪治疗模式形成了较为完备的理论系统,研究成果也相当丰富,且不断在更多领域发挥重要指导作用。也可以看出国外对于残疾人、肢体残疾人心理方面的研究大多集中在心理健康方向,人际交往心理方面的研究较少,且极少对肢体残疾人的人际交往自卑心理进行直接研究,心理干预的研究相对有限。在社会工作领域的研究更少,而本文的研究正好弥补了这一点小空缺。

国内学者对于理性情绪治疗的研究主要集中在治疗过程分析和方法技术运用上,对于理论的延伸和发展相对较少,可以看出理性情绪治疗主要的研究对象是学生,且主要的研究学科是教育学,但这一系列的理论结合实践,足以证明理性情绪治疗在国内也得到广泛应用,且起到良好作用。对于残疾人、肢体残疾人的研究,国内与国外研究现状较为相似,都更侧重于宏观、显性方面的探索,对肢体残疾人人际交往自卑心理的直接研究较少,社会工作领域的研究会更少。

综合来看,首先,理性情绪治疗模式的发展已经成熟,但其较少运用到介入肢体残疾人中。其次,对于残疾人人际交往自卑心理,学者们主要是从教育学、心理学的角度进行归纳和总结,对于社会工作方面鲜少涉及。最后,对于肢体残疾人群体人际交往自卑心理方面的研究鲜少涉足,现有研究主要关注就业、康复等显性问题,但却没有关注这些问题背后隐藏的,如造成肢体残疾人难以就业的根本性因素,除了身体残疾外,还有人际交往过程中的自卑心理。而本文注意到了这几方面,本文将会聚焦于肢体残疾人这一特殊群体,运用个案工作方法,研究这一群体的人际交往自卑心理。

^①俞丽娜.个案社会工作在残疾人心理干预中的运用[J].法制与社会,2009(04):219.

^②张璇,周玉婷,张永红.小组社会工作在残疾人心理干预中的运用[J].法制与社会,2010(09):220-221.

^③董玉.心理社会治疗模式下改善残疾人人际交往能力的研究[D].武汉:华中科技大学,2018:52-57.

（三）概念界定及理论基础

1. 概念界定

（1）肢体残疾人

本文中的肢体残疾人是指人体运动系统的结构、功能损伤造成的四肢残缺或四肢、躯干麻痹(瘫痪)、畸形等导致人体运动功能不同程度丧失以及活动受限或参与的局限的人, 各类残疾按残疾程度分为四级, 残疾一级、残疾二级、残疾三级和残疾四级, 残疾一级为极重度, 残疾二级为重度, 残疾三级为中度, 残疾四级为轻度^①。本文中的案主属于肢体二级重度残疾人。

（2）人际交往

郑日昌认为人际交往是人与人之间情感交流、信息传递和思想沟通的联系过程^②。王晓红认为人际交往是指人与人之间通过接触和交往, 在心理上、行为上相互影响和作用的过程, 人们在此过程中, 学会技能和经验, 获得新信息和新思想, 从而实现相互认识、理解、合作与发展^③。陆卫明和李红认为人际交往是指社会上人与人之间相互作用和相互影响的一切行为过程, 人际交往奠定一切人际关系的基础^④。各位学者对人际交往的表述存在一些差异, 本文认为各位学者说法虽略有不同, 但实质上人际交往都是指这样一个过程: 人与人之间通过相互作用和相互影响建立人际关系的过程。

（3）自卑心理

自卑最早是由心理学家阿德勒提出来的。阿德勒认为自卑产生的原因有很多, 但其中一个主要原因是与人或事物进行比较, 他认为自卑是一种不完美的情绪, 是一种不希望自己不如别人的情绪, 这种情绪产生于个人认为自己无法达到自己理想的完美标准, 当人们遇到自己无法应对、绝对无法解决的问题时, 心中就会产生一种自卑感^⑤。杨青认为自卑是指感到“低人一等”的羞愧、退缩甚至气馁^⑥。林传鼎认为自卑是在与他人进行比较时过分低估自己所产生的一种不良情绪

^①中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准化管理委员会. 残疾人残疾分类和分级: GB/T 26341-2010[S]. 北京: 中国标准出版社, 2011. General Administration of Quality Supervision, Inspection and Quarantine of the People's Republic of China, Standardization Administration of the People's Republic of China. Classification and grading criteria of disability: GB/T 26341-2010[S]. Beijing: Standards Press of China, 2011.

^②郑日昌. 大学生心理诊断[M]. 济南: 山东教育出版社, 1996: 361-363.

^③王晓红. 论大学生人际交往能力及其培养[J]. 南京工程学院学报(社会科学版), 2003(3): 64-68.

^④陆卫明, 李红. 人际关系心理学[M]. 西安: 西安交通大学出版社, 2006: 224.

^⑤阿尔弗雷德·阿德勒. 自卑与超越[M]. 曹晚红译. 北京: 中国友谊出版公司, 2018: 12-13.

^⑥杨清. 简明心理学词典. 长春: 吉林人民出版社, 1985: 118-119.

体验^①。基于上述学者对自卑的定义，本文将自卑心理定义为：在与其他人进行比较时，感觉自己不如他人，对自我评价低，产生缺乏自信、脆弱敏感、自我封闭等的一种心理感受。

2.理论基础

理性情绪治疗模式其研究成果概括为 ABC 理论，如图 1-1 所示，A 代表诱发性事件（activation events），是指案主当下所遇见的事件，事件可以是具体和现实的，也可以是案主的想法和感受等，只要该事件让案主产生变化，都可被视为是诱发性事件，B 代表案主的信念系统（beliefs），是案主对诱发性事件的认知，可以是理性信念，也可以是非理性信念，C 代表诱发性事件过后所出现的各种行为和情绪（consequences）一般认为行为和情绪反应 C 直接由诱发性事件 A 所引起，而 ABC 理论指出，诱发性事件 A 只是引起行为和情绪反应 C 的间接原因，人们对诱发性事件的认知和信念 B 才是引起人的情绪及行为反应 C 的更直接的原因，理性情绪治疗过程包括五个方面的内容，明确辅导要求、检查非理性信念、与非理性信念辩论、学会理性生活方式和巩固辅导效果^②。

非理性信念是指那些把特有场景中的经验普遍、抽象和绝对化之后与实际情况不符的想法和观点，非理性信念可能来源于之前的生活经历、其他人对我的评价以及其他他人对待我的方式、父母或重要他人对自我的接受度和评价、父母或重要他人对自己的期待；人们的非理性信念有三个特征，分别是绝对化要求、过分概括化和糟糕至极，非理性信念的检查技巧有反映感受、角色扮演、冒险、识别，辩论技巧有辩论、质疑、理性功课、放弃自我评价、自我表露、示范、替代性选择、去灾难化、想象^③。温迪-戴登认为在质疑信念的过程中可以选择一个非理性信念的合理替代物，可以质疑非理性信念（容忍度低的信念、绝对化期望、灾难化信念、贬低性信念）以及理性信念（容忍度高的信念、热切的希望、反灾难化信念、接纳性信念），在此过程中判断这两类信念的真假、虚实和益害^④。社工协助案主认识理性情绪治疗模式，让案主理解 ABC 理论，后运用检查和辩论技巧让案主学会挑战自己的非理性信念，从而树立理性思维方式。

^①林传鼎,陈舒永,张厚粲主编.心理学词典.南昌:江西科学技术出版社,1986:151-152.

^②许莉娅.个案工作[M].北京:高等教育出版社:2004:205-210.

^③许莉娅.个案工作[M].北京:高等教育出版社:2004:205-210.

^④温迪-戴登.改变的理由—理性情绪行为疗法操作指南[M].聂晶译.北京:中国轻工业出版社,2009:69-91.

非理性信念与自卑心理：心理学家艾里斯的非理性信念的观点认为：首先是对自我的不良认知造成自卑心理，其次是对人际交往的不良认知，最后是对挫折的不良认知^①。片面的、错误的认知和非理性的信念往往是个体产生抑郁、自卑、焦虑、恐惧、痛苦等不良情绪的原因^②。本文通过发现、分析、介入和改善案主的四条非理性信念，改善案主的人际交往自卑心理。

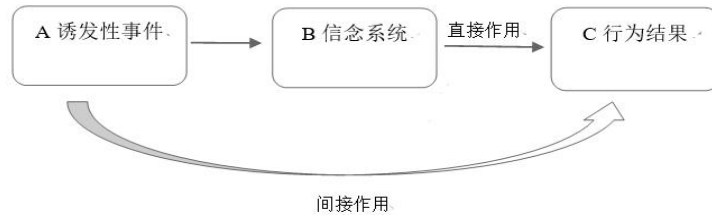


图 1-1 ABC 理论

（四）研究思路及研究方法

1.研究思路

签订协议建立专业关系，收集丰富资料，对案主进行预估和诊断，并设计个别化服务计划。介入前运用自卑感量表（FIS）社交自信维度对案主的自卑心理进行测量。研究思路如图 1-2 所示，第一，明确辅导要求，即在社工的帮助下，学习理性情绪治疗模式，学习 ABC 理论，理解导致自己困扰的直接原因是自身的非理性信念，而不是诱发事件；第二，检查非理性信念，与案主一起探寻和识别出其非理性信念，并用非理性信念的三个特征进行分析；第三，与非理性信念辩论，在此过程中对非理性信念进行质疑，判断理性信念和非理性信念的真假、虚实和益害，在此过程中破除非理性信念，逐渐理解理性信念；第四，学会理性生活方式，将非理性信念转变为理性信念，并将理性信念同具体合适的情绪和行为反应方式链接起来，逐渐建立理性生活方式；第五，巩固辅导效果，通过家庭作业或练习让案主熟悉操作理性信念的运作模式和思维模式，并鼓励案主在现实生活中运用理性生活方式。介入后再次运用自卑感量表（FIS）社交自信维度对案主的人际交往自卑心理进行测量。后运用量表、观察法和访谈法进行成效评估。最后进行结案和跟踪回访。

^①李雯婷.互联网对青少年道德品质的影响及对策[J].人民论坛,2014,(20):157-159.

^②王新,杜秀芳.关于认知和情绪相互作用研究的新进展[J].聊城大学学报(社会科学版),2003,(5):125-126.

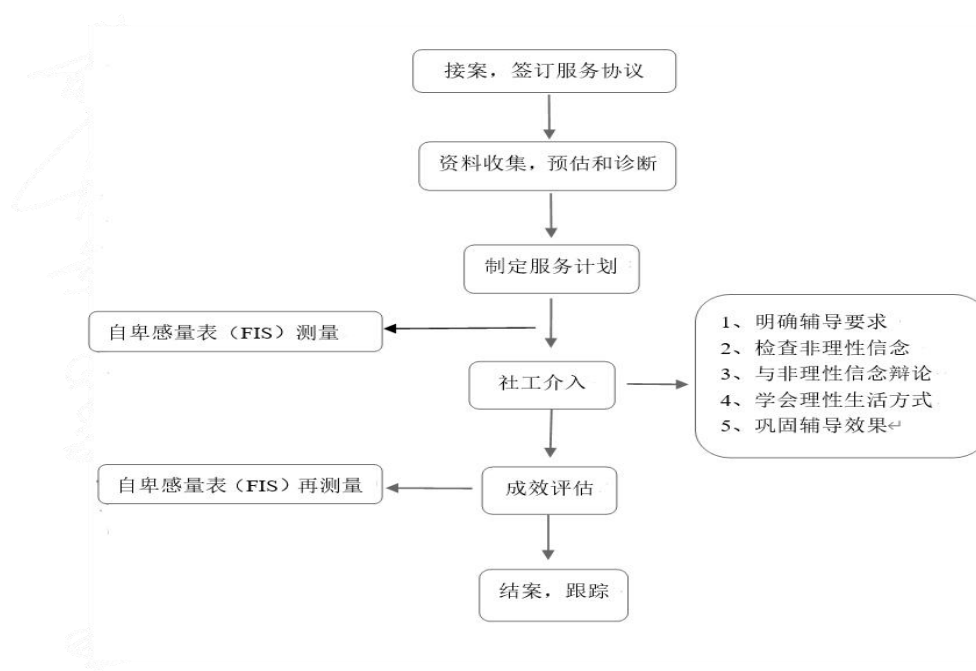


图 1-2 研究思路图

2. 研究方法

(1) 资料收集方法

本文资料收集方法有观察法、半结构式访谈和量表使用等方法。观察法贯穿介入的全过程，主要是观察案主介入前后的改变，以及在介入过程中及时察觉案主及案主的周围系统对其产生的影响；半结构式访谈贯穿介入全过程，主要是与案主及其周围重要他人进行谈话，以求收集真实且详细的资料，并通过访谈记录，感受案主的改变，以保证服务的效果；量表的使用，本文运用量表作为辅助性工具，对案主的人际交往自卑心理进行介入前后的评估，收集前后数据对比，以分析介入是否有效。

(2) 介入方法

运用个案工作方法。个案工作是一种个别化的工作方法，对困难群体和弱势群体通过一对一的方式提供专业服务，帮助其挖掘自身潜能解决问题，同时处理好个人与其他系统之间的关系。在本文，作者以一例肢体残疾人为服务对象，对案主进行一对一帮扶，收集和分析案主资料，制定个别化服务目标和计划，在理性情绪治疗模式的指导下，通过面对面访谈，运用检查和辩论等相关技巧，介入案主四条非理性信念，帮助其树立理性信念，改善人际交往自卑心理，从而逐步建立和扩大自己的社会支持网络。

（3）评估方法

本文主要运用观察法和访谈法进行评估，辅助以量表前后测量。通过观察感受案主前后思维方式和行为表现的改变进行评估；通过与案主本人及其重要他人进行访谈，从他们的描述中感知案主的改变，以确认服务的成效；为更聚焦案主人际交往方面的自卑心理问题，本文采用由 Fleming 与 Courtney 1984 年修订的自卑感量表（FIS）的社交自信维度进行辅助性分析，自卑感量表（FIS）它既能测量整体自卑也能测量自卑感的某个方面^①，中文版信效度由蔡溢、许明智等人检验，信效度良好^②。

3.研究重点和难点

本文为一个个案研究，案主是一位女性、肢体二级残疾人，从作者角度看，该研究对象身上具有一定的特殊性，但同样有表征残疾人群体性的共通性。然而，仅通过一个个案展开研究难免会造成以偏概全的主观判断，因此，本文力求通过一个个案研究上升到整个残疾人群体的普遍性分析，既要关注研究对象的个性，又必须从案例中分离出适应群体特征的共性，于本文而言是研究的难点，但同时也是重点。

^①曾东风,冯正直,刘廷,等.吸毒者强制戒毒期间的自卑心理分析[J].中国药物滥用防治杂志,2002,(04):7-9.

^②蔡溢,许明智,谌红献,等.缺陷感量表的信效度检验.中国临床心理学杂志, 2006, 14(1): 20-21.

一、X 社区肢体残疾人基本情况及人际交往自卑心理现状、表现及成因

（一）X 社区肢体残疾人基本情况及人际交往自卑心理的现状

1.X 社区肢体残疾人基本情况

X 社区残疾人福利试点社会工作项目由 C 机构承担，作者以 C 机构社工实习生的身份进入社区。X 社区共有肢体残疾人 32 人，其中不包含多重残疾人。由于其中有 2 名轻度肢体残疾人省外务工，3 名回老家务农，3 名不方便接受走访，最终，接受入户走访的肢体残疾人共有 24 人。X 社区肢体残疾人具体情况由下表 2-1 所示：

表 2-1 X 社区肢体残疾人基本情况分布

名称	选项	人数（人）	有效百分比（100%）
残疾等级	一级	0	0.00%
	二级	8	33.33%
	三级	4	16.67%
	四级	12	50.00%
年龄段	20-30	2	8.33%
	30-40	1	4.17%
	40-50	2	8.33%
	50-60	7	29.17%
	60-70	5	20.83%
	70-80	6	25.00%
	80-90	1	4.17%
性别	男	15	62.50%
	女	9	37.50%
学历	文盲	5	20.83%
	小学	12	50.00%
	初中	5	20.83%
	中专及高中	2	8.33%
婚姻状况	未婚	3	12.50%
	已婚	14	58.33%
	离异	4	16.67%
	丧偶	3	12.50%
是否就业	是	2	8.33%
	否	22	91.67%

续表 2-1

名称	选项	人数（人）	有效百分比（100%）
就业意愿	无	19	79.17%
	有	5	20.83%
居住情况	父母、配偶、子女	18	75.00%
居住情况	兄弟姐妹	3	12.50%
	其他亲戚	1	4.17%
	独居	2	8.33%
生活料理能力	完全自理	4	16.67%
	需要他人部分帮助	16	66.67%
	完全依靠他人	4	16.67%

从肢体残疾等级来看，在所接受调查的肢体残疾人中，无肢体一级，肢体四级占比最重，达到了 50.00%，其次肢体二级和三级占比分别为 33.33%和 16.67%。从数据来看，轻度肢体残疾人最多。因此一方面残疾人的状况是较为严重的，但同时他们大多又处于没有完全丧失劳动能力和自理能力的状态。为他们改善生活水平，需要提高他们自身的主观能动性，促进其自我成长和发展。

从年龄结构来看，肢体残疾人整体年龄偏大，50—80 岁年龄段的肢体残疾人最多，占比为 75.00%，20-50 岁年龄段的肢体残疾人占比 20.83%，80-90 岁高龄肢体残疾人仅 1 人，占比 4.17%。说明在 X 社区，中老年残疾率很高，年龄偏大加上肢体残疾让他们更应该得到社会的关注。青壮年残疾率较高，他们是青壮年劳动力的组成部分但是劳动能力受到残疾的影响，如何为这些青壮年肢体残疾人群体实现就业成为十分重要的问题，因此需要关注肢体残疾人群体的就业意愿和就业能力，使之实现自身的社会价值。

从性别比例来看，24 位肢体残疾人男女比例为 5：3，男性比例高于女性，比女性多 6 人。这与男性从事危险职业人数较多有一定关系，在性格方面，男性更爱冒险、冲动，这些都是造成男性肢体残疾人比女性要多的原因。

从学历来看，大部分人的学历水平都在初中及以下，占据调查对象的 90%以上；其中小学占比最高，达到 50.00%；文盲和初中也占据相当的比例，都为 20.83%；中专及高中占比 8.33%。肢体残疾人整体学历不高，受过高等教育的人群占比极低，显然除了身处农村社区外，残疾成为调查对象接受教育和实现自身发展的重要阻碍。肢体残疾人要通过学习实现自身阶层的跨越十分困难，并且由于代际传递的原因，这种总体低下的教育程度还将继续。为残疾人提供专门教育十分重要，这将是改变残疾人现状的重要一环。

从婚姻状况来看，已婚人数占比 58.33%，占据绝大多数，离异人数占比 16.67%，未婚人数和丧偶人数分别占比 12.50%。在肢体残疾人中，已婚的仍然占据大多数，但他们的家庭面临着各种各样的困难，导致他们的子女也很难受到良好的家庭教育和照料，最终导致贫困和其他困境的继续。整体来看肢体残疾人未婚率以及离异率也相对较高，这代表着助力肢体残疾人解决婚姻问题也是一个难题。再加上从后面的居住情况来看，绝大多数肢体残疾人都与父母、配偶和子女一起居住，占比达到 75.00%，与兄弟姐妹居住的肢体残疾人占比 12.50%，独居肢体残疾人占比 8.33%，与其他亲戚一起居住的肢体残疾人为 4.16%，占比最低。肢体残疾人大多很难完全自理而不得不依靠父母、配偶、子女的照料，在这种情况下的婚姻往往带有诸多问题。

从就业程度来看，肢体残疾人就业程度不高，未就业的占比 91.67%，就业的占比 8.30%。可以看到，大多数残疾人就业是困难的，无法像普通人一样正常工作和生活，当然这也与社区肢体残疾人整体年龄偏大有较大的关系。青壮年残疾人不能就业的原因还是因为就业能力不足、就业机会稀少以及外界的歧视等。我们要对残疾人进行技能培训，并通过多种手段为他们提供更多的工作机会，加强宣传减少社区其他居民对他们的歧视和偏见。

从就业意愿来看，调查对象中 79.17%的肢体残疾人无就业意愿，只有 20.83%的肢体残疾人有就业意愿，整体就业意愿不高，除了年龄偏大是一个重要影响因素外，肢体残疾人主观上对自己就业以及社会融入的错误认知也是一个重要影响因素。

从生活料理能力来看，大部分人是不能够完全自理的，需要他人部分帮助，占比为 66.67%，完全自理和完全依靠他人帮助的人群分布较为平均，都为 16.67%。残疾人的自理能力有差别，但是大多需要他人的帮助，因为在生活的部分方面肢体残疾人难以独立完成，需要按照自理能力的强弱对应性的提供帮助，特别是为生活完全不能自理的人提供全方位的防护和帮助，也要看到肢体残疾人大部分是有着自理能力的，他们能够参与社会生活和工作，但是要考虑到他们的特殊情况为其提供一定的帮助。

2.X 社区肢体残疾人人际交往自卑心理的现状

目前学界对于人际交往自卑心理尚无统一定论，基于前文人际交往和自卑心

理两个概念的定义,本文将人际交往自卑心理概括为在人际交往过程中或者在人际关系中个人对自己认知的一种消极态度,对自己的现状感到不满,从而怀疑自己,自我评价低,以及在与别人进行比较时,所产生的不如他人、得不到他人尊重的难受感觉。人际交往自卑心理表现为在认知方面自我评价消极、缺乏自信,情绪情感方面敏感多疑、脆弱、抑郁、悲观,行为方面社交回避孤僻、谨小慎微、行为被动、哀声叹气、经常失眠、自我封闭。

本文采用 Fleming 与 Courtney1984 年修订的自卑感量表(FIS)社交自信维度作为人际交往自卑心理的测量工具,自卑感量表包括自尊(1-7 题)、社交自信(8-19 题)、学习能力(20-26 题)、外貌(27-31 题)、体能(32-36 题)五个维度,其中第 3、6、25 和 31 题为反向计分题^①。个体按照自我感觉给自己评分,依据五个维度上的自我评价以及量表的总体得分结果,可以定量分析单一维度上的自卑感,也可以定量分析整体上的缺陷感、自卑和自我效能^②。本文研究肢体残疾人人际交往自卑心理,则截取自卑感量表(FIS)的 8-19 题社交自信维度,共 12 个题目。自卑感量表(FIS)采用七级计分方式,每道题目可以依据自身情况选择 1-7 分,中间分值为 4 分,随着数字的增大,符合程度递增,将题目得分进行汇总,总分越高表示自卑感越强烈,总分越低表示自卑感越微弱。

社工对 24 名肢体残疾人进行访谈以及收集所填自卑感量表(FIS),发现他们存在不同程度的人际交往自卑心理。社交自信维度共 12 题,单题平均分为 4 分,中间总分为 48 分,以 48 分为界限,超过 48 分代表被试者自卑水平偏上,低于 48 分代表被试者自卑水平偏下。X 社区肢体残疾人自卑感量表(FIS)社交自信维度总得分如下表 2-2 所示:

表 2-2 X 社区肢体残疾人自卑感量表(FIS)社交自信维度总得分

编号	性别	年龄	残疾等级	社交自信维度得分
A1	男	64	肢体四级	51
A2	男	68	肢体二级	45
A3	女	29	肢体二级	70
A4	男	61	肢体二级	65
A5	男	67	肢体三级	53
A6	女	81	肢体四级	49
A7	女	54	肢体四级	38

^①Fleming JS,Courtney BE.The dimensionality of self-esteem:II.Hierarchical facet model for revised measurement Scales[J].Journal of Personality and Social Psychology,1984,46(2):404-421.

^②汪向东,王希林,马弘.心理卫生评定量表手册(增订版)[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:320-322.

续表 2-2

编号	性别	年龄	残疾等级	社交自信维度得分
A8	男	57	肢体四级	41
A9	男	64	肢体四级	55
A10	男	79	肢体三级	46
A11	女	55	肢体二级	62
A12	女	48	肢体四级	52
A13	男	29	肢体三级	63
A14	男	73	肢体二级	62
A15	男	51	肢体四级	45
A16	男	56	肢体四级	50
A17	女	74	肢体四级	57
A18	男	52	肢体二级	67
A19	女	76	肢体二级	59
A20	男	51	肢体四级	46
A21	女	71	肢体四级	58
A22	女	35	肢体二级	68
A23	男	78	肢体四级	54
A24	男	43	肢体三级	71

从得分来看，24 名肢体残疾人 A24 为最高分 71 分，自卑水平最高，A7 为最低分 38 分，自卑水平最低，有 6 名肢体残疾人的得分在 48 分以下，自卑水平偏下，18 名的得分在 48 分以上，自卑水平偏上。从整体得分情况看，接受调查的肢体残疾人在人际交往方面总体自卑。

（二）X 社区肢体残疾人人际交往自卑心理的表现

社工通过观察和访谈，分析总结出社区肢体残疾人人际交往自卑心理的表现，肢体残疾人在自我认知、情绪情感和行为等方面产生自卑心理及非理性信念，深受负面情绪和行为的困扰。

1. 认知方面

肢体残疾人往往在人际交往过程中处于被动，其中很大程度上是由于肢体残疾人的认知出现偏差，对于遭遇事件的认识和评价趋于消极，在人际交往中与寻常人进行比较，从而导致肢体残疾人在人际交往过程中普遍自我评价消极、缺乏勇气和自信。

社工与 A11 的对话内容截取如下：

社工：如果现在给你一个机会，所有的准备工作都做好，你不用担心什么上下楼的问题，你会出去参加活动，和社区里面的人进行交往吗？

A11: 也不会,我有一段时间不出门了,我想我这副样子出去不太好看,我出去别人都得多看我几眼,别人看见我这么奇怪,离我远远的,都不愿意理我的。

通过访谈发现,A11 自我评价较低,很在意他人的眼光,正是由于缺乏对自我和他人正确的认知,导致 A11 回避社交、不愿出门。

2.情绪方面

情绪情感方面表现为抑郁、悲观、敏感多疑、脆弱、易怒等。一方面由于肢体残疾人行动不便,尤其是重度残疾人,肢体残疾人大部分的时间需要待在家中,运动能力限制了他们大部分的社交,通过观察了解到长时间不进行社交或者极少社交,导致了一些肢体残疾人社交能力的下降,也对社交表现出抗拒或者不自然,甚至有部分肢体残疾人产生了抑郁和悲观等情绪。另一方面即使其中有少部分轻度肢体残疾人会相对多的参与社会活动,他们有自己的工作和社交,但在社交过程中也会更加敏感多疑、脆弱和易怒等。

社工与 A13 的对话内容截取如下:

社工:我记得我们两第一次见面的时候你说很少有人愿意与你交朋友,你为什么会有这样认为呢?

A13:多多少少别人对我有些偏见,所以肯定不太会愿意与我交往的,我想你来我家在这里跟我说话,也是为了完成你的一些任务,我见过太多了。

社工:我的确有自己的一些任务需要完成,这个我不能欺骗你,但是我确实是期待与你交往的,你不能否认世界上也有一些人是对残疾人没有偏见的,我希望我们能够建立友好的关系,希望我能够做一些事情,能够减轻你的烦恼。

从上述对话可知,A13 在社交的过程中会更加的敏感多疑,他会试探和怀疑别人的社交目的,会用自己过往的经验质疑和评判别人是否是真诚的与自己社交,这种敏感多疑正是由于 A13 内心深处的自卑。

3.行为方面

与肢体残疾人接触发现,他们有社交回避、自我封闭、谨小慎微、行为被动、哀声叹气、经常失眠等几种行为表现。自卑的肢体残疾人由于自我效能感低,说话办事畏手畏脚、谨小慎微,行为常常处于被动,缺乏做决定的勇气和能力。在与肢体残疾人交流过程中,发现他们看待问题悲观消极,说话唉声叹气。如 A3 和 A22 自述有经常性失眠的问题。

（三）X 社区肢体残疾人人际交往自卑心理的成因

对上述观察和访谈以及社区工作人员提供的信息进行分析后发现，X 社区残疾人人际交往自卑心理大致可以总结为以下三个原因：

1.个体非理性信念

本文认为导致肢体残疾人人际交往自卑心理的核心原因在于个体的非理性信念。通过自我消极认知将特定场景中获得的经验进行内化，从而产生不符合实际的感受和观点，满足非理性信念的三个特征绝对化要求、过分概括化以及糟糕至极。绝对化要求是指人对自己的要求过高，希望自己的生活完美无缺，过分概括化是指肢体残疾人把自己对一些事件的经验和看法概括为所有事务的普遍特性，糟糕至极是指把事物可能后果推论到非常可怕、非常糟糕，甚至是灾难性结果^①。如 A17 觉得“自己必须要得到身边人的赞赏”属于绝对化要求。如 A24 觉得“我连小小的事都做不好，我就是比较笨”属于过分概括化。例如 A22 觉得“我身体残疾，这辈子没指望”属于糟糕至极。由于个体的一些非理性信念，看待事务的方式趋于消极和错误，导致肢体残疾人缺少进行社交的勇气，主观上难以进入社会，从而逐渐形成了比较严重的自卑心理。

2.家庭生活环境

首先，对于肢体残疾人来说，他们大多生活自理困难，需要来自家庭成员更多的照顾，但这对于家庭成员来说也是一种负担，久而久之，肢体残疾人会认为自己是无用的人，例如 A22 就曾表示“自己不仅不能为家庭带来收益，反而拖累了家庭”。其次，由于肢体残疾人的家庭创收人员减少，加上肢体残疾人需要医疗和康复物品，肢体残疾人家庭的经济状况大多较差，很多家庭只能依靠政府政策补贴生活，家庭成员的无条件付出加上经济条件差更加加剧了残疾人人际交往自卑心理，例如 A18 “觉得自己家穷，在各方面都不如他人”。再次，肢体残疾人家庭中经常会有不良的沟通方式，例如社工观察到 A13 和 A4 的家庭成员经常会出现“你不行”、“你怎么这么没用”“我说了你也不懂”等类似的不良语言模式，家庭成员不良的沟通方式、带有贬低的语言，都会导致肢体残疾人的自卑。最后，肢体残疾人婚姻状况不良，在一定程度上影

^①许莉娅.个案工作[M].北京:高等教育出版社.2004:205-206.

响肢体残疾人的人际交往自卑心理，他们选择配偶上存在较大的困难，而在中国式家庭中，配偶和子女依旧是残疾人依靠的对象，残疾人的婚姻状况对残疾人的精神慰藉、心理健康、生活看护以及经济供养起着至关重要的作用。

3.社会生存环境

根据第二次全国残疾人抽样调查结果来看，相当一部分人就业状况和就业权益得不到保障，存在残疾人劳动保护缺失、就业率低、保障水平低、工作不稳定等问题，残疾人社会生存环境相当恶劣^①。对比城乡残疾人生存环境，身处农村的残疾人道德伦理负担更重，自卑感、疏离感更强，容易对社会生活失去信心^②。由于身体残缺，行动不便，与正常人相比工作效率低，所以社区肢体残疾人就业和发展机会少。社会上歧视和偏见现象层出不穷，小到村、社区和街道，大到整个社会，肢体残疾人夹缝生存，他们害怕社会的指点，只能选择尽可能躲避这种歧视和偏见，对于社会给予自己的污名化标签选择默默接受，自卑心理在其心中不断强化乃至根深蒂固。

^①李实,万海远.劳动力市场培育与中等收入陷阱——评《中国劳动力市场发展报告 2011-2013》[J].经济研究,2014,49(04):187-191.

^②李锦顺,毛蔚,符大伟.新农村建设中农村残疾人事业的社会工作视角研究[J].改革与战略,2007(5):36-37.

二、个案情况简介及服务方案设计

通过第一部分对 X 社区肢体残疾人群体性特征的分析，为确定案主人选打下了基础。有助于第二部分以及后面的个案介入研究中分离出案主的普遍性和特殊性，同时也有助于从案例中分离出适应群体特征的共性。

（一）接案与建立专业关系

1.案例来源

2022 年 7 月，通过社区工作人员的介绍和信息分享，社工对社区残疾人进行了入户走访和需求调研，在此的过程中，了解到 M 相关情况，后经过深入分析 M 的情况以及结合其自身的意愿，将其发展为服务对象，M 为外展服务对象，案主的求助动机强。

2.接案与建立专业关系

社区工作人员向 M 对社工进行了极力的推荐和介绍，“有什么问题 and 需要可以找社工”，M 对社工的印象良好，建立了最初的信任关系。在社工提出想要发展其为自己的服务对象后，她并未立即同意，只是进行了询问和试探，后经过深思熟虑以及与母亲讨论后决定成为案主。社工将收集的与 M 的相关资料进行分析，对其问题进行初步评估，与机构资深社工以及机构督导商讨是否能够为其提供专业服务，后与 M 进行讨论，介绍机构服务范围，告诉她可以做什么以及不能做什么，澄清其期望。初步评估完成后，机构认为可以给 M 提供适当的服务，且 M 也愿意与机构建立书面契约关系，于是 M 正式成为案主。

（二）个案概况与分析

1.个案简介

案主 M，女性，29 周岁，未婚，高中学历，居住在农村社区，车祸导致肢体二级残疾，基本上不能独立实现日常生活活动，性格内向，外貌不自信，极少社交，有较强的非理性信念，基本无朋辈好友。父母文化水平较低，母亲就近务工，其父亲腿脚不便，但也在外务工，父母关系一般，家庭成员之间的联系较为松散。案主的编号为 A3，与社工性别相同，在 24 名调查对象中较为典型，案主

的自卑感量表（FIS）社交自信维度得分排名第二，分数为 70 分，与最高分仅差 1 分，她的人际交往自卑心理较严重。在与案主的接触中发现，她对自己评价较低，害怕社交，极少出门，与社工交流时不敢直视社工的眼睛，经常性低头，对待社工十分局促不安，说话较为小声，可见自卑心理对她的日常生活带来不小的负面影响。具体分析案主信息可知：

从案主的普遍性来看：案主为肢体残疾人群体，有这一群体的普遍特征，如肢体残缺、行动不便等；案主人际交往自卑心理的各种认知、情绪和行为等表现是普遍的，即肢体残疾人人际交往自卑心理问题是普遍存在的。

从案主的特殊性来看：案主虽有肢体残疾人群体的普遍特征，但由于每个肢体残疾人的具体情况不同，如残疾级别、性别、年龄、婚姻状况与文化程度等，不同的个人之间还是会有较大的差异，案主又是一个特殊的个体。

2.介入可行性

案主在正式接受社工的介入之前，已有长达五年的居家休养生活，除了身体每日受到病痛的折磨，心理层面更是有数不尽的悲痛，加上长时间不与外界交流，案主的人际交往能力下降，人际交往自卑心理在其心中不断被强化。对此社工运用理性情绪治疗模式对其介入是必要的。理性情绪治疗模式的基本假设是：人类的认知、情绪及行为功能是彼此互动、整合为一的^①。而认知是情绪和行为的中介，由此可以推导出案主对人际交往的系列认知对其情绪和行为有巨大影响。

从案主接受介入的可行性来看，案主有强烈的改变欲望，案主清楚自己的问题，也知道自身的问题需要得到解决，从她的眼神、话语和动作中，可以看出她想要得到帮助，获得改变，求助能力较强。同时案主的母亲也希望案主能够走出家门，多与同龄人接触，能够有基本的社交，希望她能够像以前一样开朗自信。案主有强烈的想要改变的欲望是最宝贵的资源，这会给后期介入提供源源不断的动力。

从采用个案工作方法介入肢体残疾人人际交往自卑心理的可行性来看：

首先，残疾人易产生孤独感、自卑感，他们大多敏感多疑自尊心强、具有一定抱怨心理、情绪不稳定、富有同情心等^②，可见残疾人心理具有一定复杂性，个案工作作为一种针对性强和个别化的服务方式，有助于深入了解肢体残疾人案

^①亚伯·艾利斯,凯瑟琳·麦克赖瑞.理性行为治疗[M].刘小箐译.成都:四川大学出版社,2005:2.

^②宓淑芳,曹华.残疾人心理问题研究[J].北华大学学报(社会科学版),2009,10(06):116-118.

主的问题和需求，在此过程中能够与其建立良好的专业关系。同时，个案工作者用辩证的、客观的、全面的、接纳的和发展的角度看待案主的各种问题，能够在体现专业性的同时，让案主感知、体验、理解以至学会理性的思维模式。

其次，肢体残疾人内心渴望得到他人的尊重与支持，个案工作所强调的个别化、专注倾听、案主自决和接纳等价值理念会让他们感受到被理解、被支持和被尊重，因此个案工作的一系列价值理念对这一特殊性群体具有极强的适用性，个案工作方法在处理肢体残疾人问题上有其优越性。

最后，个案工作者在介入中的角色是多元的，如教育者、使能者和治疗者等，这个多元的角色同时也是动态变化及互动的，个案工作者对于自身角色的灵活把握和弹性筹划有助于适应具有自卑心理的肢体残疾人的各种细微变化，以更好的和更适配的角色促进其成长进步。

（三）预估及诊断

预估是搜集与案主有关的详细资料，了解问题、需求和资源等的相关构成，并依据既定情境中的事实与特点协助案主对问题及解决方向做出初步判断的工作过程^①。

1. 资料收集

社工在与 M 建立专业关系之前就已经接触了 3 次，第一次是进行入户需求调研，按照建档表格和需求问卷询问案主和其母亲一些问题，其中包括 M 的基本信息，案主的家庭成员，社会支持网络，爱好，需求等，在此过程中社工运用自己的身体符号，如姿势、仪表、眼神等，向案主表示出自己的尊重、接纳和关心，通过读取对方的身体符号，了解其想法，在了解其社会支持网络时，问及她是否会外出社交，是否有自己的朋友时，她便无可奈何的回答：“应该没有人愿意和我这样的人成为朋友吧。”后社工便开始关注肢体残疾人的人际交往问题，发现大多数的肢体残疾人会跟案主有同样的想法，有时候他们会自嘲，哪里有什么朋友。在此过程中也发现案主说话会下意识低头，有些局促紧张，说话小声，感到有些不安。第二次是进行社区活动邀请，案主比较委婉的表达了不想出去参加社区活动。第三次是进行家庭访视，社工在当时已经有意愿将 M 发展成服

^①董云芳等.个案工作[M].济南:山东人民出版社,2012:83.

务对象，所以特意找了一个机会去了解案主生活的家庭环境，了解案主的家人对案主的有关问题的看法、经验、感受和行动并提出发展 M 为个案服务对象。

案主母亲说：自从她经历了车祸之后，性格就变了，以前最喜欢出去玩了，现在很少出门，跟她说话她也不太愿意跟我说，有人来家里她也是不晓得说话，问她嘛还回答几句，反正是变得很沉默，我知道她一个人有时候很孤独，也很痛苦，但是我也没有其他办法，我是希望她能够接受这个样子（残疾），多出门看看，人都聪明、新鲜一些，在屋里人都要呆傻，多与你们这样的年轻人交流也是好的，然后能够学会照顾自己，我们有一天会老的，我很担心她以后的生活，为了生计同时要照顾她，我就在楼下超市上下班，还好老板还可以，距离很近有什么事我可以回来看下她，她爸爸反正一年到头还不回来一次哦，平时也没怎么联系，会给她转点钱。

社工对案主所居住社区进行了访视，观察案主生活的社区人文环境，访谈案主家的对应帮扶干部书记，了解他对案主平日的看法、感觉和评价。社区环境优美，绿化较好，卫生条件良好，社区内有大超市、小卖部和快递点等设施，针对儿童、老年人和残疾人分别有同伴之家、四点半学堂、老年人活动中心以及残疾人之家，社工站和社区居委会位于社区中心位置，居民可活动的地方较多，社区小卖部是社区居民聚集最多的场所，社区居民较为纯朴真诚，但由于社区为较新的社区，居民之间社区概念淡漠，联系较弱。

书记说：我们社区的残疾人其实年龄最多的是中老年，年轻的蛮少，对于残疾人所面临的问题我觉得主要就是社会歧视、就业问题、康复照顾，养老啊，社区硬件软件的建设这些吧，对于残疾人自己的话，确实她们会自卑一些，比较内向害羞，有的还好，有的就一直闷在屋里头，M 的话就是这样的嘛，她还蛮年轻的，人也还聪明，我每次去她屋里看她，那还是一个人呆久了，人有点闷，就像还有点怕我。

社工又与案主进行了一次比较深入的初步面谈，初步面谈主要内容整理如下如下：

社工：你说没有人愿意与你交朋友，你为什么会这样认为呢？

案主：因为我出去没得人跟我说话，我觉得他们肯定觉得我很怪，都瞧不起我，所以想都想得到，肯定没得人愿意与我交往的（非理性信念）。

社工：我很理解你的这种感受，但是你有没有与其他人主动交往过吗？

案主：有过，有试着去跟他们交流，但我感觉到他们总是忽视我，不尊重我，都不愿意跟我说话，也不认真听我说话，我说话的时候我觉得别人必须要认真听（非理性信念），我说话别人如果不能认真的听，我就会觉得有些难受，我觉得被忽略了，被歧视了。我也知道自己真的很差，残疾人，长得也不漂亮，拖着这样的身体，这一辈子可能也就这样了，没什么期盼了（非理性信念）。我真的感觉现实真的太残酷了，外面的世界真的好可怕，我现在不敢出门，我就想在家里。

社工：你为什么这么害怕外面的世界呢？

案主：我就是感觉自己融入不了这个世界，我害怕别人的眼光，因为我是没用的人、有缺陷的人，有缺陷的人是不能在这个社会好好生活的（非理性信念）。

案主主要存在四条非理性信念，而在后期的介入中会采取逐个击破的方式，首先协助案主探寻和识别其非理性信念，并在此过程中不断提高案主的主观能动性，其次从社工与案主互辩到案主学会自辩，最后案主的理性思维模式形成并得到巩固。

2.资料整理

通过这几次的接触，社工对 M 以及其所处的周围环境有了初步的了解，这对后期专业服务的开展奠定了坚实的基础。为了更加清晰的表明案主的生活现状，同时也为了后期介入过程中更加全面和系统的把握案主整体情况，社工绘制了生态图，如图 3-1 所示：

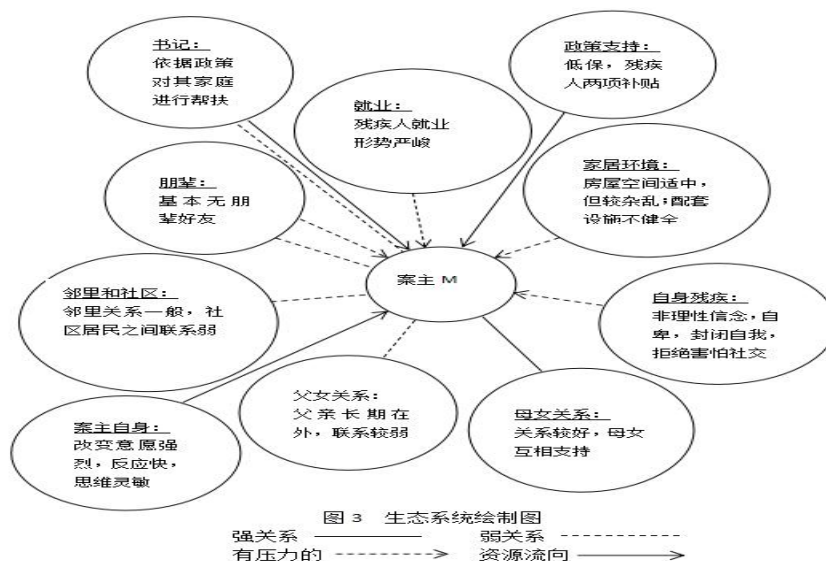


图 3-1 案主生态系统绘制图

根据图 3-1 案主生态系统绘制图,可以看出案主的压力来自各方面,主要包括自身身体和心理、家庭环境、朋辈关系以及就业环境;案主获得的资源主要来自自身、母亲、书记、社工以及政府;案主的社会支持网络薄弱,仅与母亲联系紧密。

3.问题诊断

童敏教授认为西方走的是一种“你找我”这种以需求为导向的专业化道路,而我国本土社会工作走的是一条“我找你”的专业化道路,与西方不同,我们应该以问题为导向,走进服务对象的日常生活,在服务对象的生活场景中寻找解决的方法^①。本文的案主为社工外展的服务对象,属于“我找你”的场景实践,所以对于本文来说,将会聚焦于案主的问题,走进案主的生活场景,与案主一起去寻找问题的解决方法。

(1) 问题的评估

根据上述生态系统绘制图(图 3-1)提供的有效信息,案主面临的主要问题有:

一是案主身体残疾,身体残疾是案主出现一系列问题的根本性原因,案主不能很好的面对自己身体残疾的事实,从而变得自卑、封闭自我以及拒绝和害怕社交,而剖析其更深层次的原因在于案主思考问题的方式,即案主存在较强烈的非理性信念。

二是案主的社会支持网络薄弱。社会支持网络理论认为一个人所拥有的社会支持网络越强大,就能够越好地应对来自外部的挑战^②。案主的社会支持主要来自其父母、政府政策支持以及社区书记,且案主基本无朋辈好友,可见案主获得社会支持的方式较少。社会支持网络可分为有形与无形两类,其中有形的支持包括物质或金钱类的支持和援助,而无形的支持多半属于心理和精神上的^③。可见案主不论是在有形支持还是无形支持方面都较欠缺。

三是案主面对的来自周围外部环境的压力较大。如家居环境杂乱,残疾人就业形式严峻,无朋辈好友等,外部环境也在无形中形成压力影响着案主,但最根本的造成案主情绪困扰的还是案主看待和处理这些压力的方式。

^①童敏.从需求导向到问题导向:社会工作“中国道路”的专业合法性考察[J].社会工作,2019(04):4-12+109.

^②方曙光.断裂、社会支持与社区融合:失独老人社会生活的重建[J].云南师范大学学报(哲学社会科学版),2013,45(05):105-112.

^③董金平,唐赛君.女性不孕的影响及其社会工作干预[J].社会工作,2013,(04):100-107+155.

可以看出，案主的问题焦点在于案主自身的非理性信念而导致的一系列消极悲观的情绪和行为反应。社工和案主一起分析得出问题的突破口在于解决案主的非理性信念。

（2）优势和资源

从案主自身来说，案主参与解决问题的动机强度较强，有积极主动想要改变的欲望，是案主较大的资源和优势；从社工的观察来看，案主的学习能力较强反应能力较好。

从案主的社会支持系统来说，案主母亲能够为案主提供物质和精神上的多方面的支持，且案主母亲的鼓励和支持对案主的改变信念有巨大的支撑作用；案主父亲给案主提供经济上的支撑；政府为案主及案主家庭提供了相应的政策补贴和物质援助，缓解案主的家庭经济压力，同时也让案主及其家庭感受到了来自政府对弱势人群的关心和关爱；社区工作人员为案主提供日常的关爱和帮助；社会工作者为案主提供专业服务。

（四）制定服务目标和计划

为给案主提供更加系统和有效的服务，社工与案主一起商定服务目标和制定服务计划，服务目标和服务计划是社工和案主双方在充分讨论下达成共识的结果。

1.服务目标

短期目标：解决具体困难，排除情绪困扰。分析案主人际交往自卑心理的根本原因；帮助案主发现其内在的非理性信念。让案主意识到自己情绪困扰的原因是由于自己的非理性信念。改善家居环境。

长期目标：恢复自助能力，选择适当生活，挖掘生命潜能。设计针对性服务计划，实施帮助案主建立合理认知，适应社会生活；案主学会自助，激发案主人际交往和就业等方面的自信心；巩固、扩大案主的社会支持网络，让案主更好的应对外部的挑战。

2.服务计划

整个介入过程分为明确辅导要求、检查和辩论、支持与巩固三个阶段，依据案主在不同阶段的需求、对理性情绪疗法的掌握程度，社工与案主共同协商出有针对性的活动内容并配合以不同的介入技巧。现用表 3-1 展示如下：

表 3-1 服务计划

介入阶段	介入步骤	介入目标	主要介入技巧
明确辅导要求	1	简洁介绍理性情绪治疗模式基本原理	运用表达专注、主动倾听、鼓励支持等会谈技巧，并对案主表示认同和接纳
	2	协助案主认识到导致自己情绪、行为困扰的原因是自身的非理性信念	
检查非理性信念	1	探寻“我无法忍受”的想法	识别
	2	探寻“必须”的想法	角色扮演、识别等
	3	探寻“灾难化”的信念	识别
	4	探寻“自我贬斥、自我谴责”的信念	识别
与非理性信念辩论	1	容忍度低的信念 VS 容忍度高的信念	质疑
	2	绝对化期望 VS 热切的希望	自我披露、理性功课、示范等
	3	灾难化信念 VS 反灾难化信念	角色扮演、质疑等
	4	贬低性信念 VS 接纳性信念	质疑、放弃自我评价等
支持与巩固	1	将理性信念与具体合适的情绪和行为反应方式连接起来。继续练习理性反应方式、内化理性信念并指导现实生活	布置家庭作业，扩大社会支持网络，实际操作

三、理性情绪治疗介入肢体残疾人人际交往自卑心理的过程

通过对案主背景资料的收集、整理和分析，社工与案主一起制定了个性化服务目标和服务计划，为介入打下了基础。在本部分介入过程中，可以大致分为四个阶段，分别是明确辅导要求、检查非理性信念、与非理性信念辩论以及支持与巩固。

（一）“寻”与“识”——检查非理性信念

正式进行介入之前，社工、案主母亲以及社区志愿者先对案主家的家居环境进行了整理，干净整洁的居住环境能够让案主感受到放松以及舒适。进行检查非理性信念之前，除了要与案主建立良好的合作关系外，还要做的就是向案主清晰简洁的介绍理性情绪治疗模式运行基本原理，为了更好的分辨非理性信念，向案主举例介绍了非理性信念三个特征，主要是要让案主明确导致自身情绪和行为的真正原因是自身的非理性信念，而不是诱发性事件，即明确辅导要求。在这一阶段，社工主要扮演教育者的角色。

作者认为非理性信念的检查工作包括“寻”与“识”两个部分，“寻”即探寻案主情绪和行为困扰背后的非理性信念，“识”即协助案主对自身非理性信念的认知和识别。当案主探寻和识别出自己的非理性信念后，社工将会协助案主开出一张“问题清单”，本文将会借助温迪-戴登的问题清单模式和不健康与健康的负性情绪清单（表 4-1）^①。问题清单将会从问题的主题（非理性信念）、体验问题的情境（诱发性事件）、负性情绪以及与这一问题有关的行为（情绪行为反应）这三个方面进行罗列。本文主要运用识别技术和角色扮演技术用以协助案主识别其非理性信念，社工在此过程中主要扮演使能者和教育者的角色。

1. 探寻“我无法忍受”的信念

在与案主接触中发现案主对于“没有人愿意与我交往”无法接受、不能忍受，“没有人愿意与我交往”是这一问题清单的主题。社工与案主的谈话记录如下：

社工：（身体前倾面带微笑）可以告诉我你是在怎样的情景场合下感受到没有人愿意与你交往吗？

^①温迪-戴登.改变的理由—理性情绪行为疗法操作指南[M].聂晶译.北京:中国轻工业出版社,2009:23-45.

案主：（低头）可以，就是像社区活动，大家坐在一起。（**问题的情境**）

社工：（眼神接触）为什么这样的场景会让你感觉到没有人愿意与你交往呢？

案主：（眼神闪烁）因为我觉得很尴尬，我坐不住，我不知道在里面能做什么，我看人家都在一起说话。

社工：你是觉得对这样的环境让你感到有些无所适从，感到尴尬和坐立难安，因为没有人与你交流。（**内容反应技术**）

案主：（有点紧张）是的。

社工：当你遇到这一情境时，你能从下面的清单中识别出你当时体验到的一种消极情绪吗？也许你会同时感受到多种不好的情绪，但是这里只能从中选择最主要的一种。（**识别负性情绪**）清单如表 4-1：

表 4-1 情绪清单

不健康的负性情绪	健康的负性情绪
焦虑	担心
受伤	悲哀
抑郁	悲伤
内疚	懊悔
羞耻	失望
不健康的愤怒	健康的愤怒
不健康的羡慕	健康的羡慕
不健康的嫉妒	健康的嫉妒

案主：（思考良久后）是受伤。（**不健康的负性情绪**）

社工：你有因为这个问题而出现什么相应的行为吗？

案主：（小声回答）我再也不想参加这种社区活动算吗？（**问题有关的行为**）

社工：是算的，并且我能够理解你的想法和做法，因为我在面对自己不太喜欢的场景时也会有类似的反应，比如说拜年的时候亲戚太多我就会有些害怕，因为他们有太多的问题要问，我讨厌这样的场景我就会抗拒与他们交流。（**同理心与自我披露**）

下一步社工与案主将所有会谈中所获得的元素进行整理和归纳，如下表 4-2 所示：

表 4-2 问题元素排列

问题的情境（A 诱发性事件）	问题的主题（B 非理性信念）	C 不健康负性情绪	C 问题有关的行为
参与社区活动但无人 与我交流	没有人愿意与我交往	受伤	再也不想参加这种社区活动

现在，将所有元素都放进一个句子当中，并引导案主将句子组织成这样：

当我参与社区活动，但无人与我交流时，我会认为没有人愿意与我交往，这让我感到受伤，以致于我再也不想参加这种社区活动。

识别即根据 ABC 理论以及非理性信念的过分概括化、绝对化要求以及糟糕至极等不符合实际的具体特征进行分析^①。社工与案主的谈话记录如下：

社工：根据上述句子“当我参与社区活动，但无人与我交流时，我会认为没有人愿意与我交往，这让我感到受伤，以致于我再也不想参加这种社区活动。”你觉得根据我们之前了解的理性情绪治疗模式，你的非理性信念是什么？

案主：是我觉得没有人愿意与我交往。（识别非理性信念）

社工：对的，而且我们可以一起来分析一下你这条非理性信念的特征，你觉得这是非理性信念的那个特征啊？

案主：（小声回答）这是过分概括化。（识别非理性信念特征）

社工：是的，你真的很厉害，你的理解能力很强！在你的这些描述中，可以看出参与社区活动但无人与你交流是诱发性事件，而感受到受伤是情绪反应，没有人愿意跟你交往便是你所产生的非理性信念，是你的非理性信念导致你的受伤，而不是参与社区活动无人与你交流。（鼓励技术）

识别技术一般会用在辅导初期，案主在社工的引导下探寻出自己无法忍受的信念“没有人愿意与我交往”。在会谈过程中总结出问题元素，对问题元素整理后案主识别出自己的非理性信念及其特征，案主对自己非理性信念的初步识别完成。针对案主“没有人愿意与我交往”这一非理性信念，分析可知，这一非理性信念的特征是“过分概括化”，根据 ABC 理论，诱发性事件 A 参与社区活动但无人与案主交流与情绪行为反应 C 受伤以及再也不想参加这种社区活动之间，存在着一种非理性信念 B，也就是说，导致案主出现受伤情绪及行为 C 的直接原

^①许莉娅.个案工作[M].北京:高等教育出版社.2004:207.

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/795323000010012120>