

心理治療人員 面對個案自殺死亡之因應歷程與方式

黃欣妏

(安立身心診所心理師)

壹、前言

近十年來，自殺防治一直不斷的推動與執行，衛生署更於民國94年成立國家級自殺防治中心，並成立生命守門人協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，以病人為中心、家庭為單位、社區為基礎之全人醫療，期盼能多方面提升我國心理衛生與精神醫療。但據衛生署(2010)公佈的「民國97年台灣地區主要死因分析及歷年自殺死亡概況」報告中指出，自民國83年到民國97年自殺人口的統計中，從民國83年的1,451人(死亡率為每十萬人口6.88人)，增加到民國97年4,128人(死亡率為每十萬人口17.9人)，也就是說，97年平均每日有近11人自殺死亡，且自殺死亡人數年年增加。

自殺的定義一向是個既模糊又複雜的概念。Rudd和Joiner(1998)認為自殺行為像是一個光譜，是一個從「不曾想過自殺」、「出現自殺意念」、「企圖自殺」到「自殺死亡」連續向度的呈現，很難把自殺行為具體的分開來看。Maris(1992)也說，雖然自殺企圖(suicidal attempts)與自殺死亡的個案看似不一樣，但這兩者仍然有相似處。根據統計，大約有10%到15%的企圖自殺個案

在多次自殺後，仍可能導致自殺身亡，甚至有60%到70%的自殺死亡個案，先前並沒有企圖自殺的記錄，而是第一次自殺就死亡的。換言之，自殺企圖者及自殺死亡者，他們在採取自殺行動時，不知是否真的會造成死亡，還只是是一個求救的訊號，所以，自殺企圖到自殺死亡這中間的確是一些模糊地帶。

從文獻中發現，個案有時會隱瞞其自殺意念與企圖，心理治療人員也可能會忽略他們表現出來的隱微線索或低估其混亂情緒(Fawett, et al., 1990; Valach, Michel, Dey, & Young, 2002)。因此，至今沒有一個心理治療人員可正確無誤地評估個案的自殺行為(Eddins & Jobes, 1994; Hodelet & Hughson, 2001)及在治療過程中能完全地防護個案使其沒有自殺的行動(Kleespies, Deleppo, Gallagher, & Niles, 1999)。甚至，有時心理治療人員可能做出錯誤或無效的治療，如：允許個案或個案的重要他人控制或主導治療過程；對個案潛在的自殺意圖感到焦慮；沒有警覺個案隱微透露的自殺線索；沒有發現、或未經治療的共病精神症狀，如焦慮、精神症等(Hendin, Hass, Maltzberger, Koestner, & Szanto, 2006)。

有一些研究顯示，不管是專業或實



習心理治療人員，在他們的工作中都可能會面對這毫無預警、突然的自殺危機事件，且比率超過1/5，即每5位當中會有1位心理治療人員遇到個案自殺死亡。例如：Chemtob、Hamada、Bauer、Kinney和Torigoe(1988b)隨機調查365個專業心理師，發現有22%專業心理師曾遇到個案自殺死亡；Hendin、Haas、Maltsberger、Szanto及Rabinowicz(2004)指出有超過1/3的心理治療人員曾經歷個案自殺死亡；McAdams和Foster(2000)也發現平均年齡47.9歲的376位來自合格諮商心理師國家委員會的資深心理師中，有23%曾遇到自殺死亡個案。在實習心理師方面，Kleespies、Penk和Forsyth(1993)與Dexter-Mazza和Freeman(2003)分別針對不同實習機構進行調查，發現平均年齡34.7歲的292位及平均年齡32.8歲的238位博士級駐地實習生中，有96.9%及99.2%的實習心理治療人員曾處理到有自殺意念、自殺企圖及自殺死亡的個案。然而，綜觀國內目前尚無此方面相關數據，似乎仍未受到重視，因此藉由國外相關研究來引發台灣心理治療實務界的關注。

Hauser(1987)認為，自殺是最困難因應、處理的死亡類型。因為個案自殺行為通常是不可預期的、突然的，而且對心理治療人員來說是一種強烈的壓力及急性情緒衝擊(Deutsch, 1984; Farber, 1983; Farber & Heifetz, 1981)，如生氣、悲痛、憂鬱、無助、罪惡感、低自尊、震驚、自責、害怕等(Chemtob et al., 1988a, 1988b; Kolodny, Binder, Bronstein, & Friend, 1979; McAdams & Foster, 2000; Kleespies, Smith, & Becker, 1990;

Thomyangkoon & Leenaars, 2008)。此外，若嚴重的話，還會對此事件帶來憂鬱症(melancholia)、對家屬及其他自殺個案產生補償作用(atonement)或脫離現實的反應(avoidance)，用否定、扭曲的方式，擺脫自己對自殺個案的責任並歸究於督導及其他同事(Maltsberger, 1992)，或是用「否認」防衛機制去反應他們遇到個案自殺死亡的痛苦情緒(Litman, 1965)。Gitlin(1999)在其個案研究中也發現，心理治療人員歷經個案自殺後，會產生如創傷後症候群般等精神症狀。

因此，心理治療人員若未能解決面對個案自殺死亡的壓力及情緒，未來可能會將此負面情緒帶入往後的治療過程中，例如：感到自我懷疑、羞愧、失去信心等(Goldstein & Boungiorno, 1984; Kolodny et al., 1979)對其專業的治療品質及成長帶來危機，嚴重影響心理及情緒健康。

綜合上述，心理治療人員遇到個案自殺死亡的比率不算低，且帶來之負面衝擊及影響甚大，因此心理治療人員更應該重視個案自殺死亡之因應，於是本文擬整理國外相關文獻，針對心理治療人員如何因應個案自殺死亡，並對可能產生的“職業性危害”(occupational hazard)(Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski, & Muraoka, 1989)做一預防，以避免心理治療人員病態的焦慮及自責。

貳、心理治療人員面對個案自殺行為之因應歷程

Resnick (1969, 引自Kleespies, 1993)與Brown(1987a)的「心理再修



通」(Psychological resynthesis)模式與「五階段」(Five stages)模式，是最早提出心理治療人員面對個案自殺死亡之因應的理論模式，也是截至目前為止提出較為完整的理論，因此筆者選擇這兩個理論加以介紹與說明。

一、心理再修通模式

心理再修通模式，最早起源於Shneidman創造的一個新名詞“Psychological autopsy”(心理的解析)，意指：失落後的再整合，特別是因自殺而帶來的失落(引自Goldstein & Buongiorno, 1984)。而Resnick(1969, 引自Kleespies, 1993)進一步地將此概念應用在心理治療人員，意即讓心理治療人員重複地描述事件發生的過程，以協助他們從此一創傷經驗中復原，故稱為「心理再修通」模式，這模式主要是將焦點放在心理及情緒上的恢復，並藉由敘說的過程中來整合其失落，但缺點是沒有說明時間的架構。「修通」的三階段過程分別是：「心理上的再恢復(resuscitation)」、「心理上的再修復(rehabilitation)」及「心理上的重新開始(renewal)」，以下針對這三階段分別說明：

(一)心理上的再恢復

意指個案自殺死亡後，從震驚情緒再恢復的一個歷程。在此過程中，心理治療人員不應獨自承受這事件，最好能與督導、同事或家人分享其感覺，減少自己的罪惡感。其次，心理治療人員在個案自殺死亡後可先詢問家屬能否參加個案葬禮或追悼會的意願，藉此哀悼的過程完成其未盡事務。心理治療人員在

和家屬會面時可告訴他們，個案的相關資訊並給予家屬支持與同理，但仍應保密個案生前所談的重要內容。

(二)心理上的再修復

意指心理治療人員修通其悲傷與失落的負向情緒並學習如何去因應。失落經驗與悲傷過程是復原的起點，在此過程中，心理治療人員允許自己的情緒和恐懼等感覺外化，使其重新思考個案自殺對自己產生的意義或影響，完成悲傷歷程，以防止心理治療人員產生任何病態的悲傷徵狀。

(三)心理上的重新開始

意指復原其負向情緒並重新開始與整合其個人及專業生涯。協助心理治療人員從震驚、焦慮與罪惡感中復原，談論、反思死亡相關倫理議題，包括自己、個案等。並重新整合此創傷經驗對自己在過去、現在或未來對個人與專業產生的意義及影響。

二、五階段模式

Brown(1987a)調查55名曾經歷個案自殺死亡之精神科醫生，並藉由此因應過程及方式，發展出「五階段模式」，進一步提供給其他心理治療人員作參考。Brown強調在此模式中最主要的目標，應先減少這事件所帶來的負向情緒衝擊及影響，再重新反思自己對這事件所產生的想法。另外，Brown還認為這每一個階段並非全然劃分及循序漸進地進行，有的人可能會跳過某一階段，而有人卻可能一直處在某個階段。以下對這五階段模式加以說明：

(一)階段一

準備期。意指學校課程及實習前的



自殺相關議題之教育。教育者可協助心理治療人員有心理準備，在未來可能會面臨個案自殺死亡的事件，並鼓勵他們去想像與表達，當他們有一天遇到個案自殺死亡可能的反應。以下列出四點提供參考：1、學校及實習機構若先建立一套有系統的課程或訓練，可協助心理治療人員去面對個案之自殺行為。2、心理治療人員在課程中，可先了解自殺相關議題。例如：自殺之流行病學、心理動力等，因為有許多自殺個案，他們通常會更換許多位心理治療師，在不停更換的過程中，會產生更深的挫折及無力感，而變得越來越無法忍受心理治療，可能對心理治療師產生更強烈的抗拒及失望。3、在面對個案自殺行為時，最好採「團隊合作」方式，以減輕心理治療人員沉重的心理負擔。因為自殺個案通常對他們的心理治療師有較多、較複雜的情緒或需求（包括移情及反移情），有時會讓心理治療人員無法承受、甚至很困難地與他們工作，因此藉由「團隊合作」方式可減輕其壓力。4、參與有關自殺的專題研討會或工作坊。

(二)階段二

經驗到嚴重的負向情緒衝擊。若不幸地遇到個案自殺死亡，所產生嚴重情緒衝擊，可能持續幾個小時至兩個月不等。因此督導、主管或同儕等，若主動地提供情緒支持，而非由心理治療人員一個人承擔，則其心理壓力會較小。其中有2兩個重要事項，可先與之討論：1、與個案家屬會面的需要。2、覺察內在對個案自殺死亡真正感覺，並接受個案自殺死亡帶給自己的衝擊。

(三)階段三

澄清與修通的階段。此階段為心理治療人員反思個案自殺死亡的最佳時間，可能會維持二至六個月。心理治療人員學習去澄清與修通對自我與工作的態度及看法，此時有三項需注意：1、覺察並修通自己因個案自殺死亡而「卡住」(stuck)的負面情緒。2、了解個案自殺死亡的原因、評估自己在治療過程中所提供的品質、及有那些人會間接地被影響。3、注意其他高危險群之自殺個案。

(四)階段四

重新組織階段：此階段對心理治療人員而言是一個關鍵期，若能修通自己面對個案自殺死亡的失敗及挫折感等負向情緒，那麼會成為一個轉機，此一階段可能會維持六至十八個月。但若因此而卡住，則有可能變成危機，產生職業性危害。此階段中有三項建議提供參考：1、檢視個案自殺死亡對自己在專業或個人上可能造成的失敗或自責感。2、可參與個案的追悼會，幫助自己完成對個案的失落。3、若有心理治療人員已呈現病態的悲傷過程時，讓自己接受治療。

(五)階段五

復原及再訓練階段：心理治療人員在此階段可能已從個案自殺死亡的失落經驗中復原，可以再透過訓練過程，讓自己在未來遇到自殺行為個案時，更有能力因應。此時有兩項原則需注意：1、檢視過去經驗，評估自己未來如何再與自殺個案工作。2、持續地學習並建立支持系統。

Brown(1987a)的五階段模式彌補了 Resnick (1969, 引自Kleespies, 1993)



的心理再修通模式的缺點，即提出了時間上的架構，也多增加準備及再訓練階段。且Brown在每一階段又提出所需注意的原則及事項，使之因應與復原歷程更為完整。

參、心理治療人員面對個案自殺行為之訓練與因應方式

Kleespies等人(1990, 1993)及McAdams和Foster(2002)分別針對兩百九十二位實習生及九十七位專業心理治療人員，面對個案自殺行為之因應方式及其效用做一研究，其中Kleespies等人發現有四種因應方式，包括：情感支持系統、與個案家屬接觸、個案自殺後的回顧及自殺議題的相關教育；McAdams及Foster等人則將因應方式分為個人情感支持系統、與個案家屬接觸、督導支持系統及自殺議題的相關訓練。筆者針對這些因應方式做以下整理及探討：

一、專業支持系統

包括督導、同儕與同事等。專業心理治療人員指出，當自己經驗到個案自殺死亡時，督導的支持是最有幫助且使用率最高，因為督導會協助自己用不同的觀點去了解個案自殺行為，並做情緒上的同理；其次、澄清在治療過程中感到困惑的地方、或個案在自殺前可能表現出來隱微線索，並藉由此討論過程中減少自己的挫敗感。然而，實習生卻認為找督導討論，會擔心有負面的評價，因而不敢真誠地表達其感受，所以認為只有中等的幫助。另外，專業心理治療

人員表示，同事的幫助最少，因為覺得要在同事面前討論自己的疏失會有自卑感，會阻礙自己復原。

二、個人支持系統

包括個人治療師、同儕、家人或重要他人。實習生及專業心理治療人員皆認為個人治療師對他們而言是最有幫助的。其中實習生認為個人治療師的幫助大於督導，因為個人治療師會接納自己在處理自殺個案時的疏忽，較沒有被評價的擔心。專業心理治療人員表示，個人治療師會給自己時間並將焦點放在自己的感覺，所以幫助也很大。然而卻發現個人治療師的支持是最少被使用的，反而是同儕支持的使用率最高，此研究結果沒有進一步解釋此差異。筆者推測，可能與資源取得的便利性及費用有關，個人治療師的便利性可能較低且需花費較大費用，而同儕的便利性較高且可能不需額外的費用。此外，實習生及專業心理治療人員皆認為，家人或重要他人的支持效用較低，原因是他們較不了解自己面對個案自殺死亡的失落心情。

三、與個案家屬接觸

意指與個案家屬會面、參加個案喪禮或追悼會兩種。實習生及專業心理治療人員皆表示，與個案家屬會面或參加個案喪禮對他們而言都有中等以上的幫助。心理治療人員認為參與個案喪禮可以對家屬表達悲慟之意，但實際上他們參與的頻率小於與個案家屬會面，因為他們會覺得參與個案喪禮不僅會感到很尷尬與為難，還會被家屬當成指責的箭



靶，宣洩其憤怒及痛苦。

四、個案自殺後的反思

即藉由參與行政會議及個案研討會，對個案自殺死亡進行檢視。實習生與專業心理治療人員皆認為，不管參與行政會議或個案研討會，對自己的幫助不大。因為在參與個案研討會時心情相當複雜，因擔心被其他同事以批判的態度對待。而在參與行政會議時，心理治療人員感受到主管們在會議上所提到的問題，傾向於機構的利益而不是自己。

五、自殺議題的相關訓練或教育

意指透過學校教育、半職/駐地實習及職前或現職教育等三類，即透過課程、演講、研討會等，學習自殺議題之流行病學及相關實務的準備訓練。實習生及專業心理治療人員表示，在研究所或實習機構訓練過程中，閱讀非常少的自殺相關文獻，教育者最多也只用一、兩堂課來講授，而上課的內容較著重在自殺防治的知識教育，對於自殺個案之因應訓練較少，因此在實務工作上幫助也較小。此外，專業心理治療人員認為，在半職或駐地實習的訓練中，對於自己處理自殺行為個案只有中等幫助，但在現職教育，對他們而言幫助較大。

由此發現，雖然實習生與專業心理治療人員在因應效用程度上，各覺得有所不同，但大致而言，都對他們產生某種程度的幫助。亦即，不同因應方式之效用可能是因人而異。於是，筆者整合上述模式，藉此提供心理治療人員在面對個案自殺死亡之因應歷程與訓練之參考，如下：

(一)準備階段

此一階段可能為一至三年

1.學校教育的訓練

Brown(1987b)提出自殺相關議題訓練的時機，最好在實習前或進入實務工作前的學校教育開始。雖然有關自殺與死亡的教育與訓練有各種不同方式，但通常包括自殺預防、自殺危機的評估及面對個案自殺行為時的介入處理等三種(Ellis & Dickey, 1998)，以做為進入實務工作前的先備知識及基礎教育。但從實務模式中發現，許多心理治療人員指出自己只在學校接受過一至兩堂的自殺教育相關課程，對實務工作上幫助較小。筆者建議學校教育可增加自殺相關議題訓練之課程或時數，自殺相關訓練方面可分成知識傳授與技巧的介入。知識傳授可透過專題討論會、專門課程或文獻閱讀等方式討論與學習，內容可包括：自殺流行病學、個案自殺所帶來的倫理及法律議題、死亡的倫理議題、自殺評估與衡鑑、精神疾病的認識等。技巧介入部分，可在授課老師督導下做角色扮演、個案討論或觀看錄影示範帶等。

2.實習的訓練

實習訓練包括：半職或駐地實習。Allen等人(2002)、Brown(1987b)與Laux(2002)皆認為半職或駐地實習，是提供實習心理治療人員處理自殺個案的好時機，而非抑制他們對自殺個案的挑戰。因實習是一個真實情境的訓練，受訓中的心理治療人員在督導的協助下，實際接觸自殺個案，感受自殺個案可能帶來的挑戰、議題或壓力，除了確保他們在此事件中有正向學習外，還可協助他們統整未來心理治療工作。另外，



Laux提出可採「師徒制」方式，一開始實習心理治療人員扮演觀察者角色，觀察督導示範如何進行評估與介入技巧；等到能力逐漸增加後，實習心理治療人員會變成協助的角色(cocounselor)，適時地協助督導；最後當督導評估實習心理治療人員已有能力處理，即可讓其獨自面對自殺個案。筆者建議在實習的過程中，督導可協助實習心理治療人員去思考，如何評估個案自殺危機的程度、自殺史、自殺危機因素為何、是否需要住院或個案所擁有的資源等。另外，可教導相關自殺評估工具使用，例如：貝克憂鬱量表、絕望量表或自殺量表的使用，並在實習心理治療人員處理個案時，可與其討論個案自殺會碰到的倫理、法律議題及自我照顧方式。當然，在處理自殺個案的過程中，實習心理治療人員可採「團隊合作」方法，邀請其他同事一起協助相關事項，以減輕心理治療人員沉重的心理負擔。如此循序漸進地方式帶領實習心理治療人員，讓他們在未來獨立工作時能自我監控其負向情緒及認知衝擊或影響外，還能做有效地因應，化危機為轉機。

(二)澄清與復原階段

此一階段可能會維持幾小時至六個月

3.個人支持系統

包括個人治療師、同儕、同事、家人或重要他人等四項情感支持系統。理論與實務模式皆提到，當心理治療人員不幸遇到個案自殺死亡時，可能會持續幾個小時至2個月不等的時間，心理治療人員此時不應獨自承受這創傷與壓力，最好尋找支持系統的協助，分享其負向

衝擊的感覺，讓情緒有適當出口。雖然個人治療師的支持較能減少心理治療人員的失落與創傷，但可能礙於便利性不高，所以同儕支持系統是最常被使用的。同儕或同事若能積極地主動傾聽，展現同理心，相互體諒，可協助減少罪惡感。另外，家人或重要他人也是心理治療人員獲得情感支持之不可或缺的方式之一，雖然研究發現其效用最小，但仍可幫助自己減少孤單、無助的感覺。

4.與個案家屬接觸

包括拜訪個案家屬及參加個案喪禮或追悼會。雖然有部份心理治療人員因害怕家屬把他們當箭靶，將怒氣宣洩在他們身上，而不太願意和個案家屬接觸或參與個案的喪禮或追思會。但是，仍有部份的心理治療人員認為，與個案的家屬接觸會有一種釋懷、完成未盡事務的感覺。筆者建議，心理治療人員若要參加個案追悼會，最好先詢問家屬的意願，且要有心理準備去面對家屬們可能會產生的心理反應與情緒，以防止自我挫折及焦慮感。再者，若個案家屬詢問個案生前所談的內容，心理治療人員可斟酌保密的程度。

5.機構內行政處理之反思

包括參與行政檢討會議及個案研討會。有部份心理治療人員雖然擔心參與個案研討會可能會被同事與主管評價，但他們仍可用其他觀點或處理方式幫助自己得到啟發。Kleespies(1993)認為個案研討會的時間，最好是在個案自殺死亡後的三至六個月，因為需讓心理治療人員減緩其急性情緒衝擊，並給予他們一些時間去準備如何面對其他人的反應。筆者建議，在進行個案研討會時，



可有三項目標，包括：試著帶領大家了解個案自殺死亡發生的原因、評估自己所提供的治療過程是否有疏忽、以及處理為自己及其他職員帶來的影響。另外，在行政會議檢討上，除了可檢視行政流程上的疏失外，可將其他自殺個案的照顧責任分散，才不至於讓心理治療人員有更強大的失敗與自責感。

(三)修通與再訓練階段

此一階段可能會維持六至十八個月

6.專業支持系統

指與督導的討論。督導支持是所有支持系統中使用率最高的。由此可知，督導在過程中扮演很重要的角色，包括專家及情緒支持者。督導在與心理治療人員進行專業討論時，再次協助他們修通或覺察在治療過程中自己可能的疏失，以避免往後再重蹈覆轍，包括：是否疏忽個案所透露出自殺線索或自殺的動機；沒有發現或未經治療的共病精神症狀、或其他精神病理症狀等。在情緒支持上，當個案發生自殺行為時，心理治療人員可能會陷入強烈的負向情緒，甚至產生職業性危害，如：在往後的治療過程感到自我懷疑、失去信心等。因此藉由督導情緒支持，修通自己其悲傷、自責、無能力感等的負向情緒。另外，可與之討論對死亡議題的價值信念。筆者建議在督導過程中，有2點可特別注意：第一，創造安全的環境，讓心理治療人員暢談其感覺，不給予批判，以防止創傷經驗或疏離感；第二、協助心理治療人員整合此悲傷過程或經驗，未來得以繼續和自殺行為個案工作。在安全與信任接納的支持中，較易協助心理治療人員重建其生命或專業意義。

7.自殺及死亡議題之相關教育再訓練

即持續地進行專業進修。Neimeyer(2000)提出一些自殺相關教育之建議，1、減少處理自殺個案的焦慮：面對自殺個案特別困難的一點是，可能會觸動他們內在對死亡的害怕。若減少對死亡的焦慮可減低其在治療情境中談論有關死亡議題害怕的程度。2、自殺相關倫理議題的省思：例如：人們是否有權力選擇結束自我生命？還是將自殺視為個人心理疾病或是道德上的罪惡？這些個人的倫理信念或態度可能會影響心理治療人員是否能有效地與自殺個案工作。3、自殺危機衡鑑及管理：可透過文獻閱讀、參與個案研討會、角色演練或工作坊等型式，以達學習效果。另外，訂定相關自殺危機管理流程，例如：不自殺契約書的訂定、對個案相關文件或紀錄的保存方式。4、事後處理：個案若不幸自殺死亡的處理方式及對生還者的悲傷治療。

個案自殺死亡後，心理治療人員也是「自殺者遺族」之一，其本身的角色期待與工作使命讓其承受的壓力也許比其他遺族更大，在一些研究中發現(Farber, 1983; Deutsch, 1984; Hellman, Morrison, & Abramowitz, 1986)個案的「自殺陳述」及「自殺威脅」是造成心理治療人員最有壓力的個案行為。因此，個案自殺死亡之因應是心理治療專業訓練中不可或缺的。倘若作為一個專業心理治療人員無法完成個案自殺死亡帶來悲傷的歷程或任務，這些未處理的悲傷將真實的影響著其感受、行為，甚至可能陷入專業耗竭的危機。所以筆者



藉由探究國外相關之經驗，協助心理治療人員深入地了解個案自殺死亡後帶來的反應，進而透過不同的因應或處理方式找到適合自己復原的著力點，從中學習並獲得成長與超越，以降低因個案自殺行為所帶來的職業性危害。

參考文獻

衛生署（2010）。**行政院衛生署97年度死因統計【資料檔】**。台北市：行政院。

Allen, M., Jerome, A., White, A., Marston, S., Lamb, S., Pope, D., & Rawlins, C. (2002). The preparation of school psychologists for crisis intervention. *School Psychology Review, 39*(4), 427-437.

Brown, H. N. (1987a). Patient suicide during residency training: Incidence, implications, and program response. *Journal of Psychiatric Education, 11*, 201-216.

Brown, H. N. (1987b). The impact of suicide on psychiatrists in training. *Comprehensive Psychiatry, 28*(2), 101-112.

Chemtob, C. M., Bauer, G., Hamada, R. S., Pelowski, S. R., & Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice, 20*(5), 294-300.

Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. *American*

Journal of Psychiatry, 145(2), 224-228.

Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B., & Torigoe, R. Y. (1988b). Patients' suicides: Frequency and impact on psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 416-420.

Dexter-Mazza, E. T., & Freeman, K. A. (2003). Graduate training and the treatment of suicidal clients: The students' perspective. *Suicide and Life-threatening Behavior, 33*(2), 211-218.

Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 15*, 833-845.

Eddins, C. L., & Jobes, D. A. (1994). Do you see what I see? Patient and clinician perceptions of underlying dimensions of suicidality. *Suicide & life-Threatening Behavior, 24*(2), 170-174.

Ellis T. E., & Dickey, T. O. (1998). Procedures surrounding the suicide of a trainee's patient: A national survey of psychology internships and psychiatry residency programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(5), 492-497.

Farber, B. A., & Heifetz, L.J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional psychology, 12*, 621-630.

Farber, B. (1983). Psychotherapists'



- perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 697-705.
- Fawcett, J., Scheftner, W., Fogg, L., Clark, D., Young, M., Hedeker, D., & Gibbons, R. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1189-1194.
- Gitlin, M. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1630-1634.
- Goldstein, L. S., & Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 392-399.
- Hauser, M. J. (1987). Special aspects of grief after suicide. In E. J. Dunne, J.L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim(Eds.), *Suicide and its aftermath*(pp.57-70). New York: Norton
- Hellman, I. D., Morrison, T. L., & Abramowitz, S. I. (1986). The stresses of psychotherapeutic work : A replication and extension. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 197-205.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*. 163(1), 67-73.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K., & Rabinowicz, H. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*. 161(8), 1442-1447.
- Hodelet, N., & Hughson, M. (2001). What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 25, 43-45.
- Kleespies, P. M. (1993). The stress of patient suicidal behavior : Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(4), 477-482.
- Kleespies, P. M., Deleppo, J., Gallagher, P., & Niles, B. (1999). Managing suicidal emergencies: Recommendations for the practitioner. *Professional Psychology: Research and Practice*. 30, 454-463.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E., & Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*. 24(3), 293-303.
- Kleespies, P. M., Smith, M. R., & Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional psychology: Research and Practice*. 21(4), 257-263.
- Kolodny, S., Binder, R., Bronstein, A., & Friend, R. (1979). The working through of patient's suicide by four therapists. *Suicide and Life-Threatening behavior*. 9(1), 33-46.
- Laux, J. M. (2002). A primer on suicidology: implications for counselors. *Journal of counseling and development*, 80, 380-383.



- Litman, R. E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy, 19*(4), 570-576
- Maltsberger, J. T. (1992). The implications of patient suicide for the surviving therapist In D. Jacobs (Ed.), *Suicide and clinical practice* (pp. 169-182). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Maris, R. (1992). The relationship of non fatal suicide attempts to completed suicides. In R. Maris, A. Berman, J. Maltsberger, & R. Yufit (Eds), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 362-380). New York; Guilford.
- McAdams, C. R., & Foster, V. A. (2000). Client suicide: Its frequency and impact on counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 22*(2), 107-121.
- McAdams, C. R., & Foster, V. A. (2002). An assessment of resources for counselor coping and recovery in the aftermath of Client suicide. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development, 41*, 232-241.
- Neimeyer, R. A. (2000). Suicide and hastened death: Toward a training agenda for counseling psychology. *The Counseling Psychologist, 24*, 551-560.
- Rudd, M.D., & Joiner, T. (1998). The assessment, management, and treatment of suicidality: Toward clinically informed and balanced standards of care. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 135-150.
- Thomyangkoon, P., & Leenaars, A. (2008). Impact of Death by Suicide of Patients on Thai Psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening behavior, 38*(6), 728-740.
- Valach, L., Michel, K., Dey, P., & Young, R. A. (2002). Self-confrontation interview with suicide attempters. *Counseling Psychology Quarterly, 15*(1), 1-22.