

校園自殺危機協談之 原理、架構與案例示範

Suicide Crisis Negotiation on Campuses: Theoretical Background, Conceptual Framework, and Case Examples

蕭富聰¹、翁士恆²

Fortune Fu-Tsung Shaw¹, Shyh-Heng Wong²

摘要

隨著兒少青年自殺死亡率和校園自殺自傷事件發生率逐年攀升，輔導和教育工作者感受到前所未有的衝擊與壓力。為提升實務工作者危機處遇能力，本文根據自殺學理論及相關實徵研究，說明負向情緒與自殺危機的關連；再根據精神分析與現象學對於自殺經驗的知識論，探討協助自殺危機案主從經驗重建依附並形成連繫方法論點；接著，本文採納美國聯邦調查局發表「行為影響階段模式－修訂版」（behavioral influence stairway model-revised），說明危機協談不僅僅是在中止自殺自傷行為，更是重建現場的聯繫關係，並以二個實務案例示範該模式在校園自殺危機現場的應用。

關鍵詞：自我傷害防治、自殺防治、危機協談、危機處遇、校園危機

¹國立暨南國際大學諮商心理與人力資源發展學系 副教授

²國立東華大學諮商與臨床心理學系 副教授

通訊作者：蕭富聰，（545）南投縣埔里鎮大學路1號 諮商心理與人力資源發展學系，E-mail：
ftshaw@ncnu.edu.tw



壹、前言

自殺一直是國人主要死因之一。根據衛生福利部（2021）統計資料，2020年全國共有3,656人自殺（蓄意自我傷害）死亡，平均每10萬人有15.5人自殺死亡（粗死亡率15.5），自殺居主要死因第11位。若以性別區分，男性2,404人、粗死亡率20.6，女性1,252人、粗死亡率10.5，自殺分別位居男性、女性主要死因第11和12位。單看排行，自殺從2010年起掉出國人十大死因，並曾於2011和2016年滑落至第12位，其餘年份皆維持第11位，但是細看數據，以2016年為例，自殺死亡3,765人、粗死亡率16.0，其實比2015年增加90人、粗死亡率上升0.3，再相較於世界衛生組織（World Health Organization）（2019）估計2016年全球自殺粗死亡率10.6高出51%，顯示問題依舊嚴峻。尤其值得注意的是，2020年跟2010年相比，24歲以下兒少青年自殺死亡人數上升43%（增加78人）、粗死亡率上升70%（增加1.9）！

教育部（2011, 2021）校園安全暨災害防救通報資料顯示，2019年各級學校學生自殺、自傷共計4,311件，相較於2018年（ $n = 2,686$ ）上升160%，相較於2010年（ $n = 441$ ）更是上升976%。進一步比較2019年各級學校學生自殺、自傷事件發生率，以高級中等學校平均每10萬人215件（ $n = 1,382$ ）最高，其後依序為國中211件（ $n = 1,283$ ）、大專校院112件（ $n = 1,355$ ）、國小25件（ $n = 290$ ）。另外，自2015年教育部開始公布學生自殺、自傷事件發生率迄今，以大專校院發生率上升800%為最多，其後依序為高級中等學校489%、國中480%、小學278%。

綜合衛生福利部死因統計和教育部

校安通報資料來看，我國兒少青年自殺防治已面臨重大挑戰。同時，各級學校導師、科任教師、特教教師、學務（含校安）人員、輔導教師、心理師均觀察到學生自殺、自傷事件爆增，在校園目睹學生自殺、自傷現場的頻率也大增，因而感受強烈的衝擊和壓力。在2021年發生的數起大學生與高中生墜樓事件，更是激起了社會大眾的注意與反思，思索教育現場應如何面對學生自殺的危機處理。

為幫助各級學校教職員工具備危機協談能力，以利服務生死關鍵時刻的自殺危機學生，本文根據自殺學理論及相關實徵研究，說明負向情緒與自殺危機的關連，並根據精神分析與現象學對於自殺經驗的知識論探討在案主面臨自殺經驗的抉擇下，從經驗重建依附並形成連系的方法論點。我們提出了一種因應此緊急危機的介入方式，也就是美國聯邦調查局（Federal Bureau of Investigation，以下簡稱FBI）所發表之「行為影響階段模式－修訂版」（behavioral influence stairway model-revised）（Vecchi et al., 2019），說明此危機協談不僅僅是在中止自我傷害行為，更是重建現場的聯繫關係，並以二個實務案例示範該模式在校園自殺危機現場的應用。

貳、自殺學及相關實徵研究的觀點：負向情緒導致自殺危機

現代自殺學之父、美國自殺學協會（American Association of Suicidology）創辦人Edwin Shneidman在心理痛苦理論（psychache theory）開宗明義地指出「自殺從來不是出自於開心或喜悅，自殺是負向情緒下的產物」（1996，頁7）。他認為負向情緒源自於無法滿足而挫敗的重要心理需求，而負向情緒導致心理痛苦



；當巨大、極端或長時間心理痛苦程度超過當下身心所能負荷的範圍，心智就會變得狹隘（psychic tunnel vision）且固著（mental constriction），如果這時不幸認定自殺是結束痛苦的唯一選擇，就會採取行動結束生命。

負向情緒引發心理痛苦在自殺行為發展歷程的重要性，不論是在非臨床或臨床樣本，都持續得到實徵證據支持。例如，Troister和同僚在非臨床樣本的大學生族群進行問卷調查，發現不論是一般或是具自殺風險大學生，經統計控制憂鬱和絕望感之後，其心理痛苦和自殺意念、自殺計畫仍舊顯著相關（Troister et al., 2013; Troister & Holden, 2010, 2012）。Patterson與Holden（2012）針對收容中心遊民進行類似上述的調查研究，發現心理痛苦一旦納入迴歸模型，憂鬱、絕望感就不再是顯著的預測變項，僅剩下心理痛苦和自殺意念、自殺動機、自殺計畫、過去自殺次數等顯著相關。在精神科門診或住院治療重鬱發作的成年人族群，經統計控制其他精神疾患、憂鬱或絕望感之後，心理痛苦和自殺意念、過去自殺次數依舊顯著相關（Mee et al., 2011; Olié et al., 2010）。童年遭遇性侵害且在精神科門診治療憂鬱性疾患的成年女性，經統計控制憂鬱或創傷後壓力疾患症狀、過去自殺次數、社經背景之後，哀傷以及其他負向自我意識情緒（self-conscious emotions）與接受治療後九個月內的自殺意念顯著相關（You et al., 2012）。蕭富聰（2021）分析自殺死亡者生前二週內最後一通安心專線協談音檔，亦發現其負向情緒強度顯著高於自殺企圖進行中及自殺意念來電者。

負向情緒影響心理痛苦與自殺風險的機制為何？神經生理學研究揭露負向情緒影響大腦運作的可能機制。Eisenberger等人（2003）發現，社會拒絕

（social rejection）引發前扣帶回（anterior cingulate cortex）、右腹側前額葉皮質（right ventral prefrontal cortex）之活化；Kross等人（2011）則發現，觀看近期痛苦失戀對象的照片，引發次級體感覺皮層（secondary somatosensory cortex）和腦島背後側（dorsal posterior insula）等特定區域之活化。上述大腦區域已被證實負責處理身體痛覺刺激。反之，廣泛使用的止痛藥乙醯胺酚（acetaminophen）亦被證實可以顯著降低負向情緒感受（DeWall et al., 2010; Durso et al., 2015）。一言以蔽之，負向情緒引發近似身體受傷的生理疼痛反應。

再者，Reisch等人（2010）的實驗研究顯示，過去一至四周內曾經自殺未遂的人在回憶近期痛苦自殺經驗時，引起左額中迴（left middle frontal gyrus）和內側前額葉皮質（medial prefrontal cortex）特定區域之去活化，而創傷後壓力症患者回憶創傷經驗時也有同樣的去活化反應。這些大腦區域分別負責語言區之連結與溝通、專注力、價值判斷、設定目標與執行，也就是說，自殺行為很可能是因為大腦高階思考及決策功能受到巨大心理痛苦影響而暫時性失常。

另一方面，問卷調查研究也顯示負向情緒調節能力跟自殺行為有關。例如，在精神科門診治療物質使用疾患和重鬱病共病的退伍軍人，經統計控制過去自殺次數，負向情緒調節能力與接受治療後六個月內的自殺企圖住院次數顯著負相關（Mrnack-Meyer et al., 2011）。Becker等人（2019）發現，精神科住院且四周內曾自殺未遂青少年的心理痛苦耐受力顯著低於非臨床青少年以及不曾自殺未遂的精神科住院青少年，而且心理痛苦耐受力完全中介心理痛苦和自殺行為。在有自殺或自我傷害紀錄青少年群體，Dour等人（2011）指出情緒喚起和



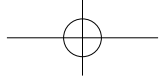
問題解決能力存有交互作用，簡言之，容易情緒激動卻又無法妥善處理問題的青少年更常出現自殺或自我傷害行為。在精神科門診成年病患身上也有類似的發現，經統計控制憂鬱、焦慮等症狀之後，負向緊迫感（negative urgency）與自殺企圖次數顯著相關，而且負向緊迫感又和其他自殺危險因子存有交互作用（Anestis & Joiner, 2011; Neacsiu et al., 2018）。綜合來說，因為負向情緒而感受心理痛苦的人，如果無力解決問題，或是無法適當地舒緩身心感受，甚或是傾向衝動回應，就更容易選擇不當方式—亦即自殺或自我傷害行為，來因應負向情緒和心理痛苦。

情緒表現除了具有跨時間和情境的穩定性，亦具有隨著時間和情境而消長的動態性（Davidson, 1998; Russell, 2003）。自殺行為也是如此，目前有少數實徵證據支持自殺危機並非線性發展，而是變化快速的暫時性狀態。Kleiman等人（2017）邀請因自殺未遂在精神科住院成人以及過去一年內自殺未遂的社區成人參與研究，每四到八小時藉由行動裝置紀錄其絕望、孤單等負向感受以及自殺意念，發現負向感受和自殺意念強度在一天之內巨幅波動，超過1/4的紀錄顯示前後二次分數差距甚至大於一個標準差，而且負向感受和自殺意念顯著共變。負向感受和自殺意念的急遽變化或是共變關係，亦可見於因為自殺危機在精神科住院治療而剛出院的青少年樣本（Czyz et al., 2019; Glenn et al., 2020）和精神科住院治療憂鬱性疾患且有自殺意念的成人樣本（Hallensleben et al., 2018; Peters et al., 2020）。另有二篇研究訪談自殺未遂送醫治療個案，發現從自殺計畫升級至自殺企圖，近半數耗時不超過10分鐘（Deisenhammer et al., 2009; Simon et al., 2001）。

自殺危機隨著情緒感受變化而突發性急遽消長的特性，或許就是自殺行為無法預測的主要原因。根據後設分析的結果，實務工作者評估自殺風險時使用的危險因子及臨床工具僅達統計顯著，但都不具臨床顯著性（Carter et al., 2017; Franklin et al., 2017; May & Klonsky, 2016）。因此，即時地、有效地介入自殺企圖並且降低生命威脅，例如：自殺防治守門人、自殺危機協談，是防治策略的重要一環。

參、精神分析與現象學研究的觀點：內在衝突所關閉的外在溝通

在實徵科學研究的論述以外，值得注意的是精神分析與現象學研究在自殺意念個案的生活經驗的理解與探討。相對於量化研究著重在客觀實徵資料的歸納與整合，精神分析與現象學的探究更注重經驗的主觀性與第一人稱「我」的生活經驗（lived experience）（Pompili, 2010）。自殺是症狀還是生活的「癥狀」？現象學從「存而不論（epoche）」的角度，可以幫助我們瞭解經驗如何透過生活從過去逐漸發展為自殺的「歷史」。換而言之，自殺應被視為一個複雜、多向度的經驗現象，並也具有著哲學、社會與臨床上的重疊向度（Shamsaei et al., 2020）。當概念化自殺的行為成因與歷程，我們的「理解」也需要從生活經驗的歷史去建構，尤其是負向情緒與痛苦之間的經驗聯繫（蕭富聰，2021；Pompili, 2010）。現象學針對自殺經驗的研究（Jacobs, 1967; Ko et al., 2013; Moore, 1997）顯示生活的困難是一種由外在世界朝向個人內在經驗的威脅與痛苦，因此嘗試自殺者為了停止這樣的威脅與痛苦，會停止與外界的溝通，但這



也造成了內在經驗本來就存有的衝突明顯化，讓個體為了停止自己的內在衝突，因而選擇終止了自己的生活經驗。也就是說，斷掉與外界的連結成為了唯一方法，並指向斷裂後自我成為傷害後唯一客體的結果，因此，如何恢復聯繫，恢復自我與外在世界的經驗連結便是因應介入的重點。Shamsaei等人（2020）以van Mannen的現象學研究方法，探索伊斯蘭文化的社會中具自殺傾向的青年的生活經驗，認為「哀傷（grief）」是一個重要的經驗主體，充滿著悲傷、憂鬱與空虛的感受，讓具自殺傾向者生存內在衝突與「沒有自己會更好」的世界感知之中。換言之，自殺是一個受苦的經驗現場，並且在自我與世界的聯繫經驗斷裂中，強化了以「哀傷」為經驗主體的自我詮釋循環歷程。

精神分析認為自傷與自殺代表的其實是內在世界與外在現實的互動與溝通方式（Yakeley & Burbridge-James, 2018）。自我傷害是在身體留下書寫的記號，是個體經歷被迫害的過去經驗，經由想像後所進行由外往內的行動化（acting out）的防衛反應。若從客體關係理論取向（object relations theory）的觀點，個體經歷了迫害性的妄想（paranoid）與幻思（phantasy）等投射性認同（projective identification），本能性的將這些過去的傷痛經驗轉化為在身體內部的壞客體，因此自傷與自殺的行動，可以破壞這些壞客體，但弔詭的是破壞壞客體的同時也模糊了身體疆界、也傷害了自己的身體（Yakeley & Burbridge-James, 2018）。更具體的來說，自傷與自殺的傾向，是把存在於個體生活經驗中「想去破壞但卻無法破壞的外在客體」內攝入了身體中，藉由破壞的行動化形成自傷與自殺的行為，並以此做為生存而擺脫威脅的方式。自殺的概念，必須要探索這些攻

擊的能量所朝向的自我與他者（Yakeley & Burbridge-James, 2018）。

當然，這無疑是一個生存的矛盾命題，破壞自己要怎麼生存？而這樣的質問也是自我傷害與自殺者在「求生」的矛盾之處，也是我們在面對自殺危機的核心議題。精神分析學家認為「矛盾」是自殺行為的本質，也是從內在的逐漸擴大的衝突，當個人意欲破壞的內在客體擴大到整個內在心靈時，攻擊與破壞的便是自我的身體與生命，也停止了內在與外在現實的聯繫。要面對這樣的衝突與矛盾，需要維繫內外世界的溝通。以此觀點，我們所面對危機其實的並非自殺事件本身，而是透過自殺行動與自傷行為所呈現出的內在衝突，是「既要破壞自己，又要自我可以存有」的矛盾（Pompili, 2010）。

自殺危機便是一場將外在世界的疆界模糊化，同時也斷離了與外在世界連系的主體性經驗。自殺嘗試者的內在衝突已經擴大到逐漸停止與外在世界的聯繫，因此自我也無力辨認外在客體，並停止與真實的外在客體溝通（Yakeley & Burbridge-James, 2018）。經驗者正在逐漸崩解內外世界的連結，而助人者正在面臨這自我經驗的衝突戰場，這也揭示了維繫溝通的重要性，面對自殺危機的處理，並非只是維繫現實原則的行動，更是需要兼顧內在經驗與外在現實的即時行為。一來，需要維繫僅存一線的內外橋樑連結；二來，也需要安置內在在世界，促成往外在現實的覺察，以拓展內外聯繫可能性。如何在危機處理促成此一連結，藉著明確方針達成此一目的，我們在本文提出具有結構並以情緒為本質的自殺危機協談方法論點，並引用FBI的危機處理作為聯繫內外的緊急方法。



肆、自殺危機協談：統整內外聯繫的情緒溝通

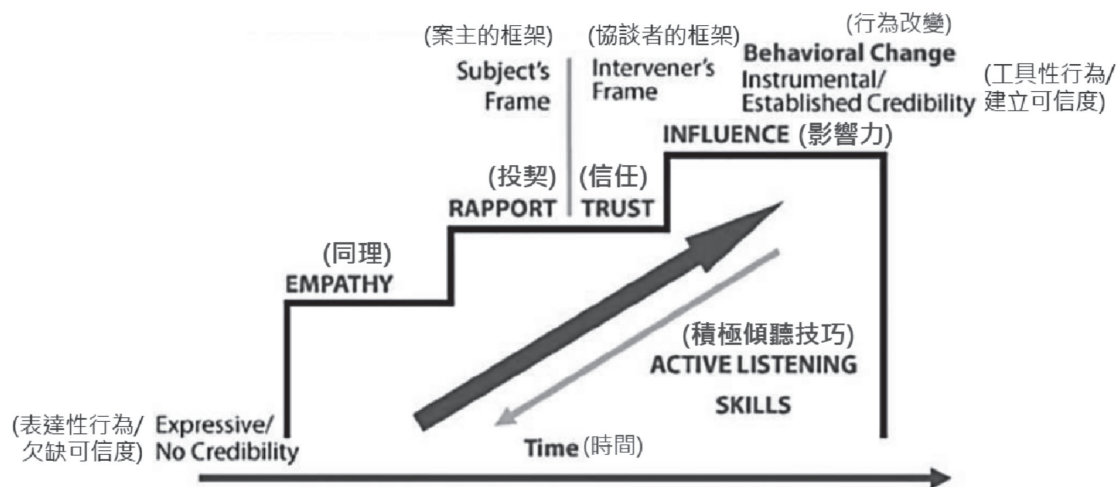
為建構以實徵為基礎的危機協談模式，FBI危機協談小組（Crisis Negotiation Unit）跟學者合作，分析FBI「人質事件和圍局危機事件資料庫」（hostage barricade database system）約3,500起自傷或傷人、自傷或傷人之虞的危機現場資料（Vecchi et al., 2005）。首先，Vecchi和同僚指出危機狀態（crisis state）具有以下三項特徵：1.案主因為超過身心極限的壓力情境，處於強烈情緒化、非理性思考層次；2.壓力情境發生在過去24至48小時之內；3.案主認為壓力情境威脅其心理或生理健全。簡言之，案主受到巨大威脅的衝擊而失去理智，用情緒面對威脅則進一步弱化其固有的問題解決和因應技巧，因而落入危機狀態。Vecchi和同僚對危機案主的觀察，呼應前述論述：自殺危機是一種心智受到強烈負向情緒

影響而暫時性失常的狀態。

Vecchi等人（2005）認為危機介入的主要目標就是協助案主恢復在危機狀態前、固有的身心功能；而且，案主的情緒狀態必須先得到關注和舒緩，才有可能達成目標。買詠婕等人（2019）的研究顯示，國內具有自我傷害個案危機處理實務經驗的助人工作者亦認同情緒支持與處理能力的重要性。因此，FBI危機協談小組為了幫助執法人員回應危機案主，提出以情緒溝通為基礎的五階段「行為改變階段模式」（behavioral change stairway model）（Vecchi et al., 2005），後精簡為三階段「行為影響階段模式」（behavioral influence stairway model）（van Hasselt et al., 2008），再於2019年發表維持原架構但微調整內容的四階段「行為影響階段模式－修訂版」（behavioral influence stairway model-revised，以下簡稱BISM-R）（Vecchi et al., 2019）（請見圖1）。

國內外學者指出，建立關係是危機

圖1
行為影響階段模式－修訂版



註：圖片引自"Negotiating in the skies of Hong Kong: The efficacy of the behavioral influence stairway model (BISM) in suicidal crisis situation," by G. M. Vecchi, G. K.H. Wong, P. W.C. Wong, & M. A. Markey, 2019, *Aggression and Violent Behavior*, 48, 233. Copyright 2019 by Elsevier Ltd.



介入的重要關鍵（買詠婕等人，2019；van Hasselt et al., 2008; Vecchi et al., 2019），一如治療關係在心理治療成效中扮演核心角色（Laska et al., 2014; Wampold, 2015）。Vecchi等人（2019）將危機協談中案主和協談者（negotiator）之間的關係定義為可信度（credibility），亦即案主感受到協談者的專業與信任。BISM-R具有順序性和累積性，協談者必須耐心地依序且成功執行各階段任務，從欠缺可信度到建立可信度，協助危機案主從剛開始的情緒表達性行為，逐步轉變為稍微可理性思考、問題解決取向的工具性行為。如果案主遲遲無法建立對協談者的信任感，通常是因為協談者過於倉促或疏漏以致誤判進展，所以需回頭落實最基礎的第一階段「積極傾聽」（active listening）（Vecchi et al., 2005; Vecchi et al., 2019）。

BISM-R的第一階段是「積極傾聽」，協談者使用鏡映、簡述語意、情緒分類、摘要、輕微鼓勵、開放式問句、停頓、自我揭露等基本諮商與心理治療技巧，鼓勵案主宣洩情緒和討論壓力情境。Vecchi等人（2005, 2019）指出，協談者的積極傾聽不僅回應危機案主被聽見、被理解的需求，亦可釐清壓力事件相關資訊，更有助於建立協談者的可信度。從現象學的觀點，這樣的積極傾聽緩解了案主對於外在現實的迫害想像與對內在世界的攻擊，也可以幫助協談者置身理解（situated understanding）。

〈案例一〉

國中女學生小彩因為父母長期失和，有憂鬱病史。父親長期在外，母親雖與小彩的關係緊密，但母親也深陷憂鬱，因此常以極端情緒面對小彩。前一日小彩與母親爭吵過後便離家，她覺得世界上沒有可依靠的人，也沒有可以依歸的地方，於是跑到一處高樓並打電話給

輔導室，一位輔導老師接起了她的電話。

輔導老師：「妳的聲音好微弱，我猜這是妳僅有的力氣想找人聊聊，我可以聽妳說說話嗎？」

小彩：「……（哭泣）」

輔導老師：「我聽到妳的哭泣聲音，感覺有一些話好難說出來，慢慢來沒有關係，我在這裡。」

小彩：「……（安靜下來）」

輔導老師：「我聽到妳的哭泣停下來了，但是呼吸還是有點急促，有一些心情真的很複雜好難才能理解，如果妳願意，我在這裡可以好好聽妳說話……」

小彩：「我好累，我不知道我可以怎麼做，這世界沒有我可以待的地方，也沒有人需要我。」

〈案例二〉

大學一年級小志跟班上女同學告白失敗，因而心情低落，又為了避免見面尷尬，多數時間窩在宿舍，屢次缺課、打工曠職。小志期中考試表現不理想，再加上前一週被通知解雇，整個週末都沒什麼睡。週一上午室友出門後，小志走上宿舍頂樓，雙腳懸空呆坐水塔邊緣，被樓下路過同學發現後通知校安中心，校安人員偕同值班心理師來到現場。

心理師靠近水塔邊緣跟小志並排但保持適當距離：「同學，你好，我是諮商中心心理師○○，你可以叫我小○老師，後面那位是校安中心○○。可以告訴我你的名字嗎？」

小志低頭不說話。

心理師：「像我這樣的陌生人突然跟你講話，你覺得很奇怪吧。我接到通知說你坐在頂樓水塔邊緣，很危險，所以我想來跟你聊聊，瞭解你發生了什麼事。」

小志仍舊低頭沈默。



心理師從旁觀察同學側臉，說道：「你看起來有點低落，是嗎？黑眼圈也很重，睡不好嗎？」

小志輕輕地點頭。

心理師：「我猜，你心情很不好吧？心情差到讓你睡不好，讓你現在一個人坐在這。你昨晚有睡嗎？」

小志：「（輕輕地搖頭）我已經連續好幾天都睡不著了。」

心理師：「連續幾天都睡不好很痛苦吧？發生什麼事情讓你睡不好？」

小志：「我失戀了，期中考也炸了……」

第二階段是「同理（empathy）」，透過積極傾聽，協談者逐漸能夠辨識和理解案主的處境、感受、行為動機，亦即同理案主。Vecchi等人（2005, 2019）在同理的內涵與操作方面甚少著墨，僅強調同理、而非同情案主，以及協談者可藉由語調抑揚頓挫來表現真誠和關心。相較之下，同理在專業助人工作領域有著豐富且細膩的論述和研究。Elliott等人（2011）綜合不同學者觀點及實徵證據，指出助人者同理歷程包含三個構念：感受個案的情緒（emotional simulation process）、理解個案的觀點（perspective-taking process）、調節助人者自己的情緒感受（emotion regulation process）。換句話說，同理對助人者而言不僅僅是辨識和理解個案的處境、感受和行為動機，還需感同身受，更需調節感同身受帶來的內在痛苦以便對外協助個案。

同理在心理治療的重要性毋庸置疑，在自殺危機協談也是如此。對於遭逢巨大內在衝突當下經驗的案主來說，一個從「外在」而來的聲音告訴自己苦難是被理解的，無疑是案主面對外在世界迫害的想像中，一種例外的生活經驗但卻援引案主受苦經驗的存有（Shamsaei et al., 2020）。更直接的說，同理的促成，

修復了斷裂的人我關係，以情感補砌了內外世界的聯繫。

〈案例一〉

輔導老師：「妳覺得好累，好像做什麼都不對，到哪裡都找不到路的感覺。」

小彩：「我沒有路可以走了，我爸不要我，我媽也不在乎我。」

輔導老師：「這好難受，覺得應該愛妳的人卻變得不熟悉了。」

小彩：「我真的很難過，為什麼要讓我這樣……（哭泣）」

輔導老師：「妳很難過，覺得自己不應該這樣被對待。」

小彩：「（哭泣，大聲的哭泣）」

輔導老師深呼吸，很輕柔的說：「難過的時候可以好好的哭泣，我在這裡陪著妳。」

小彩：「我覺得，沒有人需要我，我沒有活下去的理由。」

〈案例二〉

心理師：「你越講頭越低，心裡很難受吧？」

小志：「你知道嗎，我以前覺得大學生活一定會很棒，能夠離開家裡自由自在，可以學很多自己想學的，可以交女朋友，但是現在變成這樣……」

心理師：「過去這一段時間你過得真的很不順。告白被發卡，沒心情吃飯，沒心情上課，沒心情打工，結果期中考都答不出來，打工被解雇，你過去的想像規劃都破滅了。」

小志：「我現在心臟好像破了一個洞……」

心理師感受到了小志的衝擊和痛苦，說道：「一定很痛吧。」

小志：「對啊，想說乾脆跳下去輕鬆多了。」



心理師覺察著切身危機感，同時將大部分注意力放在小志身上：「已經痛到受不了，讓你想跳下去結束痛苦，是嗎？」

小志：「而且你知道嗎……」

「同理」的下一階段是「投契－信任（rapport-trust）」。投契意指協談者藉由積極傾聽和同理進入案主的故事框架，讓案主能自在地敘說，而逐漸進入同頻溝通（in-sync communication）、相互親近和尊重的狀態（Vecchi et al., 2005; Vecchi et al., 2019）。同頻溝通意指協談者在情緒和語速上與案主一致以達到同頻。此一階段中無疑的在強化著內外兩界的聯繫，透過正向積極的關注更鞏固人我關係的互動與連結，而能從孤立無助的狀態下指認著外在世界存有信任關係的可能。「我」可以被瞭解與承接的屬己性（authenticity）也可以在溝通中重新形成。協談者清楚覺察當下互動的同時，亦需維持後設認知；一旦覺察到彼此投契程度上升、案主對協談者的信任感（亦即協談者的可信度）增加，就可以開始引導案主跳脫原有的故事框架、進入協談者的故事框架，亦即開始討論可接受的解決之道。Vecchi等人對於「互信的投契關係」之論述，概念近似治療同盟（therapeutic alliance），而治療同盟在心理治療的關鍵角色也持續得到實徵證據支持（Flückiger et al., 2012; Martin et al., 2000; McLeod, 2011; Sharf et al., 2010）。

〈案例一〉

輔導老師：「活著有時候真的好難，如果我是妳，我可能也會很沒有把握能好好生活。」

小彩：「是嗎？我以為你們都很堅強。才能聽我說那麼多黑暗的東西。」

輔導老師：「一直到現在我才終於能感覺到妳，我好希望能夠接住這

些讓妳難受的事。我希望我現在可以接住妳。」

小彩：「……（沉默）」

輔導老師：「妳的呼吸緩和下來了，妳現在還好嗎？」

小彩：「謝謝你願意聽我說話，我不知道現在該怎麼辦。」

輔導老師：「沒關係，我在這裡陪妳，妳可以說任何妳想說的話。很黑暗的沒有對人說過的也可以。」

〈案例二〉

小志看著心理師：「你會覺得我很脆弱、很沒用嗎？」

心理師：「如果我是你，我大概也會覺得很痛苦，就像你說的胸口開了一個洞的那種痛。」

小志：「真的很痛……如果你是我，你會怎麼做？」

心理師：「你想知道？」

小志輕輕地點頭。

心理師：「我讀大學時也有一段時間過得很不好，發生了一些事情，也花了一點時間、幾乎大三一整年才走出來……（短暫沈默）我想知道，你以前有沒有類似現在這樣心情很不好的時候？」

小志：「國中，但是沒有現在這麼誇張。」

心理師：「國中發生什麼事？」

小志：「（分享轉學後被班上同學排擠的經驗）」

心理師：「我看你現在講起來口氣很輕鬆，心理陰影面積應該很小了吧？」

小志輕輕地笑。

心理師：「好奇問一下，你那時候是怎麼走出來的？大概花了多久時間？」

然而，在操作危機處理的步驟上，



若屬己性無法順利建構，會需要重新檢視自我與外在世界連繫的穩定性。危機處理對話的主題若無法從情緒性表達引導向工具性問題解決，很可能是協談者誤判彼此投契、信任程度，協談者需回到前兩個階段，重新的以「積極傾聽」和「同理」打底形成溝通的基礎。

第四階段是「影響力（influence）」。在「投契－信任」的基礎上，案主逐漸變得願意傾聽、思考、接納協談者的想法與回饋，這時候協談者就可以發揮個人影響力，引導案主討論如何將傷害減到最低並且保留顏面地讓危機落幕（Vecchi et al., 2005; Vecchi et al., 2019）。在這裡，協談者是一個引導者，一個帶領案主重新回到外在世界的陪伴者，逐步將案主帶回原先所不容但卻又熟悉至極的生活世界。Vecchi等人強調協談過程是引導、而非權威地要求，因此協談者需持續表現出正向肯定、相互尊重與合作的態度。這個階段在口語的互動上會有一個明顯的溝通轉變，在語法結構上，會使用「我們（we）」取代「你／我（you/me）」，在動詞時態上，會從過去式轉向現在進行式的表達，以形成引導與陪伴的直接感受和正在行動的參與感。此外，Knox（2019）分析具自殺意念案主求助熱線的協談音檔，發現多多誇獎案主為了解決問題而實際上做過的嘗試，可有效舒緩情緒，因此時時關照並肯定案主的努力也很重要。

〈案例一〉

小彩：「（分享與母親的爭執與離家的經驗）」

輔導老師：「謝謝你願意分享昨天的不愉快，這真的是很困難的事。謝謝你信任我。」

小彩：「我不知道我現在可以怎麼做？」

輔導老師：「對啊，現在真的有點困難

，不過我們可以一起討論。我去接妳到學校來，我們看看可以怎麼一起面對好嗎？」

小彩：「我不知道我做得好嗎？」

輔導老師：「我們一起吧？你現在不是一個人，你有『我們』。我們來看看可以怎麼……」

〈案例二〉

心理師：「你這次有找朋友嗎？」

小志：「有稍微line高中同學，但是我們現在不同學校，而且看他們IG動態好像都很開心，我不好意思講太多。」

心理師：「你很體貼嘛！暖男喔！」

小志輕鬆地笑。

心理師：「開學到現在有認識比較合、比較聊得來的朋友嗎？」

小志：「跟大家還不太熟。小○老師，其實我現在覺得好一點了，而且好熟，我想下去了。」

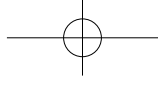
心理師：「很曬喔！我看你表情也比較輕鬆了。我們一起下去吧。」

小志：「可不可以不要讓別人知道？」

心理師：「不希望別人知道你心情不好衝頂樓這件事嗎？等下我們一起討論怎麼做吧。」

伍、結論

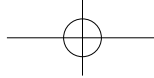
自殺危機是一種心智受到強烈情緒痛苦衝擊而暫時性失常的狀態，因此，我們提出以情緒溝通為本質的危機協談方法論點，並引用BISM-R作為聯繫內外世界以恢復心智功能的緊急方法。根據筆者個人實務經驗以及國內自殺熱線志工的回饋，BISM-R提供實務工作者一個明確、易操作、又有效的危機協談架構。實務工作者在校園自傷與自殺行為現場應用BISM-R，需謹記在心，危機協談或許有助舒緩案主情緒並降低生命威脅



，但仍須搭配其他應急措施，同時須啟動中、長期的系統性和個人處遇計畫。自傷、自殺危機個案工作就像是在幫助個案走高空鋼索，平衡桿的一端是危機介入，另一端則是中、長期處遇，兩端必須保持平衡。如果僅採取危機協談、緊急就醫等應變手段，久而久之個案就會變得依賴自傷或自殺行為來獲取協助和資源；相對的，如果危機狀態下欠缺相關應變措施，個案就可能被負向情緒誘發的心理痛苦給擊垮；如同走高空鋼索時平衡桿失衡，結局就是墜落。箇中分寸如何拿捏，有賴校園內所有人的集體智慧及分工合作了。

參考文獻

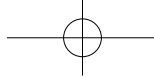
- 教育部（2011）。教育部99年各級學校校園事件分析報告。 <https://csrc.edu.tw/FileManage/CheckData?sno=405&MergedId=df6b65e0657645f190e7add4d69906a8>
- 教育部（2015）。教育部103年各級學校校園安全及災害事件分析報告。 <https://csrc.edu.tw/FileManage/CheckData?sno=418&MergedId=a7414e7062184d649d69f1d45261d6d5>
- 教育部（2021）。教育部108年各級學校校園安全及災害事件分析報告。 <https://csrc.edu.tw/FileManage/CheckData?sno=497&MergedId=b35d55b6030b4ddeb3d03ad8b769c4e>
- 賈詠婕、許育光、刑志彬（2019）。多軸向自我傷害危機處理能力評量之工具建構。 *中華心理衛生學刊*，32（3），295-327。 [https://doi.org/10.30074/FJMH.201909_32\(3\).0004](https://doi.org/10.30074/FJMH.201909_32(3).0004)
- 衛生福利部（2021）。109年死因統計結果分析。 <https://www.mohw.gov.tw/dl-71446-e142a47c-14b3-4cef-8d80-f8e5747e8eb2.html>
- 蕭富聰（2021）。自殺死亡者求助熱線未通來電之情緒困擾與自殺風險程度初探。 *台灣諮商心理學報*，9（1），51-70。
- Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 129, 261-269. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.08.006>
- Becker, G., Orbach, I., Mikulincer, M., Iohan, M., Gilboa-Schechtman, E., & Grossman-Giron, A. (2019). Reexamining the mental pain-suicidality link in adolescence: The role of tolerance for mental pain. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 1072-1084. <https://doi.org/10.1111/sltb.12506>
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: Systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 210, 387-395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>
- Czyz, E. K., Horwitz, A. G., Arango, A., & King, C. A. (2019). Short-term change and prediction of suicide ideation among adolescents: A daily diary study following psychiatric hospitalization. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60, 732-741. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12974>



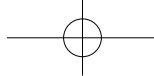
- Davidson, R. J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion, 12*, 307-330. <https://doi.org/10.1080/026999398379628>
- Deisenhammer, E. A., Strauss, R., & Hinterhuber, H. (2009). The duration of the suicidal process: How much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *Journal of Clinical Psychiatry, 70*, 19-24. <https://doi.org/10.4088/JCP.07m03904>
- DeWall, C. N., MacDonald, G., Webster, G. D., Masten, C. L., Baumeister, R. F., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D. R., Stillman, T. F., Tice, D. M., & Eisenberger, N. I. (2010). Acetaminophen reduces social pain: Behavioral and neural evidence. *Psychological Science, 21*, 931-937. <https://doi.org/10.1177/0956797610374741>
- Dour, H. J., Cha, C. B., & Nock, M. K. (2011). Evidence for an emotion-cognition interaction in the statistical prediction of suicide attempts. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 294-298. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.010>
- Durso, G. R. O., Luttrell, A., & Way, B. M. (2015). Over-the-counter relief from pains and pleasures alike: Acetaminophen blunts evaluation sensitivity to both negative and positive stimuli. *Psychological Science, 26*, 750-758. <https://doi.org/10.1177/0956797615570366>
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study on social exclusion. *Science, 302*, 290-292. <https://doi.org/10.1126/science.1089134>
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy, 48*(1), 43-49. <https://doi.org/10.1037/a0022187>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Symonds, D. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 10-17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143*, 187-232. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084>
- Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kearns, J. C., Santee, A. C., Esposito, E. C., Conwell, Y., & Alpert-Gillis, L. J. (2020). Feasibility and acceptability of ecological momentary assessment with high-risk suicidal adolescents following acute psychiatric care. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 53*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1741377>
- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 338-352. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338>
- Gould, M. S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Munfakh, J. L., Wright,



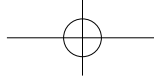
- J., & McKeon, R. (2018). Follow-up with callers to the national suicide prevention lifeline: Evaluation of callers' perceptions of care. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48*, 75-86. <https://doi.org/10.1111/sltb.12339>
- Hallensleben, N., Spangenberg, L., Forkmann, T., Rath, D., Hegerl, U., Kersting, A., Kallert, T. W., & Glaesmer, H. (2018). Investigating the dynamics of suicidal ideation: Preliminary findings from a study using ecological momentary assessments in psychiatric inpatients. *Crisis, 39*, 65-69. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000464>
- Jacobs, J. (1967). A phenomenological study of suicide notes. *Social Problems, 15*, 60-72. <https://doi.org/10.2307/798870>
- Kleiman, E. M., Turner, B. J., Fedoe, S., Beale, E. E., Huffman, J. C., & Nock, M. K. (2017). Examinations of real-time fluctuations in suicidal ideation and its risk factors: Results from two ecological momentary assessment studies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*, 726-738. <https://doi.org/10.1037/abn0000273>
- Knox, S. (2019). *How to improve helper skills by deconstructing client-helper transcripts: Looking for life/death/ambivalence talk in real conversations about suicide* [Paper presentation]. International Association for Suicide Prevention 30th World Congress, Derry-Londonderry, United Kingdom.
- Ko, M. H., Lee, M., & Yi, M. (2013). A phenomenological study on lived experience of suffering in suicide attempters. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(4), 339-348. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.339>
- Kross, E., Berma, M. G., Mischel, W., Smith, E. E., & Wager, T. D. (2011). Social rejection shares somatosensory representations with physical pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 108*, 6270-6275. <https://doi.org/10.1073/pnas.1102693108>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*, 467-481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- May, A. M., & Klonsky, E. D. (2016). What distinguishes suicide attempters from suicide ideators? A meta-analysis of potential factors. *Clinical Psychology: Science and Practice, 23*, 5-20. <https://doi.org/10.1037/h0101735>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 603-616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research, 45*, 1504-1510. <https://doi.org/10.1016/>



- j.jpsychires.2011.06.011
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-suicide network. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 308-321. <https://doi.org/10.1111/sltb.1139>
- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: An empirical investigation. *American Journal of Community Psychology, 25*, 861-885. <https://doi.org/10.1023/A:1022269314076>
- Moore, S. L. (1997). A phenomenological study of meaning in life in suicidal older adults. *Archives of Psychiatric Nursing, 11*(1), 29-36. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(97\)80047-7](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(97)80047-7)
- Mrnack-Meyer, J., Tate, S. R., Tripp, J. C., Worley, M. J., Jajodia, A., & McQuaid, J. R. (2011). Predictors of suicide-related hospitalization among U.S. veterans receiving treatment for comorbid depression and substance dependence: Who is the riskiest of the risky? *Suicide Life-Threatening Behavior, 41*, 532-542. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00051.x>
- Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodrigues, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide Life-Threatening Behavior, 48*, 52-74. <https://doi.org/10.1111/sltb.12335>
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders, 120*, 226-230. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.013>
- Patterson, A. A., & Holden, R. R. (2012). Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42*, 147-156. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00078.x>
- Peters, E. M., Dong, L. Y., Thomas, T., Khalaj, S., Balbuena, L., Baetz, M., Osgood, N., & Bowen, R. (2020). *Instability of suicidal ideation in patients hospitalized for depression: An exploratory study using smartphone ecological momentary assessment. Archives of Suicide Research.* Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1783410>
- Pompili, M. (2010). Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40*, 234-244. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.3.234>
- Reisch, T., Seifritz, E., Esposito, F., Wiest, R., Valach, L., & Michel, K. (2010). An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 126*, 321-325. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.005>
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construct of emotion. *Psychological Review, 110*, 145-172. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.110.1.145>



- Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*, 637-645. <https://doi.org/10.1037/a0021175>
- Shamsaei, F., Yaghmaei, S., & Haghghi, M. (2020). Exploring the lived experience of the suicide attempt survivors: A phenomenological approach. *International Journal of Qualitative Studies of Health and Well-being, 15*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1745478>
- Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. Oxford University Press.
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M., & O'Carroll, P. W. (2001). Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 49-59. <https://doi.org/10.1521/suli.32.1.5.49.24212>
- Troister, T., Davis, M. P., Lowndes, A., & Holden, R. R. (2013). A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: Replication in general and high risk university students. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43*, 602-611. <https://doi.org/10.1111/sltb.12043>
- Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences, 49*, 689-693. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.006>
- Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 1019-1027. <https://doi.org/10.1002/jclp.21869>
- van Hasselt, V. B., Romano, S. J., & Vecchi, G. M. (2008). Role playing: Applications in hostage and crisis negotiation skills training. *Behavior Modification, 32*, 248-262. <https://doi.org/10.1177/0145445507308281>
- Vecchi, G. M., van Hasselt, V. B., & Romano, S. J. (2005). Crisis (hostage) negotiation: Current strategies and issues in high-risk conflict resolution. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 533-551. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2004.10.001>
- Vecchi, G. M., Wong, G. K. H., Wong, P. W. C., & Markey, M. A. (2019). Negotiating in the skies of Hong Kong: The efficacy of the behavioral stairwayinfluence model (BISM) in suicidal crisis situations. *Aggression and Violent Behavior, 48*, 230-239. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.08.002>
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*, 270-277. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?ua=1>
- Yakeley, J., & Burbridge-James, W. (2018). Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. *British Journal of Psychological Advance, 24*, 27-45.



<https://doi.org/10.1192/bja.2017.6>
You, S., Talbot, N. L., He, H., & Conner, K.
R. (2012). Emotions and suicidal
ideation among depressed women with

childhood sexual abuse histories.
Suicide and Life-Threatening Behavior,
42, 244-254. [https://doi.org/10.1111/
j.1943-278X.2012.00086.x](https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00086.x)

