

其實我懂你的心— 談校園憂鬱自傷防治

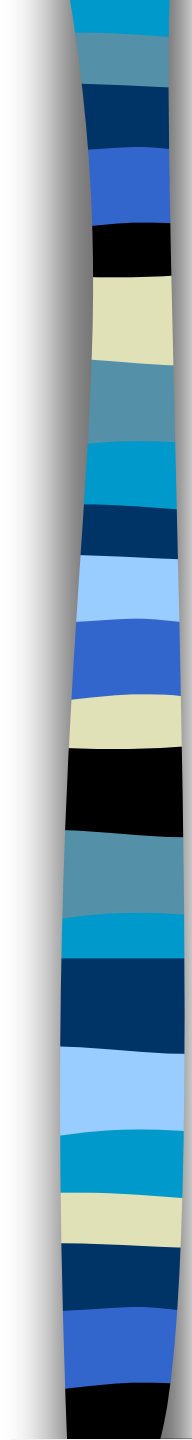
蔡毅樺 博士

台中教育大學諮心系兼任助理教授
暨南國際大學諮人系兼任助理教授



序言

- 全球啟動自殺防治
- WISER心理衛生三級預防-學務與輔導等全校一起合作
- 認識憂鬱情緒與自傷、自殺
- 我想更懂你-辨識與理解相關治療處遇
- 提供支持與資源-當珍愛生命守門人



第一部分

全球關注自殺防治

全球都關切自殺議題

- 聯合國公布「2030永續發展目標」(sustainable development goals, SDGs)，核心目標3「健康與福祉」的次指標即有關自殺死亡率 (United Nations Statistics Division [UNSD], 2021) 並期待全球到2030年讓包括自殺在內的非自然死亡率降低三分之一
- 青少年自殺問題，為世界各國共同關切之課題
- 自殺是全球15至29歲人口第四大死因，15至19歲男性自殺死因排名第四、女性則排名第三 (World Health Organization [WHO], 2019)
- 台灣立法院三讀通過《自殺防治法》(2019.5.31)

台灣兒少自殺現況

- 2016年至2021年，年輕族群自殺企圖行為被通報人次逐年上升，而被通報的年輕族群中，有相當比例具有學生身分（衛生福利部，2021）
- 以2020年為例，臺灣自殺行為通報關懷系統中，各年齡層個案，具有學生身分比例：國小學齡層（6至11歲）：79.6%；國中學齡層（12至14歲）：90.1%；高中學齡層（15至17歲）：81.3%；大學學齡層（18至21歲）：51.4%，而就大學學齡層通報個案中，具有學生身分的比例由2018年的37.7%增加到2020年的51.4%



自殺的原因

- 社會、文化、經濟、心理、生物等複雜背景與因素，需系統與跨系統合作
- 潛在性危險因素與急性壓力事件/近因

精神疾患與自殺相關

- 思覺失調症，雙極性情感疾患、憂鬱症、厭食症、邊緣性人格疾患、鴉片類藥物和酒精使用疾患等比一般民眾自殺身亡風險高過 10 倍（Chesney et al., 2014）
 - 針對2007年至2019年臺灣10至24歲年輕族群自殺死亡相關精神疾患歸因風險前三精神疾患是重度憂鬱症（major depression）、輕鬱症（dysthymia）和睡眠障礙（sleep disorder）
- 協助精神疾患開展療癒並防治青少年自殺
- 不是所有憂鬱症等精神疾患都會自殺

學生自殺的近因 （衛生福利部，2021）

- 國中學齡層（12至14歲）占率最高為「情感／人際關係」、其次為「精神健康／物質濫用」、第三高為「校園學生問題」
- 高中學齡層（15至17歲）與大學學齡層（18至21歲）占率最高均為「精神健康／物質濫用」、其次為「情感／人際關係」、第三為「校園學生問題」
- 大學學齡層通報個案中，自殺原因「工作／經濟」占率明顯高於其他學齡層，每年約有7%的通報個案

自殺與自傷

- 自傷（deliberate self-harm）在教育現場更常出現的是自傷意念以及不具有立即致死意圖（intend to die）的自我傷害行為，又稱為「蓄意自傷」（deliberative self-har）不同於自殺死亡（suicide），

自殺行為層次 (衛生福利部, 2021)

- 自殺想法意念 (suicidal ideation)
個案表達有自殺或結束自己生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。2020年電話普查，國人大約有2.2%，約44萬人，曾經認真地想過自殺。
- 自殺意圖或企圖行為 (suicidal attempt 或 attempted suicide) / 自傷
個案已經有實際行動，或已表達有具體計畫 (時間地點)、準備好自殺工具，但並未自殺身亡。2020年國人大約有0.2%至0.3%，也就是大約3至4萬人曾經有企圖自殺或自我傷害的實際行為
- 自殺身亡 (suicide 或 suicidal death)
受害人本身透過積極或消極的行動，直接或間接導致死亡。2020年臺灣有3656人，換算死亡率為每10萬人口有15.5人，死因為自殺

關於自殺相關理論

- 壓力素質模型 (stress-diatheses model, Rubinstein, 1986)
- 整合型動機意願模型
(integrated motivational-volitional, IMV Model)
- 社會學理論
- 瑞士乳酪模型：多重因子
- 社會學習論



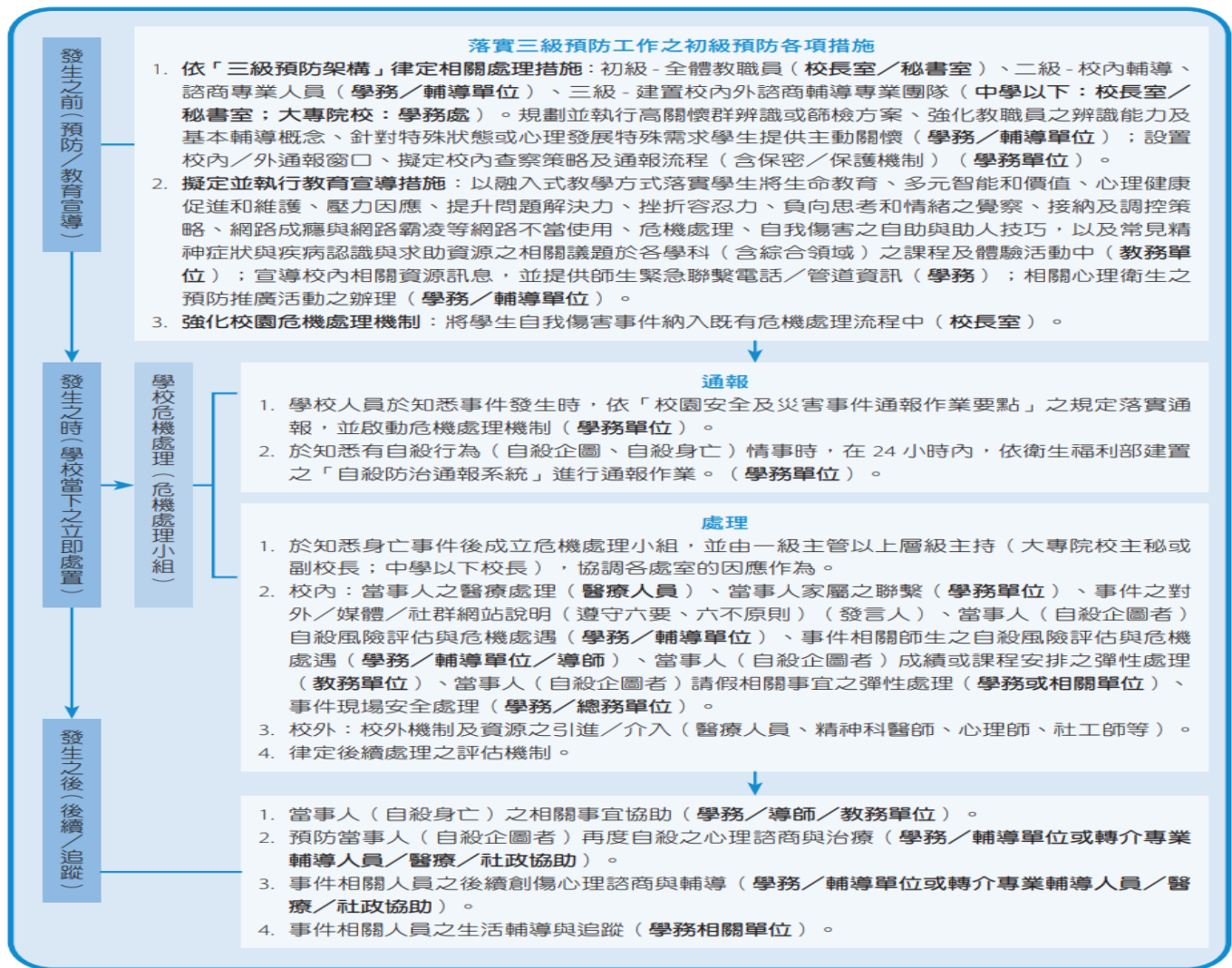
第二部分

校園憂鬱自傷、自殺防治 -WISER全校一起來， 跨單位分工、合作與協調

詳請參考-校園學生自我傷害三級預防工作計畫(111.6.2)

圖 3

教育部學生自我傷害防治處理機制流程參考圖

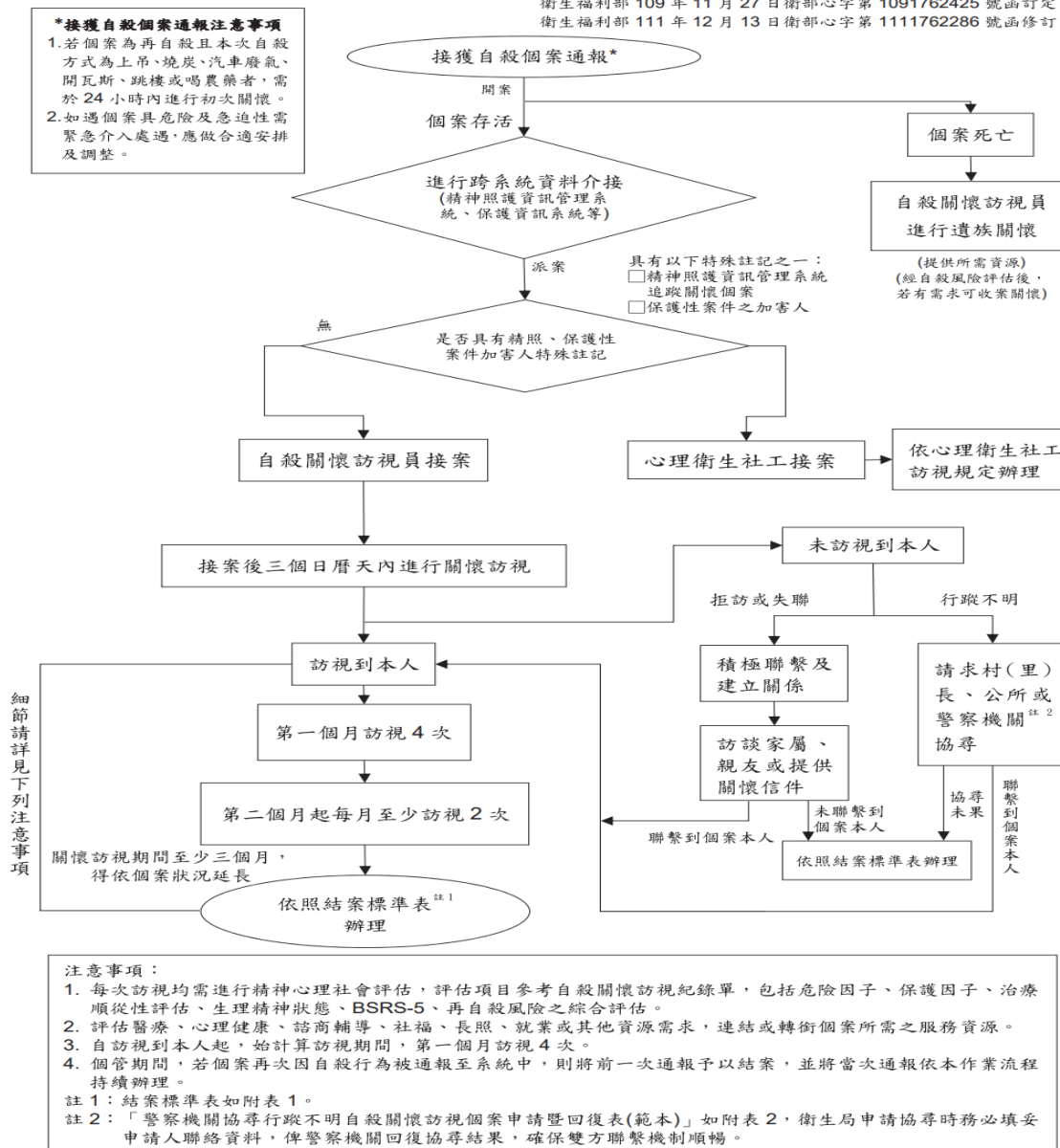


資料來源：引自《校園學生自我傷害三級預防工作計畫》，教育部，2022，p.10。

(<https://ws.moe.edu.tw/001/Uplodad/10/reifile/8755/84549/dd1cef1c-8fa7-4ce6-9a85-f1183554d2c1.pdf>)

自殺個案通報後關懷作業流程

衛生福利部 109 年 11 月 27 日衛部心字第 1091762425 號函訂定
衛生福利部 111 年 12 月 13 日衛部心字第 1111762286 號函修訂



細節請詳見下列注意事項

自殺風險指標與自殺防治通報比較表

風險指標	定義	自殺防治通報系統規定
自殺意念 suicide ideation	個案表達有或想結束自己生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。例如：我想過去死，但考慮家人，我不打算這麼做。	未達通報標準
自殺企圖 suicide attempt	個案企圖或嘗試自殺，已有具體計畫或實際行動。一般泛指自殺未遂的行為。例如：我吃了很多安眠藥，沒想到還活著。	必須線上通報

(摘自校園學生自我傷害防治手冊，教育部委託國立臺灣師範大學編製，2023)

校園自殺危機事件處理

對外設媒體窗口或發言人

- 與媒體互動原則：由單一窗口之發言人回應媒體；對媒體不該報導的項目，不做回應；必要時提供媒體相關的輔導資源；提醒媒體共同遵從相關法律及倫理規範，使相關人員不受傷害
- 避免討論死者所使用的方法及自殺細節；避免透露學生生前留下的遺書或訊息內容；避免使用聳動的語氣及字詞；避免提供照片或影片給媒體
- 不建議由輔導或諮商相關人員擔任



自殺防治校園三級預防模式

- 一級預防

增加保護因子；下降危險因子

- 二級預防

早期發現，早期治療
篩選出高危險群，早期介入

- 三級預防

對自殺未遂/身亡事件，進行危機應變及事後處置
積極處置，避免持續惡化



自殺自傷危險因子

- 先前的嘗試
- 藥物與酒精濫用
- 行為障礙
- 家庭支持不足
- 關係衝突
- 不良的適應技巧
- 精神疾病
- 其他

自傷自殺自傷保護因子 (吳佳儀, 2014)

- 個人面向：個人身心特質、正向心理健康與調適、良好生活習慣與社交技巧，如具有求助意願及傾向、認知彈性、擁有歸屬感、認同感和良好的自尊與自信感及生活興趣等
- 社會文化：社會支持、社會關係與責任，對自殺的文化，如家庭或社會的人際連結、他人或宗教的支持、社會關懷與責任感等
- 健康照護：醫療或心理健康服務對個人的保護作用，如醫療資源的可近性、良好的醫病關係、持續的醫療支持來源等



精神症狀的自傷、自傷防治

- 增加保護因子，如陪伴、支持與關懷
- 下降危險因子，如限制致命工具可得性
- 利用緊急醫療確保個案安全
- 建構積極的安全計畫
- 持續身心靈療癒



非精神病性自傷、自傷防治

- 協助個體覺察與接納身心痛苦提升病識感（insight）
- 提升求助的動機與啟動身心療癒
- 協助提供轉介相關資源
- 持續鼓勵積極治療、家人妥善照顧、系統兼同理支持、傾聽陪伴

憂鬱自傷處遇

- 精神作用藥物如鋰鹽、可治律、抗憂鬱藥物等)
- 社會心理介入如認知行為治療、辯證行為治療、積極社區服務等
- 家庭學校系統合作
- 社會資源，必要時強制就醫

精神疾病嚴重病人 強·制·住·院

基於對嚴重病人最佳利益之考量，當病人的病情變得嚴重、情緒不穩定、出現有傷害自己或傷害別人的情況或可能時，就必須啟動強制措施來協助病人住院治療。

何謂嚴重病人？

當病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。
當病人有以上情形並拒絕就醫時，可請求當地衛生局（所）、警察機關或消防機關予以協助就醫。

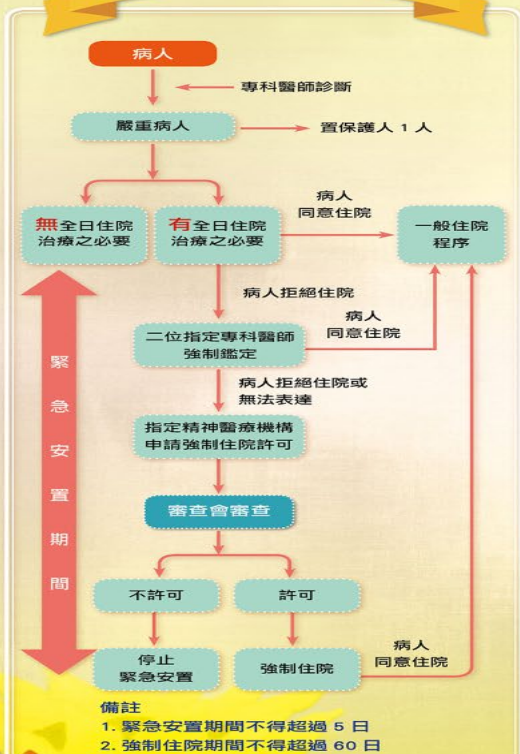
何謂緊急安置措施？

1. 限制嚴重病人活動之區域範圍。
2. 拘束嚴重病人之身體或限制其行動自由。
3. 給予嚴重病人藥物或其他適當治療、處置。
4. 其他合理可行且限制最小之保護措施。

何謂強制住院治療？

當嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷需全日住院治療，而病人拒絕接受時，由機構提出申請，經審查會審查許可後強制病人住院治療。

嚴重病人強制住院流程



其他篇

強制住院費用

病人依精神衛生法相關規定，接受強制住院治療之費用，由中央主管機關負擔。

審查會審查結果

審查會審查結果將以書面方式送達病人及保護人。

病人住院期間之權益與保障

病人於住院期間享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構非因病人病情或醫療需要，不得予以限制。

對醫療機構之申訴

病人或保護人，認為精神醫療機構及工作人員，有侵害病人權益時，得以書面向精神醫療機構所在地直轄市、縣（市）主管機關申訴。

病人權益之維護措施

依精神衛生法第 41 條規定緊急安置、強制住院之嚴重病人，病人本人或他人可採取以下措施

1. 聲請提審
經緊急安置或強制住院之病人、保護人、家屬或任何第三人或團體均可向法院聲請提審之程序（提審法第 1 條）。
2. 司法救濟
經緊急安置或強制住院之病人或其保護人或經中央主管機關認可之病人權益促進相關公益團體，依精神衛生法第 42 條第 3 項規定，得向法院聲請裁定停止緊急安置或強制住院。對於法院裁定有不服者，得於裁定送達後 10 日內提起抗告。對於抗告法院之裁定不得再抗告。聲請及抗告期間，指定精神醫療機構對於強制住院病人得繼續強制住院。

保護人篇

保護人之產生

當病人經專科醫師診斷或鑑定屬嚴重病人者，應置保護人一人。

誰可以當保護人？

1. 由監護人、法定代理人、配偶、父母、家屬等互推一人為之。
2. 嚴重病人無保護人者，應由其戶籍所在地之直轄市或縣（市）主管機關另行選定適當人員、機構或團體為保護人。
3. 戶籍所在地不明者，由其住（居）所或所在地之直轄市或縣（市）主管機關為之。

誰不能當保護人？

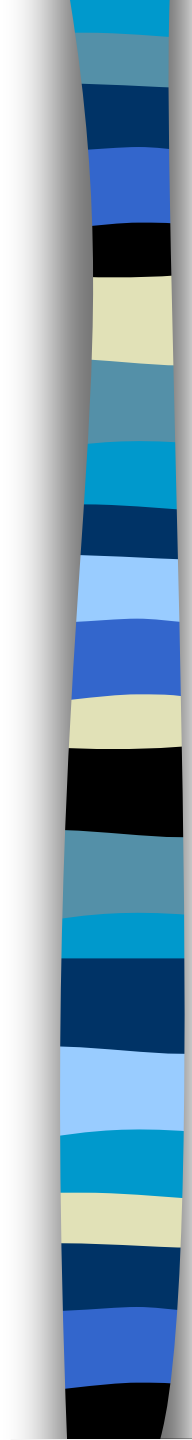
1. 未成年。
2. 受禁治產宣告，尚未撤銷者。
3. 受停止全部或一部親權之宣告，或經由親屬會議撤退其監護人資格者。
4. 與病人涉訟，其利益相反，或有其他情形足認其執行保護職務有偏頗之虞者。
5. 體力或能力不足以執行保護職務者。

協助就醫、通報及追蹤保護

1. 應協助嚴重病人就醫。（29 條）
2. 嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，其保護人應協助嚴重病人，前往精神醫療機構辦理住院。（41 條）
3. 嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要，其保護人應協助嚴重病人接受社區治療。（45 條 1 項）
4. 精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知本人或保護人辦理出院，不得無故留置病人。
5. 精神醫療機構於病人出院前，應協助病人及其保護人擬訂具體可行之復健、轉介、安置及追蹤計畫。（38 條）

保護人職務之解除

當嚴重病人經專科醫師診斷認定已不符合嚴重病人之規定者，其保護人之職務即自動解除。



第三部分

我懂你的心

—憂鬱自傷辨識與治療處遇

不同發展階段的憂鬱表現

出生到兩歲	<p>“Anaclitic depression”：哀鳴(whining)、退縮、體重減輕、生長緩慢、茫然或固定的面部表情、社交互動障礙</p> <p>’ ’ Toddler depression’：易怒、夜驚、惡夢、自我刺激行為、黏人、對立行為、過度恐懼、遊戲行為減少</p>
三到五歲	難過、體重減輕、動作遲滯、易累、自殺意念、憤怒、無表情、生病、易怒、社交退縮
六到十二歲	<p>類似成人的表現，口語說出憂鬱的想法及情感。常見的憂鬱症狀：無樂趣、無表情、低自尊、疲累、自殺意念、社交退縮、易怒、缺乏動機、動作遲緩</p> <p>” Masked depression”：違法、憤怒、對立、好動、恐懼、身體化、社交問題、成績表現差</p>
十二到十八歲	易變情緒、暴怒、強烈自我意識、低自尊、成績表現差、違法行為、物質濫用、性行為、社交退縮、飲食過多及睡眠過多、自殺意念

憂鬱的一般特徵

心情	認知	行爲	身體
難過	失去興趣	精神運動性	睡眠困擾
心情低落	難以專心	遲滯或激動	疲累
憂鬱	低自尊	哭泣	食慾困擾
不快樂	負面思考	社交退縮	體重減輕或增加
沮喪	無法決斷	依賴	疼痛
空虛	愧疚	自殺行爲	胃腸不適
擔憂	自殺意念		性慾降低
易怒	幻聽		
	妄想		
	無價值感		
	無助無望		
	記憶力差		



憂鬱症狀≠憂鬱症

- 憂鬱症狀的原因可能為外在壓力事件、生理與心理等因素。
- 憂鬱症，需經精神醫學專業判斷，評估所出現憂鬱症狀的嚴重性與出現時間長短，排除生理因素或服用藥物所引發的憂鬱症狀以及其他精神疾患。
- 「憂鬱症」個案會出現憂鬱症狀；但有憂鬱症狀的人卻不一定是「憂鬱症」。

什麼是憂鬱症⁽¹⁾

- DSM-5診斷書中9項憂鬱症狀之中出現5項或5項以上，至少持續兩個禮拜，而且這些症狀是原先所沒有的現象，同時（1）憂鬱的情緒或（2）對事情失去興趣、喜樂此兩項症狀至少應有其中之一

什麼是憂鬱症-九項憂鬱症狀 (2)

- 憂鬱心情，幾乎整天都有，幾乎每日都有，可由主觀報告（如感覺悲傷或空虛）或由他人觀察（如看來含淚欲哭）而顯示。注意：在兒童及青少年可為易怒的心情
- 在所有或幾乎所有的活動，其興趣或喜樂都顯著減少，幾乎整天的都會，幾乎每日都有（可由主觀報告或由他人觀察而顯示）
- 非處於節食而明顯體重下降，或體重增加（如：一個月內體重變化量超過5%）；或幾乎每天都食慾減少或增加的。注意：在兒童，幾乎無法增加預期應增加的體重即應考慮
- 幾乎每日失眠或嗜睡

什麼是憂鬱症-九項憂鬱症狀 (3)

- 幾乎每日精神運動性激動或遲滯（可由他人觀察得到，而非僅主觀感受不安定感或拖滯感）
- 幾乎每日疲累或失去活力
- 幾乎每日有無價值感，或過份或不合宜的罪惡感（可達妄想程度）（並非只是對生病的自責或罪惡感）
- 幾乎每日思考能力或專注能力減退、或無決斷力（由主觀陳述或經由他人觀察而顯示）
- 反覆想到死亡（不只是害怕自己即將死去）、嘗也重覆出現無特別計畫的自殺、嘗也重覆或已實行自殺、嘗也重覆或已與休息所

憂鬱症病因

- 生理-心理-社會諸多因素交互影響的觀點
- 遺傳基因
- 神經化學觀點：腎上腺不足、血清素不足、下視丘-腦下垂體-腎上腺素軸過度敏感。
- 心理特質：認知型態、Type A性格、完美主義。
- 社會壓力

憂鬱症之治療

- 心理治療：協助個人自我瞭解，調適自我因應壓力之能力。
- 就醫服藥：每個人的用藥反應不同，約兩週後藥效才穩定，目的在減低症狀。但只用藥物未進行心理治療復發率高。
- 家族治療
- 運動或休閒嗜好
- 社會支持



如何和憂鬱者相處（心理協助）

- 建立**希望**，協助他找到生存的理由
- 支持策略
- 善用生命中的**正向**經驗
- 回顧**高峰**經驗
- **重新詮釋**
- **宗教**的力量



如何和憂鬱者相處（生活協助）

- 運動休閒：羅恩.賀伯特先生的「散步援助法」
- 走在陽光裡
- 規律的生活
- 製造正腎上腺素及血清素的飲食：花生，燕麥，香蕉，牛肉，羊肉，牛肉湯，瑞士奶酪，杏仁，牛奶，小牛肝，烤火雞，蛋黃，花生醬，蛋白，青豆等

FACT 自殺警訊表 (Kalafat, 1990) (1)

- 情感上的徵兆 (feeling) 無望感：如「事情不會有起色了」、「沒有人有辦法的」、「沒人在意我」、「沒有我的話，每個人都會更好」
- 事件上的徵兆 (Action or Events)(a) 藥物或酒精濫用言談或書信透露出死亡或毀滅性的主題惡夢最近的喪失

FACT 自殺警訊表 (Kalafat, 1990) (2)

- 改變的徵兆 (Change)(a)性格上改變：更退縮、疲倦、冷漠、猶豫不決，或更喧鬧、多話、外向。行為上改變：對學校、工作、生活事物不能專心。睡覺習慣改變：嗜睡或失眠，有時早醒。飲食習慣改變：食慾降低、體重減輕或嗜吃。喪失興趣：對朋友、嗜好、個人打扮、性、或原先喜愛的活動失去興趣。一陣子的低潮、退縮之後卻突然改善。
- 威脅的徵兆 (Threats)(a)言詞：如「流血多久才會死」。威脅：如「我將不會活躍太久」、「放棄心愛的東西」、「考慮藥物效用」、「買武器」。自殺姿態或自殺企圖：如「服藥過量」、「割腕」。

自傷評估工具

- 心情溫度計 (BSRS-5)
- 臺灣兒童與青少年關係量表
- 自我傷害行為篩選量表
- 自殺危機評估表」工具等

心情溫度計

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



資料來源：〈心情溫度計專區〉，社團法人台灣自殺防治學會，無日期。
(<https://www.tsos.org.tw/web/page/bsrs>)。

評估自殺風險時可用的晤談問句

問句	評估內容／問話目的
1. 「發生了什麼事讓你覺得這麼痛苦呢？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 評估學生是否願意坦露自己的困境 [學生愈願意合作，輔導人員就愈有機會有效處理危機。 ● 評估學生當前所經歷的壓力事件為何 [主觀感受到的困擾問題愈多、愈複雜，則自殺風險愈高。
2. 「你有任何想要自殺的念頭或想法嗎？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 坦然用「自殺」兩個字，讓學生知道可以坦誠與輔導人員談論自殺，有助於紓解壓力。 ● 評估學生是否有自殺意念或想法。
3. 「你有自殺的計畫嗎？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 若學生所描述的就自殺計畫愈詳細，自殺風險就愈高，例如：自殺的時間、地點、方法、工具、是否有機會獲救等。
4. 「你曾經嘗試過自殺嗎？」 「你有自殺的行動嗎？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 學生若回答「是」，則自殺風險愈高。
5. 「你認為自殺帶給你什麼好處？什麼壞處？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 評估學生對於自殺在思考上的想法是否有不當之處，說出愈多好處、愈少壞處，表示自殺風險愈高。此問句亦傳達出輔導人員著重了解而非一味說服的態度。
6. 「你認為死亡像什麼？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 評估學生是否將死亡視為浪漫的表現或問題解決的方法，愈是如此看待，則自殺風險愈高。
7. 「你有好幾次自殺的衝動，是什麼讓你沒有真的行動？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 評估學生是否有將自己從自殺的衝動中克制下來的能力，並增強這部分的作為。
8. 「當你在學校或家裡出現自殺的念頭時，誰可以幫助你？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 評估學生的支持系統，以及其是否能善用周邊的資源。
9. 「在什麼情況下你會想要自殺？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 了解引發學生想要自殺的情境。
10. 「如果一分最低，十分是最高，那個數字最能代表你現在會嘗試自殺的可能性呢？」	<ul style="list-style-type: none"> ● 評估學生自殺的危險程度，數字愈大，風險愈高。 ● 輔導人員在與學生會談後，亦可在一到十之間給予評估。

資料來源：〈自殺危機學生的認識與輔導〉，陳玉芳，2020，見黃政昌（主編），《輔導原理與實務》，頁 482-483。心理出版社。

Roberts (2000) 提出25 項介入自殺危機的步驟

自殺危機處理七步驟

步驟	實用策略	注意事項
步驟 1： 評估傷害性	<ol style="list-style-type: none"> 1. 確保立即的安全 2. 使用現有的自殺緊急處理方法 	<ul style="list-style-type: none"> ● 協助自殺風險個案，都應有面對緊急狀況時果決行動和判斷的完整計畫。
步驟 2： 建立密切關係	<ol style="list-style-type: none"> 1. 陪伴個案 2. 掌握有利的條件交換 3. 使談話常態化 4. 透過簡短的語句表達，並保持冷靜及沉穩語調 5. 建立合作的關係 6. 支持他尋求幫助的決定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 處理自殺之基本的諮商技巧是表達真誠關心但不價值評斷。 ● 陪伴個案，心與個案同在。 ● 有自殺企圖的個案在被轉介時可能引發強烈的情緒，須保持冷靜並表達同理。 ● 常態化、緩慢、冷靜的陳述表達，可使個案感受到諮商師有經驗且使溝通安全。
步驟 3： 傾聽	<ol style="list-style-type: none"> 1. 傾聽、瞭解和確認 2. 緩和速度 3. 建立療癒的契機 4. 歸納問題 5. 釐清訊息 	<ul style="list-style-type: none"> ● 深度瞭解個案在自殺企圖背後所隱藏的意義。 ● 不將對話結束在負面、絕望的地方。 ● 讓步調緩慢下來（例如：搭配幾個深呼吸），給個案足夠的時間表達。
步驟 4： 管理情緒	<ol style="list-style-type: none"> 1. 鼓勵情緒宣洩 2. 認識心理疾病 3. 教導接納負面情緒 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺危機中的人，常被自己的情緒淹沒，並因此產生自我厭惡或羞愧感。鼓勵個案坦誠討論情緒並適度渲洩可有效降低危機。
步驟 5： 發現替代法則	<ol style="list-style-type: none"> 1. 重新建構看待事情的角度 2. 建立解決問題的基本架構 3. 與社會支持接軌 4. 重建希望 5. 幫助個案想像未來的可能性並建立復原力 	<ul style="list-style-type: none"> ● 了解自殺是個案的選項，但引導個案願意尋找其他替代自殺的方法一、方法二。 ● 幫助個案辨識問題、辨識替代的解決方法或策略、評估替代方法、執行計畫。 ● 鼓勵個案列出支持名單，當需要時能尋求協助。
步驟 6： 運用行為策略	<ol style="list-style-type: none"> 1. 擬訂一個短期的正向行為計畫 2. 使用一個安全計畫取代不自殺的約定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 「不自殺協議」無法確保個案的安全，宜建立安全計畫取代之。 ● 建立安全計畫，幫助個案了解當其有自殺企圖時，做什麼才是恰當的。
步驟 7： 跟進行動	<ol style="list-style-type: none"> 1. 運用並集中資源以確保後續關照的品質 2. 評估對未來學習和擴大照顧的干預 	<ul style="list-style-type: none"> ● 有自殺危機的個案，皆須輔導人員積極的追蹤與跟進其狀況。 ● 新手輔導人員在協助自殺危機個案時，應有可合作的督導或前輩提供專業訓練。

我的心理安全指引

我的心理安全指引



(正面)

學生 _____

(班級 _____ 學號 _____)

同意在晤談期間，當我的腦海中浮現自我傷害、自殺或傷害他人的意圖時，我一定會做下列自我保護行動並與下列人士聯絡，且在跟他們聯絡上之前，我絕不採取任何傷害自己或他人的行動。

【自我保護行動】

1. 當我感覺：_____，我知道我即將進入紅燈警戒狀態。
2. 自我保護方法：聽音樂、

_____等。

【自我保護行動】

3. 我還可以做的有：

- (1) 深呼吸 (2) 停止
- (3) 確認情緒 (練習比較情緒與事實)
- (4) 找一個活動轉移注意力
- (5) 打電話給以下的人
- (6) 再選擇一個活動
- (7) 緊急連絡人
- (8) 放下武器 (自我傷害之物品)，將雙手放在電話上。

(反面)

【我會聯絡的人是】

第一個人是我的 _____

名字是 _____

電話 _____

第二個人是我的 _____

名字是 _____

電話 _____

或撥校外資源：

_____，

24 小時校內校安中心電話：

_____，

並整理好自己的東西，寫下欲交代事項，絕對在告知後才可能行動。

立書人 _____

輔導老師 _____

日期 _____

資料來源：致理科技大學學生輔導中心提供。可摺成三摺名片大小隨身攜帶。

自我保護安全錦囊

自我保護安全錦囊

姓名		生理性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	年	歲	月	日	生
學號		班級		科系		年			班
電話	住家： 手機：	現居地址							

我是 _____，我同意在 _____ 年 _____ 月 _____ 日之前，當我有想要傷害自己的念頭，或是出現下列行為時，

我同意採取下列行動來保護我自己的人身安全：

1. 我願意盡力讓自己有充足的睡眠以及正常的飲食，遠離那些可能會傷害自己或他人的危險物品。
2. 其他我還可以為自己做的事：
3. 我會提醒自己，無論發生什麼事，我都不會用任何方式傷害自己或企圖自殺。
4. 萬一我發現自己可能有立即傷害自己的衝動念頭時，我會立刻打電話給以下我信任的聯絡人，我會持續跟別人聊天、講電話，直到想自殺的念頭過去。
(1) 姓名 _____ 關係 _____ 電話 _____
(2) 姓名 _____ 關係 _____ 電話 _____
(3) 姓名 _____ 關係 _____ 電話 _____
5. 如果我找不到前述的聯絡人，我也會打電話到以下單位：
(1) 本校校安中心 24 小時專線：_____ (3) 衛生福利部 24 小時安心專線：1925
(2) 本校心理輔導單位（上班時間）：_____ (4) 生命線 24 小時：1995
(5) 張老師（上班時間）：1980
6. 一旦我有自傷的行為，學校將通知我的導師／老師及家屬來協助我：
(1) _____（關係 _____），電話：_____
(2) _____（關係 _____），電話：_____
(3) _____（關係 _____），電話：_____

立約人： _____ 日期： _____

見證人： _____ 日期： _____

澳洲的心理急救 (Mental Health First Aid)

- 培訓教導人們如何提供初步支持，直到收到適當的專業幫助或直到危機解決
- 教導民眾如何察覺周圍的人心理健康出現狀況、正在呼救，以及如何說對的話協助他們，而非對憂鬱症患者說「不要想不開、你就是想太多」，因認知心理疾患並不是耐受力不足，而是有著神經傳導物質、大腦結構以及環境刺激等交互影響的
- 不知如何回應就表達對他情緒的理解與接納並進行危機評估

心理急救課程

- 心理健康急救（MHFA）課程包括：
 - 參與者了解與抑鬱症、焦慮症、精神分裂症、雙相情感障礙和飲食失調相關的常見症狀，以及心理健康和精神疾病的一般概述
 - 參與者將接受有關精神疾病常見警告信號的教育，例如情緒、行為和認知變化
 - 參與者了解當地的諮詢和精神科服務，以及如何幫助他人獲得這些服務



心理健康急救 5 步驟

1. 評估自殺或傷害的風險
2. 不帶評判地聆聽
3. 提供支持與資源連結
4. 鼓勵適當的身心專業協助
5. 促進自助和其他支持策略

對有自傷、自殺意念的協助

- 不自傷行為約定
- 安全計畫
- 好好照顧自己同意書
- 我的心理安全指引
- 安心平安約定
- 自我照顧隨身錦囊
- 安心關懷小卡等



常用之治療憂鬱自傷理論

- 認知行為理論 (cognitive-behavioral theory) (Rudd, 2000)
- 情緒調節理論 (emotion dysregulation theory) (Law et al., 2015)
- 人際心理理論 (interpersonal-psychological theory) (Joiner, 2005)
- 其他



憂鬱 & 自殺防治4R妙方

改變想法 (Rethink)

學習放鬆 (Relax)

降低壓力 (Reduce)

情緒紓解 (Release)

辯證行為治療 (dialectical behavior therapy, DBT)

美國Marsha Linehan 博士於1993 年提出的一
種認知行為治療模式

四大技巧與目的-接納與改變

◆ 了了分明-接納並減少二分法的極端思考，讓情緒較為平緩

◆ 痛苦耐受-接納自我情緒，提升改變動機

◆ 情緒調節-學習不自傷不傷人之自我照顧

◆ 人際效能-學習人際問題解決

專業人員持續維持辯證平衡「接納」與「改變」兩個核心

辯證行為治療

■ 前置約定

- 個案需同意並**承諾**在治療期間努力減少自我傷害行為、做回家作業如紀錄想法與技巧的練習
- 在**自傷前求助**，非傷害後求助，以避免不適切的自傷行為增強
- 承諾努力往自己「值得活的人生方向」前進

■ 依序四階段

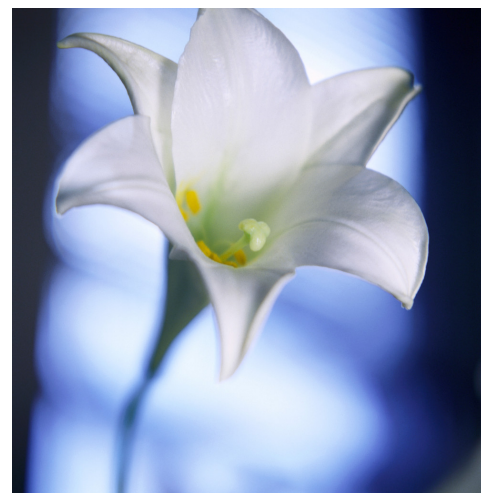
- 階段一：穩定行為，包含減少自傷行為、減少干擾治療行為、增加新技巧
- 階段二：處理過往創傷
- 階段三：穩定生活品質後漸漸開始獲得快樂
- 階段四：獲得自由。

辯證行為治療四種技巧

- 「了了分明」及「痛苦耐受」是接納端的技巧，「情緒調節」及「人際效能」是改變端的技巧
- 了了分明就是 mindfulness，學生可學會靜下心來找尋自己的智慧心，學習不評價／專一／有效的觀察、描述、或參與在生活裡
- 痛苦耐受分為短期危機介入及長期痛苦的接納技巧，讓學生練習耐受生活中無法避免的痛苦（如學業、健康、人際的挫折或失落），有技巧的應對，而非一味忍耐
- 情緒調節中，先教授學生認識情緒的功能，排除無法調節情緒的困難，接下來覺察並命名情緒，再進一步用核對事實、相反行動、問題解決來調節情緒，此外也教授學生平常如何保養自己的情緒健康，如何活出值得活的人生
- 人際效能技巧則教授學生練習平衡自己與他人的需求，何時應該勇敢提出要求／拒絕、何時維持關係、何時保有自尊不需討好他人，也教導學生交朋友的方法、結束受虐的關係、如何從不被認同中恢復等等，重述辯證觀、認可的重要、及行為改變的關鍵

情緒教育與輔導原則

- 情緒無罪須被理解接納，行為表達要有方不自傷不傷人
- 情緒調節與問題解決雙取向
- 好的情緒調節策略原則
 - 獨自完成
 - 不受天氣影響
 - 代價最小
 - 多元方案
- 選擇適合孩子偏好之多元媒材



提升個案樂觀意念

幫助個案找Martin Seligman 快樂三要素：

- 享受樂趣，如享受生活中的小確幸
 - 今天運氣怎麼這麼好
- 參與投入，如對親友、工作、關係等開展投入生命熱情所在的人事物
 - 有你真好、水晶球找生命熱情與興趣
- 創造意義，如發揮個人長處
 - 有我真好，因為我可以…

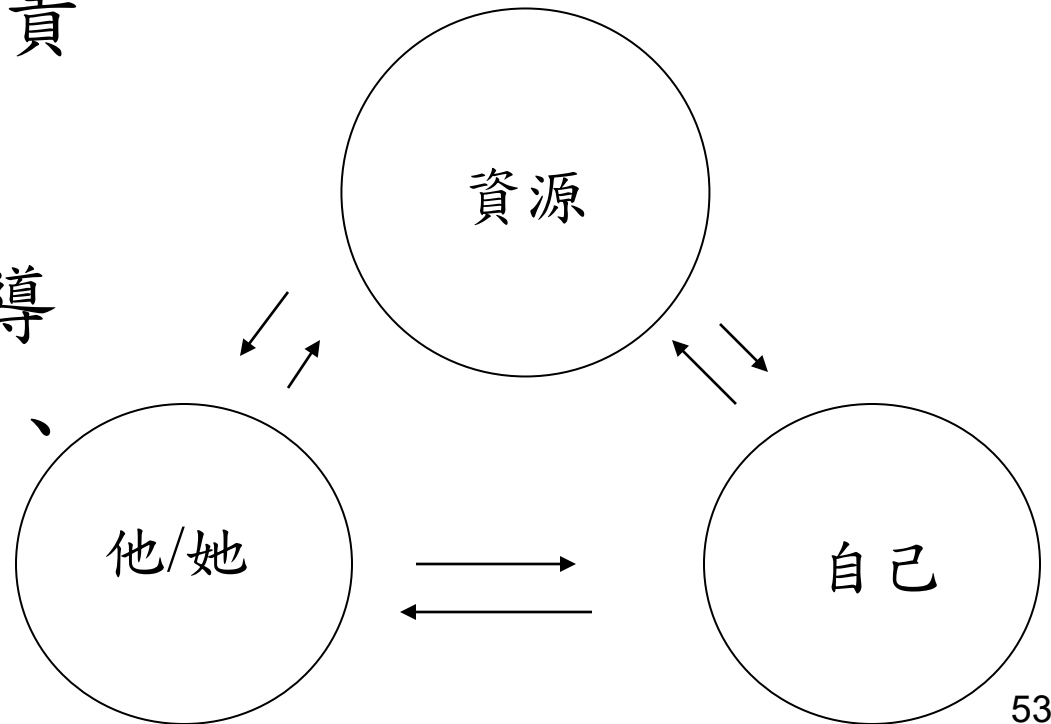
當學生憂鬱自傷時 我們可以做的

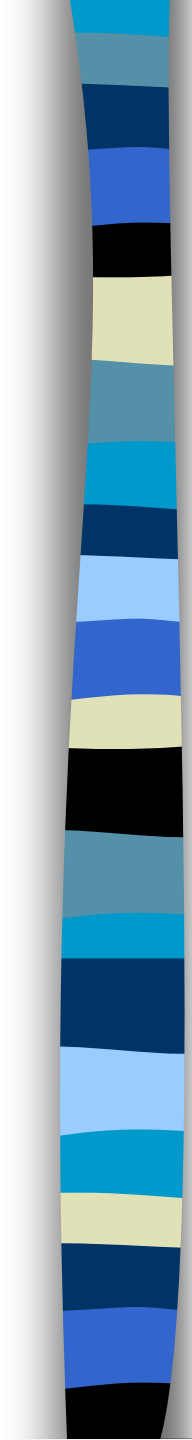
- 安全與關係最重要

- 關懷取代指責

- 找資源協助

如導師、輔導
老師、家庭、
社會資源等





平時做自殺防治守門人 『1問、2應、3轉介』

- 四個重要的環節：
 - 早期辨識自殺徵兆
 - 早期 一問 二應 三轉介
 - 早期轉介
 - 專業評估與治療



急性階段處理

- 讓專業接手，做自我照顧及適時的支持
- 鼓勵就醫服藥
- 讓醫師評估住院必要
- 自殺所用之物品管制

校園發生學生意外死亡危機事件後之處理與步驟



資料來源：高級中等學校輔導參考手冊，王麗斐（主編），2020，教育部，p.165。

校園自我傷害事件發生時

- 四個重要的後續介入目標
 - 減少自殺行為擴散的風險
 - 提供自殺遺族在應對自殺事件上支持
 - 留意社會對自殺的汙名化
 - 傳遞正確訊息
- 總目標為協助親師生從事件中正向學習，並維持健康的校園環境



第四部分

相關憂鬱自傷防治社會資源

年輕族群心理健康支持方案

- 衛福部公告112年8月1日起推出，提供15歲到30歲有心理諮商需求的年輕朋友，每人3次免費心理諮商，全國有300家機構都可做
- 只有年齡限制條件，也不需要曾就診過或其它精神、心理方面的問題才能獲補助，透過新措施鼓勵年輕人及早察覺心理困擾、善用心理諮商，建立正確就醫觀念，以促進心理健康

結語

- 人人都是珍愛生命守門人
- 勇氣，是接受自己與他人不完美，但不放棄地追尋自我與關係，讓生命繼續前行

