

# 醫療家族治療於臺灣之發展 與應用：我的實踐\*

熊秉荃

國立臺灣大學  
社會工作學系

臺灣許多助人專業人員從事不同形式之家庭服務，對崛起於 1950 年代的美國家族治療有相當的接觸與了解，然而對蓬勃發展於美國 1990 年代至今的「醫療家族治療」可能相對陌生，本文將介紹「臺灣醫療家族治療的軌跡」、「美國醫療家族治療的進程」及「實踐醫療家族治療」三個面向，提升臺灣助人專業人員認識在健康照護體系提供家族治療的專業脈絡。包括說明「醫療家族治療於美國的爭議與推崇」、「突破阻礙健康照護的藩籬與區隔」、「形成與執行醫療家族治療」、「醫療家族治療的目標」、「動態的醫療家族治療歷程」及「五個層級的系統性合作模式」的內涵。由於臺灣健康保險體系對心理社會及靈性照護的低給付點數及缺乏行政資源及專業架構，因此作者進而娓娓道來在目前的健康照護體系中「實踐醫療家族治療」的歷程，包括：「學習醫療家族治療」、「開拓與奠定專業教育」、「基礎與當代議題」、「家庭與特定疾病共舞：案例分享」、「專業間的競爭與合作」及「一次性邀請與永續合作的醫療家族治療。」作者期望醫療在現今追求高技術水準及高科技化的同時，也能夠提供更完善及整全的服務，並透過本文邀集更多對於以家庭為中心的健康照護系統有認識及有興趣的專業夥伴加入健康照護服務，同時拓展及建構絕佳的衛生和社會福利政策及制度，將健康照護、系統和病人及家屬之間做更好的銜接。

**關鍵詞：**以家庭為中心的健康照護、臺灣醫療家族治療、實踐

---

\* 1. 作者通訊方式：pchsiung@ntu.edu.tw。  
2. 本文為論述性的研究，作者誠摯的感謝審查委員看重及肯定此篇論文的意義，審查委員的懇切提問與建議，協助作者修改本文，讓本文內容更聚焦、豐富及流暢，以至於完稿時論文更具有可讀性與貢獻性。

猶記得在那還沒有 HIV/AIDS 雞尾酒療法的年代<sup>1</sup>，我有一天下午和「臺灣愛滋病之父」莊哲彥教授在臺大醫院急診處探視一位疑似為肺炎蟲肺炎<sup>2</sup>的年輕男性，隔天早上我到綜合病房時，卻發現床邊圍滿了啜泣的家屬，沒多久、醫護人員匆匆衝入病房，開始急救，忙亂中家屬被請出病房，彼此耳語交接更顯得悲不可抑，我在錯愕中安撫著我初接觸的家屬，接下來、醫護人員宣告生命的逝去，我和家屬轉而談遺體的處理、喪葬的安排；我很難回過神的是怎麼前一天才剛由急診轉入病房，隔天竟銜接著送終；這開始了我和極度受汙名化的 HIV/AIDS 個案、其「視為家庭成員的夥伴<sup>3</sup>」、其原生家庭成員及健康照護團隊<sup>4</sup>一起為個案的生存、疾病告知、醫療可近性、親密關係、社會排除而開疆闢壤的歷程。

家族治療是所有家人一起接受治療嗎？一個人的治療算不算家族治療？事實上，家族治療是運用家族治療的理論提供心理治療，接受治療的對象可以是個人、家庭、家族、團體或社區，由於人類行為是互動性的，因而解決問題的最佳方式往往是幫助人們改變其與人互動的方式；家族治療相信家庭主導個人的生活，若能改變家庭架構，也就能改變家庭成員的生活，同時家族治療重視處於家庭／社會情境中的個人及其內在經驗，為了提供有效的心理治療，家族治療師既需要瞭解及推動個人的改變，同時也影響個人與他人的互動。臺灣許多助人專業人員從事不同形式之家庭服務<sup>5</sup>，對崛起於 1950 年代的美國家族治療有相當的接觸與了解，然而對蓬勃發展於美國 1990 年代至今的「醫療家族治療」可能相對陌生，本文將介紹「臺灣醫療家族治療的軌跡」、「美國醫療家族治療的進程」及「實踐醫療家族治療」三個面向，提升臺灣助人專業人員認識在健康照護體系提供家族治療的專業脈絡。

### （一）臺灣醫療家族治療的軌跡

臺灣目前的健康照護體系主要是以疾病和個人為單位的服務模式，且權力位階相對明顯，這種以個人為單位及專家制的健康照護有其侷限性，例如，當醫生告訴病患要做某項檢查時，對於病患張皇失措的問為什麼要做這個檢查？我們可能難以了解，因為我們期望他聽從專業人員的安排；如果，我們以家庭為單位、家族為系統的觀點提供健康照護服務，我們就能深刻的體悟：每個病患所代表的既是一個個人，更是個人在整個家族系統中所成就的一個個人，所以病患對於健康的所有想法、習慣和身體照護的信念、重要次序、價值觀，都受到家族系統很大的影響。因此當健康照護團隊抱持好奇的一句簡單探詢：病患為什麼要問為什麼要做檢查時，可能才得知病患家族中一位長輩因接受類似的檢查而發現末期癌症，在檢查後不久就過世了，因此當病患聽到醫師建議做該項檢查時，便馬上聯想是否醫師懷疑他有類似的癌症？是否自己也不久於世？當健康照護團隊更為關切及認識疾病、病患及家庭之間的關係及各面向的需求，團隊就創造及爭取建立共同合作關係的機會，因為照顧身體及健康是需要當事人積極參與的，而醫療家族治療的概念就是希望健康照護服務可以為當事人所用。

為了解臺灣醫療家族治療的相關文獻，作者以醫療家族治療、醫療諮商及健康諮商為關鍵字搜尋臺灣博碩士論文知識加值系統、臺灣期刊論文索引系統及 Google 學術搜尋系統，搜尋 1980-2019 的文獻，當扣除重複的文獻，僅獲 52 篇文獻，其中 3 篇為醫療家族治療、35 篇為醫療諮商及 14 篇為健康諮商之文獻；而 6 篇刊登於 1980-1999，26 篇刊登於 2000-2009，其餘 20 篇刊登於 2010-2019；絕大多數（88.5%）的文章刊登於近 20 年，其中李玉輝及其合著者共撰寫了 36 篇（69.2%）文章，可見其致力於推動醫療及健康諮商。若以諮商心理師在醫療機構執業人數為例，僅有 193 人，佔全體諮商心理師的 12.8%（李玉輝，2017）；以下將說明美國醫療家族治療的發展讓臺灣提供家庭服務的助人專業人員更認識以家庭為中心的健康照護服務。

### （二）美國醫療家族治療的進程

「醫療家族治療」這名詞首次由 McDaniel、Hepworth 與 Doherty 三位學者提出，他們之《醫療家族治療：以身、心、社會取向與家族共同面對健康議題》成為此領域的第一本也是最主要的教科書，並定義為「醫療家族治療提供面對醫療議題的個案及家族身、心及社會的整合性照護，此乃奠基於身、心及社會的系統性模式，同時積極鼓勵治療師及健康照護專業人員共同合作（McDaniel et

al., 1992)。」美國醫療家族治療的理論及訓練完備，作者將說明「醫療家族治療的爭議與推崇」、「突破阻礙健康照護的藩籬與區隔」、「形成與執行醫療家族治療」、「醫療家族治療的目標」、「動態的醫療家族治療歷程」及「五個層級的系統性合作模式」的內涵，以供國內關心及投入家族治療之專業人員參考。

## 1. 醫療家族治療於美國的爭議與推崇

「醫療家族治療」這用辭一度引起美國家族治療界熱烈的爭議性討論，將「醫療」置於「家族治療」之前，對部分人而言是十分不對勁或是極為忌諱的事，除了名詞前或後的考量外，更關鍵的討論是醫療家族治療者是否背離了家族治療專業獨特的基本假設及信念，而甘願屈就並強化醫療體系的權力位階，此疑慮的基礎是因為家族治療專業強調個體及家庭具備決策行動力 (agency) 及改變所需的能力，是參與及促成改變的主體，需要的是透過治療歷程以啟動這些被「卡住 (stuck)」的能力；因此家族治療專業致力於避免病態化及標籤化當事人，這與醫療體系習慣使用診斷系統標示當事人，並視患者為受助者 (隱含著被動接受的意味) 相當不同。其他的學者更認為「醫療」一辭侷限在生物學面向，而排除了非醫師專業者的工作 (Wright et al., 1992)。另外，英國精神科醫師 Lask 則指稱提供個案及家族身、心及社會的整合性照護在英國已有超過 40 年以上的歷史 (Lask, 1994)。不同於上述的論戰，擁護者視「醫療家族治療」為一種臨床取向或架構，Czaunderma 與 Tomson 指出，雖然「醫療家族治療」已運用在英國的次級及醫院體系，但 McDaniel、Hepworth 及 Doherty 三位學者將家族治療整合於基層醫療卻是在英國所未見的 (Czaunderma & Tomson, 1994) 這些對於醫療家族治療的持續質疑與對話確實讓參與對話者有機會檢視各觀點的立足點及其真切性。

「醫療家族治療」的精確含義是家族治療師與健康照護體系的專業人員共同合作，以提供有疾病成員的家庭／家族更整體的服務；由於醫療家族治療既是家族治療在醫療場域的應用，而其關鍵內涵的系統合作觀點，更需要合作的多方創造並實踐權力共享，以破除傳統健康照顧關係中的權力位階，讓合作的多方可以摒除對、錯或優、劣之爭，而是更細緻的發揮生物醫學及心理社會二大專業領域的長才，且共同提供貼近於個體及家族情境的高品質服務。

隨著《醫療家族治療》一書獲得許多的讚譽並成為暢銷書，以及「醫療家族治療」由早期的爭議中蓬勃的發展成獨具貢獻的專長領域 (Tyndall et al., 2014)。美國的學者與專家對於 1994 年柯林頓政府推動的整合式全民健康照護改革充滿熱切的期許，雖然同年 9 月，改革宣告失敗；然而一如「醫療家族治療」的信念是抱持著希望，並與家庭共同創造改變的可能性，《當代家族治療期刊》(Journal of Contemporary Family Therapy) 也於 2012 年創首例的以主題專刊的方式介紹「醫療家族治療」，而 McDaniel、Doherty 及 Hepworth 三位學者並出版第二版的《醫療家族治療及整合性健康照護》之教科書 (McDaniel et al., 2014)。作者見證並參與在這 20 年間學者與專家在各地實務實踐方面的不懈努力，並深信醫療家族治療師培養專業能力及素養的同時，亦需敏銳的覺察及妥善的處理自身於權力流動中的位置，發展抱持好奇心的謙和以及誠摯對話，並在研究上證實以家庭為中心的整合式健康照護既能滿足個案及家庭健康需求，更是符合醫療經濟的服務模式 (Crane & Christenson, 2014)。

## 2. 突破阻礙健康照護的藩籬與區隔

《醫療家族治療及整合性健康照護》書中開宗明義闡述其基本及核心假設為「所有的健康及關係議題均具有生物、心理、社會及靈性之本質」，亦即心理社會問題必然連帶有生物徵象，而醫療家族治療主要朝向破除阻礙健康照護的五項既存的環境及系統性藩籬與區隔 (ecosystemic splits)，首先是心智及身體 (mind and body)、亦即心理健康及身體健康 (mental health and physical health) 的區隔，雖然科學再再顯示腦及身體的連結，以及心理社會的壓力與支持，和各類健康問題的關聯，例如壓力在憂鬱、心血管疾病、HIV 及癌症的角色 (Cohen et al., 2007)，以及具支持性關係的個體其罹病率及死亡率較低 (Fagundes et al., 2011)，遺憾的是多數心理治療師的養成教育仍窄化的侷限在心理健康範疇，因此當他們投入健康照護職場時，對醫療問題與心理健康綿密的相互關係，僅有極為有限的了解。

第二個區隔存在於個人及親密關係／家庭之間，即便許多治療師接受心智及身體整體性的概

念，及心理健康及身體健康密不可分的關係，他們只視家庭／家族為個別病患的重要關係人，卻鮮少理解家庭／家族成員的健康信念、情緒經驗及溝通，深深地影響病患的健康照護治療決策及疾病適應；從臨床的角度而言，由於許多治療師很少接受系統性家庭工作的訓練，或缺乏認識家庭及其他社會關係的研究發現，或無從得知健康、疾病及健康照護各個面向之間的緊密連結，這些忽略個人及親密關係／家庭之間的密切關係，將損及治療師對患者的照護。例如，當治療師不熟悉社會支持、社會整合及負向社會互動的概念，以及缺乏認識這些現象影響個人健康的機轉，因此當治療師提供社會連結的介入措施時，治療師很可能忽略此介入措施對不同成員的受惠程度不同（Cohen, 2004）；再者，當心理神經免疫學（Psycho Neuro Immunology, PNI）研究者透過動物及人類模式佐證免疫系統和中樞神經及內分泌系統間的雙向傳輸，以及這些互動對健康的影響（Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005），治療師需要跟上腳步的了解壓力源及其誘發的負面情緒所造成的生理性改變，進而發展以實證基礎的服務。

第三個區隔是個人／家庭及機構之間，特別指的是健康照護體系，具系統觀的治療師知道當個體有慢性疾病，個人／家庭也就和健康照護體系中的專業人員發展出長期的類家庭關係，治療師可以預期家庭內動力現象（例如秘密，三角關係）也可能出現在家庭和 health 照護團隊之間（Imber-Black, 1988）；同樣的，家庭也可能受制於健康照護體系中專業人員之間的不相聯繫、嫌隙或爭競，由於多數治療師並未受過評估健康照護專業人員間動力和家庭內動力之間互動的進階訓練，這將阻礙治療師促成個人／家庭／健康照護體系間的合作。

第四個區隔是臨床、財務、及健康照護場域營運面向間的區隔，也就是 Peck 指稱的「三個世界的觀點／角度（Peck, 2008）」；大多數健康照護專業人員的專長是臨床面向，也就是甚麼是臨床上對服務對象適當及有效的服務，我們將健康照護場域營運面向留給經理人，也就是健康照護系統如何運作以提供臨床服務？我們更將財務面向留給總裁及會計師，亦即如何給付這些臨床服務及如何讓這些臨床服務具永續經營的經濟面向？當然，如果是開業者自然是需要持續重視這三個面向，但是受聘僱的臨床工作者就和經理人及會計師一樣，通常只關注單一向，學者 Peck 一再指出健康照護系統永續的改革與創新必需同時反映臨床、財務、及健康照護場域營運三面向的需求與限制，而 Peck 觀點的影響力與日俱增；並闡述同樣的原則也適用在臨床的個案層級，也就是有效的健康照護涵蓋高品質的臨床服務、績優的營運以及絕佳的資源管理（Peck, 2008）。因此醫療家族治療師必需以系統觀真切地理解他們身處的健康照護場域、其具體庶務及營運。

最後一個區隔是臨床健康照護體系和較大社區、世界間的隔絕與斷裂，社區包含鄰里、文化及大型機構，健康照護專業人員通常不具備和非健康照護場域工作的能力，或僅抱持有限的知識，例如和社會福利體系、文化機構、信仰社群、政府或私人及保險系統，即便是受系統觀訓練的治療師也僅視這些團體影響著個別病患及家庭，而非深刻的體察這些團體時時活躍的參與在地社區中健康照護體系的各個面向（Doherty & Mendenhall, 2006），專業人員若能具備這種公民式健康照護的工作架構及組織社區的技巧，必能將病患、家庭、社區納入共同促成健康及健康照護的夥伴，這種和個人及家庭的共事遠遠超越只是活化病患，而晉升為活化社區，其中個人及家庭視自己為健康照護的公民，也就是在臨床及社區中建構健康，而非只是醫療服務的消費者（Doherty & Mendenhall, 2006）。

對專業人員而言，需要迎向的挑戰是發展跨領域之臨床知識及實務技巧以破除上述五項區隔與分歧，並且創造健康照護團隊具備理解複雜知識之能力及提供精湛服務之技巧。而醫療家族治療基本上是系統性的整合模式，強調心智、身體、關係、靈性及社區間彼此的相互關聯及對健康的影響（McDaniel et al., 2014）。

### 3. 形成與執行醫療家族治療

《愛的功課：治療師、病人與家屬的故事》（McDaniel et al., 1997）書中的作者以不同的家族治療學派理論為背景及工作架構，於治療師自己切身的生命經驗及個案的疾病及家族經驗中，闡述治療過程中理念的形成與執行，並深刻描繪治療歷程中治療師熟悉疾病特性、掌握個人及家庭所面臨的挑戰、靈活及彈性運用家族治療的主要概念、與個人、家庭及健康照護專業人員經營共同合作的關係、設定並實踐適當可行的治療目標，進而反思治療者於合作歷程中的挑戰，以及個人及專業

成長。《愛的功課》的編者指出，這本書是《醫療家族治療》的姊妹作。由於在 Highland 醫院家庭醫學科門診醫療家族治療師作者的個案來源是醫療照護體系專業人員的轉介，因此治療師的首要任務是使轉介成立，並與個人、家庭及健康照護團隊建立共同合作的模式；可行的方式包括邀請醫療專業人員參加第一次的接案會談或接續的治療，治療師並在家族治療歷程中與醫療人員保持聯絡，這讓接受轉介的個案不至於覺得被醫療人員遺棄，或錯誤的認為接受心理治療代表自己已無藥可救、病入膏肓或精神狀況有問題，同時更可讓生物醫學專長的醫療專業人員參與並體會家族治療對其醫療服務及個案的幫助；而醫療專業人員、個案及治療師三方的聚集也可溝通及澄清彼此的期待，以確立可行的治療目標及方向，並在醫療及家族治療過程中配合病程及個案的需求而調整治療方針；個案也因此體會自己由共同合作模式中受惠於醫療專業人員（生物醫學專長）及家族治療師（心理社會專長）二大專業領域人員的密切努力。

#### 4. 醫療家族治療的目標

醫療家族治療師、醫療人員與家庭建立的治療同盟關係，對改變困境有實質的效果及象徵的意義，家庭在面臨挑戰及問題時，經常陷入自救或有限的運用外在資源的慣用模式，此缺乏彈性的模式將耗盡家庭的能量及資源。醫療人員轉介個案接受心理治療，乃是示範透過拓展可發揮功效資源的範圍以解決困境；此治療聯盟更拓展至涵蓋原生家庭、各種家庭組合的成員、學校體系、社會福利系統及各種治療體系等；重要的是，家族治療師及家庭是活化這些治療同盟的關鍵，讓治療同盟成為家庭經歷及轉化困境的支持網及資源網。醫療家族治療的兩大目標為促進個體及家庭具備自主性及行動力（agency），以及感受情感連結（communion）（McDaniel et al., 2014）。

（1）強化當事人及家庭的自主性、決斷力、行動力。當病患進入健康照護體系時，可能接受到許多這個不能做，那個不能做的訊息，如果健康是自由，疾病就衍生成限制及困境。疾病歷程跟健康照護互動成為讓當事人失去自主性的一個自然的場合，所以在這樣的體系裡，要促進當事人的自主性、決斷性、行動力既是困難，更十分關鍵。自主性及行動力意味著當個體及家庭面對疾病及健康照護體系時具個人選擇權及能夠自我決策，此代表專業人員協助病患及家屬對疾病及失能對其生命的影響力及控制範圍設定限度，而非讓疾病及失能盤據病患及家屬全面的生活（McDaniel et al., 2014）。廣義而言，醫療家族治療師協助病患及家屬盡可能以貢獻者的角度活躍的參與其社區，而非只視自己為接受服務的人。臺灣於 108 年 1 月 6 日正式施行的《病人自主權利法》便是從制度面提升病人的自主權，疾病告知的首要對象是病人，就是希望促進病患對自身疾病、健康與醫療決策的自主性及選擇權，減少疾病對自己的佔有性，控制疾病「有限度」的影響生活。

（2）促進個體及家庭感受情感連結。嚴重疾病及失能對許多人形同存在危機，可能使患者孤立於關切他們的人之外，人與人的聯結，包含情感的聯結、感受到愛，對於病患及家屬十分重要（McDaniel et al., 2014），這也就是專業人員要讓案家感到「你懂我」關係的原因。我們希望病患在健康照護的過程中，經驗到他是被照顧、被關懷、被同理、即使當疾病再次發作時仍有人陪伴的感受。因此，情感連結指的是感受到被家人、朋友及專業人員照顧及關愛，醫療家族治療師的最重要任務便是協助病患及家屬盡可能的連結，讓他們體會情感支持，及有可以尋求協助的資源以因應疾病，同時讓病患及家屬能施展其自主性及行動力。

#### 5. 動態的醫療家族治療歷程

疾病就像新增的家庭成員一般有其特質、性情及各發展階段的需求，治療師需正視個體及家庭的疾病經驗，由於家族治療師的個人經驗、理論背景及治療信念均影響治療歷程，認真檢視這些因素與個案情境的相互關係也成為治療歷程的重要內涵，這些檢視可以是透過個人的自省、治療師本身的心理治療、治療師間的對話或是進階的訓練及督導而達成，如每章作者在《愛的功課》書中所展現的深刻及生動歷程。透徹的了解影響治療歷程的因素及其間的關聯，對治療決策的選擇與執行是十分關鍵的，例如，治療師如何自我坦露？多少程度的自我坦露是治療性的？到甚麼程度變成治療師將會談焦點轉向陳述治療師的個人經驗，而背離個案是會談的核心？如何區辨同理心與過度認同？治療師與個案間的界限到什麼程度是治療性的而非過度涉入？哪些治療決策屬於尊

重個案的選擇、立場與背景，哪些治療決策屬於治療師未履行的專業、道德及社會責任（Doherty, 1996/2004）？在《愛的功課》全書各章中均觸及上述的重要議題，並一再傳達醫療家族治療是一項迷人卻艱鉅的工作，當細加品味其間的情緒張力及深刻的體察改變的脈動，將更能看見充滿成長契機的歷程。

醫療家族治療最常浮現的問題之一是：「誰可以擔任醫療家族治療師，並基於生物-心理-社會-靈性的工作模式，提供以家庭為中心的健康照護服務？」實際上，醫療家族治療師並不專屬於任何一特定專業職系（可以是醫療家族治療師、社工師、心理師、醫師、護理師等），因為若將治療醫療化或成為各專業學門之間的領域之爭均辜負了服務對象的需求，實際上醫療家族治療師更應該省察的是：專業人員是否具備完善的專業照護及醫療家族治療的訓練及能力，以提供符合服務對象需求的「醫療家族治療」。

## 6. 五個層級的系統性合作模式

當醫療家族治療師評估個案及家庭的需要及生命韌力時，同時規劃由生物醫學扮演較主要角色的「提供醫療資訊」到以心理社會服務為主的「家族治療」的五個層級系統性合作模式（Doherty et al., 1996），分別是：

（1）提供醫療資訊。我們要提供正確的醫療資訊給家屬，但所謂的「正確的醫療資訊」到底是誰定義的？所以訊息的提供既是考量訊息是否有價值，更重要的是我們如何傳遞給病患及家屬，包含醫療治療、心理社會建議等。如果這個病患及家屬沒辦法接受或不理解，我們給他的任何專業建議都是無用的，因此專業人員需細心評估病患及家屬的獨特性及背景，並體察其對訊息的理解及接受程度，朝向有效溝通及建立共識。

（2）提供支持。當充分告知醫療相關訊息之後，我們可以提供情感支持，並確認病患及家屬是否理解醫師的醫療處遇，而這個階段也是醫療家族治療師銜接醫療專業團隊的服務。

（3）系統性的評估。醫療家族治療師必需根據個案的狀況及所有的醫療專業團隊的處遇進行完整且合適這個家庭的評估，以了解病患及家屬的顧慮及理解，並提供讓病患更可能願意持續就醫的主、客觀條件。

（4）擬定計畫性的策略。醫療家族治療師進而與家庭成員討論醫療家族治療師的評估，並共同擬出及執行計畫性的治療策略。

（5）家族治療。在病患實際執行治療策略的過程中，醫療家族治療師的陪伴尤其重要，我們需要了解過程中遇到何樣的阻礙或是需要的情感支持為何？只有身心狀況特別複雜及挑戰的個案及家庭才需要進行家族治療。

上述五個層級系統性合作模式提供醫療家族治療師和以生物醫學為主的健康照護團隊根據疾病的特性、病患及家屬的需求、專業人員具備的專長及健康照護團隊及場域系統性合作的可行性，動態的調整進行何層次的系統性合作最符合實際狀況及需求。

### （三）實踐醫療家族治療

作者在臺灣實踐醫療家族治療面對的情境為：1. 現行健康保險體系對心理社會及靈性照護的低給付點數、2. 尚無完善的醫院或醫學院「以家庭為中心之健康照護服務」之行政資源及專業架構、及3. 社會（包括民眾及專業工作者）熟悉高比重的生物醫學及高科技醫療，卻陌生於整合性、全人、以家庭為中心之心理社會及靈性照護。我們身處這樣的情境，既需要貼近患者及其家屬的需要，更需要胼手胝足的持續經營醫療家族治療的服務、教學及研究。以下將以：「學習醫療家族治療」、「開拓與奠定專業教育」、「基礎與當代議題」、「家庭與特定疾病共舞：案例分享」、「專業間的競爭與合作」及「一次性邀請與永續合作的醫療家族治療」，說明作者在美國學習醫療家族治療及在臺灣實踐醫療家族治療的關鍵面向。

## 1. 學習醫療家族治療

作者在美國紐約州羅徹斯特大學的 Highland 醫院家庭醫學科及 Strong 紀念醫院精神科接受為期一年的醫療家族治療師訓練，同時也是完成作者在普度大學婚姻及家族治療博士班的全職實習<sup>6</sup>；由於家庭是每個人社會化的第一個單位，我們在家庭中認識自己、接觸別人及學習跟別人相處，並在過程中產生複雜的互動；我們從家庭得到許多生活經驗及價值觀，還學習應對進退的態度；因此家庭對我們有很深遠的影響（許皓宜、李御農，2015）。當作者在 Highland 醫院家庭醫學科門診<sup>7</sup>提供醫療家族治療時，作者見證多位督導建立健康照護界與家族治療界的共同合作關係，進而發展獨特的專長領域（例如，醫療家族治療教育訓練與督導，生殖科技、癲癇、物質濫用、精神科相關之家族治療等），並繼續在醫療經濟及保險給付的重重限制中，開拓執行醫療家族治療的場域，強調醫療家族治療的重要性。

由於醫療家族治療師既提供個案及家庭直接的服務，也負責家庭醫學科住院醫師專業教育中心理社會核心課程及家族治療課程的教學；其中，第一年住院醫師的巴林（Balint）團體<sup>8</sup>是由一位資深主治醫師及作者（醫療家族治療全職實習生）共同帶領，當主治醫師頗傷感及挫敗地談到，他剛探視他照護多年的一位癌症患者因復發而再度入院，及住院醫師談到每個月輪調工作單位中種種的挫折感，作者深切體會當醫療專業人員有能力正視及探討自己的脆弱、情緒反應及極限時，專業人員也將更有能力與患者及其家庭共同承擔疾病歷程中的起伏與轉折，因為專業人員傳遞的信念是案家的疾病經驗乃是大家共有的生命起落經驗。至於醫療專業人員這些能力的培養乃是透過時常敏銳的覺察自己與案家的「社會位置（social location）」<sup>9</sup>對彼此互動的影響；同時認識自己對於不確定與失落的反應及耐受程度，以及探討自己原生家庭的健康信念及疾病經驗對「個人我」、「專業我」、與案家互動的影響；進而學習情緒覺察、情緒表達與情緒管理，以及發展並示範多元的自我照顧。

作者並於 2018-2019 到國際知名的系統性家族治療訓練機構 The Chicago Center for Family Health<sup>10</sup> 進行研究、參訪與學習，該中心提供當代家族治療、研究及家族系統健康照護的學士後專業訓練，其以韌力導向（resilience-oriented）的社區創新模式，強化家庭面對高風險、危機及持續多重壓力的挑戰。作者之前在 Highland 醫院及在芝加哥觀摩的家庭醫學科住院醫師訓練，都是由醫療家族治療的老師，教導與基層醫療相關的 DSM-V 診斷與治療課程及以家庭為中心的健康照護課程。當醫療家族治療師持續且正式的參與家庭醫學科住院醫師的養成教育，各層級住院醫師既從中學習健康照護服務中生物醫學及心理社會並重的核心精神，更奠定醫師轉介個案接受心理治療時自然且理所當然的態度。

## 2. 開拓與奠定專業教育

作者基於對疾病、病患及家族、健康照護體系及人員的系統性理解，深切知道以家庭為單位進行共同合作的健康照護是一個多贏的模式，所以作者開拓醫療家族治療之教學<sup>11</sup>與專業教育<sup>12</sup>，以提升學習者、疾病患者、家庭成員及健康照護者對疾病歷程及健康議題的理解，進而協助家庭清楚的面對及領會其疾病經驗，當學生能體察個人、配偶、家庭發展階段與疾病歷程的動態關係；同時連結個人及原生家庭的信念既主導家庭成員回應健康議題的方式，也深深影響個人及家庭成員與健康照護體系的關係，學生因此可協助家庭及其成員理解各個疾病階段所衍發出的心理社會照護需求，及協助家庭成員系統性的理解家庭在疾病歷程中如何發揮功能；同時，學生透過課程的反思作業及原生家庭報告統整個人與專業的健康信念及議題，學生並選定課程學習的部分概念，練習傳達及講授給自己的家庭成員聽，學生在此示範教學作業中轉化專業學習內容為對象可理解的語言，既促進學生學與教的連結，同時讓在外求學的成年早期學生，分享所學給原生家庭成員，增加彼此關係的連結。

作者先後推薦《愛的功課：治療師、病人與家屬的故事（McDaniel et al., 1997）》及《醫療家族治療及整合性健康照護》（McDaniel et al., 2014）由國內出版社<sup>13</sup>取得美國的版權翻譯成中文書，國內學者及專業人員可運用這兩本書強化現有系統性家族治療教學與實務教育中生物、心理、社會及靈性並重之架構，以突破阻礙照護健康及關係議題的藩籬與區隔；而學生及在醫療機構執業的專業人員也可使用這兩本書組成醫療家族治療讀書研討會，探討並實踐以家庭為中心的健康照護服務。

### 3. 基礎與當代議題

作者提供的醫療家族治療教育訓練既回應家庭面對的基礎性疾病適應的議題，更包括家庭及專業人員均覺得棘手的當代健康議題。首先，馬偕紀念醫院協談中心為了協助深受各式疾病困擾的家庭突破困境，乃由承辦人及創意總監羅惠群諮商心理師主辦「與家工作系列」研討會，不遺餘力地推動醫療家族治療，作者與在此領域耕耘許久的學者及實務工作者得以於研討會現場以角色扮演方式呈現醫療家族治療運作模式及系統合作介入，與會者透過不同醫療專業的結合共同創造嶄新合作模式。「與家工作系列」研討會主題由 2017 年的基礎議題：「當疾病籠罩家庭 - 醫療家族治療實務剖析<sup>14</sup>」，進入 2018 年的當代議題：「從成癮到關係 - 關係修復治療實務<sup>15</sup>」，由於成癮現象常被視為是當事人的軟弱性格、犯罪行為、或從疾病角度解讀成癮現象，這些角度既汙名化及標籤化當事人及其家人，更形成家人、工作者與當事人的距離與隔閡，極不利於邁向復元（張月馨等人，2017）；因此聯合國毒品和犯罪問題辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC）推動經研究證實具成效的「請先聆聽（Listen First）」運動，強調「傾聽是幫助青少年、兒童健康成長的第一步，」透過增加及強化支持既可預防藥物使用，更有效的投資於兒童及青少年、其家庭及所屬社區的整全健康，此運動提供父母、師長、健康照護者、預防工作者及政策制定者奠基於實證研究的具體而有效的策略。

再者，作者亦受邀參加國立臺灣大學中國信託慈善基金會兒少暨家庭研究中心（以下簡稱兒少暨家庭研究中心）網路成癮<sup>16</sup>專家諮詢會議<sup>17</sup>，第一次會議（2018 年 6 月 27 日）的主軸強調宣導與提升大眾對網路成癮之正確觀念，以及危險因子之覺察能力；並討論該中心與趨勢科技合作的應用程式 APP-Dr. Parenting，作者建議該應用程式採家庭集點模式，朝向「增加親子雙向互動，共同建立健康上網習慣」，作者並於專家推薦網頁寫道：「請呼吸、再深呼吸，因為『網路使用』是各自的一部分，請花時間『聽對方』、『聽關係』、『聽自己』，請運用心思發掘並聊聊彼此『非網路使用』的精彩面貌以創造、建立與經營心關係，」此乃運用 UNODC「請先聆聽」運動之精神，鼓勵當事人及家庭成員讓網路使用在家中有適當的位置，而非佔滿家庭關係的所有部分，讓認識自己及認識彼此成為關注的焦點，並發展及建立整體性關係，包括共同合作以創意的建立適當的家庭網路使用原則，及持續關切網路成癮的議題。

### 4. 家庭與特定疾病共舞：案例分享

作者臨床服務對象以精神疾病患者、HIV 感染者與 AIDS 患者<sup>18</sup>、心臟衰竭患者、胸腔內科住院患者、乳癌患者及遺傳性疾病患者及其家屬為主；雖然這些疾病的生物醫學治療已有長足之進步及成效，然而患者仍然承受相當程度之社會烙印、就醫及治療困境、及疾病的預後及安置的不確定性，作者深深體會患者及家屬經歷疾病歷程的多重挑戰，此處境雖然成為其身心的負擔及疾病適應歷程之壓力，也負向的影響患者及家屬生活品質，然而卻也同時展現患者及家屬於疾病歷程的生命及家庭韌力，作者同時將服務轉化成研究<sup>19</sup>，以奠定證據為基礎的臨床服務。作者將舉癌症、遺傳疾病與社交退縮為例，闡述家庭與特定疾病共舞的挑戰及醫療家族治療師提供的服務。

**(1) 與癌症案例的家庭工作。**首先，作者與國內多專業團隊採用五方面策略進行癌症患者及家屬之心理社會服務，亦即：「形成專業社群，提昇學生及專業人員提供心理社會照護服務之專業知能」；「整合健康照護團隊，運用以家庭為基礎之系統觀強化身、心、靈、社會之全人照護」；「與癌症照護相關的社區組織及民間團體合作，並建立以證據為基礎的成效研究」；「促進社會大眾認識癌症療癒過程中生物醫學與心理社會服務並重的全人系統觀」；「開拓在地內涵及全球視野的心理社會服務的國際合作」（熊秉荃等人，2020）。為了促進社會大眾成為健康照護及科學知識的消費者，作者與團隊將學術性研究成果轉化為社會大眾可理解的科學普及教育的文章刊登於健康世界月刊的「遇見癌症，再譜生命樂章」及「學習正念減壓」專欄，團隊的努力與策略是奠定社會大眾可以透過倡議的方式爭取及獲得高品質的以家庭為中心的健康照護服務。

**(2) 與遺傳疾病案例的家庭工作。**作者受邀和臺北榮民總醫院遺傳諮詢中心牛道明主任教學門診之遺傳諮詢多專業團隊合作<sup>20</sup>，這是該中心首度有諮商心理師每週例行性參與門診服務，作者在緊湊的門診流程中自創「3 分鐘救命帖」的互動架構，實踐的精神是：「如果我只有一句話的時間與



機會和個案及家屬互動，我可以說什麼而讓對方受用，我會說什麼既能貼近對方的情境，更可以激勵對方參與自身健康照護的決策與行動」。舉例來說，一位五年級罹患成骨不全症<sup>21</sup>的男童，其身高低於同年齡男童身高的3百分位，搭乘住家電梯時不時遇到的對話是「小弟弟好可愛喔～讀幼稚園喔～」作者可以想像這種令男童頭上三條線的尷尬經驗，便鼓勵男童和陪診的父親，發展類腦筋急轉彎的多樣回應說帖並製作成小書，男童立刻興奮的回應「你是說快問快答喔～」作者感受男童快速轉化被動及無奈的日常成為行動策略，也就是醫療家族治療目標之一的強化當事人及家庭的行動力，作者同時連結父子形成夥伴關係，朝向醫療家族治療目標之二的促進個體及家庭感受情感連結，並增加因應日常的趣味性。另一個例子為二年級罹患進行性骨化症<sup>22</sup>的女童，作者問陪診的姊姊平常和妹妹一起玩嗎？五年級的姊姊不發一言的聳聳肩，母親在旁急切的指正姊姊，並補充她們有時一起玩但一起上學，作者一方面常態化姊姊的聳肩不語是該年齡層孩童很自然的反應，以緩和母親的不自在，同時繼續問姊姊，她的同伴中有沒有和她一樣有妹妹的，她默默的點點頭，作者鼓勵姊姊和同伴進行「超級比一比，誰家的妹妹最酷炫」的對話，作者的假設是姊姊可能被父母賦予在學校照顧妹妹的角色，然而對於前青春期的姊姊要觀護一個身上不同部位有骨化現象且身高低於同年齡女童身高的3百分位的妹妹，可能是個緊張又丟臉的事，然而這個長得怪怪的妹妹竟可能是同伴中最具特色、最酷炫的妹妹，這引發了姊妹兩人的興趣，作者既連結生病及健康手足的關係，也試圖調整其關係動態，因為這個可能讓姐姐覺得丟臉的妹妹竟讓她有機會成為小老師，介紹最酷炫的進行性骨化症給同伴，而這個覺得自己是姐姐負擔的妹妹可能在超級比一比中勝出，而成為自己及姐姐的驕傲，這有機會提昇姊妹兩人的自尊。作者繼續在門診精煉簡短的提問及關鍵性的支持，並受邀於「先天及代謝疾病關懷之友協會」舉辦之《代謝小英雄，歡聚新樂園》107年暑期醫護衛教暨會員聯誼活動晚會中，訪談兩位母親，分享其照顧病童之經驗（2018年8月11日），短短的分享，讓與會的家庭感受到大家同在一條船上的普同感，共同經歷憂喜參雜的疾病歷程。作者和專業夥伴服務的同時並提供教育訓練及督導遺傳諮詢及諮詢師之教學門診實習<sup>23</sup>；

為了延續在臺北榮民總醫院遺傳諮詢中心的參與及服務，作者於美國西北大學 Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago 擔任臨床觀察員期間，特別專注於參訪囊狀纖維化症<sup>24</sup>中心（Division of Pulmonary and Sleep Medicine and Cystic Fibrosis Center, CF Center）及遺傳及代謝部門（Division of Genetics, Birth Defects & Metabolism），作者深入瞭解健康照護多專業人員（包括專科醫師、醫師助理、專科護理師、遺傳諮詢師、營養師、社工師、健康教育工作者等）的角色及功能，CF中心為囊狀纖維化症基金會<sup>25</sup>認證的中心，因此所有設備、照護流程及照護品質均符合CF基金會之規範，並定期接受評鑑。CF的發生率與種族有關，其中以白人的發生率最高（約為1/2,000個活產兒），亞洲及非洲人最少見（小於1/15,000），以臺灣人口推估CF的人數必然高於目前在醫療院所治療及確定診斷為CF的六位個案，由於此病症狀多變且難以診斷且不在臺灣新生兒篩檢的檢測疾病中，此意味民眾及健康照護專業人員需要提升對CF的認知及覺察之敏感度，方能使健康照護專業人員協助個案盡快確定診斷及開始有效治療，以改善個案的生活品質及提升其存活率。

**（3）與社交退縮案例的家庭工作。**家庭若有成員患有生理性疾病似乎是較「容易」被討論及尋求治療與資源，當家庭成員患的疾病是大家較陌生的腦功能相關的心智疾病時，偏誤及侷限的認識以及社會烙印再再都讓家庭徬徨，作者將以社交退縮為例說明醫療家族治療師參與患者的顛簸疾病及求助歷程中。全世界高度發展的國家，都出現了生理毫無異常，但他們足不出戶、避免和除了家人以外的社會接觸，是不上學、無工作的一群人，他們從青少年到成年人都有，在日本稱為「**繭居族**（Hikikomori，社交退縮）」；由於拒學行為在臺灣社會日漸普遍，因此華人心理治療研究發展基金會邀請長期研究日本繭居族社會現象的日本青少年及兒童精神科田村毅醫師<sup>26</sup>提升學校輔導及心理衛生專業人員認識及協助拒學行為的個案及有繭居族的家庭。田村毅醫師繼續此交流拓展而邀請韓國、臺灣（作者）與日本之4位資深家族治療師及學者於韓國濟州島進行臨床會議（**Social Withdrawal Adolescents in Asian Families**）<sup>27</sup>，共以5個案例討論三地有拒學及繭居個案的家庭動力及治療策略。

當家族治療師對癌症、遺傳疾病與社交退縮或其他疾病的疾病特性具備充分的認識，並評估家庭與特定疾病共舞過程中的家庭功能及家庭韌力（家庭組織、信念、溝通、發展階段），醫療家族治療師便進入系統性合作模式，與健康照護團隊分工，以提供以家庭為中心的健康照護服務，期待

家族治療師陸續撰寫華人的「治療師、病人與家屬的故事」於期刊或研討會發表，增加對醫療家族治療有興趣的專業人員的對話，並可於不久的將來結集故事成書並付梓。

### 5. 專業間的競爭與合作

作者推動臨床服務及執行研究時，必然面對臺灣健康照護體系中專家制、權力位階及專業間競爭等議題，舉例來說，縱使作者已完成完備的家族治療及醫療家族治療訓練，精神科主治醫師會議仍柔性勸退作者在精神部開設家族治療門診；而當作者研議與身心科主治醫師合作，提供腫瘤門診患者及家屬心理治療時，便受臨床心理部心理師的反對；而感染內科教授不認同由作者（非醫師）執行以住院醫生為研究對象的研究，因此質疑作者進行內科住院醫生照護 HIV/AIDS 患者的系列研究的正當性。而縱使作者為研究計畫主持人及第一作者，在撰寫研究成果投稿的過程，仍面對主治醫師對作者排序情緒化的不滿。即便在跨專業個案研討會後，準備衛生局長官督察的場地時，作者的一句「所有人都可以搬椅子」，立即抗衡了醫師／教授要求「小姐留下來排椅子」的指令，而這位男性教授指稱的「小姐」是以女性為主的護理師及社工師，當教授在作者的挑戰下順勢轉彎，留下來排椅子的「所有人」增加的是醫師系統中最基層位階的男性實習醫師。

面對各職系間的專業張力中，作者也同時發展更策略性的選擇適當的專業合作對象，並以時間與對話經營團隊的磨合，舉例來說，和心臟內科資深專科醫師發展心臟衰竭患者照護模式時，作者觀摩該主治醫師晨間巡查加護病房患者的照護及接受住院患者的轉介，並定期參與其門診服務以更熟悉其專業範疇及服務模式，當作者轉述一位氣切的心臟衰竭年長患者一方面感謝該主治醫師兩次將其由死亡邊緣搶救回，但筆談中他也細數生命軌跡中的滿足感，而深受當下生活品質不佳的痛苦，作者錯愕於主治醫師聽完後立刻開啟電腦檔案，以圖表展現他投注的心臟衰竭服務降低死亡率並減少醫療支出，作者領會該醫師面對焦慮時轉向科學性數據以安撫自己的不安，但接續的對話卻深深感動作者，該醫師說：「我學的是救命，但上次美國心臟醫學會有探討生命末期照護（end of life care）的場次，你說的那個我不會，你會的話你來做」，雙方的坦率對話奠定更厚實的合作基礎。而作者和胸腔內科資深專科醫師每週指導研究生的住院患者照護討論中，也協商如何重點式的紀錄家庭會談及治療計畫，而非以多達二、三頁的病歷詳實的紀錄家系圖、一次會談的座位圖及會談紀錄，精簡的紀錄有利於忙碌的住院照護中更有效地傳遞訊息。而作者在醫學中心開創新方案前，曾向相關醫療單位主任及同仁簡報該服務內容及進行方式，並積極拜會臨床心理中心主任及社工室主任，於建立關係及促進專業間了解的同時，同時緩衝競爭或反對的力道，既強化關係也奠定未來合作的可能性，當作者增取醫院副院長行政支持時，也密切以電子郵件向相關同仁報告進度等，經過近半年的持續努力，該方案自 2012 年進行至今。

醫療家族治療師的專家位置是一步一腳印的累積，如同執行質性研究中的田野工作，醫療家族治療師由蹲點的紮根過程中贏得場域夥伴的信任，開創的服務在醫療人員、病患及家屬中獲得好口碑至為重要，團隊成員體會醫療家族治療師對其臨床工作成效的實質意義，這是經營品牌及逐步獲得話語權的基本功，合作過程中團隊會漸漸了解家族治療師能做些什麼，而治療師也會逐步開拓專業場域，而團隊成員互相瞭解「我知道我的專長所在、我知道什麼是我不會也不能做的、我知道什麼是其他人專精的」的事實，進而藉由專業間共同合作提供個案及家屬身、心、靈、社會的全方位照護。

### 6. 一次性邀請與永續合作的醫療家族治療

每當省思個案處境，我們常問該處境有多少牽涉個人、家庭或社會因素或問題？當我們引用西方家庭、家族治療理論，我們常問中、外或東、西文化有哪些跨文化之共通性？或哪些各文化之特殊性？長期以來亞洲的家族治療學者多到美國或歐洲接受專業教育及訓練，並將之引進亞洲，當亞洲家族治療學者文化內及文化間對話所累積的動能，讓學者既吸收及反思西方的思潮，更奠定其專業自信而擴及與國際學者之合作。作者和亞洲家族治療學者的合作源自於 2008 年日本家族治療學會國際交流委員會田村毅委員長第 25 屆年會的一次性邀請，逐步發展成永續性的交流與合作。田村毅醫師繼而於 2009 年邀請以色列、韓國、美國、臺灣（作者）與日本之 5 位資深家族治療學者<sup>28</sup> 在東京進行密集及深度的家族治療個案研討（Cross-Cultural Case Conference: Culture, Gender

and Generation in Asia），藉由各自原生家庭議題的報告及回饋討論，奠定接續研討的關係基礎，進而激盪出與會者對文化、性別、代間及裔族案例的深度探討<sup>29</sup>。而醫療家族治療也首度受到亞洲家族治療學者與治療師的重視，作者將於 2021 年之第七屆亞洲家庭治療學院（Asian Academy of Family Therapy, AAF）之年會<sup>30</sup>中擔任大會醫療家族治療的主題演講者，並與新加坡、泰國、日本及香港的學者與治療師探究亞洲地區的醫療家族治療。亞洲家庭治療學院已成為亞洲地區家族治療的重要交流平臺，而醫療家族治療也躋身為特色領域之一，國內學生、學者及專業人員可以更積極的參與其個案研討、工作坊及年度大會，並報告在國內家族治療或醫療家族治療之實踐經驗，特別是當臺灣為主辦單位時，在國內的專業社群更可藉地利之便而主動投入，此發展與合作將促使醫療家族治療可以更成熟的發展。

#### （四）結論

長期以來醫療體系的思維，似乎是設定病患就是接受現存的制度及服務型態，彷彿當事人不是站在一個可以選擇及要求服務的立場，事實上，整個醫療體系需要更在乎病患和家庭的感受及需求，本文由臺灣醫療家族治療的現況延伸至介紹美國醫療家族治療的理論及實務，並以「學習醫療家族治療」、「開拓與奠定專業教育」、「基礎與當代議題」、「家庭與特定疾病共舞」、「專業間的競爭與合作」及「一次性邀請與永續合作的醫療家族治療」六個面向深入剖析作者於臺灣「實踐醫療家族治療」的進程，以提升臺灣助人專業人員認識在健康照護體系提供家族治療的專業脈絡，並在相關面向提出具體建議，而在專業競爭與權力議題中，逐步奠定專家位置以邁向跨專業的攜手合作，進而促使醫療家族治療更成熟的發展；作者期望現今追求高技術水準及高科技化醫療的同時，也提供更完善及整全的以家庭為中心的照護系統，同時建構絕佳的衛生和社會福利政策及制度，將醫療、系統和病人及家屬之間做更好的銜接。作者既熱切也更有耐心的期盼醫療家族治療可以在臺灣發芽、生長、茁壯，因此邀請對醫療家族治療有興趣的專業人員可以懷抱著信心，共同成為經營醫療家族治療的夢想實踐家；信心是甚麼呢？「信心是對所盼望的事有把握，對不能看見的事能肯定<sup>31</sup>。」

#### 註釋

1. 臺灣自 1997 年 4 月開始提供免費的高效能抗愛滋病毒治療藥物治療（highly active antiretroviral therapy, HAART），俗稱「雞尾酒療法」，直到 2005 年 2 月，愛滋病藥費才從健保給付回歸衛生署公務預算補助。
2. 肺囊蟲肺炎為 AIDS 患者常見的伺機性感染，症狀於數天至數週內惡化，由於死亡率高，因此對於高危險群的患者進行預防給藥是相當重要的。
3. 當事人「視為家庭成員的夥伴」指的是當事人視為「重要關係人（significant others）」的個人或團體，可能包括部分或完全不包括其原生家庭成員，此乃強調對於委身關係的選擇性，這用詞和親密關係、照護及支持有密切關係，例如：非異性戀關係的家庭型態。當事人「視為家庭成員的夥伴」也是肯定同性戀生活型態的一種政治訴求，特別在 HIV/AIDS 危機的脈絡中，凸顯朋友成為 HIV/AIDS 同性戀個案的照顧者，對比於 HIV/AIDS 同性戀個案的原生家庭成員有時反而是缺席的，因而被當事人「視為家庭成員的夥伴」此用詞有其重要的政治意涵（McCarthy & Edwards, 2011）。
4. 本文中將「健康照護體系」與「醫療體系」交互使用。
5. 臺灣首先成立的家族治療專業學會是「臺灣婚姻與輔導學會（成立於 2003 年）」，繼之於 2006 年成立「社團法人華人伴侶與家族治療協會」；而成立於 2001 年之「財團法人華人心理治療研究發展基金會（Taiwan institute of psychotherapy, TIP）」也於 2007 年成立「家族治療中心」，繼續提昇家族治療之專業教育及服務。
6. 美國之婚姻及家族治療博士班學生的實習時數是需至少完成 1000 小時之治療時數，其中兼職實習及全職實習至少各 500 小時，而每 500 小時的基本要求是 250 小時可以是個別治療，

另外至少要有 250 小時是關係性之治療（如伴侶、親子、或團體等），而每提供 5 小時治療則需接受 1 小時督導，至於督導之形式可以是現場即席督導、使用錄影或個案報告之督導。作者在普度大學婚姻及家族治療中心擔任家族治療師（1993 年 8 月至 1997 年 5 月）及在羅徹斯特大學家庭醫學中心擔任醫療家族治療師（1997 年 6 月至 1998 年 6 月），共完成 1015 小時的治療時數，其中 505 小時是個別治療，而 510 小時是關係性之治療；並接受 385 小時之督導，其中 245 小時是現場即席或錄影督導，另外的 140 小時是個案報告之督導，這些均歷練我接觸多元的個案／家庭型態及奠定我的專業自信，更在督導的提點下精進專業技能及自我覺察能力，讓自己成為貼近個案／家庭經驗，及更能夠為個案／家庭所用之治療師。

7. 美國市中心通常是較為擁擠的金融中心，白領階級的工作者通常搬到城市郊區居住，藉通車到市中心上班，使得市中心充斥著失業、貧窮及遊民現象；由於 Highland 醫院及 Strong 紀念醫院均地處在羅徹斯特的市中心，因此我在 Highland 醫院家庭醫學科門診服務的對象有高比例的高關懷需求以及具多重問題的個案及家庭，問題型態包括注意力不集中及過動、焦慮症、憂鬱症、成癮、創傷性症候群、身體化症狀、飲食疾患、適應障礙、婚姻問題、親子關係議題、暴力現象；同時其問題型態常涉及多重系統，例如：健康照護體系、工作體系、學校系統、心理衛生系統、社會福利體系、及警政體系等。
8. 家族治療教授及醫療家族治療博士後研究員則帶領第二、三年住院醫師的 Balint 團體。Balint 團體是以精神分析師 Michael Balint（1896-1970）命名，1950s 後期，Michael 和其夫人 Enid 在英國倫敦提供家庭醫學科醫師心理研討訓練（Balint, 1957）。對成員而言，參加 Balint 團體最大的效益是在安全的環境中談工作中和病人間的人際互動，由於大家都處在類似情境中，因此團體成員間能同理彼此，而 Balint 團體的經驗可避免專業耗竭（burnout）；再者，Balint 團體協助醫師視其病人為在治療室外有生活及關係的「人」，這讓醫師更有興趣聆聽及助人；最後，團體成員逐漸對病人及自身的感受有更深入的理解，他們察覺自己的內在、外在生活和部分病人或情緒產生共鳴，這使醫師學習避免錯誤，或將這些歷程轉換為具療癒性的經驗（<https://balint.co.uk/about/introduction/>）。
9. 11 個社會位置面向指的是：性別、人種、宗教、年齡、能力、階級、文化、種族（族群）、教育、性取向、靈性。
10. 由 Dr. John Rolland（西北大學醫學院精神醫學部教授／精神科醫師）及 Dr. Froma Walsh（芝加哥大學社會行政學院及精神部教授／社會工作者）夫婦共同創辦於 1991 年，附屬於芝加哥大學之非營利組織。Dr. Rolland 獲西北大學 Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago 之邀，提供社工師 7 堂「協助伴侶及家庭迎向疾病及失能的挑戰」之教育訓練。作者同時於 Ravenswood 家庭醫學科觀摩，其隸屬於 Advocate Illinois Masonic Medical Center 是伊利諾州最大的整合式健康照護系統。
11. 作者自 2002 年開始運用 Dr. Rolland 的家族系統及疾病模式（Family Systems Illness Model）（Miller et al., 2006; Rolland, 1994, 2018）開授「家庭、健康與疾病」及「家族與癌症」的課程；並開授「家族治療與健康專題」的課程；及重視治療師個人我及專業我的「助人專業者之個人成長專題」。選修學生形成的跨專業學習情境對授課者及修課者均是豐富及有收穫的；具生物醫學專長的學生及具心理社會專長的學生各需要強化研習相對的專業智能，學生同時學習理解各專業背景的思維模式，進而練習跨專業的對話，奠定未來多專業合作的基礎。
12. 作者於 TIP 策劃及舉辦「大師現場：婚姻及家族治療實務研討課程（於 2003 至 2004 年 2 月 26 日）」中，作者透過美國婚姻及家族治療學會年會中，醫療家族治療大師所提供的家庭會談示範錄影，呈現治療理念及精神，並針對部分會談過程進行深入的討論，做為學員整合理論及實務工作最好的觀摩與學習，進而協助學員掌握醫療家族治療的理論及會談過程。作者亦於「臺灣婚姻與輔導學會」主辦「家庭、健康與疾病（2004 年 4 月 2 日）」的講座以推動醫療家族治療之專業訓練。作者進而邀請醫療家族治療創始人之一的 Dr. Susan McDaniel（羅徹斯特大學醫學與牙醫學院精神醫學部與家庭醫學部教授，精神醫學部家庭課程主任）及其夫婿 Dr. David Siegel（羅徹斯特大學小兒醫學部教授／小兒風溼免疫科主任），來臺北主講「身心醫療與家族治療：身、心、家庭合一的健康照護」以及「醫病也醫心：

- 家庭·醫療·家族治療工作坊（2005年5月13-15日）」，以帶動及深化助人工作者學習醫療家族治療。Dr. McDaniel 於 2009 年第二度來臺於心理腫瘤醫學工作坊（12月18日）主講「致命疾病與家庭」及「美國心理腫瘤學的訓練」；並擔任「第二屆心身醫學與心理治療國際學術研討會（12月19-20日）」主講「要不要知道？」：先進診斷科技所帶來的心理社會衝擊，以乳癌與大腸癌的基因檢測為例）及「從醫療家族治療的觀點談失落。」
13. 《愛的功課》由心靈工坊於 2003 年出版（SARS 疫情期間），及《醫療家族治療及整合性健康照護》由洪葉文化於 2021 年出版（COVID-19 疫情期間）。
  14. 作者主講「與疾病攜手-醫療家族治療介入模式」及「與疾病和好-醫療家族臨床策略（2017年5月6日）」，作者重點式的強化助人專業者對健康、疾病議題的敏感度，及提升助人專業者對原生家庭健康及疾病議題的自我覺察能力，由強調概念與實務融合並重的內容中提升助人專業者與健康照護專業人員、病患及家屬的溝通能力，預防及減少互動中的張力及「起毛球」，進而促進助人專業者具備提供以家庭為中心服務的基礎能力。研討會後多專業團隊希望作者透過臨床案例針對臨床策略作更詳細及深入的探討，因此，作者受邀主講「醫療家族治療臨床策略與案例分析（2017年12月5日）」並和多專業團隊討論並運用臨床策略於靈性關懷師面臨的挑戰性案例。
  15. 作者受邀主講「從成癮孩子看失衡家庭關係修復有撤步（2018年6月2日）」，奠基於身、心、社會、靈性架構及系統性及生態觀點，並運用常態化、預防性及韌力的視角（normative, preventive & resilience lenses）關注家庭面對物質使用及挑戰性的行為。UNODC 相關的研究結果及具體建議列於以下網站：[www.unodc.org/listenfirst](http://www.unodc.org/listenfirst)。
  16. 世界衛生組織將「網路遊戲成癮症（Gaming Disorder）」列入《國際疾病與健康問題統計分類第 11 版（ICD-11）（2018年6月）》，其診斷標準為「玩線上遊戲或電玩的行為持續長達 12 個月以上，已嚴重影響個人生活、家庭關係、學習和工作等，並危及身體健康者 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/https://id.who.int/icd/entity/1448597234>」，相關的問與答列於 <https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>。
  17. 兒少暨家庭研究中心「網路成癮預防計畫」的學術工作諮詢專家舉辦「網路成癮：新時代的挑戰」的夏季論壇（2018年6月5日），接續的「網路成癮專家諮詢會議」乃讓各領域專業人員持續討論因應新時代的網路成癮策略方向及可行建議。由諮詢會議延伸的合作為與臺灣專注力研究學會共同舉辦兩場活動，其一為「正確網路成癮治療」，由於網路遊戲成癮症往往具有共病問題，若孩子的行為已被診斷為疾病，即非家庭一方可以處理，家長需配合醫療專業人員進行藥物治療、認知行為治療、多元諮商方針等（2018年11月18日）。其二為「親職功能與網路成癮防治」論壇，由彰化師大輔導與諮商學系王智弘教授與臺灣大學電競社戴羽晨前社長針對親職互動方法及解決策略分享，以探討網路成癮議題（2018年12月26日）。並與趨勢科技臺灣共同研發「爸媽守護」app。並於 2019 年 11 月由教育部及趨勢科技臺灣舉辦一場深具教育及公益性質的記者會，正式推出手機版及 PC 版本跨平臺的「家長防護功能」提供給臺灣各中小學生家長「免費使用」，另外名稱將更名為「PC-cillin 家長守護版」。美國精神醫學會的網路成癮議題討論頁面為 <https://www.psychiatry.org/patients-families/internet-gaming>。
  18. 作者與愛慈教育基金會合作拓展諮詢服務於藥癮 HIV 感染患者，也參與內政部兒童局委託臺灣社會工作教育學會執行「特殊兒童及少年團體家庭實驗計畫行動研究」，受聘擔任「臺北市恩慈之家」與「關愛之家」兩家團體家庭的外聘督導，著重於提供感染患者心理社會層面之高品質服務。
  19. 作者的四個研究重點，包括了解社會烙印個案的主觀經驗；發展作為評估處遇成效工具之本土社會烙印、自我掌控信念、社會支持和生活品質量表；探討個案的生活品質及建立處遇模式；並進行縱貫性成效評估之研究。
  20. 作者加入此服務的背景為國立臺北護理健康大學人類發展與健康學院李玉嬋院長於 2017 年邀請牛道明主任支持其設置國際遺傳諮詢碩士學程。因此作者與陳佳文心理師進行遺傳諮詢與諮商實習課程先導計畫及實地田野工作，以熟悉教學門診場域及服務模式，以規劃未來遺傳諮詢與諮商實習的服務模式及人力配置，自 2018 年 3 月 5 日至 8 月 13 日（作者於

8月25日因赴美研修而停止參與)，每週一下午參與以團隊方式運作的教學門診，主要人員包括牛主任、因個案需要而照會的各專科醫師（例如，神經科、復健科、耳鼻喉科、精神科、腎臟科等）、營養師、遺傳諮詢師、個案管理師、諮商心理師、醫學生、聯合教學門診工作人員、實習生等。目前此教學門診的服務由李玉嬋教授、侯南隆心理師、陳佳文心理師與數位心理師繼續提供心理健康與心理諮商資源，並回應病患、家庭及健康照護團隊之需求。

21. 成骨不全症（Osteogenesis Imperfecta）是俗稱玻璃娃娃之罕見遺傳疾病，特徵為患者的骨骼強度耐受力變差、骨質脆弱而常發生骨折；患者的智力通常為正常。
22. 進行性骨化症（Progressive Osseous Heteroplasia），是在皮膚或肌肉形成骨化的罕見遺傳疾病，切片或外傷易促發骨化，因此需要預防及避免骨化。
23. 臺灣諮商心理學會與國立臺北護理健康大學合辦之「遺傳諮詢中心提供心理諮商服務招訓計畫包括系列講座（共24小時），以及遺傳諮詢及諮商師之門診實習（共14小時）與督導研訓（共6小時），其中，作者講授「健康照護議題與家族治療」、「進入遺傳諮詢中心新天地的準備」、「遺傳諮詢與諮商案例研討」及「諮商師個人與系統相交會之議題（2018年7月7日及28日，共12小時）」。
24. CF是一種體染色體隱性遺傳疾病，由於患者的第七對染色體長臂上的CFTR基因缺陷所造成，使得患者外分泌腺的上皮細胞無法正常傳送氯離子，而產生分泌物變黏且乾的異常黏液，阻塞身體多個器官的分泌管道。由於此疾病的症狀多樣較難辨識及診斷，隨著年齡的增加，受到感染的風險增加，其他症狀亦會開始陸續出現；在肺部方面，異常的黏液會阻塞呼吸道而妨礙呼吸，且可能會有哮喘的情形。患者亦容易感染肺部疾病，例如：支氣管炎、肺炎，此為造成病患死亡的主因。目前主要治療為解除感染時的症狀，並配合拍痰及姿勢引流等以利濃痰排出，必要時則須抽痰或以外科手術治療肺塌陷、氣胸等併發症。新近研發的化痰藥劑可大為減低痰液的黏稠度，有助於肺部症狀的控制；正壓呼吸器的使用，有時加上震盪式呼吸器氣流改善患者的呼吸狀況。另外，接受預防注射減少病毒或細菌感染的機會，也是維護患者健康的重要對策（[https://www.tfrd.org.tw/tfrd/rare\\_b/view/id/57](https://www.tfrd.org.tw/tfrd/rare_b/view/id/57)）。
25. 囊狀纖維化症基金會（CF Foundation, <https://www.cff.org>）的使命是治癒CF，其指標是「我們持續向前、永不停歇，直到找到治癒（We will not rest until we find a cure）。」並資助研究、發展藥物、提供患者客製化/個別化治療及確保患者可獲得高品質及專門的照護，以提供患者邁向活得豐富的生命。
26. 田村毅醫師（2009年9月12-13日）介紹其針對有「繭居族」的家庭進行十數年的研究與服務，估計日本18到25歲的年輕族群有3%-5%處於繭居狀態，而男性多於女性，他們在家的時間以月及年計，無所事事，有時對父母出現暴力行為、甚或自殺；田村毅醫師並發展及提供「繭居族」個案網路諮商服務，透過長期建立關係，以協助「繭居族」個案逐步與人連結，邁向與社會整合。
27. 參與研討中的Dr. Nakamura是日本家族治療學會的理事長。田村毅醫師是日本家族治療學會之副主席，亞洲家族治療學院之國際委員會副主席，以及國際家族治療學會之前任董事（October 12-15, 2009）。
28. 與會者中Dr. Abu-Baker, Dr. McGill, 及田村毅醫師是當時國際家族治療學會（The International Association of Family Therapy）之董事，而Dr. Chun是韓國家族治療學會（The Korea Association of Family Therapy）當時的秘書長。
29. 研討時間為2009年2月1-8日，前二天由家系圖進行原生家庭議題的報告，此重要性在於經營團隊之信任及合作關係，因為我們的信念系統、個人經驗、代間及生命週期議題均深深影響我們與個案及家庭的互動，透過彼此具洞察力的提問及回饋討論，我們檢視及再檢視我們的家族議題及家族互動模式，以及闡述家族資源及面臨的挑戰；之後的二天進行案例報告及討論，三個是性親密關係及外遇的案例，另三個是繭居族的案例；最後的二天研討會開放給亞洲地區之治療師與學者共同研討，多元的參與者（東京、韓國及馬來西亞）共同研討，以及深化文化內相同/差異及跨文化相同/差異的省思。
30. 2021年之第七屆年會由韓國主辦，主題為「家族治療於動態中的亞洲 Family therapy in dynamic Asia, October 22-24, Seoul, Korea」。

31. 聖經，希伯來書，第十一章，一節，“Faith doesn’t require visibility; hope and confidence in the object of faith are what matters. When vision fails, faith steps in.”

### 參考文獻

- 李玉嬋（2017）：〈醫療機構諮商心理師人力合理配置的現況與建議〉。《諮商與輔導》，383，50-57。[Li, Y.-C. (2017). Work force planning for counseling psychologists in medical institutions. *Counseling and Guidance*, 383, 50-57.]
- 許皓宜、李御農（2015）：〈外遇與分裂：一位男性外遇者的經驗詮釋〉。《教育心理學報》，46（3），449-469。[Hsu, H.-Y. & Lee, Y.-N. (2017). Affair and splitting: An interpretative study of the experiences of an unfaithful husband. *Bulletin of Educational Psychology*, 46(3), 449-469.] <https://doi.org/10.6251/BEP.20140630>
- 張月馨、林旻沛、洪福源、胡薇瑄、吳詠葳（2017）：〈高中職學生家庭功能、憂鬱情緒與網路成癮之相關研究〉。《教育心理學報》，48（4），531-550。[Chang, Y.-H., Lin, M.-P., Hong, F.-Y., Hu, W.-H., & Wu, Y.-W. (2017). Family function, depressive mood and internet addiction among senior high school students. *Bulletin of Educational Psychology*, 48(4), 531-550.] <https://doi.org/10.6251/BEP.20160613>
- 熊秉荃、吳明富、賴念華、潘瓊琬、吳毓瑩（2020）：〈「在地內涵全球視野」的癌症心理社會服務之實踐軌跡〉。《臺灣諮商心理學報》，8，61-88。[Hsiung, P.-C., Wu, M.-F., Lai, N.-H., Pan, A.-W., & Wu, Y.-Y. (2020). Actualization of “locally-grounded, globally-informed” psychosocial oncology services. *Journal of Taiwan Counseling Psychology Association*, 8, 61-88.]
- Doherty, W. J. (2004)：《心理治療的道德責任》（李淑君，譯）。心靈工坊。（原著出版年：1996）[Doherty, W. J. (2004). *Soul searching* (S.-J. Lee, Trans.). PsyGarden. (Original work published 1996)]
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. Churchill Livingstone.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676-684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *JAMA*, 298(14), 1685-1687. <https://doi.org/10.1001/jama.298.14.1685>
- Crane, D. R., & Christenson, J. (2014). A summary report of cost-effectiveness: Recognizing the value of family therapy in health care. In J. Hodgson, A. Lamson, T. Mendenhall, & D. R. Crane (Eds.), *Medical family therapy: Advanced applications* (pp. 419-437). Springer.
- Czaunderma, J., & Tomson, D. (1994). Family therapy and primary care: Connections and challenges. *Journal of Family Therapy*, 16, 342-345.
- Doherty, W. J., & Mendenhall, T. J. (2006). Citizen health care: A model for engaging patients, families, and communities as coproducers of health. *Families, Systems, & Health*, 24(3), 251-263. <https://doi.org/10.1037/1091-7527.24.3.251>

- Doherty, W. J., McDaniel, S. H., & Baird, M. A. (1996). Five levels of primary care/behavioral healthcare collaboration. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 5(5), 25–28.
- Fagundes, C. P., Bennett, J. M., Derry, H., M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2011). Relationships and Inflammation across the Lifespan: Social Developmental Pathways to Disease. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 891–903. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00392.x>
- Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5, 243–251. <https://doi.org/10.1038/nri1571>
- Imber-Black, E. (1988). The family system and the health care system: Making the invisible visible. In F. Walsh & C. Anderson (Eds.), *Chronic disorders and the family* (pp. 169–183). Hayworth.
- Lask, B. (1994). The illness network. *Journal of Family Therapy*, 16, 47–51.
- McCarthy, J. R., & Edwards, R. (2011). *Key concepts in family studies*. Sage.
- McDaniel, S. H., Doherty, W. J., & Hepworth, J. (2014). *Medical family therapy and integrated care*. American Psychological Association.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1997). *The shared experience of illness: Stories of patients, families, and their therapists*. Basic Books.
- McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1992). *Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems*. Basic Books.
- Miller, S. M., Rolland, J. S., & McDaniel, S. (2006). *Individuals, families, and the new era of genetics: Biopsychosocial perspective*. W. W. Norton.
- Peck, C. J. (2008). Planning care in the clinical, operational and financial worlds. In R. Kessler & D. Stafford (Eds.), *Collaborative medicine case studies: Evidence in practice* (pp. 25–38). Springer.
- Rolland, J. S. (1994). *Families, illness, & disability*. Basic Books.
- Rolland, J. S. (2018). *Helping couples and families navigate illness and disability: An integrated approach*. Guilford.
- Tyndall, L., Hodgson, J., Lamson, A., White, M., & Knight, S. (2014). A review of medical family therapy: 30 years of history, growth, and research. In J. Hodgson, A. Lamson, T. Mendenhall, & C. D. Russell (Eds.), *Medical family therapy: Advanced applications* (pp. 13–32). Springer International Publishing.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. (1992). The medical map is not the territory; or, “Medical family therapy?” — watch your language! *Families, Systems, and Health*, 10(1), 35–39. <https://doi.org/10.1037/n0089250>

收稿日期：2020年03月02日

一稿修訂日期：2020年05月01日

二稿修訂日期：2020年05月30日

三稿修訂日期：2020年06月22日

接受刊登日期：2020年06月22日



Bulletin of Educational Psychology, 2021, 52(3), 665–684  
National Taiwan Normal University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

## Development and Application of Medical Family Therapy in Taiwan: Personal Actualization

Ping-Chuan Hsiung

Department of Social Work  
National Taiwan University

In Taiwan, numerous helping professionals provide family services in various formats and settings; although they are relatively familiar with the development of American family therapy in the 1950s, they might not know about the flourishing development of medical family therapy since the 1990s. Medical family therapy is a professional practice that applies the biopsychosocial–spiritual model and systemic family therapy principles in collaborative treatment for individuals and families with medical problems. This article has three sections illustrating the development and application of medical family therapy in Taiwan: “Trends of medical family therapy in Taiwan,” “The progress of medical family therapy in the United States,” and “The actualization of medical family therapy in Taiwan.” The aim of the article is to enhance helping professionals’ understanding of their profession’s developmental context of providing family therapy in healthcare systems.

The author used the keywords “medical family therapy,” “medical counseling,” and “health counseling” to conduct a literature search from 1980 to 2019 in Taiwan and found 53 articles and theses. The majority of articles (88.5%) were published in the last 20 years, indicating that the field of medical family therapy has yet to fully develop in Taiwan. The section titled “The progress of medical family therapy in America” incorporates specific aspects such as controversy and support in medical family therapy, overcoming of barriers to high-quality healthcare, the formation and implementation of medical family therapy, the goals of such therapy, dynamic processes in such therapy, and the five levels of primary care and behavioral healthcare collaboration. The fundamental assumption of medical family therapy is that all health and relationship problems are biological, psychological, social, and spiritual in nature. Medical family therapy intends to address five ecosystemic splits that hinder health care: (a) splits between the mind and body; (b) splits between the individual and family; (c) splits among the individual, family, and institutional settings; d) splits among the clinical, financial, and operational worlds of health care; and e) the fault line between the often insular world of clinical health care and the larger community. Helping professionals must acquire interdisciplinary knowledge and clinical strategies to overcome the aforementioned splits and achieve the overarching goals of medical family therapy, namely the promotion of agency and communion. In this context, agency refers to empowering patients and families in making decisions regarding their health care, whereas communion refers to helping patients and families feel supported rather than isolated while coping with illness. By assessing individuals and their families’ needs and addressing their reliance, medical family therapists plan and implement five levels of systemic collaboration with individuals and their families: (a) minimal provision of medical information and advice, (b) provision of support, (c) undertaking of a systemic assessment, (d) undertaking of planned interventions, and (e) family therapy. This five-level systemic collaboration between biomedical-focused and psychosocial-focused professionals provides a holistic health care framework to develop services that fit the needs of individuals and their families in navigating health challenges.

In the article, the author illustrates the essence of cultivating medical family therapy in current health care systems in Taiwan, with minimal reimbursements from the current National Health Insurance program to psychosocial–spiritual care and a lack of institutional structures providing family-centered healthcare. In addition to the institutional shortcomings, the general

public is familiar only with advanced, high-technology medical treatments but not integrated, holistic, and family-oriented psychosocial–spiritual care. The author begins by describing her personal experiences in learning medical family therapy in the United States, where she completed an internship at the Family Medicine Center of Highland Hospital and the Department of Psychiatry at Strong Memorial Hospital at the University of Rochester, New York, from 1997 to 1998. Subsequently, the author spent a year at the Chicago Center for Family Health as a Fulbright Senior Scholar during 2018–2019, where her clinical sites included the Advocate Medical Group Family Health Center-Ravenswood and the Ann & Robert H. Lurie Children’s Hospital of Chicago at Northwestern University.

The process of actualizing medical family therapy in Taiwan includes developing curricula and professional training, moving from basic issues to contemporary issues, working with individuals with cancer, genetic disorders, and social withdrawal and their family members (cases examples), interprofessional competition and collaboration, and beginning from one invitation to sustaining collaboration with family therapists in Asian regions.

The author designed and taught four courses at the undergraduate and graduate levels. Three courses were designed to provide students with basic and advanced understandings of the complex relationships among health, illness, and families: “Family, Health, and Illness,” “Family and Cancer,” and “Family Therapy and Health.” They offer students a family systems framework for working with the impact of health problems on patients and families and are especially focused on understanding that all health and relationship problems have biological, psychological, and social natures. Students are encouraged to examine their family-of-origin experiences relating to health and illness. The fourth course is “Self-Development for Helping Professionals,” which is designed to prepare helping professionals make active and purposeful use of their whole selves in their encounters with clients, with a focus on concepts of self-awareness, access of self, use of self, and self-care. Students are encouraged to develop insight into their personal life experiences, realize the implications of these experiences, and develop skills to intentionally use their own life experiences in facilitating therapeutic change. Students also examine their self-care strategies and attitudes. For more than 20 years, the author has provided clinical training in multiple settings to generate interest in medical family therapy and promote the application of the biopsychosocial–spiritual framework to work with problems related to basic difficulties (i.e., individuals with physical and mental disorders) and contemporary challenges (e.g., individuals with substance use and individuals with gaming disorders). The author facilitated the Chinese translation of *The Shared Experience of Illness: Stories of Patients, Families, and their Therapists* published in 2003 and the second edition of *Medical Family Therapy and Integrated Care* published in 2020. These two books are effective tools and foundations for local readers in understanding medical family therapy and its practice.

Case examples describe working with individuals with cancer, genetic disorders, and social withdrawal and their family members. The following five strategies were applied to build a locally grounded and globally informed family-centered psychosocial oncology in Taiwan: (a) Forming multidisciplinary teams to enhance professional competence in conducting research and providing services; (b) applying a family-oriented systemic approach and working with healthcare professionals to strengthen biopsychosocial–spiritual holistic care; (c) collaborating with nonprofit organizations to establish evidence-based effectiveness research; (d) raising public awareness of the biomedical and psychosocial dual emphasis regarding comprehensive care; and (e) developing international collaboration in locally grounded and globally informed family-centered healthcare services.

Collaboration is an essential aspect of medical family therapy as well as possible tension, and interprofessional competition might be inevitable. “Power and status in medical settings,” “role clarity and scope of practice,” and “teamwork and patient-centered practice” are areas that medical family therapists must address in themselves to prepare students and helping professionals proactively and constructively transform interprofessional competition into collaboration.

Recently, more exchanges and collaboration have occurred among therapists in East Asia. The author spent a fruitful week (February 1–8, 2009) in Tokyo with an international expert team, including Dr. Khawla Abu-Baker of Israel, Dr. Young Ju Chun of Korea, Dr. David McGill of the United States, and Dr. Takeshi Tamura of Japan. The intensive exchanges included family-of-origin work and cross-cultural case consultations. The discussants kept in mind that awareness and continuous work on one’s self-of-the-therapist issues are crucial for the development of mature family therapists. The team members spent the first 2 days presenting and commenting on each other’s family genograms, during which insightful questions were asked and in-depth processing occurred. The examination and reexamination of family themes and interaction patterns led to further understanding

of one's family resources and challenges. Five cases were presented over the subsequent 2 days, where issues related to hikikomori were addressed in two families. Hikikomori literally means "social withdrawal" and has become a major social issue among young people in Japan. An estimated 3%–5% of the population between 18 and 25 years old suffers from hikikomori, and it affects more men than women. Those affected avoid and fear contact with people outside of the family. They do not attend school or hold jobs, and they stay home for months or years doing nothing; sometimes they are violent toward their parents or suicidal. Stimulating conversations surrounding the theme of the conference, "Culture, Gender, and Generation," generated interesting viewpoints regarding intracultural as well as intercultural issues. Valuable exchanges continue in the Asian Academy of Family Therapy (AAFT) in the form of annual conferences and case consultations, which enrich training, research, and practice in East Asia. In 2021, The author will be a keynote speaker at the 7th Annual Conference of the AAFT in Seoul, South Korea, where she will address attendees on a topic related to medical family therapy.

The author hopes that healthcare systems in Taiwan can achieve the dual aims of pursuing advanced biomedical treatments and providing comprehensive family-centered healthcare. The ultimate goal of this article is to invite more helping professionals to provide services in healthcare systems and develop well-rounded social welfare and healthcare policies, thus bridging healthcare systems, patients, and their families.

*Keywords:* family-centered healthcare, medical family therapy in Taiwan, actualization

