

專業遺族的角色認同與調適

周昕韻

馬偕紀念醫院自殺防治中心 諮商心理師

"I need a good recovery team. Having good people near me makes a big difference."
- Gary Roe

受到個案自殺死亡影響的專業工作人員，美國自殺學會（American Association of Suicidology，後簡稱AAS）在2010年提出了一個名稱「專業遺族—Clinician Survivors of Suicide Loss」，來命名這樣的一個對象。包含：心理師、醫師、個案管理師、護理師、老師、社工師…等專業助人工作者。助人者有個依循，認同自己工作時所遭遇的衝擊感受，知道複雜的反應不奇怪、自己並不孤單。目前台灣有多少專業遺族呢？難以得知確切人數，但如果以2016年台灣自殺身亡人數3,765人來推算，並對照全國自殺防治中心釋出的資料，得知自殺身亡者生前一年有90%求助於一般醫療，其中非精神科醫師者為79.5%，次之為一般開業醫師72.1%，求助精神科醫師則為24.9%。換句話說，2016年非精神科醫師的專業遺族約為2,993人（ $3,765 \times 79.5\% = 2,993.2$ ），精神科醫師的專業遺族約為937人（ $3,765 \times 24.9\% = 937.5$ ），其餘的專業遺族數量則需要更多資料佐證才能得知。

當個案自殺身亡，無論是否第一時間得知這個消息，都會經驗到強烈的身心反應。

許多文獻指出個案自殺身亡是助人專業極大的挑戰，會挑戰專業自信、責任及信任，許多專業人員甚至考慮離職來因應這個困境；他們指出痛苦感受可能達臨床標準如急性壓力疾患或創傷後壓力症候群（約20%），其中闖入式的想法（intrusion）含：「怎麼會？」「他怎麼會現在自殺？」「我會不會有責任？」「我怎麼沒有送他去急診／住院？」「我無法忘記他最後跟我說的話」等等；逃避（avoidance）含：告訴自己不要再想了，重複不斷告訴自己想了也沒有用，不想上班等等。

專業遺族的情緒反應包含震驚、否認、悲傷、自責、焦慮、羞愧、感覺被背叛、自己不夠格擔任工作角色等等。此外，同事的反應或不反應（如同事可能會擔憂需不需要把專業遺族視為個案來照顧其身心狀態，還是讓他自己療傷即可？）也會讓專業遺族陷入一種孤立與被污名的感受，呈現出「因專業性而帶來的脆弱感」—Professional Vulnerability（Gutin, McGann & Jordan, 2010）。專業遺族承受了兩種角色，一種是身為自殺者遺族的角色，複雜的悲傷感受自然流露出來；另一種是身為專業照顧者的角色，在個案自殺身亡事件中，這個角色很容易讓專業遺族掉入「第二受害者Second Victim（Scott, et al., 2009）」的狀態，例如必須面對或整理自己業務執行上的疏失或道德良知的毀損，內在或外在檢討是否有不當倫理議題時，會對專業人員造成極大壓力感。另外，過度認同助人專業（Over-Identification with psychotherapeutic work）反而成爲一個危險因子，因認同自己的專

業，所以當自己無法成功助人時，產生極大挫敗感，轉而成爲「個人的失敗personal failure」。這些影響若未受正視，可能會在助人品質上產生負面結果，效能降低進而毀損被助者的權益。所以當個案自殺，我們要先同理自己或同儕，採用仁慈關愛的態度來面對；有些場域工作人員流動率高，這些議題是必須納入思考的。

專業遺族在工作環境中可以採用一些方法幫助彼此。心理準備、實務工作指引、情緒支持、死亡個案討論會等安排都可以幫助調適。（一）心理準備部分：在職前或在職訓練時教導專業遺族議題，讓工作者有心理準備，減少發生時的震驚與不知所措。

（二）實務工作指引部分：機構內最好備有類似「當個案自殺身亡的SOP流程」，受到衝擊的助人者及機構都可以有一步步依循的步驟，讓專業遺族在驚嚇之餘，機構內其他助人者能夠運作起來進行對案家的自殺後防治（postvention）及安排事後的學習研討機會；讀者可以參考Sung (2016)的文章，或AAS (2010)的Clinician Survivor Task Force的資料。國外的資料注重有關機構被告、助人者被告等議題，目前台灣較少聽到心理師因爲個案自殺而陷入被告的困境，但一般來說，做好並保存所有服務的紀錄是非常重要的，在後續若有司法上的需要，助人者要能依心理師法（若是其他專業就有其他相應的法律）所規範的保密原則提出。（三）情緒支持：讓專業遺族有機會表達自己的情緒，在一對一同儕討論過程進行、個別督導（該督導有相關經驗爲佳）的過程進行、或在辦公室裡直接地分享心情感受，可能辦公室裡

的夥伴都有跟死亡的個案接觸過，例如接過他的電話、個案管理過、或者以前曾經服務過等等，每個人也許有不同感受，若可不帶評價地討論，會對團隊凝聚力及心情調適幫助；甚至可能一年後同儕會突然提及個案表達遺憾，辦公室仍要採開放的態度，保有不評價的心態來面對，這會有助於最受衝擊的專業遺族進行情緒上的整合。亦可進行儀式，祝福個案一路好走，也祝福專業遺族能再次堅定信心繼續助人。情緒支持的重點是「傾聽」，不給建議、不給安慰、不予評價，進行一個再建構的過程，這也是遺族說故事團體形式中最重要的元素。（四）死亡個案討論會：邀請曾服務過個案的團隊（可能含機構內外的專業助人者）一同出席。在會議前需先說明並非「檢討」，希望所有人採取同理與不評價的態度，目的是爲了更佳的網絡連結及未來個案的福祉。各成員需整理出服務歷程，呈現個案的自殺危險因子／保護因子，說明服務過程及困境。主持者將所有單位的服務歷程統整，並且邀請成員用不評價及開放的態度，討論在哪些環節可以做不同或增加哪些舉動來預防自殺行爲發生。這是非常需要勇氣與耐心的會議，主辦單位需肯定每位專業遺族的投入，引導所有人表達、傾聽、接納服務的限制，並促成未來更多有效的改變。通常在這樣的會議結束前，參與者能具體地說出一樣自己學到的事項，討論會的意義就會出現，專業遺族也不會只停留在挫折無力裡，而能從統整出的意義、帶著更多的賦能感在專業道路上前進。

許多專業人員同意，個案自殺後帶給自己很大的專業成長：更加貼近遺族的心情、

更確立自殺防治的重要性、也會更清楚地接納自己的限制，統整後再以更強壯的心智進行助人工作。Figueroa & Dalack (2013)曾提到某專業遺族說：「我希望待在可『正常化』專業遺族反應的工作環境無後顧之憂地工作，事情發生時獲得需要的支持，並幫助我再成長一次」。筆者所服務的馬偕自殺防治中心，正是這樣一個單位，近年來關注專業遺族的議題，鼓勵同仁接受自我照顧的課程與培訓，並藉由說故事團體來關照同仁面對個案自殺後的身心靈反應。由衷感謝主管、同儕、實習生的支持，讓我們更有力量面對工作，繼續前進。

推薦文獻

1. American Association of Suicidology (2010). Clinician survivor task force. Retrieved from http://mypage.iu.edu/~jmcintos/therapists_mainpg.htm
2. Figueroa, S. & Dalack, G.W. (2013). Exploring the impact of suicide on clinicians: A multidisciplinary retreat model. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(1), 72-77.
3. Gutin, N., McGann, V. & Jordan, J.R. (2010). The impact of suicide on professional caregivers. In J.R. Wordan and J.L. McIntosh (Eds). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. New York: Routledge.
4. Scott, S.D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Brandt, J. & Hall, L.W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality & Safety in Health Care*, 18, 325-330.
5. Sung, J.C. (2016). Sample individual practitioner practices for responding to client suicide. *Suicide Prevention Resource Center Best Practice Registry*. Retrieved from http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/Sample_Agency_Practices.pdf

