

諮商心理師與社會工作者在面對 自殺議題時的跨專業合作與倫理考量

石承旻、吳昭蓉、邱柏豪、呂鍾伶、吳芝儀

自殺議題一直是非常值得助人工作者關注的領域，其所牽涉的個人與社會因素相當廣泛，特別在倫理問題方面，有著極大的討論空間。本文從自殺行為的概況談起，論述其普及性與相關成因，同時整理出臺灣自殺防治的實施現況，並整理出自殺防治的通報及處遇流程，最後針對諮商心理師與社會工作者在其專業工作中對於自殺行為處理的異同進行比較，分析兩者在其專業工作上所會遇到的歧異，釐清兩方可以溝通與合作之處，找出助人工作者能為自殺防治做出的更好貢獻。

壹、前言

近期自殺事件頻繁，某大學三天內連續兩位學生自殺、名人自殺、跨年夜驚見自殺男屍的事件引起各界關心，自殺防治及預防應如何加強以照護處於自殺邊緣的

生命是國人迫切關心的議題，而實務工作人員除諮商心理師外，社會工作者也是處理自殺防治的重要角色，因此如何在不同系統間合作以給予自殺行為或有自殺意念者最佳幫助是助人工作者需學習並努力的課題，本文旨在探討諮商心理師和社會工作者如何於自殺預防工作中合作及倫理決策上可能產生的疑慮。

貳、自殺行為概況

一、自殺是全球公衛議題

自殺行為在各國皆為衛生安全重要議題，據2000年世界衛生組織調查指出，以失功能調節生命年限（disability adjusted life years, DALYs）為指標評估精神及行為疾患的負擔中，單極性抑鬱症（4.4%）、自我傷害行為（1.3%）、酒精使用障礙症（1.3%）為所有年齡層組別中耗費負擔前三者（World Health Organization, 2001），

自傷帶來的個人、社會成本花費是各國須積極應對的議題。

此外，自殺是全球15至29歲青年第二大死亡原因，有跡象顯示自殺死亡者多半經歷二十次以上的企圖自殺（World Health Organization, 2014），故過去的自殺行為是自殺的危險因素，系統化的調查和登記是自殺預防所必須的。世界衛生組織進而提出了普遍性、選擇性和指標性三個面向的自殺防治工作參考，亦為我國自殺防治工作之重要面向。

二、國內自殺概況

因應2000年後自殺率逐年增加，行政院衛生署於2006年成立自殺防治中心，推動自殺防治工作，隔年起國內自殺率有下降趨勢，根據自殺防治中心最新統計資料，2019年自殺死亡人口總數為3,864人，人口統計特徵而言，國內男性死亡率高於女性，年齡層中年紀越大族群有越高死亡率，近年死亡率中以15至24歲人口死亡率增加最明顯（2017年粗死亡率6.4人；2018年粗死亡率7.2人；2019年粗死亡率9.1人），自殺方式以吊死、勒死及窒息比率最高（35.5%），氣體及蒸汽自殺及自為中毒其次（24.0%）（行政院衛生福利部，2020）。

青少年及成年人的自殺死亡率增加及高年齡層人口的高自殺率是國內自殺防治須關注的議題，瞭解自殺有關的高風險因

子得以發現有自殺意念者，在早期給予適當的協助。

三、自殺的相關因子

自殺行為可從個人經濟狀況、心理困難、社會關係、生物性因素等多面向討論，難被推論為單一成因。從社會層面與健康照護層面而言，易取得的自殺手段和不適當的媒體報導以及對自殺行為的污名化會增加自殺行為的模仿；而個人層面，青少年自殺與家庭環境和社會文化脈絡較有關，心理疾病患者的自殺行為與使用精神藥物和家庭暴力有關，情感、身體和性方面的虐待及忽視、情緒障礙、品行疾患、注意力缺失和藥物濫用在過去自殺相關研究中常被注意（World Health Organization, 2014）。國內則有學者將自殺有關因素分為遠端及近端因子，遠端因子包含遺傳、性格、胎兒及周產期、早年創傷經驗、神經生物失調等；近端因子包括心理社會危機、精神疾患、身體疾患、致命工具的可及性、模仿效應等等（廖士程、李明濱、龍佛衛、張家銘、吳佳儀，2015）。

與自殺行為有關的探討包含自殺意念及自我傷害行為，兩者皆有導致自殺結果的風險。研究指出焦慮、體重過重、13至15歲時緊張情緒與青春期的自殺意念產生有關，而體能訓練可降低青少年男性的自殺意念（Strandheim et al, 2014），自我

傷害方面，16歲前有自我傷害史的青少年未來有較高的自我傷害和精神疾病風險；低教育程度和低工作收入上也有較高風險（Mars et al, 2014），此類負面影響可能導致自殺、自傷者陷入壓力環境及企圖自殺間的迴圈。

因應自殺的成因複雜且不同地區、國家文化影響下自殺行為表現亦有所差異，實務工作者應熟悉所屬地區對自殺防治所訂立的具體措施及法規以對自殺通報做出迅速、有效的回應。

參、自殺防治實施現況

一、自殺防治方案簡介

（一）全國自殺防治中心

為降低國人自殺死亡率，我國在2005年核定「全國自殺防治策略行動方案」第一期計畫，成立自「全國自殺防治中心」、建置自殺通報關懷系統、推動自殺防治守門人訓練等重點工作，經該期計畫施行，我國2006年國人自殺死亡率較2007年減少約11%。

2009年至2012年實施「全國自殺防治策略行動方案」第二期計畫，委由「臺灣自殺防治學會」執行，將第一期計畫的試辦經驗推行至全國，以全面性（universal）、選擇性（selective）與指標性（indicated）三個層面作為自殺防治策略的主軸。

全面性策略對象為全體民眾，目標在促進社會大眾心理健康、以及自殺相關資訊的監測，包括各種心衛推廣活動；選擇性策略對象為高風險族群，主要在強化心理健康篩檢及辨識高風險族群；指標性策略對象為高風險自殺個人，針對企圖自殺者提供即時關懷與介入（全國自殺防治中心，2005）。

推廣「自殺防治守門人」概念是自殺防治的重點工作之一（全國自殺防治中心，2005），其中包含：（1）與各機構／體系合作守門人訓練專案，學校／各機構團體可向全國自殺防治中心申請自殺防治課程及團體參訪，了解自殺防治相關知識；（2）普及心情溫度計（簡式健康量表）的使用，開發心情溫度計app供民眾免費下載、建立自我健康管理習慣；（3）出版自殺防治系列手冊，針對不同職業及對象提供自殺防治指引；（4）徵集「珍愛生命義工」；以及（5）建立「珍愛生命數位學習網」讓專業人員及一般民眾能自行運用網際網路線上觀看自殺防治訓練課程。

此外，我國衛生福利部持續精進自殺防治策略，包括建立1925安心專線，提供民眾全年無休的免付費心理諮詢服務；補助各縣市政府衛生局聘任關懷訪視員，針對自殺的高危險群，即自殺未遂者提供關懷訪視；定期進行自殺防治統計分，以協助各地方政府強化因地制宜的自殺防治方

案等。

（二）自殺防治法

2019年《自殺防治法》經立法院三讀通過正式施行，該法明訂各縣市主管機關需編列自殺防治經費、設置自殺防治相關人力，並於施行細則中詳列自殺防治守門人教育訓練所包含的內容；針對傳播媒體，則規定不得報導或記載與教導、教唆或誘導自殺相關之訊息、以及詳細描述自殺方法及自殺工具銷售的資訊。

《自殺防治法》的施行，是臺灣自殺防治的又一里程碑，值得注意的是，該法第11條所列的通報責任人員包含了社會工作者，諮商心理師則屬非社政通報範疇，諮商心理師面對自殺案件時不負強制通報責任，即同為助人工作者，在自殺防治工作中社會工作者與諮商心理師具有不同的角色定位。

二、自殺防治方案施行

三級預防工作模式，強調分層分工的概念，並平均的重視三級的工作，助人工作者面對潛在的及突發的危機事件，除了篩檢具自殺意念的個案、評估個案需求及給予處遇外，還需進行宣導預防工作、提供相關人員如學校教職員、公司人力資源管理人員等有關自殺防治及危機介入的教育訓練或諮詢，可見在自殺防治的推行及落實上，存在多層次的工作

任務。

James與Gilliland（2004）以診斷、處遇、計畫、方法及結果評估等五個項目，比較危機處理與長期諮商輔導模式的不同，危機處理要求進行快速的危機評估，而非長期心理諮商的診斷性評估，在危機處理的處遇上，則聚焦在個案立即的創傷，而非整體的潛在原因；設定危機處理計畫時，目的是緩和危險症狀，而長期輔導計畫則是針對個案性格所規劃出的方案，以處理個案的長期需求（引自陳莉榛等，2013）。

從上述自殺防治的多層次工作、危機處理與長期諮商模式的需求規劃，可知整合不同的專業人力、由團隊分工合作以因應自殺防治的整體規劃及施行確有其必要性。其中社會工作者的專業領域為資源彙整及個案管理，在因應危機處理時的個案資源需求評估、轉介機構、聯繫相關人員等工作上，社會工作者在個案管理實務上具有其專職角色的重要性。而諮商心理師專注在探索個人議題及處遇長期的性格、行為困擾，應對二級預防中的高關懷個案介入輔導、以及三級預防中自殺未遂者的後續心理輔導及再自殺預防。

三、自殺防治通報及處遇流程

目前「自殺防治通報系統」（<https://sps.mohw.gov.tw/Account/IndexInform>）已

上線，供《自殺防治法》第11條所列人員於知悉自殺情事時進行通報。

（一）衛生局受理之自殺通報

衛生局受理自殺通報後，需於接獲通報3個工作日內進行初次關懷，7個工作日內完成開案訪視及個案管理工作，並指派自殺關懷訪視員進行訪視，配合使用簡式健康量表進行再自殺風險評估，依據再自殺風險程度，提供情緒支持、專業輔導或轉介醫療機構等處遇，關懷訪視將持續追蹤服務3個月，可視情況延長。

若個案為再自殺個案且本次以上吊、燒炭、汽車廢氣、開瓦斯、跳樓或喝農藥方式自殺，則需於受理通報後24小時內進行初次關懷，如有特殊情況如家庭暴力或兒童虐待者，應立即通報相關主管機關。

醫院急診若遇自殺未遂之個案，則需由急診照會院內自殺防治小組及精神科。院內自殺防治小組常由醫師、社工師、心理師、護理師組成，是與縣市衛生局聯繫的主要窗口，自殺防治小組與精神科做功能連結，藉由醫療系統中不同助人工作者的協作，共同執行自殺未遂案件的通報、評估及住院安排等流程。

在上述衛生局自殺通報及處遇流程中，需有相關領域的專業人員協助工作執行，這個專門的職務即是關懷訪視員，關懷訪視員由具有諮商心理或社會工作專業

訓練者擔任，其工作內容囊括與通報機關聯繫、掌握個案資料、擬定處遇計畫及後續追蹤等，整合輔導實務及資源連結的工作。

（二）網路監測守門人

2014年由全國自殺防治中心依「網際網路內容違反兒童及少年相關法規處理流程原則」，建立網站監測及舉報流程，目的為抑制網際網路上教唆自殺資訊的負面影響，各單位或民眾可在發現教唆或教導使用自殺工具的網站後，向「Iwin網路內容防護機構舉報網址」（<https://i.win.org.tw/>）進行線上舉報，檢舉人回覆系統寄出的信件後即完成將網站下架的舉報動作，該舉報網址推行至全體民眾，藉由政府、有關機構及全民的共同參與，以積極預防潛在的自殺事件發生。

從上述自殺防治施行現況，可知自殺防治方案的推行是一種從法令到各級政府單位、衛生及非衛生單位／團體、到全體民眾的合作，其中，非專業人員可透過各種公開資源學習與增進自殺防治的相關訊息，成為你我身邊自殺警訊的覺察和反應者；而專業人員擔任了衛教宣導的角色，在提供資訊上進行把關，同時，完整的自殺通報和處遇系統，讓專業助人者能提供高風險族群即時且有效的幫助，通過各層面的合作，自殺防治方案得以被落實，減少憾事發生。

肆、諮商心理師與社會工作者於自殺防治中跨專業合作

從上述自殺防治方案中可知，諮商心理師與社會工作者都有很大機會面臨「自殺議題」，甚或得攜手合作，形成跨專業合作團隊。但同為助人專業，兩個專業間的養成背景、工作角色也不盡相同，以下將分別做說明及討論：

一、諮商心理師與社會工作者之間的比較

諮商心理師與社會工作者同屬助人專業領域，但雖是兩個不同的專業，卻有部分相似的地方。以下將從專業養成與實務工作角色作探討：

（一）從專業養成面向

根據游以安、姜兆眉（2017）表示從諮商心理師與社會工作師的應考科目中，可發現：兩者皆有心理學、個別諮商（社工為「個案工作」）、團體諮商（社工為「團體工作」），較為明顯之差異為，諮商心理師為單獨列出社會環境、人與系統互動等課程，然社工需修習「人類行為與社會環境」此課程。此外，Mellin、Hunt與Nichols（2011）訪談238位執業諮商心理師，詢問諮商與社工專業的差別，研究參與者認為相對於社工專業，諮商專業採取發展性、預防性以及健康（wellness）取向。需要特別注意的是，研究結果發現

受訪者認為倡議（advocate）以及跨系統合作這部分實超越諮商專業範圍，且屬於社工專業範疇，顯示諮商專業訓練雖提倡重視環境、系統對於人的影響，但卻與諮商實務工作者在實際操作上有所差距。

（二）從工作角色面向

在實務場域中，兩個專業有不同的角色與工作內容。游以安、姜兆眉（2017）表示在學校輔導場域中兩個專業之間存在差異：諮商心理專業工作重視理解個人內在狀態、當前議題對於個人之影響，以及個人有何內外資源得以運用因應議題，社工專業則從系統觀點與家庭關係看見人與環境互動，熟稔各個資源系統連結。而在大型災難中兩個專業著重的點也不盡相同，楊思芳、夏允中、孫若慈（2014）表示，諮商心理專業介入主力為協助受災者滿足高一層次的愛與隸屬需求、尊重需求，包括災區心理諮詢服務站或透過訪視主動關心受災民眾及救災人員，瞭解其困境與需求，並提供衛教資訊，亦以治療性對話給予受災者情緒支持、緩解急性壓力症狀；而社會工作專業者需要扮演安置受災民眾的生活照顧者、資訊提供者、情緒支持者、資源整合調配者、問題解決者、溝通協調者、志工管理者之角色。

（三）從自殺防治實務工作的面向

在自殺防治方案中，臺灣自殺防治學

會暨全國自殺防治中心（2018）製作工作手冊與工作指引，與本文相關的有：輔導人員自殺防治工作手冊（諮商心理師適用此手冊）及社會福利工作人員與自殺防治手冊（社會工作者適用此手冊），摘要其內容說明如下：

1. 諮商心理師

- (1) 運用自殺風險評估工具供輔導人員作個案風險評估，如：心情溫度計（BSRS-5）、心理健康篩檢表（CMHC）；並針對A.相關危險因子回顧、B.自殺史、C.不可改變的生物、社會心理、精神、情境或醫療狀況、D.目前自殺狀況的程度、E.其他緩解因素、F.保護因子做評估，進而進行分級處遇。
- (2) 針對個案狀況進行個案處遇／治療計畫。針對輕度自殺風險的人，通常需對自殺的可能性重新評估和長期追蹤，同時要注意，輕度類別的個案可能會提升至中度或更高的危險層級。中度風險的人則需注意包括：反覆評估是否需要住院治療、支持系統的功能強度、24小時緊急救治、藥物評估和後續心理輔導。如果個案的自殺風險上升至嚴重或極端，限制性措施通常是不可避免的，也可能需要強制住院治療。

- (3) 提供後續追蹤與輔導，在自殺企圖後的第一年，重複自殺的風險最大。因此，輔導人員需密切追蹤個案和後續照護、持續的電話聯繫和支持、以及在某些情況下進行家訪。因此，輔導人員需決定與個案聯繫的頻率，哪些輔導人員可以提供後續服務以及需持續的時間。

2. 社會工作者

- (1) 因應社會福利工作人員長期與弱勢對象及家庭工作，因此手冊提供辨識及覺察風險因子的方式從中得到訊號，如：精神疾病、身體疾病、生活壓力等，進而及早發覺潛藏危險個案。
- (2) 面對個案有自殺想法時，適當安撫情緒、進行評估、給予支持並視嚴重程度建議其就醫，或轉介個案到適當之心理輔導機構接受治療。此外，亦可針對個案困擾議題連結資源，如：經濟、就業資源、夫妻及家族治療、教導家庭成員對家人自殺行為的覺察及求救能力。
- (3) 發現個案出現自殺行為時，應以保護自殺個案之生命安全有優先，如：協助緊急就醫、通報、個案管理、轉介資源（急診醫院、醫務社工、社會局處、安全

性庇護所)等。而在擬定處遇計畫中,則多半以:提供情緒支持、處理理想自殺的感覺、提升想活下去的動力、訂定不自殺約定,並進行轉介、提升家庭支持。

從上述可知,諮商心理師與社會工作者於訓練養成有其相似與差異,而在實務場域中所專注的工作內容也不盡相同,而這部分也會影響兩個專業於助人工作場域中的合作、分工與對話。而在實務工作分工上,諮商心理師確實較著重於評估診斷、處遇治療有自殺意圖之個案上,社會工作者則是與系統工作、發掘及辨識個案、適時給予情緒支持及依需求連結資源,並與家庭工作及肩負個案管理角色。

二、跨專業合作

Payne (2000) 指出,跨專業工作 (multi-professional work) 意指為擁有不同專業知識與技術或是在不同機構的多個專業團體,為提供完整服務而組織而成的工作組織。從字面定義和意涵來看,跨專業合作的概念非常的多元且龐雜,但多數學者皆認為合作是一種動態的互動歷程或架構,至少有兩個以上的參與者(或群體),為了達到共同目標而共同作出決定,以交換資訊和資源,且參與者之間是存有相互依賴及地位平等的關係(林宜佳, 2011; 徐芸萱, 2015),亦會因為所面臨的問題或角色定位之不同,而產生多

元的合作方式(Weist, 2006)。

而諮商心理師與社會工作者均屬助人工作的角色,雖然工作方法雷同中有差異,但皆為改善人類生活、提升自我價值與生活適應的專業。游淑華、姜兆眉(2011)研究指出若以系統觀點來看,諮商心理師與社會工作者專業共同著重的部份是個體層次,也就是對於個案皆為重視,但差異的部份在於社工專業與個案工作時,更著重於其家人互動(小系統)、生活環境與工作地點(中間系統)、甚至是社會政策法令(外系統)。而游以安、姜兆眉(2017)也指出諮商心理師著重個人心理動力,重視對個案的分析,會去探討個案問題的概念化,看個案的深度與角度與社工看個案有所不同,很適合與個案工作。

陳品秀(2018)也指出,兒少安置機構心理師與社工師的合作中,社工員負責評估兒少服務管理狀況,聚集所有兒少所需資源,擬定處遇計畫並進行資源連結;諮商師為外聘專業人員,工作焦點為進行兒少心理評估,並依照評估提供機構照顧及教養建議。

許瑛珪(2009)及楊思芳、夏允中、孫若慈(2014)的研究皆表示期望透過增加對另一專業的了解,進而強化合作關係,且各專業各有所長,亦有所短,沒有哪個專業可以無所不知、無所不能地獨立完成一個完整的專業網絡;透過不同

專業角色的合作，不但可以幫助評估、做決定時，彼此互相扮演彼此核對和平衡的角色，也在夥伴關係中監測彼此的壓力程度，並提供彼此支持鼓勵。

最後，吳富娟（2012）與黃宛玲（2013）分別針對諮商心理師及社會工作者進行質性訪談，進而整合其感受與經驗，探討合作關係。整合兩個研究的重點如下：1.跨專業合作模式因各自專業不同、倫理及工作方法亦有差異，故需增加對話機制與平臺，並納入其他系統人員的關注與回應也是合作過程中重要的一環；2.因諮商心理師與社工人員的養成差異、角色功能不同，因此若有對雙方專業皆熟悉的第三方居中協調及回饋，有助於合作關係建立與機制的建立；3.若能有好的合作關係，跨專業合作會增加視野與專業成長，且有助合作默契養成與當事人身心成長及權益維護，而心理師投入狀況會受機構團隊氛圍影響。

綜合上述，可發現研究指出諮商心理師與社會工作者跨專業合作中，因專業養成不同，便有功能互補與合作的可能，因此在自殺議題上有以下建議：1.依當事人多元需求進行跨專業合作：因應自殺企圖個案的多元因素（生理、心理及社會），跨專業的團隊合作更顯重要，因此建議不要單一專業單打獨鬥，除了難以應對個案的多元需求，更容易使個別工作者容易耗竭，建議在面對自殺議題個案時，進行跨

專業合作；2.依專業知能進行分工：現行因不同專業養成上的專精，分工上可由諮商心理師協助個案及其重要他人進行深度議題的衡鑑與處理，社會工作者則可協助系統工作及資源連結，甚至是社會政策法令推動及倡議等；3.多認識彼此專業，以利跨專業合作：建議雙方專業若有更多的認識與瞭解、增加對話機制與平臺、有熟悉雙方專業的第三方居中協調及回饋，將有助於合作關係與機制建立。

伍、諮商心理師與社會工作者對自殺議題的倫理考量

誠如現行已有越來越多研究針對諮商心理師與社會工作者跨專業合作中的專業技巧、工作方法、角色及功能做討論，但似乎少有針對其倫理議題做討論，因此本研究將對此做進一步討論與比較。而在接觸自殺個案時，經常需要面臨倫理兩難的困境，如：個案是否有權決定自己的生死？絕症病患是否有權決定安樂死？面對個案想結束生命，是否仍應尊重其自我決定權？（牛格正，1996）。因此，面對尊重當事人權益時，社工倫理守則與諮商倫理守則如何因應，是相當值得探究的議題。

透過檢視「臺灣輔導與諮商學會諮商專業倫理守則」（以下簡稱諮商倫理守則）及「社會工作倫理守則」可進一步瞭

解，兩者對與當事人的專業關係上皆符合Kitchener（1984）提出五大權益：自主權、無受傷害權、獲益權、公平待遇權、要求忠誠權。

一、自主權

是指促使當事人自我決定，及在其社會和文化架構下自我管理的獨立性。從諮商倫理守則及社工倫理守則，皆有提及需尊重當事人的自主權，也說明兩者皆重視自我決定權。

二、受益權

是指為他人帶來利益和增進當事人福祉，亦包括關注社會的福祉。而諮商倫理守則及社工倫理守則皆有提及以個案福祉為服務的優先考量，顯示須重視當事人或個案的最佳利益。

三、免受傷害權

指避免傷害，包含防止可能會傷害當事人的行為與危機。諮商倫理守則明定：諮商心理師應謹言慎行，避免對當事人造成傷害。而社工倫理守則以保護生命為最優先考量原則，甚至明確指出遇到所有倫理衝突時，皆應以此為優先。

四、公平待遇權

意旨平等的對待每一個人，實務工作者有責任提供所有當事人適切的服務和

公平對待當事人，不論其年齡、性別、種族、身心障礙、社經地位、文化背景、宗教或性傾向。而諮商倫理守則及社工倫理守則皆有明確指出。

五、要求忠誠權

意旨專業人員許下務實的承諾並且信守承諾，以建立值得信賴的關係。也就是服務關係必須建立於「信任」的基礎上，一旦破壞「保密」原則，將危及現有的良好關係。而這在諮商倫理守則及社工倫理守則皆有說明。

從上述可發現，諮商心理師與社會工作者的倫理守則皆有這五大元素，但其排序與比重似乎有不同歧異值得討論，以下進一步說明：

歧異一、是否應尊重個案自殺的自主權？

在個案自殺的自主權討論下，諮商與社工專業似乎有不同面向的看法。諮商倫理上似乎有更多元討論的空間，周穎琦（2014）指出，諮商師對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。Szasz也認為：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）。但社會工作倫

理即明確指出：社會工作師面對倫理衝突時，應以保護生命為最優先考量原則。

歧異二、能否透露個案的自殺意圖給他人？

諮商倫理守則中提及：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。但由於目前臺灣法令並未強制規定諮商心理師須通報自殺，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，除社會工作倫理守則提到：面對倫理衝突時，應以保護生命為最優先考量原則，自殺防治法更明定：社會工作人員於知悉有自殺行為情事時，進行自殺防治通報作業。

歧異三、個案拒絕服務時能否終止服務或轉介？

國內自殺通報後的介入處遇，針對自殺當事人的再自殺預防，社會工作者會進行關懷訪視服務，並列入個案管理。關懷訪視期間視個案狀況原則上為三至六個月，如評估自殺意念屬低度風險方可以結案處理，仍有自殺風險需延長訪視則須經衛生局同意後得延長訪視。而諮商領域中考量專諮商倫理，如諮商心理師評估自身缺乏專業勝任、無法對案主提供有效幫助時應適時的終止諮商關係，且應建議適合

的轉介，如當事人拒絕轉介的建議則諮商員可終止諮商關係（American Counseling Association, 2014）。兩者在終止服務上有不同的考量基準，社會工作者的再自殺預防有其強制性及責任使命，同時在結案前須評估案主自殺風險降低，而諮商服務中如未能提供有效支持諮商師應提供其他選擇，除案主生命安全外，保障諮商服務及是否接受轉介皆為結束及轉介與否的考量因素。

綜合上述三個歧異，可能使諮商心理師與社會工作者在跨專業合作上遇到不同立場，因而恐有專業上的磨合。但基於形成更好的跨專業合作，避免諮商心理師錯愕社會工作者貿然通報，或社會工作者不能理解諮商心理師不立即通報；甚或社會工作者不能理解心理師的結案而得持續服務時產生衝突，本文運用跨專業合作中的討論，有以下之建議：1.兩專業先有跨專業合作之共識，並落實知情同意：因應諮商心理師與社會工作者在提供服務時，皆須與當事人進行知情同意，因此建議可告知除接受督導外，因應當事人承受生理、心理及社會壓力而有多元需求的情況下，會以跨專業合作及同儕督導的模式進行服務；2.暢通對話平臺，進而瞭解彼此觀點：於跨專業合作中增加對話機制與平臺，使雙方能理解彼此的倫理考量與法律規範，並納入其他系統人員的關注與回應；3.建立協

調與回饋機制：尋找皆熟悉諮商心理與社會工作專業的第三方居中協調及回饋，甚或聘請為外聘督導，藉此協助團隊瞭解彼此，亦能強化合作；4.營造良好且長期合作關係：跨專業合作本就不易，若能建立良好合作機制，建議能維持穩定並複製成功經驗，以利提供給當事人有效益的服務。

陸、結論與建議

「自殺」是全球性的社會問題，更是心理諮商師與社會工作者在專業工作上時常必須面對的重要課題，其所牽涉的倫理議題，更是有相當大的討論空間。根據上面的論述，我們可以清楚地知道，諮商專業與社工專業在倫理方面所遵循的規範都有以當事人之「自主權」、「受益權」、「免受傷害權」、「公平待遇權」以及「要求忠誠權」為首要原則之共識，可見兩者之中心思想均緊扣助人工作之核心原則，惟在當事人自殺意圖的通報與作為上，以及個案拒絕服務時，諮商心理師與社會工作者兩方的切入點有較大的歧異，前者較看重當事人的自由意志脈絡，後者則以當事人之生命安全及責任使命為優先考量，點出諮商心理師與社會工作者在與當事人工作時著力點的原始差別。諮商專業強調當事人個人內在狀態的探討，社工專業則較多地關注在家庭與系統之間的關聯。

以諮商心理師的角度而言，我們應從理論到實踐都能更加朝向系統化、環境適應性的方向發展，不應僅是囿限於諮商室內的對話，而應該在與社會工作者工作的同時，廣加交流、學習其家庭與社會資源的積極理解與連結能力，並在兩個系統之間，強化兩方之對話效率與好感度，提升合作的效能。不論是諮商專業與社工專業雙方對於彼此的專業能主動地相互瞭解更多，或者找到熟悉兩種體系的中介第三人在其間輔助溝通，只要能夠更脈絡化地看見當事人的需求，協助其找到最佳的生命出路，都是諮商心理師與社會工作者應義不容辭的努力方向；此外，若能夠於助人相關工作的養成教育中，加強對於各方可能合作領域之理解課程，使新手諮商心理師或社會工作者在進入職場時能更快上手，方能對降低自殺率帶來最強而有力的效益、創造最佳防治果效，提升社會與人民福祉。

（本文作者：石承旻為國立嘉義大學輔導與諮商學系碩士班研究生；吳昭蓉國立嘉義大學輔導與諮商學系碩士班研究生；邱柏豪為國立嘉義大學輔導與諮商學系碩士班研究生；呂鍾伶國立嘉義大學輔導與諮商學系碩士班研究生；吳芝儀為國立嘉義大學輔導與諮商學系教授）

關鍵詞：諮商心理師、社會工作者、自殺、跨專業合作、倫理議題

參考文獻

- 牛格正（1996）。《諮商實務的挑戰——處理特殊個案的倫理問題》。臺北：張老師。
- 全國自殺防治中心（2020）。〈國家三大自殺防治策略〉。臺北：全國自殺防治中心。<https://www.tsos.org.tw/web/page/strategy1>。2020/1/5作者讀取。
- 全國自殺防治中心（2020）。《自殺防治系列手冊12：心情溫度計》。臺北：全國自殺防治中心。<https://www.tsos.org.tw/media/3438>。2020/1/5作者讀取。
- 吳佳儀、李明濱、廖士程、陳映燁、黃敏偉、龍佛衛（2018）。〈以世界咖啡館模式探討自殺防治策略之跨縣市應用〉，《台灣醫學》22（1）。頁1-10。Doi:10.6320/FJM.201801_22(1).0001。
- 吳富娟（2012）。《心理師與社工師在受虐兒童少年輔導之合作經驗研究》。臺東：國立臺東大學教育學系碩士論文。
- 周穎琦（2014）。〈自殺的諮商倫理議題與危機介入〉，《輔導季刊》50（1）。頁44-55。
- 林宜佳（2011）。《國小教師對高風險家庭關懷輔導處遇方案社會工作者之協同合作期待——以台中地區為例》。臺中：靜宜大學社會工作與兒童少年福利學系碩士論文。
- 徐芸萱（2015）。《國中輔導教師如何突破與導師合作困境之經驗歷程研究》。臺北：國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士論文。
- 許瑛珖（2009）。〈參加「發展社會工作師與諮商心理師在實務上之分工與合作」專題座談之我見〉，《輔導季刊》45（3）。頁38-48。
- 陳品秀（2018）。《以兒少安置機構主管的視角——探究諮商心理師與社會工作人員之合作經驗》。嘉義：國立嘉義大學輔導與諮商學系碩士論文。
- 陳莉榛、胡延薇、張雅惠（2013）。〈大專校院自殺／自傷危機處理之探討：以臺灣北區四所私立大學為例〉，《中華輔導與諮商學報》38。頁149-182。
- 游以安、姜兆眉（2017）。〈助人專業合作的鏡映與省思：從社工師觀點看諮商心理師於學校輔導場域的專業實踐〉，《輔導與諮商學報》38（2）。頁53-73。
- 游淑華、姜兆眉（2011）。〈諮商心理與社會工作在「家庭暴力暨性侵害防治中心」的跨專業合作經驗——從社工觀點反思諮商心理專業〉，《中華輔導與諮商學報》30。頁24-53。Doi:10.7082/CJGC.201108.0024。
- 黃宛玲（2013）。《兒少安置機構社工與諮商心理之跨專業合作經驗》。臺北：國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士論文。
- 楊思芳、夏允中、孫若慈（2014）。〈諮商心理專業與社會工作專業在大型災難中危機處遇之比較探討〉，《諮商與輔導》345。頁19-22。
- 臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心（2018a）。《社會福利工作人員與自殺防治》。臺北：社團法人臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。

- 臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心（2018b）。《輔導人員自殺防治工作手冊》。臺北：社團法人臺灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。
- 臺灣醫學會（2009）。〈專題討論17：自殺防治的挑戰Challenge to Suicidal Prevention全國自殺防治策略摘要〉。http://www.fma.org.tw/2009/S-17-1.html。「臺灣醫學會」網站。2020/1/5作者讀取。
- 衛生福利部（2020）。〈全國自殺死亡資料統計〉。https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/fp-4904-8883-107.html。2020/1/5作者讀取。
- 衛生福利部（2020）。〈自殺風險個案危機處理注意事項〉。https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/fp-4904-8883-107.html。2020/1/5作者讀取。
- American Counseling Association. (2014). *2014 ACA code of ethics*. Retrieved from https://www.counseling.org/docs/default-source/default-document-library/2014-code-of-ethics-finaladdress.pdf.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (2007). *Issues and ethics in the helping professions* (7th ed.). Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Mars, B., Burrows, S., Hjelmeland, H., Gunnell, D. (2014). Suicidal behaviour across the African continent: A review of the literature. *BMC Public Health*, 14(1), 606. Doi:10.1186/1471-2458-14-606.
- Mellin, E. A., Hunt, B., & Nichols, L. M. (2011). Counselor professional identity: Findings and implications for counseling and interprofessional collaboration. *Journal of Counseling & Development*, 89(2), 140-147. Doi:10.1002/j.1556-6678.2011.tb00071.x.
- Strandheim, A., Bjerkeset, O., Gunnell, D., Bjornelv, S., Holmen, T. L., & Bentzen, N. (2014). Risk factors for suicidal thoughts in adolescence-A prospective cohort study: The Young-HUNT study. *BMJ Open*, 4(8), e005867. Doi:10.1136/bmjopen-2014-005867.
- Weist, M. D., Ambrose, M. G., & Lewis, C. P. (2006). Expanded school mental health: A collaborative community-school example. *Children & Schools*, 28(1), 45-50.
- World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. World Health Organization. Retrieved from https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056.