

國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系
教育心理學報，民 98，41 卷，1 期，45—68 頁

以全球資訊網為介面之認知治療網路 即時諮商研究：以憂鬱情緒當事人為例*

張 勻 銘

王 智 弘

國立彰化師範大學
輔導與諮商學系

本研究目的為瞭解以全球資訊網為網路即時諮商介面運用認知治療於憂鬱情緒當事人之經驗。本研究邀請三位女性憂鬱情緒當事人分別參與 9 次、12 次及 23 次網路即時諮商。研究方法以質性研究之內容分析法為主，並收集「貝克憂鬱量表第二版」分數之量化資料。研究結果發現與討論分為兩部分，1.當事人之經驗：(1) 辨識自動化思考與往下想技巧有助於當事人的認知檢核，行為技術可運用於嚴重憂鬱情緒之當事人；(2) 認知治療網路諮商對中度憂鬱情緒當事人 A 與當事人 B 之憂鬱情緒減緩有所助益，對重度憂鬱情緒當事人 C 則具支持作用。2.諮商員之經驗：(1) 文字溝通能清楚呈現當事人的想法與認知歷程，有助於介入策略的實施；(2) 諮商內容紀錄可作為家庭作業素材，亦有利督導；(3) 表情符號功能有助於諮商員掌握當事人的情緒狀態；(4) 資料傳輸功能有助時間規劃與不良功能認知紀錄表等介入策略。最後再提出具體建議，供網路諮商實務工作者與未來研究參考。

關鍵詞：網路、網路諮商、認知治療、憂鬱情緒

使用網路與電腦已經成爲一種新興的溝通管道，有越來越多潛在的當事人在生活中透過電腦網路作為溝通管道，助人專業人員應主動接觸電腦與網路，並嘗試將其應用於專業工作中 (Lee, 1998)，網路諮商服務之興起乃爲自然發展趨勢。國內的網路諮商服務，首先由「高雄張老師」自民國85年利用 BBS 版面與電子郵件式的網路諮商服務。接著，陸續有「心靈園地」、「健康諮詢網」、「台北市生命線協會」、「台北張老師」、「台灣心理諮商資訊網」等社區機構或網站提供服務；學校機構部份，如中山大學、中央大學、陽明大學、彰化師範大學、台北醫學大學、政治大學、交通大學、東海大學與嘉南藥理科技大學等；公務機關如海巡署的「溫老師諮商園地」與人事行政局的「公務人員網路諮商服務網站」(王智弘, 民95) 等，也陸續加入了網路諮商之服務行列。

網路諮商工作逐漸普及，相關學術研究成果亦持續累積。網路的相關研究主要在三方面：網路媒體及其衍生之心理影響與問題探討、針對網路媒體所衍生的心理問題提出適切的輔導策略、運用

* 本論文之研究資料主要來自張勻銘之碩士學位論文，由王智弘指導之下完成，部份統計資料曾在 2006 年台灣心理治療與心理衛生年度聯合會以壁報論文型式發表。通訊作者：王智弘，通訊方式：ethic@cc.ncue.edu.tw。

網際網路媒體以提昇諮商服務與教育訓練效能等(王智弘, 民92)。前兩者是研究如何因應網路, 後者則是研究如何應用網路, 對諮商專業人員而言, 應用網路的最佳方式之一就是網路諮商。美國心理學會的遠距健康專業實務工作團隊(Work Group on Professional Practice Issues in Telehealth)指出, 若能針對不同網路諮商介面的使用效果、網路諮商的治療關係、對不同族群當事人進行網路諮商的成效與內涵, 以及教育當事人和諮商員使用網路諮商等四項相關議題進行研究, 是豐富網路諮商實徵與理論基礎的重要面向(Rabasca, 2000)。以國內外目前的研究觀之, 有關應用不同網路介面以進行網路諮商, 以及運用不同諮商理論以進行網路諮商的研究正逐漸累積之中。

在應用不同網路介面以進行網路諮商的研究方面, 有關電子郵件介面, Murphy 和 Michell(Collie, Mitchell, & Murphy, 2000; Murphy & Mitchell, 1998)發現: 透過電子郵件並搭配使用敘事治療與焦點解決治療, 能幫助當事人從舊故事中解套, 重新發展新故事, 並找尋正向資源, 進而協助當事人解決困擾。顯示以電子郵件為介面的網路諮商服務, 能結合目前的心理治療理論與技術協助當事人並達到諮商目標。以留言版為介面的網路諮商研究則發現(林昭伶, 民93): 留言版的管理者, 有時會被留言版使用者視為諮詢者, 使用者會期望在留言版的回覆中得到解決個人困擾的相關支持與解答, 可見以留言版為介面的網路諮商服務在回覆的及時性與豐富度上是效能發揮的工作重點。而使用討論區為介面的網路諮商研究發現(施文正, 民95): 討論區求助者的使用動機為希望取得資訊與獲得情感支持, 討論區能留住使用者的重要因素包括有情緒支持、討論互助、自我成長、促進學習, 以及具有網路溝通優勢等。可見以討論區為介面的網路諮商服務在資訊提供與情感支持上具備善用網路溝通優勢的關鍵功能。

網路聊天室亦為重要介面。以 BBS 網路聊天室進行網路即時諮商服務的研究發現, 於網路諮商情境中, 諮商員可有較多時間思考介入技術, 且諮商資料容易保存, 但缺點為諮商員不易掌握當事人非語言訊息, 至於網路諮商關係上, 當事人與諮商員的工作同盟皆會隨著諮商次數而上升, 且當事人認為網路即時諮商能幫助其有所獲得與成長(李偉斌, 民91)。使用 Yahoo 即時通網路聊天室進行網路諮商服務研究, 則發現當事人透過即時通介面較能自在的與諮商員交談並從中獲益, 而諮商員也能於網路諮商過程有較多的時間思考回應內容, 因而對技術使用較有勝任感, 但以即時通為介面之網路諮商也有非語言訊息不足的缺點(李書藝, 民93)。以全球資訊網網站的網路聊天室進行網路諮商服務之研究亦發現, 透過文字的諮商互動過程確實有上述的優點與限制(卓翠玲, 民96; 鄭惠君, 民95)。其中, 由於全球資訊網網站的網路聊天室較具專屬性, 因此, 較不若 BBS 或即時通介面有被他人干擾的限制, 顯然更合於諮商服務的特質。就即時與專屬性的特點而言, 全球資訊網網站的網路聊天室為介面則可說是提供網路諮商服務較佳的介面選擇。

使用即時視訊(real-time video)進行網路諮商的方式, 未來可能成為網路諮商服務的主流之一(Elleven & Allen, 2004)。此類諮商是運用網路科技, 讓身處兩地的諮商員與當事人能傳達影像與聲音, 彷彿身處於晤談諮商情境般, 僅是彼此透過電腦螢幕相互觀看, 此模式是目前網路諮商中最接近晤談諮商的情境。國外一些心理治療與心理諮商網站已提供即時視訊的網路諮商服務, 國內如人事行政局的「公務人員網路諮商服務網站」與中央大學諮商輔導中心, 也有應用即時視訊的網路諮商, 此類的網路諮商方式因影像曝光而較不具匿名性之缺點, 而且網路穩定性以及設備的相關問題也尚待克服。

虛擬實境也被運用到心理治療與諮商上, 如治療懼曠症的當事人、害怕公開發言的當事人、911 恐怖攻擊後的創傷後壓力疾患、飲食疾患、特定對象畏懼症當事人, 如害怕蜘蛛、幽閉恐懼、害怕開車的當事人等(Tate & Zabinski, 2004)。虛擬實境能夠將當事人所害怕與恐懼的情境模擬出來, 以循序漸進的方式進行治療, 虛擬實境的心理治療發展前景可期, 若有更多的實徵與臨床研究加以佐證, 將會更豐富此媒介應用之相關資源。

由國內外應用不同網路介面於網路諮商的相關研究可知，目前網路諮商服務的應用與相關研究仍以電子郵件與聊天室介面為主，並以全球資訊網聊天室為介面進行網路諮商服務更具有其優越性。本研究即以全球資訊網為介面進行網路諮商，以瞭解使用該介面當事人的網路諮商經驗。

另外，不同諮商理論應用於網路諮商研究方面，目前相關文獻指出在網路諮商中被建議採行的理論取向包括敘事治療、焦點解決治療、多重模式治療、認知行為治療、危機介入理論以及一次單元諮商模式等（王沂釗，民90；王智弘、楊淳斐，民90，民93，民95a，民95b；卓翠玲，民96；鄭惠君，民95；Collie, Mitchell, & Murphy, 2000; Day & Schneider, 2000; Polauf, 1997; Suler, 2001）。不同的研究顯示，透過不同的諮商理論結合電子郵件或聊天室進行網路諮商，可為不同問題的當事人提供適切的服務與治療成效。

在上述被認為可應用於網路諮商上的相關諮商理論中，認知治療與認知行為治療是在實務工作中運用相當廣的學派，其在協助憂鬱症當事人的效能上已受到眾多研究的支持，不論於憂鬱認知模式建立，或對憂鬱症當事人的治療和預防復發，皆有相當正向的研究成果出現（柯慧貞、陸汝彬、柯永河，民89；Beck, 1976, 1993; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Scott et al., 2005）。由於認知治療對於憂鬱當事人的成效備受肯定，隨著電腦網路科技的發展，認知治療與認知行為治療的助人專業人員，也開始著手應用電腦網路科技於治療中。

以認知治療與認知行為治療結合電腦網路科技的現況觀察，目前發展最多的為提供當事人自行學習使用的自助程式與軟體。如美國認知治療學會的當事人自助網站（<http://www.myselfhelp.com/Programs/HomePage.html>），網站內建清楚的程式步驟教導當事人因應症狀、區辨情緒與想法、學習改變負向認知、更積極的面對生活以及預防復發的方法。此外，也有認知治療的教育程式開發，經由研究發現，當事人能夠接受自助方式進行的認知治療，也能藉由程式獲得認知的改變與學習（Wright et al., 2002）。目前有服務憂鬱症與焦慮症當事人自助互動程式 Good days ahead，由 Jessy Wright、Andrew Wright 與 Araon T. Beck 所設計。

於英國，行為與認知治療師協會則針對憂鬱症、焦慮症、強迫症與恐慌症發展電腦化認知行為治療（Computerized Cognitive and Behaviour Therapy，簡稱為 CCBT）。相關的研究指出（Gega, Marks, & Mataix-Cols, 2004），將 CCBT 應用於焦慮症、憂鬱症與強迫症的當事人，經過12週的研究發現，當事人的臨床症狀皆有減輕。CCBT 對心理衛生的初級預防與次級預防皆有所助益，未來可應用於兩個層面，一為當事人在門診等候名單時可先接受 CCBT 的練習，其次為心理諮商時將 CCBT 作為輔助的工具（Anderson, Jacobs, & Rothbaum, 2004; Fox, Acton, Wilding, & Corcoran, 2004; Gega et al., 2004）。CCBT 仍有不少可繼續探討與嘗試之處，隨著 CCBT 的推廣，可為當事人提供更方便、經濟與多元的服務。

澳洲也如同英美兩國，積極結合電腦網路科技與認知治療或認知行為治療。澳洲大學的心理衛生研究中心，將認知行為治療結合電腦網路科技，設置 E-hub 網站，內含 MoodGYM 自助訓練程式（<http://moodgym.anu.edu.au/>），目的為協助憂鬱當事人。Christensen 等人針對 MoodGYM 使用與效能進行研究，針對165位 MoodGYM 的使用者，以訪談的方式瞭解使用者於六週間的憂鬱症狀與認知調整的變化，並設計控制組比較，六週後發現，所有的 MoodGYM 當事人皆完成程式中半數的課程，憂鬱症狀亦有減輕，在認知偏誤部分也有改善（Walling, 2004）。由上述研究可知，MoodGYM 程式設計能為憂鬱情緒的當事人提供協助。

美國、英國與澳洲的認知治療或認知行為治療的助人專業人員，皆積極的使用電腦與網路科技於當事人服務中，以創造更方便、經濟與多元的治療方式。然而上述設計由於強調自助學習，因此都是網站內建心理健康的相關資訊與課程，由程式和當事人互動，當事人在學習過程中並沒有諮商員直接與其互動，因此當事人若有相關疑惑，得另外求助諮商員。

相較於自助程式的蓬勃開發，認知治療或認知行為治療師運用網路為溝通媒介進行心理諮商服務的相關研究較少，而且目前可見的研究大多是針對焦慮或飲食疾患的當事人提供服務，使用的網路介面包括電子郵件、網路聊天室與虛擬實境。於電子郵件的運用方面，有治療暴食症當事人的研究(Robinson & Serfaty, 2003)。其次，於聊天室諮商方面，則為服務焦慮當事人的研究(Rassau & Arco, 2003)。最後，則有研究以虛擬實境協助暴食症與過重的當事人，提供經驗式認知治療(experiential cognitive therapy)，並獲得令人滿意的研究成果(Riva et al., 2000; Riva & Vincelli, 2001)。

雖然認知治療與認知行為治療的網路諮商相關研究紛紛出現，但多針對焦慮症、暴食症當事人進行治療，未有使用認知治療針對憂鬱情緒當事人的網路諮商相關研究，而且多數提供給憂鬱情緒當事人的服務多為網路自助課程，甚為可惜；再加上有遭遇精神疾病問題困擾的網路求助當事人中，困擾問題類型又以憂鬱症及焦慮症問題為主(林朝誠，民90)，因此，為憂鬱情緒當事人提供網路諮商協助有其必要。

職此，本研究主要目的在於探討運用認知治療於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之經驗。研究問題為1.對憂鬱情緒當事人而言，使用以全球資訊網為介面的網路即時諮商之經驗為何？2.對憂鬱情緒當事人而言，以全球資訊網為介面的認知治療網路即時諮商之經驗為何？3.對諮商員而言，以全球資訊網為介面的認知治療網路即時諮商之經驗為何？

方 法

一、研究情境

本研究應用台灣心理諮商資訊網(<http://www.heart.net.tw/>)所屬之網路諮商網站(<http://www.heart.net.tw/counseling>)為本研究之網路諮商介面，係由第二位研究者與台灣心理諮商資訊網資訊服務團隊長期研發所得。網站設計具有以下特色，包括：諮商流程系統化、資料管理電腦化、提供諮商員輔助工具、提供研究分析工具、記錄完整重現、提供對談的時間訊息與線上即時督導功能等(黃健峰，民94；楊豐兆、王智弘、黃健峰，民94)。為一網路諮商服務專業網站，為執行本研究，並進行相關的功能強化與程式設計修正。

網路即時諮商畫面如圖1：



圖1 網路即時諮商畫面

二、研究參與者

本研究之網路諮商當事人爲一般民眾，對象限定爲有憂鬱情緒（由貝克憂鬱量表第二版篩檢，屬輕度、中度、重度憂鬱情緒者），或經精神科醫師診斷有憂鬱症病史之當事人。本研究於民國93年10月16日開始上網招募，於93年11月16日結束招募，爲期一個月，共收到16封對網路諮商有興趣者的信件。

來函者中男性3人（當中兩位經由學校轉介），女性13人，男女比例大約爲1：4。年齡分布爲15歲至50歲，其中以21歲至40歲的年齡層較多，而學歷以大專/大學最多，其次爲高中/高職。來函者的基本資料如表1與表2：

表1 來函者年齡分布

年齡層	15-20 歲	21-30 歲	31-40 歲	41-50 歲	總數
人數	3	7	5	1	16

表2 來函者學歷分布

學歷	國中	高中/高職	大專/大學	研究所	總數
人數	1	4	9	2	16

經過研究者回信與篩選後，正式進入網路諮商的有三人。其餘來函者的狀況爲：一、來函者未再回信。二、來函者與研究欲尋找的對象不符。三、諮商中斷或流失。本研究的研究參與者有三位，基本資料如表3所列。

表3 研究參與者基本資料

當事人	性別	年齡	學歷	職業	參與研究動機	談論主題	次數	諮商開始	諮商結束
A	女	21 歲	大學	學生	因人際關係困擾而參加	憂鬱情緒 人際困擾	9 次	93.11.17	94.01.19
B	女	23 歲	大學	助理	因生涯抉擇困擾而參加	憂鬱情緒 人際關係 壓力調適 時間安排	12 次	93.10.28	94.03.17
C	女	38 歲	高職	家庭主婦	因憂鬱症與焦慮症狀導而參加	憂鬱症 焦慮症狀 親子關係	23 次	93.10.22	94.04.01

研究參與者的學歷皆爲高職以上，此現象主要爲本研究乃透過台灣心理諮商資訊網招募，據調查使用該網站的當事人以大學以上爲主、女性居多、年齡以20歲至40歲佔多數（王智弘、林清文、劉志文、魏嘉宏，民90）。其他網路諮商研究亦指出，網路求助者學歷較高，女性較多（李書藝，民93；林朝誠，民90），本研究參與者之特質與一般網路諮商求助者之學歷與性別特性相符。

三、研究設計

本研究主要採取內容分析法爲主要架構。爲求資料的完整性，研究者於質性資料收集期間，亦收集必要之量化資料。運用認知治療於網路即時諮商時，分爲憂鬱情緒當事人與諮商員之經驗部分，於當事人之觀點方面，研究者分析認知治療運用於網路諮商之情形，也於分析中加入當事人之網路諮商心得、給予諮商員之回饋、網路諮商內容與訪談資料加以佐證，並針對當事人填寫的貝克憂鬱

量表第二版分數之量化資料進行描述與分析；於諮商員之觀點方面，則整理諮商員歷次之網路諮商札記。

四、研究工具

本研究的研究工具包括研究者本身、相關研究輔助工具，以及貝克憂鬱量表第二版中文版等，以下分別描述本研究過程中使用的工具。

(一) 研究者本身

本研究的執行過程主要由第一位研究者加以完成，第二位研究者主要扮演研究設計、諮商系統界面提供以及諮商督導之角色，第一位研究者於本研究中亦具備諮商員的角色，於本文會以「研究者」與「諮商員」兩種稱呼代表。於質性研究中，研究者本身為研究工具之一，因此以下就第一位研究者的相關背景進行說明，分為質性研究訓練背景、網路諮商背景，諮商專業背景與本研究之諮商督導三部份。

1. 質性研究訓練背景：第一位研究者在執行研究期間為輔導與諮商學系碩士班研究生，曾修習諮商理論與技術研究、諮商實務研究、輔導研究法、質的研究法、社區諮商實習、變態心理學研究、諮商倫理研究與駐地實習相關課程。

於質性研究訓練方面，研究者於修習「質的研究法」課程時，以小組的方式完成主題報告，於研究方法上有初步的認識與操作。研究者曾擔任國科會研究的訪談員及編碼員，並進行資料分析的工作，有實際進行質性研究資料分析之經驗。此外，研究者於確定使用質性研究法後，亦閱讀相關文獻，並與第二位研究者持續討論研究，以利於研究之進行。

2. 網路諮商背景：研究者亦為台灣心理諮商資訊網討論區之管理者，定期回覆討論區中網友的困擾與疑惑。研究者於平時會研讀網路諮商的相關文獻，參加網路諮商的研討會，以增加對於網路諮商的瞭解與敏感度。研究過程中，研究者於網路諮商遇到困難或疑惑時會與第二位研究者討論，以更熟悉網路諮商的運用，讓網路諮商的溝通與研究過程更具效能。

3. 諮商專業背景與本研究之諮商督導：由於第一位研究者亦為本研究的諮商員，具備以下之實務訓練經驗。研究者於修習社區諮商實習課程時，於彰化市秀傳醫院精神科進行200小時的實習。全職駐地實習則在彰化師大社區心理諮商與潛能發展中心，為時一年。

因網路諮商研究為橫跨心理諮商與網路的雙領域研究，為維持網路諮商的品質與研究倫理，第一位研究者進行網路諮商過程時，主要接受第二位研究者的督導，第二位研究者具諮商心理師執照並長期從事網路諮商之實務與研究，在校講授諮商與心理治療理論、網路諮商和諮商倫理等課程，熟悉網路諮商與諮商理論。督導重點在網路諮商之進行、諮商理論之應用與專業倫理的考量。此外，為了避免實務盲點，第一位研究者和另一位彰化師範大學輔導與諮商學系博士候選人針對網路諮商經驗進行同儕討論與回饋，討論重點在認知治療的介入策略，並檢核研究者在諮商過程中的盲點與可改進之處。

(二) 相關研究輔助工具

相關研究輔助工具包含研究宣傳稿、諮商同意書、當事人給諮商員的回饋、當事人歷次網路諮商心得、諮商員網路諮商札記與訪談大綱。其中，訪談大綱分為三個部分：一、當事人使用網路諮商網站的看法：當事人操作網站的觀感；二、當事人參與網路諮商的經驗：對網路諮商的觀感、經驗、對諮商員的看法、建議等；三、當事人認為認知治療對其諮商目標達成的影響：印象深刻的經驗、有助（或無助）達成目標的經驗，以及這些經驗的影響。

(三) 貝克憂鬱量表第二版中文版（陳心怡譯，民89）

貝克憂鬱量表第二版（The Beck Depression Inventory- Second Edition，以下簡稱為BDI-II），是

由 Beck、Steer 和 Brown 於1996年編製完成。於民國89年中國行為科學社獲得美國心理學公司（The Psychological Corporation）授權，由陳心怡翻譯為中文版。

BDI-II 是用來測量13歲以上青少年及成年人憂鬱程度的工具，發展目的為評估當事人是否有和「精神疾病的診斷與統計第四版（Diagnostic and statistical manual of mental disorders，以下簡稱為 DSM-IV）」準則一致的憂鬱症狀，以及瞭解憂鬱情緒的嚴重程度，但不能做為憂鬱症的診斷工具。

於量表的信效度考驗，Beck 等人收集500名門診當事人與120名大學生為樣本進行分析。於信度部分，內部一致性信度根據門診當事人樣本所得的 α 係數是.92，大學生樣本所得的 α 係數是.93。於重測信度部分，針對26名費城門診當事人的反應分析，於當事人第一次與第二次療程時接受貝克憂鬱量表第二版施測，時間約隔一週，重測信度是.93並達.01顯著水準。

於效度考驗部分，內容效度上量表已涵蓋 DSM-IV 憂鬱症的各項準則。於建構效度上，在比較貝克憂鬱量表第一 A 版與第二版的題目後，發現第二版的題目涵蓋較多門診當事人一般會有的症狀。

於 BDI-II 中文版之信效度考驗部分，盧孟良、車先蕙、張尙文與沈武典（民91）選取180位精神科門診當事人為樣本，分兩階段進行，由當事人先填寫完問卷，再由研究人員進行結構性會談以確定診斷。研究結果發現整體量表之 α 係數為0.94，折半信度方面為0.91。BDI-II 中文版的決斷分數為：正常範圍為0-16分，輕度憂鬱為17-22分，中度憂鬱為23-30分，重度憂鬱為31-63分。因素分析結果可獲得兩個因素，分別是認知—情感向度及身體向度，具良好信效度。本研究參考 BDI-II 中文版研究的分數決斷範圍作為判斷當事人狀況的依據。

五、研究步驟

（一）招募與篩選當事人

研究者透過「台灣心理諮商資訊網」張貼研究宣傳稿，清楚說明本研究之相關資訊，以招募適切之當事人。獲知本研究訊息並有興趣參與者，則透過電子郵件和研究者聯絡，研究者以電話、電子郵件或網路諮商網站，向來函者說明研究內涵與目的，了解其想晤談的議題，以及需要來函者配合的部份，以確定來函者為研究欲尋找之對象。若來函者不適合本研究，研究者則以信件提供相關的心理諮商資訊給來函者，相關資訊包含其所在地的心理衛生資源、其他網路諮商管道等，以提供來函者選擇適切的求助管道。

若來函者符合本研究欲尋找之條件，研究者以電話聯絡當事人，向當事人清楚說明研究相關訊息，包括研究者的背景、研究者身兼諮商員、網路諮商進行方式、諮商過程中為維持諮商品質，將有諮商督導從旁協助等事宜。若當事人對研究已了解並決定參與，研究者便寄諮商同意書與網路諮商時間表請當事人填寫，並請當事人回覆。

（二）網路諮商開始前的準備

1. 當事人試用網站與約定網路諮商時間：為讓當事人對網路諮商網站介面有所瞭解，研究者協助當事人設定帳號與密碼並加入網路諮商網站後，便與當事人約定試用網站的時間，目的為教導當事人操作網站的方式、讓當事人能有機會再次對本研究的疑惑進行詢問與獲得解答，研究者也於試用網站時與當事人確定可進行網路諮商的時間。

2. 當事人取得相關研究工具：於網路諮商開始前，研究者郵寄「BDI-II 中文版」，請當事人在每次網路諮商開始前填寫，並請當事人於每次諮商前10分鐘將量表答案上傳至網路諮商網站，以供研究者瞭解當事人該週的情緒狀況。此外，研究者以電子郵件傳輸「當事人給諮商員的回饋」與「當事人歷次網路諮商心得」格式給當事人過目，並透過電子郵件與電話，回答當事人對於量表使用與回饋單填寫的疑惑。

（三）進行網路諮商

研究者與當事人依約定時間進行網路諮商，原則上一週一次，諮商次數與諮商頻率依當事人的情況，進行協調或調整。每次諮商時間為1.5至2小時。每次網路即時諮商前，當事人填寫 BDI-II，讓研究者了解該週當事人的情緒狀況。於每次網路即時諮商後，研究者與當事人會將諮商內容各自存檔保存，此外，當事人於網路諮商後填寫「當事人給諮商員的回饋」與「當事人歷次網路諮商心得」，並以電子郵件傳輸給研究者。研究者則填寫「諮商員網路諮商札記」。進行網路諮商過程中，當事人若即時需要研究者的協助、更改諮商時間，或對於研究的過程有任何問題，皆可透過電子郵件的方式聯絡，研究者亦會儘快回覆。

（四）網路訪談

於網路諮商結束後，即使用網路諮商網站進行訪談，以瞭解當事人參與網路諮商的經驗。研究者討論確定訪談大綱後，於訪談前將訪談大綱與歷次網路諮商內容摘要寄給當事人過目，以協助當事人回想歷次網路諮商的内容與經驗，並對訪談有所準備。訪談時間約1.5至2小時，每位當事人進行兩次網路訪談。

（五）資料整理

研究者收集整理當事人參與網路諮商的心得、回饋與訪談內容後，即進行資料的整理、分類與分析等工作，以撰寫本研究之研究報告。初步撰寫質性資料與量化資料之結果後，先寄給當事人過目，包含質性的訪談資料、當事人諮商心得回饋之整理、歷次 BDI-II 分數變化圖、研究者對 BDI-II 分數變化圖的解釋等，以確定有無需要修改或增減之處，若有，則透過第二次訪談澄清，並於第二次訪談請當事人以故事命名的方式描述整個諮商歷程，以及統整其諮商經驗，於兩次訪談結束後，亦將整理資料給當事人過目，經當事人確認後才成為最後定稿。

六、資料處理與分析

本研究收集相關之質性資料與量化資料，並以內容分析法處理分析資料內容以回應研究問題。資料處理分為兩部分，第一部分整理當事人參與認知治療網路即時諮商之經驗，除了質性資料外，並輔以量化之量表資訊以及研究者分析；第二部分則為諮商員參與認知治療網路即時諮商之經驗，主要以諮商員書寫之網路諮商札記內容整理為主。

（一）質性資料之整理與分析

研究者收集研究相關質性資料，包括1.當事人歷次網路諮商給諮商員的回饋、2.當事人歷次網路諮商心得、3.網路諮商內容、4.訪談資料、5.諮商員網路諮商札記等，其中第一項至第三項為歷次網路諮商獲得，第四項為網路諮商結束後的網路訪談獲得，第一項至第四項之內容，亦經研究者以電子郵件郵寄給當事人確認內容無誤。第五項則為研究者歷次網路諮商書寫之札記。於資料之處理與分析時，研究者依據內容分析法之步驟處理。

1. 將文本編碼：首先，研究者將質性資料以代碼方式編排，其中，當事人給諮商員的回饋部分，其代碼形式為當事人代號、諮商回饋次數、問題號碼與敘述段落，如：A-c01-7-1，即代表當事人 A 的第一次諮商回饋，第七個問題敘述段落第一段。當事人歷次網路諮商心得部分，則為當事人代號、心得次數、問題號碼與敘述段落，如：A-f01-7-1，即代表當事人 A 的第一次網路諮商心得，第七個問題敘述段落第一段。訪談資料部分之代碼，則為當事人代號、訪談次數、敘述段落，而由於當事人受訪時的敘述段落有時涵蓋內容頗多，因此亦針對敘述段落的小節進行區分，如：A-i01-7-1，即代表當事人 A 的第一次訪談，第七段落的第一小節。

於進行內容分析時，為達研究信度之檢核，並提升研究者的客觀度。研究者請一位協同編碼員一同進行資料分析。本研究之協同編碼員為彰化師範大學輔導與諮商學系碩士班畢業生，目前於國

立大學擔任輔導老師，其碩士論文即為質化研究，亦有多次參與國科會研究計畫與質性研究資料分析之經驗。

2. 對內容類別下定義並建立編碼架構：於文本編碼完成後，研究者與協同編碼員著手建立編碼架構，於分別閱讀當事人給予諮商員之回饋、當事人歷次網路諮商心得與訪談內容後，研究者與協同編碼員分別記錄閱讀過程中浮現出來的類別與概念，並加以定義，接著，透過相互討論建立編碼表。之後，研究者討論編碼架構後即進行資料分析。

3. 蒐集素材到類別當中：研究者與協同編碼員針對一份訪談資料，依據先前建立好的編碼架構分別進行編碼工作後計算一致性，計算後達到0.86的一致性，因此其餘資料則由研究者自行編碼完成。

(二) 量化資料之整理與分析

於探討認知治療於網路諮商之運用部分，本研究使用 BDI-II 中文版記錄歷次當事人的憂鬱情緒狀況。於每次網路諮商開始前，當事人即填寫 BDI-II 中文版，並將分數於網路諮商網站上傳給研究者，而研究者於網路訪談開始前，以電子郵件傳輸憂鬱量表分數變化圖給當事人以確定內容無誤。於研究結果與討論部分，研究者呈現當事人歷次網路諮商憂鬱分數的變化圖，並搭配歷次當事人諮商狀況分析。研究者亦把量表分數分析結果寄給當事人過目，於獲得當事人對於歷次網路諮商分數變化之回饋後，再進一步統整分析的內容。

結果與討論

結果與討論分為三部分，分別為1.當事人使用全球資訊網為網路即時諮商介面之經驗；2.運用認知治療於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之當事人經驗；3.運用認知治療於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之諮商員經驗。文中引用當事人經驗的內容以「12號標楷體」呈現，說明如下。

一、當事人使用全球資訊網為網路即時諮商介面之經驗

分三部分討論，分別為1.當事人使用網站介面的知覺；2.網路諮商之特性；3.當事人網路諮商之互動知覺。以下論述之。

(一) 當事人使用網站介面的知覺

當事人認為網站的設計為友善易學的，如：「還滿不錯的，很像在網路上跟朋友聊天的感覺，不會很拘束」(A-f01-3-1)；「還蠻習慣的，因為使用過 MSN，所以對這種即時的對話不會很陌生」(B-f01-1-1)。但網路與系統不穩定的情況為須克服的難題之一，常見為連線以及資料傳輸不穩定問題，「之前有幾次打字都無法送出，結果要重打，那時真的欲哭無淚」(A-i01-42-2)。由於網路諮商情境是不斷進行的，若因為斷線而影響當事人當下的情緒，並讓其對網路諮商產生挫折，相當可惜，未來可加強系統與網路的穩定度，讓網路諮商過程更順利。

(二) 網路諮商之特性

1. 缺乏非語言線索：缺乏非語言線索優點為可避免尷尬與壓力，幫助當事人放鬆參與諮商的不安感，較具有隱匿性，增加自我揭露，「我覺得網路還是有它的好處，它讓人可以比較自在的談論難以用言語表達的事，它讓我在實體諮商中說不出的話，卻可以輕鬆的用文字表達出來，可以比較輕鬆的去談，就比較沒有壓力，比較能敞開心胸談論心理的疑惑，網路諮商的隱匿性，它可以讓自己較無顧忌的討論問題，而且沒有面對面的難以啟齒與尷尬」(C-i01-7-2)。

然而，缺乏非語言線索會讓當事人無法得知諮商員的狀態與缺乏現實感。如：「雖然有表情符號的輔助，但還是不像面對面時可以那麼直接的收到對方的反應，會有點小小的不安」(A-f02-6-2)；「不

能察言觀色，諮商員無法看到我的喜怒哀樂，即使我已淚流滿面，如果我不說，她也感受不到，更不要說能做適度的安撫與處理」(C-f01-4-2)，這也是網路諮商不同於晤談諮商之處，如果當事人不在網路上表達自己當下的狀態，可能諮商員較難以立即察覺。因此，諮商員要鼓勵網路諮商當事人立即將當下感受表達出來，以增進彼此了解。

2. 使用文字溝通：文字不同於對談快速，優點為可延長思考時間，且適合習慣使用文字表達的當事人。延長思考時間能讓當事人整理欲表達的想法與感覺，「打字，會經過頭腦思考之後，再用手寫出來，比較像在寫文章，除非是情緒很激動，或是真的很想講，才會想也不想一直打，但是那要真的很有感覺的時候才會這樣講話，就是想到就會脫口而出阿，有時根本不知道自己會講這種話」(Bi01-7-1)。但缺點為使用文字溝通較花時間，且影響表達，如「個人的文字表達能力也會影響結果，自己就常常覺得無法把自己深刻且痛苦的情緒用文字清楚的表達出來」(C-f06-4-1)。

不過，針對文字表達訊息有限的缺點，當事人也想出一些方法以彌補文字溝通傳遞訊息的不足，企圖讓表達能更清楚，如：「盡量想清楚我要說什麼，再開始打字，或者是再補充」(Ai01-13-2)；「若讓自己思考的時間太久，其結果會因過分修飾而有失真實，所以我盡量想到什麼就說什麼(打字)，宛如說話只憑直覺一般」(C-f01-6-1)。由此可知，當事人也有一套因應網路溝通的方法，有人會想清楚再打字，另有人會直接打出腦中思考內容，因人而異。

3. 打破空間限制：網路諮商可減少當事人舟車勞頓之苦，並能在熟悉的環境進行諮商，免去適應新諮商場所的過程，但缺點為易受外界干擾，如「親人打電話來，有種受到干擾的感覺，下次要將手機關機」(A-c05-5-1)。因此，諮商員提醒當事人於網路諮商時布置一個安靜的諮商空間，是必要的作法。

4. 較為自由：網路諮商的方便性與環境的可選擇性也提高當事人的自由度，當事人不需重視穿著打扮，行動也不受限制。然而，當事人有時會在諮商時分心瀏覽其他的網頁或聊天，而影響諮商的投入度。

5. 服務的優勢：當事人認為網路諮商非常符合時代潮流，為現代人提供另一諮商服務的可能，且若在諮商信任與深入探討的基礎上進行，則可能會獲得不同於晤談諮商的效果；「如果網路諮商克服了信任上的問題，又能有效能的探討到問題的核心，我想，它或許會比現實世界更容易談論著難以開口的問題，又不需面對談論問題時的難堪窘境，說不定會有實體諮商所意想不到的效果」(C-f08-4-1)。

(三) 當事人網路諮商之互動知覺

此部分主要為諮商員與當事人的網路互動頻率搭配。網路諮商時，當事人與諮商員需搭配彼此的打字頻率。有時候當事人未表達完時，若看到諮商員正在打字，可能會欲言又止、等待或感到焦急，如：「有時我一句話送出，但還有下一句要打，但諮商員就先回答了，還有看到下面諮商員正在打字的訊息，會有點緊張 還是跟平常講話不一樣，新注音選字真麻煩」(A-i01-16-1)。因此，當事人與諮商員在第一次諮商或是前兩三次諮商時，有段互動頻率的適應與調適期。「很謝謝諮商員在諮商過程中願意等我把所想的話全打完，因為打字很慢，有時候要花滿長的時間來打字，會怕別人等太久，所以就養成了一句一句打的習慣，可是這樣還滿容易被插話的，謝謝妳有注意到這部分，感覺很窩心呢^0^」(A-f02-6-4)。諮商員的等待與配合很重要，如諮商員等待當事人表達完再進行，能讓當事人感安心與被尊重。

二、運用認知治療於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之經驗

以下討論分為1. 認知治療運用於個別憂鬱情緒當事人網路即時諮商之討論、2. 認知治療運用於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之跨當事人討論兩部分論述。

(一) 認知治療運用於個別憂鬱情緒當事人網路即時諮商之討論

1. 當事人 A

(1) 諮商員對當事人 A 之概念化：當事人 A 之網路諮商進行九次，除了第一次諮商討論對上課興趣缺乏之困擾外，其餘八次皆針對當事人 A 參與諮商之動機—人際困擾。當事人 A 對於朋友態度的改變感到憂慮、不安與無法接受，並擔憂因此失去朋友。

諮商員與當事人討論其擔憂、相關的想法，以及當事人 A 對身為朋友角色的期待與定義。當事人 A 對事件的解釋有自我懷疑與被遺棄的自動化思考出現，並導致當事人的挫敗感與無力感。

從歷次諮商檢核當事人 A 自動化思考之內容，可透露其思考的認知偏誤為「過度的責任」，且內在常有的自我內言為「都是我不好，如果我做好一點」。於網路諮商時，諮商員會運用「多元歸因」等方法讓當事人 A 覺察。

於網路諮商時，諮商員與當事人 A 並未討論到基模之部分，諮商員從當事人 A 「過度的責任」之認知偏誤，以及當事人 A 描述處於關係中「過度依賴」的特質等內容，概念化當事人 A 的負向基模可能屬「不討人喜歡」的類別，但由於負向基模的內容未於諮商中討論，所以此為諮商員概念化的假設。

不過負向基模之運作並不非常強烈，只有當事人 A 遭遇挫折時才可能影響其想法。因為於第六次諮商，諮商員與當事人 A 探討「依賴的自己」之議題，當事人 A 發展出「賣火柴少女」的隱喻，並對隱喻的內涵感到衝擊與企圖改變，開始關照自己原本擁有的能力與肯定自己。

諮商員運用於當事人 A 認知治療網路諮商的介入策略包括：1. 辨識自動化思考；2. 往下想的技巧，確認想法的意義；3. 安排行為實驗當作正向資源與相反證據；4. 利用多元歸因；5. 使用隱喻；6. 運用因應卡統整當事人的學習等。

(2) 當事人 A 的 BDI-II 分數變化與說明：當事人 A 的 BDI-II 分數變化如圖2。

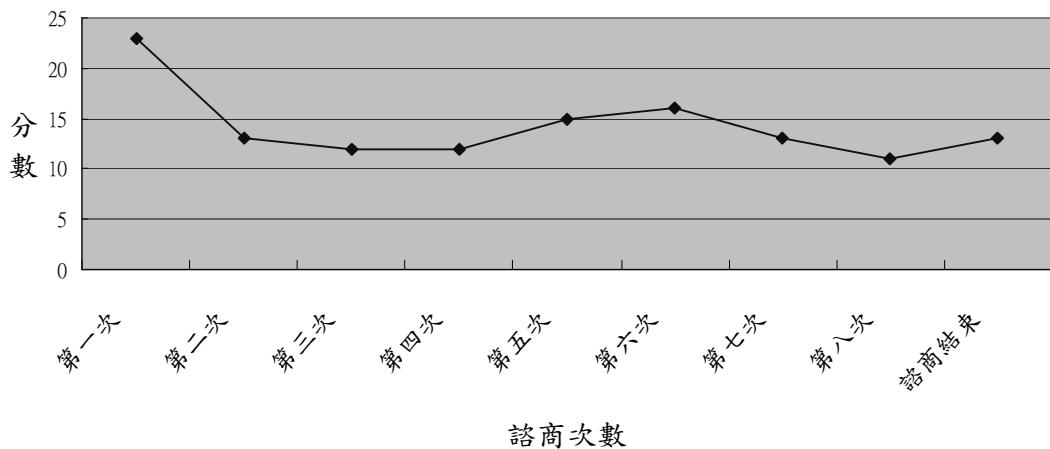


圖2 當事人 A 歷次諮商貝克憂鬱量表分數變化

A. 諮商員對分數變化與歷程的說明：從當事人 A 於歷次諮商前填寫的貝克憂鬱量表分數，可得知其憂鬱情緒的轉變。當事人 A 從諮商開始時的量表分數23分（屬中度憂鬱範圍），到諮商結束量表分數13分（屬正常值範圍），可發現當事人 A 於諮商過程中，逐漸讓憂鬱的情緒減低並加以維持。維持的諮商階段包括，第二次到第四次諮商，以及第七次至第九次諮商，皆能維持於正常值的水準。於第五次與第六次諮商間，有稍微起伏，接近正常值的邊緣。

從分數的曲線變化可發現，當事人 A 於接受第一次網路諮商時，憂鬱分數較高，當次諮商主要討論課業問題，尚未討論至人際困擾。至第二次諮商，憂鬱分數開始下降，降至13分（屬正常值範圍）。第二次諮商與第三次諮商適逢中考，讓當事人有可以轉移注意力的對象，於第二次諮商開始，諮商即針對人際困擾進行討論。

於第五次諮商與第六次諮商間，當事人 A 的憂鬱狀況有小幅度的起伏（第五次15分，第六次16分），到達正常分數的邊緣。於第五次當事人 A 的心得，可發現當事人 A 對於朋友的疏遠感到難過與自責。

「對於和那個朋友之間的關係，我一直有種無法掌握的感覺。對我來說，他說他對我的不尊重與不自覺的不耐，就算是一種決裂了。每日擔心害怕的事終於成真，感覺卻在傷心難過間有一絲絲的鬆了口氣，”看吧，果然這樣了！她離開了！”。唉，糟糕的人際關係」（A-f05-6-1）

回顧第五次與第六次的諮商內容，議題在於深入探討當事人 A 對朋友的態度與對自己的評價。當事人 A 描述自己是個「賣火柴的女孩」時，有如當頭棒喝般，對自己的表現充滿驚訝、難過與不捨等情緒，並更想有所改變。

在經過覺察自己的過程後，當事人 A 開始以更寬廣的視野關照自己與他人，並學習給自己合乎實際的評價。當事人 A 於諮商的第七次到第九次期間，分數趨於穩定。當事人 A 做了許多嘗試與努力，學習找尋相反的證據、多元歸因，以及發掘自己的優勢，這些發現與學習，讓當事人 A 的心情好轉，並對自己有不同的觀感，當事人 A 認為經過諮商後問題已解決了八成，其餘的部分則要不斷靠自己的提醒與努力突破。

B.當事人對分數變化與歷程的說明：當事人 A 回顧歷次憂鬱分數變化與諮商過程，以第六次諮商一討論「賣火柴的女孩」作為分界點。當事人 A 認為，第一次至第五次諮商，主要在於探索問題，有如身處迷宮一般，對自己的進步與是否持續諮商感到懷疑。

「感覺像在迷宮裡，這條路，好像可以走，不過好多坑洞，那條路，又太小條，路上很多阻礙很多我的舊習慣，一些因循苟且的事物想法，我很努力的想走出來，可是出口在哪？真的有出口嗎？一邊懷疑一邊前進，每次都只走了一小步，很辛苦……」（A-i02-26-1）

第六次諮商「賣火柴少女」隱喻的討論，讓當事人 A 對自己的表現與狀況感到震驚與不捨，並力圖改變，認為一到五次諮商經歷的迷宮，其實是自己誇大困擾的可怕性與過度的自責。

「會覺得，迷宮根本一開始就不存在，這只是賣火柴的小女孩的受虐幻想，根本沒這麼嚴重的，像作了一場好長好長的惡夢」（A-i02-30-1）

最後，當事人 A 以「拋棄火柴的女孩」代表整個諮商歷程，她找回以前明亮開朗與獨立堅強的自己，學習以更多元的角度詮釋事件。

2.當事人 B

(1) 諮商員對當事人 B 之概念化：當事人 B 當初諮商的動機為討論生涯抉擇，但之後的議題主要為人際困擾。當事人 B 表示需要從別人的讚美中獲得肯定，並且擔憂自己的表現無法達到對方的期望。

若深究當事人自動化思考的內容與意義，當事人 B 有「過度的責任」之認知偏誤，如：當事人 B 認為若工作沒有做好就是自己的錯，代表能力不足。諮商時，諮商員與當事人會一同討論令其感到困擾的想法與情緒，除了以「多元歸因」調整想法外，也討論照顧情緒的方式與減低當事人 B 對自己的要求。

從當事人 B 的認知偏誤可知其認為得做到完美與符合他人的標準，才能被肯定與確定自己的價值。因此，當事人 B 可能有「不討人喜愛」的負向基模，為避免無法獲得肯定的事件發生，當事人 B 不斷要求自己，但也對自己產生懷疑。對自己的懷疑為當事人 B 改變的契機，其開始思索是否得

如此追求，並且嘗試鬆綁要求與約束。於諮商後期，當事人 B 已漸漸能夠接納自己的情緒，覺察「沒有人是完美的」事實，並肯定自己諮商歷程中的轉變，當事人 B 認為「接觸真實的自己，較為快樂」。

諮商員運用於當事人 B 認知治療網路諮商的介入策略包括：1.教導辨識自動化思考；2.利用多元歸因避免過度責任；3.辨明問題情境，找出可著力之處；4.利用往下想的技巧，確認想法的意義；5.使用隱喻等。

(2) 當事人 B 的 BDI-II 分數變化與說明：當事人 B 的 BDI-II 分數變化如圖3。

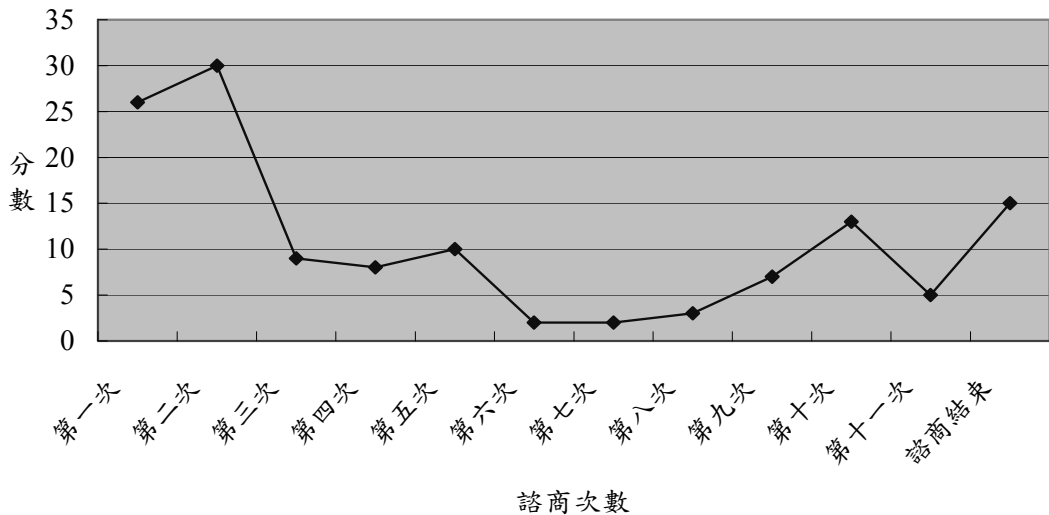


圖3 當事人 B 歷次諮商貝克憂鬱量表分數變化

A. 諮商員對分數變化與歷程說明

由量表分數變化可發現，當事人 B 於第一次與第二次諮商時的憂鬱情緒較高，屬中度憂鬱的水準（第一次26分，第二次30分），於第一次諮商時，當事人 B 正為工作與生涯規劃所苦，心情較為沈重。而第二次諮商開始前，當事人 B 受到朋友回信內容的影響而感自責，分數也稍有提高。

然而，於第三次諮商開始，分數急速下降，第三次立即降至正常值的範圍（分數9分），並維持至第九次諮商，當事人 B 的心情都較為平靜與穩定。這段期間，諮商的頻率大約為一週一次到兩週一次，視當事人 B 的工作與學習狀況調整。雖每次主題不同，但是都可以歸結到一個核心概念—當事人 B 需要他人的肯定與認同才能肯定自己。

第十次晤談內容，主要為時間安排的困擾，由於事情太多令當事人 B 的情緒有些起伏（分數13分）。而第十次與第十一次中間隔了一個月，因為適逢過年再加上時間的調整，而有如此長的間隔時間。但經過一個月後的第十一次晤談，當事人 B 已經能靠自己的力量應付生活中的狀況，只剩下一些較小的困擾了，因此第十一次諮商的分數再次下降。於歷次的晤談中，雖分數有所起伏與變化，但大體而言當事人 B 一直在進步中，包括：不斷的自我覺察、學習表達情緒與減少自責、從自己喜歡的活動中找到樂趣與方向、學會將大困擾分成小困擾等。

最後一次的諮商，雖然分數有小幅增加，但原因之一為當事人 B 與上司間的關係困擾。這次的討論很快就找到當事人 B 與上司溝通的方法。當事人並告訴自己不需強求自己努力表現以獲得認同與肯定，並認為最棒的肯定來自內心，學習適當的表達情緒，才能讓自己快樂。

B. 當事人 B 對分數變化與歷程的說明

當事人 B 觀察量表分數變化與回顧諮商歷程後，驚訝的發現其實除了第一次與第二次諮商外，

其餘的情緒狀況都不錯。當事人 B 對於諮商的分數或諮商階段並沒有進行明確的劃分。

當事人 B 認為在諮商前期，最需要的是諮商員的了解與接納，而隨著諮商的進展與諮商員不斷的調整態度，讓當事人 B 對諮商的效能感到意外，於每次諮商中的學習與覺察讓當事人 B 願意嘗試改變。

「我覺得其實一開始我很需要情緒的支持，而且被困在一個困境裡讓我很不舒服，而諮商員之後慢慢調整自己的方式，到後來只要提醒一下就可以轉變自己的態度，我覺得這樣的過程出乎我的意料之外」(B-i02-10-1)

當事人 B 於歷次諮商的覺察與學習，讓其能更接近真實的自己，對自己有更多的寬容，接納並表達情緒，並且願意鬆動「應該」的信念條件，這些收穫讓當事人 B 能愉快的與自己相處，於人際互動時也更加自在。

最後，當事人 B 以「天使墮入人間」描述整個諮商歷程。說明自己從原本有智慧與神力幫助所有人的天使，漸漸發現自己其實已經是個凡人的事實。當事人 B 以此接納目前的自己，體會身為凡人的成就感與表達自我需求的重要，以及感受人際間相互合作的溫暖與愛。

「覺得其實當久了，凡人有凡人的好處，他可以靠自己微薄的力量，一點一滴的努力，其實很有成就感。而且漸漸發現，其實大家都是凡人，可以互相依賴，互相合作。凡人是不会一下子就了解自己的，所以要靠表達才能讓別人知道自已的需求，我必須要靠別人，互相幫助才能維持自己的生存，雖然一開始很難過，但是後來漸漸覺得，這樣子的互相合作，其實有溫暖，也有愛」(B-i02-53-1)

2. 當事人 C

(1) 諮商員對當事人 C 之概念化

當事人 C 是位憂鬱症當事人，並有焦慮的症狀，服藥超過四年。當事人 C 自動化思考的內容常有自責的意涵，這些想法讓當事人 C 有無能與無助的感受，並伴隨焦慮的症狀。以下為當事人 C 自動化思考的例子：

「我是個差勁的母親，不只是鴨蛋，是負分數」(C-t02-22-1)

從當事人 C 的自動化思考內容，能發現「二分法」的認知偏誤—如果我不是很有能力，那麼我就是無能。諮商員與當事人 C 會尋找一些正向的經驗以建立連續評估向度，讓當事人 C 覺察自己曾有或已有的能力。

「二分法」為主要影響當事人 C 情緒與行為的認知偏誤，此外，當事人 C 有時則受到「災難化思考」認知偏誤影響，因此，諮商員會以現實檢核的方式，與當事人一同評估災難發生的可能性，並討論較符合實際的情況。

從認知偏誤往下推斷，當事人 C 可能屬「無助—我是無能的」的負向基模。為了避免無能的情況發生，當事人 C 發展對自己嚴格要求的補償策略，即使憂鬱情緒來襲時也要事事完美，但如此的補償策略讓當事人失去自信與不斷自責。諮商時，諮商員與當事人 C 討論對自己過度要求的影響，並使用現實檢核讓當事人 C 看到正向證據與資訊，如：歷次諮商的進步、過去的正向經驗，以及當事人 C 仍繼續擁有的能力等，讓當事人 C 能以符合實際的方式自我評價。

諮商員運用於當事人 C 認知治療網路諮商的介入策略包括：1. 教導辨識自動化思考；2. 以現實檢核評估災難化思考；3. 留意正向訊息；4. 利用往下想的技巧，確認想法的意義；5. 計畫愉悅活動等。

(2) 當事人 C 的 BDI-II 分數變化與說明：當事人 C 的 BDI-II 分數變化如圖4。

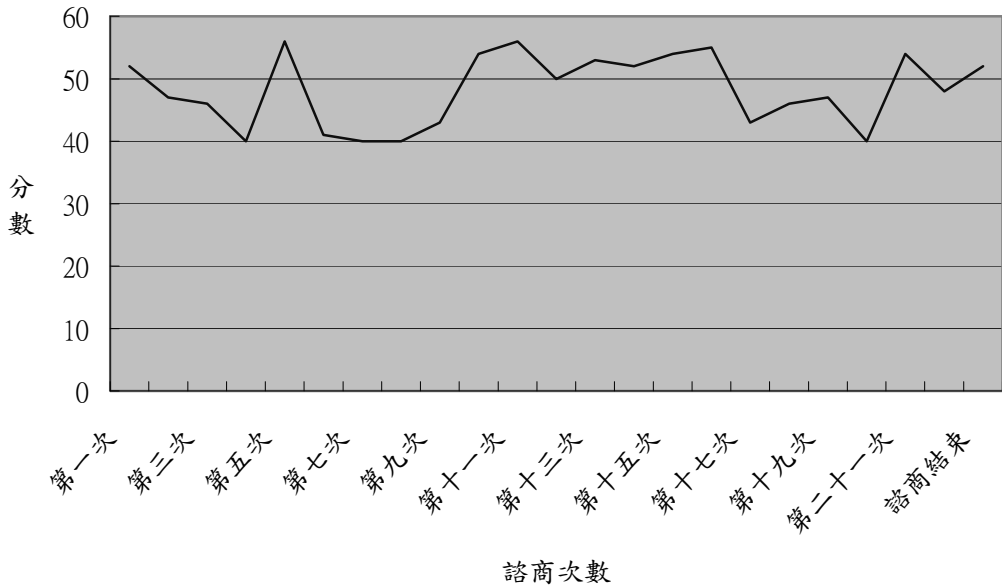


圖4 當事人 C 歷次諮商貝克憂鬱量表分數變化

A. 諮商員對分數變化與歷程的說明

由當事人 C 憂鬱分數的變化可知，其憂鬱情緒的狀況，從諮商開始到結束，有如山巒般於重度的範圍中起起伏伏。於第一次到第四次諮商期間，當事人 C 的憂鬱情緒有所減緩，可能是討論擔憂房屋倒塌的災難化思考讓當事人 C 有所覺察，對災難化思考的評估以逐漸深入到當事人 C 的認知系統中。不過於第四次諮商時，當事人 C 提到睡前有一些閃動畫面的干擾，令其失眠精神不佳。

諮商階段即是從第四次開始，漸漸探討當事人 C 的基模，而探索的壓力讓當事人 C 感受擔憂，甚至於第九次與第十次諮商時猶豫是否終止諮商。於第四次諮商開始，當事人 C 憂鬱情緒的狀況加重，諮商員與當事人 C 一同探索擔憂的內容，但當事人 C 仍感到不安，直到第十二次諮商才釐清。

上述的過程，當事人 C 面對內心的掙扎與是否停止諮商的抉擇。最後，當事人 C 仍決定繼續進行，並且與諮商員維持二十三次的諮商關係，此諮商次數是本研究中維持最久的，當事人 C 與諮商員維持彼此信任與相互合作的關係，一同探索困擾的解決與想法調整的方式。

第十三次諮商，當事人 C 情緒低落，能量很低，因此諮商員與其討論愉悅活動計畫。於第十四次諮商，當事人 C 困擾於親子關係衝突並而對自己的母親角色有所自責，經討論後當事人 C 覺察自己的焦急心情對親子關係的影響，而孩子有很多美好的特質都是當事人 C 所教導培養，當事人 C 對此次感到愉悅與振奮。

然而因覺察帶來的喜悅並沒有延續至第十五次諮商，於第十五次諮商前，當事人 C 接獲骨科檢查的通知，災難化的預期令其感到憂慮。於第十五次諮商，諮商員與當事人 C 針對災難化思考討論，並加深當事人 C 評估災難化思考的能力。

於第十六次至第二十次諮商間，當事人 C 開始有顯著的進步，這部分歸功於之前的諮商努力與當事人的不放棄。於第十六次諮商時，諮商員與當事人 C 以現實檢核討論災難化思考的影響。當事人 C 於第十六次諮商後繼續維持進步，並積極的與諮商員討論調整負向想法之方法、發掘生活中更多的正向經驗以強化改變的成果。當事人 C 亦持續於生活中運用轉念、發掘負向想法外的其他可能，

甚至自行設計活動促進身體健康。

然而於第二十一次諮商前，過去創傷經驗的影響再度浮現，讓當事人 C 一度消沈，甚至忘記過去一個多月的進步。於第二十一次至第二十三次諮商間，當事人 C 的憂鬱情緒開始起伏，但其仍不斷的反省覺察，當事人 C 於反思後，決定以書寫快樂存摺的方式累積生活中更多正向經驗以做為未來的資源。

B. 當事人 C 對分數變化與歷程的說明

當事人 C 於瀏覽歷次諮商內容與憂鬱情緒分數變化後，對於整個歷程有以下的知覺與觀感。

回想經驗的探索對當事人 C 而言非常沈重，甚至讓其陷入更深的憂鬱與焦慮（由量表分數第九次到第十一次可得知）。但當事人 C 仍勇敢的繼續前進，於藥物與諮商員的支持和自己的毅力中，找到出路。

「如何走過這恐慌與焦慮，我想除了藥物的幫忙之外，最大的功臣該是諮商員的陪伴了，雖然諮商的過程，我們並沒有解決很多的問題，但在我傷心難過或是焦慮恐慌發作時，透過信件，我得到了很多的支持與力量，而因為有了支持與陪伴，我才得以有力量繼續走下去，也才有能力去省思自己的盲點與錯誤，也才能走到現在」（C-i01-4-3）

於參與諮商後，當事人 C 對於過去的負向經驗也開始以勇敢與不逃避的態度面對，當事人 C 覺察因時間的沖淡，其實過去經驗的影響並不似自己想像般具殺傷力，不需被自己的恐懼掌控，自己仍有能力去面對它。

最後，當事人 C 以「戰勝心中的惡魔」統整諮商的歷程，面對過去的不愉快與創傷，當事人 C 認為最重要的是不要被恐懼打敗、積極面對並展望未來。

「面對心中的傷口，戰勝它，因為它沒有想像中可怕，而是自己的恐懼，助長了它的殺傷力，想像是無遠弗屆的，它可以令自己嚇死自己」（C-i01-8-1）

（二）認知治療運用於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之跨當事人討論

以下以跨當事人研究結果之討論為主，分為介入策略與當事人憂鬱情緒變化兩方面闡述。

1. 介入策略：依各當事人之狀態有所調整，共通使用之策略為辨別自動化思考與往下想技巧，而行為技術則常用於嚴重憂鬱情緒當事人之介入。

由上述認知治療於網路諮商之運用可發現，諮商員常使用之認知治療介入方式包括（1）教導辨識自動化思考；（2）利用往下想技巧，確認想法的意義；（3）利用多元歸因避免過度的責任；（4）使用隱喻；（5）運用因應卡統整當事人的學習；（6）辨明問題情境找出可著力之處；（7）以現實檢核評估災難化思考；（8）留意正向訊息；（9）計劃愉悅的活動；（10）安排行為實驗當作正向資源與反向證據等。大致而言，當事人於介入策略的學習與運用皆有所收穫，並會於諮商後活用於日常生活中，以幫助自己面對不同的生活事件或挑戰。

介入依據為諮商員對各個當事人的概念化，因此每位當事人的狀況皆有所不同。諮商員大多透過認知技術，並運用一些行為技術作為輔助。諮商員於歷次諮商中，讓當事人學習辨識想法，找出認知扭曲與不合實際之處以進行調整。

諮商員於三位當事人的介入過程中，共通使用的介入策略包括：教導辨識自動化思考與往下想技巧。教導辨識自動化思考是讓當事人抓取與評估想法的第一步，因此諮商員會試圖貫串整個諮商過程，讓當事人練習想法的掌握與評估，以作為進一步討論與調整信念的基礎。而往下想技巧，則是諮商員與當事人一同討論想法背後的深層意義，有時諮商員只透過問話，有時則會運用當事人的思考特性，結合隱喻探討，如：諮商員與當事人 A 和當事人 B 探討想法的意義時，即運用當事人的隱喻內容。當事人於了解想法背後之意義與覺察想法不合實際之處後，通常會引發重大的改變或促使更強烈的動機，如當事人 A 與當事人 B 的狀況即為如此。

此外，計劃愉悅活動的行為技巧則只運用於憂鬱情緒較嚴重之當事人 C。此技巧的運用基礎為藉著愉悅活動，以增加當事人 C 生活中的愉悅感與減少陷於憂鬱情緒的時間，當事人 C 於平時即運用愉悅活動於生活中，甚至會相當積極的自行計劃相關活動，以促發自己的改變。

當事人對於參與認知治療與學習，皆認為相關的介入能有助於其想法的調整與情緒的改善，如當事人 A 認為諮商後問題已解決八成，且對於自身的資源與優勢給予肯定，並有能力應付未來之狀況。「問題解決80%，困擾我的問題幾乎都結束了，剩下的要靠我自己走出來，不管是去適應新的情境，或是處理突然不受控制的情緒，我現在有自信可以去面對它了！」(A-c08-4-1)；當事人 B 則學習接納自身的情緒與減少自我要求，讓想法不再僵化，而願意接受新的可能與進行不同的嘗試。「我覺得我原本是活在我的理想當中，但是我漸漸的發現自己真實的一面，也願意慢慢靠近真實的自己，而在真實的自己當中，活得比較自在。」(B-i02-40-1)「在改變之前，要先照顧好自己的情緒，再來談改變，就很容易接受，而且以後都會願意接受新的信念」(B-i02-50-1)；當事人 C 則認為相關的行為策略有助其減少陷入憂鬱情緒之時間，且轉念與對事件尋找其他可能之方法則有助其以不同角度解讀事件與評價自我。「今天談到了最後才發現，原來這一週我把所有的東西都忘記了，因為不斷出現的錯亂感覺讓自己忘記要去思考，要去自我覺察，還有要存疑，自己完全沉浸在灰色的想法中惡性循環，沒有了覺察與存疑，想法就無法中斷，而是一直被無限擴張與放大。」(C-f21-6-1)。

2.當事人憂鬱情緒變化：當事人 A 與當事人 B 之憂鬱情緒皆有改善，當事人 C 之憂鬱情緒雖維持於嚴重之程度，但參與諮商之穩定度強且有所學習與進步。

三位當事人皆有憂鬱情緒並伴隨人際、焦慮，或壓力調適等困擾。依 DSM-IV 的診斷準則，具憂鬱情緒者因症狀對生活的干擾，易於人際、生活適應、壓力調適、自我感上產生適應困難（孔繁鐘編譯，民88）。由此可知，對人際活動退縮或適應不良為憂鬱情緒或憂鬱症當事人常有的困難。本研究之三位當事人，於生活適應上也遭遇關於人際或壓力等議題，並因憂鬱情緒的干擾，而讓他們在這些議題上難有良好的適應，因此當事人亦在諮商中提出生活中的人際困擾等相關議題，並試圖和諮商員一同解決困擾。

其次，三位當事人治療時間長短差異，乃基於諮商與研究倫理考量，於治療初期和當事人達成共識：在當事人關注議題獲得令當事人滿意的解決或達成目前目標後討論結案。因此，依當事人憂鬱程度與困擾議題的解決程度差異，而有不同的晤談次數。在認知治療的療程建議上，通常以4至14次會談為原則，但仍須視當事人的困擾程度與狀況做彈性調整，通常症狀較嚴重或處理議題較複雜的當事人會需要較長的治療期間（Beck, 1995）。因此，本研究三位當事人不同治療時間長短乃自然發展而來，且依照當事人不同的需求與特性做彈性的治療，以維護當事人的諮商權益。

當事人 A 與當事人 B 於網路諮商開始時為中度憂鬱情緒，由貝克憂鬱量表分數可得知，當事人 A 的憂鬱情緒變化，除了第一次為中度憂鬱程度（BDI-II=23），第五次與第六次諮商為輕度範圍外，其餘皆屬正常值範圍，最後一次諮商時的貝克憂鬱量表分數為13分。當事人 B 則除了第一次諮商（BDI-II=26）與第二次諮商（BDI-II=30）屬中度憂鬱範圍外，其餘皆維持於正常值範圍的範圍，最後一次諮商時的貝克憂鬱量表分數為15分。兩位當事人的諮商次數較少，當事人 A 為九次，當事人 B 為十二次。當事人 A 與當事人 B 認為認知治療網路諮商對想法的調整、自我的觀感以及情緒的提昇有所助益。

於當事人 C 的部分，則是從網路諮商開始至諮商結束仍在憂鬱情緒嚴重的範圍，於網路諮商二十三次的過程中，當事人 C 貝克憂鬱量表的分數一直於嚴重範圍起伏。即使當事人 C 會受到憂鬱情緒之干擾，然而其參與網路諮商時相當準時與頻率穩定，並積極探討困擾之解決方式，參與諮商之穩定度高。當事人 C 認為網路諮商對其情緒的抒發、想法的調整有所助益。例如當事人 C 對第十八次諮商的回饋：「今天在諮商過程中，自己覺得很感動，因為每談到一個問題後，也跟著解決了一個

問題，心中的悸動是難以形容的，覺得自己越來越輕鬆，也感覺到自己越來越進步，好感動，自己真的很感動」(C-f18-6-1)。

三位當事人於最後一次諮商皆有分數升高的情況，此可能與諮商結束前的分離焦慮有關，結束前的分離焦慮為諮商情境中易發生的現象，Wolman (1982) 指出，在心理治療面臨結束之時，諮商員和當事人都可能遭遇情緒上的困難，基於分離的焦慮，而抗拒去結束。因此，諮商員應覺察此等可能發生於當事人身上的不適當的分離焦慮，並加以澄清和處理，以免不成熟的終結而影響專業服務的成效(王智弘，民94)。於認知治療的原則中，亦提醒諮商員須留意當事人對結案的焦慮情緒與複雜的感覺(Beck, 1995)。本研究諮商員也留意到當事人在最後一次諮商前憂鬱感受的升高，並於諮商時回應當事人對於結案觀感的擔心，並和當事人一同統整歷次諮商的學習，以進行完整結案，維護當事人福祉。

三、運用認知治療於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之諮商員經驗

此部份為諮商員運用認知治療於網路諮商時，網路諮商網站功能有助於介入策略實施之部分，包括文字溝通之功能、表情符號功能，以及資料傳輸功能等。

1. 網路諮商之文字溝通能清楚呈現當事人的想法與認知歷程，有助於介入策略的實施。

網路諮商能清楚呈現當事人的想法與認知歷程，並能讓諮商員隨時回顧諮商的過程，為下一步的介入進行思考，此為網路諮商文字溝通的特點(李書藝，民93；張景然，民89；Haberstroh, 2002; Tate & Zabinski, 2004)。能夠於網路諮商時瀏覽諮商內容的特性，有助於諮商員帶領當事人回顧諮商歷程，進行認知治療介入的練習，讓當事人對諮商的介入過程更清楚並加深印象，進而掌握想法改變的關鍵問句，學習調整不良功能認知的方法。

2. 諮商內容紀錄可作為家庭作業的素材，亦有利督導。

認知治療常會請當事人回顧諮商內容以鞏固學習，而網路諮商能快速儲存諮商內容的特性，能讓當事人方便保存諮商紀錄並於諮商後閱讀複習(王智弘、楊淳斐，民89；Laszlo, Esterman, & Zabko, 1999)。於網路諮商時，諮商員與當事人皆會儲存諮商紀錄，有時諮商員會請當事人於諮商後閱讀晤談內容作為家庭作業以複習諮商中的所學，而諮商員則可藉由儲存網路諮商紀錄，節省謄寫逐字稿的時間，於進行自我督導與諮商督導皆相當便利。

3. 表情符號功能有助於諮商員掌握當事人之情緒狀態。

表情符號功能，亦有助諮商員掌握當事人之情緒狀態。網路諮商情緒掌握之原則，與晤談諮商是類似的，只是諮商員需透過解讀文字與表情符號進行判斷。

由於辨識自動化思考時，當事人情緒的轉變為自動化思考出現的時機之一(Beck, 1995)，因此，網路諮商時若當事人於文字中透露傷心的訊息，並顯示哭泣的表情時，則為抓取自動化思考的機會。諮商員可透過當事人表情符號的使用以觀察當事人的狀態，並詢問當事人腦中閃過的想法或畫面進行介入。

4. 資料傳輸功能有助時間規劃與不良功能認知紀錄表等介入，較方便省時。

諮商員與當事人可於網路諮商時相互傳輸資料，有助時間規劃與不良功能認知紀錄表等介入策略。諮商員可在電腦上快速的將當事人表達的內容整理，傳輸給當事人後彼此討論與修改，此部份如同晤談諮商時諮商員使用紙筆帶領當事人做練習。於研究者的網路諮商經驗發現，打字較手寫快速，並能將內容進行複製、剪貼或快速的修改，較手寫方便且省時。

從上述綜合討論可知網路諮商的實務應用確有其價值，其服務本質與晤談諮商無異，但在實務應用的長處、限制、使用技巧與感受經驗上確實與晤談諮商有許多的差異，是值得加以研究的諮商專業實務領域。

結論與建議

一、結論

(一) 當事人使用全球資訊網為網路即時諮商介面之經驗

1. 當事人使用網站介面的知覺：網站介面與 MSN 操作類似，非常熟悉易學。然而網路連線穩定性與系統穩定性可再加強，並可再加入資料自動儲存功能。

2. 網路諮商之特性：優點為(1) 避免面對面的尷尬與壓力，增加當事人自我揭露，並快速建立信任感；(2) 使用文字溝通可延長思考時間，且適合習慣使用文字表達的當事人；(3) 打破空間限制減少舟車勞頓；(4) 較為自由；(5) 開啓新的諮商管道，具常態性服務的價值。然而缺點為：(1) 缺乏非語言線索讓人有不真實感與不安感；(2) 當事人於熟悉的環境中諮商易受外界干擾或分心。

(二) 運用認知治療於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之當事人經驗

1. 辨識自動化思考與往下想技巧為共通之介入策略，行為技術可運用於嚴重憂鬱情緒之當事人。

2. 認知治療網路諮商對中度憂鬱情緒當事人 A 與當事人 B 之憂鬱情緒減緩有所助益，對重度憂鬱情緒當事人 C 則具支持作用。

(三) 運用認知治療於憂鬱情緒當事人網路即時諮商之諮商員經驗

1. 文字溝通能清楚呈現當事人的想法與認知歷程，有助於介入策略的實施。
2. 諮商內容紀錄可作為家庭作業的素材，亦有利督導。
3. 表情符號功能有助於諮商員掌握當事人的情緒狀態。
4. 資料傳輸功能有助時間規劃與不良功能認知紀錄表等介入策略。

二、建議

就研究發現與結論提出下列建議，以供諮商實務工作與未來研究之參考。

(一) 網路諮商實務工作的建議

1. 諮商員可結合認知治療與網路特性進行介入策略：如網路有諮商紀錄方便呈現、檔案儲存功能與檔案傳輸功能等，結合認知治療的辨識與調整自動化思考、辨識思考歷程、不良功能紀錄表、時間規劃表等介入策略使用。

2. 利用網路進行認知治療的訓練、教育與督導：網路能清楚紀錄諮商內容，對於認知治療重視的認知歷程的了解與辨識非常有幫助，網路諮商可作為認知治療督導、訓練與教育的工具。初階認知治療師可運用網路諮商學習判斷當事人的認知歷程與偏誤，進而學習活用介入方法。督導可運用諮商內容進行事後督導，也能運用網站功能進行即時線上督導。

(二) 網路諮商未來研究的建議

1. 研究不同的當事人族群：本研究的參與者為憂鬱情緒之當事人，未來可針對其他族群的當事人進行認知治療網路諮商。

2. 研究不同的網路諮商介面：本研究的網路諮商介面為使用文字進行溝通，未來可採用不同溝通介面，如電子郵件、語音或影像等進行認知治療網路諮商的相關研究。

參考文獻

- 王沂釗(民90)：輔導教師如何介入學生之網路沉迷行為。學生輔導，74期，58-67頁。
- 王智弘(民92)：台灣地區網路諮商的發展現況與未來展望。台灣心靈健康資訊協會主辦「台灣心靈

- 健康資訊協會成立大會暨學術研討會」宣讀之論文（台北）。
- 王智弘（民94）：個別諮商過程中涉及的倫理問題。輔導學報，18卷，191-222頁。
- 王智弘（民95）：政府部門員工心理健康服務運用網路諮商之探討。行政院海岸巡防署主辦「員工心理健康及諮商輔導研討會」宣讀之論文（台北）。
- 王智弘、林清文、劉志文、魏嘉宏（民90）：「輔導與諮商」教育資源網站之建構過程-「台灣心理諮商資訊網」的實驗與展望。國立彰化師範大學主辦「廿一世紀教育改革與教育發展國際學術研討會」宣讀之論文（彰化市）。
- 王智弘、楊淳斐（民90）：網路諮商中可行的應用理論與實務技巧。輔導季刊，37卷，4期，20-27頁。
- 王智弘、楊淳斐（民93）：一次單元諮商模式。台灣心理治療學會主辦「2004心理治療與心理衛生年度聯合會」宣讀之論文（台北）。
- 王智弘、楊淳斐（民95a）：一次單元諮商模式的觀念與應用。輔導季刊，42卷，1期，1-11頁。
- 王智弘、楊淳斐（民95b）：一次單元諮商模式的觀念與應用：新的觀點。台灣心理諮商通訊電子報，199期。
- 李書藝（民93）：以網路即時通為媒介之焦點解決取向網路即時諮商研究。國立彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 李偉斌（民91）：網路即時諮商中工作同盟、晤談感受與諮商員口語反應之歷程分析。國立屏東教育大學教育心理與輔導學研究所碩士論文。
- 卓翠玲（民96）：人際困擾當事人接受網路即時諮商之研究。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 林昭伶（民93）：台灣心理諮商資訊網的留言版使用者之知覺歷程研究。國立彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 林朝誠（民90）：誰在用心上網。台北市立療養院主辦「心理衛生網絡交流座談會」宣讀之論文（台北）。
- 施文正（民95）：心理健康主題網路討論區之使用者經驗分析-以「台灣心理諮商資訊網」為例。國立彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 柯慧貞、陸汝彬、柯永河（民89）：內因性與非內因性憂鬱症病患在藥物治療前後之認知偏差比較。中華精神醫學，4卷，2期，129-136頁。
- 張景然（民89）：準諮商員的網路即時諮商經驗：一個諮商員訓練課程的初探性實驗。中華輔導學報，9期，89-129頁。
- 黃健峰（民94）：基於多重代理人架構的網路即時諮商系統之研究。大葉大學資訊管理研究所碩士論文。
- 楊豐兆、王智弘、黃健峰（民94）：基於多重代理人架構的網路即時諮商系統之研究。中央大學與台北科技大學主辦「第一屆台灣軟體工程研討會」宣讀之論文（台北）。
- 鄭惠君（民95）：焦點解決網路即時諮商對大學生人際困擾輔導成效及相關議題之探討。國立暨南國際大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 盧孟良、車先蕙、張尙文、沈武典（民91）：中文版貝克憂鬱量表第二版之信度和效度。台灣精神醫學，16卷，4期，301-310頁。
- 孔繁鐘編譯（民88）：DSM-IV 精神疾病的診斷與統計。台北：合記。American Psychiatric Association(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV*。
- 陳心怡譯（民89）：貝克憂鬱量表第二版指導手冊。台北：中國行為科學社。Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*.

- Anderson, P., Jacobs, C., & Rothbaum, B. O. (2004). Computer-supported cognitive behavioral treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology, 60*(3), 253–267.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NY: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting of Psychiatry, 61*(2), 194-198.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. NY: Guilford.
- Collie, R. K., Mitchell, D., & Murphy, L. (2000). Skills for on-line counseling: maximum impact at minimum bandwidth. In J. W. Bloom & G. R. Walz (Eds.), *Cybercounseling and cyberlearning: Strategies and resources for the millennium* (pp. 219-236). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Day, S. X., & Schneider, P. L. (2000). The subjective experience of therapists in face-to-face, video, and audio sessions. In J. W. Bloom & G. R. Walz (Eds.), *Cybercounseling and cyberlearning: Strategies and resources for the millennium* (pp. 203-218). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Elleven, R. K., & Allen, J. (2004). Applying technology to online counseling: suggestions for the beginning e-therapist. *Journal of instructional psychology, 31*(3), 223-228.
- Fox, E., Acton, T., Wilding, B., & Corcoran, J. (2004). Service development report: an assistant psychologist's perspective on the use of computerised cognitive behavioural therapy in a GP practice in Barnet. *Quality in Primary Care, 12*, 165-169.
- Gega, L., Marks, I., & Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinic and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 60*(2), 147–157.
- Haberstroh, S. (2002). *A grounded theory of relating therapeutically online: Voice of clients, counselors, and supervisors*. Unpublished doctoral dissertation, Texas Tech University, Texas.
- Laszlo, J. V., Esterman, G., & Zabko, S. (1999). Therapy over the internet? Theory, research & finances. *CyberPsychology & Behavior, 2*(4), 293-307.
- Lee, C. (1998). *Counseling and the challenges of cyberspace*. Retrieved June 11, 1998, from <http://www.counseling.org/ctoline/sr598/lee498.html>
- Murphy, D., & Mitchell, L. (1998). When writing helps to heal: E-mail as therapy. *British Journal of Guidance & Counseling, 26*, 21-33.
- Polauf, J. (1997). *Telehealth: E-mail as a modality for crisis intervention*. Retrieved December 3, 2005, from <http://telehealth.net/articles/email.html>
- Rabasca, L. (2000). Taking telehealth to the next step. *Monitor on Psychology, 31*(4), 36-37.
- Rassau, A., & Arco, L. (2003). Effects of chat-based on-line cognitive behavior therapy on study related behavior and anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*, 377-381.
- Riva, G., Bacchetta, M., Baruffi, M., Rinaldi, S., Vincelli, F., & Molinari, E. (2000). Virtual reality-based experiential cognitive treatment of obesity and binge-eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 209-219.
- Riva, G., & Vincelli, F. (2001). Virtual reality as an advanced imaginal system: a new experiential approach for counseling and therapy. *International Journal of Action Methods, 54*(2), 51-64.
- Robinson, P., & Serfaty, M. (2003). Computers, e-mail and therapy in eating disorders. *European Eating*

- Disorders Review*, 11(3), 210-222.
- Scott, J., Teasdale, J. D., Paykel, E., Johnson, A. L., Abbott, R., Hayhurst, H., Moore, R., & Garland, A. (2005). Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *Fucus*, 3(1), 122-130.
- Suler, J. (2001). *The future of online psychotherapy and clinical work*. Retrieved October 10, 2001, from <http://www.rider.edu/~suler/psyber/futurether.html>
- Tate, D. F., & Zabinski, M. F. (2004). Computer and internet applications for psychological treatment: Update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 209-220.
- Walling, A. D. (2004). Can the internet be used to treat depression? *American Family Physician*, 70(7), 1368-1370.
- Wolman, B. B. (1982). Ethical problems in termination of psychotherapy. In M. Rosenbaum(Ed.), *Ethics and values in psychotherapy: A guidebook*. NY: The Free Press.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Salmon, P., Beck, A. T., Kuykendall, J., Goldsmith, L. J., & Zickel, M. B. (2002). Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 56(1), 76-87.

收 稿 日 期：2008 年 02 月 27 日

一稿修訂日期：2008 年 07 月 30 日

二稿修訂日期：2008 年 10 月 06 日

接受刊登日期：2008 年 10 月 07 日

Bulletin of Educational Psychology, 2009, 41(1), 45-68
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

A Study of Web-based Online Cognitive Therapy: Examples of Clients with Depressive Mood

Yun-Ming Chang

Chih-Hung Wang

Department of Guidance and Counseling
National Chunghua University of Education

This study aimed at understanding the client experience when cognitive therapy for depression was applied via in-vivo counseling through world-wide web. Three female clients with depressive mood were invited to participate in 9, 12, or 23 on-line counseling sessions. Qualitative methodology was used and content analysis was applied. Data from the Beck Depression Inventory (2nd Edition) were also collected. Results are reported and discussed in two sections. 1. Client experience: (1) identifying automatic thoughts and downward arrow techniques were helpful for clients to evaluate their cognitions; behavior techniques could be used for clients with severe depressive mood. (2) web-based online cognitive therapy helped reduce the depressive mood of client A and client B who had mild depressive mood, and helped provide support for Client C who had severe depressive mood. 2. Counselor experience. (1) Communicating through words helped clients clearly recognize their thoughts and cognitive journey, which was helpful for implementation of intervention strategies; (2) Records of counseling content could be used for homework assignment and for clinical supervision; (3) emoticons could help counselors grasp clients' emotional states. (4) data transmission functions could help session time planning and introducing intervention strategies such as attaching record of dysfunctional cognitions. Finally, practical suggestions were provided for future research and practice of web-based counseling.

KEY WORDS: cognitive therapy, depressive mood, internet, on-line counseling

