

受苦經驗（如疾病、災難等）會生產一種特定的道德領域，受苦經驗本身即是構成其本身社會道德的領域，也是成為社會減低殘酷性的領域：助人事業的興起，裡頭涉及人際之間該當如何聯繫，該當如何行事而獲得「關照他人/照顧自己」的雙重性。

~ *Arthur Kleinman* (1991)

哈佛精神醫學與醫療人類學教授

第一章 緒論

回顧地震災難心理學的相關研究，有相當多數的研究，在探討地震災難對人們心理所產生的影響，其中多數篇幅在瞭解災難後的心理反應是否偏離常態；而目前主要多數是以美國精神科醫師協會所編「精神疾病診斷與統計手冊第四版（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed., DSM-IV, American Psychiatry Association, 1994）」中的「創傷後壓力疾患（Posttraumatic Stress Disorder, PTSD）」為準則，其準則內容主要描述「再經驗(reexperiencing)」、「逃避與情緒麻木（avoidance and numbness）」、以及「高警覺性（hypervigilance/arousal）」三項主要症候群之特性。

早期 PTSD 的發現，起源於美國越戰退伍軍人參戰後，所產生各種心理症狀和生活適應困難的影響，現在更廣泛地將「創傷」的概念應用到各種天然災難、人為災害、或是不可預期意外事件的影響，把「創傷反應」視為一種「壓力反應」；所謂「創傷事件」往往具有「實際發生或未發生，但對個人生命構成威脅、或造成身體損害、或威脅其身心健全完整性」的特性。廣義地看待創傷反應時，發現並非所有各類型的創傷事件都會造成相同的結果或相同的壓力症候群，「創傷後心理反應」的型態也因此有各種不同的樣貌。

地震災難是一種天然、不可預期、且急速發生的壓力事件，對於個人生命和財產均有可能造成嚴重的損失或威脅；同時個人在面對創傷事件的心理反應，會因為事件的類型、接觸的程度、個人特質、資源狀態、以及因應方式等不同而有所差異。地震災難的心理反應症狀與 PTSD 所持三個症候群的因素結構是不盡相同的（Erdur, 2004），許多未達 PTSD 診斷標準的災民，在身、心、靈、以及社會與家庭功能方面也已深受影響（陳淑惠、林耀盛、洪福建、曾旭民，2000）；此外，地震災難不僅會造成 PTSD 的症狀，同時常常伴隨著重鬱症的發生、或失落、或壓力容忍力的降低（Basoglu, Kilic, Salcioglu, & Livanou, 2004; KiliA & Ulusoy, 2003; Lai, Chang, Connor, Lee, & Davidson, 2004）。可見地震災難所造成壓力反應症狀的樣貌，不僅是多樣化而且錯綜複雜。

另外，在許多地震災難的研究結果中也指出，地震對人會有長期的心理影響（Basoglu, Kilic, Salcioglu, & Livanou, 2004; Jia, F., Yang, D., Wang, X., Zhang, B., Xue, G. M., Men, X. M. et al., 1999; KiliA & Ulusoy, 2003）。在土耳其地震（1999）

後，對居住在組合屋平均一年十個月、未尋求幫助的災民調查發現，仍有 39% 的災民罹患慢性創傷壓力症狀，研究結果顯示震後生還者長期仍有心理照顧的需要，以及對未尋求醫療協助的災民實施外展服務計劃的需要 (Salcioglu, Basoglu, & Livanou, 2003)。Goenjian、Steinberg、Najarian、Fairbanks、Tashjian 與 Pynoos (2000) 以經歷過地震與政治暴動事件且未求助的民眾做為長期追蹤研究的樣本 (事件發生後一年半到四年半)，發現事件發生時處於高暴露且有嚴重心理症狀的人，在經過三年後，不論是經歷地震或政治暴動的民眾，憂鬱症狀都會全面下降，但是 PTSD 症狀卻沒有緩解，由此可見創傷壓力事件對人心理影響的長期性。

從上述研究整理發現，有些災民的心理症狀並沒有達到 DSM-IV 的 PTSD 準則，或沒有獲得心理專業的介入，而造成壓力反應的心理症狀長期、慢性化的結果。同時也有研究 (林本堂、呂明憲、陳展航，2003；Kou, Tang, Tsay, Lin, Hu, & Chen, 2003) 指出，這些有心理症狀的災民在面對心理專業協助的時候，往往是處於被動的、低意願的，甚至比較願意尋求民間信仰方面的協助。於是如何讓災民有意願接受心理專業的協助，也就成為心理重建的另一個重要課題。

環觀台灣民眾在九二一地震後主動求助基層診所的人，僅有調查所知創傷後壓力疾患或重鬱症人數的四分之一，比起國外所調查災難後有心理症狀、主動求助的人數要低許多；災民可能因其症狀而有社交退縮的情形，或因為生活環境各種要求所迫而無以就醫，此現象也顯示出有效外展策略發展的需要 (Kou, Tang, Tsay, Lin, Hu, & Chen, 2003)。外展 (outreach) 意指專業人員離開辦公室，與個案直接地在家裡、學校、教堂、鄰里、及職場工作，幫助他們學習新因應生活壓力的方式 (Lewis, Lewis, Daniel, & D'Andrea, 2003)。簡而言之，外展是一種主動接觸的服務方式，藉此可以解決、因應災民求助的被動性與低意願，對災民傳遞心理專業的服務。

地震災難是一種社區事件，直接改變社會互動的量與質，直接衝擊的是身心健康的喪失、財物的喪失，然而後續社會網絡的變遷、身心的疲憊感、不安的情緒，以及資源的短缺，也會增加人際互動的衝突及社會退縮，其引起的次級壓力 (secondary stress)，例如經濟、工作、婚姻、子女教養等等生活壓力事件，使得個人不得不去面對災難創傷所帶來失落 (Norris & Kaniasty, 1996)。

吳英璋 (2000) 引用 Hobfall (1986) 「活力」與「資源」的論述指出，人們在面對地震災變的時候，就已經造成許多資源的損失，而且地震衝擊所引起強烈

的內在情緒反應、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；同時，災變也造成許多個人資源的損失。如何於此項矛盾中，再度建立自我資源，且「告別」這些損失的資源，應是從臨床心理的角度討論重建災區居民心理狀況之重點。

許文耀與曾幼涵（2003）整理多篇災難對心理影響的研究發現，資源流失是構成災難壓力反應歷程的主要成分，且資源流失對於長期慢性的心理影響，也比相關的壓力變項要來得顯著。該篇研究同時針對九二一地震災民相隔半年做了身心適應的調查，其結果指出在資源流失方面又以「個人特質與能力（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）」的資源流失最具影響性。換句話說，當個人喪失克服困境的能耐，以及喪失個人目標時，就比較容易造成長期性的創傷壓力反應／心理症狀；但是同時在該篇研究結果也有發現，不論開始的資源流失多寡，只要有資源獲得，就有機會減輕心理症狀。

截至目前為止所知，對於 PTSD 的治療是多元化取向的，包括個案教育、社會支持、心理治療、以及藥物治療等等，但主要的治療還是著重在藥物和心理治療上（Grinage, 2003）；而目前對於 PTSD 的心理治療方式就有十多種，卻只有認知行為治療（cognitive-behavioral therapy, CBT）取向是直接著重在創傷普遍結果的各個層面上（Blake & Sonnenberg, 1998）。Harvey、Brant 與 Tarrier（2003）匯整多數研究，指出 CBT 運用在 PTSD 的治療已經被証實是安全且有效果的；整合分析（meta-analyses）的結果也證實 CBT 幾乎可以使個案達到 67% 不再符合診斷標準，而且不論個案是否獲得完全的療程，也有 56% 的恢復率（Bradley, Green, Russ, Dutra, & Western, 2005）。儘管上述說明具備好的方法可以處理 PTSD 的個案，但是值得深思的是：個案若沒有到治療室來，又如何能把這些治療傳遞給個案，達到預防和治療的效果呢（Ehlers & Clark, 2003）？許多證實 CBT 對 PTSD 有效的心理治療研究，多數是在醫療院所或研究室的环境裡進行，患者也都是自動求助而成為參與研究的對象，若要連接並瞭解社區化治療的可行性，則需要考慮更開放式的照顧（Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005）。

外展心理介入所要採取主動接觸的服務，不同於一般傳統心理治療的模式——被動地守在治療的斗室裡，等待民眾主動求助，而是由治療者進入災民日常生活

的環境脈絡裡，成為災民的生活脈絡裡的資源來源或提供者，在無法減少災民資源流失的狀況下，增加災民個人資源的獲得以維持個人身心狀態的平衡，是以另一個角度思考協助災民心理重建方式。然而有關心理專業介入的外展直接服務，不論在實務和研究上，截至目前為止仍是鮮而少見；如此不同於一般傳統心理治療的介入，是否可以如同在治療室般地提供協助仍未被瞭解。

本篇研究擬採用外展主動接觸的服務方式，以認知行為治療概念做為介入的架構，協助有創傷壓力心理症狀卻沒有求助的災民。希冀災民可以經由這樣的服務傳遞與介入，探討、發現外展介入的歷程，對有心理症狀但未求助的災民之影響，以提供做為未來災後心理重建的參考。

第二章 文獻探討

吳英璋（2001）引用了 Tedeschi 與 Calhoun（1995）、Danieli（1995）、Drake（1998）、及 Hodgkinson 與 Stewart（1991）等人的觀點，認為震災之下，個人於瞬間接受了大量的慘烈刺激，引發出許多留存於個體內的，未經個人完全處理的經驗素材，而這些素材一方面因其「慘烈」而被自我防衛的心理機制壓抑著，另一方面又因累積了許多能量形成「難受」而期盼著適當的流出。這兩股力量造成自我的矛盾，因此會有闖入性（intrusive）的症狀與抑制性（constraint）的症狀交互出現。

此外，個人對於災難所造成的心理創傷，可能持續採取逃避的方式因應或不自覺地受其影響，或隨著災變後生活的安排而無暇處理，或諱疾忌醫而沒有求助。有些人幸運地在與親友分享經驗後，逐漸釋放、形成解釋、產生正向改變，融入自己的生命發展歷程中；但仍有些人可能來不及完成或處理，隨即又要投入接踵而至的生活經驗而造成心理的負荷。

地震創傷對於心理健康的影響是長期性的（Basoglu, Kilic, Salcioglu, & Livanou, 2004; Goenjian et al., 2000; Jia et al., 1999; KiliA & Ulusoy, 2003; Salcioglu, Basoglu, & Livanou, 2003），未曾就醫或未尋求幫助的人，可能高達 39% 有 PTSD 的症狀，面對這些需要治療卻不主動求助的民眾，則需要發展完善的外展治療計畫，才能使他們免於心理症狀長期、慢性化的影響。

第一節 從災難創傷經驗邁向心理健康的道路

一、災難經驗與心理反應

吳英璋（2000）引用 Hobfall（1986）的論述指出，我們面對生活中大大小小的每件事，我們都在花費不同程度的「活力」與「資源」。「活力」是生活的力量，可以大分為三類：腦力、心力、及體力。而「資源」是活力的來源，可以分成四大類：物件資源、情境資源、個人資源、及能量資源。而在面對生活事件的同時，個人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，最後的底線是努力儘量減少「活力」與「資源」的損失。（如圖 1 所示）

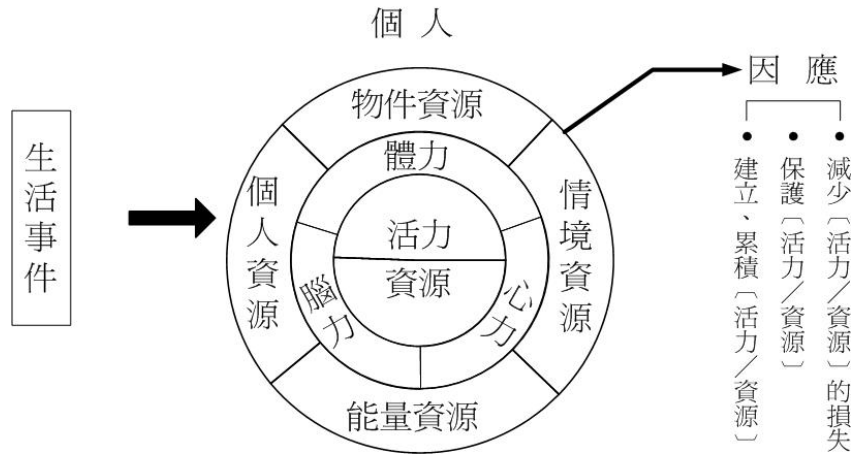


圖 1 活力與資源之生活事件因應

當一個人面對地震災難時，直接面對的是大量資源的流失，其劇烈程度足以引起強烈的內在情緒反應，造成個體內在累積相當多的能量，大到令個人無法承受，甚至切斷心力的消耗做為自我防衛；在這種情況下，腦力自然也無法順利運作，對個人整體的「活力」與「資源」運作產生相當大的阻礙，而令個人無法繼續因應生活中的某些情況（甚至包括無法因應原先很容易因應的生活情況）（如圖 2 所示），其中個人資源的流失對其影響最大（許文耀、曾幼涵，2003）；而「個人資源」，是指個人的特質與能力，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。綜合上述，心理介入除了需要承接其情緒的表露外，另一方面則是協助個人接受大量資源流失的事實（避免一再消耗心力與體力），並增加個人資源的獲得。

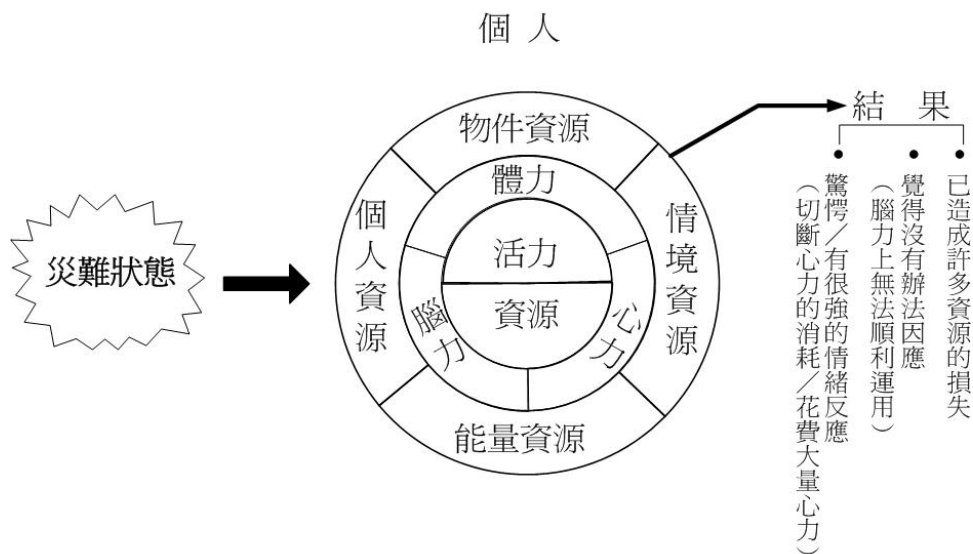


圖 2 活力與資源之災變因應

個人遭遇地震災難的心理反應來自三方面：一是災害本身，地震災難即是特殊且強烈的環境刺激，依其災害突然發生的情形、強度、影響廣度、持續時間長度，造成傷亡情況等，可以相當程度地決定了個人的心理反應。二是災後處遇，即目前所接受的環境刺激，易言所指就是「目前狀況」，亦即受災後的現在這一刻，處於何種狀況，像是遭受災變，個人容易形成很強的不安全感、罪惡感、無助感、甚至是憤怒與生氣等等。三是性格特質，即整體身心至目前的發展狀態，是一個人由他的身心發展與他所面對的每一個生活事件經驗，兩方面累積到現在的整體身心發展狀態，包含了個人所擁有的狀況、意見、主張、信念、價值觀、行為習慣、情緒反應等，也包含各項心理活動所組成對環境的因應方式 (coping style)、生活方式 (life style)、以及各項生活態度 (attitude)。這些心理活動使得一個人在面對生活各個方面，表現出相當程度的一致性或穩定性 (consistency)，也表現出個人面對生活的活力或動力 (volition)。這也就是平常語言所常描述的「個性」。面對生活上的變動，除非是新生兒，否則一定會受先前的生活經驗的影響；亦即個人的「個性」會影響他如何面對生活的變動；面對地震災難自然也不例外 (吳英璋，2000)。(如圖 3 所示)

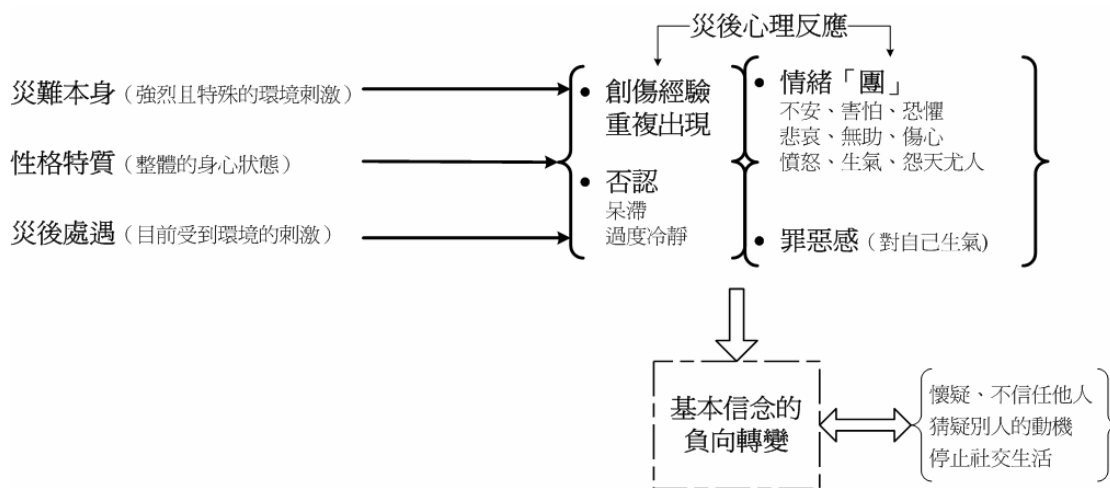


圖 3 影響災變後心理反應的三個因素 (Hodgkinson & Stewart, 1991, 摘自吳英璋, 2000)

災難本身是既定的事實，個人較無從改變；災後處遇可以藉由，像是基本生活條件的恢復、基本生活團體的恢復或再建立等方式，滿足個人生活的基本需要與條件、建立適當的社會與人際支援，以減緩災後的心理反應 (吳英璋，2000)。「性格特質」或「個性」，則受制於個人過去經驗形成的身心狀態所影響，直接影響到個人面對災難時所展現的因應方式、態度及災後面對生活的「活力」；承

上「活力」與「資源」的論述得知，災難衝擊造成個人大量資源的流失，其中個人資源的流失，使個體喪失自尊與自信、自我效能…等個人特質與能力，而造成個人面對災後生活缺乏活力，身心狀態的反應呈現不穩定、不一致，產生各種的災後心理反應，以致不易維持或回復心理健康的狀態。由此可見，協助災民災後處遇，減少災民個人資源的繼續流失或增加災民個人資源的獲得，都是可以做為協助災民心理重建的規劃方向之考量。

二、創傷復原與心理重建

在自然的社會環境中，個人所信賴的親友噓寒問暖，會引動自己較真實地敘述心底經驗，也連帶地表現伴隨著的情緒。這種歷程是種自然自我療傷的歷程，之所以能有療傷的功能，需要立基在三個條件上：是否有所信賴的人、是否能表達出真實的心理經驗素材、以及是否能與個人的生命經驗融合。但是，往往在災難後基本信念的衝擊，個人對外在世界已不再信任、對人易產生懷疑或猜忌，所以多數創傷經驗者不見得能獲此機會自然自我療傷（吳英璋，2000）。

Herman（1998）以「編寫個人的故事」來說明創傷復原的經驗製作，認為受創傷的個體存在著「說」與「不說」的矛盾，就臨床經驗分析，只有在「充分地說」，並整理成「完整的自我的故事」，才可能真正徹底的解決個人的災難經驗（引自吳英璋，2000）。「充分地說」可以促使個案進一步審思內在心理機制運作的內涵，進而發展新觀念的基礎；「說了」，使個案可以面對「害怕」的情緒，因此緩解情緒的衝擊。「完整的自我故事」，意味所經驗事件逐漸可以被感知、可以被理解，在心理運作的思維系統可以被整合，亦即被災難經驗斷裂的認知、情緒系統得以修復。

由於創傷經驗者仍持續地與外在世界互動著，所以從生態脈絡的觀點來說，受到創傷的個體會嘗試向周遭的人揭露創傷經驗以獲得曝露、認知重構、社會支持的復原歷程，但是個體的表達若被視為“錯誤的、不適當的、或是過度反應”，個體將再次經驗“不確信的環境”，影響個體在人際脈絡復原的機會（Linehan, 1993, invalidating environment）。因此，向專業人員求助，會讓受創個體思考是否要冒著再次否認自身創傷經驗、感受的風險。

其次，當代社會文化對該創傷經驗是否有明確的態度，也會影響創傷的復原（Follette, Ruzek, & Abueg, 1998）。例如：災民經歷災難一段時間後，周遭的人

可能認為應該要“過去了”，使得心理受困的災民同時要在曾經發生災難的現場繼續生活，又不敢抒解心中的困苦，造成對災民求助需要的漠視；而族群特性也是造成較容易受害的主要因素（Follette, Ruzek, & Abueg, 1998），如：女性、少數種族、老年人，社會環境的文化普遍地對這些族群漠視，或甚至公然給予不雅的稱號，導致這些慢性隱約未顯的壓力源對創傷受害者造成日常生活上廣泛的打擊；此外，身處資訊發達的時代亦受媒體相當的影響，倘若媒體報導或影視名人傾向對創傷經驗或事件持息事寧人的態度，無疑是在告訴社會大眾，創傷沒有啥大不了的、是可以自行復原的，使得其他創傷受害者感到羞赧求助而無從進一步處理。

從個體本身來說，在創傷後必須因應接踵而至的現實生活，家人、個人健康的照顧，經濟、工作的復原與維持，都可能讓個體忽略心理不適的狀況或無以覺察；或即使有所不適，亦有不知困擾問題為何、不知向誰求助的情形。或者有些災民雖然有心理症狀，但不至於嚴重到影響到日常生活和社會職業功能，則以強忍、硬撐的方式或以其他逃避的策略因應，或是因其症狀而有社交退縮、拒絕求助的情形。另外，有些災民可能以身體症狀的主訴為主，僅求助醫療協助而非心理專業人員，用以尋求身體症狀的減緩、維持生活。

另外值得注意的是，目前許多創傷受害者必須到醫療院所才能接受幫助的狀況，使得受害者必須接受醫療模式的標籤化和制度化的約束，無疑是再次責難受害者的創傷經驗，此亦為阻礙個體主動向專業求助的主要因素之一（Follette, Ruzek, & Abueg, 1998）。此外，在醫療院所所做的治療，其情境已經遠離創傷個案的受創脈絡與環境，同時也遠離了通常個案不會去的地方，對治療效果的助益可能不大或無法維持（Follette, Ruzek, & Abueg, 1998; Jordan, 2001）。

綜合上述，協助創傷個體的心理重建，需要考量到創傷個體所處的整個環境脈絡因素，同時考量創傷個體對於尋求幫助的被動性與低意願，因此面對創傷個體的處理，需要瞭解、貼近災民所處的日常生活情境脈絡，且需要採取主動、直接的介入方式，才有可能提供專業心理重建的服務。

第二節 外展直接服務

McFall、Malte、Fontana 與 Rosenheck (2000) 以外展介入的方式改善、提升 PTSD 患者的就醫率；林昌億、黃敏偉、周煌智、歐陽文貞、蔡東杰與陳明招 (2004) 也發現災區定點醫療成效不彰、服務量極少的情況下，進而採取外展的居家治療服務才獲得進行治療和評估。根據過去的研究，遭受創傷經驗的民眾，主動求助專業人員的意願低，僅有 2%~8% (Norris, Kaniasty, & Scheer, 1990)；縱使求助了，在治療過程也不願主動地向治療者陳述過去的創傷經驗。此外，從地震災區對民眾的調查發現，多數民眾求助於民俗宗教儀式處理居多 (18.5%~19.3%)，較少求助精神醫療的協助 (4%-5.7%)，在求助心理輔導意願方面僅有 7.7%~16.5% 來看，顯示災區民眾主動求助的意願並不高 (林本堂、呂明憲、陳展航，2003)。外展的主動接觸服務，可以在災難發生初期，透過非正式的評估和介入的方式，從眾多災民中辨識出需要心理衛生介入的倖存者，是一種有效且有利的介入方式 (Myers, 1994)。

一、外展直接服務的意義

「社區化的外展服務」意指諮商員離開辦公室，與個案直接地在家裡、學校、教堂、鄰里、及職場工作，幫助他們學習新因應生活壓力的方式 (Lewis, Lewis, Daniel, & D'Andrea, 2003)。一般社區的外展服務有兩個目標：一是「社會教育」，目標是協助災民瞭解他們所經驗到的大部分壓力反應是正常的，並且提供有關如何降低或調適與災難有關之壓力的建議；其二是「資源資訊」，即提供可使用之服務以及哪裡可以尋求協助 (Myers, 1994)。其採取的策略不外乎以報紙和社區報刊、收音機和電視、發言人、錄影帶、海報、手冊及傳單、書籍、社區慶典和活動等方式進行。

Lewis 等人 (2003) 認為外展服務的概念起源於有些預防工作無法立即見效，因此才以更直接、甚至面對需要的族群及其問題解決，使服務的傳遞輸送更具易取性與可獲性。外展直接服務的對象，通常是對系統組織下的心理健康服務無法取得或沒有意願，且是處於容易引發不適應、高危險情境的民眾。外展直接服務的目的是要「協助個體賦權 (empowerment)」，即是讓個體學習『瞭解目標』與『如何達成目標』兩者之間的密切關係，以及瞭解個體所付出的努力與結果之間的關聯性；換句話說，個體賦權是讓個體產生對自身能力 (competence) 的信念

(belief)，包含人格的內外控、認知的自我效能、及動機層面的控制感，因此賦權的過程和結果，都是要讓個體獲得資源和控制感，使其對外在環境產生積極的行動。外展心理介入的訪談者是以進入個體的情境脈絡成為協同者

(collaborator)，讓個體成為參與者 (participator)，藉此達到協助個體獲得個人資源之目的 (Rappaport & Seidman, 2000)。

Lewis 等人 (2003) 以「社區諮商模式」說明此種範圍廣泛的協助架構，其介入或服務的策略是要促進個體或社區福祉的發展，其基本假設認為：(1)環境可以對人提供滋養或造成限制；(2)諮商的目標是協助個體與社區賦權；(3)多層面向導的協助比單一方法更有效；(4)注重個體發展的多元文化特性是諮商服務方案與傳遞的核心；(5)預防勝於補救。(6)社區諮商模式可以使用在各種人類服務、教育、及企業環境裡。

社區諮商模式依其傳遞方式與對象可以劃分為四種服務：(1)直接個人服務—重點擺在個體的直接服務，例如個別諮商或直接到個案的家中進行家訪，以教育或訓練的方式，讓個案習得心理知識和技巧，並使用在日常生活中。(2)間接個人服務—則是為個案的利益說話、代言，並主動介入個案遭遇的環境中，協助他們利用可用的資源。(3)直接社區服務—則著重在對社區民眾進行預防教育，諸如辦理講座、團體活動等。(4)間接社區服務—積極透過行政立法系統，修改有助於社區民眾福祉的法令規章。此模式整合脈絡、發展、生態、女性主義、多元文化、以及後現代理論等多元概念，做為諮商實務介入的架構。如表格 1 所示，說明以社區諮商模式運用在社區心理健康的大綱。

表 1 社區心理健康之工作大綱 (Lewis, Lewis, Daniel, & D'Andrea, 2003)

| 對象 方式 | 個人 | 社區 |
|----------|---|---|
| 直接 服務 | 諮商與危機介入的服務，以外展方案處理生活變遷與高危險情境的人。 (外展和諮商) | 提供心理健康特性的教育方案，以預防教育方案教導心理健康與生活的技巧。 (預防教育) |
| 間接 服務 | 倡導支持有慢性心理健康問題的人，在個案協助網絡裡提供支持，提倡自助方案，連結社區裡其他幫助系統。 (倡導和諮詢) | 幫助當地社區組織運作正向的環境改變，對影響社區心理健康的政策採取行動。 (促進系統的改變和影響公共政策) |

二、外展直接服務與災難心理創傷的處理

台灣九二一地震之後，大量心理衛生專業人員投入，開始以各種服務形式協助災民重建、復原，幾乎已經涵蓋上述所提四個面向的服務，但是研究者認為仍有不足的是，這些服務都仍是需要災民主動參與才有機會接收到「社會教育」與「資源資訊」，然而遭受災難創傷的災民，如前述討論所提，可能礙於症狀而處於社交退縮、被動的狀態，或求助意願低而無以接受到上述服務。再者，就社區諮商模式的「直接個人服務」僅於「教育和訓練」的方式，仍是以轉介、提供資源為主，在災民低意願求助的狀況下，都不足以讓有心理困擾的人接觸到心理治療。本篇研究嘗試用外展心理介入的方式，對特殊群體篩選出心理症狀高危險的個體或患者，從個體多元文化發展本質的創傷脈絡中獲得瞭解，在日常生活的情境中介入以促進改變。

對於創傷個體的心理介入或復健，一開始要適當地降低個體因創傷所帶來的情緒運作困擾，之後才能協助個體認知系統的重建。透過選擇（choice）和行動（action）的投入，他們可以知覺行為和結果的聯結，並非完全地無常；經由鼓勵和賦權，使他們選擇和行動，治療者可以鼓勵他們在無意義的宇宙裡走出無助的經驗（Herman, 1992）。外展心理介入以直接個人服務的方式協助個案改變，有別於傳統在治療室等待感受自身不適、主動、有意願的個案，反過來是以主動接觸、直接服務的傳遞方式，嘗試化解創傷個體可能因為不便求助、或無以求助、或不知求助、或不願求助的困境；訪談者面對創傷個體的視野，是以瞭解整個環境對個體影響的前提下，在個體既有的環境脈絡中主動介入，創造鼓勵和賦權的互動情境，增加個體的自我覺察和改變的能力，期能藉此增加災民個人資源的獲得來促進正向成長。

此種介入形式有別於「居家照顧／居家治療（home care/home therapy）」或「家庭訪視（home visiting）」。根據世界衛生組織對「居家照顧」的定義（Steel & Tjassing, 1994），以及 Thomé、Dykes 與 Hallberg（2003）所整理居家照顧的資料，指出「居家照顧」或「居家治療」是由專業人員到個案家裡提供照顧和醫療的服務，目的在於預防、延遲或替代，所需要的暫時性或長期的機構照顧。「家庭訪視」的目的是在對於低收入或青少年家庭處於高危險群實施預防、教育、支持、及資源提供（Klass, 1996）。環顧國內居家照顧或家庭訪視在醫療環境的應用，多

數是針對「有意願接受治療卻無法到醫療院所就醫的患者」，或是對於「門診或出院的患者」，由專業人員到府提供治療照護、關懷、追蹤、提供資源、以及轉介為主的服務，對象都是曾經主動接受過治療或是有意願接受治療的人。

本篇研究嘗試以「外展主動服務」結合「心理治療」的概念，瞭解並且介入有症狀但未求助災民的心理狀態，其對象特性與介入內容不同於一般的居家照顧或家庭訪視，其介入的場所和對象也不同於一般心理治療或心理諮商的形式。經由外展直接服務的傳遞，提供到府服務的心理介入，希望可以瞭解「外展心理介入」的模式是否可以為這些有症狀但未求助的災民提供協助；除了以改善災民的行為問題和情緒困擾為消極的目標之外，透過個體對自身的不適有適當的覺察和瞭解，從賦權的過程中獲得積極因應的力量，進而促進未來生活上「好受」的心理適應。

第三節 創傷壓力疾患的心理治療

進行心理治療改變歷程研究時，治療者通常需要一個認知地圖（cognitive map）做為搜尋各種表現的架構，才有機會對所要研究的治療現象和興趣做最大化的定位，以及提供改變可能怎麼發生的想法（Greenberg & Newman, 1996）。創傷壓力疾患的心理治療方法中，目前是以認知行為治療取向最具效果，且可以處理創傷各個層面的問題（Bradley, Green, Russ, Dutra, & Western, 2005; Blake & Sonnenberg, 1998; Harvey, Brant, & Tarrier, 2003），故而選做本篇研究嘗試外展心理介入的概念架構，下面將進一步說明 CBT 利於處理心理創傷和外展直接服務的原因。

一、CBT 治療 PTSD 的理論基礎

學習理論中的古典制約原理（classical conditioning）和操作制約（operant conditioning）原理，一直在治療創傷的範疇裡提供相當重要的概念基礎。古典制約說明在創傷經驗後，個體面對類似暴露在創傷經驗的線索刺激，所引發的行為反應，例如：闖入式的思考和影像、與害怕有關的生理變化、攻擊、過度警覺、及人際關係的問題。操作制約則說明這些不適應的行為反應，透過對條件化反應的負增強歷程，維持不適應行為反應的情形，例如：逃避、社會疏離、攻擊、及解離反應，這些都可以使個體免於遭受創傷經驗有關的負向情緒、人際關係、或

環境線索的刺激。Mowrer (1960) 提出二因子理論 (two-factor theory)，融合上述兩個制約的原理來說明創傷經驗，指出非條件化刺激也會引發個體害怕的反應，而成為「習得的害怕」，而迴避的行為使得個體無法產生新的學習，對「習得的害怕」有負增強的效果，因此而維持了害怕的反應和持續逃避的行為。因此，從學習的觀點可以透過放鬆技巧、壓力管理、或壓力免疫的訓練…等等方式，使個體「暴露」在創傷經驗的情境下，逐漸消除因創傷經驗產生的不適應反應；同時，也經由改變不適應行為的結果、教導個體使用不同的方法來改變事情的結果、或予以相對反應增強，以促成改變原來行為反應的增強和聯結。

1960 年代中期隨著認知心理學的發展，認知心理學的概念也開始被轉移到行為治療的領域，使用類似“信念 (belief)”、“態度 (attitude)”、“記憶 (memory)”、“基模 (schema)”、及“語意網路 (semantic network)”等建構 (construct) 描述內在歷程。例如：內容導引取向，認為負向信念 (或自我對話) 會使經驗創傷的個體產生痛苦，同時使其痛苦的反應或症狀得以繼續維持下去；這些信念強調個人的安全感或脆弱性、世界是危險的、縮小對他人的信任、對世界的公平與良善缺乏信心、自責與罪惡感、低自我效能或低能力感、對未來結果負向預期、低自我價值或自尊、及喪失靈性的信念等。由此內容導向發展出認知重構 (cognitive restructuring) 的方法，挑戰、克服個體對於創傷經驗所產生負面與扭曲的解釋，進而改善痛苦、不適應的反應 (Goldfried, 2003; Follette, Ruzek, & Abueg, 1998)。

其他像是內在記憶結構的語意網路模式 (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Foa & Rothbaum, 1998; Lang, 1979)，認為個體在創傷經驗中產生了害怕的記憶結構 (fear structure)，記憶中的聯結網路會在日常生活中啟動、活化，將生活事件解釋成有潛在危險的，而使個體產生害怕的反應，進而引發逃避的行為反應；從訊息處理的觀點，惟有啟動害怕的記憶結構 (如：透過 exposure 的方式)，同時予以新資訊的學習和融合，才能中斷其情緒歷程 (emotion process)。敘事

(narrative) 觀點則認為 (Meichenbaum & Fong, 1993)，個體的創傷敘事是否能趨於完整是很重要的，透過不斷敘述的過程，讓經驗創傷的個體重新詮釋創傷經驗，並且能夠更精緻化創傷記憶的內容。以及實驗心理學和認知科學的模式，在注意歷程、線索潛抑處理、記憶變化、…等多方面的研究，對於創傷記憶和情緒處理的概念有了更客觀的測量方法，這方面的學者 (如：Brewin, Dalgleish, &

Jesoph, 1996) 也發現，創傷記憶和情緒因應的結果有三種形式：完整／整合、慢性化情緒處理、或是早熟抑制處理。

陸續有人採取多重觀點的方式處理創傷，例如：Resick 與 Schnicke (1992) 融合學習理論的概念化與認知重構的方法，不但使用情境暴露的行為治療技巧，亦加入認知歷程處理、修正認知基模的部分 (Cognitive Processing Therapy, CPT); 另外，情緒處理模式 (Emotional Processing Model, Foa, Molnar, & Cashman, 1995) 則融合學習理論、內在記憶結構、認知內容、以及敘事的觀點，瞭解創傷經驗所造成的影響。

Goldfried (2003) 統稱這些融合學習理論和認知理論的治療模式為「認知行為治療」，並在其回顧、整理認知行為治療的發展中，指出隱含在認知歷程中可以作為衡鑑與改變問題 (不適應的情緒與行為功能) 的「意義結構 (meaning structures)」是基模 (schema)。而基模的典型定義是指，個人過去有關於他人、環境和自己等互動的經驗，所形成的認知表徵，用來協助個人建構生活中事件某方面的概念，使他們能偵測到某些特定的訊息或忽略其他不相關的，以做為因應生活事件的組織與引導。這些基模是源自於過去的經驗所形成，有可能不再與現在所處的情境相關聯，一旦發生了，問題也就產生了。而涉及自身相關的基模 (自我基模, self-schema) 其最重要的部份就是自我效能感 (the sense of self-efficacy)，因為它特別地與治療改變的歷程有關。當個人的自我基模傾向處理與基模一致的訊息時，對於新的或與基模對立的訊息登錄、儲存、和提取就會有所困難。因此 Goldfried 進一步指出，倘若要使治療的效果不是曇花一現的話，就必須增加個人在這方面的自我效能。Miller (2002) 也指出 PTSD 個案的心理治療重點之一是在增加控制感 (controllability) 和預測力 (predictability)，與前述 CBT 強調自我效能的增加，兩者功能相形益彰，同時也相互呼應前述增加 PTSD 個案個人資源獲得的目標。

由以上論述可以瞭解，CBT 在處理 PTSD 所產生的情緒、行為、及認知的困擾上，具備相當深厚的理論和研究基礎，因此也不難理解 CBT 可以在治療 PTSD 方面產生良好的效果 (Blake & Sonnenberg, 1998; Bradley, Green, Russ, Dutra, & Western, 2005; Harvey, Brant, & Tarrier, 2003)。此外，CBT 也沿用過去行為治療的「功能分析」概念來協助對於個案問題的瞭解，以下將做進一步的說明。

二、CBT 的脈絡性功能分析

在傳統行為治療中強調的功能分析 (functional analysis)，認為個人面對外在刺激時所產生反應之間的聯結，對於個人可能提供了某些適應的功能，以致該行為反應得以發展或維持；所以透過這些可觀察的情境變項和行為變項、以及變項之間的聯結，瞭解該反應對於個體在生活因應方面，所產生的適應或不適應的功能為何，再經由「刺激－反應聯結」(S-R) 的瞭解，以行為法則來增加適應的行為或削弱不適應的行為與刺激之間的聯結，以達到改變和治療的目的。因此在辨識目標行為 (所欲改變的不適應行為) 的過程中，不僅需要瞭解各種變項之間的聯結，反應對個體所產生的功能以及其發展與維持的因素也都需要被瞭解與辨識，才能產出有效的介入計畫和安排。

許多行為治療者發現，個案所描述的經常是無法說明實際所進行發生的，個案所報告的“內在對話” (internal dialogue)，說明的不是在他們身上所產生的情緒和行為的功能，而是關於這些事件、人、和情境所隱含的意義結構。或許個案並無法經常地報告出內在對話，但在情緒上、認知上、及行為上仍是有所反應，彷彿是在訴說著某些事情。CBT 將這些「自我描述 (self-statement)」引用訊息處理的模式來說明，使得這些訊息處理的過程－登錄、儲存、提取－可以被觀察而獲得，並藉用行為治療的 S-R 原則瞭解。也許這樣的過程並不被個案覺察，卻也同時反映過程中選擇性注意、事件的錯誤分類、個人獨特性的儲存、以及／或不正確的記憶提取等所產生的扭曲是如何影響個案的情緒和行為表現 (Goldfried, 2003)。

換句話說，CBT 把「內在經驗」變項加入這個模式後，「刺激」變項不再僅僅限於可觀察的情境變項或行為變項，生理反應可以引起行為、想法、或情緒的反應，情緒也可以引起生理、行為或想法的反應，或者想法也可以引起生理、行為或情緒的反應；「反應」變項也同樣地不限於可觀察的情境變項或行為變項，外在情境也會引起生理、情緒或想法的反應，甚至在生理反應、情緒、以及想法之間亦可以兩兩互為一種「刺激－反應」之間的聯結。進一步來說，CBT 是一個 S-O-R-C 的模式 (刺激－有機體－反應－結果)，而這些「刺激－反應」的聯結，常常是經由個體的認知歷程運作而產生的，所以在治療上就不能單純地使用行為法則來進行改變或介入，需進一步處理認知的部份，唯有認知的部份處理

了，才能有效地改變原來「刺激－反應」的聯結關係。承上所述，CBT 的分析變項不限於可觀察的行為或外在情境為「刺激」變項（刺激，S），亦不若原來的行為治療以行為作為唯一的「反應」變項（反應，R），認知、情緒、生理反應、行為、或外在情境，都可以為「刺激」或「反應」變項，且其變項也可能是影響刺激反應發展或維持變項（結果，C），其概念可化約成「刺激－反應－結果的矩陣（S-R-C matrix）」，茲摘要如下列表格 2 所示。

表 2 認知行為功能分析之變項矩陣

| | 前置因素 | 行為 | 結果 |
|------|------|----|----|
| 認知 | X | X | X |
| 情緒 | X | X | X |
| 生理反應 | X | X | X |
| 行為 | X | X | X |
| 外在情境 | X | | X |

脈絡性功能分析同時檢驗鄰近的環境是否也是促成和維持行為的因素。如此觀點，讓治療者可以檢驗實際上有機會被分析和改變的因素。就 CBT 技術背後的思維而言，行為不是被治療而是被取代；如同創傷個體所經驗的是無法改變的歷史，但是可以以更有效的行為來因應創傷經驗的結果；其次，是要辨識各種變項間可以影響個體功能的重要關係。功能分析是一種反覆的歷程，是為了獲得「控制所辨識問題」之變項有合理的瞭解，而後足以發展出治療的啟動；所以兩變項之間有關係，並不排除其他變項可能影響功能的可能性。若治療結果不是所期待的，就必須重新排除干擾變項、修正分析，一直到能達到滿意的結果為止。此外，脈絡性功能分析有其自然的獨特性 (idiographic)，特別強調辨識獨特環境、情境變項的影響。

這些變項之間所呈現的聯結是一種「可能的因果關係」，就是指在該情境脈絡下最可能發生的影響，而其因果關係也可能受到時間、情境因素影響而改變影響的方向；也就是說，這樣的因果關係也可能是雙向性的，並無限定行為、情緒、或想法哪一個一定就是「刺激變項」或「反應變項」，所以影響目標行為產生的變項，也不見得就是目前維持行為的變項。舉例來說，個體可能為了避免不舒服的情緒，而採取逃避的行為反應，此時的刺激變項就是不舒服的情緒，而逃避行為就是反應變項；然而，逃避行為也可能讓個體遠離其他可以獲得想要的需求和產生好情緒的情境，由於無法滿足想要的需求和產生好情緒，而讓個案陷入不舒

服的情緒裡，此時不舒服的情緒就變成了「反應變項」了。所以在脈絡性功能分析的過程中，我們嘗試去辨識目標行為並瞭解變項之間的聯結和操弄，且不僅要辨識所有變項之間的關係，更要找出可改變、可控制個體不適應行為的變項之間之連結關係。

因此，CBT 中的脈絡性功能分析，是經由行為表現所提供的功能和目的，瞭解不適應行為的發生，而非僅是外顯現象、形式上的特徵描述。之所以採取功能分析的理由有：(1)相同的前置因素能導致不同形式的行為表現，(2)不同前置因素能導致相同形式的行為表現，(3)相同形式的行為表現可能有不同的功能目的，(4)不同形式的行為表現可能有相同的功能目的。此說明「許多相同的症狀並非指稱相同病因」或「相同病因指稱多樣化症狀」的臨床現象，以及個人可能採取不同因應策略回應情境要求的行為機制；對應創傷壓力反應的情況來說，個人特質與情境發生脈絡都可能左右個人因應的結果，採取脈絡性功能分析的方法，可以對多樣化的行為表現獲得真實的瞭解。而且在脈絡性功能分析的概念裡，並無意將創傷反應視為「症狀」、或「病理特徵」，其行為表現是以其「功能」看待，因此可以理解創傷反應對個體的生存有其功能性，比較能使個體感受到尊重，而非責難。

綜合以上論述可以瞭解，CBT 具備創傷相關的病理知識基礎、具備脈絡性功能分析的特性、且是目前在處理 PTSD 上比較有效的治療方式，對於本篇研究所要採取外展心理介入創傷個案而言，是較為理想的介入架構（framework）選擇。

第四節 發現取向的心理治療研究

1986年，在VandenBos等人發起心理治療研究討論的聲浪中，Forsyth與Strong（1986）同時說明心理治療研究是一種應用科學的研究，認為心理治療如同基礎科學一樣接受增加知識和瞭解的長期目標，把相關的觀察回歸理論建構以提供架構解釋資料和產生預測，對於理論的驗證依循客觀、實徵方法，同時致力產生不同學派可被接受和可被評估的實徵觀察。而且研究問題起源於治療歷程的相關問題，這些問題終將會放在理論的脈絡上，所以這些研究的長期目標還是在檢驗假設的適當性以補足理論。心理治療研究同時也是大量致力於獲得瞭解人類行為的一部份，所以心理治療的研究也更努力於更瞭解心理治療的歷程之下，使其研究的方法或工具可被接受。

承上論述，心理治療研究不應該只限於治療結果或是不同治療學派的比較，透過對改變歷程的分析與瞭解，可以讓治療者更清楚什麼樣的技巧和技術，可以在什麼樣的個案、以及什麼樣的治療情境下使用。為了瞭解改變歷程中所發生的變化，Stiles，Shapiro與Elliott（1986）建議採取事件派典（event paradigm）的研究策略，以「事件」一個案與治療者在會期（session）中的互動一做為分析的單位。其焦點放在：(a)脈絡，即個案提供治療者特殊的治療作業（例如：決策衝突的處理）；(b)特殊應用的技術，例如：完型治療的雙椅技術；(c)個案對其技術的反應，同時瞭解立即性、會期裡的改變和會期後、治療結束後的改變。事件派典研究開始於對臨床顯著事件的辨識（如：治療者擁有幫助特質或具備技術性），而後聚焦在顯著治療事件的特殊型態上，像是使用誘發再經驗的技術處理困擾個案的問題。每個事件的脈絡和序列，是透過治療歷程的多重取樣所做的深度分析，進而發展出運作模式或臨床的微觀理論，展現改變歷程的進行，並得以被運用在特殊的臨床情境。

Greenberg（1986）進一步說明「改變事件（change event）」是指在治療中包含下列四個組成成分的情節：(1)個案問題的標記（the patient problem marker），即個案對治療者的敘述中指出當下特殊問題的描述，是可順從地被介入且這些標記是可以穩定地被判斷出來的；(2)治療者的操作（the therapist operation），是指治療者以其操作手冊的描述進行介入，以促進問題的解決；(3)個案的表現（the client performance），即接續上述介入後個案的反應，在解決事件結束後伴隨著一

個特殊形式的(4)會期內立即的結果 (the immediate in-session outcome) (如：衝突解決或認知重組)。從會期對話中所摘錄出來的事件，可能是三段式的「個案—治療者—個案」互動的對話，或在某次會期裡一大部分的對話，甚至是幾次會期之間所發生的結果。以此類型為基礎的研究企圖回答：「個案在會期有什麼樣的表現或標記時，表示他們對於所敘述的問題已準備好接受介入的」、「什麼樣的介入對於個案的標記是適當的，或治療者什麼樣的介入是最適合促進改變的」、以及「個案隨著標記接下來有什麼樣的表現導致改變」的問題。

稍後 Mahrer (1988) 提出發現取向 (discovery-oriented) 的研究概念與方法，將治療歷程研究的觀點和方法做成更具體的彙整。Mahrer 認為發現取向的心理研究有兩種型式，一是以一個近觀的角度 (a closer, discovery-oriented look)，去發掘心理治療過程中所發生的現象；另外則是發掘在心理治療中條件 (condition)、操作 (operation)、與結果 (consequence) 之間的相互關聯。Mahrer 認為發現取向的心理治療研究意圖獲得已知理論或假設所沒有的資料，回答想要知道卻無以預期、假設的結果，其最終的目標亦是獲得對一個人心理歷程運作知識的瞭解。探索歷程、發現取向的研究是以無理論敘述的方式說明治療情境所發生的，研究者維持開放的態度學習所觀察到的歷程 (Hill, 1990)。因此，選擇以條件、操作、和結果組織心理治療內容和歷程的研究，也是增進、改善心理治療基模或觀點的方法之一。

條件、操作、和結果這三個名詞分別指稱特殊、具體的事件而不是抽象概念，特別是在心理治療裡看到的，而不是治療情境之外的事件。條件 (condition) 所指的是個案在治療過程中所做的和發生的狀況，例如提到個案滿眶淚水地訴說他的頭痛猛烈地發作，且開始大聲地抗議、抱怨…等情形，而不用專有名稱 (焦慮的、邊緣性、或生存者…等等) 辨識個案狀態。操作 (operation) 所指的是對治療者在治療中實際所做的具體描述，不用像支持、肯定或減敏感…等說詞。結果 (consequence) 所指的是接續在治療者的操作之後，個案所做和如何做的，通常會是所欲獲得的行為、改變、或是進步…等等。例如：個案突然會心地一笑、表達有頓悟的瞭解、或是再想起第一天上學…等等，而不是像在 MMPI 的症狀檢查呈現某個疾病的剖面圖。

Mahrer 進一步說明用發現取向的心理治療研究瞭解「條件、操作、與結果」之間的相互關聯，步驟有三：一是特殊化發現取向研究問題，提出的研究問題通

常型式如下：「有此操作，在這樣的條件下會有什麼結果？」，「有此結果，是什麼樣的操作和什麼樣的條件下能達到此結果？」，「有此條件，什麼樣的操作可以達成這個結果？」。其次是收集資料，發現取向心理治療研究的資料主要來源是錄音、錄影和逐字稿。這個取向的方法所問的問題，猶如實驗操弄的方式，最重要的就是對每個名稱能小心、嚴謹、專屬的定義。最後一個步驟是檢查資料所回答的，是否可以直接從治療資料中找到要回答問題的例證，或請一群獨立研究者檢驗前後文的關聯性，或者以分類系統化的方法，提供多個例證來回答研究問題。

發現取向的心理治療研究所要探討的，不是在問「什麼治療、由誰、對哪個個案的哪個問題、在什麼環境下是有效的？」的問題，而是在檢驗可以說明會期中事件的條件、操作、和結果之具體意義，並發現三者之間的相互關聯（Mahrer, 1988）。以發現取向的概念和方法落實在心理治療的研究上，可以清楚地瞭解治療過程，治療者、個案、與治療情境三個向度變項之間的相互關聯。發現取向研究的主要研究問題在「有此操作，在這樣的條件下會有什麼結果？」，「有此結果，是什麼樣的操作和什麼樣的條件下能達到此結果？」，以及「有此條件，什麼樣的操作可以達成這個結果？」的範圍之下，掌握治療過程所發生事件的脈絡；然而治療的發生主要來自個案所帶來的問題，對於個案的問題則需要透過個案概念化來瞭解。

心理治療個案概念化，本質上是關於一個人心理、人際和行為問題的原因、促發因素、以及維持影響的一個假設（Eells, 1997）。這個假設的特性會依治療者所持的治療理論和病理知識不同而有廣泛的變化。一般來說，心理治療個案概念化有兩個部分，一個是「描述資料（descriptive information）」，是為假設的基礎；一個是「指示建議（prescriptive recommendations）」，是源自假設的結果。前者由個案目前生活狀況和近期問題的事實組成，以不解釋、不推論的方式陳述，提供一個可信的資料基礎；後者則直接源自先前的「描述」和假設，提出具體治療的計畫。

心理治療的執行來自治療者對於個案問題的瞭解，對於個案問題的瞭解可以經由個案概念化獲得，而最後治療處置的結果通常會受到個案接受處置當下的互動情境脈絡所影響。如何確信治療者的瞭解和處置是有效的，須清楚並排除治療處置當下其他變項的影響。外展心理介入的研究，亦需要個案概念化對個案產生瞭解，找出可以介入的可能性，再透過發現取向研究方法的分析，進一步協助研

究者釐清介入過程中，各個變項之間的相互關聯。(如圖 4 所示)

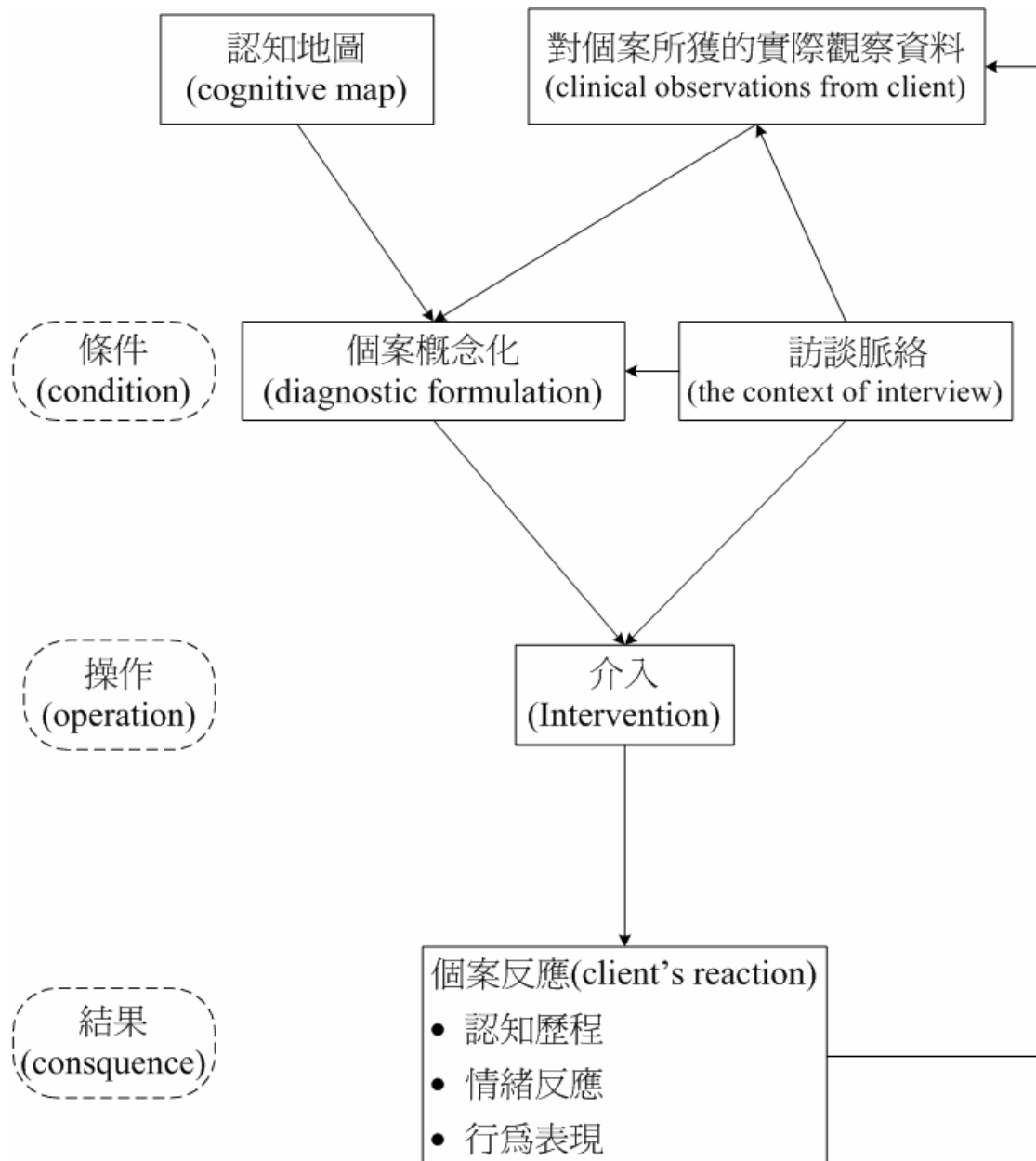


圖 4 研究進行架構圖

第五節 研究目的

本篇研究意欲瞭解外展心理介入是否可以對災民心理健康有所幫助，瞭解過程中災民的心理變化；換句話說，災民處於自身生活環境的脈絡下，外展心理介入是否可以提供什麼影響災民的心理變化？外展心理介入的過程可以發現什麼樣的心理變化？本篇研究將透過 CBT 的架構用外展訪談介入，再以發現取向的研究方法，對外展心理介入的資料加以整理與分析，以期獲得以上問題之回答。