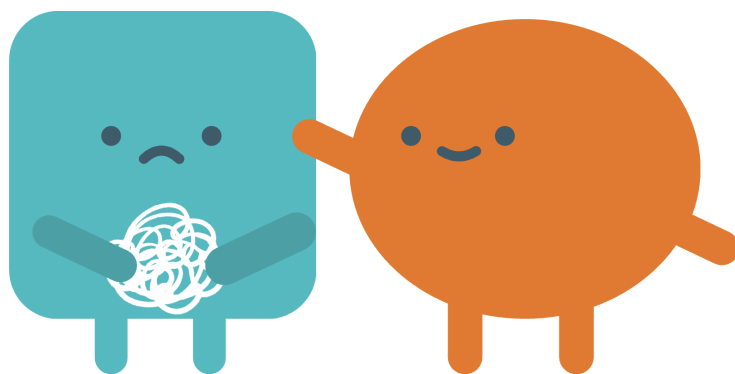


災後介入

情緒支援指南



前言

受宏福苑火災影響的人士，在接受不同形式的支援時，可能有各自不同的處境、關注和情緒需要。除了提供實際協助，服務過程中的溝通和回應方式，亦有助建立信任、理解服務對象當下的需要，並促進後續服務。

香港心聆 (Mind HK) 團隊因此整理了這份《情緒支援指南》，供參與災後介入相關服務的同工、義工及合作夥伴參考。內容旨在提供貼近服務對象需要的溝通及回應方向，協助前線人員在不同服務接觸中同時照顧他們的實際與情緒需要，讓服務對象在接受服務時感到更安心、受尊重和被支持。

本指南共 15 項，每項並列「應避免 (Don'ts)」與「可嘗試 (Dos)」。「應避免」列出在某些情況下宜避免或需審慎處理的回應方式；「可嘗試」則提供相應的溝通方向及實務建議。同工可按服務對象的需要、彼此關係、服務角色及當下情況靈活運用。

每項內容綜合參考災後支援及臨床指引、相關研究和前線經驗。證據性質並不相同：部分來自系統性回顧或實證研究，部分來自專業指引、理論或質性研究。這份文件是服務接觸中提供基本情緒支援的參考，並非心理評估、診斷或治療指引。如服務過程中發現對方有安全、醫療或較深入情緒支援的需要，應及早通知督導，並轉介有關專業服務。

參考時可依據四項原則

01 不假設 即使經歷同一事件，也不預設服務對象的感受、反應或需要。	02 不否定 先承認對方的主觀經驗，不急於淡化、比較或糾正。
03 不主導 讓服務對象主導分享、步伐與選擇；如需處理實際程序，先說明目的。	04 不言過其實 只交代已確認的資訊，不給予假希望或作無法保證的承諾，並清楚掌握自身角色與能力界線。

共同方向

四項原則旨在提醒我們，先貼近每位服務對象當下的需要，再按自身角色提供適切支援。

一、撮要(應避免／可嘗試)

分類提示：部分做法同時涉及多於一項原則。為方便閱讀，以下按每項做法最主要的原則分類；安全與專業界線則貫穿四項原則。下列例句只用作示範語氣與方向，並非必須逐字照讀；同工需按服務角色、彼此關係、文化及當下情況調整。

應避免 (Don'ts)	可嘗試 (Dos)
01 原則一 不假設 即使經歷同一事件，也不預設服務對象的感受、反應或需要。	
1 假設自己完全明白 不建議： 說「我明白你的感受」，或迅速轉而講述自己的經歷，蓋過服務對象的分享。 例子： 「我完全明白，我以前都試過。」	真誠地回應 可這樣說／做： 不懂回應時，可稍作停頓，或坦白承認自己未必完全明白，並願意聆聽，讓服務對象決定是否繼續分享。 例子： 「我未必完全明白；如果你想講，我會喺度聽。」
2 替對方定義事件的意義 不建議： 以「這是考驗／天意／凡事必有原因」替服務對象解釋事件，或否定對方的信仰、儀式和紀念方式。 例子： 「凡事都有原因，可能呢個係上天俾你嘅考驗。」	尊重對方如何理解事件 可這樣說／做： 容許沒有答案。如對方主動談及信仰、紀念或意義，可了解並尊重對方的理解，不強行引導對方找出正面意義。 例子： 「成件事發生咗之後，呢段時間你點消化？」 「有陣時我哋真係未必可以完全理解點解發生呢啲事。」

應避免 (Don'ts)	可嘗試 (Dos)
3 把反應一概視為病態或正常，或假設人人相同 不建議： 因經歷同一事件便假設每個人都應有相同反應；單憑一個症狀便貼上診斷，或因為「災後常見」而忽略情況持續惡化、日常功能受損、安全風險或急性醫療警號。 例子： 「你仲咁多嘢擔心係因為 PTSD。」／ 「經歷完呢啲事喇唔著，人人都會，慢慢就有事。」	了解個別差異，留意變化、功能與警號 可這樣說／做： 每個人的反應強度、表達方式和適應節奏都可以不同。應按對方當下的經驗、偏好、慣常應對方式、日常功能及安全需要調整支援；在指出部分反應並不少見之餘，也要留意個別情況是否持續、惡化、突然改變或明顯影響日常生活。 例子： 「喺災難事件後有發惡夢嘅情況並不少見；近排有幾頻密？會唔會影響你第二日生活？」 「經歷完呢啲事之後有呢啲反應並唔出奇；你講多啲俾我聽，個情況係點㗎？呢段時間呢啲反應有冇唔同？」
4 以創傷解釋所有困擾 不建議： 過於集中談論或協助應對創傷，忽略眼前較明顯的適應困難、身體狀況或哀傷。 例子： 「你而家最重要係處理創傷，其他事遲啲先。」	回應當前需要，協助重建可行的日常節奏 可這樣說／做： 先了解目前最困擾對方的事情，並處理能力範圍內的實際需要。並且在處理創傷之前，宜先確保對方有足夠的保護因素（例如：日常生活的秩序）。 例子： 「而家最困擾你嘅係邊一件事？我哋先睇吓最急切嗰件可以點處理。」 「處理創傷都重要，嗰個部分我哋可以按你嘅步伐慢慢傾；同時都想幫你安頓返日常生活先。」

應避免 (Don'ts)	可嘗試 (Dos)
5 忽略重要日子，或預設對方必然出現反應 不建議： 完全忽略節日、忌日、週年、聽證會結果或限期；或預告服務對象一定會情緒失控。 例子： 「就快到中秋，你到時一定會好孤單。」	在重要日子前後主動關心 可這樣說／做： 可在重要日子前後溫和地問：「呢個日子對你有冇特別嘅意義？有冇啲嘢想我哋留意？」這可讓服務對象說明需要；如困擾加劇、日常功能下降或安全風險上升，應及早連結支援。 例子： 「就嚟又中秋喇喎，你呢排點啊？」 「就嚟過節，呢段時間有冇啲嘢想我哋特別留意？」
02 原則二 不否定 先承認對方的主觀經驗，不急於淡化、比較或糾正。	
6 過早鼓勵對方走出傷痛 不建議： 因事件已過了一段時間便要求對方「看開點／放下／向前看」，或迅速結束與失去有關的對話。 例子： 「都過咗咁耐，係時候放低、向前看。」 「係時候好好放低，斷捨離。」	尊重哀傷與失落的節奏 可這樣說／做： 哀傷與失落的適應沒有統一時間表，反應亦可能起伏。配合對方步伐，理解對方可能遲遲未能放下，又或一時較能重投生活，一時又因回憶、重要日子或生活轉變而難受。 例子： 「發生咗件事之後，呢段時間你覺得點啊？」 「雖然件事過咗一段時間，但係你而家覺得點啊？」
7 比較或淡化失去 不建議： 用「有人更慘」「至少你沒事」「至少走得安詳」等說話，嘗試把情緒拉低或強行轉向正面。 例子： 「至少你人冇事。」 「至少仲有屋企人陪你。」	承認失去的份量 可這樣說／做： 先確認這份失去對服務對象的份量，可以順着對方的理解回應，而不以正面說法淡化這份失去。容許正面與負面感受並存或交替出現。 例子： 「原來呢件事對你嚟講有咁重嘅份量……唔怪之得你會咁難受。」

應避免 (Don'ts)	可嘗試 (Dos)
8 急於糾正、解釋或解難 不建議： 立即質問、爭辯或提供大量建議，未先確認對方此刻需要有人聆聽、需要資料，還是需要實際協助。 例子： 「其實呢件事有好多原因，無得話怪晒邊個，你都係交返俾相關嘅人去定奪啦。」 「其實你呢個情況，聽我講，你一定要咁咁咁做」	先理解需要，再共同處理 可這樣說／做： 先回應對方的情緒和關注，再釐清需要，然後共同商量下一步。肯定情緒不等於認同所有判斷、指控或行為；如涉及安全、醫療、限期或不可延誤的程序，可一邊回應情緒，一邊採取必要行動。 例子： 「雖然我嘅身份唔可以判定對錯，但你喺呢度可以放心講出你嘅說法同感受。」 「你而家最想要嘅係：有人聽你講，定係要資料，定係想我哋幫手跟進？」
9 以壓制或爭辯回應強烈情緒 不建議： 強行叫對方冷靜、講道理、反駁或煽動；單憑強烈憤怒便斷定有暴力風險，或在已有具體威嚇、攻擊或現場不安全時仍獨自處理。 例子： 「你冷靜啲先啦，咁激動解決唔到問題。」	先同理和肯定，再處理細節與安全 可這樣說／做： 同工先放慢自己的語氣與節奏，肯定對方的情緒，減少一次過提供的資訊，並提供簡單選擇。不能單憑強烈情緒判斷有暴力風險；如有具體威嚇、攻擊、自傷、傷人或現場不安全，保持安全距離、召援並按程序升級。任何呼吸或穩定技巧均以邀請、同意及可停止為原則。 例子： 「我聽到因為……你真係好嬲。我想再了解多啲……你最嬲嗰個位係咩？」

應避免 (Don'ts)	可嘗試 (Dos)
03 原則三 不主導 讓服務對象主導分享、步伐與選擇；如需處理實際程序，先說明目的。	
10 主動追問創傷細節 不建議： 在服務對象未必準備好時，主動追問或要求詳細重述火災經過，嘗試以「一定要講出來」處理情緒。 例子： 「你由頭到尾詳細講返一次件事同你嘅感受，講出嚟就會舒服啲。」	先顧安全與承受程度，再跟隨步伐 可這樣說／做： 先了解對方是否已有心理準備分享、是否願意談下去，以及有甚麼需要。若對方主動提起，可按其步伐聆聽，不催促對方多說。若對方情緒明顯受觸發、難以平伏，或表示不想再談，便應停止追問，協助對方先穩定情緒，並轉介至適切支援。 例子： 「處理創傷嘅嘢係重要，不過都要睇吓你而家係咪有力去傾；唔使急，可以按你嘅步伐慢慢嚟。」 「你可以只講你想講嘅部分；如果唔想再講，我哋可以停。」
11 把對方定型為「災民／被拯救者」 不建議： 只從「災民」或「被拯救者」等單一標籤看待服務對象，忽略其其他身份、關係、責任、能力和偏好；在對方有能力和意願處理時仍事事代勞。 例子： 「唔使你煩啦，呢啲嘢我哋幫你做晒佢。」	看見完整的人，尊重其原有角色與能力 可這樣說／做： 在關顧火災帶來的影響時，也尊重對方原有的生活角色。若對方願意，可了解過往哪些做法對對方有幫助，並詢問哪些事情想自己處理、哪些需要協助；在安全可行的情況下，讓對方有機會參與並運用自身的能力。 例子： 「邊啲事情你想自己處理？邊啲想我哋幫手？」

應避免 (Don'ts)	可嘗試 (Dos)
12 武斷地替對方決定 不建議： 替服務對象作決定、催促或評論其選擇。 例子： 「你而家應該即刻揀 A, 呢個一定最好。」	支持自主 可這樣說／做： 先協助對方整理顧慮、價值和優先次序，再以清楚、易明的方式交代相關資訊、選項與限期，並確認對方是否理解主要資訊。如對方能否理解資訊或作出決定存疑，應按程序尋求適當的專業協助，不由前線人員自行判定。 例子： 「目前有 A 同 B 兩個選項，各有唔同嘅內容同限期，我逐個同你講吓。」 「聽完之後，你最關心嘅係咩？」
13 強迫表達情緒，或急於制止眼淚 不建議： 假設或要求服務對象一定要哭或把情緒「釋放出來」；亦不要因為見到眼淚便急著哄停、轉話題或催促回復平靜。 例子： 「喊出嚟就會舒服啲。」 「冇事㗎，諗開啲。」	跟隨對方的情緒表達方式 可這樣說／做： 容許眼淚與沉默，也尊重對方選擇不在人前落淚，或以做事和維持日常生活來面對哀傷。可詢問是否需要紙巾、水或稍作停頓，讓服務對象選擇；重點是不要用動作催促對方收起情緒。 例子： (陪對方靜一陣，唔使急住講嘢)「你而家覺得點？想講可以講，唔想講都完全冇問題。」
04 原則四 不言過其實 只交代已確認的資訊，不給予假希望或作無法保證的承諾，並清楚掌握自身角色與能力界線。	
14 作出不實或無法兌現的保證 不建議： 就服務對象面對的情況作主觀推測，甚至說「一定會沒事」，或承諾自己未必能做到的跟進。 例子： 「放心，一定會批。」 「一定有人跟進。」	清楚交代已知、未知與下一步 可這樣說／做： 把資訊分成「已確認」「仍未知」和「下一步可做甚麼」，交代資訊來源及更新日期；只承諾角色範圍內真正能完成的行動，並按時回覆或清楚交接。 例子： 「已確認嘅係.....；仍未知嘅係.....。我會喺.....前／後再話你知。」

應避免 (Don'ts)	可嘗試 (Dos)
15 獨自硬撐，忽略自身狀態與交接 不建議： 一人處理高負荷個案；即使持續疲倦、睡眠受影響、感到麻木或急躁，甚至判斷力受影響，仍不作交接；或把壓力全歸因於個人不夠堅強。 例子： 「呢個個案我自己仲頂得住，唔需要交接。」	善用督導、團隊支援與休息安排 可這樣說／做： 定期督導和團隊檢視，分擔高負荷個案，安排休息和清楚交接；留意自己的睡眠、情緒、身體反應和判斷力。如反應持續、惡化或影響生活與工作，及早尋求合適支援。 例子： 「呢個情況已開始影響我嘅狀態／判斷，我需要同督導檢視並安排交接。」

二、臨床及實務理據

以下理據著重交代提出相關建議背後的原因。

01 原則一 | 不假設

1 真誠地回應

應避免：說「我明白你的感受」，或迅速轉而講述自己的經歷，蓋過服務對象的分享。

可嘗試：不懂回應時，可稍作停頓，或坦白承認自己未必完全明白，並願意聆聽，讓服務對象決定是否繼續分享。

為甚麼：每個人的失去、關係和處境都不同，助人者未必能完全明白。坦白承認自己的理解有限，比迅速聲稱「我明白」或轉述個人經歷，更能保持真誠，並留下聆聽空間。適當的沉默亦可讓對方整理思緒，決定是否繼續。

背後理據：WHO 心理急救建議專注聆聽，不以自己的意見或別人的故事取代當事人的經驗；喪親支援研究亦顯示，當事人較重視被理解和情緒支持。這些資料屬專業指引及主觀經驗研究，支持回應原則，但不是「保持沉默」或某一句話的成效試驗。[9][19][23]

2 尊重對方如何理解事件

應避免：以「這是考驗／天意／凡事必有原因」替服務對象解釋事件，或否定對方的信仰、儀式和紀念方式。

可嘗試：容許沒有答案。如對方主動談及信仰、紀念或意義，可了解並尊重對方的理解，不強行引導對方找出正面意義。

為甚麼：只有當一種理解符合服務對象本人的信念、關係和生活時，才可能對他有幫助。由旁人把事件定為「天意」或「考驗」，或反過來否定其信仰和儀式，都可能偏離他的需要。當下找不到答案，也可以是一個真實而可接受的狀態。

背後理據：有關意義建構的研究，需要區分「嘗試尋找意義」與「找到對自己有幫助的理解」；前者並非必然有益，持續找不到答案亦可與較高困擾並存。華人喪親研究是初步質性研究，顯示儀式與延續連結可能具有文化和個人意義，但不能推論某種做法普遍有效。因此，前線人員宜尊重服務對象的理解，不把「找出意義」定為必須完成的任務。[3][8][12][13]

3 了解個別差異，留意變化、功能與警號

應避免：因經歷同一事件便假設每個人都應有相同反應；單憑一個症狀便貼上診斷，或因為「災後常見」而忽略情況持續惡化、日常功能受損、安全風險或急性醫療警號。

可嘗試：每個人的反應強度、表達方式和適應節奏都可以不同。應按對方當下的經驗、偏好、慣常應對方式、日常功能及安全需要調整支援；在指出部分反應並不少見之餘，也要留意個別情況是否持續、惡化、突然改變或明顯影響日常生活。

為甚麼：即使經歷同一事件，每個人的情緒強度、表達方式、需要和適應節奏亦可不同；表現平靜不等於沒有受到影響，反應強烈也不等於患病。支援方式宜配合個人經驗、偏好、慣常應對方式和當下的

生活功能。適度指出部分反應並不少見，或可減少對方認為自己「不正常」的憂慮；但把所有反應都視為正常，也可能令人忽略持續惡化、安全需要或身體問題。

背後理據：大型綜述及災後研究顯示，潛在創傷後可見多種適應軌跡，個體差異明顯；因此，不應單憑事件本身或一項早期反應推斷長期結果。[2][28] DSM-5-TR 的創傷後壓力症診斷亦要求綜合症狀組合、持續時間、臨床困擾或功能影響，並排除其他原因，並不支持憑單一症狀貼上診斷。[1] IASC 的分層支援框架及 NICE PTSD 指引支持按症狀、日常功能和需要持續觀察。若出現急性的意識、注意力或認知改變，應考慮醫療評估，而不應一律理解為「正常壓力反應」。這些來源支持個別化回應及持續觀察，但不能據此斷定哪一種反應或應對方式最健康。[7][11][21]

4 回應當前需要，協助重建可行的日常節奏

應避免：過於集中談論或協助應對創傷，忽略眼前較明顯的適應困難、身體狀況或哀傷。

可嘗試：先了解目前最困擾對方的事情，並處理能力範圍內的實際需要。在處理創傷之前，宜先確保對方有足夠的保護因素（例如：日常生活的秩序）。若對方願意，可共同選定一兩項可行的日常安排，例如起居、飲食、覆診／服藥、返學／返工或聯絡親友；由小處逐步增加生活的可預測性，但不以日常安排取代情緒支援。

為甚麼：災後困擾不只涉及創傷反應，也可能與喪親、搬遷、行政程序、身體狀況和生活失序有關。由服務對象選擇一兩項切實可行的日常安排，可為生活增加一些可預測性，並支持基本功能；但居住、照顧責任或資源限制，可能令原有作息暫時難以恢復，因此不宜把「回復正常」變成要求。提供日常支援，也不應以對方願意談情緒或創傷為條件。

背後理據：IASC 和 WHO 心理急救把基本需要、實務協助和社會支援納入早期回應；SAMHSA 的臨床快速指南亦建議透過睡眠、飲食、工作、家務和興趣等日常活動，建立穩定與規律。不過，這些都是實務指引；心理急救整體的成效研究仍有限，而且偏倚風險普遍偏高。上述資料並未直接證明，單靠建立日常安排便能改善災後心理狀況或促進關係建立。因此，日常安排宜由服務對象選擇，按現實條件逐步調整，並與所需的情緒支援並行。[7][19][24][27]

5 在重要日子前後主動關心

應避免：完全忽略節日、忌日、週年、聽證會結果或限期；或預告服務對象一定會情緒失控。

可嘗試：可在重要日子前後溫和地問：「呢個日子對你有冇特別嘅意義？有冇啲嘢想我哋留意？」這可讓服務對象說明需要；如困擾加劇、日常功能下降或安全風險上升，應及早連結支援。

為甚麼：節日、忌日、週年，以及程序上的重要日子，對部分人可能有特別意義，但每個人的反應不同。主動詢問可讓服務對象說明需要，同時避免以「週年反應」預設他的情況必然轉差。

背後理據：美國國家創傷後壓力症中心指出，週年及相關提示可能增加部分人的困擾；同時亦指出，目前針對此現象的直接實證研究仍然有限。華人喪親研究和哀傷文獻則說明紀念日、儀式與延續連結可能具有文化和個人意義。這些資料支持『可以主動問，但不要預測』，而不是預先警告每位服務對象都會情緒失控。[3][17][18]

02 原則二 | 不否定

6 尊重哀傷與失落的節奏

應避免：因事件已過了一段時間便要求對方「看開點／放下／向前看」，或迅速結束與失去有關的對話。

可嘗試：哀傷與失落的適應沒有統一時間表，反應亦可能起伏。配合對方步伐，理解對方可能遲遲未能放下，又或一時較能重投生活，一時又因回憶、重要日子或生活轉變而難受。

為甚麼：哀傷通常不會隨時間直線減退。重投生活與再次感到難受可以交替出現，也不代表先前的適應「白費了」。以時間催促對方放下，容易把焦點轉成他是否「應該」仍然難過，而不是理解他此刻面對的失去和生活轉變。

背後理據：雙歷程模型描述喪親者會在面對失落與重整生活之間來回。Fiore 的系統性回顧納入 22 項量性或混合方法研究，結果大致與模型一致，但研究方法和量度不一，尤其「來回調節」仍需進一步檢驗；因此，不能由此推論存在固定或最佳節奏。喪親支援研究亦顯示，當事人常把淡化或催促視為較無幫助。這些資料支持不以固定時間表要求對方，但不能證明某一句話必然令症狀惡化，也不代表所有人都需要長時間談論失去。[9][15][23][25]

7 承認失去的份量

應避免：用「有人更慘」「至少你沒事」「至少走得安詳」等說話，嘗試把情緒拉低或強行轉向正面。

可嘗試：先確認這份失去對服務對象的份量，可以順着對方的理解回應，而不以正面說法淡化這份失去。容許正面與負面感受並存或交替出現。

為甚麼：拿別人的遭遇比較，或以「至少」句式安慰，可能把焦點由服務對象的失去，轉到他是否應該難過。先承認失去的份量，不代表否定希望，而是避免由旁人決定何時及如何轉向正面。希望、感激、憤怒和哀傷亦可以同時存在。

背後理據：喪親支援研究指出，「比較」、「淡化感受」及「過早給予建議」常被服務對象視為無甚幫助的回應；同時，WHO 心理急救及創傷知情框架亦強調應保持不評斷的態度，並尊重服務對象的自主選擇與意願。這些來源支持避免以正面說法淡化對方的主觀經驗。[9][16][19][23]

8 先理解需要，再共同處理

應避免：立即質問、爭辯或提供大量建議，未先確認對方此刻需要有人聆聽、需要資料，還是需要實際協助。

可嘗試：先回應對方的情緒和關注，再釐清需要，然後共同商量下一步。肯定情緒不等於認同所有判斷、指控或行為；如涉及安全、醫療、限期或不可延誤的程序，可一邊回應情緒，一邊採取必要行動。

為甚麼：在高度壓力下，服務對象未必能即時吸收大量資料或建議。先了解他此刻需要有人聆聽、需要資料，還是需要實際協助，可避免回應與需要不相符，亦讓他繼續參與商討。肯定情緒是承認對方的主觀經驗，並不等於認同所有事實判斷、指控或行為。

背後理據：WHO 心理急救的「觀察、聆聽、連結」流程，以及 SAMHSA 和 Hobfoll 等所提出的安全、協作、效能與選擇原則，都支持先了解需要，再提供相應協助。這些實證知情框架和專業共識，並不能證明「先肯定、後解難」這個固定次序在所有情境都較有效；如有安全、醫療或時限需要，仍應同步行動。[6][16][19]

9 先同理和肯定，再處理細節與安全

應避免：強行叫對方冷靜、講道理、反駁或煽動；單憑強烈憤怒便斷定有暴力風險，或在已有具體威嚇、攻擊或現場不安全時仍獨自處理。

可嘗試：同工先放慢自己的語氣與節奏，肯定對方的情緒，減少一次過提供的資訊，並提供簡單選擇。不能單憑強烈情緒判斷有暴力風險；如有具體威嚇、攻擊、自傷、傷人或現場不安全，保持安全距離、召援並按程序升級。任何呼吸或穩定技巧均以邀請、同意及可停止為原則。

為甚麼：對方情緒強烈時，一次過提供大量資訊或立即爭辯，可能進一步增加其負荷。憤怒或激動值得留意，但不應單憑其強度判斷有沒有暴力風險；應一併考慮具體威嚇、實際行動、可取得的手段、過往情況及現場環境。

背後理據：WHO 心理急救和 Hobfoll 等的災後支援原則支持協助高度激動者回穩並維持安全。NICE 的暴力與攻擊行為指引支持運用言語及非言語方式降溫，並按行為與情境評估風險。這些屬實務建議，而非可由前線人員獨立使用的暴力預測工具；如出現具體威嚇、攻擊或現場不安全，仍須按機構程序召援及升級處理。[6][19][26]

03 原則三 | 不主導

10 先顧安全與承受程度，再跟隨步伐

應避免：在服務對象未必準備好時，主動追問或要求詳細重述火災經過，嘗試以「一定要講出來」處理情緒。

可嘗試：先了解對方是否已有心理準備分享、是否願意談下去，以及有甚麼需要。若對方主動提起，可按其步伐聆聽，不催促對方多說。若對方情緒明顯受觸發、難以平伏，或表示不想再談，便應停止追問，協助對方先穩定情緒，並轉介至適切支援。

為甚麼：服務對象尚未準備好或當下難以承受時，詳細追問可能增加情緒負擔，亦可能令他再次感到失去控制。前線人員的角色並不是引導對方處理創傷記憶。並非所有談及事件的人都需要情緒平復；若對方願意分享，而且仍能留意眼前的環境，同工可如常聆聽。只有當他明顯過度激動、難以留意當下環境或無法繼續時，才應先協助他穩定下來。

背後理據：WHO 心理急救直接建議不要施壓當事人講述感受或經歷；SAMHSA 的創傷知情框架則重視安全、選擇及避免再次造成創傷。Cochrane 回顧發現，例行、單次及結構化的心理匯報未能預防創傷後壓力症，個別試驗更提示一年後風險上升；惟其研究對象是結構化匯報程序，不能直接證明日常支援中的一般提問會造成傷害。較恰當的啟示是：不要把支援接觸變成強制而詳細的重述。因此，本項建議主要建基於心理急救和創傷知情原則；心理匯報研究則用來說明前線工作的界線，而非作為直接的因果證據。[14][16][19]

11 看見完整的人，尊重其原有角色與能力

應避免：只從「災民」或「被拯救者」等單一標籤看待服務對象，忽略其其他身份、關係、責任、能力和偏好；在對方有能力和意願處理時仍事事代勞。

可嘗試：在關顧火災帶來的影響時，也尊重對方原有的生活角色。若對方願意，可了解過往哪些做法對對方有幫助，並詢問哪些事情想自己處理、哪些需要協助；在安全可行的情況下，讓對方有機會參與並運用本身的能力。

為甚麼：「災民」等稱呼在行政程序或資源分配上有時有實際用途；問題在於讓標籤成為看待對方的唯一角度。服務對象同時可能是家人、照顧者、學生、工作者、鄰居和社區成員，也保留本身的經驗、能力和偏好。看見這些面向有助維持尊嚴和參與；這並不代表要求對方自力更生、表現堅強，或減少他應得的實際支援。

背後理據：WHO 心理急救明確要求以尊重尊嚴、文化和能力的方式提供支援；SAMHSA 的創傷知情框架重視賦權、表達意見、選擇與協作；Hobfoll 等亦把促進個人和集體效能列為災後支援原則。這些來源支持全人、優勢為本及共同參與的取向，但上述資料未能直接證明使用某一身份稱呼本身會造成習得性無助，亦不能保證詢問過往的應對經驗可改善結果。重點是避免只從單一身份看待對方，也避免在沒有需要時事事代勞，同時繼續提供所需支援。[6][16][19]

12 支持自主

應避免：替服務對象作決定、催促或評論其選擇。

可嘗試：先協助對方整理顧慮、價值和優先次序，再以清楚、易明的方式交代相關資訊、選項與限期，並確認對方是否理解主要資訊。如對方能否理解資訊或作出決定存疑，應按程序尋求適當的專業協助，不由前線人員自行判定。

為甚麼：替服務對象作決定，可能進一步削弱其掌控感；但支持自主並不等於不提供資料，或任由重要限期過去。較合適的做法，是協助他整理顧慮和選項，確保重要資訊清楚，再由他在可行範圍內作決定。

背後理據：心理急救、Hobfoll 等的災後支援原則及創傷知情照顧均重視選擇、效能和恢復掌控感。NICE 自傷指引亦提示，如對決策能力、同意或專業責任有疑問，應尋求資深或專業支援。這些來源支持協作和升級處理的臨床原則，但並非香港有關決策能力的法律標準；實務上仍須遵從所屬機構程序及香港適用的規定。[6][16][19][22]

13 跟隨對方的情緒表達方式

應避免：假設或要求服務對象一定要哭或把情緒「釋放出來」；亦不要因為見到眼淚便急著哄停、轉話題或催促回復平靜。

可嘗試：容許眼淚與沉默，也尊重對方選擇不在人前落淚，或以做事和維持日常生活來面對哀傷。可詢問是否需要紙巾、水或稍作停頓，讓服務對象選擇；重點是不要用動作催促對方收起情緒。

為甚麼：表達情緒沒有唯一正確的方式。沒有哭不等於沒有哀傷，哭了亦不代表需要立即制止。重點是讓服務對象選擇如何表達，而不是按其外在表達的多少，判斷他是否應付得好。

背後理據：哀傷風格的臨床理論及華人喪親質性研究均呈現情緒表達的個別和文化差異；WHO 心理急救亦明確不鼓勵施壓當事人訴說。這些來源能支持不強迫表達的原則，但不足以把哭泣方式用作臨床結果指標，也不能證明某種表達方式普遍較健康。[3][10][19]

04 原則四 | 不言過其實

14 清楚交代已知、未知與下一步

應避免：就服務對象面對的情況作主觀推測，甚至說「一定會沒事」，或承諾自己未必能做到的跟進。

可嘗試：把資訊分成「已確認」「仍未知」和「下一步可做甚麼」，交代資訊來源及更新日期；只承諾角色範圍內真正能完成的行動，並按時回覆或清楚交接。

為甚麼：不實在的保證不能消除客觀上的不確定，承諾落空亦可能削弱信任。誠實交代已知和未知，同時提供可行的下一步，比保證結果更符合前線工作的角色和界線。

背後理據：WHO 心理急救直接建議不要虛構資訊、作虛假承諾或誤導當事人；SAMHSA 的創傷知情框架亦強調可信和透明。這屬高度切合本項做法的專業指引依據，但仍不是比較不同資訊表達方式的成效試驗。[16][19]

15 善用督導、團隊支援與休息安排

應避免：一人處理高負荷個案；即使持續疲倦、睡眠受影響、感到麻木或急躁，甚至判斷力受影響，仍不作交接；或把壓力全歸因於個人不夠堅強。

可嘗試：定期督導和團隊檢視，分擔高負荷個案，安排休息和清楚交接；留意自己的睡眠、情緒、身體反應和判斷力。如反應持續、惡化或影響生活與工作，及早尋求合適支援。

為甚麼：長期接觸災難及喪親相關內容，加上工作量高和責任壓力，可能令人疲累、睡眠受影響、感到麻木或變得急躁，並影響判斷和提供支援的質素。這些表現可能有多種原因，不應單憑一項反應便判定為替代性創傷，也不應只歸因於個人不夠堅強。

背後理據：WHO 心理急救和 IASC 均把助人者福祉納入災後支援，支持督導、休息、分擔工作和團隊支援。NICE 自傷指引亦把非專科場景的訓練和督導視為組織責任。這些主要是安全與服務質素方面的專業指引，而不是證明某一休息安排必然預防替代性創傷；實務重點是及早監察、調整負荷和清楚交接。[7][19][22]

三、參考來源

- [1] American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- [2] Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- [3] Chan, C. L. W., Chow, A. Y. M., Ho, S. M. Y., Tsui, Y. K. Y., Tin, A. F., Koo, B. W. K., & Koo, E. W. K. (2005). The experience of Chinese bereaved persons: A preliminary study of meaning making and continuing bonds. *Death Studies*, 29(10), 923–947. <https://doi.org/10.1080/07481180500299287>
- [4] Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361–3363. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001299>
- [5] DeCou, C. R., & Schumann, M. E. (2018). On the iatrogenic risk of assessing suicidality: A meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 531–543. <https://doi.org/10.1111/sltb.12368>
- [6] Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283–315. <https://doi.org/10.1521/psyc.2007.70.4.283>
- [7] Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-task-force-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings-2007>
- [8] Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (Eds.). (1996). *Continuing bonds: New understandings of grief*. Taylor & Francis.
- [9] Lehman, D. R., Ellard, J. H., & Wortman, C. B. (1986). Social support for the bereaved: Recipients' and providers' perspectives on what is helpful. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 438–446. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.438>
- [10] Martin, T. L., & Doka, K. J. (2000). *Men don't cry ... women do: Transcending gender stereotypes of grief*. Brunner/Mazel.
- [11] National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NG116). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- [12] Neimeyer, R. A. (Ed.). (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. American Psychological Association.
- [13] Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 136(2), 257–301. <https://doi.org/10.1037/a0018301>

- [14] Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002(2), Article CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
- [15] Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224. <https://doi.org/10.1080/074811899201046>
- [16] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publication No. SMA 14-4884). <https://library.samhsa.gov/product/samhsas-concept-trauma-and-guidance-trauma-informed-approach/sma14-4884>
- [17] U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (n.d.). *Anniversary reactions and other recurring trauma reminders*. Retrieved July 29, 2026, from https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/anniversary_reactions.asp
- [18] Worden, J. W. (2018). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (5th ed.). Springer Publishing Company.
- [19] World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205>
- [20] Garvey, K. A., Penn, J. V., Campbell, A. L., Esposito-Smythers, C., & Spirito, A. (2009). Contracting for safety with patients: Clinical practice and forensic implications. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(3), 363–370. <http://jaapl.org/content/37/3/363>
- [21] National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Delirium: Prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care* (CG103; original guideline published 2010, last updated January 2023). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- [22] National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- [23] Cacciatore, J., Thielemann, K., Fretts, R., & Jackson, L. B. (2021). What is good grief support? Exploring the actors and actions in social support after traumatic grief. *PLOS ONE*, 16(5), Article e0252324. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252324>
- [24] Hermosilla, S., Forthal, S., Sadowska, K., Magill, E. B., Watson, P., & Pike, K. M. (2023). We need to build the evidence: A systematic review of psychological first aid on mental health and well-being. *Journal of Traumatic Stress*, 36(1), 5–16. <https://doi.org/10.1002/jts.22888>
- [25] Fiore, J. (2021). A systematic review of the dual process model of coping with bereavement (1999–2016). *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 84(2), 414–458. <https://doi.org/10.1177/0030222819893139>
- [26] National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings* (NG10). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>

- [27] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015). *Trauma-informed care in behavioral health services: Quick guide for clinicians based on TIP 57* (HHS Publication No. SMA 15-4912).
<https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma15-4912.pdf>
- [28] Galatzer-Levy, I. R., Huang, S. H., & Bonanno, G. A. (2018). Trajectories of resilience and dysfunction following potential trauma: A review and statistical evaluation. *Clinical Psychology Review*, 63, 41–55. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.008>

本指南由香港心聆 (Mind HK) 團隊整理，供同工按個別處境、服務角色及所屬機構程序靈活參考，並非心理評估、診斷或治療指引。