



# Making Contact

# 連繫

## 香港：沙維雅人文發展中心

## Hong Kong Satir Center For Human Development

香港九龍尖沙咀街191號突破中心11樓  
11th Floor, Breakthrough Ctr, No.191 Woosung Street,  
Kowloon, Hong Kong

編輯：廖承輝  
Editor: Andrew Liu

{2017年10月}

電話：(852) 23363121  
傳真：(852) 23391296  
電郵：office@hksatir.org  
網址：www.hksatir.org

### 編者的話

醫學對於一般大眾而言，是一門既高深又遙遠的科學。而醫生在一般人的眼中，也是天之驕子、高高在上的一群。中心的沙維雅模式課程，一直不乏從事醫療服務的同學參與。今期連繫，我們邀請到其中幾位從事醫護服務的沙維雅人，為我們分享一下沙維雅模式的信念為他們工作帶來什麼轉變。

Eddie 及 Susanna 同是第一屆專業輔導證書課程的畢業生，Eddie 是一位醫生，專注於家庭醫學，而 Susanna 則於神學院教授輔導。在他們合寫的文章中，讀者可以了解到家庭醫學及家庭治療的異同。他們亦提出，若家庭醫學與家庭治療專家可聯手合作，並以共通的系統觀念去解構個案遇到的問題，定必事半功倍。第九屆專業輔導證書課程同學 Aric，則在另一篇文章中分享到他作為醫生，如何在他的工作中運用沙維雅模式。在文章中，他活靈活現地以一個個案作例子，展現出醫生的一致(congruence)能大大改善與病人及其家人的溝通。Aric 的文章亦提到，沙維雅模式的信念能增強醫生與病人溝通的技巧。第七屆專業輔導證書課程畢業生 Miu，是一位精神科護士，在文章中，她也和讀者分享了沙維雅模式如何能幫助醫護人員了解受情緒困擾的受輔者。

本期連繫除了有上述醫護人員的分享外，我們亦邀請了第九屆專業輔導證書課程畢業生 Dennis，分享他修讀沙維雅模式後對其個人成長有何正面影響，他亦會向讀者闡述他參加本中心舉辦的伴侶治療課程(Couple Therapy Training)後的得著。

最後，我亦想在此特別鳴謝沙維雅中心的前職員 Ava，她一直負責「連繫」通訊的內容及校對工作。她已在今年七月離職。在此祝福她生活愉快、前程錦繡。



### 懷念珍·姬柏女士(Ms. Jane Gerber)



我們要在此告訴大家一個難過的消息：珍·姬柏女士(Ms. Jane Gerber)在本年3月31日逝世，享年98歲。

珍·姬柏女士是心理治療師，亦是早期沙維雅模式執行師。早在1986年5月，她已來香港提供培訓。當時她聯同瑪莉亞·葛茉莉博士及約翰·貝曼博士組成三人組在香港提供沙維雅模式培訓，長達十年之久。

我們很感激她早年對我們的付出及教導。願她安息！

珍·姬柏女士訃告網頁：

<http://www.cremation-society.com/obituary/Jane-Levenberg-Gerber/Evanston-IL/1715094>



精神健康是當今醫學界非常關注的議題，世界衛生組織把每年的 4 月 7 日訂定為世界衛生日，而 2017 年世界衛生日的主題是抑鬱症。世衛指出現今全球有超過三億不同年齡人士患上抑鬱症，抑鬱症亦成為引致不同程度失功能的最大原因，每年接近 80 萬人因自殺而死亡，而自殺更是 15-29 歲的年青人第二大的死亡原因。

世衛精神健康部門理事石醫生 Dr. Shekhar Saxena 呼籲各國應關注精神健康，指出投放於有關精神健康的醫療開支一直偏低，平均只佔醫療開支 3%，由少於 1% 低收入國家至 5% 高收入國家不等。

因此，在 2017 整年中，世衛特別鼓吹「抑鬱症，說出來」(Depression: Let's talk)，呼喚各國關注抑鬱症，鼓勵受抑鬱情緒困擾者，對信任者說出心聲，提醒要正視問題，而正確治療方法主要是藥物、輔導／心理治療，或是兩樣同時進行。

若身體健康是建基於各器官之功能良好運作及正常的新陳代謝，精神健康是根據什麼呢？

精神健康的特徵，根據心理學多個研究，有以下說法：

1. 能接納自己，理解所具之優點和缺點，有正面的自我形象和自尊。
2. 對人生抱積極態度，有正面的信念和價值觀，覺得人生是有意義的。
3. 具樂觀的性格，相信未來是滿有希望的。
4. 對生活充滿熱誠，有切實和清晰目標，並全力以赴。
5. 生活中有掌控的能力，可因應環境，解決問題。
6. 能與人建立良好關係，對人熱誠，樂於助人。

這些都是情緒健康的理想表徵，其深度和闊度因人而異，難於量度，要作評估，個人的主觀感覺和應對表現才是聚焦點。

以下是一位有情緒困擾的受輔者，經歷冰山不同層次的旅程，由覺察、了解以至改變。讓我們從沙維雅成長模式的冰山隱喻，看看情緒是怎麼一回事：(冰山層次如下)

1. 行為：表現消極，退縮，不願上班  
(事件內容：受輔者當下面對的衝擊，覺察其所做或不做的一些事)
2. 應對模式：討好
3. 感受：受傷、害怕、失望、無助、焦慮
4. 感受的感受：處理受傷、失望、無助、焦慮的感受時的感受，感覺自己沒能力應付，很失敗，憎恨自己
5. 觀點：我凡事都要做得最好；不要讓別人看不起
6. 期待：對自己—我一定努力做好我的工作  
對別人—上司或上級應該給我足夠指示／支援  
他人對自己—上司或上級應該欣賞我的努力付出，知道我的需要
7. 渴望：被愛、被認同、被欣賞，補償／放下未滿足期待
8. 自我／自己：活出真我，充滿生命力

在整個歷程中，我們會讓受輔者明瞭自己想要什麼？並可用什麼方式得到想要的。最終，受輔者提高了自尊，有能力作出負責任的選擇，為自己生命負責，並維持一致性。

對抑鬱症患者而言，情緒低落，每多自責、內疚和負面自我對話。沙維雅成長模式的冰山隱喻實在是一個非常全面的內心檢視藍圖，精髓在於讓受輔者感到有希望，改變是有可能的。



## （「從沙維雅成長模式角度談精神健康」續頁）

參考資料：

1. Fact sheet WHO, 2017.
2. Argylie, 1987; Bandura & Schunk, 1981; Campbell, 1981; Diener, 1984; Emmons, 1986; Freeman, 1978.
3. Satir Transformational Systemic Therapy, Dr John Banmen 2005.

苗璧君女士(Miu)

註冊精神科護士；  
沙維雅中心第七屆專業  
輔導證書課程畢業生；  
自 2010 年起成為沙維  
雅中心義務輔導員。



### 專題分享

## 沙維雅模式在家庭醫學及家庭治療的應用

陳達(Eddie)、黃葉仲萍(Susanna)

家庭醫學與家庭治療是兩種不同的領域，各自有其獨立性的理念及執行的模楷。不過兩者都與沙維雅的信念不謀而合，均相信「我們在共同處聯合，在分別之處學習成長。」<sup>1</sup>在這信念之下，我們可建立一個開放的平台，驅使雙方的學習、改變及成長。

事實上，家庭醫學與家庭治療都以系統觀點去看一個人，了解個人與身邊系統的關係，互相的牽引，撇除了傳統當事人／病人的觀點，是一個較為寬闊，包涵性強的觀點。

這種系統的觀念是始於生物學的研究，在系統中有生態的排序與及生態的環境，任何生物在生態環境中會產生適應的方法及發揮出適應的能力，病態或病徵往往是由適應而來。這種系統的看法套用在任何社會學的狀況上，可以有效地提供多方面的資料，並且能夠幫助我們更有效的計劃治療方案。

個人或家庭都是一個系統，系統有其生命的驅力，一些問題的產生，可能是系統的生命驅力要努力令致系統重返平衡的狀態<sup>2</sup>。如果以這種觀點去診斷一個家庭問題，一種病徵或是一些現象，我們更能欣賞到系統的生命力，並且能夠鼓勵及帶動這能力在正向及平衡的方向上發展。

傳統的治療過份強調解決問題及去病，這種以系統觀點加上沙維雅對人的信任使到受助者免去受指責的壓力，治療效果更見顯著，並可以持續發展。生命驅力，正是啟動自癒能力之鑰。

家庭醫學以 4C 來表達他們治療的特色<sup>3</sup>，其中包括是“Continuous”（持續的照顧），“Collaborative”（合作及互動性的治療），“Comprehensive”（寬闊的治療範疇）與及“Coordinated care”（協調性的照顧，並且可以讓病人參與，在治療過程中扮演重要的角色）。人生包含著許多階段及變化，而人的身心理健康都會受著這些變化的影響，所以持續的照顧可以幫助及支持病人更容易地適應生活上的改變。寬闊的治療範疇及協調性的照顧，能適時作出調配，讓病人更安心，不用張羅操心去尋找治療的地方。

### 從家庭醫學介入

傳統的治療由病及個案主導，這種治療效果有限，因為案主及家庭成員仍處於被動。

如果我們以系統觀念去了解案主及其家庭系統，加入許多家庭背景發生的事，採用更廣闊的角度去看，就會看到案主的身、心理病徵，正正反映出家庭系統的適應及變化。像 Banmen 教授睿智的指出假如抑鬱是一個出路，那問題出在哪裡呢？<sup>4</sup>從有機體的角度來看，家庭成員的病徵正指出系統本身擁有修補能力，會努力平衡系統失衡下的壓力。如果系統走向病態的方向，失衡現象就會重覆出現。

從系統及家庭成員之間的動力來看，我們可以發覺問題源於壓力，即是一些未能夠疏通的情感。外在的表現，反映出內在的狀況。假如系統成員擁有低自尊，系統也會陷入自卑的自我保護狀態之中，不

<sup>1</sup> V. Satir et, 《薩提爾的家族治療模式》(台灣：張老師文化事業，2005), 20-22。

<sup>2</sup> John W. Sautz, 《家庭醫學教程》(北京：高等教育出版社，2002)，732。

<sup>3</sup> Satir, 《薩提爾的家族治療模式》，23。

<sup>4</sup> John Banmen (ed.), Satir Transformational Systemic Therapy, (U.S.A.: Science & Behavior Books 2008), 14,29.

文章於下頁繼續

## （「沙維雅模式在家庭醫學及家庭治療的應用」續頁）

能夠正視問題。

有些治療方法，只把家庭系統的壓力呈現出來，效果並不持久。當回到家庭系統中，未疏導的感情仍然會構成淤塞，而壓力的驅力又把會受助者再推回到舊有的適應模式當中。

以家庭治療及家庭醫學合作的處方，將身、心靈的互為關係，在系統內清楚的呈現出來，有問題的家庭，成員會出現不同的健康問題。傳統專科分門別類去處理病徵的做法，只是頭痛醫頭、腳痛醫腳，會讓問題糾纏很久，甚至來回不斷的發生。

在家庭治療當中，治療者引入改變家庭的動力，導引本來淤塞的關係，讓受阻的溝通漸漸開放啟動。渠道通了，水自然流動疏導了，生命力也可以啟動<sup>5</sup>。家庭成員的自我價值漸漸提昇，溝通可以更直接及一致。因著家庭動力的變化，成員可以有更多選擇，除去恐懼之後，亦更能看見及接受自己的責任。

許多與情緒有關的病都是與系統內的關係閉塞有關，當系統裡面的份子可以再連接起來，它們便再以重鋪軌道，平穩地嘗試他們的新路線。

失衡的家庭，引致家庭成員出現病徵。而家庭醫生，就是首先介入的系統改變者。如果家庭醫學與家庭治療聯手合作，在許多個案的處理上就能夠以共通的系統觀念去解構。而家庭醫學的持續性照顧，亦容讓系統有足夠時間去穩固新的改變。當其他專科能作適切的參與，與社區互動合作，便能使治療與健康教育不單發生在治療室內，更可以融入一般市民的生活。

這種合作不是反傳統，反而是一種回歸。它相信以人為本的價值，以信任為基礎，讓病人在治療中主動參與，誠如沙維雅所堅持相信的：「改變是可能的！對人有希望，以正面的信念帶動人的生命力、個人系統的積極成長！」<sup>6</sup>

### 陳達醫生(Eddie)

香港兒科及家庭醫學專科學院學士，  
香港大學家庭醫學名譽臨床副教授，  
中文大學家庭醫學名譽臨床副教授，  
沙維雅中心第一屆專業輔導證書課程  
畢業生，香港沙維雅中心前董事。



### 黃葉仲萍博士(Susanna)

伯特利神學院輔導科教授，  
宏恩基督教學院副教授兼通  
識教育學院副系主任，沙維  
雅中心第一屆專業輔導證書  
課程畢業生。



## 終生受用的沙維雅模式

呂志豪(Dennis)

自 2011 年開始接觸沙維雅模式，我就一直沉醉於參加中心的課程。在這六年間，我參加了十多個工作坊。從個人成長工作坊 LV1 到專業輔導培訓 PCCC，每次都讓我感到驚喜。老師們在教授豐富的知識外，亦對學員充滿關注和重視，讓我們把所學運用在自己身上，更學習到如何幫助別人。

從事了多年零售前線人員的我，工作與沙維雅模式完全沾不上邊。而一直不信任關係的我，竟然在這題目上越讀越起勁。多年來的學習，讓我在不同層面都有所發現和得著。

記得小時候原生家庭中的遭遇，令自己體內流著「不信任關係，喜歡一個人生活」的血液。直到首次參加 Marie 老師的工作坊，我才漸漸了解到原生家庭對自己價值觀形成的影響。在 PCCC 課程中，老師 John Banmen 更幫助我意識到自己對已離世父親的憤怒。在他生前，我處處跟他作對，其實是源於跟他連接和溝通的渴望。

在學習當一位輔導員的過程中，我也不斷改變和進步。由最初相遇的學習三人組、同班同學、課程導

<sup>5</sup> V. Satir et., 《薩提爾的家族治療模式》，199-200。

<sup>6</sup> V. Satir et., 《薩提爾的家族治療模式》，33。

## （「終生受用的沙維雅模式」續頁）

師、小組導師，以致對我們投以信任的受輔者，我都從他們身上學到不少，對自己和身邊人亦多了一份接納。

從前的我在遇到難題時，少不免有點負面的想法；但今天的我，卻學懂欣賞和珍惜自己遇到的每一個難關，更會感恩和相信，每件發生在我身上的事，上天都有其正向原因，可能是讓我學習更加堅強面對，為自己建立更多的能力去找出解決方法。前面總有希望！當我遇到太多負面情緒時，我會問自己：「如果連我們自己都不相信前路有希望，那面對前來找我們的受輔者時，我又怎能令他們相信「人生是充滿希望和曙光」呢？

受輔者的故事和際遇，也讓我感動，更令我看到人與人的溝通，不單只在說話和身體語言上，還包括真心的接納和心靈上的連接。這種種都讓我獲得啟發，令我一直在這兒學習和當義工，樂此不疲。相信在未來的日子，我仍會繼續在中心打滾，也盼望我可以在人際關係和個人心靈的層面上，學得更多。

呂志豪先生 (Dennis)

於零售前線工作十多年（市場部、前線零售店舖管理、銷售技巧、客戶服務管理及投訴處理培訓工作）；NLP高級執行師及時間線執行師。沙維雅中心第九屆專業輔導證書課程畢業生及本中心義務輔導員。



## CTT (Couple Therapy Training) 伴侶治療訓練學習有感

呂志豪(Dennis)

2011年，從第一次走進沙維雅中心的成長工作坊（LV1）開始，到 PCCC 9，再到去年（2016），我竟會報讀 CTT（Couple Therapy Training 伴侶治療）的課程！

記得在 2016「伴侶治療」課程第一堂開課前，我曾問過自己一些問題：

「我要在這課程當中得到什麼？」

「當我要有轉變的時候，我自己先要付出什麼改變；要在什麼上工作，才可以突破自己從前的框框，有所不同呢？」

「當我學到了新東西時，我怎樣去讓自己好好消化和體驗，以好好去運用自己以自助和協助我的輔導對象呢？」

在這 CTT 課程中，令我非常深刻的是導師 Dr. Marie Lam 教導我們如何看伴侶之間的互動和差異，如：

- 伴侶和人與人之間的溝通，怎樣達致「互動」，才可避免雙方「失連」；
- 要留意伴侶雙方的「期待」層次，在上面工作；
- 讓伴侶之間明白到「當雙方生活久了，大家便有了固定的模式。在輔導當中，要讓他們學習接納對方也有不同的轉變，以及即時處理當中的轉變，雙方關係才有突破」；
- 聚焦在處理當中的過程，及放在「人」的期望，而不是周旋在他們的「問題」本身。

作為一個專業的輔導員，必先要自我醒覺，先處理好自己，才可「運用自己」去幫助我們的求助者。這次導師 Dr. John Banmen，與我們分享了更深化的體驗 - 「嘗試與自己能量層次上連接」，他亦提醒我們「如何分析伴侶之間的能量部份」、「概念化」及「不偏幫」等等技巧。在 John 分享有關「與能量層次上」連接的練習時，我想起自己發生了一個很有趣的經驗。在課程第三天，我們原本想給 John 一個驚喜，為他預祝生日。在無心插柳的情況下，我被邀請為 John 準備一個咖喱菜式。在那兩天的準備、製造及運送過程中，我遇到了很多奇妙的事。一開始購買材料時，街市的人突然問我是否準備做咖喱菜式？到晚上在廚房烹調時，在隔壁住了十一年都沒有聊過天的婆婆，突然按我門鐘並問我是否在煮泰國菜。那時，我才知道她是移居香港的泰國華僑。及後在中心附近菜檔買菜時，那相熟的店員亦問我同樣的問題，那真是太神奇了！我發現當自己的能量，能夠和事件（和行為）進行連接時，外在的能量也會比較容易被吸引過來。

文章於下頁繼續

## 「CTT (Couple Therapy Training) 伴侶治療訓練學習有感」續頁

另外，John 亦展示了「在不同層面評估伴侶之間的互動」，例如怎樣去分析夫妻之間文化背景為他們所帶來的影響；怎樣帶領對方，尋回當初彼此的親密關係；及教育雙方如何彼此接納；如何去看夫妻之間的「熱情」和「愛」的分野；和達到一致性的溝通等等。

在這次 CTT 課程，令我最大得著，是學習如何擴闊看「人的整體性」的部份；如何運用時間線上的技巧，把焦點放在此時此刻 (Here & Now)及當下的體驗，而不是周旋於問題上，繼而把難題重定在彼此的目標上，達成伴侶之間的治療目標。

呂志豪先生(Dennis)

於零售前線工作十多年（市場部、前線零售店舖管理、銷售技巧、客戶服務管理及投訴處理培訓工作）；NLP 高級執行師及時間線執行師。沙維雅中心第九屆專業輔導證書課程畢業生及本中心義務輔導員。



### 專題分享

## Satir in Healthcare

Aric Hui

Hello, my name is Aric, I was a student of the class of PCCC 9 and it is my great pleasure to contribute to the HK Satir newsletter. Having worked as a medical doctor in a public hospital for almost 20 years, I have been asked to discuss the role of Satir in healthcare. Dealing with loss is a very common occurrence in the hospital; patients struggle with the loss of bodily function, independence and dignity. Relatives struggle with the loss of loved ones or dealing with patients who have changed almost unrecognizably for the worse. How patients and relatives cope with their loss has a dramatic effect on their quality of life. Witnessing how the use of Satir can bring about a dramatic transformation of outlook on one's suffering, despite little or no change to the physical condition was one of the things that drew me to Satir. This was something that I had really wanted to learn; perhaps so that I could positively impact people in ways that are more profound than physical healing.

As a senior doctor, I often sit in while young doctors under my supervision speak with patient and relatives. Often, such discussion takes place in a setting of the patient's condition being poor or deteriorating. It is a fascinating interplay between icebergs (the Satir model uses an iceberg as an analogy to describe the different layers of own's inner being); the patient's, the relative's, the young doctor's and of course my own. I look at the young doctor; his posture is usually hunched down as if he is about to be attacked. His body language is closed and I could sense his anxiety. He appears oblivious to the undercurrents of guilt, anger, fear, expectation and disappointment that swirl around him. Perhaps he is unaware or perhaps he does not know how to deal with them. He does not engage with the patient or the relatives but hide behind facts and jargon. It is an unsatisfactory situation particularly during a critical moment in the lives of the patient and his/her family.

To be fair to the young doctors, having your senior listen in while you speak may have made the whole situation more stressful. I usually speak in the latter half of the conversation. I do not attempt to use the Satir model to counsel either the patient or family in any way. It is not my place to do so. I summarize a few key medical points but it is usually not necessary for me to delve into more technical aspects of the medical care. When challenged, I do not respond with defensiveness. Instead, I try to model congruence. I engage the patient and family and try to address the unspoken concerns. I facilitate an acceptance of the patient's current condition and push towards a consensus on the patient's future care. Often, this is an end-of-life discussion but this can be done in a positive manner. While I do so, I often study the young doctor from the corner of my eye. He usually sits respectfully and without expression by my side. He slouches slightly as the focus of attention is no longer on him. He appears to be listening but what does he really hear? Does he pay attention or is his mind already on

文章於下頁繼續

### （“Satir in Healthcare”續頁）

the next item of his busy schedule? The young doctors know that I am ‘good’ at talking to patients but do they know why? Do they even realize I am speaking for their benefit as much as for the patient and want them to learn something I believe to be essential to being a doctor? I have never been asked on how I talk to patients.

How do doctors communicate effectively, particularly in difficult or even hostile situations? Certainly, I believe medical schools do not prepare their students adequately in this aspect. I was never formally taught but to be fair to the academic staff, it is a difficult thing to teach in a classroom. The overworked and crowded public hospitals are also not conducive for doctors to develop communication skills. Finally, it would be easy to blame our fast-paced, deliverables-driven culture for neglecting such soft skills. While all these external factors play their part, I believe that the doctor’s intra-psychoic factors are more important. It is impossible to communicate effectively when one is trying to talk over the mental wall of one’s own defense mechanisms. For doctors, this usually takes the form of hiding behind facts or jargon or refusing to engage with the patient/family except on a very superficial level. A doctor who is both aware of and willing to examine his iceberg will be able to understand why he/she instinctively behaves in such a manner and is enabled to let down his/her defences when it is inappropriate. The goal of such introspection is to allow the doctor to be more human in the context of talking to patients and their family. It is my experience that both patients and family respond very positively when doctors can engage them in a more congruent manner and allows a positive and effective discussion on the patient’s care.

Medicine, in its essence, is the healing and restoration of a patient’s whole being. The emotional and spiritual aspects of such healing are often neglected to today’s evidence-based medicine. I believe doctors have key role in facilitating and supporting patients and their family in a very critical moment in their lives. If handled well, can have a much greater impact on the lives of patient and their family than the actual physical ailments. I am grateful for the many insights and self-discoveries I have received during my PCCC 9 course. I believe it has made me a better doctor and a better person. I believe such exposure will also be very beneficial to medical students and young doctors to allow them to be tomorrow’s healers rather than health technicians.

Dr. Aric Hui  
A medical doctor working in  
a public hospital in Hong Kong



### 沙維雅小檔案

#### “Virginia Satir” 的名字在香港被翻譯成「沙維雅」的由來

吳延基(Christopher)

香港沙維雅人文發展中心於 1989 年 4 月 11 日註冊，同年 4 月 13 日舉行成立典禮，已有 28 個年頭。在中心成立之初，大家都想為 Virginia Satir 翻譯一個比較地道的中文名字。所以，大家傾向不從英文的名字直譯過來，不採用「維珍尼亞·撒提亞」的翻譯。

在過程當中，我們考量到 Satir 是她丈夫的姓氏，Virginia 是她的名字，所以使用「沙」字來翻譯“Sa” 這個音節，表達她是姓「沙」的。

然後，我們考慮給她一個中文名字。我們反覆的從廣東音來思考 Virginia Satir 的發音，發覺 Virginia 已有「維珍尼亞」的翻譯，便採用了「維」字來翻譯“Vir”這音節，作為她雙名字的第一個字。

之後，我們看到 Virginia Satir 這名字的發音裡，有“a”和“r”的音節，和「亞」的廣東發音很相似。但是，我們再想到 Virginia Satir 是一位女士，用「雅」字，比較用「亞」字，聽起來較女性化和文雅，看起來更漂亮，使用「雅」字來翻譯“a” 和 “r” 的音節。『沙維雅』整個名字，看起來，讀起來，都很優雅，也很像地道香港人的名字。所以，便決定採用「沙維雅」作為 Virginia Satir 在香港的中譯名。



吳延基先生 (Christopher)  
牧民輔導碩士  
中心創辦人之一  
中心資深輔導員及資深督導員



## 中心課程

沙維雅家庭治療模式初探

1月/2017年  
7月/2017年  
8月/2017年  
9月/2017年

導師：Marie Lam

做個快樂女人

7月/2017年

導師：陳少玲

捨得個人成長工作坊

5月/2017年

導師：Marie Lam

應用沙維雅模式於  
癌症患者的輔導工作中

3月/2017年

導師：Raymond Chan

舞動轉化治療：  
工作坊及解說會

9月/2017年

導師：Nitza Broide-Miller

基礎輔導課程

3月/2017年

4月/2017年

8月/2017年

導師：陳少玲 &  
Patrick Wong

專業輔導證書課程：

小組導師培訓及輔導

技巧工作坊

1月/2017年

2月/2017年

5月/2017年

6月/2017年

導師：Marie Lam &  
John Banmen

輔導進修課程

2月/2017年

3月/2017年

4月/2017年

6月/2017年

10月/2017年

導師：陳少玲

夫婦輔導治療

3, 4月/2017年

導師：Marie Lam &  
John Banmen

抑鬱症輔導  
現場示範

3月/2017年

導師：John Banmen

青少年自尊培育

10月/2017年

導師：

Jennifer Nagel

藝術治療與  
沙維雅模式  
(工作坊及解說會)

5月/2017年

6月/2017年

導師：Eve Wong

專業成長工作坊

10月/2017年

導師：

Maria Gomori

家庭重塑初探  
8月/2017年  
9月/2017年

導師：Jennifer Chow  
& 鄧苑儀