



衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

民國104年12月

災難心理衛生教材手冊

Training Manual of Disaster Mental Health





衛生福利部
Ministry of Health and Welfare

災難心理衛生教材手冊

Training Manual of Disaster Mental Health



部長序

隨著社會變遷與氣候異變，近年來，世界各國發生重大災難頻仍，並且災難的型態逐漸趨向複雜且多樣化。災害除了為人民生命與財產帶來重大損失外，亦會造成人心的恐慌和不安，甚至可能產生內心不可抹滅的創傷。如何協助受災者早日恢復心理健康與生活秩序，除需透過周全的災難心理衛生服務，並經由政府及民間共同協力，才能再造社會正面安定力量。

我國的災難心理衛生工作，起源甚早，但大都是由民間組織或地方政府發軔。自 1999 年臺灣經歷 921 地震重創後，開始由行政院統籌規劃大型災難重建工作，透過動員相關部會，並結合地方政府與民間組織的資源與力量，從災難緊急救援，乃至生活重建與心理復健，提供全面性的復舊工作，從此奠下我國災難心理衛生工作的根基。之後 2009 年的莫拉克風災，讓直轄市、縣（市）政府在緊急動員、災難現場服務、資源整合、教育訓練與宣導等面向，已有較成熟的應變與規劃措施。而自 2012 年起，透過行政院災害防救辦公室，擬定災害救助機制，並將受災民眾的心理衛生服務，納入各縣市年度災害防救演練的重要項目。此時各縣市均訂定「災難心理衛生緊急動員計畫」並進行演練，將災難心理衛生服務落實於平日的業務整備中。至此，台灣的災難心理衛生體制已逐步成形。

每逢災害發生，全國心理衛生人員皆積極投入救助工作，然而如何能有效率地提供服務，提升專業知能與建立標準作業準則，是降低災難傷害及保障服務品質的重要因素之一；因此，編撰系統性的教材及辦理完整的人員培訓課程，才能使創傷心理衛生服務工作更為精緻。本部前於 2012 年責成草屯療養院參考先進國家資料及國內專家意見，規劃災難心理衛生專業訓練課程及編撰教材，作為災難心理衛生服務工作的重要參考。教材內容包括：減災預防、應變準備、緊急反應及復原重建四個部分，涵蓋了心理衛生專業人員應具備的實務能力與相關知能。但這幾年來，災難的型

態漸趨多元，複雜度提高，例如：捷運隨機殺人事件、高雄氣爆、八仙樂園塵暴事件等，皆是前所未見之事件類型，復加實務工作的經驗累積，以及實證資料的更新，許多章節內容皆需與時俱進。因此本部再次委請草屯療養院進行編修，並增列新興災難的應變與處理等內容。相信透過此次教材的編修，有助於深化國內災難心理衛生專業知識，提升我國災難心理衛生工作的服務品質，並廣續培育更多災難心理衛生人才。

欣見本手冊編修完竣，即將付梓，除對參與編修工作的精神醫療與心理衛生相關之產、官、學及民間團體伙伴所付出的辛勞表示感謝外，也期許本手冊能成為實務工作者最適切且有效的訓練教材及參考工具。透過大家的合作與努力，讓我國災難心理衛生工作能更臻成熟及穩健地發展。

衛生福利部 部長 **蔣丙煌** 謹識

中華民國一〇四年十二月十日

中華民國一〇四年十二月一日

院長序

重大災難的發生難以避免，而民眾面對災難時總是脆弱的，往往需要攜手共度難關。回首 921 大地震、莫拉克風災等大規模災難的衝擊，經常造成全面及長期性的影響，而從災難發生後的急性期至復健期，皆需要政府、醫療人員、民間團體、專家學者及一般民眾的積極投入，才能將衝擊及創傷降到最低。在因應災難的過程中，舉凡動員救災的啟動、心理急救的提供、各項資源的整合，也需要不同專業的合作，才能順利完成工作。但若要照顧到各個層面，將相關工作做到精緻完善，專業的知識與技巧尤其重要。因此，培育災難心理衛生專業人才，建立彼此間共識，才能在緊急時刻，發揮最高效能。

行政院衛生署(衛生福利部前身)曾於民國 100 年責成草屯療養院編製災難心理衛生專業訓練教材，提供行政機關以及各領域災難心理衛生專業人員於災難發生時，有共同準則可以依循，以發揮最大效能。同時依據此教材培訓災難心理衛生種子師資，持續為國內訓練專業人員。衡諸這幾年的災難心理衛生工作，此手冊確實發揮正面的效果。

歷經三年多來，國內又衍生許多不同型態的災難，如隨機殺人事件，八仙粉塵爆炸事件等，在實務工作上也遭遇到許多不同的問題。為更符合現況與民情需求，需要針對內容進一步修訂，並適時納入新的內容。因此，除蒐集國內外災難心理衛生工作之資訊外，亦邀請第一版手冊各章節之作者以及學者專家，召開專家會議，針對首版內容進行討論，擬定編修原則及增訂新的章節。之後並運用修訂完成之資料，邀請心理健康網核心醫院協助共同辦理實務課程教學，於北中南東四區舉行，再請授課講師及學員提供寶貴建議，完成新的版本。

經過專家、學者、與計畫執行團隊戮力積極投入，災難心理衛生專業人員工作手冊包括「減災預防」、「應變準備」、「緊急反應」、「復

原重建」、「實務演練與經驗分享」五大篇。而於五大篇中又分為十章，除上一版之觀念共識、文化差異之敏感度、助人者之自我照護、災難心理衛生服務系統與資源連結、心理急救、高風險群篩檢-壓力反應及災難衡鑑量表、心理處遇策略、團體介入技巧、救災實務演練等之外，增加台灣災難實務經驗一章。感謝楊士毅心理師、黃翠咪科長、劉仁儀醫師、牛慕慈社工師的協助，分別針對復興航空空難事件、北捷殺人事件、高雄氣爆以及八仙塵暴等事件撰寫實務工作分享。而在四區辦理之講座，參加講習者亦超過 200 名專業人員，成為種子教師，在國內又增添一批生力軍，有助未來災難心理衛生工作的推展。

編製災難心理衛生專業訓練教材中最重要的，是其豐富性與嚴謹度，而教材中納入的實務演練，以及如何動員、跨專業間的協調合作與資源連結等亦相當重要。感謝各位作者依照共識準則，協助修訂內容，也謝謝本院同仁全力以赴。本人深信，本次修訂之災難心理衛生專業訓練教材，兼具周延性與完備性，必有助於臺灣逐步建立符合國際水平並具有本土經驗及需求的災難心理衛生工作準則，俾能在救災時獲得立竿見影的效果。最後感謝衛生福利部長官在業務與經費上的支持與鼓勵，才使得計畫能夠如期順利完成。希望此份教材能提供各界參考使用，並請專家學者，實務工作者不吝提供寶貴意見，期能使內容更臻完善。

衛生福利部草屯療養院 院長 簡以嘉

作者簡介

(依章節次序排列)

蕭仁釗

現職：臺北市立大學心理與諮商學系助理教授
學歷：國立臺灣大學心理學研究所博士

江弘基

現職：台灣健康守門促進學會 (Taiwan Health GPS) 理事長
學歷：美國加州大學洛杉磯分校公衛學院健康行為研究所碩士
臺灣大學公共衛生學院健康政策暨管理研究所博士

林惠珠

現職：台灣心理衛生社會工作學會副理事長
學歷：國立臺灣大學社會工作學系學士

張群岳

現職：台中榮民總醫院急診醫學科主任
學歷：國立陽明大學醫學系學士
臺北醫學大學醫學資訊研究所碩士

余沛蓁

現職：高雄市政府衛生局社區心衛中心主任
學歷：高雄醫學大學護理學系精神科與心理衛生組碩士

鄭淑心

現職：衛生福利部心理及口腔健康司簡任技正
學歷：臺北醫學大學公共衛生學研究所碩士

陳俊鷺

現職：衛生福利部八里療養院院長

學歷：國立臺灣大學醫學系學士

蘇逸人

現職：長庚大學行為科學研究所助理教授

學歷：國立臺灣大學心理學研究所博士

高振傑

現職：臺北市立聯合醫院松德院區臨床心理師

學歷：成功大學行為醫學所碩士

周煌智

現職：高雄市立凱旋醫院顧問醫師/教授

學歷：國立陽明大學公共衛生研究所流行病學組博士

鄭若瑟

現職：中國醫藥大學附設醫院精神部顧問主治醫師

學歷：國立臺灣大學醫學系學士

美國約翰霍普金斯大學衛生政策管理碩士

歐陽文貞

現職：彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院院長

學歷：國立陽明大學公共衛生研究所博士

黃龍杰

現職：中崙諮商中心臨床心理師

學歷：維吉尼亞大學諮商員教育所碩士

唐心北

現職：臺南市立安南醫院精神科主任

學歷：國立陽明大學醫學系學士

高雄醫學大學公共衛生研究所碩士

丘彥南

現職：臺大醫院精神醫學部主治醫師

學歷：國立臺灣大學醫學系學士

Diploma of Child and Adolescent Psychiatry, University of London/Institute of Psychiatry/Institute of Child Health, U.K.

蘇淑芳

現職：衛生福利部八里療養院護理科主任

學歷：高雄醫學大學護理研究所碩士

國立臺北護理健康大學護理研究所博士班博士候選人

王悟師

現職：衛生福利部澎湖醫院副院長

學歷：中國醫藥學院醫學士

楊士毅

現職：衛生福利部澎湖醫院精神科臨床心理師

學歷：輔仁大學臨床心理學系碩士

黃翠咪

現職：桃園市政府衛生局代理簡任技正

學歷：臺灣大學公共衛生學研究所碩士

劉仁儀

現職：高雄市立凱旋醫院社區精神科主治醫師

學歷：中山醫學大學醫學系

高雄醫學大學神經學科研究所

牛慕慈

現職：財團法人陽光社會福利基金會專任心理師

學歷：國立台灣大學公共衛生系學士

美國賓州州立大學諮商教育研究所復健諮商組碩士

目 錄

部長序 院長序

第一篇 減災預防

- | | | |
|-----|----------------|---|
| 第一章 | 觀念共識 / 蕭仁釗 | 2 |
| 第二章 | 文化差異之敏感度 / 江弘基 | 9 |

第二篇 應變準備

- | | | |
|-----|----------------------------------|----|
| 第三章 | 助人者之自我照護 / 林惠珠 | 24 |
| 第四章 | 災難心理衛生服務系統與資源連結 | |
| 第一節 | 災難應變概念、我國災害防救體系及衛生醫療災害應變機制 / 張群岳 | 29 |
| 第二節 | 地方災難心理衛生體系的運作及資源協調與整合 / 余沛蓁 | 36 |
| 第三節 | 中央災難心理衛生體系介紹及資源網路協調與整合 / 鄭淑心 | 53 |
| 第四節 | 媒體關係 / 陳俊鶯 | 62 |

第三篇 緊急反應

- | | | |
|-----|--------------------------|----|
| 第五章 | 心理急救 | |
| 第一節 | 心理急救的災難公衛意義與概述 / 蘇逸人 | 70 |
| 第二節 | 心理急救與核心行動實務演練 / 高振傑 | 82 |
| 第六章 | 高風險群篩檢 壓力反應及災難衡鑑量表 / 周煌智 | 95 |

第四篇 復原重建

- | | | |
|-----|-----------------------------|-----|
| 第七章 | 心理處遇策略 | |
| 第一節 | 災難心理重建策略 韌性與心理處遇 / 鄭若瑟 | 102 |
| 第二節 | 老人及成人精神疾病患者心理處遇原則與實務 / 歐陽文貞 | 112 |
| 第三節 | 特殊反應及心理處遇原則與實務 / 周煌智 | 132 |

第八章	集體介入技巧	
第一節	安心講座(集體衛教)介紹及演練 / 黃龍杰	136
第二節	災難創傷的團體介入與治療 / 唐心北	142
第三節	兒童創傷與失親者之團體心理治療 / 丘彥南	157

第五篇 實務演練與經驗分享

第九章	救災實務演練 / 蘇淑芳	168
第十章	台灣災難實務經驗	
第一節	723 復興航空空難心理衛生工作 / 楊士毅	178
第二節	北捷殺人事件災難心理衛生醫療處理實務經驗分享 / 黃翠咪	190
第三節	從八一氣爆看災後心理重建 核心醫院經驗分享 / 劉仁儀	195
第四節	燒燙傷者的身心復原重建 / 牛慕慈	197

附錄



第一篇 減災預防

第一章 觀念共識

第二章 文化差異之敏感度

第一章 觀念共識

作者 | 蕭仁釗 / 長庚大學臨床行為科學研究所臨床心理學組助理教授

教學目標：

1. 了解災後心理反應。
2. 認識脆弱族群生理、心理特質。
3. 了解脆弱族群面臨災難或壓力事件時可能出現的反應。
4. 了解脆弱族群的類型及需求。

前言：

當突然的災難發生時，如 921 大地震、八八風災、馬雅文化所說的大災難等，人們會如何面對。此次的目標就是要透過課程讓與會者了解之後，以後就能透過社區的網絡協助轉介需要心理輔導的人，讓更多需要的人受惠。

一、何謂創傷 (trauma)

依照 DSM- 解釋創傷，意指死亡或嚴重傷害的實際發生或威脅性，或威脅到自己身體的完整性；或目睹他人死亡或身體傷害的實際發生或威脅性，或目睹威脅到他人的身體完整性；或得知家人或其他親密關係的人意外死亡或慘死、嚴重受傷或有死亡或受傷的威脅 (APA, 1994)。如果從醫療角度來看，可能視創傷為一個疾病；從心理學的角度來看，則視創傷為一個適應的狀況。程度則會依照同心圓的遠近而有所差異。

依照創傷的種類概略可分為 1. 颶風、地震、船難、車禍。2. 戰爭、暴力、綁架、槍擊、性侵害、目睹雙親被殺害。3. 父母離異、家庭成員去世。4. 心理與生理虐待、學校挫折。5. 器官移植、嚴重疾病（如：罹癌）。但是上述的創傷種類，即便是事過境遷，仍會因為曾經發生的經驗，造成內在某種程度的

影響。

吳英璋（2009）指出災變下的心理反應與影響因素會因災害狀況、性格特質與災後處遇的不同引發個體知覺、信念與情緒的轉換。常見的是個體會知覺到創傷經驗重複出現、過度敏感、否認、呆滯與過度冷靜；情緒方面同時有著不安、害怕、恐懼、悲哀、傷心、無助、憤怒、生氣、怨天尤人與罪惡感的複雜情緒團；個人的信念則是會出現負向的轉變；而在社交上會出現懷疑、不信任他人、猜疑別人的動機和停止社交活動等的情形。

創傷後影響復原的因素有很多，下表為行政院九二一震災災後重建推動委員會研究後，指出創傷後的高風險指標：

失親者	921 震災罹難者、失蹤者家屬
失和者	家庭失和或暴力傾向
失神者	自殺未遂者或家屬、常有自殺意念者
失樂者	久病不癒或肢體重殘，需家人照料者
失業者	因失業導致家庭經濟困頓者
失能者	921 震災肢體受重傷殘者
失常者	精神異常；長期失眠、憂鬱、悲觀、消極、或有情緒困擾者
失依者	獨居老人、兒童、青少年、身心障礙者
失財者	生財設備損失（生產工具或田園流失）
失學者	因震災導致輟學者
失所者	全倒及半倒戶

以上這些因素可能會影響受災者的復原程度與需要的時間。然而如果「失望」呢？對於未來的生活，未來的人生若失去希望，則人可能失去活下去的力量，我們認為災後心理復健也應該要重視受災者內心的創傷，透過心理學的方法重建他們的希望。

其次，創傷發生所引發的壓力反應包括經驗重現、做惡夢、觸景傷情、逃避與麻木、神經緊繃、心驚的畫面歷歷在目、逃離與悲劇相關的人、事、

時、地、物、對未來悲觀絕望、失去記憶、對外界活動漠不關心、失去興趣、輾轉反側，難以入眠或熟睡、自我封閉、錯覺「回到過去（flashback）」、避而不談、壓抑情感、無法專注，心不在焉、暴躁易怒、風聲鶴唳、膽戰心驚。廣泛而言，小朋友的反應比較容易被發現，往往會出現憂鬱、害怕、退化以及相關過度的行為反應。

但是災後心理反應是正常或是精神疾病呢？還是正常人在不正常時刻的正常反應？此問題則依角度的不同而有不同的觀點。因為若當災難再次發生時，他們的這些反應則會讓他們更能夠有更多的機會生存下來，這些反應不僅不是精神疾病，反而深具有生存之價值。不過這些價值又該由誰來判斷對或錯呢？可能不能僅由專業人員來判斷，而是看此人如何看待這些「敏感」的反應，而這些反應是否影響了他的生活功能，抑或他們覺得有了對他們反而有助益而定。

吳英璋（2009）則依災後心理防災與復健全面性工作分為三個時期。第一是 0-3 個月的心理急救期時，要能夠提供安全安適感，處理身體危機及心理危機的處理，讓這個人的狀態能夠恢復穩定。第二期是 1-6 個月緊急處理的重建期，瞭解與接受自己在災變下的心理反應，恢復原本的生活狀態，恢復個人的因應能力。最後則是 6-60 個月的長期心理重建期，建立災變後的「受災的意義」，創立新的生命目標。

二、災後心理復健的做法

災後心理復健的做法會依照年齡及服務族群的不同而有不同的做法，譬如說從個人、社區、學校或是家庭等都會有不同的觀點介入。Herman（1998）以「編寫個人的故事」來說明這項經驗的製作，他視將創傷比喻為「個人的生命之書，因為創傷之故掉了一頁，這本書無法閱讀。須採用以下三種原則，使個人的生命之書經歷創傷之後，仍然是一本完整的書——不論是將之黏合回去，或者重新書寫」：

- (一) 是個人所信賴的人
- (二) 是否能表述出真實的心理經驗素材
- (三) 是否能與個人原有的生命經驗融合

不會以一般人的對話一樣，僅鼓勵人們忘卻創傷的經驗向前看，而是以共融的方式了解受創人痛苦經驗，鼓勵將那些悲苦與難過的經驗說出來，而從事心理復健工作的人，要扮演受創者可信賴的人，可以讓他們充分地表達所有創傷所帶來的經驗，然後，幫助他重新書寫他們的生命之書。

三、創傷對於人是留下創傷還是成長

每個人面對創傷後的反應也會不同。有些人面對創傷後會停留在PTSD、憂鬱或是更糟的層次，一直無法復原。有些人則面對壓力後，會立刻將影響的程度降到最低，或是會使人能夠成長，感謝家人、感謝事件的發生，以及對生命感受到更有意義性。這端賴個人的資源、技巧以及對創傷的知覺。

在面對創傷後，有些人繼續受創，而有些人則在獲得「創傷後成長」。視創傷經驗為讓人成長的經驗的這些人往往能夠復原較好（Post-traumatic growth），這些我們將它視為一種經由對創傷事件的因應所引發的認知歷程發展。Tedeschi & Calhoun, 1995）。PTG 是一種歷程也是一種結果。在人發生創傷後的幾星期、幾月、甚至幾年之中，為反芻(rumination)與重新建構(restructuring)的結果，使個體較聚焦於自身能力的改變 面對負向事件的能力 (Calhoun & Tedeschi, 1998)。

經驗到創傷後成長的個體，也許仍可能感受到苦痛(distress)。甚至有些個體需持續感受苦痛，以作為邁向創傷後成長的持續推動力(Calhoun & Tedeschi, 2004)。Tedeschi 和 Calhoun (1995、2006)研究則指出，創傷後的成長經驗是會引領人類去產生正向的改變。

如上可知，在創傷之後，去思考創傷發生的原因，並獲致創傷對個人的意義，是有助於創傷後成長的。將創傷歸類於外在的環境、每天怨天尤人，則個體的認知將會因為無力反抗而反應出無力的感受。身為心理復健的人員，就是要依照個案的背景與成長脈絡，去協助個案從不同的角度去創造創傷後的意義性，讓他們能夠了解到每個人都有屬於自己面對創傷的理解方式，自行療癒對於創傷的知覺。

四、災後心理復健的目標

一般而言，心理復健內容應涵蓋：PTSD 症狀的恢復、複雜的情緒團的處理、生命信念的重建、社會支持重建。而評估心理治療之療效影響因子如下：創傷後由專業人員（醫、護、心理、社工）等在災難發生時與平時時協助反應出 PTSD、depression、anxiety，或任何受到影響的任何人。並且連結心理衛生工作者與結合地方資源與網絡和志工在地資源（地方組織、社團、宗教團體、社區居民），緩解與重建症狀、悲傷；房舍、工作、產業；力量與意義；壓力管理等任何有關心理健康之內容（精神病症狀、心理健康、壓力管理、人際溝通、健康生活習慣、社會支持網絡）。

心理復健工作者在接觸到受創的當事人後，其核心概念為協助災難後個案嘗試轉化運作(transformation)其災難經驗，使之原本對於生命的信念得以重新運作，或者獲得一個新的生命信念而繼續其生命歷程（例如，如果有人在地震前認為「應多儲蓄，以備不時之需」，可能因為災難而更改為「要及時行樂，善待自己，吃得好一些，穿得好一些，錢夠用就好」），據我們訪談地震受災者的資料得知，各地的受災的鄉親們採用了以下的方式來嘗試轉化運作：透過投注社會公益、更換災難角度、學習承擔在家庭中的角色、接受個體面對災後的損毀與失去的事實、接受創傷與損失的歸因、並透過他人的協助去解決問題、體認自己的力量、少靠別人，而靠自己的力量來重建生活、重新安排生命意義的優先順序、學習樂觀的看待因災害造成的損失、透

過宗教的儀式與教義，去理解創傷為何造成的解答，從中獲得慰藉、盡力去應付生命中的困難、對未來發展仍抱持希望感受、尋求活下來的生命意義、感恩保存的一切事物、把握現有的時間、學習幽默的心情，開玩笑的方式因應生活中的困難、堅定的意志去堅持自己所決定的方向，並且將自己納入社會網絡成員來一起討論未來的生涯志向，台灣的 921 地震受災者是用以上這些方法來幫助自己找到受災的意義，重新回到他們常態的生活中，建構出新的生命系統概念，與新的生命意義的。

五、心理衛生工作者本身之學習成長

心理師在面對受創後的人們時，其實往往會感受到許多的無力感，似乎沒有辦法提供他們立即所需的需求，有時候還需要幫忙帶小孩或是做一些非心理師業務範圍之內的事情，然而災難心理衛生工作者的具體工作內容，與工作方式究竟為何呢？我們認為心理衛生工作者的自我成長方式應從平時就開始，培養心理衛生之知識與技能之培訓、自己身心健康之維護和對於災難與苦難的了解與熟悉，並且與地方人士聯繫建立關係，包括行政組織（鄉鎮市長與公務人員、里鄰長、村里幹事、衛生所、診所、藥局）、宗教團體（寺廟、佛、基督、天主等）、社團組織（農漁會、媽媽教室、家政班、農事班）、各級學校、社區居民多經營與地方社區關係，協助建立健康的社區資源網絡（地方組織社團、宗教、學校）；災難時則前往地方支援，接受轉介；災後時則協助受創嚴重心理重建，找尋與轉化災難之意義，經營與地方人士的關係，培養敏感度，建立轉介照會的可能性，繼續協助與經營社區之關係。

六、結論

災難時的反應就是正常人在面對不正常的狀況下，所作的正常的適應反應，不該直接視為一種疾病而去屏除它，該透過正向心理學的方式，促使個人知覺到個人的資源和技巧、新的可能性、對生命的感謝、強力的社會連結

和靈性的成長。

七、參考資料

台大 921 東勢心理復健小組 (2009)。「東勢人與台大人的 921 地震十年課」李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫 (譯) (2011)。「悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務工作者手冊第三版」(原作者：J. William Worden)。台北：心理出版社。

章薇卿 (譯) (2007)。「走在失落的幽谷-悲傷因應指引手冊」(原作者：Robert A. Neimeyer)。台北：心理出版社。

張美惠 (譯) (2006)。「當綠葉緩緩落下」(原作者：Elisabeth Kubler-Ross, David Kessler)。台北：張老師文化出版社。

廖婉如 (譯) (2009)。「凝視太陽：面對死亡恐懼」(原作者：Irvin D. Yalom)。

台北：心靈工坊文化事業有限公司。楊淑智 (譯) (2006)。「當好人遇上壞事」(原作者：Harold S. Kushner)。台北：張老師文化出版社。

災難與創傷心理資訊網 <http://www.psychology.org.tw/>

第二章 文化差異之敏感度

作者 | 江弘基 / 法鼓山慈善基金會總幹事

教學目標：

1. 了解災難管理歷程中，文化議題的重要性。

討論：(1)文化議題是否存在？

(2)文化議題：以八八水災的安置及家園重建為例。

2. 認識災難心理反應的文化差異。

舉例：(1) The complex trauma & PTSD ecology

(2)哀傷反應的跨文化議題

(3)原住民為例

(4)新住民為例

3. 理解文化能力的定義、培養重點及評量

說明：(1)文化能力的定義

(2)培養重點

(3)自我評量表

前言：

「意外」與「異常」是災難的本質。不僅對於受災者是如此，對於從事災後心理衛生工作的人，更是主要的挑戰。特別是近年來，無論是天然災害的規模（莫拉克風災）或人為事故的類型（復興航空墜機、八仙樂園塵爆），災區民眾身心受創的程度與反應可能是前所未見的，而救災與關懷人員不但離開平日熟悉的工作場域，同時自己本身也處於事先難以預料的環境之中。

如何發揮心理衛生專業應有的成效？關鍵之一，就在於是否有身處異境而能不預設立場的心態與能力。討論文化差異的敏感度，主要目的在於提醒

助人者，如何能在災難諸多不正常的狀況下，覺察被服務者及服務者自身的反應，減少先入為主的誤判，回歸以「人」為中心的災後心理衛生服務。

一、了解災難管理歷程中，文化議題的重要性

（一）文化議題是否存在？

如果請大家說說看大海裡有哪些東西？魚、珊瑚、海豚。「海水」經常是被忽略或比較後面才會被提到的。文化就是這樣性質的東西。簡單說，文化是人類生活的總和，可謂無所不在。然而「文化議題」則是被宣稱的（to be claimed），不是當然存在的；亦即，當有人提到文化議題時，就是宣稱者認為所指事務在文化方面出了問題。就像人權和環保議題一樣。

比方說前次去泰國救災，積水三四個月，水還是不退；當時我們考慮在「船上」發放物資的秩序與動線不易掌握，依照過去經驗也擔心不在發放名單中的居民若突然現身索取物資之類的突發狀況，所以也就發得很急，一心想儘快完成規劃中的程序。沒想到已經泡水長達數月的當地民眾，卻微笑著告訴我們：「慢慢來！」。發放過程中我們本著尊重隱私的原則，很小心地拍些照片（一方面記錄，一方面做為責信依據），結果他們卻熱情的主動吆喝「台灣的朋友難得遠道而來，一起照張相吧！」。災區民眾的樂天知足，提醒我們是否帶著先入為主的疑慮來賑災。另外，我們也去了國際媒體報導比較少的鄰近柬埔寨淹水地區，在當地聯繫紅十字會協助下，預計發放三千份物資。可能是因為那裡仍是極權國家，三千人排排坐好在那裏等待領取物資，然而每個人都在微笑，一連串地顛覆了以往的印象與認知。

又比如南亞海嘯在印尼的Babi島災區，原本住在海灘邊的漁民房屋全毀，政府決定遷村，並在島的山坡高處建了永久屋，卻遭居民棄置而回到原本的海邊蓋起房子，因為漁民在半山腰上無法維持生計。以安全保障為主軸的政策考量，能否也顧及生活文化的永續？

這樣的印象與認知的衝擊（cultural shock）的產生、影響（印象的顛覆）及重新理解與適應的過程，都代表著文化議題的存在及其重要性。

（二）文化議題：以八八水災的安置及家園重建為例

從過去的救災經驗裡面，我們經常發現文化差異對於賑災及災後重建的過程與結果所造成的影響。有一位莫拉克颱風的災區居民曾說：『人家的文化是真的文化，我們的文化是人家的不瞭解。（柯亞璇）』災後，我們期待災區民眾能夠安身、安心、安家、安業，但不同的公益團體、政府組織甚或專業服務的挹注，確實會有各自的立場及盤算。在這樣的現況底下，如何能達到尊重、瞭解當地居民的真正需要與感受？如何在災後重建的做法與災區民眾的實際生活文化之間，取得一個平衡呢？

以八八風災為例，在災後一年多所舉辦的一場心理重建研討會上，不同的專業人員及慈善組織代表，發生了這樣的對話：

『（部分）信仰基督教的民眾從山區緊急撤離，被安置在（當時、當地僅有的安全收容地點）佛教寺院，安置民眾『天天得上早課、吃素』，這樣太不體貼了。』

『可是法師很慈悲啊，也都有讓他們在寺院大門外面吃檳榔和抽菸。』

『你們專業或慈善團體，是自願來的，投入時間自己決定。我們卻是公部門的主管單位，被迫來到這邊，辛苦都沒有人知道，有的同事自己甚至是受災戶』

『你們不要老是叫居民畫圖、說心情，不能做點別的嗎？』

又比方說，安置不僅是提供住宿，重建不僅是房舍，而是人際脈絡、社會關係。這次中央重建委員會已經比起九二一的時期已有長足進步，在 2011 年兩週年的國際研討會上，也敦請總統擔任主席，報告成功撤離以至於傷亡大幅減少的數據，但這同樣也是災區原住民所唯一重視、關心的重點嗎？某位對原住民生態有所研究的作家提醒：「對原住民而言，他們的部落，就

相當於他們的國，所以這次的災難，等同於國沒了！」（洪英聖，1993）。反而我們不免會納悶想他們為什麼不知福、惜福？但是他們也會這樣想：「不住在山上，還算是原住民嗎？」，「我們離開了山上、部落，祖靈會生氣，原住民的文化是不能夠離開那塊土地的。」（中國時報 2009.08.16）。我們要問的是：重建過程是在當地文化脈絡下的決策嗎？我們是否可以用另外一種態度看待災區民眾？受贈者的眼光、行為，都透露出這群人們是「需要受幫助的、很可憐」。生活重建中，唯一沒有被重建的就是部落，且因為沒有部落為單位的觀念，生活資源分配不均造成部落間產生衝突。心靈重建如果是由族人自助發起，會更有信任感，如果不是助人工作者發起，我們自許為此專業的人，能否接受呢？各位種子教師面對這樣的議題，有什麼樣的感受、反思，就反映出什麼樣的價值觀？

各位在這樣的處境下，也許唯一能做的就是把這些文化議題放在心裡。災難反而像是契機，打斷我們慣有的專業思維，帶領我們去發現潛藏在災區民眾生活中，卻是無時無刻影響災重建（無論是實質面或心理層面）的文化議題。

二、認識災難心理反應的文化差異

921 震災的重建現場，某大學附設醫院精神科主治醫師，在災區擺了一個攤位，門可羅雀 隔壁攤位廟公發放念珠，消災收驚 隊伍排得好長 穿著白袍的精神科醫師蹲在地上，偏著頭看著廟公，心想：『這是怎樣？！』幾天過去，廟公看年輕醫師敬老且肯學習，”反正太多我也處理不完”，於是就把難處理的民眾”轉介”給白袍醫師。醫師與廟公開始”相互轉介”。

十多年之後，我們如何看待 921 的廟公現象？是因為“災民”心理衛生素質很差？在心理治療與精神醫學上尚未開化？或者是因為他們是精神疾病、醫療的文盲（Psychiatry Illiteracy）？還是專業人員缺乏文化敏感度？

（一）The complex trauma & PTSD ecology（如 Figure 1 所示）

Marsella (2010) 在 *Ethnocultural Aspects of PTSD* 一書中，討論創傷和 PTSD 診斷的文化複雜性時問道：Can any psychological disorder escape cultural influence? 他認為所有的（心理、精神）病症都與文化有關（A reasonable point of view is that all disorders are culture-bound, including all Western disorders since they emerge, are experienced, and responded to within a cultural context）。因此上述問題必須被提出來，而且答案是 No！沒有任何一個心理疾病不會受到文化因素的影響。

（二）哀傷反應的跨文化議題

喪親的哀傷反應，對於尋求人類共通點的學者及專業人員而言，死亡代表：失落、打亂既定計畫、斷了經濟來源、失去了共同回憶等；但是認同後現代主義的學者及專業人員則認為死亡代表：每個人、在不同的文化脈絡下，各有其不同解讀、無法一概而論。所有關於哀傷的論述與研究都和文化有關，比方說各國的寡婦心思都大異其趣；哀傷的文化差異面向則包括死亡的意義，呼吸停止、生命的延續、多方面的失落、善終與否、死亡的原因、與死者的關係（嬰靈）等；

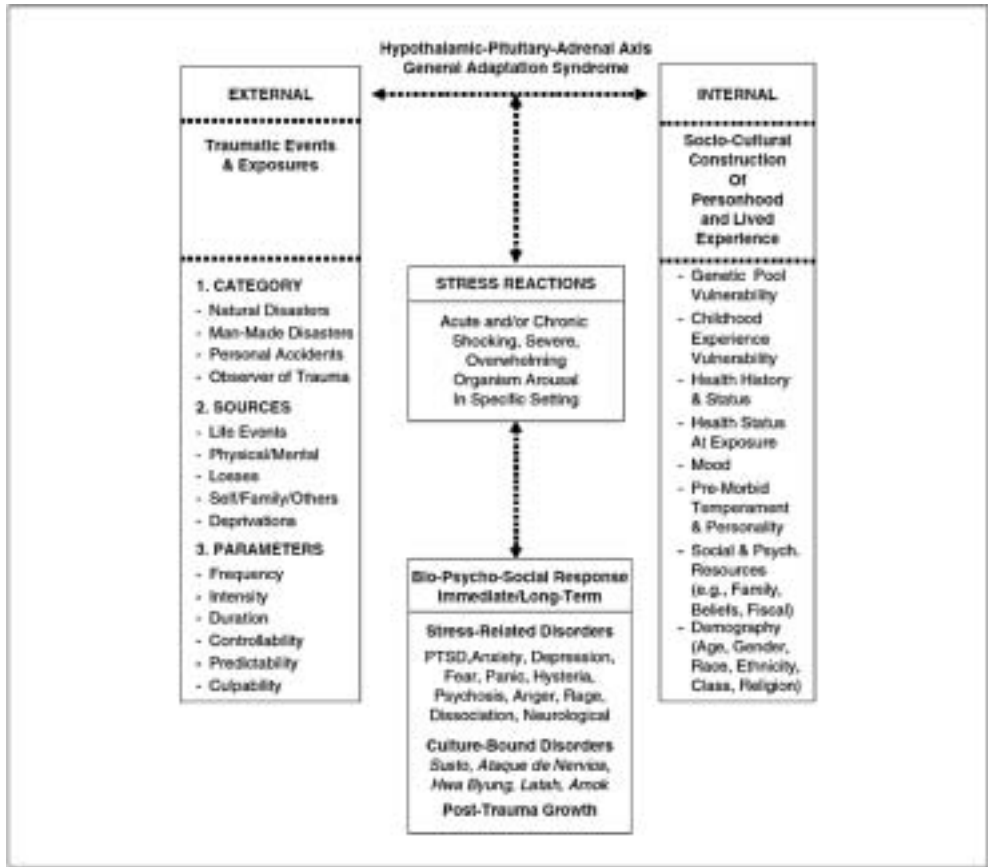


Figure 1. The complex trauma & PTSD ecology: An interactional model

The complex trauma & PTSD ecology: An interactional model (Marsella, A. J., 2010)

死者的靈魂以某種形式存在，還是在一段時間內仍可接觸？是誰在哀傷，有多哀傷，如何哀傷？想回憶還是忘記逝者，甚至部分原住民甚至會在族譜中取消其名字，不再使用。哀傷的文化脈絡，包括其死因、對哀傷的壓抑，種族屠殺沒有喪禮也會影響到重視後事的民族其哀悼過程的完成度，哀悼某種程度也限制了哀傷。各大宗教團體也在提醒我們死亡的本質，雖然儀式可以療癒，但過分強調也容易讓我們失焦。電影檣山節考，男主角發現自己無法依循村裡的傳統，將年老的父母親背到山上等死；災難發生的時候，要不

要開挖？挖出來的無法辨認的破碎大體要如何安葬？如果看重儀式卻無法照想要去做，那麼哀傷會不會因此延長？台灣對兒童的喪禮會比成人簡單，不能送葬、祭拜、燒紙錢等，某位越南籍母親就無法送她的小朋友，她的哀傷會不會就此延長？

1. 定義：喪親、哀傷與哀悼（Margaret S. Stroebe et al., 2008）

喪親（bereavement, the bereaved）：失去親近的人

哀傷（grief, grieving reaction）：對於喪親的情感反應

哀悼（mourning）：公開表達哀傷的社會行為，受到所屬社會及文化的形塑。

2. 對喪親事件產生的哀傷反應：

共通點來自於失落、既定計畫的破局、經濟來源的消失，與逝者的共同回憶等。而後現代主義的看法，則指出每個對喪親事件所產生的哀傷反應，有其不同的社會脈絡與背景，其起因無法一概而論。所有關於哀傷的相關論述與研究，都和文化有關。比方說，有研究指出，各國（不同文化）寡婦在喪夫後的反應是：美國（因醫療疏失而提告）；Zulu 族（埋怨巫醫害人）；而台灣的寡婦則是自稱“未亡人”。

3. 哀傷的文化脈絡：死亡的意義

哀傷反應受到對於 Realities（死亡的意義）的影響。死亡代表著：呼吸停止、生命的延續、多方面的失落、善終與否、死亡的原因，或與死者的關係（墮胎嬰靈）。對於死亡意義的認定，會影響哀傷反應的呈現。

4. 哀傷的文化脈絡：死後狀態的看法

另外，對於死後狀態的看法，也會影響哀傷反應。比方說，死者的靈魂會以某種形式存在，在一段時間內仍可接觸的看法，有些人能接受，有些則是害怕，也都會影響到哀傷的反應。

5. 哀傷的文化脈絡：哀傷的本質

誰？如何？程度？回憶或忘卻？

6. 哀傷的文化脈絡：死因

政治犯、國家賠償、疾病、自殺、災難

7. 哀傷的文化差異面向：對哀傷的自我壓抑與昇華

情緒控制、疏離、害怕（如政治迫害）；種族屠殺沒有喪禮；無來也無去（佛事不是喪事）；植存

8. 哀悼是文化的行為

哀悼某種程度限制了哀傷的：何時、如何、多久。比方說，獨自哀悼、遠離寡婦、頭七、百日、帶孝一年 等。儀式亦傳達社會或政治的訊息，比方說送葬隊伍與排場、告別式輓聯是誰送的，治喪委員會的“陣容” 等。

9. 哀傷與失落的文化差異（Marsella, A. J., 2010）

創傷的意義因文化有所不同，對有些族群來說，比較脆弱。文化形塑了人們對於創傷事件（traumatic events）反應的不同心理面項（psychosocial aspects），包括：

- (1) 現象（惡夢或視覺）的意義與意涵
- (2) 對於命運（destiny or fate）的信念：如何影響對於事件或反應的認知
- (3) 獨立於症狀學之外的失能及功能損傷
- (4) 對於事件或反應的個人應負責任的認知
- (5) 對於創傷的脆弱性（例如，基因、社會網絡、社經地位、身處環境等）
- (6) 喚起（激發）閾值：透過對於壓力源的認知及詮釋

（三）原住民為例

1. 阿美族喪偶經驗（許木柱）

- (1) 對死亡的詮釋
- (2) 情緒與情感
- (3) 傳統禁忌
- (4) 喪偶後的適應
- (5) 家庭互動與社會支持
- (6) 再婚的態度

2. 儀式與哀傷：

臺灣原住民阿美族太巴壠部落悼慰階層（Miholol）舞蹈之教育意義（莊國鑫）（詳細資料請參看教材指引 ppt）

（四）新住民為例：一位越南籍母親喪子的哀慟經驗

（葉筱俐；黃美智）（詳細資料請參看教材指引 ppt）

喪禮儀式被視為一種度過喪親哀慟的行為，文化、社會風俗與信念皆影響之，遵守台灣白髮人不能送黑髮人的相關習俗令個案深感虧欠他的孩子：『親戚朋友說什麼不能拜飯，這樣對他很不好，我心裡真的很痛，覺得愧對他，在越南可以送小朋友、拿香拜拜。』

三、理解文化能力的定義、培養重點及評量

接續上個主題，文化議題其實時時刻刻都存在，但如果沒有發生事件，比方說災難，這個議題始終就不會浮現。所以文化議題，就像人權一樣，是需要被宣稱的，才會引起大家的注意。

我們在專業養成的過程裡，有多少時間花在思考這個議題？所以，有文

化議題嗎？當然有，只是我們不容易去覺察，或是不習慣去思考而已。有文化差異嗎？當然也有，舉過去在夏威夷的例子，在那裡曾參與過移民及難民的心理衛生計畫，那裡至少有七個種族，所有的移、難民都會受到很大的適應問題及心理衝擊，那會是個凸顯這樣差異的場域。諸位心理衛生人員，在受訓後承認或意識到文化議題存在後，工作的地點可能就會有所不同，變得更有機會往外跑，活動範圍不僅是在診間或辦公室裡，服務的對象不是平常熟悉的，他們也不會主動來找你，而是我們需要主動過去找他們，這就是最大的差異。在某次自殺防治電話協談（熱線）國際會議上，有一位民眾舉手發言，主張生命線、張老師的義工既非專業人員，又如何能夠提供專業協助？

當時日本東京生命線理事長舉手回應，他說『這些不專業的義工，有些可能是菜鳥，因為服務經驗不足與緊張，反過來卻被來電的輕生者安慰了一下，義工給了有輕生念頭的人們，對另一個生命奉獻付出的機會，這或許就是他們跟專業人員很不一樣的地方。』

所以到頭來知識、技術，都不會是問題，重要的是，如何去打開可能性？打開助人專業的可能性，又如何能夠開啟我們對於文化議題的覺察以及認識？我們的思維是否具有文化敏感度？相關心理從業人員，勢必會帶有自己的價值觀、態度甚至偏見工作，這些都沒有好壞對錯，重點在於我們受到影響而在下每個決定時，自己能不能夠覺察？

（一）文化能力的定義（什麼是 Cultural Competence？）

首先說明，「跨文化能力」是建立在理解文化之基礎上的（李明政）。跨文化能力是在多元文化情境中，工作者如何能適宜且恰當融入各種跨文化情境中，並進行有效之雙向溝通的能力。

文化能力是協助系統、機構或專業群體面對跨文化情境的一套一致性的行為、態度與政策（Cross et al., 1989; Isaacs & Benjamin, 1991）；同時也是將族

群及其成員的相關知識整合並轉化成為特定準則、政策及態度，運用在適當的文化場域提高服務品質，以增進（健康）成果（Davis, 1997）；又或者是文化知識、文化覺知（敏感度）、態度、文化技巧及文化接觸（encounter）的總和體（American Academy of Nursing [AAN] 1995, Smith 1998）。

文化能力是為了替特定文化或種族背景的病人／個案提供有效的臨床服務所必須具備的、以知識為基礎的技術（DHHS, HRSA）；一個體系能夠提供服務給具有不同價值觀、信仰及行為模式的病人的能力，包括能因應病人在社會面、文化面及語言上的需求（Betancourt et al., 2002）。

●“治療/處遇”效果的公式（Marsella, 2010）

Outcome = function of

V 1 (Client Characteristics) X

V 2 (Client Problem/Symptoms) X

V 3 (Therapist Characteristics) X

V 4 (Therapy Methods) X

V 5 (Healing Principles) X

V 6 (Settings) X

V 7 (Time Available) X

V 8 (Costs) X

V 9 (Crisis State)

（二）文化能力培養的重點

（詳細資料請參看教材指引 ppt）

相關的文化能力培養，鼓勵各位參與文化能力的實務工作坊，在這個文化能力培育工作坊裡，首先要去知道什麼叫做文化能力，其次，要能夠描述文化能力在災難救援及復原工程中的角色是什麼？要確認文化能力跟有效的處遇關係是什麼，我們要去發展個人的、團隊的、組織的文化能力，確認提

供救災處遇的文化障礙，哪些障礙需要突破，理解並重視多元文化的成因，提供具文化敏感度的災後服務等。重建方案必須針對特殊性、敏感地回應不同文化背景的受災的民眾，每一個接受服務的家庭或個人都必須在所屬 cultural/ethnic/racial 的族群脈絡下來看待。

上述文化能力，各位其實都多少具備著，甚至已經是各位的專業，但當碰到災難、死亡問題時，我們會應變不及。因為牽涉到死亡或是哀悼的議題，我們反而可能陷入另一個迷思，想要趕快去給予這群人另一套專業技術或觀念，甚至挑起他們生死的責任。

在文化上、勝任就是能夠在其他文化中，該族群所定義的行為模式脈絡範圍內依然能有效運作的能力，或許就是這樣的轉變，從個案進入我們的診間文化，轉變成我們需要走入他們的生活圈，我們容易不適應，內心認為有文化議題存在的人就傾向不固執己見，而能透過溝通技巧的磨練去學習到這些關於自己以及他人的知識，用心去瞭解、增強，不斷修正相關的態度及行為。

（三）文化能力評量表（Table 2）

從AJM（2009）發表的文化能力自評量表（Cultural Competence Self-Evaluation Form, CCSE）內容可看出，文化能力不僅是知識（knowledge）及技術能力（ability）而已，更是一種想望與心態（desire to learn and to contact/travel）。

每一位投入災後心理重建的專業、半專業及非專業人員，都可以透過觀察「自己與所屬團體成員的差異（within-group differences）」，來提升自己對於服務／關懷對象的差異（between-group differences）的理解與包容，如此文化敏感度就能夠再一次又一次的體驗與嘗試中逐漸增進，而有所累積。

Table 2. Cultural Competence Self-Evaluation Form (CCSE)

Select your client's ethnocultural group: _____

Rate yourself on the following items of this scale to determine your "cultural competence" for this client.

Very true of me	True of me	Somewhat true of me	Not true of me	Unsure about me
4	3	2	1	U
1. _____	Knowledge of group's history			
2. _____	Knowledge of group's family structures, gender roles, dynamics			
3. _____	Knowledge of group's response to illness (i.e., awareness, biases)			
4. _____	Knowledge of help-seeking behavior patterns of group			
5. _____	Ability to evaluate your view and group view of illness			
6. _____	Ability to feel empathy and understanding toward group			
7. _____	Ability to develop a culturally responsive treatment program			
8. _____	Ability to understand group's compliance with treatment			
9. _____	Ability to develop culturally responsive prevention program for group			
10. _____	Knowledge of group's "culture-specific" disorders/illnesses			
11. _____	Knowledge of group's explanatory models of illness			
12. _____	Knowledge of group's indigenous healing methods and traditions			
13. _____	Knowledge of group's indigenous healers and their contact ease			
14. _____	Knowledge of communication patterns and styles (e.g., nonverbal)			
15. _____	Knowledge of group's language			
16. _____	Knowledge of group's ethnic identification and acculturation situation			
17. _____	Knowledge of how one's own health practices are rooted in culture			
18. _____	Knowledge of impact of group's religious beliefs on health and illness			
19. _____	Desire to learn group's culture			
20. _____	Desire to travel to group's national location, neighborhood			

Total score: _____ 80-65 = competent; 65-40 = near competent; 40 below = incompetent
 Total No. of U's: _____ (If this number is above 8, more self-reflection is need)
 Therapist: _____ Age: _____ Gender: _____ Religion: _____ Ethnicity _____

AJM (2009) Atlanta, Georgia. Free use with acknowledgement and citation.

Copyright: 2009 AJM, Atlanta, Georgia. Use with acknowledgement and citation. Based on Marsella, Kaplan, & Suarez, 2000; Yamada, Marsella, & Yamada, 1998; Yamada, Marsella, & Atuel, 2002; Hanson, Pepitone, Green (2000). Contact: marsella@hawaii.edu

四、參考資料

中國時報 2009.08.16。莫拉克獨立新聞網 <http://www.88news.org/>。

李明政 (2011)。「多元文化社會工作」, 頁 1。台北: 松慧。

林淑萍 (2000)。淡江大學教育心理與諮商研究所。Cross-Cultural Psychology Bulletin., pp.10-15。

邵台新 (1997)。「中國文化史」。大中國圖書公司。

柯亞璇 (2011)。「災區心靈重建: 災民的可憐! 從哪裡來?」
<http://www.88news.org/?p=12342>。

洪英聖 (1993)。「台灣先住民腳印」。台北: 時報文化出版社。

- 莊國鑫 (2001)。「臺灣原住民阿美族太巴壠部落悼慰階層 (Miholol) 舞蹈之教育意義」。國立臺灣體育學院學報, 卷 12, 頁 43-60。
- 陳再興 (2011)。「莫拉克風災重建與校園危機處理：一位山地鄉國小校長的經驗敘說。」, 國立屏東教育大學, 屏東縣。
- 黃仕涵 (2011)。「原住民部落防災應變模式之探討：以臺東縣某部落莫拉克風災為例」。花蓮縣慈濟大學碩士論文。
- 葉筱俐及黃美智 (2008)。「一位越南籍母親喪子的哀慟經驗」。志為護理, 7: 4, 頁 89-98。
- 謝孟晃 (2003)。「探討九二一地震後資源流失與因應行為對居民災後身心症狀的影響」。國立政治大學碩士論文。
- Teddy Boen & Rohit JIgyasu (2005) . Cultural Considerations for Post Disaster Reconstruction: Post-Tsunami Challenges. [http://www.adpc.net/irc06/2005/4-6/TBindo1.pdf?](http://www.adpc.net/irc06/2005/4-6/TBindo1.pdf)
- Ethnic Communities ' Council of Victoria Inc.Cultural Competence: GUIDELINES AND PROTOCOLS. December 2006.
- Margaret S. Stroebe et.al. (2008) Handbook of bereavement research and practice: advances in theory and intervention.Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Marsella, A. J. (2010) . EthnoculturalAspects of PTSD: An Overview of Concepts, Issues, and Treatments. *Traumatology*, 16 (4) , 17-26.
- Mattar, S. (2010) . Cultural Considerations in Trauma Psychology Education, Research, and Training. *Traumatology*, 16 (4) , 48-52.
- National Association of Social Workers. NASW Standards for Cultural Competence i n Social Work Practice. 2001.
- Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M. R. (2010) . Culture, Trauma, and Subjectivity: The French Ethnopschoanalytic Approach. *Traumatology*, 16 (4) , 27-38.



第二篇 應變準備

第三章 助人者之自我照護

第四章 災難心理衛生服務系統與資源連結

第三章 助人者之自我照護

作者 | 林惠珠 / 台灣心理衛生社會工作學會副理事長

教學目標：

1. 學員能夠考量自己對於救災工作之舒適程度，當前的健康、工作和家庭狀況。
2. 學員能夠瞭解助人者在救災工作中之壓力反應。
3. 學員能夠瞭解組織如何幫助助人者減少壓力。
4. 學員能夠瞭解助人者該如何執行自我照護。

前言：

助人者自我照顧與照護受創者家屬是整個災難心理重建之重要一環。本次課程乃彙整相關國內外資料與自身實務後分享給大家。首先助人者應評估自我的準備狀態，清楚組織所提供之救援準備，參與相關的訓練，以面對救災工作之種種挑戰。救援工作後亦應整理好自己的身心狀態，重返工作崗位及家庭生活，使救援經驗有助於個人的專業成長而非造成日後的不良影響。

一、災難對助人者的影響

看到災難的人就某程度而言都是受難者，因此助人者也會有壓力及情緒反應，需要的照顧與關懷不容忽視。助人者災後出現的壓力及悲傷反應通常是短暫的，通常大約六週到三個月即會消失。

二、助人者之挑戰

就個人層面而言，助人者可能過度認同倖存者而有替代性創傷，並衝擊其對生命、世界的看法，應協助其覺察自己的失落、對失落與死亡的焦慮害

怕，以免影響救災工作的參與及救災後的生活適應。而就專業層面而言，災難心理衛生工作常在惡劣的環境中，且以非正式的形態進行，過程及成效均不易掌控，其壓力與挫折易對助人專業信念產生影響。

三、參與救災工作之自我評估

（一）心理抗壓性：

評估你在進行心理急救時可能碰到各種狀況的心理舒適程度。因為助人過程也可能會面臨許多困難，但是否向組織、督導、或同儕求助則有所不同，有些人可能認為求救似乎就是代表自己的能力不足的一種表現。

（二）健康狀態：

瞭解自己身體和情緒的健康狀況，以及任何足以影響你在災難現場長時間工作的狀況。因為有許多助人者抱持著熱誠去協助他人，但反而造成自我的耗竭。

（三）家庭支持度：

家人在你工作期間的配合能力，若是原本家庭就是受災戶，或需要助人者分擔生活照顧責任，當去協助災難時均會造成相當程度的影響。

（四）工作考量：

機構的認同、主管的支持及同事的支援。機構內的相互協調等事項要在幫助之前先協議好。

四、助人者之支持與壓力管理

助人者參與救災工作需暴露於創傷的刺激及工作的要求之下，為減輕其壓力並維持其工作效能，所屬組織應於救援工作前、中、後提供適當之支持與協助。

（一）救援前

應發展具體救難計畫，明定責任與角色功能；訓練工作者有關救難的工作執行原則及壓力管理、參與救難演習；鼓勵所有工作者擁有家庭、學校和工作場所的災難準備計畫；準備工作者壓力管理手冊；準備災難時使用之物品、設備及救災識別證。在救援之前你都有先思考過上述的問題，這樣一來在面對臨時狀況時能夠處理較為完善，在面臨自我本身壓力的調度與管理上都會比較好。

（二）救援中

1. 若助人者亦為受災戶，應支持及協助工作者找到家人，減輕救助者的壓力。
2. 觀察工作人員之壓力反應，限制輪班工作的次數，避免照護者工作超過 12 小時，並鼓勵休息，因為我們是助人者，無法再等其他入協助我們，所以自我觀照是非常重要的，才能夠去承受災難的重大壓力。這也是提醒各個督導們需要多關注成員的地方。
3. 提供助人者可以從曝露程度最高的任務輪換到曝露程度較低的任務。
4. 最好的方式是兩兩工作，鼓勵同儕和夥伴間的同儕諮商，有同伴會減輕壓力的感受。
5. 去之前最好要能先了解人員部署與現場的狀況，建立工作指揮及督導系統、溝通機制，並提供通訊設備、食物、住宿及交通安全，進一步減少挫折與無所適從的感受。

（三）救援後

1. 災難的嚴重性與持續的程度也會影響人員恢復的程度與助人者任務角色配置。在完成救援工作後，督導們也要關注助人者是否有悲傷失落的感受或是自身的壓力存在，所以要鼓勵安排休息的時間並善用支持系統。
2. 組織上也要提供人員壓力管理訓練及諮詢服務。

3. 每個專業團體組織所面臨的壓力會有所不同，所以在救災之後宜提供分享統整團體，予以工作人員的心情與壓力給予肯定，而且單獨會談可能有許多說不出來的話語，透過團體的彼此分享與討論，將會使人得到較多的普同感受。
4. 建立助人者相互連絡之方式。
5. 提供參與工作檢討之機會及工作之正向資訊。

五、助人者常見的壓力反應

心理及情緒上	擔心、害怕、生氣、坐立不安、悲傷憂鬱、無助、孤單、罪惡感等
認知上	無法停止不想災難的事、注意力不集中、記憶力、方向感、理解力等
行為上	工作表現、飲食、睡眠、活動量、警覺、社交退縮、物質使用、哭泣、發生意外等
身體上	頭痛、肌肉酸痛、疲累、心跳、血壓、體重、經期等

依據在 921 地震對 140 位衛生單位、軍隊、醫院等之助人者的調查研究，可發現心理疲勞 (48%)、身體疲勞 (44%)、情緒不穩定 (28%)、心情憂鬱 (27%)、災難影像不自主出現腦海 (25%)、睡眠不穩且於夢中驚醒 (18%)、話說的特別多 (16%)、自責或有罪惡感 (15%)、健忘或注意力無法集中 (15%)、焦慮恐慌 (13%)、不願意訴說救災經驗 (12%)、失去日常生活興趣 (11%)、救災經驗整合團體對助人者之協助程度、表達分享自己的情緒感受 (84.7%)、團體儀式中彼此的支持與了解 (83.9%)、討論災難中正向或值得驕傲的事 (82%)、與別人分享訴說災難事件 (81.3%)、和別人討論壓力及因應策略 (80.2%)、表達分享自己的想法態度 (76.6%)、討論自己最困擾的救災經驗 (75.2%)。

六、助人者壓力反應之影響因素

事件的嚴重度	依照災難不同而有不同的意義
事件對助人者的意義	過去的類似的經驗或是家人曾接觸過類似的經驗
助人者的因應機轉	個人成長背景與特質和面對問題的方式會有所差異
助人者的支持系統	每個人面對危機時會依照支持網絡而有所不同

七、助人者之自我照護

依照救援的前期、過程中和後期都會有不同的過程，分別描述如下：

救援前	清楚自我的極限，作好個人、家庭、工作之生活規劃安排
救援中	管理個人資源、堅持工作限度、同儕分享、家人聯繫、紓壓放鬆活動、
救援後	營養健康、休閒生活、社會網絡連結、親密關係建立、接受他人關心、

八、辦理救災經驗整合團體

常被應用在重大創傷事件後對助人者之協助，以結構化的歷程提供助人者整合救災的經驗，抒發情緒與壓力，並藉由彼此的分享與支持，正常化那些困擾自己的經驗感受。據國內研究對助人者的幫助程度為：表達分享自己的情緒感受(84.7%)；團體儀式中彼此的支持與了解(83.9%)；討論災難中正向或值得驕傲的事(82%)；與別人分享訴說災難事件(81.3%)；和別人討論壓力及因應策略(80.2%)；表達分享自己的想法態度(76.6%)；討論自己最困擾的救災經驗(75.2%)。

九、參考資料

陳淑惠、周嘉琪、蘇逸人、龔怡文、潘元健（2011）：心理急救操作手冊第二版中文文字修訂版（譯）。台大心理系，台北市。〔譯自 National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July, 2006.〕。

陳錦宏等（譯）（2001）。災難與重建 - 心理衛生實務手冊。（原作者：Diane Myers, 1994）。台北：心靈工坊。

黃鴻程譯（2011）。助人的藝術。（原作者：Edgar H. Schein, 2009）。台北：書泉。

李玉蟬主編（2012）。導引悲傷能量（頁 23）。台北：張老師文化。

第四章 災難心理衛生服務系統 與資源連結

《第一節》 災難應變概念、我國災害防救體系 及衛生醫療災害應變機制

作者 | 張群岳 / 臺中榮總急診部災難醫學科暨衛生署中區緊急醫療應變中心主任

教學目標：

1. 學員能夠瞭解災難之定義。
2. 學員能夠瞭解國家防災體系。
3. 學員能夠瞭解國家救難系統與資源。
4. 學員能夠瞭解 EOC(Emergency Operation Center)。
5. 學員能夠瞭解災難醫療救援隊。

一、災難的定義

一個衝擊事件所造成傷患數目與治療所需醫療資源失衡的情形，稱之為「災難」。

(一) 災難的類型可分為三種：

1. 自然災難：

因地震而引起的災難、氣候類。

2. 綜合災難：

自然+人為，包括旱災、沙漠化、水災、雪崩、山崩/土石流、火災，另

外還有醫療類，即流行性傳染病或遺傳性疾病。

3. 人為災難：

科技（放射性物質/運輸/爆炸/火災/環境破壞）與衝突（戰爭/警民衝突/種族衝突）。

（二）災難特質：

1. 事件的發展特性：

迅速的（幾秒至幾小時）或逐漸的（幾天至幾週）。有預警、無預警、長期的（幾個月至幾年）；

2. 影響範圍：

振幅、強度（振幅/單位時間）、等級（影響區域）、時間分期（極短期、短期、中期、長期）、總強度。

二、災難管理的分期

災難的反應分期管理可分為四個階段：減災(Mitigation)、準備(Preparedness)、應變(Response)和復原(Recovery)。分別描述如下：

（一）準備/減災期：

制定標準作業程序、測試標準作業程序、修改標準作業程序、訓練成員了解標準作業程序、減少災害的發生。

（二）應變(Response)：

應變警戒與通知、狀況評估與監測、執行 EOP(Emergency operation procedure)，執行準備時期所創立的應變方式、建立醫院指揮中心、架構 ICS 組織、事件行動計劃、IAP (incident action plan)、溝通與協調、人員健康與安全、應變特殊考量、法律與倫理考量、解除動員。

（三）復原(Recovery)：

系統復原、應變評估與組織學習、損害求償或賠償。準備的時期往往都比較長，就如同本次課程一樣，事先做好準備後，在面對突然的危機發生時，才能有較好的應變。

三、災難的特色

內部災難通常缺乏事先警示，而必須快速反應。而停電、火災、外部天然災害等，與地理環境有關。災難發生時會造成通訊受損、運輸困難、資訊不可靠等，因此平時應避免過度依賴，以確保災難發生時有最佳應變能力。

目前以災難發生時的處置而言，最近的醫院會接收最多的病患，而且現場的病患未能依照原先規劃運送到指定的醫院，在沒有良好派遣規劃的狀態下，醫院的工作人員會擠到急診室或災難現場，而外援通常在 72 小時後才會進入，另外還須針對自願人士指派工作。醫院的安全則需要官方協助。大眾及媒體的資訊需求常會超過預期。雖然大量的恐慌通常不會發生，但往往正確的計劃及演練可以減少生命損失。

四、災難的影響

災難影響可以分為兩種：1.大量的傷亡（Mass casualty incident），如地震、爆炸、SARS、土石流、八八風災等。2.複雜的傷亡（Multiple casualty incident）是當醫療體系無法正常運作時，可能出現運作上及處理新增加之患者等問題，上述問題彼此之間環環相扣，應避免每一環節出錯的可能性，主要目標在於增加醫療系統的恢復力。而醫療照護的出現，也是讓災民感受到國家並沒有放棄的一種指標，提供穩定心情的作用。

五、災難的衝擊

災難的衝擊包括大量死亡、社會損傷、流行病爆發。常見的是災難現場容易有鉤形蟲的傳染性疾病，而且有許多的立即性衝擊（外傷）。然而，大部分對健康的影響是潛在且可避免的，真正和潛在的健康危害並非同時發生，並非總是需要食物、收容所和基本健康照護。

在災難時，社會反應下災民很快地自動自發解決問題、個人角色的衝突，降低對社區的關心、謠言滿天飛、災民不願配合政府救災行動與災難的共同健康問題；傳染病的狀況是災難本身並不會引起傳染病，但可能增加疾病機會。最常見的原因是水和食物被糞便污染，其與人口密度和災民數成正比，病媒傳染病可能因病媒管制系統失效而增加災難的共同健康問題；災民遷移時，人會往市區移動，超過公共衛生系統負荷，造成傷亡數增加，依親(大部分)或露宿街頭；在處理共同健康問題時，會依照氣候和食物和營養而有所不同；最後則是會出現相關精神問題，此時焦慮、神經質和憂鬱不是災後主要的急性公共衛生問題，而是要努力保持家庭、社會、社區等結構，而非一味給鎮靜劑。

六、事件管理系統（ICS）

處理災難時，超乎平常的能力時所提出的系統處理模式。ICS 必須要能夠處理不同程度大小，不同型態的災難，藉此讓從不同工作崗位來的工作人員都能在同一架構下協同工作，提供執行人員足夠的後勤及行政支援，涵蓋重要的功能並避免疊床架屋。ICS 分為指揮部門、執行部門、計劃部門、後勤部門、財務/行政部門等五大部門。

在大量傷患現場指揮系統中，又可細分為指揮官（負責指揮全場、負責工作人員的安全）、新聞/發言官（負責資訊的提供、新聞的發佈、記者會的召開、小型事件可由指揮官擔任）、安全官（負責現場安全的維護及戒備及

一切安全事宜)、聯絡官(擔任災難現場聯絡的單一窗口、負責各緊急事務的聯繫,而且聯絡官往往是一個重要的角色,可能是要很多組別交錯,讓彼此能夠休息等。)、檢傷官(負責病患的檢傷、由抵達現場最資深的醫療人員擔任)、醫療組(負責現場緊急醫療救治、依病患傷病程度又可區分為重傷、次重傷、輕傷)、運輸組(負責傷病患的運送、現場交通規劃停車場、進出動線規劃)、後送組(病患後送事宜、與後方醫院聯絡後送事宜、病患去向資料統計)。

七、國家災難應變系統 (National Disaster Response System) 與衛生署 EOC

依照我國救災緊急應變系統區分,可從下圖理解:綠色代表單一縣市可以處理的災難,黃色為區域可以處理的災難,紅色則是國家需要處理或是需要國際救援的協助。



EOC的角色與功能同上述,分為準備/減災(制訂、測試及修訂標準作業流程、災難教育訓練、災難知識推廣、建構聯絡管道及網絡),平常需要聯絡一些能夠應變的系統,增加彼此熟悉度,而災難發生時,才能夠提供立即處遇;應變期(醫療資源調度、病患資訊收集、傳播);復原期(協助公共衛生調查與災後復建)。區域EOC(黃色)的工作內容就是在24小時內監控各地災情、掌理醫療資源、救護設施及救護人力資訊建置)與協調跨縣市之

緊急醫療資源調度和協助各縣市政府建立區域聯防機制。所以在大量病患事件發生，如須跨區域支援，EOC 可協助相關衛生醫療單位啟動投入緊急救援工作，迅速完成緊急醫療救護任務。

八、災難醫療救援隊 (DMAT)

災難醫療救援隊可分為 Level I 國家級（台大、成大）和 Level II 區域級性兩種。國家級由三個醫療執行單位(MOU)、一個醫療支援單位(MSU)，人數至少 62 人；區域級，由一個醫療執行單位(MOU)，人數至少 16 位醫療人員。而且 DMAT 人員都需要接受過災難醫療的基本訓練或是更高 ACLS，ATLS 及 APLS/PALS 訓練等實務經驗。任務是協助災區內及自災區疏散出來民眾之基本醫療照顧。人員組成是從區域 DMAT 基本成員應包含 3~5 名醫師、7~9 名護理或 EMT 人員、3~4 名行政或醫療輔助人員及 2 名指揮人員共 18 人；災害事件初期，可先派遣先遣隊(advance team) 1~2 名醫師、2~4 名護理或 EMT 人員，共 3~4 人（至少包含 1 名醫師）赴災區進行評估作業。DMAT 也創立了許多的志工，平時是了解中區 EOC 的運作、了解大量傷患作業流程、了解附近的責任醫院、學習緊急醫療管理系統的操作與參與中區 EOC 的演習。而 DMAT 面臨災難發生會抵達現場了解情況，回報中區 EOC、抵達責任醫院了解情況，回報中區 EOC、協助病患資料統計，回報中區 EOC、協助病患資料輸入衛生署緊急醫療管理系統，最後經由派遣擔任災難醫療救護隊隊員出隊。

區域級災難醫療隊啟動流程是區域 EOC 接獲本署派遣區域 DMAT 通知後，應於 2 小時內完成先遣隊(advance team)人員及裝備整備（以自行維持 2-3 天基本生活所需裝備為原則），並到達集結點。而且區域 DMAT 應於接獲通知後 6 小時內完成人員及裝備之整備並到達災區集結點。

災難醫療救援四階段：1.可能病患撤離（預期發生土石流、事先撤離可能的病患）；2.現場搶救（結合當地原有的救援組織、協助病傷患搶救、評估災難現場）；3.傷患外送（協助病傷患運送至外送集結點、協助病傷患外送）；

4.DMAT 投入(當災難持續或交通中斷時則必須徵召 DMAT、DMAT 組成後必須向災區衛生局報到後,接受災區衛生局指派進入災區,服務結束後也必須向災區衛生局報告後方能收隊)。

九、結論

災後協助的重點就是要有所準備,平常要讓每個專業人員或是相關人員能夠有所想像或模擬,並且經由受訓後能夠更為熟練,以面對突然的危機事件。

十、參考資料

王宗倫、張珩、陳輝財(2005)。「災難醫學精要」。台北：金名。

第四章 災難心理衛生服務系統 與資源連結

《第二節》

地方災難心理衛生體系的運作及資源協調與整合

作者 | 余沛蓁 / 高雄市政府衛生局社區心衛中心主任

教學目標：

1. 學員能夠熟悉災難心理衛生之三級預防工作與資源網絡。
2. 學員能夠熟悉災難心理衛生服務模式與注意事項。
3. 學員能夠熟悉災變過程中人力組織、調度及管理。
4. 學員能夠熟悉災難心理實務服務之經驗與未來實務運用。

一、前言

人類在追求科技、文明的私心破壞了大自然的資源與平衡系統，全球暖化氣候變遷，短短這幾年讓人感受特別強烈，而這也與心理狀態密切相關，幸福及永續的感覺需要在生命、生活及生態的平衡裏才得以生生不息，我們可以用三生有幸來形容心理衛生需要推動的工作，也就是三生（生命、生活及生態）平衡中擁抱幸福感（Well-being）。因此，推動災難心理復原的工作必須喚起「每個人」愛這片土地的「心」，大地的植物、礦物、河川、動物等存有者都是生態，而你我的生命、生活都與這更大的生命能量體息息相關，喚起這份「心」就連結了土地的根，形成生命、生活及生態融入【愛與感恩】的文化和價值觀，這才是災難心理回到本源及最根本的作法。同時，避免過於災難化的問題思維，強化「每個人」的韌性（resilience）。

二、災難心理衛生之三級預防工作

(一) 減災規劃(離災避難)：

制定總體心理復原之防災政策，提升地區心理復原力計畫，推動心理高危險群辨識、危險程度評估，落實離災避難全民之生命與生態教育。

1. 建構心理衛生服務整合平台：

透過垂直橫向整合協調過程，建立轄區心理困擾個案管理及資源轉介服務窗口，並整合現有公私部門、心理、精神醫療等服務資源，透過心理衛生服務單一窗口整合平台，使文化敏感度、人性化關懷之精神落實各公私部門服務中，同時以家庭、社區為主體考量，避免資源重疊，使資源投入發揮最大效益。

2. 培育在地災難心理衛生工作者：

在專業的養成教育中非常少論述災難心理衛生，而災難心理衛生工作者的角色及專業其實相當多元化，也涉及人格特質部份，必須設計特殊的訓練方式，以培養工作人員能適應災區心理工作的特殊性。工作者所需的技巧和能力，需要專門的篩選和訓練，非常不同於臨床住院和門診的工作和型態。當一個災難衝擊一個社區，理想上是能夠有一組心理衛生專業的核心團隊，平時有特別的訓練、可以快速地動員、熟悉狀況。如果受衝擊的地區沒有這種能力，那麼訓練有素、經驗豐富的災難心理衛生工作者，可以透過專業的評估迅速與地方組織一起工作，在災難衝擊、混亂的立即時刻提供幫助。因此，事先規劃和訓練專業人員，之後，由訓練的災難心理種子老師再普及的訓練各區民眾，以提升個體對自己的哀傷或失落的關注與復原力，因為生命與生態的理解和適應是每個人每天生活的一部份，讓每個人了解其資源在哪裡，如何獲得救援，非遇到大災難時才是生命中第一次思考及面臨重大的失去與哀傷。災難心理衛生工作者需要一些訓練及準備：

(1)個人對生命清楚透徹，平靜且如如不動：

救災助人者本身應有充分準備度，學習多元的自然療癒方式，連結源頭力量，使個人更穩定的根植大地、帶著無限的視野觀看有限的發生，一切瞭然於心卻不隨境起舞。當助人者本身哀傷議題未平衡、負面能量不會釋放、對生命的理解僅限於第三次元的物質世界觀，是無法帶著更大的理解與力量穩定悲傷的團體及氛圍，反而容易被哀慟的情緒給淹沒，甚至挑動個人生命旅程的負面情緒，成為被協助者或生活裏多了許多擔憂和感傷、感到很疲憊而不自覺，除了個人的準備度外，應組成工作團隊，透過團隊凝聚力與支持度可以相互扶持、彼此打氣，否則光有熱忱，但專業不夠時，很難能夠帶著與生態生命互動的態度持續工作著。

(2)主動貼近個案及處所的生活需求：

在災難現場、收治人數多或少的安置所等環境工作的人，開展心理衛生服務，並非以傳統的被動等待方法，必須“積極地主動接觸”，及在協助申請補助、物資需求等生活上協助時，進行心理衛生評估及處理。

(3)與社區建立夥伴關係並一起工作：

提供災後心理衛生諮詢，需要擁有瞭解及有效處理各團體間微妙關係的能力，才能與社區、重要領導者建立及維持關係，要能成功地和草根性的社區團體互動，需要明白地方獨特的文化、社會網路、正式及非正式的領導者，並擅長與鄰里建立人際關係。

(4)多元隨機取材的心理衛生介入方式：

在安置（處）所可能什麼東西都沒有，除了宣導單張外，可以準備大張海報、麥克筆，或現場的白板等工具協助我們具象化呈現內容，過程需要敏感每個安置（處）所的正向資源；並與他們一起強化它，如：祈禱、吟唱；或重要的儀式，述說的語言僅可能以相同的語言或用辭互動，這會讓距離快速拉進，在進行任何大型宣導講座、團體或個人輔導時，詢問他們舊有處理的經驗是重要的步驟，心理衛生宣導內容非一成不變，

熟知其平常運用的正向方式，而這方式不足以因應當前現狀，我們再由其基礎上加些什麼才是具體適用的方式。

(5) 危機輔導：

對於大部分的災難倖存者，不適合長時間的心理治療，危機處理、短期治療、心理支持性互助團體及身心靈實際援助都是比較有效的，災難心理衛生工作者必須對這些方法有所認識及純熟的技巧。

3. 針對第一線救災人員辦理減壓團體：

一線救災人員亦是創傷後壓力症候群的高危險群，包括：消防人員、警政同仁、軍人、醫療人員等，為使服務更為健康及持續，應先於災難減災期訓練各單位救災人員以強化心理復原力（resilience）。

4. 減災規劃期應訓練志願投入災難心理工作的專業人員、在地熱心服務人士，如：村里長、鄰長、牧長者、志工群等，建置在地安心服務員及人力資料庫，培植在地安心服務力量。

5. 連結在地資源網絡，結合在地民間組織，如：教會、社福團體，並與政府相關機關，如：社會局、教育局、勞工局等共同合作，整合在地各項服務資源及建立資源網絡，建立轉介服務機制。

6. 成立災難心理服務先行評估團隊，此評估團隊成員包含衛生局社區心衛中心人員、精神醫療網核心醫院及精神責任醫院，成立災難心理團隊，協助評估災難時的人力、資源等需求。精神醫療網每三個月定期更新各責任醫院聯繫人，當災難發生時，擔任啟動精神醫療主要聯繫窗口。

（二）整備訓練：

災前救災資源整備與人員訓練是將災損降至最低的關鍵。

1. 配合緊急應變體系，參與大規模複合型災防演習，以整合衛生醫療系統。
2. 召開災難心理桌上演習、研討會，建立相關網絡單位的聯繫，定期與紅十字會、慈濟基金會、台灣世界展望會、學校、社會福利服務中心、社區（部落）健康營造中心、心理衛生團體..等相關單位的代表開會或互動，使彼此更具共識，以提升災難心理服務能力與成效。

（三）緊急應變：

災時進駐災害應變中心，評估並視需求啟動多元心理服務，並擔任災難心理各單位間之溝通、災情通報與服務之傳遞。

1. 當大型災難事件(含重大公共安全危機事件)發生，啟動災難心理機為：縣市政府開設一級緊急應變中心，同時縣市政府消防局及衛生局開設緊急應變小組，衛生局社區心衛中心人員派員值勤待命。
2. 值班人員接獲市府應變中心指示或轄區衛生所、EOC 回報緊急收容安置場所有心理衛生需求，便聯繫災難心理承辦人員、股長及主任，先評估災難心理衛生需求要提供什麼服務？有那些地方需要服務？人員介入的程度如何？介入期間要多久？儘量避免醫療化的思維。並由本中心派工作人員提供緊急安置場所安心關懷服務，包括安心文宣、篩檢、安心講座或安心團體服務等；災難事件(含重大公共安全危機事件)之住院傷者，由診治醫院提供照會精神科/身心科提供心理支持、心理評估及治療。
3. 安置場所有精神醫療需求時，依轄區精神醫療機構應變緊急災難責任分配區，啟動責任醫院提供災難心理醫療服務，視情況採駐點或巡迴醫療、心理諮詢及轉介等服務。

4. 結合心理專業團體(諮商心理師公會、臨床心理師公會)提供救災人員心理諮詢、篩檢、心理減壓團體/講座，以減少替代性創傷。
5. 發現疑似高危險群個案時，予造冊追蹤並依個案需求提供轉介精神醫療、個別/團體心理諮商或相關社會資源服務。

(四) 復原重建：復原(Recovery)包括短期及長期的工作。

短期工作的目標是修復社區硬體公共設施並盡快恢復維生系統的運作，輔助性的短期復原工作包括提供臨時住所、社會救濟、失業補助等。心理問題的緊急診治及危機處理則屬短期心理衛生復原工作；長期復原方案是以恢復正常生活並增進生活品質，災難心理階段性服務轉銜至既有服務體系為目標。依在地時空背景、特定資源，因地制宜修正心理復原重建標準作業流程與服務，以提升重建效率，使民眾迅速恢復生活常軌。

1. 災難心理衛生服務是全面生活的照護而非僅限於心理層次，對個案心理層次的關懷之外，因多數個案罹患身體疾病或慢性病，需提供疾病衛教及用藥指導、協助就醫。
2. 以衛生所為據點展開及持續在地「生活及安心」服務，高危險群個案由轄區各衛生所個案管理，依個案需求轉介精神醫療、個別或團體諮商輔導等服務，並回歸到既有之社政、衛政、勞政、教育等服務體系。

三、災難心理衛生服務模式

(一) 服務內容：

1. 所有災難心理衛生服務人員(社區心衛中心及衛生所同仁)需依指定之地點進行報到、聽從行前說明、工作要點、任務分配及裝備清點之後，始提供服務。

2. 在安置場所應聽命指揮官的指示，採走動式心理支持服務，了解災民當下之需求並協助處理，先讓災民「安身」，並透過公部門管道，例如：市府網路平台、市府 LINE 提供正確訊息讓民眾安心。
3. 選定「災難心理症狀篩檢表」討論篩檢方式及頻率，進行心理篩檢高危險群個案造冊追蹤關懷，依個案需求轉介精神醫療、個別/團體諮商、轉介等服務，達結案標準者則依流程結案。

(二) 服務對象執行及規劃如下：

1. 創傷高風險 A 群：

往生者的家屬(包含縣市救援而罹難者)採一對一個家庭的哀傷輔導陪伴，此關懷陪伴工作由縣市政府社會局社工主責；最能於第一時間從協助社會福利觀點建立關係，有自殺高危險或需要精神醫療者轉介縣市政府衛生局。

2. 創傷高風險 B 群：

重傷患(住院)及救援者，這群體心理及生活復原需要更長的協助。

(1)目前在醫療體系照護待傷勢趨穩或需要心理服務由醫院以照會精神科或社工師提供心理關懷，最好在出院回到社區前，後續關懷的人員到醫院建立關係，俾利出院後接續以家庭為中心的整體身心靈關懷。

(2)災難救援者亦是 PTSD 高危險群包含國軍弟兄、縣市政府投入之同仁等皆需進行群體或小團體的安心減壓服務，待救災告一段落即需啟動此服務。

3. 創傷高風險 C 群：

(1)災難社區的房子受損害/住民受傷及家屬及單純災難社區的房子受損害住民及家屬：安置場所進行走動式關懷，並篩檢出明顯有 PTSD 高危險群進行後續關懷。

- (2)災難社區居民：發放創傷壓力反應及安心宣導單張、安排安心減壓講座。
- (3)廣大群眾：藉由廣播節目、跑馬燈等宣傳平台，宣導心理健康促進、安心方式，給每位市民一封信、本府局處同仁一封信(像是出現有些煩躁不安等情形是屬於不正常情形下的正常反應，教導甚麼情形下需要求助專業人員及目前事件可以安心的方式等)。

(三) 服務作業標準：

高風險群：

個案經「災難相關心理症狀量表」篩檢後，憂鬱分數 2 分以上、創傷分數 4 分以上；先列入高危險群個案名冊，關懷訪視服務為一年，每月至少 1 次，得依個案情況延長。如必要變動個案關懷層級，於工作會議會中討論。

低風險群：

經篩檢非高險群個案者暫列入低度關懷名冊，關懷訪視服務期間為 6 個月，2 個月至少 1 次，得依個案情況延長至 9 個月。如必要變動個案關懷層級，於工作會議會中討論。

訪視原則：

1. 關懷訪視以家訪為主，電訪為輔，訪視後填寫「訪視服務記錄表」。訪視服務第一步驟為與個案建立同盟關係，傾聽並給予情感支持；其次，需持續進行評估，瞭解案主的情緒狀態、精神狀況及風險性，彙整與釐清個案的困擾後，依案主需求連結網絡資源，並追蹤資源連結狀況。
2. 透過家訪可以實地觀察案主的居家環境、家人互動、生活習慣等，訪視需依案主及案家擬定個別服務計畫，以提供全面性的服務，提升案主及案家互助支持的功能。

結案標準：

1. 失聯：個案經行政系統或家訪之方式協尋後仍無法與案主、案家取得聯繫。
2. 關懷期間，經評估，個案症狀緩解達穩定狀態或案主有能力處理問題。
3. 個案拒訪：與督導討論，評估個案情況提供適當處遇後，或案主可銜接適切之資源，訪視至少 4 次。
4. 個案居住地/設籍地已遷移非縣市服務轄區範圍。
5. 個案死亡：①自殺死亡 ②其他原因死亡。
6. 服務轉銜：①醫療 ②非醫療 ③回歸原有服務體系。
7. 依局處分工，由其他單位持續訪視服務。

(四) 轉介服務：

依個案問題需求由轄區衛生所轉介相關網絡單位，如：學生個案轉介教育局學生諮商中心做校園心理輔導，生活經濟個案轉介生活重建中心、就業問題轉介勞工局、有申請社會福利需求則轉介區公所社會課、有自殺危險之個案則轉介至縣市社區心理衛生中心關懷服務。

(五) 建置災難心理督導暨個案研討會機制：

督導機制可協助第一線服務人員充實能量，督導主要職責如下：

1. 督導並協助在地資源之整合，含進駐當地之精神科醫療團隊、兼任心理專業人員、並協調整合民間社福團體、宗教團體、志工等相關資源，促使災後心理衛生重建工作之執行。
2. 督導精神、心理專業人員相關精神、心理處遇工作。
3. 督導並協助建置災難心理衛生緊急協調機制及協助衛生所處理在地發生特殊事件(如自殺、家暴、兒童、藥物濫用 等)。

- 督導重建區心理衛生工作的執行過程、品質及困難問題處理。藉由會議討論個案處遇計畫，必要時召開資源聯繫會議，以連結個案所需之資源，提供重建區民眾心理關懷服務及資源連結，以提供整體性服務。

(六) 賦權 (empower) 在地療癒力量：

每個地區有其特性、次文化、在地資源、生命力量與長期問題等，必須謙卑的理解和陪伴其復甦，過程是擔任資源引進的管道，療癒的發生只是時間和層次的不同，只要認真覺察，適應改變的個體、家園、社區都是新（心）力量的開展，藉由看見、肯定與支持，生命的活力將更有活力。

四、災難心理實務服務經驗之敘說

災難創傷的關懷工作，不僅僅只做心理評估，必須協助災民，先安身安心，整合政府局處、民間等資源提供申請補助資訊、就業資訊等，穩定他們最基本的生理需求後，進而提供訪視服務。

(一) 服務價值：

在災難心理復原過程中，需要有充分堅強信念、柔軟的心，及彈性的關懷策略，提供資源但尊重受災民眾的選擇。當受災民眾處於哀慟情緒時，關懷人員所能做的就是陪伴與支持，相信當有人能「看到」受災民眾的哀慟，就會產生一種連結，這種連結對於哀慟者而言，雖尚不能立即減輕其悲痛，卻能陪著他去承受、去經歷、去走過這段生命歷程，協助他整合經驗而非麻木逃避。

「我沒事」。受災民眾於接受訪視時常表達一切都好，不需要協助。一般而言，災難事件會對經歷者或目擊者造成影響，但每個人的反應與復原狀況不一樣，因此，以不假設與不評價的立場提供服務，共同討論民眾常見災

後反應，提供名片與相關求助資源供受災民眾參考，也可延長訪視頻率，降低民眾的反感。

關懷訪視員的角色主要為協助促進民眾的安全感受，也協助民眾統整受創經驗，透過引導述說生命故事以接受災難事件發生事實，同理民眾的感受。學習不說「你想太多了」、「已經沒事了不要再去想就好了」等話語，帶著民眾一起看見個人的力量，強化個人的效能感，保有正向信念。

在災難心理復原過程中，也是心靈重建的過程，生命的價值、對亡者的未盡事宜、個人身心失落與人我關係的重組一一被喚起，往往需要的是關懷陪伴，而非相關心理諮商或精神醫療的介入。

(二) 衛生局關懷訪視拒絕性高：

大部分災民不會主動求助心理衛生協助，屬於非自願性的被服務者，若遇到拒絕接受服務的狀況，可先了解拒絕背後的原因，及評估是否有相關資源可協助。如：民眾可能是一時無法承受失落之衝擊，因而防衛性地逃避或情緒隔離避免碰觸問題，或以冷漠的態度面對關懷人員。此時建立信賴關係相當重要，第一次接觸應以尊重與關懷的態度進行，通常竭盡所能地從日常生活適應狀況頻繁關懷，提供陪伴與慰問，逐步建立信任關係，以提升對後續訪視的接受度及願意信任助人者。

訪視也常遇到無法聯繫民眾，家屬也不願協助聯繫，需透過與家屬建立足夠的信任關係，與家屬討論使家屬成為主要支持者，提供災後相關資源，確認受訪意願及提供求助管道。

民眾或家屬經關懷評估後，依據其需求轉介心理諮商、精神醫療或其他相關資源；若仍有精神疾病病史或身心症狀需持續治療之民眾，鼓勵至精神醫療機構接受追蹤治療服務，若對接受精神相關治療擔心與疑慮者，關懷訪

視員會協助陪同就診或轉介居家訪視服務。對於患有精神疾病或需藥物治療之民眾協助轉介至精神醫療機構就醫，傷者出院後需後續精神醫療服務者，提供轉介身心科或精神科，並由關懷訪視員持續關懷訪視。

(三) 災難心理服務承接許多擴大的情緒：

關懷訪視員常接收受災民眾非理性的言行反應，包含批評、抱怨、憤怒、拒絕等，因民眾的憤怒可能來自失落、與受創經驗造成生活上的改變及增加生活上的壓力感受或不捨感受等，轉移發洩於關懷訪視員身上，關懷訪視員需看見言行背後的狀態進而理解個案，評估其需求並提供所需的資訊及實質上的完全陪伴，留下聯繫的方式。

關懷受災民眾時「態度」重於「技巧」，需要發自內心的關愛、熱情與真誠來回應受災民眾的傷痛，同理受災民眾失落經驗與感受，適時誠懇地說明一般失落創傷可能的壓力反應，同時詢問平常喜歡或習慣做的身心健康活動，鼓勵繼續從事，強調維持生活各種角色的重要性，鼓勵談論他所擅長的事情、成就，肯定其生命不同與價值，豐厚個案自身能量。

在蒐集受災民眾基本資料時，依照受災民眾的背景與成長脈絡，去協助受災民眾從不同的角度去創造創傷後的意義性，讓他們能夠了解到每個人都屬於自己面對創傷的理解方式，能自行療癒創傷帶來的感受。如果受災民眾缺乏喜歡或習慣做的身心健康活動，可以和個案共同討論培養健康之生活習慣，如：規律的生活及睡眠、均衡飲食及多食蔬果、蛋或牛奶以避免發生葉酸或 B12 缺乏、適當的運動量、參加合宜的宗教活動、擔任志工或參與社會公益活動，協助強化受災民眾自助的能力，以強化個人的復原力，能回歸日常生活軌道。

為提升個人心理復原力，進入工作期時可以教導心理健康促進的方法，讓其於生活化中使用並於下次分享回饋，包含：

1. 關注快樂三鑰

第一把鑰匙：

~ 簡單記錄您快樂指數(1~ 10 分)，可以協助您精確地了解一天的情緒變化。

第二把鑰匙：

~ 列出正面表述的快樂清單。一張快樂清單，讓自己清楚知道快樂的人、事、物。

第三把鑰匙：

~ 每日一句鼓勵自己的話



每天於早上、中午、晚上共 3 次，分別記錄快樂指數，以 1 ~ 10 分為量尺，自評快樂分數，並簡單寫下評分理由，得到每日平均快樂指數

一週及一個月後，會有週平均及月平均的快樂指數。

紀錄時間越長，快樂指數越準確。

假設月平均快樂指數是 5.6，本週平均只有 4.5，您可能會檢視哪些事情造成指數下降，同理，快樂指數提高，也會清楚知道哪些事情提升快樂程度。

2. 快樂 123 頌（1 靜 2 笑 3 感謝）

1. 『靜心一分鐘，身心平衡』：靜靜和自己在一起 1 分鐘，專注於呼吸上，靜心可以讓左腦平靜，放下思緒，讓身心呈現放鬆神怡的感覺。

2. 『二聲長笑，健康快樂』喚起生命愉快的經驗，充滿內在所有細胞，同時右手握拳輕敲胸腺，發出兩聲『呵！呵！』長聲(同聖誕老公公笑聲)，保持心情愉悅。

3. 『美言三句，感謝萬物』：將雙手放在心的位置，對自己說 3 句話『我愛我自己、我愛你、謝謝你』，透過呼吸再次完整吸入正向的心念。

另外，以 81 氣爆為例，也有受災民眾因為對「代位求償」的結果感到憤怒不平，認為關懷訪視員無法提供協助。事實上，民眾的抱怨與憤怒並非針對關懷訪視員，對關懷訪視員可能投射了對災難事件感到不公不義之感受。關懷訪視員除了留意自身安全，在過程也傾聽民眾情緒發洩，提供同理與情緒支持，同時需要以縣市政府的高度提供相關局處正確的資訊或協助連結其問題可以洽詢的單位。往往服務過程發現受災民眾具威脅、操控性的言行舉止，此時可以真誠的說明服務的限制，以溫柔堅定的態度進行訪視服務，與網絡單位聯繫時也取得一致的服務原則。關懷訪視員除評估實際需要提供的協助外，尚須詳實記錄訪視內容。針對特殊個案，應尋求督導意見，並深入思考民眾行為背後的動機與原因，引導民眾討論核心問題的動機，發現癥結點後予以適當的處遇。

（四）對求助精神心理有強烈污名化之抗拒：

避免「污名化」是十分重要的議題，衛生局服務往往與精神疾病和心理有問題需要心理諮商劃等號，因此服務中應用關懷的角度了解個案困境，說明災後常見的正常情緒反應，不以診斷用詞定義個案狀態(去病化)，於信任關係建立後視個案生命經驗需要整理的角度，說明專業心理師可以協助我們發現生命經常性的議題，透過拼圖會讓我們生命更完整、更有力量；同時具體說明對生活有改善的部分，如睡眠會改善、情緒可以穩定些、可以更專注於想完成的事情上、對人際或親情的困擾會有不同的看法而關係也會改善 等，透過分享鬆動污名化的想法後，再提供需要的精神治療或專業協助，可降低後續的拒絕訪視。另因災難為緊急意外事件，個管服務為短期性的，相關資源連結應回歸例行服務，故相關災民服務需要縣市政府的行政協調和跨域整合。災難心理的服務常常需要查詢縣市政府原本服務體系的精神、毒品、自殺、高風險家庭、家暴性侵等系統狀況，以連結相關人員或地段公衛護士，跨域整合相關資源提供不擾民的最有效能服務。

（五）災難心理復原歷程又遇災難、失落事件強化更深負面連結：

為了縮短受災民眾復原歷程為緊急期重要的工作目標之一，高雄 81 石化氣爆後又逢新北市的八仙塵爆事件及天津大爆炸等意外事故，無法避免有相關媒體、廣播持續播放相關災害、受傷死亡訊息，對受災民眾又再度喚起影像和情緒；同時也強化更深負面連結，因此，服務過程鼓勵受災民眾避開接觸媒體訊息是有益處的，可以說：「您已經經歷很多了，已經盡可能得保護自己和親友，如果能避免再接觸怵目驚心的畫面和聲音會是個可以讓自己休息一下的好方法，可以到附近公園曬曬太陽、摸摸樹、聞聞花香青草的味道」。而若有媒體前往採訪民眾時，關懷訪視員需提高敏感度多關心民眾的心理狀態，與個案討論接受採訪時或觀看報導後的情緒反應，留意民眾是否出現負面反應，可說明接受採訪可帶來之正向意義，如：能讓其他災民發現有很多跟自己一樣辛苦生活卻又樂觀面對的人，而非受災民眾透過真實經歷的分享也能更珍重現在所擁有的事務。

災難心理復原陪伴歷程中，往往再度遇到生命失落事件，如：親友過世、在意的人罹患癌症、身體心像復原不如預期的改變 等，關懷人員需隨時覺察自己狀態，提醒自己非拯救者，陪伴過程引導其敘說，不強迫、不評論、少提供建議，同理所有感受經驗為真實的，協助整理其感受，透過願意敘說讓悲傷的歷程有機會療癒，進而給予失落事件意義。此時的失落往往也伴隨著增加抽菸量、開始飲酒、飲酒量增加或濫用藥物等情況，增加訪視服務的困難，災難心理復原關懷人員可以協助受災民眾覺察問題解決方式、討論壓力抒發健康的方式、強調自我照顧的重要性、物質濫用的危險性；以及積極銜接專業協助的資源。

（六）災難心理復原歷程正向小改變容易被忽略：

災難心理復原歷程常是動態起起伏伏的狀態，同時需要耐心的允許每個人的差異性，這過程容易讓服務者質疑自己的服務價值，因此，關懷人員常

觀察和感受到受災民眾的悲傷反應為動態性的，言行有時進步、有時退步，可能會持續抱怨、對未來失望、感到挫折、覺得自己一蹶不振、不會好了等深陷在負面情緒中打轉，陪伴的過程必須以正向優勢的觀點覺察到服務個案的正向小改變，在適切的時機點上強化陪伴過程看見的正向改變，提升其自我力量，從具體小的事件看到現實並沒有這麼糟，問題不會一直不變化，找出正向例外，並強化復原進展；找到過去面對問題的成功經驗，激勵對自身能力的信心，相信自己並非失去日常功能的。也可找到重要他人，強化與重要他人正向互動經驗，讓受災民眾更能夠了心中的願景去改變與邁進。

五、結論

氣候變遷攸關世界各國永續發展和人類物種的存續，是邁入 21 世紀所面臨最大的艱鉅挑戰，人類賴以生存的生態環境正急遽惡化，世界各國已普遍意識到對抗全球暖化、水資源、空氣與環境汙染、氣候變遷等相關議題的必要性和迫切性。然而，面對災難的議題，我們一直沒有找到與大自然之間的和諧，如果沒有真正去思考如何與大自然共存，我們永遠都準備滅火。根本的做法是真的重新檢視，好好思考台灣國土怎麼規劃和預防，如何從極端的氣候變遷去思考，以「與大自然和諧共存」做全盤預防規劃的減災工作。

地球的生命面臨了轉變與考驗的紀元，而身在地球的我們與其脈動是相連的，「環境生態、永續發展」的議題儼然成為「每個人」要共同努力的責任，因此，我們傳遞愛給我們的地球，我們地球這個大地媽媽就愈有復癒的能量滋養我們，因為，我們都是大地媽媽的孩子。

六、參考資料

Hartsough, D.M. and Myers, D.G. (1985) Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress Among Emergency Workers. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health.

戴安·梅爾斯 (Myers, D.) (2001) 災難與重建-心理衛生實務手冊 (Disaster Response and Recovery: A handbook for mental health professionals) (陳錦宏等譯)。台北市：心靈工坊文化。

高雄市 81 氣爆心靈復原專書 (2015)。

第四章 災難心理衛生服務系統 與資源連結

《第三節》

中央災難心理衛生體系介紹及資源網絡協調與整合

作者 | 鄭淑心 / 衛生福利部心理及口腔健康司簡任技正

教學目標：

1. 學員能夠了解我國的災難心理衛生體制的建立過程、執行機制與資源網絡。
2. 學員能夠蒐集與澄清救災資訊、有效傳播以適當決策。
3. 學員能夠熟悉災變過程中人力組織、調度及管理。
4. 學員能夠熟悉跨專業與跨領域溝通協調能力。

前言：

政府部門在災難心理衛生方面之發展沿革，可從這 10 餘年來的災難處理經驗為例，來幫助大家了解我國的災難心理衛生體制的建立，政策與策略的發展，以及整體災難心理衛生體系中最重要的一個部分，也就是行政體系的網絡建立與資源整合。

一、災難心理衛生工作發展沿革

台灣是一個非常美麗的島嶼，但是因為地理位置的關係，常會發生許多的天然或人為的災難。雖然沒有辦法避免，但台灣仍然是一個很美麗的島嶼。相關災難的死傷統計如下表：

年份	災難
1949年-1961年	災難 612 次，死亡 2,019 人，受傷 1,858 人
1984 年	海山、媒山、海一礦災：284 戶家庭破碎
1994 年 4 月 26 日	華航名古屋空難：死亡 264 人
1997 年 8 月 18 日	溫妮颱風：死亡 37 人(林肯大郡 28 人)
1998 年 2 月 16 日	華航大園空難：死亡 202 人
1999 年 9 月 21 日	集集大地震：死亡 2,453 人；受傷：11,305 人，房屋全倒 52,605 間；半倒 53,133 間；總損失新台幣 3,538 億元
2001 年 7 月	桃芝颱風：死亡 93 人，失蹤 129 人
2001 年 9 月	納莉颱風：死亡 694 人，失蹤 10 人
2002 年 5 月 25 日	華航澎湖空難：死亡 225 人
2003 年	SARS：死亡 84 人
2009 年 8 月 8 日	莫拉克颱風：死亡 609 人，失蹤：74 人(2009.9.1)
2010 年 10 月	梅姬颱風：死亡 38 人
2014 年 7 月	復興航空澎湖空難：死亡 48 人
2014 年 8 月	高雄氣爆：死亡 32 人，321 人受傷
2015 年 4 月	復興航空台北空難：死亡 43 人，受傷 17 人
2015 年 6 月	八仙樂園塵暴：死亡 12 人，受傷 499 人(含死亡)

1949 年至 1961 年累積的災難大小有 612 次，死亡人數合計 2,019 人，受傷人數也有 1,858 人。而 1984 年的礦災、1994 年的華航名古屋空難、1997 年的溫妮颱風及 1998 年華航大園空難等，均帶走許多的生命。而 1999 年發生的 921 地震，除了死亡人數高達 2,453 人，更加震傷了整體的國家經濟。後面的還有 SARS 和莫拉克颱風等天然大災害，甚至還有因為人為問題，發生的大型災難，如 2014 年的高雄氣爆及 2015 年的八仙樂園塵暴事件。這些大大小小的災難都是發生在台灣，而這些災民及災民的親屬都是災後心靈創傷的高風險群，需要我們提供心理衛生方面的協助。

二、災難心理衛生工作發展

我國災難心理衛生工作的發展其實在很早以前就開始進行的。一開始是來自於民間機構及專業人員自發性的提供心理衛生服務，漸漸的發展到地方政府介入主導。不過有時候災難是非常大型的，像是 921 的大地震，就已經不是由地方政府就能夠處理的，就得由中央政府予以協助。而從民間機構團體、到地方政府，再到中央政府，災難心理衛生工作發展的過程整理如下表：

民間肇始	地方政府發軔	中央政府統合
1. 1984 年 3 月 30 日螢橋國小事件：台大兒童心理衛生中心 2. 1991 年日月潭船難：台中澄清醫院、社工師李開敏、林芳皓	1997 年 8 月 18 日溫妮颱風：台北市政府衛生局組織精神醫療團隊由台北市療臨床心理科魯中興主任領隊提供下列服務 (1)前往殯儀館提供安心服務 (2)前往家中提供家庭關懷訪視服務 (3)設立安心專線提供電話服務	1998 年 2 月 16 日華航大園空難 1. 行政院責成衛生署提供現場家屬心理衛生關懷服務 2. 衛生署邀集各縣市衛生局及全國七大精神醫療網核心醫院研商災難心理衛生救援服務模式及執行： (1)縣市衛生局負責整合轄內精神醫療網絡，並由核心醫院提供支援 (2)提供災難現場心理諮商服務 (3)提供災後心理健康篩檢作業 (4)縣市衛生局與社會局合作，由地段公衛護士與社工員協助精神醫療專業人員進行災後心理重建工作 (5)建立平時災難心理衛生救援流程，並定期進行演練

大園空難的發生，是災難心理衛生發展的重要契機，當時政府機關發現，災民的家屬、救難人員及心理衛生工作者等，在面臨到親人死亡，救援或屍體的處理過程及提供助人工作者，幾乎都受到很大的心理創傷或壓力，需要心靈支持、哀傷輔導以及壓力紓解等協助，而且災難心理衛生服務不是短暫

性的，而是需要心理衛生專業的支援、系統性的規劃、長期的提供服務及建立體制。而國家開始有較成形的災難協助，源自於 1999 年的 921 大地震，開始形塑出一個災難心理衛生的服務模型；鑑於當時災情嚴重，死傷人數眾多，因此中央政府就直接介入協助地方政府處理危機事件，同時協助災民與其家屬、救難人員及相關輔導人員。

三、災難心理衛生體制建立

整體來說，我們可以說災難心理衛生元年為 1999 年（921 地震），之後 2000 年 3 月 23 日行政院核定的「災後重建計畫 - 生活重建計劃—醫療服務及公共衛生計畫 - 心理衛生重建計畫」，已明定服務對象、計畫目標、災難各階段（緊急重建階段--1 年內及長期重建階段—第 2 年至第 5 年）實施策略及方案，災難心理衛生體制已逐漸成型。

2005 年 8 月 8 日行政院核定的「災難心理衛生服務計畫」（2005 年-2009 年），已經建立災難心理衛生之具體架構、服務網絡及專業人力培訓機制等，包括：

- （一）建立災難心理衛生緊急協調機制，在中央政府由衛生署成立「災難心理衛生專家諮詢小組」，並於緊急應變中心設置「災難心理衛生小組」，負責體系規劃、專業諮詢及整體服務資源調度；在地方政府則以縣市社區心理衛生中心為主軸，訂定「災難心理衛生服務緊急動員計畫」，建置當地災難心理衛生組織網絡，負責服務資源之盤點、政府與民間團體組織合作機制之建立及第一線之心理衛生服務提供。
- （二）由精神醫療網核心醫院進行心理衛生服務資源整合與專業人員之培訓及繼續教育，並編撰災難心理衛生教材及服務手冊。
- （三）獎勵發展災難心理衛生研究計畫。

我國的災難心理衛生政策是依據公共衛生三段預防概念，規劃災難心理衛生體系及服務策略方案，包括：

- (一) 初段預防：強調災難心理衛生教育訓練與演習，如增加復原力、早期心智功能的累積等。
- (二) 次段預防：針對篩檢之高風險個案，提供關懷、心理諮詢及心理重建等服務，對於進入災區救難及處理大量傷病患之專業人員，則提供壓力紓解的心理支持服務。
- (三) 末段預防：持續提供災民與救災人員之心理重建服務，重點在於強調回歸原來的生活，並將服務模式落實回歸既有之服務模式，使服務得以連續等。

而災難心理衛生目標則為：

1. 在災難發生時，預防災民發生 PTSD 及精神疾病。
2. 協助災民在發生事故時適應生活。
3. 協助災民重建原有的支持網絡。
4. 舒緩救援團隊(含醫療團隊)壓力。

四、我國的災難心理衛生策略

災難心理衛生策略，第一步就是要先建立災難心理衛生服務體系：

- (一) 健全災難心理衛生組織架構：

中央與各直轄市、縣（市）衛生主管機關均應設置專責單位來辦理災難心理衛生工作，並且應該建立垂直及橫向聯繫機制，以及依權責結合產官學及民間團體資源，推動災難心理衛生工作。

(二) 研訂災難心理衛生應變及動員機制：

輔導各直轄市、縣（市）政府訂定災難心理衛生應變計畫及動員機制，包括分工原則、工作內容及定期辦理演習。

第二步則是要強化災難心理衛生服務網絡：

- (一) 督導直轄市、縣（市）衛生主管機關統整並盤點所轄精神醫療與心理衛生資源。
- (二) 督導直轄市、縣（市）衛生主管機關加強與相關機關（構）及民間團體的協調與聯繫，以及時提供災民妥適之轉介照會服務，因應災難發生時所需。唯有透過平時的協調聯繫建立的默契，明確的職責分工及計畫的訂定、演練，才能在災難真正發生時，立即動員，即時處理危機及提供服務。

第三步是要訂定災難心理衛生服務方案：

當災難發生時，是希望由下而上的方式處理，所以當災難發生時的地方政府為當然指揮官，所以平時就要跟其他政府機關與相關民間單位連結，這樣在災難發生時，才能迅速地依災情性質、災民傷亡與損失、災民文化特質及災民分佈等情況等，研訂災難各時期之心理重建計畫，並據以訂定災難心理衛生工作方案，在具體實施後，也應該透過考核，來監測心理重建服務提供的效益。各種重建都要融合身心健康的概念，因此，協助災民心理重建和外部的生活環境(居住、就業、社會支持系統 ..等)的重建必須同步進行。另外，在救助災難的同時，也不能忘記群眾的心理健康，應該加強民眾心理衛生教育。

總之，災難心理衛生工作簡單的來說，可歸納六大原則：

（一）資源運用整合化：

政府與民間的資源須在平時就進行盤點並進行整合，才能將充分運用資源，迅速動員，不浪費資源也不會資源重置。

（二）服務方式彈性化：

災難的特性、災民的族群及分布、災區地理特性等都有所不同，所以提供服務要有彈性，且尊重多元文化。

（三）關懷人力在地化：

災難心理衛生服務不是短暫性的，因此，不可能長期仰賴外縣市的服務人力，因此，培植在地的關懷人力，與既有的服務體系結合，才能貼近當地人民的需求。

（四）轉介服務周全化：

災民需求可能不只是心理的需求，仍然會有就業、經濟及教育等相關問題，心理衛生工作人員應掌握相關服務資源，適切地轉介。

（五）訓練教材電子化：

專業人力或助人工作之訓練教材，應做好知識管理，透過系統性的資料整理，資訊化及電子化，並針對不同的族群，提供不同的學習方式，才能因應需求，提升學習效率。

（六）宣導活動生活化：

在救災現場，宗教團體的服務往往較能被災民所接受，因為她們提供的服務是較為柔性、貼近人心的，也直接切合災民的需求。因此，宣導活動仍然需要因應災民屬性，適當的融入文化的特性，搭配日常生活，才能提升民眾的接受度。

第四步則要辦理災難心理衛生研創方案，包括：

- (一) 編修災難心理衛生人員訓練教材：依訓練對象（精神醫療專業人員、其他醫事人員、教師、志工及救災人員）、多元文化需求及災難特殊性編製訓練教材。
- (二) 規劃培訓災難心理衛生人員及發展認證機制。
- (三) 建立災難心理衛生人才資料庫。
- (四) 進行災民心理重建服務模式發展及成效評估之研究。
- (五) 研訂評估災難心理衛生服務之成效指標。

五、行政體系的網絡建立與資源整合

一開始是建立預防期的網絡組織，透過精神醫療網/心理健康網，將防災網絡組織進行統整，可有效降低災難發生初期的分工不清，指揮體系不明的混亂情形，所以平時就有防災的網絡，在災難發生時就不用擔心到底要聽誰的指揮。接著是訂定防災計畫及進行實際的演練，透過防災計畫與演習有助於組織網絡的統整，亦可建立組織工作默契與信任關係。

再者，是應變期的網絡組織，設置指揮中心是很重要的，依災難的區域與嚴重度來決定，以由下而上（從鄉鎮市區>>縣市政府>>中央政府）的各級政府主導為原則。指揮中心的功能就是要運作成為公眾的資訊中心，讓民眾了解災情及服務資源，並且協助建立物資管理與發放系統，再建構救災體系，並於必要時進行組織調整。

最後，跨機關的資源整合是災難心理衛生工作能否有效推動的關鍵因素。全民身心靈健康是需要行政體系的資源整合與分工，心理重建是屬於跨領域及跨部門的工作，需要不同行政部門的齊力合作，才能有效提供服務，涉及領域包括：主責心理衛生及精神醫療服務專業的衛生部門，主責居民關懷及生活重建的社政部門，主責社區文化、藝術及宗教的文化部門，主責研訂心

理重建教材、研究調查的科技部以及主責學校師生輔導的教育部門等。透過彼此的分工合作，達到最高的服務效益。而在社區組織的防災網絡上，透過自發性防災計畫的準備，並利用民間組織的靈活補充政府的不足，加上運用社區組織的在地性，發揮社區互助的精神，做好充分的防災準備，才能降低災害，減少災難帶來的損害及傷痛。

六、結論

天然災變、氣候異常，自然災害未曾間斷；天然災難難以預測，人為災難衝擊更大，災難型態漸趨多元且大型化、複雜化及嚴重化，唯有透過完善的防災準備，降低損害，或透過有效的救援，將災難傷害降至最低。為了減少災難對人的身心健康的傷害，應整合現有社會與政府之資源，從平時的衛教、宣導與訓練做起，同時強化災難發生時緊急應變機制與災難後的心理重建，才能使受創民眾恢復自身應變力量與社區自然支持系統。

七、參考資料

衛生署（2000）。「災後重建計畫 - 生活重建計劃—醫療服務及公共衛生計畫 - 心理衛生重建計畫」。

衛生署（2003）。「災難心理衛生工作手冊」。

衛生署（2005）。「災難心理衛生服務計畫」（2005年-2009年）。

戴傳文（2009）。台灣 921 震災十周年紀念--回顧台灣災難心理衛生政策與發展」。亞太地區災難心理衛生學術研討會。

第四章 災難心理衛生服務系統 與資源連結

《第四節》 媒體關係

作者 | 陳俊鶯 / 衛生福利部八里療養院院長

教學目標：

1. 學員能夠瞭解媒體在災難中扮演之角色。
2. 學員能夠瞭解媒體對於社會大眾之影響。
3. 學員能夠瞭解如何與媒體互動。

前言：

近年來，隨著媒體經營與競爭環境的變化，媒體對於一般新聞的處理方式也開始調整，相對的公關人員也擁有更多的空間與機會；科技的進步更讓大眾得以參與媒體，從九一一、南海大海嘯、倫敦地鐵等恐怖攻擊事件，到颱風過境台灣，太多突如其來的災難意外發生時，就算媒體記者無法立即趕到現場，一般民眾也可以利用簡易攝影機、甚至手機傳輸聲音與畫面給電視台，如果再把網路上正發展得如火如荼的各式新聞網站、個人新聞台、部落格算進來，媒體已經多到不可勝數；媒體在災難中扮演之角色極為重要。而災難時救災人員與媒體人員屬在同一地區內服務災民的夥伴，如何彼此將自己的角色功能發揮極致，而裨益於災民實有賴平日彼此建立的關係。

一、媒體在災難中扮演之角色

（一）媒體為敘說者：

確實原則，不可混淆視聽，致造成民眾不適的情緒反應。

（二）正向影響報導的挑戰：

機意識社會教育，提高民眾警覺意識，進而保護生命與財產免於威脅，以及價值觀塑造。

（三）報導者如同證人：

風險與彈性。

二、媒體對於社會大眾之影響

新聞故事，尤其是功能強大的傳播影像，對社會大眾可能會造成明顯困擾，媒體災難畫面的傳播及災難相關的報導與災民的情緒、與 PTSD 的關係。尤其對災難後的事物報導多且頻，而對災難發生的原因及相關因素者鮮少著墨，特別對兒童和青少年，正值發展階段主見及判斷能力尚未成熟，可能造成更大的影響；災難相關的報導與兒童和青少年 PTSD 的關係更為密切。

（一）天災後媒體扮演人心安定劑人禍後媒體報導可以療傷嗎？

媒體有追求真相的天職，但豈能安定人心？日本大地震日本民眾與這個國家之間的信賴感有沒有因為地震而蕩然無存？甚或是更加穩固？日本 NHK 媒體提供的多數救援資訊，扮演好一個媒體與民眾之間的信賴關係，而且是不斷在經營的媒體信賴關係。台灣的媒體及政府能不能在大地震天然災難中取得借鏡，重拾民眾的信賴感，實為關鍵。

其實國內亦有「衛星廣播電視事業商業同業公會新聞自律執行綱要」：新聞報導應尊重個人隱私，當個人隱私損及公共利益時，媒體得以採訪與報導，但需盡全力防止不當傷害個人名譽及個人隱私，或造成媒體公審的情況。當人禍的災難發生時：比如近年的國內空難，捷運等隨機殺人災難事件，高雄氣爆，新北八仙塵爆災難事件等等；媒體報導稍一不夠審慎，個人名譽及個人隱私的尊重與公共利益的損傷間的拿捏，易於失衡，而引發媒體公審的不良結果。對受害者及其家人，肇事者的家屬均可能造成二度傷害，實為憾事。因此下列幾項原則是需要配合遵守的：

1. 救災指揮中心，受傷者醫療場所尤其急診，死亡者家屬追悼的場所等，未經同意不宜直接進入採訪，故應設門禁或管控機制
2. 災難事件的淒慘，暴力，血腥等令人驚嚇的畫面不宜呈現
3. 受災者悲傷痛苦，呼天搶地哀嚎不斷的畫面不宜過度重覆呈現
4. 訊息提供尤其畫面或錄影檔應注意時效性，宜以文字加註發生時間
5. 救災單位宜主動召開記者會宣導正確因應態度，或提供關懷正向反應的案例及故事予媒體

而媒體報導裡大放之各種批判、痛心、感官刺激等現象，背後的收視核心動機還是感動、溫馨、關懷、安全感的構念，關心大多數民眾的閱聽質，讓信賴感超越說服力吧！

（二）自殺新聞誘發自殺行為己是不爭事實，中外研究皆有明確證據

台灣鄭泰安教授以 2005 年倪敏然自殺新聞所造成影響完成的三個研究為典範，已深受國際研究自殺學者的重視。受到倪敏然自殺新聞報導的不良影響，2005 年的自殺身亡者比 2004 年增加 23 %，而增加的只有男性上吊者；自殺未遂者增加了 55 %，且以男性為主，而憂鬱症患者有 5.5 % 因而企圖自殺，風險增加了四十一倍。這些結果再度驗證了「模仿效應」的存在。有的自殺未遂者還自述：「我一直在注意媒體報導他在那棵樹上怎樣綁繩索來上吊」。

張家銘醫師於 2009 年 2 月蒐集國內十年來所有有關「攜子自殺」的事件七十八例進行分析。確實發現，除了數量有上升的趨勢之外，也有時間叢距的效應。也就是說，會在一段時間連續發生好幾起類似事件。這證實了攜子自殺事件有模仿的效應，也提醒媒體在報導時要小心。

「媒體報導與自殺」的關係，從國內外媒體報導自殺事件的現象觀察開始，透過國內外實證研究資料及世界衛生組織 WHO 專家建言，確定媒體的「不適當」報導自殺事件會影響自殺預防有不好的影響。「媒體與自殺：自殺可以預防」一書中作者鄭泰安教授用心良苦的希望媒體朋友了解這一個觀點，進而希望因此改變媒體報導自殺的態度與播報的行為模式，此舉無非希望對自殺預防盡一份力！在此特別再引用“WHO 於 2000 年對媒體報導自殺新聞的提醒與建議”如下：

媒體「六不」原則	媒體「六要」原則
1. 不要刊登照片或遺書	1. 要與醫療衛生專家密切討論呈現真相的方式
2. 不要詳細報導自殺方法	2. 要使用自殺身亡，而非自殺成功的字眼
3. 不要簡化自殺的原因	3. 要提供適當的資料且只放在內頁
4. 不要過度美化或聳動化自殺原因	4. 要強調自殺以外可以有的選擇
5. 不要使用宗教或文化的刻板印象	5. 要提供相關諮詢專線及社區資源
6. 不要過度責備	6. 要報導自殺的危險指標與可能的警訊

三、救災人員如何與媒體互動

（一）良好的媒體關係的重要性

相關的民間企業或政府單位，漸漸意識到透過傳播管道，散播消息以影響輿論的重要性，紛紛成立公關部門或設置發言人負責與新聞媒體的溝通工作，積極經營媒體關係、發布新聞資訊或召開記者會、架設網路或經營企業部落格等，以爭取媒體曝光與公眾的支持。媒體組織對新聞的安排與處理則決定了一個新聞事件是否成為公眾討論與關心的議題，甚至無可避免的做了

輿論裁判，左右公眾對「事實」的認定，也直接或間接的影響了人們的價值觀。若要獲得媒體注意，就得發揮創意，設計一些精緻而活潑的點子，製造誇張的戲劇效果，來吸引記者。其實仔細思量，媒體的需求就是引起群眾注意，高收視(聽)率

而救災團隊需求則是救災理念贏得群眾的認同，也確實滿足受災群眾的需求。兩者需求如何兼顧以達雙贏呢？其實依實際經驗建議如下：

1. 故事性帶出宣導主旨
2. 正向激勵訊息平衡負面報導。

公關人員與媒體記者的互動，在媒體關係運作上已累積了一些的重要的技巧與原則。例如，平日與記者的訊息溝通原則包括：

1. 主動提供有助對方了解全貌的訊息。
2. 不要怕承認錯誤，掩飾錯誤往往導致比犯錯更嚴重的後果。
3. 用最簡單的字彙與文法，避免使用成語或專業術語。
4. 對於複雜、重疊的問題，要求對方一一分開，再一一回答。

(二)接受採訪的優良技巧,事半功倍

同時，面對新聞界訪問時，必須注意的技巧，例如：1. 接受訪問時，設法事先商量取得題目，並研究如何回答。2. 由公關部門提供受訪者的背景資料、習慣，以及訪問的背景。3. 保留足夠採訪時間，避免中途被打擾。4. 接受面訪時，當受訪問題不能掌握，常有突發性的訪問題目出現時，必須特別留意誤導式的問題。

此外，當新聞媒體作了不利於組織的錯誤報導或不實評論時，若屬事實性的錯誤報導，應去函要求媒體更正，至於評論的部分，若非故意，且無惡意，必須溝通說明。

(三)良好工作關係的原則,助於民眾正確的認知

救災人員應善用媒體，與媒體建立良好的工作關係，就如同與其他救災應變機構建立良好的工作關係一樣重要。與媒體建立良好互動關係，則宜謹守以下原則：

1. 抓住媒體記者關注的議題。
2. 主動提供可公開之訊息給記者，以免記者在救災現場到處奔波尋找話題，妨礙救災。
3. 指定適合人員發布新聞，並注意發佈新聞的適當時機，滿足電視整點新聞的播報需求，及平面媒體的截稿時間。
4. 準備新聞稿、相關資料、照片以供記者參考。
5. 指定專人做好新聞聯繫工作，並安頓記者及攝影人員。
6. 協助記者安排採訪對象與採訪地點，並為受訪者的最佳利益考量。
7. 尊重新聞自由，不干涉採訪內容。
8. 嚴守專業倫理，保護受訪者，不侵犯受訪者人格權、隱私權，及不影響受訪者的正常療程、工作及生活步調。
9. 救災人員受訪時應確實表達該表達的事項，避免誇大不實說辭，絕不應因被引導而作出不當表達。

四、結論

最後，有一些媒體頻繁的呈現悲慘及破損的災難畫面，或以呈現事實等客觀性為由，過度的介入災難的敘述報導，及以聳動的故事或傳播資訊等媒介大肆報導，甚至於將災難予以政治化、全國化。此時，救災人員可運用專業及平時與媒體的關係及時導正媒體，並利用此機會提供防災意識及相關知能，反轉媒體的報導以形成對大眾的正向影響，進一步創造價值。

五、參考資料

林照真 (2009)。「電視媒體與災難管理-災難新聞的倫理困境」。廣播與電視，第 31 期，pp55-79。

張家銘：攜子自殺。www1.cgmh.org.tw/suicideInk。

陳一香 (2009)。「媒體關係管理」。臺中：國立臺中圖書館。

陳念初(蒔影)。「大災難後看媒體的說服力與信賴力」。

衛生署 (2003)。「災難心理衛生工作手冊」，pp75。

鄭泰安、Keith Hawton、陳秀熙、顏明芳、陳俊鶯、陳琳臻、鄧博仁 (2007)。

「媒體報導倪敏然自殺事件對自殺企圖的影響」。The influence of media coverage of the suicide of a celebrity on suicide attempts. J Clin. Psychiatry ; 68:pp862-866。

鄭泰安 (2008)。「媒體與自殺」。台北：臺灣商務印書館。

Neria,Y., Galea,S., & Norris, F. H. (2009).Mental health and disasters,USA, pp 291-297



第三篇 緊急反應

第五章 心理急救

第六章 高風險群篩檢-壓力反應 及災難衡鑑量表

第五章 心理急救

《第一節》

心理急救的災難公衛意義與概述

作者 | 蘇逸人 / 長庚大學行為科學研究所助理教授

教學目標：

1. 瞭解心理急救的災難心理衛生意義
2. 瞭解災難/大型創傷的初中期介入要素
3. 瞭解心理急救的內涵
4. 瞭解提供心理急救前的準備工作課程大綱

本章簡介心理急救模式 (psychological first aid ; PFA) 與實施 PFA 前應做的準備。PFA 為晚近國際上公認適用於災難與大規模創傷初期的心理介入模式，具有堅實的理論依據。本章與次章所介紹的心理急救模式是由美國的国家兒童創傷壓力網 (National Child Traumatic Stress Network) 與國家創傷後壓力症中心 (National Center for PTSD) 共同發展而成 (Brymer et al., 2007)，並由台灣大學心理系陳淑惠教授及其團隊進行中文化 (陳淑惠、周嘉琪、蘇逸人、龔怡文、潘元健，2011)。為了讓學習者瞭解發展與採用 PFA 的緣由，本章先從災難心理衛生架構說明心理急救的地位。

一、心理急救的災難心理衛生意義

災難心理衛生的三級防治觀點：心理急救屬初級預防，適用災後初期

從事災難心理衛生工作時，可依照介入時期與受災者特性區分出三個防治層次：初級預防、二級預防、及三級介入層次，三者均有其特定的介入對象與目標 (見表 1)。PFA 屬於初級預防層次，適用於所有災難倖存者。此模

式的目標在於促進安全與穩定、照料實際需求、促進因應效能，轉介受災者與額外資源連結。

從三級防治的角度觀之，民眾的受災嚴重度存在明顯個別差異，因此各層級的介入措施亦應有所不同。目前常採用的觀點為「逐步照護取向」（stepped care approach），亦即災後心理衛生介入的深度與密集性，應依照受災者的嚴重度而異。對於受災較嚴重者，應給予二或三級的介入措施。若倖存者接受初級介入（如心理急救）後未明顯改善，應考慮提供二級預防或三級介入。澳洲在2009年發生大規模的森林火災，當時澳洲心理學會（Australian Psychological Society）公布的災難心理支持準則，便採納逐步照護取向的原則（詳細內容見表2與表3），主張各層級的作法、對象及時機應有所不同。茲說明如下：

表 1 災難心理衛生的三級防治觀點

防治層次	說明
初級預防	對象：所有受災者 目標：促進安全、照料實際需求、提升因應、穩定倖存者、將倖存者連至額外資源
二級預防	對象：受災影響較嚴重者 目標：透過早期辨識與介入，減少創傷心理疾患的盛行率與嚴重性
三級介入	對象：符合心理疾患（急性壓力障礙症/創傷後壓力障礙/憂鬱症/藥物濫用等）或顯著心理適應困難者 目標：減輕心理障礙的持續時間、嚴重度及對廣泛心理社會功能的影響

1. 【層級一】初級預防：

災難初期立即提供倖存者所需資源與心理急救，介入時期約在災後兩週至一個月，時期長短取決於災害規模與影響時間。心理急救適用於所有倖存者，但優先針對壓力反應強烈與後續心理疾病風險高較高者，例如親人失蹤或罹難、或以往有心理疾病。

2.【層級二】二級預防：

在災難初期至中期提供，時期由災後數週至數個月不等，對象為災後數週仍持續經歷輕微至中等苦惱的人，但反應的嚴重度尚不足以提供密集的心理健康治療。二級預防著重教導因應壓力與逆境的技巧，以促進韌性或復原力（resilience），代表作法為心理復原技術（skills for psychological recovery; SPR），由美國的國家兒童創傷壓力網與國家創傷後壓力症中心在 2005 年卡翠娜風災後共同發展（Berkowitz et al., 2010），中文化預計於 2015 年底完成。SPR 的主要目標為：(1)保障倖存者的心理健康；(2)增加倖存者處理需求與掛慮的能力；(3)教導技巧以促進不同年齡受災者與家庭的復原；及(4)預防適應不良行為，同時辨識與支持適應性行為。在做法上，首先辨識倖存者的需求與排出先後順序後，協助個體學習 SPR 的核心技巧，包括：(1)問題解決技巧；(2)促進正向活動；(3)掌管反應；(4)促進有益想法；及(5)重建健康的社會連結（見表 4）。此模式依倖存者的需求彈性實施，會面次數由 1-5 次不等。各成分彼此獨立，但鼓勵多次會面。

3.【層級三】三級介入：

主要作法為密集的心理健康治療，包括心理治療與藥物治療。以前者來說，創傷焦點認知行為治療（trauma-focused CBT）的證據基礎最充分，例如由美國臨床心理學家 Edna B. Foa 發展的延長暴露治療（prolonged exposure therapy; Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007）或歐陸心理學家 Frank Neuner 等人發展的敘事暴露治療（narrative exposure therapy; Schauer, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011），有相當多療效證據。以後者來說，鑒於 SSRI 抗憂鬱劑可有效治療某些焦慮症，故美國食品藥物管理局核准 setraline（Zoloft/樂復得）與 paroxetine（Seroxate/克憂果）作為 PTSD 的治療藥物（Friedman & Davidson, 2007）。無論災難後時間經過多久，若倖存者存在顯著心理健康障礙或是需臨床關注的情況（如自殺危機），均建議轉介合格專業人員進行心理健康治療。

表 2 災難心理衛生的逐步照護取向

防治層次	說明
層級一/初級預防	資源供給/心理急救
層級二/二級預防	心理復原技術
層級三/三級介入	心理健康治療

來源：澳洲心理學會在 2009 年澳洲森林大火後公布的心理支持準則。

表 3 各層級的作法、對象及時機

防治層次	說明
層級一	資源供給/心理急救：目前國際共識 對象：所有人，但優先針對急性反應強與有風險者 時機：初期，約災後一個月期間
層級二	心理復原技術：著重教導因應技巧，促進韌性 對象：受災影響較嚴重者 時機：初中期，約災後兩週至數個月左右
層級三	心理健康治療：認知行為治療（CBT）獲最多證據支持 對象：存在心理疾患或顯著心理健康問題者 時機：不分時期

二、心理急救衍生的背景：傳統心理減壓的做法與效果缺乏證據基礎

心理急救模式衍生的背景，可能與以往慣用的介入模式存在爭議有關。早年普遍採用的災難初期心理工作模式是「心理減壓」（psychological debriefing），其中最具代表性的是 Jeffrey Mitchell（1983）提倡的「重大事件心理減壓」（critical incident stress debriefing；CISD），鼓勵倖存者完整述說創傷，包含事實、想法與情緒，對事件伴隨的情緒予以探索與常態化，教導對日後的情緒反應做準備與討論如何因應。心理減壓支持者宣稱，災後須盡快對所有倖存者提供介入以預防 PTSD 發生。然而晚近多項隨機控制試驗（randomized controlled trial）研究發現，相較於未接受介入組，心理減壓組在 PTSD 症狀改善幅度與 PTSD 發生率上並無差異，顯示心理減壓

表 4 心理復原技術簡介

技術	簡介
資訊蒐集與優先排序	標認倖存者的需求與掛慮，排出先後順序。
問題解決技巧	界定問題與目的、以腦力激盪形式產生解決方式、評估這些方式，嘗試似乎最可能有效者的方法。
促進正向活動	標認與從事正向且愉快的活動，改善心情與功能的方法。
掌管反應	因應與減少由煩擾處境引發的苦惱生理與情緒反應的技巧。
促進有益思考	標認苦惱的想法，以較不苦惱的想法反駁前者的步驟。
重建健康的社會連結	重建正向關係與社區支持的方式。

無法預防 PTSD（見 McNally, Bryant, & Ehlers, 2003 之回顧），整合分析亦支持上述結論（van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, & Emmelkamo, 2003）。值得注意的是，有兩項研究顯示心理減壓會帶來負向效果（Bisson et al., 1997；Mayou et al., 2000），原因可能在於災難後太快刺激情緒宣洩，對某些倖存者會不堪負荷。後續研究證實在偏重情緒抒發的減壓團體中，原先存在高警醒症狀者在六週之後的 PTSD 症狀較嚴重（Sijbrandij et al., 2006）。另一可能的原因是，減壓時的心理衛教可能增加個體覺察原本忽略的壓力症狀。基於上述證據，以往災後常用的心理減壓作法缺乏效果，對某些倖存者可能造成潛在傷害，並非安全適合的做法，故有需要發展更適合且有理論依據的災難心理初期介入模式。

三、災難與大型創傷的初中期介入原則：心理急救符合上述原則

為了提供災後初期心理介入的參考藍圖，2007 年多位重要的創傷災難學者組織論壇，提出五項災難與大型創傷初中期的心理介入原則：(1) 促進安全感（a sense of safety）；(2) 促進平靜鎮定（calming）；(3) 提升自我與社群效能感（a sense of self- and community efficacy）；(4) 促進聯繫（connectedness）；及 (5) 灌注希望（hope）（見表 5）（Hobfoll et al., 2007）。這些原則兼具學理與臨床基礎，與臨床觀察相符。例如，以往發現創傷初期存在顯著焦慮或生理

反應，日後產生 PTSD 的風險較高，因此促進平靜便成為災後介入的重要目標。為加深學習者對上述原則的印象，可由

表 5 災難與大型創傷的初中期介入要素

成分	簡介
促進安全感	創傷後復原的首要目標 創傷反應在威脅情境中持續，在開始感到安全時減輕。安全氛圍有助減輕創傷反應、修復身心資源，改善妨礙復原的認知因素。
促進平靜	降低後續創傷身心疾病的風險 強烈創傷喚起反應會干擾生活，持續會導致恐慌、PTSD、憂鬱、焦慮及身體問題。PTSD 的有效療法強調對極端情緒的穩定。
促進效能	留意提醒、促進及肯定效能 感覺有能力改善與解決自身災後困境，掌控災後困擾的情緒與想法，有利災後復原。
促進聯繫	協助缺乏支持、孤立及不良支持者 社會支持是 PTSD 的保護因子，與創傷後的情緒福祉和復原有關。
灌輸希望	災後介入的關鍵要素 災後呈現正向結果者，通常維持樂觀、正向期待、有信心、保有希望性信念。

「安全」、「平靜」、「聯繫」、「效能」及「希望」五詞各取一字，構成「安-靜-能-繫-望」五字訣，作為往後從事災難心理衛生工作的重要指引。

由美國國家級單位發展的心理急救模式和上述原則相互呼應。具體而言，心理急救模式包括八項核心行動：(1)接觸與允諾協助 (contact and engagement)；(2)安全與安適 (safety and comfort)；(3)協助穩定 (stabilization)；(4)蒐集訊息：需求與目前掛慮 (information gathering: needs and current concerns)；(5)實用性協助 (practical assistance)；(6)連結社會支持 (connection with social supports)；(7)因應資訊 (information on coping)；及(8)和協同服務連結 (linkage

with collaborative services)，這些行動的做法符合上述介入原則，詳細作法將於下章說明。

四、心理急救模式簡介

心理急救模式由美國的國家級單位發展，由台大心理系陳淑惠教授團隊進行中文化，最新版是 2011 年的文字修訂版（陳淑惠等人，2011）。以下關於 PFA 的說明節錄自該手冊，若欲深入瞭解 PFA 的作法，請至「災難與創傷心理資訊網」下載中文版手冊。

（一）定義與目的

PFA 為災難與大型創傷發生初期，用於協助成人、孩童及家庭的模組式介入取向（modular approach），擁有實證依據。PFA 包含八項核心行動，可依服務對象的需求與現場可用的時間，彈性搭配組合，故稱為模組式介入。PFA 的目的在於減輕受災者的創傷初期困擾，促進其後續的適應與因應能力。PFA 包含八項核心行動，可達成多樣性的目標，包括：(1)建立人身與心理安全；(2)連結修復性的資源；(3)減輕創傷壓力反應；(4)促進短期與長期的適應性因應；及(5)提升自然復原力（而非預防長期疾病）。

（二）對象：適用所有受災民眾，但有優先建議對象

PFA 適用於所有受災者，但實際運用時應優先關懷以下對象，因以往文獻顯示這些群體日後出現心理疾病或適應困難的風險較高，包括：

1. 經歷急性壓力反應者：

去定向感、混亂、狂亂激動、驚慌失措、極度退縮、冷漠、極度煩躁不安、過度擔憂。

2.可能產生顯著功能障礙風險者：

孩童（與照顧者分離、照顧者死亡/失蹤）、醫療孱弱者、嚴重心理疾病、肢體障礙或疾病、藥酒濫用、懷孕婦女、經歷重大失落及經歷極端生命威脅。

（三）提供者

各類災難相關人員均可提供 PFA，包括緊急應變人員、心理健康人員、學校教職員、宗教人員、救災志工及公共衛生人員等。

（四）運用的時機與地點

PFA 在災難剛發生時即可提供，並且可在廣泛的緊急場合進行，包括：一般庇護所、學校、醫院或檢傷分類區、家庭協助中心、公衛緊急場合及其他場合。

（五）優點

相較於其他初期介入模式，PFA 是相當完整的災後初期心理介入模式，具備下列優點：(1)採用有實證依據的策略；(2)單元組裝式取向，可彈性實施；(3)包含基本資訊蒐集技巧；(4)各核心行動均提供具體範例；(5)納入發展架構，顧及兒童、青少年、高齡者及失能者；(6)考量文化因素；及(7)包含友善方便的講義。

（六）基本姿態

PFA 是支持性的介入方式，對災難倖存者抱持尊重惻隱的態度，而不侵犯打擾或強迫。PFA 的基本態度如下：(1)先觀察；(2)詢問簡單尊重的問題；(3)鎮定和緩地說話，不用專業術語；呼應介入原則中的促進平靜，保持鎮定和緩有助帶動減輕對方的激動焦躁；(4)保持耐心、適時回應及敏銳；及(5)指

認倖存者的力量（strength）：呼應先前介入原則中的促進效能，必須留意絕大多數倖存者先前都能適當生活與因應壓力，指認對方的力量有助於強化對方的效能感。

（七）應避免的態度

宜避免的態度包括：(1)對倖存者的經驗預先作假定：每位倖存者的經驗都有其獨特性，助人者宜保持開放與理解倖存者的經驗；(2)假定所有人都產生創傷：災難不等於創傷，研究發現許多受災者不會產生心理創傷；(3)標認反應為「症狀」或使用「診斷」：災難初期宜促進倖存者對異常經驗的常態/正常化，採用症狀或診斷等詞可能促使個體對身心反應貼上負向或病態標籤，進而提高發生創傷心理疾病的風險；(4)採用上對下或施惠的態度對待倖存者；及(5)詢問災難或創傷經驗的細節：在災難初期過度述說創傷細節，可能強化生理警醒反應而干擾復原，若僅能單次接觸更需要避免鼓勵過度述說。PFA 著重促進安全與平靜鎮定，不詢問災難細節，只收集初步表面資訊。

（八）提供者的要件

PFA 提供者的應備要件包括：(1)在混亂與無法預期的環境中工作的能力；(2)迅速評估倖存者的能力；(3)依介入時機、場合及文化調整提供服務的能力；(4)忍受強烈苦惱與反應的能力；(5)自我照護能力；(6)接受乍看並非心理衛生處預的工作；及(7)與文化、族群、發展水準及信仰相異者工作。

（九）注意事項

根據筆者多年帶領 PFA 訓練工作坊的經驗，學員對 PFA 較容易忽略或混淆的地方包括下列兩點：

1. PFA 提供者應納入緊急指揮體系的架構：

PFA 提供者應盡快納入在地或專責緊急指揮體系，熟悉場所運作，包含領導、組織、政策、程序、安全等相關服務。可設立工作站，在服務地點巡迴訪察，留意可能需提供協助者。

2. PFA 的核心行動彼此獨立，可彈性搭配運用：

PFA 為組裝式取向，各項核心行動彼此獨立，不需依序實施而可彈性搭配。各行動的使用時機與耗時，依當時可用時間、倖存者需求及場合而異。國外使用 PFA 的經驗顯示，單次 PFA 介入常可包含多項核心行動。

五、心理急救核心行動概述

核心行動	簡介
1. 接觸與允諾協助	回應主動前來接觸的倖存者，以非打擾、慈悲且有助益的態度進行接觸
2. 安全與安適	提升立即與持續的安全，提供身體及情感的安適
3. 協助穩定	協助情緒不堪負荷與失去定向感的倖存者，平靜並恢復定向感
4. 蒐集訊息	當前需求與關注：辨識當前需要與掛慮，收集額外資訊，調整心理急救介入策略
5. 實用性協助	提供倖存者實用的協助，處理當前的需要與掛慮。
6. 連結社會支持	協助建立與主要支持者或其他支持來源間，短暫或持續的連結，包括家人、朋友及社區協助資源。
7. 因應資訊	提供壓力反應及因應的相關資訊，減低困擾不適與促進適應功能。
8. 和協同服務連結	將倖存者連結至當下或未來所需且可取得的服務。

六、參考資料

陳淑惠、周嘉琪、蘇逸人、龔怡文、潘元健（2011）：心理急救操作手冊第二版中文文字修訂版（譯）。台大心理系，台北市。〔譯自 National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July, 2006.〕。

Berkowitz, S., Bryant, R., Brymer, M., Hamblen, J., Jacobs, A., Layne, C., Watson, P. (2010). Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide. Washington (DC): National Center for PTSD and National Child Tra-

umatic Stress Network.

- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., et al (2004). Early cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-69.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., . . . Watson, P. (2006). *Psychological first aid: Field operations guide* (2nd ed.). Retrieved from http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/pfa/2/PsyFirstAid.pdf
- Friedman, M. J., & Davidson, J. R. T. (2007). Pharmacotherapy for PTSD. In M. J. Friedman, T. M., Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (pp.376-405). New York: Guilford Press.
- Hobfoll, S. E., Watson, P. E., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., et al. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70, 283 – 315.
- Mayou, R. A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 45-79.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes . . . the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing.

- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V., & Gersons, B. P. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma.? *British Journal of Psychiatry*,? 189(2), 150-155.
- Van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis.*The Lancet*,? 360(9335), 766-771.

第五章 心理急救

《第二節》

心理急救與核心行動實務演練

作者 | 高振傑 / 臺北市立聯合醫院松德院區臨床心理師

教學目標：

1. 學員能夠瞭解心理急救有八個核心行動。
2. 學員能夠瞭解八個核心行動的意義與內涵。
3. 學員能運用心理急救的八個核心行動在災難情境。

一、接觸與允諾協助

目標：回應主動前來接觸的受創者，或者以非打擾、憐憫、且有助益的方式接觸他們，以增加他們願意接受心理急救服務的意願。

心理急救提供者與倖存者的第一次接觸是重要的。如果以尊重與憐憫的方式進行接觸，能建立有效的協助關係，並且提高倖存者對後續協助的接受度。你應該優先接觸主動找你的倖存者。如果一些人同時來找你，在能力所及下，盡可能接觸較多的人。即使簡短的表達興趣與平靜關懷，也能穩定與幫助情緒氾濫或混亂的人。

二、安全與安適

目標：提升立即與持續的安全，並且提供身體及情緒的安適。

重建安全感是災難與恐怖攻擊發生後即刻的重要目標。促進安全與安適能夠減少痛苦與擔憂。幫助身處於所愛者失蹤、所愛者死亡、接獲死亡通知與遺體辨識等情況的倖存者，是提供情緒安適與支持的關鍵成分。

(一) 如何建立安全感：

1. 讓倖存者獲得因應這些擔憂的資訊。
2. 不要向人們擔保他們是安全的，除非你有清楚正確的資訊指出確實如此。
3. 你可以依據目前對局勢的掌握，處理人們對安全的掛慮。
4. 不要向人們擔保物品或服務（例如，玩具、食物、藥物）的可獲得性，除非你有明確的資訊指出他們確實能獲得。
5. 如果你缺乏明確資訊，不要為了讓其安心而猜測或創造資訊。
6. 反之，與倖存者共同發展一項你與他/她能如何收集所需資訊的計畫。
7. 防止倖存者接觸額外的創傷事件和創傷喚醒物。
8. 保護倖存者的隱私，保護他們避開記者、其他媒體專業人員、旁觀者或律師。
9. 向倖存者指出過度觀看這類新聞報導很可能會造成明顯困擾，尤其是兒童和青少年。

(二) 悲傷反應與因應：

1. 悲傷反應是反映死者對生者之重要性的健康反應。
2. 悲傷反應人人不同，沒有特定對或錯的悲傷方式；而且沒有「正常」的悲傷時期，沒有單一「正確」的悲傷歷程。
3. 最重要的是尊重與瞭解，彼此可能經歷自身特有的悲傷歷程。
4. 倖存者可能會表達對奇蹟的盼望，即使面對所愛者已逝的事實亦如此。不要將此作為他/她與現實脫節、或未聽見已說明的事情的證據，這是倖存者處於毀滅性情況下持續運作的方式。不鼓勵也不勸阻這類希望是重要的。
5. 悲傷會讓人處於濫用非處方藥物、增加抽菸、和飲酒過量的風險。協助倖存者察覺這些危險、瞭解自我照顧的重要、以及哪裡可獲得專業幫助。

三、協助穩定

目標：讓被情緒淹沒與失去定向感的倖存者平靜並恢復定向感。

(一) 初步的穩定技巧：

1. 掌握情緒感受：

「強烈的情緒可能像浪潮的起落。」、「震驚的經驗可能引發身體產生強烈、令人難受的反應。」

2. 從事紓壓活動：

有時最好的恢復方式是花些時間從事平靜的例行活動。例如，去散步、深呼吸、練習肌肉放鬆技巧。」

3. 促進人際支持：

「親友是協助你平靜的重要支持來源。」

(二) 進階的穩定技巧：

安心穩步技巧

1. 採取一個舒服的姿勢坐著，腿和手不要交叉。

2. 慢慢地，深深地呼氣與吸氣。

3. 觀看你的四周，找出五個你能看見，但不會讓你感覺困擾的東西。例如你可以說：「我看見地板、我看見一隻鞋子、我看見一張桌子、我看見一個人。」

4. 慢慢地，深深地呼氣與吸氣。

5. 接著，找出五個你能聽見，不會讓你覺得困擾的聲音，例如你可以說：「我聽到一個女人在說話、我聽到我自己在呼吸、我聽到門關起來、我聽到有人在打字、我聽到電話鈴聲在響。」

6. 慢慢地，深深地呼氣與吸氣。

7. 接著，找出五個你能感覺到的事物。例如你可以說：「我可以感覺到手臂靠著
的扶手、我可以感覺到在我鞋子裡的腳指頭、我可以感覺到我的背部緊靠著椅
子、我可以感覺到手上的毛毯、我可以感覺到我的嘴唇抿著。」
8. 慢慢地，深深地呼氣與吸氣。

(三) 注意事項：

如果這些方式均無助於情緒穩定，應諮詢醫療或心理衛生專業人員，因為可能需要藥物的幫助。

四、資訊蒐集

目標：辨識當前的需求與掛慮之事，蒐集額外資訊，並量身訂做心理急救介入的策略。

(一) 時間不足時的評估重點：

1. 是否需要立即轉介：例如：藥物不足、有立即醫療需求。
2. 是否需要額外的服務：例如：提供導盲犬所需的狗糧。
3. 是否安排後續的會面：例如：喪親且獨居者。
4. 是否能使用心理急救中可能會有幫助的行動：參考八大核心行動。

(二) 完整的評估向度：

1. 災難發生時的經驗性質與嚴重度。
2. 所愛者的死亡。
3. 對災後立即局勢與持續威脅的掛慮。
4. 和所愛者分離或擔心他們的安危。
5. 身體疾病、心理健康疾病、或用藥的需要。
6. 資源的損失。
7. 極度的罪惡或羞恥感。

8. 關於傷害自我或他人的想法。
9. 社會支持網絡的可得性。
10. 先前有酒精或違禁藥物使用的問題
11. 先前經歷過創傷和所愛者死亡的經驗。
12. 關於災難衝擊生命特定階段的掛慮。

(三) 資訊蒐集表：

附錄一的「資訊蒐集表」是根據「完整評估向度」設計出來的。心理急救提供者在蒐集倖存者資訊時可以利用「資訊蒐集表」評估倖存者的心理復原出現障礙的風險，並根據其風險因子擬定後續的行動。

五、實用性協助

目標：提供倖存者處理當前需要與掛慮事務的實用性協助，以下是執行步驟：

(一) 標認最立即的需求：

重點：一次聚焦一個需求，協助挑選最立即的需求。

(二) 澄清需求：

重點：了解、澄清並具體指明問題，澄清需求時可參考「肆、資訊蒐集」，而需求的類別包括：

1. 可立即解決的需求
 - (1) 取得食物、打電話向親友報平安。
 - (2) 此類需求請立即處理。

2. 無法立即解決的需求

- (1) 找到失聯的親友、拿到補助金。
- (2) 此類需求需制訂具體計畫。

(三) 討論行動計畫：

重點：倖存者可說出自己希望能夠做什麼；專業人員也可提供建議(包括目前與日後可能得到哪些資源)

1. 食、衣、住、醫療等等資源。
2. 心理健康與靈性宗教服務。
3. 財務經濟補助。
4. 協尋失聯親友。
5. 投入救災行列的志工服務機會。
6. 資源或補助的申請資格與程序。

(四) 因應需求的行動：

重點：協助倖存者採取行動

1. 協助倖存者和負責的服務單位約定會面。
2. 協助完成補助或資源申請的文書作業。

六、連結社會支持

目標：協助建立與主要支持者或其他支持來源的短暫或持續連結，包括家人、朋友、以及社區協助資源。

(一) 社會支持的種類：

1. 情感支持・社會連結：

被了解、被愛、被包容，了解經歷相同創傷的不只自己，有人能陪伴度過

2. 被需要的感覺・自我價值的再保證：

感覺自己有能力、對他人具重要性、受他人肯定，透過他人獲得對自己與自身能力的信心。

3. 可靠的支持・提供建言與資訊：

有需要時能得到立即且可靠的協助，提供所需的資訊，協助了解哪些反應是正常的、學習如何用正向的因應方式。

4. 體力或物資方面的協助：

提供勞動的協助像是搬東西、修理房屋、協助處理文書工作；提供食、衣、住、行、醫藥等等的物資。

(二) 社會支持的優先順序：

1. 首要為提高與主要支持者(家人或重要他人)的接觸機會

- (1) 多數受到衝擊的人，立即想要的就是希望能聯繫到他們的重要親友、鄰居、或神職人員。
- (2) 以具體實際可行的方式，協助聯絡這些人(可參考「伍、實用性協助」)，例如：用電話/電子郵件通訊、向人打聽、請所屬的社團機構聯絡。

2. 鼓勵倖存者善用當前能立即提供支持的人

- (1) 鼓勵接觸立即可得的社會支持來源(例如：心理急救助人者、志工、其他倖存者)。
- (2) 促進倖存者彼此的相互支持。
- (3) 若人們鄰近成群時，以團體形式詢問他們是否有疑問。進行團體討論或活動

(自我介紹、議題討論)。

- (4) 年輕人或青少年與身體衰弱的老年人接觸或提供一些日常照料、老年人協助照料家中年幼孩童、年紀較大的孩童帶較小的孩童參與遊戲。

(三) 協助人際退縮或社交孤立的個體：

1. 考量哪些形式的社會支持最能有所幫助。
2. 考量他們可以從哪裡獲得此形式的支持。
3. 選擇適當的時間地點和這些人接觸。
4. 和他們聊天並說明他可以如何獲得協助。
5. 最後，謝謝他撥空協助。

(四) 協助想提供他人支持的倖存者：

1. 確認他們能給予他人幫助的形式。
2. 確認他們可以幫忙的對象。
3. 在不被干擾的時間與地點和他們談論或幫助他們。
4. 展現出興趣、注意、與關心。
5. 當他們需要時，和他們聊天或陪伴他們。
6. 提醒他們，交談焦點不應放在討論災難或失落經驗，而應著重於給與實用性協助和提供當前需求和掛慮問題的解決方案。

七、有關因應的資訊

目標：提供有關壓力反應與因應的資訊，以減低困擾不適與促進適應功能。

(一) 有益的因應方法：

1. 與他人交談，獲得支持或花時間與他人相處。
2. 投入正面的分心活動（如運動、嗜好、閱讀）。

3. 足夠且適當的休息、飲食。
4. 試著去維持正常的生活作息。
5. 安排令人愉快的活動。
6. 休息。
7. 攝取健康的飲食。
8. 追憶已去世所愛的人。
9. 專注於實際、你現在可以做並使狀況更好的事情。
10. 使用放鬆技巧（呼吸練習、冥想、安定自我的話語、放鬆肌肉）。
11. 參與支持團體。
12. 適度運動。
13. 寫日記。
14. 尋求諮商

（二）無益的因應行為：

1. 使用酒精或藥物來因應。
2. 工作過度。
3. 極度避免想到或談到該事件或死去的親人。
4. 極端迴避與家人朋友接觸。
5. 發怒或表現暴力。
6. 暴飲暴食。
7. 從事高風險或具有危險性的行為（魯莽地開車、物質濫用、不謹慎小心）。
8. 看太多電視或玩太多電動遊戲。
9. 迴避參與使人愉悅的活動。
10. 責備他人。

(三) 管理憤怒：

原則

1. 普遍：告知災難發生後，倖存者的憤怒與挫折感是相當普遍的。
2. 正常：將憤怒的經驗正常化，並討論憤怒如何增加人際衝突，讓別人離你而去，或引發暴力的可能性。
3. 正向：強調有一些憤怒是正常、甚至是有幫助的，但太多的憤怒會對他們想做的事有不好的影響。
4. 討論：討論憤怒如何影響個人生活（如和朋友、家人間的關係，以及教養小孩）。
5. 比較：比較抱持憤怒與因應憤怒（不再憤怒或將之導向正面活動），這兩種方式分別能夠怎麼樣的傷害或幫助他們。
6. 改變：請倖存者指出針對自己的憤怒，他想達成哪些改變。

技巧

1. 採取「暫停」或「冷靜」的策略（離開並且冷靜，暫時先做其他的事）。
2. 跟朋友聊聊使自己生氣的事。
3. 進行運動以紓緩緊張（散步、慢跑、伏地挺身）。
4. 在日記裡記錄自己的感受，以及可以做些什麼以改變情況。
5. 提醒自己憤怒不會幫助我們達成目標，且可能會傷害重要的關係。
6. 以正向的活動使自己分心，例如看書、禱告或冥想、聽愉快的音樂、參加宗教或其他正向團體的活動、幫助朋友或有需要的人等。
7. 以不同的方式看待自己所處的情境，以別人的角度來看，或找出一些自己的怒氣已超過正常界線的理由。
8. 對父母/照顧者而言，當你感到非常憤怒或焦躁的時候，請其他家庭成員或成人暫時幫忙帶小孩。
9. 孩童與青少年通常喜歡能夠表達自己情感的活動，例如畫圖、寫日記、以玩具

將那個情境「玩」出來、作曲。

10. 協助孩童或青少年以問題解決的方式處理令他們憤怒或挫折的情境（例如協助他們解決和其他孩童的爭執、取得書或玩具等）

(四) 罪惡感處理：

1. 聆聽這類負面信念，並協助他們以沒那麼負面的方式看待這個情境。
2. 告訴倖存者，即使他/她認為錯在自己，並不會使這就變成真的。
3. 若倖存者願意接受，你可以提供一些看待事情的替代方式。
4. 協助去澄清那些會惡化苦惱、沒有根據的罪惡感、或羞愧感的那些誤解、謠言與對現實的曲解。（非理性想法）

(五) 兒童與青少年的情緒管理：

1. 針對不易指認這些想法的孩童或青少年，可以將一些負面想法寫在紙上（例如「我做了錯事」、「我使這件事發生」、「我之前不乖」），並讓孩子繼續加上去。
2. 接著你可以和他們討論每一個，澄清其中的誤解，並且討論更有助益的想法，然後寫下來。
3. 提醒孩童或青少年他/她並沒有錯，即使他們沒有表達出這方面的想法。

(六) 睡眠障礙處理：

提供安眠知識

1. 每天在相同時間起床，相同時間上床睡覺。
2. 減少喝酒：酒精會擾亂睡眠。
3. 下午或晚上不飲用含咖啡因的飲料。
4. 增加規律運動，但不要太接近上床時間。
5. 上床時間前，做一些安靜的活動以放鬆，如聽柔和的音樂、冥想或祈禱。
6. 限制午睡不超過十五分鐘，下午四點之後不再小睡片刻。

提供社會支持

1. 如果只是討論對當前關注事項的擔憂，及暴露於平日的喚醒物，會讓入睡更困難。
2. 若能討論這些事，並且從他人得到支持，則能逐漸改進睡眠品質。
3. 提供支持：請參考〈陸、連結社會支持〉。

提供呼吸訓練

1. 呼吸訓練能幫助減輕過度激發狀態（over-arousal）與生理的緊張感。若規律練習，可以改善睡眠品質、飲食狀況及生活功能。
2. 慢慢地從鼻子把氣吸進來（一千零一，一千零二，一千零三），舒服地讓空氣充滿你的肺部，並一直往下到你的肚子。安靜而溫柔的對自己說：「我的身體充滿了平靜」。再慢慢地將氣由嘴巴呼出去（一千零一，一千零二，一千零三），舒服地排空你的肺部，一直到下腹部。安靜而溫柔的對自己說：「我的身體正在讓緊張釋放出去」。慢慢地重複進行五次。

八、和協同服務連結

目標：將倖存者連結至目前或未來所需且可取得的服務。

（一）需要轉介的情況：

1. 需立即注意的急性醫療或心理健康問題。
2. 原有的醫療、情緒、行為問題惡化。
3. 需要處方藥物穩定個人的狀況。
4. 和酒精或藥物使用有關的擔憂。
5. 有自傷或傷人的危機。
6. 有施虐或受虐的情形。
7. 持續的因應困難(超過一個月以上)。

8. 孩童或青少年有明顯的發展議題。
9. 倖存者要求轉介、或希望與神職人員會談。

(二) 進行轉介時的注意事項：

1. 摘要你和倖存者對其需求與掛慮之事的討論內容。
2. 核對摘要是否正確。
3. 說明轉介選擇，包括可能的幫助、或可能出現的情形。
4. 詢問倖存者對於轉介建議的反應。
5. 給予書面的轉介資訊，若有可能，預約日後和轉介服務會面的地點與時間。

(三) 促進協助關係的持續：

當助人者離開時，受到協助的倖存者可能會感覺到被遺棄或被拒絕。你可以用下列方式建立一種持續照護的感覺：

1. 提供後續可能服務的資源：給予倖存者志願提供服務的當地健康或心理衛生服務人員之姓名和聯絡資訊。
2. 引見認識後續的助人者：引見倖存者認識其他心理衛生、健康照護、家庭服務、或救災工作人員，以讓他們得知你以外的其他助人者的姓名。
3. 減低轉介次數：倖存者和助人者們永無止盡的會面，別讓他們不停告知每個人自己的故事。

九、參考資料

陳淑惠、周嘉琪、蘇逸人、龔怡文、潘元健（2011）。心理急救操作手冊第二版中文文字修訂版（譯）。台大心理系，台北市。〔譯自 National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, Psychological First Aid: Field

Operations Guide, 2nd Edition. July, 2006.〕。

第六章 高風險群篩檢 - 壓力反應及災難衡鑑量表

作者 | 周煌智 / 台灣精神醫學學會理事長 / 高雄市立凱旋醫院副院長

教學目標：

1. 增進對於災難後心理反應、創傷後壓力症候群、與其他精神疾患之口袋式篩檢的認識。
2. 提升災難後出現創傷後壓力症候群之高風險族群之了解。

前言：

今天要談到的主題有二：第一是認識口袋式的篩檢量表，雖然信、效度可能沒有像是其他心理衡鑑工具建立的這麼完善，但精準度尚可。在發生災難的非常時刻裡，面對一群異質性的群體我們需要去做兩階段的篩檢，儘快去找出需要幫助的高風險族群特別有用。第二就是可以增進對於這些高風險族群的瞭解，包括受到災難創傷而無法調適的創傷後壓力症患者，以及原本就有憂鬱症、精神分裂症的患者。

一、災難歷史回顧

災難一直都在，只是我們人類容易遺忘！這些圖片看過去，如果沒有親身經歷的人很快又會忘記，但如果災難發生時身歷其中，這些影像會是很鮮明的。比方說九二一大地震、八八風災小林村、SARS 風暴，因為我們都生長在台灣，於是我們能夠感同身受。

二、災難發生後精神醫學的提早與積極介入

面對大規模的災難應變措施，精神醫療與心理學界有必要建立一套應變機制，在第一時間有效率且有系統的介入，而在災難經過約一至三月後，進行心理復健與精神醫療的工作。公立醫院本著公醫使命，架構精神醫療之藍圖，其中也包括災難與創傷後輔導這塊。事先準備固然重要，但每次災難都是獨一無二的，比方說九二一累積了許多經驗，包括不要有太多的研究介入、政府開始建立一套救災體系，但八八風災過後這次的災難又多增加了原住民的議題：永久屋本是美意一樁，但蓋得太具佛教色彩，與原住民絕大多數信奉基督教不符合；或是對原住民生活風格不搭調，都變成為德不卒，究竟面災難過後的家園重建，應該不僅有「房屋」(house)，也要有家(home)以及更進一步家庭(family)的概念！另一方面。從九二一過後的經驗，來過度評斷原住民飲酒行為等。所以這些體系、教條是為了被修正而誕生，而不是為了被信仰而設立。

三、災後常見之心理反應

一般而言，我們可以先採用Selye(1956)之一般適應症狀模式，但要切記：在災難剛發生的階段，不宜將民眾的一些反應界定為精神疾病。媒體常會在災區為搶新聞，拍攝民眾哭泣等無助畫面，透過專家名嘴解析，為災區受害者烙上 PTSD 之污名。

常見的情緒反應有：驚慌與無助、怨恨與憤怒、悲傷與罪惡感、自責與自傷、不信任矛盾等。在九二一的時候，對一位倖存的長者進行訪談，對他而言，「只差一隻手」就可以拯救其他被壓在房子下的家人，他具有強烈的罪惡感、自責、傷心哭泣都會一併發生；也會開始怨天尤人，對於來採訪的人抱持疑心或敵意，「說這麼多也沒用，你也無法還我一個孫子」等。此時的我們只能「陪伴」，或是「被挨罵」。這些朝我們專業人員發射出來的怒氣，其實不完全是針對我們，更多是他們對於自己的責難，他們必須為如此

龐大的心理壓力找個出口，於是宣洩到第三者身上，我們也有必要有較多的包容。

頻病邊緣：

下列是一些瀕病邊緣的徵兆：夢魘、木訥、不語、失眠、坐立難安、焦慮反覆回想 對未來沒有期望有想死的念頭，甚至有罪惡感等。這些徵狀我們也都會有，但就像是皮球，一般人都可以回彈到被壓力壓迫前的樣子；但有些人則不會，可能就會演變成疾病，這時候很可能就是生理的結構發生變化，而有生物學因素變化了！

四、災難後常見的心理疾患

下述是災難後常見的心理疾患：急性壓力反應（acute stress reaction）、創傷後壓力症候群（posttraumatic stress disorder, PTSD）、重鬱症（Major Depression）：含其他各種憂鬱症、睡眠障礙（sleep disorder）：含暫時性失眠等；恐慌焦慮（panic or anxiety）、物質濫用（含酒精與物質濫用）、行為舉止異常，甚至產生人格特質改變。比方說睡眠障礙，因為九二一地震是晚上發生，所以就不敢上床睡覺，這會讓人聯想到地震；地震要發生之前的地鳴，也像是砂石車呼嘯而過的聲音，有人聽到這個聲音就會恐慌焦慮；也有人用酒精麻痺自己；被懷疑得到SARS，那樣的恐懼、不確定感，可能會讓人退化成幼兒的心智狀態。

總之，各種憤怒的、驚恐的情緒反應、習得無助的反應、喪失親人的反應或是各種emotional reaction，當這些的反應持續未來有可能會發展成各種的精神疾病，包括 PTSD、Major Depression、panic disorder 或是其它精神疾患。

五、三種常見之災難後與壓力快速篩檢量表

1. 災難相關之心理症狀篩檢表 (DRPST)-心情青紅燈 (附錄二)
2. 大衛森創傷評估表
3. 簡式健康量表-心情溫度計(BSRS-5) (附錄三)

基本上這些量表，只是為了篩檢高風險族群的輔助工具，如果沒有這些量表，各專業人員仍可以本著自己的專業進行篩檢，如果是醫師也可進行診斷。

六、辨識災難後的高危險族群

高危險群包括：原有的精神疾病患者（已就醫與未就醫），原有就有一些問題因此次誘發者雖是健康人但是有重大的損失，而資源喪失需要積極處理者，救難人員他們，面對百孔千創，面對挖掘的大體，心理也有許多的創傷，甚至發病，這跟治療人員的『替代性創傷』最不一樣的地方，就是他們直接面對災難，而有直接創傷反應，更需要精神治療與心理輔導。而也有些危險因子，比方說持續性的餘震，餘震過多導致災民精神緊繃，經常處於過度激發的狀態；社交網絡的改變，地震震毀家園，同時也震毀鄉民原有的社交網絡，需要重新適應自己所處的居住環境；經濟問題，在從事心理重建時，常有居民反應只要民生問題解決，他的病就好了一大半，可看出經濟因素對災民影響的端倪，但千萬不要以為只要經濟因素解決，所有問題就會迎刃而解。事實上，若是長期高張壓力，彈性疲乏後，個案具有生物學缺陷因子時，若有殘餘的症狀，也不一定改善。

七、常用量表操作及會談技巧

我們不能夠在災難沒過多久就去作問卷，過去在九二一的經驗告訴我們，這樣會很干擾他們的生活。然而用一個簡易有用的篩檢量表去篩個案，又不失為一簡易有效的辦法。最重要的是需要建立關係，可以跟他們東

家長西家短，盡量以生活化、簡易化的方式去接近他們；然後，以口袋式量表去篩，就可以較為順利；臨床的服務經驗提供我們許多寶貴的線索。此外，整合一定資源是很重要的，各個不同團體間重複的問卷，將使得民眾排斥、拒絕更進一步的評估及轉介。由於精神疾病的標籤因素及災民搬離家園等因素，使得長期追蹤更為困難。有效整合各方資源確實是艱鉅且困難的任務，但卻必須去完成。

八、復原力量的開展

從過去經驗給我們的提醒：越早介入，復原越好。在災難復原工作中，需要外部資源、內部資源的提供，外部資源包括：家園重建、工作、家庭環境與社交網絡，內部資源包括，身、心、靈的整合、正向力量的開展、負向力量的抵銷。從這次八八風災的經驗告訴我們，宗教能夠帶領這些面對瀕死經驗的災民找到新的意義、能量去面對這件事情；也希望能夠時間可以去化解積累下來的仇恨。

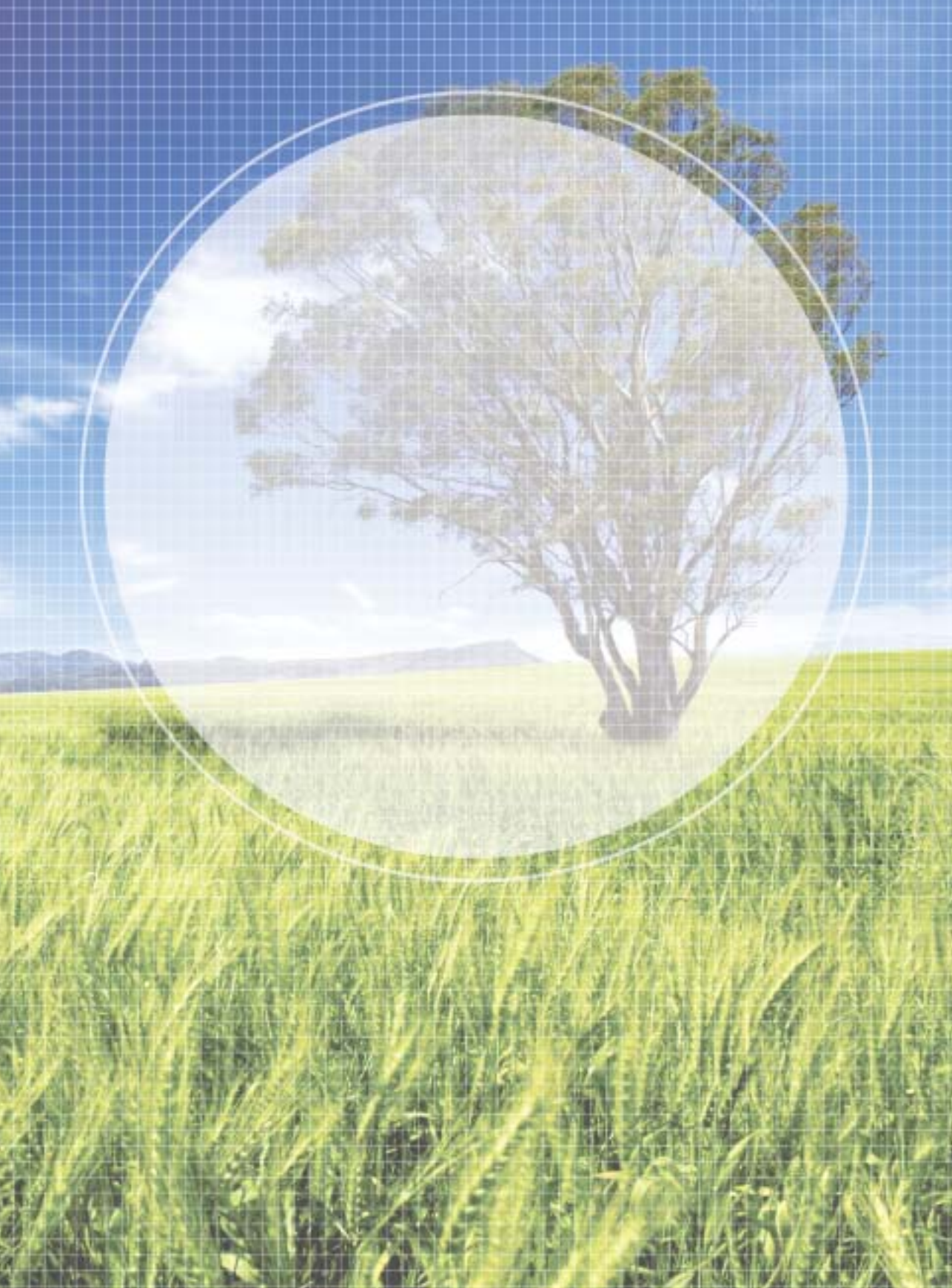
九、參考資料

- Chou, F. H., Su, T. T., Ou-Yang, W. C., Chien, I. C., Lu, M. K., Chou, P. (2003). Establishment of a disaster-related psychological screening test. *Aust NZ J Psychiatry*, 37, 97-103.
- Disasters, 35, 587-605.
- Chou, F. H., Wu, H. C., Chou, P., Su, C. Y., Tsai, K. Y., Chao, S. S., Chen, M. C., Su, T. T., Sun, W. J., Ou-Yang, W. C., (2007). Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry Clin Neuroscience*, 61, 370-378.
- Lo, A. H., Chen, C. C., Chou, F. H., Chang, H. T., (2011). The comparison of prevalence of post-traumatic stress symptoms between post-Chi-Chi

earthquake survivors and post-Morakot flood survivors. *Taiwanese Journal of Psychiatry*, 25, 167-79.

Lo, A. H., Su, C. Y., Chou, F. H., (2012). Disaster psychiatry in Taiwan: A comprehensive review. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*, 4, 77-81.

Su, C. Y., Chou, F. H., Lin, W. K., Tsai, K. Y., (2011). The establishment of a standard operation procedure (SOP) for psychiatric service after an earthquake.



第四篇 復原重建

第七章 心理處遇策略

第八章 集體介入技巧

第七章 心理處遇策略

《第一節》

災難心理重建策略 韌性與心理處遇

作者 | 鄭若瑟 / 中國醫藥大學附設醫院精神部顧問主治醫師

教學目標：

1. 建立災難心理衛生服務之哲學觀與系統觀。
2. 了解韌性(Resilience)理論應用在個人康復與社區重建。

前言：

台灣災難心理學在 921 地震之後始被各界重視，大量投入治療和研究資源，並持續舉辦相關學術研討。本課程希望大家從系統及治療哲學的方式去理解災難，以及因應它的策略應該是什麼。

一、災難

災難包括天然與人為的災難。天然有地震、海嘯、日本福島複合性災難等；人為則是像暴力事件、學校的霸凌、戰爭、美國 911 等。不同社會其因應災難的情況也會有不同的處理方式。因為人生的經驗很短，沒辦法經歷所有事情，但我們能夠從不同的方向去學習並了解它的系統性反應。一個災難發生後，我們要研判整個體系會受到多少衝擊，會不會發生連鎖反應，或演變成後來的惡性循環。

二、災難相關精神疾患

（一）急性壓力反應

急性壓力反應是一般人遇到災難的正常反應，都是很短的時間發生，在一個月內幾乎有一半的人會受影響。

（二）PTSD

PTSD是所有在災難後最常見的精神疾患之一。在目前的研究中，救難或受創人員約有 10-20% 會罹患。但臨床上其實有很多問題比 PTSD 多，像是急性壓力疾患、病態性哀傷、適應障礙疾患、憂鬱症、焦慮症、恐懼症、恐慌症、器質性精神疾患、精神病、物質濫用等，又因每個人獨特性的不同，對災難的面對也會不一樣。災難後所引發的自殺率也是很需要被重視的一個問題，像是美國研究災後增加了 60%，這是需要被關注的。後續的研究指出，災難後的相關精神疾患之多寡，端看後面的重建做的夠不夠好，以及完不完整。除了精神疾病，心理壓力、情緒低落、無意義感（存在空虛感）、哀傷反應、兒童老人適應問題等都被研究過。日本阪神地震後老人「孤獨死」問題曾喧騰一時。

另外，一個出乎預期的研究結果指出：軍人在危機事件後創傷後壓力反應的平均為 25%、義消為 3.77%。這特殊的差異是軍人有許多出身是義務役，並未接觸過強烈的死亡衝擊或是重大的危機事件，而義消相較而言接觸生死的機率較高，所以罹病機率反而較低。

總歸上述是想表達三個重要訊息：

1. 災難絕對不單純，不是只有一種問題或疾病；
2. 訊息是有時間效應；
3. 不是每個人都屬於高風險的危機族群。

三、災後心理致病機轉

心理復健原則幾乎是依據國外經歷過危機事件後發展而來，如美國的 National center for PTSD 與日本等國家，重點如下：

1. 災民經歷傷害或威脅生命的事件：因而產生恐怖、可怕的感覺，便有較高風險產生 PTSD、焦慮、恐慌等疾病。
2. 災民經歷財產或親人失落的事件：易發生哀傷反應，進一步還會發展出憂鬱、自殺或心身症。
3. 面臨社會秩序的崩解必須要遷徙的災民：容易產生物質濫用、酒藥癮等行為問題。

但每個人因經驗、體質、個性等差異，不見得每個人會完全一樣，亦有可能多重創傷經驗相互影響。達到生病嚴重度的人數，只是冰山的一角，在大型災難中，受到不同嚴重度的心理社會效應衝擊的人數遠遠比生病的人多，許多人更會懷疑人生存在的價值與意義等存在與靈性層次的問題。故災後公共衛生的消極目標，是打斷這三條致病機轉，避免增加生病人口。但不應局限於緊急處置與疾病的治療，而應訂定更積極目標，即促進個人及群體的心理健康。

四、災難心理衛生工作之策略

依據美國 National center for PTSD 之災難心理衛生工作手冊，災後的心理工作分為三個時期 緊急、衝擊初期和重建期，日本阪神地震亦是依此原則進行。由於大型災難地區之基礎設施已被破壞，災民資源匱乏，心身俱疲，許多工作需要以外展方式進行，深入社區。各期之策略詳述如下：

1. 緊急期：

宣導受災者對心身症狀有適當的認識，對自己的需要能自覺，鼓勵進行

就醫評估。而危機處理和安全保護在這個時期很重要，適當的死亡通告與哀傷輔導陪伴，可避免後續的衝擊與併發症。

2. 衝擊初期：

此時期是強調如何整合資源、受災者的需求評估、高關懷群標定篩檢、救災與早期的心理紓壓。

3. 長期重建：

心理健康活動、後期精神疾病的治療、個別諮詢、社區教育等。

五、921 震災心理重建策略

921 震災是我國第一次大型災難心理衛生工作，許多經驗值得借鏡。根據 921 心理重建的歷程，可將災後心理重建略分為三個時期：緊急期、整合期與重建期。

（一）緊急期（Emergency phase）：

發生危機事件後約兩週左右，各地有緊急醫療隊伍入駐，共 10 站，提供緊急精神醫療與情緒危機處理，有人掛起「科學收驚」的招牌，有人乾脆到領死亡或重傷撫卹金的公所攤位設站，各顯神通接近災民，提供支持與諮詢，共服務 2,669 人次，至 88 年 10 月 19 日全部撤離。

（二）整合期（Integration phase）：

88 年 10 月 4 日至 89 年 6 月災難心理衛生中心成立為止。由衛生署協調各地資源到災區，系統性做較長期的工作。主要策略有：整合精神心理社會資源，穩定急性反應、急性 PTSD 和其他急性焦慮憂鬱自殺等問題為主，以利災民盡速回歸正常生活。在中央組成「心理復健工作推動小組」，並以災區鄉鎮為單位，指定「災區精神醫療責任醫院」提供持續性精神醫療與心理

衛生服務，並針對創傷症候群進行追蹤輔導。至 89 年 6 月 30 日止，先後有 22 個機構擔任責任醫院。累積診療個案 16,487 人次，訪視個案 16,165 人次，民眾教育宣導,515 人次，辦理成長團體、團康活動、個案篩檢等其他服務 46,337 人次。當時每個團隊做法不同，有的一週、二週才來一次，有的到學校、有的到社區去，各種樣態都有。無論如何，都增加了很多服務的資源，漸漸的也出現了文宣品、各種對象心理紓壓團體等。89 年 5 月間藉由全縣的自殺通報系統，草療團隊，部份責任醫院和衛生護士所展開中華民國前所未有的自殺個案逐案訪視工作

（三）重建期（restoration phase）：

衛生署分別委託台中縣衛生局及草屯療養院承辦台中南投兩區之「災難心理衛生服務中心」，接替各支援醫院工作，為四年半之專案計畫，二者於 6 月 23 日同時正式掛牌，運作至 93 年 12 月，主要策略為：持續進行災後心理復健之長期工作。

南投災難心理衛生工作模式依據五個心理衛生工作基本原則來進行：

1. 近性：交通、心理與文化種族等層面能接近，和接受。
2. 經濟性：財務上能負擔的起。
3. 當責性（Accountability）：目標與方法明確、可靠。
4. 完整性：須能考慮及因應不同人，群體的需要。
5. 整合性：服務系統間能相互合作與整合。

南投心衛中心也發展出五個策略：

1. 建立能長久運作的基礎建設(Infrastructure)，包括工作模式、評估工具、表單資訊和人員訓練，還有資源網絡。
2. 評估災民及社區心理衛生問題及需求。
3. 災後創傷壓力服務專案。

4. 自殺防治專案。
5. 社區宣導與心理衛生促進等五項。透過五項策略衍生出心理重建時期的三個功能：心理創傷服務、自殺防治服務和社區心理衛生教育宣導的服務。

六、921 讓我們學到什麼？

一場災難，衝擊如同石?湖水的漣漪，從最重到最輕的災民都有不同的狀況與需要。讓人回憶震災情景之 debriefing 手法，經 EBM 回顧文獻證明並無療效，更沒有證據證明能預防災民 PTSD 之發生(有的研究甚至指出其介入增加日後罹患 PTSD 的風險)。同時必須小心其副作用，災難後大家熱情衝到災區，可是與災民只有一兩次之見面，欠缺後續之追蹤輔導，debriefing 不但效益有限，可能副作用更大。近年來歐美各國主張的心理急救(Psychological first aid)是比較合宜有效的緊急期災難心理衛生工作模式。經過十年之後，重新檢視我們 921 當時之工作策略與原則，與近年來歐美推動的心理急救的八項核心行動：「關懷性接觸、注意環境安全與舒適、穩定情緒、收集資訊(災民需要與關心之議題)、務實協助、連結親友支持、提供心理調適之資訊、連結協同服務單位」，頗有異曲同工之妙。災後一個月，持續有症狀者多數已達 PTSD、焦慮症、恐慌症或憂鬱程度(約 5-10%)，安頓災民生活之餘，如何盡速辨識出高風險個案，轉介精神科醫師進行治療並投藥，輔以心理支持或認知行為治療，是比較有效的策略。

而哪些群體是高風險群，需要特別關心？根據南投心理中心三年追蹤研究，親人死亡、自己受傷，曾有失眠史，曾有精神疾病、災後六個月仍住在帳篷或車中、及仍有明顯精神激躁症狀者，之後的心理壓力或憂鬱的風險比較高。單純組合屋的災民，並未增加風險。其他國家研究發現，包括多次創傷經驗、弱勢族群、兩項以上壓力源、事件後曾發生恐慌反應、距離災難地點愈近、財產損失等因素，都會增加心理創傷的風險。

災民的需要是多面向的，且生活安頓與安全之實質需要為最優先考量，不應只注意到心理問題。因此，跨體系、跨平台、跨資源間的協調合作十分重要，心理衛生團隊應與前進指揮站或其他服務站一起工作，讓災民「一次購足」而免於奔波。專業人員及志工和NGO共同組織動員，架構完整服務網絡，才能達到更大效益。第一線可透過經過適當訓練的志工與災民接觸，精神心理專業人員可搭配進行諮商輔導，精神科醫師則在後勤支援，以因應前二者轉介個案，多層次網路之工作模式才能因應數萬至數十萬名災民之需要。定期人員訓練，演練，準備適當工具箱，更是平日重要準備工作。

七、災後心理復健之介入哲學：強化個人與社區的韌性

綜合 921 實務經驗與文獻資料，可以歸納整理出災難心理衛生工作的介入哲學理論。我們人類始終無法避免災難再度來臨，因此，災後重建最核心的哲學，是強化個人與社區的韌性(Resilience)。日本阪神地震震後十年的「不死鳥」計畫，即是強化社區與社會韌性的具體案例，讓他們整個社會無論是硬體建築、通訊、產業、教育、心理、醫療、救護等，均有足夠的防災和免疫能力。心理韌性指的是個人適應逆境的能力。韌性是很直覺、很簡單的，個人覺得自己有價值、有希望，讓他覺得不管發生什麼事情，都能看到其中的價值、生命有希望、有動力。創傷或災難事件是一個不能改變的事實，倘若能幫助一個個案重建心理韌性，則最後可達到游刃有餘、覺得安適自在的目標。

Resilience 特徵包括六種：

1. 正向態度 (positive thinking)，就是接受無常；
2. 想要回復常態生活的動力 (drive back to equilibrium)，不要放棄希望；
3. 調適能力 (adaptation)；
4. 自我察覺 (self awareness)；

5. 情緒寬容 (emotional tolerance) , 就是游刃有餘 ;
6. 生活有意義 (meaningful life) 。

強化心理韌性有六項策略 :

1. 心智轉換 (mind shift) , 如 : 意義療法之應用 , 學習接受無常 , 重新去定義、重新去認識其生命和現狀 ;
2. 具體行動 (action plan) , 運用認知行為療法 , 避免空講或不斷傾訴 , 而是具體行動 , 每天都要做 , 從生活中重新感受 ;
3. 自我觀察 (self monitor) , 看到自己的進步 , 自我肯定 , 強化自信 ;
4. 尋找利用資源 (find resources) , 不是只有心理治療 , 還要幫他解決實際生活問題 ;
5. 鼓勵任何進展 (Support progress) , 只要有一點進展就要肯定他 , 讓他有繼續往前的動力 , 要不斷的激勵他往前 ;
6. 最後 , 找出可維持之關鍵 (finding key to maintain) , 要幫他找出並維持這種正向的生活態度。

以存在主義為基礎的意義療法 , 是要讓受災者擴大他的視野 , 讓他看到事情的完整面 , 把潛在意義拉到意識層面被看見。我們幫助受災者學會用不同的眼光看待生與死的議題 , 最後則是尋找痛苦的意義。意義療法創始者法蘭克認為 : 「當面對無法避免的痛苦 , 但人們找到意義時 , 就會停止痛苦了」。

八、展望未來：局部災難心理衛生服務

其實大型災難不常發生 , 但各地局部小型災難卻甚為常見。局部型災難通常區域小、範圍在數公里內 , 災民人數少、約數十至數千人 , 周邊維生系統仍正常、可迅速安置 , 醫療系統仍正常、可快速轉介就醫 , 社會及經濟衝擊少、地方求助系統健全。因此受災戶重建較易 , 通常 1 至 2 年內可復原。依災難心理衛生工作的重要原則 , 針對局部災難心理服務的處理可規劃為三

個階段：安身保護期、安心關懷期與安適輔導期。不同的階段之目標與工作模式，建議如表一：

表一、災難不同階段之目標與工作模式

階段	時間	目標	工作模式	高關懷群
安身保護期	前 48 小時	安全保護 需要評估 身心舒緩	社工+ 心理師、災民安置安全保護、生活物資供應、慢性病延續治療、強烈情緒安撫、100 人災民以上設精神醫療站(醫師+ 護理)	慢性病患 兒童老人 重傷失親
安心關懷期	3 - 7 天	情緒安撫 資訊提供 轉介資源 後續安排	社工+ 心理師、精神科醫師，兒青專業視需要安排、情緒精神需要評估、廣泛資訊提供、放鬆舒壓課程	強烈情緒 憂鬱呆滯 兒童老人 重傷失親
安適輔導期	8 天 - 1 年	個案輔導 轉介治療 社會安適	社區關懷員收案輔導、轉介常規治療、生活社會重建與安適、6 個月仍有不適者應特別注意、注意週年效應	焦慮特質 情緒低落 適應困難 多重失落

九、結論

每經一事，應長一智。我們需要從自己和他國的災民血與淚的生命故事中學到心理重建的經驗，加以系統化整理，儲存，研究，建立知識庫。再次強調災民的需要是多面向的，故跨體系、跨平台、跨資源間的協調合作十分重要，心理衛生團隊應與前進指揮站或其他服務站一起工作，專業人員及志工和 NGO 共同組織動員，才能架構完整服務網絡。

十、參考資料

George, W. (2010). Doherty: From crisis to recovery: Strategic planning for response, resilience, and recovery. Rocket mountain regional disaster mental health institute press.

National center for PTSD : Psychological first aid, field operation guide, 2nd ed,
2006

Rose,S., Bisson, J., Wesley, S.(2003). Psychological debriefing for preventing
post traumatic stress disorder (PTSD). The Cochrane database of systemic
reviews, vol 3.

Viktor E. Frank: Men's search for meaning. Beacon press, 2006

Young, B. H. Disaster Mental Health Service-Guide book for clinicians and ad-
ministrators, National center for PTSD, USA

第七章 心理處遇策略

《第二節》

老人及成人精神疾病患者心理處遇原則與實務

作者 | 歐陽文貞 / 彰化基督教醫療財團法人鹿東基督教醫院院長暨彰基健康體系精神科主任
/ 台灣老年精神醫學會常務理事

教學目標：

1. 本教材設計是針對災難心理衛生專業人員的訓練，並希望能做為培訓災難心理衛生專業人員種子師資的參考教材。前述的災難心理衛生人員大部分為非醫師的心理師、社工人員、職能治療師、護理師、基層公衛人員或一部分經過心理衛生專業訓練的志工，就算是救災時第一線醫師或基層醫師在台灣大多也並非精神科醫師，所以本教材建議的原則為盡量避免精神醫療專業術語或用詞。
2. 本教材特色為「建議的原則」，盡量有實證性研究，雖不必然為隨機分派的實驗性研究結果，但至少要有專家的文獻佐證。
3. 本教材將提示老人與成人個別處遇原則的差異性。
4. 本教材希望能融入更多本土化、個別文化差異的觀點。災後成人及老人精神疾病患者的個別心理處遇原則與實證

一、前言

（一）災難對災區民眾心理健康的衝擊與影響

災後常見的兩大精神疾病是創傷後壓力症(post-traumatic stress disorder, PTSD)及鬱症發作(major depressive episode, MDE) (Goenjian AK, et al 2000; McFarlane AC, et al 1992)，但是並非所有受災難衝擊的民眾都會出現精神疾病，在災後半年後有 16-25%的人會出現精神疾病。需注意的是原本在災難前就有「輕型

精神疾病」患者--如焦慮症、持續性鬱症(persistent depressive disorder)、失眠症或「重大精神疾病」--如思覺失調症(schizophrenia)、雙極性情緒障礙症、鬱症或失智症，在災後屬易受傷害族群，在災後容易出現 PTSD 或鬱症發作。

本次課程所探討的族群是指災後半年之後仍維持一些 PTSD 或鬱症症狀的個案。

(二) 國外創傷後壓力症(PTSD)盛行率

相關研究指出：美國越戰榮民罹患 PTSD 的盛行率是 2-17%；伊拉克戰爭榮民罹患 PTSD 的盛行率 4-17%(Richardson LK, et al 2010)；McFarlane AC 1992 年研究顯示森林大火後 2 年半罹患 PTSD 的盛行率為 18%；Shore JH 1986 年研究顯示火山爆發三年後罹患 PTSD 男女比 4.0%/6.6%、鬱症發作的男女盛行率比為 13.0%/26.9%、廣泛性焦慮症(general anxiety disorder, GAD)男女的盛行率比為 6.0%/9.6%。整體而言，美國一般成人罹患 PTSD 盛行率約 7%(Sadock BJ, Sadock VA.2003)。

由此可知，災後不同時期精神疾病的盛行率可能有所不同。有些 PTSD 是災後超過半年或是更長時間後才有初次症狀，才經驗到當時創傷的情景與痛苦。而不同災難型態_如大地震、洪水、森林大火或戰爭與社會對災難的不同準備程度可能影響 PTSD 的症狀表現或盛行率的高低。但是不論如何，老人都是災後在生理上及精神上易受創傷的族群。

(三) 災後成人精神疾病盛行率及共病性(comorbidity)

McFarlane AC 1992 年研究顯示森林大火後 2 年半後 PTSD 盛行率為 18%、MDE 為 10%、GAD 為 8.5%、恐慌症為 7.3%、畏懼症(phobic anxiety disorder)為 7.8%、強迫症(obsessive compulsive disorder, OCD)為 3%、躁症發作為 4%；McFarlane AC 發現森林大火後 2 年半 MDE 患者有最多的共病，其中 85% 的患

者和 PTSD 共病。同樣的，77%的 PTSD 患者有共病，其中的共病以 MDE 最多。共病的 PTSD 患者容易慢性化，尤其是共存恐慌症及畏懼症者最不易完全好。

（四）台灣震災後成人 PTSD 盛行率

台灣 921 災後 10 個月 PTSD 盛行率為 10%、sub-threshold PTSD 盛行率為 19% (Lai TJ 2004)。在台灣 921 地震後，相關研究指出半年後罹患 PTSD 的盛行率 8.3% (Chou FH, et al 2007)，災後三年 PTSD 4.2%，其中災後半年後晚發性的 PTSD 占有 PTSD 的 51% (Su CY, et al 2010)。此外，大部分(90%)災後半年內發生 PTSD 的患者在災後 3 年時都緩解；但是 PTSD 有一部分會慢性化，另外有另一部分的 PTSD 是災後半年後才發病，這些都將會是災後工作的重點族群之一。

（五）台灣災後老人 PTSD 及鬱症發作盛行率：

在台灣 921 震災後半年老人 PTSD 盛行率為 10.3%(同一研究中成人盛行率為 6.9%)、災後 2 年老人 PTSD 盛行率為 11.3%(成人為 10.1%)、災後 3 年老人 PTSD 盛行率為 4.3% (成人為 4.5%)(歐陽文貞 2004)。國內外研究都發現，老人在災後是易受傷害族群，其尋求社會資源及支持網絡容易缺乏，因此在災後的身心健康問題較多。胡氏(Hwu HG) 1989 年發現成人及老人鬱症盛行率均為 1%，而張氏(Chong MY, et al 2001)發表的南台灣老人研究顯示老人鬱症盛行率為 5.9%、持續性鬱症為 15.3%。但災後半年災區老人鬱症發作的盛行率為 14.6%(同一研究成人的盛行率為 9.7%)、災後兩年老人鬱症發作為 13.1%(成人為 3.0%)、災後三年老人鬱症發作為 9.1% (成人為 4.7%)；同時期(災後三年，即 2002 年)同一方法的研究顯示非災區鄉村老人鬱症發作為盛行率為 8.1% (成人的盛行率為 2.7%)。由以上可知，老人在災後是易受傷害族群，在災後鬱症發作復元的速度比成人來的慢。

二、為何災後需要心理衛生的介入治療

災後需要有心理衛生的介入治療，原因除了上述 PTSD 及鬱症發作在災後半年以後仍會盛行，所以需要早期介入以預防或減緩災難對災區民眾長期的心理與精神健康衝擊外；另一個災後需要有心理衛生介入治療的原因是要「減緩 PTSD 及鬱症的併發症與長期重大影響」。有關鬱症發作、PTSD 及急性壓力症(acute stress disorder, ASD)診斷準則詳見表一及表二。

表一：DSM-5 中鬱症發作的診斷準則

鬱症發作(major depressive episode) ¹
A. 以下五項(或更多)症狀在兩週中同時出現，造成先前功能的改變，並且至少包含以下症狀之一，(1)憂鬱心情、(2)失去興趣或愉悅感(loss of interest or pleasure) 註：可明顯歸因於另一醫學狀況的症狀不能包含其中。 1. 幾乎整天且每天憂鬱，可透過主觀報告(如感覺悲傷、空虛或無望)或他人觀察得知(例如容易哭泣)。 2. 幾乎整天且每天對所有活動失去興趣或愉悅感。 3. 體重明顯減輕或增加(如一個月內體重改變超過5%)；或是幾乎每天食慾減少或增加。 4. 幾乎每天失眠或嗜眠(hypersomnia) 5. 幾乎每天精神運動性激躁或遲緩(psychomotor agitation or retardation，可由別人觀察到，不僅是主觀感受不安或遲緩) 6. 幾乎每天疲倦或無精打采(loss of energy) 7. 幾乎每天感覺到無價值感、或是有過度或不恰當合宜的罪惡感(可能達妄想的程度，不僅是對生病自責或內疚) 8. 幾乎每天思考能力或專注力降低、或是猶豫不決(undecisiveness，主觀報告或他人觀察) 9. 反覆想到死亡(不只是害怕死亡)、反覆出現自殺意念但無具體計畫、有過自殺舉動或是已有具體自殺計畫。
B. 症狀造成臨床上顯著苦惱，或是於社交、職業或其他重要領域的功能減損。
C. 症狀發作無法歸因於某一物質作用或另一身體病況的生理效應。

註 1: 上述翻譯是參考自台灣精神醫學會審訂 2014 年的 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊第 67-68 頁。

表二：DSM-5 中成人創傷後壓力症及急性壓力症的診斷準則比較

創傷後壓力症(PTSD) ¹	急性壓力症(ASD) ¹
<p>A. 面臨到真正的或具威脅性的死亡、重傷或性暴力，並具以下列一種(或更多種)形式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 直接經歷這(些)創傷事件 2. 親身目擊這(些)創傷事件發生在別人身上 3. 知道這(些)創傷事件發生在一位親密的親戚或朋友身上；如果是真正的或具威脅性的死亡，這(些)事件必須是暴力或意外的 4. 一再經歷或大量面對(exposure)在令人反感的創傷事件細節中（例：第一線搶救人員收集身體殘塊；警察一再面對於虐童細節） <p>註：準則 A4 不適用於透過電子媒體、電視、電影或圖片而面對的創傷，除非是工作相關而需面對的創傷事件。</p>	<p>A. 經歷過創傷事件；此要件與 PTSD 的診斷要件 A 完全相同。</p>
<p>(無此症狀)</p>	<p>B. 出現以下侵入、負面情緒、解離、逃避、和喚醒等五個類別症狀中的九項（或更多），這些症狀在創傷事件後才開始或惡化。</p>
<p>B. 出現下列一項(或更多)與創傷事件有關的侵擾症狀，且這些症狀都開始於創傷事件後：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一再發生的、不由自主和侵入性的創傷事件的回憶。 2. 一再出現惱人的夢，夢的內容和/或情緒與創傷事件相關。 3. 出現解離反應（例：回憶重現 flashback），個案感覺到或表現出彷彿創傷事件重演一般。（這些反應可以各種不同的程度出現，最極端的症狀是完全失去對現場周圍環境的覺察）。 4. 當接觸到內外象徵或與創傷事件相似的暗示時，產生強烈或延長的痛苦。 5. 對於內在或外在象徵或與創傷事件相似的暗示時，會產生明顯生理反應。 	<p>創傷事件的再度體驗(此要件與 PTSD 第 B1 至 B3 項的症狀相同，但將 PTSD 中的 B4 及 B5 合併為 ASD 的 B4)</p>
<p>C. 顯示出下列一項以上持續逃避創傷事件相關刺激的現象，且這些現象開始於創傷事件後：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 避開或努力逃避與創傷事件有關的痛苦記憶、思緒或感覺 2. 避開或努力逃避引發與創傷事件相關的痛苦記憶、思緒、或感覺的外在提醒物（人物、地方、對話、活動、物件、場合） 	<p>(ASD 的 B8 到 B9 與此要件與 PTSD 的診斷要件 C1 及 C2 完全相同)。</p>

創傷後壓力症(PTSD) ¹	急性壓力症(ASD) ¹
<p>D. 顯示出下列兩項(或以上)與創傷事件相關認知上和情緒上負面改變的徵象, 這些負面改變開始於創傷事件之後或創傷事件之後惡化:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無法記得創傷事件的一個重要情節(典型上是因為解離性失憶症, 而非因頭部受傷、酒精或藥物等其它因素所致) 2. 對於自己、他人或世界持續且誇大的負面信念或期許(例:「我很壞」「沒人可以相信」「我永遠失去靈魂了」「我整個神經系統都永久毀壞了」「這世界非常危險」) 3. 對於創傷事件的起因和結果, 有持續扭曲的認知, 以致責怪自己或他人 4. 持續的負面情緒狀態—例如: 恐懼、驚恐、憤怒、罪惡感或羞愧 5. 對於重要活動的興趣或參與感明顯降低 6. 感覺到與他人疏離、疏遠 7. 持續地無法感受到正面情緒(例: 無法感受到幸福、滿足、或鍾愛的感覺) <p>E. 顯示出下列兩項(或以上)與創傷事件相關警醒性(arousal)與反應性(reactivity)顯著改變的徵象, 這些改變開始於創傷事件後或於創傷後惡化:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 無預兆發怒(在很少或沒有誘發因素下), 典型地出現對人或物品的口語或肢體攻擊性行為 2. 不顧後果(reckless)或自殘行為 3. 過度警覺(hypervigilance) 4. 過度驚嚇反應(startle reaction) 5. 專注力問題 6. 睡眠障礙(如入睡難、難維持睡眠或睡不安穩) 	<p>ASD 的 B5 為負面情緒[持續地無法感受到正面情緒(無法感受到幸福、滿足、或鍾愛的感覺)], 此症狀與 PTSD 的 D7 相同。ASD 並無 PTSD 中的 D1 到 D6。</p> <p>ASD 的 B6 及 B7 是解離症狀, 此部分在 PTSD 的診斷準則中無。</p> <p>B6. 對於周遭環境或自我的真實感改變(例: 從他人的角度來看自己, 處於恍惚狀態, 時間變慢)</p> <p>B7. 無法記得創傷事件中的一個重大情節(典型上是因為解離性失憶症, 不是因為頭部受傷、酒精或藥物等其它因素所致)</p> <p>ASD 的 B10 到 B14 警醒症狀與 PTSD 診斷準則中的 E1、E3 至 E6 相同。</p>
<p>F. 症狀(準則 B、C、D 和 E)持續超過一個月</p>	<p>C. (第 B 項的症狀)此困擾於創傷事件後維持 3 天到一個月。</p>
<p>G. 此症狀造成臨床上顯著苦惱, 或於社交、職業或其他重要領域的功能減損。</p> <p>H. 此困擾不是因為某物質的直接生理影響(例: 藥物或酒精)或另一身體病況所致</p>	<p>D. 與 PTSD 診斷準則的 G 項完全相同。</p> <p>E. 此困擾不是因為某物質的直接生理影響(例: 藥物或酒精)或另一身體病況(例: 輕度外傷性腦傷)所致, 而且無法以短暫精神病做更好的解釋。</p>
<p>特別註明 延遲發病(with delayed expression): 如果在創傷後至少六個月才符合全部的診斷準則(雖然有些症狀可能很快就發生及表現)。</p>	<p>(無特別標記)</p>

註 1: 上述翻譯是參考自台灣精神醫學會審訂 2014 年的 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊第 143-146 及 149-151 頁。

目前研究已經指出，大部分 PTSD 個案的症狀會消失或緩解，但一小部分個案會持續十多年(或更久)侵擾的影像及惡夢、情緒麻木及畏避症狀(avoidance)或過度警醒等症狀。鬱症發作患者有一部分會在半年後症狀緩和或消失，但是根據研究顯示沒有治療介入的重鬱症患者在隔年或追蹤時期的復發率比有治療介入者高出許多倍。

由於長期的 PTSD 會影響免疫力或身體機能、增加自殺風險、造成不好的社會職業功能(Baker DG, et al 2009)及增加失智症罹病的機會，尤其是有合併鬱症的 PTSD 患者。而根據研究鬱症發作會影響患者生活品質、增加失智症、中風及心臟病的罹病率、增加患者疾病住院天數、增加患者身體疾病死亡率及增加患者自殺的風險等，可見精神與生理之間是會相互影響的。所以，PTSD 及鬱症均需要早期介入及治療。

此外，有些研究更指出，PTSD 及鬱症發作患者在海馬迴(hippocampus)或其他腦區有萎縮的現象。而當有壓力或創傷事件時，腎上腺皮質素(glucocorticoid)會使腦神經滋養物質(brain-derived neurotrophic factor, BDNF)減少，使神經萎縮或死亡。此時，使用抗憂鬱藥(或其他心理介入)使血清素或腎上腺素增加、使 BDNF 增加及促使神經生長，能促進腦部海馬迴受損萎縮的細胞恢復。這也是 PTSD 及鬱症發作患者是需要早期治療及介入處遇的另一項證據。

所以，對有 PTSD 及鬱症發作的災區民眾的態度及介入就如同糖尿病患者一樣，需要由生理、心理及社會三方面的處遇；透過藥物、心理治療、衛生教育、社會網絡支持和社會參與等有系統的方式讓案主及其家人能夠了解這兩種疾病，減緩 PTSD 及鬱症的併發症及長期重大影響，也會緩和災難對心理與精神健康的衝擊。

三、災後精神疾病的個別心理處遇

災後精神疾病個別心理處遇的範疇與基本概念有三點：

1. 精神疾病患者的易受傷害性導因於腦功能特殊性、適應壓力或變遷的技巧較少、原本的人際支持與網絡不佳及尋求社會資源的能力較低。
2. 藥物治療是改善許多精神疾病的基本要件或條件之一，如思覺失調症、躁症發作、鬱症發作、恐慌症、PTSD (Kapfhammer HP, 2014; Katzman MA, et al. 2014; Frommberger U, et al. 2014.)、強迫症及焦慮症(Kapfhammer HP, 2014)等。
3. 藥物並不妨礙心理社會的處遇及介入。所以請災難心理衛生專業人員儘量了解精神科治療藥物的使用原則與作用，如同非某一專科醫師到該專科或網站了解家人該器官疾病方面的用藥一般。

此外，災難心理衛生專業人員或醫師也需了解精神疾病症狀對患者的心理意義，這意謂著災後精神疾病有許多的侵擾性，而且會持續且過度影響患者的精神、生理、社會與職業功能，尤其是看到或遇到類似的壓力源時，就會有強烈且相關的身心反應，進而影響到日常生活與人際活動。這就是說若是個案體驗到「精神症狀」(包括A情緒、B行為、C認知或D驅力)經常覺得症狀「超過自己可掌控的範圍」(out of control)、症狀過度或不合宜發生或持續性、之後影響患者自身日常生活或人際社會活動，個案需要花精神(心力)來調整或因應此類症狀或反應時，此時就需要進行個別處遇介入。

(一) 災後成人(16-64歲)PTSD的介入原則：

首先，災後成人 PTSD 預防性的心理處遇：主要是針對在災後1個月(急性期)有「急性壓力症」患者是否可以預防日後 PTSD 的發生、其次是減緩焦慮或憂鬱症狀。實證資料顯示：災後一個月內單次的情緒宣洩(debriefing)是沒有預防 PTSD 發生的效果，甚至有可能增加日後 PTSD 的風險，並不建議使用(Rose S, et al 2002)。其次，在 PTSD 治療性的處遇部分，雖然尚無實證強烈支持「藥物合併心理處遇」會優於單獨使用心理處遇的效果(Katzman MA, et al.

2014)，但是若是長期有交感神經亢奮或經驗再現等症狀時，建議應該給予藥物治療。目前也缺乏足夠的實證支持心理治療或藥物治療可以預防 PTSD 的發生(Katzman MA,et al.2014)。

災後 1 到 6 個月針對急性 PTSD 患者心理介入的主要目的為「減緩 PTSD 的症狀」，其次是減緩焦慮或憂鬱症狀。災後 6 個月後針對慢性 PTSD 患者心理介入的主要目的同樣為「減緩 PTSD 的症狀」，但目前並無針對延遲發生的 PTSD 預防性或治療性處遇的實證資料。

以下是有關成人急性 PTSD 心理介入的實證：簡要地說，認知行為治療(cognitive behavior therapy, CBT)是 PTSD 最常使用的心理介入，這包括巴西人 Mendes DD 等人 2008 的研究回顧及美國 Ponniah K 等人 2009 年的研究回顧。加拿大 2014 年出版的治療準則支持認知行為治療包括個別及團體的災難聚焦式認知行為治療(Trauma-focused cognitive behavioral therapy, TF-CBT)、特殊的視覺暴露及減敏感治療(exposure therapy eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)、壓力管理處遇(stressmanagement, SM)對 PTSD 的治療有效(Katzman MA,et al.2014)。英國 Bisson J 等人 2007 回顧 33 篇的研究也顯示 TF_CBT、EMDR 及壓力管理處遇(SM)的介入對急性 PTSD 症狀的減緩有效；其他治療如支持性心理治療(supportive therapy)、非目標取向的諮商(non-directive counseling)、動力式心理治療(psychodynamic therapy)及催眠治療(hypnotherapy)的介入對急性 PTSD 症狀減緩的證據目前還不夠(Bisson J, et al 2007)。

荷蘭人 van Emmerik AA 研究(2008)發現寫作治療(writing assignment)與 CBT 對急性期 PTSD 一樣有效，而且可以減少創傷再體驗、焦慮及憂鬱症狀，對畏避症狀也有下降的改善趨勢。

同樣地，美國 Ponniah K 等人 2009 年回顧 57 篇的研究發現 TF_CBT 及 EMDR 對急性期 PTSD 的治療有效；其中壓力調適訓練(stress inoculation training)、催眠治療、人際心理治療(interpersonal psychotherapy)及動力式心理治療對急性期 PTSD 心理治療可能有效(Ponniah K et al 2009)。

以下是有關成人慢性 PTSD 心理介入的實證：英國 Bisson J 等人 2007 回顧 38 篇的研究也顯示 TF_CBT、EMDR 及 SM 的介入對慢性 PTSD 症狀的減緩有效；如前一段的其他治療實證仍不一致(Bisson JI, et al 2007)。

以下是有關預防成人 PTSD 心理介入的實證：由於文獻顯示急性壓力症(ASD)容易發展成 PTSD (Ponniak K, et al 2009)，研究發現 TF_CBT 可有效治療 ASD(Ponniak K, et al 2009; Roberts NP et al 2009 & 2010)，因此可以預防 PTSD；有人研究認為暴露式洪水療法(Exposure-based therapy)和 CBT 對 ASD 治療有效(Bryant RA, et al 2008)，但是筆者認為：這種治療方式要注意災後急性期時 ASD 病患是否可忍受再次暴露到創傷？尤其是老人或精神病患在使用暴露式洪水療法時更應該注意。

此外，災難後須注意是否有腦傷(traumatic brain injury)的民眾更容易合併 ASD 或 PTSD，澳洲 Soo C 等人(2007)回顧 24 篇研究顯示 CBT 對輕微 TBI 合併 ASD 的患者治療有效，結合神經復健及 CBT(比安慰劑組)對輕度到中度 TBI 合併焦慮的治療有效。

特別值得一提的是：災後一個月內過度情緒宣洩(debriefing)對之後 PTSD 的預防無效(Wessely S, et al 2000; Rose S, et al 2002)。南非 Stein DJ 等人 (2006) 回顧 35 篇少於 14 週追蹤治療研究顯示「單獨藥物治療比安慰劑對 PTSD 的治療有效」，其中有 3 篇認為 PTSD 需長期藥物治療。雖然研究顯示嚴重的 PTSD 可使用精神藥物治療合併心理介入如血清素回收抑制劑(SSRI)合併長期 CBT，但實證上仍無法證明合併「藥物及心理介入」比單獨一種治療(藥物或心理治療)的效果好(澳洲學者 Hetrick SE, et al 2010)。

(二) 災後老人 PTSD 心理介入原則：

基本上有關老人 PTSD 研究文獻很少，且老人焦慮疾病常被忽略及未診斷，但學者仍相信 CBT 及抗憂鬱藥對老人焦慮疾病-包括 PTSD-的治療有效

(Lenze EJ, et al. 2003; Schuurmans J, van Balkom A. 2011)。但是合併 PTSD 的憂鬱老人比沒合併的憂鬱老人需要更多治療時間才會出現療效(Hegel MT, et al 2005)。此外，研究也顯示長期的 PTSD 老人比一般人容易得到失智症，但是在「創傷與復原」一書中指出美國的 PTSD 榮民有嚴重人際疏離、無未來感、持續需介入研究的心理社會及人際議題仍多。至於是否有台灣本土的老人 PTSD 研究資料呢?? 1945 年以後陸續到台灣的榮民與遭受 228 事件的家屬是否容易 PTSD、鬱症或失智症呢？若仍有機會，建議未來可以進行質性或量性研究。

（三）災後成人鬱症發作的治療原則：

首先，生理上災區民眾身體疾病、創傷、腦部受傷或疼痛都需要被關心及檢查、基本營養補充與治療復健一樣重要—尤其是否有 B12 或葉酸的缺乏跟憂鬱症(depressive disorders)與失智症的發生是緊密相關的；其次，協助基本生活所需、尋找親人的消息與災區外親友連結、親人身心創傷的治療復健、親人或災區儀式、或經濟恢復及儘快回歸症長生活作息的社會資源介入十分重要。第三是抗憂鬱藥物合併心理治療的效果優於單獨使用抗憂鬱藥物或心理治療；第四需注意災區鬱症發作的病患是否有想到死亡、自殺意念、具體計劃或嘗試過自殺；最後需注意災區鬱症發作患者是否有酒精及成癮物質的使用及其他惡化或維持鬱症發作的因素。

以下是災後鬱症發作的非藥物治療實證：基本上針對災後鬱症發作族群的國內外文獻明顯少見。透過非災區的鬱症非藥物治療研究推論 CBT 及人際關係治療可能對災後成人鬱症治療有效。而臨床經驗顯示減少照顧者負擔可改善憂鬱症狀如幫助帶孫子又準備三餐的祖母或幫忙有慢性病的親人如失智症的居家服務。

（四）災後老人鬱症發作的治療原則：

首先，跟非老年期的成人相比，老人有更多營養、身體疾病及治療藥物影響鬱症發作的可能性，也更需要協同(或整合)老年科或老年精神科專科醫師

逐步調整藥物或治療身體的共病。其次，老人身心壓力的因應能力或尋求社會資源能力降低，因此使得鬱症發作的機率增加。所以，針對災區老人鬱症患者早期的生活支持及福利資源的介入是重要的。第三老人憂鬱相關的症狀更不易評估，且老人患者的健康資訊與溝通經常不完全，儘早積極標任及診斷老人鬱症及儘早給予完整的治療是重要的。第四、老人鬱症發作仍以抗憂鬱藥合併心理治療的效果較單獨使用抗憂鬱藥或心理治療任一種為優。第五、請多了解精神治療藥物的有效治療劑量及療效發生的時間：如抗憂鬱藥物對老人鬱症發作和對成人鬱症發作一樣有效藥物，但更須注意副作用、緩慢加量及劑量要足夠(可加到跟成人相同劑量)，但等待藥效或介入的反應時間比一般成人憂鬱症等待療效時間還長，一般說來老人使用足夠的抗憂鬱藥後至少需等 6-8 週才可以判定藥物否有效。最後第六、傳統心理治療或非藥物治療需要考慮本土老人經歷的時空環境文化的特殊性及可接受性。

雖然，災後老人鬱症發作治療的研究文獻並不多見，但因為成人鬱症與 PTSD 的腦部海馬迴及額葉的病理是相近的，所以許多人相信針對老人鬱症發作人際關係、解決問題與認知行為治療會有幫助，尤其是老人能夠發現自己在生命歷程的意義時，更能夠引領他們面對生命中的困難及減輕憂鬱情緒(Wolf NJ, et al 2008; Wilson KC, et al 2008; Kiosses DN, et al 2011)。

而文獻顯示中年期的建立或維繫社會網絡與良好的支持性人際關係對老年期憂鬱疾病，將會發生不可忽略的效果(Vaillant GE, et al 1998)；荷蘭也有基層醫師發動針對有焦慮或憂鬱症狀的認知及問題解決治療，此舉可以減少一到兩年後的老年憂鬱疾病的發生或惡化達 50%(van ' t Veer-Tazelaar PJ et al 2009, 2011)。

此外有關老年憂鬱症第一段預防的研究顯示：Baldwin RC 2011 年回顧自 2000 年以來，發現在視力有黃斑部病變(macular degeneration)或腦中風的個案”教導病患如何適應或問題解決技巧(problem-solving treatment)”等認知治療，

可以預防老年憂鬱症。同樣的，教導失智症的照顧技巧可以預防失智症照顧者的憂鬱症，而且提供幫忙以減少日常生活機能的限制也可以減少可能已有輕微憂鬱現象(subthreshold depression)的老人發展到憂鬱症(Baldwin RC 2011)。規律的生活及睡眠、均衡飲食及多食蔬果、蛋或牛奶以避免發生葉酸或 B12 缺乏、適當的運動量(Erickson KI, et al 2011; Janelli LM, et al 2009)、參加合宜的宗教活動(Richardson TM, et al 2011, Krause N, et al 2011; Vaillant G, et al 2008; Ahern MM & Hendryx M. 2008)、擔任志工或參與社會公益活動(Schwingel A, et al 2009, Ahern MM & Hendryx M. 2008, Glass TA, et al 2006)。

最後，老人憂鬱症的另類非藥物治療實證指出，Bohlmeijer E 等人(2003)回顧 20 篇研究及後續研究(2009)發現懷舊及生命回顧對老人憂鬱症有效，團體懷舊治療對失智症合併憂鬱也有改善(Wang JJ, et al 2009)。而某些文獻回顧顯示：針灸對持續性鬱症/鬱症治療的證據力不足，只有合併 SSRI 抗鬱劑才有效(Smith CA, et al 2010)；按摩對憂鬱症只有 4 篇，無法證明有效與否(Coelho HF, et al 2008)。

四、結論

災難衝擊對身體與心理健康有長遠影響；因此，平時身體與心理有準備因應災難相關的知識與技巧實屬必要。PTSD 及鬱症發作是災後最常見精神疾病，個別認知行為心理治療介入最有實證的效果。針對災後老人 PTSD 及鬱症發作的心理治療文獻雖然不多見，但對一般非災區老人鬱症發作的治療：問題解決治療法、人際關係治療(IPT) 及 CBT 有效。

建議及未來進一步研究的課題：是否延遲發病的 PTSD 會有較多或較複雜的心理、人際或社會議題須面對？是否延遲發病的 PTSD 對心理介入的接受度較困難？導致心理介入的成效較不好？是否老人才首次發生 PTSD 的心理介入方式和成人相同？成效也相同？都需要更多實證的資料。最後，建議由心理學理論開始的心理治療研究，累積多一些本土化的心理治療或介入方

式與理論。也鼓勵大家多多使用跨專業的合作，透過系統性或生理_心理_社會的完整性的介入方式協助創傷後的個案，並加速災區 PTSD 與鬱症發作個案復原的可能性。

五、參考文獻：

台灣精神醫學會審訂及翻譯 DSM-5 精神疾病診斷準則手冊/員美國精神醫學會出版 2013，台灣台北市，合記書局 2014 年出版。

歐陽文貞九二一大地震倖存者老人重鬱症三年追蹤研究。國立陽明大學公共衛生研究所流行病學組博士論文 2004 年。

Ahern MM, Hendryx M. Community participation and the emergence of late-life depressive symptoms: differences between women and men. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Nov;17(9):1463-70.

Baker DG, Nievergelt CM, Risbrough VB. Post-traumatic stress disorder: emerging concepts of pharmacotherapy. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2009 Jun;14(2):251-72.

Baldwin RC. Preventing late-life depression: a clinical update. *Int Psychogeriatr*. 2011 Dec;22(8):1216-24.

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD003388.

Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007 Feb;190:97-104.

Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2003 Dec;18(12):1088-94.

- Bohlmeijer E, Kramer J, Smit F, Onrust S, van Marwijk H. The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Ment Health J.* 2009 Dec;45(6):476-84.
- Bryant RA, Mastrodomenico J, Felmingham KL, Hopwood S, Kenny L, Kandris E, Cahill C, Creamer M. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2008 Jun;65(6):659-67.
- Chong MY, Chen CC, Tsang Hin-Yeung, et al, (2001). Community study of depression in old age in Taiwan. *British J of psychiatry*, 178,29-35.
- Chou FH, Wu HC, Chou P, Su CY, Tsai KY, Chao SS, Chen MC, Su TT, Sun WJ, Ou-Yang WC. Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2007 Aug;61(4):370-8.
- Coelho HF, Boddy K, Ernst E. Massage therapy for the treatment of depression: a systematic review. *Int J Clin Pract.* 2008 Feb;62(2):325-33. .
- Erickson KI, Miller DL, Roecklein KA. The Aging Hippocampus: Interactions between Exercise, Depression, and BDNF. *Neuroscientist.* 2011 Apr 29.
- Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Post-traumatic stress disorder—a diagnostic and therapeutic challenge. *Dtsch Arztebl Int.* 2014 ;111:59-65.
- Glass TA, De Leon CF, Bassuk SS, Berkman LF. Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *J Aging Health.* 2006 Aug;18(4):604-28.
- Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS: Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* 2000; 157 (6): 911-6.

- Hackett ML, Anderson CS, House A, Xia J. Interventions for treating depression after stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;(4):CD003437.
- Hegel MT, Unutzer J, Tang L, Arora PA, Katon W, Nolen PH, Williams JW Jr, Lin EH. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005 Jan;13(1):48-58.
- Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jul 7;(7):CD007316.
- Hwu HG, Yeh E-K, Chang L-Y (1989): Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79:136-147.
- Janelli LM, Quiones-Ramos E. Can an exercise program enhance mood among Hispanic elders? *Med Surg Nurs.* 2009 Nov-Dec;18(6):356-60.
- Kapfhammer HP. Patient-reported outcomes in post-traumatic stress disorder. Part II: focus on pharmacological treatment. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014; 16:227-37.
- Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry.* 2014;14 Suppl 1:S1. doi: 10.1186/1471-244X-14-S1-S1.
- Krause N. Valuing the Life Experience of Old Adults and Change in Depressive Symptoms: Exploring an Overlooked Benefit of Involvement in Religion. *J Aging Health.* 2011 Jul 1.
- Kiosses DN, Leon AC, Arora PA. Psychosocial interventions for late-life major

- depression: evidence-based treatments, predictors of treatment outcomes, and moderators of treatment effects. *Psychiatr Clin North Am.* 2011 Jun;34(2):377-401, viii.
- Lai TJ, Chang CM, Connor KM, Lee LC, Davidson JR. Full and partial PTSD among earthquake survivors in rural Taiwan. *J Psychiatr Res.* 2004 May-Jun; 38(3):313-22.
- Lenze EJ, Pollock BG, Shear MK, Mulsant BH, Bharucha A, Reynolds CF 3rd. Treatment considerations for anxiety in the elderly. *CNS Spectr.* 2003 Dec; 8(12 Suppl 3):6-13.
- McFarlane AC, Papay P: Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180(8):498-504.
- Mendes DD, Mello MF, Ventura P, Passarela Cde M, Mari Jde J. A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Int J Psychiatry Med.* 2008;38(3):241-59.
- Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depress Anxiety.* 2009;26(12):1086-109.
- Richardson TM, Friedman B, Podgorski C, Knox K, Fisher S, He H, Conwell Y. Depression and Its Correlates Among Older Adults Accessing Aging Services. *J Nurs Care Qual.* 2011 Feb 24.
- Richardson LK, Frueh BC, Acierno R. Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010 Jan;44(1):4-19.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder.

- Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jul 8;(3):CD006869.
- Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;(3):CD007944.
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2002;(2):CD000560.
- Sadock BJ, Sadock VA. Anxiety disorder in “Kaplan & Sadock’s Synopsis of psychiatry: behavior science, clinic psychiatry” 9th (ed), Philadelphia, USA, Lippincott Williams & Wilkins. 2003, pp592-595.
- Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. Curr Psychiatry Rep. 2011 Aug;13(4):267-73.
- Schwingel A, Niti MM, Tang C, Ng TP. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. Age Ageing. 2009 Sep;38(5):531-7.
- Shore JH, Tatum EL, Vollmer WM. Psychiatric reactions to disaster: the Mount St Helens experience. Am J Psychiatry, 1986;143:590-595.
- Smith CA, Hay PP, Macpherson H. Acupuncture for depression. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jan 20;(1):CD004046.
- Soo C, Tate R. Psychological treatment for anxiety in people with traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD005239.
- Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD002795.
- Su CY, Tsai KY, Chou FH, Ho WW, Liu R, Lin WK. A three-year follow-up study of the psychosocial predictors of delayed and unresolved post-traumatic

- stress disorder in Taiwan Chi-Chi earthquake survivors. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 Jun;64(3):239-48.
- Vaillant GE, Meyer SE, Mukamal K, Soldz S. Are social supports in late midlife a cause or a result of successful physical ageing? *Psychol Med*. 1998 Sep;28(5):1159-68.
- Vaillant G, Templeton J, Ardelt M, Meyer SE. The natural history of male mental health: health and religious involvement. *Soc Sci Med*. 2008 Jan;66(2):221-31.
- van Emmerik AA, Kamphuis JH, Emmelkamp PM. Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2008;77(2):93-100.
- van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst HE, Smit F, Cuijpers P, Beekman AT. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Mar;19(3):230-9.
- van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, Smit F, Beekman AT. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar;66(3):297-304.
- Wang JJ, Yen M, OuYang WC. Group reminiscence intervention in Taiwanese elders with dementia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009 Sep-Oct;49(2):227-32.
- Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000560. Update in *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD000560.

Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1): CD004853

Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: a critical review. Clin Psychol Rev. 2008 Jan; 28(1):131-61.

第七章 心理處遇策略

《第三節》

特殊反應及心理處遇原則與實務

作者 | 周煌智 / 高雄市立凱旋醫院顧問醫師 / 教授

教學目標：

1. 災難後出現自殺、家暴等特殊反應之原因，高風險群篩檢以及處遇。
2. 自殺風險之評估與介入技巧。
3. 自殺與家暴等不具適應性災後反應之評估與介入技巧

一、自殺行為模式及相應防治方法

自殺的病理模式，引用 Mann (1999) 所提出的模式，自殺行為可能會先由精神病、憂鬱症患者等脆弱因子浮現，如果發生各種生活事件不斷磨耗一個人，直到個案外在資源耗損到一定程度時，這些病人便成為自殺高危險群，此時可能會出現無助、無望感、憂鬱、自殺意念，甚至開始產生自殺計畫。要留意的是，憂鬱症確實是自殺的高風險群，但是自殺者有很大部份也不是憂鬱症患者，同時大部分的憂鬱症個案也不一定自殺死亡，但本著公共衛生的預防原則，我們需盡可能去從這群被標示為高危險群的憂鬱症患者防患未然。憂鬱症以及生活事件合併產生衝動性，對外就形成了攻擊行為，對內就出現自殺行為；有些成癮者也經常伴隨有雙極性情感疾患，這些患者的預後也較不佳。這些能量如果都作用在自己身上，導致自身的毀滅，如同水壩洩洪一般的效應，就是自殺行為。

自殺成因的概念架構方面，在保護因子方面：家庭凝聚、宗教信仰、人格特質、壓力因應策略、家庭親友和民間社團所形成的支持系統，都能保護

一個人不要走上自殺之路；在危險因子方面：包括家庭以及個人的危險因子，如果身在不和諧、不溫暖的家庭，或是個人有精神病理或是人格上的問題，而外在環境的壓力，生活事件的變動，都可能造成一個人走上絕路。

Mann (2005) 提出自殺行為的發生過程，及在各階段相應的防治方法。在生活事件以及情感性精神病患者，產生自殺意念這些知識，各位種子教師需要衛教給民眾知道，並且將高危險群給篩檢出來；有衝動、絕望或悲觀這些徵兆的時候，精神科方面就需要給予藥物或是心理方面的介入；在接近致命工具方面，日本和香港不約而同都做了看似愚蠢，但卻有效的方法：在日本很多人跳新幹線的天橋，他們就在那裡設了個網，香港有許多高樓大廈，做了較高的女兒牆，有些地方也採取木炭管制，如木炭櫃必須上鎖，並登記後方能購買；另外比如說使用巴拉松這些農藥要登記，這些都是有用的方法。媒體經常會報導各種自殺的消息，需要限制鉅細靡遺的自殺方式報導，以防有自殺意念者採取行動。

二、自殺防治守門人

自殺防治守門人意指定期（固定地）接觸遭受痛苦、危難的個人或家庭之人（National Strategy for Suicide Prevention, 2001）。自殺防治守門人意指當個人接受訓練後懂得如何辨認自殺行為，並對有自殺風險者做適當的回應或轉介者；因此只要透過適當的學習，每個人都可以成為「自殺防治守門人」（Maine youth suicide prevention, 2004）。只要多付出一些時間關心周遭的人，只要對發出自殺警訊的人伸出援手，人人都可以成為自殺防治守門人。

自殺防治的策略有二：持續推動基層醫師、醫院個管員、門急診護士、公共衛生護士與社工員的在職教育。對大眾進行衛教，提高敏感度與通報管道，加強家屬、學校與大眾對周遭親朋好友的關心與警覺。進行衛教的時候需完整，盡量讓大眾吸收到完整而非片面的資訊。而關心親朋好友，可以從日常生活的小細節做起，這樣才不會過於侵略性，造成對方的困擾。

三、自殺預防三部曲

自殺預防的三個步驟分別是：表達關心、詢問自殺、妥善協助。表達關心不見得一定要切入自殺的主題，有時在生活中不經意的招呼，都能夠讓對方感覺到自己還是被重視，感覺到人的溫度，有時就足以拉他一把。如果對方已經明確表達出想死的念頭，我們需要謹慎、嚴肅看待這些警訊，有所懷疑就可以展開介入，關於怎麼去「詢問」自殺的事宜，有以下的建議：如當事人不願接受幫助，或不願談論，請堅持下去；在隱密的地方談，讓當事人放心自在的說，不要打斷他；為這個談話撥出一段空檔，傾聽可以救人一命；擁有便利資源，如諮詢機構的電話等；要有「這可能是唯一一次介入幫助的機會」的認知；如果你無法詢問關於自殺的問題，找個可以提問的人。重點是要去問，方法各人不同。一旦自殺意圖的風險變得明確，守門人的任務隨即轉變為說服當事人積極地延續生命，自殺被認為是可被接受的方式，用來解決心裡遭遇的痛苦，勸說成功在於減少當事人心中覺得「被遺棄」的感覺。如有明顯的自殺意念，還是建議他能夠求助，轉介醫療院所或相關醫療單位，以對於個案有最好的協助。

四、精神健康促進：5Q New Life

1. LQ（生活習性管理）：

定期休閒娛樂，正常飲食，多吃蔬菜水果、多喝水、規律生活。平常也可作些舒壓，比方說瑜伽、放鬆訓練、泡泡澡，重要的是能夠沈澱心靈，放鬆。

2. EQ（情緒管理、認知改變）：

「造成人們困擾常常不是事件本身，而是看待事物的看法。」所以我們要學會「放下」，必須要去體驗，如果心中有佛，看人皆是佛；所以要學會換個角度看世界，心情自然會好轉。

3. PQ（鍛鍊身體，增強抵抗力）：

萬事起頭難，重點在於如何「開始」去做運動，不要找藉口說這裡酸那裡痛，開始做最重要，有氧運動最好。

4. IQ（增長個人專業知識）：

日新月累的知識，需要終身去學習。

5. AQ（增強抗壓能力）：

把前幾個 Q 加起來，就是增強抗壓力。成功的人總是在許多的問題裡面尋找機會，失敗的人總是從一堆機會尋找問題。

五、參考資料

- Chou, F. H., Su, T. T., Ou-Yang, W. C., Chien, I. C., Lu, M. K., & Chou, P. (2003). Establishment of a disaster-related psychological screening test. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(1), 97-103.
- Chou, F. H., Wu, H. C., Chou, P., Su, C. Y., Tsai, K. Y., Chao, S. S., Chen, M. C., Su, T. T., Sun, W. J., & Ou-Yang, W. C. (2007). Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 61, 370-378.
- Lo, A. H., Chen, C. C., Chou, F. H., & Chang, H. T. (2011). The comparison of prevalence of Post-Traumatic Stress Symptoms between Post-Chi-Chi Earthquake survivors and Post-Morakot Flood survivors. *Taiwanese Journal of Psychiatry*; 25(3), 167-79.
- Lo, A. H., Su, C. Y., & Chou, F. H. (2012). Disaster psychiatry in Taiwan: A comprehensive review. *Journal of Experimental & Clinical Medicine*; 4(2), 77-81.
- Su, C. Y., Chou, F. H., Lin, W. K., & Tsai, K. Y. (2011). The establishment of a Standard Operation Procedure (SOP) for psychiatric service after an earthquake. *Disasters*, 35 (3), 587-605.

第八章 集體介入技巧

《第一節》

安心講座(集體衛教)介紹及演練

作者 | 黃龍杰 / 中崙諮商中心臨床心理師

教學目標：

1. 瞭解創傷事件後，早期安心服務(Early Psychological Intervention, EPI), 或危機干預(Crisis Intervention)之特色。
2. 瞭解安心講座(團體衛教)的三個重點。
3. 學習安心講座如何進行。

前言：

本次課程希望讓大家瞭解，在災難危機之後，如何善用演說的方式，針對救災人員或災民進行集體危機介入。不一定要讓成員深入坦露自己的內在情緒，而是以類似機會教育或上課的方式幫助成員。這是考量華人文化與西方文化的差異。華人不像美國人，習慣在眾人面前表達心聲，華人比較內斂且服從權威，所以用上課的方式來進行團體，成員的接受度反而較高。

一、安心講座 重點一：

失落之後的哀慟(grief)歷程(Kubler-Ross, 1969) 可以總結為「不」「滿」「心」「憂」四個字的口訣：

「不」敢相信(Denial)：家園有重大損失或是親人傷亡，往往初期的反應就是不能接受，感覺失真。

「滿」腔憤怒 (Anger)：災民往往氣極敗壞，怨天尤人，不但追究肇事者或怪罪政府，甚至責難救災人員或醫護人員。

「心」存盼望 (Bargaining)：出於無助，往往動用關係，拜託權威，祈求奇蹟。常常會以求神問卜許願等方式，和老天討價還價。

「憂」鬱自責 (Depression)：吃不下、睡不著、捨不得。出現「生還者的內咎」(survivor guilt)，為沒有能防止悲劇發生而感到罪惡。

這些都是喪親者或災民常見的的心路歷程，應該在講座中強調其普遍性，並保證大多數人遲早都會走過這段「死蔭的幽谷」，不至於形成憂鬱症，不宜太早將這些反應標籤為憂鬱症等臨床病態。

萬一生離死別來得突然(如意外傷亡、自殺或災變)，還可能出現以下幾種「創傷」(驚嚇)反應(Posttraumatic Stress Reactions)。這些反應可能發生在罹難者親友身上、救援人員身上、大難不死的負傷者或生還者身上，甚至旁觀的目擊者身上。可以用「驚」「逃」「神」「靈」這個口訣來標示：

1. 「驚」驗重現：

驚心的畫面歷歷在目，不時浮現，聲音、氣味或觸覺揮之不去。
做惡夢。

Flashback--遺忘的經驗洶湧浮現，有如再次身歷其境。

被相關人、事、物、時、地勾起回憶，身心痛苦。(觸景傷情，睹物思人，每逢佳節倍思親)

2. 「逃」避或麻木：

逃避相關的念頭、感受或談話。(不願再提)

逃避引起回憶的活動、地方、人物。(繞道而行、甚至搬家轉行)

重要情節想不起來，甚至失去記憶。

對重要活動不想參加

疏離他人(自我封閉)

情感侷限（悶悶不樂，失魂落魄）

對未來（事業、婚姻、小孩、壽命等）悲觀，失去盼望（萬念俱灰）。

3. 「神」經過敏：

難以入眠或熟睡。

暴躁，易怒。

心思無法專注，神不守舍。

過度警覺（如臨大敵，人人自危；風聲鶴唳，草木皆兵）。

反應過度，容易嚇一大跳（有如驚弓之鳥）。

台灣人在遭逢親友意外死亡時，通常還會出現以下的本土化反應。

4. 「靈」異事件：

怕黑，疑神疑鬼，害怕或感覺死者回來，或者夢見死者（託夢）。

被「煞到」、「沖犯到」，急性的身體不適。

把外物（照相機、麥克風、燈光、車門等）故障，解釋成鬧鬼。

彷彿聽到怪聲、看到白影、聞到氣息、認為東西被動過。

把諸事不順歸因於死者作祟，要求作法超度或燒金紙。

醫事人員最常落入的陷阱，是「濫診」 - - 過早給當事人臨床診斷，如 PTSD 或重鬱症，甚至急著給予藥物。其實一般而言，危機剛發生時，不需給予診斷（病態化標籤）。最好以聆聽、見證、呼應的態度，為其經驗「正常化」（normalize）使災民或救災人員得到情緒的紓解與安撫。並以前述口訣解讀分析其經驗，使其認知到「不」「滿」「心」「憂」或「驚」「逃」「神」「靈」都是人之常情，短期之內並非病態，通常一陣子就會淡化，這樣才是善用安慰劑的療癒經驗。助人者聆聽情節時，可以多用「原來如此」和「難怪（怪不得）」等措辭回應，比如「難怪你會這麼害怕（憤慨、傷心、內疚、思念。）」、「怪不得你現在講起來，都還一直掉眼淚。」

【演練】：請和旁邊的學員組成三人小組，自我介紹，然後排定ABC順序，以下是「情境練習法」：

「情境1」：請A想像，三天後回到辦公室，對兩位沒有參與過研習的同事（由B和C扮演）簡報，何謂「不滿心憂」與「驚逃神靈」，時間至少五分鐘。

「情境2」假設氣爆或塵暴後，醫院要求B擔任種子教師，給予精神科醫師和醫事人員（A和C扮演10位同仁）災難心理衛生訓練。這些專業人員要輪班面對災民，勤前訓練要幫他們預期災民會出現哪些情緒與行為（「不滿心憂」與「驚逃神靈」），時間至少八分鐘。

「情境3」C：消防隊員在出勤氣爆或塵暴救援後，可能會出現若干創傷性反應。請C到某消防小隊，擔任「安心講座」的講師，（A和B扮演20位隊員）。除了說明「驚逃神靈」外，還要穿插針對性的可能實例（有人最近可能不敢吃肉、煮飯時會錯覺聞到焦味，變得很悶不樂認為沒人能理解）。時間至少十分鐘。

每次演練完後，扮演聽眾者請花2分鐘回饋優點給講解者，或是同組的人彼此分享，還有哪些方式或是例子可以講解，增加彼此經驗。

二、安心講座 重點二：

救災人員以及災民，在災後的調適歷程中，可以使用安心五寶（「信」「運」「同」「轉」+「改觀」）這些要領來提醒自己。

「信」= 信仰：禱告、做禮拜、望彌撒，或參加法會、上廟拜拜、收驚求符、念佛禪修等，往往「如有神助」，能重拾對上天的信賴和人生的意義，逢凶化吉。

「運」=運動：跑步、爬山、游泳、騎車，從事有氧運動，讓自己喘氣流汗，老人家也可以做做穴道推拿、刮痧、腳底按摩、芳香療法等，把壓力賀爾蒙排出體外。

「同」=同伴：不要封閉自己，要倚靠家人、朋友、同學或同事。若有類似遭遇的人能同病相憐，同仇敵愾，同舟共濟，最能療傷止痛。

「轉」=轉移：要有事做，不管動手或動腦，工作或興趣，或走出去散散心，接觸大自然。有事情可以專注或忙碌，都能轉換心情，暫時把煩惱放下。

改「觀」=改變觀點：在逆境中，更要逆向思考，從正面的角度來解讀不幸。

「要惜福，並珍惜身邊的家人朋友。」「人生無常，更要把握當下，及時行動（行孝、行善、行樂）。」

除此之外，建議大家這陣子要多保重身體，注意均衡的飲食和休息。不要熬夜、避免喝酒（因為「舉杯消愁愁更愁」，容易發生意外，或養成酗酒的惡習，日後衍生憂鬱症。晚間要避免喝咖啡、濃茶，小孩別吃太多甜食，因為這些飲食可能會讓一家人更亢奮、更焦躁、更容易失眠。

三、安心講座 重點三：

篩選高風險群(高關懷群)

雖然大部分的人在幾週到幾月之後，「不」「滿」「心」「憂」與「驚」「逃」「神」「靈」的反應會降低，但也可能會有十之一二的適應不良，影響到生活功能。通常是因為有重大的財產家園損失，或是對家人的逝去無法調適，而這些可能是屬於高風險（關懷）群。

「高關懷群」可能出現的症狀（澳洲心理學會, 2009）有：1)大半時候都感到難過或害怕、2)行為比起受創前明顯改變、3)日常生活有困難、4)人際關係惡化、5)過度飲酒或吃藥、6)容易嚇一跳，或睡不好、7)沉迷往事，走不出來、8)無法歡笑，顯得麻木或退縮。加上如果本身原來就是憂鬱症、焦慮症

患者等，這些壓力反應可能會更嚴重。所以就需要請參加安心講座的聽眾留意身邊親友，鼓勵通報，讓醫師或心理師能夠進行後續協助與轉介。

四、結論

早期安心服務(簡稱「早安」)，屬於一兩次的危機介入或干預，可以個別或集體進行。安心講座雖然不像 debriefing(安心團體)，透過每個人分享其遇到危機的心情，但仍可以在某些時機，引導團體互動，讓大家透過表露的歷程而將經驗正常化。而且安心講座比起傳統 debriefing 的毀譽參半，相對較安全。

在最後仍要提醒大家留意少數「高風險群」，因為十之八九的人，在事過境遷幾週內，可能會漸漸恢復正常，甚至心理有所成長(經一事，長一智)，不至於留下嚴重的後遺症，影響工作、學業和社交能力。不過，也可能有十分之一二的人受創嚴重，反應特別劇烈，或影響生活超過好幾個月，甚至好幾年。最好能透過篩選或追蹤，提供「中長期安心服務」(簡稱「長安」)，也就是創傷治療或精神醫療。

五、參考資料

黃龍杰(2010)，災難後安心服務，張老師文化，台北。

黃龍杰(2008)，搶救心理創傷，張老師文化，台北。

第八章 團體介入技巧

《第二節》

災難創傷的團體介入與治療

作者 | 唐心北 / 臺南市立安南醫院精神科主任

教學目標：

1. 瞭解精神疾病患者之創傷團體進行方式。
2. 瞭解精神疾病患者之創傷團體須考慮的因素。
3. 瞭解如何提供家庭「安適與安全」的策略與方法。
4. 瞭解如何協助家屬面對家人失蹤、死亡、遺體辨識等事宜。
5. 瞭解如何協助家屬關照悲傷與哀悼

一、災難創傷對個體的心理社會影響

災難分為天然和人為的災難，本講題將聚焦在天然災難的介入與治療。

天然災難的特性是集體性，每個人都可能經驗到的狀態，也可以說是社區性，例如最近的瘦肉精事件，對豬農而言也是一種災難。天然災難通常是不可預期且無法掌控，超出個人的經驗，也會產生長期的生活變動。個體往往會經驗多重失落，例如：失去所愛的人、財產、行動能力、社區基礎建設（例如：311 大地震）、失去特定的夢想、理想、機會。

災難症候群(Disaster Syndrome)，使個體感到無力感，且無法做出理性的思考與判斷，通常需要權威官方領導來處理。正常人經歷這些非常態的災難情境，所會產生的正常經驗；心理創傷是無力感所導致的一種痛苦，心理創傷的共同要素是一種強烈的恐懼、無助、失控和毀滅威脅的感覺。

災難創傷對個體的心理社會影響包括以下面向：

一、心理面向	二、關係面向
(一) 失去安全感無力感、無助感、無望感 (三) 被淹沒感、脆弱感 (四) 害怕、恐懼 (五) 憂鬱、悲傷 (六) 羞恥、困窘 天災較沒有此問題 (七) 憤怒、憤恨 (八) 失去自尊與尊嚴 (九) 懷疑、疑惑 (十) 否認	(一) 退縮或黏附 (二) 信任感破裂 (三) 扭曲對他人的反應 (四) 與家人、朋友、同事疏離
三、認知面向	四、行為面向
(一) 混亂 (二) 困難回憶事情 (三) 難以專注 (四) 假想世界是不安全的 (五) 突發性意象 (intrusive imagery, flashbacks) (六) 失去定向感 (七) 對自己的倖存感到溢樂(euphoria)或罪惡(guilt) 天災常見	(一) 躁動或情緒化、心情變化不定(moodiness) (二) 退化到較不成熟或具傷害性的調適策略 (三) 睡眠或食慾受干擾 (四) 物質濫用 (五) 危險性的行為 (六) 解離 (七) 哭泣或過度平靜或歇斯底里 (八) 沉默或多話
	五、靈性面向
	(一) 失去或緊握信仰 (二) 靈性的懷疑(spiritual doubts) (三) 絕望 (四) 質疑生命的意義

二、創傷影響的四大議題 (Klein & Schermer, 2000)

(一) PTSD 症狀群：

1. 再經驗症狀群(re-experiencing cluster)
2. 逃避性症狀群(avoidance cluster)

(二) 改變受難者的「假想世界」(assumptive world)與認知模組(cognitive schemata)

1. 失去信任與安全感
2. 無助感、失去主宰感
3. 羞恥與罪惡

(三) 客體關係與自我的病態性內化 個別性創傷常會出現的議題

(四) PTSD 外的其他臨床症候群

1. 憂鬱症、焦慮症、睡眠障礙、物質濫用
2. 某些現存精神疾病的惡化
3. 其他無法以上述情形解釋的創傷後發展

補充「痊癒(recovery)的意義」：

1. 覺得好多了。
2. 意味主宰自己的境遇，而不是讓境遇主宰自己的快樂。
3. 發現生活的嶄新意義，無畏未來的背棄。
4. 能沉醉於美好的回憶裏，而不使其突然陷於失去、愧疚、後悔或自責的痛苦感受。
5. 承認經常感受到難過並沒什麼不對，以及不論自己反應如何，都將那些感受說出來。
6. 當別人說或自己知道他們對悲傷缺乏認知的事情時，能原諒他們。
7. 有一天意識到，自己將自己經歷過的失去說出來的能力，實際上正在幫助另一個人克服他或她的失去。

補充「想像破滅和犬儒主義(Disillusionment and Cynicism)」：

當災難已經過了半載，但是復原動作緩慢，仍有許多地方還是殘破不堪，個體原先以為的能夠早日恢復生活的想像破滅，於是個體又開始覺得無助、沒有希望，產生怪罪、怨恨的作為，有些人後來就算了，乾脆過一天算一天、得過且過。尤其是當個體努力向官僚體系爭取卻沒有得到具體回應時，還會感到自己是被放棄的；使得個體感到憂鬱、憤怒並想採取自殺行動。所以，真正危險期反而是在六個月之後的這個時期。

三、團體治療運用於災難創傷的理論基礎

(一) 團體運用於一般性議題的心理治療之特性與療效因子，對創傷的心理治療也適用(Klein & Schermer, 2000)。團體提供成員的支持與再連結，對於創傷治療更是重要。

(二) 團體介入對於受創傷嚴重影響的個體提供獨特的益處(Klein & Schermer, 2000)。

1. 在急性期提供某種結構協助個體回復日常生活的活動與練習自我滋養的行動。
例如：災後聚集社區老人來參加結構性活動，安全穩定如同恢復到日常生活；可以學習如何自我照顧、處理災難的感受、腹式呼吸法 等。
2. 提供協助以處理 PTSD 的症狀。
3. 提供機會以澄清創傷經驗。
4. 提供機會以重建信任與減少隔離感與羞恥。
5. 在一個安全與尊重的環境中，提供機會以表明與敘說創傷事件。
6. 提供機會以哀悼創傷與其後果。
7. 提供現實嘗試(reality testing)，以矯正對自我觀點的扭曲及因創傷發展出來的「假想世界」之基本信念。
8. 整合人格(reintegrate personality)。

(三) 團體治療對創傷處置的益處：

1. 省時、具經濟效益。
2. 「母性團體」(mother group)的包容與支持(holding & support)(Scheidlinger, 1974)。
3. 成員間的相互認同(mutual identifications)，引發動機、緩解孤立性與獨特感覺，並分享訊息(Scheidlinger, 1975)。

特別是在某些少數族群遭逢災難時，他們可能會誤以為是上天要滅族。透過團體的可以重新整合族群的核心信念、重要文化內涵，成員之間相互認同以引發改變之動機，有效地緩解成員孤立或獨立的情形，並且可以彼此分享訊息。

四、災難創傷治療性團體的類型(Foy; Klein & Schermer, 2000; Herman, 1997)

(一) 急性期：急性短期述說(acute debriefing)。

1. 團體目標：

主要協助參與者在具有支持與尊重的環境談論個體災後立即性經驗，以減輕負面感受並提升個人功能，減緩長期的影響；此外，可以告知一些資訊（如：補助取得的方式）。

團體通常需要多位人員共同協助，處理緊急狀況，例如：不適合參加之成員。

2. 團體結構：

急性短期述說團體通常只運作一次；大約持續 2-3 小時。

成員採自由參加，可以藉由公告或宣傳車邀請的方式。

受災者和救災者團體要分開。

3. 帶領者的陷阱與困境：

輕忽二度創傷的可能性、忽視成員需要與他人討論其反應的需求、情緒的過度涉入或維持某種距離、無法表達同理心。

4. 不適合參加的成員：

急性精神病狀態(例如：恐慌、解離、妄想)、無法安定坐下來、無法依循團體結構。

(二) 初期：支持性(supportive)。

1. 運用短期的支持與教育性團體協助個案處理災難創傷帶來的被淹沒感之情緒、減少隔絕與疏離感。團體建立支持與舒適的氣氛、成員能談他們選擇想談的議題。

2. 團體結構：

團體次數約 4-8 次(偶而是開放式)、每週 1 次，每次大約 1-1.5 小時，不超過 2 小時。成員數是開放式。

3. 團體目標：

建立安全感、協助成員對於干擾其日常運作功能之反應與症狀之調適、鼓勵自我關照、緩解與接納普遍存在的淹沒感之情緒與反應、降低隔絕與疏離感、運用有效的方法協助成員「正常化」(normalize)其創傷經驗的反應、協助成員與其他有相似經驗的人做連結、提供成員對創傷事件的認知架構(鼓勵發展新觀點以建構新希望、協助運用其自身的力量調適與回到日常生活的常軌)。

4. 帶領者的陷阱與困境：

輕忽二度創傷的可能性(自己與成員)、無法為自己做好自我觀照或無法從同事處獲得支持與支援、過度傾向探究創傷事件的細節而誤以為對成員有好處。

5. 不適合參加的成員：

急性精神病狀態或高度妄想、強烈自殺或殺人意念、嚴重心理病態特質 (psychopathy)、認知思考障礙者、對他人無法傾聽或回應或全無興趣者、持續否認、退縮、情緒化、怪罪他人者、過度害怕自我表露者、持續酗酒與物質濫用狀態、缺乏心理思維 (psychological mindedness)。

(三) 中期：認知 - 行為 (cognitive-behavioral)。

1. 運用認知－行為團體，提供機會讓受災者分享創傷經驗、發展敘事，並教導調適技巧以處理及因應 PTSD 或其他症狀。領導者發展高度結構與支持性的氣氛；領導者發展規範，成員被尊重與鼓勵談他們的創傷故事與歷程；領導者建構清楚與強大的界線與組織架構的團體。

2. 團體結構：

團體是有限次數，通常是 8-12 次，成員數是封閉式 (約 8-12 人)，成員的心理狀態需要事先評估 (初步瞭解個案的心理議題，評估是否適合團體)。

3. 團體目標：

分享與修復創傷經驗 - 對自我創傷的敘事與重建信任、發展與達成對創傷的個人化行為與情緒的調適目標、提供成員對創傷之經驗情緒的理解與認知、協助成員達成對創傷經驗的自我掌控感、協助成員開始處理哀傷過程、協助成員參與結束過程、認知自己與他人在過程的收穫與努力的成果。

4. 不適合參加的成員：

急性精神病狀態或高度妄想、強烈自殺或殺人意念、嚴重心理病態特質、認知思考障礙者、對他人無法傾聽或回應或全無興趣者、持續否認、退縮、情緒化、怪罪他人者、過度害怕自我表露者、持續酗酒與物質濫用狀態、缺乏心理思維 (psychological mindedness)。

(四) 後期：心理動力(psychodynamic)。

1. 運用心理動力團體協助個體建構個人經驗的意義、檢視其與他人及群體的關係，協助成員整合他們的經驗以融入其社區及社會。
2. 團體結構：有限制人數的團體，至少每週一次。
3. 通常用於個別性心理創傷，較少運用在災難性創傷。

五、災難創傷治療性團體的結構

- (一) 次數與頻率
- (二) 每次時間
- (三) 成員數
- (四) 成員的同質性與異質性
- (五) 成員篩選
- (六) 領導者與協同領導者

協同帶領者的必要性與好處：協助帶領者觀察團體、接續帶領者的處理、協助帶領者掌控團體的時間；

陪伴 - 分擔帶領者的責任與焦慮、心理安全的考量（協助處理流淚者）、性別平衡；

角色扮演與示範；特殊情境的緊急處理；可擴展成員之觀點，加速團體進展；

注意：需要有好的默契以達成互補、加乘及合作之力量，否則反而不好。

六、災難創傷治療性團體的特殊議題

(一) 成員的特殊問題

1. 不成熟的自我表露(premature self-disclosure)
2. 獨佔團體時間(monopolizing)

3. 沉默者

4. 在團體中引發驚恐反應(flashbacks trigger)

5. 解離狀態

(二) 反移情(countertransference)，例如：可能對某些成員不太喜歡，不願意去做。

(三) 替代性創傷(vicarious traumatization)，例如：領導者一直處理災後情感，彷彿自己和受難者一樣。替代性創傷和耗竭不同(burn out)，耗竭是指持續不斷地執行工作，到後來逐漸失去熱情的狀態。

(四) 團體的結束。

災難帶給受難者諸多突然的失落經驗，所以，團體成員在結束時可能會有許多情緒湧現。由於，成員對團體已產生一定程度的依附關係，團體結束時需謹慎處理，應在團體一開始就告知團體運作的方式，預告團體的結束，並且在團體最後幾週就可開始為結束做準備。準時開始、準時結束，會對團體與成員帶來穩定和安全感。

七、受創者家屬之照護

家屬的狀況頗為複雜，因為災難可能衝擊了家屬的家庭結構以及外在的生態環境，當家屬的悲傷反應已經影響了日常生活作息，那專業助人者此時就需要立即介入。在第一時間與後續的家屬輔導多以個案工作為主，其悲傷輔導之基本信念概述如下：

1. 悲傷反應乃遭遇失落者動用能量去回應巨變的過程。
2. 每個人都會遭遇失落悲傷，自然會生成自我療癒的力量及偏方。
3. 喪痛者須在他人的支持與安慰中，重建對安全依附關係的認知，重新調節親密關係的距離，重建信賴感及獨立控制感，藉以走過失落與悲傷。

(一) 死亡失落對家屬的影響

家屬面對親人死亡將造成其對自我、人際關係、生命意義及實際生活之多重影響，茲分述如下：

1. 對自我層面的影響：

將失去與逝者的連結依附，改變原有的自我知覺、感受、認知，影響自我的價值定位，在自我的感受上不再完整。

2. 對關係層面的影響：

與逝者有關之社會關係可能連帶被迫改變。也可能因過度傷痛而導致人際關係退縮封閉。

3. 對價值層面的影響：

世界運作、人生道理和天地正義所抱持之核心信念、安全感與價值觀將遭受打擊。

4. 對生活層面的影響：

中有人過世，對家庭生活方式及及家庭角色任務分工都造成很大的改變，並導致現實生活產生相當的困難及問題。

(二) 協助受創家屬之目的

家屬必須適當走過失落悲傷歷程，才能回歸正常生活，故輔導家屬之目的如下：

1. 陪伴家屬宣洩悲傷，協助其因應喪親所造成的失落，使改變朝向好的向度發生。
2. 協助家屬建立失落情境中的個人意義。
3. 協助家屬面對現實狀況，並能適當回應外在情境的要求

4. 協助家屬維持與親友的關係，並良好運用社會資源以自助。
5. 協助家屬維持理性情緒以平衡沮喪情境。
6. 協助家屬保有滿意的自我形象及能力感。

因而悲傷輔導任務重點在於協助家屬接受失落的事實，包括：關係的失落、珍愛物的失落、成長發展的失落以及部分自我的失落。協助其經驗悲傷的痛苦，重新適應新的環境，並將情緒活力投注在其他的關係。

(三) 家屬的社會支持

受創家屬所需的社會支持包括：

1. 情感支持：

他人的擁抱、傾聽、瞭解、愛、包容。

2. 社會連結：

有歸屬感並瞭解經歷同樣創傷的不只自己一人、有人一起分擔。

3. 被需要的感覺：

覺自己仍是有價值的、有能力幫助別人的，且能被他人肯定。

4. 自我價值的再保證：

透過他人來獲得自信心，以便能處理所面臨的挑戰。

5. 可靠的支持來源：

相信他人是可以依靠的，且能提供立即協助。

6. 提供建言與資訊：

協助自己瞭解哪些反應是正常的，有一些可從中學習該如何以正向方式來因應的好範例。

7. 體力上的協助：

有人可以協助完成一些事務，像是搬東西、修理房子和幫忙處理文書工作。

8. 物資上的協助：

有人能夠提供食物、衣服、暫時性住所、藥物、建材或是金錢。

(四) 家屬之創傷及需求評估

家屬之反應可能為漫長持續的悲傷反應，如延緩出現的悲傷反應、過度的悲傷反應、改裝為其他的樣態、或其他的悲傷反應等（如憤怒）。評估工具包括：創傷症候群檢核、憂鬱症檢核、BSRS、問題因應能力評估、社會網絡分析(生態圖：包括親戚、朋友、宗教、學校、工作、醫療、社會福利等)等等。

影響家屬悲傷反應的因素包括：與逝者的關係；失落發生的情境（突發、未預期、毀滅性、暴力性）；過去的經驗與資源的交流；人格特質、年齡、性別；社會文化因素（習俗規範、社會支持等）。

(五) 家屬的悲傷迷思

家屬的迷思會影響其接受輔導的動機，包括：

1. 悲傷痛苦在喪禮辦完後就應該結束。
2. 時間會療癒悲傷，因為你會漸漸淡忘你所失去的。
3. 失去我們所愛的家人，你我的悲傷都一樣。
4. 悲傷無用論。

(六) 助人關係的建立

個案可能一時無法承受失落之衝擊，因而防衛性地逃避或情緒隔離避免碰觸問題，故而冷漠以對，因此須先建立信賴關係。

1. 肯定受助者的能力：談談他所擅長的事情、成就，肯定其付出的努力，或邀請其協助，維持其自尊，避免同情令其感覺地位低下。
2. 尊重受助者的意願：保持適度的關係距離，謙虛地探詢生活狀況，評估其能力及可能之問題需求。
3. 接納任何非理性的言行反應：批評、抱怨、憤怒、拒絕等。
4. 同理受助者的處境：失落可能帶來生活上的改變及增加生活上的壓力與負擔，以及心理上之不捨。
5. 關懷及促進求助的動機：誠懇地說明一般失落創傷可能的壓力反應，強調受助者在生活角色的重要性，提醒保持精神體力以面對目前和未來要處理的事務。
6. 提供所需的資訊及實質上的協助或陪伴，留下連繫的方式。

總之，在受助者心理尚未準備好之前，須先放下助人者慣常的工作方式與角色期待。

(七) 輔導家屬的方式

包括個案工作、團體工作及家庭工作，茲分述如下。

1. 個案工作

提供預警、最新資訊、教育，使家屬有心理準備以緩衝意外喪親的衝擊。

出現一位真正關懷他的照顧者。

提供應變的援助，調整及適應新生活。

長期陪伴並轉介心理諮商。

善用相關資源防治創傷壓力症候群。

2. 團體工作：執行方式如下

成員篩選：團體方式不適合協助處於急性期、急須處理善後、有強烈憤怒或罪惡感、遭遇多重失落及患有精神病之家屬。

設定團體目標：鼓勵成員經歷悲傷的痛苦；增進成員因應失落後的生活變動；增進成員對逝者；自己與他人的正向連結；促進成員對悲傷失落的覺察。

團體主題：包括失落事件、悲傷反應、因應變化重新學習、持續連結與重整自我、回顧成長、結束與新生等。

3. 家庭工作：執行方式如下

家庭評估：包括逝者在家中的地位；事件對家人內在及彼此互動的影響；家庭情緒的整合情形；家庭如何催化或阻礙情緒的表達等。

設定工作目標：包括提升家人的自我價值；促進更直接、明確、具體和誠實的溝通；保持彈性合宜的家庭規則；建立有效且開放的社會連結等等。

工作任務：包括討論對死亡事實的理解與真相；分享悲傷痛苦的經驗；重組家庭系統；重整家庭關係與目標等等。

八、協助家屬面對親人失蹤及死亡

- (一) 幫助他們獲得有關失蹤者的最新消息。
- (二) 陪伴擔憂家人失蹤的家屬，傾聽家屬的希望與害怕，真誠提供資訊與回答問題。
- (三) 陪伴支持接獲死亡通知的家屬，容許強烈的悲傷反應，並同理家屬的感受。
- (四) 對逝者家屬除提供情緒上的安慰，並給予有關因應、社會支持、急性哀悼的資訊，同時建議進行後續的會面。
- (五) 出現醫療需要時，尋求醫療專業人員的協助。

九、協助家屬面對遺體辨識

工作人員可能陪同家屬至停屍間或替代放置所觀看與辨識遺體，辨識前應盡量提供家屬相關資訊，預作心理準備，以減緩心理衝擊。當場可預期接

受家屬看過遺體後可能有的各式反應，包括震驚、麻木、昏厥、嘔吐、顫抖、尖叫、或打擊某物或某人。此外，提醒父母／照顧者不要告知兒童有關遺體之外觀細節，當家屬出現醫療需要時，應及時轉介醫療專業人員的協助。

十、家屬工作倫理與態度

輔導家屬時「態度」重於「技巧」，發自內心的關愛、熱情與真誠，需以真誠回應案主的傷痛，以勇氣進入案主痛苦的深淵，以仁慈感受案主的心碎，以相信鼓舞案主的力量。工作人員應保有柔軟的心，態度維持堅定的聆聽，慎選維護個人尊嚴的助人方式，尊崇個體的生命力，並促發自己的心靈導師。

十一、參考資料

Ulman, K. U., (2004). Group Interventions for Treatment of Psychological Trauma. Module 1: Group Interventions for Treatment of Trauma in Adults. American Group Psychotherapy Association.

陳淑惠、周嘉琪、蘇逸人、龔怡文、潘元健（2011）：心理急救操作手冊第二版中文文字修訂版（譯）。台大心理系，台北市。〔譯自 National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July, 2006.〕。

陳錦宏等（譯）（2001）。災難與重建 - 心理衛生實務手冊。（原作者：Diane Myers, 1994）。台北：心靈工坊。

李玉蟬主編（2012）。導引悲傷能量（頁23）。台北：張老師文化。

第八章 團體介入技巧

《第三節》

兒童創傷與失親者之團體心理治療

作者 | 丘彥南 / 臺大醫院精神醫學部主治醫師

教學目標：

1. 瞭解兒童、失親者之創傷團體進行方式。
2. 瞭解兒童、失親者之創傷團體須考慮的因素。

前言：

台灣兒童團體的心理治療，始於聯合國世界衛生組織支持下的臺灣大學醫學院與東門國小合作的東門方案。因此，精神醫療體系協助教育界推動執行兒童團體治療的發展較早，而以醫院為基礎的發展則較晚才開始發展；團體的組成需考慮接受處遇的族群特性（例如：自然災害、兒童虐待），並搭配適合的介入策略，各個實務工作者可以使用各自熟悉和偏好的團體治療方式；熟悉兒童在心理、生理及社會等向度的發展理論、展現與活動，是兒童團體心理治療帶領者需具備的知能基礎。

一、兒童創傷團體心理治療之理論、目標及功能

兒童創傷團體心理治療的目標主要是協助兒童減少症狀干擾，並增加因應能力，幫助調節情緒、獲得支持並增能；兒童創傷團體心理治療的理論為：透過團體心理治療的過程，可以讓成員得以在團體中說出記憶事件並表達感知，呈現無法訴諸言詞的狀況，使壓抑及困頓獲得紓解，因獲得支持而不覺得孤單，建立足夠的自信與自控感，進而覺得有信心、力量及希望。

兒童創傷團體治療中去膠囊化作用（Decapsulation）的概念是：透過活動設計讓兒童能投射出情緒並獲得處理，並且經由直接表達的促發、聆聽與支持，獲得分享與正向經驗的回饋。做法則包括：營造安心環境、促發表達、相互接納、情緒辨識及表達等。團體過程中，兒童的情緒可能會發生過度警覺或激動的現象，處理的方式包括：同理、陪伴、適當的身體支持、提供安撫物（如：抱枕、絨毛玩具）、協助放鬆等。

在兒童心理劇創傷團體中，透過重新演出(Re-enactment)、認知性重新處理（Cognitive reprocessing）、附加能量的釋放(Release of surplus energy)、附加現實(Surplus reality)、人際支持(Interpersonal support)、治療性儀式(Therapeutic ritual)等方式，達成團體介入的目標，協助兒童減少症狀干擾並增加因應能力。

二、兒童創傷心理治療團體之組成、進行基礎及流程

（一）團體的組成及進行基礎可參考下表：

團體的組成	團體的進行基礎
團體屬性：短/中/長期、封閉/開放、取向。 招募成員：說明、評估、同意書。 成員屬性：同質/異質之考量。 （性別、問題、診斷、能力） 團體大小：4 - 6 人；5 - 8 人。 年齡範圍：2 - 3 年。 時間間隔/選擇：天/週/雙週/假日。 地點：便利、隱私性之考量。 適當之起始點：急性期過後。	空間：安全、隱私性足、裝潢/佈置、大小適中、通風良好、無噪音干擾、等候室。 時間：1 - 1.5 小時。 材料：符合發展年齡、數量適中。 食物：簡單、合宜、由帶領者決定、成員可提議。 團體約定：安全、守時、無暴力/惡意攻擊、離場告知、不帶玩具/食物/危險物品。

說明：

1. 團體的組成和規劃，需依照團體成員的特性及目標，進行個別化、彈性的設計與安排。

2. 成員屬性同異質之考量：一般而言，團體成員的異質性可以增加團體的豐富性，但是某些創傷心理治療團體需考慮特殊的核心議題及成員屬性。例如，處理性虐待、性創傷或其他敏感議題的特殊團體，創傷經驗的同質性必須考慮。此外，要注意避免成員個人屬性落單的情形（如：5男1女）。
3. 團體的大小要考量帶領者人數、團體空間、成員年紀及問題屬性的挑戰程度等因素。
4. 需有團體基本的約定和規範，以形成安全、穩定、有架構性的團體基礎。

（二）團體的流程：

兒童可能是由家長、老師、志工或工作人員帶來，可先在等候區稍待。治療者帶領兒童進入團體參與活動，並於團體討論與回饋結束後將兒童帶回等候區。等待時間的照顧責任歸屬於帶領兒童來參加團體的人員，而團體過程中的責任歸屬為團體治療者。所以，團體治療者必需在團體開始前清楚說明相關注意事項，儘可能安排適合的等候環境。

三、兒童創傷心理治療團體之發展與介入策略

（一）團體各階段的主要議題與活動設計可參考下表：

階段	主要議題	活動設計
形成期	關係建立	團體命名、團呼、儀式性、暖身性
工作期	促發活動及討論、資訊及經驗分享、移情及關係處理、創傷處理、其他情緒行為處理。	心情溫度計、故事繪本運用、夢、節日、繪畫、特別的一天、寶貝分享。（註：作品可讓成員帶回去當作紀念）
結束期	回顧、分離議題之處理、肯定、祝福、未來可能之聯繫或接觸。	祝福卡片、禮物、紀念品、獎狀、證書等。

說明：

1. 成員退縮及創傷反應之處理：可由協同者耐心地陪伴。
2. 作品之處理：有作品產出時，治療師可以拍照，讓成員將作品帶回家當作紀念。若是集體創作，則團體共同決定處理。

（二）團體中具干擾性質行為之處理：

首先，需瞭解干擾行為的意涵（例如：議題使成員感到不安、還沒有適應團體規則、成員間步調不同造成磨擦）。處理的方法包括：合理處理成員的需求（例如：成員不清楚規範，應該再次進行清楚的說明）、適時調整團體流程（例如：討論時間是否太長或太短）、運用團體動力於團體中討論（引領團體成員討論當下的狀況）、使用口頭提醒或制止等，嚴重時可使用暫時隔離法（Time out），甚至終止成員參加團體。另外，有時候需考慮是否應該使用藥物以利成員順利參與治療團體而獲益（例如：受 ADHD 症狀嚴重干擾的成員）。

（三）家長之參與：

讓成員安心並且知道治療者可能會如何與家長溝通來協助他，在不違反成員隱私的原則下，概述兒童參與團體的大致狀況，與家長分享成員的進步或困難，並提供可行的教養策略，協助家長能在團體外的時間給予兒童幫助與支持，銜接治療中的發現。

四、兒童創傷心理治療團體之準備與檢討

（一）團體治療者：

團體通常很需要協同治療者，以便示範合作並處理緊急狀況。治療者需有適度合理的威權，以掌控團體的進行；治療者需具備的態度與能力有：富熱忱與責任感、尊重成員、樂於分享；具有敏感度、包容力、細膩度足夠；心理正向、活潑、有創意；善用資源、具協調能力。

（二）督導、觀察者、團體之準備與檢討：

督導資源對經驗不足之團體治療帶領者很需要；觀察者可協助記錄、準備器材及場地、臨時狀況之處理、回饋，並參與檢討；在準備與檢討上，分工、壓力處理、交流、意見統合、步調協調等議題均須涵蓋。同時，需注意治療者本身疲勞/耗竭之議題。

五、兒童創傷團體心理治療結果之評估與相關研究：

透過相關的記錄或評估，進行前後測，並追蹤成員的改變。可包含診斷與症狀、自信、自控感、滿意度與生活品質等，也可探究團體之療效因素。更可以藉由開放性問卷或代表性作品，透過治療者主觀評估與流程分析，來瞭解成員的進展。

March 等人（1998）之研究報告顯示，依指引手冊為經歷單一創傷事件兒童進行 18 週之認知行為團體治療（Multi-Modality Trauma Treatment, MMTT），團體治療的內容包含心理衛教、創傷敘事、肌肉放鬆、呼吸練習、憤怒控制（人際問題解決）、發展正向自我對話、預防復發，於團體治療結束時，參加團體治療成員之創傷後壓力症（PTSD）診斷率降低 57%。再於團體治療結束後六個月追蹤時，創傷後壓力症之診斷率降低 86%；Stein 等人(2003)也發表其為經歷某暴力事件兒童在學校進行 10 週認知行為團體治療之報告，參加團體治療成員於團體治療結束時，創傷後壓力症之診斷率降低 86%。

2004 年，在艾莉風災後三個多月，署立桃園療養院兒童精神醫療團隊在學校為經歷土石流事件而有創傷後壓力症的十位學齡兒童(一位是疑似創傷後壓力症)進行活動治療團體*。團體的組成為混性別、混齡，團體治療共四次，每次團體 100 分鐘，歷時三週，屬短期封閉性治療團體。團體目標係使成員透過團體可宣洩情緒，並強化自我肯定，團體中運用繪畫、活動、文化元素、敘事方式等，象徵性地埋葬恐懼、種下希望，增強自控感。團體結束

後三個月後之評估顯示，成員反應正向，減少惡夢及害怕等精神創傷症狀，創傷後壓力症之診斷率降低 90%。由此經驗可見，短期活動團體治療就具有協助因天災而致心理受創兒童復原的療效。

· 附註：四次團體的主題和活動方式：

第一次團體：建立團體共識與凝聚力、互相表達與支持、發現內在資源、自我肯定；大風吹、活動總動員。

第二次團體：增進團體信任感、體驗安全的自我揭露、學習負向情緒的適當宣洩、克服恐懼、經驗營造希望，體認改變的力量；超級變變變、魔鬼剋星、種下希望 聖誕樹。

第三次團體：善意地表達、祝福、強化彼此支持、自我鼓勵；釘子釘哥、許願瓶。

第四次團體：風災經驗的統整、外顯內在正向的力量、希望重建、鞏固正向經驗；機智報數、夢想家園、頒發小勇士證書。

六、災難後失親兒童青少年支持團體實務之探討

- (一) 災難後失親兒童青少年支持團體成立原因：父母或照顧者無法有效協助處理失落與悲傷；具同儕支持的功能與價值；特定族群之需求。
- (二) 團體目標：陪同經歷哀悼過程、支持失親後之心理成長、減少未竟事宜(un-finished business)、避免衍生複雜傷慟狀態或其他困擾情形。
- (三) 團體功能：
 1. 感受與經驗正常化，分享有用資訊及解決問題方法，有機會講/做過去無機會講/做的事。
 2. 提供同儕支持，減低疏離及孤獨感。
 3. 安全的處理隱私、重要、可怕的議題與感受（如：分離、認同、親密感、憤怒、罪惡感、羞恥感）
 4. 協助信念、生活重心、生活觀、世界觀的改變。

(四) 團體任務(Fox, 1988) :

1. 澄清對死亡的了解。
2. 表達與處理悲傷歷程及對死亡的反應 (包括：神奇想法)。
3. 追憶逝者的一生。
4. 學習繼續生活與愛。

(五) 團體組成 :

1. 團體屬性：短/中/長期、封閉/開放、取向 (教導/經驗過程)。
2. 招募成員：說明、評估/篩選 (*不宜勉強，一定要考慮成員的自願性)
3. 成員屬性：同質/異質之考量。(性別、能力、社經背景、死因)
4. 團體大小：4-15 人。(帶領者與成員比 1:2-1:5)
5. 年齡範圍：3 年左右。
6. 時間間隔/選擇：週/雙週/月/季/假日。
7. 地點：便利、隱私性之考量。
8. 適當之起始點：急性期過後。

(六) 團體之帶領 :

1. 時間長度：視性質而定，差異大。
2. 帶領者/催化員：須了解悲傷歷程與兒童傷慟反應，具有與兒童工作並提供支持的能力。要能承認並分享自己的悲傷！(Heegaard, 1992)
3. 帶領任務，包括：教導基本觀念，協助覺察、接納與表達情緒，提供冒險與解決問題的機遇，鼓勵開放溝通與彼此學習的機會，給予支持與鼓勵，發覺不健康的錯誤觀念。
4. 志工催化員的訓練，包括：知識、實務技巧、探索個人對死亡與瀕死過程的想法及經驗團體催化過程。(Corr, & Corr, 1991/2001 ; Corr, & Balk, 1991/2001)

（七）活動內容設計：

1. 分享：逝者珍貴遺物、過世歷程、喪禮經驗、家人對親人逝後的信念、情緒感受、夢、神奇想法、身心症狀、記憶盒、對我有意義的人、人們如何在乎我、我哪裡特別、我與家人有何改變、未來的夢與希望、團體結束/離開團體的感受。
2. 活動：埋種種籽、故事繪本運用、繪畫、說故事、辨識/表達/處理情緒之活動、裝飾記憶盒、做回憶冊/相框/蠟燭、寫信、詩歌寫作、藝術與創作活動、團體壁畫、團體照。

（八）領導員/催化員之任務：

1. 協助哀悼，不是治療/克服，讓成員了解自己是主體/專家。
2. 維護安全氣氛。
3. 堅持限制與規則，提醒時間掌控。
4. 介紹活動，維持架構進行，填補縫隙。
5. 保持關切距離，適時積極參與/自我揭露。
6. 處理成員「不好的建議或批評」。
7. 其他狀況之處理：
 - (1) 沉默：接受、鼓勵表達、帶動去僵化活動、將面對的狀況拋給團體討論。
 - (2) 缺席：需了解是逃避？準備好要離開？未被關注或支持？
 - (3) 成員的自殺意念：可引發討論；需注意評估。
 - (4) 成員有精神疾病之處理：協助不被排斥/誤解，提供正確資訊及觀念，必要時轉介。

七、日本交通遺孤育英會之經驗

(一)「長腿叔叔」募款制度：提供孤兒助學金；獲獎學生聚會主題：自助與團結。時程：每年夏天，高中生四天三夜，大專生六天五夜。

(二)高中生聚會：(10-15人/組，3-5位大學生帶領)

第一天：遊戲、說故事、野炊等休閒活動。

第二天：述說自己喪親經驗。規則：說在其他地方不敢說的；不想說的人，可以不說；不可批評或建議組員的發言。

第三天：聆聽長腿叔叔來信；表演創作短劇/舞蹈，營火晚會，小組時間。

第四天：寫信問候長腿叔叔；在色紙上寫下所有人的希望和祝福；閉幕式，臨別贈言。

(三)援助災害遺孤 - 成立「長腿育英會」：

阪神大地震(1995)後，促成「彩虹之家」成立(1999)；援助自殺遺孤(1999~迄今)；國際災害遺孤關懷：如，台灣921震災(2000年台灣彩虹之家成立)；舉辦「國際孤兒團結交流會」(2000-迄今)。

(四)日本彩虹之家與美國孤兒療治之家「達基中心」合作。

團體時間：兩週一次，依年齡性別分六組，每組5-10人，一名指導員，3-5名輔導員，兒童透過遊戲釋放積壓心中的情緒。

空間設計：火山房間、藝術房間、遊戲房間、談心房間。

彩虹聚會：父母因自殺或疾病亡故之中小學生遺孤聚會。由過來人之大學生帶領，三天二夜。

八、結論

在心理衛生專業人員與社會資源的積極合作下，透過團體心理治療或支持團體的努力作為，能協助兒童自心理創傷中復原並成長。

九、參考資料

自殺遺孤編輯委員會、長腿育英會（2003）。「說不出是自殺」（陳寶蓮譯）。

台灣：先覺出版股份有限公司。

財團法人天主教善牧社會福利基金會（2003）。「小小羊兒的吶喊 - 目睹家庭暴力兒童實務工作經驗談」。

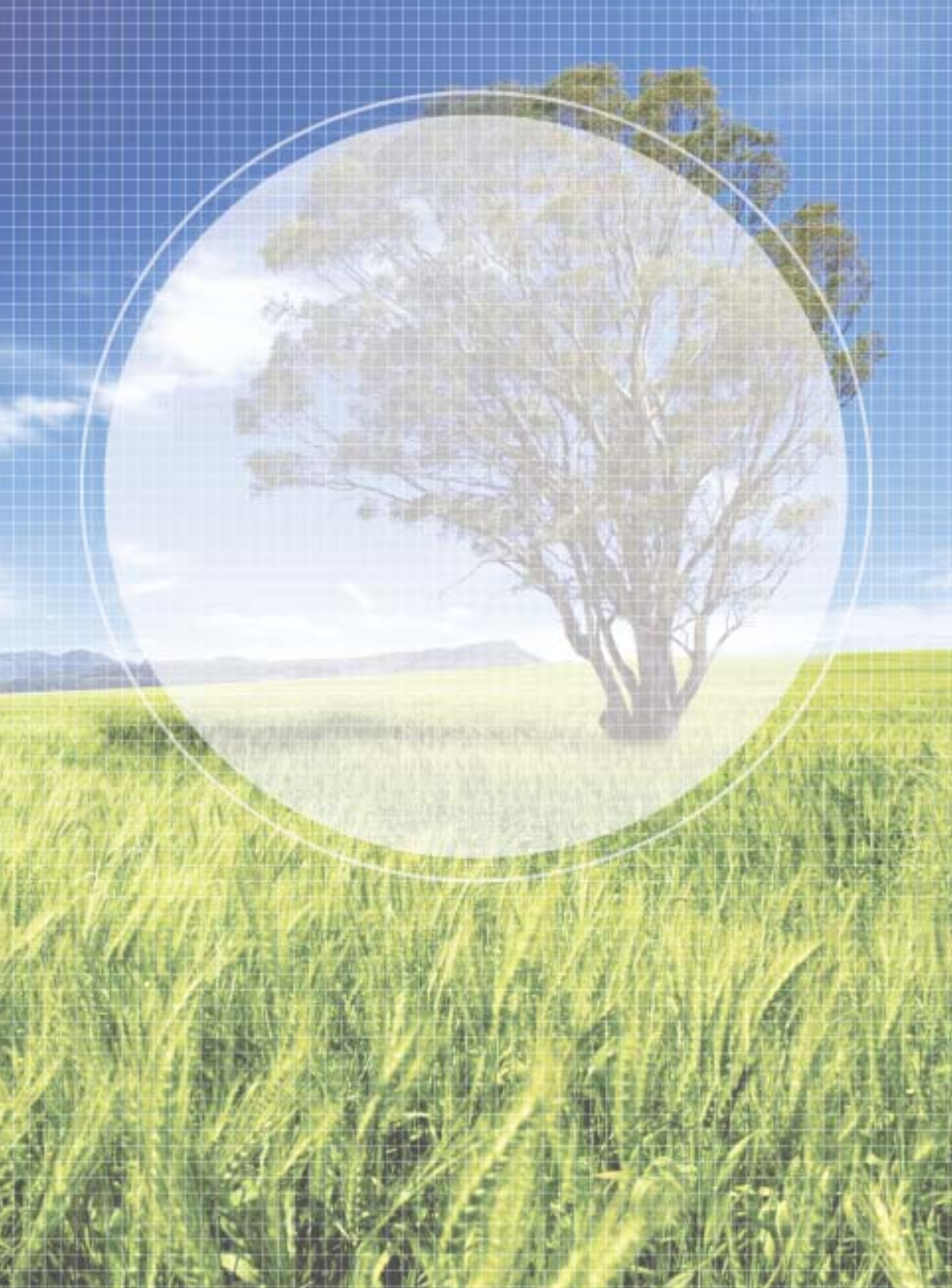
Corr, C. A., & Balk, D. E. (1991/2001). 「死亡與喪慟：青少年輔導手冊」（Handbook of adolescent death and bereavement, 吳紅鑾譯）。台北：心理出版社。

Corr, C. A., & Corr, D. M. (1991/2001). 「死亡與喪慟：兒童輔導手冊」（Handbook of childhood death and bereavement, 李開敏總校閱, 李閏華、張玉仕及劉靜女合譯）。台北：心理出版社。

Kellermann, P. F., & Hudgins, M. K. (2003). 「心理劇與創傷：傷痛的行動演出」（Psychodrama with trauma survivors: Act out your pain, 陳信昭、李怡慧及洪啟惠合譯）。台北：心理出版社。

Moss, N. E. et al (2007). Group Therapy. In A. M. Martin & F. R. Volkmar (Eds.). Lewis' s child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook, 4th ed. (Chap. 6.2.5).

Stover, C. S. et al (2007). Posttraumatic stress disorder. In A. M. Martin & F. R. Volkmar (Eds.). Lewis' s child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook, 4th ed. (Chap. 5.15.2).



第五篇 實務演練與經驗分享

第九章 救災實務演練

第十章 台灣災難實務經驗

第九章 救災實務演練

作者 | 蘇淑芳 / 高雄市立凱旋醫院護理科主任

教學目標：

1. 瞭解災難演習的定義與價值。
2. 運用災難心理衛生救援服務的實務演練腳本促進受訓成員的臨場感與危機處理能力。
3. 受訓成員共同討論演練過程當中的學習與經驗分享，思考未來遭遇相關災難經驗時可供改進之處。

前言：

本課程乃本災難研習會所有課程之實務操作驗收，使用的模式乃桌上型演練。第一部分進行的是災難演習簡介，第二部分是影片觀賞與分組討論，第三部分則是桌上模擬演習測試分組報告。本次的學習目標是讓大家能整合培訓內容與運用，並瞭解災難演習的定義與價值，促進受訓成員的臨場感與危機處理能力，以及討論演練過程的學習與經驗分享。因為在災區的過程中，其困難度較高，加上我們只能透過演練的過程中學習，只能夠近似逼真的程度來讓大家學習，但仍然希望透過這樣子的情境演練與討論，盡力讓每個人都有操作的機會。

一、災難管理

災難學 (Disasterology) 源自軍醫處理大量傷患所做的檢傷分級，接著宗教團體在亞洲、非洲的人道救援活動，直到四十多年前緊急醫療系統從美國推展到世界，成為各國緊急事故應變的主要模式。災難管理若能從訓練、控制、準備、追蹤、檢查等步驟都有比較好的準備，則災難的衝擊可以降到最低。

二、災難演習的定義與價值（紀、林、陳、蔡、林，2002）

災難演習的定義與價值透過觀察及記錄演習的活動，確認參與者之作為達到目標，藉此檢討修正流程，促進人員達到預期目標。其方法是定期並嚴謹評估計劃、程序、設施及設備。使用的評估工具是以價值與目的作為系統改進的依據及參考，調整下次演習的計劃，瞭解人員需求以調整訓練的方向，以及演習的建議。

三、演練活動說明：

（一）演習的過程：

演習進行步驟的規劃：演習需求評估（哪一部分最為缺乏、哪一部分最為熟悉，根據你們的單位做討論）、確定演習的範疇（大型災難或是小型災難）、演習目的、場景設計、主要及次要的事件、預期應變作為、準備訊息卡片。

（二）演習計畫書：

待會兒練習時會邀請大家用大海報紙將你們的演習主旨、演習目標、演習時間、地點、演習的組織架構（成員、成分等）、演習的主要場景假設、通訊或聯絡方式、相關技術（如心理急救）等資料秀出來。

（三）確定演習的成員：

幾乎大家都是參與者，根據演習的角色類型不同可分為：控制者（用來發號司令與時間掌控者，並且說明作戰計畫）、評估者（旁觀稽核看方案有沒有任何的漏洞或是之後該如何彌補）、模擬者（情境設立完後，依據本表演的對象）、參演者（其他的人）、應變行為者等五個向度。茲詳細描述如表一：

表一、演習的角色類型

角色	內容
控制者	確保演習有按照事先的目標及計畫來進行控制演習的進度與速度（增加或減少提供的訊息），複雜的演習需要成立管理控制室(control room)及模擬室(Simulation Room)
評估者	旁觀演習的進行，紀錄所有應變人員如何應變及執行，觀察哪些有做、哪些沒有做？看演習的目標是否有達成？
模擬者	營造一個災難的虛擬實境，提供事先安排好的訊息，或是隨機自然應對的訊息給予參演者，有時可扮演這次演習中，『外界』或是『其他機構』的角色，例如記者、搗亂的家屬
參演者	被動員去緊急處理的個人或單位，通常是醫療、緊急救護、救災人員、安全人員根據情境，盡可能依照真實的情況來進行應變
應變行為者	將訊息及狀況整合到演習中的應變指揮中心（桌上模擬演習）；將訊息傳給需要應變的單位（功能性演習）；實際做出需要執行的動作（技術演練或實作演習）。

（四）災難演練影片欣賞

（五）演習內容與程序

1. 確認分組：

由工作人員進行成員分組，以醫療團隊職別平均分配為原則。

2. 演習說明：

- (1) 設定特殊情境，並加以說明。
- (2) 視時間之許可，依演習評核的八階段進行目標之分配（表二）。
- (3) 道具準備，如白板、大壁報紙與筆，供計畫擬定暨報告說明用。

3. 小組討論：

- (1) 角色分工及張貼角色
- (2) 依目的進行內容討論
- (3) 討論規劃完成計畫書大字報

4. 桌上模擬演練：

- (1) 依計劃書進行角色分工與桌上模擬演練
- (2) 評估者進行觀察記錄及分享

5. 優缺點講評與未來建議

表二、演習評核的八階段

階段	內容
步驟 1	規劃並組織評估活動
步驟 2	進行評估蒐集資料
步驟 3	分析資料
步驟 4	完成檢討報告初稿
步驟 5	進行檢討會議
步驟 6	確認需要改進之行動
步驟 7	確認檢討報告
步驟 8	追蹤改善進度

(六) 進行桌上實務演練

1. 情境案例：

101 年 1 月 17 日，凌晨 1 點 47 分發生水風災土石流災難，南區山區災民遍及嘉義、屏東、高雄，截至下午四時為止，全國傷亡人數已達 21181 人，4615 人仍在受困等待救援，上千棟房屋被淹沒，超過五萬人頓失居所，緊急安置於各收容所。

2. 次要事件說明：

- (1) 第一、二組那馬夏鄉災民陸續被安置於龍鳳宮收容所，共 312 人，貴單位為精神心理衛生核心醫院，衛生局電話要求前往現場支援心理衛生服務。
- (2) 第三、四組請問您行前會議的討論內容為何？架構應變計畫？自我職責與功能？現況收集與傳送能力？
- (3) 第五組進入收容所後，請說明團隊如何進行介入？訊息傳達與流程資源的管

理與運用？篩檢與轉介？整體任務之狀況評估與評值？接獲臨時醫院請求協助重症災民心理衛生照護團隊的處置？一名酒精物質濫用個案於收容所中，出現幻視，被害妄想嚴重。

四、實務演練：各組張貼計畫書後按角色進行說明任務與執行

第一組計畫書	
一、主旨：行前資料蒐集及準備。	
二、目標：現狀了解、組織人員、確定分工。	
(一)執行組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師 <ol style="list-style-type: none"> (1)停止休假，召回人員。 (2)醫護人員進入現場做評估，篩檢出高風險族群進行個別心理處遇。 (3)針對非高風險民眾做安心講座。 2. 護理師 <ol style="list-style-type: none"> (1)派出三位護理人員一同前往。 (2)分工：a. 緊急傷口處理，b. 生命徵像測量、提供安心服務，c. 緊急醫療諮詢。 3. 心理師 <ol style="list-style-type: none"> (1)心理急救。 (2)災民及家屬情緒安撫。 (3)高風險群轉介。 4. 社工師 <ol style="list-style-type: none"> (1)情緒支持。 (2)資源連結與轉介。
(二)參謀組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 聯繫和資源確認。 2. 往上通報，並與執行組密切溝通，請後勤組進行支援。
(三)後勤組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 統計所需相關資源，如：藥物、醫療用品。 2. 瞭解交通和通訊情形，規劃物資送達方式。

第二組計畫書	
一、主旨：行前資料蒐集及準備。	
二、目標：現狀了解、組織人員、確定分工。	
(一)執行組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師 <ol style="list-style-type: none"> (1)醫護人員進入現場做評估，評估災民身心狀態。 (2)瞭解現場需要支援的物品，請後勤做準備。 2. 護理師 <ol style="list-style-type: none"> (1)派出二位護理人員一同前往。 (2)一位負責檢傷分類，評估傷害情形；另一位給予醫療處置。 (3)轉介傷勢嚴重的災民。 3. 心理師 <ol style="list-style-type: none"> (1)派出二位心理師一同前往。 (2)以在地訪視和安心服務為主。 (3)安心服務，包括：心理急救與心理衛教。 (4)協助救災相關人員的心理適應。 4. 社工師 <ol style="list-style-type: none"> (1)社工一同前往。 (2)瞭解災民所需資源。 (3)配合安心講座的工作。 5. 聯絡員 <ol style="list-style-type: none"> (1)共有五名組員。 (2)統計災民人數、情形及所需資源，以利後勤補給。
(二)參謀組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 共有三名組員；文件收發、資訊彙整分析、人力資源規劃。 2. 統籌各組的業務，以及協助訊息傳遞。 3. 與單位主管進行報告，申請資源。
(三)後勤組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 接收參謀組訊息後，在指定的時間內，備妥所需醫療資源。 2. 安排交通人員及時送達。

第三組計畫書	
一、目標：先與災變中心報告，並回報衛生局，開始篩檢工作，並回傳給衛生局，另與當地衛生所聯繫，瞭解是否有列管之精神病患。	
(一)醫療組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師二名、護理師三名。 2. 護理師協助檢傷工作，以及 BSRS 評估。 3. 護理師兼任衛材人員。
(二)安心組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 心理師、社工師，兩兩一組，共四名。 <ol style="list-style-type: none"> (1)心理師：依 BSRS 以口頭方式瞭解災民狀況，再計算分數；轉介 10 分以上，中重度者參與安心團體；15 分以上者，請醫師進一步評估與處置。 (2)社工師：負責行前準備，包括：交通、天氣、報到地點、停留天數；進入後，進行資訊回傳和篩檢工作。

第四組計畫書	
一、主旨：協助災民進入收容所之後的安置工作。	
二、目標：瞭解現場狀況，進行評估與計畫。	
(一)執行組	<ol style="list-style-type: none"> 1. 醫師 <ol style="list-style-type: none"> (1)共二名。 (2)醫師與心理師一同進行篩檢。 (3)醫療處置工作。 2. 護理師 <ol style="list-style-type: none"> (1)共二名。 (2)與社工、心理、醫師合作，分組進行安心衛教團體。 3. 心理師 <ol style="list-style-type: none"> (1)共四名。 (2)在外科醫師檢傷時，觀察災民的狀態。 (3)進行 BSRS 篩檢評估。 (4)安心衛教講座及團體。 4. 社工師 <ol style="list-style-type: none"> (1)共二名。 (2)情緒支持，安心講座、衛教工作。 (3)資源管理，收集社工救助措施，協助災民進行資源連結。

第五組計畫書	
一、主旨：協助重症災民心理衛生照護團體的處置。	
二、目標：處理某一酒癮個案。	
三、時間：凌晨 1 點 47 分。	
四、地點：收容所。	
(一)執行組	(組長、醫師、護理師、社工、心理師、藥師) 1. 醫師：瞭解疾病史與藥物遵從性，必要時給予藥物治療，評估是否有自傷、傷人情形，必要時送醫急診。 2. 護理師：給予情緒支持，評估精神狀況，依結果處遇。 3. 心理師：安心講座。 4. 社工師：安撫個案，聯絡家屬瞭解就醫看法，轉介適當資源。 5. 所有資料交予組長，並回報告參謀組。
(二)參謀組	1. 匯整所有資料。 2. 考量交通情形，請軍方協助支援。 3. 公關窗口，瞭解現場及個案的評估及處遇情形，進行說明；透過新聞稿的發佈，使民眾得知相關資源。
(三)後勤組	1. 個案評估後，確實有自傷傷人之虞，所以協助送醫工作。 2. 藥品準備。

五、評估者評價與回饋

第一組：需要一些時間來進入狀況，漸入佳境，有效組織與分工；執行組部分可以再增加聯繫的人員。

第二組：領導者主動性高，催化促進團體工作；有效地分工與組織，澄清任務，尋找參考資料；準備時間緊迫，很有臨場感。

第三組：行政上缺乏先與災區資源聯繫與瞭解；領導者直接指派人員，忽略專業的適才適用；缺乏高危險個案的轉介與追蹤，也需要瞭解後送醫療的情形；而本組在社工、心理和護理人員比例高，但是角色定位著重於篩選，可以考慮舉辦安心講座或是衛教團體。在討論的過程中，習慣以醫師發號司令，鼓勵各專業發揮自身的能量，應該更努力與積極。

第四組：陣前臨時更換指揮官，可見行前準備稍有不足；分工和執掌不夠明確；應該採用單一聯絡窗口，進行單位間的聯繫；外部資源管理不錯，缺乏內部資源的管理和統整；缺乏篩檢和轉介的安排工作；應該清楚地計畫安心講座進行的方式和時間。

第五組：情境和計劃的部分，應更周詳完善；可以多加進行演練或相關教育訓練。

六、綜合講評

災難準備人人有責，越有準備就越能減少傷害與損失，因此各種型態的演練更顯重要，而每次實務演練不只強調步驟流程順暢，更應重視務實，以及不順暢處的建議及解決，才能幫忙檢視未來災難發生時每個環節可能的處理是否詳實，茲建議如下：

- (一) 可行性的考量：每次計畫應有現實考量，考慮的點包括人、時、地、物等資源的面向，以可能的資源進行分工，以利工作順利執行。
- (二) 可能性的考量：包括現場交通與通訊的考量與準備，及實際的難度。
- (三) 可用性的考量：各組工具資源的運用應有多面向的資料收集，如自殺風險評估工具可再參考其他相關篩檢量表。
- (四) 完成率的考量：評估者的角色應更顯功能，可以建置每個步驟的查檢建，讓評估者有所依據先去進行每個步驟是否確實已被執行，並可統計完成率，藉此劇以分析進行後續的改善策略，以提升實務效能。

七、參考資料

石富元(2010)。「醫院應變演習之規劃」。

紀志賢、林宏榮、陳文超、蔡明哲及林淑敏(2002)。「使用災難演習評估之功效」，中華民國急診醫學學會醫誌，4(4)，165-174。

黃豐締、葉怡亨(2011)。「民國百年高屏區化學災難跨單位桌上演練」。

董恕平、王立敏、蕭志界、張玉喆、羅鴻彰、黃俊一、李建賢(2004)。「區域性毀滅性災難醫療表單 - 災難應變計劃」，中華民國急診醫學學會醫誌，6(4)，382 -402。

譚開元、張衍、王先震、李懋華、李世俊、廖訓禎、張國頌、蔡明哲、林芳郁、李建賢、楊大羽、陳昶勳、廖素華(2000)。「緊急醫療體系之因應」，中華公共衛生雜誌，8(1)，6 -17。

第十章 台灣災難實務經驗

《第一節》

723 復興航空空難心理衛生工作

作者 | 王悟師醫師 / 衛生福利部澎湖醫院副院長
楊士毅臨床心理師 / 衛生福利部澎湖醫院精神科

2014年7月23日麥德姆颱風過境澎湖，當日傍晚六、七點間風強雨大，復興航空GE222班次於7點6分要求重飛後失聯，隨後墜落在湖西鄉西溪村，造成乘客48人死亡，10人輕重傷，其中澎湖籍共29人罹難，當晚兩家地區醫院開啟大量傷患處理機制，第二天在衛福部心理與口腔健康司指示下依據應變大綱，責成衛福部澎湖醫院協助衛生局社區心理衛生中心，由衛福部澎湖醫院撰寫心理重建計畫，由郭泰宏院長主持計畫，王悟師副院長成立安心小組，精神科曾柏硯主任計畫擔任聯絡人，楊士毅臨床心理師擔任安心小組組長，觀察動態與分析動力走向，規劃心理諮商類別、各類紓壓團體與後續活動設計，精神科成員擔任安心小組組員，鍾幸鈴社工師擔任罹難家屬、西溪村村民、受傷乘客等之個案管理，項一凡小姐負責經費使用與各類行政聯繫，劉力仁醫師、劉潤謙醫師擔任團體講師、遺族關懷、門診服務，林聖凱、林蘭蕙、許鈴雪職能治療師、蔡逸鈴心理師、高珮誼護理長、許美人護理長等參與西溪村座談會準備事宜，並依需求協請各區精神醫療網友院支援協助，協助至當年12月底，再轉銜由衛生局社區心理衛生中心提供後續關懷。此報告分為兩個部份：第一部份說明災後心理衛生工作內容，第二部份說明災後心理衛生工作的品質維護與相關問題討論。

第一部份：復興航空GE222空難心理衛生服務內容

此次復興航空GE222空難中，依據陳淑惠等人（2011）心理急救手冊，以安、靜、能、繫、望為原則，採用心理急救核心行動群提供服務，所需服

務對象共有五大類(如圖一)，包括：罹難者家屬、受傷乘客、受災村民、救災單位(包含院內出勤人員)、復興航空員工等五類，安心小組服務從 7 月 24 日開始，針對受傷乘客與罹難家屬部分，進行家訪、電訪，進行關懷、陪伴並適時提供衛教單張、放鬆技巧、催眠，對於有需求個案提供門診轉介服務，並有家訪與電訪記錄，也提供問卷，進行評估；針對救災人員，採用偏向黃龍杰(2010)安心講座模式，服務對象包括：警察、海巡署，於救災後進行災後小組會議、舒壓練習、介紹創傷後壓力症及防治；針對復興航空馬公站員工，進行篩檢與員工紓壓講座。另外，針對安心小組團隊服務品質上，針對空難當日出勤醫護人員提供院內員工關懷，安心小組定期開會討論，也為安心小組成員舉辦督導會議，透過督導過程，促進服務內涵與指引未來的服務方向。另外，文末針對此階段服務概況，提出相關檢討與策進，以期未來對災難的協處上，能更妥善與更高效能。



圖一、復興航空 GE222 空難中協助對象

以下分就罹難家屬、受傷乘客、西溪村、救災人員紓壓講座、復興航空員工紓壓講座等，分項說明：

(一) 陪伴罹難家屬：

首先，由王副院長與楊心理師於 2014 年 7 月 24 日至菊島福園(澎湖殯儀館)，依據華航空難 525 的經驗，設立心理諮商站，採用外展方式，主動接觸有需要協助的罹難者家屬，透過提供協助資訊、協助發放物資以為接觸開端，7 月 25 日陪同招魂，現場心理支持擲爻碰到困難的家屬、遞送面紙，設站共 10 天，服務 45 人次，並從社會處得知名單，期間在得知名單與聯絡方式時遭遇重重困難。罹難者中設籍於澎湖者共 14 戶，其中一戶拒訪，罹難者屬外地者有 6 人，罹難親屬關懷與追蹤，共服務 35 人，後續追蹤 28 人，以電訪、家訪為接觸方式，提供關懷、支持、情緒抒發、放鬆、催眠與轉介門診、提供藥物協助，罹難親屬主要反應為哀傷、失落、失眠、憤怒責難、自責、質疑等反應，主述為「天候不佳為何還飛?」、「為何要家人回家而搭上死亡飛機」、「家庭氣氛丕變」、「說不出的傷痛」、「白髮人送黑髮人的痛難以形容」、「全家活力來源沒了」等，也有矛盾的內在語言，如「也不能太責怪復興航空」，因為澎湖人仰賴復興航空向來提供較多的航班。按月關懷追蹤服務人次共計 203 人次，如表一所示，其他協助策略與服務人次如表二。於當年九月後拒訪情況從 3 人變為 6 人，當多頻率從兩周一次拉長為每月一次，對於拒訪對象，則詢問鄰人、村里長、工作同事，以為側面了解。

表一、對罹難者家屬電訪/家訪按月統計表

月份	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	共計
人次	29	73	32	43	15	11	203

表二、放鬆技巧、催眠與門診服務人次表

處置	放鬆技巧指導	催眠	門診
個案數(人)	6	4	3

此外，2014 年 8 月 22 日安心小組主動參與由縣府主辦協助罹難親屬請求賠償座談會，張貼支持海報，於會後短暫接觸罹難親屬，主動提供心理支持。

2014年8月23日於罹難者家屬自救會中發送衛教與資源傳單。2014年8月25日復興航空與罹難家屬協調會中，訪視之前較少接觸到的遺族。期間估計可否成立罹難者家屬支持團體，但因只有一戶有意願參加，於是後來僅針對案家所需，提供家族諮商與催眠協助，透過災後未來願景的鋪陳，幫助親屬想像飛機飛往佛祖的懷抱，流動家屬糾結的情感(包括：案父責怪案母、案母的自責)。

(二)支持受傷乘客：

在此次災害中，受傷乘客共有10位，男性4位，女性6位，有一位女性意識不清楚，只能與家屬聯繫，其他皆可與家屬或個案本人連絡，其中有5位居住於澎湖、3位居於高雄、1位居於台南、1位居於桃園，居於外縣市者，轉介外縣市衛生局後續關懷，居於澎湖者，提供定期追蹤關懷、提供醫療與法扶資源訊息，於個案拒絕或表達需求減輕時，關懷頻率從兩周一次，改為每月一次。起初受傷乘客皆轉至台灣進一步治療，後來部分燒燙傷個案已在復健中，一兩位已可以搭飛機往返，部分夜夢中容易驚醒，症狀改善有限者，約兩位有低落情緒，一至二位婉拒後續的電訪，大部分皆有商談賠償，有3位接受身心科門診後續治療，1位仍受神經疼痛所困擾。部份受傷乘客因曾經於醫院學過放鬆技巧，因此善用放鬆技巧與專心讀報來度過後來的搭機過程，也有部分受傷乘客和家屬，會表達盡量不要提起，希望關懷資源留給高雄氣爆事件。每月家訪與電訪追蹤情況共計38人次，按月追蹤如表三所列：

表三、對受傷乘客電訪/家訪按月統計表

月份	8月	9月	10月	11月	12月	共計	人次
0	5	13	13	7	38	11	203

(三)協助西溪村村民：

西溪村有五人受傷，無人死亡，對於西溪村，針對西溪村村民進行四次團體性座談會，依據不同時間點設計適合村民需求的團體講座，在第一、二

次安心座談會主要針對緊張、警醒、失眠等症狀，提供放鬆技巧處理急性壓力症狀，並提供身心症狀相關衛教單張，透過分組團體方式分享災難當時的心境與災後的恐懼情感，也進行問卷篩檢以供後續追蹤。第三次座談會(定名為安思會議)主要針對村民於次日 8 月 29 日將參與縣政府、復興航空協調會，因此提前一日辦理安思講座，主要目的為幫助村民整理思緒、需求，並練習表達自己的主張，於會中透過團體方式整理村內需求、訴求，製成卡片、貼上海報，幫助較為木訥、不敢表達意見的村民，能有機會被理解，於次日協調會中，安心小組派兩員協助者參加協調會，會中較多表達者為台灣回來的居民，現居的居民反而表達較少，所幸張貼於牆上的海報被有關議員、航空公司代表所注意。第四次安心座談會(定名為平安之夜)主要是針對村民需求而設計，因於空難後災害地點一直並未有物理上的重建，即便路燈已強化較為光亮，但斷垣殘壁依舊，仍懷有恐懼、不敢路經災區、迴避路過而繞路的情況，不管日間或夜間仍是如此害怕，航空公司只針對部分商談好的居民進行修繕，但毀損嚴重的屋子則商談緩慢並要求填具保密條約，因此修繕進度相當緩慢，安心小組設計音樂饗宴，邀請社團、宗教單位透過音樂演唱演奏舒緩氣氛，然後藉由反制約機制，鼓勵村民們於夜間路過災區，象徵拿回路權，有的村民自行走過，大部分村民懷著恐懼手拉手壯膽一起走完災區路徑，象徵拿回路權的村民，共有 41 位，列冊中的 55 人中，有 16 人嘗試走過災區路徑。於會後抽獎，因自募禮品，引起新科縣長、新科鄉長、縣議員與會關心，此外，為了提供轉銜服務，於會中介紹後續轉銜單位與後續服務內容。

透過團體篩檢後，由醫療網支援人力與安心小組成員進行個別電訪與家訪，關懷村民 55 位，按月關懷追蹤服務人次共計 427 人次，如表四所列。

表四、西溪村村民電訪/家訪按月統計表

月份	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	共計
人次	45	124	108	46	47	57	427 人次

村民起初陳述的症狀為失眠、害怕、緊張、對聲音敏感、重現火光的影像、緊繃感、到處屍體碎塊的可怕，也抱怨被記者無禮的侵入家門只為截取新聞畫面並隨意丟棄垃圾，公部門缺乏關心，擔心澎湖冬天風大時會更感到恐怖，災後四個月左右大部分村民焦慮感減輕，部分因看見斷垣殘壁而感到憂鬱。後續抱怨復興航空只和屋損的村民商談賠償，並未照顧全村對災難的負面感受，這個部份在一年後仍在商談中。

此外，提供問卷，進行評值，使用三個問卷進行篩檢，分別是事件衝擊量表、陳錦宏（2002）年所編譯中文版簡式創傷壓力量表 SPAN-C(4 題)、心情溫度計 BSRS，設定追蹤標準為達以下任一標準，事件衝擊量表 24 分以上屬準創傷反應、中文版簡式創傷壓力量表大於 5 分為創傷壓力反應傾向、BSRS 大於 10 分或有自殺意念，即列入追蹤。

依據事件衝擊量表、中文版簡式創傷壓力量表、心情溫度計 BSRS 問卷結果，只要其中一個問卷達到追蹤標準則列入追蹤，共計有 71 位，追蹤後列冊後續追蹤者共 55 位，其中受到衝擊者約 38 位，在衝擊下又達需關懷者約 26 位。

楊心理師於 11/8 日投書自由時報「還記得西溪村嗎？」，以期得到社會關切重建進度。安心小組繪製災區地圖並標定受災戶、臨近災區恐懼感較高的災民。

(四)辦理救災人員紓壓講座：

針對救災人員部分，主要救災人員包括：海巡署、消防局、航空站消防班、警察局、國軍部隊等，救災滅火、屍體搬運時主要由消防單位主導，警察部份於災難發生時的任務，主要為交通管制，及在菊島福園從事秩序維護，海巡署主要為清理、搜尋遺骸與善後部分。聯絡接洽下，國軍部隊與消防局因有自己的諮商系統，拒絕安心小組的協助，主要協助海巡署與警察局，對

於海巡署進行災後小組會議、紓壓練習、問卷調查，共 2 個梯次，對於警察局，則於年度訓練中，穿插入本計劃課程，進行災後小組會議、創傷後壓力症介紹、放鬆練習、問卷調查，共 2 個梯次。依據近年的文獻指出，災後小組會議的成效並不突顯，因此雖為災後小組會議，其中透過團體分享，進行放鬆練習，但主要目的為集合篩檢，篩檢是否有創傷性的壓力反應，並建立後續追蹤管道，將篩檢結果為傳給原單位之心輔人員。

問卷篩檢結果，海巡受事件衝擊者 2 人，自殺風險 1 人，追蹤後無後續風險，並轉介回工作單位；馬公航空站消防班受事件衝擊 3 人、自殺風險 1 人，其中具自殺風險者，主要為以前曾有車禍意外致人與死及親屬於此事件中死亡，故轉介衛福部澎湖醫院身心科協助，其他受事件衝擊者，於後續追蹤後已減少衝擊不受困擾；警察受事件衝擊者 3 人、自殺風險 2 人，受衝擊者於追蹤後已無困擾，自殺風險者主要為平日工作壓力大，與此事件無關，已轉由警察單位關老師後續追蹤。

(五)辦理復興航空員工紓壓講座：

針對復興航空員工部分，於 2014 年 7 月 28 日發文提供資源，並給予問卷調查，問卷於 8 月 20 日回收，問卷收回共 94 位，其中針對事件衝擊得分較高者，提供名單給復興航空人事單位進行後續協助。並於 8 月 20 日提供災後小組會議、紓壓練習、自我肯定練習，針對空難當時員工所受到的責難與壓力，而提供舒壓，透過團體方式進行經驗分享，航空公司員工表示"須忍耐著為憤怒的罹難家屬與受傷者持續提供服務"，或"災難當時到醫院探視時，心裡除了代表公司道歉也對受傷乘客感到不捨"而落淚、"災難當時無法也不能有進一步的回應時，也只能無奈看著看板被破壞"、"在殯儀館協助期間幾乎無法入眠"等。

由於本計劃提供協助後，引起該航空公司人事單位與勞安部門的關心，開始關注馬公站群體員工的身心健康，首次開始進行全國站點的心理衛生工

作，2014年12月2日，所有馬公站員工分四梯次進行，楊心理師提供各類員工紓壓技巧。

第二部份：災後心理衛生工作的品質維護與相關困難討論

在此部分，說明安心小組會議、安心小組督導會議、支援人力狀況與討論相關困難與建議。

(一) 安心小組會議與醫療網報告：

安心小組會議定期於每周一早上 10:30 至 11:30 開會，由王悟師副院長主持，友院支援心理師、社工師、護理師一同參加，討論遺族、西溪村民、受傷乘客之追蹤狀況，並討論後續追蹤服務內容，至交接前共 19 次。每次於西溪村的團體活動前至少會有兩次會前會，一次依電訪或面訪用於討論當前的心理動態，另一次用於模擬回應各種可能情境。

2014年11月17日全國精神醫療網會議，由王悟師副院長報告災後心理問題處理情況，楊心理師與鍾社工師陪同參加。於2014年12月31日上午十點，與衛生局心理衛生中心進行任務交接。

(二) 心理重建督導會議：

於2014年11月28日辦理一場次心理重建督導會議，邀請具有災難經驗的台北市立大學心理與諮商學系蕭仁釗助理教授擔任會議督導，由楊心理師與鍾社工師報告服務內容，並邀請後續銜接的衛生局與學生諮商輔導中心一同參與，共 17 人與會，蕭老師語重心長的期盼能夠後續關懷，並希望協助災區區民自己建立支援網絡。

(三) 支援人力：

由高屏區精神醫療網、南區精神醫療網、中區精神醫療網、北區精神醫療網提供支援人力，支援醫院與順序為高雄市立凱旋醫院、衛生福利部草屯

療養院、衛生福利部桃園療養院、衛生福利部嘉南療養院，派出心理師、社工師、護理師，每次支援兩個人力，每兩周輪替一組人力，輪替一輪後，由凱旋醫院派心理師、社工師各一名，持續每兩周一輪，直至年底，共 16 人，服務 20 人次，相當感謝願意提供協助的醫院與前來支援的專業夥伴，因為支援，維持住關懷的品質，促進不同觀察的切入點，提供動態報導，減少地區心理衛生人員的耗竭。服務人力如表五所列：

表五、支援人力輪值表

時間	支援單位	支援人力
2014/7/29 2014/8/5	高雄市立凱旋醫院	楊顯欽心理師 劉素華社工師
2014/8/6 2014/8/12	高雄市立凱旋醫院	楊顯欽心理師 林文惠社工師
2014/8/13 2014/8/26	衛生福利部草屯療養院	張一賓心理師 楊淑惠護理師
2014/8/27 2014/9/9	衛生福利部草屯療養院	郭綺苑心理師 許秀岷社工師
2014/9/10 2014/9/23	衛生福利部桃園療養院	鍾秀華心理師 陳寶如社工師
2014/9/24 2014/10/7	衛生福利部桃園療養院	鍾恕容心理師 顏妙芬護理師
2014/10/8 2014/10/21	衛生福利部嘉南療養院	廖御圻心理師 吳淑玲社工師
2014/10/22 2014/11/4	衛生福利部嘉南療養院	張淑玲護理長 吳欣怡心理師
2014/11/5 2014/11/16	高雄市立凱旋醫院	謝富容社工師
2014/11/17 2014/11/29	高雄市立凱旋醫院	楊顯欽心理師
2014/12/10 2014/12/12	高雄市立凱旋醫院	林文惠社工師
2014/12/15 2014/12/31	高雄市立凱旋醫院	楊顯欽心理師

(四)災後心理衛生處遇執行中所遭遇之困難與建議：

1. 災難發生初期的工作，著重在菊島福園法會現場，主動接觸罹難者家屬，協助穩定情緒，現場有來自不同單位提供各類服務，但缺少協調統整窗口，心理工作人員取得罹難者和遺族名單困難，航空公司基於個資保密原則而拒絕提供，直到第四天才與社會處協調取得罹難者和遺族通訊資料，延遲心理介入的時機。
2. 由於缺少協調統整窗口，在法會現場觀察到大部分家屬在驗屍前，相當惶恐，於驗屍後，情緒波動相當大，因此安心小組向襄驗主管請求陪同孤單的家屬，雖然主管同意，但現場各自忙碌而未有妥適聯結，後來卻被帶領襄驗的刑警給斥離，因此減少了服務機會。建議建立中央級災難管理單位，建有一組指導專才，提供諮詢機制，平日建立各縣市地區的專業人力，各種單位代表互有連結，於災難發生時能即時互通訊息，提供及時協助。
3. 拒訪是災難心理工作常見的問題。心理工作人員面臨受創者的拒絕，總是徘徊在考量排除 PTSD 的相關逃避症狀或應尊重自主間尋求平衡點，以及思考如何再繼續追蹤的困惑中，但這些考量就相當耗時，這或許與國人不知災後會有相關人員會來協助有關，這需平日公告與宣傳，於災後會有政府單位代表進行協助與關懷，方便受災者於災難恐懼中，知道會有關懷，也可避免感受為莫名打擾。
4. 災後心理衛生工作人員是由醫院精神科團隊人員擔任，需要維持原有本職，又因應急性的災難心理工作，形成偌大的工作量和心理負荷，若在缺乏原單位或主管機關的協助下，可預期心理工作人員恐面臨耗竭。由於地區心理衛生人員，比較了解地區表達情感的文化特性，建議可由地區災後心理衛生人員直接專責災後處理，協請支援人力支援原有業務。
5. 衛福部心口司責成各部立精神專科醫院輪流支援空難心理工作，由於訪視人員異動頻率過高，每兩週輪替一次，在第一批支援人力向災民表達道別時，就有村民面露失望，大規模輪流訪視後出現多起抗拒續訪個案，可能與受創者對訪視者信任感不足與建立信任感後又面臨失落有關，建議若需支援，應能穩定支

援至任務階段結束為止，由指揮官界定任務階段、任務所需人力與任務結束日。

6. 距離空難事發至今已逾一年，災區(西溪村)的重建遙遙無期，屋頂破損、房舍毀壞的外觀不改變，將不利心理復健，心理介入再多仍難以達到預期成效，災民負面情緒持續、症狀慢性化將成為可能。建議中央政府透過建立中央級災難處理中心，建立一個監督復原的機制。
7. 因醫療網內無災難常規經費，經費來源審定在災難處理中後期才有抵定，因此在經費核定前，有不少經費需要自付，或事後因不符申報限制，而增加醫院負擔。而國內災難幾由公務單位負擔，全體人民買單，但肇事單位卻依法與災民論法，實為難堪，建議立法規範各類航運與娛樂業需建制災害準備金。

盼能藉由此次事件和工作經驗，有助於形成在地的災難心理重建工作任務編組與模式，有助於未來因應災難發生時心理工作能更及時介入，減少摸索時間，也有效降低後續傷害發生；同時應當讓心理重建工作搭建於整體災後重建的網絡中，增強跨部門的溝通協調機制，使得心理重建工作更貼近災民需求與福祉，也建議建立中央層級的災害處理中心，立法規範災後復原的監督機制，劃分公部門與肇事機構的相關權責。

參考文獻

陳淑惠、周嘉琪、蘇逸人、龔怡文、潘元健（2011）：心理急救操作手冊第二版中文文字修訂版（譯）。台大心理系，台北市。〔譯自 National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition. July, 2006.〕。

陳錦宏、陳快樂、沈武典、盧孟良（2002）：中文版簡式創傷後壓力疾患量表之信度與效度。台灣醫學，6，305-310。

黃龍杰(2010)，災難後安心服務，張老師文化，台北。

蕭仁釗、江弘基、林惠珠、張群岳、余沛蓁、鄭淑心、陳俊鶯、蘇逸人、高振傑、周煌智、鄭若瑟、歐陽文貞、唐心北、丘彥南、蘇淑芳(2012)： 災難心理衛生教材手冊 。 行政院衛生署，台北市。

第十章 台灣災難實務經驗

《第二節》

北捷隨機殺人事件災難心理衛生醫療處理實務經驗分享

作者 | 黃翠咪 / 桃園市政府衛生局代理簡任技正

前言：

在北捷隨機殺人事件中，我們驗證了在災難心理衛生中的一些觀念(見本手冊第一章)：這個災難影響了直接或間接搭乘捷運的者以及社區民眾，也接觸了倖存者及家屬或親朋好友的壓力及情緒反應，除此之外在這次的事件中也看到許多人可能不知道他們需要心理衛生的服務，而對於心理衛生人員的主動的關心有好的反應與回饋。此外，及時主動的提供相關資訊與心理衛生資源可以讓人們更安心。

而就衛生行政部門而言，強化非天然災害的災難心理衛生的整備，包括啟動災難心理衛生服務緊急動員之規劃及復原時期的支持系統，也是非常重要的。

一、北捷隨機殺人事件及重點工作辦理情形摘要說明：

日期	事件及重點工作辦理情形
5月21日	接獲 119 通報江子翠捷運站有大量傷病患，請本局儘速派員前往支援大傷站，並留意後續情形。 1. 電話聯繫市立聯合醫院調度醫師/護士及救護車前往現場支援(江子翠捷運站 3 號出口集合)。 2. 協助確認各醫院收治傷患情形及人數及轉送情形。 3. 查閱回報個案資料(非自殺及精神疾病追蹤照護個案)。 4. 確認出院病人聯絡資料，供社會局派員關懷。
5月22日	1. 5月22日起至6月21日止，於新北市市立聯合醫院設置「心理諮商特別門診」，並免收掛號費。 2. 發布新聞稿 3 篇，包括：「24 小時諮商專線上路暨新北市立聯合醫院開設「心理諮商特別門診」」，啟動新北市立聯合醫院免費心理門診及心理諮詢專線、在重大創傷事件後，一般會出現什麼反應？如何幫助自己及別人？ 3. 召開局內跨科室會議，追蹤更新傷者及往生者最新情形及提供傷者(家人或本人)與往生者家人心理情緒關懷。 4. 邀請心理師公會、八里療養院及新北市立聯合醫院，於本局召開捷運車廂治安事件創傷心理流程討論會，討論安心訪視流程、訪視資料彙整事宜及夜間心理諮詢專線轉接事宜。 5. 衛生局網頁成立安心關懷專區，提供心理衛生服務資源。
5月23日	1. 5月23日起至5月27日，於江子翠捷運站 3 號出口外設置安心關懷站，提供祈福小卡與花束。 2. 5月23日起至5月27日，與諮商心理師公會合作，於江子翠捷運站免費心理諮商服務。 3. 由衛生局駐點心理師，關懷本次案件受傷就醫之 24 名個案，並提供相關心理資源及諮詢電話。 4. 透過各項公益宣導管道及運用捷運電視跑馬燈及各捷運站宣導免費心理資源管道。
5月23日 5月26日	每日於衛生局網站說明江子翠捷運站民眾受傷事件最新就醫情形。
5月27日	於江子翠捷運站 3 號出口外舉辦「看見台灣的力量，看見大家的力量」祈福晚會，以正向思考能舒緩社會焦慮及驚慌。
5月27日	1. 針對本事件直接傷(亡)個案及家屬，與設置安心關懷站期間須追蹤之高關懷民眾續完成追蹤及做後續心理衛生資源轉介。 2. 重新修正相關表單，整備文件及更新心理衛生資源名單。

二、北捷隨機殺人事件的學習：

（一）學習對於非天然災難事件的敏感度及警覺度，強化平時的整備：

北捷隨機殺人事件可說是近年來台灣第一件重大非天然災難事件，在人口密集的都市中，像這樣的災難事件已不僅是單純社會治安事件，從北捷事件後陸續有發生氣爆、塵暴等災難事件，心理衛生資源都須及時投入，因此，除了以往天然災害災難心理衛生的整備外，也需考量因其他災難須因地制宜的整備人力、物力。包括建立專家群名單、心理資源地圖、相關文宣、紀錄等的準備都須重新修正。

以本事件為例，因新北市臨床心理師公會及諮商心理師公會平時與衛生局即有各區駐點心理師的合作並定期作業務聯繫，故可迅速協助資源連結及提供心理衛生諮詢服務。另相關的文宣，也在本事件告一段落後重新檢視修訂，以「創傷後壓力症候群」及「可提供的心理資源」為主軸製作制式文宣、追蹤紀錄表及祈福小卡，納入「災難心理衛生資源包」中，以備緊急動員時使用。

（二）緊急時刻在地化的快速、有效動員：

1. 召開專家學者會議，徵詢專家意見：

因每一次的災難類型及規模可能都不相同，透過專業小組討論，可迅速確認並調整因應該次災難所需的各項服務。

2. 透過分工，迅速連結在地心理衛生資源，提供服務：

在本次事件中，共結合了新北市立聯合醫院、八里療養院、臨床心理師公會、諮商心理師公會、衛生局駐點心理師、衛生所等單位，提供的服務及分工包括：

- (1)設置為期一個月的 24 小時諮詢專線(新北市立聯合醫院、臨床心理師公會)。
- (2)開設一個月心理諮商特別門診(新北市立聯合醫院)。
- (3)傷(亡)者及家屬主動關懷及心理衛生資源之提供(衛生局)。
- (4)於江子翠捷運站設置安心關懷站(諮商心理師公會)。
- (5)衛生局/所駐點心理諮商服務(衛生局)。
- (6)特殊個案轉介住院醫療服務(八里療養院)。
- (7)依高關懷個案個別狀況進行主動追蹤及關懷服務(衛生局/所)。

3. 每日召開會議，確認服務及後續待處理事項：

於每日下午定時召開專案會議，報告各項服務情形及特殊個案追蹤轉介。在本事件中，在 24 小時諮詢專線進線者，可分為傷者、同班乘客、目擊者、捷運族及其他；諮詢的內容大致上可歸類為與該事件因素有關的電話諮詢及與該事件因素無關之電話諮詢，諮詢主要問題及後續處置類型如下表 1，2：

與事件因素有關	非事件因素
紓解情緒	尋求諮商資源
身心不適	危機處理
尋求諮商協助	其他(補充說明)
尋求醫療服務	
其他(補充說明)	

提供安心專線、張老師專線	轉介精神科門診
轉介衛生局心理師駐點諮詢輔導服務	轉介本事件心理諮商特別門診
傾聽、衛教(放鬆技巧...)	其他資源轉介
提供醫療及相關資源資訊	誤撥/結案
提供安心專線、張老師專線	其他
其他(補充說明)	

4.輿情的紀錄與回應，衍生事件的妥善處理。

因屬重大社會事件，每日病患就醫情形、相關心理衛生服務提供情形及特殊狀況可主動提供訊息，並製作大事紀，以作為復原期通盤檢討。

（三）復原時期支持系統的持續：

於復原期針對本事件直接傷(亡)個案及家屬，與設置安心關懷站期間須追蹤之高關懷民眾續完成追蹤及做後續心理衛生資源轉介。大致上可分為三類族群：

1. 直接傷(亡)個案及家屬：由衛生局列冊寄送心理衛生服務資源資料並追蹤後，針對需高關懷者轉心理師諮詢服務或醫療服務。
2. 設置安心關懷站及 24 小時諮詢專線經諮詢後轉介者：由衛生局駐點心理師續追蹤，無法聯繫者則由衛生局寄送心理衛生服務資源資料。

在本事件發生期間包括電話諮詢或駐點服務中為原衛生照護體系追蹤照護的精神疾病患者：轉衛生所續追蹤。

第十章 台灣災難實務經驗

《第三節》

從八一氣爆看災後心理重建 核心醫院經驗分享

作者 | 劉仁儀 / 高雄市立凱旋醫院社區精神科主治醫師

104年7月31深夜，高雄發生了震驚全國的八一石化氣爆事件。凱旋醫院在八月一日上午立即召開院內小組會議，由副院長主持，相關科室主管與會，以及衛生局股長參加。由於災區距離醫院相當近，一方面啟動災難緊急應變小組，準備心理衛生急救任務的工作，一方面了解院內人員與設施是否有災損，需要介入處理。很幸運的是，此災變凱旋醫院並無工作人員傷亡，但是居住在災區的同仁，可能有房屋財產相關損失，以及心理上的創傷衝擊。

在會議當中定調由社區精神科主負責心理衛生急救工作，配合市政府政策，接受衛生局的調度，緊急抽調自殺防治中心工作人員，與醫院派遣駐點在衛生所的自殺關懷訪視員，超過四十個人力，全力投入協助災後心理衛生工作。由社區科護理長作為聯絡窗口，並調度院內公務手機，做為同仁在公出現場聯繫使用。當日出發前，先召回所有訪員在醫院做行前說明，分派小組與輪班順序，分發資料袋，告知注意事項與聯絡窗口，說明工作日誌的內容，回報時間以及召回時間。因為事件發生在市區，傷者被送往各醫院救治，安置所的災民數日後也都各自返家或到他處暫時居住。我們首先到安置所進行走動式服務，穿著衛生局的背心，對災民進行慰問與關懷，一面建立關係，一面了解是否有需要立即轉介心理諮商或是精神醫療的需求，同時建置相關聯繫資料以利將來追蹤。當日結束返回醫院後進行工作會報(debriefing)。

安置所在數日後撤除，我們開始分批進入六所醫院慰問傷者與家屬，透過衛生局給予的醫院窗口進行聯繫。在此階段主要提供資源單張，了解傷者

與家屬的需求，高危險個案的篩檢與轉介。與社會局工作人員搭配，在醫院設立聯合服務櫃檯，團隊每日執勤時間持續 12 小時，提供災難諮詢服務窗口，來接洽的對象多是對善後與賠償相關的問題居多，藉此將衛教單張分送給民眾，讓他們可以了解自我療癒的方法。駐院櫃台持續了一周的時間，經衛生局指示後結束服務。

從十月份開始，透過兩個月的假日心理健康篩檢，在週末的時候，使用心理評估量表會談，進行高危險群篩檢與轉介，進行電訪、居家訪視等。另外，承接高雄市政府衛生局「八一石化氣爆居家訪視服務委外計畫」，接受衛生局轉介個案，由專業醫療人員，進行電訪與居家訪視，並提供心理諮商或是醫療轉介的服務，計畫會維持一年半的時間。

總結而言，在氣爆發生後的心理衛生服務中，在不同階段，核心醫院會扮演不同的角色。在災後的初期，工作人員被期待具有多元的功能，要順利完成任務，必須與衛生局密切聯繫，透過協調整合，才能完成跨局處與跨院際的各項工作。

第十章 台灣災難實務經驗

《第四節》

燒燙傷倖存者的身心復原重建

作者 | 牛慕慈 / 財團法人陽光社會福利基金會專任心理師

近年來越來越多的災難與化學物質爆炸、火燒意外有關，許多倖存者歷經燒燙傷意外，會有長期身心復健的需要。以下就燒傷的生心理歷程進行簡單介紹，並提供心理衛生工作者實務建議、相關資源供參考。

一、認識燒傷

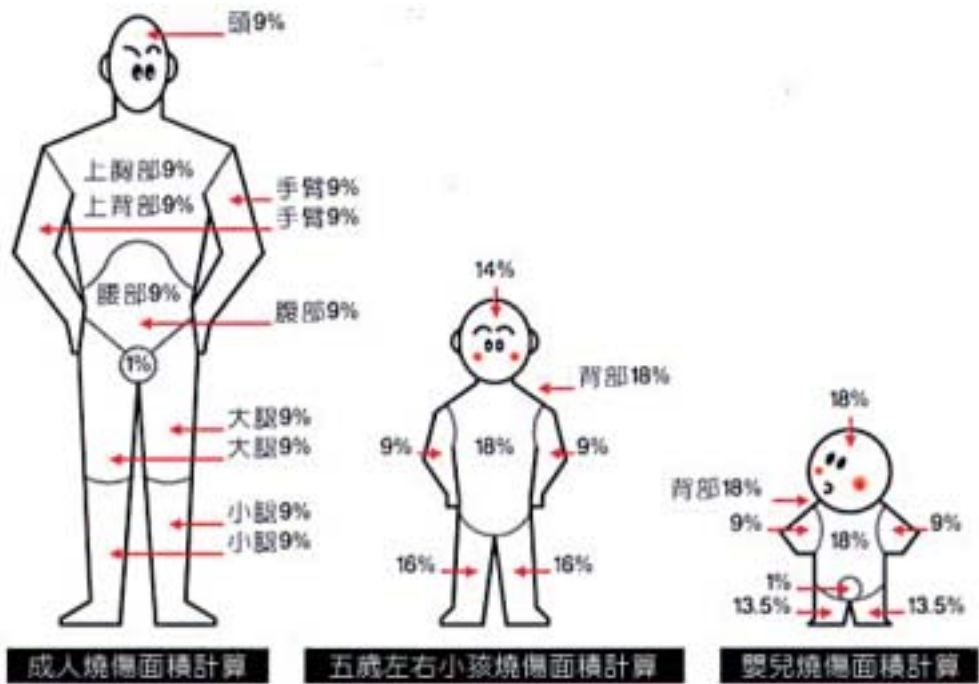
燒傷和其它病症一樣，有輕微和嚴重之分，深度和面積是其程度判斷的依據。

(一) 燒傷的深度(燒傷可按皮膚損傷的深淺來分級)

燒傷深度	一度燒傷	二度燒傷		三度燒傷	四度燒傷
		淺二度燒傷	深二度燒傷		
深度範圍	表皮淺層	表皮層真皮表層(約三分之一以上)	表皮層 真皮深層	全層皮膚	全層皮膚皮下組織肌肉骨骼
症狀	皮膚發紅、腫脹、有明顯觸痛感	皮膚紅腫、起水泡，有劇烈疼痛及灼熱感	皮膚呈淺紅色、起白色大水泡，較不感覺疼痛	皮膚呈焦黑色，乾硬如皮革，或為蒼白色，色素細胞與神經皆遭破壞，疼痛消失	皮下脂肪、肌肉、神經、骨骼等組織壞死，呈焦炭狀
癒合情形	約 3-5 天即可癒合，無疤痕	約 14 天內即可癒合，會留下輕微疤痕或無疤痕	約 21 天以上可癒合，會留下明顯疤痕，需儘早植皮治療，避免感染	須依賴植皮治療，無法自行癒合，會留下肥厚性疤痕，造成功能上的障礙	須依賴皮瓣補植治療、電療等特殊醫療，部份需截肢

(二) 燒傷的面積

燒傷面積的大小是以燒傷面積所佔身體面積的百分比來表示，通常採用九則計算法來估算。九則之計算方式，是將身體表面積估為一百等份，再將身體各部位所佔相對面積劃分為數個9%(如圖，會陰部為1%)，依此估算，便可計算出面積。但嬰兒與孩童的算法不等於成人，請參考下圖所示。



(三) 燒傷的程度

一般而言，當燒傷面積大於2.5平方公分(如10元硬幣之大小)，或皮下組織燒傷、電燒傷時，都應該就醫處理。

燒傷程度	燒傷深度	燒傷面積	醫療處置
輕度	第二度	成人 < 15% 兒童 < 10%	至一般醫院門診換藥治療
	第三度	成人/兒童 < 2%	
中度	第二度	成人 15% 兒童 10%	至設有燒傷治療小組之一般醫院住院治療
	第三度	成人/兒童 20%	
重度	第二度	成人 > 25% 兒童 > 20%	至設有燒傷病房之醫院或燒傷中心住院治療
	第三度	成人/兒童 > 10%	
	其他	臉、頸、手、腳、會陰部二度以上之燒傷，吸入性燒傷、電燒傷、燒傷連帶外傷(骨折、頭部外傷等)、燒傷含既存疾病(糖尿病、癩癩等)	

二、生理復健的歷程：

燒傷之後，有許多特殊的生理照顧議題，包含疤痕/傷口的照護、疤痕的壓力治療、燒燙傷的復健，另外還有其他可能的失能與障礙。基本知識如下：

(一) 疤痕/傷口的照護

自受傷日起算 14 天內癒合的傷口產生疤痕的機率較小，一旦燒傷深度到達深二度者，傷口癒合 4-6 週後會有疤痕增生的情形發生。出院後，殘餘的傷口需要照護，已癒合的皮膚也需細心照料及觀察。

需要攝取高蛋白、高熱量的營養，促進傷口復原、維持免疫力、減少感染。

傷口癒合後，皮膚需要持續的保濕與防曬，也需要適當按摩使疤痕柔軟、平坦。

要觀察皮膚是否有變化，包括了顏色的變化和是否有突起，如果能早期發現疤痕增生的症狀，就能早期配合穿著壓力衣和進行復健活動。

（二）疤痕的壓力治療

傷口開始癒合，疤痕就開始增生，增生疤痕的特性是紅、凸、硬、攣縮。治療增生疤痕的方式很多，目前最常見的是利用壓力的方式來治療控制疤痕增生。研究證實，早期經由外在持續均勻施以壓力於未成熟的疤痕上，可以減輕組織腫脹，使纖維的生長和排列較為正常，進而促進疤痕的成熟。

壓力衣、壓力頭套、頸圈、面膜、壓力墊等，均是會產生壓力，以利用壓力來治療疤痕的工具。

一般而言疤痕需要二到四年才會真正成熟，時間依體質與受傷深度而異。初期可能需要盡量二十四小時穿戴壓力衣，直到疤痕穩定。

在剛開始穿戴壓力衣時，燒傷者可能有強烈的身體不適應與心理衝擊，剛開始脫離壓力衣的時期，心理衝擊也需要關注。

（三）燒燙傷的復健

燒燙傷的皮膚，如果傷害的程度超過二度以上，不論有無植皮，都可能有疤痕；而大面積的燒燙傷，經常會造成疤痕攣縮，進而造成肢體功能發生障礙，失去處理日常生活的能力。除此之外，因為深度的燒燙傷（含電燒傷），所造成的神經損傷、截肢、肢體變形、肌肉萎縮等問題，都需要持續的復健才能得到有效的改善。

受傷後，不論後續有無再接受外科手術的治療，都應該要有持續復健的觀念；如果沒有接受手術，復健可以幫助功能的改善；如果在植皮或關節手術之後，更需要靠復健來維持手術的成果。

復健的方式包含擺位與運動，燒傷初期(半年內)為復健的黃金期，應盡量長時間的復健，並且由物理/職能治療師協助擬定復健計畫。

復健過程中皮膚因為脆弱，會產生小傷口與水泡，但原則上仍應持續復健。

（四）其他可能的失能與障礙

燒傷後除了可能造成排汗功能的永久障礙外，依照燒傷部位可能合併造成顏面損傷、視覺障礙、聽覺障礙、肢體障礙等長期功能性的損害，需要其他特殊的復健。

三、心理復健的歷程：

在遭受嚴重燒傷之後，勢必要面臨現實生活中各層面的問題，這些都會引發受傷者和家人在心理上的複雜反應。可能的問題包括：

（一）個人層面

1. 生理不適影響情緒：

燒傷治療須歷經清創、植皮等手術，會帶來極大的痛楚，復健歷程也是疼痛的。而最惱人的痛和癢，更是如影隨形，帶給燒傷者很大的壓力，情緒也就跟著受影響，尤其是變得容易焦慮。除了以藥物緩解疼痛與焦慮以外，有一些心理學的協助也可以減緩疼痛：

· 正向自我對話

許多經歷燒傷傷害的傷友，都是走過鬼門關前的勇者，歷經許多的努力才生存下來。過程雖然辛苦，但許多走過來的人都分享因為燒傷而更認識自己，或更有毅力和潛能。若可以不斷提醒自己看到正面的意義「打斷筋骨反倒勇(台語)」、「大難不死，必有後福」形成正面的自我對話，可以增進面對壓力的能力。

· 呼吸與放鬆練習

· 催眠或冥想

催眠或想像舒適與有安全感的環境，可以提升對於疼痛的耐受度。

- 觀察疼痛

試著觀察疼痛的位置與變化，可以外化疼痛，將自己與疼痛分開，並觀察「身體感覺」與「引發的情緒」二者的差別，學習控制後續引發的情緒。

- 轉移注意力

在疼痛時做些喜歡的事情、與人聊天、聽音樂、觀看媒體，可以幫助度過疼痛。

- 認知行為治療

學習燒燙傷相關歷程與照顧知識，對於各階段的生心理反應建立心理準備，可避免挫折感的發生，也可以儘早辨認需要注意的身心症狀，適當求助。

2. 創傷後壓力症候群：

剛受傷時的強烈刺激，會讓人一時無法反應過來，而出現一些精神上的症狀，如、時常回憶起受傷歷程、與意外有關的物品會引發強烈焦躁感。有些人會睡眠不安穩、夢魘和驚悸。其他像是沒有安全感、容易驚嚇，或是悲傷、愛哭、易怒等等情緒也很常發生，精神科醫師或心理師可以協助以藥物、心理治療等方式穩定情緒與睡眠，非藥物性的治療例如：

合理化/認可這些反應，讓傷者知道這些症狀通常只是短暫現象，是人遭受重大創傷事件後的自然反應，經過一段時間後自會好轉，不必覺得羞恥或是自己太脆弱，必要時可以尋求適當協助資源

協助建立適當的支持資源，如同儕支持性團體、家庭與朋友的鼓勵

協助傷者在安全的環境下漸進式的回憶創傷歷程，找到事件的意義

協助專注於當下自我照顧/復健的任務

放鬆練習

3. 外表與身體功能受損的悲傷失落：

開始看到自己身體受傷部位變形、行動變得不方便也可能令人感到挫敗。許多人會因失去原有的自己而悲傷、沮喪或憤怒，甚至可能拒絕配合治療或復健。心理師需協助傷者接納失落的事實，接納哀慟的過程是痛苦的，適應與過去不一樣的自己與環境，重新建立新的生命重心與關係。此外，需建立各種層次的支持：

自我支持：找出陪伴/照顧自己的方式

同儕支持：增進病友間的交流互動

家庭支持：對家庭/家屬提供援助與情緒支持

社會/社區支持：社會資源投注解除經濟/物質層面的缺乏、提高社會接納度

靈性支持：生命意義的解答、信仰的幫助

4. 永久性外表損傷引起的社交困難：

外表損傷引發的心理困擾包含社交焦慮、憂鬱、低自尊、負面的自我心相。行為上可能會逃避外出、藥酒濫用、不斷的尋求以手術解決問題、懷疑自己的社交關係、對未來生涯抱持低期待等。需要的心理協助：

· 正向自我對話

相信自己在外表損傷後還有美好未來

· 學習增進形象的技巧

包含學習整體造型、修飾化妝的技巧，學習使用聲調、眼神接觸、身體姿勢、表情等方式增進形象

· 社交技巧訓練

學習足夠的社交技巧，有效與自在處理別人的注視、探問、評價或建議

（二）家庭層面

1. 家庭角色轉變：

燒傷者在受傷後暫時或永久性的功能，導致許多事情都變得需要仰賴家人的協助與照顧，可能會產生強烈的失落感和愧疚感。家人要同時照顧傷者和維持家庭運作，也是很大的壓力。心理工作者可以：

協助傷者與家屬良性溝通表達自己的心情和需要

協助家屬建立自我照顧的技巧，舒緩照顧壓力

討論燒傷者可以執行的家庭任務，如負責檢查孩子功課等，可以增進傷者的自尊自信。

2. 日常協助的拿捏：

復健期間家人的支持與協助是身心重建的重要助力，但因為缺乏照顧燒傷病人的經驗，有時家人不太知道何時該協助燒傷者，何時該要求他自己來。傷者在被協助或被要求自己來的過程可能自覺成為家人的負擔，或擔心家人遺棄，情緒敏感。心理工作者可以：

協助家庭討論日常復建的內容，確定哪些是傷者自己該做的動作。教導家屬以鼓勵讚美表達關心，而非直接協助。

切忌過度保護，以免造成過多的依賴，延緩復原的時間。日常生活的活動都盡量讓傷者自己完成，除了幫助復健，也可增進成就感。

3. 對於親密關係的特殊影響

受傷後許多傷者因為身體心像的自我接納尚不足，無法與伴侶有較親密的身體接觸，久而久之對親密關係產生嚴重影響。心理工作者可以：

用受傷者可以接受的方式，漸進的聊親密關係的狀況，鼓勵其處理問題。

協助受傷者釐清親密關係障礙的影響原因，可能包含生理疼痛、藥物、心因性

影響。協助傷者與醫師討論疼痛或藥物產生的影響與改善方法。心因性影響，必須回到自我對話、自我肯定、伴侶溝通的工作。放鬆練習也可以協助改善親密關係的影響。

（三）社會層面

1. 人際關係改變：

受傷之後要再面對昔日的親戚朋友，會有不少心理上的掙扎，最常見的是避不見面。而對方也可能因不知如何給予適當的安慰而顯得不似從前的熱絡和主動。心理工作者可以：

鼓勵受傷者漸進式的接觸人群，參與社會活動。先與同伴一起外出再獨自外出，由人少的場合到人多的場合漸進式回復社交生活。

協助燒傷的朋友理解其他人的反應與擔心，方能有效因應。

協助燒傷者先覺察與處理自己被注目或冒犯時的情緒反應和負向自我對話。

協助燒傷的朋友演練溝通技巧，如何介紹自己狀況，以及回應別人可能會有的疑問或反應。

2. 就學/求職就業的困擾：

復健告一段落要重返學校時/職場時，可能會遇到老師/老闆對其能力的疑慮、同學/同事的另眼相待，打擊了信心，減少嘗試的勇氣。心理工作者可以：

練習溝通燒傷對能力影響的範圍，爭取適當的輔具或學習/工作內容調整(例如溫度控制、日照的避免)，但除此之外避免特權，以免影響自己的學習成效與人際關係。

協助傷者發展自己的專長、以實際的表現獲得別人的肯定和尊重。

四、燒傷相關資源與組織：

財團法人中華民國兒童燙傷基金會

提供醫療救助、預防燒燙傷之推廣、宣導及教育、身心重建、醫療水準提昇，以協助燒燙傷兒童獲得適當的醫療、促進各界對病童的關懷。

地址：台北市中山北路 2 段 115 巷 43 號 8 樓之 1

聯絡電話：(02)2522-4690

E-mail：cbf@ms.cbf.org.tw

<http://www.cbf.org.tw>

財團法人陽光社會福利基金會

提供顏面損傷與燒燙傷朋友全方位服務，協助其重建環境、身體心理與社會功能，以維護其尊嚴與人權。

地址：台北市南京東路三段 91 號 3 樓（總會，全省皆有服務據點）

聯絡電話：(02)2507-8006

傳真：(02)2505-8042

E-mail：sunshine@sunshine.org.tw

<http://www.sunshine.org.tw>

五、參考資料

陽光社會福利基金會(2015)。「燒傷者照護手冊」。



附 錄

資訊蒐集表

我想請教你一些問題，這些問題對如何在災後提供適當的幫忙是重要的。不過，如果你現在有一些很擔心的事，我們可以先來討論它。

資訊類別	詢問範例	後續協助
<input type="checkbox"/> 身心遭受創傷 【風險因子】	<ul style="list-style-type: none"> 災難發生當時你在哪裡？ 你有沒有受傷呢？ 你有看到其他人受傷嗎？ 你當時有多害怕呢？ 	<ul style="list-style-type: none"> 給予創傷後反應與因應資訊【7】 替受傷個案安排合適醫療諮詢【8】 提供後續會面
<input type="checkbox"/> 親近者死亡 【風險因子】	<ul style="list-style-type: none"> 你有任何親朋好友在這次災難中受傷或死亡嗎？是誰呢？ 	<ul style="list-style-type: none"> 提供情緒支持，給予因應【7】、社會支持【6】、急性哀悼資訊【2】 提供後續會面
<input type="checkbox"/> 擔心災後人身安全 【立即關注】	<ul style="list-style-type: none"> 你現在還擔心自己與家人的安全嗎？ 你需要知道怎樣讓你和家人更安全的方式嗎？ 你需要瞭解政府作什麼措施來保護民眾嗎？ 	<ul style="list-style-type: none"> 獲得安全與保護的資訊【2】
<input type="checkbox"/> 親友下落不明 【立即關注】	<ul style="list-style-type: none"> 你現在是否正在擔心某個親友？ 你知道他目前在哪裡嗎？ 有任何你關心的人目前下落不明嗎？ 	<ul style="list-style-type: none"> 提供實際協助，與相關訊息來源聯繫，登記以幫忙家人安置與重聚【2、5、6】
<input type="checkbox"/> 身體疾病、心理疾病或藥物需求★★ 【立即關注】 【風險因子】	<ul style="list-style-type: none"> 你有沒有任何需要留意的身體問題或心理困擾？你的身體狀況如何？正在接受治療或吃什麼藥嗎？ 你的藥還在嗎？數量夠不夠？ 醫不齊醫師為你開處方嗎？ 你能夠聯絡到你的醫生嗎？知道他/她的名字嗎？ 	<ul style="list-style-type: none"> 提供實際協助，獲得醫療或心理照顧及藥物治療【5、8】
<input type="checkbox"/> 巨大資源流失 (住家、學校、鄰近地區、公司、財產及寵物) 【風險因子】	<ul style="list-style-type: none"> 你住的房子還好嗎？損毀嚴重嗎？有什麼重要的個人財產不見了或壞掉了？ 你有寵物嗎？牠還好嗎？死掉或失蹤嗎？ 你的公司、學校或鄰近房屋還好嗎？損毀嚴重嗎？ 	<ul style="list-style-type: none"> 提供情緒安撫、實際協助連結可得資源，及因應與社會支持資訊【6、7、8】
<input type="checkbox"/> 過度的罪惡或羞愧 【立即關注】	<p>仔細留意對話中流露出罪惡或羞愧感的跡象，以下問題可能有助於釐清：</p> <ul style="list-style-type: none"> 聽起來你為了發生的事而對自己很嚴厲。 你好像覺得當時你應該可以再多做些什麼。 	<ul style="list-style-type: none"> 提供情緒安撫與因應情緒的資訊，見「處理非常負向的情緒（罪惡感和羞愧感）」一節【7】
<input type="checkbox"/> 自傷或傷人的想法★★ 【立即關注】	<ul style="list-style-type: none"> 有時候，像這樣的處境可能讓人非常難以承受！ 你有想要傷害自己的念頭嗎？ 你有想要傷害其他人的念頭嗎？ 	<ul style="list-style-type: none"> 立即給予醫療或心理衛生救助。若有自傷或傷人危險，陪伴至專業人員抵達接洽【2、8】
<input type="checkbox"/> 缺乏社會支持 【風險因子】	<ul style="list-style-type: none"> 你自己一個人嗎？ 有任何可以讓你依靠的家人、朋友、或社區機構，來幫你處理災難造成的問題嗎？ 	<ul style="list-style-type: none"> 協助連結可得資源與服務提供，提供因應與社會支持的資訊【6、7、8】 提供後續會面
<input type="checkbox"/> 曾使用酒精或違禁藥品 【風險因子】	<p>有時候習慣用喝酒處理壓力的人會發現，經歷像這樣的事件後會喝更多的酒：</p> <ul style="list-style-type: none"> 從災難發生後，你喝的酒有比以前多嗎？有用安眠藥嗎？要比以前用的還多嗎？還有用什麼藥嗎？ 過去你有喝酒的問題嗎？有用過非醫療處方藥嗎？ 你目前有因喝酒用藥而發生戒斷症狀(可舉例嗎)？ 	<ul style="list-style-type: none"> 提供有關因應與社會支持的資訊、連結適當服務【6、7、8】 提供後續會面 有成癮症狀者可尋求醫療轉介
<input type="checkbox"/> 先前經歷創傷與親近者死亡 【風險因子】	<p>有時候這樣的事件會讓人想起以往很糟的時刻：</p> <ul style="list-style-type: none"> 你曾經碰過其他的災難嗎？ 你以前有遭遇過其他不幸的事嗎？ 你曾經有親近的人過世嗎？ 	<ul style="list-style-type: none"> 給予創傷後反應與哀悼反應的資訊，及因應與社會支持資訊【6、7】 提供後續會面
<input type="checkbox"/> 原先的重要規劃被打亂	<ul style="list-style-type: none"> 有哪些已經計畫好的事情因這個災難而被迫中斷呢？有什麼重要的規劃被打亂了？ 	<ul style="list-style-type: none"> 提供因應資訊與實用幫助【5、7】
<input type="checkbox"/> 其他任何擔憂的事情	<ul style="list-style-type: none"> 有沒有其他我們沒討論到的事，是會讓你擔憂或想讓我知道的？ 	

【7】：係指參考心理急救的行動七，其他【】內的數字以此類推。

【風險因子】：若事件符合這類的議題會提高日後適應困難的風險。

【立即關注】：若事件有這類議題時需對牠們多加注意並提高警覺。

★★ 尤其需要優先關注

附錄二

災難相關心理症狀篩檢表

(Disaster-Related Psychological Screening Test, DRPST)

壹、基本資料：

填表日期：___年___月___日

1. 姓名：_____

2. 性別： 男 女

3. 年齡（實歲）：_____歲

4. 聯絡電話：_____

5. 地址（聯絡處）：_____

貳、憂鬱症狀：得分_____

（以下每題分數計算方式，答無者 - 1 分，答有者 - 2 分）

最近一個月您是否持續以下的症狀超過 2 週？（請勾選）	無 - 1	有 - 2
1. 大部分時間心情不好、憂鬱。		
2. 幾乎每日疲累或失去活力。		
3. 幾乎每日覺得沒有價值感或有罪惡感。		

參、創傷症狀：：得分_____

最近一個月您是否持續下列症狀超過 1 週？（勾選）	無 - 1	有 - 2
1. 大部分時間無法快樂或對事失去興趣。		
2. 沒有看「八八水災相關報導」時，仍很難放鬆或感到不安全。		
3. 暴露在傷害事件現場或媒體報導時，會有生理反應，如：心悸、手抖、肌肉緊繃、冒汗 等。		
4. 避免（或不想看到）引發傷害回憶的地方、活動、人物或報導。		
5. 盡最大的努力或強迫自己不去想這次的傷害。		
6. 常體驗到傷害發生的影像或情況，好像此事又再發生，並感到痛苦。		
7. 反覆夢見傷害的相關事件或主題。		

歡迎引用，但請註明出處 - Chou FH, Su TT, Ou-Yang WC, Chien IC, Lu MK, Chou P. Aust NZ J Psychiatry 2003 37(1): 97-103.

親愛的 _____ 先生 / 女士：

感謝您接受心理健康檢查的服務，相信您一定想要知道自己目前的身心狀況，並跟醫師做進一步的分析與討論，以決定未來如何做好自我身心健康管理的工作。再次仍要強調的是任何的檢查與儀器皆有一定的誤差存在，特別是心理健康檢查，需要仔細而真實的回答方能做出較為正確的結果。因此，這些檢查結果僅作為您的參考依據，若有任何問題，歡迎隨時與 貴單位的輔導人員諮商，或直接就近尋找精神心理專業人員的協助！

以下係根據您填答資料所做的初步分析，結果如下：

一、心情青紅燈（量表第一部份 - 憂鬱症狀）：

參考分數	狀況	說明與建議
3	A (綠)	恭喜您，您是一個快樂的人（全答沒有者）。
4	B (黃)	您可能有一點壓力，但還好。請注意自己的生活壓力源，不要讓它再壓得您變壞了。
5-6	C (紅)	是什麼因素，讓您快樂不起來？憂鬱的您在看世界時，會不會只有黑白的？建議您前往就醫，相信持續的醫療可以讓您人生變彩色（任何兩題答有者）。

二、創傷反應（量表第二部份 - 創傷症狀）：

參考分數	狀況	說明與建議
7	甲	真是令人羨慕！您目前並沒有創傷反應。
8-9	乙	您過去是否曾經經歷或目睹重大創傷事件，而讓您有些創傷症狀？提醒您注意自我健康管理，必要時徵詢輔導人員意見。
10-12	丙	您所目睹或經歷的重大創傷事件，還讓您持續有創傷症狀，如果這些症狀揮之不去，或常常發生，建議您前往就醫（任何三題答有者）。
13-14	丁	現在的您常常飽受創傷之苦，建議您勇敢的走出來，與醫師談一談，只要您願意就醫，就有很大的機會免除或降低心理的痛苦。

●歡迎引用，但請註明出處－ Chou FH. Su TT. Ou-Yang WC. Chien IC. Lu MK. Chou P. Aust NZ J Psychiatry 2003 37(1): 97-103.

附錄三

簡式健康量表(BSRS-5)

姓 名：_____ 性 別：_____

職 業：_____ 教育程度：_____

出生日期：_____ 填表日期：_____年____月____日

電 話：_____ 住 址：_____

說明：本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細在最近一星期中(包括今天)，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。本資料僅供醫療人員治療參考之用，絕對守密，請安心填寫。

	完沒 全有	輕 微	中程 等度	厲 害	非厲 常害
1. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
2. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
3. 感覺憂鬱、心情滴落	0	1	2	3	4
4. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
5. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
有自殺的想法	0	1	2	3	4

健康從關心開始，別忘了在關心自己的同時也能關懷別人

得分與說明： 有無自殺想法單項評分

- 得分 0-5 分 身心適應狀況良好
- 得分 6-9 分 輕度情緒困擾，建議給予情緒支持。
- 得分 10-14 分 中度情緒困擾，建議轉介精神科治療或接受專業諮詢。
- 得分 >15 分 重度情緒困擾，建議轉介精神科治療或接受專業諮詢。

檢測結果：

建議：

1-5 題總分： 分 轉介 衛教

自殺想法： 分 其他 _____

引用 台大精神科李明濱等人

災難心理衛生教材手冊

主 編：簡以嘉

副 主 編：張介信

執行編輯：黃裕達、巫淑君、李慧玲、李世凱、林幼喻、周彥君、黃國強、
黃蘭婷、羅雅薰、張靖婕、張虹宜、陳思燕

發行單位：衛生福利部

編輯單位：衛生福利部草屯療養院

地 址：南投縣草屯鎮玉屏路 161 號

電 話：(049)2550800 轉 2300

網 址：<http://www.ttpc.mohw.gov.tw/>

再版一刷：104 年 12 月



衛生福利部草屯療養院

Tsaotun Psychiatric Center Ministry of Health and Welfare