

醫療機構中家族治療的實施

■ 謝 美 娥 ■

家庭成員生病（特別是慢性疾病）經常造成家庭重大的改變；不但改變了個人或整個家庭的生活方式，甚至改變了個人或家庭的自我意象。他們必須去面對、處理或適應因為家庭成員生病而帶來的經濟、工作、婚姻或父母角色及生活滿足上的改變，這個過程，耗費了病人和家庭大部分的精力，而醫院的社會工作人員，就是要協助病人和家庭成員減輕情緒的痛苦、學習處理緊張事件、尋求角色的改變、幫助他們認同已有的滿足或尋求新的、共同的滿足事項。

疾病本身已造成病人極大的痛苦，若因而再造成家庭成員間的摩擦、婚姻失調等問題。那麼，將如何使病人安心療病？傳統上，醫院社會工作人員使用的處置方式，以面對面、一對一的方式為多。個案處理方式實施多年自有其價值，但是，其目標通常只能放在針對個別的方案，增強其自我的能力、澄清自我觀念，或改變認知概念、發展領悟（insight）等。是不是每一個人的問題都來自他（她）自己？這

個答案往往是否定的。設若一個四十五歲的男性心臟手術病人，他在疾病和復健的過程中，其面臨的問題已不是他個人個別的問題了，假設他本來是家裏的重心，不論是經濟或決策上，家人一切問題均找他商量，而妻子也習以為常，但手術過後，由於不能過於勞累或其它因素，可能使他變得比較退縮。退縮不是他個人的問題，也許是妻子愛護過甚，不准他勞累，限制他活動，也許是他本身樂於如此。不管如何，這些改變均可能使家庭權力結構發生微妙的變化，而這些變化已不是個別會談得以處理的了，即使可以，效果也比較緩慢，但是，若能把夫妻兩人一起找來做夫婦聯合會談，解決的途徑就比較不受限制，而效果乃是顯而易見的。因此，把與問題有關的家庭成員找來做聯合家族會談或治療的方式，在臨床社會工作界愈來愈普遍。

一、家族治療的意義

家庭是一個自然的社會體系，這個體系的任何一個成員起了變化，家庭體系中的其他成員也會隨之而產生變化。易言之，一個人的改變，會使得家庭失去它原有的平衡，而需要其他成員重新地適應。這個看法，主要立基於個人遭遇到任何問題，必定會產生一些反應，它可能改變一個人的自我或改變對他人的看法，甚至改變他對家庭的看法或他參與家庭生活的意願。這些反應，將會影響到其家庭的互動與家庭的關係。有時候，其他的家庭成員也可能是問題的釀造者或使問題更加惡化的人，因此，在處理案主問題時，於過程中讓家人參與往往是必要的，而且也是很有幫助的。

家族治療（Family Therapy），簡單地說，是由治療者協助家庭成員共同解決家庭的痛苦（註一）。其主要目的有三：（一）澄清家庭成員情緒交換的意義；（二）探討這些情緒交換的因果關係；（三）增進家庭成員的溝通、適應和互動（註二）。這種治療方法，在一九六〇年初期開始盛行於美國，其理論發展，深受 Freud 的精神分析（Psychoanalysis）、Bertalanffy 的一般系統理論（General System Theory）、Bateson 等人對精神分裂症的研（Schizophrenia）、婚姻諮商與兒童輔導（Marital Counseling and Child Guidance）以及團體治療（Group Therapy）等理論或技術的影響（

註三)。發展至今，已有三十年歷史。三十年的發展中，產生許多創新式技術，確實對家庭有許多的貢獻。雖然治療者均同意視家庭為一個完整的社會體系，然而，其對不良心理功能的起源、家庭互動的性質和治療的計劃持有不同的看法，因此，就自然因不同的看法而有不同的處理途徑。家族治療雖然發展至今還不能稱為完整的理論或學派，但是在治療時，却也看得出來其主要的差異，其中最具有特色的有四個理論模型：(一) 家庭心理動力理論 (Family psychodynamic theory) (二) 家庭溝通理論 (Family communication theory) (三) 結構化家庭理論 (Structural family theory) (四) 家庭行為理論 (Family behavior theory) (註四)，分別簡述如下：

(一) 家庭心理動力理論：

個人行為的心理動力觀點，大部分源自心理分析的模式，其主要是從一個人內心各種不同的、相對的力量產生之交互反應來瞭解一個人的動機或不適與焦慮的來源。擴大到家庭的層面，這個理論模式想要發現家庭成員內在生活和衝突如何交互反應以致影響成員的不適。

(二) 家庭溝通理論：

從前述的心理動力觀點來看一個母親和其正處於青春期的女兒間的衝突，母親可能過分認同她的女兒，把她自己在青春期末被解決的問題投射到女兒身上，而這充滿反抗心的女兒，自己尚未形成其個人的認同，可能就在無形中內化了她母親許多的特點又同時面臨到認同的危機。如果，我們視這兩個人不是兩個有問題的人，而是有著不良功能的關係 (dysfunctional relationships)，呈現出錯誤的溝通關係。這就是溝通派理論認為問題產生的來源，它和前者的不同在於強調此時此地 (here and now) 而不是強調過去 (Past)，它以研究互動和溝通的模式來取代分析個人內在動力，不把人視為病態的，而是去瞭解人如何界定他的角色，如何去適應他人。

海利 (Haley) 相信家庭裏的「症狀」是來自：當一個人慣有的策略失敗了，他會另使用控制關係的新策略。當然，使用的人 (即呈現症狀的人) 不會

承認他的用意，反而會認為自己也是被迫的、無辜的。Satir 另提出人在壓力的情況下，溝通的模式約有五種不同形式：討好型 (pleaser)——永遠表示同意，向人道歉或試著取悅他人；責備型 (blamer)——他說的話表示不同意，善於吹毛求疵、獨裁、苛責他人；超理性型 (super-reasonable)——疏離的、冷靜、不涉感情；不切題型 (ir-relevant)——說的話不切主題、毫無意義，似乎和正發生的事情沒產生什麼關係；一致型 (congruent)——真實的、真誠表達他的感覺 (註五)。Satir 就是使用這種溝通的方式，教導家庭裏的人表達一致性的感受。這一學派從一九六〇年代迄今，一直很受提倡。

(三) 結構式家庭理論：

此理論由 Minuchin 所發展，他認為家庭是主動而且有組織的整體，成員根據某些既定的安排彼此發生關聯。重覆的交易模式 (transactional patterns) 使家庭成員的行為有規可循，這種交易模式主要由兩種限制的體系來維持，一為家庭的一般規則，也就是說，每一個家庭有它自己的規則，這些規則有的是外顯的、明顯地界定了家人的關係；有的是隱藏的，雖不被明顯地表現出來，却有一股強大的力量影響成員的生活。另外一個限制的體系的成員間彼此特殊的期待 (idiosyncratic)，存在於某一個成員對其他成員的獨特期待，通常是日常生活上的瑣瑣碎碎。結構式家庭理論又把家庭體系分為三個主要次體系：親子次體系 (parent-child subsystem)、配偶次體系 (spouse subsystem) 和手足次體系 (sibling subsystem)。家庭功能即透過次體系的交互作用而實現。次體系間的界限稱為範疇 (boundaries)，家庭範疇清楚的，成員就能清楚地知道自己的角色和如何與他人接觸 (註六)。結構派對體系間如何互動、如何獲致平衡，不良功能的溝通方式如何發展出來等均感興趣，這一點和溝通理論極為雷同，但兩者間仍有不同之處，就是溝通理論乃從所輸送的訊息之要素 (elements) 來觀察家庭互動，而結構式理論則觀察家庭的活動 (activities) 和功能 (functions)，乃採取整體的觀點。換言之，前者重在溝通什麼 (what)，後者重在如何溝通 (how)。

四、家庭行為理論：

此派以行為修正或行為治療的方式來處理婚姻或家庭的問題，他們認為以再學習的程序可以有效地改變家庭內的偏差行為。在治療之前，必須有一個評估的過程，這個過程包括定義（defining）、觀察（observing）和記錄（recording）家庭發生的行為或刺激，然後，再使用正增強法（positive reinforcement），形成反應法（shaping）等技巧，針對症狀或偏差行為來修正。

二、家庭對疾病反應的研究

有關病人與其家屬對疾病的反應，在前面章節中已有討論，這裏只簡單地再敘述一下。許多研究指出，家人的疾病對病人本身和全家的生活有很大的影響，倘若不予以處理，將危害到病人的康復。布朗伯格（Bronborg）和唐那斯特（Donnerstag）曾對一些心臟病的人做深入的協助，發現他們都有某種程度的喪失自尊，以及角色和認同的混淆等問題（註七）。冠痕（Cohen）等人的研究發現，在父母之一死亡的兒童中，有百分之三十五的小孩希望獲得更多的幫助（註八）。何藍德與羅奇（Holland and Rogich）指出，急診室的病人家屬常有一些情緒上的反應，如：憤怒、悲傷、焦慮、自責之發生，需有社會工作人員的協助（註九）。諾伯（Noble）與漢彌爾頓（Hamilton）指出，新生兒的父母親在新生嬰兒住院後，會有一段時間不知如何去照顧嬰兒，甚至會影響到長大以後的親子關係（註十）。

這些研究或文章均指出家人在發生疾病後，過去適應的方式不一定能適合新的情境、緊張、焦慮和依賴會加深。當然，離婚或分居可能是一個解決途徑，但大多數的人仍舊生活在一起，雖然是衝突不會間斷。在壓力超小時，家庭內的衝突與不穩定會更轉壞，因此也就需要家庭重新組織，以因應壓力的情境。

三、家庭功能的分類

醫院的社會工作人員在面對整個病家時，如果希望能確實幫助他們，就必須要選擇一套有效的處置方法（intervention），正確評估出他們特殊的弱點或反應方式，然後發展出增進家庭成員能力的治療計劃。因此，對家庭功能予以區分，再依據不同程度的家庭功能，分別設計服務的重點，在協助病家時是比較有效且又省時的方法。一般說來，家庭因應疾病的方式，是一連串繼續不斷的「系統維持」的過程（System-maintain process）。這個過程受到它過去的歷史、人格、文化、週遭環境和社會經濟地位的影響。

每個家庭都有它自己的結構型態，但觀察這些家庭時，仍然可以發現出一些共同點而做分類。路易斯、比佛、葛塞特和菲力浦（Lewis, Beavers, Gossett and Phillips）在一九七六年的研究中，依據五個特質來觀察家庭功能的好壞，這五個特質分別為：

- (一) 家庭的權力結構（power structure）。
 - (二) 家庭對現實的知覺（perception of reality）。
 - (三) 家庭成員彼此的感情（affect）。
 - (四) 家庭成員個別化的程度（degree of family individuation）。
 - (五) 家庭對離別與喪失的接納（acceptance of separation and loss）。
- 路易斯等人在其研究中，分別依據這五個特質，把家庭分為功能嚴重破壞的家庭（severely disturbed）、中間範圍者（midrange）和健康的家庭（healthy）（註十一）。這三類家庭，可以從前述五個特質上觀察到其差異。

四、醫療機構上的運用

把家庭功能依照不同的特質予以分類，在一般的家庭治療中已屬少見，成功地依據這些分類，觀察不同家庭中成員的行為、成員和醫療專業人員的互動以及醫療機構中工作人員如何協助不同功能的家庭類型等，則更少了。佛恩·裘蒂斯（Judith Fine）在一篇名為「醫療設施中的家庭治療」（Family Treatment in a Medical Hospital Setting）的文章，即運用路易斯等人的分類，加上她對醫院中不同功能的家庭之行為觀察，整理出醫院中進行家庭治

療的模式。亦即從前述五個特質來觀察三類家庭，每一類家庭在不同特質上自然有不同的特徵表現，他們和醫療人員接觸時的行為模式也有不同，而醫療人員對各類家庭所採取的態度和服務的方法也是不一樣的。佛恩整理出來的模式，節錄表列於下（註十二）。這樣的模式，可以幫助醫院社會工作人員更有效地實施家族治療。

表一 家庭的權力結構

嚴重破壞的	家庭類型	家庭特徵	家庭和醫院專業人員互動時的行為模式	工作人員的處理方式
		<ol style="list-style-type: none"> 1. 雙親之間很少或缺乏彼此支持。 2. 父親權力小 3. 母子聯合削弱父親的權力。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 丟下病人而不出現。 2. 逃避工作人員。 3. 難以接觸。 4. 難以參與計畫。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提出問題要直接而特定。 2. 清楚界定他們的角色。 3. 正確地評估出病人和家庭對於需要和任務之瞭解。 4. 陪同病人和家人完成其任務 5. 必要時，轉介機構，繼續追蹤。 6. 對此類家庭的能力要有適當的期待。

離心的	向心的
<ol style="list-style-type: none"> 1. 雙親在進行控制時不清楚或不一致。 2. 父母常和不同的子女形成聯結。 3. 權力結構經常轉移、改變或不一致。 4. 缺乏清楚的期待。 5. 操縱與剝削。 6. 缺乏自發性。 7. 無法協商或妥協。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有能力建立穩定的權力結構。 2. 雙親權力上有高低層次。 3. 比較有效的控制。 4. 為操縱方便，家庭設有限制。
<ol style="list-style-type: none"> 1. 互相推諉責任。 2. 爭吵、挑釁和挑剔。 3. 對權威挑戰。 4. 無法負起最終責任和完成任務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家庭可能：通常能配合治療和計劃，但在過程中仍會猶疑不定。 2. 根據舊有的規則做決定而忽略新的情境。 3. 在處理疾病
<ol style="list-style-type: none"> 1. 工作人員必須：要設定限制。 2. 清楚傳達行為和任務的限制，目標和期待。 3. 摘要提出成員行為的後果。 4. 當彼此挑剔時要能處理其憤怒。 5. 不投入這類家庭的決策結果。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 討論家庭對問題的看法和解決之道。 2. 協助理清過去情境與目前情境的異同和使用舊有解決問題的方法來處理新問題可能產生的後果。

健康的			
1. 權力結構非常清楚 2. 成員均接受父親是家庭的領導人 3. 母親為第二個權力人物 4. 子女能參與家庭決策 5. 解決問題或做決定時，家庭成員表	5. 缺乏自發性 6. 無法協商或妥協	有關的改變時，常會做出不良的決定	
家庭可能： 1. 很容易做決策		3. 評估家庭成員是否能覺知並接受差異 4. 協助家庭成員談出其矛盾、害怕的情緒和罪惡感。如果可能，把這些與過去經驗有關的感受和目前現實狀況隔離開 5. 協助家庭考慮新的、不同的適應途徑。	工作人必須： 1. 開放地與之溝通 2. 自在地共享各種消息

表二 家庭對現實的知覺——與時間之聯結和家庭神話				現很團結並很有效果
嚴重破壞的	家庭類型	家庭特徵	家庭成員：	
		1. 家庭神話和現實產生衝突後的嚴重失望 2. 成員可能對家庭裏的混亂現象一無認知 3. 繼續保有家庭神話，不因時境而修正	1. 家庭成員： 1. 不接受或不知道現實與疾病狀況如何改變其生活 2. 拒絕工作人——當工作人試圖要他們接受現實時 3. 避開工作人對其家庭神話的澄清 4. 對現實與神話間的差距沒有產生領悟，而且通常無能力發展這個領悟	
			工作人必須： 1. 儘早做正確的評估 2. 不斷地提出與現實相關的問題 3. 認清家庭成員有固持自己的神話，並否認時間的變遷之特質 4. 妥善處理自己的挫折感，隨時準備成員會做不合理的決定 5. 嘗試看清楚家庭的神話，要與之共處而非對抗它	

	中間範圍的
<p>6. 對時間感的嚴重曲解—成員不因時間逝去而改變</p>	<p>1. 成員也會有家庭神話與實現間的差距，但不若前者嚴重</p> <p>2. 成員對其他成員的痛苦情緒常常忘記</p> <p>3. ①向心家庭的神話—成員很關心社會權力，因此，行為不致太離譜</p> <p>②離心家庭的神話—成員視自己是次等公民，行為表現常</p>
力	<p>家庭成員：</p> <p>1. 初時無法接受因疾病而改變的情境，但久而久之仍能接受並改變之</p> <p>2. 家庭需要被協助以看清自己的神話和不當的期待</p> <p>3. 在幫助下，常能觸及家庭神話面</p> <p>4. 向心家庭常有不安感產生並緊握家庭的神話</p> <p>5. 離心家庭則表現無關緊</p>
<p>6. 不要太強調現實，如此會帶來太大的壓力，使病人及家人徒增焦慮感和不知變更通</p>	<p>工作人員必須：</p> <p>1. 認清楚此類家庭在初次接觸時會有拒斥的反應</p> <p>2. 隨時間的逝去並耐心與同理心，此類家庭將會接受改變的</p> <p>3. 以討論方式，幫助家庭成員分享其神話和期望</p> <p>4. 強化向心家庭的價值感，接納他們，幫助他們認清達到不切實際之目標的困難</p> <p>5. 清楚地傳遞在</p>

	健康的
<p>與這種想像一致</p> <p>4. 對時間感也有曲解，但却不會假裝時間的靜止的</p> <p>5. 成員能接受時間帶來的生理變化，但却是非常痛苦地接受</p>	<p>1. 成員對自己法有客觀的看法</p> <p>2. 成員不必緊握神話</p> <p>3. 家庭神話很有彈性，而且很容易在不同狀況下改變</p> <p>4. 對神話的態度是輕鬆、溫和並且是幽默的</p> <p>5. 接受人非聖</p>
<p>要狀</p> <p>6. 無法接受人是被接受允許犯錯的</p>	<p>家庭成員：</p> <p>1. 能接受醫療專業人員的建議與勸告</p> <p>2. 能聽取所建議的改變與理由</p>
<p>醫院和疾病情境中適當行為的期望，並告之不當行為的後果（如：若成員繼續大叫則不得探視病人）</p> <p>6. 傳遞犯過是人的權利之訊息，允許成員犯錯</p>	<p>工作人員必須：</p> <p>1. 以開放、一起討論的方式來討論改變的事項</p> <p>2. 溫和地幫助他們放棄舊有的期望，尋求改變以適應新的情境</p>

表三 家庭的情感層面				賢，孰能無過的觀點
中間範圍的	嚴重破壞的	家庭類型	家庭特徵	
1. 傾向消極的情緒反應，但卻沒有前者之虐待和敵意	1. 從彼此嘲笑、輕視、敵意到沮喪、失望、絕望等情緒不一 2. 消極的情感反應 3. 封閉的家庭結構 4. 缺乏彼此的 support 與溫馨感	1. 從彼此嘲笑、輕視、敵意到沮喪、失望、絕望等情緒不一 2. 消極的情感反應 3. 封閉的家庭結構 4. 缺乏彼此的 support 與溫馨感	1. 傾向消極的情緒反應，但卻沒有前者之虐待和敵意	
1. 無法知道自己真正的需要，有時會抗拒某些需要（如依賴	1. 家庭成員：從工作人員所建議的正常表達溫暖、溫柔和支持的感受	1. 家庭成員：從工作人員所建議的正常表達溫暖、溫柔和支持的感受	1. 家庭成員：從工作人員所建議的正常表達溫暖、溫柔和支持的感受	
1. 促使成員面對真正的感受 2. 避免表達表面上的需要與感受	1. 工作人員必須：瞭解這些家庭平常表達情感的方式 2. 當家庭成員不聽從其建議時要控制自己的憤怒感 3. 不要這類家庭表達溫暖的感覺，特別是當他們不以為此為正常時	1. 工作人員必須：瞭解這些家庭平常表達情感的方式 2. 當家庭成員不聽從其建議時要控制自己的憤怒感 3. 不要這類家庭表達溫暖的感覺，特別是當他們不以為此為正常時	1. 促使成員面對真正的感受 2. 避免表達表面上的需要與感受	

健康的				
1. 能開放地表達仁慈、溫暖和關懷 2. 表現出充滿希望的和愉	2. 有時缺乏溫暖和快樂的情感 3. 成員間對彼此的 demand 並不敏感	2. 常以反向的方式表達其情感 3. 表現極溫暖和慷慨，底層裏却無法持續對病人的支持 4. 須被幫助以適當表達其感受和認知其他成員的需要 5. 表達溫暖、溫柔和 support 的能力易受外界改變 6. 在醫院內常會引發爭端	1. 能開放地表達仁慈、溫暖和關懷 2. 表現出充滿希望的和愉	
1. 表現出符合醫療專業人員期待的感受	1. 表現出符合醫療專業人員期待的感受	1. 表現出符合醫療專業人員期待的感受	1. 表現出符合醫療專業人員期待的感受	
1. 工作人員必須：在悲傷和壓力情況之下，工作人員要提供支持	1. 工作人員必須：在悲傷和壓力情況之下，工作人員要提供支持	1. 工作人員必須：在悲傷和壓力情況之下，工作人員要提供支持	1. 工作人員必須：在悲傷和壓力情況之下，工作人員要提供支持	

表四 家庭個別的程度				快的情緒
家庭類型	家庭特徵	家庭和醫院專業人員互動時的行為模式	工作人員的處理方式	2. 能經驗正常的悲傷反應
嚴重破壞的	1. 最不鼓勵成員的自主性 2. 成員彼此抑制 3. 難接受不同的人有不同的觀點	1. 家庭成員：難以彼此協商 2. 難以負擔責任 3. 無法適應疾病的壓力引起的個人或家庭之不平衡	1. 工作人員必須：容許可能的崩潰 2. 提供引導並協助重組家庭 3. 透過社會資源提供具體支持 4. 澄清那些行為是被期待和被接受的	2. 工作人員能如此類家庭順暢地討論各種感覺
中間範圍的	1. 僵化 2. 設定思想、行為、感受的標準 3. 無法接受人的弱點	1. 企圖控制、操縱工作人員或其他家庭成員 2. 難以接受改變	1. 工作人員必須：瞭解這些反應的面對壓力情境時的典型反應 2. 認清對這些反應引起的憤怒	

7. 以謾過卸罪為常的人	4. 無法坦誠表達感受 5. 無法容忍矛盾狀況 6. 持人性本惡的觀點 ① 離心類型家庭：當成員表示好意，有能力時，常引為奇怪 ② 向心類型家庭：認為好的人乃是能控制自己並隱藏不為人接受的動物性自我	3. 怪罪、責備病人、工作人員或其他家人 4. 較難表達他們的、思想、感受 5. 難以挑起責任、完成任務 6. 在矛盾或模糊狀態時，會很焦慮，但表現出來的却是憤怒 7. 認為病人給他們自己和整個家庭帶來麻煩 8. 以為病人和醫師可以完全控制病程	1. 瞭解這些反應均是面對壓力情境時的典型反應 2. 認清對這些反應引起的憤怒感 3. 避免與之做無謂的爭論，論點要集中 4. 接受家人面對病人的挫折感 5. 接受家人在無法達成計劃時的挫折感 6. 承認面對改變的困難 7. 澄清病人和家人彼此之間不應有控制對方的想法
--------------	---	---	--

表五 家庭對離別與失喪的接受程度			
健康的	家庭類型	嚴重破壞的	
1. 自主的互動 2. 自由溝通未解決的衝突 3. 清晰、彈性的家規 4. 溝通很自由 5. 精於協商 6. 容忍並接受矛盾情況 7. 創造性的妥協	家庭特徵	1. 任何改變的 感受威脅 2. 拒斥離別 3. 無法接受喪失	
	家庭成員： 1. 能接受因病而改變的角色 2. 呈現「正常」適當的焦慮 3. 能和醫療人員討論其焦慮並計劃改變 4. 能運用解決問題的能力 5. 能容忍模糊和未定的狀況	家庭成員： 1. 很難控制強烈的感受 2. 否定：情感 3. 很難做與改和認知上	家庭和醫院專業人員互動時的行為模式
	工作人員必須： 1. 醫師和其他工作人員應撥出時間和家庭討論其希望的改變與計劃 2. 提供支持（同理） 3. 認清即使是最成熟的人，在壓力情境下也會有退化和不合理的行為	工作人員必須： 1. 溫和地堅持現實原則，但須避免要家人突然、無準備地接受診斷、疾	工作人員的處理方式

中間範圍的			
	4. 無法適應正常生命發展過程之變化，包括年老與死亡	變有關的決定	
	1. 難以接受或難以適應改變、離別和死亡 2. 成人常會引發出和其父母關係的衝突 3. 子女會尋求與類似父母角色的新關係 4. 以為「沒有人是可以被取代的」	1. 雖然覺得接受改變或死亡是很痛苦的，但尚能去做 2. 診斷、住院或病情轉劇時會有強烈的否定情緒，但接受幫助和支持時，仍能消滅 3. 診斷或醫療變化時，會威脅到自我的安全感，以為被控制而引發焦慮	1. 承認適應失喪和改變的困難，多使用同理 2. 給予充裕的時間去接受診斷、預後和改變等的事實 3. 發掘家人真正的感受和真正關心的事，但是不要參與他們的衝突 4. 幫助家人維持自控感 5. 認清家人對失喪的真正意義並協助之克服
		病、改變等 2. 接受家人難以接受疾病的診斷和預後的事實 3. 要容忍家人使用「否定」的傾向	

健康的	<ol style="list-style-type: none"> 1. 能忍受離別的痛苦 2. 成人能和自己父母割捨並在自己家裏培養相互的聯結 3. 能建立自我認同 4. 以爲「沒有人不能被取代」 5. 曾有成功處理離別的經驗 	<p>家庭成員：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 有彈性並有解決問題的能力 2. 坦誠面對自己的感受——較少使用否定且較不僵化 	<p>工作人員必須：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 幫助家人或病人找出他們處理壓力情境的成功經驗 2. 促使他們把惱怒的感受用口語表達出來 3. 幫助他們利用自己各方面的能力去解決問題
-----	--	---	--

參考書目

- 註 1 · Virginia Satir, Conjoint Family Therapy, Science and Behavior Books, 1967 p1
- 註 2 · 李保悅 社會工作會談之原則與技術 臺灣省社會福利研究會 民國七十年 頁九十一。
- 註 3 · Irene Goldenberg and Herbert Goldenberg, Family Therapy: an Overview Monterey, Calif Brookscole 1980, p. 106.

- 註 四 · 同註三 p. 107。
- 註 五 · 吳就君譯 家庭如何塑造人 時報叢書 民國七十二年 頁五十一至七十七。
- 註 六 · Salvador Minuchin, Families and Family Therapy Harvard University Press, 1979, pp. 51-54
- 註 七 · Bromberg H., and Donnerstag "Counseling Heart Patrints and Their Families," Health and Social Work, Vol 2(1), 1977 pp. 159-172
- 註 八 · Cohen, P., Dizenhuz, I. M., and Winget, C. "Family Adaptation to Terminal Illness and Death of a Patrint" Social Comework, April 1977 pp. 223-228
- 註 九 · Lin Holland and Lee Ellen Rogich, "Dealing with Grief in the Emergenay Room," Health and Social Work Vol 5(2) 1980 pp. 12-17.
- 註 十 · Dorinda N. Noble and Adrienne K. Hamilton, "Families Under Stress: Perinatal Social Work," Health and Social Work, Vol 6(1) 1981 pp. 28-35
- 註 十一 · Judith Fine, "Family Treatment in A Medical Hospital Setting" in Family Treatment in Social Work Practice Curtis Janzen and oliver Harris (ed) F. E. Peacock Pub 1980 p. 204.
- 註 十二 · 同註十一 pp. 207-258. (本文作者係東吳大學社會學系講師)