

以女性主義觀點探討案主自殺後專業者遺族之哀悼、覺醒與賦權

Discuss the Mourning, Awakening and Empowerment of the Clinician Survivor after the Client's Suicide from the Perspective of Feminism

李亭萱¹
Ting-Hsuan Lee¹

摘要

助人工作者有很高的機率遭遇正在治療的案主自殺，甚至自殺身亡的事件，卻僅有極少數人關注其身心健康。而心理師在獲知案主自殺身亡的當下，往往「自動自發」地處於「治療者」的位置，將自我需求擺放在次要。同時擁有「專業工作者」和「自殺者遺族」的雙重身分，卻未見最佳利益與福祉被優先考量，是心理從業人員的損失。美國自殺學協會於1997年提出了專業者遺族（clinician survivor）一詞，以正確命名達到社會正義之目的，提供專業者遺族相對的支持與協助。本文以「女性主義觀點」探討專業者遺族之哀悼、覺醒與賦權，依序論述專業者遺族身心反應與來自第二序受害者（second victim）的反思，並分享幾點想法，包含：1.理解專業者遺族受到「污名（stigma）」的影響，難有主動求助的意願；2.肯認（affirmative）治療者與案主關係，正常化專業者遺族情感；3.提升組織單位重視專業者遺族之意識，以團隊合作模式平等關懷與賦權；4.覺察專業角色之刻板印象，同步理解心理師與案主各自的社會處境。5.女性主義諮商：解構倖存者的標籤，從負傷療癒者走向社會行動之途徑。最後，呼籲心理工作從業人員提升性別、權力、位階等意識，在事件當中肯認自我，賦權自我，才能更有力量地協助我們的當事人。

關鍵詞：女性主義、自殺、自殺者遺族、覺醒、賦權

¹國立彰化師範大學輔導與諮商學系 博士候選人
通訊作者：李亭萱，（500）彰化縣彰化市進德路1號 國立彰化師範大學 輔導與諮商學系，
E-mail：lee_ting_hsuan@yahoo.com.tw



壹、前言

助人工作者有很高的機率遭遇正在治療的案主自殺，甚至自殺身亡的事件，卻僅有極少數人關注其身心健康（黃梅羹、林憲，1989；Kleespies et al., 2011）。

美國自殺學協會（American Association of Suicidology, AAS）是全球具有影響力的組織，投注相當大的心力預防自殺與關注不同族群的特性，包含LGBTQ族群、藥酒癮族群，不斷重複企圖自殺者，與自殺者遺族等，然而，從1968年成立組織開始，便一直忽略了直接處理自殺事件的助人工作者，也可能受到自殺事件的衝擊，直到1997年提出了專業者遺族（clinician survivor）一詞之後，以正確命名達到社會正義之目的，正視專業工作者遭受案主自殺事件的作用力，也特別組織了「專業者遺族工作小組（The Clinician Survivors Task Force）」，提供專業者遺族相對的支持與協助。

專業者遺族的範疇甚廣，包含精神科醫師、心理師、護理師、社工師、教師、輔導人員與提供醫療照護人員等等，任何一個專業工作者受到自殺事件衝擊的都必須得妥善關照其身心狀況，但若專業工作者本身不為自己發聲，很難讓大眾關注到工作現況。專業工作者依據不同訓練背景、工作性質、勞動階層、與案主關係的緊密程度，影響的層次有細部的不同。本文聚焦於諮商心理師的位置，是一個工作模式最靠近案主心理狀態的專業工作者，不僅來回折返案主內心，持續互動一段治療時程，浸潤於案主的生理、心理、社會的問題之下，擁有深度而親密的連結，受到案主自殺身亡的衝擊可想而知。即便如此，心

理師在獲知案主自殺身亡的當下，往往「自動自發」地處於「治療者」的位置，處理自殺事件衍生出來的事物，將自我需求擺放在次要，此時，心理師同時擁有「專業工作者」和「自殺者遺族」的雙重身分，卻未見最佳利益與福祉被優先考量，後續的身心狀況也未有妥善的關心與照顧，是整體心理助人專業領域的損失。

本文以「女性主義觀點」探討專業者遺族之哀悼、覺醒與賦權，主要原因有二：其一為，過去自殺者遺族的文獻，多數以悲傷輔導、生命教育等視框探討個體內在的心理狀態，強調自我照顧的重要性，較少以社會文化、權力階層觀點探討自殺者遺族心理健康，但不論是醫院、校園、診所或是自行開業的心理師，必定在組織系統的監督之下行使心理師業務，忽視體制系統的作用力，難以有效協助專業者遺族；其二是，心理師的訓練正好是自助助人的專業，有別於以往自殺者遺族居於相對弱勢的位置，心理師的自我覺察高、敏感於組織系統的動力，有能力連結各種資源，組織同盟肯認與倡議，以覺醒與賦權的概念脫離「受害者」角色，正是女性主義的核心價值與意義。

貳、當專業工作者成為專業者遺族時

一、專業者遺族於「個人經驗」與「專業發展」深受影響

綜觀國內外研究，針對心理從業人員遭受案主自殺身亡的數據大致相似：精神科醫師占1/2以上，心理師和輔導老師大約是1/5，而實習心理師在培訓階段大約占1/6，這些助人工作者在案主死亡後的數週之內，容易出現侵入性的壓力



症狀 (intrusive symptoms of stress)，許多人形容此壓力指數猶如喪親，不論在「個人經驗」或「專業發展」皆受到影響 (朱秀琴，2007；呂欣芹、方俊凱，2008；周昕韻，2018；Chemtob et al., 1988；Kleespies et al., 1990；Ronningstam et al., 2021；Takahashi, 1997；Veilleux, 2011)。有研究甚至認為這是一種「職業傷害 (occupational hazard)」 (Chemtob et al., 1989)。

多篇研究指出專業工作者對案主自殺身亡後的反應包含震驚、悲傷、內疚、自責、憤怒、恐懼和自我懷疑等 (呂欣芹、方俊凱，2008；周昕韻，2018；Takahashi, 1997；Valente, 1994；Veilleux, 2011；Wurst et al., 2011)，尤其是年輕且資淺的精神科醫師 (Takahashi, 1997)、心理師、實習的心理師 (許維耘，2013；Ronningstam et al., 2021；Veilleux, 2011) 受到的影響又更為劇烈。

一般受到自殺事件衝擊的成人，在時間的反應上具有個別差異，有些人集中在某一時期有強烈情緒，有些人悲傷反應持續好一段時間，有些人則是在自殺事件過後好幾年才有明顯的反應 (Bellini et al., 2018)，而專業人員通常在獲知自殺的當下和第一個月內受到的影響最為強烈 (Gulfi et al., 2010)，有些心理師會延續這樣的悲傷長達一年 (Danahy & Pierce, 2021)，雖然也有研究發現，三成的心理師會隨著時間的推移慢慢好轉 (Wurst et al., 2011)，但文獻當中並未討論隨著「時間」好轉的具體原因為何，而心理師專業訓練中，對於自我照顧與自我調適較為熟悉，能夠運用的諮商與心理資源相對於一般人多，很有可能在這些時間裡「獨自」做了許多功課，或是體制之下「共同」協助了什麼，才能如文獻所見。

二、專業者遺族的過猶不及：過分關注危機個案vs拒絕與危機個案工作

獲知自殺事件的當下，不論在醫療院所或學校機構的心理師，某種程度都需要啟動危機處理模式，包括提供個案相關資訊，入班執行安減壓心團體，部分心理師可能必須與家屬遺族工作，有一些特殊狀況須得面對媒體新聞 (黃欣玟，2011)。席捲而來的壓力，讓心理師必須得在第一時間內「善後」，不得不將心裡的感受放置次要位置。部分心理師在這段期間還是得繼續提供諮商，有些實習心理師會接收到機構或督導者暫停諮商或轉介個案的指令，不論是基於保護或質疑的態度，在多重壓力的情境下，心理師實踐專業與生活模式可能與以往不同。

研究指出，專業者遺族執行業務傾向兩個極端，一類是更傾向治療高風險的個案，另一類是完全拒絕與自殺危機的個案工作，部分專業者遺族，呈現更加關注潛在自殺的線索，傾向詢問同事的意見，高度關注法律議題，以及提升對自殺相關議題的興趣 (Gulfi et al., 2010；Veilleux, 2011)。一篇來自日本的研究發現，部分的精神科醫師在案主身亡之後，對於專業感到羞恥，視案主身亡為自身褻瀆職權，可能改變生涯途徑，而待在實務現場的醫師容易過分緊張，一旦懷疑案主有自殺風險，就可能以電療作為處遇，或是更加頻繁且過度使用保護室，以及發展出宿命論 (fatalistic attitude) 等想法，相信沒有任何一件自殺事件可以被預防 (Takahashi, 1997)；雖然該篇文獻是以精神科醫師為例，再加上日本文化對「瀆職」的負向觀感不佳，迫使精神科醫師在職場上的處境艱



難，但國內研究也有相似的發現，精神科醫師在案主自殺身亡後會提高警覺、再三審視之後才會決定治療策略，或是在工作時批評他者當作抒發，以及提醒自己對治療關係一定要有界限，對病患要適度的抽離（朱秀琴，2007）。

有些研究將這些反應歸因於對案主的責任感以及與案主相當親近（Gulfi et al., 2010）；有些則提出了「過度認同助人專業」的說法，說明非常認同自己的專業，反而產生極大的挫敗，在無法成功助人時，視案主自殺為個人的失敗（周昕韻，2018）。雖然這樣的說法能夠暫時解釋創傷壓力症狀的來源，但這樣的歸因可能陷入另一種危機。

「對案主的責任感」、「親近案主」和「認同助人工作」原本都是助人工作者的正向特質，是責任與使命的表現，但因為自殺事件而被視為是一種危險因子，這樣的結論值得深思？專業者遺族遭受案主自殺身亡是一件難以避免，卻又迫切需要面對的事，若能翻轉危險因子為療效因子，將責任從個人歸因，到審視整個專業工作體系。在專業訓練的過程中，審慎思考在專業訓練過程中，強化何種概念才能有所助益。

參、體制內的革命：來自第二序受害者（second victim）的反思

女性主義一個重要的觀點是「個人即政治（The personal is political）」也就是個人問題並不僅只是個人內在的，而是與社會、政治脫離不了關係，重要的是，身為心理師需要對威權關係裡的不平等「覺醒」，避免複製社會既存的霸權而持續壓迫，呈現受害者的角色，認為是自己「不夠專業」和「不夠仔細」等。專業者遺族有多重複雜的情緒未能

適當的紓解，這並非個人議題，而是體制組織結構相互作用下的結果。

一、專業者遺族在體制內處於弱勢位置卻渾然不知

呂欣芹與方俊凱（2008）指出自殺事件發生後，醫療院所、學校機構常以案例討論的方式因應，但實際做法常流於「不適當的保證自殺事件不再發生」與「責怪負責的工作人員」，雖然學者們也同意，適當檢討以避免重蹈覆轍，但類似的作法對專業人員與自殺防治卻難有幫助，甚至會阻礙工作人員哀悼歷程。

林曉玉與洪莉竹（2006）提到了即使單位聘用專業心理師，但依舊會受到部分機構主管無法理解諮商業務的各種限制，尤其是體制內強調階層制度的單位，如：軍警體系，心理師受限於需要向上交代行政業務，每一兩年又要面臨新任長官，往往需要更多時間與精力促進心理諮商工作。目前臺灣精神醫學部門或學生諮商中心組織內的主任，多數是了解心理專業助人工作者，但還是有少數無相關背景的主管，如國文系教師兼任諮商中心主任等，由諮商中心再層層往上推的高階主管，又離心理專業更遠了。事實上，即便是專業領域的主管，若沒有階層、體制、權力的意識，也可能不小心成為壓迫者。

在普遍的情境下，諮商中心的團隊合作與溝通狀況都是良善的，心理師相互理解「自殺」類型個案本身的難處，能夠及時可以幫助。然而，主管層級視角並不一定能理解，尤其是體制之內需要維護醫院或校園聲譽，往往容易陷於究責位階較低的中心主任無法有效管理心理師，心理師又無法有效的提供諮商服務，造成案主身亡，迫使組織必須面



臨現在的「慘況」，將案主自殺歸咎於「是心理師無能」和「是心理師的錯」，並在不理解諮商專業與自殺防治的狀況下，不論是直接斥責，或是間接以行政手段「處理」，都讓心理師成為系統裡的弱勢，耗損其專業發展，需要耗費更大的力氣自我調適，白白折損了一個原本年輕有熱忱的助人工作者。

二、忽視體制系統交織的作用力，專業者遺族成為自殺事件的代罪羔羊

周昕韻（2018）將「心理師也是專業者遺族」與「第二序受害者（second victim）」的概念連結，強調系統支持的重要性，同時提醒心理師個人必須妥善處理知後同意書、個案紀錄、合作單位往返紀錄等文件討論，避免落入受害者的困境。

第二序受害者一詞原由Wu（2000）一篇「醫療錯誤：第二序受害者。醫師犯錯也需要幫助」的文章開始，說明第一序受害者（first victim）是病患身亡之後的遺族，包含家人、朋友等，因為醫療疏失而造成病患死亡；專業工作者被社會賦予一個不容許犯錯的位置，背負著第一序受害者的創傷，亦擔心家屬指責、恐懼訴訟、被單位檢討，以及主管與同事無形中的孤立之中，迫使專業工作者僅有自我懺悔、選擇賠償、承認錯誤等行動，成為了第二序受害者。

Veilleux（2011）指出，雖然大部分遺族悲傷反應可依循Kubler-Ross的悲傷歷程理解，但心理狀態還是會因「預期」與「非預期」的死亡方式差異甚鉅，例如，安寧病患與車外意外往生，家屬的心理狀態截然不同。多篇文獻證實自殺者遺族的情緒複雜，包含憤怒、恐懼、罪惡感、羞愧；因為經歷較高的污名

感、感受被社會排拒、被逝者遺棄、恐懼同樣步上自殺之途，而遺族之間可能因為難以承受的痛苦，相互指責，尋找代罪羔羊（呂欣芹等人，2007；周昕韻，2017；吳美麗，2017；陳淑惠，2009；劉麗惠、張淑美，2010；盧鴻文，2011；Mitchell et al., 2004）。專業者遺族的反應有第一序受害者的心理狀態，但更多時候處於第二序受害者的位置，擔心被系統拋棄或壓迫，與家屬悲慟反應下的訴訟。

三、「受害者」標籤強化了弱勢者的位置，同時剝奪專業能力的展現

事實上，在Wu（2000）大聲疾呼專業者遺族權益必須被保障之後，數十年間，不同專業工作者依循各自工作模式的特殊性，發表了許多文章，尤其是護理專業領域，白色巨塔下容易被究責的對象（Jones & Treiber, 2012; Mok et al., 2019），也因此發展出協助第二序受害者的六個階段（Scott & McCoig, 2016），與整體性的支持方案（Wijaya et al., 2018）等。

Wu與Steckelberg（2012）表示越來越多醫院重視醫師的權益，願意創造更友善安全的醫療環境，而具體作法是以調查醫療疏失取代將責任歸咎於個人，以及提早告知家屬相關的醫療風險，更進一步強調心理諮商的重要性，說明專業者遺族的創傷反應，若是沒有積極介入可能造成不良後果。

正當越來越多研究開始關注第二序受害者的權益時，Clarkson等人（2019）在一篇「拋開這個詞『第二序受害者』（Abandon the term "second victim"）」的文章持相反意見，闡述專業工作者必須拋開第二序受害者一詞，才能使環境更



加友善。理由是越來越多報章媒體濫用受害者一詞，甚至以Google索引第二序受害者時，呈現醫護工作者似乎不需要為案主負責，也不用為自身失誤懺悔的錯誤想像，臨床醫護也為此十分無奈，認為一般民眾其實能夠同理醫者，也不反對建立保護機制，但以「受害者」的標籤彌平疏失，讓醫病關係蒙上一層灰，期待能夠更適切的作法。

綜合上述，第二序受害者發展脈絡的具體貢獻，是從整頓體制結構系統的視角理解支持的重要性，走向新一波的革命，必須擺脫受害者標籤的弱勢位置，宜重視專業者遺族的能力，在完善的體制內好好地療癒自己，在案件中學習、增權與賦能。

肆、以女性主義觀點探討專業者遺族之哀悼、覺醒與賦權

本文綜合上述文獻整理提出下列五點，以協助專業者遺族之哀悼、覺醒與賦權。

一、理解專業者遺族受到「污名」的影響，難有主動求助的意願

目前學界缺乏專業者遺族的研究，原因在於：1.專業工作者不願意談個案自殺，傾向自我隔離；2.自責、羞恥、法律訴訟的考量，以至於專業工作者對自殺避而不談，擔憂未來尚未發生的事情（Center for Patient Safety, 2021; Danahy & Pierce, 2021）。

不只一篇研究提出「污名」使自殺者遺族不願意揭露自殺事件，來自於社會對自殺的觀感不佳，這樣的污名讓自殺者遺族停滯於心理交易的困境裡，常利用緘默來處理自己的情緒（陳增穎、顏原達，2019；Scocco et al., 2017; Oexle

et al., 2020; Wong et al., 2007）。雖然目前為止，尚未出現直接以「污名」與「專業者遺族」為主題的相關研究，但在一般論述性文章當中，皆能看見心理師在案主自殺身亡後，產生專業判斷的自我懷疑，擔心家屬、同事、主管看待自己是否失職，這背後隱藏著專業者遺族必須背負著失職、無能與不負責的污名；也有研究的訪談逐字稿呈現，專業工作者想找信任的同事談談內心的感受，同事卻是以工作模式討論讓受訪者難以開口談情緒，或是同儕主動釋出善意，以關心的角度主動分享自身經驗，但專業者遺族採取防禦態度，拼命解釋已經盡心照顧病患，以破除失職的想像（朱秀琴，2007）。由以上可推測，心理師恐懼「我是讓個案身亡的心理師」的負向標籤，是難以開口求助的關鍵。

準諮商師的求助態度與「社會污名（social-stigma）」和「自我污名（self-stigma）」呈現負相關，這裡的「社會污名」指的是大眾集體認定的負面刻板印象，例如：無能、危險、不負責任等，而「自我污名」發生於專業工作者內化他者負向評價，使其自我價值與自我效能感降低。然而，研究亦指出「專業承諾（professional commitment）」在「污名」和「求助態度」之間具備調節作用。專業承諾是心理師在受訓期間，能夠「高度認同諮商工作」，對於擁有專業形象，追求專業成長，有信心提供高標準的專業服務，並對職業的品質、理想與榮耀感，有著根深蒂固的喜愛與發展，是心理師未來發展及走向的重要參考（王美雯，2015）。有鑒於此，協助專業者遺族必須同時考量「去污名」與「專業承諾」，增加肯認情緒與專業身分。



二、肯認 (affirmative) 治療者與案主關係，正常化專業者遺族情感是重要關鍵

根據研究指出，心理師在案主身亡後，因為：1.關係不被認可；2.失落事件不被認可；3.不被允許悲傷的人，被剝奪悲傷的經驗讓心理師哀悼歷程變得困難（李琇婷、呂旭亞，2011）。心理師因為工作模式的特殊性，案家不一定知道案主正在接受諮商，而實習心理師在督導的協助之下，正在專業發展階段，可能因為督導者的評估判斷，持續提供諮商服務或轉介，在這樣多元的情境之下，心理師面臨的狀況必須逐案討論，並非單一通則。

有時候轉介的案主不一定能讓實習心理師持續追蹤；有時候失聯的案主心理師不一定能在第一時間時聯繫，尤其是案主不願讓案家知情的情況下；有時候案家在不知道案主有接受諮商服務時，案主身亡後不會聯絡心理師；有時候，心理師輾轉知情後，處於是否要主動聯繫案家的兩難（林皓敏，2012；周欣韻，2018；Gill, 2012）。依循上述的狀況心理師可能處於「關係不被認可」的悲傷剝奪，無法參與喪禮、獲得更多的細節與脈絡，無法現身相關儀式與自殺者遺族對話，也無法依循著一般、正常的悲傷療癒歷程，好好地表達傾訴。這對原本就處於震驚、難受、困頓、擔憂的心理師，被排拒在外的悲傷無疑是雪上加霜。

肯認專業者遺族與案主的關係，允許悲傷的權利，正常化遺族情緒，能讓專業工作者有力氣審視死亡議題。有研究發現專業者遺族在重要他人陪同之下，參與喪禮、與家屬會面談話，可以幫助專業者遺族完成未竟事務（林皓敏，

2012；黃欣玟，2011），也有研究發現，實習心理師以個人的名義獨自前往告別式之後，將壓抑的情緒爆發，延宕發酵於日常生活之中，是督導者需要關注的（林皓敏，2012），有研究認為專業者遺族同時會有很多人，可以由評估衝擊後由其中一位心理師代表聯繫，系統合作可以促進正向發展（周欣韻，2018）。

根據研究指出，專業者遺族擔心與家屬的責怪，或遭受官司訴訟，對於主動接觸家屬產生了疑慮，建議專業工作者評估與家屬會面的需要，以及覺察個案死亡的真正感覺，是否絕對必要與家屬聯繫，聯繫之前要做好妥善的規劃（黃欣玟，2011；Ronningstam et al., 2021）。這代表專業者遺族的哀悼歷程，面對體制與家屬的狀態相對複雜，在這些矛盾擔心的狀況之下，文獻當中不約而同地提到了「督導」與「團隊」的重要性。

三、提升組織單位重視專業者遺族之意識，以團隊合作模式平等關懷與賦權

（一）組織單位須以「預防性的概念」提早建構支持系統

胡峯鳳（2007）研究指出大專校院諮商心理師容易在服務自殺或自殺的案主類型上有替代性創傷（vicarious traumatization），並推測原因是心理師不僅要時刻持續關心、引導個案更健康、積極地活下去，避免案主再度嘗試自殺或自傷，這種關於生命責任的壓力需要投注的心力無法估計，而研究結果亦發現「組織脈絡」能有效地預測諮商心理師的替代性創傷，且彼此為負相關，即當心理師受到組織單位的照顧與支持越



高，其替代性創傷的程度越低。這表示組織單位必須全面建構完善機制支持心理師，而服務自殺或自傷案主是漫長的歷程，組織萬萬不可到案主身亡後才亡羊補牢，預防機制也並非可有可無，反而是首要之選。

周詩婷（2010）指出機構不當派案、疲勞轟炸是心理師替代性創傷的危險因子，一個好的組織單位必須考量一位心理師可以承受的個案量、案主的類型與新手心理師等狀況，舉例來說，該篇論文的其中一位兼職實習受訪者描述自身同時承接父親燒炭自殺身亡、高自殺風險、性侵害個案等重大創傷類型的個案，並且在一日6個小時內接完，時常陷入苦思而求助無門，卻也無從覺察自己正在經驗替代性創傷。組織單位除了未考量心理師的個人福祉之外，同時也有專業訓練倫理上的缺失，實在不得不謹慎。邱麟閔（2015）提出自殺防治關懷員在訪視時，因為必須承接大量的個案，產生替代性創傷的狀況不盡其數，而督導機制雖然存在外部與內部督導看似完善，但督導會議著重個案研討，並且聘請跨領域之專業督導，包含精神科醫師共同督導，雖然仍有新的學習，但時常需要磨合督導者與受督者之間想法，反而成為另一種壓力，而同儕訪視員彼此之間的心理支持與專業知識的提供，反而獲得幫忙更多；而黃欣妏（2011）指出實習心理師成為專業者遺族之後，認為個人治療師對自己的幫助最大，關鍵的原因在於治療師能夠接納自己在處理個案時的任何狀況，不需要擔心被評價，而專任心理師則認為同儕支持的取得相對便利，不需要支付額外的治療費用，面對個案死亡的心理失落，抒發有時更勝於檢討。

（二）建構女性主義取向的「督導模式」與「覺醒團體」

多篇研究共同指出「督導機制」對專業者遺族的重要性，同時提出了「評價」可能造成心理師的壓力（周昕韻，2018；邱麟閔，2015；黃欣妏，2011；Kleespies et al., 2011; Ronningstam et al., 2021）。女性主義取向督導模式認為「關係是平等的」，除了強調督導關係與督導歷程之外，特別看重受督者的性別、種族、階級、權力等議題的覺察，以及如何在讓這些覺察應用於日常生活中（林佩儀，2006），專業者遺族可以在此種督導模式之下，好好談論受到案主身亡的影響。

目前多數研究以「團體諮商」的形式介入自殺者遺族是有幫助的，包含企圖自殺的「自殺者遺族實驗性團體（Hom et al., 2018）」、「複雜性悲傷團體治療（Complicated Grief Group Therapy, CGGT）」（Supiano et al., 2017），以及「自殺者遺族說故事團體（Storytelling Groups for Survivors of Suicide）」等（陳苡芃等人，2018）。有研究指出「同儕督導的形式」是專業工作者在因應替代性創傷的重要資源之一，尤其是大專校院的諮商心理師，可以透過同儕的分享與互動，培養團隊合作的默契，更可從中獲得被支持與同理，減少孤立與無助的感受，更可以從同儕的回饋之中，重複確認自身的狀況，降低工作帶來的負面影響（胡峯鳳，2007），並且不只是以督導的形式進行，在同一個辦公室裡，許多專業工作者可能同時接觸過案主，共同分享心情，不帶評價地討論，包括不給建議、不給安慰，並在悼念儀式中再次獲得服務案主的意義與價值，這能夠賦能專業工作者，使其在工作與專業上發展更具能力（周昕韻，2018）。

女性主義鼓勵以「讀書會」的形式



提升意識覺察能力，藉由書籍的閱讀與意見交流，可以看到相同經驗與感受，互相扶攜與支持，而以團體的方式進行，至少有四個階段，包括開口（opening up）—將個人的感受和經驗都說出來；分享（sharing）—知道彼此經驗的共通性，了解自己並不孤單；分析（analyzing）—檢視自身位置在社會中的處境、抽象化（abstracting）—從具體經驗去延伸思考脈絡或邏輯，一起檢視制度面的不足或缺失，可以共同努力促成改善（邱珍琬，2006）。

四、覺察專業角色之刻板印象，同步理解心理師與案主各自的社會處境

王浩威與林憲（1990）指出醫師自殺雖然並非全然是其「專業角色」帶來的責任重擔，這些自殺醫師有三分之一對自己執業生涯感到不滿足；邱麟閔（2015）發現即使自殺關懷訪視員在多重壓力的情境下，亦對於社會文化對專業的期待並無覺察，常常關注案主的情緒，而忽視自己的狀態，並有「男性可能比較難說出感覺，我們女性可以傾聽比較重要」的想法；李琇婷與呂旭亞（2011）以自身的角度出發，描述身為「照顧者」的角色，同時經歷母親罹癌與案主反覆自殺等不穩定的雙重壓力之下，助人工作者自認為需要「撐著」，不能展現脆弱的一面，反思自身悲傷被剝奪的處境。

Kleespies等人（2011）指出心理學家的心理健康問題時常被忽略，自身也無所覺察，該研究綜合同事倖存者（colleague survivors）的訪談資料、審視已發表的治療師自殺案例報告，與美國國家職業安全與健康研究所（National Institute of Occupational Safety and Health,

NIOSH）未發表的心理學家自殺數據，發現過去十年心理學家自殺風險提升直接連結「職業困擾」和「自我照顧」，而這些心理學家自殺事件又影響許多人，包含家人、同事、學生、案主等。這樣惡性循環的狀態下，徹底改善體制結構，是根治的良藥。

Ronningstam等人（2021）提出心理師和案主各自的文化和宗教背景影響悲傷調適歷程，例如，穆斯林國家有嚴格的法律制裁、基督徒認為自殺違背聖經的宗旨是一種罪（sin）、而拉丁美洲認為自殺是道德上的不義，而亞洲國家部分可接受自殺是一種選擇，日本文化裡甚至認為某種犧牲是貞潔與英勇的表現。一種公開無評價的方式面對案主自殺，重點是治療師覺察自己的反應、想法和情緒，以及理解案主的實際情況，尤其是不切實際和理想化的專業期待（unrealistic and idealized professional expectations）。心理師必須整合個人經驗與專業身分，鼓勵進一步探究了解案主自殺意念與行為，自我檢視病例報告／個案紀錄，治療師可理解過去有用的工具或處遇。團隊合作對治療師相當有幫助，可以形成現實的理解，協助專業者遺族接受現實，以及提供支持與保護。治療師能夠在自殺議題上有深度的理解與反思，可提升專業者遺族更高的助人者價值。

五、女性主義諮商：解構倖存者的標籤，從負傷療癒者走向社會行動之途徑

Kimball（1986）女性主義諮商的發展聚焦於嚴肅地看待在社會上遭受的性別暴力，站在一個理解個人與文化相互依存共生的原則，在諮商情境裡不僅相信當事人的能力，更是不斷驗證與賦權



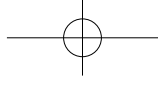
，並探討權力與位階帶來的影響力，文獻當中描述若是在案主遭受性創傷時，以分析母親無法保護女兒，又對父親有矛盾情緒的方式治療，容易陷入更巨大的性別暴力裡。借鑒上述案例反思，專業者遺族的療癒歷程，不單僅是照顧個人內在情緒與經驗，必須在社會文化等鉅視系統裡修復創傷；Brown（2004）回顧女性主義相關文獻，包含創傷女性主義模式（feminist models of trauma）、創傷女性主義理論（feminist theories of trauma）、創傷診斷女性主義模式（feminist models for diagnosing trauma）、創傷女性主義治療（feminist trauma treatment）等，認為創傷是人際暴力所引起的，描述背叛、壓迫，和隱匿式創傷（insidious traumatization）持續在生活脈絡裡出現，強調「創傷」一詞必須在文化偏見與各種壓迫之下被理解，並且提出治療師創傷的目標不變，但不因此而滿足，必須積極強化被治癒的案主能夠參與改變社會的行動，透過社會倡議治癒周圍的世界，而不是將一位治癒好的案主，送回原本使其創傷的世界。另外，女性主義諮商的對象並不限定女性，反而陪伴弱勢、被支配與受到壓迫一方的過程。Carr與McKernan（2015）分享三個關於患有創傷壓力症候群的男性退伍軍人的案例，受到男子氣概、精神疾患，軍人的三種元素的影響，持續被PTSD的症狀所困擾而不願意求助，而上述三種元素而這分別對應女性主義當中的性別、疾病和位階交織而成社會身分，女性主義諮商試圖在「去污名」的情境之下協助案主，承接各種焦慮、恐懼、來回反覆重回現場（flashbacks）、夢魘、悲傷等感受，並在困境緩解之後，能持續協助有同樣困擾的人，實踐社會正義。

目前國內並未有特別為專業者遺族

量身打造的組織或團體，但值得一提的是，馬偕自殺防治中心執行「自殺者遺族說故事團體」多年，效果顯著，並於2017年底特別針對專業工作者舉行「專業者遺族說故事團體」，讓每位參與者分享一件死亡個案的故事，如同自殺者遺族在安全、封閉的空間彼此訴說、聆聽，把平時沒有機會處理的內在情緒再拿出來好好梳理，是為實務工作領域關懷專業者遺族的先鋒（張子午，2019）。本文認為專業者遺族必須解構倖存者的標籤，從負傷的療癒者走向社會倡議之途徑，投身改善整體專業工作者的環境，在有諮商心理師執業之處，必須以「預防性的概念」建立一套完善的體制，協助專業者遺族，而不是以亡羊補牢的態度面對。

伍、結論

美國自殺學協會：「世界上只有兩種心理師，一種是經歷過案主自殺身亡的，另一種是未來將會經驗到的。」專業者遺族同時擁有「專業工作者」和「自殺者遺族」的雙重身分，除了在歷程當中解構「受害者」和「倖存者」的標籤之外，更需要朝向社會正義的路徑前行。本文以女性主義觀點探討是深信諮商心理師的專業訓練中，對於自我照顧、自我覺察、悲傷療癒的能力不容質疑，但在體制結構當中的壓迫與覺醒較難突破重圍，也因社會大眾對心理師溫柔、正向、好脾氣，沒有負向情緒的想像或期許，造成諮商心理師成為專業者遺族時難以抗衡，被體制犧牲，卻無從獲得資源。在此也呼籲心理工作從業人員，要有性別、權力、位階等意識，能夠在事件當中肯認自我，賦權自我，才能更有力量協助我們的當事人，促進整體社會心理健康工作更加完善。



參考文獻

- 王美雯 (2015)。諮商受訓者污名感受與求助態度：專業承諾的調節效果〔未出版之碩士論文〕。銘傳大學。
- 王浩威、林憲 (2006)。自殺個案 (二十六) 醫師的自殺。當代醫學，**203**，793-796。
- 朱秀琴 (2007)。專業主義與哀悼：精神科醫師遭遇自殺身亡病患的社會與心理影響之研究〔未出版之碩士論文〕。南華大學生死學系。
- 呂欣芹、方俊凱 (2008)。案主自殺後治療者的失落與悲傷。諮商與輔導，**266**，39-41。
- 呂欣芹、方俊凱、林綺雲 (2007)。自殺者遺族悲傷調適之任務—危機模式初步建構。中華輔導與諮商學報，**22**，185-221。
- 李琇婷、呂旭亞 (2011)。悲傷剝奪概念簡介—談諮商師的悲傷剝奪經驗。諮商與輔導，**310**，43-50。
- 邱珍琬 (2006)。女性主義治療理論與實務運用。五南文化。
- 邱麟閔 (2015)。自殺防治關懷訪視員替代性創傷與因應之研究—以嘉義縣、市為例〔未出版之碩士論文〕。南華大學生死學系。
- 林佩儀 (2006)。女性主義取向與多元文化督導取向的結合。諮商與輔導，**252**，24-28。
- 林皓敏 (2012)。在黑暗中追尋微光：當助人專業學習者亦為自殺者遺族〔未出版之碩士論文〕。國立東華大學。
- 林曉玉、洪莉竹 (2006)。處理自殺個案的倫理衝突—以一位軍中諮商心理師的經驗為例。醫護科技學刊，**8** (4)，318-328。
- 周昕韻 (2017)。自殺者遺族複雜性悲傷之心理治療。諮商與輔導，**380**，8-12。
- 周昕韻 (2018)。心理師也是專業遺族—當個案自殺身亡。諮商與輔導，**385**，6-9。
- 周詩婷 (2010)。大專校院諮商師替代性創傷經驗研究〔未出版之碩士論文〕。國立彰化師範大學。
- 吳美麗 (2017)。目睹雙親自殺之遺族青少年生命故事之敘說研究〔未出版之碩士論文〕。國立屏東大學。
- 胡峯鳳 (2007)。大專院校諮商師替代性創傷、自我照顧及組織脈絡之相關研究〔未出版之碩士論文〕。國立暨南國際大學。
- 張子午 (2019)。成為一個新人—我們與精神疾病的距離。遠足文化。
- 許維耘 (2013)。實習諮商心理師面對案主自殺經驗之敘說研究〔未出版之碩士論文〕。國立臺灣師範大學。
- 陳增穎、顏原達 (2019)。雙重「被污名化的死亡」對遺族悲傷經驗影響探究。輔導與諮商學報，**41** (1)，1-20。
- 黃欣妏 (2011)。心理治療人員面對個案自殺死亡之因應歷程與方式。輔導季刊，**47** (4)，50-60。
- 黃梅羹、林憲 (1989)。自殺個案 (十二) 治療者對病患自殺的反應。當代醫學，**189**，615-618。
- 劉麗惠、張淑美 (2010)。幼年時期親自殺對子女的衝擊與悲傷調適歷程之敘說研究。生命教育研究，**12**，33-73。
- 盧鴻文 (2011)。從「難以承受的告別」一書來看自殺遺族的心路歷程。諮商與輔導，**307**，38-41。
- Bellini, S., Erbutto, D., Andriessen, K., Milelli, M., Innamorati, M., Lester, D., Sampogna, G., Fiorillo, A., & Pompili,



- M. (2018). Depression, hopelessness, and complicated grief in survivors of suicide. *Frontiers in Psychology, 9*, 198. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00198>
- Brown, L. S. (2004). Feminist paradigms of trauma treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(4), 464-471. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.464>
- Carr, E. R., & McKernan, L. C. (2015). "Keep your chin up": Treating male veterans with posttraumatic stress disorder from an integrative feminist theoretical perspective. *Journal of Psychotherapy Integration, 25*(4), 253-266. <https://doi.org/10.1037/a0039577>
- Center for Patient Safety (n.d.). *Second victims experience*. <https://www.centerforpatientsafety.org/second-victims/>
- Chemtob, C. M., Bauer, G. B., 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. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.20.5.294>
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Torigoe, R. Y., & Kinney, B. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*(4), 416-420. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.19.4.416>
- Clarkson, M. D., Haskell, H., Hemmelgarn, C., & Skolnik, P. J. (2019). Abandon the term "second victim". *BMJ Quality and Safety, 364*, 1-2. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1233>
- Danahy, S., & Pierce, N. (2021). *Starting the conversation: Clinicians as survivors of suicide*. Mental Health Crisis Consultants. [https://www.uwsp.edu/conted/Anon/Starting%20the%20Conversation_Clinicians%20as%20Survivors%20of%20Suicide%20Crisis%20Conference%202019%20FINAL%20-%20%20Compatibility%20Mode%20\(1\).pdf](https://www.uwsp.edu/conted/Anon/Starting%20the%20Conversation_Clinicians%20as%20Survivors%20of%20Suicide%20Crisis%20Conference%202019%20FINAL%20-%20%20Compatibility%20Mode%20(1).pdf)
- Gill, I. J. (2012). An identity theory perspective on how trainee clinical psychologists experience the death of a client by suicide. *Training and Education in Professional Psychology, 6*(3), 151-159. <https://doi.org/10.1037/a0029666>
- Gulfi, A., Dransart, D. A. C., Heeb, J. L., & Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 31*(4), 202-210. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000027>
- Hom, M. A., Davis, L., & Joiner, T. E. (2018). Survivors of suicide attempts (SOSA) support group: Preliminary findings from an open-label trial. *Psychological Services, 15*(3), 289-297. <https://doi.org/10.1037/ser0000195>
- Jones, J. H., & Treiber, L. A. (2012). When nurses become the "second" victim. *Nursing Forum, 47*(4), 286-291.
- Kimball, M. M. (1986). Developing a feminist psychology of women: Past and future accomplishments. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 27*(3), 248-259. <https://doi.org/10.1037/h0084338>



- 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. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.21.4.257>
- Kleespies, P. M., Van Orden, K. A., Bongar, B., Bridgeman, D., Bufka, L. F., Galper, D. I., Hillbrand, M., & Yufit, R. I. (2011). Psychologist suicide: Incidence, impact, and suggestions for prevention, intervention, and postvention. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(3), 244-251. <https://doi.org/10.1037/a0022805>
- Mitchell, A. M., Kim, Y., Prigerson, H. G., & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25*(1), 12-18. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.25.1.12>
- Mok, W. Q., Chin, G. F., Yap, F. S., & Wang, W. (2019). A cross-sectional survey on nurses' second victim experience and quality of support resources in Singapore. *Journal of Nursing Management, 28*, 286-293. <https://doi.org/10.1111/jonm.12920>
- Oexle, N., Feigelman, W., & Sheehan, L. (2020). Perceived suicide stigma, secrecy about suicide loss and mental health outcomes. *Death studies, 44*, 248-255. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539052>
- Ronningstam, E., Goldblatt, M., Schechter, M., & Herbstman, B. (2021). Facing a patient's suicide: The impact on therapists' personal and professional identity. *Practice Innovations, 6*(2), 89-106. <https://doi.org/10.1037/pri0000140>
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A., & Toffol, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research, 94*, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.12.016>
- Scott, S. D., & McCoig, M. M. (2016). Care at the point of impact: Insights into the second-victim experience. *American Society for Healthcare Risk Management, 35*(4), 6-13. <https://doi.org/10.1002/jhrm.21218>
- Supiano, K. P., Haynes, L. B., & Pond, V. (2017). The transformation of the meaning of death in complicated grief group therapy for survivors of suicide: A treatment process analysis using the meaning of loss codebook. *Death Studies, 41*(9), 553-561. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1320339>
- Takahashi, Y. (1997). Psychological responses of psychiatrists to patient suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 18*(3), 136-140. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.18.3.136>
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*(4), 614-621. <https://doi.org/10.1037/h0079574>
- Veilleux, J. C. (2011). Coping with client death: Using a case study to discuss the effects of accidental, undetermined, and suicidal deaths on therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 42*(3), 222-228. <https://doi.org/10.1037/a0023650>
- Wijaya, I. M., Mohamad, R. A., &



- Hafizzurachman, M. (2018). Second victim support program and patient safety culture: A quasi experimental study in Bali international medical centre (BIMC) hospital. *Bali Medical Journal*, 7(1), 220-226.
- Wong, P. W. C., Chan, W. S. C., & Beh, P. S. L. (2007). What can we do to help and understand survivors of suicide in Hong Kong? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(4), 183-189. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.4.183>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ Quality and Safety*, 320, 726-727. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000605>
- Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: Doing better but feeling worse? *BMJ Quality and Safety*, 21(4), 267-270. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000605>
- Wurst, F. M., Kunz, I., Skipper, G., Wolfersdorf, M., Beine, K. H., & Thon, N. (2011). The therapist's reaction to a patient's suicide: Results of a survey and implications for health care professionals' well-being. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 32(2), 99-105. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000062>