

如何為台灣訂製一套有效的 家庭治療師培訓系統

How to Customize an Effective Training System for Family Therapists in Taiwan

趙文滔¹
Wen-Tao Chao¹

摘要

有效的培訓是家庭治療專業發展的根基，然而國內外國情體制不同，複製國外養成教育系統顯然行不通。本文探究如何為台灣訂製一套有效的家庭治療師培訓系統。首先回顧家庭治療訓練過去四十多年在台灣發展四個階段，簡介各階段的特色與限制，以探討本地家庭治療訓練遭遇的挑戰與困境；再簡介刻意練習原則被心理治療／諮商界應用的情況，探討如何運用刻意練習原則來克服目前培訓上的挑戰，提升本地家庭治療培訓成效；最後回顧家庭治療核心能力相關研究之演化史，並提議將核心能力作為未來本地家庭治療專業發展的鷹架。

關鍵詞：家庭治療、心理諮商／治療、訓練成效、刻意練習、核心能力

¹國立臺北教育大學教授

通訊作者：趙文滔，（106）台北市和平東路二段134號，國立臺北教育大學，

Email: chaowt@gmail.com



壹、前言

自1940年代起，部份心理治療師²逐漸意識到除了內心世界，當事人的症狀與困擾深受周遭人與環境的影響，並嘗試把工作焦點從內心拓展到系統脈絡，隨後發展出「系統觀點」的理論與工作方式。系統觀點試圖將人還原到脈絡中進行理解，擴充了心理治療的認識論與方法論，與所謂的「個別／內在觀點」(individual/intrapsychic perspectives)形成相互辯證、相輔相成的關係，並不對立。

在台灣，從陳珠彰與吳就君教授(1969)在台大醫院精神部開始與思覺失調症病患家人進行晤談起算，到2025年家庭治療在台灣發展近60年。在這60年間，家庭治療在台灣由沒人聽過、家屬與專業人員都抗拒，到日漸普及、如今在許多醫院、社福機構、社區診所／諮商所／治療所都能找到相關服務，可說已初具雛形。

當社會大眾逐漸願意嘗試尋求家庭治療，是否能獲得滿意的服務體驗成為這項專業是否能持續發展的關鍵。好的服務體驗與治療成效直接相關，治療成效則與治療師的專業能力密切相關，而專業能力又來自養成教育的培訓效率。換言之，有效的養成教育培養出有能力的家庭治療師，才能提供滿意的服務，讓家庭治療被愈來愈多民眾接受，進而讓更多專業人員願意投入培訓。可以說，有效的培訓是家庭治療專業發展的根基。

鑒於國內外家庭治療專業養成教育的體制環境不同，培訓系統運作方式差異很大(Chao & Huang, 2013)，例如美

國的家庭治療師由專業學會頒發執照，並由授與學位的系所管控開課內容與資格門檻；台灣目前沒有法定家庭治療師執照，也沒有專屬的家庭治療研究所，如果照搬複製國外培訓形式顯然行不通，必須考量國情現實，替本地量身打造一套可行且有效的家庭治療師培訓系統。

因此本文想探究如何為台灣訂製一套有效的家庭治療師培訓系統。首先回顧家庭治療訓練過去42年在台灣的發展歷程，試圖釐清尚待克服的障礙；再探討如何運用「刻意練習」原則來提升家庭治療訓練成效；最後回顧家庭治療核心能力的相關研究演化史，探討將核心能力作為未來本地家庭治療專業發展的支撐架構的可能益處。

貳、家庭治療訓練在台灣

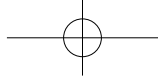
一、台灣家庭治療訓練形式的演化

43年前(1983年) Virginia Satir來台舉辦「家之生」工作坊，可能是在台灣舉辦的最早一場家庭治療訓練。後續有許多外國專家訪台，再後來本地講師也陸續開課，共同形塑家庭治療在台灣的發展。本文依據過去年家庭治療訓練在台灣發展的樣貌與特性，將之分為四個階段，以下逐一探討其成效與限制：

(一) 外國講師短期「切花」課程： 啟蒙學習興趣

外國講師來台舉辦短期(2~3天)的訓練工作坊，介紹不同學派的理論技術，有時會伴隨翻譯書的簽書推廣活動，引發本地專業人員學習家庭治療的一陣熱潮。課程中常會播放示範影片，精挑細選的節錄片段通常包含三個環節：

²當時心理治療的主流取向是精神分析，因此早期系統理論多脫胎於精神分析理論。



治療初期家人激烈爭吵、會談中治療師神介入、治療後期家人出現戲劇性變化，讓參加工作坊的學員眼界大開，嚮往家庭治療的神奇。有些工作坊強調體驗性，參加時又哭又笑十分盡興，課程結束回到生活後，有時會有一種恍如隔世的斷裂感，默默期待參加下一次的強烈體驗。

當學員受到工作坊鼓舞，回到自己的工作中嘗試複製學到的方法，難免會發現大部分都沒出現同樣的神奇效果。無論是現實的打擊導致挫敗感，或強烈的體驗導致成癮感，都讓學員欲罷不能繼續報名下一場工作坊。至於對實際治療工作的助益效果，恐怕見仁見智。

趙文滔與許皓宜（2012）形容此種訓練模式為「切花模式」：從花店買一束鮮花插在瓶裡，房間立刻變美，可惜最多只能撐一週，遲早要枯萎，只能一買再買。

（二）歸國講師短期課程：「知識進口」vs.「本地化」

受到工作坊鼓舞後，部份學員選擇出國攻讀學位或短期進修，學成歸國後一面實踐所學，一面開始授課分享所學與實踐心得。

這些歸國講師有多項優勢：相對外國講師必須透過現場翻譯授課，實際授課時間折半，歸國講師不用翻譯，同樣時數授課內容加倍；外國講師來台不易，一年頂多來幾趟，歸國講師人在臺灣，課程頻率可以更密集；外國講師旅宿成本高，學費很難降低，歸國講師各項成本較低，學費更親民，課程更易普及。

另一個優勢是：因講師是本地人，能將國外學到的概念與技術，轉化成本地民眾較易接受的內容，讓學員更容易

吸收，縮短從學習到應用上的落差，學習後更容易付諸實踐。

這個本地化轉化過程顯然因人而異且差異頗大。有些講師採直接翻譯，扮演「知識進口商」角色；少數講師則嘗試發展符合本地文化語境的語言來說明理論，微調工作方式以符合本地風俗。這個轉化過程與講師自己是否持續從事治療實務工作有關，只授課不接案的講師較可能直翻式授課；也與講師個人生活體驗有關，畢竟家庭治療研究關係，在日常生活裡對關係投入愈深、感受愈強的講師，對理論的理解必然也更深刻，引發學生共鳴的能力自然更強。

不過，當家庭治療在臺灣尚未成為專業社群主流時，願意投入時間與財力接受長期培訓的學員仍屬少數，因此這個階段的培訓課程多屬短期³，通常是數個週末的短期課。完訓學員因缺乏配套（實習接案、督導……），培訓後遭遇挫折無法克服時很容易回頭沿用舊工作模式，導致新習得的技能逐漸流失，破壞培訓成效。

（三）本地講師長期「農耕」課程：針對本地需要量身設計課程

參加工作坊及歸國講師短期課程的學員中，部分堅持繼續從事家庭治療，即使案量有限，幾年下來逐漸累積經驗，工作愈來愈得心應手，家庭案比例逐年擴增，最後選擇只見家庭案的純家庭治療工作模式。這群人對自己的專業認同逐漸趨近「家庭治療師」，儘管目前我國並無這張執照，也尚無任何具公信力的認證系統。

在工作坊及知識進口型短期課程中，授課重點在於啟發性的新思路或新技術，若希望能落實成為日常工作模式，就像蒲公英落地要能發芽開花，需要運

³此處短期課程的定義為：時長24~48小時，以一天6小時計約4~8天為一期，較能開得成。



氣。

當這群從本地累積治療經驗、土生土長的家庭治療師開始授課，會以真實案例為教材，讓學員能看到治療具體過程，更相信家庭治療對本地家庭真能奏效，鼓舞學員信心，提高回去嘗試實踐的意願；並讓新手助人者願意投入時間心力慢火練功，讓以年為單位的長期課程較容易開得成。

因長期與本地家庭工作，這群講師對於本地家庭特性及臨床反應能描述得更清晰，讓學員更容易產生共鳴，進而提高學習投入感；因清楚知道開始接案後可能會遭遇哪些挑戰，這群講師能設計出相應課程讓學員預做準備，例如針對臺灣治療師普遍不擅面對衝突的特性，刻意設計高張力演練；引進正念課程，讓學員面對家人衝突時心態更篤定。

因為目標是培養出能真正接家庭案的治療師，因此設計出講課、演練、實習、督導、進階訓等階層式課程，讓學員循序漸進培養能力，並在不同學習階段提供不同支援，協助學員克服難關，提高學員繼續實踐家庭治療的存活率，即提高了培訓成效。

相對於工作坊的「切花」式訓練，這種以本地治療經驗為本，根據本地案例特性量身打造的教學模式，更接近「農耕」。儘管流汗種田比直接買花辛苦，但開花結果時的滿足感不可同日而語。一旦生根茁壯後將年年自行生長，假以時日或可長出一片美麗森林，改變整片地景。

（四）發展出「專業生態系」：訓練、服務、研發相互支援

在本地累積接案經驗到一定程度時，有些本地治療師／講師會開始整理發表自己的臨床經驗，書寫過程必須重新梳理自己如何做到的，因為要教會別人

必須把過程講得更清楚，不能只靠隱性知識（tacit knowledge）直覺地採取行動。因此，教學能讓一位治療師對其治療過程的意識化程度更高，臨床選擇與應變能力因此更強，治療成效自然更好。

這個梳理過程無論是自行反思書寫，或透過系統性學術研究，都會迫使講者重新思考、組織甚至改良現有作法，進而提出更適合本地實踐的理論與工作方法。

從事培訓的講師開課多年後，可能會思考如何優化教學方法以提高訓練成效，並透過系統性收集學員回饋或進行正式研究來收集資料進行分析，以逐步改良教學設計，發展出一套獨特培訓模式。相對於前二階段從「本地化」到「量身設計」以貼合本地案主與學員需要，此階段的培訓設計開始打造能自給自足的生態系，從課程設計、進階課程（以因應不同階段學員的需要）、提供服務（媒合完成訓練的治療師與需要治療的案主）、研發（新課程、新治療技術、新服務對象等），使得培訓、服務、研發形成相互支援的完整循環。這種能自給自足、生生不息持續成長的系統，可以稱為一個完整的「專業生態系」。

儘管這些階段大體上按時間順序先後出現，但也彼此重疊，因此也可以被視為四種培訓類型。例如至今仍有外國講師訪台授課，只是比例上日漸減少，而本地講師開課則逐年增加，選擇愈來愈多，呈現出一個演化趨勢。

二、訓練上的挑戰

（一）四種訓練類型各有利弊

訓練是專業發展的支撐，訓練不足則是專業發展上可預見的風險。上一節



呈現的四種訓練形式與時代背景密切相關，各有其利弊與限制。以外國講師為主的短期課程，能啟蒙本地專業人員對學習家庭治療的興趣，但距離能實際運用還有相當距離；以歸國講師為主的短期課程，將家庭治療進一步推廣出去，不過此類型培訓的多數講師可能更接近「知識進口商」，開始進行本地化轉化過程的講師有限，學員的學習效果自然也會打折扣；以本地講師為主的長期課程，較能針對本地學員需要以及本地案家狀況量身設計課程，若其課程設計能包含督導、進階訓等相關配套，較能縮短學用落差，讓學員能在實際工作中開始實踐新技能；若課程能發展成一套完整的「專業生態系」，可透過持續訓練來提高服務品質，利用服務平台提供完訓學員接案實踐機會，同時推廣家庭治療在本地的社會接受度，再透過服務平台及培訓課程收集資料進行研究整理，進而提高培訓與服務的專業品質。這樣環環相扣、彼此支援的生態系，自然可以不斷自我優化而生生不息。

環顧今日臺灣市面上各種家庭治療相關課程，以上四種類型皆存在，透過市場機制由學員各取所需。但若以培訓成效的角度來看，愈後面的類型，其完訓學員能真正從事家庭治療工作的機率較高，也就是培訓成效較高。

（二）學派五花八門缺乏統整不利學習

多數家庭治療教科書以一個學派一章的形式，依序介紹不同學派的重要人物、核心理論與特色技術。這樣的呈現方式容易突顯學派間差異，卻給人一種平行宇宙的印象，彷彿每個學派各行其是沒有交集。因缺乏統整性，令學習者眼花撩亂，只能瀏覽強記五花八門的理論技術，導致雜而不精，學習效能低落

，自然不敢嘗試實踐。

有些學生盡快隨機選定某學派，投入時間精力及學費深入學習，後來卻發現不符合自己個性或工作需要，若繼續堅持易流於機械化操作缺乏自發性，若砍掉重練成本又太高，於是陷入兩難。這或可說明標榜特定學派的訓練課程，報名人數很多但能學成並真正實踐的比例很低，也就是訓練成效很低。

某些學派步驟較明確，利於初學者上手，卻不利隨機應變，資深治療師容易感覺綁手綁腳；某些學派架構彈性較大，但可能讓初學者難以掌握。學習上若硬要忠於某學派從一而終，似乎並不符合治療師專業發展歷程的需求變化。

綜言之，家庭治療各學派間缺乏統整導致學習困難，過早鎖定某學派投入學習的風險高成效低，因此根據學派進行訓練並非有效的教學方法，卻是臺灣目前最常見的教學法。可以預見，培養出能真正實踐的家庭治療師的機率，很不樂觀。

參、運用刻意練習原則來強化訓練成效

一、刻意練習：提升表現真正有效的訓練原則

美國心理學家Anders Ericsson研究各行業表現頂尖之傑出人士後，發現對提升表現真正有效的並不是傳統上認定的學習總時數或年資經驗等因素，而是所謂「刻意練習」時數。刻意練習的原則如下（Ericsson & Pool, 2016/2017）：

1. 目標具體明確（才能評估練習成效是否達標）。
2. 練習過程高度專注，全神貫注（累了就休息，硬撐沒效）。
3. 及時獲得回饋，反覆練習（知道



自己是否做對、錯在哪裡，具體調整後再練習）。

4. 跨出舒適圈，克服目前的錯誤習慣，突破瓶頸。

5. 尋找、嘗試新方法以克服瓶頸（學習高原區）。

6. 找到激勵自己的方法，堅持持續練習。

Anders Ericsson發現，（西洋棋、籃球）高手能更快辨認出模式，因此對比賽過程的記憶較佳，預測比賽結果較准，解讀比賽能力較強；高手還能想出更多創意解法，且能預測哪種解法會有什麼結果。這些傑出表現並不是因為高手的記憶力較好，而是高手以比較高效率的認知策略來處理大量資訊，因此可以更有效率辨識出重要模式，也就是高手的「心智表徵」比較細膩，彷彿地圖的解析度較高，因此表現更好。

二、心理諮商／治療界開始關注刻意練習

近年來刻意練習受到心理諮商／治療界高度關注，許多心理治療取向的訓練者引用刻意練習原則來設計培訓方法，美國心理學會（APA）過去四年出版了八本書⁴，包含心理動力（Levenson et al., 2023）、認知行為治療（Boswell & Constantino, 2021）、動機式晤談（Manuel et al., 2022）、情緒焦點治療（Emotion-Focused Therapy, Goldman et al., 2021）、辯證行為治療（Boritz et al., 2023）、理情治療（Rational Emotive Behavior Therapy, Terjesen et al., 2023）、兒童青少年心理治療（Bate et al., 2022）

⁴下列七本加家庭治療一本，共八本書。

⁵APA "Essentials of Deliberate Practice Series" 網頁<https://www.apa.org/pubs/books/browse?query=series:Essentials%20of%20Deliberate%20Practice%20Series>。

。在APA網頁上可以看到接下來數年預計出版十幾本同主題的書，可見其盛況⁵。

家庭治療學者也參與了這場運動，出版了Deliberate Practice in Systemic Family Therapy（Blow et al., 2022），書中將家庭治療技術分三級（初級、中級、進級），外加綜合演練(comprehensive exercises)，每一級提供2~4項練習任務，練習任務主題請見表2。為避免翻譯導致原意耗損，表1內容引用英文原文。從眾多技術中精挑細選出12項任務並加以排序，或可反映作者對家庭治療師需具備的核心技能及其優先序的想法。表1的內容還指出：刻意練習對不同專業發展階段的治療師都能適用。

三、心理治療培訓的效能問題：現行方式缺少了什麼？

（一）培訓過程缺乏刻意練習元素

美國心理師Tony Rousmaniere（2017/2019）回顧自己從新手階段狼狽摸索，歷經接案挫敗（療效不明的案例近半）及尋求督導效果有限的親身經驗，決定開始研究如何能更有效學習心理治療專業能力。他訪談一位從職業音樂家轉行的心理治療師，後者震驚地發現和音樂家相比，心理治療師的養成訓練明顯缺乏刻意練習元素：

「心理治療領域長於教授理論，拙於教授技巧。因此學生通常知曉理論，卻不知如何將其付諸實踐…技能學習被貶低為只是『技術』，其水平和重要性被認為低於共情或治療師和來訪之間的情緒連結。（John Federickson，引自Rousmaniere，2017/2019，35頁）」



表1

可運用刻意練習的家庭治療技術 (Blow等人, 2022)

級別	練習
Beginner	Exercise 1. Providing a Systemic Rationale for Treatment
	Exercise 2. Building the Therapeutic Alliance: Establishing Bonds and Joining the System
	Exercise 3. Reframing the Problem
	Exercise 4. Interactional Structuring: Deescalation
Intermediate	Exercise 5. Avoiding Triangulation
	Exercise 6. Highlighting Boundaries
	Exercise 7. Systemic Questions - Fostering Perspective Taking
	Exercise 8. Engendering Hope
Advanced	Exercise 9. Attention to Diversity
	Exercise 10. Building the Therapeutic Alliance: Establishing Therapeutic Goals
	Exercise 11. Tracking the Interactional Cycle
	Exercise 12. Interactional Structuring: Initiating Enactments
Comprehensive Exercises	Exercise 13. Annotated Systemic Family Therapy Practice Session Transcript
	Exercise 14. Mock Systemic Family Therapy Session

註：*為避免翻譯導致原意耗損，表1內容引用英文原文。

(二) 督導效果堪慮

Rousmaniere與同事進行的一項研究發現：252名受督者中只有不到5%報告他們的督導「經常表現出明顯合作性」；1/3受督者說他們的督導「很少合作性」；甚至有超過10%受督者說他們的督導「明顯的非合作性！」(Rousmaniere & Ellis, 2013) 這樣的督導關係著實令人捏把冷汗，督導成效與對案主療效的助益也令人堪憂 (Rousmaniere et al., 2014)。

Rousmaniere認為，許多心理治療的教學者與督導對如何有效的教學方法和團督過程可能認識有限，多數只是複製沿用自己早年接受督導的方式，即使他們自己是傑出的治療師，可能也不見得擅長教學生。

(三) 傳統教學方法迷思：累積臨床經驗即可轉換為專業能力

無論是醫學或心理治療，傳統上相

信長期接觸患者累積的臨床經驗，是促進專業能力的重要途徑。但 Anders Ericsson的研究顯示傳統的「傻傻苦練學習法」不但沒幫助，還會導致反效果，產生「自動化」效應：變成無意識反射性行為（像開車）。McGaghie (2011) 的研究結論指出：基於模擬的刻意訓練法，教學效果遠勝過傳統醫學教育的自然教學法，即老醫師帶新醫師慢慢累積臨床經驗的傳統方法。

Rousmaniere注意到許多心理師不太能接受一項研究早已確認的事實：累積臨床經驗本身無法確保專業能力發展！隨著年資累積，事實上僅有少數人的能力會不斷提升最後成為專家，其餘多數人的能力水平會進入高原期，之後一路維持不會再進步。

(四) 從培訓到療效的轉化效果不明

還有一個很現實的問題：對心理治



療師的教學與督導，是否能提高治療師的療效？即治療師受訓、督導後，他的案主是否出現實際進步？也就是從培訓到療效的轉化問題。如果把培訓對治療師的幫助分為以下四級，轉化效應屬於第三級：

1. 模擬演練中成績提高。
2. 治療過程獲得改善（固守治療程序，堅持與理論模型一致……）。
3. 增進案主的療效。
4. 附加效果（成本降低、其他「不相關」因素提升……）。

心理師受訓後能在模擬演練中表現得更好，自然算是一種進步；如果在真實治療中能觀察到治療過程的優化當然更好；但如果接受治療的案主卻毫無變化，豈不前功盡棄！

回顧相關研究後Rousmaniere（2017/2019）發現平均來說高達40%~60%的案主未能從治療獲益，而治療師對自己治療成效的主觀評估誤差又驚人的高（平均在80%）！心理治療作為一個關在小房間內進行的一項服務，如果當事人不提出抗議，外人無從得知是否有效。但案主未必有足夠知識、經驗與勇氣，去意識到或去揭發治療無效的問題，多數案主頂多自行中斷療程不了了之；也有習慣了定期去見治療師聊天，雖然毫無實質助益。除非機構管理者將案主回饋評估納入常規操作，否則在這樣的制度結構下，治療師很難獲得有效回饋，也就很難進步。

除了強制要求實習的教學體系（例如大學的心理諮商研究所），多數的校外培訓其實很少和受訓者的執業單位聯繫，收集培訓過程中治療師的實際療效，因此無法評估培訓的轉化效果。即使與機構保持聯繫，如果機構本身缺乏對療效資訊的掌握，培訓者仍無從評估培

訓轉化效果。

（五）缺乏針對專業能力的可靠評估機制

現行的心理治療、包括家庭治療培訓領域，很少把療效轉化率納入考慮，更多強調學派取向，背後的潛台詞是：講得出自己什麼學派的治療師比較專業。除了要求持有證照，幾乎沒有任何其他機制評估一位治療師的專業能力水平，唯一的參考指標也許是年資深淺或鐘點費高低，惟二者皆並不可靠。

無論是對尋求服務的案主，或對心理治療機構的管理者，缺乏專業能力評估機制都會導致魚龍混雜，專業信譽風險增高，服務品質難以提升，這恐怕是心理治療專業發展的一大隱憂。

四、在心理諮商訓練中運用刻意練習原則，強化訓練成效

Rousmaniere（2017/2019）參考醫學、表演藝術、急救及精神靜修領域，統整出如何運用刻意練習原則來培養心理治療師專業能力的五步驟：

- 1.（通過錄影）觀察自己的治療工作過程。
- 2.（從督導）獲得專家反饋。
- 3.設置略微超過自己目前能力水平的微小學習目標，然後逐漸加碼。
- 4.針對具體技術反覆進行演練。
- 5.持續通過案主回報的治療成效，評估自己的能力表現。

Rousmaniere提醒：影響療效最主要變項在案主，其次是治療師，學派的影響其實不大。因此若想提高受訓者的實際治療成效，訓練重心不應放在掌握某特定理論模型，而是掌握基本人際技術（針對案主變項的影響力），包括同理、語言流暢性、情緒表達、說服力、聚



焦問題等能力。針對培養基本人際技術，Rousmaniere提出可以運用刻意練習原則設定小目標，例如：

1. 臨床正念：將會談過程發生的內在體驗帶入意識

(1) 注意會談當下自己的內在想法、感受及身體反應，是否不適、反感或想拯救。

(2) 留意自己對案主痛苦經驗的迴避反應：轉移焦點、防衛、空白。

2. 與案主同步

(1) 在動作與姿勢及微表情上，特別是與語言內容相衝突時。

(2) 在「說的內容」與「如何說」上，包含語調、語速、變化。Rousmaniere提議可以把會談影片的螢幕關掉只聽聲音來練習。

3. 培養耐力

(1) 練習時間比真實會談時間長至少10分鐘。

(2) 逐漸增加強度，直到比真實案例更高一些些。

肆、以核心能力為框架設計與考評訓練

一、「核心能力」概念發展簡史

家庭治療自1950年代從無到有，始於第一線治療師遭遇臨床困境。當時的理論與訓練不足以克服困境，少數不願放棄的勇敢治療師只能摸著石頭過河，各憑本事摸索出新的工作模式。在各自摸索的時空背景下發展出的工作模式，與創始者的專業背景、性別、服務對象、地區文化甚至個人成長經驗息息相關，因此個人風格鮮明，形成今日教科書

上百花齊放的局面。這一段相當鼓舞人心的專業發展史，如今卻成為有心學習者的阻礙，豈不令人唏噓。

隨著家庭治療在世界各地逐漸成為一門被認可的專業，如何更有效訓練出具勝任力的家庭治療師，成為所有教學者關心的事。關注焦點之一，是家庭治療師應具備哪些「核心能力」(core competences)，以確保其服務效能與品質。若能具體釐清必須具備核心能力，即可作為刻意練習的單元任務目標。

自2003年起，國內外陸續發展出家庭治療師核心能力的指標，其發展過程簡述如下。

美國婚姻與家庭治療協會經一系列討論後，2004年提出128項核心能力⁶(AAMFT, 2004)，內容分為六個範疇(投入治療、評估與診斷、治療計畫與個案管理、治療介入、倫理規範、研究及方案評估)，每個範疇皆包含五個能力向度：概念、知覺、執行、評估及專業倫理。

英國倫敦大學也提出一組核心能力框架(The UCL competence framework)，內含五個領域：一般治療能力、基本系統能力、特定技術、針對特定問題的介入能力、後設能力。最後兩類能力是AAMFT的128項核心能力沒有涵蓋的。

趙文滔與羅幼瓊(Chao & Lou, 2018)透過德爾菲法收集臺灣學者及實務工作者意見，提出42項指標之「臺灣家庭治療師核心能力」(TFTCC)，內含四個領域：投入治療、評估與診斷、治療與介入、個案管理。除大幅精簡美英版能力指標，也增補臺灣治療師常感吃力的三項能力：容忍高張力衝突、覺察自我在治療過程中如何受到影響、理解本

⁶搜尋'Marriage and Family Therapy Core Competencies© December, 2004'就會跳出原始文件，欲瞭解此運動發展的來龍去脈可參考Millers等人(2010)、Chao & Lou(2018)。



地文化價值觀。

Northey與Gehart（2019）改良AAMFT的128項能力指標，提出一套16題精簡版，包含熟悉相關理論、人類與家庭發展、文化敏感度、治療架構、治療關係、診斷、關係評估、治療計畫、治療介入、安全計畫、合作、法律及倫理、督導、運用自我於治療中、成效評估、研究等16項。

整合Chao與Lou（2018）及Northey與Gehart（2019）的成果，蔣葦（2022）透過焦點訪談提煉出13項臺灣家庭治療師核心能力，以增進其實用性。完成Chao與Lou（2018）版本的42題問卷約需時15～30分鐘，蔣葦的13題版則可大幅

省時，讓相關人員應用核心能力指標來進行教學設計與評估學習成效的意願及普及性更加提高。

二、以核心能力為框架設計與實施訓練與考評

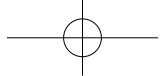
由以上發展史可以看出，核心能力受到包含家庭治療在內的學者重視，成為未來專業發展值得努力的方向，並已發展出一系列具體評估指標，大幅增進其應用於治療師訓練課程設計與能力考核的可行性。由Chao與Lou（2018）提出的42項「臺灣家庭治療師核心能力」（TFTCC）以及蔣葦（2022）的13題版

表2

十三項家庭治療師核心能力

能力範疇	核心能力
理論基礎	1. 應具備家庭發展及系統理論知識
邀請與投入治療階段	2. 邀請並協助家庭成員投入治療
評估與診斷階段	3. 透過探問相關生理、心理、社會文化、發病史、求助史等脈絡，釐清案主症狀與系統的關聯性
治療階段	4. 在會談中使用關係問卷，讓成員對關係進行反思 5. 從系統觀點重新詮釋問題和重複的互動 6. 即時調節會談中浮現的情緒張力，讓參與者感到安全 7. 能適時分別運用內容與過程，以促成治療性結果 8. 在會談中讓家人對話，並協助他們調整僵化的互動模式 9. 在治療歷程中能覺察自我受到系統之影響，並能用自我促進治療目標
個案管理	10. 整合案主回饋、評估分析、脈絡資訊和診斷，與案主一起發展形成治療目標與計劃 11. 評估案主對介入的反應或回應 12. 評估治療結果以決定案主需要繼續、終止治療或轉介 13. 與案主、未出席家人、重要他人、團體、督導及其他相關專業人員合作

註：改編自蔣葦（2022）



本，則針對在台灣進行家庭治療的助人專業者，修訂出一套適合本地社群的能力評估指標，進一步增進了其應用於本地培訓的實用性。

綜言之，家庭治療師核心能力框架經國內外學者接力耕耘，已兼顧內容效度、可行性與本地適用性。若能根據核心能力框架來設計相關培訓課程、評量學習成效、檢核服務品質，例如自評能力上的優勢及待補強之處，或用來評估以協助受督者的能力發展狀態，應能有效提昇家庭治療師訓練成效，對家庭治療專業發展有所貢獻，值得相關課程訓練者、督導、訓練機構、督考單位納入考慮。相關研究者如以這套指標為參考架構來分析治療歷程，或可對如何增進治療效能產生新洞見，進而促進專業長遠發展。

伍、建議

綜上所述，目前台灣市面常見的四種家庭治療師培訓類型中有三種可謂弊大於利，而常見的、根據學派進行訓練並非有效教學方法，如此下去恐怕很難為本地培養出有能力的家庭治療師，不利本地家庭治療專業長期發展。本文提議，由教學、品管、服務、研究四個環節的改革與合作，來打造更有效且互相支援的專業生態系。

在教學上，由於現行心理師法關於學分規定的侷限，大學研究所能培養出家庭治療師的機會微乎其微；執業後培訓若能根據刻意練習原則設計課程，應能大幅提升教學與督導效能；教學者與督導須熟悉刻意練習教學法，才能落實。

在品管上，由公正單位制訂公佈一套家庭治療師核心能力評量標準，提供家庭治療學習者及從業者鑑別自己真實

能力水平，也提供案主求助選擇治療師的參考，以杜絕魚目混珠的亂象。

在服務上，建立療效檢驗回饋機制，規律收集治療成效結果，讓治療師有投入精進自己專業能力的動機，也讓機構管理者提高服務品質。

在研究上，收集臨床服務及教學培訓的數據資料，研究如何提高教學方法及服務品質。

在合作上，教學單位可與服務機構對接，根據服務機構需要的治療師能力設計訓練內容，並確認訓練轉移效果；服務機構參考治療師能力評量成果來任用或淘汰心理師，或要求心理師接受訓練補強特定能力；獎勵研究者與教學單位、服務機構合作，獎勵教學、服務部門提供數據資料，並以研究成果引導教學方法及改善服務品質。

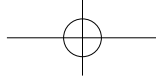
若能從以上四個環節推動改革，或能讓台灣家庭治療專業發展進入一個新里程碑。

參考文獻

- Ericsson, A. & Pool, R. (2017)。刻意練習：原創者全面解析，比天賦更關鍵的學習法。(陳繪茹譯)。方智出版社。(原著出版於2016年)
- Rousmaniere, T. (2019)。心理治療師的刻意練習。(魏宏波譯)。人民郵電出版社。(原著出版於2017年)
- 蔣葦 (2022)。成為家庭治療師—三位臺灣家庭治療師的專業發展旅程。〔未出版之碩士論文〕。國立臺北教育大學。
- 陳珠璋、吳就君 (1969)。家族治療之臨床經驗。心理衛生通訊，14，25-28。
- AAMFT (2004). *Marriage and Family Therapy Core Competencies*©



- December, 2004. [https://www.coamfte.org/common/Uploaded%20files/COAMFTE/Accreditation%20Resources/MFT%20Core%20Competencies%20\(December%202004\).pdf](https://www.coamfte.org/common/Uploaded%20files/COAMFTE/Accreditation%20Resources/MFT%20Core%20Competencies%20(December%202004).pdf)
- Bate, J., Prout, T. A., Rousmaniere, T. and Vaz, A. (2022). *Deliberate Practice in Child and Adolescent Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Blow, A., Seedall, R., Miller, D., Rousmaniere, T. and Vaz, A. (2022). *Deliberate Practice in Systemic Family Therapy*. American Psychological Association.
- Boritz, T., McMain, S., Vaz, A. and Rousmaniere, T. (2023). *Deliberate Practice in Dialectical Behavior Therapy*. American Psychological Association.
- Boswell, J. F. and Constantino, M. J. (2021). *Deliberate Practice in Cognitive Behavioral Therapy*. American Psychological Association.
- Chao, Wentao & Huang, Wanling (2013). The Development of Family Therapy Practice and Training in Taiwan: A Review and Prospects for the Future. *Contemporary Family Therapy*, 35, 319-328. DOI: 10.1007/s10591-013-9261-7
- Chao, Wentao & Lou, Yu-chiung (2018). Construction of core competencies for family therapists in Taiwan. *Journal of Family Therapy*, 40(2), 265-286. DOI: 10.1111/1467-6427.12204
- Goldman, R. N., Vaz, A. and Rousmaniere, T. (2021). *Deliberate Practice in Emotion-Focused Therapy*. American Psychological Association.
- Levenson, H., Gay, V. and Binder, J. L. (2023). *Deliberate Practice in Psychodynamic Psychotherapy*. American Psychological Association.
- Manuel, J. K., Ernst, D., Vaz, A. and Rousmaniere, T. (2022). *Deliberate Practice in Motivational Interviewing*. American Psychological Association.
- McGaghie W.C., Issenberg, S.B., Cohen, E.R., Barsuk, J.H. and Wayne, D.B. (2011). Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta-analytic comparative review of the evidence. *Academic medicine*, 86(6), 706-11. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318217e119
- Northey, W. F. & Gehart, D. R. (2019). The Condensed MFT Core Competencies: A Streamlined Approach for Measuring Student and Supervisee Learning Using the MFT Core Competencies. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42, 42-61. DOI: 10.1111/jmft.12386
- Rousmaniere T. G., Ellis M. V. (2013). Developing the construct and measure of collaborative clinical supervision: The supervisee's perspective. *Training and Education in Professional Psychology*, 7, 300-308. DOI: 10.1037/a0033796
- Rousmaniere T. G., Swift J. K., Babins-Wagner R., Whipple J. L., Berzins S. (2014). Supervisor variance in psychotherapy outcome in routine practice. *Psychotherapy Research*, 196-205. DOI: 10.1080/10503307.2014.963730
- Terjesen, M. D., Doyle, K. A., DiGiuseppe, R. A., Vaz, A. and Rousmaniere, T. (2023). *Deliberate Practice in Rational*



Emotive Behavior Therapy. American Psychological Association.

The UCL competence framework (n.d.).

UCL competence frameworks for the delivery of effective psychological interventions/Systemic Therapy.

<https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health->

[psychology/research-groups/competence-frameworks/systemic](https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/competence-frameworks/systemic)

投稿日期：2024年11月04日

第一次修改日期：2025年01月18日

第二次修改日期：2025年04月23日

通過日期：2025年05月29日

