

國軍自殺防治中心手冊

第一章 國軍單位自殺防治.....	4
第一節 國軍自殺防治中心介紹.....	4
一、緣起與服務.....	4
二、廿四小時專業人員自殺防治專線.....	5
三、國軍自殺風險個案管理.....	6
四、自殺防治衛教服務.....	7
第二節 組織運作.....	7
一、整合外部相關資源.....	8
二、平日內部教育訓練.....	8
三、積極深入本土軍陣精神醫學研究.....	8
第二章 國軍單位自殺防治評估及轉介.....	9
第一節 單位評估.....	9
一、自殺意念/想法/企圖.....	9
二、自殺風險評估與判斷.....	12
三、危險/保護因子評估.....	14
四、衝動性.....	17
五、評估致死工具的可獲得性.....	18
六、自殺方法的嚴重程度.....	19
第二節 國軍心理輔導三級防處機制.....	21
一、初級發掘預防.....	21
二、二級專業輔導.....	23
三、三級醫療處遇.....	24
第三節 國軍醫院現有門診/急診/住院自殺防治機制.....	25
第三章 國軍單位自我傷害個案常見相關精神疾病簡介.....	28
第一節 嚴重型憂鬱症.....	28
第二節 精神官能症.....	29
第三節 性格異常.....	32
第四節 精神病.....	33
第五節 創傷後壓力症.....	35
第六節 適應障礙症.....	36
第七節 物質相關及成癮障礙症.....	37
第四章 國軍自殺防治中心研究.....	40
第一節 BSRs量表及使用.....	40
第二節 國軍自殺防治相關研究.....	40
附錄一 參考文獻.....	41

第一章 國軍單位自殺防治

第一節 國軍自殺防治中心介紹

一、緣起與服務

民國101年1月28日凌晨三時三十分，20歲的姚姓士兵從港勤艇前往換哨途中失蹤。等待接哨的士兵一直不見他出現，後來在碼頭邊發現一頂軍帽，姚姓士兵疑似落海。官兵動員搜尋後，在碼頭邊海軍編號「YTB-48」拖船（姚屬該拖船之勤務兵）旁發姚姓士兵，搶救上岸後送至國軍高雄總醫院，但於當日晚間7時30分宣告不治。軍警

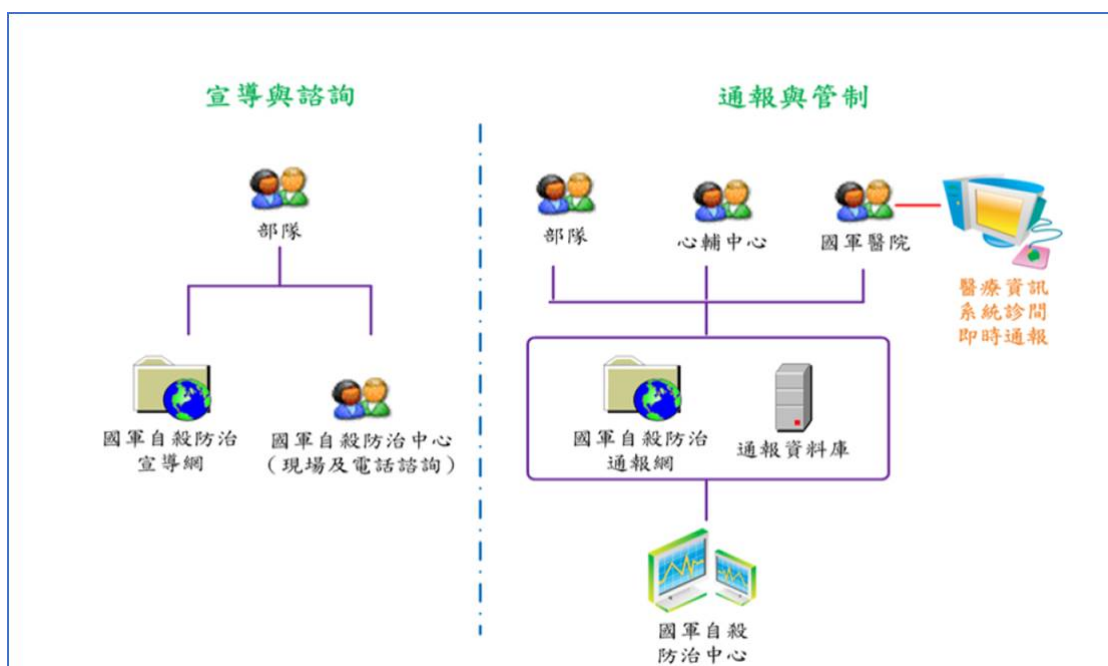
現場勘驗，研判姚可能原在拖船睡覺，起床後要上岸接哨時，因走捷徑上岸不慎落海，身體擦撞碼頭設施才出現傷痕。軍方表示姚在部隊表現良好，無管教問題。軍檢相驗後，發現姚後腦、背部都有多處傷痕，家屬質疑被人推下海，但軍警初步研判姚意外落水，導致頭部受創溺斃，由於家屬因此至國防部前靜坐抗議，引起各界高度重視。

當時國軍北投醫院顧毓琦院長陪同國防部高華柱部長南下巡視時，有感於當時國軍自殺防治系統權責，分屬心輔、政戰及軍醫等體系個自運作，亟需整合統籌，因而指示於當時之國軍北投醫院成立國軍自殺防治中心(Military Suicide Prevention Center; MSPC)。恰於當年(2012年)5月發生總統府衛哨執勤憲兵執勤時舉槍自殺事件，各界因而深感此一中心成立之迫切性，更促成國軍自殺防治中心的加速成立，經相關單位經參訪全國自殺防治中心等諸單位之組織架構及行政模式後，於101年9月10日由高華柱部長正式揭牌運作。

鑑於國防部所提供報告中，指出2000年到2012年間，國軍死亡人數高達2088人，其中「因公死亡」最多，高達755人（36%）；750人「營外意外」死亡（35.8%）；「自殺死亡」332人（16%）；「疾病死亡」246人（12%）；只有5人「作戰死亡」（0.2%）。國軍自殺防治中心成立之目標在期望藉由醫療體系、個案管理、通報系統，達到部隊「零自傷已遂」終極目標。

由於自殺/自傷防治工作是從如何降低危險因子，與提昇保護因子兩方面著手，過去國軍在相關工作上已有良好的基礎，國軍的自殺/自傷防治工作本於關懷與愛、全人照顧的層面下，從點到線、到面，網網相連，期望人人都是「真愛生命守門人」的概念下，做好「一問」—主動關懷與積極傾聽，「二應」—適當支持與陪伴，「三轉介」—資源轉介與持續關懷，不厭其煩再問、持續循環。

二、廿四小時專業人員自殺防治專線



(1)服務品質：

國軍自殺防治中心提供兩線廿四小時自殺防治專線電話，均可由同一電話號碼(0800-395-995)接通。上班時間由精神科專業醫師、護理師、心理師、社工師、職能治療師輪值接聽電話，下班時間則由值班精神科專科醫師提供立即及專業服務。所有求助電話均有錄音以利事後追蹤記錄。

鑑於軍人自殺特色為迫切性及致命性，且心理機轉與歸屬感(belonging)和造成他人負擔(burdensome)有關，而國軍大多數自殺企圖者，在自殺前會期待被發現與救援。為此，本中心增加專線被利用率作法如全國軍醫院門診藥袋上印有專線號碼、大兵日記封面印有專線號碼、心輔系統關懷卡印有專線號碼，並於防治中心自製專線小卡片，於門診、巡迴宣教及駐點服務等各場合發放。

(2)服務量數：

廿四小時自殺防治專線104年全年共服務47人，105年全年服務人數為32人(自102年起至今共計服務人數為371人)，自殺死亡人數為0人。服務電話中以尋求諮商最多31%，其次為自殺防治內容為30%。

三、國軍自殺風險個案管理

國軍自殺防治中心參考及配合全國自殺防治中心之自殺風險評估方式，採用簡式健康健康量表(又稱“心情溫度計”)作為自殺風險評估。BSRS-5為五題五點Likert's量表之簡單篩檢工具，分別詢問或自填近一週之焦慮、易怒、憂鬱、自卑及失眠等相關問題，每題由0分至4分分別代表“完全沒有”至“非常厲害”的嚴重程度，以五題評分之總分為自殺風險評估指標；另設計第六題直接詢問個案是否有自殺想法(0分至4分分別代表“完全沒有”至“非常厲害”)評估個案之自殺意念。

(1)BSRS-5量表篩檢

原全國自殺防治中心建議之紅燈(BSRS-5總分>15分)代表高自殺風險，黃燈(BSRS-5總分10-15分)代表中度自殺風險及藍燈(BSRS-5總分5-10分)代表輕度自殺風險，國軍自殺防治中心針對上述標準施用於國軍士兵族群之現況作一調查，發現改以BSRS-5>10分之個案或第六題有自意念(>0分)之個案為自殺風險個案，會有較良好之信度及效度(據此國防部軍醫局於103年10月通令各國軍醫療單位，以此標準來評估並收治具有自殺意念之官士兵。)

(2)風險個案管理專員

國軍自殺防治中心針對上述自殺風險個案(BSRS總分>10分或第六題>0分)均視為優先處理對象：針對廿四小時自殺防治專線求助個案，符合上述風險指標者均啟動三級防處機制(如表8)且於內部安排個案管理專員，定期電話追蹤，定期開會檢討，直至個案BSRS-5分數小於10分為止。開辦迄今共服務357人次。特別管制個案數75人，已結案62

人，仍在管制中15人。特別管制個案自殺死亡人數為0人。結案個案以停除役最多35%，其次為移至單位自行列管(32%)，另有25%為BRSR-5總分已低於5分而解除管制。

針對部隊基層幹部發現自殺風險個案，可透過軍網通報系統登錄”國軍自殺風險通報”資料庫，並規定BSRS-5風險分數大於10分或第六題>0分者一律送該地區精神專科醫院住院接受治療。

針對各軍醫院各科門診若發現自殺風險個案，可透過醫療照護系統(HIS系統)直接評核BSRS-5風險分數，且規定BSRS-5風險分數大於10分或第六題>0分者一律送該地區精神專科醫院住院接受治療。

四、自殺防治衛教服務

國軍自殺防治中心參考全國自殺防治中心”自殺防治守門人”之概念架構，推行國軍的自殺/自傷防治工作是本於關懷與愛、全人照顧的全面照顧，期望每位成員都是「真愛生命守門人」的概念下，做好「一問」—主動關懷與積極傾聽，「二應」—適當支持與陪伴，「三轉介」—資源轉介與持續關懷，不厭其煩再問、持續循環。

(1)基層衛教

針對基層士官兵心理衛生及壓力適應，設計以實例及簡便方式自我察覺及調適的教材，並指導使用求助電話等方式自助助人。

(2)心輔人員衛教：

針對第一線接觸及照顧士兵的心輔人員，訂有相關危機處理及通報送醫標準程序之衛教教材。

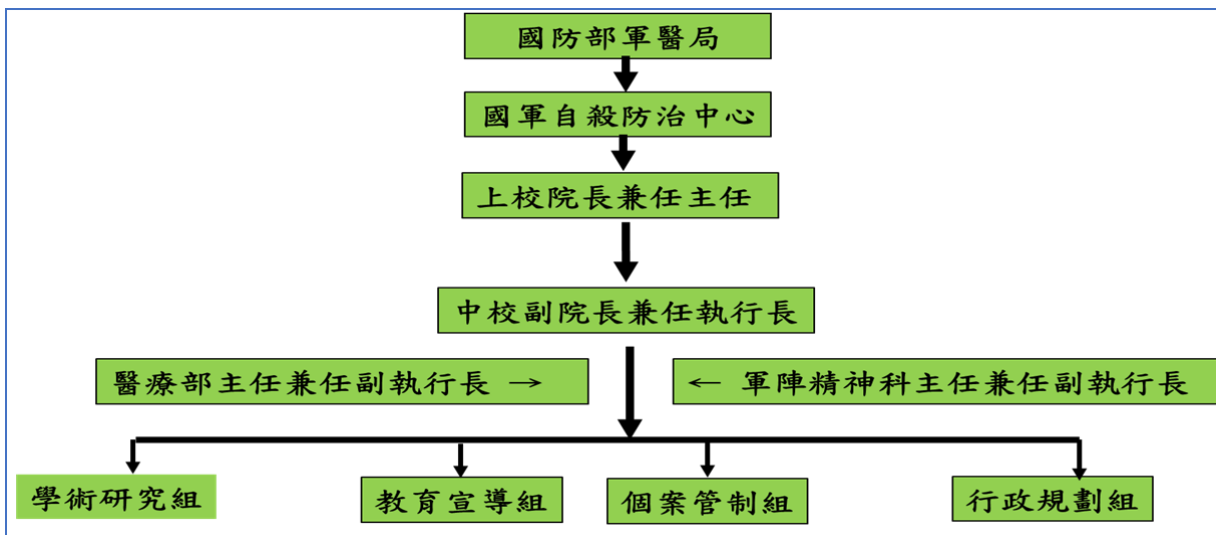
(3)領導幹部衛教：

根據國軍自殺相關研究成果(如:危險因子、心理因素及自殺前兆等)編輯"初官自殺防治教育"講授教材。於軍官學校畢業生實地接觸部隊之前接受理論課程及實例處遇的指引。

(4)專業人員再教育

自殺防治守門人認證教育訓練於民國103年7月完成全院醫師、護理師、心理師、社工師、職能治療師等110多位認證課程，並定期參加自殺防治相關研討並發表研究成果與交換心得。

第二節 組織運作



1. 整合外部相關資源

整合全國防治中心及美國軍中自殺研究中心(Military Suicide Research Consortium, MSRC, director: Prof. Thomas Joiner)提供建議及交換心得。同時參照美國軍中自殺防治準則(VA/DOD Clinical Practice Guideline for Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide)編彙適合國軍之自殺防治準據,以利國軍相關單位參行。

2. 平日內部教育訓練

持續精進相關人員自殺防治知能訓練(如讀書會、期刊閱讀及個案研討),積極參與相關研討會(精神醫學會、全國自殺防治會議及亞太精神醫學會),並持續相關研究(如充份整合國軍自殺風險登錄系統及健保資料庫)以精進目前國軍自殺防治作為。

3. 積極深入本土軍陣精神醫學研究

自殺防治中心除深入研究探討目前國軍自殺率趨勢外,2017年亦有三項國軍自殺相關之國防研究案:

- 一、足浴對住院年輕男性心率變異、腦波、內化症狀及生活品質之相關性研究(楊立光)
- 二、國軍士兵生命態度與自殺意念相關之路徑分析(黃仁弘)
- 三、戒菸個案呼氣一氧化碳濃度與憂鬱自殺意念相關研究(楊皓名)

更期待將研究成果應用於實質自殺防治策略修定及教學宣導教材、進一步鼓勵同仁申請教職,提升研究教學品質。有關於國軍自殺防治中心相關研究請參閱本冊第四章內容。

第二章 國軍單位自殺防治評估及轉介

第一節 單位評估

一、自殺意念/想法/企圖

名詞定義：

自殺意念 進行自殺相關行為的思考，具有不同程的頻率、強度和持續時間。

自殺傾向 有過去或現在的證據（隱性或顯性）顯示一個人想死，亦即意味著要殺死自己，並且了解自己的行動或潛在行動的可能後果。自殺傾向可被回溯確認出來並且被推論當時尚沒有自殺的行為。

自殺風險的評估起始於詢問和了解個案的自殺的想法以及個案為何會想自殺，自殺想法可能會導致自殺行為。其中自殺的想法可能會是持續性的，也可能是時有時無的，而持續性的自殺想法則會比時有時無的自殺想法更容易導致自殺行為出現。

因此在做一個自殺風險評估時一定要全面了解個案自殺想法的本質、強度、頻率以及持續時間長短，也要詢問個案近期的自殺想法以及過去是否也出現過自殺的想法或行為，更重要的是要探詢個案在會談的當下是否仍存在自殺想法以及是否甚至已經有自殺計畫（吞藥、上吊、燒炭、槍械等），當個案有一個結構完整的企圖自殺計畫時，暗示著個案有較高度的可能出現自殺行為。

要記住，直接詢問個案是否有自殺想法並不會增加他們的自殺意念！反而可以讓個案了解你是願意傾聽與幫助他們的。

評估個案當下的自殺傾向的程度是一個關鍵的自殺評估步驟，在自殺想法之後，跟著出現想要採取行動的自殺傾向通常意味著有較高度的自殺風險。因此了解個案自殺傾向的程度是很重要的：1) 想要死去；2) 想要殺死自己；3) 很清楚了解他的行為或潛在行為可能導致的後果。

當個案當下有急性的自殺意念時，可能會出現想要採取自殺行為或是計畫採取自殺行為，也可能兩者同時出現或是都沒出現。這種自殺傾向的演變過程很可能只需要幾分鐘，也可能需要數年。在某些個案中可能這3個自殺傾向的時期都非常短暫不明，甚至是跳過自殺傾向，在出現自殺意念後就直接採取自殺行為。

評估個案的自殺傾向是很具有挑戰性的，雖然很多個案當最後可以討論到自殺想法與自殺計畫時都會感到很放鬆很願意說，但對於自殺傾向方面卻仍難以啟口，而且通常有最嚴重自殺傾向的個案反而最會刻意隱瞞自己的自殺傾向。明確的證據來自於個案客觀行為的表現，包含透露想要死去念頭的紙條或言談，或是準備死亡（把東西送人、去完成遺願等）。當評估一個提到想要死去的個案自殺傾向有多強烈時，有一個很有效的方法，就是反向去評估他活下去的理由有多強烈。是否他們有提到雖然有想過

自殺但會考慮到自己無法離開家人而死去或是他們絕對不會真的自殺，因為不能讓小孩沒有父母等。

過去自殺企圖

先前的自殺嘗試病史是預測自殺行為最可靠的預測因子。因為自殺行為可能因非致命自殺企圖或自殺過程被中斷因而進一步強化(例如：服藥過量後向119求救、立刻嘔吐或被人發現)。多次自殺嘗試的個案通常較複雜，此時便需要尋求精神醫療專業人員。

根據Joiner的人際理論架構，有三個因素是最必須、充分，及接近會導致致命性自殺的原因。其中兩個-「受挫的歸屬感(thwarted belongingness)」和「自覺成為他人的負擔(perceived burdensomeness)」，主要和自殺意念相關。另一個是對身體疼痛、身體受傷，及死亡本身所「習得的無懼(learned fearlessness)」，例如習得自殺的能力(acquired capability for suicide)。

第三個因素讓我們瞭解過去自殺企圖和未來自殺危險之間複雜的相關性。根據理論，最直接(但不是唯一)能習得自殺能力的方式是執行自殺行為，不論是經由自殺企圖、中途停止的自殺企圖(準備進行且幾乎要執行)、或練習、或準備自殺行為(例如：囤積藥物，購買槍枝企圖進行自殺行為，想像某人自殺死亡)。

自殺行動前的線索

自殺行動出現之前，會展現出包含口語的、行為的或處境的線索或警訊，從「自殺意念」到「自殺行動」是經過一連串演進的，所以絕對不可忽略任一環節；及早發現並立即關懷，才能避免憾事的發生。

自殺的警訊(FACT)

1. 感覺(Feeling)：

- 無望的—「事情不可能變好」、「已沒有什麼好做」、「我永遠都覺得沒希望」
- 無價值感—「沒有人在乎」、「沒有我別人會過更好」
- 過度罪惡感和羞恥感、痛恨自己
- 過度悲傷、自責、無助等負面想法
- 持續的焦慮與憤怒

2. 行動(Action)：

- 藥物或酒精等物質濫用
- 談論或撰寫有關死亡或毀滅的情節
- 焦躁不安
- 攻擊、魯莽

3. 改變(Change)：

- 人格—更退縮、厭倦、冷漠、社交疏離、猶豫不決或更為喧鬧、多話、外向
- 行為—無法專心
- 睡眠—睡太多或失眠，有時候會很早醒來
- 飲食習慣—沒有胃口、體重減輕、或吃得過量
- 興趣喪失—對於朋友、嗜好、個人清潔、性、或以往喜歡的活動失去興趣
- 在經過一段時間的消沉、退縮後突然情況好轉

4. 惡兆(Threats)：

- 言語一如討論「流血流多久才會死？」
- 威脅一如說出「沒多久我就不會在這裡了」
- 行動計畫—安排事務、送走喜歡的東西、研究藥物、獲取武器
- 自殺的企圖—服藥過量、割腕

警示徵兆

多數自殺個案會透露警訊或意圖自殺行為，而這些可提供臨床醫師或其他支持者機會去辨識自殺危機及給予面談。

預測自殺行為有以下三個最危險的自殺警訊，這些警訊需要立即的注意，並做心理健康評估、轉介或住院，確保個案安全及穩定。

1. 自殺言辭：提及或談論到自殺，想死或類似的自殺方式。
2. 尋求管道或近期曾使用致死方式：購買繩索、木炭、農藥、在橋上或樓頂漫遊、擁有致命武器、在網路搜尋自殺方法等。
3. 預備自殺：明顯自殺意圖，有無談論自殺相關計劃期程，交代重要處置(小孩、寵物、老人)，寫遺囑或留死亡訊息、財物分配及道別。

對於過去曾嘗試自殺、家人自殺病史、有/無意圖使用致命方式者，若出現以上警訊時危險性更高。在一旦作出自殺的決定時，這些個案可能不太會表現出激動的行為狀態而看似穩定，但卻使我們容易低估自殺風險，上述行為應被視為一個警告信號。

任何一次的自殺企圖都是自殺者向外界求助的訊號，我們都應該加以重視而不應將其誤解是當事者為了獲得他人的注意而加以忽略，否則隨之而來的可能是更致命的危機。

最後再強調一次，直接詢問個案是否有自殺想法並不會增加他們的自殺意念！反而可以讓個案了解你是願意傾聽與幫助他們的。

二、自殺風險評估與判斷

自殺計劃與自殺信念是可以預見的情況，且亦包含在傷害發生之前的各種潛在可能，包括除了言語表現或想法以外的任何事，如搜集一種方法（例如，購買槍支、收集藥丸）或準備自殺的人所作的準備（例如，寫自殺筆記、送東西給別人）

自殺意念、意圖及行為的評估

自殺的自我導向暴力可以被概念化為一端是有關死亡想法及另一端是致命自殺行動的連續性過程。自殺風險經常以逐步的方式發展，伴隨著正在增加與更多明確的自殺意念及計畫來克服矛盾而讓個案變得越來越堅定。

評估自殺風險的第一步是直接詢問個案問題，以決定個案落在這個連續性中的哪個位置。個案是否進展到死亡的想法是自殺意圖存在的必要組成(想死，意味著殺死自己及理解行動的後果)。在某些情況下，自殺嘗試或行動，準備朝自我導向的暴力能被觀察到。在自殺風險等級的構想中，第一個線索是個案出現上述連續性的情況。

理論上，自殺風險的個案在自殺行為發生前就應被確認出來。早期辨識出自殺意念可降低自殺致死的機會。自殺事件始於自殺想法，之後可能會進展到具有自殺企圖的傷害性行為，這個過程可能發生在幾分鐘或是數年之間，期間的每一個處遇治療都

可能有效降低自我導向暴力(self-directed violence, SDV)的機會。在某些具有自殺身亡風險的個案中，唯有出現自殺企圖之後，這樣的危險性才有機會被辨識出來。此模組將闡述一套針對有自殺風險個案所進行的結構性評估，然而自殺風險評估仍是一項未臻完美的科學，其中有大部分仍僅是源自於專家意見，具實證基礎的部分仍相當有限。

個案疑似有自殺意念，近期自殺企圖或自我導向暴力行為時，自殺意念或行為可在許多不同的臨床情境中被辨認出來，也可能進展到不同程度的自殺行動(acts)。大多數的自殺意念不會導致後續的自殺行動，所以自殺意念的盛行率也較自殺企圖的盛行率要高。

自殺風險評估必須包括對患者的內在經歷、思想，信念和態度；外在世界的人際關係和壓力；以及各種會增加自殺風險的因素，和各種可以避免個案自殺的保護因子所做的評量。

判斷自殺風險

自殺風險的評估應該包括下列三個工作

1. 收集關於個案意圖從事自殺相關行為的資訊
2. 評估增加或減少執行意圖風險的因子
3. 整合所有可利用的資訊來決定風險的等級及適當的照顧環境

評估過程的關鍵構成要素是評估目前的意圖及自殺意圖的等級。風險臨床評估的第一個部分是評估個案自殺的想法，執行那些想法的意圖及個案不去從事自殺行為的慾望及能力。任何朝向自殺企圖行為的證據暗示著更高等級的風險。自殺預備行為包括發展計畫來結束個人的生命，排練計畫或採取步驟來為企圖做準備(例如儲存藥品，買一把槍，將一根繩索栓到一個繩套)。評估計畫的致命性是重要的，但同樣重要的是個案對致命性的評估及了解他/她的行為或潛在行為的可能後果。許多自殺個案可能揭露警訊或意圖從事自殺行為的信號。這些警訊是最近相關自殺行為及反應逼近風險的情緒，想法或行為的觀察。

有3個直接警訊預示著將來可能產生的自殺行為，包含：

1. 自殺傳達：書寫或談論自殺、想死或死亡(威脅傷害或殺死自己)，或意圖從事那些想法。
2. 自殺準備：自殺意圖的證據或表達，及/或更進一步對完成計畫採取步驟
3. 尋求接近或最近使用致命方法：如武器、藥物、毒物或其他致命方法

可藉由觀察以上三點來作為立即注意、心理健康評估、轉介或考慮住院以確保個人安全、穩定及保障的根據。

如果該人曾經企圖自殺、有自殺的家族史及/或意圖使用可致命及可接近的方法，這些訊息可能甚至更危險。一旦接近個案的自殺意念、意圖及行為，接著影響風險的其他因子應該以系統的方法來考慮以完成風險等級的決定。這些因子可能包括自殺風險及保護因子，如果可改變的話，能變成臨床介入的焦點以減少自殺風險：

風險因子：增加自殺行為的可能性，包括可改變的及不可改變的指標。

保護因子：增加彈性以迫使個人朝向成長、穩定及健康的能力、特性、環境和個人資源，並增加不同生活事件的應對及減少自殺行為的可能性根據僅累積風險因子的風險評估是不切實際的。很多風險因子不是可改變的。

風險因子的覺察可提醒臨床醫師注意一般風險等級，它也是關鍵的誘發因子，且評估個案目前的心理狀態、自殺意圖及行為是最立即且重要的。

最後，自殺風險等級也應該決定最適當的治療環境，以對付自殺風險及提供治療。決定治療環境的首要重點在於安全性。被評估有明確自殺意圖的個案比起那些能夠維持自身安全的，將需要更高等級的安全保護。高風險的個案需要心理健康專業的評估及可能的住院治療，以提供增加的照料等級及較高強度的治療。那些中及低風險的人被轉介到有適當支持及安全計畫的門診治療環境，可能能夠在社區持續追蹤。

建議

自殺風險評估首先應該評估三個部分：自殺想法、意圖及行為，包括可能增加個案疾病加劇的警訊。自殺風險評估包括考慮可能增加或減少個案自殺風險及保護因子。警訊的觀察與存在，評估自殺想法、意圖、行為與其它危險，保護因子都應該被告知以決定轉介較高治療等級。心理狀態及自殺意念可以隨著時間大幅波動。任何自殺風險的人應該被定期重新評估，特別是如果他們的情況已經改變了。臨床醫師應該在臨床會談時觀察個案的行為。無系統或缺乏融洽關係可能暗示自殺風險的增加

評估自殺風險應在整個評估過程保持同理及客觀。直接、非評判的方法，以合作的方式使臨床醫師收集最可靠資訊，並讓個案接受幫助。

個案自殺風險的評估經常在緊急關頭被執行，這時候個人可能感到被威脅，因為他/她的分享自殺想法及行為導致住院、行為限制而失去自主性，或經由精神疾病或相關汙名而失去自尊。如果個案為了離院或使家人或臨床醫師安心而企圖減少她/他的症狀，此風險可能混淆評估。

汙名化對自殺或自我導向暴力風險的人可能會打消其求助行為。所以重要的地方在於意識到個案具有潛在會減少他們自殺風險與試著安撫及說服臨床醫師他們能不用治療。有自殺危機的個案經常感到羞愧及往往對被評判感到敏感。因此以一個中性的、非評判的評估更可能產生可靠的資料及促進與個案的與治療者的合作。評估應該是逐步的、從一般到特殊的問題。如果自殺風險因子變得明顯就需要更詳細的探索。但亦須要認知到在那些不明確地表達意念或計劃、尋求方法或威脅自殺行為的人其自殺風險可能是高的。真正打算結束生命的人可能隱藏警訊。如果個案不願或不能提供準確的資訊，那麼臨床醫師可能需要轉達客觀的觀察及表露的行為。在這種情況下，建議諮詢心理健康專業人員。

一些提供者擔心的是他們可能透過詢問自殺而促使個案想自殺。然而證據顯示自殺意念及意圖的直接評估不會增加自殺風險。透過談論不會導致自殺的風險；如果避開這個話題，才會忽略或錯失自殺的風險。問題應該以非評判的方式表達來提高產生真實反應的可能性。

評估自殺要問的問題例子都包含在下列的建議中。此處提供的例子用來協助臨床醫師選擇單字與詞組及說明產生替代的資訊。在某些情況下，其他自殺風險評估工具可以協助發現個人痛苦等級與他或她陳述關於自殺意圖等級的不一致性

三、危險/保護因子評估

背景

自殺通常會在其他重要的因素並存時發生。自殺行為需要一個預測、促發事件和可近性（方法和獲取方式）來達到目的。而這些提供我們可能的介入方向來降低各階段危機出現的風險。

1、危險因子

辨識危險因素有助於區分低風險及高風險族群，包含可改變的和不可改變的因素。無論危險因素改變與否，都傳達了危險的形成。而那些可以改變的危險因素也可以作為介入的標的。危險因素評估會根據臨床可提供的資源及和照護的等級而有所不同。

危險因素的存在可能會增加自殺的危險，但其需要藉由警訊存在與否來進一步確認。例如，並不是所有失業的人都存在自殺的危險，然而如果一個失業的人可能是因為經濟狀況不佳或是無力維持家庭開銷而未來逐漸感到無望，開始表達出不知所措(自信下降、無助感)的狀態，這時候自殺危險性就很高。

精確預測將來自殺嘗試是有困難的，然而，重要是要知道在許多情況下，自殺個案常會在自殺行為發生前便傳達出自殺意念及感覺，或對他人表達想殺了自己的意圖(平均29%，2009- 2011年)，如果錯失這些訊息就會錯過保全生命的時機。針對高危險個案出現行為改變及相關危機出現時，將危險因子辨識出來預測自殺行為是可行的。和個案可能接觸的朋友、家人、主管及其他人，都可以提供幫助。針對這些壓力源進行介入處理，才能降低危險及避免進一步自殺行為的警訊發生。而即使個案作出自殺決定後亦可能出現相對矛盾的狀態(不太激動、看似穩定)，導致臨床醫師低估自殺危險性。因此，當這類個案突然病況改善，可能意涵著高自殺風險的出現，需要密切關注及重新評估危險性。

建議

1. 評估者應該獲得充分危險因素的資訊做為基本評估依據：但亦需了解這些危險因素在預測未來自殺行為發生有其限制。
2. 評估者應利用現有的資料，包括過去個案的記錄、問題回應及對個案、家庭或軍事單位成員的觀察。
3. 除了臨床面談，使用評量工具(即使評估面向侷限)也可用來評估危險因素。
4. 基本的評估後如情況變化時應做再評估，如發現在家裡發現槍枝、社交孤立及過去憂鬱病史等。
5. 危險因素應考慮到高危險族群(如患有憂鬱症病史)和高危險時機(如最近人際衝突)等。
6. 確認危險因素時必須同時考慮到個案的後續照顧。
7. 當個案的病況(如酒精依賴復發)或心理社會狀態(如親密關係的結束)發生變化時，應再重新評估危險性是否增加。應針對個案狀態變化隨時更新危險性評估。
8. 18-25歲個案服用抗憂鬱藥物是出現自殺意念高危險群，必須針對這些個案的自殺行為進行嚴密監控。
9. 針對職務調動期間的現役軍職人員，評估者應該：
a. 詢問個案調動後的生活變化及了解其他相對應的變化(生理承受能力、海外職務的篩選等)。
b. 當存在其他危險因素時，必須進行討論及衡量可以增強社會支持的方法

以下列舉可能危險因素包含：

心理因素

- 親戚、名人或同儕自殺
- 自殺悲慟反應
- 失去愛人
- 失去婚姻(離婚)
- 失去地位、尊敬

社會因素

生活壓力事件（急性壓力）

- 親密關係的分離或威脅
- 其他事件（例如被開除，逮捕，驅逐，毆打）

慢性壓力源（持續的困難）

- 經濟問題
- 無業或待業中
- 不穩定的住所
- 過度負擔、經濟收入低（foreclosure, alimony, childsupport）
- 法律問題
- 刑事犯罪和監禁

社會支持

- 不良的人際關係（同事，父母，小孩）
- 缺少支持（地緣上的限制）
- 健康照護的可近性
- 近期照顧品質的變化（從精神科病房出院）

心理疾病

- 情緒或情感疾病（重鬱，雙極性，產後）
- 人格疾患（特別是邊緣性及反社會）
- 思覺失調症
- 焦慮症（創傷壓力症候群，恐慌症）
- 物質使用疾患（酒精，非法藥物，尼古丁）
- 飲食疾患
- 睡眠障礙或疾病
- 創傷（心因性）

醫療狀況

- 有創傷性腦傷病史
- 疾病末期
- 愛滋
- 新診斷重大疾病
- 正有醫療狀況
- 慢性疾病惡化
- 中毒
- 物質戒斷（酒精，鴉片類，古柯鹼，安非他命）
- 使用會增加自殺危險性的藥物

身體症狀

- 疼痛
- 失眠
- 功能缺損

軍隊特有情形

- 受到處分
- 降階
- 工作適合性的挑戰
- 感覺到不公正或背叛感覺
- 領導壓力，被單位孤立
- 換工作地點
- 離開單位或服務地點
- 不好的部署服務經驗
- 部署在戰鬥單位服務

已存在可能的危險因素（不可變動的部分）

- 年齡（年輕人或老年）
- 性別（男生）
- 種族（白人）
- 婚姻狀態（離婚、分居、喪偶）
- 家庭史
- 自殺企圖
- 心理疾病
- 兒童虐待（心理、性）
- 性創傷
- 低教育程度
- 同性傾向
- 文化或宗教信仰

2、保護因子

評估保護因子可以識別潛在抵抗力和韌性，可用來緩衝自殺風險也可以作為鼓勵處於風險之中的人希望的一種方法。應加以利用這些因子以降低短期和長期自殺風險。

建議

1、自殺評估應該包括保護因子、個案活著的理由或其他能緩解自殺風險的因子

討論

保護因子研究落後於危險因子研究，上述表列的保護因子僅是依據目前現有數據、臨床經驗及理論而獲得的先探。強化個案既有的保護因子來做自殺防治可能較評估能否以保護因子減輕整體風險更為有用。

四、衝動性

背景

衝動性被認為是自殺的危險因子，而且經常是指”無法去抗拒一個本能需求或刺激，或是一個行為發生缺乏深思或考慮它的後果”(Zouk, 2006)。自殺危險的評估應要同時聚焦在這兩者，包括自殺行為本身與眾不同的部份(如失去控制、因突然的想法而行動)，及衝動性作為個人的特質(例如，出現一些不適切的行為，像情緒爆發或輕率的性行為、或因物質使用導致負面衝動惡化)。

建議

1、自殺危險性的評估應該包括衝動性的評估，藉著判斷個案是否正感到失控及正衝動地從事危險行為；2、評估個案生活方式及行為模式的特徵，是否為衝動性的魯莽及冒險，因此可能限制個案控制自己行為的能力。

討論

衝動性一直與自殺企圖的較高發生率及較高致死性有關 (Javdani et al., 2011)，並常和邊緣性人格 (LeGris J., 2006)、躁鬱症 (Swann et al., 2005)、酒精依賴及嚴重憂鬱症的執行功能失調有關連 (Keilp et al., 2001)。輕微到嚴重的腦部外傷，與增加去抑制/衝動性、增加自殺行為有關 (Yurgelun-Todd et al., 2011)，增加社會支持可能緩和衝動性 (Kleiman et al., 2012)。

過去一般常見甚至專家對於自殺的觀點都納入大部分的自殺與衝動性有關的概念；但目前的研究顯示大部分的自殺會伴隨自殺計畫之後，也因此是有可預測的可能性。這個重要的差異是因為基本上要去仔細的區分“衝動狀態state of impulsivity”(自殺起因於衝動行為的傳統觀點)，及出現在整個個案生命人格特質裡的“衝動性impulsiveness”。這與目前根據Thomas Joiner研究所指出的自殺涉及的3個重要因子的看法是一致的：1. 感覺自己成為他人的負擔；2. 缺乏歸屬感；3. 因經歷能培養不害怕自殺及完成自殺的活動，而習得自我傷害的能力。後續的研究也提出衝動的特質並不能夠預測自殺企圖的衝動，以及非衝動性的自殺企圖是具有較高致死性 (Smith et al., 2008)。

個案的衝動程度應該是自殺風險評估的一部分，因為衝動性會增加個案未來獲得自殺能力的可能性 (Smith et al., 2008 p.12)。臨床工作人員不應該過度的聚焦在個案衝動性的程度本身，而應該花較多時間評估個案衝動性的程度已在實際生活上造成痛苦及惱人的經驗，這些經驗應該要被納入自殺風險評估中 (Smith et al., 2008 p.12)。

五、評估致死工具的可獲得性

評估獲得致死工具的意圖或可獲得性：包括槍枝及彈藥、藥物、毒物及其他在病人家中的可能工具。對服役人員而言，還包括在部隊中是否接觸槍枝。

背景

軍中服役人員及榮民都有可能因使用槍枝自殺致死的相關風險；有鑑於這群人本就有更多機會靠近並接觸槍枝，因此使用槍枝自殺的風險也增加。某些兵種更是天天拿到槍，而且絕大多數的軍人也多少受過武器訓練。評估者應該評估出現及靠近致死工具的可能性，包括槍枝及火藥、醫師處方或非處方藥物、毒物及其他在病人家中的可能工具。

建議

出現及靠近致死工具的評估應包括：

- a. 槍枝：總是要詢問是否接觸槍枝或彈藥(包括個人擁有的)及收藏方式
- b. 藥物：所有病人都應執行完整的用藥安全探討 (medical reconciliation)。任何目前或將使用的藥物都要仔細考慮其損益及用於自殺的致死性。也要考慮限制給藥量給有高自殺風險、有用藥過量紀錄或是考慮是否有照顧者來監控服藥的人。
- c. 家中的毒物：評估化學性毒物的可取得性，特別是農用或家用的化學物。

討論

致死工具的可近性與自殺事件之間有著顯著的正相關(Humeau et al., 2007)。依據觀察性研究的有限證據及目前可得的有關自殺方式的人口數據，有關在一般人口、國軍人員的分別討論如下：

一般人口

數個研究都提出，男性及女性自殺族群在致死模式上的性別差異議題。傳統上，女性選擇的自殺方式通常比較不會致死，而男性選擇的常常比較猛烈或是結果不容易挽回。上吊是歐洲國家最常用的自殺方式。事實上，54.3%的男性及35.6%的女性死於上吊(Varnik, 2008)。一個包括日本及美國針對自殺方式的個案研究顯示，在日本有很高比例採用上吊自殺(男性70.4%，女性60%)；但美國低很多(男性18.2%，女性16.2%)。相似地，澳洲的研究則報告有32%採上吊自殺。槍枝是一種高致死性的自殺方式，歐洲國家中，在男性排第三(9.7%)，女性就較少採用(1.3%)。但在美國相對的比例就高很多，分別是男性63.1%及女性37.2%(Ojima 2004)。澳洲報告使用槍枝則佔全部自殺比例的22%。管制槍枝顯然是減少自殺死亡率的有效方式(Leenaars, 2004; Shenassa 2003)。美國在1999及2004年間，槍枝造成54.6%的自殺身亡，20.4%自殺死因是窒息，而17.2%死於毒物。兩份美國的研究也確認槍枝的可取得性，尤其手槍，與成年男性的自殺危險有關(Birckmayer et al., 2001; Conwell et al., 2002)。從急診室就醫人數中，統計18歲以上並以藥物自殺的人數，33.2%與酒精有關，28.4%為非法藥物如古柯鹼或大麻，59%為精神作用藥物，36%為止痛劑如鴉片類製劑、非類固醇抗發炎藥物及乙醯胺酚(SAMHSA, 2006)。

國軍人員

在台灣方面，統計國軍自殺防治中心於民國106年數據，在929件通報數中，男性為90.1%，女性為9.9%。其中自殺方式則為自我傷害(割腕、捶打物品)佔43.1%、吞服鎮定安眠劑以及跳樓均佔13.8%、燒炭以及吞服其他化學物質均佔8.6%、上吊佔6.9%、車禍佔3.4%。綜上所述，可以發現自殺方式各國不盡相同，發展符合當地文化背景及實務需求之自殺防治原則為首要考量。

六、自殺方法的嚴重程度

最優先考量的部分是安全問題。被評為具有明確自殺意圖的患者需要有更多的安全防護。有高度自殺風險的病人可能需要住院治療來提供高度的監管和照護。那些中、低急性風險個案可轉介門診照護並提供適當支持和安全計劃。

高度急性自殺風險

包括那些有著警示徵候，嚴重的自殺想法，具有計劃或意圖自我傷害，近期有著自殺企圖，有著明顯的激動、衝動或精神病。在這種情況下應安排立即轉診精神科評估或住院，並在之前確保不間斷的觀察和監測。

中度急性自殺風險

包括那些有自殺意念和計劃但無意圖或預備行為的病人。若有合併警示徵候和危險因子，包括暴力（自殺企圖）的病史將會增加自殺的風險。中等風險的患者應持續進行評估。是否轉診患者到精神科或急診室的決定取決於病人的表現。被轉診的患者，如果評估顯示出達疾病程度或有其他的臨床表現，是可能須接受住院治療。如果病人和行為健康提供者共同決定患者能夠利用非傷害性的應對方法維持其安全和利用安全計劃，個案將可在門診進行處置。

低度急性自殺風險

包括最近有自殺意念但沒有具體的計劃或意圖從事致命的自我傷害但沒有自殺行為的病史者。建議心理諮商以確定是否需要轉診治療，並討論安全議題。這些患者應被追蹤來進行重新評估。病患這在過去曾報告有關於死亡或自殺的想法，但目前沒有任何的這些症狀則不被認為是有著自殺的急性風險。沒有證據指出在這些情況下需要諮詢心理衛生專家，患者應遵循常規照護，繼續接受治

療其疾患和定期重新評估想法和意念。

建議

1. 高風險患者應立即轉介專業評估並須特別地關注病人的安全和考量住院。
2. 中度急性風險患者應由精神科醫師進行評估。
3. 低度急性風險患者應考慮諮詢或轉介給精神科醫師。
4. 在未增加急性風險的患者應遵循常規照護治療，並定期評估自殺風險
5. 對於那些風險仍未確定的患者而言（病人無合作或者儘管其有風險但患者拒絕提供者的關注）應由精神科醫師進行評估。

可能增加自殺風險程度級別的情況：

物質使用：酒精或物質濫用病史伴隨認知判斷障礙，可能會增加自殺方式的嚴重度與自殺行為的風險

方法的可近性（槍支、藥物）：可能增加自殺行為的風險

自殺風險	自殺風險指標	促發因素†	依據風險程度的初步行動
高度急性風險	<input checked="" type="checkbox"/> 持續的自殺意念或想法 <input checked="" type="checkbox"/> 強烈行動意念或計劃 <input checked="" type="checkbox"/> 無法控制其衝動 或 <input checked="" type="checkbox"/> 近期的自殺企圖或準備行為††	<input checked="" type="checkbox"/> 急性精神疾病狀態或急性精神症狀 <input checked="" type="checkbox"/> 急性促發事件 <input checked="" type="checkbox"/> 不適當的保護因子	保持對病人的直接觀察控制 限制致命方法的可近性 立即陪同轉介到可住院的急迫/緊急照護環境
中度急性風險	<input checked="" type="checkbox"/> 當下的自殺意念或想法 <input checked="" type="checkbox"/> 無意思要採取行動 <input checked="" type="checkbox"/> 能夠控制衝動	<input checked="" type="checkbox"/> 存在警示徵候或危險因素†† 及 <input checked="" type="checkbox"/> 有限的保護因子	轉介到行為健康提供者來完成評估和介入 聯繫行為健康提供者，以決定轉診的可行性

	<input checked="" type="checkbox"/> 沒有近期自殺企圖或準備行為 或預先排演		限制致命方法的可近性
低度急性風險	<input checked="" type="checkbox"/> 近期的自殺意念或想法 <input checked="" type="checkbox"/> 無意思執行或無計畫 <input checked="" type="checkbox"/> 能夠控制衝動 <input checked="" type="checkbox"/> 沒有計畫或預先排演自殺行為 <input checked="" type="checkbox"/> 沒有先前的自殺企圖	<input checked="" type="checkbox"/> 存在保護因子及 <input checked="" type="checkbox"/> 有限的風險因子	考慮諮詢行為健康提供者來確定： -轉介的需求 -治療 處理所呈現的問題 指出安全問題 記錄照護和行動的理由

第二節 國軍心理輔導三級防處機制

- (1)初級發掘預防:由基層幹部(營、連、排、般級領導幹部)負責第一線防處工作
- (2)二級專業輔導:由各級心衛中心心輔人員(官、士、員)擔任。
- (3)三級醫療處遇:由各地區心衛中心心輔人員(官、員)擔任。

一、初級發掘預防

藉由教育推廣、生活觀察、雙輔導人、家屬聯繫及重要他人健全官兵心理健康。透過營、連、排、班基層領導幹部負責單位心輔工作推行、運用基本談話技巧、客觀身心狀況觀察與辨識，主動掌握心緒不穩官兵，早期發現並視需要實施輔導與轉介。

工作方法:區分「新進人員」「一般官兵」「輔導個案」及「常備兵役軍事訓練」等四項

一、新進人員:報到3個月內為實施對象(含調職、撥交、分發)

(1)到部後單位主官(管)親自實施約談、聯繫家屬、與保防官聯繫獲取「國軍安全調查資料」、詳加查閱大兵手記或個人基本資料，掌握家庭背景、營外交友、壓力事件、休閒嗜好、前科紀錄、家族(身心)病史、自傷前例及各項評量篩選工具結果以指導排、班級(含比照)幹部，落實關懷約談(不拘形式每週至少乙次)、家屬聯繫等；(2)遴選建置內背景相近、具主動、熱忱、負責特質且學習適應良好人員擔任「輔導人」，協助新進人員適應環境，工作內容由營、連輔導長親自指導交付(不含諮商輔導)，適時回報執行情形協助幹部了解掌握新進人員適應狀況；(3)對歸化本國、旅外華僑或曾至國外留學者，須秉持尊重多元文化態度、遴選具服務熱忱、背景或具語言能力官兵，從旁輔導協助，與家屬建立溝通管道時維持保密原則，協助適應部隊生活；(4)休假時單位主官(管)主動實施家屬聯繫並鼓勵所屬間互相關懷，增進情感交流，藉此掌握新進人員家庭、交友與休假狀況。(5)到部隊後1-3個月須完成「國軍身心狀況評量表」普測，若結果為「須中、高度關懷群」人員實施「重複檢核」，檢核結果為「需中度關懷群人員」由連隊持續觀察掌握輔導，並是個案狀況適時轉介單位「心理衛生中心」協處；若為「需高度關懷群人員」精心輔官人工檢核後列為輔導個案者，應指派專人並轉介心輔官輔導。

二、一般官兵輔導:自報到三個月後至退伍前實施

(1)各級幹部應發揮敏感度，藉個別約談及輔導管制作為了解所屬心緒狀況，若發現危安徵候，主動關懷協助，並適時轉介單位心理衛生中心接受專業輔導。(2)各級幹部應綿密家屬(重要他人)聯繫工作，建立雙向溝通管道、善用社群網路掌握與傳達相關訊息，發揮即時掌握即時協處，防範危安事件肇生。

三、輔導個案:據自傷前例(傾向)、偏差行為、嚴重適應不良、成癮問題(藥物、酒精、網路等)、重大痼疾、心緒失衡、精神疾病、智能不足、工作壓力、感情困擾、遭幹部刻意刁難、霸凌、屢受處分(悔過)、量表施測結果為需列管或其他持續輔導個案實施。(1)各級幹部應發揮高度敏感度，負與直屬幹部輔導任務，掌握所屬問題與壓力源，每週至少實施約談乙次(營、連級每2週，將相關輔導紀錄登載於政戰工作紀要)並安排雙輔導人，掌握個案心緒變化，若無顯著改善應立即轉介心理衛生中心協處。(2)各級幹部應綿密家屬聯繫，告知個案在營狀況，並請家屬協助掌握其營外休假情形，適時發揮支持功能；另應了解並掌握對個案有影響力之「重要他人」(如家人、配偶、好友等)，形成支援系統，發現個案友自我傷害意圖或行動時應及聯絡「重要他人」協處，防範危安事件肇生。(3)凡因精神疾病引發自我傷害動機或行為之人員，應即轉介單位心理衛生中心或各地區心理衛生中心協助安排至各國軍醫院精神科鑑定、治療，經診斷達停役標準者，單位應與個案即其家屬充分溝通以建立共識，儘速協調人事部門辦理停役事宜並指派專人陪伴避免獨處。(4)各單位應加強人員資審，嚴格貫徹武裝衛哨「先查後用」原則，凡具自傷傾向、精神疾病及嚴重適應不良等官兵，一律不得擔任武裝衛哨；另連隊幹部應敏銳觀察衛哨輪值人員，凡身心狀況不穩定、神色異常、表現特異者，應謹慎判斷必要時當機立斷調整值勤以杜危安。

四、常備兵役軍事訓練人員輔導(含二階段):民國83年1月1日(含)以後義務役役男。

(一)入伍訓練階段:

1. 常備軍事訓練人員:

(1)役男入伍一周內新訓單位主官(管)主動協請心理衛生中心安排施測「人際、思考、情緒、行為」量表，了解個人潛在心理困擾特質及自我傷害傾向，針對BASIC量表「危機處理組」人員即予約談、轉介並列為輔導重點；另施測結果為「轉介醫療組」、「心理治療諮商組」、「未通過測謊」和「有特殊反應題者」人員單位主官(管)了解個案狀況後於五日內填寫「國軍官兵行為檢核表」(OBS)並將檢核結果列冊與檢核表正本密送心理衛生中心存管。

(2)發現「具自我傷害傾向或前例」、「立即性危安顧慮者」及疑似「精神疾病」人員或經國軍醫院通報「自傷防治關懷通報單」者，應即列「輔導個案」管制並反應上級知悉指導，同時轉介專業心理衛生中心實施輔導或至國軍醫院精神科(身心科)醫療診治與鑑定事宜。

(3)入伍結訓前，輔導長應將需關懷人員輔導資料詳實記載，並將「人際、思考、情緒、行為」量表施測結果及「國軍官兵行為檢核表(OBS)」親自點交簽收。

2. 二階段常備兵役軍事訓練人員(寒暑假期間受訓)

(1)入伍訓期一週內單位主官(管)主動協請心理衛生中心安排施測「大學生心理健康量表」，施測結果結果為「危機處理組」人員即予約談轉介並列為心衛中心輔導重點；另施測結果為「心輔幹部協助組」人員，由心衛中心進行人工檢核，評估是否納管或追蹤，若未開案者視同「基層幹部協助組」協助適應；結果為「基層幹部協助組」人員，單位主官(管)應每兩週定期關懷面談並實施「自殺風險檢核評估」；結果為「未通過測謊者」人員，視需要轉介心衛中心或重新施測。

(2)結訓後輔導長將相關輔導資料納入個人兵籍資料內移轉至所列戶籍地縣(市)後備指揮部會銜人員簽收以利銜管；受訓期間如發現需關懷人員，主動聯繫個案在學學校輔導中心並告知個案輔導狀況。

(二)專長訓練階段:

1、針對「人際、思考、情緒、行為」量表結果為「危機處理組」、「精神衛生醫療組」和「心輔幹部協助組」等人員，單位主官(管)每週需定期關懷；另施測結果為

「輔導關懷組」或檢核結果為「基層幹部協助組」人員，主官(管)應每兩週定期關懷。

2、凡發現「具自傷傾向或前例」、「立即性危安顧慮者」及疑似「精神疾病」人員或經國軍醫院通報「自傷防治關懷通報單」者應即列入「輔導個案」管制，並立即反映上級知悉指導同時轉介心衛中心輔導或安排至國軍醫院身心科診治及鑑定事宜。

二、二級專業輔導

主要受理基層單位轉介個案，提供基層幹部教育諮詢及個案輔導與轉介；透過一級督導一級、基層巡迴宣教與實務工作輔訪等方式，主動鍊結官兵「家庭支持系統」、「部隊行政建制」、「民間(社區)輔導機構」，形成環環相扣之心理健康照護體系；有效支援基層單位心輔工作。

工作重點在於協助級需提供改善和解決問題之官兵，適時結合官兵家屬、隊職幹部級心輔人員等力量，共同參與輔導，並針對據自傷前例(傾向)、偏差行為、嚴重適應不良、成癮問題(藥物、酒精、網路等)、重大痼疾、心緒失衡、精神疾病、智能不足、工作壓力、感情困擾、遭幹部刻意刁難、霸凌、屢受處分(悔過)、量表施測結果為需列管或其他持續輔導個案加強追總輔導與協助。

工作方法

一、新進人員(一般官兵)輔導：

(一)各級心衛中心依年度工作重點級結合單位特性、任務實需，訂定宣教主題，辦理心理衛生宣教、專題講座及相關教育推廣活動等預防較鬱。(二)以走動式輔導方式，透過各項會議、研習級宣教等時機，主動發覺異常；另適時指導所屬營、連幹部輔導工作，強化初級防處效能；(三)官兵於受訓(基地進訓)期間，原屬單位應將輔導資料移轉或通知受訓(基地進訓)單位，協助官兵適應受訓(基地進訓)生活。

二、「常備兵役軍事訓練」人員輔導：

(一)入伍訓練階段：

1、心理衛生中心於訓期1週內完成「人際、思考、情緒、行為」量表，五日內完成計分，答案卡影印本連同重複檢核表密封送交單位主官(管)。

2、回收單位主官(管)重複檢核表正本，對「危機處理組」、「精神衛生醫療組」及「心輔幹部協助組」等人員進行人工檢核，即時輔導或醫療協處。

3、結訓前3日前將施測結果電子檔移轉至各專長訓練單位心理衛生中心銜管。

(二)專長訓練階段：

1、接獲入伍訓心理衛生中心移轉資料3日內將「人際、思考、情緒、行為」量表施測結果密封送交各單位主(官)管輔導管制。

2、對自我傷害未遂者、精神疾病與立即性危安顧慮者，每2週至少追蹤輔導一次，經心輔人員輔導無顯著改善者應轉介地區心衛中心賡續輔導。

三、個案輔導：

(一)對自我傷害未遂、精神疾病或案情重大個案，每月至少實施追蹤輔導乙次，經心輔人員輔導無顯著改善者，得轉介至地區心理衛生中心協助醫療轉介或經單位主官(管)核准後，轉介民間輔導機構進行專業輔導。

(二)未確保個案輔導成效，「輔導個案」尚未結案前應持續了解其在營狀況，並主動提供單位相關輔導建議及作法建立輔導共識，共同掌握其身心變化，賡續實施追蹤輔導。

(三)悔過人員經心理衛生中心輔導後(評估壓力反應程度及實施安心協助措施)，如發覺個案仍對處分深感冤屈不平者，應將「輔導意見函覆表」送請單位重新審酌；若個

案具自傷傾向、心緒不穩或精神疾病者，應要求單位轉介醫院精神科實施評估。

(四)各單位悔過人員心理衛生中心應與悔過室管理單位心衛中心先期電話聯繫，告知悔過人員各項狀況並函轉「個案轉介摘要表」銜續輔導；另悔過室管理單位心衛中心每週對悔過人員實施團體輔導乙次並完成紀錄呈核，視悔過人員狀況實施個別輔導(或通知原單位心輔人員實施)，如發覺個案身心異常時，應轉介醫院進行評估。詳細輔導作為參照「國軍執行悔過人員心理輔導作法」辦理。

三、三級醫療處遇

要旨:主要受理二級輔導無顯著改善個案之心理諮商(輔導)，以及轉介醫療診治前、後之輔導作為為主，對嚴重心理異常者轉介醫療體系；另負責無心輔人員編制之三軍獨立、分遣單位之個案諮商與團體輔導，協助部隊落實心理衛生工作。

工作重點:針對基層部隊或二級心理衛生中心轉介個案，主動安排精神醫師專業診治或協助急性個案住院安置並掌握精神科管制之自傷個案，主動聯繫所屬單位心輔官及主官(管)，配合精神醫療處遇作為共同建構自傷防處機制；另整合轄區軍、民心輔資源，遂行心輔工作。

工作方法:受過專業訓練心輔人員或精神科醫師，進行危機處理、密集輔導、擬定輔導作為，統合部隊建制、醫療資源與社會支持網絡，發揮矯治、醫療與心理重建，工作方法如下:

一、協調聯繫醫院內各醫療部門建立個案評估、醫療轉介工作流程及作法、統合心理輔導與醫療資源，發揮諮商輔導、醫療矯治與心理重建之功能。

二、受理地區內無心輔人員編制之三軍獨立、分遣單位申請，進行個案諮商與團體輔導工作。

三、協助各級部隊自我傷害未遂，或輔導無顯著改善個案之醫療轉介工作。

四、協助國防部擔任各項心輔研習研習與教育訓練課程師資，並接受地區內個心理衛生中心及無輔導人員編制之三軍獨立、分遣單位申請，前往實施「心理衛生教育」。

五、肇生自傷案件單位所屬地區心理衛生中心，應主動聯繫肇案單位，指導並協助實施生命教育及安心團體，並針對單位篩檢輔導個案實施晤談，俾維部隊心緒與士氣。

六、平時掌握作戰區內軍中及民間心輔能量，建立心輔專業資源網路，並配合各項救災、演訓任務統籌運用軍中及民間資源，充實救災及演訓部隊心輔能量協助官兵紓解壓力救災及演訓任務圓滿達成。

第三節 國軍醫院現有門診/急診/住院機制

一、門診評估自殺風險方式與處置

國軍人員帶有各式問題前來門診，門診醫師通常會確認以下幾件事:

1. 部隊及家屬是否知情、有無單位人員陪同來診。
2. 基本資料、主要訴求以及現在病史，包含生物、心理、社會(Bio-Psychosocial)層面評估。
3. 是否有自我傷害風險(自殺及自傷)。

在門診須了解單位有無人員陪同以及詢問單位/家屬是否知情在於1. 部隊/家屬是否掌握個案身心狀況2. 就診時的主要訴求、病史評估、用藥選擇則是確認個案疾病的診斷、造成身心狀況的嚴重程度以及後續處遇選擇(門診追蹤、住院、轉診)。

一般無論任何精神科診斷都會詢問是否有自殺相關意念或風險評估。會依照前述章節所談內容、主訴問題、現在及過去病史、家族史、心理狀態檢查(Mental Status Exam)等確認診斷、並加以確定自殺評估等級。一旦確認有自殺相關情形，相關詢問可能包括過去自殺史(時間)、原因、方式、有無相關計畫及加重因子、自殺行為後的想法、對於醫療團隊的期待、未來面對壓力處理方式等，詢問內容依個案狀況而定；再以自殺風險相關因子(SAD PERSONS)或相關問句再次評估嚴重程度，包括Sex(性別)、Age(年齡)、Depression(憂鬱)、Previous attempt(過去自殺企圖)、Ethanol/drug abuse(酒藥癮)、Rational thinking(不合理的認知)、Social support(社會支持)、Organized plan(計畫性)、No spouse(單身)、Sickness(生病)。以上SAD PERSONS每項均代表一分，總分0-3分，分為低度危險:建議追蹤；4-7分屬中度危險:建議照會精神科；8-10分屬高度危險:建議精神科住院。如個案明確有相關風險或一時無法確保安全，在三軍總醫院北投分院可直接由門診轉介急診加以確定安全因子(如是否有其他人可以加以看顧、或部隊/家屬對於個案目前狀況是否完全了解)或維護個案人身安全。

二、急診評估自殺風險方式與處置

國軍人員至精神科急診多因自我傷害、行為異常等。首先除個案以外，獲取重要訊息多由協同前來急診室的他人，例如:部隊單位人員、家屬或是警察等。如果個案是單獨前來，急診室會要求部隊單位一定要知道個案就醫，如家屬不清楚個案求診，則會要求由單位協助通知家屬。急診個案如同門診，均由急診室醫師詢問主訴、現在/過去病史、家族史、心理狀態檢查等確認診斷、確定自殺評估等級。急診室會再加上生命徵象量測、基本血液、生化、尿液、毒品篩檢等，確認個案無其他因內外科因素造成精神症狀不穩。另外急診室更著重在自殺風險評估以及協處，家屬及部隊的把關為首要，如有風險必要時會直接在急診室與國軍以及全國自殺防治中心通報。如確有自殺風險且無法確認個案離開急診室的安全性時，在個案有留觀意願下急診室會啟動留院觀察；如個案不願意時，評估可由部隊單位派人24小時密切觀察下，將由部隊帶回並衛教自殺相關風險；若仍需留觀或住院時，則交由由單位主官與家屬溝通後命令個案接受留觀治療方式或是經由急診室醫師評估是否啟動強制住院程序做為緊急安置/強制鑑定用。急診留關期間如遇有嚴重自殺企圖或風險，將先以藥物方式將個案穩定，後續轉往病房做進一步處遇。

以三軍總醫院北投分院為例，確定留院觀察後便會簽立相關同意書以及診療計畫告知書、自殺/自傷通知單作為向單位、家屬風險告知解釋病情用，中度以上自殺危險程度由部隊單位或家屬派遣看護24小時陪伴。醫師開立預防自殺醫囑並註明等級，由護理師執行安檢(避免攜帶利器或危險物品)、擬定相關計畫、必要時簽訂不自殺/自傷契約書，依危險程度完成相關訪視並紀錄。

目前國軍醫院統一由BSRS作為門/急診/住院來決定是否通報標準，大於等於10分或有自殺意念者就會通報國軍自殺防治中心並由專員以公文連繫該單位，以利後續追蹤。在三軍總醫院北投分院亦會統計每週通報人數並追蹤後續狀況。

三、住院評估自殺風險方式與處置

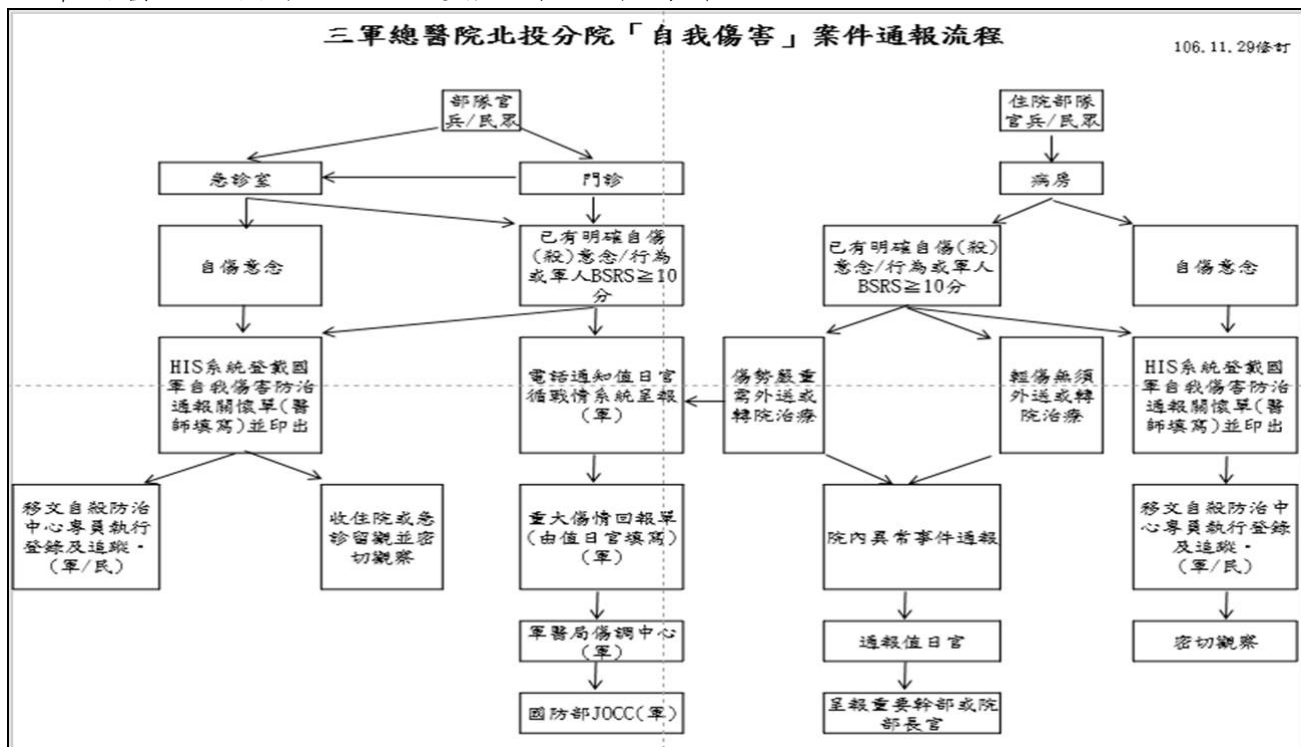
個案住院亦與急診相同的地方在於確認住院後簽立相關同意書以及診療計畫告知書、自殺/自傷通知單作為向單位、家屬風險告知解釋病情用，中度以上自殺危險程度由部隊單位或家屬派遣看護24小時陪伴。醫師開立預防自殺醫囑並註明等級，由護理師執行安檢(避免攜帶利器或危險物品)、擬定相關計畫、必要時簽訂不自殺/自傷契約

書，依危險程度完成相關訪視並紀錄；進入病房護理師對個案實施安全檢查，住院期間除進一步生理數據、血液常規檢查量測以外，由護理師每日做行為觀察，記錄其言行表現，另外安排醫療團隊成員介入評估其精神狀況，包含社工師、心理師、職能治療師等。三軍總醫院北投分院軍陣大樓為半開放式病房，每週三由護理師紀錄個案BSRS分數，併同平日行為紀錄以及醫療團隊判斷個案自殺風險、壓力應對技巧，如仍有高自殺風險則轉往封閉病房、通報國軍自殺防治中心，必要時通知部隊派遣看護。

住院環境亦有特別要求，在高風險區域均加裝防護設置，如頂樓加裝安全門及警報器避免未經許可下的開啟；樓梯間加裝防墜網；窗簾為防火材質；窗戶均有開啟限制；浴室採壁掛式蓮蓬頭避開管線風險；尖銳物品由護理佔保管；牆壁設計無插座避開電擊可能等。

如個案有緊急自殺行為會暫時區隔於特別設置的保護室，牆壁及地面均為防摔防撞材質、無多餘物件，可二十四小時查看。如情緒激動會適時加以約束保護其身體安全。護理師亦每15分鐘密切觀察一次，以減少外界對個案的刺激及防止個案對於危險物品的取得。之後調整藥物讓個案穩定、轉往封閉病房確保個案治療空間及場域上安全無虞。如有傷勢無法於院內處理則外送或轉院治療；但無論傷勢輕重均須通報院內異常事件、值日官及重要幹部。

三軍總醫院北投分院自殺通報流程如下圖所示：



第三章 國軍單位自我傷害常見 相關精神疾病簡介

第一節 嚴重型憂鬱症

一、簡介嚴重型憂鬱症

「鬱症」診斷標準要求持續兩個星期，每天大部分時間內，出現至少五項與憂鬱情緒相關的特徵性症狀，並且必須包括(1)憂鬱情緒或(2)失去興趣或愉悅感的其中一項，同時伴隨有功能上的顯著變化。憂鬱相關的特徵性症狀一共有九項，包括：

- (1)幾乎整天且每天心情憂鬱。
- (2)幾乎整天且每天明顯對所有活動降低興趣或愉悅感。
- (3)體重明顯減輕或增加(一個月內體重變化超過5%)，或幾乎每天食慾降低或增加。
- (4)幾乎每天都失眠或嗜睡。
- (5)幾乎每天精神動作激動或遲緩。
- (6)幾乎每天疲倦或無精打采。
- (7)幾乎每天自我感到無價值感，或者有過度或不恰當的罪惡感
- (8)幾乎每天思考能力和專注力降低，或是猶豫不決
- (9)反覆想到死亡(不只是害怕死亡)，反覆有自殺意念而無具體計畫，或有自殺舉動，或是有具體的自殺計畫。

個案因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降。

二、憂鬱與自殺的關係

研究統計，自殺死亡者之中，70-90%有精神疾病，其中以憂鬱症最多。而所有憂鬱症患者，有15%最後死於自殺；且有一半以上的憂鬱症患者，曾有自殺念頭。

三、憂鬱的自殺警訊

據統計自殺者中有三分之二曾表達自殺想法，三分之一曾有自殺企圖。憂鬱患者的自殺警訊可能經由多種形式表現：

- (1)情緒面向：嚴重的低落情緒，常感到絕望、無助、沒有歸屬感；或突然的情緒轉變，如：從極度憂鬱驟然好轉，
- (2)語言面向：直接以話語表達自殺的想法，或經由文章、日記等，表達相關的想法、或與親友告別等。
- (3)思考面向：時常有下列想法：無價值感，覺得自己沒有用；無助感，覺得沒人能幫自己；沒有歸屬感，覺得自己的存在是多餘的等。
- (4)行為面向：明顯、突然的行為改變、與人變得疏離、淡漠、或常在頂樓、海邊等危險地點徘徊，

四、憂鬱與自殺相關的危險因子

憂鬱症中常見的自殺因子包括：憂鬱情緒、無望感、無助感、罪惡感、低自尊，尤其是無望感、無助感與自殺意念息息相關。需特別注意的是，自殺企圖者再自殺身亡的

機會很大，尤其是在一年內高達1-2%。

一些靜態危險因子包括：

- (1)老年、男性有較高的自殺危險性
- (2)物質濫用，尤其是酒精濫用，亦會增加自殺危險性。
- (3)B群人格〔即情緒不穩定型人格〕之共病。
- (4)身體健康狀況不佳。

五、國軍同仁如何與憂鬱症患者相處以防自殺

- (1)選擇安靜及隱私的環境討論問題，當事人會較願意說出自己的心事。
- (2)要與企圖自殺者建立良好的關係，先排除自己主觀的價值判斷及道德感去接觸當事人；真誠的去幫助他是相當重要的。
- (3)不要不敢直接探詢他有關自殺的想法、企圖、計畫等問題。
- (4)不要企圖說服當事人自殺的錯誤的行為，而是要以支持、關懷的態度去了解他的感受及困難，給予他心理上的支持。

第二節 精神官能症

一、簡介精神官能症

精神官能症(neurotic disorder)，以前因為強調心理因素在這類疾病上的重要性而命名，但因上述名稱容易被污名化(瘋子)，現在坊間幾乎都用「自律神經失調」來取代。有時候會聽到神經衰弱、腎虧、敗腎等說法，意思也雷同。依照1968年美國精神醫學會診斷系統DSM II可分為五大類：

1. 情感性疾患(affective disorder)
2. 焦慮性疾患(anxiety disorder)
3. 身體型疾患(somatoform)
4. 解離型疾患(dissociative disorder):
5. 性心理障礙(Psychosexual disorder)

自1980年DSM III版本去除精神官能症此概念，現在泛指輕微精神疾病，方便醫師與民眾溝通，現在也涵蓋了壓力相關性疾患(Stress-Related Disorders)，部隊最常見的適應障礙症就涵蓋在內，我們在之後的章節詳細介紹創傷後壓力症及適應障礙症。常見症狀及行為特徵方面(參考1968年DSM II分類法來介紹)：

1. 情感性疾患(affective disorder)：以心情的低落鬱悶為主。以全身衰弱、疲乏為特徵。由於心神不安，做事情可能就無法專心，覺得記憶力變差，有時候脾氣會變得不好、容易生氣。容易有失眠、胃口差等狀況。
2. 焦慮性疾患(anxiety disorder)：以緊張不安的情緒為特徵。常因過度焦慮、憂慮而引發自律神經系統失調，常見的症狀：胸悶、心跳加快或心悸、呼吸困難、消化不良、腹瀉或便秘、頻尿或出現月經失調的現象，也可能出現口乾舌燥、皮膚潮紅、手腳顫抖、冒冷汗、全身痠痛、疲勞等症狀。
3. 身體型疾患(somatoform)：俗稱心身症，病由心生的表現，身體表現出來的症狀是源自於心裡內在衝突。常會以莫名的身體疼痛、腸胃不舒服、心悸或胸悶、假性神經症狀(如身體協調或平衡障礙、麻痺或局部肌肉衰弱、吞嚥困難或喉頭異物感、失聲、尿儲留、)、倦怠無力、麻痺、吞嚥困難等為主要症狀。個案雖然身體很不舒服，但是檢查結果卻是正常，經常令人覺得十分委屈，有苦說不出，這些患者經常是一家醫院換過一家醫院，到處求診，卻仍然無法解除身心的病痛。

4. 解離型疾患(dissociative disorder): 俗稱歇斯底里症，常伴隨有急性或慢性的巨大心理創傷或壓力事件，「心理的逃避」導致內在無法統合在一起，最後表現出突然的意識、認知等障礙為主要症狀，經常有記憶力損傷情形。
5. 性心理障礙(Psychosexual disorder): 現在最新的DSM-5已正名為性別不安(Gender dysphoria)。人一生下來，性別認定有如光譜一般，無法單純以男女區分，有些人會對於自己的生理性別感到困擾甚至影響到日常生活，就可能為性別不安的情況。而過去同性戀被認為是疾病，在1973年DSM-III版本起被移除，認為人對於性別的偏好傾向是與生俱來的，而不是一種疾病。

2002年Dr. C. George Boeree “A Bio-Social Theory of Neurosis” 裡認為精神官能症代表個案難以適應環境，難以改變生活模式，難以發展成更豐富、複雜、滿意的人格特質。原因來自於個人心裡特質、文化教育背景、觸發疾病發生的生活壓力，而原生家庭是否能發揮支持與教育功能往往也是重要因素。

二、精神官能症與自殺的關係

精神官能症雖然是比較輕微的精神疾病，但是長期受其症狀累積壓力下來也會造成自殺危險性上升。尤其是恐慌症及社交焦慮症，約有20%的人會嘗試自殺。其他臨床上異會見到如強迫症病患也有較高的自殺風險；身體臃形症會造成同儕關係及部隊生活極大的影響，約1/3的患者會足不出戶，1/5會嘗試自殺；摳皮症患者15%有自殺想法，12%曾嘗試自殺；身體化疾患病人因常會有心理壓力或人際問題，因此容易有憂鬱、焦慮情形，也容易有自殺威脅，但甚少行動，通常真的有自殺行為的是因為合併有物質濫用情形；當代同性戀非疾病，但因與社會價值觀相悖，個案與家人關係緊張，向外也甚少有支持的朋友，進入在強調男性陽剛特性的部隊裡，有較高機會受到排擠甚至霸凌。以上部隊的領導系統、心輔系統及醫療系統若未能及時發揮心靈降落傘功能，個案在孤立無援狀況下自殺機會相當高。

三、精神官能症的自殺警訊

憂鬱症部分前面章節已有提到，這裡著重其他與自殺相關疾病。

- a. 恐慌症：是一種在幾分鐘內就會達到極度焦慮的狀況，這種狀況下交感神經功能極度活化，導致身體產生極度不舒服的症狀，甚至有快要死掉的感覺，而且無法預知何時何地會發作，造成個案極大的壓力與痛苦，也因此衍生自殺結束生命的想法。
- b. 社交焦慮症：DSM-5提到這是一種或多種在可能被別人檢視的社交情境下，發展出顯著的恐懼或焦慮，如社交互動(如交談、跟不熟悉的人會面)、被觀察(如吃東西或喝飲料)、及在別人面前表現(如演講)，害怕其表現或焦慮症狀會遭受負面評價，只要在社交情境下幾乎都會重新上演，因此常會逃避該社交情境，若無法逃避則只能選擇忍受。若個案常要面臨社交或在人數較多情境會有極度的痛苦產生，導致有自殺風險。
- c. 強迫症：這狀況是大部分人難以體會的，罹病個案腦中常常”侵入”一些想法、衝動或影像，反覆出現，個案明明不想要卻無法控制不出現，造成明顯的焦慮及痛苦，也因此發展出一些行為試圖”抵銷”這些想法、衝動或影像。常見的強迫想法是被汙染、病態性懷疑、對稱，常見的強迫行為是檢查、洗手、計算、確認。個案很清楚在做甚麼但是就是無法控制不做。罹病個案常感受到強烈困擾與痛苦，若哪天自殺念頭勝過求生念頭，就有可能結束生命。

- d. 身體臆形症：個案認為自己身體有一種或多種的瑕疵或缺陷，但別人察覺或是認為只是輕微的缺陷。因而衍生重複性的行為(時常照鏡子檢查、打扮、摳皮膚、或再三尋求保證)或是想法(時常在腦中與他人比較自己的外觀)。個案覺得自己像怪物，導致困擾及痛苦。有相當比例的人會選擇自殺。這類病人現在也被歸類於強迫症一類。
- e. 摳皮症：這類患者會一再的摳皮膚造成損傷，甚至用器械輔助。但也會重複的試著不摳皮膚。身體常有大大小小的疤痕，詢問個案常表示只是要去除皮膚上的瑕疵。這類病人現在也被歸類於強迫症一類，容易有自殺風險。
- f. 轉化症：個案出現一個或多個自主運動或感覺功能的改變，但與臨床上神經或身體疾病應展現出來的狀況不符，個案對於自身的症狀常顯得不介意，但旁人的眼光來看這是會擔心得要死的狀況。這類疾病從心理層面來看可能與潛意識的衝突相關。部隊這類病人偶而會見到，自殺風險不高但仍要注意。

四、精神官能症與自殺相關的危險因子

若個案發展出憂鬱症、物質使用疾患(喝酒、吸毒等)，則表示痛苦及困擾過高，容易有自殺風險。若常獨自一人獨處，有絕望的想法，過去曾嘗試自殺，家族或認識的人有自殺過，更要警覺個案自殺的可能性。

五、國軍同仁如何與精神官能症患者相處以防自殺

這類患者通常因本身疾病狀況難以適應部隊團體規範，或是被冠上異類、精神病的負面標籤，更可能導致自殺發生。這類病人因病況相對較輕微，因此適當放寬管理規範或協助轉換適合單位可能會有幫助。除帶個案尋求醫療專業協助外，基層醫官人員可做的就是衛生教育或協助轉到專業單位診治，適時的讓大家更了解精神官能症，並主動與心輔體系及領導體系合作，及時了解個案狀況、打破冷漠與個案接觸；另因部隊上下階級壁壘分明，個案常不敢表達出自己的不適應或困擾，讓個案知道不是需得一直忍受痛苦，是有人關心的。多關心周遭的人事物是部隊每個人都可做到的，醫官要走出醫務所與部隊多接觸，單位亦須學習基本助人方式，目前部隊基層推廣自殺防治一問、二應、三轉介，加以實際應用直接或間接都可能阻止了自殺事件的發生。

第三節 性格異常

一、簡介性格異常

一般人性格在18歲時多趨於穩定成型，而性格異常者容易在遇到壓力時，出現焦躁不安、情緒低落或波動，甚至出現自傷與自殺之行為。絕大部分曾有企圖自殺之病史。

二、性格異常與自殺的關係

根據統計反社會性人格和邊緣性人格，最常出現自殺行為。其中統計上有5%反社會性人格會自殺身亡。有人格違常的個案出現自殺企圖的病史佔40-90%。

三、性格異常的自殺警訊

當出現憂鬱症或有物質濫用，過去曾有自殺企圖、犯罪行為，及生活中發生重大負面事件，如家庭失和、環境適應不佳、失業或工作挫折、財務問題、人際關係不佳，而有明顯情緒低落或易怒。

四、性格異常與自殺相關的危險因子

過度追求完美、未符合他人期望、情緒調節失能、童年受到虐待，而現正處於憂鬱情緒及物質濫用問題。

五、國軍同仁如何與性格異常患者相處以防自殺

完整評估了解五大面向：衝動控制/攻擊行為、憂鬱情緒、無望感、焦慮程度，和自我意識/社會疏離狀態。談話中給予對方安全感，以不批評的方式溝通，增加言語溝通交流，使其願意坦誠布公，尋求幫忙協助。

第四節 精神病(思覺失調症、情感性精神病)

一、簡介精神病

- 思覺失調症：
具有幻覺、妄想、胡言亂語、混亂或僵直的行為，且影響到工作、人際關係或自我照顧功能。
- 情感性精神病(雙向情緒障礙症、躁鬱症)：
情緒明顯持續高昂、開闊或易怒。可能合併自尊膨大、睡眠需求減少、話多、想法多且快、無法專心、活動量上升或參與帶有痛苦結果的活動(如貿然投資、大量採購、隨意的行行為)，且對工作、人際關係或自我照顧功能影響。

二、精神病與自殺的關係

- 思覺失調症：
20-50%個案可能出現自殺行為、長期統計自殺率為10-13%。此比率遠較一般族群高約20倍。80%的個案終生會出現一次鬱症診斷而10-25%可能合併有長期情緒困擾。個案大多在發病前幾年出現自殺。
- 情感性精神病(雙向情緒障礙症、躁鬱症)：
約25-50%躁鬱症個案有至少一次的自殺行為。6-15%躁鬱症個案自殺死亡。15%的情感性疾患會自殺而45-70%自殺個案有情感性疾患。其自殺比率較一般族群高約20倍、且自殺方式更為致命。

三、精神病的自殺警訊

- 思覺失調症：
此疾病造成思考、感知功能、行為以及語言各方面失調，且有可能合併憂鬱症，且命令式的幻聽可藉由與個案的互動或語言探知。在個案症狀穩定認知功能平穩後，或有可能感覺未來自我理想難以實現、藥酒等的物質使用均是其自殺警訊。另外超過2/3個案在自殺身亡前三天會無預警的看門診。
- 情感性精神病(雙向情緒障礙症、躁鬱症)：
以躁鬱症時期分類，自殺主要出現在鬱期(49%)或合併出現精神動作激動的鬱症時期(47%)，在來才是躁期(9%)以及情緒高亢時期(7%)。需注意合併酒精或其他物質(毒

品)使用造成其認知功能下降。

四、精神病與自殺相關的危險因子

- 思覺失調症：

診斷本身就是自殺的危險因子，男性、單身、之前自殺嘗試、剛出院、無業、社會孤立、獨居。另外數據指出個案有較好的預後指標反而會有較高的自殺風險，如：較少的負性症狀、保留情感感受能力及抽象思考、年紀輕且對於自我有較高的期待、病前具有較高的功能而對未來有無望感、對治療成效不誠實反應、具有命令式幻聽或有藥/物質使用等，均會提高自殺風險。

- 情感性精神病(雙向情緒障礙症、躁鬱症)：

衝動性、酒精等物質使用、鬱症、因鬱症而住院、混合出現的心理動作激動與鬱期、過去自殺行為、有自殺家族史、男性、合併其他精神科及內外科診斷、過去有被虐待史、發病早、發病時期長。

五、國軍同仁如何與思覺失調症患者相處以防自殺

- 思覺失調症：

個案在此疾病的影響之下，不管感受、思考、行為、語言等均有明顯與發病前不同。部隊同袍若對於此疾病不熟悉常會以排斥或隔離、汙名化的方式對待。對於此疾病在單位出現，單位主官、心輔官等均需要更進一步了解此疾病的樣貌、營造具有包容性的工作、休閒及人際互動環境。排斥與隔離會讓個案自殺的風險上升。單位主官可安排陪同或輔導人員，了解個案需求以及回應，如果因為症狀影響造成照顧上的困難，可與家屬以及醫療單位共同討論、有服藥時提醒個案服藥時間，必要時管制個案服藥以及觀察是否有造成的副作用現象，在個案有幻覺或妄想的困擾時採陪伴與傾聽式對個案最不傷害的方式、同理個案症狀以及可能服藥造成的不適，可使用自殺守門員一問二應三轉介方式，在個案症狀穩定時與其互動，均可讓個案與單位、醫療、家庭都獲得益處、減少憂鬱以及自殺事件發生。

- 情感性精神病(雙向情緒障礙症、躁鬱症)：

躁鬱症為時限性疾病，亦即個案在沒有症狀時功能很有可能會與常人一般。故若個案正處於發病時期會需要醫療協助；但若在未發病時其實個案表現跟一般人沒有太大不同。部隊可以在症狀持續數日出現時安排全日輔導人員陪伴，輔導人員需有自殺防治守門員概念，秉持一問二應三轉介方式陪伴個案；並知會家屬個案狀況有明顯不同必要時須醫療介入，此時需注意自殺風險的判斷並建議可帶至精神科診間求診評估確認、必要時協助住院；在症狀穩定時或出院後穩定時，可先安排一般性壓力較不大或作息正常之工作，避免過度熬夜、酒精或其他物質接觸；輔導長須注意其服藥的順從性，必要時做藥物的管制。

第五節 創傷後壓力症

一、簡介創傷後壓力症

以下列形式<(1)直接經歷(2)親身目擊(3)知道事件發生在親密親戚或朋友身上(4)一再經歷或暴露大量令人反感的創傷事件細節中>而導致暴露於真正或具威脅性的死亡、重傷或性暴力所肇生的症狀，包括會突然體驗到意外或壓力事件當時的場面、反覆噩夢、感到恐懼，經常感到過去事件再現、出現生理反應過大(如心跳加速、冒冷汗、容

易生氣)、失眠、警覺性高、會逃避類似場景或情境、對自我、他人或世界有負面信念/扭曲認知/負面情緒、對現實環境變得生疏、遲鈍麻木，情感反應變侷限、注意力不集中等症狀。狀況會持續超過一個月，但一般也會在壓力事件後3-6個月發生。

二、創傷後壓力症與自殺的關係

創傷後壓力症與自殺身亡的關聯行還沒有定論，但卻具有較高的自殺行為及自殺意念。

三、創傷後壓力症的自殺警訊

創傷後壓力症如有明確的衝動性或合併憂鬱是自殺的指標。故當個案確診為創傷後壓力症時，我們又見到個案出現了憂鬱症狀或又同時被確診憂鬱症，或者合併有衝動的行為發生我們都要小心接下來可能出現的自殺問題。

四、創傷後壓力症與自殺相關的危險因子

創傷後壓力症與下列因子合併時會提高自殺風險，包括：合併憂鬱症或情感性疾患、在罹患創傷後壓力症之前就有精神相關疾患、物質使用、幼童早期受創或受虐、邊緣性人格疾患、病前就有完美主義傾向、病前就具有衝動性、睡眠問題。

五、國軍同仁如何與創傷後壓力症患者相處以防自殺

國內久未經歷戰事，但國軍弟兄肩負著救災前線的責任往往可在新聞媒體、報章雜誌看見國軍出現在第一線就在現場。對於此症狀出現便不得不加以注意。部隊首先需要了解此症狀出現的可能性是真實存在且有可能發生時不只是單一個案。在領導幹部方面，需要對於此疾患的認知，平時的教育宣導很重要；在救災後關心官兵生活起居、人際互動、情感表達等均需要加以注意。若懷疑有是類個案，需由心輔層級評估，亦可直接就醫診斷由醫療端加以協助，如可以藉由環境改變減少個案症狀嚴重度，建議主官(管)可在此介入達到有效處遇；而在部隊弟兄非領導人員則是在協助處理個案時，可能會面對其情緒反應，在其情緒反應來臨時，移至對個案相對安全的環境是重要的，另外避免與之爭執或被誘發情緒。不建議主動詢問創傷相關事件，但可以安排個案感興趣的活動、陪同運動等，建立個案規律作息與人際穩定性。

第六節 適應障礙症

一、什麼是適應障礙症？

適應障礙症為在遭遇新的「重大壓力」後，持續出現情緒的障礙，而影響到個案的工作、人際、課業等功能，則有可能是適應障礙症。這些個案比較常合併的是憂鬱或焦慮的情緒。這些「壓力」包含親人死亡、失業、感情因素、重大挫折、結婚(或離婚)、人際衝突等。

二、適應障礙症與自殺的關係

即使適應障礙症並非重大或嚴重的精神疾病，但在持續的壓力無法解除下，除有可能轉為其他身心症、憂鬱症等而有相關自殺風險，壓力本身的不適應，亦是自我傷害的危險因子之一。在一項丹麥的研究，自殺個案診斷為適應障礙症佔7.6% 而一般個案診斷為適應障礙症佔0.52%。而因為自殺行為至急診室的個案診斷為適應障礙症則有

47.9%。我們可以瞭解，適應障礙症確與自殺相關，而積極的協助壓力處遇是避免自殺的最好方式。

三、適應障礙症的自殺警訊

人際自殺理論
(interpersonal theory of suicide)



一、受挫的歸屬感包括：

- 我覺得自己是個局外人
- 我覺得大家都不喜歡我
- 我很少和別人互動

二、「自覺」造成他人負擔

- 我令人失望
- 認為自己是社會的累贅
- 如果死了，週遭的人們會過更好

三、取得自殺的能力

- 我一點也不怕死
- 我遠比多數人能忍痛
- 即使知道自己死期也不受影響
- 曾經自我傷害

四、適應障礙症與自殺相關的危險因子

包括男性、單身、低社經地位、合併憂鬱症均會造成自殺風險上升。

五、國軍同仁如何與適應障礙症患者相處以防自殺

一、就醫與諮商輔導：縮短官兵就醫與諮商輔導的距離，使官兵可就近找到諮詢的管道，並灌輸「健康＞工作」的觀念，凡事均以健康高於職業為首要，才能使官兵勇於就醫。

二、領導統御：單位幹部應落實知官識兵、提升領導統御的技巧，使官兵對單位產生向心力與歸屬感。

三、心理衛生教育：運用宣教、演講、輔導等促進心理衛生的資源，建立正確心理衛生觀念。

第七節 物質相關及成癮障礙症

一、簡介物質相關及成癮障礙症

物質相關及成癮障礙症含括各種不同物質。一般而言，分為物質使用障礙症及物質引發障礙症。

物質使用障礙症在一年內至少出現兩項下列情形，包括：(1)比預期還大量或長時間的使用該物質、(2)持續渴望或無法戒除或控制使用該物質、(3)很多時間花在使用、購買或從該物質效應恢復、(4)渴求或有強烈慾望藥使用該物質、(5)反覆使用該物質造成無法完成工作、學校或居家的重大責任義務、(6)儘管使用該物質導致重大或反覆社

交人際問題仍持續使用、(7)因使用該物質而放棄或減少重要的社交、職業或休閒活動、(8)再傷害身體的情境下反覆使用該物質、(9)儘管知道使用該物質引起持續或反覆心理或生理問題仍持續使用、(10)耐受性的定義為下列兩者之一:a.顯著增加使用該物質的需求而致中毒或想藥的效果。B.持續使用等量的物質而效果顯著降低。

物質引發障礙症則在一個月內持續有相關障礙症狀，如憂鬱、焦慮、精神病…等。

二、物質相關及成癮障礙症與自殺的關係

50%-75%個案有物質使用疾患會合併精神方面疾病。20%-50%精神醫療機構住院個案合併物質使用疾患；95%精神疾病或物質使用疾患並不會因為自殺死亡；但%自殺死亡個案合併精神疾患或物質使用疾患；而19%-63%的自殺個案有物質相關及成癮障礙症個案；40%-60%自殺死亡個案當下合併物質使用中毒。約1/3男性自殺個案與15%女性自殺個案有物質相關及成癮障礙症。女性合併物質成癮障礙自殺與非使用物質成癮障礙自殺女性相較，前者有較不激烈的自殺行為、年紀輕、較多有酒精中毒。與一般自殺族群相比，酒精使用個案在男性提高5-10倍自殺風險、女性提高20倍。

三、物質相關及成癮障礙症的自殺警訊

有物質相關及成癮障礙症個案合併有家庭結構的改變、突然暴增的使用物質或酒精、婚姻不順或家人/配偶/好友的離開或死亡、身體或心理健康狀況下降；急診室就診(不管有無與自殺或物質使用相關)。

四、物質相關及成癮障礙症與自殺相關的危險因子

物質相關及成癮障礙症與自殺相關因子包括:合併憂鬱症、目前物質使用、酒精濫用、家族中有合併物質使用以及情感性疾患病史、違反法律、持有傷害性物品(如槍枝)。女性自殺個案與男性相較較多合併使用興奮性物質、較多浮濫的性行為、藥物使用依賴、過去自殺行為。酒精使用提高自殺風險相關因子為:中年(40歲以上)、男性、近期過度飲酒、社會支持度不佳、主動提到或威脅自殺、獨居、無業、與伴侶關係不佳、一天超過20支菸、其他物質使用、的教育水平、合併憂鬱症、人格疾患。無使用酒精下具衝動性特質較使用酒精才出現衝動性特質有較高的自殺率。

五、國軍同仁如何與物質相關及成癮障礙症患者相處以防自殺

在物質使用以社區化且逐漸年輕化、校園化，國軍單位物質相關及成癮障礙症個案亦逐漸增加。無菸、無毒國軍為刻正施行的計畫。國軍同仁要確實執行無毒國軍配合反毒宣教、返營驗毒。在確定有藥物質成癮個案心輔單位需將其列管並輔導，需要特別注意避免被誤指使用影響其意識。且觀察其情緒的變化以及是否個人有衝動性或其他人格特質。保持與個案彼此互相信賴的關係，照顧者平時可以了解其活著的理由；儘可能維持其工作及婚姻；如有總教信仰可以強化這一部份來對抗自殺；鼓勵其參與藥酒癮互助團體；保持樂觀的看法。個案如在使用物質後造成自殺風險或威脅時首要保護個案安全，維持周遭環境安全性避免讓個案取得致命性或可用來攻擊的武器，不可以有等物質退了就沒事而輕忽相關風險。在意識到可能出現的自殺風險時，需毫不遲疑知會家屬以及轉介醫療單位處遇。

第四章 國軍自殺防治中心研究

第一節 BSRS量表及使用

國軍自殺防治中心(Military Suicide Prevention Center)自民國101年9月成立以來一直沿用全國自殺防治中心前主任李明濱教授所推薦之簡式心理健康量表(Brief Symptom Rating Scale, BSRS-5)作為預測自殺意念之指標。此量表為方便國人記憶,又稱為「心情溫度計」,內容為五題關於睡眠、焦慮、苦惱、憂鬱及自卑等五個向度,每題填答由「完全沒有」至「非常嚴重」計分由零分至五分,故總分由零分至廿五分。有些量表為更精確判定個案是否有自殺意念,會在五題之後另加第六題,直接詢問填答者是否有自殺意念?當然這一題的內容在假設填答者是誠實回答下,可以直接取代上述五題,但在考慮填答者的填答真實性時,則只能供作參考。故BSRS-5雖在李明濱教授的研究中強調即使個案自填亦有良好的敏感度(以下會有詳述),但由專家問答代填,再由專家現場判定個案填答之真實性,應才是最佳填答方式。

依據全國自殺防治中心自民國95年起使用BSRS5之經驗,以BSRS五題總分大於或等於15分為切分點(cut-off point)作為判斷是否有嚴重自殺意念/企圖之標準,龍佛衛等於2008年亦有文獻發表,顯示在社區民眾有30%以上對自殺意念的敏感度(sensitivity),精神病患則有34%左右之敏感度;而國軍近年來以國軍自殺風險通報系統所登錄之個案中,分析BSRS附增之第六題(直接詢問自殺意念)為標準,BSRS5五題總分以15分判斷是否有重度以上自殺意念之敏感度為44%,民國103年後國軍向下修訂切分點為10分或10分以上,雖然在中度及中度以自殺意念之敏感度提升至55%,但對於重度以上自殺意念之敏感度反而下降為22%。顯示調整BSRS5之切分點為10分雖簡單易行,但實際

效果仍不如理想。故建議在相對資源有限時可依全國自殺防治中心之15分及15分以上為切點,而在資源人力充足是才以10分及10分以上為切點。

第二節 國軍自殺防治相關研究

約十年前,一般學者咸信軍人自殺率較民眾為低[1, 2],原因可能是入伍前的篩檢及軍中環境有較濃厚的歸屬感等因素,但自2004年名作家Nelson於Lancet發表美軍於伊拉克戰爭時,美軍在戰場的軍人有明顯較高的自殺比率[3],事後學者們追蹤研究的結果,發現美國陸軍及海陸軍人(包括戰場退役軍人)自殺率已逐漸高於一般民眾的自殺率[4]。此後世界各國軍方亦有類似警覺,國軍於102年成立國軍自殺防治中心,近年以全軍人數換算粗自殺死亡率雖較全國粗自殺死亡率低,但以實際相同年齡及性別校正後,僅較全國自殺死亡率稍低[未發表]。

過往國內學者從事國軍精神衛生研究多零星且分散。近年以國軍自殺防治中心推廣之相關研究相較之下較為集中且深入。目前統計發現以自殺身亡人數來比較,國軍一般自殺方式最多為上吊,其次為燒炭,槍擊自殺人數極少。以軍種來分人數以陸軍最多,其次為海軍[未發表]。

美國在1999年之研究所發現的軍中自殺因子,發現與民眾自殺不同處為精神科診斷及使用槍械,但近年針對軍中自殺的風險因子,美國哈佛大學Noch教授針對美軍所作一系列研究,認為除了一般認為的憂鬱、創傷後壓力症(PTSD)、物質濫用、憂鬱、人格違常等外,睡眠困擾、生活品質及過去注意力不足過動症(ADHD)病史亦為高風險因子之一[2],國軍近期研究亦有類似發現[5, 6],但物質濫用部份則僅發現吸菸及長期使用安眠藥是危險因子,原因可是樣本數相前較小[7]。至於有專家學者曾認為「受挫的歸屬感」、「造成別人負擔」及「死亡手段的可近性」與自殺行為有關[8],而以國軍為樣本的研究結果,僅「造成別人負擔」與自殺意念有關[9]。而另一個較小樣本的研究發現,男性軍人的自殺意念較以喪失成就感為主,而女性則以受挫歸屬感為主。顯示不同性別類型軍人之心理動力亦可能不同[10]。

一般最常見的疑問是國軍自殺率是否同民間傳聞較集中在春天?近年以實際國軍自殺身亡案例數比較,並無此一現象,當然這並無法完全否認是因為近年國軍全體官兵在高風險季節特別提高警惕及有效預防的結果。另外是否新兵入伍較容易自殺?或是否集中在軍中?目前近些年資料發現新兵被發現有自殺意念確實較多,但自殺死亡人數並未明顯較高,而營區內外的人數約各半。當然這樣比較不直觀的結果也很有可能是全軍共同努力針對高風險個案自殺防治的成果。

如前所述簡式身心健康量表(BSRS5)雖廣泛使用於國內及國軍自殺防治,實際預測自殺企圖或自殺意念之信度及效度已多次研究後雖已肯定其一定功效,但是否可以因為簡化題項為是/否來增加個案填答意願或快速有效篩檢,國軍自殺防治中心以新兵所作的研究發現是肯定的[11]。然而而研究發現軍人族群對於如果有自殺意念時最願意表白的是醫師及好友,而最不願意承認的對象則是父母及長官[11]。因此即使使用上述化簡的量表或現在一般使用BSRS-5量表時多會加上第六題一直接詢問個案的自殺意念,面對的對象不同,其實可信度亦有不同。而第一線的心輔人員亦可參考試著調整面對風險個案之態度及角色。

附錄一、參考文獻

BSRS量表及使用：

- 1.Lee, M.B., et al., *Reliability and validity of using a Brief Psychiatric Symptom Rating Scale in clinical practice*. J Formos Med Assoc, 1990. **89**(12): p. 1081-7.
- 2.Lee, J.-I., et al., *Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population*. Journal of the Formosan Medical Association, 2010. **109**(2): p. 138-147.

國軍自殺防治相關研究：

- 1.Rate, C. and S. *Person-Years, Risk of suicide among US veterans after returning from the Iraq or Afghanistan war zones*. US Army, 1990. 264(17): p. 2241-2244.
- 2.Nock, M.K., et al., *Suicide among soldiers: a review of psychosocial risk and protective factors*. Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 2013. 76(2): p. 97-125.
- 3.Nelson, R., *Suicide rates rise among soldiers in Iraq*. The Lancet, 2004.
- 4.Kuehn, B.M., *Soldier suicide rates continue to rise: military, scientists work to stem the tide*. JAMA, 2009. 301(11): p. 1111, 1113.
- 5.Tai, Y.M. and S.S. Gau, *Depression and Quality of Life Mediating the Association Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Suicidality in Military Recruits*. Mil Med, 2017. 182(11): p. e1912-e1919.
- 6.Yang, H.-M. and Y.-M.J. 臺. Tai, *The Association between Sleep Problems and Suicidality of Military Recruits: Focusing on Mediation Effects of Anxiety and Depression*. 2015. 29(2): p. 109-118.
- 7.Tai, Y.-M., L.-K. Yang, and H.-N.J. 臺. Yang, *Substance Uses Mediate Differently in Relation between ADHD and Suicidality: Study among New Soldiers in Taiwan*. 2016. 30(2): p. 111-119+ iii.
- 8.Allan, N.P., et al., *Suicidal ideation and interpersonal needs: factor structure of a short version of the Interpersonal Needs Questionnaire in an at-risk military sample*. Psychiatry, 2016. 79(3): p. 249-261.
- 9.Lin, J.-J.J. 臺., *Suicide Prevention for Military Personnel*. 2014. 28(2): p. 65-66.
- 10.Liu, Y.-W., et al., *Sex Difference in Associations among Life Attitudes, Depression, and Suicidal Ideation: A Preliminary Study*. 2016. 30(4): p. 250-258.
- 11.Ma, C.-C. and Y.-M. Tai, *Cut-off values of five-item brief symptom rating scale in evaluating suicidality among military recruits*. Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei), 2014. 28(2): p. 109-120.