

大學生對認知治療團體之重要事件知覺分析初探

劉志如 劉彥君

摘 要

認知治療團體對於憂鬱的療效已被許多量化研究所驗證，其療效因子的內涵也經由一些質性研究被提出，本文試圖進一步針對實際實施於我國憂鬱傾向大學生時會發生的現象及團體歷程進行探索，因此本研究的目的為：(1)探索我國大學生參與認知治療團體時經驗到的重要事件知覺；(2)探索帶領我國大學生參與認知治療團體的領導者其經驗到的重要事件知覺。希望研究結果能建立起治療者與被治療者之間的橋樑。

研究方法係以諮商歷程研究法，根據團體實際進行的錄音稿，並於團體的前、中、後期訪談團體成員，以了解依據 Beck 的認知治療團體所設計的治療方案用於我國憂鬱傾向的大學生時，所呈現的現象，及其對團體的知覺。研究結果分為團體成員及領導者重要事件知覺，如下：(一) 團體成員的重要事件知覺有 1. 初期覺得團體的進度過於緩慢；2. 學習認知改變時把內在歷程視覺化效果較佳；3. 學習到改變情緒的責任掌握在自己手上；4. 在調整想法時會質疑“平衡性想法”技巧的可行性；5. 團體中的互動本身就有支持改變的效果；6. 回家作業的實際操作是重要的。(二) 團體領導者的重要事件知覺有：1. 成員在團體初期對於區分情緒及想法是有困難的；2. 「停格」是找出「想法」的重要步驟；3. 駁斥負向的自動化想法需要其他團體成員的協助；4. 結束後的實作才是改變的開始。

關鍵字：認知治療、團體治療、重要事件、歷程分析、團體知覺

劉志如 國立東華大學諮商與臨床心理學系副教授。

劉彥君 國立東華大學諮商與臨床心理學系助理教授。(通訊作者：yenliu@mail.ndhu.edu.tw)

緒論

自 1977 年起，Rush 之研究即開始報導憂鬱症患者之認知治療療效優於藥物治療之療效(Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977)；而後 1989 年美國精神衛生總署(NIMH)對憂鬱症病患的研究也證實認知治療優於藥物治療。而 Gloaguen、Cottraux、Cucherat 與 Blackburn(1998)對憂鬱症療效的統合分析研究也發現，認知行為治療優於等待組、控制組或抗鬱劑組；在預防憂鬱症復發的效果上，接受認知行為治療的病人只有 29.5 % 在一年後會復發憂鬱症，而接受抗憂鬱劑治療的病人卻有 60 % 在一年後會復發。DeRubeis 與 Crits-Cristoph(1998)回顧三個大型的臨床研究也獲得類似的結果，驗證了認知行為治療在治療結束後對憂鬱症有持續效果。因此，個別認知行為治療對輕度至中度之憂鬱症狀緩解的成效已被確立。

針對認知行為團體治療，劉彥君、藍玉玲、劉志如與周育如(2008)就認知行為團體治療近十年趨勢、有效之治療程序、團體內容及對不同病症或群體之療效，提供系統性後設分析；其研究發現研究樣本平均效果量為 -0.68，驗證了認知行為治療團體對憂鬱情緒具緩解效果，另發現兒童青少年群體的效果量高於成人，且在團體設計上，有發治療手冊的效果量較佳。另亦有多篇研究曾以認知治療團體療效的後設分析驗證了認知治療的效果量遠較安慰劑高(Dush, Hirt, & Schroeder, 1983; Miller & Berman, 1983; Petrocelli, 2002)。Corey(2009)將 Ellis 的理性情緒行為治療(REBT); Beck 的認知治療(CT); 及 Meichenbaum 的認知行為治療(CBT)統歸於認知行為治療取向，認為不論是認知行為治療或是認知治療，在治療取向的歸類上，均有共通的假設即認為案主的症狀源於認知功能障礙，並把治療焦點放在挑戰認知以促成情緒及行為的改變。而 Beck 的認知治療更是聚焦於處理辨識和改變負面想法和不適應的信念。以下介紹 Beck 認知治療應用在憂鬱症當事人的主要概念。

Beck 的認知治療理論，是建基於憂鬱症患者對重要事件會產生認知的偏誤，而認知的偏誤會引發憂鬱的情緒反應進而引發憂鬱症狀。詳論之，Beck 認為憂鬱的個體常潛藏著一些失功能的核心信念(dysfunctional core belief)，這些失能的信念會導致憂鬱的認知基模(depressogenic schemas)；而這些扭曲的認知基模或失功能的核心信念，在個體沒有明顯壓力的狀況時，不會產生憂鬱情緒，但當個體經驗壓力無法負荷時，就會激發失能認知基模，而促發負面自動化思考。患者也會因這種自動化思考而形成一種惡性循環的歸因模式，此種負面思考容易使人產生愧疚感，覺得自己一無是處，或是沒有自信心(low self-esteem)，進而引起憂鬱症狀。Beck 進而發展認知治療的技術，如蘇格拉底式的問話、探究自動化思考歷程、家庭作業、問題解決技術等來改善憂鬱症狀(Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)。

而上述 Beck 的認知治療不論在國外或國內雖均已被廣泛的應用在心理治療上，但國內的療效研究多以實驗組對照組前後測的研究設計方式進行療效評估(莊慧姿, 2000; 陳偉任, 2006; 陳采蕙, 2003; 李季錦, 2012)，或是將焦點聚於此團體方案是具有助益性的及療效的內涵(林梅鳳, 2001; 陳采蕙、夏一新、周桂如, 2004; 蔣秀容、林梅鳳、陳麗玉、許惠珠, 2005; 謝玉萍, 2008)或是成員出現的憂鬱認知內涵(李伊淑, 2004)。然正如認知治療創始人 Aron Beck 的女兒，也是認知治療與研究學會的主席 Judith S. Beck 所提醒，認知治療雖然有許多標準化的流程，但許多時候個案並不會以既有設計的流程來進行治療，雖然一位有經驗的認知治療者，在遭遇一個有挑戰性的治療問題時，常有一些直覺性的處理，實質上這些已包括他們對案主問題的了解、對他們的診斷、對他們在治療中出現行為的背後動機及治療過程中的經驗等。她以其多年督導的經驗提醒許多心理衛生專業工作人員在思考其困境時不宜以籠統的詞彙帶過，會造成無法清楚的看到在過程中發生的現象及其議題(Beck, 2005/2007)。因此，Owen、Quirk、Hilsenroth

文獻探討

一、認知治療團體的特色、結構與治療進行過程

認知治療是短期取向、採結構化的治療模式 (Beck, et al., 1979)。案主和治療師是協同合作的方式來界定目前問題及解決方向。治療師在當中也會用系統性、教導性的方式來促發問題的解決，問題解決的方式採取實驗、科學的方法。過程中較少回溯案主的過去，而是將焦點聚焦於現在；並教導病患確認與修正自己對訊息的偏誤或扭曲，去揭露並挑戰其憂鬱性內在假設 (Blackburn & Davidson, 1995/2000)。

認知治療之基本架構首先為確認案主的負向自動化思考，並且去探討其自動化想法下的意義。其次再讓案主了解自動化想法和症狀之間的關係，以及自動化想法下的人生假設及信念為何。最後讓案主了解其人生假設與其失能的核心信念之關係，以及其核心信念與早期經驗之關係為何，最後再教導病患修正自己的行為及負向思考模式，並重新建立正向的詮釋方式 (Mondimore, 2005)。

整理上述資料，認知治療的流程是從情緒的檢視、探索開始，連結到最近的重要生活事件的情境或壓力源，接著和案主一起探索情境或壓力源之下的「自動化想法」。認知治療的基本技術包括讓案主察覺其內在自動化想法，治療師可透過蘇格拉底的對話方式，讓案主了解並修正其負面想法 (Beck, 1995/2003)。在晤談結束後，治療師也會指派家庭作業，例如填寫「認知紀錄表」，讓案主能夠做資料的收集以及練習所學的技術，並在下次的會談中，和案主討論作業所遭遇之問題 (Blackburn & Davidson, 1995/2000)。除了使用檢視內在想法技巧外，認知治療有時會伴隨使用行為治療的相關技術，例如有系統減敏感法、放鬆訓練、漸進式暴露法、肯定訓練等。

認知團體治療通常是一星期進行一次，一個團體的組成約 6-12 人，一次約一個半小時或兩小時的團體，連續 8-20 個星期。家庭作業是認知治療進行的過程中很重要的一環，強調在兩次治療之間，應提供

與 Rodolfa(2012)提出透過對介入歷程的分析與了解，才是幫助治療者了解造成改變的重要路徑；尤其 Beck 認知治療中強力介入的指導性風格，強調自動化思考被矯正、在每次的治療之間融入家庭作業的概念，需有更多的研究投入對這些治療中發生現象的了解與探究，尤其國內在應用 Beck 的認知治療模式時，治療者僅能揣摩國外可能的使用方式，宜有更多研究針對本土適用性予以修正或調整。

關於團體歷程的研究，整理過去研究發現包括有：透過個案自陳的量化評估表，做為歷程評估的預測指標或者中介、調節變項等的量化研究，如在 Delsignore、Carraro、Mathier、Znoj 與 Schnyder(2008)的研究中，使用以測量治療期待為目的的工具，探討成員知覺自身對於改變的責任是否可做為認知行為團體治療中的結果預測變項；而在 Hunter、Witkiewitz、Watkins、Paddock 與 Hepner (2012)的研究，則是透過測驗工具的評估，針對藥物及酒精成癮者的成員，了解認知行為團體治療是否為成員憂鬱症狀改變的調節變項。然較少研究針對成員於治療中的經驗，做質性的資料蒐集與分析。Fuller 與 Hill(1985)以及 Llewelyn(1988)均提醒治療師與個案認定之改變條件可能有所不同，了解個案在治療中所知覺到的經驗，改變發生的歷程，以及個案認為的治療歷程中重要事件，對臨床工作者是重要的，此知識將能建立起治療者與被治療者之間的橋樑，因此 Clarke、Rees 與 Hardy(2004)建議研究者應針對改變歷程中仍存在的許多問題進行質性的深入探究。歷程研究的重要學者 Greenberg (1986)更提出，歷程研究方法為避免見樹不見林，宜以「段落」或「事件」做為歷程分析單位才能夠顯現出臨床的意義。

據此，本研究將針對 Beck 的認知治療團體中，成員所知覺到的團體重要事件，據以建立治療者與被治療者之間的橋樑。本研究之主要研究目的有兩項：
(1) 探索我國大學生參與認知治療團體時經驗到的重要事件知覺；
(2) 探索帶領我國大學生參與認知治療團體的領導者其經驗到的重要事件知覺。

案主在治療室外的活動，以提供案主把治療室內學習的技巧延伸至真實世界練習。當案主的問題或症狀有機會因為練習家庭作業的活動而獲得緩解時，則將是維持他繼續參與治療的重要因素(Beck, et al., 1979)。Blagys 與 Hilsenroth(2002)整理認知治療與其他種治療的差異時，亦發現給予家庭作業是認知治療的重要特徵之一；而認知治療給家庭作業的治療技巧，也促使療效的維持與增加。在進行次數上，則認為認知治療是一短期有時間限制的結構化的治療方式，一般而言約是三至四個月的療程(Blackburn & Davidson, 1995/2000)。就各實驗結果發現治療進行從六次至二十次以上者，均能對憂鬱具有緩解的作用，而Wright(1987)的研究更發現，每週三次進行至第四週，憂鬱症病患的BDI得分可自29分降至10.9分。

二、認知治療的團體歷程與治療因子

在團體治療療效因素上，Yalom認為團體進行的本身即具有十一項療效因子：灌輸希望(installation of hope)、普同感(universality)、傳達資訊(imparting of information)、利他主義(altruism)、原生家庭的矯正性重現(corrective recapitulation of the primary family group)、發展社交技巧(development of socializing technique)、行為模仿(imitative behavior)、人際學習(interpersonal learning)、團體凝聚力(group cohesiveness)、宣洩(catharsis)、存在性因子(existential factors)(Yalom, 1995/2001)，而國內學者就上述的療效因子進行研究後發現，在我國成員對於團體治療的療效因子更重視認知性獲得及經驗分享較少強調情緒宣洩(王麗斐、林美珠, 2000)。針對認知團體的療效評估上，Oei 與 Dingle(2008)發現有效團體的八項重要因素為認知性的獲得、對團體的正向感覺、行動力的引發、自我坦露與分享、共通性、利他性、家庭關係的體驗與瞭解、建議的提供。國內針對認知治療團體療效因子的發現，則集中在覺察人我知覺及感受人我互惠(林梅鳳, 2001)以及投入團體後感受到團體的凝聚及學習到認知行為改變的素材(翁一婷, 2004)。

Hoffart、Lysebo、Sommerfeldt 與 Rø(2010)應用認知治療於心因性暴食症的改變歷程研究，結果發現在每週評估的自我效能感增加以及特定失功能信念降低，能有效預測其症狀的減緩；在情緒方面，負向情緒評估降低，也能夠有效預測其症狀的減緩。而Oei、Bullbeck 與 Campbell(2006)利用結構方程模型試圖驗證貝克的認知治療模型中認知影響情緒、改變認知即能改變情緒的治療歷程，結果發現研究資料並非支持認知影響情緒，而是支持情緒影響認知。其研究發現認知治療介入前，憂鬱症狀、自動化思考及失功能態度彼此間有相關；認知治療介入後，憂鬱症狀、自動化思考及失功能態度有改善；認知治療介入後，憂鬱症狀可以顯著預測自動化思考與失功能態度，失功能態度可以預測自動化思考，然而自動化思考與失功能態度卻不能預測憂鬱分數，此與貝克的認知治療模型不一致。

對於治療現象的質性分析研究中，Clarke 等人(2004)以紮根理論分析個案接受認知治療時的經驗，並解釋改變如何發生。他們的研究發現個案接受認知治療時，其主要經驗可歸為三個部分：(1)治療中個案所經歷的情緒及人際因子(一般性的治療性因子，non-specific treatment factors)，包括從對不熟悉的治療概念的抗拒、對認知治療的懷疑，漸漸因合作的治療同盟而增加對治療的承諾與投入程度；(2)個案對特定的認知治療技術及程序的學習，包括以認知治療的特定程序來理解、挑戰原有的認知想法，如何將所學的技術及模式應用於治療之外等經驗；及(3)個案所經驗到治療成效，包括感覺更放鬆、有自信及其他在情緒、想法與行為上的正向改變等。Shine 與 Westacott(2010)則以訪談方式了解被治療者認為認知治療的有效因素，其研究發現七個於治療歷程中的重要主題，包括：個案感覺到「被聽到」及「被接納」，且同時也對於自身問題有覺察，對於認知治療的介入，個案知覺到「學習是有形的」，且「對於自身行為模式有新的了解」；在治療關係中，個案經驗到「與治療師一起工作」的同盟關係。在Tasca 等人(2011)

研究中，發現認知行為團體的治療者可能因遵循治療手冊及其指導性較高的特性，而使與成員間的人際互動模式呈現較低的互補性(complementarity)，讓團體中期需要挑戰成員的認知時產生較多的抗拒。

從上述文獻中可以發現認知治療不論是以團體或個別的方式進行，療效均是明顯的，而針對治療歷程的研究結果，則多數以療效因子的角度予以探究，但再深究其造成改變的內涵，是否真如 Beck 所提出的改變自動化想法即能造成情緒的改變，則研究結果支持的證據不一。就國內外少數的團體歷程研究分析結果則更可以發現除了學習到認知治療的觀念有助於症狀的緩解外，團體療效因子(Yalom, 1995/2001)所提的治療因素，也在認知治療團體中出現，然就 Beck(2005/2007)提及仍需探究在標準流程進行中，不同的個案所可能出現的現象，尤其是本國憂鬱傾向當事人的團體進行歷程重要事件，則仍需更多研究參與了解，因此本研究試圖透過參與認知治療團體成員及領導者所知覺的重要事件，以了解從團體成員及領導者的角度，了解認知治療團體的歷程現象。

研究方法

根據研究目的，本研究採用 Elliott(1983)提出的重要事件分析法，進行團體歷程分析，Elliott 認為在進行諮商歷程研究時，通常會有龐雜的資料待分析，若研究者以全部的諮商治療對話來進行分析，易落入見樹不見林的困境，故建議採重要事件分析法來探究，此方法的精神在於掌握並分析在諮商歷程中發生變化的關鍵時刻（事件），亦即掌握在治療過程中某些關鍵時刻（或事件）對於被治療者而言是有意義、或有衝擊性、並進而能促成對諮商過程或結果的影響。研究者可將此重要事件，視為是對龐雜諮商歷程資料的一種抽樣方式，以協助研究者抽取出最接近治療因素作用位置的段落。

本研究分為兩部分，第一部分以參與認知治療團體成員，所知覺的重要事件，以了解成員在這個治療

環境下的重要知覺，進行方式是在團體結束後進行一對一訪談，先邀請成員回顧在治療中覺得印象深刻或重要有意義的事件，請成員標示出段落，再邀請成員說明此經驗的重要性；第二部分則以爲了解認知治療在我國實施的經驗，故以團體實際進行的歷程逐字稿，參酌團體領導者在帶領後的心得綜合分析，以探究此治療團體的實施經驗。(Elliott, & Shapiro, 1992)。

一、研究對象：

本研究於大學校園中張貼受試者招募廣告，招募自願參與的大學生，招募條件爲「有持續兩個星期以上的憂鬱心情、莫名的想哭、什麼事都不想做、失眠、食慾改變、記憶力注意力變差等狀況」。最後參與本研究的研究對象共有五位，平均年齡爲 22 歲，其中一名爲男性，另四名爲女性。在 BDI-II 前測分數從 9 分至 39 分，平均 18.6 分，是在輕度憂鬱的範圍(17-22 分)(盧孟良、車先蕙、張尙文、沈武典，2002)。在參與團體後 BDI-II 分數呈下降趨勢，後測分數 1 至 27 分，平均 12.8 分，落於正常範圍(0-16 分)，平均下降分數爲 5.8 分。

二、研究環境設定：

(一) 設定認知團體治療的進行流程：

爲忠於探究 Beck 認知治療團體在我國實際帶領時發生的現象，本研究者根據受訓及閱讀的資料，先針對 Beck 認知治療模式的重要概念與內涵及其介入的策略及流程進行分析，並爲使本研究進行能與其他研究形成對話，故本研究選取由 Greenberger 與 Padesky(1995)以 Beck 認知治療精神爲主所設計之標準化治療手冊「Mind Over Mood」(手冊中譯本：「掌握好心情：想法轉個彎感覺大不同」，劉同雪譯，2007)與其治療者指引手冊(Padesky, & Greenberger, 1995/2007)做爲治療環境設定。

Padesky 與 Greenberger 過去曾是 Beck 的學生，之後皆投身於認知治療的發展及教育工作。Padesky 自 1982 年起便跟隨 Beck 在世界各地做認知治療的訓

練，而 Greenberger 則致力於認知治療創新的應用發展。Beck 在此手冊的序中提到 Padesky 與 Greenberger 對認知治療的發展過程及教育推廣有相當大的貢獻，且皆有豐富的認知治療經驗，因此 Beck 認為兩人合著之「Mind Over Mood」包含了清楚的認知治療步驟且是有效的治療手冊(Padesky & Greenberger, 1995/2007)。

劉彥君等（2008）根據過去對認知團體治療的後設分析結果，建議給予參與成員治療手冊有助於治療效果，因此本研究的認知團體治療的參與成員皆發與上述所提之治療手冊，團體進行之內容也依其治療者指引手冊所建議之設計來進行，一共進行 8 次團體。表一為根據其治療者指引手冊的治療流程摘取之團體進行目標與每次團體的重要流程。

（二）認知治療團體帶領者：

團體帶領者曾於美國 Southern California Counseling Center 及 Gateways Hospital 學習如何以認知治療處理憂鬱症，並於過程中接受督導，能有效執行認知治療之精神。之後團體帶領者亦多方閱讀認知治療相關等資料，對於認知治療團體的實際與應用具相當的資格。

三、資料蒐集與分析

研究資料來源包括兩部分，第一部分為團體進行的歷程逐字稿及每次結束後的成員學習單記錄問

卷，用以了解每次進行中成員知覺並佐以每兩次團體後進行一次每位成員知覺的重要事件訪談；第二部分為每隔次團體帶領後的領導者心得訪談，以了解計劃與實際進行間的異同，進行方式是在每兩次團體結束後進行團體領導者印象深刻事件之訪談，以立即記錄的問卷為基礎，分別在第二次、第四次、第六次及第八次團體後進行半結構訪談，訪談大綱包括，請成員就記錄單記錄事件回憶這兩次團體中印象深刻的事件，請說明事件發生的段落，若回憶的重要事件超過兩個以上，則先標誌段落後再分別一一訪談，以就事件的影響有深入的了解；請受訪者先陳述印象深刻的原因，說明此事件對成員的影響是什麼？為什麼會認為這個經驗是重要的？以及此事件對成員情緒調整的影響是否有助益，說明原因。逐字稿騰寫者，由於團體逐字稿騰寫不易，故請騰寫者擔任團體非參與式觀察者，先針對成員大致發言簡記後，再事後依團體錄影帶發言內容予以騰稿，以詳實記錄團體過程。資料代碼，訪談資料代碼第一至三碼為訪談次數，例如 N01 代表第一次訪談；四至六碼為受訪者發言序，以第四碼為身份碼，第五-六碼為發言序碼，例如 E06 則為 E 第六次發言、團體帶領者代碼為 L。逐字稿騰寫後，再分別由訪談者一一予以校對。研究者一為團體事後訪談者，每次均於團體進行過程中在觀察鏡後觀察，以正確標記參與成員所回憶的重要事件段落之位置。

表 1 團體進行目標與每次團體的重要流程

次數/主題	團體目標	團體主題/內容	家庭作業
G1/理解問題五層面模式	<ol style="list-style-type: none"> 1. 說明研究目的及程序 2. 建立團體公約 3. 認識彼此 4. 簡介認知行為團體治療理念 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 說明研究目的及程序 2. 認識團體成員及其治療目標 3. 簡介團體認知治療 4. 講解「理解問題」（五層面模式） 5. 講解：最重要的就是認知 6. 介紹情緒的確認及評估 7. 指定回家作業 	<p>閱讀：「確認並評估情緒」、「情境、情緒以及認知」</p> <p>作業：「確認情緒」、「確認並評估情緒」</p>

G2/介紹認知紀錄表	<ol style="list-style-type: none"> 1. 介紹「認知紀錄表」 2. 定義及練習辨識自動化想法 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論回家作業 2. 講解：介紹「認知紀錄表」 3. 解釋並舉例說明認知紀錄表的前三欄 4. 定義並練習辨認自動化想法 5. 指定回家作業 	<p>閱讀：「情境、情緒以及認知」、「自動化想法」</p> <p>作業：「認知紀錄表」之前四欄</p>
G3/辨識自動化想法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 練習辨識自動化想法 2. 定義並練習收集支持及不支持「hot」念頭的證據 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論回家作業 2. 解釋如何辨認自動化想法；舉成員的回家作業例子來說明 3. 定義並練習收集支持及不支持「hot」念頭的證據 4. 指定回家作業 	<p>閱讀：「證據在哪裡？」</p> <p>作業：「認知紀錄表」</p>
G4/收集支持及不支持「hot」念頭的證據	<ol style="list-style-type: none"> 1. 練習收集支持及不支持「hot」念頭的證據 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論回家作業 2. 以成員的例子解釋並澄清收集支持及不支持「hot」念頭的證據 3. 指定回家作業 	<p>作業：「認知紀錄表」</p>
G5/形成平衡性或替代性想法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 學習平衡性或替代性想法以取代負向的自動化想法 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 回顧達成個人治療目標的進度 2. 舉成員的例子來說明替代性想法 3. 舉成員的例子來說明平衡性想法 4. 練習建立替代性或平衡性想法 5. 指定回家作業 	<p>閱讀：「替代性或平衡性想法」</p> <p>作業：「認知紀錄表」</p>
G6/定義及形成實驗行動計劃	<ol style="list-style-type: none"> 1. 發現替代性或平衡性想法 2. 形成實驗行動計劃，在日常生活中檢驗自己的自動化想法 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論回家作業 2. 定義及形成實驗行動計劃 3. 指定回家作業 	<p>閱讀：「實驗與行動計劃」</p> <p>作業：「實驗」</p>
G7/練習實驗行動計劃	<p>(一) 學習行為改變計畫，在日常生活中體驗改變</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論回家作業 2. 定義及練習實驗行動計劃 3. 討論預防復發 4. 指定回家作業 	<p>閱讀：「實驗與行動計畫」</p> <p>作業：「行動計畫」及學習心得</p>
G8/成員的未來計畫及道別	<ol style="list-style-type: none"> 1. 回顧及強化團體中的學習 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論回家作業 2. 討論成員的學習心得及治療目標的達成進度 3. 討論成員的未來計畫及道別 	

資料分析方式參酌 Ritchie 與 Lewis(2003)的概念，由開放性編碼、主軸編碼及選擇性編碼所組成，研究者與兩位協同編碼者進行逐字稿文本的閱讀、編碼與歸類，開放性編碼時盡可能以單一意義為區分段落先予以意義命名，再就開放性編碼完成後，將所獲取的第一層類別再做進一步匯集與歸納，就類別之間的關聯性或不同主題所代表的概念連結相近的概念形成更具方向性的類別向度，以了解各個概念類別之間的關聯與區辨，最後再就研究目的，檢視主軸編碼，找出核心類別以說明研究中的主要發現。評分者間在編碼的一致性為 .83。

四、研究倫理

考量到研究倫理，公開招募後，另行向自願參與者有詳細的研究流程說明，以獲得受試者之知情同意；研究者除因研究需要與受試者有連絡之外，其餘時間並無雙重關係，以確保研究所蒐集之資料公正客觀性。所有研究資料採匿名編碼，內容均作為整體分析之用，在分析文稿中不會辨別出受試者個人資訊。在團體進行時，為使成員的受訪資料受到保護，成員的受訪資料，領導者亦無法知悉。

在研究結束後，研究者會評估受試者的憂鬱狀況，根據需求做進一步專業協助之轉介。然本研究結束後，經研究者評估並無受試者有立即之危險，也無進一步轉介與治療之需求。

研究結果

研究結果分為兩大部分，第一部分呈現團體成員的重要事件知覺；第二部分呈現領導者的重要事件知覺。並據此呈現原始設計與實際進行後領導者的重要事件知覺內涵與團體成員的重要事件內涵圖（請見圖 1）。

一、成員於團體歷程中的重要知覺分析

成員對於認知治療團體的重要事件知覺包括：初期抱怨進度緩慢；將內在歷程視覺化形式有助了解自動化思考；工作期開始體認到認知治療的效果並發現

改變情緒的責任操之在己；對於平衡性想法的技巧使用有質疑；也表達團體成員互動的支持與監督是幫助他回家執行改變的動力；並同意執行回家作業對改變情緒的成效，舉例呈現如下：

（一）初期覺得團體的進度過於緩慢

參與的成員幾乎都表達了對初期參與認知治療團體的不適應，包括成員原先預期一來就可以開始談自己的困擾，但實際上卻是要先學習認知治療的基礎概念，因此「參加團體像是來上課的」、「進度太慢、覺得認知治療的步驟過於繁瑣」、以及「團體初期觀望他人揭露深度以衡量自我可以揭露的深度」是團體初期成員普遍有的知覺。

1. 進行的形式像上課教導

平常印象的團體根本就不會有...手上一定不會有就是一大堆的資料，然後還要讓你回家就是看很多就是一些文章，對，然後，所以我覺得就是認知團體會比較就是...一直在強調說，就是因為你的認知就是最重要的，所以他就會一直...就是...就是...那個著重在認知這一部份啊。(N01E012)

感覺就是老師會一直上課，然後我覺得就是都沒有辦法就是真正討論到自己的問題或者是就是很深入地去討論。(N01E007)

2. 認為所教導的認知改變步驟太繁瑣、擔心團體進度太慢

就是事實上真正參加的時候就是會有一些狀況才會來參加嘛，那我們其實也蠻希望知道說，那這樣子的設計，那跟實際上，其實現在...就是已經很煩的人，在...在...在參加這個這樣子的設計會不會反而更煩；(N01N020)

可能，可能我會覺得說可以不必要..就花那麼多時間這樣子，我覺得可以再快一點。(N01N021)

因為我們有八次，然後現在進行到第二次了，對，然後其實後面我會覺得這六次其實一下子就很快就過去了，對啊；(N01C073)

就是感覺參加完之後，不知道就是自己來參加這個團體到底是有沒有什麼意義的，對。(N01C074)

3. 團體初期的觀望及對自我揭露的恐懼

初期成員會以注意到其他成員不揭露自己的困擾為由，來合理化其於團體中選擇觀望不揭露的原因：

我相信他們的問題應該不...沒有那麼地單純。
(N01Y011)；

就是，可能，大家不是沒有困擾，只是大家都不喜...願意去把很重要的東西說出來。(N01Y012)

所以你會等到有人先說你才要說就對了（訪員問）呃呵...呃呵...（笑）(N01Y013)

對，然後因為就是半生不熟的這樣，所以很難有一些話題，可能是...可能想...就是可能是心裡有一些問題也是不好意思講這樣子。(N01P005)

我覺得.....不要太把那個.....因為我覺得那只是第三次的團體，那如果在一開始就講很多個人私事的話，我覺得不是很妥當。自己也不是會很想要去討論，而且加上當時情緒會跑出來，我覺得會阻礙當時的討論進行。(N02E037)

（二）學習認知改變時把內在歷程視覺化效果較佳

領導者於初期謹守認知治療的進行步驟，一步一步的帶領成員分辨情境、想法、行為，過程雖然緩慢，但在逐步的分辨過程中，成員開始體會一步驟一步驟的進行有助於他們捕捉到一瞬即逝的內在歷程，尤其是把情緒、想法寫出來，並標記它們的影響強度時，成員多數可立即感受到認知對情緒及行為的影響力。

1. 體會一步驟一步驟區辨的重要性

以前啊，就是可能啊，沒有比預期好就很生氣，就是可能有生氣啊，然後覺得受挫之類的，然後這個部份就是比較少想，反而就是用一個比較籠統的：感覺不好，因為你知道就是自己心情不好的時候其實就是那種感覺很強烈，可是就是哪一種東西你把它融合在一起就是會比較少去注意，嗯...如果要，就是回到那個練習使用那個，認知治療的模組來看的話，就是區辨，就是認真地去分析那些，就是分析那些情緒啊，就是在最那個...找究竟是相信什麼造成現在狀況的時候，那個還蠻...蠻...蠻貼近的。(N02C022)

然後以前就是說，可能有很多想法是以前就會這樣飛過可是沒有想到說原來...就是可能為什麼會這樣子啊什麼的，對，然後就...感覺會覺得，哦...就是你再...就是更深入地時候就不會這樣就過去一喔...原來癥結是什麼樣子。(N01P039)

在引發那個思考問題的部份會比較多，然後在區辨感覺的部份倒是在那個作業上會做比較...就是...就是會激發你就是要努力去想「那到底是什麼那到底是什麼」比較多。(N01C020)

2. 將認知歷程寫在白板上具視覺化的效果

就老師就會提醒說，你可以再怎麼樣多想一點或是說中間停下來澄清一下說你現在最 hot 的想法是這個嗎，然後第二次的話她就藉由白板這樣，然後...還蠻清楚的。(N02P012)

呃...因為就直接寫下來的話，會比自由口頭的話還要更...就容易閱讀，然後你要找重點的話就比如圈起來啊或者說直接...情緒指數是多少，...就是寫在那邊，給它畫下來，寫下來好像這樣就，就整個很清楚地在你的面前呈現這樣子，是很像...很像我們在...就是那種情緒產生的那一剎那，就是所有的東西其實是同時出來的那種感覺。(N02P013)

3. 標記情緒強度分數的效果

哦，這個唷，就是...恩，因為今天老師就是從情境、情緒那邊，然後就推，一開始就是想法很多嘛，就想很多，然後我發現今天比較不一樣就是，就是每一個想法後面會再寫到對應的情緒，然後就寫情緒幾分呀，然後什麼幾分幾分，然後你有那個情緒就是慢慢，慢慢去看那個得分的高低，我是覺得...，就是在那個情緒的分數來比的話，就其實還蠻快就可以看到哪幾個真的會比較影響到自己的想法。
(S02E008)

因為之前在練習的時候，自己並沒有這樣做，自己寫了一堆想法，然後那個想法到底那一個是最重要的也搞不清楚。覺得好像每一個想法都有關聯呀，然後，對呀，然後今天有這個步驟我覺得還蠻好的。
(S02E009)

(三) 學習到改變情緒的責任掌握在自己手上

在進行到工作階段時，成員開始出現比較有趣的知覺是發現原來認知治療是一個這麼聚焦處理情緒的治療方式，也就衍生了一個想法是「我要讓自己快樂嗎？」當學會了掌握情緒的改變的方式操之在己後，重點開始變成「我要」成爲什麼，而不再是「環境讓我」成爲什麼；因此，成員開始看到自己可掌握的部分，也體認到自己改變動機的影響力：

1. 體認到認知治療方式的目標明確

就是說，這個方法的目標非常地明確，就是要促使一些改變的發生，但是當一個人還沒有準備好要讓他改變的時候，這麼明確的目標反而會讓參與的人其實感覺是焦慮的。(N04C004)

會回到自己身上再想「我幹嘛要有這樣子的動機？我幹嘛要改變自己？我幹嘛要讓自己快樂一點？」。(N04C041)

2. 發現改變的關鍵掌握在自己手中

有呀，這樣的提醒讓我覺得說，這要怎麼說呢，因爲我對於自己不喜歡的東西，我可能就沒有正面的想法，對，所以，我之前不會想到這麼多，我只想到這是我討厭的，所以不會想要去碰這樣子，我對它不會想這麼多。可是知道這樣的問題點你可能.....如果你可能想要改變的話，解鈴人還是需要繫鈴人嘛，如果你想要發生變化，可能就需要看到這些事情，或這個狀態，你可能要先給自己一個提醒說要樂觀一點，或者是說.....，我覺得這一點還蠻重要的。(S02N004)

呃...我開始有一種感覺是，呃...呃...在情緒裡面有部份的呃...東西是自己可以掌控的，那當然有時候發生一些事情還是會影響情緒。(訪員：嗯！)重點，呃呵。所以，在整個步驟上其實少一個最重要的步驟是：要用或不要用。(N03C029)

嗯...就是有些情況下就是好像快樂跟不快樂可以有一部分被決定，自己決定。(N02C069)

(四) 在調整想法時會質疑「平衡性想法技巧」的可行性

認知治療的重要步驟是在找到自動化想法後，需學習找到不支持此自動化想法的證據，來挑戰舊有的

想法及形成新的想法，成員發現其實在找證據的過程中，可以很快察覺自己與他人不適應的思考習慣，並進而改善情緒；但有時也因情緒的強度降低了而失去改變行爲的動力。

1. 察覺到找證據的同時情緒就已經在改變

第七次就是這個替代性想法，...就是學創造出一個可以接受的句子，就蠻有效的就還蠻吸引，覺得好像可以照著做看看。(N04C050)

去...去看到原來自己剛好有一些想法之前沒看到，好像找自動化想法然後再找支持的證據跟反對的證據的時候，好像在找的過程就已經對情緒產生一些影響了。(N04Y022)

2. 認爲生活中情緒產生的當下仍無法實施所學的步驟

會覺得有一點點...嗯...就是情緒過了之後，然後再來想，那比較容易，可是真正當下的時候就要叫自己立刻想到這些事情然後去改變情緒是比較...就覺得還不如去看電視比較快。(N03N007)

呃呵，如果說，好，情緒都過了，然後事後再回來想支持跟反對的證據(N03N008)

就覺得現在情緒中的時候，哪有可能還去找證據跟反證，就整個人就是情緒出來了。就是，反而講太多，越想越難過，就是說，講了之後反而變得更難過。(N03N016)

有提醒的作用是在，不要一次就想解決所有問題，而是說從一點點小的起點做起。(N04E022)

3. 平衡性想法反而使自己失去力量

本來我舉的情境是生氣，然後後來討論下來反而變沮喪。(N03Y041)

那感覺就覺得反而會寧願生氣，不願意沮喪。(N03Y042)

覺得平衡性想法反而會讓人從很有力量變成很沒有力量，可是事實上負向的感覺還是沒有變，從那種很強就突然變成很弱，完全沒有能量反而讓人更不舒服。(N03Y046)

(五) 團體中的互動本身就有支持改變的效果

雖然認知治療團體並不強調團體動力，但成員對於團體動力的知覺仍是明顯而豐富的，包括會因為需要在團體分享作業的壓力，而產生動力去執行作業。

我...因為我覺得在團體中就是大家可能會分享很多自己的一些事情，就是，我覺得在分享的過程中，就是...因為就是更見到那個人，就是發生很...什麼事情，就發生過什麼事情，然後就是...就是...也許就是會增加一些親切感吧！(N02C060)

比較有印象的是我給 P 一些鼓勵，然後希望他真的去做做看這樣子。(N04Y008)

因為話題變多的嘛，所以可能聊的更開，大家的問題點都不一樣，有的話題跟別人雷同的話，就是你會產生跟你有這想法的朋友，然後大家就比較願意說，問題點在哪裡。我覺得它蠻重要的啊！因為同學講話其實還...不一定無時無刻同學都會有分享，但是我覺得每一個人來講都...都讓我有一些新的想法。(S02N011)

對，就覺得：哦，原來是這樣子.....其中有一個是有提到自動化思考的那部份，他是說我就是...ㄟ，我應該要多信任別人多一點，就是把每件工作分給人去做這樣，然後我覺得這個是有切中到我自動化思考中的一個想法啦。(N02E017)

(六) 回家作業的實際操作具重要性

認知治療強調做中學，故而回家作業及在團體外的應用是治療重要的一環。雖然有些成員覺得回家作業會多花很多時間，但也深刻體會認知治療的回家作業是重要的，尤其成員在實際執行後才能發現此方法的優缺點。

我覺得一個就是一定要想回家作業啊，(I：呵呵...)然後回家作業的話可能就是不是悶著頭想就會有東西出來啊，然後所以就是會從生活中的例子來當回家作業，所以就自然而然地把這兩天，把適合的像是這樣套在上面。(N02P022)

呃...其實寫完之後會反覆地思考自己是不是真的做錯了。(N01Y055)

1. 在團體外應用加強對認知改變效能的信心

嗯...我覺得應該算吧，就，因為後來我就，就在想說好像列那些反證好像讓我沒有那麼地...情緒那麼大之後，可是還是有一種困惑的想法，那所以我想說今天還是會跟同學見到面是不是，可以問問看一些自己心中的困惑這樣子。所以後來回家就有大概問一下啦！因為只是簡單帶過你在我家住得怎麼樣啊，她就說我覺得超麻煩你的啦，然後就說很好可是覺得蠻麻煩我的，就可能跟我之前最早的心情是不一樣的，對，然後就發現好像果然是我自己有點想太多。我就覺得針對這件事情是自己不對了，就比較...一方面是自己想太多這樣子，然後也算有點解決吧！因為如果是我以前的個性可能就會悶著頭不講，可是心裡就會帶著小割傷，所以回來感覺就比較好。(N02P050)

就是老師先請你想一件事情—有點想做可是還不敢去做的事，然後先請你預估可能會發生的一個最可怕的後果，那，這樣子的一個預想會讓你心裡大概有個底案，就是說最慘大概就是這個樣子，那如果沒有發生的話會是覺得好像就是想太多了，不用想這麼多。比較不害怕。(N04N005)

二、領導者重要事件知覺：

團體計劃實際進行後，研究者先針對團體歷程逐字稿進行分析，並參酌領導者在帶領過程的重要知覺，發現領導者的重要知覺多集中在原團體計劃與實際實施時有落差的部分，其內容綜合整體如下：

(一) 初期成員對於區分情緒及想法是有困難的

在團體初始階段，目的在協助成員了解「問題的五個層面」，在預計的流程中，首先由領導者說明可由想法、生理、行為、情緒及環境等五個層面來理解成員的問題，領導者在實際團體進行的歷程中，則發現成員更習慣把這些混在一起像在說故事一般的陳述，而無法一格一格的做區辨，因此在學習辨識情緒與想法上有困難，這些的辨識工作在原始計劃中雖均是預定流程，但在本次團體進行時，則因時間太趕，領導者發現多數是他在教學，反而造成成員的個人議題沒有時

間分享，並認為可調整成先確認每位成員想改變的目標，並帶入生活事件做為練習，不急於教會成員學習。

印象比較深刻的是，我覺得他們就是剛剛有提到說希望他們可以區分比如說情境、情緒跟想法的部份，但是，其實他們是要把它五項把它分開來做一行為是什麼，情緒是什麼的部份，就是有照那個結構分開，但是他們在描述他們的困擾的時候還是用一個很故事性然後全盤性的一個來...來呢...來說明，當詢問情緒但是他們會連帶地把想法跟情境還有當時...就是感覺上就是一個故事一個完整的呈現。(N01L077)

(二)「停格」是找出「想法」(Hot Thought)的重要步驟

在團體轉銜階段，目的在協助成員「**辨識及確認最具情緒影響力的想法(hot thought)**」，並能學會自己辨識這個想法的合理性，尋找「**支持及不支持最具情緒影響力的想法(Hot Thought)的證據**」，在預計的流程中，首先領導者解釋如何辨識自動化想法並舉成員的回家作業例子來說明，接著定義並練習收集支持及不支持最具情緒影響力的念頭的證據。發現實施流程上，較預計流程時間長。而「停格」是辨識最具情緒影響力的想法的重要步驟，領導者發現成員在描述困難情境時傾向不斷的說故事變換場景，因此需協助成員先寫下一個場景，停留在情緒最明顯的片段情境，才能進一步找出自動化想法。

1. 「停格」是找到最具情緒影響力想法(Hot Thought)的重要步驟

我覺得...比較困難的是，他們會花很...長時間講整個很長的一個故事，所以好像必須要是協助他們，特別去澄清說，這邊的表其實記錄的是一個...一個片段的一個情緒，當情緒正在發生的那個片段的情境，而不是整個呢...故事這樣子。(N02L018)

就是說要去停住...其實為什麼稱之為自動化想法就是因為它太自動化，常常已經不是在我們的察覺範圍內，所以會希望他們可以做一個...一個類似停住定格的方式，去把那個步驟，像電影的慢動作這樣子分解，然後才可以好像看清楚那個自動化想法是長什麼樣。(N02L020)

最重要的應該是「停住」然後把它們寫下，那個本身的那個清晰程度，頭腦清晰程度有影響這樣子，對。(N02L028)

2. 用數字標示情緒強度有助成員找出情緒與想法間的聯結

變成是說呢...可能還要怎麼樣再加強其實是想直接引發了你的這些情緒，嗯，對，可是因為好像第三次的時候呢...我們都把焦點放在那個想法的部份，比較就沒有去處理到說，或是說去強調到說為什麼我們一直在講想法，其實是跟情緒...所以如果在呢...在講自動化想法的時候再連貫一個步驟讓他們看想法跟情緒之間的關係的話會更讓他們了解...，那你要怎麼去決定的時候，其實就是看它引發那個情緒的那個強度跟關聯性到底有多強，對。所以我們等於是說很多個想法其實都是可能的，都會引發情緒，所以...所以標記強度，這樣才可以確定說哪一個想法真的才是跟它引發那個負面的情緒才是最有關聯的。(N02L055)

(三)駁斥負向的自動化想法需要其他團體成員的協助

進入團體工作期，目的在協助成員「**形成平衡性／替代性想法**」，在預計的流程中，首先以成員的例子來說明平衡性/替代性想法，並練習如何建立替代性或平衡性想法。在實際團體進行的歷程中，由於最具情緒影響力的想法(hot thought)通常是有歷史因素才會造成情緒的關鍵，因此成員在陳述想法後，會解釋這個想法形成的歷史因素，而非就事實尋找支持或不支持證據來形成平衡性/替代性想法，在此部分，領導者發現主角通常需要其他成員及領導者的協助才能找出不支持的證據；同時，在評估平衡性想法對情緒的影響程度時，團體成員出現質疑，認為平衡性想法無法完全改變其負向情緒，領導者需協助成員討論合理的治療期待。在此階段團體出現危機，成員對認知治療的適用性開始有所質疑，並在團體中出現針對認知治療的學理討論現象而偏離了對自身問題的關注，領導者需重新澄清認知治療的適用性，並與成員更仔細地討論對進行認知治療步驟的困難，處理「對

替代性想法與安慰劑的質疑」，研究者發現處理此額外的治療主題對後續團體的順利進行是非常重要的。

1. 尋找證據的步驟易引發過去事件的陳述

那就拿比如說像第六次好了，那成員她就提到說，她覺得...她會覺得不自在或者是尷尬的那個部份是，她有提到說她怕...害怕被別人排擠，還有或是她自己做錯了。呃...然後那...那這樣子的一個想法她會覺得說，引發她當下那個不自在..又是想到說過去她那些事情才引發了想到說她做錯，可能是她做錯了才引發那個情緒，然後所以她會覺得說那直接說是不是我做錯那樣的想法，她又覺得好像不是那麼確定，她又覺得說那是因為過去發生的事情，就是好像會一直繞來繞去。(N03L011)

她會覺得，她一直覺得是因為過去的那個事件引發的，...就是試圖去澄清或是提醒他們說為什麼會有這樣子的想法，就是他們其實是很多過去的經驗，但是我們要找的是說當時那個 moment 馬上跳出來的一個想法是什麼的時候。(N03L012)

2. 找反證會需要其他成員協助

就因為那是他們已經很相信的想法，要他們自己找到反證有困難，呃...一個部份的話是說我會試圖去問成員說，請他們幫忙找反證的部份，或者是說請他們幫忙那個成員找說可能的自動化想法會有些什麼，就是說如果假設他們自己在那樣的情境下他們可能會...就是多一些可能性出來這樣子。(N03L023)

他們之間開始比較有一些正向的互動或希望可以幫忙，那，我發現還有幾個不錯的地方是他們有幾次是會...他們用他們自己的經驗來告訴另外的成員說其實並...就是說其實他原本的假設或原本的自動化想法並不一定是真的，因為他自己也有過類似的情境、類似的感覺，可是結果可能是不一樣的，這樣子(N03L029)。

3. 成員質疑平衡性想法只是安慰劑

那，他們好像也有對平衡...什麼叫做平衡性想法或替代性想法的一個疑問，或是質疑說那這是不是一個只是安慰自己的講法啊或是...就是對...對這樣子一個的...為什麼要找這個或找出這樣子的一個想法的

效...的功能到底在哪裡的一些疑問，對。(N04L003)

成員也會有質疑說那這樣子...就覺得說那...那這個到底是不是就是只是安慰自己的一種說法這樣子，對。所以在團體裡面必須要去澄清一個概念就是說為什麼要做這件事情，是因為他們的自動化想法通常是一個過度誇大或者是說完全負面的一個想法，但是他們並沒有考慮到另外一面的一個...一個事實這樣子。(N04L008)

(四) 結束後的實作才是改變的開始

團體學習應用與結束階段，目的在協助成員「形成實驗行動計劃」，因為是最後一次團體，成員在此部分比較像是要帶回去做的一種預先討論，但也知道後續是沒有其他成員協助做修正或監督。

最後結束就是聚焦到說實際上我可以去執行的步驟或是說把它聚焦到說一個...一個實驗這樣子，就是多少至少開始去思考，對，有個方向這樣子。因為它是個結構性八次的一個團體，所以這個地方一方面目標就是說教他們一個方法，但是沒有辦法仔細到說實際上落實怎麼個落實，或是他們落實完之後困...有什麼困難可以再回來討論，可能只是只有辦法進行到說我就把方法先教給你這樣子，對。(N04L037)

研究結果討論

為維持團體脈絡的完整性，以下之研究結果討論，將綜合團體成員及領導者在團體歷程中知覺到的重要事件研究發現，以事件主題的方式呈現：

一、團體初期區分情緒與想法，評估情緒強度是重要的

認知治療在進行時需定義每個項目，清楚地區分出情緒、想法與行為，做很清楚的切割。但本研究的領導者知覺到的重要事件（一）發現「初期成員對於區分情緒及想法是有困難的」，成員易將情緒、想法、行為混在一起或是對情境與證據間的區隔常糾結在一起。領導者需能堅持一步步的執行認知治療的進行流程；在領導者知覺到的重要事件（二），則發現「停格」是找出「想法」(Hot Thought)的重要步驟」，尤其

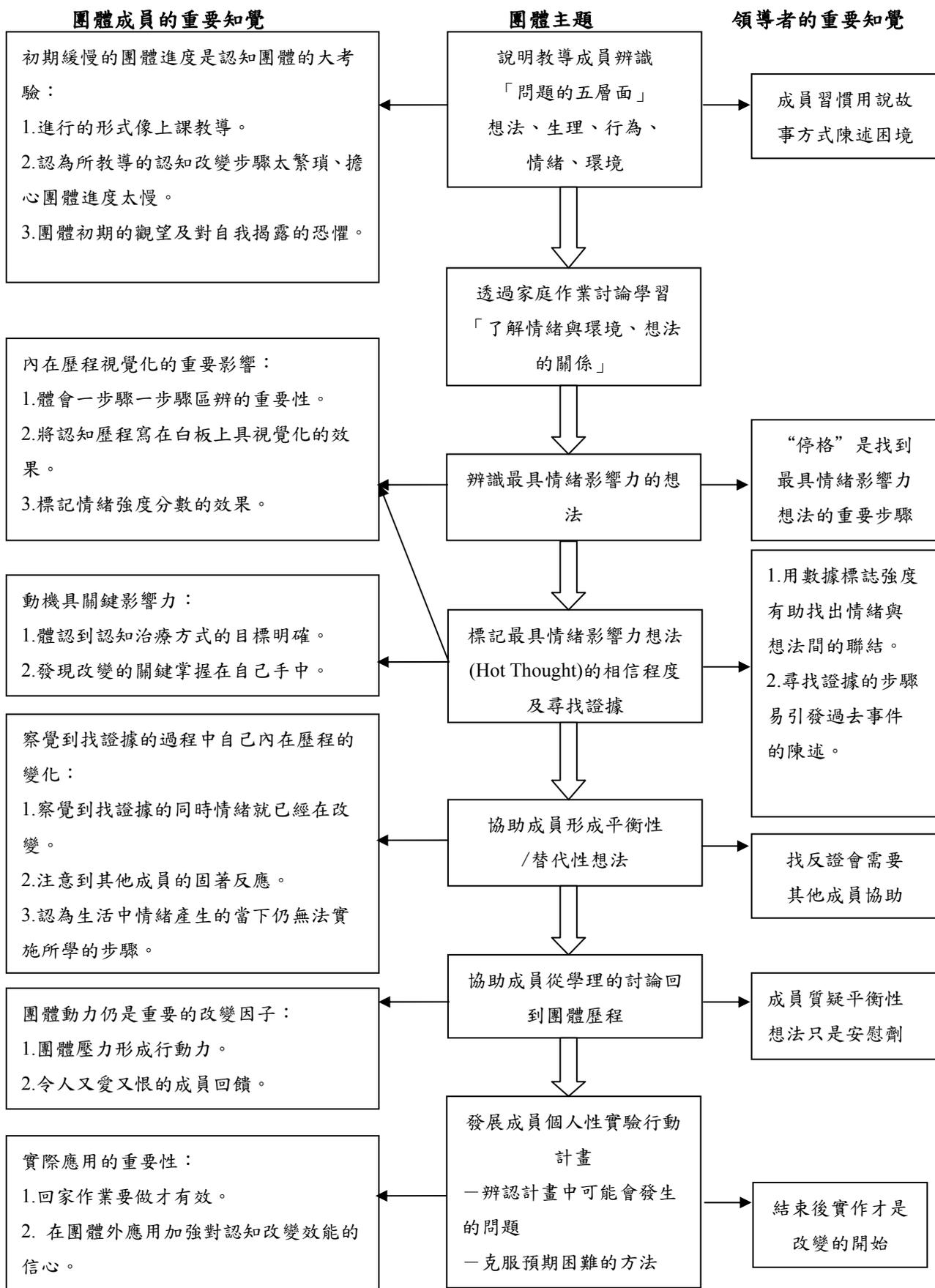


圖 1 團體進行中領導者的重要知覺與成員的重要知覺圖

是「用數字標示情緒強度有助成員找出情緒與想法間的聯結」，領導者若能協助成員停留在情緒最明顯的片段情境，較容易找出其自動化想法。成員在熟悉了區辨自動化想法後，會出現原來改變情緒真的能操之在己的學習效果。

而在此歷程中，團體成員知覺到的重要事件（二）發現「學習認知改變時把內在歷程視覺化效果較佳」，其中包括了「將認知歷程寫在白板上具視覺化的效果」及「標記情緒強度分數的效果」；這裡團體成員知覺到的重要事件與上述領導者知覺到的相呼應，也與 Clarke 等人(2004)的研究結果類似。成員認為一步一步的寫下各步驟，將內在的自動化思考歷程經由化為文字的視覺化效果，及將情緒強度化標記成數字，是辨識情緒、情境、想法之間的差異，並找到自動化想法的關鍵步驟。這樣將內在認知歷程視覺化的重要影響，是讓成員開始體會到認知對情緒具關鍵影響力。

二、團體歷程初期及中期，成員對認知治療的「抗拒」

在團體初期，團體成員經驗到需克服認知治療團體需學習新知識的困境，團體成員知覺到的重要事件（一）發現「初期覺得團體的進度過於緩慢」。成員強烈表達成員原先預期一來就可以開始談自己的困擾，但實際上卻是要先學習認知治療的基礎概念，因此產生「參加團體像是來上課的」、「進度太慢、覺得認知治療的步驟過於繁瑣」等知覺。而成員對「團體初期的觀望及對自我揭露的恐懼」，在 Clarke等人(2004)研究中的個案也有類似的經驗，個案的其中一種「抗拒」，就是不情願的採用這套治療模式或是覺得此模式和自己格格不入，因此對治療的回應是多疑地，對治療抱持懷疑的態度。個案在抗拒與害怕的過程中，可能會對閱讀治療者給予的手冊有惱怒的情緒。

這種對認知治療模式的懷疑，在團體進行的工作期，成員開始學習形成平衡性（替代性）想法時也再次出現。團體成員知覺到的重要事件（四）發現成員「在調整想法時會質疑「平衡性想法技巧」的可行

性」，成員雖然「察覺到找證據的同時情緒就已經在改變」，但同時產生「認為生活中情緒產生的當下仍無法實施所學的步驟」及「平衡性想法反而使自己失去力量」等負向反應。領導者知覺到的重要事件（三）發現「駁斥負向的自動化想法需要其他團體成員的協助」，成員誤以為改變情緒就是否認自己有負向情緒或是「質疑平衡性想法只是安慰劑」，不具積極解決問題的效果，因此當治療方式聚焦在認知的處理時，易引發成員在邏輯性的思辨，而再次質疑此種治療方式，容易使團體歷程在認知治療效果的討論中失焦。在這個階段，領導者需要善用團體成員的人際互動，以成員間的互助來處理成員這些負向反應。

Tasca 等人(2011)的研究提出團體中期成員的抗拒，也有可能是因認知行為治療的領導者具較高的指導性，與成員間的治療關係與其他取向的團體領導者相較之下，人際互動的互補性較低，使成員的扭曲認知或壓力因應方式面臨挑戰時，較容易產生抗拒。然而隨著團體的進行，經領導者藉由澄清概念並探索進一步成員的抗拒後，成員開始可以理解。因此團體領導者需妥善地處理這種對認知治療模式的抗拒和害怕，方能增加成員後續的參與程度，包括對認知治療的承諾與投入程度的增加(Clarke, et al., 2004)。這當中與領導者的合作關係便成為這過程中是非常重要的因素，能夠引領成員發展出覺察和對團體及治療模式更深的信任感。

三、成員對認知治療療效的體會

進入團體工作期後，團體成員知覺到的重要事件（三）發現「學習到改變情緒的責任掌握在自己手上」，當成員「體認到認知治療方式的目標明確」，並學會了掌握情緒的關鍵想法後，開始體會到認知治療的效果，並發現「改變的關鍵掌握在自己手中」，這時成員需面對要為自己的憂鬱負起改變責任的知覺，因此重點開始變成「我要」成為什麼，而不再是「環境讓我」成為什麼。Clarke等人(2004)在其研究中，以個案為例來說明當面對掌握了改變情緒的關鍵想法後，個案其實是會被「需對自己做承諾」的部份給嚇到，

以及不相信簡短的12週治療會使她的問題獲得改善。但若是治療具有療效，個案漸漸增加自我覺察，並會專注於治療內容及其問題經驗，並試著將其命名後，確實有助個案的情緒調節。

四、認知團體外的應用是治療過程中重要的一環

團體成員知覺到的重要事件（六）「回家作業的實際操作具重要性」及領導者知覺到的重要事件（四）「實際應用形成計劃是改變的關鍵」，都指出回家作業及成員在團體外的應用是治療重要的一環。認知治療強調做中學，雖然有些成員覺得回家作業會多花很多時間，但在治療過程中也的確深刻體會認知治療應用在生活中對情緒緩解所產生的效果。本研究的成員知覺經驗與其他關於認知治療家庭作業的相關研究結果是一致，支持伴隨家庭作業的認知治療較沒有使用家庭作業的效果好(Beck et al., 1979; Neimeyer & Feixas, 1990; Persons, Burns, & Perloff, 1988)，家庭作業與鼓勵團體外應用是有助於成員更有信心應用此治療模式來改善自己的情緒困擾。

（五）團體中的人際互動治療因子

團體成員知覺到的重要事件（五）發現「團體中的互動本身就有支持改變的效果」，說明了治療中經歷的情緒、人際因子及團體互動，也就是一般性的治療性因子(non-specific treatment factors)，對促進認知治療療效及成員改變具重要影響。雖然認知治療團體被定義為教育性團體，但成員間相互監督的力量是促使練習回家作業的力量，而成員與團體帶領者間及成員彼此間的相互信任與支持亦是成員是否願意進一步探索內在認知歷程的依據。Oei與Dingle(2008)也提到除了認知性的獲得，對團體的正向感覺、自我坦露與分享、利他性也是認知治療團體的重要療效因子。國內的認知治療團體療效因子研究，也發現覺察人我知覺、感受人我互惠、團體的凝聚對認知治療是非常重要的（林梅鳳，2001；翁一婷，2004）。Clarke等人(2004)及Shine與Westacott(2010)的研究也發現，個案感覺到「被聽到」及「被接納」、個案經驗到「與治療

師一起工作」的同盟關係等人際因子，都是解釋改變如何發生，及個案認為的有效治療因素。而Tasca等人(2011)比較認知行為團體與其他取向的團體的人際互動，特別建議認知行為團體治療的帶領者在指導成員應用認知行為技術前，應建立起足夠的治療關係，並在團體過程持續注意治療關係品質的變化。

結論

本研究探究了以 Beck 的治療理念所設計的認知治療團體介入流程，在進行時，我國大學憂鬱傾向的學生及團體領導者會經驗到的重要事件知覺，發現如下：團體初期區分情緒與想法，評估情緒強度是重要的，成員反應在區分過程中若團體領導者可以寫下來並標示情緒強度，這種視覺經驗有助他們更具體化內在的情緒經驗；在進到團體工作期前，團體領導者開始知覺到成員在學習上的抗拒，包括初期覺得進度太慢教育性太高，及團體工作期時團體成員當面對自己的自動化想法，靠自己找到反證是有困難的，此階段特別需要領導者及成員的協助；另在工作期中克服了學習上的困境後，多數成員反應認知治療確實具有改變情緒的效果，也深刻體會到改變的責任操之在己；回家作業是認知治療一貫強調的重點，在本研究團體成員的重要事件知覺也支持在團體進行之間，確實執行回家作業這種實作經驗是重要且有幫助的。而成員也知覺到團體中的互動及支持增加其想要改變的動力也加乘了認知治療的效果。上述的現象了解，有助我們了解認知治療團體歷程中發生變化的重要時刻，有助治療者對團體過程的掌握。

建議

依據研究結果，對於進行結構式的認知團體治療，本研究提出以下建議：(1)團體招募時可說明認知治療團體的性質，以降低初期團體期待落差的抗拒；(2)建議在辨識情緒這個步驟時，團體領導者可以安排多一些時間讓成員練習辨識自身的情緒，同時協助成

員釐清情緒與想法間的不同；(3)認知內在歷程視覺化對成員是重要的經驗，建議未來的實務工作者可多應用視覺化方式，幫助憂鬱傾向案主了解其思考與情緒間的關係，例如在團體過程利用白板書寫畫圖、製作步驟清楚的表格以協助家庭作業等；(4)在成員出現抗拒或質疑認知治療模式時，團體帶領者需特別注意成員的內在感受，並進一步澄清其治療的概念與方法；(5)在團體外的應用有助於成員了解認知治療方式的實際使用成效，可多設計及落實在團體外的應用及家庭作業，且需在團體中花時間予以檢核、討論；(6)在協助成員形成行動計劃並於團體外應用前，需花時間探索成員的改變動機，並協助成員加強改變動機，方能增加團體外的行動計畫的成功機會；(7)認知團體中的成員互動亦是治療的重要部分，團體帶領者仍需具備激發團體動力的知能，並需特別注意治療關係的建立，以加乘認知治療的效果。

研究限制

本研究僅分析一個認知團體發生的現象，雖然歷程研究已蒐集了團體歷程、成員受訪資料暨領導者受訪資料，但此發現仍屬於初探性質，因此無法以量性研究中多團體多樣本數的方式進行推論性論述或使用，建議未來研究可再累積更多認知治療團體歷程的發現，以豐富對於認知治療團體實務現象的了解。

收稿日期：102.8.13

複審一日期：102.10.25

複審二日期：103.1.10

通過刊登日期：103.1.15

參考文獻

方紫薇、馬宗潔等譯(2001)。**團體心理治療的理論與實務**。台北：桂冠。Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*
王麗斐、林美珠(2000)。**團體治療性因素量表之發展與編製**。*中華輔導學報*，9，1-24。

- 李伊淑(2004)。**認知治療對憂鬱傾向國中生諮商歷程與效果之分析研究**。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 李季錦(2012)。**認知行為取向團體輔導對提升國小五年級憂鬱傾向兒童挫折容忍力之效果研究**。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 林梅鳳(2001)。**認知行為治療團體對憂鬱症患者的衝擊與治療效果之研究**。國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士論文，未出版，彰化市。
- 姜忠信、洪福建譯(2000)。**認知治療的實務手冊—以處理憂鬱與焦慮為例**。台北：揚智。Blackburn, I., & Davidson, K. M. (1995). *Cognitive therapy for depression and anxiety: A practitioner's guide*.
- 翁一婷(2004)。**探討認知行為團體方案對 921 地震受創學童之焦慮與憂鬱問題之成效研究**。長庚大學臨床行為科學研究所碩士論文，未出版，桃園縣。
- 梁雅舒、張育嘉、羅振豐、趙文煜譯(2003)。**認知治療—基礎與進階**。台北：揚智。Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*.
- 莊慧姿(2000)。**認知行為團體心理治療對恐慌症患者療效之研究**。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 陳采蕙(2003)。**探討認知行為團體治療對憂鬱症病患憂鬱及自尊之影響**。國防醫學院護理研究所碩士論文，未出版，台北市。
- 陳采蕙、夏一新、周桂如(2004)。**認知行為團體治療於憂鬱症病患之臨床分析**。*慈濟護理雜誌*，3(1)，19-27。
- 陳偉任(2006)。**認知行為團體治療對女性門診憂鬱症患者治療效果之研究**。高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文，未出版，高雄市。
- 劉同雪譯(2007)。**掌握好心情：想法轉個彎感覺大不同**。台北：創意力。Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood change how you feel by changing the way you think*.

- 劉彥君、藍玉玲、劉志如、周育如 (2008)。認知行為團體治療對憂鬱症狀緩解之成效：近十年之統合分析。《中華心理學刊》，50(4)，383-402。
- 蔣秀容、林梅鳳、陳麗玉、許惠珠 (2005)。學習受挫學生參加認知行為團體諮商的獲益分析。《高雄護理雜誌》，22 (2)，16-29。
- 盧孟良、車先蕙、張尙文、沈武典 (2002)。中文版貝克憂鬱量表第二版之信度和效度。《台灣精神醫學》，16(4)，301-309。
- 謝玉萍 (2008)。團體認知行為治療對門診憂鬱症青少年之成效初探。臺北醫學大學護理學研究所碩士論文，未出版，台北市。
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems*. New York: Guilford.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2002). Distinctive activities of cognitive-behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review, 22*(5), 671-706.
- Clarke, H., Rees, A., & Hardy, G. E. (2004). The big idea: Clients' perspectives of change processes in cognitive therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*(1), 67-89.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8th.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Delsignore, A., Carraro, G., Mathier, F., Znoj, H., & Schnyder, U. (2008). Perceived responsibility for change as an outcome predictor in cognitive-behavioural group therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 47*, 281-293.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 37-52.
- Dush, D., Hirt, M., & Schroeder, H. (1983). Self-statement modification with adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 94*(3), 408-422.
- Elliott, R. (1983). That in your hands: A comprehensive process analysis of a significant event in psychotherapy. *Journal for the Study of Interpersonal Processes, 46*(2), 113-129.
- Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist analysts of significant events. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches* (pp. 163-186). Newbury Park, CA: Sage.
- Fuller, F., & Hill, C. E. (1985). Counselor and helpee perceptions of counselor intentions in relation to outcome in a single counseling session. *Journal of Counseling Psychology, 32*(3), 329-338.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*, 59-72.
- Greenberg, J. (1986). Determinants of perceived fairness of performance evaluations. *Journal of Applied Psychology, 71*, 340-342.
- Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1995). *Mind over mood: Change how you feel by changing the way you think*. New York: Guilford.
- Hoffart, A., Lysebo, H., Sommerfeldt, B., & Rø, Ø. (2010). Change processes in residential cognitive therapy for bulimia nervosa. *European eating disorders review, 18*(5), 367-375.
- Hunter, S. B., Witkiewitz, K., Watkins, K. E., Paddock, S. M., & Hepner, K. A. (2012). The moderating effects of group cognitive-behavioral therapy for depression among substance users. *Psychology of*

- Addictive Behaviors*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0028158
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology, 27*(3), 223-237.
- Miller, R., & Berman, J. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of research evidence. *Psychological Bulletin, 94*, 39-53.
- Mondimore, F. M. (2005). Unipolar depression/bipolar depression: Connections and controversies. *International Review of Psychiatry, 17*(1), 39-47.
- Neimeyer, R. A., & Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 21*, 281-292.
- Oei, T. P. S., Bullbeck, K., & Campbell, J. M. (2006). Cognitive change process during group cognitive behaviour therapy for depression. *Journal of Affective Disorders, 92*, 231-241.
- Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behaviour therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders, 107*, 5-21.
- Owen, J., Quirk, K., Hilsenroth, M. J., & Rodolfa, E. (2012). Working through: In-session processes that promote between-session thoughts and activities. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 161-167.
- Padesky, C. A., & Greenberger, D. (1995). *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 557-575.
- Petrocelli, J. V. (2002). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy for general symptomatology: A meta-analysis. *Journal for Specialists in Group Work, 27*(1), 92-115.
- Ritchie, J., & Lewis, J. (Eds.) (2003). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. London: Sage.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed out patients. *Cognitive Therapy and Research, 1*(1), 17-37.
- Shine, L., & Westacott, M. (2010). Reformulation in cognitive analytic therapy: Effects on the working alliance and the client's perspective on change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(2), 161-177.
- Tasca, G. A., Foot, M., Leite, C., Maxwell, H., Balfour, L., & Bissada, H. (2011). Interpersonal processes in psychodynamic-interpersonal and cognitive behavioral group therapy: A systematic case study of two groups. *Psychotherapy, 48*(3), 260-273.
- Wright, J. H. (1987). Cognitive therapy and medication as combined treatment. In A. Freeman & V. Greenwood (Eds.), *Cognitive therapy: Application in psychiatric and medical settings* (pp. 36-50). New York: Human Sciences.

College Students' Perceptions of Important Events in Cognitive Group Therapy

Liu, Chih-Ju Liu, Yen-Chun

Abstract

Cognitive group therapy has been found to be effective for treating depression, and related therapeutic factors have been examined. This study explored perceptions in the change process among cognitive group therapy participants in Taiwan, which included (1) participant perception of cognitive group therapy, and (2) therapist perception when conducting cognitive group therapy. Five college students with self-reported depressive symptoms participated in an 8-session cognitive group therapy. Each session was videotaped, and the therapist and each group member were interviewed at the beginning, middle and end of the treatment course. The transcripts were analyzed using process analysis methods. Results showed that clients perceived the following as important: (1) slow group process in the beginning; (2) visual representation of their thought process, including rating moods and writing down thoughts on the board were very helpful; (3) taking personal responsibility for changes in therapy was critical; (4) the feasibility of "balanced thoughts" was challenging to changing cognition; (5) connection and alliance among group members were important to changes; and (6) homework and practices were important. Group leaders perceived the following as important: (1) in the beginning, members had difficulty differentiating feelings and thoughts; (2) frame-by-frame motion was important to helping members discover their automatic thoughts; (3) group members needed others to help dispute automatic negative thoughts; and (4) action plans were key to making changes.

Keywords: cognitive therapy, group therapy, important event, process analysis, perceived change

Liu, Chih-Ju Associate Professor, Department of Counseling and Clinical Psychology, National Dong Hwa University.

Liu, Yen-Chun Assistant Professor, Department of Counseling and Clinical Psychology, National Dong Hwa University. (Corresponding Author: yencliu@mail.ndhu.edu.tw)