

安全計畫：個人化的自殺危機應對方案

鐘以晴

國立臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所

黃意婷

國立成功大學醫學院職能治療學系

張書森

國立臺灣大學公共衛生學院健康行為與社區科學研究所

自殺風險並非固定不變，可能在短時間內快速上升或下降。從面臨壓力事件到產生自殺意念、引發自殺危機，甚至進而發生自殺行為的過程，也許比想像中還要短暫。因此，我們需要能夠在短時間內應對自殺危機、減少自殺衝動的工具與方案，以盡可能降低自殺風險。

過去已有不同研究團隊提出因應自殺危機的介入方案，如 2000 年 Rudd 等人提出以認知行為治療取向的「危機應對計畫 (crisis response plan)」，強調識別警訊、耐受痛苦與情緒處理技巧 (Rudd et al., 2001)；2006 年 Jobes 提出以醫療場域為主的「合作型自殺評估與處遇方案 (Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS)」，強調建立危機發生的緊急聯絡人清單，以及管理環境中的自殺工具 (Jobes, 2023)。本文將介紹由 Stanley 和 Brown 於 2012 年提出的「安全計畫 (Safety Planning Intervention)」，它結合上述兩類介入的特點，包含辨認警訊、內在因應策略與外在資源，更系統化且全面地涵蓋因應危機的策略 (Stanley & Brown, 2012)。

什麼是安全計畫 (safety plan) ？

安全計畫是使用者（有自我傷害或自殺風險者）與協助者（協助評估與處遇自殺風險的專業人員）合作討論所制定的個人化危機應對指引，

讓使用者在發生自殺危機前，或處於自殺危機時，可循著明確、具體的行動規劃幫助自己。當中包含七個步驟：

- (1) 辨識危機警訊；
- (2) 內在因應策略；
- (3) 可以轉移注意力的人或地點；
- (4) 身邊可以求助的對象；
- (5) 在危機時可以聯絡的專業人員或機構；
- (6) 確保自己身處安全的環境；
- (7) 值得活下去的事。

表一為作者研究團隊根據 Stanley 和 Brown 於 2012 年提出的版本所翻譯與修訂的中文版安全計畫。

安全計畫有三個特點：合作性 (collaborative)，可近性 (accessible) 以及彈性 (dynamic) (Mughal et al., 2023)。制定安全計畫的過程必須基於傾聽與同理，並透過合作與討論讓使用者保有主導地位，以找出使用者願意嘗試的有意義策略。安全計畫必須很容易取得、隨時可以發揮作用，可以用紙本或數位的方式隨身攜帶（例如存在手機裡）。安全計畫的內容可依使用者需求來調整，以使用者自己的用詞書寫，亦可視需要隨時改進、調整，以確保持續的效用。

醫療場域的應用

安全計畫可能在各種有機會執行自殺防治處遇的場域使用，以醫療院所（如醫院急診、精神科門診或病房）為例，可由心理相關專業背景的醫護人員執行。近期在醫療場域進行的實證研究顯示安全計畫的效果，如 Stanley 等人在急診進行的大規模追蹤研究發現，與接受例行照顧的對照組相比，有安全計畫介入與結構化訪談的參與者，後續自殺行為的風險下降一半，且有更高比例的持續接受心理健康治療 (Stanley et al., 2018)。也有系統性回顧指出，使用安全計畫與

自殺意念和行為的改善、憂鬱和絕望感的減少，以及住院治療的減少和就診人數的提升有關，同時對於使用者而言，安全計畫也有更高的可行性與接受度 (Ferguson et al., 2022)。近期有一個叢集隨機分派臨床試驗指出，在急診實施安全計畫並結合品質提升方案後，受試者在追蹤期間的自殺意念、企圖和死亡的整體發生率減少約四成 (Boudreaux et al., 2023)。

學校場域的應用

除了醫療院所，校園也是使用安全計畫的潛在場域。「不自殺契約／不自傷契約 (no-suicide or no-self-harm contract)」是臺灣校園內經常使用的策略，是學生與專業輔導人員之間所簽訂、學生承諾不會傷害自己的書面或口頭協議，內容通常包含不自傷聲明、承諾會求助、緊急聯絡人與雙方簽名，部分甚至有「如果自傷會中斷諮商」的違約條件，然而不自殺／不自傷契約也面對使用者接受度低，與缺乏相關實證研究證明其有效性的挑戰 (McMyler & Pryjmachuk, 2008)。表二列出不自殺／不自傷契約與安全計畫的比較：安

全計畫著重於使用者的「安全」，它不僅僅是個「契約」，而是更強調雙方以合作方式，協助使用者具體化因應自殺危機的策略，因此我們認為校園也是個適合使用安全計畫的場合，作為傳統不自殺／不自傷契約的替代方案，由專輔人員、輔導教師等受過心理相關專業訓練的人員，透過合作討論安全計畫的方式來協助校園內有自殺自傷風險的學生。

由於自殺風險的動態變化，自殺預防和處遇策略不能依賴制式化的方法或一次性的介入，我們需要足夠靈活、具即時性，並且貼近使用者處境與需要的介入工具。實證研究指出安全計畫能有效協助使用者應對自殺危機，在不同場合，包括醫療院所與學校等，安全計畫都可以做為自殺防治處遇計畫的一部分，專業人員可藉此架構與使用者找出量身訂作、實用的因應策略，與盤點可用資源，並在此過程中建立有意義的聯結與合作關係，協助使用者渡過自殺危機，轉危為安。

表一、安全計畫中文版

我的安全計畫

第一步 危機警訊	
在你陷入自殺/自傷危機前，通常有什麼徵兆(例如想法、畫面、心情、行為等)或有發生什麼事嗎？	
1.	例如：
2.	很難入睡、想哭、想吐、感覺很絕
3.	望、難過、跟家人朋友吵架
第二步 內在因應策略	
先不聯絡其他人的情況下，你可以做什麼事來幫助自己轉移對痛苦的注意力？	
1.	例如：
2.	好好洗個澡、滑手機看好笑的影片、嘗試放鬆訓練技巧、運動
3.	
第三步 可以讓我轉移注意力的人或地點	
與人互動可以幫助你轉移注意力。和哪些人待在一起、或去哪些地點能让你感覺好一點？	
人名 / 地點：	例如：
	打給親友聊聊生活瑣事、去附近的超商、咖啡廳、電影院
第四步 身邊我可以求助的對象	
列出當自己身處壓力時，身邊能與你聊聊、給你支持的對象與聯絡方式	
人名 / 聯絡方式：	例如：
	朋友○○○ / 用 LINE 聯絡
	兄弟姊妹 / 電話：09XX-XXX-XXX
第五步 在危機時我可以聯絡的專業人員或機構	
列出你即刻可以求助的專業人員聯繫方式、或附近的急診室	
人名 / 聯絡方式：	例如：安心專線 1925、生命線
附近可以緊急求助的醫療院所：	1995、救護車 119、○心理師 / 諮商所電話、○○醫院急診室
第六步 確保自己身處安全的環境	
移走身邊可能會用來傷害自己的工具	
1.	例如：把藥物或工具交給同住家人保管、避免讓自己獨處太久
2.	
第七步 對我來說最重要、且值得活下去的事	
在痛苦的當下，很容易忽略身邊的事物。寫下在難過的時候，想提醒自己的重要事物吧！	
	例如： 寵物、我還有很多想經歷的事

表二、「安全計畫」與「不自殺／不自傷契約」的比較

	安全計畫	不自殺／不自傷契約
使用情境	<ul style="list-style-type: none"> • 使用者與專業人員的合作討論 • 事前整理出最適用於使用者的策略與資源，以因應自傷風險 	<ul style="list-style-type: none"> • 以立下書面或口頭承諾的方式，鼓勵使用者不自殺、不自傷，並主動尋求協助
特點	<ul style="list-style-type: none"> • 強調事前主動整理個人化的因應策略與資源，以便在危機時刻可循著明確、具體的行動策略來幫助自己 • 近期有實證支持其效果 	<p>強調建立使用者自我約束自傷行為的責任感</p> <p>強化治療關係中的參與</p> <p>缺乏實證研究支持其效果</p>
使用者的立場	<ul style="list-style-type: none"> • 使用者在擬定過程中作為主動方，能夠決定、修改與調整內容，增進掌控感 • 使用者可結構化地檢視身邊資源，建立屬於自己的安全網 	<p>使用者在協議中作為較被動的一方，被要求負擔承諾的責任可能會讓使用者有脅迫感，為避免違約而隱瞞自殺想法</p>
限制	<ul style="list-style-type: none"> • 安全計畫的制定相對耗時 • 視使用者需要，可能需專業人員陪同完成 • 需要定時更新以確保持續效果 	<p>對使用者和專業人員可能會產生了虛假的安全感，誤以為可以有效抑制自傷的發生，卻忽略了使用者的自傷風險是動態且多變化的</p>

參考文獻

1. Boudreaux, E. D., Larkin, C., Vallejo Sefair, A., et al. (2023). Effect of an emergency department process improvement package on suicide prevention: the ED-SAFE 2 cluster randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* (Chicago, Ill.), 80(7), 665-674.
2. Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., et al. (2022). The effectiveness of the safety planning intervention for adults experiencing suicide-related distress: a systematic review. *Arch Suicide Res*, 26(3), 1022-1045.
3. Jobes, D. A. (2023). *Managing suicidal risk: a collaborative approach* (Third ed.). New York, NY: The Guilford Press.
4. McMyler, C., & Prymachuk, S. (2008). Do 'no-suicide' contracts work? *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 15(6), 512-522.
5. Mughal, F., Burton, F. M., Fletcher, H., et al. (2023). New guidance for self-harm: an opportunity not to be missed. *The British Journal of Psychiatry*, 223(5), 501-503.
6. Rudd, M. D., Joiner, T. E., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: an effective, time-limited approach*. New York: Guilford Press.
7. Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). *Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.
8. Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., et al. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA psychiatry*, 75(9), 894-900.