

家庭醫生與一些長期病人以致他們的家人都建立了親密的治療關係，無論在突發性哀傷或在可預期哀傷過程中都會承擔重要的角色。

家庭醫生與一些長期病人以致他們的家人都建立了親密的治療關係，無論在突發性哀傷或在可預期哀傷過程中都會承擔重要的角色。有些病人因哀傷而引發身心症，也會向家庭醫生求助，所以家庭醫生對哀傷的歷程及心理必須有所掌握。期望在這課後我們可以：

1. 了解哀傷者的心路歷程
2. 能夠與哀傷者同行及提供專業的意見及心理支援
3. 留意到親人離世可以是不同疾患的成因之一
4. 能夠對經歷哀傷的人作出專業的評估，包括心理狀態及是否需要轉介
5. 得悉 DSM-5 對喪親之有關診斷

哀傷者的心路歷程

哀傷者所經歷的可以說是已經發生而無從改變的事情，所以他們往往會感到無能與無助，有時甚至會有面臨危機的感覺。在這些艱難時刻，有時真是只可以無言感概，以嘆息作共鳴！親人的離世亦可以說是改變的時刻，所以涉及的人都需要作出調適。作為人生的一個重要經歷，這也可以是一個醒悟的時刻，意識到存在的一些必然問題，也許會有些人因此經驗到成長。

在這階段，作為他的家庭醫生，一個有見識、受尊敬、有權威、富經驗（有些甚至有父母親形象）的人，能夠給與他足夠的明白、聆聽、認同及指引，會使他感到對自己的處境有多一點的掌控。醫者細心觀察有沒有繼發的身心症狀，以及溫馨的提示，例如糖尿病人不要因為哀傷而忘記服藥等，對哀傷者都是極其重要的。

何謂哀傷？

哀傷是因失去摯愛而產生的痛楚，這不單單涉及情緒，而是整個人（身心社靈）都在哀傷！他的情緒可能因這人的離去而被愁雲掩蓋，哀痛如巨浪陣陣衝擊，食慾不振，身體隨之而衰弱，不願見人，不願見神。著名的英國精神科醫生及心理分析師 John Bowlby (1980)提出了四個哀傷的階段，包括麻木及難以置信、尋覓及渴求見面、灰心及混沌破碎、重整及恢復過來。這四個階段不一定是清晰的，而且當中的感受，包括憤怒、焦慮、無力、抑鬱都會不停交替出現，令當事人非常痛苦。

另外，美國哥倫比亞大學臨床心理學教授 Bonanno et al. (2000)做了一個很大的回學術回顧，總結了 50-85%經歷哀傷者共同的經驗，包括：中度的思維混亂、煩惱、健康問題、社交及工作障礙與及對離世者有正面的思想及情緒（詳見表一）；另外的 15-50%卻從開始都只有輕微的哀傷表現。大部分哀傷者於一年內會回到以前的狀態，15%在親人離世後一至兩年仍有嚴重至可診斷為重性抑鬱、廣泛焦慮症或創傷後壓力症等的失調。從分析結論看，哀傷的經驗是大部分人可以共有的，所以哀傷不應算為疾病，而近年的傾向也不會把哀傷區分為正常或不正常，而是個別了解他們的需要。

表一：大部分哀傷者的共同經驗

思維混亂	自我身份的認知混亂，像失去了部分的自我；代入了離世者的症狀；失真感；經常沉思；難以集中及作出決定；對未來失去信心；不斷思索意義等
煩惱	長期及嚴重的情緒衰頹；感到憤怒、煩躁、哀傷、低落、驚慌、內疚、孤單、渴求等
健康問題	出現焦慮及抑鬱症狀；自殺率增加兩倍；荷爾蒙及免疫力失調；增加了各類身體的疾患等

社交及工作障礙	退縮；不能執行應有的社會角色；令周遭的人也感到煩惱；難以結交新朋友等
對離世者有正面的思想及情緒	感到釋然；為離世者已進入天堂而感到欣慰；為離世者感到驕傲；感到愛及快樂等

如何適應及過渡哀傷？

哀傷的經歷及感受也可以出現於其他的處境，例如失戀或失婚等，但這次講座主要仍是以應用於因親友離世而產生的哀傷。在漫長的歲月中，哀傷者如何適應，如何自處？心理學家提出了幾個不同的看法。可以想像，遇到如此重大的經歷，一般的反應都不外乎面對或壓抑（逃避）。面對哀傷這方向的目的是透過面對習慣失落，例如「每次想到他都會落淚，但慢慢就習慣了」。而壓抑者則是用「忘記背後，努力向前」或「死者矣矣，生活都是要向前走！」等去應對。

這兩方面的取向很在乎當事人的文化、信念及人生取向，無分優劣，而且心理學家普遍認為兩者都是重要的。心理學家 Strobe 認為這兩個取向往往交替進行；另一位學者 Rando 認為哀傷者初期會較多用前者，學習放下，而後期則多用後者，為自己尋找新的意義及方向。

上述兩個方案最終都是要脫離逝去的關係，重新上路。但有另一個觀念與這前兩者截然不同，Bowlby 認為我們毋須棄舊才可以立新，我們可以重整這段關係，內化這位親友，把逝者放在內心，象徵性地成為我們的安慰者、保護者。愛是永恆的，關係不需要斷絕，只要我們心知他已經告別了，不在人世，而這關係不會障礙我們前行。

總的來說，哀傷的結束意味著我們已經在認知上接納了失落，在情感上也接納了失落，並且建立了「沒有了他的我」這個新的身份。

經歷親人離世可會造成疾患？

一直以來，經歷喪事的人都會被認為有較高的機會遇上意外或疾病，究其原因，也不無道理。例如：生理上，哀傷者的免疫力因壓力而減弱；情緒上，因抑鬱而導致自顧能力減退；社會上，生活方式的改變；加上精神上受到的打擊，這些改變都會導致患病，而尤為甚者，是年老或獨居的一群。

老人家在喪偶後患上抑鬱、肺炎、或長期病患惡化的情況是很普遍的，值得留心。而一些特別的個案，例如自殺、猝死、英年早逝留下幼年子女，或年幼子女早逝等情況也需要特別小心處理。

另外，有些求助者可能因為危機的發生而求診，例如失常、情緒激動、不能正常運作、求死等；也可能是因為繼發的問題如失眠、暴瘦、幻聽或其他情緒症狀等求助；亦可能因為身體不適及各種痛症、酗酒或其他行為問題而來。我們必須清楚他們的歷史，有高度的敏感度，對問題的成因有探究的心態，特別是無故的憤怒及嘆息，也可以有系統地詢問他們近期有沒有重大事故或壓力來源及從家族病史中尋找可貴的資料。

評估

對哀傷者的評估應包括以下幾項：

- 了解他們和逝者的關係如何
- 了解他們的處境，例如是突發的離世或是早有心理預期
- 了解哀傷者對事情發生的感受、想法，是否感到震驚、創傷等
- 評估他們的傷痛程度，例如是否出現身心的症狀及削弱了日常運作的功能等
- 評估他們的需要，例如是否需要提供危機支援等
- 預後評估，包括他們抵受壓力的能力、有沒有可預見的困難等；了解他們與逝者的相處模式、過往處理壓力的方式及經驗、過往經歷之失落哀傷、過去的身體及精神病歷、家族病史等都對此評估有很大的幫助（參表二）
- 評估他們可調動的社會支援，如家人及朋輩的支持等

表二：預後評估

達致良好預後的助力	可能引致困難的因素
性格樂觀、意志力強	哀傷者感到事情應該可以避免
抗逆力強：有自控能力，感到環境在他們控制能力之內，視壓力為挑戰，肯委身	哀傷者本身有精神健康問題或曾經因為不同的壓力或失落而產生適應失調
有強大的宗教信念，感到人生有秩序、有目標及有意義	突然及始料不及的死亡、死亡過程痛楚及漫長、涉暴力的事件、兒童的離世等
願意在生活上追求有價值的目標	哀傷者與逝者過往的關係糾結
有良好的支援系統	哀傷者感到沒有支援或支援不足

急性哀傷者在崩潰狀態的即時的處理

遇有面對哀傷者即時感到崩潰時，我們建議運用危機處理的原則。危機是指事主一向應對困難的能力都不足以應付當下的情況而需要即時的援手。他可能會因傷心過度而進入離解的心理狀態，思緒混亂，不能作主，無法客觀地決定及安排生活，我們便要暫時接手幫助他們處理一些緊急的事情，例如：照顧起居飲食、安排子女上學接送、安排老人家的照料、請假、保障家居安全等。我們需要為他們調動資源，例如透過社工、護士與他們的家庭成員協商如何幫助他們。在這情緒高漲的時刻，他們可能需要一些鎮靜的藥物使警覺度稍為降低，可以冷靜思考、進食、睡眠。他們也可能需要一個安靜的環境表達哀傷，輔導員或社工可以陪伴及聆聽他們的心聲。待稍為平靜後，要與他們討論如何增強支援、有甚麼問題需要解決、解難的方案、生活的適應等，再把我們暫時接手處理的問題交還他們決定。

何時需要轉介精神科或其他專業？

大部份的哀傷者都會漸漸適應下來，而且在哀傷初期，他們大多都會振作，以處理喪葬的事情，早期的社會支援也會較多，反而是要看這初段處理之後的發展。

倘若出現較嚴重的抑鬱、過度興奮、創傷後壓力反應、幻覺、行為問題如病態賭博、酗酒或預計他們的適應會有相當困難，都宜轉介。特殊的死亡事件包括自殺、他殺、災難事故、小童的離世等都是相當困難的處境，及早轉介至為妥當。在任何階段如果發現哀傷者有適應不來的情況，或是出現自殺傾向都要立即作出適當的處理。精神科醫生、臨床心理學家、心理輔導員往往都有處理複雜個案的經驗，也能夠付出更多時間與哀傷者同行。

DSM-5 給了我們甚麼新的角度？

美國精神科學會於 2013 年出版的精神學診斷及統計手冊第五版更新了有關喪親的診斷。過往喪親者產生抑鬱反應被視為正常不過，所以在診斷抑鬱症時要剔除因喪親而引發的抑鬱，新版取消了這限制。新版在「可引起臨床關注的其他情況」之下的「與主要支持系統成員相關的其他問題」一段加入了「非複雜的喪親」一項；亦在「需要再加研究之項目」一章加入了「持續及複雜的喪親障礙」並列舉了有關診斷條件，這些條件包括需要超過一年之相關症狀並造成個人的傷痛或社會功能上的失調。研究分析在這些條件下可診斷為「持續及複雜的喪親障礙」的比例，在美是 2.4-4.8%。相信這些新的發展有助我們重視喪親者的需要，以及更具體地找出需要協助的人。