

# 恐慌症病患接受認知行為團體心理治療之歷程分析

石芬芬 王郁茗\* 賴德仁\*\* 陳登義\*\*\*

## 摘要

本研究旨在探討治療者與成員的口語互動行為關係及團體互動模式；應用同質性策略，選取在中部某醫學中心接受精神科門診治療之六名病患為研究對象，徵得同意後施予為期十二週的封閉式團體心理治療；資料以錄音方式收集後轉譯，再根據Hill互動矩陣進行同時性三角交叉檢視法（simultaneous triangulation），以分析恐慌症病患接受認知行為治療之團體動力發展歷程。結果發現：團體治療者與成員的互動行為關係分別呈現上下起伏波動。而團體歷程之發展可分為：初期—適應與熟悉階段、中期—探索階段及後期—生產與製造階段，其中又以第三象限的口語行為參與量最多。在團體互動行為模式中，治療者之行為類別以探討團體成員的個人問題居多，以日常說話或提供支持之溝通方式居次；而成員的行為類別亦以談論個人的問題為主，顯示團體治療者與成員的口語行為相當一致；另外團體治療者與成員的互動行為類型方面，在內容型態上以成員中心為主，在工作型態上則達工作前階段，顯示團體對成員的治療價值頗有幫助。

關鍵詞：恐慌症病患、認知行為治療、團體動力與發展。

## 前言

Robins, Helzer與Weissman (1984)的研究指出：恐慌症在過去藥物治療顯示僅能減少症狀的發作，卻無法降低預期性焦慮及害怕發作所造成之行為退縮現象。Michelson, Marchione與Greenwald (1990)主張具有認知及行為改變之團體心理治療能治癒上述兩種症狀。

綜觀國、內外相關文獻支持團體心理治療成效已獲得正面肯定（陳、李，1987；潘、陳、王、鄧、陳，1995；Barlow,

Gorman, Shear, & Woods, 2000; Goisman, Warshaw, & Keller, 1999; Yalom, 1995)。而團體歷程與團體效果之間必然存在某些關係，因此在肯定團體效果後，有必要檢視團體進行時產生何種機轉，引發成員成長而達到團體效果。

團體形成過程中，須藉著情境設定及治療者誘導而呈現一個重要的治療素材，促使治療者有機會檢視並推論互動本質，亦有機會去澄清與闡明；使團體成員在當下互動過

私立中山醫學院護理學系講師 私立中山醫學院通識教育中心講師\* 私立中山醫學院職能治療學系副教授兼系主任暨中山醫學院附設醫院精神科主任\*\* 私立中國醫藥學院附設醫院精神科主任\*\*\*

受文日期：89年6月28日 修改日期：89年11月2日 接受刊登：90年2月9日

通訊作者地址：石芬芬 台中市南區建國北路一段110號

電話：(04) 24730022 - 1732

程中產生真實感受及存在的情緒經驗 (Forsyth, 1990)。由於台灣目前針對恐慌症之研究報告除了探討症狀學與流行病學外，相關的團體心理治療文獻報告仍付之闕如，故激發研究者的動機，期盼能藉此機會評價認知行為治療對恐慌症病患之實質效益。本研究為一系列恐慌症團體心理治療一質性研究之結果呈現，目的旨在藉由治療者與成員的口語互動行為關係及互動模式，分析團體動力之發展歷程。

## 文獻查證

### (一)恐慌症之致病因素

由於歐美醫學派觀點不一，至今病因尚未明確。簡 (1996) 歸納近年醫學專家們的觀點，認為該症可能來自於先天性遺傳因素及後天性外在環境因素，導致個體產生正腎上腺素活動過多、血清素活動減低及呼吸系統控制失調等自律神經症候群。而病患之個性均呈現完美主義、潔癖性、追根究底、敏感、過分介意別人的看法、急躁、杞人憂天等…特質 (簡、彭, 1997)。賴 (1996) 亦指出該症之病程進展有其特殊階段—(1)偶發身體不適症狀，人們不以為意；(2)身體不適症狀常常不經意發作，病患呈現預期性焦慮；(3)慮病期：病患時常往來醫院門診甚至急診處，要求作身體檢查；(4)因懼曠症擔心暈倒或症狀發作時無人救治，故不敢獨自外出而影響其社交與工作功能；(5)不適症狀長期發作：病患呈現心情低落、無望感而燃升自殺意念，最後導致憂鬱症。

### (二)恐慌症之治療趨勢

恐慌症須兼併認知行為治療與藥物治療方能產生良效 (Barlow et al., 2000)。Meichenbaum (1977) 主張認知思維中的「內在對話 (internal dialogue)」是導致個體情緒與行為困擾的根源，而病患的認知基模與錯誤訊息歷程會修改或扭曲其認知結構；因此

治療者與病患經由共同探索並透過言語、解釋、說明、提供訊息及認知示範等方式，教導其辨識災難化、過度類化、個人化、斷章取義及二分法等錯誤的認知與假設，藉由重新概念化的過程，學習揚棄自我挫敗的思維方式，重建新的內在對話、認知結構並配合行為改變技術，促使病患產生合宜的適應性行為 (魏、黃, 1997)。有些學者亦指出病患在接受認知行為治療、藥物治療與放鬆治療後，症狀復發率之追蹤研究發現：以認知行為治療後其恐慌症狀減輕或消失，故推論認知行為治療模式較單純使用藥物與放鬆治療效果佳 (Barlow et al., 2000; Clark, 1986; Craske, Maidenberg, & Bystritsky, 1995)。

### (三)團體動力與歷程

Gladding (1991) 指出「團體動力」係成員與領導者間的互動與能量轉換。國內學者何 (1997) 定義此動力乃團體一旦開始運作後所產生並持續改變的一種影響力量，它通常經由治療者的特質及經驗，表現成爲一種氣氛或感受；而接收到訊息之成員們又再度以個人的特質及經驗所形成的期望、動機、反應…等反過來影響團體運作，如此便構成一個團體獨特的現象場。Shaw (1981) 亦認為團體互動必須透過溝通型態或溝通過程，因此團體的人際互動過程係團體形成、維持與發展所不可或缺的因素。是故藉由了解這些團體中的力量，更能體會團體的本質，同時可清楚地知曉治療者與成員間的互動是如何影響團體發展 (Gladding, 1991)。另外 Jacobs 所提出的團體大小 (不超過 12 人)、聚會長度 (90—120 分鐘)、成員間交互作用之類型及團體發展階段等因素，皆是團體動力之影響變項 (引自劉, 1995)。此外有些學者指出團體發展初期—適應與熟悉階段：其特性爲成員們非常依賴治療者、參與態度猶豫、試圖尋找團體的結構、意義與目標；中期—探索階段：治療者與成員或

成員彼此間充斥著支配、控制與權力的衝突風暴，每位成員企圖先發制人以建立自己的地位與權力；而後期—生產與製造階段：則呈現團體凝聚力漸趨升高、成員彼此信任度增強、較具深入的自我揭露之特性 (Kivlighan & Jauquet, 1990; Yalom, 1995)。是故，本研究之團體歷程分析側重由團體開始進行到結束，來看各期團體發展階段中治療者—成員—成員間口語互動模式之變化趨勢。

#### (四) Hill 互動矩陣及實徵性研究

口語互動模式反映了治療者與當事人的溝通型態或模式，而治療者所運用之口語反應模式與其個人的信念、理論取向或訓練有關；對當事人而言，其口語反應對不同的傳訊者亦呈現差異影響 (潘, 1996; 謝, 1995; Lonborg & Daniels, 1991)。

Hill's 互動矩陣 (Hill Interaction Matrix, 簡稱 HIM)，係評量團體過程中成員口語互動行為，此工具量表以 Bion 語言溝通分類法做基礎建構為 4×5 層面的溝通矩陣 (引自謝, 1995)。它常被應用來了解及分析小團體中治療者與成員間及成員彼此間的互動 (Hill, 1977)。其概念架構包含「內容型態 (content style)」及「工作型態 (work style)」兩個向度，其中內容型態向度係指團體討論的口語內容，涵括主題 (topic, I) — 討論團體與成員以外的一般性話題；團體 (group, II) — 討論有關團體本身運作的問題；個人 (personal, III) — 討論團體中的焦點人物並依循其個人的發展脈絡進行；關係 (relationship, IV) — 討論團體進行中成員之間當下的互動反應及關係等四大類，同時 Hill 又將主題與團體兩類合併為「主題中心」，個人與關係兩類合併為「成員中心」；而工作型態向度係指團體工作的程度，亦即治療者與成員在團體互動過程中反映出口語型態的深度與層次，分別包括反應式 (responsive, A) — 對治療者的探索除了簡單的反應外，沒有其

他行為出現；傳統式 (conventional, B) — 相當於成員在日常生活團體中以社交性的寒暄及閒聊的方式互動；肯定式 (assertive, C) — 成員表現出來自團體的壓力或不滿之對抗，表面狀似呈現問題但卻無改變的意願；推論式 (speculative, D) — 討論或推論與成員相關的問題，此時成員對改變產生責任感，並且團體中亦出現助人者與求助者的溝通模式；面質式 (confrontive, E) — 治療者或成員的行為促使焦點人物顯現所逃避之問題，由此反應中可見到面質者對焦點人物的真實情緒等五大類，Hill 又將反應式、傳統式及肯定式歸類為「工作前階段」，而推論式及面質式則為「工作階段」。因此，內容型態和工作型態兩向度作垂直與水平排列後組成二十格矩陣 (四個象限)，其中由於反應式適用於嚴重退化、退縮、無法適當自我表達者，是故通常只運用 4×4 之十六種口語行為來分類。若以治療價值來推測，第一象限“主題中心—工作前階段”是有少許的幫助，第二象限“主題中心—工作階段”是有些幫助，第三象限“成員中心—工作前階段”是較有幫助，而第四象限“成員中心—工作階段”則是最有幫助的 (Hill, 1977)。故研究者根據上述文獻將口語類別、團體互動模式與發展階段之關係歸納整理 (Figure 1)；並依此作為分析治療者與成員在團體歷程中所呈現之口語互動行為與關係，以了解團體治療歷程之發展階段。

#### 操作性定義

(一) 恐慌症病患：係指專科醫師根據第四版精神疾病診斷統計手冊標準 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV)，個體在一段特定時間內突然呈現四種以上強烈害怕或不適感受之症狀 (如心悸、出汗、顫慄、感覺呼吸困難、頭暈…)，並在十分鐘內達到最嚴重的程度。

Work style	Content style	
	topic I group II	personal III relationship IV
responsive, A conventional, B assertive, C	first quadrant: adaptive and familiar stage topic-centered / pre-work	third quadrant: explorative stage member-centered / pre-work
speculative, D confrontive, E	second quadrant: explorative stage topic-centered / work	fourth quadrant: productive stage member-centered / work

**Figure 1.** Analysis relationship with verbal category and development of group therapist and members by HIM in this study.

(二)認知行為團體心理治療：以同質性團體治療方式進行，結合Meichenbaum (1977)的自我語言及自我對話等格言治療，同時配合教導生活適應技巧、腹式呼吸法及肌肉放鬆訓練等行為改變技術，協助病患修正錯誤的認知模式，以促進其身心健康。

(三)團體動力與發展：係成員互動過程中各發展階段所發生的現象，如成員的自我感受、成員彼此交談的方式、對其他成員與對治療者的感受及治療者對成員的反應等。

## 方 法

本研究採取質性研究設計並應用同時性三角交叉檢視法。其主要目的係探討治療者與成員的口語互動行為關係及團體互動模式，以分析恐慌症患者接受認知行為治療之團體動力發展歷程。

### 一、研究對象

採立意取樣並應用同質性策略，選取六名於中部某醫學中心接受精神科門診治療之病患為研究樣本，其選樣條件如下：

(一)由專科醫師應用中文版精神疾病診斷準則之半結構性問卷 (Semi-structured Clinical Interview for DSM, 簡稱SCID) 為依據，診斷為恐慌症者。

(二)年滿二十歲，無其他重大身體疾病者。

(三)願意接受會談、錄音、錄影及填寫問卷者。

### 二、資料收集與分析

首先於團體治療前二週，陸續針對恐慌症病患進行意願調查，說明研究目的、時間、進行方式及次數，並取得參加同意書後，進行十二週封閉式認知行為治療 (每次九十分鐘和三十分鐘肌肉放鬆訓練)。資料收集依錄音記錄謄寫成過程實錄後，選取每次治療的前、中、後三個時段各十五分鐘 (共計四十五分鐘) 之內容資料轉譯，並以此三十六個時間樣本配合Hill互動矩陣為歸類架構，同時兼顧「內容向度改變」及「說話者改變」的原則作為分析單位切割之依據，再與專家討論後進行編碼與歸類。

### 三、研究工具與資料分析之嚴謹度控制

本研究採取量化工具之信、效度測試，及質化資料之嚴謹度控制來評值資料的收集與分析。

(一)Hill互動矩陣 (HIM)：係一種分類人際行為的評量系統，已具備常模可供參照並獲多位學者肯定為有效工具，其評分者間信度達 .80— .90，一致性百分比為 .625— .812 (潘，1996；謝，1995；Fuhriman & Packard, 1986; Hill, 1977)。

(二)審核性：研究者本身之前後一致性達 .92，與另一位評分者計算Kappas係數為 .87。

(三)信用性：研究者具有二年半精神科臨床實務及六十小時以上之團體帶領經驗，曾於研究所進修期間修習質性研究法，同時接受過程實錄分析訓練且多次參加相關研習會，畢業後亦曾參與質性研究進行內容分析。民國85年曾連續三個月於精神官能症團體心理治療門診擔任觀察員角色並謄寫過程實錄，此外研究者將分析資料與具有相關研究經驗之專家討論。

(四)適合性：團體互動過程中，口語反應模式反映了治療者與成員的溝通型態，而團體進行成功與否決定於彼此間的互動效果；HIM不僅呈現成員間互動內容，亦能呈現討論主題，可增加資料內容之適合性。

(五)確定性：當審核性、信用性及適合性被建立時，即可達到確定性（Woods & Catanzaro, 1992）。

## 結 果

### 一、研究對象之基本資料

報名參加認知行為治療團體有九位成員，其中G成員由於家住外縣市因考慮接送問題而放棄。H成員於第一次團體聚會後因身體症狀困擾因素，I成員於第二次聚會後因工作繁忙即未再出席，故此三位成員不列入本研究分析，六位研究對象之基本資料（如Table 1）。

### 二、團體治療者與成員口語互動行為之關係與類型

由過程實錄並配合Hill's 互動矩陣架構歸納出團體治療者與成員間的互動行為關係呈現上下起伏波動，而且在彼此的互動頻率顯示出團體歷程之發展階段以第三象限的口語參與量最多（如Table 2 & Figure 2）。由Table 3

Table 1

Characteristics of the Subjects (N=6)

Subject	Gender	Age	Marital Status	Education	Position
A	Male	38	Married	Junior high school	Boss
B	Female	44	Married	Vocational school	Boss
C	Male	32	Single	Junior college	Staff
D	Female	36	Married	Senior high school	Staff
E	Male	39	Married	Senior high school	Boss
F	Male	37	Married	Vocational school	Boss

Table 2

Quadrant and Frequency of Verbal Interaction in Meetings (N=6)

Week	Therapist Frequency				Member Frequency				Sum Total
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	
I	9	2	2	3	1	0	13	0	30
II	0	4	5	8	0	0	27	4	48
III	1	4	4	7	3	0	16	1	36
IV	2	2	5	1	3	2	17	5	37
V	5	1	9	4	12	1	21	2	55
VI	2	2	4	5	4	0	23	5	45
VII	4	1	6	8	3	0	23	4	49
VIII	4	1	8	8	5	1	27	3	57
IX	5	3	6	14	7	0	21	6	62
X	1	3	2	9	6	0	25	2	48
XI	7	1	2	9	1	0	25	6	51
XII	1	3	4	11	6	0	18	6	49
Total	41	27	57	87	51	4	256	44	567

可見各類口語互動行為出現之頻率，其中治療者呈現的口語行為類別以「個人、推論式（III, D）」為主，其次是「個人、傳統式（III, B）」，再次為「主題、傳統式（I, B）」；而成員所呈現之行為類別則以「個人、傳統式（III, B）」為主，其次是「主題、傳統式（I, B）」，再次則為「個人、肯定式（III, C）」。顯示團體互動中，治療者的行為以引導成員探討自己或某位成員的

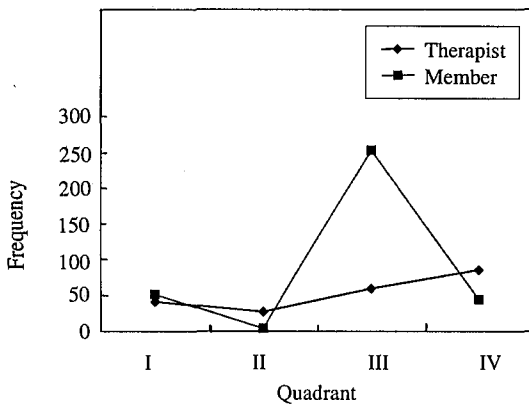


Figure 2. Relationship of verbal categories for group members.

Table 3

Frequency and Percentage of Verbal Interaction

Category	Therapist (n=2)		Member (n=6)		Total	
	Frequency	%	Frequency	%	Frequency	%
I, B	34	16.04	46	13.07	80	14.18
I, C	1	0.47	3	0.85	4	0.71
I, D	21	9.91	3	0.85	24	4.26
I, E	6	2.84	1	0.28	7	1.24
II, B	6	2.84	2	0.57	8	1.42
II, C	0	0	0	0	0	0
II, D	0	0	0	0	0	0
II, E	0	0	0	0	0	0
III, B	52	24.52	182	51.70	234	41.49
III, C	0	0	38	10.80	38	6.74
III, D	73	34.43	21	5.97	94	16.67
III, E	7	3.30	11	3.13	18	3.19
IV, B	7	3.30	33	9.37	40	7.09
IV, C	0	0	0	0	0	0
IV, D	5	2.35	10	2.84	15	2.66
IV, E	0	0	2	0.57	2	0.35

問題（如對症狀發作的擔心與處置）最多，其次係引導成員談論其家庭、成長經驗、罹病經驗與感受。而成員的行為則以談論自己的家庭、罹病經驗與感受、應變能力最多，其次藉由日常生活話題及心理防衛機轉來表現其人格特質與自我肯定的方式進行互動。Figure 3亦顯現治療者與成員的口語互動行為之關係與類型相當一致。

治療者：「請大家先自我介紹，然後談談自己的症狀，首次發作情形、及曾接受何種治療與檢查？」；「好像會擔心朋友聚會時談論到自己，因此儘可能找藉口避免，有人可以分享擔心什麼？」；「平常與家人如何相處？他們對於你的症狀有什麼看法？」；「E先生你能夠從每次洗澡三階段變成兩階段，是什麼力量讓你改變？」；「冰凍三尺非一日之寒，其實恐慌症有時不會單純只呈現一種症狀，有些可能併發焦慮、懼曠…需要慢慢自己踏出去，絕對可以改善沒有問題！」；「凡事要量力而為，學會拒絕別人，當身體不舒服時試著轉移注意力。」

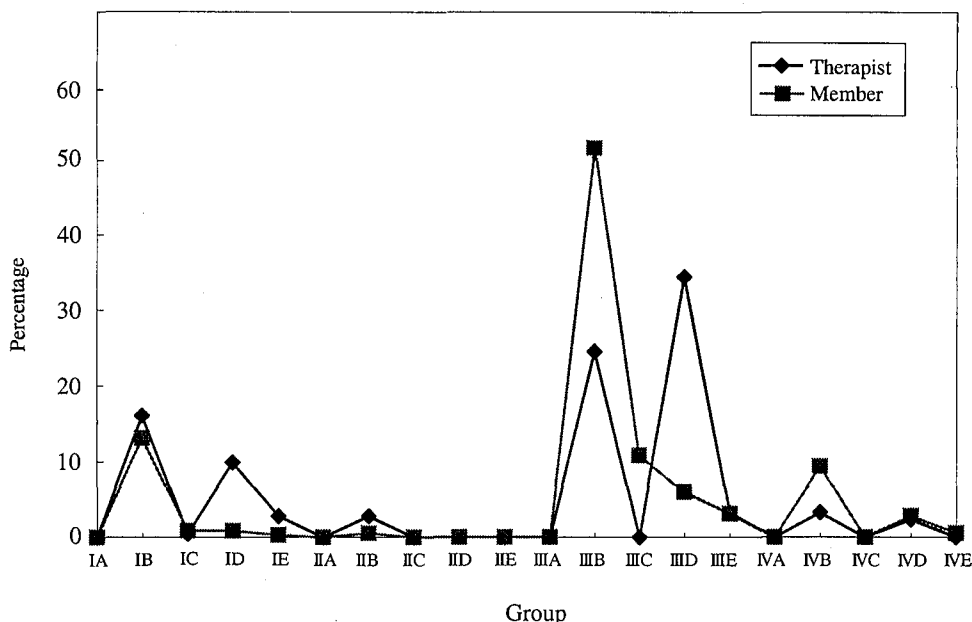


Figure 3. Frequency and behavioral category of verbal interaction.

**團體成員：**「D：去年十一月份發病，大約下午兩點左右我喝了三杯咖啡，當時感覺胸悶、心悸、現實感消失、害怕死亡、眼前的牆壁模糊、呼吸微弱，到醫院掛神經內科，做心電圖、肺功能、X光檢查，結果皆正常…」；「A：三年前胃部不適、脹氣、無法呼吸、一直害怕心臟快停了，跑去急診打針也做很多檢查，未發現異常情形，醫生說可能是神經衰弱…」；「B：我不敢跟別人說自己的情形，擔心被誤解為精神病人！」；「C：不敢讓別人知道，如交女朋友、健保卡用到F卡、不知如何向同事說明？」；「F：不要心虛面對，當別人問起就直接告訴他這是恐慌症造成的啊！」；「C：從小被關注長大已養成依賴性，若爸媽沒有命令我就無法決定，覺得未來很茫然，父母百年後日子要怎麼辦？這可能也是造成恐慌的原因…，目前還不敢讓家人知道我來醫院參加團療。」；「E：我覺得三週來踏實多了，比較有目標與信心，相信自己很快會復原的。」

### 三、團體歷程之發展階段

本研究中治療者與成員間的互動、反應與動力狀況，以組成份子的參與行為加上時間變化來劃分，可將團體的發展歷程分為三階段：

(一)適應與熟悉階段（第一至第四次團體）：成員初入團體彼此陌生，行為拘謹表現出客氣、禮貌，彼此觀望地等待回應…等態度。口語表達傾向人際安全與社交導向的互動，如自己的姓名、對症狀發作的擔心與處置、罹病經驗、與親友相處的情形…等，且說話時面向治療者並以其為中心。治療者的介入角色以鼓勵成員發言、提供言語支持與回饋來促進團體參與，顯現此期團體的互動特徵以「主題、傳統式」及「個人、傳統式」為主。

(二)探索階段（第五至第八次團體）：成員的主動性、互動頻率及抗拒與防衛次數增加。領導者以澄清問題並鼓勵成員表達內心

感受及對團體運作的看法居多。團體互動特徵轉移至「個人、肯定式」與「個人、推測式」層次。

(三)生產與製造階段(第九至第十二次團體)：成員間信任感建立、互動內容涉及成員彼此關係、同理其他成員的感受、團體凝聚力形成及此時此地的話題增加。而互動特徵除了「個人、肯定式」與「個人、推測式」之外，「個人、面質式」，「關係、推測式」與「關係、面質式」亦呈現增加的趨勢。

#### 四、認知行為團體心理治療之成效

由Table 4可說明在「內容型態」向度方面，治療者與成員所呈現的口語內容以“成員中心(member-centered)”為主。在「工作型態」向度上則反映出彼此溝通方式的深度與層次達“工作前階段(pre-work)”。顯示該團體成員之口語互動行為總量以第三及第四象限居多，由此得稔認知行為治療對成員的治療價值頗有幫助。

Table 4

Quadrant of Verbal Interaction

Quadrant	Therapist (n=2)	Member (n= 6)	Total
First area	41	51	92
Second area	27	4	31
Third area	59	253	312
Fourth area	85	44	129

治療者：「B小姐有否想過，為何妳的症狀與其他人不一樣的原因？跟個性與時常預期症狀會發作有關？」；「我想睡眠時數與年齡無關，剛剛F先生的意思是我們這樣的體質須要規律的生活，沒有權利生氣。」；「看到大家自覺進步，值得恭喜！」

團體成員：「D：我始終覺得B小姐沒有真正放鬆，壓力也沒有真正的放下來，她一直表現出自己沒有事，但是她真的有心事沒講出來？」；「F：我相信B小姐的生活作息與我們不一樣，

她常說清晨兩點多才入睡，其實改變生活作息是很重要」；「C：來這裡聽別人的意見，讓自己改變很多，尤其是F先生給我許多建議，現在我常找朋友聊天，心情亦較開朗，不再自我設限。」；「A：其實心事說出來對自己較好，我們來團療就是要將內心的癥結講出來。」；「D：我覺得F先生在團療好像較能開放自己，在公司好像較拘謹，我比較喜歡在這裡與你相處的感覺。」；「B：我覺得D小姐應該辭掉工作當家庭主婦，因為我常看到她先生來接她時的動作、姿態及流露出關愛的眼神，令我很羨慕，不要在外面工作當女強人很辛苦喔！」；「E：我覺得平常在家沒事時就練習深呼吸，不是症狀發作了才練習，而且不要一直想發作的情形，自然會改善，另外我也用腳底按摩的方式來轉移。」；「B：我覺得症狀發作次數較以前少，只是時間快慢的問題，因為我對一些事情的解釋仍存疑，但團療對我幫助很大，來這裡可以和同伴分享經驗、收獲很多，雖然進展不是很明顯，但我仍覺得有進步，因為這幾週來心情輕鬆快樂。」；「F：我覺得最近幾週來，B小姐對於別人的建議有用心聽且吸進去，以前穿防彈衣...。」

## 討 論

由本團體之口語互動模式隨時間變化情形來看，似乎與團體發展階段所呈現的互動特徵相吻合。初期成員的口語話題集中在主題及個人問題上，且較少出現推測式及面質式的互動特徵，這可能與成員彼此尚未了解及建立互信關係，使團體發展停留於第一或第三象限的互動模式中。中期雖然互動內容仍以個人問題為主，但互動特徵已轉移至肯定式與推測式狀態。到了團體後期成員間的口語內容涉及彼此關係及此時此刻的話題增多，並以面質式為互動特徵，且團體歷程之發展趨向第三及第四象限。顯示成員們真實面對彼此的問題並透過冒險和緊張狀態，獲



得對事物之洞察與自我瞭解。雖然許多學者對團體歷程的發展各持不同看法，端視治療者與成員的特質、互動關係的發展（潘，1996；謝，1995；Corey & Corey, 1992；Yalom, 1995）。惟大致均著重治療者一成員一成員在團體互動過程中參與行為的表現方式或性質而定（李，1995）。因此，本團體之發展歷程與謝（1995）及Kivlighan與Jauquet（1990）的研究結果類似，顯示成員間的口語互動變化趨勢頗能符合探索式團體心理治療歷程之特色。但與潘等人（1995）的研究結果不太一致，可能與採用的治療理論、團體性質、團體結構及團體會期之不同而有所差異。

### 研究限制與建議

(一)增加研究對象：基於團體治療形式與時間之限制，本研究採立意取樣原則，且僅限於某醫學中心之夜間特別門診病患。由於樣本數較少，因此研究結果之代表性受限，建議日後相關研究以不同醫院之病患進行團體治療之比較分析，以提高研究結果之推論性。

(二)擴大研究範圍：基於治療關係、阻礙因素及研究對象之團體前經驗對治療成效的影響，未來研究可加入同盟關係，以了解團體發展歷程的影響因素及同盟與團體治療結果之關係。

(三)改進研究工具與資料分析：本研究採用HIM逐字分析系統，雖費時費力但所獲資料甚為詳實，惟編碼所得之口語行為係頻率次數，如何轉換成等距或比率資料值得探討。未來或許可考慮使用HIM-G作為口語行為之分析工具；另外若能進行全面口語行為之分析，將有助於互動過程之澄清。

### 誌 謝

本研究承蒙中山醫學院教師專題研究獎助（計畫編號：CSMC 85-OM-B-011），

彰化師範大學輔導與諮商學系謝麗紅副教授在口語互動分析與歸類之指導、台中師範學院初等教育學系潘素卿副教授在每次團體治療會後討論時提供寶貴意見與協助、及精神科病房呂慧蘭護理長在行政上的支援，在此一併致上最誠摯的謝意。特別感謝六位個案不辭辛勞地參與並分享自身經歷與內心感受，期盼他（她）們恢復健康，開創美麗的人生。

### 參考文獻

- 李玉嬋（1995）。小團體輔導的歷程及其產生的有效治療因素。諮商與輔導，109，6-12。
- 何長珠（1997）。心理團體的理論與實際（pp. 29-46）。台北：五南。
- 陳若璋、李瑞玲（1987）。團體諮商與治療研究的回顧評論。中華心理衛生學刊，3（2），179-215。
- 潘正德、陳清泉、王海苓、鄧良玉、陳成鳳（1995）。大學生團體諮商歷程中的口語互動行為分析暨影響團體效果相關因素之研究。中原學報，23（2），43-56。
- 潘正德（1996）。Hill口語互動行為與團體效果之關係暨相關因素之研究—以家庭探索團體為例。中華輔導學報，4，203-257。
- 劉安真（1995）。團體動力、治療性力量與團體歷程。於劉安真、黃慧涵、梁淑娟、顏妃伶譯，團體諮商—策略與技巧（pp. 45-75）。台北：五南。
- 賴德仁（1996）。簡介恐慌症及台中中山醫院之團體心理治療。愛心會會訊，9，12-13。
- 謝麗紅（1995）。成長團體過程與團體效果之分析研究。未發表的博士論文，彰化：國立彰化師範大學。
- 魏麗敏、黃德祥著（1997）。諮商理論與技術（pp. 402-408）。台北：五南。
- 簡錦標（1996）。恐慌症最新之發展。愛心會會訊，9，2-3。

簡錦標、彭素玲 (1997) · 恐慌症團體治療—從臨床到全國性自助團體 · 中華團體心理治療, 3 (2), 4-14。

Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. The Journal of the American Medical Association, 283(19), 2529-2536.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. Behavior Research Therapy, 24(4), 461-470.

Corey, G., & Corey, M. (1992). Group process and practice. Pacific Grove, CA: Books/Cole.

Craske, M. G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for Panic disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26(2), 113-120.

Forsyth, D. R. (1990). Group dynamic. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.

Fuhriman, A. F., & Packard, T. (1986). Group process instruments: Therapeutic themes and issues. International Journal Group Psychotherapy, 36(3), 399-425.

Gladding, S. T. (1991). Group work: A counseling specialty. New York: Merrill.

Goisman, R. M., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia,

1991-1996. The American Journal of Psychiatry, 156 (11), 1819-1821.

Hill, W. F. (1977). Hill interaction matrix (HIM). Small Group Behavior, 8(3), 251-268.

Kivlighan, D. M., & Jauquet, C. A. (1990). Quality of group member agendas and group session climate. Small Group Research, 21(2), 205-219.

Lonborg, S. D., & Daniels, J. A. (1991). Counselor and client verbal response mode changes during initial counseling session. Journal of Counseling Psychology, 38 (3), 394-400.

Meichenbaum, D. H. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum.

Michelson, L., Marchione, K., & Greenwald, M. (1990). Panic disorders: Cognitive-behavioral treatment. Behavior Research Therapy, 28(4), 141-151.

Robins, L. N., Helzer, J. E., & Weissman, M. M. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. Archives of General Psychiatry, 41, 949-958.

Shaw, M. E. (1981). Group dynamic: The psychology of small group behavior. New York: McGraw.

Yalom, I. D. (1995). The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books.

Woods, N. F., & Catanzaro, M. (1992). Nursing research. St. Louis: Mosby.

# Process Analysis of Cognitive-Behavioral Group Psychotherapy for Patients With Panic Disorder

Fen-Fen Shih • Yu-Ming Wang\* • Te-Jen Lai\*\* • Teng-Yi Chen\*\*\*

---

## ABSTRACT

The study explores the verbal interaction relationship between therapists and members, and the interaction model of this group. Six subjects were chosen by convenience sampling from the psychiatric OPD of a medical center in the Taichung area. Subjects with informed consent participated in a 12-week course of closed group psychotherapy. All data was tape-recorded and the Hill Interaction Matrix (HIM) scale was applied for simultaneous triangulation, in order to analyze the group's dynamic development of cognitive-behavioral psychotherapy for patients with panic disorder. The results indicated that the interactive relationship between therapists and members fluctuated during the group process. Development of the group process can be subdivided into three stages: initial stage-adaptive and familiar, middle stage-explorative, and terminal stage-productive. The amount of verbal interaction was greatest in the third quadrant. In the group interaction model, the therapist tended to explore the members' problems most. Providing support was the second most frequent. Meanwhile, members also tended to discuss personal problems. It was revealed that the verbal interaction of the therapists and members were the same. The content style of this group session is member-centered, and work style is pre-worked. The results showed that the group sessions did have great therapeutic value for members.

Key words: patient with panic disorder, cognitive-behavioral therapy, group dynamic and group development.

---

MSN, RN, Instructor, School of Nursing, Chung Shan Medical & Dental College; \*MSN, RN, Instructor, The Center of General Education, Chung Shan Medical & Dental College; \*\*MD, Associate Professor, Dean, School of Occupational Therapy and Direct, Department of Psychiatry, Chung Shan Medical & Dental College Hospital; \*\*\*MD, Direct, Department of Psychiatry, China Medical College Hospital.

Received: June 28, 2000    Revised: November 2, 2000    Accepted: February 9, 2001

Address correspondence to: Fen-Fen Shih, 110, Section 1, Chien Kuo North Road, Taichung 402, Taiwan, ROC.