

airiti

自殺個案家屬的角色與心理健康

陳淑欽（臨床心理師/馬偕紀念醫院/自殺防治中心）

一、前言

「我幾乎無時無刻在擔心，他只要離開我的視線我就怕會失去他，對他的行為，我又生氣又自責，覺得我沒有保護照顧好他，但是他已經是這個年齡了，誰又有辦法隨時看著他，也不知道到底是不是他的挫折忍耐力太低，看他那麼痛苦，我也不知道還可以怎麼做，我也覺得很痛苦，甚至有時候在想，如果我死了，是不是就不用看孩子這樣受折磨……。」

「從救護車到我們家中把他送到醫院那天之後，鄰居之後看到我們都竊竊私語，有些人看起來很八卦，有些人好像是想關心卻又不知道可以對我們說什麼，我們跟大家似乎有了一道莫名的牆。」

這是不只一位家屬的心聲，在家人有自殺/自傷的問題時，親人和病人共同承擔情緒的痛苦，如果自殺行為是重複發生的，這樣的痛苦又更為強烈。

自殺防治工作是心理衛生領域中很小的一塊，而照顧者的壓力或心理健康獲得的關注更少，本文期待透過文獻回顧，簡介自殺行為的複雜性，接著討論自殺個案家屬在自殺防治工作當中的角色，最後說明自殺個案家屬所面臨的壓力；期待讓相關領域人員可以注意到這個族群的需求！

在文中穿插一些個案或家屬的自我陳述，都是筆者組合不同人的表述而成，並不是針對特定對象的摘錄，這些補充的目的是期待讓讀者可以更感同身受地體會這些親屬所面對的困

境。

二、自殺行為的危險因子及照護介入

自殺是個體刻意造成自身傷害的行為，此傷害的目的是造成個體的死亡，與自殺行為有危險性程度性差異，但又相似的行為還包括自傷行為以及自殺意念，其中自傷行為雖然造成身體的傷害，目的常常是為了減低痛苦而非結束生命。

雖然有不同的理論說明自殺行為的發生，或者將自殺行為進行分類（喬伊納，2008），但近年學者用全面性的角度來解讀自殺行為，將自殺行為的發生從危險因子及保護因子來看，其中危險因子分為群體及個體和環境三部分，而個體危險因子又被區分為遠端、發展及近端因子（圖一）(Turecki & Brent, 2016)，每一個層次的危險因子都有其自殺防治的策略，而個人層次危險因子是心理衛生人員處遇介入的主要重點，將其內容摘要如下：

自殺危險之遠端／前置因子包括家族遺傳（透過衝動性及精神疾病遺傳產生影響）、早期不幸(adversity)的生命經驗、大腦被熱帶寄生蟲感染而影響了神經傳導物質，這些遠端的因子雖然表面上看起來與自殺行為不見得有直接的關係，但因為影響到中介因子的發展，而成為遠端的因子，例如：在青少年研究中發現，早期生命嫌惡事件會影響到他們的認知功能，包括問題解決能力以及記憶特定性(memory specificity)，而這些特質在發生自殺危險的時候則產生干擾。

發展因子包括：人格特質、認知風格 (cognitive styles, 包括問題解決能力、記憶力受損)，也包含高度衝動／攻擊、高焦慮、慢性藥物使用，其中人格特質與認知風格又是透過焦慮和憂鬱影響自殺行為。這些中介因子在不同年齡層也有不同影響，青少年自殺身亡的中介因子受到生命早期被忽略或嫌惡事件的影響很大，這些早期生命嫌惡事件與青少年尚未發展完全的前額葉交互作用之下，增加了他們採取危險及衝動行為的可能性。

而近端因子最直接影響自殺行為的因子，最明顯的是自殺行為(attempt)和自殺想法，同時，幾乎所有的自殺個案身上都可以觀察到無望感和憂鬱的現象，而某些精神科疾病發病也是重要的近端因子，包括：憂鬱症、躁鬱症、思覺失調以及精神病性(psychotic disorder)、急性的飲酒造成行為抑制的解除等。

多因子的角度來看待自殺行為，讓治療師在面對自殺個案時，可以同時評估多個自殺危險因子，並且靈巧地從近端因子中最有威脅性的因子進行介入，以阻止自殺行為的發生，並且協助個案管理相關的疾病因子（例如：憂鬱等疾病），之後則聚焦在發展因子的改變，以促成個案問題解決能力，以及相關特質的改變，整體的處遇過程常常是漫長且令人備感壓力（文獻），一個個案身上危險因子越多，處理的時程也越複雜，有時需要涉及的資源也越多元。

三、家庭成員的角色與壓力

在處遇自殺個案時，「家屬」通常扮演重要的角色，不論在醫院急診、精神科或校園，發現有自殺危險個案時，標準作業流程都需要通知家屬，一方面家屬個案最親近的關係人，個案發生任何的事情家屬也會期待了解狀況，另一方面，這個做法也凸顯我們的社會期待家屬在這個時間點上，負擔起保護病人安全的責任(Chiang, Lu, Lin, Lin & Sun, 2015)，這樣的期待是把家屬視為自殺個案處預當中的資源，

期待在個案自我照護能力受到缺損的情況下，家屬／家庭可以成為他們回歸自然生活環境的橋樑，提供個案需要的鼓勵、支持、滋養、幫助，更甚者，因此治療者常常需要與家屬溝通照顧個案需要注意的地方，包括藥物遵囑性、病情變化的觀察、那些行為或者反應表示危險性可能增高；在個體無法執行相關自主意識決定時，家庭人員亦有責任和義務代替其作決定，並且簽署相關文件，例如：強制住院同意書。

然而，照護自殺高風險個案是相當吃力的事情，連照護自殺個案的專業人員都容易有壓力的反應，更何況是沒有受過訓練、更長時間相處的家人。

McLaughlin, McGowan, O'Neill & Kermohan(2014)訪談了18位自殺個案的家屬，發現他們的共同經驗是「照護自殺個案對整個家庭成員心理和身體安適(well-being)、生涯發展上沉重的負擔」，不論家庭成員的關係是手足、親子、或夫妻，這樣的壓力感受都一樣，再深究壓力的內涵可分出四個次主題：1.家庭負荷(burden)，長時間處於害怕失去親友的情緒壓力下。2.相互競爭的壓力，常常需要在照顧自殺衝動的家人與發展自己的事業、生活等等需求張力上做選擇。3.家庭秘密及羞愧感，社會對自殺行為汙名化的影響下，家屬常生活在羞愧感中，也難以和他人討論分享自己的情緒。4.無助感和罪惡感，雖然想幫忙有自殺行為的親人，卻常常不知道該怎麼做，又常常有做錯事情的錯覺以及沒有盡到親友義務的罪惡感。

我原本是有固定工作的，後來選擇這個工作是因為常常需要跑醫院，多數的雇主都無法理解為什麼發生的次數這麼頻繁和不可預期，我也不好跟其他人說；雖然曾經生氣他給我帶來這麼多麻煩，但畢竟是自己的家人，工作還可以再找，失去了他我想我會遺憾一輩子，所以也只好做了轉職的規劃。

Kjellin & Östman(2005)對精神科住院病人家屬為期三年的調查研究中，將「有暴力問題」以及「有自殺問題」的個案家屬進行比較，兩種病人問題都是具有威脅性的行為，但有自殺問題個案的家屬自我陳述中有更高心理健康的問題、更困難發展自己的事業、感受到更高需要被支持的需求、也感受到更多醫療單位的支持。而針對常有重複自殺行為的「邊緣性人格(Borderline Personality Disorder, BPD)個案家屬的心理健康研究發現，這些家屬常經驗到負荷壓力(burden)、憂鬱、失落、悲傷以及痛苦感受(distress)（間接引用自Hoffman et al, 2005）。

他已經自殺這麼多次，急診我們也去了好幾次，一開始每次都心驚膽戰，我現在已經沒有什麼感覺了，我想，我心裡好像已經做了有一天會失去他的準備，只是我不知道那個確切的時間是什麼時候……

台灣針對重複自殺個案的家屬進行心理健康的檢測，在18名個案家屬中，雖然憂鬱程度並不高，但44%(n=8)的個案家屬處於極度焦慮狀況（貝式憂鬱量表總分>25），生活滿意度介於重度憂鬱患者和正常人之間，而「照顧者負擔(care giver burden)」程度甚至比癌症個案家屬更高(Chen, 2017)。

上面例子中的家屬都可以陳述自己所受到的衝擊和影響，在臨床工作當中，還有一類家屬將所有的注意力放在個案身上，可以鉅細靡遺地陳述個案的狀況，但完全無法覺察自己的焦慮感，只能從客觀的一些行為表現覺察到自己變得不一樣，他們不知道要關心自己的心理健康，只是一直勉強自己要堅強。

我的睡眠變得很淺，只要有風吹草動的聲音我就會醒過來，好像也變得很容易被嚇到，雖然我自己不認為，但有些朋友說我看來壓力很大……壓力是有啦！但我會告訴我自己不能倒下來，家裡面已經有一個人需要被照顧了……

四、家庭成員間的交互影響：不認可(invalidate)的環境與遺傳基因

除了個案家屬的心理健康狀況之外，家庭成員之間的相互影響也是需要注意的，針對重複自殺個案發展的辯證行為治療(Dialectical Behavioral Therapy, DBT)以交流模式(transaction model, TM)說明自殺行為如何受到1.個案本身高情緒脆弱度(emotional vulnerability)特質，與2.環境(包含家庭)的不認可交互的影響，其中，高度情緒脆弱性與天生的情緒特質有關，有這個特質的個體對環境刺激的反應較為敏感，而且情緒一旦被激發就比一般人的強度更強，也需要更長的時間才能讓情緒恢復平穩；而不認可的環境可能是有害的環境(例如：家暴或性侵害家庭)，也可能是不理解個案的需要、或無法有效地回應個案的環境，非傷害性的不認可環境不一定對每個人都有強烈的負面影響，但對於情緒脆弱度低的個體，卻容易惡化其問題，下面以一個例子作為說明：

一位二十多歲的個案，因性別認同以及生涯發展遭受挫折開始有憂鬱症狀，並同時有強烈自殺意念，在求助過程中因討論到家庭成員對當事人求助精神醫療持反對立場，在個案同意之下，治療師邀請家庭成員參與一次治療歷程，討論個案的治療計畫；討論過程中，治療者可以感受到個案家屬對於個案的關懷，然而，也同時看到個案家屬無法聆聽了解個案的需求，並持續堅持將自身的問題定向及問題解決作法強加在個案身上，認為個案如果依照自己的建議行事（把菸戒掉），問題就會解決。

50分鐘的會談結束後，治療師和個案同時感受到強烈的不被了解的情緒挫折。個案在下次的會談中，詢問治療師，這樣的互動你會不會想死……

在這個例子中，個案的自殺危險因子中優先要處理的是憂鬱問題、生涯發展挫折以及性別認同，治療師邀請家庭進入治療的原因，是

希望可以讓個案的就醫問題比較順利，但從家屬的「不認可」反應中，似乎不但無法了解和支援個案的痛苦或問題，還有可能不經意地增強了個案的情緒脆弱性，自殺的風險可能會隨之提高，治療也只能從教導個案如何讓自己的情緒不會被家屬的反應惡化的角度先持續治療的進行。

家庭成員間的「不認可」反應，常與世代差異及人際關係技巧不足衍伸出來，然而，同一個家庭的成員有相似的遺傳基因，有些時候，自殺高風險個案的家屬可能也有相似高度情緒脆弱度的特質(Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999)，在個案發生自殺行為或自殺口頭威脅時，家屬的情緒受到衝擊下可能變得脆弱，出現「情緒化的反應」，包括：想要控制個案（例如：過度限制或監控個案的行動）、認知僵化（認定個案一定是如何，甚至以為個案的行為目的是刻意想讓家人不舒服），少數家庭成員情緒變得比個案更為衝動，甚至也產生自殺意念，或者以自傷行為威脅個案，如此相互「不認可」的狀況使得問題更加複雜化。

心理師你相信嗎？我媽說，如果他再發現我傷害自己，他就要傷害他自己，我又不是故意要讓他不舒服，他這樣我覺得不知道該怎麼辦，我了解他關心我，但一定要用這樣的方法嗎？到底誰是病人……

事實上，臨床工作者在自殺高風險個案的家族史中，有家人自殺或有精神疾病的情況並不罕見，Turecki和Brent (2016)也將家族遺傳放在自殺危險因子的遠端因子中，這些家屬也是需要專業心理衛生人員介入的對象；有精神疾病的家屬也有分別，有些家屬有穩定就醫的經驗，可以從過來人的角度協助個案，但也有家屬因為抗拒自身的疾病問題，將更多的壓力放在個案身上。

聽說媽媽自己年輕的時候有得過憂鬱症，他為什麼那麼不能接受我看醫生，一直叫我要靠意志力，他那時候不也是爬不起床，常常在

哭，為什麼不能同理我現在的困難呢？

更甚者，臨床工作中也有遇到自殺高風險個案的壓力源就是擔任家屬照護者角色所致，家屬之間的關係和影響是需要仔細被評估的。

五、結論

本文從一般性照顧自殺病人的壓力、互動中衍申的問題到家族性的遺傳，從不同層次的狀況呈現家屬的困境；雖然自殺防治工作中常將親屬視為可以協助的資源，而家屬也確實是最能夠就近照顧個案，然而，一般專業人員在聯繫自殺個案家屬時，部份會提醒家屬的部分多數是自殺危險因子、照護的重點，以及如何與專業人員合作，但家屬本身的情緒和生活可能會受到哪些影響、如何在壓力當中照護自己的情緒、如何有效地與個案反應或溝通比較不會引發強烈的情緒等等，則較少被注意到；而個案家屬本身如果就是高度情緒脆弱的對象，他們本身可能就需要轉介專業協助，又成為另一個介入的重點。

家族治療或家庭介入已經廣泛地用在思覺失調、厭食症、酒癮病人、躁鬱症患者等精神科疾病方面，相對比較起來，有系統地對自殺者家屬的心理健康研究仍然是相對不足的，而服務提供的部分，台灣目前僅有馬偕醫院不固定時間地辦理「自殺個案家屬的DBT技巧訓練課程」，相對於台灣每年仍有三千名民眾自殺身亡，這樣的資源對自殺者家屬其實相當地不夠，但幫助一個家庭成員，等同於幫助一個系統恢復功能，對於自殺高風險個案及家屬本身都將是很大的助益，是很值得心理健康從業人員發展的方向。

參考文獻

- 喬伊納(2008)。為什麼要自殺，國立編譯館與立緒文化事業有限公司，新北市。
- Amaresha A. C. & Venkatasubramanian G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian Journal of psychological medicine*, 34(1), 12-20.
- Botega N. J., Reginato G., da Silva S. V., da Silva Cais C. F., Rapeli C. B., Mauro M. L. F., Cecconi J. P. & Stefanello S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Rev Bras Psiquiatr*. 27(4): 315-318. (下接p.45)

了其他複雜的因素。

然而受限於時間及樣本數，本文的研究結論只能算是推論性的初探結果，不過藉由文中受訪者的描述可以看到的是在安置機構中不僅是個案的心理需求需要被照顧，助人工作者亦承受著極大的工作壓力，有鑑於目前許多安置機構人員流動率偏高的問題，筆者認為文中所敘述的壓力源都該被正視及處理，而這個主題亦有持續關注及深入研究的價值。

參考文獻

吳富娟、陳志賢、溫雅惠(2012)。心理師與社工師跨

專業合作經驗之研究。現代桃花源學刊，創刊號，33-52。

林瑞茹(2012)。非單一安置機構工作人員之工作壓力因應——以勵馨基金會安置家園為例。(碩士論文)。取自臺灣博碩士論文系統。(系統編號100THMU0201016)。

張玲如、邱琬瑜(2012)。何處是兒家？由兒童最佳利益探討我國兒童保護安置系統。現代桃花源學刊，創刊號，13-32。

彭淑華(2008)。臺灣地區兒童類安置機構之特性與相關法規之檢視。兒童福利，64，2-12。

黃宛玲(2013)。兒少安置機構社工與諮商心理之跨專業合作經驗。(碩士論文)。取自臺灣博碩士論文系統。(系統編號101NTPT0328014)。

劉倩頌(2014)。兒童及少年安置機構社會工作人員與生活輔導員合作經驗之研究。(碩士論文)。取自臺灣博碩士論文系統。(系統編號102PU000201005)。

(上接p.20)

Chiang C. Y., Lu C. Y., Lin Y. H., Lin H. Y. & Sun F. K., (2015). Caring stress, suicidal attitude and suicide and suicide care ability among family caregivers of suicidal individuals: a path analysis. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22, 792-800.

Chen, S. C. (2018). Mental health of family member of sever suicidal patient. 26th European Congress of Psychiatry. Nice, France. (Poster presentation).

McLaughlin C., McGowan I., O'Neill S. & Kermohan G., (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. Journal of Mental Health, 23(5), 236-240.

Hoffman P. D., Fruzzetti A. E., Buteau E., Neiditch E.

R., Penney D., Bruce M., Mellman F. & Struening E., (2005). Family Connections: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. Family Process, 44(2), 217-225.

Hoffman P. D., Fruzzetti A. E. & Swenson C. R., (1999). Dialectical Behavior Therapy-Family Skills Training. Family Process, 38(4), 399-414.

Sun F. K., Chiang C. Y., Lin Y. H. & Chen T. B., (2013). Short-term effects of a suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal. Journal of Clinical Nursing, 23, 91-102.

Turecki G. & Brent D. A., (2016). Suicide and suicidal behavior. The Lancet. 387(10024) 1227-1239.



年輕人熱衷新興宗教的心理

新興宗教何以能扣住年輕人的心理？

美國精神分析學家艾利克遜說青年期的心理課題就是形成與確立自我認同，自我認同是內在或社會上與社會或周遭的人連帶的感覺。

年輕人在形成自我認同的過程有時候會陷於苦惱、痛苦、絕望的感覺。回避這個危機的一個線索就是宗教。因為宗教讓人意識到友伴。

青年期在精神上是不安定的時期，容易陷於某些事情反而埋怨。因此，投入宗教，讓自己與宗派所示的教義或生活方式重疊，但是，如果太投入宗教反而有失去自主性的危機。因為依照教義行動與沒有自己的意見是有關聯的。

傳統宗教雖然有信仰、修行或教義的長久的歷史與經驗，還有超然的特徵。它在現在這種渾沌的狀態中成為很難入信的因素。

西方對於與其強調精神的教會，寧可對於主張身心本來是一體的禪感到興趣的人增加。在世界上傳統宗教的信徒減少、新宗教卻急速成長。

青年期獨特的尋找自己而苦惱的過程中，投入宗教的年輕人增加就是這個原因。

反之，在死背課本下很難尋找生存的意義或價值的現代社會，應該是讓青年走向新興宗教的最大因素吧。

(沙東)