

結合建構與發展觀點的認知行為治療模式

邱文彬

嶺東技術學院通識教育中心助理教授

(收稿日期：2000年3月8日；修訂日期：2000年5月3日；接受刊登日期：2000年11月6日)

摘要

認知行為治療法隨著認知取向成為心理學主流的影響，在諮商與心理治療領域亦蓬勃發展。鑑於過去發展心理學與諮商心理學的相互對話較少，認知治療理論的個體發生學無法與發展心理學的理論相整合，因此企圖根據建構取向的發生認識論以及採取不同認知發展的思考方式做為心理病理的基礎，並以此論述認知行為治療的理論架構。由於不同的認知思考層次各有問題特定的適用性與限制，因此可從當事人的認知思考層次來建立適應不良的病理學基礎，並嘗試提出結合建構與發展觀點的治療模式；最後，作者針對未來研究方向提出建議，期待透過認知發展理論與臨床成果的交互對話，促進跨領域的整合。

關鍵詞：形式運思、相對性思考、建構論、認知行為治療、辯証性思考

壹、導論

認知心理學是目前心理學的主流研究取向，流風所及，諮商與臨床領域的認知治療亦呈現蓬勃發展的情形。嚴格來說，目前的認知行為治療成為單一理論體系並不定備，可說處於百家爭鳴。

顧名思義，認知行為治療是以當事人的思考或認知為焦點，關切認知對情感與行為之影響的心理治療法。認知行為治療法採取認知取向的觀點，在諮商過程中，主要在找出當事人認知機制對情緒與行為的影響。整體而言，認知治療通常具備以下特點：第一，影響情緒與行為的認知結構是當事人困擾的根源，認知因素是心理治療的病理學基礎；第二，個人認知結構與不當的訊息處理歷程會扭曲現實，並產生會造成個體不良功能的信念與不良適應的行為；第三，不同的病症或異常行為都可能是因為不同的認知缺陷所造成的；第四，認知治療的目標在於協助當事人辨認、並進行現實考驗、進一步矯正不良適應的概念與功能不良的認知基模；第五，不良的認知導致適應不良與自我挫敗的行為，透過當事人自我調節與自我擴展的認知改變，能夠進一步產生積極、適應的行為。

許多諮商與心理治療模式都被歸類或自許為認知行為治療，例如過去最受重視、最具代表性與應用最廣的認知行為治療模式，首推 Ellis(1988)的理情行為治療法(Rational Emotive Behavior Therapy)，Beck(1976)的認知治療法(Cognitive Therapy)，以及 Meichenbaum(1977)的認知行為矯正法(Cognitive Behavior Modification)。熟悉這三種模式的研究者或實務工作者，可以發現不同認知行為治療的橫向整合仍待努力，究其原因在於這些治療模式各自提出不同的認知病理機制，在個體發生層面(ontogenesis plain)上無法統一。例如，Ellis(1988)的非理性信念(irrational beliefs)，Beck(1976)的自動化思考(automatic thought)，與 Meichenbaum(1977)的負向內在語言(negative internal dialogue)；並且，這些病理機制的發展假定過於簡約化，如 Ellis 認為非理性信念是兒童時期在重要顯著他人那邊學來或自己自創而成，透過自動暗示與自我重複的過程，反覆灌輸這些錯誤的信念；Beck 的精神分析背景使其認為自動化思考與早期生活經驗有

關；Meichenbaum(1977)的除了說明負向內在語言的運作基礎外，因其研究方法傾向於行為學派學習理論(廖鳳池，1988)，重點在於負向內在語言與因應行動的關係，對於內在語言如何發展較少述及。

上述認知行為治療模式對於病理的發生學基礎，從發展的立場著墨甚少，對於當事人的認知發展亦沒少有深究；認知病理多為靜態式的描述性架構，以類似「特質論」或「型態論」的方式列舉，如 Ellis(1988)提出的非理性信念(irrational beliefs)，Beck(1976)提出認知扭曲的自動化思考(automatic thoughts)。由於傳統認知行為治療提倡者對於不良思考如何發展而來，較少從發展觀點來「結構化」這些適應不良的認知，指出其背後所對應的認知思考層次；並且，傳統認知行為療法並沒有深入探討認知改變的動態性，不足以說明認知成長與重建的歷程。這些情況指出認知行為治療與發展心理學的橫向整合不足，認知行為治療的認知理論與認知心理學或發展心理學的認知理論並不是連貫一致的整體，使得認知發展基礎研究成果無法延伸至心理治療；同樣地，認知行為治療的成果亦無法對人類認知發展的解謎活動提供更多的了解，認知療法的認知理論似乎只是心理困擾者的專利品，在教育領域中，亦很難發現採取這些理論進行認知方面的教學工作。

從認知干預與當事人認知發展的契合度而言，心理治療工作者大都意識到治療者與當事人的語文對話是影響治療關係與進行的重要因素，從理解治療者的技術與策略而言，如何因應當事人的認知思考層次，使用適合當事人能夠了解的語言或活動，是治療關係能夠建立與持續的關鍵(Daniels, 1994)。換言之，治療策略與方式需要配合當事人的認知思考層次，如 Ivey 與 Goncalves(1998)所言：「從當事人而非從治療者的觀點開始(p. 410)」，但傳統認知療法似乎預設當事人能夠與治療者在同一認知思考層次對話。

舉例而言，Ellis(1988)與 Beck(1976)的治療模式通常被視為是理性觀的(rationalistic)(Wessler, 1992)，理性論(rationalism)觀點的認知治療強調邏輯推理的缺陷，當事人之所以產生困擾在於使用一組不切實際的規則貼標籤、解釋與評估情境，或是不當與過度地這些規則。因此，Ellis 以駁斥非理性信念，Beck 以蘇格拉底式對話(Socratic dialogue)做為認知干預策略。從皮亞傑的認知發展觀點而言，信念系統的駁斥

與蘇格拉底式對話的三段論邏輯，是從形式邏輯來看待當事人的想法或觀點。傳統認知治療亦傾向假定當事人能在形式運思(formal operations)層次運作，即使是新近結合行為治療的認知模式只能說是多涵蓋了具體運作層次(Daniels, 1994)，對於其他認知思考層次的當事人恐難適用，或是當治療層面需要從更廣的生態面(例如家庭，團體、文化等)考量時，封閉系統的形式運思無法同時協調不同生態系統間如何兼顧的議題。然而，皮亞傑的心理邏輯學認為思考邏輯的水平具有發展層次，在認知思考具有不同層次的觀點之下，認知行為治療要具有更寬的視野，以及對不同年齡當事人有更佳的適用性，採取全人生發展觀點的模式能夠滿足上述兩種要求。這種針對當事人認知思考層次的結構分析方式，可以增進治療者瞭解當事人在困擾問題中所呈現的思考方式屬於何種層次，以及該層次認知功能的可能性與限制性，提供治療者有關治療策略應以何種認知層次與當事人互動的資訊，使認知干預更適切地配合當事人的理解範圍。

心理治療的意義有一個重要觀點：要回到當事人本身。也就是當事人在經過這樣一個心理治療之後，是不是有所謂的自我力量，不再需要透過專家協助，有能力自行處理未來問題；換言之，心理治療強調持久性改變，效果的「維持」與「類化」是治療的兩個重要目標，就「發展」的意義而言，改變為持久而非暫時，穩定而非跳動(Clarke-Stewart & Friedman, 1987)。認知思考層次為普遍性的思考機制，在此層面的改變與發展，其影響所及並非限於特定困擾事件。因此，採取發展觀點的治療取向更能確保當事人能將改變「類化」到不同情境，將治療成果「維持」到未來生命中。如果認知行為治療的心理病理學能有堅實的認知發展理論為基礎，那麼「人性觀－認知發展－心理病理學－心理治療」等核心要素可能形成連貫而統一的體系。上述理由為認知行為治療採取發展觀點的優勢所在，近年來採用認知發展觀點的諮商研究亦指出諮商員與心理治療者能夠確認當事人的認知發展水平，並且運用這些訊息促進晤談中的互動(Goncalves, 1989; Ivey & Ivey, 1990)。

至於認知行為治療適宜採取建構觀點的理由，再以 Ellis(1988)與 Beck(1976)為例說明。雖然前述二者都認為造成當事人心理困擾的來源為自身對這些事件的看法與觀點，並非由外在的客觀事件所引起。但 Ellis 使用理性與非理性來區分當事人的信念，理性

結合建構與發展觀點的認知行為治療模式

信念才是理想的，非理性信念則帶來困擾；Beck 的認知扭曲一詞亦同樣隱含錯誤與正確的分野，情緒困擾的人傾向犯「獨有的邏輯錯誤」(characteristic logical errors)。換言之，理性論的認知病理觀點存在客觀性判準，二人亦同樣歸納出共通的非理性想法與邏輯錯誤的思考類型。因此，傳統認知行為治療的理性論模式往往較具指導性、說理性，特別以理情行為治療法為然。太過重於說服性與指導性的治療可能導致關係不易建立，當事人亦容易屈服治療者的權威而接納治療者觀點，但並未真正探索過新的觀念。Beck 的認知治療法雖然以合作式的詢問歷程協助當事人發現錯誤觀念，但其受到的批評在於過於技術導向，只針對減少症狀，並未探索困擾的背後成因(Freeman & Dattilio, 1992; Weishaar, 1993)，並且，Beck 的蘇格拉底對話技術受到的質疑在於：如何找出最好的方法去矯正當事人的邏輯錯誤？Beck 以斯多亞(Stoic)學派為基礎的邏輯形式是否就是唯一理想的邏輯形式？在多元文化觀點的考量下難免顯得獨斷，面對非西方文化的當事人可能並不適用。

Corey(1996)回顧近年認知治療法的發展，認為認知取向逐漸朝向強調當事人的參照架構與解釋，Weishaar(1993)提出認知治療應把焦點放在當事人主觀的知識結構，這些正是建構論(constructivism)的重要觀點。採取建構論的優點之一為治療者不易將自己的價值觀或生活哲學強加在當事人身上，因為建構論的知識本體立場為相對主義(relativism)，不過度強調特定的客觀真實，不僅較能適用多元文化諮商情境，治療者也不易掉入「接受觀」(received view)灌輸知識的陷阱。第二，既然不良認知存在於當事人心中，只有透過當事人自己明確地把握，才能夠真正落實在因應行動上，否則旁人(治療者)無論具備多麼優異的同理及分析技術，恐怕只能在旁乾著急。是以在當事人認知改變的過程中，治療者只是促進而非指導。由於建構論的學習觀強調主動原則，治療者以自我導向的方式協助當事人自我監控與改變，這種透過自我發現的學習應比教導方式的效果更為持久，當事人不僅知其然，更能理解其所以然。第三，建構論的適應原則強調互動性學習，這種觀點應用在認知治療時，當事人躍居為中心角色，不易造成過度依賴，較易促成當事人的主動參與及投入。例如，Meichenbaum(1977)的自我教導模式就可看出新近認知行為治療朝向建構論靠攏的跡象，這種訓練強調內在語言的設計至為重

要，但同時亦強調非強迫灌輸治療者自認良好的內在語言，應協助當事人自行設計與實施，過度指導或太大幅度的反轉、修改當事人的內在語言，不但容易引起爭辯對立，打擊當事人自信心，也會大幅增加改變的難度及降低主動投入的意願。因此，Neimeyer(1993)認為建構論哲學對於瞭解人們的認知與改變，提供一個堅實的架構，顯示其可能成為整合各分歧學派的一股力量。

基於以上論述，作者從個體認知思考層次為出發點，在當事人認知改變上採取建構論的認識論(epistemology)立場，結合建構與發展觀點來建立認知行為治療的試驗性模式。了解本文的論述立場後，以下先介紹以建構論為基礎的全人生認知發展，接著說明認知發展理論在認知行為治療之運用，其中包括從不同認知層次談情緒困擾之特徵與晤談目標，治療關係該如何適當地建立，以及從不同認知層次所適用之技巧；最後，簡述此模式如何可能整合過去重要的認知治療模式，並且提出未來發展的方向。

貳、不同認知發展階段的思考方式

自從全人生發展觀(life-span approach of development)被提出之後，有關成人認知發展的研究，發現皮亞傑(Piaget, 1950)關於思考本質與發展的解釋，無法全面涵蓋成人的智力運作；形式運思系統(formal operations system)的主要焦點在於科學性知識的發生來源與認知結構，對於客觀性的物理科學有較佳適用性，但對於社會世界或人生科學等包含主體性(主觀性)的範疇則顯不足(Basseches, 1984)。在全人生智力與認知發展的觀點下，另一個被發展出解釋成人認知發展的取向逐漸形成，那就是後皮亞傑學派(post-Piagetian)提出的後形式思考(postformal thinking)(Basseches, 1984; Koplowitz, 1984; Labouvie-Vief, 1982; Riegel, 1973; Sinnott, 1984)。

一、後形式思考與形式運思的差異

儘管不同學者對於後形式思考的界定，或多或少包括個人獨特的看法，但基本上具有以下三個共同特徵(Kramer & Woodruff, 1986)。

(一)相對性了解

關於後形式思考的概念，普遍都提到知識本質的了解朝向相對性(relativistic)與非絕對性(non-absolute)。後形式思考者可以跳出某個特定的形式運思系統之外，這種相對性思考(relativistic thinking)的概念之所以被提出，主要在於相對性認識論的演進(Koplowitz, 1984; Riegel, 1973; Sinnott, 1984)。相對性思考的最重要特徵就在於能夠接受相互不相容的知識系統，知覺到自己的假設與思考影響自身從世界所獲得的知識(Labouvie-Vief, 1982; Perry, 1970)。

(二)矛盾為真實的固有本質

後形式思考的另一個特徵為接受矛盾為真實一部分，當個體面臨不同系統間的觀點衝突，無法透過摒棄其一解決對立，亦不能採取防衛性否認或壓抑時，則可能進而接受其存在；面臨認知的不平衡狀態不再感到困擾與防衛，了解到人、事件等本質上經常存在矛盾的現象(Basseches, 1984)。例如，一個人可能並存熱情與冷酷、慷慨與貪婪；軟弱與堅強；對感情付出愈多，得到的回應可得愈多，但一旦落空可能傷的愈重。

(三)矛盾、衝突的統整或綜合

一旦個體了解真實的矛盾本質，便開始面臨如何組織這種對立的知識。後形式思考的特徵之一為透過持續辯証將矛盾、對立的系統間分歧，綜合並統整為更具包容且內部協調的系統。例如，Sinnott(1984)強調從不同參照架構加以群化(grouping)或協調(coordination)的歷程；Commons, Richards, & Kuhn(1982)認為統整是將不同的形式運思系統加以協調成後設系統(metasystem)。上述學者一致認為矛盾或衝突的相互關聯性是促成統整的關鍵，而其過程為一種辯証性綜合。

根據 Kramer 與 Woodruff(1986)對於後形式思考模式的回顧，此領域的重要研究者都同意後形式思考包括相對性思考與辯証性思考(dialectical thinking)。以下針對形式運思系統與後形式思考進一步說明不同認知發展階段的特徵。

二、形式運思系統的各階段特徵

皮亞傑認知發展階段論的形式運思系統有四個階段，它們分別是感覺動作期(sensorimotor stage)、前運思期(preoperational stage)、具體運思期(concrete operational stage)與形式運思期(formal operational stage)等四個階段(Piaget, 1950)，由於這並非本文重點，以下僅簡介主要內涵。

(一)感覺動作期

感覺動作期可稱為無分化期，為嬰兒期的認知發展。此時主、客無法區分，「物體恆存」(object permanence)為此期的發展性成就，象徵客體有獨立於主體存在的特性，意即認識主體與被認識客體開始區分，為接下來的象徵期(symbolic stage)奠定基礎。

(二)前運思期

前運思期可稱為象徵期，為學前期的認知發展。當物(客體)、我(主體)區分後，個體可以進一步以主體為基礎去認識世界，並且發展出客體的表徵，使主體對客觀的認識逐漸脫離感官與動作的限制；透過表徵，個體擺脫外在物理世界的限制，也是內心化行動(internalized action；思考)的肇始。但由於以「主體」為出發點，想法呈現自我中心(egocentric)。

(三)具體運思期

具體運思一般為學齡期的認知發展，在具體活動的操作下，思考可以達到運思的可逆性(reversibility)：否定性(negation)與互饋性(reciprocity)。和前一階段相比，發展性成就為擺脫自我中心的單向度觀點，思考從單一向度擴充至二個或以上的向度，並了解不同向度間的可逆關係。

(四)形式運思期

一般認為形式運思是青少年期的認知發展水平，此階段的形式性思考為絕對性思

考，在單一邏輯系統內的封閉性運思，對特定現象能夠建構出所有可能關係的陳述(或命題)，了解這些陳述(或命題)間的相互關係，並且，將所有陳述形成封閉性群集；任何命題具有固定不變的真值(true value)，真實具有絕對的判準，矛盾或衝突的解決由單一形式系統的真值決定(Kramer & Woodruff, 1986)。

由於形式邏輯的絕對性，問題解決中強調正確答案與邏輯效度(logical validity)。這種思考方式所得到問題解決方法具有邏輯性(logical)，但並非最具理想性(ideal)(Blanchard-Fields, 1989)。形式性思考者對人的社會認知是以特質或類型的方式歸類，並且認為這些特質或類型是固定的(Kramer, 1989)；思考方式以二元論(dualism)之絕對性原則為判準，強調客觀性認識，主體建構客體間關係(或關係的關係)(Sinnott, 1984)。

三、相對性思考的特徵

相對性思考的發展時期，作者的觀點與 Basseches(1984)及 Kramer & Melchior(1990)相同，它在形式運思成熟後的青年期後期才可能發展。相對性思考認為所有的知識或經驗都是主觀的，不同於實証主義(positivism)強調主、客體二元對立的客觀性認識論。後者二元論的科學分析性方法為了客觀性而要求主體獨立於客體，研究者獨立於被研究者(Basseches, 1989)；但相對性思考使個體能夠了解「主體必要性」(subjective necessity)，同一現象或事件可因不同參照架構而有不同意義，個體可以了解多元邏輯系統所推演的結果與問題解決方式(Sinnott, 1984)；能夠接受相互衝突或矛盾的陳述，並且比較不同系統的觀點，是一種「系統間」的思維邏輯(Kramer & Woodruff, 1986)。

相對性思考強調觀察者與被觀察事件的時空脈絡不能被忽略，任何事件的意義不可能脫離其所處脈絡，事件必須置於所處脈絡下觀照才具有真正意義(Basseches, 1989)。由於意識到主體與客體在知識或經驗的產生上同樣扮演關鍵性的角色，矛盾、衝突、或多元被視為必然。在問題解決方面，相對性思考者採取實用主義(pragmatism)的觀點，強調生態效度而非邏輯效度。

四、辯證性思考的特徵

關於辯証性思考的發展，Kramer 與 Woodruff(1986)認為高度的辯証性思考在成人前期或中年後才可能發展。辯証性思考的世界觀為視真實的本質為辯證的，認為實體(entities)是一個不斷進行改變與形成的歷程，舊的形式(form)從屬於湧出的(emergent)新形式，並隨時間而不斷演變。在問題解決方面，辯証性思考能夠考慮到實用性、社會性、文化性、與個人性，並據此評估每個可能的潛在解決方式，以及掌握歷史性脈絡。在知識獲得方面，為主動對經驗加以協調與再組織的歷程，而非累積固定的真實；知識的形成乃透過個體與環境的相互歷程(transactional process)所產生。這種經由矛盾統整所形成的知識，其不斷演化的過程可用 Basseches(1984)在《辯証性思考與成人發展》(Dialectical Thinking and Adult Development)一書中的「T-A-S」模式來說明。

在「T-A-S」的辯証性綜合中，T(thesis)是指一個陳述、命題或理論，A(antithesis)則是與 A 對立的陳述、命題、或理論，它不必是 A 的相反，可以是被 A 排除，在 A 之外，與 A 無關，或與 A 對立之認知性元素；S(synthesis)則指將上述 T、A 二者(或是兩者的部分)綜合成互相關聯的新陳述、命題或理論。當個體意識到 T 與 A 的存在，此時就是分化的歷程，若進一步了解 A 與 T 的關聯性，則 S 得以發生，新的 T(new thesis: S)即在辯証中湧現。

若以符號形式來表徵上述關係，開始的元素 Thesis 以 e 來表示，對於 e 的反思(reflection)則以(e)來表示，辯証性綜合的三個步驟為：(e)以 T 的形式存在， $(e) \rightarrow (-e)$ (-e 表示 A: antithesis)；若 e 與(-e)產生關聯性則表徵為 $(e) \leftrightarrow (-e)$ 。如果互相關聯性能夠進一步反思則形成一個 S： $((e) \leftrightarrow (-e))$ 。整個演變歷程可以重複上述三個步驟持續進行： $((e) \leftrightarrow (-e)) \rightarrow ((e) \leftrightarrow (-e))$ ，以及 $((e) \leftrightarrow (-e)) \leftrightarrow ((e) \leftrightarrow (-e))$ 。因此，一個永不停止地分化與統整的運動可以從單一元素而不斷循環辯証下去。透過辯証性綜合，個體將自我與知識系統重新組織，統整成涵蓋性更廣、更協調的系統，辯証性思考屬於「後設系統」的思維邏輯。

參、認知發展理論在認知行為治療之運用

在全人生認知發展過程中，上章所提的六個認知發展階段依序出現，每個認知發展階段有其對應的認知思考層次。認知思考層次的意義，簡而言之就是個體主動與自我、外在世界互動的思考方式，這種思考方式反映個人對外在世界的看法，以及知識與經驗產生的型式。人們每天的生活適應與問題解決都可看成是認知思考的展現，當人們遭遇生活適應的困難，表示個體看待問題的方向有了缺失，一旦看問題的角度有了轉變，因應的方式與結果便可能有所不同。

基於不同認知行為治療都共通認為心理困擾為認知因素造成，為了改變不適應的情緒與行為，必須改變認知。順著這樣的共識，一個重要議題跟著出現：在治療過程中，替代性的新想法可能是當事人既有認知思考層次所無法理解。因此，無論面對任何認知發展階段的當事人，認知治療都需要適合他們在當前困擾問題上的思考方式。當治療者企圖使當事人改變對自己、問題與環境的看法，若替代性觀點與當事人的認知思考不相容時，治療結果恐怕走向失敗的命運。認知行為治療若要具備最大的成功率，不僅要適合當事人特定的心理困擾，亦必須適合當事人的認知思考層次。

在建構治療模式時，就是基於認知思考影響人們生活的問題解決，企圖從認知思考層次替生活適應不良或心理異常尋求心理病理的解釋，以全人生發生認識論(*genetic epistemology*)，知識產生的不同層次：形式運思與後形式運思)的認知思考層次，做為「認知發展－心理病理－認知行為治療」的理論基礎，並以此做為觀照當事人心理困擾的形上架構(*metaphorical framework*)，從不同認知思考的缺點與限制、認知與情感的關係、以及所可能產生的情緒困擾做為心理病理基礎；接著，以建構論關於認知成長與改變的立場做為認知治療介入的認識論基礎。結合建構與發展觀點的認知行為治療正是提供當事人從嶄新的、擴充的參考架構來看待世界，使其在認知、情感、與行動上更具適應性。要建立完整之心理治療模式，必須先確立幾個重要的基本立場，以下分別說明這些主張。

在關於人性本質假定的人性觀方面，採取有機論(*organism*)觀點(Miller, 1989)。有

機論視人類本質為主動、自我調節(self-regulating)的組織整體，並且持續不斷地朝特定方向演變。主動的有機體如 White(1976)所述：「主動的有機體能夠賦經驗(experience)予形式(form)，被動的有機體是從經驗中接受形式。主動的有機體具有目的，可以注意、推理、與選擇性知覺。這些特性使得有機體能夠選擇或拒絕環境加諸在身上的影響(p. 100)。」

在認識論的立場方面，由於治療模式採取形式運思與後形式思考的認知發展階段，兩種認知發展理論皆強調認知發展之主動性、主體性、與互動性(Basseches, 1984; Labouvie-Vief, 1982; Piaget, 1950; Sinnott, 1984)，顯示其認識論的立場與建構論在認識論的假定相符，意即知識是在「同化(assimilation)於己(主體)」與「調適(accommodation)於物(客體)」的主客互動中，透過雙向建構的綜合所產生。採取建構論的認識論立場能夠超越先天唯心論與後天經驗論的對立，並且能夠豐富康德直觀理性的知性範疇，因其以建構性發展取代「先驗」預設。

根據 von Glaserfeld(1984)的看法，建構論在認識論的基本假定有二：第一，知識的產生並非如接受觀(received view)所言，由認知主體被動地接受而來，而是由認知個體主動建造而成；第二，認識的功能是適應性的，是用來組織經驗世界，不是用來發現本體性的真理(ontological reality)；此外，詹志禹(1996)認為建構論還需包括發展原則才較完整：第三，知識的成長是透過同化、調適及反思性抽取等歷程逐漸發展而成，後續知識必須植基於先備知識且受限於先備知識。

在確立認識論立場後，治療者在促成當事人認知改變上便基於上述假定。因此，新的思考方式與相對應的因應行動勢必受限當事人對既有困擾的概念化能力。由於後續知識必須植基於先備知識且受限於先備知識，從問題解決層面而言，新的問題解決類型必須以舊的類型為基礎，從重組原有的活動類型中得以產生，治療效果意謂當事人將既有的問題解決活動類型加以重新組織，產生擴充原有類型的演化性成就。

至於思考方式與因應行為的演化性成就如何達成？針對調適功能而言，治療者的主要任務為促成當事人認知「擾動」(perturbation)：認知系統的去平衡化(disequilibrium)。「擾動」為皮亞傑發生認識論的重要術語，其意義為平衡化遭到破壞並且產生失調感，

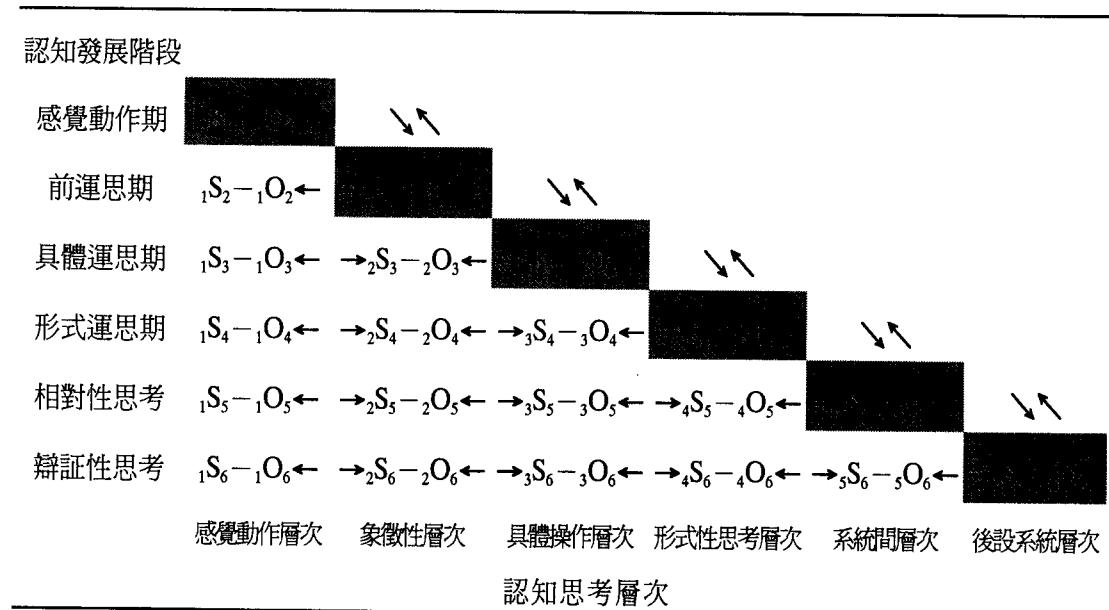
促使個體付出一些努力來減輕或消除不愉快狀態(Piaget, 1950)，它與諮商中的面質(confrontation)(指出當事人思考或行為的不一致或矛盾)相當類似。治療者就是透過面質、挑戰等技巧來擾動當事人的平衡狀態，為重獲平衡，當事人必須採取新的觀點來組織經驗世界，從中發生開啓建構新知識、想法與行動的大門。

一、從不同認知發展階段談情緒困擾之特徵與晤談目標

在心理病理觀點對情緒困擾之解釋方面，延續前述關於認知思考層次的觀點，人們每天生活的思考與行動有其一致性。前述六個不同層次的思考方式在生命歷程中展開，從形式運思的感覺動作層次到後形式運思的辯証性思考層次，表徵著思考方式的抽象性與統整性演化，各自代表形式性、相對性與辯証性的思維邏輯，每個認知思考層次都是先前階段的分化與統整而來，後續思考比先前層次更具抽象性、協調性與統整性。

需要澄清的一點在於，本治療模式是從認知思考層次看待病因，從當事人對自身與困擾的思考方式切入，當事人實際的認知發展階段與心理困擾上所呈現的思考方式可能不屬同一水平；事實上，當事人的認知發展階段可視為建構知識的最高層次，為知識成長中所可能達到的最高階段(抽象性與統整性上限)與最主要的思考方式，當事人認知發展階段與認知思考層次的重組與遞迴關係如表一所示。

表一 認知發展階段與認知思考層次的關係



註：S 表示主體(subject)，O 表示客體(object)，可以為外在世界的人、事、物，內在世界的自我、情緒、想法等，泛指一切知識產生過程中的被認識元素。S 與 O 的前下標數字代表「認知思考層次」，表示抽象、分化與統整程度，後下標數字代表「認知發展階段」。水平方向的箭頭，向右表表示重組，向左表示抑制；對角線方向的箭頭，分別表示發展與回退。

表一的對角線方向代表個體認知發展階段的創造性遞昇(表一朝右下對角線方向的箭頭所示)，至於每個階段所對應的認知思考層次在主客協調的可逆性平衡上($_{_i}S_i-_{_i}O_i$)代表不同程度的表徵抽象性、主客分化性與組織統整性。依據後皮亞傑學派對於皮亞傑的修正性觀點，個體從低階至高階的發展過程中，象徵新的思考方式被加進當事人的認知功能，擴充既有的思考劇目，成為該時期最主導的思考方式，並選擇性地壓抑或重組先前層次的思考方式，例如「 $_{_1}S_2-_{_1}O_2$ 」代表象徵性層次對先前感覺動作層次的重組，其他階段以此類推。但 Labouvie-Vief(1982)認為先前階段的思考層次仍可能不被重組而得以保留(表一中的各個認知發展階段仍然包括之前的思考層次)，以維持心理功能在不

同範疇的適應彈性。同樣地，Schaie(1977)智力階段論的觀點亦認為人生不同時期有其最具代表性的思考型式，不同思考型式有其最適發展時機，這種階層發展觀(hierarchical development perspective)視智力發展是非線性、螺旋的方式，發展不僅朝著更高層次遞進，而且低階的思考方式除非被統整到高階的認知結構中，否則它們仍會存在；人生不同階段有不同的智力運作型式，這些型式超越並取代早期型式而成為主導的思考方式。

相似概念亦見於 Basseches(1984)的觀點，個體在因應各種挫折與衝突的人生問題時，若這些挫折或衝突無法透過既有發展階段的思考方式解決，一方面可能重組既有的認知結構，促成認知進一步發展，重新建構足以統合更多生活經驗的架構；但亦可能採取之前的認知思考層次，訴諸於較不成熟與較不邏輯的思考方式。當思考發生「回退」現象(表一朝左上對角線方向的箭頭所示)並因此適應不良時，若無法透過有意識地反思並加以揚棄，則容易導致思考「固著」的情況，當事人往往重複無效的因應方式。

由於每個認知發展階段涵蓋之前的各個階段，因此無論主體與客體或客體與客體的知識，都可能採用之前的思考方式，也因為如此，在生活適應中，會因為採取不同的思考方式而伴隨該認知層次的限制與缺陷，這正是洞察當事人困擾原因的著力點。根據上述認知思考層次與認知發展階段的關係，治療者促進當事人的認知改變有兩個主要的方向：「水平的發展」(horizontal development)與「垂直的發展」(vertical development)。前者是指在當事人特定的認知思考層次內，擴充其認知建構的數目或範圍，對當前問題有更佳的適用性；後者則在於挑戰當事人對自己、外在世界與當前問題採取不同認知思考層次的觀點，促進當事人思考向上遷移。配合前述認知發展階段的特徵，以下針對不同認知思考層次的限制，以及該層次所對應的情緒困擾與晤談目標加以說明。

(一) 感覺動作層次

思考呈現「物我不分」，意即無法將自己與其他人或外在情境、事件區分，僅有少數能力將感覺動作管道所獲得的片斷資料加以統合。處在此認知層次的當事人，想法零碎、片斷，呈現隨機、沒有組織的型式，並且在不同主題之間跳躍，行為常重覆某種特定的類型，如同嬰兒在感覺動作期的循環反應(circular reactions; Piaget, 1950)一般。由

於主、客體尚未分化，在缺乏主體意識下，當事人意識不到自己是動作的發出者，主體的各種反應無法統合；相對地，與主體活動有關的客體(外在世界)變化也沒有被統整進來，當事人意識不到客體是各種現象變化的重要基礎，此層次的當事人可謂「不知而行」。在知覺方面，注意力廣度相當窄，著重此時此刻(here and now)的立即性經驗，常出現以感官(看、聽、感覺等)經驗為焦點的描述，這些特徵為此層次的診斷依據。

在情感方面，當事人無法區分感覺輸入與情緒二者，受感官刺激(視覺、聽覺、觸覺、感覺等)與情感所支配，「我的感覺就是我」(I am my feelings)可說是恰當的寫照；在感覺動作層次，可以看見許多人被情境中的事件所打擊著，哭泣、勃然大怒、不知所措、茫然等，有如嬰兒的情緒化表現不時在當事人身上見到。

晤談目標在於了解當事人如何組織感官經驗，為從不同感官管道增進當事人對其感官經驗的體驗；面對隨機性、跳躍性的陳述，適時幫助當事人加以斷句與摘要，引導其進行此時此刻的體驗，理解與解釋不是此層次能夠負擔的認知運作，宜避免之。

(二)前運思層次

物我區分後的思考，個體能以主體為基礎去認識世界，但因受制於自我中心，容易流於過度投射、想像、或幻想的扭曲，當事人提供的解釋或推理常是不完全、非邏輯性、幻想與夢幻的色彩，過度出現以「我」為中心的陳述，缺乏角色與觀點取替。由於注意力過度集中自身，當事人因而無法採取有效的行動，此層次當事人可謂「知而不行」，如同沈溺於幻想遊戲(fantastic play)的學前幼兒一般，走不出個人的虛構世界，這些特徵為此層次的診斷依據。

在情感方面，當事人的情緒仍然以自我中心的感覺為基礎，相當被動且無法對自身情緒有所操控，傾向從單一向度來描述一般化情緒狀態，無法明確區辨主體與客體在情緒產生的角色，外在客體的角度被明顯地忽略，亦無法對情緒進行反思。

晤談目標為了解當事人如何對零碎的經驗組織意義，以及其解釋與參考架構如何造成扭曲式假想。治療者應多鼓勵當事人討論其所舉實例的解釋，雖然不必過度挑戰其自我中心式的解釋，然而要使其發現其意義建構的不合理處。

(三)具體操作層次

當事人擺脫自我中心思考後，開始能從單一觀點演繹線性因果並據此從事預測，以單一觀點做特定事件的詳細描述，並將思考與行動區分開來；基於運思可逆性，可針對自身的外顯行動及其影響從事可逆性思考，了解事件的前因與後果，此層次的當事人可謂「行而後知」；當事人所提的解釋內容大部分集中在具體的事件，較少放在情感上面。由於對事件的因果是線性的，常採用「因為……所以……」的方式來陳述事件，集中於「情境特定性」的描述，這些特徵為此層次的診斷依據。

在情感方面，情緒的表現朝向外在世界，情緒的引發亦受制於外在刺激與情境，例如，當事人常採取「當……發生時，我感到……」的方式陳述情感性經驗；對於混合與矛盾的情緒很少知覺到，只能對情緒做客體層面(外在客觀、具體因素)的反思。位於此認知思考層次的自我雖然能夠從物體或情境中區分開來，但在建構事實上因為客體凌駕主體，因此無法意識主體在情緒經驗中所扮演的角色。

晤談目標為獲得與當事人困擾有關之具體行動與特定情境的事實，當事人的線性式邏輯與陳述事件的前因後果都是晤談焦點。治療者應將當事人對自身經驗及外在情境的解釋加以整理與摘要，確認其心理困擾的前因與後果；儘量在具體層次上討論特定的事件，不鼓勵進一步解釋或進行反思主體的評估。

(四)形式性思考層次

當事人有能力在不同情境中尋求共同性，確認自己重複性的行為、思想、情感、與生活類型；並從感覺經驗與自我中心的暇想中脫離，進入檢驗與分析外在客觀情境與內在主體的層次，以及在抽象思考中檢驗自我與情境的類型；當事人對於想法、情緒或行動的描述常以類型或特質的方式為之，這些特徵是此層次的診斷依據。

在情感方面，形式運思抽象性思考能夠意識情感經驗的複雜性，區分認知與情感二者，並對它們進行反思，找到個人情感的類型。例如，「當我審視自己時，我發現自己面對失落時感到非常悲傷！」，或是「當我祖父去世時，我感到悲傷，但我並不像我原先以為的那麼難過。」對於同理心或觀點取替的表現，仍會受限於形式運思系統的封閉

性，以及缺乏考量不同主體性的認識，常存在假設性投射的認知缺陷，然而，這與象徵性層次的不同處在於其為單一抽象系統的投射，並非單一向度的投射。此外，在此認知思考層次之後的當事人，由於主體與外界區分並且發展出自我系統，其想法與行動的關係可視為「知然後行」。

晤談目標為具體運思的描述層次進入檢驗層次，分析情境事件以及當事人的自我系統，從先前描述與自我系統有關的行為、思考或情緒中，增進當事人對於自身重複性類型的確認與檢驗，使其在更普遍的層次中確認自己的生活型態。治療者為了促進當事人進入抽象思考層次，應透過系統性的詢問，直到當事人有能力確認並思考其重複性的行為、想法、情感、或生活型態為止。

(五)系統間層次

當個體具備系統間層次的相對性思考時，主體性與脈絡因素被納入考量，能夠在不同自我與環境脈絡的觀點下分析行為、思想、情感、與生活類型，並同時建構出不同的理解與意義。在多元觀點的逐漸進化中，當事人能從不同參照架構來看待特定情境，並將多元觀點有意識地維持在建構理解與意義的過程中。在診斷上，當事人的陳述與思考是否具備多元觀點，以及兼顧脈絡性與實用性，都是此層次的重要依據。

在情感方面，當事人能夠提供多重分化的情緒，並且意識到情緒可能因脈絡或參考架構不同而有不同，例如「對於妻子的死，我感到很難過，但一想到她所承受的苦，使我替她不用再忍受這一切而感到高興；然而，當我想到這不公平的一切時，我又是憤怒難耐！」同時，當事人亦能在考慮不同脈絡的時空因素下，以不同方式進行情感表達，有能力確認其他人的情感類型，使得有效地同理心與觀點取替成為可能。但是，此層次的認知層次只是相對性認識，還未能將不同系統加以統合，雖然能夠辨識矛盾，但未能協調與統整；對於歷史演化的時間相對性亦能確認，但無法從歷史脈絡中找到主體與客體演化的軌跡與動力因素。

晤談目標為從當事人自我與脈絡的不同觀點觀照其行為、思考、情感、與生活型態的優劣性，並從多元觀點幫助當事人確認並檢驗個人行為、思考、情感、與生活型態，

了解自己與其他人在這些方面的相似性、相異性與複雜性；使當事人能夠體會文化、歷史、社會、心理、物理等脈絡因素的影響，並將其置於不同脈絡下產生意義。

(六)後設系統層次

後設系統層次的當事人，其辯証性思考能夠意識思考與情緒是不斷演化的，並與家庭、歷史、社會、文化等脈絡共同建構一種辯証性的理解；在相互依賴關係中對自身主體與外在客體進行整體性認識，有意識地對既有假定與系統進行挑戰，使認知系統具有不斷湧現性，因此有發現更為統整觀點的潛能，上述這些特徵是此層次的診斷依據。

在情感方面，當事人能夠了解認知與情感的互動性關係，調整自己以適應不同的新情境，對於自身情緒範疇有完整地認識，並且不斷地進行反思的反思；對於其他人的同理，能夠考慮可能演變的時空因素，並不斷將與既有認識不一致的訊息統整進去系統中。然而，完全的辯証性思考層次僅有少數人能夠達到，唯這個認知思考層次仍是治療者應該加以理解與運用的部分，其中應包括增進當事人進行後設系統的審視，對於矛盾與多元觀點的確認、理解與統整，並保持自身認知系統演化的開放性。

晤談目標為幫助當事人進一步將不同觀點加以統整，促其重新體認所有假定與規則都是不斷演進、改變、有其限制、與受到挑戰的，以及在這些改變中建立連續性，在多元中做出承諾，在辯証中統整認知與情緒、主體與客體、過去與現在，保持系統不斷演變的彈性。治療者可鼓勵當事人為不同的觀點來看待其既有系統的優劣，發現並挑戰當事人系統演變所生的矛盾，反思演變的軌跡並維持不斷演化的開放性。

二、從不同認知發展階段談治療關係之建立

在治療關係方面，治療者最重要的角色為當事人認知思考層次的評鑑者，確認當事人思考方式與其心理困擾的關係。至於當事人在此治療模式的角色，由於認知改變採取建構論立場，因此，應引導當事人成為「主動」與治療者「互動」的學習者，並將治療過程中的反思性心得應用到實際問題的解決上，透過自我調節來改變思考與因應方式。

既然當事人的思考方式可能有不同層次，治療者的認知思考層次理應高於當事人，

並且應達到後形式思考的層次之上，以期兼採多元取向與統整不同取向的治療技巧，並足以幫助較高層次的當事人產生「垂直的發展」，或降階到不同層次去觀照當事人的思考方式。

治療者在面對「回退」現象的當事人時，則從其所「回退」的認知思考層次開始，以適合該層次的治療技巧介入，先促成「水平的發展」，然後逐步帶領其復演到原先的認知發展階段；基於每個認知思考層次仍有其限制性與發展性，因此，無論面對「回退」狀態，或採用其最高認知思考層次仍無法良好適應的當事人，若能促其進一步發展，則更具正向發展與治療意義。

實際應用時，從感覺動作層次到辯証性思考層次，治療者與當事人角色的側重性，應考量不同層次當事人的主體性與改變的意圖，治療情境的結構化亦復如此。例如，面對感覺動作層次與象徵性層次的當事人，治療者角色應最主動，治療情境也應高度結構化，這是因為處於此二層次的當事人過度陷入在自身的情緒困擾中，無法主動產生改變。

隨著認知思考層次的提昇，當事人的主體性逐漸突顯，這意謂當事人較願意主動嘗試新行為，或以不同的角度看待問題。例如，面對具體操作層次的當事人，治療者與當事人的角色重心趨於平衡，治療情境應轉變為半結構化，改以引導的方式為之。形式性思考層次的當事人已能區分自我與情境、想法與情感，並且具備單一形式認知系統，只是仍為僵硬、封閉的運思所苦，因此，治療關係應以當事人為重心，營造開放性、非指導性與支持性的治療情境；至於相對性思考與辯証性思考的當事人，因已具備從不同系統的觀點尋求問題解決的其他可能性，並且有潛力促成系統的再演化，治療者只需促進當事人「自我學習」，與其融為我們一體(weness)，治療關係是一種相互合作與成長的辯証型式。

三、從不同認知發展階段談適用之技巧

在治療技巧方面，基於建構論的基本立場，有效的治療者在於使用適當的認知干預，擴充當事人的認知發展潛能，在不同認知思考層次中水平擴充或垂直遞迴，使其對自身困擾重新建構更具適應性的觀點，並因此促進情緒的改善。為達上述效果，治療者

的主要技巧包括診斷當事人認知思考層次的「認知性晤談」，以及促成當事人認知「擾動」的「挑戰性問話」。

「認知性晤談」在於根據前述不同認知思考層次的診斷特徵，在晤談初期採用半結構式的臨床性問話，治療者透過基本傾聽技巧的輔助(例如，注意、鼓勵、晰義、情感與意義的反映、摘要等)，引發當事人的投入與反應，晤談焦點集中當事人在困擾問題上對於自己、其他人與外在環境的思考方式，然後將有關自身與困擾問題的關鍵性敘述(當事人一直強調或重複出現者)根據不同認知思考層次的特徵加以分類，以確認當事人對心理困擾的思考方式屬於何種層次。例如，感覺動作層次的當事人多以感官、感覺為主的零碎性敘述，象徵性層次的陳述充滿自我中心式的想像與錯覺信念；具體操作層次多為「情境特定性」與並強調具體的行動；形式運思層次則相當強調型態、類型與自我；相對性思考層次能夠擁有多元性、脈絡性與實用性的觀點；辯証性思考層次能看出其試圖矛盾加以統整的嘗試，以及從歷史演變的角度看待自身與事物等。

「挑戰性問話」為促成當事人對困擾問題的思考方式產生不平衡狀態，這種「擾動」是認知重組的動力來源，任何企圖平衡「擾動」狀態的嘗試或努力，都可能帶給當事人改變與成長的契機。當事人對心理困擾的思考無論處於何種認知思考層次，其既有認知結構的演化性轉變皆意謂著創造性成長，而認知「擾動」正是使當事人得以新方式來組織與看待世界的動力。

治療者在晤談情境中使用「挑戰性問話」時，支持與挑戰都是造成改變的關鍵因素，尊重、開放、溫暖、情緒反映等技巧對於營造同理與接納的晤談氛圍益顯重要，任何可能造成當事人產生「否認」、「抗拒」、與「防衛」狀態的因素應降至最低，唯有在有益成長的支持性氣氛中，當事人才能放下被挑戰的情緒威脅，朝「接受」、「適應」、與「統整」的狀態前進。

在當事人產生認知「擾動」後，想法重組是下一個步驟的重點。重組意謂再平衡化(reequilibrium)，有效的「擾動」來自於良好的傾聽與詢問技巧，使得「架新框」(reframing)的重新解釋得以產生，意謂當事人建構出新的意義與組織方式。因此，治療者必須面質當事人所有層面的不一致(如語文與非語文、想法與情感、想法與行動、情感與行動等)，

透過對於觀察資料的釋義(paraphrasing)與摘要(summarizing)，使當事人產生新的想法。一旦發生有益的「擾動」，對於所湧現之新的問題解決思考，治療者還須使當事人有「概念應用」的機會，以鞏固這種創造性成就。最後，治療者應邀請當事人回顧自身思考與問題解決行為的演變，這類反思性活動可使當事人掌握認知改變與重組的關鍵。

在實際應用上，從折衷的角度而言，任何能夠促成當事人轉移或發展更具適應性思考的方法，都是可以採行的治療技巧。研究者或治療者可以參考建構論取向的教學觀(甯自強，1993)，進一步修正為適合在心理治療情境中的使用，以下舉出建構性治療技巧的實施原則提供參考。

(一) 治療過程是交互、辯証的

建構論認為要使學習者能夠掌握問題解決的要素及組織，主要透過教學者與學習者的交互歷程(transactional process)所達成。由於當事人不一定了解治療者的意圖，透過嘗試及辯証，治療者與當事人針對對方活動捕捉彼此意圖，直到雙方解除因為交流活動所產生的壓力為止。在當事人困擾能夠透過主動的活動解除時，雖然已達到其求助需求，但心理治療的目的應進一步使當事人能夠「預知」自己的思考與因應方式的有效性，以確保能將治療所得類化至其他生活情境，增進未來因應的自主性。

(二) 治療情境由當事人主動建構

建構論主張教學情境由學習者所建構，基於語意的主觀特性，從事心理治療時，最有效的溝通方式應是透過活動的演示，並非只是純粹的語言說明。治療時所使用的認知性作業即是治療者用來展示其治療意圖的方式，象徵一種特定的思考與問題解決活動類型；認知性作業的活動是外顯的，但其顯著要素與組織則是由當事人所主觀建構的，當事人必須以其既有知識與思考對治療者在認知性作業所展示的行為加以闡釋，賦予認知性作業的主觀性意義。

(三)促使當事人建構有用的問題解決活動類型

建構論認為經驗源自於人類對其環境施予目標導向的活動，知識是人類經驗的產品，由組織個別活動到知識的建構都是由個體獨自完成。因此，引發當事人的問題解決活動為第一要務，當累積相當的個別活動後，再引導當事人自行從經驗中萃取問題解決活動的類型，這需要當事人能夠掌握活動類型的關鍵元素，以及將這些關鍵元素組織成型。

(四)認知干預的觀點應落於當事人的可能建構區

所謂可能建構區(zones of potential construction)是指在當事人既有認知基礎下，所可能調適的問題解決類型範圍。建構論認為學習者透過已經習得的問題解決活動類型把問題環境(不論是內在的或外在的)視為必然(necessity)後，便可採用這些必然性素材，提供進一步思考操作的活動所需，使環境產生新的可能性(possibility)；再更進一步將新的可能性類型化，成為下一階段的必然性。新的問題解決活動類型必然是以舊的類型為基礎，從重組原有活動類型中產生。因此，新的認知與相對應的問題解決活動必然受限於當事人既有的問題概念化能力，以及當事人是否掌握新的問題解決活動之關鍵素。

根據上述建構性治療原則，配合不同認知發展階段的特性，便可演繹不同層次所適宜採取的干預技巧。在此原則下，治療者在兼採各種治療技巧時，應先考量當事人的認知思考層次，也就是考量要使當事人能與認知干預產生有意義地互動，其思考運作必須位於何種認知層次之上，以及該治療技巧的抽象程度而定。因就治療效果所涉及認知運作而言，不同治療技巧有其必要的認知思考層次，以下說明這層關係。

面對感覺動作層次與象徵性層次的當事人，治療者適宜採取「環境」導向的結構式方法，以高度影響性技巧為之，例如行爲塑型(behavior modification)、完形演練(gestalt exercises)、放鬆訓練(relaxation training)、甚至藥物治療的輔助，因為位於此認知思考層次的當事人較為失序、解組，生理反應與情緒的控制甚為重要，上述這些方法可以達到這種目的。

面對具體操作層次的當事人，則應採取「教導」導向的方法，平衡使用傾聽與影響

性技巧。基於當事人思考為情境特定與具體行動導向，治療者宜採取著重情境式的行為取向方法，例如肯定訓練(assertive training)、生活技巧訓練。此外，如現實治療法(reality therapy)、問題解決模式(problem-solving models)、做決定訓練(decision-making training)、Meichenbaum(1977)的「認知行為治療法」等針對特定問題情境以及強調行為因應層面的治療技巧都可以折衷地使用。

面對形式性思考層次的當事人，因其思考的類型化特徵，以 Ellis(1988)「理情治療法」與 Beck(1976)「認知治療法」而言，由於這些模式的技術都強調不良信念系統或思考類型的認知改變，因此適合應用在此層次的當事人。此外，由於形式性思考的當事人已具備「自我導向」，因此，羅吉斯學派(Rogerian)與意義治療法(logotherapy)等非指導性及以當事人為中心的技術亦適合此層次的當事人。

面對相對性思考與辯証性思考的當事人，因其能夠採取多元觀點，就女性主義治療法(feminist therapy)或建構論取向的家族治療法(family therapy)而言，因其運作涉及多重價值系統，為適合運用在為此層次的治療技巧；另外，心理動力取向的治療技巧充滿高度抽象性與矛盾性，例如移情與反移情、夢的顯性與隱性、意識與潛意識的衝突等，這些技術思考運作需要當事人在相對性思考層次以上才能負擔，亦才可能達到象徵辯証性綜合的修通(working through)，聯絡意識與潛意識(佛洛依德學派的觀點)，或統整自我與陰影(新佛洛依德學派容格的觀點)等境界。

以折衷觀點探討不同治療技巧的運用，一方面基於其他學派的治療技巧可以在不同認知思考層次所伴隨的心理困擾中發揮一定的作用，使本治療模式對既有的治療技巧有較廣的包容性與吸納性，讓有興趣嘗試本模式的治療者能夠彈性運用既有技術，在不須重新學習的情況下實施；另一方面，可藉此彰顯此認知行為治療模式的整合性。然而，不同學派的治療技巧實有其不同的病理基礎，置於本模式折衷使用時，主要考量為能否在配合當事人認知思考層次的情況下，促進個體產生認知遷移與發展，並因此改善情緒困擾，讀者不宜將這些折衷技術背後的病理觀點與認知治療混淆。

肆、結論與展望

從不同認知思考層次影響當事人的情緒困擾與因應行為而言，個體因應問題時所採取的思考方式扮演著適應與否的關鍵性角色，未來採取本模式的臨床工作者，在「評量階段」，可從當事人認知思考層次尋求病理層面的解釋，並根據該層次的可能缺點與限制，了解當事人思考方式與因應當前困擾的「適合度」(goodness of fit)；緊接著，透過治療者與當事人之共同建構(co-construction)，促使個體能夠跳出既有思考方式，採取其他可能建構的替代性觀點。在「處理階段」，治療者的工作重點在於透過建構論的認知改變原則，導入不同認知層次的治療策略來促成當事人思考方式的轉移，藉著提昇層次間(垂直的發展)或擴充層次內(水平的發展)的認知功能，使當事人能夠基於不同的思考方式因應問題，並進而有效改善心理困擾。

以當事人的認知思考層次建立心理病理基礎，對診斷的啓示在於：當事人如何描述他(她)的問題反映其認知思考的層次。這是指當事人如何談論自己的感受，會因認知思考層次而有不同(Chinen, 1984)。由於當事人的自我陳述對臨床工作者了解問題的本質相當重要，也是「案例概念化」的關鍵資料，倘若 Chinen 的研究可信，這似乎意謂著結合建構與發展觀點的模式獲得間接性的支持。未來應系統性的檢驗 Chinen 的觀點，一旦認知思考層次的病理觀點有其實用價值後，評量當事人認知思考層次亦成為臨床衡鑑的標準步驟，那麼，如何發展更具信、效度的標準化工具，如何建立具有實徵價值的病理常模(norms)，便為此模式實際推廣前的重要事項。

結合建構與發展觀點的認知行為治療提供發展心理學與認知治療之跨領域整合的可能，因其認知思考的發展理論可以提供整合主要認知療法的後設基礎。例如，Ellis(1979)歸納出非理性信念都包含「絕對性思考」與「必須性思考」(musturbatory thinking)兩種成分，這種絕對性思考的特性正反映出屬於形式性思考的限制，即單一邏輯系統內的封閉運思，思考採取絕對性的原則或觀點，Ellis 的非理念信念正反映出形式性思考的相對限制。以 Beck(1976)的認知病理而言，個人中心化(personalization)象徵認知系統的僵

硬性，以過度同化的方式處理與自我基模(self-scheme)有關的訊息。極端化思考(polarized thinking)反映形式系統的二元思考特性，以二元對立的方式來劃分經驗。因此，當 Ellis 與 Beck 的認知治療完成時，當事人已掙脫既有的僵硬思考，重新發展新的觀點，使形式系統能夠進一步發展。由此觀之，這兩個認知治療法可以看成促成當事人從形式性思考朝向後形式思考的認知治療模式，當實際治療完成時，當事人至少已達相對性思考的狀態。

上段的簡短論述可以看出結合建構與發展觀點的認知行為治療模式，會比既有模式較具包容性，可以適用於不同人生發展時期與不同認知思考層次的當事人。以認知思考層次做為認知治療的起點，對於認知發展與認知治療兩個領域來說，具有理論與實務的雙重價值，不但增進我們瞭解不同思考層次在人們生活適應的功能，藉由認知發展與心理治療的對話與整合，更能發揮這個治療取向的實用價值，值得這兩個領域的研究者重視。未來研究可以朝向：不同認知思考層次在人們日常生活的適應上的優點與代價為何？不同範疇的問題情境適合何種認知思考層次？當事人思考與情緒的動態改變歷程是否如本模式的觀點所言？那些治療技機能夠有效促進當事人的認知「擾動」與重組？如何建立標準化的認知評鑑程序與工具？這些都是具有理論與應用價值的研究方向。誠盼作者拋磚引玉的拙見，能夠引起國內認知治療界的建設性反思，並期望不久的將來，能有國人集思廣益的認知行為治療模式受到普遍檢驗與應用。

參考文獻

- 甯自強(1993)。建構式教學法的教學觀：由根本建構主義的觀點來看。*國教學報*，5期，頁33-39。
- 詹志禹(1996)。認識與知識：建構論VS.接受觀。*教育研究*，49期，頁25-38。
- 廖鳳池(1988)。不良認知內容的探討：從Ellis，Beck及Meichenbaum的認知治療談起。*諮商與輔導*，30期，頁2-8。
- Basseches, M.(1984). *Dialectical thinking and adult development*. Norwood, NJ: Ablex.

- Basseeches, M.(1989). Dialectical thinking as an organized whole: Comments on Irwin and Kramer. In M. L. Commons, J. D. Sinnott, F. A. Richards, & C. Armon(Eds.), *Adult development, Vol. 1, Comparisons and applications of developmental models*, pp.161-178. NY: Praeger.
- Beck, A. T.(1976). Cognitive therapy. In J. K. Zeig(Ed.), *The evolution of psychotherapy*,pp. 149-178. NY: Brunner/Mazel.
- Blanchard-Fields, F.(1989). Postformal reasoning in a socioemotional context. In M. L. Commons, J. D. Sinnott, F. A. Richards & C. Armon (Eds.), *Adult development, Vol. 1, Comparisons and applications of developmental models*, pp.73-94. NY: Praeger.
- Cavanaugh, J. C., & Stafford, H.(1989). Being aware of issues and biases: Directions for research on postformal thought. In M. L. Commons, J. D. Sinnott, F. A. Richards, & C. Armon(Eds.), *Adult development, Vol. 1, Comparisons and applications of developmental models*, pp.279-292. NY: Praeger.
- Chinen, A. B.(1984). *Psychotherapy, self-contextualizing, and everyday problem-solving in the elderly*. Paper presented at the Annual Meeting of the Gerontological Society, San Antonio, TX.
- Clarke-Stewart, A., & Friedman, S.(1987). *Child development: Infancy through adolescence*. NY: John Wiley & Sons.
- Commons, M., Richards, F., & Kuhn, D.(1982). *Systematic and metasystematic reasoning: A case for levels of reasoning beyond Piaget's stage of formal operations*. Paper presented at the symposium on post-formal operations. Havard University, April.
- Corey, G.(1996). *Theory and practice of counseling and psychotherapy*(5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Daniels, T. G.(1994). Developmental counseling and therapy: Integrating constructivism

- and cognitive development in counseling settings. *Canadian Journal of Counseling*, 28, 142-153.
- Dryden, W., & Ellis, A.(1988). Rational-emotive approach. In K. S. Dobson(Ed.), *Handbook of cognitive-behavior therapies*, pp. 214-272. NY: Guilford Press.
- Ellis, A.(1979). Rational-emotive therapy. In A. Ellis & M. Whiteley(Eds.), *Theoretical and empirical foundations of rational-emotive therapy*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Ellis, A.(1988). *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything-Yes, anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Freeman, A. & Dattilio, F. M.(1994). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*(Eds.). NY: Plenum.
- Goncalves, O.(1989). Cognitive representation of self-narratives and self-knowledge development of agoraphobic clients. Presentation to the World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, England.
- Ivey, A.(1986). *Developmental therapy: Theory into practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ivey, A.(1990). *Developmental strategies for helpers: Individual, family, and network interventions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Ivey, A., & Goncalves, O. F.(1988). Developmental therapy: Integrating developmental processes into the clinical practice. *Journal of Counseling and Human Development*, 66, 406-412.
- Ivey, A, & Ivey, M.(1990). Assessing and facilitating children's cognitive development: Developmental counseling and therapy in a case of child abuse. *Journal of Counseling and Development*, 68, 299-305.
- Koplowitz, H.(1984). A projection beyond Piaget's formal-operations stage. In M. L. Commons, F. A. Richards, & C. Armon(Eds.), *Beyond formal operations: Late*

結合建構與發展觀點的認知行為治療模式

- adolescence and adult cognitive development*, pp. 272-295. NY: Praeger.
- Kramer, D. A.(1989). A developmental framework for understanding conflict resolution processes. In J. D. Sinnott (Ed.), *Everyday problem solving in adulthood*, pp. 133-152. NY: Praeger.
- Kramer, D. A., & Woodruff, D. S.(1986). Relativistic and dialectical thought in three adult age-groups. *Human Development*, 29, 280-290.
- Labouvie-Vief, G.(1982). Dynamic development and mature autonomy. A theoretical prologue. *Human Development*, 25, 161-196.
- Meichenbaum, D.(1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Miller, P. H.(1989). *Theories of developmental psychology*(2ed ed.). New York: Freeman & Company.
- Neimeyer, R. A.(1993). Constructivism and the cognitive psychotherapies: Some conceptual and strategic contrasts. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 7, 159-171.
- Piaget, J.(1950). *The psychology of intelligence*. New York: International Universities Press.
- Post, F.(1980). Paranoid, schizophrenia-like, and schizophrenic states in the aged. In J. E. Birren & R. B. Sloane(Eds.), *Handbook of mental health and aging*, pp, 591-614. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Riegel, K. F.(1973). Dialectic operations: The final period of cognitive development. *Human Development*, 16, 346-370.
- Schaie, K. W.(1977). Toward a stage theory of adult development. *International Journal of Aging and Human Development*, 8, 129-138.
- Sinnott, J. D.(1984). Postformal reasoning: The relativistic stage. In M. L. Commons, F. A. Richards, & C. Armon(Eds.), *Beyond formal operations: Late adolescent and*

- adult cognitive development, pp. 298-325. NY: Praeger.
- von Glaserfeld, E.(1984). An introduction to radical constructivism. In P. Walzlawick (Ed.), *The invented Reality*, pp. 17-40. NY: Norton.
- Weishaar, M. E.(1993). *Aaron, T. Beck*. London: Sage Publications.
- Wessler, R. L.(1993). A reply to Ellis's critique of Wessler's critique of rational-emotive therapy. *Psychotherapy, 30*, 533-534.
- White, R. W.(1976). The active organism in theoretical behaviorism. *Human Development, 19*, 99-107.

A Cognitive Therapy Model from the Constructivist and Development Perspectives

Wen-Bin Chiou

Assistant professor ·

Center for General Education · Ling Tung College

Received : Mar.8 2000, Accepted : Nov.6 2000

Abstract

As the cognitive approach becoming the mainstream of psychology, cognitive therapy also has developed prosperously. Due to the rare dialogues between developmental psychology and counseling psychology, the ontogenesis theories of cognitive therapy could not be integrated with those of developmental psychology. The author based on the genetic epistemology of constructivism approach and took various thinking styles of cognitive development as the theoretical basis of psychopathology to justify the logos of cognitive behavior therapy. Thinking styles of various cognitive developmental levels have problem-specific fitness on problem-solving and constraints, the psychopathology of maladaptations could be established from theses cognitive levels of clients, then the author proposed a tentative models including constructivist and development perspectives. Finally, future research implications about this approach were also suggested. We hope that the mutual dialogues between cognitive development theory of developmental psychology and clinical applications of counseling psychology can facilitate the advance of interdisciplinary integrity

Keywords : formal operations, relativistic thinking, constructivism, cognitive behavior therapy, dialectical thinking