

校園憂鬱與自我傷害三級預防

策劃與委託機關：教育部

執行單位：國立成功大學

總編輯：柯慧貞

執行主編：廖聆岑

編輯人員：周鈺翔、林旻沛、李昆樺、林聰仁、吳詠蕓、邱思華、

盧永欽、陳姿曄、馬湘婷、廖婉如

審閱：陳信昭、郭敏慧、陳秀蓉、馬莉莉

第一章 認識憂鬱

Q1：什麼是憂鬱症狀？

A：「憂鬱」是一種情緒狀態，每個人的情緒都會有高低的起伏；一生當中很多人曾出現過憂鬱的情緒；像是遭遇到失落、挫折時，常可能會覺得憂鬱。所以，憂鬱情緒是人們常經歷到的正常、適應反應。但是，若憂鬱情緒的出現時間過強、過長，且干擾到一個人正常的功能（如學業、人際、生活照顧等等）表現，則可能是一種較值得關心與協助的症狀反應。通常憂鬱的症狀，包含五大層面，分別是情緒、動機、思考、動作、生理等層面。會有以下的特徵：比起一個人一般的情況，（1）在情緒方面，有更強、更多的憂鬱的情緒；（2）在動機方面，會變得對事情失去興趣、喜樂；（3）在思考方面，自尊會變低，變得容易自貶；經常對事情有過度、過多的自責或罪惡感；甚至出現自殺想法；做決定變得很困難或無法專心；（4）在動作方面，行動變得激躁或遲緩；（5）在生理方面，會出現體重減輕／增加、胃口減低／增加、失眠／過度睡眠、疲倦／無力等現象。

Q2：有憂鬱症狀＝得了憂鬱症嗎？

A：憂鬱症狀≠憂鬱症。導致上述憂鬱症狀的原因有很多，除了外在壓力事件外，許多生理與心理的因素都可能導致憂鬱症狀。但是，若要診斷為憂鬱症，需經精神醫學專業判斷，根據精神疾病診斷系統，評估所出現憂鬱症狀的嚴重性與出現時間長短，並排除由於生理因素或服用藥物所引發的憂鬱症狀以及其他精神病、精神分裂症、情感性精神分裂症、雙極症（即考慮是否曾有躁症或輕躁症發作）的可能性之後才能下此診斷。「憂鬱症」雖是一種疾病，但多數可以在精神科醫師與臨床心理專業的協助以及其他諮商與輔導相關資源的整合運用下，恢復正常生活功能。要注意的是，「憂鬱症」個案會出現憂鬱症狀；但有憂鬱症狀的人卻不一定是「憂鬱症」。

Q3：什麼是憂鬱症？

A：根據美國精神醫學會於1994年出版的第四版精神疾病診斷統計手冊之系統，當以下9項憂鬱症狀之中出現5項或5項以上，且至少持續兩個禮拜，而且這些症狀是原先所沒有的現象，同時（1）憂鬱的情緒或（2）對事情失去興趣、喜樂此兩項症狀至少應有其中之一，便符合憂鬱發作的診斷。在診斷憂鬱症時，要特別小心排除由於生理因素或服用藥物所引發的憂鬱以及排除其他精神病、精神分裂症、情感性精神分裂症、雙極症的可能性之後才能下此診斷。且要注意：若症狀明確由於一種一般性醫學狀況、或心情不一致之妄想或幻覺所造成（如癌症患者的疲累或因妄想食物被下毒而不吃造成體重下降），則勿包含在內。

九項憂鬱症狀包括：

1. 憂鬱心情，幾乎整天都有，幾乎每日都有，可由主觀報告（如感覺悲傷或空虛）或由他人觀察（如看來含淚欲哭）而顯示。注意：在兒童及青少年可為易怒的心情
2. 在所有或幾乎所有的活動，其興趣或喜樂都顯著減少，幾乎整天都會，幾乎每日都有（可由主觀報告或由他人觀察而顯示）
3. 非處於節食而明顯體重下降，或體重增加（如：一個月內體重變化量超過5%）；或幾乎每天都食慾減少或增加。注意：在兒童，幾乎無法增加預期應增加的體重即應考慮
4. 幾乎每日失眠或嗜睡
5. 幾乎每日精神運動性激動或遲滯（可由他人觀察得到，而非僅主觀感受不安定感或拖滯感）
6. 幾乎每日疲累或失去活力

7. 幾乎每日有無價值感，或過份或不合宜的罪惡感（可達妄想程度）（並非只是對生病的自責或罪惡感）
8. 幾乎每日思考能力或專注能力減退、或無決斷力（由主觀陳述或經由他人觀察而顯示）
9. 反覆想到死亡（不只是害怕自己即將死去）、重覆出現無特別計畫的自殺意念、有過自殺嘗試或已有實行自殺的特別計畫

Q4：哪些生理因素可能導致憂鬱症狀？

A：在臨床上，腦部受傷、腦炎、腦中風、腦瘤，或一些腦部病變如：癲癇、失智症、帕金森氏症、多發性硬化症、漢汀頓症等，有時候也會引發類似憂鬱症的症狀。其他一些內分泌失調或內外科疾病如：甲狀腺功能低下、庫欣氏症（血中腎上腺皮質類固醇過量）、癌症、紅斑性狼瘡，也可能會引發憂鬱症狀。因此在診斷是否為憂鬱症時，都要小心排除這些生理疾病的可能性，以免延誤治療時機。若是生理疾病引起的憂鬱症狀，需先主要處理生理問題。

Q5：哪些藥物可能導致憂鬱症狀？

A：心血管疾病的藥物，如降血壓藥物、心臟用藥，或是類固醇，也會引起憂鬱症狀的副作用。此外，酒精以及某些毒品如：安非他命、古柯鹼、鴉片、鎮靜劑、幻覺劑、搖頭丸等，在使用過後或是出現戒斷症狀時，也會出現憂鬱的症狀。因此，在判斷學生是否為憂鬱症時，也需小心排除學生是否有濫用酒精或藥物的情形。若是藥物引起的憂鬱症狀，需先處理服用藥物上的問題。

Q6：憂鬱症的形成是單一因素嗎？

A：許多研究顯示憂鬱症是由多元因素所導致的，包括早期家庭與性格脆弱因素、生物性脆弱因素、社會心理壓力、認知偏差、情緒調節不佳以及腦功能調節的異常等，每個個案的發病原因，幾乎都是上述的因素彼此交互作用的影響有關。值得注意的是，上述因素都是可能罹患憂鬱症的危險因子，若上述因素越多，負面影響越嚴重，罹患憂鬱症的機率就越高，反之，如果個人性格樂觀健康，擁有良好因應壓力的方法，情緒調節能力也佳，這些正向因素也可能是保護因子，可以降低一個人罹患憂鬱症的機率。

Q7：憂鬱症可能與大腦功能異常有關？

A: 腦影像學的研究已指出,有些憂鬱症患者的腦前額葉與邊緣系統之功能較差,尤其是在基底核、殼狀核與尾核三個部位,且大腦內的神經傳導物質失去了平衡。臨床研究已發現憂鬱症患者可能是因為遺傳基因與後天壓力的影響,使腦內之正腎上腺素(Norepinephrine)、血清素(Serotonin)等神經傳導物質功能減少或失調,進而影響大腦功能所致。因此,憂鬱症患者會有情緒低落或暴躁、吃不下、睡不著、注意力不集中...的現象。而藥物治療主要是藉調節上述所提到的腦內神經傳導物質之功能,以降低憂鬱症狀。換句話說,憂鬱症亦是一種疾病,就像是高血壓、心血管疾病、糖尿病一樣可能有其特殊的體質因素及遺傳傾向,只是症狀主要以內疚、失眠、憂鬱、自殺念頭等來表現。

Q8: 憂鬱症可能跟家庭功能有關?

A: 以下的說明是提及罹患憂鬱症的危險因素之一,即過去研究發現,有些人從小在家庭中受到歧視或虐待,或是家庭凝聚力低、衝突較多而激烈,父母管教不一致等家庭因素可能使一個人在成長過程,形成較脆弱的性格特性,而較容易在壓力下產生憂鬱症狀。而當憂鬱青少年將自己孤立在家庭成員之外,其易怒及干擾行為等症狀,也會使家庭生活品質降低。同時,當憂鬱青少年從家庭生活中退縮,斷然拒絕父母的關心,使父母感到挫折後也變得生氣、多批評,同時也讓青少年感到更加生氣、愧疚和憂鬱,於是彼此責備與敵意的循環便開始啟動,難以打破,進而使憂鬱加劇。相反的,倘若家庭成員彼此支持較多、營造開放正向與合作分享的家庭氣氛,有助於降低憂鬱症發生的機率。

Q9: 憂鬱症常和性格有關?

A: 以下資料提醒的是有下列性格,有可能是罹患憂鬱症的危險因子之一,有許多研究探討性格與憂鬱的關係,發現具有某些性格特質的人,罹患憂鬱症的比例較高。美國賓州大學精神科貝克博士(A. T. Beck; 引自柯慧貞, 2002)發現有兩種性格特徵的個體,可能容易有較高的憂鬱傾向: 自主型性格與依賴型性格。

1. 自主型性格傾向高的人, 成就需求高, 做事有明確的目標, 對自己的要求很高且非常在意犯錯或失敗; 因此, 容易在表現不佳或不如人時, 覺得無法達到期望與標準, 而出現自卑感與罪惡感。
2. 依賴型性格傾向高的人, 人際需求高, 十分重視人際關係, 比較依賴、需要他人的陪伴、喜歡及讚許; 時常擔心被拒絕且過度敏感, 渴望得到關懷、

保護、讚許，不容易表達對別人的憤怒等；因此，容易因為不被喜歡、被拒絕或分手而感到不安與沮喪。

Q10：悲觀的人比較容易患憂鬱症？

A：研究發現具有負向思考內容與推論方式，或較僵化、單一自我價值觀的人，對於未來容易感到悲觀，而且傾向把目前生活的情境解釋成挫折，因而罹患憂鬱症的機率較高。而當一個人憂鬱發作時，也會再把事情看得更加負面。

Q11：壓力大，容易產生憂鬱症？

A：憂鬱症容易在重大失落事件（如離婚、配偶過世）發生後伴隨而來的負面生活壓力而產生。研究指出在憂鬱發作前的一個月，個體可能經歷較多的壓力事件；但是，只有約 20-50%經歷過重大壓力事件的人，會出現憂鬱的症狀。因此，壓力事件雖然是引發憂鬱症的原因之一，但並不是每一個人在遭遇壓力事件後都會罹患憂鬱症；而是如果一個人具有憂鬱的危險因子，如在遺傳、生理體質、性格、思考方式、因應技巧...等方面有了較負面的特性，比較容易在壓力的事件下產生較大的壓力反應，因而引發憂鬱症。

Q12：人際關係不好較容易產生憂鬱症？

A：美國克勒門（G. L. Klerman；引自謝碧玲，2002）及其同事曾指出有四種主要人際問題可能會導致憂鬱症，包括：「傷慟或哀傷反應」、「人際衝突」、「角色轉換」以及「人際缺陷」。人際取向心理治療專家認為只要能夠協助個案有效因應目前所面臨的四種問題中至少一項，就能夠減輕憂鬱所帶來的困擾。

- 1.「傷慟或哀傷反應」指的是心中還沒有平復的傷慟。傷慟或哀傷是人類正常的情緒表現之一，然而對一個失去親人的人而言，如果遲遲無法平復，又或者持續太久，甚至出現了病態的身心反應，都會造成個案身心適應上的困擾。例如：小華因母親過世，傷心長達半年，甚至開始出現憂鬱反應。
- 2.「人際衝突」指的是經常性的與日常生活中需要接觸的人起衝突或爭執。人際關係的層面廣泛，除了家庭中的家人、夫妻、親子、親戚關係外，另外就是工作中的人際關係，好比老闆、下屬或同事，也有可能是生活中的朋友互動，當然也可能是社團中所認識的人際網絡。例如：老趙因為常受到同事排擠與上司不當的剝削，造成其排斥上班工作，甚至因而產生心情低落、胃口差的反應。

- 3.「角色轉換」指的是從原來的社會或職業角色轉換到另一新角色的適應困難，包括生命中各種發展與轉變，像是社會新鮮人。角色轉換大致可以從三種類別所帶來的衝突來探討：（1）生命階段中的重大轉變，比方說升學、結婚、離婚、生子或是小孩長大離開家庭所帶來的衝擊，例如大一新鮮人若無法適應大學生活，便可能會對自己出現負面的評價，進而出現心情低落的情形。（2）工作方面的重大轉變，比如說求職、升遷、轉換跑道或被降級、懲處，甚至被解雇，例如被解雇的老章，龐大的經濟壓力壓得他喘不過氣來，開始出現失眠、胃口差的生理反應，也出現了心情低落的情形。（3）意外性事件或生命中不可預料的變化所帶來的重大衝擊，例如在意外中受傷以致嚴重傷殘。
- 4.「人際缺陷」指的是個人在處理人際關係或是與人互動的技巧上有困難。有些人在人際關係上較為孤立，也可能社交技巧比較不足。由於這類人常缺少社交技巧或者有著長期、持續的人際困擾，通常他們的問題也比較難以處理。

Q13：上述因素是同時發生的，還是個別出現才會導致憂鬱症的產生呢？

A：若從生理、心理與社會整體的角度來說，根據壓力-特異質的假說觀點（Stress- Diathesis Model），憂鬱症發生的潛在因素，包括「體質」和「個人特質」，也就是上述所提到的一些因素，像是性格、壓力因應習慣、大腦或基因影響等潛在特異質；加上如果外在環境存在著誘發疾病的壓力事件，如：環境壓力、家庭或人際衝突等壓力事件，這時比較有可能出現憂鬱症。

以上兩者是彼此互相影響並環環相扣，甚至有的特異質會衍生出其他的特異質與壓力，進而使原來的特異質功能更差，壓力事件也更多。舉例來說，一個經常被憂鬱情緒與失眠等憂鬱症狀所苦的女孩子，其人際關係比較疏離；倘若剛好遇到升學壓力事件，個人無法有效因應，而朋友可以提供的協助也有限，便可能使其憂鬱症狀加重，甚至更退縮封閉，而落入更負面的循環中。因此，憂鬱症的發生原因可能是多元的，同時包含生理、心理及外在環境、社會文化等因素。

Q14：憂鬱症要如何治療？

A：根據臨床研究，憂鬱症治療最有效的方法不外乎藥物治療與心理諮商與治療兩種。藥物治療主要是藉由藥物調整腦內神經傳導物質的平衡，進而減緩憂鬱症狀。精神科醫師會根據病患的個別差異來選擇藥物進行治療，不同的憂

鬱症病患，根據當下的症狀表現與生理狀態以及病程發展，其藥物治療的選擇便可能有很大的差別。而在心理諮商與治療方面，常用的包括：認知行為心理治療（CBT）、人際關係心理治療（IPT）、辨證式行為治療法（DBT）、家族治療、領悟取向心理治療與團體心理治療六種，經過研究證實都具有不錯的療效。

根據文獻回顧分析指出，對較嚴重的憂鬱症（尤其是合併妄想或幻覺等精神病症狀），通常將藥物治療與心理治療合併使用，可以藉由藥物先快速有效調整病患的腦內神經傳導物質的功能，進而降低症狀的嚴重度，然後再進行心理治療，協助病患接受自己的病情，並經由改變憂鬱的負向想法與壓力因應與人際互動技巧，協助其調適個人情緒與因應其周遭壓力環境，進而協助病患達到生理、心理與社會整體的改變，以得到較好的治療效果。

而對於不併有精神病症狀或非雙極症鬱期發作的個案，尤其是大多數輕度或中度嚴重的憂鬱症患者或學生常見的併有憂鬱情緒的適應障礙，可以在心理諮商與治療的幫助下，學習正面思考、情緒調節及壓力因應等策略，以改善憂鬱程度。

Q15：為什麼要重視憂鬱症的防治？它會造成什麼影響？

A：憂鬱症不但會造成我們情緒上的低落與痛苦，還可能會影響到課業、人際、日常生活等方面；較嚴重的甚至衍生出自我傷害或自殺的問題。過去的研究調查顯示，自殺人口中，約有百分之五十至九十左右在自殺前可能曾罹患憂鬱症。因此，憂鬱症對我們的社會、身邊的朋友、甚至是自己的影響甚劇，因此我們在進行自我傷害防治工作時，憂鬱防治是很重要的一環，兩者可謂是息息相關。

接下來，我們要一起來認識自殺的成因，以及自殺的三級預防。

第二章 常見的自殺的迷思

Q1：常見的自殺迷思有哪些？

A：過去，社會大眾對於自殺有許多錯誤的看法；概括來說，一般人對自殺會有以下十四點迷思，包括：

1. 談論自殺會讓本來不想自殺的人，變得有想自殺的念頭。

- 2.會說想要自殺的人，不一定真的會自殺。
- 3.具高度自殺危險性的人是抱持著必死的決心。
- 4.具高度自殺危險性的人一定是有特定的原因才會想自殺。
- 5.自殺乃是突然發生，不可能提早預防。
- 6.想自殺的人並不會尋求幫助。
- 7.當高度自殺危險性的人在心情變好之後，就表示自殺危機已經解除了。
- 8.會跟別人說想自殺的人，其實只是想得到別人的注意。
- 9.想自殺的人都是瘋子。
10. 想自殺的人都有心理疾病。
11. 有憂鬱症的人一定會自殺。
12. 一個人一旦想要自殺，他就一輩子都有會自殺的危險。
13. 兒童不會知道任何自殺方法。
14. 沒有留下遺書的人其實不是真正想自殺的人。

Q2：談自殺是危險的；一旦談到自殺，會使不想自殺的人也想自殺？

A：No！這是個錯誤的觀念，公開地談論自殺的話題並不會讓人有想自殺的念頭！但是，對於想自殺的人而言，若有人能及時和他談一談，才能夠儘早地幫助他，降低他真的去自殺的危險性！最重要的是，要有機會且能傾聽，並與想自殺的人討論他對自殺的看法，適時地給予關心，鼓勵他嘗試接受或選擇適當的協助。

Q3：說想要自殺的人，不一定真的會自殺？

A：No！有 8-9 成自殺的人在自殺前會向身邊的人表達出想自殺的念頭與求助訊息！所以適時敏感覺知，提供關心和協助是非常重要的。

Q4：具高度自殺危險性的人，是抱持著必死的決心？

A：No！他們並非一心一意求死，而是內心充滿矛盾；雖然他們感到絕望、痛苦，想要結束生命，但他們一方面也希望有人可以及時地提供幫助，以順利地度過目前的難關。所以危機也可視為是轉機。

Q5：具高度自殺危險性的人一定是有特定的原因才會想自殺？

A：No！會自殺的原因是多重的(例如親子關係發生問題、學校適應困難、生活壓力事件、身體問題、情緒困擾、認知偏差等)，可能同時受到好幾個原因相互影響而產生的念頭，所以在瞭解自殺的原因時，要試著以多方探索的態度來幫助想自殺的人喔！

Q6：自殺乃是突然發生，不可能提早預防？

A：No！自殺有一些潛在性的因素，瞭解這些潛在性的因素可以幫助專業人員提供適當的協助和介入以預防自殺的發生。雖然無法做到百分之百的預防自殺，但自殺的危險性是可降低的！所以，要能及時地評估危急學生自殺的危險性，並且針對危險性高的學生進行危機處理及關懷，以做到預防效果。

Q7：想自殺的人不會尋求幫助？

A：No！根據一項研究顯示，約有百分之七十五自殺身亡的人在自殺前三個月內曾經找過相關醫療專業幫助，因此想自殺的人是會想要尋求幫助的。

Q8：當高度自殺危險性的人在心情變好之後就表示自殺危機已經解除了？

A：No！警覺性仍要繼續保持。想自殺的人心情變好並不表示他想自殺的危機解除了，相反的，有可能表示他對想自殺和不想自殺之間的衝突因某些原因而消失，而讓他決定了以自殺作為解決問題的最終方法。

Q9：會跟別人說想自殺的人，其實只是想得到別人的注意？

A：No！自殺的人並不一定只想要得到關注，他們也希望有人能夠聽到自己的吶喊，也想要找出減輕痛苦的方法。

Q10：想自殺的人都是瘋子？

A：No！想自殺的人並不適合用瘋子或發瘋等字眼來標籤他們的行為，因為自殺行為和瘋狂並不相同，事實上自殺行為的起因是多重的，而且只要接受適當的協助，其實是可以改善的。

Q11：想自殺的人都有心理疾病？

A：No！並非只有心理疾病的人才會想自殺。當情緒低潮或承受的壓力大過於自我能調適時，也有可能想自殺。

Q12：有憂鬱症的人一定會自殺？

A：No！憂鬱分數也是預測自殺的預測因素。國內外許多的研究都指出憂鬱症與自殺之間有高度的相關性，憂鬱也常可顯著預測自殺行為的出現；因此憂鬱的早期篩檢與介入，常被用做是有效預防自殺的方法；但是這二者並非是必然的關係，並不是有憂鬱，都會自殺；或自殺的都有憂鬱。重要的是，要教導與關心學生如何覺察與辨識自己的憂鬱情緒，並且學習用各種建設性、較正向的方法來調整壓力與自己的憂鬱情緒，而不要採用自殺方法來解除痛苦。

Q13：一個人一旦想要自殺，就一輩子都有會自殺的危險？

A：No！自殺過的人，如果導致其自殺的危險因子（如：憂鬱情緒、負向思考、壓力等）沒有降低，則再度自殺的危險性仍高。但當自殺未遂的人的導致自殺的成因能有所改變後，通常尋死的想法就會減少。

Q14：兒童不會知道任何的自殺方法？

A：No！兒童通常會從電視新聞、節目或相關媒體學到自殺的方法，以及兒童重要的親人或朋友，都可能成為兒童模仿的對象或方法。

Q15：沒有留下遺書的人不會想自殺？

A：No！只有約三分之一自殺身亡的人會留下遺書。

第三章 自殺的原因為何？

Q1：為什麼一個人會自殺？

A：導致一個人會想自殺的原因有很多，大致上可以簡單分為潛在性危險因素與急性壓力事件（導火線）兩大類。

Q2：自殺的潛在性因素有哪些？

A：當某些特定的因素出現時，較會引發想自殺的念頭，甚至是採取自殺的行動，這些因素可以分為生物因素、性格因素及過去的自殺史。

Q3：自殺的可能生物性因素有哪些？

A：根據臨床研究發現，下列幾種生物性因素可能與自殺有關：

- 1.大腦功能的失常：長期的腦部功能失常會導致一個人較容易出現自殺的衝動。過去研究指出，血清素是腦部和情緒有關的重要神經傳導物質之一，想自殺的人或自殺身亡的人，在其血液中的血清素濃度可能比一般人來得少。
- 2.精神疾病：約有 50% 至 90% 的自殺身亡個案曾患有一種以上的精神疾病，因此若一個人患有精神疾病，尤其是憂鬱症或躁鬱症，受到相關的精神症狀影響下，出現自殺的機會也較高。
- 3.慢性疾病：有些患者因不堪長期身心病痛而尋短見，因此慢性不易控制的疼痛、重複的手術及併發症，或者罹患惡性腫瘤、身體受意外或疾病而變成殘廢等，也都是可能產生自殺的長期地雷。

Q4：自殺的可能性格因素有哪些？

A：性格因素常包括持久性的負面思考習慣、較差的挫折忍受度、不足的問題解決能力和技巧、習慣以逃避的態度面對問題、個性比較衝動、過度在意他人對自己的看法、會用比較高的標準來要求自己的表現、個性較為依賴、人際關係較為疏離、不容易與朋友建立親密關係等特質，都是容易造成自殺行為的地雷。

Q5：過去曾經自殺過的人較容易自殺？

A：約有 25% 至 50% 的自殺身亡個案過去都曾有過想自殺的念頭或自殺未遂；因此，此因素若與精神疾病結合，則自殺的危險性將大為提高。

Q6：常見的自殺導火線（急性壓力事件）有哪些？

A：可以簡單分為幾個部分來看，包括：

- 1.個人面對壓力事件，卻沒有足夠的能力或技巧處理時。對青少年而言，失落事件是常見的自殺導火線，青少年常見失落事件有重大的人生挫折或重要親密關係的結束：失戀、失業、在學校受到排擠、聯考失常、父母因意外驟然過世等。
- 2.目前正經歷許多負面情緒的時候，包括悲傷、難過或生氣等。
- 3.身邊有人自殺身亡，讓個人有模仿自殺行為的機會，尤其是知名人士的自殺。
- 4.對正在計畫自殺的人而言，要用來自殺的工具或方法越容易獲得的話，其出現自殺行為的機會也會越高。

Q7：跟自殺可能相關的生活（壓力）事件有哪些呢？

A：

- 1.遇到生活上的困境：例如學業表現不理想或遇到瓶頸、情感上的失落、爆發人際或親子衝突事件等，都是青少年常見的壓力事件；另外還有經濟或社會地位遭受重大的打擊、身體狀況突然變差，健康或外貌上的改變、因酒精或藥物中毒而導致的心智耗弱、判斷力變差等。對這些生活中發生的壓力，若個體不知如何有效應對，因而產生無助感、無望感，便可能促發自殺的動機。
- 2.負面情緒與負面想法的產生：例如反覆地害怕、擔心、沮喪、無助、絕望等感受接踵而來所產生的憂鬱感，或是自責、憤怒、自殺意念等負面情緒的產生，皆可能成為急性危險因子。要注意的是，對憂鬱的病人而言，當這些情緒發生在憂鬱狀況突然獲得改善或初期病情好轉的時候，可能更容易產生自殺意念。這是當憂鬱症狀中的動作遲緩、疲累因素已改善，但自貶、罪惡感及自殺意念等症狀未改善下，反而可能去執行原本無法實行的自殺行動。
- 3.同儕間的模仿行為：例如聽到別人談論某人有自殺行為與其方法，或在媒體看到自殺的報導，或經由認同與模仿，在同儕或偶像自殺後也興起自殺意念，加上媒體對自殺案件的不當報導，皆可能加速青少年自殺行為的產生。
- 4.自殺工具或途徑的取得方便：在校園中若有非法工具的取得途徑，如非法藥品、致命物品等，皆可能會加速自殺行為的產生。

5.家庭、社會文化的影響：對幼童、青少年、女性與老年人而言，家庭社會中不平等的權力地位與勞力分工，以及家庭婚姻暴力，往往是導致其自殺的生活壓力事件。以女性而言，在家庭中長期感受到自己無法控制自己的生活，可能變得較被動，對許多人、事、物都感到負面悲觀及缺乏自信；許多女性除了家庭外還有工作，而且普遍負擔家庭中大部分家事；以往在華人社會的脈絡下，女性更常需面對世代之間的角色衝突，如婆媳問題；此外，由伴侶、配偶或其他家庭成員所施加的嚴重或持續的身體暴力或精神虐待，都可能導致自尊心及自我價值感喪失，進而衍生出自殺行為。

Q8：自殺有徵兆可言嗎？可能徵兆有哪些？

A：有以下自殺徵兆的人，在短期內較有可能會嘗試自殺，包括：一個人目前的憂鬱程度與自殺意念偏高，都很有可能以自殺來解決問題。教育部所出版的校園自我傷害防治手冊中，進一步將自殺的可能徵兆分為語言上、行為上、環境上以及併發症的線索，愈多徵兆愈要提高警覺，及時要介入進行危機評估與處理。

1.語言上的線索：表現想死的念頭，可能直接以話語表現出來，也可能在其所做的文章、詩詞或圖畫中表現出來。

2.行為上的線索：

- (1) 突然、明顯的行為改變。
- (2) 出現相關的學習與行為問題。
- (3) 放棄個人擁有的財產。
- (4) 突然增加酒精或藥物的濫用。

3.環境上的線索：

- (1) 重要人際關係的結束。
- (2) 家庭發生大變動，如財務困難、搬家等。
- (3) 顯示出對環境的不良適應，並因而失去信心。

4.併發性的線索：

- (1) 從社交團體中退縮下來。
- (2) 顯現出憂鬱的徵兆。
- (3) 顯現出不滿的情緒。

(4) 睡眠、飲食習慣變得紊亂、失眠、顯得疲倦、身體不適。

Q9：有哪些因素可以保護一個人不自殺呢？

A：簡單來說，可以分為三個部分：

1. 讓一個人活下來的理由：研究指出想到責任或恩情未了、未來的盼望與未完成的事、或本身信仰宗教的不允許、或者社會道德的禁止、或怕遭受批評、怕死等，是使曾有自殺意念或自殺企圖者停止執行自殺而想要活下去的主要理由；所以，進入個案經驗中，帶他或她找到最可以讓自己關注且活下去的動力，就能降低自殺的可能性。
2. 知覺到社會支持的程度：知識性的支持、實質性的支持(如金錢支持)、以及情感性的支持(如與家人的親情支持)等也是保護當事人不會自殺的因素。
3. 若有人陪伴在身邊，也會直接形成保護因子，降低當事人執行或完成自殺的可能性。

Q10：怎麼樣才會讓一個人想自殺呢（自殺行為的發展歷程）？

A：當一個人有了上述的潛在因素，生活中又出現了導火線時，便有可能出現輕生的念頭，甚至是自殺。尤其是當一個人認為痛苦是不可避免、無法忍受與永無止盡的時候，並認為自殺是解決問題的唯一方法時，常可能採取自殺。

Q11：自殺是解決問題、結束痛苦的唯一方法嗎？

A：自殺也許是逃避問題與結束痛苦的一種方法，但卻不是解決問題唯一與最好的方法。

Q12：自殺新聞對自殺率有什麼影響？

A：國內外研究證實，媒體自殺新聞的報導除了會引發自殺率的上升之外，對自殺事件的報導量愈多，其後之自殺人數也會增加的愈多；且名人自殺的新聞所引起的自殺模仿之影響更是一般民眾自殺報導的 14.3 倍。

Q13：自殺新聞對思想與情緒有什麼影響？

A：國內外研究發現，負面新聞報導會增加人們的焦慮程度與難過的情緒。以台灣地區而言，「南區大專院校學生身心健康關懷小組」於 2004 年的研究發現，愈常接觸到自殺新聞的人，愈容易對人生感到失望，也愈容易從新聞中學到

自殺的方法以及可去的自殺地點；尤其是對憂鬱症狀高的學生，此影響更為明顯。

Q14：自殺新聞中若對自殺手法或地點做詳細的描述，可能會造成什麼影響嗎？

A：過去有學者提出自殺報導中常對自殺手法做詳細的描述與呈現，就形同是潛在地向大眾展示「如何」自殺。知名精神病學教授 K. R. Jamison 於其著作「夜，驟然而降－瞭解自殺」中亦提到公眾對自殺特殊方式或地點過度的渲染時，可能會對脆弱的人選擇自殺方法時有所影響。

Q15：自殺新聞會引起人們的模仿嗎？

A：最明顯的例子即香港在 1998 年 11 月發生第一起燒炭自殺的事件之後，由於媒體的大篇幅報導，使大眾誤以為燒炭自殺是一種既容易又有效的方法，於是很多人採取類似的方式來自殺，造成燒炭自殺在 1999-2000 年間成為一種新興的自殺方式，佔全部香港自殺方式的 18%；同樣的事件在台灣地區也連續有類似的案例發生。

Q16：是否有什麼樣的人可能容易受自殺新聞的影響呢？

A：依目前研究發現，青少年族群與有情緒困擾的人，如憂鬱、焦慮...等族群，和一般民眾比起來，更易受自殺新聞的影響，因而導致自殺可能性或情緒問題的嚴重度升高。

Q17：我可以如何預防身旁的人受自殺新聞的影響？

A：可從兩部分著手：

1.事前的預防：

協助身旁的人建立良好的社會支持系統，並培養其擁有積極正向的思考習慣；經常搜集求助管道的資訊，以便及時協助等，皆可有效預防身旁的人受自殺新聞的影響。

2.社會上出現自殺新聞的期間：

隨時瞭解身旁的人對該則新聞的想法與心情。對於有情緒問題者，更應多花心思去關心他，必要時請尋求心理衛生專業人員的協助。

Q18：若身旁有人向我透露自殺新聞已對他造成負面影響，我可以如何幫助他？

A：首先，要了解對其造成的影響是什麼，並協助其說出情緒與自殺想法；多給予陪伴、支持，盡可能掌握他的情緒狀態、自殺想法的變化及行蹤；若他出現想死的念頭，且想要去做，甚至可能也已想到用什麼方法死；就要採取危機處理步驟，採取必要的保命與預防傷害的措施，積極協助他接受心理衛生專業人員的協助，以減輕遺憾發生的可能性。

Q19：目前有其他國家實施媒體報導自殺新聞的準則嗎？

A：例如美國、英國、澳洲、奧地利、愛爾蘭...等許多國家皆已制定媒體報導自殺新聞的規範並行之已久。

Q20：制定媒體報導規範真的有效嗎？

A：奧地利研究指出該國自從實施媒體報導自殺新聞準則後，媒體很少報導自殺新聞，即使報導也不採取聳動的方式；而自殺人數亦明顯下降。

Q21：自殺新聞該以何種方式來報導才恰當？

A：世界衛生組織(WHO)於 2000 年曾公布媒體報導自殺新聞的「六不」與「六要」。

1.六不：

- (1) 不刊出照片或自殺遺書。
- (2) 不報導自殺方式的細節。
- (3) 不簡化自殺的原因。
- (4) 不將自殺過度美化或聳動化。
- (5) 不使用宗教或文化的刻板印象。
- (6) 不過度責備。

2.六要：

- (1) 報導此類事件時應與醫療衛生專家密切討論
- (2) 使用自殺身亡的字眼來取代自殺成功。
- (3) 將報導的相關資訊刊於內頁而非頭版。

- (4) 突顯不用自殺的其他解決方法。
- (5) 提供與自殺防治有關的諮詢專線與社區資源。
- (6) 報導危險指標與可能的警訊。

大家可以一起來監督媒體，減少自殺新聞報導的負面影響。

第四章 自殺該怎麼預防？有哪些有效的自殺防治策略？

第一節 校園自殺的三級預防模式介紹

Q1：自殺問題這麼嚴重，我們怎麼預防自殺？

A：自殺問題是世界各國政府都非常重視的一個議題，各國也不斷致力發展應對的政策，甚至跨國家整合資源，希望能持續降低自殺率、自殺死亡率及降低其他自殺後果的影響。世界衛生組織(WHO)運用三級預防的概念來防治自殺行為，曾建議各國政府：

1.在第一級預防部份，應：

- (1) 建立本土研究資料，找出自殺高危險個體、群體及壓力情境為何。
- (2) 提昇民眾與專業人員有效預防自殺行為的相關知能。
- (3) 增進民眾對自殺行為、壓力對自己與他人的影響，以及有效危機管理的認識。
- (4) 持續對員警、教師及心理衛生專業人員進行自殺防治的繼續教育。
- (5) 建立媒體報導自殺事件的倫理守則。
- (6) 成立統籌自殺行為研究、教育訓練及服務的機構。
- (7) 降低自殺方法與途徑的使用管道及其吸引力。
- (8) 增進大眾瞭解自殺防治與求助資源在何處與如何運用。

2.在第二級預防部份，應：

及早篩檢出高危險群，轉介給專業人員以進行評估，並對高危險群即時進行危機處理與後續之追蹤治療。

3.在第三級預防部份，應：

在當事人自殺未遂或身亡之後，對當事人與受影響者(如家屬、好友)提供所需支援與心理重建。

Q2：什麼是三級預防？

A：在公共衛生領域中，常以三級預防模式來設計疾病的防治工作。而所謂的二級預防是指：

- 1.第一級預防：以健康促進活動與相關政策來減少生病之危險因子與增加免於生病之保護因子，以預防生病。也就是「預防勝於治療」的概念。
- 2.第二級預防：早期篩選、診斷及早期介入。也就是「早期發現，早期治療」。
- 3.第三級預防：提供有效治療與復健，以避免疾病惡化並及早恢復功能，且不再發病。

Q3：三級預防模式如何使用在自殺預防工作上？

A：柯慧貞等人（2002）在參考國內外文獻與經驗後，引用三級預防模式到自殺的預防上，建議校園自殺的三級預防工作可以為：

- 1.第一級預防：確定哪些是導致自殺的危險因子(包括潛在危險因子與急性因子，如壓力事件)，進一步找出可以降低自殺發生的保護因子；進而發展出策略來降低危險因子與增進保護因子。以校園為例，包括推動校園生命教育、壓力調適及各種心理健康促進活動，如：正向思考、衝突管理、情緒管理及壓力與危機管理。
- 2.第二級預防：篩選出可能會自殺或自我傷害的高危險族群，及早做介入與輔導，學習危機及壓力處理能力，以降低自殺發生的比例。以校園為例，重點放在對於憂鬱及自殺高危險群之早期篩檢與長期追蹤的預防介入。
- 3.第三級預防：針對即將自殺或自殺未遂的人進行危機處理與介入，確認個案的安全性，保護生命，避免未來真的自殺或再度自殺；而對自殺完成者，則需對其親友進行危機處置與事後處理，包括對家屬、同儕與親友所進行的哀傷輔導與治療。以校園為例，首要便是建置自殺事件發生後的危機處理機制，落實標準作業通報流程與因應措施。

Q4：目前應用三級預防模式在自殺預防工作上有哪些成效？

A：教育部近年來努力致力將自殺之三級預防模式推廣在校園心理健康工作上，也已看到校園學生自殺身亡人數逐步下降的成果；94 年有 80 名學生自殺（即 80 人/12 月），95 年已降到 57 人（即 57 人/12 月），96 年迄今（10 月底）則是 34 人（即 34 人/10 月）。以國立成功大學為例，將三級預防模式概念套用在校園心理健康促進與自殺防治工作，已具初步成效。在 9 月學期一開始時，即針對大一新生進行憂鬱與自殺篩檢，並提供新生一系列的新生成長月增進學習、課業、生活、EQ、人際關係的各種活動（一級預防），並針對篩檢出來分數偏高的高關懷群進行追蹤與介入（二級預防）。12 月再測量一次大一新生的憂鬱分數，發現大一新生整體憂鬱分數顯著下降，而高關懷群的憂鬱分數更是明顯下降；顯示三級預防工作確實能降低校園內憂鬱學生的比例，並即時找出高關懷群給予協助，降低校園自我傷害事件發生比例。

另外，以花蓮玉里醫院為例，其以花蓮縣南區之國、高中生為對象，進行憂鬱與自殺量表的篩檢，篩檢出高關懷族群後，進行短期性諮商介入。結果發現，經過介入後，全部的同學的憂鬱分數與自殺意念皆顯著下降；而原先分數較高的高關懷群學生之自殺危險性也下降到與低高關懷組同學無異。顯示在校園進行憂鬱與自殺防治篩檢（二級預防）並進行介入，不但沒有增高憂鬱與自殺危險性，反而確實能有效降低學生憂鬱情緒與自殺危險性。

接下來，我們可以一起看看，到底自殺的三級預防工作要做些什麼？

第二節 第一級預防

Q5：第一級預防做些什麼？

A：目標—增進學生心理健康，免於憂鬱、自傷。

對象—校園內全體教職員工生。

策略—增加保護因子，降低危險因子。

Q6：如何進行第一級預防？

A：可以由個人面、學校面、制度面及法律面來制定策略，確立自殺的危險因子與保護因子，進而努力增加保護因子，並降低危險因子。

Q7：如何才能增加保護因子，以及降低危險因子？

A：可以從幾個層面來著手：

- 1.個人層面。
- 2.學校層面。
- 3.法律層面。
- 4.制度層面。

Q8：個人層面是指什麼？

A：「個人層面」指的是加強個體自身的壓力管理、危機管理，也就是個人自身對於壓力調適的狀態，使得個體可以因應外在環境的壓力，並且進行適當的調適，因而可以順利且正常地維持一般生活功能。要特別注意個體是否有精神方面的疾病或病史，或是一些生理方面的問題；也要協助處理這些精神、生理方面的狀況，以達到一個較好的生活適應。

Q9：何謂學校層面？

A：「學校層面」指的是學校要宣導自殺學生的防治與及早發現有自殺危險性的學生，並且學校要有一個從發現到處置的完整流程，確立學生不會有任何疏失。因此，學校平時要有一些促進健康的活動和輔導學生的機制，並建立校園全體教職員工生對於自殺個案、自殺行為的正確觀念。而學校層面的守門員（Gatekeeper）指的是老師、導師、教官、宿舍管理員或輔導員及駐警，這些在第一線可能接觸到自殺個案的人員，需要有特別的敏感度，還要有緊急處理流程的熟練以及具備這些緊急處理的技巧；因此，應加強第一線人員的自殺危機處理能力，以及對於自殺高關懷群的敏感度。

Q10：制度層面及法律層面又是指什麼？

A：「制度層面」、「法律層面」指的是社會、法律應該重視自殺這個嚴重的議題，研擬有效且適當的自殺處理標準流程與媒體報導規範，並在平時致力於對社會大眾進行自殺行為、自殺個案的輔導及宣導。

Q11：要降低危險因子、增加保護因子有哪些具體方法呢？

A：

1. 在學校方面，具體措施包括：

- (1) 安排成長團體與工作坊以及生命教育、生涯規劃等通識教育課程或大眾演講，促使同學們不斷自我了解、自我接納及自我成長，生活更有意義且身心更健康，以增加保護因子。
- (2) 培養學生的壓力調適與情緒管理技巧及問題解決能力，使學生在面對壓力時能因應自如（面對它、接受它、處理它、放下它），不致因受困、無助或無望而興起自殺的念頭與行動。
- (3) 舉辦疾病的預防衛教等活動，以及增加非心理專業人員如導師及全體學生等對心理疾病的認識與辨別。
- (4) 培養教官與輔導人員（如教師與輔導老師）對心理疾病的認識與敏感度，以便能適時轉介。
- (5) 提供 24 小時緊急求救專線與治療資源，讓同學在緊急困境下可以立即求救，可以降低自殺的危險性。
- (6) 限制自殺方式的取得途徑，像是自殺工具如藥品、槍械、致命藥物等的限制取得，同時加強校園的安全防護（如在大樓的中庭加裝防護網），也是一道關鍵性的預防措施。

此外，在實施校園自殺防治相關課程時必須注意，實施課程是否增加學生的求助行為；那些曾經有過自殺行為的學生，是否會被這種課程所困擾；要謹慎注意校園自殺防治課程是否能幫助學生對自殺態度有正向的改變，以及是否能去除標籤化效應而鼓勵學生求助。

2. 在社區部分，可透過社區資源，例如經常舉辦一些關於自殺防治議題的演講，來使社區成員更有效地辨識與協助其周圍的人之自殺意圖。

第三節 第二級預防

Q12：第二級預防做些什麼？

A：目標：早期發現、早期介入，減少憂鬱自傷發生的可能性或嚴重性。

對象：高關懷群。

策略：篩選高危險群，並即時介入。

行動方案：

1. 高關懷群篩選：每學期(含開學新生入學)定期進行問卷篩選，篩選「疑似憂鬱症」、「曾經有自殺企圖或已有自殺計畫者」及「憂鬱性妄想或幻聽者」；國中、小部分則配合內政部強化篩檢高風險家庭。
2. 全員篩檢：新生入學時即建立檔案，並建立高關懷群檔案，每學期定期對高危險群進行長期追蹤與介入輔導；必要時應進行危機處置。
3. 提升導師、教官、教職員、家長、同儕之憂鬱辨識能力，以協助篩檢之觀察，而對篩檢出之高危險群則應提供進一步的個別或團體心理諮商或治療。
4. 整合校外之專業人員（如：臨床心理師、諮商心理師、社工師、精神科醫師等）到校服務。

Q13：要如何篩檢出高關懷群呢？

A：要找出哪些人可能具有自我傷害的危險性，通常可透過行為觀察、晤談及量表篩檢的方式評估。

Q14：如何觀察學生有沒有自我傷害的危險性？

A：若學生出現下面這幾種狀況，都是需要特別注意與關心

- 1.直接觀察班級學生對於自殺的態度，經常透露有關死亡或自殺念頭者。
- 2.有高度、明顯的自殺意念。
- 3.情緒明顯低落或情緒不穩定。
- 4.失眠已超過一個禮拜。
- 5.沒有特殊原因，已持續一段時間未到校上課。
- 6.與過去相比，學業成績明顯變差。
- 7.出現怪異行為（例如：覺得有人要害他、有人在監視他、自言自語...等）或性格、行為有明顯變化者（例如：突然變得容易暴怒、出現暴力行為、把心愛的東西送人...等）。

Q15：如何透過晤談來評估學生有沒有自殺危險性？

A：可與學生討論對於死亡的看法，瞭解其是否有死亡計畫或行動；但不爭辯是否該自殺，只討論其他可能選擇與應對方式。態度上應該保持「高度敏感、完全接納，以及專注地傾聽、同理」。

Q16：如果想要利用量表來篩檢憂鬱與自我傷害高關懷群，可以如何進行？

A：一般來說，透過量表來篩檢高關懷群是較為經濟、有效率的方式，可在短時間之內對一大群學生施測，再根據其分數結果評估其自殺危險性高低。因此，施測可以透過班級或系所輔導時間施測；或在新生入學時做大規模的施測。重要的是，要選擇適用自己學校、學生、年齡層特性的量表，且注意其量表是否有篩檢分數的建議，且該篩檢分數是否已有良好信、效度。並且在篩檢的時候，也要同時進行情緒教育，讓學生學習認識與辨認其憂鬱症狀，並且以正向成長的態度來積極面對它、接受它、並進一步學習處理它，再放下他。而且，也要同時兼顧合法以及尊重與保護生命、自主權及隱私權。

Q17：篩檢時應注意哪些？

A：教育部雖鼓勵大專校院發展與實施符合各校特色之高關懷群早期篩檢與早期介入計畫，但計畫之實施強調要符合專業法律與倫理，即在尊重學生的自主與考慮不傷害生命，並強調保密隱私及不標籤化與汙名化的原則之下進行。各校實施過程應包括以下六階段：

- 1.說明：說明篩檢目的與保障篩檢結果的保密性。
- 2.取得同意：除非學生有傷害他人或自己的危險性，否則，應依尊重自主原則，在學生（家長）同意下進行篩檢，非強迫性。
- 3.解釋結果：對篩檢結果的解釋要謹慎與專業，不可隨便給學生貼上精神疾病或任何不好的標籤；並要積極透過教育宣導與演練課程以及適當輔導，讓學生學會覺察憂鬱反應，接受憂鬱反應，了解它並不可怕，是可以處理的；有了憂鬱症狀，也是人生一段很有意義的成長機會與成熟歷程；重要的是，學會如何處理它以及放下它。
- 4.保密：各校諮商輔導人員依據「心理師法」規定，對於因業務而知悉或持有個案當事人之秘密，不得無故洩漏。
- 5.主動關懷：主動提供高關懷群必要的關懷協助及需要的諮商輔導。

6.必要的轉介：當知悉學生有疑似精神疾病、有明顯的自傷或傷人之虞時，需進行危機處置與必要的轉介與協助就醫。

所以，施測時需注意相關的倫理守則，包括測驗資料的保密、保存，以及讓學生充分了解施測目的與其測驗的權利義務等事項。施測前應經過學生（家長）同意，充分說明讓學生瞭解施測的意義與目的，並告知保密與測驗資料保存方式，以及相關權利與義務，再進行施測。施測後，老師或心理師還要提供心理健康教育，例如情緒與壓力管理相關知識，並提供學校心理專業資源，讓學生在有需要時知道如何尋求專業協助。

Q18：篩檢完之後要做什麼？

A：篩檢完之後，應根據學生量表得分結果，依照不同的憂鬱與自我傷害危險程度，進行後續介入輔導。進行介入輔導過程，應考慮在尊重生命與保護生命與不傷害原則之下，去兼顧尊重學生的自主與隱私權；因此，若有發現學生有自我傷害或傷害他人的危險性時，校方應主動聯絡該同學，先告知打破問卷調查之保密原則而主動表達關心的理由；並請盡量在恪守保密與隱私的原則下，去提供學生必要的協助，進行危機處理與後續的諮商輔導。而學校心理師、心理專業人員或輔導老師和該生晤談時，也要瞭解當時填答狀況，以瞭解是否有其他任何影響作答與得分的因素。

Q19：如果以憂鬱相關量表做篩檢，篩檢完如果發現學生分數偏高，它代表的意義是什麼？

A：若發現學生分數偏高，表示學生憂鬱與自我傷害的風險較高，目前可能亟需要協助，學校心理專業人員或輔導老師應儘快瞭解，更進一步透過晤談、觀察等，進行自殺危險性評估。若顯示學生可能具憂鬱傾向，可依下列架構循序瞭解與澄清該生得憂鬱高分的原因：

- 是否曾有腦部受傷或腫瘤情形？
- 是否有內分泌失調或是其他內外科等生理疾病？
- 是否有服用高血壓或心臟血管疾病等藥物，或是使用管制藥品，（如搖頭丸（LV）、安非他命（糖果）等毒品）？
- 是否有精神病史，包括精神分裂症、妄想型疾患、分裂型情感疾患等？
- 是否有情感型疾病史，包括雙極症、重鬱症、低落性情感疾患（輕鬱症）？
- 是否有人格疾患病史，包括邊緣性人格等？

■是否為壓力引起的適應性障礙伴隨憂鬱情緒？壓力源為何？確認目前是否有急性或慢性的壓力源，如兩性相處、家庭、人際、課業等。目前壓力是否仍持續或已減輕？

然後考慮是否須進行危機處理，包括評估其目前的自殺危險程度；若有自殺危險性，而且具有下列的一項因素，則需考慮急性住院治療：

■無法進行溝通、情緒及行為不穩定、具有不符合現實的知覺或思考等症狀（如：妄想、幻聽）

■有藥物或酒精濫用史

■曾有多次自殺經驗

■或是缺乏社會支持系統（如：獨居、無好友）

若無上述情形，則仍要協助其降低自我傷害或傷害他人的危險性、考慮與個案討論不自殺契約、安排照顧者及保護性環境，並視需要考慮安排門診藥物治療與中長期的心理諮商。

Q20：進行憂鬱篩檢是不是等於在做憂鬱症篩檢？會不會把學生標籤化？

A：進行憂鬱情緒篩檢並不等於做憂鬱症篩檢。憂鬱情緒篩檢的主要目的是希望透過量表找出目前憂鬱情緒指數過高的學生，才可以及時介入，提供適當的關心與協助，以避免學生的問題惡化，而導致更嚴重的後果。此外，篩檢結果僅能反映出填答者當下的情緒狀態，並不能拿來作為診斷憂鬱症的工具。所以，基本上憂鬱情緒篩檢只是提供當事人一種協助管道與媒介，並非拿來診斷憂鬱症，測驗結果是讓學校心理專業人員可以進行初步判斷，評估是否需要進一步提供關心與危機處置及後續的教育與輔導；重要的是提供教育與協助，而不是要去標籤化學生；並且，除非學生有自我傷害或傷害他人之虞，必須提供危機協助，因而必須進行必要的連絡、通報或依法應有的報告外，對於測驗結果學校更應該要盡到保密的義務。

Q21：什麼是「自殺危險性」評估？

A：所謂「自殺危險性」評估就是透過訪談、填寫問卷或觀察等方式，收集會導致一個人自殺的可能原因，再根據這些原因去評估一個人會自殺的可能性。

Q22：為什麼要評估「自殺危險性」的程度？

A：評估自殺危險性的目的並非是要預測自殺行為的出現，而是以一個合理、可靠的方式來評估危險性，以預防自我傷害行為的發生。透過自殺危險性的評估，可以幫助我們瞭解一個人出現自殺的原因，並做為專業人員規劃適當處理方式的參考。

Q23：自殺危險性需要評估哪些內容？

A：參考 Rudd 等人（2001）在「*Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*」一書中的建議，評估的內容可以包含八大方面，根據每方面資料的嚴重程度，可從 0~5 分進行評分，0 分代表沒有或一點也不嚴重，5 分代表相當嚴重。

1. 收集對方和自殺行為有關的過去經驗。例如：鑽牛角尖的思考方式、是否有過精神疾病診斷等。
2. 收集引發對方想要自殺的原因？例如：目前生活中有哪些困擾或壓力來源？
3. 收集對方目前所出現的身體或心理症狀表現。例如：頭痛、噁心或情緒憂鬱等。
4. 有沒有無望感受？例如：對方提到「我怎麼做都沒辦法改變現況」、「一切都沒有用了」等的回應。其他還可包括：
 - （1）對自殺行為的正向看法評估：自殺對解決個案的問題多有效呢？（可請學生自評分數，範圍為 0-5 分，0 表示無效；5 分表示完全有效）
 - （2）無法忍受個人情緒起伏所帶來的痛苦：「假如你目前的情況沒有改變的話，你是否能夠繼續忍耐所感受到的感覺呢？」
 - （3）無助感：「當你想到未來，你是否能看見事情會有自然的轉變或因你自身的努力而變得更好呢？」
 - （4）無法逃離感：「依你的現況，是否認為無論你怎麼做，事情只會持續變壞或變得更不好呢？」
 - （5）活下去的理由及其強度：「當你想到不自殺的理由時，對於像是『生命是值得被存活下去的』、『對你的未來感到好奇』、『你想看到結局到底如何？』這些想法對你有多重要呢？」（可請學生自評分數，範圍為 0-5 分，0 表示完全不重要；5 分表示十分重要）
5. 收集對方所提到任何和自殺或自我傷害有關的想法。例如：「我想死一死算了」、或「我想從樓上跳下來，問題就可以解決」等。

6. 收集對方過去的自殺經驗和先前的自殺準備工作。例如：有沒有準備自殺的相關工具，如木炭、刀子或繩子等？之前的自殺是怎麼獲救的？
7. 檢核對方個性是否比較衝動？是否會覺得很難控制自己的行為？
8. 收集哪些因素可以讓對方或自己避免出現自殺的情況？例如：詢問對方什麼情況之下或是想到了什麼，會比較不想自殺？

自殺風險衡鑑表

危險程度 判斷項目	低	中	高
1.自殺計畫			
A.細節	模糊、沒有什麼特別的計畫	有些特定計畫	有完整之想法，清楚訂出何時、何地及方法
B.工具之取得	尚未有	很容易取得	手邊即有
C.時間	未來非特定時間	幾小時內	馬上
D.方式之致命性	服藥丸、割腕	藥物、酒精、一氧化碳、撞車	手槍、上吊、跳樓
E.獲救之機會	大多數時間均有人在旁	如果求救會有人來	沒有人在附近
2.先前的自殺企圖	沒有或一個非致命性的行為	有許多低致命性或一個中度致命性行為；有重覆之徵兆	有一高度致命性或許多中度致命性的行為
3.環境壓力	沒有明顯之壓力	「對環境之改變」或「失去某些人或物」 有中度反應	「對環境改變」或「失去某些人或物」有強烈反應
4.徵兆			
A.日常生活之處理方法	可以維持一般生活	有些日常活動停止。飲食、睡眠、以及課業受到影響	日常生活廣泛受影響
B.憂鬱	輕度之情緒低落	中度之情緒低落；有悲傷、受困擾、或孤獨感產生，且活動量降低	受到無希望感、悲傷及無價值感之打擊，而產生退縮或爆發性攻擊的行為

5.支持資源	可獲得家人與朋友幫助	家庭或朋友可幫助但非持續性的	對家庭、朋友採敵視，中傷或冷漠之態度
6.溝通之方式	直接表達自殺之感覺及意圖	表示出人際間的自殺目的，如：我會表現給他們看，他們會因此而感到抱歉	內心的自殺目標（有罪惡感、無價值感）很不直接或根本不表達
7.生活型態	尚有穩定的人際關係、人格表現及學業表現	有藥物濫用，有衝動性之自殘行為	有自殺行為，人際相處困難
8.健康狀況	沒有特別的健康問題	有反應性、突發性、短暫的精神或生理疾病	有慢性的、逐漸衰退性的疾病或急性之大病

*參考教育部「校園自殺防治手冊」

Q24：自殺危險性可以分為幾個程度？

A：可以根據評估後的自殺嚴重程度區分為四種程度，包括：

- 1.無自殺可能性存在：指對方目前沒有表現出任何自殺的念頭。
- 2.輕度自殺可能性：指對方雖有想到自殺的念頭；目前沒有壓力和煩惱的存在；或是對方有些重要的支持和因素可以讓對方控制想自殺的念頭。
- 3.中度自殺可能性：指對方雖有想到自殺的念頭；目前有些壓力和煩惱的存在；或是有些重要的支持和因素讓對方可以控制想自殺的念頭。
- 4.重度自殺可能性：指對方是個性較為衝動的人，感受到明顯的生理或心理的症狀，會經常提到想要自殺的念頭和計畫；目前有壓力和煩惱存在；並且讓對方有想活下來的理由不多。
- 5.極端嚴重的自殺可能性：指對方是一個衝動個性的人，感受到嚴重的生理或心理的症狀，幾乎每天都提到想到自殺的念頭和計畫；目前有壓力和煩惱的存在；並且沒有任何因素讓對方有想活下來的理由。

Q25：如何進行評估「自殺危險性」？

A：主要以提問方式收集想自殺對象的相關訊息，多鼓勵對方嘗試思考和表達，適時地給予對方支持，當對方的表達越多時，顯示其求助信心和想改變的動機越強。

Q26：如果我或身邊有人具重度的自殺危險性，該怎麼辦？

A：在經過危險性評估後若發現為極端嚴重的或重度的自殺可能性時，有幾個立即的處理方式要進行，包括：

1. 立即進行是否需要「馬上送急診並住院」的評估。
2. 要有 24 小時的陪伴和監護，不可獨處。因此，評估後危險性高者最好儘速送急診並住院觀察；在經由兩名精神科專科醫師簽署後，可強制住院。
3. 盡量去除可能的危險物品，如刀、藥物（可代為保管，千萬不要丟棄，因為原本有在服藥的個案還是得繼續服藥，突然停藥會造成更大傷害）、繩索、木炭等。
4. 給予對方危機時可以立即聯繫的電話。

Q27：有哪些緊急聯繫的資源可以使用？

A：應有家人、朋友、師長及機構聯繫電話，及其可協助處理的事項，而機構相關資料請詳見附錄中資源彙整。

第四節 第三級預防

Q28：第三級預防做些什麼？

A：目標：預防自殺未遂者與自殺身亡者的周遭朋友或親友模仿自殺。

對象：包括計畫要自殺的人、自殺未遂者，以及自殺身亡者有關的周遭人員。

策略：建立自殺與自殺企圖之危機處理與善後處置標準作業流程。

行動方案：

1. 自殺未遂：建立個案之危機處置標準作業流程，對校內之公開說明與教育輔導(降低自殺模仿效應)，並注意其他高關懷群是否受影響；安排個案由心理師進行後續心理治療，以預防再度自殺；聯繫家長與預防再自殺教育。
2. 自殺身亡：建立處置作業流程，含對媒體之說明、對校內相關單位之公開說明與教育輔導(降低自殺模仿效應)、家長聯繫協助及哀傷輔導。
3. 通報轉介：依校園安全及災害事件通報作業要點與行政院衛生署函頒「自殺防治通報轉介作業流程」(含「衛生署自殺防治通報轉介流程圖」、「自殺暨高危險群個案通報單」及「自殺個案轉介回覆表」)進行通報與轉介。

Q29：如何評估自殺危機的處置方向？

A：評估個案的自殺危機的處置方向，首先是瞭解對方的自殺危險程度，評估對方的狀態是否達到需要強制住院的程度，以確保個案的生命安全。評估危機處置方向的參考指標如下：

- 1.自殺想法的強度與明確的自殺計劃：若個案將自殺工具都已經準備好了，自殺計劃的致命程度很高，則需移除所有可能的自殺方法或工具。
- 2.個案與治療者的關係：在評估的過程中，個案是否願意與治療者溝通，建立良好的關係。
- 3.個案情緒、行為的穩定程度：個案是否能控制自己的情緒與行為，是否有精神病症狀(例如：妄想或幻覺)，若情緒與行為的穩定度低，則可能增加自殺行為的發生。另外，需瞭解個案是否有藥物或酒精濫用的情形，有些個案在大量飲酒後可能會出現精神症狀，而導致失控的情緒或行為發生。
- 4.過去史：個案之前的自殺企圖是再度自殺的危險因子。
- 5.支持系統：是否缺乏良好的支持系統？個案獨處的機率是否很高？家人是否能給予個案支援？個案的身邊是否有好友能給予協助與關心？若個案缺乏支持系統，則自殺危險性增高。
- 6.在評估過程中需降低個案的危險因子(壓力事件，負面想法等)，增加保護因子(活下來的理由)。

若個案自殺強度高、有明確的自殺計畫、缺乏支持系統、情緒與行為穩定度低，個案難以自控；則需考慮讓個案住院，以確保個案的生命安全。

Q30：若個案需要住院，要注意些什麼？

A：

- 1.個案方面：必須讓個案說出自己的擔心，試著詢問個案得知需要住院時的感受與看法，在談話過程中協助個案建立起希望感，並且解除他的擔心；尤其是第一次看精神科或第一次住院的個案，可能會認為這是個人的錯誤或缺陷，除了讓他說出內心的擔心與害怕，同時也應該幫助他瞭解看精神科或住院對於自己的好處為何。若沒有謹慎處置個案的情緒，反而會增加自殺的危險性。
- 2.家屬方面：治療者須教育家屬有關個案疾病的原因、治療方向及疾病的預後情形。過程中須同理家屬，並減低家屬的焦慮與擔心。

Q31：經由評估後，若個案不需住院，後續需要做的危機處置為何？

A：

- 1.消除個案的無望感。例如：與個案一起安排正向的活動計畫。
- 2.增加個案對於負面情緒的忍受度：讓個案評估自己的感受，同時治療者提出個案難過情緒的減少，並與個案討論減輕症狀的方法。
- 3.增加個案的自我監護(記錄自殺想法，主觀評估自己的症狀與感受)，必要時尋求支持。
- 4.增加個案的支持系統，不要讓他覺得自己被孤立，同時降低個案執行或完成自殺的可能性。
- 5.簽署不自殺契約，看重事情的轉機。
- 6.提供 24 小時緊急求救專線：當個案覺得無法停止自殺想法，覺得即將要自殺時，可以立刻撥出求救電話，以降低自殺的危險性。
- 7.緊急醫療中心：經由電話的危機處置後，仍然想自殺，感覺快要不能控制自己的行為時，則要至各區醫療中心求助。
- 8.協助安排後續的會談與治療；在個案尚未解除自殺的危險性時，要安排較密集的會談。
9. 教育家屬：與個案及其家屬說明未來治療計劃、預後情況，並破除自殺迷思。例如：個案已有自殺的念頭，就有可能會自殺，提醒家屬增加對個案的敏感度。
10. 不斷評估自殺危險程度，以依照自殺危險程度，安排危機處置方向。

Q32：什麼是「不自殺契約」？

A：不自殺約定書，或者稱為「不自殺契約」或「不傷害自己契約」，是過去國外許多臨床實徵研究認為有效的自殺危機處理技巧之一；適用對象為短期內可能會出現自殺危險性的個案。

Q33：簽訂「不自殺契約」的主要功能為何？

A：簽定不自殺契約，主要是在心理師或其他專業人員與要自殺或自殺未遂個案進行短期密集危機介入晤談時所用，讓個案在所約定的某段時間內保證不要自殺；即使要自殺也要打電話給約定好的專線，使他人可以及時協助。所以

簽訂不自殺約定書主要是在讓個案增加活下去的理由：因考慮與他人的約定，故不能自殺；所以先聯絡好友、老師、心理師，或者自殺防治中心專線尋求幫助，藉此在千鈞一髮之際給彼此一次寶貴機會來及時進行自殺危機處理，挽回一條寶貴的生命。

Q34：只要簽訂「不自殺契約」就可以保證個案不會自殺？

A：NO！除了簽訂不自殺契約希望個案在自殺之前會先做連絡，以使他人可以及時提供協助外，在約定這段時間內，專業人員也要一方面了解個案的自殺想法、計畫與可能採取的方法，進而協助個案有效因應自殺衝動，減少接觸自殺工具的機會，降低個案即時的自殺危險性；另一方面也要協助個案逐步自我肯定了解事情是有轉機機會的，並找到生活目標，增加個案活下去的希望，以及建立個案的人際支援網絡。

Q35：在與個案簽訂「不自殺契約」時還要注意什麼？

A：不自殺契約主要是希望個案在自殺前，考慮與重要他人的約定，故不能自殺；因此，輔導人員與個案之間需建立一定的信任關係，不自殺契約才能有效發揮效果。此外，契約上需訂定明確的期限，不宜過長，以免個案覺得時間太長而無法保證，這部份可和個案討論，訂出他可遵守的期限。最後，契約上需清楚列出，當個案想自我傷害時，可以聯絡的資源。

Q36：若個案有自殺企圖但不願意簽署不自殺契約，這時該怎麼辦？

A：通常個案不願意簽，有可能是與輔導人員未建立信任關係，或擔心自己無法保證不自殺。這時候，我們可以先澄清個案的擔心，並強調簽訂不自殺契約主要是希望在他做最後決定之前，讓我們還有機會可以幫助他。

Q37：如何增加個案的自我監護？

A：教導對方如何記錄自殺想法(Suicidal Thought Record,STR)，藉著 STR 的紀錄幫助對方評估症狀的進展和改變，進一步瞭解自殺的歷程。

Q38：若要記錄自殺想法，要記錄哪些內容？

A：

STR 記錄內容	
促發事件(triggering events)	
自殺想法(suicidal thoughts)	
自殺想法強度(severity) (0-5)	
自殺想法持續多久(duration)	
感受(feelings)	
感受強度(severity) (0-5)	
感受持續多久(duration)	
行為反應(behavioral response)	
改變+/- (change)	

- 1.什麼事情引發自殺危機：盡可能詳述事件的內容。個案想死的理由為何？為何個案現在想死？日期、時間？誰在場？發生什麼事？
- 2.描述自殺的想法：個案想自殺時，對自己的看法？對別人的看法？對未來的看法或期待？
- 3.描述自殺想法的嚴重度：評估自殺的強度與嚴重度(0-5 分)
 - (1) 自殺想法持續多久？
 - (2) 描述當下的所有感受。
 - (3) 行為反應：個案對於事件與自殺的想法有什麼反應。
 - (4) 改變：個案在行為反應後想法或感受的改變：正向(+)或負向(-)。

Q39：什麼是正向行為活動計畫 (Positive Behavior Action Plan)？

A：正向行為活動計畫是在治療師或協助者與個案的討論過程中，協助個案規劃每日有助於提升個案愉悅感與成就感的活動計畫。藉著從事正向活動，增加個案的正向情緒，提昇成就感，幫助個案舒緩自殺意念。也就是說，個案可擬訂平時可以從事而可以有效減輕低落情緒的行為或活動，同時也可與治療師討論其他有用的方法。

Q40：誰來安排正向行為活動計畫該做什麼？

A：有效的行為計畫最好是能夠由治療師與個案共同討論，研擬出短期計畫。個案可根據過去的經驗找出有效舒緩情緒的活動來做安排，也可徵詢治療師的意見共同研擬適合的正向行為活動計畫。

Q41：正向行為活動計畫的內容主要是什麼？

A：計畫的內容主要是陳述當個案情緒不好或是有自殺意念的時候，他可以採取哪些行動或活動來有效抒解並解決會促使自殺行為發生的問題。為了能有效地藉由執行正向活動以達到改善心情和降低自殺行為出現機會之目的，正向活動計畫的內容必須要越清楚、越具體越好。活動的來源包括：回想過去有哪些可以讓個案感到心情愉快的活動，或過去遇到類似情況時成功解決的方法為何，或是參考其他人遇到類似情況時所常採取的問題解決方式等。

Q42：正向行為活動計畫的目的在哪裡？

A：正向行為活動計畫的目的在於幫助個案增加對負面情緒的忍受度。在個案情緒低落時，藉由從事該活動，可以協助個案度過急性的自殺危機並提高個案的生命價值。

Q43：正向行為活動計畫有哪些條件？

A：計畫要容易定義，並且要具體、詳細，同時在個案的能力範圍內可成功達成。治療師與個案最好能一同研擬出個案具體所要從事的活動、從事的時間、地點、時間長度等。如果個案需和其他人一同進行，可寫下對方的名字。

Q44：治療師該如何與個案討論出正向行為活動計畫？

A：

- 1.找出會減低個案社交隔離的方法。
- 2.增加能促使個案愉悅感或成就感增加的活動。
- 3.讓個案從事容易完成的活動。
- 4.透過日常運動來增加個案的活動量。
- 5.增加個案使用放鬆的策略或自我關照的行為。
- 6.與個案討論過去情緒低落時，能讓自己有效因應危機或低落心情的行為或活動。

Q45：正向活動計畫包含哪些策略？

A：正向行為活動計畫可以包含因應策略，例如自我關照行為(洗澡時，讓自己泡一個熱水澡)、規律的運動、放鬆練習、安排與他人的聚會及聯絡、參與團體活動等等。當個案渡過了他的急性自殺危機，治療師可以跟個案討論並擬定一些特定的問題解決方式。事實上，藉由討論正向活動計畫的設定，也提供想自殺的人學習如何有效處理或解決問題的機​​會和參考策略。當想自殺的人能有效處理所面臨的困擾時，就能提升其信心以及活下去的勇氣。

Q46：正向行為活動計畫就是要多元化地訂很多目標給個案？

A：這是錯誤的觀念。當然，一個人的改變並非一蹴可及，而是循序漸進的過程。心理師應該幫助個案選擇一些小目標，數量可以不用多，而且計畫必須被個案視為容易執行。為了要幫助個案有正向行為的動機，能快速且成功地達到目標對個案而言很重要。當個案完成一項計畫時，即可被視為是一個很好的進步。因此，一開始時要花費較多的力氣在討論和選擇一些適當的小目標開始做起，並且不斷地累積成功經驗和信心。可藉由提出問題來幫助個案有更多正向行為的動機，以協助他成功達到目標。在擬定目標時，心理師可問個案：

1. 在未來幾天倘若你可以執行「...(行為/活動)...」，你會將之視為一個進步嗎？
2. 你是否認為在未來幾天內，「...(行為/活動)...」是自己可實際執行的？

Q47：正向行為活動計畫要規劃多久的持續時間？

A：注意不要跟個案安排過多的正向行為活動計畫(需要考慮個案目前的功能及情緒狀態)。建議每次只規劃一至兩天的正向行為活動計畫，且避免時間過長的計畫。這不但可以讓個案在短時間內達成目標，並且個案也可以透過該計畫的實施過程增加自己的成就感。

Q48：如果個案不幸自殺身亡，是不是就可以結束輔導？

A：NO！過去的研究指出，在自殺者死後六個月之內，家屬最容易發生自殺意念與憂鬱的症狀；而對於其周遭的同儕來說，容易發生認同作用，模仿自殺行為。因此，對於自殺已完成者，除了協助家屬辦理後事，還要針對同儕(或同班同學)、老師及家屬提供情緒諮商，告訴自殺身亡者的周遭他人，面對

在意的人過世，傷心和難過是在所難免，甚至有的人還會生氣對方為何這樣做，但這些都是正常、自然的身心反應。因此，事發後也需針對整個校園提供正確訊息與憂鬱自傷防治觀念。

Q49：對自殺者的家屬可以做些什麼？

A：有幾個處理的重點：

- 1.在親人自殺後二十四小時內立即進行哀傷輔導，提供家屬一個支持和宣洩的對象和機會。
- 2.協助處理喪禮與瑣事，適度地給予同理和情緒的接納，並進行哀傷的心理復健。
- 3.持續追蹤一年，幫助他們參加支持團體，接受心理專業人員協助，以處理面對親人過世所引發的罪惡感、羞恥感及孤獨感。

Q50：對自殺者的同儕可以做些什麼？

A：有幾個處理的重點如下：

- 1.同樣地，在二十四小時內對學生進行減壓團體，幫助學生瞭解和同理面對同儕自殺身亡事件的震撼。
- 2.適當讓學生表達負向情緒，減低同儕間對無法挽回對方生命所產生的罪惡感、憤怒感、孤獨感，鼓勵同儕發展出正面意義的想法，在過程中需注意否認或抗拒者、高危險群，並篩選出需進一步諮商的高危險群—例如觸發過去類似經驗、難以表達情緒...者。
- 3.提供問題解決模式及求助相關資源。

Q51：什麼是哀傷輔導？

A：哀傷輔導通常是幫助自殺身亡者周遭的人宣洩哀傷情緒，以及處理因自殺者身亡而產生的罪惡感、羞恥感、孤獨感，進而接納同儕死亡的事實，並重新找到生命的意義。通常周遭的人對於自殺事件會有以下反應：

1. 為什麼他會選擇去自殺？
2. 早知道他會自殺，如果我當時可以多做一點就好了？

3. 我的反應正常嗎？我會難過多久？難過要如何解決？

Q52：如何協助家屬親友「早知道他會自殺，如果當時可以多做一點就好了」的罪惡感？

A：事實上，沒有人可以完全預防一個人的自殺。因此自殺事件後，自殺者親友需面對的事情並非是找出自殺者生前可以避免自殺的線索，而是需要學習接受失落的事實與經驗悲傷的痛苦；學會與逝世者告別，並以正向的態度面對新的生活。

Q53：如何評估哀傷反應？會難過多久？要如何協助自殺者的親友？

A：面對親友自殺死亡的最初反應是震驚與不能接受死亡的訊息，這種震驚與不能接受的感覺可能持續數天到數週，但這種感覺並不是不好的，它是心理自我保護的機轉，可以讓我們不至於被此事件擊倒。因此，可讓自殺者親友瞭解哀傷反應是正常的，並協助自殺者親友表達哀傷。哀傷反應可能以情感、行為、認知或生理的形式出現。在情感方面主要可能有悲傷、憤怒、罪惡感、焦慮與憂鬱等；認知方面會有否認、困惑；行為方面則有焦躁不安、注意力不集中、退縮與哭泣；生理部分則可能出現失眠、呼吸系統與腸胃系統的問題。這些反應都是正常的，也需要時間來調適。若以上症狀隨時間並沒有減低，且影響到日常生活的功能，此時，可建議自殺者親友尋求專業協助。

Q54：哀傷輔導要怎麼進行？

A：哀傷輔導可以透過受過專業訓練的臨床心理師、諮商心理師、精神科醫師或學校輔導室的輔導老師等人員進行。進行的過程可以是個別性或團體性，視情況而定；哀傷輔導的過程會運用一些心理學與諮商輔導的技巧協助參與者在一段時間內走出哀傷。Worden(1991)提出哀傷有其四個階段的任務，即為：(1)接受失落的真實性；(2)經驗悲傷的痛苦；(3)重新適應一個逝者不存在的新環境；(4)將情緒從已逝者身上轉移到生活上。因此，哀傷輔導的四個目標為：

- 1.協助參與者面對失落。
- 2.協助參與者處理已表達的或潛在的情感。
- 3.協助參與者克服失落後再度適應正常生活的障礙。

- 4.以正向的方式鼓勵參與者向逝者告別，並坦然地重新將情感投注在新的關係裡。

Q55：針對自殺身亡事件的處理，還要做些什麼？

A：

- 1.首先篩選出相關人員進行減壓團體，可分為學生、教師、處理此事件的行政人員等組別，並從中篩選出需要進一步諮商的高危險群。
- 2.將自殺身亡者的導師列入關注輔導的對象之一，並適度提供導師對於自殺預防的輔導觀念及知能。
- 3.針對整個校園，以公開信的方式澄清自殺的迷思，並再提供正確的自殺防治觀念，以及討論如何面對生活中的壓力事件與如何因應憂鬱情緒的方法。
- 4.設置發言人，公開說明自殺事件並接觸媒體，以避免自殺事件被過度渲染或錯誤報導。
- 5.與教職員工生公開討論並提供校內外的求助管道與專線。
- 6.以學校名義撰寫給家長的信件，信件內容包含事件的簡要事實描述、學校的處理措施、學校引進的相關資源及分工、遇到此事件孩子可能有的反應並正常化此反應、家長如何協助孩子度過此階段、若家長有相關問題可以詢問的人員與電話等。（範本可參考教育部編印的校園自我傷害防治處理手冊）

Q56：是不是在自殺危機過後，就代表以後都沒事了？

A:NO！當個體下次遇到類似或更大的生活壓力或事件並感到無法解決的時候，有很大的機會可能再次發生自殺的行為，因此在自殺危機度過後，需要專業人員的介入處理，以防自殺危機的再度發生，並協助其解決問題。

Q57：是不是在自殺危機過後，就可以不用再繼續處理了？

A:NO！因為自殺危機可能會再次的發生，因此在自殺危機度過後，需要專業人員的介入處理，以防自殺危機的再度發生，並協助其解決問題。

Q58：在自殺危機過後，親友可以做些什麼？

A：學校輔導人員可以鼓勵親友，除了關心個案之外，也鼓勵他將問題與想法說出來，並給予必要的協助。此外，更要鼓勵個案尋求專業人員的協助與治療。

Q59：在自殺危機過後，要繼續給予個案什麼樣的協助？

A：在自殺危機過後，專業人員應視個案的狀況繼續規劃短、中、長期的心理治療計畫，協助初步解決問題、穩定情緒、增進壓力及情緒管理技巧，也應協助發展更具成熟性的問題解決能力、人際社交技巧，以及協助人格的成長。

Q60：什麼是短、中、長期的心理諮商與治療計畫？

A：所謂的短、中、長期的心理治療計畫，是以治療時間的長短和治療目標作區分。

Q61：短、中、長期的心理諮商與治療計畫各需要多長的治療時間？

A：依治療師所採用的治療方式有所差異，但大致上，短期的心理治療約需一至三個月，中期的心理治療約需三到六個月，長期的心理治療約需六至十二個月以上。

Q62：為什麼在自殺危機處理後，還需要發展短、中、長期的心理諮商與治療計畫？

A：由於自殺被個案認為是用來解決問題的方法之一，故當個案遇到壓力事件時，自殺危機就更容易發生，因此在自殺危機過後，適當的介入治療除了可以固定的評估自殺危機外，更可以協助個案發展更適宜的問題解決、壓力因應、人際社交技巧，甚至是長期的人格成熟，以避免個案再度自殺。

Q63：短期的心理諮商與治療的目標有哪些？

A：

- 1.協助個案穩定情緒及緩解症狀。
- 2.協助個案重建人際關係技巧。

Q64：協助個案穩定情緒及緩解症狀指的是什麼？

A：因為自殺個案通常會有許多負面情緒，如憂鬱、無望感、憤怒等等，在短期治療中，治療師會先協助個案減緩憂鬱症狀、減少其自殺的意念及行為，以及緩解其敵意、怒氣或無望感。有些想自殺的人甚至會有借酒澆愁的情況，因此消除個案的酗酒或自傷行為也是穩定情緒和減緩症狀的重要方向。

Q65：什麼是人際關係技巧重建？其目標為何？

A：由於許多自殺個案的人際互動技巧較不足，導致人際關係較疏離，人際互動較少，因此治療師會帶領個案進行人際技巧的訓練，包括先增強其自我監控、情緒調節、壓力忍受力及怒氣管理的能力。

Q66：在短期的心理諮商與治療中要做些什麼？

A：

- 1.危機評估。
- 2.將治療具體化，且訂立初步的治療目標並讓個案瞭解。
- 3.透過實施心理測驗、會談以及必要的會診，更深入蒐集資料。
- 4.讓個案同意接受治療，並建立初步的治療關係。
- 5.透過會談，協助個案穩定情緒，降低與解除自殺危機。

Q67：「危機評估」要做些什麼？

A：

- 1.釐清個案的自殺史。
- 2.釐清目前的危機種類及嚴重程度。
- 3.與家人晤談，獲得其他的相關資訊。

Q68：如何訂立初步的心理諮商與治療目標？

A：

- 1.評估目前各方面（危機處理、人際關係技巧、人格發展）的程度及建立初步的治療計畫。

- 2.勾勒出個案的自殺行為模式，此部分可幫助治療者向個案說明、解釋自殺的成因及治療的方式。

Q69：在何種狀況下，個案還需要進行自殺的中期心理諮商與治療呢？

A：

- 1.個案目前的自殺危機已經減輕或解除。
- 2.在生活適應上仍然可看出其能力的不足，而使個案可能再一次出現自殺的危機。
- 3.適應能力包括：問題解決與因應技巧、情緒調節與憤怒管理、自我監控能力...等。
- 4.透過專業的評估與討論，判斷是否需要繼續進行後續的治療活動，以及治療預計進行的目標及方式為何...等。

Q70：自殺的中期心理諮商與治療的目標為何？

A：增加個案的生活適應能力與自我強度。

Q71：自殺的中期心理諮商與治療如何進行？

A：

- 1.再一次重新評估個案：瞭解其目前的問題解決、情緒調節、自我監控、壓力忍耐力、人際自信、怒氣管理等方面的適應能力水準。
- 2.與個案討論評估後的結果與治療的建議：發展階段性的目標，漸進式的培養與發展個案上述的技巧，以改善個案的生活功能。
- 3.治療過程中，對個案持續進行自殺危險性的評估。

Q72：何種情況下還需要再進行自殺的長期心理諮商與治療？

A：透過與個案的互動過程中，發現其有以下的情況時需要再進行長期諮商或治療：

- 1.個案有長期的、自我意象的混亂，如：角色定位困難。
- 2.在過去的生命歷程中有過創傷的經驗，如：虐待、遺棄、重大失落...。

3.和朋友、家人間的人際互動困難，如：建立親密關係的困難、家庭衝突...等

4.對未來人生的方向感到茫然。

Q73：自殺的長期心理諮商與治療的目標為何？

A：提升個案的正面印象及增進其人際互動的能力，包括：拓展自尊及自我效能、從創傷或挫折中體認意義與成長，以及改善家庭中的衝突情形。

1.改善個案扭曲的自我印象和自尊，如針對持續的自我嫌惡、感到罪惡與羞恥感、憎恨、不適當的無能感等，進行深入性的探討。

2.透過對個案發展過程中創傷事件與潛在核心議題的瞭解、討論，幫助個案解決內在的衝突與焦慮感受。

3.善用中期治療中所建立的技巧，靈活運用在生活情境中，以改善個案和家人、朋友間不良的互動方式，並促進人際關係品質。

4.協助個案人格重新發展。

Q74：協助個案人格的重新發展。指的是什麼？目標是什麼？

A：治療師會先幫助個案從目前一再重複發生的自殺危機中逐漸穩定下來，接著處理個案較不客觀、不合理或和現實的自我看法，像是認為他人是拒絕且遺棄自己的，以及針對兒時可能所遭受的嚴重挫折如父母不當對待，進行重新檢視與再詮釋，漸漸引導個案了解偏差的行為模組及可能的改變，最後改變其不適應的人格特質。

Q75：自殺的長期心理諮商與治療要做哪些？

A：把自殺危機的出現視為促進個體成長或改變、重建或改造個案特殊人格特質的轉機。

1.生活適應技巧的類化：將治療中期所學之技巧，有計畫或無計畫的廣泛練習應用在各種情況之下，如家中、工作場合、不同的人際關係情境。

2.透過技巧類化的練習，讓個案得以經驗到一些改變，並有機會讓適應功能全面提升，以達成人格的發展與改變。

Q76：在心理諮商與治療過程中處理有自殺危險的個案時，應該要注意些什麼？

A：

- 1.在處理有自殺危機的個案時，若只將目標放在危機解決階段，認為危機解除就等於治療結束，可能會使某些個案走進自殺的旋轉門中，而一再的出現自殺行為的發生。
- 2.給予個案及時的支持性介入是必要的，但須小心可能會導致個案為了獲得心理諮商與治療者或家人、朋友的注意，反而增加其自殺行為；或成為個案逃避問題、驗證扭曲想法的一種不良習慣反應。
- 3.在治療過程中，讓個案學會對自己的行為負責，練習對自我的危機做處理，主動的在不同的情境下練習新的適應技巧，都是增進個案問題解決與自我信心的正向經驗。
- 4.持續不斷地進行自殺個案的危機評估，不但可以協助我們瞭解其狀況，更可以讓個案察覺自己的改變，進而促進其治療的動機與對未來的希望感。
- 5.在治療過程中，家庭、親朋好友或是學校導師都可以提供個案支持、理解和鼓勵，並透過時時照顧、保護與監督來協助個案康復。首先應學著正確的辨識症狀與行為反應，包括個案可能賴床、退縮、逃避等反應；應盡量參與治療，並與醫師或心理師保持密切聯繫，隨時提供協助，同時並得到醫師或心理師的專業協助，度過因個案自殺所帶來的心理衝擊；應嘗試營造一個保護性環境來照顧個案，協助個案正向成長與康復，如導師在班級氣氛經營上可以更開放、積極，同時並兼顧到保護與監督個案的功能；應進一步了解住院與非自願性的強制治療真正的用意在於保護個案與保護家屬，倘若個案有自我傷害或傷害他人之虞，皆應及時與醫師或心理師取得聯繫；應建立起個案自己的社會支持系統，因為家屬往往是第一線承受個案的情緒與阻抗行為，帶來的衝擊與壓力可想而知，所以取得適當的個人支持系統很重要。個案外在環境的改變往往也是個案改變內在特質的契機，因此家屬或身邊的親朋好友的角色更形重要。

第五節 政策澄清

Q77：教育部出怪招，函發量表與不自殺契約要求老師與學生填寫嗎？

A：

1.本部並未發函各縣市，發下評量表，要求老師填寫：

本部並未函發柯氏憂鬱量表、心情指數檢測表、不自殺約定書，僅於最近發函通知各縣市，告知本部委託「中國輔導學會」增修的「校園自我傷害防治處理手冊」，已經上網，請宣導與運用。此手冊是結合理論與實務編彙的實務工作手冊之一，內含介紹自我傷害校園三級預防模式，以及可以運用之資源，如工具與流程，而手冊中明確說明「鼓勵各校循著自己的校園文化與特色，來增修並建構專屬於自己學校的『校園自我傷害防治手冊』之操作步驟與流程」。

2.自我傷害防治處理手冊之量表與技巧僅供參考，而非強迫使用：

為增加輔導教師對自殺危險性高學生的辨識能力，該手冊介紹輔導老師可以用觀察、評估學生自我傷害或自殺危險程度的教師觀察用量表，以及為增進輔導教師輔導高自殺危險性學生時的危機處理技巧，該手冊也介紹運用「不自殺契約」技巧的例子。但亦已清楚說明，該手冊中所提供檢核表、流程圖等，主要是提供參考，並建議各校可先行演練操作，將之修訂為各校可用者。本部並未規定各校將此些量表或不自殺契約書給每位教師或學生填寫。教師可做為初步參考，具體自殺防治應以個案狀況需要分三級作積極評估與介入。

3.本部亦未發給各校「不自殺約定書」，要求或規定學生簽：

所謂「不自殺約定書」並不是量表，而是自殺危機處理的一種專業技巧，本部放置於網頁的資源手冊中，僅做為學校輔導教師專業諮商技巧運用之參考，並藉此強化輔導教師專業素養，也提醒輔導老師危機處理的步驟需加入共同尊重生命、愛惜生命的允諾。

4.教育部所推動「校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫」甚為完整，竟遭媒體扭曲：

本計畫對於國內憂鬱與自殺之成因與策略先加以分析，再提出跨中央部會、教育部、各縣市教育局、各級學校共同合作推動之三級預防策略與工作項目。其中，包括透過研發、人才培訓、課程教學、教材與輔導工作實務手冊之編修、學校內一、二、三級預防工作模式之建立、社會宣導、與醫療資源之整合以及獎勵與考評等多元方案，以期能達到強化學生生命與情緒教育，使學生愛自己、愛別人，活得幸福健康的一級預防目標；也強化高關懷群介入方案，找出有自殺困擾的同學，及時關懷與協助，以達到二級預防目標；更進一步，本部亦積極推動三級的防治，殷切希望老師具備相關理念，協助學校建立危機處理機制，以協助要自殺、自殺未遂或自殺事

件發生時之校園危機應變機制與資源。如此，全面性三級防治工作之推動與自殺人數已逐步下降的成效，扭曲報導本部只發下量表與不自殺契約書叫教師與學生填寫；對於部份媒體之不當與錯誤報導，深感遺憾。

Q78：教育部要求各校對大一學生進行精神科診斷嗎？

A：

- 1.本部並未要求大一新生接受「精神科篩檢」，亦未函發精神科診斷量表要求各校師生填寫。
- 2.本部補助學校實施「教育部推動校園學生憂鬱與自我傷害三級預防工作計畫(生命互愛-愛自己·愛別人)」計畫內容涵蓋三級預防，並未偏重精神醫療：本部係透過訓輔經費與特色主題經費補助方式鼓勵各大專校院提出符合學校特色的計畫，經專家學者審查通過後，補助學校經費加以實施。包括一級預防：推動校園生命教育、壓力調適及各種心理健康促進活動（如正向思考、衝突管理、情緒管理以及壓力與危機管理）、二級預防：憂鬱自殺高危險群之及早篩檢追蹤，以及三級預防：建置自殺事件發生後之危機處理機制。
- 3.本部雖鼓勵各大專校院發展與實施符合各校特色之高關懷群早期篩檢與早期介入計畫，但計畫之實施須符合專業法律與倫理，在尊重學生的自主與考慮不傷害生命的原則下，強調保密隱私、以及不標籤化與污名化之下進行。實施過程包括六階段：
 - (1) 說明：說明篩檢目的與保障篩檢結果的保密性。
 - (2) 取得同意：在學生（家長）同意下進行篩檢，非強迫性。
 - (3) 解釋結果：對篩檢結果的解釋要謹慎與專業，不可隨便給學生貼上精神疾病或任何不好的標籤；並要積極透過教育與適當輔導，讓學生學會覺察、接受、處理及放下憂鬱情緒。
 - (4) 保密：各校諮商輔導人員依據「心理師法」規定，心理師對於因業務而知悉或持有個案當事人之秘密，不得無故洩漏。
 - (5) 主動關懷：主動提供高關懷群必要的關懷協助及需要的諮商輔導。
 - (6) 必要的轉介：當知悉學生有疑似精神病、有明顯的自傷或傷人之虞時，需進行危機處置與必要的轉介與協助就醫。

- 4.本部所推動計畫內容並未強迫或鼓勵學生服用精神藥物：本部鼓勵學校建立自殺之校園危機事件的應變機制與流程，自殺危機事件發生後，學校給予學生最及時的輔導諮商，預防學生再自殺或其他同學受到影響；必要時，依「精神衛生法」規範，協助學生就醫。

附錄：國內自殺防治的資源

自殺防治緊急聯絡電話

24 小時直撥專線

單位	電話	口訣
各縣市生命線	1995	要救救我
各縣市張老師	1980	依舊幫你
自殺防治安心專線	0800-788-995	請幫幫、救救我
緊急醫療救護專線	119	

各地區精神醫療責任醫院

縣市別	醫院名稱	聯絡電話
宜蘭縣	羅東博愛醫院	03-9543131 分機 112、113

基隆市	1. 基隆醫院 2. 基隆長庚醫院	1. 02-2429-2525 分機 1100 2. 02-24313131 分機 2267
台北市	1. 市立聯合醫院松德院區 2. 國軍北投醫院	1. 02-2726-3141 分機 1266 2. 02-28914540 (日) 02-28957633 (夜)
台北縣	行政院衛生署八里療養院	02-26101660 分機 2000
桃園縣	行政院衛生署桃園療養院	03-369-8553 分機 3112
新竹縣	湖口仁慈醫院	03-5993500 分機 2190、6327
新竹市	1. 行政院衛生署新竹醫院 2. 國軍新竹醫院	1. 035-326151 分機 4213 2. 035-348181 分機 3231、3279
苗栗縣	1. 財團法人為恭紀念醫院 2. 行政院衛生署苗栗醫院	1. 037-685569 分機 500 2. 037-261920 分機 1104
台中市	台中榮總	04-23592525 分機 3610
台中縣	國軍台中總醫院	04-23934191 分機 525350
彰化縣	1. 財團法人彰化基督教醫院 2. 秀傳紀念醫院 3. 彰化醫院	1. 04-7238595 分機 5191 2. 04-7256166 分機 81997 3. 04-8298686 分機 1210
南投縣	行政院衛生署草屯療養院	049-2550800 分機 3911
雲林縣	台大醫院雲林分院	05-5323911 分機 2312、2313
嘉義縣	慈濟醫院大林分院	05-2648000 分機 5839
嘉義市	嘉義榮民醫院	05-2359630 分機 5668
台南縣	行政院衛生署嘉南療養院	06-2795019 分機 111、110
台南市	國立成功大學醫學院附設醫院	06-2353535 分機 2220
高雄縣	高雄仁愛之家附設慈惠醫院	07-7030315 分機 138、202
高雄市	高雄市立凱旋醫院	07-7136959 07-7513171 分機 2162、2188
屏東縣	屏安醫院	08-7211777 分機 201
台東縣	1. 行政院衛生署臺東醫院 2. 馬偕紀念醫院台東分院	1. 089-324112 分機 230 2. 089-310150 分機 333
花蓮縣	1. 國軍花蓮總醫院 2. 玉里榮民醫院	1. 03-8263151 分機 12 2. 03-8883141 分機 307
澎湖縣	行政院衛生署澎湖醫院	06-9261151 分機 300
金門縣	行政院衛生署金門醫院	082-332546 分機 1801
連江縣	連江縣立醫院	0836-23991~8 分機 601

各地區生命線

單位	電話	單位	電話	單位	電話
基隆市生命線	02-24653535	彰化縣生命線	04-7249595	屏東縣生命線	08-7369595
臺北縣生命線	02-89669955	雲林縣生命線	05-5329595	花蓮縣生命線	03-8339595
臺北市生命線	02-25059595	嘉義縣生命線	05-2267995	宜蘭縣生命線	03-9329595
新竹縣生命線	03-5969595	嘉義市生命線	05-2349595	苗栗縣生命線	03-7329595
新竹市生命線	03-5249595	台南縣生命線	06-6329595	桃園縣生命線	03-3019595
南投縣生命線	049-2239595	台南市生命線	06-2209595	台東縣生命線	089-339595
台中縣生命線	04-25269595	高雄縣生命線	07-6259955	澎湖縣生命線	06-9266837
台中市生命線	04-23269595	高雄市生命線	07-2319595		

各地區張老師

單位	電話	單位	電話	單位	電話
基隆「張老師」	(02) 24336180	中壢「張老師」	(03) 4911666	嘉義「張老師」	(05) 2756180
臺北「張老師」	(02) 27166180	新竹「張老師」	(03) 5356180	台南「張老師」	(06) 2366180
三重「張老師」	(02) 29896180	台中「張老師」	(04) 22066180	高雄「張老師」	(07) 3306180
桃園「張老師」	(03) 3316180	彰化「張老師」	(04) 7226180	宜蘭「張老師」	(03) 9366180

各社區心理衛生中心

地址	電話
衛生署自殺防治中心	(02) 2555-0500
台北市社區心理衛生中心	(02) 33936779
高雄市社區心理衛生中心	(07) 3874649
宜蘭縣社區心理衛生中心	(03) 9329595
基隆市社區心理衛生中心	(02) 24300195
臺北縣社區心理衛生中心	(02) 22577155 #1032
桃園縣社區心理衛生中心	(03) 3325880
新竹縣社區心理衛生中心	(03) 5240019
新竹市社區心理衛生中心	(03) 6567138
苗栗縣社區心理衛生中心	(03) 7277605
台中縣社區心理衛生中心	(04) 25279075
台中市社區心理衛生中心	(04) 23801600
南投縣社區心理衛生中心	(049) 2300190
彰化縣社區心理衛生中心	(04) 7135928
雲林縣社區心理衛生中心	(05) 5370885
嘉義市社區心理衛生中心	(05) 2338066#318
嘉義縣社區心理衛生中心	(05) 3620603
台南市社區心理衛生中心	(06) 3352982

地址	電話
台南縣社區心理衛生中心	(06) 6377232
高雄縣社區心理衛生中心	(07) 7331038
屏東縣社區心理衛生中心	(08) 7370123
花蓮縣社區心理衛生中心	(03) 8233251
台東縣社區心理衛生中心	(08) 9340800
澎湖縣社區心理衛生中心	(06) 9275932
金門縣社區心理衛生中心	(082) 337885
連江縣社區心理衛生中心	(083) 622095#103

其他自殺防治諮詢機構

地址	電話
馬偕協談中心平安線	(02) 25310505 (02) 25318595 (02) 25718427
馬偕自殺防治中心	(02) 25433535#3683
宇宙光輔導中心	(02) 23627278
台北市觀音線心理協談專線	(02) 27687733
台中觀音線心理協談中心	(04) 22339958

參考文獻資料

- 孔繁鐘、孔繁錦（1996）。DSM-IV 精神疾病診斷手冊。台北市：合記。
- 柯慧貞（2002）。憂鬱症的認知心理治療—理論與技巧。學生輔導，80，68-75。
- 謝碧玲（2002）。憂鬱症的人際關係心理治療—理論與技巧。學生輔導，80，76-83。
- 柯慧貞、洪友雯、方格正、劉穎樺、陳仲鉉、劉怡汝（2002）。校園自殺的防制：三級預防模式。學生輔導，80，96-111。
- 教育部「校園自我傷害防治手冊」（2004）。教育部全球資訊網。摘自
www.edu.tw/EDU_WEB/EDU_MGT/DISPL/EDU3748001/snow0116-1.doc
- Worden, J. W. (1991). *Grief Counseling & Grief Therapy*. N.Y.: Springer Pub. Com.
[李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯（1995）。悲傷輔導與悲傷治療。台北：心理。]
- Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (2001). *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. N.Y.: Guilford Pub. Inc.