

The background of the cover features a soft-focus photograph of a man and a woman in a wooded area. The man is on the left, looking towards the woman on the right. They are both smiling gently. The trees are bare, suggesting a late autumn or winter setting. The overall color palette is warm, with yellows, oranges, and soft greens.

主體實踐婚姻 / 家庭治療

在關係和脈絡中共構主體性

楊連謙 董秀珠 著



心理出版社

主體實踐婚姻／家庭治療： 在關係和脈絡中共構主體性

楊連謙、董秀珠著

國家圖書館出版品預行編目資料

主體實踐婚姻／家庭治療：在關係和脈絡中共構主體性

楊連謙、董秀珠著．-- 初版．--

臺北市：心理，2008.05

面；公分．--（心理治療；95）

ISBN 978-986-191-141-0（平裝）

1. 家族治療

2. 婚姻治療法

178.8

97006102

心理治療 95

**主體實踐婚姻／家庭治療：
在關係和脈絡中共構主體性**

作 者：楊連謙、董秀珠

執行編輯：林怡倩

總 編 輯：林敬堯

發 行 人：洪有義

出 版 者：心理出版社股份有限公司

社 址：台北市和平東路一段180號7樓

總 機：(02) 23671490 傳 真：(02) 23671457

郵 撥：19293172 心理出版社股份有限公司

電子信箱：psychoco@ms15.hinet.net

網 址：www.psy.com.tw

駐美代表：Lisa Wu tel: 973 546-5845 fax: 973 546-7651

登 記 證：局版北市業字第1372號

電腦排版：龍虎電腦排版股份有限公司

印 刷 者：東縉彩色印刷有限公司

初版一刷：2008年5月

定價：新台幣 550 元 ■有著作權・侵害必究■

ISBN 978-986-191-141-0



作者簡介

楊連謙

- 1986 年於中國醫藥學院醫學系畢業
- 1988 年服完兵役後任職台北市立聯合醫院（原台北市立療養院）
- 1992 年升任主治醫師
- 1994 年到美國費城兒童輔導中心（Philadelphia Child Guidance Center）受訓回來後於 1995 年 4 月 19 日成立家庭治療特別門診迄今
- 2006 年擔任華人伴侶與家族治療協會第一屆理事
- 現任台北市立聯合醫院松德院區精神科主治醫師、婚姻／家庭治療師

董秀珠

- 台灣大學社會工作系碩士
- 台北市立聯合醫院精神科社工師
- 美國費城兒童輔導中心受訓，返台後與楊連謙一起成立家庭治療特別門診迄今，期間也曾另組自己的治療團隊擔任督導
- 2006 年擔任華人伴侶與家族治療協會第一屆理事
- 現任台北市立聯合醫院松德院區精神科社工師、婚姻／家庭治療師

CONTENTS



目錄

	開 場	7
1	主體實踐治療概說	23
	全貌	23
	主體實踐治療之圖示	24
	我們對主體的界定	25
	知情意行關係脈絡	27
	知情意行的成熟轉化	31
	主體實踐取向的「病理」	32
	要如何促成主體實踐的狀態	40
	建構成長性關係所需的能力	41
2	主體實踐治療的基本概念	45
	治療	45
	個體、群體與主體	46
	脈絡	49
	密切關係的特徵	49
	實踐	51
	權力	51
	觀	52
	主體的成長轉化	52
	治療中主客體間的現象	53
	治療者在「看」家庭時發生了些什麼？	54
	密切關係中的兩主體之間	55
	改變	56
	症狀	59
	層次	61
	面向	62
	歷程	63
	方向	64

	階層	64
	觀點的抽離	64
	非此即彼和兼容並蓄	65
3	家庭治療歷程階段技術	69
	前言	69
	使家庭參與	70
	認出問題	75
	促成改變	85
	結束治療	98
4	實務層面的理念	103
	治療理論為一開放系統	103
	對其他治療取向的看法	103
	治療系統	105
	治療者觀點的治療目標	106
	治療歷程	108
	準備案家進入家庭治療	110
	達成目標與獲取案家合作	116
	治療者與案家間權階關係的變化	117
	操控力	118
	治療中培植個案的主體性	120
	介入處遇	121
	蒐集資料	122
	要知道多少資料才開始介入處遇？	126
	加入及進入案家	129
	進入家庭要看什麼？	130
	矯治、拓展與蛻變	132
	改變的階段	133
	對症狀看法的演變	135
	單方還是雙／多方決定？	137
	在個案允諾改變之後	139
	面對病態	141
5	治療者的運用自我	145
	前言	145
	治療者的基本態度	146



	治療者的努力	147
	治療者的圖	148
	治療者的主動選擇	155
	治療者對問題的「心像」	160
	治療者常用的意象	161
	家庭治療者介入處遇的基本互動圖式	167
6	賦權使能的案例與歷程	171
	案例	171
	歷程	184
	開拓「知情意行及關係」各面向的「空間」	189
	達成治療階段任務的歷程	194
	個案的能力得以產生的原因	197
7	主體實踐在婚姻治療的運用： 超越結構限制的自我反思與實踐	201
	前言	201
	存在於婚姻生活脈絡中的結構限制	201
	結構限制來源與婚姻困境	204
8	突破結構限制的自我反思與實踐 ——以丈夫外遇衝擊下心理創傷妻子的婚姻治療為例	221
	丈夫外遇妻子的心理創傷	221
	突破結構限制與個人自我	222
	妻子的復原歷程與婚姻治療技術	226
	結語	241
9	衝突與暴力下的成長契機 ——結構限制下的自我轉化與生活勝任	247
	前言	247
	家暴於家庭治療的理論檢視	248
	突破限制與促進勝任的家庭治療實施	251
10	關係的發展	265
	前言	265
	階層與成長模式	267
	Wynne 的關係系統的漸成模式	268
	成長關係	270
	三種關係的描述	271

	關係發展失敗的情況與特徵	273
	邁向成長關係所需的基本能力和三個軸向	274
	結語	277
11	家庭治療中的詢問	281
	詢問	281
	問句的形式	285
	詢問的原則	294
	詢問的技術	304
	結語	310
12	相關的理念	313
	前言	313
	治療相關哲學概論	313
	實在	315
	發展關注的焦點	317
	認知發展的階段	320
	分化	321
	創造雙贏	323
	區分困難和問題	325
	一致的教養態度	326
	阻抗之死	330
	成人依附形態：關於親近／疏離鬥爭的一些思考	336
13	相關技術	347
	重新框架	347
	促成互動、使上演	350
	形成治療目標	352
	「加入」的例子	354
	形成具體可行的切入改變點	358
	找回掌控權	365
	治療中的人稱代名詞	368
	過早揭露	372
	衝突的處置	374
	肉搏戰	375
	處理互動模式之練習	381
	選擇性介入的例子	384



以整體意識來看「分裂」現象	385
這條路？那條路？	388
由誰提供或產生方法？	390
跳開	392
作業生效	393
同化（induction）	394
用家庭治療的內功來運用空椅	396
賦權使能的巧門	397
治療者應用反轉移的感受來走出困局	399
投降的策略運用	401

14 案例 407

夫妻協商親職	407
建構個案的情感的客體恆久性：家庭治療的策略	414
身體症狀在家庭系統中的功能：家庭治療的處遇	421
仙人掌	429
沉默的兒子	434
易怒的兒子	440
缺乏煞車裝置的孩子	442
勒索	446
張網	449
環境愈改善但卻愈悲慘的人	452
賦權使能的實例	456

附錄 你需要家庭治療嗎？ 471

關於家庭	471
危機與轉機	471
關於「症狀」	472
家庭治療能處理什麼問題呢？	473
你來我們家庭治療門診之前要知道的事	473
家庭成員要如何善用這個治療時間呢？	474
我要如何才能被轉介到家庭治療？	474
費用問題	475

名詞索引 477

開 場

把話說清楚

這是一本整理我們團隊治療理念及經驗的書。寫這本書的初衷是想把我們的治療說清楚，讓讀者能夠了解，以便討論、累積及學習。

這本書是多年來我從每一次的演講、治療、督導、教學、寫作中慢慢累積起來的，所謂「主體實踐治療」（subject practice therapy）的理念逐漸成形；聽眾、個案、學習者和電腦螢幕都像是跟我對練的球友，幫助我一再汰粕存菁。這幾年來我寫寫停停，在向前走時並非有既定的理念，而且一再被手邊的工作打斷，例如，我寫〈婚姻治療中賦權使能的歷程——一病態嫉妒個案的經驗〉（楊連謙，2000）（@賦權使能的案例與歷程）的初衷，只是想將個案經驗整理出來，後來回首才發現，主體實踐的核心理念早已在那「燈火闌珊處」了。

近年來，愈來愈多來參與團隊的學習者（trainee）反應說，我們所做的跟書上所寫的結構和策略取向治療不太一樣。也有人問：「你們的治療跟個人心理治療有何不同？」我才驚覺原來我們已跟原來有許多不同，例如，現在我們有些個案做得很長（甚至長達兩、三年）、有些個案是一個人來，我們早已不太交代案家作業等，我們已超越「結構—策略」（我認為並非「脫離」，因為我認為我的骨子裡仍屬結構—策略取向，但的確有一大部分已相當不同），因為我們並不像早期的家庭治療理論那麼用力地「拒斥」¹個人內在心理動力的部分，而注重「個體在人

¹ 早期的家庭治療理論大師未強調個體是有其時代背景的，但不要忘了他們都受過個別心理治療、心理分析，甚至催眠的訓練，我相信這些背景必定對他們的實務引起很大的影響。我們有屬於自己的專業成長歷程，必須做出判斷與決定，如充實某些個別心理治療的相關知識等，以豐富我們自身的治療理念。



際關係及社會脈絡中的心理機轉」。

想要把話說清楚，就難免說太多話，話一多就難有相互呼應的條理。因此，讀者可把這本書看成是雜記，蕪雜之處我會盡量刪減並多用註腳及參照連結（在這本書中「@」這個記號標明可相互參考的章節）的方式來插入增補。

我想「把話說清楚」的用意是想說服讀者「在專業的成長歷程中形成『自己的』治療理念」，成為一位實務研究者，在實務中發現問題並去解決它，並試著「把自己在做什麼，為什麼要這樣做」說清楚，從這裡累積出「自己的」理念。所以，我的用意並非要讀者接受某些具體的內容，而更想傳遞一種開放式的理論架構和後設（meta-）系統式的思維方式；也就是並非教你ABC，而是希望讀者能充分了解並掌握這一開放系統的治療理念。「開放」絕非漫無章法，而是像形成珍珠的過程般循序漸進，各種理念圍繞著核心思想、形成體系。

在我一再述說我們理念的過程中，曾有許多人的回應是「平凡無奇」、「某一點像是某甲說的，某一點看似某乙的觀點」、「本來就是這樣啊！只是沒人把這些東西湊在一起說」。確實，這本書少有我個人的「發明」，我只朝我所認為對／好的方向做連結與整合（並非僅是分析）。在寫這本書的過程中，常有奇遇，因為發現自己的許多想法竟然出現在其他作者的書中，所謂英雄所見略同，雖然有些部分他們已做了很深入的思考與探究，但也有某些部分，我們的論述應已超越他們的〔例如，社會學家Giddens（周素鳳譯，2001；趙旭東、方文譯，2002）撈過界到心理學所關切的親密、性別、自我認同等議題，在心理治療的部分，他必須借助其他治療者的經驗，而身為實務工作者的我們，掌握了比他更豐富多彩、來自個案的第一手資料〕。其實因資訊的發達，某些論述可能早已不知不覺地烙印在我們的（前／潛）意識中，我們很容易會從衆地或是形成意義地接受了「大家」認為對的訊息，並據以形成「我」所認為「對」或「好」的論述。這現象若站在「全人類」的層次

來看就更能理解；我們並不像自己所以爲的那麼「獨」、「特」，我們有意識或無意識地承接了前人的遺產而身處「在這個特定的時空背景中全人類」的浪潮中。例如，不論你喜不喜歡，後現代思潮早就侵入我們生活的各個層面、社會結構的變遷絕不是一隻螳螂能擋，我們是在這個時代共同演出、共同作一場春秋大夢，同時也發出讚嘆，讚嘆著看似簡單的東西（如兩種性別形成的婚姻現象、父母子女四種角色衍生出複雜的家庭之舞、治療者和個案同處一室竟能發生那麼多狀況），可做出如此繁複的變奏。在這本書中，我所做的只是提出主體實踐的核心理念，並用這觀點消化許多既存的理論，如依附理論（@成人依附形態：關於親近／疏離鬥爭的一些思考）與技術，如空椅法（@用家庭治療的內功來運用空椅），讓它們重新排列，如此形成一個能夠一再增生的開放系統。其實，基於這樣的核心理念，每個讀者都能跟它互動，自己去填充它、滋養它，並在實踐中讚嘆它；雖然基於相同的理念，你形成的會跟我所形成的截然不同，或許生命本身就像煙火，在燃燒（自我實踐）中，每個人寫下不同的夜空。

有不少團隊參與者回應說我的督導太過強調技術。的確，我內心一直祕密地期盼學習者是懷抱「學會之後趕緊投身實務工作、去幫助更多個案」的願望來學習的。因為我深感「臨床上可處理的個案及議題太多，而實務工作者及其時間太少」的窘迫感（但弔詭的是沒去處理，好像也就真的沒有問題了²）；治療者的時間有限，而個案的問題是須耗時

² 在病房的工作經驗是，當團隊的人力一再因為成本考量而被緊縮時，例如，團隊中不再心理師時，病人的行為問題就用生活管理來處理（不再使用較費人力及時間的心理治療），違規的行為能被規範（美其名爲行為契約）就沒事，若無法被規範就以「病房結構不適合」為由，而請他離開。再如，當團隊人力因窘時，會把許多問題當作是「他們（家屬／或病人）應該自行處理的問題」，有時甚至連這問題本身都不會被提出呢！其實這現象在內外科病房早就發生了，當護士減少後，許多工作就轉嫁到護佐，乃到家屬、看護工甚至志工身上。因應此刪減醫院人事成本的「時代潮流」，專業人員會以「不要養成他們的依賴」甚至「要讓病人及家屬更有能力感」來合理化這樣的行為（而這又弔詭地與我



處理的，所以極須更多人力投入。因此，特別是在早年，我會強調家庭治療的「易學」及「速效」³，希望能引發學習者的興趣。當年 Minuchin 也是懷抱這樣的心情發明了結構取向家庭治療，並訓練高中學歷的學員投身社區工作，因為貧窮、毒癮、未成年生子等問題充斥當時的社會。環顧當今社會問題的嚴重程度並未稍減，而我們更遭遇家庭結構進一步崩解、少子老年化社會、外籍新娘及其子代的「新台灣人」、網路及專業關係⁴增生等問題。這些人類所面對嶄新議題的嚴重程度絕不亞於 Minuchin 當年，但是在我看來，在最根本處是人與人之間的問題，例如，外籍新娘問題挑戰著我們的種族及階級偏見，若能產生出解決這問題的能力，應會有助於解決島內原有的族群問題。

我的專業成長歷程

我從醫學院畢業服役兩年後（1988 年）就踏入台北市立療養院。在

們「讓案主更有能力」的目標是一致的，我們所訴求的「讓案主更有能力」是更大體制陰謀的一部分嗎？我們規避掉專業服務的天職了嗎？）。

- ³ 一種新治療形式要在已存在的眾多治療形式中爭得一席之地，並爭取保險公司願意付費，用「速效」的說詞或許是有用的。老實說「易學」及「速效」也是我的親身經驗，「只要會抓耗子的貓，就是好貓」，不是嗎？當然這樣的理念曾／會引起相當大的爭議及討論，如家庭治療真的「易學」嗎？如何定義「有效」？更重要的爭辯則在於若世事如家庭治療者所相信，是環環相扣的，那麼「我們很難確知所做的介入會不會造成更大的災難」。有些學者如 Gregory Bateson 等人（1956）傾向於非介入（not-intervention）的立場，而 Jay Haley 則不然。
- ⁴ 現代人一天當中花許多時間用網路、手機、視訊等與素昧平生的人打交道，這些前人所沒有的行為深刻影響人際關係並形塑嶄新的互動形態。現代人的人際關係中有一大部分是跟「專業」打交道，如保險理財專員、法律顧問、醫生、心理治療者等，顧客常會有任人宰割的感覺，這考驗專業倫理與和顧客之間的信任關係，基本上這信任乃建基在專業道德之上，這應也是現代社會的特有現象之一。心理諮商與治療等助人專業在現代社會中愈來愈不可或缺，因為現代人愈來愈不能跟親友訴苦，一方面大家都煩、都忙，一方面也會擔心有其他副作用，因此跟能保密、安全而且「互不相欠」的心理醫師談話的需求就應運而生。

住院醫師期間我曾廣泛參與家屬工作，如家屬衛教，以及陸續與多位社工合作主持多家屬團體（multiple family group）⁵，此時我也接觸到家庭治療。當時台灣中文的相關書籍並不多，吳就君老師的《家庭動力學》算是我家族治療方面的啟蒙書，而金觀濤與華國凡的《控制論和科學方法論》則是系統理論方面的入門書，而當時的主任陳喬琪醫師給予很多的鼓勵和很大的空間，讓市療的心理治療專業（蔡榮裕的精神分析、陳登義及湯華盛的團療等）得以萌芽。當時學習主要靠閱讀、翻譯、臨床討論與經驗整理，並曾和一些同仁組成讀書會。由於沒有「專家」或「大師」，主體的力量反而容易顯現。反觀當今學習者的困境是面對一大堆「前輩」、書籍和資訊，總覺自己不足，反而難能走出自己的路；你不可能成為別人，而要成為自己⁶。

我跟許多早期的家庭治療者一樣，對「住院中已穩定的精神病患回家後旋即變得不穩定」的現象感到困惑，前輩因此發展出家庭治療，而我也很興奮地投入，想在其中找到解答。結構和策略取向相通之處相當多，我認為「改變」是兩者的核心理念，而這和道家思想的「易」有著跨時空的呼應。另外，策略取向實用主義精神的「不管黑貓、白貓，只要會抓耗子的就是好貓」和道家「無為而治」的境界在我內形成「有為／無為」的辯證張力；當我們能夠同時了解此兩者時，就能悠遊於「介入／非介入」的各種治療法門，並從正／反跳躍到「合」的第三條路。

⁵ 多家屬團體是治療者與多個病患家庭共同組成的團體。我曾嘗試過情緒支持、精神疾病教育、問題解決及系統等取向的團體。有些團體只有家屬參與，有些則家屬與患者一起參與。

⁶ 所以，我常建議學習者要回到自身，常問自己：「我在做什麼？」「為什麼要這麼做？」「這麼做是基於什麼理念？」「有沒有其他的理論在解決類似的問題？」「這麼做個案的反應如何？」「成效如何？」「有何『差異』？」由此累積自己的經驗、形成自己的論述，如此也才能從他人處學習。所以，在看這本書時，不要學我！但要自己思考、發揮每個人的特質與習性；拿我的素材做參考、跟我比對，如此，在你我的差異中，你將不會否定你自己，而能／會衍生出更豐富的内容。



我相信只要是人們認真提出的理念必有其道理與用處⁷。肯定這點，自然就可不拘泥而能靈活變化又能有所堅持。

1992 年升任主治醫師後，我就一直待在開放式的精神科積極復健病房（楊連謙、林怡利，1996）擔任督導醫師。住院的病友都遭受疾病對其本身功能毀損以及心理打擊，同時也要面對非常不利的社會生存環境：他們要作為「社會中的正常人⁸」有生物－心理－社會等多方面的困難。復健病房的主要工作就是塑造類似苗圃或溫室的環境，讓他們療傷、成長與茁壯，以便「嫁接」到他們將去的環境，所以我們會致力於改善家庭關係與互動，讓他們能安住而減少症狀的復發，並讓家庭成為他們進入社會的灘頭堡。因此，復健病房的治療者必須熟悉各種治療理念（精神分析、自體心理、客體關係、溝通分析、認知行為、理情、完形、婚姻／家庭治療等）及治療形式（個人、團體、婚姻／家庭、多家庭團體治療等），並與其他專業如社工師、心理師及復健治療者等合作；督導醫師的工作就是利用個別和團隊督導，讓學習者在專業成長的經驗中，個人人格也更臻成熟。

1994 年我和董秀珠一起到費城兒童輔導中心（Philadelphia Child Guidance Center）學習。回國後，在 1995 年 4 月 19 日和她成立週三家庭治療門診到現今。有幾年，秀珠另外在週五也成立團隊負責督導。在日

⁷ 其實有沒有用取決於位置與觀點，如《莊子》中的「無用之用是謂大用」，端視我們站在哪個位置、用怎樣的觀點來看。

⁸ 「正常」的觀念是社會建構的。社會整體風氣的改變不是那麼容易，因此，人們能做的是盡其在我地建構以自身為中心的環境。以我本人為例，我努力營造有利於病人成長的病房環境，希望能建立與維持病人和願意接納他們的人（醫療團隊成員以及照顧者、親友）之間的關係。個體是在這樣「局部」、「小眾」的「小社會」中成長，也較能對這小社會發揮影響。當然，這小社會會與大社會文化發生衝撞，例如，當我要支撐病房的醫療品質或家庭治療門診時，會遭受健保制度及整個醫療體系成本效益計算的限縮。主體會在面對這些危機與衝撞時所做的抉擇中湧現（emerge）出來，一如心靈似乎是在複雜的神經運作中湧現出來的。

常工作中我做督導的時間包括：(1)十年來週三家庭治療門診團隊早上看治療，下午討論及督導：這十年間陸續有不下兩百位專業人員及研究生曾經參與過我們團隊⁹。團隊運作基本上是隨著參與者的參與情況而做調整（「叩之以小者則小鳴」），有時會安排讀書會、講課、演練等，我們甚至曾嘗試用留言板網上討論來培訓新學習者，只是刻意而為總是難能持久，散漫即興的形式或許是團隊持續的主因。本書有一部分是多年來為團隊成員形成的講義；(2)住院醫師：因為病房工作的輪替，每半年就會有兩位住院醫師接受督導（他們可參與週三門診及週四下午在病房進行類似週三門診的家庭治療督導）；(3)積極復健病房團隊的督導。

在復健病房的工作中，我已深信要治療個人必須將家庭或密切關係（@密切關係的特徵）的人納入，而我所找到的萬能鑰匙就是家庭治療理念。不論是處遇嚴重精神病或精神官能症患者的心理、行為或關係問題，或是帶領治療團隊、建構病房以及督導，我都以家庭治療的理論為底並融入各種治療理念來處理。我發現家庭治療與精神科復健的理念息息相通，而且符合醫療大環境（短期、有效、保險給付等）的需求。

13

在講求實效的現代社會中，治療也必須講求實效。解決問題時當然要考慮經濟原則，亦即「殺雞不用牛刀」、「力量要花在刀口上」、要「一石多鳥」。基於此，我們會主張「當個案能夠自己處理困難，也就是該結案的時候了」，在此會去分辨責任的歸屬（「是誰的責任？」及「每個人各該負什麼責任？」），以及要去評估「案家是否已有能力」，原則是讓每個人（包括治療者本人¹⁰）負起他能夠及該他負的責任（因此，這也屬於發生於治療關係範疇的人我分際／界限議題），例

⁹ 在2005年中由於研究工作繁忙故停止招收學習者及下午的討論，團隊只剩一些能持久參與的治療者如呂宏曉、鄧淑娟和林美儀等人。最近我們團隊積極與社區社工連結，希望能把家庭治療理念融入高風險家庭的社會工作實務中。

¹⁰ 在此，我們看到治療關係及親子關係的平行類比，兩者同樣要處理界限問題，只是在治療關係中，治療者是直接參與的主角之一，所以治療者面對在當下處理此議題，可作為個案的表率。



如，起床是誰的責任，在這事件中母親要負哪些責任、母親如何評估孩子的能力，及如何讓孩子負起他該負的責任等議題。這些問題常常並沒有標準答案，而是情境決定的，也都不是誰說了算，而是要在互動、歷程及關係中去處理、相互決定的。正因為這互為主體性（inter-subjectivity）的特性，在治療及督導中，我學到「用力未必能解決問題，反而可能產生另一層次的問題」。如在「用力」的同時發生之「壓制」、「兇」或「不尊重」等，這些對關係的破壞性反而更大，而「用力」的善意，在此時卻被壓縮得必須用放大鏡才看得到（這歷程跟家庭「愈解愈結」的病理機轉是一致的，治療者用放大鏡看個案的善意是對治之道）。

從嚴重精神病人的家庭治療中學到，無可否認的，他們有一個原發的、一再發生問題的核心——疾病（應是生物體質性的，而非關係所能完全解釋），其症狀常以「重複發生」的形式出現，例如躁鬱症及精神分裂症的復發，這原發的狀態會造成次發的人際相互鎖死（interlocking）的關係模式，如病態依存（co-dependent）¹¹、要求／疏離等。早期策略取向的理論家致力於打破這僵化復發的互動模式。我從這些治療經驗中體認到，「關係無個體則無法成立；關係是從，而個體才是主」、「問題解決雖可在諸多方面著力（@行為模式維持環），但根本之道在於促成主體性」。此外，發現治療不論促成個案心理或心靈上的進展有多大、他說得有多好，唯有當他展現在行動上、實踐在關係及生活中才能算數。要促成個案的行動與實踐，最大的挑戰來自處理精神分裂症患者的負性症狀（沒有活力、缺乏動機與意志）。在此我了解到意志與意願在治療中的重要性，因此提出主體實踐治療的理念，其主要的工作在於促成個案具體的行動（實踐），但同時也要知道「有為」的危險與「無為」的重要（關鍵在於增強個案的自主性，而非在他人操控下所產

¹¹ 讀者可參考邱紫穎譯（2004）的《走出病態互依的關係》。