

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ► 如何運用“治療同盟破裂化解模式”：個案報告

How to Apply "Rupture-Resolution-Model": A Case Report

doi:10.30074/FJMH.200809\_21(3).0004

中華心理衛生學刊, 21(3), 2008

Formosa Journal of Mental Health, 21(3), 2008

作者/Author：劉同雪(Emily Tung-Hsueh Liu)

頁數/Page：291-310

出版日期/Publication Date：2008/09

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200809\\_21\(3\).0004](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200809_21(3).0004)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



## 如何運用「治療同盟破裂化解模式」： 個案報告

劉同雪

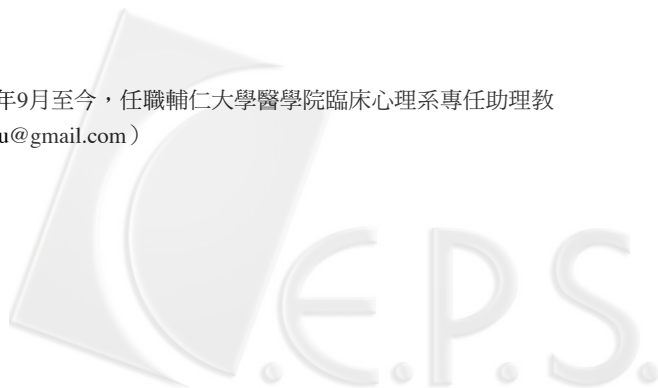
**背景：**在本個案報告中，一位26歲的未婚男性於四年前出現了社交畏懼症症狀，其症狀始於和他交往中的女性突然變心後。在長期治療的過程中，案主逐漸向該女性治療師敞開其內心，而克服了無法與任何人接觸的恐懼。治療同盟固然穩固，但治療師卻日益意識到治療關係中存在著問題。隨著時間的推移，治療師身為自案主受到打擊後第一位接受他的女性，愈發感覺到案主的過度依賴。**介入：**在治療師和案主明確談論界線議題後，案主主觀上經歷了治療師的「拒絕」，並以逃避的方式回應。本文以Safran & Muran(2000)提出的五階段「治療同盟破裂化解模式」闡明如何有效運用「後設溝通」。**結果：**治療師有效地將治療同盟中的危機轉化為新的契機。**結論：**「治療同盟破裂化解模式」提供一個有用的視角，可應用於任何治療同盟出現危機的時刻。期待本個案報告對於在治療關係中面臨瓶頸的治療師有所助益。

**關鍵詞：**治療同盟、破裂、化解、認知—人際模式

---

劉同雪：加州專業心理學院臨床心理學博士；自2004年9月至今，任職輔仁大學醫學院臨床心理系專任助理教授，專攻成人心理治療。（E-mail：emilythliu@gmail.com）

收稿：2006年10月5日；接受：2007年3月8日



# 一、緒論

「治療同盟」(therapeutic alliance)在心理治療研究中是最廣為研究的一般性因素(Wolfe & Goldfried, 1988)，也是預測心理治療療效的指標(Horvath & Symonds, 1991)。後設分析的結果顯示，無論採取何種取向，良好的「治療同盟」本身便具療癒性(Martin, Garske, & Davis, 2000)。認知行為治療師將治療同盟視為治療的必要基礎。當治療同盟破裂時，治療師通常會從案主「不順從」(noncompliance)的角度考量，將其當作障礙努力克服，以利後續治療(Raue & Goldfried, 1994)。

治療同盟的概念深植於早期的精神分析文獻中。Freud (1913)指出，案主將治療師與過去帶給他溫暖關懷的「意象」(imago)聯繫在一起，因而對治療師產生依附，此乃治療成功的開始。同時，以精神分析的角度來看治療關係的負向發展，「抗拒」(resistance)將治療責任歸咎於案主(Freud, 1923)，而「未能同理」(empathic failure)則將責任置於治療師身上(Kohut, 1971)。後來，Bordin(1979)發展出一廣泛性、跨學派的治療同盟模式，突顯「案主與治療師之共同貢獻」(mutual contribution of both the client and therapist)。Safran、Muran等後繼學者採納Bordin的觀點，將治療同盟之破裂視為案主和治療師共同製造的產物。

## (一) 治療同盟破裂

治療同盟之破裂往往和案主在人際關係中的核心議題相關，也常涉及治療師不經意的參與(Stevens, Muran, & Safran, 2003)。破裂的時間和強度有不同的可能性：有時在建立關係時遭遇困難，時間或長或短；可能因輕微誤解而對治療過程產生微弱的影響，或者因重大誤解而導致案主終止治療(Safran & Muran, 2000)。

化解破裂的工作可為案主開啟新的經驗，因此破裂應被視為一個可能的轉機(Stevens et al., 2003)。在化解的過程中，案主會意識到自己的負向思考，並為人際衝突找到新的處理方式(Safran & Muran, 2000)。此觀點和Kohut(1977)的一致：治療師若在治療關係中努力化解僵局，便可提供新的情緒經驗，最終證明案主的負向預期並不正確。

## (二) 認知—人際模式、人際基模與同盟破裂之化解

當認知行為治療師面臨治療同盟中的危機時，常會更加執著於技巧的使用，例如：努力向案主「推銷」此治療取向(Castonguay et al., 2004)或是直接挑戰案主對心理治療或對治療師的負面想法(Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979)。研究發現，當認知行為治療師處於焦慮狀態時，最有可能緊抓住這些書本上的技巧。不過，這樣的介入毫無助益。不但案主的症狀難以改善，治療同盟往往會加劇惡化(Castonguay et al., 2004)。

近十多年來，認知行為治療學者發現人際層面的重要性，指出治療師可藉由與案主的互動來瞭解案主的基模，運用治療關係，提供「矯正性經驗」(corrective experience)，以推翻案主的不良功能基模(Beck, Davis, & Freeman, 2004; Safran & Segal, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Strauss et al., 2006)。同時，欲整合認知與人際觀點的論述逐漸出現(Gotlib & Hammen, 1992; Safran & Segal, 1990)。Safran & Segal(1990)主張，認知與人際觀點在理論上實如一枚銅板的兩面，彼此相連，唯有整合性的「認知—人際模式」方能準確描述認知和人際相互依存的本質。此模式的精髓即為「認知—人際循環」(cognitive - interpersonal cycle)。

何謂「認知—人際循環」？舉例而言，一個害怕自己會被拋棄的人，以一種過度黏膩的方式與別人互動，最終會使別人受不了，而慢慢遠離他(Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990)。相較於純粹的認知治療觀點，認知—人際觀點強調個體不僅會解讀環境，同時也會創造環境(Safran & Segal, 1990)。有社交困擾的案主常接收到負向的人際資訊，而同時他們也置身於自己所創造的人際世界中，因而鮮少有機會經歷與他們的負向人際基模不相符的人際經驗。

以認知-人際模式來理解治療同盟之破裂頗為適切。案主會如何解讀他人的行為乃基於核心認知結構中的人際基模(Safran & Segal, 1990)。治療同盟的破裂極可能發生在某個特定的時間點，在那一刻，治療師的言行證實了案主的人際基模。人際基模(interpersonal schema)被定義為「個體對於自己與他人互動的廣泛性期待」(Safran & Muran, 2000, p. 59)。個體在成長的過程中發展出使其能適應環境的人際基模；負向的基模會使個體產生負向的語言或非語言行為，勾拉出對方的負向反應，最終增

強個體最初對他人的負向期待(Kiesler, 1982; Safran & Segal, 1990)。若治療師對案主的態度和案主負向人際基模所預測的一致，治療師便是參與且複製了案主的負向「認知—人際循環」。治療師必須不讓自己成為惡性循環的一份子，如此案主方能獲得重要的經驗，進而挑戰自己對他人的負向預期(Safran et al., 1990)。

### (三) 後設溝通(metacommunication)

「後設溝通」，又稱「行動中的專注覺察」(mindfulness in action)，係指直接明確地談論治療師與案主間的互動(Safran & Muran, 2000)。其在治療同盟的化解中扮演要角，在概念上和Teyber(2006)提出的「對治療歷程予以評論」(making process comments)相似。在後設溝通中，治療師對正在進行的互動保持高度自覺，坦然分享他的直覺，直接說出對案主行為的好奇，或分享與案主相處時的感受。其目標是與案主一同探索在無意間，人際歷程中可能發生了什麼(Safran et al., 1990)。有關後設溝通的一般原則(參與和定位、注意和聚焦、預期)，詳見Safran與Muran(2000)之著作。

### (四) 治療同盟破裂化解模式

「治療同盟破裂化解模式」(Safran & Muran, 2000)的概念可追溯至更早的著作(如Rice & Greenberg, 1984; Safran et al., 1990等)。「治療同盟破裂化解模式」奠基於認知—人際模式，同時帶有人本的色彩(Castonguay et al., 2004)。破裂可分為兩種類型：「退縮」和「對抗」，各自反映不同的因應之道(Safran & Muran, 2000)。隨後，Stevens et al.(2003)為求簡化，便將兩種類型合併討論。筆者在本文中運用Safran與Muran(2000)的模式，因為區分兩種類型實際上有價值的。「退縮型」破裂標記(withdrawal rupture marker)的例子包含：在顯然生氣的情況下，案主否認生氣、在治療師提出探索性問題時，僅作最低限度的回應、突然轉變話題等。而「對抗型」破裂標記(confrontation rupture marker)的例子包含：案主批評治療師的能力、對治療方式或進展提出質疑等。

本文中案主的因應之道屬於「退縮」類型，因此，本文將聚焦於「退縮型」破

裂的化解模式。化解模式由5個階段構成：1)「退縮型」破裂標記；2)注意並自破裂標記中解套(attending to and disembedding from the rupture marker)；3)有限的肯定(qualified assertion)；4)逃避(avoidance)；及5)自我肯定(self-assertion)。中間的階段可能以不同的順序出現不止一次；除此，對化解而言，沒有任何階段最為關鍵(Safran & Muran, 2000)。

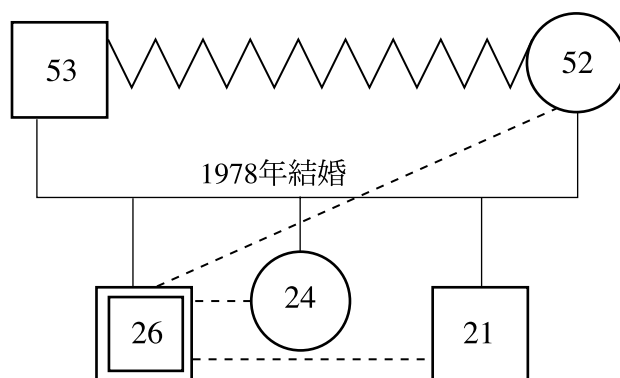
## 二、個案資料：Y先生

以下分享一段筆者身為治療師，應用「治療同盟破裂化解模式」的歷程。Y先生是一位未婚男性，26歲，身材瘦小，三年前自大專畢業，目前任職於高科技公司，但因在職場上與他人缺乏互動，引起主管關切及自身困擾，故主動尋求心理治療。家族圖如圖一所示。案主的父親與母親之間充滿衝突，案主與父親的關係緊密，但與母親、弟弟、妹妹等人的關係疏離。他的症狀如恐懼、逃避社交情境、在社交情境中極度焦慮等符合「心理疾病診斷與統計手冊」第四版(Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, APA, 1994)中「社交畏懼症」的標準。在治療同盟產生裂痕前，治療乃依循認知行為治療的方法與技術，如：辨明思考與情緒之關聯、運用認知紀錄表並檢驗和自動化思考相關的「證據」(evidence)及「反證」(counterevidence)，找到較為平衡的想法、追蹤活動、社交技巧訓練(如角色扮演)、放鬆訓練等。治療目標在於減緩案主的社交焦慮及增加正向社交行為。當治療同盟出現危機時，治療師轉而採取認知—人際取向。案主與治療師在化解僵局時互動的細節為案主的負向人際基模提供了明確的反證。危機化解後，治療師進行更深入的認知行為治療(如挑戰核心信念)。

### (一)背景資料

Y先生的症狀肇始於4年前一位女性(H小姐)突然變心之後，在此前兩人曾有過短暫的戀情。他們的首次邂逅是在一場聯誼活動中。活動結束時，H小姐遞給Y先生一張小紙條，表達對他的傾慕之意。兩人的戀情發展迅速，接連幾週每天都通過電話





圖一 Y先生的家族圖

和郵件互訴衷曲，直到H小姐參加了另一場聯誼活動。活動回來後，H小姐不再接Y先生的電話，當Y先生手持鮮花出現在她家樓下時，H小姐在對講機中反應冷淡。Y先生在樓下耐心等待，希望她能出來，和他打聲招呼。他站在那等了10個小時，而她始終未露面。從此以後，感情受創的Y先生便把自己鎖在房間裡，拒絕與外界作任何交流。大約有一個月的時間，他離群索居，如墜夢中。當他再次步出家門時，他驚訝得發現自己開始害怕與人接觸。他害怕的對象包括老師、同學、同事、鄰居、店員，幾乎包括所有沒有血緣關係的人。

然而，他對他人的害怕和焦慮程度並非全然一致，其程度取決於兩個因素：年齡與性別。若從低到高排列，年輕女性無疑高居榜首，而他的心理治療師恰巧來自這個最讓他感到害怕、焦慮的族群。

## (二) DSM-IV診斷

Axis I	300.23	社交畏懼症，廣泛型
Axis II	V71.09	無診斷，畏避型人格特質
Axis III		無
Axis IV		其他心理社會問題(關係議題)
Axis V		GAF=55(前一年最低時)

### (三) 治療過程

在一年半的時間裡，Y先生接受了六十五次心理治療。其中前五十五次案主每週晤談一次，每次六十分鐘。第五十六次至第六十三次晤談，經案主和治療師討論後，改為兩週一次，而最後兩次晤談為一個月一次。結案時，案主的社交畏懼症症狀已緩解，整體功能穩定。在長期治療期間，案主曾考慮服用抗焦慮劑，但因擔憂副作用，最終並未服用任何藥物。治療過程未錄音，治療師在每次晤談後會詳加記錄晤談過程及自己的思考歷程。因此，以下呈現之晤談內容，乃依據治療師回憶之紀錄。在治療過程中，治療師不定期接受同儕督導。

除了治療同盟破裂期間，案主每次皆準時出現，無家人或友人陪同。治療同盟的破裂發生在第四十次晤談，並持續至第四十二次晤談。在第四十三次和第四十九次晤談時，治療同盟再次面臨考驗。

在治療初期，Y先生表現極度焦慮，他口吃、發抖，大多數時間逃避與治療師目光接觸。治療師未施壓，以接納的態度回應，並提供一個安全的環境。隨著時間推移，Y先生逐漸克服了與「任何年輕女性」相處的恐懼，在治療室內不再顯得那麼焦慮。事實上，治療師是Y先生自心碎後第一位能夠與之輕鬆交談的年輕女性。

但是，隨著信任的增加，治療師越來越感到這種密切的治療同盟存有潛在風險。一方面，這種治療同盟可形容為穩定而堅固；但另一方面，在互動中，「依附」、「依賴」及「好感」等主題益發明顯。例如：在第三十次晤談中，他對治療師說：「對我來說，和你一小時的談話是這個禮拜最寶貴的時光，你知道，我從不和其他人交談；每次離開這裡，我的心中充滿溫暖，我希望在獨處的時候也能和你交談，請給我張照片，這樣在不打擾你的情況下我也可以和你交流」；又如在第三十一次晤談中，他對治療師說：「我希望自己能更像你一些……善解人意又滿懷愛心。」正向的移情使Y先生在每次晤談前都早早出現，並認真完成家庭作業(如認知紀錄表)。但同時，這穩固的治療同盟似乎也給他一種錯覺，即他不太需要在治療室以外的世界中發展人際關係。第三十九次晤談結束時，Y先生對治療師說：「無論如何，至少我有你這個朋友。」

這樣的改變讓治療師感到不舒服。顯然，這個問題需要妥善處理，不宜再拖



延。第四十次晤談開端，治療師立即和Y先生討論治療關係。

#### (四) 經歷拒絕：治療同盟破裂

治療師溫和地說：「最近，我感覺我們的關係有些變化，我可以和你分享我的想法嗎？在這個房間裡，我們共同走過一段特別的歷程。你告訴了我很多你不會告訴任何人的事……甚至包括你的家人。事實上，我是除了你自己以外，這個世界上唯一知道你這麼多事情的人，我非常感謝你的信任。但是……，最近我有一種感覺，感覺你不是把我當作治療師，而是當作唯一的朋友……比如，你開始直接叫我的名字，週末想e-mail給我，我感覺我似乎變成了你生命中唯一的救生圈，這讓我感覺很不安……。」接著，治療師邀請Y先生談論他對這段治療關係的觀察。她對Y先生說：「我剛剛說了這麼多，你在聽我說的時候，內在正在經歷些什麼？你對於我所說的……有什麼感覺？」

治療師試圖傳遞了這樣一個訊息：「她作為治療師的角色可能很容易被混淆為朋友，但不應該如此」。探討界限問題本是治療任務的一部分，並且是以溫和、小心翼翼的方式進行。但是，這個舉動卻導致治療同盟的破裂。

敏感且脆弱的Y先生立即意識到治療師的「拒絕」，沉默了數分鐘，隨之說道：「所以，你是說……我在這個世界上是沒有朋友的……好啊，沒關係，你不用理我。我了解了，我沒有朋友。」

第四十一次晤談，Y先生第一次遲到了。他帶著沙啞的聲音，簡短而冷漠地回應治療師的問話，似乎在向治療師表明自己的態度：「你拒絕了我，我也會拒絕你。」

### 三、介 入

以下將逐步闡述治療同盟破裂化解模式的五個階段，以及治療師運用此模式介入的歷程。請注意各階段的理論部分將以斜體字標示之。



## (一) 第一階段：關係破裂的標記

當治療師的舉動似乎印證了案主在人際層面長期存在、自我挫敗的人際基模時，治療同盟可能自此破裂。過去在人際關係中感覺失望並遭受過拒絕的案主可能對治療師的拒絕有所準備，如果拒絕真的如預料般發生，極可能觸發案主退縮的反應。在此，案主的退縮反應為「退縮型」破裂標記(Stevens et al., 2003)。

本例中的Y先生雖然在第四十一次晤談時依約出現了，但卻變得極度安靜，並堅稱自己頭痛，強調晤談應儘早結束。治療師所採取的做法是：試圖將Y先生的注意力集中在當下的經歷上，並探索他對治療師的感覺。可以想見，這種探索導致案主強烈的焦慮。對此，Y先生以逃避回應。他語調冷淡，再三重複說道：「也許我已帶給你太多的麻煩，我道歉。沒關係，不必討論我們之間的關係，我知道是專業的治療關係。我自己的問題自己會處理的，我頭很痛，現在不想討論。」

Y先生的冷漠態度令治療師備感挫折且惱怒，一方面自己被誤解，另一方面自己的治療未達到預期效果。儘管她沒有明確表達出自己的受挫和惱怒，但這些負面情緒可能在非語言行為中不自覺地流露出來(如皺眉、不耐的眼神)。治療師知道自己不經意的負面反應會印證Y先生對「他人」，或更精確地說是對「年輕女性」的初始預期，反過來，它又會讓Y先生更加退縮。此刻，治療師和案主有可能會陷入「反應和相對的反應」(reaction and counter reaction)的惡性循環中，關鍵在於接下來的介入。

## (二) 第二階段：專注於關係破裂標記並從中解套

此時治療師應暫停引導案主關注治療室以外的世界，治療的焦點應在破裂標記上(Safran & Muran, 2000)。為啟動化解程式，治療師必須清楚覺察他們已經被綁在一起並身陷困境(Stevens et al., 2003)。此時，覺察和直接探索此時此刻最為重要。

本階段的目標是幫助Y先生卸除被拋棄和被拒絕的感覺。為此，治療師保持好奇和同理的姿態，坦然面對Y先生的負面情緒。仍在第四十一次晤談中，治療師展開後設溝通。治療師溫和地對Y先生說：「我感覺你今天看起來很有距離感，說話的聲音也很冷淡。我很好奇……你的內在有什麼樣的感受？」Y先生回應道，「哦，沒什

麼，沒什麼……」接著便陷入沉默。當治療師進一步探索時，Y先生的情緒爆發了，「妳不想做我的朋友，沒關係；我在這個世界上沒有朋友，也沒關係。每個人都一樣……不管是我的同事還是妳……你們都一樣。沒關係，我一個人很好，反正我一直都是一個人。本來就是這樣……沒什麼大不了……。」

治療師持續溫和地探索，說道：「我感覺你現在正在疏遠我，你也是這種感覺嗎……？現在，在這個空間裡面，你認為我們之間發生了什麼？」

### (三) 第三階段：有限的肯定

第三階段的典型反應通常混合了一部分肯定的聲明和逃避的反應(Safran & Muran, 2000)。案主即將能夠直接溝通他的潛在需求，向目標又邁進了一步。但隨著焦慮程度上昇，他此時可能會退縮。

仍在第四十一次晤談中，面對治療師的堅持和好奇，Y先生緩緩地說出：「我本來就不該對妳抱過高的期望。」短暫的沉默過後，他接著說道，「我們今天早點結束沒關係，我還好。」治療師溫和地回應道，「如果你願意多待一會，到我們應該結束的時間，我們再討論一下現在的狀況。我感覺你對我感到失望。我可以和你的這部分說話嗎……只要受傷和憤怒的部分就好，其他部分可以先讓一讓嗎？」

Y先生報以沉默，治療師耐心地等待，言語和舉止間傳遞出這樣的訊息：「無論你說什麼，我都會接納你」以及「我在我們之間設定了明確的界限，但我還是同一個關心你、能夠幫助你的治療師。」

### (四) 第四階段：逃避

如果一個人相信承認脆弱會遭人離棄，則他往往難以表達脆弱的感受。這種人因為害怕被離棄，會傾向於避免在他人面前展現出脆弱的一面。將自己封閉起來、避而不談是最自然且熟悉的回應方式。不過，在治療師亟欲理解案主脆弱面的情況下，案主龐大的焦慮感受極可能被引發(Stevens et al., 2003)。此時，治療師要持續引導，方能將其帶離孤島。關鍵在於採取「持續同理的姿態」(sustained empathic stance)(Safran & Muran, 2000)。再者，情緒的呈現，不論是「明顯的」(overt)或「隱

含的(*implicit*)，皆會從他人身上勾拉出「互補反應」(*complementary response*)。因此，另一個關鍵為採取「非互補反應」(*noncomplementary response*)，治療師要刻意讓自己置身於不良功能之「認知—人際循環」之外(Kiesler, 1982; Safran & Muran, 2000)。

仍在第四十一次晤談中，治療師堅持將注意力集中在此時此刻，而Y先生顯得異常焦慮。他一次又一次地試圖轉換到別的話題，但治療師總是把他拉回來討論目前的治療同盟。他再次對治療師說：「我們今天早點結束沒關係。我今天不想說話，妳可以忙些別的事情……妳的工作不是很忙嗎？妳可以先去忙別的事……所以，沒關係，我們可以現在結束。」治療師持續地進行後設溝通，避免一針見血地指出案主的退縮模式或其害怕被拋棄的議題。她說：「我知道……我們正在討論的事情讓你非常焦慮，直接談論你和別人的關係不是你習慣做的事。第一次這麼做……你難免會很想逃走……。現在的這種焦慮……是一種什麼樣的感覺？」探索的重點不在於改變，而是讓Y先生覺察到自己的經驗，引導他表達自己當下的感受。

仍在第四十一次晤談中，治療師保持同理和好奇的姿態，不厭其煩地引導Y先生探索自己的想法和感受。事實上，以認知治療的角度視之，治療師看到此時的Y先生明顯呈現諸多負面自動化思考，例如：「我最害怕的事果然發生了……我對治療師掏心掏肺，但她一點也不在乎我！」、「我就知道不能在別人面前表現脆弱的那一面！現在她果然看不起我了。像我這樣的人最好躲起來……躲回一個人的世界，好好療傷。」、「我的治療師不是真心關心我，她根本不屑和我做朋友，也將棄我於不顧」等。

治療師已暫停認知治療的工作，她判斷此時她若直接挑戰Y先生的不良功能自動化思考，極可能會面臨一個愈發退縮的Y先生。在被治療師挑戰的情況下，Y先生多半會將心中的話吞回去，因而喪失完整表露及仔細評量自身想法的機會。至於治療師的主觀感受，Y先生的逃避似乎將她推向門外，讓治療師備感受挫。她想让Y先生知道她仍關心他也可以幫助他，但此時不論她說些什麼，Y先生似乎都不再相信她。運用後設溝通，治療師坦白闡述自己當時的感覺：「我覺得……我現在說什麼……你都不太願意相信我。」雖然她感到不小壓力，需要向Y先生證明自己

仍是「同一個關心他、能夠幫助他的治療師」，但治療師並沒有受壓力驅駛而不斷辯證。她持續運用後設溝通，說道：「我發現我很想說服你，讓你相信我可以幫你……但我也感覺……我似乎沒辦法成功說服你……。」聽到治療師這麼說之後，Y先生的神情反而稍為放鬆了。晤談時間到了，治療師和Y先生約好下週晤談的時間。

第四十二次晤談時，慣於逃避的Y先生雖然現身了，但遲到了十分鐘。他帶著口罩，表示自己感冒。Y先生主動說道：「我在外面徘徊很久，但最後想說…已經約好了…就還是進來了。」治療師肯定他未採取逃避的行為(但並未為他延長晤談時間)。他坐下來，帶著懷疑不安的眼神看著治療師。

在這段治療過程中，Y先生的懷疑勾拉出治療師的憤怒與不耐。她自認很用心處理Y先生的主訴，同時小心地處理界線議題，但她現在卻需面對Y先生的退縮。她看著話語和目光接觸變得很少的Y先生，感覺到自己的負面情緒。治療師習慣記錄自己的想法與感受，故較能對自己的內在歷程有準確的掌握。她知道在此情境中，本能的互補反應極可能涉及指責(如：「你這樣我都不知道該如何幫你了!」、「我覺得很洩氣，之前的努力似乎都白費了!」、「你如果不想來，就不要來；我們可以結束晤談。」等)。正因為覺察到採取互補反應對於關係破裂的化解毫無助益，治療師刻意採取非互補反應。在第四十二次晤談中，治療師決定繼續發揮耐性，緩緩地探索Y先生的內在世界。以下為治療師在當次晤談結束後，依據回憶所記錄之對話內容。

治療師：「我告訴你治療師不是朋友……，也就是說，我不是你的朋友……你是否感覺被我傷害？」

案主：「……我不知道。」

治療師：「是很受傷的感覺嗎？……你一直知道……治療師和案主不會成為朋友，但我的提醒還是讓你很受傷？」

案主：(頭低下去)「嗯……。」

治療師：「也有點難過……？」

案主：「對。」

治療師：「在這個世界上最瞭解你的人……卻不會成為你的朋友……這的



確……是讓人難過的事情……。」

案 主：(點頭)「嗯。」

治療師：「我有點好奇……我感覺……在那之後，你是不是就不願再信任我了？」

案 主：(沉默)

治療師：「我感覺現在這個房間內有一種……我們不知該如何繼續談下去的感覺……這和你的感覺……相似嗎？」

案 主：(頭抬起來)「……剛開始的時候……真的覺得……」

治療師：(沉默)

案 主：「……就是覺得……我不要再相信別人了！」

治療師：「你直接告訴我，這樣真的很好。」

案 主：「但現在比較不會……因為你幫我很多……。」

治療師：「你有辦法說服自己嗎……因為我幫過你，所以我不會傷害你？」(微笑)

案 主：「妳應該是真心在幫我。」(微笑)

治療師：(點頭)「而我們現在必需一起努力，看我們能不能渡過難關……。從現在開始，你要直接一點，明白地……告訴我你的感覺。你可以同意嗎？」

案 主：「嗯……我盡量……」

治療師：「如果你不直接說，我大概就只能盡量猜猜看……我猜錯你的意思的時候，你可以直接告訴我嗎？」

案 主：「喔……好……。」

接下來，治療師探索Y先生對於揭露自己的脆弱感到多麼地危險、對於被拒絕的擔憂有多麼強烈、退居孤島是多麼安全……等，最後，治療師輕敲這與他處理被H小姐拒絕的方式是多麼相似。(僅僅輕敲的原因是在處理治療同盟中之破裂議題時，應以治療關係為焦點，而非治療室以外的世界。)



## (五) 第五階段：自我肯定

在探索的過程中，治療師應保持謙和，以尊重且謹慎的口吻詢問案主的感受。治療師毋須刻意展現自己的洞察力。除此，當案主呈現負面情緒反應時，治療師應予以包容。如此一來，案主便能夠更自在地直接表達更廣泛的情緒和需求，並相信這麼做不會危及治療同盟(Stevens et al., 2003)。化解的歷程行進至此，案主會開始理解，儘管心理治療不會滿足他所有的願望和需求，但因治療師並未鄙視或拋下他，他最終仍能接納這份悲傷和失望(Safran & Muran, 2000)。

第四十二次晤談的最後二十分鐘，治療師持續採取謙和的姿態，治療室內的氣氛平緩。Y先生和治療師達成共識：從這一刻起，他們將誠實地就雙方的想法和感受進行直接交流。儘管明顯不安，Y先生仍願遵守約定。他輕聲說：「我需要找到更多的朋友，我知道我不能只依賴妳。」此時的自我肯定和第三階段所呈現的「有限的肯定」有質性的差異，它代表案主開始為自己的需求負責。

在化解過程中，「檯面下」的議題移至檯面上討論。當Y先生表達自己的感受時，治療師仍以開放且同理的態度回應。治療師的回應方式直接挑戰了一個被案主隱藏許久的負面信念：「我一定會被拋棄。」第四十二次晤談結束前，Y先生吐露，在前幾週，當治療關係出現問題時，他一直擔憂在治療師遲早會對他說：「好了，就這樣了……我們的談話就到此結束。我不想再看到你。」透過不斷的溝通，Y先生終於慢慢地接受了這樣一個事實：「治療師仍然關心我也仍願意和我並肩作戰，但她既不可能成為我的朋友亦不可能成為女朋友，我需要到治療室外面的世界建立友誼及尋找愛情。」

在共同渡過治療同盟中的危機後，治療師和Y先生在第四十三次晤談再次回到認知行為治療的軌道上，進行認知重建及社交技巧訓練等工作。在進行認知重建時，治療師將前述她所假設之Y先生在關係破裂過程中可能產生的自動化思考提出，如：「我對治療師掏心掏肺，但她一點也不在乎我！」、「我就知道不能在別人面前表現脆弱的那一面！像我這樣的人最好躲回一個人的世界」等。治療師和Y先生共同檢視這些想法的真實性。他表示這些念頭當初確實在他腦中不斷浮現，但現在回想起來，他意識到自己當初視為理所當然的想法並非事實。

## (六) 化解後

治療同盟破裂的化解涉及治療師和案主之間的不斷「協商」(negotiation) (Safran & Muran, 2000)。事實上，儘管破裂已被處理，但後續發生的片段說明了破裂化解工作之複雜性。第四十三次晤談結束前，案主表現出些許焦慮。在治療師的一再引導下，他拿出一首兩個月前寫的詩，對治療師說：「我們之間不應隱瞞任何事情，所以我應該告訴妳我之前為妳寫了一首詩，是幾個月之前作的。實際上我扔掉很多詩，但不知為什麼，這首一直沒扔。」這首詩闡述了幾個月前與治療師談話後他內心被瞭解的感動。治療師運用後設溝通肯定了他的誠實及守信，並溫和地探索他的尷尬、孤獨的痛苦以及亟欲被接納的渴望。

數週後，第四十九次晤談時，Y先生再次表現出不尋常的緊張。他說如果帶著眼鏡自己會明顯感到焦慮。治療師允許他體驗「帶著眼鏡」和「摘掉眼鏡」的不同感覺。談話開始半小時後，他說：「幾天前，我作了大掃除，在抽屜裡發現了最後一首詩。我們之間必須誠實，所以我想把最後這首詩給妳。我本來不打算告訴妳，但我不想瞞妳。」他把這首詩遞給治療師，詩的基調和前一首差不多。治療師再次運用後設溝通，分享她的感謝之意、指出治療同盟中的界限，並探索他的孤獨。

在清除這兩首詩的過程中，Y先生的潛在想法得到徹底探索。他對一般人、尤其是年輕女性的潛在疑慮被放到檯面上討論。隨著時間的推移，Y先生對治療師的依賴慢慢降低。在治療室內，他的眼神不再充滿焦慮，因為他不再向治療師渴求，同時，他知道治療師已看過他的焦慮、難堪、痛苦和失落的一面，也已真誠地接受了真正的他。

雖然治療師與Y先生共同渡過了治療關係中的危機，但Y先生在治療室外的人際狀態尚未達到令人滿意的程度，因此在危機化解後治療仍持續半年餘。治療師和他針對口頭報告、和上司溝通、打電話給朋友等情境進行討論及社交技巧訓練，並挑戰Y先生的不良功能信念：「我很遜！我一定做不到！」。當案主的成功經驗逐漸累積，他更加相信新的替代性信念：「我試試看，應該可以做到！」，因而更勇於參與社交活動。到了治療後期，Y先生表示，正如他每次晤談結束時感覺溫暖且充滿能量，在其他活動結束時，他也能有同樣的感覺。

## 四、結 論

Y先生在與治療師的互動中產生的問題反映了將其帶入治療的主要議題。治療師明確的界限設定似乎印證了他的核心信念：「別人一定會拒絕我，只是時間早晚而已」，而「退縮型」破裂標記清楚地反映他的信念：「我不能表現出我的脆弱，我要像個堅強的男人，我必須維護自己的尊嚴。」「治療同盟破裂化解模式」摻雜了人本學派的色彩。其他知名的認知治療學者如Burns(1989)與Linehan(1993)亦曾對認知治療師提出相似的建議，強調在治療同盟出現問題時，治療師應善用同理心，讓案主感覺被接納，並溫和地探索。Burns(1989)主張同理案主的想法與感受、探問案主的負面感受、同時運用「卸除武裝」技術(disarming technique)，試圖在案主對治療師的批評中發現部分真實性，不論這些批評聽起來是多麼地不合理。而Linehan(1993)針對邊緣型人格疾患患者所提出的「接納」技術(acceptance technique)，即為在治療同盟破裂時，治療師全然接納案主的敵意、找出案主行為中的合理性並承認自身的錯誤。相較之下，本文介紹之「治療同盟破裂化解模式」應用層面似乎較廣，此模式不限於當案主呈現敵意或對抗反應時，亦非僅適用於特定類型的人格疾患患者。

在認知行為治療不順的情況下，治療師不僅要覺察到時時刻刻的變化，更需理解潛在的因素，並在治療關係的框架中努力解套。晤談中發生的事件提供了豐富的資料(如案主的不良功能自動化思考、與案主互動的對象可能會產生的想法及感受等)。治療師不必猜想案主生活中的其他人可能產生的想法和感受，可運用自己真實的感受。此做法與Yalom(2002)對於「此時此刻」的論述相互呼應。

治療師將注意力集中在關係破裂上，目標在於幫助Y先生更充分瞭解他的人際預期如何阻礙他與他人之間的互動。在這段過程中，治療師引導案主發現治療室內的具體事實，而這些事實與案主最初的負面預期是相互抵觸的。他新的想法為，「儘管治療師對於我們之間的界限立場很明確，但在與我的互動中，她仍然溫暖且真誠。我以為自己總是會被拋棄，但是並沒有。同時，我在這個過程中有了個人的突破，這代表我是個還不錯、能夠自我挑戰、愈挫愈勇的人。」

在回顧這段治療歷程時，筆者有所省思：在第三十次晤談時，筆者已覺察到Y先生的過度依賴，但顧及他當時極度缺乏社會支持，因而選擇暫緩治療關係議題之討論。經同儕督導提點，方進行後設溝通。事實上，當時若能提早後設溝通，Y先生極可能會更快獲得幫助，而療程亦可能縮短，實為應檢討之處。「治療同盟破裂化解模式」提供了一個有用的視角，可應用於任何治療同盟出現危機的時刻，不受限於治療取向。對於經驗不足或是害怕衝突的治療師而言，直接處理治療同盟的破裂可能會是令人怯步的經驗。當關係中的危機出現時，若治療師選擇轉移話題或結案，便喪失了那可能見到柳暗花明後一番新風景的機會。如本案例所呈現的，透過「治療同盟破裂化解模式」的應用，治療同盟中的潛在危機可以被轉化為一個新的契機。一位擅於逃避、極可能不告而別的案主非但沒有這麼做，最終留在心理治療中，對人與人之間的聯繫有了新的體驗。帶著較為平衡的人際觀，他在治療室外的人際世界因而增添了不少色彩。「治療同盟破裂化解模式」之臨床價值仍待更多的研究驗證。但藉由實務經驗之初步分享，期待此模式可供在治療關係中面臨瓶頸的臨床工作者作為參考。

## 謝 詞

本文承蒙案主在治療過程中展現坦誠與勇氣、陳畹蘭教授針對治療議題與部分文字提出建議，以及匿名審查委員提供寶貴指引，謹此致謝忱。

## 參考文獻

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>th</sup> ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (Vol. 2). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, J. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*.

New York: Guilford Press.

- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Burns, D. D. (1989). *The feeling good handbook*. New York: Morrow.
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikins, D. E., Constantino, J. J., Laurenceau, J. P., Bologh, L., & Burns, D. D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 4-20.
- Freud, S. (1913). On beginning the treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). London: Hogarth Press.
- Gotlib, I., & Hammen, C. (1992). *Psychological aspects of depression: Towards a cognitive interpersonal integration*. Chichester, England: Wiley.
- Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in Psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Kiesler, D. J. (1982). Confronting the client-therapist relationship in psychotherapy. In J. C. Anchin & D. J. Kiesler (Eds.), *Handbook of interpersonal psychotherapy* (pp. 274-296). New York: Pergamon Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy. In A. O. Horvath (Ed.), *The working alliance: Theory, research, and practice*



- (pp. 131-152). New York: Wiley.
- Rice, L., & Greenberg, L. (Eds.) (1984). *Patterns of change: An intensive analysis of psychotherapeutic process*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). The therapeutic rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 27, 154-165.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.
- Stevens, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2003). Obstacles or opportunities: A relational approach to negotiating alliance ruptures. In R. L. Leahy (Ed.), *Road blocks in cognitive behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change* (pp. 274-295). New York: Guilford Press.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J., & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Teyber, E. (2006). *Interpersonal process in therapy: An integrative model*. CA: Thompson Brooks/Cole.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy*. New York: HarperCollins Publishers.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.



# How to Apply “Rupture-Resolution-Model”: A Case Report

EMILY TUNG-HSUEH LIU

**Background:** This case study presents a 26-year-old single male who began experiencing symptoms of social phobia 4 years ago, following a sudden “change-of-heart” by a female with whom a brief romantic relationship took place. Over the course of the long-term therapy, the client gradually overcame his fears of associating with anyone by slowly allowing himself to process about his inner thoughts and feelings with the female therapist. While the therapeutic alliance may be characterized as well-established, the therapist became increasingly aware of the problematic nature of the alliance. Over time, the client appeared to be progressively more dependent on the therapist -- the first female who seemed to accept him since his heart was broken. **Intervention:** The therapeutic task of discussing the boundary issues led to a rupture in therapeutic alliance: The client subjectively experienced rejection by the therapist and responded with withdrawal. The case study illustrates the resolution of the alliance rupture via metacommunication, based on the 5-stage Rupture-Resolution-Model proposed by Safran and Muran (2000). **Outcome:** The rupture in therapeutic alliance was successfully resolved. **Conclusion:** The clinical utility of the resolution model requires further examination, however, the present case report offers preliminary support for its use in the resolution of therapeutic alliance ruptures. Treatment recommendations are provided.

**Key words:** therapeutic alliance, rupture, resolution, cognitive-interpersonal model

---

Emily Tung-Hsueh Liu: Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Fu-Jen Catholic University.  
(E-mail: emilythliu@gmail.com)

