

短期心理治療的誕生與發展 ——兼論心理治療派典的轉移

陳秉華

國立台灣師範大學教育心理與輔導學系

摘要

本文首先回顧在過去二十年間，西方的心理治療領域中短期心理治療的誕生與發展，以及由短期心理治療的效果研究中，回顧短期心理治療的療效與治療因素。本文並且由短期心理治療的發展，談到在西方心理治療史中曾出現的派典的轉移，包括早先的內在心理模式，到1960年代的互動系統觀模式，以及1980年之後的脈絡主義治療模式；本文也探討心理治療派典的轉移背後所反應的社會與文化的意義，以及對心理治療專業的影響。最後，筆者也期待能夠在東方與中國人的社會文化脈絡中，誕生另一種心理治療的派典。

關鍵詞：短期心理治療、短期心理治療的治療效果、短期心理治療的治療因素、派典的轉移、互動系統觀、脈絡主義



本文的宗旨是回顧在西方短期心理治療的誕生與發展，以及一些短期心理治療的效果研究，並且由短期心理治療談到心理治療派典的轉移，背後所反應的歷史與社會的意義，以及對心理治療專業的影響。最後，筆者也期待能夠在東方（中國人）不同的社會文化的脈絡中，開始來思考另一種心理治療派典的誕生。

短期心理治療的介紹

一、短期心理治療的概論

從1980年之後，各種各樣的短期心理治療的實務與研究，紛紛在歐美國家出現。在過去，短期心理治療曾被視為只是危機處理，案主在危機過後，還是要回到長期的心理治療，行為才會真正有可能改變。短期治療也曾一度被誤以為是長期心理治療的“濃縮版”，只是治療的時間變短，治療的理念並沒有改變。但是實則不然，短期心理治療發展至今，已經發展出與長期心理治療（特別是西方傳統的心理分析為代表），有很不同的獨特面貌（Koss & Shiang, 1994; Well & Phelps, 1990）。

短期心理治療的出現與發展，在西方有其歷史，社會與政治性的背景。例如，在第二次世界戰爭之後，大量的軍人出現戰爭後（創傷後）症候群，需要盡快的協助他們從心理的創傷中恢復正常，長時間的心理治療緩不應急。這種危機處理取向是短期心理治療的前身。此外，Glasscote, Raybin, Reifler, & Kane (1975) 指出，在1960年代，美國社會中出現大批反傳統，反文化的年輕人，在過度濫用藥物與酒精之後，產生急需立刻解決的個人心理與社會的問題。同時，在專業領域中，採用較短的療程進行的認知行為治療，因為有相當多好的治療效果研究的支持，使用的心理治療者就逐漸增加，在1960-80年代一躍成為心理治療的顯學（Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1984）。到了近十年來，美國的助人行業受到健康與醫療保險制度（managed health care）的全面性影響，治療者必須面對成本效益（cost-effectiveness）的現實壓力，要在有限的治療次數內想辦法使案主痊癒，因此，心理治療不再是長長久久處理隱藏在案主表面問題下的潛意識層次的個人內在問題，長長久久的處理案主的問題也不表示案主的問題就會得到更多的改善。事實上，有文獻（Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986）指出，

心理治療的次數與治療效果不是呈線性的關係，不是治療次數愈多，治療效果會愈好。有38%的案主在接受八次的治療後，由研究者的評估已有顯著的進步，而案主自己的評估更是令人驚訝，有近55%的案主在八次治療結束後表示已有顯著的進步。在經過26次的治療結束後，則有75%的案主由研究者評估已有顯著的進步，有60%的案主評估自己有顯著的進步。許多治療效果的研究也顯示出，短期治療不只是能有效處理較輕微的問題，愈來愈多的研究顯示，短期治療對於處理有各樣嚴重症狀的案主，也都能有好的療效（Koss & Shiang, 1994）。

現在，不論治療者採用哪一種形式的短期治療取向，大概都有一些共同的特色（Koss & Shiang, 1994）。治療師會意識到案主來接受治療只期待幾次就會結束。西方文獻（Garfield & Kurz, 1952; Garfield, 1994）指出從1950年到1990年間，二十篇不同時間點的調查報告都顯示，不同機構的不同案主接受心理治療的中數（median）是在五次以下到五次與13次之間，而最集中在五到六次左右。案主前來求助，期待的是解決目前遇到的特定問題，案主的治療目標也因此會是特定的，以便能夠在有限的治療次數內達成目標。治療師對於案主改變的可能性的看法也有不同，他們相信案主的改變可以在生命過程中的任何一個時間點發生，看重案主改變的資源。治療的關係要在短時間內就形成，使治療師能夠與案主在有限的治療時間內一起合作，達到治療的目標。治療師不再只是被動的反應案主，治療師會較積極的介入在治療過程中，使用更多樣性的介入方法，協助案主產生改變。

二、短期心理治療的發源地——Mental Research Institute (MRI) 的介紹

MRI這個機構是在1959年成立的，地址位於美國加州的Palo Alto市中心，當時的機構創始著是Don Jackson，因為他的早逝，所以在台灣他的名字鮮為人知。在1963年，MRI成爲一個獨立與多元化的非營利組織，其宗旨是成爲致力於人的心理與行爲的研究與訓練的機構。在MRI正式成立之前，Gregory Bateson首先在此開始了他有名的對精神分裂患者與母親之間的溝通研究，發現他們之間的溝通模式存在著“雙重束縛溝通”（double bind communication）的特徵（Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1959）。這個研究的結果使大家開始注意到非生物性與非遺傳基因對精神分裂患者的影響，開始正視家庭互動對心理與情緒

困擾的影響，對在當時以傳統的精神醫學模式與精神分析模式主導的學術與臨床界而言，無疑是一個重要的反動。1962年，Virginia Satir，也是當時唯一的一位女性家庭治療者，在MRI開始了第一個家族治療師的訓練課程，稍後Satir離開MRI，發展出自己工作模式（Satir, 1967）。在當時還有Jay Haley（不久後離開MRI，曾在美國東部與Minuchin一起工作，之後發展出他的策略學派家族治療）（Haley, 1976）、John Weakland（原是一位人類學家，在五年前過世）、Paul Watzlawick，與稍後加入的Richard Fisch，成爲一個長期的工作團隊，從事短期心理治療的實務與研究，又稱之爲MRI的短期心理治療。此後的三十多年來，MRI就一直持續著當時致力於家族與短期心理治療的訓練與研究的機構宗旨。

目前的MRI是一棟兩層樓的四合院建築，共有二十餘來位兼職的心理治療師，各以不同的理論取向，從事個別，婚姻，與家庭治療的服務，訓練，與研究的工作。每位心理治療師除了有各自的理論取向與工作的特色之外，其中一些人分別投入具有相同取向的工作團體，例如包括短期心理治療，短期與詮釋治療的整合，多元文化的心理治療，EMDR的短期治療等。

三、MRI短期心理治療中心的介紹

MRI短期心理治療中心，是目前在MRI多元化理論取向中一個成立最早，也最具歷史的心理治療團體。MRI短期諮商治療中心成立於1966年，是當時美國第一個使用短期案主問題解決導向來協助案主的心理治療團體。他們主要的主張是藉著心理治療的研究結果，發展並且提供案主迅速有效的心理治療。當時一起合作的Jay Haley, Don Jackson, John Weakland，與Paul Watzlawick都受到Milton Erickson很大的影響，他們看到Milton Erickson能夠很神奇迅速的針對案主的困擾問題，在會談展開後的十幾分鐘內就開始有介入策略，使案主很快行爲就有改變。這樣的工作方式在現在也許我們不足爲奇，但是想想在當時的年代，一直流行的是要案主經年累月的接受長期的心理分析，不斷要案主在過程中回到過去的歷史，對爲何自己有這些的行爲產生洞察，而困擾行爲卻並不見得有所改善，這些心理治療者所受到的震撼是有道理的。於是這個工作團隊放棄了用心理病理學的觀點來看待案主的問題，他們不追溯案主贅長複雜的過去歷史，他們也放棄了慣用的心理與精神的診斷，不爲案主貼上標籤，而將每一個案主視爲是個獨特的個體，只針對他們目前的困擾行爲來工作。筆者很同意他們的一個說法“案主是

正在承受著心理困擾的痛苦，如果不致力於協助案主，使他們能盡量在短的時間內改善與減除困擾，那對案主而言是不倫理的”。MRI短期心理治療中心還有一個工作的特色，三十多年來他們長期都一直保持採取團隊合作為案主進行治療，除了一或兩位心理治療師在治療室與案主或案家進行會談之外，在另一個觀察室有團隊小組在單面鏡後同時進行觀察，並且可以隨時call in，使會談中斷，在電話中提供治療師意見，再由治療師繼續會談，即使資深的治療師在與案主會談時也不例外。就筆者所知，在台灣，台北市立療養院的楊連謙醫師也組成了這樣的團隊治療與訓練團體，為案主與案家提供家族治療的服務。

四、MRI短期心理治療 (problem-solving oriented brief therapy) 的理論基礎

MRI的短期心理治療又被稱之為問題解決導向的短期心理治療，以有別於後來的其他一些同中有異的短期心理治療 (Fisch, Weakland, & Segal, 1982; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974; Fisch, 1996)。筆者將MRI的短期治療取向分別就下列要點簡述之：

(一)對人的行為的看法

反對把人看作是生物性的個體，不認為生物性或是遺傳決定人的行為，也反對人是受過去事件的影響，因此必須回到過去深究，甚至回到已經被壓抑或是被遺忘的潛意識的層面工作，使人對自己的行為產生新的洞察與了解之後，問題行為才能夠得以減除。換言之，他們不再依循傳統心理分析或是心理動力學派對人的看法，他們認為人的行為無法獨立於家庭或是社會的互動關係，人不是獨立存在於社會關係之外的單一個體，人的一舉一動都與他人密切相關，彼此互相共存，形成一個相互牽連的連鎖反應系統。揚棄生物的醫療模式，也揚棄心理內在的心理觀，而採取互動觀與系統觀。

(二)人何以會有困擾

人會有困擾，不在於困擾或是問題本身，也不是在於這個人有“病”或是有“缺陷”，而是在於人所使用解決問題的方法不能夠解決問題，所以問題的出現，是在於人用了無效的解決問題的方法 (the attempted solution is the problem)。又因為人的行為不是獨立於社會互動之外的，當一個家庭或是社會關係中的社會互動行為不能夠帶向問題解決，就會出現困擾。因此，問題行為的出現不再是一個

人的問題，也不是要單單期待一個人改變就可以了。

(三) 困擾何以會持續

人會有一種傾向，會不斷重複相同的行爲，一但適應了成爲習慣就很難改變，對於熟悉的反應要加以改變，會有很大的抗拒與不安。人會不斷採用已經熟悉或是習慣的反應來解決新的問題，如果不成功，不會很快改換新的方法來解決，反而會相信是嘗試不夠，要再繼續用老方法來解決問題，導致問題無法解決，一直繼續存在。在家庭或社會的互動關係中，會出現慣性的互動模式，一但出現新的情況，雙方仍然會用習慣的互動方式來反應，當然就無法使問題解決。

(四) 人會如何改變使困擾減除

如果互動關係中的任何一方，願意冒險改用不同的反應方式，將會帶動另一方也會出現不同的反應方式，這樣新的連鎖循環的反應將會出現，導致困擾問題減除。相信小的改變會累積帶出大的，明顯的改變。因此不必雙方或是整個家庭一起同時改變，任何其中的一人改變就會帶動全家的改變。

(五) 對協助人改變的方法與技術的看法

短期心理治療的真正意思是有效的在短時間內就協助案主或案家減除困擾，爲了達到這個目的，治療師首先要確定案主的困擾是什麼。透過案主的敘述，治療師仔細聽案主認爲的困擾是什麼，何以案主會認爲這是困擾，而不加添治療師主觀的看法，也不要爲案主賦與診斷。治療師不必懷疑案主所陳述的困擾是否爲表面的困擾，也不必去了解問題的起因爲何，或是問題是屬於哪一種類型，只要把案主目前所提出來的困擾當成要解決的問題就好。

除此之外，治療者要注意案主身處於困擾中的行爲反應是什麼，用過些什麼方法想解決困擾但是仍然無效，以及在互動中對方家人的反應是些什麼，使得案主仍然還有這個困擾，這一些資料，稱之爲是案主的“參照觀點”(position)，治療師要注意使用與案主相稱的“參照觀點”的語言，才能夠容易被案主接受，對案主產生影響力。例如，如果案主抱怨他的孩子有能力，就是不肯認真，案主對孩子的看法是“孩子是不努力，需要鞭策與糾正”，這與抱怨孩子能力不夠，無法表現良好，案主對孩子的看法是“孩子是有缺陷的，孩子需要治療與補救“是兩種很不一樣的”參照觀點”。

治療師要影響案主，使案主相信改變是有可能的，即使一開始是些微的改變治療師接著要案主不要再繼續採用老的無效的問題解決方法，或是停止原有要克

服困擾的行為反應。治療師也要想辦法打斷案主與家庭互動系統僵化且惡性循環的行為反應模式。治療師會使用重新框架（reframing），矛盾意向法（paradoxical intervention），引導性行為改變（directed behavior change）等的策略介入，促使案主產生改變。

使用正向的眼光重新框架案主的抱怨，是很重要的技術，會帶給案主改變的樂觀與希望。例如，對於抱怨有時會感到焦慮的案主，可以說“你的意思是說有的時候會感到焦慮，而也有的時候不會？如果你能夠發現那個控制焦慮的開關就太好了”。又例如，對於抱怨孩子總是我行我素，不理會別人的存在的父母，治療師可以這麼說“這實在令你們很頭痛，但是至少你們不用為他擔心一件事，這樣的孩子不會被人欺負的”。

矛盾意向的技術通常會帶給案主驚訝與錯愕，使案主不明白為何治療師要他這樣做，因為這些治療者的要求都看起來是不合邏輯的，是要案主反其道而行，甚至有時候治療師下達的指令是很荒謬好笑的。例如，當案主不斷抱怨苦於經常失眠，治療者為案主出的家庭作業是要案主“再接下來的這一週，要盡一切力量讓自己的失眠變得更嚴重”，通常這樣的結果是案主的失眠情況就改善了。其道理是，如果案主沒有辦法做到，治療就是有效了，如果案主真的做到了，也表示案主是可以控制他的失眠，失眠不再是會令案主感到束手無策了。如果案主下周來，很高興的告訴治療者他的失眠減少了，治療者要不但不表高興，反而要很憂心的對案主說“我沒有料想到你的進步會這麼快，你不應該進步這麼快的，這麼好的進展會使我擔心不能維持久，所以我要你在接下來的一週不要再有任何進步”。通常，當案主下周再回來的時候，就會再有一些進展，甚至會開始與治療師爭論“要維持原樣，不要有進展是不可能的”，案主在不知不覺中就改變了，但是案主可能終究都不知道他何以會改變。

再舉一例，對於總是經常沮喪，認為自己什麼也不能做的憂鬱案主，治療師會認同案主的說法，同意案主的無能感是有理的，甚至會向案主表示驚訝“按照你這麼糟糕的處境，你實在會應該覺得更沮喪才對，我很驚訝你怎麼還可以覺得還不這麼糟”。在這樣的案主的家庭互動中，會發現有些家人也會特別照顧案主，為案主做很多事，替案主做決定，使案主更加認定自己是無能的，如果家人鼓勵案主應該振作，案主就會覺得別人都不了解他的困難與痛苦，要打破這樣的惡性循環，治療師會要家人只對案主表示同理，相信案主的困難是真的很大，所

以難怪案主會感到沮喪，這樣就可以打斷與案主之間“我不行-你可以”的爭論，不但如此，治療師也要家人向案主表示，這問題大到甚至家人也都一樣無法解決，這樣也可以打斷案主與家人間的“你不行，我幫你”的惡性循環。治療師不必向案主的家人多解釋為何要這麼作，但是要使案主的家人向案主表現出是真誠的想要幫助案主，而不是棄案主於不顧。這樣的作法，正是Jay Haley所發展出來的短期策略學派的典型的治療技巧。

筆者在以前接觸這樣的治療技術時，總覺得治療師像耍詐的人，太過操弄，也不真誠。但是現在我的觀感有些改變，發現治療者對案主的關心與支持其實是隱藏在他為案主設計出有效的行為改變的策略之中，而設計好的策略是需要很多的創意與幽默感，使案主在出其不易中有改變。我在觀察治療的過程中，也往往會張口結舌，覺得妙不可言，原本嚴肅沉重的心理治療的過程，竟然就轉化為充滿創造與驚愕的有趣遊戲了。

為了使案主不再繼續無效的問題解決的反應，而開始去做一些有利解決問題的行爲，治療師也會使用指導性的行為改變技巧。在每次會談結束前，治療師要給案主家庭作業，治療師會表現出較高的權威姿態下達指令。對於能夠接受也會去遵行的案主，改變的可能性就很大。對於有抗拒，不願意接受指令的案主，治療師就會暫時按兵不動，告訴案主“不必急著開始，如果覺得還不是時候”。例如，對於抱怨孩子總是不斷要找理由，不會立刻服從的母親，治療者所給的家庭作業是不要母親再向孩子作任何解釋，就直接要求孩子去做到，告訴孩子“沒有道理可言，就是去做就是了”，可以成功的阻斷母親與孩子之間不斷煩人的討價還價。

治療師在設計家庭作業時，要案主從很小的一步開始改變起，並且要向案主強調要開始跨出改變的第一步是最重要，也通常是最難的，要案主重視任何發生的小的改變，要案主報告出發現開始有一點點改善的任何觀察到的跡象，要案主注意當時所做的反應是什麼。

六對治療關係的看法

不接受傳統心理分析的移情與反移情的概念，認為治療關係是一種工作的契約關係。當案主或案家的問題困擾解除，治療關係就結束。如果日後案主或是案家又有困擾，就再形成治療關係。

七對治療者角色的看法

治療者是案主或案家家庭或是社會關係系統外的改變者，藉由治療者外來的介入，使案主或案家的行為盡量在很短的時間內就有效的產生新的改變。治療者在會談中是主動的，有回應的，但是不必向案主說教，也不必糾正告誡，會對案主提供問題解決的處方，並且要求案主去實踐。

五、MRI的短期心理治療的優點與限制

筆者分別就以下的觀點來說明其優點：

(一)重視心理治療的實際效果

心理治療不再是玩一堆深奧複雜的語言遊戲，也不再是無止盡的探測神秘的內在心靈的活動。短期治療重視療效，事實上，短期治療開始的服務對象就是中下階層，沒有受過很多教育的一般民眾，他們沒有時間與金錢花費在耗時的心靈遊戲，而希望問題能夠很快的解決。贅長的語言不能幫助他們解決問題，他們要的是“幫助我現在就減除困擾”。事實上，對於絕大多數前來求助的案主，期待在短時間內就能改善困擾，而不是費時的內在心理探索與洞察，是治療者需要有的理解。

(二)透過實際的行動，強調累積小的改變帶出大改變

案主要實際認真去做家庭作業是備受重視的，這樣可以帶來很快的行為改變的效果，如果案主的行為改變了，就會容易帶動認知與情緒的改變。絕大多數的案主都會期待改變在瞬間或一夜間發生，這樣不切實際的期待很容易使案主太快對治療或是治療師失望，以致很快放棄治療，案主十分需要有正向又合乎現實的眼光，能觀察到自己或他人所產生的小的改變，而對治療與改變產生信心。

(三)走出個人病理觀的觀點，看重人際互動與系統觀

治療者放大眼光，不再認為案主的困擾只是“個人”有問題，這是一個解讀問題的視野的轉換，案主的問題其實是存在於人際互動中，也是存在於與家庭與社會系統的互動之中，治療者要協助解決案主的困擾，就要回到案主的社會互動系統中去作改變，問題才能夠得到解決。

此外，很多時候案主會產生問題，其實是來自於家庭生命週期的改變，例如結婚生子，孩子進入青春期，孩子長大離家，家庭進入空巢期，或是面對自己或家人的生老病死，都會帶給人困擾。困擾不是存在於案主“個人內”的問題。

(四)不再使用抽象的心理概念來歸類 標籤與分析案主

視案主為獨特的個體，確認案主可觀察的具體問題與互動的行為，治療者不再為案主作心理疾病的分類與診斷，一方面基於心理診斷是專家建構出來的概念，診斷的類別其實是很具文化性，社會意義，與個別差異的，另一方面，目前心理診斷對於實施心理治療其實還是有很大的鴻溝，與其對於案主作無用的標籤，不如針對案主的個別困擾提供量身訂製的服務，治療者不套用公式，可以很自由，很靈活，也很有創意的為每一位不同的案主設計不同的行為改變的策略與家庭作業。

筆者看到MRI目前的治療取向的缺失之處為：

(一) 太過於把案主的問題“行為化”

太過於專注在互動行為層面的探討，而很少去了解案主與案家的觀點，以及對問題與處境的詮釋與所賦予的意義，也幾乎不去碰觸案主的情緒，案主對生活與存在意義感的探討，以至於失去了對於一個人整體層面的了解與接觸。例如，治療師會不斷向案主探問與澄清這樣的問題“當時你做了什麼？”，“當時他對你如何反應？”…，雖然他們辯稱只了解案主的互動行為可以避免治療者的主觀解釋，但是相對的，這樣治療師也是在限制自己與案主僅在行為的認知層面在互動，也只能幫助案主產生行為層面的改變。對於已邁入後現代的時代，大多數的心理學者已經相當接受建構論與社會建構論的觀點，MRI的治療取向無疑的是在固步自封。

(二) 逐漸失去家庭系統觀的工作特色

雖然MRI是以提出家庭互動的觀點而著稱，但是時至今日，筆者在看他們為案主工作時，已經感受不到濃厚的互動取向了，他們大多數的時候是在為一位案主工作，雖然在有需要時（特別是在會談的初期）會要求配偶或是家人一起出席，但是這樣做是為了收集案主與人際互動的資料，以便治療師設計介入的策略，而不是為了改變全體的家庭互動系統。他們辯稱在系統之中任何一個人的改變（當然通常就是前來求助的案主），就會帶給整個家庭系統中其他人的改變，以至於又回到了其實是為個人的工作，看到MRI走到這裡，筆者不禁為他們覺得可惜。

(三) 過於強調不必透過認知的理解或是洞察來達到改變的效果

筆者雖然同意有些案主並不在乎是否要了解他為何會有者困擾，也不會追究

他的困擾為何會改善，他對於問題反正已經解決了就覺的滿意了。但是筆者認為，大多數人其實是有要去理解自己以及身處的環境發生了什麼是的傾向，美國人格與臨床心理學家George Kelly（1955）稱之為人的建構，人不斷在主動的建構他的世界，為的是要能夠了解與預測身處的環境，使人能增加對環境的掌控感。如果案主能夠對他何以會有問題有理解一些（不必像傳統心理分析者對案主作漫長的過去的探索），也對他何以會有改變有一些理解，將可以增加案主對於問題的掌控感，也可以知道如何防範，避免以後再次落入相似的困境。

四把治療師放在很高的權威地位

治療師在解讀出案主需要改變的互動關係之後，就開始設計案主需要的改變，包括案主的家庭作業，治療師是權威，是專家，他們是促成案主改變的關鍵者，案主不必知道他們為何要這樣做，也不需要明白為何這樣做之後就會有改變，案主對於改變是無知的，治療師擁有改變的知識的權利，不必與案主分享。

五忽視社會結構與社會情境對人的影響

後來的女性主義者對於MRI的最大批評，是他們忽視社會中兩性不平等與社會情境對人的影響。MRI的治療者並不忌諱這樣的批評，他們反而辯稱，他們把每一個人都視為獨特的個體，帶來的是獨特的問題，他們的治療策略也都因個人帶來的問題而異，因此根本不必去討論社會情境的問題。筆者同意社會脈絡的影響不能忽視，如果案主的困擾是與社會結構因素有關（例如貧窮，兩性間的權利或資源不均，……），只針對案主的困擾而工作，只能暫時解決問題。案主在大的社會環境不利於生存的條件下，往往會需要付出加倍的力量來使問題解決，或是使改變能持續。會有很多案主，在沒有持續獲得足夠的有利社會支持，或是大的社會結構的改變下，治療室個人的努力成果就很快會化為烏有。

六、焦點解決取向短期心理治療（Solution-oriented brief therapy）的誕生與發展

Steve de Shazer曾是Paul Watzlawick，Richard Fisch等人的學生，他離開了他們，與他的韓裔太太InSoo Berg一起在Milwaukee, Wisconsin成立了短期家族治療中心（Brief Family Therapy Center），發展出了焦點解決取向的短期心理治療（de Shazer, 1985; de Shazer, 1988）。他們繼續保有了很多MRI短期治療好的概念，也提出了一些獨到的見解。他們與MRI最大的不同，在於不認為問題的出現與持

續是出於問題的解決方式不當，他們也不把眼光定睛於要解決的問題是什麼，他們認為治療者應該注意的是問題的解決是什麼（From problem focus to solution focus）。他們認為如果越是把注意力放在案主的問題上，問題就越有可能持續存在，如果協助案主把目光轉移到案主想要達到的解決目標上，案主就會關心去獲得他想要的是什麼，這是一種正向的眼光，會帶來正向的回饋。焦點解決取向的短期治療也強調案主的正向資源，認為案主有達成自己目標的能力與資源，甚至案主其實很多時候在過去已經展現過問題解決的行為，只是案主現在沒有使用罷了，所以協助案主改變的技術之一就是使用例外（exception question）問句，例如“你曾經什麼時候使用過一些這樣的想法或是做法而是成功的？”這樣的問法，同時間也在增加案主面對目前困境的信心與能力感，因為他不是處在一個全然陌生與挫敗的處境。至於奇蹟（miracle question）的問句，則是為無法想像問題曾經有解的案主多開發一片想像的天空，去想像當問題得以解決時的光景，再由治療師的問句引導下，逐步行成現實的目標，去跨出實踐的一步。很多的心理治療學派很可惜的，都只偏重過去或是此時此刻的取向，較少運用未來景，使案主對未來產生遠景與嚮往，增加信心與行動的力量。

相較之下，焦點解決短期治療比MRI的問題導向短期心理治療，更加把改變的責任放在案主身上，治療者只是藉力使力，治療者好像掘寶者，儘量把案主解決問題的好資源開發出來，使案主會使用自己的好資源。在筆者過去的實務經驗中，對於已有一些正向經驗的案主，很快就能夠產生好的治療效果。對於訓練學校的教育者與學校的輔導人員，也都有很好的回饋，筆者認為這是與教育工作者對於學生通常都具備有較正向的教育眼光，而學校中多數處理的學生問題也是在預防性的範圍，較少是嚴重的矯治性行為有關。

焦點解決取向的短期治療被批評之處，其中之一就是治療者對於案主太過溫和，對於改變意願低的，或是困難的案主的功效有限，對於有些案主，適度的催逼與對質仍是有必要的，可以加速案主的改變。另一個來自女性主義著的批評，同樣是他們忽視了社會大環境對女性案主的不利影響。

短期心理治療的效果研究

一、治療的效果研究

心理治療的理論技術，要經得起考驗，最有利的證據就是透過治療效果的研究，並且光是治療師或研究者說多有效是沒有用的，還必須是透過案主的現身說法。

Weakland, Fisch, Watzlawick, & Bodin (1974) 發表了他們在短期心理治療中心六年內，對於97為案主，共進行236次治療的效果評估，這些案主包括各色人種，各種年齡層，也包括各樣由較輕微困擾到有嚴重症狀的問題，他們的研究結果顯示，在每一位案主都接受不超過十次的心理治療的次數內，約有四分之三的案主在結案後，都表示他們的主要來談困擾已經得到相當成度的減輕。在他們的研究中，效果的評量是依據兩個指標，一個是問“案主的行為是否如計劃有改善?”

另一個問題是“案主的困擾是否得到解除?”。根據每一位案主的結案後的訪談結果，如果案主是按計劃實行介入策略，困擾也得到解除，這就歸類為成功的案主，如果案主沒有按計劃實行介入策略，困擾也沒有得到解除，這就歸類為不成功的案主。也有的案主無法被歸入這兩類，有的案主改變的目標與計劃不清晰，但是行為仍有改善，這樣的案主仍然歸類於屬於成功。也有的案主雖然行為有改善，但是改變的幅度不是很顯著，就歸於有改善的類別，因此得到的成功改善的案主共計72%（其中成功的案主佔40%，有改善的案主佔32%）。

當然，如果從嚴謹的角度來看，這個研究設計是有很多問題的，例如，效果的評估完全依賴案主主觀的口頭報告，而沒有使用其他的測量工具，或是行為的觀察。僅設計兩個問題，其實真正使用作為效果評估的只有一題（困擾是否得到解除），太過於粗躁與簡單。對於困擾的程度也沒有加以控制，更無法得知對於怎樣的案主較為有效或是無效。除了這一篇研究結果之外，MRI就沒有新的效果研究出現。

Miller, Ducan與Hubble在回顧了兩個大型的以Milwaukee短期家族治療中心的案主與治療師為研究對象，所做過的焦點解決取向的短期治療的效果研究（de Jong & Hopwood, 1996; Metcalf, & Thmoas, 1994），以及與其他不同取向的短期心

理治療的效果研究相比較之後，下了一個不怎麼令人興奮的結論：“短期心理治療與其他的治療取向之間其實並不存在所宣稱的差異，案主並不對於改變更為滿意，改變也並不更為容易或是更為持久；沒有任何跡象顯示單次的治療有更高的治癒率；更令人不安的，短期治療並不比其他取向的治療學派更短。事實上，短期治療的效果研究，或許是在說明它和其他廠牌的心理治療一樣的糟”（p.70-71, Miller, Duncan & Hubble, 1999）。

二、治療關係與治療技術孰重？

Metcalf & Thmoas（1994）採用質的研究了解由治療師與案主的眼光，所知覺到的焦點解決取向的短期治療的有效因素，他們指出在案主的眼裡，最重要的改變因素是“治療師所提供的溫暖，協助，關心，情感的投入，以及治療師對於案主所關心的話題有興趣探究”（p.335, Metcalf et at., 1996）。換句話說，這正是治療師與案主的關係因素。

Miller, Duncan, & Hubble（1999）也進一步想解除了治療關係之外，治療的技術對治療效果的影響，他們發現不管治療的取向為何，治療技術這個因素只對治療效果有15%的影響力。更令人驚訝的，他們在回顧了一些近十年來的文獻之後下的結論是“治療師如果只專注在使用某個特別的治療取向的技術，是會與治療效果成負相關的”。

這個結果不過是再一次證實Orlinsky, Grawe, & Parks（1994）在回顧了上千篇的心理治療的歷程與效果研究之後，得到的相同的結論“共有超過350篇的研究報告都一致顯示，站在案主的評量角度，與治療關係向度有關的18種測量變項中，有16種測量變項都得到類似的結果，治療關係與治療效果之間有顯著的正相關”，“在案主的評量角度，24個與心理治療效果有關的變項裡，有13個變項都與治療關係有關，而在治療師的評量角度，在28個與心理治療效果有關的變項裡，有14個變項都與治療關係有關”（p.360-361, Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994）。

那麼治療技術在治療效果裡，扮演什麼角色呢？在Orlinsky, Grawe, & Parks（1994）文獻回顧之後寫的文章裡指出，在案主的角度，與治療效果一致有關的治療技術有解釋，經驗性的對立（例如完形學派的空以對話），與矛盾意向，以及案主在治療過程中產生的正向感受（這也可以歸為關係變項），這個結果與治

療師自認為有效的治療技術是有一些差異的（例如治療目標的共識，治療師的能力等）。這個結論肯定治療者使用的某些技術，對於心理治療是有一些正向效果的。Miller, Hubble, & Duncan（1995）的文章中指出不論使用的心理治療技術為何，整體而論，在成功的治療效果中只有佔百分之十五的變異量。另外的因素包括：案主對治療效果的期待佔15%，治療關係與其他與治療活動無關的因素（例如案主的先前能力，案主在生活中的改變事件等）佔70%。

Lambert & Bergin（1994）比較心理治療的療效是否會超過案主自然恢復（沒有接受治療也有了改善，稱之為spontaneous remission），或是沒有經過特別的心理治療的介入處理的效果（或稱之為placebo effect；common factors；nonspecific factors）。他們認為很不幸的，因為許多研究的設計與控制並不嚴謹，所以並不能夠下一個明確的結論。然而，他們也指出，有一些非屬於特定的治療技術，但是卻在不同的治療師，使用不同的治療取向，都會出現共同的，對治療效果很有貢獻的因素，就是治療師對案主的溫暖，專注，了解，案主對於問題改善的期望與信心這類因素。Frank（1976）也指出不論任何形式的治療（包括心理治療，民俗治療）也都不外乎好的關係，治療師有說服與影響力，對改變有期待，注入希望，這類的影響因素是共通的。

Lambert & Bergin（1994）進一步比較不同的心理治療學派之間是否會有不同的治療效果。要進行這樣的比較是相當不容易的，除了案主要小心加以篩選與安排之外，治療者之間的變異也要加以控制，所幸現今的美國治療者大多會按照發展好的治療手冊（treatment manual）的步驟加以操作（Lambert & Ogles, 1988），使得治療師的治療程序可以保持一致，也因為統計上後設分析法（meta analysis）的發展（Banfert-Drowns, 1986），使得心理治療研究者要做較大量研究結果之間的比較成為可能。他們得到的結論是，有一些經過後設分析的研究結果顯示，認知與行為取向的治療比傳統的分析式治療與關係取向的治療略有一些優勢，但是這樣的結果可能與認知與行為治療所採取的效果測量變項是較容易出現反應的，也可能是因為認知與行為治療的效果研究很多都是在臨床真實性較低，實驗控制性較高的情境下進行的（analogue study）（Cook & Campbell, 1979），案主也不如真實的臨床的案主那麼嚴重。整體而言，不同的心理治療取向之間對治療效果而言，傾向於並不存在什麼明顯的差異。

面對這樣一再不謀而合的研究結果，一方面筆者不禁要高呼“Carl Rogers萬

歲”，不管時代怎樣改變，新的心理治療學派與技術推層出新，Carl Rogers (1951, 1957) 提出的“治療師的同理，真誠，與對案主的無條件正向關懷是治療的充分與必要條件”這句名言至今仍然歷久彌新。在滿山滿谷的心理治療效果的研究報告裡，到目前為止，有確定結論的仍然是很有限的，而治療關係確是相當確定的一個，Patterson (1983) 就曾經在較早時就下過這樣的結論。但是，另一方面，筆者也有一些沮喪，想到成群孜孜不倦，不斷想多學習與使用新的理論與方法的心理治療者，要接受“心理治療技術的千變萬化，不敵一份好的治療關係”這個事實，不免會覺得在言之有理之外，又覺得有點不服氣。

當然，從Carl Rogers 的時代到現在，對於治療關係的內涵在經過許多不同心理治療取向的治療者與研究者的努力下，這個概念已經化簡為繁，有了許許多不同的面貌。治療關係在心理動力取向的研究者口中被稱之為治療聯盟 (therapeutic alliance) (Beutler, Crago, & Arizmendi, 1986)，這概念比案主為中心學派的充分與必要條件的概念要複雜很多，也模糊很多，涉及的測量工具也多了很多。Gaston (1990) 試圖將不同的概念加以整合，認為所測量的概念包括了案主對治療者的好感，案主能在治療中朝向目標進展的能力，治療師的同理與投入，以及治療師與案主對於治療目標與做法的共識。Butler & Strupp (1986) 說的好“心理治療的歷程是十分錯綜複雜與隱微的，不可能把這個過程解體為一堆的技巧，案主如何經驗與詮釋這個歷程程非常重要，治療的效果就發生在案主與治療師的互動關係中”，“因此，治療師要學會有系統的使用這份治療關係，來產生治療的效果” (p. 36)。

心理治療派典的轉移

如果我們接受心理治療的不同取向與技術，對心理治療的效果其實沒有什麼差異，更不要說心理治療的技術對於治療效果的影響是有限的。那麼，現在在討論的問題導向短期心理治療，策略學派短期心理治療，結構學派短期心理治療，焦點解決短期心理治療，甚至這十年來才開始的詮釋心理治療……，弄得人眼花撩亂，究竟是怎麼回事呢？我們要如何看待這麼多五花八門的東西？我們難道還需要再增加對於案主的治療效果其實並不見得真有助益的新玩意嗎？難道我們已經有的心理治療的知識還不夠多？還不夠複雜嗎？難道心理治療領域的市場，其

實也不過就像是其他商品的市場，不斷的推層出新，更新產品，更換包裝，為的是保持商品在市場上的新鮮感，來增加賣點？而心理治療者擔心如果不保持資訊的更新，很快就落伍，會被人譏笑為老古董？難道會出不窮的不同心理治療學派，其實只是新一代的年輕心理治療者要有立足與成名之地所做的努力？難道只是為了在心理治療的消費市場上引起注意，獲得好的賣點而圖名利雙收？還是這不過是一場心智與語言的遊戲，大家各自用一套語言，成立一家之言，來顯示自己的獨特見解，在學術殿堂上各領風騷？或甚至登上主流，成為正典？

筆者試圖在這複雜的心理治療的世界裡尋找意義，一些想法逐漸浮現。短期心理治療（姑且不論其中林林種種大同小異的諸多取向），對照於傳統的分析式心理治療，無疑是一種派典（paradigm）的轉移。Kuhn（1970）的經典之作“*The Structure of Scientific Revolutions*”，首先出現了“科學的派典（scientific paradigm）”這個名詞，Kuhn 認為科學的演進不是循序漸近的，而是像完形式的變化，會是不連貫的躍進。科學派典的轉移通常起因於當時科學的理論不能夠對出現不尋常的現象作反應，而興起另一個新的觀點來處理或是解釋這現象，或甚至能將先前理論所解釋的現象也一起包容進來。Cottone（1992）借用這個名詞於心理治療，定義“心理治療的派典”為“在心理治療的領域裡，基於在專業的理論上，政治上，與哲學觀點的不同，彼此相互競爭的模式”，“派典能夠把不同的理論模式再加以組織與分類，因此，派典也可以視為是”理論的後設架構（metatheoretical framework）”，“不同的心理治療派典，在實踐的方法上與實踐的場所也都不盡相同”（p.4）。然而，Cottone（1992）認為不同於Kuhn所提出的科學派典的轉移，心理治療的派典的轉移，其實更與政治性的因素有關，通常是來自於一個新的團體提出新的主張，脫離了既有勢力的團體，而形成另一個相抗衡的勢力團體，而這些新的主張，並不一定需要如科學的派典的轉移，經過實驗室科學的驗證。

一、內在心理模式的治療派典與移轉

在心理治療的領域，Sigmund Freud就是一位提出新派典的重要人物。他的心理分析論把對異常行為的解釋，由生物醫學的模式帶入了內在心理的模式（intrapsychic model），他為心理治療畫出了一個重要的分水嶺，使人對行為的研究由物理學，化學，生物學的領域帶入心理學的領域。心理分析論認為人的問題

是導源於早年學習的不良經驗，要使人的行為改變，就要為個人工作，使人重新獲得好的學習經驗。

二、互動系統觀的治療模式與移轉

互動觀與系統觀對人的行為的看法，又是一個大的躍進。將人的問題的解釋，由人內在心理觀轉換為人與外在關係，認為人是活在社會關係裡，人與關係密不可分，人的問題是出在關係中的互動出了問題，要使人的行為改變，就要透過關係來改變。心理治療派典轉移的影響，不但是對於心理困擾的產生原因有不同的看法，對於心理治療的實踐方法也跟著有不同的看法。傳統的心理分析師只要與案主一人會談，而系統論者，則要藉著個別會談與夫妻或是家庭會談，來觀察與了解這個婚姻關係或是家庭關係中的互動現象，來決定如何改變他們彼此間的互動關係，因此出現了婚姻與家庭治療的工作模式。

三、脈絡主義的治療模式

(一)米蘭學派的家庭治療

隨著時間的進展，在系統觀之後，又出現了另一個派典的轉移，那就是脈絡主義（contextualism）。這個名詞最早出現在Pepper（1942）的“World Hypotheses: A Study in Evidence”一書中，他提到四種世界觀，而脈絡觀就是其中之一，把世界看成是不斷在進展與改變之中。這樣的觀點延伸到心理治療的領域，就認為治療師不必侷限在某一種特定的觀點來解釋心理困擾的產生，而要採取相對的、多元的觀點，要將行為發生的社會脈絡一併關照。開始這樣看法的代表是女性主義者。他們批評系統觀的說法對於女性是不公平的，雖然系統觀認為在婚姻關係中男女雙方是平等的。然而實則不然，女性在社會情境中相較於男性，是被剝削的弱勢，若是婚姻或家庭中的女性出現了心理困擾，他們雖不再像過去被心理分析論者標籤女性為“情緒化”，給了女性一些尊重，但是這仍然不夠，因為在系統論者的眼光中，問題是出在關係之中，是男性與女性在一起互動出了問題，因此互動的雙方都是產生問題的“共犯”，雙方都要對問題與問題的解決負起責任。甚至，更不合理的看法，是把家庭暴力視為具有維持家庭平衡的功能。這些說法，對於處在弱勢地位的女性，還需要對問題的產生與解決負責，是對於女性極不公平的論調。例如，家庭暴力的出現，基本上被虐的女性，無論

在體力上，經濟上，擁有的權力，社會賦予的角色期待，社會所提供的資源與支持，都是居於劣勢的，因此父權的社會與毆妻的丈夫才是共犯，而不是被虐的妻子。女性主義者呼籲，無論是個人還是社會全體大眾，都需要新視野的轉換 (Bograd, 1984)。

把系統觀帶入到脈絡觀的一群短期心理治療者稱為“米蘭學派的系統家族治療”(Milan Systemic Family Therapy)，是由Selvine, Boscolo, Cecchin, Prata等人提出的，其中Mara Palazzoli Selvini是一位女性的心理治療家，在義大利成立了米蘭家庭研究中心，米蘭團體與MRI系統取向的治療師在治療方法上分道揚鑣，不再與案主玩策略的遊戲了，而開始研究如何將問話的歷程 (process of questioning) 作為介入處理的主要方法 (Boscolo, Cecchin, Hoffman, & Penn, 1987)。於是，治療師透過特定的問話方式，也稱之為循環問話 (circular questioning)，與家庭開始互動與對話 (conversation)，在治療的歷程中一點一點的為家庭注入新的資訊 (information-influsing process)，換句話說，家庭就在治療的對話歷程中成長，發展與改變了。因此，治療師催化家庭歷程的發展就是主要的治療目標，使家庭可以更流動的，更豐富的透過對話開展家庭內原本是隱藏的，靜態的面貌，使家庭不在需要借用“困擾的症狀”來彼此連結。例如，一個家庭中原本是有問題行為的孩子被家人視為是問題的來源，在經過治療師不斷一個個詢問家庭中父母親與其他的孩子對問題的產生與維繫所投入的“貢獻”之後，家庭就會逐漸揭露出來許多隱藏的訊息，以及顯現出來家庭隱藏的迷思，可以幫助家庭開始對“家庭中誰有問題，何以會有問題”這些看法產生更具系統觀的改變，承認家中美一個人都要對問題負責。

米蘭學派的心理治療師不再把治療師視為是案主系統外的改變者，他們把治療師視為是與案主在同一個待解決問題的系統裡。當治療師與案主的工作遇到了瓶頸，治療師會把案主與家庭一起帶到米蘭治療中心的治療師團隊面前，獲得協助，於是治療師與案主及家庭會一起跟著改變，這就是把治療師帶入到案主的系統中，視為問題的一部份，而加以處理。治療師也不再高高在上，不再是知道案主如何改變的權威者，治療師成為家庭的催化者，不能指導家庭應該要如何改變，治療師定位自己為家庭歷程的催化者，催化家庭中資訊的流通與豐富。

米蘭學派也採用團隊的方式進行治療，不同的是，他們除了有一個在治療室外單面鏡觀察並且會適時介入的T-team團隊之外，還有另外一組O-team團隊在治

療室外觀察家庭，治療師，與T-team的介入，O-team在一次治療結束之後，會向治療師與T-team分享觀察的心得。這麼複雜的設計，主要是基於相信“事實”(reality)是經過社會建構(social construction)(Pare, 1995)出來的。沒有一個唯一絕對的真理存在，事實是透過不同人，不同的角度建構出來的，因此，多元的觀點是被鼓勵的，不但治療師彼此之間要有多元的觀點，家庭中也要鼓勵每個人有不同的觀點，治療師與家庭間也要有不同的觀點交流。保持高的好奇心，不斷去發現隱藏的或是不同的觀點，並且接納不同的觀點，是治療師重要的工作態度。

然而，不幸的，米蘭學派的家庭治療的效果研究，與其他取向的心理治療效果研究一樣，看起來都並不令人振奮。Marshal, Feldman & Sigal (1989)從事兩年的追蹤效果研究顯示，只有略過半數的被治療家庭中的父母有正向的改變，有半數的家庭表示不喜歡這樣的治療，有至少三分之二的家庭中有成員繼續再尋求其他的心理治療。但是被治療的九個家庭中，近九成的孩子認為家庭功能有改善，近八成的孩子在追蹤研究中顯示自我的功能有改善。當然研究者也指出，這些接收治療的家庭都是來自在接受其他的治療失敗後轉過來的家庭，使得家庭治療的成功效果降低。

(二) 詮釋治療

澳洲的Michael White與David Epston，在學習了MRI的系統取向，與米蘭的治療取向之後，開始繼續採用脈絡觀與社會建構論的觀點，在澳洲發展出他們的治療理念與方法(Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1990)，形成了近十年來的一股新旋風，稱之為詮釋治療。他們認為，每個人對於自己的認定是同時透過社會群體對他的看法的影響，是混和著他隸屬的種族，文化，社會地位，社會階層，教育背景，職業，社會角色，這些都影響著大社會如何看待一個人，因此，沒有一個人是可以從他的社會脈絡中獨立出來的。

社會建構論者主張，沒有絕對的真理與不變的事實，所有的“事實”(reality)都是社會中的一群人，透過語言的表達方式，所共同建構出來的，成為大家共享的經驗與意義，並且這群人，因著透過語言，繼續不斷交換彼此的看法，了解彼此的世界，會形成新的意義(Foucault, 1980)。因此，處在不同社會階層中的人，要透過彼此的接觸與表達，進入彼此生活的社會脈絡中，去了解彼此的知覺與對經驗的詮釋。使用語言為表達與建構事實的媒介，又稱之為“故事

敘說”，我們把生活的經驗用說故事的方式，說出來給別人聽，我們還會把不同的生命經驗，按照發生的時間順序，加以組織，發展成爲一個有主題的生命故事，使我們在其中得到自我的延續感，生命意義感，以及較完整的自我意識。我們也透過一個人的生命故事，可以了解到社會文化的脈絡是如何交織在其中。故事敘說與報導，在台灣近年來已經蔚爲風氣，用來揭露在社會邊緣或是社會弱勢者的生命經驗，使社會大眾對他們的苦難有更多的了解，對他們在面臨生活困境中的韌性有更多的尊重，也更多了解到社會對他們的忽視甚至是剝削，更因爲這樣的了解而意識到社會對他們的責任。

進行詮釋治療時，案主在治療師面前，說出的是一個對自己感到沮喪與無力的故事，而他的故事的背後交織著層層的社會脈絡的意義，但是案主通常並不會覺知，他只會看到自己的脆弱與無助。治療師在面對案主時，需要小心不要自己在社會中被建構出的觀點凌駕於案主之上，因爲治療師往往與案主來自於不同的社會階層，治療師會不知不覺的帶著來自屬於自己的社會階層眼光去看待在社會中弱勢的案主，甚至爲他們決定什麼是好的，應該要如何改變才好。治療師要謙虛於案主的面前，承認自己對於案主的經驗其實是無知的，用好奇的態度來接近與詢問案主，協助案主在治療過程中，經由被詢問，再思考，再重述，逐漸看到他是可以有選擇的，對於建構自己的生命故事，他是主動的而不是被動的，他可以重新爲自己找到不同的生命經驗的意義。治療的目標是要打開案主對自己的眼光，不再侷限自己在困難中，去看到自己是有資源的，生命是豐富的，當案主開始用不同的眼光來看待自己，重新詮釋自己的生命故事，對自己產生了不同的認同之後，對自己處身的問題的觀感也就會跟著改變。因此，治療的目標不再是爲案主解決困擾，而是協助案主重新界定自己，產生更豐富的生命意義感與力量。治療師所採用的重要技術之一，就是將案主的問題外在化（externalization of the problem），不認爲案主的問題是在案主個人本身，也不是存在的關係有問題，而將問題視爲在關係之外的一樣東西，案主與家人不必爲這個問題的存在負責，因爲問題的存在很多時候是來自於外在環境的，來自於社會的。重要的是案主與家人要如何與這個存在於他們之間的“問題”學會共處，或可以不再視問題爲問題，協助家庭找出來他們可以與問題共處得好，或可以不被問題困擾的時刻，他們是如何做到的，案主與家庭有些什麼內在與外在的資源使他們可以在有時候共度困難，治療師協助案主與家庭把這些脈絡一一尋找與串聯起來，成爲一

個完整的共同經驗難關的家庭生命故事，使家庭在其中找到家庭的力量。治療室外的反映團隊（reflecting team）是重要的，他們可以提供治療師與家庭他們的觀察，疑問與回饋，不做分析與解釋，而是要治療師與家庭能藉由他們的回饋，知道他們是被支持與了解的，也藉此產生更多元的思考與觀點，鬆動案主與家庭原先對家庭生命故事的詮釋，產生對生命故事的新詮釋。

不同於家庭系統取向者，詮釋治療更看重外在的社會文化對案主的影響，治療師視自己的角色為大的社會系統的一部份，改變是發生在案主與治療師，以及雙方背後所帶的社會文化的互動系統中。但是相同的，他們都是系統論，認為案主的問題不是自身的問題，而是來自於人際關係或是社會文化的社會文化的互動系統中。他們都用正向的眼光看待案主，視案主是有資源改變的，並且改變隨時都會發生。他們不為案主貼上病態的標籤，更重視案主的個別性，不採取高的專家權威姿態面對案主，而更採取與案主共同合作的方式進行治療，這是心理治療派典轉移的新視野。

四、西方心理治療對於亞洲心理治療發展的影響

在回顧了西方心理治療不同派典的興起與轉移之後，筆者不禁想到亞洲，或甚至中國文化對心理治療領域的貢獻在哪裡？從亞洲人或是中國人的社會文化觀點看待心理治療的問題，會可能有不同的心理治療的派典出現嗎？一些西方的心理治療者，在1960年代之後，開始有興趣在東方文化中尋找有助於產生心理治療療效的治療取向與方法。例如，透過靜坐與冥想（meditation）把人帶往不同的意識狀態，增加覺察，專注，快樂，以及對自我新的認同感。另一個例子是瑜珈（yoga），透過呼吸的控制，身體的姿勢，甚至生活方式的調整，而達到身心狀態的改善。這些技術正在被西方心理治療者重視與使用。相繼而出的治療效果研究，也指出這些技術不但能夠有效的減輕各種心理疾病患者的症狀，例如焦慮，憂鬱，恐懼等（Shapiro & Walsh, 1984），而且還能夠產生正面的心理健康的效果，甚至使人長壽（Langer, 1988），這些方法的背後傳遞出的是西方超個人心理學（transpersonal psychology）的理念，重視自我的超越，要進入與宇宙大我的融合（Maslow, 1968），也是東方文化中佛家的思想體系的實踐。

再以日本為例，內觀療法（Naikan therapy）是相當具有日本文化特色的心理治療取向。案主需要對過去的人際關係做很多反省，包括反省別人對他做了什

麼，他對別人做了什麼，他為別人帶來的困難是些什麼，這樣做的目的是要使案主明白他是生活在相互依賴的人際關係之中，需要對別人給的恩惠存感恩之心，也要懺悔對別人給的恩惠沒有回報，藉由懺悔，案主體認到別人對他的愛與接納，也體認到自己的罪惡與不配。

這樣的心理治療的機轉是建立在人對自己與他人關係的罪惡感與自我貶抑上，絕非是西方文化的價值觀，因為治療的理念與方法是圍繞於一種“相互依賴的自我觀”(interdependent self) (Ho, 1982; Hsu, 1981; Markus & Kitayama, 1991; Sampson, 1988)。這些文化人類學與心理學者認為亞洲人對自我的看法，受到關係中其他人的感覺與看法影響很大，較西方人更為情境取向，而不是個人取向；對於別人的期待與社會的規範會有較高的考量與順從。這些在人類學與社會心理學的研究發現，可以為亞洲人與中國人的心理治療領域提供很重要的基礎。雖然這些由亞洲發展出來的具有心理治療療效的方法，再西方已經收到重視，但是，這些方法到目前為止，都還不能成為心理治療的一個派典，其中的一個原因是西方的心理治療者認為，這些技術缺少對於“心理問題是什麼，人為何會產生心理困擾”這類形而上的哲學觀與心理病理觀提出較完整與分析的觀點，因此，雖然使用這些技術的治療者漸多，但始終未能為成一家之說 (Walsh, 1989)。當然筆者也認為，另一個重要的理由，是相對於西方國家，多數的亞洲國家在政治，經濟，與科技發展上都是弱勢，是被剝削與掠奪的對象，在學術上也是如此，西方的心理治療也主導了亞洲國家心理治療的發展。亞洲人的心理學與心理治療，要在國際心理治療領域發展成為派典之一，除了持續努力累積本土研究之外，同時還要在國際的政治與經濟上取得相當的地位才有此可能受到重視，畢竟，心理治療專業的發展是與社會，文化，政治，經濟的關係是密不可分的。



參考文獻

- Bangert-Drowns, R. L. (1986). Review of developments in meta-analytic method. *Psychological Bulletin*, 99, 388-399.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. NY: International University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp.217-270). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed, pp.139-189). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed, pp. 257-310). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Bograd, M. (1984). Family systems approaches to wife battering: A feminist critique. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 558-568.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy*. NY: Basic Books.
- Butler, L. E. & Strupp, H. H. (1986). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30-40.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (Eds.). (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.

- Cottone, R. R. (1992). *Theories and paradigms of counseling and psychotherapy*. Boston: Allyn & Bacon.
- De Jong, P., & Hopwood, L. (1996). Outcome research on treatment conducted at the brief family therapy center. In S. Miller, M. Hubber, & B. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp.272-298). San Francisco: Jossey-Bass.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. NY: Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. NY: Norton.
- Fisch, R. (1996). *Doing therapy briefly: A training manual*. Brief Therapy Center. Palo Alto: CA.
- Fisch, R., Weakland, J. H., Segal, L.(1983). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass., Inc., Publishers.
- Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings*. NY: Pantheon Books.
- Frank, J. D. (1974). *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. NY: W.W. Norton & Company.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp.190-228). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Garfield, S. L. & Kurz, M. (1952). Evaluation of treatment and related procedures in 1216 cases referred to a mental hygiene clinic. *Psychiatric Quarterly*, 26, 414-424.
- Glasscote, R. M., Raybin, J. B., Reifler, C. B., & Kane, A. W. (1975). *The alternate services: Their role in mental health*. Washington DC: American Psychiatric Service.
- Haley, J. (1976). *Problem-solving therapy: New strategies for effective family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers.
- Ho, D. Y. F. (1982). Asian concepts in behavioral science. *Psychologia*, 25, 228-235.

- Howard, K.I., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Hsu, F. L. K. (1981). *American and Chinese: Passage to differences*. (3rd ed.). Honolulu, HI: University of Hawaii Press.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. NY: Norton.
- Koss, M., & Shiang, J. (1994). Research on brief psychotherapy. In A. E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th eds.,pp.664-700). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. (2nd ed.). Chicago: University of Chicago Press. Honolulu, HI: University of hawaii Press.
- Langer, E. (1988). Minding matters: The consequences of mindlessness/mindfulness. In L. Berkowitz (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. NY: Academic Press.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed, pp. 143-189). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (1988). Treatment manuals: Problems and promise. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 7, 187-204.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.,pp. 157-211). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications forcognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- Maslow, A. (1968). *Toward a psychology of being*. (2nd ed.). Princeton: Van Nostrand.
- Metcalf, L.& Thmoas, F. (1994). Client and therapist perceptions of solution-focused brief therapy: A qualitative analysis. *Journal of Family Psychotherapist*, 5, 49-66.
- Miller, S. D.(1994). The solution conspiracy: A mystery in three installments. *Journal of Systemic Therapies*, 13, 18-37.

- Miller, S. D., Duncan, B. L., & Hubble, M. A. (1999). Some thoughts on the nature of therapeutic revolutions. In W. A. Ray & S. de Shazer (Eds.), *Evolving Brief Therapies* (pp. 68-77). Iowa: Geist & Russell Companies, Ltd.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy-*Noch einmal*. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-384). NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Pare, D. A. (1995). Of families and other cultures: The shifting paradigm of family therapy. *Family Process*, 34, 1-19.
- Patterson, M. L. (1983). *Nonverbal behavior: A functional perspective*. NY: Springer-Verlag.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses: A study in evidence*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Reynolds, D. (1981). Naikan psychotherapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Handbook of innovative psychotherapies* (pp. 544-553). NY: Hojn Wiley.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Sampson, E. E. (1988). The debate on individualism: indigenous psychology of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist*, 43, 15-22.
- Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Shapiro, D., & Walsh, R. (Eds.). (1984). *Meditation: Classic and contemporary perspectives*. NY: Aldine.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*.

- Baltimore: The Johns Hopkins university Press.
- Walsh, R. (1989). Asian psychotherapies. In R. J. Rorsini & D. Wedding (Eds), *Current psychotherapies*. (4th ed., pp.547-559) Ill: F.E. Peacock Publishers, Inc.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W. W. Norton.
- Weakland, J. H.,Fisch, R., Watzlawick, P.,& Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-167.
- Wells, R. A., & Phelps, P. A. (1990). The brief psychotherapies: A selective overview.In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 3-26). NY: Plenum.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. NY: W.W.Norton & Company.



The History of Brief Psychotherapy-and The Paradigm Shifts In Psychotherapy

Ping-Hwa Chen

Department of Educational Psychology and Counseling

National Taiwan Normal University

ABSTRACT

The paper began with reviewing the emergence and the development of brief psychotherapy in the west in the past twenty years. Then the effectiveness and therapeutic factors were investigated through the brief therapy process and outcome research findings. The paper also discussed the paradigm shifts throughout the history of western psychotherapy. The early internal psychological paradigm was shifted to the interactive/systemic theory in 1960's, and then shifted to the post- modern contextualism in 1980's. The cultural value embedded in the paradigm shifts and the implications to the psychotherapy profession were also addressed. At the end, a need for developing a new paradigm of psychotherapy for Chinese and eastern societies was called.

Keywords: brief therapy, effectiveness of brief therapy, therapeutic factor of brief therapy, paradigm shift, interactive/systemic theory, contextualism

