

自殺防治系列 31



重複自殺個案 關懷訪視指引



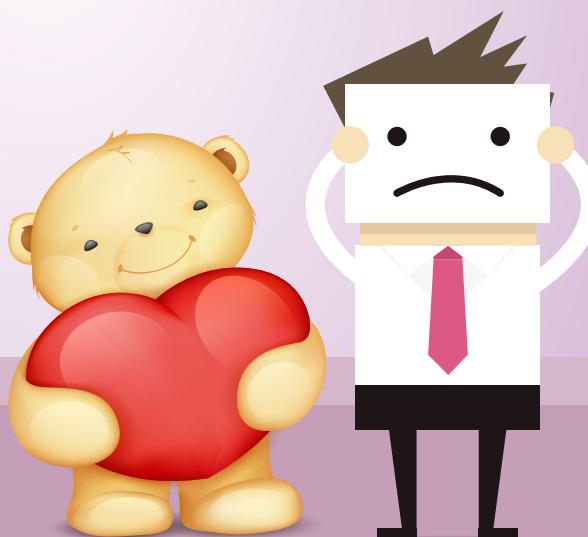
衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心





目錄

前言	2
壹、重複自殺個案之現況分析	3
一、重複自殺個案之流行病學	3
二、重複自殺個案行為模式與情緒特徵	4
貳、重複自殺個案風險辨識與評估	11
一、重複自殺個案之風險辨識	11
二、重複自殺危險性之評估	14
參、重複自殺個案之關懷訪視與介入	16
一、面對重複自殺個案之訪視技巧與注意事項	16
二、針對重複自殺個案之介入方式	21
肆、關懷訪視實務之精進	25
一、重複自殺個案之初訪技巧	25
二、重複自殺個案之追蹤	26
伍、主要參考資料	28
陸、附錄	29
一、簡式健康量表	29
二、簡明心理健康篩檢表	30



前言

我國自殺防治策略主要分為全面性、選擇性和指標性策略，其中指標性策略的防治主要是針對自殺企圖者，而在眾多通報之企圖自殺者當中，包括了一部分重複自殺者，此類型個案在追蹤和關懷上需較多人力和時間，而成效有限，可說是極具挑戰。

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，而影響自殺的因子是多面向的，源自於生物、心理、社會以及環境因素彼此複雜的交互作用，具有快速變動與不易測度的特質，致使自殺防治成為複雜而艱鉅的任務。

本手冊主題為「**重複自殺個案關懷訪視指引**」，目的在於提供第一線關懷訪視員面對重複自殺個案時，可以有一個引導準則與內容參考，增進訪員對困難訪視個案的認識與了解，以提升適當關懷與服務轉介的能力。



壹、重複自殺個案之現況分析

一、重複自殺個案之流行病學

自殺企圖者（suicide attempters）是自殺身亡（completed suicide）的高危險族群，過去許多國家針對不同精神疾病的追蹤研究中，都發現過去曾企圖自殺是比精神疾病更為重要的自殺危險因子，曾經有企圖自殺經驗，往往是預測個體未來再度自殺的重要因素（陳宜明，2016）。一項回顧型研究指出近80%的研究將所謂的「重複自殺」定義為多於1次的自殺企圖，少數研究則定義為3次以上的自殺企圖（Mendez-Bustos et al., 2013），然而目前國際間對於再自殺次數達多少才算是重複自殺，尚未有一致的定義。有關重複自殺的危險因子，此類個案比起僅有單次自殺的個案，更傾向於單身、獨居、失業、低學歷、有藥物與酒精濫用行為、有更高比例符合焦慮、憂鬱、精神病、與人格疾患的診斷，也有更多精神疾病與自殺的家族病史。重複自殺個案也有更高比例接受精神醫療與住院，具有衝動與絕望的心理特質，解決衝突的能力卻相對不足（Chen, 2016）。

根據一項歐洲地區13個國家，涵蓋多種醫療情境之重複自殺登錄資料研究，有50%以上的重複自殺者有一次以上的企圖，且20%的再次企圖自殺，發生在第一次企圖自殺後12個月內。從全國自殺防治中心2016年的資料分析中，亦可得到相似的結論：在國內2016年的自殺資料分析中，在3843名重複自殺者，有2374名有過兩次自殺企圖，三、四次分別有798、300位；其中一年內再自殺者之中以25-44歲女性為主要群體，共有1447人(37.7%)。在加拿大的全國性資料庫分析中，則指出15到24歲是自殺率最高的族群。同樣是15到19歲的青少年族群中，女性比男性容易有自殺行為，且幾乎是男性的兩倍。自殺身亡的青少年中，有1/3曾企圖自殺過。先前企圖自殺的方法致死性越高，則將來自殺身亡的風險也越高。



澳洲與紐西蘭的研究指出，重複自殺者在積極持續追蹤的介入與一般的照顧程序比較，有積極介入的反覆自傷者雖然重複自殺的比率並未降低，但重複自殺的次數卻顯著減少。而在一項重複自殺者的住院病人研究中指出，高頻率與低頻率重複自殺者有些微的差異：低頻率重複自殺的病人比較容易受無望感、憂鬱、沒有活下去的理由所影響；高頻率重複自殺者的憂鬱、無望感程度較低而且有較多活下去的信念。高頻率企圖重複自殺者可能感到他們的焦慮在自傷行為後獲得舒緩，因此憂鬱、無望感較低，也比較有活下去的欲望。相反地，低頻率企圖重複自殺者的企圖自殺行為較不嚴重，反而被貼上負面的標籤，因此他們的焦慮與問題並未獲得解決，反而更加惡化。

由以上流行病學資料及相關研究可知，重複自殺是個案一種特殊的情緒及行為，且需要特別瞭解與介入。

二、重複自殺個案行為模式與情緒特徵



案例小故事

個案小涓25歲，平時和父母同住，有吸毒過往，受雙極性情感障礙症第二型 (Bipolar II Disorder) 及邊緣性人格障礙症 (Borderline Personality Disorder) 影響，有多次因人際情感自殺，亦有幾次入住精神科急性病房之紀錄，目前自己經營一間美容工作室，但沒有固定營業。對於這樣的生活及自己，小涓往往睡得不安穩；高中被霸凌、甚至被外面流氓侵犯她身體的畫面，如夢魘般緊緊跟隨，不時在腦海中一一閃現。當時無力反抗的自己，以及生、心理所受之痛楚及驚嚇，這些事太痛了，以致她無法開口對任何人傾訴，時常以美工刀割手或吞安眠藥來緩解自己的情緒，無法接受家人或社工的關懷與介入。



小涓與家人的關係既衝突又疏離，不但正向互動少，父母還認為美容工作並非正當職業，導致摩擦不斷。爭吵時小涓曾發生多次傷人行為且影響到鄰居安寧，於是鄰居面對小涓時難以表現出友善的態度。比起罹患重憂鬱症仍在工作的母親，小涓和已退休的父親還算比較有互動的。父親口頭上說女兒已經成年，對她的行為不願管教太多，但小涓有事相求時仍不至於不理不睬。即使如此，小涓常常覺得沒有安全感，認為自己在家庭中不被理解及關心，因此她有蒐集、攜帶刀械的習慣，常在心情低落時以傷害自己來抒發情緒。

一天，小涓再次嘗試從住家樓頂跳下後，被緊急送往醫院搶救，經醫院通報衛生局，局內分案至自殺關懷訪視員介入關懷……

上述案例中的小娟是一位典型的重複自殺個案，自殺與自傷兩者同樣都是自我傷害的行為，然而自殺是指一個人以死亡為目的、其行為是為了要永遠逃離痛苦、結束感覺；而自傷則是為了緩解痛苦的情緒，其目的不一定是致死，可能是緩解壓力、為了報復等。案例中的小涓前幾次以利器自戕的方法可能是一種自傷行為，但跳樓則較偏向以死亡為目的的自殺行為，然而真正的自殺意圖，需要與個案深入會談，才能深入了解與釐清。根據2016年全國自殺防治中心的資料，重複自殺者的人口學資料以及自殺方法之特徵如下：

以性別年齡層來看2016年再自殺死亡率，男性(1.4%)高於女性(0.7%)，「65歲以上」年齡層最高(2%)；而通報後30天內再自殺企圖率則女性(5.6%)高於男性(4.9%)，「25-44歲」年齡層最高(6.2%)。根據2016年自殺死亡數據，自殺方式以「溺水(淹死)



自殺及自傷」(18.3%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(13.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(13%)、「由高處跳下自殺及自傷」(11.8%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(11.4%)的再自殺死亡占率較高。通報後30天內再自殺企圖自殺的方式以「切穿工具自殺及自傷」(6.4%)、「溺水(淹死)自殺及自傷」(6.0%)、「吊死、勒死及窒息自殺及自傷」(5.7%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(5.6%)占率較高。

從自殺原因分析中發現，自殺原因以「精神健康/物質濫用」(6.7%)、「工作/經濟」(6.0%)、「情感/人際關係」(5.1%)之通報後30天內再自殺企圖率較高。BSRS分數15分以上之通報後30天內再自殺率18%為最高，BSRS分數不滿6分之通報後30天內再自殺率為6.2%。依據再自殺率數據分析，顯示BSRS-5分數越高，其再自殺企圖率及再自殺死亡率皆越高。

整體而言，女性30天再自殺率較男性高，但男性再自殺死亡率為女性的兩倍，需特別留意。「65歲以上」年齡層30天再自殺死亡率高於其他年齡層，雖然可能與其生理機能有關，但仍不容忽視。「溺水(淹死)自殺及自傷」(18.3%)、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(13.7%)、「切穿工具自殺及自傷」(13%)等方式再自殺的機率高，自殺原因則以「精神健康／物質濫用」有較高機率再自殺。關懷訪視本人受訪之再自殺死亡率最低，且BSRS-5分數越高，無論再自殺死亡率及再自殺企圖率亦越高，因此，建議於關懷訪視時多加留意高危險群個案個案，並落實以BSRS-5進行評估，加強精神醫療之轉介，減少再自殺之行為發生。



1. 多角度的理解

為了幫助我們協助像小涓這樣重複自殺的個案，應避免過度強調診斷式的思考模式，而應著重於理解重複自殺行為之於個案的意義。以下幾種角度能協助我們對個案的理解。

個案遭遇的困難，往往不僅止於某一特定層面，而是廣泛的在生活中，這或許是個案因循固有行為法則的結果。人往往根據某些法則行事，然而在某種情境脈絡所發展出來的規則，未必也一體適用於其他不盡相同的情境。換言之，癥結在於個案對於不同的處境缺乏分辨的能力，因此無論面臨何種情形，都採取有限而缺乏彈性的反應。舉例而言，人際衝突時個案感到憤怒，但不論其憤怒的原因與對象，個案都產生或採取相同的反應及行動。

缺乏解決問題和忍受挫折的技巧，也會使個案拙於應付各種壓力，這種情形在青少年或兒童的重複自殺個案尤其常見。研究顯示個案的出身背景有時和家庭暴力、性侵害、雙親罹患精神疾病、或藥、酒癮有關聯。個案可能藉著避免回憶創傷，一併減少隨之而來的負面情緒；然而若是個案不易想起過去的經驗，從經驗中學習的能力也會受到影響。惡劣的生長環境往往會孕育出不良的因應方式與問題解決技巧。在治療個案時，我們應該試著尋找他們缺乏的技巧，包括如何控制身心的反應、問題解決能力、目標設定、自我改變等等。

儘管許多不良行為已帶來負面效應，同樣的行為模式卻常常經年累月的持續著。一方面，個案可能藉著自我毀滅控制情緒的起伏，或是使外界的問題暫時有了解決之道，這種立即可見的短期效



益會繼續增強不良行為，並蒙蔽長期的後果。另一方面，當一種行為模式逐漸被建立，便形成前述的行為法則，根植於人們所能覺察的意識深處，如同反射，以致個案甚至難以發現這種行為普遍的程度。自我觀察、心智化、以及其他增加自我覺察的治療方法，都能幫助個案從觀察者的角度看到自我僵化的反應。有時候，幻想也會增強自殺行為，例如有一名個案想像自己的死亡將為他父母帶來痛苦，藉此他就能報復父母從前加諸他身上的傷害。

有時會在個案身上看到抗拒改變的傾向。他們的心智缺乏彈性，彷彿行事的規則一旦形成就不容更改。儘管可以預見某些舉動會導致悲慘結局，個案卻依然有如飛蛾撲火。舉例而言，當外頭寒風刺骨，我們卻穿著薄衣外出，我們很快就會學會下次要穿著溫暖的外套出門。當天氣炎熱，我們卻穿著厚外套出門，我們又會學到新的規則：熱天穿著涼爽的衣服就好。然而重複自傷個案的想法卻可能是：「爸媽教我穿著短袖出門，所以我一向都是這麼做的，但是天氣為什麼變化這麼劇烈？又為什麼別人不會遇到這種事情？上天對我不公平！」

個案常有類似以下的信念：「感到痛苦是可怕的，應該要盡量控制或消除」或是「我不應該感覺痛苦，因為健康的人不會有這樣的感覺。」這不是個案的思考邏輯出了問題，而是他們的生活被信念而非經驗所支配。當諸事不順，他們會認為是缺乏自信、缺乏他人支持、缺乏意志力、或是憂鬱、焦慮、憤怒等等原因，使得他們無法遵循這些規則，才導致他們失敗。治療這類個案的過程裡，我們需要幫助個案看到這些畫地自限的規矩，如何常常令他們感到挫敗。



正因為個案的生命只是不停追逐規則，他們不再享受活著，也不再為個人的價值觀驅策而面對挑戰，他們不僅看似處於隨時會自殺的險境當中，似乎連心靈也失去生命力了。換言之，這些由各種法則所支配的行為本身，具有削弱生命意義的特質。更大的陷阱在於這些行為背後的目標是個體難以觸及或操控的，因此不斷地使人更加失落或陷入矛盾。一個例子是當病患試著以意志力控制憂鬱症，而不是接受憂鬱症，與之共存並繼續前進，低落的心情不但不能被壓抑，反而會因為試圖壓抑而加重，形成惡性循環。從這些層層疊疊把人淹沒的規矩當中，喚醒個案真實存在的感受，是治療中不可或缺的環節。

臨床經驗顯示，多數治療師在與重複自殺的個案建立關係的時候都面臨困難，也不容易用對待其他個案相同的同理心來了解這些困難個案。可能的原因包括對於自殺行為的反感、憂慮背負官司、或是害怕治療失敗。然而若是治療師無法透過個案的眼光看這個世界，治療很難發揮效果。

許多個案出身破碎的家庭，承受過家庭暴力、父母的忽略或遺棄、或雙親有藥、酒癮等等。過去惡劣的環境未能提供他們足夠的機會，學習生活必須的技巧。以下列舉出個案常見的負面信念，這些信念導致人際衝突與情緒痛楚，要是個案發現自傷的行動比其他方法更能夠更有效快速的紓解痛苦，減少挫折和焦慮，又能夠創造出能獲得他人關懷的環境，個案可能就忽略了所冒的死亡風險以及長期的後果。



2. 常見的負向信念

重複自殺的個案對於自我以及世界的信念：

1) 對自我之信念

- (1) 我是有缺陷的。
- (2) 我不配感到快樂。
- (3) 若是不能做得完美的事情，我不如不去做。
- (4) 我遲早會殺死自己。
- (5) 過去的經歷已經讓我變的不好了。
- (6) 如果我放任情緒，我一定會發瘋。
- (7) 自殺是最容易脫離痛苦和煩惱的方式。

2) 對世界之信念

- (1) 越是重要的事情越不容易發生。
- (2) 當我期待好的事情，壞事就會發生。
- (3) 負面的想法和感覺會摧毀我。
- (4) 我無法帶著痛苦的感受繼續生活。
- (5) 只要我犯錯就一定會受到處罰。
- (6) 我應該要盡量避免痛苦。
- (7) 生命基本上是無法預期而且不公平的。



貳、重複自殺個案風險辨識與評估

一、重複自殺個案之風險辨識

重複自殺個案的評估方向：

1. 個案是否相信自殺行為將可以解決問題
2. 個案是否有能力容忍情緒性的痛苦
3. 個案是否有擇生理由
4. 個案是否有能力正向地看待未來
5. 個案利用自殺行為當做解決問題的方法之過去史

從開發中及已開發國家的研究顯示，自殺身亡的案例中，有精神疾病者的盛行率超過80%。估計患有情緒障礙症（主要為憂鬱症）之終身自殺危險率為6~15%、酒癮為7~15%、思覺失調症4~10%。自殺身亡者共通的特徵是他們通常罹患一種以上的疾病。最常見的疾病為酒癮或情緒障礙症（例如：憂鬱症）、人格障礙症或其他精神疾病。以下介紹與自殺相關之常見因子：

1. 情緒障礙症（舊稱情感性精神病）

ICD-9編碼之296，ICD-10編碼之F30~F39

所有情緒障礙症都與自殺有相關。這些疾病包括有雙極性情感障礙症、憂鬱症、復發之憂鬱症、持續之情感障礙症（例如循環性、低落性情感障礙症），未被診斷或者未接受治療的憂鬱症是自殺的顯著危險因子。憂鬱症在一般人口中具有高盛行率且通常不被認為是一種疾病。許多例子告訴我們，憂鬱症症狀會被遮蔽，而病人卻僅表現出多重身體抱怨而已。

- 1) 典型的憂鬱發作，病人通常會遭受：心情低落（悲傷）、失去興趣或者快樂、體力減低（疲倦、減少活動）。



- 2) 常見的憂鬱症狀為：倦怠、悲傷、注意力不集中、焦慮、易怒、睡眠障礙，和不同區域的身體疼痛；這些症狀提醒醫師要注意憂鬱的存在及評估自殺危險性。
- 3) 特別與攸關憂鬱症而自殺的臨床表現有：持續失眠、自我忽略、嚴重疾病（尤其是帶有精神病特徵的憂鬱）、記憶力受損、激動、恐慌發作。
- 4) 下列因子會增加憂鬱人口之自殺危險性：年齡大於25歲之男性、疾病早期、酒精使用障礙症、雙極性情感障礙症之鬱期混合（躁狂－憂鬱）狀態、精神病性躁狂。

憂鬱是老年人和青少年自殺的重要因子，而晚發之憂鬱有更高的危險性。近年來在憂鬱症治療的進展和臨床照護的自殺預防是非常相關的。在瑞典，發現對一般開業醫師進行診斷和治療憂鬱症的教育可降低自殺率。流行病學的數據顯示出藥物治療及心理治療並行，有助於降低憂鬱症病人的自殺風險；而足夠的藥物治療劑量應持續數月。對於老年人來說，在症狀恢復後仍應持續治療兩年。而在規律使用鋰鹽維持治療的個案中，則發現有較低的自殺危險性。

2. 物質相關及成癮障礙症（舊時分為物質濫用及物質成癮）

例如酒精使用障礙症是自殺族群中常見的診斷，特別是在年輕人當中。在自殺和酗酒之間的關聯性有生理、心理和社會層面的解釋。

在酗酒者中有一些會增加自殺危險性的特別因子：早發性酗酒、長期飲酒、依賴程度高、憂鬱心情、身體健康狀況不佳、工作表現不佳、有酗酒之家族史、近期有重大人際關係之崩壞或喪失。



3. 思覺失調症（舊稱精神分裂症）

ICD-9編碼之295，ICD-10編碼之F20~F25

自殺是致使思覺失調症病人提早死亡的最主要原因。特殊的自殺危險因子有：失業的年輕男性、近期復發、對症狀惡化感到恐懼，特別是智力高的病人，有多疑和妄想之正性症狀、憂鬱症狀。

自殺的危險性在下列時刻最高：疾病早期、復發早期、康復早期；但自殺危險性隨罹病時間的增加而降低。

4. 人格障礙症

近期的研究發現，在年輕自殺身亡人口有較高之人格障礙症盛行率（20~50 %）。在人格障礙症的族群中和自殺較相關的有：邊緣性人格障礙症和反社會性人格障礙症；而戲劇性人格障礙症、自戀性人格障礙症和特定的心理特質，例如易衝動和侵略性，也和自殺相關。

5. 焦慮性障礙症

在焦慮性障礙症中，恐慌症和自殺的相關性最高，其次為強迫症及相關障礙症。身體症狀障礙症和飲食障礙症（厭食症和暴食症等）也和自殺行為有關。

6. 自殺和生理疾患

慢性生理疾患族群的自殺危險性較高。另外，在生理疾患族群中有較高的比率有心理疾患，特別是憂鬱症；而慢性病、身心障礙和疾病預後不佳都和自殺相關。

7. 神經學疾病

癲癇和高自殺率有關。而這是因為和癲癇造成的易衝動、侵略性和慢性殘障相關。



脊髓和腦部受傷也會增加的危險性。近期的研究顯示有19%的中風病人有憂鬱和自殺危險性—特別是病灶在腦部後方區域導致較大殘疾和身體損傷者。

8. 肿瘤

進展性惡性腫瘤疾患的自殺危險性在確立診斷出罹患進展性末期疾病的當時和前兩年最高。並且疾病引起之疼痛是顯著的自殺促進因子。

9. 人體免疫不全病毒/愛滋病

在年輕族群中，罹患有人體免疫不全病毒感染和愛滋病會提高自殺的危險性，並伴隨高自殺率。自殺之危險性在確定疾病診斷時和疾病早期會較高。靜脈注射型態之藥物濫用者有較高之風險。

10. 其他情況

其他如慢性腎衰竭、肝疾病、骨關節疾病、心血管疾病及消化道疾病都與自殺有關，行動上的失能、失明及耳聾也可能導致自殺。

近年來，安樂死與協助自殺逐漸變成內科醫師不得不面對的難題。主動執行安樂死在幾乎所有的權限下都算是違法的，但協助自殺則在道德倫理及哲學上爭議不斷。

二、重複自殺危險性之評估

自殺行為是從"想法"到"行動"的漸進過程，因此當一個人從有自殺意念到有自殺計畫，其自殺的危險性隨著計劃越具體則越高，就必須加以注意。以下列出一些在評估自殺危險性時能詢問的問題。



1. 出現自殺意念多久了？
2. 自殺意念出現的頻率？
3. 如曾嘗試自殺，是猶豫不決，或立刻執行？
4. 曾尋求幫助嗎？
5. 自殺計畫的具體性？自殺行為或計畫之致命性？
6. 目前自殺計畫進行到什麼狀況？
7. 是否曾想到他人的感受？
8. 是否覺得死後週遭的事物會因此改變，或者自己就像漣漪般消逝。
9. 想過用什麼方式自殺嗎？（逐一探詢）
10. 自殺前做了什麼事？打電話？留遺書？交待後事？想找誰說再見？是否有未了的心願？牽掛誰？等
11. 為何沒有執行或終止自殺行為？
12. 事後對自殺經驗的省思，認為自殺是勇敢或衝動？明智或愚蠢？解脫或逃避？

近年研究追蹤曾因自殺住院之個案，顯示一年後自殺死亡率為2%，及重複企圖自殺率15.7%，都與國外研究結果相似。一年重複企圖自殺的預測因子分別是過去企圖自殺史、人格障礙症、憂鬱症及健康問題等，其中「過去企圖自殺史」是重複企圖自殺最顯著的危險因子。另外，罹患人格障礙症合併憂鬱症的患者，重複自殺的危險是其他精神疾病的35.8倍，是最明顯的預測因子。



參、重複自殺個案之關懷訪視與介入



案例小故事—續

一開始小涓父母極為排斥關訪員，直到聯繫上小涓本人，藉由關心、傾聽，找出小涓不斷重複自殺的危險因子，並在適當的時機提供社會及醫療資源的管道，鼓勵小涓尋求精神醫療的幫助。

藉由小涓的情況，可以看出小涓並未有完善的家庭支持關係，於是心理師對小涓的父母進行衛教，讓他們瞭解小涓的疾病後，開始進行家族治療，引導雙方重新審視親子互動模式，並讓小涓了解自己在人際溝通上之表達及面對壓力時的因應方式。藉著對疾病的瞭解，和自己對他人不當溝通方式的覺察，小涓的父母開始慢慢了解小涓因疾病所帶來的困擾，對於小涓不再只是抱持異樣、淡漠的眼神及責怪的態度，並且不再拒絕關訪員的訪視，也會配合注意小涓服藥及返診狀況……

一、面對重複自殺個案之訪視技巧與注意事項

1. 建立支持性關係之常用技巧

當個案處在壓力之下而表現明顯之情緒障礙時，第一線人員最重要的是要先給予情緒支持，然後才能有效教導個案壓力的處理技巧；特別是面臨重大事件或急、慢性生理疾病時，更應善用心理輔導技巧。基本上，輔導的目的消極的在於「扶倒」；亦即扶持個案使免於倒下（崩潰）；更積極的，期使能輔其自主，導其獨立。

建立支持關係（supportive relationship）是任何一種心理治療之首要因素。對於常見的情緒反應如焦慮、憂鬱或憤怒，一般在建立支持關係（supportive relationship）後，都能有效得到緩解；建立支持性關係的技巧，是所有第一線人員時必備的基本技巧。



一般而言，最常用之支持技巧包括下列幾項：

- 1) 宣洩 (catharsis)：協助個案透過宣洩，將強烈情感（譬如對疾病的害怕），包括過去所害怕或羞於表達的，在支持的關係下說出，往往可以讓個案有如釋重擔的輕鬆。
- 2) 澄清 (clarification)：藉由個案自己談事情的過程，加上治療者適時地予以辨明，可以讓個案重新看清問題所在，而有一番新的認知。（譬如對壓力或疾病所產生的扭曲認知與解釋）。
- 3) 稱讚 (praise)：指支持個案的自尊，在治療／輔導中提出個案的正面的行為改變或進步，並強化其成功的經驗，以促使其繼續進步。
- 4) 再保證 (reassurance)：透過個案對治療／輔導者的信賴，治療者可以針對個案的疑慮、診療相關問題予以適當的再保證，提供治療照護的希望與目標，以減輕個案的懊惱，加強其信心。
- 5) 改變環境因素：協助移除可改變之壓力源。
- 6) 藥物使用：必要時治療者開立予個案抗焦慮劑、抗鬱劑或其他支持性藥物，以改善其身心症狀。

2. 技巧上的叮嚀

1) 拒醫個案

- (1) 瞭解個案過去就醫的經驗，澄清個案拒醫的原因，並同理個案不舒服的就醫經歷，給予對方充分的時間去表達。
- (2) 若拒醫個案為憂鬱症病人，與其溝通時，要引導其用正面積極的態度去面對，勿將心思重複盤旋在自殺意念上。
- (3) 若拒醫個案為思覺失調症病人，與其溝通時，要同理其可



能面臨有幻聽、幻覺與幻想的情形，不要著重與其爭辯妄想內容的真實性與否，避免激怒個案且影響關係的建立。

2) 家屬

- (1) 同理家屬對自殺事件的無奈及煩惱。
- (2) 詢問家屬有關個案與家人之間的互動程度。
- (3) 進行家屬衛教：包括精神狀況評估，緊急就醫步驟，降低自殺風險的方法、溝通原則等。
- (4) 相關資源的介紹：安心專線、生命線、張老師，以及醫療資源運用。

3. 罹患人格障礙症合併有自殺行為或有自殺意念者之注意事項

由DSM-V對人格障礙症的診斷準則說明，當內在經驗、行為模式及文化背景與所預期者偏離甚遠，就會出現認知、情緒、人際與衝動控制等四種領域的問題。依據四種領域的議題，做以下處遇原則的建議：

- 1) 面對有自殺意念，對自殺衝動評估是危機處理首要原則。個案情緒狀況是否可以控制？是否可以交談？可以透過BSRS-5進行評估，決定是否要緊急就醫的判斷，必要時請警消人員協助就醫。
- 2) 個案當下的心緒混亂，認知扭曲，容不下外界的聲音，會加重溝通的困難。憤怒、自毀的衝動、自傷或威脅行為，可以用「SET」的溝通策略，包括給予「支持」(support)、發揮「同理心」(empathy)、及點明「事實」(truth)等三項步驟，缺一不可。



- 3) 與罹患人格障礙症個案互動時，必須有人際界限的設定。在協助個案時，理解個案情緒化之行為是一種人格障礙症的特質，不要因個案的混亂行為而亂了方寸。在平靜心情下與個案溝通，一方面瞭解個案的需求，另一方面說明我們的立場與原則，最後與個案一起找到問題解決的共識。
- 4) 對高自殺意念個案危機處理的重視。不論問題是否解決，個案精神狀況評估仍處於高風險狀態，鼓勵個案就醫為當務之急；如果個案抗拒就醫，必要時與親友聯繫告知其危險性，以及自殺防範教育。
- 5) 如果事先得知個案是人格障礙症患者，務必做好事前準備工作。例如：個案是屬於何類型人格障礙症？是否有精神疾病問題？是否在發病期間？與督導討論後，確定處遇原則與方向才前往，儘可能是攜伴訪視，或是邀請親友、里長、公共衛生護理師及其他相關人員協同訪視，可以適時支援，降低風險問題。

4. 增加「擇生理由」及建立「不自殺約定」

如果個案情緒紛亂，帶有模糊的自殺意念，那麼可能就有足夠的機會讓其可以和關訪員暢談這種想法和感覺。然而，需不需要後續的追蹤則可以再觀察，尤其是那些社會支持系統不足的個案。

- 1) 實不管本質是什麼問題，自殺個案通常兼具三種感覺：無助、無望和絕望。
而最常經歷的三個時期為「矛盾」、「衝動」，以及「思考僵化」，對於各時期的描述分別是：



各時期描述		擇生理由
矛盾	大部分的自殺個案都要到最後關頭才能有所決定，這是場生之欲和死之欲間的拉鋸戰。當個案處在矛盾階段時，如果關訪員能引導其思考擇生的理由，便可降低自殺風險性。	<ul style="list-style-type: none">• 活下來和因應的想法： 我相信事情往往不如想像中那麼糟、不會到完全絕望的地步、信仰的力量可以幫我解決許多問題、生活中出現新的機會與選擇等• 家庭的責任： 害怕增加別人的負擔、怕對不起關心我的人
衝動	自殺是種衝動的現象，而衝動的本質具暫時性，假設可以在衝動的當下提供支持，就可以大大降低這危機。	<ul style="list-style-type: none">• 親子關係的考量： 怕孩子/父母等重要他人會難過，無法承受打擊等• 自殺的恐懼： 死後世界是未知的，不確定感很大、害怕自殺不成，造成傷害，反而痛苦• 社會是否接受的考量： 若別人知道，會用異樣的眼光看我、怕死後的慘相會被人指指點點
思考僵化	自殺個案想法容易偏執，所反應出的情緒和動作非黑即白，多告知其幾種取代死亡的方法，即可溫和地讓他瞭解還有其他的選擇，即使並不是最理想的選擇。	<ul style="list-style-type: none">• 道德的考量： 讓白髮人送黑髮人是不孝順的、宗教的約束力，不允許我自殺



2) 以下列舉兩項做法：

(1) 尋求支援

評估個案的人際支持系統，辨認出有支持能力的親人、朋友、相識者或其他人，邀請他們的加入和幫忙。

(2) 訂立「不自殺約定」

（要求個案寫下在某段時間內將不會有自殺行為的聲明）

是可能對自殺防治有效的方法，個案身邊親近的人都可以加入共同磋商契約的內容，這樣的磋商可以引發許多相關議題的討論，大部分的個案也會尊重他們給予的承諾。但契約必須在病人有能力可以控制自我的衝動下才適用，否則可能個案其實遵守這樣的協議意願不高，而感到罪惡及不願向治療師談論自己的自殺意念或計畫，理論上反而會增加自殺的危險性。

5. 危機處理

當個案有明顯自殺企圖或自殺行為正在發生，有明顯傷害自己之虞，生命有立即性危險時，應即刻通知警察、消防單位前往救援，並告知警消人員個案地址及電話等聯絡方式，並切記自身安全為第一，勿冒然自行單獨前往處理。

二、針對重複自殺個案之介入方式

越來越多的實證研究指出，重複自殺個案屬於未來企圖自殺甚或自殺身亡的高危險群，而重複自殺本身，對於個案以至於家庭、社會皆會產生一定程度之衝擊。是故，研擬出有效且具體可行的介入方案一直以來都是自殺防治的重要課題。在此，先介紹制定介入模式的一般性考量，接著列舉介入模式。



1. 一般性考量

針對自傷和自殺防治之重要議題，考量世界各地都有其不同的人口統計學特徵、風土民情以及醫療社會資源的充足度與可近性，各地皆擬定有各式各樣的介入方式與系統。為了能了解這些介入模式中，是否有所謂「一定得遵循的原則」，學者們歸納出一些一般性考量，作為將來制訂嶄新介入模式的標準。除了作為擬訂模式的依據外，了解這些一般性考量，也能夠讓我們了解成功的介入應具備那些元素，在實際介入中可依此小心檢視過程、進行修正。

以下介紹成功介入模式的一般性考量：

簡單的理論基礎	介入模式所依循的理論基礎應盡量簡單，易於瞭解、應用與推演。這不但有利於推廣，一個簡單的理論可以讓個案更快瞭解自己的困難所在，也更容易學會並力行因應困難的技巧。
精確的模式內涵	將介入的重點鎖定在自殺和自傷本身，各階段目標明確；實務面上，詳細書面紀錄細節，對於工作人員之訓練亦具固定評核機制，從上至下都有制度可遵循，使介入能面面俱到有所依歸。
注重遵從性	模式要成功，模式是否有推行且個案是否有參與，至關重要，成功的介入模式應具備有檢核遵從性的機制，以及處理遵從性不良個案的處置準則。
聚焦於具體的技巧	奠基於簡單易懂的理論基礎，介入模式所關注的技巧應是容易應用且識別的，例如聚焦於「情緒調節」、「憤怒控制」和「認知扭曲重建」等。
賦予個案個人責任	成功的介入模式最終將促使個案擁有更好的自我監控及應變能力，強調的是個案必須習得能力且為自己的狀況負責，所以應於介入的最初在建立治療同盟時，就讓個案了解到「個人」所扮演角色的重要性。



可近的治療與危機處理	當個案陷入危機時，介入模式應提供個案方便獲得的緊急醫療處置，如此的安排也可以讓個案學會適時尋求協助才是正確的危機處理方案。
------------	---

2. 介入模式簡介

目前針對重複自殺個案的介入模式仍屬不足，已有的模式亦難稱成熟，仍有繼續發展的空間，以下介紹較成熟且經歷過實證測試的幾種介入模式：

1) 運用問題解決心理治療之介入模式

問題解決心理治療常用於急性危機之處理，著重於強化個案原有之問題解決技巧，引導個案鎖定危機之焦點，使個案能逐步解決問題；該模式配合門診或住院模式，在危機處理之場景中，已有確定之療效，並具有療程較短之特性。對於重複自殺之個案，其自傷行為可視為新的危機，進而透過問題解決心理治療模式的介入，來過繼到更平穩的狀態。

2) 密集介入配合服務外展

此類介入模式，旨在提升介入的強度和延伸性，針對重複自殺之個案，給予較深度較密集的介入，例如短期留院或例行性約診；同時，將介入模式透過定期家訪、電訪，拓展到個案的生活中，增加與個案的接觸，使介入的效果可以在時間軸和空間軸上延伸。

3) 運用應急卡之介入模式

應急卡的觀念在於提供個案終極的可近性，猶如錦囊妙計，個案被告知在瀕臨失控手足無措時，可以因為應急卡而儘速得到專業的扶助；應急卡上可以是可24小時聯絡的專門



熱線，亦可以是出示應急卡，即可直接入院接受緊急處置，但總結來說，應急卡就是增加個案接受專業協助的機會，而如此的安排亦有認知行為治療的效果：使個案習得處理危機的方式，而有時卡片本身就能帶來安撫的效果。

4) 運用辯證式行為治療之介入模式

辯證式行為治療原是設計來處理邊緣性人格障礙症的重複自殺行為，結合了認知行為、個案管理、以及辯證，在實證研究中已證明有明確成效；近來，相同的處理觀念也逐漸拓展到其他的重複自傷族群。

5) 使用長效抗精神病藥物針劑

藥物治療一直被期待能減少重複自殺的行為，但藥物是否能改變行為及性格傾向一直以來都是討論的焦點。考量重複自殺個案的藥物遵從性，以及其衝動特質，曾有文獻報告使用長效針劑來嘗試減少這些個案的自傷行為，但實務上需符合主管機關核准之適應症以及考量藥物副作用。

6) 使用抗憂鬱劑

部份抗憂鬱劑除了能改善憂鬱情緒，亦被證實可減少衝動行為，是故在普遍有情緒困擾的重複自殺者中，若有符合主管機關核准適應症之個案，抗憂鬱劑常被嘗試使用來減少自傷及自殺行為。近年美國食品藥物管理局（FDA）曾針對抗憂鬱劑提出與自殺行為相關之警語，引發部份民眾以及學界關切，然而也有部份文獻指出：抗憂鬱藥物之投予與自殺行為無顯著關聯，特別是針對成年及老年人。在臨床處置上，仍需整體考量積極治療精神疾病對與防範自殺之效益，以及各種藥物副作用風險之平衡。



肆、關懷訪視實務之精進

一、重複自殺個案之初訪技巧

從事自殺關懷訪視工作，需要相當的熱忱與個案建立關係，第一次遇到個案短期內重複自殺，常會感到挫折無助，基於個案隱私也傾訴無門，這時候關懷訪視員間的相互支持打氣及健全的單位內督導系統便是重要的，也是關懷訪視員從事本工作重要的支持力量。

面對重複企圖自殺者，必須要了解幾個“W”，不外乎了解自殺的人、事、時、地、物，個案在何時？何地？使用什麼工具？因為什麼原因選擇企圖自殺？當然個案是怎樣個性的人也相當重要，哪些資源可以作為個案的支持力量？個案是否已經尋求相關心理健康資源協助？就診時都跟醫師說些什麼？

以新竹縣自殺關懷訪視計畫為例，面對自殺個案，訪員們會在三日內與個案進行聯繫，甚至完成第一次家訪，雖然大部分自殺個案會想婉拒家訪、電訪，訪員們仍運用各種技巧與個案取得聯繫，在此同時充分發揮同理心，傾聽個案自殺意念與衝動的訴求，連結當地相關就醫、就學、就業、就養的行政或民間團體資源，並由衛生局社區心理衛生中心協調跨單位資源，定期開會檢討。

面對棘手的個案議題，基於珍愛生命的信念，自殺關懷訪視不再只是一份工作，更是一份助人、救人的責任與義務。具有較高再自殺風險的個案，可能選擇拒絕關懷訪視，其原因不外乎覺得自己的問題不足為外人道或內心的傷痛無法被真正同理，很常聽到助人者對個案說「你現在的狀況讓我很擔心」，對於個案雖然可以感受被他人關懷，但長期缺乏良好壓力調適技巧的個案，不易因此平復憤怒或緩解憂傷的情緒，只能向關懷訪視員虛應「我好多了，謝謝」。對於協助重複企圖自殺者，建議個案關懷訪視員在確保自身安全的前提下（必要時可請其他訪視員陪同），及早與個案家訪面談，並非只在辦公室



內提供電訪服務，於訪談中審慎評估個案的心智狀態、人格特質、支持系統、壓力適應技巧、就醫狀態、居住環境等，返回辦公室後再行規劃設定個案的關懷計畫，不需一次獲得所有的相關資訊，也不需擔心資料有所遺漏，重點依然是訪視員對於尊重生命的熱忱與信念。

自殺關懷訪視員的工作需要將一問、二應、三轉介的精神發揮到淋漓盡致，不只自身需要有一身會談的好功夫，如何協助重複自殺個案走進醫療體系並獲得有效醫療，訪員們需要建立當地醫師的口袋名單，並且作為個案走進診間的聯繫橋樑。面對部分重複自殺個案抱怨非上班時間想自殺，無法找到訪員，訪員應藉機建立與個案適當的界線，建議非上班時間遇到緊急狀況，可以利用安心專線(0800-788-995)等二十四小時服務電話，再不然就近尋求當地精神醫療機構先行協助，翌日再尋求原本服務訪員的協助。如果條件許可，訪視員可以與個案的家人建立同盟關係，共同協助個案建立穩定且具有包容性的環境，這有助於個案情緒穩定與讓訪員更容易上手。

二、重複自殺個案之追蹤

有別於一般通報個案，建議可針對30天內再自殺個案有特殊的介入作為，一為提升訪視員之專業知識及會談技巧，建立更完整的督導制度；二則落實個案處遇計畫，可定時監控個案服務之過程面。

1. 訪員督導與訓練

以定期個別督導、同儕交流為主，以團體督導為輔，每月訪視員與其單位督導進行個案討論，針對再次自殺個案特殊性，提供個別化處遇建議，另可藉由同儕小組成員互相研討，開放地分享與學習，或邀請專業外聘督導重新檢視、加強指導。

2. 個案處遇面

1) 增加訪視次數

一般個案每月訪視2次增加為每月訪視4次以上，透過密集性的接觸，掌握個案不穩定狀態，及早提供預防措施。



2) 延長訪視時間

一般個案列管至少3個月，再多持續關懷3個月，將訪視時間延長為至少6個月，以確保個案長期穩定性。

3) 結合家庭訪視

列管期間，結合當地衛生所實際探訪案家，與個案建立關係，以利社會資源之輸送。

4) 加強醫療轉介

國外研究中精神疾病相關問題與精神科病史常作為重複自殺的預測因子，相較於初次自殺個案，重複自殺個案精神疾病罹患率高，故須加強個案與家屬精神疾病之衛教，灌輸規則就醫、按時服藥之重要性，鼓勵個案持續接受精神科治療。

5) 強化非醫療轉介

自殺原因多重複雜，非單一機構能夠處理，以個案管理模式，橫向聯繫建構支持系統，轉介食物券、馬上關懷、心理諮商、就業服務…等，能適時減輕個案壓力，協助個案回復穩定的生活型態。



案例小故事—結案

儘管小涓仍受疾病影響，但透過強化後的家庭及社會支持感、按時服藥、返診及與醫師溝通用藥的情況後，病情漸漸地趨於穩定。小涓及家人亦透過家族治療，習得自我壓力因應技巧並改善了小涓原本低落的自我價值感。

重複自殺個案背後通常有著複雜之因素；對於個案及身旁的人，無疑都是非常漫長的路。小涓的故事，經由關訪員之努力，以及完整的醫療資源協助，也讓家人開始願意瞭解小涓及給予支持。目前小涓已趨穩定，可以好好經營原本的工作室，並且也有了穩定交往的對象，常常提供她照顧和情緒的支持。家住南投的小涓，近期甚至打算離開家鄉至台中開設工作室呢！

經督導會議決議後，小涓已於今年三月結案，但臺灣仍有如小涓這樣背負著傷痕卻不知道能做些什麼的人，等待我們去關懷及幫助。



伍、主要參考資料

全國自殺防治中心（2006）。自殺防治系列手冊：自殺防範指引。臺北市：衛生福利部（前行政院衛生署）。

全國自殺防治中心（2012）。自殺防治系列手冊：關懷訪視指引。臺北市：衛生福利部（前行政院衛生署）。

全國自殺防治中心（2012）。自殺防治系列手冊：重複自殺個案之關懷管理。臺北市：衛生福利部（前行政院衛生署）。

林聰仁（2010）。嚴重風險與高度風險之危機因應技巧與實例演練。台灣臨床心理學會：憂鬱自殺的認知行為治療初階課程。國立政治大學綜合大樓 270113。

陳宜明（2016）。重複自殺研究之進展。自殺防治網通訊，11（1），頁7-8。

Chen I-Ming, Liao Shih-Cheng, Lee Ming-Been, Wu Chia-Yi, Lin Po-Hsien, Chen Wei-Jen. (2016). Risk factors of suicide mortality among multiple attempters: a national registry study in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*, 115 (5), 364-371. doi:10.1016/j.jfma.2015.07.009

Mendez-Bustos P, de Leon-Martinez V, Miret M, Baca-Garcia E, Lopez-Castroman J. (2013). Suicide reattempters: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21 (6), 281-295.

若讀者有興趣深入了解本手冊其他相關文獻，歡迎洽詢全國自殺防治中心：(02) 2381-7995，edu.tspc@tsos.org.tw，以提供其他豐富資訊給您！



陸、附錄

簡式健康量表 俗稱：心情溫度計

簡式健康量表 (Brief Symptom Rating Scale, 簡稱BSRS-5) 是由台大李明濱教授等人所發展，主要在做為精神疾患之篩檢表，目的在於能迅速瞭解個人之心理照護需求，進而提供所需心理衛生服務。

心情溫度計

簡式健康量表每週自我檢測

請您仔細回想「在最近一星期中（包括今天）」，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。

問題	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
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題總分：

0-5 分：為一般正常範圍，表示身心適應狀況良好。

6-9 分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

10-14 分：中度情緒困擾，建議尋求紓壓管道或接受心理專業諮詢。

15分以上：重度情緒困擾，建議諮詢精神科醫師接受進一步評估。

* 有自殺的想法 *

本題為附加題，若前五題總分小於6分，但本題評分為2分以上（中等程度）時，宜考慮接受精神科專業諮詢。

• 1至5題之總分：

0-5分：身心適應狀況良好。

6-9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。

10-14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。

15分以上：重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療。

• 第6題（有無自殺意念）單項評分。

本題為附加題，本題評分為2分以上（中等程度）時，即建議尋求專業輔導或精神科治療。

簡明心理健康篩檢表

Concise Mental Health Checklist (CMHC)

□自填 □訪談 (填寫日期: 年 月 日)

自評內容*		選項(口打P)	
A. 基本資料			
A1.性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		
A2.年齡	實歲： _____		
A3.婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚/同居 <input type="checkbox"/> 分居/離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		
B. 最近一週內(包括今天)，您是否有下列情形：			選項
B1.最近我會因難以入睡、易醒或早醒等睡眠困難感到困擾			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B2.最近我會因緊張不安，而感到困擾			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B3.最近我會因苦惱或動怒，而感到困擾			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B4.最近我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B5.最近我會因覺得比不上別人，而感到困擾			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B6.我最近一週會因自殺(想結束生命*)的想法感到困擾			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C. 請依您過去的生活經驗，回答下列問題：			選項
C1.我過去曾經很認真的想過要自殺(結束生命)			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C2.我曾經傷害過自己或企圖自殺(結束生命)			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C3.我曾因嚴重的自我傷害或自殺行為，送醫治療			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C4.我(仍)會想著「未來要自殺」			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C5.我曾經罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C6.我曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C7.過去在我情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

註*本表之目的以人文關懷為主，其結果僅供臨床人員做為評估與轉介之參考。

*本表若採面訪方式進行，可以用「結束生命」代稱「自殺」，若個案不排斥稱呼自殺，則直接稱之。

本量表未經同意授權，請勿擅自影印使用。量表記分相關問題請Email: jennycyw@ntu.edu.tw吳老師收
版本日期: 2016.01.11



簡明心理健康篩檢表 (CMHC) 評分說明

(括弧內為分數)

自評內容		選項
A. 基本資料 (納入CSPS計分)		
A1.性別	<input type="checkbox"/> 男 (1分) <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他	
A2.年齡	實歲： _____ (1分: >45或<19)	
A3.婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 分居/離婚或喪偶 (1分) <input type="checkbox"/> 其他 (不計分)	
B. 心情溫度計修訂版 (BSRS-5R)：最近一週內(包括今天)，您是否有下列情形：(填“是”者均為1分, 切分點為4分)		
B1 睡眠困難	我會因難以入睡、易醒或早醒等睡眠困難 感到困擾	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
B2 緊張不安	我會因緊張不安，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
B3 苦惱動怒	我會因苦惱或動怒，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
B4 情緒低落	我會因心情低落或憂鬱，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
B5 自卑感	我會因覺得比不上別人，而感到困擾	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
B6 近期自殺意念*	我最近一週會因自殺(想結束生命*)的想法 感到困擾	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C. 悲傷的人(CSPS)：請依您過去的生活經驗，回答下列問題： (填“是”者均為1分, 切分點為5分)		
C1 終生自殺意念*	你過去曾經很認真的想過要自殺(結束生命)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
C2 曾有自傷行為	你曾經傷害過自己或企圖自殺(結束生命)	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
C3 曾嚴重自傷而治療	你曾因嚴重的自我傷害或自殺行為，送醫治療	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
C4 未來自殺意圖	你(仍)會想著「未來要自殺」	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
C5 心理疾病求醫	你曾經罹患憂鬱症或者曾經到精神科就診	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
C6 藥酒問題	你曾經因過度飲酒或長期服用某種藥物，而影響生活	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否
C7 心理支持	過去在你情緒低落時，沒有一個可信任的人可以傾訴	<input type="checkbox"/> 是(1) <input type="checkbox"/> 否

*兩題為附加題不納入計分。CSPS≥5分或BSRS-5R≥4分：分別代表再自殺高風險或精神疾病(如憂鬱症或焦慮症)及自殺意念高危險群，應轉介精神暨心理衛生專業人員評估。

CSPS=A1+A2+A3+C2+C3+C4+C5+C6+C7 (總分0-9, cutoff=5)

BSRS-5R=B1+B2+B3+B4+B5 (總分0-5, cutoff=4)

CMHC=BSRS-5R + CSPS (總分0-14, cutoff待研究)

重複自殺個案關懷訪視指引

發 行 人：李明濱

主 編：李明濱

編 審：吳佳儀、陳俊鶯

執行編輯：吳恩亮、詹佳達、陳宜明、楊凱鈞、廖士程

編 輯 群：全國自殺防治中心同仁

出版單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

地 址：10046臺北市中正區懷寧街90號2樓

電 話：(02)2381-7995

傳 真：(02)2361-8500

E - m a i l : tspc@tsos.org.tw

網 址：tspc.tw

出版日期：2018年1月再版

I S B N : 978-986-88927-7-4

（珍愛生命，敬請多加推廣）



珍愛生命 · 希望無限

