

短期動力取向團體心理治療

林倩如（國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士班研究生）

謝麗紅（國立彰化師範大學輔導與諮商學系教授）

壹、前言

自佛洛伊德發展精神分析理論以來，精神分析理論拓展心理學與精神醫學之視野，並對於人格發展、人性觀以及心理治療模式有著重大之影響(Corey, 1996/1999)。相對其他治療取向，傳統精神分析是以長期治療的模式進行，但隨著時代的演變，當代精神分析理論的發展與沿革、管理式照護服務(managed care)的運作、以及短期治療模式的盛行，精神分析取向也發展出短期治療的模式。

短期模式的精神在於因時間的有限，而以更聚焦、更有效率的方式進行，並且強調短時間之內，改變是可能發生的，改變將會是一段旅程，而短期治療只是旅程的開端；而，短期動力取向團體心理治療是以相對較健康的個案為主，治療結構較強，治療目標較清晰明確，團體領導者較為主動，並將焦點擺在此時此刻；除了以心理動力取向進行個案概念化，治療中亦可提供相關心理衛生的知識，並搭配其他治療取向之技巧。本文將分別介紹傳統精神分析取向團體心理治療，以及短期動力取向團體心理治療之理論基礎、領導者角色、

團體運作方式，並討論短期模式對於團體領導者的可能影響，以及此模式之優劣勢。

貳、精神分析取向團體心理治療

一、理論背景

傳統的精神分析取向主張當我們意識到行為潛在動機時，才能做出選擇並成為自主的人，所以治療的過程是藉由釋放與重建個案的過去歷史，以解決被壓抑的矛盾衝突，並瞭解這些潛意識內容如何在現實中影響著他們；因此，團體精神分析目標在於從當下的經驗引發個案過去的情緒經驗，重建個案的性格與人格系統，也就是以團體象徵的方式重現原生家庭，讓過去歷史重演，使得潛意識衝突進入意識層次，並再次檢驗之(Corey, 1990/1995)。

團體精神分析是「在過去與現實之間往來穿梭」，以便立即把握過去或現實中的重複事件，並認識造成個體現在神經症的早期創傷(Corey, 1990/1995)。由於團體的進行是由成員自由地表達與袒露，由成員引發團體的討論，因此Bion也發現當團體任務不清楚或是沒有

意義時，成員們潛意識上會傾向於假定有個目標，包括「依賴」(dependency)、「戰鬥與逃逸」(fight/flight)，以及「配對」(pairing)，這三個基本假定(basic assumption)可視為防衛機制，約略對照個體的依附、攻擊和愛的需求(Hamilton, 1990/1999)，藉由這些基本假定，可幫助團體成員更瞭解團體中的自己(Gabbard, 2005/2007)。

基本假定為「依賴」之團體，期待團體領導者會給予他們知識，這與孩子渴望父母的關心是類似的，他們想要吸納或內攝他們希望照顧者能給予的需求(Hamilton, 1990/1999)，因此他們會表現得彷彿軟弱無知、完全仰賴治療者(Gabbard, 2005/2007)。但是當這個基本假定感到挫敗時，就會有潛在的衝突。

基本假定為「戰鬥與逃逸」之團體，團體是以競爭、有攻擊性的方式來達到這個目標，團體內在層面的衝突可能表現在各個領導者之間的競爭；外在層面，團體試圖透過比較與對照其他團體的方式來界定自己。此過程類似孩子的依賴需求無法滿足，受到挫折時，試圖將挫折投射到雙極化的界線，以避免內在的衝突，並視行動為解決的唯一出路(Gabbard, 2005/2007; Hamilton, 1990/1999)。

基本假定為「配對」之團體，是從戰鬥與逃逸轉移到配對，像是團體的任務在於助長愛情關係，然後生個小孩來成為新的團體拯救者。這個過程類似於正向的投射認同，團體渴望著依賴與情愛的關係，並且試圖透過此一渴望外在化與再內射，創造出好的客體(Gabbard, 2005/2007; Hamilton, 1990/1999)。

綜合上述，團體如同個案內在經驗的具體化，也如同原生家庭的經驗再現，在互動之中，將潛意識衝突浮現，團體也提供多重移情的可能，並建造了一種建設性的環境，重現具有意義的過去事件，並在當下以不同方式因應(Corey, 1990/1995)。

二、領導者角色

團體精神分析的領導者在於幫助成員逐步揭示潛意識對於現在行為的影響；因此，需創造一種安全氣氛，以鼓勵成員自由地表達他們自己，將內在狀態投射到團體中、並且產生移情；而領導者需要覺察成員潛意識的內涵，藉由精神分析的技術：夢的解析、自由聯想、瞭解移情、抗拒的涵義，以及經由詮釋，讓潛意識得以浮現到意識層面，並為成員在團體內和團體外行為設限，提供成員支持，幫助成員勇敢地面對並處理個人與整個團體中的抗拒。後續，領導者逐漸減少某些領導功能和鼓勵成員之間彼此互動，以促進成員的獨立性，並以詢問的方式幫助他們更深入地探究自我、充分地覺察與整合(Corey, 1990/1995)。因此身為一個團體治療師，是在現實與幻想之間，意識與潛意識之間，理性與不合邏輯之間，思想與情感之間，過去與現在之間來回轉換，但須注意避免要求成員接受領導者觀點的說教式指導法；是以，團體領導者的態度是客觀、溫暖而不偏不倚，較隱匿的個人身份為特點的領導風格(Corey, 1990/1995)。

三、團體運作方式

團體提供一個安全的、支持、且包容的環境(holding environment)，在其中，成員可與其他成員產生有意義的情緒互動，而領導者得以針對潛意識原初幻想加以工作，並引發生命早期與母親互動關係的記憶，藉此促進情緒成長(Horwitz, 1991)。

團體成員約六到十人不等，一般認為異質性高的團體優於同質性高的團體，因為成員彼此越相似，互動越表淺；但太過異質化，則成員之間缺乏共同的基礎，可能導致團體失功能，或是當某成員與其他成員差距過大，則可能讓他感到被孤立；再者，若成員自我強度差別大，可能不容易深入探索心理議題，而難以形成團體凝聚力。因此，普遍共識為成員的自我強度越相近越佳，而內心衝突的異質性越高越好(Gabbard, 2005/2007)。

為促進成員的移情與投射，讓潛意識逐步浮現到意識層面，團體是一個自由漂流式的討論，成員得以隨意袒露自己的夢想或幻想，而團體的工作重點在於「與其他個體相互交往的每一個人」(Corey, 1990/1995)，而且需要注意的是，團體整體的運作方式可能會忽略了個別成員間的差異，甚至為了要尋求團體的一致決定，導致某些成員可能較為退縮(Horwitz, 1991)，所以即使身處於團體之中，但是進行的方式是針對「個人層次」，並且尋找每個成員潛藏的內在心理決定因素，潛意識的本質。

四、後續發展

精神分析的趨勢著重於可預測的發展順序，根據自我的早期經驗，擴展對

他人的認識方式，一旦自我與他人的相處模式被確立，那麼就影響著以後的人際關係；個體在人際上將不斷尋找某種接近早期經驗所確立的模式，也就是在現實環境中重複著早年的內在模式(Corey, 1990/1995)。

此模式下的團體心理治療，在不同地區的發展也有所差異；美國學派強調發現每個團體成員的內在衝突與防衛，並且考量團體動力是否造成反治療效果以及同質化，關注焦點為「以團體動力為中心」。

相反地，英國學派主張團體的張力是無所不在的，需要透過詮釋以完整的瞭解個人反應的獨特性，特別是依循克萊恩學派(Kleinian)投射認同的概念，成員企圖將部份的自己放到其他成員的身上，並企圖想要影響或是操弄其他的成員，讓其他成員成為該人內心所期待的角色樣態。是以，治療師的詮釋工作是找出潛藏的團體動力，一種所有成員所共享的衝突幻想。而治療師是覺察與瞭解這些團體心智狀態的主要工具，就是藉由治療師的感覺，了解成員的內在。美國團體心理治療已逐步朝向英國理論基礎（將焦點著重於個別成員的需求）的調整，亦即將團體視為一整體(group-as-a-whole)，並逐漸整合以團體動力中心或以個人動力為中心的兩派的整合(Horwitz, 1991)。

參、短期動力取向團體心理治療

一、理論基礎

短期的英文包含Brief, Time-

limited、Short-term、Time-effective、Time-managed，其概念不只是省時，也是一種正向的臨床醫學模式治療理念(Dewan, Steenbarger, & Greenberg, 2004/2008)。而相對於傳統治療模式，時間上是較為短期的結構，因此在選擇個案上，是以相對健康的個案為主，且治療結構較強，治療目標必須清晰明確，團體領導者較為主動，並將焦點擺在此時此刻(Dewan, Steenbarger, & Greenberg, 2004/2008; Nickel, Ademmer, & Egle, 2010; Rutan & Stone, 2001/2004)。除了以心理動力取向進行個案概念化，治療中也可提供相關心理衛生的知識和行為的演練等(Nickel, Ademmer, & Egle, 2010)。

心理動力式治療強調個案當下行為的潛意識浮現之過程，目的在於提昇個案的自我覺察與瞭解過去對於當下行為的影響；而短期模式，則在於讓個案開始檢核那些來自於過去失功能的關係(dysfunctional relationships)中，所衍生尚未解決的衝突與症狀。相對於典型的長期心理動力取向心理治療，目的在於改變個案的自我認同、性格或是重要發展階段的任務整合，而短期心理動力治療則認為透過較快速的過程，可以引發某些改變，或者是透過短期的介入，得以開啟改變的歷程(Center for Substance Abuse Treatment [CSAT], 1993)。

短期動力取向的團體治療強調的是限定時間的治療，目標是幫助個案確認為在他們症狀之下的核心議題，並參照客體關係理論，主張尋求並維持人際關係是所有人類內在的主要激發力量，因此把目標放在解釋團體成員的人際風格，

互動模式，並運用團體中所引發的情緒，包含生氣、焦慮等，引發後續療程之改變(Dewan, Steenbarger, & Greenberg, 2004/2008; Rutan & Stone, 2001/2004)；在這樣的模式之下，移情被認為是在治療中重複過去的衝突，反移情則為治療師對於與個案互動中拉扯關係所產生的自然反應，而治療目標在於針對核心議題有新的體驗與新的認知，也就是從互動中積極試驗新的行為，並且覺察自我內在感受與對方的回應，而讓成員對自我與他人的內在表徵有所改變，並且辨識、瞭解自己的功能不良之人際模式(Dewan, Steenbarger, & Greenberg, 2004/2008)。

二、領導者角色

短期動力治療的哲學，治療師相信行為的驅力根植於過去，可追溯到童年時期的需要、衝突、及防衛；其中最具攻擊性的部份埋藏在潛意識中，因此領導者就是嘗試把個案目前的人格（脾氣、情感及行為態度）和早年過去的經驗與情境之間，做一個連結，以協助個案領悟問題是怎麼產生的(Wolberg, 1980/1996)。

藉由覺察與個案之間的關係，個案如何運用與團體領導者的關係，來瞭解潛在的人格問題和衝突，並且仔細檢視破壞性的移情及其他改變的阻抗，不斷地評估個案對於團體領導者的反應，並期待個案啟發足夠的自我瞭解，以向某些價值及防衛挑戰，而有勇氣去嘗試以新的、更具建設性的方式和他人及自己相處(Wolberg, 1980/1996)。在這個過程中，團體領導者就像是開啟成員對於自

我狀態的好奇與探索之路(Rutan & Stone, 2001/2004)。是以，後續將針對團體領導者的角色加以說明，以及團體領導焦點、短期模式可能對團體領導者所造成之影響，藉此提醒團體帶領者在團體運作中，各種介入之考量依據與自我定位。

(一)團體領導者的角色與關注焦點：

1.「主動引導」或是「被動引導」：較為主動，較早提供介入。團體領導者呈現一個真實的客體，減少因為中立態度所引發的投射與退化現象。而且透過較多互動，促進凝聚力和治療聯盟，也增進自我反映和瞭解的機會。領導者的重點還是在團體的互動以及跟隨團體歷程之上。

2.領導者的透明度：在限定時間的架構中，沒有足夠的時間引發移情與退化，因此領導者不適合以「空白螢幕」的角色，最重要的原則是，團體領導者分享「此時此地的」反應，以及袒露其情感層面與人性方面的反應。

3.「滿足成員們的需求」或是「讓成員有某些程度的挫折」：團體領導者的目標在於增加成員在團體過程中的「情感」衝擊(Rutan & Stone, 2001/2004)。

(二)領導權焦點：

1.過去——此時此刻——未來(Past-here-now-future)：此時此刻的行為、感覺和活動是主要著力點。團體領導者要協助成員修通過去的衝突幾乎是不可能，只能專注於此時此地的互動。在偏重人際焦點或有較長時間的團體中，可以把團體內的行為連結到個人現存的生活，或是過去的情緒性重要事件，這會是「修通」的開端。

2.團體層次——人際層次——個人層次(Group-as-a-whole-interpersonal-individual)：焦點通常在人際和個人的動力上。

3.團體內——團體外(In-group-out-of-group)：時間壓力阻礙團體內關係的深度，因此需注意團體外的資訊，最佳的狀況是成員們能夠連結團體內和團體外的行為，並且從中整合，獲得益處。

4.情緒——認知(Affect-cognition)：以情緒性元素為主，但在時間限定的團體之中，將有更多認知成份的元素。

5.團體歷程——團體內容(Process-content)：在心理動力的團體之中，相對於團體內容，團體歷程在潛意識中對於「領悟」所提供的比重較重；特別是在團體初期與即將結束時，成員們會開始說故事，這可視為是「歷程」的比喻。

6.理解性——矯正性的情緒經驗(Understanding-corrective emotional experience)：此兩種情緒性經驗都無法在時間限定的團體中持續獲得，而許多治療性的益處是從分享、感覺個人的問題並非獨特的，而是可以被理解的經驗當中，所產生的治療性益處(Rutan & Stone, 2001/2004)。

(三)短期模式對於團體領導者可能之影響

由於短期動力取向團體治療進行的方式，隱含的意義為「節省金錢與節省時間」，這樣的信念可能造成團體領導者以節省金錢與時間的方式，系統性的抗拒以適當地篩選成員並且準備團體。而接受精神分析長期治療模式訓練的領導者，也可能會有一種罪惡感時間的限制阻止了任何有意義的發生，或是認為

提供的治療不夠。這種感覺在團體結束時更為強烈。也可能因為管理式照護所要求之下進行的時間限定模式，引發團體領導者感受到被控制或被操縱，或是想要取悅管理式照護之體制，而對沒有快速改善的成員感到沒耐心，或是過度認同那些促進團體發展的成員，而忽略他們的缺點(Rutan & Stone, 2001/2004)。

三、團體運作方式

傳統精神分析是讓個案自由聯想，並且討論看似不相干的議題；相對於此，短期介入的主要概念為發展一個核心的關注焦點(major focus)，在最初評估過程、團體的前幾次過程中，形成介入的關注焦點，此單一的關注焦點是從某些重要議題中所萃取而出，藉此也引發個案對於治療目標的認可；清楚的治療焦點，團體領導者也較可以在短時間之內，對個案進行詮釋(CSAT, 1993)。後續，將針對短期動力取向團體心理治療之團體目標、團體組成、進行次數以及團體結束，有更詳細之說明。

(一)團體目標

短期治療通常有三個目標：(1)修正或消除個人求助時的主訴症狀；(2)修正個人的一般適應；(3)啟動人格結構的必要改變(Wolberg, 1980/1996)。目標需越清楚明確越好，但也保留足夠的彈性，並獲得個案對此治療目標之同意，例如目標可以是「解決哀傷」(Piper, McCallum, & Joyce, 1995)。

(二)團體組成

成員應該有足夠的自我強度，來從事深層的接觸並處理自身經驗；成員進入團體的時間是限定的，且是同質性的

團體，相同的可能是人口學背景（男性、同性戀、青少年等等）、症狀（人際退縮、焦慮、哀傷等）、診斷（憂鬱症）、行為問題（家暴）等等，以及成員的發展階段相似；成員應該有能力去互動並觀察自己的行為，也有能力去體驗和說出他們的感覺。成員數目不要少於六名成員，因為可能有一兩名成員提早退出團體，而成員太少將導致無法從團體中獲得益處(Rutan & Stone, 2001/2004)。此外，篩選成員也需考量其問題持續時間長短、問題的嚴重程度、問題複雜度、成員的對自我問題的瞭解程度與動機、成員過去的人際關係史是否容易與人建立互信關係、以及其社會支持(Dewan, Steenbarger, & Greenberg, 2004/2008)。

(三)團體進行次數

短期治療進行的次數隨著不同關注焦點而各異，例如聚焦於減少症狀、解決伊底帕斯衝突，當關注之焦點較為模糊、抽象時，則治療的長度隨之增加。治療的長度也隨著成員的人格特質、治療目標、治療師所關注之焦點而有所變化(CSAT, 1993)。通常會是在約定的次數之下進行，並以相對於長期精神分析而言，進行較少的次數，雖然時間的限定會限制探索的深度，但也會加快團體發展的階段(Rutan & Stone, 2001/2004)。

(四)團體結束

團體會是以一種強迫性的方式結束，而非成員自願，但是這樣的現象跟生活中的很多情況類似，因此從團體一開始，就是進入準備結束的階段。是以，也可處理日常生活中經常出現「時間不夠」的感覺(Rutan & Stone,

2001/2004)。

四、優勢與劣勢 (Rutan & Stone, 2001/2004; Wolberg, 1980/1996)

傳統精神分析取向隨著時代潮流，而逐步發展出短期治療模式，而此轉型在實務場域上團體領導者的角色、介入焦點、介入方法，也隨之不同。在此，本文試圖整理出短期動力取向團體的優勢與劣勢，希望藉此有助於團體領導者在規劃團體方案、帶領團體的過程中，善用此取向的優勢，亦可覺察可能的劣勢，並且降低受到劣勢的負向影響，以提昇團體之成效。

(一)短期動力取向團體之優勢

1.時間與花費上較為經濟：對於團體成員而言，參與短期模式之團體心理治療，在時間投資與金錢花費上，相對較為經濟。

2.針對特定症狀或發展任務，而不會引發長期的依賴：由於短期模式的團體，其團體工作乃聚焦在特定之關注焦點上，在特定焦點的團體工作中，較不易讓成員形成對於團體領導者、團體之依賴。

3.同質性的團體，藉由凝聚力而提供更快速的發展並且推動支持、自我揭露、和學習等治療因子。

4.知道有時間限制，可以幫助某些個案集中注意力談論個人的重要問題，而不需害怕陷入一種長期承諾的困境。

5.清楚地時間規劃，可確定結束之時間，避免因結束時間模糊所帶來之焦慮。

6.個案可以階段性的方式來接受治

療，不需一下子就得處理所有心理議題。

7.時間上更合乎社交情境之活動，而不影響個案日常生活之安排。

8.因為進行模式為短期，因此相對地可以參與團體之人次增加，而等候參與團體的成員也不需等待太久。

9.短期模式中，有助於灌注希望，幫助成員看到自己的改變，更相信改變是會發生的。

(二)短期動力取向團體之劣勢

1.由於短期模式對於團體成員組成有更多考量，因此在選擇適合的候選人上較為受限，也將影響團體的形成。

2.在管理照護的情境之下，常常會沒有足夠的時間來選擇和準備潛在的成員，因此有可能造成提早結束或中途退出。

3.成員們通常被限制在有關他們比較表面上的問題部份來工作，相對地留下較深層的衝突或性格的問題。

4.在單一症狀或焦點團體中，傾向讓成員認同他們的症狀或焦點，因此也限制在團體內處理的深度與廣度。

5.在時間限定的團體中，若成員中輟或退出，可能造成團體成員數量過少。

6.團體帶領者可能經歷到從長期治療之工作模式，轉變為短期治療工作模式所衍生出的反移情，例如：團體領導者感受到時間壓力下的成效責任。

7.短期治療模式聚焦在團體運作的過程，然而，團體前與團體後的準備可能需要更多時間與人力上的花費，包括評估與選擇成員等，但這些通常被機構或管理式照顧組織所低估。

8.此外，進行短期治療模式需要與團體所在的組織或單位建立關係與共識，這部份也通常被忽略。

9.管理照護組織在效果與效益考量上，傾向運用「短期」，且不實放大「短期」之成效，忽略負向影響。

10.某些個案就是無法以此短期動力取向之模式獲益，因而需要額外的治療。

11.在固定時間的結束，成員們可能感受到領導者的忙碌、無暇照顧，因而衍生出被忽略、甚至是拋棄的感覺。

12.時間限定之架構，可能引發成員對於改善之想像，例如：以為時間結束即症狀改善，因而減少對於症狀之自我覺察或責任感。

肆、結論

精神分析的重要性在於以一種歷史性概念架構來瞭解一個人，並且承認人類是生物、心理、社會所共同形塑，這些內在和外在的力量交互而塑造出人類 (Corey, 1990/1995)。而精神分析取向一向以長期治療的姿態，主張改變的方式是透過瞭解潛意識之後，瞭解影響目前之童年、內在的決定因素，得以自主地選擇自我的反應，因此是需要長時間的修通情節與潛意識衝突。

但是受到管理式照護、當代風潮、以及理論發展之影響，精神分析取向也發展出短期治療的模式。在動力取向的團體治療中，焦點從傳統的「個人層次」，擴展到對於團體動力之重視，並且從團體之中看到成員之人際互動模式與困難；而團體領導者的角色也從一個隱匿的權威，轉移到更為人性化的自我

袒露與情緒分享，團體中依舊以動力取向為基礎形成個案概念化、瞭解個案的問題，並且增加「認知的元素」，與其他技巧，以增加此治療法的適用性。

短期動力取向團體治療讓成員們看到短期間是可以產生改變，並且帶著成員進入一個改變之旅，改變會是一段歷程，但是團體心理治療只是個開始，開啟了成員對自我的關心與好奇。

參考文獻

- Center for Substance Abuse Treatment. (1993). *SAMHSA/CSAT Treatment Improvement Protocols*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK25943/>
- Corey, G. (1995). **團體諮商的理論與實務** (張景然、吳芝儀譯)。台北：揚智文化。(原著出版於1990)
- Corey, G. (1999). **諮商與心理治療的理論與實務** (李茂興譯)。台北：揚智文化。(原著出版於1996)
- Dewan, M. J., Steenbarger, B. N., & Greenberg, R. P. (2008). **簡短心理治療：臨床應用的指引與藝術** (李宇宙、單家祚、黃文宏、許嘉月、林育如、陳羿行、鄭海擎譯)。台北：心靈工坊。(原著出版於2004)
- Gabbard, G. O. (2005). **動力取向精神醫學—臨床應用與實務** (李宇宙、張書森、賴孟泉、簡意玲、吳其炘、黃宣穎、賴虹均、吳建芝、潘怡如、曾懷宣譯)。台北：心靈工坊。(原著出版於2005)
- Hamilton, N. G. (1999). **人我之間：客體**

- 關係理論實務（楊添圍、周仁宇譯）。台北：心理。（原著出版於1990）
- Horwitz, L. (1991). The Evolution of a Group-Centered Approach. In Tuttleman, S. (Eds.), *Psychoanalytic group theory and therapy: Essays in honor of Saul Scheidlinger* (pp. 275-285). Madison, CT: International Universities Press.
- Nickel, R., Ademmer, K., & Egle, U. T. (2010). Manualized psychodynamic-interactive group therapy for the treatment of somatoform pain disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 74(3), 219-237.
- Piper, W., McCallum, M., & Joyce, A. (1995). *Manual for time limited, short term, interpretative group therapy for patients experiencing pathological bereavement*. unpublished manuscript. Retrieved from http://www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/Psychodynamic_Competerences/Problem_Specific_Competerences/interpretive_group_therapy.pdf
- Rutan, J. S., & Stone, W. N. (2004). **心理動力團體治療**（唐子俊、唐慧芳、孫肇玢譯）。台北：五南。（原著出版於2001）
- Wolberg, L. R. (1996). **短期心理治療**（成蒂、林方皓譯）。台北：心理。（原著出版於1980）