

【新版諮商理論之補充】

阿德勒治療

一、早期回憶(early recollections, ERs)：

1. 定義為個人所說他在 10 歲以前發生過的事件或故事(Mosak & Di Pietro,2006, p.1)。早期回憶是當事人所記得的特定事件，且伴有此人孩童時的種種心情與想法，所以這些回憶對於治療者要更深刻地了解當事人而言，是非常有用的。
2. 阿德勒學派治療者將早期回憶運用為一種投射技術，用來：
 - (1)評估當事人對自己、他人、生活及倫理規範的信念
 - (2)評估當事人在諮商過程與諮商關係中的位置
 - (3)檢驗當事人的因應模式
 - (4)評估自我功能、優點長處，及造成困擾的念頭

二、對夢的看法：

Mosak 和 Maniaci (2011)強調，夢境是評估歷程中很有用的材料。Adler 則認為夢是個人未來行動的事前演練。夢就像早期回憶一樣，可以反映出當事人生活中的重要目標，也能為當事人目前的問題提供可能的解決方案。「夢就像是治療工作的風向球，可讓當事人的潛在問題外顯出來，並指出當事人會有的行動方向」。

三、探索個體的心理動力：對當事人的生活型態獲得一種更深刻的了解。此一評估階段，是從主觀性與客觀性晤談這兩種晤談形式進展出來的。

1. 主觀性晤談(subjective interview)中諮商員協助當事人盡可能完整地說出自己的生命故事。最佳的主觀性晤談，就是讓當事人暢所欲言，說出自己最熟悉的生命史，並感覺被充分地聆聽到了。「主觀性晤談可讓當事人的生活型態具體浮現，讓諮商員形成對當事人的工作假設，並確認正困擾著當事人的生命課題為何」。
2. 客觀性晤談(objective interview) 則致力於蒐集下列資料：
 - (1)這個問題一開始是如何在當事人生活中出現的
 - (2)有哪些引發事件
 - (3)曾接受過哪些治療，包括過去與目前的疾病醫療史
 - (4)社交史
 - (5)現在要接受心理治療之原因
 - (6)個人對生活任務之因應模式
 - (7)生活型態評估，是以探問個人的家庭星座及早年生活史作為開始的

存在主義治療

一、存在主義治療的工作目標是教導當事人去傾聽他們已經知道未曾注意的自己。Schneider 和 Krug(2010)針對存在主義人本治療訂下四個基本目標：

- (1)幫助當事人更能面對自己與他人
- (2)幫助當事人找出他們逃避自我的方式
- (3)帶領當事人規劃自己的生活，並負起責任
- (4)鼓勵當事人選擇更多元的生活方式。

個人中心治療

一、Maslow 的理論觀點：

1. 許多 Carl Rogers 的想法是以 Maslow 的理論為基礎，特別是人性的正向觀點，以及一個功能充分發揮的人。
2. Maslow 不認同佛洛伊德心理學對於異常與人性陰暗面的過分關注，他認為焦慮、敵意與恐懼相關的研究已經太多了，反而關於喜悅、創造力與自我實現的研究卻太少。
3. 自我實現是 Abraham Maslow 探討的核心主題。近來正向心理學(positive psychology)已有顯著的發展，它以人本的角度看待人性的健康面。
4. 對「自我實現者」(self-actualizing people)進行研究，自我實現者的核心特質包括自我覺察、自由、誠實與關愛、信任與自主，其他特質包含了歡迎生命中的不確定性、接納自己與他人、自發性與創造力、對於私人生活及獨處的需求、自己作主、發展深度人際關係的潛能、真誠

的關愛他人、自我導向(相對於為滿足他人的期待而活)、不採用二分法來決定自我(如工作/玩樂、愛/恨、虛弱/堅強)，並且具有幽默感，這些人格特質被 Rogers 區分出來，作為人本心理學的核心價值。

二、虛假專業主義(pseudo-professionalism)

Thorne (2002a)強調治療者和當事人在人和人的層面上互動的重要性，以排除過度依賴專業契約的限制。他提醒撤退到虛假專業主義—訂定嚴格的契約、僵化的界線，以及認可實徵效度的治療方法—的治療者，他認為過度強調專業主義的目的是保護治療者，避免過度涉入當事人，但結果往往導致和當事人過度疏離。

三、諮將諮商歷程中的同理心整合為以下三點：

- 1.主觀式同理心(subjective empathy)：讓治療者親身體驗當事人可能有的感受。
- 2.人際式的同理心(interpersonal empathy)讓治療者了解當事人的內在參考架構，並且表達主觀的詮釋讓當事人了解。
- 3.客觀式同理心(objective empathy)仰賴當事人參考架構之外的知識來源。治療者運用多種同理的方式，因而得以更加了解當事人。

動機式晤談(motivational interviewing)：

1. 簡稱 MI，於 1980 年代早期，由 William R. Miller 與 Stephen Rollnick 提出，是一種以人為本、以當事人為中心、指導性的心理治療方法。動機式晤談被定義成「一種指導式的、以當事人為中心的治療風格，透過幫助當事人探索與解決心理矛盾，引發當事人的行為改變」。
2. 動機式晤談起初是針對酗酒人士而設計出的簡短介入方式，近來此方式處理問題的範疇更廣，包括購物成癮、賭博成癮、飲食失調、焦慮、憂鬱、自殺、慢性病管理，以及健康行為改變的練習。
3. 動機式晤談強調當事人的自我負責，治療者會邀請當事人針對問題行為找尋其他替代的解決方式。動機式晤談治療者會避免與當事人爭辯，避免假設互相對立的立場，將抗拒重新界定成健康的反應，並且運用同理心，將聽到的內容反映給當事人。

【動機式晤談的精神】

動機式晤談是以個人中心治療為基礎，但又做了一些「扭曲」。動機式晤談比較具有指導性，重視減少當事人對於改變的不確定性，並增加內在的動機。

【動機式晤談的基本原理】

第一，動機式晤談的治療者致力於探索當事人的主觀世界而不加以判斷或批評。

第二，動機式晤談的目的是要喚起當事人的不一致及矛盾並進一步探索這些不一致及矛盾。

第三，抗拒改變在治療過程中是正常且可預期的，當事人或許能看見生活改變的優點，但他們同時亦有許多顧慮及恐懼。機動式晤談的核心目的，是依據個人的目標和價值觀來增加當事人的改變動機。機動式晤談的治療者對當事人的抗拒或防衛抱持尊重的態度。

第四，動機式晤談的實務工作者支持當事人的自我效能，他們鼓勵當事人又運用資源、採取必要的行動，以促成改變。

第五，一旦當事人減少抗拒、開始談論改變，這暗示著當事人準備好要改變了，機動式晤談最關鍵的一步就開始了。

【改變的階段：諮商歷程中的五個階段】

1. 在無意圖階段(precontemplation stage)中，當事人在短時間內沒有改變行為模式的意圖。
2. 在構思階段(contemplation stage)中，當事人意識到問題的存在並思考解決，然而他們尚未下定決心採取行動。
3. 在準備階段(preparation stage)中，當事人想要立即採取行動，然後記錄下些微的行為改變。
4. 在行動階段(action stage)中，當事人付諸行動，改變其行為以解決問題。
5. 在維持階段(maintenance stage)中，當事人致力於維持他們改變的成果，避免恢復成改變前的狀態。

當事人未必依序經歷這五個階段，當事人準備要改變的程度亦會在改變的歷程中產生影響。治療者在不同階段的角色亦不相同。當事人在無意圖階段時，治療者彷彿養育的父母；在構思階段中，治療者扮演哲學導師的角色，激勵當事人產生自己的洞察；在準備階段中，治療者是經驗豐富的

教練；在行動及維持階段，治療者成為當事人的顧問；在改變階段的終點，治療者提供的諮詢減少了，以培養當事人的獨立自主。

情緒焦點治療方式(emotion-focused therapy, EFT)

1. 情緒焦點治療的發展與個人中心治療取向有關，Leslie Greenberg (2011)是這個整合取向治療的代表人物。情緒焦點治療是以個人為中心，同時整合了完形治療以及存在主義治療的特質。情緒焦點治療是一種具焦於了解情緒及情緒變化的治療方式，許多情緒焦點的策略皆以強化自我、調節事件的影響，以及創造新的意義等為目標。
2. 許多傳統的治療強調意識上的理解、認知及行為的改變，然而，它們忽略了情緒變化所扮演的重要角色。情緒焦點的治療方式強調覺察、接受、了解自身的情緒以及情緒造成的生理經驗。
3. 治療者透過情緒焦點治療，協助當事人辨認、體驗、接受、探索、轉化以及管理他們的情感。情緒焦點治療的前提是：當我們接受自己真實的樣子，我們才有改變的可能。情緒焦點讓我們知道情緒如何改變一個人，以及情緒的轉換如何影響人的認知及行為。

【情緒焦點心理治療法】

EFT 要求治療者必須充分且深入了解情緒在心理治療改變效果中的重要角色。EFT 結合了「以人為中心的治療取向」之關係層面與完形治療中的「主動的現象學覺察實驗」這兩種作法的精華。EFT 為一種整合模式，它從關係取向的存在治療模式、個人中心治療模式到完形治療模式的作法均加以擷取運用。

【基本特徵與假設】

1. 行為治療是以科學方法的原理和程序為基礎。
2. 行為並不只限於那些我們所能夠觀察到的個體的明顯外在表現，行為也包含了如認知、心象、信念以及情緒等內在歷程；行為的主要特徵就是它是可被下操作型定義的。
3. 行為治療不去分析歷史性的「決定因素」。相反地他們處理的是當事人當前的問題，以及影響問題的因素。
4. 在行為治療當中，治療者會期待當事人主動參與特定的行動以處理他們的問題。
5. 這個取向假設，當事人要發生改變，並不需要對潛藏的心理動力有所頓悟，也不需要了解心理問題的根源。
6. 評估是一種觀察以及自我監控的持續歷程，聚焦於現在的行為決定因素，包括確認問題及評估改變，評估反映了治療歷程。
7. 為配合每個當事人獨特的需求，行為治療技術可加以彈性變化。

動機式訪談 (motivational interviewing)

這方法是用某種方式肯定被治療者的抗拒，讓當事人在經過一段時間後，增加接受治療的意願 (Cormier et al., 2013)。為了擴展適應行為的範圍，治療者會鼓勵當事人嘗試新行為。他們協助當事人將治療情境下學得的事物加以歸納，並轉移至治療情境以外的環境。行為實務工作者做了這樣的假定：治療是否成功，不只是觀察當事人是否能夠將改變的成果轉移到治療情境以外，還得看治療效果在治療結束之後能否持續下去。

系統減敏感法

若想充分發揮系統減敏感法的成效，指派家庭作業和追蹤 (follow-up) 是很重要的兩項因素。當事人會被鼓勵要每天自行練習指定的放鬆練習，同時一面重現前次治療時想像的情境。最後，逐漸讓自己面對日常生活情境，進一步學習處理自己的焦慮。如果當事人能學會因應各種引起焦慮的不同情境，並直到治療結束時仍能持續運用這些技巧，當事人的獲益越大。

BASIC I.D. 衡鑑程序

模組	行為	問題列表
行為 (behavior)	指外顯行為，包括所有可觀察、測量的行動、習慣與反應。	「想要改變什麼？」「意願有多高？」「想先從哪裡做起？」「想停止什麼行為？」「主要的優點有哪些？」「哪些行為會阻礙達到目標？」
情感	指情緒、心情和強烈的感	「最常經驗到什麼情緒？」「什麼事會令你發笑？」「什麼事會

(affect)	受。	把你弄哭？」「什麼事會讓你傷心、瘋狂、高興或害怕？」「什麼情緒對你來說是個問題？」
感覺 (sensation)	包含五種基本感覺：觸覺、味覺、嗅覺、視覺和聽覺。	「有沒有過痛苦的感覺，比如疼痛、暈眩等等？」「在視覺、嗅覺、聽覺、觸覺和味覺方面，特別喜歡或討厭的是什麼？」
想像 (imagery)	關係到人們如何描繪自己的想像，包含記憶、夢境與幻想。	「有沒有什麼重複出現的夢境或鮮明的記憶困擾的你？」「有沒有生動的想像力？」「如何看待自己的身體？」「覺得自己現在看起來怎樣？」「希望將來要如何看待自己？」
認知(cognition)	是關於構成個人基本價值觀、態度與信念的洞察力、哲學觀、想法、意見、自我對話和判斷力。	「通常用哪些管道滿足自己的智識需求？」「你的想法會如何影響情緒？」「最寶貴的價值和信念是什麼？」「你和自己的對話裡，有沒有什麼負面的部分？」「最常有的錯誤想法是什麼？」「生活中有那些常出現的『應該』、『必須』或『一定』？」「它們會如何妨礙你的生活效能？」
人際關係 (Interpersonal relationships)	這個模組與他人的互動有關。	「社會化的程度如何？」「可以和他人親密到什麼程度？」「期待能夠從生活重要他人獲得什麼？」「他們希望你能付出什麼？」「有沒有對任何一項人際關係做改變？」「如果有的話，想要甚麼樣的改變？」
藥物或生物學 (drugs/biology)	這個模組不只包含藥物，同時也考慮到個人飲食習慣和運動型態。	「身體狀況或意識狀態健全嗎？」「會不會擔心自己的身體健康？」「是否在服用醫生處方的藥物？」「飲食、運動習慣或健身活動有哪些？」

正念與接納的認知行為治療

1.第三波的行為治療者圍繞著以五個相關的核心議題為中心發展：

- (1)廣義的心理健康觀點
- (2)在治療中各式各樣可被接受的成效觀點
- (3)接納
- (4)正念
- (5)創造一個具生活價值的生命

2.正念(mindfulness)是一種以接納性的方式，去覺察我們自己的經驗，並基於這種非評價性的覺察去反應行事。正念似可應用於廣泛的臨床問題之中，包括了憂鬱、廣泛性焦慮疾患、關係問題，以及邊緣性人格疾患，在治療退伍軍人的創傷後壓力疾患上也非常有用。透過正念活動，退伍老兵比較能夠觀察到重複性的負向思考，並預防陷入大量不適應的反芻歷程之中。

3.接納(acceptance)，則是指在一個過程中，當事人不帶判斷與喜好地接受自己的經驗，但同時仍維持著好奇心與善意，盡力、完整地覺察當下。

4.行為治療最近的演進可歸結為四大方向：

- (1)辯證行為治療(Linehan,1993a,1993b)：這已發展為受認可的治療邊緣型人格的方式。
- (2)正念減壓法(Kabat-Zinn, 1990, 2003)：這是一種利用 8 到 10 週的小團體諮商，採用正念技術來處理壓力，帶動生理與心理健康的方式。
- (3)正念認知治療(Segal et al., 2002)：這種治療法主要用來處理憂鬱症。
- (4)接納與承諾治療(Hayes, Strosahl, & Houts, 2005; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011)：這種治療方式的基本精神，是鼓勵當事人去「接納」不愉快的感覺，而非控制或改變它。

辯證行為治療(dialectical behavior therapy, DBT)

1. 辯證行為治療是由 Linehan (1993a, 1993b)所創，成功地結合行為治療與心理分析治療技術來處理邊緣型人格疾患。在融合心理分析技術方面，DBT 也看重心理治療關係、當事人的確認(validation)、重視當事人經歷過「無效環境」(invalidating environment)的兒時經驗、面質與抗拒。
2. DBT 會教育當事人去辨認並接納那些同時存在但對立的力量存在。DBT 也採用行為和認知行為治療技術，像是用暴露治療法來讓當事人學習忍受痛苦情緒，卻不會做出自我毀滅的行為。DBT 融合的認知行為技術不僅僅是其分析概念，也融入「東方心理學與靈修(以禪修為主)」的正念訓練。
3. DBT 雖是高度結構化的，然其目標卻是為每一個個體所量身打造的。在處理問題行為時，治療者會運用各種他們已有的技巧，或他們學習到的更為有效之安度危機的技巧，來協助當事

人(Robins & Rosenthal, 2011)。這些技巧透過四個單元傳授：正念、人際效能、情緒調節、挫折忍受(Simpson, 2011)。

- (1) 正念是 DBT 的核心技巧，也是其他技巧的基礎。正念幫助當事人去擁抱、忍受面對挫折情境時的情緒張力經驗。
 - (2) 人際效能則是在學習觸接個人需求，及學習因應人際衝突。
 - (3) 情緒調節包含辨認情緒、辨識改變情緒的障礙、降低脆弱性，以及增加正向情緒；當事人會學習到調節情緒(如生氣、憂鬱以及焦慮)的好處。
 - (4) 挫折忍受的主要目標在協助個體冷靜地辨識連結於負向情境的情緒，而不被這些情境所打倒；
4. 「治療目標在協助當事人學習去控制行為、全然地經驗情緒、改善日常生活技能，並獲致一種完整的感受」DBT 不是一個講求速效的治療法，通常最短要持續一年，並兼採個別治療與團體技巧訓練工作坊。

正念減壓法(mindfulness-based stress reduction, MBSR)

1. 正念減壓法的本質包含了這樣的概念要素：許多我們的挫折與苦痛，其實是來自於持續追求有別於它們真實樣貌的事物。MBSR 的目標在協助人們學習如何更為全然地活在當下，而非緬懷過去或過度關注未來。
2. 正念減壓法傳授的技巧包括靜坐冥想與正念瑜珈。這種治療法會運用全身掃描冥想(body scan meditation)，來協助當事人觀察周身上下的感覺。

正念認知治療(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)

正念認知治療是一種應用於憂鬱治療上的正念原理與技巧，是一種全面性的整合性方案。源於 Kabat-Zinn (1990)正念減壓方案中所採行的 8 週團體治療方案，包含了認知行為治療的成分。

【MBCT 方案中的七個階段】

治療始於辨認人們正經驗於憂鬱時的自動化負向思考，並且介紹一些基本的正念練習。

第二階段，參與者會學習到他們面對生活經驗時的反應，並且學習更多的正念練習。

第三階段會用來教授呼吸技巧，並且專注於他們當下的經驗。

第四階段的重點會置於學習經驗當下，而不執念於結果，這可作為一種預防舊疾復發的手段。

第五階段會教授參與者如何去接納他們的經驗而不執著。

第六階段通常會用來闡述「念頭就僅只是念頭」，當事人要學習他們並不一定要對他們的念頭作反應，他們可以告訴自己「我並非是我的念頭」、「念頭並非實相」。

最後的階段，參與者會學習如何照顧他們自己，為未來的復發預作準備，並類化他們的正念練習於日常生活之中。

接納與承諾治療(acceptance and commitment therapy, ACT)

1. 接納與承諾治療也是一種以正念為基礎的治療法(Hayes et al., 2005, 2011)，它要當事人完全接納當下的體驗而心無罣礙。ACT 所指的接納，「不只是忍受而已，而是主動積極、不帶評斷地擁抱此時此刻的經驗」。
2. Hayes 發現，去挑戰適應不良的認知，並不會減弱這類認知，反而會去強化它們。ACT 的目標是讓當事人得以提高他的心理彈性，治療歷程的基礎在於「價值」，治療者會問當事人：「想要什麼樣的生活？」治療是在協助當事人選擇他們生活賴以奮鬥的意義、計畫具體的目標，並且逐步地朝向目標邁進。

認知治療共通的特性：

- (1) 當事人和治療者間的合作
- (2) 基本假設：精神壓力主要來自於認知功能障礙
- (3) 把治療焦點放在挑戰認知，來促成情感和行為的改變
- (4) 以個人為中心的、有時限性的治療
- (5) 治療者主動而直接的治療方式
- (6) 以教導性的治療專注於特定而有結構的目標問題

ABC 理論補充

E 就是有效的哲學(effective philosophy)，哲學性的重建(philosophical restructuring) 可以改變

原本缺乏功能的人格特質，整個過程包括下列幾個步驟(Ellis, 1999, 2001b, 2002)：

- (1)充分認識應該對自己創造的情緒困擾負責
- (2)接受有能力改變困擾這件事實
- (3)認識情緒問題大多來自非理性的信念
- (4)清楚地覺察這些信念
- (5)了解駁斥自我挫敗信念的價值
- (6)接受這個事實：如果期望有所改變，最好努力運用情緒和行為的方法去對抗非理性信念，以及跟隨信念出現的失功能情感和行為
- (7)了解能夠取代非理性信念的理性信念
- (8)在接下來的人生裡，確實練習 REBT 的方法以根除困擾。

CT 與 REBT 的比較

1. CT 比 REBT 更強調，幫助當事人為自己辨別錯誤概念。運用這種促進反思的提問過程，認知治療者可嘗試和當事人建立一種平等合作的治療關係，來檢驗當事人認知的效度，這種治療歷程也稱為合作經驗主義。治療性的改變，來自於當事人在治療的過程中慢慢地蒐集各種互相矛盾的證據，來面質自己錯誤的信念，並做正確的評估和修正。
2. Ellis 致力於說服當事人，其部分的信念是非理性並且不能有效運作的。Beck 則視當事人的信念較為不正確而非不理性，並且要求其當事人進行行為實驗去檢測其信念之正確性。

引起憂鬱的認知三元素(cognitive triad)。

1. 第一個元素是：當事人對自己持有負向的觀點。他們沒有考慮到環境的因素，完全把失敗歸咎於自己的個人因素；他們也相信自己缺乏得到幸福的必要特質。
2. 第二個元素是：當事人傾向以負向態度詮釋他的個人世界。沮喪的人選擇關注於某些負向的事件，因而招致其負向的結論，這也是 Beck 提出的選擇性抽象化。
3. 第三個元素是：憂鬱的當事人對於未來抱持著憂鬱的看法與悲觀的投射，他們似乎希望現在的困難能繼續下去；他們期待的似乎只有失敗。

建構主義取向(constructivist approach)對認知行為治療的影響

Meichenbaum 說明，建構主義取向的認知行為治療，比傳統認知行為治療的取向較少結構，較多的探索導向(discovery-oriented)。建構主義取向比較強調過去的發展，傾向觸動較深的核心信念，探索當事人所執著的基本隱喻(metaphors)對行為和情緒所產生的影響。

值得特別注意的是，他讓人們了解壓力多半是透過內在對話而自我引發。Meichenbaum 獨到之處，在於他採納建構式觀點，融合了後現代取向由當事人述說故事的方式，協助當事人畫出認知行為的概念架構圖，以改變他們的狀態、感受和行為。

壓力免疫訓練

設計用來訓練因應技巧的五步驟：

1. 藉著角色扮演和想像的方式，讓當事人處於焦慮激發的狀態。
2. 要求當事人評量此刻的焦慮水準。
3. 教導當事人在壓力情境中覺察焦慮激發的程度。
4. 幫助當事人重新評量自我陳述，藉以檢視這些陳述中的想法。
5. 請當事人觀察重新評量之後的焦慮程度。

女性主義治療

一、鑑別診斷的討論

最具傷害性的診斷應該是「邊緣型人格疾患」，這種診斷常被下在女性身上，用來挑剔女性(Bitter, 2008)。由於受此診斷的女性，幾乎都有過受虐與性侵害的經驗，Herman(1992)建議，如果非下診斷不可的話，更好的診斷應該是「創傷後壓力疾患」，這樣的診斷一定會比邊緣型人格疾患更能激起治療者的同情與同理心。

二、意識提升技術(consciousness-raising techniques)

意識提升技術，它能幫助女性從以往所受的教導中區分出什麼是迎合社會期望的，什麼才是真正的健康。

三、多元觀點下顯現的優點

從歷史觀點而言，多元文化取向引發了對社會壓迫、歧視及有色人種所面對的邊緣化等議題的反應。隨著時間過去，多元文化諮商變得更具包容性，當代多元文化諮商員的工作，在處理因種族主義及其他「主義」所衍生的不平等，而這些會阻礙了社會中的完整參與。社會正義諮商的目標在賦權於個體，並勇敢對抗社會中的不公不義及不平等。

家庭治療近來的革新

1. 這些近來的家庭治療取向，挑戰了 Becvar 和 Becvar(2009)所謂的第一序控制論(first-order cybernetics)，一種源自阿德勒時代家庭治療的觀點。第一序控制論視諮商師與治療者為系統之外的觀察者；治療者能夠評估有什麼正在持續進行，也能促成改變，而無須成為系統中的一部分。這樣的觀點在醫療模式中是天經地義的，同時也是許多專業運作的方式。
2. 家庭治療的女性主義模式及後現代模式，都是基植於第二序控制論(second-order cybernetics)的觀點之上；其意指家庭實務工作者會成為家庭系統的一部分，並且促成家庭去改變。女性主義治療者、多元文化治療者及後現代治療者，都十分敏銳於覺察在他們所進入的系統中的權力；他們的工作模式是透過好奇與興趣，而非正式衡鑑的方式去促成了解。採取一種去中心化的位置，使得他們得以成為系統中的一部分，而無須接管之。

心理治療的整合之道

1. 整合心理治療(psychotherapy integration)的最大特色是試圖跨越單一學派取向的侷限，以了解可從其他觀點中學到什麼，同時也學到當事人能夠從各式各樣的治療方式中獲益。
2. 整合取向的特色是，對整合各式各樣理論與技術的眾多途徑保持開放度，而且對於「整合」而非「折衷」這個詞有明顯的偏好。Norcross 和 Beutler(2011)以及 Stricker(2010)闡述朝向整合心理治療四種最普遍的途徑：技術整合、理論整合、同化整合，以及共同因素取向。
 - (1) 技術整合(technical integration)目標在為個人及問題選取最佳的治療技巧。是 Lazarus (1997a)的多元模式治療。
 - (2) 理論整合(theoretical integration)指的是超越單純的技術混合，而產生概念或理論上的創新。這種整合形式的例子誠如辯證行為治療(dialectical behavior therapy, DBT)和接納承諾治療(acceptance and commitment therapy, ACT)、情緒焦點治療(emotion-focused therapy, EFT)。
 - (3) 同化整合(assimilative integration)取向是奠基於一門特定的心理治療學派之上，並保有從其他治療取向中選擇性地整合入實務工作的開放性。整合形式的例子就是正念認知治療(mindfulness-based cognitive therapy, MBCT)
 - (4) 共同因素取向(common factors approach)則試圖從不同的理論系統中找出共同的元素。這些共同因素包含了同理傾聽、發展工作同盟「情緒宣洩的契機、實踐新行為、對當事人的正向期待、疏通個人自身的衝突、認識人際間及個人內在的動力、學習對於自身的工作能夠有所省思。其他具治療性的共同因素還有支持、溫暖、回饋、再保證、信賴。

治療取向共通的因子

Hubble、Duncan、Miller 和 Wampold(2010)總結了該領域的研究成果，發現下列四個因素與治療中的轉變，有著密切的相關：

1. 當事人因素：40%
2. 治療同盟因素(治療關係)：30%
3. 期望因素(希望與忠誠度)：15%
4. 理論模式與技術：15%