



自殺防治網通訊

社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心 發行

本期內容

1、卷頭語	1	◆ 畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治	48
◆ 疫後自殺防治全面啟動	1	◆ Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文	48
2、主題文章	2	◆ 新聞媒體自殺事件報導結果與分享	50
◆ 青少年非自殺性自傷的研究新進展：	2	◆ 網站教唆自殺訊息之監測與處置	50
文獻回顧		◆ 新版「心情溫度計 APP 3.0」簡介	51
◆ 邊緣性人格障礙的自殺風險和處置	19	◆ 自殺防治人力專區之修課現況	53
◆ COVID-19 疫情如何影響自殺風險？	28	6、經驗分享	54
◆ 由心理衛生第一線人員看精神衛生法修法	30	◆ 縣市衛生局自殺防治工作成果	54
3、新視野	32	7、交流園地	60
◆ 自殺防治研究論文摘要	32	◆ 校園重度憂鬱症與自殺青少年之處置要點分析：	
4、統計解析	47	個案照護經驗分享	60
◆ 2022 年 1-12 月通報個案特性分析	47	編後語	63
◆ 2022 年 1-12 月媒體監測	47	◆ 學會公告	63
5、工作要覽	48		

疫後自殺防治全面啟動

李明濱

社團法人台灣自殺防治學會理事長
暨全國自殺防治中心主任

青少年自殺已是全球共同的重要議題，也是多年來台灣政府跨部會共同關注的主題；青少年自殺防治已成焦點，但其防治不只涉及校園、職場、軍人、家庭、網路等場域，更與社會、經濟、安全與福利措施等層面息息相關。疫情期間台灣的自殺率雖持平，但青少年與老年族群仍微升；疫情後，佔自殺案件 63% 的中壯年族群亦不容忽略，全國防治仍需強調全面啟動、網網相連，面面俱到。

《自殺防治網通訊》一直是全國自殺防治中心推廣自殺防治教育的重要媒介，期能促進網絡同仁及民眾對於自殺防治的積極參與經驗分享。今年 (2023) 疫情已逐漸趨緩，國人從原本緊張的氣氛，漸漸地嘗試新活動，進入「後疫情時代」。面對後疫情時代，最重要的是後續對於社區、社會、家庭等場所的網絡串聯與溝通。本期通訊特別提到 COVID-19 疫情對自殺風險以及整體社會所帶來的諸多影響，包含「感染病毒的威脅」、「為避免疫情爆發而採取的感控措施」、以及「經濟衝擊」，這些衝擊都會影響自殺事件的發生。我們亟需強化個人對自我心理健康的覺察與因應，除落實以個人為中心的服務思維，更要強調以家庭為單位、社區為範疇的全面性、整合性、與連續性的心理衛生服務。

大眾宣導一向是自殺防治的重要一環，有鑑於網路資訊傳播盛行，本中心除持續經營

「珍愛生命打氣網」臉書專頁，為網路世界注入正向關懷訊息，讓人人都能透過臉書專頁，吸取自殺防治知識；透過教唆自殺網站監測與檢舉，預防自殺之仿效作用；今年中心更優化了心情溫度計 APP 功能，更新版本為 3.0，讓民眾能更輕易且簡便地測量心情憂鬱與焦慮程度，及早發現問題，並適時轉介接受治療。

「全國自殺防治中心計畫」已邁入第 19 年；今年度計畫於 2 月下旬才完成議價並決標，經費也逐年遞減。但中心仍堅守自殺防治法明定的任務，今年度工作內容與目標仍以精進全面性 (universal)、選擇性 (selective) 與指標性 (indicated) 三大防治策略為主軸，除了配合「自殺防治法」之施行，拓展並精進自殺防治措施外，更包含分析 COVID-19 疫情對心理健康及自殺議題之影響、依據「111 年中華民國（臺灣）兒童權利公約首次國家報告國際審查結論性意見」提供兒童及少年自殺防治行動方案、編製「111 年度自殺防治年報」，辦理「自殺防治業務互動式輔導訪查」及「自殺防治工作坊」、召開「新聞媒體聯繫會議」、配合最新政策修訂自殺防治系列手冊、辦理第一線專業人員自殺防治守門人訓練、召開「112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議」研訂培訓自殺防治種子教師之教育訓練措施及機制等，期望使自殺防治策略更臻完善。

期望透過自殺防治法的通過與實施，在疫後持續經由各種管道，促進各專業社群成員的積極參與，共同推動「全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限」的理念，落實人人都是自殺防治守門人的理想目標。

青少年非自殺性自傷的研究新進展： 文獻回顧

林立寧

行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院精神科
國立台北大學通識教育中心

李明濱

社團法人台灣自殺防治學會理事長

暨全國自殺防治中心主任

國立台灣大學附設醫院精神科

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院精神科

前言

非自殺性自傷（Non-suicidal Self-injury, NSSI）與自殺行為的關係非常密切 [1]，因此在了解和規劃自殺防治時不應被低估。非自殺性自殺的定義為：直接的、蓄意的、社會上或文化上不可接受的、沒有自殺意圖的自我傷害身體組織 [2-4]。第五版精神疾病診斷準則手冊（DSM-5）定義非自殺性自殺的頻率標準為「在過去 12 個月內，有超過五天的行為 [5]，不過在統計死亡率和疾病發生率的國際疾病分類系統中則沒有定義行為的頻率 [6]。非自殺性自傷除了在醫療和精神健康的重要性之外，在司法相關領域也有討論空間 [7]。

由於已有愈來愈多的研究關注青少年非自殺性自傷 [8]，所以有必要整合實證資料，提供給在這個瞬息萬變時代中的青少年和他們的家人、教育工作者、兒童青少年精神科醫師和心理師、社會工作者、兒童青少年福利工作者等專業人士，作為參考依據。本文將總結近期青少年非自殺性自傷的流行病學、風險因素和可能的原因、評估原則、以及介入措施。

流行病學

校正了方法學上的干擾因素之後，西元 2000 年之前的文獻中，非自殺性自傷的盛行率並沒有因為時點或地區不同而有所不同 [9]。

Cipriano 等人 [10] 的系統性文獻回顧顯示，社區中青少年非自殺性自傷的比例為 7.5–46.5%。值得一提的是瑞典社區的研究：在調查的過去一年當中，有 35.6% 的 15 至 17 歲青少年，至少有過一次非自殺性自傷的行為，其中有 2-5 次、6-10 次、和超過 11 次的比例，分別是 14.2%、30.8%、13.8% 和 41.2% [11]。近來獨立進行的系統性回顧則顯示，社區中非自殺性自傷的比例約在 16% 至 18% 之間 [9,12]。從診斷分類標準來看，社區青少年符合非自殺性自傷疾患診斷的盛行率約介於 1.5% 到 6.7% 之間 [11,13,14]，統合分析的估計結果則顯示 12 歲至 18 歲青少年符合診斷的終生盛行率約為 16.9%（95% 信賴區間為 15.1% 至 18.9% [15]）。在青少年精神醫學臨床情境中，不論有無其他精神病診斷的情況，符合非自殺性自傷的診斷率則高達了 60.0% [16,17,18]。可能併存的精神疾患包括了情感疾患、焦慮疾患、物質使用疾患、創傷後壓力疾患 (PTSD)、和人格疾患等。

從發展的角度來看，Gillies 等人 [15] 指出首次自傷的平均年齡為 13 歲。Plener 等人 [8] 提供的證據表明，非自殺性自傷的比例，會隨著年齡增加而穩定上升，在 15-16 歲左右達到高峰，約 18 歲左右下降。重複性非自殺性自傷的特徵與此類似 [7]。不過要提醒的是：每個特定青少年首次非自殺性自傷的年齡和發展過程，仍是獨特且因人而異的 [19]。

雖然非自殺性自傷行為可能在青春期末期或成年早期停止，且在將來的生活中未必會有重大問題 [20]，但有重複性非自殺性自傷行為的青少年，即使在停止非自殺性自傷之後，仍有較高的情緒失調 [20] 和藥物濫用 [21] 的可能性。此外，青少年時期的非自殺性自傷也可能意味著將來會有邊緣型人格疾患 [22]、自殺意念 [23]，以及自殺企圖 [24, 25]。關於自傷的部位，文獻提及：非自殺性自傷的部位若在手臂和手腕以外的身體部位，自殺的風險比較高 [26]。

風險因素、保護因素、和病理因素

Fox 等人 [27] 的統合分析結果顯示，非自殺性自傷的既往史（勝算比為 5.95）、B 群人格（勝算比為 5.93）和無望感（勝算比為 3.08）的預測效果最強；其他具有統計學意義的風險因素，還包含生理女性、雙親的精神病理特質、家庭功能和結構、虐待、曾接觸同儕非自殺性自傷、過往的自殺想法或行為、一般精神病理特質、憂鬱或內化症狀、飲食疾患、情感失調、衝動、預期將進行未來非自殺性自傷、和外化症狀。縱貫性研究的路徑分析結果顯示：青少年在 COVID-19 疫情前，若內化症狀較為嚴重、或是對於自我效能的情緒調節較差，將更容易受到 COVID-19 相關壓力的影響，而增加非自殺性自傷的風險 [28]。

人口學因素

如前所述，初次非自殺性自傷的年齡常見於青春期早期到中期，隨著年齡的增長而增加，多停止於青春期晚期或青年期。至於生理性別與非自殺性自傷盛行率間的關係，統合分析和美國國家調查的結果顯示，青春期非自殺性自傷在青少年當中較為常見（女男的勝算比約為 1.5 到 2 之間）[15, 29, 30]，然而也有研究指出沒有明顯的性別差異 [31-34]。這些不一致性要考慮幾個可能性，如：（1）青少年比較傾向於陳述自己有過傷害；（2）青少年在自我傷害後，較傾向於尋求協助；（3）不同的自我傷害方式，使得青少年較容易被發現有自傷行為（例如青少年的手臂上有割傷傷口），或使得青少年的自傷較難被發現（例如青少年捶打牆壁後沒有開放性傷口）；以及（4）研究人員設計研究時，已有先入為主的觀念，使得研究結論與假設趨於一致 [35]。關於性別與非自殺性自傷方法之間的關係，11 個歐洲國家代表性樣本的數據顯示，青少年和青少年最常用的方法分別是切割和撞牆 [36]；此外，青少年的自我傷害可能更為持久和強烈 [33,37]；這些資料暗示著青少年生理性別與非自殺性自傷行為之間的複雜性。

心理因素

個人心理層面

非自殺性自傷的個人心理風險因素包括低自尊、自我嫌惡、自我批評、消極的自我形象、完美主義、和非理性的內疚或羞恥感 [38-40]。這些感覺可能會使得建立治療性關係和進一步介入更加困難 [35]。對於個人的心理功能分析（functional analysis），將有助於根據事件發生前的情境和事件發生後的狀況，將非自殺性自傷行為概念化 [41]，提供介入的資訊。Klonsky[42] 回顧了關於非自殺性自傷功能的實證研究，歸納出七種功能：情感調節模式、自我懲罰模式、反解離模式、反自殺模式、人際影響模式、人際界限模式、和尋求感覺模式。

最為人熟知的架構是 Nock 和 Prinstein[43] 提出的功能模型，將非自殺性自傷分成四個主要類別（四功能模式）。此模式主要是根據兩個獨立的二分向度，來理解非自殺性自傷的心理功能：其中一個向度是個人（內在）與社會（人際），另一個向度是正向（行為後有欲求的結果）與負向（行為後有不欲的狀態）。舉例來說，使用非自殺性自傷來減少心理痛苦是「個人－負向」，而為了獲得想要的生理快感則是「個人－正向」；使用非自殺性自傷作為逃避社會義務的手段是

「社會－負向」，而為了從環境中得到關注則是「社會－正向」。Taylor 等人 [44] 的統合分析指出，在非自殺性自傷行為中，「個人」功能是最常見的；另有許多研究顯示最常見的功能是「個人－負向」[11,22,45]。不過實務上要避免以全概偏，必須以特定個人為中心，詳細評估每一個非自殺性自傷行為的理由、意義、強度、頻率和背景，才能據以設計最因人制宜的因應策略 [46]。

家庭和人際心理層面

不同研究的結果都顯示童年不利經驗（ACEs）與非自殺性自傷有關，例如忽視 [47-49]、批評或冷漠 [16,50]、虐待 [47-49]、剝奪 [47,48] 和不當處置 [49]；有些學者認為其中的精神虐待 [51,52] 或性虐待 [53-55] 與非自殺性自傷的相關

性較為顯著；與教養相關的研究顯示，只有間接形式的童年虐待（如作為家庭暴力的旁觀者）與非自殺性自傷相關性較為顯著，而直接形式的虐待（例如，作為身體虐待的受害者）則與非自殺性自傷無顯著相關 [50]。另有些父母的因素，如較低的包容度和勤奮性、自我批評、注意力不足過動症（ADHD）和酒精濫用，跟下一代的非自殺性自傷有關 [56]。值得注意的是，創傷症狀，如焦慮、憂鬱、羞愧、內疚、憤怒、厭惡、解離和自我壓抑等，可能是創傷性經歷和非自殺性自傷之間的中介因素 [57]。此外，自傷者也常有矛盾和失序的依附關係 [58]。除了上述的家庭動力因素之外，非自殺性自傷與其他潛在創傷經驗之間的關係，像是物質環境匱乏（如家庭經濟貧困、父母長期失業）、失落（如身體疾病）、或對失落的感受（如父母去世）等的研究結果，則相對較少。

在縱貫性 [59,60] 和跨國 [60,61] 的研究中，霸凌都是增加重複非自殺性自傷的風險因素；兒童或青少年時期被同伴霸凌，比起經歷過被父母虐待，與其成年後非自殺性自傷的相關性更強 [60]。有系統性回顧的結果證實了來自社會傳染（social contagion）的同儕互動與非自殺性自傷之間的相關性 [62]，更強調了青春期同儕影響的重要性；該研究進一步指出社會傳染（如同伴接觸非自殺性自傷、或經由網際網路從事非自殺性自傷）對於初次非自殺性自傷的影響程度，比起個人（內在）的心理功能對於維持非自殺性自傷行為的相關性，前者的相關程度是更為顯著的。

社會文化層面

網際網路上流傳著愈來愈多與非自殺性自傷相關的內容，如 google 上的搜索詞 [63] 和 YouTube 上觀看的照片或影片 [64] 即為明證。最近的統合分析顯示，自傷想法和行為（self-injurious thoughts and behaviors, SITBs）與某些特定的社交媒體架構之間，有明顯的相關性；如網絡受害、自傷想法和行為相關的社交媒體使用、和不當使用社交媒體等 [65]。某些特定社會

文化也會加非自殺性自傷的風險，如青少年次文化 [66]、特定情境認同 [67]、以及非異性戀傾向 [68-70] 等。

神經生物學因素

非自殺性自傷的年齡趨勢（即前述之「常首發於青春早期至中期、隨著年齡增長而增加、通常停止於青春晚期或成年期」）可能與大腦生理發育過程中的情緒反應性與衝動程度有關 [71,72]。然而關於自傷行為的神經生物學因素的研究，大多是針對邊緣型人格疾患的成年人 [73-75]，而且縱貫性研究也不多。因此，如果要根據這些有限的研究結果來詮釋青少年的非自殺性自傷行為，應當更為謹慎。

神經化學層面

非自殺性自傷與下視丘－腦下垂體－腎上腺皮質軸（HPA-axis）之間的關係，可證諸於若干研究：如較高的皮質醇喚醒反應 [76]；類固醇抑制測試（DST）後皮質醇濃度較低（即存在著負回饋路徑）[77]；對疼痛刺激的皮質醇反應較強 [78]；以及對 Trier 社會壓力測試的皮質醇濃度下降（即 HPA 軸在急性壓力情況下反應不足）[79]；在暴露於壓力期間，因自主神經系統（ANS）活化而釋放兒茶酚胺 [80] 等。

血清素降低與衝動性、攻擊性、自殺企圖與非自殺性自傷也有相關。遺傳學的研究顯示，在 SLC6A4 基因的 5-HTTLPR 至少有一個短對偶基因的青少年，在面臨嚴重的人際壓力時，出現非自殺性自傷行為的可能性大增 [81]。此研究結果支持「血清素回收抑制劑（SSRIs）可能透過降低衝動、攻擊性、焦慮和憂鬱的過程，來降低非自殺性自傷的風險」的假說 [80]。雖然有些研究支持多巴胺減少和非自殺性自傷之間可能有關 [82]，不過也有研究否定了這個推論 [83]，因此，多巴胺在非自殺性自傷行為的角色還不確定。與疼痛的知覺和作用相關的推論，也因為疼痛閾值的研究結果不一致，而未能達成研究共識 [78, 84-88]。Yates [89] 提出了「疼痛假說」和「成癮假說」來說明這種模糊性。

疼痛假說」指出先天的、或慢性和嚴重壓力導致的內源鴉片濃度較低，而使青少年對非自殺性自傷的感受性增加，並反應為內源鴉片濃度增加。

「成癮假說」則說明釋放的內源鴉片導致自身的生理依賴，而使青少年重複著非自殺性自傷行為。然而，神經化學物質與非自殺性自傷之間的不確定性，仍有待更多實證資料來驗證。

神經解剖學和神經迴路層面

功能性磁共振影像（fMRI）的研究證實了非自殺性自傷的青少年在處理情緒刺激時，邊緣系統內的神經細胞活動不同 [90]。Groschwitz 等人 [91] 的研究中，發現憂鬱青少年非自殺性自傷時，會經由內側前額皮質（mPFC）和腹外側前額皮質（vlPFC）的作用，增強對社會排斥的神經處理，此結果佐證了這群青少年對社會排斥的敏感程度。Osuch 等人 [78] 的研究則補充說明緩解（relief）和酬償系統之間的相關性。這些發現，意味著非自殺性自傷青少年的大腦發育過程中，可能有情緒調節能力受損的情形。

從刺激—反應的平行處理神經迴路之間的時間差來看，視丘接收刺激之後，會同時向杏仁核和前額皮質傳遞衝動（前者釋放促腎上腺皮質激素釋放因子，隨後刺激腎上腺皮質素的釋放，後續釋放皮質醇；此為在意識之外的反射性快速反應。後者將傳入的訊息與過往的經驗進行比較；此為較複雜而緩慢的心智化過程）[80]。這有助於解釋為什麼一些情緒失調者會在相對不穩定的心智化能力（“precognitive emotions”或“unmentalized effects”）下產生恐慌性反應（杏仁核的過度活躍）[92]。Møhl [80] 也支持「過度活躍的杏仁核，可能會限縮合理反應，導致青少年採取非自殺性自傷來因應壓力刺激」的說法。不過，由於缺乏縱貫性研究，尚無法證實這些研究結果的因果關係。

智商

以英國全國人口為對象的研究指出：較高的智商（IQ），包括語言智商和表現智商，與非自殺性自傷的風險增加有關 [93]。暫且不論這個

結是否有偏差或僅為偶然發現的結果，此結論提醒我們，應該對於高智商青少年的心理早熟、孤獨感、社會隔離、壓力反應、和憂鬱等，提供適當的支持 [93]。另有證據顯示非自殺性自傷的青少年神經認知功能的表現較差 [94]。所以還有必要藉由的縱貫性的對照研究，以澄清智商、神經認知表現、和非自殺性自傷之間的關係。

精神疾患

非自殺性自傷是與精神疾患相關的跨診斷症狀，所以在 ICD 系統中尚未被肯認為獨立的類別 [13]。Hawton 等人 [95] 的系統性回顧中，指出到醫院就診的自傷青少年中，有 81.2%（95% 信賴區間為 60.9-95.5%）的人被確認有精神疾患；而最常見的是焦慮疾患、憂鬱疾患、注意力不足過動疾患、行為疾患、和酒精濫用。其他併存的精神疾患包括情感疾患、邊緣型人格疾患、物質使用疾患、外化行為、創傷後壓力疾患、和逃避型人格疾患 [96]。精神疾患和非自殺性自傷之間的關係可能是互為因果的 [97]。

保護因素

相較於風險因素，對非自殺性自傷的保護或復原因素了解所知更為有限 [98]。文獻中提及個人的保護因素包括：樂觀、現實的自尊、內部控制效能、生活的意義和目的感、良好的言語表達能力、生產活動、和與他人維持依附（attachments）的能力 [99]。對非自殺性自傷的人際保護因素包括來自父母的支持 [100]、密切和有凝聚力的家庭狀況、以及社會支持 [98, 101]。

網際網路或線上活動常被視為乏善可陳，但這並非總是弊多於利的。例如，14 至 25 歲的非自殺性自傷青少年中，有三分之一的人曾藉由網路上尋求非自殺性自傷相關協助 [102]。線上活動還有其他好處，包括減少社會孤獨感、鼓勵、情感自我揭露、和抑制非自殺性自傷衝動 [103]。所以，有必要為非自殺性自傷的青少年設計適當的線上評估與治療資源。

小結

青春年齡、生理女性、童年情感虐待或性虐待經歷、霸凌、以及對非自殺性自傷的不當社會接觸等，是青少年發生非自殺性自傷的風險因素。神經生物學研究則佐證視丘－腦下垂體－腎上腺皮質軸、內源鴉片、和刺激反應的神經處

理等可能有異常。概念化非自殺性自傷青少年的個別化功能（functionalities）應有助於釐清受影響青少年的內在經驗。較具重要性的風險因素整理於表一。實務上也應細膩地考慮具體的保護因素，以利同步規劃情感、行為、家庭內部、和社會適應的方案。

表一、青少年非自殺性自傷的風險因素

人口學因素
生理女性
社會心理因素
自己或同儕有非自殺性自傷史
過去有自殺思念或行為史
未來可能從事非自殺性自傷
無望感
低自尊、消極的自我形象、完美主義、非理性的愧疚感
不利的童年經歷
情感虐待或性虐待
忽略
雙親虐待
家庭層面
父母的精神病理特徵
家庭中的健康問題
父母分居
父母與子女關係間的衝突
霸凌
網絡傷害，SITBs 相關的社交媒體使用，不當使用社交媒體
神經生物學因素
HPA 軸、內源鴉片系統、和對壓力反應之神經處理的異常
高智商
精神疾患和相關症狀
焦慮疾患
情緒調節問題、憂鬱症狀
飲食疾患
物質濫用
內化行為異常
攻擊性、外化行為異常
B 型人格疾患

注：SITBs：自傷性想法和行為。

評估

非自殺性自傷者與健康服務提供者之間的互動，對於隨後的介入和預後至關重要 [104]。評估的首要之務是確認傷口的嚴重度和外科手術的必要性，而醫療專業若過度重視在這個過程中的效率，反而可能會讓非自殺性自傷者感到壓迫感。建議的評估原則是除了盡可能地周到並細心地保持開放和不斷斷的心態；以平靜、低音調、冷靜的姿態回應；肯定；理解；灌注希望；鼓勵替代方案；尊重自主權；涵容；心智取向（mentalizing）；提供衛教；以及盡可能邀請非自殺性自傷者與團隊成員保持聯繫 [104]。在評估非自殺性自傷的急性自殺風險方面，應考慮以下層面：行為的形式和過去史（例如：採用的方法、頻率、程度、位置、器具、同時使用的物質、衝動性、是否放棄等）、身體狀況、情境（包括神經生物學 / 情感 / 認知 / 家庭 / 社會因素）、分析與概念化功能（formulation of functionalities；例如，易感 / 誘發 / 維持因素）、治療動機，以及治療的程度和優先性 [24,39,42,66,105-112]。

儘管大多數評估非自殺性自傷的工具是為了研究而發展的 [111]，不過有些工具可協助實務工作者容易和快速地收集系統信息；例如，刻意自傷量表（DSHI）的 17 題項版 [113] 和 9 題項版 [114]、自傷性想法和行為量表（SITBI） [115]、渥太華自傷量表（OSI） [116]、和自殘功能評估（FASM） [43] 等。

管理

外科治療

如果非自殺性自傷有嚴重的身體傷害，手術就難以避免。有研究者指出成年人對非自殺性自傷青少年的消極反應，將對青少年未來的求助行為有不好的影響 [117]。因此，不同專業人員在照護非自殺性自傷者時，除了秉持專業外，還必須考慮整合照護的默契和延續性。

住院治療

對於有急性自殺傾向的青少年，有必要安排住院接受精神醫療專業團隊的介入。

心理治療

系統回顧與統合分析的結果顯示心理治療有利於青少年的非自殺性自傷行為，包括青少年辯證行為療法（DBT-A）、認知行為療法（CBT）、和青少年心智化導向治療（MBT-A） [118]。其他被提及的有效療法還包括了問題解決療法（PST） [119, 120]、Manual-assisted cognitive therapy（MACT） [121, 122]、情緒調節團體治療（ERGT） [123-127]、手機應用程式 [128, 129]、家庭治療 [130-132] 等。Witt 等人 [133] 更進一步驗證了青少年辯證行為療法和認知行為療法的實用價值。不過迄今尚未確認特定心理治療優於另外一種心理治療 [118]。

對非自殺性自傷的青少年進行社會心理介入的實證資料質量並不令人滿意，但總不能因此就在實務上裹足不前。以「四功能模式」為例，可引導非自殺性自傷的青少年學習調節負面情緒的方法（個人—負向）、或在不同的選項中擇定積極的狀態（個人—正向）、或學習設定人際界限的原則（社會—負向）、或以較少破壞性的方式來爭取人際認同的技巧（社會—正向）。

精神藥物治療

即使有些精神作用藥物似乎有助於治療非自殺性自傷者，如選擇性血清素回收抑制劑、血清素與正腎上腺素回收抑制劑、非典型抗精神病藥、鴉片類藥物和鴉片類藥物拮抗劑等，但目前藥物對於非自殺性自傷的療效的證據還是有限 [20, 134, 135]。不過，在住院期間可以考慮使用鎮靜藥物治療情緒激動的青少年 [20]。

運動

Wallerstein 和 Nock [136] 的研究中證實運動對提升情緒和減少自傷衝動是有效的。Jarvi 等人 [137] 也指出，從未有過非自殺性自傷的人，似乎比剛經歷非自殺性自傷者的運動量大。這個機轉可能與運動經由釋放 β -內啡肽之後，從而降低非自殺性自傷的衝動或需求有關 [138]。然而，是否可以例行性地採取運動建議，作為治療非自殺性自傷的方案，尚且言之過早。

結論和建議

非自殺性自傷是經常出現於青少年時期的行為，在社區中的盛行率約為 16-18%，在臨床情境中約為 60.0%。儘管非自殺性自傷有可能在青春晚期或成年早期停止，但重複非自殺性自傷的青少年很容易出現後續的精神健康問題，尤其是自殺風險，不可不慎。已有資料證實非自殺性自傷的風險因素（如兒童時期的情感虐待、霸凌經驗、和負面的社會互動）、神經生物學關聯性（如下視丘—腦下垂體—腎上腺皮質軸的改變、不同的內源鴉片反應、和情感刺激的神經處理）；也有資料證實以心理治療（如 DBT-A、CBT、和 MBT-A）介入非自殺性自傷的正面效果。

為了理解青少年非自殺性自傷的相關議題，研究上有幾點亟待確認。

首先，應該要對「非自殺性自傷」有明確且一致的操作型定義，在溝通和協調才有意義，對於預防、評估和介入等領域的研究，也才更有價值。其次，風險因素和非自殺性自傷之間的相關性並不同於因果關係，因此，將來應結合流行病學和縱貫性研究，並整合神經生物學的研究成果，來確立因果關係。第三，目前尚無有效的預防措施，也還沒有可信的早期預測指標，值得研究者深入探索。因此，本文建議設計符合實務需求的研究，特別是納入網際網路載體，以釐清青少年非自殺性自傷的機轉，從而串連兼顧效果和效率的介入資源。

實務上也有些值得關注的焦點。第一，儘管非自殺性自傷和自殺行為有不同的意圖和功能，但兩者是不可能同時存在的 [22]。因此有些學者建議應將兩者視為同一行為的連續光譜，而不是相互排斥的兩個獨立類別，以免低估了風險，措施早期介入的時機 [139]。此外，非自殺性自傷既是自殺的長期風險因素，也同時是短期保護因素 [104, 140, 141]；所以，蒐集自傷和自殺的既往史，確定思考和情緒的特質，追蹤後續的自殺意圖或行為，是非常重要的。表二比較了非自殺性自傷和自殺想法和行為（STB）之間的特性，供實務工作者參考。第二點要提示的，是應留意污名化對「非自殺性自傷」的不利影響。

即使非自殺性自傷的青少年面臨困擾，但未必符合精神疾患的診斷 [142, 143]，可是若被認定為「精神疾患病人」，在原本的困擾上又增加了另一層困擾，無疑是雪上加霜；所以更有必要提供大眾非自殺性自傷相關知識的衛生教育。最後，人們可能會根據性／別刻板印象來面對非自殺性自傷的青少年，如「青少年比較會將情緒反應內化並傷害自己」、「青少年比較會將內心經驗外化並傷害他人」；這可能會導致實務工作者的偏見。因此在評估和介入青少年的非自殺性自傷行為時，應該避免性／別刻板印象，更開放客觀地兼容各種可能。

表二、非自殺性自傷 (NSSI) 與自殺意念和行為 (STB) 之比較

	非自殺性自傷	自殺意念和行為
盛行率 [144-148]	13% - 21%	5% - 9%
重複模式 [149]	頻繁	不常 *
過去的事件 [1145, 150]		
社區	2-3	1
住院病人	>100	2.8 - 3.1
功能性 [149, 151, 152]		
心理上的痛苦程度	不舒服的，間歇性的	難以忍受的，持續的
停止厭惡的感覺	是	是
對生命的排斥	少	多
認知的侷限性	很少或沒有	極度限縮
無望感和無助感	有某些控制感	極度明顯
行為後不適感的減少	迅速改善	未立即改善
核心問題	疏離	憂鬱，無法逃避和無法 認受的痛苦
意圖	緩解不愉快的感覺	終止生命
死亡的意圖	無	有
方法 [145, 149]		
致命性	低	高
種類	多種	通常是一種
醫療照顧需求	較少	較多
限制使用方法之效果	不切實際	非常重要

注：* 有些人會反覆服用過量藥物。

參考文獻

1. Cooper J, Kapur N, Webb R, et al: Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):297-303.
2. International Society for the Study of Self-Injury: What is self-injury? 2022 <https://www.itriples.org/what-is-非自殺性自傷>
3. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, et al: Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med* 2007;37(8):1183-1192.
4. Nock MK: Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:339-363.
5. American Psychiatric Association: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC, USA: American Psychiatric Association, 2013.
6. World Health Organization: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2022 <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
7. Plener PL, Kaess M, Schmahl C, et al: Nonsuicidal self-injury in adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2018;115(3):23-30.
8. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, et al: The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2015;2:2.
9. Swannell SV, Martin GE, Page A, et al: Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav* 2014;44(3):273-303.
10. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P: Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Front Psychol* 2017;8:1946.
11. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlstrom O, et al: Prevalence and function of non-suicidal self-injury (非自殺性自傷) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential 非自殺性自傷 disorder. *J Abnorm Child Psychol* 2013;41(5):759-773.
12. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, et al: International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012;6:10.
13. Zetterqvist M: The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:31.
14. Manca M, Presaghi F, Cerutti R: Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res* 2014;215(1):111-119.
15. Gillies D, Christou MA, Dixon AC, et al: Prevalence and characteristics of self-harm in adolescents: meta-Analyses of community-based studies 1990-2015. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57(10):733-741.
16. Kaess M, Parzer P, Mattern M, et al: Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res* 2013;206(2-3):265-272.
17. In-Albon T, Ruf C, Schmid M: Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry J* 2013:159-208.
18. Nitkowski D, Petermann F: Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2011;79(1):9-20.

19. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D: Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006;117(6):1939-1948.
20. Brown RC, Plener PL: Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep* 2017;19(3):20.
21. Nakar O, Brunner R, Schilling O, et al: Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *J Affect Disord* 2016;197:231-238.
22. Groschwitz RC, Kaess M, Fischer G, et al: The association of non-suicidal self-injury and suicidal behavior according to DSM-5 in adolescent psychiatric inpatients. *Psychiatry Res* 2015;228(3):454-461.
23. Hawton K, Bergen H, Cooper J, et al: Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *J Affect Disord* 2015;175:147-151.
24. Andover MS, Morris BW, Wren A, et al: The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2012;6:11.
25. Chesin MS, Galfavy H, Sonmez CC, et al: Nonsuicidal self-injury is predictive of suicide attempts among individuals with mood disorders. *Suicide Life Threat Behav* 2017;47(5):567-579.
26. Carroll R, Thomas KH, Bramley K, et al: Self-cutting and risk of subsequent suicide. *J Affect Disord* 2016;192:8-10.
27. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, et al: Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clin Psychol Rev* 2015;42:156-167.
28. De Luca L, Giletta M, Nocentini A, et al: Non-suicidal self-injury in adolescence: the role of pre-existing vulnerabilities and COVID-19-related stress. *J Youth Adolesc* 2022;51(12):2383-2395.
29. Bresin K, Schoenleber M: Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;38:55-64.
30. Monto MA, McRee N, Deryck FS: Nonsuicidal self-injury among a representative sample of US adolescents, 2015. *Am J Public Health* 2018;108(8):1042-1048.
31. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L: Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72(1):128-140.
32. Hilt LM, Cha CB, Nolen-Hoeksema S: Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(1):63-71.
33. Møhl B, Skandsen A: The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Pers Ment Health* 2012;6(2):147-155.
34. Andover MS, Primack JM, Gibb BE, et al: An examination of non-suicidal self-injury in men: do men differ from women in basic 非自殺性自傷 characteristics? *Arch Suicide Res* 2010;14(1):79-88.
35. Møhl B: Epidemiology and gender differences. In: *Assessment and Treatment of Non-Suicidal Self-Injury: A Clinical Perspective*. London and New York: Routledge, 2019; 24-33.
36. Brunner R, Kaess M, Parzer P, et al: Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European

- countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(4):337-348.
37. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H: Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers Individ Differ* 2007;42(4):611-621.
 38. Forrester RL, Slater H, Jomar K, et al: Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: a systematic review. *J Affect Disord* 2017;221:172- 183.
 39. Klonsky ED: The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res* 2009;166(2- 3):260-268.
 40. Daigle M, Lafontaine M, Levesque C, et al: The relationship between perfectionism and non-suicidal self-injury in a student sample of young adults. *JIRIRI* 2018;11:53-64.
 41. Møhl B: From Meaning to Function, in *Assessment and Treatment of Non-Suicidal Self-Injury: A Clinical Perspective*. London and New York: Routledge, 2019; 90-101.
 42. Klonsky ED: The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007;27(2):226-239.
 43. Nock MK, Prinstein MJ: A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(5):885-890.
 44. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, et al: A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord* 2018;227:759-769.
 45. Bentley KH, Nock MK, Barlow DH: The four-function model of nonsuicidal self-injury: key directions for future research. *Clin Psychol Sci* 2014;2(5):638-656.
 46. Hepp J, Carpenter RW, Störkel LM, et al: A systematic review of daily life studies on non-suicidal self-injury based on the four-function model. *Clin Psychol Rev* 2020;82:101888.
 47. Yates TM, Carlson EA, Egeland B: A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Dev Psychopathol* 2008;20(2):651-671.
 48. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, et al: Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: preliminary evidence of complex emotion regulation patterns. *J Nerv Ment Dis* 2010;198(4):258-263.
 49. Swannell S, Martin G, Page A, et al: Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse Negl* 2012;36(7-8):572- 584.
 50. Tschan T, Schmid M, In-Albon T: Parenting behavior in families of female adolescents with nonsuicidal self-injury in comparison to a clinical and a nonclinical control group. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:17.
 51. Thomassin K, Shaffer A, Madden A, et al: Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Res* 2016;244:103-108.
 52. Brown RC, Heines S, Witt A, et al: The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):181.
 53. Klonsky ED, Moyer A: Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):166-170.

54. Maniglio R: The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124(1):30-41.
55. Noll JG, Horowitz LA, Bonanno GA, et al: Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *J Interpers Violence* 2003;18(12):1452-1471.
56. Gromatsky MA, Waszczuk MA, Perlman G, et al: The role of parental psychopathology and personality in adolescent non-suicidal self-injury. *J Psychiatr Res* 2017;85:15-23.
57. Smith NB, Kouros CD, Meuret AE: The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *TVA* 2014;15(1):41-56.
58. Yates TM: Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. In: *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*, M.K. Nock, Ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2009; 117-137.
59. Hankin BL, Abela JR: Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2½ year longitudinal study. *Psychiatry Res* 2011;186(1):65-70.
60. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, et al: Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry* 2015;2(6):524-531.
61. Brunstein Klomek A, Snir A, Apter A, et al: Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016;25(11):1183-1193.
62. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, et al: The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2013;17(1):1-19.
63. Lewis SP, Mahdy JC, Michal NJ, et al: Googling self-injury: the state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatr* 2014;168(5):443-449.
64. Lewis SP, Heath NL, St Denis JM, et al: The scope of nonsuicidal self-injury on YouTube. *Pediatrics* 2011;127(3):e552-557.
65. Nesi J, Burke TA, Bettis AH, et al: Social media use and self-injurious thoughts and behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;87:102038.
66. Young R, Sproeber N, Groschwitz RC, et al: Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry* 2014;14:137.
67. Bowes L, Carnegie R, Pearson R, et al: Risk of depression and self-harm in teenagers identifying with goth subculture: a longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry* 2015;2(9):793-800.
68. Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM, et al: Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychol Med* 2012;42(4):717-726.
69. Fraser G, Wilson MS, Garisch JA, et al: Non-suicidal self-injury, sexuality concerns, and emotion regulation among sexually diverse adolescents: a multiple mediation analysis. *Arch Suicide Res* 2018;22(3):432-452.
70. Marshall E, Claes L, Bouman WP, et al: Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry* 2016;28(1):58-69.
71. Casey BJ, Jones RM, Hare TA: The adolescent

- brain. *Ann NY Acad Sci* 2008;1124:111-126.
72. Vijayakumar N, Op de Macks Z, Shirtcliff EA, et al: Puberty and the human brain: insights into adolescent development. *Neurosci Biobehav Rev* 2018;92:417-436.
 73. Ludäscher P, Greffrath W, Schmahl C, et al: A cross- sectional investigation of discontinuation of self- injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120(1):62-70.
 74. Schmahl C, Bohus M, Esposito F, et al: Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(6):659-667.
 75. Reitz S, Kluetsch R, Niedtfeld I, et al: Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *Br J Psychiatry* 2015;207(2):165-172.
 76. Reichl C, Heyer A, Brunner R, et al: Hypothalamic- pituitary-adrenal axis, childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology* 2016;74:203-211.
 77. Beauchaine TP, Crowell SE, Hsiao RC: Post-dexamethasone cortisol, self-inflicted injury, and suicidal ideation among depressed adolescent girls. *J Abnorm Child Psychol* 2015;43(4):619-632.
 78. Osuch E, Ford K, Wrath A, et al: Functional MRI of pain application in youth who engaged in repetitive non-suicidal self-injury vs. psychiatric controls. *Psychiatry Res* 2014;223(2):104-112.
 79. Kaess M, Hille M, Parzer P, et al: Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37(1):157-161.
 80. Møhl B: Pathophysiology and neurobiological perspectives on self-injury. In: *Assessment and Treatment of Non-Suicidal Self-Injury: A Clinical Perspective*. London and New York: Routledge, 2019; 102-109.
 81. Hankin BL, Barrocas AL, Young JF, et al: 5-HTTLPR $\times$ interpersonal stress interaction and nonsuicidal self-injury in general community sample of youth. *Psychiatry Res* 2015;225(3):609-612.
 82. Turner CA, Lewis MH: Dopaminergic mechanisms in self-injurious behavior and related disorders. In: *Self-Injurious Behavior: Genes-Brain-Behavior Relationships*, S.R. Schroeder, M.L.E. Oster-Granite, and T.E. Thompson, Ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2002; 165-179.
 83. Blasco-Fontecilla H, Fernández-Fernández R, Colino L, et al: The addictive model of self-harming (Non- suicidal and suicidal) behavior. *Front Psychiatry* 2016;7:8.
 84. Ludäscher P, von Kalckreuth C, Parzer P, et al: Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24(3):351-357.
 85. Koenig J, Ritz L, Wirth M, et al: Psychobiological response to pain in female adolescents with nonsuicidal self-injury. *J Psychiatry Neurosci* 2017;42(3):189-199.
 86. Stanley B, Sher L, Wilson S, et al: Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord* 2010;124(1-2):134-140.
 87. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S: Affect regulation and addictive aspects of repetitive

- self- injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(11):1333-1341.
88. Franklin JC, Lee KM, Hanna EK, et al: Feeling worse to feel better: pain-offset relief simultaneously stimulates positive affect and reduces negative affect. *Psychol Sci* 2013;24(4):521-529.
89. Yates TM: The developmental psychopathology of self-injurious behavior: compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clin Psychol Rev* 2004;24(1):35-74.
90. Plener PL, Bubalo N, Fladung AK, et al: Prone to excitement: adolescent females with non-suicidal self-injury (非自殺性自傷) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Res* 2012;203(2-3):146-152.
91. Groschwitz RC, Plener PL, Groen G, et al: Differential neural processing of social exclusion in adolescents with non-suicidal self-injury: an fMRI study. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2016;255:43-49.
92. LeDoux J: *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon and Schuster, 1998.
93. Chang SS, Chen YY, Heron J, et al: IQ and adolescent self-harm behaviours in the ALSPAC birth cohort. *J Affect Disord* 2014;152-154:175-182.
94. Mürner-Lavanchy I, Koenig J, Lerch S, et al: Neurocognitive functioning in adolescents with non-suicidal self-injury. *J Affect Disord* 2022;311:55-62.
95. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, et al: Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord* 2013;151(3):821-830.
96. Nitkowski D, Petermann F: Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 2011;79(01):9-20.
97. Wilkinson PO, Qiu T, Neufeld S, et al: Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *Br J Psychiatry* 2018;212(4):222-226.
98. Møhl B: Historical theories and new models for understanding non-suicidal self-injury. In: *Assessment and Treatment of Non-Suicidal Self-Injury: A Clinical Perspective*. London and New York: Routledge, 2019; 47-64.
99. Rotolone C, Martin G: Giving up self-injury: a comparison of everyday social and personal resources in past versus current self-injurers. *Arch Suicide Res* 2012;16(2):147-158.
100. Claes L, Luyckx K, Baetens I, et al: Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: the moderating role of parental support. *J Child Fam Stud* 2015;24(11):3363-3371.
101. Christoffersen MN, Møhl B, DePanfilis D, et al: Non-suicidal self-injury--does social support make a difference? an epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse Negl* 2015;44:106-116.
102. Frost M, Casey L: Who seeks help online for self-injury? *Arch Suicide Res* 2016;20(1):69-79.
103. Lewis SP, Seko Y: A double-edged sword: a review of benefits and risks of online nonsuicidal self-injury activities. *J Clin Psychol* 2016;72(3):249-262.
104. Møhl B: Assessment of patients with non-

- suicidal self-injury. In: *Assessment and Treatment of Non- Suicidal Self-Injury: A Clinical Perspective*. London and New York: Routledge, 2019; 110-128.
- 105.Wester KL, Ivers N, Villalba JA, et al: The relationship between nonsuicidal self-injury and suicidal ideation. *J Couns Dev* 2016;94(1):3-12.
- 106.Zetterqvist M, Svedin CG, Fredlund C, et al: Self-reported nonsuicidal self-injury (非自殺性自傷) and sex as self-injury (SASI): relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry Res* 2018;265:309-316.
- 107.Klonsky ED, Glenn CR: Resisting urges to self-injure. *Behav Cogn Psychother* 2008;36(2):211-220.
- 108.Brown RC, Fischer T, Goldwisch AD, et al: #cutting: non-suicidal self-injury (非自殺性自傷) on instagram. *Psychol Med* 2018;48(2):337-346.
- 109.Mahtani S, Melvin GA, Hasking P: Shame proneness, shame coping, and functions of nonsuicidal self-injury (非自殺性自傷) among emerging adults: a developmental analysis. *Emerg Adulthood* 2018;6(3):159-171.
- 110.Nock MK, Kessler RC: Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the national comorbidity survey. *J Abnorm Psychol* 2006;115(3):616-623.
- 111.Klonsky ED, Lewis SP: Assessment of non-suicidal self-injury. In: *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*, M.K. Nock, Ed. Oxford, England: Oxford University Press, 2014; 337-354.
- 112.Klonsky ED: Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med* 2011;41(9):1981-1986.
- 113.Gratz KL: Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess* 2001;23(4):253-263.
- 114.Lundh LG, Karim J, Quilisch E: Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: a pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scand. J. Psychol* 2007;48(1):33-41.
- 115.Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, et al: Self-injurious thoughts and behaviors interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess* 2007;19(3):309-317.
- 116.Nixon MK, Levesque C, Preyde M, et al: The Ottawa Self-Injury Inventory: evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:26.
- 117.Fortune S, Sinclair J, Hawton K: Help-seeking before and after episodes of self-harm: a descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health* 2008;8:369.
- 118.Ougrin D, Tranah T, Stahl D, et al: Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(2):97-107.e102.
- 119.Hawton K, Arensman E, Townsend E, et al: Deliberate self-harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ* 1998;317(7156):441-447.
- 120.Nock MK: Actions speak louder than words:

- an elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Appl Prev Psychol* 2008;12(4):159-168.
121. Evans K, Tyrer P, Catalan J, et al: Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med* 1999;29(1):19-25.
 122. Weinberg I, Gunderson JG, Hennen J, et al: Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *J Pers Disord* 2006;20(5):482-492.
 123. Gratz KL: Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *J Clin Psychol* 2007;63(11):1091-1103.
 124. Gratz KL, Gunderson JG: Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther* 2006;37(1):25-35.
 125. Gratz KL, Tull MT: Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personal Disord* 2011;2(4):316-326.
 126. Sahlin H, Bjureberg J, Gratz KL, et al: Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design. *BMJ Open* 2017;7(10):e016220.
 127. Bjureberg J, Sahlin H, Hedman-Lagerlöf E, et al: Extending research on Emotion Regulation Individual Therapy for Adolescents (ERITA) with nonsuicidal self-injury disorder: open pilot trial and mediation analysis of a novel online version. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):326.
 128. Franklin JC, Fox KR, Franklin CR, et al: A brief mobile app reduces nonsuicidal and suicidal self-injury: evidence from three randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol* 2016;84(6):544-557.
 129. Grist R, Porter J, Stallard P: Acceptability, safety, and safety of a mobile phone app (Blueice) for young people who self-harm: qualitative study of service users' experience. *JMIR Ment Health* 2018;5(1):e16.
 130. Waals L, Baetens I, Rober P, et al: The 非自殺性自傷 family distress cascade theory. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2018;12:52.
 131. Arbuthnott AE, Lewis SP: Parents of youth who self-injure: a review of the literature and implications for mental health professionals. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:35.
 132. Aggarwal S, Patton G: Engaging families in the management of adolescent self-harm. *Evid Based Ment Health* 2018;21(1):16-22.
 133. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, et al: Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3(3):Cd013667.
 134. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, et al: Pharmacological interventions for self-harm in adults. *CDSR* 2015(7).
 135. Turner BJ, Austin SB, Chapman AL: Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Can J Psychiatry* 2014;59(11):576-585.
 136. Wallenstein MB, Nock MK: Physical exercise as a treatment for non-suicidal self-injury: evidence from a single-case study. *Am J Psychiatry* 2007;164(2):350-351.

- 137.Jarvi SM, Hearon BA, Batejan KL, et al: Relations between past-week physical activity and recent nonsuicidal self-injury in treatment-seeking psychiatric adults. *J Clin Psychol* 2017;73(4):479- 488.
- 138.Bresin K, Gordon KH: Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neurosci Biobehav Rev* 2013;37(3):374- 383.
- 139.Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, et al: Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry* 2013;202(5):326-328.
- 140.Griep SK, MacKinnon DF: Does nonsuicidal self- injury predict later suicidal attempts? a review of studies. *Arch Suicide Res* 2022;26(2):428-446.
- 141.Kiekens G, Hasking P, Boyes M, et al: The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *J Affect Disord* 2018;239:171-179.
- 142.Andover MS: Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. *Psychiatry Res* 2014;219(2):305-310.
- 143.Jacobson CM, Gould M: The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res* 2007;11(2):129-147.
- 144.Mars B, Heron J, Crane C, et al: Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from the ALSPAC cohort. *J Affect Disord* 2014;168:407-414.
- 145.Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM: Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non- suicidal self-injury. *Arch Suicide Res* 2007;11(1):69- 82.
- 146.Baetens I, Claes L, Muehlenkamp J, et al: Non- suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: a web-survey. *Arch Suicide Res* 2011;15(1):56- 67.
- 147.Brausch AM, Gutierrez PM: The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2009;39(1):58-71.
- 148.Ross S , Heath N: A study of the frequency of self- mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc* 2002;31(1):67- 77.
- 149.Walsh BW: Definition and differentiation from suicide. In: *Treating Self-Injury: A Practical Guide*,B.W. Walsh, Ed. New York: Guilford Press, 2012; 3-19.
- 150.Nock MK, Joiner TE, Jr., Gordon KH, et al: Non- suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006;144(1):65-72.
- 151.Tapola V, Wahlström J, Kuittinen M, et al: The co- occurrence of nonsuicidal and suicidal self-injurious acts in adult women: a pilot study of similarities and differences. *Nord Psychol* 2015;67(1):27-45.
- 152.Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM: An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2004;34(1):12-23.

邊緣型人格障礙的自殺風險和處置

張尚文

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院精神科

李明濱

社團法人台灣自殺防治學會理事長

暨全國自殺防治中心主任

國立台灣大學附設醫院精神科

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院精神科

摘要

本文回顧了邊緣型人格障礙 (Borderline Personality Disorder) 中自殺行為研究的最新進展，重點關注邊緣型人格障礙中自殺風險因素鑑識和心理治療方法。高達 46%-92% 的邊緣型人格障礙患者會出現自殺企圖，而 3% 到 10% 的人則會自殺身亡。已確認一些邊緣型人格障礙自殺的特定風險因素（包含情感不穩定、負面情緒、性格衝動、自我認同紊亂、持續的空虛感、睡眠障礙、物質使用障礙、身體和性虐待、童年霸凌、幻聽和自傷），這些風險因素可能有助於對該人群進行更好的風險分類，並針對這群人做自殺防治。關於治療，建議在門診基礎上使用特定形式的心理治療，如辯證行為治療 (Dialectical Behavior Therapy, DBT)；除了精神疾患的合併症治療外，目前僅有限的證據支持使用藥物治療邊緣型人格障礙中的自殺傾向。展望中的新介入措施包含圖像治療以及基於辯證行為治療原則的虛擬助手。

前言

在邊緣型人格障礙中，自殺風險的處置和評估是精神衛生系統面臨的最大挑戰之一。高達 46%-92% 邊緣型人格障礙患者在初次就診時會出現自殺企圖 [1]，而一生中平均至少會有三次自殺企圖 [2]，邊緣型人格障礙患者自殺身亡率在 3% 至 10% 之間 [1,3,4]。這種自殺行為的顯著風險獨立於邊緣型人格障礙常見的精神共病（如：重度憂鬱症或物質使用障礙）[5]。

邊緣型人格障礙在一般人口中的盛行率估

計為 1% 至 3%[6,7]，在精神科門診和住院患者中則為 10% 至 25%[6]。邊緣型人格障礙與廣泛的心理病理學有關，包括普遍的情感不穩定性、自我認同紊亂、不穩定的人際關係和顯著的衝動性 [8]，這些通常在青春期和青年期變得明顯 [9]。邊緣型人格障礙還與早逝有關，包含自殺和非自殺相關原因 [4,10]。因此，處置邊緣型人格障礙的自殺行為可能有助於預防早逝。

本文旨在回顧近期邊緣型人格障礙自殺風險的最新進展，重點關注風險因素鑑識、邊緣型人格障礙自殺行為的心理治療、預防措施評估以及藥物介入措施。

邊緣型人格障礙中的心理病理學和自殺風險

邊緣型人格障礙的特徵包含情感不穩定、衝動性、攻擊性、使用原始防衛機制（如分裂、投射認同和否認）以及自我傷害和自殺企圖 [8,11]，使得邊緣型人格障礙很難治療 [12]。邊緣型人格障礙是唯一在診斷標準中列出自殺企圖或自我傷害行為的人格障礙 [8]。在所有人格障礙中，邊緣型人格障礙與自殺風險具有最高相關，但通常這個症狀隨著時間而減輕 [3, 13]。在一項為期十年的長期研究中，自殺意念、自殺企圖次數和非自殺性自我傷害都有明顯減少 [3]。這項長期研究的一個重要發現是，與邊緣型人格障礙中自殺行為相關的風險因素隨時間而變化；該研究發現，在追蹤的第一年中，合併重度憂鬱症是自殺企圖的預測因子，而在第八年追蹤時預測因子為衝動性和負面情感，而在第十年時是物質使用障礙和童年性虐待。在十年後，間隔性自殺企圖的最有效預測因子是疾病嚴重程度的非特異性測量，社交、職業與心理社會功能的基線測量 [3]。

以往的邊緣型人格障礙自殺行為相關研究發現，自殺風險因素與邊緣性心理病理核心向度有關，特別是衝動性、衝動性攻擊、情緒不穩定和負面情感 [14]。協作性長期人格障礙研究 (Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study, CLPDS) 發現，情緒不穩定是追蹤 2 年的人格障礙患者間隔自殺企圖的最有效預測因素，其中 78% 的企圖者被診斷為邊緣型人格障礙

[15]。負面情感與衝動性是 7 年後間隔自殺企圖最有效的預測因素 [16]。另一項長期研究的結果表明，自殺風險與負面情感、情緒不穩定和衝動性攻擊有關 [13]。他們還發現疾病嚴重程度，包括精神科住院治療，可預測自殺風險。在跨診斷研究中，衝動性攻擊增加了患有邊緣型人格障礙患者的憂鬱和非憂鬱住院患者自殺行為的可能性 [2]，並與患有邊緣型人格障礙的受試者自殺死亡有關 [17]。在一個全國成人樣本中，經調整人口統計學和臨床變量後，邊緣型人格障礙診斷和特定的邊緣型人格障礙診斷標準，如自我傷害行為和長期空虛感，與自殺企圖風險增加有顯著關聯 [18]。最近一項針對住院青少年的研究發現，自我認同困擾、長期空虛感、避免被拋棄和短暫妄想是自殺意念強度最有關的相關因素，而只有自我認同困擾與終身自殺企圖次數有關 [19]。

目前研究指出，睡眠障礙與邊緣型人格障礙病理學、自殺和非自殺性自我傷害行為均有關聯。一項研究發現，患有邊緣型人格障礙的人通常也有睡眠障礙，這與情緒調節和自我傷害問題（包含自殺企圖）有關 [20]。心理健康的病患如果無法入睡，衝動性也會增加，而衝動控制也是邊緣型人格障礙的主要症狀之一 [21, 22]。因此，邊緣型人格障礙的受試者似乎與自殺和非自殺性自我傷害行為風險增加相關 [23, 24]，以及邊緣型人格障礙病理學透過失眠症狀間接與自殺風險有關 [25]。邊緣型人格障礙和慢性疼痛被視為高風險族群，因為兩種狀態均有較高的失眠和自殺率 [21]。許多患有邊緣型人格障礙的患者伴隨慢性疼痛，並開立鴉片類藥物治療 [26]，這可能導致物質使用問題。因此，物質使用障礙也與邊緣型人格障礙患者的自殺風險相關。幾項研究顯示，在邊緣型人格障礙中，物質使用障礙增加了自殺風險 [10, 27, 28]。

在邊緣型人格障礙中，創傷背景似乎對自殺行為的表現具有特殊的相關性。曾經經歷兒童虐待的邊緣型人格障礙患者與終身自殺企圖率增加了 5 倍。除了身體和性虐待外，新的研究表明，童年霸凌和創傷史也與邊緣型人格障礙的自殺行

為有關。

邊緣型人格障礙患者所經歷的聽幻覺也被識別為自殺計劃和企圖以及住院的危險因素。在邊緣型人格障礙患者中的精神症狀（特別是聽幻覺）與更嚴重的心理病理和更差的預後相關，包括更頻繁的住院和自殺行為。在臨床實務中，識別邊緣型人格障礙的幻覺可能有助於評估自殺風險。

過去的研究探討了非自殺性自我傷害 (Non-Suicidal Self-Injury, NSSI) 與邊緣型人格障礙自殺行為之間的關聯 [34-36]。研究調查了青少年邊緣型人格障礙中非自殺性自我傷害模式、嚴重程度和自殺企圖之間的關係。這些模式包括習慣性（定期發生的非自殺性自我傷害）和隨機性（不一致間隔的非自殺性自我傷害）。研究結果顯示，相較於隨機性非自殺性自我傷害，習慣性非自殺性自我傷害模式自殺企圖的嚴重程度較低且次數較少。研究結果還表明，確定個體的非自殺性自我傷害歷史模式以及隨機性非自殺性自我傷害的增加、習慣性非自殺性自我傷害的減少，可以提高對患有邊緣型人格障礙青少年的風險評估的準確性 [34]。青少年邊緣型人格障礙中非自殺性自我傷害頻率和嚴重度是否增加，似乎是自殺企圖即將發生的預測指標 [35]。臨床醫師應對衝動性平均值和憂鬱程度更重視，而不是非自殺性自我傷害的歷史頻率或平均嚴重程度。新的研究也在成年人中發現，在多變量分析中，非自殺性自我傷害與邊緣型人格障礙患者的自殺行為存在強烈的統計學關聯 [36]。

最近的一項研究調查了情緒商數 (Emotional Intelligence, EI) 對患有邊緣型人格障礙的患者自殺行為的保護作用。研究結果顯示，自尊心和情緒商數水平較低，憂鬱症、成癮可能性和邊緣型人格障礙嚴重程度較高的患者，可能與自殺行為有關。因此，在患有邊緣型人格障礙的患者中，高水平的情緒商數可能對自殺行為具有直接和 / 或間接的預防與治療作用 [37]。總而言之，到目前為止已經識別出在邊緣型人格障礙中可能導致自殺行為的潛在風險因素，包括

情感不穩定、負面情緒性、衝動性、自我認同紊亂、慢性空虛感、睡眠障礙、物質使用障礙、身

體和性虐待、童年霸凌、聽幻覺和非自殺性自傷行為。（表 1）

表一、邊緣人格障礙的自殺風險因素

1. 精神病理學	情緒不穩定、負向情感、衝動性 ¹³⁻¹⁷ 、自我認同紊亂 ¹⁹ 、長期空虛感 ^{18,19} 、聽幻覺 ^{32,33} 。
2. 共存的心理壓力 / 疾病	失眠 ²⁰⁻²⁴ 、物質使用障礙 ^{3,10,27,28} 、重度憂鬱症 ³
3. 創傷經驗	童年時期的身體和性虐待 ²⁹⁻³¹ 、霸凌行為 ³⁰
4. 行為問題	非自殺性自我傷害 ³⁴⁻³⁶ 、住院治療 ¹³

邊緣型人格障礙實證基礎之治療方法

專家建議，對於大多數邊緣型人格障礙患者，使用針對邊緣型人格障礙專門發展的方法，進行良好結構門診治療是一種有效的介入措施 [38]。心理治療在邊緣型人格障礙的臨床處置指南中被推薦為首選治療 [39]；已經在隨機臨床試驗中試驗過多種不同類型的心理治療，包括：辯證行為治療 [40]、心智化為本治療模式 (Mentalization- Based Therapy, MBT)[41]、以基模為焦點治療模式 [42]、移情焦點精神治療模式 [43] 和標準認知療法 [44]。最多的證據來源是辯證行為治療 [40]，其有效性已經通過隨機臨床試驗和系統性回顧得到證實 [45, 46]。辯證行為治療旨在通過使用更健康的應對技能（如正念、人際效應、情緒調節和壓力耐受力）來取代不適應的行為，從而解決邊緣型人格障礙患者問題 [40]。主要的結果是減少過量用藥、因自殺行為至急診就診、邊緣型症狀、一般心理病理、自我傷害頻率和醫療公衛服務使用。辯證行為治療旨在改變情緒調節，教導患者如何以非自我傷害的方式調節負面情緒 [47]。

邊緣型人格障礙患者也可以從團體心理治療中受益。一項隨機對照試驗表明，短期群體心理治療可以在治療結束時和隨後六個月減少邊緣型人格障礙患者的攻擊性行為 [48]。一項統合分析研究也得出結論，團體治療與常規治療相比，與更多的症狀減輕相關 [49]。所有的邊緣型人格

障礙心理介入都針對邊緣型人格障礙的情緒不穩定性（情緒調節困難）[50] 和衝動性 [51]。情緒調節困難伴隨著對衝動控制的缺乏，使患者更容易採取自殺行為 [14,52]，而自殺企圖的頻率與這些特徵密切相關 [35]。因此，所有針對邊緣型人格障礙的心理治療都試圖教導患者管理自殺衝動，減少自我破壞行為的加強，抑制其無法控制的情緒，在行動前反思自己，並更好地理解人際衝突。

一份針對邊緣型人格障礙患者心理治療效果及品質的 Cochrane 綜述指出，相較於常規治療，以邊緣型人格障礙患者發展的心理治療，對所有主要結果都有益處。次分析沒有發現不同治療類型（與常規治療比較）之間效應估計的差異。心理治療對比等待名單或無治療的綜合分析發現，在治療結束時邊緣型人格障礙嚴重度、心理社會功能和憂鬱症狀都有顯著改善 [53]。一個針對邊緣型人格障礙心理治療的系統性統合分析建議，在單獨治療方面，只有辯證行為治療（自殘、心理社會功能）和心智化為本治療模式（自殘、自殺相關結果）有統計顯著的效應估計，且都有低度的證據支持 [54]。

相反地，藥物治療在邊緣型人格障礙中有效性有限。儘管常用藥物治療邊緣型人格障礙患者，可用的證據並不支持單獨使用藥物治療減輕邊緣型人格障礙的嚴重程度 [55]。對於短期使用抗精神病藥有些證據支持 [56]。然而，一個系統

性評估的結果表明，二代抗精神病藥、抗癲癇藥和抗憂鬱藥無法一致地減輕邊緣型人格障礙的嚴重程度 [55]。低度和非常低度的證據表明，抗癲癇藥可以改善憤怒、攻擊性和情感不穩定，但證據大多只限於單一研究 [57]。除了用藥治療共病的精神疾患，例如創傷後壓力症候群，沒有證據表明藥物方案對預防自殺有有效性 [58]。

兩種新的治療方法經過研究，以改善邊緣型人格障礙症狀和預防邊緣型人格障礙自殺 [59,60]。圖像治療 (IT) 是一種新的治療方法，使用圖像來教授技巧，以改善邊緣人格障礙症狀。一項初步研究沒有發現圖像治療組與心理支持介

入組之間的有效性存在統計學上顯著差異，可能是由於參與者數量較少，但一些指標（效應大小）表明，圖像治療可能在減少邊緣型人格障礙患者症狀和日常生活適應不良方面更為優越 [59]。另一項研究則表明，虛擬助手可以根據辯證行為治療原則提供適當的回應。使用 Line 聊天應用程序和 Program-O 是開發虛擬助手的最簡單方式，可以幫助心理學家預防邊緣型人格障礙患者自殺，減輕邊緣型人格障礙患者的焦慮、絕望、空虛、不穩定和感到內疚的感覺，以及回應辯證行為治療 [60]。（表 2）

表二、邊緣人格障礙的自殺風險因素

治療	與邊緣型人格障礙相關的症狀
藥物類別 ^{55,61}	
1. 抗癲癇藥 Divalproex sodium、Lamotrigine、Topiramate	情緒失調（例如情緒不穩定、脾氣暴躁、自殺思想和行為、拒絕感受性），衝動行為失控（例如攻擊性、憤怒、敵意、自我傷害）
2. 抗憂鬱藥 SSRI（選擇性血清素再吸收抑制劑），例如 Fluvoxamine、Lexapro	情緒失調（例如憂鬱、焦慮、情緒不穩定、自殺思想和行為），衝動行為失控（例如攻擊性、憤怒、敵意、衝動行為、自我傷害）
3. 第二代抗精神病藥物 Olanzapine、Aripiprazole	情緒失調（例如憤怒、情緒不穩定、自殺思想和行為），認知 - 知覺障礙（例如錯覺、妄想、關係妄想），衝動行為失控（例如攻擊性、敵意、自我傷害），精神疾病特徵
心理社會介入措施 ⁶²	
1. 心理教育	針對改善共病（例如創傷後壓力症候群），個別化年輕患者的治療方案，以及發展輔助性或網路化的介入措施
2. 個別心理治療，包括支持治療、短期動態治療（DPT） ⁴⁰ 、心理化身份治療（MBT） ⁴¹	
3. 團體心理治療 ⁴⁸	

結論

目前有越來越多有關邊緣型人格障礙自殺風險的知識，這有助於助邊緣型人格障礙處置和自殺預防。這篇綜述指出在邊緣型人格障礙中已經識別出了一些風險因素，包括情緒不穩定、負面情感、衝動性、自我認同紊亂、持續的空虛感、睡眠困擾、物質使用障礙和性虐待、童年霸凌、聽幻覺和非自殺性自傷；此外，患有邊緣型人格障礙的患者往往受到自殺意念的困擾，並在自殺前多次嘗試自殺。在邊緣型人格障礙患者中，目前缺乏關於預防自殺的保護因子的研究。進一步研究邊緣型人格障礙的保護因子可能有助於更好地促進此人群的自殺治療。

根據目前的證據，合理的結論是我們應該使用特定的心理治療（如辯證行為治療和心智化為本治療模式）在門診的基礎上治療患有邊緣型人格障礙的自殺患者。除了治療精神共病（如：創傷後壓力症候群、情緒障礙和物質使用障礙）之外，邊緣型人格障礙自殺行為的藥物治療僅有限的證據。建議使用兩種新的治療方法（圖像治療和虛擬助手）來改善邊緣型人格障礙患者的症狀和自殺風險。兩個研究的初步結果並沒有發現統計學上的顯著差異。有必要進一步研究更大的樣本並與已確立的邊緣型人格障礙治療進行比較，以確認其有效性。

參考文獻

1. Black DW, Blum N, Pfohl B, et al: Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. J Pers Disord 2004 ;18(3):226-239.
2. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM, et al: Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. Am J Psychiatry 2000;157(4):601-608.
3. Soloff PH, Chiappetta L: 10-Year outcome of

- suicidal behavior in borderline personality disorder. J Pers Disord 2019;33(1):82-100.
4. Temes CM, Frankenburg FR, Fitzmaurice GM, et al: Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. J Clin Psychiatry 2019;80(1):18m12436.
5. Yen S, Shea T, Pagano M, et al: Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. J Abnorm Psychol 2003;112(3):375.
6. Ellison WD, Rosenstein LK, Morgan TA, et al: Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. Psychiatric Clinics. 2018;41(4):561-573.
7. Ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, et al: Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. BMC psychiatry 2016;16(1):1-10.
8. American Psychiatric Association D, Association AP: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In: American Psychiatric Association, ed. DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association Publishing, 2013.
9. Paris J, Zweig-Frank H: A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry 2001;42(6):482-487.
10. Kuo CJ, Chen WY, Tsai SY, et al: Excessive mortality and causes of death among patients with personality disorder with comorbid psychiatric disorders.

- Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2019;54(1):121-130.
11. Lee YJ, Keum MS, Kim HG, et al: Defense mechanisms and psychological characteristics according to suicide attempts in patients with borderline personality disorder. Psychiatry Investig 2020;17(8):840.
 12. Stone MH: Borderline personality disorder: clinical guidelines for treatment. Psychodyn Psychiatry 2022;50(1):45-63.
 13. Soloff PH, Chiappetta L: Suicidal behavior and psychosocial outcome in borderline personality disorder at 8-year follow-up. J Pers Disord 2017 Dec;31(6):774-789.
 14. Soloff PH: Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder: a review and update. Borderline personality disorder 2005;355-388.
 15. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, et al: Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. Am J Psychiatry 2004;161(7):1296-1298.
 16. Yen S, Shea MT, Sanislow CA, et al: Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. Acta Psychiatr Scand 2009;120(3):222-229.
 17. McGirr A, Paris J, Lesage A, et al: Risk factors for suicide completion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. J Clin Psychiatry 2007;68(5):18424.
 18. Grilo CM, Udo T: Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts among US adults. JAMA network open. 2021;4(5):e219389-e.
 19. Sekowski M, Gambin M, Sumlin E, et al: Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. Psychiatry Res 2022;312:114558.
 20. Scamaldo KM, Tull MT, Gratz KL: The role of sleep disturbance in the associations of borderline personality disorder symptom severity to nonsuicidal self-injury and suicide risk among patients with substance use disorders. Personal Ment Health 2022;16(1):59-69.
 21. Winsper C, Tang NK: Linkages between insomnia and suicidality: prospective associations, high-risk subgroups and possible psychological mechanisms. Int Rev Psychiatry 2014;26(2):189-204.
 22. Van Veen M, Karsten J, Lancel M: Poor sleep and its relation to impulsivity in patients with antisocial or borderline personality disorders. Behav Med 2017;43(3):218-226.
 23. Winsper C, Tang NK, Marwaha S, et al: The sleep phenotype of borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev 2017;73:48-67.
 24. Scamaldo KM, Tull MT, Gratz KL: The role of sleep disturbance in the associations of borderline personality disorder symptom severity to nonsuicidal self - injury and suicide risk among patients with substance use disorders. Personal Ment Health 2022;16(1):59-69.
 25. DeShong HL, Tucker RP: Borderline personality disorder traits and suicide risk: the mediating role of insomnia and nightmares. J Affect Disord 2019;244:85-91.
 26. Campbell G, Bruno R, Darke S, et al: Associations of borderline personality with pain, problems with medications and suicidality in a community sample of

- chronic non-cancer pain patients prescribed opioids for pain. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37(5):434-440.
27. Yen S, Peters JR, Nishar S, et al: Association of borderline personality disorder criteria with suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal study of personality disorders over 10 years of follow-up. *JAMA psychiatry* 2021;78(2):187-194.
28. Høye A, Jacobsen BK, Bramness JG, et al: Total and cause-specific mortality in patients with personality disorders: the association between comorbid severe mental illness and substance use disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56(10):1809-1819.
29. de Aquino Ferreira LF, Pereira FHQ, Benevides AMLN, et al: Borderline personality disorder and sexual abuse: a systematic review. *Psychiatry Res* 2018;262:70-77.
30. Alberdi-Paramo I, Saiz-Gonzalez MD, Diaz-Marsa M, et al: Bullying and childhood trauma events as predictive factors of suicidal behavior in borderline personality disorder: preliminary findings. *Psychiatry Res* 2020;285:112730.
31. Kaplan C, Tarlow N, Stewart JG, et al: Borderline personality disorder in youth: the prospective impact of child abuse on non-suicidal self-injury and suicidality. *Compr Psychiatry* 2016;71:86-94.
32. Slotema C, Niemantsverdriet M, Blom J, et al: Suicidality and hospitalization in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *Eur Psychiatry* 2017;41(1):47-52.
33. Minarikova KB, Prasko J, Holubova M, et al: Hallucinations and other psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2022;18:787.
34. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, et al: Patterns of non-suicidal self-injury and their relationship with suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Arch Suicide Res* 2018;22(3):465-478.
35. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, et al: Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Interv Psychiatry* 2019;13(2):194-201.
36. Alberdi-Páramo I, Díaz-Marsá M, Sáiz González MD, et al: Association between non-suicidal self-injury and suicidal behavior in borderline personality disorder: a retrospective study. *Actas Esp Psiquiatr* 2021;49(5):199-204.
37. Khosravi M, Hassani F: The protective effect of emotional intelligence on suicidality: a multiple mediation model among patients with borderline personality disorder. *Pers Individ Dif* 2022;189:111488.
38. Paris J: Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina* 2019;55(6):223.
39. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158(10 Suppl):1-52.
40. Linehan MM: Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, United States: Guilford Publications, 2018.
41. Bateman A, Fonagy P: Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1355-

- 1364.
42. Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, et al: Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(6):649-658.
43. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, et al: Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):922-928.
44. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, et al: The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord* 2006;20(5):450-465.
45. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(7):757-766.
46. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, et al: Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry* 2017;74(4):319-328.
47. Mehlum L: Mechanisms of change in dialectical behavior therapy for people with borderline personality disorder. *Curr Opin Psychol* 2021;37:89-93.
48. Herpertz S, Matzke B, Hillmann K, Neukel C, Mancke F, Jaentsch B, et al. A mechanism-based group-psychotherapy approach to aggressive behaviour in borderline personality disorder: findings from a cluster-randomised controlled trial. *BJPsych open*. 2021;7(1)
49. McLaughlin SP, Barkowski S, Burlingame GM, Strauss B, Rosendahl J. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*. 2019;56(2):260.
50. Koenigsberg HW, Harvey PD, Mitropoulou V, et al: Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(5):784-788.
51. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM: A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull* 2009;135(3):495-510.
52. Mirkovic B, Delvenne V, Robin M, et al: Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC psychiatry* 2021;21(1):1-10.
53. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, et al: Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; (5).
54. Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Kongerslev MT, et al: Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *BJ Psych* 2022;1-15.
55. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, et al: Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS drugs* 2021;35(10):1053-1067.
56. Black DW, Zanarini MC, Romine A, et al: Comparison of low and moderate dosages of extended-release quetiapine in borderline personality disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J*

- Psychiatry 2014;171(11):1174-1182.
57. Frankenburg FR, Zanarini MC: Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder: a double-blind placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry 2002;63(5):4600.
 58. Marin LK, Kapil-Pair KN, Harris RE, et al: Combination treatments in borderline personality disorder: bridging the gap between clinical practice and empirical data. Curr Treat Options Psychiatry 2018;5(1):141-161.
 59. Hurtado-Santiago S, Guzmán-Parra J, Mayoral F, et al: Iconic therapy for the reduction of borderline personality disorder symptoms among suicidal youth: a preliminary study. BMC psychiatry 2022;22(1):1-11.
 60. Wibhowo C, Sanjaya R: Virtual assistant to suicide prevention in individuals with borderline personality disorder. 2021 International Conference on Computer & Information Sciences (ICCOINS) 2021;234-237.
 61. Binks C, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006;(1).
 62. Temes CM, Zanarini MC. Recent developments in psychosocial interventions for borderline personality disorder. F1000Research. 2019; 8.

COVID-19 疫情如何影響自殺風險？

黃意婷

國立成功大學職能治療學系

張書森

國立臺灣大學健康行為與社區科學研究所

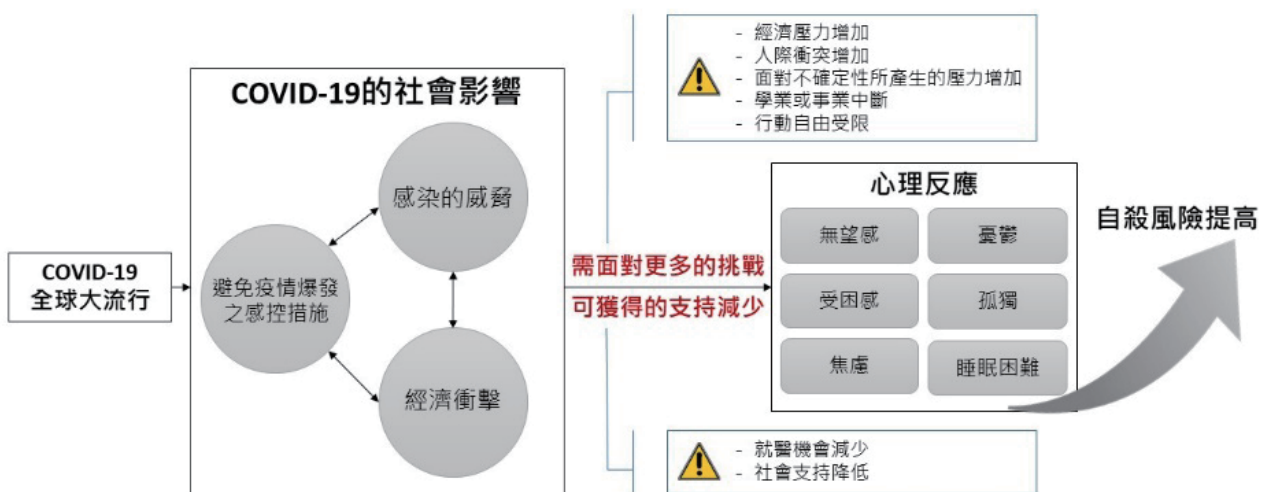
自 2019 年底起至今，COVID-19 疫情以及各種相對應的感控措施，對全球和台灣都仍持續造成巨大影響，民眾的心理健康也可能因此受到衝擊。

在疫情初期，大家都擔心疫情是否可能造成自殺率大幅提高。然而，基於高收入國家數據的研究指出，多數國家的整體自殺率在疫情最初 9-15 個月期間並未大幅攀升，有些甚至出現了自殺率略為下降的趨勢 [1, 2]；台灣的資料也顯示在疫情第一年（2020 年）自殺率並沒有增加，反而有小幅下降 [3, 4]。

但也有研究指出，疫情期間民眾的自殺意念及心理困擾有增多的趨勢 [5]，因此，疫情如何影響民眾心理健康及自殺傾向仍是一個重要的問題。我們從 2020 上半年的安心專線（1925）來電中，選出 60 通自殺風險較高且主要困擾與新冠疫情有關的通話進行分析，藉此深入了解疫情是如何影響來電者的生活、並如何進一步影響其自殺風險，研究結果獲刊登於國際自殺預防協會所發行的學術期刊《Crisis》[6]。

研究結果顯示，疫情對來電者的心理健康及自殺風險之影響歷程可歸納為下圖。疫情對整體社會帶來了三大影響，包含「感染病毒的威脅」、「為避免疫情爆發而採取的感控措施」、以及「經濟衝擊」，除了首當其衝的旅遊及餐飲業外，許多依靠進出口的製造業也受到很大的影響。

COVID-19 疫情如何影響自殺風險



高風險人群：以上這些挑戰增加或缺乏支持的情況，可能對高風險人群產生關鍵影響（例如具自殺史或心理疾患、工作條件不穩定等人群）

這些因疫情而產生的社會影響，對來電者的日常生活造成許多挑戰。例如因為失業、無薪假或找不到工作而導致經濟壓力增加；疫情期間生活型態改變而不得不與家人同住、導致人際衝突增加；伴隨疫情而來的不確定性，導致自己不知該如何規劃未來；原先的學業和事業被迫中斷；習以為常的生活也因感控措施無法自由自在地移動。在疫情期間除了挑戰增加外，來電者也表示他們可獲得的支持也變少，許多人因疫情而中斷就醫，原先透過與親友相聚而獲得情感支持的機會也變少了。

這些挑戰和缺乏支持的狀況，進一步引發來電者的心理壓力，並可能導致其自殺風險提高，例如有來電者提到：「我對未來沒什麼希望…這些事情好像沒個盡頭」，或是「因為疫情我真的很焦慮，我只能透過割傷自己來轉移注意力…這些壓力真的讓我覺得控制不了自己」。

來電者的心理反應可主要歸納為六種：

1. 無望感：覺得未來不會有好事發生；
2. 受困感：覺得好像陷入泥淖無法脫身；
3. 焦慮：感到擔心緊張而無法靜下心；
4. 憂鬱：持續的心情低落，導致吃不下也睡不好；
5. 孤獨：因為缺乏陪伴而覺得孤獨；
6. 睡眠困難：例如即便吃了比之前更多的安眠藥仍然失眠。

尤其對於原先就屬於高風險的來電者而言（例如過去有自殺史或心理疾患、原先工作就不穩定的人等等），這些因疫情而產生的心理壓力更有可能讓他們產生自殺意念，導致自殺風險提高。

以上的研究結果描繪了疫情如何影響來電者的日常生活及心理健康、並進一步增加其自殺風險，也更彰顯出安心專線或其它熱線在這個關鍵時刻所扮演的重要角色。

熱線輔導員們運用原先就擅長的主動聆聽等情緒支持技巧，協助來電者舒緩焦慮，當察覺到來電者面對因疫情而導致的生活困境時，也可

盡量協助轉介相關資源，或提供可能的因應策略，讓來電者感受到事情還有改變的可能。當輔導員在對話中察覺到來電者有上面提到的心理反應時，應更加警覺這些心理反應是否會進一步導致來電者產生自殺意念。

安心專線與其它熱線的存在，以及輔導員們發揮專業及同理心的情緒支持，對於在疫情期間穩定臺灣民眾的心理健康有極大的貢獻。雖然多數的來電可能都伴隨許多壓力事件及負面感受，但也有許多來電者提到安心專線是他們一個重要出口，輔導員的陪伴與建議讓他們覺得自己不是孤單的，也在與輔導員的對話中察覺到自己的情緒可以慢慢穩定下來。

在疫情高峰時有來電者覺得「看不到盡頭」，而熱線服務提供了及時而關鍵的協助，陪伴民眾走過疫情，看到隧道盡頭的光亮，期待各界因此更加重視及支持熱線服務。

參考資料：

1. Pirkis, J., et al., Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *Lancet Psychiatry*, 2021. 8(7): p. 579-588.
2. Pirkis, J., et al., Suicide numbers during the first 9-15 months of the COVID-19 pandemic compared with pre-existing trends: An interrupted time series analysis in 33 countries. *EClinicalMedicine*, 2022. 51: p. 101573.
3. Lin, C.Y., S.S. Chang, and L.J. Shen, Decrease in Suicide During the First Year of the COVID-19 Pandemic in Taiwan. *J Clin Psychiatry*, 2021. 82(6).
4. Lin, C.Y., et al., Factors associated with fewer than expected suicides in Taiwan during the COVID-19 pandemic in 2020. *Asian J Psychiatr*, 2022. 80: p. 103379.

5. O'Connor, R.C., et al., Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. Br J Psychiatry, 2020: p. 1-8.

6. Hwang, I.T., et al., "I can't see an end in sight." How the COVID-19 pandemic may influence suicide risk: a qualitative study. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 2022.

由心理衛生第一線人員看精神衛生法修法

第一線關懷訪視工作者

精神衛生法於 79 年實施後，歷經 4 次修正，最後一次修正在 97 年超過 10 年未修正。近幾年因精神疾病社會事件頻傳，於 111 年 11 月 29 日立法院三讀通過修正精神衛生法部分條文，其修法中涵括：「落實病人知情同意權」、「強制住院改由法官裁定並採參審制」等人權相關議題。但在實務工作上卻有許許多多的問題與觸及法令的邊緣棘手的個案是難以用相關法令解套。

每天自殺案件如雪片般進入到自殺防治系統中，關訪員要面對自殺者的情緒、病情、家屬要求、資源整合。但是自殺個案多半伴隨著精神方面疾病如憂鬱症、躁鬱症、反社會人格等。甚至許多重複性自殺個案，所講求的就是「案主自決」-「我就是想『死』，你們管太多了，我自己的生命我自己決定。」造成實務工作者的處遇困境。以下以一名實際自殺個案的案例：

小花，在一個晴朗炎熱的夏季通報進案，關訪員接獲通報後，主動去電關懷個案。歷程 7 個月的服務歷程中，小花的反社會人格，自殺案件不斷重複性進案 4 次，只要家人不順從小花的意思，小花就會用自殺威脅家人。其中一次，小花與家人發生衝突，家人第一時間通報警消人員到場協助並通知訪員，在強制就醫過程中，小花將自己全身衣服脫光並口中說反正妳們都不怕丟臉我怕甚麼，後續協助強制就醫但因疫情關係及小花拒絕住院，因此無法順利住院，當天下午返

家，返家後，小花責怪家人為何要讓她強制就醫，當下與家人發生衝突，在衝突過程中，小花持刀威脅父親，家人報警後，警消協助強制住院，住了 3 天後出院，因為小花在醫生面前表現出自己為一時情緒衝動，非屬為精神疾病患者，就此返家。

後續小花因反社會人格問題，多次在便利超商、公開場所，發生街頭衝突事件後，路人通報警消人員處理，後因公共危險罪，拘留在警局，過一晚後隨即返家。返家後，小花與家人再次發生衝突，且又持刀再次企圖砍傷父親與母親，透過警消人員強制就醫住院，家人也透過警察人員聲請保護令，隨著法院裁定後，家人申請保護令也獲准。但核發保護令之內容為遠離令 200 公尺，小花在家暴相對人的角色上意味著一旦出院後，將不得返回家中居住。訪員與醫院多次討論後續安置事宜，醫院皆以健保之規定住院期限為由，住院期限到期後僅能出院，另覓安置處所，增加訪員在個案管理過程中的難度。

小花出院迫在眉梢，訪員嘗試與多家療養機構聯繫，仍難以覓得床位。另，適逢精神衛生法修法後「知情同意」、「人權」等議題，若小花不願意繼續住院或無意願去療養機構，後續是否又再次發生街頭社會事件或家庭暴力問題？沒有人可以預料。修法的意義在於社會大眾尊重精神病人權問題、並得以在合理的議題上促進病患人權發展，現今國際趨勢對於身心障礙者權利維護的主要精神與目的，在於提升其於交通、生活、資通訊、溝通、社會參與等公共事務上的平等權，而對病患具有重要意義的醫療乃為解除病患罹病之苦，而非依其權利可選擇之事，特別是當患者

不遵從醫療致病情不穩定後可能發生的暴力事件或對周遭他人可能的危害，將危及家庭、社區乃至於更多社會大眾的安全與權利。因此，如何兼顧人權議題、佈建良好的配套措施與公權力，維護社會安全之餘，讓精神病患者得到應有的醫療服務，是一個未來須面對的挑戰。

論文摘要集

1.COVID-19 下的自殺防治：台灣與世界 Suicide Prevention under COVID-19: Taiwan and the World

Chia-Yi Wu

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0014

防止自殺仍是全球在 COVID-19 大流行期間的一個重大挑戰。雖然台灣自 2022 年 9 月以來已經解除了大流行的限制，但大流行仍對經濟和社會造成了影響，並且造成了許多看似無害卻嚴重的心理健康後果，包括焦慮、憂鬱和自殺。本期《自殺防治學雜誌》(JoS) 中包含了一些有關自殺風險因素的主題，例如基因、癌症 / 醫療疾病、精神病學、醫療服務使用、媒體新聞報導、COVID-19 期間心理健康照顧、和校園與地方政府的自殺防治策略。此外，兩篇關於自殺倖存者的遺族服務和醫院防治策略的文章強調了自殺防治的重要背景，而校園預防策略則是提昇讀者對於教師及青少年對校園自殺防治觀點的關注，最重要的是，政策制定者在實施自殺防治策略中扮演關鍵角色。在 COVID-19 期間，社會大眾需要學習更多有關社區自我照顧的技巧，本期提供了美國農村地區自殺防治的最新策略和預防措施，自殺防治政策有賴個人、社會和國家層面之行動落實，例如醫療院所是自殺防治的目標對象之一，因此需要落實醫療專業人員提供全面的策略如護理服務和政策建議；同樣地，社區跨領域專業人員也須落實提供自殺風險群體的關鍵資源及轉介，他們是不同年齡層高風險自殺群體的重要保護機制。本期文章將為讀者提供充分的自殺防治信息，希望社會上各個角落的自殺防治守門人和一般大眾都能從自殺防治學雜誌中獲得啟發。

2. 展現行動創造希望：後疫情時代弱勢群體精神 困擾的分流與關懷

Creating Hope through Proactive Action: Triage and Care of Mental Distress for Vulnerable People in the Post-pandemic Era

Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0013

國際自殺防治學會宣布 2021-2023 年世界自殺防治日的主題為 "藉由行動創造希望"(Creating Hope through Action) (註：本文詮釋為"展現行動"創造希望)。它旨在提醒所有人，他們可以向經歷自殺念頭的人發出信號，告訴他們可以得到幫助和支持。經過訓練後，每個人都可以成為自殺防治守門人。眾所周知，COVID-19 大流行危機引發無數心理健康問題，並提高了全球自殺風險，相關的危險因素包括各種物理、心理社會和經濟問題，例如與 COVID-19 病例相關的焦慮、憂鬱、孤獨、自卑感、社交孤立、累贅感、精神障礙以及壓力性生活事件（例如，喪傷）。然而，主要的風險是由上述因素產生的心理困擾。因此，在大流行後期推動心理健康素養和提高對精神病學的自我認知，是自殺防治策略的關鍵，於此過程中我們需要一個自陳報告和有效的簡短量表，用於早期發現和分級易受影響者的心理困擾，以提供適當的幫助。在台灣，簡式健康量表（The 5-item Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5, 又稱心情溫度計）是由五項題目外加一題附加題組成的簡短量表，可自行評估、面訪或線上檢測，在醫療服務和社區中可用於檢測情緒困擾和精神症狀，已有許多實證基礎證實它是有效的評估方法。它被廣泛用於各種環境中作為篩檢媒介，用以評估情緒困擾和自殺意念，並作為轉介心理衛生專業人員的參考指引。BSRS-5 包含以下 5 項精神病理學症狀評估：1) 失眠；2) 焦慮；3) 敵意；4) 憂鬱；5) 自卑；附加題為自殺意念（suicide ideation）項目："在過去一個禮拜中，

您有任何自殺的想法嗎？”每個項目被問及評估上一周的困擾程度，並在五點 Likert 類型量表上評分，分別為：0，完全沒有；1，輕微；2，中等程度；3，厲害；4，非常厲害。總分數計算出來並顯示出四個程度的困擾，根據嚴重性分為正常範圍（分數 0-5）、輕微（6-9）、中等（10-14）、和嚴重（15-20）四個心情發燒等級，根據每個困擾程度給予尋求幫助的建議。BSRS-5 可用於評估壓力反應和常見精神症狀，如敵意、憂鬱和自卑（人際關係敏感）等。自殺行為者可能會感到受困、歸屬感受挫、並認為對他人來說是負擔，因此感覺自己是孤獨的及無法逃避的。根據台灣自殺防治學會在疫情中收集的實證資料，COVID-19 個案有相當比例的情緒或心理困擾，其中自卑感是週間自殺意念的主要預測因素。除了憂鬱感之外，自卑在自殺意念中的重要性已經在社區居民、醫院住院病人和精神科住院病人中被報導。之前一項有關自殺企圖者的長期研究發現，自我評估的心理困擾（即自殺意念、憂鬱、自卑、焦慮、敵意和失眠）是重要且持續的預測因素，可以在首次企圖自殺後一年內預測再次企圖自殺的死亡，並具有劑量反應效應 (dose-response effect) (Wu et al, J Formos Med Assoc, 2020)。台灣在 COVID-19 大流行期間，中央政府提供了 1922 專線促進大眾掌握 COVID-19 信息，並提供 1925 專線促進情緒支持。在地方政府層面，一些縣政府建立了 APP 應用程式心理健康服務模式，提供 BSRS-5 讓人們自我監測、立即回饋、發送必要的心理健康信息，提供線上壓力管理技巧，並根據測試結果提供輔導。總結以上，BSRS-5 不僅可評估心理困擾程度，還可以增強測量者的心理健康自我察覺，並作為助人者共鳴理解的媒介。自殺已被證實既是急性危機問題、也是持久的心理痛苦問題。面對 COVID-19 後期時代，使用 BSRS-5 評估可以提供一個評估情緒困擾及心理痛苦的概況，以便為易受傷族群開發適當的且以人為本的自殺防治方法。

3. 美國農村自殺防治策略和處置措施的回顧

A Review of Strategies and Interventions for Suicide Prevention in the Rural United States

Sahar Ashrafzadeh, John H. Lee

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0003

自殺在美國是重要的死因，而居住在鄉村地區的人更容易受到較高自殺率的影響。醫療保健服務受限、經濟條件較差、對心理健康治療的污名化和更多接觸槍支等因素，都會導致鄉村社區自殺率的上升。本文中，作者回顧了在美國各地實施的鄉村病患族群的各種自殺防治計劃。包括在鄉村病人中評估干預對心理健康結果或自殺風險的影響的研究在其中。自殺防治策略按干預或計劃的類型分類，包括遠距醫療服務、數位健康計劃、住院後外展和針對高危患者的社區干預，綜合了現有研究的結果，雖然關於農村自殺防治的文獻資料有限，但迄今為止的研究發現，以社區為基礎的策略，包括環繞式服務和遠距醫療計劃，可以增加農村獲得精神衛生保健的機會，這可能是減輕農村社區自殺負擔的最有效方法和處置，也為未來的研究、衛生政策和臨床處置提供重要訊息。

4. 評估自殺行為病人中基因貢獻與身體疾病的關聯性綜述

A Review of the Association between Gene Contributions and Medical Illness in Patients with Suicide Behavior

Yung-Fu Wu, For-Wey Lung

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0008

自殺行為是台灣最重要的公共衛生問題之一。關於自殺的研究發現，自殺除了共存的風險因素外，具有共病性身體和精神疾病的可能性也很高。此外，最近幾年來基因組關聯研究 (GWAS) 在自殺行為上也已提供有關預防和治療計畫的全面信息。然而，不幸的是，

這些研究的結果並沒有一致。部分原因可能與基因的多樣性和自殺行為中多遺傳因素調控和環境因素的可能機制有關。本綜論除了概述最近生物統計研究的臨床發現外，也強調在未來基因研究中應考慮的共病病症和特定流行病學因素，如年齡組別的重要性。

5. 看見太陽青少年情緒障礙團體－以敦安社會福利基金會經驗為例

Sunshine Emotional Dysfunction Support Group for Adolescents: The Dun An Social Welfare Foundation Experience

Tsung-Tsair Yang, Ming-Been Lee, Joyce Yen Feng

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0002

台灣 15-24 歲年齡層的粗自殺率近年來逐漸增加。自殺的原因是多重的，其中憂鬱是主要的心理因素。考慮到台灣在青少年心理健康方面的工作，憂鬱症多年來遵循精神病學的指導方針，強調症狀診斷和藥物治療。在現實中，多變量評估、介入和建立全國性的青少年憂鬱照顧網絡是很重要的。本文介紹了由敦安社會福利基金會建立的憂鬱青少年支持小組。內容包括憂鬱小組的五個階段：設計階段、組織階段、執行階段、完成階段和評估階段。治療原則是“探索自我壓力管理資源”和利用“六部故事法創作”來幫助客戶形容生活中重要的問題並學習如何修改壓力處理風格。“六部故事法創作”是所謂的 BASICPH 壓力處理模型，促進個案在面對不同狀態下的壓力時得以學習自我處理方式。

6. 在台灣醫療機構中自殺遺族悲傷輔導現況

Current Status of Bereavement Services for Survivor of Suicide in Taiwan Medical Institutions

Chun-Kai Fang

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0006

因自殺而失去親人的人被稱為自殺遺族 (Survivors of Suicide, SoS)。自殺是一場悲劇，對留下的有關之人造成長期影響。每起自殺都將影響個案周圍至少六個親戚和朋友。麥奇醫院於 2005 年在台灣成立了第一個自殺預防中心。此後，自殺防治中心已經服務了 363 個遺憾的案件，提供了 3,552 個輔導服務。為了更好地支援有自殺意念和自殺遺憾家庭的案件，麥奇醫院有一個由精神科醫師，心理學家和社工組成的團隊，主要是陪伴這群人。陪伴已經成為 SoS 的常規服務。每個人都有悼念的權利。悼念需要被看見，只有悼念才能慢慢痊癒。

7. 護理政策建議 - 護理師自殺防治培訓計劃：越南觀點

Nursing Policy Recommendations in a Suicide Prevention Training Program for the Nurses: A Perspective from Vietnam

Pham Thi Thu Huong, Yeh Chang Mei, Ming-Been Lee, Chia-Yi Wu

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0007

自殺是世界重大公共衛生問題。以越南為例，每年有超過 7500 人死於自殺，有超過 20 倍的人可能曾經具有自殺企圖。然而，越南為自殺者和倖存者提供護理的資源和服務有限。自殺是一個需要全人照護的問題，它攸關辨識自殺病人及其家人生活的目的和意義，藉由病人整合身體、思想和精神來幫助他們。護理教育的核心理念即是全人照護，護理師是患者降低健康狀況風險的一線守門人，日常護理實踐為護理師提供了最多的機會來識別精神困擾或自殺念頭的早期跡象。然而，與其他主題相比，醫療保健專業培訓較少強調自殺防治教育或學習。護理師守門人培訓計劃中的護理政策建議，旨在提供重要的循證指南標準和全面的 SWOT 分析，為未來護理教育和防治政策提供有效資源。

8. 台灣網路調查：自殺敘事、精神病理學和自殺意念間的關聯

Associations between Suicide Narrative, Psychopathology, and Suicidality: An Online Population Survey in Taiwan

Sung-Ya Chang, Ming-Been Lee, Chia-Yi Wu, Megan L. Rogers, Chia-Ta Chan, Chun-Ying Chen, Jenelle Richards, Igor Galyner

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0004

背景：自殺危機症候群 (Suicide Crisis Syndrome, SCS) 被描述為自殺前的精神狀態，可以使用第二版自殺危機量表 (SCI-2) 對其進行評估。早期識別即將發生的自殺企圖風險對於提供及時干預十分重要，本土實證研究亦指出 SCS 亦與自殺敘事量表 (Suicide Narrative Inventory, SNI) 密切相關。本研究旨在檢驗 38 題簡化版自殺敘事量表的有效性，以確定台灣社區居民 SNI 信效度及其與心理困擾和自殺風險的相關性。

方法：在 2021 年 4 月和 5 月，台灣自殺防治學會進行了一項關於自殺風險的結構化問卷匿名網路調查。問卷包含人口統計學、SNI、SCI-2、簡式健康量表 (BSRS-5) 以及有關自殺的問題來衡量心理困擾和自殺風險。研究進行了驗證性因素分析 (CFA) 和 SNI 的內部一致性檢視，亦測試 SNI 與 SCI-2、BSRS-5 分數和自殺評估的收斂有效性。此外，ROC 曲線分析用於確定 SNI 之於預測近一週自殺意念的有效性。此外，逐步多元回歸用於檢查 SNI 總 / 子量表和 SCI-2 評分是否對近一週自殺意念有顯著影響。此外，本研究亦進行路徑分析以檢查 SNI 和 SCI-2 與近一週自殺意念的關聯。

結果：研究共招募了 4846 名參與者提供有效問卷結果進行分析。SNI 以 CFA 分析結果發現七因素的模型擬合良好。SNI 總分和子量表分數與 SCI-2、BSRS-5 和自殺傾向的所有項目都顯示出極好的內部一致性和良好的收斂效度。逐步多元回歸顯示 SCI 和感知負擔顯著解釋了過

去一周自殺意念 33.4% 的變異。此外，ROC 曲線結果則呈現 SNI 的最佳切分點 (98/99) 可以顯著識別近一週自殺意念的存在。經本研究實證結果指出，SNI 具有良好的心理測量特性，具有七因素解決方案，可以顯著確定 SNI 評估結果與過去一週的自殺意念風險的相關性。

結論：SNI 是評估近期自殺風險和近期自殺意念的有效工具。

9. 2006-2015 年台灣自殺者死亡前一年內醫療服務利用與診斷的全國性資料連結 **A National Data Linkage Study of Medical Services Utilization and Diagnoses of Suicide Patients within a Year before Death in Taiwan, 2006-2015**

Wei-Chen Huang, Chun-Yuan Lin, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Chia-Ta Chan, Chun-Ying Chen

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0009

背景：自殺是一個重要的全球公共問題，但目前尚缺乏對自殺患者使用醫療服務的大規模研究。本研究旨在揭示自殺死亡前的醫療服務利用和診斷。

方法：本研究為全國性資料連結研究，使用死亡原因數據，利用國家健康保險研究數據庫 (NHIRD)，收集自殺患者死亡前一年內的醫療服務利用情況；對照組的數量是其 10 倍。邏輯回歸用於計算勝算比 (OR)，OR 和患病率用於計算人口歸因分率 (PAF)。

結果：在自殺患者的門急診服務使用上，以就診精神科最多 (OR = 9.9, 95% CI = 9.6 - 10.2)。在住診服務使用上，則以急診科最多 (OR = 41, 95% CI = 36.5-130.9)，精神科排第三 (OR = 6.3, 95% CI = 6.3- 6.8)。其中精神障礙是門急診 (OR = 4.8, 95% CI = 4.7- 4.9, PAF = 0.38) 和住診 (OR = 4.5, 95% CI = 4.3- 4.7, PAF = 0.25) 自殺患者最常見的診斷。在所有自殺患者的精神障礙診斷中，藥物性

精神障礙是門急診最常用的診斷 (OR = 51, 95% CI = 42.8-61.8, PAF = 0.01), 人格障礙則是住診最常用的診斷 (OR = 20.5, 95% CI = 13.5-31.2, PAF = 0.01)。若以 PAF 排序, 惡性腫瘤是自殺患者門急診第二常見的生理疾病 (PAF = 0.05, OR = 2.9, 95% CI = 2.8-3.1), 在住診也排名第二 (PAF = 0.03, OR = 1.3, 95% CI = 1.2-1.4)。

結論：本研究是第一個關於醫療服務使用和診斷的全國性資料連結自殺死亡分析。就診於精神科和急診科的患者, 以及診斷為精神障礙的患者, 尤其是患有人格障礙和藥物相關障礙的患者, 應謹慎對待。由於存在自殺風險, 在腫瘤科就診並被診斷患有惡性腫瘤的患者需要特別注意。

10. 台南市 COVID-19 大流行期間居家隔離者心理保健模式：心理困擾和自殺傾向概況 Tainan City Model of Mental Health Care for People at Home Quarantine during COVID-19 pandemic: Profile of Psychological Distress and Suicidality

I-Lin Hsu, Yueh-Yin Chen, Wan-Sin Cheng, Cheng-Chan Shih, Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0012

背景：COVID-19 大流行是一場前所未有的全球健康危機, 可能導致心理健康問題並增加自殺風險, 在社會大眾因 COVID-19 感染或密切接觸而被隔離的情境下, 本研究旨在介紹台南市為居家隔離和調查人員提供心理健康照護的政府模式, 期能有效降低心理困擾和自殺傾向, 並可用以估計個體對心理健康介入措施需求具有不同的 COVID-19 相關條件。

方法：市政府設立應用程序“台南市政府醫療雲”提供 BSRS-5 供人們自我監測, 給予即時反饋, 並根據同時測試結果。所有依法需要居家隔離的個人或普通人、老年人招募 15 歲或以上, 線上完成相關問卷調查的人參與研究, 從

2022 年 5 月 1 日到 6 月 30 日。使用五項簡要症狀評定量表 (BSRS-5) 對心理困擾。一個額外的問題被用來評估最近一周的自殺意念 (SI)。進行卡方檢驗和多元回歸以估計心理因素的關聯痛苦、自殺傾向和與 COVID-19 相關的情況。結果：參與者包括 14,179 名男性和 18,269 名女性。將 COVID-19 相關情況分為密切接觸者 (n=5,707), 確認 COVID-19 感染 (n=6,413), 密切接觸後確診病例 (n=1,426)。在參與者中, 近 1 週精神疾病患病率和自殺意念發生率分別為 11.7% 和 2.8%。失眠率最高 (57.5%), 其次是焦慮 (39.3%)、憂鬱 (36.0%)、敵意 (31.8%) 和自卑 (18.0%)。女性的患病率明顯更高個體精神病理學和精神病發病率。確診病例組的密切接觸者有精神病發病率最高 (13.9%), 其次是密切接觸組 (12.7%), 確診病例 (12.4%), 普通人 (11.1%)。一周 SI 的逐步回歸分析表明自卑 ($\beta=0.328$)、憂鬱 ($\beta=0.120$)、敵意 ($\beta=0.055$) 和失眠 ($\beta=0.048$) 顯著選擇解釋 21.4% 的 SI 方差。結論：在 COVID-19 大流行期間, 在線使用 BSRS-5 對居家隔離人員的心理困擾進行分類及時提供服務是預防自殺和心理健康的便捷有效策略晉升。

11. 門診患者的自殺傾向和相關的精神病理學在醫療中心患有癌症 Suicidality and Associated Psychopathology among the Ambulatory Patients with Cancer in a Medical Center

Yu-Yu Ko, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0011

癌症已成為全球死亡的主要原因。並存的精神病癌症患者的合併症引起了衛生專業人員的關注。癌症也有風險為了自殺。該領域的研究還不夠充分。本研究旨在調查門診癌症患者的心理困擾和自殺傾向及其關聯。方法：使用結構化訪談對 399 名癌症門診患者進行橫斷面調查

收集基本信息並評估心理困擾（通過修改後的五項簡要症狀評分規模，BSRS-5R）和自殺傾向。進行邏輯回歸分析以檢驗關聯，最近的自殺和各種心理困擾之間。結果：佔總數的百分比更高參與者患有胃腸道腫瘤 (31.1%)、非轉移性腫瘤 (58.4%) 且持續時間為不到一年的診斷 (52.1%)。在參與者中，患病率為 13.5% 精神病發病率和一周自殺意念 (SI) 的 2.3%。一周的 SI 具有顯著的與未來自殺意向 ($r=.467$)、終生自我意識 ($r=.34$)、自卑 ($r=1.76$) 和焦慮 ($r=1.44$)。在苦惱的五項中，自卑感與一般情緒的相關性最高 BSRS-5R ($r=.77$) 定義的精神病理學。一周 SI 的邏輯回歸分析表明，只有自卑是 SI 的重要預測因素。結論：自卑感顯著相關具有過去和未來的自殺傾向，並且可以顯著預測一周的 SI。未來的研究調查從自卑到自殺的潛在機制可能為自殺提供了重要途徑癌症患者的預防。

12. 教師對校園自殺預防和心理健康促進的看法：COVID-19 期間的縣上焦點小組研究 The Teachers' Views on Campus Suicide Prevention and Mental Health Promotion: An Online Focus Group Study during COVID-19

Pei-I Lee, Hui-Chun Huang, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0005

背景：青少年和年輕成人的自殺是一個世界性問題。學生在學校度過的時間很長，而學校教師在識別自殺警告信號和發現有心理健康問題風險的學生方面發揮著關鍵作用。然而，有關教師對校園自殺預防的看法及研究相當有限。方法：一項質性研究於 2022 年 1 月進行，研究者採用目的取樣方式，從台灣不同的學校系統中招募教師。由於 COVID-19 大流行因此運用線上焦點團體訪談方法，及五個開放式問題的訪談指南。使用內容分析技術對數據進行分析。結果：共有 18 名教師參與了這項研究。參與者

表達了學校心理健康促進的諸多挑戰，例如缺乏與其他教師和家長的有效溝通，或者缺乏關於自殺預防的知識和可用的心理健康資源。參與者就教材和自殺預防策略提出了自己的觀點，包括促進心理健康的必要性、教師和家長的心理疾病知識，以及學生在積極應對和情緒調節方面的技能發展等。結論：教師迫切需要一份心理健康促進和自殺預防指南。該指南不僅為教師提供了緩解親師生三者之間壓力或誤解的基本概念和技能，而且還提供了教學中多方面的心理健康策略，以增強學生的心理健康。

13. 台灣醫院自殺防治策略的實施：全國問卷調查 Implementation of Hospital Suicide Prevention Strategy in Taiwan: A Nationwide Questionnaire Survey

Jia-In Lee, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Chia-Ta Chan, Chun-Ying Chen

Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0010

背景：不僅是精神科，醫院所有非精神科都面臨著自殺高危患者。院內自殺防治（Suicide Prevention, SP）方面，台灣自殺防治學會與台灣自殺防治中心編寫了《醫院自殺防治工作手冊》，協助醫院建立院內 SP，為患者提供優質護理。本研究旨在探討台灣醫院 SP 的現狀。

方法：邀請台灣所有醫院參與線上調查。調查的問題包括三個維度共 17 個項目：1) 自殺防治組織；2) 對有自殺風險的個體進行識別、干預和訪視；3) SP 教育培訓。透過 Google 線上完成調查並進行分析。

結果：共有 314 家醫院 (66.5%) 參與本研究，第一個維度的結果顯示，精神病醫院在這部分的比例普遍顯著較高，精神專科主任的比例在所有分類醫院中都較低 (37.6%-73.3%)。非精神科醫院專科設置率和召集人級別較低，但大部分不同類型醫院在高危病例轉診、管理、審查、報告等方面表現較專科醫院為高。對於第二個維度，在五個臨床環境中（急診、住院、

門診和出院時間點)，將自殺評估作為管理高危患者的常規工作並具有精神科轉診機制和治療的比例顯著於醫療中心最高（約 100%）。地區醫院在所有項目中的總體比率明顯較低（61.9-76.3%）。除精神科專科醫院外，醫院門診高危常規評估率普遍較低。第三個維度，超過 80% 的醫院定期開展 SP 教育，內容包括工作指南、自殺風險識別和轉診，以及醫院參加教育項目的要求。此外，有專門 SP 單位的醫院通常比沒有專門單位的醫院有更高的調查項目執行率。結論：成立召集人級別較高的專科單位是非精神科醫院最重要的課題。地區級醫院在實施 SP 方面還有很大的提升空間。該研究為建立台灣醫院自殺防治模式提供了重要資訊。

14. 在 COVID-19 大流行的住院隔離期間出現憂鬱症並隨後發生腦中風病例 A Case of Depression and Subsequent Cerebral Infarction during Hospital Quarantine in the COVID-19 Pandemic

Cheng-Chen Chang, Yu Chang, Wen-Fang Wang
Journal of Suicidology 2022; 17(3)

DOI: 10.30126/JoS.202209_17(3).0001

雖然隔離是防止 COVID-19 散播的重要公共衛生措施，但它對受隔離者也有相當大的心理影響和後續的身體後果。隨著 Omicron 變種在全球迅速傳播，台灣近 80% 的人已經完成了疫苗接種。為滿足實際需要和保障社區防疫工作，越來越多人被居家隔離或醫院檢疫。我們被照會來治療一名反覆出現憂鬱和自殺意念的被隔離男性。不幸的是，該男性隨後罹患腦中風。對隔離中高危險個案進行心理介入和密切監測身體狀況至關重要。

介紹：2022 年 4 月，隨著變種 Omicron 在全球快速傳播，台灣近 80% 的人已完成疫苗接種（<https://covidvax.live/location/twn>）。為滿足實際需要和保障社區防疫工作，越來越多的人被居家隔離或醫院檢疫。因此，受影響者的身心健康不容忽視。儘管 COVID-19 感染與凝

血病和血栓事件風險增加有關 [1,2]，但很少有研究調查檢疫發生中風，但 COVID-19 陰性的病例。儘管檢疫的負面心理影響已被充分報導 [3,4]，但檢疫的心理影響與中風之間的聯繫卻很少受到關注。我們介紹了一個在醫院檢疫 14 天的 COVID-19 陰性病例，他在此期間罹患憂鬱症並罹患腦中風。

案例報告：一名 60 歲的單身男性有未經治療的重鬱症、重症肌無力、慢性腎臟病和 2 型糖尿病病史，連續數天出現全身水腫和體重增加。他來到我們的急診室 (ER)，實驗室檢查顯示 WBC10.7k/ μ L，Hb17.8g/dL，血小板計數 451k/ μ L，肌酐 1.82mg/dL，鈉 128mmol/L，鉀 5.2mmol/L，膽固醇 555 mg/dL，白蛋白 1.8 g/dL。腎病綜合症給人留下了深刻印象。然而，在他急診病床旁邊的另一名患者被檢測出 COVID-19 陽性。不幸的是，由於他的接觸史和政府的隔離措施，他被規定轉到隔離病房進行 14 天的額外觀察。轉到隔離病房後，他表示不情願和不滿，因為 PCR 檢測 COVID-19 感染呈陰性。第 4 天，患者出現急性失語，腦部磁共振造影顯示左側額葉放射冠和左側顳葉出現急性多灶性梗塞（圖）。他表現出憂鬱、間歇性躁動和自殺意念，因此，他被轉給精神科醫生。憂鬱症讓人留下了深刻印象，開了米氮平 30 mg / 天。4 天後改善有限，加用文拉法辛 37.5mg/ 天。第 23 天腎活檢病理顯示微小病變。他仍然情緒不穩定，不配合醫療管理，並聲稱他想死。儘管他的腎功能正在下降，但他在第 32 天不顧醫生的建議堅持出院。出院後三天開始發燒。隔天，他再次住進了醫院。住院期間發現腎功能惡化（BUN：71mg/dL，肌酐：2.36mg/dL，估計 GFR：28.20）和嚴重肺炎（CXR：雙肺肺炎斑伴雙側胸腔積液）。不幸的是，再次入院後的第 53 天，患者死於呼吸衰竭。

討論：只有少數研究調查了檢疫和隔離對心理健康的影響 [3,4]。檢疫可能伴隨著與檢疫持續時間相關的壓力、對感染的恐懼、沮喪、供應不

足和信息不足。這些壓力源可引發許多心理反應，如急性壓力疾患、焦慮、易怒和憂鬱 [4]。我們的受試者有憂鬱症和多種疾病史。他被規定檢疫，這種情緒讓他更加憂鬱。他的內科疾病得到控制，但反復發作的憂鬱症可能會增加腦中風的風險。儘管檢疫和憂鬱期間出現中風的發病機制尚不清楚，但可能的機制可能包括腦炎、下視丘 - 腦垂腺 - 腎上腺軸失調、血小板反應性增加和自主神經功能障礙 [5]。儘管檢疫是防止 COVID-19 傳播的一項重要公共衛生措施，但它對受影響者產生了相當大的心理影響和隨後的身體後果。對高危檢疫病例進行心理和身體介入至關重要。

15. 針對各種人口統計和特定人群的自殺防治 Suicide Prevention for A Variety of Demographic and Focused Populations

Chia-Yi Wu

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0015

據台灣政府統計，在最近五年的 2017 年和 2021 年間，15-24 歲年輕人的自殺死亡率從每 10 萬人中 6.4 人攀升至 9.6 人。同時，在 COVID-19 期間，中老年人也面臨著不同的生物心理社會挑戰。自殺防治策略仍然廣泛覆蓋整個生命週期，並基於地方政府針對那些需要保護措施的人所採取的高風險管理和健康促進計劃。最近對世界自殺防治趨勢的觀察也反映了對特定性別和年齡組差異的關注。例如英國心理健康組織 (<https://reurl.cc/EXDgva>) 表示，自殺是英國 45 歲以下男性的最大殺手，但近年來少女和年輕女性的自殺率幾乎翻了一倍。更多的研究似乎集中在各種性別和年齡特徵和 / 或其他典型的自殺風險上，如社會心理和環境因素。

本期《自殺防治學雜誌》(JoS) 收集了幾個問題，可以分為年輕人（大學生、青少年、年輕孕婦）、中年人（Karojisatsu，中譯為過勞自殺）、老年人（重複自殺案例系列）以及其

他風險因素（網絡成癮、長期媒體報導、難治型憂鬱症、寵物過世、住院治療）相關主題。具體而言，本期揭示更多國際觀點或評論將引發有趣的討論，以深入了解青少年非自殺性自傷，和“隱性自殺”主題下的自殺統計數據。一個關於寵物過世和寵物主人自殺想法 / 計劃的新話題值得進一步關注，並需要在這個時代寵物所有權的普及下進行更多調查。此外，台灣自殺防治學會每年進行全國性電話民調的三大主題，包括網路使用相關性、自殺報告概況（2012-2021）和自殺傾向識別，均有不同的重點。在保護因素方面，在一篇原創文章和一篇評論文章中介紹了公眾對網路用戶的復原力和針對年輕孕婦預防憂鬱症的社會支持介入措施。JoS 的讀者會從本期豐富的內容中發現趣味性和反思性。我們歡迎更多本地和國際讀者與我們分享您對自殺研究的寶貴意見或作品。

16. COVID-19 大流行對超乎人類的自殺防治挑戰 Challenges of the COVID-19 Pandemic on Suicide Prevention Beyond Humans

Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0016

結束生命是一個複雜的動態過程，有多種因素在生物、心理、社會、文化和生態環境中相互作用。截至 2022 年 12 月 25 日，全球約有 6.6 億人感染了 SARS-CoV-2，約有 660 多萬人死於 COVID-19。COVID-19 大流行危機與疾病本身、社會限制和隨之而來的經濟蕭條對人們的心理健康造成了負面影響，加重了自殺風險。在後 COVID-19 時代，長期危險因素包括各種身體、心理、經濟問題，如長期 COVID-19 病例和多種生活壓力。特別是，一些國家的少數民族和低收入群體的心理健康受到嚴重影響。儘管一份關於 33 個國家在大流行前 9-15 個月自殺率的報告表明，幾乎沒有證據表明自殺風險總體上有所增加，但對於在大流行之前風險較高的受影響人口亞群和地區，自殺率的潛

在影響不容忽視因此，亞群人口自殺率的時間趨勢需要進一步調查。政策制定者需要採取預防措施來保護大流行後最脆弱的個人、家庭和社區。這在當前全球心理健康面臨的挑戰中尤為關鍵由於極端氣候變化、經濟貶值、國內動盪和國家間武裝衝突造成的問題。在台灣，15歲以上的普通人口中有44%在身體健康、心理健康、工作或財務、人際關係方面遭受與COVID-19相關的各種壓力，20%的人表示對戰爭感到壓力。COVID-19大流行是廣泛的對自殺風險的影響沒有一致的模式，因為COVID-19的範圍和嚴重性以及病毒傳播和經濟貶值的預防措施在國家之間和國家內部有很大差異。除了COVID-19災難對人類的直接影響外，臨床上常見到寵物死亡可能會對主人造成重大情緒衝擊，並導致複雜的哀悼反應和自殺傾向。現在，寵物已成為世界各地家庭的一部分。研究顯示，在澳洲，寵物在疫情期間和封鎖期間給人們帶來了極大的安慰和陪伴。此外，感到焦慮和不安的父母和孩子們更有可能與寵物有著更強烈的聯繫。人與寵物之間的關係是獨特的，因為寵物會無條件地愛著主人，陪伴著主人，幫助主人減輕孤獨和憂鬱。在台灣，寵物的數量快於新生兒，2021年台灣註冊的狗和貓的數量已超過14歲以下的人口。在澳洲，約有70%的家庭擁有寵物，疫情期間增加了10%。在這篇文章中，作者提到了寵物在疫情期間對人類心理健康的影響。研究顯示，在三級警戒期間寵物成為許多人所需的安慰和陪伴。此外，父母和孩子在感到焦慮和不安時與他們的寵物有更強的聯繫。人類與寵物之間的關係是獨特的，因為寵物給予主人無條件的愛和陪伴，幫助他們在疫情期間管理寂寞和憂鬱。在疫情嚴格封鎖期間進行的最近一項研究顯示，寵物擁有與生活質量較差有顯著關聯。因此，寵物可能會增加主人的負擔並對生活質量造成負面影響。研究顯示年輕年齡、女性和先前的健康狀況是第一年疫情期間心理健康問題增加的風險因素（世界衛生組織，2022年

科學簡報）。根據台灣的寵物消費行為調查，女性擁有寵物的人數是男性的1.7倍。在家庭內外壓力的背景下，寵物在各人口學變項3、內部和外部壓力方面所扮演的確切角色和影響值得進一步探究，以提高心理健康和防止自殺。

17. 北歐國家過勞自殺（Karojisatsu）之呼籲研究 Karojisatsu (Suicide Caused by Overwork) in the Nordic Countries. A call for Research

Jens Peter Eckardt

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0001

在日本的大量研究的基礎上，作者呼籲衛生和研究界也將研究重點引向北歐國家的「過勞自殺」（karojisatsu）。到目前為止，尚未有研究對北歐國家的「過勞自殺」進行調查，並且尚未進行跨國研究。目前，在研究日本的現有研究及其對精神病學實踐、工作環境和自殺防治領域的相關性的基礎上，它似乎是一種不能僅僅限於某些國家或文化領域的現象。相反，它還可能涉及丹麥、挪威或瑞典等現代社會的幾個特徵。

日本的經驗、評估工具、政策策略和干預方案，因此也應在北歐進行對「過勞自殺」的研究調查。「過勞自殺」可能是影響當今自殺人數的隱藏因素，為了了解它的相關性並準確了解當前情況，北歐國家應該在未來研究中被納入。

18. 飼主對失去寵物的悲傷與因應 Grief and Coping of the Owner Toward Pet Loss

Jessica Po-Ru Chen, Shang-Wen Chang, Ming-Been Lee, Chia-Yi Wu

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0011

人類與寵物之間的關係是獨特的，因為寵物給予主人無條件的愛和陪伴。因此，寵物的死亡可能會對陪伴動物主人造成重大的情緒影響，

並導致複雜的悲傷反應。本篇回顧旨在檢視寵物死亡和主人悲傷反應之間的關係。主要主題包括：悲傷階段，不適應性悲傷，影響悲傷反應的因素，被剝奪悲傷和使用的應對機制。寵物死亡的擁有者使用的應對機制包括：孤立、社交支持、繼續關係、紀念、宗教和與其他動物的關係。對於那些容易受傷的寵物主人而言，悲傷干預、應對機制和認知行為課程可能是有益的，這些寵物主人在喪失中有高水平的自殺意念和沮喪感。未來研究的建議包括對於不公義悲傷的概念在文化上的差異以及專注於喪失的寵物主人使用的應對機制的有效性。

19. 預防年輕孕婦憂鬱之社會支持介入 Social Support Interventions for Preventing Depression in Young Pregnant Women

Chotip Phonkusol, Chia-Yi Wu

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0013

憂鬱症是影響心理健康的主要問題，也是周產期孕產婦死亡的主要原因。年輕孕婦患憂鬱症的機率高於成年孕婦。憂鬱症的高患病率與對母親及其子女的多種負面影響有關。然而，有關憂鬱症護理和支持提供的介入措施是有限的。社會支持介入已被證明可有效降低年輕孕婦及其子女在懷孕期間患憂鬱症的風險。目前並沒有先前的研究整合有關社會支持干預的證據，因此此研究使用以下關鍵詞回顧了相關文獻：憂鬱症、社會支持、年輕懷孕。

研究結果表明，社會支持介入可以降低懷孕期間患憂鬱症的風險，從而帶來正向的健康影響和妊娠結果。因此，助產士需要制定社會支持介入措施，以預防或降低年輕母親在懷孕期間患上相關憂鬱症的風險。

20. 東亞和東南亞之隱性自殺 Hidden Suicides in East and South-East Asia

John Snowdon

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0010

本文重點關注東亞和東南亞 14 個司法管轄區自殺統計數據的準確性。不準確最常發生在以下情況：(1) 一個國家 / 地區的死亡登記（無論是什麼原因）明顯不完整，以及 (2) 死亡原因 (c.o.d.) 存在錯誤記錄或編碼錯誤，儘管登記幾乎是完整的。世界衛生組織 (WHO) 批評那些分配不準確的 ICD（國際疾病分類）代碼（例如：老年）的死亡證明人，這些代碼不能清楚地表明潛在的 c.o.d.。世界衛生組織將這些稱為「無法使用」或「垃圾代碼」。

兩個例子是「不明原因、未知原因」（ICD-10 代碼 R99）和「未確定意圖的事件」（EUI，編碼 Y10-Y34）；為數眾多的自殺事件（在一定程度上因國家 / 地區而異）被分配了這些代碼之一。以這種方式編碼的自殺，以及其他被錯誤編碼為意外或其他代碼的自殺，被稱為「隱性自殺」。上述 14 個國家中有 5 個國家和三分之一的 WHO 成員國（主要是高收入國家）的死亡率統計品質被評價為高，但對一開始的前幾年也有提出警告。

缺乏資源來嘗試收集所有死亡數據的低收入國家可以使用隨機家庭調查。在國家報告死亡登記率和 / 或可接受的垃圾代碼率較低的情況下，世界衛生組織會根據成員國向世衛組織死亡率數據庫提供的死亡率數據公佈估計的自殺率。自殺率、R99、EUI 和意外死亡率差異很大。建議將所有此類比率與自殺率同時公佈，並建議世界衛生組織使 ICD-11 死亡率易於在網路上查詢（2019 年 10 月之前的情況），以及應鼓勵資源充足的國家資助收集和分析資源貧乏國家的自殺和隱藏的自殺數據。

21. 臺灣自殺與精神科住院治療研究 Suicide and Psychiatric Hospitalization in Taiwan

Mei-Chih Meg Tseng

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0004

精神疾病與增加自殺風險明顯相關。精神科住院提供那些高自殺風險的人最積極的照護。儘管如此，有精神疾病的人需要精神科住院時，仍然與自殺死亡強烈相關。與西方世界精神科床位縮減的趨勢相反，台灣的精神科床位逐漸增加直到幾年前。本報告目的在闡述自殺與精神科住院之間的關係，包含住院和出院後自殺率和變化趨勢，自殺死亡個案的求醫行為，以及住院天數和住院和出院後自殺的關係。在自殺死亡的個案中，生前被診斷出精神疾病的比例很低，尤其是指非精神科醫生。儘管在台灣，自殺個案在死前一年尋求精神醫療服務的比例與西方國家相當，但在台灣，在自殺前一年曾在精神科住院的比例遠低於西方國家。台灣的住院自殺率為全球的住院自殺率的下限，且在2002年至2013年間呈現下降趨勢。相反地，台灣的出院後自殺率與統合分析研究出院後自殺率的加總估計值相當，且在上述研究期間保持穩定。在精神科住院天數較長，可減少住院和出院後自殺。這些研究發現顯示，在台灣的自殺預防工作中，精神疾病的診斷和治療嚴重不足。本報告強調在目前台灣的床位和醫療資源相對充足的現況下，適當使用精神科住院在自殺防治的重要性。

22. 在台灣使用自殺危機量表（SCS-5）識別

自殺的一項民眾線上調查研究

Identification of Suicidality by Five-Item Suicide Crisis Scale (SCS-5) in an Online General Population Survey in Taiwan

Chia-Yi Wu, Jia-In Lee, Ming-Been Lee, Megan L. Rogers, Chia-Ta Chan, Chun-Ying Chen, Jenelle Richards, Igor Galynker

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0003

自殺危機症候群（SCS）是指自殺前的危機心理狀態，包括情緒干擾、認知失控、過度警覺、社交退縮和陷入困境五個成分。修訂版的自殺

危機量表（SCI-2）已經被驗證，能夠在台灣識別最近一週的自殺思考。本研究旨在發展和驗證一個短版 SCI-2，稱為自殺危機量表（SCS-5），以檢測 SCS 和自殺危險的關聯性。研究方法：進行匿名線上問卷調查，對社區居民的精神病理學和相關自殺風險進行調查。參與者在線報名並完成調查，包括人口統計學、SCI-2、簡式健康量表（BSRS-5）和自殺敘述量表（SNI），以平量心理困擾和危險（即自殺意念 SI 和企圖）。SCS-5 包含 SCI-2 的五個項目，每項目與 SCI-2 的相應子量表的相關性最高。使用確認因素分析（CFA）和與 SCI-2、BSRS-5、SNI 和自殺危險的相關性檢查 SCS-5 的因素結構，使用逐步多元迴歸和接收者操作特徵（ROC）曲線進行預測自殺意念。研究結果顯示，有 4846 位參與者符合分析標準。在 SCS-5 的一因子 CFA 中結果顯示良好的模型適配性。SCS-5 在內部一致性上表現優異（Cronbach alpha：.92）並與 BSRS-5、SNI 和自殺危險量表上所有項目相關性良好。迴歸分析顯示，SCS-5 所有項目對一週 SI 變異量的解釋率為 28.0 %。ROC 曲線顯示，SCS-5 的最佳閾值（4/5）可以明顯區分一週 SI。總結：本研究顯示 SCS-5 在台灣一般成年人群中識別最近 SI 的心理測量性能是滿意的。它在不同臨床環境下預測未來自殺行為的預測效度需要進一步研究。

23. 大學生中自殺意念、傷害他人想法及相關精神病理學的盛行率研究

Prevalence of Suicidal Ideation and Thought of Hurting Others and Associated Psychopathology Among University Students

Hsien-Hsueh Shih, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Tzung-Jeng Hwang

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0005

在台灣等其他國家中，自殺是青少年死亡的第二大原因。青少年心理健康問題，包括自殺和

殺人，已成為全球關注的重點。本研究調查大學生自殺念頭（SI）和傷害他人（THO）的盛行率以及它們與精神疾病之間的關聯。本研究對一所台灣北部國立大學的新生進行了橫斷面調查，研究的目的是調查自殺思考（SI）和傷害他人思考（THO）的盛行率以及它們與精神病理學之間的關聯。調查人數總計 4066 人（女生：男生 = 2314:1752），其中共有 3961 人完成問卷調查（男生 56.5%）。研究使用 ROC 曲線分析來確定 BSRS-5 在識別近一週 SI 和 THO 方面的效度。另外，使用迴歸分析來檢驗 BSRS-5 的子量表和近一週的 SI 和 THO 之間的關聯。研究使用結構方程模型，探討心理困擾與 SI 和 THO 之間的關聯。研究結果顯示，在大學新生當中自殺思考和傷害他人思考的相互相關性高 ($r=0.574$)，自殺思考、傷害他人思考和精神疾病的盛行率分別是 5.9%，5.8% 和 19.8%。邏輯迴歸分析顯示自殺思考和傷害他人思考的重要預測因素包括精神疾病 ($OR=22.7, 11.8$)，敵意 ($OR=21.2, 14.5$)，自卑 ($OR=15.0, 8.3$)，抑鬱 ($OR=27.8, 11.5$)，焦慮 ($OR=23.9, 7.4$) 和失眠 ($OR=11.3, 7.1$)。多元迴歸分析顯示，除了失眠以外的 BSRS-5 的 4 項（項目）解釋了自殺思考和傷害他人思考的變異數的 22.2% 和 14.5%。透過將 BSRS-5 分數的 4/5 作為預測 SI 和 THO 的閾值，準確分類的比率分別為 84% 和 83%。結論：SI 和 THO 在大學新生中相當罕見。BSRS-5 量表是識別 SI、THO 和心理困擾的有效方法，並為高危人群提供及時調查。

24. 網路使用者中網絡成癮的自殺傾向、精神病理學、復原力和社會心理相關性：線上問卷調查 **Suicidality, Psychopathology, Resilience, and Psychosocial Correlates of Internet Addictive Disorder Among the Internet Users: An Online Questionnaire Survey**

Jia-In Lee, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Chia-Ta Chan, Shih-Cheng Liao, Chun-Ying Chen
Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0008

背景：網絡成癮 (IA) 已成為全球主要的公共衛生問題，並且是與精神障礙和自殺密切相關。美國精神病学協會發表了第五版診斷統計手冊中網絡遊戲障礙 (IGD) 的診斷標準精神障礙 (DSM-5)。本研究旨在調查相關的社會心理和網絡成癮症 (IAD) 的精神病理學決定因素、洞察力和尋求行為在不同年齡組的互聯網用戶中。

方法：該研究是一項橫斷面在線調查。參與者從公眾中招募，完成一系列自我報告的介入措施，包括網絡成癮問卷 (IAD-9)、簡式健康量表 (BSRS-5)、神經質量表 (NS)、簡要復原力應對量表 (BRCS)、自殺評估和互聯網使用習慣。

結果：我們招募了 1012 名受訪者（52.2% 的女性；76.1% 的年齡在 15-24 歲之間）。基於 IAD-9 的截止點，互聯網用戶的 IAD 患病率為 23.7%。參加者較高 IAD-9 的分數被描述為女性、失業、具有較高的神經質、較低的心理韌性、互聯網使用導致的生活損害、更多時間使用網路、線上遊戲、高 BSRS-5 分數、近期自殺意念，以及過去的自殺企圖。IAD-9 分數的逐步多元回歸表明神經質、BSRS-5 分數和心理韌性佔 IAD-9 分數方差的 36.2%。進一步，邏輯回歸表明神經質、生活障礙、精神疾患比率和復原力是 IAD 的四個主要預測因子。與沒有 IAD 的人相比，IAD 個體表現出更高的精神疾患率 (74.6%)、近期自殺意念 (64.2%)、終生自殺未遂 (27.1%)、和一年內的自殺未遂 (32.5%)。雖然大多數 (77.1%) 的 IAD 個體有一個積極的在對 IAD 的洞察力中，只有 16.3% 的人尋求心理健康服務的幫助。

結論：神經質人格特質、精神病理、低復原力和生活障礙是 IAD 的重要預測因素。IAD 個體有很高的精神疾患率和自殺風險。調查結果提供了進一步研究和預防 IAD 及其心理健康合併症的重要資訊。

25. 網路自殺新聞報導概況及其對自殺防治的影響：2012-2021 年台灣全國媒體監測研究

The Profile of Online Suicide News Reports and Its implications for Suicide Prevention: A Nationwide Media Surveillance Study During 2012-2021 in Taiwan

En-Liang Wu, Ming-Been Lee, Chia-Yi Wu, Chia-Ta Chan, Chun-Ing Chen

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0006

目的：媒體在自殺預防中發揮著重要作用。網絡媒體已經成為公眾自殺信息的主要來源及其正面或負面影響造成模仿效應。本研究旨在：1) 分析網絡自殺報告的內容和趨勢從媒體記者的角度，調查其對公眾自殺的潛在影響；2) 檢查自殺新聞概況與全國自殺數據之間的關係，以及 3) 評估 2019 年 6 月 19 日頒布的自殺預防法的影響。

方法：台灣自殺防治中心（TSPC）監測台灣四大媒體網站每天發布的在線新聞公司從 2012 年 1 月 1 日到 2021 年 12 月 31 日。自殺事件報告和報告的自殺病例根據標準化方法進行編碼。Z 檢驗和普瓦松分佈分析是進行比較報告自殺方法的比率和年比率變化的趨勢。結果：研究期間共收集到 10,426 份報告。總體而言，超過 95% 的自殺新聞提到了自殺的方法。對自殺報告的概況進行了分析和比較在兩個時間段（2012-2016 和 2017-2021）之間。2012-2016 年自殺方式前三名據報有高處墜落（1368 人，22.2%）、燒炭（1182 人，19.2%）、溺水自殺（867 人，14.1%）。2017-2021 年被報導頻率最高的三種自殺方式高處墜落（1188 人，27.8%）、溺水自殺（874 人，20.4%）、燒炭（552 人，12.9%）。值得注意的是，在台灣過去十年從高處墜落的比率逐步上升。討論了使用這種致死方法對女性自殺可能產生的模仿效應。

結論：網絡媒體選擇特定的自殺方式在新聞中進行報導。雖然國家自殺預防法減少了媒體對自殺的整體報導，從高處墜落仍然是過去十年

中在線新聞報導中最常用的方法。潛在的模仿者需要強調和網絡媒體報導對有自殺風險的個人的影響進一步調查。

26. 醫院登記數據中老年人的自我傷害：連續兩年的研究

Self-Harm in Older Adults in Hospital Registry Data : A Consecutive 2-Year Study

Jeng-Yi Tyan, Wen-Chien Hu, Chien-Ching Yeh, Cheng-Chen Chang

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0009

背景：自傷是一種高度危險行為，往往會升級為自殺。對於刻意傷害自己的人，老年人比年輕人更容易死於自殺。鑑於老年人是自殺風險特別高的群體，以及自傷是一個強而有力的因素以預測晚年自殺，了解老年人的自我傷害對於訂定自殺防治策略具有潛在價值以預防自傷和自殺。本研究針對老年人的基本特徵和自傷行為，在為期兩年的數據分析中，將這些方法與年輕人的自傷行為方法進行了比較。

方法：我們回顧性審視醫院自殺防治中心並登錄了 2009 年 1 月至 2010 年 12 月的記錄。反覆自殘的受試者被排除在外。我們一共審查了 580 名受試者，包括自傷行為後的基本資料、自殺方式、可能原因、醫療結果。使用卡方檢驗和學生 t 檢驗分析了老年人和年輕人之間的社會人口學特徵和自殺方法。統計顯著性設定為 $p < 0.05$ 的水平。所有數據使用 SPSS 17.0 進行分析。

結果：老年人被定義為 65 歲以上。580 受試者（老年人 = 96，男性 39 人，女性 57 人；年輕人 = 484，男性 158 人，女性 326 人）。在老年人組中，平均年齡為 70.4 歲 ($SD=9.5$)。在年輕的成年人群中，平均年齡為 35.2 歲 ($SD=8.9$)。關於自殺的方法，年輕人比老年人更頻繁地使用上吊、燒炭、安眠藥過量和割腕。老年人比年輕人較常服用除草劑或殺蟲劑自殺 ($p < 0.001$)。在自殺原因中，年齡較大成年人，有更多的自

殘行為是由於身體疾病。

結論：老年人和年輕人可能會根據可及性和原因選擇不同的自傷方法。所以對於年輕人和老年人的自殘行為的預防策略可能不同。

27. 透過綜合動機 - 意志模型理解難治性憂鬱症患者的自殺行為

Understanding Suicide in Patients with Treatment-Resistant Depression from the Perspective of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior

Yu-Hsin Hsu, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, I-Ming Chen, Hsi-Chung Chen

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0014

背景：難治性憂鬱症 (TRD) 患者的自殺風險較高。目前僅有少數研究調查了 TRD 在自殺中的保護因素和危險因素。本研究旨在利用自殺行為的綜合動機 - 意志模型框架，以更好地解釋 TRD 的自殺傾向。

方法：參與者通過台灣北部兩家綜合醫院的精神科醫生轉介招募。研究使用結構化問卷，並由一名研究助理管理，蒐集了參與者的人口統計數據以及復原力特徵、自殺傾向和心理社會變項。

結果：具有各種自殺傾向的組別（即過去一周的自殺意念、終生自殺企圖 / 自殘和未來自殺意圖）與沒有自殺風險的對照組之間，自殺的風險因素和保護因素存在顯著差異，值得注意的是，復原力、自卑和絕望是顯著影響所有三種自殺結果的主要變項。

結論：研究發現有幾個因素（例如復原力和自卑感）為台灣北部 TRD 患者自殺防治的潛在關鍵因素。未來需要進一步研究以確定關係的方向及其他可能有關的因素，從而為 TDR 患者建立更全面的自殺防治基礎。

28. 難治性憂鬱症患者的社會心理特徵和自殺風險 The Psychosocial Characteristics and Suicide Risks Among Patients with Treatment-Resistant Depression

Yu-Yu Ko, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Pham Thi Thu Huong, Hsi-Chung Chen

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0012

研究目標：自殺是一種複雜的行為，也是影響健康的首要因素。由於難治性憂鬱症患者有自殺高風險的特徵，因此預防這類患者的自殺行為至關重要。本研究旨在調查難治性憂鬱症患者的社會心理特徵和自殺風險。

方法與工具：本研究為在台灣北部的兩家綜合醫院進行問卷調查的橫斷研究。共蒐集了 2018 年 1 月至 2019 年 10 月間，經精神科醫生轉介，從日間照護病房、住院病房或門診招募患有難治性憂鬱症的參與者。研究調查了參與者的社會人口統計學、健康和社會心理特徵、自評身心健康、性格和精神困擾。記錄了不同時間範圍內的自殺風險評估，包括過去一周、一生或未來的意圖。若參與者經歷了一周的自殺意念和一生的嘗試，則為自殺高風險群，若僅有其中一項或都沒有則為自殺低風險群。結果：共有 125 名參與者參加這項研究，平均年齡為 55.4 歲。大多數參與者一生中曾有過自殺念頭 (n=118, 94.4%)，其中 57.6% (n=72) 嘗試過自殺，有 36.8% (n=46) 的人透露了他們未來的自殺意圖。BSRS-5 平均分數為 10.8，共有 80.8% 的參與者 (n=101) 得分大於 6 分。共有 50.4% 的參與者 CMHC-9 得分高於 4 分 (臨界值為 4 分)，這些參與者被研究歸類為高危自殺組。年齡和自評心理健康與自殺風險水平呈中度負相關；自評身體健康狀況與自殺風險的相關性較小 (r=-0.276)。然而，BSRS-5 (精神困擾或心理病理) 和 CMHC-9 (整體自殺傾向) 的總分與自殺風險水平呈高度正相關。具有一周自殺意念的逐步回歸模型顯示，BSRS-5 總分與 0.486 的標準化係數顯著相關，其中憂鬱症是 TRD 參與者具有一周自殺意念

($P=0.001$) 最重要的預測因子。

結論：本研究發現了年齡、憂鬱、失眠和不愉快的家庭事件與難治性憂鬱症的自殺風險顯著相關。BSRS-5 中的精神症狀是這類患者出現一周自殺意念的重要預測因子，其中憂鬱是最顯著的因素。研究結果初步了解台灣難治性憂鬱症患者的社會心理特徵和自殺風險。

29. 老年族群的反覆自殺企圖：病例系列研究

Recent Repeated Suicide Attempts in Geriatrics: A Case Series Study

Yin-Yin Hsu, MD, Hsin-Yu Lu, MD, Yi-Ya Fang, MD, Jia-In Lee, MD, Yi-Chun Yeh, MD, PhD, Cheng-Sheng Chen, MD, PhD

Journal of Suicidology 2022; 17(4)

DOI: 10.30126/JoS.202212_17(4).0002

背景：自殺是一個重要的公共衛生問題。與其他年齡層相比，老年人自殺死亡的風險更高，需要針對近期有過自殺企圖的長者進行更多研究。

方法：本病例系列的研究是透過蒐集大學醫院從 2011 年至 2021 年的數據，其中共有五個 65 歲以上的老人在 90 天內出現反覆自殺企圖的行為，因此將這五個老年個案進行病例報告。

結果：病例報告中有三名患者為女性，女性中有兩例有憂鬱症的精神病史。另外有兩名男性患者，其年齡皆比女性患者大。病例系列顯示這五名患者在第一次和之後的多次自殺企圖中使用不同的方法。只有兩名患者在自殺企圖後，接受了急性精神病房的住院治療，其中一名是在第一次自殺企圖後入院，另一名則是在多次自殺企圖後入院。所有人在反覆的自殺企圖中並無造成死亡，但其中有兩名患者因自殘傷勢嚴重進行了外科手術。

結論：老年族群的自殺是一個需要重視的議題，本研究調查了在 3 個月內多次嘗試自殺的老年人，包含人口統計學和臨床特徵，本研究期望對未來預防老年人自殺提供重要的方向。

2022 年 1-12 月通報個案特性分析

2022 年全國自殺通報為 45,367 人次，與去年同期相比增加 4.4%，全國通報比在 95 年僅 4.3 之後逐年上升，111 年為 12。通報單位類型，以「醫療院所」為最大宗 (63.0%)，其次為「警消單位」(16.6%) 及「教育單位」(8.6%)。

分析 2022 年自殺通報個案特性，女性為男性的 1.98 倍；整體來看通報最多的年齡層為 20-24 歲 (11.2%)，其次為 15-19 歲 (10.8%)，排名第三為 25-29 歲 (7.1%)。

分析自殺方法 (ICD-9，除「其他及未明示之方式」外)，以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(39.3%) 占率最高，其次為「切穿工具自殺及自傷」(31.7%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(11.0%)。以性別分析，男性以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(33.5%) 為最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」(22.9%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(12.5%)；女性之自殺方法排名以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(42.3%) 為最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」(36.2%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(10.3%)。

整體分析自殺原因 (除「不願說明或無法說明」外)，以「精神健康／物質濫用」(47.9%) 為最多，其次為「情感／人際關係」(44.6%)，排名第三為「工作／經濟」(10.8%)。再以性別分析，男性自殺原因以「情感／人際關係」(39.0%) 為最多，其次為「精神健康／物質濫用」(38.7%)，排名第三為「工作／經濟」(15%)；女性之自殺原因以「精神健康／物質濫用」(52.4%) 為最多，其次為「情感／人際關係」(47.4%)，排名第三為「工作／經濟」(8.7%)。

2022 年 1-12 月媒體監測

1. 媒體監測施行細項：中心每日用自殺、輕生、燒炭、上吊、跳樓、墜樓等關鍵字搜尋四大新聞網（自由時報、中國時報、聯合新聞網、ETtoday），並將國內自殺新聞列冊紀錄，並透過電子郵件寄送至衛福部心理健康司、各縣市衛生局人員以及中心人員處。並針對安心專線錯誤、屍體照片、自殺遺書翻拍 ... 等內容向媒體網站提出修改請求，112 年度共送出 38 次修改請求。
2. 相關數據敘述：從 111 年 1 月至 111 年 12 月累計共 476 起自殺事件，1150 則新聞報導登記。平均每起事件報導 2.39 則。六不的部分遵守率以與「不要過度責備」最高，99.7%；「不要用宗教或文化刻板印象」次之，99.2%；「不要將自殺光榮化或聳動化」第三，98.6%。六要的部分以「用自殺身亡而非自殺成功」最高，99.9%；「提供與自殺防治有關的資源」次之，93.9%；「刊登在內頁」第三，91.7%。
3. 有刊登照片的占比部分，以「自殺現場 (不含屍體照)」占比最高，25.4%；其次為「親友照」，20.6%；第三為「自殺企圖 / 意念當事者 (自殺現場)」，11.7%。
4. 新聞報導的起數與則數通常會因當月的重大事件而起伏，如名人自殺身亡、殺人後自殺等事件。

六不原則在中心多年的倡導後，普遍保持在較高的遵守率，刊登照片部份雖然遵守情形較低，但進一步分析刊登類型可以發現約有一半或以上的比例是有條件式刊登或是未規範類型的刊登，顯示雖然網路自殺新聞報導較難避免刊登照片，尤其是重大刑案或是名人死亡後，更容易影響報導與照片刊登的數量。但在照片內容上仍有進步。六要原則普遍遵守情形較低，但考慮到新聞報導的篇幅及產出速度，媒體工作者們仍長期讓六要原則其中的三項平均在 90% 以上，媒體工作者們在自殺防治上的努力與協助值得受到肯定。

畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治

全國自殺防治中心持續致力於自殺防治專業人才之培育，並熱切期待醫療體系的投入與整合，進而促成各專業社群間的連結及參與，以達自殺防治全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的目標。中心於民國 98 年開始辦理畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治課程，112 年度 1-3 月辦理相關課程共八場，參與單位有臺北市立聯合醫院忠孝院區、中興院區、和平院區、陽明院區、中心綜合醫院、永和耕莘醫院、宏恩綜合醫院、恩主公醫院、博仁綜合醫院、新北市立聯合醫院、臺安醫院等，共 136 人受訓。課程內容包含國際及臺灣自殺現況簡介、全國自殺防治策略、自殺風險評估與心情溫度計、珍愛生命自殺防治守門人一問二應三轉介的技巧等。經過統計，學員於課後參與自殺防治知能測驗，結果平均答對比例為 95% 以上，顯現優良學習成效；並且在態度調查方面，學員 99% 以上表示未來會使用守門人技巧協助病人及臨床實務運用。

Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文

台灣自殺防治學會於民國 99 年底在 Facebook 成立「珍愛生命打氣網」粉絲專頁，期望藉此平台將自殺防治「不分地區、不分你我、網網相連」的概念，和心理衛生相關正向資訊有效傳遞給更多民眾；粉絲專頁動態每日發布貼文一篇，且訂定每季大主題，與承季主題之每月子主題，一週發佈兩篇子主題相關貼文，貼文內容來源以中心同仁自創貼文為主，或分享中心自殺防治與心理衛生促進相關書籍文宣，若參考其他電子新聞、雜誌平台之內容，會輔以內容摘要及說明，類別分屬衛教宣導、資訊分享、正向故事及中心活動等項目。

截至今年 01 月 01 日至 03 月 19 日，粉絲人數累計為 12,848 位，共發布 81 則貼文；平均每篇貼文有 388.4 個觸及人數、1.6 個分享、10 人

按讚。Facebook 粉專主題貼文摘要如下，並附上網址連結，歡迎讀者進入閱讀：

1. 學生族群自殺防治

近年來，青少年學生自殺死亡人數、通報人數有上升的趨勢，人們漸漸開始注意青少年常見的心理健康問題中，有哪些容易造成自殺問題。常見造成自殺的心理健康問題包含：童年負面經驗、憂鬱、焦慮、自卑、無望感及社交支持較低、精神疾患、酒精藥物濫用、社交網路過度使用、性別認同和性取向、食慾減少、暴增的問題、情緒不穩、衝動、易怒、有攻擊行為及生活中的各種壓力事件。

隨著智慧型手機、平板、電腦的普及，網路過度使用所造成的身心健康問題層出不窮，網路成癮 (Internet Addiction) 即為其中一項問題。依據衛生福利部的定義，網路成癮，泛指過度使用網路 / 電腦、難以自我控制，導致學業、人際關係、身心健康、家庭互動、工作表現上的負面影響。當發現家中學生有網路成癮跡象時，我們可以有以下做法：以關心代替責罵 冷靜與孩子溝通，用溫和的態度主動關心孩子最近上網的情況，一同了解他的網路世界樣貌，並向孩子釐清上網帶來的負面影響，一同設定上網時間的目標；同理孩子想法，肯定正面行為 不要對孩子的行為做判斷，不貼負面標籤，同理孩子的想法，也可以跟孩子討論現在在網路看的或是遊戲內容，這時候小孩反而會比較容易敞開心扉，並透過聊天過程帶给孩子正確的觀念；不孤軍奮戰，尋求相關資源 當無法負荷時，可以尋求專業資源的協助。

霸凌 (Bullying) 指的是出現在校園中、青少年族群間長期蓄意的攻擊行為，近年來更出現於職場、軍隊及網路等；霸凌是一種蓄意傷害的行為，會對當事人造成社會、情感、身體及心理的傷害。而霸凌行為通常會反覆發生，為一種侵略和騷擾模式，包含：身體上 (如：踢、打等動作)、言語上 (如：辱罵、嘲弄、威脅和性評論)、社會上 (如：散布謠言、故意排擠他人、在公眾場合上讓他人難堪) 等行為，然而科技進步時代的變

遷，更多的是網路上的霸凌行為，透過網路、社群媒體散佈他人不實負面消息，都屬於霸凌行為。霸凌容易造成青少年社會互動以及學校表現不加，進而造成心理健康問題。在受到霸凌行為時，會造成心理上的壓力，進而可能影響身心的健康，建議可以找人聊聊心事，也能尋求各縣市的社區心理衛生中心或是衛生福利部 24 小時免費安心專線 1925 的協助，有急難救助需求時，到鄉鎮市區的社會課尋求協助，如果心理狀況已經影響到日常生活，建議至精神科就醫安排適度的檢查與治療。詳盡內容，請上→ <https://www.facebook.com/tspc520/posts/5620527457995672>

2. 保護服務個案與自殺防治

衛生福利部保護服務司依據相關法規執行保護服務相關業務，而過去全國自殺防治中心不少研究發現保護個案與自殺高風險的相關性。兒少保護個案指得是 兒童及少年福利與權益保障法所涵蓋的相對人與被害人族群，根據衛服部保護服務司的統計，兒少施虐的發生，往往是因為施虐者缺乏親職教育知識、不當管教、負向情緒行為特質、親密關係失調、經濟因素、酗酒、藥物濫用、精神疾病、有自殺紀錄或自殺意圖、童年受虐、未婚/未成年生育、人格違常、迷信等等因素；而受虐者的類型，則包含有遺棄、身心不當對待、不當管教、目睹家暴和兒少物質濫用等等，其中身體不當對待、性不當對待、疏忽是三種最常見的類型。透過兒少保護數位教材《說說心裡話繪本》，描繪出不同類型兒少保護事件的樣貌，也利用《社工來敲門》戲劇演出了各種類型兒少保護事件當中值得探討的議題，最後的《專家幫幫忙訪談》，邀請不同專家分享和提供在不同家庭情況下，能使用的適當、合宜的建議和求助資源。

另一方面，「家庭暴力」是將範圍自伴侶之間擴展到家庭成員之間，所以只要是家庭成員間發生身體上、精神上、經濟上的騷擾、控制、威脅或其他不法侵害之行為就是家庭暴力。家庭暴力的態樣跟第一時間的應對其實與親密關係暴力雷同，而其所造成的影響，除之前提過，約有

10% 以上的自殺通報個案為家暴被害人外，當家庭暴力發生在兒少或年長者身上時，還有些影響值得我們關注。從心理學的角度而言，每一個經歷家庭暴力的人，都處於脆弱的階段，一句不適當的話或一個不耐的眼神都可能對被害人二度傷害，因此處理家庭暴力事件常會陷入家人情感的糾葛當中，這正考驗著工作人員的處理藝術。除此之外，在本期還有提到了性侵害個案、保護服務關懷及保護服務資源等介紹，詳盡內容，請上→ <https://www.facebook.com/tspc520/posts/5724662574248826>

3. 校園自殺防治

近年年輕族群與校園自殺防治問題受到大眾關注，但校園自殺防治不關乎學生，教師與家長也是非常重要的一環，教育部為積極投入校園自殺防治作為，委託台灣自殺防治學會所編製的「校園心理精神健康促進與自殺防治手冊」業已出版，除了分別針對家長、教師、學生有相關建議之外，也包含一些共通的重要基礎概念。在輔導學生的過程中，常觀察到許多家長與青春期的孩子之間彷彿隔著一層紗，陷入各說各話或無效溝通的局面，讓學生孤立無援，獨自承受壓力，或是不被信任、被誤解，反而加劇病情。我們可以運用同理心的溝通模式，以「停、看、聽」的步驟，增進親、師、生三方的理解與合作，攜手因應所面臨的心理健康問題，包含：1. 提前計劃，寫下想說的話，並準備好對方可能的反應；2. 選擇一個合適的時間和地點溝通討論；3. 讓相關老師和家長知道他們也幫得上忙，提供他們可以如何提供幫助。家長與孩子朝夕相處時間長，能適時扮演起「關懷」及「支持」的角色，在孩子需要的時候（如：行為、情緒上的改變），適時給予關心並提供資源協助，透過學習守門人三步驟後，能對自殺危險警訊有較高的敏銳度，有效因應並降低自殺行為的發生。

在校園中，教師是觸及學生最重要的角色，學生或許不會直接透露心聲，但教師仍可以透過蛛絲馬跡，去觀察他們可能需要的協助。在初級

預防當中，其策略為增加保護因子，降低危險因子，以增進一般廣大學生族群的心理知能，透過舉辦促進心理健康之活動以及班週會時段進行宣導心理健康，主題可討論身體活動、物質濫用、身體心象、多元族群的議題，讓學生懂得尊重多元族群及個體差異性，也能夠過物質濫用防制知識讓學生免除於身體傷害，及防止多重影響下的心理傷害；二級預防目的在於早期發現、早期介入，減少自我傷害發生或嚴重化之可能性，其策略目標為篩檢高關懷學生及時介入，推薦可配合『心情溫度計』做使用，當發現學生最近好像跟平常有點不太一樣，可以多一句關懷，用心情溫度計的題目融入日常對話，以了解學生的狀態，必要時連結資源來幫助他。也可以讓學生養成定期自我測量的習慣，學會觀察自己長期的情緒變化；三級預防則重於預防自殺未遂者與自殺身亡的周遭朋友或親友模仿自殺，及自殺未遂者的再自殺。除此之外，本期還分享了校園中特殊需求學生、學生心理健康促進百寶箱等相關內容，詳盡內容，請上→ <https://www.facebook.com/tspc520/posts/5812422298806186>

4. 職場自殺防治

在自殺防治通報數據中，職場工作壓力也是青壯年族群中常見的自殺原因之一。職場上常見的壓力源，包括過勞、工時過長、任務及人事異動、工作績效及考核、人際關係衝突、以及性格特質衍生的壓力等，嚴重時除明顯降低工作效能，也可能進一步引發身心症狀或常見精神疾患，進而提升自殺風險。當工作的要求與工作者本身的能力、資源或需求不能契合時，個人所產生的不良情緒、生理反應，便稱為「工作壓力」。壓力所造成的影響不容小覷，無論是精神抑或是生理疾病，而生病後難以工作或失誤更多，而造成更多的壓力，更是形成難解的負面循環，具體來說，疲勞和苦悶失眠、體重突然變化大、人際關係突然變壞、工作失誤頻率升高，這些都可能是壓力或過勞的症狀與警訊。

認識了工作壓力、了解自己的壓力狀態之

後，我們可以運用一些方法來紓解壓力，如去除「非理性想法」、提升自我肯定行為、思想中斷法，或透過時間管理達到壓力紓解的效果，也可透過生理層面紓解壓力，如呼吸調解法、肌肉放鬆法，均衡的營養飲食，加上充分的休息與適量的運動，都有助於壓力的紓解。此外，本期還有《雨過天晴》職場微紀錄片的分享，詳盡內容，請上→ <https://www.facebook.com/tspc520/posts/5903696549678760>

新聞媒體自殺事件報導結果與分享

1. 媒體監測施行細項：中心每日用自殺、輕生、燒炭、上吊、跳樓、墜樓等關鍵字搜尋四大新聞網（自由時報、中國時報、聯合新聞網、ETtoday），並將國內自殺新聞列冊紀錄，並透過電子郵件寄送至心健司、各縣市衛生局人員以及中心人員處。並針對安心專線錯誤、屍體照片、自殺遺書翻拍 ... 等內容向媒體網站提出修改請求，112 年度共送出 11 次修改請求。
2. 相關數據敘述：從 112 年 1 月 1 日至 112 年 3 月 22 日累計共 94 起自殺事件，242 則新聞報導登記。平均每起事件報導 2.66 則。六不的部分遵守率以「不要用宗教或文化刻板印象」與「不要過度責備」，100%；「不要將自殺光榮化或聳動化」次之，97%；「不要報導自殺方式細節」第三，94%。六要的部分以「用自殺身亡而非自殺成功」最高，100%；「刊登在內頁」次之，96%；「提供與自殺防治有關的資源」第三，94%。有刊登照片的占比部分，以「自殺現場（不含屍體照）」占比最高，23%；其次為「親友照」，24%；第三為「生活環境照」，13%。

網站教唆自殺訊息之監測與處置

1. 教唆自殺網站監測施行細項：中心每十日輪流用「無痛_自殺」、「跳樓_高度」、「燒炭_方法」、「上吊_方法」四組關鍵字，

以及同仁自訂關鍵字一組透過搜尋引擎搜尋前 10 頁。若有關「舉發對象為具有分析或詳細描述自殺方式（通常這類對向會包括幾種成分：預備物品、操作步驟、用量、程度、導致的後果或慘狀等）、並依一般現實條件極有可能被模仿、操作以致自殺身亡，或帶有強烈的說服及鼓動個人自殺之案件。」等相關內容，即向網站方以及 iWIN 提出檢舉，並列冊追蹤網站是否下架。

2. 至 112 年 3 月 20 日，共 543 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 398 個 (73.3%) 違規網頁已撤除。在境內網頁部分，已下架者為 162 則 (95.9%)、未下架者為 7 則 (4.1%)；在境外網頁部分，已下架者為 236 則 (63.1%)、未下架者為 138 則 (36.9%)。

新版「心情溫度計 APP 3.0」簡介

簡式健康量表 (BSRS-5)，別名心情溫度計，推出至今已經滿 20 年，目的在於能夠迅速了解個人的心理照護需求，進而提供所需之心理衛生服務。心情溫度計為一自填量表，可以幫助我們了解自己的心情狀態，也可以用此量表主動關懷週遭的人，建立起自我健康管理的習慣。

為使心情溫度計能讓民眾更能讓能更便利地測量心情憂鬱與焦慮程度，及早發現問題，並適時轉介接受治療。台灣自殺防治學會於 2015 年推出「心情溫度計 APP」，供民眾進行心情溫度計檢測；2018 年與台灣大哥大合作，推出「心情

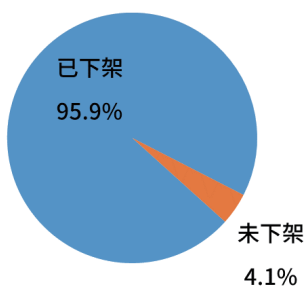
溫度計 APP」2.0。

心情溫度計 APP 已被廣泛使用於測量自己與親友的心情狀態，以 2022 年為例，共有 162,301 次測驗次數，其中 15.8% 有情緒困擾。若以性別分開觀察，女性有 34.7% 有情緒困擾，男性則為 9.6%。改以年齡觀察，則以 14 歲以下有情緒困擾佔率 59.9% 為最高，64 歲以上 (41.4%) 次之，45 至 64 歲 (33.3%) 第三。在自殺意念部份，所有測驗中，有 91.9% 受測者在本題表示完全沒有自殺意念，其中男性為 95.9%，女性為 80.0%；而以整體觀察自殺意念為 2 分以上占 4.3%，其中男性為 2.2%，女性為 11.8%

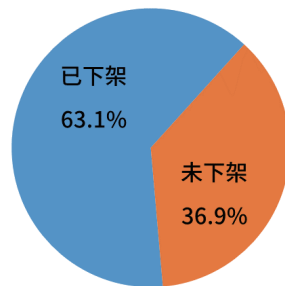
今年 3 月，本會再度於台灣大哥大合作，推出「心情溫度計 APP」3.0，除了原有「心情溫度計 APP」2.0 的功能之外，特別針對使用者介面優化、心情溫度計檢測部分進行優化，「心情溫度計 APP」3.0 的功能包含。

1. 每筆測驗結果依時間順序，越近期的記錄排列越上面，讓使用者了解自己的心情起伏。
2. 測驗結果以視覺化的長條圖來呈現，附上簡短地說明並融合顏色以供使用者區辨其嚴重度，使其更容易理解。
3. APP 可閱讀台灣自殺防治學會出品的自殺防治系列手冊及影音資源，並設計關鍵字搜尋功能，讓使用者便於閱讀台灣自殺防治學會出品的自殺防治系列手冊及影音資源。
4. 使用者可依照選擇的縣市，提供就近心衛資源服務。同時也能夠撥打號碼及使用地圖來加以連絡。

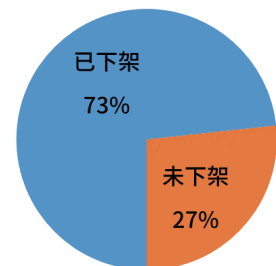
境內網頁



境外網頁

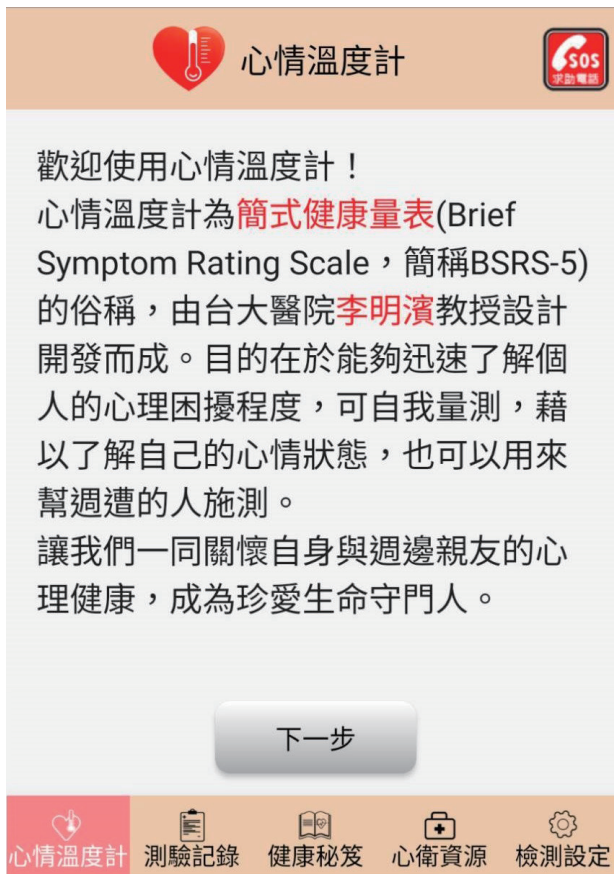


所有舉報網頁



5. 使用者可以設定檢測的提醒通知，並自動化地連結至該用戶的行事曆中，此後每週將會定期提醒檢測。
6. 當使用者有相應的負面情緒需要抒發或求助時，可點選求助電話圖標，撥打相應的全國求助電話求助或諮詢。
7. 進行心情溫度計檢測時，提供「特殊註記」供使用者辨識。例如替您的父親檢測，可在特殊註記輸入「父親」、「dad」…等您可自行辨識的文字，特殊註記可填寫中文、英文、數字均可。讓您使用 APP 關懷親朋好友之餘，又不會和自己的紀錄混淆在一起。
8. 您可以將檢測紀錄分享給您的朋友、或您的治療者。
9. 針對 APP 導覽列設計更加簡潔的使用者介面的圖示，並重新調整版面顏色，既使使用者有辨色障礙也可閱讀。

導覽列上方求助電話圖標



導覽列下方功能按鈕圖標

近年，青少年自殺死亡與通報人數逐年上升，不論是自殺死亡或是自殺通報數據，皆自 2018 年起明顯增加，他們的自殺行為及意念是由許多因素互相影響所致，身心尚未發展健全的青少年遇到困擾時說不出口，父母也可能不知道如何關懷自己的子女，導致青少年利用手機及網路遊戲等可能成癮的方式抒發心情，更甚者使用自傷、自殺方式傷害自己。期待本次更新能讓父母、師長、或是青少年同儕更加便利的使用心情溫度計 APP 關懷周遭友人，期望每位使用 APP 的民眾除了能夠關心自己的身心健康之外，也能夠藉由本次 APP3.0 的更新功能，關心周遭友人，及早發現憂鬱或高風險自殺個案，及時轉介醫療，期望人人都能成為自殺防治守門人。

心情溫度計 APP3.0 下載

您可以使用手機或平板電腦開啟 App store 或 Google Play 商店搜尋『心情溫度計』。或掃描下圖 QR code，立即免費下載 APP；若您不確定您的設備安裝之是否已經改版，可直接點擊 APP，若您尚未更新 APP，系統則會提示您至商店進行更新喔。歡迎免費下載『心情溫度計 APP』



自殺防治人力專區修課現況

為因應「自殺防治相關人力資格及訓練課程辦法」於 2020 年公布施行，自殺防治相關人力應於到職一個月內，每人至少完成 30 小時初階課程；自殺關懷訪視人員，每人每年並應至少完成 8 小時進階課程，其中應包括個案報告及討論 2 小時。本會依據法案訂定之詳細學習目標，於 2020 年 10 月於珍愛生命數位學習網建置「自殺防治人力專區」，建置完善的教育訓練課程、提供社安網各項專業人力與自殺關懷訪視員精進自殺防治工作相關知能。

自殺防治人力專區之課程皆設有課後測驗及滿意度調查，可讓學員評量自己的學習成果，且持續收集學員意見進行課程優化。學員完成課程

後可使用「下載證書」功能，依需求自行列印，茲以證明於數位學習網修習通過，做為專業人員完成課程的認證機制。

2023 年 1-2 月通過人次為 2,224 人次，初階課程通過人次為 1,442 人次，進階課程通過人次為 802 人次。課程通過人數為 103 人，身分別以社區關懷訪視員 / 自殺關懷訪視員 36 人為最多，其次為心理衛生社工 17 人，公衛護理師 15 人第三，自殺防治業務承辦人員 14 人第四。

「自殺防治人力專區」網站課程多元豐富，歡迎關懷訪視員、心衛社工…等自殺防治的夥伴們至本站學習：https://www.tsos.org.tw/p/learning_Suicidepreventionstaff

縣市衛生局自殺防治工作成果

各縣市因受到不同因素影響，有其因地制宜之自殺防治策略及期望，本期承蒙各衛生局分享自殺防治工作的寶貴經驗，有助於閱覽者了解各縣市自殺防治工作重點以及每個縣市在自殺防治的業務上的期望及成果，歡迎各縣市持續投稿。

新北市：

1. 初段預防：促進全民心理健康

- 整合心理衛生照護網絡：透過跨局處合作並結合醫療院所、公會、宗教團體、媒體等辦理多元化宣導，提供民眾更完善的心理健康促進。
- 「社區心理衛生中心」：本市於 111 年 8 月 21 日分別於中和區及新店區成立「社區心理衛生中心」，作為本市心理衛生資源輸送樞紐，提供可近性之心理健康促進及個案管理服務。
- 推展「幸福捕手 - 自殺防治守門人」講座，並製作「心理急轉彎」數位系列課程，提供民眾更多元化的學習管道，提升民眾心理健康識能。

2. 次段預防：強化高危險群篩檢轉介

- 提供社區民眾免費心理師諮詢服務；另因應 COVID-19 疫情影響，辦理安心解憂專線，舒緩民眾於隔離期間可能衍生焦慮、憂鬱等情緒。
- 推動憂鬱防治照護，透過衛生所及醫院針對社區民眾提供憂鬱篩檢服務，早期發現具憂鬱傾向之民眾，即早轉介追蹤及關懷。
- 結合本府勞工局及就業服務站辦理職場心理測驗，針對 18-29 歲初次尋職青年長期失業導致憂鬱者，運用心情溫度計自我檢測，主動發現高危個案，轉介關懷訪視。
- 青少年自殺防治：定期與新北市大專院校、教育局召開聯繫會議，討論學校輔導機制、醫療單位合作模式等，研商因地制宜校園自殺防治策略。

3. 末段預防：提供自殺行為者即時追蹤關懷與轉銜服務

- 透過本市關懷訪視員、心理衛生社工及公衛護理師提供自殺行為者關懷訪視，給予心理支持及協助轉銜相關資源，增加個案及家屬問題解決能力及連結社區支持網絡能力。
- 鑑於青少年族群自殺通報數增加，爰辦理青少年自殺個案家長成長支持團體計畫，提供家屬情緒支持與衛教推廣，深化家長傾聽技巧與引導孩子問題解決的能力，增進親子之間的情感溫度。

台中市：

1. 本局網頁成立「心理健康專區」，內含多元心理健康資源，方便民眾獲得相關整合性資源和心理健康資訊，112 年更新增「注意力不足過動症 (ADHD)」及「青少年醫療資源」專區。
2. 結合醫院或康復之友協會等，辦理「111 年精神病患暨家屬座談會」，強化慢性精神病患與家屬支持系統，提升精神病患之家庭生活品質，共辦理 70 場，計 2,067 人次參加。
3. 111 年辦理心理健康月系列活動，透過實體博覽會活動及線上媒體推廣等方式，寓教於樂提升民眾對於心理健康議題與自我心理狀態的瞭解與重視，計約 800 人次參加，媒體宣導觸及 93 萬人次。
4. 疫情期間，針對有情緒困擾之確診個案及其家屬、居家隔離及檢疫民眾，提供視訊或電話之心理支持及諮詢服務，111 年共服務 56 人次。
5. 於衛生所，由專業心理師提供市民免付費的心理諮詢服務，共執行 2,494 人次，針對長者提供到宅心理諮詢，共執行 1,805 人次，111 年首創結合神經科、神經外科、復健科、疼痛科、設有長者健檢合約之醫療院所，主動提供長者篩檢服務並視需求轉介心理諮詢，111 年共篩檢 1129 人次。
6. 與本市醫療院所、產後護理之家合作，提供愛丁堡產後憂鬱篩檢服務，並提供母嬰衛教等，另於 111 年首創，提供入住產後護理之家具情緒困擾之婦女電話關懷及免付費心理諮詢服務。

南投縣：

1. 自殺是一個全球性的公共衛生議題，近年來南投縣十大死因中蓄意自我傷害（自殺）雖未列在十大死因之內，但也位居第 11-12 位之間，推動自殺防治亦是本縣重點工作。鑒於 1986 年本縣自殺死亡率高居國內之冠，在本縣自殺防治團隊的努力下，積極制定防治策略，防治工作成效顯著。
2. 本縣結合各網絡夥伴推動一般民眾心理健康促進及衛生教育，加強縣民心理健康素養，對於社區中高風險個案亦積極推動就近性心理衛生服務，除 6 個鄉鎮市衛生所開設精神醫療門診外，全縣 13 個鄉鎮市衛生所皆設置心理諮商站，亦於 111 年 10 月在南投市成立社區心理衛生中心（南投區）提供心理諮商服務，疫情期間更提供線上心理諮商，並彈性因應鄉親需求提供在宅諮商服務，未來也將佈建埔里、竹山區心衛中心；另關心長者心理健康，也主動出擊結合社區網絡團體進行老人憂鬱症篩檢；本縣針對列管精神、自殺個案或疑似個案定期召開討論會及跨網絡會議，加強個案管理，並辦理教育訓練強化「各網絡」第一線人員通報敏感度，落實自殺守門員三步驟：『一問、二應、三轉介』；此外，建立自殺通報獎勵機制，鼓勵各單位通報，期能提早介入關懷。
3. 南投縣政府衛生局局長陳南松指出，在縣府團隊及網絡單位共同努力下，本縣自殺死亡人數及自殺死亡率逐年下降，每十萬人口自殺死亡率由 106 年 24.4 下降到 110 年 17.8，近 5 年內每十萬人口自殺死亡率下降了 6.6，自殺死亡率排名也由第 1 名下降至第 6-8 名之間，成效卓著，連續 5 年獲得衛生福利部頒發「自殺防治推動績效獎」，本縣未來仍持續強化自殺防治，增進縣民心理健康。

**雲林縣：**

1. 自殺防治是當代公共衛生及心理衛生工作之重要課題，本縣醫療資源相對匱乏，老年人口佔 20.2%（112 年 2 月），比例全國第四高，伴隨高比例的獨居、貧窮及傳統文化等問題。鄉村及傳統文化下，民眾較不會向外求助（尤其是心理衛生相關專業），擔心貼標籤或被閒言閒語。
2. 因此本縣規劃、推展「因地制宜」之防治方案（包含於本縣廟宇張貼海報、雲林縣廣播電台及里鄰廣播系統、雲林幣 APP 等實體／媒體多元管道，大力推廣珍愛生命守門人概念及心理衛生資源），且以公共衛生服務為核心，結合轄內包括衛生、社政、教育及勞政等行政機關、民間機構與團體等，落實推動心理健康促進初級預防工作，以降低民眾自殺念頭及本縣自殺死亡率，進而達到「促進全民心理健康、提升民眾幸福感」之願景。
3. 本縣擬訂「雲林縣自殺防治行動方案」，策略目標主要依三大方向進行，包含了全面性（universal）、選擇性（selective）及指標性（indicative），另在 109 年特別規劃「1 年內自殺企圖個案關懷追訪服務」，以家、電訪方式關懷個案，若為自殺高風險則列管追蹤，以降低其自殺行為的發生。本縣 109 年自殺標準化死亡率排名由 108 年第 8 名降至全國第 15 名，顯見自殺防治成效。
4. 整體而言，本縣自殺防治工作透過跨網絡攜手合作，眾志成城！針對本縣目標族群、高風險自殺工具全面性初級預防，而自殺防治工作需

要心手相連、同心合力，全民一起努力，盼衛生福利部統一錄製電視公播版—自殺防治宣導短片，並於有線電視中托播呈現，增加自殺防治之曝光度與重要性，一點溫暖與用心，你我都是珍愛生命守門人。

嘉義市：

1. 心理健康月：心理優先 - 做自己的安心駕駛
以 WHO 訂定之 2022 年心理健康日主題：「讓全人的心理健康及幸福感成為優先事項」為主軸，將本市心理健康議題分析融入活動設計，族群包含長者、家庭照顧者、孕產婦、身障者及家屬等，宣導主題囊括憂鬱症防治、伴侶相處、自我照顧、壓力調適、人際相處等，啟動記者會及活動共辦理 15 場次，1,280 人次參與。
2. 青少年心理健康
本局於暑假透過使用 Gather Town 軟體的方式，共辦理 5 場次，200 人參與 (含 185 位高中職學生及 15 位家長)。活動引導新世代青少年如何有效的面對壓力、拒絕不當誘惑及調適自我情緒與人際互動之能力，以提升心理健康品質；另結合教育處及各級學校辦理「珍愛生命」講座，111 年共辦理 16 場，1,695 人次參與。
3. 中壯年心理健康
結合本市企業辦理壓力調適講座，111 年共辦理 16 場次，986 人次參與。
4. 長者心理健康
與本市諮商心理師公會合作辦理「歡喜逆齡森林益康」活動，邀請社區長者參與，透過介紹森林療癒與身心健康之關係，喚起參與者與森林關連之經驗，最後實際走入森林，感受心流經驗，強化健康及身心舒活度，共辦理 3 場次。另結合本市社區關懷據點辦理長者壓力調適講座，並於活動中施測 BSRS-5 量表，111 年共辦理 56 場次，1,486 人次參與。
5. 農藥自殺防治工作
本市農藥販賣業者計 26 家，於 9 月 22 日結

合建設處針對農藥販賣、管理業者，辦理珍愛生命守門人宣導講座。

6. 溺水自殺防治工作
定期檢視本市蘭潭風景區及河濱運動公園溺水地點，周圍設置之關懷標語、安心專線 1925 等求助資訊。
7. 高處跳下自殺防治工作
針對本市高中職以上學校 (含大專院校) 心理資源盤點，並於 5 月 6 日辦理校園自殺防治討論會，提升校園危機處理應變能力。另於 10 月 21 日結合工務處辦理之「公寓大廈法令說明會」，針對本市管委會進行高處防墜自殺防治宣導，並發送防墜建議事項單張及安心專線 1925 海報等文宣。
8. 燒炭自殺防治工作
拍攝心理健康宣導短片「月缺月圓」，以家庭婚姻關係為故事主軸，訴說及推動木炭自殺防治作為。另於 9 月 5 日辦理木炭販賣業者自殺防治教育訓練，提升敏感度及宣導木炭販賣陳列位置。
9. 針對本市長照居服員及長照照顧管理專員辦理自殺防治守門人教育訓練，運用 BSRS 量表評估個案及照顧者心理狀況，及早發覺危機個案並介入處理，111 年共辦理 3 場次教育訓練，共 98 人次參訓。
10. 免費心理諮商服務
有情緒困擾市民可於上班時間撥打本市社區心理衛生中心 2255155-51 預約時間，提供平日及夜間諮商時段。
11. 加強心理健康防治網路宣導
於「嘉義市社區心理衛生中心」粉絲專頁，111 年針對自殺防治暨心理健康議題貼文共 93 則，138,892 人次點閱。

嘉義縣：

1. 嘉義縣依據精神衛生法規定，於民國 85 年在衛生局成立社區心理衛生中心，108-109 年整合醫療院所及精神心理等專業資源，陸續於 18 鄉鎮市衛生所設置心理諮商站，近年爭

取衛生福利部經費，將於 114 年前全新布建 3 處社區心理衛生中心。

- 嘉義縣首處全新升級的社區心理衛生中心，特以縣政所在地為核心，111 年 9 月 26 日於嘉義縣永在食安大樓 2 樓正式啟用，整合精神、心理、職能、護理、社工…等全方位專業團隊進駐，配置優質辦公空間、多功能教室、諮商室、團體（職能）治療室、親子友善空間、園藝治療區…等，打造溫馨、專業、符合多元需求的友善空間，同時結合 18 鄉鎮市衛生所心理諮商站，積極布建完善心理衛生照護網絡，讓專業貼近社區「服務零距離」。
- 嘉義縣社區心理衛生中心，具備空間及功能多元，完整的專業團隊，跨域整合資源，以點線面深入家戶、社區、校園，全面推動心理健康促進、強化社區高危險群個案管理，以創新、用心、貼心、愛心、全心的五星級照護，陪伴鄉親一起「活在嘉最幸福」！

屏東縣：

- 依據衛生福利部統計，屏東縣 109 年自殺標準化死亡高於全國平均值（屏東縣 13.7，全國平均值 11.8），自殺死亡方式以氣體及蒸汽（主要為燒炭）佔自殺死亡方式排名第 3 位，因此衛生局近二年推行全縣五金百貨販售木炭商店管理計畫，成功輔導全縣 30 家成為「木炭管理優良防護店家」，以降低高致命性工具易取得性。歷經努力，屏東縣於 110 年自殺標準化死亡首度低於全國平均值（屏東縣 10.8，全國平均值 11.6），與 109 年相比屏東縣整體燒炭自殺死亡率更下降 6.4%（109 年 21.8%，110 年 15.4%）。
- 本縣於 110 年與縣府城鄉發展處合作完成縣內 7 家小北百貨成為木炭管理示範商店，以降低高致命性工具易取得之效益，111 年延續擴展至其他木炭販售業者例如：各式五金賣場、全聯福利中心等成為「優良防護店家」，並張貼「優良防護店家」認證標章，民眾如有心理困擾，亦可協助透過優良防護店家貼紙或資源

求助小卡上連結預約免費心理諮商，改善憂鬱情緒及增強因應能力，同時提升店家參與度及榮譽感。

- 為延續自殺防治成效，112 年將再擴展至相關賣場通路，如：農會等業者，期能藉由多元管道攜手合作，觸發民眾重視你我都是自殺防治守門人的防範意識，藉由友善店家凝聚社區意識，以互助的模式，吸引更多的商店通路加入優良防護店家行列，讓自殺防治網更加綿密，有效做好前端的防範。

花蓮縣：

- 各縣市心衛中心能有專任身心科醫師駐診，可接受自關員轉介困難個案，評估有無精神科診斷，適當用藥物、心理與家族治療或轉介住院治療，必要時可家訪。
- 近日有一位曾被通報自殺但已結案個案，因情緒低落，又二次致電心衛中心，剛好遇到其結案自關員家訪而未連絡上。第三次來電抱怨，表示前一天在月台跳軌欲自殺，但不願透露姓名與電話。經本所醫師接聽，與之會談後同意提供地址供家訪，醫師家訪後返所召開相關人員會議，讓同仁了解病人精神病理與人格特質。再聯繫個案，同意自關員訪視，目前已固定安心上工，情緒趨穩。

澎湖縣：

- 本縣市 111 年自殺企圖通報案件，自殺方式以服用安眠藥物為最多，為提升民眾對於安眠藥物正確用法及認知，增強宣導自殺防治觀念及安眠藥物使用，與本縣市各藥局合作協助張貼海報宣導及衛教。
- 與農漁局合作共同辦理 3 場次共 139 人次，針對農民宣導自殺防治。
- 精神去汙名化志工培訓：與康復之友協會合作共同辦理 5 場次共 96 人次，培訓精神醫療服務相關人力資源及強化精神照護、心理衛生，以期早期辨識及轉介。
- 9 月份辦理心理健康月系列活動，針對學生、

職場員工、社區民眾增進自殺防治及心理健康促進能力，並建立問題解決能力，共辦理 6 場。

5. 持續結合本縣衛生所，實施老人憂鬱篩檢，盡早發現高風險個案，後續由心理輔導員提供關懷追蹤管理，降低個案自殺風險。
6. 透過有線電視跑馬燈及縣府外 LED 電子看板宣導自殺防治守門人
7. 針對近期自殺及精神疾病個案之新聞事件頻傳，發文至各局處協助宣導安心專線及避免傳遞不恰當訊息。

新竹縣：

1. 新竹縣總人口由民國 84 年 408,577 人增加至民國 112 年 2 月的 583,337 人，因社會經濟結構改變及科學園區工作人口增加，使得新竹縣人口總數迅速成長，從農業到科技的轉型，傳統到現代的結合，還有隨著科技發展遷入的新移民，形成多元融合的族群結構且具文化特色的一個縣市，新竹縣政府衛生局針對不同族群如孕產婦、新住民、身心障礙者、高齡者、家庭照顧者等對象，結合教育局、社會處、勞工處、長照中心等相關局處，共同辦理心理健康促進活動及珍愛生命宣導，希望透過宣導活動及教育講座，連接各個不同的資源，提供適切的服務及協助。
2. 值得注意的是，依據衛生福利部統計資料顯示，截止至 111 年 10 月，新竹縣之標準化自殺死亡率相較於 110 年同期有顯著下降之趨勢，這代表各局處在自殺防治策略執行上都投入相當多的努力；另一方面，在全國的自殺數據 15 至 24 歲青少年自殺死亡率仍有上升的趨勢，顯見青少年的自殺防治刻不容緩，本局特別針對青少年自殺防治策略規劃一系列自殺守門人宣導活動，呼籲民眾能多關心身邊的青少年，除了社區宣導，也密切的與校園合作，利用互動遊戲並結合大型活動如運動會、園遊會等，推廣珍愛生命之重要性、1925 安心專線資源，及新竹縣定點諮詢服務 03-6567138

專線，如有出現情緒困擾或心情沮喪時，可透過以上資源獲得幫助，另外校園的教師也扮演著重要的角色，藉由守門人教育訓練課程的方法增進學校教職員的技巧，使教職員有能力辨認青少年的苦惱、憂鬱和自殺行為，並與學生共同討論相關議題，教師除專業的訓練外，心理層面的照顧也是非常重要，為此也歡迎學校來電針對教師之心理照顧及舒壓安排課程，照顧青少年同時也要照顧辛苦的第一線人員。

3. 綜合上述，自殺防治策略需要跨領域及跨部會合作的機制，將資源藉由點（衛生局）、線（各網絡）的連結推廣至面（全縣），一同喚起民眾對心理健康議題之重視，推廣人人都是自殺守門人。

金門縣：

本縣自殺通報派案比例自 110 年的 78% 提升至 111 年的 91.3%，縣內的自殺關懷訪視量能終於可以把重心放在需要協助的重點工作族群上。能夠取得如此重大工作成果，其獲益於歷年來局端針對縣內網絡單位辦理的網絡人員教育訓練，以及召開業務聯繫會議，使得網絡單位間合作得以更為密切。

1. 未來將持續辦理相關教育訓練，並加強辦理網絡單位間的工作聯繫會議，透過跨網絡及跨專業之溝通聯繫，有效協助個案進行資源轉介，以預防個案再自殺；進而再提升縣內派案率，向 100% 的目標持續努力。
2. 在心衛中心各項專業人力的逐步聘任到職，訪視個案畫分類別，區分級數進行訪視，俾利於提升訪視專業程度，有更大的空間得以服務列管對象，進而提升面訪率，自 110 年 40% 提升至 111 年的 72%；未來將藉由辦理教育訓練精進關懷訪視員的專業知能及技巧，在維持高面訪率的情況下，持續提高訪視品質，進而預防個案再自殺。
3. 分析 111 年本縣自殺防治工作狀況，在各年齡層中，以 15-24 歲及 25-44 歲為多，112 年度預計將宣導重心著重於青少年（15-19 歲）族

群，有鑑於本縣在青少年族群在自殺通報各年齡層佔多數，預計將加強教育處及校園內的自殺防治工作，期望新年度可以增進目標族群之心理健康、提升相關知能

除了協助本府教育處將珍愛生命守門人相關教材及資訊納入校園內生命教育課程中，本局今年度將家庭成員問題列為青少年族群的首要關注議題，將加強開辦親子教育的相關課程，內容包括教養、親子溝通與相處議題，讓心理困擾有機

會在家庭相處中遂停止，防微杜漸。其次，應關注青少年族群的憂鬱傾向，將擬請各校園未來配合在寒暑假開學前，對學生進行心情溫度計篩檢，提早發現學生心理健康問題；為提升校園內的敏感度，將針對學校輔導人員、駐校心理師、社工師等辦理識別自殺風險的能力，提升篩檢能力，加強其對轉介資源與醫療連結之了解，提升敏感度，我們期待今年度能夠透過這一系列的行動策略，逐步下降青少年族群自殺通報比率。

校園重度憂鬱症與自殺青少年之處置 要點分析：個案照護經驗分享

許舒涵

筆者是台灣東部某國中健康中心護理師，校園健康中心經常是發現學生身心狀況最多的地方，經常遇到不同類別的身體傷害、心理健康問題交錯出現，且學生心理問題具有非常多種不同的樣貌形式表現。校護需具有敏銳的觀察力與專業知能，才能快速排除與鑑別學生狀況，找出真正影響身心問題的主因。本報告分享一位重度憂鬱症合併致命自殺經歷之青少年案例，筆者從校護的角色分析如何從個案發現、評估、醫療轉介、及完整治療的歷程中，發揮護理全人關懷及持續照護的功能，協助降低高風險青少年之憂鬱與自殺危險因子，進而穩定情緒、促進復元、進而維持青少年發展目標之達成。

高風險青少年問題之發現

筆者在進入學校護理的領域之前，過去曾有八年以上的醫院精神科護理經驗。在擔任校護期間，致力於青少年心理衛生之早期發現與介入。本報告欲分享的案例名為小創，他是一位國二生，在國二上學期時被筆者發現罹患重度憂鬱症合併過動症；翻閱紀錄發現他國小時原本每天都準時到校上課，幾乎不請假或無故缺課，但升上國中前卻發生一項被鐵路局舉發為不良少年，原因是他因臥軌行為不良上新聞，凌晨三四點會在社區遊蕩，開學後立馬變成學輔處與輔導室所關注對象！小創少話，加上配合各項學校活動與上課，後來被學輔處選為學校升旗的大隊值星與成為優秀的拔河隊隊員，解除了不良紀錄與輔導需求。在國二上學期開始有科任老師到健康中心告訴我，小創上課分心、常被留校寫抄作業、看窗外的舉動明顯、認為不尊重老師上課並經常被提醒專心聽課、成績越來越差，讓老師們感到頭痛，但下課時間卻精力旺盛、與同學追足、玩鬧、推

擠完全跟上課反差，激怒了各科老師認為「小創是故意、不聽話學習的標籤」，也在這個時候筆者被要求了解一下小創的狀況到底怎麼了。

經評估，小創不善言語，一節課說話不超過五句，僅僅表達「我完全聽不懂上課在講甚麼！我不是讀書的料！我覺得無聊但沒辦法不來學校！」過程完全看起來無所謂，但我卻感覺到他身上散發出陰暗、鬱悶的氛圍，圍繞四周！我想我嗅出甚麼了！但不敢確定！內心直接一個想法告訴小創，明天開始如果不想上課就來健康中心！小創眼神突然眼一睜說到「可以嗎！」我給他一個手勢 OK！就這樣每天觀察與談話當中，先發現了小創有過動症，當下立即把小創帶到身心科看診服用過動藥物，但隔天卻是反效果，小創表示自己胸痛厲害；我檢視一下小創的家族史發現家族史中母親、二姐與妹妹與爺爺奶奶都有心臟病與癲癇病史，為排除小創是否也有內外科問題，開始一個月下來的診療，因為太瘦又符合症狀，當時被小兒科醫師判斷為馬凡氏症與三尖瓣脫垂，當下我也陷入一陣焦慮！身心科過動藥物被停止了！小創卻開始反應大片胸痛不適的症狀，令我陷入困境，我思考著下一步要如何處理！

接著，我每天監測小創的內科症狀、耐心的陪著他，有時是半天不上課就躺在健康中心！我的關心與耐心在半個月後的某天早上有了回應，小創哭喪著臉、全身無勁、鬱悶表情問我，「阿姨！我想在這裡休息睡覺好嗎！」我感覺一股真相好像要出現的感受，說著「當然可以！小創躺著，阿姨陪你！」小創躺下後立馬睡著還鼾聲四起！約莫下午一點左右，小創醒了，而我就坐在他床位的左前方做著雜七雜八的學校行政工作，我問小創心情好些嗎！有心事告訴我！我等著你說！當下我仍背對著小創；小創那日異如反常說出了令我震驚的事；他嘆一口氣說到「阿姨！我差一點就要自殺成功了就可以去陪媽媽了！」我馬上轉向小創，開始引導他說出內心從未被發現的問題；小創娓娓道出他自小到國中二年級的無助、自憐、煩躁、絕望、想死與恨意！

身心理健康評估與治療

個案表示自幼稚園階段就經常看間父母吵架、打架、父親酗酒又向母親要錢喝酒，於小三時，經常感受母親養家辛苦又遭受父親家暴、母親開始在家出現有自殺行為（大量吞藥、自殘），並因在乎自己的成績，導致個案每天提心吊膽，擔心、害怕母親發生事情，混亂的家庭問題致使課業下滑（小三前個案成績幾乎 90 分以上），自此就開始有胸悶痛、聽見看不見的人在耳邊說話與負面聲音「你為什麼這樣子，還這麼累，去死一死好了！」狀況出現。小學五年級時案母真的在家自殺傷亡事件，打擊很大，個案非常自責（因為家中只有自己與母親在家，母親於自己房中自殺，個案發現時已晚），非常難過；由於個案與案母感情非常好，對案母自殺死亡至今，難掩悲傷，於國中一年級開始已安排有輔導介入關心；於國二筆者介入觀察個案創傷、焦慮、悲痛情緒深遠且長久已出現情緒與行為的變化（低落情緒、發呆、出現沉缺課狀況）。

觀察個案家庭經濟狀況不佳，案母過世後父親為主要經濟來源（精神護理之家的照服員），爺爺會照料晚餐，住家旁有經營神壇工作，個案與父親關係極差，觀察與據個案及妹妹兩人表示父親經常酗酒，鮮少與個案互動或談話，案父較疼愛妹妹、經常忽略個案；案父表示，因為不擅言情表述，也發現個案自案母離世後性情轉變較不說話、安靜，因為不知道如何與個案聊心事，且經常簡單的話句都容易引發爭吵，無法化解，漸漸就沒有太在意個案的狀況，認為是青少年叛逆期有關，更是經常責備個案種種問題。此外在生理評估方面，觀察小創的悲傷情緒造成了睡眠障礙、胸悶與心臟疼痛等問題，發生頻率頻繁且長久【平均夜眠 0-3 小時 / 每天，且因胸痛（每個月發生十多天）與突然醒來造成夜眠中斷，筆者協助個案於門諾醫院身心科門診看診，予開立協助睡眠入睡藥物使用（Clonidine(0.075mg)1 顆 Hs）；同時協助個案於慈濟醫院小兒心臟科就醫，確診為心臟瓣膜三間瓣脫垂，開始服用心臟科藥物治療。短短兩星期的服藥治療與照護，個案開

始食慾變好、胸痛症狀次數下降、夜眠可達 4-5 小時、但情緒仍因家庭、壓力、課業容易易怒；持續治療半年後，情緒才趨漸穩定，性格變得溫和，夜眠可達 6-7 小時、胸痛在情緒激動大或傷心、壓力影響下才會出現。

個案表示自小五母親過世後，自己心情雜亂（不理解為何媽媽要自殺拋棄自己、怨恨家暴母親的父親、經歷升學與學習壓力與對於被精神症狀干擾的不了解）、過日子需要強顏歡笑，經常有想要自殺死亡去陪媽媽的念頭與自殘，並自述於升國中前的暑假發生臥軌事件是出自於和朋友玩鬧打賭、以及自己有一股無法控制的自殺死亡意念導致臥軌衝動行為。國中階段雖個案與同學相處良好，但不喜透露自我感受與想法，對不熟識的關係建立，個案防衛度高，較少有同儕支持來源。

校護對於憂鬱或自殺高風險青少年的處置要點

以下是筆者彙整自身經驗提出的五項處置重點，期能做為目前國中校園心理健康促進與自殺防治策略擬定時之參考及反思。

1. 護理師的角色功能：不論個案的狀態如何，護理師要能給予足夠的支持與接納，並須強化不同照護階段的治療性關係。護理師須有能力全盤整合個案的發展、家庭、學業、生活、人際、學習能力等面向的問題，發覺個案的優缺點，善用其優勢力量，促進青少年在校園獲得自信心，更能快速穩定病情。面對青少年身心可問題同步出現，須具備高敏感度，予以區別或排除各種疾病之影響，才能進一步確立問題處置之方向。
2. 護理師與家長、老師之合作：治療初期，若有家長容易疏忽穩定到校的意義，護理師與老師必須要強化個案到校的要求，更可維持治療品質與治療性關係的建立。不論家庭問題或家長的好與壞，治療初期要先支持與接納家長的情緒、並給予諮詢管道，增加照護網絡的健全性。
3. 憂鬱青少年護理照護技巧：護理師擁有專業知能、可評估與善用身心評估與處置技巧，是扭

轉個案配合動機的契機。護理師面臨高難度的憂鬱個案，筆者以做每日或每周的紀錄，於每周與個案會談時給予紀錄資料討論參考，善用量表呈現個案病情進展並與個案一起討論，可以促進個案了解與回朔自己服藥與沒服藥的差異，增加自我了解與病識感，進而強化服藥遵從度與對自我疾病的瞭解。此外，對個案所用藥物作用與副作用之了解、與主治醫師維持聯繫、配合醫囑觀察個案的變化並調整用藥問題，也都是關鍵性的作法，校護若可將青少年問題及時回報主治醫師，更可能有效減少反覆回診的次數，強化個案對護理師的信任、減少拒藥治療的問題與家長困擾，進而免除抗拒治療的後續問題發生。

4. 同儕的角色功能：協助與陪同罹病學生就診身心科是重要的，陪診可以整合學生生活狀況、學業問題、家庭狀況、客觀方式以提供醫師評估治療整合性完整面貌，有利調整藥物與提高治療的效益，減少學生不願看診與強化持續就醫的信心與重要性、也會減少家屬的焦慮與增加心安與減低疑慮，讓其感受到治療是有用且必要的。
5. 提升青少年自我覺察能力及治療效果：教導個案自我了解與症狀轉移方法處理與飲食、日常生活的調整（整理房間、準時到校）或身心科護理技巧介入性措施，於青少年階段可再朔化與修正，合併藥物持續治療，效果尤佳。

編後語

吳佳儀 總編輯

國立臺灣大學醫學院護理學系所 教授

2023 年，歷經兩年新冠肺炎疫情的侵襲，台灣自殺防治學會仍持續努力推展相關策略，特別是在「後疫情的時代」，網際網絡的溝通逐漸擴展，大多數人的消費以及生活模式都隨著前兩年的 COVID-19，有著極大的改變，例如：人際相處無法像往常一樣接觸，而是需要透過網路遠距通訊，降低了人與人之間的情感交流。本期通訊內容多元化，主題涵蓋青少年、COVID-19 之議題、自殺防治學雜誌論文集摘要、粉專主題文章、全國自殺防治中心業務最新進展等，自殺防治不論是在校園、工作、醫院、家庭、社區，都是無法輕忽的議題，因此，透過多元的主題，使大眾能夠了解，周遭每一個親朋好友都有可能會

成為具有自殺意念的人，此時，周遭的重要他人就扮演著極重要的角色。每個人都能夠成為心理健康「守門人」，發揮「一問，二應，三轉介」之理念成功連結需要幫助的人得到合適的協助。

本期通訊持續收錄最新的自殺統計相關數據及優化心情溫度計 APP 至 3.0 版，這些數據以及工具也是台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心主要推廣的方向，當每個人的手機當中都有下載心情溫度計 APP，必能發揮心情溫度自我關照的功能，迅速了解個人的心理照護需求，進而提供所需之心理衛生服務；同時從這樣的資訊網絡中，就能夠快速的掌握自我心理狀態，同時有一個可依據的參考標準能夠作為求助的參考。疫情趨緩下的校園、職場、家庭等各場域與老年族群的需求皆有必要持續關注，以利大眾回歸正常的生活。期待大家閱讀本期內容有所啟發，也歡迎大家投稿至本通訊，與大眾分享您的觀點或經驗！

學會公告

- § 本會訂於 112 年 9 月 10 日（星期日），假台大醫院國際會議中心 401 演講廳，辦理第六屆第一次會員大會暨學術研討會，並進行第六屆理、監事改選，敬請各位會員預留時間，撥冗出席。
- § 學術研討會規劃有學術性壁報展示，歡迎大家投稿並協助轉知相關人員！相關時程請關注學會最新消息。
- § 依本會組織章程第十條：會員（會員代表）未繳會者，不得享有會員（會員代表）權利。敬請於年會前撥冗將會費繳清至 112 年度，以利選舉之進行。繳款連結：<https://p.ecpay.com.tw/0DECBB2>（如有任何問題，請洽詢本會秘書處。聯絡電話：02-2381-9500）

心情溫度計

目前「心情溫度計 APP」IOS 及 Android 系統之已正式上線並提供免費下載，歡迎擁有智慧型手機、平板的用戶踴躍下載，並協助轉發推廣。APP 版本不只提供心情的檢測及分析建議，更提供了全國心理衛生資源及心理健康秘笈（系列電子書），掃描 QR Code 就可以下載，敬請詳見「APP 下載說明」。

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	嚴重	非常嚴重
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

社團法人台灣自殺防治學會
全國自殺防治中心

進行現場
簡式健康量表BSRS-5

健康秘笈
心理衛生電子書/影音

檢測則設定
開關量提是自我檢測則

現場自己記錄
記錄心理困擾程度變化

心理資源
精神心理衛生資源地圖

求助專線
如有需要請找專業人員協助



ios/Android
立即掃描下載

心情溫度計APP

自殺防治網通訊

第 18 卷第 1 期

社團法人台灣自殺防治學會

發行人／理事長：李明濱

常務理事：周煌智、陳俊鶯、廖士程、
賴德仁

理事：吳佳儀、呂淑妤、姜丹榴、
張家銘、張書森、陳恒順、
黃敏偉、楊聰財、蕭雪雯、
顏永杰

常務監事：呂淑貞

監事：方俊凱、陳碧霞、鄭宇明、
龍佛衛

秘書長：詹佳達

副秘書長：王弘裕、李佳殷、吳恩亮、
林俊媛、張正辰、陳宜明、
蘇泓洸、黃立中、戴萬祥

全國自殺防治中心

(衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會辦理)

主任：李明濱

副主任：陳俊鶯

執行長：廖士程

副執行長：吳佳儀

主任秘書：廖健鈞

通訊編輯委員會

總編輯：吳佳儀

副總編輯：詹佳達

編輯委員：王弘裕、李佳殷、吳恩亮、
孫凡軻、林俊媛、張正辰、
陳宜明、蘇泓洸、黃立中、
戴萬祥

編輯顧問：張家銘、陳俊鶯、陳恒順、
陳映燁

助理編輯：林品君、蕭逸、許宇萱

發行：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

編輯處：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-mail：tsos@tsos.org.tw

學會網址：<https://www.tsos.org.tw>

珍愛生命打氣網：<https://www.facebook.com/tspc520>