



災後心理能量加油站

目 錄

心理衛生資訊站

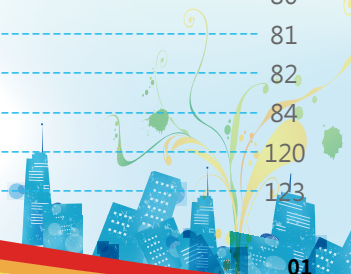
文章目錄	3
謂心理健康	5
災難後容易產生的問題	7
從九二一地震到八八水災看災後心理重建整合	12
災難後心理師的角色	22
精神科醫師災後的角色定位	40
高風險家庭，平安！	42
經歷大型災難事件的兒童創傷後壓力症候群	44
災難後女性心理『韌性』的再現	47
身障者的心理衛生	53
災後人文關懷「國寶」的身心健康	56
失智症之最新進步	61
災後民眾的個人復原力	69
災難復原自助十大技巧	73

生活健康知識站

情緒管理技巧	80
家庭壓力調適	81
如何陪伴他人走出喪親之痛	82
危機處置的六個基本步驟模式	84

醫療資訊站	120
-------	-----

心情紓困站、生活便利站	123
-------------	-----





心理 健康 資訊站

文章目錄



1. 何謂心理健康 ----- 5
陳正宗 醫師 高雄市立凱旋醫院院長
2. 災難後容易產生的問題 ----- 7
周煌智 醫師 高雄市立凱旋醫院副院長
3. 從九二一地震到八八水災看災後心理重建整合 ----- 12
周煌智 醫師 高雄市立凱旋醫院副院長
4. 災難後心理師的角色 ----- 22
許文耀 教授 國立政治大學心理學系
5. 精神科醫師災後的角色定位 ----- 40
王鵬為 醫師 高醫附屬中和紀念醫院精神科
6. 高風險家庭，平安！ ----- 42
莊勝發 助理教授 高雄醫學大學心理學系
7. 經歷大型災難事件的兒童創傷後壓力症候群 ----- 44
顏正芳 醫師 高醫附屬中和紀念醫院精神科



文章目錄



6. 災難後女性心理『韌性』的再現 ----- 47
駱慧文 助理教授 高雄醫學大學醫學系
謝臥龍 副教授 國立高雄師範大學性別教育研究所
7. 身障者的心理衛生 ----- 53
蔡宜蓉 助理教授 高雄醫學大學職能治療學系
8. 災後人文關懷「國寶」的身心健康 ----- 56
謝臥龍 副教授 國立高雄師範大學性別教育研究所
張馨德 博士生 國立台灣大學心理學研究所博士班
張偉銘 學 生 高雄醫學大學心理學系
9. 失智症之最新進步 ----- 61
陳順勝 醫師 高雄長庚醫院名譽副院長
10. 災後民眾的個人復原力 ----- 69
蘇淑芳 主任 高雄市立凱旋醫院護理部
11. 災難復原自助十大技巧 ----- 73
謝臥龍 副教授 國立高雄師範大學性別教育研究所





何謂

心理健康?!

作者：陳正宗
高雄市立凱旋醫院院長

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）宣告 “No health without mental health”，大意是說 “沒有心理健康就無健康”，提示大眾心理健康的重要性；我國中央政府組織再造也會在民國 101 年成立衛生福利部且下設「心理健康司」，由此更可以見到心理健康的重要性。

台灣人過去外在生活壓力重，經濟較不富裕，因此常用 “吃飽沒？” 當問候語，可見其層面只在生物及生理基礎，對於「心理」無法將其物質化或生活化，因此無法提出具體化言語來描述心理健康；對於精神醫療更俱有污名化之現象，我國新修訂精神衛生法（民國 96 年 7 月 4 日）雖然已明訂不得歧視病人之條文（22 及 23 條），但落實到生活層面上仍有進步的空間；過去精神分析學派指出過度使用不當的心理防衛機轉會與精神疾病的發生有關，隨著腦科學的進步有許多精神疾病已經可以因實證而得到良好的診斷基礎，但對於心理問題則不容易表現出；誠如許多心理學家的主張，精神醫療是被包含於心理健康的一部份，亦有人稱之為變態心理學，因此

心理





健康應是日常生活的處理，如解決問題的能力、社交與娛樂生活及主觀的感受等等可以自我感受的項目；亦有學者主張心理健康可以用「好習慣」來詮釋，包括做自己覺得快樂的事，做不會令自己不快樂的事，做對自己與別人都快樂的事，不做令自己不快樂的事，也不做另自己與別人不快樂的事，例如亂停車，可能自己快樂但會造成別人不方便或不快樂，就是一種心理不健康，也是壞習慣，就不應該做；做公益自己可以志願且快樂而會有受益人，因此為心理健康，也稱好習慣，應多做。

災難是人類無法避免之事，尤其是天災，因此平日之心理健康就顯得更重要，要養成好習慣—自己與別人都快樂，就是生活化的心理健康，願以此與從事此方面工作的人共勉之。

高雄市立凱旋醫院 院長

陳正泉



災難後容易 產生的問題

作者：周煌智
高雄市立凱旋醫院副院長

一般來說，在重大事件發生後，會出現以下的幾種反應，包括驚慌與無助、怨恨與憤怒、悲傷與罪惡感：特別是親人喪生者、自責與自我傷害、不信任與矛盾：對人、對政府、對關心者，而這些反應的出現其實都是幫助人宣洩出心理上所承受的壓力。

但是每個人對於災難的承受度不一，當造成的壓力大於個人所能承受的時候，甚至會出現如夢魘、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…等等更爲嚴重且接受生病邊緣的反應，必須給予更多的關注及妥善照顧。

在精神科的診斷中，症狀持續時間是一個很重要的因素，當症狀出現了，可是並沒有持續一段時間，我們可以把它當成心理壓力的宣洩，以下提供幾個診斷的參考指標：

● 急性壓力反應 ●



發生在七天內，有上述類似症狀，但是持續於一週（ICD）
至一個月（DSM）

● 睡眠障礙 ●



同前述症狀，但時間較長

● 憂鬱症 ●

因定義的不同而有不同名稱的憂鬱症，但當持續兩週符合
DSM-IV 的診斷的重鬱症是較常見

● 創傷後壓力症候群（PTSD）●

一週（ICD）一個月（DSM）

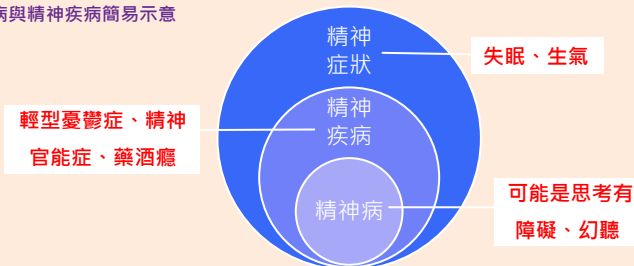


災難後最常見的精神疾病

- 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



精神病與精神疾病簡易示意



創傷後壓力症候群的「藥物」治療

治療創傷後壓力症候群有很多方式，當必須考慮藥物的使用時，需要評估下列幾項問題：治療合作度 (compliance)、副作用的忍受度、治療時程、標籤化 (stigmatization)、生病角色 (sick role)、家庭與社會的支持系統及互相信賴等等情形。藥物治療要發揮效果必須病人要有服藥的意願。許多 PTSD 的患者並不希望使用精神科藥物，所以第一步就是要讓患者瞭解藥物所扮演的角色；其次，藥物的副作用也要詳細解說，避免副作用一出現，病人便停藥。藥物治療可以分做三階段：(1) 穩定期；(2) 維持期；與 (3) 停藥期。穩定期主要與病人建立關係，讓病人瞭解其問題雖然是由外來的環境壓力所引發，但在生理或生物學上的改變可藉由藥物來使其恢復正常 [87]。雖然創傷後壓力症候群的藥物維持療法時間多久尚不清楚，但至少要達一年以上。甚至有時如同焦慮症一般必須終生用藥。下列所述的幾種藥可以考慮使用於 PTSD：



(1) 抗鬱劑

早期 (1980 年代) 使用於曾參與戰爭的榮民藥物雙盲研究顯示：三環抗鬱劑 (tricyclic antidepressant, TCA)，例如：imipramine & amitriptyline 比安慰劑約有高出 35% 的改善效果 [88]。許多有關選擇性血清素再吸收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) 例如：sertraline, fluvoxamine, fluoxetine & paroxetine 的開放性研究，皆顯示有明顯的症狀改

善 [89]。這些研究的結論為 SSRIs 對創傷後壓力症候群的症狀改善效果頗廣，尤其是對過度醒覺 (hyperarousal) 的症狀，如激動、焦慮、失眠等，可逆性單胺氧化酶抑制劑 (RIMA) 效果也約略相同，故可做為第一線用藥 [87]。新一代的血清素 / 正腎上腺素再吸收抑制劑 (serotonin norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI) 例如：venlafaxine，血清素乙型受體拮抗併吸收抑制劑，例如：nefazodone 及 mirtazapine，一種新的血清素 / 正腎上腺素兩者皆有作用的抗鬱劑也都有人研究，而其效果也都值得肯定 [90]。



(2) 抗焦慮劑與助眠劑

病人如有高度焦慮、緊張、激覺、容易受到驚嚇、失眠和自主神經系統不穩定時，高效價的 benzodiazepines (BZDs) 似乎是一種合理的選擇。然而其長期療效並不顯著，並且一旦使用後，要逐漸降低其劑量並不容易。特別是短效的 BZDs，其戒斷反彈的症狀相當厲害，所以使用此類藥物必須相當謹慎。如果必須處理失眠時，可建議使用非 BZDs 的助眠劑如 zopiclone、zolpidem、trazodone 或低劑量的 TCAs 也都可以考慮使用。



(3) 抗癲癇劑

創傷後壓力症候群的薪燃 (kindling) 效應理論是導致使用此類藥物的基礎，然而目前尚未有控制良好的研究。有臨床試驗顯示 valproic acid 和 carbamazepine 可達中度改善的效果，尤其控制患者的衝動與行為失控。亦有病人主觀報告 valproic acid 可增進睡眠的品質和長度，然而這些目前都尚未有定論。

從九二一地震到八八水災
看災後心理重建整合---社
區精神醫學的內涵與心理
重建的建議

作者：周煌智
高雄市立凱旋醫院副院長

一、災難已非特例，而是常態

重大災難（disaster）與其他類型的創傷事件一樣，皆是隨時可能發生的，主要類型涵蓋了自然以及人爲引起之重大災禍。在國際上，從 2001 年的 911 恐怖攻擊引起美國及全球的恐慌；2004 年的南亞地震（芮氏 9 級）所引發的海嘯，造成南亞沿海地區數十萬人死傷；到 2008 年，中國四川大地震死傷數十萬人。而台灣近十餘年來從小規模的交通意外，如華航、新加坡空難、阿里山的火車脫軌、高屏大橋斷裂、台北縣的林肯大郡倒塌、大鵬市縱火案與梅嶺大車禍等等；到較大規模的災難：如 1999 年的震撼人心的九二一大地震、2003 年威力橫掃全台的嚴重急性呼吸道症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS），到 2009 年的八八水災造成南台灣的重大災害，改變了國人的思維模式與安全概念 ----- 災難已非特例，而是常態，這些皆突顯出災難精神醫學與心理重建的重要性。

二、災難與心理障礙及精神疾病關係

大型災難對於人類的衝擊元素分成兩部份，包括災難本身，另外，則是易被災難所影響的民眾，包括災民本身與看報導的精神疾病易致族群。事實上，大部分關於九二一大地震研究顯示：災民會顯現較多的心理障礙，甚或精神疾病發生，常見與災難相關的疾病如創傷後壓力症候群、重鬱症、睡眠障礙、焦慮症與物質濫用等 (Chou et al., 2004a, 2004b, 2005, 2007; Chen C.C. et al., 2001; Chang et al, 2002; Lai et al, 2004; Hsu et al, 2002; Kuo et al, 2003; Liu et al., 2006; Tsai et al., 2007; Wu et al, 2006; Yang et al, 2003)，且可能持續數年之久 (Chou et al, 2007)。此外，救難人員（如：護士，消防隊及軍人）也有可能產生相關精神疾患 (Chang et al., 2008; Liao et al., 2002; Shin et al., 2002; Yeh et al., 2002) 需要介入與關懷。



三、災後心理重建

面對大災難後生活重建是一個漫長的道路，而心理重建又是生活重建的一環，因此，需要有計畫的、整合性的探討與研究。當大災難過後數年，雖然上述精神疾病的盛行率會降低，但物質濫用與自殺率卻會升高 (Wu et al, 2006)，因此，災後心理重建不僅僅是短期的介入、還需要中期的追蹤與長期個案轉介銜接。

四、災後心理重建尤應注意多重致病因的精神疾病模式

我們逐漸體察精神心理衛生的重要性，然而，從「不知」到「知」是一個很大的距離，從「知」到「行動」仍然需要克服很大的障礙，精神心理衛生一直處在「知道」很重要，且只是處理重型精神病的階段。但重建的努力不僅僅是著重於嚴重精神疾病，同樣也要注意情緒困擾及人格疾患。當面對壓力、挫折或創傷事件（例如：造成內部或外部資源損耗之危險因子），人們會變的更容易得到精神疾患或心理創傷。其它容易導致精神疾患之因子包括腦傷、遺傳因素、人格特質、生活事件及社交人際互動 (Krause, 1987; Ursano, Kao, & Fullerton, 1992)。因此導致精神疾病之多重危險因子就像蛛網般錯綜複雜。當個案也許已達到罹患精神疾病之臨界點時，會由於資源逐步減耗，危險因子的累積或重大壓力事件而導致精神疾患。此外，一些起因於災難而未獲解決的臨床精神症狀潛伏疾病，會使得倖存者對於將來的壓力事件更形敏感 (Heim & Nemeroff, 2001)。因此倖存者更需要專業系統的評估與介入。一些相關研究顯示災難會增加求助行為，因此主動的篩檢與長期精神醫療服務對於倖存者確有其助益。



五、災難精神醫學與自殺防治應成為社區精神醫學必修的一部份精神疾病模式

由於災難的發生已是常態，而非特例，災難常見的精神疾病如創傷後壓力症候群、重鬱症……等等，不僅僅發生率高，而且常有精神疾病的共病，加上自殺率的增加常在災難發生後的數年內，因此，災難精神醫學與憂鬱及自殺防治應成為社區精神醫學必修的一部份，建議本會精神專科甄審委員會應該慎重考慮列入專科醫師養成教育的基本教材，而且也應為在職教育與醫院評鑑所必備項目。



六、對八八水災及未來災難心理重建的建議

1. 災難發生後必須立即介入的先驅精神團隊，特別是核心醫療網為主的醫療人力，在急性期，可以配合內外科醫療的服務團隊進駐災區，此時除了配合政府政策外，另外，應該著重在評估災民的需求量與醫療、輔導等人力的盤點以作為後續的長期心理重建規劃的依據。
2. 正視宗教在災難急性期扮演的角色：九二一大震曾經由各宗教團體舉辦大型法會以撫慰民眾與災民的受創的心靈，可以稍解惶惶不安的人心。然而，此次八八水災與九二一大地震受災戶最大的不一樣，是原住民受害較多，而原住民的信仰主要為基督教，因此，就必須尊重部落文化與宗教信仰來進行撫慰災民的心靈。

3. 依據已有或盡快設計標準作業流程，定期演練（特別是指揮系統的建置與支援團隊的調度），並針對每次災難的性質，彈性設計因地制宜可行的災後心理重建計畫。事實上，每次災難有其相似處，但亦有相異處，例如此次的水災的嚴重受災民眾不管是居住地、族群、信仰與風俗習慣皆迥異於九二一受災民眾，當然現有的標準作業流程就沒有辦法完全適用，而需要重新調整。
4. 加強平時災難精神醫學專業養成，包括如何做精神疾病篩檢及心理衛生服務，例如：強化社區精神醫學訓練課程的內涵，特別是災難精神醫學與憂鬱症與自殺防治。
5. 整合資源進行全方位的災後重建：不宜本位主義，正視心理師、社工師、護理人員及志工所發揮的功能。否則，九二一地震與八八水災各類愛心團體蜂擁而至，但缺乏有效的整合，以致於力量互相抵銷仍會在下次災難發生。
6. 做好長期心理重建後的轉銜規劃：事實上大災難可能將原有的問題給誘發出來：例如失業、失親與社交網絡的破壞，導致或惡化了原先的家庭問題如家暴、物質濫用，並且提高了自殺率。因此，當心理重建告一段落時，應該有效的轉銜到原有的體系，如社區心理衛生中心（自殺防治與毒品防治）及家性暴防治中心，做進一步的列管輔導。



七、結語

面對災後的心理重建是一條漫漫長路，特別是其他醫療團隊逐漸撤出，才是我們開始發揮所長的時機，如何贏得災民的信任，進而幫助災民做好心理重建是吾輩另一個挑戰的開始。

再進一步闡述如下：

1. 災難發生後精神醫學可以盡早積極介入

大體而言，一個平衡的重建計畫旨在藉由各式各樣的計畫活動幫助災區的災民重建，應確實掌握所有對於災區重建所需的相關社區資源（如學校，醫院，宗教會所，避難所，社區活動中心，及社區發展中心等）(Somasundaram & van de Put, 2006)。這些資源應被整合發揮其最大效應。因此，若各方面條件均許可，在從事災後重建工作時，應盡可能考慮採取長期性的落地生根長期發展型，而以整合性復健計畫作為執行方式（江丙坤，2000）。而要評估需求性，精神醫療團隊可以盡早積極介入，以適時回應需求性。



2. 擬訂具體的標準作業流程，並在災難發生時依據標準作業流程介入

雖然民眾充滿愛心，卻容易一蜂窩，常見如賑災資源分配不平均，例如某些藉由 SNG 報導之媒體高度曝光災區享有過多資源，而一些沒沒無名的災區卻缺乏資源的援助。面對心理狀態的篩檢與調查亦然，因此，在急性期尤其應注意的是統合各種『愛心團體』的介入（因需要時間規劃與整合），特別是讓民眾最為反感的重複問卷，常造成民眾對於後來者有系統的心理重建有很大的阻抗（當然有另一個重要因素是：面對大災難後的個體產生急性壓力反應而有易怒症狀，以致於無法理性面對一些問題）。因此，為了後續的精神醫療團隊在未來長期的心理復健與治療上，建立與被治療者良好的關係，必須事先規劃整理有效的介入處置策略，避免重複施測加重民眾的反感，因此，事先瞭解民眾對重大災難的精神心理反應歷程，來擬定建立人際關係的策略，可以有效地融入當地居民的生活，取得對方的信任感，並方便後來的心理重建處置。舉例而言：政府在 24 小時內於所需要的災區立即成立緊急醫療站時，這階段的民眾的精神狀態，雖然因面對大災難的衝擊而有失眠、易怒、驚慌…等急性壓力反應，但此階段較為迫切的是內外科醫療的治療，以及防疫體系的介入防止傳染病的擴散 (Chou, 2003)。在急性階段裡（一週內），精神醫療團隊可以依附在

醫療站裡，視部分民眾的需要主動關懷災民並爭取時間，擬定介入處置的策略；例如可以藉由在醫療站裡簡易篩檢，心理障礙的比例來決定需要投入精神醫療人力的比例。並非只著重個人的治療，要以如同社區推廣及公共衛生促進的方式來做各種活動 (Somasundaram & van de Put, 2006)。這些步驟提供了長期心理復健的良好基石 (Chou, 2003)。另一重要層面是這些做法能和災民建立良好的互動，以做為後續的長期心理重建的醫病關係。



3. 加強平時的專業養成、精神疾病篩檢及心理衛生服務

加強創傷後壓力症候群、憂鬱症與恐慌症治療的能力，以便於面對大量傷患時不至於手忙腳亂。在精神醫療專業人事不足的情形下，二階段的快速篩檢不失為一個好的選擇。然而各式的篩檢量表，並無法適用於災難後第一階段的篩檢症狀，語言（例如：台語、客語）的隔閡皆需要另外設計一份快速篩檢量表來做為非精神專業人員的篩檢問卷。設計一份可以讓非專業人員運用於災難的成人精神疾病篩檢量表，作為兩階段調查法的第一階段調查問卷，可以有助於篩檢出高危險群，並作為心理重建持續追蹤的群體，在精神醫療人力缺乏的情況下無疑是一個有效的節省人力的方法。並將轉介需要心理治療，藥物治療，或其他需要的受訪者。若受訪者拒絕轉介，將由地方衛生單位提供追蹤電訪及家訪。度過了急性期，許多災民可以從傷痛、驚恐中恢復過來，然而也有一定比例的居民存有嚴重程度不等的障礙，需要進一步的精神心理處置。有研究顯示在震災後兩年精神疾患的發生率，特別是創傷後壓力症候群及憂鬱症有顯著的提高 (Chou, 2003, Chou et al., 2004b)。而在第三年後精神疾患的發生率呈現下降的趨勢，但自殺率及鎮靜劑的濫用則是持續增加 (Chou, 2003, Chou et al., 2004b, Wu et al., 2006)。期於上述理由顯示前兩年的精神科居家治療有其需要，而在第三年後需由當地的衛生醫療院所追蹤高危險群的自殺個案。在災後 24 小時內開始救援行動時，首要工作是在於三天內救出受困的倖存者。一週內建立緊急醫療



站以提供一般及精神醫療照護，及公共衛生介入。在精神醫療層面，需在一個月內篩檢出精神症狀，如急性壓力反應疾患等。在三到六個月期間，慢性及延遲發作之壓力後創傷症候群應被篩選出來。由於我們發現災難後壓力症候群的盛行率在三年後下降，我們建議至少應長期追蹤三年。

4. 設計因地制宜可行的災後心理重建計畫

Krause (1987) 指出探究壓力源發生與初始症狀發展之間的時間間隔必須小心謹慎。此外依據資源保存理論 (conservation of resources theory (COR), Hobfoll, 1989)，對於壓力造成之生理心理疾病，資源損失扮演了相當重要的角色。這意味著傷害事件 (traumatic event) 應該是事件本身與個體的過去歷史、現實生活、以及未來期望，同時也與生物學的易致因子相關的複雜互動所致 (Ursano, Kao, & Fullerton, 1992)。對於大部分個體，感情、行為、思考與生物因子失衡是暫時的，但相對地，有些心理傷害的被害人這種改變會持續較久，而且影響深遠 (Chou, 2003, Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000)。事實上心理重建為生活重建重要的一環，需要有完整的計畫，過程漫長而艱辛，執行方式不同亦會產生不同的效果 (Chou, 2003)。不同的治療導致不同的結果。面對大災難，無論男女皆有比平時較高的精神疾病或症狀發作，亟需關懷與治療。設計一份可以讓非專業人員運用於災難的成人精神疾病篩檢量表，作為兩階段調查法的第一階段調查問卷，可以有助於篩檢出高危險群，並作為心理重建持續追蹤的群體，在精神醫療人力缺乏的情況下無疑是一個有效的節省人力的方法。同時，面對災難的衝擊，調查其心理失衡狀態與精神疾病盛行率及其危險因子，有助於日後的復原。





5. 正視另類醫療與宗教在災難急性期扮演的角色



由於發生巨大災變，面臨不確定的未來，多年來的心血毀於一旦，常會讓人灰心喪志，再多的精神醫療專業在此階段裡所能發揮的效果亦有限。例如：某些具有急性壓力反應的災民雖然主訴失眠、驚慌等症狀，卻不願意服用安眠、鎮靜製劑，理由是擔心一睡不起，萬一地震又來時來不及逃走（事實上餘震強度亦有高達 6.8 級）。處在災難初期的混亂階段，某種形式的另類心理醫療（Alternative therapy）似乎也可以做為短暫的處置，例如：有救災軍人目睹一具死亡的屍體，導致常有夢魘，無法入眠甚至將這種狀況歸因於 “鬼魂” 纏身，而拒絕任何藥物，有醫師不得已拿了一瓶礦泉水佯稱是菩薩加持的聖水，以儀式化的行為作勢一番，當夜該名軍人一夜安眠（安慰劑作用，placebo effect）（Chou, 2003）。我們應瞭解此類尋求傳統民俗療法根基於當地社會文化的現象。因順應不同的社會文化而發展出適合當時社會文化的介入方式（Somasundaram & van de Put, 2006）。在急性災難期（三個月內），人心惶惶期，各式宗教法會的舉辦，可以有效的穩定民心，或許可稱為 “集體團體治療” 的安心團體。在此階段，並不需要拘泥學院派的正統精神醫療，除了某些災民需要短期併用鎮靜劑的處理外，也可以暫時使用各類另類療法（Alternative therapy）以達到安撫民心，減少災民的精神障礙比例；信仰常常是人們面對無助時的支持力量，目前台灣各地推動心理衛生中心，在平時就應該與宗教團體建立良好的互動管道，在災難發生的初期，即可以有效的結合宗教團體，透過他們的號召，在大型團體聚會時進行『演講或知性談話』，達成衛教宣導的目的，特別是那些排斥精神醫療的民眾。

6. 整合資源進行全方位的災後重建

此外，依據資源保存理論 (conservation of resources theory (COR), Hobfoll, 1989)，對於壓力造成之生理心理疾病，資源損失扮演了相當重要的角色。災民不只是因問暴露
在重大災難中而喪失其功能，同時其每日社交經濟環境也遭受重大破壞 (Morrow, 1999, Hutton, & Haque, 2004)。

災後的重建是需要多方面的努力，主要的困難包括 1. 無效的指揮中心；2 直向橫向溝通不良；3 缺乏地方政府及軍方共同協力合作；4 延遲的到院前照護；5 超乎醫療體系負擔的傷患量；6 不適切的工作人員；7. 管理不善的公衛體系 (Chan et al., 2006)

。在有限的經驗及指引下，救災與重建對我們而言是困難的。臨床的服務經驗提供我們許多寶貴的線索。例如各個不同團體間重複的問卷，將使得民眾排斥、拒絕更进一步的評估及轉介。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一份艱鉅且困難的任務。



災難後 心理師的角色

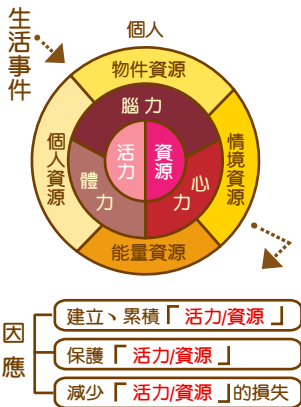
作者：許文耀

國立政治大學心理學系教授
台灣臨床心理學會理事長

一、以活力—資源模式來看生活事件與災變的因應

如果將「面對災變」視為「面對危機」的一種特殊狀態，而「面對危機」又可視為「面對生活情況」的一種特殊情況，則瞭解個人如何因應災變，即需從其面對日常生活情況討論起。

面對生活大大小小的每件事情，我們都在花費不同程度的「活力」與「資源」，而在面對的同時，也在嘗試再建或增加「活力」與「資源」；若無法達到這個目的，即退而求其次，試著保護原有的「活力」與「資源」；若仍舊無法達到這個目的，最後的底線是努力盡量減少「活力」與「資源」的損失。

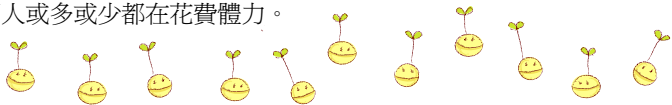


『活力』與『資源』對生活事件的因應

(參見右圖)



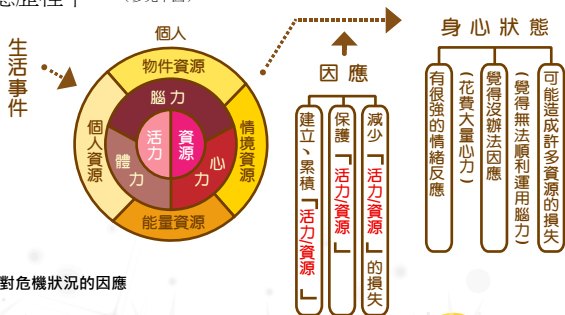
「活力」是生活的力量，可以大分為三類：（1）腦力。所有認知的活動都是腦力的表現，如：動腦子吸收訊息、分析訊息、解釋訊息、思考、記憶、解決問題、下決定等等，都是「腦力」。（2）心力。所有情緒、感情、以及心情的表現，都屬於心力。覺得稱心滿意、傷心、憂心、擔心、愛心、關心、焦慮不安、憤怒、生氣、快樂、幸福等等都是「心力」。（3）體力。所有表現出動作、行動或保持某種姿勢，都是體力的作用。只要不是深睡狀態或是打坐入定，一個人或多或少都在花費體力。



「資源」是活力的來源，可以分成四大類：（1）物件資源，是個人所擁有的各項物件，如：音響、房子、裝飾、衣服、車子、電腦等等。（2）情境資源，是個人喜歡的、重視的生活情境，如：穩定的工作、和諧的家庭、良好的人際關係、良好的社區、衛生的居住環境等等。（3）個人資源，是個人的特質與能力，如：工作技能與工作態度、社交技能與社交態度、自尊與自信、親和力、領導能力、自我效能感等等。（4）能量資源，是用以獲取其他資源的資源，如：錢的積蓄、擁有的知識、給予他人協助、個人在社會上的信用等等。

「面對危機」時，與面對一般生活事件相同的是因應的原則仍舊是建立 / 累積「活力 / 資源」，保護「活力 / 資源」，或減少「活力 / 資源」的耗損。不過通常面對危機時，會有很強的內在情緒反應（

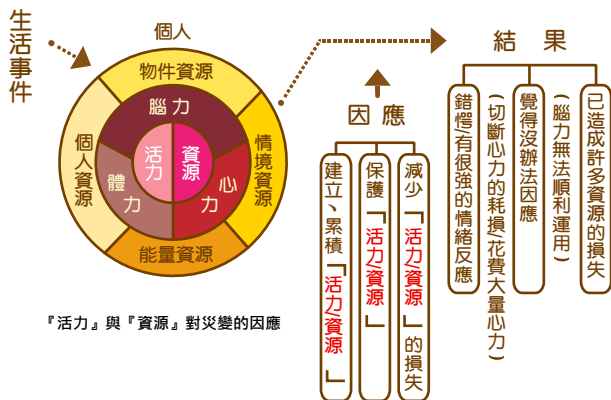
表示花費了大量的心力)；如果這些內在的情緒未能有效的抒解（即經由情緒的表達，如直接的哭泣、尖叫、嘶喊、傾訴，或間接的昇華在藝術活動或體育活動中），就會積累在個人內部，令個人覺得難受。所以，「很強的內在情緒反應」可以被視為一種個人能量的積蓄狀態，擁有強大的爆發可能性。處於很強的內在情緒反應的同時，個人的腦力便無法順利取用，因而會有過渡性的「無能」的感覺，例如平常能做現在也能做得到的問題解決，會因為這種無能的感覺而無法順利運作。在這種情況下，「可能」會造成許多資源損失。不過，如果有恰當的危機介入（crisis intervention），協助個人適當的抒發情緒，讓心力可以恰當的作用，再進一步協助個人順當的運用腦力於吸收訊息、分析訊息、解釋訊息，令危機狀況轉化成個人可以處理的「訊息」，在經過「作決定」的選擇策略，則會逐漸形成問題解決的可能性。在這種歷程中，原先的威脅：「可能造成許多資源的損失」，即有可能回歸到建立 / 累積資源、保護資源，以及減少資源損失的正常因應歷程中。（參見下圖）



『活力』與『資源』對危機狀況的因應

「面對災變」是種更大的危機。它引起更強的內在情緒反應，其內在能量的積累可以大到令個人無法承受，而採取類似動物的「裝死」的自我防衛，切斷心力的消耗，表現出「嚇呆了」的驚愕狀態。在這種情況下，腦力自然也無法順利運作。不過「面對災變」與「面對危機」的最大不同是「已造成」許多資源的損失（註三）。因此，在這種情況下的危機介入，除了仍然需要承接其情緒的表露外，另一方面則是協助他接受這項事實（必面一再消耗心力與體力），「告別」這些資源，再從其他方補充這些資源的損失。

（參見下圖）



二、心理師於自然災變中的角色

如果你已了解上述有關災變帶給個人的活力及資源的影響，並且你也有自己的方法增加活力與資源，以及避免活力與資源的喪失，就請你繼續保持著。

如果你設有方法，並且發現你的活力與資源漸漸地喪失，並解有較強的情緒反應，我們會建議你尋求專業心理師的幫忙，因為專業心理師會教你如何應對這些狀況。

請記住，這些心理師並非要標籤你是否罹患心理疾病，而是教你方法來度過壓力，以避免或預防心理疾病的發生。

心理師所欲傳授的因應方法計有：

心理學家曾以下的圖來說明壓力與生病間的心理歷程，在這個圖中，首先認為生活中大大小小的事都有可能引起個體的壓力，例如小孩子不聽話，突然來的生活中不順遂的事等，但是這些事情都只是一個刺激而已，只要你「注意」到它，且認為對你目前的狀態存立著「不必要」、「威脅」、「傷害」的感受時，你就讓這樣的刺激（事件）進入內心世界，而繼續影響到你的身心反應，無形之中，你必須耗能量來處理，直到它結束



壓力與生病間的心理歷程



影響你會「注意」這些刺激的因素，最主要是受你過去經驗的影響，這些經驗也許源自兒提時代，也許是最近剛發生的事件。不管源頭為何，我們在自己的生活形態中，在個性上，在生活上已經養成某種習性。我們可以反問自己：當事情發生的時候，你第一個反應是什麼？這個反應就是我們的習性。這些自我習性，包含情緒反應、生活形態、處理問題的方式等等。「習性」的特性在於它是相當自動化的，它不會接受你的掌控，它只會掌控你。因此當你在乎某件事，而讓它成為壓力時，之所以有如此的壓力，乃是你的「習性」一接觸這個事件，它就決定了你接續會有的心理反應、生理反應及因應之道。當人內心對某件事起了心理反應時，這個反應就如同凹透鏡，會在內心「擴大」對這個事件的反應性，使得內心世界非花力氣處理不可。花了力氣，必然引起生理的反應，那麼這個個體又得在花更多的力氣來平復生理反應，如果力氣耗費太多，補不回來，就容易聚焦在身體上，產生許多身體不舒服的身心症，進而生病。





當我們有了這些習性後，要去學習調整自己的新方法時，這些新方法會讓我們覺得很費力。因為很費力，所以很難培養新的習慣，自然而然地我們又會回到舊習性上，因為它是那麼自動化，以致於我們認為在平常日常生活上這些習性是不會花力氣，但在你面對挫折、壓力、困境的時候，你就會發現這些習性一點一滴的耗掉你的力氣。所以壓力調適的第一步就是要學習覺察自我習性。

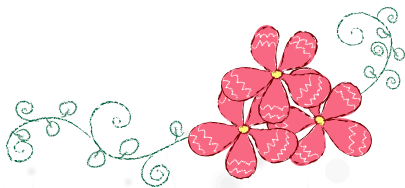


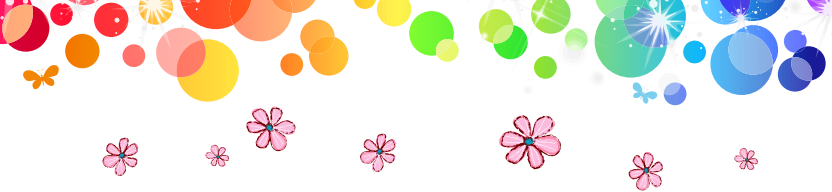
要澄清自己的習性或「個體內因素」，第一要件就是瞭解自己在一事件中的真實的感受是什麼。爲了要明白自己的真實感受，我們可以注意自己的身體反應在該事件中被引發哪些變化，如：呼吸、心跳、口渴程度、肌肉緊張度……等等。我們要自己去發掘自己最直接、最真實感受的原因是 --- 如果一個人能覺察自己所具有的感受時，它就能更接受自己，而當個體能接受自己的真實感受與反應時，自然就不必耗費能量去對抗他本來就無法接受的，但又實際存在感受與反應，如此便可達到節省能量的效果。





進一步地，當個體能接受自己被該事件所引發的情緒與反應時，他便能較明確地認識該事件對自己的真實意義。心理學家認為生活事件之所以成為壓力，人之所以要不斷處理這些事件，不外乎是避免自己失去「控制感」或是想增加自己的掌控能力。控制感的意涵乃在自己的行徑能獲至自己想要得到的結果，有了控制感可讓個體免除陷於無助之地。且可使個體覺受自己的生活是有目標及希望，會令個體評估自己是個有用、有價值的人。依循這樣的觀點，生活事件之所以構成壓力，乃在它威脅個人的「控制感」。因此，我們要避免這種威脅，你必須評估或思慮自己欲得到的結果，在時間上，在目標設定上是否「高估」了，這種高估會令結果在一時間無法完成的，而顯得不夠「實際」。從另一個角度來看，理想的實現也需要時間及階段性的邁進。因此，「急於」立刻實現目標的人，往往會令自己的控制感有不好的評價。





再者，釐清了這些結果的可完成性之後，你必須評估這些生活事件帶來的困境是否能夠解決，因為你有必要將這些困境分成兩類，一為可解決的，二為不能解決的。對於可解決的，當然要「突破」，而對於不能解決的，則試著「超越」，或是面對與接受。了知此種面對困境的態度，最重要的是需澄清什麼情緒、什麼念頭會阻礙自己不願面對與接受，例如仍願讓自己陷於煩惱一陣子，仍願讓自己先憤怒等。此種澄清的意義，不在於限制自己不該有情緒，而是要換個角度想，花費力氣於這些情緒或念頭上，對事情有幫助嗎？對自己的心境有好處嗎？對自己的生命會有喜悅嗎？這些題問無非提醒每個人，當每個人可以作自己生命力量的「精算師」時，那他比較能當自己的主人，而自信及自我控制感就愈高，就更不受外界的干擾。

而另一方面，個體也必須要更清楚地瞭解自己的能量耗費狀況，所以藉個體可以記錄自己日常中的例行事件，例如：刷牙、洗澡、繳會錢……等等，並標示出個體主觀上認定自己在每項事情所發揮的時間，亦即「心理時間（MENTAL TIMING）」，來瞭解其目前的壓力狀況；亦即心理時間耗費愈多，則壓力就愈大。





當一個人的壓力愈大時，也就表示他剩餘的能量愈少，如此一來面對外在刺激的敏感度也降低了，對於自己或他人的問題遍布容易看得清楚。因此，事情處理起來也會較平常困難些。許多情況下，造成一個人不舒服的事件往往只是問題表面，追根究底其實多是因為個體剩餘的能量不能負荷所導致的。

如果一個人所有的能量都消耗在自己的想法與情緒時，自然沒有多餘的心理空間來容納其他人的意見。一個人只有撥出適當的能量，留出適當的心理空間，才可能「聽得進」別人的意見，「收得到」外在的訊息與刺激，當一個人能如此與外在保持聯繫時，才有機會審查、比較自己的意念及想法，釐清問題的所在，「改變」也才有可能發生。所以，要解決一個人的問題，就得先要他嘗試著空出適當的能量，學會讓自己的心理空間留白。

最佳的溝通模式就是當事雙方在心理上都能留點空間。如此，才可能耐心地、敏銳地覺察別人所傳達的各種訊息，容納其所面臨的問題，「真正地」接受對方想要傳遞的想法，「瞭解」也才有可能發生，研判問題的正確度也會提高。



三、壓力帶來的效應

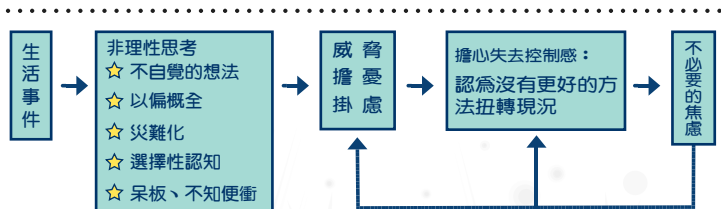
(一) 焦慮

我們每個人的生活中都曾在各種不同的時間感到過焦慮，焦慮可激勵你，並讓你隨時準備好去面對挑戰；焦慮也可能使你精神渙散，阻礙你身體正常的運作。焦慮的徵候計有：

焦 慮	
身體	當你焦慮時，你的身體會出現心悸、呼吸急促、上氣不接下氣、胸口沈悶、食慾減少、噁心、失眠、尿急、臉紅、冒汗、說話困難或者不安。
思考	焦慮會引起記憶力衰退、無法專心思考、分心、擔心失去控制、過度警戒、反覆思考。
健康	當你焦慮時，你可能會覺得急躁、沒耐心、神經質、驚駭、恐怖、戰戰兢兢、易受驚嚇、害怕、沮喪、肌肉緊張或者神經緊張。

警覺到這些反應是很重要的，如此你才能知道你正處於焦慮中，當你在辨識這些焦慮的徵候時，先問問自己，它們是否代表著面對外在威脅的一種自然反應，還是焦慮只是引起你不必要的壓力罷了。

你如何讓焦慮擊敗你呢？可以用下圖來表示：



壓力與生病間的心理歷程

(二) 憂鬱

美國精神醫學會（1994）指出憂鬱症患者會有下列的症狀，且會持續出現兩週以上：

憂鬱

- (1) 食慾改變。不是食慾減少、體重減輕，就是食慾增加，體重也增加。
- (2) 失眠，不然就睡得比平常多。
- (3) 體力差、容易疲倦。
- (4) 對以前喜愛的活動變得缺乏興趣或不熱衷。
- (5) 覺得自己沒有價值、自責或有強烈的罪惡感。
- (6) 降低思考或專心的能力。
- (7) 重複產生死亡的想法和自殺的念頭。

.....
許多研究指出最可能引起人們憂鬱的一些常見心理因素如下：

心理因素

- (1) 不切實際地依賴他人：憂鬱者把自尊看得太重而無法得到他人的認同。
- (2) 缺乏社會支持系統：憂鬱者比較內向、也比較退縮，它們缺乏社交技巧；它們一再地要他人保證，以致容易激起他人的反感。
- (3) 親密關係中的壓力：憂鬱者的親密關係容易發生不協調，回過頭來又會增強憂鬱感。
- (4) 憂鬱的自我中心型態：憂鬱者全神貫注在負面的事物上，在他們的人生中浪費太多時間去思考不好的事物，卻從不去注意自己在因應策略上的技巧是否恰當。
- (5) 無每主義的傷害：憂鬱者是堅持完美，但因為他們無法達到百分之百的完美，而認為自己一文不值和浪費自己的生命。
- (6) 外在的控制：憂鬱者覺得生活中重要的事情都超出他們的控制之外。二一受災民眾，當然現有的標準作業流程就沒有辦法完全適用，而需要重新調整。

(三) 憤怒

為何一個人會憤怒，根據調查可以得到幾個重要的結論：

憤

(1) 憤怒是常見的情緒反應，它的對象常常無法依我們的願望和慾望行事的朋友和家人。

(2) 常常我們想得到的某樣東西的慾望會激發出憤怒。

(3) 人們度憤怒的表現常是負面的。

怒

(4) 雖然有時我們在表現憤怒後會覺得有滿足感，但從長遠來看，我們不見得能達到我們的目標。

這些結論強烈地暗示我們，除了憤怒之外，必須使用其他技巧，以滿足我們的需求。

四、壓力的調適

當一個人充滿壓力時，也正是他使用了過多的能量，心理空間被佔滿了，意味著心理這部機器正不斷地運作，無法休息。因此，如何適度地去調適自己的壓力，節省有限的能量。增加心理空間，解決問題，便是壓力調適的重點。前面提到，這裡所指的能量意即「身心力量」。身心力量包括心力、體力和腦力，心力指的是情緒問題，腦力就是一個人的想法，而體力便是生理上的變化。三者互有關聯，當其中之一改變時，常常也能觸動其他兩者產生相應的變化。

省力氣可朝「節源」與「開流」兩個方向進行。

(一) 節流：

節省身心力量就是要判斷是否值得花費某些能量，是否省下某些不需要浪費的力氣。放鬆訓練可以幫助我們節省不需要浪費的力氣。



(二) 開源：

1. 時間：讓自己有充裕的時間去思考，適時地補充能量，拓展身心力量。
2. 換種想法：能否訓練個體由不同的角度去思考，改變固有的思維方式。要除去既有的觀念並不容易，如何活用各種觀念，使自己的彈性空間愈來愈大。當一個人想法愈多樣時，彈性愈大，相對地在事件發生時其容忍程度也會增加。事情並非總是直線發展，是否能有效地解決問題，端賴我們對事情變動的容忍範圍大小。而事情之所以無法解決，有時是因為腦力使用不當所致。因此，彈性地活用腦力，凡事就事論事，才能靈活地解決問題。

不管是「節源」或「開流」，重要是在面對壓力時，能夠「安心」，因此，這些安心的方法可如下：

（一）要對自己好，要好好地照顧自己

1. 要讓自己好過，請盡量維持正常的生活作息，要有適當的休息，盡量保持生活的穩定性。記住，生活壓力有時會令人手忙腳亂，自亂陣腳，因此讓生活作息維持規律是處理壓力的必要條件。
2. 如果你煩躁不安，很難維持生活作息的規律性時，該怎麼辦？一些專家人士建議你在煩躁不安時，先採取一些方法來鎮定自己，例如，允許自己哭一哭，寫出你的想法或感受，在電腦上玩接龍，運動，深呼吸，抱抱可以慰藉你的物體，泡泡熱水澡或沖澡，找出令人愉悅的事，與人談天等等。

★ 這些方法的有效性因人而異，因此最重要的是你自己列出一張鎮定自己方法的清單，告訴自己當負向情緒要淹沒你時，這些是你應該執行的事，並且記住：「為自己做出經常你會為別人作的事」。

3. 學習放鬆



（二）處理負向情緒

1. 減少因訊息帶來的心理負擔：心理專家建議在壓力時盡量控制自己每天接收有關訊息的時間不超過一個小時，在睡前不宜過份聽聞相關的訊息，不道聽圖說，意即不要因接收太多的消息而使自己心亂。



2. 對他人的反應不必感覺受到屈辱：或許生活壓力事件可能以讓你受傷或觸痛，並且會更敏感他人的反應，這些總總的情緒反應回過頭來反而加重自己的負向感受。因此面對訊息缺乏的情況下，任何人均會猜想別人是如何想以及他們的感受是什麼，如果你要猜想，請你這樣想：「有各式各樣的影響會作用在別人身上，但你可能不知情」，如此的想法，可協助你緩衝他人的反應對你的傷害。

3. 勉勵自己克服挑戰：身為人類，我們都有一種自言自語的特殊能力，不論是大聲地或無聲地自言自語，你都能利用這種能力訓練自己克服艱難的挑戰，因此你可以這麼告訴自己：「它可能不好玩，但我可以應付它」，「它將是個很好的學習經驗」，「我感到緊張，現在正是放鬆的時刻」，「我不疼讓焦慮和生氣佔上風」，「視自己為因應者是令人愉快的事」，「生活挑戰給我練習因應技巧的機會」。



4. 做做運動：運動的好出多多，例如減少精神上的緊張，增加養的有效性，增加心血管機能，增加自我效能，提高自信心，降低沮喪等。



5. 設定可讓你生活有趣又有益的目標

- (1) 當面對近日無聊或日常作息受到限制時，你可有如下的選擇：你可以感謝暫時有個輕鬆的機會，或者你可以發揮創造力，讓這時的生活有個人風格或讓它有趣一些。
- (2) 若面對的挑戰是棘手的，但在你的掌握之中，那麼「放手去做吧！」這是你享受成就感的機會。
- (3) 當面臨不能克服的問題時，你有兩個選擇：保護自己避免自我阻礙而失敗，或者你可以決定失敗不是問題，而將它視為一個學習經驗，並以學習取向的態度來取代表現取向。這個目的不是要有完美的結果，而是提供一個練習你的技巧的機會。



6. 正向思維：面對壓力時，你可以運用如下的思考：

- (1) 不要只往壞處看、要對自己公平一點，不要只停留在注意壞事，而忽略或看不到好事。留意事實和數據，根據事實，判定自己的擔憂是否合理。當你因為壓力而覺得辛苦，很無奈的時候，不妨望望街上熙來攘往的人流，你會立刻感到許多人仍然是很正常地過他們的生活。
- (2) 思考在過去的艱難日子如何成功面對，重新肯定個人的能力。以合理的態度看待事情，嘗試以更廣闊的角度了解問題的影響，問
- (3) 題會帶來短暫的影響，但長遠而言事情最終能改善及成為過去。保持對前景的盼望，即使在危急時期，也不要忽略在我們身邊的美
- (4) 好事物，如舒適安全的居家環境及親朋的良好關係。

(三) 如果你有下列的感受或狀況請趕緊就醫或求助

1. 恐懼，無法感覺安全
2. 對自己或是其他人失去信心
3. 自尊喪失、感覺羞恥、痛恨自己
4. 感覺無助
5. 感覺空虛
6. 感受變得遲鈍或麻木
7. 變得退縮或孤立
8. 睡眠狀況惡化



如果你有上述狀況，而還不能明瞭，且想了解自己的狀況時，可以打電話至心理健康相關機構或醫療院所詢問。

每個人面對危機時的體驗是不同的，因此對於上述建議的方法，你可以依個人所需彈性的運用。有位智者如是言：「如果問題可以解決，煩惱是多餘的；如果問題不能解決，煩惱是無用的；所以根本不用煩惱」。因此，讓我們不煩惱地、安心地來面對生活中的種種壓力。



精神科醫師 災後角色定位

作者：王鵬為
高醫中和醫院精神科醫師

面對莫拉克風災後，要恢復風災前生活的生活重建是一個漫長的道路，而心理重建又是生活重建的一環。當大災難過後數年，雖然創傷壓力症候的盛行率會降低，但物質濫用與自殺率卻會升高，因此，災後心理重建不僅僅是短期的介入、還需要中期的追蹤與長期個案轉介銜接。

精神科醫師在災後生活重建上，最主要是協助民眾能順利走過生活重建這一段歲月。進行的方式以『個案管理』為主，意謂乃以『人』為取向，所進行的關懷和品質的照護模式。進行方式為醫療人員先評估個案與家庭的需求，再進行安排與連結資源（其中包括藥物的協助），爾後監測、評估成效、權益倡導，以提供多重的服務回應案主的複雜需求，換句話說提供個別化的服務。此外，依照案主的需求，找出需求與服務提供之間的差距，倡導增進服務的提供與輸送。處理以案主個體的生理 - 心理 - 社會問題，其目標是提升個案或民眾對災難對人可能造成的心理問題之認知、使個案或民眾瞭解



心理問題的早期症狀、使個案瞭解早期問題介入之重要性、協助個案追蹤病情變化，必要時協助轉介適當之醫療機構及協助個案提昇自主的能力，並能夠維持或增進其生活品質，或是提升個案自己有能力取得社會資源。

然而，從「不知」到「知」是一個很大的距離，從「知」到「行動」仍然需要克服很大的障礙，所以精神心理衛生教育是很重要的，這也是精神醫療在災後重建的另一角色。過去醫療著重處理重型精神病的階段及其復健。但重建的努力不僅僅是著重於嚴重精神疾病，同樣也要注意情緒困擾及壓力引起的相關反應。當面對壓力、挫折或創傷事件（例如：造成內部或外部資源損耗之危險因子），人們會變的更容易得到精神疾病或心理創傷。因為壓力會消耗個案內在能量，同時也會逐步減耗外在資源，所以在內憂外患的情形下，個案也許會達到罹患精神疾病之臨界點而引發疾病。此外，一些起因於災難而未獲解決的臨床精神症狀潛伏疾病，會使得倖存者對於將來的壓力事件更形敏感。因此倖存者更需要專業系統的評估與介入，這也是精神醫療在災後生活重建的另一個角色。



目前的社會中對精神醫療需求越來越多，大多是與壓力相關的心理衛生問題，精神醫療的角色彷彿就像是一位陪伴您的好朋友，讓壓力不再困擾您，讓生活變成是多采多姿，各位朋友當您有困擾時不要忘了有我們的存在。





高風險家庭， 平安！

作者：莊勝發
高雄醫學大學心理學系助理教授

您的家庭是高風險家庭嗎？如果一個家庭遭逢變故或者家人不平安，致使家庭內的兒童少年無法獲得適當的照顧，那就是高風險家庭。高風險家庭典型的特徵包括：家庭經濟陷入困境、父母身心健康狀況不佳、以及家庭／婚姻關係複雜或不和睦等。當家庭遭遇以上這些危機，本身又缺乏有力的支持系統和足夠的資源時，在壓力無從宣洩的情況下，很容易發生孩子得不到充分關愛、家庭暴力、甚至自殺等令人遺憾的家庭悲劇。

如果一個家庭處於高風險家庭，就應該接受社會的協助。根據內政部頒布的「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，各地方政府社會局結合民間社會福利團體，應提供高風險家庭所需要的服務。這些服務包括：

- (一) 專業人員關懷訪視，為高風險家庭做需求評估、尋求資源、安排轉介、督導服務、追蹤評估等，提供支持性、補充性服務，培力家庭建立完整家庭功能。

- (二) 結合保母支持系統及幼托園所提供幼兒臨托及喘息服務。
- (三) 運用社區志工，推動認輔制度，協助兒童少年課業輔導，或轉介參加國中小學學童課後照顧服務。
- (四) 辦理親職教育活動及增強父母或照顧者親職知能之服務。
- (五) 針對精神病、酒藥癮家庭，轉介相關醫療單位提供醫療及戒治資源。
- (六) 針對須就業輔導家庭，轉介就業服務單位，提供職業訓練及就業輔導資源。
- (七) 結合民間社會福利資源協助高風險家庭改善困境。
- (八) 輔導進入社會救助系統、中低收入兒童少年生活補助、弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助、托育補助及早期療育。
- (九) 辦理高風險家庭宣導及教育訓練，強化高風險家庭篩檢轉介機能，擴大轉介來源。
- (十) 其他依高風險家庭狀況予以適當之輔導處遇。



家庭不只是家人獲得溫飽的場所，家庭更是家人感覺安全，享受親情的安樂窩。如何營造美滿的家庭？我們應學習享受與家人共聚的時間，並懷着輕鬆愉快心情與家人一起做事情。我們應學習聆聽對方的心聲，讓彼此自在地抒發感受和發表意見。我們應學習把「請」、「謝謝」和「對不起」等話語經常掛在嘴邊，避免傷害的攻擊和謾罵。我們應陪伴家人多多參與有助個人成長的活動，包括學校、社區及機構舉辦的社交活動。面對家庭危機時，我們應學習團結，並善用各項可用的資源與支援。我們要時時祝福我們的家庭，大家都和樂平安！



經歷大型災難事件的兒童創傷後壓力症候群

作者：顏正芳
高醫學大學精神科教授暨主治醫師

兒童和成人的創傷後壓力症候群常有不同表現，例如：成人個案會有的「情感麻木現象」，兒童可能會對於原本覺得有趣的活動失去興趣，或是情感表達變得很侷促，或以退化、畏縮、反抗、攻擊、破壞行為來表現「情感麻木現象」；又例如：學齡前兒童會在繪畫或是遊戲的內容，或是作惡夢，反覆地出現創傷經驗的情節；也可能以夜驚、難以入睡、夢遊、無法集中注意力、過度警戒、容易受到驚嚇來表達「警覺度增加」；年幼兒童還可能以新出現的攻擊行為、分離焦慮、害怕自己上廁所、怕黑或其他恐懼來表現創傷經驗。不過有許多幼童能以言語清楚表達創傷經歷，也能表達創傷經驗所帶來的困擾。

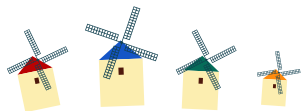
經歷創傷事件的兒童常難以順利地講出內心感受。他們常覺得不想打擾大人，以致於父母常無法覺察到孩子的痛苦。朋友們也常常不敢多問，因為怕會讓當事者難過，可是如此一來，當事者反而可能覺得被朋友排斥在外。許多兒童會出現注意力不集中，抱怨自





己的記性變差了，覺得難以學習新事物或記起過去的事；變得對於環境中輕微危險的徵兆非常敏感；有時學習到：原來生命是如此脆弱，這會令他們對於未來感到悲觀，或是覺得自己不會活得長久。許多兒童會逃避接觸和創傷事件有關的人、事、物、或環境，或會發展出「倖存者的罪惡感」，會質疑為何自己活下來但別人死掉了？也有許多兒童會在創傷事件後多年仍出現焦慮、憂鬱、自殺意念或行爲。如果兒童青少年在災難中失去親人或摯友，會出現哀慟反應，需要接受這方面的心理諮詢。在治療方面，在發生大型災難事件後，常常需要以團體方式，對於經歷共同創傷事件的兒童進行說明，讓他們了解這創傷事件是怎麼回事，以免兒童一直陷於不明白到底是怎麼回事的混亂；也鼓勵兒童說出自己的感受，和別人溝通，知道自己不是孤單的。接著常需以團體形式進行治療，目的在於讓兒童分享彼此的經驗和感受，強化兒童對於自己能掌控自己的感覺





，以及分享彼此解決困擾的方式。協助兒童儘可能地恢復生活的常軌，讓日常生活具有穩定性，尤其需邀請家庭加入治療，也應篩檢出具有較高嚴重度的兒童進行個別治療。個別治療主要是依據認知行為治療的原則，協助兒童了解究竟在創傷事件中發生什麼事，並協助建立起掌控和處理自己的焦慮和無助感受的能力。也會使用系統減敏感法，例如讓兒童回想災難創傷畫面，同時協助進行肌肉放鬆等，讓焦慮程度逐漸降低。動眼減敏感法則是讓個案在腦海裡想著創傷經驗的畫面，同時跟著治療師的手指移動而轉動眼球，有些兒童經過這樣的治療方式，創傷畫面就比較不會引發焦慮。



災難後女性心理 『韌性』的再現

作者：駱慧文
高雄醫學大學醫學系助理教授
謝臥龍 國立高雄師範大學性別教育研究所副教授

88 風災後，一年來進出高雄縣鄉鎮部落數十回。為什麼在災區看到的女人比男人多？所接觸到的婦女可能不只千人，但男人似平只有近百人。本文作者不禁在想，女人真是難為？重建之路她們真的責任重大？本文作者嘗試的回顧國內外文獻從 1990 年至 2010 年，對於災難創傷壓力症候群，和女性的心理衛生相關研究，以探究 88 風災後現象，災難對女性心理衛生而言，有那些影響和那些特殊現象存在。研究文獻資料分析發現，婦女患上創傷後壓力症候群機率較男性為高。

災難後女人的韌性 (persevering) 及堅忍 (steadfast) 的特質一再被激發，而這歷程的催化元素就是對人類生命的愛與熱情 (passion)。(Sandra & Thomas and Joanne & Hall 2008) 女人在遭逢重大變故，持續支撐他們往前走的力量不僅是外在表現的韌性，最重要的是存在內心理深層的情緒，”我不能被打倒、我要再站起來，為我的家人、生活、生計、故鄉，”這些語詞在災變後，常存留在災區女人心中，那韌性意志力量，不屈不擾像一條『橡皮筋』。(Wasserstein, & LaGreca, 1998)



88 水災後，我們聽到、看到，感同身受到。身為一個助人者，這一年來，陪伴災後婦女的生命故事一路走來，許多歷程是那麼令人感慨人生境域。災後培力其實一直面臨挑戰，從剛開始社區婦女們的經驗敘說 --- 她說反覆在腦中出現風聲，雨聲、土石流湍急聲、山林轟塌崩下聲，石頭滾滾落下聲、淹水、土石踴急、房子倒塌、土地層下陷、道路斷、橋斷、掩埋等創傷畫面一幕幕。到重覆韌性的解構翻轉再現，其實不知不覺中我們一起走過低潮，已形成了再建構未來重建健康村的藍圖。



災難對每個女人所受到的影響多少都會有程度差異，不同處境而引發極強烈的心理痛苦情緒和生理反應，願意說其實是好的，常會說著、說著，因啜泣而中斷 ----。有位姐妹說：她每一次哭完擦乾眼淚後，唉！嘆一聲氣後，她總告訴自己不能倒，為家人一定要再戰下去，這是老天給我的 ” 試練 ”。女人的韌性其實是這樣被建構著，PTSD 是否存在她的身上？其實存在又如何？她還是要往前走、做、撐著力量是必須，唯一她可以作的是說一說、哭一哭、罵一罵、噙一噙。





同時，筆者也看到有些人不願意談，她們總是說談了有何用？也有人逃避與創傷事件有關的地點、思緒、活動，封鎖相關記憶 ---。不談其實那情緒一直會內化影響，開始反應負向情緒生氣，怨天、麻木、消沈、沮喪、無助感，對事物失去興趣，對人產生疏離感，對未來逐漸感到悲觀。而這些影響逐漸讓女人的能量消耗掉、在

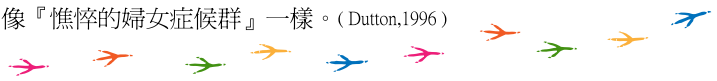
防禦警覺性的情緒增加、睡眠困難、緊張暴躁、強烈害怕、驚嚇反應強烈、無力、無奈... 等 PTSD 狀況強化發生。所以，助人者在陪伴過程中，如能以當事人爲中心，有效建立彼此互動關係者。其實敍說對當事人或女人而言，是一個很重要歷程，因爲女人心理的壓力或創傷，如能讓牠有機會”說”，內在韌性激發對整個問題解決則越有幫助。



當人在歷經重大災難心理受到重創時，其實就容易產生如學理上所說的「創傷後壓力症候群」，但每個人發生的原因都不一樣，可能是目擊、親身經驗、或被迫面對大自然災害（例如：地震、颱風水災、土石流），或人爲的災難（例如：虐待、性侵害、家暴），或重大疾病如癌症、所愛的人突然死亡或分離…等；不論已實際威脅生命或身體傷害發生經歷或未發生。對女人而言，這樣的災後社會處境可能發生 PTSD。如果災難經驗的心理動力因素，在災後特定的 PTSD 類型中有存在其角色。（Mechanic, Griffin, & Resick, 2001).



而這次 88 水災的壓力衝擊是極度的事件，在女人身上可能由於整個原先的生活完全改觀，每天面對外在環境改變且無形壓力重複排演出現的創傷情景。這些災區婦女人所承受的包括：生命受到威脅、身心健康被傷害、原有疾病嚴重惡化、失去家園、失去工作、受到生計困境、老小家人的照顧等壓力。因此，若婦女如前述：再經驗創傷事件的心理、情緒麻木，採逃避、害怕、無助、驚恐等。外表就像『憔悴的婦女症候群』一樣。(Dutton,1996)



所以，災難後當婦女生活壓力情境的持續時間拉長與壓力強度亦可能相對提高，當這些脆弱因子，也會是主要影響女性 PTSD 的因子，最後決定女性急性創傷後壓力疾患的發生與慢性疾病化病程的發展。(Gleiser, K Ford J, Fosha D.2008)

如果婦女原有疾病再加上災難而影響，極也可能強化產生 PTSD(創傷壓力症候群) 的共病症 (併發一種以上其他精神疾患) 及自殺、物質濫用 (酒精濫用、藥物濫用)、併發身體病症、失能等情形，許多 PTSD 病患也有抗拒治療情形。

因此，在治療災難女性創傷壓力症候群方法上，應選擇整體的早期介入治療策略。介紹災難壓力症候群的反應正常；提供準確的資訊，講解災難事件、創傷壓力反應模式；災難創傷壓力症候群反應的常態化；強調轉化調適應能力；積極討論的災難適應與因應付方式；提供有關進一步服務的資訊；提醒可能的並存創傷壓力問題；給出減輕創傷壓力的策略；自我識別症狀。(Petruska Clarkson & Michael

Pokorny1995)





美國心理協會在許多文獻均提出，選擇適合女性心理處境的策略才能有效療癒，特別是有時候宣洩和節制技巧是要有一個平衡的歷程。女性通常較能接受且安全的心理治療法心理減壓法、認知行為治療、團體治療、心理動力治療、家庭治療、創意治療與催眠療法，都能有效幫助女性在 PTSD 症狀改善狀況達到復原。而治療的順序不管是心理治療或藥物治療亦或是兩者一起開始皆可。心理治療專家、藥物治療專家，皆共同的建議，認為心理治療為 PTSD 患者的第一線治療，但是藥物治療專家較主張將藥物治療與心理治療雙管齊下，特別是那些較嚴重及慢性的女性病人。可著重於去打破限制、創造退行的環境以宣洩情緒。通常，適度地退行能讓我們把一些深藏的情緒宣洩出來，有利於我們更好地生活，但是長期大幅度的退行卻會損害我們的社會功能。情緒如洪水，疏通之後，如何讓它們在河道裏順暢地流動，而不至於氾濫成災，這是需要注意的。(Gleiser, K Ford J, Fosha D.2008)





參考文獻

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Dutton, M.A. (1996) Critique of the 'Battered Woman Syndrome'

National online Resource bcenter on Volence Against Women Revised January 1996
www.vawnet.org

Kari Gleiser, Julian Ford, Diana Fosha (2008), Contrasting Exposure And Experiential Therapies For Complex Posttraumatic Stress Disorder Psychotherapy: Training, Research, Theory, Practice, 2008, 45 (3), 340-360.

Mechanic, M., Griffin, M., & Resick, P. (2001). The effects of intimate partner abuse on women's psychological adjustment to a major disaster. Manuscript submitted for publication.

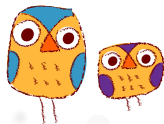
Petrùska Clarkson & Michael Pokorny (1995) .Handbook of Psychotherapy London and New York

Sandra P. Thomas and Joanne M. Hall (2008) Life Trajectories of Female Child Abuse Survivors Thriving in Adulthood Qual Health Res 2008 18: 149 <http://qhr.sagepub.com/content/18/2/149>

Timothy E. Quill (2007). "Doctor, I Want to Die. Will You Help Me?" Dying, Death, and Bereavement (Ninth Edition) by Dickinson, George E., and Leming Michael R.. US: Th McGraw-Hill Companies.

Wasserstein, S. B., & LaGreca, A. (1998). Hurricane Andrew: Parent conflict as a moderator of children's adjustment. Hispanic Journal of Behavioral Science, 20, 212-224.

謝文傑心理師創傷後壓力疾患的治療方法 台北市立萬芳醫院精神科
<http://www.psychpark.org/psy/PTSDtherapy.asp>





身障者的 心理衛生

作者：蔡宜蓉
高雄醫學大學職能治療學系 助理教授
台灣職能治療學會 理事 暨 派赴WFOT代表

誰是身心障礙者？

得到肝腫瘤的施明德是身心障礙者嗎？車禍受傷，無法上學的林同學是身心障礙者嗎？近視 600 度的女生是身心障礙者嗎？身心障礙者的定義很難從單一個角度決斷，世界衛生組織從疾病後遺症的觀點認為身體器官或構造缺損稱為官能障礙；活動能力受限制屬於功能障礙，如果生活情境參與侷限，就算是一種社會障礙。身心障礙者應該是功能與社會障礙的合稱。區分不同的原因與類別，才能夠找到可以幫助身心障礙者的根本方法。

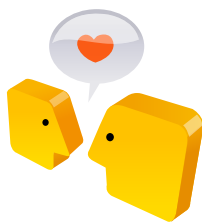
承認我是身心障礙者 / 慢性病患

身心障礙者或慢性病患在面對疾病時，可能會經歷三個階段：在問題發現前期，心理上容易去否認或處在一種震驚狀態，會不相信、不願去面對問題、假裝沒這件事、或者麻木、不去處理問題。有些人會常說“如果我…，就躲過了”，這其實是一種否認的心理，事情既已發生，就沒有如果可言。當急 / 慢性症狀期出現後，開始會憤怒、有攻擊情緒、脾氣很大，也可能心情低落、想自殺、憂鬱、退縮，或者期待奇蹟，遍尋偏方仙丹。當聽到個案說“我是個壞人嗎？我該遭受這些嗎？”或是“我多捐點錢，讓我好起來”都分別是憤怒或跟上天討價錢價的心態。一直要到心理上的最終階段，開始慢慢接受與調適，到了理智與情感都接受後，問題才可以被碰觸，能夠面對它、處理它，讓問題跟自己的生命和平共處。至於需要調適幾年，每個人有自己的路程，影響因素 (Livneh & Antonak, 1997) 包括：損失程度與性質、個人如年紀或居住狀態等基本條件、人格特質以及外在環境的物質與社會特質等。只有自己接受了，才是真正走出來；但殘酷的是，雖然還沒能走到接受的階段，還是要過日子。



如何和身心障礙者溝通

面對身心障礙者時，尊重與接納的基本態度是必要的，必須能夠平等地對待他們，或是能夠直視與碰觸他的病灶處，而不會心生厭惡。協助者必須練習客觀觀察力，觀察身心障礙者多面向的需求與困難。同時也必須提升察覺力，體察自己不經意流露出的各項訊息，其帶給身心障礙者的感覺。



簡易的協助

協助者可以提供的簡易幫助，首先是資訊，關於前述失落調適過程的知識能幫助她們認識自己的心情；疾病與失能的教育，能幫助她們正視問題。其次是支持，陪伴她們，讓她們多一個可以相信的人，是很大的助力。最後也是最重要的就是轉介，提供服務的轉介，介紹她們加入同儕團體或相關網絡，有助於身心障礙者社會資源的強化。

但願身心障礙者或者協助者，都可以從知識中找到力量，突破困境，讓我們一起加油！



災後人文關懷 「國寶」的身 心健康

作者：謝臥龍

國立高雄師範大學性別教育研究所副教授

張馨德 國立台灣大學心理學研究所博士班學生

張偉銘 高雄醫學大學心理學系學生

許多國外研究證據顯示：災難後，人類在物質（煙、酒、大麻）和藥物（鎮靜劑）使用量是增加，這些災害對人身心功能殘疾和疾病的影響風險亦是提高，對老人心理創傷與創傷壓力症候群的影響問題是存在的。而這些心理創傷壓力也都與老人的藥物使用量增大有相關。文獻更指出災難對老人影響的層面非常廣，除了物質及藥物濫用增加外，且原有疾病的老人其老化速度顯著加快。（Vetter1 Rossegger2 Rossler3, Bisson4 and Endrass2 (2008)

88 水災後，筆者一年多來觀察，發現和國外相較其實還是有文化上差異。天然災害對台灣老人而言，豐富的經驗其實影響心理層面的創傷亦有不同。甚至也不得不佩服老人家在面對災難後生活重建的智慧，和不屈不擾的力量。同時，也看到生病獨居老人的困境，在災難後家計出了問題，只好縮衣節食省下老人年金，為協助家計而營養不良昏倒。這些災難後老人的生活現象，都是與物質或藥物濫用有不同的處境而有不同的影響。但對我們大家而言，災難後





老人家是絕對的弱勢。任何人都有責任來關懷，所以災區的居民更是須要注意家中老人身心的狀況。

災難後對任何人的生命，將產生了很大的變化。您是否有發現家中長輩在近期（88 水災後）身心狀況有所改變，但又苦無參考依據及處理方式？老年人常常在壓力後會產生許多壓力症候群，但卻又常常被他人或本身忽略，誤認為正常老化現象。

在災難後，老人對於心理情緒的表達卻是低於對身體健康的抱怨（歐陽文貞，2010），但老年後常有許多身心改變，例如：記憶力較差（忘東忘西、忘記最近重要事件…）、手腳動作較遲鈍（走路慢、手部動作較不靈敏 [如扣釦子不順暢] …）、較容易失眠（晚上睡不著、清晨過早起床…）、較多生理疾病（高血壓、糖尿病…），這些都是正常老化的現象；然而在老年人口中的確有較多容易罹患的心智功能相關疾病。其中年過 65 歲老年人口中有約三成的老人罹患阿茲海默式症（失智症、痴呆），主要症狀包括記憶功能嚴重受損，亦即上述記憶問題嚴重影響日常生活功能，例如忘記是否吃過飯、不認得家人、常不知道自己身處何處、不會做日常活動（如泡咖啡、做菜）…，



此外話變少、明顯聽不懂別人說的話也是常見症狀；另外常見疾病包括巴金森氏症，主要症狀為動作功能嚴重受損，特徵為手腳在不活動時會有緩慢顫抖現象，手腳肌肉無法隨心所欲控制，另外對於他人漠不關心、情緒低落也常常在這類病人身上看見；最後，精神症狀在老年人身上也明顯較其他年齡層有更高的風險出現，例如：過度迷信（認為自己能與鬼神溝通或受其控制）、極度容易緊張、幾乎天天失眠、情緒幾乎天天非常低落、認為自己看得到或聽得到鬼神…等。

上述問題或多或少都與老年過程退化有關，但是如在 88 水災過程有家人重創，老人心中可能不只是悲傷、失落、甚至失眠、心理創痛而強化原有疾病，且過程常不只是「惦惦吃三碗公」，慢慢退化、情緒惡化，皆極需心理重建或就醫。照顧者在災後生活須提高關懷，因老人身心常有多重問題，所以常無法確定什麼時間及在什麼地點會病發？所以，受災老人生活之問題或需求應被社會關注，不應被忽略。



李香潔 & 李洋寧 (2010) 指出，通常老年人都被認為有較高的災害脆弱性，災害發生時可能多少會有些疾病症狀的心理問題，而災後重建多少也會受到些影響生活，而這樣壓力所產生的惡化現象，尤其情緒相關症狀更可能受到壓力所引發，所以我們需要特別在災害壓力事件後（如水災、風災等災難），注意家中老人在上述症狀的改變或發生程度，若有惡化或漸漸發生該怎麼辦呢？（災後生活重建工作手冊 2008）

以下有幾點建議：可用「信運同轉」四字口訣概括之，首先，「信」代表使長輩「信任」你，對於長輩的症狀給予接納與支持，也就是說不要給予責罵與視為理所當然，肯定長輩的痛苦經驗；「運」代表鼓勵長輩維持健康「運動」習慣，早晚散步或體操，有助改善動作及心智功能；「同」代表鼓勵長輩維持正常「同儕關係」，如參加團體活動、唱卡拉 ok、使長輩間互相給予支持與分享，維持社會情緒功能；「轉」代表適當「轉介」，若是症狀持續惡化且無法有效藉由以上口訣改善，請不要猶豫，盡快鼓勵長輩至專業機構或人員處（精神科、神經科、身心科醫師、心理師）進行專業諮詢與治療。最後，祝福您與家中長輩皆健康、順心！



參考文獻

1. Stefan Vetter¹ Astrid Rossegger² Wulf Rossler³, Jonathan I Bisson⁴ and Jerome Endrass² (2008) Exposure to the tsunami disaster, PTSD symptoms and increased substance use – an Internet based survey of male and female residents of Switzerland; BMC Public Health 2008, 8:92doi:10.1186/1471-2458-8-92
<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/92>
2. Barney Greenspan(Post-Traumatic Stress Disorder
<http://www.barneygreenspan.com/documents/essays/Post-traumatic%20stress%20disorder%20I.doc>
3. Anxiety Disorders Association of America (2003) Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)
http://lecerveau.mcgill.ca/flash/capsules/articles_pdf/ptsd02.pdf
4. 災後生活重建工作手冊（2008.9）八八水災服務聯盟 本手冊改編自「512 川震台灣服務聯盟災後生活重建工作手冊」主編：
5. 李香潔 & 李洋寧 (2010) 搶救國寶大作戰－談高齡化社會的防災問題！國家災害防救科技中心 <http://enjoysci.narl.org.tw/ncdr/?p=140> 2010/08/20
6. 歐陽文貞（2010）災後倖存老人的重鬱症及其治療，中南盟臨床專刊第3卷第1期





失智症之 最新進步

作者：陳順勝
高雄長庚醫院名譽副院長

隨著高齡人口的形成，俗稱癡呆症的失智症病人也日益增加。以往失智症被認為是一種罕見的疾病，但目前卻發現它已成為重大的公共健康問題。失智症病人在社區或家庭不易被及早察覺成為醫療一大死角；有五分之一的家庭無法查知失智症病人記憶之問題，病情輕微者高達一半未被發覺，較重度者則仍有六分之一未被發現。在家人察覺有失智症者中，有一半未能接受醫療評估。家人不易察覺失智症病人的相關因素包括病人年齡大、受教育年數較少、失智情形較不嚴重、較少有行為異常、較少有功能不良、或失智者特定記憶與語言測試表現越佳者。顯示社區中的失智症患者，尤其是較輕微者，常被忽略。因此，若要讓可能治療之失智症患者獲得醫療，需建立老年人智能篩檢系統及教育大眾早期偵知失智症的方法。

阿茲海默症

在臺灣失智症病因與比率分佈：阿茲海默症佔 50-60%；血管性失智症 20-30%；可逆性失智症 10-20%；假性失智症 1-5%；及其它 1%。可逆性失智症包括：藥物誘發、情感障礙、代謝性、眼耳障礙、營養不良性、腦腫瘤與外傷、感染、及動脈硬化。

超過 90% 的阿茲海默症患者在 65 歲以後罹病，此稱為「晚發型阿茲海默症」，而當年紀超過 65 歲以上，每增加 10 歲，其盛行率即升為原來的兩倍，而 85 歲以上的人大約有一半罹患此病。另外有少數個案之發病年齡為 40 至 65 歲間，稱為「早發型阿茲海默症」。雖發病年齡不同，但其臨床表徵及神經病理學上的表現卻非常相似。據估計，目前美國約有四百萬人罹患阿茲海默症，是美國成人死亡排行第四的疾病。在臺灣六十五歲以上的人口盛行率約百分之五。阿症對於數以百萬計的病患照護者，也造成深遠的影響。隨著老年人口比例的增加，如何確定失智症的診斷工具及治療方針，是刻不容緩的事情。



阿茲海默症的基因研究

一般散發型的阿茲海默症的形成並非單一基因所造成，而是由多種基因在不同個體上表現出不同的結果。遺傳性早發型是至少三種基因突變的結果，這三種基因包括：第二十一對染色體上的類澱粉前驅蛋白基因 (amyloid protein precursor, APP)、第十四對染色體上的衰老素前質之 1 (presenilin-1, PS1) 基因、與第一對染色體上衰老素前質之 2 (PS2) 基因，可以在病患的家族





身上找到基因突變。這些個案是以顯性遺傳的方式來表現，其中 PS1 基因突變最為常見，大約佔早發型個案的 40%-50%。另外，仍有些早發型並非來自這些已知的基因突變；其餘個案較傾向於偶發型式，且似乎同時有基因及非基因的因素參與，或許環境因素亦扮演重要的角色。最近對早發型致病的假設是 APP 基因，或衰老前質基因會經由干擾類澱粉物質前驅物 APP 的形成，而直接或間接增加其在腦中的沉積。實驗證據顯示這些基因的突變會增加 APP 的形成或增加較長型的相對含量。APP 或衰老前質正常的生物功能改變與神經病理上的發展較有關。

近年來發現家有失智病人時，其家人的罹病率比一般族群高出幾倍，但是基因遺傳在晚發性所扮演的角色，目前仍不是很確定。這些觀察中一致的看法是，一種在第十九對染色體上脂蛋白 (apolipoprotein) 基因，APOE epsilon 4 被認為是晚發性的危險因子。病理學上 APO epsilon 4 基因對可增加 APP 的沉積，病例對照及家族研究已證實這項觀察結果。且異核基因帶原者的危險率約為一般族群的 2.2 -4.4 倍。同核基因則為一般族群的 5.1-17.9 倍，不過，有部分 APOE epsilon 4 基因帶原者在晚年智能仍為正常。APOE epsilon 4 基因遺傳的危險性與盛行率在不同族群可能有所不同。有一些晚發性病患是多基因型的，亦即罹病是由二個甚至更多個危險基因所造成的。如果以上的檢測屬實，則找出其他的危險基因也許可以更準確的預測失智的發生。其它的證

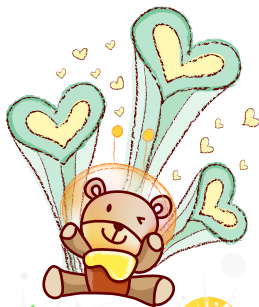


失智症基因檢測在倫理層面的考驗

失智症在基因和生物領域知識的突破，著實對社會有相當重要的實質影響。在已知變異處的早發性阿茲海默症家族中，預測性的基因檢測，可確認未來會產生相同疾病的家族成員。因此在這家族中，基因檢測仍然是必須的，並且要包括檢測前的諮詢，以幫助他們瞭解這些檢測能預測什麼，並且幫助他們預測及處理存在的危機。當然長期的追蹤來確定這些變異的預測價值仍然是必須的。

在晚發型確認危險因子 APOE epsilon 4，只可以用來預測一小部分有相同的偶基因的人發病，而無法確知是否他一生中會得病。對於沒有失智症的人檢測是不建議的。對於 APOE 基因型在診斷失智症的價值意見不一，而進一步的研究認為利用這種檢測可使 AD 的診斷率高達 85%，因此這群研究小組的建議是：即使病人已有明顯的失智症症狀，臨床醫師仍然可使用 APOE 基因型檢測。

基於基因檢測對於工作及保險的重大影響，根據美國失智症協會的建議檢測的結果將不具名，且不列入個人的醫療紀錄中。瞭解隱私和確認其它會引起晚發性病人危險因素是同樣重要。到目前為止，在疾病本身的研究發展的速度遠勝過在社會政策的制定計畫。

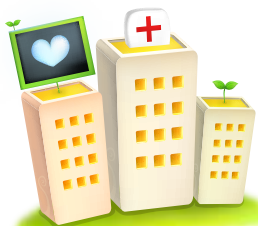


血管性失智症

在臺灣血管性失智症發生率居失智症之第二位，引起之相關原因包括多發性腦梗塞症；階段進行性腦梗塞症；小梗塞；腦皮質下梗塞症 (Biswanger 症)；及混合性血管性病變。

雖然血管性失智症最大的危險因子年齡是無法改變的，但仍屬可治療改善之失智症類型。其治療包括血壓、禁煙、糖尿病、及不整脈之控制。藥物治療主要使用阿司匹林或 ticlopidine 預防進一步復發中風。另外一種新藥 Propentofylline 被証明對血管性失智症有效。

血管性疾病常與與阿茲海默症並存是很重要的臨床與研究課題，阿症的病人若合併有腦梗塞，其認知功能要比未有腦梗塞的病人差很多。若梗塞的位置在腦皮質下其影響將比皮質的梗塞更嚴重，就算只有些微病變，若合併有皮質下梗塞的話，也會導致嚴重的失智。但在沒有阿茲海默病理變化的人，不管在腦的何處有梗塞，其造成的認知功能的影響和正常人比起來並沒有顯著的差別。這顯示病人的症狀表現除了和阿茲海默症的神經病理變化有關





之外，還和腦血管疾病的存在有關。在這個病理解剖的研究顯示，失智症的病人有 47% 合併有皮質下梗塞，這個結果強烈顯示，腦血管疾病的預防或治療可以延緩或減少阿症的症狀表現。

中風病人發生失智症的比例：若帶有一個 APOE epsilon 4 基因則是未帶此基因者的二倍，若帶有二個 APOE epsilon 4 基因則危險性增加至 7 倍；這個結果可能表示中風和阿茲海默症二者有個共同的危險因子 APOE epsilon 4 基因，或者只是顯示阿症在中風病人的族群中的表現，到底如何，還需要更進一步的研究。



失智症的治療

失智症的治療包括失智症病因的治療、認知缺陷之治療、行為障礙之治療、減少殘障後續問題、與家屬諮詢照會。長期治療的目的主要在減少殘障、增加身體活動量、對疾病及行為問題之教育、與預防合併症，諸如跌倒，感染，藥物反應，意外等。阿茲海默病之藥物治療包括精神治療藥物 (psychotropic agents)、神經傳導物質療法 (neurotransmitter replacement therapy)、神經保護療法、抗類澱粉療法、及向神經藥物 (neurotropic) 及促進代謝劑。





通常用於改善阿茲海默病之認知功能的藥物為加強膽鹼性 (cholinergic) 功能之藥物，這些傳導物質療法包括：1. 膽鹼解酶抑制劑 (cholinesterase inhibitors)：

目前包括 tacrine (Cognex)，donepezil (Aricept, Eisai)，metrifonate，及 CP-118954 等；2. 蕈毒劑 (muscarinic agents) 如 SB202026，milameline，xanomeline 等；3. 結後 M1 受體催劑 (Post-synaptic M1-receptor agonist)；及 4. 膽鹼前劑 (ACh precursor)。其中除了 tacrine、aricept、galactomine 與 memantine 外，都是在第三階段臨床試驗藥物。阿茲海默症的藥物治療可以改善病人的生活品質，但是藥物無法阻止疾病的進行。



目前美國食物藥品管理局核准二種藥物可用於治療輕度或中等度阿茲海默症：tacrine 及 donepezil。兩種藥物都是用來改善日常生活功能及認知思考能力，並可延遲需送護理之家的時間，但每一病人的效果無法預先預期。它們的作用都是經由抑制乙醯膽鹼 (acetylcholine) 的代謝，乙醯膽鹼在腦中是神經細胞彼此溝通的一種重要化學物質。乙醯膽鹼在腦中存留愈久，記憶功能愈好。雖然 donepezil 及 tacrine 對於腦及身體中酵素的影響有某種差異，基本上兩種藥物的作用相同。一九九三年通過的 tacrine 會影響身體中相關的化學物質，因而造成副作用，包括肝毒性。50% 的病人肝臟酵素會上昇，25% 上昇三倍，3% 上昇十倍。因而服藥後前 18 週需每週檢查肝功能，如果膽紅素大於 3 mg/dl，或肝功能大於五倍時需停藥。



Donepezil - E2020 (Aricept) 也是美國食物藥品管理局在一九九六年核可治療阿茲海默病有效之藥物。它以無肝毒性及高度作用在中樞神經系統之特異性，而有優於 tacrine 之勢。主要副作用是噁心及下痢。服藥後客觀的評量表中，病人平均進步的幅度大約是疾病自然進行四到六個月的幅度。還不確定藥物對病人有效的期間有多長，但是有些長期研究顯示，藥物可以改善病人情況達好幾年。美國食物藥品管理局已經發展出這類藥品應該符合的標準，包括思考能力的增進（記憶力、注意力與語言），這種增進在臨床上需是可測量且有統計學意義的。神經保護療法有多中藥物在進行實驗，其中女性動情激素 (estrogen) 療法被認為可促進膽鹼性神經細胞之生長，刺激類澱粉前蛋白之酵素代謝，對血管性疾病有所助益，可以與 APOE 作用，及增強膽鹼解酶抑制劑之作用。美國老年人國家協會發現，停經後的婦女服用雌激素替治療可以減半阿茲海默症發生的風險，此種效果在男性身上可能和女性有所不同。使用雌激素有經由口服或注射之不同途徑，所以對個人及劑量的效能無法評估，因此對於雌激素在對抗阿茲海默症及認知喪失方面的潛在利益仍需要進一步的研究。

目前阿茲海默病之新近研究焦點集中在類澱粉蛋白代謝徑路，腦病理所顯示神經纖維纏結 (neurofibrillary tangle) 結構之變化，在老年斑塊 (senile plaque) 區域的炎性反應等等。其目的在於發展可以減慢或停止阿茲海默症病理生理變化的治療方法。因而將來阿茲海默病之生物學療法主要針對下列處理：1. 乙型類澱粉蛋白；2. Tau 蛋白；3. APOE 4 基因；4. 老年斑塊發炎性反應之病理機轉；及 5. 衰老素前質 (presenilins) 之突變。

資料來源
健康世界第一四一期
陳順勝教授部落格

<http://tw.myblog.yahoo.com/neuron-neuron/profile>



災後民眾的 個人復原力

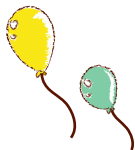
作者：蘇淑芳
高雄市立凱旋醫院護理部主任
精神護理學會常務理事

人類的歷史一直是與災難不斷博鬥的歷史，更有人說災難已非特例且是常態。綜觀近十年來，國際間天災人禍頻傳，2001 年美國 911 恐怖攻擊、2002 年歐洲水患、2004 年南亞海嘯、2005 年紐奧良卡翠納颶風、2008 年的緬甸熱帶氣旋和四川世紀強震，不論是在經濟或人員上皆導致無法彌補的損失（王、蔡、胡，2008）；台灣則從 1999 年 921 大地震到 2009 年莫拉克風水災，災難對民眾多重的摧毀，其所面對的身、心、社會壓力問題；環環相扣同時也息息相關。

過往災難照護的經驗中，同樣的災難情境，有的人會在短期內恢復，有的人卻會在災難中產生創傷症候群因而抑鬱地生活，其實大部分民眾在感情、行為、思考與生物因子失衡是暫時的，但有些民眾這種改變會持續較久，而且影響很深遠 (Chou, 2003, Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000)。因此許多學者積極地探討，災難後的壓力運制，及種種調適反應，其中很重要的運作機轉即包括復原力的正向力量。復原力的觀念改變了過去心理病理學的研究焦點，



從只想了解人們發生的成因與如何修補缺陷，演進到關注人們在逆境中如何維持健康適應與發展能力，而成為發展理論與預防、介入研究的重要介面（曾文志，民 94）



所謂『復原力』乃指面對失落、困難或逆境時，有效的因應和適應，也是指在嚴厲挑戰適應與發展的情境下，經得起考驗的能力。『復原力』可以來自個人、家庭、社會保護性因子的相互作用，組成動力系統，共同抵抗環境的不利影響。復原力的建構則可從以下 8 點努力之：

- 一、 **照顧好自己**：在災難發生或重創經驗來臨時，如何吃飽、睡飽；讓自己維持良好的功能及適時地滿足自己食衣住行的需要，要知道妥善自我照護的重要性，唯有能在危機的狀況下仍能將自己照料妥當，不致讓自己身心耗竭，才是所有關心自己的親友的期望，也才有機會透過創傷的經驗再成長。



- 
- 二、 **維持支持網絡**：災難與創傷常令人挫折與哀傷，尤其面臨親人的傷亡，財產的損失更是讓人無法平復，在憂傷的過程常易退縮不與人連絡，因此喪失相關資訊及有效資源的協助，因此仍能打精神與人保持聯繫，維持自己的支持網絡是重要的。
- 三、 **不畏改變**：災難或創傷的出現，常會讓過去的生活習慣改變，同時曾經擁有的資源也會隨之改變，在困頓的當下應自我省思變化的歷程，彈性地面對生活上的種種改變，將自己放鬆下來以能隨時因應改變。
- 

- 四、 **增養正向的自我觀念**：天生我才必有用的價值觀是簪難來臨時的最好保護因子，平日應在校園中、家庭中或社區中實現個人價值，面臨失落或創傷時才能減少憂傷與自責，因而用正向的自我觀念去面對與調適
- 五、 **學習正向的詮釋與反應**：每個災難或創傷的過程，對個人而言絕對事是獨一無二的考驗，但也是一個轉變的過程，拒絕沉溺在失落的生活，想辦法重新找尋力量，也換個角度看世界，讓危機變轉機。
- 

- 
- 六、**朝向你的目標前進**：哀傷的過程中容易讓自己沉溺或停滯不前，此時作出決定性的行動，讓自己有一個目標前進，並進行行動實踐，將會讓自己有成長的機會與改變的力量。
- 七、**尋找自我開發的機會**：每個災難或創傷的歷程，都是改變的歷程，從不畏改變的立基點開始進行自我的開放與開發，多方學習善用資源，無論是專業人員或同儕團體，追尋可能的資訊，機會是屬於願意改變及不放棄的人，去尋找可能自我開發的機會，因著調整與適應讓危機變轉機。
- 八、**永遠懷抱著希望**：對事情懷有展望，不忘下斷論。不輕言放棄，災難或創傷的歷程或許苦澀，但是懷抱希望的過程，可讓黑暗露出曙光，認同每一個結束都是另一個新的開始，才能在災難苦痛中安然渡過。

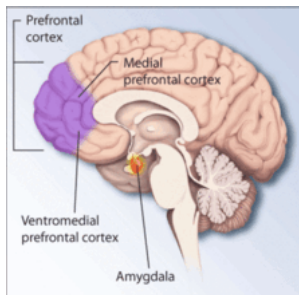
人生發展階段各有不同的經歷，但個人復原力也會呈現不同適應意義的狀態，有鑒於災難的經驗屢見不鮮，因此個人應於平日積極培育自己的保護因子，透過復原力的建構，再嚴峻的考驗也能讓人在挫折後獲得成長與新生。



災難復原自助十大技巧

作者：謝臥龍

國立高雄師範大學性別教育研究所副教授



壓力與創傷後反應相關的大腦區域

當災難發生後，其實對人類的影響是存在且深遠的。主要影響的人包括了災區的居民、受害者，災難的朋友和家人，救援人員，醫療機構人員，志工等。這些災難發生，即使不在當下，訊息可能傳到全球的每一端，可見媒體傳播力之大，都能讓全世界人感受到災難的影響力。甚至在這個同時而影響所有人類的生活，如何關心自己的心理健康，對於人類基本需要因應災難策略，這些生活資訊它就變得非常重要。本文下列這些自助技巧，可以幫助人在災難恢復過程中形成有效復原力，僅以提供參考。

1. 心理關懷與支持

災難後經歷的當事人或參與援助者，都是需要時間來復原。因此，願意主動給予自己一個機會，關懷自己心情、找朋友敘說當時經驗、談論自己的感受、想法和感覺，藉此讓自己「減壓」，或精神寄託聆聽宗教做一個好聽眾，接受其他人的支持。



2. 找回熟悉的生活路徑

通常一個災難會打亂人的正常作息，受影響而混亂不安心情是必然現象。所以盡可能從不正常的情況恢復到正常，當生活進入所熟悉常規恢復生活秩序，人的心情才有機會逐漸轉好而感安慰。

3. 花些時間心理調適

一場災難，每個人損失的有許多種形式不同。有人可能損失個人財物，或影響的生活方式。也可能是一個親人的死亡，那影響一定是非常傷心，如果您需要哭泣，就盡情的哭吧。這是沒關係這是每個人心情的感受方式，通常有解除那些痛苦的感受。是可以幫助個體恢復更快，比起那些埋藏在內在的感情損失會大些。



4. 先設置小，可實現的目標



在災難的恢復過程中，環境周圍因素都會干擾人的心理，有時很容易成為壓倒一切的最後一根稻草。所以，預先防範或設置目標打破干擾源。例如：給自己訂一個小目標，走出陰影以避免干擾源，成為每天固定面對的壓力感受。

5. 吃得好，並得到一些鍛煉



在早期階段，這災難的恢復可能無法馬上達到，但你必須努力照顧好自己，讓自己放鬆並享受一下休閒運動，幫助自己維持體力，保持正向情緒。

6. 保證睡眠充足的



當人處於高壓力之下，睡眠是比以往更加重要。睡眠和情緒有密切的關係，因此在儘可能的範圍內，養成良好睡眠習慣和品質。

7. 簡單的接觸，找回舒適心情



簡單的做些事情可使心情愉快，並且讓自己在享受樂趣，擁有舒適的心情生活，例如：欣賞美麗的陽光和過著燦爛的日子，或擁抱著珍愛的寵物、聽音樂或讀一本好書；這就是簡單的樂趣，足可安慰人的壓力。

8. 做一些事，可以產生積極正向力量

積極的行動援助災區復原的工作，例如：志願服務的助人工作，或捐贈錢幫助無能為力的弱勢。要減輕一個災難形成的壓力，往往只要使用正向的自我鼓勵，遵循生活感覺走，例如告訴自己「我做得很好」。

9. 找個空間給自己休息



做一些與災難完全無關的事，把你的心思暫時關閉它。例如：轉移注意力唱唱歌、做些可以好心情的舒壓、玩撲克牌遊戲或關掉電視新聞一段時間，真正休息一下，再蓄勢出發。

10. 需要注意的 PTSD 症狀

經歷災難後，有些人會需要長期的幫助恢復。如果持續有恐懼，夢魘心理身心困擾著生活時。這些可能是抑鬱症的跡象，創傷後壓力症候群，通常需要專業人士的幫助，早期介入則可降低傷害。

災害觸動影響人類所有生活



世事多變化通常我們必須了解自己的承受力，尤其對於看到、聽到的和經歷災難均會受到反應，通常心情都會有些牽連，甚至災難事件的過程亦會深受感動。因此，人必須學會同理心，理解別人的痛苦，和關照自己的心理承受力和健康維護。

PTSD 的向外求助

注意創傷後壓力症侯群，是一種焦慮症，災難可以發展到一個可怕的創傷壓力暴露的事件，或磨難中發生嚴重身體、心理傷害或生活受到威脅。通常創傷性事件，可能引發創傷後壓力症侯群，包括：個人暴力的攻擊，自然或人為災害，恐怖攻擊事故，性侵害或重病打擊。

症狀



創傷後壓力症侯群的人，通常有持續可怕的想法，和回憶他們的苦難的和感覺情緒麻木，特別是他們曾經與人接近。他們可能會遇到睡眠問題，分離或感覺麻木，或容易受驚。



治療

早期介入專業治療，將有助於創傷後壓力症侯群的問題解決，可向社工、諮商師、心理師、醫師等這些專業助人者，協助你評估或治療。找更好的方法，治療創傷後壓力症侯群，和其他焦慮症導致影響生活因子，當這些問題解決並可取得新的生命力，且可追尋充實的生活。

獲得幫助：專業服務

請向就近居住的生活重建中心或當地衛生所，及 NGO 組織的專業人士，尋求身心健康服務，讓專業人員協助你。找到相關社會福利資源、精神醫療、職能治療、臨床試驗研究的實惠等。

參考文獻

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/posttraumaticstressdisorder.html>

http://en.wikipedia.org/wiki/Posttraumatic_stress_disorder



生活健康
知識站

情緒管理技巧

我們會陷入自己的情緒中，譬如擔心明天的會議表現不好因為被拒絕而難過，因為路人不小心撞倒自己，而感到憤怒等等，有時這些情緒積壓在心中感到很不舒服，有時甚至更會爆發造成外界的衝突。在這邊提供一些方法，讓我們更有力量來面對這些失序不舒服的情緒。

1. 傾聽自己內在的想法：隨時問自己「為什麼現在我的情緒是這樣？」，多自己一點空間，瞭解自己的感覺作為緩衝，再決定要不要表達。
2. 離開誘發情緒的環境：他怎麼讓人那麼生氣？那就先離開他面前去別的地方。看到別人有錢血拼難過自己沒錢，先別去大街上逛街。
3. 化不適為力量：考試前很擔心考不好，可以把擔心當作是溫習的動力；不滿社區的治安問題，可以一起加入巡守隊盡一份心力。
4. 培養支持系統：平時就把溫情帳號存滿，失落、不滿、憤怒第時候，朋友地支持與家人的協助會有意想不道的效果。
5. 適當的溝通及表達情緒在對人產生情緒的時候，要先積極傾聽對方的理由，若仍有不解或生氣的地方要要求澄清；和對方說「我感到.....」而非「都是你.....」來促進雙方面的溝通，而非惹火對方。

資料來源：長庚大學臨床行為科學所 林思嘉

臺北市府衛生局社區心理衛生中心



家庭壓力調適

家庭是一個獨特的親密關係組合，家庭的成員往往依賴家庭來滿足許多層面的需求。然而隨著社會型態的變遷，家庭的型態也跟著有所變化，現代家庭面對著許許多多的壓力，而成員們也被迫去因應這些壓力，例如：職業婦女難以兼顧家庭與工作、財務壓力、小孩的成長與改變、照顧罹患慢性病的家人。另外，不可忽視的，家庭壓力往往是長期的壓力，對於成員的身心健康可能造成長遠的影響。以下分享幾個方式來減輕家庭的壓力 (Greenberg,1995)：

主動尋求家人的協助：照顧者應主動尋求其他家人的協助，增加自己在公事和私事之餘，能有多一些時間與家人相處。

換個角度看待：將家庭的改變視為有趣、刺激而具有挑戰性的部分。

重視相處時間的品質：相處時，最好是互相交談，而非只是看電視，增加情感互動與意見交流。

積極傾聽：為了減少成員間的衝突，在溝通時，試著去了解對方的意思並體會他的感覺。先按耐住想發言的感覺，做好充分的聆聽。

享受家庭生活的時光：子女希望父母一同玩耍或說話時，父母試著盡量去陪同。把握子女在每個成長階段的相處機會，當這個階段過去以後，較不會有失落的感覺。

尋求適當的休息機會：父母或長期照顧臥病在床者，適時地尋求資源，讓自己有短暫的休息機會。

資料來源：長庚大學臨床行為科學所 高正德

臺北市府衛生局社區心理衛生中心



如何陪伴他人 走出喪親之痛

生離死別，是每個人人生必經的歷程，你我都不例外。而悲傷是源自於失落，死亡是終極的失落。死亡的形式和遺族的悲傷調適有很大的關係。毫無預警的意外死亡，較預知及有時間緩衝的死亡，對遺族是更困難接受、也需要更長時間的調適。

一般來說，人在經歷哀傷事件時，會反覆經歷以下五個階段：

- 一、否認階段：處於震驚狀態當中，拒絕接納所發生的事，不願相信事情真的會發生在自己身上，不想去看、去聽、去接觸。
- 二、憤怒階段：將內心的挫折投射至外界，想要找個代罪羔羊為整件事情負責，歸咎於他人或社會，但也可能歸罪於自己。
- 三、討價還價階段：搖擺於接納事實與拒絕事實之間，企圖修改事實，減少事實對自身的衝擊。
- 四、放棄階段：發現既成的事實無法改變，但心理上還無法接受，陷入無助、無奈，準備開始面對與處理。
- 五、接納階段：接納失落為人生的一部份，並從中得到成長與學習，找到失落的正面意義。



通常哀傷歷程會持續六個月到一年的時間，在這一年的時間裡，每逢幾個重大的節日或是特別值得紀念的日子，哀傷者會特別想起過去與死者在一起度過這些日子的種種回憶。其實這些哀傷階段，可透過訴說、回憶、分享、悲傷可以找到一個宣洩的出口，即使勾起傷心的回憶，這樣的面對仍是有其必要性。因此，旁人能夠聆聽、陪伴，是最基本的支持。對於強烈的情緒表達，無須制止、建議或說教，任何人遭此巨變，都會有難以承受的悲痛與憤恨；此時聽者的接納、尊重、給予空間，是很重要的。

以下提供幾個方法給大家參考，該如何幫助他人走出喪親之痛：

- 一、增加失落的現實感。
- 二、協助當事人處理已表達的或潛在的情感。
- 三、協助當事人克服失落後再調適過程中的障礙。
- 四、鼓勵當事人向逝者告別，以健康的方式，並坦然地重新將感情投注在新的關係上。



資料來源：臺北市自殺防治研究發展中心心理師 林俊宏
臺北市衛生局社區心理衛生中心



危機處置的六個 基本步驟模式

- 一、定義問題
 1. 從個案的觀點探索問題
 2. 以開放性的問題表達主動性的傾聽
 3. 注意個案的語言與非語言訊息

- 二、確認個案安全
 1. 評估會威脅其身心安全的危險與致命性
 2. 評估個案的內在事件與週遭環境
 3. 確使個案對衝動與自我毀滅行動的覺察

- 三、提供支持
 1. 傳達給個案一個有力支持的保證
 2. 以字詞、聲音與肢體語言表對個案的關心、正向、非被動、不做價值判斷、接的態度

- 四、檢驗替代的可能
 1. 協助個案探索目前可能的選擇
 2. 促使個案找尋立即性的環境支持、因應機制與正向思考

- 五、擬定計畫
 1. 協助個案發展一個符合實際的短期計畫，並運用其他有用的資源

- 六、獲得承諾
 1. 幫助個案去實行自己所擬定的實際且能達成之行動步驟

資料來源：Gilliland, B. E., & James, R. K. (1997). Crisis intervention strategies (3rd ed.) Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.





我

的

紀錄本

日	一	二	三	四	五	六
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

2010

11月

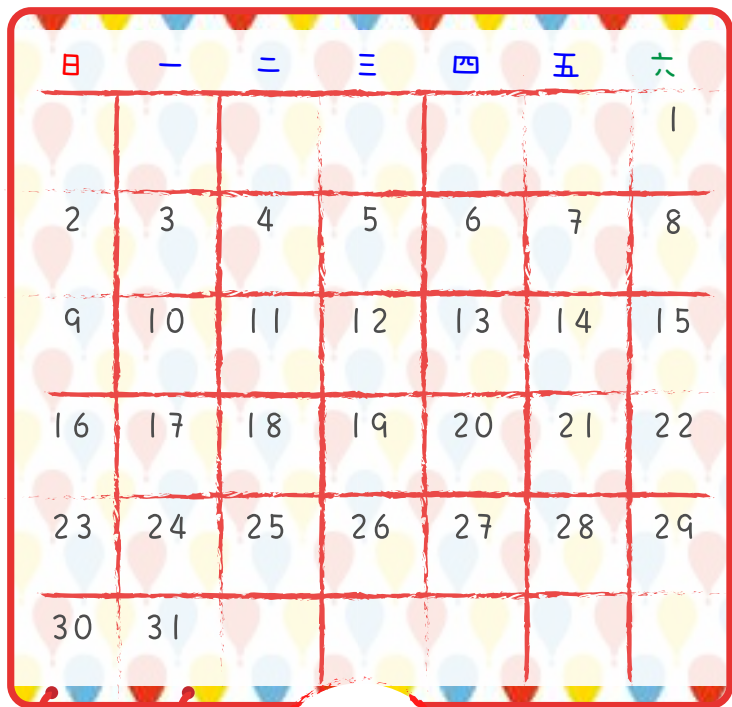


日	一	二	三	四	五	六
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

2010

12月

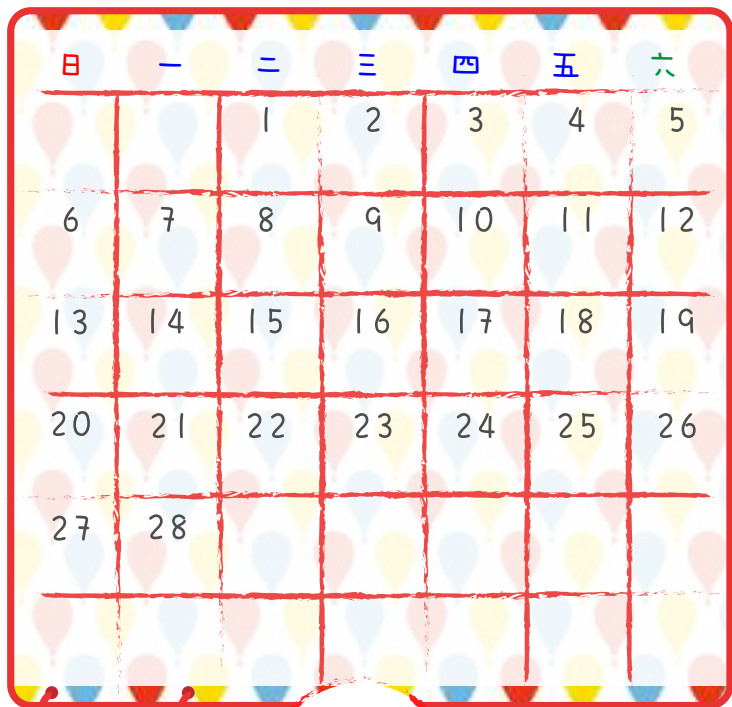




2011

1 月





2011

2月



日	一	二	三	四	五	六
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

2011

3月



日	一	二	三	四	五	六
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

2011

4月



日	一	二	三	四	五	六
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

2011

5月



日	一	二	三	四	五	六
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

2011

6月



日	一	二	三	四	五	六
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

2011

7月



日	一	二	三	四	五	六
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

2011

8月

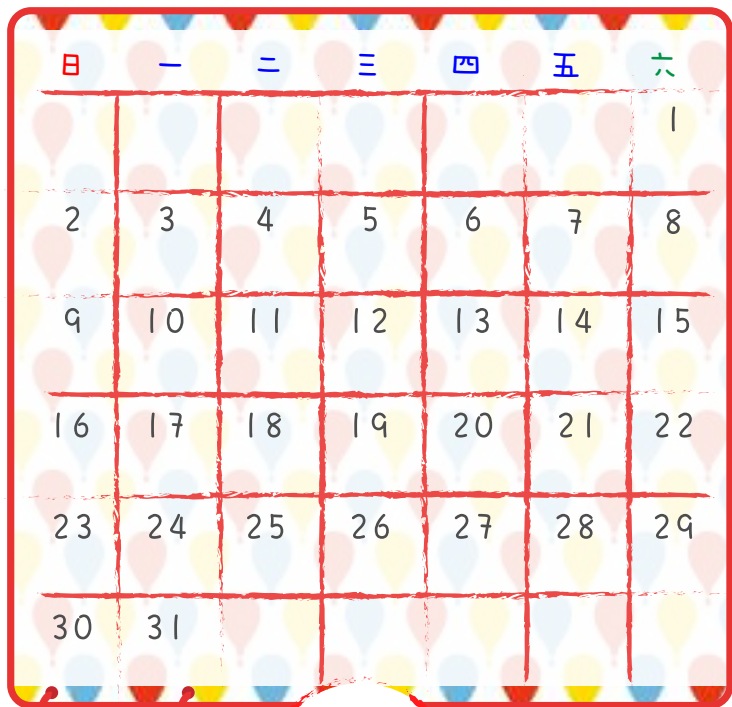


日	一	二	三	四	五	六
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

2011

9月





2011

10月





血壓、心跳 測量紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

日期 時間 高血壓 低血壓 心跳 藥物

日期	時間	高血壓	低血壓	心跳	藥物
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				



血壓、心跳 測量紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

日期 時間 高血壓 低血壓 心跳 藥物

點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分



血壓、心跳 測量紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

日期 時間 高血壓 低血壓 心跳 藥物

日期	時間	高血壓	低血壓	心跳	藥物
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				
	點 分				

血壓、心跳 測量紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

日期 時間 高血壓 低血壓 心跳 藥物

點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分
點	分

※作答說明

請您根據您自己的狀況，圈選最符合的一項。

不同
非常
同意

不同
同意

沒
意見

同
意

同
非常
意

記分

1

2

3

4

5

1.當別人冒犯到我，我會先嘗試瞭解對方的想法及情緒狀態在思考如何回應。

2.當陷入憂愁時，我會很努力地試試各種方法，讓自己在短時間內恢復正常。

3.我很容易就能察覺出他人真正的情緒狀態。

4.朋友們都喜歡找我傾訴他們的問題。

5.我常仔細觀察人們的言行舉止

6.無論何種社交場合，我都能快速融入其中。

7.即使內心充滿焦慮，我卻能做到不形於色。

8.朋友常說我是個幽默感十足的人。

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

☐ 情緒管理能力自我檢測



※作答說明

請您根據您自己的狀況，圈選最符合的一項。

非常
不同意

不同
意

沒
意見

同
意

非常
同意

記分

1

2

3

4

5

9.我認為一個人的個性及脾氣是可以因場合來調整。

10.即使生氣時，我也不常做出令人後悔的行為。

11.每當工作繁忙時，我大致仍然可以保持愉快的心情。

12.我所定的目標

13.當事情發展不如預期，我不會因此覺得挫折而自責。

14.我不會為了一時的想法而改變先前已訂定的計畫。

15.我很容易當面稱讚他人。

16.對於沒有禮貌或沒有風度的人，我也不會受到影響。

17.與人發生意見不合時，我會評估對方的意見。

□ 情緒管理能力自我檢測

※作答說明

請您根據您自己的狀況，圈選最符合的一項。

不同
非常
同意

不同
同意

沒
意見

同
意

同
非常
意

記分

1

2

3

4

5

1.當別人冒犯到我，我會先嘗試瞭解對方的想法及情緒狀態在思考如何回應。

2.當陷入憂愁時，我會很努力地試試各種方法，讓自己在短時間內恢復正常。

3.我很容易就能察覺出他人真正的情緒狀態。

4.朋友們都喜歡找我傾訴他們的問題。

5.我常仔細觀察人們的言行舉止

6.無論何種社交場合，我都能快速融入其中。

7.即使內心充滿焦慮，我卻能做到不形於色。

8.朋友常說我是個幽默感十足的人。

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

☐ 情緒管理能力自我檢測



※作答說明

請您根據您自己的狀況，圈選最符合的一項。

非常
不同意

不同
意

沒
意見

同
意

非常
同意

記分

1

2

3

4

5

9.我認為一個人的個性及脾氣是可以因場合來調整。

10.即使生氣時，我也不常做出令人後悔的行為。

11.每當工作繁忙時，我大致仍然可以保持愉快的心情。

12.我所定的目標

13.當事情發展不如預期，我不會因此覺得挫折而自責。

14.我不會為了一時的想法而改變先前已訂定的計畫。

15.我很容易當面稱讚他人。

16.對於沒有禮貌或沒有風度的人，我也不會受到影響。

17.與人發生意見不合時，我會評估對方的意見。

☐ 情緒管理能力自我檢測

※作答說明

請您根據您自己的狀況，圈選最符合的一項。

不同
非常
同意

不同
同意

沒
意見

同
意

同
非常
同意

記分

1

2

3

4

5

1.當別人冒犯到我，我會先嘗試瞭解對方的想法及情緒狀態在思考如何回應。

2.當陷入憂愁時，我會很努力地試試各種方法，讓自己在短時間內恢復正常。

3.我很容易就能察覺出他人真正的情緒狀態。

4.朋友們都喜歡找我傾訴他們的問題。

5.我常仔細觀察人們的言行舉止

6.無論何種社交場合，我都能快速融入其中。

7.即使內心充滿焦慮，我卻能做到不形於色。

8.朋友常說我是個幽默感十足的人。

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

☐ 情緒管理能力自我檢測



※作答說明

請您根據您自己的狀況，圈選最符合的一項。

非常
不同意

不同
意

沒
意見

同
意

非常
同意

記分

1

2

3

4

5

9.我認為一個人的個性及脾氣是可以因場合來調整。

10.即使生氣時，我也不常做出令人後悔的行為。

11.每當工作繁忙時，我大致仍然可以保持愉快的心情。

12.我所定的目標

13.當事情發展不如預期，我不會因此覺得挫折而自責。

14.我不會為了一時的想法而改變先前已訂定的計畫。

15.我很容易當面稱讚他人。

16.對於沒有禮貌或沒有風度的人，我也不會受到影響。

17.與人發生意見不合時，我會評估對方的意見。

☐ 情緒管理能力自我檢測

體重紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

BMI = 體重(kg) / 身高(m)² 正常範圍 $18.5 \leq \text{BMI} \leq 24$

日期

體 重

BMI值

腰圍

公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤

公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分

體重紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

BMI = 體重(kg) / 身高(m)² 正常範圍 $18.5 \leq \text{BMI} \leq 24$

日期

體 重

BMI值

腰圍

公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤

公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分

體重紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

BMI = 體重(kg) / 身高(m)² 正常範圍 $18.5 \leq \text{BMI} \leq 24$

日期

體 重

BMI值

腰圍

公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤
公斤

公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分
公分

體重紀錄表

我是 ☐ 爺爺 ☐ 奶奶 ☐ 爸爸 ☐ 媽媽
☐ 哥哥 ☐ 姐姐 ☐ 弟弟 ☐ 妹妹

BMI = 體重(kg) / 身高(m)² 正常範圍 $18.5 \leq \text{BMI} \leq 24$

日期	體 重	BMI值	腰圍
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分
	公斤		公分

衛生署立旗山醫院 高雄縣旗山鎮中學路 60 號

<http://www.chis.doh.gov.tw/>

語音掛號：07-6615523 (可網路掛號)

高雄縣衛生局 鳥松鄉澄清路 834 號之 1

<http://www.khshb.gov.tw/>

電話：07-7334872

高雄縣醫師公會 鳳山市光復路二段 241 號 6 樓

<http://www.kcma.org.tw/Default.aspx>

電話：07-7473045

六龜鄉衛生所 高雄縣六龜鄉六龜村民治路十六號

http://203.65.42.172/kaohsiungcounty24/pub/LIT_6.asp

電話：07-6891244、07-6892844

茂林鄉衛生所 高雄縣茂林鄉茂林村八之四號

http://203.65.42.172/kaohsiungcounty26/pub/LIT_6.asp

電話：07-6801046 (代表號) 07-6801114

茂林鄉生活重建中心 高雄縣茂林鄉茂林村茂林巷 95-1 號

電話：07-6801969

醫療資訊站



桃源鄉衛生所 高雄縣桃源鄉桃源村南進巷 188-1 號
http://203.65.42.172/kaohsiungcounty25/pub/LIT_6.asp
電話：07-6861126 (代表號) 07-6861190

桃源鄉生活重建中心 高雄縣桃源鄉北進巷 43 號
電話：07-6861096

那瑪夏鄉衛生所 高雄縣那瑪夏鄉南沙魯村鞍山巷 63 號
http://203.65.42.172/kaohsiungcounty27/pub/LIT_6.asp
電話：07-6701142

那瑪夏鄉生活重建中心 高雄縣那瑪夏鄉達卡努瓦村秀嶺巷 3 鄰
193 號
電話：07-6701363

杉林鄉衛生所 高雄縣杉林鄉上平村山仙路 24 巷 37 號
http://203.65.42.172/kaohsiungcounty22/pub/LIT_6.asp
電話：07-6771319

杉林鄉生活重建中心 高雄縣杉林鄉大愛路 3 號
電話：07-6775668

醫療資訊站



南化鄉衛生所 台南縣南化鄉南化村 226 號之 1
http://203.65.42.172/tainancounty7/pub/LIT_13.asp
電話：06-5771139

南化鄉生活重建中心 台南縣南化鄉玉山村 65 號
電話：(06)5772841

高雄醫學大學附設中和紀念醫院 高雄市三民區自由一路 100 號附
設醫院
<http://www.kmuh.org.tw/>
總機電話：07-3121101
語音掛號專線：07-3208181、07-3218753 (可網路掛號)

高雄長庚紀念醫院 高雄縣鳥松鄉大埤路 123 號
<http://www1.cgmh.org.tw/branch/shk/index.htm>
電話：07-7317123 (可網路掛號)

高雄榮民總醫院 高雄市左營區大中一路 386 號
<http://cms03p.vghks.gov.tw/Chinese/MainSite/>
電話：07-3422121 (可網路掛號)

醫療資訊站



心情紓困站

行政院衛生署

安心專線：0800-788995

高雄縣政府社會處社工科

07-7198322

高雄市立凱旋醫院

07-7513171

<http://ksph.kcg.gov.tw/index.htm>

高雄市苓雅區凱旋二路 130 號

財團法人高雄縣生命線協會

自殺防治專線『1995』

財團法人「張老師」基金會

心理諮商專線『1980』

婦幼保護專線

113

男性關懷專線

0800-013999

生活便利站

104 市話查號臺 105 長途查號臺 110 治安報案專線

117 報時臺 119 火警及救護 123 障礙臺 1911 停電檢修

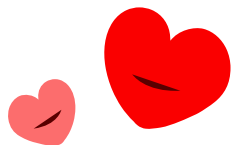
166 氣象臺(國語) 167 氣象臺(閩南話/客家話)

消基會

02-27001234



補助單位：行政院衛生署
主辦單位：國立高雄師範大學
協助單位：凱旋醫院
高雄醫學大學



總編輯：謝臥龍、駱慧文
編輯校對：張偉銘、張維真、莊麗香、連婉君、徐淑莉
專家作者：陳正宗、周煌智、許文耀、王鵬為、莊勝發、
顏正芳、駱慧文、蔡宜蓉、謝臥龍、張馨德、
張偉銘、陳順勝、蘇淑芳（按文章排序）
美編群：林奕嘉、楊尹婷、盧芑蓁 117

災後心理能量加油站

