自殺通報與危機處理—跨專業服務合作模式

馬偕醫院 自殺防治中心
陳淑欽 臨床心理師

2019.8

中華輔導與諮商學報
2013年，第三十八期，149 - 182頁

2013

大專校院自殺/自傷危機處理之探討：以臺灣北區四所私立大學為例

陳莉榛 東南科技大學通識中心
胡延薇 淡江大學通識中心
張雅惠* 真理大學宗管系

臺灣諮商心理學報，2014，2 卷，2 期，1-29 頁

大學生的心理健康危機與危機介入之探究：以一所綜合大學諮商中心為例

2014

溫錦真* 慈濟大學 人類發展學系
林美珠 國立東華大學 諮商與臨床心理學系

中華輔導與諮商學報
2014年，第三十九期，1 - 34頁

2014

大學校園自殺防治工作之挑戰：以諮商中心的經驗為本

賴念華 國立台北教育大學 心理與諮商系
鄭鈴諭 國立彰化師範大學 學生心理諮商與輔導中心
許維素* 國立台灣師範大學 教育心理與輔導學系
王雨薇 南伊利諾大學 心理系

慈濟大學人文社會科學學刊・第十八期

2015

大學諮商中心實務工作者面對危機個案處遇狀態之探究

陳若璋* 王沂釗**

臺灣諮商心理學報，2014，2 卷，2 期，1-29 頁

大學生的心理健康危機與危機介入之探究：以一所綜合大學諮商中心為例

溫錦真*
慈濟大學
人類發展學系

林美珠
國立東華大學
諮商與臨床心理學系

近年來許多研究指出大學生的心理問題越趨複雜化與嚴重化，除常見的心理社會發展議題外，大學生亦容易因精神疾病發作、自傷或自殺行為等心理健康問題影響學生和校園的安全，並考驗諮商中心的危機處遇能力。本文目的是探究大學諮商中心學生心理健康危機介入工作模式，和危機類型、介入策略與結果。透過回溯國內某一所綜合大學諮商中心於連續兩個學年度（2009 年 9 月至 2011 年 8 月）期間所進行例行性的 82 場中心會議記錄與危機個案處遇臨床日誌之檔案資料進行內容分析，結果發現該校諮商中心訂定明確的危機介入工作模式，包括定義危機個案、危機處遇流程與策略、及危機解除結案條件。兩學年間，有 52 位學生被列為危機個案，危機類型依序是急性壓力反應、自傷自殺意念、自傷自殺行為、精神疾病發作、暴力事件、騷擾事件等，介入結果是無學生因為危機事件而死亡或使校園失序。可知，諮商中心需建立一明確的大學生心理健康危機介入工作模式以適時發揮「化危為安」的功效，建議後續應發展跨校性大學生心理健康與危機介入的研究。

關鍵詞：大學生、心理健康、危機介入、諮商中心

兩年間的危機介入個案

- 兩年共52名個案
  - 47人屬「非」跨學期組，5人屬跨學期組
  - 女性(36, 69%)、一般生(42, 80.8%)、大學部(46, 88.5%)、大一新生(19, 36.5%) 為多
- 非跨學期組
  - 緊急壓力調適最多(16, 34%)、自傷自殺意念次之(10, 21.3%)、自殺行為、精神疾病發作
- 跨學期組
  - 精神疾病發作為主要危機類型

非跨學期危機個案個案處遇狀況分析(表)

- 與其他類型危機個案主要處理方式不同，特別是自殺行為個案，處遇方式相當綜合
- 處理次數
  - 急性壓力調適<自傷自殺意念<自殺行為
- 處理天數
  - 急性壓力調適<自殺自傷意念<自殺行為
- 處理結果
  - 自殺行為個案休學為結束的比例最高

跨學期危機個案個案處遇狀況分析(表)

- 以**精神疾病發作**為主要危機類型
  - 性騷擾、**自殺自傷行為為衍生危機**
- 危機介入策略
  - 以「支持性心理會談」為主(26% / 學期)
  - 聯繫導師或相關單位次之 (9.1% / 學期)
  - 聯繫家屬並進行衛教及心理支持 (7.2% / 學期)
  - 轉介個別諮商是排名第6策略 (4.15% /學期)

討論：危機個案介入

- 精神疾病發作、自殺/傷意念與行為是重要的危機類型
- 精神疾病發作個案(n=14)
  - 個案管理為主：緩解急性症狀為主、其次給予支持和穩定個案情緒、轉介或諮詢精神科醫師以確定診斷用藥、追蹤關懷
  - 雖然佔校人口比例低(本研究為0.4%)，但總介入天數以及次數都顯著超過其他類型

大學諮商中心實務工作者面對危機個案處遇狀況探究~2015

- 以實務工作者對大學危機個案處理現況跳查表調查171名諮商中心任職之實務工作者
- 工具
  - 基本資料
  - 曾經處理危機個案的經驗、類型、數量及性別
  - 工作者在處理危機個案**時會進行的活動**：如傾聽個案敘述問題、提出保密例外、聯繫醫療或警察單位、提出通報或預警地說明等等
  - 是否會針對各類型個案使用**不同之評估工具**11題 (如：貝克憂鬱量表、基本人格量表、危險性評估等等)。並排續個人**面對各類危機會採取之流程**11題。
  - 處遇危機個案時會引發的**通報與倫理議題**，會與那些單位尋求協助11題

大學諮商中心實務工作者面對危機個案處遇狀況探究~2015

- 結果
  - 98%的人曾處理過危機個案，平均12.12件/2年
  - 危機類型：精神疾病發作、**自殺自傷問題**、經歷重大創傷、遭受性侵騷擾、暴力傷害他人
  - 危機個案女性居多、男性危機程度較高
  - 多為導師及教官轉介而來
  - 對精神疾病、性侵性騷個案未能妥善使用評估工具
  - **多以傾聽及安撫情緒為主要處遇，而未意識到危機個案有不同的優先處理順序**
  - 面對可能遭受性侵之個案有安全之虞時，考慮通報，但個案若要求不通報，產生**倫理兩難**
  - 校內其他單位不了解諮商專業的**保密機制**…

校園危機處理的現況小結

- 校園內危機事件的普遍性
  - 精神疾病發作、自殺自傷問題是前兩名
  - 自殺自傷問題雖然不是最頻繁的，卻是最多以休學收場、耗時最長的(處理時間及天數)
  - 傾聽或支持性會談是最常被使用的策略，雖然也同時有資源連結(聯繫外單位或家屬)，但處理不同類型個案需要緊急介入的不同，可能有所不足
  - 個案管理是重要的
  - 倫理議題及保密議題是困難的

危機處理 v.s. 長期諮商輔導

	危機處理	長期諮商輔導
診斷	進行快速的危機評估	完整診斷性評估；
處遇	聚焦在個案立即的創傷	案整體潛在的原因。
計畫	個案的特定問題，規劃出的解決方 案，目的在緩和危急症狀，所使用的。	針對性格 問題所規劃出的處遇方案。
方法	方法是運用短期諮商。	運用各種短、中、長期治療技術，處理個案的長期需求
結果評估	評估在於個案是否能回到危機前的平衡狀態。	以個案整體 功能作為確認治療效果的指標。

(James 與 Gilliland，2004；間接引用自陳莉榛、胡延薇、張雅惠，2013)

大專校院自殺/自傷危機處理之探討：以臺灣北區四所私立大學為例

1. 檔案研究：四所私立大專院校之輔導中心主管索取相關文件，並針對四校文書檔案之流程與處理過程做討論，內容毫無個案之資料或檔案，亦無輔導員 或任何人員之資料，純粹只有校園資源系統運作單位名稱與職稱，以符合研究倫理。
2. 焦點團體：邀請四校(共10位)曾擔任過自殺 / 自傷危機個案管理員，討論十個問題。

表三　本研究之個案學校

學校	類型	特色	學生人數	高關懷人數 / 危機人次 / 自傷危機人次
甲校	社區大學	偏重人文社會科學	約 9000	181 人 / 30 人次 / 5 人次
乙校	一般大學	整合型大學	約 24000	86 人 / 16 人次 / 4 人次
丙校	科技大學	偏重工科	約 7000	152 人 / 10 人次 / 2 人次
丁校	一般大學	整合型大學	約 13000	112 人 / 16 人次 / 3 人次

註：本資料係根據受訪學校提供之98學年檔案數據整理而成。

From: 陳莉榛等, 2013

教育部危機處理流程使用上有限制

- 多數學校諮商員採取個案管理的方向，但成效有異，因
  - 缺乏**跨單位的工作細節**
  - 諮商員的角色功能與資源系統的整合及運用，常因**學校行政組織的差異**而不同（吳錫鑫，2003）
- 教育部之「學 生憂鬱及自殺 / 自傷防治處理機制流程
  - **未明訂實質負責人**、
  - 未明確指明**各級工作之權責單位**、
  - 未考慮**各校主體性與個別性(各校的文化)**
- 此外
  - 危機個案可能涉及授課、學習之問題，教育部的危機個案處理流程圖卻僅將此規劃為**教務處**，**忽略其他單位與人員的角色與功能**

- 四校皆在**諮商晤談初期**進行評估
  - 甲校以自殺的意念、企圖與行為作為評估 標準
  - 丙、丁兩校的評估指標包涵事件描述、認知評估、情緒評估、生理評估、行為評 估、危險因子、社會支持、自殺危險性評估。
  - 然乙校的檔案文件未能清楚觀察到評估指 標，但經過訪談後發現，該校個案管理員主要依據諮商心理師評估與通報訊息作為指標
- **評估工作應該持續不斷**，在事件的每個時間點都要評估危機 的嚴重程度及輔導目標。

學校	評估時間	評估指標	文件 / 表單名稱
甲校	接獲通報或個案初談	一、自傷部分： 1. 有自傷或傷人意念，但無企圖及病史 2. 已自傷或有病史，但無生命危險 3. 連續自傷或傷人，但無生命危險 4. 連續自傷或傷人，有生命危險 5. 已連續自傷或傷人，已造成生命危險 二、自殺部分： 1. 目前有自殺意念，但無自殺企圖及病史 2. 無論有無自殺企圖及行為之病史，但持續有自殺意念；或曾有自殺行為，但目前無自殺意念 3. 已嚴重威脅要自殺，但無立即之危險 4. 有強烈之自殺行動、自殺計畫有立即自殺之危險 5. 已有自殺行為（未遂或已遂）；或其他可能受媒體關注之自我傷害事件	1 諮商危機個案處理作業流程 2 高危機個案四級處理作業程序 3 自殺危機處理流程圖

學校	評估時間	評估指標	文件 / 表單名稱
乙校	接獲通報或個案初談	一、直接評估僅自傷、或傷人危險一項。 二、間接評估指標包含： 1. 人際衝突 2. 創傷經驗 3. 精神疾患	1 危機評估與處遇流程圖 2 初談個案紀錄表
丙校和丁校	接獲通報或個案初談	包含事件描述、認知評估、情緒評估、生理評估、行為評估、危險因子、社會支持、自殺危險性評估： 1. 是否覺得自己死掉比較好或但願自己已經死了？ 2. 是否曾經想要傷害自己？ 3. 是否曾經考慮到用死來解決問題？ 4. 是否有過自殺的計畫？ 5. 是否曾經嘗試自殺過？	1 危機個案處理流程 2 危機事件緊急處理檢核表 3 自殺危險性評估表

註：本資料係根據四所學校提供的文件檔案與訪談結果整理所得。

結論：

1. 本研究各校之流程**依照教育部流程修改為合適自己校園文化的流程**。
   - 學校教官參與的程度
   - 諮商人員處理危機個案的經驗
   - 根據流程表 or 主管會議 or 個案討論會採取行動
2. 理想的自殺/自傷處理流程權責清楚、能回歸**諮商專業**
3. 部分諮商輔導單位編制**內部流程以具體化個管工作**
   - 評估工作需要更多資訊
   - 通知聯繫/會報權責不清
   - 通報與否扣緊支持系統與評估專業
   - 個管員多負起陪同轉介至醫療機構的工作
   - 舉辦個案研討會及召開會議行政程序繁瑣
   - 後續輔導之建構安全網路工作，考驗工作倫理與輔導關係
4. 危機處理流程的**模糊性**增加彈性空間，也增加困難

國內大專心理諮商中心處理校園自殺危機案例面臨之挑戰

- 在大學諮商中心服務(北部：5; 中部：5; 東部：2; 南部：1) 10年以上13位專任工作者表示，自殺防治工作仍面臨下列五類挑戰
  - 助人者缺乏專業培訓，須直接進入現場處理
  - 諮商中心多元預防宣導，**自殺者仍難以辨識**
  - 自殺預防及處遇時，跨單位系統形成合作共識
  - **危機應變機制中執行溝通與實踐歷程**
  - 三級預防中後續處遇之相關知能

From: 賴念華等, 2014

面對自殺個案思考的方向

- 危險性評估(分辨自殺與自傷的危險因子)
  - 相關因素：情感因素、疾病因素、
  - 新生或憂鬱篩檢、篩檢後追蹤
  - 區分
    - *高關懷學生* v.s. *高危險學生*
    - *冷處理* 或 *熱處理*
    - *緊急介入* 或 *後效管理*
- 協助學生進行問題解決
  - 短期問題解決 / 個案管理 / 技巧教學
- 轉介/通報等等原則
- 建立團隊

危險評估的複雜性

- complex and ambiguous interaction between various **psychopathologies**, **personality traits or states**, **genetic factors**, **socio-economic risk-factors**, etc
- suicidal patients often have a **strong motivation to conceal their suicidal ideation** as well as other information that may be valuable in assessment→ equivocal(模擬兩可) and inconclusive information
- 其他環境壓力，例如時間壓力、認知疲倦等

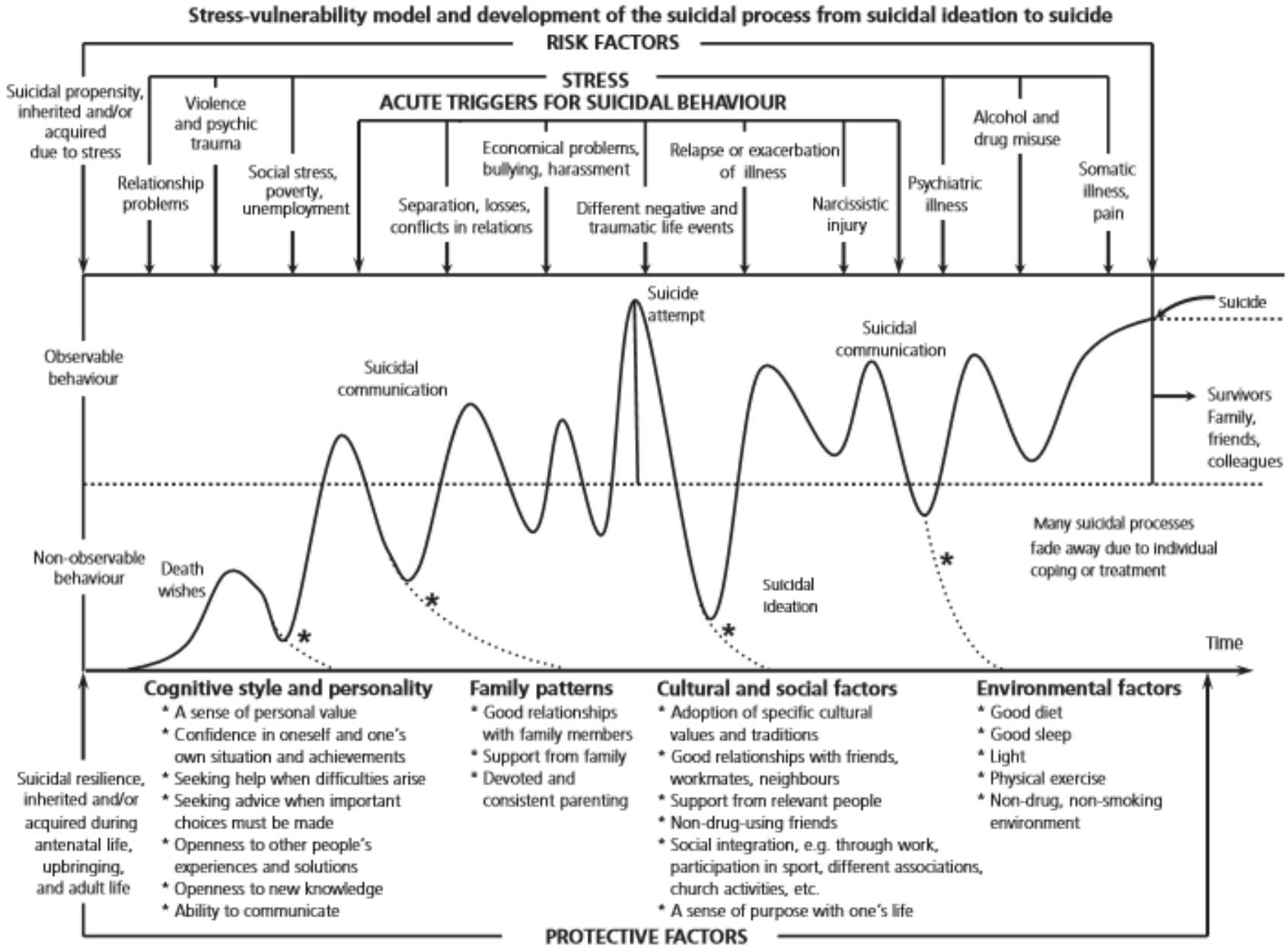
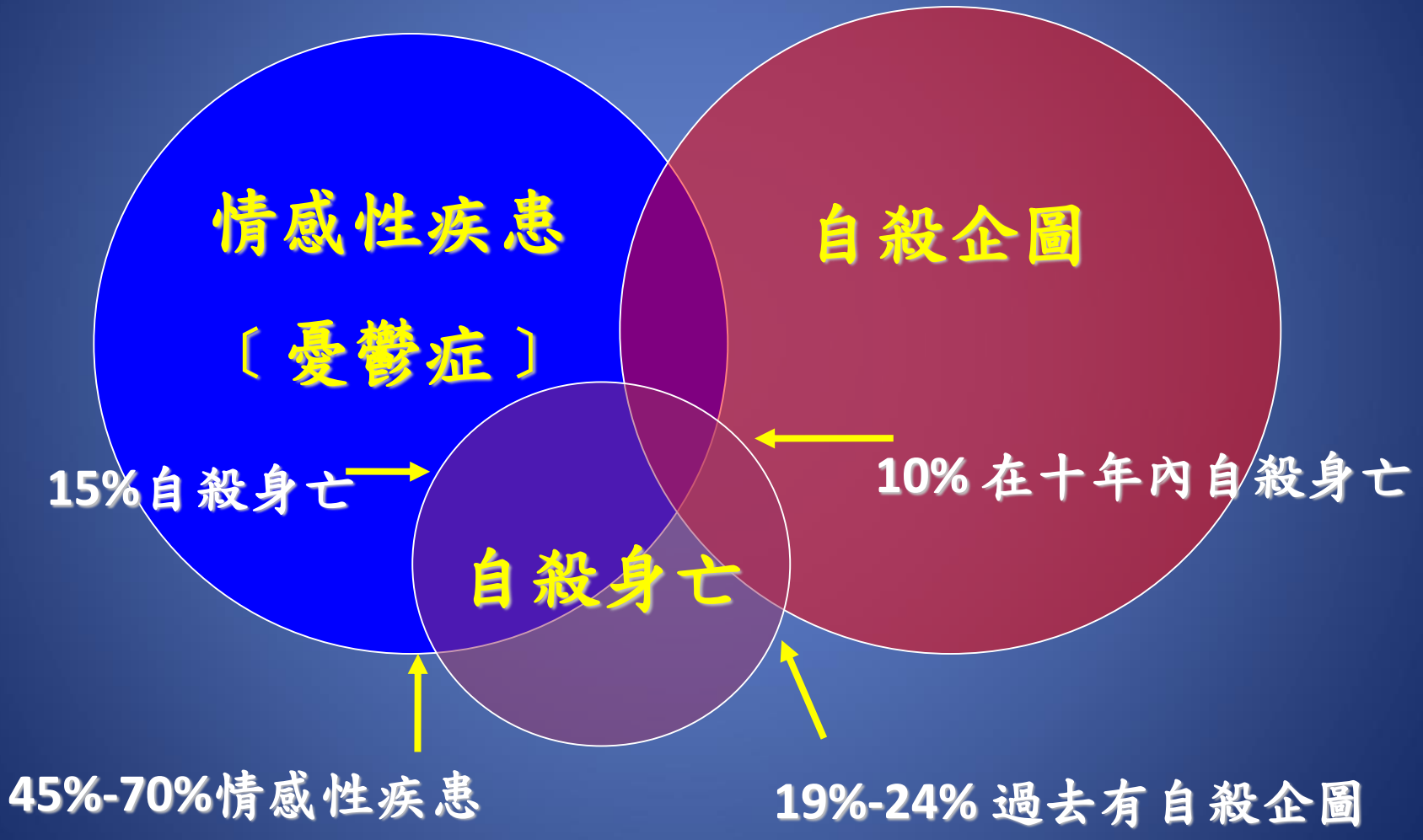


Fig. 3.1 Stress-vulnerability model and development of the suicidal process from suicidal ideation to suicide

Adapted from Wasserman D., Suicide: An unnecessary death, Figure 2.1, Copyright (2001), with permission from Martin Dunitz/Informa

自殺、自殺企圖、憂鬱症


情感性疾患
〔憂鬱症〕
自殺企圖
自殺身亡
15%自殺身亡
10%在十年內自殺身亡
45%-70%情感性疾患
19%-24%過去有自殺企圖

憂鬱症常見的臨床表現

- 持續情緒低落、悲傷、易哭
- 專注力及記憶力下降、猶豫不決、失去興趣
- 自尊低落、沒自信
- 無價值感、罪惡感、無助無望感
- 食慾睡眠及活動量的改變
- 自殺的意念或舉動
- 嚴重的個案可能合併精神病症狀

非典型的症狀表現

- 身體症狀，如頭痛或腸胃不舒服
- 過度焦慮
- 對批評過度反應
- 對上學感到壓力大或拒絕上學
- 不被愛的感覺
- 易怒，發很大的脾氣
- 反抗父母或師長
- 變得退縮或逃避

非典型的症狀表現

- 感覺無聊
- 成績退步
- 過度沈迷網路
- 物質濫用
- 品行問題或犯罪行為
- 性關係混亂

- 社交畏懼症
- 強迫症
- 拔毛症
- 其他焦慮性疾患
  - 畏懼症，恐慌症，創傷後壓力症候群

- 焦慮的青少年男性，自殺行為較多

嚴重精神疾病：躁鬱症、精神分裂

- 情緒異常興奮或易怒
- 過度自信或自我膨脹
- 睡眠需求減少
- 比平常多話，有時難以打斷
- 思考跳躍，停不下來
- 容易分心，想做很多事
- 變得愛花錢，愛冒險，性需求很高

- 妄想或幻覺
- 混亂的行為
- 負性症狀
  - 動機低落
  - 社會退縮
  - 情緒平板

其他相關精神疾病

- 酒精或藥物濫用
- 飲食疾患、身體形象扭曲
- 邊緣性人格障礙

行為特徵

- 反常的行為
  - 提到關於死亡的想法、對這類議題特別關心
  - 變得和過去不一樣
  - 其他異常行為
- 衝動
- 退縮、依賴
- 解決問題能力不佳、負向情緒忍受力低

性格特質

- 追求完美
- 壓抑情感表達
- 自尊低落
- 衝動易怒
- 掌握現實有困難、活在幻想世界的傾向

與自殺行為相關的心理狀態

- 無助感和無望
  - 明顯的無助感與無望感
- 心理痛苦的程度
  - 持續存在且難以忍受的痛苦
- 行為意圖
  - 永遠逃離痛苦、結束感覺
- 認知受限
  - 個人認知極度受限，視自殺為解決問題的最後且唯一的方法

摘自：Walsh, B.W. (2006). Treating self-injury: A practical guide, New York: The Guilford Press

自殺風險評估

MINI自殺評估（最近一個月來）：

Q1 你是否會覺得死了比較好　否　是
Q2 你是否會想要傷害自己?　否　是
Q3 你是否正考慮要自殺?　否　是
Q4 你是否有自殺的計劃？　否　是
Q5 你是否正嘗試要自殺？　否　是
Q6 你過去曾經做過嗎(自殺)?　否　是

以上各題中，若至少有一題答是，其自殺危險性評估如下:
1. 在Q1或Q2或Q6答「是」　低自殺危險
2. 在Q3或（Q2且Q6）答是　中自殺危險
3. 在Q4或Q5或Q3且Q6答是　高自殺危險

from: http://www.typc.doh.gov.tw/main_sec.php?pid=41&sid=02&index=hygiene_detail&id=175

Pierce Suicide Intent Scale（PSIS自殺意圖量表）

- 本問卷分三大類評估以確定自殺意圖之強弱:

  1. *情境安排*（1-6題）
  2. *主觀感受*（7-10題）
  3. *其他危險因素*（11-12題）

  除第9題評分法為0-3分外其餘皆為0-2分。總分25分。

- 0-3為低危險度
  4-10為中危險度
  11-25為高危險度

32

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

1、現場（Isolation）

當你傷害自己時有任何人在你附近嗎？例如：在同一間房間或屋子內，或是正在講電話。

0→ 有人在場

1→ 附近有人或接觸中（例如：電話）

2→ 附近沒有人或接觸

33

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

2、時機的安排（Timing）

你在什麼時候做那件事情？你想有誰多久以後可能發現？你是否期待某人出現？有人可能及時來到嗎？你認為別人到達之前還有一段時間？或是你沒有去想到是否有這個可能性？

0 → 時機的選擇使他人可能介入

1 → 時機的選擇使他人好像不可能介入

2 → 時機的選擇使他人非常不可能介入

34

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

3、預防被發現或干預（Precautions against discovery）

你有試圖不讓別人發現你嗎？例如：切斷電話？叫別人不要打擾你？把房門上鎖？找一個別人很難發現的地方做那件事情？

0→ 一點都沒有防止

1→ 被動防止（*避開他人，但不防止被介入，例如：獨處於房間內但門未上鎖，或自殺的地方不難被發現*）

2→ 積極防止（*例如：獨處於上鎖的房間內或找一個十分隱蔽的地方自殺*）

35

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

4、尋求幫助的舉動（Acting to gain help）

在你傷害自己之後，有沒有打電話告訴任何人你做了什麼事？有沒有立刻去找人救助你？

0→ 告知可能的協助者有關企圖自殺的事

1→ 有聯絡，但未告知可能的協助者有關企圖自殺的事

2→ 未聯絡，也未告知可能的協助者

36

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

5、交代後事的舉動／告別行為(未透露死亡)（Final acts）

當你決定要傷害自己之後，你是否有做什麼事情？例如：把東西整理好、把一些事情交待清楚、對一些留念的人或事物做最後的一瞥…

0 → 無

1 → 企圖自殺之前曾想到要做一些安排

2 → 確實做了安排

37

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

6、自殺遺言、遺書 (透露死亡且交待後事) (Suicide note）

你有沒有留下遺言或是遺書？

0→ 沒有留下遺言、遺書，也沒有想到要留

1→ 想到要留，可是沒留；或留了又撕掉

2→ 留有遺言、遺書

38

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

7、致命性主觀評估（Statement of lethality）

你有想過你的行為可能致命嗎？

0 → 患者認為應該不會死

1 → 患者認為有可能致死，但不確定

2 → 患者認為極有可能或確定會死

39

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

8、自殺目的／意圖說明（Stated intent)

你認為你的行動是企圖結束你的生命？

0 → 患者不認為這次是認真地想結束生命（不想死）

1 → 患者不確定這次是否認真地想結束生命（不確定）

2 → 確定想死

40

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

9、預先設想（Premeditation）

你在〝決定要做〞到〝真正採取行動〞之間，隔了多久？你曾經思考過一段時間或者是一時衝動就做了？

0 → 不曾思考，一時衝動就做

1 → 行動前曾深思過，但<1小時

2 → 行動前曾深思過，但<1天

3 → 曾深思過>1天

41

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

10、獲救後的反應（Reaction to act）

你現在被救起來了，會覺得遺憾嗎？

0 → 很高興被救

1 → 患者不確定他是高興或遺憾

2 → 患者很遺憾他獲救了

42

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

11、預後（Predictable outcome）

客觀評估患者在醫療上的復原性

0 → 肯定存活

1 → 不太可能死亡

2 → 很可能致命或必死無疑

43

Pierce（PSIS自殺意圖量表）

12、死亡的可能性（Death without medical treatment）

依照此次自殺行為結果，若不治療是否有可能致死？

0 → 否

1 → 不確定

2 → 是

44

- 除第9題評分法為0-3分外其餘皆為0-2分。總分25分。
- 0-3為低危險度
  4-10為中危險度
  11-25為高危險度

45

根據危險性訂定處遇目標

危險性\立即性	緊急 (危機處理)	有些緊急	時間充裕
高	立即處遇 1	頻密追蹤、 資源連結 3	定期追蹤、 資源連結 3
中	觀察後效 2	定期追蹤、 資源連結 3	定期追蹤、 資源連結 3
低	觀察後效 2	預備結案	結案

資源連結包括社區資源、醫療資源、心理治療資源等等...

46

目標階層 (hierarchy)

- 減低自殺危險性 / 症狀管理
- 確認個案管理 / 治療關係的穩定
- 其他長期影響個案生活的問題解決

根據危險性調整追蹤頻率及介入目標

- 高度危險
  - 密集聯繫 / 當下馬上聯繫、緊急介入
  - 時間充裕的情況下也可以進行心理治療介入
- 中度危險
  - 每周追蹤(參考值)、視情況進行心理治療
- 低度危險
  - 隔周或每月追蹤、增加生活目標達成的行為

48

1. 高危險 / 立即有危險的個案

- 自殺行為/意圖，而非自傷
- 此時此刻/近幾天就可能有危險
  - 積極表達希望個案活著、傳遞任何形式的希望
  - 評估可以減少那些危險性、增加那些保護特徵
  - 尋求相關資源協助
    - 醫療資源
    - 警政單位資源
    - 個案家屬

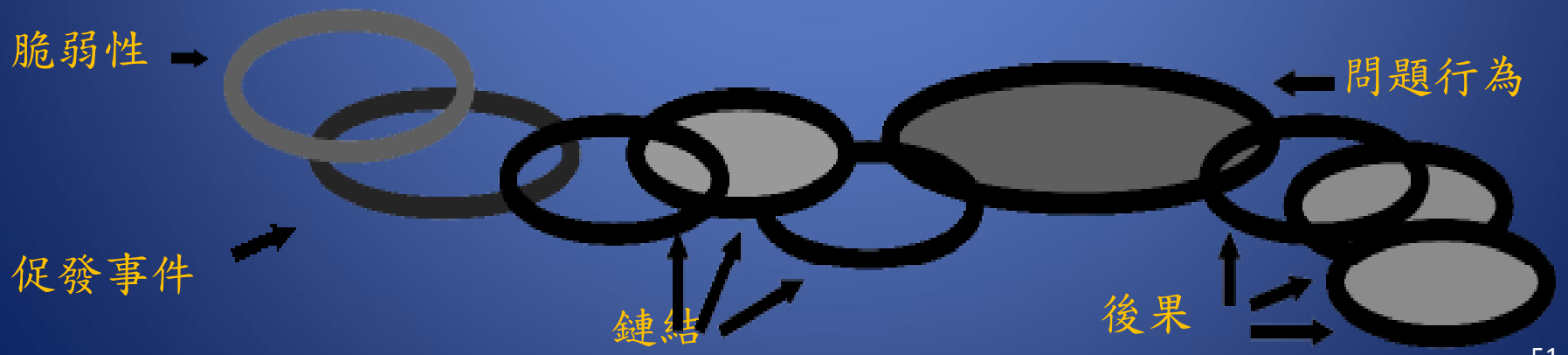
49

2.中度危險/低度危險之緊急狀況個案

- 後效觀察
  - http://boba.ettoday.net/videonews/46070?t=%E7%94%B7%E7%AB%A5%E4%B8%80%E4%B8%8D%E9%96%8B%E5%BF%83%E5%B0%B1%E5%93%AD%E9%AC%A7%E3%80%81%E8%87%AA%E6%AE%98%E3%80%80%E5%B0%88%E5%AE%B6%E7%94%A8%E9%80%99%E6%8B%9B%E8%AE%93%E5%AA%BD%E5%AA%BD%E6%95%99%E8%A8%93%E6%84%9B%E5%AD%90

行為鏈鎖分析

- 脆弱因子
- 開始的念頭
- 中介因子(如何思考的過程)
- 問題行為
- 行為後果



行為鍊鎖分析

- 最近和父親及家人衝突較多，認為家人不公平，又認為女友對待自己也不公平
- 為什麼自己在意的事情別人都不在意，那一定是我有問題
- 想要讓自己的大腦停下來
- 吃了藥，睡了四小時又醒來
- 心情更低落
- 把繩子掛起來

關於後效管理的假設

- 個案行為模式的觀察和了解是重要的
- 個案非刻意的操控
- 後效的增強是很立即性
- 行為鏈鎖分析的練習
  - 問題行為與增強物的關連性
  - 行為反彈的可能性
  - 正視其問題，但「教導個案」滿足需求的合適作法

3. 高 / 中危險性 中低立即性

- 持續有些危險因子存在、案主情緒認知或行為特徵仍不穩定
- 定期追蹤(頻率有所差異)、維持關係

- **進行問題分層、問題解決治療**

- 評估相關指標擬定可能可進行之相關轉介資源(以增加案主主動性為優)、表達關心

54

問題解決導向的介入/治療計劃

- 從上面的評估試著回答下列問題
  - 個案的「問題是什麼」？(Th v.s. Cl 觀點相同嗎?)
  - 問題的嚴重度 與 複雜性多高
    - 失能(生活、認知、疾病)、痛苦感受、痛苦可承受度、緊急度
  - 問題慢性化程度多高
  - 個案的痛苦或目前的問題要優先從哪個角度介入處理

From: 《自殺防治—有效地短期治療取向》Ch3

55

自殺失能概念化(高階及低階因素)

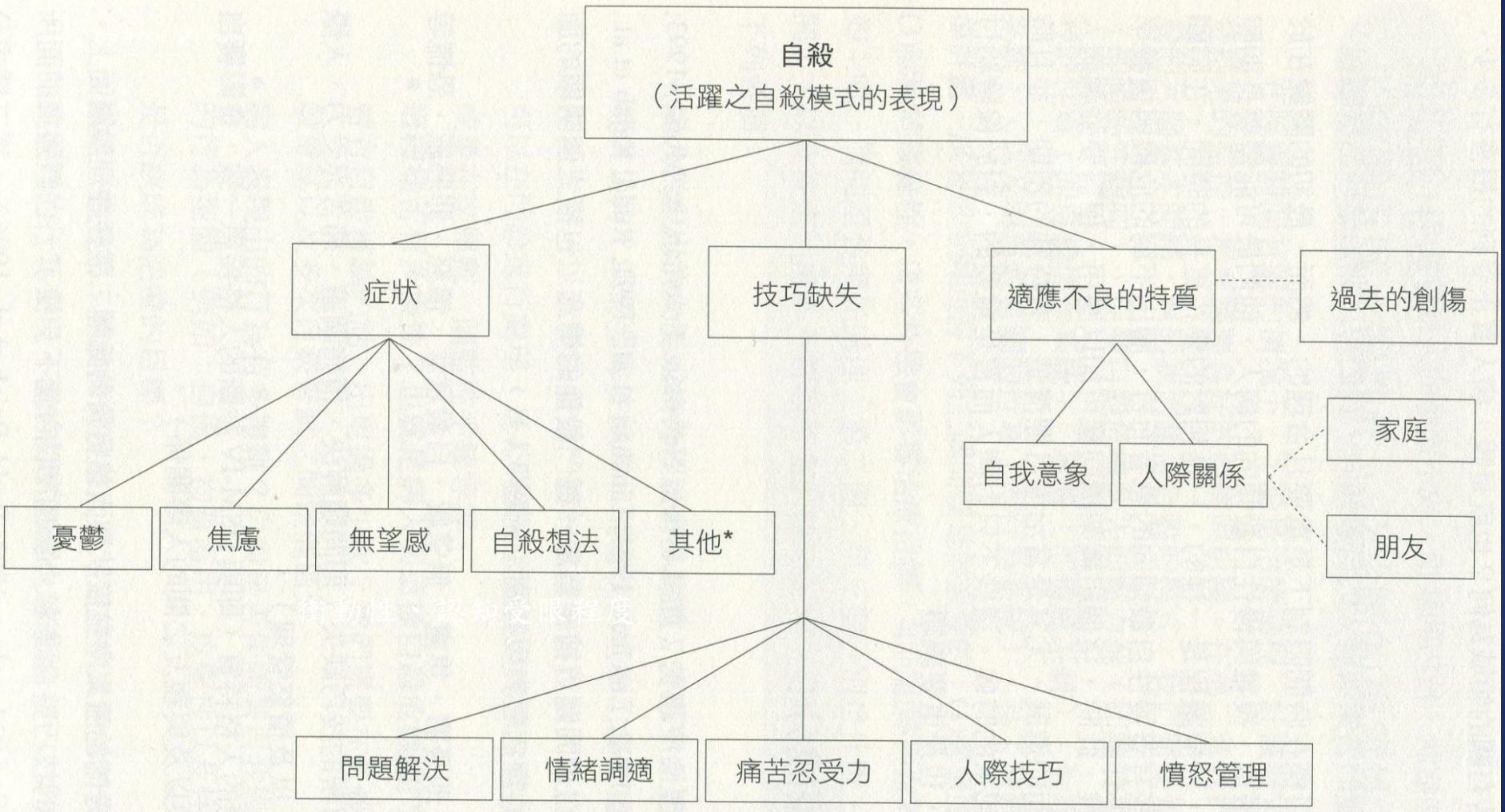


圖 3.1　自殺失能之概念化：高階與低階因素

*包含：罪惡、恐慌、丟臉、生氣、不快樂、注意／專注力損傷、無助感、物質濫用、感到迫切與緊急，相關的行為問題如自殺嘗試，自殘行為、高風險行為。

治療/介入　成份一：症狀管理

- 解決任何立即性的危機
- 減低自殺傾向，包括自殺意念與相關的行為擴散
- 對近期的未來及治療歷程灌輸希望
- 減低全面性的症狀

57

症狀管理

- 症狀管理(生理層面)
  - 疾病診斷
    - 精神科：病識感、重要他人的態度
    - 其他科：疾病衛教、疾病調適
  - 藥物治療(抗憂鬱劑、情緒穩定劑、助眠劑)
  - 住院治療
    - 急性期
    - 家屬同意
    - 強制住院

58
58

治療介入　成份二：技巧建立的目標

- 辨識個案目前功能水準、相關技巧能力/缺損
  - 問題解決、情緒調適、自我監控、痛苦耐受、人際效能、等等
- 改善病人的一般功能水準，回到一般狀態或更好的水準
- 幫物病人發展與修改缺損的基本技巧

59

技巧介入

- 技巧建立(心理層面: 舉例說明)
  - 認知行為心理治療
    - 例如：衝動行為控制、後效管理、平衡想法
  - 情緒調節技巧學習
    - 例如：增加正向情緒
  - 問題解決技巧訓練
    - 例如：中性地做、有效地做
  - 痛苦耐受
    - 例如：蒲公英的故事

60

治療介入　成份三：人格發展的目標

- 改善個案全面的自我意象與自尊感受
- 幫助個案解決內在衝突、早期創傷、潛在核心議題
- 幫助個案改善人際關係的品質與性質包括家人與朋友關係(例如：增進親密感以及支持性的關係的品質...)

61

自殺問題的處遇及預防

- 生理層面
  - 疾病診斷
  - **藥物治療(抗憂鬱劑、情緒穩定劑、助眠劑)**
  - 住院治療
- 心理層面
  - 認知行為心理治療、家族治療、**辯證行為治療等等**
  - **問題解決技巧訓練**、情緒調節技巧學習
- 社會層面
  - 減少傷害性的環境
  - 增加患者的各層面的人際接觸
  - 增加各支持系統之間的聯繫
  - 衝突的化解

治療成份與對應層次

治療進展	症狀管理	技巧建立	人格發展
層次一	症狀穩定 **危機降低**	技巧習得	**行為**穩定：停止毀滅性行為
層次二	個案可自我管理症狀	技巧精進	**行為**矯正：被動攻擊、攻擊、依賴等等
層次三	應用：個案可有效處理危機	技巧類化	人格修飾：利用身邊的機會練習技巧

63

通報原則

- 需要更多資源的情況
- 如果只是擔心個案的安全，仔細確認自殺風險，以最低人數被驚動為優
- 已經有具體　/ 高致命威脅的自殺行為
- 寒暑假期間的安排

同儕或團隊的支持

- 「每位治療高自殺風險的治療師都有可能會犯錯、需要被支持、需要被幫助(Linehan, 1993)。」

- 治療者諮詢團隊是介入者介入處遇高自殺風險個案時的重要後盾（陳秀卿、梁瑞珊、呂嘉寧，2006; Linehan, 1993）。

- 參與人員：與個案輔導有關的人員，可能有心理師、特教老師、個管師、教官、導師等等。
- 團隊能有效能地運作的指標，例如：

1. 成員對自殺風險個案的**情緒脆弱特質**、**自殺危險性**及**後效評估**有所了解；
2. **成員間可以注意到兩種極端狀況的張力**，並討論出最佳做法，如：介入時著重「個案安全」或「個案發展管理自己情緒的能力」，介入要「要求個案行為改變」或「接納問題改變很慢」
3. 團隊成員在「**給彼此支持與認可**」同時「**提供客觀具體的建議**」中可以取得平衡。

團隊的默契需要平時培養

- 定期高風險個案討論會（曾經有過自殺意念或行為的個案）
  - 檢視個案慢性與急性（近期）自殺危險性評估、個案與治療者的壓力狀況、團隊協助過程中是否有增強或削弱個案的某些行為、個案的情緒管理能力是否有進步。
  - 規律地進行會議的優點：在有危險的個案發生緊急事件發生當下，介入者/團隊比較能迅速做出有效的介入決策。

定期的內部服務流程圖修改

- 定期會議，確認是否在流程圖中讓各個服務人員有充足發揮的空間
- 不定期會議，特別是危機狀況後回顧流程圖
- 流程圖合適否：
  - 合適：會議確認回顧的時間，做成紀錄
  - 流程圖需要修改：會議中討論更合適的作法，做成紀錄，納入服務中

以上步驟可以達成效果的秘訣
調整好評估者的心態

- 雖然有許多研究顯示**捷思**與**偏誤**對於決策的影響，卻沒有研究了解自殺危險評估當中的捷思與偏誤
- 捷思與偏誤都會得到快速的結論，
  - 捷思：好處是節省認知成本，壞處則是可能會做出錯誤的決策
  - 偏誤：是可能並非事實的評價，有這樣的偏誤時，人們也傾向於不去重新評估相關的事實，e.g.醫師做診斷通常傾向於維持原本的診斷

From: Suicide - Unnecessary Death (2016)

減低偏誤的作法

- 「**定錨(anchoring)**」捷思 (最常見)
  - 在面談前，用客觀、標準化的危險性評估的結果當成是定錨
- 「**代表性(representativeness)**」捷思法
  - 與臨床工作者內在表徵「什麼樣的人看起來危險性高」有關，自我反思(self reflect)很重要
- 「**確認(confirmation bias)**」
  - 每次的會面之後，問自己幾個重要評估的問題

From: Suicide - Unnecessary Death (2016)

接納治療者可能的負面的反應

- 生理反應：
  - 心跳呼吸急促、噁心、頭暈眼花、身體激躁的反應、失眠、其他生理反應
- 心理反應：
  - 認知：困惑、不確定(disorientation)、猶豫不決(indecisiveness)、對患者有貶低性(pejorative)的想法、對治療感到悲觀、自我困惑感
  - 情緒：焦慮、害怕、震驚、噁心、恐慌、憤怒、挫折、苦毒、悲傷、沮喪(discouragement)、無望、無助
  - 行為：過度同理、情緒性的介入、激動的反應、說出貶低性的話，想用不自殺協定脅迫、控制或抑制個案行為；退縮、轉介、捷案也是常見的
- 環境：
  - 處罰性的反應，例如：取消特權、暫停治療或休學、不必要的住院、在未經個案允許之下通知成人個案的重要他人、要個案同意不會自傷

提升評估和介入效能的提醒

1. 提升覺察與反思

表一：介入者情緒了了分明的例子

觀察內涵 常見情緒	認知想法	生理	衝動	順著衝動的行動（例子）
一 害怕、緊張	高估危險性 對自己能力缺乏信心	心跳加速、呼吸急促、手腳冰冷等	想逃避 想有情緒化的介入	逃避、 過度保護個案
二 生氣	對治療進展挫折／失望，對個案有負面評價	心跳加速、呼吸急促、體溫升高等	想攻擊控制個案（例：口語貶低）、想放棄治療、忽略個案可能的危險性	口語貶低個案、放棄治療
三 沮喪、失望、無望無助	愛心匱乏、治療者自我效能感低落	身體沒有力量	無法將希望感受傳遞給個案、想說出沮喪無望的話	說出沮喪無望的話

2. 停下衝動並刻意地選擇有效的行為

表二：不同情緒狀況下可能的 STOP 內涵 (續表一)

常見情緒	S	T	O	P
一 害怕	停下迴避行為、小心過度情緒介入	心理生理往後後一步	1.將評價轉換為描述的語言，對自己的情緒核對事實。 2.仔細進行危險性與後效評估。 3.確認自己對介入的期待是否合理。	1. 依照危險性/後效評估結果，採取合適作法。 2. 將想挑戰的火力集中在「問題解析」而非個案。 3. 危機過後若情緒仍然強烈，考慮休假、專業進修或藥物心理治療。
二 生氣	停下攻擊或控制個案、不離開治療或刻意忽略個案			
三 沮喪	停止說沮喪無望的話或自我評價			

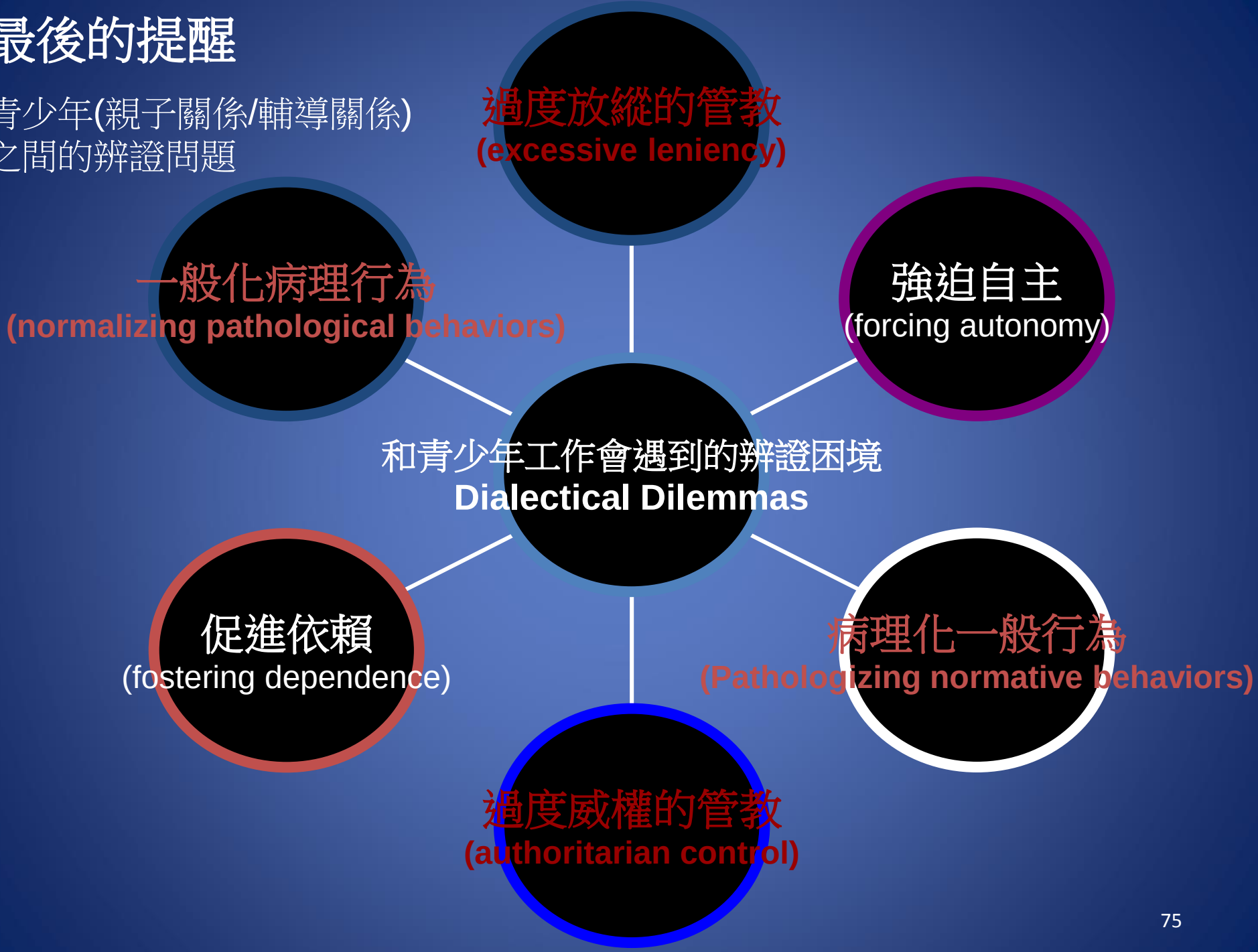
減低偏誤，提升評估精準性的作法

- **being aware of them**
  - aware of how our **judgements** and **decisions** are formed and how they affect the reasoning process.
- **learn specific strategies and techniques** which allow for the reduction of these biases.
  - **Stepping back** from the issue and taking a moment to reflect on the thinking process
  - Implementing some more specific cognitive strategies, allows for improved judgements.
    - **accurate psychometric scales**, frequent use of relevant **base-rates**, strategies to **reduce heuristics and biases** & clinicians' **checklists** during the clinical interview.

From: Suicide - Unnecessary Death (2016)

最後的提醒

青少年(親子關係/輔導關係)
之間的辨證問題



謝謝您的聆聽