

婚姻與家庭治療的實境督導

董秀珠（台北市立聯合醫院社工師）

楊連謙（台北市立聯合醫院主治醫師）

陳抱寰（台北市立聯合醫院住院醫師）

劉貞柏（台北市立聯合醫院住院醫師）

壹、前言

實境督導(live supervision)是婚姻／家庭治療(marital and family therapy)結合治療與訓練的一種督導形式，它的特點是利用單向鏡(one way mirror)及錄音、錄影設備，督導者在單向鏡後的房間裡利用電話叩應(call in)等方式直接介入治療。雖然這樣的形式在美國施行已逾半世紀，但是因為我們用「督導」為關鍵字來查詢國家圖書館的中文期刊目錄，並未見對此督導形式的介紹與討論，而我們團隊採用這樣的督導方式已逾十年，認為它是很好的訓練及學習方式，因此野人獻曝特為此文介紹。在本文中我們將先剖析一般督導（指的是未用單向鏡，在治療後與督導者會談的督導形式）的現象、討論實境督導的特點並呈現我們團隊施行實境督導的經驗，最後提出改善我們團隊督導工作的建議。

貳、家庭／婚姻治療使用單向鏡的歷史

單向鏡最早使用於兒童輔導中心，1950年代就被家庭治療界所採用(Sauber, L' Abate, Weeks, & Buchanan, 1993; Berger & Dammann, 1982)。一般而言，結構、

策略、短期治療取向，以及米蘭團隊較常用這樣「兩間房」和單向鏡的設備。幾十年下來陸續出現過許多利用單向鏡及團隊來治療和訓練的創新作法，例如，Papp(1983)將治療師與單向鏡後的團隊的角色加以分化，通常是治療師唱白臉與個案（以下用「個案」來統稱尋求治療的個人、夫妻或家庭）願意改變的部分合作，幫助個案改變，而團隊則唱黑臉提出「改變必須付出代價，最好不要改變」的意見，如此形成治療性雙重束縛(therapeutic double bind)（楊連謙、董秀珠，1997），不論個案是順著治療師的話作改變，或順著團隊的警告而不改變，改變都已然發生了。Papp用這樣團隊－治療師角色分化的方式來對治家庭治療中常遭遇的「個案要求改變，但又不改變」的兩難困境；再如，回映團隊(reflecting team)(Lowe & Guy, 1996; Presy, Darden, & Keller, 1990; Roberts et al., 1989)的做法是讓個案觀察治療師與團隊的討論或讓團隊給個案回饋(feedback)。

婚姻／家庭治療實境督導跟一般督導最大的不同在於治療與督導同時進行。以下先探討一般督導的現象，再討論實境督導的特點。

參、一般督導現象的剖析

督導現象中主要的角色有三，即個案、學習治療師（以下簡稱治療師）和督導者。因為一般督導是在治療後進行的，所以在討論督導現象時，常會分為督導（督導者與治療師）及治療（治療師與個案）等兩組關係來討論。一般而言，督導和治療兩者都是由參與者之間以言語為主的互動所共同建構而成。治療主要是個案述說與回答，而治療師聆聽、詢問與回應，而在督導中治療師的角色與治療中的個案相仿。

督導及治療這兩組關係在助人的本質以及權力階層的結構上是類似的，督導者和治療師分別是督導及治療關係中權階較高的一方。在此助人為本質的兩組關係中上下相互對待所引發的情緒反應有其相當雷同之處，這應是平行歷程(parallel process)（謝珮玲，2005；White & Russell, 1997）發生的原因之一。這兩組關係的另一共同點是有目的性，即兩者都需經一歷程去達成目標，但由於關係事件的多層次與多面向的特性，參與者常會各據立場、解讀與表述，此時上位者必須去主導、與下位者共同去達成關係目標，而下位者也就在上位者的主導介入中學習與成長。

前面舉出了督導與治療這兩組關係的共構特質、權階結構、助人本質，以及經過關係歷程獲致成長的目標等共通性。仔細來看，在督導中是以治療師為主角向督導者述說其治療經驗，同時督導者乃透過治療師的述說來了解他、治療本身以及個案；治療師在述說時可能陷入與個案的糾結（如認同、投射性認

同(projective identification)或反移情等)、產生私人（與個案無關）的情緒、或是對督導者的移情或投射，當然也可能治療師僅是單純地報告或討論治療，督導者要依據自己的所聽、所見及所感來決定要如何回應他，以達成督導目標。另外，在此相互間聽說問答之際，雙方都會經歷己內(intra-psychic)及人際(interpersonal)的反思（蘇以青，2004）與回應的歷程；治療師較是反思自己與個案的對話與互動內容，而督導者則因其位置不同（督導者外於治療關係，而治療師則是在治療關係裡），以及有較豐富的治療經驗，所以比較能夠神入(empathy)治療關係的整體和反思他個人在這督導關係中的經驗，而能幫助治療師看到治療中實際發生的諸多面向和層次；督導者的工作在於增強治療師的覺察與反思的能力。

實務界經常注意到「治療的困境複製地出現在督導關係中」的現象。這在個別心理治療界稱為平行歷程（謝珮玲，2005；White & Russell, 1997），並以同理、認同和移情等機轉來解釋，而婚姻／家庭治療的文獻(McDanil, Weber, & McKeever, 1983; Liddle & Saba, 1983; White & Russell, 1997)則稱為同形異構(isomorphism)。同形異構是指兩者有不同的內容類別，但有相同形式的現象，像治療中的困境和複製地出現在督導關係中的困境就是同形異構的例子之一。學者們認為透過督導者處理此發生在督導中的「治療困境複製」，將有助於治療師解決其治療困境，而這樣的觀點儼然成為督導工作的理論基礎。但是隨著對督導現象的討論日多，發現了更多督

導和治療關係的差異處，例如，除了治療之外，督導者有責任帶領治療師熟悉專業社群乃至法律及倫理等；也就是說，督導者要教的遠多於透過處理「治療困境複製」所能學到的。因此，除了治療與督導關係相似的面向之外，也要看到兩者的差異之處。

綜合上述，督導涉及對治療較有經驗及較缺乏經驗的雙方，前者提供後者成為負責任、有效能的治療師應有的知識、技術、態度和能力；這提供的過程乃由雙方互動共構而成，雖然參與的雙方都對督導關係有貢獻，但督導者負有較大的責任，而治療師乃經由督導者的主導介入，透過對於個案、自身及「治療困境複製」的反思與探索而得到學習與成長。

肆、實境督導的特點

實境督導必要的設備包括：1.雙房間（治療室及觀察室）；2.單向鏡及視聽設備，藉此能看到及聽到治療的進行；3.對講機或電話，督導者能透過它傳入介入(intervention)的指令，以此來參與治療。經由如此的硬體設備安排，督導與治療關係起了革命性的變化，所產生的特點如下：

一、督導者看到治療實況

督導者看到治療師和個案在治療中的表現是實境督導最大的特色。沒有看到治療實況的督導，督導者僅能依據治療師的口述來了解個案及治療情況來進行督導。督導者很難澄清某關鍵現象主要是治療師、個案，或是其他因素造成的。如果督導者能夠目睹個案和治療師

的互動，將能做出較為貼近真實的判斷。支持進行實境督導的另一個理由是，督導者看到治療實況能減少訊息的失真，因為訊息每多經過一個人的接收和發送，就無可避免地增加失真（這失真包括減損、扭曲和增添等）的機會。想想在一般督導中治療師能多準確地描述某一事件的來龍去脈，以及個案和治療師本身的狀態？若再加上督導者在接收、理解和表達上的訊息失真，督導者和治療師之間的認知差距將大到讓人擔心。然而，這個困境自有心理治療以來就已存在，理論界發展出「心理的真實」、認同及投射性認同等做為督導的基本理論，認為治療師所感受到的就是他所認定的真實，而他也依此真實而行動，因此督導者可以不用看到治療實況、僅僅透過與治療師談就能進行督導。這會涉及「個案成敗是誰的責任」這一根本議題的論辯，在一般的督導中，督導者視被督導者為「成熟的治療師」，督導者較是對治療師負責而較非對個案，而實境督導的督導者則視被督導者為「尚未成熟的治療師」，因此督導者同時對治療師及個案負責，也因此實境督導者有時會進入治療室。

二、督導者即時干預治療

為了減少督導者沒有看到治療實況的壞處，有些督導者會藉由治療錄影（音）來看到治療實況，與實境督導不同的是，這樣的督導者只能提供下次治療的建議，而錯失了在當刻就進行介入的即時性。實境督導中督導者可在治療進行中就干預治療，例如，他可叩應或是親自進入治療室。這麼做最大的好處

是「不必等到傷害已造成才去加以修補。有更有經驗的人在旁觀看治療並指導，應可盡量避免錯誤與缺憾」(Montalvo, 1973)。

三、雙房間安排的效果

曾有許多學者談過這樣治療室及團隊室雙房間（包括對講機及單向鏡或電視機）的安排。Berger和Dammann(1982)認為在這樣設備的安排下，督導者和治療師像是兩個不同距離的攝影機，讓我們有機會用遠與近等兩種距離來聽、看及思考治療歷程。類似地，Hoffman(1981)寫道：「一個人有兩個位子可坐，一個坐定，而另一個就坐到評論他或觀察其歷程的位置上」，如此「用不同的方式看，讓我們有可能用不同的方式思考」、形成新的看問題的方式。姑且不論是否真能如Hoffman所言產生新的思維方式，我們將雙房間安排的效果整理如下：

1.標示著治療是開放系統：治療師和個案在治療室中進行治療，有人觀看，且必要時會傳入督導者的訊息，這標示著治療是開放系統。個案除了會意識到社會的觀感（旁人會怎麼看他們），而修正自己之外，也可能與督導者／團隊及治療師形成更複雜的關係，例如，個案知道治療師是比較嫩的、督導者是比較權威的，因而產生差別待遇。治療師必須克服這差別待遇、贏得治療的主導權，治療才可能成功，而督導者也必須敏感於這三角關係，能夠造成三贏才是成功的治療。

2.治療師和督導者從不同的距離看個案：單向鏡隔開治療師和督導者，形

成一前一後、以對講機聯繫的分工合作架勢，在前面的治療師負責去探查、了解、感受個案，並形成助其改變的同盟，而在後面的督導者則負責去看到問題的更多層次與面向，來協助治療師與個案達成治療目標。

3.督導者、團隊、治療師與個案形成具體而微的社會系統：團隊成員的多樣性豐富了對於個案及其問題的觀點以及介入的角度。

4.單向鏡是界限的隱喻：建構在治療室與觀察室的單向鏡區隔、但未完全隔開兩個房間，它劃出督導者與治療師之間的界限，治療師在治療室中要當家作主，但又要聽命於督導者，因此它也是治療師主體性的隱喻（人在關係中是相依存在的；主體性是存在於關係中的）。更擴大來看，因為要成為婚姻／家庭治療師的一個很重要的課題是要學會觀察包括自身在內的治療系統，而這課題有幾部分，(1)要觀察治療師自身的（內隱的）思緒、感受及（外顯的）行為；(2)要區辨主觀的觀感及客觀的實在；(3)要學會視個案為另一個主體（而非物），在互為主體性中形成更有意義的互動；(4)要學會反思身處脈絡中的自身，要做這些課題的一個很重要的動作是「跨界」，練習在好幾個界限之間穿梭來回，如內隱外顯、主觀客觀、人我互為主體，以及從外在反思自身。所以，單向鏡是界限的隱喻，提醒著治療師和督導者常要「跨界」；在界限的介面間工作。因此治療師在治療遭遇困境時的基本動作就是「神遊」到單向鏡後看看自己和個案間到底發生了什麼事，而這「神遊」就是「跨界」的動作；治

療師同時是觀察者也是被觀察的對象。因此，單向鏡界限的隱喻包含了相當豐富的意涵，如治療師的主體性與治療的跨界動作，也正因此我們認為完整的婚姻／家庭治療訓練應最少要經歷觀察員、治療師及督導者等三種角色，冀能學會從不同的系統位置來看問題。

綜合上述，我們可看到實境督導在時間、空間及進行方式與一般督導的不同。簡言之，實境督導將督導與治療的時間重疊，在空間上則加裝區隔督導者與治療師／個案的單向鏡，如此督導、訓練與治療同時發生。

伍、我們團隊施行實境督導的經驗

我們在民國84年4月19日成立家庭治療特別門診（楊連謙，1998）時，大伙兒抱著相互學習、同儕督導的心情組成團隊。那時我跟一般的臨床模式督導（White & Russell, 1995）一樣，並未經過特別的督導訓練也未具備督導的相關知識，就自然而然地就當了督導者。一開始我是以結構及策略取向（楊連謙、董秀珠，1997）為本，但當時它並未完全成為我們自己的東西，這從我們的討論中常會用哪本書上或Minuchin、Jay Haley怎麼說來當開場白可見一斑；那時我們努力於吸收、消化與實踐外來理論，同時也累積自己的實務經驗。幾年下來因為：1.我們已累積了較多的治療與督導經驗，也已形成了我們在地治療理念（楊連謙、董秀珠，2008；楊連謙，2000；2002）；2.對治療成效的要求；3.許多伙伴已經歷多位個案的洗禮、能夠勝任治療師的工作，應該可更

進一步嘗試督導者的工作，以及；4.我們團隊已正式成立教學訓練制度等因素，我們團隊將更有意識地執行督導訓練工作，並累積及整理督導經驗，期能更有效地培訓新進。

一、我們督導的定位

在討論我們的督導時，先把它描述清楚是必要的，因為督導的目的、形式、內容、理念等是環環相扣的；每個機構都會發展出它獨特的督導方式與文化。我們同意Bernard(1979)「養成稱職的治療師是督導最主要的目標」的看法，但要做到這，會需要哪些特定的工作內容則眾說紛紜，在此援引Morgan與Sprenkle(2007)所提出的三個軸向來描述我們督導的傾向：1.強調(emphasis)軸的兩端是臨床的(clinical)和專業的能力(professional competence)，前者較關切個案的治療，如介入技術等，而後者則較關切治療師本身的專業成長；2.特定(specificity)軸的兩端是特指的(idiosyncratic/particular)和廣泛的(nomothetic/general)，此軸指的是督導偏向於僅關注治療師與個案這治療層面，還是會關注到更廣泛的諸如專業社群、倫理等層面；3.關係(relationship)軸的兩端是指導的(directive)和合作的(collaborative)，此軸指的是督導者與被督導者間的權階落差，一端是落差大的指導性的，一端是落差小的平權、合作的。基本上，我們認為督導者負有個案治療成敗的責任，而治療師乃在督導下學習；我們督導最主要的任務是，在顧及個案的治療成敗的考量下，教會治療師做治療，督導者較是聚焦於調整治療

師當下的治療行動以增強其專業能力，而較少會去觸及治療師的原生家庭及個人的私密經驗，除非那些內容對當下的治療造成非常不利的影響。所以，若用Morgan和Sprenkle的三軸向來看，我們的督導在一開始是強調臨床能力、關注治療層面和較為指導性的，但後來會變得較偏重專業能力、關注到更廣泛的層面，以及在督導關係上是更平權與合作的。

二、督導的實施

來我們團隊的學員包括見習生及受訓治療師兩種身份。督導者的工作包括：1.治療前討論：督導者在治療前和治療師短暫討論當次治療的主要方向；2.治療中督導：在治療進行中利用對講機叩應或督導者進入治療室等方式介入治療；3.治療後回應：會談結束後督導者與治療師及個案會面做短暫的回饋；4.治療後討論：對於每位個案，督導者帶領討論約半小時；5.兩次治療之間的督導，包括：(1)治療師交治療記錄，描述治療過程和自己的介入意圖與結果，督導者要批改與回應；(2)參與團隊提供的課程及閱讀督導者建議的讀物；(3)治療師可用電子郵件向督導者提問，督導者要回應。接下來討論叩應及治療後回應，因為這兩者是實境督導與一般督導最顯著的不同之處。

三、叩應

初學者常會忽略系統觀而太順應家庭，隨著治療經驗的增加，治療師就能超越內容及治療技術的層次，而能學會從個案、治療師及督導者等三個位置來

觀察治療。叩應在治療師的學習歷程中扮演很重要的角色，因為藉由它：1.督導者提供介入處遇的策略與技術，治療師從此對彼此的差異中擴展自己的經驗；2.督導者直接處理其與治療師間的關係。

當叩應的嗶聲響起，治療師要馬上起來接對講機，因為叩應的用意之一就是打斷治療的進行。這時立即受到干擾的是治療師的思緒及自主性；治療師必須先擱置自己的思緒才能聽進，並在回座時將叩應的訊息有效地傳達出來。對於叩應，治療師因人及因督導歷程而會有不同的反應；有人會覺得叩應是干擾而生氣，有人會感到「糟了，是不是自己做得不好」，也有人會等待叩應的救援。治療師必須有督導者必定是經過相當的思考或有相當理由才會叩應的基本信任與理解。另外，也要了解叩應次數的多寡與治療師的表現好壞並無必然關係。

觀看治療時，督導者的主要工作是：1.看出個案要的是什麼？以及治療師與個案是如何糾纏的？並構思解決之道。2.參酌治療師的方向及當下的治療內容，伺機進行介入、增強治療效果（例如，「在這個案的成功經驗上多停留討論」或「問他其他人對這成功經驗的反應」）、推進治療進程（例如，建議從親子轉向夫妻治療，或是已達到甲目標，繼續向乙目標邁進等）或引導治療走向（督導者把所形成的「治療圖像」藉由叩應傳達，讓治療師及個案都更了解及同意；例如，「兒子的困難是在他想要往獨立自主的方向走時受挫了，就回家發脾氣，因為他覺得父母無法安慰他，因此加強他的表達情緒的能

力是最主要的工作，那麼父母要怎麼幫忙他學會表達情緒呢？」如此，督導者界定了未來的工作方向與介入策略）。3.在促成個案改變的同時，也要保護他們，如此可避免改變過激。因此，督導者要做的不僅是製造有意義的打斷而已，他還要將許多分立的事件編織在一起，以促成新的互動順序，並對治療師及個案造成有意義的衝擊。要做到這些，督導者必須考慮個案、治療師、治療本身（個案加治療師）、訓練系統（團隊中的見習生及其他督導級成員）等諸多面向(Liddle & Schwartz, 1983)，更要覺察這些面向對他（督導者）自身的影響。

督導者整合這些面向的訊息要按鈴叩應之際，要考慮：1.**When**：督導者要評估叩應的急迫性、必要性以及做與不做的後果。一般而言，身體安全以及事關治療成敗、存續的情況要優先介入；2.**Who**和**What**：要對誰（要針對案家的哪個成員或治療師）？針對什麼（個人的習性、姿態、說話方式、互動行為、治療關係等）？要傳入什麼訊息？對於這麼多的可能介入方式，督導者要整合之或形成優先順序；3.**How**：要怎麼講、要用什麼形式介入（要不要叫治療師出來？自己走入治療室？）、要用什麼姿態和聲調叩應等。

四、治療後回應

治療後回應是在會談結束後，督導者與治療師和個案短暫會面並給予回饋。這樣的做法，據我所知，是其他文獻所未提及的。

我們的治療後回應是自然而然形成的，有以下原因：1.有些個案會需要開立藥物處方，因為治療師可能不是精神科醫師，個案會需要跟我談精神病症狀並開立藥物；2.所有個案都是經過我的安排才進入治療的，個案也都知道我在觀察室，治療結束後打打招呼、打打氣才合乎人情；3.有的個案在做婚姻／家庭治療前就是我們門診或病房的個案，婚姻／家庭治療結束後也會在一般門診追蹤治療。

治療後回應除了是督導者與個案間的直接互動之外，也讓治療師有機會觀察督導者的介入。因為時間短（一般不超過十分鐘），通常督導者扮演的是站在高位、全知、客觀的角色對治療作出評論及對成員回饋，絕大部分是肯定與鼓勵成員的表現及治療進展；有時會置入或引發新的觀點，幫助治療繼續向前；有時會去澄清個案的訊息或補強治療師在治療中不夠完善之處；有時則會交待作業或施行悖論(paradoxical)介入。

在治療後回應中督導者常要同時賦權(empower)治療師及個案，最少要避免矮化治療師以及傷及個案對於治療師的信任，所以督導者必須留意治療師以及個案對於其介入的反應。在治療的末期，督導者要漸漸引退，讓治療師自己做治療後回應（這可訓練其反思治療系統的能力），甚至讓個案自己做回應（例如，問他們對治療進展的看法，或是最想要告訴治療師或團隊的一句話等等）。治療後回應相當考驗督導關係中彼此處理差異以及權力競爭等議題的能力。

五、影響督導品質的因素

我認為好的督導關係是教的人可以「傾囊相授」，而學的人會「虛心受教」，雙方能夠夠快地（不致於因督導關係的不順暢而影響到個案的治療進展）完成學習。十幾年來我在特別門診督導了30名治療師進行89位個案，其中本院專業同仁有21人進行了74位個案，非本院治療師9人進行了15位個案，另外也在病房每半年督導兩位住院醫師，每週有一個下午進行家庭治療。以下分別簡單描述各種督導組成的經驗及造成督導關係不良的因素，這些經驗對於我們形成教學訓練制度非常有幫助。

(一)院內專業同仁

當治療師是本院內其他專業的同仁時，造成督導者「坐上督導者的位子」的困難因素有：1.因為大家都是同事，雙方並無隸屬關係，而且各有專精，很難去形成誰要跟誰學的督導關係；2.未明定雙方的權利與義務，例如，要求書寫治療記錄與閱讀文獻等；3.尚未形成「我們的治療取向」，督導者困難於宣稱我要教你們什麼，而治療師亦沒有概念要來學什麼。此時雙方比較像是一起做治療的工作伙伴、相互討論，因此治療師對督導者所教的常只是「聽聽（當作參考）」而已，而非大破大立地學習一門新技術。

(二)院外治療師

他們都已有其他治療模式的實務經驗，如完形治療、薩提爾(Satir)或個人心理治療等。面對他們，督導者「坐上督導者的位子」的困難在於我未能釐清督導關係的本質及確立督導者自己所要

傳授的婚姻／家庭治療專業。所謂「術業有專攻」，如果雙方清楚「督導關係是基於婚姻／家庭治療的專業而成立」時，就能有較清楚的權階落差，而有利於教與學。督導這些院外治療師的另一個挑戰是，既要與他們帶來的「異文化」交流、對話，又要顧到其他團隊成員學習我們「純粹的」婚姻／家庭治療理論與實務。此時治療師會有兩方面的學習，一是我們的治療取向，一是學習如何面對差異；前者較是知性上的學習，而後者則是在與督導者當下的互動中經驗。這些年來我們面對「異文化」的態度已有很大的不同；在早年「學習別人、累積自己」的階段，我們是抱著開放、吸收與消化的態度，會請他們介紹自己所長的治療取向，而我們的理念也就在此「看到彼此的差異和長處」的歷程中形塑而成。拜此之賜，目前我們的理念已超越結構－策略而成為主體實踐取向（楊連謙、董秀珠，2008），目前我們會「多對話與闡明自身」來釐清彼此的異同優劣，而更有意識地吸納與整合。

(三)住院醫師

督導病房第二年住院醫師做家庭治療是非常特別的經驗。他們在第二年住院醫師的這一年間同時要學習個別、團體心理治療以及家庭治療。因為督導者和治療師同是醫師，雙方年資的差距、科內行政上的授權，以及在病房中工作就已是督導關係等背景，督導關係是明確的，這避免了許多彼此間非必要的摸索、磨合與權力鬥爭。由於每天在病房裡一起工作，除了正規的家庭治療時段之外，他們也能接受到將婚姻／家庭治

療的理念落實在平日工作中的指導。在半年間我有機會看著他們逐漸從不知到知道，從知道到了解，進而偶能有「上手」（遊刃有餘地操作）的感覺。

檢視歷來督導這些不同背景的治療師的經驗，發現以下這三方面的因素非常影響督導的效果。1.督導關係中的兩造是否已準備好：這分別指督導者的治療取向是否已成形和是否已準備好要教人，以及治療師是否要學習這個取向；2.兩造權階關係差距的大小：權階差距並非愈大愈好，因為好的督導是一賦權使能的歷程，督導者要依治療師的狀況拿捏調整對待的口氣、方式與態度，如此調整的最終目的是要讓治療師變得成熟而有專業自信；以及3.督導制度的建立：兩造有明確的督導關係、明訂權利義務會讓督導工作的進展更順利。

六、改善我們團隊督導的建議

經過檢視與思考之後，我們發現下列改善督導工作的建議：

- 1.形成更具體的契約：明訂督導者和受訓治療師雙方的責任，這既能增加督導的成效，又能作為研究督導經驗的素材；
- 2.在治療後討論中宜多談論治療師被叩應的經驗、檢視叩應的效果、討論如何讓叩應更有效，以及如何更有效地叩應；
- 3.更有計畫地累積、整理督導經驗，如記錄叩應的內容及治療師與個案的反應、治療後回應、治療後討論、治療記錄、電郵督導，以及整理及分享被督導的經驗心得等。

陸、結論

實境督導是學習婚姻／家庭治療相當特別而有效的形式。實境督導的治療與督導同時發生，治療師是在督導者的督導下進行治療與學習，這樣的學習既結合督導者的言教與身教，也合併受訓治療師的知性和體驗性的學習。檢視我們的督導經驗後發現，要做好督導工作的基礎是健全的督導制度，督導者與受訓治療師必須做好心理準備，而成敗的關鍵則在於督導關係的處理。日後我們將依此改進督導工作，並累積與分析相關資料，冀能更有效能地培訓婚姻／家庭治療治療師。

參考文獻

- 楊連謙（1998）。週三家庭治療門診之三年回顧。台北市立療養院87年年報暨三十週年特刊，128-135。
- 楊連謙（2000）。婚姻治療中賦權使能的歷程：一病態嫉妒個案的經驗。應用心理研究，5，213-250。
- 楊連謙（2002）。家庭權力關係。諮商與輔導，204，26-32。
- 楊連謙、董秀珠（1997）。結構－策略取向家庭治療。台北：心理。
- 楊連謙、董秀珠（2008）。主體實踐婚姻／家庭治療：在關係和脈絡中共構主體性。台北：心理。
- 謝珮玲（2005）。督導中的平行歷程。輔導季刊，41，1-11。
- 蘇以青（2004）。諮商督導的反思歷程。輔導季刊，40，7-14。
- Berger, M. & Dammann, C. (1982). Live supervision as context treatment and

- training. *Family Process*, 21(3), 337-344.
- Bernard, J. M. (1979). Supervisor training: A discrimination model. *Counselor Education and Supervision*, 18, 60-68.
- Hoffman, L.(1981). *Foundations of Family Therapy*. New York: Basic.
- Liddle, H. A. & Schwartz, R. C. (1983). Live supervision/consultation: conceptual and pragmatic guidelines for family therapy trainers. *Family Process*, 22(4), 477-490.
- Liddle, H. A. & Saba, G. S.(1983). On context replication: The isomorphic relationship of training and therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 2, 3-11.
- Lowe, R. & Guy, G. (1996). A reflecting team format for solution-oriented supervision: Practical guidelines and theoretical distinctions. *Journal of Systemic Therapies*, 15, 26-45.
- McDaniel, S. H., Weber, T. & McKeever, J(1983). Multiple theoretical approaches to supervision choices in FT training. *Family Process*, 22, 491-500.
- Montalvo, B.(1973). Aspects of live supervision. *Family Process*, 12, 343-359.
- Morgan, M. M., & Sprenkle, D. H.(2007). Toward a common-factors approach to supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33,1-17 .
- Papp, P. (1983). *The Process of Change*. New York: The Guilford Press.
- Presy, L. A., Darden, E. C., & Keller, J. F.(1990). "The fly on the wall" reflecting team supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 265-273.
- Roberts, J., Matthews, W. J., Bodin, N., Cohen, D., Lewandowski, L., Novo, J., Pumilia, J. & Willis, C.(1989). Training with O (Observing) and T (Treatment Teams) in live supervision: Reflections in the Looking Glass. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15, 397-410.
- Sauber, S.R., L 'Abate, L., Weeks, G. R. & Buchanan, W. L.(1993). *The dictionary of family psychology and family therapy*. 2nd edition. California: SAGE Publications, Inc.
- White, M. B. & Russell, C. S.(1995). The essential of supervisory systems: A modified Delphi study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 33-53.
- White, M. B. & Russell, C. S.(1997). Examining the multifaceted notion of isomorphism in marriage and FT supervision: A question for conceptual clarity. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 315-333.