

## 自殺危險性評估

馬偕紀念醫院精神科暨自殺防治中心 劉珣瑛 醫師

近十年來，台灣地區每十萬人口之自殺死亡率有明顯上升之趨勢。以民國94年為例，自殺排名台灣地區十大死因統計之第九位，共計死亡人數4,282人，是十年前的兩倍以上。自民國84年至94年間，25-44歲與45-65歲族群的自殺死亡率均增加了一倍以上。25-64歲族群是國家主要生產力來源，也是家庭重要支柱，青壯中年自殺死亡率不斷增加，造成國家社會與家庭嚴重的損失。

根據研究統計，大多數個案曾於自殺死亡前求助各科醫療。因此各臨床科醫師需了解自殺危險性評估，以期在自殺防治中扮演重要的守門員角色。由於自殺評估涉及生死，且自殺風險是瞬息萬變的，可能引起醫師內心的恐慌，是臨床精神醫學最困難的一項評估，需要密切關注病人及家屬以便能夠以職業的敏感不斷了解自殺過程的進展。醫師無法也不能對一個有自殺傾向者的生命承擔責任，但必須在最大程度上，把專業知識應用於預防潛在自殺的發生。醫師在評估自殺風險的會談時，應針對有關生、死和自殺的問題討論和思考，不宜讓病人感到這個話題是禁忌。醫師的開放態度常會減輕病人的緊張感，甚至將降低自殺的風險。此外，醫師必須先了解自己的心理狀態，了解自己對自殺幻想、死亡、衰弱和放棄的恐懼，才能妥善評估自殺危險性。

自殺危險性需評估不同層面，包括個人及群體的危險因子，保護因子，文化

因素等，因此評估應含病人（精神疾病、物質濫用、身體疾病、人格障礙、人際關係、自我價值、控制感、因應技巧、問題解決能力、生活壓力事件與心理社會狀態等）、家屬、朋友和社會關係網絡、治療的可獲得性、復原計畫以及社區的自殺預防措施等。危險性評估需注意到病人的自殺預警徵兆與情境徵兆（季節、節日或事件，壞消息，冒險的行為，放棄個人財物，與重要他人或重要物品失去連結），並考慮到一些加速或阻礙自殺進行的因素，如：過去的精神疾患及自殺行為、家庭成員或熟人的自殺行為及病人的自殺性表達。

在評估自殺危險性的同時，須採取能及時降低自殺風險的措施，這些措施包括精神的、心理的以及心理社會層面的處遇。一旦完成了自殺風險評估，醫療人員必須積極地採取措施將病人轉介至相關機構接受適宜的進一步治療，包括立即住院治療（在特定情況下）。由於很少人會在深思熟慮和權衡利弊後依舊決定自殺，因此醫師不僅要強調病人對自己生命的責任感，也要準備好替病人承擔責任，並採取支持性措施，必要時應有限制性措施，包括強制性住院治療。

SPC  
馬偕紀念醫院自殺防治中心  
Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital

（文章轉載自作者在 95 年度台灣醫學會之演講摘要）