

踏出舒適圈：化為主動的在宅諮商

Step Out of the Comfort Zone: the Home-Based Counseling that Transform Passiveness into Initiative

鄧文章¹、劉佳雯²

Wen-Chang Teng¹、Chia-Wen Liu²

壹、前言

隨著人口老化、福利制度的進展，醫療與長期照顧均是未來心理諮商工作的重要範疇。由於疾病日益複雜，結合多種專業合作，並依據當事人臨床徵狀而調整不同專業的介入時機與型態，乃是當前趨勢（Hutchison, Steginga, & Dunn, 2006）。同時，疾病治療若僅止於醫療、護理的專業介入，特別當事人疾病涉及心理或關係議題時，較難發揮專業效益（Ammerman, Altaye, Putnam, Teeters, Zou, & Van Ginkel, 2015）。因此，在整個健康照護的網絡中，心理諮商專業有其存在價值，且整合心理諮商後，確能有效提升整體照護品質（Wetherell, Bower, Johnson, Chang, Ward, & Petkus, 2018）。這些新興的心理諮商場域，心理師的角色逐漸從被動等待轉為主動接觸，諮商型態也不再僅於獨立且封閉的諮商室或診療間，而可能隨醫療團隊或當事人需求在病榻或病人家中進行心理諮商。

從社會大眾的角度而言，心理諮商雖然具有療效，卻只有少數民眾能有機會接觸並接受心理諮商與治療（Goodman, Prager, Goldstein, & Freeman, 2015）。許多族群，如受到疾病影響的重症或慢性疾病患者、受限於經濟困境而無法離開工作的弱勢族群、罹患精神疾病而難以就醫的病人，或是承攬既有責任限制而難以離家的照顧者等；或某些遭受特殊心理議題所苦，難以踏入諮商機構的族群，如：PTSD、喪慟遺族、癌症倖存者等；或涉及兒童與青少年保護議題，如家庭暴力、強制親職介入等；或涉及心理衛生防治，如疾病汙名化的愛滋病、肺結核等病人等等，往往無法接受，或維持穩定的心理諮商，而陷入心理危機的高風險（Cortes, 2016; Friedman, 2012; Glebova, Foster, Cunningham, Brennan, & Whitmore, 2012; Rosen et al., 2019）。以老人族群為例，Borson等人（2019）的研究顯示，具中等程度憂鬱困擾的老人族群，僅有15%能接受心理治療；在Davison等人（2017）的研究裡，比例更低於1%。Maxfield與

¹臺北護理健康大學生死與健康心理諮商系 助理教授

²臺北榮民總醫院桃園分院 諮商心理師

通訊作者：鄧文章，（112）臺北市北投區明德路365號 臺北護理健康大學 生死與健康心理諮商系，E-mail：wenchang@ntunhs.edu.tw



Segal (2008) 的研究發現「可接觸性 (accessibility) 偏低」是阻礙老人族群接受心理治療主要因素，諸如：因疾病與老化而導致交通困擾、難以配合固定的心理治療形式與架構、對心理健康的資訊不足、心理治療的污名化、經濟因素等。Maxfield與Segal (2008) 認為許多因故無法離開家庭，或進入治療場所的當事人，可能隱含即將或已存在的心理困擾或疾病，心理專業工作者若能主動進入當事人所在處所，將可提供必要的心理介入。為此，許多國家便將在宅諮商等非典型的心理諮商型態納入心理健康網絡，以提升上述族群接受心理諮商的機會 (Cortes, 2016; Davison et al., 2017; Engle et al., 2007; Woodford, 1999)。

綜合上述，就社會發展而言，心理師將越來越需要與多元專業合作，並踏出傳統諮商室，進入當事人生活世界；就當事人需求來說，藉由心理師拓展觸角的主動性，將可降低弱勢族群接觸心理諮商的門檻，從而提升民眾心理健康。因此，踏入當事人世界的在宅諮商是心理師面對未來變化需了解的非典型諮商型態。但國內未曾對此類諮商型態進行探討，故本文嘗試彙整國外研究文獻，初探在宅諮商。

貳、文獻回顧

一、在宅諮商的界定與療效

在宅諮商 (in-home/home-based counseling/psychotherapy) 指的是心理專業者離開一般心理諮商場域，移動至當事人所處環境，並於該處所進行心理治療的治療型態 (Slone & Owen, 2015; Thomas, McCollum, & Snyder, 1999)。這種治療型態可能於當事人的家中進行，

或因當事人罹病、年邁而於病房進行，也可能依當事人身心狀況而於當事人住家附近的戶外進行 (Cortes, 2016)。它可以由心理師單獨與當事人於當事人的家庭、病房進行，也可於心理師隨同醫療團隊進行居家訪視時，提供心理諮商介入。而心理諮商的服務對象，則由於治療場域為當事人所在處所，不只當事人，其家庭也常是治療評估與處遇的焦點 (Glebova et al., 2012)。在美國，心理師、精神科醫師也會隨時評估當事人狀態是否需要轉換為在宅諮商，以提供當事人最佳的治療處遇，或降低當事人接受心理治療的阻礙 (Cortes, 2016)。在澳洲，自多年前即開始推動「友善接觸」的心理衛生服務專案 (Better Access to Mental Health Scheme)，透過醫療福利政策催化心理師協同基層醫療團隊，進入當事人所在的社區機構或住家提供心理治療協助，以提升心理健康 (Davison et al., 2017)。

在治療成效方面，Ownsworth、Chambers、Damborg、Casey、Walker與Shum (2015) 針對腦瘤病人，到案家進行10次的治療介入，介入結果能顯著地提升存在與功能性的安適感，提升生命品質，並降低憂鬱、焦慮症狀，且六個月追蹤的成效仍顯著高於介入前。透過在宅諮商的介入，78.3%的參與者，其憂鬱症狀顯著獲得緩解，更有高達90.5%的參與者於追蹤期間復原 (Ammerman et al., 2015)。對兒童與青少年自我傷害的處遇，在宅諮商也與其他型態的心理治療介入，具有相同的成效 (Hawton et al., 2016)。Cody與Drysdale (2013) 透過後設研究，分析17個隨機控制設計研究，結果顯示在宅諮商對於憂鬱症狀的療效，具有中等效果量 ($g = .57$)。Borson等人 (2019) 針對罹患憂鬱與焦慮症的老人族群，以33個月的研究期程，運用



跨領域團隊發展在宅諮商型態，提供採取8到20次的認知行為治療、人際心理治療等介入，結果顯示於介入後一年的療效，顯著高於介入前的症狀指標。

二、在宅諮商的獨特性

（一）當事人在安全的基礎，被完整涵容，而啟動改變

從當事人的角度而言，在自己的住家如同處於自己的安全堡壘。在Waisbrod、Buchbinder與Possick（2012）的個案研究中，透過4個在宅諮商的治療歷程分析，結果發現在宅諮商讓當事人更具安全感，能降低內在焦慮及自我防衛，更開放地接受專業者踏入他／她的生活世界，而催化治療同盟的關係締結，並從心理師進入住家開始，當事人便因為這種移動角色與移動方向的變動，彷彿「打開門迎接心理師」的外顯行為，成了建立信任關係的隱喻，也連帶地啟動改變。除了安全感之外，Thomas等人（1999）透過質性訪談6位在宅諮商的培訓者與27位當事人，探索其在家諮商經驗，研究結果發現當事人將心理專業者願意從晤談室移動到自己家中進行會談的行為，詮釋為專業者將自己視為獨特的對象，並感受較高程度的自我價值感與賦能感，因而較能重視並提出自己的內在需求，同時出現較多的改變動機，及較緊密的治療同盟關係。

對於特殊狀況的當事人，在宅諮商也有其獨特的助益。在面對因為離婚而正爭取監護權的父母、可能出現家庭暴力或虐待的高風險家庭，在宅諮商能讓心理師在提供心理諮商與治療的同時，發揮保護、預警當事人與家庭成員安全的功能（Friedman, 2012; Thomas et al., 1999）。對於受限於居住空間的族群來

說，如癌症病人、老人等，在宅諮商相較於遠距或網路諮商，可以提供更真實的人際經驗，使得長時間人際連結匱乏的當事人不只獲益於心理諮商，與心理專業者之間的互動關係，也提升其心理安適感（Ownsworth et al., 2015）。

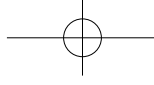
（二）心理師「進入當事人世界」的看見、理解與連結

對於心理師而言，踏入當事人的生活環境，讓心理師有機會能親身觀察當事人居住的環境、擺設及私人物品等。同時，當事人因為身處在自己所熟悉的生活環境時，或因為居家而能自然地與家人互動時，都可以呈現出異於治療室內的言行舉止，而使心理師看見當事人更豐富的面向（Myers, 2019）；或是，當事人在面對專業人員或具權威角色時，較難呈現出來的另一面，也可能出現於自然、熟悉的情境中（Waisbrod et al., 2012）。透過實地觀察與親身經驗，心理師能更清楚了解當事人如何生存於斯，並且隨著這些背景脈絡的深刻理解，帶來不同層面的同理與治療介入的創造性，以及療癒的可能（Friedman, 2012）。

此外，如同當事人對心理師親臨住家的感受，當心理師從治療機構前往當事人住家的行為本身，也強化心理師對於諮商關係的專業承諾。並且，在當事人家中，心理師被接待而進入當事人的生活環境的人際互動歷程，更催化專業者與當事人的心理連結，提升其對當事人的關懷與謙卑（Quinones, 2013; Thomas et al., 1999）。

（三）主體移轉而共享權能，轉動專業位階為合作關係

在宅諮商的獨特關係締結，很多時候是一般諮商環境所難以企及。它轉換了一般諮商型態的主客角色，讓原本熟



悉諮商情境與結構的心理師，於在宅諮商裡，反轉成了進入陌生環境、不明脈絡而無所適從的「客人」。相對的，當事人反倒成為主導一切的「主人」，包括晤談空間與時間的安排、周遭環境的運用等。這種主體位置移轉的情況，使得許多治療結構與界限議題不再能依循一般形式因應，Myers（2019）與Ramirez（2018）認為心理專業者需要同時將心理治療的專業考量帶入在宅諮商的情境中，而與當事人在晤談初期共同協商，討論日後的因應策略。例如：在晤談中，很可能出現突發狀況，像是親友的拜訪、電話的接聽、家人的進出與對話、寵物干擾，或包裹領取等，而需要在依循當事人及家庭文化的基礎上，取得當事人理解及認可，共同擬定後續因應策略。因此，Waisbrod等人（2012）認為在宅諮商的心理師在與當事人協調治療界限與結構等議題的歷程中，便形成與當事人共享治療專業的權力，並因位處當事人熟悉及掌控的環境下，此種「共享」將更可以賦能當事人，也能協助心理師鬆動過於專業中心的位置，而為工作同盟帶來位階更靠近的合作連結。在這種連結裡，在宅諮商將催化治療團隊與當事人締結同盟關係，維持當事人於醫療或心理諮商的穩定度，也能提升其他專業者與當事人及案家的合作關係（Ammerman, Mallow, Rizzo, Putnam, & Van Ginkel, 2017）。

三、在宅諮商的挑戰與因應

由於在宅諮商的型態是心理師踏進當事人所熟悉的環境，使得在宅諮商與一般諮商型態有幾個不同之處，包括行政層面、治療結構，及心理專業者等面向（Bowen & Caron, 2016; Myers,

2019）。行政層面，如機構主管或文化對此型態的支持程度、難以維持一般諮商型態所能負荷的個案量、移動治療環境所需的時間成本等；治療結構方面，如諮商結構將面臨時間與頻率變動不定的挑戰、治療關係與界限之間的灰色地帶、缺乏合適的督導資源或同儕支持等；心理師因素的部分，則如諮商場所將不再是心理師所熟悉且掌控的固定處所、往返不同環境所需具備的體能條件、處於多變且不易預測情境的情緒負荷等。Maxfield與Segal（2008）針對在宅諮商的實務情境，透過個案研究將在宅諮商的挑戰區分為：生活的日常及生活的連結等兩個層面。生活的日常包含日常生活裡的關係連結，如電話或訪客等的出現而干擾當下的治療，及日常人際的社交互動，如茶水點心的待客之道或生活庶務的請託等，而影響治療關係的定位與互動。

除了心理諮商的執行層面外，在療效研究方面，也顯示在宅諮商的成效會受到心理師個人因素的影響，包括心理師於此種諮商型態的主觀勝任感、在當事人家庭環境或其他家人面前進行諮商治療的不適應感、缺乏合宜督導與同儕，以及面對倫理議題的困擾等因素（Thomas et al., 1999; Yorgason, McWey, & Felts, 2005）。因此，從上述而言，在宅諮商的挑戰面向，多與心理師專業素養有關。以下，將探索這些挑戰，並嘗試彙整因應之道。

（一）拓展學習非典型的諮商型態，以協助跨越舒適圈

無論是養成教育或進修教育，心理師普遍較少接觸床邊或居家等非典型的諮商知能訓練，使得心理師對於不同型態的諮商情境感到陌生，並自覺難以勝任。由於此方面專業知能較為不足，也



影響其心理自在與安適感，從而干擾治療同盟及諮商成效（Glebova et al., 2012; Thomas et al., 1999）。如Bowen與Caron（2016）於12位諮商師的在宅諮商經驗探索中，對於自己的諮商形式與效能，在缺乏專業知能及同儕或督導支持與諮詢的情況下，多數諮商師都感到自我質疑。相對而言，Ramirez（2018）針對76位提供在宅諮商的心理師，探索其心理穩定程度與治療職能、治療關係、進修教育等層面的相關研究，結果顯示接受在宅諮商進修教育的心理師，面對這類非典型治療情境的心理穩定程度越高，其專業職能的勝任感越高，也越能自在與當事人及家庭維持專業關係。

因此，提供在宅諮商相關訓練，如於養成教育的課程中，不僅只是設定一般諮商情境的演練，亦可納入非典型諮商情境的演練與督導；或如Bowen與Caron（2016）所建議，發展兼具實證基礎與實務操作模組的進修訓練，將可協助心理師能較具自信地依據當事人及家庭文化而調整其介入策略。

（二）共同協議，以因應倫理界限的挑戰

當心理師真實地進入當事人的生活世界後，發生於當事人與心理師之間的社交互動型態，如家人、親友或鄰居在場時，如何因應當事人家庭的待客文化與價值觀，並兼顧當事人隱私權；或隨諮商進展而可能遇見違反倫理、法律或社會規範的事件，如未成年飲酒、偷竊等，也是心理師從事在宅諮商所需面對的倫理界限挑戰（Cortes, 2016; Friedman, 2012; Thomas et al., 1999）。

對此，Maxfield與Segal（2008）認為心理師可以且需要於晤談前或初期，便與當事人釐清治療的目的，以及「心理師」與「訪客」二者角色之間的差

異，也可以向當事人提出維持每次晤談時間結構及空間的需求，或邀請當事人於晤談當下，暫停關係與社交的即時連結，藉以於在宅諮商中，維持一定程度的諮商結構，亦能藉此協助當事人發展維持結構的能力。同時，心理師也需於晤談初期便與當事人討論各種影響彼此晤談及療效的可能性，包含上述的各種可能情境，於此釐清與協調彼此均能認同的處理原則。這種討論不僅能為彼此確認因應原則，更能維持治療歷程的完整性與連貫性，甚至成為心理師與當事人可以進一步深入合作或處理的議題。

（三）透過專業連結，平衡權力與安全的風險

由於需要運用在宅諮商的族群，往往較一般尋求心理諮商的民眾更為弱勢，包含罹患生理疾病或處於低社經地位等。因此，心理師與當事人、案家之間的權力不對等狀態，將更為鮮明（Friedman, 2012）。相對的，由於在宅諮商的場域乃是當事人所熟悉的空間，而擁有高於心理師的掌控權力，使得心理師處於無法預測的環境，承受額外的人身安全風險（Myers, 2019）。

在這種相互不對等的狀態，一方面，權力不對等的擴大，將可能增加當事人、案家受到諮商倫理傷害的風險；相對的另一方面，心理師的安全風險提升，也可能使得踏入案家的心理師承受無形的安全焦慮，進而影響其專業評估與選擇。在這種擁有更大的權力，又處於不安焦慮的風險時，進行在宅諮商的心理師需要更加自我覺察，以降低權力誤用的倫理風險。因此，Maxfield與Segal（2008）認為在宅諮商的心理師更需維持穩定督導，以便有意識地釐清自身行動的選擇或介入意圖，並藉此隨時自我警醒：保持彈性地隨時視當事人與家庭



狀況而調整，不拘泥於規則。Bowen與Caron（2016）也認為，透過維持與督導或專業同儕的連結，於進入案家的同時，保持心理師與諮商專業領域之間的流動性，能降低在宅諮商心理師因工作獨特性所帶來的孤寂感，與隨之可能的倫理風險及專業耗竭。

四、實踐社會正義的在宅諮商

於心理動力、認知行為、存在人本及多元文化等四個主要的心理諮商典範之外，Ratts（2009）將社會正義諮商（social justice counseling）視為是第五波趨勢（fifth force），其認為隨著外在世界的高度變動性，使得當事人心理議題無法脫離社會結構與環境，也連動影響心理專業者於助人關係裡的角色與認同，難以僅止於停留在微觀層次的介入；再加上諮商專業的蓬勃發展，創造許多不同層次的理論、策略與技術，從而使得社會正義諮商逐漸為諮商專業所重視，而形成另一種嶄新典範。

借用Goodman所界定的「社會正義」概念，社會正義諮商並非是齊頭式地提供所有人一個心理諮商選項，而是讓人們能夠擁有均等的機會，獲得其所需的心理諮商資源（引自趙淑珠，2018）。其中，協助不同階層的人們可以「擁有均等機會」的責任，對比於弱勢族群，乃是專業者的倫理責任。以葉寶玲（2016）提及的社會正義諮商訓練來看，為心理專業者所提供的多元刺激課程，無論是融入式課程或無牆壁教室的概念，都可以發現進入現場（encounter）的重要性。進入現場的親臨感受，正如翁士恆（2014）所述，因為參與而產生面對面遭逢（face-to-face encounter）的深度凝視，使得心理治療

專業在這種倫理承擔的基礎上，因見證受苦他者而重新思考專業定位，與彈性創造出專業知能的空間。因此，以諮商與心理治療倫理準則來看，倫理議題挑戰應非是在宅諮商無法或無需關注的緣由；或該是，正因公平、正義的倫理原則，使在宅諮商更需要被探究及盡可能地發展。

參、結語與建議

由於治療歷程的隱私、病人心理議題夾雜生理疾病因素，以及多數是由醫師轉介而非病人自主求助等因素，使得包含居家與床邊形式的在宅諮商長期受到心理治療專業的質疑。因此，在宅諮商的角色也被心理健康照護制度所邊緣化，取而代之的是，回歸至精神專科或心理治療的機構或診間，採取診斷取向的諮詢模式或醫療介入主導的照護（Griffith & Gaby, 2005）。這使得在宅諮商於學術研究領域較少被關注，而未能擁有豐富的實徵研究。但無論國內外，隨著高齡化、醫療照護或社會正義等發展，使得在宅諮商的需求逐漸擴大，前述的邊緣化或專業關注的不足，或將使得踏入此領域的心理師，面臨實務經驗無法與專業連結，獲取專業認同，以及相關專業知能缺乏，而影響服務品質等困境。

在宅諮商的型態翻轉了既有的助人結構。專業者在助人結構中，由專業知能所建構的既有形式，如場所、時間、角色關係、互動歷程等，都為之反轉。原本擁有已知而安全脈絡的專業者，成為茫然焦慮的未知者，而原本惶惶不安的求助者，因為在宅諮商的空間與時間變化，反轉成為擁有相當能力的已知者。對在宅諮商的當事人而言，「安全」是原本既存於己的力量，不再只能



從專業者的涵容與對待中獲得，甚至當事人成為能夠給予心理師安全感的主導者。對心理師來說，「進入當事人世界」的理解，也不再只是心理層面的想像、逼近，而真正地體現Risser (1997) 所提出的「理解」：理解並非是將「相對於我的世界而陌生」的他者，透過語言或理論的框架，將之拉入並吸納成為「我的世界」的一部分；理解應該是進入一個全然陌生的他者世界，而無知、混亂與迷惘，進而宛若新生兒般地真正認識這個他者。這樣主體移轉的在宅諮商型態，充滿著諸多挑戰，實務、研究、倫理等，但同時，卻是從根本處賦權當事人，亦實踐著社會正義的概念。

由於在宅諮商的特殊性，研究者分別於實務及研究層面提出建議。

一、實務層面

(一) 將跨專業團隊合作的主題納入專業養成教育之中，以做為心理師於面對未來多元諮商型態的基礎。

(二) 無論養成教育或進修教育，將在宅諮商的概念，如多樣的諮商環境、諮商結構不定的情境、變動的人際干擾等，融入訓練課程之中，以提升心理師於非典型諮商型態的預備。

(三) 藉由學術研究與教育訓練的引入，拓展在宅諮商的認識，繼而鋪建多元諮商型態的督導與支持網絡，以協助於不同諮商場域、以不同諮商型態提供各個階層民眾諮商服務的心理師，獲得來自專業領域的連結與支持。

二、研究層面

(一) 無論國內外，至今尚未有豐富的實徵研究，無論是療效、歷程或影

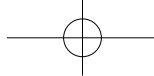
響因素等研究 (Davison et al., 2017)，故建議能針對國內在宅諮商的實務經驗加以探究，彙整在宅諮商的諮商樣貌、挑戰議題，乃至訓練架構與諮商成效，以做為未來專業養成或培育之基礎，亦可為關注此議題之其他國家，貢獻華人經驗。

(二) 由於在宅諮商的治療成效與心理師個人因素關聯甚深，建議能探索心理師於此類非典型諮商型態的內在經驗、影響因素，或亦可藉配對研究形式，探究當事人於此型態的內在歷程與改變因素。

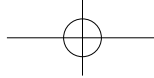
(三) 鑒於在宅諮商甚易涉入倫理議題，建議未來能進一步探究此類非典型諮商型態的倫理困境與因應經驗，期能為此類諮商型態建構合宜的倫理規範，以因應心理諮商新發展。

參考文獻

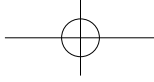
- 翁士恆 (2014)。學運的心理學教室：臨床與諮商心理學的「社會正義」取向的形成。《臨床心理通訊》，61，45-50。
- 葉寶玲 (2016)。多元文化諮商的核心：社會正義諮商。《輔導季刊》，52 (2)，13-21。
- 趙淑珠 (2018)。他山之石～反思台灣諮商師的社會正義訓練。《輔導季刊》，54 (1)，1-7。
- Ammerman, R. T., Altaye, M., Putnam, F. W., Teeters, A. R., Zou, Y., & Van Ginkel, J. B. (2015). Depression improvement and parenting in low-income mothers in home visiting. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 555-563. doi:10.1007/s00737-014-0479-7
- Ammerman, R. T., Mallow, P. J., Rizzo, J. A.,



- Putnam, F. W., & Van Ginkel, J. B. (2017). Cost-effectiveness of in-home cognitive behavioral therapy for low-income depressed mothers participating in early childhood prevention programs. *Journal of Affective Disorders, 208*, 475-482. doi:10.1016/j.jad.2016.10.041
- Borson, S., Korpak, A., Carbajal-Madrid, P., Likar, D., Brown, G. A., & Batra, R. (2019). Reducing barriers to mental health care: Bringing evidence-based psychotherapy home. *Journal of the American Geriatrics Society, 67*(10), 2174-2179. doi:10.1111/jgs.16088
- Bowen, J. M., & Caron, S. L. (2016). A qualitative analysis of home-based counselors' experiences in a rural setting. *Journal of Counseling & Development, 94*(2), 129-140. doi:10.1002/jcad.12070
- Cody, R. A., & Drysdale, K. (2013). The effects of psychotherapy on reducing depression in residential aged care: A meta-analytic review. *Clinical Gerontologist, 36*(1), 46-69. doi:10.1080/07317115.2012.731474
- Cortes, L. (2016). Home-based family therapy: A misunderstanding of the role and a new challenge for therapists. *The Family Journal, 12*(2), 184-188. doi:10.1177/1066480703261980
- Davison, T. E., Koder, D., Helmes, E., Doyle, C., Bhar, S., Mitchell, L., ... Pachana, N. (2017). Brief on the role of psychologists in residential and home care services for older adults. *Australian Psychologist, 52*(6), 397-405. doi:10.1111/ap.12209
- Engle, P. L., Black, M. M., Behrman, J. R., Cabral de Mello, M., Gertler, P. J., Kapiriri, L., ... Young, M. E. (2007). Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *The Lancet, 369*(9557), 229-242. doi:10.1016/s0140-6736(07)60112-3
- Friedman, D. (2012). Home is where the client is. *Counseling Today*. Retrieved from <http://ct.counseling.org/2012/09/home-is-where-the-client-is>
- Glebova, T., Foster, S. L., Cunningham, P. B., Brennan, P. A., & Whitmore, E. (2012). Examining therapist comfort in delivering family therapy in home and community settings: Development and evaluation of the therapist comfort scale. *Psychotherapy, 49*(1), 52-61. doi:10.1037/a0025910
- Goodman, J. H., Prager, J., Goldstein, R., & Freeman, M. (2015). Perinatal Dyadic Psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial. *Archives of Women's Mental Health, 18*(3), 493-506. doi:10.1007/s00737-014-0483-y
- Griffith, J. L., & Gaby, L. (2005). Brief psychotherapy at the bedside: Countering demoralization from medical illness. *Psychosomatics, 46*(2), 109-116.
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., ... Hazell, P. (2016). Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*(1), 1-44. doi:10.1002/14651858.CD012013
- Hutchison, S. D., Steginga, S. K., & Dunn, J. (2006). The tiered model of psychosocial intervention in cancer: A



- community based approach. *Psycho-Oncology*, 15(6), 541-546. doi:10.1002/pon.973
- Maxfield, M., & Segal, D. L. (2008). Psychotherapy in nontraditional settings: A case of in-home cognitive-behavioral therapy with a depressed older adult. *Clinical Case Studies*, 7(2), 154-166. doi:10.1177/1534650107307477
- Myers, H. C. (2019). *Self-care practices and therapist beliefs among home-based mental health professionals in relation to burnout*. (Unpublished Doctor Thesis). Walden University, USA.
- Owensworth, T., Chambers, S., Damborg, E., Casey, L., Walker, D. G., & Shum, D. H. K. (2015). Evaluation of the making sense of brain tumor program: a randomized controlled trial of a home-based psychosocial intervention. *Psycho-Oncology*, 24(5), 540-547. doi:10.1002/pon.3687
- Quinones. (2013). *Home-based services: From the therapists' perspective*. (Unpublished Doctor Thesis). Argosy University Sarasota, USA.
- Ramirez, J. A. (2018). *Therapists' comfort level in providing psychotherapy in home-based therapy settings*. (Unpublished Doctor Thesis). Walden University, USA.
- Ratts, M. (2009). Social justice counseling: Toward the development of a fifth force among counseling paradigms. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 48, 160-172. doi:10.1002/j.2161-1939.2009.tb00076.x
- Risser, J. (1997). *Hermeneutics and the voice of the other: Re-reading Gadamer's philosophical hermeneutics*. New York, NY: SUNY Press.
- Rosen, C. S., Bernardy, N. C., Chard, K. M., Clothier, B., Cook, J. M., Crowley, J., . . . Sayer, N. A. (2019). Which patients initiate cognitive processing therapy and prolonged exposure in department of veterans affairs PTSD clinics? *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 53-60. doi:10.1016/j.janxdis.2018.11.003
- Slone, N., & Owen, J. (2015). Therapist alliance activity, therapist comfort, and systematic alliance on individual psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(4), 275-288. doi:10.1037/a0039562
- Thomas, V., McCollum, E. E., & Snyder, W. (1999). Beyond the clinic: In-home therapy with HEAD START families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 177-189. doi:10.1111/j.1752-0606.1999.tb01121.x
- Waisbrod, N., Buchbinder, E., & Possick, C. (2012). In-home intervention with families in distress: Changing places to promote change. *Social Work*, 57(2), 121-132. doi:10.1093/sw/sws020
- Wetherell, J. L., Bower, E. S., Johnson, K., Chang, D. G., Ward, S. R., & Petkus, A. J. (2018). Integrated exposure therapy and exercise reduces fear of falling and avoidance in older adults: A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(8), 849-859. doi:10.1016/j.jagp.2018.04.001
- Woodford, M. S. (1999). Home-based family therapy: Theory and process from "Friendly Visitors" to multisystemic therapy. *The Family Journal*, 7(3), 265-269. doi:10.1177/1066480799073010
- Yorgason, J. B., McWey, L. M., & Felts, L. (2005). In-home family therapy:



Indicators of success. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(4), 301-312.

