



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	◆ 第二季「畢業後一般醫學訓練：社區醫學自殺防治」	22
◆ 展現行動，創造希望：凝聚力量，守護生命	1	◆ Facebook 珍愛生命打氣網暨主題貼文	23
2、主題文章	2	◆ 新聞媒體自殺事件報導結果與分享	24
◆ 注意力不足過動症與自殺：敘述性回顧	2	◆ 網站教唆自殺訊息之監測與處置	24
3、新視野	10	6、經驗分享	25
◆ 自殺防治研究論文摘要	10	◆ 縣市衛生局自殺防治實務經驗及成果分享	25
4、統計解析	17	7、交流園地	28
◆ 112 年 1-4 月通報個案特性分析	17	◆ 關懷訪視員實務經驗分享	28
◆ 112 年 1-5 月媒體監測	18	◆ 焦點式討論模式之外督經驗分享	28
5、工作要覽	19	◆ 留下來的理由	29
◆ 第一線專業人員守門人訓練	19	◆ 時間延續的羈絆	29
◆ 第一線人員之自殺防治守門人訓練 Q&A	19	編後語、學會公告	31
◆ 自殺防治新聞媒體聯繫會議	22		

展現行動，創造希望：凝聚力量，守護生命

李明濱

社團法人台灣自殺防治學會理事長

蟬鳴唧唧，歲月如梭，轉眼間繁忙的夏至已經到來，半載間學會與中心亦是努力不懈，勤勞耕耘於自殺防治。過去三個月，我們馬不停蹄辦理第 112 年第一線專業人員之自殺防治守門人訓練、112 年度新聞媒體聯繫會議，主題為「疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」透過此會議並結合媒體倡導自殺新聞報導之六不六要的重要性，希冀能強化國人對自殺防治議題的重視；112 年度自殺關懷訪視實務教育訓練需求探討及盤點會議，了解各關訪員對於課程之需求及建議，並且針對這些需求及建議給予相關的資料及協助。

本會今年度也將持續更新相關數位平台 (包括網站、數位學習平台、Youtube 頻道、Facebook 粉絲專業、新版「心情溫度計」App 等管道)，持續對全國民眾傳達自殺防治的正確觀念。國際自殺防治協會明訂每年 9 月 10 日為世界自殺防治日，最近三年宣導主題均為 "Creating Hope through Action"，本學會今年加入台灣次主題，定調為「展現行動，創造希望：凝聚力量，守護生命」；彰顯賦予自殺防治新目標的決心。希望政府跨部會跨局處與民間團體真能協力合作，化行動為力量；增進民眾防治之技能和信心，凝聚力量，能夠與正在痛苦掙扎的人建立連結；落實自殺防治法所揭示的「強化自殺防治、關懷人民生命安全、培養社會尊重生命價值」的意旨。

疫情的負面衝擊是全面性的，正值「後疫情時代」，亟需積極針對各族群，提供更多關懷及支持；本會特呼籲大家善用心情溫度計 App，除自我觀照外，更要發揮愛心，讓身旁的親友們都能感受到關懷與溫暖。面對「後疫情時代」，要從「心」做起，要有信心、用心、開心、全民一條心。即使面對潛在的自殺風險趨勢，民眾也要抱持樂觀態度，積極減除危險因子與提升保護因子，共同營造支持性環境，回歸生活常軌，維持心理健康。

注意力不足過動症與自殺： 敘述性回顧

潘嘉和

新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院精神科

[原文出處：Pan et al. (2023). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Suicide: A Narrative Review. *Journal of Suicidology*, 18(1): 415-419.]

摘要

自殺是包括青少年在內的各年齡層主要死因之一。注意力不足過動症 (Attention deficit and hyperkinetic disorders, ADHD) 是兒童和青少年中最常見的精神疾患之一，其症狀在許多方面影響患者，且可能與自殺共病。本文回顧了關於 ADHD 和自殺關聯性的文獻，研究目的在探討 ADHD 和自殺之間的可能關係，以便更深入地了解這兩個重要的青少年心理問題在未來的治療方向。

前言

自殺是嚴重的公共衛生問題，也是重大的醫療負擔，每年全球估計有超過 70 萬人死於自殺 (WHO, 2021)。自殺是 15 至 29 歲年輕人和 5 至 14 歲兒童的第四大死因 (WHO, 2019) [1]。在台灣，2021 年 15 至 24 歲年輕人的自殺率已經達到每 10 萬人口 9.6 人 (全國自殺防治中心)。除了自殺，自我傷害 (含自殺企圖) 和自殺意念在青少年也很常見。患有精神健康障礙的青少年自我傷害和自殺意念的風險顯著增加 [2]，研究顯示青少年自殺的相關因素包括先前的自殺企圖、憂鬱症 [3]、物質濫用和依賴、行為障礙 [4]、邊緣性人格障礙 [5] 和注意力不足過動症 [6]，早期出現的自殺意念和自殺行為是青少年和年輕成人自殺的重要危險因子 [7]。自殺防治是一個嚴肅的公共衛生問題，探討與兒童自殺相關的因子對於早期發現自殺風險和自殺防治工作而言，都是至關重要。

注意力不足過動症 (ADHD) 是一種常見的神經發育疾患，診斷通常在兒童時期確定。ADHD 的核心症狀包括注意力不集中、過動和衝動 [8]。在 10-79% 的 ADHD 患者中，症狀可能持續到成年期 [9]，在兒童和青少年的盛行率為 5-7%，甚至在成年期為 1-7% [10]。研究顯示，ADHD 症狀可能與認知功能障礙、反社會行為、憂鬱症、物質濫用 [11]、攻擊性行為 [12]、社交排斥 [13]、自尊心低 [14] 以及自殺 [15] 有關。上述結果顯示了 ADHD 與自殺之間的關聯，包括了直接相關以及合併症相關兩類。

注意力不足過動症與自殺率增加

自殺和注意力不足過動症在住院病人和社區樣本中都不罕見。Lam (2005) 探討因自傷住院的青少年，發現 ADHD 不僅與攻擊引起的傷害有關，還與自殺行為有關 [16]。Lynch (2006) 對 723 名年齡在 12-15 歲之間的青少年進行了研究，發現有 3.7% 的人被診斷為 ADHD，有 2.4% 可能有自殺企圖，有 1.9% 過去曾有自殺意念經驗，有 1.5% 有自殺未遂的經歷 [17]。

診斷出精神疾患的青少年有自我傷害和自殺意念的風險增加 [10]。研究顯示，ADHD 患者有較高的自殺風險。James 等人 (2004) 的研究回顧發現，ADHD 自殺率的相對風險比是美國男性 5-24 歲年齡段的國家自殺率的 2.9 倍。在這項研究中，ADHD 似乎增加了男性自殺的風險，尤其是在同時合併其他精神疾病診斷，尤其是合併嚴重行為障礙 (Conduct disorder, CD) 和憂鬱症時 [15]。Luke 等人 (2018) 在 2014 年進行了一項規模龐大的瑞典長期研究，追蹤了 51,707 名被診斷為 ADHD 的人 23 年。與對照組相比，ADHD 患者的自殺企圖和自殺完成率顯著增加 (OR=8.46 和 OR=12.22)，即使在調整共病精神疾病後仍然存在顯著差異 (OR=3.62 和 OR=5.91)，男性和女性都是如此 [18]。Whalen (2015) 在一個由 306 名年齡在 7-12 歲的兒童構成的樣本中發現，ADHD 與自殺想法、自殺計劃和自殺企圖有

關 [19]。Hurtig 等人 (2012) 對芬蘭北部 1986 年出生的 457 名青少年進行了一項為期 16 年的縱向研究分析，發現 ADHD 青少年 (n=104) 相對於無 ADHD 的對照組 (n=169)，自殺意念發生率更高 (57% 對比 28%， $P<0.001$)，故意自我傷害 (DSH) 率也更高 (69% 對比 32%， $P<0.001$) [20]。

2019 年 Fitzgerald 等人進行了一項丹麥大型族群研究，涵蓋了從 1995 年 1 月 1 日起年齡超過 10 歲的 290 萬人，結果發現與沒有 ADHD 的人相比，自殺行為風險比增加了 4.7 倍 (95% CI, 4.3-5.1) [21]。

注意力不足過動症合併存在精神病徵的自殺

ADHD 和自殺之間可能存在關聯的其中一個理論是衝動性 (impulsivity)。衝動性可以被視為正常人格的一個面向，但高度的衝動性與精神疾病 (如 ADHD) 有關。衝動性被認為是 ADHD 的核心症狀之一；另一方面，衝動性是一種獨立的特徵，與自殺行為有關，且已被證明能夠預測青少年的自殺意念和自殺企圖。無論是否合併存在精神疾病 [22]，衝動性都可以獨立地預測自殺企圖。因此，作為 ADHD 的主要症狀，衝動性在兒童自殺中具有獨特的特點，甚至是比憂鬱症更重要的危險因子 [23]。

此外，挫折和挫折容忍力可能也是研究 ADHD 和自殺之間關聯性的另一個重點。傳統上在研究 ADHD 時，精神疾病主要關注侵擾行為障礙 (Disruptive behavior disorder)，如對立反抗性 (ODD) 或品行疾患 (CD)。然而，近來內化行為障礙或症狀受到更多關注，挫折是一種正常的情緒反應，但是“無法忍受挫折”可能導致情緒不穩定。煩躁”被定義為對挫折的容忍度低 [24]，在患有 ADHD 的兒童中，煩躁是常見的，甚至比對照組高達 72%，而對照組僅為 3.2% [25]。煩躁是 ADHD 的一個特徵，也是憂鬱症的一個症狀 [21]。感受到高度挫折感的 ADHD 孩子傾向於放棄令人挫折的任務，並表現出負面情緒模式 [26]。

此外，在負面的親子互動、社交和學業困難等壓力因素下，這些都是 ADHD 兒童常見的障礙，“無法忍受挫折”可能會加劇患者的憂鬱情緒 [27]，進一步加劇 ADHD 患者的自殺風險。

其他精神疾病共病下的 ADHD 自殺問題

ADHD 的共病情形並不少見，估計約 60-100% 的 ADHD 兒童至少有一種共病情形，這種情況通常持續到成年期 [28]。研究指出 ADHD 與自閉症類群障礙 (ASD)、學習障礙和抽動障礙存在共病性 [29,30,31]，但與自殺有關的精神共病症可以分為內化障礙 (internalizing disorder) 和外化障礙 (externalizing disorder)，如下所述：

內化障礙 Internalizing disorder

憂鬱症：ADHD 青少年重度憂鬱症 (Major depressive disorders, MDD) 的發生率估計為 12%-50% [32]，約為沒有 ADHD 的青少年的五倍。Chen 等人 (2014 年) [33] 發現 ADHD 且有自殺企圖的患者中將近一半 (50.7%) 的患有重度憂鬱症。一項長期研究發現，ADHD 患者在 18 歲時患有 MDD 或輕鬱症 (Dysthymic disorder) 的風險增加 (危險比 HR 4.32)，且自殺企圖的風險增加 (HR 3.6) [34]。ADHD 中重鬱症的共病性被認為是由品行疾患 (CD) 所中介的。Fombonne (2001) [35] 發現 ADHD 在合併 MDD 和 CD 的人群中發生的比例明顯高於僅有 MDD 的人群 (53 人中的 4 人對比 96 人中的 0 人， $P=0.015$)，而合併 MDD 和 CD 的群體中的自殺率明顯升高 (每 10 萬人中 261 人對比每 10 萬人中 32.5 人)。根據 APA (2013) 的說法，自殺思想和自殺行為被認為是重鬱症的，包括患有 MDD 的青少年族群 [11]。由於憂鬱症可能在 ADHD 發作後數年獨立發生，並且通常被視為 ADHD 相關障礙和負面的不良結果，ADHD 合併憂鬱症的自殺傾向是一個非常重要且不能忽視的問題。

雙相情感障礙 (Bipolar Disorder)：兒童雙相情感障礙 (BPD) 和 ADHD 之間的共病率很高，

但結果卻各不相同。Biederman 發現 ADHD 兒童中有 11% 出現 BPD，並且在追蹤 4 年後還有 12% [36]，不過這兩種疾病之間的關係似乎更多是巧合而非因果關係 [37]。共病性的機制包括共同風險因素、可能是不同的亞型、可能的有微弱的因果關係，以及當這兩種疾病同時出現在患者身上時，症狀通常更嚴重且整體功能較差。雙相情感障礙已被證明是自殺意念的預測因子 [38]，但並非所有情況都是如此，而這層共病很可能是 ADHD 和自殺之間聯繫的一個因子。

外化障礙 Externalizing disorder

對立反抗性障礙 (ODD) 和品行疾患 (CD)：有鑑於 ADHD 中的衝動和過動的核心症狀，CD 的共病性在 ADHD 中並不罕見，高達 50% 醫療中的 ADHD 兒童和 30% 的社區裡的 ADHD 兒童同時合併有 CD 的診斷 [39]。證據顯示，ADHD 與 CD 的共病性是透過 ODD 的存在而非直接關 [40]，而同時患有 ADHD 和 ODD/CD 的兒童往往表現出更嚴重的過動和衝動症狀，更高的遺傳性，更早的發病時間，更多的負面情境，如與父母的衝突，被同儕排斥，學校問題，並且往往比單獨患有這兩種診斷之一的兒童有較差的預後 [41,42]。除了 CD，過動還增加了暴力行為和以後的反社會行為的可能性。在一項為期 15 年的追蹤研究中，31% (19 名中的 6 名) 有反社會行為的過動兒童曾有過自殺企圖，明顯高於沒有反社會行為的過動兒童 (17 名中的 0 名) [43]。一些研究主張，純粹的 ADHD 只會透過共病的 CD 導致自殺風險，根據研究發現，CD 在青少年自殺中的發生率為 1/3-1/2，而純粹的 ADHD 則與對照組的發生率相似。

物質濫用疾患：物質濫用被認為與年輕族群自殺事件的 11-35% 密切相關 [45]。它不僅是 ADHD 的共病症，而且也是導致死亡的一個去抑制因素。Chen (2014) 發現有自殺企圖史的 ADHD 患者中有 47.4% 存在物質濫用問題 [33]。目前已知患有 ADHD 的兒童在後的生活中發展出

酒精和物質濫用疾患的機會較高，而 ADHD 和物質濫用之間的關聯被認為是通過 CD 進行中介 [46]，時序上認為是由於 ADHD 在發展上先出現，然後是 CD，而酒精使用的開始時間明顯較晚。Ruchkin 等人 (2017) 發現 ADHD 和藥物依賴的共病性增加了自殺意念的風險，而 ADHD 和酒精依賴的共病性則增加了自殺企圖的風險 [47]。

教養方式的保護效應

教養方式可能在青少年時期扮演著重要的角色。為了瞭解父母行為和教養方式在青少年自殺企圖中的作用，Donath 在 2014 年對 44,134 名 15 歲的青少年進行了研究。該研究發現，ADHD、女性性別、吸煙、暴飲暴食、逃學、移民背景和父母分居與自殺企圖存在顯著相關性，其中 ADHD 排在女性性別之後顯示出第二高的 OR 值。該研究還發現，權威型的養育方式是一個保護因素 (OR 值：0.79)，而拒絕 - 忽略型的養育方式則是自殺企圖的風險因素 (OR 值：1.63) ($p < 0.001$)。

藥物治療效果

藥物治療是 ADHD 的主要治療方法之一，許多研究試圖找出藥物治療與 ADHD 患者自殺之間的關係。Chen (2014) 的研究對 37,936 名 ADHD 患者進行了調查，並追蹤了 150,721 人年。在這項研究中，發現了 7,019 起與自殺有關的事件 (SRE)，並試圖關注三種興奮劑 (甲基苯丙胺、安非他命、去甲安非他命) 和一種非興奮劑 (阿托莫西汀)。93.9% 的受試者至少接受過一次甲基苯丙胺處方，26.1% 的受試者至少接受過一次阿托莫西汀處方。結果顯示，藥物治療與 SRE 的發生率增加有關 (危險比 1.31，95% 信賴區間 1.19 至 1.44)。然而，在病人個人內部分分析中觀察到藥物治療與 SRE 發生率之間的負相關 (0.89，0.79 至 1.00)。在治療期間，興奮劑使用者的病人內部分分析顯示 SRE 發生率降低 (0.81，0.70 至 0.94)。在非興奮劑組中，在非興奮劑治

療期間沒有觀察到 SRE 發生率的增加 (0.96, 0.72 至 1.30)。

阿托莫西汀是一種非興奮劑，用於治療 ADHD，它是一種去甲腎上腺素再回收抑制劑。Bangs 於 2008 年的研究 [49] 確認了阿托莫西汀治療與自殺意念和行為之間的顯著關聯，該研究中由於使用阿托莫西汀引起的自殺意念很低 (1357 例中有 5 例)，但顯著高於安慰劑組 (851 例中 0 例發生)。美國食品藥物管理局 (FDA) 於 2005 年進行的 12 個臨床試驗的元分析 [50] 也得到了類似的結果。一項對接受阿托莫西汀治療的 2544 名患者的英國群體研究發現，終身自我傷害行為和自殺意念的發生率分別為 1% 和 0.9% [51]，而一項回顧性群體研究 [52] 則顯示與接受興奮劑治療的青少年相比，使用阿托莫西汀的年輕人自殺事件風險沒有明顯差異。然而，2021 年進行的一項較小樣本的研究 [53] 卻相反地發現，在 ADHD 治療中，阿托莫西汀 (28 例中 0 例有自殺意念) 比甲基苯丙胺 (29 例中有 15 例自殺意念) 更安全，但未來仍需進行更多的研究。

甲基苯丙胺透過抑制多巴胺轉運體來增加多巴胺濃度，而興奮劑，主要是甲基苯丙胺，被認為是治療 ADHD 的首選。使用甲基苯丙胺治療發現與暴力行為、煩躁和伴有自殺意念的憂鬱有關 [54]。Chen 於 2014 年的研究 [36] 發現興奮劑使用者的 SRE 率有未達顯著性的下降，並發現興奮劑對自殺行為有保護作用 (HR 0.81)。這種保護作用被認為是透過改善衝動性而產生的。在控制共病症後，ADHD 藥物治療的使用與 SRE 率的關聯 (HR 1.24) 被減弱。Liang 等人於 2017 年對 84898 名 ADHD 青少年進行的一項大型群體研究 [55] 發現，接受甲基苯丙胺處方治療 90-180 天的 ADHD 青少年自殺企圖風險降低了 59%，如果甲基苯丙胺治療持續時間超過 180 天，降低幅度甚至達到 72%。然而，2022 年在荷蘭進行的一項大型群體研究發現，即使進行了充分校正，使用甲基苯丙胺的成年人在 40 歲時自殺企圖風險增加 [56]，因此在開處方這種藥物時仍應該仔細監

測風險。

結論

在台灣，患有 ADHD 的兒童自殺行為之盛行率估計為 20%，相較於非 ADHD 對照組來說，高出 3 倍以上。在本文中，我們回顧了有關 ADHD 和自殺行為兩者關連性之研究，結果顯示 ADHD 和自殺行為之間存在高度相關，但究竟是直接關係或是與共病症或家庭功能障礙有關，仍存在爭議。

整體來說，ADHD 增加了男性患者的自殺風險，尤其是在伴隨品行疾患和憂鬱症嚴重度增加的情況下，此外如果與物質濫用共病，自殺風險更高。建議 ADHD 患者應定期接受自殺意念的篩檢，並應早期介入以盡早偵測和減少自殺意念。在 ADHD 患者的自殺預防中，辨識高風險自殺群體至關重要，特別是合併有 CD 和 MDD 的男性患者。預防措施包括早期並持續治療 ADHD，可以減少合併症和後續偏差發展的影響。研究結果顯示，長期使用甲基苯丙胺可以減少自殺企圖，但也有相反的結果報告，因此使用甲基苯丙胺治療應長期持續保持監測。

未來仍需更多關於兒童、青少年和成人 ADHD 的研究，促進社會大眾對於 ADHD 在自殺行為之角色的了解，並能辨識該族群的自殺危險因子，以精進 ADHD 自殺防治預防計劃和治療方法。

參考文獻

1. World Health Organization: Suicide in the world-Global Health Estimates. 2019 <http://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1244794/retrieve>
2. Lawrence D, Johnson S, Hafekost J, et al: The Mental Health of Children and Adolescents: Report on the Second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Well-being. Canberra: Department of Health,

- 2015.
3. Nock, MK, Green, JG, Hwang I, et al: Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry* 2013;70(3):300-310.
 4. Wei HT, Lan WH, Hsu JW, et al: Risk of suicide attempt among adolescents with conduct disorder: a longitudinal follow-up study. *J Pediatr* 2016;177:292-296.
 5. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, et al: Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psycho Med* 2013;43(5):983-993.
 6. Swanson EN, Owens EB, Hinshaw SP: Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: a longitudinal examination of mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55(5):505-515.
 7. Castellvi P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizabal A, et al: Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;215:37-48.
 8. Biederman J: Attention-deficit/hyperactive disorder: a selective overview. *Biol Psychiatry* 2005;57:1215-1220.
 9. Biederman J, Faraone S, Millberger S, et al: A prospective 4-year follow-up study of Attention Deficit Hyperactivity and Related Disorders. *Arch gen psychiatry* 1996;53:437-446.
 10. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, et al: The worldwide prevalence of ADHD: a systemic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatr* 2007;164(6):942-948.
 11. Furczyk K, Thome J: Adult ADHD and suicide. *Attent Deficit Hyperact Disord* 2014;6(3):153-158.
 12. Biederman J, Petty CR, Woodworth K, et al: Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2012;7:941-950.
 13. Brook JS, Brook DW, Zhang C, et al: Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics* 2013;131:5-13.
 14. Rasmussen P, Gillberg C: Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1424-1431.
 15. James A, Lai FH, Dahl C: Attention Deficit Hyperactivity Disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:408-415.
 16. Lam LT: Attention deficit disorder and hospitalization owing to intro-and interpersonal violence among children and young adolescents. *J Adolesc Health* 2005;36:19-24.
 17. Lynch F, Mills C, Daly I, et al: Challenging times: prevalence of psychiatric disorders and suicidal behaviours in Irish adolescents. *J Adolesc* 2006;29:555-573.
 18. Ljung T, Chen Q, Lichtenstein P, et al: Common etiological factors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and suicidal behavior: a population-based study in Sweden. *JAMA Psychiatry* 2014;71:958-964.
 19. Whalen DJ, Dixon-Gordon K, Belden AC, et

- al: Correlates and consequences of suicidal cognitions and behaviors in children ages 3 to 7 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(11):926-937.
20. Hurtig T, Taanila A, Moilanen I, et al: Suicidal and self-harm behavior associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder. A study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nord J Psychiatry* 2012;66(5):320-328.
21. Fitzgerald C, Dalsgaard S, Nordentoft M, et al: Suicidal behavior among persons with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2019;215:1-6.
22. Kumar PNS, Rajmohan V, Sushil K: An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. *Indian J Psychol Med* 2013;35(4):378-384.
23. Sheftall AH, Asti L, Horowitz LM, et al: Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. *Pediatrics* 2016;138(4):e20160436.
24. Leibenluft E, Stoddard J: The developmental psychology of irritability. *Dev Psychopathol* 2013;25(4):1473-1487.
25. Geller B, Zimmerman B, Williams M, et al: DSM-IV mania symptoms in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002;12(1):11-25.
26. Seymour KE, Macatee R, Chronis-Tuscano A: Frustration tolerance in youth with ADHD. *J Atten Disord* 2019;23(11):1229-1239.
27. Seymour KE, Miller L: ADHD and Depression: the Role of Poor Frustration Tolerance. *Curr Dev Disord Rep* 2017;4(1):14-18.
28. Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P, et al: Co-existing disorders in ADHD – implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13 Suppl 1:180-192.
29. Mayes D, Calhoun L, Mayes D, et al: Autism and ADHD: overlapping and discriminating symptoms. *Res Autism Spectr Disord* 2012;6:277-285.
30. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, et al: Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:464-470.
31. Freeman RD: Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2007;16 Suppl 1:15-23.
32. Angold A, Costello EJ, Erkanli A: Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(1):57-87.
33. Chen Q, Sjolander A, Runeson B, et al: Drug treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder and suicidal behavior: register based study. *BMJ* 2014;348:g3769.
34. Chronis-Tuscano A, Molina BSG, Pelham WE, et al: Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67(10):1044-1051.
35. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, et al: The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in childhood. *Br J Psychiatry* 2001;179:210-217.
36. Biederman J, Mick E, Faraone SV: Depression in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children: "true" depression or demoralization? *J Affect Disord* 1998;47(1-3):113-122.
37. Skirrow C, Hosang GM, Farmer AE, et al: An update on the debated association between ADHD and Bipolar disorder across the

- lifespan. *J Affect Disord* 2012;141:143-159.
38. Lan WH, Bai YM, Hsu JW, et al: Comorbidity of ADHD and suicide attempts among adolescents and young adults with bipolar disorder: a nationwide longitudinal study. *J Affect Disorder* 2015;176:171-175.
39. Newcorn JH, Halperin JM, Jensen PS, et al: Symptoms profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:137-146.
40. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, et al: Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(12):1468-1484.
41. Thapar A, Harrington R, McGuffin P: Examining the comorbidity of ADHD-related behaviors and conduct problems using a twin study design. *Br J Psychiatry* 2001;179:224-229.
42. Kuhne M, Schachar R, Tannock R: Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1715-1725.
43. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, et al: Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1213-1226.
44. Brent DA, Perper JA, Mortiz G, et al: Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case control study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1993;32:521-529.
45. Houston K, Hawton K, Shepperd R: Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord* 2001;63:159-170.
46. Flor man DR: The relation between attention deficit hyperactivity disorder and substance abuse: what role does conduct disorder play? *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003;1:1-16.
47. Ruchkin V, Kuposov RA, Koyanagi A, et al: Suicidal behavior in juvenile delinquents: the role of ADHD and other comorbid psychiatric disorders. *Child Psychiatry Hum Dev* 2017;48(5):691-698.
48. Donath C, Graessel E, Baier D, et al: Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatrics* 2014;14:113.
49. Bangs ME, Tauscher-Wisniewski S, Polzer J, et al: Meta-analysis of suicide related behavior events in patients treated with atomoxetine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:209-218.
50. Food and Drug Administration: Public Health Advisory: Suicidal Thinking in Children and Adolescents Being Treated with Strattera (Atomoxetine). USA: FDA, 2005.
51. Davies M, Cornelius V, Fogg C, et al: A study to examine events of suicidal ideation in parents prescribed atomoxetine in England. *Drug Saf* 2009;32:976.
52. Linden S, Bussing R, Kubilis P, et al: Risk of suicidal events with atomoxetine compared to stimulant treatment: a cohort study. *Pediatr* 2016;137(5): e20153199.
53. Ghaeli P, Mahmoudi-Gharaei J, Kouti L et al: Risk of suicidal events in youth taking atomoxetine compared with those on methylphenidate; an observational cross-sectional study. *J Pharm Care* 2021;9(4):166-170.

54. Hesapcioglu ST, Goker Z, Bilginer C, et al: Methylphenidate induced psychotic symptoms: two cases report. *J Med Case Rep* 2013;4:106-108.
55. Liang SH, Yang YH, Kuo TY, et al: Suicide risk reduction in youths with attention deficit/hyperactivity disorder prescribed methylphenidate: a Taiwan nationwide population-based cohort study. *Int Rev Res Dev Disabil* 2017;72:96-105.
56. Stricker B, Cheung K, Verhamme K: General practice database on mortality in adults on methylphenidate: cohort study. *BMJ Open* 2022;12(8):e057303.

論文摘要集

1. 青少年自殺、自殺風險因素及與自殺防治相關的實證研究 (Youth Suicide, Risk Factors and Evidence-Based Research Related to Suicide Prevention)

Chia-Yi Wu

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0013

在《自殺防治學雜誌》三月份的期刊中，多個有趣的主題凸顯了對自殺高風險人群進行早期識別和搶救的重要性。關於年輕人自殺這個關鍵問題，我們探討了台灣青少年自殺率的長期趨勢並分析校園心理健康促進與自殺防治工作中有關家長觀點。我們還回顧了注意力不足過動症和自殺的關聯性。有關上述重要訊息呼籲更多人共同關注青少年自殺的增加及家庭或學校可能帶來的風險。其次，愈來愈多研究關注篩檢量表，讀者可能希望參考本期的自殺風險篩檢工具，例如 "ASQ" 量表（詢問自殺篩檢問題）和 "SCS" 檢測自殺危機綜合症的量表，該量表被發現與以簡式健康量表（BSRS-5）衡量的情緒困擾有關。

此外，應用機器學習的高科技技術來預測自殺企圖者的重複自殺行為，是新興的發展領域，研究顯示：在目前自殺防治技術發展前景看好的前提下，機器學習技術也可以應用於地方政府在 COVID-19 大流行進行第一線服務，例如台南市對居家隔離的人群進行心理健康照護計劃的族群研究。其他與自殺風險相關的研究證據已建立起並提供了豐富的洞察力，以促進未來研究或臨床服務中進一步的討論或思考，例如針對照顧者憂鬱症的多家庭心理教育介入措施、與暴飲暴食酗酒相關的自殺行為，以及涉及獨居、健康狀況和服務使用等自殺風險因素的性別分析。

最後，值得一讀的是這期的專文，講述媒體呈現自殺防治訊息的內容。媒體影響青少年自殺現象的證據，將引發大眾的關注和未來的研究興趣。本期所刊出的個案報告，描述心理社交退縮的自殺患者如何克服、長期心理治療如何促進復原、

以及如何克服心理社交風險因素的複雜挑戰。相信這些文章將有助於建立更多的理論或研究基礎，以便更多實證能促進自殺防治工作的效果。

2. 臺灣青少年自殺防治的挑戰 (The Challenges of Youth Suicide Prevention in Taiwan)

Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0014

在臺灣，整體人口的自殺死亡率自 2006 年以來逐漸下降，但 24 歲以下的年輕人的自殺死亡率卻出現不同情況。青少年自殺已成為全球公共衛生和社會福祉面臨的重大挑戰。青少年自殺率自 2015 年以來持續上升，成為臺灣 15 至 24 歲人群的第二大死因。自 2014 年以來，已經確定了青少年自殺趨勢的顯著轉折點。具體而言，15 至 19 歲的女性自 2015 年以來跳樓自殺有明顯增加，而 15 至 19 歲或 20 至 24 歲的男性自 2010 年至 2021 年間上吊自殺呈上升趨勢。

青少年的自殺原因是複雜的，已經確定的許多風險因素，例如童年逆境經歷（如身體虐待、性虐待、父母情感忽視、霸凌和自殺行為）、心理因素（如精神疾病、低自尊和絕望感等）、社會支持不足和物質濫用。特別是社交媒體的使用與青少年自殺率的上升有關。甚至與青少年自殺相關的影視劇也與青少年自殺死亡率的增加相關。建議的計劃可能涉及創造一個更有保護性的環境，以促進青少年的身體、情感和 / 或行為安全，透過社會和家庭的改變產生積極的影響，並在政府政策的強力支持和引導下進行。作者將簡述台灣青少年自殺防治工作中的優勢和挑戰如下。

優勢 1. 完善且優質的健康服務網絡：包括一般醫療網、緊急醫療網、精神醫療網、學校心理健康網絡以及全國社會安全網，為人們提供醫療和心理健康照護。幾乎所有人都有全民健康保險，可隨時輕鬆方便去看心理健康專業人員（例如，基層診所或醫院的精神科醫師）。2. 全國自殺防治中心（TSPC）：成立於 2005 年 9 月，持續努力推

動國家自殺防治策略的實施，依據國家防治策略：1) 全面性策略（自殺相關教育、守門人培訓、致命自殺方法限制、優質媒體報導、針對大眾的心理健康促進和免費求助專線等）；2) 選擇性策略（對高風險個體進行早期辨識、預防和處遇；使用行動心情溫度計應用程式 App 【5 項症狀的簡式健康評量表，BSRS-5】作為全民篩檢工具，以滿足心理健康服務的需求）；3) 指標性策略（對自殺企圖者進行監測和後續照顧）。台灣自殺防治中心（TSPC）還作為政府和非政府組織之間協調努力的平台。TSPC 定期向民眾報告重要發現，並根據國家數據庫（如全國死亡數據、國家健康保險數據、全國自殺企圖者的通報數據等）的聯結分析，提供相關的預防策略。3.2006 年啟動了自殺防治通報系統（NSSS）；用於全國自殺企圖者之通報，並提供相關之後續關懷。根據 NSSS 的數據分析顯示，該系統可有效降低自殺企圖者未來一年內的再自殺企圖與再自殺身亡比率。4. 自殺防治法（SPA）：於 2019 年 6 月 19 日由總統頒布實施，旨在強化自殺防治，關懷人民的生命安全，並培養社會尊重生命的價值。考慮到個人、家庭和社會的決定因素，自殺防治應該以整個社會資源的投入策略來實施。SPA 還希望在社區網絡中建立適當的自殺報導保護環境。由中央主管機關成立自殺防治諮詢會，以促進政府部門間的自殺防治工作。

挑戰 1. 媒體報導控制：在台灣，青少年自殺防治最迫切的挑戰之一是媒體控制，以減少模仿效應。2015 年青少年自殺激增，高度懷疑可能與媒體報導有關，譬如；不當的新聞報導、有青少年自殺情節的連續劇、高速網絡信息傳播以及缺乏保護性參。2. 加強跨部門間的合作：旨在加強學校、職場、社區後續照護和心理健康網絡之間的合作，以克服對心理健康促進和心理健康服務傳遞之間聯繫的污名化和差異。3. 面對青少年的自殺迷思：根據全國自殺防治中心（TSPC）進行的一系列年度全國代表性的社區民眾調查，年齡在 15 至 24 歲之間的青少年中，認為自殺是個人的權利，其比例從 2006 年的 49% 逐年增加，到 2020 年高

達 75%。重要的是，持有這種信念的青少年，在自殺意念（OR=1.36）和自殺企圖（OR=1.63）方面具有明顯較高的危險比（Odds）。如何教育青少年有關生命價值和自殺知識是一個重要的議題。總之，在台灣，青少年自殺防治必須是全面且跨部門跨專業合作，需要臨床精神健康專業人員，在已建立的基礎設施和國家防治策略之下，更多的成功參與。

3. 注意力不足過動症和自殺：敘述性回顧 (Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Suicide: A Narrative Review)

Chia-Ho Pan

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0015

自殺是包括青少年在內的各年齡層的主要死因之一。注意力不足過動症（ADHD）是兒童和青少年中最常見的精神疾患之一，其症狀在各許多方面影響患者，甚至可能與自殺共病。本文回顧了關於 ADHD 和自殺的文獻，旨在探討 ADHD 和自殺之間的可能關係，以便更深入地了解這兩個重要的青少年心理問題在未來的治療方向。

4. 減輕重鬱症患者照顧者負擔的多家庭心理教育計劃回顧 (A Review of Multifamily Psychoeducation Intervention Program on Reducing the Caregiver Burden of Patients with Major Depressive Disorder)

Chia-Yi Wu, Pham Thi Thu Huong,, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Nguyen Thi Son, Truong Quang Trung

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0008

目的：本文獻回顧旨在檢視對重鬱症患者所提供的最佳照顧策略中，有關多家庭心理教育介入方案的證據以及介入計劃的教育者。設計：在 MEDLINE、Cochrane 和 Embase 等文獻資料庫中，回顧 2010 年 1 月至 2022 年 12 月發表的隨機對照試驗，並使用以下關鍵詞：「多家庭心理

教育」(Multifamily Psychoeducation, MFPE)、「照顧者」、「憂鬱症」、「重度憂鬱症」、「單極型重鬱症」、「隨機對照試驗」、「介入」。

方法：最初檢索到 183 篇相關文章，然後根據隨機對照試驗的標準，選擇 2010 至 2022 年間以英文發表、且無共病的重鬱症相關研究。結果符合標準的文章如下：兩個隨機對照試驗、一個準實驗研究、一個無對照組的試驗介入、以及兩個隨機試驗方案。結果：幾乎所有研究都將照顧者定義為家庭成員，例如父親、母親、丈夫、妻子、女兒和兒子等，患者最常提到的照顧行為是支持性的情感，此外，研究中最常被提及的照顧指引，是基於麥克法蘭模型和家庭心理教育證據基礎的工具，包括多家庭心理教育 (MFPE)。在所有隨機對照試驗中，提供教育者都是高質量的醫療保健提供者。結論：本回顧的結果顯示多家庭心理教育介入如何實施，及其如何對重度憂鬱症患者產生最大的效益。研究者提醒讀者需確保多家庭心理教育的執行符合實證指引，以及在執行時需有充足的人力提供多家庭心理教育。未來目標應朝向找出如何為重鬱症患者及其照顧者提供最佳的 MFPE 介入措施，以有效地減輕疾病對家庭及社會的負擔。

5. 善盡媒體自殺報導責任之自殺防治策略：台灣及其他地區最佳做法之實證分析 (Responsible Suicide Media Portrayals as Suicide Prevention Strategies: An Analysis of Optimal Practices for Media Industry Professionals in Taiwan and Beyond)

Wayland Chang, Chia-Yi Wu Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0004

背景 / 目的：媒體報導是自殺防治策略中重要的討論點。台灣及其他地區的媒體專業人士善盡職責的自殺報導方式，在自殺防治策略中扮演著關鍵角色。方法：本文探討媒體專業人士（包括電視和電影從業人員）在自殺防治工作中的如何發揮功能，以及他們的自殺報導或呈現方式如何影

響大眾對自殺的認知、理解和政策制定。研究者分析的標的包括了台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心所出版的《自殺防治系列》手冊第 36 和 44 本，以及 2019 年世界衛生組織 (WHO) 出版的《預防自殺：面向電影工作者和其他舞台和銀幕工作者的資源手冊》。結果：本文發現偏誤的自殺報導往往會不當地影響自殺模仿效應，這種不當影響及錯誤報導可能會引發不必要的誤解，阻礙自殺防治的力道。本文除了回顧幾項世界衛生組織以及台灣自殺防治中心所推薦的指南之外，尚分析了媒體的正面效應及負責任的報導方式以供媒體人遵循。討論與結論：綜整分析結果，媒體專業人士在自殺防治工作中扮演關鍵的角色。媒體專業人士在負責任自殺報導的範疇內，尚需更多實證研究以了解媒體的影響、及其與自殺率之間的關係，提供更有利的證據作為與媒體溝通自殺防治的依據。

6. 獨居、慢性病和公共醫療衛生服務使用之間的關聯與性別差異 (Gender Differences in the Association Between Living Alone, Chronic Disease and Health Service Use)

Dennis Asante, Vivian Isaac

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0003

背景：評估獨居、慢性身體和精神健康問題、健康服務使用之間的聯繫，以及它在不同性別之間的變化。方法：對南澳大利亞州監測和監督調查 (SAMSS) 資料中具有全國代表性的老年人樣本進行二次分析 (n=20,522)。進行 Chi-square 分析，以檢查生活安排和慢性健康狀況盛行率之間的差異；以及生活安排和健康服務使用。這些分析按性別進行了分層。結果：城市居民、女性、年齡增長 (80 歲以上) 和較低的教育程度與老年人的孤獨生活顯著相關。獨居與較高的身體和精神健康狀況的負擔有關，並有性別差異。雖然獨居的男性報告了較高的身體健康問題，但女性獨居者有較高的憂鬱和焦慮症狀的發生率。然而，獨居男性的自殺念頭比女性更常見。重要的是，

獨居的老年人比與他人同住的老年人使用更多的健康服務。結論：獨居是身體和精神健康狀況的一個風險標誌，特別是自殺意念。在老年人中，獨居、慢性健康狀況和保健需求之間存在性別差異。

7.2010-2021 年台灣 15-24 歲青年性別自殺率變化趨勢 (The Trend of Gender-and-Method-Specific Suicide Rates among Youths Aged between 15-24 in Taiwan from 2010 to 2021) Nursing Policy Recommendations in a Suicide Prevention Training Program for the Nurses: A Perspective from Vietnam

Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Chia-Ta Chan, Chun-Ying Chen, Kai-Sen Fan

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0012

背景與目的：在後 COVID 時代，由於全球的個人健康、家庭或社會變化，15-24 歲年輕人的自殺防治備具挑戰性。15-24 歲青少年的自殺率長期波動和趨勢值得注意，但文獻中缺乏證據。本研究旨在使用國家死亡登記檔的數據，分析 2010 年至 2021 年間不同性別之間各種自殺方法的死亡率的連接點和趨勢。方法：我們進行了連接點趨勢分析，並使用排列測試選擇了最佳數量的連接點。還應用了自殺率年度變化百分比 (APC) 的統計數據。結果：結果顯示 2014 年之後總人口呈顯著上升趨勢（年百分比變化 18.6%，95%CI=12.0%-25.6%）。對於 20-24 歲的人群，2018 年後自殺死亡率顯著上升（年百分比變化 17.9%，95%CI=3.8%-34.8%）。但 2010-2021 年自殺死亡率上升趨勢存在性別差異和年齡組差異。結論：本研究結果突顯迫切需要針對年輕人口的自殺防治和介入策略，尤其是針對不同年齡段或教育系統的女性和男性青少年等弱勢青年。

8.《自殺篩檢量表 (ASQ) 問卷》的日語版本 (A Japanese Version of the Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) Instrument)

Manami Kodaka, Shinichiro Nagamitsu, Jordan DeVyllder

Chen, Jenelle Richards, Igor Galynker

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0001

背景：青少年自殺是一個嚴重的公共衛生問題。如果不進行風險評估，臨床可能會忽視自殺風險。然而，目前在日本的臨床情境中並沒有可用的篩檢工具來評估自殺風險。本研究旨在開發一個《自殺篩檢問題 (ASQ) 問卷》的日語版本，並探索其在醫院使用的可行性。方法：本研究邀請首次就診於一所大學醫院的兒童心身科門診的 8 至 19 歲患者參與。由主治醫師先進行結構化訪談，包括《自殺篩檢問題 (ASQ) 問卷》的日語版本（以下簡稱日語 ASQ）和 Birlleson 兒童憂鬱自評量表 (DSRS-C)。參與者定期接受可能的不良事件監測。結果：在參與本研究的 25 名患者中，有 13 人 (52.0%) 在日語 ASQ 篩檢中呈陽性結果，顯示存在自殺風險。其中，有 10 名患者沒有任何與自殺行為（包括自殺意念和企圖）相關的主訴或診斷。通過 DSRS-C 評估為憂鬱症的患者在日語 ASQ 篩檢中呈陽性的機率明顯較高，而評估為非憂鬱症的患者中只有一人在日語 ASQ 篩檢中呈陽性。研究期間未觀察到任何不良事件。結論：在本研究中，首次開發並評估的日語版 ASQ 在臨床情境中很適用，並可成功辨識可能被忽視的自殺風險。

9.自殺危機症候群的盛行率及其相關的心理社會特徵、精神病理和自殺傾向；臺灣 COVID-19 大流行期間的全國調查 (Prevalence of Suicide Crisis Syndrome and Its Associated Psychosocial Characteristics, Psychopathology and Suicidality: A Nationwide Population- Based Survey during COVID-19 Pandemic in Taiwan)

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

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0006

背景：自殺危機症候群 (Suicide Crisis Syndrome, SCS) 是指自殺前的心理狀態，其特徵包括情緒痛苦、認知失控、過度警覺、社交退縮和陷入困境。在臺灣的一項網路人口調查中，從修訂版自殺危機量表 (revised Suicide Crisis Inventory, SCI-2) 中獲得的五項自殺危機量表 (Suicide Crisis Scale, SCS-5) 已被驗證有效辨識 SCS 和最近一周的自殺意念 (SI)。本研究目的在於利用 SCS-5 評估的 SCS 的盛行率以及它在普通人口中的相關心理社會特徵、自殺傾向和心理病理學。方法：參與者是從臺灣 15 歲及以上民眾所選取的代表性樣本。使用電話號碼以分層比例隨機化方法進行電腦輔助電話訪問以選擇參與者。使用自殺危機量表 (SCS-5)、五項症狀簡明評定量表 (BSRS-5) 和自殺風險評估來研究不同時間範圍內的自殺危機症候群、精神病理和自殺風險。使用卡方檢定和迴歸模型來估計 SCS 及其相關因素之間的關係。使用克朗巴赫 α 係數和因子分析來測試 SCS-5 的信度和效度。進行接收者操作特徵 (ROC) 曲線分析以驗證 SCS-5 對於最近自殺意念的預測效力。結果：共有 2,101 名參與者完成了問卷調查，其結果被納入分析。SCS-5 展現了良好的內部一致性 ($\alpha = 0.84$) 和良好的單因素結構。SCS-5 與所有 BSRS-5 項目和自殺相關變數均呈現顯著的正相關。對 SCS-5 進行的迴歸分析顯示，情緒痛苦、認知失控和限入困境顯著解釋了一周自殺意念變異量的 23.9%。ROC 曲線顯示，SCS-5 的最佳切點 (4/5) 可以明顯區分出一周的自殺意念。一般人口中 SCS 的加權盛行率為 3.77%，性別差異不顯著。與非 SCS 群體相比，具有 SCS 的個人表現出以下特點：年齡較輕 (<40 歲)；較高的教育程度 (大學)；從事專業和自由職業的職業；較高的精神病理盛行率；較高的自殺傾向，包括自殺意念 (一生、過去一年和過去一個月) 和自殺企圖 (一生和近年) 以及未來的自殺意圖。結論：在臺灣的一般

成年人口中，SCS-5 在辨識最近的自殺意念和未來的自殺意圖方面表現良好。具有 SCS 的人在不同時間點上都有較高的精神困擾和自殺風險。

10. 台灣人口中酗酒與自殺行為之相關性 (Prevalence of Alcohol Binge Drinking and Associated Suicidality in a Nationwide Population Survey in Taiwan)

Yu-Yu Ko, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Ming-Chyi Huang, Chia-Ta Chan, Chun-Ying Chen.

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0007

背景與目的：酒精使用是全球的健康問題，同時也是生理和心理疾病的風險因素。酒精濫用 (BD) 會顯著增加受傷和自殺的風險。本研究旨在調查台灣酒精濫用的盛行率以及與自殺意念、心理壓力和求助行為的相關性。方法：採用橫斷面全國調查，使用分層比例隨機抽樣的電腦輔助電話訪談 (CATI) 系統對 15 歲以上一般人口進行調查。我們使用標準化量表，包括人口變項、飲酒習慣、濫用情況、自評身心健康狀況、健康自我效能、自殺意念和心理壓力等。結果：共有 2,126 名參與者參與研究，BD 的加權盛行率為 5.3%，與以下人口變項有顯著相關：男性 (7.9%)、25-44 歲 (6.0%)、45-64 歲 (6.5%)、離婚 (15.5%)、高中 (8.4%)、大學 (6.8%)。相較於非 BD 個案，BD 個案在精神疾病 (10.8%)、失眠 (40.2%)、敵意 (34.2%)、焦慮 (23.2%)、一生和過去一年的自殺意念 (分別為 18.8% 和 7.1%)、自殺企圖 (5.4%) 以及缺乏可信任的談話對象 (22.5%) 方面呈現顯著較高的比率。逐步迴歸分析表明，在調整性別和年齡後，自殺企圖 (OR = 3.12)、敵意 (OR = 1.83)、失眠 (OR = 1.82) 和自評心理健康狀況 (OR = 0.75) 與 BD 顯著相關。結論：本研究顯示酒精濫用及其相關風險的盛行情況。需特別注意的是，BD 個案在心理困擾和自殺意念方面顯著高於非 BD 個案。在自殺預防中，應對使用酒精者進行評估。

11. 《臺南市新冠病毒大流行期間居家隔離者的心理健康照護計劃的短期結果：一項群體研究》(The Short-Term Outcome of a Mental Health Care Program for People at Home Quarantine during the COVID-19 Pandemic in Tainan City: A Cohort Study)

Shih-Bin Su, Cheng-Chan Shih, Yueh-Yin Chen, Wan-Sin Cheng, Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0010

背景與目的：由於 COVID-19 大流行造成全球健康危機，對心理社會產生嚴重影響。台灣有大量民眾因感染新冠病毒變異株 SARS-CoV-2 或接觸患者而被要求居家隔離。本研究旨在調查不同 COVID-19 相關情況下，居家隔離者接受心理健康照護計劃的短期結果。方法：臺南市政府建立了一個名為「臺南市政府健康照護雲」的數位應用程式，提供線上簡式健康量表 (BSRS-5)，用於自我評估心理困擾，並立即給予回饋。根據 BSRS-5 的結果，還會提供線上心理健康促進資源，包括壓力管理技巧。所有被要求居家隔離的市民，以及 15 歲或以上、登錄在系統上並在 2022 年 5 月 1 日至 6 月 30 日期間完成兩個時間點（相隔一周）的 BSRS-5 量測，包括一般未受影響的人，均納入本研究。將第一個時間點 (T1) 和隨訪時間點 (T2) 的 BSRS-5 分數和過去一周的自殺念頭 (SI) 進行比較。使用逐步回歸分析估計 T1 和 T2 的 SI 與相關心理困擾之間的關聯。結果：共有 32,470 名參與者在居家隔離期間登記並完成問卷。其中，有 10,967 名參與者在相隔一周的時間內完成了兩次 BSRS-5 問卷，被納入研究分析。參與者中，58.4% 為女性，53.2% 年齡在 31 至 50 歲之間。COVID-19 相關情況被分為「密切接觸者」組 (CC 組，n=1,414)，「確診 COVID-19 感染者」組 (C 組，n=4,172) 和「密切接觸後確診病例」組 (CCC 組，n=755)。心理疾病患病率 (PM) 和自殺念頭 (SI) 在 T1 時間點分別為 11.1% vs 2.7%，在 T2 時間點則為 8.3% vs 2.3%。BSRS-5 的五個項目和總體心理困

擾 (BSRS-5 總分) 的水平無論是對於所有參與者還是各種 COVID-19 情況，在 T1 和 T2 之間都顯著下降。CCC 組在 T1 和 T2 時間點的 PM 比例最高 (14.2% vs 9.9%)，其次是 CC 組、C 組，最後是未受影響的一般人群。T1 和 T2 之間的 SI 沒有顯著差異。對於 SI 的逐步回歸分析表明，T1、T2 和 T1+T2 的顯著預測因子是自卑感，T2 的顯著預測因子是憂鬱，T1+T2 的顯著預測因子是敵意。結論：該研究表明，在短期隨訪中，線上支援照護模式對於緩解心理困擾是可行且有效的。它為未來在災難期間為大量人群開展自殺預防和心理健康促進的新策略的發展提供了基礎。

12. 機器學習分析應用於預測自殺企圖者中重覆自殺之企圖：台灣全國人口研究 (Application of Machine Learning Analysis for Prediction of Repeated Suicide Attempts among the Attempters: A Nationwide Population Study in Taiwan)

Min-Wei Huang, Bo-Lin Jian, Kai-Sen Fan, Chia-Yi Wu, Ming-Been Lee, Chia-Ta Chan, Chun-Ying Chen

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0011

背景與目的：大數據分析在自殺防治中的應用越來越受到關注，機器學習技術可用於預測潛在的自殺行為。其中包括醫學、行為和語義模型，這些模型可以分析大量歷史數據以識別潛在自殺行為的發生。自殺的危險因素包括精神疾病、過去的自殺企圖、吸毒或酗酒、家族史、孤獨、缺乏支持網絡、重大生活轉變、社會排斥、貧困和衝動行為。在台灣，自 2006 年以來，針對自殺企圖者建立了國家自殺監測系統 (NSSS)，研究已經確定了數據庫中有助於自殺風險分析的特徵因素。本研究旨在開發基於機器學習的預測模型，為預防自殺企圖者的再次企圖提供靈敏有效的措施。方法：2020 年通報到 NSSS 的所有自殺企圖者都被納入研究。使用各種機器學習技術對模型的結果進行比較，集成學習模型的識別率最高，

達到 75%。結果：研究中招募了 323,701 名企圖者。結果顯示五個特徵值在重複自殺率預測中的重要性（即：報告時的年齡、接受社區照護之精神病患者、有精神疾病史、通報單位和性侵犯的肇事者），並且發現 Boosted Trees 用於建構數據模型是合適的。結論：機器學習分析的結果為政府、相關部門和非政府組織提供了證據，可作為共同合作實施有效的自殺防治策略的重要參考。

13. 探索 COVID-19 期間家長對校園心理健康促進和自殺預防的觀點：一個焦點團體研究 (Exploring Parental Perspectives of Campus Mental Health Promotion and Suicide Prevention during COVID-19: A Focus Group Study)

Pei-I Lee, Hui-Chun Huang, Chia-Yi Wu¹, Ming-Been Lee

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0005

背景：由於全球的青少年自殺流行率長期上升，青少年自殺是一個重要問題。青少年心理健康發展取決於個人和環境，例如：教養方式。此外父母和教師在促進學生健康方面在學校和家庭之間建立起橋樑。然而，在校園自殺預防和心理健康促進方面，對父母的觀點的相關文獻有限。這項質性研究是在 2021 年 12 月 COVID-19 流行期間，採用半結構化訪談的焦點團體設計。通過 Facebook 廣告以方便抽樣的方式在台灣不同地區招募父母。我們採用了面對面和虛擬焦點團體訪談的方式，以鼓勵來自偏遠地區的人們分享意見。使用三個開放式問題的訪談指南。採用內容分析技術進行分析，結果：共有 11 位家長參與

研究 (4 位面對面、7 位線上參與，包含 1 位男性，10 位女性)，參與者表達了許多關於學校心理健康促進和預防自殺的挑戰和障礙，例如：師生關係不佳，淺在的親子問題，以及家長認為心理健康促進服務的汙名。他們也提出了對教材和預防自殺策略的看法，包括同儕壓力、壓力管理、自我意識，以及開設有關於心理疾病的課程。結論：父母致力於孩子的健康、福利和安全，父母和教師都在校園自殺預防中發揮著重要作用。然而，家庭和學校之間正向雙向溝通，以及學校在疾病辨識和治療方面與家長合作的精細策略，對於學生的福祉和自殺預防是必要的。

14. 對社交退縮的自殺患者的長期心理治療：一例報告 (Long-Term Psychotherapy for a Suicidal Patient with Social Withdrawal: A Case Report)

Shu-Ting Zhuang

Journal of Suicidology 2023; 18(1)

DOI: 10.30126/JoS.202303_18(1).0002

本文描述了一名因早年不良生活事件而有長期自殺傾向的社交退縮患者 30 個月的心理治療過程。患者是一名接受治療的年輕成年女性，被診斷患有重度憂鬱症。這個案例描述了心理社會發展和客體關係理論的概念的應用將有助於治療自殺。與自殺風險的案主工作時先面臨關係建立的挑戰，這份案例報告呈現一名有早期受創經驗並成長過程伴隨社交退縮的年輕成年女性的 30 個月心理治療過程，說明如何運用發展心理學與客體關係理論概念作為自殺防治心理介入的理論基礎，與案主一起再感受久違地自主與伴隨地再成長。

112 年 1-4 月通報個案特性分析

截至 112 年 5 月 11 日統計，全國 1-4 月自殺通報為 15,000 人次，與去年同期相比增加 3.9%，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 (60.4%)，其次為「警消單位」(19.0%) 及「教育單位」(9.7%)。

分析 112 年 1-4 月自殺通報個案特性，女性為男性的 2.0 倍；整體來看通報最多的年齡層為 20-24 歲 (14.3%)，其次為 15-19 歲 (13.1%)，排名第三為 25-29 歲 (10.4%)。

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」(38.1%) 占率最高，其次為「切穿工具自殺及自傷」(31.4%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(11.9%)。以性別分析，男性以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」(31.6%) 為最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」(22.5%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(13.3%)；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」(41.3%) 為最多，其次為「切穿工具自殺及自傷」(35.9%)，排名第三為「由高處跳下自殺及自傷」(11.2%)。

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」(49.4%) 為最多，其次為「情感／人際關係」(45.4%)，排名第三為「工作／經濟」(10.2%)。再以性別分析，男性自殺原因以「精神健康／物質濫用」(41.5%) 為最多，其次為「情感／人際關係」(40.5%)，排名第三為「工作／經濟」(14.4%)；女性之自殺原因以「精神健康／物質濫用」(53.4%) 為最多，其次為「情感／人際關係」(47.9%)，排名第三為「工作／經濟」(8.1%)。

112 年 1-5 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 30 次修改請求。
2. 相關數據敘述：從 112 年 1 月至 112 年 5 月累計共 178 起自殺事件，500 則新聞報導登記。平均每起事件報導 2.81 則。六不的部分遵守率以「不要過度責備」最高，100%；「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要用宗教或文化刻板印象」次之，98%；「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，98%。
3. 有刊登照片的占比部分，以「親友照」占比最高，28.8%；其次為「自殺現場 (不含屍體照)」，26.4%；「生活環境照」第三，10%。
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。

心情溫度計 APP 數據分析

心情溫度計主要作為精神症狀之篩檢表，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。除了紙本外，目前亦有「心情溫度計 APP」供 IOS 及 Android 系統用戶下載，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)。112 年 1 至 5 月 APP 下載數為 7,234 次，其中 Android 下載數為 2,449 次，iOS 下載次數為 4,785 次。

112 年 1 至 5 月共累積 35,394 次測驗次數。分析測驗內容，在心情溫度計使用上通常以總分 6 分作為切分點，6 分以上為有情緒困擾的情形。在今年 1 至 5 月的心情溫度計 APP 測驗紀錄中，有 82.4% 的測驗次數為 0 至 5 分，17.6% 為 6 分

以上。若以性別分開觀察，女性有 39.1% 分數在 6 分以上，男性則為 10.4%。改以年齡觀察，則以 14 歲以下測驗紀錄，6 分以上佔率 50.8% 為最高，65 歲以上 (39.4%) 次之，45 至 64 歲 (33.9%) 第三。在自殺意念部份，所有測驗中，有 90.2% 受測者在本題表示完全沒有自殺意念，其中男性為 97.1%，女性為 46.5%；而以整體觀察自殺意念為 2 分以上占 5.7%，其中男性為 2.9%，女性為 13.9%。

心情溫度計 APP 測驗數曾因國軍推廣下載，作為關懷國軍身心健康之用。故測驗紀錄多為 15-44 歲年齡層使用者，且以男性人數較多，因此本測驗紀錄分析不可視為現實社會情緒困擾評估之依據。

本心情溫度計測驗數據非全國代表性選樣，故數據僅供參考之用。



第一線專業人員守門人訓練

112 年 5 月 27 日於台大醫院第七講堂混合線上辦理「第一線人員自殺防治守門人課程」，由衛生福利部、台灣自殺防治學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及社團法人台灣長期照顧發展協會全國聯合會共同辦理，針對第一線人員提供自殺防治守門人訓練課程。

本次研討會課程主題包含：「疫情後自殺防治之趨勢及發展」，課程包含自殺之最新數據與意涵；「自殺防治守門人的知能」及「社會資源網絡與轉介技巧」探討自殺高風險群之辨識與評估、自殺高風險群之關懷與處遇、如何增強自殺防治第一線醫療及社會工作相關專業人員彼此之聯繫與支持合作、以及建立整合性與持續性之自殺高風險防治照護網，並在課程最後安排一段主講者、主持人與與會人員綜合討論。當日於台大醫院第七講堂同步直播。

當日現場含線上總人數為 5888 人，社會工作者佔 554 人，長照人員佔 537 人，西醫師佔 175 人，精神科醫師佔 31 人，護理人員佔 3195 人，臨床心理師佔 195 人、諮商心理師佔 268 人，藥師佔 463 人，職能治療師佔 441 人。

第一線人員之自殺防治守門人訓練

Q&A

前言

「第一線人員自殺防治守門人課程」於 112 年 5 月 27 日假台大醫院第七講堂實體與線上同步舉行，由衛生福利部、台灣自殺防治學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國社會工作師公會全國聯合會及台灣長期照顧發展協會全國聯合會共同主辦，目的為第一線人員提供自殺防治守門人訓練課程，希望讓第一線人員在面對自殺風險個案時，都能夠使用心情溫度計 APP 及一問二應三轉介的技巧來幫助個案，以達到人人都是珍愛生命守門人的願景。

以下為學員對課程提出的疑問以及講師們的回覆：

Q：依法通報後引來家屬不滿，認為案主不須通報且質疑個案在用藥上出意外能否負責，遇到以上狀況究竟該尊重家屬意見或是直接通報呢？

(一)通報自殺行為者是依法規執行，某些專業及公務人員都需責任通報，並藉此讓個案獲得公部門的資源照顧，民眾常排斥就診精神科及服用精神藥物，因此轉介時常遭拒絕、轉介成功後又衍生出疑慮，需依賴關懷訪視員等轉介人多多與對方溝通，最後對方定可感受到你的關愛及善意。

(二)能分成三個面向來看：

(1)個案確實有自殺行為，需要讓家屬了解，自殺行為者獲救後有近一成機率會在一個月內再次自殺、近兩成機率會在一年內再次自殺，因此法律明文規定，獲悉個案有自殺行為時，需於 24 小時內通報，以進行資源轉介。

(2)讓個案及家屬除了使其了解法律上的規定外，同時也透過互動找出家屬認同通報的動機，以減少後續的紛爭

(3)通報後家屬擔心個案用藥後出事情。可讓家屬瞭解，精神科 / 身心科醫師面對個案的狀況，會通盤瞭解、評估個案的狀況，再和個案及家屬討論是否需治療、以及如何治療；就醫評估時有任何疑慮，可當面和精神科 / 身心科醫師明確討論。

(三)通報與否是依個案自我傷害或自殺行為的事實而定，而保持與家人之間的良好溝通是必要的。若家屬對藥物使用有疑慮，可以先聽完反對的理由，給予同理讓他知道我們可以了解她的感受，藥物的評估及使用都會經由專科醫師的安排來協助，釐清疑慮及迷思，較能有機會再往前遊說其同意通報及銜接精神醫療。

Q：關於詹佳達秘書長的課中提及，在男性自殺前三名的註記中，其中一個項目是農民，以往經驗可知可能是工具致使率高所致，目前來說巴拉刈有因為配方調整而降低致死率，想詢問關於農民的註記是不是還有什麼因素導致仍在前三名之內？

- (一) 巴拉刈目前在台灣已被禁用，確實有明確降低巴拉刈相關的自殺死亡率，但仍有其他農藥具有致命毒性，目前每年仍造成一定數目的自殺死亡。
- (二) 台灣的資料顯示，隨著年紀越大，許多慢性疾病的盛行率越高，自殺死亡的發生率也越高，兩者有明顯相關，若結合獨居、經濟相對弱勢、健康識能不足等不利因子，更可能發生自殺行為。台灣的農民普遍高齡化，且常合併上述的其他危險因子，都可能是具有農民身份者，在自殺身亡者生前的身份註記中、高居第一的可能原因。

Q：個案僅有自殺意念是否需要通報呢？

依法有自殺行為才須通報，若個案已經瀕臨自殺行為的發生，當然需要通報。各縣市本有在地化因地制宜考量，所以部分縣市是自殺意念仍需通報，通報後再進一步評估，再決定開案與否。各縣市開案標準並未全國統一，而各縣市因地制宜而有不同。建議若通報後未開案，可主動雙向溝通，避免風險評估上或是資訊上有所不同。

Q：個案(精神問題)原為醫療專業人員，該如何幫助其好轉回歸正軌，日後是否會影響就業機會及是否有貼標籤問題？

- (一) 個案需在精神科 / 身心科接受完整的診斷評估，才能得知為何種疾病，而個案的症狀是否持續影響其人際溝通、語言表達、記憶力等，才是決定個案能否順利重返職場的關鍵。關於貼標籤議題，無論是衛政人員或關懷訪視員皆有專業倫理的訓練包括尊重隱私權，不主動告知應該會有貼標

籤問題。

- (二) 醫療人員若有精神疾患，也需要經過完整治療及復健，回到職場的復元歷程需克服潛在的污名及工作適應的問題，可能會影響就業，確實需更多協助發揮其最好的功能。此類個案應建立好病識感、治療遵從性、與生活目標及規劃，回歸醫療職場不見得是唯一的一條路，可以討論復元過程的社區再融入計畫。

Q：想問當事人有強烈的自殺自傷意圖，同時有恐慌生理的反應，當下能提供什麼立即協助的方式呢？

當下可先陪伴有強烈自殺自傷意圖的恐慌症發作者，讓她感覺安全、安心，並陪同至就近急診就醫，先讓醫師評估處置其生理狀態，若有需要，會進一步會診精神科 / 身心科醫師、或轉診至精神科 / 身心科，以進行更全面性的評估、治療。就自殺自傷的部分，須強化個案本身的求助動機，告知可用急診、安心專線(1925)、衛生局免費心理諮商等資源，針對自殺有關的危險因子予以去除，問題解決或緩解以求自殺風險之下降。

Q：案主有自殺意念，想問張老師輔導專線、生命線協談專線及安心專線哪個專線的人員較能夠協助穩定案主情緒，且提供案主所需之服務呢？

- (一) 三個專線對於接線人員，都有完整的教育訓練，可穩定案主情緒，其中的 1925 是衛福部委託台北市生命線協會，承辦的自殺防治安心專線。若案主仍持續有自殺意念，務必至精神科 / 身心科接受完整的評估、治療。
- (二) 張老師與生命線需負擔市區電話或各家電信業者的費用，而安心專線是衛福部設置 24 小時免付費的專線，三者都可鼓勵一般大眾善用，接線者都是經訓練過的人員，可以提供初步評估、即時介入與資源建議。

Q：想問心情溫度計適用年齡範圍？

- (一)心情溫度計適用於各年齡層，也可讓民眾自行檢測自己的心情，當然年紀太小的學齡前及小學階段，或部份銀髮族因身心不適或不識字者，則需專人協助。
- (二)從國小高年級以上都適用，但建議須經過說明、了解用法後再使用，效果更好。

Q：若當事人已明確想死（如久病之人），在尊重當事人自主意願下，我們還需要積極介入自殺防治嗎？

- (一)建議在接受完整評估後，釐清病人是否有合併憂鬱症等億出現自殺意念 / 行為的疾病；若無相關疾病，而是因久病纏身，建議尋求相關團體的專業協助。人生有多種可能，度過此次困境後，未來又是柳暗花明，自殺防治是在尊重當事人意願下與其討論人生的新選擇，發展新的可能性。
- (二)自殺防治的精神在於關懷、尊重及防治（自殺防治法第一條），所謂尊重並非指尊重個案自殺的意願，而是尊重個案的想法，從中了解其是否有身心困擾或情緒問題須處理，經給予專業意見並進行專業資源連結，得以找出可能的精神疾病因素，以降低其不適或痛苦；若當事人無病識感，便須周遭守門人及親朋好友共同協助引導就醫。精神醫療處置可能改變人的自殺意念或行為，若在去除自殺危險因子後仍存在自殺想法，可持續透過專業討論來改善當事人的生活品質。往往一個人想自殺是為了解除痛苦、而非真的想結束生命，倘若人可以帶著與現況並存、不一定自殺結束的觀點，找尋適合自我的生活方式，何嘗不是一個選擇？特別是青少年的自殺往往與衝動、精神疾病影響（如幻聽、重度憂鬱等）有關，控制了這些問題當事人不見得會以自殺結束生命，藉由自殺防治是否可以拯救更多年輕的生命、讓他們有機會在未來

有更多發揮與貢獻？

Q：精神個案每次需求不滿足就會喝沐浴乳，是否需要通報？

- (一)若個案動機不是想死、行為並非自殺，不需通報，然而仍建議個案的治療單位，適當地安排心理社會方面的介入，以強化個案需求不滿時能有其他較佳的行為選項。
- (二)精神個案喝沐浴乳是一種不良的調適或違常行為，可能需要從精神疾病的完整評估與治療，以及壓力調適行為的討論及演練，來改變這種自我傷害或適應不良的因應方式。此類個案若經評估為自殺意念促成的行為，雖可通報至系統經衛生局訪員強化醫療連結及治療，但若由原精神醫療單位人員直接積極評估處理其問題，也是解決方式之一。

Q：好奇是什麼政策或方式使得老年人的死亡率下降？此自殺率下降的方式能否適用於其他族群？

- (一)過去十多年來，老年人自殺死亡率的下降，應非單一因素所造成。
 - (1)全面性策略中，如：劇毒農藥巴拉刈的禁用、失智 / 憂鬱老人的就醫率上升、自殺新聞報導的持續監測與給予媒體回饋、老年基本保證年金制度、戰後嬰兒潮的老人教育程度提升亦同時推升健康識能、正確身體 / 精神健康資訊的取得門檻降低等，都有助益。
 - (2)選擇性策略中，老年健檢的普及化並加入認知功能 / 情緒篩檢、獨居老人的社會關懷介入增加、老年憂鬱篩檢的比例增加、醫事人員 / 長照人員的精神健康識能提升而能扮演守門人等，都有影響。
 - (3)指標性策略，即針對自殺企圖者、或自殺死亡者的遺族關懷，在過去近 18 年來，則持續扮演重要角色。
- (二)老人自殺死亡率下降的可能原因，與長照 2.0 政策介入及心理衛生政策持續推展可能有關。COVID-19 疫情期間對社會經濟的影響、老人

生活方式及健康狀況的改變，皆可能會影響老人自殺率，疫情期間老人自殺人數略有增加，宜持續精進老年族群的防治策略。各年齡層的自殺防治策略可能有所不同，需分開研議。

Q：請問兒青抗憂鬱劑使用，增加自殺念頭浮現頻率，割腕行為也增加，父母又是雙薪家庭，這樣高風險兒青，連校園都感到壓力，請問可以如何與醫師討論或資源協助？

- (一)用藥治療後，反而更常出現自殺念頭或自我傷害行為，需釐清一開始的診斷評估，是否完整詳實。單就兒青病人而言，許多情緒障礙的根源在於家庭中的親職功能不良，或是其他環境中的人際問題，若無適當的社會心理措施介入，而只是藥物治療，效果必然不佳。
- (二)有關兒青抗憂鬱劑和自殺意念(或行為)的出現，兩者不一定是直接有關，有時候因為青少年的疾病(如躁鬱、思覺失調、或重鬱症)本身就有一定的演進歷程，只是恰好進入治療療程而跟自殺行為同時出現。由於接受精神治療中的青少年會遭遇許多來自治療過程中的挫折、失落、逃避、失去自我/自信等負向感受，需要家庭、老師、同儕的支持與鼓勵，三方人員都需要知道當出現自殺念頭、行為或計畫時可以如何支持或幫助青少年度過低潮。因此，家長或校方可以密切與醫師配合，討論如何與青少年對話、安撫、關懷、及溝通，以尋求問題的即時了解與處理，有效幫助青少年度過難關。

Q：個案因長期照護壓力很大加上經濟困難，家庭支持薄弱對生命有無力感，應如何協助？

- (一)個案本人是否有憂鬱症狀或失眠的表現，可陪同其就醫精神科，穩定其個人能力，才能再做後續規劃。能考慮連結社福資源，轉介社會局評估，是否有申請低收入戶資格可能，減少生活負擔。此外，台灣有許多的非政府組織(NGO)，也可以申請經濟

補助、以及其他資源。

- (二)建議尋求長照系統 1966 專線諮詢，或者與當地衛生局及社會局處聯繫，以尋求合適資源及轉介管道。有關照顧者的負荷及資源需求，可以嘗試與中華民國家庭照顧者關懷總會聯絡(0800-507272)。

自殺防治新聞媒體聯繫會議

自全國自殺防治中心過去致力與媒體共同合作、宣導自殺新聞報導原則，自 104 年起，每年持續辦理自殺防治新聞媒體聯繫會議，藉由媒體聯繫會議與新聞傳播實務工作者面對面溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導。

今年主題為「疫後自殺防治：擴大影音與媒體的正向傳播效應」，以至今為止網路媒體報導在自殺防治中的角色外，也將影視劇作品納入討論的範疇，期許透過影視劇從業人員的一同加入，能使作品在自殺防治中提供正向幫助，並透過專家學者與媒體代表的對話，擴大往後媒體在自殺防治中正向效應。

本次會議於 112 年 5 月 5 日下午 2 時 30 分於臺大校友會館四樓會議室舉辦，由李明濱計畫主持人主持，專題演講者分別為台灣自殺防治學會詹佳達秘書長、中華編劇學會鄧依函副秘書長、台灣自殺防治學會吳佳儀理事、iWIN 網路內容防護機構韓吳雲組長。因疫情趨緩，本次會議開放實體參與的同時，也開放線上參與，供不便實體到場之單位仍能派員與會，同時讓對自殺防治議題關心之民眾亦能旁聽與提問。

第二季「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。中心於今年第二季辦理畢業後一般醫學

訓練—社區醫學「憂鬱症與自殺防治」PGY 相關課程共六場，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、永和耕莘醫院、汐止國泰醫院、新北市立聯合醫院、臺安醫院等，共 94 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 1 日至 05 月 31 日，粉絲人數累計為 13045 位，共發布 147 則貼文；平均每篇貼文有 404 個觸及人數、2.1 個分享、10 人按讚。Facebook 粉專 3~5 月主題貼文摘要如下，並附上網址連結，歡迎讀者進入閱讀：

1. 家庭自殺防治

自殺行為通報個案資料中，約有 10% 左右的自殺原因是夫妻問題，當夫妻之間的互動和溝通失調時，會產生情感上的障礙，增加夫妻間的摩擦，嚴重時可能導致精神健康問題，因此維持良好的夫妻關係是防止自殺的重要因素之一，夫妻應該尊重對方的需求和感受，解決問題時要保持

冷靜和理智，如果關係出現問題，應該及早尋求心理輔導和醫療等專業幫助和支持，共同解決問題，防止憾事發生。有時候，家庭的因素也會造成孩子輕生，很多人認為孩子的生活單純快樂、無憂無慮，而當孩子面臨困難的時候，大人會把孩子的困難合理化，或是消極的等待時間來化解問題，這些態度有時會耽誤了挽救的時機。一旦孩子有反常或偏離常態的行為情緒，應該盡快跟他談心，聆聽他，同理他的情緒，協助導正他不理性的想法，另外，人口老化、少子化社會的趨勢，讓長期照顧議題成為近年來社會關注的焦點之一，特別是家庭照顧者承擔著最大的壓力，而壓力源主要來自於身體、心理、社會關係和財務方面。詳盡內容，請上→ <https://www.facebook.com/tspc520/posts/5991177174264030>

2. 兒童與青少年族群的自殺防治

1-14 歲過去平均每月就有一位自殺死亡，15-24 歲則是平均每月有 20 人自殺死亡，這樣的數據近幾年逐漸攀升，都在提醒著我們必須要去注意這個嚴重的問題，研究發現數據逐漸的攀升可能與失眠、自我傷害的比率升高、網路使用問題、中年女性離婚率升高有關，根據統計有非常高比例的青少年認為與家人缺乏有效溝通，約一半的青少年認為家長不能理解自己、傾聽自己的意見。青少年容易衝動、溝通技巧不成熟，需要仰賴家長的引導，在將其視為獨立個體尊重的同時，教導該如何處理、識別情緒。近年的 COVID-19 隔離政策後造成的家庭暴力的案件大幅上升，相當有可能更進一步影響孩子未來的發展，以及心理健康，同時 COVID-19 造成的家庭失去經濟來源，也會進一步引發家庭紛爭，並對兒童青少年產生不良影響，因此未來兒童及青少年後續的心理健康與發展都相當值得我們持續關注。詳盡內容，請上→ <https://www.facebook.com/tspc520/posts/6089657254416021>

3. 老年人及長照族群的自殺防治

根據通報資料顯示，歷年老年人自殺死亡率

均高於其他年齡層，每年接獲老年人自殺通報超過 3000 人次。這種情況的可能原因有：自殺意圖強、很少透露出自殺想法或計畫、獨居者、身體疾病及脆弱性，致使老年人自殺時不易存活。因此早期篩檢出有自殺想法且危險性高的老年人，以避免自殺行為至為重要。在關心老年人之前，我們首先要先了解什麼是老化？老化可分為成功老化 (successful aging) 與正常老化 (normal aging)，成功老化是指單純年紀變大，沒有環境、疾病、生活型態的不良影響，而正常老化是指除了年紀變大之外，再加上生病、孤獨、退休等問題。老化會使生理機能逐漸衰退，年紀越大出現「老年症候群」機會愈高，像是衰弱、無力、免疫力下降等。心理方面常有失落感、疏離感、自我中心、孤獨感、依賴感等現象，如果未能妥適處理老化帶來的種種內心情緒衝擊，也可能會有老年憂鬱症的風險。詳盡內容，請上 → <https://www.facebook.com/tspc520/posts/630311955792930>

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 30 次修改請求。
2. 相關數據敘述：從 112 年 1 月 1 日至 112 年 5 月 31 日累計共 178 起自殺事件，500 則新聞報導登記。平均每起事件報導 2.81 則。六不的部分遵守率以「不要過度責備」最高，100%；「不要將自殺光榮化或聳動化」、「不要用宗教或文化刻板印象」次之，98%；「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，98%。有刊登照片的占比部分，以「親友照」占比最高，28.8%；其次為「自殺現場 (不含屍體照)」，26.4%；「生活環境照」第三，10%。

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 5 月 31 日，共 545 個含自殺方法相關內容之網頁列冊登錄，其中 420 個 (77.2%) 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 258

則 (68.8%)、未下架者為 117 則 (31.2%)。

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. 本市持續透過跨局處合作推動「全面性策略 - 促進心理健康與社會參與」、「選擇性策略 - 強化高危險群篩檢與轉介」及「指標性策略 - 整合性服務團隊」等心理健康及自殺防治策略，以強化後疫情時代民眾心理健康韌性。
2. 111 年本市自殺行為通報案件數為 9,682 人次，透過本市關懷訪視員、心理衛生社工提供關懷訪視服務，給予心理支持及協助轉銜相關資源，提供 7 萬 1,262 人次服務，另本市 5 日內重複自殺通報之特殊高危個案，結合醫療機構先行即時提供精神科照會評估及關懷服務，111 年服務 11 人次；而脆弱家庭通報及家暴通報中，局處轉介自殺意念通報者，由社區心衛中心心理輔導員進行初次評估關懷，並提供網絡單位照護建議，111 年服務 1,150 人次。
3. 目前 112 年執行中之特殊防治策略包括：
 - 鑑於青少年族群自殺通報數增加，為提升青少年心理健康議題，衛生局及青年局與臺北市立大學合作，由視覺藝術學系規劃策展，期透過學生視角，以多元媒材與青少年壓力及情緒議題之結合，推廣心理健康識能，提升民眾對青少年心理需求了解。
 - 高關懷個案心理諮商服務計畫」：為提供關懷服務之民眾更全面性的照護支持服務，當「社區心理衛生中心」同仁服務之個案或其主要照顧者，經評估有心理諮商需求，可提供面對面心理諮商或通訊心理諮商服務，協助個案面對自身心理問題，並學習壓力管理及自我調適技

巧，俾利提升個案管理服務成效；

- 博物館處方箋」：與本市永和區之「世界宗教博物館」合作辦理「博物館處方箋」，有別於傳統藥物治療的概念，藉由社會處方箋從心理健康的預防與管理出發，提供中心同仁以多元視角面對複雜之生命議題，亦提供服務個案多元豐富之心理健康促進活動。

基隆市：

1. 據衛生福利部統計，基隆市自殺標準化死亡率 108 年為 18.8，109 年為 17.4，110 年為 15.5，自殺標準化死亡率逐年下降，又本市 45-64 歲自殺死亡人數自 110 年的 42 人，降至 111 年的 20 人，顯見本市自殺防治推動成果有所成效。
2. 本市依據三段五級的概念規劃自殺防治策略，針對各類族群及高風險方式推動，以期降低自殺死亡率。
3. 初段預防：促進心理健康
 - 製作基隆市社區心理衛生中心、青少年心理健康及酒癮戒治資源單張，於校園、社區關懷據點、自殺防治守門人宣導講座等場域發放，使民眾透過此類管道接收到心理衛生相關資訊。
 - 針對各類族群，如身心障礙者、家庭照顧者、原住民及新住民等對象辦理心理健康促進講座，以從特定對象之角度出發強化該族群的心理支持。
 - 設置自殺守門人獎勵機制，頒發感謝狀及記功記點給各局處每年自殺守門人有傑出表現之人員以茲鼓勵，111 年針對消防局同仁及賣場人員協助自殺個案危機處理及張貼衛教海報，於自殺防治委員會辦理頒獎，感謝消防同仁及連鎖業者對自殺防治之投入。
 - 將「自殺防治」相關主題課程之「幸福捕手 - 自殺防治守門人」（1 小時）課程納入本府 112 年度數位組裝「選修」課程，提高本省市府員工皆有自殺防治守門人之精神素養，以利第一線服務時可協助民眾。

4. 次段預防：分眾分流之心理諮商服務

- 社區高關懷服務：針對本市有心理困擾的市民辦理駐點及外展式「心理會談」服務，針對民眾之心理健康相關議題進行輔導，期能提供民眾專業管道協助，防範憂鬱、自殺問題於未然。
- 多元高關懷服務：與心理諮商所合作，針對本市合併多重議題之列管個案（如精神合併自殺、精神合併家暴等）及其家屬，結合外展、遠端視訊等方式提供免費心理諮商服務。
- 心衛中心專任心理師諮商服務：針對單一議題列管之困難個案（如：自殺、精神、毒癮），提供心理諮商服務，同時亦在本市七區行政區衛生所提供駐點心理諮商服務，另也針對行動不便或其他因素而無法外出之個案，提供外展諮商服務。

5. 末段預防：自殺個案及遺族關懷

- 針對自殺未遂者，進行三個月內的積極追蹤訪視關懷，協助轉介至相關資源，以期降低再自殺率。並於接獲自殺通報之 24 小時內進行初次關懷訪視，預防再度自殺。
- 許多自殺身亡之親友，本身亦為自殺之高危險群，故應積極提供關懷服務，心衛中心會針對自殺身亡之個案資料及家屬資訊，於自殺防治通報系統建立檔案，並派案給自殺關懷訪視員進行關懷訪視服務及提供關懷卡資訊以利家屬聯繫，必要時可安排心理諮商服務。
- 針對從事自殺防治相關人力者，督促於到職一個月內，完成三十小時初階課程，自殺關懷訪視人員則每人每年完成八小時進階課程，其中包括個案報告及討論二小時，以利自殺防治業務之推動。

桃園縣：

1. 全臺首創「產後憂鬱心理諮商計畫」研究顯示我國產後憂鬱症盛行率約為 10-20%，本市每年約有 2,000 人患有產後憂鬱症，為協助產後婦女及伴侶調適心情及壓力，本局於 112 年 5 月全臺首創「產後憂鬱心理諮商計畫」，結合

本市 131 家次（持續增加）醫院、中醫診所及心理諮商所等，針對設籍於本市產後 6 個月內婦女或其配偶，提供產後憂鬱篩檢（愛丁堡產後憂鬱量表）、心理諮商費用補助（個別諮商每次 2,000 元、伴侶諮商每次 4,000 元，每人上限 8,000 元 - 以產婦計算）及中醫診療調理費用補助（每次 1,200 元，每人上限 4 次），以降低產後婦女產後憂鬱症比例。

2. 布建心衛中心及提升青少年心理健康促進

- 本市共 21 處設有「免費心理諮詢面談」據點，自 111 年 7、12 月增設首座「八德區」及「桃園區」心衛中心據點，於 112 年 7 月增設「蘆竹區」。
- 與本府教育局合作，於「線上」提供青少年情緒支持及提升心理健康知能，並推廣「自殺防治守門人觀念」，教導民眾察覺身邊親友心理健康狀況，透過傾聽及協助青少年接受專業資源，提升青少年心理健康促進。

3. 提供自殺通報個案關懷訪視服務

提供自殺通報民眾及家屬關懷訪視，評估其需求，轉介心理衛生、就業媒合、社會福利資源，陪伴其度過低潮與絕望。(圖片網址：<https://mental.tycg.gov.tw/cp.aspx?n=8740>)

新竹縣：

1. 《青少年心理健康需要大家的守護》

- 青少年心理健康議題，近年來受到世界各國的重視，尤其是憂鬱症在內的情緒障礙，是青少年常見主訴的問題，情緒障礙的孩子相較於其他孩子有更高的風險造成學校人際適應差，學習成就低，以及親職教育壓力，最後衍生出自傷或自殺的行為，台灣也與世界一樣近年都面臨青少年族群自殺死亡上升的問題，依據自殺防治通報系統顯示，新竹縣 111 年自殺通報個案數，青少年 (15-24 歲) 人口群占總通報人次 31%(279 人次)，是通報最多的年齡層，為此擬定及推動因地制宜的自殺防治策略。
- 針對未就學及選擇就業之青少年，本局結合竹北就業中心，除參與新竹區現場徵才活動，設

立宣導攤位發放宣導單張，向求職民眾、求才企業及就業中心服務人員，進行社區心理資源及 1925 安心專線推廣，也另擇期至竹北就業中心安排專業人員自殺守門人教育訓練；與現代婦女基金會合作，針對兒少保護服務社工安排社區心理資源及 1925 安心專線宣導；也結合社區及校園辦理心理健康講座及設攤宣導活動，共計 35 場次，約 3,533 人。

此外，本局定期召開跨局處自殺防治策略工作推動小組，邀集教育局、社會處、學生輔導諮商中心、就業中心及學校單位（高中職、及大專院校）參加會議，了解校園三級預防工作外，也增加校內人員（包含導師、校安人員、輔導老師、資源教室老師、學務人力）、就業服務人員、社工人員等自殺守門人教育訓練，藉由會議的共識，建立校園及社區之橫向資源連結，獲得適切的專業協助、關懷及支持，使自殺預防的工作更加的完備。

台中市：

1. 因應疫情趨緩，112 年規劃辦理心理健康月系列活動，暫定 112 年 9 月 16 日於中央公園辦理健走活動，鼓勵民眾走出戶外並正視自身與他人的心理健康，共度後疫情時代，另搭配線上抽獎及遊戲等推廣提高活動觸及人數，系列活動預計觸及 30 萬人次，打造臺中心幸福氛圍。
2. 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（網址：<https://www.health.taichung.gov.tw/1961332/Nodelist>）。
3. 深入各場域，辦理精神衛生及心理健康宣導講座，提升民眾心理衛生知能，另分析各行政區高致命性自殺工具，加強辦理自殺工具防治宣導，112 年截至 5 月共計辦理 315 場次心理衛生宣導講座 (35,904 人次參加)、129 場次自殺工具防治宣導。

4. 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及母嬰衛教等服務，另於 112 年持續辦理「產後媽媽心理諮詢服務」，提供具情緒困擾之婦女電話關懷及免付費心理諮詢服務。
5. 由專業心理師提供市民免付費定點心理諮詢服務，112 年截至 5 月共計服務 356 人次，針對長者，於社區、醫療院所主動提供長者心理健康篩檢並提供憂鬱高風險之長者「到宅心理諮詢服務」，112 年截至 5 月共篩檢 31,425 人次，提供心理諮詢服務 765 人次。

嘉義縣：

1. 嘉縣高風險水域設防溺告示牌呼籲珍愛生命
 - 為強化溺水自殺防治，端午節前夕嘉義縣衛生局 6 月 8 日於布袋鎮海國宮辦理「珍愛生命守門人 - 愛惜生命永不溺」宣導活動，由衛生局心理衛生中心同仁穿越歷史、發揮創意演出「如果屈原不投江?!」，與衛生局長趙紋華及網絡單位共同宣誓「珍愛生命永不溺 網網相連共防治」，呼籲珍愛生命守護「嘉」人。
 - 趙紋華局長表示，為提醒民眾珍愛生命，衛生局結合網絡單位於高風險區域設置「珍愛生命永不溺」告示牌，提醒民眾行經橋墩或水域邊，若發現神情、狀態異常之民眾，發揮守門人的精神，運用珍愛生命守門人一問、二應、三轉介來協助，也可即時撥打電話 110、119 請求協助，目前全縣 3 大主要溪流朴子溪、牛稠溪及八掌溪 22 座橋墩皆已完成設置，另已協調交通部觀光局雲嘉南濱海國家風景區管理處及縣府農業處，將布袋海風長堤、第三漁港及東石漁港同步設置，及時提醒民眾珍愛生命永不溺。



關懷訪視員實務經驗分享

雲林縣衛生局

從事自殺通報個案關懷訪視工作，今年已進入 15 個年頭了，期間有短暫離去，但最後還是選擇回到自殺通報個案關懷訪視工作，並擔任督導一職，為何我對於這工作有著一份執著？也許是關懷訪視時能適時給予個案正向的幫助、改變其意向及重新面對問題，這種正向發展的過程，一直是我工作的動力來源。

近期服務一位 31 歲女性個案，憂鬱傾向，情緒容易受生活環境事件影響，導致情緒不穩定，身邊的家屬經常抱怨個案如同刺蝟一樣，一碰觸就引來一身傷，久而久之，「疏離」是避免傷害的最直接有效方法，個案因此孤寂，感覺沒人關心，讓個案病情逐漸加劇，最後以自殺方式企圖再次找回家屬對她的關愛。

初次接觸個案及家屬時，雙方積壓已久的抱怨，在各說各話的過程中慢慢釐清問題：「個案在生完第二胎後，情緒開始出現問題，因工作關係晚婚以及面臨撫育幼兒問題，放棄過去的工作基礎，生活侷限在家庭及子女身上。先生則在工業區工作，是家庭主要經濟來源，各自角色分擔看似正常，但彼此都希望對方能多體諒分擔家庭工作，因此紛爭不斷，再加上公婆的觀點使問題更加複雜化。訪視期間，傾聽個案對生活的困境剖析及期待，個案希望案先生能有一些時間幫忙照顧小孩，尤其例假日能有良好的親子時光，此外個案也期盼重回職場，希望家庭瑣碎事務能與案先生共同分擔。個案陳述的內容也是處在這階段女性的共同心聲，而家屬方面，仍然是非常關心個案，且希望個案能擔任好自己的角色，善待自己與家人」。

評估相關問題出在溝通互動上，經與社區心理衛生中心心理諮商師討論後，建議進行家族治療，故轉介本局心理諮商服務；關懷訪視持續提供個案情緒支持，鼓勵個案將問題拉回到理性面討論；家屬方面能試著承接個案情緒，適當回應，

重新建構家庭的互動模式。經過三次家族會談諮商，情況逐步朝正向發展，案公婆同意來家裡協助幫忙小孩，個案也重新回到職場，家庭成員間緊繃關係緩解，評估風險降低後予與結案。

訪員工作以協助及關懷個案為出發點，盼透過定期的關懷訪視，減少高風險族群重複發生自殺或自傷等行為，並提供自殺企圖者家屬情緒支持與資源介入，以降低其危險性。

焦點式討論模式之外督經驗分享

台南市政府衛生局 - 陳育良自殺關懷訪視員

本市為增進自關員關懷訪視能力，本年聘請李明濱主任擔任外聘委員，首次採用一對一焦點式互動方式，進行困難個案關懷訪視技巧訓練。本人從事自殺關訪員工作迄今已五年，雖然已累積部分個案工作經驗，透過今年李主任外聘會議中的指導，更具體清楚了解關懷訪視員的角色及定位，及更深入的專業技巧，有如臨床教學一般真實且精闢。

印象最深刻的是今年 6 月 9 日的外督，因自己所提出的個案屬於多元議題個案（性別認同、因家庭傳統價值衝擊所產生的創傷經歷），李主任給予我的建議使我能更明確知道該從哪些面向著手，也體認到應避免陷入個案的壓力情境中，且訪員有時容易將個案表面呈現的情形，或所觀察到的外在因子認定為議題的主因，應學習抽絲剝繭由內而外找出個案的核心議題。

此外，訪員關懷訪視最重要工作應從建立關係開始，透過每次短暫時間會談，訪員適當的語調、非肢體語言給予回應、傾聽及同理的運用，充分給予個案情緒支持，使個案宣洩內在壓力及焦慮，了解問題的來龍去脈、定義問題後連結個案內外資源及系統。另訪員最重要的角色是掌握個案情緒困擾及支持，個案壓力管理及調適，訪員不能代替個案解決所有問題，卻可從關懷中支持同理個案，進而正面處理自己議題。透過焦點式討論模式從而思考自己需要精進及修正的部

分為何，改變固有的工作思維及方式。

訪員所面對的服務對象有各種不同樣態上的差異性，且多屬於非志願性個案，希望未來能有機會學習此類個案服務重點，也期待後續的外督能有更多元化議題的探討及交流，最後感謝長官的安排及李教授的指導，期待日後在專業技巧上更精進並應用在個案服務上。

留下來的理由

謝侑妍

「衛生局關懷訪視員您好。」一樣的開場白，一樣的開案日。

「喂，我們家又沒有東西可以吃了，前陣子公所發的米跟罐頭根本不夠吃，要申請急難救助又申請不下來，是要我怎麼活。」，「之前當廚師腰受傷不能久站、我如果出去找工作一定會跟對方吵架啦！日領的工作要拿著牌子站那麼久，我不行啦。」，「再這樣我跟太太還有狗狗真的活不下去了，我只能帶著他們吞藥全家一起走。」，「喂，謝小姐，我心情還是低落，但我都有按時回診跟醫生討論、按時服藥……」。

「或許腰痛沒辦法做時間太長的工作，我們可以從日領的工作開始，你願意嘗試看看嗎？」，「如果因為焦慮工作造成晚上睡不好，或許可以回診時和醫生討論，在我上班的時候如果有事情想討論、想聊聊都歡迎打專線過來，下班或假日可以撥打 24 小時全年無休的 1925 專線」，「如果狗狗先醒過來，沒有跟你們一起走，這世界上就只剩下他了，有年紀的成犬都不容易被領養，只剩下他一個，沒有可以依靠的人了。」，「您願意按時回診，主動和醫生討論睡眠狀況和情緒問題，這是一個很大的進步……」。

各式各樣看似微小的事物，都能成為站在懸崖邊，搖搖欲墜個案的保護因子，一次又一次不厭其煩地傾聽、一次又一次的遞延著強烈的自殺意念、一次又一次的約定好兩周後再致電，看似相同重複著的每一天，都再加深個案和訪員之間

的關係，成為活下去的理由。

「喂，謝小姐，我跟你說我最近都有騎車出去找跟廚師有關的工作喔，有一天我要做一個便當給你嚐嚐看我的手藝。」

從專業的諮商技巧、心理治療的語句、到最簡單的一句你還好嗎，傷口記得要擦藥，不要碰到水，好好照顧自己。

有時候，我們第一線助人工作者就是個案留下來的理由。

「衛生局關懷訪視員您好。」一樣的開場白，不一樣的結案日。

時間延續的羈絆

金門縣社區心理衛生中心

在金門縣社區心理衛生中心擔任訪員 2 年的時間，遇到的個案面臨自殺困境，往往是多元且複雜的因素，可能包括：情感問題、情緒或精神狀況、經濟、身心障礙及遭受暴力等，在開案服務個案的過程中，可能會碰到服務上與個案的想像有所落差而發生衝突，也有遇到貼心馨暖心的情況，我想這就是從服務中得到的溫暖吧！

在 110 年底的年尾，一名剛成年的女孩，選擇了傷害自己的方式來結束遇到的困難，實際見到她的第一個想法是，一個這麼青春洋溢又漂亮的女孩，怎麼會有如此決絕的做法，在經過一陣子的關係建立、相處、對話下，我了解她的家庭並不能給她很好的支持，與男友的相處緊密卻又緊張，長期的憂鬱情緒使她無法在思考上正向，這才導致了這次的事件發生。

一路到 111 年，延續半年以上的陪伴，我陪著她度過一個又一個的議題，在發現她鑽牛角尖時陪伴她思考其他可能的面向，在她情緒無法自控時，陪伴她度過當下的局面，隨著陪伴的時間拉長，她的思考開始有了正向發展，在每項遇到的事情上多了一點自我意識，我便知道服務可以結束了。

後續在進入服務尾聲，我感受到她的不捨，

但她告訴我自己會努力過好現在的生活，我也回應後續隨時可以再聯繫，而時間來到了一年後，她主動連繫我，說著自己近日遇到的事情，我再次跟她見面，這次的談話過程中，我發現她在思

考上已經成熟許多，此次只是遇到瓶頸而需要討論，討論後她便勇敢的去面對並解決，我相信以後她可能不需要再連繫我，因為她已經是個勇敢又自信的女孩。

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

本期通訊橫跨本季 3~6 月，重點內容涵蓋由台灣自殺防治學會所承辦衛福部的兩項自殺防治業務簡介，其一為每年五月初辦理的「新聞媒體聯繫會議」，結合媒體持續倡導自殺新聞報導守則與自律的重要性；另一項為 5 月 27 日「全國第一線專業人員自殺防治守門人訓練」，旨在提升自殺防治有關領域的第一線同仁或社會大眾了解各行各業守門人的必備知能。學會在這一季持續透過通訊推廣自殺防治新知，自今年起「主題文章」也將篩選及翻譯本會自殺防治學雜誌 (Journal of Suicidology, JoS) 中的英文特色文章，藉由通訊平台介紹新知給更多社會大眾。本期主題文章為「注意力不足過動症與自殺」，探討 ADHD 和自殺之間的可能關係與未來的治療方向，讓大家更理解高風險族群的自殺行為特性。

本期循往例於「工作要覽」中持續推動珍愛生命打氣網臉書專頁，每個月皆有創新主題貼文，為網路世界注入正向關懷訊息。「新視野」一節中節錄《自殺防治學》雜誌的論文摘要集中文版，讓普羅大眾隨即取用，且可快速掌握本土自殺防治研究之最新主題，提高國人對自殺防治重點工作的認識。此外，「統計解析」一節持續收錄最新的自殺統計相關數據，包含 1-4 月自殺通報個案分析、1-5 月媒體監測、心情溫度計 APP 數據分析等內容。

每期專屬第一線工作者或守門人分享自身經歷或故事的「交流園地」，讀後總讓人心有所感，在每個故事背後總有一群默默奉獻的人，透過他們的經驗帶給大家更多啟發、信心或感動，讓大眾知道自殺防治工作永遠不輕鬆，但每一位守門人的付出，必定能帶來社會安定的力量，唯有大家建立共識、齊心協力，才能有更多實際行動的展現，帶給個案及專業人員更多希望感。歡迎讀者仔細品味這一期精彩的內容，也歡迎大家多多投稿通訊的交流園地，彼此交流寶貴的經驗或觀點。

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。
- § 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	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
★ 有自殺的想法	0	1	2	3	4

得分與說明

前5題的總分：

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

★ 有自殺想法評分為2分以上(中等程度)時：建議尋求精神醫療專業諮詢

社團法人台灣自殺防治學會
全國自殺防治中心

進行測薦
簡式健康量表BSRS-5

健康秘笈
心理衛生電子書/影音

檢則設定
鬧鐘提醒自我檢則


測薦自己金象
自己金象心理困擾程度變化

心律行資三原
精神心理衛生資三原地圖

求助專線
心情不好想找找人聊聊



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 2 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：吳佳儀

副執行長：陳宜明

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