

自殺防治系列 **24**

重複自殺個案之關懷管理



衛生福利部



社團法人台灣自殺防治學會



全國自殺防治中心

目錄

前言	2
壹、自殺問題現況	3
貳、重複企圖自殺(自傷)行為之流行病學	6
參、重複企圖自殺(自傷)者的情緒及行為特徵	10
一、多角度的理解	10
二、常見的負向信念	13
肆、重複企圖自殺(自傷)者的介入模式	14
一、一般性考量	15
二、介入模式簡介	16
伍、建立支持性關係之常用技巧	19
陸、關懷管理實務	24
一、30天內重複企圖自殺(自傷)者的特殊介入作為	24
二、首次面對重複企圖自殺(自傷)者	26
三、重複企圖自殺(自傷)者臨床案例分享	28
結語	39
資源連結	40



前言

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

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

因此，本手冊的目的旨在提供相關人員面對重複企圖自殺(自傷)者時，可以有更進一步的認識與了解，並提供適當的關懷服務。



壹、自殺問題現況

一、自殺議題

自殺是世界性嚴重的議題，根據世界衛生組織(WHO)估計，在2000年全球有一百萬人可能自殺身亡，平均每40秒就有一人在地球的某處自殺身亡，每3秒就有一人試圖結束自己的生命，預估2020年自殺身亡將高達一百五十多萬人。而每一個自殺事件至少為週遭六個人帶來嚴重的影響，自殺對家庭和社區在心理、社會和財務層面所帶來的影響是無法估計的。

根據行政院衛生署所公布歷年死亡原因統計資料，自西元1997年起，自殺已連續13年進入國人十大死因之列。自西元1994年至2006年，自殺死亡率逐年上升，並於西元2006年達到最高峰，每十萬人口自殺死亡率達19.3人，全國性之自殺防治工作刻不容緩。在政府及民間共同努力下，終於在2010年首度退出國人十大死因之外，又根據衛生署自殺防治通報系統統計，每年仍有2萬多人企圖自殺(自傷)，自殺防治實為永續工程，仍須仰賴大家持續推動與參與。

全球每年死於自殺的一百多萬人中，70%在亞洲，而亞洲國家中自殺死亡率最高的是韓國，其次為日本，且近2年仍有上升趨勢。惟台灣在全國努力之下，呈現下降之趨勢。(見下圖)



二、全國自殺防治策略

我國自殺防治策略，分別為指標性(indicative)、選擇性(selective)與全面性(universal)策略，策略的制定與宣導涵蓋全國民眾，建立民眾對自殺防治的認識與參與感，將有利於政策的推行。

1. 指標性策略：對象為高自殺風險個人，主要針對企圖自殺(自傷)者提供即時的關懷與介入服務，主要工作包括：

- 1) 建置自殺防治通報系統，提供資料分析與回饋。
- 2) 自殺者親友的關懷。
- 3) 強化自殺關懷訪視人員的訓練及相關能力。

2. 選擇性策略：對象為高風險族群，強化心理健康篩選及高風



險群的辨識。主要工作包括：

- 1)推動「珍愛生命守門人」教育訓練，推展守門人概念，擔任早期發現、早期干預、早期協助之角色。
- 2)發展義工/志工組織，發揮在地服務與關懷的精神。
- 3)推廣心情溫度計，增進個人心理健康，加強篩檢與運用。
- 4)推行憂鬱症共同照護體系。
- 5)精神疾病的早期診斷有效處置。
- 6)結合民間力量，如憂鬱症防治協會，合作推動珍愛生命理念等。

3.全面性策略：對象為全體民眾，促進社會大眾心理健康，及自殺相關資訊之監測。主要工作包括：

- 1)媒體互動與觀察，如辦理記者會及媒體採訪，監測媒體是否符合世界衛生組織(WHO)報導原則等。
- 2)減少致命性自殺工具的可近性。
- 3)透過宣傳活動，加強心理衛生教育，推動精神疾病與自殺的去污名化。
- 4)製作宣導教材，運用多元管道推廣，如平面、網路等。
- 5)電話調查民眾對自殺相關概念，作為推行策略之參考。
- 6)協助安心專線之推廣。

自殺防治工作需要政府與民間的參與，以「思維全球

化」、「策略國家化」、「行動在地化」為理想，持續與國際交流分享，並於各縣市推動因地制宜之自殺防治措施，朝向「在地化」、「社區化」之目標，期望藉由全國民眾的共同努力，結合各網絡人員的力量，在既有服務體系，強化自殺防治功能，並持續提供完整的關懷與照護，落實「自殺防治、人人有責」及「網網相連、繼往開來」。全民不分彼此，共同促進社會和諧，發揮人道關懷精神，你我都成為珍愛生命守門人。

貳、重複企圖自殺(自傷)行為之流行病學

企圖自殺(自傷)者是為自殺身亡(commit suicide)之高危險族群，過去針對不同國家以及各種不同情緒行為障礙之前瞻性追蹤研究，無論以發生率或是個案致死率，或是針對研究取樣地區一般民眾自殺死亡率調校後之標準化死亡比(standardized mortality ratio)，經由概略性之瀏覽，皆呈現企圖自殺(自傷)本身要比精神疾病，為更重要之自殺死亡危險因子。過去文獻指出企圖自殺(自傷)者於指標企圖發生之一年內約有1%因自殺而身亡，而長期追蹤約有10%自殺身亡。

根據一項歐洲地區13個國家，涵蓋多種醫療情境之重複企圖自殺(自傷)登錄資料研究，有50%以上之重複企圖自殺(自傷)者有一次以上的企圖，且20%的重複企圖自殺(自傷)，發生在第一次企圖自殺(自傷)後12個月內。從台灣自殺防治中心2010



年的資料分析，亦可得到相似的結論：3224名重複企圖自殺(自傷)者中，有1988名是企圖自殺(自傷)兩次的，企圖自殺(自傷)三次、四次的亦有665及270名，其中在第一次企圖自殺(自傷)後一年內重複企圖自殺(自傷)者的年齡性別分析中，25-44歲女性為主要族群，共有1994人。在加拿大的全國性資料庫分析中，也指出15到24歲是自殺率最高的族群。同樣是15到19歲的青少年族群中，女性比男性容易自殺，幾乎是男性的兩倍。自殺身亡的青少年中，有1/3曾企圖自殺過。若先前企圖自殺(自傷)的致死性越高，則將來自殺身亡的風險也越高。

在一項為期一年、綜合多家醫學中心的國外研究指出，重複企圖自殺(自傷)的危險性大約有14%。重複企圖自殺(自傷)的風險包括：在早先的自殺行為中選用暴力的方式、精神醫療資源的可近性、酒精濫用、離婚及失業。在男性重複企圖自殺(自傷)者與比僅一次企圖自殺(自傷)者，成癮疾患、神經質、人格違常都是更常見的精神科診斷；適應障礙與急性壓力反應則比較少見。重複企圖自殺(自傷)者比起單次企圖自殺(自傷)者，有比較高的憂鬱、無望感、物質濫用。

以台灣2010年全國通報個案中的重複企圖自殺(自傷)者之自殺方式分析，前三名依序為「安眠藥、鎮靜劑」(48.4%)、「割腕」(29.4%)及「其他藥物」(7.6%)。從性別來探討：男性以「安眠藥、鎮靜劑」(40.6%)為最多，其次為「割腕」(19.9%)，

排名第三為「燒炭」(10.0%)；女性也以「安眠藥、鎮靜劑」(51.0%)為最多，其次為「割腕」(32.5%)，但排名第三為「其他藥物」(7.0%)。從年齡層來看：14歲以下以「割腕」(44.0%)為最多，其次為「安眠藥、鎮靜劑」(20.0%)，排名第三為「高處跳下」(12.0%)；15歲至24歲以「割腕」(44.2%)為最多、其次為「安眠藥、鎮靜劑」(40.0%)，排名第三為「其他藥物」(8.8%)；25歲至44歲以「安眠藥、鎮靜劑」(49.2%)為最多，其次為「割腕」(31.1%)，排名第三為「其他藥物」(7.2%)；45歲至64以「安眠藥、鎮靜劑」(52.4%)為最多，其次為「割腕」(18.8%)，排名第三則為「燒炭」(7.7%)；65歲以上之老人以「安眠藥、鎮靜劑」(35.0%)為最多，其次為「農用殺蟲劑及除草劑」(14.0%)，排名第三為「其他藥物」(12.5%)。

關於自殺原因分析，前三名依序為「憂鬱傾向」(29.6%)、「有憂鬱症病史」(25.2%)及「家人間情感因素」(22.4%)。從性別來看，男性以「憂鬱傾向」(26.6%)為最多，其次為「家人間情感因素」(21.1%)，排名第三為「有憂鬱症病史」(18.5%)；女性雖以「憂鬱傾向」(30.6%)為最多，但其次為「有憂鬱症病史」(27.4%)，排名第三為「家人間情感因素」(22.8%)。就年齡層來看，14歲以下以「憂鬱傾向」(36.0%)為主，其次為「家人間情感因素」(28.0%)，排名第三為「感情因素」(14.0%)；15歲至24歲以「感情因素」(33.5%)為主，其次為「憂鬱傾向」(25.4%)，排名第三則為「家人間情感因素」(22.5%)；25歲至



44歲以「憂鬱傾向」(30.3%)為主，其次為「有憂鬱症病史」(25.8%)，排名第三為「家人間情感因素」(20.9%)；45歲至64歲亦同樣以「憂鬱傾向」(30.0%)為主，其次為「有憂鬱症病史」(27.5%)，排名第三為「家人間情感因素」(26.6%)，65歲以上以老人則以「疾病因素」(35.5%)為主，其次為「憂鬱傾向」(25.5%)，排名第三為「家人間情感因素」(19.5%)。

澳洲與紐西蘭的研究指出，重複企圖自殺(自傷)者在積極持續追蹤的介入與一般的照顧程序比較，有積極介入的反覆自傷者雖然重複企圖自殺(自傷)的比率並未降低，但重複企圖自殺(自傷)的次數卻顯著減少。而在一項重複企圖自殺(自傷)者的住院病人研究中指出：高度與低度重複企圖自殺(自傷)者有些微的差異（此「程度」越高代表死亡的企圖、避免被發現和自殺前的計畫）：低度重複企圖自殺(自傷)的病人比較容易受無望感、憂鬱、沒有活下去的理由所影響；高度重複企圖自殺(自傷)者的憂鬱、無望感程度較低而且有較多活下去的信念。關鍵點在於這項研究是在企圖自殺後所做的評估。高度重複企圖自殺(自傷)者可能感到他們的焦慮在自傷行為後獲得舒緩，因此憂鬱、無望感較低，也比較有活下去的欲望。相反地，低度重複企圖自殺(自傷)者的企圖自殺行為較不嚴重，反而被貼上負面的標籤，因此他們的焦慮與問題並未獲得解決，反而更加惡化。

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

參、重複企圖自殺(自傷)者的情緒及行為特徵

一、多角度的理解

為了幫助我們協助重複企圖自殺(自傷)的個案，應避免過度強調診斷式的思考模式，而著重於重複企圖自殺(自傷)之於個案的意義。以下幾種角度能協助個案的理解。

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

缺乏解決問題和忍受挫折的技巧，也會使個案拙於應付各種壓力，這種情形在青少年或兒童的重複企圖自殺(自傷)個案尤其常見。研究顯示個案的出身背景有時和家庭暴力、性侵害、雙親罹患精神疾病、或藥酒癮有關聯，個案可能藉著避免回憶創傷，一併減少隨之而來的負面情緒。然而若是個案不易想起過去的經驗，從經驗中學習的能力也會受到影響。惡劣的生長



環境往往會孕育出不良的因應方式與問題解決技巧。在治療個案時，我們應該試著尋找他們缺乏的技巧，包括如何控制身心的反應、問題解決能力、目標設定、自我改變等等。

儘管許多不良行為已帶來負面效應，同樣的行為模式卻常常經年累月的持續著。一方面，個案可能藉著自我毀滅控制情緒的起伏，或是使外界的問題暫時有了解決之道，這種立即可見的短期效益會繼續增強不良行為，並蒙蔽長期的後果。另一方面，當一種行為模式逐漸被建立，便形成前述的行為法則，根植於人們所能覺察的意識深處，如同反射，以致個案甚至難以發現這種行為普遍的程度。自我觀察、心智化、以及其他增加自我覺察的治療方法，都能幫助個案從觀察者的角度看到自我僵化的反應。有時候，幻想也會增強自殺行為，例如有一名個案想像自己的死亡將為他父母帶來痛苦，藉此他就能報復父母從前加諸他身上的傷害。

有時會在個案身上看到抗拒改變的傾向。他們的心智缺乏彈性，彷彿行事的規則一旦形成就不容更改。儘管可以預見某些舉動會導致悲慘結局，個案卻依然有如飛蛾撲火。舉例而言，當外頭寒風刺骨，我們卻穿著薄衣外出，我們很快就會學會下次要穿著溫暖的外套出門。當天氣炎熱，我們卻穿著厚外套出門，我們又會學到新的規則：熱天穿著涼爽的衣服就好。

然而重複企圖自殺(自傷)者的想法卻是：「爸媽教我穿著短袖出門，所以我一向都是這麼做的，但是天氣為什麼變化這麼劇烈？又為什麼別人不會遇到這種事情？上天對我不公平！」

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

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



中，喚醒個案真實存在的感受，是治療中不可或缺的環節。

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

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

二、常見的負向信念

重複企圖自殺(自傷)者對於自我以及世界的信念：

1. 對自我之信念

- 1)我是有缺陷的。
- 2)我不配感到快樂。
- 3)若是不能做的完美的事情，我不如不去做。

- 4)我遲早會殺死自己。
- 5)過去的經歷已經讓我變的不好了。
- 6)如果我放任情緒，我一定會發瘋。
- 7)自殺是最容易脫離痛苦和煩惱的方式。

2.對世界之信念

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

肆、重複企圖自殺(自傷)者的介入模式

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



一、一般性考量

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

以下介紹成功介入模式的一般性考量：

1. 簡單的理論基礎

介入模式所依循的理論基礎應盡量簡單，易於瞭解、應用與推演。這不但有利於推廣，一個簡單的理論可以讓個案更快瞭解自己的困難所在，也更容易學會並力行因應困難的技巧。

2. 精確的模式內涵

將介入的重點鎖定在自殺和自傷本身，各階段目標明確；實務面上，詳細書面紀錄細節，對於工作人員之訓練亦具固定評核機制，從上至下都有制度可遵循，使介入能面面俱到有所依歸。

3. 注重遵從性

模式要成功，模式是否有推行且個案是否有參與，至關重要，成功的介入模式應具備有檢核遵從性的機制，以及處理遵從性不良個案的處置準則。

4. 聚焦於具體的技巧

奠基於簡單易懂的理論基礎，介入模式所關注的技巧應是容易應用且識別的，例如聚焦於「情緒調節」、「憤怒控制」和「認知扭曲重建」等。

5. 賦予個案個人責任

成功的介入模式最終將促使個案擁有更好的自我監控及應變能力，強調的是個案必須習得能力且為自己的狀況負責，所以應於介入的最初在建立治療同盟時，就讓個案了解到「個人」所扮演角色的重要性。

6. 可近的治療與危機處理

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

二、介入模式簡介

目前針對重複企圖自殺(自傷)者的介入模式仍屬不足，已有



的模式亦難稱成熟，仍有繼續發展的空間，以下介紹較成熟且經歷過實證測試的幾種介入模式：

1. 運用問題解決心理治療之介入模式

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

2. 密集介入配合服務外展

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

3. 運用應急卡之介入模式

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

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

4. 運用辯證式行為治療之介入模式

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

5. 使用長效抗精神病藥物針劑

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

6. 使用抗憂鬱劑

部份抗憂鬱劑除了能改善憂鬱情緒，亦被證實可減少衝動行為，是故在普遍有情緒困擾的重複企圖自殺(自傷)者中，若有符合主管機關核准適應症之個案，抗憂鬱劑常被嘗



試使用來減少自傷及自殺行為。近年美國食品藥物管理局（FDA）曾針對抗憂鬱劑提出與自殺行為相關之警語，引發部份民眾以及學界關切，然而也有部份文獻指出：抗憂鬱藥物之投予與自殺行為無顯著關聯，特別是針對成年及老年人。在臨床處置上，仍需整體考量積極治療精神疾病對防範自殺之效益，以及各種藥物副作用風險之平衡。

伍、建立支持性關係之常用技巧

一、通則

當個案處在壓力之下而表現明顯之情緒障礙時，醫療人員最重要的是要先給予情緒支持，然後才能有效教導病人壓力的處理技巧。特別是面臨重大事件或急慢性生理疾病時，更應善用心理輔導技巧；基本上，輔導的目的消極的在於「扶倒」；亦即扶持病人使免於倒下（崩潰）；更積極的，期使能輔其自主，導其獨立。建立支持關係（supportive relationship）是任何一種心理治療之首要因素。對於常見的情緒反應如焦慮、憂鬱或憤怒，一般在建立支持關係（supportive relationship）後，都能有效得到緩解；支持性關係的建立技巧，是所有醫療人員必備的基本技巧。一般而言，最常用之支持技巧包括下列幾項：

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

支持關係的建立之所以能促成療效，其主要有效因素至少包括下列幾大項：



- 1.病人感受到他並不是孤單的。
- 2.病人感受到他被瞭解、被接納，可以肯定自我價值。
- 3.病人感受到他的問題是有希望解決的。
- 4.病人可以認同治療者，並從而學習有效的因應技巧。
- 5.病人可以透過治療互動關係經由下列認知或經驗上的學習，而重新獲得認知的藍圖（cognitive map），瞭解下步該如何走：
 - 1)宣洩。
 - 2)可與不帶批判色彩的治療者傾訴。
 - 3)減敏感（desensitization）：透過反覆與治療者傾訴及討論問題，可以減低患者，對問題的敏感度。
 - 4)澄清（clarification）。
 - 5)學習到新的而且正確的情感經驗：經由治療人員的誘導、支持及提供建議，協助患者學到新的經驗與新抉擇。
 - 6)增強自立感（sense of mastery）：整個治療關係最終的目標是提供患者能認知、瞭解如何進行下一步計劃，如何繼續生活下去。

二、技巧上的叮嚀

1. 拒醫個案

- 1) 瞭解個案過去就醫的經驗，澄清個案拒醫的原因，並同理個案不舒服的就醫經歷，給予對方充分的時間去表達。
- 2) 拒醫個案為憂鬱症者，與其溝通時，要引導其用正面積極的態度去面對，勿將心思重複盤旋在自殺意念上。
- 3) 拒醫個案為思覺失調症者，與其溝通時，要同理其可能面臨有幻聽、幻覺與幻想的情形，不要與其爭辯妄想內容的真實性與否，避免激怒個案且影響關係的建立。

2. 家屬

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

三、人格疾患且有自殺行為或有自殺意念者之注意事項

由DSM-IV-TR對人格疾患的診斷準則說明，當內在經驗與行為模式，與文化背景所預期者偏離甚遠，會出現認知、情



緒、人際與衝動控制等四種領域的問題。依據四種領域的議題，做以下處遇原則的建議：

1. 面對有自殺意念，對自殺衝動評估是危機處理首要原則。個案情緒狀況是否可以控制？是否可以交談？可以透過BSRS-5進行評估，決定是否要緊急就醫的判斷，必要時請警消人員協助就醫。
2. 個案當下的心緒混亂，認知扭曲，容不下外界的聲音，會加重溝通的困難。憤怒、自毀的衝動、自傷或威脅行為，可以用「SET」的溝通策略，包括給予「支持」(support)、發揮「同理心」(empathy)、及點明「事實」(truth)等三項步驟，缺一不可。
3. 與人格疾患互動時，必須有人際界限的設定。在協助個案時，理解個案情緒化行為是人格疾患一種特質，不要因個案的混亂行為而亂了方寸。在平靜心情下與個案溝通，一方面瞭解個案的需求，另一方面說明我們的立場與原則，最後與個案一起找到問題解決的共識。
4. 對高自殺意念個案危機處理的重視。不論問題是否解決，個案精神狀況評估仍處於高風險狀態，鼓勵個案就醫為當務之急；如果個案拒抗就醫，必要時與親友聯繫告知其危險性，以及自殺防範教育。

5. 如果事先得知個案是人格疾患，務必做好事前準備工作。例如：個案是屬於何類型人格疾患？是否有精神疾病問題？是否在發病期間？與督導討論後，確定處遇原則與方向才前往，儘可能是攜伴訪視，或是邀請親友、里長、公共衛生護士及其他相關人員協同訪視，可以適時支援，降低風險問題。

陸、關懷管理實務

一、30天內重複企圖自殺(自傷)者的特殊介入作為

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

1. 訪員訓練方面

定期個別督導、同儕督導，以團體督導為輔，每月訪視員與中心組長進行個別督導，針對重複企圖自殺(自傷)者特殊性，提供個別化處遇建議，另可藉由每週同儕小組成員互相研討，開放地分享與學習，或每月由專業外聘督導重新檢視、加強指導。



2. 個案訪視方面

1) 增加訪視次數

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

2) 延長訪視時間

一般個案除中心列管至少3個月外，再轉介衛生所持續關懷3個月，將訪視時間延長為至少6個月，以確保個案長期穩定性。

3) 結合家庭訪視

列管期間，結合當地衛生所實際探訪案家，與個案建立關係，以利社會資源之輸送。

4) 加強醫療轉介

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

5)強化非醫療轉介

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

二、首次面對重複企圖自殺(自傷)者

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

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

以新竹縣自殺關懷訪視計畫為例，面對企圖自殺(自傷)者，訪員們會在三日內與個案進行聯繫，甚至完成第一次家訪，雖



然大部分自殺(自傷)者會想婉拒家、電訪，訪員們仍運用各種技巧與個案取得聯繫，在此同時充分發揮同理心，傾聽個案自殺意念與衝動的訴求，連結當地相關就醫、就學、就業、就養的行政或民間團體資源，並由衛生局心理衛生中心協調跨單位資源，定期開會檢討。

面對棘手的個案議題，基於珍愛生命的信念，自殺關懷訪視不再只是一份工作，更是一份助人、救人的責任與義務，具有較高重複企圖自殺(自傷)風險的個案，可能選擇拒絕關懷訪視，其原因不外乎覺得自己的問題不足為外人道或內心的傷痛無法被真正同理，很常聽到助人者對個案說「你現在的狀況讓我很擔心」，對於個案雖然可以感受被他人關懷，但長期缺乏良好壓力調適技巧的個案，不易因此平復憤怒或緩解憂傷的情緒，只能向關懷訪視員虛應「我好多了，謝謝」。對於協助重複企圖自殺(自傷)者，建議個案關懷訪視員在確保自身安全的前提下(必要時可請其他訪視員陪同)，及早與個案家訪面談，並非只在辦公室內提供電訪服務，於訪談中審慎評估個案的心智狀態、人格特質、支持系統、壓力適應技巧、就醫狀態、居住環境等，返回辦公室後再行規劃設定個案的關懷計畫，不需一次獲得所有的相關資訊，也不需擔心資料有所遺漏，重點依然是訪視員對於尊重生命的熱忱與信念。

自殺關懷訪視員的工作需要將一問、二應、三轉介的精神發揮到淋漓盡致，不只自身需要有一身會談的好功夫，如何協助重複企圖自殺(自傷)者走進醫療體系並獲得有效醫療，訪員們需要建立當地醫師的口袋名單，並且作為個案走進診間的聯繫橋樑。面對部分重複企圖自殺(自傷)者抱怨非上班時間想自殺，無法找到訪員，訪員應藉機建立與個案適當的界線，建議非上班時間遇到緊急狀況，可以利用0800-788995等二十四小時服務電話，再不然就近尋求當地緊急精神醫療機構先行協助，翌日再尋求原本服務訪員的協助。如果條件許可，訪視員可以與個案的家人建立同盟關係，共同協助個案建立穩定且具有涵容性的環境，這有助於個案情緒穩定與讓訪員更容易上手。

三、重複企圖自殺(自傷)者臨床案例分享

關懷訪視員服務重複企圖自殺(自傷)者時，常感到無力阻止這類事件的一再發生，以下案例供大家進一步了解這類的個案。

1. 感情與經濟糾葛-別急，慢慢來

如玉，49歲女性，曾分別因為安眠藥、割腕及燒炭等方式6次受通報。
(關懷訪視員：陳泰尹)

第一次與如玉的聯繫是在電話中，那時的她在不斷的道歉之餘，信誓旦旦的向我表示不會再犯。沒想到幾天後，又



收到一張通報單，30天內重複企圖自殺(自傷)。我無奈的再次查詢並仔細閱讀起了通報系統上關於她的所有資料。離婚的中年失業女性，育有一子，有憂鬱症病史，被自殺通報記錄為6次。

與如玉的第二次聯繫是家訪，她的情緒不穩定，時而大哭時而啜泣，還有很多的話想對人說。為了建立關係，並瞭解她的狀況，剛開始的整整一個鐘頭，我除了同理的回應，多數的時間都是在聽，同時進行整理。她說，前一次的自殺混雜著經濟壓力以及跟男友的爭執，才會在酒後割腕自殺。後來為了避免兒子嚇到，還在湯裡加了安眠藥要他喝下去，是他機靈向鄰居求救才會受通報。這一次的自殺則是因為孩子被社會處緊急安置，因此才會再次酒後衝動自殺。我首先同理如玉面臨的壓力，後來則試著協助她釐清的狀況、整個事件後續可能的發展、以及我可能有機會協助的部分。就當時看來，飲酒後情緒的處理似乎是最大的難題。如玉則表示，她目前最在乎的是孩子，所以雖然犯了錯，但她願意努力讓孩子回到她的身邊。其中的第一步，就是就醫。

隔天早上，我在門診開始之前順利的與主治醫師進行聯繫，而如玉也準時的就診，尋求專業的醫療協助。歷經專業評估，在本人同意下，如玉住院進行積極性治療。住院初

期，她常常覺得難以適應。我則是規律與她進行訪視，同理她的辛苦，也肯定她的努力。除此之外更重要的是，我也規律的與主治醫師進行聯繫，並協助如玉完成住院的治療目標：從培養規律的生活作息，到學習情緒紓解的正常管道，到思考出院後可能會遭遇的困難及應對方式，進至是進行出院準備。

幾個禮拜過後，如玉出院了。對於病房，她還是不喜歡，但她告訴我住院的時候她確實有好好的思考過未來，還擬定了計畫，現在只希望自己可以好好的撐下去。我很肯定她的努力，但也不忘提醒她要慢慢來，畢竟世事本難盡如人願，尤其在不久前她還歷經了這麼多的事情，因此規律的回診及服藥，再逐漸的學習或運用抒壓技巧讓自己學會放鬆，對她而言都是重要的。我們也約好了每次回診時同時進行訪視，若有需要，她也可以主動撥打安心專線甚至是我的辦公室電話進行主動聯繫，如玉則表示了解與同意。

幾個月過後，如玉規律的回診、服藥與會談，擺脫借酒澆愁的惡習，還順利找到了一個足以支持家庭基本開銷的工作，希望能夠重回職場。她告訴我，她曾經生病，也犯過錯，但她要憑藉著努力爭取兒子留在自己身邊的機會。我則是不斷的提醒她我們要先慢慢來，先把自己的部份做好，一



步一步來。因為我深怕走得太快，或是期待太深，會讓她壓力太大，甚至造成反效果。

又過了一陣子，如玉的身心狀況已經比較穩定了，順利的通過了評估，孩子也順利的回到家中。考量到經濟問題，以及陪伴孩子，如玉轉換到了一個工作時間比較彈性的全職工作。由於如玉已經規律的回診及服藥、經濟問題有改善、孩子也回到了家中，再加上追蹤後期，如玉已無重複企圖自殺(自傷)之狀況發生，我便在獲得如玉同意後，進入到了結案流程與手續。

上次見到她，是幾個月前她的主動回診。她告訴我近期接受挖角跳槽了，換到了一個性質雷同但薪水較高的工作。我聽到的當下無疑是開心的，除了肯定她的努力之外，還是不免嘮叨的再次提醒她，慢慢來，不要急……。

2.說不出的混亂-割腕的意義

嘉進，16歲男性，曾多次割腕自殺受通報。

(關懷訪視員：張根榮)

嘉進是一名16歲在學中的個案，家中共有四名成員，初次接觸時，他因為與姊姊發生爭執所以割腕自殺。有別於一般的割腕自殺個案淺且整齊的傷口，嘉進健壯的手臂上，佈滿深又雜亂的疤痕，恐怖之程度讓人印象深刻。探究個案的

家庭狀況，發現案父與案姊都是重複企圖自殺(自傷)者，案父整日遊手好閒，且會家暴案母及嘉進，案姊做事從來不管後果，總是讓嘉進收爛攤子，案母則為重鬱症患者，與案主的關係十分親密，其家庭型態不禁讓人擔憂，一個如此年輕的孩子，是否正在養成用自殺的方式宣洩情緒。

訪視期間嘉進重複割腕多次，也進出醫院多次，其中不乏住院治療，但其衝動控制極差，時常破壞病房規則，或私自拆毀手術後的縫線，或砸毀病房物品，並不斷要求返家，使病房護理人員苦不堪言，主治醫師認為嘉進應有憂鬱症合併衝動且不成熟的人格特質，要完整的治癒嘉進似是漫漫長路，因此如何緩解嘉進的衝動性及自殺意念為主要的治療方向。

在與醫師達成共識後，我積極地與嘉進討論關於割腕的意義及可能造成的後果，他認為割腕是一種表達勇氣與情緒的方式，因此與家人發生爭執，或被嘲笑膽小的時候，只要有不如意的事情，彷彿割了就可以讓別人都不敢輕視或刺激自己。對此，我採取兩個主要策略，其一，與嘉進確認就醫時服藥後情緒及衝動控制有改善的現象，並藉此鼓勵他持續回診接受治療。其二，使嘉進正視割腕後是否真來帶來自己想要的結果，抑或是反而離那結果越來越遠，又或者有沒



有其他的方式，可以讓自己不用受傷也可以得到所想要的結果，例如：割腕後與家人的關係非但沒有改善，反而引起更大的爭執，而非自己當初所想的會不再繼續爭執。

經過幾番討論後，嘉進坦言自殺確實不能解決問題，且身為建教生的自己也因多處割傷無法被錄取工作，自殺紀錄也有可能會影響未來欲從事軍職的機會，因此願意積極的克制自己的衝動，並尋求其他的方式來表達自己的不滿。現在，嘉進已能與家人好好相處，並已不再用割腕的方式作為訴求手段，我對此給予嘉進正向的肯定，並給予嘉進未來遇到問題無法解決時可運用的資源，諸如免費定點諮商、安心專線0800-788-995及醫療院所聯絡方式等，讓嘉進能在未來人生的旅途上即使遇到挫折，也能有好的資源協助，並積極勇敢的面對！

3. 隱藏在酒精中的秘密-未知的憂鬱

智永，64歲男性，因為燒炭初次受通報。

（關懷訪視員：陳泰尹）

詳細的自殺計畫，是我對智永的第一印象。他在電話中是這樣對我說的：

「那天我一個人在家，酒後覺得孤苦且無人支持，便外出購買美工刀、木炭及紙錢，回家想要自殺。我首先點了三

炷香插在香爐上，還在紙上寫著自己的生辰壓在香爐下，然後聯絡我的孩子表示自己即將自殺。後來孩子們聯絡警消，我就被送到醫院了。其實，我連後事都交代好了，先用草蓆包起來，等到半夜送到殯儀館，鄰居才不會發現」。

剛開始聽到了這段話，我在緊張之餘，給了智永這樣的回應：

「感覺起來你確實是很不舒服，不過其實我覺得你很厲害，你看，就算是在這麼不舒服的時候，你還是知道若不小心發生意外會讓很多人難過，因此還可以冷靜的打電話給孩子尋求協助。除此之外，我也很感謝你，我們只是第一次聯絡，你卻願意跟我說這麼多，我知道這需要很大的勇氣，尤其是對你來說」。

在後續的電訪過程中，我試著發問來對智永有更深的了解，同時持續的對於智永給予關懷與同理。原來，他是一位公營事業的退休幹部，自逐漸養成飲酒習慣後，每日飲酒已長達二十餘年。由於酒後時有失控行為，多年來家屬也逐漸對其不理睬，讓智永相當受創。我同時發現智永其實願意接受專業協助，尤其是在酒癮治療的部份，只是因為沒看過相關門診，所以有一些害怕。對於智永願意面對並處理問題的態度，我首先表達肯定，隨後立即與他約定隔天在醫院進行



訪視，隨後陪同就診。我同時告訴智永，如果可以的話，請家屬一同就診並接受訪視，他表示同意，將會請妻子陪同。

看診前，我依約定與智永及案妻進行訪視，以了解智永之狀況，同時討論可以彼此分工合作處理問題的部份。案妻對智永表現出了高度關心的同時，我知道除了智永本人以外，我又多了一個也許可以信賴的盟友。

後續又歷經了幾次的就診，主治醫師逐漸的發現酒癮可能只是外顯的行為，因為智永可能患有憂鬱症，遂以此方向進行治療。在這過程中，除了規律訪視智永以外，我也多次的主動與主治醫師及案妻進行聯繫，在協助主治醫師了解智永日常狀況的同時，也與案妻進行合作，在主治醫師的治療方向下協助個案逐步完成治療。

後來在智永規律的回診、服藥及會談下，配合著主治醫師及案家屬的協助，智永的身體及情緒狀況逐漸有了改善。直到我正式進行結案流程的時候，智永的飲酒行為已經有了有效的控制，取而代之的，是智永重新拿起了毛筆練字，還踩起了自行車做運動，而在家庭互動關係上，也有了明顯的改善。

結案半年後，智永主動來電，與我相約隔週在醫院進行面訪。當天他身心狀況看似穩定，衣著輕便但不失整齊，

細問後才了解他已經在主治醫師的建議下試著停藥停診，狀況目前則尚稱穩定，今天之所以會到醫院，則是因為要看骨科，所以從家中騎自行車緩緩前來。除了再次肯定他的努力之外，也許是職業病，我再次的提醒他要定期心情溫度檢測……。

4. 畏罪與無助-積極治療與陪伴

建明，20歲男性，因為燒炭初次受通報。

（關懷訪視員：陳泰尹）

一個炎熱的下午，歷經了多次的電訪未遇，我終於透過家訪順利的與建明跟他的家屬進行了初次聯繫。舅舅告訴我，建明的雙親都已經過世，由外公及外婆隔代教養。他則是因為涉入了與未成年女友的強制性交罪，受不了壓力才會在半夜喝酒後點起先前烤肉剩下的炭自殺。

第一次見到建明的當下，至今仍讓人難以忘記。面部的無表情讓我不太習慣，口齒的不清造成了訪視的無效率，而大小便的難以控制，以及房間內不時飄散的惡臭，更讓訪員難以招架。但就算是如此，透過主觀的觀察，以及對家屬的追問，我大致可以歸納出建明在進行完高壓氧治療後，目前規律回診服藥於某醫院的神經科，除有部分後遺症外，生命跡象尚稱穩定。因此，我首先同理近期建明及家屬所面臨的



壓力，並對當日的危機應變以及後續處理中，家屬的冷靜沉著表示肯定。最後，我在進行自殺防治相關衛教、說明後續追蹤計畫並留下資源手冊及聯絡方式後結束初次訪視。

追蹤了一陣子以後，建明的身體與情緒狀況已明顯改善，我也逐漸的能夠與他建立關係，並進行更進一步的訪視與協助。原來，建明家中有數人皆有自殺紀錄。至於建明涉入的案件，則是前女友提出分手的時候，自己一廂情願的認為雙方的感情仍在，因此扯下對方的衣物試圖性侵。後續雖沒有得逞，卻已違法並進入正式偵審階段。在自殺或再自殺意念上，聽來則是已有部分舒緩。但此時，我察覺到讓我不大安心的兩件事。首先，建明近期的身心狀況雖然看似逐漸穩定，且過去未曾看診過精神科，但對照於其他列管個案，建明依然有明顯活動力低落、面部無表情、言語無法連續或難以理解、不切實際的一廂情願、學業發展不順利等特性，若考量入個案的年齡及家中的結構性風險，確實有就醫之需求。其次，面對即將到來的偵審，不論是能力或是經濟上，建明及家屬顯然都無力負荷。因此，我除了訪視之外，同時運用許多時間對建明及家屬進行溝通與衛教，鼓勵主動就診精神科，同時轉介法律扶助基金會進行評估與協助，希望建明可以在案件偵審的過程中可以獲得專業協助。

幾週後，依照約定我又準時進行家訪。建明的外觀上看來還是復原的不錯，但談話過程中精神狀況的不穩定以及言詞的不合邏輯卻讓人開始擔憂。法律扶助部分，他表示已不再需要，原因在於法官已裁示無罪釋放。燒炭自殺的部分，他更表示這並不是自殺，而是想要證明自己可以控制無名火。訪視內容的特殊轉折吸引了我的注意，透過追問家屬，更發現了建明近期確實有明顯的自言自語等特殊行為。因此在獲得建明及家屬的同意後，在村長協助下我們立即送他到精神科就診，尋求專業的醫療協助。在主治醫師進行專業評估後，認為建明可能患有思覺失調症，因此在建明及家屬同意下讓他住院進行積極性治療。住院期間，訪員則規律於院內進行訪視。

在追蹤了半年之後，在醫療的部分，建明已經出院，目前規律回診服藥中。在案件的部分，法律扶助基金會表示建明的資格符合規定，未來案件的偵審將由該會協助聘請律師提供專業服務並支付費用，目前全案上訴中。在自殺意念上，透過建明自己的努力及眾人的協助，經評估已較先前穩定，且追蹤達半年而無再自殺之狀況發生。因此，我再次對於建明及家屬進行自殺防治衛教並留下相關資料，也再次肯



定他們的努力，並在獲得督導以及建明之同意後結案處理。

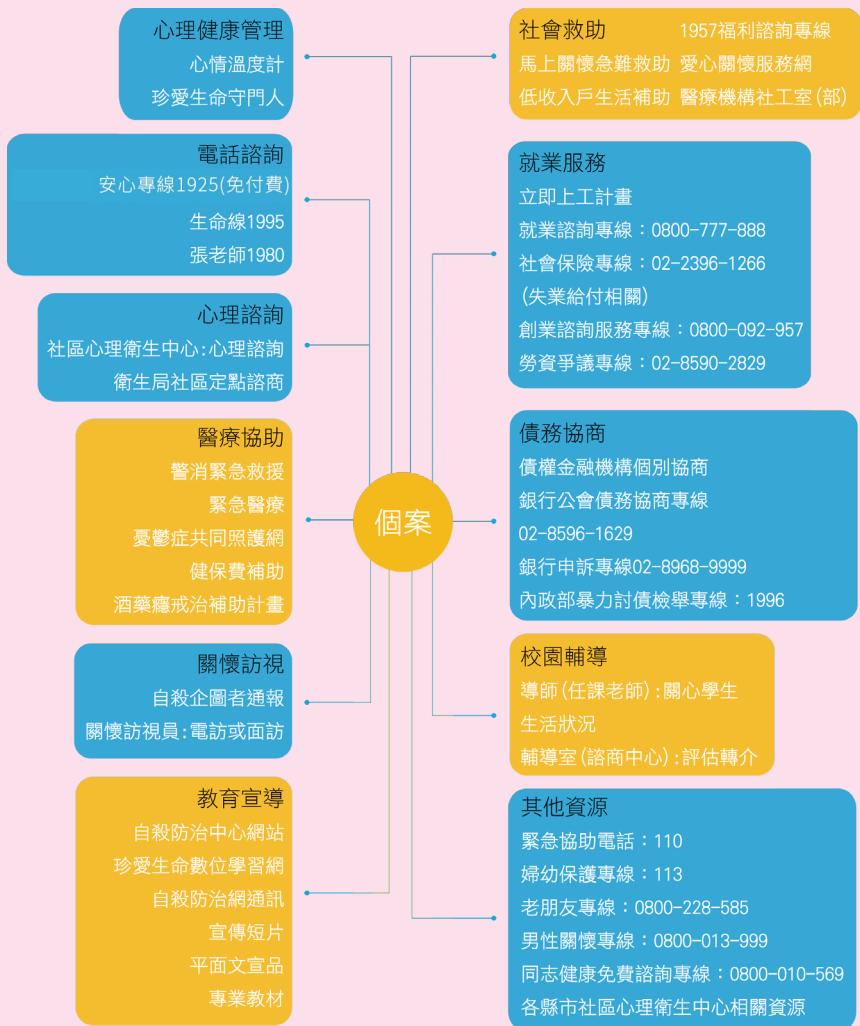
很快的，兩年過去了。在建明的努力及主治醫師的協助下，建明的病情受到了一定程度的控制，也未有再次自殺的狀況發生。我上次見到他，不過是這週的事。在醫院的候診區，他揮了揮手，跟我說了句早安。我也給了他一個微笑，一句早安。

結語

綜觀實證研究的結論，已知的多種介入模式雖然未如預期能達到非常顯著的效果，但不須灰心；在未來，介入的模式將會隨著更多成熟的理論和技術的出現而更趨於成熟多元，更多的實證研究也將幫助我們修正介入模式並尋得最佳的介入方式。此外，更重要的，除了尋找介入「模式」外，人性關懷的介入永遠是助人行動的核心。根據統計，企圖自殺個案中有接受過關懷訪視者，未來重複企圖自殺(自傷)的比率顯著低於未接受關懷訪視者，顯示關懷訪視在自殺防治上深具成效。因此，期許大家能秉持關懷初衷，繼續扶持這群特別的個案，以個人為中心，以家庭為單位，以社區為基礎，你我都是守門人。

資源連結

自殺防治網絡資源連結



*全國自殺防治中心 <http://tspc.tw>

*珍愛生命數位學習網 <http://www.tsos.org.tw/home/>



各縣市社區心理衛生中心電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24300193	台南市	06-3352982、06-6377232
台北市	02-33937885	高雄市	07-7134000#5410~5420
新北市	02-22572623	屏東縣	08-7370123
桃園市	03-3325880	台東縣	089-336575
新竹縣	03-6567138	花蓮縣	03-8351885
新竹市	03-5234647	宜蘭縣	03-9367885
苗栗縣	037-558350	南投縣	049-2224464
台中市	04-25155148	澎湖縣	06-9272162 #122
彰化縣	04-7127839	金門縣	082-337885
雲林縣	05-5370885	連江縣	0836-22095#8827
嘉義縣	05-3621150		
嘉義市	05-2328177		

各縣市衛生局電話，如下表：

縣市	電話	縣市	電話
基隆市	02-24230181	台南市	06-6357716、06-2679751
台北市	02-27208889	高雄市	07-7134000
新北市	02-22577155	屏東縣	08-7370002
桃園市	03-3340935	台東縣	089-331171
新竹縣	03-5518160	花蓮縣	03-8227141
新竹市	03-5355191	宜蘭縣	03-9322634
苗栗縣	037-558080	南投縣	049-2222473
台中市	04-25265394	澎湖縣	06-9272162
彰化縣	04-7115141	金門縣	082-330697
雲林縣	05-5373488	連江縣	0836-22095
嘉義縣	05-3620600		
嘉義市	05-2338066		

註：以上電話若有更動，可向各縣市衛生局洽詢。

自殺防治系列手冊

- 1 自殺防治－專業・愛與希望
- 2 自殺防範指引
- 3 青少年心理衛生與自殺防治
- 4 老人心理衛生與自殺防治
- 5 精神疾病與自殺防治
- 6 物質濫用與自殺防治
- 7 女性心理衛生與自殺防治
- 8 職場心理衛生
- 9 自殺者親友關懷手冊
- 10 陪你渡過傷慟－給失去摯愛的朋友
- 11 珍愛生命守門人
- 12 心情溫度計
- 13 怎麼辦我想自殺
- 14 失業鬱悶怎麼辦
- 15 關懷訪視指引
- 16 提升人際支持遠離自殺
- 17 以醫院為基礎之自殺防治
- 18 珍愛生命義工
- 19 全國自殺防治策略
- 20 矯正機構與自殺防治
- 21 基層醫療人員與自殺防治
- 22 孕產期婦女之情緒管理
- 23 社會福利工作人員與自殺防治
- 24 重複自殺個案之關懷管理
- 25 殺子後自殺事件之防治
- 26 老人自殺防治-自殺新聞事件的省思
- 27 雨過天晴心希望
- 28 擁抱生命逆轉勝
- 29 自殺防治概論
- 30 自殺風險評估與處遇
- 31 重複自殺個案關懷訪視指引
- 32 自殺風險個案追蹤關懷實務
- 33 政府跨部會自殺防治手冊
- 34 自殺關懷訪視員教育手冊

歡迎至全國自殺防治中心網站瀏覽 <http://www.tspc.tw>

重複自殺個案之關懷管理

發行人：李明濱

主編：李明濱

編審：吳佳儀、陳俊鶯

執行編輯：吳恩亮、詹佳達、陳宜明、楊凱鈞、廖士程

編輯群：全國自殺防治中心同仁

出版單位：社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心

地址：10046臺北市中正區懷寧街90號2樓

電話：(02)2381-7995

傳真：(02)2361-8500

E-mail：tspc@tsos.org.tw

網址：tspc.tw

出版日期：2018年1月再版

I S B N：978-986-88927-1-2

（珍愛生命，敬請多加推廣）



專業、愛與希望
為生命打氣

