

國立東華大學諮商與臨床心理學系
碩士論文
指導教授：賈紅鶯 博士

家族治療聯盟的因素探討：
家族治療師觀點

Factors related to Family Therapy Alliance: Taiwanese Family therapists' point of view



研究生：黃伊伶 撰

中華民國一〇八年二月

學位考試委員會審定書
Certificate of Approval of Examination Committee

國立東華大學 諮商與臨床心理學系碩士班

研究生 黃伊伶 君所提之論文
National Dong Hwa University

(題目) 家族治療聯盟的因素探討：家族治療師觀點
Factors related to Family Therapy Alliance:
Taiwanese Family therapists' point of view

經本委員會審查並舉行口試，認為 符合 碩士 學位標準。

After evaluation and the oral examination by the committee members, the student complies with the master (PhD) degree

學位考試委員會召集人	<u>陳重華</u>	簽章
The Convener of Examination Committee		
委 員	<u>陳重華</u>	簽章
Committee Member		
委 員	<u>林鈞博</u>	簽章
Committee Member		
委 員	<u>林鈞博</u>	簽章
Committee Member		
委 員	<u>唐川鴻</u>	簽章
Committee Member		
指導教授	<u>唐川鴻</u>	簽章
Advising Professor		
系主任 (所長)	<u>劉 劍華</u>	簽章
The Director of Department		

中華民國 107 年 11 月 22 日
ROC Year Month Date



謝誌

碩士班論文的完成與取得學位，對我來說是蠻不可思議的，尤其從工作領域回到學校就讀。論文的完成，首要感謝賈紅鶯老師，謝謝老師退休後依然的繼續指導，擴展了我在家族治療學術與實務研究上的思路。謝謝九位研究參與者的分享，讓這份研究結果更貼近實務工作，沒有你們也無法完成這份論文。謝謝鑾襄學姊，每當我在懵懂的研究內容的迷霧中找不著頭緒時，妳的經驗開啟了我對論文研究更進一步的理解與方向。謝謝伯昆學長，協助我並一起討論與分析研究內容。還有我碩士班的同儕們，都用著自己的方式支持我，給予我鼓勵，友誼真的是最好的解憂良方，即使大家不常見面，但你們的支持我全都收到了。最後，謝謝爸媽與乾爸乾媽，一直的無條件的支持我進修與享受學生的時期。感謝父母忍受我忙於論文與課業的焦慮與未去工作的焦慮，以及無法時時刻刻的陪伴於他們身旁。感謝許多朋友與家人都給我情緒上的支持與抒發管道，這也是我最需要的！謝謝大家。最後，也謝謝自己的堅持讓自己能堅信的走完這段學習之路。

這會是另一個階段的開始。



Yi-Ling. 謹誌

108.01



摘要

本研究旨在探討家族治療師於治療中家族治療聯盟的內涵、有效與阻礙因素及其因應，以及社會文化因素對家族治療聯盟的影響。研究者透過與八位家族治療師訪談資料，研究者採質性研究之訪談法進行資料的蒐集，並以內容分析法進行資料的分析。研究發現的主要結果為：（一）家族治療聯盟的內涵是：始於邀請成員之評估、治療師致力維持系統動態平衡、立體連結的工作關係、家庭能與治療師情感連結、治療師和每個成員建立安全的關係，以及治療師與家庭擁有共同目標。（二）有利於家族治療聯盟的因素：（1）家族治療歷程的治療聯盟因素：家族治療聯盟的評估，包含個案系統尚未進入治療時的評估、個案系統進入治療後的評估與個案系統進入治療時的再評估。（2）家族治療聯盟的建立，包含治療師以輕鬆與非結構化的談話模式、治療師能清楚看見家庭關係的互動模式、治療師開放的與家庭討論過往的諮商經驗、治療師促成家庭成員間的彼此連結、治療師主動與外系統成員合作及治療師營造平等的治療關係。（3）家族治療聯盟的維持，包含治療師以理解成員隱晦的部分與動機、治療師與成員同調、治療師營造安全治療環境、家族治療師與成員互相信任、家族治療師與成員同在、治療師讓成員感受到希望感、家族治療師的特質與專業知識、治療師幫助成員在治療裡反思與覺察、治療師彈性維持與家庭成員的平衡狀態、治療師保持與跨系統合作關係及治療師的彈性融入與退出家庭關係。（4）家族治療師影響治療聯盟之正向因素，包含家族治療師在治療中的態度、治療師能自我照顧與保持良好的精神狀態、家族治療師的專業特性。（三）阻礙家族治療聯盟的因素：（1）來自於家庭成員之間，包含成員企圖與治療師結盟或是與弱系統結盟、家庭成員未投入治療、成員對治療師的不信任、成員情緒高張與情緒化的表現、成員間有僵化的溝通模式、成員曾有負向的諮商經驗及成員擔憂邀請新成員對治療聯盟的影響。（2）來自家族治療師，包含治療師的個人狀態與特質及缺乏自我覺察。（3）與治療有關，包含治療聯盟的複雜化、不安全的治療環境、加入新成員後的失衡及制式的諮商架構。（四）社會文化影響家族治療聯盟的因素分為正向與負向：正向因素，包含治療師覺察自身文化與應用自我、透過督導及同儕討論增進文化層面自我覺察及區辨理論與實務間之文化差異並妥善運用。負向因素：成員對家族治療的專業認識不足、華人傳統家庭文化觀、華人性別文化、治療師未能適應世代變遷的教養模式及治療師未覺察東西文化衝突而直接套用。家族治療師對於阻礙的部分提出相關的因應方式。依據研究結果，分別就研究與實務兩方面提出相關的建議。



Abstract

The purpose of this study is to explore the connotation of family therapy alliance, and the effective and hindered factors in the family therapy alliances from the family therapists and their coping response, as well as the impact of sociocultural factors on family therapy alliances. Through the interview with eight Taiwanese family therapists, the researcher analyzed and summarized data using the content analysis method.

The main results are: 1. The connotation of the family therapy alliance is: starting with the evaluation of the invited members, the therapist's efforts to maintain the system's dynamic balance, the three-dimensional working relationship, the family's emotional connection with the therapist, the therapist and each member to establish a safe relationship, and therapists and families have a common goal. 2. Factors conducive to family therapy alliances: (1) Therapeutic alliance factors in family therapy course: assessment of alliance, including assessments when the case system has not yet entered treatment, assessment of the case system after treatment, and reassessment of the case system when entering treatment. (2) The establishment of a therapy alliance, including therapists using relaxed and unstructured conversation mode, clearly seeing the interactive pattern of family relationships, openly discussing the past consultation experience with the family, promoting the connection between family members, actively cooperation with the external system, and creating an equal therapeutic relationship. (3) Maintenance of the therapy alliance, which includes the therapist to understand the parts and motivations of the concealment of the members, the coordination of the therapist and the members, the therapist to create a safe treatment environment, the family therapist and the members trust each other, the therapist is being with the members, the therapist make the members to feel the sense of hope, etc. (4) The positive factors affecting the treatment alliance by family therapists include the attitude of the family therapist in treatment, the self-care and self-care of the therapist, and the professional characteristics of the family therapist. 3. Factors that hinder family therapy alliances: (1) From family members, including members attempting to form alliances with therapists or alliances with weak systems, family members not being treated, members' distrust of therapists, high emotional and emotional performance of members, and rigidity among members etc. (2) From a family therapist, including the personal status and traits of the therapist and lack of self-awareness. (3) From treatment, including the complexity of the treatment alliance, the unsafe treatment environment, the imbalance after joining new members, and the consultative structure of the standard. 4. The factors that influence the family therapy alliance in social culture are divided into positive and negative: positive factors, including the therapist's awareness of his own culture and self-application, through the supervision and peer discussion to promote cultural self-awareness and district theory and practice. Negative factors: members' lack of professional understanding of family therapy, Chinese traditional family culture, Chinese gender culture, therapist's failure to adapt to the changes in the pattern of generations and the therapist did not notice the cultural conflicts of things directly applied. The family therapist proposes relevant ways of coping with the obstruction. Based on the research results, relevant recommendations are made on both research and practice.



目錄

表目次	XI
圖目次	XI
第一章 緒論	1
第一節 研究動機與目的	1
第二節 研究目的與研究問題	2
第三節 名詞解釋	2
第二章 文獻探討	5
第一節 家族治療的治療聯盟內涵	5
第二節 形成家族治療聯盟之正向因素	7
第三節 形成家族治療聯盟之阻礙	9
第四節 家族治療聯盟的阻礙因應	12
第五節 在文化脈絡下，家族治療聯盟的限制	17
第三章 研究方法	19
第一節 內容分析法	19
第二節 研究參與者	20
第三節 研究工具	21
第四節 研究歷程	22
第五節 研究判準	24
第六節 研究倫理	25
第四章 結果與討論	27
第一節 家族治療聯盟的內涵	27
第二節 形成治療聯盟的正向因素	34
第三節 家族治療聯盟的阻礙與因應	51
第四節 文化影響治療聯盟	76
第五章 結論與建議	89
第一節 結論	89
第二節 研究限制與建議	91
參考文獻	95
附錄	103



表目次

表 3-1 研究參與者相關資料表 20

表 4-1 家族治療聯盟內涵比較 32

圖目次

圖 3-1 內容分析法實施流程圖 23



第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

家族治療是以系統概念檢視著個案家庭的衝突關係，家族治療師需與家庭成員建立良好的關係才能有益治療。然而，家族治療成員的保留率低於個別心理治療的保留率，此現象需被重視，因為出席治療與否與成功的治療結果有關(Rait, 2000; Watkins, 2014)。Patalano(1997) 指出良好治療聯盟助於治療師和個案家庭系統能漸進與深入的處理衝突問題，透過打破家庭僵化關係與心理困難，讓僵化的家庭動力產生改變，此外，個案與其家庭也能有效地運用治療深入探索和解決衝突的能力，由此可知良好的治療聯盟是家族治療必要元素。在治療初期階段，若個案系統未與治療師形成堅韌的治療聯盟，容易提早退出治療(Friedlander, Escudero, Heatherington & Diamond, 2011)。對治療師的觀感也能影響個案系統決定是否提早退出治療有關，所以在初期建立良好的治療聯盟是需被注重的(Glebova et al., 2011 ; Knobloch-Fedders, Pinsof, and Mann, 2004; Yoo, Bartle-Haring, & Gangamma, 2014)。研究也指出提早中斷治療可能產生負面影響，因為個案可能放棄再次尋求幫助且對困境更感到無望感，進而影響整個家庭系統(Yoo et al, 2014)。從此可知，治療聯盟是個推動家族治療的催化劑，也讓個案與家庭成員能信任治療師並投入治療歷程。

家族治療聯盟（Family Therapeutic Alliance）的定義，「治療師系統和個案系統之間的關係面貌，這關係是在於雙方系統成熟地相互投入和合作之間的治療」(Pinsof & Catherall, 1986, p.139)。意指家族治療是透過家族治療師與個案兩個系統的交互作用所產生的連結，這兩個系統在情感與行為上有共同的目標，以及彼此呈現信任關係且全心投入諮商歷程，而不是各自系統獨立運作。個案系統意指「被認定的病人」(identified patient) 與其家庭成員帶著問題的壓力負擔進入諮商；治療者系統是指所有參與協同諮商的專業人員所構成的組織 (Pinsof, 1994)。在此複雜的關係之下，家族治療相較於個別諮商更為困難，因家族治療師需處理不同的信念與目標，以及困難於掌控與協調成員間的多元衝突與威脅，同時照顧弱勢成員並平衡彼此的關係(Pederson, 2012; Rait, 2000)。

家族治療師可藉由探討治療聯盟進而顧及到個案的最佳利益與福祉。Karam, Sprenkle, Davis(2015) 認為增加家族治療聯盟的理解能讓新手治療師能降低挑戰家庭系統複雜性的焦慮，並且能較有信心建立和維持強韌關係的能力，以及減少缺乏專業經

驗與新手表徵的問題。另外，因治療聯盟為治療的共通性，所以助於治療師不需要過早確認理論取向。Karam et al.也提到在個別諮詢的聯盟觀點不足以運用於家族治療，理解家族治療聯盟能預防破碎的聯盟或預防中斷治療的可能性。在國內的個別治療聯盟已有相關的研究（袁聖琇、陳慶福，2011；張娟鳳，2001；劉同雪，2008），但尚未針對本土家族治療聯盟的研究。研究者也認為本土文化的價值觀會影響治療聯盟而挑戰治療師。因此研究者將研究焦點放在家族治療師在家族治療聯盟上的經驗。

第二節 研究目的與研究問題

基於上述想法，本研究之目的在於：

- 1、探討家族治療師認為的家族治療聯盟內涵。
- 2、探討家族治療師在實務中，與個案及其家庭成員形成治療聯盟因素。
- 3、探討家族治療師在實務中，與個案及其家庭成員形成阻礙治療聯盟因素，以及因應家族治療聯盟之阻礙及其意義。
- 4、探討文化因素對家族治療聯盟的影響，以及治療師如何因應阻礙家族治療聯盟的文化因素。

基於上述研究目的，擬定之研究問題如下：

- 1、家族治療師認為的家族治療聯盟內涵為何？
- 2、在家族治療實務中，影響家族治療聯盟之正向因素為何？
- 3、在家族治療實務中，阻礙家族治療師與個案及其家庭成員之治療聯盟因素為何？以及家族治療師如何因應？
- 4、在家族治療實務中，文化如何影響家族治療聯盟的建立與維持？以及治療師如何因應阻礙家族治療聯盟的文化因素？

第三節 名詞解釋

一、家族治療聯盟（Family Therapeutic Alliance）

本研究採用 Pinsof 與 Catherall 之定義「治療師系統和個案系統之間的關係面貌，這關係是在於雙方系統成熟地相互投入和合作之間的治療」(Pinsof & Catherall, 1986, p.139)。

二、完整聯盟（intact alliance）

完整聯盟，又稱為不平衡聯盟（unbalanced alliance）(Friedlander et al., 2006；Pinsof & Catherall,1986)。其為家庭治療師與整個家庭系統呈現的聯盟，意指參與家族治療的家庭成員同時對於家族治療師與家族治療正向的感受及想法(Pinsof & Catherall,1986)。

三、分裂聯盟（split alliance）

分裂聯盟意指家庭成員對家族治療或家族治療師存有差異的感受與想法，有些成員可能會感到正向，有些則是消極的(Pinsof & Catherall,1986)，此也呈現於家庭治療師與整個家庭系統呈現的聯盟。

四、內部系統聯盟（within system alliance）

內部系統聯盟意指家庭成員與家庭成員間彼此的態度關係及想法(Friedlander et al., 2006；Pinsof & Catherall,1986)。

本研究所採用的家族治療聯盟定義為 Pinsof 與 Catherall 之定義「治療師系統和個案系統之間的關係面貌，這關係是在於雙方系統成熟地相互投入和合作之間的治療」，焦點於治療師系統與家庭成員系統間的治療關係。





第二章 文獻探討

第一節 家族治療的治療聯盟內涵

家族治療聯盟在家族治療為關鍵且重要的元素(Rait, 2000)，它使得治療流程順利進行以及能預測治療成效(Rober, 2011; Yusof & Carpenter, 2015)。在個別諮商已有許多研究探討「治療聯盟」與「工作聯盟」，而在個別諮商最為人得知的是 Bordin (1979)提出的工作聯盟 (working alliance)，他劃分工作聯盟為「連結」 (bonds)、「任務」 (tasks) 和「目標」 (goals) 三類別。然而，Johnson 與 Wright (2002) 認為 Bordin 的理論不適用於家族治療，因為未充分考量家庭治療和個別治療之間的差異。Pinsof 與 Catherall 主張家族治療聯盟包含三個不同層次，分別為個別聯盟 (the individual alliance)、次系統聯盟 (the subsystem alliance) 及整體系統聯盟 (the whole system alliance)。意指家族治療進行時，家族治療師同時會與每位個別家庭成員、次系統，以及整個家族之間形成關係。因此，Pinsof 更延伸與擴展 Bordin 的類別，為個案系統及治療師系統之間達成協議的治療工作、治療目標與情感上的互相投入(Pinsof ,1994; Pinsof & Catherall,1986)。

The System for Observing Family Therapy(SOFTA)在界定家族治療的治療聯盟的內容更細緻與多元(Friedlander, 2005; Revas, 2010)，融合先前研究的觀點(Bordin,1979; Pinsof & Catherall,1986)劃分為四種面向：投入於治療 (engagement in the therapeutic) 、與治療師情感連結 (emotional connection to the therapist) 、安全的治療系統 (safety within the therapeutic system) 和與家庭分享目的感 (Shared sense of purpose within the family)。「投入於治療」指成員覺得治療是有意義且改變的契機、感受到自身存在於治療其中、能與治療師合作與商討治療目標及任務；「與治療師情感連結」為成員視治療師為重要一員、與治療師建立安全信任與真誠關懷之上，以及相信治療師的專業；「安全的治療系統」係指成員覺得治療是值得冒險與開放自我、感到安全不受評論及能與家庭成員間的衝突共存、期待正向的新經驗和學習；「與家庭分享目的感」指成員在治療歷程中感受到彼此是團結合作並達到關係改善及目標(Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero, & Martens, 2006)。另外，學者也提出家族治療聯盟為個案系統與治療師有情感關係的連結，以及有一致治療任務與目

標；個案有能力朝向治療的目標，以及治療師呈現同理理解和參與(Gaston, 1990; Rait, 2000)。

家族治療聯盟受到多元議題與因素的影響，如治療師面對許多的家庭成員、多重且複雜的三角關係、成員的情緒等。家族治療師本身的狀態與條件也影響著聯盟的發展，例如治療師的有意或無意的行為與語言、介入家庭動力的方式，以及學派的擁護的不同。個案系統的互動關係與家庭動力會受到家族治療師自身擁護家族學派的立場介入而有不同程度的影響(Kindsvatter & Lara 2012; Rait, 2000; Pinsof & Catherall, 1986; Werner-Wilson, Michaels, Thomas, & Thiesen, 2003)，因為治療師嘗試運用理論觀點與態度滲透於治療關係與成員合作(Friedlander et al., 2011; Pinsof & Catherall, 1986)。Bowen 認為治療師所處的複雜治療互動脈絡下，需有高敏感與警覺，從以雙方的概念轉成三角關係的概念解讀，當雙方無法平衡會遷入另一位角色進入使得關係穩定(Bowen, 1985)。有些家族治療師會選擇涉入家庭成員的三角關係，如 Haley(2003)認為家族治療師是需要隨時保有彈性邀請和加入某成員而對抗另一個成員，以及有能力進退與成員之間的關係；結構學派會與其中成員或某個次系統製造不平衡的系統狀態(Munchin, 1974)。然而，Bowen 持反對觀點，他認為治療師盡量避免牽涉家庭間的三角關係。此外，Escudero, Friedlander, Varela 與 Abascal (2008) 表示除了治療期程長短影響治療效果，治療取向也能產生不同的提升聯盟的現象。由此可知，家族治療取向多元，有些取向為溫暖、有些取向為問題導向的、也有些取向指導性較高等。行為治療與 EFT 取向相比，前者較少與情緒工作，後者較接近主要情緒訊息(Friedlander et al., 2011)。經驗主義、結構取向、策略取向與米蘭取向態度較為積極，心理動力取向與米蘭取向講求中立立場，但在 Bowen 跨世代取向、結構取向、策略取向比較偏向指導性高。有的學派有協同治療師的參與，例如：後現代取向的 Tom Anderson 會運用反思團隊協助治療。因此，可能牽涉到與家庭適配性的問題。因應個案系統的特質與需求的差異，家族治療師的治療類型需隨著個案系統所追求的目標與預期而彈性運用(Sprengle, Davis & Lebow, 2014)。

家族治療聯盟貫穿整個療程，而治療師為家庭成員情緒連結的橋樑，透過謹慎計劃的建立、增強與維持穩定治療聯盟，讓治療順利與有良好效果(Friedlander, Lee, Shaffer & Cabrera, 2014; Rait, 2000)。個案的家庭系統的互動摻雜了相異的意見、抱怨、衝突、目標、動機與期待，家族治療師須聆聽與重視個別的聲音，極具挑戰性。家庭成員通常會呈現多元性質與角色，例如有自願與非自願者、年齡有長幼的區別，

以及世代觀念的分歧等。另外，性別也會是影響治療聯盟的元素，Werner-Wilson 等人（2003）研究指出家族治療師與個案系統成員的性別，以及他們使用的語言對話將影響治療聯盟與家族治療結果。由此得知，治療聯盟不只是透過運用專業理論技術，而同時也要考量與誰建立聯盟並能穩固治療聯盟。即使治療師與某成員建立良好關係，但同時也會連帶牽連著與其他成員的聯盟(Pinsof & Catherall,1986)，因此需要謹慎考量 Pinsof 和 Catherall 所提及的三種層次（個別、次系統、整體聯盟）。

家族治療師在治療歷程中能與整個家庭系統建立**完整聯盟**（intact alliance）或**分裂聯盟**（split alliance），在治療中家庭成員之間也會呈現出**內部系統聯盟**（within system alliance）的狀態。根據 Pinsof 與 Catherall（1986）指出，完整聯盟意指參與治療的家庭成員同時對於家族治療師與家族治療的感受。分裂聯盟又稱不平衡聯盟（unbalanced alliance），意指參與治療的家庭成員對於家族治療師或家族治療呈現不同的態度與觀感(Friedlander et al., 2006；Pinsof & Catherall,1986)。內部系統聯盟意指家庭成員彼此之間的關係與態度。這三種聯盟會隨著治療進展而產生有效或阻礙的狀態，家族治療師也具有對治療聯盟的影響力。



第二節 形成家族治療聯盟之正向因素

正向治療聯盟的表現有許多線索，譬如個案系統逐漸因循家族治療進行而自我反思，並以此作為解決問題的重要方式(Patalano, 1997)。家族治療師跟個案系統達一致治療目標與成員的治療期待達成一致，能提升目標導向的合作關係，進而增進治療聯盟與正向的治療結果(Bachler et al, 2016; Teng, 2013)。此外，Escudero 等人（2008）的研究指出個案系統與治療師情感連結（emotional connection with therapist）能反映正向治療聯盟的行為，如成員詢問治療師私人問題、分享愉快經驗，或是表現出與治療師相似的身體姿勢。

一、分裂聯盟（Split Alliance）之正向因素

正向治療聯盟能幫助家族治療師與分裂聯盟工作，並有效促進家庭成員內部彼此間的合作與平衡成員自我的狀態(Kindsvatter & Lara, 2012)。在初期階段的治療，家族治療師與權力高的次系統（父母）形成正向聯盟能讓家庭持續治療，反之，整個系統的聯盟會變得脆弱(Friedlander et al. , 2011; Pinsof & Catherall, 1986)。在性別上，女性個案相較於男性個案較能與治療師發展強韌的聯盟(Halford, Owen, Duncan, Anker, & Sparks, 2014; Knobloch-Fedders et al., 2004; Werner-Wilson,1997; Werner-Wilson et al.,

2003)。Knobloch-Fedders、Pinsof 與 Mann (2007) 發現女性對治療師的聯盟的滿意度，能透過伴侶與治療師間聯盟而預測。另外，Friedlander 等人 (2011) 也發現當伴侶自我揭露時，男性和女性成員都與治療師形成更強韌的聯結。Knerr et al. (2011)研究指出情緒截斷 (emotional cutoff) 和年齡是初期治療連結的重要預測因子。當個案為年輕、無法情緒截與情緒高張時會與治療師有高連結，不過當個案承認自己的情緒截斷與情緒反應時連結會增加。

二、內部系統聯盟 (Within System Alliance) 之正向因素

正向家庭內系統互動為治療成功的關鍵(Escudero et al., 2008)，以下為幫助建立內部系統聯盟。分享目的感(shared sense of purpose)讓彼此的情緒與共同目標一致(Beck, 2004; Escudero et al., 2008) ，成員彼此同意面臨的問題與目標、感受彼此連結共同處理所關注焦點且覺得治療是有意義與有價值的 (Friedlander et al., 2011; Lambert, Skinner, & Friedlander, 2012) 。家庭成員能尊重接納相異觀點與表現和解的態度 (Friedlander et al., 2011)。另外，安全感 (safety) 在內部系統聯盟是必要元素，當家庭成員感到安心與舒適時，會表露出真實情緒與脆弱，主動互相詢問與回饋意見，鼓勵其他成員開放的談論和分享想法與感受 (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Escudero, et al., 2008; Friedlander, et al., 2006) 。Escudero, et al. (2008) 同時指出安全程度取決於許多因素，而不僅源自治療師的建議或技術，它也會因新家庭成員的加入而有所變動。此外，成員對於治療需求、目標和價值等，以及與治療師的分裂聯盟，均與安全感有互相關聯 (Beck et al., 2006)。因此，家族治療師需確保家庭成員間的整體平衡狀態，並以公平態度對待所有成員 (Rait, 2000; Watkins, 2014)。

三、家族治療角色影響治療聯盟之正向因素

有效的家族治療師能呈現穩定與適時地反映、幫助個案辨識且讓成員能有效地使用治療探索和解決衝突的能力 (Patalano, 1997)。態度上具有真誠一致、無條件正向關懷或接納、同理心的理解 (Rogers, 1956) ，以及以存在 (being) 、真實、開放與客觀的狀態能與個案系統形成良好治療聯盟。存在能影響個案如何的經驗到治療師，進而影響到個案與其他成員的存在方式 (Fife, Whiting, Bradford & Davis, 2014)。另外，學者提出治療師應具積極、敏感於個案系統的困擾、彈性應用專業知識，以及能夠適當的管理成員的負向訊息的特質 (Friedlander et al., 2011)。

治療師的成人依附風格（adult attachment style）影響與家庭成員的情緒連結，具有安全依附風格的家族治療師較能貼近成員的需求與感覺。此外，透過有意義的自我揭露、接納治療師自我的脆弱性，以及呈現溫和與幽默特質，以深入傳達理解個案系統並回饋，進而建立信任關係 (Yusof & Carpenter, 2015)。研究指出：家族治療師運用循環式假設所形成的循環性或反思性問句，能收集與探索到豐富的訊息，讓家庭成員提高覺察力並反映出成員的信念，進而提升治療聯盟 (Ryan & Carr, 2001)。Werner-Wilson 等人 (2003) 的研究指出女性治療師較容易與個案建立治療聯盟。另外，當治療師對男性個案使用正向的語言會提高治療聯盟；使用挑戰語言或給予建議，女性與男性個案都會與治療師有高連結。由此可知，具主導風格的系統取向對於治療聯盟有良好影響，即使後現代取向避免以領導者的角色也能藉由提供意見及挑戰的方式與個案系統合作，但前提是需要使個案系統感受到治療師是值得信賴。

第三節 形成家族治療聯盟之阻礙

治療聯盟從成員與治療師聯繫就開始展開，所以複雜與具有挑戰的治療聯盟也在初次面談開始 (Friedlander, Lambert, & Cristina, 2008)。成員可能缺乏治療動機，如：有意或無意地破壞治療聯盟等 (Escudero et al., 2008; Patalano, 1997)。家庭成員也開始處理複雜問題，以及呈現出不同程度的動機、目標或觀點 (Kindsvatter & Lara , 2012; Patalano, 1997; Rait, 2000)。因此，治療師會面臨到難以形成治療聯盟的困境。

一、分裂聯盟的阻礙

成員擁有原先家庭的生活習慣與固有互動模式，於是進入治療會對改變而感到焦慮 (Rait , 2000)，以及成員分歧的動機與衝突目標也會影響分裂聯盟形成 (Beck, 2004; Beck et al., 2006) 。Kaplan (2003) 認為家庭成員為了保護家庭而拒絕與治療師有信任關係，另一個原因則是尋求家庭治療是件羞愧與不自在的事情。此外，父母可能感受到自己的責任被治療者挑戰，且認為求助陌生人感到不自在。Escudero 等人 (2008) 研究指出新家庭成員參加治療會影響安全程度變化而出現負面行為與抗拒。當家族治療師偏向某成員的觀點時，其他成員就可能感覺與治療分離 (Kindsvatter & Lara, 2012)，因為害怕敘述自己的家庭故事時，受到評論或拒絕 (Rober, 2011)。在伴侶治療中，治療師與伴侶若未形成強韌聯盟容易導致治療聯盟破裂 (Tomcik, 2005)。男性通常為被動參與與被評論的角色而導致與治療師有低連結 (Friedlander et al., 2011; Werner-

Wilson et al., 2003)。伴侶受到婚姻困境、原生家庭痛苦、彼此分歧意見，以及關係調整度低影響而產生負向聯盟 (Garfield, 2004; Halford et al. 2014; Knobloch-Fedders et al., 2004)。忠誠關係會讓伴侶彼此連結而影響與家族治療師的連結，因為即使伴侶彼此不合，但忠誠關係依然讓彼此連繫著，所以家族治療師感受到伴侶抵抗治療的狀態 (Garfield, 2004)。

家族治療師與父母形成弱的聯盟時，會降低影響兒童和青年降低投入治療 (Friedlander et al., 2011; Pinsof & Catherall, 1986; Walter & Petr, 2006)。然而，Pederson (2012) 指出父母指責將影響青少年與治療師聯盟的程度有關。家庭成員尋找導致問題的原因造就“指責歸因”，所以在治療初期階段引起衝突與僵局。在治療期間指責發生時，父母與家族治療師有高連結而與青少年較少，因青少年更加防衛與家族治療師的連結。因此，家族治療師需辨識不同形式的責備，如果家族治療師未意識到此現象的發生，會被視為與父母在同一陣線。

二、內部系統聯盟的阻礙

家庭成員通常彼此呈現分歧目標與相異投入程度，導致矛盾的現象 (Friedlander et al., 2006; Johnson & Wright 2002; Rait, 2000)。Johnson、Wright 與 Ketrin (2002) 研究指出個別家庭成員可能對聯盟有不同程度的關注，有些家庭成員的不重視態度而導致整體治療聯盟低弱。此外，焦慮或功能不佳的家庭成員會影響解決問題的方式，甚至在治療期期間的個人觀點容易被忽略會被拒絕 (Minuchin & Fishman, 1981; Rait, 2000)。

家庭為封閉系統使得成員間的互動與選擇受到侷限，隨時間與環境形成刻板行為，家庭成員會逐漸習慣以自我控制和無助的方式與彼此互動 (Rait, 2000)，因此，家庭成員對於原有家庭互動模式改變而感到焦慮，而不願冒險進入治療 (Kindsvatter & Lara, 2012)。家庭成員與家族治療師見面前感到擔心與不安，會在乎其他人的想法或擔心可能揭開隱藏的家庭秘密，以及治療後會影響後續生活的方向等 (Friedlander et al., 2006)。此外，婚姻困難影響伴侶彼此聯盟的發展 (Knobloch-Fedders et al. 2004)。性別也是影響伴侶關係忠誠度的最重要的社會文化因素，因為它主導塑造伴侶自己和伴侶行為的期望 (Garfield, 2004)。

當家庭成員抗拒參與治療、彼此的指責或爭論、拒絕承認問題，以及當一多位成員拒絕視治療是有價值時，增強分享目的感 (Shared sense of purpose) 是特別困難的

(Lambert et al., 2012)。不安全時使家庭成員呈現不信任、責備他人、感到被責備或自責，甚至互相的侵犯隱私，就會變得溝通不良、缺乏安全性，以及無法有共同的家庭目標 (Beck, 2004; Beck et al., 2006; Lambert et al., 2012)。Sotero、Major、Escudero 與 Relvas (2014) 研究指出非自願家庭系統與家族治療師有明顯較差的治療聯盟，因者參與治療動機和矛盾，特別是由第三方給予的壓力或是轉介而來的非自願家庭，家庭成員會感到沒安全感與少有共同的目標。被認定個案為被迫接受治療，然而其他成員視接受治療為「懲罰」，或是感到被評價。當個案對治療介入的不信任時，很難為治療環境創造一個安全的共享和信任空間，成員會害怕揭露訊息。

三、家族治療師的阻礙

家族治療師能力的受限，如無法在一次的治療裡回應所有關係訊息，有時治療師的評論可能被誤解等，(Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof, 1994)，使得家族治療師無法有效掌握治療之中的關係訊息，而影響治療聯盟的建立。另外，家族治療師的性別也會與個案系統成員有著不同的連結 (Werner-Wilson et al., 2003)。

Karam et al. (2015) 指出新手家族治療師可能遇到的挫折與困難，如自信心不足、缺少與個別成員或個案系統連結、缺少敏感評估與追蹤治療聯盟的變化、理論知識不足、缺乏修復治療關係的能力、缺乏明確性與共識性的目標，以及忽視間接系統的支持等。此外，也指出當過度努力彌補自我不足，容易忽略個案系統的需求，以及失去保持輕鬆與此時此刻的狀態。因此，呈現出僵化與制式化的治療師，而不是「真人」樣貌與個案系統互動。這樣的狀態促使家族治療師可能錯用同理而削弱治療聯盟 (Patalano, 1997)。

家族治療師受到家庭系統情緒的影響，容易被拉進系統內而變得需為治療成敗負責，然而成員呈現被動狀態 (Rait, 2000)。治療師難以在混亂的家庭系統中找到自己的位置，呈現拒絕承認自身感受經驗，而衝動的對個案系統的情緒採取行動，因而陷入困境。承認經驗容易喚起治療師的無能與無助並能引起內在的恐懼，也認為自己不夠勝任治療師位置 (Rober, 2011)。Rober 研究同時指出雖然衝動行動可能是防衛機制，然而，自動化的反應對於治療歷程是危險的，可能破壞治療或導致家庭永久的惡性互動與僵局。Yusof 與 Carpenter (2015) 研究指出具有不安全依附的家族治療師與家庭成員的情感連結會不解釋與承認自己的感覺，呈現過度謹慎或是會有情緒不連結回應，以及呈現控制個案或指示個案做出不合理的改變。

第四節 家族治療聯盟的阻礙因應

一、分裂聯盟的因應

治療開始注重場構的嚴謹性與專業資訊的透明化，協助個案家庭系統適應治療框架與運用語言與情緒溝通、尊重抗拒感覺的顯露，以及適時反映不一致的溝通型態。家族治療師視本身為反映工具，透過同理心與工作風格建立聯盟，幫助成員理解和面對衝突 (Patalano, 1997)。藉由家庭問題觀看整個家庭系統的互動狀態，從焦點於單一成員轉向改善家庭關係為首要目標，然後透過系統的優勢與尊重成員來形成連結 (Diamond、Diamond & Liddle, 2000; Patalano, 1997)。

Pederson (2012) 研究顯示因青少年相對較少自主權，因此，讓父母參與治療或減少責備可增加家庭成員的出席率。此外，Walter 與 Petr (2006) 建議家族治療師需彈性的考量與不同年紀階層建立治療聯盟的需求。舉例來說，與孩子使用合作行為與語言，讓其參與設定目標而不是督促孩子解決問題，不過度的嚴肅、適時提供希望和鼓勵；與青少年，適時參與青少年的經驗、與其合作並制定有意義的目標、挑戰與處理信任和保密的議題；與家庭和成年人以合作和支持，傳達希望與開放的態度和信任、採取中立和接納立場；運用循環或反思性問題促進個案尋找解決問題的資源；強調治療改善「家庭關係」的目標；探討父母承受的壓力和挑戰，面對父母的衝擊與影響；專注於青年和家庭討論關係問題。

Friedlander et al. (2014) 研究指出增進共同治療目標、修復父母間與各別與孩子的關係、減少婚姻不和對孩子的影響，以及促進父母願意處理伴侶的關係並達成和解能幫助提升。學者也提出三方面促進維持與建立聯盟方式：(a) 確定家庭成員的治療目標和任務，以及可行性的共同目的 (b) 成員安全感建立以便能夠承擔風險和表露真正的感覺；和 (c) 評估和平衡個案與治療師的關係 (Kindsvatter & Lara, 2012; Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 2000)。

Kindsvatter 與 Lara (2012) 研究指出形成彈性的聯盟 (Flexible alliance) 能幫助分裂聯盟。彈性的聯盟包含肯定聯盟 (Affirming alliance) 與中立聯盟 (Neutral alliance)。肯定聯盟是指家族治療師適時支持成員的觀點，促進系統的改變；中立聯盟指允許個案與成員表達，但不鼓勵重複破壞性的模式，促進成員間的對話。Rait

(2000) 認為治療師彈性的與家庭成員形成聯盟，使成員表達個人觀點，同時也是挑戰他們建構的關係。此外，Kindsvatter 與 Lara 也提出適應決策（Accommodation Decisions）與處理訊息（Process Messages）的方式穩定治療聯盟。適應決策指在聯盟不完善的情況時，家族治療師需要包容抗拒或破壞性的想法；處理訊息指當成員間有破壞性互動，家族治療師需適時以仲裁的方式介入與揭露難以討論與隱晦訊息。

處理性別影響性，能透過直接詢問並澄清男性所顧慮的議題能使連結增強，並與雙方伴侶建立平衡的關係，也試圖在治療開始時積極參與男性伴侶。另外，學者建議以支持與肯定態度面對伴侶的性別觀點，且幫助平衡伴侶彼此間關係力量的差異 (Garfield, 2004; Werner-Wilson et al., 2003)。為了促進與伴侶的聯盟，在治療初期階段家族治療師應考慮滿意度的差異並評估其對治療過程的影響 (Glebova, et al, 2011)，以及評估婚姻困境和原生家庭經驗作為聯盟發展的需要。評估家庭史幫助伴侶建立情緒參考，並可預期後續治療出現的早期家庭相關問題與情緒問題，以及治療後可能發生的負擔（壓力） (Garfield, 2004; Knobloch-Fedders et al., 2004)。

Knerr et al. (2011) 認為較少投入關係的伴侶越尋求治療師的支持。因此，治療師需謹慎考慮伴侶的承諾狀態與面對貌似正向治療連結的訊息。Garfield (2004) 伴侶的忠誠度影響與治療師的治療聯盟，能以三種面向來方式增強聯盟。（1）治療師需先理解伴侶間的忠誠程度進而建立聯盟，同時也與個別形成正向連結。忠誠度有正負向特徵，鼓勵在情感上開放和支持彼此交流，並運用共同的語言幫助舒緩分裂情形，建立出安全的環境。（2）避免忠誠衝突，治療師提前詢問個別伴侶對治療的反應，邀請其作為評估者，可防止無意觸發婚姻中的有害忠誠衝突。當衝突爆發時，應考慮轉為個別諮商。（3）優先處理婚姻問題，治療師先解決婚姻困難而不是個人問題，因婚姻困難威脅忠誠度。婚姻壓力可以激發伴侶的防衛機制，並可能導致伴侶的高程度的焦慮。

Watkins (2014) 提出須保有意識的確保家庭成員間的平衡與平等，避免責備與評論，並確保所有聲音被聽見與驗證。Halford et al. (2014) 也表示家族治療師需進一步評估理解伴侶的投入情形確保無偏差解讀彼此關係。男性對關係調整程度較低，需盡力理解與支持進而與其連結。

在治療初期需謹慎創建安全空間，因與青少年有高結盟可能會破壞與父母的聯盟。總之，與每個成員有獨特的聯盟是不可互換的，每個聯盟會直接或間接的影響牽

連著 (Friedlander et al., 2011)。因此，治療師應根據家庭的動態，彈性的建立和保持強韌聯盟

二、內部系統聯盟的因應

內部系統聯盟的增進也是治療聯盟的關鍵 (Anderson, Johnson, 2010; Beck, 2004; Escudero, et al. 2008; Friedlander et al., 2011) ，在治療初期與期間，協助有共同目的和安全評估、確定脈絡相關的分歧以修復系統內聯盟 (Beck, et al., 2006; Johnson et al., 2002) 。Kindsvatter 與 Lara (2012) 認為家族治療師需有系統性思維評估各種聯盟的優劣勢的影響。當對問題或目標存在分歧時，治療師須適時引出和驗證個別成員的觀點 (Bachler et al., 2016) ，以及聚焦共同價值觀與目標討論 (Beck, 2004; Friedlander, et al., 2006; Lambert et al., 2012) 。Lambert et al.提出助於增強的共同目標的方式：鼓勵家庭成員彼此協商、支持和關懷、詢問彼此的觀點，以及強調問題或解決方案的共同性。此外，家族治療師藉由評估分享目的感的三面向，得知家庭成員同意治療問題和目標：感受彼此團結處理問題、相信治療是有價值性，並努力增強缺陷的一方。此外，治療師除了解家庭系統內發生的情況，同時評估個別的連結以及與每位家庭成員達成目標和任務的協議 (Friedlander et al., 2011) 。

Anderson 與 Johnson (2010) 認為焦點為伴侶關係時，應該幫助建立強韌的治療聯盟，而能促使治療師與個別成員建立聯盟。在初次治療，採取多元問題詢問個別的治療目標，作為雙方可共同的目標和任務。另外，當不可能與所有人建立強韌的聯盟時，應考慮與投入最少的成員形成關係，通常是男性。

安全性能穩定系統內部 (Beck, 2004) ，Kindsvatter 與 Lara (2012) 表示建立信任關係能讓個案系統成員處於焦慮不安時，繼續保有對治療的信心。Sotero et al. (2014) 研究指出家庭內的動機、準備與積極程度會影響與非自願家庭治療聯盟建立，因此，在治療初期詢問壓力的經歷與來源，能促進與評估與非自願個案家庭系統的治療聯盟。透過促進安全治療環境能提供安全感與保密性的結構，並幫助個案真誠地談話。Beck et al. (2006) 提出當內部系統衝突高時，分開治療 (dividing the treatment) 可以防止嚴重分裂。

三、家族治療師的因應

家族治療師與家庭之間的維持正向關係對治療是有效性 (Rait, 2000)，且能增進個案系統面對困難的信心。Safran (1993) 認為透過與治療師合作有效地修補破裂聯盟，同時透過有效地協議關係中的僵局。以下為家族治療師因應阻礙治療聯盟的策略：

(一) 發揮自我專業能力

1. 專業的眼光：

清楚的覺察治療聯盟的困難並修復與增強，且能敏感辨識彼此關係連結的差異 (Johnson et al., 2002; Patalano, 1997)。

2. 理解家庭脈絡：

理解家庭脈絡與動力，以及互動溝通模式再以有效的計畫與目標增進成員的合作 (Johnson et al., 2002; Mahaffey & Granello, 2007; Rait, 2000)。如：透過家中權威者聚集家庭成員到治療室 (Kaplan, 2003)。

3. 彈性的調整：

家族治療師具備彈性因應與介入家庭結構變化與衝突 (Kaplan, 2003; Patalano, 1997; Rait, 2000)，也不侷限成員的位置。

4. 專業理論與技巧：

運用治療理論與技巧與個案系統工作 (Karam et al., 2015; Mahaffey & Lewis, 2008; Patalano, 1997)。例如：澄清與聲明治療的作用與家庭關係的影響性；運用關係策略與評估技能促進與修補與個案系統間的關係與合作；同理反應等促進治療聯盟 (Friedlander et al., 2011; Johnson et al., 2002; Kaplan, 2003; Mahaffey & Lewis, 2008)。

5. 專業形象：

治療師的服裝儀容、訓練背景與知後同意書的使用等 (Kaplan, 2003)。

(二) 關係的語言與問句

使用關係的語言與隱喻方式透露出在家庭關係中的拉扯、耗損，進而讓成員以不同角度面對問題 (Patalano, 1997; Rait, 2000)。Ryan 與 Carr (2001) 建議運用循環性問句及反思性問句幫助提升治療關係。

(三) 透明化

適時地運用透明化的方式，讓家庭成員與治療師可以公開討論 (Minuchin & Fishman, 1981)。

(四) 態度

除了 Rogers 提及三個基本態度外，樂觀與接納矛盾的治療狀態，以及好奇心態度 (Minuchin & Fishman, 1981; Karam et al., 2015) 能有效探索困難聯盟。Patalano (1997) 表示同理失敗使個案系統失去信任感，家族治療師需承認它與公開表達進而充分討論以便修復關係。在系統內分享真正的希望和力量的感覺，而不會受限於個案的問題。

(五) 融入

Rait (2000) 自身融入家庭關係可幫助建立與維持關係，間接或直接地透過提供矯正經驗，建立與示範新行為，避免過多或僵化方式與家庭成員互動，並且與家人保持聯繫以確保連續性。

(六) 自我揭露

適當的與有意義的自我揭露能促進治療聯盟，但若個案系統認為治療師是無法達到的目標，就可能產生負面影響而產生疏離感 (Yusof & Carpenter, 2015)。

(七) 覺察與反思

覺察與反思自我特質與侷限能讓治療聯盟保持良好的狀態，可透過督導與同儕的回饋在治療中的關係與情緒走向 (Rober, 2011; Fife et al., 2014; Karam et al., 2015; Yusof & Carpenter, 2015)。

1.治療師的依戀風格：

透過督導理解對依附風格的理解，治療師能從自己的成人依附風格和原生家庭問題改善治療聯盟 (Yusof & Carpenter 2015)。

2.治療間與後的反思：

Rober (2011) 提出三個步驟反思面向。治療師的經驗 (the therapist's experiencing)：敏感於自己在治療期間的體驗；行動的邀請 (the invitation of act)：察覺到隱藏式邀請的加入潛在的破壞性關係脈絡之中；對話的機會 (the opportunity to dialogue)：反映家庭的互動可能產生的負面和永久的影響，並以新的與建設性的探索方式進行治療機會。

3.自我狀態：

透過檢視在一般或特定時刻在治療期間與個案的存在 (being) 方式並透過詢問自己問題與反思自我，檢測自己對於個案系統成員的存在樣貌 (Fife et al., 2014)。

(八) 評估

評估治療歷程的進展與變化 (Fife et al., 2014; Karam et al., 2015; Yoo et al., 2014) 。

1.評估治療聯盟：

評估與個案系統間的聯盟品質，促進疏通治療的困難或抗拒 (Fife et al., 2014) 。

2.評估治療初期：

就由評估初期聯盟預測後續終止治療的可能性 (Yoo et al., 2014) 。

3.評估間接系統：

排除間接系統的危害或邀請進入治療系統的必要性 (Karam et al., 2015) 。

4.個案系統回饋：

使用工具評估聯盟，如：訪問、錄影、回饋表等，運用所搜集的資訊納入治療內 (Karam et al., 2015) 。

(九) 確立目標

與家庭成員確立共同有意義的具體目標與可行性，目標設定需隨著治療進行而適時修正，治療師也應探索可能的潛在限制以實現這些目標。此外，治療任務需與治療目標相關方能促進連結 (Johnson et al., 2002; Karam et al., 2015) 。

(十) 尊重文化差異

家族治療師應探討和尊重家庭成員和治療師之間的文化差異。在存有文化差異的情況下，對治療聯盟的形成和維持的潛在重要影響 (Kindsvatter & Lara, 2012) 。

第五節 在文化脈絡下，家族治療聯盟的限制

根據游淑瑜 (2002) 整理西方與台灣家族治療的歷史演進，清楚得知西方家族治療是依據時代背景與族群的需要而建構，反之台灣引進後直接運用於實務。因此，可能面臨應用上的困難。研究指出家庭結構、家庭關係、溝通模式在中西方文化脈絡是相異，導致西方家族治療理論應用上的限制 (徐靜，1996；陳秉華、游淑瑜，2001) 。

華人家庭的情緒表達較屬於壓抑，同時也注重「以和為貴」的處事態度，使家庭不輕易表現負面情緒與真實感受，舉例來說 Satir 治療取向注重情緒表露與澄清心中的想法

進而促進成員彼此交流 (Satir, 1983)。因此，治療師使用該治療時，可能未能表達真正的情緒而阻礙治療的效果。

華人家庭為關係取向，是依賴且緊密（楊國樞，1992），所以不希望子女疏離家庭，常把家庭責任賦予子女並且父母會過於付出他們所認為的愛。此外，孝道也是深刻影響家庭互動型態，常出現祖父母介入夫妻對孩子的管教與互動（陳秉華、游淑瑜，2001）。Bowen 取向強調自我分化的觀念，對於處理家庭緊密關係與糾結情感，視同挑戰家庭的忠誠與孝道價值觀，這意味者可能影響治療師介入的困難（陳秉華、游淑瑜，2001）。同樣地，Minuchin 認為次系統的界線需要清楚而互相不干涉。然而，華人長輩傾向希望孩子成為親職化兒童，以及順從長輩的干涉決定權。為此，治療師可能會挑戰家中的權威者。

本土文化議題確實影響家庭治療的執行，以及助人工作者的學習與應用（賈紅鶯、陳秉華與楊連謙, 2003；洪莉竹、陳秉華, 2005）。游淑瑜（2003）曾針對台灣結構取向家族治療師淺談西方理論給予的問題觀點的不同，進而表現在介入時的衝突議題並比對兩者文化的介入差異。另外，趙文滔（2006）則對於台灣的婚姻與家族治療做統整分析比較，表示多數研究偏重於理論與治療師介入，同時也發現文化因素對治療的影響。認為需積極推廣在地化的婚姻家族實務工作、拓展多元理論並培育督導師資。由此可知，發展在地化是重要，但目前只專注於政策上與教育上的作為，而未深化在培育治療師與個案系統間的關係。關於家族治療聯盟之探索，至今仍缺乏相關研究的釐清與探討。因此，似乎需要更多關於治療聯盟的研究，方能對其家族治療聯盟現況有進一步的理解及後續預測、介入等發展的可能性。在研究者與研究參與者的深度訪談和對話脈絡中，透過彼此的對談將實務經驗與文化影響意義形成有意義的連結。以期能在未來將研究發現帶回諮商實務工作中，協助實務工作者建立自信與內在力量，累積正向經驗並引導自我方向。

本研究認為採用內容分析研究方法，以家族治療師獨特的實務經驗為根基，治療聯盟作為持續建構的基礎，探討家族治療師在家族治療實務現場的獨特經驗及建立關係模式，應是有潛力的研究議題，且其家族治療需求與貢獻性。

第三章 研究方法

本節分作六節，依序說明內容分析研究法、研究對象、研究工具、研究實施程序、研究信效度與研究倫理，以及研究限制等。質性研究具備彈性多元且動態過程的性質，甚至具有省思批判性質，進而能為實踐行動的層次，因此具備深入與探索的空間。透過質性研究能讓研究參與者的主觀經驗與觀點得以被檢視，幫助達到本土的獨特性（胡幼慧，1996）。本研究的主要目的為透過研究參與者的訪談內容瞭解其處於家族治療實務與個案與其家族成員建立聯盟的經驗，而質性研究方法符合此研究目的。因此，本研究選用內容分析法及訪談法進行研究資料收集與分析，以達成探究家族治療聯盟的因素以及所反應出的文化脈絡意義的研究目的。

第一節 內容分析法

根據本研究之目的是希望透過研究參與的實務經驗，理解主題和社會文化脈絡對其實務之建立關係的影響因素類別。研究者疑惑研究參與者的主觀與經驗理解，也抱持對研究參與者自身的影響性。然而，家族治療聯盟對於目前多數家族治療師仍是一塊相當模糊不清的領域，國內學者還未深入的研究。為了使研究者更貼近研究參與者的實務經驗內涵，因此採用訪談法作為獲取資料的方法，並使用半結構訪談大綱與探問技巧邀請受訪者回溯過去與其印象深刻的與家庭成員建立治療聯盟的經驗。主要希望能夠藉由受訪者之實務經驗勾勒出家族治療師建立家族治療聯盟的有效、阻礙面向與因應策略，以及所反映之文化脈絡。

內容分析法是運用文本或其他有意義且不侷限於書寫的材料，如訪談、藝術品、映像、數字紀錄等，成為內容分析的數據，透過重複及有效的一連串研究程序而產生推論（Krippendorff, 2014）。早期內容分析注重量化觀點分析，視為一種實證科學研究法，試圖以經驗理論來鑑定範疇和分析單元，力求透過語言學的字、詞等為推論與研究主題之相關性（徐振國，2012；游美惠，2000）。隨著當代語言學的發展與實證內容分析的變遷，統計技術及電腦發明增強分析的面向更擴大與越細緻。此外，質性研究趨向多元化，融合量化的內容分析，導致現在的內容分析兼顧了質性和量化的研究特色，Krippendorff 也將推論提升到從資料及其脈絡之間的層次，並使用新語言學觀點。從此可知，內容分析法的理論基礎與定義範圍增廣其層次，研究方法依然存留「編碼」、「重複而有效的測量」的概念（徐振國，2012）。在 Krippendorff 的內容分

析專書中，也提及內容分析能把特定文本內容連結文脈，勾勒出文化層次意義。因此，適合本研究的目的探討。

第二節 研究參與者

一、研究參與者的選取標準

本研究以立意取樣方式選取研究參與者，尋求能有豐富性的資料的研究參與者，期望其能提供符合研究目的。研究對象的具體條件須符合下列條件：

- 1.研究參與者須為諮商心理師。
- 2.研究參與者須接受過家族治療的訓練，並在實務工作中執行家族治療的經驗三年以上。

根據選擇標準，研究者整理出準研究參與者名單，並依名單徵詢研究參與者意願與其約定訪談時間進行訪談。

二、研究參與者的基本資料

基於研究倫理考量，僅列出研究參與者與本研究相關的基本資料，如表 3-1。在表 3-1 中。本研究共訪談了九位研究參與者，分別依訪談先後順序以英文字母編號，基本資料如表 1。扣除一位前導性研究的對象。在正式研究階段採納八位研究參與者的資料進行後續分析。

表 3-1 研究參與者相關資料表

參與者	性別	家族治療 經驗	服務場域	是否採用	理論背景
A	女	9年	學諮中心	未採用 (前導研究)	結構 & Bowen 取向 → 米蘭 → 後現代 (綜合)
B	女	6年	大專院校 (邀請學生家長 進入家族治療)	採用	系統取向：結構取向為主
C	女	16年	心理諮商所	採用	阿德勒取向
D	女	16年	社區機構	採用	系統取向：結構取向為主
E	男	10年	醫療體系	採用	後現代家族取向
F	女	4年	大專院校 (邀請學生家長 進入家族治療)	採用	系統取向：結構取向為主
G	女	6年	社區機構	採用	系統取向：結構取向為主
H	女	19年	社區機構	採用	系統取向：結構取向為主

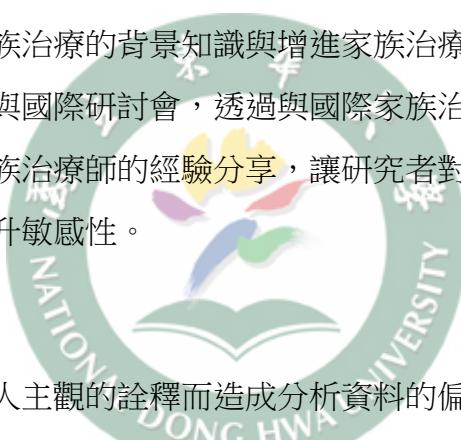
I	女	9年	心理諮詢所	採用	情緒焦點取向EFT伴侶治療為主 結構取向為輔
---	---	----	-------	----	---------------------------

第三節 研究工具

一、研究者

研究者本身為質性研究的主要分析工具，研究者學習五年左右的心理學相關課程訓練，在碩班期間曾深入修習質性研究並實際操作訪談過程與分析、家族治療研究、諮詢倫理與專業發展等。透過課程實務的訓練，研究者學習如何擬定題目與受訪者間關係建立與詢問，以及保持客觀性，重視研究倫理的規範與處理。此外，研究者曾經訪問不同文化的受訪者的家庭脈絡，讓研究者更能理解實務的面向。

除了上述於研究所之訓練背景外，研究者擔任系統與家族研究的課程助理，使得研究者更廣泛的接觸家族治療的背景知識與增進家族治療的知能。研究者多次參與與家族治療相關的工作坊與國際研討會，透過與國際家族治療師的交流、體驗家族治療工作坊，以及從專業家族治療師的經驗分享，讓研究者對於家族治療師角色和實務環境更進一步的了解與提升敏感性。



二、協同分析者

為了避免研究者個人主觀的詮釋而造成分析資料的偏頗，而邀請協同分析者一同分析文本，以增廣對文本的理解與詮釋。本研究協同分析者同樣為國立東華大學諮詢與臨床心理研究所之學生，在同個指導教授的指導下進行研究且亦受過質性研究課程的訓練。因此，在溝通與討論上能較為熟悉與默契而能促進分析過程的對話。

三、訪談大綱

由於家族治療聯盟屬於家族治療師的獨特經驗，為了使研究者更貼近研究參與者的實務經驗內涵，因此採用訪談法作為獲取資料的方法。並使用半結構訪談大綱與探問技巧邀請受訪者回溯過去與其印象深刻的與家庭成員建立治療聯盟的經驗。主要希望能夠藉由受訪者之實務經驗勾勒出家族治療師建立家族治療聯盟的有效、阻礙與其因應面向。根據研究問題而形成訪談大綱初稿，並與指導教授討論後，完成正式訪談大綱，詳見附錄二。

四、訪談紀錄

在每次研究者訪談之後，會紀錄訪談過程中研究者的反思與覺察，得以敏感於訪談的內容適切性。同時也作為後續訪談及文本分析時重要參考資料。

五、研究同意書

簽訂研究同意書（見附錄三）是基於尊重與保護研究參與者的權益，在訪談前先詳細對研究參與者說明研究目的與歷程，使其清楚了解研究的相關資訊，並讓其知道自己該有的權益。

六、錄音器材

在研究參與者的同意之下於訪談過程時進行錄音，作為資料謄寫與分析的基礎。

第四節 研究歷程

一、進行前導研究

在正式研究之前，進行前導性研究的訪談，過程中全程錄音，事後紀錄訪談時的心得與反思，以及比照正式研究步驟，轉騰逐字稿並與協同分析者討論分析粗略的類別。透過該分析結果與反思評估本研究的問題方向與可行性，作為修正與調整訪談的問題與策略。

二、正式研究

每位研究參與者都進行一次的訪談，每次約 1 到 2 小時。考慮訪談時所需的隱密性以及交通便利性，訪談地點在研究參與者所工作的諮詢室或工作室，其中一次為了因應交通上與時間上的安排困難而以視訊方式訪談，一樣進行全程訪談錄音。

進行正式訪談與前導研究的訪談過程無太大差異，從與前導研究訪談參與者的互動與回饋中，得知對於名詞的不理解，而研究者需先稍做解釋，因此在邀請信件中，會先給予相關資訊及訪談方向讓研究參與者有粗略的概念。在研究參與者進行訪談時，訪談架構依序訪談大綱順序，不過會彈性依研究訪談者續說自身經驗的案例來回應問題，研究參與者常呈現合併答題狀態，研究者適時的邀請研究參與者做進一步的澄清說明，研究者也適時的摘要反映，以確認雙方是否同步。當資料搜集的程度，則以研究者針對內容重複性敘說，或是在研究者提問是否要補充之處時，研究參與者表示未有更多的資訊時而終止訪談。

三、研究與資料分析之程序

研究者結束訪談後，將訪談錄音資料轉譯為逐字稿，依序將文本編碼，作為分析之用。研究者選用內容分析的方法來進行分析，透過反覆的閱讀與分析文本，以逐步形成研究結果，並從分析結果描述結論與建議。研究步驟參考 Krippendorff (2014, p.86) 於內容分析一書針對質性內容分析所建議之研究步驟，並修改後適用於本研究之研究方法，如圖 3-1。



圖 3-1 內容分析法實施流程圖

資料來源：修改自 Krippendorff, K. (2012). *Content analysis: an introduction to its methodology.* (p.86) 曹永強譯 (2014)。內容分析：方法學入門。臺北市：五南。

(一) 流程圖中的各項研究步驟，內容敘述如下：

1. 文本：

研究者訪談結束後，根據錄音檔轉譯為逐字稿內容；反覆閱讀並完整沈浸文本之中，理解並熟悉整體內涵大意與文本脈絡。

2. 單位化：

研究者將逐字稿中與研究主題有關的敘述，標示出適當的意義單元，並根據意義單元所涵括的意義進行適當初步的編碼。例如：「其實就比較像是在家庭會談的過程裡面，某兩個人他們聯盟結盟，他拉治療師結盟，那結盟的形式通常會是說「老師妳覺得呢？是不是應該這樣子？你評評理麻，是不是。」或他們會很輕易地拉小孩，就問小孩說「你覺得爸爸有很兇嗎？」他們就會這樣子。（B1020）」將之編碼為「成員結盟」。

3. 抽樣

本研究為立意取樣方式選取研究參與者，須符合研究目的的特定參與者條件而進行訪談。因此，回答的文本已經符合研究，不需重新抽樣。

4. 編碼：

將家族治療聯盟相同的單元分組，依形成治療聯盟之正向、阻礙治療聯盟、因應治療聯盟，以及文化影響因素的原則進行分析。提煉出重要意義單元，留意其彰顯與呼應主題意義的部分，以便後續分析。例如：談及形成家族治療聯盟之阻礙的部分，對細節有關的訊息會特別留意並刪除與研究主題不相關的回應。

5.歸納：

將形成有效治療聯盟、形成阻礙治療聯盟、因應阻礙治療聯盟進行分別合併說明，並將整理過後的單元，根據研究問題進行歸納。將歸納內涵賦予適切命名分類，隨著不同研究參與者的替代文本分析，逐步增刪並修飾類別，使其分類更為精緻，並達到吻合與包容性。

6.推論：

將歸納出之治療聯盟的有效、阻礙、因應及反應文化脈絡面向之研究結果進行推論，並依據研究問題進行回答。

(二) 協同分析的參與

在進行文本分析時，邀請協同分析者同步進行編碼，接著各自獨立完成後進行比對與協商討論，針對不一致之處，提出彼此的想法，協商至彼此有共識的編碼。



在研究信度與效度方面，胡幼慧與姚美華（1996）整理歸納 Kirk 和 Miller 與 Lincoln 和 Guba 提出的質性研究信度與效度見解，以下以確實性、可轉換性與可靠性為相關檢核驗證：

一、確實性（credibility）

研究者盡量降低訪談地點的干擾、運用半結構式的訪談引導並適時的澄清研究參與者誤解的題意。另外，使用錄音工具使研究者能在訪談之後反覆聆聽與整理，以求資料的完整性與貼近受訪者真實的表達，以及與研究參與者進行核對等方式，來確保研究的可信度。

二、可轉換性（transferability）

研究者將受訪者的談話內容以逐字稿的謄寫出來，以便後續的分析工作。完成內容整理成逐字稿後，邀請受訪者檢視資料內容與其實際經驗比對，以確認逐字稿內容無誤。

三、可靠性

研究者持續地反覆閱讀文本及詮釋方式並加以說明。研究者也邀請一位協同分析者進行分析，讓資料維持不失真與偏頗。此外，研究者研究前先針對個人在建立家族聯盟的議題上的預設立場與反思，以避免個人主觀想法影響訪談的過程。進行訪談的歷程，研究者遵守訪談架構與態度，並適時的追訪與澄清使得資料內容更為的清楚明瞭。

第六節 研究倫理

本研究為透過訪談的介入搜集研究參與者的敘說、建構文本，這內容涉及到研究參與者的隱私。因此，倫理議題進行研究必要關注的面向，研究者應遵循研究倫理與保護研究參與者的權益進行相關研究。

研究前擬定一份研究參與同意書，在研究訪談過程向研究對象說明研究資料用途，同時尊重研究對象之自主權，徵求其同意後進行錄音，並尊重研究對象有終止錄音、決定是否回答該問題以及決定回應深度的權利。處理資料的過程特別注重研究對象的保密性，由於本研究涉及實務經驗，不免會提到個案與其家庭的相關資訊。本研究在謄寫逐字稿與進行資料分析的過程，皆以匿名代號處理，避免研究對象與其諮商當事人身分與相關訊息給予辨識。訪談結束後，寄給研究參與者逐字稿的電子檔以確認訪談資料得以使用在研究報告中。另外，在研究結束後會全數銷毀訪談資料的錄音檔，以遵守研究倫理與相關原則。經由研究者詳細說明知情同意書內容後，請有意願參與研究者在同意後簽兩份同意書，分別交由研究者與受訪者留存，確保研究參與者的權益。



第四章 結果與討論

本研究分別就家族治療聯盟的內涵、形成家族治療聯盟之正向因素、阻礙因素及因應阻礙的策略，以及反映文化脈絡的意義進行描述。其中楷體乃引用研究參與者的陳述作為印證，之後再參酌相關文獻加以探討。

第一節 家族治療聯盟的內涵

本節回答研究問題一：「家族治療師認為的家族治療聯盟內涵為何？」，以下為分別探討訪談分析結果，之後進行本節的討論。

從訪談結果，可歸納受訪家族治療師所認為之家族治療聯盟的內涵，共分為六個面向：家族治療聯盟是從評估邀請成員就要開始、治療師致力維持動態平衡、立體連結的工作關係、家庭與治療師的情感連結、和每一個人建立安全的關係，以及與家庭建立共同的目標。

一、家族治療聯盟始於邀請成員之評估

對於家族治療聯盟的解釋，研究參與者認為建立治療聯盟在還未開始執行治療時就已開啟與編織。治療師透過評估與邀約成員，讓其願意參與治療，並與治療師共同解決問題，進而穩固該家庭的治療聯盟。如受訪者治療師 B 所述：

「其實第一步就是你怎麼成功的邀請...。基本上在邀請這動作其實就是聯盟的開始，就是你怎麼樣讓這個家人願意來，怎麼樣讓他願意跟你一起為孩子的問題努力。...甚至我覺得在個案個別工作的時候，那個聯盟也已經出現了，就是我在跟他談話的過程中，我會知道我可以跟他的誰聯繫，然後他跟誰比較靠近，個案會告訴我跟誰聯絡比較容易成功。（B1009-1）」

在邀約家庭成員前，透過評估治療目標來界定治療聯盟成員，同時也要清楚知道邀請此人加入的原因與有何幫助。

「...對我來說，任何可以做的都會是一條線，可是並不是說每條線都可以做，還是要評估啦。不是每個聯盟都可以做得很順利，還是要去想為什麼我要拉這條線，跟他聯盟為什麼要處理這個人，自己要知道為什麼要做這件事。（B1010-2）」

「...要看需要他參與要做什麼，就是不見得每一次都是全家人或是一定要全家人都要到齊才開始，一個人開始也是家庭治療，如果工作是他們的關係的話。

(G1018)」

「...我可能跟父母聯絡、還有這學生的導師、還有他的精神科醫生，我覺得這些都是聯盟的其中一部份，如果以系統合作角度來看。所以可以擴大到父母，我最多的話就是父母，然後有的是因為沒有父母，所以就是奶奶或者是其他的親戚，有的時候是姐姐...。(B1010-1)」。

「沒有超過他們家庭成員範圍之外，就是當然跟系統，如果他們有社工或有其他的，有老師在處理，我可能會他們有一些工作，可是他們不會加進這個會談，...可是他們會是我的，...就是如果說外系統對他們（個案系統）會有影響，那那個外系統就需要被工作，可是不會把他們放在一起工作。(G1009)」

從以上內容可知，治療聯盟未必直接進入治療當中的系統，有些聯盟是在治療以外建立的，可能是與治療分開工作的系統合作。

在社區機構工作的研究參與者D治療師，會向父母解釋需要他們而非孩子先參與治療的原因，這樣有利幫助形成治療聯盟。

「比較多就是直接他們（父母）來，父母會先來...比較少是小孩先來，因為我通常也不就讓小孩子先來，我一定事先說為什麼我需要他們，他們就會覺得也願意就會來。(D1007)」

此外，研究參與者真誠的與成員解釋參與家族治療或伴侶治療的原因與意義，以及說明執行個別治療的侷限，讓成員思考進行家庭治療的可能性，並且與成員討論邀約其他成員的方式。

「...我會蠻誠實的告訴他說，能處理你跟你工作，但比較能幫助你去看這個關係，...沒有辦法在這個諮商室裡問我說你的另一半怎麼想，...你的另外一半他怎麼想，他要自己說，所以我只能做你這邊，...我只能幫你觀看你們的關係，那通常我會比較嘗試問說有沒有考慮是 couple 來(F1007-1)」

「他（學生）聽完這樣的論點之後，...其實他也很需要治療師可以治療他父母，也許他覺得問題是在他父母身上，我們會討論一下，要怎麼邀他的父母來，所以我們會在立即在諮商室討論。(F1011-1)」

二、家族治療聯盟是治療師致力維持系統動態平衡

治療師維持治療聯盟的方式，就是維持治療關係上的平衡。可透過營造物理性的治療環境及維持與成員間互動的平衡來達成。

「...在做家族工作的時候我們其實要很小心那個平衡，就是你做 couple 或 family 那個平衡是很重要的。（E1005-1）」

「.....書本裡面，它會很多提醒就是說你分配的時間或者你關注的、你看他們的次數、或是他們所坐的位置，你要有些設計。讓這整個系統的會談能夠看起來平衡一點，或者應該這樣講我們先 setting 好一個，比較不會偏頗的，一個比較環境的設定...。實際操作起來，...對我來講那是個提醒，提醒是在那個房間裡面不是只有一個個案，有時候是兩個，甚至有時候是到三個、四個。（E1005-2）」

家族治療聯盟的平衡維持，並非指系統固定不變，是家族治療師隨著個案系統的變動而持續維持平衡，它是一個「動態」的狀態，而這平衡是需要考量治療師與每位成員間之間的互動關係。例如暫時性加入較弱勢的次系統以維持整個系統之平衡。

「在家庭會談裡面你要維持家族治療聯盟的平衡，那個平衡不會是一個死的或是固定的平衡，是一個動態的。動態的平衡的意思就是說，...你(治療師)跟家人的每一個家人維持那個平衡的東西，它不能是一個死的，譬如說我絕對都不選邊站，那我覺得這個好像也太死，...有的時候，在這件事情或是在這個狀態下，孩子是比較弱勢的，那我就會選站在孩那邊去一點，然後讓這個動力可以平衡，可是有的時候會是，...媽媽的在這個狀態上她現在比較弱，譬如說我會站在媽媽那邊鼓勵媽媽去發展他的親職的功能，如果他這個時候她是需要發揮他的親職功能，可是他的孩子踩在他的頭上的時候，那有的時候我可能就去站在媽媽或爸爸那邊，所以那個平衡它必須是一個動態的平衡才會是有用的。（I005-1）」

三、家族治療聯盟是立體連結的工作關係

研究參與者描述家族治療的關係樣貌為立體連結，從中可分為家族治療師-個別家庭成員、家族治療師-整個家庭、成員彼此間，以及整體共同形成的關係。例如：

「家族治療裡面的關係比較像是治療師跟個別家族成員的連結，然後以及家庭跟治療師的連結。還有他們彼此，家庭成員彼此在這個空間裡面的連結...我覺得他比較像是立體的，就是如果說一對一的個別治療是兩個人之間的關係，我覺得家庭治療比較像是

三D立體的感覺，就不是只有治療師跟彼此每一個人拉一條線，然後他們彼此拉成了一條線跟治療師的關係，然後我覺得還有包括整個所有的人在一起呈現的那個氛圍可能會構成那個治療關係的樣貌。(G1008)」

「「家族」就是一個 family 麻，那 family 可能就會有很多不同的關係，...那再加上治療之後，我覺得治療師要跟家庭也要有個連結，所以第一是家庭自己他們是怎麼互動的，他們的 pattern 是什麼。那「治療」，...治療師他其實一定並不會是很知道這個家庭發生怎麼樣的事，...他要怎麼樣有個聯盟，我覺得他其實就是講的就是家庭治療師他們怎麼一起串在一起的一個，...在一個空間要怎麼產生一些作用。(F1013)」

在一個家庭內，成員彼此間已經存有關係的多元化，進入家族治療後，各次系統間與家族治療師分別再形成連結，並且形成一整體性的氛圍，展現出家族治療聯盟的多元互動樣貌。

四、家族治療聯盟是家庭能與治療師情感連結

研究參與者認為家族治療聯盟是家庭與家族治療師能形成情感連結，包括信任與平等的關係、對治療的共識，這樣情感連結使得治療關係禁得起挑戰，並使家庭能夠成長。

「治療師能與家庭或伴侶是信任的、平等的，像朋友一樣的關係、彼此能尊重的合作與學習的關係。(C1004)」

「...我覺得治療聯盟基本上就是一種專業的治療師跟這個家庭有沒有建立一個基本...的信任感，在這過程是持續的即使我們中間我們遇到我們有不同意或是說彼此有什麼很不高興什麼，這是可以好像比較可以很好的修補...(D1006-2)」

「治療聯盟好像是你們能夠建立起一個很足夠的一個信賴關係，然後即便是挑戰他也知道說你們是共同攜手往一個能夠突破或是協助他成長的一個方向。(H1008-01)」

五、家族治療聯盟是治療師和每個成員建立安全的關係

研究參與者的 I 治療師認為，家族治療聯盟就是治療師在家庭會談中，與每個個別成員建立安全與互動連結的工作關係。

「家族治療聯盟的定義就是進入會談室裡面，有參與會談的人我都必須跟他建立一個安全，然後並且可以就是可以互動和連結的工作關係。(I002-01)」

「...我要讓他感覺，我跟他的關係是安全的，我是他暫時性的安全的依附的客體，所以這個對我們來講就變得很重要，所以聯盟的定義就是所有在跟我會談工作的人我都需要跟他建立一個安全的治療聯盟的關係...。 (I002-02) 」

I 治療師的主張與其所應用的哲學觀有關，他認為安全的治療聯盟，能讓家庭成員放鬆與袒露自我真實的想法。

「...第一個是你必須要讓他覺得是安全的，...因為我工作的這個學派裡面的哲學觀裡面有一個是人本，就是 Carol Rogers 的人本的東西，所以他就會認為說你跟當事人建立一個安全的治療聯盟的重點在於他可以在這個裡面就是比較真誠的，他可以放鬆的說他自己真實的想法和感受，安全性對我來講就很重要麻。 (I002-02) 」

六、家族治療聯盟是治療師與家庭擁有共同目標

研究參與者 D 與 H 認為，家族治療聯盟是治療師與家庭成員具有共同目標或方向，即使在治療歷程中彼此間有不同的意見，或是家庭受到治療師的挑戰，依然一起合作突破與成長。例如：

「...其實我們再有怎麼不同的意見我們還覺得說我們有個共同的目標往前，有這種基本的關係才能發生新的東西。(D1006-1)」

「...治療聯盟基本上就是一種專業的治療師跟這個家庭有沒有建立一個基本的共識...即使我們中間我們遇到我們有不同意或是說彼此有什麼很不高興什麼... (D1006-2)」

「...即便是挑戰他也知道說你們是共同攜手往一個能夠突破或是協助他成長的一個方向。 (H1008-01) 」

七、討論：家族治療聯盟內涵差異

根據以上分析之家族治療聯盟六項內涵：「始於邀請成員之評估」、「治療師致力維持系統動態平衡」、「立體連結的工作關係」、「家庭能與治療師情感連結」、「治療師和每個成員建立安全的關係」、「治療師與家庭擁有共同目標」，對照第二章第一節所提之家族治療聯盟內涵對照進行討論。

The System for Observing Family Therapy (SOFTA) 對家族治療聯盟的定義，是從家庭成員的角度出發 (Friedlander, 2005; Revas, 2010)。本研究從家族治療師的角度出發，兩相比對之下依然有相似之處。本研究的「家庭能與治療師情感連結」相符於

SOFTA 的「投入於治療」與「與治療師情感連結」的兩面向，均同樣指出家族治療聯盟內涵為家庭成員願意信任治療師、治療師與成員有共同目標，雙方有穩定的合作關係。本研究的「治療師和每個成員建立安全的關係」符合於 SOFTA 所提及的「安全的治療系統」，指出成員覺得治療是值得參與及願意開放自我、感到安全感且不侷限的談論自我的想法。此外，本研究的「治療師與家庭擁有共同目標」符合 Gaston(1990)、Rait(2000) 及 SOFTA(Friedlander, 2005; Revas, 2010) 所提，家族治療聯盟是家族治療師與個案系統間有一致治療任務與目標。

表 4-1 家族治療聯盟內涵比較

SOFTA 家族治療聯盟內涵	本研究家族治療聯盟內涵
無	始於邀請成員之評估
無	治療師致力維持系統動態平衡
無	立體連結的工作關係
投入於治療 & 與治療師情感連結	家庭能與治療師情感連結
安全的治療系統	治療師和每個成員建立安全的關係
與家庭分享目的感	治療師與家庭擁有共同目標

本研究結果中，治療聯盟內涵包括「始於邀請成員之評估」與「治療師致力維持動態平衡」兩項，在 SOFTA 與文獻中，並未納入此兩項類別。

「家族治療聯盟始於邀請成員之評估」一項，包含應納入哪些成員進入治療聯盟的決策，以及邀請新成員加入的過程。目前在台灣，民眾參與家族治療的自願性似乎不高，需要治療師的盡力與治療中的成員討論、解釋並邀請，其他家庭成員才可能願意投入家族治療。如同參與者 D 治療師表示，當家庭成員願意參與就是治療聯盟的正面表現。趙文滔與許皓宜（2012）曾描述，其實不怕家人不參與，因為當問題嚴重到一定的程度的時候，成員就會願意加入。此也意味著，若家庭成員未意識到問題嚴重性，便可能認為自己不需加入治療。因此在邀請與建立聯盟的過程，顯得困難重重。

「治療師致力維持系統動態平衡」為兩位治療師所提出，兩位所運用的取向分別為 EFT 與結構治療，以及後現代取向。兩者都致力於治療中關係的平衡，從場構策略及互動關係上的維持，治療師都須敏感各系統間的動力，不能因專注於與弱勢系統連結而忽略掉強勢系統，並在有限的治療之中兼顧兩者。

研究參與認為家族治療聯盟為「立體連結的工作關係」，即家族治療裡面包含了多重關係：家族治療師與個別家庭成員、家族治療師與整個家庭，以及家庭成員間的關係，三者交織形成治療聯盟。這部分與 Pinsof 與 Catherall (1986) 所主張家族治療聯盟的三個層次相呼應，亦即個別聯盟、次系統聯盟及整體系統聯盟的敘述一致。

大多數家族治療師都支持系統理論觀點，都視治療系統為開放系統，家庭成員不只彼此互動，也會跟家庭外的系統互動 (Goldenberg & Goldenberg, 2013; Nichols, 2011)。本研究參與者表示會與有助益的相關人員和外系統（如：社工系統、醫療系統）合作，但並非以納入家庭會談的形式，這可能意味著：與系統合作並發生在家庭會談之外。

Hoffman (2010) 提到合作治療運用「反思團隊」，透過成員多重組合與不同層次的聲音一同參與治療。McDonough. & Koch. (2010) 將此模式運用於治療中，這個團隊包含了各種專業者（醫護人員、學校諮詢師等）與成員，集結多重觀點於治療中，雖然讓治療聯盟更為複雜，但治療師減少壓力與負擔，並且帶入新觀點與新對話進入治療。這超越了傳統治療室的會談模式，除原先之治療師與家庭的聯盟外，還納入其他系統，在需要時讓家庭適時地聽取其他專業人士的意見與觀點。

本研究受訪之家族治療師的治療現場，僅限於家庭系統與家族治療師之間，而未與其他專業人員協同諮詢，僅以治療外的合作作為系統工作。因此，治療聯盟的範圍究竟限於家族治療當中，或者亦包含家族治療以外之系統工作，是值得進一步探究的主題。

第二節 形成治療聯盟的正向因素

本節旨在回答研究問題二：「在家族治療實務中，影響家族治療聯盟之正向因素為何？」以家族治療師觀點出發，提出有助於家族治療師促進治療聯盟的因素分析結果，並在最後做討論。家族治療聯盟之正向因素，共可分為兩大類別：一是與家族治療歷程相關之因素，二是家族治療師本身之相關因素。家族治療歷程的治療聯盟共可分：治療聯盟的評估、建立與維持；家族治療師影響可分：家族治療師在治療中的態度、自我照顧與保持良好的精神狀態、專業的特性。

一、家族治療歷程的相關因素

(一) 家族治療聯盟的評估

1. 個案系統尚未進入治療時的評估

當個案由其他系統轉介而來，治療師可先從外系統的功能評估自己與外系統要如何分工及合作。

「...我不用再去做通報這件事，因為他已經在系統內了，所以那是我的一個確定是，自殺防治系統有在關心這個家庭，...就如果她今天發生什麼事，然後如果他是沒有被關懷到的，那我是有一些責任的。... (E1010-1)」

從引文中，可看到 E 治療師對其他有關專業系統的治療聯盟進行評估的歷程，治療師評估個案系統是否在其他專業系統（如：自殺防治系統）協助之下，以及負責的部分為何，並理解該系統介入個案系統的情形與進展。

2. 個案系統進入治療後的評估

(1) 治療師評估治療需求再邀請其他成員參與

研究參與者 B 與 I 表示，並非有關的家庭成員均納入聯盟，而是先評估治療需求，有需要時再邀請。每個個案狀況不同，治療師須彈性應對。

「...任何可以做的都會是一條線，可是並不是說每條線都可以做，還是要評估，不是每個聯盟都可以做得很順利，還是要去想為什麼我要拉這條線跟他聯盟，為什麼要處理這個人。... (B1010-2)」

「...非常重要就是合作麻，因為合作就變成是哪些有利的，我覺得是資源的東西。...聯盟的大小，看個案的狀況，它是變動的，沒有一定是要拉誰進來，每個個案都不一樣。(B1012)」

「不一定第一次就會邀到爸爸，有的時候爸爸不見得會出現，可是基本上對我來講就是如果我覺得有需要我就會持續的想辦法邀，...不過我覺得有需要或者是我覺得比方說媽媽帶著孩子來，可是我覺得可能是夫妻的問題。我都會盡可能的如果可以慢慢的在整個治療的歷程裡面看能不能讓爸爸加入。（I1032-01）」

（2）治療師透過評估出席成員關係來選擇成員加入

初次治療時，家庭成員未必能全部到齊，治療師先從能工作的成員開始建立聯盟，並且了解出席成員的關係網。

「...談話的過程中，我會知道我可以跟他的誰聯繫，然後他跟誰比較靠近，個案會告訴我跟誰聯絡比較容易成功。（B1009-1）」

「...系統的工作是不一定是第一次就是最大的系統一定要來麻，你一定是從一個workable 可以工作的次系統工作開始，...那這樣我們就可以去再去拓展。（D1008-1）」

「...社區工作...我們就會想能夠全家能來就來，可是有時候他們有他們的考慮，他們有各種理由就會先來某些人，通常除非很影響，不然我就會先順著接受...，因為來了之後你就是先知道這群第一次能現身的人，他們各自是一個怎麼樣的相互的關係是什麼。再進一步評估有沒有需要邀請其他的很關鍵的人進來呀，如果這群人進來了就夠了，所以也不一定。（D1008-2）」

「所以也沒有一定一次就要全部的人來才是最好，那有時候反而不好。（D1008-4）」

治療師透過已出席的成員初步瞭解家庭成員間的關係，再進一步評估是否有其他關鍵成員須邀請。

3.欲加入新成員進聯盟時的再評估

當個案系統已經進入治療後，治療師會隨時評估自己介入個案系統的結果，再繼續進行再評估與介入，不斷的以循環的工作模式與個案系統維持治療聯盟。

「...次系統的工作完，看接下來要，就有點像我們現在哪裡容易使力，我們就先動那裡。....相信這種循環所謂的連鎖效應，你動了這個，你相信會再啟動次系統的其他的東西。（D1008-5）」

D 治療師認為系統是連動且互相牽扯的，因此工作完一個次系統後，需評估可介入另一次系統的可行性。

(二) 家族治療聯盟的建立

1. 治療師採取非制式、建立關係為主的談話模式

工作場域為醫療環境的研究參與者 E 表示在與非志願或抗拒成員的初次見面時，觀察到成員抗拒的表情與行為，便以營造安全、舒適與輕鬆氛圍的治療環境，來建立治療聯盟。

「那其實一開始進來時候，其實我有觀察到就是這個孩子帶著一些抗拒的表情跟一些舉動。...我的習慣或是後現代給我的一些訓練就是我們要在一開始的時候，讓他們在進到諮詢室的時候是感覺到安全的、舒適或者在我們對談開始的時候並不是很那種很制式的（E1007-1）」

E 同時提到，在治療開始雖仍須維持治療架構，事先澄清關於保密的條件限制，但「比較人性」的關係會先在治療的前端發生，這能影響治療師與個案的關係，讓個案從抗拒的態度到接受的轉變，增進家族治療師與非自願個案建立聯盟。

「...在訓練裡面就是你一定先講什麼、再講什麼、或者什麼什麼的之類的。當然有些保密的東西那個當然一定是要講，可是它有些東西變成就是說像我們的彼此的認識，像自我介紹。（E1007-2）」

「...比較真實，或者比較人性的那個東西，就會在治療的前端先發生。先發生之後其實你就會看到，這種關係的轉變是非常有效果的，或者是讓所謂的治療的介入就會變得比較順利，...過往在做這種所謂的非志願案主的時候...（E1008-1）」

由此可知，治療者的態度會影響成員投入治療的程度，若是治療師的態度與說話方式較為輕鬆與幽默，較能與非自願成員建立聯盟。

2. 治療師能清楚看見家庭的互動模式以建立連結

三位研究參與者認為須敏銳察覺家庭內成員之間的關係動力與模式，以適時與家庭連結，形成治療聯盟。

「...比較看的是一個關係的，他們之間的關係動力與關係模式。（H1012-01）」

「...也需要有一個足夠的眼光去看到他們中間的這種模式，然後你可以帶回去給他們，然後他們能夠接受、也能夠理解到，如果這樣就是一個好的開始。（H1026-02）」

「.....看不看得見這個家庭本身，這些家庭成員彼此在拉扯和互動的時候的那個動力，彼此他們的影響又是什麼。...家族治療師如果看得見這件事情，他才有可能形成一個可以有效推動的治療聯盟。（I1005-04）」

治療師對家庭互動模式的理解，除了能更順利與家庭建立關係之外，將互動模式反映給家庭也有助於家庭更投入，形成一個好的治療開始。

3. 治療師開放的與家庭討論過往的諮商經驗以建立聯盟

在醫療體系下工作的受訪者E治療師，試著討論家庭所經歷的過往諮商經驗，讓成員感受到治療師的關心與真誠，而能協調出適合的合作方式。

「...對他們來講那都是一個疾病的歷程，在接受治療的歷程。那我也會滿好奇的他們到底在那過程當中發生了什麼事，...我覺得他們有感覺到是被在意的吧，就是我想談談你們過去的那種比較不好的經驗。我看看我們可以怎麼樣工作可以更好，或者我們可以怎麼樣找到最適合我們彼此合作的方式，我覺得那種東西是很透明、很直接...也許也不那麼迂迴吧。（E1008-2）」

治療師不視為過去的諮商經驗為避而不談的內容，視為能與個案系統合作的資源而有助於治療聯盟的建立。

4. 治療師促成家庭成員間的彼此連結以形成聯盟

研究參與者表示可以透過分享彼此間的共同經驗，成員彼此能因有共鳴的故事而能建立聯盟。

「幫助他們分享彼此的經驗產生連結、如：尋問伴侶剛開始認識的狀況、sweet moment是怎樣的，或是童年經驗等，讓彼此成員有共鳴的事件或故事（C1005）」

另一種治療師促進家庭間彼此的連結的方式，是利用家庭動力推動成員產生新的對話模式與轉化成員態度。

「...怎麼讓這個很權威的父親真正能夠在這裡開始有一種新的反應，是能夠聽進其他家人的话，那個是我的工作。可是我的工作不是我要說爸爸你多好，我想這個我還是要用家庭的人的一些反應，讓這個爸爸能夠軟下來。（D1009-2）」

「有修補了，知道對方的意圖能夠放下一直以為，『他是討厭我的』、『他是來報復我的』這種，...能放下這個還有什麼事情不能比較好的去解決。（D1016-8）」

治療師與成員建立關係時，可能會碰到較沉默的成員。透過詢問其他成員的方式，有助於在讓治療師瞭解成員的同時，亦讓家庭成員彼此間產生連結。

「比如說爸爸很沈默可是你又想要跟爸爸建立連結，可是你跟他說什麼，他好像都不太理你，那你就換一個方向麻。問其他的家人，爸爸沈默時候通常代表什麼意思，他們對爸爸的沈默的看法呀。（I1035-02）」

歸納以上分析，促進家庭連結來建立治療聯盟的方式，可能是讓家庭分享有共鳴的生活經驗，或是促成家庭成員產生新的態度或以新模式來對話，也可能透過其他成員的眼光來理解成員而建立治療聯盟。

5.治療師主動與其他系統成員合作

在學校系統工作的研究者參與者，會與老師討論孩子的問題行為與因應方式，並兼顧雙方的需求，以與對方建立聯盟。

「...如果是在學校系統通常我會跟老師合作，...我通常會跟那個老師回去討論這個孩子的狀況，然後在他班上對他的困擾，當孩子出現這個狀況的時候，他可以怎麼因應，...（G1047）」

「...就是從我對孩子的理解去幫忙他怎麼樣子去看待孩子這些行為，跟他可以做些什麼和他的困擾。（G1049）」

6.治療師營造平等的治療關係

在初期建立關係時，治療師營造與個案系統之間的平等關係，有助於建立治療聯盟。

「...而是我會比較希望開啟的是一個我們互相合作的關係，這個跟那個合作取向是比較連結到就是我們比較讓治療關係從一個本來是上對下，或是一個專家病人的角色變成是一個平等。（E1006）」

從訪談內容得知，治療師認為應與家庭建立平等合作的關係，而非上下位階的專家病人關係，是基於後現代學派的理論。從此亦可知治療師對關係聯盟的建立方式，亦受所使用之學派理論影響。

（三）家族治療聯盟的維持

1.治療師以理解成員隱晦的部分與動機維持治療聯盟

從B、E和I的訪談內容中可發現，他們都會透過理解成員隱晦的資訊，並與其公開討論、釐清，以貼近家庭成員，來促進治療聯盟的維持建立。I也強調對成員的描述避免過度解讀與主觀，需從成員立場理解敘述的脈絡。

「...看到她那個情緒背後她真的care的東西的時候，我覺得她那個心防就會放下來，那個她放下來的時候她的狀態不一樣的時候，就比較可以對話了。（B1015-2）」

「在這麼多人的情況下，我們能不能夠去理解每一個人對於來諮詢的看法，或者每一個人對彼此所拋出來的議題的看法，或者能不能真正的去有效的表達。... (E1005-3) 」

「...把意思聽出來之後，你就去 unpacking 就是攤開麻...把你聽到意思說出來，問他是不是這樣。...而且你要聽得懂他在講的那個很隱微的東西。... (I1025-01) 」

「...你自己的東西不能帶進來太多，有時候你就會用你自己主觀的想法，很容易你會掉到那個立場裡面。然後你要聽的時候，你還得去聽他在他的位置上他講這個話的時候，他是什麼意思，然後他到底想要表達什麼。 (I1026-01) 」

研究參與者 G 則表示會在初次會談直接詢問成員的期待與動機，及對彼此的想法，讓治療師能成功建立治療聯盟。

「...為什麼她們想要來、要做什麼？他們各自怎麼敘述現在他們的狀況或者是那個 IP 的狀況。 (G1043) 」

此外，研究參與者 I 認為即使是沈默男性成員（父親），對家庭都有一定程度的影響性。治療師與其工作時，需探索與理解其沈默的意義進而建立聯盟，不應因沈默而阻擾發掘他的感受與意圖。

「...在一個治療的歷程或在一個家庭裡面，...一個沈默的父親，跟一個說很多的父親，他都是有影響性的。那這個父親的沈默代表什麼意義，就是你要去探索啊，然後你要去了解麻。即便他的沈默，他沒有講什麼話，都不代表他背後沒有想法沒有感受沒有意圖。 (I1035-01) 」

2. 治療師與成員同調以維持治療聯盟

研究參與者認為在成員間彼此衝突與不和諧時，治療師須先接住與同理成員情緒，讓家族治療師能與成員建立聯盟，並與成員「同一個頻率」，進而促進成員與治療師對話且自我反思。

「...做到他們開始有反思啊！其實那需要一段時間，你得在前面的時候先接住他們的情緒。例如說夫妻來他們就會一直罵對方抱怨彼此，很生氣。可是你這個時候你要讓他們有反思是不可能的，治療師有時候那個頻率啊要跟案家在同一個頻率...，...那個她放下來的時候、她的狀態不一樣的時候，就比較可以對話了。 (B1015-2) 」

「...真正的同理跟接住我覺得是聯盟有效的開始。 (B1017) 」

3. 治療師營造安全治療環境以維持治療聯盟

有五位研究參與者認為：創造安全的治療環境，讓家庭成員能安心的表露自我，是形成治療聯盟的正向因素。

「...我是要創造一個平台，讓這些人可以放心的在這裡講他們一直在生活中沒辦法講的話...。 (D1009-1) 」

「...開始進來時候...觀察到就是這個孩子帶著一些抗拒的表情跟一些舉動。...我的習慣或是後現代給我的一些訓練就是...在一開始的時候，讓他們在進到諮詢室的時候是感覺到安全的、舒適或者在我們對談開始的時候並不是很那種很制式的。

(E1007-1) 」

「常用的取向是 EFT，然後 EFT 常強調依附，所以在我跟案主在建立治療聯盟的過程裡面我覺得最重要的事情就是我要讓他感覺我，我跟他的關係是安全的。 (I1002-2) 」

「...第一個是你必須要讓他覺得是安全的...，因為我工作的這個學派裡面的哲學觀裡面有一個是人本，就是 Carl Rogers 的人本的東西，所以他就會認為說你跟當事人建立一個安全的治療聯盟的重點在於他可以在這個裡面就是比較真誠的，他可以放鬆的說他自己真實的想法和感受，安全性對我來說就很重要嘛。 (I002-03) 」

安全的治療環境，也可能是指成員不會受到治療師的批評、指責或被教育，而是以真誠、接納與尊重的態度來與家庭連結及合作。

「當孩子出狀況時，不要讓父母有被指責與被教育的情形，要以連結、尊重的方式與他們工作 (C1010) 」

「...很自在的談我心中的想法，而不會擔心這個會不會被批評或者被指責。
(E1006-3) 」

研究參與者 D 治療師提到，安全的治療環境並非指溫暖，而是成員能放心揭露秘密、甚至發生衝突，但能讓其他成員願意傾聽與理解的情境。

「安全的意思是，其實吵架也是安全的。安全意思不是都一定很溫暖的什麼，而是那是我可以我講一些平常不能講而且有人會懂的。而這個懂特別重要的是我的家人也能懂。 (D1010) 」

從上述，發現兩位 E 與 I 治療師，會依據家族治療理論的哲學觀來維持聯盟。以受訪者 E 治療師為例，採取後現代觀點，營造去結構化而安全的環境；I 治療師則是同

時運用 EFT 情緒取向的「依附」觀點及 Carl Rogers 人本的核心價值，來與成員建立安全的聯盟關係。

4.家族治療師與成員互相信任

從五位的研究參與者的訪談內容中發現，治療師與家庭成員間的信任關係有助於發展正向與穩定的治療聯盟。

治療師與個案維持穩定的信任關係，能消弭個案的擔心，接受與治療師之間的意見不同與衝突，及接受治療師的挑戰與支持，仍能維持穩定的治療聯盟關係。

「我也必要讓個案信任，因為有時候個案會不安啊，會想說「蛤！要家人來」、「我不要」。會很怕會要這樣子，所以我也必須成為他的可以信任而且依靠的對象，（B1009-2）」

「...治療聯盟基本上就是一種專業的治療師跟這個家庭有沒有建立一個基本的共識跟基本的信任感，在這過程是持續的，即使我們中間我們遇到我們有不同意或是說彼此有什麼很不高興什麼啊，這是可以好像比較可以很好的修補，可以繼續修補再繼續修補關係再往前。（D1006-2）」

「...先讓他們感受到我跟他們個別的關係都是在一個很信任、或者是沒有所謂的專家的角色，甚至我都必須要澄清，（E1006-2）」

「家庭對你的接納跟你們能否一起合作去面對很困難的議題，然後他們可以接受你的挑戰。當然第一個是接受你的你對他們的支持，然後接受你對他們的挑戰。（H1039-01）」

「...甚至就是說那個連結度可以讓彼此是放心的。（E1010-5）」

同時，研究參與者 F 治療師也表示：家族治療師和不同成員間可能有不同程度的信任連結。只要有連結，就是治療聯盟建立的象徵。

「.....你可以看到家人每一條線跟可能跟治療師有的可能比較信任治療師，畫出來的線連結就多一點，有的少一點可是都有連結，我覺得有連結是一個大家開始準備作用的一個部分。...（F1015-2）」

5.家族治療師與成員同在

五位研究參與者表示：治療師的同在能幫助成員感受到被接納、被支持與被理解而形成治療聯盟，進而接受治療介入。

「情緒很容易卡住，但治療師就是 be there，陪在那裡，個案在乎的是你有沒有存在與接納他們，在同一個現象場中。（C1011）」

「...跟他們能夠同步在一起，我覺得那就是他們可以感受到你有那個想要，我覺
那就是那種所謂的治療聯盟是結合的，我們的系統跟他們的系統是結合在一起的。
(E1010-5)」

同在的方式，可能是以非語言的陪伴方式去感受家庭的情緒。

「我覺得很高層次的同理也不是去同理、也不是用講的，有時候你光坐在那邊，
感受那樣子的怨念跟悲哀，...其實有時候你不用講話，因為你也講不出什麼，我覺得
有時候家庭就會知道治療師就有剛好在這樣子的氛圍裡，所以我覺得真正的最高層次
同理，基本上如果是非常的悲痛的事情，原則上是沒有辦法用言語的。(F1020-2)」

治療師 H 認為，同在也可能展現於與家庭次系統及整個家庭系統有正向的融入
(joining)，融入有助於發展家庭成員與治療師之間的信賴關係，而維持治療聯盟。

「你要跟成員有你，屬於你跟他們的 joining，你可能要跟某一個聯盟或是
subsystem 有你的 joining，那你畢竟也還是要跟著這個家庭有一個夠好的 joining，然後
讓他們覺得你對他們有足夠的一些理解，或者是支持。...他們才能發展出一個足夠的
信賴。(H1009-01)」

6. 治療師讓成員感受到希望感

當家庭成員感受在治療中感受到「希望感」會願意繼續參與治療，維持治療連盟
的不間斷。

「...我（治療師）證明了我可以在這裡可以幫你們達到你們前面你們沒有辦法做
到的，他們就有一種新的感覺有一種有希望感覺，就覺得我們繼續來會有希望的。
(D1016-9)」

7. 家族治療師的特質與專業知識

治療初期，家族治療師身為「人」的特質與專業知識，能幫助說服成員願意持續
參與維持與治療師的聯盟。

「...我覺得兩個東西要同時並存，就是專業的東西跟你身為這個人，你這個本身的
特質一起去讓他們願意再來，...那在第一次就要讓家人感受到...你是願意關心他們
的，你是願意幫忙他們的。第二個是依你的專業的眼光，你能不能提出一些你自己的
看法，就是為什麼他們需要做家庭治療。...為什麼需要不只一次，能不能說清楚讓對
方理解。... (B1014-2)」

8.治療師幫助成員在治療裡反思與覺察

三位研究參與者認為成員能在治療歷程中反思，將有助維持正向的聯盟發展。

「那個話通常表現出來，他們會有反思，對於自己的問題開始有反思的時候。...他開始對他們兩個的關係有一點思考的時候，...而不是一直停留在我就是不爽他、我不滿意他、一直抱怨的那個階段的時候。當他開始有這些思考的時候，我覺得有效性，他已經開始想了拉。我不用跟他講要做什麼，這東西就出現了。（B1014-3）」

透過引出成員共同的正向目標，並挑戰與幫助成員反思不能達到該目標的原因。此外，以不強加文化的觀念，而是讓成員去思考與突破文化框架，進而建立專屬的互動模式。

「...不管你談是什麼東西，你回來的還是那你們這個家庭談的這個這麼重要事情，而且其實都很想做一些事情，可是為什麼做出來的變成有一個人要憂鬱、有一個人要拒學、有一個人說要死要活的什麼的。（D1016-4）」

「...我不會再加給他們，他們自己已經夠承受那麼多的文化上面的影響，...就是這種文化上面這種期待那造成了他們兩個人沒有辦法面對彼此。他們要怎麼樣突破，...他們可以去思考的，或者他們怎麼樣去發展出更多屬於他們的東西。（H1017-01）」

9.治療師彈性維持與家庭成員的平衡狀態

平衡是一種動態且為家族治療聯盟的重要因素，尤其與青少年或小孩工作時，家族治療師須彈性支持而達到平衡及公平。

「...有時候三角關係是一個平衡，它是好事，可是有時候它歪了，走向極端的時候那就不是好的。（B1018）」

「...我覺得平衡也很重要，...也就是說我不能在跟我工作的這個家庭當中任何一個人治療聯盟是有偏重於誰的（I002-04）」

「那尤其是伴侶治療，家族治療裡面我覺在伴侶治療平衡相當重要，因為你只要有任何一個讓伴侶覺得你選邊站的動作，你們的治療關係是不是就會不安全，那那個治療關係不安全有效性就會大為降低。（I002-05）」

「...通常小孩在家裡面聲音也比較弱勢，所以有孩子加入的時候，其實我通常會我會讓孩子的聲音盡可能的可以被聽到，就是維持他們三方，大人這一方或孩子這一方，他們兩方的聲音在會談室裡面被聽見的平衡度是比較好的，我覺得這個滿重要的。（I004-01）」

從此可知，當治療聯盟不平衡時，會破壞治療環境的安全度，而難以維持治療聯盟。

10. 治療師保持跨系統合作關係

治療師透過其他專業系統轉介而接觸到個案系統後，依然會與該系統保持合作關係、溝通與討論工作目標，但僅限於家庭治療場域外。

「...社工一起討論或者是我們合作，但是我負責家庭治療這個部分。（H1021-01）」

「就是他(轉介方)會有他的評估，那通常我會把他的評估放著，然後可是我自己也在評估你看到的家庭，再去跟他討論可能的工作目標。（G1046）」

受訪者 G 治療師與個案系統接觸前，參考治轉介方的初步的個案資料，但會先保持以自己的專業角度與客觀評估個案狀態後，再與外系統進行討論並合作。以與學校系統合作為例，治療師除了與孩子建立關係外，依然保持與老師間的合作關係並達成治療目標共識。

「如果是在學校系統通常我會跟老師合作，如果老師覺得這個孩子有狀況，那他把他轉出來，我通常會跟那個老師回去討論這個孩子的狀況，然後在他班上對他的困擾，當孩子出現這個狀況的時候，他可以怎麼因應，可是另一方面一樣是（做這個學生）。他的確需要有些方式去因應才不會，你孩子修理好了，然後放回又會壞了。（G1047）」

從引文敘述中可得知，治療師與其他專業系統維持聯盟的目的，在於增進治療效果，或者削弱對治療效果的負面因素。

11. 治療師的彈性融入與退出家庭關係來維持治療聯盟

在治療情境中，治療師須隨時觀察家庭動力的樣貌，適時進入或退後，以求在介入家庭系統同時仍維持正向聯盟。

F 治療師認為，須與個別的成員連結，並適時融入與退出家庭。

「...這個家庭上台要準備演的時候，我覺得治療師要記得他的位置也不能一直在這個舞台的正中間，他要在很不經意的時候，要悄悄的到舞台的旁邊，然後要讓這個家庭可以 enactment，就是要即席互動，可以演出他們家庭的 pattern... 理想就是可以連結又可以出來一點來看家庭的互動，因為你要看得見才有辦法知道下一步要怎麼做（F1015）」

受訪者 I 治療師表示，清楚看見家庭成員彼此的交錯的關聯性與拉扯，以及自己融入於該家庭時的動力變化，更能貼近家庭系統的需求而維持聯盟。

「...看得見原本這個家庭的動力長什麼樣子，以及他（治療師）介入之後他這個人形成了新的這個治療聯盟裡面，他這個治療師對這個聯盟的影響...如果他看得見這個動力的流轉，動力之間彼此的相關聯性和那個拉扯啊，或者牽動，那這樣子他就比較有可能可以形成有效的家族治療聯盟...（I1005-02）」

二、家族治療師本身之相關因素

（一）家族治療師在治療中的態度

受訪家族治療師認為，對家庭的興趣及正向態度有助治療聯盟的建立。

「治療師能夠呈現現陪伴的、安然自在的、具有好奇心與尊重。（C1025）」

「基本上對人的興趣對家庭的興趣，了解家庭的動力，...不是要去掌控這個家庭，基本上你是探索、你是理解，那你是連結、你是合作，我覺得這好像還是很有價值的特質。（H1037-01）」

（二）治療師能自我照顧與保持良好的精神狀態

受訪者 B 認為治療師照顧好自身與精神狀態能增進在治療歷程中的敏感度，更能清楚覺察當下治療聯盟的狀態。

「...幫自己的方法是一定是要讓自己吃飽睡飽啦！就狀態要好，...我自己知道我的狀況是一定要維持一個精神很好的狀態，這是職業道德拉老實說，然後你狀態好的時候，你對自己比較會有敏感度。...你會知覺到意識到說，我被三角化了、我被拉了，然後這個個案或是這個媽媽她想我做什麼，我在那當下就會發現。...（B1022-3）」

（三）家族治療師的專業特性

1. 治療師以彈性與高敏感度來建立與維持治療聯盟

治療聯盟難有固定的架構或程序，家族療師需具備高敏感度與彈性的臨場反應，來符應不同個案系統的需求，進而建立與維持治療聯盟。

「...很難真的去設定一套，所謂的 SOP 去告訴你就是這樣子做，因為每個進來的人的狀況都不一樣，...在心理師在這方面的敏感度要夠高，甚至你要做 couple、做家族的這個，我覺得那個反應吧，臨場反應真的需要比做一般個別治療來的更彈性或者反應力更快一點。（E1010-3）」

「...需要有那種瞬息萬變的掌握能力你就要有，因為可能錯過這個 moment 你就進不去了。例如說我們講說 L 小姐那件事情，如果我沒有開這個話題、或者我沒有去問，甚至我沒有跟他一起笑，也許他就不會往下走了。（E1010-4）」

三、討論

依分析結果，治療聯盟的正向因素分為「家族治療歷程的相關因素」及「家族治療師本身之相關因素」兩個部分。家族治療歷程的相關因素有：家族治療聯盟的評估、建立與維持三個部分；家族治療師本身之相關因素有：家族療師的態度、自我照顧與保持良好的精神狀態、家族治療師的專業特性。

（一）治療師評估治療聯盟歷程

在治療開始前與進入治療歷程後，治療師不管是從其他系統轉介的個案，或是直接接洽的個案，都會先評估個案系統的情形而思考如何促成治療聯盟。從研究結果分析內容看見治療師可呈現三種評估情況：1.當個案系統尚未進入治療時的評估。2.個案系統已進入治療後的評估。以及，3.個案系統進入治療時的再次評估。

1.治療師評估成員進入家族治療前與後的治療聯盟

在正式進入家族治療的開始前，治療師透過外系統的轉介資料評估與了解家庭的目前的問題情形，進一步的與家庭建立關係的規劃。這與本研究參與者在談論治療聯盟的內涵時，認為「家族治療聯盟始於邀請成員之評估」的概念相似。不過這邊指的是治療師與其他系統的分工與合作。從其他系統的接洽關係，也呈現出治療聯盟不僅包含家庭成員而已，也包含了其他系統的合作關係。此展現家族治療系統觀的概念運用在治療系統上。此外，治療師與其他系統的合作關係不僅停留在轉介的接觸，治療師也會與其他系統維持分工與合作的聯盟關係。

2.治療師評估從個案系統的問題需求而邀請成員參與

當個案進入治療歷程後，治療師會評估是否再加新成員進入治療。通常治療師未必直接把所有成員邀請進入會談，而是仔細的評估與考量不同的個案的情況與原因，再進一步邀請適合的對象參與。從分析結果也發現，初期治療時，家庭成員未必全員到齊，這可能是反映出當前社會似乎還未接受或理解家族治療。不過，受訪者 D 治療師也表示，初次會談若全員到齊，可能對治療聯盟產生負向影響。治療師應先從已經出席的成員初步的理解家庭的關係與脈絡，從中評估需不需要讓其他成員參與，若是一股腦的把家人全邀請進入治療，可能破壞原本治療師已建立好的治療聯盟，或是無

法維持治療聯盟。Escudero et al. (2008) 研究指出，新成員的加入治療可能會影響治療聯盟，因為原先的成員會感到不安。這或許解釋治療師為何不以邀請所有家庭成員作為最終目標，而是要謹慎與原先晤談的個案維持穩定的關係，確定邀請新成員仍能維持原先的治療聯盟，才會邀請其他成員的加入。因此，治療師事先評估個案系統的關係狀態，再進一步地邀請是重要的步驟。

（二）治療師建立家族治療聯盟時注重的面向

根據分析結果，治療師建立家族聯盟的正向因素可分為六類：治療師採取非制式及建立關係為主的談話模式、能清楚看見家庭的互動模式以建立連結、開放的與家庭討論過往的諮商經驗、促成家庭成員間的彼此連結、主動與其他系統合作，以及營造平等的治療關係。

文獻指出，治療師若呈現溫和與幽默特質能增進與家庭成員的信任關係 (Yusof & Carpenter, 2015)，也能幫助非自願或抗拒合作的成員願意與治療師建立聯盟，較不受到治療師專業形象的嚴肅感影響。受訪者 E 治療師表示依然會遵從諮商倫理的規則，不過會先以建立關係為先。由此可知，治療師與家庭先有人際上的關係連結後，比較容易建立治療聯盟。不過，在建立關係時，治療師也面臨到倫理兩難問題，尤其牽扯到自殺議題。治療程序的先後順序的兩難，治療師須先講保密條件的限制，還是要先與個案有良好的關係。兩者的先後順序抉擇是對治療師的考驗與挑戰。

過往的經驗的討論能促進治療聯盟的建立

從研究分析結果發現，研究參與者不掩蓋與避談個案過去曾接受的諮商經驗，而是認為談論此事是有意義，且能讓成員感受到治療師是尊重與在意他們的合作的關係。治療師的行動呈現出治療這件事不是治療師單方面的計畫治療目標並執行。在台灣的文化下，去身心科就診可能仍要面臨被污名化與貼標籤，也因此，很少人會主動的透露自己的病歷史，即使是面對專業人員。就診的經歷似乎變成家中秘密般被遮掩而不被討論，當治療師公開的與透明化的提出，也是揭露的一種。除了讓家庭覺得此治療室是個可以安心自在闡述的場域以外，也可讓心中那種壓抑的情緒可以被紓解。因此，若能公開的討論社會文化未能接受的身心科就診經歷，能協助治療聯盟的建立。

治療師強調家庭的共同目標而能增進治療聯盟的建立

眾多研究指出，成員在治療歷程中感受到彼此是團結合作，並一齊達到關係改善及治療目標，治療師增進成員彼此分享，能讓彼此的情緒及共同目標一致 (Beck, 2004; Escudero et al., 2008) ，以及當成員彼此同意面臨的問題與目標、感受彼此連結共同處理所關注焦點，就能有正向的聯盟 (Friedlander et al., 2011; Lambert, Skinner, & Friedlander, 2012) 。因此，共同感使家庭成員能尊重接納相異觀點，並表現和解的態度 (Friedlander et al., 2011)。本研究結果發現，治療師會透過共鳴經驗的分享，促成新態度與新的對話模式，來連結成員間的正向關係。當治療師能增進成員彼此的關係，治療師也就與成員構成正向的治療聯盟。

（三）治療師維持家族治療聯盟的方式

治療師維持家族治療聯盟的正向因素分為：治療師以理解成員隱晦的部分與動機維持治療聯盟、與成員同調以維持治療聯盟、營造安全治療環境以維持治療聯盟、與成員互相信任、與成員同在、讓成員感受到希望感、治療師的特質與專業知識、治療師幫助成員在治療裡反思與覺察、彈性維持與家庭成員的平衡狀態、保持與跨系統合作關係、以及彈性融入與退出家庭關係來維持治療聯盟。

當成員在治療中能從治療師感受到希望感與體驗到治療師的關心與專業時，成員會願意與治療師合作並繼續接受治療。此呼應 SOFTA 治療聯盟的「投入於治療」與「與治療師情感連結」的觀點，成員覺得治療是有意義且改變的契機、與治療師建立安全信任與真誠關懷之上，以及相信治療師的專業 (Friedlander et al., 2006) 。有問題的家庭系統常呈現出惡性循環的關係，隨著時間越削弱成員處理家庭問題的信心，透過治療師的專業與關懷能促進聯盟穩定而維持參與的動機。

許多學者表示安全感的環境能讓家庭成員感到安心與舒適，願意表露出內心的情緒與脆弱，互相詢問與回饋意見，鼓勵其他成員開放的談論和分享想法與感受 (Beck, et al., 2006; Friedlander et al., 2006) 。本研究參與者表示成員能安心的闡述，不被評論與責怪、不受文化的限制與在制式化治療環境侷限，而能自在的表露與傾聽彼此的内心話，在此安全治療環境能夠開放的面對治療師挑戰與邀請。Rober (2011) 指出當成員在敘說時，容易擔心害怕所傾訴的家庭故事受到治療師的判斷或是拒絕。因此，治療師的態度可能會是營造安全治療環境的元素，如受訪者 E 強調的真誠接納與尊重態度、平等合作關係。根據 Kindsvatter 和 Lara (2012) 的研究結果，家族治療師表現出的態度會影響成員與其的聯盟程度，若治療師對任何一個家庭成員的觀點過於偏頗與

投入，對治療成效有負面影響。然而，研究參與者 D 表示安全的環境未必指溫暖氛圍，而是即使家庭成員發生衝突，成員仍能安然自由講出平常不能講的私人事項與家中避而不談的內容。這顯示出安全治療環境是能讓家庭真誠袒露，並且反映出家人間溝通模式常是不公開、隱蔽或避而不談重要議題，而導致關係上的僵化。

成員在治療歷程中，展現出反思與覺察的時刻，能增進與治療師的治療聯盟。治療師能透過適當的挑戰讓成員更深入的反思而達到治療目標。Ryan 和 Carr (2001) 的研究指出，家族治療師運用循環性或反思性問句，能讓家庭成員提高覺察力並反映出成員的信念，進而提升治療聯盟。成員的反思過程也是一種公開化的觀念，透過分享自己內在的對話與獨白，這獨白可能包含偏見、信念、意見等，將這些開放於同處會談室裡的人面前，讓成員能有機會接受他人的回饋 (Anderson, 2013)。這樣的公開化與揭露有助於成員之間、或是成員與治療者間建立並維持治療關係。

本研究分析結果指出，治療師會彈性的維持與家庭成員的平衡關係以維持聯盟，尤其與弱勢的成員工作時要特別注意平衡關係。此正向因素與本章第一節治療聯盟內涵之一「家族治療聯盟是治療師致力維持動態平衡」有關。此因素呼應 Rait (2000) 與 Watkins (2014) 研究結果，即家族治療師須確保家庭的整體平衡狀態，並以公平態度對待所有成員。因為治療師一旦偏袒一方可能導致治療聯盟破裂。此外，當治療師融入或退出家庭關係時，須同時評估與觀察自己與個別成員，或是成員彼此間的關係，這樣才能隨時因應家庭關係的變化而貼近家庭的需求，讓治療聯盟維持。

(四) 影響治療聯盟的治療師特質

研究分析結果顯示，治療師影響治療聯盟的正向因素可分為三項：治療師的態度、治療師自我照顧與良好的精神狀況，以及治療師的專業特性。

從研究分析結果發現，治療師會運用本身家族治療理論的哲學觀於治療聯盟的建立與維持。舉例來說，受訪者 I 治療師提到其主要使用取向為 EFT，而此取向強調依附觀點，所以在與個案建立聯盟時會注重成員的安全感。此外，Rogers 的哲學觀也是 EFT 家族治療所重視的觀念。因此，治療師強調在建立與維持聯盟時，須做到 Rogers (1956) 所主張的具有真誠一致、無條件正向關懷或接納、同理心的理解之態度。在後現代的哲學立場，強調治療師不以專家姿態，而是以關係上的對話夥伴之觀點來與成員建立關係 (Anderson, 2013)。所以受訪者 E 治療師在建立與維持治療聯盟時，運用後現代的治療關係觀點，如：平等關係、消彌專業上角色的上對下的關係與態度，來讓

家庭能願意與治療師合作。從這裡也可以發現，使用不同的治療取向運用在治療聯盟上，會有不同的形塑方式。

Anderson (2013) 提及治療師會結合自身特性與治療哲學運用於治療中，使得每位治療師擁有自己的獨特風格。在不同的治療情境之下，參與其中的成員、談話的風格、及談話的脈絡都具有獨特性，所以治療師須有「隨情況需要而採取行動」的應變能力。這種情形牽涉到治療師的彈性與敏感度。就如受訪者 E 治療師所說，與家庭建立或維持治療聯盟沒有一套結構化的流程。



第三節 家族治療聯盟的阻礙與因應

本節旨在回答研究問題三：「在家族治療實務中，阻礙家族治療師與個案及其家庭成員之治療聯盟因素為何？以及家族治療師如何因應？」以下將呈現家族治療聯盟的阻礙因素之分析結果，以及治療師採取的因應方式，最後進行討論。

從分析解果發現家族治療聯盟的阻礙因素可分為三大類別：來自家庭成員之間的阻礙因素、來自家族治療師的阻礙因素及與治療有關的阻礙因素。來自家庭成員之間的阻礙因素有：成員與治療師或其他成員的結盟、家庭成員未投入治療、成員對治療師的不信任、成員情緒高張與情緒化的表現、成員間有僵化的溝通模式、成員曾有負向的諮商經驗與成員擔憂邀請新成員對治療聯盟的影響。來自家族治療師的阻礙因素有：治療師的個人狀態與特質（面對權威者的反應影響治療聯盟、面臨衝突的壓迫感影響治療聯盟、治療師本身未解決的情緒或議題），以及缺乏自我覺察。與治療有關的阻礙因素有：治療聯盟的複雜化、不安全的治療環境、加入新成員後的失衡及制式的諮商架構。根據分析阻礙治療聯盟的因素，參與者面對困境時提出相對應的因應方式。

一、來自家庭成員之間的阻礙因素

(一) 成員與治療師或其他成員的結盟

研究參與者認為，在治療中，成員間或成員與治療師結盟的現象，都會阻礙治療聯盟。結盟的形式有父母親嘗試拉攏孩子為同盟對抗另一方；或較強（如：父母親）的次系統嘗試與治療師結盟，期待改變弱的系統（孩子）。

「...在家庭會談的過程裡面，某兩個人他們聯盟結盟，他拉治療師結盟。」

「...有人（父母親）會想要跟你（治療師）結盟啦！」

「那結盟的形式通常會是說『老師妳覺得呢？是不是應該這樣子？你評評理嘛，是不是。』或他們會很輕易地拉小孩，就問小孩說『你覺得爸爸有很兇嗎？』

（B1021-2）」

「例如說爸媽帶小孩來，小孩就是一個所謂我們講的黑羊嘛，他是個IP，或者說可能就是說帶著問題的人，被帶著標籤的問題來，那父母親當然就很多的話想說。那可是很多時候，父母親其實還有個目的，是他希望你能夠跟他站在一起去改變這個孩子。（E1005-5）」

「其實對於孩子來說，他坐在那個地方，其實他所感受到的就是一個威脅，而且那個威脅會比單純他來做個別諮詢來得更大，因為還有父母親坐在旁邊。（E1005-6）」

「這個指控甚至就是我(父母)要把心理師也拉進來一起指控你（IP）的這種感受。所以這時候就要很小心，...它沒有一個好的連結的話，其實它工作非常難推。（E1006-1）」

這類的聯盟雖常見，卻會威脅治療聯盟，甚至造成另一個阻礙治療聯盟的因素，即導致成員拒絕投入治療。

家族治療師處於三角關係為平衡狀態時，代表著三角關係為穩定的系統，然而若是不平衡的三角關係就為負向的治療聯盟。例如：治療師成為家庭成員的主要發言者，或是成為某方的依附者。

「有時候治療師會覺得自己被夾在中間，被他們三角化進去，我就曾經有一次就是夫妻麻，然後夫妻來就跟我說，我就說你們今天來想要從哪裡開始？她就說（看著男）就說：『我不知道你問他，你都說什麼事都要來老師這裡講啊。在家裡都不講啊。就說有問題就來老師這裡講啊！』...那兩夫妻就呈現的模式就是都分別跟我講，就覺得他們很成功的把我三角化進去在他們之間...。有時候聯盟不一定是好的，結盟就是我跟你，譬如說媽媽要拉我，爸爸要拉我，或是他們兩個夫妻一起拉我，進入他們的關係裡面。三角關係要看，有時候三角關係是一個平衡，它是好事，可是有時候它歪了，走向極端的時候那就不是好的。（B1018）」

治療師 B 面對成員家庭成員結盟的行為，會採取反映的方式，使成員理解此互動可能造成的負面影響，讓家庭對此互動模式如何影響家庭問題有所覺察。

「...爸爸拉孩子，對孩子有什麼影響，媽媽拉孩子對孩子有什麼影響。如果都反映了跟他的主訴問題是有連結的，那這個聯盟就會被我視為是不 ok 的。我必須去打破，我必須幫他們看見，他們這樣的行為對孩子造成的影響是什麼。...那我得讓他們知道，為什麼他們這樣拉跟孩子的問題有關聯，所以我覺得如果要說阻礙的話，就是辛苦的地方是，家人會不知道他們這樣的聯盟，對家庭關係是有害的。...（B1021-2）」

(二) 家庭成員未投入治療

六位研究參與者認為當家庭成員無法投入治療時，治療師較難以與成員形成治療聯盟。成員可能出現的行為有：認為自己家庭沒問題、拒絕回答治療師詢問的問題、防衛的言語、沉默、打岔等。

「...希望他們不同的意見能出來，因為有時候最麻煩的是迴避衝突。假裝沒有不同的這種家庭。（D1016-1）」

「...每個家庭一開始都是難的嘛，因為不是一開始人家就不是好好的跟你講所有他你想聽的話，有時候你問他，他還想你問這個幹嘛，跟我們這有什麼關係。（D1018-1）」

「...孩子進來他什麼都不說，你問他什麼他都不回答，或者就是很簡單『恩、有、沒有』，那其實會很影響你的治療進度。（E1006-6）」

「...有些父母很習慣，或有些家庭他們的模式很習慣迴避衝突，...他們雖然知道他們要來處理家庭的問題，因為畢竟治療師是外人，所以我覺得這個家庭就會隱微的這個家庭的秘密，或是家庭的一些衝突他們就會包裝得比較好，就不容易在這個現場發生。...我覺得這個迴避衝突而沒有辦法深入，這個也是一個卡住的。（F1016-2）」

從上述研究參與者 F 治療師表示，治療師對家庭而言為外人，因此家庭成員隱藏真實的互動與內心的想法，使得治療師無法有效融入家庭系統而形成治療聯盟。此外，受訪者 G 治療師經驗到若男性成員（通常是先生）未準備投入治療，或認為治療跟自己無關，也會阻礙治療聯盟形成，使治療師難以介入其中。

「...如果他（男性）覺得這個治療跟他本身沒有太大的關係，就是還沒有進入，他還沒有投入治療之前，我覺得有時候真的好像做什麼都很困難。（G1035-2）」

「就是你會感覺到他，你講什麼他可能不反駁，他也沒有贊同，或者他就打岔，或者他就是打槍（G1036）」

「親子問題，小孩通常比較弱勢，所以當這個東西，其實甚至很多時候小孩來，他是不講話的。他是抗拒的，他就已經做好：『我就是不說話看你們要拿我怎麼辦？』（E1006-4）」

受訪者 G 治療師常碰到青少年的抗拒建立聯盟，是源於過去徒勞無功的互動經驗。

「孩子比較常常呈現的反而是覺得講了也沒有什麼用，尤其是青少年，然後覺得在家裡也都講過，講了也沒有用，幹嘛來這裡講。（G1037-1）」

從上述研究參與者的敘述中，成員不投入於治療之中，常做出不表達意見、防衛、迴避衝突、打岔、放槍等行為，而使得建立治療聯盟產生困難。

受訪者 F 治療師遇到成員迴避衝突情形，會運用對治療現場家庭成員所顯現之互動模式的觀察，適時反映給家庭，讓成員覺察現場的互動模式與家庭問題的關聯。

「治療師就要更留意去聽這個家庭或用眼睛去看這家庭發生怎麼樣的，算是一些蛛絲馬跡或是一些線索，而且最好是在現場就發生的才能回應，不然，如果你只是、你不是用現場的材料，那就是你理論上的推論而已。（F1016-2）」

受訪者 D 則嘗試讓成員理解治療師詢問這些問題的意義與助益，或是彈性等待時機合適再推進。

「...讓他們理解的確有關係，或是有時候你要退一步，到後來才再推一下，...對我來講每一個夫妻也好、家庭，都要很專注，把它當成一回事去處理，絕對沒有簡單的。（D1018-2）」

從 G 治療師的經驗，兒童會擔心權威成員而無法有效表達，治療師面對此難題先與權威的家長先行個別溝通說明兒童的需求，營造出安全治療環境讓孩子能表達想法。

「通常會先工作父母讓父母給孩子一個空間可以在這裡說，回去不會挨揍這樣子。那個空間的營造會是先做在前面...，才會讓孩子可以有一個空間，可以安心的去（講）。（G1037-2）」

（三）成員對治療師的不信任

成員對於治療師的第一印象及對治療師的背景有預先印象，阻礙成員對治療師的信賴度。

參與者 G 治療師經驗到，成員為非自願，治療師較難與他們建立關係。若成員為非自願又高社經地位，治療聯盟的形成顯得更困難。此外，治療師年輕且講話方式柔和時，較權威者會比較無法信任與合作，男性權威者尤其明顯。

「如果他們是非自願的，是別人要他們來的...所以那個治療關係就會比較不會那麼容易建立...然後如果他們是比較高社經地位然後又是被比較非自願的或者是其他的成員是被某一個成員硬拉來的，那也比較困難...他們看到一個看起來可能比他們還要年輕的治療師，...然後這個治療師講話好像也不是...鏗鏘有力，感覺比較柔的人，我覺得對有一些比較權威的...男性跟女性有時候也是，但是男性比較明顯，他們其實比較沒有那麼合作。（G1014-4）」

從上面陳述，可發現權威的元素同時在其中影響治療聯盟的建立。男性成員相較於女性成員更容易展現權威的態度，並與治療師對抗，可能受社會文化的價值觀影響。

治療師 G 遇到非自願且高社經地位的成員，會以隱喻的方式挑戰成員的不合作行為，讓其覺察。

「...比方說有一對夫妻她們就是先生是一個白色巨塔裡面的人，然後家裡的環境也很好啊，可是他跟太太之間會有很多衝突...，先生就是說他覺得他太太是家裡面的武則天這樣子。...就是你覺得他就是很不合作啊，進來就開始吃便當啊，就說他很忙啊，就開始吃起便當來了，...完全的不尊重這樣。就覺得他就是一副來看好戲看你要幹嘛，他的確是被指定來的，他就是在那邊很囂張。...我就跟他說你剛說：『你太太是家裡的武則天，可是我看你也很像秦始皇啊！』。（G1016）」

在醫療體系下工作的 E 治療師，成員是由醫師轉介過來，會體驗到家庭由於對醫療體系的質疑，導致連帶不信任心理師而從治療中輟。

「...有些人對於醫療體系的不信任，我覺得也是有的啦。很多台灣的民眾也不是那麼相信醫院，不是那麼相信醫生啦。這樣說，尤其現在的醫病關係也不是那麼好，對，所以很多的抱怨啦，很多的不舒服其實都會跑出來。（E1022-3）」

面對對醫療體系不信任而難以信任心理師的家庭，治療師 E 選擇接納現狀，尋機會工作。

「...流失就流失啦！哪天再碰到還有機會在工作就在工作。（E1022-3）」

(四) 成員情緒高張與情緒化的表現

受訪治療師認為處在高度情緒中的成員，較難形成治療聯盟。

「...情緒化是沒有辦法談的...所以當然他們在裡頭一定會情緒化，可是有很多人的情緒他可以在你一些，你做了一些工作，不管是讓家人去安撫，或是你跟他講一些基本上的一種這個談話需要發生什麼事，有人就會很好的，他有這種自制力他就可以很好的再回來，可是你會遇到有些人的情緒是（抓狂的動作）到處都是的...。」

（D1019-1）」

「...很想要講他（家庭成員）心理的話，可是講的每一句話家裡人都不能夠接受，因為他是大吼大叫的...（D1019-3）」

「成員情緒很高時候，容易卡住。（C1011）」

「...比較像僵局(情緒高張的氛圍)。（G1026）」

「可是會不會就停在那裡沒有辦法繼續治療，比較是看治療師怎麼因應那個狀態。如果自己（治療師）干擾的很嚴重，然後跟伴侶一起陷入僵局的時候，就沒有辦法推動治療繼續...。（G1026）」

「...我認為家庭之間的那個衝突很大，而且他們還沒有辦法放下那些憤怒跟互相的攻擊，所以還沒有辦法對於這個治療，...去真正的想要開始做些療癒，我覺得那時候比較難跟他們建立聯盟。（H1039-02）」

「對一個家族治療師而言很重要的就是，能夠對於情緒的耐受力...這些情緒對一個做治療的人你自己在裡頭...我想不能只是 contain 而已...而且你還能夠幫忙這些情緒可以透過他們家庭的互動，讓他可以降到一個程度，是我們這個會談還能繼續。」

（D1019）」

面對家族成員情緒高張力的情境，治療師的應對是左右治療聯盟形成及治療能否繼續的重要因素。

當受訪者D治療師面對成員情緒化，治療師難以與其談話及形成治療聯盟，須先以個別諮商方式處理情緒化的成員，讓其能穩定情緒。

「可是你會遇到有些人的情緒是（抓狂的動作）到處都是的，當然這跟他們的也許那個當時狀況也許也是比較需要個別的東西。（D1019-1）」

C與D治療師因應此現象時，認為須具有高的情緒耐受力，能接納成員的的高張情緒，並能透過家庭互動降低其的情緒強度。

「對一個家族治療師而言很重要的就是，能夠對於情緒的耐受力，...譬如說他也許是不是對你生氣。可是他們對彼此很生氣，甚至要打起來的，或是他們一起對你很生氣...或是在裡頭就有人哭到就要暈倒了，弄的大家很緊張。（D1019-2）」

「...所以這些情緒對一個做治療的人你自己在裡頭...我想不能只是 contain 而已，因為你一定要 contain，一定要接受他們這裡有這些情緒。而且你還能夠幫忙這些情緒可以透過他們家庭的互動，讓他可以降到一個程度使我們這個會談還能繼續。（D1019-3）」

「情緒很容易卡住，但治療師就是 be there，陪在那裡，個案在乎的是你有沒有存在與接納他們，在同一個現象場中。（C1011）」

受訪者H治療師則認為，除了接納成員的情緒以外，也要能理解情緒背後所呈現的意義，適時的應用與反映情緒的隱藏意義而連結彼此的關係，促成治療聯盟。

「你必須要接觸指控的這個人他的憤怒底下的這種悲傷、恐懼，也能讓對方看到彼此之間比較能建立起那個橋樑的時候，那時候我覺得比較才能比較能夠有一個治療聯盟出現。（H1039-03）」

G治療師表示，與情緒高張的成員工作，治療師若先穩定情緒與自我狀態後，進而能夠協助成員間的對話及促進成員覺察，有機會解開僵局。

「可是如果有能夠穩住自己的情緒跟位置不被拉進去，然後能夠持續的可能協助伴侶對話啦！或者是讓他們可以去看見她們怎麼樣陷入僵局，然後呈現他們那個僵局的樣貌，可能就會有機會繼續工作下去。（G1026）」

（五）成員間有僵化的溝通模式

由於家族成員的固著與惡性循環的溝通模式，使治療聯盟的建立產生困難。

「成員常會堅持自己的想法與意見，不鬆動。（C1023）」

以受訪者F治療師經驗為例，經常遇到僵化的夫妻溝通模式，無論是各持己見導致無法對話，或因積怨已久而呈現追逃模式，都阻礙了治療聯盟的發展。

「我覺得阻礙的有好幾種情況，有的就是各持己見，然後完全沒有辦法達到對話的平台，所以這時候治療師就要思考他們這樣一直都不能好好地講話，那這樣子在一直談也是談不下去，要怎麼樣阻斷這個部分（F1016-1）」

「...夫妻其實是積怨已深而且非常的久，而且那個怨念啊很深，超過你的想像，可能到現場你才會知道那個怨念很深，那所以就會呈現一個追跟逃的狀態。...譬如說用外遇的問題來，那個太太的怨念因為實在太深就會很像跳針唱片，一講到外遇就跳針，完全沒有辦法對話，那你就可以看到那個被追的那個外遇背叛的那個人假設是先生，他就會因為那個張力太大了，所以這個先生可能就會逃，他逃的方法他也沒辦法離開諮詢室，所以他大部分都是用沈默，就是他都不敢講話來回應。那就會呈現一個非常失衡的場景。(F1016-3)」

受訪者 E 治療師表示成員心中對彼此有意見，但有時會選擇掩飾而不坦露，大多的時候可能會以「隱晦式」或「症狀」來呈現，讓溝通上的顯得更加困難與僵化。

「家庭裡面的成員當然對彼此都有各自的看法，可是很多的時候他並不見得能夠這麼直接的講出來或者反應。那很多的時候都比較隱晦式的或者用症狀的方式去呈現。(E1010-7)」

F 治療師面臨家庭固著且難以鬆動的關係時，會以接納與尊重的態度而不強求改變家庭目前的狀態。若家庭已經達到最初的治療目標，但家庭內依然有關係的議題待處理，治療師便真誠的告知成員現況。

「...我覺得有時候也是要尊敬這個家庭的脈絡，也許有時候治療師要相信有些事情也不一定是我們做治療就能改變，特別是對這種怨念很深的家庭。就是要能夠接受自己可能在治療中會有一定的限制。(F1017-3)」

「如果還是很難推動，我會比較去接受那個大概目前就到這邊，...有時候我會很誠實跟這個家庭說：『我感覺我們做了好一陣子，那其實你們當時是為了你的小孩來，你的小孩至少沒有在被你們拖下去繼續憂鬱，有比較好。可是你們夫妻的互動，其實以前就很影響你的孩子，那還好你孩子現在比較大，可能是大學生，比較有知識，比較有辦法自己盡然不要被波及啦！』。那當然他們一定在這個過程中一定會比剛來的時候好很多，可是我會回應他說：『可是我感覺你們現在這樣的方法其實還不是非常好的，那可是我覺得如果你們也決定就停在這邊，我也會尊重你們。』(F1017-4)」

面臨此困境，F 治療師除了治療中的因應，亦透過定期的督導與同儕的團督，協助其覺察，以及提供支持，讓他增加面對家庭的勇氣。

「...定期督導，這個也是第一，不管是團督或個督，第一就是會有有人可以明白你的苦，明白治療師的苦，因為很難做，就是會有同儕跟督導的支持來提點你，這個就會比較有勇氣進入這樣子算張力很大的。 (F1017-4) 」

「我覺得這個部分也是需要靠督導跟同儕，因為你有時候會覺得現在這學生好一點了，可是他的爸媽好像還沒有那麼的好。...因為你跟這個家庭在治療室，你的督導跟你的同學又在你的後面，這個是平行的歷程，我們也是帶個案來看他們家庭的關係，那當我跟家庭卡住的時候，我的督導跟我的同學也是站在我後面，帶我出來看我現在是怎麼被這個家庭影響。 (F1018) 」

(六) 成員曾有負向的諮商經驗

許多青少年成員為非自願案主，往往抗拒與心理師建立治療聯盟，這是因為已經歷過多次的負向諮商經驗所致。

「...很多孩子來到我們的諮商室的時候，他前面其實已經有很多其他的被治療的經驗。那有一些是可能不是很好，所以都會讓這些孩子們更防衛，或者更去用一些比較消極甚至比較 fighting 去對抗或是情緒。 (E1006-4) 」

「...因為過往在做這種所謂的非自願案主的時候，很多時候其實對他們來講，我們並沒有設想是他在過去的諮商經驗到底受過什麼樣的挫敗，或者經過什麼樣的也許是他們覺得很不舒服的對待。 (E1008-1) 」

受訪者 E 治療師面對此這樣的困境，會公開、透明、且直接地與成員討論，展現出對成員的關心，以協調出適合的合作方式，形成治療聯盟。

「...那個對他們來講那都是一個疾病的歷程，在接受治療的歷程。…滿好奇的他們到底在那過程當中發生了什麼事，…對她們來講是好像是我覺得他們有感覺到是被在意的吧。就是我想談談你們過去的那種比較不好的經驗。我想看看我們可以怎麼樣工作可以更好，或者我們可以怎麼樣找到最適合我們彼此合作的方式，我覺得那種東西是很透明、很直接，…也許也不那麼迂迴吧。 (E1008-2) 」

(七) 成員擔憂邀請新成員對治療聯盟的影響

在家族治療中，邀請成員是件困難的事情，會受到家中的權力或成員的意願影響而使治療聯盟受阻。因此，當治療師試圖想邀請其他成員時，可能會因為已出席成員之擔憂，影響原本的治療聯盟。

「一定會盡量去邀請他們的，因為通常邀請困難本身就是一個，就反應出他們的家庭的狀況，或是他們系統上面的那種的不平衡，所以邀請爸爸來就是會是第一個工作。就是你跟媽媽的第一個工作。（H1027）」

「父親被邊緣化，然後這個爸爸的進來是會干擾，所以其實媽媽並不想先生進來。（H1028）」

「...有時候個案（青少年）會不安啊，會想說『蛤！要家人來，我不要』。會很怕會要這樣子。（B1009-2）」

「...小一點的兒童，他們會有點顧慮，不確定能不能說，...如果父母比較權威，孩子比較退縮的。（G1037-1）」

以上例子中，可以看到成員擔憂其他成員的加入會干擾治療，或是弱勢的個案（兒童、青少年）擔心來自父母親的壓力而呈現退縮。這些情況都會影響已建立之治療聯盟。此外，當個案對新成員的加入感到擔心時，會影響治療師邀請其他家庭成員是否能成功，也就影響治療師擴展治療聯盟的可能性。

面對已出席成員的擔憂，治療師H會先探索成員擔憂的原因，理解成員間的互動狀態，並協助成員釐清。

「...干擾的原因就是很多種，覺得先進來會指責他，或者顯露他在這個戰場上他輸了，還是怎麼樣，有可能他們競爭或有可能他們互補，有各種各樣的，所以那就變成探索的第一個目標。看清楚之後我覺得比較有可能，這個太太才有可能去做這個決定，然後去邀請，所以只要她想好願意邀請，其實通常都不是問題。（H1028）」

B 治療師面對已出席成員的擔憂，若評估治療目標的需求，認為須邀請其他成員加入時，會與已出席的個案解釋邀請參與的原因，來維持原先治療聯盟。促進與個案願意討論並邀請新成員參與家族治療。

「所以我也必須成為他的可以信任而且依靠的對象，我會讓他知道說邀家人來要做什么？然後為什麼？然後可以幫助他什麼？那他同時，我也會被他視為是一個可以信任的對象。我覺得這過程裡也已經開始有一個，以聯盟來說的話，已經在聯盟了。我們已經是一個一組，讓我們一起努力去邀家人來，你要讓我知道我可以怎麼邀。（B1009-3）」

G 治療師面對孩子擔憂，會事先與權威的家長個別溝通，說明兒童的需求，營造出安全治療環境，讓孩子能表達真實想法。

「通常會先工作父母，讓父母給孩子一個空間可以在這裡說，回去不會挨揍這樣子。那個空間的營造會是先做在前面才會，才會讓孩子可以有一個空間，可以安心的去（講）。（G1037）」

二、來自家族治療師的阻礙因素

（一）治療師的個人狀態與特質

1. 面對權威者的反應影響治療聯盟

權威角色影響治療師與家庭的治療聯盟情況，尤其在新手的治療師的時期，在治療聯盟易有失衡的情形。

「...我還經驗比較沒那麼好的時候會覺得是，就例如說當我們每次接那種很有權威的家庭的爸爸的時候，我就覺得很害怕，然後就把自己放在一個好像很不專業的位置。（B1035）」

「文化就是讓你莫名其妙的害怕那個權威的爸爸。可是你可能沒有仔細的去想為什麼？那個接案的過程太快速了，那是自己的感覺，你沒辦法在那時候整理，所以你就會開始讓自己放在那個位置就是『我好害怕喔』，或是說我盡量不要跟這個爸爸講話，我都跟媽媽講話。在被督導的時候，就會被看見：『到底發生什麼事，你在怕什麼？為什麼怕？有需要怕嗎？你怕的話，你走出來的路就會是什麼。』就會看得更清楚一點。（B1037）」

「...治療師因為過去跟權威的經驗很不好，他（治療師）不敢挑戰權威，...這牽涉...你自己過去的經驗就會影響到你怎麼回應他麻，...如果你還沒有釐清哪些東西是你自己這個部分跟你的有關，會有影響的，你就會容易攬在一起...。（I1031-04）」

從參與者 B 治療師的經驗，在治療歷程不自覺的逃避高權者（爸爸），而接近低權威者（媽媽）。

B 治療師察覺到自己因權威文化影響與成員的治療聯盟，導致迴避或偏向某特定成員，該狀況應透過督導來幫助反思治療師個人權威議題現象。

「文化就是讓你莫名其妙的害怕那個權威的爸爸。可是你可能沒有仔細的去想為什麼？那個接案的過程太快速了，那是自己的感覺，你沒辦法在那時候整理，所以你就會開始讓自己放在那個位置就是我好害怕喔，或是說我盡量不要跟這個爸爸講

話，我都跟媽媽講話。在被督導的時候，就會被看見，到底發生什麼事，你在怕什麼？為什麼怕？有需要怕嗎？你怕了話，你走出來的路就會是什麼，就會看得更清楚一點。（B1037）」

I 治療師則會提升自我覺察的能力，釐清自身對過去權威的議題的覺察，方能以適當的方式與權威成員工作。

「比如說這個家庭的權威其實是需要被尊重的，可是這個治療師卻去挑戰了這個權威，或是這個家庭的權威是需要去被挑戰的，可是治療師因為過去跟權威的經驗很不好，他不敢挑戰權威或者他被權威...這牽涉到他怎麼看，以及你自己過去的經驗就會影響到你怎麼回應他嘛。所以你先把你自己的搞定和覺察起（清楚），這樣比較審慎你只是需要去看他怎麼回事就好。（I1031-04）」

2. 面臨衝突的壓迫感影響治療聯盟

治療師面對高張的家庭衝突，感受到身心壓力與負向的情緒反應，無法有效的展現專業能力與家庭建立治療聯盟。

「我比較不是那種會跟人很容易吵起來，吵起來我也比較容易是吵輸的那個，我比較不知道講什麼，我覺得這個東西某種程度比較不會讓我在治療室裡面跟個案吵起來。可是那個挑戰就是面對高張力的衝突的時候，就會是我身心很大的壓力，就需要去花更多的力氣去讓自己的情緒可以調節下來。...我自己本來是一個比較怕衝突的人，所以我覺得那個東西其實會讓我面對衝突的時候會很容易焦慮起來，然後那焦慮就會讓我沒有辦法讓我思考，你要做什麼事情。（G1028-1）」

受訪者 G 治療師會因個人特質不易與人衝突，且遇到衝突而會感到焦慮不安，因此，無法思考而降低工作效能。

「...早期我坐在裡面其實我是很希望那個衝突趕快結束，所以我會覺得當時的那個坐在裡面，其實人沒有真正在只是形體在，因為很不舒服...以前可能就會看到衝突會很害怕，希望他們自己結束...（F1019-1）」

在 F 治療師新手時期面對衝突經驗，因太不舒服想逃離，而呈現形體存於治療但心不在此的狀態。

G 治療師面對此困境，會透過辨識與釐清家庭衝突發生的脈絡與互動模式，使治療師不容易在面對衝突時感到緊張而逃避。

「...過程當中去學習辨識那個衝突的發生還有互動的脈絡，會讓我比較沒有那麼容易在面對家庭他們發生衝突的時候變得很緊張，所以我記得我有個個案給我的回饋是，他覺得我臨危不亂，因為她們吵的亂七八糟的。那他覺得我臨危不亂，我覺得那個是兩面的特質。（G1028-2）」

從上述的經驗，也能發現害怕衝突的特質也能在治療關係中展現與家庭相處的優勢，讓人覺得是臨危不亂的狀態。

受訪者F治療師表示因經驗的累積與理解衝突的循環模式，較不害怕衝突的發生，而能如實反映當下家庭互動的結果。並透過真誠表達治療師的見解能增進治療聯盟的維持。

「現在就會看到衝突之後，如果是好幾輪了我就會出來處理就會說，...就是會比較有智慧我會說你們這樣子我不能認同，你們這樣子是不能講話的，可是以前可能就會看到衝突會很害怕，希望他們自己結束，可是現在就會比較很認真去看他們為什麼要衝突這個事，我看懂他們在做什麼了嗎？如果我看懂了我覺得這樣子討論基本上根本就沒有辦法一直對焦，可是原則上他的歷程是因為已經看懂才會出來做這個，跟以前沒有看懂就一直說啊，你們不要吵，我覺得那是不同的。（F1019-1）」

3.治療師本身未解決的情緒或議題

治療師在建立治療聯盟時，會融入或貼近於個案的家庭系統。因此，容易受到家庭議題「勾起」治療師本身未解決的議題與負向情緒，而可能有不適當的介入與自動化反應。

「...家族治療師就是你能不能夠在那個現場能看到每一個人會有這些情緒、會有這些反應，一定有他的脈絡，能夠不能對他有一種人的理解，你就沒辦法工作，因為那個情緒就會把你牽走了。（D1019-5）」

「...做個別治療師被勾起的情況跟做家族治療師被勾起的情況很不一樣的，你做個別被勾起的就是那個兩個兩個，可是你進入家庭...那種互動，很多時候就是勾起你從來沒有以為會是你的這個心結，所以很自然地就會勾起來，那勾起來了你又不自知，你的自動反應的處理就不能夠有效的處裡，因為那是帶著你自己的沒有覺察的情緒去做的處裡，所以你可能會偏那個或是會顯得太疏離沒有進去就處理或是因為太害怕了所以在外面，或是太跑進去以為可以處理那個他們的衝突。（D1019-6）」

從 D 與 G 的經驗可知，除了個人議題，家族治療師亦容易被勾起關係間的議題。此可能影響治療師與個案系統的治療聯盟。可能過於疏離或過度介入，以及失去維持聯盟平衡之狀態。

「有的時候，太容易進入某一個角色的內在狀態，就是太容易同理某一邊的時候，就很容易會忘了或者失去了其他成員，就是有一些可能跟個人的經驗啊、議題啊！或者是你看到他比較容易勾起你對他有更多的同理的那樣子的個案的時候，你特別能夠理解他的苦的時候，有時候就會失去了家庭治療的位置。（G1028-3）」

D 治療師先從理解自己的價值觀而能發現與覺察自己容易受到哪些過去或現在所在意的經驗而影響，透過深入的釐清議題與價值觀而能避免錯誤不自覺的治療介入，便能有助於與家庭的關係。

「我想需要自己了解自己自己是什麼，什麼容易去勾起你這個東西。譬如說一個太太因為先生有一個精神上的外遇，這個太太就要死要活啊，就要去撞車然後指控這個先生，就我們，如果你的價值是外遇是一件絕對不能允許的事情，你就會偏向這個太太，你很了解這個太太的痛苦，像我的先生也這樣我也很痛苦，我的爸爸就是這樣對我媽媽，所以怎麼樣。那你就會是這樣這個跟你對於你的婚姻，什麼是婚姻？婚姻的價值是什麼？婚姻裡重要的是什麼？這些有關的。（D1020）」

雖然治療師有時能發現與覺察到自己受到家庭或議題的影響，但還是有能力上的侷限，有時依然難以讓自己的治療定位不偏離，或是有時會錯過治療的最佳時機。因此，G 治療師認為須尋求督導的協助幫助覺察與指引方向。

「可是就如果是發現更有意識地提醒，可是有時候它還是很難，就是有時候你刻意的要拉回來，但有時候拉不回來，或者是可能錯過了時機等等。...那個常常還是會回去找督導。（G1030）」

（二）缺乏自我覺察

治療師深陷於家庭系統之中，自我覺察的敏感度低（狀態疲憊、個人議題、文化等）容易陷入家庭成員間的衝突關係而無法釐清當下的狀態，會以「自動化」反應與介入而影響治療聯盟。

「...他們（家庭成員）拉治療師的時候，有的治療師也不會發現，甚至有時我自己也不會發現啊，因為我們就身處其中是很難覺察。通常是要督導時才會被提醒，所以最大的阻礙是都沒有覺察。你會很自然的跟一個人靠近，可是你沒有意識、沒有感

覺、沒有覺察是自動化的反應，就會想要拉他。治療師會有自己的議題麻，你就會特別想要幫那個情緒很多的媽媽就是這樣，所以我覺得最大的阻礙就是這個。如果真的要說沒有意識，自動化的去做一些反應的時候。（B1021-3）」

「……像我有時候很累的時候，我那次的治療就會做得不是很好，我就會莫名其妙被捲入一些事情，可是我自己沒有發現，…負向的聯盟啊，比較像是被捲入了，被拉進去了的時候沒有發現。（B1021-3）」

「…在跟案家談話的時候，我們其實沒有在現場因為我們很緊張麻，他在講什麼，我們在想的是我等一下要怎麼回應他或者是我應該要往哪個方向去呢？才是對他們有幫助的。…讓你（治療師）沒有辦法意識到或覺察到自己的狀態，所以想的都是自己以外的事情的時候就會很容易被帶走…（B1022-4）」

受訪者 I 治療師認為，當年經女性治療師未覺察出有自己有權威議題時，容易與家中權威者有關係上的拉扯，以及治療師也難以釐清與家庭成員的係狀態。

「比如說這個家庭的權威其實是需要被尊重的，可是這個治療師卻去挑戰了這個權威，或是這個家庭的權威是需要去被挑戰的，可是治療師因為過去跟權威的經驗很不好，他不敢挑戰權威或者他被權威，因為這裡面也許還有性別的問題對不對。如果是權威的爸爸跟年輕女家族治療師，那這個權威的爸爸跟這個女性的家庭治療師，他們這個關係互動裡面也會牽涉到這個爸爸怎麼看到這個女性、年輕的女性治療師，因為家族治療師在治療結構上，他看起來好像也是有 power 的人哪，我們很容易跟家裡面有 power 的人做拉扯。這牽涉到他怎麼看以及你自己過去的經驗就會影響到你怎麼回應他麻。所以你先把你自己的位置和覺察起（清楚），這樣比較審慎你只是需要去看他怎麼回事就好。如果你還沒有釐清哪些東西是你自己這個部分跟你的有關，會有影響的，你就會容易攬在一起，然後你就不知道到底這個是他的還是你在那個歷程裡面你的介入造成影響。（I1031-04）」

從此敘述內容可見，在家族治療中治療師為高權威者，該角色與個案家庭系統中的權威角色互有相對衝突，而影響建立關係的困難性。

治療師是否有覺察自身的位置狀態（角色、感受、價值觀與內在想法等）而影響與成員間的治療關係的維持。

「...家族治療師有沒有辦法覺察，自己在這個歷程裡面他現在在哪個位置跟角色，然後他的感受是什麼，然後他的狀態，比方說他看個案這樣子的反應的狀態，他自己內在一些的想法、價值觀或是他對這個東西的評估，不管是她的概念化還是什麼，有沒有去影響他跟個案繼續保持連結。...就是我能不能在個案在這個狀態之下，然後理解到我自己現在是什麼情況，然後我可以跟他連結。（I009-02）」

受訪者 B 治療師表示，治療師在治療歷程中較不容易覺察到自己的當下狀態，須透過督導的協助，以客觀的角度指引出治療師所處於與家庭關係上的困難。

「通常旁觀者清麻，所以你自己當局者迷的時候，不會被發現。所以說來說去好像只能靠督導。（B1022-1）」

治療師需提升自我覺察的能力，讓治療師能在治療歷程裡有較佳的覺察敏銳性。 I 治療師表示釐清與覺察會影響自己的議題與過去經驗，能幫助治療師能在治療關係中清楚分辨是治療介入時的結果，還是成員的問題導致的狀態。。

「所以你先把你自己的搞定和覺察起（清楚），這樣比較審慎你只是需要去看他怎麼回事就好。如果你還沒有釐清哪些東西是你自己這個部分跟你的有關，會有影響的，你就會容易攬在一起，然後你就不知道到底這個是他的還是你在那個歷程裡面你的介入造成的影響。（I1031-04）」

「所以治療師要一種能力你在治療現場怎麼樣可以不想第三事情了，只有兩件事，一件事是你的案家他現在在說什麼，還有你自己的感覺是什麼。（B1022-4）」

從 B 治療者的敘述內容表示治療師在治療裡應專注於家庭所說的陳述，以及治療師對自己的覺察，才能有效的幫助治療的關係維持。

三、與治療有關的阻礙因素

（一）治療聯盟的複雜化

在家族治療歷程裡，因成員間的關係重疊且複雜，對治療師與個案系統成員建立聯盟的臨場反應與彈性度是項挑戰。

「因為很多時候，即便大家都坐在這裡了，可是開放程度也會有一些落差，那我就覺得這就很有挑戰，很挑戰心理師的觀察或敏感度，或者臨場反應。臨場反應很重要的一點是說因為你必須要花非常多的時間去關注每一個人的反應，然後那個反應又

要讓大家並不會你是偏坦是在那一邊。如果我們就很傳統的系統觀來看的話，它大概是希望是你能夠獨立的跟每一個人都建立良好的治療關係，可是又要從這當中去掌握整體整個家庭的大的系統關係。（E1005-4）」

「一個是人多然後代間，那就有重疊的三角關係。...就很多婆媳關係問題是因為這個兒子是跟他的母親非常的糾纏，就是這個先生和這個婆婆非常糾纏，所以讓這個太太是被隔絕在外的，得不到這個先生足夠的這種情感滋養，所以這個太太就跟他的兒子糾纏在一起。如果代間三個都來的話，你就會看到層層疊疊的這三角關係，是比較要小心的去面對這樣。（H1025-01）」

受訪者 H 以三代同堂的家庭為例，說明家庭成員關係相互影響的樣貌。光是家庭關係就有祖父母—兒子、婆婆—媳婦、兒子—母親等此系統，祖父母間的夫妻關係影響祖母與兒子關係，此又影響兒子夫妻關係，又影響下一代的母子關係。治療師面對複雜交錯的關係需小心應付。

（二）不安全的治療環境

在不安全的治療環境，成員與治療師所建立起的聯盟容易中斷。受訪者 I 治療師認為當治療師未與成員建立穩定平衡的關係時，便可能導致案家中輟。

「...我的經驗通常都是因為在一開始的時候安全的工作治療聯盟就沒有建立好，不平衡或者是走太快，或者是治療師切得太主觀，...就是一定是你跟他們在那個關係的平衡和你對他們這個東西的覺察，他們家的狀況的覺察，像處理上太快了或者是偏頗了，或者說太深了。...然後就會抗拒不來，或者是最後你這個個案、整個家庭是中輟掉。（I1032-02）」

（三）加入新成員後的失衡

當有新的成員加入時，就須重新評估聯盟狀態，維持治療聯盟的平衡與安全。因為當治療師漏掉與某個成員建立關係，或是治療介入的不當而可能阻礙治療聯盟的維持。

「每一次加進來一個人，我都得重新去確認或評估每一個家人進來的時候，他們各自的關係狀態，我跟他們聯盟的建立...他們的期望跟他們對於他們家問題的看法。...然後我的經驗是這些東西會讓個案中輟的通常都是因為這些東西斷掉了，就是這些東西有出問題。通常不會是說啊那個難題難到，就是困難到你是因為你無法解決所以他們就不來。那無法解決通常都是因為在這個歷程裡面你 miss 掉誰，你 lost 掉誰，你的

介入有一些需要調整的地方。問題很難還是可以摸索的往下走啊，也本來就沒有任何一個問題是有一定有百分之百 SOP 的解套方法麻。（I1033-02）」

為了維持穩定的治療聯盟，I 治療師表示當有新的成員加入時，就會重新評估治療師與成員之間得治療聯盟狀態，以及成員對家的問題與期待。

「...在治療歷程裡面後來加入的，就是每加入一個新的家人，就要重新去評估這個聯盟這件事情。因為每加入一個新的就不一樣，比如說我有做過，就是一開始我是跟太太談吶，媽媽，後來談一談之後她把他小孩帶來，然後談一談之後就把她先生叫來，這個過程是不是他就是一個一個加進來，他每一次加進來一個人，我都得重新去確認或評估每一個家人進來的時候，他們各自的關係狀態，我跟他們聯盟的建立，他們在，他們的期望跟他們對於他們家問題的看法。（I1033-01）」

（四）制式的諮商架構

有些制式化的治療規範容易讓家庭成員感受到治療為形式上的作業，而不是真心的對其關心，使得治療關係中斷，如：自殺簽訂的時機。

「...你（治療師）都不會改，然後你就一直認為這是有效或者是一定要做，我們還不討論有沒有效，它就變得有點像硬性的規定，你要來我們這邊談，然後我知道你是會要自殺的，那為了要保護我自己，然後你就必須要簽這個，...有些理論是簽了然後才可以建立什麼什麼樣的一個關係拉，可是對我來講，很明顯啊，人家就認為你簽了就覺得好像你並不是真的想要幫忙我，你只是一個形式，...就會讓人家質疑麻，所以那個關係其實你一開始就斷在那裡拉，你要怎麼樣工作。（E1023-1）」

E 治療師認為須保持彈性面對此現象，不要固守成規而被侷限在專業的限制裡，須適當的調整自己的狀態，以「人」的特質與家庭建立聯盟。

「我覺得變通很重要或者有時候不要太固守過去的一些成規啦！我覺得我們也，我們心理師也有很多在過去也比較舊了也比較傳統訓練底下所產生的這些，好像一定要做這或者一定不能做這，心理師也被規範成方方正正的或者是有很多的框框去做這些東西，...後現代其實它就是想要打破這些。（E1023-2）」

「我覺得那是多元拉，心理師不見得一定就是要做成同一個樣子，我們又不是一個模板。...如果你都做成模板那就很危險耶，因為你的個案不是模板啊（E1023-3）

「我覺得心理師訓練裡面有一些比較呆板的東西，自己要做調整，然後要自己要有彈性，隨機應變然後不要被自己這些專業的框框所限制，我覺得這些都是很重要的自

覺拉。因為你如果沒有這個自覺，就像是一個工具囉，你就像是一個機器人。

(E1023-4)

四、討論

從研究分析結果，發現治療聯盟的阻礙因素分為：來自家庭成員之間的阻礙、來自治療師的阻礙，以及與治療有關的阻礙因素。

(一) 來自家庭成員之間的阻礙因素

根據分析結果，來自家庭成員之間的治療聯盟阻礙因素可分為七類：成員與治療師或其他成員的結盟、家庭成員未投入治療、成員對治療師的不信任、成員情緒高張與情緒化的表現、成員間有僵化的溝通模式、成員曾有負向的諮商經驗與成員擔憂邀請新成員對治療聯盟的影響。

在「成員與治療師或其他成員的結盟」的阻礙因素中，結盟形式有父母分別想與孩子結盟對抗彼此，也有親代與治療師結盟對抗子代，造成阻礙治療聯盟形成。治療師面對此阻礙，會反映成員結盟的行為對家庭造成之負面影響，讓家庭理解以減少此阻礙。此結盟情形讓治療師處於家庭關係的三角關係中，即使治療師與有些成員能發展出良好的治療關係，但是這樣的關係無法讓治療關係平衡，以及治療師可能淪為家庭成員的主要發言者，或是成為某方的依賴對象。此外，結盟因素若未好好處理，可能衍生另一個阻礙治療聯盟的因素，即導致家庭成員未能投入治療。

在「家庭成員未投入治療」阻礙因素中發現，成員未投入於治療可能用以下方式展現：成員認為自己家庭沒問題或治療跟自己無關、拒絕回答治療師的問題、防衛言語、迴避衝突、打岔、放槍等行為，導致阻礙治療聯盟建立。治療師 F 提到，家庭會將心理師視為外人，而隱藏家庭秘密，一方面可能是如 Kaplan (2003) 所說，求助陌生人會有感到不安與受挑戰的負面感受；也可能是受社會文化的「家醜不可外揚」及「外人不可介入家中事」的價值觀影響。而青少年的抗拒可能是處於弱勢的抗議，也可能源於過去與家人的負面互動經驗。Pederson (2012) 研究指出，父母表現出越多指責，青少年越容易呈現抗拒與防禦，而容易與家族治療師中斷連結。Watkins (2014) 認為，治療師須注重家庭成員間的平衡與平等，避免責備與評論，讓所有成員聲音能被聽見與驗證，才能維持治療連盟。可見在與有青少年的家庭工作時，須留意治療中父母與青少年的互動，是否阻礙了治療聯盟的發展。像這樣父母指責--青少年抗拒的互動模式，很可能就是家庭平常的僵化互動模式。

治療師 F 面臨成員迴避衝突，會反映家庭成員出現在治療中的互動行為，讓其覺察與證明家庭問題的可能原因；治療師 D 面對成員質疑，會嘗試讓成員理解治療師詢問某些問題的意義與助益，或是彈性等待合適時機再推進。治療師 G 面對兒童因擔心權威成員而無法有效表達，會先與權威的成員溝通並營造安全治療環境，讓孩子能自在表達。

在「成員對治療師的不信任」的阻礙因素中，發現成員對治療師的初次印象及既定想法而會阻礙與治療師的信任程度。其中，非自願者與非自願高社經地位者容易不合作及缺少信任，影響治療聯盟的建立。Sotero、Major、Escudero 與 Relvas (2014) 的研究指出，非自願家庭系統與家族治療師有明顯較差的治療聯盟，特別是由第三方給予的壓力或是轉介而來的，成員會感到沒安全感與缺少共同的目標。家庭中的 IP 會認為是被迫接受治療，其他成員視接受治療為「懲罰」，或是感到被評價。當家庭成員對治療介入的不信任時，治療師很難創造一個安全共享和信任的治療環境，成員會害怕揭露訊息。本研究結果發現，權威成員對看起來較年輕柔和的心理師也較易產生不合作行為，對治療聯盟建立造成阻礙。權威成員中男性的不合作又比女性更明顯，也許這其中反映了我國文化中性別角色與傳統男性價值觀的影響。一些研究結果顯示，男性成員與治療師普遍呈現低連結的狀況，是因為男性通常為被動參與與被評論的角色 (Friedlander et al., 2011; Werner-Wilson et al., 2003) 。Werner-Wilson et al., (2003) 同時也指出男性成員可能受到男性社會化 (masculine socialization) 的影響，男性通常為避免尋求幫助的個性。不過，在本研究顯示似乎因華人的社會文化價值觀而讓男性成員與女性治療師的連結更困難。

治療師 G 面對非自願且高社經地位成員的不合作，會以隱喻的方式挑戰成員，增進其覺察。此外，執業的場域也可能是間接阻礙治療聯盟形成的原因之一。在醫療體系下工作的 E 治療師，成員是由醫師轉介過來，成員由於對醫療體系的質疑，導致連帶不信任心理師而從治療中輶。治療師 E 面對這樣的家庭，會選擇接納現狀，尋機會工作。

在「成員情緒高張與情緒化的表現」的阻礙因素中，可發現成員處於情緒高張的狀態下，會使治療師難以與成員建立聯盟，且成為治療繼續的阻力。面對情緒化的成員，多數治療師都認為須接納成員的情緒，理解成員情緒的意義並且反映此意義，促進成員間的對話與覺察。若成員情緒過於高張，無法在家族治療中工作，則會先轉個

別諮商。從研究結果內容亦可知，治療師本身的情緒有高穩定度時，較不易受到家庭成員情緒上的影響而阻礙治療聯盟的形成。

本研究「成員間有僵化的溝通模式」阻礙因素中，發現由於家族成員僵化的溝通模式，使治療聯盟的建立產生困難。Rait (2000) 表示家庭為封閉的系統，使得成員間的互動與選擇受到侷限，隨著時間與環境而形成刻板行為，家庭成員會逐漸習慣以能自己控制行為或是無助的方式與彼此互動。因此，成員可能即使在心中對彼此有成見，但選擇掩飾而不坦露，或是以「隱晦式」的方式或「症狀」來呈現，讓溝通上顯得更加困難與僵化。這現象可能反映華人傳統的表達方式。徐靜（1996）指出，家庭比較不重視言語上的溝通，而是在意對家庭的貢獻性，就算交談也只存在現實表面的交流。因此，像這樣以間接或隱晦方式表達的結果，就是難以達到真正溝通的目的。此外，F 治療師經驗到積怨已久的夫妻關係可能讓溝通呈現追逃的模式，丈夫透過沈默面對妻子，此互動模式加深負向溝通結果。F 治療師面對此治療聯盟阻礙，會接納自己目前能執行到的治療目標，也會真誠的表達自己對家庭的觀察與遺憾。此外，治療師在執行治療期間，會接受定期的督導與團督的情緒支持，讓自己的狀態可以穩定與面對家庭的僵化關係。

從「成員曾有負向的諮商經驗」的阻礙因素，可發現非自願的成員因過往負面諮商經驗而阻礙治療聯盟形成。治療師面對此阻礙，會以公開透明的方式與成員討論過去的負向諮商經驗，展現出治療師對於成員的關心，幫助形成治療聯盟，並協調彼此適合的合作方式。對於現今社會大眾來說，到身心科就診還是經常受到污名化影響，而使得這些醫療經驗常常是就診者說不出口的秘密。董俊良（2004）表示在治療實務裡，污名化導致的偏見是治療師最難打破的觀念。即使醫學界目前已經努力去污名化與倡導身心的定義及正常性，但大眾似乎依然難以接受與面對（唐宜楨、吳慧菁，2008）。因此，當治療師能自然的詢問與討論，可能就打破說不出口的社會框架，讓成員放下戒心，增進與治療師的合作關係。

「成員擔憂邀請新成員對治療聯盟的影響」的阻礙因素，可知在家族治療中，邀約其他家人進入治療是件不容易的過程，已出席的成員會因擔心新成員的加入而阻礙治療聯盟的維持。本研究發現，憂慮的情形有兩種：弱勢的 IP（兒童、青少年）會預想較有權力的成員進入後的干涉情形而感到壓力，因而擔心權威成員加入；已出席成員擔心干擾而對邀約其他成員加入治療的意願低。

面對成員擔憂，H 治療師會釐清成員不願邀請其他成員的原因。面對兒少對邀請家長的擔憂，G 治療師會先與權威的家長溝通兒童的需求，營造出安全治療空間，讓孩子能安心表達；B 治療師則是會解釋需邀請其他人的意義與原因，以維持原有治療聯盟，再進一步討論邀請成員。

從此可看到，在邀請新成員的過程中，會造成原有治療聯盟的壓力，治療師須透過協調與討論，才能讓已參與的成員減低擔心，維持原有治療聯盟，並同意其他成員能加入治療，形成新聯盟。

（二）來自治療師的阻礙因素

根據分析結果，來自治療師的治療聯盟阻礙因素可分為二類：治療師的個人狀態與特質及缺乏自我覺察。治療師因個人狀態的阻礙因素有：面對權威者的反應影響治療聯盟、面臨衝突的壓迫感影響治療聯盟，以及治療師本身未解決的情緒或議題。

在「治療師的個人狀態與特質」的阻礙因素中可發現，治療師容易受到權威的成員及衝突狀況的影響，尤其在新手治療師的時期，而在營造治療聯盟時有失衡的狀態與逃避的行為。楊國樞（1992）指出，華人對權威很敏感，如果對方在輩分、年齡或職業高於或尊於自己者，就會認為對方為權威者。這種對權威的敏感性是從小就習以為常的，較難以平等的關係相處。此外，華人對於權威者是崇拜與依賴的，在一般人的心中，權威者是「全能權威」且可信賴，所以面對權威時會產生暫時性心理無能，心理與行為會呈現遲滯與服從的狀態。除了因為自己本來存有的權威與衝突經驗影響以外，也可能如 Karam et al.(2015) 所說：新手家族治療師因為經驗與訓練的不足而呈現自信心不足、缺少與個別成員或個案系統連結、缺少敏感評估與追蹤治療聯盟的變化、或是缺乏修復治療關係的能力等困難。因此，讓治療師無法與個案系統有良好的關係的建立。治療師在治療中若面對年齡、輩分高於自身的對象，可能會以一般對待權威的方式，像是服從、畏避、或是較依賴的互動模式來互動，而失去治療師的專業性。新手治療師尤其容易遇到這樣的困境。在此研究中便可看到，治療師面對權威者會回到習以為常的與權威互動的模式，例如：害怕、畏懼挑戰權威，而影響其治療專業的發揮及治療聯盟情況。研究參與者面對權威者帶來的阻礙，會釐清自身過去與權威者的經驗與議題，或是透過督導看見自身在治療中如何應對權威者，並進一步提升對權威影響的能力。

另外，治療師在面對衝突時會備感壓迫感而產生焦慮，讓他無法正常的執行治療，並影響治療聯盟。楊國樞（2018）亦表示，華人在家族主義的認知層面上重視家

族和諧，強調「家和萬事興」，盡量避免當面起衝突，因為和諧才能使家族平順與和諧的相處。Hwang (1997) 與黃麗莉 (1996) 認為即使家庭發生衝突時，依然受到階級角色高低的法則規範，需遵守表面或部分的和諧。而這樣的和諧是為了維繫關係，而不讓關係破裂。治療師處於華人社會的成長環境，同樣在社會及家庭中學習到「重視和諧」、「以和為貴」的處事原則。因此，治療師雖身為一個專業角色，但已內化與權威相處模式及面對衝突的態度，並因此影響到與家庭互動的方式。本研究分析結果中，面臨家庭衝突的表現，會透過辨識與釐清衝突的脈絡與成員互動，而讓自身穩定面對此情形，並且改變以往為阻止衝突而發言的治療互動方式，改為看懂之後反映給家庭知曉。

在「治療師本身未解決的情緒或議題」的阻礙因素內容方面，發現治療師在與案家建立或維持聯盟時，因勾起個人議題而導致有不適當的介入與自動化回應，這樣的結果阻礙治療聯盟的維持與平衡。面對此阻礙，治療師會從理解自己著手，深入的釐清自身議題與價值觀，避免錯誤不自覺的治療介入而影響治療聯盟，以及尋求督導的協助，提升覺察及看見盲點。

Rait (2000)表示當家族治療師受到家庭系統情緒的影響，容易被拉進系統內而變得需為治療成敗負責，而成員相對呈現被動狀態。Rober(2011)表示家族治療師難以在混亂的家庭系統中找到自己的位置，而可能呈現拒絕承認自身感受經驗，而衝動的對個案系統的情緒採取行動，因而陷入困境。雖然衝動行為與自動化的反應回應案家可能是治療師的防衛機制一種，但是對於治療歷程是危險的，這可能破壞治療或導致家庭永久的惡性互動與僵局。本研究中，當治療師因面對權威、家庭衝突或者被勾起個人議題時，可能會在治療中表現負面的情緒，疏離或過度介入家庭而容易失去治療聯盟的平衡，如本案例中研究參與者由於未覺察到自己的情緒容易做出治療的介入與處理，可能導致偏頗於或疏離家庭成員導致忽略聯盟的維持與平衡，進而影響治療及治療聯盟。因此，治療師應從理解自己的價值觀與過去經驗預防或避免不自覺的治療介入而阻礙治療聯盟。

另一個來自治療師的治療聯盟阻礙因素，是「缺乏自我覺察」。當治療師在治療中對自我狀態的覺察敏感性低時，會阻礙治療聯盟。面對此阻礙，最重要的是要提升治療師在治療中自我覺察的能力。也可以透過尋求督導的協助，從治療系統外以客觀的角度觀察到治療聯盟上的困難。

本研究參與者 B 表示，若過於專注於在治療歷程中要如何應對成員，而忽略覺察自己的狀態（角色、感受、價值觀與內在想法等），則可能對治療聯盟有負面影響。如此 Karam et al. (2015) 所說，當治療師在治療歷程過度努力彌補自我不足，容易忽略個案系統的需求，以及失去保持輕鬆與此時此刻的狀態。因此，治療師在治療過程易顯得僵化與制式化，而非以「真人」樣貌與個案系統互動。這樣的狀態可能促使家族治療師錯用同理而削弱治療聯盟 (Patalano, 1997)。

在治療師本身所帶來的治療聯盟阻礙因素之因應中，研究參與者皆表示治療師可透過督導協助提升自我覺察與反思能力，察覺並反思到自身因受到那些文化與過往經驗之影響，而影響與成員的治療聯盟。透過覺察，才能進一步改變治療中的反應與行動。就如文獻所提及，覺察與反思自我特質與侷限能讓治療聯盟保持良好的狀態，也應透過督導與同儕的回饋提升覺察與反思，助於治療師在治療中的關係與情緒走向 (Rober, 2011; Fife et al., 2014; Karam et al., 2015; Yusof & Carpenter, 2015)。此外，適時的在治療期間檢視與個案的存在 (being) 狀態，以及詢問自己問題和反思自我，釐清自己對於個案系統成員的關係樣貌能協助治療聯盟的發展 (Fife et al., 2014)

（三）與治療有關的阻礙因素

根據分析結果，與治療有關的治療聯盟阻礙因素可分為四類：治療聯盟的複雜化、不安全的治療環境、加入新成員後的失衡及制式的諮商架構。

在「治療聯盟的複雜化」阻礙因素中，可知治療師在家族治療裡面對多重且複雜的關係，從研究參與者 H 的陳述，能發現家庭關係包含親代與子代、婆媳關係、親子關係所構成交錯的關係網，而這錯綜的關係也會互相的影響與牽扯。治療者須謹慎的面對與其建立聯盟。Kindsvatter & Lara (2012)、Rait (2000)、Pinsof & Catherall (1986) 與 Werner-Wilson, et al.(2003)皆表示，家庭中因有多元的成員，家族治療聯盟受此影響而有多元議題與因素的影響，如治療師面對許多的家庭成員、多重且複雜的三角關係及成員的情緒等。Bowen 也認為治療師所處的複雜治療互動脈絡下，須有高敏感與警覺與家庭成員工作(Bowen, 1985)。

在「不安全的治療環境」的阻礙因素中，可發現治療關係的不平衡、速度過快、治療師過度主觀使得治療環境呈現不安全，此容易讓治療聯盟破裂。在初期治療聯盟的建立時，安全的治療環境應為形成治療聯盟的最優先考量。安全感 (safety) 在聯盟是必要元素，當家庭成員感到安心與舒適時，才會真實的表露出情緒與脆弱，主動的

投入於治療中並能感染到其他成員投入情形(Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Escudero, et al., 2008; Friedlander, et al., 2006)。若是感到不安全時，家庭成員會呈現不信任、責備他人、受到被責備或自責，就會影響治療聯盟的產生(Beck, 2004; Beck et al., 2006; Lambert et al., 2012)。可知治療環境的安全與否，左右了治療聯盟的建立與維持與否。

從「加入新成員後的失衡」的阻礙因素內容發現，當治療師漏掉與某個成員建立關係，或是治療介入的不當，可能會阻礙治療聯盟的維持。面對此阻礙，治療師會因成員的新加入而重新評估自己與成員間的治療聯盟狀態，降低阻礙治療聯盟的可能性。Escudero 等人 (2008) 研究指出新家庭成員參加治療會影響安全程度變化而出現負面行為與抗拒。當家族治療師偏向某成員的觀點時，其他成員就可能感覺與治療師疏離(Kindsvatter & Lara, 2012)，也會因為害怕自己所說的家庭故事，受到評論或拒絕而影響治療聯盟的建立與維持 (Rober, 2011)。因此，當有新的成員加入時，治療師須重新評估聯盟狀態及成員的期望和目標，維持治療聯盟的平衡與安全。

「制式的諮商架構」的阻礙因素中，可知當家庭成員感受到治療師是依照規定執行治療程序，而不是真誠的對待其關係時，容易導致治療關係中斷。像是在較敏感的議題：不自殺契約簽訂的時機。面對此阻礙，治療師會保持彈性，不要固守成規，適當地調整自己的心態及作法，以「人」的特質與家庭建立聯盟。由此可見，在建立治療聯盟時，成員的需求須優先於體制上的規則。

第四節 文化影響治療聯盟

本節回答研究問題四「在家族治療實務中，社會文化如何影響家族治療聯盟的建立與維持？以及治療師如何因應阻礙家族治療聯盟的文化因素？」以下先呈現社會文化影響治療聯盟的分析結果，之後進行討論。

從分析結果發現社會文化對治療聯盟有正向與負向的影響。正向因素分別為：家族治療師覺察自身文化與應用自我、透過督導及同儕討論增進文化層面自我覺察，以及區辨理論與實務間之文化差異並妥善運用。負向因素分別為：成員對家族治療的專業認識不足而中斷與治療師連結、華人傳統家庭文化觀對治療聯盟之阻礙、華人性別文化對治療聯盟之阻礙、治療師未能適應世代變遷的教養模式對治療聯盟之阻礙，以及治療師未覺察東西文化衝突而直接套用阻礙治療聯盟建立。每項負向因素最後，為受訪治療師面對困境時之因應方式。

一、社會文化影響治療聯盟的正向因素

(一) 家族治療師覺察自身文化與應用自我 (The Use of Self)

應用自我 (Use of Self) 是指家族治療師可以憑者自我的角色、人格及地位等來影響治療聯盟。由於家庭是脆弱的，治療師能利用自己使家庭能夠自己成長(Satir, 2013)。前一節提到，治療師的自我覺察是左右治療聯盟的重要因素。在治療聯盟的阻礙因素當中，有些因素同時受到文化影響，例如與權威者的關係、對人際和諧的期待而避開衝突等。從受訪者回應的內容中發現，家族治療師對本身文化的自我覺察與善用自我，能促進治療聯盟的發展。

「我覺得要非常了解自己，然後知道自己受了什麼影響、成長的經歷、成長的背景，然後家庭的關係。如果他身為一個家族治療師的話，你要慢慢地開始知道自己在家裡的位置，你怎麼影響了彼此，然後怎麼被家裡影響。（B1027-1）」

「我想需要自己了解自己是什麼，什麼容易去勾起你這個東西。（D1020）」

「可是如果你是一個，比較好像能理解婚姻這麼久，三十年的婚姻，這個老婆一直也都生小孩，就覺得說：『啊我的事辦完了。我現在不跟你做愛了，我的事已經辦完了，生了小孩了我就什麼』，那你就能理解為什麼這個先生他也許也有一種親密的需求。（D1021-1）」

「這裡還有很多文化的、性別的這種價值，升學，你看這些都是無所不在影響我們的。...（治療師）他怎麼更自覺自己，怎麼更善用自己。...這些都是很好的肥料、材料。我們怎麼用這些我們過往的經驗，跟我們對事情了解，我們原來曾經有這種偏見，而那個偏見帶給我的影響是什麼。（D1022-1）」

「家族治療師對自己在這個狀態，以及他對文化的理解，還有他對於他自己價值觀的理解，以及這個家庭裡面有什麼樣的文化和價值觀在運作的理解，是覺察這件事就變得很重要。（I1017-03）」

「為什麼我說我覺得家族治療師本身自我覺察很重要，因為這個東西就牽扯到他治療師怎麼去對待權威啊！（I1031-03）」

治療師表示釐清自己的過往經驗（如：家庭關係、成長經驗與背景與偏見等），能幫助治療師覺察自己處於在個案家庭裡與家庭的互動關係，覺察自身曾有的偏見，以及清楚理解與釐清自身對家庭與婚姻的價值觀，及與權威關係或如何看待權威人物較能理解家庭成員的需求而與其連結。從自身經驗去理解家庭，並截長補短，以順利建立及維持治療聯盟。



除對自身所處的文化有所覺察之外，受訪治療師 B 及 H 還提到須對家族治療理論中蘊含之文化有所覺察，爾後抉擇應用。

「像 Bowen 的主張說治療師個人是一個系統嘛，然後你要回去歷經你自己跟家庭的分化，你比較理解家庭分化。...亞洲文化女性...也許你不是那麼的攻擊性跟挑戰性，那可是，你比較擅長的也許是對關係的一些細節的理解，對情緒的連結，那就看每一個人對自己要有足夠的了解，然後可以去運用自己所長，然後補自己的所短。（H1037-01）」

「西方那些理論是幫助我自己可以成為一個專家，那我覺得文化的東西對我來說是比較軟性的東西，理論西方學的這些技巧其實是比較硬的，它幫助我成為一個比較看起來剛強的專家。...文化就是你怎麼用你這個人，就是治療師的自我拉。...治療師的自我怎麼用在家庭裡面，就是一個文化，你怎麼用你自己去了解這個家庭的，然後跟他們一起型塑成你們的獨一無二的治療的一個關係。（B1027-2）」

家族治療師應用自我的角色及人格展現出內化的文化表現來影響治療聯盟，而這能助於與家庭建立獨特聯盟。

（二）透過督導及同儕討論增進文化層面自我覺察

治療師須定期與督導及同儕討論，以增進文化對自身影響之觀察。

「所以這個過程你必須，你說只是你的原生家庭經驗嗎？不是的，是整個大文化，甚至我們的治療文化是怎麼去影響我們的，這種自覺你一定是要透過你的同儕啊，跟你的督導。你在做你的工作裡不斷的去反思去對話，你才有可能去看到『喔～原來在這裡我還是有一個盲點』、『喔～原來我的盲點就是我認為一個太太就不要像潑婦罵街，所以我對一個會潑婦罵街的太太就跟我媽一樣討厭，所以我就很不能夠同理她。』這裡還有很多文化的，性別的這種價值，升學，你看這些都是無所不在影響我們的。可是其實我們的工作裡很少討論這個事情。（D1021-2）」

從討論與反思中，治療師逐一釐清習以為常的文化價值觀如何影響治療師在治療中看待家庭成員的方式。從研究參與者的訪談內容中，反映出透過督導及同儕討論，有助於治療師覺察文化價值觀，以建立及維持治療聯盟。

（三）區辨理論與實務間之文化差異並妥善運用

「...文化的東西對我來說就治療師怎麼用自己影響這個家庭。不是專業知識喔，這一點關係都沒有，所以我會比較把它分開來看。就是我擁有這些專業知識，可是我不認為這些專業知識是可以直接套用在家庭身上的，專業知識是幫助我比較快、比較敏感去知道這家庭發生什麼事了。它讓我比較有信心。（B1027-3）」

此外，治療師透過與個案系統的共同文化進而感同身受，治療師與個案共處同一文化時，可運用此一特性去幫家庭檢視習以為常的觀念而形塑出獨有的治療聯盟，以及敏銳地覺察到文化潛在影響性。

總結來說，治療師自身對文化的覺察，以此覺察理解家庭及工作，覺察能透過督導或反思的方式。另外，家族治療理論須謹慎運用，須覺察理論與家庭工作文化之差異而幫助治療聯盟的建立與維持。

二、社會文化對治療聯盟之阻礙與治療師因應

（一）成員對家族治療的專業認識不足而中斷與治療師連結

研究參與者 B、C 與 E 皆認為在台灣文化脈絡下，因著民眾對家族治療專業認識的不足，令治療聯盟難以建立與維持。

「家庭治療這件事情，其實在華人的社會裡面，沒有那麼的流行。大家接受度沒有那麼高，因為他們也不了解。（B1003）」

「老外較愛與接受家族治療與伴侶治療，台灣人比較無法接受此治療（C1001）」。

「...甚至就像是他是被醫生轉過來的，他就覺得我們是怎麼了嗎？我們為什麼要看心理師，即便我們不是精神科，他都覺得有點怪。...一般人對於這個心理治療或者這種諮詢的東西還是有滿多的問號跟滿多的排斥。（E1022-2）」

面對家庭對專業認識不足而影響聯盟困境，E 治療師會接納成員不願參與的狀態，若有機會會繼續與該家庭工作。

「.....有些人對於醫療體系的不信任...很多台灣的民眾也不是那麼相信醫院，不是那麼相信醫生拉。...尤其現在的醫病關係也不是那麼好，對所以很多的抱怨啦、很多的不舒服其實都會跑出來，那我覺得就這樣啦，流失就流失啦，哪天再碰到，還有機會再工作就再工作。（E1022-3）」

受訪者 B 治療師則是以宣導家族治療的方式，讓更多人能理解家族治療的意義與益處，轉而較能接受家族治療。

「他們本來不知道家族治療是什麼東西，後來是因為我前兩年是當組長，所以我就有稍微宣導一下有在做這件事情。所以他們比較開始知道說家族治療是怎麼回事，就提供家庭治療的部分。（B1002）」

「大部分需要一些時間去宣導，就讓大家知道，就像大家沒有運用資源是因為他們不知道。（B1003）」

（二）華人傳統家庭文化觀對治療聯盟之阻礙

1. 家族成員受臉面觀影響而不願意參與治療

研究參與者表示，在建立治療聯盟時，成員會由於注重面子而抗拒合作或不願意參與治療。

「...會有一點困難就是碰到有些他真的很硬的，有一些也是面子啦。我覺得是面子掛不住，或是他自己不願意去聽到這些他不想聽的東西啦。所以那個抗拒我覺得那太明顯，明顯到他其實也不太願意聽你講什麼。（E1022-2）」

「先生不願意參與，是因為面子問題。（C1012）」

受訪者 F 治療師也表示，當成員覺得治療師為家庭系統外的人，而會在治療會談裡刻意隱藏家庭的衝突與秘密。

「...畢竟治療師是外人，所以我覺得這個家庭就會隱微的這個家庭的秘密或是家庭的一些衝突他們就會包裝得比較好。就不容易在這個現場發生... (F1016-2)」

這與華人文化中「家醜不外揚」的作法有關。楊國樞（2018）表示華人重視家族的榮辱感，若家人表現良好，個人便有榮譽感；家人有恥辱，個人也感同深受。因此，個人盡力的維持家族的名譽而不讓家庭失去榮譽。由於重視家族名譽的關係，所以家庭成員會為了盡力維護與增進聲譽的目的，就會有「家醜不可外揚」、「人言可畏」、「子為父隱，父為子隱」等觀念（楊國樞，2018）。其中，榮辱感與「面子」及「臉」有關（楊國樞，2018），「面子」為遵循社會道德的標準而不違反，「臉」是在這道德標準上的名譽。當華人增進自己的名譽，避免受到責難，讓自己不「丟臉」（Hu，1944）。家族治療似乎等同揭開家庭內的隱私與秘密，此使成員感到不名譽且丟臉。因此，家庭成員寧可包裝家庭裡不名譽的事情，也不願冒著危害家族榮譽的風險，對治療師透露家中違反道德之情事，因此阻礙治療聯盟的建立。

從上述可得知，「臉面觀」與「家醜不外揚」的文化價值觀影響著家庭成員投入治療的程度，也影響治療師與成員建立治療聯盟。

C 治療師對因面子問題而不願加入的成員，採先順應再評估治療需求的方式來因應。若仍需要該成員的參與，治療師會適時的以「求助」的角度來邀請參與治療。

「可以先讓婦女先進行個諮，說不定婦女會有不同的解讀，不同的角度看所遇的困擾，而就不須先生的加入。如果還是需要先生的加入，治療師會幫助婦女回家溝通，如何的說會比較容易邀請先生進入。或先與先生個別談，『聽了許多老婆那方的資訊，但還是有些不清楚，不知道您能不能幫助我補足資訊』，『與老婆談了許多，但感覺還是少一塊拼圖，可以請您幫助我補足全貌的拼圖嗎？』讓先生感覺有在高位階或是幫助的角色，這樣會比較容易進入治療，也比較容易進入伴侶同時治療的可能性，而這也是 confront 他的尊嚴與挑戰他。（C1012）」

2. 華人家族觀尊長順從之文化阻礙治療聯盟的建立

治療師表示三代同堂的家庭會有「重疊的三角關係」，如兒子與父母、婆婆與兒子與媳婦間的糾纏等。家庭互動也會因為祖父母介入父母的親職權利，使得家庭成員間的界限不清楚而阻礙治療聯盟。

「像很多三代同堂啊，像一個家庭三代同堂根本是住在一起，然後是第三代這個孫子有過動，那這個處理就非常複雜，因為祖父母會介入該怎麼處置，父母親的那種

親職的權力是被放到旁邊去的，所以那像這樣的話，通常很多的時候，如果是系統取向的家庭治療師，你可能要處理的包括這個家庭的權力位階，因為你很清楚看到權力位階，你也沒有辦法迴避那個祖父母，你必須要跟祖父母 joining，然把他們請進來，讓他們看到說，他們在整個狀態裡面他們在裡面的這個位置，然後再看有沒有什麼樣的可能去改變這樣子的結構。（H1026-01）」

Cheng (1944) 表示，自古以來「孝順」是華人文化的核心準則；楊國樞（2018）也表示在家庭主義的影響下，對華人來說家族應是團結且和諧、以及延續的，所以子女須順從父母與奉養父母。此價值觀令成員不敢反抗長輩對教養的介入並主張對子女之教養權，亦侷限與治療師的關係。

治療師面對此難題，採取先融入祖父母，建立治療聯盟，才能順利達到治療目標。

（三）華人性別文化對治療聯盟之阻礙

1.性別角色「男主外女主內」的分工阻礙先生投入治療聯盟

性別角色的刻板分工影響彼此間的互動，通常太太為主要照顧小孩的角色，而先生對於親子教養的事情參與意願普遍較低。因此，當因孩子的問題而進入治療時，先生可能會認為治療是孩子與太太的事。

「比較難的是那個先生的角色要進來，特別是親子關係裡面的，通常太太被賦予照顧孩子責任，先生有時候並不會那麼的願意參與，他可能願意送他們來，然後就在樓下等。（G1019-1）」

在成員還未做好心理準備參與時，治療師會先與已經出席的成員建立與維持聯盟，並且評估是否需要加入其他的成員。

「...那在其他成員還沒準備好的前提之下，有可能就是先工作願意來的人，然後其他的成員的影響，會去評估需不需要把他們放進來。（G1019-1）」

若邀請不同成員能促進家族聯盟，像是作為已出席成員的潤滑劑，或有清楚的第三者觀點，也會把該成員邀入治療中。

「...除非就是來的這兩個人沒辦法講話，可是第三個人是能夠當潤滑劑或是他其實是個可以觀察的比較清楚的，就會把他邀進來，當作讓這兩位家庭成員有不同的觀點。在那樣的情況之下，就會把其他成員邀進來。（G1019-2）」

2.華人男性難以表露情感阻礙治療聯盟形成

在治療中，治療師發現男性成員難以表露情感，在治療關係上也不易催化男性的情感，而阻礙治療聯盟的建立與維持。

「反倒是男性比較難表露自己情感這件事情。好像在治療關係裡面會是一個比較不容易催化的部分。（G1032）」

「...他就覺得他太太跟小孩都在亂搞，他們就是比較冷。那我覺得除了有一部份是男性，華人文化男性。（I1031-01）」

楊國樞（1992，2018）指出華人家庭為「父系家庭」，以父系主要傳承家族權威於子，而這權威是附有責任感且須負擔家人的生活與家族名譽，也展現忍耐自抑的行為傾向，須控制自我的衝動與情感。王大維（2010）則提出男性的男子氣概是透過關係互動與文化所被建構出來的。男性常需要維持某形象與不可表露脆弱等情緒，這讓男性成員習慣於隱藏且壓抑情感，並較為沉默。表露感性不符社會期待。此可能是男性較壓抑與不表露情感的文化因素。

由此可知，治療聯盟受限於華人性別文化影響，尤其是在性別分工及男性角色不易表露兩方面，使家庭中的男性參與治療意願低，並且造成治療聯盟形成之困難。

（四）治療師未能適應世代變遷的教養模式對治療聯盟之阻礙

1. 成員僵化的教養模式阻礙治療聯盟形成

受訪者E表示，父母與孩子年齡差距過大造成的世代差距，使得父母過往所學習的教養方式不合時宜，又加上父母難以學習新觀點因應孩子的需求，此影響治療聯盟的建立與維持。

「大概在我再往上一代的那一批五六十歲的那些家長，那因為現在有很多社會現象是晚婚嘛，晚生嘛，生得少嘛。...因為孩子少，所以很多的期待壓力就放在他們身上，...他們就是按照他們的想像來當爸媽。可是很多時候，那個狀態也許已經不太適合這個年代，因為社會的變遷，我覺得變動這些年是十分快速的，所以那世代的差距，也許比過去拉得更遠。（E1018-5）」

「再加上社會的變動太大，然後這些比較年長的家長，他比較沒有辦法那麼有效的去按照比較新穎的方式來面對這個小孩或者是教育體制嘛...因為過去他的經驗，他的成功經驗是長這個樣子，那個很建立在他的內在世界裡，很穩的，因為我就是這樣成功的啊，或者我的觀點你就是要這樣才會成功，這樣才是好的。（E1018-6）」

「可是，現在的孩子，其實他並沒有辦法用那樣的東西來套在他們身上，或者把這個孩子塞進他們的框框裡面...。因為，他們並沒有那個自覺說我可能需要做一些調整。（E1018-7）」

「雖然我反映了，他們好像也有接受到反映。可是，那就是變成是滿固著的東西，我覺得是停滯在那邊太久、固著在那邊太久，所以很多時候是僵化。甚至那個僵化它就會更有更大的 issue，就是跟文化、跟社會背景有關。（E1018-4）」

年長的家長無法適應現代孩子的需求，以自身經驗來對待與要求孩子，未自覺需要改變，使得治療師難以鬆動家長固著的價值觀，這樣的僵化影響整個家庭與治療師間治療聯盟的建立。

受訪者 E 治療師面對這樣的困境，會先採家長與孩子分開治療，尋找機會再共同會談。

「那因為我的作法，碰到有一些這樣的家長，我可能就會先分開來做，我就會先離開家族治療的一個作法。（E1018-7）」

「...也許就先獨立從父母親，也許談談他們的婚姻，或者談談他們對於當父母親角色的期待。回到他們的生命裡面去理解啦，我覺得那是更多的理解。（E1019-1）」

「我就可能會個別先跟小孩談，個別家長談，做這樣的東西，然後看各自的狀況調整到什麼樣的一個，我們可以更合作的一個時間點，我再把它合在一起。（E1019-3）」

2. 僵化的親子互動模式阻礙治療聯盟的建立

治療師表示家長常自認為最理解自己的孩子的狀況，然而有時所說內容與孩子不一致。

「...那種傳統型態就是說，『我是父親，我對我小孩的狀況我一定很了解。』...當然某部分絕對是比我們來得更了解，可是當我們聽到很多他所回應我們的東西，跟小孩跟我們講的東西有一些落差的時候，你就會知道很多父母親心裡面他所講出來的話，是源自於他自己過去的架構，他的原生家庭或他自己對於成為一個父親或母親角色的自我期待吧！所以很多時候他講的東西並不是真的是從孩子端出發啦，他是從父親母親端出發，所以那一定摻雜很多自己本身內在的一些過去的經驗。（E1018-1）」

「家長他就會很愛搶話，甚至有點給孩子壓力，讓他講不出他想講的東西。（E1018-2）」

雖然治療師與親子雙方均已建立治療聯盟，但家長的舉動會阻礙聯盟的維持。

從治療師觀察到傳統式的親子互動中，可知由於家長之權力位階較高，給孩子壓力而使孩子無法表達真實想法。楊國樞（2018）指出，華人家庭注重成員之間的輩分排序，年紀越大或輩分越高，地位就會越高，掌握的權力也會越大。因此，這樣的現象可能造就權力與地位高的成員認為自己最清楚家庭狀況，且為家庭的負責人。不過，楊國樞（1992）也表示華人的家庭雖然是依賴且緊密的關係，但在情緒上的親密度是疏遠的。這可能使得親子之間並非真正的親密與理解。

治療師因應此現象，會持續的反映家庭互動的情形，讓成員覺察與思考，以化解阻礙。

「我都會還是比較希望的是不斷的去反映，反映他們的一個狀況。（E1018-3）」

從以上兩點來看，華人文化中的家庭觀，可能是影響親子互動與教養的重要因素之一。

（五）治療師未覺察東西文化衝突而直接套用阻礙治療聯盟建立

治療師 I 認為，治療師對於東西家庭文化的敏感度低時，若直接套用西方理論於家庭系統，將阻礙治療聯盟的建立。

「比如說我們受很多學派的訓練都是西方來的，可是東方的家庭裡面...我們其實強調小我的重要性沒有大過於大我啊、群體。在我們東方文化，在中國文化裡面，我們強調家人之間的和跟大我的程度大過西方文化所謂的分化或小我嘛。...比方說如果我用一個很西方的學派，我去套的時候，然後我完全沒有空間去思考說這個家它原本的樣子，以及我帶進來的這個東西會對他們產生什麼樣的衝擊或連結，然後我就照我學的或個案概念化的狀況去做，可是我忽略了一些其他的線索的時候，比方說文化的線索、比方說家庭自己內部規則的線索，那我可能就沒會有辦法跟他們建立一個好的治療聯盟。（I1014-02）」

「...我沒有辦法跟他們建立好的治療聯盟並不在於我所使用的學派或技術，在於我用的時候我有沒有去契合這個家現在的狀況，以及我有沒有意識到我帶了什麼東西進去，導致我沒有辦法跟他們建立好的聯盟跟好的工作關係工作同盟...。（I1015-01）」

I 以孝道與自我分化概念在本土治療中形成的衝突為例，說明未經審視擇取地運用西方理論，如何影響治療聯盟。

「...比如說孝道...我們都是華人對不對，然後我們都有共同集體的價值觀，或者說我們有集體的潛意識，我們都這樣教大，所以我們都會有孝順的這個問題。那如果我比如說我就用西方的學派，我覺得這個孩子應該要獨立，然後他應該要跟他的父母親做切割，那當我有這個想法，我就得去看這個家裡面，這個孩子他是不是真的覺得，他是不是真的只有這一面，因為他通常是兩面都有的...。他有一面他覺得他應該要獨立，有一面他覺得應該要孝順或聽話，所以我覺得那個介入，如果你只選擇某一面，比如說我們就覺得說『啊！你應該要獨立、你應該要分化，你應該要什麼事情都自己判斷，然後照自己的理性去做，不需要參考父母親的意見。』...或者你選擇另外一面，說『啊！你就是應該要聽你父母的，因為他是為你好。』那當你只選擇某一面的時候，你就沒有辦法去看見當事人的那個兩者並存的矛盾，跟他同時都有的這種期待嘛，所以當你只選某一面的時候，你就會出現阻礙。（I1017-01）」

「...華人的家庭裡面，文化就會是他很大的一個影響嘛。如果用文化的東西來說，所以治療師有沒有覺察到這些東西就很重要。所以不是只有他自己的個人議題還有他自己本身的價值觀，他怎麼看待華人文化跟這個家庭本身的規則...。（I1019-02）」

參與者 I 治療師認為，治療師須覺察自身如何看待本土文化及理論內涵，才不會因直接移植西方治療理論、忽略本土文化影響，而阻礙治療聯盟。

從以上影響治療聯盟的文化因素中，能看到社會文化對治療關係有影響性，且有的因素為一體兩面。例如：治療師是否能敏銳覺察文化，會造成治療聯盟不同的結果。本研究也指出，對家族治療理論中蘊含之文化差異議題覺察不足，將影響治療聯盟。華人文化重視的臉面觀與順從、性別分工，以及世代變遷的教養模式的差異，均對治療聯盟有莫大影響，考驗心理師的智慧。若是治療師未覺察文化或東西文化衝突，將可能造成治療聯盟的困難。

四、討論

本研究分析結果可發現，社會文化會影響治療師與個案系統間的關係，有時能促成治療聯盟的建立或維持，但有時卻會阻礙治療聯盟。在正向文化影響因素中，區分為三大類別：治療師覺察自身文化與應用自我、透過督導及同儕討論增進文化層面自

我覺察、區辨理論與實務間之文化差異並妥善運用，三者的核心為治療師對文化的覺察。無論透過何種方式提高覺察之敏感度，治療師若能覺察且瞭解文化的影響性，便能對治療聯盟產生正面影響。此外，運用對文化的覺察於治療中，對治療聯盟又是另一層助益。

（一）家族治療師善用自我促進治療聯盟的建立與維持

Satir (2013) 指出成員透過與治療師的互動與回饋，會重新經驗舊有的事情；治療師應用自我能建立起信任與支持讓成員敢冒險，而這是從治療開始到結束的整個治療歷程都要執行的。Kohlenberg (2013) 表示治療師對自己的想法與感受認識能幫助自我的正向發展，透過此認識與覺察更能反映治療中的文化與關係，而能促進治療師對個案的一致性，所以釐清自我能作為個案的行為功能與意義，增進建立與維持治療聯盟。Cheung 與 Pau (2013) 則指出，治療師應用自我能協助其與家庭工作時保持一致性，以及（1）治療師能彈性的融入與退出家庭系統，也能感受到自己的感受。（2）治療師能覺察與辨識多重的情緒，並且警覺到自己的感覺。運用察覺到的資源以不帶有指責與貶低的觀察與反映家庭，預防受到自己的感覺影響而能讓成員接受並改變。

（3）治療師能確認與調整自我的內在系統和經驗於家庭系統內。以上論述凸顯了自我與覺察間的關係，以及對治療與治療聯盟的影響。也顯示自我的運用在治療聯盟中的關鍵角色。

從本研究結果可知，多數參與者認為須對自我了解與認識，以過去原生家庭經驗及目前家庭關係為探索自我的媒材，進而將此理解運用至與家庭的工作中，能對治療聯盟形成與持續有所助益，與文獻主張相呼應。Kottler 與 Parr (2000) 研究進一步指出，在自我應用的過程中，原生家庭經驗可提供家族治療師有價值的資源，但也會造成盲點。此盲點會對個案系統造成兩項威脅性：自我的未完成事務影響個案系統的事件，以及與個案系統連結失敗。因此，家族治療師對於原生家庭經驗須有一定的認識與解析，讓其能分辨出自我的優劣勢，進而能運用自我優勢來彌補不足之處。

治療師覺察文化相關的自我能釐清治療中看待家庭文化的價值觀，強化對於與家庭工作的文化靈敏度，而能認知到家庭的需求，更能同理家庭並與其形成或維持治療聯盟。從自我認識對於自我與家庭文化的優劣勢，而能理解文化認同在家庭生活的重要性，也能幫助治療聯盟的正向發展。治療師能夠體認到自我成長背景、經驗架構如何影響其專業工作以及對案主的看法。例如：治療師自我對婚姻價值觀的觀點、與權

威的關係等，而能與成員連結。治療師若是沒有對自我相關文化深入的探討與釐清，可能會因為在關係上習而不察的認知或行為，而無法有效融入家庭與其建立治療聯盟。

（二）家族治療師覺察本土文化價值觀與東西文化的差異促進治療聯盟的建立與維持

從「區辨理論與實務間之文化差異並妥善應用」與「治療師未覺察東西文化衝突而直接套用阻礙治療聯盟的建立」類別中，可發現理論與實務工作對象之間的文化差異覺察，是身為家族治療師須重視與執行的。治療師本身成長於台灣的文化脈絡之下，通常與所治療家庭同處一文化，從自身為起點看見文化的影響性，而展現出對家庭所面臨議題之同理。若治療師對於東西家庭文化的敏感度低時，直接套用西方理論於家庭系統，將阻礙治療聯盟的建立。因此，辨識文化差異能提升家族治療師的文化敏感度，並有助於家族治療聯盟形成；反之，則可能阻礙家族治療聯盟。

徐靜（1996）、陳秉華和游淑瑜（2001）、游淑瑜（2003）等均指出中西文化的家庭結構、家庭關係、溝通模式是相異的，導致西方家族治療理論在台灣應用上的限制。趙文滔，（2006）與趙文滔等人（2016）表示文化因素對治療有深遠的影響，文化是一種在地的知識，為家庭與治療師的背景脈絡但隱而不顯。從本研究結果可知，受訪治療師在實務工作中亦覺察理論與本土文化間之差異，且影響治療聯盟。受訪者認為應擇取契合本土家庭文化的部分進入治療，較能與個案系統連結而建立治療聯盟。顯示治療師覺察文化差異及擇取適當理論應用於治療中，是左右治療及治療聯盟的重要因素。

（三）社會文化價值觀影響治療聯盟建立與維持

除了上述治療師覺察文化中的相關的自我及理論與實務間的文化差異影響治療聯盟外，本研究中也發現社會文化因素阻礙治療聯盟：華人傳統家庭文化觀、華人性別文化、未能適應世代變遷的教養模式。由於這些文化價值觀已在成員心中根深蒂固，並且形成家庭僵化的互動模式，讓家庭問題越嚴重而讓治療師難以鬆動與突破，亦影響治療聯盟。

從分析結果來看，影響治療聯盟的文化因素，多數均與華人家庭觀有關。華人家庭為父系文化且注重家庭為一體，這影響家庭關係間的相處模式，如注重家庭的榮辱感、要求男性成員應具有責任、缺乏情感上的交流、注重成員間的輩份與權力關係等（楊國樞，1992，2018）。在家庭中性別分工與教養關係也受到華人家庭觀的影響，

從親子互動中，可知由於家長之權力位階較高，給孩子身心上的壓力而使孩子無法表達真實想法。華人文化中的家庭觀，包含對性別的特定要求（例如對男性角色之期待，或對性別分工的要求），或者家庭中權力位階對親子關係及教養的影響，不但深刻影響家庭成員間的互動，亦影響治療師與家庭間的治療聯盟。治療師在與家庭建立治療聯盟之時，實應留意華人家庭文化觀點對家庭及治療聯盟之影響。

華人家庭關係上的角色是遵循社會文化上的描述而設定的角色，在夫妻關係遵循「夫唱婦隨」的社會原則，親子關係要符合順從長輩為原則，所以在家庭的角色比較是固定不變的（徐靜，1996）。徐靜也提到家庭的結構上，父親通常扮演為一家之主，對家庭外展現權威與尊敬的地位，但在家庭內母親相對父親有時會比較有權力，尤其在對待子女的時候。從本研究參與者的經驗發現男主外女主內的角色分工阻礙先生投入治療聯盟，通常先生對於親子教養的事情參與意願普遍較低，而太太為主要照顧小孩的角色，因此，當因孩子的問題而進入治療時，先生可能會認為治療是孩子與太太的事。從此現象也反映出華人家庭男性與女性的角色依然遵循清楚的界線。

宋鴻燕（2000）的調查發現，新世代父母教養觀並未因世代的更新而改變，依然遵循傳統的角色規範行動。華人的教養觀通常為父嚴母慈，且較重視學業成就優於孩子的心理需求（徐靜，1996）。此種教養形式，可能使得親子之間缺少足夠的理解，形成認知上的落差。

綜觀社會文化因素對治療聯盟影響的研究結果，社會文化是融合於治療師與家庭的生活脈絡之中，不易覺察其對治療聯盟的影響。治療師須提升覺察自我與文化知能，強化對於習以為常的文化有高靈敏度，對自我相關的文化及社會文化的差異及隱諱、些微差異性均能予以清晰的辨識。透過覺察出的社會文化價值觀與倫理而能認知到家庭的需求更能同理家庭並與其形成或維持治療聯盟。

第五章 結論與建議

本章共分二節，第一節先歸納研究結論。第二節是研究者提出對未來研究與實務的相關建議。以下分述之

第一節 結論

本研究乃是透過訪談以瞭解八位家族治療師在家族治療的實務中，所認為的治療聯盟的內涵。在家族治療的實務經驗中，理解家族治療師在與個案系統之間的治療聯盟之有利與面臨困境的因子，以及相對應的因應方式。同時，探索家族治療聯盟受到社會文化價值觀所影響之因素。本研究以半結構式訪談法搜集資料，並採取內容分析研究，依據步驟分析所搜集的文本撰寫研究報告。從研究結果發現家族治療聯盟內涵為：始於邀請成員之評估、治療師致力維持系統動態平衡、立體連結的工作關係、家庭能與治療師情感連結、治療師和每個成員建立安全的關係，以及治療師與家庭擁有共同目標。在家族治療實務裡，有不同的正向因素有利於建立或維持治療聯盟，這些因子為家族治療聯盟之正向因素，共可分為兩大類別有家族治療歷程及家族治療師所影響的正面因素。家族治療歷程又可分三項的相關因素：家族治療聯盟評估、家族治療聯盟建立及家族治療聯盟維持。（一）家族治療聯盟評估的相關因素可分為：個案系統尚未進入治療時的評估及個案系統進入治療後的評估。（二）家族治療聯盟建立的相關因素：治療師採取非制式與建立關係為主的談話模式、治療師能清楚看見家庭的互動模式以建立連結、治療師開放的與家庭討論過往的諮商經驗以建立聯盟、治療師促成家庭成員間的彼此連結以形成聯盟、治療師主動與其他系統成員合作及治療師營造平等的治療關係。（三）家族治療聯盟維持的相關因素：治療師以理解成員隱晦的部分與動機維持治療聯盟、治療師與成員同調以維持治療聯盟、治療師營造安全治療環境以維持治療聯盟、家族治療師與成員互相信任、家族治療師與成員同在、治療師讓成員感受到希望感、家族治療師的特質與專業知識、治療師幫助成員在治療裡反思與覺察、治療師彈性維持與家庭成員的平衡狀態、治療師保持跨系統合作關係，以及治療師的彈性融入與退出家庭關係來維持治療聯盟。此外，在家族治療師本身之相關因素中可分為：家族治療師在治療中的態度、治療師能自我照顧與保持良好的精神狀態及家族治療師的專業特性。

治療聯盟的阻礙因素可分為三大類別：來自於家庭成員之間的阻礙因素、來自家族治療師的阻礙因素及與治療有關的阻礙因素。來自於家庭成員之間的阻礙因素：成員與治療師或其他成員的結盟、家庭成員未投入治療、成員對治療師的不信任、成員情緒高張與情緒化的表現、成員間有僵化的溝通模式、成員曾有負向的諮商經驗與成員擔憂邀請新成員對治療聯盟的影響。來自家族治療師的阻礙因素：治療師的個人狀態與特質與缺乏自我覺察。與治療師的個人狀態與特質的相關因素：面對權威者的反應影響治療聯盟、面臨衝突的壓迫感影響治療聯盟及治療師本身未解決的情緒或議題。與治療有關的阻礙因素：治療聯盟的複雜化、不安全的治療環境、加入新成員後的失衡及制式的諮商架構。

從分析結果發現社會文化對治療聯盟有正向與負向的影響。正向因素分別為：家族治療師覺察自身文化與應用自我、透過督導及同儕討論增進文化層面自我覺察，以及區辨理論與實務間之文化差異並妥善運用。負向因素分別為：成員對家族治療的專業認識不足而中斷與治療師連結、華人傳統家庭文化觀對治療聯盟之阻礙（家族成員受臉面觀影響而不願意參與治療、華人家族觀尊長順從之文化阻礙治療聯盟的建立）、華人性別文化對治療聯盟之阻礙（性別角色「男主外女主內」的分工阻礙先生投入治療聯盟、華人男性難以表露情感阻礙治療聯盟形成）、治療師未能適應世代變遷的教養模式對治療聯盟之阻礙（成員僵化的教養模式阻礙治療聯盟形成、僵化的親子互動模式阻礙治療聯盟的建立），以及治療師未覺察東西文化衝突而直接套用阻礙治療聯盟建立。對於社會文化的影響與阻礙治療聯盟的因素，研究參與者的治療師因者經驗而發展出相對的因應方式。

從家族治療聯盟因素的探討中發現，家族治療師重視覺察自我狀態與社會文化對於治療聯盟的影響，意識到自我的狀態與文化能增進與協助治療聯盟的建立與維持，更能與個案系統同在與同步於個案系統與促進與個案工作。因此，家族治療師本身的應用自我是治療聯盟的關鍵。社會文化的價值觀可能使治療聯盟有所局限，但也能助於治療聯盟的擴展，這須家族治療師有足夠的文化敏感度與覺察它的影響方式。面對治療聯盟的困境所採取的因應策略，所採取的因應模式與有利因子有相關，須彈性跟隨著個案系統的性質運用，而不是只注重理論專業結構化的治療互動模式。此外，透過文化結合自身專業知識與覺察社會文化的影響而能因應治療聯盟的困境。

第二節 研究限制與建議

由於本研究是目前國內首次探討家族治療聯盟在實務中的狀況，雖然有效的資料分析只有八位，但這些結果對於從事家族治療的治療師仍有實務的意義。以下從研究者、實務以及研究兩方面，來說明本研究的限制與相關的建議。

一、研究方面

(一) 家族治療聯盟相關研究

本研究發現家族治療師個人議題與過去經驗對治療聯盟的建立與維持之影響，但未深入的詳細在家族治療師面對各個議題對治療聯盟的影響的歷程與轉變。例如：家族治療師與權威成員間的抗衡或性別差異時，彼此間治療聯盟的糾結與拉扯情形為何。此主題值得深入探討。此外，文化脈絡對於治療聯盟困境，治療師須足夠的社會文化知能與理解文化，這同時牽涉到他們個人議題與生命經驗，此外，若未經過深入訪談先理解治療師對於社會文化的敏感性，難以探討在家族治療實務中對文化的覺察如何的影響家族治療聯盟。因此，建議未來可以深入對文化的影響更擴大的研究。本研究受訪之家族治療師的治療實務中，僅限於家庭系統與家族治療師之間，而未與其他專業人員協同諮詢，僅以治療外的合作關係。因此，治療聯盟的範圍究竟限於家族治療當中，或者亦包含家族治療以外之系統工作，是值得進一步探究的主題

(二) 研究參與者的特質

本研究最後分析的資料多為女性研究參與者，建議未來研究者可針對男性的研究對象，進行家族治療聯盟的研究。此外，本研究參與者的工作經驗年資差異大，有四年與十九年工作年資的差距，建議未來研究者能在年資差異上面對家族治療聯盟的面向研究，尤其在年資多與少認為的困擾內容有和不同。在不同的領域擔任家族治療師所面對的情境及合作系統等皆有差別，建議未來的研究可以針對同領域的工作場域進行深入探討，以了解該領域在建立治療聯盟的內涵，進而幫助實務上的實踐。不同取向家族治療師在治療關係上亦有不同見解與差異，及針對同治療取向的觀點為何，此亦是可進一步研究之主題，以便能更全面性的了解家族治療師形成治療聯盟的經驗。

本研究係以家族治療師為主，研究者發現若未經過深入訪談，許多的觀點與感受實在難以被接觸與瞭解。有時家庭成員的需求可能未被理解而無法有效的達到溝通各自的觀點及需求。因此，議未來可以透過個案研究的方法，同時訪談家族治療師與家

庭等人，藉此瞭解他們如何理解彼此的立場與需求，以及彼此互動、經驗詮釋的歷程。

(三) 研究者能力需求

研究者在進行訪問、分析過程中，發現研究能力受限於家族實務經驗的影響。建議未來擬研究家族治療聯盟者，宜具實務經驗並接受過相關的家族治療訓練。例如：研究者為家族治療師，須對相關家族治療取向有相關的認識，以提高分析專業與可信度。

二、實務方面

(一) 對家族治療師的建議

從研究結果發現家族治療聯盟與家族治療師本身有很重要的關係，治療師自身的成長經驗、議題與文化會影響與家庭工作的聯盟。在生命經驗裡，包含了許多社會文化的價值觀與信念深深影響著家族治療師的專業。因此，對於自己的生命故事需要抽絲剝繭的釐清與反思對自身的影響力，助於實務上的應用。增進社會知能，並以宏觀的眼觀與個案系統工作。除了規律性的與督導和同儕幫助，也能適時的與其他專業系統合作或是執行協同諮商，讓自己面對個案系統的焦慮能減低與增進對個案系統多面向的理解等。

(二) 對家族治療專業訓練的建議

執行家族治療需與多元成員建立聯盟是件挑戰的事情，在專業訓練上可以納入學習的體制內，如：邀請成員進入家庭治療方式、模擬面對不同性質成員的互動情形等。此外，增加對文化敏感度以及文化帶給家族治療的限制。在家族治療師能深入探索自我，如：當身為女性家族治療師面對男性權威性的成員，互有拉扯時，反思原因的影響治療關係，跟自己的生命經驗是否有關。

透過理解文化反思並結合自身經驗與專業而成為助力，進而協助與個案系統的關係。治療師也應避免用主流的觀點，應創建安心與安全的治療環境，使成員能開放的討論與表態，甚至解構成員的刻板觀點，以避免他們遭受重複的惡性關係的循環。在訓練課程裡需將文化與邀請議題納入探討。

(三) 對家族治療體制的建議

家族治療機構需更完整的機構化的體系，擴展與連結其他的專業領域，讓家族治療師能發揮所長，如醫療體系與家族治療的結合等。在完整的機構化體制下，更能建構出專業與資訊上的流通，如學校-醫院-心理治療，促進更完整的配套幫助個案系統。

(四) 對社會大眾的推廣教育

家族治療的能見度依然低，也難以被家庭接受與理解，一般大眾對於家族治療的資訊還未清楚了解家族治療的助益，需透過推廣家族治療而使家庭接納此治療。





參考文獻

- 王大維（2010）。與男性在關係中－男性氣概理論對伴侶與家族治療之啟示。**輔導季刊**，**46**（1），32-43。
- 宋鴻燕（2000）。新世代父母教養觀。**應用心理學**，**7**，30-34。
- 胡幼慧（1996）。轉型中的質性研究：演變、批判和女性主義研究觀點。載於胡幼慧（主編），**質性研究：理論、方法及本土女性研究實例**（7-26頁）。台北：巨流。
- 胡幼慧、姚美華（1996）。一些質性方法上的思考。載於胡幼慧（主編），**質性研究：理論、方法及本土女性研究實例**（141-158頁）。台北：巨流。
- 胡幼慧（1996）。質性研究的分析與寫成。載於胡幼慧（主編），**質性研究：理論、方法及本土女性研究實例**（頁159-170）。台北：巨流。
- 洪莉竹、陳秉華(2005)。台灣諮商人員對西方諮商與華人文化信念衝突的轉化經驗。**教育心理學報**，**37**（1），79-98。
- 徐振國（2012）。內容及文本內容分析。載於瞿海源、畢恆達、劉長萱、楊國樞（主編），**社會及行為科學研究法（二）：質行研究法**。臺北市：臺灣東華。
- 徐靜（1996）。中國人的家庭與家族治療策略。載於曾文星（主編），**華人的心理與治療**（489-521頁）。臺北市：桂冠。
- 袁聖琇、陳慶福（2011）。當事人的諮商期望、對諮商初期諮商師可信度與工作同盟之關係研究。**中華輔導與諮商學報**，**30**，1-23。
- 陳秉華、游淑瑜（2001）。台灣的家庭文化與家庭治療。**亞洲輔導學報**，**8**（2），153-174。
- 唐宜楨、吳慧菁（2008）。精神疾患污名化與去污名化之初探。**身心障礙研究季刊**，**6**（3），2008
- 張娟鳳（2001）。短期諮商的效能因素與工作同盟之研究。**教育心理學報**，**32**（2），71-102。
- 游美惠（2000）。內容分析、文本分析與論述分析在社會研究的運用。**調查研究**，**8**，5-42。
- 游淑瑜（2002）。家族治療本土化的思考觀點—從西方、台灣家族治療的歷史發展談起。**諮商與輔導**，**201**，28-31。

- 游淑瑜（2003）。華人家庭孩子問題產生觀點與治療介入觀點—與結構家庭治療的對話。（博士論文）。取自臺灣博碩士論文系統。
- 黃麗莉（1996）。中國人的和諧觀/衝突觀：和諧化辯證觀之研究取徑。本土心理學研究，5，47-70。
- 賈紅鶯、陳秉華、楊連謙（2003）。一個結構－策略家族治療改變歷程與文化意涵。中華心理衛生學刊，16（1），71-124。
- 董俊良（2004）。最難治癒的精神疾病-污名化。慈濟醫療人文月刊，2。
<http://app.tzuchi.com.tw/file/tcmed/200402/17.pdf>
- 楊國樞（1992）。中國人的社會取向：社會互動的觀點。載於楊國樞、余安邦（主編），中國人的心理與行為－理論方法篇。臺北市：桂冠。
- 楊國樞（2018）。華人心理的本土化研究。臺北市：臺大出版中心。
- 趙文滔（2006）。台灣婚姻與家族治療實務之發展：十一個案例的比較分析。本土心理學研究，26，73-103。
- 趙文滔、許皓宜（2012）。關係的評估與修復。臺北市：張老師文化。
- 趙文滔、徐君楓、張綺瑄、徐蕾、謝宜芳、李玉如、呂伯杰（2016）。在關係中認愛流動。臺北市：張老師文化。
- 劉同雪（2008）。如何運用「治療同盟破裂化解模式」：個案報告。中華心理衛生學刊，21（3），291-310。
- Anderson, H.(2008). *Coversation, Language, and Possibilities: A postmordom Approach to Therapy*.合作取向治療（周和君譯）。臺北市：張老師文化。（原著出版於1997）
- Anderson, A. R., Johnson, L. N. (2010) A dyadic analysis of the between-and within-system alliance on distress. *Family Process*, 49(2). doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01319.x
- Bachler, E., Frühmann, A., Bachler, H., Aas. B., Strunk, G., Nickel, M. (2016). Differential effects of the working alliance in family therapeutic home-based treatment of multi-problem families. *Journal of Family Therapy*, 38, 120-148. doi:10.1111/1467-6427.12063
- Beck, M. (2004). *Three perspectives on the therapeutic alliance in family therapy: A qualitative-quantitative study* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation and theses database. (UMI No.3181803)
- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients'

- experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355–368. doi:10.1111/j.17520606.2006.tb01612.x
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16(3), 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Bowen, M. (1985). *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Cheng, C. K. (1944) Familism: The foundation of Chinese social organization. *Socoal Forces*, 23, 50-52.
- Cheung, P. K. H. , Pau, G. Y. K.(2013) Congruence and the Therapist Use of Self. In M. Baldwin (Eds.), *The Use of Self in Therapy* (3nd ed., pp. 166-185). New York, NY: Routledge.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A (2000). The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents. *Journal of counseling psychology*. 56(8),1037-1050. doi:10.1002/1097-4679(200008)56:8<1037::AID-JCLP4>3.0.CO;2-4
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perception and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x
- Fife, S. T., Whiting, J. B., Bradford, K., & Davis, S. (2014). The therapeutic pyramid: A common factors synthesis of techniques, alliance, and way of being. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(1), 20–33. doi:10.1111/jmft.12041
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, N., Lehman, P., McKee, M. & Cutting, M. (2005). System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) training manualrevised. Retrieved September 12, 2009, from
file:///Users/yiling/Desktop/System_for_Observing_Family_Therapy_Alliances_SOFT.pdf
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for observing family therapy alliance: A tool for research and practice. *Journal of counseling psychology*,53(2), 214-224. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33. doi:10.1037/a0022060
- Friedlander, M. L., Lambert, J. L., & Cristina M. (2008). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy. *Journal of counseling psychology*, 55(1), 118-124. doi: 10.1037/0022-0167.55.1.118

- Friedlander, M. L., Lee, H. H., Shaffer, K. S., & Cabrera, P. (2014). Negotiating therapeutic alliances with a family at impasse. *Psychotherapy*, 51(1), 41-52.
doi :10.1037/a0032524
- Garfield, R. (2004) The therapeutic alliance in couples therapy: clinical considerations. *Family Process*, 43(4), 457-465. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00034.x
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27(2), 143-153. doi:10.1037/0033-3204.27.2.143
- Glebova, T., Bartle-Haring, S., Gangamma, R., Knerr, M., Delaney, R. O., Meyer, K.,...
Grafsky, E (2011). Therapeutic alliance and progress in couple therapy: Multiple perspectives.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2013). *Family Therapy: An Overview* (8th ed.). Belmont, CA: Thomson Higher Education.
- Haley. J. (2003) *Strategic Family Therapy*. (蘇金蟬、趙祥和、陳恆霖、林淑芬、游淑華、陳信昭合譯)。策略取向家族治療。台北：五南。(原著出版於 1963)
- Halford, T. C., Owen, J., Duncan, B. L., Anker, M. G., & Sparks, J.A. (2014) Pre-therapy relationship adjustment, gender and the alliance in couple therapy. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 18-35. doi: 10.1111/1467-6427.12035
- Heatherington, L.,& Friedlander, M. L. (1990). Complementarity and symmetry in family therapy communication. *Journal of Counseling Psychology*,37(3), 261-268. DOI: 10.1037/0022-0167.37.3.261
- Hoffman. L (2010). 「相與」的藝術：一種新的優勢。載於 Anderson. H. & Gehart. D. *Collaborative therapy: relationship and conversations that make a difference*. 合作取向實務：造成改變的關係與對話（頁 79-96）（周和君、董小玲譯）。臺北市：張老師文化。（原著出版於 2007）
- Hwang, K, K.(1997). Guanxi and Mientze: Conflict resolution in Chinese society. *Intercultural Communication Studies*, 7(1), 17-42.
- Johnson, L. N., & Wright, D. W. (2002) Revisiting Bordin's Theory on the therapeutic alliance: Implications for family therapy. *Contemporary Family Therapy*, 24(2). doi:10.1023/A:1015395223978
- Johnson, L. N., Wright, D. W., & Ketring, A. S. (2002) The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(1), 93–102. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x

- Karam, E. A., Sprenkle, D. H., Davis, S. D. (2015). Targeting threats to the therapeutic alliance: A primer for marriage and family therapy training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 389–400. doi:10.1111/jmft. 12097
- Kaplan, D. M & Associates (2003). *Family counseling for all counselors*. Greensboro, NC: Caps Publications.
- Kindsvatter, A., & Lara, T. M. (2012) The facilitation and maintenance of the therapeutic alliance in family therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 235-242. doi:10.1007/s10879-012-9212-x
- Knerr, M., Bartle-Haring, S., McDowell, T., Adkins, K., Delaney, R. O., Gangamma, R., ... Meyer, K. (2011). The impact of initial factors on therapeutic alliance in individual and couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(2), 182–199. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00176.x
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425–442. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245–257. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00019.x
- Kohlenberg, B. S. (2013) Functional Analytic Psychotherapy and the Use of Self. In M. Baldwin (Eds.), *The Use of Self in Therapy* (3nd ed., pp.128-140). New York, NY: Routledge.
- Kottler, J. A., Parr, G. (2000). The Family Therapist's Own Family. *The Family Journal*, 8(2)143-148.doi.org/10/1177/1066480700082005
- Krippendorff, K.(2012). *Content analysis: an introduction to its methodology*.
內容分析：方法學入門曹永強譯（2014）。臺北市：五南。
- Lambert, J. E., Skinner, A. H., & Friedlander, M. L (2012) Problematic within-family alliances in conjoint family therapy: A close look at five cases. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(2), 417–428. doi: 10.1111/j.1752-0606.2010.00212.x
- Mahaffey, B. A., & Granello, P. F. (2007). Therapeutic alliance: A review of sampling strategies reported in marital and family therapy studies. *The Family Journal*, 15(3) 207-216.
- Mahaffey, B. A., & Lewis, M. S. (2008). Therapeutic alliance directions in marriage, couple,

- and family counseling. In G.R. Waiz, J. C. Bleuer,& R. K. Yep(Eds.), *Compelling counseling interventions: Celebrating VISTAS' fifth anniversary* (pp. 59-69). Ann Arbor, MI: Counseling Outfitters.
- McDonough, M. & Koch, P. (2010). 在私人實務中與親子合作：轉移與重疊談話。載於 Anderson. H. & Gehart. D. *Collaborative therapy: relationship and conversations that make a difference*. 合作取向實務：造成改變的關係與對話（頁 181-197）（周和君、董小玲譯）。臺北市：張老師文化。（原著出版於 2007）
- Nichols, M. P. (2011) *Family Therapy Concepts and Methods*. 家族治療（劉瓊瑛譯）臺北市：紅葉文化。（原著出版於：2010）
- Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Patalano, F. (1997). Developing the working alliance in marital therapy: A psychodynamic perspective. *Contemporary Family Therapy*, 19(4),497-505. doi: 10.1023/A:1026178920750
- Pederson, H. M. (2012). *Decreasing blame and building therapeutic alliance: Clarifying central change processes in functional family therapy* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation and theses database. (UMI No.3506337)
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173–195). New York: Wiley.
- Pinsof, W. B. (1994). An overview of integrative problem centered therapy: A synthesis of family and individual psychotherapies. *Journal of Family Therapy* 16,103-120. doi: 10.1111/j.1467-6427.1994.00781.x
- Pinsof, W. B., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137–151. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy: Therapy in practice. *Journal of clinical psychology*, 56(2), 211-224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H
- Relvas, A. P., Escudero, V., Sotero, L., Cunha, D., Portugal, A. & Vilaca, M.(2010). The system for observing family therapy alliance (SOFTA) and the preliminary Portuguese

- studies. Retrieved from <http://www.europeanfamilytherapy.eu/wp-content/uploads/2012/10/softa.pdf>
- Rober, P. (2011). The therapist's experiencing in family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 33, 233-255. doi:10.1111/j.1467-6427.2010.00502.x
- Rogers (1956). The Necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. doi:10.1037/h0045357
- Ryan, D., & Carr, A. (2001). A study of the differential effects of Tomm's questioning styles on therapeutic alliance. *Family Process*, 40 (1), 67-77. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4010100067.x
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30, 11-24.
- Satir, V. (1983). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books.
- Satir, V. (2013) The Therapist Story. In M. Baldwin (Eds.), *The Use of Self in Therapy* (3nd ed., pp.19-27). New York, NY: Routledge.
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2014). The therapeutic alliance with involuntary clients: how does it work? *Journal of Family Therapy*. doi: 10.1111/1467-6427.12046
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., Lebow, J. L. (2014). *Common factors in couple and family therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Teng, A. H. (2013) *Therapeutic alliance in therapist-client dyad with couple therapy* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation and theses database. (UMI No.3577915)
- Tomcik, N. D. (2005). *Characteristics of the therapeutic alliance in couple therapy: perspectives from the field* (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Dissertation and theses database. (UMI No.3205800)
- Walter, U. M., & Petr, C. (2006). Therapeutic alliance with children and families. A review of the national literature *Best practices in children's mental health* State of Kansas: University of Kansa: School of social welfare.
- Watkins, H. (2014). *Therapeutic alliance in couple and family therapy: Therapist experiences and perspectives on multidirected partiality* (Master's thesis). Retrieved from <http://hdl.handle.net/10214/8356>
- Werner-Wilson, R. J. (1997). Is therapeutic alliance influenced by gender in marriage and family therapy? *Journal of Feminist Family Therapy*, 9, 3–16.
- Werner-Wilson, R. J., Michaels, M. L., Thomas, S. G., & Thiesen, A. M (2003). Influence of

therapist behaviors on therapeutic alliance. *Contemporary Family Therapy*, 25(4).

doi:10.1023/A:1027356602191

Yoo, H., Bartle-Haring, S., & Gangamma, R. (2014). Predicting premature termination with alliance at sessions 1 and 3: An exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 38(1), 5-17. doi: 10.1111/1467-6427.12031

Yusof, Y., & Carpenter, J. (2015). Family therapists' adult attachment style and the therapeutic alliance. *Journal of Family Therapy*, 37, 119-133. doi:10.1111/1467-6427.12079



附錄

附錄一 研究參與者邀請函

邀請函

治療師/諮商師您好：

我是國立東華大學諮商與臨床研究所二年級的研究生，正在接受賈紅鶯副教授的指導進行個人的碩士論文研究。研究題目為「家族治療聯盟的因素探討：家族治療師觀點」，本研究之目的是希望能夠透過您擔任家族治療師的實務經驗，瞭解在家族治療歷程中，家族治療師考量與評估的家族治療聯盟與其意義與相關因素。期望提供其它家族治療師作為實務之參考，並讓更多的專業人員能對家族治療師的角色與家庭成員建立治療聯盟更具體的理解，因您擁有豐富的治療經驗，故希望您能提供治療實務經驗，協助本研究的進行。若參與此研究的訪談將會給予你訪談費用。

◆ 邀請對象：

- (一) 符合諮商心理師資格者
- (二) 接受過家族治療的訓練，並在實務工作中執行家族治療的經驗三年以上。

◆ 如您有意願參與此研究，請您留下聯絡方式，之後會與您另約時間進行訪談



感謝您參與本研究

國立東華大學諮商與臨床心理學系

指導教授：賈紅鶯博士

研究生：黃伊伶敬上

Email: 610483022@gms.ndhu.edu.tw

附錄二 訪談大綱

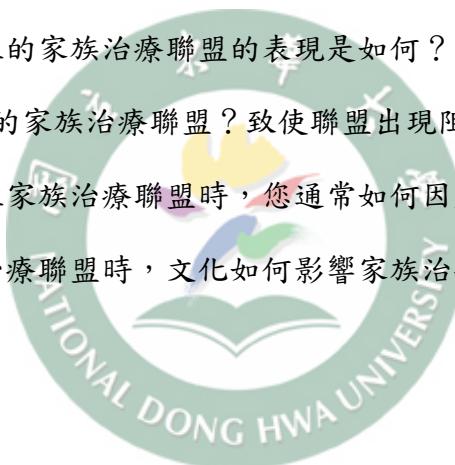
「家族治療的治療聯盟」訪談大綱

一、受訪者基本資料：

- (1) 請簡述您的家族治療訓練背景，如何開始接觸家族治療、受訓練的過程、家族治療的工作年資等。
- (2) 您的家族治療理論取向是什麼？或是您習慣運用哪一個家族治療理論在實務工作上？

二、家族治療聯盟

- (1) 您認為家族治療聯盟的定義是甚麼？為什麼？
- (2) 您認為有效性的家族治療聯盟的表現是如何？為什麼？您認為什麼樣的情況屬於有效性的家族治療聯盟？這種有效性如何形成
- (3) 您認為阻礙性的家族治療聯盟的表現是如何？為什麼？您認為什麼樣的情況屬於阻礙性的家族治療聯盟？致使聯盟出現阻礙的原因是什麼？
- (4) 在遭遇阻礙性家族治療聯盟時，您通常如何因應？
- (5) 在形成家族治療聯盟時，文化如何影響家族治療聯盟的建立？



附錄三 訪談同意書

訪談同意書

治療師/諮詢師您好：

我是國立東華大學諮商與臨床研究所二年級的研究生，目前在賈紅鶯副教授的指導下進行碩士論文研究。論文題目為「家族治療聯盟因素探討：家族治療師觀點」，本研究希望透過您擔任家族治療師所積累的豐厚實務經驗，瞭解在家族治療歷程，家族治療師考量與評估家族治療聯盟成效及其意義，並了解相關的影響因素。研究成果期望提供其它家族治療師作為實務參考，並讓專業人員能更理解家族治療師的角色，並對於如何與家庭成員建立有效的治療聯盟有更具體的理解。因您擁有豐富的治療經驗，因此懇請您撥冗提供治療的實務經驗，協助進行前導研究，使本研究能針對問題調整。為感謝您的付出，本研究將敬付薄酬，以茲感謝。懇請撥冗回覆，不勝感謝。

本研究訪談時間預計 1小時至2小時，若後續分析過程需要增加資料的豐富性，再與您聯繫第2次訪談。為了便於資料的整理與分析，將於訪談過程中全程錄音。訪談錄音的內容僅供研究資料分析用，全部資料以保密處理，若未經您的許可，決不透露。訪談期間若您有感到不妥時，有選擇退出、自我斟酌回答深淺與拒絕作答的權利，亦可隨時要求終止錄音。

基於保護受訪者的立場，在研究過程中，如有出現您的姓名或您所提及的個案與其家庭成員名字牽涉隱私權一律匿名處理，以代號取代之。有關研究的任何問題，也歡迎您隨時提供意見，並誠摯地邀請您參與本研究。

國立東華大學諮商與臨床研究所 研究生黃伊伶 敬上

受訪同意書

在經過研究者介紹後，本人同意參與此研究，並瞭解

1. 本人所提供的資料，研究者會絕對保密。
2. 在研究的過程中，若對研究有問題可隨時提出疑問或退出研究。

受訪者簽名_____ 日期_____