

自殺的諮商倫理議題與危機介入

The ethic issues and crisis intervention of suicide

周穎琦¹

Ying-Chi Chow¹

壹、前言

Caplan等人（1964）將危機視為個體人生目標受阻的狀態，個體無法以現有的資源和機制因應，因而產生混亂和失衡，若未提供適當的資源或轉介，將造成其認知、情緒、行為上的失功能。

從上述來看，自殺亦屬危機事件，諮商者須立即進行情緒與環境的急救，緩衝破壞性的壓力事件，增強個人因應機制，活化社會資源，因此危機介入與一般諮商介入的迥異性頗大。面對自殺個案，諮商者除需具備心理諮商的專業訓練之外，也應接受危機介入訓練，才能於急迫時間內，作出積極的準確介入。

由於自殺議題攸關生死與時間限制，因此更增添諮商過程的複雜度與爭議性，其中牽涉到介入的過度或不足、危機評估的失當、諮商者的反移情與過早結案、通報與保密責任等兩難議題。從Farber（1983）、Deutsch（1984）、Hellman等人（1986）的研究中發現，最讓心理師備感壓力的個案行為是「自殺的陳述」與

「自殺威脅」；由此可見，個案的自殺行為，儼然已成為心理師的一種「職業性危害」。

是故，本文將以「自殺」為經線，「倫理議題」與「危機介入」為緯線，縱橫交織，呈現諮商者因應自殺個案，所須面對的諮商技術與倫理之雙重挑戰。

貳、自殺的諮商倫理議題

議題一：諮商者是否應尊重個案自殺的自主權？

Szasz認為自殺是一種合乎道德且自我負責的最終行動，諮商者無絕對責任預防自殺，一旦將個案存活視為自己責任，就剝奪個案為自身行為負責的正當性。若個案因自殺前來求助，諮商者即有倫理義務或法律責任，協助他們不要走上絕路。但若個案未尋求協助，且主動拒絕，諮商者的責任並非說服其接受幫助，而是避免干擾其選擇的自由（引自Corey, Corey & Callanan, 2007）。雖此論述在賦予個人自主權上有其價值，但仍顯不足且忽略潛在

¹宜蘭縣立利澤國民中學教師，國立政治大學教育研究所碩士
通訊作者：周穎琦，（268）宜蘭縣五結鄉利寶路99號，Email：cwk720@gmail.com

危險，故本人提出以下論點：

一、「極端自由主義」之烏托邦

社會對自殺行為的介入，可反映出社會對於個人關懷、與個人的「社會連帶性」(solidarity)，畢竟「一人之死，多為存活者之事，而非死者之事 (A man's dying is more the survivors' affair than his own.)」。正如吸毒、酗酒並不被視為一種尊重其自我負責的行動，律法上也將兒虐、性侵改為非告訴乃論，可見在維持社會存在、運作之前提下，國家社會勢必對個人行為進行評價並介入 (吳建昌、陳映燁、李明濱，2007)；若過度將「個人為主體，社會為限制」奉為圭臬，恐落入「極端自由主義」的泥沼中，忽略自由的限度與介入的保護性。

二、自殺並不代表自主，介入也不等同於干涉

「極端自由主義」基本假設為：個體對自身生命擁有絕對充分之資訊，故能作出全然準確之判斷。然而，受限於現實環境中的個體，往往無法掌握完整且透明之資訊；即便資訊充分，也可能因衝動而作出錯誤的判斷。正如自殺者受限於壓力事件，常在自認為別無選擇之下決定自殺。

自殺也是一種求救訊號，藉此與環境溝通、試探周身的反應，多數自殺者並非真的想死，只是無法想像該如何繼續活著 (Granello & Granello, 2007)，若能保護其度過危急時刻，求生意念會再萌發。反之，若周身環境態度消極或無回應，個體會認定對外溝通的意圖失敗，而促使其執意自殺。

是故，自殺的介入不過是暫時的，但死亡的結果卻是永遠且無法挽回的；一個主張極端自由主義的社會，將棄守其保護之責，放任個體作出不可挽回之重大決定。

三、自殺危機介入之必要性

Beauchamp與Childress (2001) 認為國家社會家長式介入可分為兩種：(一)軟性家長主義 (weak paternalism)；(二)強勢家長主義 (strong paternalism)。

前者只在自殺非理性自主時，才會有所介入，亦即認同所謂的「理性自殺」一個體因不堪疾病末期所苦，而向專業人員諮詢並接受評估，清楚探究自殺價值觀和所有替代方案，且與重要他人討論，了解此決定的影響，經一連串完整決策歷程且未受強迫之下，才決定結束生命 (Werth & Holdwick, 2000)。

而台灣目前的自殺防治，則採「強勢家長主義」，即無論自殺是否為理性自主行為，國家社會可基於保護之責強制介入，例如：對「意圖自殺，非管束不能救護其生命者」之即時強制；或以「安寧緩和醫療條例」取代安樂死。

此兩種社會介入方式雖似迥異，但皆認同「危機介入」之必要性，藉此爭取時間，評估個案是否資訊充分且理性自主，並戮力使原先不可預期的正向改變有發生的可能。

自殺——常是個案認定所能爭取的最終選擇，危機介入雖看似剝奪個案的選擇，亦奪其控制感與自主權；但唯有先保護個案度過危急時刻，才有機會於後續諮商中，進一步探索死亡的迷思與看法，個

案一旦覺察對死亡的過度美化，即能接觸真實的死亡焦慮，而降低自殺意念（高慧芬，2000），如此才能看見其他可能性，並重獲真正的選擇權。

因此，自殺的危機介入未必代表反對自殺，而是反對個體在非理性自主之狀態下決定自殺。無論諮商者對個案自殺同意與否，都須扮演資訊蒐集者與決策分析者，協助其作出理性自主的判斷；一旦放棄此兩種角色的諮商者，可被嚴重視為未盡其責。

議題二：To report or not to report, that is a question——諮商者能否透露個案的自殺意圖給他人？

在知後同意的過程，諮商者有法律及倫理責任告知個案：當他們有自殺風險時，諮商者須打破保密限制，以提供保護。因此，既然自殺的通報是必要的，此議題的關鍵之處便在於，諮商者何時可將個案的暗示當真，而通報此情況（Corey, Corey, & Callanan, 2007）。

通報與否的兩難，正如「訊號偵測理論（Signal detection theory）」：諮商者若認為個案尚不嚴重，錯失自殺訊號的偵測（Miss），未對其採取預防措施並通報，一旦個案自殺，諮商者會被歸咎治療不當；但若諮商者過於敏感，對空穴來風的自殺訊號作出假警報（False alarm），在缺乏判斷基準下貿然通報，便會侵犯案主的隱私。因此，諮商者的保密與否的抉擇，須建基於一套合理且客觀的評估標準，來判斷個案自殺行為的嚴重程度。

法律並未要求諮商者對自殺風險永遠評估正確，但要求諮商者須根據現況及所

得資訊加以評估，作出與其他類似情境下的專業人員相同的判斷，因而顯示以資訊為基礎的自殺評估與諮詢的重要性。

此外，評估非僅限於初談，而是持續整個諮商歷程，諮商者須以直接開放的態度詢問自殺意念，個案才會對於談論自殺議題感到自在，如此便較易評估自殺的危險程度。

雖然，台灣輔導與諮商學會「諮商專業倫理守則」中提及：當事人的行為若對其本人或第三者有嚴重危險時，諮商者有向其合法監護人或第三者預警的責任。但由於目前台灣法令並未強制規定諮商者須通報自殺，因此，個案若為成年人，仍可依其最大福祉作為考量判斷，包括去評估個案的自殺嚴重度、社會支持度、以及個人接受度，再決定通報與否。

然而，個案若為未成年人，因涉及監護權的議題，所以須依法強制通報，且通報態度會趨於謹慎、保守，即使個案實際自殺的機率不高，但只要有可能，就足以構成聯絡父母並告知他們的責任。

無論如何，諮商者在通報前仍要先知會個案，充分討論關於通報的對象、方式、內容，及通報的益處、後續效應與因應機制，藉此降低個案疑慮，且務必以「最低侵犯」原則，預防傷害發生（Corey, Corey, & Callanan, 2007）。

議題三：諮商者應主動保護自殺個案到什麼程度？

由於自殺個案的基本需求長期被剝奪，因此強烈渴望他人關懷，作其情感上的依靠，甚至反覆以自殺攫取更多關注，並對諮商者形成強烈的依賴關係。危機介入中，諮商者可毋須擔心依賴性的問題，

而以較高的主動性與指導性介入，並擁有更大的彈性和自由，以回應、配合個案的需求，包括晤談時間與地點的選擇、晤談期程的長度……等，此時諮商的特殊依賴關係反而有助於危機介入，且具有治療意義（高慧芬，2000）。

至於諮商者應保護個案至何種程度，其原則如同上述之自殺通報，取決於對個案完整的評估結果，包括評估個案的自殺嚴重程度、以及社會支持系統；假使個案為高自殺危險者，再加上社會支持系統薄弱，就須考慮明確告知諮商者的聯絡方式，或定期主動與個案保持電話聯繫，必要時增加晤談次數或延長晤談時間，甚至協助保管個案的自殺工具，不讓案主輕易取得危險物品。

綜述而論，自殺個案的危險性愈高，諮商者主動保護的程度也相對增加。因此，諮商者一面得控制手邊的自殺個案量，避免自己耗竭；另一面也得認清個人的限制，了解自己處理自殺案主的壓力及所須付出的代價。

議題四：倘若個案自殺身亡，諮商者的應盡責任為何？

個案若於諮商關係中結束生命，就法律層面論之，除非諮商者並未採取合理照護，而增加個案受傷害的風險，或使個案比未接受處遇之前更糟，才對傷害負有責任。即使如此，面對個案自殺身亡，諮商者除須承受個案家屬的責難與輿論，更會因此質疑自己專業能力，並責難自身疏忽職守。

因此，自殺案例中有兩個因素，可作為諮商者是否善盡其責之主要依據：

(1)可預見性（foreseeability）

(2)合理的照護（reasonable care）

諮商者若有進行適切診斷，以合理步驟評估自殺危機，且採取預防自殺的監督措施，便無疏忽職守之虞；反之，若未診斷出個案處於自殺狀態，可能就要為其死亡負責。不過，法院也體認自殺行為的難以預測，因此諮商者對未準確預測的責任承擔較小。然而，假如諮商者明顯偏離專業實務、逾越可接受的標準範圍，或其評估、介入未基於合理的臨床判斷時，就須負起法律之責（Corey, Corey, & Callanan, 2007）。

是故，諮商者可以兩種措施，預防自殺介入中治療不當的責任：(1)諮詢；(2)建檔（Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1995）。

由於法律標準乃建基於專業群體的實務工作上，諮商者若尋求同事或督導的諮詢，可有較多共識支持，依法裁定的勝訴機會也相對較高；更重要的是，因所作判斷與類似情境下的專業人員一致，落實可預見性與合理照護的可能性就愈大，也愈有機會降低個案自殺的風險。而建檔可為諮商者提供合理評估與照護的實質證明，面對高爭議性案例，建檔應更詳盡完善，包括：(1)全面性的評估；(2)處遇的方式與目的；(3)與專業人員諮詢的內容；(4)保密限制的討論；(5)曾提供的資源；(6)所通報的專責機構與親友。藉此，諮商者得以證明自身判斷，乃基於客觀資料且判斷合理。

然而，即使諮商者盡力降低自殺機會，個案仍可能走上這最後一步。至終，須為自殺負起全責的仍是個案自身，諮商者所能做的，即合理防範毀滅行為的發生，負起「可預見性」與「合理照護」的

責任；其中，「可預見性」即評估自殺風險，辨認高自殺危險群個案，而「合理照護」則為處遇與防範個案的自殺行為。

因此，以下即將倫理原則化為具體的危機介入，說明諮商者面對自殺個案，如何遵循危機管理原則，進行評估與處遇，負起應盡的保護之責。

參、諮商者於自殺危機介入時的應盡之責

一、自殺危機介入目標與原則

相對於一般諮商，危機介入乃受時間限制，且具目標導向，以恢復個體危機前的控制感為主要目標，從身體控制開始，逐漸外移至環境控制。其中，身體控制包括：注意日常基本的健康需求、調整睡眠、飲食、運動，控制自我毀滅的行為；環境控制則包括：建立安全的生活環境、生計穩定、發展社會支持網絡。過程中，個案會被鼓勵計畫，發起行動，並運用自身判斷與因應機制，以恢復危機前的控制感與生活功能（楊大和，1995）。

由此可見危機介入之特殊性與急迫性，諮商者除應掌握時間限制，儘快與個案建立同盟互信關係之外，尚須秉持三項原則，簡稱為DAD原則：

(一)D：直接性原則（Directive）

謹慎迂迴的探問，無法詳細評估自殺風險，也讓個案認為談論自殺是羞於啟齒之事；反之，直接與個案談論自殺意念和行為，能有效降低自殺風險（Chiles & Strosahl, 2005），並準確評估危機程度，有裨於適當處遇。此外，個案為使諮商者理解其自殺脈絡，須不斷提出其論點與解

釋，因而有機會檢視死亡觀點，並重獲控制感（Michel et al., 2002）。

自殺者傾向美化死亡，視死亡為暫時且正面的經驗，將之描述為平靜、愛與更美好的生活，作為對抗死亡焦慮的防衛機轉。直接與個案討論死亡，而非說教或解釋，如：「死是什麼？人死後會發生什麼事？親人將如何面對你的死？你會得到什麼？又會失去什麼？」讓個案檢視死亡意義，使死亡幻想更接近現實，以減輕死亡的吸引，如此，死亡焦慮便可暫時成為自殺的封鎖線（高慧芬，2000）。

(二)A：主動性原則（Active）

自殺個案往往處於混亂、能動性較低的狀況，諮商者為了克服時間限制，維持個案生命安全，會較一般諮商的指導性和主動性強，也更直接明確傳達關心，甚至提供建議與因應策略，動員社會資源介入，必要時主動與個案定期電話聯繫。然而，諮商者的主動性，須建基於互信同盟的諮商關係上，並視個案能動性作調整，否則積極性角色將淪為專家權威角色。

(三)D：動態性原則（Dynamic）

自殺危機中的評估，非但首要，更是持續性地影響整個介入歷程，支配諮商者一切的處遇策略。因此對於個案各種身心狀態之資訊，應及時評估並更新，才能彈性調整諮商的處遇計畫，使危機介入保持靈巧的動態性。

二、自殺危機介入模式——評估

James（2008）提出一個以行動為導向、情境為基礎的危機介入模式，此模式是具彈性而非制式的，一共包含六個階段：(1)定義問題；(2)確認個案安全；(3)提

供支持；(4)檢視替代方案；(5)擬定計畫；(6)取得承諾。支配此六階段的則是危機工作者的評估，全面且持續性地影響整個介入過程。

以下即從危機介入之基石——「評估」為開端，介紹各種評估策略；再以James的六階段模式，作為自殺「處遇」的基礎架構，並輔以Granello（2010）的25種實務策略為補充，以此說明諮商者面對自殺個案時的應盡之責：

(一)三角評估系統（Triage Assessment System）

透過三角評估表格（見表1），可從三方面系統性評估個案目前的情緒、認知與行為反應。總分3~10分屬輕度障礙，表示個案仍可自我導向；11~19分則有較多障礙，難以發揮功能，需要幫忙和指導；20分以上的危害程度更深，需大量指導、保護和安全環境；超過25分，即有一定程度的致命性（James, 2008）。

(二)簡式健康量表（Brief Symptom Rating Scale）

台灣自殺防治學會之「簡式健康量表」（簡稱BSRS-5，見表2），可用以評估個案身心適應狀況，與自殺意念程度。1~5題總分為15分以上，且第6題分數為3分以上者，可初步視作自殺高危險群個案（自殺防治中心，2012）。

(三)評估自殺危險因子（Pope, 1986）

只要每符合下述項目中的其中一項，自殺的危險性即愈攀升。

1. 酗酒。
2. 藥物濫用。
3. 精神疾病史。
4. 家族的自殺與精神病史。
5. 過去的自殺未遂記錄。
6. 重大壓力或創傷事件。
7. 薄弱的社會支持系統。

(四)評估自殺計畫

即使是意圖不明的自殺威脅，也應以清楚明確的態度討論自殺計畫，諸如：

表 1：三角評估表格（Triage Assessment Form-TAF）

A（Affection）：情緒嚴重度										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
毫無障礙	細微障礙	低度障礙	中度障礙	顯著障礙	嚴重障礙					
正常變動下的穩定情緒，或情感適切於日常功能。	情感與情境相符。經驗到的負向情緒較為短期，且比情境引發的略為強烈。情緒相當可受控制的。	情感與情境相符。但經驗到的負向情緒較趨於長期，且比情境引發的稍強。個案知覺情緒大致是可受控制的。	情感可能與情境不符。長期經驗的負向情緒。心情比情境引發的還要強烈、且不穩定。錯誤地控制情緒。	經驗到的負向情緒高於情境引發的程度。情感明顯與情境不一致。心情擺盪。個案一開始即知覺自己無法控制負向情緒。						明顯的代償失調(decompensation)與解離。

續表 1：三角評估表格 (Triage Assessment Form-TAF)

B (Behavior)：行為嚴重度										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
毫無障礙	細微障礙	低度障礙	中度障礙	顯著障礙	嚴重障礙					
因應行為適用於危機事件。個案可執行日常功能所需之任務。	偶爾使用無效的因應行為。個案可執行日常功能所需之任務，但明顯費力。	偶爾使用無效的因應行為。個案忽略一些日常功能所需之任務，行為效能降低。	個案的因應行為可能是無效且不當的。執行日常功能所需任務之能力明顯受損。	個案的因應行為很可能是無效且不當的。執行日常功能所需任務之能力明顯受損。	個案的因應行為很可能是無效且不當的。執行日常功能所需任務之能力明顯受損。	個案的因應行為很可能是無效且不當的。執行日常功能所需任務之能力明顯受損。	個案的因應行為很可能是無效且不當的。執行日常功能所需任務之能力明顯受損。	個案的因應行為很可能是無效且不當的。執行日常功能所需任務之能力明顯受損。	個案的因應行為很可能是無效且不當的。執行日常功能所需任務之能力明顯受損。	行為古怪、無法預測。且危害到自己與他人。

C (Cognition)：認知嚴重度										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
毫無障礙	細微障礙	低度障礙	中度障礙	顯著障礙	嚴重障礙					
專注力無損。表現正常的問題解決與決策力。對危機事件的知覺、解釋符合現實。	個案的思想趨向危機事件，但專注度仍受意志控制。問題解決與決策能力受些微影響。對危機事件的知覺、解釋與現實相當符合。	個案的思想混亂。個案知覺自己對危機事件的控制度降低。經常不易解決問題、做出決策。對危機事件的知覺、解釋與現實某些部分不符。	經常專注力混亂，難以控制危機事件的想法。問題解決和決策能力受強迫、自我懷疑、困惑所損害。對危機事件的知覺、解釋與現實不符。	經常專注力混亂，難以控制危機事件的想法。問題解決和決策能力受強迫、自我懷疑、困惑所損害。對危機事件的知覺、解釋與現實不符。	經常專注力混亂，難以控制危機事件的想法。問題解決和決策能力受強迫、自我懷疑、困惑所損害。對危機事件的知覺、解釋與現實不符。	經常專注力混亂，難以控制危機事件的想法。問題解決和決策能力受強迫、自我懷疑、困惑所損害。對危機事件的知覺、解釋與現實不符。	經常專注力混亂，難以控制危機事件的想法。問題解決和決策能力受強迫、自我懷疑、困惑所損害。對危機事件的知覺、解釋與現實不符。	經常專注力混亂，難以控制危機事件的想法。問題解決和決策能力受強迫、自我懷疑、困惑所損害。對危機事件的知覺、解釋與現實不符。	經常專注力混亂，難以控制危機事件的想法。問題解決和決策能力受強迫、自我懷疑、困惑所損害。對危機事件的知覺、解釋與現實不符。	除了危機事件之外，已嚴重失去專注。問題解決與決策力也因強迫、自我懷疑、困惑而功能喪失。對危機事件的知覺、解釋迥異於現實，而對個案生活成威脅。

資料來源：Crisis intervention strategies (p.44-46), by R. K., James, 2008, Belmont, CA: Thomson Brooks/ Cole.

自殺方法、自殺工具、工具取得的方式、地點、時間、後事安排……等。除了可獲得資訊以裨於防範之外，也可評估個案自殺方法的致命程度，及其可行性。個案若對自殺計畫的描述愈具體詳細，自殺的風險性即相對愈高。

(五)評估的原則

1.第一次接案，就對所有個案作自殺危機的評估，且在諮商過程中，持續注意這種可能性。因此評估是一種持續性的過程。

表 2：簡式健康量表（BSRS-5）

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1.睡眠困難	0	1	2	3	4
2.感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3.覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4.感覺憂鬱心情低落	0	1	2	3	4
5.覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6.有過自殺的念頭	0	1	2	3	4

資料來源：自殺防治中心（2012年12月03日）。如何使用簡式健康量表。【線上論壇】。取自<http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/theme/index.jsp?sno=80>

- 2.開誠布公地直接評估，確定自殺危機的溝通是明確的，模糊不清的談話不但無益，更會造成傷害。
- 3.多元評估各種情境、因素對個案可能造成的影響，並將同儕諮詢與督導，作為評估的參考指標之一，使評估標準能受到專業同行的認可與同意。
- 4.除了評估個案當下自殺危機的嚴重性之外，也持續評估個案的情緒狀態、因應機制、支持系統、能動性、相關資源，才能使危機介入作即時的動態調整。

三、自殺危機介入模式——處遇

(一)定義問題

危機介入因受限於時間，會聚焦於目前的問題與需求。由於自殺行為通常是為了達到溝通、控制或迴避之目的（Granello, 2010），因此諮商者須從個案觀點，積極定義問題，澄清自殺所欲傳達的訊息，評估外在事件對自殺決定的影響，諸如：「個案想透過自殺滿足何種需求？是什麼壓力事件促使個案自殺？」

藉此，辨識引發自殺的導火線，理解

危機事件處理的優先順序，才能避免處遇的漫無目標。是故，諮商者可先傾聽個案的想法與敘述，來理解其自殺脈絡，再進行後續的處遇（Michel et al., 2002）。

(二)確認個案安全

自殺的危機介入以解除個案生命威脅為首要目標，因此諮商者須持續評估個案的危險情境，辨識潛在的威脅致命因子，才能積極提供保護性措施，並預防危機惡化。

透過「三角評估表格」、「簡式健康量表」、自殺危險因子與自殺計畫的評估，可了解個案的自殺危險程度；同時，注意個案的外在情境與社會支持系統，確認個案遠離危險物品與壓力源，必要時甚至代為保管自殺工具。

此外，自殺的緊急狀態是有限度的，通常不會超過24~48小時，因此諮商者亦可藉由拖延時間，幫助個案遠離自殺危機（Granello, 2010）。

(三)提供支持

諮商者須明確傳達關懷，並讓自殺話題「正常化」，使個案感到安全，自殺行為雖不該被視為常態，卻可正常化自殺意念的普遍性；此外，傾聽、理解、認同亦

是一種支持，諮商者並非認同以自殺作為選擇，但應認同「個案」相信自殺為其唯一選擇（Granello, 2010），如此可降低個案談論自殺時的羞愧感與焦慮。由於自殺是憤怒向內的表現，足夠的心理支持能提供一個安全的環境，鼓勵個案表達憤怒、修通情緒，使毀滅自我的衝動性降低（黃惠美、李巧雙，2001）。

然而，支持非僅限於情緒性，而是擴及「工具性」、「資訊性」的支持。個案在混亂不安的狀態下，無法作出適當決策，易因資訊不足而選擇自殺一途；個案的自殺壓力源，也可能是生計、疾病、威脅情境（家暴、性侵）等，若基本生存需求未被滿足，再多的心理支持也成效不彰。

因此，危機工作者須發揮其積極性角色，主動聯絡外在社會資源，提供就業、法律、醫療、急難救助等相關資訊，支持個案生理與安全上的需求，且明確傳達作為支持者的意願，以提供安全、信任的同盟關係。

（四）檢視替代方案

危機中的自殺個案，往往陷入別無選擇的胡同之中；因此，一個有效能的諮商者，除了理解個案所認定的無解難題之外，同時也發掘其他可能的解決辦法，以無限個替代方案，擴展不同可能性，並與個案討論最接近現實的幾個核心選項（James, 2008）。

由於對話動力學的原理，一旦諮商者表明立場（反對自殺），個案可能因而選擇相對立場（堅持自殺），所以諮商者須有足夠準備度，接受個案「好……，可是……」的抗拒，並利用語言轉化策略，降低個案防衛，例如：「我了解所有可行

選項中，自殺是其中一個，因此我將自殺這個選項先放在桌上，稱它為計畫A，它已經被列入考量了，讓我們看看還能不能找出計畫B或計畫C？」如果個案又開始為自殺辯護，諮商者可說：「我同意，那是個選項，它是計畫A，已經被我們列入考量了，所以現在可以繼續討論計畫B。」（Granello, 2010），以此找出其他資源，作為替代自殺的因應方案，其中包含個案的內、外在資源：

1. 外在資源

個案的人際網絡、支持系統、周邊資源、社福機構等，皆屬於外在資源。通報雖可擴展個案外在資源，但通報家人前，也須評估其家庭功能，許多個案的家庭支持系統破碎、薄弱，反會徒增其額外壓力。此外，「通報」二字亦傳達一種事態嚴重而須公事公辦的訊息，個案會誤以為諮商者無法承受自殺之重而推卸責任，因而抗拒通報；因此，諮商者若有通報考量，可採循序漸進的方式，以卸除個案防衛。

首先可與個案討論家庭與交友情形，諸如：「這段時間你願意誰陪伴你？目前有誰是對你有一點幫助的？」或是：「你有和誰討論過自殺的想法嗎？他們的反應是什麼？如果你自殺，誰會最捨不得你？」藉此列出個案社會支持的名單，作為優先通報的對象。

再者，以表達關心的方式，代替「通報」二字，例如：「我很擔心你的安全，希望你身邊至少有一個人是能陪伴你的，因此我需要讓（某人）知道你目前的狀況。」並接續說明通報益處和所能提供的幫助。倘若個案遲疑，可了解其擔憂的原因，同理並澄清疑慮，詢問個案是否有其

他可接受的通報對象或方式，通報內容中有哪些訊息不想透漏，並針對通報後果討論因應策略，藉此提昇個案的通報意願，以擴展外在資源。

2.內在資源

個案類似情境下的成功因應策略、過去的閃亮事件，皆屬於其本身內在資源與力量。透過這些內在資源的發掘，讓個案看見自己已具備一些因應危機事件的方法，以此作為開端，找出其他策略。因此，諮商者可帶領個案欣賞自己已確實執行的生活細節，例如：「你早上如何起床的？如何讓日子撐到現在的？你是怎麼幫助自己做到的？」也可讓個案發現那些久被忽略、卻蘊含生機的部分，例如：「你多常想到要自殺？什麼時候比較不會想到？那時你在做什麼？你是如何讓這些念頭消失的？」「是什麼讓你仍然選擇活下來？你是如何讓自己還能再多活一天的？」（許維素，2006）。找到活下去的生存理由，將成為個案是否採取自殺行為的最終關鍵。

(五)擬定計畫

危機介入以問題解決為原則，故應聚焦於有限的目標，發展工作契約與任務，並採取行動策略。一旦個案找出自殺的替代方案，就可將其發展為能恢復控制感的短期計畫，這些計畫應具可行性、明確性、優先性，才能具體落實為行動。諮商者可按個案意願、能力、或問題急迫性，將計畫排序且步驟化，並確認能協助計畫完成的內外資源，討論計畫實施時的可能阻礙，以及事先演練因應策略。過程中須以合作為原則，讓個案主動參與決策，逐步恢復其生活的控制感與支配感，並降低依賴性。

(六)取得承諾

計畫擬定後，諮商者須再次與個案確認行動步驟，並回應個案的猶豫與疑惑。個案則可藉由概述計畫、簽訂契約、口頭允諾、握手等方式，在自由、自願、且相信自己做得到的情況下，對明確、正向的行動步驟作出自我承諾。

針對自殺個案，除了建立工作契約之外，通常也會簽署「不自殺契約」，取得個案短期不要自殺的承諾，契約上會載明具體時間，如一天、一星期、或直至下次晤談為止，並明列個案企圖自殺時的緊急聯絡人和聯絡方式。除了可延緩自殺行動，簽約與履行過程也讓個案較有控制感、降低諮商者焦慮，更可作為介入處遇的記錄之一。

但若不夠了解個案內在情緒，而太快簽訂不自殺契約，個案會感受到諮商者的焦慮，認為此舉是為了免於承擔責任而自保，因而覺得自己是個累贅（黃欣妏，2005）。Kroll（2000）亦指出，簽訂不自殺契約後，有41%的臨床醫生，其個案仍然自殺身亡，或自殺意圖更為嚴重。

Granello（2010）即認為不自殺契約可能會使諮商者有虛幻的安全感，雖無證據顯示其害處，但亦無法證明它是有益的，故建議以「安全計畫（safety plan）」取代之。安全計畫中，明列自殺可能性增加時的警訊，例如：社交退縮、過度專注自我；以及個案相信可行的因應步驟，例如：(1)如果我開始緊張，我會去散步；(2)如果那不能使我冷靜，我會打電話給xxx（電話號碼）；(3)我的下一步是……。

因此，不自殺契約雖為取得承諾的方式之一，但須注意效果限制、拿捏簽訂時

機，並以「安全計畫」輔之，強化個案對所認同的計畫作出承諾，並同意採取有意識之行動。

肆、結語

研究指出，高達71%的諮商者其工作對象是有過自殺企圖的個案（Rogers, Gueulette, Abbey-Hines, Carney, & Werth, 2001），且將近四分之一的諮商者，會在諮商過程中經歷到個案自殺身亡（McAdams & Foster, 2000），由此顯示出自殺議題的普遍性與危機介入之重要性。

因此，諮商者應於諮商初期，認清個人限制，以即早轉介個案至更專業的單位；諮商關係一旦建立，就應持續提供諮商，直到合適結束的時機，否則易有專業上的遺棄之嫌。過程中，尚須覺察自己的反移情，任何源於諮商者的情緒反應而非個案需求的情況，都易招致危險（Granello, 2010）。

是故，諮商者面對自殺個案，除應熟諳專業倫理議題，還須尋求諮詢、記錄建檔，準確評估自殺的嚴重程度，並作出彈性的處遇介入，以盡合理照護之責。更重要的是，透過自我照護，修復專業耗竭，使諮商者得以評估、覺察與檢視自我，並充滿希望感，才能避免將自殺個案視為「危機」，而真實地以「人」之主體待之。

參考文獻

自殺防治中心（2012年12月03日）。**如何使用簡式健康量表**。【線上論壇】。取自<http://www.tspc.doh.gov.tw/tspc/portal/theme/index.jsp?sno=80>

- 吳建昌、陳映燁、李明濱（2007）。自殺與自殺防治之倫理分析。《醫學教育》，11(2)，95-103。
- 高慧芬（譯）（2000）。**不想活下去的孩子：自殺心理分析及治療**（原作者：I. Orbach）。台北市：心理。（原著出版年：1989）
- 許維素（2006）。焦點解決短期治療用於危機處遇（三）。《諮商與輔導》，243，45-55。
- 黃惠美、李巧雙（譯）（2001）。**危機介入與創傷反應：理論與實務**（原作者：B. R. Wainrib, & E. L. Bloch）。台北市：心理。（原著出版年：1998）
- 黃欣姣（2005）。**資深諮商師處理個案自殺行為之經驗探討**（未出版之碩士論文）。國立新竹教育大學，新竹市。
- 楊大和（譯）（1995）。**創傷與復原**（原作者：J. L. Herman）。台北市：時報文化。
- Beauchamp, T. L., & Childress J.F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callana, P. (2011). *Issues and ethics in the helping professions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Deutsch, C. J. (1984). Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 833-845.
- Farber, B. (1983). Psychotherapists' perceptions of stressful patient behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 697-705.
- Granello, D. H. (2010). A suicide crisis intervention model with 25 practical strategies for implementation. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 218-235.
- Granello, D. H., & Granello, P. F. (2007). *Suicide: An essential guide for helping professionals and educators*. Boston: Allyn & Bacon.

- 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.
- James, R. K. (2008). *Crisis intervention strategies*. Belmont, CA: Thomson Brooks/ Cole.
- Kroll, J. (2000). Use of no-suicide contracts by psychiatrists in Minnesota. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1684-1686.
- McAdams, III, C. R., & Foster, V. A. (2000). Client suicide: Its frequency and impact on counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 22*, 107-121.
- Michel, K., Maltsberger, J. T., Jobes, D. A., Leenaars, A. A., Orbach, I., Stadler, K., Dey, P., ... Valach, L. (2002). Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychotherapy, 56*(3), 424-437.
- Pope, K. S. (1986). Assessment and management of suicidal risk. *Independent Practitioner, 6*(2), 17-23.
- Rogers, J. R., Gueulette, C. M., Abbey-Hines, J., Carney, J. V., & Werth, J. L., Jr. (2001). Rational suicide: An empirical investigation of counselor attitudes. *Journal of Counseling and Development, 79*, 365-372.
- Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (1995). Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology: Research & Practice, 26*(1), 41-47.
- Werth, J. L., Jr., & Holdwick, D. F. (2000). A primer on rational suicide and other forms of hastened death. *The Counseling Psychologist, 28*(4), 511-539.