

自殺防治系列 **5**

# 精神疾病

# 與自殺防治

專業 · 愛與希望



衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心

## 目錄

編者序.....	3
精神疾病與自殺行為的關係.....	5
憂鬱症個案自殺的危險因子.....	8
思覺失調症個案自殺的危險因子.....	13
人格違常個案自殺的危險因子.....	15
其它與自殺行為相關的精神疾病.....	17
簡式健康量表.....	18
參考資料.....	19
資源連結.....	20

## 編者序

根據世界衛生組織估計，自殺將位居每個國家十大死因之一，而自殺對於家屬及社會的衝擊更是難以估算的，平均一個自殺案件會影響至少六個人，若自殺發生於學校或者工作場合，更會對數百人造成影響。因此，自殺防治成為當代世界性之公共衛生重大議題。我國自2005年底成立全國自殺防治中心，推動國家自殺防治策略以來，至2022年為止，自殺死亡已連續12年退出國人十大死因，2022年標準化死亡率較2021年增加0.8人(人/每十萬人)，國內外學界均建議以三年移動平均數，以便觀察長期之變化趨勢，三年移動平均於2020-2022年呈現微幅下降趨勢，但下降幅度趨緩，需謹慎因應。

所謂「自殺防治，人人有責」，在自殺防治艱鉅的工作中，除了達到全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的理想境界，各種專業社群成員的積極參與也是十分重要，在醫療體系的努力投入與整合外，社區「守門人」也同時扮演關鍵的角色與職責；「守門人」(Gatekeeper)指的是經常接觸高風險群的人，在社區或工作單位扮演既定的角色與職責，對於高風險群也有第一手接觸的了解，對所在環境是否能順利推動防治工作，有關鍵性的影響 (Knox, Suicide Prevention in the USAF, 2004)。透過教育訓練的方式，可增加基層醫療人員及社區「守門人」辨識、轉介自殺高危險族群的能力，對於自殺防治工作將有很大的幫助。

有鑑於此，本中心特別邀請各領域的專家，撰寫不同族群的心理衛生與自殺防治手冊，包括：青少年心理衛生與自殺防治、老人心理衛生與自殺防治、精神疾病與自殺防治、物質濫用與自殺防治、女性心理衛生與自殺防治、職場心理衛生指引等主題，希望藉由介紹不同族群的自殺高危險族群特徵、照護注意事項、求助資源等，能讓社區守門人或一般民眾對於自殺防治有更深一層的認識。

我們熱切期待這一系列針對不同社區守門人所製作之宣導手冊，能夠更進一步凝聚共識，釐清觀念，並促進各專業領域人士彼此之溝通，未來如遇有自殺意圖之個案，在其自殺前多有透露求救訊息時，能加以注意，即時通報、防範並適時阻止，必能相當比率地降低自殺率，達成防治自殺之神聖使命。

**全國自殺防治中心計畫主持人**

**李明濱謹誌**

**中華民國 112 年 12 月**

## 精神疾病與自殺行為的關係

### 台灣現在自殺概況如何？

自殺在 2010 年退出十大死因之外，在 2012 年名列第 11，每十萬人口自殺死亡率約為 16.2 人。自殺的方法以上吊最多，其次是其他氣體或蒸汽自殺。這些自殺者生前有七成以上有憂鬱症，所以憂鬱症與自殺的確有密不可分的關係。

依研究統計憂鬱症的病人有 15% 會自殺身亡，有 10% 企圖自殺者會在十年內自殺身亡，而憂鬱症病人曾經企圖自殺者約四分之一會自殺身亡。

### 急診室中自殺企圖者的臨床特徵為何？

在某大醫院的急診室中，自殺企圖者男女比例為 1:2。相對於女性，男性中單身的較多，過去曾罹患有身體重大疾病、以喝農藥自殺的比率及自殺引發身體的致命度也相對增加。自殺企圖者的年齡方面，對照於年輕族群，年老族群中酒精濫用、以喝農藥自殺及自殺引發身體的致命度，皆相對增加；自殺的原因中，年輕族群多數為衝動型，自殺意圖較不嚴重。

## 哪些精神疾病比較容易出現自殺行為？如何預防？

所謂精神疾病是指一個非常大的範圍，包括精神病、精神官能症。精神病指比較嚴重的精神病態，例如出現聽幻覺、妄想等；而精神官能症則是出現焦慮、憂鬱、失眠等症狀，但沒有嚴重的異常行為或思考障礙。

自殺是一種想要結束生命以達到某些目的的行為。因為自殺意念或行為本來就是憂鬱症的症狀之一，所以只要憂鬱達到某一程度，尤其是出現明顯的無助無望感，就容易有自殺行為。自殺的個案當中有七成以上罹患憂鬱症，而思覺失調症病人可能高達五成的人會出現自殺企圖，一成的人死於自殺，人格疾患中以反社會人格與邊緣性人格違★常比較容易出現自殺行為，而一般嚴重的焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症也會有自殺傾向。

## 發現有精神疾病該如何處置，以防止自殺事件的發生？

一發現有任何精神疾病，千萬不要諱疾忌醫，而去求助民俗療法，以致被騙又延誤病情，或者止於尋求心理諮詢，而導致發生不幸的自殺事件。對於精神科的治療去污名化是很重要的，不管中外對於看精神科都覺得不名譽，會躲躲藏藏；其實，及時尋找適當的醫師診治對症下藥，不管憂鬱症、思覺失調症、焦慮性疾患、人格違常疾患等都可以有效的得到治療，如此方可預防自殺事件的發生。

## 如果出現強烈的自殺意念該如何求助？

人在一輩子當中免不了有低潮，因而蒙發自殺意念。若只是一閃即逝的想法，不是很嚴重則可以再觀察；但若自殺意念不斷的湧現，並且無法打斷者，那就必須尋求他人的協助。其實最可以幫助我們的就是身邊的親朋好友，試著跟他們打一通電話聊一聊，或許就是一個關鍵的救命電語，也可以打電語給生命線或安心專線 1925 (依舊愛我)

但是若已有精神疾病的症狀一定需與信任的醫師討論自己的困境，以度過生命的低潮。若門診治療沒有很大的進展時，也可以接受住院療養一段時間，記住：「留得青山在，不怕沒柴燒！」

## 如何跟想自殺的個案互動？

1. 不要不敢直接探問他有關自殺的想法、企圖、計畫等問題。
2. 要與企圖自殺者建立良好的關係，先排除自己主觀的價值判斷及道德感去接觸當事人；真誠的去幫助他，是相當重要的。
3. 不要企圖說服當事人自殺是錯誤的行為，而是要以支持、關懷的態度去了解他的感受與困難，給予他心理上的支持。
4. 選擇安靜及有隱私的環境來討論各種問題，當事人會較願意說出自己的心事。



**反社會人格 (Antisocial Personality Disorder, ASPD)**，  
患者常見特徵為易怒、無同理心、衝動魯莽、不守規則等。

**邊緣性人格 (Borderline Personality Disorder, BPD)**，  
患者常見特徵為極端的思考模式、恐懼孤獨、不合時宜地爆發情緒等。

## 憂鬱症個案自殺的危險因子

### 憂鬱症與自殺的關係？

憂鬱症在一般社區的盛行率頗高，有一半以上的憂鬱症患者曾出現自殺念頭，且其自殺念頭與憂鬱症狀的嚴重度有很大的關係。自殺也是憂鬱症致死的最大原因，幾乎所有的精神疾病都比一般正常人有更高的自殺傾向，但是罹患憂鬱症的病人的影響尤其大，據統計大約是一般民眾的二十倍。在死後回顧死者生前的情緒狀態顯示有三成到九成的個案處於憂鬱狀態，曾經有過自殺企圖的族群中有三分之二的人罹患憂鬱症，以上的數據顯示憂鬱症與自殺的確有很密切的關係，所以罹患憂鬱症必須積極治療，以免嚴重導致自殺。

### 何種危險因素會導致憂鬱症病人自殺？

在憂鬱症中最常見的預測自殺意念的因子包括：憂鬱情緒、無望感、無助感、罪惡感、沒興趣、低自尊，尤其無望感、無助感與自殺意念息息相關。自殺行為在憂鬱症的不同階段有所起伏，也跟同時罹患各種不同的精神疾病相關，例如思覺失調症、物質濫用、人格障礙、焦慮性疾患等，常常跟身體疾病共存，例如：心臟病、中風、癌症、愛滋病、以及嚴重的慢性疾病等，所以在臨床上因憂鬱症而自殺的症狀跟單純憂鬱症的表現有所不同。

有時報章雜誌或新聞台會渲染某名人自殺的新聞，並且連續播放，讓病人覺得心情更加鬱悶，所以適度的減少閱聽負面新聞，接近正面的人事物，會對憂鬱症與自殺行為的減少有所助益。

## 憂鬱症自殺的警訊是什麼？

大部份自殺完成者都是有計畫的，且都是有跡可循的，據統計自殺者當中三分之二曾表達過自殺意念，三分之一曾有明顯的自殺企圖。可能的自殺警訊如下：

語言方面：藉由話語、文章、日記等，表現出想死的念頭、常以死亡為話題或表示告別等。

心情方面：情緒低落，覺得絕望、無助、孤寂等或突然情緒變化，例如嚴重憂鬱症者突然變為活潑開朗。

想法方面：我什麼都做不好、我沒有用、只要我消失，所有問題就會結束、沒有人能幫我。

行為方面：突然的、明顯的行為改變，如立遺囑、放棄財產、由開朗變退縮、與家人或外界關係變的疏離、淡漠、常獨自在頂樓、海邊等危險地方徘徊。有些自殺會留下遺書，內容包括要求原諒、譴責別人。

外表方面：睡眠與飲食狀況混亂、表情淡漠、注意力不集中、情緒不穩、有憂鬱的徵兆。

## 有人說當憂鬱症好轉時是最危險的時候，這是真的嗎？

當憂鬱症經治療逐漸好轉時，是最容易自殺的關鍵時刻，因為此時身體已經可以活動，但是內心卻仍然灰色、悲觀；這時照顧者往往更容易疏忽，而讓病人單獨活動，以致發生自殺的悲劇，所以家人朋友此時千萬不要放心疏忽病人的行蹤，反而要更注意關心病人的一舉一動。

照顧者可以去瞭解病人的想法中，是否有無助無望感。通常無助感的呈現會是：「沒有人可以幫忙解決這個難題！即使是醫護人員也無解！」，無望感是：「我沒有明天，對未來不存期待、希望」，若上述的想感覺很強烈，就要特別小心病人的安全。

## 如何配合藥物與非藥物的治療讓憂鬱症減緩，而不要惡化到自殺的地步？

剛服用抗憂鬱劑時，千萬不要急著看到療效，其實抗憂鬱劑的藥效在 7-14 天內才出現，一定要耐心等候藥效的發揮，並且在服藥之後，至少持續治療三至六個月效果更佳；憂鬱症多次復發，維持治療的時間會更長；若加上心理治療改變自己慣性的負面思考，更可以預防憂鬱症的再發。在日常生活中遇到壓力或生活事件，可以多練習「正面思考」，提升抗壓性，比較不會想不開而自殺。

## 家屬如何與憂鬱症患者相處，以防自殺發生？

在憂鬱症的急性期家屬要督促患者規則就醫與服用藥物，這時病人仍然沒有體力，情緒不佳，所以不要一味的要求病人參與活動；不過只要情緒恢復、食慾、睡眠改善之後，這時要督促病人外出活動或運動，尤其謹守 333 原則，也就是每週至少有一天運動，每天至少運動 30 分鐘，每次運動心跳至少 130 下以上，如此方能達到有氧運動的程度，也才能有效的讓血清素、腦啡分泌，改善身心狀態。



請記住，某些精神運動遲滯的重度憂鬱症患者，在病情改善之初，反而是自殺危險性最高的時候，此時家人更要注意其行蹤，以免大意失荊州。若患者有很多外在壓力無法解決，家屬除了陪伴之外，也可以接洽各縣市心理衛生中心及適當的心理諮商機構或各醫院身心科或精神科，進行心理治療或家族治療。

**聽說服用抗憂鬱劑容易出現自殺行為，我已經服用好一陣子，是否該停止服用？**

憂鬱症跟腦部缺乏血清素、正腎上腺素或多巴胺等激素相關，以上這三種激素通稱為快樂激素，他們可以讓人心情愉快充滿精力。而現在上市的抗憂鬱劑也都可以補充上述激素的不足，籍此治療憂鬱症。

若在剛開始服用抗憂鬱劑的時候，醫師沒有注意從低劑量逐漸加藥，可能會讓病人出現某些不舒服的藥物副作用，例如：噁心、嘔吐、腹瀉、頭痛、眩暈、坐立不安、手抖、失眠或嗜眠等；這些副作用可能會讓憂鬱症病人感到更加的不舒服，以致更想自殺，但是研究顯示只有在兒童青少年的初用藥病人比較容易出現。

剛開始服用抗憂鬱劑的病人要緩慢自低量逐漸加量，若出現不能忍受的副作用時，一定要跟主治醫師討論藥物的調整；如果你已經長時間服用抗憂鬱劑，並且有一定的療效，就不必擔心它會讓你產生自殺意念，因為抗憂鬱劑就是專門治療憂鬱症的藥物，規則服用就可減少自殺的可能性。千萬不要斷然停藥，如此反而會出現抗憂鬱劑的戒斷症狀，包括：激躁不安、失眠、心悸等。也有可能惡化心情，更加重自殺的意念。



#### 精神運動

指一個人的精神或動作反應  
是否呈現焦慮、激動，  
或是遲緩、僵硬的狀態。

## 思覺失調症個案自殺的危險因子

### 台灣有關思覺失調症自殺死亡的危險因子為何？

根據北部某精神專科醫院分析 60 位自殺身亡的思覺失調症病人與另 60 位思覺失調症急性住院病人作比較，顯示跳樓為最常見的自殺方式。其自殺的危險因子為：發病較晚、多次自殺意念與企圖、住院時有自殺意念或重鬱症狀。

### 思覺失調症病人企圖自殺的特徵為何？

住院思覺失調病人之自殺行為分析顯示，曾有自殺行為者之死亡危險性，是沒有自殺行為者之 4.3 倍。追蹤後發現，過去曾有自殺企圖病史、出院後的初期、明顯憂鬱症狀及無業等狀況是其自殺身亡危險因子；另外，憂鬱、罪惡感、激動、住院次數超過三次以上，是預測自殺行為最有效之變項，而憂鬱更是自殺行為最重要的徵兆。

### 何種因素導致思覺失調症病人容易自殺？

危險因素包括：男性、單身、獨居、失業、慢性化重複發病、頻繁住院、剛出院、自殺之家族史、過去有自殺行為與衝動行為、對治療抱負面態度、高智商與高教育水準、精神病與憂鬱症，若合併憂鬱症有 30-50% 的病人會重複自殺。



妄想型思覺失調症也具比較高的自殺傾向。有研究顯示剛住院與離院，尤其出院後前五天的自殺傾向高。所以剛出院的病人前一週要密切關心其心情的變化。

## 如何照顧思覺失調症病人使他們不會自殺？

思覺失調症是一種慢性疾病，對個人與社會都是一種重大的損失。通常思覺失調症多發作於青少年期，正值發育期與社會功能發展的階段，所以往往會讓學習中斷也影響到生涯的規劃，甚至影響情緒與認知功能。

在剛發病十年內最容易自殺，越老越少自殺傾向，病人一旦想死所採取的自殺方式都很激烈，表示其求死的決心很強。臨床上可以使用新一代抗精神病藥物，以期減少精神病症狀與憂鬱症狀，減少副作用，也可增加服藥遵從性；此外研究也指出使用長效針劑可以減少思覺失調症病人整體死亡率與自殺率，再加上完整的復健計畫，參與社區有意義的活動，緊密的社區追蹤。如此比較可以減少復發率與再住院率，也可以減少自殺率。

## 思覺失調症病人平日胡言亂語傻傻的，會自殺嗎？

思覺失調症是一種精神病，臨床上會出現聽幻覺、妄想、怪異舉止、失眠、焦慮，甚至出現低落的情緒，以致有自殺意念或行為。一般照顧者因為習慣病人的胡言亂語，比較容易忽略病人的情緒變化。其實

病人也有七情六慾，尤其在病情比較穩定現實感恢復之後，更容易有低落的情緒。據統計有 10% 左右的思覺失調症病人會自殺。思覺失調症自殺率比一般社區民眾高 30-40 倍。



### 妄想型思覺失調症

主要症狀以妄想和幻覺為主，  
發病的年齡通常較晚，  
功能的退化較少。

## 人格違常個案自殺的危險因子

### 人格違常與自殺之相關性為何？

一般正常人的性格到 18 歲以上就漸趨穩定，但是某些人格障礙若已經到達病態的程度就容易因抗壓性低，而常發生焦躁不安、與情緒低落，甚至出現自傷與自殺的行為。人格違常疾患在一般人口中佔 10-15%，而一般精神科門診人格違常疾患佔 13-62%。年輾自殺者符合人格違常疾患的比率約 40-53%。而在 30 歲以後的人口中自殺者其人格違常疾患的診斷比較少。有人格違常疾患的個案具企圖自殺病史者，佔 40-90%。根據統計反社會人格違常與邊緣性人格違常，最常出現自殺行為。

### 有何種因素比較容易導致人格違常病患的自殺？

首先是環境因素包括負面的生活事件，例如最近失落、分離，在非意願下出院者；其次是社會支持少，例如失業、獨居、家族有高的自殺率者。

其他例如：容易接觸到自殺管道者、高學歷、無助感、憂鬱情緒、身體健康差、物質濫用、犯罪行為、以前有自殺企圖、解雇、退休、多次住院者。以上因素比較容易引發自殺行為。

## 家屬如何對待人格違常的患者？

家屬本身要有好的情緒智商，方能有效的因應人格違常患者的行為問題，可以去參加家屬支持團體，或個人成長團體，這些都對家屬的情緒成熟度有幫助；家屬本身對於人格違常的病因與治療知識也要能瞭解，可以上網搜尋或跟相關的精神科醫院諮詢。

由家屬督促病患規則就醫，規則服藥，也是穩定情緒預防自殺的必要條件。當患者有自傷行為，包括：割腕、服用大量安眠藥等，家屬不必大驚小怪，必需平靜的探詢患者自傷的想法，大部分都是因為煩躁焦慮而致的自傷，其實患者並非真的想死。有必要時家屬也可以陪同患者一起做家族治療，以利病情的復原。

## 某些人格違常的病人常常自殺，他們真的想死嗎？

自殺與自傷是不同的。自殺是萬念俱灰下利用外力希望自己死掉，依嚴重度可分自殺意念、自殺計畫、自殺企圖及自殺死亡，每個人的自殺嚴重度都不同。而自傷也是一種解決問題的模式。但是自傷往往是藉著傷害自己來解除心中的焦慮，其實個案並那麼不想死；例如某些人格違常的病人抗壓性弱，一旦碰到不如意的事件，常常會用割腕或服用大量安眠藥來消除自己的焦慮，所以會發現很多因自傷被送急診的經驗。長期自傷背後相關的情緒包括焦慮憂鬱等未獲紓解及處理仍會增加自殺的風險性，所以早期介入處理是必要的。

## 其它與自殺行為相關的精神疾病

### 緊張焦慮會有自殺的行為嗎？

焦慮是一般人常碰到的情緒表現，若適度的焦慮可以讓我們打起精神，增加工作效率；但是病態性焦慮會讓一個人陷入災難性的恐慌，若長期無法緩解也容易導致自殺行為的發生。一般最重的焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症會有自殺傾向，其自殺率約一般民眾的 3-5 倍。焦慮症的自殺率低於情感性疾病、思覺失調症、酒癮。

### 有哪些焦慮情況會出現自殺行為？

因單純焦慮而自殺者男性多於女性，在所有的焦慮疾患中，以有恐慌發作或攻擊行為者自殺比率高；一般藥物濫用者若出現恐慌發作，比較容易有自殺行為。

單純恐慌症並不會增加自殺危險性，若恐慌症合併邊緣性人格違常，自殺企圖、為單純恐慌症者的 12 倍。恐慌症合併憂鬱症會增加自殺企圖的可能性，所以當病人很焦慮時，可以使用快速作用的抗焦慮藥物，來緩解立即的自殺意念。

### 我已經去看了精神科醫師，是否要吃一輩子的藥？藥物會不會依賴上癮？

一旦看精神科醫師就要規則看診，其實每一種精神疾病的療程都不一樣，千萬不要自作主張，自行停藥或不看診；若出現服藥不舒適的情況，一定要跟主治醫師討論以便調整藥物。有時藥效要多等幾天才會出現，必須有耐心等待。例如抗憂鬱藥物大約十天到十四天才會出現療效。多數的精神科藥物在醫師的處方下是不會成癮的，請安心服用。

## 簡式健康量表



### (Brief Symptom Rating Scale, 簡稱 BSRS-5)

請您仔細回想一下，在最近這一星期中（包括今天），下列敘述讓您感到困擾或苦惱的程度？

## 心情溫度計 (簡式健康量表)

請您仔細回想「在最近一星期中（包含今天）」，這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒 —	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安 —	0	1	2	3	4
3. 覺得容易動怒 —	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
★ 有自殺的想法 —	0	1	2	3	4

**得分與說明**

前5題的總分：

- 0-5分 一般正常範圍
- 6-9分 輕度情緒困擾：建議找親友談談，抒發情緒
- 10-14分 中度情緒困擾：建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢
- 15分以上 重度情緒困擾：建議尋求精神醫療專業諮詢

★ 有自殺想法評分為2分以上(中等程度)時：建議尋求精神醫療專業諮詢

說明簡式健康量表的總分等級及建議

1 至 5 題之總分

0-5 分：一般正常範圍

6-9 分：輕度情緒困擾，建議找親友談談，抒發情緒。

10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求心理衛生或精神醫療專業諮詢。

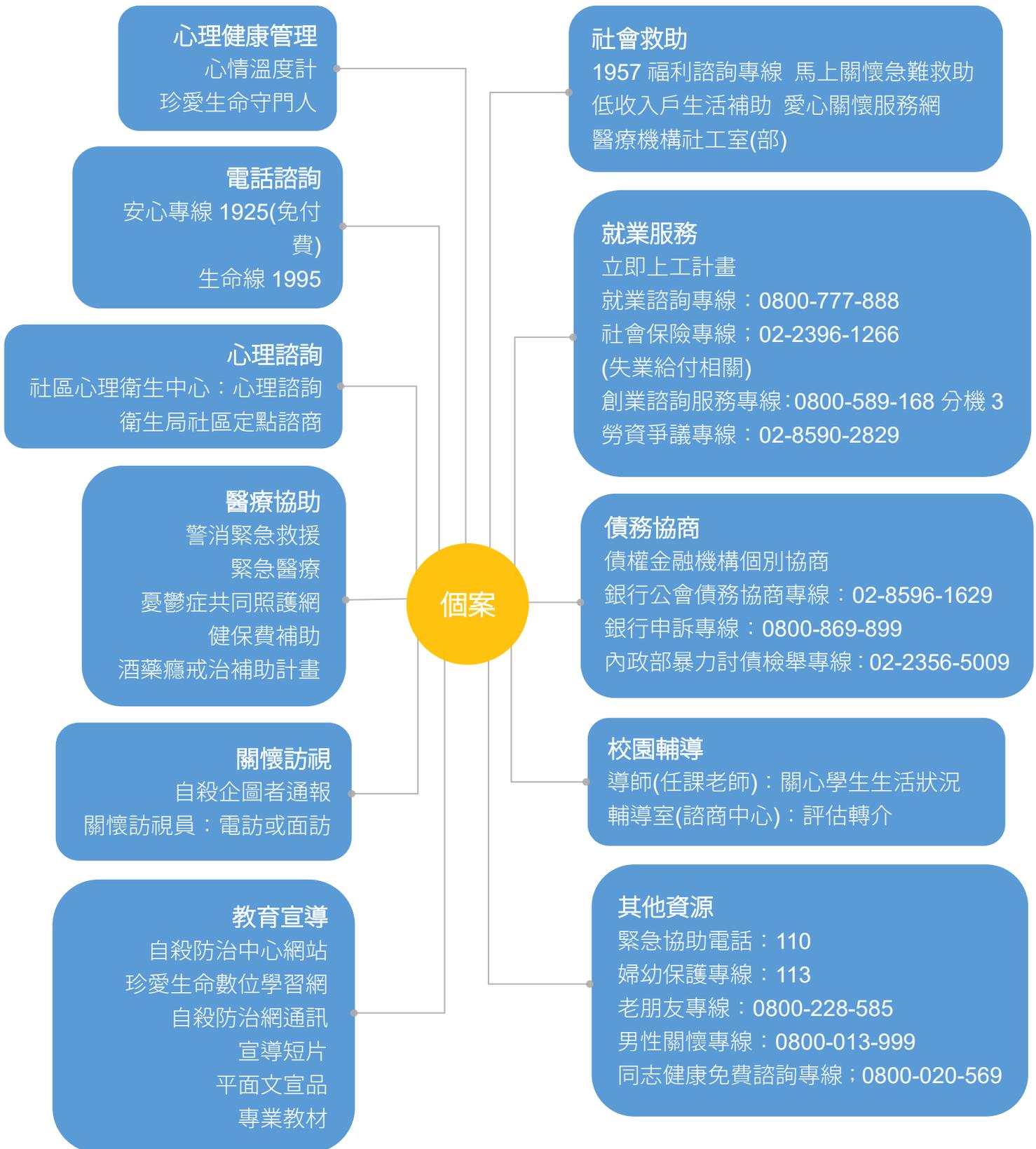
15 分以上：重度情緒困擾，建議尋求精神醫療專業諮詢。

★有自殺想法評分為 2 分以上（中等程度）時：建議尋求精神醫療專業諮詢

## 參考資料

1. 自殺防治系列手冊1-自殺防治
2. 自殺防治系列手冊2-自殺防範指引
3. 衛生福利部統計處資料
4. 自殺死亡統計資料
5. Knox, Suicide Prevention in the USAF, 2004

## 資源連結



• 各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
新北市新店區	02-22181908	宜蘭縣羅東鎮	07-6966602 #3101-3222
新北市中和區	02-82451225	新竹縣新埔鎮	03-5886551
臺北市中正區	02-33937885	新竹縣橫山鄉	03 5935958
臺北市萬華區	02-23033611	苗栗縣苗栗市	037-558733
臺北市文山區	02-86615387	苗栗縣頭份市	037-558770
桃園市八德區	03-3656995	彰化縣彰化市	04-7127839
桃園市桃園區	03-3657995	南投縣南投市	049-2202662
桃園市蘆竹區	03-3360102	雲林縣東勢鄉	05-6990578
臺中市豐原區	03-313-4995	雲林縣二崙鄉	05-5988407
臺中市東區	04-25150326	嘉義縣太保市	05-3621150
臺中市西屯區	04-22834733	屏東縣內埔鄉	08-7799979
臺中市潭子區	04-27062016	臺東縣臺東市	089-230295
臺南市鹽水區	04-27066031	花蓮縣花蓮市	03-8351885
臺南市北區	04-25330335	基隆市	02-24566185
臺南市善化區	06-7003631	新竹市東區	03-5355276
高雄市苓雅區	06-7003627	嘉義市	05-2255155
高雄市鳳山區	06-7034981	澎湖縣湖西鄉	06-9920100
高雄市岡山區	07-7131500 #2511-2530	金門縣金湖鎮	082-338863
高雄市林園區	07-7928608		

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

• 各縣市衛生局電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24566185	嘉義市	05-2255155
台北市	02-33937885	台南市	06-335-2982 06-637-7232
新北市	02-22572623	高雄市	07-713-4000# 5410~5420
桃園市	03-332-5880	屏東縣	08-737-0123
新竹縣	03-6567138	台東縣	089-230295
新竹市	03-5240019	花蓮縣	03-8351885
苗栗縣	037-558-220	宜蘭縣	03-9322634
台中市	04-25150326	南投縣	049-220-2662
彰化縣	04-7127839	澎湖縣	06-9920100
雲林縣	05-5370885	金門縣	082-337885
嘉義縣	05-3621150	連江縣	08-362-3122

# 自殺防治系列手冊

- |    |              |    |                   |
|----|--------------|----|-------------------|
| 01 | 自殺防治         | 24 | 重複自殺個案之關懷管理       |
| 02 | 自殺防範指引       | 25 | 老人自殺防治            |
| 03 | 青少年心理衛生與自殺防治 | 26 | 殺子後自殺事件之防治        |
| 04 | 老人心理衛生與自殺防治  | 27 | 雨過天晴心希望           |
| 05 | 精神疾病與自殺防治    | 28 | 擁抱生命逆轉勝           |
| 06 | 物質濫用與自殺防治    | 29 | 自殺防治概論            |
| 07 | 女性心理衛生與自殺防治  | 30 | 自殺風險評估與處遇         |
| 08 | 職場心理衛生       | 31 | 重複自殺個案關懷訪視指引      |
| 09 | 自殺者親友關懷手冊    | 32 | 自殺風險個案追蹤關懷實務      |
| 10 | 陪你渡過傷感       | 33 | 政府跨部會自殺防治手冊       |
| 11 | 珍愛生命守門人      | 34 | 自殺關懷訪視員教育手冊       |
| 12 | 心情溫度計        | 35 | 輔導人員自殺防治工作手冊      |
| 13 | 怎麼辦我想自殺      | 36 | 媒體從業人員自殺防治手冊      |
| 14 | 失業鬱悶怎麼辦      | 37 | 醫院自殺防治工作手冊        |
| 15 | 關懷訪視指引       | 38 | 關懷訪視實務與督導手冊       |
| 16 | 提升人際支持遠離自殺   | 39 | 網路與自殺防治           |
| 17 | 以醫院為基礎的自殺防治  | 40 | 長期照顧者自殺防治         |
| 18 | 珍愛生命義工       | 41 | 自殺數據判讀指引          |
| 19 | 全國自殺防治策略     | 42 | 保護服務與自殺防治         |
| 20 | 矯正機構與自殺防治    | 43 | 警消與第一線救援人員之自殺防治指引 |
| 21 | 基層醫療人員與自殺防治  |    | 醫院自殺防治指引(隨身版)     |
| 22 | 孕產期婦女之情緒管理   | 44 | 影視劇從業人員自殺防治手冊     |
| 23 | 社會福利工作人員     | 45 | 警察人員自殺防治手冊        |

歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽 <https://www.tsos.org.tw/>

## 精神疾病與自殺防治

發行人：薛瑞元

主編：李明濱

編審：陳俊鶯、吳佳儀

執行編輯：戴萬祥、詹佳達、吳恩亮、陳宜明、林俊媛、黃立中、王弘裕

編輯群：全國自殺防治中心同仁

出版單位：衛生福利部

地址：115204 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電話：(02)8590-6666

傳真：(02)8590-6000

網址：<https://www.mohw.gov.tw/mp-1.html>

出版日期：2024 年 03 月

I S B N：9786267461136



珍愛生命 · 希望無限