

抗拒已死～ 焦點解決諮商與心理治療模式之探究與評析

葉寶玲（台灣師範大學教育心理與輔導博士班研究生）

壹、前言

短期心理諮商超過50種，為何焦點解決諮商與心理治療(Solution-focused Counseling and psychotherapy)會引起如此之重視呢？此偏向認知行為之模式於1980年代中期開始發展，源自對傳統以問題為焦點(problem-focused)諮商之反動，不同意諮商師為專家，可以決定什麼對個案最好的觀念。目前此模式已受到許多國家關注和發展中，作品也被翻譯為多種語言，更進一步被推廣到學校、監獄、醫院、辟護單位、護理之家等地方。甚至有一國際性組織Solution-Centre，目標在將協助個人及機構，將此模式之哲學觀、原則應用在工作與生活中。

此模式最吸引人的是，提出「抗拒已死」的想法，認為個案的不合作並非抗拒或故意的表現，而是誤解或溝通不良。個案不是抗拒，只是治療師不了解如何激發個案做改變。沒有所謂抗拒的個案，則讓諮商師減少陷入諮商困境，減少卡住而無力的處境。吸引人的另一個部份是，諮商師積極主動、行動取向的態度與精神。本文內容著重在幾方面，分別為此模式之創始者、背景脈絡與歷史淵源、理論簡介、研究與實務上

的重要發現、個人應用心得、以及此理論對台灣社會之適切性。故本文期望對於此模式的各層面做一個初步的評析與反思，對於未來在實務工作上運用時能有更多參考價值。

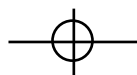
貳、背景脈絡及歷史淵源

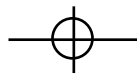
下面分三部份敘述此模式之背景脈絡及其淵源：

一、背景脈絡

參考何會成、朱志強(1998)、邱獻輝(民92)、許維素等(民87)、Davis & Osborn(2000)、Selekman(2002)之資料，整理如下：

- (一)此模式之早期成員多出自1958年Don Jackson於加州Palo Alto創立的美國心理研究機構(Mental Research Institute, MRI)。後來，Steve de Shazer和Insoo Kim Berg等人離開MRI，在威斯康辛州的Milwaukee成立短期家族諮商中心(Brief Family Therapy Center, 簡稱BFTC)，期望成為美國「中西部的MRI」。
- (二)對於創始的年代說法不一，有認為是1978年，亦有認為是1976年者。當時，BFTC是一簡陋小屋，





會談室設於客廳，中心內並無單面鏡，而錄像設備是向附近學校借用，十分克難式的經營。

(三)此模式之名稱出現前有一段醞釀期間，De Shazer於1986年發表「家庭歷程」一文中提及此模式之理論及療效。當時提出的僅是理論的雛形，名稱未定。直到1991年Insoo Kim Berg再版「保護家庭：精要治療工作手冊」時，以焦點解決取向為副標題，而正式命名。

(四)容易被混淆不清的是William O' Halan與Michaels Weiner-Davis自立門戶所創之Solution-oriented Brief Family Therapy是另一種家族治療方式，運用雕塑、說故事等技術進行。其中，與此模式相似的如反映團隊、任務、做點不同的事情、假裝奇蹟發生、評量問句等技術，可說是一種介於焦點解決與敘事治療之間的取向。此外，亦有人將此取向視為焦點解決取向之近親。

二、創始者及代表人物

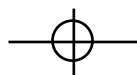
主要創始者為Steve de Shazer，生於1940年，2005年不幸病逝。學經歷方面，1964年於University of Wisconsin-Milwaukee取得B.F.A.、1971年取得M.S.S.W.，曾受過MRI之訓練。另一名創始者，目前仍繼續推展此取向為Steve de Shazer的妻子Insoo Kim Berg，1953年於韓國Women's University取得Ewha，1967年於University of Wisconsin-Milwaukee取得B.S.、1969年取得M.S.S.W.。Insoo Kim Berg本是韓國籍，她將東方「變」的觀念放入治療中，本

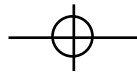
身擅長處理多元問題的家庭、藥物與酒精濫用者、犯罪青少年及其家庭。其他代表人物如Alex Molnar、Elam Nunnally、Eve Lipchik、Gerald Sklare、John J. Murphy、Linda Metcalf、Marilyn Bonjean、Marilyn LaCourt、Matthew Selekman、Michael Durrant、Michael Weiner-Davis、Wallace Gingerich以及Wallace Gingerich，目前仍致力推展與應用此模式。

三、主要的歷史淵源

此模式主要受到四股力量的影響(何會成、朱志強，1998；許維素等，民87；Davis & Osborn, 2000；De Shazer, 1985、1986)：

- (一)Milton Erickson的治療理念與技術：Milton Erickson被視為短期治療的先驅者，此模式可說是Milton Erickson理念和技術的延伸與修改。例如奇蹟問句出自Milton Erickson的水晶球技巧、早期Steve de Shazer將所學的催眠技巧用在個案身上。早期此模式被視為Erickson的綜合體，強調功能及系統行為、未來導向；然而，現在其根源依舊是Erickson的理論，焦點也是未來導向，可是不再關心症狀或問題本身為目的，症狀或問題代表個案努力不被卡住朝向正向的改變。
- (二)Bateson的系統觀：根源於Gregory Bateson所帶領的paradox與人類溝通的工作。此模式則轉移以問題為焦點之短期家族治療。
- (三)MRI短期家族治療：此模式植根於策略家族治療，借用策略家庭治療及MRI的工作原則及方法，





加入Salvador Minuchin結構學派及米蘭學派的作法，認為解決問題比個案領悟重要，亦影響此取向許多的假設。

(四)後現代主義思潮與社會建構的多元觀點：主張諮商師透過語言與個案進行對話，以共同建構的方式創造出意義。

從上述之淵源中可以發現，此模式並非以理論為基礎，而是從實務工作中開始發展。雖然如此，仍會發現其根源來自早期MRI機構之Palo Alto Wittgensteinian的哲學觀以及佛教之思想。此模式在90年代的諮商與治療界快速擴展，統整了Milton Erickson的方法學、神經語言學(NLP)，成為神經學、心理學、語言學等加速學習技術與系統性理論綜合性之心理療愈方法。

參、理論簡介

對於此模式之基本假設、會談流程以及基本技術做一簡要的說明(邱珍琬，民91；許維素等，民87、90；張德聰，民87；Berg & Miller, 1992；De Jong & Berg, 2002；De Shazer, 1985；Dzelme & Jones, 2001；Lipchik, 2002；Osborn, 1999)。

一、基本假設

(一)人性觀：屬於成長模式，相信每個人都有解決自己問題所需的獨特資源與力量，個案是解決自己問題的專家，諮商師要引發個案賦能感(empowerment)的產生，鼓勵個案創造資源或連結現有資源。主張每個人都是獨特的，每份關係也是獨特的，沒有一般的

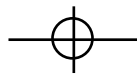
個案也沒有一般的關係。每個個案都從他的觀點來被了解。諮商師協助個案開發過去的成功經驗，發現內外資源，發揮個人潛能，澄清自己所想要的目標、想要的改變方式，並開始採取行動，達成改變。

(二)反病理觀：強調心理健康，不重視了解問題和抱怨，焦點在探討已有的健康生活模式。認為人是在被卡住(stuck)，而非生病(sick)了。個案常知覺自己的一切都糟透了，諮商師協助尋找例外和可能的解決而非問題的成因。從「哪裡錯了」的焦點轉到「什麼是有效的」。

(三)因應觀：相信凡事必有解決的方法，而且不只一種解決方法，治療者與來談者合作可以找出策略。從正向的意義、正向焦點思考，強調個體之所以產生問題，往往是其問題的解決方式不當，所以重視的是問題的解決而非問題的成因。主張有效的行為就多做些，無效行為不要再試。

(四)治療觀：好的目標(well-formed goals)是具體和可達成的。所有治療都受到目標的驅動，是有目的性的活動。治療關係是諮商師與個案二人協調一致、共同合作的一段旅程。解決的方法不是發現的，是二人一起建構出來的，因此，治療目標是由個案與諮商師一起建構。諮商師的責任是幫助個案用新的方式描述生活，因為每個個案是獨特的，對每一個個





案保持好奇的態度。不特別強調負向情緒的同理，而強調與個案同步的能力。所以，諮商師的姿態為傾聽而非標籤、探究而非質問、評估而非訓話、合作而非說服、澄清而非面質、解決而非開處方、諮詢而非治癒、讚美而非責備、探索而非解釋、直接而非命令。

- (五) 改變觀：人是有能力作改變的。治療師無法改變個案，只有個案可以改變自己。改變是不可避免的，經常發生的。人無法改變過去。由小的改變著手，比較能化解個案的害怕，事情比較容易成功，成功的經驗對個案非常重要，因這會使得個案產生信心及力量去處理更困難的問題，進而帶動整個情況的改善。所以諮商師要發現與欣賞個案小小的改變，並且反應給個案知道。若能找到例外，解決就在其中，時間及空間的改變有助於問題解決。能重新建構個案的問題。有新的刺激、新的思考、新的經驗、新的知覺、新的行為產生時，人就已經改變了。此外，語言的使用在此取向中很重要，改變發生在個案與諮商師談話的過程中。解決的語言(language of solutions)和問題的語言(problem language)不同，此取向的談話是解決的談話(solution talk)，討論要改變什麼、做什麼讓改變持續；而非問題的談話(problem talk)，問題發生多久了、改變的困難是什麼。問題的語言

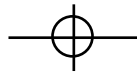
通常是負面的、有過去歷史的、焦點在描述問題的起源、暗示問題的現象。然而，解決的語言通常比較正向、有希望的、未來導向、暗示問題的片刻。

二、會談流程

DeShaner et al., (1985)主張個別諮商與治療的過程可以分成三個階段：建構解決的對話階段、休息階段以及任務和正向回饋階段，分述於下：

- (一) 建構解決的對話階段：約30-40分鐘，是以諮商師與個案的對話為主，期待透過建構解決途徑的對話架構，包括五個步驟諮商架構介紹、聽取個案抱怨、找出例外、確定諮商目標、確定可行的問題解決方法。「目標架構」的主要目的是邀請個案進入諮商與治療之對話，釐清他想要的目標與建立諮商的工作目標。「例外架構」是邀請個案去思考問題何時不會發生，或者是引導個案覺知想要的目標或解決方式早已存在的事實與內容為何，如果是曾經做過的解決方式，就多做一些，如果有偶發的成功經驗，就去尋找如何才能再發生。「假設解決架構」乃是邀請個案發揮想像力，進行腦力激盪，假想如果問題已經解決或是目標達成之時，他會是什麼樣子，跟現在會有什麼不同，而鼓勵個案去做目前可以做得到的那一小部份。
- (二) 休息階段：約10分鐘，諮商師會離開晤談的場所，以回顧與整理



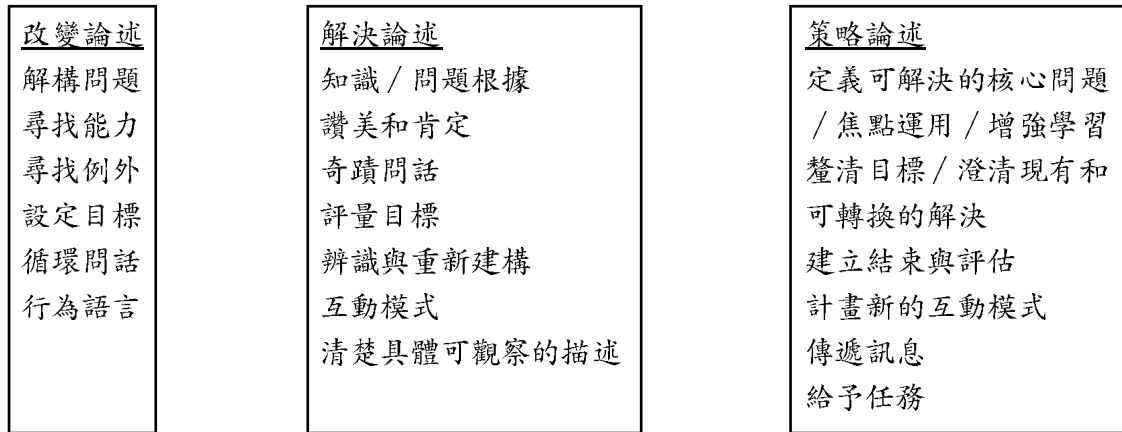


在第一階段中個案對其問題的解決所提及有效的解決途徑，並思考如何對個案進行有效的回饋。若有協同諮商與治療的反映團隊，則一起進行討論。

- (三)任務和正向回饋階段：約10分鐘，諮商師回到晤談的地點，並提出正向的回饋、有意義的訊息，及家庭作業，提供在休息階段時所設計的介入策略，來使促進個案行動與改變的發生。

後來，O'Connell (1998)提出此模式之過程模式圖(如圖一)，將過程分為改

變論述、解決論述以及策略論述三個階段。強調談話開始的關係建立在改變論述，即主要焦點在事件問題上，如能力、例外、內容的談話以解構問題。其次為解決論述階段，主要強調合作關係、奇蹟問句、評量問句、重新建構。最後，策略論述階段，包含利用個案資源、發展解決方法、結束與評估、訊息與任務之提供。同時針對此模式提出三類技術：改變的談話、解決的談話、策略的談話技術。改變的談話尋找差異，解決的談話建構出未來個案想要的，策略的談話為因應與選擇。



治療者協助的特色：樂觀、希望、支持、自信、合作、同理的能力

圖一 焦點解決過程模式O'Connell B. (1998) p.36

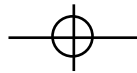
此外，Gingerich & Wabeke (2001)則主張將會談過程分為第一次談話與後續談話兩大部份，在第一次談話時，使用奇蹟問話、探討改變是否發生過、做了什麼造成了改變，什麼會讓改變繼續，繼續監控改變直到能維持下去。第二次談話和後續的談話則焦點在正向改變。

國內，陳清泉(民89)參考Molnar和de Shazer提出的諮商任務、核心圖和Walter

和Peller建構解決之徑路以及張德聰之焦點解決成人生涯轉換諮商模式之歷程要項，編擬一「焦點解決諮商的基本架構」將過程分為八個階段：正向開始/問題抱怨架構、目標架構、假設問題解決架構、例外架構、暫停架構、回饋與任務架構、第二次及後續諮商開始之架構、諮商結束架構。

諮商次數方面，許維素等(民91)認為





通常個案進行1次或連續多次(平均為5次)的歷程，O'Connell, B. (1998)則有不同觀點，認為此模式設計為短期取向，但是在實務工作中並非每個個案需求相同。Lipchik(2002)也認為短期諮商常被與快速做連結，事實上很多個案運用此模式多年，此觀點提醒治療師對自己要有耐心，去塑造一個個案改變所需要的環境。

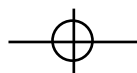
三、主要技術

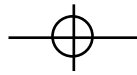
在上述之哲學觀與會談階段之下，此取向主要技術如下(李玉嬋，民87；邱獻輝，民92；許維素，民90；Dzelme & Jones, 2001；Gingerich & Wabeke, 2001)：

- (一)諮商前改變之問話：指第一次談話，探詢個案求助前所做過的努力，以確認個案諮商前已發生的改變，進而發展清楚之諮商目標，對目標最後的評論。此為早期Weiner-Davis發展之技術，現在較少為人使用。
- (二)奇蹟問話(Miracle question)：當某些個案很難清楚說出成功的結果時，此問話對於朝向解決的開始步驟，扮演很重要的角色，傳達諮商師的尊重，同時也帶領個案以小的、實際的具體步驟，開始解決的行動。
- (三)例外問話(Exception-finding question)：改變永遠在發生，沒有一件事會一直相同，事件、環境、人的經驗和知覺皆然。引導個案針對每一個問題去發現、尋找、甚至創造個案問題的「例外」。而且，當協助個案找出「例外」時，將可打破個案深陷困境的挫

折感，也讓個案看到自己的能力和資源，減低個案對問題的焦慮，而增加個案的自我控制感、自我效能感。

- (四)評量問話(Scaling question)：此取向最多元的工具，要求個案在10點的數線間評估自己的改變程度，可以引導出有用的資訊來做協商，也是一種簡易的方式和客觀的資料。
- (五)因應問話(coping question)：詢問個案一些很小的、常視為理所當然的行動力是如何來的，什麼支持個案不放棄而繼續努力。
- (六)重新建構(reframing)：賦予事件新的正向意義。
- (七)關係導向問句(relationship oriented questions)：讓個案的重要他人的觀點參與在其思考問題解決的架構中，以豐富、修改與落實他的目標或解決方法。
- (八)外在化問句(externalize questions)：將個案與其問題分開，打破個案覺得我是問題的想法。
- (九)一般化(normalizing)的同理，鬆動個案的負面感受。
- (十)讚美(compliment)：用來肯定個案的力量，突顯個案已經做的家庭作業，協助其繼續保持改變。
- (十一)第一次諮商工作的公式(formula first session task)和家庭作業(task)：第一次談話結束時呈現給個案的任務。緊扣著個案的來談目標、思考脈絡、語言習慣、改變動機，邀請個案去做新的行動或多做已經存在的成功行動，以促使





個案專注於在正向、例外經驗的開發，催化個案持續性的改變。

(十二) 暫停時間(break)之迴響團隊(reflecting team)：其他治療師旁觀治療過程，於休息時間進行諮詢，提供治療師對個案的回饋。

從上所述可以發現，此模式是一種短期的、目標為焦點的諮商與心理治療方法之一，是一種高度結構化、設計良好的做決定架構，經由建構解決來幫助個案做改變。同時，是一種未來導向(future-oriented)、目標導向(goal-directed)的方式，用以解決人們的生活問題。此取向相信個案有能力運用自己內在資源對生活作出正向的改變，解決的方法透過辨識出目前問題的例外而建構，不去探討問題。注重個案的能力，朝向實際和可達成的行為目標努力。的確是一套積極、以行動為主的工作模式，而問問題(questions)是此取向一個基本工具和技術。Metcalf(1995)提出所設計之此取向可應用的表格如個案紀錄表格、團體紀錄表格等，有數種格式個案姓名、目前的問題、外化的問題、目標、問題的維持、例外、任務。轉介老師、或是自己求助、來談動機、轉介原因、目標、最後一次發生問題時間、例外、問題可被控制的程度1-10評量、任務等，皆可提供實務上的參考。

肆、研究與實務上的重要發現

一、研究上之發現

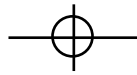
歷年來此模式在期刊上發表之結果研究發現為(DeShazer, 1986; Jordan & Quinn, 1994; O'Connell & Palmer, 2003)：BFTC從

70年代末期至80年代初期的研究均顯示相同的治療效果，成功率高達70-80%，暗示此模式是有療效的。許多研究均發現多能達到諮商目標或有明顯改善。在團體諮商方面亦發現肯定自我控制、重要他人支持之效果。對治療滿意度之電話追蹤多有正向回饋。接受心理動力治療26次談話與此模式治療3次之改變效果接近。此模式和任務/焦點諮商在達成諮商目標、減輕和問題有關的不舒服情緒上都有明顯效果，尤其在一次諮商最顯著。LaFountain & Garner (1996)之研究，增加控制組的設計，發現此模式的確具有顯著療效，可增進個案之改變。此外，也有部分研究發現無法支持此模式之療效，如Jordan & Quinn(1994)發現工作同盟上無差異，再以結構策略學派與此模式比較在第一階段任務公式之結果，也未發現有顯著差異存在。

在ProQuest之「Digital Dissertations」以solution-focused搜尋，發現17篇博碩士論文，有博士論文6篇，其中與效果有關之研究發現結合結構、焦點解決兩種家族治療方法，或將此模式與任務中心等其他模式比較其療效。國內方面，於「全國博碩士論文資訊網」以「焦點解決」搜尋，可發現30多篇博碩士論文，其中博士論文3篇，發現集中在自尊、生涯、復原力、賦能效果、人際關係、親子關係、諮商關係、網路沉迷現象、適應困境的內在能力方面的療效之探討。國外近年較少此模式之研究，反而是國內研究生於近5、6年內如火如荼的進行。且在研究內容上，國內研究主題較為多元。

關於歷程之研究資料不多，綜合研究發現分述於下(O'Connell & Palmer,





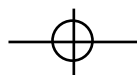
2003)：第一次任務公式研究發現能使個案更加合作和更願意為解決問題做出努力，但只有短暫改變，往後則逐漸消退。問句應以建立關係為前提，問句易產生被迫問的感覺，關係較不和諧，較多衝突。技術非療效最重要因素，治療關係占較多比重，個案期待短期治療。治療前之改變常發生，個案看重此模式強調力量、讚美、行動與治療氣氛之觀點。具體目標、記筆記、治療前的改變對療效顯著有影響、團體第2次聚會時的結果和以問題為焦點治療的團體第10次聚會時相當，支持此模式療效優於以問題為焦點之治療團體。在團體諮商與心理治療方面發現，有的研究結果認為可提升自尊心、克服害羞、減少負向情緒或偏差行為、控制生氣表達、生涯自我效能、改善學習習慣、學習態度，也有效果不顯著者。

對此模式之研究方法，有不少學者提出值得參考的建議，如Lee(1997)認為在BFTC的研究只有後測的設計、無控制組。Davis & Osborn(2000)、Lewis & Osborn(2004)對於上述之研究結果證明此取向之有效性，認為早期研究多為BFTC的工作人員在BFTC內進行，採用設計不甚良好的研究方法，如缺乏控制組，且研究結果未發表，因此研究結果需要被小心和適當的解釋。多數研究中證明此取向有效，均出自創始者，且僅參考臨床的經驗，而以俟事的形式呈現治療結果。可以發現，此取向因超過20年的實務工作運用而仍然缺乏實徵性研究基礎受到不少批評。另檢視15個SFBT的研究，發現只有5個符合實証研究的標準，認為這是此取向目前一個很大的缺失。對於未來

研究建議日後效果研究宜更嚴謹、深入地進行，例如多使用控制組、較大的樣本、治療前後的對照比較、更精準的統計工具，此外質性研究亦不可少。此外，研究要考慮到個案的社會文化背景，採集中國文化背景下的個案，以了解中國人在此取向治療歷程之特點。何會成、朱志強(1998)亦有相似的觀點，認為此模式雖然近年來十分流行，有關書籍、文獻不斷出現，但相關的研究尚在萌芽階段，其治療效果仍有待證實。但是在研究之外，大部分評論文章也都指出此模式是一個令人舒適的工作模式。

二、實務工作上之應用

BFTC從70年代末期至80年代初期的研究對象均為該中心的個案，也發現此模式可以普遍運用在不同問題的個案，如憂鬱症、焦慮症、自殺傾向、睡眠問題、厭食症、退縮行為、健康問題、職業問題、經濟問題、親子關係、溝通問題、家庭暴力、性虐待、身體虐待、濫用藥物、婚姻問題、性問題、親友去世、自尊心問題、手足問題、再婚家庭問題。於ERIC，以「solution-focused」搜尋到67篇文章，談及焦點解決諮商之應用有6篇、技術有5篇，談及問問題、讚美、給任務、介入策略。應用領域為諮詢、督導、學校、班級輔導、特殊教育、博士論文之完成、酒精濫用、減少心理測驗使用、兒童保護、憂鬱症、焦點解決學校、團體諮商、危機中青少年、自殺個案、家庭、婚姻諮商、非自願個案、情緒、員工諮商、ADHD兒童、親職教育、女性主義觀點、案例分析、與Adler取向結合應用。另外，也發



現Dzelme & Jones (2001)曾經成功運用在男性扮異性癖者(cross-dressers)身上，協助夫妻一方為扮異性癖者者之生活適應。Gingerich & Wabeke (2001)從Dielman在1998年的研究發現此取向對過動疾患(attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD)青少年有幫助、Seagram1997年及Triantafillou 1997年的研究發現可改善攻擊或反社會行為、Durrant 1995年的研究發現改善焦慮與憂鬱症狀。此模式最常被應用在行為困擾個案，其次為焦慮或憂鬱個案和物質濫用等適應困難個案。其他如兒童、家庭暴力、藥物濫用治療後多有改善(De Shazer, 1985 ; Lee, 1997)。

在中華民國期刊論文索引影像系統，以「焦點解決」四個字搜尋到46篇文章。其中，談焦點解決諮商之應用有4篇、技術有3篇、兒童輔導有4篇；將焦點解決諮商與其他取向比較有3篇，分別與個人中心治療、敘說治療、現實學派做比較；其餘應用在不同對象和層面的文章共32篇，不同對象如受虐兒童、保護管束少年、社區義工、中學教師、非意願案主，不同層面分別為沉迷網咖行為、生涯諮商、創傷輔導、同理心、活動治療、督導、班級輔導、團體諮商、婚姻諮商、親職教育。

綜合上述之結果，可以發現此模式特別適用於家族諮商，也適用於個別諮商、團體諮商、諮商師訓練、社會工作、牧師協談、醫院、學校、機構或組織中、強制機構以及社區發展方面。此外，Presbury, Echterling, & McKee(1999)表示此模式之督導採合作式的關係，鼓勵受督者對自己的潛能好奇，焦點在現在，加速自我效能感的發展，焦點在受

督者行為上正向的改變，對自己資源有信心，焦點在成功的策略上，發展有用的過程知識而減少對個案沒有幫助的方法。承認受督者本身具有某些資源。

伍、此模式於華人文化中的應用與反思

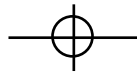
一、台灣與香港地區此模式之應用及其發展

在台灣於民國84年由陳秉華教授引入此模式，曾邀請Dr. W. Walsh於台灣師大進行專業工作坊訓練、張宏秀也曾帶領。近幾年來，許維素、陳清泉等人紛紛開設工作坊。香港亦是80年代初期Berg開始講授此模式及其於家庭、婚姻輔導之應用。自1997開始每年以工作坊、研討會、講座形式講授，於福利機構和大專院校訂有培訓計畫。甚至引進作為社會工作深造文憑及文學學士、碩士課程，亦成立治療小組，進一步研究與教學。目前由Scott Miller負責香港之講授(何會成、朱志強，1998)。

二、他人應用之反思

諮商師們一個學派接著一個學派，不斷地學習與充實，似乎只是不斷在移植西方的治療理論，並未去思考這些理論觀點在華人世界的適用性。此模式的價值反映美國20世紀當代的價值與傳統，如簡明、生產性、效率、個人控制、賦能、成功、快速解決。與華人文化相較，下面就應用此模式時，考量我們文化議題的部份加以說明：

(一)問題的了解：這個諮商取向是偏向認知的、行動的，有別於一般



諮商師重視對個案的同理與自我覺察的作法，也不認為讓個案了解問題原因所在是重要的，產生想法與行動的改變是更重要的。對於習慣探究原因的華人個案會是一個很大的衝擊和困難。(許維素等，民87)。

(二)介入的技巧：完全運用西方治療理論的觀點，似乎未能考慮到本地社會族群的需求及問題。是否也要注意本土的特色，在運用理論時有不同的觀點與介入技巧。如問問題方式。如何發展出適合我們社會族群需求及問題的理論，以本土化觀點進行思考，不是要摒棄運用西方文明的資產，而去思考這些西方文明資產，運用在華人心理行為與現象的試用狀況，而建立起適用於華人心理及行為的模式及理論(何會成、朱志強，1998)。

(三)諮商師角色：文化上考量，諮商師或治療師要採取合作或權威角色，Murphy (1997)認為對於弱勢的個案合作角色會增加其力量，個案與諮商員世界觀的差異無法避免的，此模式要協助個案解決問題，而非轉變其世界觀與文化觀(Ridley, 1995)。台灣的個案需要專家的建議，迴響團隊給任務很適合台灣文化下個案的需要(許維素等，民87)。

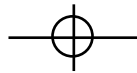
(四)個案的類型：簡正鎰(民92)認為此取向適合欠缺行動力的個案，只說不做、光說不練的個案，對

於失落經驗個案，情緒的接納與同理時間要較長。或許需要更多研究了解此模式在個案類型上之特點與限制。

(五)應用的領域：邱珍琬(民91)在國內進行工作坊發現，此取向很實用、觀念簡單、很適合學校諮商的現實情況、讓學校諮商變的更有趣和更放鬆。

(六)中國的文化：文化合適的諮商(culturally-appropriate counselling)主張諮商師必須明瞭個案的文化背景、世界觀。當然過度注重文化的影響，可能會對個案形成刻板印象，反而妨礙治療進行。Berg乃韓裔，東方色彩甚濃，許多觀念與中國文化頗能相容，處處有東方文化的影子，如中國俗諺的確有不少可以解釋此模式概念者如：來談者是自己問題的專家，即「解鈴仍需繫鈴人」；治療師與來談者的合作是必然而且不可避免的，如同「二人同心其力斷金」；迴響團隊很重要，就像「三個臭皮匠勝過一個諸葛亮」；沒有一件事永遠是一樣的，正是「苟日新日日新」；小改變可以產生大改變，好比「滴水穿石」；正向焦點是有益的「天下無難事，只怕有心人」；人是有資源的，如同「天無絕人之路」；成功之例外經驗，導引解決之方向，可比擬「柳暗花明又一村」。然而，對「家醜不外揚」的中國人而言，觀察小組的存在、錄影，會為個案帶來沉重的





心理負擔，幸好此形式雖然有益，卻非必需，個案若要求，可以免除。

三、應用中對於情緒部份之反思

此模式不探討事件發生的原因，亦不積極於催化當事人情緒的宣洩，以免當事人深陷困境或擴大悲傷的膠著痛苦感，因此也常被質疑忽略情感。雖然焦點著重在認知行為，事實上，情緒(emotions)和語言是無法分開的，有時候個案之情緒超越其思想和行為，成為談話主題。若忽略於談論個案的感覺部分，忽略與個案的感覺做連結，可能限制諮商師對個案之了解，限制了個案對自己的了解以及解決的可能性。邱獻輝(民92)也認為此模式相當注重智性的思考探究，不斷的運用語言來引導個案拋棄問題架構，並轉向解決策略的思考，除了非常強調事件意義的解讀與詮釋，同時也強調行動與行為的重要。難怪被質疑沒有關注個案的情感面向。從相關的問題技巧來看，雖然有時候在問話之前會反映和同理個案的處境，但是每個問話都隱含著「矯正為正向的、積極的意向」的心態，對於個案負向的情緒接納與陪伴的著墨顯然是比較少的。倘若諮商師沒有在問話的過程中處理好個案的負面情緒，而急於探索解決之道，則恐會落入欲速而不達的窘境中。因此，近幾年開始有學者紛紛為其尋求解決之道。例如，Lipchik (2002)主張運用情緒在此模式之中，以助長解決結果的發生。在建立目標和找到解決之道之前，幫助澄清個案的感覺，此步驟要慢慢的進行，去敏感個案口語和非口語的反應。Miller & Shazer (2000)也

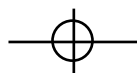
提及從Wittgenstein運用語言的觀點中，發展此模式在情緒方面的新趨勢，認為情緒此需求，亦是此模式關注的層面，諮商師要考慮到個案的情緒，將情緒統整到治療中，使之成為一項資源與力量。

陸、結語

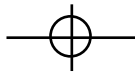
焦點解決諮商與心理治療模式思想已經逐漸完備，也發展一套獨特的面談及介入技巧，但仍在演化中，真叫人拭目以待。近年隨著統整和折衷取向之趨勢，大部分治療者已不再侷限單一學派，傾向系統性整合不同學派之理論，彈性採用各種技術。或許沒有任何一個單一理論可以處理所有的個案或是個案所有的問題及情境。在諮商專業訓練的期間，廣泛的學習各種理論學派、深入了解各理論的優缺點，可以培養宏觀的治療態度，這一點也是學習此模式值得秉持的信念。

參考書目

- 李玉嬋(民87)。短期心理治療中「反映性團隊」取向的應用。諮商與輔導，150，2-6。
- 何會成、朱志強(民87)。尋解導向治療：於社會工作的應用。香港：八方。
- 邱珍琬(民91)。焦點解決在國高中的運用。台北：天馬。
- 邱獻輝(民92)。兒童心理治療：以焦點解決短期治療為基礎的整合觀點。輔導季刊，39(3)，47-55。
- 許維素等(民87)。焦點解決短期心理諮商。台北：張老師。
- 陳清泉(民89)。焦點解決諮商效果之研



- 究 - 巡迴架構分析法的應用。台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。
- 張德聰 (民87)。運用「焦點解決法」於「成人生涯轉換諮商」效果之研究。台灣師範大學教育心理與輔導研究所博士論文。
- 簡正鎰 (民92)。焦點解決短期諮商於諮商實務工作之運用。諮商與輔導, 205, 2-10。
- 簡正鎰 (民92)。諮商師使用焦點解決短期諮商經驗之歷程研究。彰化師範大學輔導與諮商學系博士論文。
- Berg, I. K. (1994). Family based services: a solution-focused approach. NY: W. W. Norton.
- Berg, I. K. & Mill, S. D. (1992). Working with the problem drinker: a solution-focused approach. New York: Guilford.
- Davis, T. E. & Osborn, C. J. (2000). The Solution-Focused School Counselor-Shaping Professional Practice. PA: Taylor & Francis.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46(4), 361-374.
- De Jong, P. & Berg, I. K. (2002). Interviewing for Solution. CA: Brooks/Cole.
- DeShazer, S. (1985). Keys to Solution in Brief Therapy. NY: Norton.
- De Shazer, S., Berg, I. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., & WeinerDavis, M. (1986). Brief therapy: focus solution development. *Family Process*, 25, 207-221.
- Dzelme, K. & Jones, R. A. (2001). Male cross-dressers in therapy: a solution-focused perspective for marriage and family therapists. *American Journal of Family Therapy*, 29(4), 293-305.
- Gingerich, W. J. & Wabeke, T. (2001). A solution-focused approach to mental intervention in school settings. *Children & Schools*, 23(1), 33-47.
- Jordan, K. & Quinn, W. H. (1994). Session two outcome of the formula first session task in problem and solution-focused approaches. *American Journal of Family Therapy*, 22(1), 3-16.
- LaFountain, ar. Am. & Garner, N. E. (1996). Solution-focused counseling groups: the results are in. *Journal for Specialists in Group Work*, 21(2), 128-143.
- Lee, M. (1997). A study of solution-focused brief family therapy: outcomes and issues. *American Journal of Family Therapy*, 25(1), 3-17.
- Lewis T. F. & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: a consideration of confluence. *Journal of Counseling & Development*, 82, 38-47.
- Lipchik, E. (2002). Beyond Technique in Solution-Focused Therapy. New York: Guilford.
- Miller, G. & DeShazer, S. (2000). Emotions in solution-focused therapy: are-examination. *Family Process*, 39(1), 5-23.
- O'Connell, B. (1998). Solution-Focused Therapy. CA: Sage.



O'Connell, B. & Palmer, S. (2003). *Handbook of Solution-Focused Therapy*. CA: Sage.

Osborn, C. J. (1999). Solution-focused strategies with "involuntary" clients: practical applications for the school and clinical setting. *Journal of Humanistic Education and Development*, 37(3), 169-182.

Presbury, J., Echterling, L. G. & McKee, J. E. (1999). Supervision for inner vision: solu-

tion-focused strategies. *Counselor Education and Supervision*, 39(2), 146-155.

Selekman, M. D. (2002). *Living on the Razor's Edge - Solution-Oriented Brief of Family Therapy with Self-Harming Adolescents*. New York: W. W. Norton.

