

第一章 序論

第一節 研究背景與動機

自從 1905 年，波士頓的內科大夫 Joseph Pratt 運用班級模式(class method)帶領一群結核病病患的團體聚會，結果發現憂鬱情緒有明顯的減低，而且住院天數亦有減少的現象，開啓了以團體方式進行治療的先例。1919 年，Marsh 將團體治療的模式應用於長期住院的精神病患，其成效相當顯著，因此帶動了團體治療模式運用在治療精神科病患的蓬勃發展(張、黃、陳，1999)。今日，團體治療逐漸廣泛地被運用在各種臨床實務上，包括精神病患、失智症病患、以及精神病患家屬團體，甚至癌症與愛滋病病患的團體治療，都顯示團體心理治療是一種有效的治療方式(Vinogradov, & Yalom, 1989 ; Sherman, Leszcz, Mosier, & Burlingame, 2004)。然而，在 1960 年代時期，雖然學者皆認為團體心理治療是有效的，但卻缺乏臨床的實證，直至 1970 年代以後，團體成效方面的研究從單一團體前後比較的研究開始，陸續加入了未接受治療、等候治療、藥物治療、以及其他治療方式作為對照組之後，才讓團體治療的成效研究擁有更多的客觀實證，證明了團體心理治療是一種相當有效的治療方式(Burlingame, Furiman, & Mosier, 2003)。

反觀國內的團體心理治療發展，自 1957 年陳珠璋教授從波士頓專研二年團體心理治療回國後，於錫口療養院(桃園療養院前身)進行臨床的團體心理治療，才帶動了國內臨床團體心理治療的發展

(陳，1987)，直到今日，團體心理治療一直是精神醫療領域重要的治療方式之一。國內團體心理治療成效的研究開始於 1972 年，但大部分都是學生為主要的研究對象，精神病患方面的研究反而不多，而且研究設計上存在許多問題，例如理論架構交代不清楚、團體內容

設計與團體理論不一致、以及自變項與依變項推論不夠嚴謹等（陳、李，1987），致使研究的結果只能提供參考，無法嚴謹地推論。近幾年來，關於精神病患團體心理治療成效的研究愈趨嚴謹，但是相對於門診病患的團體心理治療報告仍然相當有限。

而在團體心理治療療效因子的研究方面，國內外的研究大部分以 Yalom（1975）所歸類的 12 項療效因素為基礎，運用 Yalom 編制的療效因素評估工具 Q-sort 方式，或者 7 分 Likert's 量表方式（Corder, Whiteside, & Haizlip, 1981）進行評估。而國內的研究亦大部分以 Yalom 的療效因素量表為評估工具，但是多屬於研究者自行翻譯或刪減改編而成，未考量文化上的差異且未進行信效度的檢測（王、李、黃、陳，1982；張、黃、陳，1999；潘、符，1996；）。只有少數學者有檢測自行翻譯的量表之信效度（李，1992）或參考 Yalom 的療效因素與分析研究者本身帶領團體的經驗，編制成團體治療性與反治療性因素量表，並經信效度的檢測，發展較符合本土文化的評估工具（林、王，1998）。

許多學者從人口統計學特質、治療者特質、治療時間等變項著手，探討可能影響團體心理治療成效（outcome）與療效因素（therapeutic factor）的原因及其相關性（Piper, 1994）。亦即那些變項可預測團體心理治療的成效？可增強或減少某些療效因素的運作？是學者有興趣探討的主題。

雖然近 30 年來國外的研究皆證明團體心理治療運用在精神科門診病患具有明顯的成效（Bachar, 1998），但國內相關的研究則相當有限且多使用未經嚴謹信效度檢測的翻譯工具。因此有哪些因素會影響本土團體治療成效以及療效因素成為值得探討的議題。本研究期望藉由探討人際互動取向團體心理治療運用在精神科門診病患的治療效果

及其療效因素，以瞭解病患的人口統計學資料與個人特質對團體治療影響。本研究結果可提供健康照護專業人員進行團體心理治療的參考，以使病患獲得更多的協助。

第二節 研究目的

本研究主要在瞭解精神科門診病患接受團體心理治療後的成效，本研究目的包括下列幾點：

1. 瞭解研究對象的焦慮、憂鬱以及整體健康狀況在接受團體心理治療前、中、後的變化。
2. 瞭解研究對象在接受團體心理治療後，感受到的團體治療性因素及反治療因素之情形。
3. 探討研究對象的個人特質、焦慮、憂鬱和整體健康狀況以及團體經驗與團體治療成效和療效因素之間的相關性。

第二章 文獻查證

第一節 團體心理治療成效

團體心理治療（Group Psychotherapy）是指在一群病患中運用心理治療技術，以達到減輕心理困擾、改變適應不良、鼓勵人格成長與發展目的的一種治療方式（Vinogradov, & Yalom, 1989）。現今團體心理治療是精神醫學領域中相當重要的治療方式，也是學者爭先研究的重要主題（Beck & Lewis, 2000）。而團體心理治療的研究，主要可分為團體治療成效（Outcome）的研究與團體過程（Process）的研究兩方面。直到今日，團體心理治療成效研究的成果已相當豐富，而學者主要研究方式有下列三類：單一組前後比較之研究、團體心理治療與其他治療方式之比較性研究、以及不同團體心理治療之比較性研究。

單一組前後比較之研究

團體心理治療是否有效，可由參加團體治療的成員在治療前與治療後的主要問題或症狀是否有所改善而得知。有些單一組前後比較的研究運用症狀評估為治療成效指標，研究結果顯示病患在接受團體心理治療之後，其症狀有明顯之改善。以心理動力取向的團體心理治療來治療精神病患的研究中顯示，團體心理治療可以減少精神分裂症門診患者復發的機率（Ricks, 1974），亦可明顯改善情感性精神疾患、人格疾患以及精神分裂症住院病患之憂鬱與焦慮症狀（Marcovitz & Smith, 1983）。以人際互動取向團體心理治療應用於日間病房精神分裂症患者的研究發現，病患的身體化症狀、憂鬱、焦慮、敵意、恐慌、妄想以及精神病症狀均獲得明顯改善（江、陳、彭、蔡、袁，1993）。

以門診憂鬱症病患進行認知行為團體心理治療的研究中指出，患者經團體心理治療後憂鬱症狀有顯著改善(林, 2001)。Stevenson 和 Meares (1992) 則發現經過每週兩次，維持一年的團體心理治療後，有 70% 的人格疾患成員之症狀有明顯改善，已不符合人格疾患的診斷標準。

有些研究以病患的行為表現作為成效指標，陳氏針對 40 名男性狂躁住院病患進行每週一次的團體心理治療，結果顯示參與的病患在治療三個月後，其打架、逃跑、脫光衣服的情形已明顯減少，而經過 9 個月的治療後，病患可以彼此溝通、參與職能治療，其中 10 位病患出院，20 位從事病房及產業工作，共 53.6% 的病患因團體心理治療而獲益。陳氏另針對 36 名慢性精神病患分成男性團體、兩性混合團體與女性團體，分別進行 10 個月的團體心理治療，結果發現男性團體有 58.3% 的成員有顯著改善，而女性及兩性混合團體亦有 7 人有顯著改善(陳, 1987)。Stevenson 和 Meares (1992) 以 30 位人格疾患為研究對象，施以每週兩次，維持一年的團體心理治療，結果發現團體成員在暴力、自傷、沒有工作的時間、住院等方面的次數有明顯減少。

另有些研究以團體成員主觀的感受作為成效指標，Marcovitz 和 Smith (1983) 的研究指出，有 86% 的感性精神疾患、人格疾患以及精神分裂症住院病患主觀感受到心理動力取向團體心理治療對他們是有幫助的；卓與黃 (2003) 則針對參與薩提爾模式家庭探源團體的 18 位社區女性進行成效探討，結果顯示團體心理治療對成員生活規條的轉化或選擇、改善人際關係、以及對提升自我價值感三方面有明顯的幫助。

上述研究分別以精神症狀評估、行為表現觀察以及團體成員的主

觀感受等為成效指標，均顯示團體心理治療是有效的治療方式。

團體心理治療與其他治療方式之比較性研究：

許多學者比較接受團體心理治療與沒有接受治療（non-treatment）或等候治療（waiting list）的精神病患在治療成效上之差異性。有些學者運用人際互動取向團體心理治療（Bolton, Bass, Neugebauer, Verdeli, Clougherty, Wickramaratne, Speelman, Ndogoni, & Weissman, 2003；Mufson, Weissman, Moreau, & Garfinkel, 1999；O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel, 2000）、認知取向團體心理治療（Dobson, 1989；Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990）或精神分析取向團體心理治療（Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994）於憂鬱症患者，研究結果均顯示接受團體心理治療的病患其憂鬱症狀之改善明顯高於沒有接受治療或等候治療的病患。此外，這些接受團體心理治療的病患與控制組相較，其產後適應、社會適應（O'Hara, et al., 2000）、社會功能、交友功能以及特殊問題解決技巧（Mufson, et al., 1999）也皆有顯著的改善。而 Burlingame 等人分析 111 篇研究亦獲相同的結果，即有 72 % 接受團體心理治療的病患其症狀改善明顯高於沒有接受治療者（Burlingame, et al, 2003）。Bachar（1998）整理歷年來研究文獻亦顯示，團體心理治療比沒有治療、等候治療和安慰劑治療有較顯著的治療效果。

有些研究比較團體心理治療與藥物治療成效之差異性，其結果並不一致。運用人際互動取向團體心理治療與藥物治療於憂鬱症患者的研究指出，經過 16 週的治療或經三年的追蹤，只接受抗憂鬱藥物治療者或接受抗憂鬱藥物合併團體心理治療者其憂鬱症狀之改善（Reynolds III, & Miller, 1999）和憂鬱症復發率之降低（Frank, Kupfer,

Perel, Comes, Jarrett, Mallinger, Thase, McEachran, & Grochocinski, 1990) 均優於只接受團體心理治療者、接受團體心理治療合併安慰劑治療者和只使用安慰劑治療者，其中接受抗憂鬱藥物合併團體心理治療者其憂鬱症狀之改善又明顯高於只接受藥物治療者 (Reynolds III, & Miller, 1999)。Mohr 等人比較個別認知行為治療、抗憂鬱藥物治療以及支持性-表達團體治療 (supportive-expressive group therapy) 三種治療方式對多發性肌肉僵直症合併憂鬱症的病患之療效，經過 16 週治療後發現，接受抗憂鬱藥物治療與個別認知行為治療者其憂鬱症狀之改善明顯高於接團體治療的病患 (Mohr, Boudewyn, Goodkin, Bostrom, & Epstein, 2001)。

然而，Dobson (1989) 運用 meta-analysis 分析發現，70% 接受貝氏認知治療 (Beck's cognitive therapy) 的憂鬱症患者其憂鬱症狀之改善明顯高於接受藥物治療者。Lambert 與 Bergin (1994) 的研究中亦顯示，接受團體心理治療的憂鬱症患者其症狀緩解的情形比接受安慰劑治療者有效。針對懼曠症和恐慌症患者的研究亦顯示，接受認知行為治療的患者症狀的改善與接受藥物治療者同樣有效 (Mattick, Andrews, Hadzi-Pavlovic, & Christensen, 1990)。

有學比較團體心理治療與精神科一般例行治療 (藥物除外) 對精神病患治療成效之差異性。針對憂鬱症、雙極性情感性疾患、環境適應障礙合併憂鬱情緒、恐懼症、恐慌症、廣泛性焦慮症、強迫症以及身體化疾患等患者，隨機分配患者於人際互動取向團體心理治療組或例行治療組 (包括一般精神科醫師會談、支持性諮商、個別心理治療、家族治療或一般團體治療)，結果發現，接受人際互動取向團體心理治療者比接受例行治療者在心理壓力以及社會功能上有明顯改善，且治

療成本也較低(Guthrie, Moorey, Margison, Barker, Palmer, McGrath, Tomenson, & Creed, 1999)，其憂鬱程度與病情嚴重度顯著降低、整體功能與社會適應狀況皆明顯提升 (Mufson, Dorta, Wickramaratne, & Nomura, 2004)。而國內學者江麗珍等人 (1993) 針對日間病房慢性精神分裂症病患的研究亦發現，受團體心理治療的病患症狀改善的程度明顯高於未接受團體心理治療者。

綜合上述研究結果顯示，接受團體心理治療的精神病患比沒有接受治療、等候治療、接受安慰劑治療或精神科例行治療者有較佳的治療效果。但比較團體心理治療與藥物治療成效的研究則出現不一致的結果，是否受團體治療的過程、治療者、病患個人特質或其他影響因素的影響，仍有待進一步探討。有學者建議藥物治療合併團體心理治療可更有效地改善症狀與預防疾病復發 (Frank, et al., 1990)。

各種團體心理治療之比較性研究

有些學者興趣於比較各種類型團體心理治療對精神病患的治療效果。針對鴉片依賴病患的研究指出，心理動力取向團體心理治療效果高於藥物諮商團體(Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985)。針對飲食疾患患者的研究顯示，雖然認知行為取向團體治療對症狀之改善並沒有比人際互動取向或表達支持性團體心理治療 (expressive supportive group psychotherapy) 為佳，但在病患對食物的態度以及社交技巧的改善上，仍有較佳的效果 (Fairburn, Kirk, O'Connor, & Cooper, 1986 ; Garner, 1993)。另有些研究發現，認知行為取向團體心理治療對於憂鬱症和焦慮症患者的症狀改善效果比較好，而心理動力取向團體心理治療則對人格疾患以及混合型精神官能症病患的症狀改善效果較佳(Henry, Strupp, Schacht, & Gaston,

1994；Williams, 1992)。

從上述研究顯示，各種團體治療的效果可能受治療對象與治療目標的不同而有所差異，不同的精神病患可能適合不同的團體治療取向。

第二節 各種變項與團體心理治療成效的關係

許多學者探討影響團體心理治療成效的因素，主要從人口統計學、個人特質、治療者特質、以及其他因素等四個方向進行探討。

(一) 人口統計學因素：

許多學者探討性別、年齡、診斷、疾病年齡（chronicity 指第一次發病到參加團體心理治療的時間）、婚姻狀況和教育程度等人口統計學因素對團體心理治療成效的影響，其研究結果不盡相同。在某些團體心理治療的研究中，性別與年齡都是影響團體成效的因素（Yalom, 1985；Piper, 1994），但有些則研究則發現性別與年齡與團體成效並無顯著相關（Burlingame, et al, 2004; Lorentzen, & Hoglend, 2004; Piper, 1994）。Yalom（1985）表示教育程度會影響團體心理治療成效，而Piper（1994）更進一步指出教育程度及婚姻狀況則與治療成效成正相關，但Lorentzen與Hoglend（2004）的長期團體心理治療研究結果卻發現情感性與焦慮性疾患病患的教育程度與其人際問題、症狀、整體成效（Global Outcome）、團體心理治療對改變之助益（Impact of Group Psychotherapy on Change）以及整體功能評估（Global Assessment of Function）等五項指標之改善皆未達到顯著相關，而有結婚者只有和治療後整體成效（Global Outcome Measure）指標成正

相關，但人際問題、症狀、團體心理治療對改變之助益(Impact of Group Psychotherapy on Change) 以及整體功能評估 (Global Assessment of Function) 等方面，則未有顯著相關。

病患在治療前的症狀嚴重度與疾病年齡、以及合併有人格疾患的病患與治療成效呈現負相關 (Lorentzen & Hoglend, 2004)，但是他們針對情感性和焦慮性疾患的病人進行研究時發現，合併有人格疾患診斷者和治療前症狀的嚴重度兩變項與長期團體心理治療的成效並未有顯著之相關。是否治療時間的長短會改變這些因素對團體治療成效的影響呢？這有待進一步探究。而在診斷方面，Burlingame 等人以 meta-analysis 分析 111 篇團體心理治療的 effect size 發現，憂鬱症、飲食疾患、人格疾患、焦慮性疾患、住院病患、性侵犯受害者、壓力相關疾患、精神官能症以及無疾病診斷者在接受團體治療前後均有顯著的改善，其中憂鬱症患者接受團體治療前後改善的程度明顯高於壓力相關疾患、無疾病和精神官能症等患者，而飲食疾患患者的改善的程度則高於壓力相關疾患、性侵犯受害者、精神官能症、門診、住院等患者以及無疾病診斷者 (Burlingame, et al, 2004)。

(二) 個人特質因素：

個人特質對於團體心理治療的成效確實有影響。研究指出團體成員若具有較佳的心理悟性(Psychological mindedness)、自我張力(Ego strength) 與有建立成熟人際關係的能力、「有彈性 (exploitability)」 (Lorentzen & Hoglend, 2004)、行為表現具投入性(Kivlighan, & Mullison, 1988)、以及對團體的期望愈高 (Piper, 1994 ; Lorentzen & Hoglend, 2004)，團體心理治療的成效愈好，相反的，態度比較被動或者比較敵視/支配(Kivlighan, & Mullison, 1988)、「冷漠」、「支配」、「懷

恨」、以及人際困難程度愈高（Lorentzen & Hoglend, 2004），團體心理治療的效果就愈差。

（三）治療者特質：

治療者肩負起團體成員的篩選、事前的準備以及創造與維持團體的進行，一個治療者的專業能力將大大影響到團體的命運

（Yalom，1995），治療者對於團體成效應有一定的影響（Bachar, 1998）。研究顯示治療者具備有博士學位(Dush, Hirt, & Schroeder, 1998)、擁有治療經驗(Bachar, 1998; Orlinsky, & Howard, 1980)、表現出全心投入的態度（Ricks, 1974）、以及具備良好的治療技巧（Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985；Lafferty, Beutler, & Crago, 1991)的治療者，擁有較佳的團體治療成效；而不願意投入團體的治療者，其團體治療的成效較差。但是有學者的報告指出，在針對青少年與兒童的團體治療中，非專業或大學生的領導者在帶領兒童的團體心理治療所得到的治療效果比碩士級且具專業資格的領導者較好(Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987)。然而 Luborsky 等人（1985）與 Bachar（1998）的研究結果一致表示與病患建立良好治療關係的治療者有著較佳的治療成效，是否可以解釋 Weisz 等人（1987）的研究結果？非專業以及學士學位的治療師所帶領的兒童團體成效比專業或碩士學位的治療者來的好，是否代表著非專業或學士學位的治療者比較容易與兒童建立良好的治療性關係，這也是一個值得探討的議題。

此外，江麗珍等人（1993）對日間留院 16 位精神分裂症病患進行人際互動取向團體心理治療的過程中更換了不同性別的治療

者，結果發現團體歷程的發展受到了影響，但是否直接影響到團體的成效，研究者在報告中並無明顯之敘述，而相關的研究報告亦不多見，因此性別議題是否影響到團體治療成效則需要再進一步探討。

(四) 其他因素：

出席狀況(江、陳、彭、蔡、袁, 1993)、支持系統(Ogrodniczuk, Piper, Joyce, McCallum, & Rosie, 2002)、治療時間長短(Bachar, 1998; Lorentzen & Hoglend, 2004; Piper, 1994)、以及團體性質(Burlingame, et al., 2004)等因素皆會影響到治療的成效。其中，來自朋友的社會支持以及較長的治療時間與較佳的治療結果成正相關；而家人的社會支持則與治療結果呈負相關(Ogrodniczuk, et al., 2002)；在團體性質部分，則發現同質性團體比異質性團體明顯有效(Burlingame, et al., 2004)。

在上述影響團體心理治療相關因素的研究當中，可以清楚的瞭解到人口統計學資料、個人特質、治療者特質、以及治療時間長短與朋友支持系統皆影響到團體治療的成效。但是這些影響因素是否會彼此影響呢？雖然有一些研究者進行分析歷年來的研究，但仍然無法完全排除其他影響因素，因為影響因素相當多，而且研究對象的樣本數不足，難以很清楚地界定個別因素對團體成效的影響程度。不過，上述的研究結果卻可以提供給讀者在進行團體心理治療的一個參考，減少負向的影響因素，增強正向的因素，讓團體成員獲得更有效的團體心理治療。

第三節 成員感受團體過程之療效因素

許多的皆指出團體心理治療研究有明顯的治療效果，但並非參加團體心理治療的成員皆能從中受益，到底成員從團體心理治療中獲得了什麼有治療效果的因素？又哪些原因致使部分成員未能從中獲益呢？又到底哪些條件會影響這些因素呢？這些問題是學者所致力研究的重要主題之一，而這些因素也就是所謂的團體心理治療療效因素。

療效因素

療效因素是一種可以促團體產生治療效果或促進改變機制的因素（Corder, Whiteside, & Haizlip, 1981；Yalom, 1985；林、王，1998）。療效因素包含了兩個重要的主題：治療性與反治療性因素。治療性因素（Therapeutic factors or curative factors）是指促使成員產生正向的治療效果或行為改變，而反治療性因素（Anti-therapeutic factors）則是產生負向的效果或改變。治療性因素相關的研究相當豐富，但反治療性因素的報告卻相當有限。

（一）治療性因素（Therapeutic factors or curative factors）：

1955年，Corsini 與 Rosenberg 整理了 300 篇相關於團體心理治療的文獻，發現了團體過程中的接納、普遍化、現實的考驗、利他性、情感轉移、旁觀者的治療、互動、理性化、宣洩等因素對團體有治療的效果（Corsini & Rosenberg, 1955），因而開始了一系列相關團體治療因素的研究。之後的學者以不同的角度來探討團體中的治療因素，包括針對領導者的經驗、團體中的重要事

件、以及團體成員的主觀經驗等方向，陸續提出各種不同的治療因素。Hill(1957)與 Berzon、Pious 與 Parson 在 1963 年分別以訪談 19 位領導者的經驗以及以問卷調查團體中的重要事件排序的方式進行探討團體中的治療因素(簡,2001),而 Dichoff 與 Lakin(1963)則在某大學醫院的 12 位精神官能症、人格疾患、精神疾病等住院病患以及 16 位門診病患，進行一年半的團體心理治療研究，以團體成員觀點來看團體中的哪些事件會造成症狀的緩解，結果發現有三種治療效果的事件：壓抑（可以說出來）、支持（減少疏離感、普遍性、分享問題、學習表達自我）、以及行爲工具（瞭解問題、領悟到人際與個人本質）(Dichoff & Lakin, 1963)。

雖然學者努力地致力於療效因素的探討，但卻一直沒有一個定論，一直到 1970 年代，Yalom 集合歷年來之研究結果以及自己的臨床團體心理治療經驗，將相關的療效因素重新整理歸類成 12 項療效因素：利他性 (altruism)、團體凝聚力 (cohesiveness)、普遍性 (universality)、人際學習-輸入 (interpersonal learning-input)、人際學習-輸出 (interpersonal learning-output)、指導 (guidance)、情緒宣洩 (catharsis)、認同仿效 (identification)、原生家庭的矯正性重現 (recapitulation of the primary family group)、自我瞭解 (Self-understanding)、希望灌注 (instillation of hope)、以及存在因素 (existential factor) (Yalom, 1975)，從此奠定了團體心理治療療效因素的基礎。而 Bloch 等人在則進一步運用重要事件問卷 (most important event questionnaire) 在 33 位精神官能症或人格疾患的門診病患所進行的 6 個長時間的心理動力取向團體，去探討團體成員感受的療效因素，以 Yalom 的療效因素為基礎進行分析，整理成爲認知、行爲與情感三個因素類別，總共十項的療效因素。

認知因素包括自我瞭解 (Self-Understanding)、替代性的學習 (Vicarious Learning)、指導 (Guidance)、以及普同性 (Universality)，行爲因素包括自我揭露 (Self-Disclosure)、人際活動學習 (Learning from Interpersonal Actions)、以及利他性 (Altruism)，而情感因素則包括接受 (Acceptance)、希望灌注 (Instillation of Hope)、以及宣洩 (Catharsis) (Bloch, Reibstein, Crouch, Holroyd, & Themen, 1979)。不過爾後的學者對於療效因素的研究仍多以 Yalom 的 12 項療效因素作為基礎。

療效因素評估工具的發展則從 Yalom 制訂的 Q-sort 技巧評估法開始。Yalom 在提出了 12 項療效因素後，亦將每個療效因素設計成 5 個敘述句，並將每個句子製作成卡片，運用 Q-sort 技巧讓成員把 60 張卡片依照對自己有幫助的程度加以排序，因而找出重要的療效因素 (Yalom, 1975)。之後 Corder、Whiteside 與 Haizlip 將 Yalom 療效因素評估工具的 Q-sort 技巧修改為 7 分 Likert's 量表方式進行研究 (Corder, Whiteside, & Haizlip, 1981)；Kapur、Miller 與 Mitchell 也以 Yalom 的 12 個療效因素為基礎，編制成 12 題目，每題從最有幫助 (1 分) 到最沒有幫助 (12 分) 的方式評估療效因素 (Kapur, Miller, & Mitchell, 1988)；另外 Stone、Lewis 與 Beck 則將 Yalom 提出 12 項療效因素中的利他性與家庭經驗重現因素刪除，增加了技巧發展、專業角色與責任的洞察兩個因素 (Stone, Lewis, & Beck, 1994)。但大部分有關療效因素的研究則多以 Yalom 的療效因素評估工具作為主要的測量工具。

反觀國內針對療效因素的研究所採用的評量工具繁多，但主要仍是以 Yalom 的評估工具為基礎。王氏等人在針對精神科住院

病患團體心理治療的療效因素研究中，評估療效因素的工具是直接翻譯 Yalom 的量表進行施測（王、李、黃、陳，1982）；而張氏試圖建立一致的評估工具，因而於 83 年對國內 17 位資深團體治療師和指導者，以 Yalom 的 60 題問卷進行專家效度後，從每個療效因素各挑選出 2 題，整理成 24 題之問卷，但並未被廣泛運用（張，1995）；後來精神醫學會團體心理治療小組（中華團體心理治療學會前身）以 Yalom 的 60 題問卷為藍本，進行專家效度測試，從各療效因素 5 個題目中各挑選 1 題以做為代表性題目，製成 12 題之療效因素問卷，每一題 4 分的 Likert's 量表(潘、符，1996)。但這些評估工具卻都未明顯交代完整的信效度，然而有進行信效度測試的評估工具是 1992 年李玉蟬所改編 Yalom 的 60 題療效因素評估工具，成為 55 題的團體治療因素量表（李，1992），但卻未考慮到文化上的差異。不過林與王則將文化上的差異納入考量，發展出「團體治療性因素量表」與「團體反治療性因素」量表。此研究的治療性因素與 Yalom 的療效因素比對後發現「共通性」、「利他」、「建議的提供」、以及「對團體的正向感覺」四個因素則與 Yalom 的概念比較接近，而「認知性的獲得」、「行動的引發」、以及「自我坦露與分享」則與 Yalom 有較多相異之處，比較明顯的是，「存在因素」則不在於此研究當中（林、王，1998）。此份治療性因素問卷經專家效度後，透過因素分析兩量表之建構效度，再根據因素分析後的量表結構考驗量表的內在一致性信度、同時效度與區辯性效度，結果指出有很高的信效度，但根據此問卷的相關研究仍不多見，須再進一步地探討。

療效因素是促進團體產生治療效果的因素，但究竟這些療效因素中哪一個比較重要呢？是否所有的團體心理治療的療效因素

的排序都一樣呢？有關於療效因素之重要性的研究相當多，相關的研究主要從門診病患團體、住院病患團體、非病患團體、以及團體發展過程中之療效因素四方面進行探討。

1.門診病患團體之療效因素研究：

門診病患團體心理治療之療效因素相關研究，雖然評估工具有些許之不同，但是多以 Yalom 的評估工具為基礎，其研究結果也相當地接近。Bloch 與 Reibstein 以團體重要事件問卷的方式針對 6 個門診病患的長期團體心理治療 33 個病患進行分析其療效因素，運用 Bloch 等人在 1979 年歸類的 10 項療效因素作分析的基礎，結果發現團體成員療效因素最重要的為自我瞭解、自我揭露、以及人際活動學習 (Bloch, & Reibstein, 1980)。而 Corder 等人則將 Yalom 療效因素評估工具的 Q-sort 改為 7 分的 Likerts' 量表，針對 4 個短期心理治療團體的 16 個青少年進行研究，發現獲益最高的前三名療效因素為宣洩、存在因素、人際學習-輸入，而獲益最低的是認同仿效以及指導 (Corder, Whiteside, & Haizlip, 1981)。1983 年，Butler 與 Fuhriman 進一步將相關的文獻進行整理，發現關於門診病患的療效因素病患感到受益最高的前四項為自我瞭解、宣洩、人際學習-輸入、以及團體凝聚感 (Butler & Fuhriman, 1983)。

另外，Kapur 等人的研究結果發現自我瞭解是最有幫助的療效因素 (Kapur, Miller, & Mitchell, 1988)。相似的是，同年 Kivlighan 與 Mullison 在整理歷年來文獻中所得到的結果也有類似的結果，門診病患團體心理治療最有效的療效因素為人際

學習、宣洩、以及自我瞭解(Kivlighan, & Mullison, 1988)。根據上述的研究資料顯示，在門診病患的團體心理治療過程中，病患主觀感受到最有幫助的療效因素與 Yalom 的結果相同，包括宣洩、人際學習-輸入、以及自我瞭解 (Yalom, 1995)。

同樣是門診病患的團體心理治療，不同取向的團體心理治療成員感受到最有幫助的療效因素是否不同呢？Lin、Pan 與 Wang 則進行了一個不同取向團體的療效因素的比較性研究，針對 113 位大學生及 7 位諮商員 (51 個學生在心理衛生教育團體、30 個學生在 2 個任務團體、32 個學生在 3 個諮商團體)，運用李玉蟬 (1992) 翻譯 Yalom 療效因素量表的中文版譯本，以探討不同團體的療效因素差異，結果發現三種團體的療效因素的確有顯著之差異：諮商團體在凝聚感、普遍性、人際學習、訊息提供、宣洩、仿同行為、家庭矯正經驗重現、自我瞭解、希望灌注、存在因素與全部分數皆明顯高於任務性團體，而諮商團體在凝聚性、人際學習與宣洩明顯高於心理衛生團體，心理衛生團體在普遍性、家庭矯正經驗重現、自我瞭解、存在因素與總分明顯高於任務團體(Lin, Pan, & Wang, 2003)。不同團體具有不同的團體目標，而團體療效因素也不盡相同，這與 Yalom (1995) 的結論一樣，認為不同的團體型態中團體成員感受到的療效因素也會不同。

2. 住院病患之療效因素研究：

住院病患的團體心理治療療效因素之研究，主要以 Yalom 的療效因素評估工具為主。Marcovitz 與 Smith 以 Yalom 所建立

的療效因素 Q-sort 評估工具進行研究，在 33 位短期住院的精神病患進行 4 次的心理動力取向團體心理治療，發現宣洩、團體凝聚感、利他性、人際學習-輸出與自我瞭解為住院病患所感受到最有幫忙的療效因素(Marcovitz, & Smith, 1983)，而這個結果與 Yalom (1975) 的報告相當接近。同年，Butler 與 Fuhriman 回溯性研究得到的結果是團體凝聚感與希望灌注(Butler & Fuhriman, 1983)，Kivlighan 與 Mullison (1988) 將相關住院病患的療效因素研究進行分析，發現普遍存在於住院病患最重要的療效因素是希望灌注與存在因素。

根據上述研究結果，可以發現的是希望灌注、存在因素、團體凝聚力等療效因素在住院病患團體心理治療中是相當重要的。對於此，Yalom (1995) 認為，希望灌注之所以成為住院病患所看重的原因，是因為在入院時病患的信心處在一個幾近瓦解的狀態之中，所以希望是一種非常重要的力量；而病患在住院時常表示已經耗盡了所有外在資源，病患的情況跌到了谷底，存在因素可以讓他們感到可以依靠自己；另外，團體凝聚力是促使成員留在團體中的力量，特別是在住院病患大多由於人際態度及技巧不良，很少有機會去分享及接納彼此間的感情，團體凝聚力提供了這樣的力量，可以讓病患覺得可以分享以及被接受。

國內學者潘與符 (1996) 以及張、黃與陳 (1999) 同樣針對精神科急性住院病情穩定的病患進行人際互動取向團體心理治療，運用精神醫學會團體心理治療小組 (中華團體心理治療學會前身) 編制的 12 題療效因素問卷評估病患感受最重要

的療效因素，發現存在因素以及團體凝聚力都是最重要的療效因素之一（潘、符，1996；張、黃、陳，1999）。不同的是，在潘淑花等人的研究中，希望灌注與家庭經驗重現兩項療效因素名列前茅，而張宏俊等人的研究中最重要的是宣洩作用，但綜合關於住院病患療效因素的研究結果來看，住院病患所重是

的療效因素其實相當地接近。但每個研究中仍會出現些許的不同結果，是否不同治療師所帶領的團體會有不一的療效因素？Yalom 的報告中表示，治療師會因為不同的團體目標而運用不同的療效因素（Yalom, 1995），這或許可以解釋不同住院病患的團體療效有些微差異的現象。而蔣氏等人的一項研究，則可反映這個現象，其研究中針對住院女性慢性精神分裂症進行兩種不同模式的團體，包括服藥組（認知性團體）5 人以及藝術治療組（情緒表達性）8 人，他們運用林、王（1998）編制的團體治療性因素量表進行評量，結果發現服藥團體在行動的引發、對團體的正向感覺、自我坦露與分享、共通性、認知性的獲得、及利他等六項治療性因素呈現有中等幫助，而「藝術團體」只有「對團體的正向感覺」一項有中等幫助(蔣、林、陳，1999)。

3.非病患之療效因素研究：

在其他非病患的研究當中，研究結果的療效因素大多以 Yalom 的評估工具進行，結果與門診病患的研究一樣，團體成員感覺最有幫助的療效因素是人際學習以及自我瞭解（Butler, & Fuhriman, 1983；Yalom, 1995）。另外，在一篇研究中則使用不同的評估工具，但所得到的結果也相當接近。Kivlighan 與

Mullison 在 1988 針對 18 個有個人問題的學生進行團體過程取向的短期團體心理治療，以重要事件問卷（Critical incident questionnaire）進行評估，分析的結果則運用 Block 等人(1979)的 10 項療效因素，發現最重要的療效因素是人際活動學習、自我瞭解與接受。由此可發現，不同的評量工具所得到的結果也相當一致。不過，Kivlighan 與 Mullison 以及 Yalom 的報告更指出，宣洩因素也是最重要的因素之一。

國內學者同樣以 Yalom 的療效因素工具進行的研究，但卻出現不一樣的結果。楊春美與石義方針對 8 位精神科護理人員進行成長團體，並翻譯 Yalom 十二項療效因素進行評估，結果發現較有效之療效因素為利他性、人際關係學習、以及自我瞭解(楊、石，1996)。另外，侯淑英、張明永與蘇以青針對高中畢業重考生一名、四位護理人員、八位工業工廠員工所組成的成長團體進行療效因素研究，翻譯 Yalom 的療效因素工具進行評估，結果指出療效因素前三名為「認同」、「存在性因素」與「人際學習」(侯、張、蘇，1998)；而卓紋君與黃創華則是運用薩提爾模式取向的團體進行研究 18 位社區女性對團體所感受的療效因素，使用 Yalom 的療效因素工具評估，結果療效因素前四名為存在的因素、自我瞭解、團體凝聚力和家庭經驗的矯正性重現。(卓、黃，2003)。在這三個研究當中，楊與石的研究結果與國外的研究類似，但在其他兩個研究中，人際學習與自我瞭解兩個因素則分別存在在這兩個研究之中，但與國外的研究則有些不同。侯淑英等人的研究屬於異質性團體，成員間的差異性相當高，這是否會影響療效因素的不同呢？是否卓紋君與黃創華以家庭探源的目標，而使得家庭經驗的矯正性重

現的療效因素特別重要呢？這又符合了 Yalom (1995) 的結論，不同的團體目標所產生的療效因素也不相同。

綜合上述研究的結果，可以發現門診病患與非病患有關療效因素研究的結果非常相似，宣洩、人際學習-輸入、以及自我瞭解是最重要的療效因素，而住院病患的研究方面，希望灌注、存在因素與團體凝聚力則是最常見的療效因素。因此可以發現，住院與非住院的團體心理治療療效因素有明顯的不同，而在不同的團體型態與不同的團體目標之下，成員所感受的療效因素也有差異。Yalom 也指出，治療者會因為團體型態與目標的不同，而運用不同的療效因素，例如戒酒無名會與康復協會等進行的團體多使用希望灌注、資訊傳達、普同感、利他性、以及團體凝聚感，而心理劇則是人際學習、宣洩、團體凝聚力與自我瞭解 (Yalom, 1995)。

4. 團體發展過程中之療效因素研究：

另外一種不同的療效因素研究則是探討團體發展過程中每個階段的療效因素。Bulter 與 Fuhrman (1983) 針對 23 個門診病患團體共 91 位病患探討其療效因素，結果發現病患參加團體治療的時間愈長，則凝聚力、自我瞭解以及人際的付出愈受重視。Kivlighan 與 Mullison (1988) 則從參加 11 次過程取向團體心理治療的 18 個諮商團體的學生發現，普同性在團體的早期是相當被重視的，而團體的後期則是人際活動學習，若以 Block (1979) 的療效因素分類作比較，則發現認知因素（自我瞭解、替代性學習、指導、以及普同性）在團體早期比較被重視，行為因素（自我揭露、人際學習、以及利他性）則發生在

團體後期，然而情感因素（接受、希望灌注、以及宣洩）則無明顯之差異。此外，Kivlighan 與 Goldfine 在針對 36 個成長團體進行研究，團體發展階段則以 MacKenzie's 的定義為基礎，發現普同性與希望灌注隨著團體的發展逐漸減少，而宣洩卻逐漸增加（Kivlighan, & Goldfine, 1991）。

上述之研究雖然結果也有些許之不同，但卻可以發現，在團體的初期階段，普同性是非常重要的療效因素，而隨著團體的發展，人際學習則愈受重視。Yalom 則整理了相關文獻以及自己團體治療的經驗後，指出在團體的早期，希望灌注、指導、以及普同性是非常重要的，而當團體愈趨成熟時，自我坦露、人際學習、以及自我瞭解則愈受重視，反觀整個團體過程，利他性與凝聚力則一直受到團體成員的重視（Yalom, 1995）。總之，成員會隨著團體過程的發展而有不同的需求及目標，而療效因素也會因為目標的不同而有所差異。因此，治療者在團體過程的發展階段當中，可以評估團體成員的不同需求與目標，而提供所需之療效因素，如此可以促使成員從團體治療中獲得更多的效益。

（二）反治療性因素（Anti-therapeutic factors）

反治療性因素指的是團體過程中促使成員產生負向效果或改變的因素。相關的研究報告並不多，一般的療效因素研究仍是以治療性因素為主。不過，有些研究則是探討團體在不成熟階段結束（premature termination）的原因，有些則是分析團體過程中成員主觀感受造成傷害、沒有幫助、以及形成阻礙的事件，這些可能都是

致使成員產生負向效果或改變的原因。

1966 年，Yalom 以某個醫學院門診的 9 個開放性團體治療為研究對象，分析團體在不成熟時結束的原因，發現親密感建立的問題（problems of intimacy）、團體的異常偏離（group deviancy）、次團體引起的混亂（complications from subgrouping）、以及團體過早的挑釁現象（early provocateurs）等四個問題造成團體過程未發展成熟(Yalom, 1966)。另外，Lieberman、Yalom 與 Miles 則以團體傷害的角度，分析 5 個會心團體中造成團體成員感到傷害（injury）的事件，包括領導者或團體的攻擊、遭受領導者或團體拒絕、無法獲得他們不切實際的目標、受到團體或領導者強迫的期望、以及參加團體造成過度的刺激與負荷 (Lieberman, Yalom, & Miles, 1973)。而 Elliott 則是在短期心理諮商團體結束後，採用成員與治療者一同回顧團體進行之錄影帶作討論分析團體過程中成員感受到的沒有幫助事件，結果分析出了 6 項沒有幫助的事件：錯誤的感知

（Misperception）、負向的諮商反應（negative counselor reaction）、多餘的責任（unwanted responsibility）、重複（repetition）、指導錯誤（misdirection）、不需要的思考（unwanted thoughts），其中「不需要的思考」是讓成員感受到被迫去回想一些不舒服或傷痛的事情或感受，而這是普遍成員感受到的最無幫助的事件(Elliott, 1985)。

另外，Doxsee 與 Kivlighan 研究團體中造成阻礙的現象，以 36 個學生進行每週 1.5 小時的人際互動取向團體心理治療，利用重要事件問卷（critical incident questionnaire）進行評估，結果發現了 8 個阻礙的現象：缺席（Absence）、中斷-誤解

（disconnected-misunderstood）、自我揭露的抑制（withheld self-disclosure）、成員缺乏互動（member disconnection）、成員的攻

擊 (member attack)、領導者的介入 (leader actions-interventions)、不需要的活動 (unwanted activity)、以及團體延遲開始 (late group) (Doxsee, & Kivlighan, 1994)

上述的研究內容都相當的豐富，其中包括了團體成員與領導者的互動問題、成員缺乏互動或遭受攻擊、領導者的介入措施、與自己期待不符、成員缺席、以及被強迫等等現象，但每個研究的目不同，研究結果也有些差異，而且都是屬於現象的探討，至今尚未有學者編制成量性的評估工具，致使反治療性因素的研究仍停留在發展階段。不過，國內學者林與王（1998）則進行團體反治療性因素的研究，從團體成員中找出團體的重要事件，並經由群聚分析與內容分析後，發現了 8 項團體反治療性群聚，包括與自己需要不符、團體卡住、缺席、負面感受、擔心自己對他人的影響、缺乏凝聚力與投入、領導者不當的介入、以及不安全與不信任。並依此進行團體反治療性量表的編制，將「領導者的介入」刪除，共編制成 32 題的六分 Likert's 量表，再收集學校團體、半專業助人機構、精神醫療機構等，共 17 個機構，25 個團體，289 人的結果，進行因素分析，取得六個反治療性因素：因素一（缺乏投入）、因素二（自我揭露的抑制）、因素三（負面感受的喚起）、因素四（缺席）、因素五（與自己的期望不符合）、因素六（不信任）。（林美珠、王麗斐，1998）。林美珠與王麗斐的反治療性因素量表所得到的結果與國外的研究結果相當接近，而且信效度之考驗正說明了「團體反治療性因素量表」是一項良好的評估工具，但因為運用此工具的研究不多，需要再進一步探討。

第四節 各種變項與療效因素之關係

前面描述過各種變項與團體成效的相關性，內容相當的豐富，相對的也表示影響到團體成效的因素相當複雜。然而這個部分，則將重點放在相關於療效因素的各种影響變項。

(一) 人口統計學資料：包括性別、年齡、診斷三方面。

1. 性別：Kivlighan 與 Mullison 在根據 18 個參加 11 次諮商團體的研究中發現，男女在所有療效因素之間並無明顯之差異 (Kivlighan, & Mullison, 1988)。同樣的，在潘與符的研究中，針對精神科急性病房病情較穩定的 31 位病患（精神分裂症、躁鬱症、重鬱症、精神官能症）進行人際互動取向團體心理治療 8 次，以精神醫學會團體心理治療小組（中華團體心理治療學會前身）所編制的 12 題之療效因素問卷，評估其療效因素，結果發現男女之間並無顯著之差異，但男性在指導性的評價有高於女性的傾向，而女性則在傾訴性因素有高於男性的趨勢 (潘、符，1996)。不過，在張氏等人針對急性病房住院病患的療效研究中發現，女性對每一項療效因素的評價皆比男性高，其中團體凝聚感、外現性人際學習、認同仿效、與利他現象達顯著差異 (張、黃、陳，1999)。
2. 年齡：潘與符 (1996) 的研究中，成人組 (30~60 歲) 在 12 項療效因素的得分大多有高於青年組 (30 歲以下) 的傾向，而張氏等人 (1999) 的研究中，年輕組 (30 歲以下) 則在外現性人際學習比年長組有較高的趨勢，但兩組研究雖然在平均

得分上有所差異，卻皆未達到顯著之差異。

3. 診斷：潘與符的研究中，精神分裂症的普遍性和希望灌注在平均值得分上高於躁鬱症，而躁鬱症的家重現性和仿同性較高於精神分裂症，但並未達到顯著差異（潘、符，1996）。而張氏等人的研究中，精神分裂組在團體凝聚感、希望灌注與利他現象的評價顯著高於非精神分裂組（張、黃、陳，1999）。
4. 人際行爲：在 Kivlighan 與 Mullison（1988）的研究中，另外進行了不同人際態度與行爲在療效因素上的比較，結果發現投入性與支配性的態度並未有任何差異，但是參與性比較高的成員，在認知因素的自我瞭解有明顯高於其他因素，比較不主動的成員則在行爲因素中的自我接露、人際活動學習、以及利他性明顯較高。
5. 功能程度：Bulter 與 Fuhriman 將 23 個團體的 91 個門診病患，包括精神病、人格疾患、精神官能症以及其他精神疾患，利用功能程度量表（Level of Functioning Scale）將病患區分為高功能與低功能兩組進行團體心理治療，比較兩組間在團體治療成效上是否有所差異，結果顯示較高功能的病患在宣洩（catharsis）、自我瞭解（self-understanding）、人際學習--輸出與輸入（interpersonal learning--input, and output）的分數明顯高於低功能病患(Bulter, & Fuhriman, 1983)。
6. 參與團體的次數：潘與符（1996）的研究中另外發現一個有趣結果，連續參加二次的病患在普遍性及凝聚性的得分略高，但未有顯著差異，而在連續參加三次的病患發現，其第二次與第

三次的參與在利他性則有顯著的差異，可能的原因是參加三次的病患病情較穩定，對團體過程及規範較清楚。

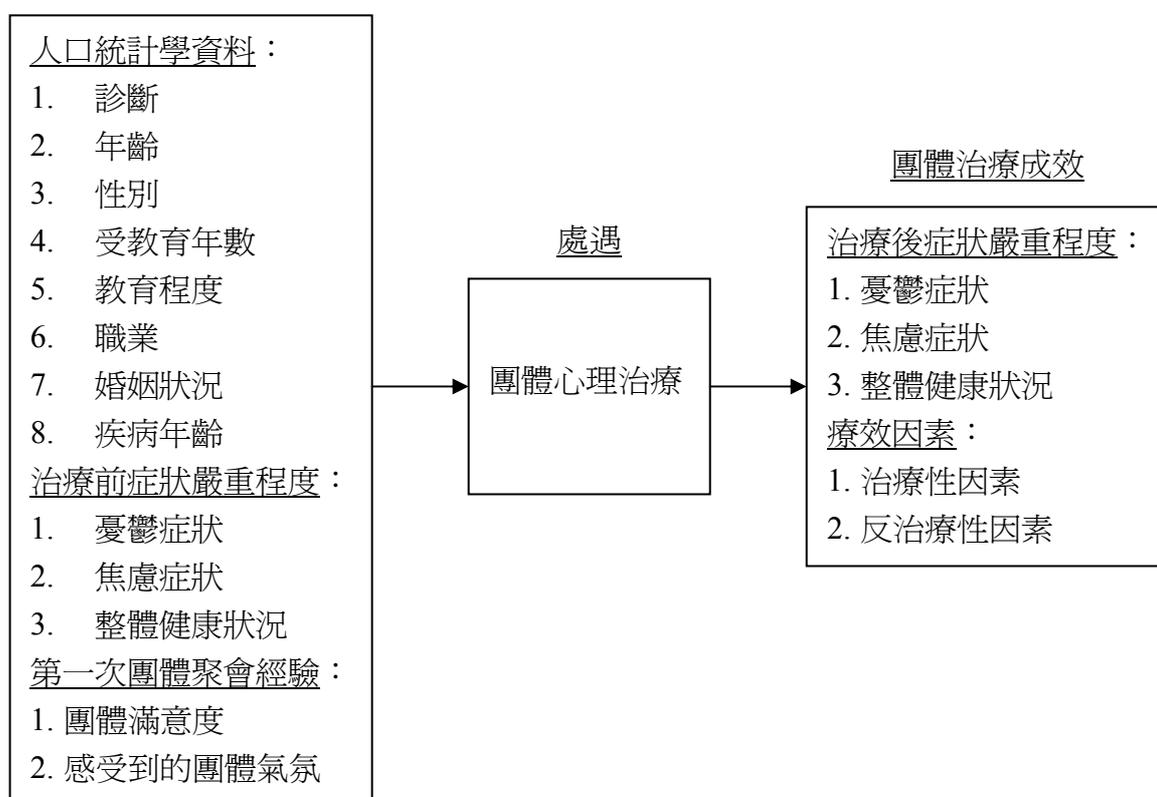
7. 團體氣氛：在林與王的研究中，發現所有團體治療性因素皆與團體氣氛中的「投入性」有顯著之正相關，而「認知性的獲得」、「對團體的正向感覺」、「行動力的引發」、「利他性」、「建議的提供」則與「逃避」有顯著正相關（林美珠、王麗斐，1998）。另外，在反治療性因素中，「缺乏投入」、「自我揭露的抑制」、「負面感受的喚起」、「與自己期望不符合」則與團體氣氛中的「衝突性」達到顯著正相關，而「缺乏投入」則與「投入性」呈現負相關。

關於各種變項與療效因素關係的研究並不多，雖然各個研究中有一定的發現，但並無法完全推論於所有團體，只能提供治療者在進行團體心理治療時的參考。

團體心理治療是一種相當普遍，而且有明確治療效果的心理治療模式（Yalom, 1985）。許多研究提供了明顯的證據，說明團體心理治療確實可以幫助病患緩解症狀、減輕困擾、以及預防疾病復發。雖然國外的團體成效研究相當豐富，但反觀國內則仍然缺乏足夠的實證數據，特別是在門診病患方面的研究，實顯不足，有待更進一步探討。另外，在療效因素方面的研究，國內學者所使用的評估工具大多來自於 Yalom 的療效因素量表，而且缺乏信效度的檢驗，雖然李氏（1992）曾進行過 Yalom 療效因素量表的中文翻譯版信效度的檢驗，但卻忽略了文化差異，難以真實呈現出國人對於團體心理治療的療效因素。然而，林與王（1998）雖然編制一份屬於國人文化的團體治療性量表與

團體反治療性量表，但可惜的是，後續學者的研究並不多見，時需更多的研究實證。

綜合上述文獻，本研究將以研究對象的人口統計學資料（包括診斷、年齡、性別、受教育年數、教育程度、職業、婚姻狀況與疾病年齡）、治療前症狀嚴重程度（憂鬱症狀、焦慮症狀、以及整體健康狀況）、以及第一次團體聚會的經驗（團體滿意度與感受到的團體氣氛）為自變項，探討研究對象在經過團體心理治療的處遇後，其憂鬱、焦慮與整體健康狀況的變化情形，以及其所感受到的團體治療性因素與反治療性因素的情形。本研究同時探討自變項與治療後的憂鬱症狀、焦慮症狀、整體健康狀況、團體治療性因素、以及團體反治療性因素之間的相關性。



圖一、研究架構圖

第三章 研究方法

第一節 研究設計

本研究為前實驗性研究（pre-experimental study），採單組前後測設計（pretest-posttest design）。以中部某醫學中心精神科門診病患為研究對象，探討精神科門診病患接受團體心理治療後的成效、感受到的團體心理治療療效因子，以及了解影響團體心理治療療效的相關因素。

本研究以研究對象接受團體治療前、中、後狀況的比較，作為團體心理治療成效的指標，包括憂鬱症狀、焦慮症狀以及整體健康狀況。研究對象分別在團體治療前、治療後第六週以及第十二週接受症狀的評估；另外在治療後第十二週接受團體治療性因素和反治療性因素的評估，以瞭解研究對象經歷團體心理治療後所感受到的有益或阻礙治療的因素。

第二節 名詞界定

- 一、 團體心理治療：是指運用心理治療技術於一群精神病患，以減輕心理困擾、改善適應不良、促進人格成長與發展為目的一種治療方式。
- 二、 團體成效：指團體成員在經歷團體心理治療後症狀改善的程度。
- 三、 團體治療性因素：指團體成員在經歷團體心理治療後所感受到的促使其改變的團體因素或機制。

- 四、團體反治療性因素：指團體成員在經歷團體心理治療後所感受到的阻礙其改變的團體因素或機制。

第三節 研究對象

本研究以中部某醫學中心醫院精神科門診病患為研究對象，以團體心理治療為介入措施，主要治療目標為減輕壓力症狀，故採立意取樣，研究對象須合乎下列條件：

- 一、以 DSM-IV 診斷為情感性疾患（affective disorder）、焦慮性疾患（anxiety disorder）或適應障礙疾患（adjustment disorder）者。
- 二、無合併威脅生命或其它重大生理疾患者。
- 三、有改變的動機。
- 四、年齡在 20-60 歲之間。
- 五、能清楚以國語或台語表達，並可以閱讀文字者。
- 六、注意力與持續力可以維持 90 分鐘以上者。
- 七、自願接受團體心理治療者。

而團體心理治療需能清楚表達內心感受，故診斷考量需研究對象若有下列情況將予以排除：

- 一、團體治療過程中，使用藥物劑量增加者。
- 二、排除精神分裂症、雙極性情感疾患急性發作、高自殺危險性、可能有立即危險之個案。

此外，團體成員需經由團體領導者進行篩選，其篩選過程如下：

- 一、評估轉介個案之心理悟性是否可以參加團體心理治療。
- 二、說明團體心理治療的性質，並瞭解轉介個案對團體心理治療的概

念。

三、說明團體成員在團體心理治療過程中的權利與義務，以及團體中所應遵守的團體規範。

四、評估轉介個案之動機強弱，能否全程投入團體心理治療。

五、瞭解轉介個案對團體心理治療之期望與擔心，並作適當的澄清。

六、決定轉介個案是否合適投入團體心理治療，合適者告知團體進行之時間與團體心理治療前準備，若不合適者則作適當之轉介。

第四節 團體心理治療實施過程

一、團體心理治療設計

本研究之團體心理治療模式採取 Yalom 所主張的人際互動理論作為團體進行的理論架構 (Vinogradov & Yalom, 1989)。治療者將團體成員模糊的抱怨轉譯成人際互動的語言，促進團體成員人際間的互動，適時地催化此時此地並加以闡述，透過領導者及其他成員對團體的評論，讓成員瞭解到自己在團體中的自我呈現，瞭解到自己對別人的感受與想法之衝擊，繼而延伸到自我價值的衝擊。團體心理治療藉由團體的過程不但可以緩解團體成員的症狀與主訴，更可進一步造成性格上的改變，進而產生人際行為上長久的改變 (Yalom, 1995)。

根據 Yalom 的建議，門診團體心理治療的頻率每週一次為最常見，每次團體為 8-12 人為最合適之人數，而每次聚會的暖身可能需要 20-30 分鐘，團體的主題運作時間至少需 60 分鐘才得以通透 (work through)，故團體聚會時間應在 60-120 分鐘之間。而本研究基於考量研究對象的持續度與專注力，故設計為每次團體心理治療共有十二次

的團體聚會，每次聚會之進行時間為九十分鐘，每梯次的團體成員人數為 6-10 人，座位方式採圓形鄰座，領導者與協同領導者則坐在相對之兩側，以利團體進行之觀察。

二、團體領導者角色與背景

本研究之團體領導者為精神科專科醫師，到目前為止具備 20 年以上之團體心理治療實務經驗，於中華民國團體心理治療學會擔任常務理事，且為該學會認定之團體心理治療督導精通人際互動理論與心理動力理論。協同領導者為資深臨床心理師，到目前為止具備 10 年以上之團體心理治療實務經驗，且接受團體領導者臨床團體心理治療實務督導數年。領導者與協同領導在每次團體進行前皆進行會前會，討論前一次團體的狀況與該次團體可能出現的議題及狀況，協調進行方式。而每次團體結束後進行會後討論，以分析及探討團體過程中發生的議題。

第五節 研究變項與工具

一、本研究之變項包括：

(一) 自變項

1. 人口統計學資料：包括診斷名稱、年齡、性別、受教育年數、教育程度、職業、婚姻狀況、病齡。
2. 治療前症狀：以貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表以及中國人整體健康量表之評量來呈現研究對象在接受團體治療前的憂鬱狀況、焦慮狀況以及整體健康狀況。

(二) 依變項

1. 治療後症狀：以貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表以及中國人整體健康量表評量研究對象接受團體治療後第六週與第十二週之憂鬱狀況、焦慮狀況以及整體健康狀況。
2. 團體治療性因素與反治療性因素：以團體治療性量表以及團體反治療性量表評量研究對象接受團體治療後第十二週所感受到的促進或阻礙其改變的因素。

(三) 控制變項

爲求研究結果之可信程度，本研究對下列干擾變項進行控制：

2. 團體領導者：每梯次的團體領導者固定，並在每次團體聚會前、後與團體協同領導者進行會前會與會後會的討論，以求團體帶領模式的一致性。
3. 團體成員用藥狀況：研究對象於參與團體治療前已有服藥者，需經團體治療者評估病情穩定後方能進入研究。而團體心理治療進行過程中，研究對象的用藥狀況若有增加的情形，則在進行資料分析過程中予以排除。
4. 評量者的一致性與客觀性：漢氏焦慮量表由一位未參與團體治療的精神科專科醫師進行評量。

二、研究工具

(一) 基本資料表

基本資料表收集研究對象個人特質的資料，包括疾病診斷、年齡、性別、受教育年數、教育程度、職業、婚姻狀況以及疾病年齡（見附錄一）。

(二) 貝氏憂鬱量表（Beck Depression Inventory）

貝氏憂鬱量表（以下簡稱 BDI）是 Beck、Ward、Mendelson、Mock 與 Erbaugh 於 1961 年根據患有憂鬱症狀病人所常見的症狀以及無憂鬱症狀之精神病人所罕見的症狀之典型描述編制而成。經過系統性的臨床觀察與病人之敘述，整理成 21 組題目，每題由 0 至 3 分不等的分數組成，分數愈高表示憂鬱程度愈高（Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961）。1971 年起，Beck 及其同事進行 BDI 的修訂，將原先的 BDI 作部分修訂，編制成新的量表 BDI-IA，而於 1979 正式發行。隨著美國精神醫學會的精神疾病診斷與統計手冊（Diagnostic and Statistical Manual on Mental Disorder—Fourth Edition, DSM-IV）的修改，Beck 與其同事於 1994 年開始著手修訂 BDI-IA，編制而成 BDI-II。BDI-II 主要用來測量 13 歲以上青少年及成年人之憂鬱嚴重程度，共有 21 題，由受測者自填，內容包括悲傷、悲觀、失敗經驗、失去樂趣、罪惡感/內疚、受懲罰感、討厭自己、自我批評/自責、自殺念頭、哭泣、心煩意亂、失去興趣、優柔寡斷/猶豫不決、無價值感、失去精力、睡眠習慣的改變、煩躁易怒、食慾改變、難以專注、疲倦或疲累以及失去對性方面的興趣。其內在一致性信度之 α 係數高達 0.92（Beck, Steer, & Brown, 1996）。而本研究所用的貝氏憂鬱量表中文版，乃由陳心怡博士獲得原著作之同意，翻譯成中文版，由中國行為科學社於 2000 年正式發行。

（三） 漢氏焦慮量表（Hamilton Anxiety Rating Scale）

漢氏焦慮量表（簡稱 HAM-A 或 HARS）由 Hamilton 所編制（Hamilton, 1959；Hamilton, 1969），是一個由專家會談評估的量表，主要在測量身體化與精神病焦慮症狀，共 14 題，每題選項從「0」（沒有此症狀）到「4」（極度，症狀極厲害，日常生

活效率極差，需因此而停止日常生活常規)，所得之分數愈高，表示焦慮程度愈高。

雖然漢氏焦慮量表可以測量 DSM-IV 中所有的焦慮性疾患，但最常見的是 GAD (Generalized Anxiety Disorder) 的測量 (Shear, Bilt, Rucci, Stat, Endicott, Lydiard, Otto, Pollack, Chandler, Williams, Ali, & Frank, 2001)。不過原始的漢氏焦慮量表並未建立問卷之信度，而且未架構出施測者的會談指引，因此 Shear 等人重新進行其測試者的一致性信度 (inter-rater reliability)，結果發現 ICC (Intraclass Correlation Coefficient) 值高達 0.98，由此可見漢氏焦慮量表具有相當高的信度。

(四) 中國人整體健康量表 (Chinese Health Questionnaire)

中國人整體健康量表 (CHQ) 由鄭泰安教授所設計及發展出來，共有 30 題，其中 15 題是引用自 General Health Questionnaire-30 (GHQ-30)，而另外 15 題則為新編制的題目，內容包括評估受測者的身體化症狀、焦慮與憂慮、社會失能、憂鬱/家庭關係貧乏、疲累、失眠以及注意力與記憶力不足，用以篩檢出社區及基礎醫療照護環境中可能的精神病態。CHQ 屬於一種受測者自填式量表，每題具有 4 個選項，從「一點也不」到「比平時更覺得 (或差很多)」，所得之分數總和愈高，表示可能罹患精神疾患之機率愈高。本量表內在一致性信度在社區團體中的 α 係數為 0.90，而在醫院團體中則高達 0.92；其分數的最佳分界點為 9 分，可區分出正常組與精神病態組，亦即分數高於 9 分者，可能具有精神病態 (Cheng, & Williams, 1986 ; Cheng, Wu, Chong, & Williams, 1990)。

(五) 團體氣氛量表 (Group Climate Questionnaire)

團體氣氛是指團體成員對團體氣氛所塑出氣氛的知覺。國內學者林美珠與王麗斐 (1998) 翻譯 Mackenzie 在 1983 年編制的團體氣氛量表，內容包括 12 個題目，採七分 Likert's 量表，從「1」分（一點也不）到「7」分（幾乎都是）表示對該項題目的同意程度。本量表包括三個分量表：團體凝聚與工作導向程度的「投入 (engagement)」、人際緊張的「衝突 (conflict)」以及避免責任的「逃避 (avoidance)」。各分量表分數總和越高，表示在該分量表上的表現特質愈強，以內在一致性來看，各分量表之間的相關介於 0.18 至 0.44，而各分量表的 α 係數分別是「投入」為 0.94，「衝突」為 0.88，「逃避」為 0.92 (Kivlighan, Multon, & Brossart, 1996)。

(六) 團體滿意度量表

團體滿意度量表為研究者參考相關文獻自行編制而成，其內容包括兩個部分：對團體的感受（團體是好的、有價值的、安全的...等）以及自我的情緒狀態（快樂的、生氣的...等），共 27 題，以 7 分 Likert's 量表方式進行評量，主要測量對團體心理治療的滿意程度，分數愈高表示滿意程度愈高。團體滿意度量表進行專家效度以及內在一致性信度度的檢測，其 α 係數達 0.92。

(七) 團體治療性量表

林與王等人 (1998) 自 1996 年開始進行從團體的概念初探，找出團體的重要事件，並探討團體的治療因素，經由群聚分析與內容分析後，發現了 15 項團體治療性群聚，分別是：從他人處學習、人際學習、訊息與經驗的交流、做改變的準備、普遍性、希望感、凝聚力與投入、宣洩、認知性的自我發現、早年家庭經

驗的新體驗、體驗性的自我察覺、有幫助的負面感受、領導者的介入、信任感以及利他性。於 1998 年進一步將這些治療性群聚加以整理，合併「認知性的自我發現」與「體驗性的自我察覺」，成爲 14 個群聚，再將每個群聚編制 5 個題目，並參考 Yalom 及 MacNair-Semands 的架構補充成 65 題，成爲「團體治療性因素」量表，採取六分 Likert's 方式表示對該項題目的感受程度，從「0」分（沒有發生）到「5」分（有發生，非常有幫助）。而其中第 62 題爲測謊題，以確認團體成員在填寫問卷的可信度。各分量表分數愈高，表示團體成員在經過團體心理治療後感受到該分量表治療性因素的程度愈強。

林與王等人經收集學校、半專業助人機構、精神醫療機構等 17 個機構，25 個團體，共計 275 人的有效問卷資料，經因素分析後，共取得八個治療性因素：認知性的獲得（與人際關係學習、自我瞭解與解決問題有關）、對團體的正向感覺（信任、投入、團體的、接納與支持有關）、行動力的引發（與改變與行動力有關）、自我坦露與分享（與自我坦露、宣洩與分享有關）、共通性、利他性（與助人有關）、家庭關係的體驗與瞭解（與家庭關係的瞭解有關）、建議的提供（與提供建議有關）。而其中各分量表的 α 係數介於 0.75 至 0.94 之間，整體而言，各分量表具有可接受到良好的內在一致性信度。

（八）團體反治療性量表

林氏等人（1998）經由團體的重要事件群聚分析與內容分析後，取得 6 項團體反治療性群聚，分別是：因素一（缺乏投入）、因素二（自我揭露的抑制）、因素三（負面感受的喚起）、因素四（缺席）、因素五（與自己期望不符合）、因素六（不信任）。

本量表共包含 32 個題目，採六分 Likert's 量表，從「0」分（沒有發生）到「5」分（有發生，非常有阻礙）表示對該項題目的感受程度。各分量表分數愈高，表示團體成員在經過團體心理治療後感受到該分量表反治療性因素的程度愈強。

以內在一致性來看，各分量表的 α 係數介於 0.67 至 0.85 之間，整體而言，各分量表具有可接受之內在一致性信度。

第六節 資料收集過程

本研究資料收集過程可分為徵求研究對象以及團體心理治療進行兩個階段。

一、 徵求研究對象階段

研究對象取自於中部某醫學中心精神科門診病患，研究對象的選取經過下列二個步驟：

（一）精神科行政協調

依行政程序，應於精神科科會中說明研究計劃內容，因研究者為該精神科之護理人員，故由研究者親自進行安排協調。在精神科團隊的瞭解及認同後，給予團隊研究對象條件說明文件，並給予門診護理人員團體心理治療簡介（詳見附錄二）與基本資料表，經由門診醫師的轉介，填寫團體心理治療轉介單，以協助研究對象的選取。

（二）研究對象評估訪談

研究者接獲團體心理治療轉介單後，以電話聯繫，說明研究目的與方法，在取得個案的同意後，約定會談的時間及地點，由團體領導者進行評估訪談，若符合研究對象選取標準者，給予填寫個案

基本資料表、研究同意書與團體心理治療同意書（詳見附錄三、四）。

二、 團體心理治療進行階段

此階段的資料收集分為團體進行前、中、後三個時間點收集資料，其中漢氏焦慮量表、貝氏憂鬱量表與中國人整體健康量表分別在團體第一次聚會前、團體第六次與第十二次聚會後進行評量。漢氏焦慮量表由一位未參與團體心理治療之精神科專科醫師為研究對象進行評量；貝氏憂鬱量表與中國人整體健康量表，則由研究對象自填。團體滿意度量表與團體氣氛量表分別在每次團體聚會後發給研究對象自填，共填十二次；而團體治療性量表與團體反治療性量表，則於團體第十二次聚會後請研究對象自填（詳見表 3-1）。

表 3-1 量表資料收集時間一覽表

資料類型	收集時間												
	第一次聚會前	第一次聚會後	第二次聚會後	第三次聚會後	第四次聚會後	第五次聚會後	第六次聚會後	第七次聚會後	第八次聚會後	第九次聚會後	第十次聚會後	第十一次聚會後	第十二次聚會後
基本資料	V												
貝氏憂鬱量表	V						V						V
漢氏焦慮量表	V						V						V
中國人整體健康量表	V						V						V
團體氣氛量表		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
團體滿意度量表		V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	
團體治療性量表													V
團體反治療性量表													V

第七節 資料分析方法

本研究使用 SAS (for windows V. 8 版) 進行統計分析：

在探討團體心理治療成效方面，採用 GEE 模式比較研究對象在團體心理治療前、中、後（即第一次團體治療前、第六次團體治療後以及第十二次團體治療後）的憂鬱、焦慮與整體健康狀況，以瞭解研究對象在經歷過團體心理治療後的改善狀況。

在探討個人基本資料與團體療效之相關性部分，採用 GLM 模式作相關與複迴歸分析，藉以瞭解個人基本資料與療效因素間的相關程度。

第八節 倫理考量

本研究採取下列方法維護研究對象的權益：

- (一) 本研究之計劃書先經過研究所在醫院的人權委員會審核通過後，方進行研究資料之收集。
- (二) 研究進行之前，將研究目的、研究過程詳細地向研究對象說明，使之能充分瞭解並取得參與的意願後，給予研究對象填寫同意書。
- (三) 研究進行過程中，若研究對象有任何疑問，研究者隨時詳加解答。研究對象對於所提供之資料有自由意願，若有不願意說明之處，有權利拒絕或保留。倘若研究對象要求退出研究，則尊重其決定可隨時退出。

- (四) 對於研究對象所提供的資料絕對保密，只提供研究者、指導教授與團體領導者研究之用，且在研究結束後全部銷毀。
- (五) 研究結果之撰寫，研究對象之基本資料將以匿名方式呈現，以維護研究對象之隱私權。

第四章 研究結果

第一節 研究對象個人特質之描述性統計

本研究共進行 12 梯次的團體心理治療，共收取研究對象 88 位，以女性居多，共有 61 人次（佔 69.3%），男性 27 人次（30.7%）；年齡在 20 歲～53 歲之間，平均年齡為 36.6 歲；婚姻狀況，已婚有 44 人次（50.0%），未婚有 31 人次（35.2%），離婚者有 13 人次（14.8%）；教育程度部分，高中以下者 30 人次（34.1%），大專人數為 58 人次（65.9%），受教育年數從 6 年～19 年，平均受教育年數為 14.3 年；研究個案在參與團體心理治療期間有工作者計 36 人次（42.9%），無工作者計 48 人次（57.1%）；在疾病診斷部分，診斷為雙極性情感疾患共 6 人次（6.9%），憂鬱症共 37 人次（42.5%），焦慮性疾患共 19 人次（21.9%），適應障礙疾患共 25 人次（28.7%），而疾病年齡範圍 0 個月～132 個月，平均為 41.8 個月（見表 4-1）。

表 4-1 研究對象人口統計學資料之描述性統計 (N=88)

變項	n	分類	人次	百分比
性別	88	男性	27	30.7
		女性	61	69.3
疾病診斷	87	雙極性情感疾患	6	6.9
		憂鬱症	37	42.5
		焦慮性疾患	19	21.9
		適應障礙疾患	25	28.7
教育程度	88	高中以下	30	34.1
		大專	58	65.9
婚姻狀況	88	已婚	44	50.0
		未婚	31	35.2
		離婚	13	14.8
工作狀況	84	有	36	42.9
		無	48	57.1

變項	n	單位	分佈情形	平均 ±標準差
年齡	88	歲	20~53	36.6 ±7.8
疾病年齡	88	月	0~132	41.8 ±38.3
受教育年數	88	年	6~19	14.3 ±2.5

第二節 研究量表之內在一致性信度檢測

本研究施行之量表之內在一致性信度如表 4-2 所示。貝氏憂鬱量表在三次測量時間點的內在一致性信度上為 0.90-0.92 之間，與 Beck 等人於 1987 年收集 500 位精神科門診病患所進行 Cronbach's α 分析結果 0.92 相當接近 (Beck, et al, 1996)。漢氏焦慮量表的三次 Cronbach's α 測量值則在 0.91-0.93 之間。中國人整體健康量表三次的 α 係數在 0.94-0.96 之間。團體滿意度量表三次測量之 Cronbach's α 亦在 0.92-0.95 之間。由此可見，貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表、中國人整體健康量表與團體滿意度量表之內在一致性信度相當高。

在團體氣氛量表方面，三次測量之 Cronbach's α 係數，「投入性」在 0.61-0.76 之間，「衝突性」在 0.68-0.83 之間，「逃避性」則在 -0.22-0.09 之間，結果與 Kivlighan 等人 (1996) 的分析結果「投入性」為 0.94，「衝突性」為 0.88，「逃避性」為 0.92 有明顯的差異，特別是在「逃避性」部分，本研究的內在一致性信度相當低，這可能因有效個案數或者國情之不同有關。

在團體治療性量表上，各分量表所得到之 Cronbach's α 係數在 0.70-0.93 之間，與林氏 (1998) 收集 275 人所進行分析的 Cronbach's α 係數 0.75-0.94 相近，具有相當的內在一致性。而在團體反治療性量表方面，各分量表的 Cronbach's α 係數在 0.53-0.85 之間，與林氏收集 285 人進行分析的 Cronbach's α 係數 0.67-0.92 接近，其中因素六之分量表之 Cronbach's α 係數兩者的研究皆偏低。

表 4-2 各量表之內在一致性信度 (Cronbach's α) (N=88)

貝氏憂鬱量表								
施測時間	第一週 (n)	第六週 (n)	第十二週 (n)					
Cronbach's α	0.90(53)	0.91(43)	0.92(47)					
漢氏焦慮量表								
施測時間	第一週 (n)	第六週 (n)	第十二週 (n)					
Cronbach's α	0.93(2)	0.91(42)	0.91(47)					
中國人整體健康量表								
施測時間	第一週 (n)	第六週 (n)	第十二週 (n)					
Cronbach's α	0.96(49)	0.94(44)	0.96(45)					
團體滿意度量表								
施測時間	第一週 (n)	第六週 (n)	第十二週 (n)					
Cronbach's α	0.92(67)	0.94(64)	0.95(56)					
團體氣氛量表-投入性								
施測時間	第一週 (n)	第六週 (n)	第十一週 (n)					
Cronbach's α	0.71(72)	0.61(64)	0.76(57)					
團體氣氛量表-衝突性								
施測時間	第一週 (n)	第六週 (n)	第十一週 (n)					
Cronbach's α	0.68(72)	0.76(64)	0.83(57)					
團體氣氛量表-逃避性								
施測時間	第一週 (n)	第六週 (n)	第十一週 (n)					
Cronbach's α	-0.22(72)	0.09(64)	-0.09(56)					
團體治療性量表 (第十二週)								
有益性因素	因素一	因素二	因素三	因素四	因素五	因素六	因素七	因素八
Cronbach's α	0.93	0.90	0.93	0.86	0.83	0.91	0.78	0.70
(n)	(59)	(61)	(59)	(59)	(61)	(61)	(60)	(61)
團體反治療性量表 (第十二週)								
反治療性因素	因素一	因素二	因素三	因素四	因素五	因素六		
Cronbach's α	0.85	0.84	0.85	0.76	0.82	0.53		
(n)	(63)	(63)	(63)	(63)	(63)	(63)		

綜合上述所呈現之各量表的內在一致性信度測試結果發現，評量研究對象症狀之量表（貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表與中國人健康量

表)皆具有相當高之信度，可以測量出研究個案的症狀表現；在評估團體過程的團體氣氛量表與團體滿意度量表兩者之中，團體滿意度量表與團體氣氛量表投入性、衝突性分量表亦具有一定之內在一致性信度，可以測量得知研究對象在團體心理治療過程的滿意度及投入性、衝突性氣氛的感受表現，但團體氣氛量表之逃避性分量表的內在一致性信度並未達到可信程度，因此對於評量團體過程中的逃避性氣氛並無法呈現出可信的現象。另外，在團體反治療性量表中之因素八分量表的 Cronbach's α 係數只有 0.53，其可信之程度亦稍偏低。

第三節 團體心理治療成效分析

本研究之目的在瞭解研究對象參與一個梯次(十二次聚會)的團體心理治療之後,其憂鬱症狀、焦慮症狀及整體健康狀況有無明顯之改善。因此,研究者將研究對象於第一週(前測)、第六週(中測)、第十二週(後測)所接受的貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表及中國人整體健康量表測驗所得之分數進行 GEE 模式分析(分析結果如表 4-3 所示),用以分析研究對象在經過一梯次的團體心理治療之後,研究對象在三種量表前、中、後測的得分是否有顯著之差異。

表 4-3 貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表、中國人整體健康量表前、中、後三次所得分數之比較 (N=88)

量表	時 間			Chi-Square 值	事後比較
	前 Mean±SD (n)	中 Mean±SD (n)	後 Mean±SD (n)		
貝氏憂鬱量表	22.72±11.60 (64)	15.85±11.33 (55)	15.83±11.52 (60)	115.84***	前>中** 前>後***
漢氏焦慮量表	22.83±13.02 (48)	16.21±10.68 (47)	16.60±10.34 (64)	112.80***	前>中** 前>後***
中國人整體健康 量表	15.47±9.70 (57)	11.45±9.00 (49)	12.00±9.33 (53)	88.64***	前>中* 前>後*

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表及中國人整體健康量表前、中、後三次測量的結果,在經過 GEE 模式分析後發現:

- 一、在貝氏憂鬱量表方面,88 位研究對象中,排除遺漏之資料,前測共有 64 名,中測共有 55 名,後測共有 60 名,三次測驗結果進行 GEE 模式分析後發現,前測之貝氏憂鬱量表分數與中測、

後測貝氏憂鬱量表之分數皆達顯著之差異，而中測與後測貝氏憂鬱量表分數則無顯著差異。

- 二、在漢氏焦慮量表方面，88 位研究對象中，排除遺漏之資料，前測共有 48 名，中測共有 47 名，後測共有 64 名，進行 GEE 模式分析後發現，前測漢氏焦慮量表得分與中測、後測漢氏焦慮量表之分數皆達顯著之差異，而中測與後測漢氏焦慮量表之分數則無顯著差異。
- 三、在中國人整體健康量表方面，88 位研究對象中，排除遺漏之資料，前測共有 57 名，中測共有 49 名，後測共有 53 名，進行 GEE 模式分析後發現，前測之中國人整體健康量表得分與中測、後測中國人整體健康量表之分數皆達顯著之差異，而中測與後測中國人整體健康量表之分數則無顯著差異。

由上述 GEE 模式分析結果顯示，研究對象在經過 12 次之團體心理治療後，研究個案在前測及後測的貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表及中國人整體健康量表三量表分數皆呈現出顯著的降低，由此得知，研究個案在經過一梯次的團體心理治療之後，其憂鬱症狀、焦慮症狀以及整體健康狀況方面皆有顯著之改善。

但值得注意的是，經過 GEE 模式分析後，發現研究對象治療前的症狀在經過 6 次之團體心理治療聚會後即有明顯之改善，但第六次到第十二次之間的 6 次團體心理治療聚會中，其症狀並未有顯著之差異。因此，研究對象在經驗過 6 次的團體心理治療聚會之後，其症狀已有顯著改善。

第四節 團體治療性因素與反治療性因素

為瞭解研究對象在接受一個梯次的團體心理治療之後，所感受到的療效因素及反療效因素為何，研究者採用林美珠（1998）所編制的團體治療性因素量表及團體反治療性因素量表作為評估工具，於第十二次團體心理治療聚會後施測，分析研究對象對於治療性及反治療性因素的感受。

在表 4-4 中可以發現，研究對象於團體治療性因素量表方面，八個治療性因素平均得分依序為「對團體的正向感覺」（因素二）、「共通性」（因素五）、「認知性的獲得」（因素一）、「自我坦露與分享」（因素四）、「行動力的引發」（因素三）、「建議的提供」（因素八）、「利他性」（因素六）以及「家庭關係的體驗與瞭解」（因素七）。其中「對團體的正向感覺」及「共通性」兩治療性因素的平均得分達「3」～「4」分，也就是在「中等幫助」到「很有幫助」之間，而「認知性的獲得」、「自我坦露與分享」、「行動力的引發」、「建議的提供」、「利他性」以及「家庭關係的體驗與瞭解」等因素平均值在「2」～「3」分之間，亦即在於「一點點幫助」到「中等幫助」之間。整體而言，研究對象對於團體心理治療皆可感受到有幫助。

表 4-4 團體治療性量表與反治療性量表各分量表之平均值與標準差 (N=88)

團體治療性量表								
分量表	因素一 認知性的獲得	因素二 對團體的正向 感覺	因素三 行動力的引發	因素四 自我坦 露與分 享	因素五 共通性	因素六 利他性	因素七 家庭關 係的體 驗與瞭 解	因素八 建議的 提供
(mean±SD)	2.98±0.91	3.23±0.91	2.85±1.11	2.85±1.05	3.03±1.18	2.60±1.26	2.55±1.26	2.76±0.96
(n)	(62)	(62)	(61)	(63)	(61)	(62)	(62)	(62)
團體反治療性量表								
分量表	因素一 缺乏投入	因素二 自我揭露 的抑制	因素三 負面感受 的喚起	因素四 缺席	因素五 與自己期 望不符合	因素六 不信任		
(mean±SD)	1.14±0.79	1.38±0.91	0.76±0.76	1.02±0.72	0.95±0.86	0.86±0.80		
(n)	(63)	(63)	(63)	(63)	(63)	(63)		

而團體反治療因素量表中，研究對象對六個反治療性因素的平均得分依序為「自我揭露的抑制」（因素二）、「缺乏投入」（因素一）、「缺席」（因素四）、「與自己期望不符合」（因素五）、「不信任」（因素六）以及「負面感受的喚起」（因素三）。其中「自我揭露的抑制」、「缺乏投入」與「缺席」等因素的平均得分在「1」～「2」分之間，表示團體過程中感受在「有發生-沒有阻礙」到「有發生-一點點阻礙」之間，顯示此三項因素可能造成團體治療的阻礙；而「與自己期望不符合」、「不信任」以及「負面感受的喚起」等因素的平均得分在「0」～「1」之間，有就是介於「沒有發生」到「有發生-沒有阻礙」之間，表示此三個因素並未造成團體心理治療效果的阻礙。

綜合上述結果，研究對象感受到團體心理治療是對自己有助的，於團體心理治療過程中，六種團體反治療性因素皆未造成團體心理治療療效的中等阻礙，只有部分感受到有一點點阻礙治療的現象。

第五節 各研究變項與團體心理治療成效之相關

為瞭解影響團體治療效果的可能因子，研究者將研究對象的人口統計學資料、治療前症狀嚴重程度、以及第一次團體聚會的感受與團體治療性因素、反治療性因素各分量表、以及治療後症狀做相關檢定，用以瞭解可能影響療效的因子，相關檢定結果如表 4-5、4-6、4-7 所示。

一、影響團體治療性因素之因子：

表 4-5（如下）呈現出各種變項與團體治療性因素各分量表的相關檢定，分析結果如下：

1. 「認知性的獲得」（因素一）方面：在職業狀況部分發現，有工作者分數明顯高於無工作者（平均值 3.31 vs. 2.77， $t = -2.31$ ， $p < 0.05$ ）；與疾病年齡呈現顯著之負相關（ $r = -0.40$ ， $p < 0.01$ ），亦即疾病年齡愈大，所得之分數愈低；而在第一次參與團體的滿意度方面則呈現顯著正相關（ $r = 0.35$ ， $p < 0.05$ ）；其餘方面則無顯著統計學意義。
2. 「對團體的正向感覺」（因素二）方面：在婚姻狀況部分，經 *scheffe's* 多重比較檢定後發現，離婚者分數明顯高於未婚者（平均值 3.88 vs. 2.81， $F = 6.01$ ， $p < 0.01$ ）；其餘方面則無顯著之統計學意義。
3. 「行動力的引發」（因素三）方面：在疾病診斷部分，經 *scheffe's* 多重比較檢定後發現，憂鬱症患者得分明顯高於雙極性情感疾病（平均值 3.17 vs. 1.36， $F = 3.41$ ， $p < 0.05$ ）；而與疾病年齡部分呈現顯著負相關（ $r = -0.44$ ， $p < 0.01$ ），表示

疾病年齡愈大，分數愈低；其餘方面則無顯著之統計學意義。

4. 「自我坦露與分享」(因素四)方面：在疾病診斷部分，發現不同疾病診斷所得之分數有差異之情形(平均值 3.11 vs. 1.88, $F = 2.91$, $p < 0.05$)，但經 scheffe's 多重比較檢定後，各診斷間未達統計學顯著意義；與疾病年齡部分則呈現顯著之負相關($r = -0.48$, $p < 0.001$)，疾病年齡愈大，所得之分數愈低；而在團體滿意度方面則呈現顯著正相關($r = 0.32$, $p < 0.05$)，第一次參與團體的滿意度愈高，所得之分數愈高；其餘方面則無顯著之統計學意義。
5. 「共通性」(因素五)方面：在教育程度部分，發現大專程度患者所得之分數明顯高於高中以下學歷者(平均值 3.23 vs. 2.56, $t = -2.09$, $p < 0.05$)；在婚姻狀況方面，經 scheffe's 多重比較檢定後發現，離婚者所得之分數明顯高於未婚者與已婚者(平均值 4.18 vs. 2.83、2.78, $F = 6.77$, $p < 0.01$)；與疾病年齡呈現顯著之負相關($r = -0.29$, $p < 0.05$)，疾病年齡愈大，所得之分數愈低；而在團體滿意度($r = 0.39$, $p < 0.01$)與團體氣氛量表-投入性($r = 0.37$, $p < 0.05$)之間皆呈現顯著正相關，即第一次團體的滿意度、投入性氣氛之得分愈高，「共通性」之分數愈高；其餘部分則無顯著之統計學意義。
6. 「利他性」(因素六)方面：在疾病診斷部分，經 Tukey's HSD 檢定後發現，憂鬱症患者所得分數明顯高於雙極性情感疾患患者(平均值 3.03 vs. 1.31, $F = 3.06$, $p < 0.05$)；而與前測之貝氏憂鬱量表分數呈現顯著負相關($r = -0.35$, $p < 0.05$)，亦即貝氏憂鬱量表分數愈高者，在「利他性」方面的得分愈低；

其餘部分則無顯著之統計學意義。

7. 「家庭關係的體驗與瞭解」(因素七)方面：在疾病診斷部分，經 Tukey's HSD 檢定後發現，憂鬱症患者所得分數明顯高於雙極性情感疾患患者與焦慮性疾患患者(平均值 3.11 vs. 1.44、2.04, $F = 4.49$, $p < 0.01$)；而在團體滿意度方面則呈現顯著正相關($r = 0.29$, $p < 0.05$)，第一次團體的滿意度愈高，所得之分數愈高；其餘方面則無顯著之統計學意義。
8. 「建議的提供」(因素八)方面：與人口統計學資料、治療前症狀嚴重程度、以及第一次團體聚會的感受等方面皆則無顯著之統計學意義。

根據以上的分析結果發現，憂鬱症患者在「行動力的引發」、「自我坦露與分享」、「利他性」與「家庭關係的體驗與瞭解」四個治療性因素方面，所獲得之分數明顯高於雙極性情感疾患，而「家庭關係的體驗與瞭解」部分，憂鬱症患者所得之分數亦明顯高於焦慮症患者；大專學歷之病患在「共通性」治療因素方面所獲得的分數高於高中以下者；而婚姻狀況部分，離婚者在「對團體的正向感覺」高於未婚者，而「共通性」方面的得分高於已婚與未婚者；有職業之病患對「認知性的獲得」治療因素獲得較多；疾病年齡愈高者，在得到的「認知性的獲得」、「行動力的引發」、「自我坦露與分享」與「共通性」等四個治療性因素獲益就愈少；在前測貝氏憂鬱量表得分較高者，其在獲得「利他性」的治療性因素就愈少；第一次的團體滿意度愈高，所獲得的「認知性的獲得」、「自我坦露與分享」、「共通性」及「家庭關係的體驗與瞭解」助益愈多；而參與第一次團體心理治療聚會的投入性氣氛高者，獲得「共通性」的幫助愈大；而性別、年齡、治療前焦慮狀

況及整體健康狀況、第一次團體的衝突性、逃避性氣氛部分，則無明顯之統計意義。

表 4-5 各種變項與團體治療性量表之相關 (N=88)

變項	樣本數	因素一 認知的獲得 (mean±SD) (n)	因素二 對團體的正向感覺 (mean±SD) (n)	因素三 行動力的引發 (mean±SD) (n)	因素四 自我坦露與分享 (mean±SD) (n)	因素五 共通性 (mean±SD) (n)	因素六 利他性 (mean±SD) (n)	因素七 家庭關係建議的體驗與瞭解 (mean±SD) (n)	因素八 提的與供 (mean±SD) (n)
診斷									
適應障礙疾患	25	2.94±0.69 (20)	3.33±0.93 (20)	2.78±0.82 (20)	3.03±0.86 (20)	3.05±0.91 (20)	2.58±1.19 (20)	2.40±1.13 (20)	2.95±0.92 (20)
雙極性情感疾患	6	2.04±0.44 (4)	2.33±0.61 (4)	1.36±0.47 (4)	1.88±0.40 (4)	2.44±1.16 (4)	1.31±1.20 (4)	1.44±1.03 (4)	2.25±0.74 (4)
憂鬱症	37	3.22±0.92 (25)	3.37±0.81 (25)	3.17±1.18 (24)	3.11±0.92 (25)	3.35±1.18 (25)	3.03±1.01 (25)	3.11±1.08 (25)	2.84±0.78 (25)
焦慮性疾患	19	2.88±1.13 (13)	3.09±0.98 (13)	2.83±1.21 (13)	2.42±1.36 (14)	2.52±1.44 (12)	2.21±1.53 (13)	2.04±1.16 (13)	2.49±1.32 (13)
F 值		2.19	1.80	3.41*	2.91*	1.77	3.06*	4.49**	1.05
性別									
男	27	3.06±0.88 (18)	3.13±0.76 (19)	3.25±1.09 (17)	2.69±1.08 (19)	2.85±1.31 (18)	2.96±1.16 (19)	2.64±1.19 (18)	2.46±0.98 (19)
女	61	2.95±0.93 (44)	3.28±0.96 (43)	2.70±1.10 (44)	2.93±1.04 (44)	3.10±1.12 (43)	2.44±1.28 (43)	2.51±1.22 (44)	2.90±0.93 (43)
t 值		0.40	-0.58	1.78	-0.83	-0.78	1.51	0.38	-1.70
年齡									
r 值		-0.07(62)	0.11(62)	-0.08(61)	-0.15(63)	-0.20(61)	0.21(62)	-0.15(62)	-0.06(62)
教育程度									
高中以下	30	2.69±0.74 (19)	3.05±0.87 (19)	2.58±1.07 (19)	2.63±1.07 (20)	2.56±1.26 (18)	2.62±1.24 (19)	2.11±1.28 (19)	2.70±1.13 (19)
大專	58	3.11±0.96 (43)	3.32±0.91 (43)	2.97±1.12 (42)	2.96±1.03 (43)	3.23±1.10 (43)	2.59±1.28 (43)	2.74±1.13 (43)	2.79±0.89 (43)
t 值		-1.73	-1.10	-1.29	-1.18	-2.09*	0.07	-1.97	-0.33
婚姻狀況									
已婚	44	2.98±0.83 (30)	3.33±0.90 (30)	2.79±1.00 (30)	2.89±1.12 (31)	2.78±1.22 (29)	2.91±1.02 (30)	2.49±1.23 (30)	2.77±1.06 (30)
未婚	31	2.94±1.11 (22)	2.81±0.88 (22)	2.82±1.39 (21)	2.61±0.98 (22)	2.83±1.01 (22)	2.08±1.59 (22)	2.57±1.29 (22)	2.48±0.88 (22)
離婚	13	3.10±0.71 (10)	3.88±0.27 (10)	3.08±0.84 (10)	3.28±0.87 (10)	4.18±0.70 (10)	2.83±0.67 (10)	2.68±1.01 (10)	3.37±0.48 (10)
F 值		0.10	6.01**	0.25	1.46	6.77**	3.14	0.09	3.09

** p < 0.01; * p < 0.05

表 4-5 各種變項與團體治療性量表之相關（續）（N=88）

變項	樣本數	因素一	因素二	因素三	因素四	因素五	因素六	因素七	因素八
		認知性的獲得 (mean±SD) (n)	對團體的正向感覺 (mean±SD) (n)	行動力的引發 (mean±SD) (n)	自我坦露與分享 (mean±SD) (n)	共通性 (mean±SD) (n)	利他性 (mean±SD) (n)	家庭關係建議的體驗與瞭解 (mean±SD) (n)	建議的提供 (mean±SD) (n)
職業									
無	48	2.77±0.93 (35)	3.18±0.89 (36)	2.66±1.21 (34)	2.72±1.17 (36)	2.97±1.27 (35)	2.35±1.14 (36)	2.40±1.17 (35)	2.73±1.04 (36)
有	36	3.31±0.78 (25)	3.30±0.94 (25)	3.11±0.95 (25)	3.04±0.87 (25)	3.09±1.08 (25)	2.97±1.38 (25)	2.83±1.16 (25)	2.77±0.86 (25)
t 值		-2.31*	-0.52	-1.53	-1.15	-0.38	-1.93	-1.41	-0.17
受教育年數									
r 值		0.07 (62)	-0.03 (62)	0.04 (61)	-0.03 (63)	0.06 (61)	-0.18 (62)	0.16 (62)	-0.17 (62)
疾病年齡									
r 值		-0.40** (54)	-0.25 (54)	-0.44** (53)	-0.48*** (55)	-0.29* (53)	-0.19 (54)	-0.24 (54)	-0.23 (54)
貝氏憂鬱量表（前測）									
r 值		-0.15 (45)	-0.09 (45)	-0.19 (44)	0.06 (46)	0.01 (44)	-0.35* (45)	-0.14 (45)	0.08 (45)
漢氏焦慮量表（前測）									
r 值		0.13 (37)	0.15 (37)	0.09 (37)	0.28 (38)	0.21 (36)	-0.11 (37)	0.01 (37)	0.14 (37)
中國人整體健康量表（前測）									
r 值		-0.21 (38)	0.06 (38)	-0.19 (38)	0.14 (39)	0.17 (37)	0.12 (38)	-0.20 (38)	0.15 (38)
團體滿意度量表（前測）									
r 值		0.35* (53)	0.18 (54)	0.27 (52)	0.32* (54)	0.39** (53)	-0.05 (54)	0.29* (53)	0.10 (54)
團體氣氛量表-投入性（前測）									
r 值		0.13 (55)	0.13 (56)	0.17 (54)	0.16 (56)	0.37* (55)	-0.06 (56)	-0.03 (55)	-0.01 (56)
團體氣氛量表-衝突性（前測）									
r 值		-0.13 (55)	-0.01 (56)	-0.04 (54)	-0.06 (56)	0.03 (55)	0.04 (56)	0.17 (55)	0.01 (56)
團體氣氛量表-逃避性（前測）									
r 值		-0.23 (55)	0.22 (56)	-0.11 (54)	-0.15 (56)	0.13 (55)	0.14 (56)	-0.06 (55)	0.15 (56)

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

二、影響團體反治療性因素之因子：

表 4-6 表示各種變項與團體反治療性因素各分量表的相關檢定，分析的結果如下：

1. 「缺乏投入」（因素一）方面：與團體氣氛量表-衝突性呈現

顯著之正相關 ($r=0.65$, $p<0.001$), 亦即團體衝突氣氛愈高, 「缺乏投入」的情況愈多; 其餘部分則無顯著之統計學意義。

2. 「自我揭露的抑制」(因素二) 方面: 在婚姻狀況部分, 經 *scheffe's* 多重比較檢定後發現, 未婚者所得分數明顯高於已婚者 (平均值 1.86 vs. 1.15, $F=5.35$, $p<0.01$); 與疾病年齡 ($r=0.35$, $p<0.01$)、團體氣氛量表-衝突性 ($r=0.29$, $p<0.05$) 呈現明顯之正相關, 即疾病年齡、衝突性氣氛愈高, 所得分數愈高; 其餘方面則無顯著之統計學意義。
3. 「負面感受的喚起」(因素三) 方面: 與所有人口統計學資料、治療前症狀嚴重程度、以及第一次聚會的經驗皆無顯著之意義。
4. 「缺席」(因素四) 方面: 與中國人整體健康量表 (前測) ($r=0.32$, $p<0.05$) 及團體氣氛量表-衝突性 ($r=0.30$, $p<0.05$) 呈現明顯之正相關, 亦即中國人整體健康量表與團體衝突氣氛愈高者, 此分量表所得之分數亦高; 其餘方面則無顯著之統計學意義。
5. 「與自己期望不符合」(因素五) 方面: 在疾病診斷方面, 經 *scheffe's* 多重比較檢定後發現, 憂鬱症患者所得之分數明顯高於焦慮性疾患患者 (平均值 1.31 vs. 0.45, $F=3.58$, $p<0.05$); 與團體氣氛量表-衝突性呈現顯著之正相關 ($r=0.57$, $p<0.001$), 亦即團體衝突氣氛愈高, 「與自己期望不符合」的情況愈多; 其餘部分則無顯著之統計學意義。
6. 「不信任」(因素六) 方面: 與團體氣氛量表-衝突性呈現顯著之正相關 ($r=0.39$, $p<0.01$), 亦即團體衝突氣氛愈高, 「不信任」的情況愈多; 其餘部分則無顯著之統計學意義。

表 4-6 各種變項與團體反治療性量表之相關 (N=88)

變項	樣本數	因素一	因素二	因素三	因素四	因素五	因素六
		缺乏投入 (mean±SD) (n)	自我揭露的 抑制 (mean±SD) (n)	負面感受的喚 起 (mean±SD) (n)	缺席 (mean±SD) (n)	與自己期望 不符合 (mean±SD) (n)	不信任 (mean±SD) (n)
診斷							
適應障礙疾 患	25	1.21±0.73 (20)	1.36±0.90 (20)	0.70±0.75 (20)	1.01±0.76 (20)	0.85±0.58 (20)	0.77±0.86 (20)
雙極性情感 疾患	6	0.89±0.65 (4)	2.06±0.65 (4)	0.58±0.22 (4)	1.31±0.55 (4)	1.00±0.35 (4)	0.92±0.32 (4)
憂鬱症	37	1.36±0.87 (25)	1.35±0.89 (25)	0.89±0.72 (25)	1.12±0.83 (25)	1.31±1.09 (25)	0.97±0.82 (25)
焦慮性疾患	19	0.69±0.58 (14)	1.29±1.03 (14)	0.65±0.96 (14)	0.79±0.44 (14)	0.45±0.50 (14)	0.79±0.84 (14)
F 值		2.51	0.80	0.42	0.86	3.58*	0.29
性別							
男	27	1.22±0.81 (19)	1.45±0.89 (19)	0.85±1.02 (19)	1.07±0.78 (19)	0.99±0.92 (19)	0.98±0.81 (19)
女	61	1.10±0.78 (44)	1.36±0.93 (44)	0.72±0.63 (44)	1.01±0.70 (44)	0.94±0.84 (44)	0.81±0.81 (44)
t 值		0.54	0.36	0.64	0.30	0.21	0.78
年齡							
r 值		0.04(63)	-0.15(63)	0.08(63)	0.14(63)	-0.00(63)	-0.02(63)
教育程度							
高中以下	30	1.06±0.93 (20)	1.30±0.83 (20)	0.83±0.92 (20)	1.25±0.82 (20)	0.88±0.73 (20)	0.82±0.90 (20)
大專	58	1.17±0.72 (43)	1.42±0.95 (43)	0.72±0.69 (43)	0.92±0.66 (43)	0.99±0.92 (43)	0.88±0.77 (43)
t 值		-0.54	-0.50	0.54	1.72	-0.49	-0.31
婚姻狀況							
已婚	44	1.11±0.79 (31)	1.15±0.83 (31)	0.67±0.75 (31)	1.12±0.77 (31)	0.90±0.97 (31)	0.75±0.76 (31)
未婚	31	1.14±0.76 (22)	1.86±0.86 (22)	0.81±0.80 (22)	0.89±0.52 (22)	0.94±0.70 (22)	0.95±0.76 (22)
離婚	13	1.20±0.90 (10)	1.08±0.89 (10)	0.90±0.78 (10)	1.03±0.97 (10)	1.15±0.83 (10)	1.00±1.05 (10)
F 值		0.05	5.35**	0.41	0.67	0.33	0.57
職業							
無	48	1.23±0.88 (36)	1.42±0.93 (36)	0.85±0.76 (36)	1.13±0.81 (36)	0.96±0.92 (36)	0.92±0.87 (36)
有	36	1.06±0.63 (25)	1.38±0.92 (25)	0.65±0.79 (25)	0.88±0.59 (25)	0.99±0.80 (25)	0.79±0.71 (25)
t 值		0.84	0.17	0.96	1.33	-0.14	0.62
受教育年數							
r 值		0.03 (63)	0.11 (63)	-0.11 (63)	-0.24 (63)	0.02 (63)	-0.05 (63)

** p < 0.01; * p < 0.05

表 4-6 各種變項與團體反治療性量表之相關（續）（N=88）

變項	樣本數	因素一	因素二	因素三	因素四	因素五	因素六
		缺乏投入 (mean±SD) (n)	自我揭露的抑制 (mean±SD) (n)	負面感受的喚起 (mean±SD) (n)	缺席 (mean±SD) (n)	與自己期望不符合 (mean±SD) (n)	不信任 (mean±SD) (n)
疾病年齡							
r 值		0.25 (55)	0.35** (55)	0.09 (55)	0.11 (55)	0.14 (55)	0.16 (55)
貝氏憂鬱量表（前測）							
r 值		0.04 (45)	0.20 (45)	0.04 (45)	0.06 (45)	0.09 (45)	-0.08 (45)
漢氏焦慮量表（前測）							
r 值		0.02 (37)	-0.15 (37)	0.12 (37)	0.30 (37)	-0.04 (37)	0.04 (37)
中國人整體健康量表（前測）							
r 值		0.08 (38)	-0.04 (38)	0.22 (38)	0.32* (38)	0.27 (38)	-0.01 (38)
團體滿意度量表（前測）							
r 值		-0.20 (54)	-0.14 (54)	-0.11 (54)	-0.08 (54)	-0.09 (54)	-0.09 (54)
團體氣氛量表-投入性（前測）							
r 值		-0.10 (56)	-0.23 (56)	-0.05 (56)	0.02 (56)	-0.08 (56)	0.03 (56)
團體氣氛量表-衝突性（前測）							
r 值		0.65*** (56)	0.29* (56)	0.17 (56)	0.30* (56)	0.57*** (56)	0.39** (56)
團體氣氛量表-逃避性（前測）							
r 值		0.21 (56)	-0.04 (56)	-0.16 (56)	0.08 (56)	0.18 (56)	0.09 (56)

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

綜合以上之結果分析得知，憂鬱症患者在「與自己期望不符合」的反治療因素方面，所獲得的分數高於焦慮性疾患患者；在婚姻狀況部分，未婚者在「自我揭露的抑制」所得分數明顯高於已婚者；而疾病年齡部分，疾病年齡愈大，「自我揭露的抑制」的阻礙愈高；中國人整體健康量表（前測）之分數愈高，「缺席」的影響愈大；而團體氣氛量表-衝突性分數愈高，「缺乏投入」、「自我揭露的抑制」、「缺席」、「與自己期望不符合」、「不信任」的反治療性因素愈高；而性別、年齡、教育程度、受教育年數、職業、治療前憂鬱及焦慮狀況、第一次團體的滿意度與投入性、逃避性氣氛部分，則無

明顯之統計學意義。

三、影響治療後症狀表現之因子：

表 4-7 表示各種變項與治療後症狀表現的相關檢定，分析的結果如下：

1. 「貝氏憂鬱量表」方面：在工作狀況部分發現，無工作者得分明顯高於有工作者(平均值 20.86 vs. 8.73, $t=5.22$, $p<0.001$)；與受教育年數($r=0.31$, $p<0.05$)、疾病年齡($r=0.28$, $p<0.05$)及貝氏憂鬱量表(前測)($r=0.42$, $p<0.01$)呈現顯著之正相關，即受教育年數愈高、疾病年齡愈大以及前測貝氏憂鬱量表分數愈高，後測貝氏憂鬱量表分數愈高；其餘部分則無顯著之統計學意義。
2. 「漢氏焦慮量表」方面：與年齡呈現顯著負相關($r=-0.28$, $p<0.05$)，年齡愈大，焦慮分數愈低；而與受教育年數($r=0.27$, $p<0.05$)、疾病年齡($r=0.38$, $p<0.01$)、漢氏焦慮量表(前測)($r=0.39$, $p<0.05$)及團體氣氛量表-衝突性(前測)($r=0.33$, $p<0.05$)呈現顯著之正相關，亦即受教育年數愈高、疾病年齡愈大、前測漢氏焦慮量表及團體氣氛量表-衝突性的分數愈高，後測之漢氏焦慮量表的得分愈高；其餘部分則無顯著之統計學意義。
3. 「中國人整體健康量表」方面：在疾病診斷部分，經 scheffe's 多重比較檢定後發現，雖然疾病診斷之間的分數顯示有差異，但卻未統計學上達顯著意義；在職業狀況部分發現，無工作者明顯高於有工作者(平均值 14.81 vs. 7.90, $t=2.75$, $p<0.05$)；與疾病年齡($r=0.30$, $p<0.05$)、貝氏憂鬱量表(前

測) ($r = 0.39, p < 0.05$) 及中國人整體健康量表 (前測) ($r = 0.36, p < 0.05$) 呈現顯著之正相關，表示疾病年齡愈大、前測之貝氏憂鬱量表及中國人整體健康量表得分愈高，後測之中國人整體健康量表之得分愈高；其餘部分則無顯著之統計學意義。

由上述之結果分析得知，年齡愈大者，其治療後之焦慮程度愈低；無工作之病患在治療後的憂鬱及整體健康狀況皆明顯高於有工作者；受教育之年數愈高，其治療後的憂鬱及整體健康狀況分數愈高；而疾病年齡愈大，治療後的憂鬱、焦慮及整體健康狀況得分愈高；前測之貝氏憂鬱量表分數愈高，其治療後的憂鬱及整體健康狀況分數愈高；前測漢氏焦慮量表得分愈高者，治療後的焦慮程度愈高；前測中國人整體健康量表得分愈高者，治療後的整體健康狀況分數愈高；在團體氣氛方面，前測之衝突性得分愈高，治療後的焦慮程度愈高；然而在診斷、性別、教育程度、婚姻狀況團體滿意度 (前測) 以及前測團體氣氛量表-投入性與逃避性部分，皆未有顯著之統計學意義。

表 4-7 各種變項與後測貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表、中國人整體健康量表之相關 (N=88)

變項	樣本數	貝氏憂鬱量表 (mean±SD)(n)	漢氏焦慮量表 (mean±SD)(n)	中國人整體健康量表 (mean±SD)(n)
診斷				
雙極性情感疾患	6	30.33±11.50(3)	13.00±8.00(3)	17.33±4.51(3)
憂鬱症	37	17.56±11.18(27)	19.39±9.42(23)	15.68±9.07(22)
焦慮性疾患	19	12.64±11.29(14)	14.15±13.92(13)	8.21±8.98(14)
適應障礙疾患	25	13.00±10.57(16)	14.92±7.72(13)	8.86±8.73(14)
F 值		2.68	1.04	3.10*
性別				
男	27	14.24±12.03(17)	12.50±10.44(16)	9.94±9.90(16)
女	61	16.47±11.40(43)	18.42±9.90(36)	12.89±9.07(37)
t 值		-0.67	-1.96	-1.06
年齡				
r 值		-0.01(60)	-0.28(52)*	-0.01(53)
教育程度				
高中以下	30	14.85±13.21(20)	14.20±11.85(15)	11.33±7.72(18)
大專	58	16.33±10.73(40)	17.57±9.67(37)	12.34±10.15(35)
t 值		-0.46	-1.07	-0.37
婚姻狀況				
已婚	44	15.89±11.00(28)	16.46±11.85(26)	12.93±9.29(27)
未婚	31	14.96±12.45(23)	17.42±8.90(19)	10.14±9.60(21)
離婚	13	17.89±11.71(9)	14.86±8.97(7)	14.80±8.76(5)
F 值		0.20	0.16	0.77
職業				
無	48	20.86±11.63(36)	18.21±9.85(34)	14.81±8.62(32)
有	36	8.73±6.03(22)	13.56±10.84(18)	7.90±9.11(20)
t 值		5.22***	1.56	2.75*
受教育年數				
r 值		0.31(60)*	0.27(52)*	0.20(53)

*** p < 0.001; * p < 0.05

表 4-7 各種變項與後測貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表、中國人整體健康量表之相關 (續) (N=88)

變項	樣本數	貝氏憂鬱量表 (mean±SD)	漢氏焦慮量表 (mean±SD)	中國人整體健康量表 (mean±SD)
疾病年齡				
r 值		0.28(53)*	0.38(46)**	0.30(47)*
貝氏憂鬱量表 (前測)				
r 值		0.42(48)**	0.19(39)	0.39(40)*
漢氏焦慮量表 (前測)				
r 值		0.26(33)	0.39(30)*	0.25(33)
中國人整體健康量表 (前測)				
r 值		0.25(40)	0.15(33)	0.36(39)*
團體滿意度量表 (前測)				
r 值		-0.06(51)	0.06(49)	-0.06(47)
團體氣氛量表-投入性 (前測)				
r 值		-0.02(51)	-0.06(49)	-0.07(47)
團體氣氛量表-衝突性 (前測)				
r 值		0.04(51)	0.33(49)*	0.15(47)
團體氣氛量表-逃避性 (前測)				
r 值		0.00(51)	0.31(49)	-0.23(55)

** p < 0.01; * p < 0.05

第六節 團體成效與各研究變項之複迴歸分析

在第四節中，研究者將研究對象的人口統計學資料、治療前症狀嚴重程度、以及第一次團體聚會的感受與團體療效指標量表，包括貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表、中國人整體健康量表、團體治療性量表、以及團體反治療性量表，進行相關性分析，以找出可能影響療效的各種研究變項。而在本章節中，研究者將各個影響團體療效指標量表的各種變項，分別進行複迴歸檢定分析，以進一步瞭解各種變項可以解釋團體療效的程度。

一、治療後症狀之複迴歸檢定分析：

根據第四節所分析得到的結果發現，與後測貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表以及中國人整體健康量表具有顯著統計意義的個人特質分別為：

1. 後測貝氏憂鬱量表部分：具顯著意義之變項包括受教育年數、疾病年齡、職業、以及治療前憂鬱症狀。
2. 後測漢氏焦慮量表部分：具顯著意義之變項包括疾病年齡、前測漢氏焦慮量表、以及團體氣氛量表 — 衝突性。
3. 後測中國人整體健康量表部分：具顯著意義之變項包括疾病年齡、職業、前測貝氏憂鬱量表、以及前測中國人整體健康量表。

根據上述資料，研究者以三個治療性指標量表為效標變項，分別與其相關之各種變項，以及重要之人口統計學資料：性別與年齡為預測變項，進行複迴歸檢定分析，結果如表 4-8 所示。

表 4-8 各種變項與後測貝氏憂鬱量表、漢氏焦慮量表及中國人整體健康量表之複迴歸分析 (N=88)

變 項	貝氏憂鬱量表 (後測)	漢氏焦慮量表 (後測)	中國人整體健康量 表 (後測)
	EP (SE) Standardized BETA	EP (SE) Standardized BETA	EP (SE) Standardized BETA
n	40	26	33
F Value	3.83*	2.34	1.93
intercept	-9.88(12.37)	7.21(12.11)	-4.38(9.53)
年齡	0.14(0.21) 0.10	-0.12(0.25) -0.09	0.18(0.20) 0.15
性別	0.15(3.36) 0.01	4.51(4.88) 0.20	-0.29(3.48) -0.02
受教育年數	1.19(0.71) 0.24	—	—
疾病年齡	0.01(0.05) 0.04	0.10(0.06) 0.31	0.06(0.05) 0.25
職業 (以無職業為參考組)			
有	-9.14(3.43)* -0.41	—	-0.21(3.56) -0.01
貝氏憂鬱量表 (前測)	0.31(0.14)* 0.32	—	0.27(0.17) 0.33
漢氏焦慮量表 (前測)	—	0.22(0.20) 0.23	—
中國人整體健康量 表 (前測)	—	—	0.20(0.19) 0.21
團體氣氛量表—衝 突性 (第一次)	—	1.84(2.11) 0.16	—
R ² (%)	40.34	35.82	30.05

* p < 0.05

1. 三個複迴歸模式中，只有後測貝氏憂鬱量表的複迴歸模式具有統計學上之意義，而後測漢氏焦慮量表及中國人整體健康量表的複迴歸模式皆未達到統計學上之意義。

2. 以六項個人特質「性別」、「年齡」、「受教育年數」、「疾病年齡」、「職業」、以及「前測貝氏憂鬱量表」的構面來預測「後測貝氏憂鬱量表」，達顯著水準（ $F=3.83$ ， $P<0.05$ ），其解釋的變異量達 40.34%。此外，預測變項（性別、年齡、受教育年數、疾病年齡、職業、以及前測貝氏憂鬱量表）對效標變項（後測貝氏憂鬱量表）的重要性依序為「職業」、「前測貝氏憂鬱量表」、「受教育年數」、「年齡」、「疾病年齡」以及「性別」，其中「職業」與「前測貝氏憂鬱量表」兩個構面達到顯著統計意義。

二、團體治療性因素之複迴歸分析：

根據第四節所分析得到的結果發現，與團體治療性量表八個因素具有顯著統計意義的變項分別為：

1. 「認知性的獲得」（因素一）方面：具顯著意義之變項包括：職業、疾病年齡、第一次團體滿意度。
2. 「對團體的正向感覺」（因素二）方面：具顯著意義之變項為婚姻狀況。
3. 「行動力的引發」（因素三）方面：具顯著意義之變項包括：診斷及疾病年齡。
4. 「自我坦露與分享」（因素四）：具顯著意義之變項包括：診斷、疾病年齡、以及第一次團體滿意度。
5. 「共通性」（因素五）方面：具顯著意義之變項包括：教育程度、婚姻狀況、疾病年齡、第一次團體滿意度、以及第一次團體氣氛-投入性。

6. 「利他性」(因素六)方面：具顯著意義之變項包括：診斷與前測貝氏憂鬱量表。
7. 「家庭關係的體驗與瞭解」(因素七)方面：具顯著意義之變項包括：診斷與第一次團體滿意度。
8. 「建議的提供」(因素八)方面：並未具有任何顯著意義之變項。

承續上述資料，研究者以八個治療性因素為效標變項，分別與其相關之各種變項，以及重要之人口統計學資料：性別與年齡為預測變項，進行複迴歸檢定分析，得到以下結論（詳見表 4-9）：

1. 八個複迴歸模式中，只有「建議的提供」(因素八)的複迴歸模式未達到統計學上之意義，其餘七個複迴歸模式皆具備統計學上之顯著意義。
2. 以五項變項「性別」、「年齡」、「職業」、「疾病年齡」、以及「第一次團體滿意度」的構面來預測「認知性的獲得」(因素一)，達顯著水準($F = 3.48, P < 0.05$)，其解釋的變異量達 29.79%。此外，預測變項(性別、年齡、職業、疾病年齡、以及第一次團體滿意度)對效標變項(認知性的獲得)的重要性依序為「疾病年齡」、「職業」、「第一次團體滿意度」、「性別」以及「年齡」，其中「疾病年齡」構面達到顯著統計意義。
3. 以三項變項「性別」、「年齡」以及「婚姻狀況」的構面來預測「對團體的正向感覺」(因素二)，達顯著水準($F = 3.19, P < 0.05$)，其解釋的變異量達 18.29%。此外，預測變項(性別、年齡、婚姻狀況)對效標變項(對團體的正向感覺)的重要

性依序為「婚姻狀況」、「年齡」、以及「性別」，其中「婚姻狀況」構面達到顯著統計意義，未婚狀況相對於已婚者具有顯著意義。

4. 以四項變項「性別」、「年齡」、「診斷」與「疾病年齡」的構面來預測「行動力的引發」（因素三），達顯著水準（ $F=5.47$ ， $P<0.001$ ），其解釋的變異量達 41.62%。此外，預測變項（性別、年齡、診斷及疾病年齡）對效標變項（行動力的引發）的重要性依序為「疾病年齡」、「診斷」、「性別」以及「年齡」，其中「疾病年齡」與「診斷」兩個構面達到顯著統計意義，而「診斷」變項中，又以「憂鬱症」特別具有顯著意義。
5. 以五項變項「性別」、「年齡」、「診斷」、「疾病年齡」、以及「第一次團體滿意度」的構面來預測「自我坦露與分享」（因素四），達顯著水準（ $F=5.00$ ， $P<0.001$ ），其解釋的變異量達 46.65%。此外，預測變項（性別、年齡、診斷、疾病年齡、以及第一次團體滿意度）對效標變項（自我坦露與分享）的重要性依序為「疾病年齡」、「診斷」、「性別」、「年齡」以及「第一次團體滿意度」，其中「疾病年齡」構面達到顯著統計意義。

表 4-9 各種變項與團體治療性量表各因素之複迴歸分析 (N=88)

變項	因素一	因素二	因素三	因素四
	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
	EP (SE)	EP (SE)	EP (SE)	EP (SE)
	Standardized BETA	Standardized BETA	Standardized BETA	Standardized BETA
n	46	61	52	47
F Value	3.48*	3.19*	5.47***	5.00***
intercept	2.26(1.06)	4.09(0.80)	3.28(0.74)	3.36(1.14)
年齡	-0.003(0.02)	-0.02(0.02)	-0.001(0.02)	-0.02(0.02)
	-0.03	-0.15	-0.01	-0.12
性別	0.09(1.06)	-0.09(0.25)	-0.21(0.29)	0.30(0.28)
	0.05	-0.05	-0.10	0.13
診斷 (以適應障礙疾患為參考組)				
雙極性情感疾患	—	—	-0.99(0.51)	-0.84(0.50)
			-0.24	-0.21
憂鬱症	—	—	0.79(0.31)*	0.32(0.33)
			0.35	0.15
焦慮性疾患	—	—	0.15(0.36)	-0.49(0.37)
			0.06	-0.18
婚姻狀況 (以已婚為參考組)				
未婚	—	-0.69(0.30)*	—	—
		-0.37		
離婚	—	0.54(0.32)	—	—
		0.23		
職業 (以無職業為參考組)				
有	0.40(0.27)	—	—	—
	0.21			
疾病年齡	-0.01 (0.003)*	—	-0.01(0.003)***	-0.02(0.004)***
	-0.36		-0.46	-0.49
團體滿意度量表 (第一次)	0.22(0.17)	—	—	0.12(0.19)
	0.18			0.08
R ² (%)	29.79	18.29	41.62	46.65

*** p < 0.001; * p < 0.05

6. 以七項變項「性別」、「年齡」、「教育程度」、「婚姻狀況」、「疾病年齡」、「第一次團體滿意度」、以及「第一次團體氣氛-投入性」的構面來預測「共通性」(因素五)，達顯著水準 (F = 3.88, P < 0.01)，其解釋的變異量達 44.98%。此外，預測變項 (性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、疾病年齡、第一次團體滿意度、以及第一次團體氣氛-投入性) 對效標變項 (共通性) 的重要性依序為「年齡」、「疾病年齡」、「第一次團體

滿意度」、「婚姻狀況」、「教育程度」、「第一次團體氣氛-投入性」以及「性別」，其中「年齡」構面達到顯著統計意義。

7. 以四項變項「性別」、「年齡」、「診斷」與「前測貝氏憂鬱量表」的構面來預測「利他性」（因素六），達顯著水準（ $F=3.97$ ， $P<0.01$ ），其解釋的變異量達 38.54%。此外，預測變項（性別、年齡、診斷以及前測貝氏憂鬱量表）對效標變項（利他性）的重要性依序為「診斷」、「前測貝氏憂鬱量表」、「年齡」、以及「性別」，其中「診斷」與「前測貝氏憂鬱量表」兩構面達到顯著統計意義，而又以「憂鬱症」特別具有顯著意義。
8. 以四項變項「性別」、「年齡」、「診斷」、以及「第一次團體滿意度」的構面來預測「家庭關係的體驗與瞭解」（因素七），達顯著水準（ $F=2.98$ ， $P<0.05$ ），其解釋的變異量達 27.96%。此外，預測變項（性別、年齡、職業、診斷與第一次團體滿意度）對效標變項（家庭關係的體驗與瞭解）的重要性依序為「診斷」、「第一次團體滿意度」、「年齡」以及「性別」，其中「診斷」構面達到顯著統計意義，又以「憂鬱症」特別具有顯著意義。

表 4-9 各種變項與團體治療性量表各因素之複迴歸分析 (續)
(N=88)

變項	因素五	因素六	因素七	因素八
	共通性	利他性	家庭關係的體驗 與瞭解	建議的提供
	EP (SE)	EP (SE)	EP (SE)	EP (SE)
	Standardized BETA	Standardized BETA	Standardized BETA	Standardized BETA
n	46	44	52	61
F Value	3.88**	3.97**	2.98*	1.44
intercept	3.35(1.65)	2.62(1.07)	1.71(1.28)	2.59(0.65)
年齡	-0.06(0.02)*	0.01(0.02)	-0.01(0.02)	-0.003(0.02)
	-0.36	0.08	-0.09	-0.03
性別	-0.01(0.36)	-0.12(0.37)	-0.02(0.33)	0.44(0.27)
	-0.00	-0.04	-0.01	0.21
診斷 (以適應障礙疾患為參考組)				
雙極性情感疾患	—	-1.25(0.71)	-0.94(0.61)	—
		-0.24	-0.21	
憂鬱症	—	0.98(0.38)*	0.77*(0.37)	—
		0.37	0.31	
焦慮性疾患	—	-0.10(0.50)	-0.25(0.44)	—
		-0.03	-0.08	
教育程度 (以高中以下為參考組)				
大專	0.46(0.37)	—	—	—
	0.17			
婚姻狀況 (以已婚為參考組)				
未婚	-0.33(0.42)	—	—	—
	-0.12			
離婚	0.66(0.55)	—	—	—
	0.18			
疾病年齡	-0.01(0.004)	—	—	—
	-0.24			
貝氏憂鬱量表 (前測)	—	-0.03(0.02)*	—	—
		-0.29		
團體滿意度量表 (第一次)	0.32(0.28)	—	0.29(0.19)	—
	0.20		0.19	
團體氣氛量表— 投入性 (第一次)	0.10(0.18)	—	—	—
	0.09			
R ² (%)	44.98	38.54	27.96	4.67

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

三、團體反治療性因素之複迴歸分析：

根據第四節所分析得到的結果發現，與團體反治療性量表六個因素具有顯著統計意義的個人特質分別為：

1. 「缺乏投入」(因素一)方面：具顯著意義之變項為第一次團體氣氛-衝突性。
2. 「自我揭露的抑制」(因素二)方面：具顯著意義之變項為婚姻狀況、疾病年齡與第一次團體氣氛-衝突性。
3. 「負面感受的喚起」(因素三)方面：所有變項皆未具顯著意義。
4. 「缺席」(因素四)：具顯著意義之變項為前測中國人整體健康量表以及第一次團體氣氛-衝突性。
5. 「與自己期望不符合」(因素五)方面：具顯著意義之變項包括診斷與第一次團體氣氛-衝突性。
6. 「不信任」(因素六)方面：具顯著意義之變項為第一次團體氣氛-衝突性。

承續上述資料，研究者以六個治療性因素為效標變項，分別與其顯著相關之人口統計學資料、治療前症狀嚴重程度、以及第一次團體聚會的感受為預測變項，進行複迴歸檢定分析，得到以下結論(詳見表 4-10)：

1. 六個複迴歸模式中，「負面感受的喚起」(因素三)與「缺席」(因素四)兩個複迴歸模式未達到統計學上之意義，其餘四個複迴歸模式皆具備統計學上之顯著意義。

2. 以三項變項「性別」、「年齡」、「第一次團體氣氛-衝突性」的構面來預測「缺乏投入」(因素一)，達顯著水準 ($F = 14.28$, $P < 0.001$)，其解釋的變異量達 45.17%。此外，預測變項(性別、年齡、以及第一次團體氣氛-衝突性)對效標變項(缺乏投入)的重要性依序為「第一次團體氣氛-衝突性」、「性別」、以及「年齡」，其中「第一次團體氣氛-衝突性」構面達到顯著統計意義。
3. 以五項變項「性別」、「年齡」、「婚姻狀況」、「疾病年齡」、以及「第一次團體氣氛-衝突性」的構面來預測「自我揭露的抑制」(因素二)，達顯著水準 ($F = 4.76$, $P < 0.001$)，其解釋的變異量達 40.49%。此外，預測變項(性別、年齡、婚姻狀況、疾病年齡、以及第一次團體氣氛-衝突性)對效標變項(自我揭露的抑制)的重要性依序為「婚姻狀況」、「第一次團體氣氛-衝突性」、「疾病年齡」、「年齡」、以及「性別」，其中「婚姻狀況」、「疾病年齡」、以及「第一次團體氣氛-衝突性」三個構面達到顯著統計意義，而在婚姻狀況中，「未婚者」特別具有顯著意義。
4. 以四項變項「性別」、「年齡」、「前測中國人整體健康量表」、以及「第一次團體氣氛-衝突性」的構面來預測「缺席」(因素四)，並未達顯著水準 ($F = 2.30$)，但其中「前測中國人整體健康量表」以及「第一次團體氣氛-衝突性」卻達統計顯著意義，因此將「性別」與「年齡」兩個構面排除後，單獨以「前測中國人整體健康量表」以及「第一次團體氣氛-衝突性」兩個構面進行複迴歸檢定，結果則達到統計顯著意義 ($F = 3.80$, $P < 0.05$)，其解釋的變異量達 19.68%，而預測變項(前測中國人

整體健康量表與第一次團體氣氛-衝突性) 對效標變項(缺席) 的重要性依序為「前測中國人整體健康量表」以及「第一次團體氣氛-衝突性」, 且兩構面皆達到統計顯著意義。

5. 以四項變項「性別」、「年齡」、「診斷」、以及「第一次團體氣氛-衝突性」的構面來預測「與自己期望不符合」(因素五), 達顯著水準 ($F=5.24, P<0.001$), 其解釋的變異量達 39.11%。此外, 預測變項(性別、年齡、診斷、以及第一次團體氣氛-衝突性) 對效標變項(與自己期望不符合) 的重要性依序為「第一次團體氣氛-衝突性」、「診斷」、「性別」、以及「年齡」, 其中「第一次團體氣氛-衝突性」構面達到顯著統計意義。
6. 以三項變項「性別」、「年齡」、以及「第一次團體氣氛-衝突性」的構面來預測「不信任」(因素六), 達顯著水準 ($F=3.81, P<0.05$), 其解釋的變異量僅達 18.02%。此外, 預測變項(性別、年齡、以及第一次團體氣氛-衝突性) 對效標變項(不信任) 的重要性依序為「第一次團體氣氛-衝突性」、「性別」、以及「年齡」, 其中「第一次團體氣氛-衝突性」構面達到顯著統計意義。

表 4-10 各種變項與團體反治療性量表各因素之複迴歸分析 (N=88)

變項	因素一	因素二	因素三	因素四	因素五	因素六
	缺乏投入	自我揭露的 抑制	負面感受的 喚起	缺席	與自己期望 不符合	不信任
	EP (SE) Standardized BETA					
n	55	48	62	33	55	55
F Value	14.28***	4.76***	0.35	2.30	5.24***	3.81*
intercept	-0.27(0.48)	-0.18(0.80)	0.58(0.53)	0.43(0.45)	-0.46(0.58)	0.34(0.60)
年齡	0.01(0.01)	0.01(0.02)	0.01(0.01)	0.001(0.01)	0.01(0.01)	-0.004(0.01)
	0.07	0.10	0.07	0.02	0.05	-0.04
性別	-0.22(0.18)	-0.03(0.25)	-0.12(0.21)	-0.22(0.17)	-0.14(0.20)	-0.29(0.22)
	-0.14	-0.02	-0.07	-0.22	-0.08	-0.17
診斷 (以適應障礙疾患為參考組)						
雙極性情感 疾患	—	—	—	—	0.37(0.37)	—
					0.12	
憂鬱症	—	—	—	—	0.37(0.22)	—
					0.22	
焦慮性疾患	—	—	—	—	-0.03(0.27)	—
					-0.01	
婚姻狀況 (以已婚為參考組)						
未婚	—	0.87(0.29)**	—	—	—	—
		0.47				
離婚	—	-0.12(0.33)	—	—	—	—
		-0.05				
疾病年齡	—	0.01(0.00)*	—	—	—	—
		0.26				
中國人整體 健康量表 (前測)	—	—	—	0.02(0.01)*	—	—
				0.41		
團體氣氛量 表—衝突性 (第一次)	0.65(0.10)***	0.30(0.13)*	—	0.21(0.10)*	0.55(0.12)***	0.40(0.12)**
	0.68	0.27		0.34	0.55	0.41
R ² (%)	45.17	40.49	1.16	24.10	39.11	18.02

*** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05

第五章 討論與建議

第一節 研究結果討論

一、 團體心理治療對於精神科門診病患的治療成效：

Levine (1979) 以團體過程的觀點指出，團體心理治療的聚會若少於八次以下，必須是計劃清楚的結構性團體，團體成員的目標才能勉強的達到，然而對於半結構團體或無結構團體，倘若團體聚會低於 4~6 次，團體成員在團體中的自主權 (Authority) 及融合—感覺 (Inclusion—feelings) 等議題，將無法被適當處理。另外，Weissman (1974) 則以治療成效的面向，針對 150 位門診憂鬱症病患進行研究，結果發現治療過程在第 6 次到第 8 次之間，患者的社會適應即有顯著的改善。Levine 以及 Weissman 雖然從不同的角度探討團體心理治療的治療效果，但卻有一致的答案，團體心理治療至少要聚會 6~8 次以上，才有達到治療效果的可能性。然而，本研究進行的團體心理治療在聚會 12 次後發現，研究對象在憂鬱、焦慮及整體健康狀況上有顯著改善，而且更進一步發現，研究對象之憂鬱、焦慮以及整體健康狀況三方面已在第六次團體聚會後即有顯著的改善，表示進行六次團體聚會後，個案之治療效果已經出現，結果與 Levine 以及 Weissman 的結論一致。

不過，本研究另一個發現是，在第 6 次聚會與第 12 次聚會之間，並無顯著之差異，是否表示一個梯次團體心理治療只要設計 6 次的聚會即可達到治療效果呢？如果 6 次聚會即結束治療，是否已經達到的治療效果會持續呢？Howard、Kopta、Krause 與 Orlinsky 分析了 30 年 2400 位病患在長期治療與團體成效之間的關係，結果發現在經過

8 次的心理治療時，有 50% 的病患有改善，而持續治療 26 次後，則高達 75% 的病患有顯著改善 (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986)。表示患者在接受團體治療時，會出現兩個治療的高峰，第 8 次與第 26 次聚會時，而比照本研究結果，12 次的聚會剛好坐落在 8 ~ 12 次之間，是否表示著參與本研究之病患尚有進步的空間，如果持續接受治療的話，治療的效果會更加明顯？治療結束後，患者的治療效果是否會維持？如果會的話，維持多久呢？這是研究者未來可以努力的方向。

二、 治療成效與各種變項之相關：

性別與年齡與團體成效之間的相關性，許多學者的研究結果並不一致 (Burlingame, Furiman, & Mosier, 2003 ; Lorentzen & Hoglend, 2004 ; Piper, 1994 ; Yalom, 1985)。而本研究發現性別部分與團體成效並無顯著相關，結果與 Burlingame 等人以及 Lorentzen 與 Hoglend 的報告一致，但同樣是針對短期團體心理治療的研究，結果卻與 Piper 的報告不同。而年齡部分則與 Piper 的結果同樣對團體成效造成影響，而且發現年齡愈高者，治療後的症狀嚴重程度愈高。因此，可以發現在不同的研究中，性別與年齡部分對於團體成效的影響並非絕對，可能表示影響團體成效的原因當中，性別與年齡的重要性並不顯著。在表 4-8 可明顯看出，性別與年齡對於治療後憂鬱程度的影響程度相對於有無工作及治療前憂鬱程度而言，並非相當顯著。

本研究的結果顯示教育程度與團體成效並無顯著相關，但受教育年數愈高者，治療後的憂鬱、焦慮程度愈高，但 Piper (1994) 則發現教育程度愈高者治療成效愈好。是否國人的教育程度愈高者，對於團體心理治療的抗拒性愈高，這有待研究者進一步瞭解。

Piper (1994) 表示治療前的困擾程度愈高者，治療成效愈差，這

與本研究的結果一致治療前的憂鬱、焦慮程度愈高以及整體健康狀況愈差者，其治療後的症狀程度相對的也比較高。而疾病年齡的部分，同樣也與治療後症狀嚴重程度呈現負相關。因此可以發現的是，治療前症狀嚴重程度對於治療成效有明顯的影響，治療前症狀程度愈嚴重者，其治療成效愈差。而診斷部分，雖然結果發現與團體成效之間並無顯著相關，但 Burlingame 等人的結果卻發現不同診斷的治療成效也顯著之差異。Burlingame 等人的結果是分析了近 20 年的 111 篇研究所得，其研究對象的樣本數相當多，但本研究的樣本數只有 88 位，因此可能因為本研究的樣本數不足，以致診斷對於治療成效的影響並不顯著，故需要再進一步收集更多的樣本數，進一步分析診對於治療成效的影響程度。

其他方面，婚姻狀況與團體成效並無顯著相關，雖然 Piper(1994) 指出有結婚者與團體心理治療成效愈高，但在本研究中並未明顯相關。在另外一項值得討論的是工作有無對於治療成效的影響，本研究結果發現無工作者治療後的憂鬱程度以及整體健康狀況分數明顯高於有工作者。表示有工作者的治療成效比無工作者佳，是否代表有工作者具有較強的動機、主動性較高，會積極去尋求協助的特質，這需要進一步深入探討。

三、 成員感受之治療性因素與反治療性因素：

本研究之患者感受到的治療性因素前四名為「對團體的正向感覺」(信任、投入、團體的、接納與支持有關)、「共通性」、「認知性的獲得」(與人際關係學習、自我瞭解與解決問題有關)、以及「自我坦露與分享」(與自我坦露、宣洩與分享有關)。其中「認知性的獲得」內容與人際關係學習、自我瞭解與解決問題有關，而「自我坦露與分享」則與自我坦露、宣洩與分享有關，這與國外的研究結果相近，自

我瞭解、人際學習、宣洩、以及自我揭露等療效因素皆為門診病患所感受到最重要的療效因素(Bloch, & Reibstein, 1980 ; Corder, Whiteside, & Haizlip, 1981 ; Butler & Fuhriman, 1983 ; Kapur, Miller, & Mitchell, 1988 ; Kivlighan, & Mullison, 1988)。不同的是，在本研究中的結果當中，「對團體的正向感覺」(包括信任、投入、團體的、接納與支持有關)以及「共通性」卻是成員感受作重要的療效因素，同樣的結果出現在蔣世光等人針對住院女性慢性精神分裂症進行認知性團體以及情緒表達性團體的研究，以林美珠等人編制的團體治療性量表進行評估，發現認知性團體中的對團體的正向感覺與共通性都是重要的療效因素，而情緒表達性團體中，「對團體的正向感覺」最重要的療效因素(蔣、林、陳，1999)。國內的研究結果，「對團體的正向感覺」以及「共通性」都是相當重要的，這是否表示國人不習慣表達內心的困擾，容易在團體中觀望，一旦有人說出相同的感受之後，才會引發共鳴呢？

在反治療性因素的結果發現最重要的反治療性因素「自我揭露的抑制」、「缺乏投入」與「缺席」。Doxsee 與 Kivlighan 的研究中，同樣以人際互動取向進行，也發現缺席、自我揭露的抑制與、成員缺乏互動是造成團體的阻礙的重要因素(Doxsee, & Kivlighan, 1994)。由此可知，在人際互動取向的團體心理治療中，「自我揭露的抑制」、「缺乏投入」與「缺席」是造成成員感受到阻礙的重要因素。但特別的是在蔣世光等人的研究中，雖然是針對慢性精神分裂症的認知性團體，但反治療性因素的前二名仍是「自我揭露的抑制」與「缺乏投入」，也同樣介於「有發生但沒阻礙」到「一點點阻礙」之間(蔣、林、陳，1999)。可以發現，國人不論是住院的精神分裂症病患或是門診的情感性疾患、焦慮性疾患、以及環境適應障礙的病患，他們在團體中的

感受同樣受到了「自我揭露的抑制」與「缺乏投入」的阻礙，是否因為國人的文化行為表現比較壓抑的原因？這有待進一步的針對成員深入訪談探討。

「與自己期望不符合」、「不信任」以及「負面感受的喚起」是成員感到最不重要的反治療因素。「與自己期望不符合」與 Lieberman 等人的分析所指出的「無法獲得他們不切實際的目標」傷害事件相近(Lieberman, Yalom, & Miles, 1973)，而 Elliott 在短期心理諮商團體中，分析成員感受到最無幫助的事件之一是「不需要的思考（讓成員感受到被迫去回想一些不舒服或傷痛的事情或感受）」(Elliott, 1985)，則與本研究的「負面感受的喚起」相似，不同的是，在本研究中這兩項因素對成員來說，則並未造成團體的阻礙。這是否表示國人對於團體心理治療並不十分瞭解，因此對於團體心理治療的期待並不清楚？亦或者成員已感受到「自我揭露的抑制」，反而「負面感受的喚起」則相對的反倒不那麼重要了？此外，「不信任」因素之所以不重要的原因，是否反映了國人對於權威的順從呢？這些都可能是因為文化差異而與國外研究結果不同的原因。

四、各種變項與療效因素之相關：

本研究結果發現，八項治療性因素在性別、年齡、受教育年數、團體氣氛衝突性、逃避性、治療前病情嚴重程度（整體健康狀況、焦慮狀況）等變項上並無顯著之差異。

本研究結果與同樣以人際互動取向團體心理治療的研究結果相同，都顯示性別與各療效因素間並無顯著之差異（潘、符，1996；Kivlighan & Mullison, 1988）。不同的是張氏等人針對急性病房住院病患的療效研究中發現，女性對每一項療效因素的評價皆比男性

高，其中團體凝聚感、外現性人際學習、認同仿效、與利他現象達顯著差異(張、黃、陳，1999)。而年齡的部分結果與潘氏等人(1996)及張氏等人(1999)一樣，顯示年齡在各療效因素之間並無顯著差異。

在疾病診斷方面，本研究顯示憂鬱症普遍的得分皆比其他診斷者高，特別在「行動力的引發」、「利他性」、以及「家庭關係的體驗與瞭解」三個因素上，憂鬱症病患的得分高於雙極性情感疾病，而「家庭關係的體驗與瞭解」又高於焦慮症病患。雖然張氏等人的研究中，精神分裂組在利他現象的評價顯著高於非精神分裂組(張、黃、陳，1999)，但研究對象與本研究並不相同，因此難以進行比較。不過整體上可以發現，憂鬱症患者在參加團體心理治療所感受到的療效因素最高，而且 Burlingame 等人發現憂鬱症患者接受團體治療前後改善的程度明顯高於壓力相關疾患、無疾病和精神官能症等患者，是否因為憂鬱症患者感受到治療性因素愈多，其治療成效愈好。而疾病年齡方面，與所有治療性因素皆呈現負相關，而且在「認知性的獲得」、「行動力的引發」、「自我坦露與分享」、以及「共通性」等治療性因素則達到顯著意義。生病愈久是否因為認知功能愈退化，或者思考固著、或因為失敗挫折太多而缺乏希望等原因，需要這些治療性因素加以催化呢？

教育程度與婚姻狀況同樣在「共通性」因素上有明顯之差異。大專以上患者在「共通性」的分數明顯高於高中以下患者，而離婚者明顯高於已婚與未婚者。前面提到，「共通性」在病患感受的治療性因素中，屬於最重要的因素之一，因此可以發現，愈高的教育程度病患愈需要「共通性」因素的幫忙。在傳統文化中，離婚對於婦女來說是一件羞恥的事，而需要「共通性」因素的協助而引起共鳴？

有工作者在八個治療性因素中的得分皆高於無工作者，但只有「認知性的獲得」因素達顯著差異。有工作者比無工作者的差異，可能包括動機強、自主性高、態度積極、問題解決方式的考量、成就感等部分比無工作者來得高，因而造成在治療性因素中的得分皆高於無工作者。

其他部分，除了「利他性」因素之外，團體滿意度與七個治療性因素呈現正相關之傾向，而在「認知性的獲得」、「自我坦露與分享」、「共通性」、以及「家庭關係的體驗與瞭解」達顯著意義。團體投入性氣氛愈高，「共通性」因素則愈重要，但是治療前的憂鬱程度愈高者，則「利他性」因素相對愈低。因此，患者在參加第一次團體所感受到的經驗愈好，治療性因素的發揮愈高。然而，影響到第一次參加團體經驗的因素有哪些呢？潘氏等人（1996）指出連續參加二次的病患在普遍性及凝聚性的得分略高，而在連續參加三次的病患發現，其第二次與第三次的參與在利他性則有顯著的差異。另外，治療者的特質是否也會影響？雖然許多學者並未提到治療者因素與療效因素之間的關係，但治療者學歷(Dush, Hirt, & Schroeder, 1989)、經驗(Bachar, 1998; Orlinsky, & Howard, 1980; Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987)與治療態度 (Lafferty, Beutler, & Crago, 1991; Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985; Ricks, 1974)皆會影響到治療成效，因此有關於治療者因素的影響，可能對於患者第一次參加團體的經驗有相當的關係。

在反治療性因素方面，研究結果發現性別、年齡、教育程度、受教育年數、職業、團體滿意度、治療前憂鬱及焦慮程度並無顯著相關，但憂鬱症患者在「與自己期望不符合」因素上明顯高於焦慮性疾患，而疾病年齡愈高，「自我揭露的抑制」的影響愈大未婚者

在「自我揭露的抑制」因素的得分顯著高於已婚者，而整體的健康程度愈差者，「缺席」因素的影響愈大。

第一次團體經驗所感受到衝突氣氛程度愈高者，其「缺乏投入」、「自我揭露的抑制」、「缺席」、「與自己期望不符合」、「不信任」等因素愈明顯，這與林氏等人（1998）的研究結果一致。綜合上述與治療性因素之結果，發現病患在第一次參加的經驗，對於團體療效因素的影響非常重要，是否患者在不清楚團體心理治療的情況，第一次團體的經驗成了他們對團體心理治療的刻板印象呢？

然而，在本研究的結果中發現，反治療性因素的得分均在「沒有發生」到「有發生-沒有阻礙」之間，也就是患者在團體心理治療的過程中，反治療性因素並未帶來任何的阻礙。這是否表示治療者的帶領技巧相當優越，致使所有病患都沒有發生任何阻礙，或者是因為本土傳統文化對於權威者的順從，而導致患者認同團體中發生的阻礙現象或事件是必然的現象，而不覺得有發生實際上的阻礙呢？這需要進一步深入探討病患在團體心理治療中的經驗。

研究者嘗試將不同的個人特質來預測團體治療成效以及治療性因素與反治療性因素的結果，雖然大部分的複迴歸程式達到顯著意義，但可以解釋的程度並不高，例如以性別、年齡、受教育年數與治療前憂鬱程度來預測治療後的憂鬱程度，結果只有可預測的程度只有 40.34%，而治療性因素方面則在 18.29%~46.65%之間，反治療性因素也只有 18.02%~45.17%之間。如此的結果表示，在這些預測因子之外，尚存在許多研究者未加入研究的變項所影響，例如治療者因素與參加團體心理治療的次數等，這些都是未來需要深入探討的主題。

第二節 研究限制

本研究的研究限制歸納如下：

- 一、 本研究雖然收集 12 梯次團體，共 88 位研究對象，但是部份由研究對象自填的資料有遺漏的情形，影響到研究結果之統計分析，是否因此影響到對團體治療成效、治療性因素以及反治療性因素的預測，需進一步探討。
- 二、 由於同時接受藥物治療者亦可參與團體心理治療，限於人數，本研究收案時沒有排除同時接受藥物治療者，因此本研究無法區辨治療成效是純粹團體心理治療結果，還是合併接受藥物治療的結果。
- 三、 因門診病患轉介之人數有限，而且每梯次團體進行的時間約需三個月，故難以加入對照組作為比較。由於缺乏控制組的比較，造成本研究無法清楚呈現治療成效是否完全來自於團體心理治療的效果。

第三節 建議

一、對護理教育與臨床實務工作者的建議：

- (一) 在團體心理治療進行之前，詳細的進行評估與澄清病患對團體的期待是相當重要的。本研究發現病患在參加第一次團體的經驗對於治療性因素與反治療性因素有相當大的影響程度，而這可能跟病患對於團體的瞭解與期待有關。
- (二) 本研究發現病患治療前的症狀嚴重程度與治療成效呈現負相關，也就是治療前症狀愈嚴重，治療效果愈差。因此治療者應該在團體進行之前，仔細評估病患的症狀嚴重程度，給予症狀嚴重程度較高的病患更多的幫助，以提升團體治療成效。
- (三) 在治療者進行團體時，可以從病患之個人特質中去瞭解病患所需要的治療性因素，而更在團體進行之中，提供所需的治療性因素，以及避免可能發生的反治療性因素。例如，多營造「對團體的正向感覺」、「共通性」、「認知性的獲得」、以及「自我坦露與分享」的治療性因素，避免「自我揭露的抑制」、「缺乏投入」與「缺席」等反治療性因素的出現。
- (四) 治療者可以從病患的個人特質中去瞭解可能影響治療成效的因素，而加強某些特質的需求。例如疾病年齡、受教育年數愈高，其治療成效愈差。治療者可以針對這些治療成效可能不佳的病患給予更多的幫助。

二、未來研究的建議：

- (一) 未來研究可以清楚地將純粹接受團體心理治療的病患與

同時接受其他治療者作區分，以清楚的呈現出團體心理治療的成效。

- (二) 建議增加對照組之比較，例如無治療者、等候治療者、以及藥物治療者，如此可以更清楚地呈現團體心理治療的治療成效。
- (三) 本研究對於治療成效、治療性因素與反治療性因素結果的預測程度並不高，表示有許多變項可能被研究者忽略，因此建議在進行量性研究的同時，可以同時進行質性的訪談，以能夠更深入地去探討更多可能的影響因素。

第六章 參考資料

中文部分

- 王耀興、李明濱、黃梅羹、陳珠璋（1982）·精神科住院患者團體心理治療有效因素之探討·**中華民國神經精神學會會刊**，**8**，43。
- 江麗珍、陳珠璋、彭素玲、蔡尚穎、袁樂民（1993）·日間留院精神分裂症病患主題導向之人際互動團體心理治療·**中華民國職能治療學會雜誌**，**11**，51-63。
- 李玉蟬（1992）·實習教師效能訓練與同儕支持小團體輔導的團體歷程：治療因素及效果之比較研究·未發表的碩士論文·台北：師範大學教育與心理輔導研究所。
- 林美珠、王麗斐（1998）·團體治療性與反治療性因素量表之發展與編制·於中華團體心理治療學會主辦，中華團體心理治療學會第二屆第二次年會暨學術研討會·台北。
- 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·未發表的博士論文·彰化：國立彰化師範大學輔導與諮商學系研究所。
- 卓紋君、黃創華（2003）·薩提爾模式家庭探源團體療效研究—參與者觀點的分析·**中華心理衛生學刊**，**16(3)**，31-60。
- 侯淑英、張明永、蘇以青（1998）·自我成長團體有效因素之探討·**高雄醫學雜誌**，**14**，770-778。
- 張達仁（1995）·團體治療性因素評估方法之檢討·**中華團體心理治療**，**1(4)**，3-6。
- 張宏俊、黃梅羹、陳珠璋（1999）·精神科急性住院病患團體心理治

- 療的療效因素·**台灣精神醫學**，**13**(3)，15-24。
- 陳珠璋(1987)·團體心理治療三十年經驗·**中華心理衛生學刊**，**3**(1)，9-13。
- 陳若璋、李瑞玲(1987)·團體諮商治療研究的回顧與評論·**中華心理衛生學刊**，**3**(2)，179-215。
- 楊春美、石義方(1996)·某精神科醫院護理人員成長團體之結構性初構性探討·**高雄護理雜誌**，**13**，16-24。
- 潘淑花、符柳霞(1996)·急性期住院精神病患參加團體治療之療效因素探討·**中華團體心理治療**，**2**(2)，16-18。
- 蔣世光、林美珠、陳以儒(1999)·不同治療取向慢性精神病患團體治療性和反治療性因素之探討研究·**中華團體心理治療**，**5**(4)，1-18。
- 簡文英(2001)·團體諮商中的改變因子：團體治療因素探討·**諮商與輔導**，**185**，8-13。
- Lin, C. W., Pan, P. J. D., & Wang, Y. J. (2003)·ASGW 分類系統下三種團體之領導者經驗與團體成員治療因素知覺：一個比較研究·**中華心理衛生學刊**，**16**(3)，79-109。
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996)·**貝克憂鬱量表第二版(中文版)：指導手冊**(陳心怡譯)·台北：中國行為科學社。

外文部分

- Bachar, E. (1998). Psychotherapy--an active agent: Assessing the effectiveness of psychotherapy and its curative factors. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 35(2), 128-135.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. P., & Lewis, C. M. (2000). *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bloch, S., Reibstein, J., Crouch, E., Holroyd, P., & Themen, J. (1979). A Method for the Study of Therapeutic Factors in Group Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 134, 257-263.
- Bloch, S. & Reibstein, J. (1980). Perceptions by patients and therapists of therapeutic Factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 137, 274-278.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdeli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., Speelman, L., Ndogoni, L., & Weissman, M. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: A randomised controlled trial. *The Journal of The American Medical Association*, 289,(23), 3117-3124.
- Bulter, T. & Fuhriman, A. (1983). A level of functioning and length of time in treatment variables influencing patients' therapeutic experience in group psychotherapy. *The International Journal of*

- Group Psychotherapy*, 33(4), 489-505.
- Bulter, T. & Fuhriman, A. (1983). Curative factors in group therapy: A review of recent literature. *Small Group Behavior*, 14(2), 131-142.
- Burlingame, G. M., Furiman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12.
- 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.
- Cheng, T. A., Wu, J. T., Chong, M. Y., Williams, P. (1990). Internal consistency and factor structure of the Chinese Health Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 304-308.
- Corder, B. F., Whiteside, M. S. & Haizlip, T. M. (1981). A study of curative factors in group psychotherapy with adolescents. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 31(3), 345-354.
- Corsini, R., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy process and dynamics. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 51, 406-411.
- Dickoff, H. & Lakin, M. (1963). Patients' view of group psychotherapy: Retrospection and interpretations. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 13, 61-73.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychotherapy*, 57(3),414-419.

- Doxsee, D. J., & Kivlighan, D. M. (1994). Hindering events in interpersonal relations groups for counselor trainees. *Journal of Counseling and Development, 72*, 621-626.
- Dush, D. M., Hirt, M. L., & Schroeder, H. E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological bulletin., 106*, 97-106.
- Elliott, R. (1985). Helpful and non-helpful events in brief counseling interviews: An empirical taxonomy. *Journal of Counseling Psychology, 32*, 307-322.
- Fairburn, C. G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P. J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behaviour research and therapy, 6*, 629-543.
- Frank, E., Kupfer, D. Y., Perel, J. M., Comes, C., Jarrett, P. B., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B., & Grochocinski, V. J. (1990). Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry, 47*, 1093-1099.
- Garner, D. M. (1993). Panthenogenesis of anorexia nervosa. *Science and Practice, 341*, 1631-1640.
- Guthrie, E., Moorey, J., Margison, F., Barker, H., Palmer, S., McGrath, G., Tomenson, B., & Creed, F. (1999). Cost-effectiveness of Brief Psychodynamic-Interpersonal Therapy in High Utilizers of Psychiatric Services. *Archives of General Psychiatry, 56(6)*, 519-526.

- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Psychiatry*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1969). Diagnosis and rating of anxiety. *British Journal of Psychiatry, Special Pub*, 3, 50-55.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In Garfield, S., & Bergin, A. E. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed). New York: John Wiley.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Kapur, R., Miller, K. & Mitchell, G. (1988). Therapeutic factors with inpatient and outpatient psychotherapy group: Implications for therapeutic technique. *British Journal of Psychiatry*, 152, 229-233.
- Kivlighan, D. M. & Mullison, D. (1988). Participants' perception of therapeutic factors in group counseling: The role of interpersonal and stage of group development. *Small Group Behavior*, 19(4), 452-468.
- Kivlighan, D. M. & Goldfine, D. C. (1991). Endorsement of therapeutic factors as a function of stage of group development and participant interpersonal attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 150-158.
- Kivlighan, D. M., Multon, K. D., & Brossart, D. F. (1996). Helpful

- impacts in group counseling: development of multidimensional rating system. *Journal of Counseling psychology*, 43(3), 347-355.
- Lafferty, P., Beutler, L. E., & Crago, M. (1991). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Counseling and Clinical Psychotherapy*, 57, 76-80.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). Psychodynamic approaches. In Garfield, S., & Bergin, A. E.(Ed), *Handbook of psychotherapy and behavior change*(4th ed). New York: John Wiley.
- Levine, B. (1979). *Group psychotherapy: Practice and development*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Lorentzen, S., & Hoglend, P. (2004). Predictors of Change during Long-Term Analytic Group Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(1), 25-35.
- Luborsky, L., McClellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Marcovitz, R. J., & Smith, J. E. (1983). Patients' Perceptions of Curative Factors in Short-Term Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33(1), 21-39.
- Mattick, R. P., Andrews, G., Hadzi-Pavlovic, D., & Christensen, H. (1990). Treatment of panic and agoraphobia. *The Journal of*

nervous and mental disease, 178, 567-573.

- Mohr, D. C., Boudewyn, A. C., Goodkin, D. E., Bostrom, A., & Epstein, L. (2001). Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *Journal of consulting and clinical psychology, 69(6)*, 942-949.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Archives of General Psychiatry, 56(6)*, 573-579.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., & Nomura, Y. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depression adolescents. *Archives of General Psychiatry, 61(6)*, 577-584.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M., & Rosie, J. S. (2002). Social support as a predictors of response to group therapy for complicated grief. *Psychiatry, 65(4)*, 346~357.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Archives of General Psychiatry, 57(11)*, 1039-1045.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1980). Gender and psychotherapeutic outcome. In: Brodsky, A. M., Hane-Mustin, R. T.(Ed), *Women and psychotherapy*(pp. 3-34). New York: Gilford.
- Piper, W. E. (1994). Client variables. In Fuhriman, A., & Burlingame, G.

- M.(Ed), *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis*(pp. 83-113). New York: Wiley.
- Reynolds III, C. F., & Miller, M. D. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in late life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(2), 202-208.
- Ricks, D. E. (1974). Supershrink: Method of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In Ricks, D. F., Roff, M., & Thomas, A.(Ed), *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological bulletin*, *100*, 30-49.
- Shear, M. K., Bilt, J. V., Rucci, P., Stat, D., Endicott, J., Lydiard, B., Otto, M. W., Pollack, M. H., Chandler, L., Williams, J., Ali, A., & Frank, D. M. (2001). Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale(SIGH-A). *Depression and Anxiety*, *13*, 166-178.
- Sherman, A. C., Leszcz, M., Mosier, J., & Burlingame, G. M. (2004). Group Interventions for Patients with Cancer and HIV Disease: Part II. Effects on Immune, Endocrine, and Disease Outcomes at Different Phases of Illness. *International Journal of Group*

- Psychotherapy*, 54(2), 203-233.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stone, M. H., Lewis, C. M. & Beck, A. P. (1994). The structure of Yalom's Curative Factors scale. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 44(2), 239-245.
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (1989). *Concise guide to group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Weissman, M. M. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 30(6), 771-778.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Counseling and Clinical Psychotherapy*, 55(4), 542-549.
- Williams, J. M. G. (1992). *The psychological treatment of depression*(2nd ed). London: Routledge.
- Yalom, I. D. (1966). A study of group therapy dropouts. *Archives of General Psychiatry*, 14, 393-414.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*(2nd ed). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*(3rd ed). New York: Basic Books.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group*

psychotherapy(4th ed). New York: Basic Books.

附錄一

個人基本資料

- 一、編號：_____
- 二、姓名：_____ 病歷號：_____
- 三、診斷：_____
- 四、年齡：_____
- 五、性別：男 女
- 六、受教育年數：_____
- 七、最高教育程度：小學 國中 高中(職) 大專 研究所以上
其它(請註明) _____
- 八、職業：_____
- 九、婚姻：已婚 未婚 分居 離婚 鰥寡 其它(請註明) _____
- 十、病齡：第一次發病時間____年____月
第一次參加團體 ____年____月， 病齡 _____
- 十一、治療情況：
- (1) 個案參加梯次 _____
- (2) 服藥：
1. 西藥：
規則 必要時服(有時吃，有時沒吃，包括醫囑及自行不規則服藥)未服藥
2. 中藥：
規則 必要時服(有時吃，有時沒吃，包括醫囑及自行不規則服藥) 未服藥
- (3) 該梯次為參加團體次數 _____次
其它治療(請說明) _____

附錄二

團體心理治療簡介

一、前言：

本單張專供欲參加團體或考慮要參加團體的人們參考。對於已打算參加團體的人而言，有關團體如何能幫助人們以及人們如何能得到最大的幫助，在這方面如能有一些認識是好的。團體治療不同於個別治療，因為許多有幫助的團體事件是發生在成員之間而不只是在成員和帶領的治療師之間。這也是為什麼所有成員在開始前必須要有一個前言介紹的主要原因。請參加成員都能仔細閱讀本單張內容，有任何疑問時也請隨時和帶領者詢問或討論。本單張所提示的問題也可提供成員在頭幾次的團體會談中加以討論。

二、團體真能幫助學員嗎？

團體治療的歷史已超過 90 年了，它成為精神科或心理治療中標準化的一種形式也已有 40~50 年了。國內在引進此種療法(由台大精神科陳珠璋教授)至少也有 30 年歷史，特別對某些類門診病人，團體是主要甚至是唯一的治療形式、方式。和個別治療比較，其療效相當，但造成改變或得到幫助的方式則有不同，治療團體和教育團體、宗教團體、社區團體，在許多方面是同樣的，但我們要強調的是它的不同處；即每位成員都有其治療上的目標，帶領者有責任就這些目標來進行團體，另外，每位成員都要投入其中，在達成各人目標上都有其責任。

三、團體如何幫助學員？

基本上我們相信人們的心理症狀或生命困境是可以透過他跟他人之間相處所呈現的問題或互動型態來加以了解，乃至解決。我們相信早期生命經驗的重要性及它在人們成長過程中所造成的影響是非常值得探索的，因為人是整體的、連續性的，不是分割的、片斷的；透過這中間的理解、感受與重新整理，可以給我們自己重新出發的機會。常常心理症狀如：焦慮、憂鬱、不快樂、對自己有不好的感受、對生活、生命不滿等，所反映的其實就是重要人我關係上的不滿足。常常因此導致人際退縮、情緒易怒、煩躁或失落、疏離感，團體即提供機會讓人們重新學習、重新成長。團體有許多種類，譬如：社交技巧、自我肯定、情緒表

達、壓力適應、飲食疾患團體等，有些團體非常結構化，包括進行各種練習的手冊，有的則非結構化，強調對自己以及對重要人我關係的重新理解，不管你參加的是什麼團體，本單張提供讓你知道團體是如何發揮療效以及你如何從團體經驗中得到最大幫助。

四、關於團體治療常見的錯誤看法

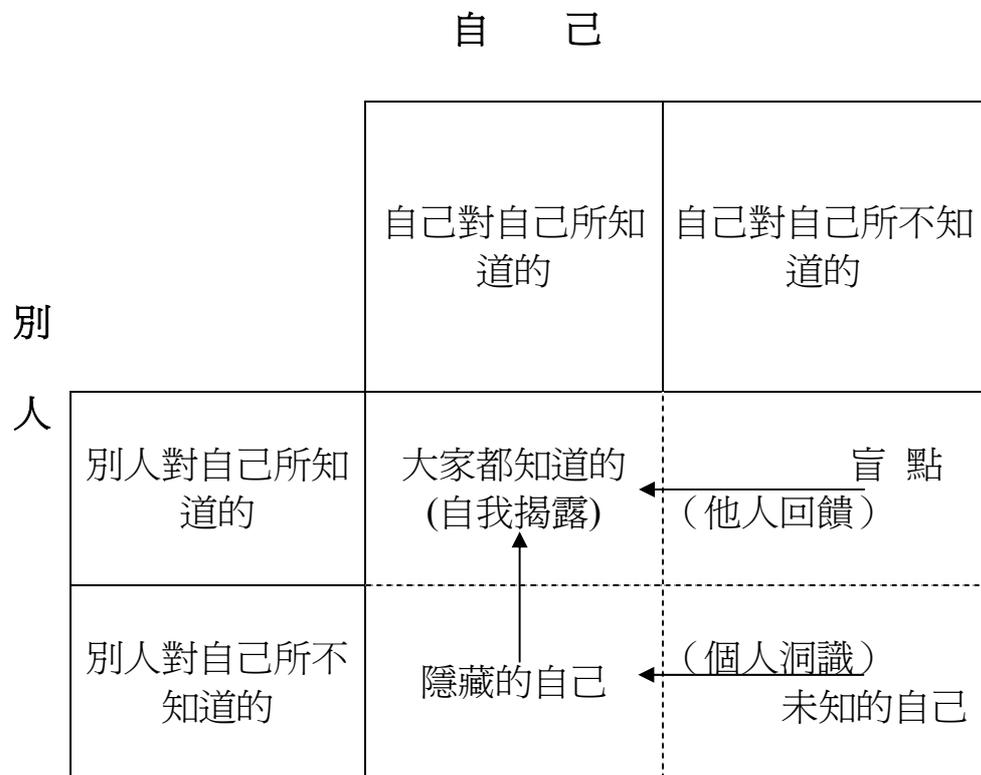
1. 以為團體人數多，分到的時間少，與治療師的互動少，力量就比較弱（其實團體治療不只可從治療師身上學習，更強調成員間的相互學習）。
2. 以為參加團體會被迫鉅細靡遺的把自己全部揭露出來。（其實團體是依本身狀況進展，即彼此的成熟度和信任度）。
3. 以為看到更不好的成員時，病情會惡化（其實把本身問題講出來常是很有幫助的，發現別人也有類似的問題也是很安心的，甚至發現自己對別人有幫助也是一種學習。）
4. 以為團體中常會發生失控情緒或行為：如攻擊、哭泣、憤怒（其實很少發生，且帶領者會小心預防或處理的）。
5. 以為可能會被排斥、貶抑、誤解、看不起、拒絕……等等，甚至害怕被批判因而失去自我，被團體帶著到自己不想去的方向。（其實這些感受、情緒都是可理解的，每個人參加新的團體或多或少都會有這些反應，最好能儘早在團體中把它表現出來，然後就可以跳過去了。）

五、如何從團體中得到最大的幫助？

1. 你投入得愈多，愈深入，你的收穫就愈大。
2. 儘量找出會讓你情緒受影響的事件（團體中發生的）。面對影響你情緒變化的團體中發生事件。
3. 儘量坦誠，開放的把內心的感受表達出來。
4. 重視團體的時間，守時，珍惜，好好把握。
5. 仔細聽別人所說的話，思考其內容，並從中獲得取其意義。
6. 儘量讓別人知道你對他們所說的話的看法和感受以及對他們產生的影響。
7. 從他人身上學習是團體經驗中很重要的一環。
8. 要得到幫助是需要時間的，請耐心等待。
9. 至少讓自己投入數次以後再決定是否繼續參加或不參加。
10. 你對團體的期待是什麼？請與帶領者仔細談清楚！
11. 視團體為一個「人我關係」的實驗室，可試著用一些新的方式和他人溝通，冒一些險。

12. 儘量把你內在的感受用言語表達出來，它是一個讓你去探索內在在被激發出來的反應究竟是什麼意思的地方。
13. 別人是怎麼講的和他們究竟講了些什麼，都很重要，不管是聽別人講或自己在說些什麼，不妨想想那可能的弦外之音以及當時的表情、音調代表著什麼意思。
14. 由於團體是從體驗中學習的一個好地方，所以團體中成員間或成員與帶領者間發生了些什麼事是很重要的。了解這中間關係的特質即可以讓我了解在外面我的人際關係的特質。
15. 想想自己對自己所知道和不知道的地方，以及別人所知道和不知道的地方會是很有幫助的。

16. 如圖所示：



六、常見的阻礙：

1. 身處團體中會有焦慮是正常的，建議在團體開始進行的初期階段就把它講出來，講出來就能加以澄清，降低焦慮，得到幫助。
2. 帶領者的角色是鼓勵大家彼此交談，並始終把團體的重心能針對到重要的事情上，帶領者並不是在那兒提供某個問題的標準答案。學習從與人交談的過程中得到幫助，而不是只要答案。
3. 你內心的感受或行為反應跟你和團體其他人之間所發生的事情，這中間的關聯性，試著用言語把它說出來。出現情緒化的

反應是沒有關係的，從人-我關係中來理解所出現的反應或症狀，這是很重要的。

4. 有些成員在經過頭幾次團體的興奮期之後，會感覺到困惑或頹喪，請勇敢地度過這一階段，想從團體中得到幫忙一定需要一些時間的，只要度過這個階段成果就會出現。
5. 有任何不舒服的負面感覺，如：失望、挫折、憤怒、生氣、悲傷，把它講出來是很重要的，讓團體幫忙檢視該感受的來龍去脈以及如何給予協助。
6. 把團體中所學運用到團體外的生活情境上，再回到團體中報告及討論，你愈能如此做，你接受的治療就愈真實，你的收穫就愈大，因此定期寫日記、做筆記可以是很有幫助的一個方法。
7. 在做任何人生重大抉擇之前，請多三思，並能在團體中談出來。

七、對你投入團體的期待：

1. 隱私：團體內談論的事情請不要在團體外討論，這是很重要的，當然有可能你會跟身邊親近的人談，但請不要提及名字或有關個人的基本資料。不在外面談別人的事就如同你不希望別人在外面談你的事一樣。
2. 出席與準時：出席每一次會談並準時到達，這是非常重要的。一旦團體開始，它就在發揮它團體的功能，即使只有一人缺席，團體就會是不一樣，爲了你自己也爲了別人著想，請準時規則參加，如因不可抗力而無法參加，請務事先通知。
3. 成員間的社交往來：團體是個提供治療的地方，不是爲了社交往來，因此請不要在團體外有個別接觸。因爲如果有特別會外的接觸而建立特別關係，那樣的關係很可能會影響團體互動，比如會有秘密不能談，或因關係特別而不能提某些事，如果一定要有接觸，那麼請務必也提到團體中讓大家知道，甚至討論其可能的影響。
4. 治療空檔間的接觸：除非有特別要緊或緊急的事項，一般治療師是不與成員在團體以外的時間接觸（有合併個別治療或取藥除外）。如有接觸，也請將過程及內容提到團體中討論，如有同時在跟其他治療師進行治療，請在會前與團體帶領者討論。

附錄三

研究同意書

本人同意參加中國醫藥大學醫學研究所臨床醫學組研究生許原山「團體心理治療應用於精神科門診之成效研究」之研究。本研究的目的是探討精神科門診病患在接受團體心理治療後的成效以及各種變項與團體心理治療成效的相關性，期望本研究結果可提供健康照護專業人員進行團體心理治療的參考，以使病患獲得更多的協助。本人願意參與許原山研究生的研究計劃，並提供個人的經驗做為參考。

在投入此項研究的同時，本人擁有以下之權益：

1. 研究進行的過程中，本人若有任何疑問，研究者應盡心詳加說明；倘若本人要求退出研究，則研究者會尊重本人的決定。
2. 本人對於所提供之資料有自由意願，若有不願意說明之處，有權利拒絕或保留。
3. 對於本人的基本資料絕對保密，而訪談過程資料之錄音或錄影，則需經本人之同意後方可進行，且錄音（影）帶只提供研究者與指導教授討論之用，並在研究結束後全部銷毀。
4. 研究結果之撰寫，本人之基本資料將以匿名方式呈現，以維護本人之隱私權。
5. 在研究者的成果報告後，研究者應寄送一份研究結果摘要予本人。

研究對象簽名：_____ 日期：_____

研究者簽名：_____ 日期：_____

附錄四

團體心理治療同意書

歡迎您參加團體心理治療，與我們來趟心靈之旅！相信您在做這決定時，以開始肯定自己以及治療時間的重要性。為使活動順利進行，成員能藉著互動，深入地自我探索、了解及改變，參加成員需同意下列有關規定：

一、有關保證金：

1. 團體每一梯次共有十二次，請假以三次為限，超過三次即退出、保證金亦退還。每次請假至少需於團體開始前半小時通知本科，否則視同缺席。聯絡電話：(04) 2052121 轉 7374 或 7380。
2. 繳保證金，一次 500 元，十二次共計 6000 元，於治療前繳交。
3. 每次準時且不早退，可退回 500 元；遲到或早退，由團體決議罰扣() 元，若事先告知，兩次以內不罰扣。未事先請假者，每次扣 500 元。所累積扣款，於該梯次團體階段結束後，由成員共同決定如何處置。
4. 每次團體結束，需寫感想，內容、字數不拘，未完成者，由團體決議罰扣() 元。

二、投入的態度與精神：

1. 保密：團體裡所談內容，不得對外人談論，非談不可時，不得提及姓名與相關背景資料。
2. 團體外不得有個別接觸，若非接觸不可，必須回到團體，向成員說明。
3. 能坦誠地與成員分享個人的事情。
4. 自由表達心中此時此刻的感受，包括對治療者、成員、或整個團體之感受。
5. 能互相接納，善意回饋，不惡意攻擊與批評。

三、觀察員：為便於教學以及治療品質能不斷提升，團體進行中，本科相關工作人員及實習學生，可於團體外圍或視聽室觀察。

四、錄影及錄音：便於工作人員整理團體進行的過程。本科對所有資料附絕對保密責任，且僅做為研究或教學用。成員可向工作人員預約時間，於本科視聽室觀察。

五、治療者於進行期間，為評估團體治療療效，請成員配合填寫評估表。

六、其他：由團體成員共同約定。

如果您同意，請在下面簽名，謝謝！

團體成員簽名：

日期：

第 梯次團體於 年 月 日開始