

香港社會服務聯會
服務發展(長者)

認知行爲治療法

執行指引
(Practice Guideline on CBT Group)

呂幗英
聖雅各福群會
服務經理

黃沛馨
救世軍大埔長者綜合服務
助理高級主任

(一) 背景

社會工作過往在處理人的問題時，多重視當事人的行為與感受方面的改變，而較少通過幫助受助人改變其思想模式，從而解決他們的情緒困擾。

認知行為法的倡導者之一艾里斯 (Albert Ellis) 根據其臨床經驗，發覺大多數的人都是完美主義者，亦容易自我責備及受他人評價所影響，他們常將他們的「渴望」(preference)，例如：愛、被人關心、讚賞、成功、歡樂等誤認為「需要」，若得不到別人的愛及關懷，就會認為自己沒有價值，艾里斯認為這些是慣性引起他們情緒困擾的非理性信念(irrational beliefs)。艾里斯又發現使用反映感受和自由聯想等非直示性治療法(non-directive methods)很難改變當事人的非理性信念，而以主動、導向和教導式，兼顧理性、情緒和行為的手法最能有效去根治其基本問題。

小組治療在西方國家十分盛行，香港亦開始慢慢採用，多方面研究數據顯示，以小組治療來幫助精神有困擾的人，效果良好，當中原因包括：

- 有機會藉著聆聽別人的傾訴及讓小組評定自己，學習更正自己對別人行為及反應的錯誤見解。
- 有機會從別人的反映中，更清楚認識自己。
- 有機會以小組作為引往外面社會的橋樑，學習建設性的人際交往。

理性治療法或認知行為治療法均十分強調找尋及改變不理性的思想及行為，並學習新的思想模式。由於認知行為治療著重教學性質，故此，以小組形式來解說、講授和模擬學習都比較容易。其次，因為認知行為治療法需要受助人覺察引致自己適應困難的不良認知，因此，在小組中，工作人員可透過組員之間的討論及建議而得到輔助。最後，有一些在認知行為治療中的輔助行為程序技巧，如行為程序技巧，認知示範和冒險嘗試等，小組形式能達致的效果更佳。

(二)目的

透過認知行為治療法 Cognitive Behavior Therapy (CBT)以協助抑鬱長者消除負面的思想及非理性之信念，並學習較理性的行為，以致有能力於人生中種種遭遇所帶來的困擾作有效的控制和適應。

(三) 定義

認知行為治療法著重採用認知學與行為學技巧，是一種精簡，省時及規劃性的治療法。心理學家艾利斯 Ellis (1982) 認為人的情緒反應是直接受個人對事件的信念影響，而非事件本身。而個人對周圍環境的假設和期望對其情緒反應和行為有莫大的關係。因此要幫助受助人應付人生逆境與處理困難的事情，必須幫助他們培養一套更有效的認知、情感和行為的應付技巧。

3.1 理論簡介:

認知行為治療法:

- (a) 此概念的核心是相信人的情緒反應，不是由事件直接引起的，是由個人的信念系統而影響，因此個人的感情、行為與思想是互相影響的。
- (b) 個人在決定的過程中會出現不同的信念，包括：
 - 理性信念(Rational Belief)是有客觀資料支持，合符邏輯的，能幫助個人減去情緒上的困擾，使生活更充實及有正面的影響。
 - 非理性信念(Irrational Belief)是沒有客觀資料支持，不切實際，不合邏輯，誇大負面的後果，認為事情已無法補救，這些自我挫敗及負面思想的對白，令個人變得消沉絕望，嚴重影響個人的精神健康。
- (c) 因此個人如果能夠將這些非理性的信念從思想模式中除去，用理性思想取代之，個人便不再受到情緒的困擾，自己可以建立一個積極及正面的人生。

情感認知 A.B.C 理論

(a) 「A.B.C 的性格理論」源自 Albert Eillis 的 Rational Emotive Therapy(RET)。認知取向的中心思想是人的困擾/情感不單只是受事件本身所作影響，而更是人們對情緒或事件的想法、信念或自圓其說的結果。Eillis 將這樣的觀念構成「情感認知 A.B.C 理論」：人的困擾通常不是由於客觀的事物本身，而是由於他們對事物觀感而產生。

(b) A.B.C 理論的核心，(A)是指引發事件/情境(Activating event)，可能是一件事或是某個人的一個行動或態度，而(C)就是個人的情緒和行為的後果、或不論合宜與否的反應(Consequences)，而(B)就是某個人對事物的觀念感受或信念(Belief)。於是，B 成為經驗過程的中介因素，如果(B)是非理性的信念(iB)，則可能引發非理性，失功能的情緒後果(iC)，而個人在經歷(A)時將會感到極端有壓力或是極端悲慘。

(c) 行為和情緒既被視為認知過程的結果，幫助受助者發掘自己適應不良的認知、建立新的認知和行為模式及明白認知過程對情緒和行為反應的決定性影響是重要的治療元素。

(d) 請參考以下例子：

非理性信念

A 引發事件	B 思想信念	C 情緒行為效果
與老友飲茶，談到婆媳相處上，大家意見不同，對方十分激動，指責自己做錯	老友對自己不滿，她一定很憎我，唔想同我再做朋友，我不能夠接受別人唔認同我的做法。	孤單 不被尊重 被拒絕 受傷害

從以上的例子，事件本身並非是影響我們的情緒反應的主因，最重要的是視乎我們的背後所持的思想及信念。

理性信念

A 引發事件	B 思想信念	C 情緒行為效果
與老友飲茶，談到婆媳相處上，大家意見不同，對方十分激動，指責自己做錯。	每個人都有不同的意見，我不需要所有人都認同我的做法，因為這是不切實際的。	雖然當時是有少許唔開心，但又不至於受傷害。

(e) 理性思想的步驟

- 學習理性思想，首先學習說出每個決定的理由
- 檢視自己的思想是否全面
- 多參考別人在相似事件上的思想反應
- 願意面對別人的不同意見
- 接納自己會犯上非理性思考的毛病
- 學習理性思考。

(四) 評估指引

- 小組前及後使用短版「老人抑鬱量表」評估組員所得分數
- 組員理性資料記錄的前後得分
- 組員非理性信念的減少程度

(五) 執行指引

5.1 小組進程

有關認知行為治療小組的執行指引,可分為四個部份：

- 組策劃階段
- 小組成立初期
- 小組中期
- 小組後期

小組策劃階段

工作人員在策劃小組時，需要考慮下列因素：

(a) 小組目的 (Purpose)

工作人員有清晰的目的及活動內容，就是改變小組組員對自我的理性看法，目的是要教導組員如何可以有較理性的行為，同時，學習接納現實，並減少對自己和對他人的種種不合理要求，最終期望重建一套較為實際的人生哲學，以致有能力對於人生中種種遭遇所帶來的困擾作有效的控制和適應，而在此種種改變中，組員亦逐漸成長。

(b) 組員組合

組前甄別是十分重要的，它可以幫助工作人員將那些不可能在小組中獲益的申請者分別出來。那些人士包括：

- 現正處於嚴重危機與壓力的人。因為太多焦慮，情緒低落可能影響他們吸收小組的內容，並較難理性討論自己的問題，及作出適當的轉變。
- 存在活躍的精神病徵，或所涉及的是器質性腦部症狀。這些人士較難參與理性的討論，而其認知能力的喪失將排除很多理性治療的選擇。
- 無意解決問題的人，因為有誠意出席小組聚會是十分重要。認知行為模式的小組特別重視組員參與各式各樣的程序，如自我肯定訓練、示範、認知演練等行為程序，及須於小組間完成家課及練習。

(c) 組員數目

沒有一定的標準，然而，為了加強組員間的主動及討論，八至十二位則是一個理想的數目。

小組成立初期指引 (一至三節)

小組成立後，工作人員不會特別運用程序內容建立組員間的關係，而是直接透過小組界定與組員的情緒困擾有關的不合理信念，要他去面對，並要求他為自己的信念辯護，證實其真確性。具體內容如下：

- 透過 ABC 模式，教導組員認知如何影響我們的感受和行爲
- 教導組員理性與非理性思想的概念
- 透過家課，記錄並分析組員的理性分析思維，並探索絕對性想法或自我對話
- 辨別理性與非理性思想的類別，以及對我們情緒的影響
- 協助組員探討非理性思想如何產生

此外，小組組員亦會透過「失功能想法日記」監督整個過程，區辨自己「不自覺想法」(Automatic thoughts)或信念，及隨之而來的情緒，過程如下：

- 描繪當天引發不愉快情緒的事件、想法、白日夢
- 描繪所產生的情緒種類(難過、憤怒)及程度
- 寫下與情緒有關的不自覺想法
- 為非理性、不自覺想法寫下一個理性反應
- 重新評量不自覺想法的信念

小組中期發展指引 (四至八節)

中期小組重點透過家課，幫助組員找出自己的非理性思想，並評估這些思想對自己情緒的影響。

一般的做法是要透過個別組員說出自己的困難的事，組員在工作員的引導下區辨絕

對性想法中不真實或非理性部份，並在小組過程中學習如何對抗這些非理性想法，並用理性信念(B)加以取代之。這樣的「辯爭(disputation)(D)」是處理過程中的核心活動，且藉此對問題情境與引發事件(A)產生新的評估反應(E) (Emotional consequence)，於是整個小組過程包括 A-B-C-D-E。

小組後期發展指引(九至十節)

此階段重點是幫助組員修正自己的非理性思想。組員在實例中學習爭辯非理性思想的步驟。

工作員應示範有關的練習，以加強組員對爭辯技巧的了解及鼓勵組員在日常生活中練習。藉著區辨及辯爭負面認知所引發負面情緒，組員應該能逐步減少負面情緒的發生率與誤導。另外，組員亦會被指派「家庭作業」以持續監視自己的情緒與想法。

5.2 工作員的角色與功能

爲了達到以上的目標，工作員有以下的四個步驟：

- 指出當事人的問題是與他的非理性想法有關，例如他們有很多「應該」、「一定」的想法，幫助當事人分辨甚麼是理性，甚麼是非理性的信念，因在輔導員要反駁當事人自我挫折的非理性思想。
- 讓當事人知道，他之所以有情緒困擾，是因為他仍保持不合邏輯的想法或自我挫敗的人生哲學，換句話說，他應對自己的情緒問題負責。
- 改變當事人的思考，放棄非理性信念，因為當事人的非理性信念，太過根深蒂固，單靠自己無法改變，工作員必需給予各種幫助，使當事人明白自責的惡性循環。
- 反駁當事人的非理性信念，幫助建立更理性的人生哲學，好使他們將來不再陷入情緒困擾中。

(六) 檢討指引

有關認知行爲治療小組的檢討工作，可分兩方面進行：

- (1) 與認知行爲相關的評估，透過小組前後的評估，以了解組員有否減少非理性的思想及不合適情緒，以達致減輕壓力、及轉變行爲等各方面的改善。
- (2) 小組亦會透過其他評估工具，以了解組員的身心健康有否因參與小組後而得以改善。

(七) 參考資料

- (1) Abraham, I.L., Neundorfer, M. M.,& Currie, L. J.(1992).
Effects of group interventions on cognition and depression in nursing home residents. *Nursing Research*, 41, 196-202
- (2) Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- (3)以小組形式促進家庭精神健康實驗計劃-認知行爲小組治療法之小組工作人員手冊(1997年中文第二版) 香港家庭福利會出版
- (4) 笑傲人生路 - 長者身心健康小組工作手冊 (1999年10月)
浸會愛群社會服務處出版

認知行為治療法實務分享 --- 「活出希望」長者抑鬱治療小組^{註一}

循道衛理楊震社會服務處
督導主任
麥麗娥

(一)計劃背景資料

循道衛理楊震社會服務處彩虹長者綜合服務中心自 2000 年 4 月開始推行一項名為「同覓有晴天」--長者抑鬱預防及支援計劃。當中透過講座、支援小組等服務，為一些容易出現抑鬱情緒的長者，如：剛喪親、有長期病患，提供預防性的服務。同時亦透過個人情緒輔導、治療小組，為有抑鬱傾向或已患上輕度抑鬱症的長者提供治療服務，藉此希望能減低長者患上抑鬱症的機會及改善長者的情緒，協助有需要的長者適當地處理自己的問題，使他們能愉快地渡過晚年的生活。

由 2000 年 6 月至 2002 年 6 月兩年間，筆者在計劃中曾推行五個名為「活出希望」小組，此治療小組是專為有受抑鬱情緒困擾長者而設的。五個小組中有三個小組除由筆者負責推展外尚有另一位工作員協助（分別為社工、精神科護士、臨床心理學家）。本文將會總合推行這五個小組的經驗，分享推行的方式、內容及成效。

「活出希望」小組乃以「認知行為治療法」作理論基礎，在外國已有很多研究顯示此治療法在改善抑鬱情緒上有明顯的幫助。很多文獻曾表示知識水平不高的人士在掌握此治療法上會有困難。唯在經驗中發現如能按着小組組員特性及背境，嘗試以不同的演繹方式，將此治療法應用於長者身上，不難發現組員是可以掌握當中的概念，從而協助自己改善抑鬱情緒。

(二)計劃內容及介入技巧分享

2.1 小組組員背境及甄選

「活出希望」小組平均每組有 8 名長者參加，當中有 63%的長者乃被診斷患上抑鬱症，需接受精神專科治療。有 66%的參加者於「老人抑鬱短量表」^{註二}中取得 7 分或以上，當中取得 10 分或以上者更佔 39%，反映大部份組員受抑鬱情緒困擾。組員受困擾事件各有不同，包括：病患，與家人關係，子女離婚／失業等。組員大多透過本計劃之教育

講座及家人/家庭醫生/社工轉介。每個小組聚會 8 次，每次 1 小時 30 分。

在經驗中發現，對於一些正處於抑鬱情緒極低潮之長者，較宜先以個別輔導或轉介精神科以藥物控制情緒，否則長者在極度受抑鬱情緒困擾之時，沒有空間聆聽別人的分享或反思，故此五個小組也有進行組前個別面談以了解組員情況是否合適加入小組。另外，組員的組合亦需特別留意，小組宜安排有不同抑鬱狀況的組員，以增加組員間互動的可能性。

2.2 加速組員投入度

小組初期會講述抑鬱症的徵狀及身體與精神健康的關連，此項安排一方面可澄清長者對抑鬱症的誤解，將抑鬱症確定是一種可醫治的病，增加組員轉變的動機及信心。同時，由於普遍長者在日常生活中多不願談及自己患上抑鬱症或看精神科之情況；因此，小組能夠提供一個安全的環境，讓有相同經歷的長者互相分享。小組過程中，組員更會分享自己使用不同藥物及與精神科醫生溝通的經歷，增加共鳴感，提高長者對自己患抑鬱症的接受，亦為日後小組的分享建立信任基礎。

一般長者多以「行爲」回應情緒困擾，故此小組會先按長者的習慣，透過互相分享收集改善情緒的行爲方法（集橋），由於長者背景相近，故此「橋」的應用性亦較高；曾有組員便在分享後，結伴實踐曾分享的行爲——相約運動。很多時組員會反映自己也明白「做」一些事，總較只面對著四面牆為佳，然而總是提不起勁。此時，小組便可開始討論以「思想」幫助自己實踐有益的「行爲」。

2.3 打破無望的困局

很多受抑鬱情緒困擾的長者均感到生活非他所能控制及改變，亦經常聽聞長者的一句說話乃「以前幾難也可以改變，因為年青，但現在老了還可以點變呢？」當中對「老」的事實頗為「無奈」，再加上長者需不斷面對生活上的缺失，令長者的無望、無助感漸漸加強，自我嫌棄或嬬怒亦加強，而抑鬱情緒也隨之增加。

面對長者上述的情況，小組會交代「認知行爲治療法」中強調事件、思想、情緒、行爲的緊密關連及互為影響的概念。組員會體會他們的抑鬱情緒並非由生活的際遇或環境（事件）引致，而是會隨著長者自己的思想角度轉變而有所不同，故組員透過發掘自己常有的負面思想模式，嘗試以有益自己的思想代替（思想），情緒狀況也得以改變（情緒）。

2.4 生活化地帶出不同概念——天使與心魔大戰

若我們只將上述的概念用硬生生或過份理論化的方式交代，長者多未能掌握箇中道理。小組中便曾利用多個體驗式活動來帶出這個概念，例如透過邀請長者試帶不同顏色的眼鏡觀看身邊事物（事件），以體會自己對事件的觀感乃源於自己的眼光或角度（思想），以轉換眼鏡的顏色來比喻思想的轉變，強調選擇眼鏡的自主性及情緒的控制感（情緒）。大部份組員對這些體驗式活動頗接受，體驗後的分享更有助加深記憶。

由於受抑鬱情緒困擾的長者，普遍對生活或自己均以負面角度出發，經常受到「非理性思想」影响，故小組其中一個重要的功能，便是嘗試協助長者建立「理性思想」。然而這些用語實在令長者摸不著頭腦，故此後期小組利用「天使」、「心魔」來代表上述概念，發覺組員之接受性頗高，有一組員更自創「魔頭」代表「非理性思想」呢！以這個擬人化方法可使組員「外化」（Externalize）了抑鬱病症／抑鬱情緒對自己的困擾，令組員將「抑鬱情緒」與「自我」分割，將抑鬱情緒轉變成要對抗的敵人，亦令組員體會自己並非無時無刻受壓於抑鬱。從小組過程中，不難發現組員常以「心魔又來找我」、「天使這個星期有幫我」、「你又被心魔影响」作分享的開始，反映組員的自省能力不斷加強，繼而便有空間容許「理性思想」（天使）的出現。再透過「天使」、「心魔」的角色扮演，令組員嘗試建立理性思想的習慣。

2.5 多種方式增強記憶

爲了更實在地令組員分辨自己的非理性思想，小組中也會把一些組員常見的「非理性思想」（即心魔）模式點出，包括：「自貶自責」、「估估吓」、「強求自己」、「跟情緒走」，以組員日常生活的實例作引子，以小組討論及個別思考形式學習分辨。繼而鼓勵組員自問「這種想法對自己有益呢？」以簡單易記方法提醒從另一個較正面角度（即天使）了解事件，按自己的話語對抗心魔思想。由於部份長者接收新概念能力較弱，同一「非理性思想」模式是有需要以不同活動方式重覆帶出。爲了增加組員記憶，各「非理性思想」模式及回應均會製作成小咭片，以供組員作日常提醒，曾有組員表示小組完結後也會定期取出閱覽。

2.6 家課爲引子，心事可釋懷

大部份小組均會設計家課，邀請組員於每節開組前完成，形式多以記錄一週情緒狀

況、記錄自己一週內有否發現心魔（非理性思想）或天使（理性思想）出現為主，以加強組員對小組內容的記憶及藉此分享自己的困擾。由於部份組員的教育水平偏低，故此家課設計上也需多用圖畫代替文字，貼紙/符號以代替書寫記錄。有時部份長者未能於家中實際地完成家課，但他們表示於家中是曾有思考的。筆者曾主動致電組員詢問家課之進展，令家課完成率增加，同時也可以令筆者更掌握組員的情況。

透過家課往往可產生三個效果，首先組員透過記錄一週狀況，體會自己的情緒是有變化而非單一的低落，知道情緒轉變的可行性。曾有組員於組中表示，透過家課才發現自己也有平靜的時刻。同時家課可以令長者更具體及實在地理解困擾自己的事宜，而非一大團不可解的困境。另外，組員親身的困擾分享，有助作為小組討論中學習分辨理性/非理性思想的實例，增加組員的投入感。

另外，小組中互相分享可令組員把抑鬱長者常有的「唯我最慘」感覺放下，從組後個別面談中發現，很多長者不約而同地表示經過小組後，對自己所面對困擾之著緊性放鬆，體會自己並非最困難的一人，亦開始珍惜自己幸福的地方，反映組員對自己境況之希望感增加。

(三)小組成效分析

五個小組均有進行組前及組後個別面談。組前面談有助掌握長者受抑鬱情緒困擾的程度及協助組員為自己定下較實際的改善目標。組後面談除用作成效評估及檢討外，也可了解組員有否輔導跟進的需要，故兩者均不可少。五次「活出希望」小組共有 41 位組員能全部完成，而作為檢核活動成效的指標，各組員於小組推行前及完結後，都進行「老人抑鬱短量表」(GDS)評估及「自我情緒評估」註三。

綜合有關數據，各組員於小組前所得的 GDS 系數，其平均值是 7.98 分（當中最小值是 1 分，最大值是 15 分，標準差是 3.67），而完成小組後所得的 GDS 系數，其平均值是 4.71 分（當中最小值是 0 分，最大值是 13 分，標準差是 3.71）；而進一步為組員於小組前及後 GDS 系數進行 T-檢定時，其 T-數值是 4.202，顯著性更達 0.001，充份反映出組員於活動完結後的客觀抑鬱程度有顯著的遞減。

另一方面，各組員於小組前所得的自我情緒評估系數，其平均值是 5.80 分（當中最小值是 2 分，最大值是 10 分，標準差是 2.29），而完成小組後所得的自我情緒評估系數，其平均值是 4.34 分（當中最小值是 1 分，最大值是 9 分，標準差是 1.92）；而進一步為組員於小組前及後自我評估系數進行 T-檢定時，其 T-數值是 3.354，顯著性亦達 0.001，

充份反映出組員於活動完結後的主觀抑鬱程度有顯著的遞減。

綜合上列有關數據分析，組員在完成「活出希望」小組後，他們的抑鬱程度有顯著正面改善。

(四) 結語

筆者在輔導工作中，經常會接觸受着不同程度抑鬱情緒困擾的長者，在嘗試以個人輔導、治療小組協助長者後，體會小組治療的威力，若能適當地結合及提供個人或小組形式之輔導，成效必然更為顯著。

註一 本文初刊於「人人顯關懷 處處見陽光－關注長者抑鬱問題」研討會資料冊內

註二「老人抑鬱短量表」(GDS)——葵涌醫院老齡精神科編「葵涌醫院廣東話口語化版本」。GDS 系數用以客觀地反映成員的抑鬱程度，級別為最不抑鬱的 0 分至最抑鬱的 15 分，組員 GDS 系數越高亦意味著其抑鬱程度越高。

註三「自我情緒評估」，系數用以反映成員主觀地自評抑鬱的程度，級別為最不抑鬱的 1 分至最抑鬱的 10 分，組員自我情緒評估系數越高亦意味著其抑鬱程度越高。