

憂鬱症的團體心理治療：概念與療效研究之探討

張馥媛

摘要

本文目的旨在介紹認知行為、人際、心理動力、支持性團體心理治療運用於憂鬱症的概念及療效研究介紹。概念部分，認知行為取向認為憂鬱情緒源自負面認知，團體模式有助於呈現引發失功能思考及不適應行為之刺激，並有替代學習、同儕增強效果；人際取向認為憂鬱情緒是人際問題引起，團體模式除有多重示範及鼓勵作用，亦為社會縮影，有助練習與當事人問題有關的人際互動；心理動力取向則以童年失落經驗解釋憂鬱，心理動力團體利於原生家庭再現，並形成多重情感轉移及不同之詮釋；支持團體則著重藉由成員之間的同理、關懷與接納以克服憂鬱情緒。團體進行部分，認知行為屬結構性團體，人際團體為半結構，心理動力及支持性團體偏非結構性；認知行為和人際團體屬短期治療，心理動力團體時間長，支持性團體時間長短不一定；認知行為、人際及心理動力團體需由專業人員帶領，支持性團體則可由半專業或經驗豐富之同儕帶領。憂鬱症療效研究方面，認知行為、人際團體治療成效目前獲得較多實證研究支持，心理動力與支持性團體較少。根據本文之探討，治療者可根據個人專長、當事人需求及環境資源選擇適宜之團體治療，亦可針對國人進行憂鬱症團體心理治療之療效研究，並發展出更適合國人之團體心理治療模式及技巧。

關鍵詞：憂鬱症、團體心理治療

張馥媛

1. 國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士生
2. 迦南精神護理之家臨床心理師 (faith2008tw@yahoo.com.tw)

壹、前言

憂鬱症是一種情緒疾患，典型特徵是非常地的悲傷、無價值感及罪惡感、退縮、失眠、缺乏食慾或性慾，以及失去對日常活動的興趣與喜樂。近年來隨著社會的快速變化、生活壓力增加，罹患憂鬱症的人數亦不斷上升；台灣求助於精神醫療的憂鬱症患者人數有逐年增加的趨勢，根據中央健康保險局的資料，自 1996 至 2004 年，台灣憂鬱症就醫人數增加 10.3 倍（鍾麗華、魏怡嘉，2011），而台灣精神醫學會估計，國內憂鬱症的盛行率約 5% 至 10%，即台灣至少有一百萬人以上，曾經或正在經歷憂鬱症之苦（陳偉任、鄭琇分、周立修、周煌智、林耕新，2008），世界衛生組織（World Health Organization [WHO], 2001）更將憂鬱症與癌症、愛滋病列為廿一世紀人類所面臨的三大疾病。憂鬱症患者的功能降低及自殺問題，造成嚴重的社會損失及龐大的醫療成本，根據衛生署民國一百年國人主要死因統計資料（行政院衛生署，2012），自殺佔男性主要死因第八名，女性第十二名，故憂鬱症的防治是所有心理衛生工作者都應重視的問題。

目前憂鬱症在臨床上的治療模式仍以藥物治療為主，但憂鬱症藥物治療的效果並不理想，雖然它經常能夠有效緩解憂鬱症的急性症狀，但許多患者後續仍經歷反覆發作、次級症狀及社會心理功能缺損等問題（Patelis-Siotis, 2001）。為達更好的療效，許多心理社會介入方法，便用於治療憂鬱症患者，包括個別心理治療及團體心理治療，而就成效來看，憂鬱症的團體治療並不亞於個別心理治療（Depression Guideline Panel, 1993），故了解團體心理治療在憂鬱症上的運用，將有助於心理衛生工作者更有效益的協助承受憂鬱之苦的當事人。在各種心理治療取向中，認知行為及人際取向團體心理治療，是美國心理學會臨床心理學組認定、獲實徵研究支持，對憂鬱症有療效的治療取向（Jhonson, 2008），而心理動力屬於所有心理治療學派中一個相當重要的派別，支持性團體心理治療則長期運用於協助多項心理疾患上（Pistrang, Barker & Humphreys, 2008），是以本文嘗試從認知行為、人際、心理動力及支持性等幾個重要取向，介紹團體治療在憂鬱症的運用和療效研究，以期能更了解不同取向之介入重點，以及可產生的效果，希望對團體治療在憂鬱症之運用能有更多的認識。

貳、憂鬱症的認知行為團體心理治療

一、認知行為團體心理治療運用在憂鬱症的概念介紹

認知行為治療(cognitive-behavioral therapy, CBT)是目前最多實徵研究支持，對憂鬱症具療效的心理治療取向（DeRubeis, & Crits-Christoph, 1998）。CBT 主要是採取 Beck (1979) 的觀點，認為憂鬱情緒是起因於當事人的負向認知，也就是對自己、世界及未來的負面看法。Patelis-Siotis (2001) 認為，CBT 可以改變憂鬱患者的信念，學習適應性行為、改善情緒，促進憂鬱症患者的醫囑配合度，教導

並有效預防憂鬱症復發。

除了 CBT 本身的特性以外，近期更由於時間及成本效益的考量，認知行為團體治療 (CBT-G) 亦充分運用於憂鬱、焦慮及其他疾患之治療 (Kwon & Oei, 2003)，且臨床效果亦獲支持。目前憂鬱症之 CBT-G 的內容，主要是根據 Beck 針對憂鬱症所發展出來的認知行為治療技術，再視團體及成員特性加以調整，屬較結構性及指導性的治療方式。團體內容要點為：(1)憂鬱症的心理教育，包括了解憂鬱症的症狀、成因及治療等相關知識；(2)採取行動；(3)漸進式面對觸發負向情緒的刺激情境；(4)教導平靜的技巧；(5)認知重建；(6)每週設立目標；(7)問題解決技巧訓練；(8)防止復發 (Craigie, & Saulsman, 2007)。Lacey (2004) 認為 CBT-G 的優點並非僅在於時間及成本因素而已，因為就行為學派的觀點來看，CBT-G 的團體互動過程，使 CBT-G 具有許多個別 CBT 所沒有的優點。Lacey (2004) 指出，個別 CBT 的治療情境較不真實，當事人在治療期間表現的人際行為較不具代表性，因為大部份的困擾情緒多與人際互動有關，CBT-G 所提供的便是一個相對較真實的人際情境，過程中較能呈現引發並強化其失功能思考及不適應行為的事件及刺激，讓當事人藉由與成員之間的回饋與信念分析，對自己的思考及行為模式有更多的覺察，進而矯正之。除此之外，團體成員彼此之間的觀察學習亦具有替代性學習的功效。因此，團體的情境對當事人而言，學習效果較佳，且較能幫助個案將團體中的學習成效運用於團體外的情境。

以一位抱怨人際不適應問題的憂鬱症個案為例，在個別治療情境中，她可能無法覺察自己的人際模式出了什麼問題，因為她覺得自己是一個溫暖而友善的人，但周遭的人卻常常不喜歡她，然在團體治療情境中，她對其他成員攻擊、批判、競爭的行為一如在她生活中所發生的情形一樣，造成其他成員避開她，而藉由團體成員及治療者的面質與回饋，當事人覺察自己扭曲的想法，並透過家庭作業及行為的示範與演練，當事人修正內在自我對話並嘗試新的人際技巧模式，而此新學習的思考及行為模式，獲得團體成員的肯定、生活中人際關係的改善，進一步形成正增強。總之，Lacey (2004) 認為 CBT-G 較個別 CBT 更接近真實情境，且具有同儕增強及多重示範的獨特優點，更利於人際學習。

二、認知行為團體心理治療運用在憂鬱症的療效研究

CBT-G 現已廣泛運用在憂鬱症及諸多身心困擾的治療，證實其療效的研究亦陸續被發表。例如，在國外研究部分，Saulsman、Coall 和 Nathan (2006) 的控制性研究將憂鬱症患者分成低憂鬱人格及高憂鬱人格兩組，發現在經過 10 週、每週 2 小時的 CBT-G 治療後，兩組參與者的憂鬱、焦慮、失功能認知、生活品質均明顯改善。另外，Craigie 和 Saulsman (2007) 則是針對合併有人格疾患的憂鬱症患者也進行連續 10 週、每週 2 小時的 CBT-G，結果顯示其憂鬱、失功能認知及生活品質評量呈現明顯改善，三個月後追蹤調查效果仍持續，表示對於合併人格疾患的憂鬱症患者，短期的 CBT-G 亦能有所助益。在嚴重病人方面，Hagen、

Nordahl 和 Grawe (2005) 對 15 位罹患精神分裂症合併憂鬱症的個案，進行 8 週、每週 2 小時的 CBT-G，結果發現 CBT-G 在改善精神分裂症患者的憂鬱情緒及整體功能上有顯著效果。在老年憂鬱症方面，Wilkinson 等人 (2008) 曾對 60 歲以上、診斷為憂鬱症的老年個案，進行 8 週、每週 90 分鐘的 CBT-G，結果發現接受 CBT-G 合併藥物治療的復發率，較只接受藥物治療的參與者來得低。在後設分析研究方面，Oei 和 Dingle (2008) 針對 34 份 CBT-G 對憂鬱症療效的研究的分析顯示，CBT-G 的效果量高於無處遇組，而與其他治療模式相當。

在國內研究方面，林梅鳳 (2000) 對憂鬱症患者進行 12 週、每週 2 小時的 CBT-G，結果發現 CBT-G 可改善個案的憂鬱情緒及認知偏差。陳偉任等人 (2008) 在其研究中，則將女性憂鬱症患者分為實驗組及對照組，實驗組除原有之藥物治療，再加上 10 次 CBT-G，而對照組則維持原來的藥物治療，結果顯示實驗組的憂鬱情緒和非理性信念有明顯改善，且後續追蹤療效仍持續。另外，Chen、Lu、Chang、Chu 和 Chou (2006) 的研究，對憂鬱症患者進行 12 次、每次 2 小時的 CBT-G 後，其憂鬱情緒及低自尊皆明顯改善，一個月後追蹤評量，治療成效仍持續且均優於照組。

另外，劉彥君、藍玉玲、劉志如和周育如 (2008) 篩選出 16 個 1997 至 2007 年，具足夠研究數據的國內外研究樣本進行後設分析，結果顯示 CBT-G 對改善憂鬱症狀具效果量，且對兒童青少年之效果量高於成人，而馮瓊儀 (2010) 在其後設分析研究中，分析了 32 個國內外 CBT-G 治療憂鬱症的療效研究，結果顯示 CBT-G 可改善憂鬱情緒，並降低復發率。

總而言之，從國內外研究來看，CBT-G 已被證實對憂鬱症確實具有療效，也是最多實徵研究證實其在憂鬱症之療效的團體治療取向，它能幫助當事人對疾病有所認識、改變負向認知、獲得行為技巧、改善憂鬱情緒，是實務工作者可善加利用的治療模式。

參、憂鬱症之人際心理治療團體

一、人際治療團體運用在憂鬱症的概念介紹

人際治療 (interpersonal psychotherapy, IPT)，是 Klerman 等人在 1970 年代針對門診憂鬱症病人，所發展出來的心理治療取向 (Klerman, Weissman, Rousanvilla, & Chevron, 1984)，至今已成功地運用在許多不同疾患之治療，如輕鬱症、暴食症、物質濫用及邊緣性人格違常等。IPT 的理論主要來自 Meyer、Sullivan、Bowlby 三者 (Weissman, Markowitz & Klerman, 2000/2006)，但它對憂鬱症的成因並沒有做理論上的假設，它強調的是發病前一段時間內的人際關係與憂鬱症之間的關聯，依此來決定治療焦點。Weissman 等人 (2000/2006) 將導致憂鬱的人際社會問題分為四類，即哀傷 (所愛的人死亡)、人際角色衝突 (與重要他人之間具有無法互相達成的期待)、角色轉換 (生活狀態的改變)，以及人際

缺乏（無法建立或維持人際關係）。

在治療過程方面，IPT 大致將憂鬱症的治療分為三個階段，初期階段重點擺在目前社會脈絡之下的人際關係，處理有關憂鬱症的社會失功能，不強調長期的人格問題，治療者藉由當事人憂鬱症產生時的社會功能及親密關係狀態，來了解這些相關因素如何影響當事人的情緒，並訂定治療的焦點。IPT 中期階段則是針對其人際問題領域找出對策，以解決當事人的困擾。IPT 的最後階段則是藉由確認及鞏固治療效果，以維持當事人在治療過程中所建立之獨立感及勝任感。以一位年長的憂鬱症婦女為例，在治療初期，藉由回顧生病前的人際關係，發現她的憂鬱症是因為喪偶所導致的哀傷反應；接著在治療中期，治療者開始幫助當事人經歷哀傷的過程，協助其參與活動、建立新的人際關係、取代舊的人際關係；在治療後期，則著重持續支持當事人所新學會的獨立生活，確認其所學習到的新的能力，並維持治療的效果。

在治療技術方面，IPT 除了自身的治療策略之外，也包含了許多借自心理動力取向和認知行為取向的技術運用。在形式上，IPT 被視為半結構式、聚焦於當下、具時間限制的治療模式，藉由增進當事人的社會支持網絡、解決人際關係困難來減輕憂鬱症狀。在成效方面，根據 Mello 等人 (2005) 所做的後設分析，IPT 治療憂鬱症的成效不亞於 CBT。美國的精神醫學會（American Psychiatric Association）及其基層照護系統（Primary Care），已將 IPT 納入憂鬱症治療的實務指南，並將之視為憂鬱性疾患之有效處遇。

在團體治療方面，IPT 的團體模式（IPT-G）最先是被運用在暴食症的治療，且其控制性研究結果顯示成效與 CBT-G 相當（Wilfley et al., 1993）。Scocoo、Leo 和 Frank (2002) 列出幾項 IPT-G 的優點，他們認為 IPT-G 提供當事人機會處理其社會生活中的關係困難，辨識及接受自己的情感、想法及需求，並且將重新習得的人際技巧運用於社會生活中。另外，Johnson (2008) 也提到 IPT 的團體模式提供了更多的示範及鼓勵，同時團體模式也是社會縮影，當事人可以在其中演練與其生活有關的人際互動。

在團體治療的進行上，Wilfley、Frank、Welch、Spurrell 和 Rounsaville (1998) 強調團體治療時，要將治療焦點擺在每位成員的個別問題，因為即使是相同的憂鬱症狀，對不同的成員來說可能涉及不同的人際問題，所以用不同的方式來處理成員間看似相似的人際問題，有助於讓當事人了解同樣問題的不同因應方法。所以 Wilfley 等人建議一開始先進行個別治療，了解當事人的症狀、確定診斷，治療者與當事人一起回顧憂鬱症發作時的人際關係及生活事件，而這些狀況通常可歸類為前述的四種類別（即哀傷反應、人際角色衝突、角色轉換及人際缺乏）。故釐清引發憂鬱的人際問題、溝通治療的期待、建立治療契約是此階段的重點，接下來則是進行團體階段，幫助當事人修通悲傷、發展適合新的角色的技巧、改善或接受困擾的關係、建立社會支持，而且在每一次團體之後，將摘要寄給每一位成員。團體治療階段完成後，再進行一次個別治療，此時的治療重點是治療師和當事人共同規劃一個可維持其治療成效的個別計劃，或者在必要的情況下，將

個案轉介至更深入的個別治療。

二、人際治療團體運用在憂鬱症的療效研究

在 IPT-G 的治療成效方面，其實徵研究數量尚不及 CBT-G，但目前研究結果顯示 IPT-G 對憂鬱症的治療成效是肯定的 (Johnson, 2008)。在隨機控制的研究方面，較引人注目的研究是 Bolton 等人 (2003) 在烏干達農村所進行的較大規模研究，他們以隨機的方式篩選了 30 個村莊，其中 15 個村莊的參與者為男性，15 個村莊的研究參與者為女性，選取的標準是根據他們本身或其周圍的人認為他們患有憂鬱性疾患，經會談確認符合 DSM-IV 憂鬱症的診斷標準，最後總共得 228 位研究參與者，這些研究參與者被隨機分派到實驗組（即 IPT-G 組）及控制組，結果顯示，實驗組經過 16 週、每週 90 分鐘的 IPT-G 後，其憂鬱程度及失功能狀態明顯改善，符合 DSM-IV 重鬱症的比例亦明顯下降，這幾項指標與控制組的差異皆達統計上的顯著水準，此研究除證明 IPT-G 的有效性，亦說明 IPT-G 跨文化的可接受性。在青少年方面，Young、Mufson 和 Davies (2006) 曾以量表及會談方式，篩選出 41 位憂鬱症青少年，以隨機分派的方式分成兩組，一組接受人際心理治療青少年社交訓練 (IPT-AST)，一組接受學校諮商 (SC)，IPT-AST 組的青少年總共接受兩次團體前的個別治療，8 次 90 分鐘的團體治療，及一次團體後個別治療。結果接受 IPT-AST 的青少年，憂鬱症狀較少、整體功能較佳，說明 IPT-AST 能有效預防青少年憂鬱症。另外，Schramm 等人 (2007) 將住院的嚴重憂鬱症病人進行隨機分派，實驗組接受 5 週密集的 15 次個別 IPT 及 8 次 IPT-G，以及藥物治療，控制組接受特殊臨床處理及藥物治療，結果顯示實驗組在憂鬱症狀、反應率、復原率及復發率等指標均較控制組佳。在產後憂鬱方面，Mulcahy、Reay、Wilkinson 和 Owen (2010) 將 50 位罹患產後憂鬱症的婦女隨機分派到實驗組（連續 8 週、每週 2 小時的 IPT-G）及控制組（一般照顧），結果顯示 IPT-G 組的憂鬱情緒、婚姻關係及母嬰關係，皆優於控制組。另外，在非控制性的研究方面，Johnson 和 Zlotnick (2008) 嘗試對 25 位患憂鬱症的物質濫用女性受刑人進行 8 週、總治療時數為 24 小時的 IPT-G，治療結束後，25 位中的 18 位不再符合憂鬱症診斷，且憂鬱症狀、知覺到的社會支持均明顯改善，初步證明 IPT-G 對於合併有複雜人格疾患與物質濫用之憂鬱症患者，亦能有顯著的治療成效。

綜觀以上所述，憂鬱症之團體心理治療成效研究中，雖然 IPT-G 的研究報告數量尚不及 CBT-G，但其研究成果顯示其成效受到肯定，IPT-G 也已經與 CBT-G 並列為行之有效 (well-established) 的憂鬱症團體心理治療方法 (Johnson, 2008)，所以對實務工作者而言，亦為一值得參考之憂鬱症團體心理治療選項。

肆、憂鬱症之心理動力團體治療

一、心理動力團體治療運用在憂鬱症的概念介紹

心理動力治療取向（psychodynamic psychotherapy, PDT）對憂鬱症的解釋與人際取向、認知行為取向截然不同，它認為憂鬱症的發生與童年的情感經驗有關。根據 Freud 的假設，憂鬱症是源自童年的傷痛經驗；Freud 的理論認為，在孩童時代經歷過分離經驗，或者是失去所愛的人之後（例如死亡），為了處理此創傷經驗當事人會去內化這個失去者，也就是他會去認同這個失去者，然根據其說法，當事人用來抵銷失落感的這種潛意識方法其實是無效的。另一方面，我們潛意識裡也會對我們所愛的人懷有負面情感，於是個人本身也就成為了自己所憎恨及憤怒的對象；除此之外，因為怨恨被遺棄，所以也會為自己對失去者的怨恨有罪惡感 (Davison & Neale, 2004)。換句話說，個人會對這個失去者產生憎恨或憤怒，但此負面情感又讓自己有罪惡感；當個人對失去者的憤怒一直持續向內，就發展出憂鬱症患者常見的自我責備、自我傷害及憂鬱情緒，此即心理動力學派對憂鬱症成因所持的論點，即認為憂鬱是向內的攻擊。

基於以上論點，心理動力論認為當事人的童年經驗、未解決的衝突及過去情感關係，會影響其現在的生命處境，因此心理動力學派對憂鬱症的治療，聚焦在當事人過去未解決的衝突與情感關係對其現在功能的影響，重視當事人的移情、防衛機轉，著重與當事人憂鬱有關的人際衝突以及此衝突的心理表徵，並修通此衝突以獲得校正的情感經驗。心理動力治療憂鬱症的主要目標，放在促進當事人對內在及人際衝突的覺知與洞察 (Cuijpers, Straten, Andersson, & Oppen, 2008)。

在團體治療部分，根據 Corey (2008/2009) 的觀點，PDT 運用在團體治療有幾項優點，包括團體的形式更利於成員建立與其原生家庭相似的關係，因此有更多機會經歷與其他成員及帶領者的情感轉移，讓當事人有更多的自我了解，所以當事人對自己的覺察不僅來自對成長史的探索，也來自成員間彼此的互動。進一步說，團體互動過程較能促進成員檢視自己的投射、移情、防衛機轉，而其詮釋亦非完全來自權威者（治療師），也來自成員彼此，所以 PDT 團體情境更有助於成員對自己在原生家庭未解決的問題產生洞察。PDT-G 若運用在憂鬱症的治療上，重點在於團體中會有多重情感轉移的機會，也就是成員會將與憂鬱症有關的情感創傷或人際衝突投射到領導者及其他成員身上，自己也會成為其他成員的移情對象，團體的主要工作就是發現、詮釋並修通這種情感轉移，幫助成員洞察過去的情感失落經驗如何對他產生干擾。

二、心理動力團體運用在憂鬱症的療效研究

與 CBT 及 IPT 相較，心理動力治療（PDT）在成效方面的實徵研究數量顯得少了許多，Fonagy、Roth 和 Higgitt (2005) 認為是因為 PDT 的治療師數量較少、研究文獻的累積速度較慢，而且 PDT 治療憂鬱症（或其他病症）的形式較分歧而不一致，其治療焦點如衝突、移情、洞察，無法像 CBT 的憂鬱情緒或負向認知等能夠直接測量。總之，研究數量不足、形式不一、療效評估等問題，使 PDT

難以說明其治療成效，PDT-G 也是如此，從文獻搜尋即可窺知 PDT-G 對憂鬱症療效的研究遠較 CBT-G、IPT-G 來得少，例如嘗試以 CBT、cognitive behavioral therapy、IPT、interpersonal psychotherapy、psychodynamic psychotherapy、group、及 depression 等關鍵詞在 Pubmed 資料庫中搜尋 CBT-G、IPT-G 及 PDT-G 自 2005 年至 2012 年的療效研究，其中有關 CBT-G 的療效研究就有 21 篇，IPT-G 的 6 篇，而 PDT-G 卻僅 1 篇。故本文僅就數篇有關 PDT-G 成效的研究實例約略探討。

首先是 Gonzalez 和 Prihoda (2007) 所進行的一項控制性研究，針對 11 位 21 至 70 歲、重複重鬱發作的情感性疾患患者，進行長達 18 個月的 PDT-G（前 16 個月每週進行 1 次、每次 90 分鐘，後兩個月每兩週進行一次），治療結束後一年追蹤，實驗組的憂鬱症狀明顯減少，但躁狂症狀實驗組與控制組沒有差別，不過此研究式評量研究參與者的整體功能、情緒症狀及臨床狀態，它對憂鬱症的評估並非藉由標準化的評量工具（如 BDI），而是由精神科醫師評估且非雙盲設計，實驗組的成員亦非隨機分派，其治療方案加入了心理教育與人際技巧等內容，非單純的心理動力取向。另外，在後設分析部分，McDermut、Miller 和 Brown (2001) 針對較嚴謹的團體治療之憂鬱症療效的比較研究進行了後設分析，共整理了 8 篇比較 CBT-G 與 PDT-G 或 IPT-G 對憂鬱症療效的研究報告，結果顯示 CBT-G 的效果量優於 PDT-G 的效果量。另外，Driessen 等人 (2010) 針對心理動力治療療效所進行的後設分析顯示，PDT-G 的效果量較個別 PDT 來得小。

總而言之，PDT-G 對憂鬱症的療效研究數量遠較 CBT-G 及 IPT-G 為少，且有些研究設計並不符合控制性研究的標準，故目前為止尚不能確認 PDT-G 對憂鬱症的療效。是以，從療效研究來看，PDT-G 耗時久，且其治療指標（如洞察、移情等）不易測量，此為 PDT-G 從研究來說明其療效較不利之處。故對實務工作者而言，如欲選擇 PDT-G 做為憂鬱症的處遇方法，必須了解比起其他治療取向，這是一個較為長期，且難以用客觀方法呈現其療效的治療方式。故無論是對治療者及當事人而言，此漫長、不易說明療效，且涉及移情及童年創傷經驗的治療方式，將會是一個充滿挑戰的過程。

伍、憂鬱症之支持性心理治療團體

一、支持性心理治療團體運用在憂鬱症的概念介紹

相較於前述認知行為學派、人際學派及心理動力學派的團體治療模式在憂鬱症的應用，支持性心理治療（supportive psychotherapy, SUPT）相對而言，是較不強調理論取向及治療技術的治療模式，其屬性偏向非結構式，亦無特定專屬之治療技術，其技術大致都包含在其他所有治療取向，例如協助當事人分享其經驗及情緒、提供同理及關懷等，目的並不在於解決問題或獲得新的技巧，而是認為藉由與他人的分享與討論，獲得接納與支持，以減緩個人的問題及痛苦情緒。雖然所謂的支持性心理治療並不指向特定的理論派別，但有些治療者的取向會參酌

Carl Rogers 的概念，強調同理、關懷接納、真誠一致，以傾聽、反映、分享個人經驗來催化當事人，有些則不特定強調 Rogers 的理論，而是以前述的概念來作為支持性心理治療的內涵 (Cuijpers et al, 2008)。本文的概念及相關研究介紹以後者為主，採取較廣義的支持性心理治療的定義。

支持性團體心理治療 (SUPT-G) 讓有相同壓力或身心困擾的人聚在一起，由一位專業或非專業但經驗豐富的同儕帶領，彼此分享、互相提供支持與關懷。Dannis (2003) 認為，SUPT-G 可以減少參與者的人際疏離感、降低壓力事件衝擊、分享身心健康及自我管理方面的訊息、提供角色楷模。Yalom 和 Leszcz (2005) 則提到 SUPT-G 具有利他、凝聚、普同、仿效、灌注希望、情緒淨化的優點。

SUPT-G 運用在憂鬱症，其做法通常是由一位專業人員（如心理師、精神科醫師、護理師或社工師等）或經驗豐富的同儕擔任領導者，以非指導性的方式，催化團體成員對於個人經驗及情緒議題的分享與討論，相互提供支持、同理與關懷，強調成員的自發性，因此團體成員才是重心 (Hogan, Linden, & Najarian, 2002)，藉由此過程幫助成員在團體中建立力量感、增加自我效能，進而能面對、解決自己的問題，並克服憂鬱情緒。此性質偏向非結構性、人際性，以及相互支持的治療模式，在臨床常被運用來作為憂鬱症藥物治療之外的輔助療法 (Pfeiffer, Heisler, Piette, Rogers, & Valenstein, 2011)。

二、支持性團體心理治療運用在憂鬱症的療效研究

在 SUPT-G 憂鬱症的療效研究方面，Bright、Baker 和 Neimeyer (1999) 的隨機控制研究是一個設計嚴謹，且經常被引用的研究論文，其研究設計是將 98 位憂鬱症門診病人分成兩組，一組由專業人員 (professional) 擔任團體領導者，一組由半專業人員 (paraprofessional) 擔任團體領導者，每一組又再分別進行 CBT-G 及 SUPT-G 兩種治療模式，皆為進行 10 週，每週一次 90 分鐘的團體，結果在減少憂鬱症狀方面，專業人員與半專業人員成效相當，而 CBT-G 與 SUPT-G 的憂鬱症狀亦皆有改善，且無顯著差異，呈現差異的是在後續追蹤部分，也就是專業領導者的 CBT-G 較半專業領導者的 CBT-G 憂鬱症緩解的人數較多；故 Bright 等人認為，借重半專業人員帶領 SUPT-G 是一個可以考慮用來協助憂鬱症患者的選項。Pistrang 等人 (2008) 回顧 SUPT-G 對心理問題的效果，他們整理 12 個相關研究，其中 4 個是有關 SUPT-G 對憂鬱症的療效研究，經過分析整理，他們認為支持性團體心理治療可以改善憂鬱症狀。Pfeiffer 等人 (2011) 則在其後設分析研究中，針對 10 個隨機控制研究進行分析，其中有 7 個隨機控制研究，比較同儕支持團體與一般照顧對憂鬱症療效，結果顯示 SUPT-G 在減少憂鬱症狀上優於一般照顧，而其中也有 7 個隨機控制研究比較 SUPT-G 與 CBT-G 對憂鬱症的療效，結果顯示兩者在減少憂鬱症狀上無顯著差異。針對憂鬱症的部分，國內的控制性研究較少，Chen、Tseng、Chou 和 Wang (2000) 有關 SUPT-G 對產後憂鬱症婦女之療效的隨機控制研究顯示，實驗組（即 SUPT-G 組）的成員在憂鬱、壓力知覺

及人際支持評量三方面的改善皆較控制組佳。

SUPT-G 在憂鬱症的實徵研究方面，SUPT-G 常作為其他治療取向的對照組，以 SUPT-G 為主的隨機控制研究尚嫌不足 (Cuijper et al., 2008)，依據現有的研究，SUPT-G 對憂鬱症的療效似乎是受到肯定的，再加上比起其他治療取向，SUPT-G 的成本較低，也較具可取得性，從這幾點看來，它其實是一個具有潛力的憂鬱症治療模式，故若能增加設計嚴謹的實徵研究，對於 SUPT-G 運用於在憂鬱症的治療將有所助益，Pfeiffer 等人 (2011) 即認為，如果能夠進行更多的實徵研究驗證 SUPT-G 在憂鬱症的療效的話，SUPT-G 不僅有可能成為治療憂鬱症行之有效的治療模式之一，而且也會是一個成本效益佳的治療選項。

陸、結論

憂鬱症是廿一世紀盛行率高且伴隨失能、高死亡率的心理疾患，即便經過藥物治療仍有相當高的再復發率，所以心理治療也是常被用來治療憂鬱症的方法之一，而且若考量當前醫療環境重視成本效益之趨勢，團體心理治療其實是一個實用且可優先考慮的治療模式，值得專業人員善加運用。

根據美國心理學會臨床心理學組提供的資料，認知行為團體治療 (CBT-G) 是有最多隨機控制研究證據支持對憂鬱症具有療效的團體治療取向 (Johnson, 2008)。CBT-G 在理論上採取 Beck 的觀點，認為憂鬱情緒起因於當事人的負面認知基模與自動化思考，其模式屬結構式的心理教育團體，CBT-G 相較於個別 CBT 更能如實呈現引發失功能思考及不適應行為之刺激，並對自己的認知、行為、情緒有更多的覺察，而且團體的形式也具有替代性學習、多重示範及同儕增強的效果，屬於目前最廣被運用的憂鬱症團體心理治療模式。

而 IPT-G 亦是目前被美國臨床心理學會認可具足夠研究證據支持的憂鬱症療法 (Johnson, 2008)。IPT 的理論主要來自 Meyer、Sullivan 和 Bowlby，IPT 認為憂鬱症和目前的人際關係問題有關，所以只要當事人的社會功能及人際能力改善，憂鬱情緒就會改善。IPT-G 在形式上是屬半結構化的心理教育治療團體，其團體治療模式與個別治療模式類似，可說是與個別治療合併的團體治療模式。相較於 IPT 個別治療，IPT-G 有較多的示範及鼓勵，並且可透過團體心理治療改善當事人與其生活環境相關的人際關係。雖然 IPT-G 的研究數量不及 CBT-G (Johnson, 2008)，但 IPT-G 對憂鬱症的療效已被肯定，因此 IPT-G 也是實務工作者可參考選擇的憂鬱症治療方法之一。

至於重視過去情感創傷經驗的心理動力學派，其團體治療對憂鬱症之成效的實證研究數量較 CBT-G 及 IPT-G 為少。根據其理論，PDT 的團體會成為原生家庭的再現，因此 PDT-G 能夠有較多機會讓成員經驗移情、投射等，並進而產生洞察、修通，藉以治療當事人的憂鬱症。不過 PDT-G 的療效研究數量太少，尤其是隨機控制研究，因為它的團體進行方式較不一致，不若 CBT-G 或 IPT-G 已有手冊操作，其理論取向變異性較大，對療效的評量方式也不夠客觀及未標準化。

因此，若欲選擇此治療模式，必須對其耗時、涉及多重移情及童年創傷，且難以用客觀標準呈現其療效的特性有所理解，並做好面對此挑戰的心理準備。

最後，支持性團體心理治療（SUPT-G）屬於較非結構式，不強調理論取向及治療技術，治療目標亦不在於因應技術的獲得，而是藉由團體成員之間的分享、支持與接納，達到相互支持、同理、關懷、減輕痛苦情緒的效果。在 SUPT-G 的模式中，領導者的功能是催化，重點在團體成員身上，強調自發性，以增進當事人的內在力量及自我效能、克服憂鬱情緒。目前 SUPT-G 對憂鬱症療效的實徵研究結果雖是肯定的，但研究數量尚嫌不足，若能透過更多研究證實其療效，SUPT-G 不失為一個具成本效益的治療取向。

綜合以上所述，各種不同治療取向對憂鬱症之成因及治療的重點各不相同，其團體模式運用於憂鬱症治療亦各具不同之優勢。在憂鬱症團體治療進行方式部分，CBT-G 屬結構性團體，IPT-G 為半結構式，PDT-G 及 SUPT-G 偏向非結構性；時間部分，CBT-G 和 IPT-G 屬短期操作治療，PDT-G 時間長，SUPT-G 時間長短較無限制；團體帶領部分，CBT-G、IPT-G 及 PDT-G 需由專業人員帶領，SUPT-G 則可由半專業或經驗豐富之同儕帶領；對憂鬱症的療效方面方面，CBT-G 和 IPT-G 目前獲得較多實證研究支持，而 PDT-G 及 SUPT-G 則較少。故建議在實務工作上，治療者可根據自己的專長、憂鬱症當事人之需求與問題特性，以及環境資源，提供最適切之專業服務。另外，從本文之探討可看出，各取向團體治療對憂鬱症之療效研究主要仍是以國外研究為主，即便是研究數量最多的 CBT-G，國內這方面的隨機控制研究篇數仍相當有限，故若能增加以國內憂鬱症患者為研究對象的實證研究，不僅可進一步確認各取向團體心理治療運用於國內憂鬱症患者之療效及其適用性，亦有機會發展出更適合國人之憂鬱症團體心理治療模式及技巧，如此將會對憂鬱症之治療有更大的助益。

柒、結語

憂鬱症是一個惱人的疾病，了解其成因及治療方法至為重要，團體心理治療是目前受重視的治療方式之一，本文嘗試透過對不同取向團體心理治療及其療效研究之介紹與探討，期望對心理衛生工作者如何將團體心理治療運用在憂鬱症的治療上有所幫助，進而能夠對當事人提供更具效益的專業服務。

參考文獻

- 行政院衛生署（2012）。民國 100 年死因結果摘要表。取自：
http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=12336&class_no=440&level_no=4
- 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

- 出版博士論文)。國立彰化師範大學輔導與諮商學系，彰化。
- 陳偉任、鄭琇分、周立修、周煌智、林耕新 (2008)。認知行為團體治療對女性門診憂鬱症患者的療效。《*台灣精神醫學*》，**22** (1)，37-45。
- 馮瓊儀 (2010)。《*認知行為團體治療對憂鬱症之成效：2000-2010 年之統合分析*》(未出版碩士論文)。臺北醫學大學護理學研究所，台北。
- 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。
- 鍾麗華、魏怡嘉 (2011 年 11 月 1 日)。憂鬱症七年就醫增十倍，醫療經費卻不足。《*自由時報*》，取自：<http://www.libertytimes.com.tw/2011/new/nov/1/today-life9.htm>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. New York: International Universities Press.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P., ... & Weissman, M. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in Rural Uganda. *The Journal of the American Medical Association*, **289**(23), 3117-3124.
- Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **67**(4), 491-501.
- Chen, C. H., Tseng, Y. F., Chou, F. H., & Wang, S. Y. (2000). Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, **49**(6), 395-399.
- Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, **20**(1), 3-11.
- Corey, G. (2009). *團體諮商：理論與實務* (王嘉琳、廖欣娟、吳健豪、張慈宜、尹彰德譯)。台北：學富。(原著出版於 2008)
- Craigie, M.A., & Saulsman, L.M. (2007). MCMI-III personality complexity and depression treatment outcome following group-based cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, **63**(2), 1153-1170.
- Cuijpers, P., Straten, A., Andersson, G., & Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**(6), 909-922.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (2004). *Abnormal psychology* (9th ed.). New York: Wiley.
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, **40**(3), 321-332.
- Depression Guideline Panel. (1993). *Depression in Primary Care: Vol. 2. Treatment of*

- Major depression. *Clinical Practice Guideline, No. 5*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. (AHCPR Publication No. 93-0551).
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatment of adult mental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 37-52.
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S., Abbass, A., de Jonghe, F., Dekker, J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 25-36.
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2005). The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. *Clinical Neuroscience Research, 4*(5-6), 367-377.
- Gonzalez, J. M., & Prihoda, T. J. (2007). A case study of psychodynamic group psychotherapy for bipolar disorder. *American Journal of Psychotherapy, 61*(4), 405-417.
- Hagen, R., Nordahl, H. M., & Grawe, R. W. (2005). Cognitive-behavioural group treatment of depression in patients with psychotic disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*(6), 465-474.
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology review, 22*(3), 381-440.
- Johnson, J. (2008). Using research-supported group treatment. *Journal of Clinical Psychology, 64*(11), 1206-1224.
- Johnson, J. E., & Zlotnick, C. (2008). A pilot study of group interpersonal psychotherapy for depression in substance-abusing female prisoners. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(4), 371-377.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rousanvilla, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kwon, S. M., & Oei, T. P. S. (2003). Cognitive change processes in depression following a group cognitive behaviour therapy treatment. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 34*(1), 73-78.
- Lacey, T. (2004). Group therapy and CBT. *Counselling & Psychotherapy Journal, 15*(2), 34-35.
- McDermut, W., Miller, I. W., & Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(1), 98-116.
- Mello, M. F., Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical*

Neuroscience, 255(2), 75-82.

- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomized control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 125-139.
- Oei, T. P. S., & Dingle, G. (2008). The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 5-21.
- Patelis-Siotis, I. (2001). Cognitive-behavioral therapy: applications for management of bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 3(1), 1-10.
- Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36.
- Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), 110-121.
- Saulsman, L. M., Coall, D. A., & Nathan, P. R. (2006). The association between depressive personality and treatment outcome for depression following a group cognitive-behavioral intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1181-1195.
- Schramm, E., Calkers, D. V., Dykieriek, P., Lieb, K., Kech, S., Zobel, I., ... & Berger, M. (2007). An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: Acute and long-term results. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 768-777.
- Scocco, P., Leo, D., Frank, E. (2002). Is interpersonal psychotherapy in group format a therapeutic option in late-life depression? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(1), 68-75.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2006). 人際心理治療：理論與實務（唐子俊、唐慧芳、何宜芳、黃詩殷、郭敏慧、王慧瑛譯）。台北：五南。（原著出版於 2000 年）
- Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., ... & Raeburn, S. D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the non purging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 61(2), 296-305.
- Wilfley, D. E., Frank, M. A., Welch, R., Spurrell, E. B., & Rounsaville, B. J. (1998). A adapting interpersonal psychotherapy to a group format(IPT-G) for binge eating disorder: Toward a model for adapting empirically supported treatments. *Psychotherapy Research*, 8(4), 379-391.

- Wilkinson1, P., Alder, N., Juszcak, E., Matthews, H., Merritt, C., Montgomery, H., ..., & Jacoby, R. (2009). A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioral group intervention to reduce recurrence rates in late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 68-75.
- World Health Organization [WHO] (2001). *The world health report: Chapter 2. Burden of mental and behavioral disorders*. Retrieved from: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. C. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Perseus Books.
- Young, J. F., Mufson, L., & Davies, M. (2006). Efficacy of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training: An indicated preventive intervention for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(12), 1254-1262.

Group Psychotherapy for Depression: Discussion of Concept and Study of Efficacy

Fu-Yuan Chang

Abstract

This article examined group psychotherapy for people with depression from cognitive-behavioral, interpersonal, psychodynamic, and supportive approaches. From a cognitive-behavioral perspective, negative cognitions are regarded as major factors contributing to depression. Hence a cognitive-behavioral group therapy environment can highlight dysfunctional thinking and behavior, and provide vicarious learning and peer reinforcement. Interpersonal psychotherapy believes that depression is caused by interpersonal problems. Hence, in addition to multiple role modeling and encouragement, such groups provide a social microcosm where the client can practice correcting his or her problematic social interactions. The psychodynamic approach interprets depression as a symptom of childhood frustration. Hence, psychodynamic groups can represent the family of origin, and facilitate multiple transference and interpretation. Support groups focus on empathy, care and acceptance among members to overcome depression. In cognitive-behavioral therapy groups, therapies are structured; in interpersonal psychotherapy groups, semi-structured; and in psychodynamic and supportive groups, non-structured. Time wise, psychotherapy in cognitive-behavioral-oriented and interpersonal-oriented groups are time-limited; in psychodynamic groups, longer; and in support groups, unlimited. In terms of group leaders, cognitive-behavioral-oriented, interpersonal-oriented and psychodynamic groups are led by professionals; and support groups, by the paraprofessionals or experienced peers. Outcome and efficacy studies showed that cognitive-behavioral-oriented and interpersonal-oriented group psychotherapies have more empirical support while supportive and psychodynamic groups have less. Based on this study, therapists can choose appropriate treatment method according to their professional expertise, client need and resources. In addition, based on the efficacy of local psychotherapy groups in Taiwan, more suitable group psychotherapy models and techniques can be developed.

Keywords: depression, group psychotherapy

Fu-Yuan Chang

1. Dept. of Guidance and Counseling, National Changhua University of Education (faith2008tw@yahoo.com.tw)
2. Jia-nan Psychiatric Nursing Home