



目 錄

署長 序.....	3
原書 序.....	7
編者 序.....	11
第一章 一般科醫師使用須知.....	15
第二章 基層醫療人員須知.....	41
第三章 學校老師和其他相關人員須知.....	69
第四章 矯正機構人員須知.....	103
第五章 媒體工作者須知.....	129
第六章 如何建立倖存者團體.....	143

自殺防範指引

編著者：李明濱

編輯群：李明濱、戴傳文、廖士程、江弘基、湯華盛、
陳恆順、劉惠玲、魯中興、林耿立、黃鈞蔚、
李碧蕙、黃秋華、蔡雯婷、張凱傑、戴佳霈、
洪惠玲、蔡佩樺、張卓爾、張文穎、王銘光、
孔祥玲、吳孟珊、呂智謀、賴忠志、賴欣瑋、
傅小青

行政院衛生署補助印行

出版日期：2006年6月



署 長 序

近十年來，台灣地區的自殺死亡率逐漸攀升，自民國八十二年的每十萬人約有六點二人左右，到民國九十三年每十萬人約有十五點三人，業已高於美、英等國，且自殺人口以 25 到 64 歲之青壯男性為主，這不僅是個人生命的問題，更是整體社會與國家的問題，必須要加以重視。另依據世界衛生組織的報告預測，到西元 2020 年時，全球十大死因當中，自殺將排名第九位（在已開發國家為第八位）。重鬱症為自殺行為的最重要原因，重鬱症與自殺問題日漸嚴重的情況，中外皆然，尤其是青壯年族群的自殺死亡，近年來漸有增加之趨勢，因此，已開發國家紛紛擬定全國性的自殺防治策略並全力推動，尤其是英、美兩國分別於 2001 年制定完成之「自殺防治之國家策略：行動主軸與目標」與「英格蘭



之國家自殺防治策略」，即是明顯的例證。

自殺防治工作應為現今台灣優先之公共衛生任務之一，必須立即且有效地擬定防治計畫，積極展開工作。由於自殺問題相當複雜，不但防治成效難以立竿見影，防治方法也不易評估。其重要關鍵，在於防治工作之整合性與一貫性，積極及完善的追蹤與介入，並嚴謹地評估其成效。自殺防治，有賴於跨部會及機構間之協調整合，除成立國家級自殺防治中心外，各縣市亦應責成衛生局所辦理自殺防治相關業務，以結合政府與民間資源，相互配合；並應加強全民教育，提供相關情緒支持，宣導自殺防治的重要性，促使民眾體認自殺行為是一個可以防治的公共衛生問題，而不是羞恥隱晦之事，總是避之不談。

「珍愛生命、希望無限」，面對新世紀的自殺防治議題，心理衛生與精神醫療專業團體，應積極結合政府社區等民間心理衛生及社會福利資源與機構，落實「自殺防治、人人有責」的概念，推動民眾與專業團隊的教育訓練，以共同提昇國民心理健康的品質；強調「全民參與，不分你我」之理想，共同給予自殺個案最佳的支



持，協助其走出困境，面對嶄新的未來。

為期三年的「全國自殺防治中心」企劃案能在本人任內，通過由台灣憂鬱症防治協會主導，台灣精神醫學會與台灣家庭醫學教育研究學會共同合作推動，深感慰藉，相信結合政府與民間的力量，自殺防治工作必能順利推展。欣見該中心出版「自殺防治手冊」系列，謹誌謝忱。

行政院衛生署署長

侯勝茂

謹誌





原 書 序

自殺是一個複雜的現象，並且在幾世紀以來不斷地引起哲學家、神學家、醫學家、社會學家以及藝術家的注意；根據法國哲學家 Albert Camus 於其著作『The Myth of Sisyphus』中所提到，自殺是唯一需要嚴謹相待的哲學性問題。

由於自殺是嚴重的公共衛生問題，它更需要我們的關注，但是關於自殺防治與控管，很不幸的，卻不是一個簡單的工作。目前最新的研究資料顯示，一個可行的自殺防治，應包含全面性的活動計畫，從提供一個最美好的養育孩子及青少年的環境，到有效的治療精神疾患，以及對危險因子的環境控管。對自殺防治計畫的成功而言，適切的散佈資訊以及提升自我覺察是很重要的元素之一。



在西元 1999 年，WHO 開始著手 SUPRE 計畫，此計畫是全世界自殺防治的先驅。這本書是一系列準備用來當作部分 SUPRE 計畫的資源之一，而且也被寄送到一些與自殺防治有特殊相關性的社會及專業機構。它意味著一個範圍廣大的、關乎個人和團體的多樣性的連結，這包含了有專業的健康工作人員、教育工作者、社會工作者、政府、國會議員、社會溝通家、執法者，乃至家庭以及社區。

我們要特別感謝撰擬本書初稿的下列學者專家：Dr Jean-Pierre Soubrier, Groupe Hospitalier Cochin, Paris, France; Dr Lakshmi Vijayakumar, SNEHA, Chennai, India; Professor Danuta Wasserman, Professor of Psychiatry, and Suicidology; and Dr Veronique Narboni, of the National Swedish and Stockholm County Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, WHO Collaborating Centre; Dr Heather L. Stuart, Community Health and Epidemiology, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada; Professor Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Queensland, Australia; Ms Raylee Taylor, "Survivors after



Suicide", The Salvation Army, Gold Coast, Australia; Mr Jerry Weyrauch and Mrs Elsie Weyrauch, Suicide Prevention Advocacy Network (SPAN) USA.

本書內容由以下所列之 WHO 國際自殺防治網絡的成員所校閱，在此也向他們致上由衷的謝意：

Dr Sergio Pérez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, Cuba

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of Medicine, Christchurch, New Zealand

Professor Diego de Leo, Griffith University, Brisbane, Australia

Dr Ahmed Okasha, Ain Shams University, Cairo, Egypt

Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Durban, South Africa

Dr Airi Värnik, Tartu University, Tallinn, Estonia

Professor Danuta Wasserman, National Centre for Suicide Research and Control, Stockholm, Sweden

Dr Shutao Zhai, Nanjing Medical University Brain Hospital, Nanjing, China.



這些資源目前已被廣泛地傳播，我們衷心的希望它們可以被翻譯，並加以修正以適應各地的情況——這是發揮本文最大功效所不可或缺的。我們也歡迎任何的評論及對於翻譯許可的請求。

Dr. J. M. Bertolote

Coordinator, Mental and Behavioral Disorders

Department of Mental Health

World Health Organization





編 者 序

在長期的期盼中，台灣憂鬱症防治協會同仁與台灣精神醫學會及台灣家庭醫學教育研究學會的共同合作下，抱持戒慎的態度，有幸經由公開招標接受衛生署委託辦理「自殺防治中心」企劃案。本人有幸擔任本企劃案負責人，在短短的二個月當中，在軟硬體設施架構下，於九十四年十二月九日正式辦理中心的揭幕儀式，使中心的業務能依既定規劃之進度進行。

所謂「自殺防治人人有責」，在自殺防治艱鉅的工作中，除了全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的理想境界外，各種專業社群成員的積極參與也是十分重要的事情。除了醫療體系的努力投入與整合，學校機構、獄政單位、掌握輿情脈動的媒體專業、甚至是倖存親友的輔導體系，也同時扮演關鍵的角色。有鑑於此，



本中心的工作人員，特別搜尋現今國內外相關專業人員自殺防治之教育性宣導資源，選擇精簡而切重要點之版本，而世界衛生組織於公元兩千年起發表之一系列自殺防治專業人員說帖，符合我們初步的期待。該套說帖除了英文版本外，還被翻譯成法文、愛沙尼亞語、波蘭語、葡萄牙語、法蘭德斯語、立陶宛語、以及塞爾維亞語等版本，而本中心也獲得世界衛生組織之原編者 J.M. Bertolote 博士之支持，將其翻譯為繁體中文。

這一份譯作的內容與宣導對象，包涵自殺防治工作領域中扮演極為重要角色的專業社群成員。其中有提供一般科醫師使用資源〔A resource for general physicians〕；給媒體專業工作者的資源〔A resource for media professionals〕；老師和其他學校裡的相關人員須知〔A resource for teachers and other school staff〕；提供給基層醫療人員的資源〔A resource for primary health care workers〕；提供給監獄工作人員的資源〔A resource for prison officers〕；如何建立倖存者團體〔How to start a survivors group〕等內容。翻譯的過程中，我們要特別感謝一群年輕的精神科醫師們，在他們公餘之暇，迅速而確



實地完成了這一份譯稿。

我們熱切期待這一份針對各個專業社群成員所製作之宣導說帖，能夠更進一步凝聚共識，釐清觀念，並促進不同專業領域人士彼此之溝通。我們必須再次強調「自殺防治、人人有責、全民參與」的觀念，如遇有自殺意圖之個案，在其自殺前多有透露求救訊息時，若能加以注意，即時通報、防範並適時阻止，必能相當比率地降低自殺率，達成防治自殺之神聖使命。

李明濱 謹識

行政院衛生署 自殺防治中心主任

國立臺灣大學醫學院精神科教授

台北市醫師公會理事長

台灣失智症協會理事長

泛太平洋精神科醫師協會副主席



第一章

一般科醫師使用須知

面對自殺的病患是醫師覺得最糟糕的事情。醫師們遇到這些事件常見的反應包括：不相信、失去自信、憤怒與羞愧。自殺的病患會引發醫療人員專業不足、懷疑處理能力以及害怕失去名聲的感覺。此外，醫師們亦遭遇極大的困境，例如，如何與死者的家屬及朋友們交涉。

本文的資源主要提供給一般科醫師。目的是概述主要的精神疾病，以及與自殺相關的其他因素，提供辨認及處理自殺病患的資訊。

❖ 自殺所造成的負擔

根據世界衛生組織估計，大約一百萬人可能在西元



2000 年自殺成功。自殺位居每個國家十大死因之一，而且是 15 到 35 歲族群的主要死因。

自殺對於家屬及社會的衝擊是無法計量的。平均一個自殺案件會影響至少另外六個人。若自殺發生於學校或者工作場合，更會對數百人造成影響。

自殺所造成的負擔可以使用 DALYs (disability-adjusted life years) 來估計。根據這個指標，在西元 1998 年，自殺約佔全世界因疾病而造成負擔的 1.8 %；其中高收入國家為 2.3 %，低收入國家為 1.7 %。這相當於戰爭或者殺人所造成的負擔，亦約為糖尿病負擔的兩倍，且等同於生產窒息以及外傷所造成的負擔。

❖ 自殺與精神疾病

自殺目前被認為是一種多面向的疾病，源自於生物、心理、社會以及環境因素彼此複雜的交互作用。研究顯示，40~60 % 的自殺成功者曾在自殺前一個月看過醫師；而在這群人當中，許多人看的是一般科醫師而非精神科醫師。在精神醫療並不發達的國家中，因遭遇自



殺危機而後照會一般科醫師的比例，似乎是更高的。

去辨認、評估及處理自殺病患對於醫師來說十分重要，醫師擔負自殺防治的重要角色。

自殺本身不是疾病，也不一定是疾病的唯一表現，
但是精神疾病是與自殺相關的主要因子。

從開發中及已開發國家的研究顯示，自殺身亡的案例中，有精神疾病者的盛行率為 80~100 %。估計患有情感性精神病（主要為憂鬱症）之終身自殺危險率為 6~15 %、酒癮為 7~15 %、精神分裂症 4~10 %。

然而，自殺身亡者當中仍有相當比例的人不曾求助過精神醫療專業人員。因此，如何在基層醫療中提昇偵測、轉介及處理精神疾病對於自殺防治來說是重要步驟。

自殺身亡者共通的特徵是他們通常罹患一種以上的疾病。最常見的疾病為酒癮或情感性精神病（例如：憂鬱症）、人格疾患或其他精神疾病。



與精神科醫師協同合作
以確保給予足夠及適當的治療，
是臨床醫師的重要功能。

❖ 情感性精神病

所有情感性精神病都與自殺有相關。這些疾病包括有雙極性情感疾患、憂鬱症、復發之憂鬱症、持續之情感疾患（例如循環性、低落性情感疾患），這些疾病位於 ICD-10 分類之 F31～F34。因此，未被診斷或者未接受治療的憂鬱症是自殺的顯著危險因子。憂鬱症在一般人口中具有高盛行率且通常不被認為是一種疾病。估計大約 30 % 的看診病患有憂鬱症。大約 60 % 接受治療的患者一開始是與一般科醫師接觸以尋求治療。對於醫師來說同時處理生理與心理疾病是很特別的挑戰。許多例子告訴我們，憂鬱症症狀會被遮蔽，而患者卻僅表現出多重身體抱怨而已。



典型的憂鬱發作，病患通常會遭受：

- 心情低落（悲傷）
- 失去興趣或者快樂
- 體力減低（疲倦、減少活動）

常見的憂鬱症狀為：

- 倦怠
- 悲傷
- 注意力不集中
- 焦慮
- 易怒
- 睡眠障礙
- 不同區域的身體疼痛

這些症狀提醒醫師要注意憂鬱的存在及評估自殺危險性。特別與攸關憂鬱症而自殺的臨床表現有：

- 持續失眠
- 自我忽略
- 嚴重疾病（尤其是帶有精神病特徵的憂鬱）
- 記憶力受損



- 激動
- 恐慌發作

下列因子會增加憂鬱人口之自殺危險性：

- 年齡大於 25 歲之男性
- 疾病早期
- 酒精濫用
- 雙極性情感疾患之鬱期
- 混合（躁狂－憂鬱）狀態
- 精神病性躁狂

憂鬱是老年人和青少年自殺的重要因子，而晚發之憂鬱有更高的危險性。

近年來在憂鬱症治療的進展和臨床照護的自殺預防是非常相關的。在瑞典，發現對一般開業醫師進行診斷和治療憂鬱症的教育可降低自殺率。流行病學的數據顯示出抗憂鬱劑降低憂鬱症患者的自殺風險。足夠的藥物治療劑量應持續數月。對於老年人來說，在症狀恢復後仍應持續治療兩年。而在規律使用鋰鹽維持治療的個案中，則發現有較低的自殺危險性。



▶▶ 酗酒

酗酒（包括酒精濫用和酒精依賴）是自殺族群中常見的診斷，特別是在年輕人當中。在自殺和酗酒之間的關聯性有生理、心理和社會層面的解釋。在酗酒者中有一些會增加自殺危險性的特別因子：

- 早發性酗酒
- 長期飲酒
- 依賴程度高
- 憂鬱心情
- 身體健康狀況不佳
- 工作表現不佳
- 有酗酒之家族史
- 近期有重大人際關係之崩潰或喪失

▶▶ 精神分裂症

自殺是致使精神分裂症患者提早死亡的最主要原因。特殊的自殺危險因子有：

- 失業的年輕男性



- 近期復發
- 對症狀惡化感到恐懼，特別是智力高的患者
- 有多疑和妄想之正性症狀
- 憂鬱症狀

自殺的危險性在下列時刻最高

- 疾病早期
- 復發早期
- 康復早期

自殺危險性隨罹病時間的增加而降低

▶▶ 人格疾患

近期的研究發現，在年輕自殺身亡人口有較高之人格疾患盛行率（20～50%）。在人格疾患的族群中和自殺較相關的有邊緣性人格疾患和反社會性人格疾患。

戲劇性人格疾患、自戀性人格疾患和特定的心理特質，例如易衝動和侵略性，也都會和自殺相關。

▶▶ 焦慮性疾患

在焦慮性疾患中，恐慌症和自殺的相關性最高，其



次為強迫性疾患。擬身體障礙症和飲食障礙症（心因性厭食症和心因性暴食症）也和自殺行為有關。

▶▶ 自殺和生理疾患

慢性生理疾患族群的自殺危險性較高。另外，在生理疾患族群中有較高的比率有心理疾患，特別是憂鬱症；而慢性病、殘障和疾病癒後不佳都和自殺相關。

▶▶ 神經學疾病

癲癇和高自殺率有關。而這和癲癇造成的易衝動、具侵略性和慢性殘障相關。

脊髓和腦部受傷也會增加自殺的危險性。近期的研究顯示有 19% 的中風患者有憂鬱和自殺危險性——特別是病灶在腦部後方區域導致較大殘疾和身體損傷者。

▶▶ 腫瘤

進展性惡性腫瘤疾患的自殺危險性在診斷出有進展性末期疾病的當時和前二年最高。疼痛是自殺顯著的促進因子。



▶▶ 人體免疫不全病毒／愛滋病

在年輕族群中，罹患有人體免疫不全病毒感染和愛滋病會提高自殺的危險性，並伴隨高自殺率。自殺之危險性在確定疾病診斷時和疾病早期會較高。靜脈注射型態之藥物濫用者有較高之風險。

▶▶ 其他情況

其他如慢性腎衰竭、肝疾病、骨關節疾病、心血管疾病及消化道疾病都與自殺有關連，行動上的失能、失明及耳聾也可能導致自殺。

近年來，安樂死與協助下自殺逐漸變成內科醫師不得不面對的難題。主動執行安樂死在幾乎所有的權限下都算是違法的，但協助下自殺則在道德倫理及哲學上爭議不斷。

✿ 自殺及社會人口因子

自殺是一件個人的行為；然而這是發生在複雜的社



會情境裡，也與特定的社會人口因子相關。

▶▶ 性別

雖然比例並不相同，但是大多數的國家男性自殺死亡比率都高過女性。中國是唯一一個在鄉下地區女性比例多過男性，而且在都會區男女自殺比例相當的國家。

▶▶ 年齡

大於 65 歲的老人與 15~30 歲左右的年輕人為較容易自殺的族群。但近來的文獻指出中年男性自殺比率有增加的現象。

▶▶ 婚姻狀態

離婚、鰥寡與單身皆會增加自殺危險性。婚姻顯示出對男性是個保護因子，但對女性卻不盡然如此。離婚與分居皆會增加自殺的危險性。

▶▶ 職業

某些特定的職業如專門動手術的獸醫、藥劑師、牙



醫、農夫和醫療從業者有較高的自殺率。雖然工作壓力、容易取得致死的工具、社交孤立、經濟困難都可能是原因，但對此現象至今仍無明確解釋。

▶▶ 無業

雖說失業率與自殺率有著相當大的相關性，但其相關連的本質仍是複雜的。失業所造成的可能包括有貧窮、社會剝奪、持家困難與無望感。另一方面，罹患精神科疾病者又較容易失業。無論如何，若拿最近失業與長期失業相比，無疑地，前者有著較高的自殺比例。

▶▶ 城鄉差異

有些國家自殺率在都會區較多，另一些則否。

▶▶ 移居

移居相伴隨的問題包括貧窮、居住環境不佳、缺乏支持系統以及未達到要求的期待，都會增加自殺危險性。



▶▶ 其他

特定的社會因素，包括自殺工具的可獲得性與生活壓力事件，都可能會增加自殺的危險性。

❖ 如何鑑別出具有高度自殺危險性的病人

一些在臨床上跟自殺有關的個人及社會人口因子，包括有：

- 精神科疾病（包括憂鬱症、酒癮及人格疾患）
- 生理疾病（末期、疼痛或使人虛弱的疾病、AIDS）
- 之前曾嘗試自殺
- 家族自殺史、酒癮史或精神病史
- 離婚、鰥寡或單身
- 獨居（社交孤立）
- 無業或退休
- 童年經歷悲慟



在病人接受精神科治療後，如有下列情形，則危險性會增加：

- 甫從醫院出院
- 甫嘗試自殺未遂

此外，會增加自殺危險性的近期生活壓力事件包括：

- 婚姻觸礁（分居）
- 悲慟
- 家庭失和
- 工作或財務狀況出問題
- 被重要的人拒絕
- 羞恥或罪惡會被發現的威脅

以上是評估自殺危險性的不同向度，但在評估立即自殺危險方面，它們都比不上一次好的臨床會談。

內科醫師可能會面臨各種與自殺有關的情況的挑戰。一個老年男性、近期喪妻、接受憂鬱症治療、獨居與曾嘗試自殺；或是一個前臂有少許抓傷，剛剛被男友拋棄的年輕女性都是兩個極端的例子。在現實情況下，大多數病人處在這兩個極端間，而且可能會在這兩者間



擺盪。

當內科醫師有足夠理由認為病人可能自殺時，他們面臨到『接下來該怎麼做』的困境。有些醫師面對自殺病人會覺得不舒服，體認這種感覺甚至進一步地與同事或專業人員討論是很重要的。因為在面對這類病人時，我們不能去忽視或否認這樣的危險性。

當醫師決定要進行自殺評估時，首先且最立即的步驟就是：在心中盤算出足夠的時間給這位病人，即使外面候診區還有許多病人在等候。可以藉由展現想要瞭解病人困境的意願，來開始建立正面的醫病關係。在會談一開始，封閉式和直接的問句是不適宜的。反而和病人討論『你看起來似乎不怎麼好；願不願意告訴我多一點所發生的事？』會來得有些。用同理心來聆聽是最能降低病人想自殺絕望感的方法。

迷 思	現實狀況
說著要自殺的病人極少會真的自殺。	自殺的病人通常在之前會透露一些訊息和警告。這些口語威脅必須要嚴肅地面對。
詢問自殺的議題反而容易挑起自殺的行動。	詢問自殺反而會降低對自殺的焦慮，病人會感覺抒解或者更加被瞭解。



▶▶ 該如何詢問？

詢問自殺意念其實並不容易，按照以下的問句循序發問將會得到幫助。

1. 你會感到不快樂或無助嗎？
2. 你會感到絕望嗎？
3. 你會感到無法面對每一天嗎？
4. 你會覺得生活是個負擔嗎？
5. 你會覺得不值得活下去嗎？
6. 你會想要用自殺來結束生命嗎？

▶▶ 何時詢問？

下述狀況才適合詢問這些問題：

- 當醫病關係建立後
- 當病人覺得可以舒適地表達他的情緒時
- 當病人處在表達負面情緒的過程中

▶▶ 進一步詢問

評估過程不可以結束在認可病人自殺意念的存在



下，必須持續評估有關於自殺意念的頻率、嚴重度、及自殺的可能性。知道病人是否有自殺計畫或方法來進行自殺是重要的。如果病人想要舉槍自殺但尚未獲取槍枝，則自殺風險比較低。相反地，如果病人計畫的方法是吞藥或是其他容易獲取的方法，那麼自殺風險就比較高。關鍵的是，不可以用命令或強制性的態度來詢問問句，而必須用同理的態度，如以下問句：

- 你有任何結束生命的計畫嗎？
- 你計劃如何結束？
- 你持有這些物品（藥丸／槍枝／其他方法）了嗎？
- 你打算什麼時候進行？

注意事項

- **被病人誤導或誤以為有進步。**當一個躁動的病人突然冷靜下來，他或許是因已有了自殺這個決定，所以才變得冷靜。
- **否認。**當病人自殺的意圖很強時，他會蓄意地否認這些自殺意念。



✿ 自殺病人的處理

如果病人思緒紛亂，帶有模糊的自殺意念，那麼可能就有足夠的機會讓其可以和關心他的醫師暢談這種想法和感覺。然而，需不需要後續的追蹤則可以再觀察，尤其是那些社會支持系統不足的病人。其實不管本質是什麼問題，自殺病人通常兼具三種感覺：無助、無望和絕望。而最常經歷的三個時期分別是：

1. **矛盾**。大部分的自殺病人都要到最後關頭才能有所決定，這是場生之慾和死之慾間的肉搏戰，當病人處在矛盾階段時，如果醫生能增加其存活的慾望，便可降低自殺風險性。
2. **衝動**。自殺是種衝動的現象，而衝動的本質具暫時性，假設可以在衝動的當下提供支持，就可以大大降低這危機。
3. **思考僵化**。自殺病人皆想法較偏執，反應的情緒和動作非黑即白，醫師多告知幾種取代死亡的方法，即可溫和地讓他瞭解還有其他的選擇，即使



並不是最理想的選擇。

▶▶ 尋求支援

醫師必須評估病人的支持系統，辨認出有支持能力的親人、朋友、相識者或其他人，懇求他們的加入和幫忙。

▶▶ 訂立契約

訂定契約是個自殺防治的有效方法，病人身邊親近的人都可以加入共同磋商契約的內容，這樣的磋商可以引發許多相關議題的討論，大部分的病人也會尊重他們給予醫師的承諾，但契約必須在病人有能力可以控制自我的衝動下才適用。

排除嚴重的精神疾患和自殺意圖，醫師可以開始給予藥物治療，大部分是給抗憂鬱藥物和心理（認知行為）治療。大部分的病人也受惠於繼續遵守有架構的契約約定。

除了治療原本的疾病，有些病人需要長達兩到三個月或者更久時間的支持；支持的方向著重於提供希望、



鼓勵獨立、幫助病人學習處理生活壓力的不同因應方式。

✿ 轉介專家處理——轉介病人的時機

當病人出現下列情形時，需轉介精神科：

- 有精神疾病
- 之前有自殺之過去史
- 有自殺、酗酒、精神疾病之家族史
- 生理疾患
- 缺乏社會支持系統

▶▶ 如何轉介

當決定轉介之後，醫師應該：

- 花時間向病人解釋及說明轉介的原因
- 減輕病人關於污名化及對於精神科藥物的焦慮度
- 清楚的解釋藥物及心理治療是有效的
- 強調轉介並不代表放棄
- 當病人與精神科醫師會談後，分配一些時間給病



人

- 確定維持與病人之間的關係

▶▶ 何時需讓病人住院

下列是必須讓病人立即住院的情形：

- 重複的自殺想法
- 短時間內（接下來的幾小時或幾天）有高度的死亡意圖
- 激動不安或恐慌
- 有使用暴力的計畫，且有立即實行的方式

▶▶ 如何讓病人住院

- 不讓病人獨處
- 安排住院
- 安排由消防隊或警察轉送至醫院
- 告知參與的管理機構及家屬



✻ 總結自殺防治的步驟

當醫師懷疑或發現病人有自殺風險時，下表總結了評估及處理病人的主要步驟：

自殺風險：發現、評估、行動方案

自殺風險	症 狀	評 估	行 動
0	沒有痛苦	—	—
1	情緒受干擾	詢問關於自殺之想法	傾聽及同理
2	含糊的死亡念頭	詢問關於自殺之想法	傾聽及同理
3	含糊的死亡意圖	評估意圖 (計畫及方式)	探究可能性 確定支持鼓勵
4	自殺意念 但無 精神疾病	評估意圖 (計畫及方式)	探究可能性 確定支持鼓勵
5	自殺意念 且有 精神疾病 或 嚴重的生活壓力	評估意圖 (計畫及方式) 訂立契約	轉介精神科醫師



自殺風險	症 狀	評 估	行 動
6	自殺意念 且有 精神疾病 或 嚴重的生活壓力 或 激動不安 且有 過去自殺行為	陪伴病人 (防止進一步方式)	住院

譯者群名單：阮紹裘醫師、許瑞琳醫師、張耿嘉醫師、
潘亦蕾醫師、鄭安富醫師
(以上依照姓氏筆劃排序)

❖ 參考資料

1. WHO. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. *Journal of clinical psy-*



- chiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 1999, 60, Suppl. 2: 53-56.
 4. Rutz W, von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
 5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. *Journal of affective disorders*, 1998, 50: 253-259.
 6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. *Psychiatric services*, 1998, 10: 1353-1355.
 7. Isometsa ET, et al. Suicide among subjects with personality disorders. *American journal of psychiatry*, 1996, 153: 667-673.
 8. Gonzalez Seijo JC, et al. Poblaciones especificas de alto



riesgo. [Population groups at high risk.] In: Bobes Garcia J et al., eds. *Prevencion de las conductas suicidas y parasuicidas*. [Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona, 1997, 69-77.

Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. *British medical journal*, 1999, 308: 1227-1233.





第二章

基層醫療人員須知

❖ 自殺——問題有多大

- 在 2000 年，全球有一百萬人可能自殺身亡。
- 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。
- 自殺位居 15 歲到 35 歲年輕人死亡原因的前三名。
- 每一個自殺事件至少為周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。

自殺是一個複雜的問題，當中並不是只有單一原因、單一理由的。自殺是肇因於生物學、基因、心理、社會、文化和環境……等，種種因素複雜的交互作用。



很難解釋為什麼有人在某些處境下會選擇自殺，而其他人在相似甚至是更糟的處境下卻不會這麼做。然而，絕大多數的自殺是可以預防的。

當前，自殺在所有國家中都是一個重要的公共衛生議題。讓基層醫療人員有能力去辨識、評估、處理和轉介社區中的自殺個案，是在自殺防治工作中重要的一環。

❖ 為什麼是基層醫療人員？

- 基層醫療人員與社區有長期及緊密的接觸，同時也較容易被當地民衆接受。
- 他們在社區與醫療照護體系之間提供了不可或缺的鏈結。
- 在許多精神健康體系尚未完善建立的發展中國家，基層醫療人員往往是這類型健康照護的主要提供者。
- 由於基層醫療人員對於社區的了解，使他們能從家庭、朋友和機構獲得支持。



- 基層醫療人員能提供連續性的照顧。
- 那些為心靈所苦的人們往往藉由基層醫療人員開始尋求醫療的協助。

簡而言之，基層醫療人員具備可親性、可近性、知識性，並致力於提供醫療照護。

❖ 自殺和精神疾病

不論是開發中國家或是已開發國家的研究都指出兩件事：第一，絕大多數的自殺個案皆有可以被診斷出來的精神疾病；第二，精神疾病患者有較高的機率出現自傷和自殺行爲。

與自殺有關的精神疾病，以危險性由高至低排列如下：

- 憂鬱症（所有類型）
- 人格疾患（有容易衝動、攻擊性和經常情緒變化傾向的反社會及邊緣性人格）
- 酗酒（在青少年則為物質濫用和／或酗酒）
- 精神分裂症



- 器質性精神疾患
- 其他精神疾患

儘管許多自殺個案罹患精神疾病，然而其中多數並沒有向精神健康相關的專業人員尋求協助，即便是在已開發國家的情況亦是如此。所以基層醫療人員所扮演的角色是非常重要的。

▶▶ 憂鬱症

在自殺成功的個案中，憂鬱症是最常見的診斷。每個人總會有感到憂鬱、難過、孤獨和情緒不穩的時候，但這些通常都會過去。當這些感覺持續存在並影響了一個人的正常生活時，就不再只是憂鬱的感覺，而是憂鬱的疾病狀態。

一些憂鬱症的常見症狀有：

- 在每一天中的大部分時間感到難過
- 對日常活動喪失興趣
- 體重減輕（在非節食時）或體重增加
- 睡得太多或太少，或是過早醒來
- 總是覺得疲累和虛弱



- 無自我價值感、罪惡感或無望感
- 總是覺得易怒和坐立不安
- 在集中注意力，做決定或記事物方面有困難
- 反覆出現死亡和自殺的想法

▶▶ 為什麼憂鬱症沒有被發現

雖然針對憂鬱症目前已經有相當多的治療方式，但常常是根本就沒有被診斷出來，而原因有：

- 民衆往往羞於承認爲憂鬱所苦，這可能跟許多人視憂鬱症狀爲軟弱的象徵有關。
- 民衆對於伴隨憂鬱症發生的相關感覺其實並不陌生，因此並不視其爲疾病。
- 當一個人同時有其他身體疾病時，憂鬱症變得較不容易診斷出來。
- 一個憂鬱症患者可能僅以諸多模糊不清的酸痛和疼痛來表現。

憂鬱症是可以治療的

自殺是可以預防的



▶▶ 酗酒

- 約三分之一的自殺個案有酒精依賴的問題
 - 5～10%的酒精成癮者最終以自殺結束自己的生命
 - 在許多自殺行為的當下是受到了酒精作用的影響
- 那些有飲酒問題且自殺的人，可能有如下的特徵：
- 在很年輕的時候便開始飲酒
 - 長期飲酒；喝得很兇
 - 身體健康不佳
 - 覺得心情低落
 - 個人生活混亂失序
 - 於近期內遭遇到身邊重要人士的離去，如：配偶和／或家庭成員的分離、離婚或親友過世
 - 工作表現差

自殺的酗酒者不但從年紀輕時開始喝酒，喝得也兇，也可能是來自一個酗酒的家庭。

在愈來愈多有自殺行為的青少年中發現有物質濫用的情形。



當酗酒和憂鬱症並存時，
將大大地提高一個人自殺的風險。

精神分裂症

約有 10% 的精神分裂症患者最終自殺身亡。精神分裂症的特徵是造成一個人在言語、思想、聽覺或視覺、個人衛生和社交行為上的混亂；簡言之，導致了行為和／或感覺的劇烈改變，或是奇特的想法。

當精神分裂症患者有以下特徵時，將有較高的自殺危險性：

- 年輕、單身、無業男性
- 疾病早期
- 心情憂鬱
- 時常復發
- 高教育程度
- 妄想（多疑）

精神分裂症患者在以下情形，會有較高自殺身亡的可能性：



- 在疾病早期，當病人處於混亂和／或困惑時
- 在恢復早期，當看起來症狀有所進步但病人內心感到易受傷害時
- 在復發早期，當病人認為他們本已克服了疾病卻又再復發時
- 出院的短時間內

✿ 身體疾病和自殺

某些身體疾病會導致較高的自殺率。

▶▶ 神經疾病

▶▶ 癲癇

癲癇病人常伴隨較高的衝動性、攻擊性和長期殘障，這些是導致其自殺行為增加的可能原因。酒精和藥物的濫用亦與之有關。



▶▶ 脊髓或頭部損傷和中風

當損傷愈嚴重時，自殺的風險愈高。

▶▶ 癌症

在某些情形下末期疾病（如癌症）會造成較高的自殺率。自殺的危險性在以下情形會較高：

- 男性
- 診斷後的短時間內（頭五年）
- 當病人正接受化學治療時

▶▶ 愛滋病毒帶原／後天免疫不全症候群

由於被污名化、預後不佳和疾病本身的病程皆會導致愛滋病毒帶原者有較高的自殺風險。病人在被診斷之後，而尚未接受諮詢之前，自殺的危險性較高。

▶▶ 慢性疾病

下列慢性疾病可能會導致較高的自殺危險性：

- 糖尿病



- 多發性硬化症
- 慢性腎病、慢性肝病或其他慢性腸胃道疾病
- 伴隨長期疼痛的骨關節疾病
- 心血管和神經血管疾病
- 性功能障礙

而那些在行動、視力、聽力方面有障礙的人也有較高的危險性。

疼痛及慢性疾病的族群，
其自殺的危險性增高。

✻ 自殺——由人口統計資料及環境因素來看

▶▶ 性別

男性比女性易自殺身亡，而女性比男性易嘗試自殺。



▶▶ 年紀

自殺率有二個高峰：

- 年輕人（15～35 歲）
- 老年人（大於 75 歲）

▶▶ 婚姻狀態

離婚、鰥寡及單身相較於已婚的人自殺危險性較高。獨居及分居的人也是較危險的。

▶▶ 職業

醫生、獸醫、藥劑師、化學家及農夫的自殺率高於平均值。

▶▶ 失業

失去工作比無工作的人自殺危險性高。

▶▶ 遷移

從鄉村遷移到城市、遷移到不同區域或國家的人自



殺危險性較高。

✻ 環境因素

▶▶ 生活壓力

大部分自殺身亡的人在自殺前三個月內會遭遇一些帶來壓力的生活事件，例如：

- 人際關係問題：例如和配偶、家人、朋友或情人吵架
- 被拒絕：例如和家人或朋友疏遠
- 失去：例如錢財損失、喪親
- 工作及經濟的問題：例如失去工作、退休、經濟困難
- 社會的改變：例如快速的政局及經濟上的改變
- 其他壓力源：像是羞辱、擔心自己被發現是有罪的



易取得性

自殺工具的易取得性對於是否會自殺成功是很重要的，故減少自殺工具的可近性是一個有效的自殺防範措施。

接觸自殺事件

有一小部分的青少年自殺，是受到其他自殺事件的影響，來源可能是真實生活事件或是媒體，這會促使青少年作出自殺行爲。

自殺者的心理狀態

自殺者的心理狀態有三大特色：

1. **矛盾**：大部分的人對於自殺的感覺很複雜，想活及想死的念頭一直在拉鋸。他們會有想要逃離生活上痛苦的衝動，但又有一種想要繼續活著的渴望。許多自殺的人並不是真的想要死去，只是他們對生活感到不滿意；所以，如果別人給予他們支持，會讓想活著的念頭增強，自殺的危險性就



會降低。

2. **衝動**：自殺也是一種衝動的行為。就像其他的衝動一樣，自殺的衝動是暫時的，只會持續數分鐘到數小時。自殺的衝動常常是被每天負面的事件所引發。藉由和時間競賽、去除這些危機，健康工作者可以幫忙他們減少自殺的念頭。
3. **固執**：當一個人有自殺傾向時，他的想法和行為就會變得很狹隘。他們會一直想著自殺而無法察覺其他可解決問題的辦法，他們的想法都很極端。

大部分自殺的人會傳播他們自殺的想法和意圖。他們會發出種種表示他們想要死、覺得自己沒用等等的訊息。這些求救的訊息千萬不能忽略。

無論遭逢的問題是什麼，全世界想自殺的人的感覺和想法常常都是一樣的。



感覺

悲傷、難過

孤獨

無助

沒有希望

沒有價值

想法

我希望能死掉

我無法作什麼事

我無法忍受

我是個輸家、是個負擔

其他人沒有我會過得更快樂

✿ 如何向自殺者伸出援手

當人們說『對生活厭倦』、『沒有活下去的意義』時，這些說法常常會被聽的人否決，或甚至告訴他們其他更悲慘的例子。但是這些反應並不會對想自殺的人有所幫助。

與想自殺的人的初次接觸是很重要的，常常接觸的地點是在繁忙的診間、家中或是公共場所，很難進行私密的談話。

1. 首先要找一個不受打擾並可保護隱私的適合地點進行談話。



2. 接下來要分配足夠的時間。想自殺的人常常需要更多的時間去吐露自己的事情，所以傾聽者必須準備足夠的時間和做好傾聽的心理準備。

3. 最重要的一步是要有效的聆聽他們的想法。伸出援手或傾聽本身就能減少自殺者的絕望感。

目標是要跨過不信任、絕望和無助的鴻溝，給他們希望，讓他們相信事情會好轉。

▶▶ 如何溝通

- 專注的傾聽，保持平靜
- 了解他們的感受（同理心）
- 給予非言語的訊息，來表達對他們的接納和尊重
- 尊重他們的意見和價值觀
- 誠實且真誠地談話
- 表達自己的關心和溫暖
- 專注於他們的感受

想要增進溝通，需要用平靜、開放、關心、接納且不批判的接觸方式。



▶▶ 怎麼樣會破壞溝通

- 太常打斷他們說話
- 顯露震驚或情緒激動
- 表達自己很忙
- 擺出恩賜態度
- 作出突兀或含糊不清的評論
- 問大量的問題

用溫暖的態度傾聽他們

用尊重的態度治療他們

用感情同理他們

用自信照顧他們





✿ 自殺——誤解與事實

誤 解	事 實
1. 會提到自殺的人並不會真的去自殺。	1. 大部分自殺的人會發出明確的警告。
2. 會自殺的人絕對是想要死。	2. 大部分的人對自殺都很矛盾。
3. 自殺發生之前不會有警告。	3. 自殺的人常會發出大量的暗示。
4. 危機開始改善後就沒有自殺的危險了。	4. 危機開始改善後病人的體力會變好，會將絕望的想法付諸毀滅性的行動。
5. 不是所有自殺都可以避免的。	5. 這是真的。但是大部分的自殺其實是可以避免的。
6. 只要一個人曾經想過自殺，那他／她一輩子都會有想要自殺的念頭。	6. 自殺的想法可能會再出現，但並不是一直存在的；而且有些人的自殺想法可能不會再出現了。

✿ 如何辨識出一個想自殺的人？

由個人行爲或過去病史中可得到的信號：

1. 退縮的行爲，無法和家人及朋友相處



2. 精神疾病
3. 酗酒
4. 焦慮或恐慌
5. 表現出易怒、悲觀、憂鬱或無感情的人格改變
6. 飲食或睡眠的改變
7. 先前曾經嘗試過自殺
8. 自我憎恨，感到內疚、無價值或羞愧
9. 近期重要的失落——死亡、離婚、分離等等
10. 自殺的家族史
11. 突然想要收拾個人事物或立遺囑等
12. 孤獨、無助或無望的感覺
13. 傳遞自殺意念的便條
14. 生理疾病
15. 反覆提到死亡或自殺

▶▶ 如何評估自殺的危險性

當基層醫療人員察覺有自殺行為的可能性時，需要評估以下幾項危險因子：

- 當下的精神狀態以及關於死亡或自殺的想法



- 這個人的自殺計畫——個案準備到什麼程度、多快的時間內會採取行動
- 這個人的支持系統（家庭、朋友等）

發現個人是否有自殺想法的最好方法就是問他。和一般想法相對的是，談論自殺並不會將自殺意念植入個人的腦海中。事實上，能夠坦率談論這些讓他們正在苦苦掙扎的議題和疑問，他們會覺得非常感謝而且寬慰。

▶▶ 如何詢問？

要詢問一個人關於他或她的自殺意念是不容易的。循序漸入討論主題是有幫助的。一些有用的問句如：

- 你覺得悲傷嗎？
- 你是不是覺得沒有人關心你？
- 你是不是覺得已經不值得再活下去了？
- 你想要自殺嗎？

▶▶ 何時詢問？

- 當這個人感覺到被了解時
- 當這個人覺得談論他或她自己的感受是舒服的



- 當這個人正在談論如孤獨、無助等負面的感受

▶▶ 詢問什麼？

1. 詢問這個人是否有明確的自殺計畫：
 - 你有任何結束自己生命的計畫嗎？
 - 你有任何關於如何進行自殺的想法嗎？
2. 詢問這個人是否持有執行自殺行為的工具：
 - 你有藥丸、手槍、殺蟲劑或其它可以用來自殺的工具嗎？
 - 你是否可以立即取得這些工具？
3. 詢問這個人是否有一固定的時間表：
 - 你是否已決定在什麼時候結束你的生命？
 - 你計劃什麼時候去做？

一定要用帶著關懷、關心以及同理的心
來詢問所有的問題



✿ 如何處理一位想自殺的人

▶▶ 低度危險性

這個人已經有一些自殺的想法，例如『我無法繼續下去了』、『我希望可以死掉』，但還沒有做任何計劃。

▶▶ 需要的行動

- 提供情緒支持。
- 討論並處理想自殺的感覺。一個人愈是能夠坦率地談論失落、孤獨和無價值的感覺，他或她的情緒起伏程度愈輕微。當情緒起伏和緩後，這個人比較可以是反思的。這個反思的過程很重要，因為除了他本身以外，沒有其它人可以重新喚起他決定要自殺或是繼續活下去。
- 談論以前如何不訴諸自殺而能解決問題的經驗，將焦點放在個人正面的力量。



- 轉介這個人給心理健康專業人員或醫師。
- 定期會談，維持接下來的聯繫。

▶▶ 中度危險性

這個人有自殺的想法和計畫，但沒有立即自殺的計畫。

▶▶ 需要的行動

- 提供情緒支持，討論並處理想自殺的感覺，將焦點放在這個人正面的力量。此外，繼續進行以下的步驟。
- 利用矛盾心理。健康工作人員應該集中焦點在想自殺的人的矛盾心理，以使得想要活下去的力量可以逐漸增加。
- 探尋除自殺外的其它選擇。健康工作人員應該試著發掘自殺以外的不同方式，即使它們可能不是最理想的解決方法，希望這個人至少可以考慮其中一個選擇。
- 訂定約定。設法由想自殺的人取得他或她將不會



在以下狀況自殺的承諾。

- 在沒有和健康工作人員聯繫的時候
- 在特殊時期時
- 轉介這個人給精神科醫師、諮商師或醫師，儘快預約會談時間。
- 聯絡家人、朋友和同事，並且獲得他們的支持。

▶▶ 高度危險性

這個人有明確的計畫，有執行計畫的工具，並且打算立即進行計畫。

▶▶ 需要的行動

- 陪伴這個人。絕對不能讓他一個人獨處
- 溫和地和這個人談話，並且移除藥丸、刀子、槍、殺蟲劑等。（遠離可用來自殺的工具）
- 訂定約定
- 立刻聯絡健康專業人員或醫師，並且安排救護車和住院
- 告知家人並且獲得其支持



▶▶ 何時需要轉介想自殺的人

當這個人有：

- 精神疾病
- 之前有嘗試自殺的記錄
- 自殺的家族史、酗酒或心理疾病
- 身體不適
- 無社會支持

▶▶ 該如何轉介

- 基層醫療人員必需好好花時間對這個人解釋轉介的原因
- 安排會面
- 傳遞訊息給這個人，表示轉介並非基層醫療人員用來擺脫該問題的方法
- 在照會後訪視這個人
- 維持定期的聯絡



資源

平常可利用的支持性資源有：

- 家人
- 朋友
- 同事
- 神職人員
- 危機處理中心
- 健康照護專業人員

如何運用資源？

- 試著得到想自殺的人同意，去獲得各種支持性的資源，並且聯絡他們
- 即使沒得到允許，我們要試著找出某位對於該名想自殺的人特別同情的人
- 事先和該名想自殺的人溝通並解釋有時候和一個陌生人談話會比和所愛的人談話要容易，所以他或她才不會感覺被忽視或被傷害
- 和提供資源的人談話時，不帶任何責難或使他們



感到內疚

- 獲得他們對即將採取的行動的支持
- 也注意他們的需求

▶▶ 該做的事

- 聆聽、展現同理心、並且保持冷靜
- 支持的且關心的態度
- 嚴肅看待這個情境並且評估危險性
- 詢問之前是否有嘗試自殺的經驗
- 發掘自殺以外的可能性
- 詢問自殺的計畫
- 買時間——訂定約定
- 找出其它的支持
- 可能的話，移除可以用來自殺的工具
- 採取行動、告訴別人、取得幫助
- 如果危險性高，留下來陪伴這個人

▶▶ 不該做的事

- 忽視這個情境



- 感到震驚的、尷尬的和恐慌的
- 說所有事情都會沒事
- 不斷挑釁這個人去進行自殺
- 讓這個問題看起來不重要的
- 給予錯誤的保證
- 發誓會守口如瓶
- 離開並讓這個人獨處

✻ 結論

對其他人的的奉獻、感受性、知識和關懷，相信每個生命都值得養育的信念——這些是基層醫療人員有的主要資源；而有了這些支援，他們便可以幫助預防自殺。

譯者名單：江惠綾醫師、林奕廷醫師、單家祁醫師

（以上依照姓氏筆劃排名）



第三章

學校老師和其他 相關人員須知

綜觀全球，15~19歲的族群中，自殺是死亡的五大原因之一。在許多國家裡，15~19歲的族群中，不論男女，自殺甚至高居死亡排行榜的第一或第二名。因此，兒童和青少年的自殺防治非常值得關注。事實上，這個年齡的族群正值求學階段。所以，如果要針對自殺加以防治的話，學校是一個最理想的實行場域。

這份文件，原先是寫給學校老師、學校裡的諮商師、醫師、護士、社工師、或是政府內與學校相關的部分官員。然而，其他關注大眾健康的專家或是對於自殺防治有興趣的民間團體，也可以從中得到一些有用的參考資訊。這份文件將簡述青少年自殺行為的特點，提供自殺行為背後的保護因子以及危險因子，並管理自殺的



高危險群。此外，也包括發生自殺行為後，學校應該如何來反應與處理等議題。

目前，15歲以下的自殺行為並不常見。雖然有些青少年在14歲時已有自殺行為，且多發生在青少年早期，但是12歲以下的自殺仍不常見。儘管如此，有些國家提出警訊，不管是15歲以下的族群，或是15～19歲的族群，發生自殺行為的案例逐漸在增加當中。

自殺的方式，每個國家不盡相同。舉例來說，在一些國家，選擇使用殺蟲劑是很普遍的；然而，在其他國家，藥物、汽車廢氣、或是槍枝卻更常見。男孩比女孩更容易自殺身亡。一個可能的理由是男孩比女孩更趨於使用較激烈的方式來自殺，譬如說上吊、槍枝、或是爆炸物。然而，在這15～19歲的族群中，女孩比男孩更常發生自殺行為，而且，女孩選擇激烈方式來自殺的比例在過去十年間正逐漸增加。

不論如何，以學校為基礎的最佳自殺防治，是以團隊合作為基礎。包括老師、校醫、學校護士、心理諮商師、以及社工。除了學校內的密切合作之外，同時也必須與社區的團體有良好的交流互動。



偶爾有自殺的念頭並非異常。在孩童或青少年的正常發展過程中，自殺是他們所面臨到的一部份問題。如同存在議題，生死、或是人生意義等問題一樣自然。問卷式的調查發現，一半以上的高中學生表示曾有過自殺的念頭。青少年需要與成年人討論這樣的議題。

當兒童或是青少年認為，自殺是面對困難唯一的出口時，這樣的自殺意念就是不正常的；因為，如此下去，自殺的風險就會大幅增加。

❖ 一個被低估的問題

在一些個案中，不論是車禍、溺斃、墜樓、或是藥物過量，要完全區別自殺是蓄意的或非蓄意的，並不是件容易的事。在很多死亡的分析中，真正的自殺往往被放在意外或是非蓄意的類別中，所以青少年的自殺行為其實嚴重被低估。

在許多因暴力方式而導致死亡的青少年研究報告中顯示，並無法找到一個共同的特色或原因。儘管，有些人的死亡是因為非蓄意行為的後果，而其他人是因為生



活的痛苦所做的蓄意行爲。但是他們大多呈現了難以捉摸的自我傷害行爲和趨於危險的傾向。

此外，學生們對於自殺行爲的定義與精神科醫師並不相同。自我評量報告呈現的研究顯示，對於自殺行爲的調查，自我評量報告所反應出來的盛行率是精神科醫師評估的兩倍。一個可能的解釋是，使用匿名式問卷的青少年，比起面對精神科醫師時，對於自殺行爲的解釋相對寬鬆。此外，那些表示想要自殺的青少年，在已發生自殺行爲後，只有 50% 的人被送到醫院。因此，醫院裡面所呈現出自殺行爲的數目，並無法反應出社區裡面，自殺問題的真正嚴重性。

一般說來，青少年中，雖然女孩嘗試自殺的比例是男孩的 2~3 倍，但是男孩比女孩容易自殺身亡。雖然女孩比男孩更容易有憂鬱症，但是她們比較容易和人討論她們的難題，並會尋求幫忙，也許這是她們避免致命的自殺行爲的原因。男孩通常比較衝動好鬥，常在酒精或是非法藥物的影響下做了自殺行爲。因此也帶來了致命性的後果。



✻ 保護因素

避免自殺的重要保護因素包括有：

▶▶ 1. 家庭類型

- 與家庭成員的良好關係
- 從家庭中得到支持

▶▶ 2. 認知模式與人格

- 好的社交技巧
- 有自信，對現有處境或成就有信心
- 面對困難時會求助
- 面對重大決定時會尋求建議
- 對於別人的經驗或解答採開放的態度
- 對於新知採開放的態度

▶▶ 3. 文化與社會統計因素

- 社交整合，例如：透過參與運動、教會活動、社



團和其他活動

- 與同學有良好的關係
- 與老師和其他成人有良好的關係
- 旁人給予的支持

❖ 危險因素和危險情境

因為環境和遺傳的影響，在特定的家庭裡或特殊情境下的自殺行為顯然比其他家庭多。分析後發現，在青少年或兒童的自殺行為或自殺身亡案例中，下面的因素或情境往往有高度的關聯。但須謹記的是，並非每個個案都一定如此。

必須記得的是，下面的這些危險因素和危險情境，受到不同文化、政治、經濟等因素的影響，即使是鄰近的國家也不一定相同。

▶▶ 1. 文化與社會統計因素

家庭裡的低社經狀態、低教育水準、失業都是危險因素。原住民或是外來的移民也通常被歸在高危險族



群，不只是因為他們所面對的經濟困境或是語言困難，同時也是因為他們所缺少的社會網絡。許多個案中，往往這些危險因素同時伴隨著折磨、戰爭所造成的傷害、和孤立以及心理的衝擊。

這些文化因素往往與較少的社會活動參與度，以及不同族群間的價值衝突有所關聯；這些衝突往往對於女性有較大的影響，特別是那些出生及生長在較為自由的國家中，可是卻保有父母一代傳統價值觀的族群。

即使是強調自我的青少年，成長仍會受到集體傳統文化的影響。缺少傳統文化羈絆的兒童和青少年，他們常有顯著的認同問題，同時也缺乏衝突解決的典範。在壓力情境下，他們也許會將自己投注自我毀滅的行為中，譬如說自殺。

比起非原住民，原住民的自殺行為危險性更高。

性別認同和性取向的不一致也是自殺行為的危險因素。那些不被文化、家庭、同學、學校和其他團體所接受的青少年和兒童，將會有嚴重的接納問題，同時也缺少發展過程中應有的支持。



▶▶ 2. 家庭類型以及兒時的負面生活經驗

毀滅性的家庭類型或是孩童時期早年的創傷經驗會影響稍後的青少年生活，特別是當他們無法處理創傷事件時。

有自殺行為的兒童和青少年中，家庭的失能、不穩定以及負面的生活經驗包括有：

- 父母的精神病性症狀（情緒疾患或是其他精神疾病）
- 酒精和物質濫用，或是家庭中出現反社會行為
- 自殺行為或自殺身亡的家族史
- 暴力和虐待的家庭（身體或性方面的虐待）
- 父母／照顧者的疏於照顧、家庭內的不良溝通
- 父母／照顧者間頻繁的衝突、紛爭
- 離婚、分居、或父母／照顧者的死亡
- 頻繁搬家到不同地區
- 父母／照顧者的過高或過低期望
- 家長／監護人的權威太過或不恰當
- 家長／監護人沒有時間注意到並處理孩子的情緒



危機，以及環境充斥著排斥或忽視等負面情緒

- 死板的家庭
- 領養或寄養家庭

雖非必然，但對於試圖自殺或自殺身亡的兒童及青少年而言，這些家庭型態常常成為他們的特徵。有證據指出，年輕自殺者多來自於不只有單一問題的家庭，也因此自殺的風險會增加。因為忠於家人，有時他們並不想或不得洩漏家裡的私事，因此他們總是得不到家人以外的幫助。

▶▶ 3. 認知模式與人格

青少年常常具有下列人格特點，但它們也和企圖自殺或自殺身亡的風險相關（通常合併心理疾患），所以用其預測自殺的效果是有限的：

- 情緒不穩定
- 憤怒或好鬥的行為
- 反社會行為
- 付諸實行，採取行動的行為
- 容易衝動



- 易怒
- 死板的思考模式及調適方法
- 遇到困難時，解決問題的能力不佳
- 掌握現實有困難
- 有生活在幻想世界的傾向
- 崇高偉大的幻想交替著無價值感
- 總是感到失望
- 焦慮，特別是關注在身體的病痛或輕微的失望
- 自以為是
- 採用刻意表現出來的優越感來掩飾自己的自卑感及不確定感，摒棄或排斥來自同學、成人甚至是父母的關懷
- 對性別認同或性傾向的不確定感
- 和父母、其他成人、或朋友之間的矛盾關係

就年輕人而言，他們的人格與認知模式、自殺風險之間複雜的關聯性很值得探討，但其實在這方面，具有任何明確特性、可供參考使用的研究證據一般來說還是非常稀少且往往是模擬兩可的。



▶▶ 4. 精神疾病

患有下列精神疾病的兒童及青少年特別容易表現出自殺行爲。

▶▶ 5. 憂鬱

憂鬱的症狀和反社會行爲的結合是青少年自殺最常見的導因。在自殺身亡的這些人當中，有研究證實至少有四分之三符合一到多個憂鬱的症狀，而且有很多是完全發作的憂鬱疾患。

憂鬱的學生求醫時通常以身體症狀爲主。身體的病痛，像是頭痛、胃痛、腿部或胸部的刺痛都很常見。

憂鬱的少女常傾向退縮、變得沉默、沮喪、了無生氣。相對地，憂鬱的男孩容易有破壞或好鬥行爲，而且希望能得到老師及父母較多的注意。好鬥成性會導致孤獨，且是自殺行爲的危險因子。

儘管有些憂鬱的症狀或憂鬱症在自殺的兒童中很常見，然而他們並不見得會和自殺念頭或自殺企圖共存。青少年可以在不憂鬱的情況下殺害自己，也可以憂鬱而



不自殺。

▶▶ 6. 焦慮疾患

研究一致指出，焦慮疾患和男性的自殺企圖有關，而與女性的相關性則稍弱。單純的焦慮傾向就能提高自殺風險，似乎無關憂鬱。因此，對於有自殺風險的青少年，應該要評估及處理他們的焦慮。為自殺念頭所苦的年輕人也常出現心身症的症狀。

▶▶ 7. 酒精或藥物濫用

在自殺身亡的兒童或青少年當中，濫用酒精或非法藥物的人太多了。在這個年齡層，有四分之一的自殺者被發現在自殺前有喝酒或用藥。

▶▶ 8. 飲食疾患

因為對自身身體不滿意，有很多兒童及青少年試著減重，而且很在意什麼食物該吃、什麼食物不該吃。大概有1~2%的少女有厭食症或暴食症。患有厭食症的少女經常向憂鬱屈服，而且自殺的風險比一般人高二十



倍。最近的證據指出，男孩也會受到厭食症或暴食症所苦。

▶▶ 9. 精神病

雖然得到像精神分裂症或躁鬱症等嚴重精神病的兒童及青少年並不多，但他們自殺的風險卻相當地高。很多得到精神病的年輕人事實上還具有其他的危險因子，像是喝酒、抽過量的煙、以及藥物濫用。

▶▶ 10. 先前的自殺企圖

如有單一或多次的自殺史，不論有沒有先前提到過的精神疾病，都是屬於自殺行為中很重要的危險因子。

▶▶ 生活中的負面事件所引發的自殺行為

在自殺的兒童及青少年中，常會見到前述的認知模式、人格特點、以及對壓力的敏感（和遺傳基因，也和家庭型態或早年生活的負面壓力有關）。當遇上生活中的負面事件時，這種敏感度讓妥善調適變得困難；因而當發生生活上的壓力事件後，便易產生自殺行為。重新



感受到無助、無望及絕望可能會讓自殺的念頭浮現，進而誘發自殺企圖。

可能誘發自殺企圖的危險情境和事件有：

- 會讓人感到被傷害的情境（客觀評估時，不見得真是如此）：當年輕人把這些情境當成是對自我形象的直接威脅，並感到自尊受創時，敏感的兒童及青少年就可能會把瑣碎的小事視為嚴重的傷害，並表現出焦慮及混亂的行為。
- 家庭的不合
- 和朋友、男女朋友、或同學等人分離
- 戀人或其他重要人物的身亡
- 戀情的結束
- 人際間的衝突與失落
- 法律或紀律上的問題
- 同儕的壓力，或是有自我毀滅性的同儕支持
- 恃強凌弱以及被害
- 對學業成績失望以及學習上的挫敗
- 學校在考試期間過份的要求
- 失業和經濟困難



- 意外的懷孕、流產
- 得到愛滋病或其他性病
- 身體的嚴重疾病
- 自然災害

❖ 如何識別處於困境中且有自殺風險的學生

▶▶ 困境的識別

任何突發的或戲劇化的變動，如果會影響到兒童或青少年的表現、出席狀況或行爲時，都應該被認真看待。例如：

- 對日常活動失去興趣
- 成績全面退步
- 努力程度降低
- 在教室裡不守規矩
- 無法解釋，或反覆的缺席或曠課
- 過度的抽煙、飲酒、或藥物不當使用（包括大



麻>

- 導致警力介入和學生暴力的意外事件

這些因素有助於辨識出高危險群的學生，他們具有精神上或來自社會的痛苦，因而可能會有自殺意念進而導致自殺行為。

如果老師或學校諮商師察覺出以上這些徵象，學校團隊就應該有所警惕，且應對學生安排徹底的評估，因為這些徵象通常代表學生遭逢嚴重的痛苦，某些個案更可能會因此導致自殺行為。

▶▶ 自殺危險性的評估

當學校工作人員進行自殺危險性評估時，需了解到『問題通常是多面向的』。

▶▶ 過去的企圖自殺行為

過去的企圖自殺行為是最重要的危險因子之一。遭逢痛苦的年輕人容易反覆企圖自殺。



▶▶ 憂鬱症

另一個重要的危險因子是憂鬱症。憂鬱症必須由臨床醫師或兒童／青少年精神科醫師來診斷，但老師和其他學校工作人員必須了解憂鬱症的可能症狀。

評估憂鬱症的困難性在於：青少年的自然發展過程中具有某些特色和憂鬱症的症狀相同。

青少年時期是一個自然發展的過程，在這段時期中，有些特徵是常見的，例如：低自尊、沮喪、注意力問題、疲勞、睡眠障礙。而這些通常也是憂鬱症的常見特徵；但這些特徵通常不會引起注意——除非已經持續一段時間且愈來愈嚴重。和罹患憂鬱症的成年人相較，年輕的憂鬱症患者容易衝動，食量和睡眠也較多。

憂鬱性思考在青少年時期可以是正常的，且當他們滿腦子充斥著與存在相關的議題時，這正反應出正常的發展過程。如何區別健康的和處於自殺危機的年輕人，則須檢視其自殺意念的強度、深度、持續時間、起因和轉移的困難度〈即堅持度〉。



▶▶ 危險的情境

另一個重要的工作在於辨識出如前面所述之可能造成自殺意念和增加自殺危險性的環境因素與負向生活事件。

✿ 在學校裡如何處理企圖自殺的學生？

辨識出需要協助且遭逢痛苦的年輕人通常並不困難。至於如何應對企圖自殺的兒童／青少年則是有許多困難。

部分的學校工作人員已經了解該如何謹慎且不失尊重地對待遭逢痛苦並企圖自殺的學生。團體現今的技巧應該再行調整改進。於接觸企圖自殺的學生時，需在保持適當距離和親密度之間持衡，並且在給予同理心的同時又不失尊重。

辨識出處於自殺危機的學生並給予處理可能會導致老師和其他學校工作人員之間的衝突，因為他們可能缺



乏專業技巧、時間、或是他們害怕面臨到他們自身的心理問題。

▶▶ 一般性預防：在任何自殺行為發生之前

自殺防治的最重要部份在於及早辨識出遭逢痛苦或自殺危險性高的兒童／青少年。爲了達到這個目標，應該藉由下列所述之方法，特別著重學校工作人員和該關心的學生之間的互動情形。許多專家一致認爲，明白而清楚地教導學生自殺相關議題是不明智的。比較建議的方法是，以討論正向的心理健康來取代。

▶▶ 強化老師和其他學校工作人員的心理健康

首先，維護老師和其他學校工作人員的健康和平衡是很重要的。對他們而言，工作環境可能是被排斥的、具攻擊性的、或甚至具暴力性的。因此他們需要能提供知識的資源來加強他們的了解，並對於他們自身、學生和同事間的精神壓力與可能的心理問題做出足夠的應對。他們也應該要有受到支持和治療的管道。



▶▶ 強化學生的自尊

正向的自尊能保護兒童和青少年免於精神上的痛苦和沮喪，且讓他們有能力處理困難且痛苦的生活情境。

爲了培養兒童和青少年的正向自尊，有許多的方法可用。舉例來說，下面有一些建議的方式：

- 能協助青少年鍛鍊出正向個性的正向生活經驗應予以強調。過去的正向經驗能增加年輕人對於未來更有自信心。
- 不要對兒童和青少年持續地施加壓力，要求他們必須要做的更多和更好。
- 對小孩子而言，大人對孩子說我愛你是不夠的；小孩子需要感受到他們是被愛的。被愛與感受到自己被愛之間，其實有很大的差異。
- 孩子們不應該只是被接受，他們應該要被珍愛。他們需要覺得自己是特別的。

同情心壓抑了自尊，而同理心則培育了自尊，這是因爲同理心屏除了批評。在孩童早期，自主性和支配性爲正向自尊發展的基石。



兒童和青少年自尊發展的程度與成就，是取決於他們在生理、社會和職業技能上的發展。想要具有高自尊，青少年就必須從家庭和同儕間建立起自己的獨立性；能夠和異性發展關係；對就業和自給自足有所準備；並建立出一套能運作且具有意義的人生觀。

藉由先求助專家而後自己身體力行來訓練生活技能，會是一種有效的方法。教導的過程中需要告訴孩子們如何給予他人幫助以及如何尋求大人的協助〈如果有需要的話〉。

教育系統應該加強每個學生之自主性的發展和強化。

促進學生就學的穩定性和持續性也是另一個重要的目標。

▶▶ 促進情感的表達

兒童和青少年應被教導如何正視自己的情感，並且應鼓勵他們信賴父母親和其他成年人，例如老師、校醫或校護、朋友、體育教練、和神職人員。



▶▶ 避免學校暴力

教育系統應有特定的技巧來避免校園中的暴力發生，目的即在於營造出安全無虞的環境。

▶▶ 提供照護服務的相關訊息

必須確保特定服務電話的廣泛可用性，比方說專門處理緊急狀況和緊急精神科問題的諮詢服務電話，並確定年輕人明白如何利用它們。

▶▶ 介入：當自殺危險性被察覺時

對於大部分遭逢痛苦或高自殺危險性的兒童／青少年而言，常會遭遇到溝通上的問題。因此，和這些年輕人建立溝通管道是非常重要的。

▶▶ 溝通

自殺防治的第一個步驟無疑是互信的溝通。在自殺的發展過程中，準備自殺的年輕人和他們周遭的人之間的溝通是非常重要的。缺乏溝通和社會網絡的中斷會導



致：

- **關係中的沉默和升高的壓力。**造成這種沉默和缺乏對話常見的理由，是成人懼怕和兒童或青少年討論他們的自殺想法和訊息會引發他們的自殺行動。
- **明顯的猶豫不決。**可以理解地，成人與兒童或青少年自殺溝通中的面質，可能使得他們內心的衝突更加突顯。與一個苦惱的或想自殺的兒童或青少年的溝通所帶來的心理負擔通常是非常沉重的，而且包含著各式各樣的情緒反應。在某些例子當中，接觸想自殺的兒童或青少年的成人，他們自己未解決的情緒問題可能會因此浮上檯面。這些問題在學校教職員中可能變得更顯著，他們的猶豫不決一想要，但同時又不願意或不能夠，去幫助想自殺的學生—可能會導致避免彼此對話的情況。
- **直接或間接的攻擊。**有時候成人所感受到的不安是很明顯的，使得他們對正在苦惱或想自殺的兒童或青少年的最終反應成爲一種言語或非言語的



攻擊。

- 很重要的一點是，我們必須了解教師在這個溝通的過程當中並不是孤軍奮戰的，而且學習如何達到良好的溝通是最基本的事。這番對話或溝通應該是視個別情境而被創造和調整的。最重要的是，對話意味著辨認出兒童和青少年的特質以及他們求助的需要。

正在苦惱或有自殺危險的兒童和青少年們大多數的時候會對其他人的溝通方式過份敏感。這常常是因為在他們成長的過程中，他們和家人及同儕之間缺乏互信的關係，並且有著缺乏關心、尊重、甚至是愛的經驗。想自殺的學生對言語和非言語溝通的過度敏感性是不相上下的，在此，身體語言扮演著和言語溝通同等重要的角色。然而，成人們不應該因為苦惱或想自殺的兒童或青少年們不願和他們溝通而感到挫折。相反地，他們應該記住這種逃避的態度常常是不信任成人的徵兆。

想自殺的兒童和青少年也對是否要接受或拒絕別人提供的幫助，以及是否要活著還是死亡，展現出明顯地舉棋不定的態度。這種猶豫不決對於想自殺的年輕人的



行為有著顯著的影響，他們可以在尋求協助和拒絕幫忙之間快速轉變，而且可能很容易被別人誤解。

▶▶ 增進學校教職員的技巧

這可以藉由舉辦特殊訓練課程的方法來達成，這些課程的目的是要增進苦惱或想自殺的學生和他們的老師之間的溝通，以及增強對自殺危險性的覺察和了解。藉由這些訓練使所有教職員有能力和彼此以及和學生討論生與死的議題，促進他們辨認出陷於苦惱、憂鬱、和自殺行為的技巧，並增加他們對於可運用的資源的知識，這些都是自殺防治的重要方法。

在自殺防治手冊中定義的明確目標和詳細限制是這份工作中的重要工具。

▶▶ 轉介給專家

一個立即、強制、和果斷的介入可以救人一命，例如將想自殺的年輕人帶到一個開業醫師、兒童精神科醫師、或急診處等。

年輕人的健康服務應該是被視為是容易接近的、有



吸引力的、和沒有污名化的才會有效。學校的教職員應該主動且親自地將苦惱或是想自殺的學生轉介給一個由醫師、護士、社工、和法律代表所組成的團隊，這個團隊的目標是保護兒童的權利。這種主動的將學生轉介到醫療系統的過程可以防止學生在轉介過程中退出，例如僅利用通信轉介即可能發生退出的情形。

▶▶ 移除苦惱的和想自殺的兒童及青少年們觸手可及的自殺方法

各種方式的監督以及移除或鎖住在學校、父母家中、和其他地方的危險機械、槍械、火藥、殺蟲劑、炸藥、刀具等等，是非常重要的拯救生命的方法。不過光靠這些方法對於長期的自殺防制來說是不夠的，必須同時給予這些孩子們心理上的支持。

✿ 當發生自殺企圖或自殺身亡時

學校要有緊急計劃，這些計劃是當在校園內發生自殺企圖或自殺身亡事件時，要如何告知學校的教職員，



特別是老師，以及同學和家長；這些計劃的目的是要預防群集自殺。這種感染的效果是源自於這些兒童和青少年認同了之前企圖自殺或自殺身亡的人所使用的毀滅性的解決方法。由美國疾病管制局在 1994 年所發展和公佈的關於如何處理及預防群集自殺的建議，目前仍被廣泛地使用。

辨認出所有同班和其他班想自殺的學生是很重要的。不過，群集自殺可能不僅限於互相認識的兒童或青少年；即使是距離很遠或是完全不認識自殺者的年輕人，也可能認同自殺者的行為而訴諸於自殺。

所有的同校同學、學校教職員、和家長都應該適當地被告知有位學生企圖自殺或自殺身亡的消息，而且這個事件所帶給他們的苦惱應該被處理。

▶▶ 建議摘要

自殺不是一個無法理解且出乎意料的事件：想自殺的學生會給他周遭的人足夠的警訊和介入的機會。在自殺防治工作當中，老師和其他學校教職員面臨著一個極具戰略重要性的挑戰，其中最基本的要務列舉如下：



- 辨認出有人格障礙的學生，並提供他們心理上的支持
- 藉由與年輕人談話、嘗試去了解他們並幫助他們，和他們建立更緊密的關係
- 舒緩心理上的苦惱
- 對不論是透過口語表達或是行為改變的自殺溝通能夠觀察敏銳，並訓練早期發現自殺溝通的能力
- 對較不熟練的學生提供學業上的幫助
- 留心曠課
- 對精神疾病去污名化，並協助根除酒精和物質濫用
- 轉介學生接受精神疾病以及酒精和物質濫用的治療
- 限制學生對自殺方法的可近性，例如有毒和致命的藥物、殺蟲劑、火藥和其他武器等等
- 提供老師和其他學校教職員即時抒發工作壓力的管道。



譯者名單：周彥甫醫師、倪信章醫師、陳建廷醫師、梁珪瑜醫師
(以上依照姓氏筆劃排名)

❖ 參考資料

1. McKey PW, Jones RW, Barbe RH. *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horscham, PA, LRP Publications, 1993.
2. McGoldrick M, Walsh F. A systematic view of family history and loss. In: Aronson Med. *Group and Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel, 1983.
3. Litman R.E. Psychological autopsies of young suicides. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide*. Vol. 3: *Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office, 1989.
4. Holinger PC, Klemen EH. Violent deaths in the United States, 1900-1975. *Social Science and Medicine*, 1982,



- 16: 1929-1938.
5. Jilek-Aall L. Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison. *Transcultural psychiatry research review*, 1988, 25: 87-105.
 6. Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. Adolescent suicide: an overview. *American journal of psychotherapy*, 1984, 38: 350-363.
 7. Gould MS, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1999, 37(9): 915-923.
 8. Carris MJ, Sheeber L, Howe S. Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. *Journal of adolescence*, 1998, 21(4): 459-472.
 9. Garofolo R et al. The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents. *Pediatrics*, 1998, 101(5): 805-902.



10. Spruijt E, de Goede M. Transitions in family structure and adolescent well-being. *Journal of adolescence*, 1997, 32(128): 897-911.
11. Weissman MM et al. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up. *Archives of general psychiatry*, 1999, 56: 794-801.
12. Schaffer D, Fisher P. The epidemiology of suicide in children and young adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1981, 20: 545-565.
13. Wasserman D. *Depression -en vanlig sjukdom* [Depression - a common illness]. Stockholm, Natur och Kultur, 1998.
14. Vandivort DS, Locke BZ. Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1979, 9: 205-218.
15. Pommereau X. *Quand l'adolescent va mal*. [When things don't go well for adolescents]. 1997. Ed. J'ai lu. 123.
16. Beautrais AL et al. Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through



- 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997, 36: 1543-1551.
17. De Wilde EJ et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51.
18. Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1982, 21: 178-186.
19. Zenere FJ, Lazarus PJ. The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide & life-threatening Behavior*, 1997, 27(4): 387-403.
20. Weissman MM et al. Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281 (18): 1701-1713.
21. Marcelli, D. Suicide and depression in adolescents. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419 423.



22. alley PB, Kusk F, Bogo RJ. School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey. *School Counselor*, 1994, 42: 130-136.
23. Smith J. *Coping with Suicide*. New York, Rosen, 1986.
24. Weissman MM, Fox K, Klerman GL. Hostility and depression associated with suicide attempts. *American journal of psychiatry*, 1973, 130: 450-455.
25. Erikson EH. *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton, 1994.
26. Papenfuss RL et al. Teaching positive self-concepts in the classroom. *Journal of school health*, 1983, 53: 618-620.
27. Centers for Disease Control. CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, Suppl.: 1-12.



第四章

矯正機構人員須知

自殺通常是矯正機構中最常見的單一死亡原因。監獄及拘留所對保障所轄人犯的健康及安全責無旁貸；反之，若管轄不善，則會招致法律上的抨擊質疑。而媒體又對這類事件特別感興趣，往往是煽風點火推波助瀾。一件矯正機構內的自殺事件很容易便會被擴大渲染為政治上的醜聞。因此，提供適當的自殺防治與介入服務計畫，對於受刑人或是矯正機構雙方而言是互蒙其利。處於這樣的大環境下，世界各地的矯正機構莫不致力於從事受刑人的自殺防治工作。

矯正機構依所轄人犯及環境設施的不同而有所區別，比如：短期拘留、審判前羈押、入獄服刑、嚴苛的服刑處遇、過度擁擠、公共衛生、歧異的社會文化背景、愛滋病的盛行、基本身體健康及心理健康機構的可



近性等等。上述的每一項因素都以不同的方式影響到自殺率的高低。儘管如此，借由遵循某些特定的基本原則和措施，來減少矯正機構內的自殺率依然是實際可行的。

這份文件是特別提供給矯正機構內負責發展心理衛生計畫的管理者和肩負人犯安全保障的工作人員，目的在提供自殺相關的一般背景資料及一些用來減少自殺的關鍵措施

✿有關於自殺的一般事實

自殺是個嚴重的健康問題。世界衛生組織估計每三秒就有一起自殺事件的發生，每一分鐘就有一个人自殺身亡。自殺造成的死亡甚至多於武裝衝突造成的死亡。因此，減少自殺已成為一個重要的國際衛生目標。

自殺的原因相當複雜。有些人當面臨生命中的艱困事件或多重壓力時似乎會特別容易自殺。對於自殺防治的挑戰是如何找出這些最脆弱的人，在什麼環境下，然後進行最有效的介入。朝著這個目標，研究者已經找出



許多在交互影響下導致一個人有較高的自殺風險的主要因素，包括有社會文化、精神狀態、生理、基因，以及社會壓力。這些因子如何交互作用造成自殺的方式相當複雜，迄今也未被全然的瞭解。即便如此，這些因子的不同組合已可被用來辨識出自殺的高風險族群——下面是有著自殺率高於平均，所以需特別予以關注的一群人：

- 年輕男性（15～49 歲）
- 老年人，特別是老年男性
- 原住民
- 精神疾病患者
- 酒精或其他物質濫用者
- 之前有過自殺企圖者
- 囚犯

❖ 受刑人即為高風險族群

相對於社區對照族群，受刑人族群有著較高的自殺率。舉例而言，接受審判前的拘留者其自殺率是一般人



的十倍，入獄服刑者其自殺率則是一般人的三倍。而每一件自殺身亡的事件背後，事實上存在著更多的自殺未遂事件。

任何下列因子的組合均有可能導致矯正機構中較高的自殺率：

- 受刑人本身即屬於較脆弱、有較高自殺風險性的族群，比如說：年輕男性、精神疾病患者、褫奪公權者、社會孤立者、物質濫用者，或是有自殺企圖史者。
- 拘捕或監禁所帶來的心理衝擊，或是與監獄生活相關的壓力超過了本身的因應能力。
- 缺乏正式的政策或措施去辨識及處理自殺者。
- 即使有適當的政策或措施，超時工作或未經訓練的矯正機構人員還是可能會錯失自殺的早期警訊。
- 孤立的矯正機構讓受刑人難以接受，甚至是毫無機會去接收精神專業機構的評估或治療。



✿ 矯正機構內的自殺防治

某些監獄和拘留所已經採取了完善的自殺防治計畫。在某些國家也已對矯正機構內的自殺防治訂立了國家標準守則，從這些經驗得知：一旦完善的防治計畫得以實施，便能有效的防範自殺的發生。雖然這些計畫隨著可運用資源及受刑人的需求有所不同，仍有許多共通點能提供給我們在這個領域內形成最佳解決方案的基礎。

▶▶ 自殺者的特徵

減少受刑人自殺的第一步是勾勒出這群人的樣貌（profile），辨識出哪些是高風險的族群和情境。舉例來說，已有研究指出影響受審前拘留者和入獄自殺者的關鍵風險因子有所不同。然而在某些地方，不同的高風險族群可能在單一機構內同時存在。



▶▶ 樣貌 (Profile) 一：受審前拘留者

警局或監獄中自殺的受審前拘留者其常見特徵為男性、年輕人（20～25 歲）、未婚、犯案情節較輕（通常與物質濫用相關）的初犯者。典型的個案通常在逮捕時處於中毒狀態，而在拘留後的前 24 小時，特別是前幾個小時內自殺。第二個自殺高峰期則是在出庭前，特別是當已預期會被宣判有罪或預期被判重刑時。

▶▶ 樣貌 (Profile) 二：入獄服刑者

與受審前拘留者相較，這群自殺者通常年紀較大（30～35 歲），為已服刑多年的暴力犯者（通常為 4～5 年）。造成他們自殺的因素可能是在機構內與其他人犯或管理者的衝突、家族的衝突或破碎，或是負向的法律判決（例如：上訴無效或假釋駁回）。

監禁也許代表著自由的喪失、家庭與社會支持的喪失、對未知的恐懼、對肢體暴力或性暴力的恐懼、對未來的恐懼及不確定性、對所犯的行為感到難為情或罪惡感，以及不良環境帶來的恐懼或壓力。隨著時間過去，



監禁帶來日益增加的壓力，包括與獄所的衝突、受害感、法律上的挫折，以及身體和情感上的崩潰。

❖ 監獄和拘留所中常見的自殺危險因素

除了上述的特徵外，監獄及拘留所內的自殺者有著許多共同的特徵，充份的了解這些特徵有助於我們推動自殺防治。

▶▶ 環境因子

在監獄或拘留所內，上吊為自殺者最常採用的手段，發生的時機通常是被隔離或關禁閉時，或是在人力最短缺的時候（如夜間或週末）。

▶▶ 心理社會因子

不良的社會和家庭支持系統、自殺史（特別是在最近一、兩年內所發生），和精神疾病或過去情緒困擾史是獄中自殺者常見的共同特徵。而不管其個別壓力因子



和本身的脆弱性是如何在運作，最終導致走上自殺一途的理由似乎都可歸納為：『絕望感、對未來期盼的失望、失去對因應方式的選擇能力』。自殺被視為是脫離絕望處境的唯一途徑。因此那些表達出絕望感，或是坦承有自殺意圖或計畫者應被視為自殺的高風險族群。

▶▶ 女性

雖然在矯正機構內的自殺者絕大部分均為男性（因為受刑人的組成也以男性居多），然監禁中的女性也屬於自殺的高風險族群。監禁中的女性其自殺率為社區對照組的五倍、為監禁中男性的兩倍。她們也有著較高的重大精神疾病罹患率。當監禁中女性特定的自殺高風險因子尚未被界定出來之前，那些缺乏良好社會及家庭支持、曾有過自殺行為、或有精神疾病史或情緒困擾者應視為自殺防治的首要目標。

▶▶ 青少年

被監禁的少年犯必須面對與家人或朋友的分離，這樣的經驗對他們而言可能顯得更難以承受。而那些跟成



人被監禁在一起的少年犯更應該被視為自殺的高風險群。

❖ 樣貌 (Profiles) 可隨時間演變

樣貌對於找出可能需要篩檢和介入的高危險群很有用。自殺防治計畫一旦成功執行，高危險群的樣貌便會隨時間改變。同樣地，當地的特殊情形卻可能改變傳統高自殺風險受刑人的樣貌特性。因此，樣貌應該只被用來作為找出可能的高危險群和情境的一種輔助。我們必須盡可能地去發展可以反映該地特殊的人文樣態，並且要定期地更新可能的改變。

▶▶ 接案篩檢

一旦矯正機構同仁受完訓練，熟悉自殺風險的因子，下一步就要開始對新加入的受刑人進行正式的自殺評估。由於在獄中，自殺可能會發生於剛被逮捕或拘留的前幾個小時；因此，自殺評估必須在幾乎是剛進機構門口時就進行，才會有效率。為了達到最佳效率，每個



新受刑人都必須在接案時加以篩檢，並在當環境或情況改變時再做一次。

在流動性高和資源有限的矯正機構，可能無法對所有入住的受刑人都進行自殺篩檢。一個實際的解決方式是，把篩檢目標放在那些符合高風險樣貌的受刑人，和那些呈現自殺企圖徵象的受刑人。

當資源許可時，自殺篩檢將由獄所中的健康照護人員於接案時，在初步的醫學檢查當中進行。自殺篩檢應該是矯正機構人員的責任，他們應該接受適當的訓練並輔以自殺評估量表。例如，在評估下，如果下列項目中有一項以上的答案是肯定的，則這種結果顯示自殺風險是增加的，並需要進一步的介入：

- 受刑人醉酒或吸毒
- 受刑人表達了超乎尋常程度的羞恥感、罪惡感並擔心被逮捕和監禁
- 受刑人表現出無望、害怕未來、或展現出憂鬱的徵象，像是哭泣、缺乏情緒反應、缺乏口語表達
- 受刑人承認當下有想自殺的想法
- 受刑人之前曾因心理健康問題接受治療



- 受刑人目前正遭受某種精神疾病狀況或呈現某種不尋常或怪異的舉止，像是難以集中注意力、自言自語、聽到聲音等
- 受刑人曾進行一次或多次的嘗試自殺或承認自殺是當下可以接受的選擇之一
- 受刑人承認現在有自殺的計畫
- 受刑人承認或看起來缺乏內在或外在支持性的資源

自殺評估量表是完整自殺防治計畫中一個重要的部分，其理由如下：

- 這些量表提供給接案負責人員所有需關注面向的結構性問題
 - 當可進行篩檢的時間很短時，這些量表可作為忙於接案的工作人員記憶上的輔助
 - 這些量表促進了負責人員和機構內不同單位間的溝通協調
 - 這些量表提供了受刑人在進入機構，以及當情況改變時，篩檢自殺風險在法律上的正式紀錄
- 基於同樣的理由，即便經由健康照護工作人員進行



了初步的醫療檢驗，結構性自殺評估量表的使用依舊重要。一旦發現自殺的風險增加了，便應該要在個案的檔案裡註記，如此一來，此一資訊便可移轉交班給其他工作人員或是其他的代理機構或場所。最後，自殺評估量表並非是獨立評估自殺風險的工具，也不僅限於接案。它們可能被用在受刑人刑期中的任何時候，來協助找出有自殺風險者；並需要各種接受良好訓練的矯正機構工作人員進一步的介入。

▶▶ 接案後觀察

因為很多監獄和拘留所，自殺皆發生於監禁初期過後（有些則發生於數年後）；因此，只在收案時對受刑人進行篩檢是不夠的，還必須做定期評估。為了更有效率，自殺防治必須包含持續的觀察。矯正機構工作人員必須訓練到在整個監禁的刑期中都保持警戒。

為了達成這個目的，矯正機構工作人員必須要能從下列各項活動中匯集到受刑人自殺可能性的線索：

- 採用例行性安全檢查以監看自殺意圖或心理疾病的可能指標，像是：哭泣、失眠、行動遲緩、超



乎尋常的坐立不安或來回踱步；心情上、飲食或睡眠習慣上突然的改變；散佈財物，例如把個人物品分送他人；對各種活動或人際關係失去興趣；拒絕服藥或要求增加藥物的劑量等。

- 從在宣判時或其他關鍵時期（像是家人的死亡或離婚）和受刑人的交談中，找出其是否有無望感或自殺意圖。
- 監督家人或友人的訪視，以發現在訪視時所出現的爭辯或問題。應該鼓勵家人如果他們擔心他們的家人可能暗藏自殺想法時，一定要知會獄官。

▶▶ 處理後續篩檢

在後續的篩檢中，適當而合宜的監管和追蹤是必須的。因此，對於被認為是高自殺風險的受刑人，必須建立策略和步驟清楚的管理程序，規範其安置的責任、持續的監護、以及心理健康的介入。

▶▶ 監控

對於有自殺風險的受刑人，適當的監控是必要的，



尤其在夜間換班時（當工作人力減少）以及在工作人員可能並非永久被指定到某個區域的機構（像是警察局的臨時拘留所）。監控的程度應該考慮風險的程度。被判斷具有明顯自殺風險的受刑人需要持續的監護。而已經激起工作人員懷疑其自殺可能性，但卻不承認具有強烈自殺傾向的受刑人，更是需要每 10-15 分鐘監看一次。

▶▶ 社會介入

來到矯正機構的受刑人本身有相當的自殺可能性。這些和監禁造成的危機以及接下來的獄中生活加總起來，可能累積造成情緒和社會功能的崩潰，最後導致自殺。社會和軀體上的孤立，以及缺乏可運用的支持性資源增強了自殺的風險。因此，在矯正機構中，自殺防治一個很重要的要素就是有意義的社會互動。

大多數在矯正機構中的自殺，是發生在與工作人員及與其他受刑人隔離的受刑人身上。因此，因為某些必要因素而做隔離監禁處置或安置於單人牢房時，是會增加自殺風險的。將疑似有自殺危險的受刑人安置於團體寢室或共用牢房將顯著降低自殺危險，特別是和談得來



的受刑人同室。在某些機構，提供社會支持的方式是利用受過特別訓練的“牢友”（inmate "buddies"）。家人的訪視除了可以作為有關某個受刑人自殺危險性的資訊來源，也可以作為促進社會支持的方法。

然而，很重要的一點是，要注意草率的設計或是監控社會介入可能也會帶來風險。舉例來說，高自殺危險的受刑人被安置在共用牢房時，也更有機會拿到致命的器具。沒有同情心的受刑人可能在他的室友已經嘗試自殺了，也不會提醒矯正機構人員。因此，絕對不能認為安置一位有自殺危險的受刑人到共用牢房，就能取代訓練良好的機構工作人員對社會支持所進行的謹慎監控。

▶▶ 物理環境和建築構造

大多數自殺身亡的受刑人是藉由使用衣物上吊（襪子、內衣、腰帶、鞋帶、汗衫）或使用床單或毛巾。一個免於自殺的環境，應該是一間把能懸吊的地點、以及對於未受監督而獲取致命器具的機會消除或降到最低的牢房或寢室。

高度自殺危險的受刑人可能需要穿著保護衣或是受



到約束。當要進行這些措施時，必須要有適當而清楚的方針和程序。這些方針、程序必須描繪合適約束與不合適約束的情境、確保最不具限制性的可能方式之優先使用辦法、安全議題、使用約束的時間限制、約束時監控和監督的需要性，以及和心理健康專業的聯繫。

隨著科技的進步，在某些場所，已採用以攝影機觀察來取代管理人確認，來做為監督具高自殺風險之受刑人的方式。然而，攝影機的盲點加上忙碌的操作者仍可能造成問題。因此，攝影機監看必須以定時肉眼視察（如：每十到十五分鐘）的方式補強。

▶▶ 心理衛生介入

一旦入獄者被認為具有高度自殺風險時，就需要心理衛生專業人員更進一步的評估和治療。然而，在許多矯正機構中要想接觸心理衛生專業人員的管道卻是相當複雜，除了本身這方面的資源有限外，和外界的連結亦少，而有時候入獄者甚至需要被轉介到這些社區的心理衛生機構。

矯正機構固不可能有足夠的資源來滿足所有入獄者



在生理健康和心理衛生方面的需求；發展『要求以監護和控制為主要責任』的專業的矯正機構也顯不切實際。因此，爲了要完整處理入獄者在生理健康以及心理衛生方面的需求，矯正機構需和社區導向的計畫建立強力的連結。也就是說，刑事司法、精神健康以及健康照護體系需整合起來以防治矯正機構中的自殺。這可能需要以地區劃分的多元服務合作，包括綜合醫院、急診、精神科機構、社區精神健康計畫、以及藥酒癮防治計畫。

企圖自殺的行為發生

假如企圖自殺的真的行為發生，矯正機構管理者必須要受過足夠的訓練來維持該區域的安全，並能對該名企圖自殺者第一時間施以救助，以便他們等待矯正機構內或外來的支援到達。訓練矯正機構管理者急救步驟是自殺防治的重要環節。確實，矯正機構管理者在現場施以急救應屬正式發佈的標準作業流程之一部分。爲免延遲，在事件發生之前應預先規劃有效的緊急醫療溝通管道。急救設備應按照工作順序設置，有常規測試，並方便於事發現場取得。平日的練習能確保矯正機構管理人



員及急救人員有最適宜的反應。

▶▶ 有操弄他人意味的自殺企圖

某些狀況，入獄者做出企圖自殺的動作會被視為意圖操弄他人。他們可能利用企圖自殺的行為來獲得對環境的某些控制，例如被轉到醫院或是轉到限制較鬆的地方。一場精心策劃的企圖自殺行動，可能是為了要逃跑或是為了某些不正當的動機；以安全為念的官員必須時時考慮到這種可能性，特別是在最嚴密防護區域工作者尤然。

有反社會人格的男性入獄者更有可能做出意圖操弄別人的自殺行為，因為他們對於嚴密管制的矯正機構生活可能適應不良。而女性入獄者反覆的自傷行為（例如割傷或燒傷），則可能是由於被監禁以及拘留文化所帶來的壓力反應。

當矯正機構管理者認為某些入獄者將會利用自我傷害的行為來控制或操弄其所處的環境時，他們會傾向不把這些作態性自殺當真——不要對這些操弄讓步。如果這位入獄者過去常常違規的話，這樣的處理方式是正確



的。

然而，不論動機為何，自殺行為都有可能導致死亡，即使這不是其原本的目的。對自我傷害的行為如不加注意或是施以隔離處罰，便可能會因為使入獄者承擔更高的風險而讓問題變得更加嚴重。因此，對於那些有潛在自傷危險的入獄者，有計畫的密切監管、尋求社會支持以及心理社會層面的資源亦是同等重要。

▶▶ 假如自殺發生

假如自殺發生，相應的措施必須要有正式的官方紀錄、事件的報告、以及提供有建設性的意見回饋以防範未來的自殺。因此，在每一次企圖自殺的行動中，矯正機構管理者與健康工作者須加以仔細詢問以達下列目的：

- 重建導致自殺的事件
- 確認那些可能導致入獄者死亡的因素中，是否可能有錯失或處理不足之處
- 評估急救過程是否足夠
- 找出任何政策層面的意義以改進未來的自殺防治

此外，入獄者在矯正機構和其他相關的工作人員監



督之下自殺，工作人員可能會經驗某些程度的不同感受，從生氣、怨恨，到自責、悲傷都有。如果我們更加詳細的詢問事件經過、或詢問編制內的同儕及支持性團體，則可能對這些工作人員有所幫助。

監禁的環境可能會發生群聚式的自殺。相關的探討指出，在第一起自殺之後，隨後發生自殺的風險增加，但似乎是侷限在四個禮拜之內，且風險隨著時間降低。矯正機構的工作人員必須對這段風險增加的時間有所警覺。要降低發生這種傳染性自殺行為的風險，有以下幾種策略：包括對有精神疾患的入獄者提供安全的精神照護、移開或治療那些特別易受影響的人，以及有關當局在傳遞有人自殺的消息時需謹慎小心。

▶▶ 最佳措施的摘要

防治監獄及拘留所中自殺的最佳措施奠基於發展及紀錄一套完整的自殺防治計畫。該計畫應包括下列要素：

- 為矯正機構管理者開設一套訓練計畫（包括複習進修課程），幫助他們辨認出有自殺傾向的入獄者，並在入獄者有自殺危機時做出適切的反應。



- 在入獄者初到機構及整個待在矯正機構的時期中，運用一系統化的篩檢步驟來確認可能的高危險族群。
- 在工作人員之間有一個機制可以就高危險族群來溝通討論。
- 以書面寫下收容高危險入獄者的最低限度措施，包括：提供社會支持、對較嚴重的自殺傾向者有例行性的目視檢查以及不間斷的觀察、適度使用約束保護。
- 發展矯正機構本身足夠的資源或是和社區導向的心理健康服務做連結，以確保有需要進一步評估及治療時能得到心理健康專業人員的協助。

當矯正機構中的自殺發生時，仔細的澄清以便找出改進之道，包括及早察覺、密切監視、以及處置管理方面。

譯者名單：林安省醫師、曾懷萱醫師、鄭海擎醫師

（以上依照姓氏筆劃排序）



✻ 參考資料

1. Felthous AR. Preventing jailhouse suicides. *Bulleting of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1994, 22(4): 477-488.
2. World Health Organization. Figures and facts about suicide. Geneva, 1999.
3. Task Force on Suicide in Canada. Suicide in Canada. Minister of National Health and Welfare, Ottawa, 1994.
4. Danto B. The role of the forensic psychiatrist in jail and prison suicide litigation. In: Rosner R, Harmon RB. *Correctional psychiatry*. New York, Plenum Press, 1989, 61-88.
5. Bonner RL. Isolation, seclusion, and psychosocial vulnerability as risk factors for suicide behind bars. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, Yufit RI. *Assessment and Prediction of Suicide*. New York, The Guilford Press, 1992, 398-419.



6. Holley HL, Arboleda-Florez J, Love E. Lifetime prevalence of prior suicide attempts in a remanded population and relationship to current mental illness. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 1995, 39(3): 190-209.
7. Fryers T, Brugha T, Grounds A, Melzer D. Severe mental illness in prisoners. *British medical journal*, 1998, 317: 1025-1026.
8. Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community mental health journal*, 1992, 28(4): 317-326.
9. Farmer KA, Felthous AR, Holzer CE. Medically serious suicide attempts in a jail with a suicide-prevention program. *Journal of forensic sciences*, 1996, 41(2): 240-246.
10. Landsberg G, Cox JF, McCarthy DW, Paravati MP. The New York State Model of Suicide Prevention and Crisis Intervention with local jails and police lockups. In: Rosner R, Harmon RB. *Correctional psychiatry*. New York,



Plenum Press, 1989, 89-108.

11. Farrell G, Mainprize B. Update on suicide prevention training: Correctional Service of Canada. Communications and Corporate Development, Program and Information Analysis, Ottawa, Canada, 1990.
12. Arboleda-Florez J, Holley HL. Development of a suicide screening instrument for use in a Remand Centre setting. *Canadian journal of psychiatry*, 1998, 33: 595-598.
13. Landsberg G. Issues in the prevention and detection of suicide potential in correctional facilities. In: Rosner R. *Principles and practice of forensic psychiatry*. New York: Chapman and Hall, 1994, 393-397.
14. Danto BL. Suicide litigation as an agent of change in jail and prison: an initial report. *Behavioral sciences and the law*, 1997, 15, 415-425.
15. Hayes LM. From chaos to calm: one jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral sciences and the law*, 1997, 15: 399-413.
16. Fulwiler C, Forbes C, Santagelo SL, Folstein M. Self-



mutilation and suicide attempt: distinguishing features in prisoners. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 1997, 25(1): 69-77.

17. Holley HL, Arboleda-Florez J. Hypernomia and self-destructiveness in penal settings. *International journal of law and psychiatry*, 1998, 22: 167-178.

18. O'Carroll PW, Mercy JA, Steward JA. Suicide contagion and the reporting of suicide: Recommendations from a national workshop. *Morbidity and mortality weekly report*, 1988, 43 (No. RR-6), 1-9.

Cox B, Skegg K. Contagious suicide in prisons and police cells. *Journal of epidemiology and community health*, 1993, 47: 69-72.





第五章

媒體工作者須知

在現代社會中，媒體扮演了非常重要的角色，透過各種方式提供各種資訊，媒體得以左右社群的態度、信念與行爲，同時也對政治、經濟與社會上各行各業領域產生影響。這影響力是如此地龐大，使得媒體在自殺防治中佔據了不可或缺的要角。

自殺也許是結束生命的方式中最具悲劇性的一種。其實大部分想要自殺的人都是猶疑不定的，沒辦法確定自己是不是真的想要自殺；然而媒體上大張旗鼓的報導卻可能促成了許多脆弱個案的自殺。媒體如何報導自殺事件，對於其他人的自殺帶來相當程度的影響。

以下試著整理出媒體報導對於自殺的影響，指出可靠資訊的來源，並對於在一般或特殊情境下該如何報導自殺事件給予建議，同時也點出其中媒體常犯的錯誤。



✿ 媒體報導對自殺的影響

早在 1774 年，歌德出版了著名的小說《少年維特的煩惱》，這可以說是媒體與自殺之間關連性的一個早期案例；小說中的男主角在戀情失敗之後舉槍自裁。此書出版之後，社會上便發生許多年輕男子使用相同的自殺手法，連帶使得這本書在許多地方被禁，而這便是「維特效應」（Werther effect）一詞的由來，意指模仿自殺的行為。

其他關於媒體對自殺的效應研究還包括：一篇追溯至上個世紀美國的回顧性論文，近期一個有名的例子是 Derek Humphry 的《最後出路》，此書出版之後，紐約便有許多人使用書中描述的方式自殺。同樣地，在法國，《自殺手冊》一書的出版也帶來類似的效果。根據 Philips 及其同僚的研究，媒體宣揚自殺事件和接下來所產生的自殺數目是有直接相關的；尤其是名人自殺，所造成的效應尤其強烈。

電視對於自殺也有很大的影響。Philips 的研究發



現，在電視報導自殺相關消息的十天內，自殺率相對應地提高。和平面媒體的情形相仿，在許多不同頻道、不同節目反覆播放的事件會帶來最大的影響力，特別是當事件的主角具有相當的知名度時更是如此。不過，如果報導並非源於現實，而是出於杜撰，其效應究竟為何仍有相當爭議；有些看起來似乎沒有影響，有些則仍會引起自殺數目的增加。

至於戲劇或音樂對於自殺行為是否有所影響，目前在研究上仍然缺乏進一步的探究，且僅止於軼聞、趣談一類的報導。

更近期的變化還包括蓬勃發展中的網路。有些人成立網站來教導別人如何自殺，也有些網站從事自殺防治的工作。截至目前為止，網路對自殺的影響也同樣缺乏深入的探究。

總體來說，似乎有足夠的證據顯示，報紙或電視媒體有關自殺方面、並非杜撰的報導，是能夠引起有顯著統計意義的自殺增加；而這樣的效應對年輕族群來說尤其明顯。不過話說回來，大部分的自殺事件並不會被媒體報導，上得了台面的往往是跟特別的人物、地點或方



法有關。

自殺具有一定的新聞價值，媒體也有報導的權利，不過能夠吸引媒體注意力的自殺事件往往偏離一般常態。令人震驚的是，被媒體報導出來的幾乎都是一些不典型或罕見的特例，然而媒體卻將他們呈現成常態、典型的方式，使得自殺更進一步地被誤解。

臨床工作者或研究人員都知道，並不是新聞報導本身的問題，往往是某些特定的報導方式，使得若干原本就比較容易受影響的人去自殺；反過來說，某些報導方式則可能有預防自殺的效果。不過，總是有這種可能：自殺被公開報導會使這件事看起來彷彿稀鬆平常一樣；反覆或持續地對自殺進行報導很容易引發或促進人們心中的自殺意念，對青少年或年輕人的影響尤其顯著。

由有智性的媒體，
以適當、準確與可能有所助益的方式
報導自殺事件，
可以避免悲劇的再發生。



❖ 可靠資訊的來源

有關自殺案例的可靠資訊可以從世界各地許多機構獲得，例如在世界衛生組織的資料庫中，包含了1950年至今的資料，並以年齡與性別作為分類。其他能夠提供資訊的機構包括聯合國兒童基金、聯合國國際犯罪與司法研究組織、聯合國婦女發展基金、國際臨床流行病學網絡、國際預防孩童虐待與疏忽協會、國際刑警組織、歐洲社群的統計辦公室與世界銀行等。

並有若干政府機構、國家組織、或自願性團體也提供這類的資料：例如瑞士的國家自殺研究與預防中心、澳大利亞統計處或美國的疾病管制局。

國際自殺防治協會 <http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo027.htm>、美國自殺學學會 <http://www.suicidology.org>、澳大利亞心理衛生早期介入網絡 <http://auseinet.flinders.edu.au>、國際自殺研究學會 <http://www.uni-wuerzburg.de/IASR> 都有自己的網站可以提供查詢，通常這類機構所提供的自殺數據是根據最近18~36個月內自



己國家的統計資料。

自殺的確切數據通常都被低估，其程度隨不同國家中確認自殺的方法而異；其他可能造成低估的原因還包括污名化、社會與政治因素、保險規範等；在某些情況下，自殺事件可能被當作是意外死亡或死因不明。一般認為低估的比例在老年人口中約佔 20～25%，在其餘年齡群中則佔 6～12%左右。至於非致命的自殺嘗試，世界各國普遍缺乏正式報告，這很可能是因為大約只有四分之一的自殺嘗試者需要就醫或主動尋求醫療協助；因此，亦使得自殺嘗試者的行為往往不會被報導或記載。

✿ 使用自殺相關資訊時的注意事項

不同國家間的資料經常被拿來比較，不過該注意的是，自殺紀錄的建檔程序在不同國家之間往往有很大的差異，而這會造成相當直接的影響。

一般來說，自殺率通常以每十萬人口中的自殺死亡數目來表示。倘若我們指的是一群較少數人口中的自殺率（例如：城市、省分、或小型國家），那麼在詮釋上



更需要小心，因為只要多幾個自殺個案，就會造成結果很大的改變。在二十五萬人以下的群體中，通常僅需使用粗略的數字，有些自殺率就會根據年齡層來標準化，這樣一來可以把為數非常少的十五歲以下族群給排除掉；然而在許多國家裡，該年齡層自殺人口的增加亦是值得注意的警訊。

▶▶ 一般而言如何報導自殺事件

報導自殺事件時需要注意的事項包括：

- 統計資料必須要謹慎與正確地詮釋
- 必須使用真實可靠的資料來源
- 即便有時間壓力，對於即時發表的意見更要特別小心處理
- 僅根據一小群個案所作的推論必須特別注意，同時要避免『自殺流行病』、『世界上自殺率最高的地方』這一類的表達方式
- 必須要避免把自殺報導成對於社會文化變遷或墮落的一種可理解的反應



▶▶ 如何報導特定的自殺事件

下列各點必須要謹記在心：

- 必須極力避免腥羶的報導，尤其如果事件是與名人相關。報導要盡可能地小規模，同時名人所具有的心理衛生問題也必須被認知到，要努力地避免過份誇張的陳述。死者的照片、自殺的方式以及手法都要避免出現。此外，頭版不宜放上自殺消息。
- 避免對自殺方式進行詳細描述。研究顯示媒體報導對於自殺方式的影響要比自殺頻率的影響來得大。若干地點，譬如：橋、斷崖、高樓、鐵路等，原本就很容易和自殺扯上關係；所以一旦進一步曝光，會吸引更多人前來使用。
- 自殺不應該被報導成無法解釋或是過度簡化。自殺不會是單一因素或事件的結果，它通常是許多因素互動下所導致的，例如：心理或身體疾病、物質濫用、家庭糾紛、人際衝突以及生活中的壓力源等；知道許多因素都可能會導致自殺是相當



有幫助的。

- 自殺不應該被描繪成處理某些個人問題，比如說破產、考試失敗、或性虐待的適應方式。
- 報導必須要考慮到對其他當事人，例如家人或倖存者的影響，包括污名化的效應與心理煎熬。
- 如果把自殺者美化為殉道者或其他值得公眾讚賞的形象，將會暗示自殺是為社會所讚許的。因此，報導的重點反而應該放在對當事人的哀悼上才對。
- 形容失敗的自殺嘗試所遺留的後果（例如腦傷、癱瘓等），會有助於阻止自殺行爲。

▶▶ 提供可行的幫助

如果在報導自殺的同時發布下列資訊，媒體也可以在自殺防治中扮演比較正面的角色：

- 列出心理衛生資源以及求助熱線，包括他們最新的地址與電話
- 宣傳自殺行爲發生前的一些警訊
- 傳達憂鬱症通常與自殺相關，而憂鬱症是一種可



以治療的疾病等訊息

- 在倖存者沉緬於哀慟之時表達同情，提供倖存者支持團體的電話。這將提高心理衛生專業工作者、朋友與家人在自殺行為中介入的機會

✿ 結論：什麼可以作、什麼不可以作

▶▶ 可以作的

- 在呈現事實的過程中與醫療專業緊密合作。
- 把自殺當成是『完成的自殺』，而非『成功的自殺』。
- 只提供相關的資訊，並且置於內頁。
- 標明自殺以外的其他選擇。
- 提供求助專線和社區資源。
- 宣傳哪些是危險因子或自殺的警訊。



▶▶▶ 不可以作的

- 不要公開自殺事件的照片或遺書。
- 不要對自殺事件所使用的方法詳細報導。
- 不要給予太過簡化的理由。
- 不要美化或太過煽動地報導。
- 不要使用宗教或文化的刻板印象。
- 不要分攤抱怨、責任。

譯者名單：黃宣穎醫師

✻ 參考資料

1. Schmidtke A, Schaller S. What do we do about media effects on imitation of suicidal behaviour. In: De Leo D, Schmidtke A, Schaller S, eds. *Suicide prevention: a holistic approach*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998: 121-137.



2. Motto J. Suicide and suggestibility. *American journal of psychiatry*, 1967, 124: 252-256.
3. Mazurk PM et al. Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of "Final Exit". *New England journal of medicine*, 1993, 329: 1508-1510.
4. Soubrier, J.-P. La prevention du suicide est-elle encore possible depuis la publication autorisee d'un livre intitule: Suicide Mode d'Emploi - Histoire, Techniques, Actualites. [Is suicide prevention still possible after the authorized publication of a book entitled "Suicide: How to do it - History, techniques, news"] *Bulletin de l'Academie Nationale de Medecine*, 1984, 168: 40-46.
5. Philips DP, Lesnya K, Paight DJ. Suicide and media. In: Maris RW, Berman AL, Maltzberger JT, eds. *Assessment and prediction of suicide*. New York, Guilford, 1992: 499-519.
6. Wasserman D. Imitation and suicide: a re-examination of the Werther effect. *American sociological review*, 1984, 49: 427-436.



7. Philips DP. The impact of fictional television stories on US adult fatalities: new evidence on the effect of the mass media on violence. *American journal of sociology*, 1982, 87: 1340-1359.
8. Hawton K et al. Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self-poisoning: time series and questionnaire study. *British medical journal*, 1999, 318: 972-977.





第六章

如何建立倖存者團體

❖ 自助支持團體的重要性

▶▶▶ 什麼是自助支持團體？

自助支持團體是由被特定議題、狀況或關注之事直接且親身受到影響的人們所組成。團體由其自身之成員帶領，也就是說，由曾經直接且親身被該議題所影響的人來掌控活動之選擇及進行。雖然許多自助團體會從團體之外獲取資源及協助（例如：專業工作者或其他團體），但其成員本身仍然是決策者。

▶▶▶ 背景

有強烈證據支持，自助支持團體對於想要幫助自己



及其他人的人們來說，是種強而有力、又具有建設性的工具。已有證據顯示，對參與者來說，團體對正向療效有重要的貢獻。人們似乎愈來愈傾向於聚集在一起，以形成此類的團體。

促成建立此類團體的力量來自兩個方向：

- 來自需求未被滿足的人
- 來自正式的服務單位，希望藉此提供額外的支持及照護

從第二次世界大戰之後，自助支持團體的建立愈來愈普及。1960年代，在北美和英國形成了一些支持傷慟寡婦的團體。目的為支持自殺傷慟的團體在1970年代於北美形成，此後在世界各地的機構陸續成立。在許多國家，已設立的傷慟支持團體逐漸發展其分支，而形成自殺傷慟團體。這包括原建立於英格蘭的 Coventry（註：位於英格蘭中部之城市），和目前廣泛活躍於加拿大、馬爾他、紐西蘭、以及英國和美國等地的『The Compassionate Friends』。其它類似的團體還有英格蘭的『CRUISE』、瑞典的『SPES』、以及德國的『Verwaiste Eltern』等等。大多數團體存在於英語系的國家中。



『倖存者（survivor，為自殺者遺留在身後的重要關係人）支持團體』逐漸獲得認可為提供倖存者所需之一種工具，它在一些國家是由政府資助一部份，另一部分則由宗教團體、慈善捐助、以及參與者自身所支持。

『國際自殺防治協會』（The International Association of Suicide Prevention, IASP）發現，在過去數十年間，人們對此領域的興趣顯著增加。許多促使這些團體形成的驅動力，來自於倖存者自身。

▶▶▶ 自助支持團體對因自殺而傷慟者之重要性

研究顯示，不同的死亡方式會影響悲傷反應，因而支持此論點——自殺倖存者各以其不同的方式經歷悲傷。自殺會造成較一般更為強烈的悲傷反應。自殺倖存者所表現的悲傷反應有些較少在其他傷慟者身上出現。比起失去因自然因素而死亡之親人者，他們更常覺得自己應該為此死亡、排拒及遺棄負責。污名化、羞恥、以及窘困的感覺，使得他們不同於那些非自殺死亡之倖存者。倖存者更易於花上許多時間回想死亡者自殺的動機——『為什麼？』這個問句持續存在。『父母要為小孩



的行為負責』這種普世的假設觀念，亦可能置失去自殺身亡之小孩的父母親於道德和社會的兩難之中。

依附於自殺討論的禁忌，比起關於其他形式之死亡者來得更多。那些正因自殺而傷慟的人，很難去承認其所愛者是因自殺而死亡；而人們對於要和他們談論自殺，也常覺得難以啓齒。因此，比起其他的傷慟者，那些因自殺而傷慟的人更不容易有機會去談論他們的悲傷。此時，支持團體可以幫上很大的忙；畢竟，缺乏溝通的機會，會延遲療傷復原的過程。

和同樣因自殺而傷慟的人聚在一起，可以提供機會使他們和真正了解自己的人們相聚——因為這群人曾走過相同的路。團體使得人們從其他人身上獲得力量、並且被理解，亦同時回饋給其他人。

團體可以提供：

- 一種群體感和支持感
- 在傷慟者感覺和世界的其他部分脫離時，提供一個具有同理性的環境、以及歸屬感
- 關於終將可以達到『正常』的希望
- 處理難以度過的紀念日、或一些特別場合的經驗



- 學習新的處理問題方法的機會
- 可以討論恐懼及其關注之事的迴響板（sounding board）
- 一個可以自由地表露悲傷、注重隱私、充滿同情憐憫和非批判態度的場合

團體也可以扮演教育的角色，提供關於悲傷過程的資訊、關於自殺的事實、以及不同健康專業照護者的角色。另一個主要的功能是增強自主力（empowerment）——提供正向焦點，促使個體對其生活重新獲得一些控制。一個關於自殺或意外死亡的重大面向是：總是有很多未盡的事務、以及未被解答的問題，而當事人卻看不到任何解決這些問題的方法。團體提供的支持，常能夠逐漸消除無望感，並提供得以重獲控制感的工具。

✿ 渡過自殺事件

自殺倖存者在失去所愛之後的旅程，可能極為痛苦、且具有毀滅性及創傷性。環繞在自殺周圍的文化、宗教、及社會禁忌，更使得這條路倍加坎坷。對於有關



自殺因素的知識及理解，可以協助倖存者復原，並且使這經驗較不讓人困惑或驚恐。其中有些死亡可能是可預期的；但是大部分倖存者所面對的是不可預期的、且經常是暴力、激烈的死亡。『震驚』和『不可置信』通常是一開始的反應。此失落之真實性會逐漸穿透出來，而後浮現多樣的感覺：這些感覺可能包括有憤怒、罪惡感、否認、困惑、以及排斥抗拒等。

從兒童期、青春期、到成人期的過去經驗，對一個人處理當下失落的能力有重大的影響。自動化的反應會呈現出來，並且在某種程度上主導反應。增加關於強烈悲傷對於日常功能影響的瞭解，亦可協助修補因伴隨失落所產生的複雜情緒。

生理、行爲、情緒、以及社會層面的反應，可能在個體身上以不同嚴重程度存在數月至數年的時間。倖存者的目標在於『存活』；剛開始時一天一天度過，而最終能學得和失落共存且調整生活，進而可以恢復生活。在悲傷的早期，這似乎是不可能的：倖存者浸淫於關於所愛的種種想法之中，並且經常有著『想要加入他們』的感覺。失去所愛之後，倖存者常會經歷價值和信念系



統的改變，自己彷彿變成另外一個人似地從這經驗中走出來。為自殺倖存者服務的自助支持團體，能夠協助這些人，在這些挑戰及改變中成長。

❖ 自殺的影響

在一個人奪走自己的生命之後，其影響會不斷地蕩漾。所有和此人有關的人，都會出現失落感。和此人關係的性質和強度，已被確認為影響傷慟反應結果的關鍵變項。對最愛之人的關心照顧，經常使其他重要所愛者的需求被忽略。倘若家人和朋友們可以聚在一起，在這段傷慟時期中分享並支持彼此，那麼便更易於調適這個失去所愛的失落事件。

人們需要用他自己的方式、自己的步調去處理他自己的感覺。對一個人有用的方法，對另一個人來說不見得有幫助。如果倖存者可以了解在面臨悲傷時每個人所經歷的不同反應，那麼他們便可以藉由對彼此提供支持而獲得幫助。幾個影響悲傷歷程的因素包括：和逝者間的關係、倖存者的年紀和性別、找到逝者自殺身亡所帶



來的創傷、以及可以擁有多少其他的支持系統等。從各不同來源估計，對於一個因自殺身亡的人來說，受此失落事件所嚴重影響的人數，大約在五至十人之間。這是個顯著的數字，因為影響所及，還延伸到這些個體及家人在其生命裡、以及社群中的任何接觸過的人。

我們也需要考慮自殺事件在不同家庭成員所造成的不同反應。一些例子可以用來增加我們的覺察。

在自殺事件中，家庭中**兒童**的需求常被忽略。家庭中成員的死亡，對兒童來說，是個非常嚇人、卻又讓人迷惑的事件。雙親或是照護者的自然衝動，就是想要保護小孩免於創傷的傷害。然而，一個健全的心理健康反應，是要盡力去正向處理所發生之狀況。雙親對死亡的反應，無疑地會影響兒童的反應。要幫助兒童去處理並調適，最核心的部份便是要接納兒童進入悲傷歷程之中，在他們所能理解的程度裡開放而誠實的對待，並且去探索他們對於死亡和死亡歷程的理解和感覺。

作為一個發展上的階段，**青少年**時期帶來許多複雜的改變。主動性和被動性、歡愉及痛苦、愛與恨、還有意志消沉及自主性之間的衝突，不管是在發展中的青少



年、或是處於悲傷歷程的人們，都會經歷。這兩種狀態，都牽涉到處理失落、以及接受現實這兩件事。

年輕人的悲傷反應，和成人的反應大不相同，且經常會被誤解。其行為反應可以是光譜的兩端之一：採取和其年紀不符的雙親角色，或者相反地以『行動化』來嘗試獲得關注和保證。如同在西方社會裡被描摹的角色一般，男性並不被鼓勵表達情緒。因此，男性青少年會以表現攻擊、憤怒、挑戰權威、以及濫用藥物及酒精等行為，作為其抒發情緒張力的出口。相反地，女性青少年經常感覺渴望被撫慰和再保證。青少年也經常抗拒專業的介入，例如諮商或自助支持團體等等。對他們來說，主要的支持來源來自其家庭單位之內。雖然人們都知道，青少年經常和同儕談論其個人事務，但更多的男孩及女孩把家人當作密友。因此我們也需要考慮在青少年族群，推行著重於減低發生傷慟反應後疾患危險性之計劃。

不管是失去成年子嗣的雙親或祖父母，對這些老年人來說，都會嚴重地受創。此成年子女的配偶或伴侶，會是第一線接受弔唁的人。人們或許會認為，由於這些



子女已經成人，並且獨立地和其父母分開過活，所以對父母來說，其死亡的衝擊會減輕。實際上卻不是這樣。不論年紀，小孩永遠是父母的一部份。對祖父母來說，孫兒的過世給予他們的悲傷是雙倍的：他們作為父母為其子女所感受的立即痛苦，以及失去孫兒所致的強烈悲傷。

逝者的朋友和同事也會為此死亡受到不同程度的影響——依其與逝者、倖存者、以及其家庭之關係而定。個體之前所持的態度也會影響他的反應，正如所有面臨死亡事件的人們一樣。的確，所有和逝者有緊密關係的人們，都可能以某種方式，經歷到獨特於自殺之傷慟所帶來的感覺。

很重要的是，我們要記得，自殺並不是與世隔絕地獨自發生，而是發生在社區之中。社區中受到此失落事件影響的團體或組織（例如：學校、工作場所、宗教團體），或許可因為專業工作者（例如：健康照護工作者、或接受類似訓練的人員）提供後續照護和引導上的協助，而獲得幫助。其文化、宗教、以及社會價值信仰，也可以被探索及討論。這樣的互動可以提供一個安



全網，以辨認那些可能也處於危險之中的人；並且，可以提供對於此情境更深入的理解，使他們用以連結至自殺所帶來的死亡。

一個社區的健康反應是，在自殺事件發生後，所有的面向都已被考慮關注。

✿ 對於傷慟者的協助資源

為自殺倖存者服務的自助支持團體，在辨認並鼓勵成員完全地利用可用之協助和支持上，扮演重要的角色。

雖然悲傷歷程被認為是個『正常』的歷程，需要個體以他們自己的方式去度過，但是因自殺而失去所愛，並不被認為『正常』——儘管自殺已經是一個被普遍接受的死因。傷慟的倖存者之需求是繁多且相當複雜的。他們應隨時獲得多種資源的協助和支持。每個資源或是接觸，都能在協助個體經歷正常的悲傷歷程中，扮演重要的角色。尋求協助這個動作，應當被傷慟者視為勇敢的舉動，而非懦弱的表現；而這也是對於將逝者整合入



恢復完整生活的過程中，很重要的一步。有多樣的支持和協助方式提供個體選擇，依個體之偏好而定。若個體可以應用多樣的支持資源，即可促使他們表達不同層次的感受。

家人是支持和協助的主要來源。研究發現，可以和家人分享悲傷，是和失落事件妥協而達成平衡的主要因素之一。對悲傷的分享也可強化家庭單位。可以幫助家庭達到這目標的因素包括：家庭對表達悲傷的開放性、沒有關於死亡的秘密被隱瞞、以及理解不同的家庭成員有權利以其各自的方式去經歷悲傷等。

可能會抑止家人共同經歷悲傷過程的問題包括：

- 具毀壞性的應對策略
- 隱匿痛苦
- 否認死亡帶來的感受
- 藉由將死亡推出意識之外來躲避
- 遮掩、隱匿死亡的工具
- 逃避——逃避任何和自殺者有關的接觸和環境
- 以工作作為應對策略，讓自己保持極端的忙碌
- 發展成癮行為，例如：飲食疾患、濫用酒精或藥



物等

- 譴責家庭成員要爲此死亡負責

自助支持團體可以藉由分享個別的情境、並討論在家庭情境中產生之問題的解決策略，來協助團體成員。

朋友及同事在協助傷慟者時，扮演重要的角色。和傷慟者緊密接觸者的反應相當重要，因爲他們的支持、關懷以及理解，可以提供減緩痛苦、並處於安全無虞之處的機會。另一方面，負面或評價式的反應，卻可能增加倖存者的痛苦和孤立感。

在朋友和同事之間，逃避的行爲是普遍的；這也可能發生在傷慟者的家人身上。這樣的行爲可能暗示對於自殺相關之事實的忽視、或是無法處理自殺在此個體身上引發的感覺。

一些可能抑制溝通、導致逃避行爲的常見恐懼包括：

- 『我不知道要說什麼？』
- 『我不想讓事情對他們來說變得更糟。』
- 『他們身邊有很多家人／朋友，他們不需要我。』



- 『他們需要專業的幫助，我沒有什麼能作的。』
- 『這是個人的家務事，他們不需要外人。』
- 『如果我說錯話怎麼辦？』

自助支持團體可以幫助傷慟者了解與逃避負向反應相關之行為底下的種種原因，藉此開啓討論和理解的機會。

朋友對於協助傷慟者，有著重要的角色。他們的一些功能可能關乎：

- 帶著同理心去聆聽並回應
- 知道何時傷慟者需要談論他／她的失落，在其情緒舒緩上提供迴響板（sounding board）的功能
- 對於真實感覺的舒緩和傾訴，提供安全閥（safety-valve）的功用。家庭成員常會藉由在其他成員面前隱匿自己的苦痛，來嘗試保護其他成員
- 協助澄清相關於其他家庭成員的關注議題
- 協助實際地處理和此死亡相關、需完成之正式手續，或者協助維持其家庭
- 在適當時機建議專業的協助

自殺，如同他殺或意外死亡般，普遍地被視為非自



然死亡，而這可能是令人覺得可怕的。正由於自殺經常在家中發生，倖存者很可能也就是第一個發現其所愛死亡的人。精神上的極度苦痛和折磨、彷彿重新經歷或看見那創傷情景（也就是逝者選擇死亡的方式），常會在傷慟者心中停佇很長的一段時間。專業的協助往往是必要的。尋求傷慟者之家庭醫師的協助可以作為第一步，藉此作進一步的轉介。

專業協助可以提供客觀支持的機會。專業支持的優點之一，就是讓傷慟者不會覺得自己為別人帶來麻煩。這是他們和家人或朋友接觸時，會真實產生的感覺。

各類**健康照護專業工作者**可以提供多種協助。如果傷慟導致身體健康問題，當地的醫師可以提供所需之照護。相關於一般健康照護、或是和傷慟者有關之症狀的建議，都可以和傷慟者本身或其家人討論並處理。

如果有心理健康、或是其他和死亡相關之壓力議題，專業諮商師可以藉著幫助倖存者整合逝者已逝之現實、並找出有意義的解決方式，來提供苦痛的舒緩。專精於悲傷議題、或是對此有相當理解之諮商師，可以藉由提供關於悲傷歷程的理解，來協助傷慟者將他們正經



歷的感覺『正常化』，以降低其孤立感。

心理學家可以和傷慟者一起努力解決自死亡事件發生後，所可能引發的特定問題，例如焦慮或是恐慌發作等。

精神科醫師也扮演著重要角色，特別是在傷慟者經歷過長的憂鬱、而感覺受困於其中的時候。當他們表達自己已經『精神錯亂』時，便可能需要維持一段時間精神科醫師的支持及藥物處置。將使用專業工作者的服務『正常化』，是非常重要的。

社工師可以協助傷慟者整合在文化禁忌、社會支持、專業資源、以及個人反應等層面對社會關係之影響，以度過這段悲傷歷程。

❖ 如何開始一個『自殺者親友』的自助支持團體

支持團體沒有既定的規則，也不保證一定成功。文化的多元性對其運作有極大的影響。對某些人來說，想到要與別人分享如何受到親人自殺影響的私密經驗，就



可能是形成團體的主要障礙。不過，只要有兩三個人可以願意分享彼此經驗與感覺，團體就有可能開始。從已經運作了許多年的支持團體中得到的經驗而言，對於一些思忖要開始一個團體或是有興趣評估現有團體運作的人，有一些原則還是值得參考的。下面的觀點提供讀者參考，但並非表示就是全部。

▶▶ 準備開始

開始一個支持團體是需要投入許多時間與精力的。在開始團體時，有一些因素需要考慮。很重要的是必須瞭解會有一定的花費（場地的費用、茶點的供應、專業人員的報酬等等），以及處理早期團體運作中會遇到的議題。

- 誰來當團體的領導者或由誰來開始這個團體？如果你是一個曾經經歷失去親人的人，你是會自己擔任團體的領導者，或是會尋求專業人員來協助帶領這個團體？在團體的早期，一個專業人員可以協助建立這個團體。他可能是從事心理健康的專業人員，對於幫助自殺者親友有特別的興趣與



專長，會想開始這種對於自殺者親友們有幫助的支持團體。或者，自殺者的親友會想要和心理健康專業人員一同開始這個團體，因為兩者的經驗都會幫助團體成功。

- 你在悲痛之餘，還能有足夠的精力來建立這樣的團體嗎？在悲傷的早期，人們的精力可能只夠度過每天的日常生活。那些經過悲傷歷程的人（例如一年至數年），才會有較多的力量，在重新找尋自己生活的意義與目標上有所進展，也才可能好好接受並且整理失去摯愛親人的失落，進而開始幫助其他人。
- 如果你是一個正在經歷悲傷的人，並且想要積極的參與促進這個團體，你得到家人的支持了嗎？家人或許不想成為團體的一員，但是他們支持瞭解你成立團體的需要，將會是你很大的助力。
- 如果在相同的處境中，你會感覺到一種想要幫助別人的使命感嗎？
- 你覺得你必須承諾延續這個團體至少一段時間嗎？這是伴隨團體成立的一種責任感，團體一旦



開始，就必須延續一段時間。

- 你有過開始團體的經驗或是組織的能力嗎（可能是從工作場合、委員會或是團體工作獲得的）？有促進團體或與團體合作的技巧是很有用的。你應該毫不遲疑的去請教專業人員，如何獲得這些技巧或是協助。一旦團體成立，就需要利用一些技巧使團體成員可以承擔所屬的角色，讓團體運作更有效率。
- 在你所居住的社區中，有什麼樣的悲傷支持團體？你可以藉由地方報紙、與醫師討論、詢問社區健康中心、搜尋社區佈告欄、或是地區圖書館，來檢查可能的資訊來源。這些團體的歷史或成功是什麼？這些團體的領導者學習到哪些是可行的，而哪些不是？
- 在社區中有沒有什麼組織可以提供你們的團體各種支援（例如在澳洲有一個宗教性的團體——Salvation Army——支持自殺者親友的團體）？自殺者親友的團體應該被視為是非宗教性的，因為宗教所強調的意旨會讓有些人沮喪氣餒。如果能



夠在一個更大的組織下運作，可以幫助團體持續。如果這個組織能夠提供轉介的服務，那更是額外的優點，組織內成員都必須與組織達成彼此都能同意的目標。

▶▶ 找出有需要的人

開始一個自殺者親友的自助支持團體，第一步是要找出在社區中有相同處境的人，且能將他們聚集而成一個團體。在與這些人接觸，安排初步的會面之前，一些幕後的工作是很重要的。你可以先從準備提供基本細節的通知或傳單開始。

此通知需包含有：

- **會面的目的。**舉例來說，這個自助支持團體是爲了那些曾經經歷摯愛的人自殺的親友而成立的。
- **會面的日期。**要有足夠的時間將這個訊息傳達給這些人。
- **會面的時間。**對許多有工作的人而言，第一次會面在晚上會比較容易來參加。
- **會面的地點。**你會需要決定會面的地點是在公共



場合或是私人家中。記住，如果會面在家中舉行，必須考慮家人的感受以及關於邀請陌生人至家中的安全顧慮。通常公共場合被視為是較中性的地方。會面的地點必須是溫暖的、吸引人的、舒服的而且安全的。也需要有茶具及茶點。空間不要太大也不要太小，應該能保障相當的隱私性。最好是接近大眾運輸可達的地方。公共建築像是地區會議室、社區中心、學校、圖書館、或健康中心通常都有適合的空間，用社區組織的名義可以免費使用或以便宜的租金就可使用。

- **聯絡人的設置**。對於許多人來說，要來參加一個團體並不容易，需要很大的勇氣。如果可以在會面之前讓他們有機會與團體主辦人交談過會很有幫助。這些人的朋友可能也會想與團體聯絡。

散發這些通知或傳單到社區各處給有興趣參加的人。

有效的宣傳管道可能包含一些既成的組織，已經在幫忙這些自殺者的親友，如社區健康及醫療中心、醫師辦公室、地區醫院、社區中心、宗教團體或其他支持團



體（例如；The Compassionate Friends 及 The Samaritans）。

其他的宣傳方式可以透過媒體，包括公告社區服務的地區電台、地方或地區性報紙、社區佈告欄、地區郵局的佈告及特定主題的通訊刊物（如心理健康通訊）。

▶▶ 第一次會面的準備

計畫這個會面可能包含下列步驟：

- 列好需要物品的清單
- 預約跟確定會面的地點
- 準備第一次會面的流程——必須要規劃好會面進行的方式，以及讓參加者知道會面如何進行（建議的流程列在下面）
- 書面資料的蒐集，如參加者的聯絡方式
- 名牌的準備
- 考慮在第一次的會面是否需要專業人員或有經驗的團體帶領者的協助

建議的流程如下：

1. 會面的主辦者致詞



2. 自我介紹——參加者介紹自己的名字以及如何得知這個會面的訊息
3. 解釋這個團體成立的目的
4. 關於成立這個團體的一些主題（見下列說明）
5. 點心時間與交流

這個團體第一次會面需要討論的主題包含如下：

- 是不是有足夠的興趣成立這個團體？參加第一次會面後大家還想繼續來嗎？可以兩到三人支持彼此及分享資訊和想法。有些人可能偏好五個人或更少的小團體，這樣每個人可以分享得更多，但有些人可能喜歡大團體，這樣他們可以『消失在群眾之中』。
- 會面的頻率：每星期一次、每兩星期一次或是每月一次？需要考慮的是，如果會面的時間太頻繁（如每星期一次），參加者可能會對團體產生依賴；相反的，如果會面不夠頻繁（如每月一次），參加者之間的聯繫就不容易形成。
- 每次會面的時間長短：會面需要持續多久？一個半至兩個小時對大多數的團體是足夠的。如果時



間太長，參加者會覺得精疲力盡。兩個小時的時間規劃包含半個小時的暖身，會面本身一個小時，以及半個小時的茶點時間和交流。團體的大小會決定會面時間的長短，較大的團體可能需要較長的時間。要注意的是如果團體很大，可能分成幾個小團體討論會比較合適。

- 參加者的期待是什麼？對參加者來參加的原因有清楚的輪廓。這些期待是不是合乎實際？
- 想繼續參加會面的人的聯絡方式。在會面與會面之間，團體的成員可能會希望交換一些支持。
- 下次會面的日期。

✿ 發展團體的操作架構

下一個步驟便要發展出操作型指引，以及讓團體能發揮功能的架構。以下是需要考慮到的面向：

▶▶ 主旨與目標

團體需要建構其主旨，作出聲明來描述團體的整體



目標或觀點。同樣地，也應該固定目標，以一組清楚的說明來定義團體所希望著重的面向。

▶▶ 建立團體的結構

有兩種結構形式可供選擇：

1. 開放且不間斷，不設定終點，意味著團體成員依照自己的需要參與或結束。團體是固定的，一整個月／年都在固定的時間舉行。這樣的團體會成為社區中為人所知的一項資源，讓有需要的人可以參加。

優點：成員可以在時間限制內的任何時間點加入。這類團體的本質即是要開放給社區，讓人在需要時可以加以利用。團體成員不需要有持續參與的保證，因為這可能會讓處於傷慟早期的人崩潰。

缺點：要長時間維持團體的領導／促發的功能可能會蠻困難的。需要做一些努力來保證團體中的領導者是由成員中招募而來，已經準備好要接管或是分享這個角色。有時候要維持團體的大小是



一件困難的事，因為成員會變動。宣傳或散佈有關團體的消息是一項持續的任務。有些自殺者的倖存者可能會困在團體中，反而沒有辦法去處理自身的議題，在復原的進程中向前推進。

2. 封閉且限制時間，意味這類團體將會在一個特定的時間點（可能在數週之後）結束，例如在8~10次治療後。可能會為參與初次會面的團體成員設計一個特別的治療計畫，而原班人馬將參與每一週或每一次治療。一般來說，在第二次治療開始之後將不允許新成員加入。

優點：為團體設定的時間限制，替成員明確界定了開始與結束的時間。大家必須了解且信任彼此，因為成員是固定的，有助於建立堅固的人際關係，且延伸到團體之外。鼓勵成員在指定的時間內發掘悲慟的事件，然後再繼續朝復原之路推進。

缺點：這樣的結構限制了成員的轉介，因為必須要等到下一個團體開始才能轉介病人。一個小型社區對於招募到同意完成整個療程的成員，可能



會有點困難。

▶▶ 成員身分及團體名稱

團體所屬意的成員必須清楚定義出來，可以聲明成員的身分是開放給家人或朋友因為自殺而過世的成人，而且團體的屬性不適合小於十六歲的兒童。讓他們參與由專科醫師特別為其需求所設計的活動，才是對兒童最好的服務。可以把成員限制當作一種規定，作為保護大家的規則。

為了避免混淆，團體的名稱必須確實反映其所希望的成員，例如：因為自殺而失去某人的人。這樣才不會被誤解，而讓曾經自殺過的人參與其中。

▶▶ 會談的形式

有兩種形式可供考慮：

1. 結構化或正式的。這種形式提供一組流程讓每一次的團體會談有所依循。團體會決定如何開啓團體會談、團體中會發生什麼，以及團體如何結束。一個有結構的格式不見得要限制很多，但可



以提供成員穩定性，因為他們能夠預期發生的事。

建議流程如下：

- a) 歡迎及介紹
 - b) 朗誦團體規範的倫理法則
 - c) 經驗分享
 - d) 關於預備好的主題的資訊或教育
 - e) 重述團體會談的內容，並為下次會談做準備
 - f) 重振精神以及融入社會
2. 非結構化或非正式的。這種形式沒有既定的一套流程，而是由團體討論任何因應成員所需而衍生出的議題。建議仍應遵守結構化團體的（b）步驟。

▶▶ 角色與責任

團體前、中、後都有需要執行的任務，成員必須共同分攤這些任務。

分攤責任讓個人擁有團體歸屬感，也是自助團體的核心。成員帶到團體中的技能，能幫助他們決定要自願



擔任什麼樣的角色。任務可能包括：

- 保管鑰匙以及開啓團體進行所使用的房間
- 將房間準備好以利團體進行，或在團體結束後將房間恢復原狀
- 在成員抵達時發配名牌
- 幫忙提振精神
- 促進團體進行（這個角色可由成員彼此分攤）。
促進者可能必須負責開啓團體會談；根據程序指引團體進行；讓成員專注在所要討論的主題；提醒成員，如果他們發言超過所指定的時間或是干擾到其他成員；為討論做出總結及澄清
- 在團體發展出方案時負責組織籌劃
- 為團體做宣傳，例如：散發出版資料
- 研究出版資料以供團體使用

▶▶ 倫理規範

團體整體必須建立一個倫理規範或是一組基本規則讓團體得以運作。建立規範可以讓成員知道在團體中可以期待什麼，而提供一個安全之地方則讓成員可以會



談。在團體的庇護之下，個人被要求在通常全然陌生的人面前放開心胸來表達感覺和情緒，這些通常很少為人（包括家人和外人）所知的東西。這些規則必須在每一次會談的開始就要被朗誦一遍，將複印本傳給所有參與的成員。一些可供考慮的基本規則範本列舉如下：

1. 團體成員需尊重所有人的權利及保密原則。團體中所分享的想法、感覺和經驗應被保留在團體中，也就是說團體成員擁有分享想法及感受的隱私。
2. 團體成員將會了解想法和感覺沒有所謂的對或錯。
3. 團體成員不會主觀評論或是批評其他成員，且展現接納的態度。
4. 團體成員有權決定是否要分享他們的悲慟及／或感覺。他們可能會說些對會談有些貢獻的話；但如果他們有時只是想要待要在那裡，團體將會接受。
5. 團體成員以同理（全然了解其衝擊，體驗情境）的心態來到團體，而非同情（分享他人的想法或



是情感)。

6. 團體成員體會理解每個人的傷慟對本人而言都是獨一無二的。尊重且接受成員共同擁有的，和對個人而言獨特的部分。
7. 團體成員需尊重每一個成員都能擁有等量的時間來表達自己而不被打斷的權利。

▶▶ 發現且取得資源以支持團體的途徑

包括對團體或團體中的個人可能具有價值的多元化資訊都是可能的資源。可將所獲取和匯集的資訊，發展成團體中的一個企劃，讓成員追蹤特定領域的資訊。亦可將收集來的資訊收藏在檔案夾中，讓所有的成員都可以使用，或是輸入電腦建立成一個資料庫。

這樣的企劃可以有雙重目的，一方面在為團體帶來有價值的資訊時，可以讓團體增加對社區多層面的了解；此外，也可以讓團體成員參與對他們個人而言實際有用的活動。

下列幾點可作為行動的指導方針：

- 從地區性組織中獲取資訊。預約、參觀、發展聯



繫管道以及收集出版品，這些組織可能包括健康服務中心、健康社區和義工團體，以及專業的協會。成員可以在與他們接觸時獲得腦力激盪，這對成員而言相當有價值。

- 從社區中發現專家，邀請其成為未來會談的演講來賓。團體中可以包含有健康專家、健康相關團體的成員、和教育者。就會談中的資訊／來賓演講這部分，可以提供有用資訊的題目可能包括：關於自殺真相的教育；健康專家（包括心理衛生領域）的角色；了解且辨認出憂鬱症和精神疾病；輔助治療；了解傷慟；體驗傷慟的性別差異；關懷照顧者。
- 發掘可以提供團體成員訓練的教育者。可能可加以訓練的部分有：了解傷慟；促進團體進行；與團體共同努力；溝通技巧；以及關懷照護者。
- 接洽圖書館以及相關的組織——他們將能提供團體書單，和可作為參考及閱讀的材料。具有同理心的友人廣泛收藏了題材範圍寬廣的資訊出版品，涵蓋了關於傷慟和失落的所有面向，擁有關



於自殺身亡之影響的大量材料。接觸這個組織或是相似的組織，將會提供通往豐富資訊的途徑。

▶▶ 評量成功與否

評估團體的成功與否牽涉到許多因素。以下將列出一些影響成功運作的元素。

- 不只關乎數字。生命中許多事情的成功與否是由計算數字來決定，通常數字越大就表示越成功。在支持團體中，成功並不取決於有多少人參加團體；而是在於，這趟團體之旅，在摯愛的人自殺身亡後，能幫助多少團體成員以讓其脫胎換骨？當然數字是重要的，但是究竟實際代表了什麼？是指這個地區的自殺數字上升了嗎？或是團體的策略有效？數字是指團體所採用的流程真的對參與的人有幫助，並且他們也將資訊傳達給他人？或者指的是曾經將感覺悶在心底的自殺倖存者，現在終於發覺自己是可以獲得幫助、是可以利用這個資源的。促進者可能會發覺詢問新成員在他們聽到團體成員講述之後的感受，以及他們為何



來參加團體，是對其有用的。所獲得的答案將會幫助團體盡量地去迎合社區的需求。

- **說出你的故事**。一個支持團體的基本目標之一應該是要讓每一個人說出他自己的故事——關於親友自殺後的失落，以及之後所經歷的生活。說出自身的故事是非常具有療效的。人們說得越多，就越能處理許多牽涉其中的議題。當然，沒有成員可以被強迫說出自己的故事。促進者應該鼓勵每一位成員說出自己的故事，同時也須確定給予足夠的機會讓他們述說。這同時也暗示促進者，應對壟斷團體時間的成員做出某種程度的控制。
- **回頭看**。有時候要求成員回頭看看當他們最初來到團體的時候是在人生旅程中的哪一點，而現在他們又位在哪一點。雖然有時候很難令人相信，然而這麼做將會幫助個人了解自己已經往前進步了。這也可以幫助促進者獲得更好的覺察，知道團體及其過程已經幫助倖存者到達什麼程度，使其成為嶄新且對社會更有助益的成員。這樣的作法可以鼓勵人們向前看、思考未來，而這也許是



他們第一次這樣做，因為倖存者是如此容易陷於悲慟之中而認為沒有未來可言。回頭看讓人較易揚棄這種感覺，可以證明即便有時候相當困難，但生活還是必須繼續往前進行。

- 向外拓展。最能夠肯定一個支持團體成功的徵兆，是當人們開始向外拓展去幫助別人——特別是對於新的成員。了解身為倖存者的旅程現在已經進行到某一點，已足夠讓倖存者感到是個能與一個新承受傷痛的倖存者分享某些有用的訊息與經驗的時刻。處在相同情境的感覺，以及度過相同的經驗，可以讓倖存者的能量和熱情再更新、堅持下去且不放棄。對許多倖存者而言，達到那一點才是真正衡量成功的標準。
- 別陷在無法解答的問題中。所有的倖存者都有無法解答的問題，這樣的問題也永遠都會存在。如果這樣的問題一直不停地被提起，在團體會談中嘗試處理這樣的問題是具有破壞性的。誠實且實際地承認這類問題的存在是適當的；且無須試著去給答案。其他倖存者的經驗指出，傾聽這類問



題、將之放在一邊、再繼續前進，通常會有幫助。

- 我不需要去知道。所有的倖存者都會面臨困難而無法解答的問題——為什麼我摯愛的人要自殺呢？這個問題會毫不鬆懈地逼迫思索新進承受傷痛的倖存者。這是正常的。在傷慟過程中的某一點，大多數的倖存者能夠接受一個事實，就是他們將永遠不會知道答案。當他們接受這個事實後，就可以將此問題放在一旁繼續前進。因此，一個團體確定成功的徵兆，就是當成員可以理解這一點，說出來，並且在從事這樣的行為後，可以繼續向前過生活。當這個時刻到來，所有團體的成員應會感到一些滿足，因為自己曾經有些貢獻，也許只是小小的一部分，去讓成功變成可能。
- 沒有時間表。許多著作談到關於傷慟階段及順序，有時候倖存者會覺得自己應該也會遵循著某種正式的傷慟進程。經驗告訴我們，每一個倖存者會發展出自己傷慟和復原的模式及時間表，預



期倖存者符合其他人的時間表可能會衍生不必要的問題。一位幫助倖存者經驗豐富的人提示，在尋找自己的時間表時，相信感覺是最好的建議。

- 在可以的時候給予希望。藉由告訴別人自己已經從自殺的失落中過了多久，對於在團體中待了一段時間的人常可以有很大的協助，尤其是對新成員，這將會給予可能可以成功度過的希望。即便一次只有多一小時或一天有這樣的希望，慢慢地直到天數累積成週數，再累加成月數。回頭看看已經走了多遠，是個好方法去增強一個事實：人們可以度過、克服這看來似乎無窮無盡的絕望，而這種絕望是倖存者通常會經歷的。相同地，描述復原過程的成功是很有幫助的。舉例來說，說出如何處理生日、節日和週年紀念對首次面臨這些艱鉅事件的人而言將有莫大的幫助；同時，你也將學到以分享的方式去幫助他人，對自己的復原過程也是一大幫助。
- 哭泣和擁抱。倖存者經常會哭泣。對許多人來說，在私底下哭是可以接受的，但是不能在公開



場合哭。他們要知道在支持團體中哭泣是沒關係的；事實上，流淚有復原效果且有幫助。流淚表示一個人認真地想要解決困難的問題。這也給其他成員一個機會可以向外伸出援手，去撫慰並幫助他人，而這也許是他們在遭逢失去所愛之後的第一次。促進者應準備衛生紙以供使用，因預期到會有人流淚，而這也是一個表達『哭泣是被歡迎』的訊息。擁抱無疑是種顯現無條件接受的方式，是一個接受、關懷和支持的象徵——這是所有倖存者都需要的。當成員組成團體會談時，彼此擁抱，是個普遍顯示歡迎和關懷的象徵。擁抱的確傳遞一個敞開心房的訊息，是一個在倖存者走過傷慟歷程時將會發現的必要存在。促進者將發現，即便是第一次參加的成員，藉由擁抱來歡迎到達的成員、表達擁抱是被接受的，將會有所助益。

- **最棒的人**。參與團體一陣子之後，可能會突然發現團體中的其他成員是所遇見過最和善的人之一。所摯愛的人自殺會永遠改變一個人。老朋友



的重要性往往終會逐漸淡化，而支持團體中遇見的陌生人則變成生命中的新朋友。這是理所當然的，因為這些人全然地了解你所走過的，並可以體會旅程中前方所會遭遇的困難。

- 應該結束了嗎？ 一個人如何知道何時該停止參與支持團體？相信直覺可能是最好的建議，這也是相當個人的問題。如果參與支持團體已經變成一種生活常規，也許是時候考慮離開。如果發現團體已經不能提供感覺或情緒新的洞見，或者發現自己已經沒有興趣再繼續參加會談或藉由分享經驗幫助新成員。也許還沒有完全復原，但是已經到了可以自己往前進時，即是該離開的時候了。當然，永遠可以回去尋求更進一步的支持和能量，來支撐你繼續走下去。
- 向前進。也許最能確定衡量成功的方式，是當倖存者能夠整合團體的支持，離開團體繼續前進，回來只是為了拜訪團體成員。一般而言，當倖存者不再繼續參與團體，表示感覺到充分的自信，有能力在其他支持及個人支撐下料理生活，不再



需要規則參加一個團體來獲得支持。事實上，不一直都是這樣，因為有些人是因為其他原因而選擇離開——在團體中不愉快的經驗、家庭或工作上的壓力、健康狀況不佳等等。團體促進者將會發現與離開的成員談話，確定其離開的理由是有幫助的。如果會談後證實此人的確是因為自信而離開，則可與團體成員分享這樣的消息，作為會談過程確實有效的證據。

▶▶ 團體潛在的危險因子

和團體工作時，有幾個原則是值得銘記於心的：

- 團體是由個體組成的，而個體會有不同的性格；有時這會造成衝突。一個堅強的團體將具有欣然接受健康的張力並克服衝突。
- 在團體歷程中設定架構與結構，並且建立『倫理法典』，將可以作為有問題時可運用的安全網。
- 並非所有喪親的人都能發展成為一個好的支持團體成員。有些人在哀悼的過程中有著很巨大的困難，或是過去曾有嚴重的情緒障礙，這些人可能

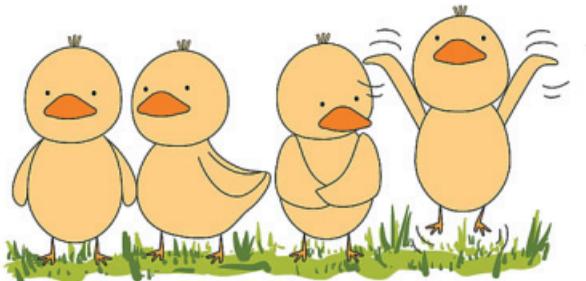


較適合個別專業諮商。

- 避免『耗竭燒盡』（消耗殆空一個人的能量和他對手邊任務的熱情），這是一種支持性團體領導者的職業危機。促進一個團體的進行會是一種耗乾情緒的經驗。定期規則地做這項工作很可能最後會變為令人厭膩而累人的一件事；團體的促進者會變得較沒效率，而且多多少少脫離了團體。雖然這不一定是必然的反應，但這種情況已被報告很多次了，因此必須在此特別提出其獨特的可能性。經常提到的避免或處理『耗竭燒盡』的方法包括：花些時間遠離工作、將其他團體成員納入協同工作者或作為緩和解圍者。將他們納為協同工作者的好處是，(a)提供一個機會讓他們能對在支持團體中所受的幫助有所回饋，以及(b)向團體展現在復原的過程中，他們可以持續進步到成為團體的領導者。
- 所有的倖存者和團體的促進者在任何時刻都有可能非常脆弱，被摯愛的人自殺這件事所帶來的潛在情緒所擊潰。不論此自殺事件是發生在三週前



還是三十年前，皆是如此。在任何時候任何地點，倖存者都可能被情緒的浪潮所擊潰。當我們建議倖存者要先滿足他們自己的需求，也就隱含著他們該避免壓力、過度工作、不切實際的過高期待、缺乏睡眠：他們應該先把自己照顧好，如此才能適於照顧別人。





下表列舉了一些可能在團體中浮現的危險因子。

潛在的危險	處理策略
1. 團體成員變得依賴其中一或兩位成員來替團體執行大部分的工作。有些團體成員於是覺得情緒被耗乾了。	1. 把聚會時間的一部份花在討論團體運作的方式。公開地討論這個議題，詢問對最佳分工合作的方式之建議。
2. 其中一位團體成員傾向於獨占整個聚會，佔住更多時間，並且打斷其他發言者。	2. 在每次聚會的一開始宣讀團體規則，並且當成員過分佔用時間時提醒他們。或許會需要設立清楚的時間限制。
3. 其中一位團體成員似乎陷在他／她的悼傷中，對其他團體成員有負面影響。	3. 必須和這個團體成員個別會談。討論應該將焦點放在團體並非是為了迎合個人需要，個別的諮商與支持可能更有幫助。建議他哪兒可找到幫助。
4. 團體似乎沒有在進行或向前邁進。	4. 在團體內和成員討論這件事，要以能看到必要的變化的方式重新定義團體的需要。
5. 所有團體內的人都必須知道那些因自殺而有喪親之痛的人自己本身即有自殺危險性。	5. 在團體內討論這個議題。對於團體和其成員間如何能彼此保護這件事，必須達到共識。



✿ 在開發中國家及鄉村地區的倖存者支持網絡

在開發中國家的倖存者支持網絡可能並不存在，而且自殺或許亦未被認為是全國性問題。在這些國家中的自殺倖存者要如何找到支持或找到能表達他們哀悼心情的方式，以加速他們的癒合呢？在有些國家可能目前能做的很少。不過，這份資料也許會有幫助，有些人或許會覺得其中一些觀念、經驗、想法很有用。

在開發中國家，WHO 和其所認可的非政府組織合作的關於自殺防治的行動，目前正著重於促進國家級的活動，以支持倖存者，同時也支持全國性自殺防治策略之草擬。

以下這份概念的列表是關於一些可能可以幫助個人或團體的活動種類。至少，這樣的一份列表能夠刺激創意思考，之後可能可以導向在個別國家中相容於其文化且具文化敏感度的活動。

- 建立資源中心。如果有個資源中心能處理關於倖



存者支持系統和自殺防治活動的資訊詢問，這將會是往外拓展協助在未發展與鄉村地區的倖存者之重要的第一步。在加拿大亞伯達省 Calgary 市的自殺資訊與教育中心可以作為一種可能的模式。

- **覺察／教育課程**。在發展中國家，健康界與教育界專業人士合作策劃提供針對自殺防治與倖存者支持協助之認知／教育課程，將會是一個極具意義的開始。
- **廣泛發布此資源**。這份資料若能廣為發布並易於取得，可以在開發中國家及鄉村地區帶來瞭解認識與支持倖存者這些議題的契機。
- **WHO 自殺防治與研究跨國網路**。WHO 心理衛生部門的心智及行為疾患小組已在領導促進全球性的自殺防治與自殺倖存者的支持系統。其同時也認可一些與自殺防治相關的非政府組織及專家。這個網路可以作為顧問的角色來幫助建立覺察／資訊課程，並且促進 WHO 所籲求的全國性自殺防治策略之發展。



- **個人活動**。有很多原因，使得在發展中國家及鄉村地區的個別倖存者，必須獨自面對因為自殺而失去摯愛的親人並獨自存活下來的衝擊。對有些人來講，他們個人面對這種摯愛自殺的經驗可能是一生之中唯一一次接觸到像這樣的悲劇。懷著這層瞭解，並且希望能激勵倖存者發展出有意義、適切的因應方式，我們提出下列的建議：

➤ **訴說**：一對一地與別人溝通，可以提供一個分享感受與情感的機會。找人聆聽或許並不容易，不過尋求家人、朋友或宗教團體的成員可能會是個好的開始。

➤ **書寫**：長久以來許多倖存者都使用書寫來溝通。不論是寫封信、寫日記、或只是隨便一張紙上塗寫一些想法或情緒，許多人都發現這種自我表達的方式相當有用。

➤ **藝術形式**：一個世紀又一個世紀，人們從事各式各樣的藝術創作來作為個人表達的方式。可以使用的媒介包括繪畫、編織、陶藝、木工、音樂等。透過一些無生命的物體來傳達你的感



受、想法、情感會很有幫助。

➤ **參與**：雖然週遭不一定有其他倖存者可供聯繫，仍然可以參與任何形式的團體活動。參與這樣的活動意味著往外擴展及超越自我。透過把焦點放在他人身上，可以幫助將療癒過程推往下一步。

➤ **冥想**：這種個人活動可以幫助一個人專注於問題解決，向前邁進，而非沉浸於自艾自憐，而後者正是倖存者很容易遭受的苦。

人類擅於在最艱困的情境下存活下來。我們提供上述意見作為一個起始點，讓個人可以開始尋找他們自己脫離親人自殺悲劇的方式，並且邁向尚待開拓的新生命。

❖ 透過加入其它活動的『參與治療』而支持倖存者

這份資訊大部分是為了發展成功的倖存者自助支持團體。不過，二十世紀的最後二十年見證了多種其他團



體活動的出現，這些活動大部分是由倖存者集體行動所創建並落實。這些活動透過所謂的『參與治療』而能提供倖存者支持協助。

以下的列表並不算完整，僅簡略地介紹這類活動的一部分。

- 自殺倖存者支持團隊。當有需要時，由受過訓的倖存者來執行家訪，訪視新近因自殺而喪親的人。這些對雙方而言都很珍貴的訪視可以幫助新近喪親的倖存者開始一段成功的復原過程。
- 教育／資訊課程。受過訓的倖存者對社區團體、商業機構、或政府機構簡介關於自殺的問題。通常都會提及自殺的警訊與危險因子、保護因子。
- 青年教育課程。自殺青少年的父母多覺得以學生為聽眾的教育課程很受歡迎。要小心避免傳達『自殺是個可被接受的選擇』這種印象。
- 加入自殺防治／倖存者協會。許多這類協會為倖存者提供特別的課程和活動，當然也提供行動主義者做領導者的機會。
- 延續生命的記憶之被。一位來自美國的倖存者，



珊蒂·馬汀，想了一個主意，把死於自殺的親人照片放在具有藝術性質的被子上。如此突顯了人類生命斬喪於自殺的悲劇，相對於一般自殺的描述多用冷酷的統計資料，而形成了鮮明的對照。

- 延續生命的記憶珠寶。這是珊蒂·馬汀的另一個主意。其特色在於金或銀飾珠寶中所奠立之永恆的象徵，提醒倖存者『生命永續』，即使他們已因自殺而失去摯愛的人。珠寶於是成為自殺防治工作的一個持續的提醒。
- 倡議／政治訴求。根據聯合國／WHO 全國性自殺防治計劃的執行策略，美國的自殺防治倡議網（SPAN）已發展出一套有效的計劃，利用倡議信件來建立政治訴求（這些已足以使發展自殺防治計劃、採取政治行動來發展及執行全國性自殺防治計劃，成為一個普遍的議題。）。
- 協助／危機熱線。這些電話熱線提供來電者與受訓過的回應人員間形成聯繫，而通常這些回應人員也是倖存者。這種服務的設計是要提供一個有愛心的、關懷的聆聽者，可以導引來電者尋求適



當的協助服務，並導引他們遠離自我毀滅的行為。

- 志工服務。許多倖存者覺得自願幫助非營利的心理衛生機構或幫助宗教社群的延伸計劃，是一種『開始變得不一樣』的有效方式。
- 覺察課程／活動。這種可能性幾乎是無限的——從高速公路的廣告招牌到社區的散步步道，從政府計劃／活動到影像節目，乃至從印有文字的衣飾到地區性的倖存者討論會。

譯者名單：林育如醫師、吳建芝醫師、莊宜芳醫師、賴孟泉醫師

（以上依照姓氏筆劃排序）

