校園學生自我傷害防治手冊

教育部委託國立臺灣師範大學編製



校園學生自我傷害

防治手冊

2023 年 1 月

教育部委託國立臺灣師範大學編製

Contents 目錄

目錄 I
表目錄 V
圖目錄 VI
前言 VII

第一部分　學生自我傷害防治概況 001

壹、自我傷害防治工作的現況 001

一、青少年族群自殺行為的嚴重性 001
二、自我傷害以及自殺防治策略的面向 001
三、臺灣自殺死亡的現況 002
四、社群網路與模仿效應 004
五、自殺防治守門人 004

貳、自殺相關的名詞定義與成因 005

一、自殺行為相關定義 005
二、自殺行為的危險因子 008
三、自殺行為的保護因子 009
四、自殺徵兆或警訊 009
五、關於自殺的迷思 010
六、詮釋自殺的重要理論模型 012

參、精神疾病與自殺自傷之關係 015

一、精神疾病如何診斷 015
二、精神疾病與自殺自傷的風險 015
三、精神疾病與自殺自傷行為關連的可能機轉 016
四、積極治療、妥善照顧、同理支持、傾聽陪伴 017

第二部分　學生自我傷害防治之三級預防模式 019

壹、自殺、自傷防治三級預防架構與原則 019

一、校園三級輔導架構 019

二、三級輔導架構下的自我傷害預防工作 021

三、自殺、自傷三級預防之重要原則 022

貳、自殺自傷的介入策略與處遇 023

一、自殺自傷防治的介入策略 023

二、辯證行為治療應用於自殺防治工作 024

三、社群自殺訊息之因應以及媒體對自殺事件報導 027

四、自殺防治的預防系統模式 029

參、自殺自傷通報與系統合作關懷 030

一、自殺行為之重要通報事宜 032

二、自殺防治通報資源連結 036

三、自殺自傷危機個案通報機制 041

四、自殺自傷危機個案系統合作機制 041

肆、高關懷個案之評估與處遇 043

一、高關懷學生的篩選管道與相關來源 044

二、如何進行高關懷學生的篩選與評估 045

三、關懷初談評估 047

四、高關懷個案後續輔導機制和作法 052

伍、危機個案之評估與處遇 055

一、自殺風險評估 055

二、可參考的量表工具 056

三、進行自殺風險評估的晤談技巧 057
四、不同自殺風險的處遇與介入 061
五、發展高危機個案的安全計畫與進行追蹤管理 063
六、非自殺性自傷的介入 065

陸、自殺事件後安心服務之處理 069
一、自殺事件中處遇性系統合作 069
二、校園內發生學生意外死亡之危機事件處理步驟注意事項 070

柒、輔導人員自我照顧 072
一、定期接受專業督導與行政工作諮詢 078
二、在工作職場中發展與他人同理互助的合作關係 078
三、建構安全無虞的工作環境 079
四、輔導人員也需要危機減壓 079
五、接受自己的限制，也相信生命會自己找出路 079
六、培養正向的自我照護生活態度 079
七、善用諮商輔導資源 080

第三部分　各級學校學生自我傷害防治之實務 081

壹、國小及國中學生自殺與自傷防治實務 081
一、國中小學生的自殺與自傷 081
二、國中小校園自殺自傷之三級預防工作 083
三、學生輔導諮商中心在自殺防治上的角色 087
四、非自殺性自傷學生的介入 089
五、國中小校園發生自殺事件之後續介入工作 093
六、相關自殺自傷之國中小校園實例 100

貳、高中學生自殺與自傷防治實務 110

一、高中學生的自殺身亡與自殺企圖 110

二、高中自殺防治的初級預防工作 113

三、高中校園自殺傾向學生之評估、介入和系統合作 120

四、高中校園非自殺性自傷學生的介入 129

五、校園自殺發生及後續介入工作 135

六、高中自殺身亡與自殺企圖實務案例探討 145

參、大專校院、碩博與國際生自殺與自傷防治實務 151

一、大專校院自殺自傷現況與三級輔導工作 152

二、大專校院自殺自傷實務案例探討 160

三、大專輔導工作相關法律議題分析 183

結語：自我照顧與一起前行 187

參考文獻 189

附錄 209

附錄一　校園自殺與自傷防治之評估工具 209

附錄二　校園自殺與自傷防治之相關資源 220

網路資源 220

熱線 221

各縣市衛生局心理衛生中心 226

各縣市學生輔導諮商中心 229

相關法規 232

表目錄

表 1　經常出現的自殺徵兆 010
表 2　自殺風險指標與自殺防治通報比較表 032
表 3　自殺防治通報系統之重要資訊彙整表 035
表 4　校安通報及自殺防治通報之通報標準 036
表 5　學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表 037
表 6　高關懷學生行為評估指標 046
表 7　自殺危機評估表 059
表 8　自殺高風險個案安全計畫討論表 063
表 9　助人工作者憐憫疲乏自我檢測量表 073
表 10　國中小自殺危機學生之三級輔導與系統合作 084
表 11　遴選分工與組織職掌建議表 115
表 12　評估自殺風險時可用的晤談問句 124
表 13　自殺危機處理七步驟 126
表 14　對非自殺性自傷行為的「九不」與「九要」 131
表 15　高中自殺危機學生之三級輔導與系統合作 133
表 16　校園危機事件安心服務各事項一覽表 137
表 17　安心文宣一入班宣告意外事件的參考說法 139
表 18　校園危機事件工作檢核紀錄表 144
表 19　危機個案常見輔導需求與校內外系統合作資源表 157
表 20　我的心理安全指引 158
表 21　自我保護安全錦囊 159

圖目錄

圖 1　關鍵自殺危險因子與防治策略 013

圖 2　校園三級輔導架構圖：
評估學生保護與危險因子提出輔導方案 020

圖 3　教育部學生自我傷害防治處理機制流程參考圖 031

圖 4　衛生福利部自殺個案通報後關懷作業流程 033

圖 5　衛生福利部自殺意念者服務及轉銜流程 034

圖 6　高關懷個案評估流程 045

圖 7　心情溫度計 058

圖 8　學校處遇性輔導校外資源系統 070

圖 9　校安事件追蹤處理流程 088

圖 10　以學生為本的高中學校輔導生態資源網路圖 114

圖 11　校園發生學生意外死亡危機事件後之處理與步驟 143

圖 12　大專高關懷／高危機個案輔導團隊網絡 155

圖 13　大專自殺防治輔導三級工作模式
—高關懷及危機個案學生輔導機制流程 156

圖 14　我的心理安全指引示意圖 158

前言

由於近年來校園學生自殺自傷通報事件逐年增加，校園如何防治自我傷害，是校園教育與輔導實務工作者極大的挑戰。隨著社會變動快速，校園議題也隨之更加多元且複雜，校園自我傷害防治工作應更為重視。由於自我傷害防治整體工作內涵涉及面向極廣，除了系統合作與醫療社區相關資源網絡的建立非常重要外，第一線的輔導人員與學校教師的專業訓練更需要有系統地進行。因此本手冊編製的目的在於建構校園學生自我傷害防治相關知識與實務，並以校園第一線之教育與輔導人員為主要對象，包括專兼輔教師、行政工作團隊與專業輔導團隊，像是專任專業輔導人員等，希望能提供校園學生輔導工作者於第一現場進行自殺自傷防治相關實務工作時，有實用之作法和資源可供參考，以期在校園自我傷害三級預防工作的推展上更為精進，減少校園自我傷害事件之發生。

本手冊「自我傷害與自殺三級預防」架構主要依據 103 年 11 月 12 日頒布之《學生輔導法》為基石。當中第 4 條提及「各級主管機關為執行學生輔導行政工作，應指定學生輔導專責單位或專責人員，辦理各項學生輔導工作之規劃及執行事項。」此條文指出學校應視學生身心狀況及需求，提供發展性輔導、介入性輔導或處遇性輔導之三級輔導，並明示三級輔導之內容，各級輔導學生之內涵係針對評估學生狀態原則、輔導方式與策略進行說明。而在第 12 條「學校教師，負責執行發展性輔導措施，並協助介入性及處遇性輔導措施；高級中等以下學校之輔導教師，並應負責執行介入性輔導措施。」可知學校教師與輔導人員具有規劃、執行或協助發展性輔導、介入性輔導以及處遇性輔導之責任。此外，第 21 條亦訂出「高級中等學校以下學生家長、監護人或法定代理人應發揮親職之教育功能，相對承擔輔導責任，配合學校參與學生輔導相關活動，提供學校必要之協助。」在自殺自傷防治工作中，學校與家庭間的合作更顯重要。

本手冊是以國小、國中、高中以及大學的校園場域進行編寫，並將內容主要區分為三部分。第一部分為學生自我傷害防治的概況，主要陳述自我傷害防治工作的重要性、現況以及限制與突破，幫助輔導人員對整體自我傷害防治工作的現況有整體的概念和掌握。第二部分為學生自我傷害防治之三級預防模式，內容主要是自我傷害防治的基礎以及核心工作，包括相關成因、三級預防概念與處遇流程、高關懷與危機個案的評估處遇，也加入預防性防治策略—針對危機預防及回應媒體之需求，以協助學校

輔導人員具備三級預防的全面觀點，並能形成一具體與實際的方針來進行相關實務工作。第三部分為各級學校學生自我傷害防治之實務 ，這部分因思考到即使同屬於校園場域，但在不同學制中，包括學生發展的樣貌、相關學校與輔導編制、可投入或應用的資源等都有一些差異，因此在架構上，又區分為三部分，分別是「國小、國中及學生輔導諮商中心」、「高中學生」，以及「大專校院、碩、博與國際生」等三個場域，分別呈現在這些場域中自殺自傷相關實務議題與處遇作法，當中特別以相關實例描述處遇作法，希望能提供學校輔導人員有更充分的信心來處理相關議題。最後，在自殺自傷防治工作中，相關評估工具以及轉介或合作的資源是非常重要的，本手冊也於附錄一提供常見且重要的相關評估工具供輔導人員參考，在附錄二提供相關諮詢轉介以及諮商服務等的相關資源，包括各縣市衛生局心理衛生中心、學生輔導諮商中心、網路資源以及相關法規等，供輔導人員參考使用。

此外，在常見且重要的名詞使用，常有些不一致，為便利讀者閱讀，也在此做一界定和說明：

1. 本手冊考量各場域之使用習慣不同，對輔導人員之稱呼並未統一，例如國小、國中常用輔導教師；高中常用學校輔導人員（包含輔導行政人員、輔導教師、專業輔導人員）；大專校院則多用專業輔導人員（包含臨床心理師、諮商心理師、社工師）。

2. 本手冊將自殺已遂、自殺完成等相關名詞，統一稱為自殺身亡；自我傷害、自殺未遂、自殺未完成則以自殺企圖統稱，避免名詞重複混淆。

3. 本手冊於第三部分的章節參，針對高關懷或高危險處境之大專校院學生簽訂之自我保護安全錦囊，在不同的情境下會有不同的名稱，例如：行為約定、安全計畫、好好照顧自己同意書、我的心理安全指引、安心平安約定、自我照顧隨身錦囊、安心關懷小卡等，各級學校實務場域可自行斟酌適合且正向的名稱，並依不同的個案修改適用表格。未成年個案在使用與否或是實施內容上可能會需要更多的討論，手冊內容僅為建議。

此手冊連結相關知能與資源，主要以第一線實務工作者能有具體參考的角度撰寫，因篇幅緣故，未能將不同學齡常見的精神疾病以及治療方式、跨部門的系統合作或者事件發生後的因應等完善地收編於本手冊中，未來也將持續針對手冊使用者以及學生的角度尋求使用之回饋意見，使手冊內容更為精進與實用。

第一部分

學生自我傷害防治概況

此部分主要說明學生自我傷害相關概況，提供現場實務工作者對自我傷害有一整體的認識。內容主要包括簡述學生自我傷害與防治，並釐清自殺相關名詞定義，介紹自殺之危險因子、警訊和保護因子，最後簡介精神疾病和自殺自傷的關係。

壹、自我傷害防治工作的現況

一、青少年族群自殺行為的嚴重性

青少年自殺問題，為世界各國共同面臨的嚴肅課題。根據世界衛生組織統計，自殺已成為全球 15 至 29 歲人口第四大死因，在 15 至 19 歲男性自殺死因排名第四、女性則排名第三（World Health Organization [WHO], 2019）。聯合國公布「2030 永續發展目標」（sustainable development goals, SDGs），其中核心目標 3「健康與福祉」之下的次指標 3.4.2 就是有關自殺死亡率（United Nations Statistics Division [UNSD], 2021）。整體目標期待全球到了 2030 年能讓包括自殺在內的非自然死亡率降低三分之一，足見自殺防治是全球共同努力的重要工作。青少年自殺死亡發生率，較中壯老年族群為低，未成年人自殺死亡更相對罕見。但即便發生率低，近年上升趨勢令人憂心，基於人道關懷，因為生命無價，親友師長們無法承受之沉重心理衝擊，生命統計上更高的平均餘命損失，年輕族群自殺問題仍是世界各國公共衛生與社會安全最重要的挑戰之一。

二、自我傷害以及自殺防治策略的面向

自殺是多重原因造成的悲劇結果，有社會、文化、經濟、心理、生物等複雜背景，絕非單一因素可解釋，絕非單一方法可以防範，需要系統性思維，需要多層面防治作為，網網相連。2019 年 5 月 31 日立法院三讀通過《自殺防治法》，揭櫫自殺為全球性公共衛生、心理健康與

社會議題，實施防治策略是我國衛生醫療、社會福利及社會安全重大施政內容（衛生福利部，2019）。我國自殺防治策略與其他先進國家類似，針對不同標的族群與不同風險程度，分為三個層面，分別為「全面性」、「選擇性」與「指標性」策略（社團法人台灣自殺防治學會，2020），與校園三級防治架構：初級預防／輔導、次級預防／輔導、三級預防／輔導等架構互相對應。

全面性策略標的族群為全體民眾，重點工作例如：促進社會大眾心理健康，心理衛生工作之宣導倡議，促進負責任的媒體報導、減少致命工具可近性、降低自殺與心理衛生問題之的社會汙名化，以及監測自殺概況與相關資訊等。**選擇性策略**標的族群為相對高風險民眾，以「守門人」工作推廣為核心方法，例如推動憂鬱症共同照護、精神疾病或心理衛生問題的早期診斷與有效處置等。**指標性策略**則以最高風險民眾為目標族群，主要聚焦企圖自殺行為者（suicide attempter）的個案管理與追蹤關懷，提升偏遠地區緊急救護能力等，以期給予自殺企圖者有效的社會介入以及醫療服務，防止再度企圖自殺。

三、臺灣自殺死亡的現況

（一）世界趨勢

臺灣鄰近國家日本，青少年的自殺死亡率近年有逐漸上升趨勢（Kino et al., 2019）。日本大學生總死亡率在過去十多年基本穩定，但自殺死亡率明顯上升，2001 至 2010 上升將近一倍（C. Uchida & M. Uchida, 2017）。歐洲的英國、美洲的美國、巴西等青少年自殺死亡率近年同樣有上升傾向（Bould et al., 2019; Jaen-Varas et al., 2019; Miron et al., 2019）。韓國及其他歐洲國家雖未見青少年自殺死亡率上升問題，然而自殺仍舊是這些國家青少年主要死因之一（Bilsen, 2018; Liu, 2020）。根據近期針對國際間 11 個高所得國家 15—24 歲年輕族群自殺死亡系統性回顧指出：美國、加拿大、英國與澳洲年輕族群自殺與死亡率自 2000 年以來有明顯上升趨勢。該研究進一步指出：年輕族群自殺死亡率與所得不平均（income inequity）可能有關，與社群網路使用時間，以及 2008 年金融海嘯衝擊並未呈現顯著關聯。但整體而言，對於年輕族群自殺死亡率上升的確切原因，目前並沒有簡單的解釋（Padmanathan et al., 2020）。

（二）臺灣概況

臺灣與世界其他國家類似，近年都面臨年輕族群自殺死亡率上升問題（張奕涵等人，2020）。臺灣年輕族群（0 至 24 歲）自殺死亡率（2020 年為每 10 萬人 4.6），遠低於 25 歲以

上其他年齡族群（衛生福利部，2022）。雖然 15 至 24 歲自殺死亡人數遠低於其他年齡層，但近四年來人數增幅可觀。2019 年與 2017 年相比，自殺死亡人數增加了 33.2%，2020 年比 2017 年人數增加了 23.8%，2020 年比 2017 年人數增加了 28.0%，增幅遠高於其他年齡層。就死亡方式而言，2021 年臺灣 15 至 24 歲女性自殺身亡大約四成是高處墜落，其次是上吊約占三成，燒炭與溺水共占三成。15 至 24 歲男性上吊死亡，高處墜落與燒炭大約各占三成（衛生福利部，2022）。就平均餘命損失觀之，學生自殺呈現深層社會心理問題冰山之一角；就近年增幅加速趨勢，或是就生命無價的終極目標而言，防治工作刻不容緩。

依據衛生福利部全國自殺防治中心計畫案 110 年度期末報告自殺防治通報系統之全國自殺企圖行為通報關懷統計，2016 年至 2021 年，我國年輕族群自殺企圖行為被通報人次逐年上升，而被通報的年輕族群中，有相當比例具有學生身分（衛生福利部，2021a）。以 2020 年為例，臺灣自殺行為通報關懷系統中，各年齡層別個案，具有學生身分比例：國小學齡層（6 至 11 歲）：79.6%；國中學齡層（12 至 14 歲）：90.1%；高中學齡層（15 至 17 歲）：81.3%；大學學齡層（18 至 21 歲）：51.4%，而就大學學齡層通報個案中，具有學生身分的比例由 2018 年的 37.7% 增加到 2020 年的 51.4%。由此觀之，教育體系與衛生福利體系協同支援彼此合作非常重要。

進一步分析衛生福利部通報資料中記錄企圖自殺近因，國中學齡層（12 至 14 歲）占率最高為「情感／人際關係」、其次為「精神健康／物質濫用」、第三高為「校園學生問題」；高中學齡層（15 至 17 歲）與大學學齡層（18 至 21 歲）占率最高均為「精神健康／物質濫用」、其次為「情感／人際關係」、第三為「校園學生問題」。大學學齡層通報個案中，自殺原因「工作／經濟」占率明顯高於其他學齡層，每年約有 7% 的通報個案有此問題（衛生福利部，2021a）。面對新時代挑戰，特別企圖者經常面臨的「情感人際關係」、「精神健康物質濫用」、「校園學生問題」等等可辨識的危險因子，除了仰賴校園所推動的情感教育等心理健康促進活動以及自殺防治守門人訓練等，更需要與校外社區的心理衛生及醫療資源結合。

依據教育部校安通報統計資料，2009 年至 2016 年間學生自我傷害死亡人數已有小幅下降，惟近 2017、2018 年人數有上升現象。依教育部校安通報中呈現自殺身亡者，大部分也是第一次自我傷害就不幸身亡，顯示強化學生情緒管理及宣導求助管道之必要性相當殷切。又學生自殺身亡的原因以社會環境為主因，尤其是人際間的情感因素（男女朋友和家人因素），另有部分學生顯示有精神疾病的困擾。另外，研究顯示自殺地點與方式，多在家裡，其次是學生租賃地點；且學生採取燒炭、跳樓或上吊的方法，致死率甚高。如何強化學生家中、租賃

地點環境的安全管理以及家人的防治知能，建立學校與家庭的夥伴關係，編織更大的防護網，亦是教育部重要工作（衛生福利部心理健康司，2020）。

根據教育部委託國立臺灣大學公共衛生學院張書森教授分析 2018 至 2019 年校安通報資料研究指出：校安通報自殺身亡大專學生當中，沒有單一因素可以解釋大部分的自殺。最常被提到的相關因素包括：精神疾病，其次感情問題、家庭關係問題、學業問題、經濟居住問題，以及同儕關係問題等。與過去的研究一致，學生自殺的原因是多元複雜的，應避免將問題簡化。對於多元性的自殺議題，輔導單位需提供多層次、多方位的介入與支持方案（張書森，2021a）。

四、 社群網路與模仿效應

虛擬世界近年牽涉自殺議題的影視作品，特別是與青少年生活經驗相關者，是否有助防治自殺，抑或促進模仿效應，也引發辯論。世界衛生組織於 2019 年 9 月發布「預防自殺：電影製作與演藝工作者資源手冊」（WHO, 2019），特別建議避免使用聳動而情緒性的手法呈現自殺場景，避免批判性論述，避免描述自殺行為細節，強調正向替代方法因應生命逆境等學校、家庭及社會教育。孩子若是對情感教育認識不足，容易缺乏問題解決、接受和安撫情緒的有效調節策略，而轉向逃避、壓抑、衝動發洩方法處理情緒。青少年常用網路活動逃避壓力、抒解憂鬱，也間接增加網路霸凌、成癮的風險，也增加了自傷風險（柯慧貞，2020）。

國內外研究已證實：自殺行為具有模仿與傳染力，可以透過平面或電子媒體，甚至網路自媒體傳播。世界衛生組織對於自殺相關新聞媒體報導，已有「六不六要」規範建議（WHO, 2017）。我國對於「幫助」或「教唆」自殺，以及造成「模仿效應」的媒體與自媒體內容，已有《刑法》275 條、《兒童及少年福利與權益保障法》46 條、以及《自殺防治法》16 條以及 17 條規範。對於有助長自殺風險網路內容，也有「iWIN 網路內容防護機構」https://i.win.org.tw/ 之民眾通報平臺，用以防範網路霸凌與模仿自殺。面對 i 世代的文化，校園自殺防治工作正面臨新一波的挑戰。

五、 自殺防治守門人

近年來校園積極推廣自殺防治守門人訓練，包括「心理健康急救」、「幸福捕手」、「珍愛生命守門人－一問二應三轉介」等。然而防治年輕族群自殺，更重要的是改變風氣。自殺防治，人人有責，位於上游的社會教育及家庭教育階段，應設法避免獨尊成績單元價值，促

進多元適性發展，並增進認識情感教育，以彌補過去一直缺乏「鼓勵追求完美」又擁抱「不完美」的正向管教（柯慧貞，2020）。

於校園管理層面，危機事件的特色就在於難以預測與掌握，雖有完善的三級處遇架構，在平時預防工作以及危機處理上，依然有相當困難與不確定性（陳莉榛等人，2013）。面對這樣的挑戰，更需要各級長官發揮優質領導力，與部屬共同承擔自殺防治工作的不確定性，促進「非責難文化」（no blame culture），努力找問題的「答案」，而不是找「責任」，尋找「原因」而非尋找「罪人」。當非責難文化落實後，夥伴們自然容易主動出擊（proactive），所謂「當責文化」（accountability culture）水到渠成。最終在教育現場，充分落實「關懷文化」（caring culture）與「安全文化」（safety culture），化解本位主義藩籬，強化辨識學生多元需求與資源連結，提升「校內跨組室」的橫向聯繫，「校外跨專業」的轉銜合作，共同達成「人人都是珍愛生命守門人」的理想境界。

貳、自殺相關的名詞定義與成因

一、自殺行為相關定義

（一）自殺行為的層次：想法意念、企圖行為、自殺身亡

在自傷與自殺防治的評估分析過程，有時候會將前端的自殺意念想法、進展至自殺意圖或企圖行為，一直到不幸自殺身亡，運用這樣的階段性架構，探討各種保護因子以及危險因子扮演的角色。

1. 自殺想法意念（suicidal ideation）

一般泛指個案表達有自殺或結束自己生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。依據全國自殺防治中心 2020 年電話普查，過去一年國人大約有 2.2%，也就是差不多 44 萬人，曾經認真地想過自殺（衛生福利部，2021a）。

2. 自殺意圖或企圖行為（suicidal attempt 或 attempted suicide）

一般泛指個案已經有實際行動，例如藥物過量、上吊、割腕、高處墜落等，或已表達有具體計畫（時間地點）、準備好自殺工具，但並未自殺身亡。依據全國自殺防治中心 2020 年電話普查以及衛生福利部企圖自殺行為通報關懷系統的資料，過去一年國人大約有 0.2% 至

0.3%，也就是大約 3 萬人至 4 萬人左右，曾經有企圖自殺或自我傷害的實際行為（衛生福利部，2021a）。

3. 自殺身亡（suicide 或 suicidal death）

法國社會學家涂爾幹曾經給他所研究的自殺一個定義：受害人本身透過積極或消極的行動，直接或間接導致死亡，受害人本身知道會導致這種後果。在正式的生命統計上，是由檢察官相驗，開立相驗屍體證明書，死因為自殺的死亡。2020 年臺灣有 3656 人，換算死亡率為每 10 萬人口有 15.5 人（大約 0.015% 的全人口），死因被歸類於自殺（衛生福利部，2021）。

（二）自殺（suicide）與自傷（deliberate self-harm）

對比相對罕見的自殺死亡（suicide），在教育現場更常出現的是自傷意念以及不具有立即致死意圖（intend to die）的自我傷害行為，後者也常被大英國協以及北愛爾蘭學者稱之為「蓄意自傷」（deliberative self-harm）。過去研究指出，個案致死意圖有時不易完整評估，所以在某些臨床流行病學研究中，特別是北美洲為主的研究，會以「自殺意圖或企圖行為」（suicidal attempt or attempted suicide）來論述所有自傷或自殺行為。面對這種在分類學上的不確定性，世界衛生組織的跨國研究，曾傾向以結果論，將自殺自傷行為，區分為「致命」（fatal）與「非致命」（non-fatal）自殺行為（suicidal behavior）（WHO, 2014b）

無論學者們的論述如何，在學生輔導及校園安全實務上，還是會面臨到底學生的自殺意念或自我傷害行為，他的致死意圖為何？真實的死亡風險有多高？希望能有效區分「企圖自殺」與「非自殺自我傷害行為」。無論被判斷為是「企圖自殺存活」，或是「非自殺之自我傷害行為」，周遭的師長同學都會承受極大心理壓力，更何況案主的致死意圖（suicidal intent）有時候是動態混合狀態。試想以下五位學生的描述片段：

學生 A：「……如果我女朋友再不回我訊息，我就要死給她看，讓她後悔一輩子……」

學生 B：「……老師我不喜歡我自己，總覺得比不上別人，未來不知道要做什麼……每每看到學校的高樓，會想到從那裡跳下來，但我知道你們都把頂樓鎖住了，而且我怕痛，也怕阿嬤傷心，只能想一想……」

學生 C：「……我發現我變胖了，分組討論找不到人跟我一組，我心中突然有一種難以形容的痛苦……我習慣用美工刀割手腕，當我感到疼痛看到血，心情突然放鬆了，讓我冷靜下來規劃下個月社團成果發表……」

學生 D：「……疫情期間宿舍關閉，不得已只好回家，又看到那個人，不舒服的感覺再度浮現，周遭又起霧了，很不舒服，逃回學校宿舍，用美工刀割手，又把醫師開給我的助眠劑一次吞光，很想喘口氣休息一下，萬一醒不過來，也是一種解脫吧……」

學生 E：「……我罪孽深重，對不起父母老師同學，腦中總有批評自己的聲音……最近體重下降，動作變慢，應該是得了絕症，爸媽怕我崩潰，不敢告知真相……好懷念精力充沛不用睡覺也文思泉湧的日子……我把珍藏的海報送摯友，寫遺書跟大家道歉，當我正要上吊的時候，室友提早下課回來了……」

以上五位同學分別有關於自殺（suicide）或蓄意自傷（deliberative self-harm）的描述，後續處理方式與挑戰各有不同，但都令人擔心，也都難免有「真的假的」的疑惑。以上片段陳述可能來自於：校園中伴隨親密關係議題的自殺意念（學生 A）；輔導中心或諮商室裡常遇到的自殺意念表述（學生 B）；伴隨同儕關係議題與案主性格特徵之蓄意自傷或「非自殺之自我傷害行為」（non-suicidal self-injury, NSSI）（學生 C）；家庭關係議題伴隨解離症狀且自殺與自傷風險混合個案（學生 D）；自殺風險極高，需排除是否有情感性精神病（affective psychosis）或雙極性情感疾患（bipolar affective disorder），需要立即精神醫療評估介入與安全計畫的個案（學生 E）。

整體而言，無論是無致死意圖的蓄意自傷行為或是企圖自殺行為獲救，在教育現場，透過「建立關係」、「情緒支持」、「風險評估」，依據風險評估以及對於學生獨特困境的理解，進行介入處遇，持續追蹤，連結校內外資源，在能力所及範圍盡力提供協助，是我們可以做的事情。

（三）非自殺之自我傷害行為的意涵

近期一項大型統合分析，整理「無致死意圖的自我傷害」（self-harm without suicidal intent），有時候等同於「蓄意自傷」，「非自殺之自我傷害行為」或「自我傷害」（self-injury），這類行為對個案可能有其潛在功能，將之區分為「內在功能」與「人際功能」（Taylor, et al., 2018）。「內在功能」包括：藉由自我傷害紓解內在情緒張力，達到「情緒調控」、「對抗解離」、或是「自我懲罰」等；「人際功能」包括：透過自我傷害行為「表達通苦」、「影響他人行為」、或是「懲罰他人」等。該研究顯示：「非自殺之自我傷害行為」扮演「內在功能」比例，特別是調控情緒目的，多於「人際功能」比例。由此觀之，即使研究上定義的「非自殺之自我傷害行為」，還是有相當多元內涵，在評估與處置上，都需要比較深入的理解。雖然「無致死意圖的自我傷害」，在評估的當下，致命風險低，但從過去研究綜合分析顯示：曾經有過「非自殺之自我傷害行為」，仍是日後兒童青少年自殺身亡最重要的危險因子之一（Castellví et al., 2017）。

二、自殺行為的危險因子

自殺為多重因素造成的悲劇結果，自殺防治網絡需要跨政府部門充分合作方能完善（衛生福利部心理健康司，2017）。眾多危險因子當中，**遠端因子有**：遺傳因素、性格特質、胎兒周產期因素、早年創傷經驗、神經生物學失調等；**近端因子包括**：心理社會危機、精神科疾患、模仿效應、致命工具可得性、身體疾病因素等，需要多層面介入方能有效防治（Fazel & Runeson, 2020）。

若聚焦年輕族群自殺危險因子，相關研究顯示：童年負面經驗，包括身體虐待及性虐待，被霸凌的經驗，父母情感忽視，都曾報告和自殺行為顯著相關；心理因素包括憂鬱、低自尊、無望感及社交支持較低的青少年亦較容易發生自殺意念（McKinnon et al., 2016），其他青少年自殺危險因子包括精神疾患、酒精藥物濫用，以及兒童及青少年心理健康資源設立不足等（McLoughlin et al., 2015）。其他研究則指出：青少年自殺死亡率上升與社會不平等、經濟蕭條、失業率以及家庭結構變遷快速有關（Jaen-Varas et al., 2019; Padmanathan et al., 2020; Roh et al., 2018）。

有研究指出：社交網絡使用可能與青少年憂鬱、自殺率的上升有關（Sedgwick et al., 2019; Twenge, 2020）。但還需要更多研究驗證關聯。在網路影視平臺上播出與青少年自殺相關連續

劇，曾經被證實與青少年自殺死亡率上升有時序上的相關（O'Brien et al., 2017）。國內學者回顧臺灣調查及媒體報導，指出臺灣青年學子正面臨一個動盪的未來，且可能潛在錯綜複雜的多重危險因子交錯（陳映燁，2020）。總而言之，臺灣青少年自殺防治政策，需要落實跨部會整合的機制，共同面對青少年自殺問題的嚴峻挑戰。

三、自殺行為的保護因子

自殺保護因子也是風險評估的必要內容，廣義的自殺保護因子，是指能夠達到促進個人成長、穩定發展與得到健康等目標之能力、特質、或個人及環境資源，增強保護因子有助於降低自殺風險，評估保護因子亦可協助個案找出其潛力與韌性（resiliency）以緩衝個人面臨的自殺危機（廖士程等人，2015）。個人面向保護因子強調個人特質、正向心理健康與調適、良好生活習慣與社交技巧，例如具有求助意願及傾向、認知彈性、擁有歸屬感、認同感和良好的自尊與自信感等；社會文化層面包括社會支持、社會關係與責任對自殺個案的保護性，例如與家庭或社會的人際連結、來自他人或宗教的持續支持、社會義務與責任感等；而健康照護面向則是指醫療或心理健康服務對個人的保護作用，例如醫療資源的可近性、良好的醫病關係、持續的醫療支持來源等（吳佳儀，2014）。

四、自殺徵兆或警訊

自殺徵兆或警訊，是自殺者具體表現出來的訊息，能幫助其他人察覺或注意到自殺風險是否提高了。輔導人員須注意以下較常出現的自殺徵兆訊息，可歸納為語言、行為、環境等面向，而曾經有過自殺企圖之個案狀況更需要留意。

在語言警訊方面，可能是口頭上提到想死的念頭，或是以文字在日記、網誌、文章，或是在社群平臺如 Facebook、Instagram、Dcard、PTT 等表達無存在意義或是絕望感。**在行為警訊方面**，包括突然的行為改變，例如外表、嗜好、飲食、睡眠習慣的改變，經常性的自傷或是做出危險行動，學習表現一落千丈，在團體中出現社交退縮行為，酒精或藥物的使用，突然放棄或贈與個人重要財產。舉例而言，在長期的低落情緒中，突然顯得很快樂，或平靜；拜訪或打電話說再見與感謝；安排後事，整理個人物品；送東西，將珍藏的物品贈與他人。情緒突然間的憂鬱或是憤怒，注意力不集中。**在環境方面**，歷經重大人際關係的結束，例如親人死亡、離婚或是分手，家庭的重大變故，如經濟財務困難或是主要照顧者施暴衝突，對於環境的不良適應等。**其他**可能還包括顯現退縮行為，出現憂鬱的徵兆、突兀不滿的情緒，

找不到活下去的理由或沒有生活目標的絕望感，或者睡眠、飲食紊亂帶來極度不適等。請參考表 1 的整理。

表 1

經常出現的自殺徵兆

面向	可能徵兆
語言	表現想死的念頭，可能直接說出來，也可能從日記、週記、網誌或文章、詩詞中表現出無存在意義或絕望感。
情緒	憂鬱、憤怒、焦慮或無望等情緒特徵，或是突然出現與平時落差極大之情緒表現。
行為	● 突然的、明顯的行為改變 ● 出現自暴自棄的學習與行為問題，如時輟時學、功課表現一落千丈、經常自傷 ● 突然放棄個人擁有的財產 ● 突然增加酒精或藥物的濫用
環境	● 重要人際關係的結束，如親人死亡、分手 ● 家庭發生重大變動，如財務困難、主要照顧者施暴衝突等 ● 顯示出對環境的不良適應，並因而失去信心
併發徵狀	● 從社交團體中顯示退縮行為，突然變成孤單不與人互動 ● 顯現出憂鬱的徵兆（可參考憂鬱的指標） ● 對平時不以為意的人、事、物顯現出不滿的情緒 ● 長期睡眠、飲食習慣變得紊亂，顯得疲倦或經常身體不適

資料來源：團隊自行整理。

五、 關於自殺的迷思

在推廣自殺及自傷防治工作過程中，難免會碰到一些與自殺相關的「迷思」，世界衛生組織於 2014 年所出版之「自殺防治：全球要務」（Preventing Suicide：A Global Imperative），就對常見的自殺迷思，提出清楚說明（WHO, 2014a）。

（一）迷思之一：和想自殺的人談自殺會鼓勵對方自殺？

實際情況：自殺經常被汙名化，多數有自殺想法的人找不到對象傾訴。坦誠地談論自殺，反而讓案主有機會思考其它的出路，可能有機會預防自殺，談自殺反而不會真的去鼓勵自殺。

（二）迷思之二：說要自殺的人都不是當真的？

實際情況：表達自殺想法的人，可能也是在尋求幫助或支持。表達自殺想法的人，一大

部分同時也有焦慮、情緒低落、絕望感，同時覺得沒有其它出路的感受。面對說要自殺的人，除了持續關心、風險評估、並轉銜資源外，不妨把案主表達自殺的舉動，當作是一個理解對方痛苦的切入點，一個同理個案的起點。

（三）迷思之三：多數自殺都是突然發生沒有徵兆？

實際情況：事後回顧起來，自殺確實可能有預兆。個案有時會說出來，或是在行為上表現出來，當然有一些自殺完全沒有預兆。**認識自殺有關的警訊，早期發現早期介入，有機會預防一部份悲劇發生**。不過當我們回顧檢視校園不幸事件，「後見之明」總會讓我們覺得可以多做些甚麼，但危險因子眾多，危機徵兆廣泛，在努力設法精進防治網絡亡羊補牢之際，更需要多一分包容，少一分責難。

（四）迷思之四：想自殺的人都是一心求死？

實際情況：剛好相反，有自殺想法的人通常對求生或求死顯得猶豫不決，有些人可能衝動性較高，例如採取喝農藥等方式，兩周後不幸身亡，但在喝完當下已不想死，為時已晚。適時得到情緒支持，並且**將校園中致命工具可得性降低**（例如高樓防墜，危險物品的合理管制），可能有機會預防一部份的悲劇發生。

（五）迷思之五：想自殺的人都會一直想自殺

實際情況：自殺風險的增高通常是短暫性的，和情境有關，即使自殺想法會反覆出現，但並非全然持久不變。先前有自殺想法，甚至有嘗試自殺行為的人，後來可能活得很久，並未自殺身亡。以美國金門大橋企圖跳橋獲救者長期追蹤研究為例，該研究從 1937 追蹤到 1971 年總共 515 位企圖跳橋獲救民眾，發現有 32 名（6.2%）在追蹤期間死於非自然死亡（包括自殺他殺意外等原因），452 名（87.8%）存活到追蹤截止日。這群曾經企圖跳橋的獲救的民眾，雖然日後自殺身亡的機率還是比一般民眾高，但也不是 100%，實際情況是將近 90% 的個案存活到追蹤結束（Seiden, 1978）。

（六）迷思之六：只有為精神疾患所苦的人才會想自殺

實際情況：自殺行為背後往往伴隨極度的情緒低落，但不必然一定有精神疾患。精神疾患確實是自殺的重要危險因子之一，**積極治療精神疾患，減少因患病造成的痛苦與失能，是自殺防治工作極重要的一環，但大多數為精神疾患所苦的人，並沒有自殺行為**。精神病患自

傷或自殺，是許多內外因素匯集產生的不幸結果。除了精神疾患本身造成認知扭曲、憂鬱性妄想、指令性幻覺等，會直接影響自殺風險外，社會心理環境不利因素，例如大眾對於精神疾患的汙名化、長期罹病的無助感、反覆的人際關係困境、失業或就業不足等，都是為精神疾患所苦的人們自殺風險較高的多重因素。

六、 詮釋自殺的重要理論模型

（一）社會學理論

關於自殺的社會學理論，首推法國社會學家涂爾幹 Durkheim's theory，從「宏觀社會學」（macrosociology）視角，以社會自殺率作為研究重點，探討自殺的「社會原因」與「社會類型」。在他的著作《自殺論》中，將自殺視為一種社會現象，並依據「社會整合」與「社會管制」特性，再區分為利己型、利他型、脫序型、宿命型等次分類（孫中興，2009）。早在 1980 年代，有學者批判當時美國的社會現況，提出從涂爾幹社會成因投射於自殺防治工作的可能標的：致命工具或方法、年輕族群就業與教育、族群歧視與隔離、社會福利措施、以及司法矯正場域等（Selkin, 1983）。

根據一項中央研究院之研究，臺灣從 1990 年到 2010 年常見精神疾病（例如焦慮症憂鬱症）的盛行率倍增，與自殺率、失業率、以及離婚率變化趨勢一致，究其可能原因，與社會快速變遷下，工業化與失業，對心理健康的負面效應有關；研究團隊因此倡議在追求經濟成長的同時，要能夠顧及民眾的心理幸福感（Fu et al., 2013）。近期一項針對臺灣青少年跨越 1971 年至 2019 年自殺率變動相關的社會因素，以及心理困擾指標的時間趨勢研究顯示：臺灣 10 至 24 歲青少年的自殺率，從 2005 年至 2014 年的下降趨勢，轉變為 2014 年開始的上升趨勢；此一上升趨勢與同時期整體社會的父母離婚率、年輕族群網路使用時間和睡眠不足變化趨勢一致（Chang et al., 2022）。理解自殺的社會成因，有助於人們在傾向於直接簡單歸因學生族群自殺問題於：課業壓力，感情問題、親子衝突、同儕關係、以及身心疾病等微觀或近接因素（proximate causes）之外，同時要考慮深具影響力的巨觀社會因素，並且要有系統性的思維探討防治之道。

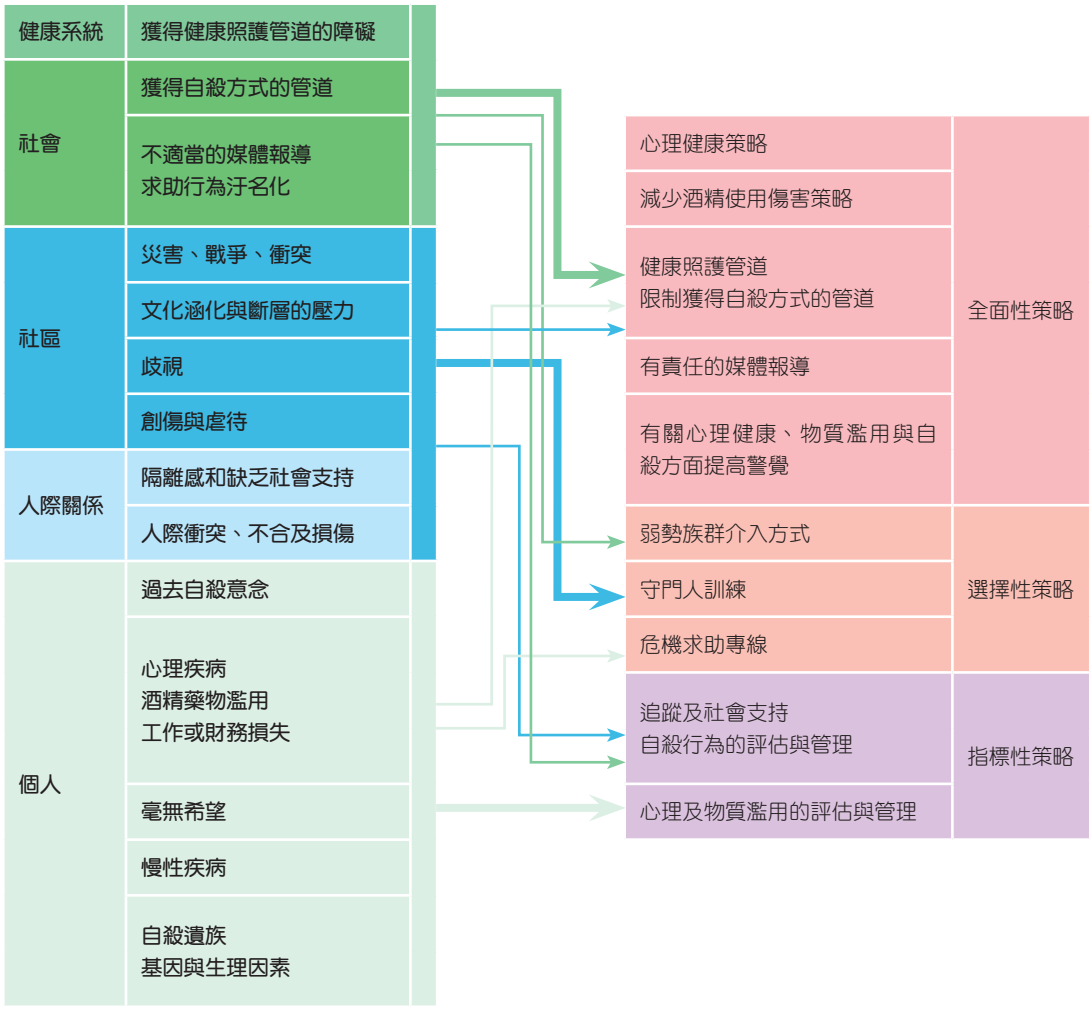
（二）瑞士乳酪模型

自殺是多重因子造成的悲劇結果，危險因子分布於微觀的個人層面，也見諸於巨觀的社會以及健康照護體系（如圖 1）（WHO, 2014a）。

目前沒有完美的保護因子，每一個保護因子都有必然的限制，就像每一片瑞士乳酪，都有發酵的漏洞。發生悲劇，往往是一個不幸時刻，所有保護因子的漏洞都串成一直線，所有的危險因子直接貫穿而過。瑞士乳酪模型（swiss cheese model）理論模型主要強調：自殺是「多重因素」造成悲劇結果的事實，有效的自殺防治工作端賴我們從「系統性」思維出發的根本原因分析，導正人們「單純歸因」與「懲罰犯錯之人」的慣性反應（Mokkenstorm et al., 2018）。

圖 1

關鍵自殺危險因子與防治策略



資料來源：引自“*Preventing suicide: A global imperative*.”（p. 31）, by World Health Organization, 2014.

（三）壓力素質模型

由「自殺意念」進展至「自殺企圖行為」，最終導致不幸「自殺身亡」的級聯（cascade）中，會受到內外在一連串壓力（stressors），與個案心理學素質（diathesis）交互作用影響，是為「壓力素質模型」（stress-diatheses model）（Rubinstein, 1986）。

「內在壓力」可能包括精神心理疾患的惡化，或是身體疾病的惡化；「外部壓力」可能涵蓋財務或人際關係問題等。這些內外在壓力與案主關鍵之心理學素質，包括「主觀苦惱」（subjective distress）、「選擇決策能力受損」（impaired decision making）、「學習／記憶力缺失」（learning/memory deficits），以及「社會獎賞與排斥的認知扭曲」（social distortion）等心理學素質的交互作用下，促使自殺意念進展至自殺行為。這些關鍵心理學素質，又牽涉到遺傳因素、幼年創傷經驗、腦神經迴路功能異常（dysfunctional neural circuitry）的影響。而腦神經迴路功能異常，又與下視丘 - 腦垂體 - 腎上腺系統（hypothalamus-pituitary-adrenocortical axis, HPA Axis）功能異常、神經滋養與凋亡機制（neurotrophic and apoptotic deficits）缺失、以及神經發炎反應（neuroinflammation）相關（Mann & Rizk, 2020）。如果有機會能夠針對這些多重機轉投以實證有效的防治工作，就有機會避免從自殺意念，進展至企圖自殺行為，而最終能預防日後不幸自殺身亡。

（四）整合型動機意願模型（integrated motivational-volitional, IMV Model）

整合型動機意願模型呈現了自殺過程的線性圖象，貫穿從想法和意圖形成到自殺行為的實施。該理論強調「挫敗與屈辱」（defeat and humiliation）和「身陷困境」（entrapment）催生了原初的自殺意念，並且有一組「意志調節因子」（volitional moderators, VM）主宰著從自殺意念演進到自殺行為的過程。根據 IMV 模型，VMs 包括致命工具可得性、暴露於他人的自殺行為、自殺能力（意即對死亡無所畏懼和身體疼痛耐受性的增強）、計畫、衝動、心理意象（mental imagery）和過去的自殺行為等（O'Connor & Kirtley, 2018）。整合型動機意願模型提供校園助人者，在與學生工作的過程當中，提供一個理解、評估、與防範自殺行為的架構。

關於自殺行為的理論模型，除了上述以外，過去文獻經常提及的還有例如：認知行為理論（cognitive-behavioral theory）（Rudd, 2000）、情緒調節理論（emotion dysregulation theory）（Law et al., 2015）、人際心理理論（interpersonal-psychological theory）（Joiner, 2005）、以及三維模式（the cubic model of suicide）（Shneidman, 1987）等，學界存在著多種理論模型詮釋自殺行為，也再一次驗證自殺是多重因素造成的悲劇結果，也有多層面與多向度的防治視角。

參、精神疾病與自殺自傷之關係

一、精神疾病如何診斷

精神疾病是一種因**社會、心理、生物或發展過程異常**，進而發生的精神功能障礙的現象，這種現象會對病人的社會、職業、家庭等功能造成影響，而且常常導致顯著的痛苦（衛生福利部心理健康司，2015）。關於診斷精神疾病的方法，精神科醫師會透過問診與精神狀態檢查，判斷病人表現出哪些症狀或精神病理特徵，形成症候群的描述，再進一步澄清症狀持續時間和對功能的影響。之後進入鑑別診斷，會特別鑑別這些症狀或症候群是否可能由於可辨識的身體疾病或精神作用物質（例如安非他命）所致，在這個階段可能也會安排必要的血液檢查、影像檢查或尿液藥物篩檢。最後會參考嚴謹的診斷準則建立診斷。目前常用的參考準則包括美國精神醫學會發行的『精神疾病診斷準則手冊』或是世界衛生組織公布的『國際疾病分類標準』中的精神疾病診斷準則（衛生福利部心理健康司，2015）。

二、精神疾病與自殺自傷的風險

根據過去研究，民眾若罹患精神疾病，就像民眾罹患其他重大身體疾病類似（例如癌症或洗腎），自殺與自傷風險可能會隨之升高（廖士程，2017；廖士程等人，2008；Chen et al., 2018）。根據一項大規模統合分析顯示（Chesney et al., 2014）：包括思覺失調症，雙極性情感疾患（俗稱躁鬱症）、憂鬱症、厭食症、邊緣性人格疾患、鴉片類藥物使用疾患、和酒精使用疾患等（衛生福利部心理健康司，2017），與研究取樣的一般民眾相較，自殺身亡的風險最高可以超過 10 倍以上（Chesney et al., 2014）。一項近期由衛生福利部及國家衛生研究院資助，針對 2007 年至 2019 年臺灣 10 至 24 歲年輕族群自殺死亡相關精神疾患的人群歸因風險（population attributable fraction，PAF，意指精神疾患可以解釋自殺身亡整體風險的比例）研究顯示：總體而言 44.8% 的自殺身亡者生前有健保系統中可勾稽的精神疾患，所有精神疾患綜合 PAF 為 55.9%，佔前三位 PAF 的精神疾患分別是重度憂鬱症（major depression）、輕鬱症（dysthymia）和睡眠障礙（sleep disorder）。在按性別分層的分析中，合併的 PAF 男性為 45.5%，女性為 69.2%。而 20 至 24 歲青年人的 PAF（57.0%）高於 10 至 19 歲青少年（48.0%），該研究顯示發掘及妥善治療精神疾患可能還是預防青少年自殺的重點項目之一（Hung et al., 2022）。

值得深思的是：一般人口的全部死因，自殺死亡約占 1% 至 2% 左右，而以思覺失調症為例，

思覺失調症個案全部死因中，自殺大約占 5% 左右（Solomon et al., 2021），意思是：若一般民眾不幸死亡，有 98% 死於自殺以外死因，若思覺失調症個案不幸死亡，有 95% 死於自殺以外死因。為精神疾病所苦的民眾，雖然自殺風險較全人口平均為高，**但大多數精神疾病患者與一般民眾相同，並不會自殺身亡**。比較特別的是：一般民眾自殺身亡比較多發生在人生中年或老年階段，而精神疾病患者若不幸自殺身亡，容易發生於精神疾病特別是重大精神疾病（例如思覺失調症、雙極性情感疾患等）好發的青壯年時期，也就是我們在教育現場接觸的階段。也正因為如此，青壯年不幸自殺死亡個案，有一定比例同時具有急性期的精神疾病診斷。

三、精神疾病與自殺自傷行為關連的可能機轉

（一）以精神病性（psychotic）疾病為例

精神疾病增加自殺與自傷風險的機轉是多元且複雜的，具有高度的個體差異。精神疾病除了一般性地，**透過造成痛苦與失能，以及惡化社會孤立**，進而增加自殺風險，也可能直接透過精神病理本身，促使自傷或自殺行為發生。例如：思覺失調症患者，在受苦於具有命令意涵的聽幻覺（auditory hallucination）影響下，執行自殺或自傷行為。或是精神病性憂鬱症（psychotic depression）患者，苦於罪惡感內容的妄想（guilty delusion），無法被撼動或被說服，深信必須一死以謝罪，而有重複的自殺企圖，再加上許多精神疾病往往也與衝動性（impulsivity）升高相關，加重了自殺自傷的風險。但即便是深受幻覺或罪惡妄想所苦的精神病性（psychotic）個案，個體對於這些精神病症狀（psychotic symptoms）或罹病的事實並沒有病識感（no insight），即便經歷了這些無法通過現實考驗（reality test）的痛苦知覺經驗，也未必每一位個案都會不幸自殺身亡。可能的保護因子包括**限制致命工具可得性，利用緊急醫療確保個案安全**，以及**積極的安全計畫與實證有效的醫療介入**等（Zalsman et al., 2016）。

（二）以非精神病性（non-psychotic）疾病為例

精神疾病也可能透過間接的機轉增加自殺風險，例如部分精神疾病的病因學，環境壓力因子扮演相對重要角色，像是焦慮症（例如恐慌症、社交畏懼症、廣泛性焦慮症等）、強迫症、創傷後壓力症、或非精神病性憂鬱症（non-psychotic depression，也就是沒有幻聽妄想的憂鬱症）等，**這些精神疾病與自殺自傷的關係可能是平行的，反映個案承受內外在壓力的共同現象，雖平行但彼此加重**。民眾若罹患非精神病性（non-psychotic）精神疾病，個體對於所承受痛苦與罹病事實是能夠有病識感（insight）的，也多半有求助的動機與需求，但可能因為心理健康知能未臻完備，資源可近性不足，或是受到汙名化標籤化影響，依舊裹足不前或缺

乏有效求助行為。又或者是罹病民眾受到症狀影響，進一步擴大生活壓力事件的負面影響，例如憂鬱症候群本身就包含自殺想法，也常伴隨過度悲觀解讀周遭事物傾向，常常體力不支，更容易猶豫不決，也因此更無法有效因應生活壓力事件，而適應不良的因應行為，往往更造成生活壓力事件惡性循環般地加劇，這就是流行病學上憂鬱症重要病因「與自己行為有關的生活壓力事件」（dependent stressful life event）的循環性內涵（廖士程，2015）。又例如民眾若傾向使用非致命性自我傷害行為（例如割腕）緩解負面情緒，無論是否符合邊緣性人格疾患或其他精神疾病診斷，重複的自傷行為，反映了個案正承受高度的內外在壓力，經常與人際議題相關，但重複自傷行為，原本雖無致命意圖，卻可能進一步惡化個案的人際關係困境，重複失效且不利的因應行為，進一步加重無助無望感，若再合併其他精神疾病或物質使用影響，衝動性提高，致命風險因而增加（史蒂芬．雷文克隆，2004）。

四、 積極治療、妥善照顧、同理支持、傾聽陪伴

雖然精神疾病明顯升高自殺自傷風險，但也有科學實證研究指出：某些精神作用藥物（例如鋰鹽、可治律、抗憂鬱藥物等）或是特定社會心理介入（例如認知行為治療、辯證行為治療、急性病房出院後的積極社區服務等），**若病患可接受且經醫療人員評估病情適合**，被科學研究證明有機會降低精神疾病個案自殺或自傷風險（Mann et al., 2021; Zalsman et al., 2016）。而積極地促進為精神疾病所苦的民眾接受適當治療，包括個別心理治療、家族治療、團體治療、精神藥物治療、或腦刺激術治療（例如電氣痙攣治療法或跨顱磁刺激術

等），讓病患接受妥善的醫療介入，能夠穩定地連結各種支持系統與復健資源。期望藉由有效的介入與支持，減輕身心所承受的痛苦，降低精神疾病造成的失能，維繫斷裂的人際網絡，或至少在尚未緩解的漫長痛苦中，有被理解接納的感受；這是家屬親友、社會大眾、以及教育現場夥伴可以嘗試努力的方向。這也是我們深信有機會根本地降低精神疾病個案自殺自傷風險的方法。關於各種不同精神疾病或心理衛生議題的特徵，以及各種治療選擇或照顧要領等，若輔導人員們有進一步研讀需求，可以蒞臨衛生福利部心理衛生司網站，網址為 https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-428-1360-107.html，或掃描右下角 QRcode，參閱衛生福利部委託臺大醫院精神醫學部編纂的「心理衛生專輯」系列網路衛教書，以獲得進一步的資訊（衛生福利部心理健康司，2017）。其中第 22 冊「如何有效的幫助精神病人」當中，對於如何協助病患就醫，以及就醫後精神醫療服務體系可能處遇方式內容，有詳盡的說明（衛生福利部心理健康司，2014）。至於在緊急處遇自殺危機個案時，有時會考慮到的精神科強制住院或社區強制治療的相關規定與條件，各位輔導人員可以參閱衛生福利部網站的最新「精神疾病嚴重病人強制住院與強制社區治療宣導單張及海報」（衛生福利部心理健康司，2021）。若各位在教育現場工作的專業輔導人員，對於各種精神疾病的臨床表現與治療有進一步深入研讀的興趣，建議各位可以參考台灣精神醫學會出版《精神疾病案例講堂：以 ICD-11 與 DSM-5 為基礎》一書（歐陽文貞等人，2019）。

第二部分

學生自我傷害防治之三級預防模式

此部分提供學生自我傷害防治的具體架構與實務做法。內容包括自殺自傷防治三級預防架構，一般性介入策略與處遇作法與注意事項，發生自殺自傷時相關通報與系統合作如何進行，以及高關懷個案和危機個案的評估與處遇，希望提供第一線的實務工作者在預防、介入以及處遇上有更為具體的參考作法。

壹、自殺、自傷防治三級預防架構與原則

從系統全人觀來看，一個人的健康應該是生理、心理及心理社會三層面處於幸福狀態，於此，當一個人從健康發展至不健康，或從不健康調整至健康，都需要全人關照此三方面。預防也需要確認一個人的生物心理社會的狀態，若是在一般健康的觀點，我們期待可以更健康與成長，這是第一級預防概念，若處於不適應階段，可以進行介入性輔導，但若是已經進入想要自我結束生命，需進入處遇性輔導階段。我國近五年根據自殺防治中心 2021 年統計，每十萬人 15 至 24 歲的死亡率從 2014 年 5.1、2015 年 5.9、2016 及 2017 略微提升至 6.8、6.4，但 2018，7.2 到 2019 攀升快速至 9.1，2021 年更達 9.6，對年輕人的自殺防治刻不容緩。

在校園中，輔導三級預防模式行之有年，針對三個層級的學生需求與輔導策略，可參考國民小學學校、國民中學學校、高級中等學校、大專校院學校輔導工作參考手冊，詳見右方 QRcode（教育部，2019c），在自殺自傷防治的三級預防及處理機制方面，必須分由以學生為本位的三級輔導架構，以及學校端的三級預防架構來做說明。

一、校園三級輔導架構

以學生與學校合作為基礎的三級輔導架構，系統中人員宜先評估學生保護與危險因子，

再提出輔導方案，以下分別說明。

（一）第一級，學生為基礎的發展性輔導

目的在提升保護力，如發展健康素養，區辨與因應壓力危險因子，如：減少負向壓力；學校預防措施與教育措施亦以增加健康幸福，減低負向情境與心理因素為先。

（二）第二級，學生輔導以介入性輔導為原則

專業輔導人員經評估保護與危險因子後，依據個案出現的不適應症狀，甚至有輕、中度心理疾患或行為問題個案，安排進行輔導或諮商；學校端需做到妥適轉介，包括導師須能辨識學生高關懷議題，轉介輔導中心適當治療或輔導，輔導中心主動篩選高關懷個案，提供介入性協助與資源挹注，減低成為高危機個案的危險因子；若在其中個案議題變得嚴重（可能內外壓力更為嚴重，個案複雜議題變得無法透過一般會談給予幫助），或已經出現自殺嘗試，礙於學校輔導工作定調在二級預防，因此需要進入個案管理與系統合作，轉介醫療或社政系統、告知家長，協助做進一步處遇。

（三）第三級，以處遇性輔導為原則

遇見介入性輔導仍無法有效協助或急性嚴重適應困難、行為偏差、重大違規行為，或是突發性重大自殺或自傷危機之同學，**處遇性輔導啟動**，進行危機處遇必要作為與行動，持續個案追蹤，維持學生進行治療，至穩定身心狀況回歸正常生活與學校學習；學校預防工作上，輔導人員須扮演重要個案管理角色，監控危機，持續評估危機個案所需資源，聯繫支持網絡，能最終回到日常生活與學校上課。上述學生三級輔導精神在於輔導端與學生基於合作性以學生為中心，同理評估背景脈絡下目前的困境，進一步提出輔導策略或方案（請見圖 2）。

圖 2

校園三級輔導架構圖：評估學生保護與危險因子提出輔導方案

發展性輔導	介入性輔導	處遇性輔導
促進一般學生心理健康、社會適應及適性發展 →	學生主動或評估後因適應欠佳、重複發生問題行為，或罹患輕度心理疾病，或遭受重大創傷經驗等學生 →	介入性輔導仍無法有效協助，或急性嚴重適應困難、行為偏差、重大違規行為，或是突發性重大自殺或自傷危機議題之學生

資料來源：團隊自行編製。

二、 三級輔導架構下的自我傷害預防工作

為提供符合學生需求的輔導措施，學校應具備完整的三級機制，每一級均須有完整的團隊夥伴執行必要的行政與專業工作。

（一）一級預防

1. 內容

參與一級預防工作的人員為全校教職員工，此外學生及家長也扮演重要的守門人角色。策略是由各級學校設置危機處理小組、擬定處理架構、落實演練並反覆修正，找出學校執行時可能有利與不利的因素，因時修正。

2. 目標

提升學校及師生發展健康的保護因子，建構社區、學校及家庭資源網絡，暢通系統溝通管道，加強生命教育和情緒管理之課程，增加自我傷害預防、危機處置之相關知識與行動，以提升校園師生之心理健康。

3. 教育性策略

生命教育與情意教育之實施（含社會情緒學習）。

（二）二級預防

1. 內容

參與二級預防工作的人員為專任輔導人員、心理師，而特教教師、導師及其他教師同儕等，則輔以協作。策略為建置活絡的輔導與諮商系統，增加對情境變動的適應性，可引入輔導教師與導師的雙師合作、家長與導師的親師合作、學生彼此之間的同儕支持，或監測媒體自殺概況與相關資訊。

2. 目標

有效轉介與輔導，主動篩選高關懷、危機學生，評估與訂定輔導（或諮商）計畫，提供個案學校、家庭、同儕支持系統，協助解決重要問題或情緒困境。

3. 教育性策略

擴充教師知能，提升學生心理支持知能（安心守門人）、概念與技巧訓練，建立良好之

學校、家長、社區與醫療資源。

（三）三級預防

1. 內容

主要人員包括啟動學校組織系統、個案輔導與管理轉介、引入系統照顧機制之相關專業人員。策略為清楚之警訊辨識，適切評估危機程度，建立相應的處遇計畫，持續評估危機、備妥送醫相關預備作為等。

2. 目標

建立自我保護安全錦囊、啟動危機處理與應變機制、個案管理與追蹤處遇結果、資源整合、家庭支援，回歸適應與穩定。

3. 教育性策略

提升教職員之危機處遇知能，強化危機處理小組成員之敏銳度、合作性與應變力。

三、自殺、自傷三級預防之重要原則

（一）注意學生個別差異

輔導人員仍需考量學生的個別差異，因為個人在因應問題的方式會隨個性與情境壓力而有所不同。例如學生與他人關係類型、與環境建立的關聯不同，成功因應壓力的條件亦有不同。因此，須了解學生重要背景因素、保護（優勢）或危險（劣勢）因子，以評估出有利的資源與不足匱乏的資源，進而有效提供輔導或諮商協助（Bernaras et al., 2019）。

（二）重視傾聽與合作

與自殺或自傷危機個案工作時，輔導教師或心理師須透過有效的傾聽策略，建立和諧、合作的關係。具支持性的同理是必要的，讓個案的痛苦和不幸，能夠被傾聽接納，並於此同時幫助他們開始看見危機另一面是轉機；此外，很多憂鬱或自殺的個案從病情中進步後，會開始感受生命的意義（Jobes, 2012）。

（三）仔細評估風險及就醫之必要性

決定是否要協助有自殺衝動的個案，為其安排立即就醫，這是件困難的事。雖然沒有公

式可以幫助實務工作者決定如何最有效地管理每個自殺的個案，但進行風險評估可以作為下決定的參考。自殺評估的程度範圍，通常從無—輕微—中度—嚴重—到極端嚴重。如果是輕微或中等程度的自殺危機，個案通常是可以透過門診的方式來協助處理。而嚴重和極端嚴重的自殺個案，通常就醫後安排其住院會比較理想（J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan, 2015）。這類的評估，可透過量表或晤談評估加以進行，像是心情溫度計 6 或 10 以上，關注其就醫需求並與校方合作，積極為學生連結醫療。

（四）注意個案與所處環境脈絡的關係

跟自殺有關的危險因子有哪些，對於各個學習階段的學生而言，可能略有不同。統整各研究文獻後，以下歸納出須注意的部分：理解個案本身的個人與環境脈絡背景資源，再檢視危機個案是否存在重大或次要壓力事件，評估外在客觀嚴重干擾程度與學生主觀失落或威脅的嚴重度，歸因不可抗拒的或是可控制的程度，是否引發強烈孤單、無價值感及無望感，個案主觀內在引發的反芻式思考、負向認知及強烈激躁及生理不適等多元因素（J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan, 2015）。

（五）即時評估並採取最適於個案福祉的行動

當個管老師知悉重度情緒困擾個案遭遇突發／緊急事件，須立即評估個案的情緒困擾程度，並考量其狀況、需求及相關法規，協助個案通報社政／醫療系統／家長，並轉介可用資源，以協助個案度過危機時期，減緩負向情緒，朝向穩定生活。

貳、自殺自傷的介入策略與處遇

一、自殺自傷防治的介入策略

自殺是多重因素造成的，並非單一介入方式可以預防，需要多元支持網絡的連結，多層面防治策略。成功防治的關鍵在於提升保護因子效能，降低危險因子影響。以下分兩面向說明：

（一）國家及群體等面向

從國外的經驗來看，國家級策略實施成效評估（Lewitzka et al., 2019）或是聚焦特定族群的多層面防治成效方面，例如：美國空軍自殺防治計畫以**自殺防治守門人策略**為核心，實施

之後自殺死亡率下降 30%（Knox et al., 2003）；再如：美國亨利福特健康照護系統，以**全方位改善醫療品質**為方法，將自殺死亡率降低到零（Hampton, 2010）。這些策略運用於推廣上頗值得參考。

（二）個別工作面向

近期一項針對自殺防治方法統合分析與系統性回顧，其有效能的防治方法（Mann et al., 2021）如下：

1. 對心理衛生與自殺問題加以覺察與進行教育

特別是針對高中生和拓展至大專生的心理衛教，以及基層醫療團隊成員之教育訓練。

2. 致命工具可得程度的限制

例如防墜措施、槍枝管制、劇毒農藥管制等。

3. 對自殺危機個案追蹤關懷

特別針對因自殺企圖行為就醫個案之後續追蹤關懷與安全計畫，以及精神科急性病房或急診出院個案之外展主動追蹤等。

4. 運用特定心理治療技術

例如認知行為治療（cognitive-behavioral therapy，CBT）與辯證行為治療（dialectical behavior therapy，DBT），於嚴謹的臨床試驗中證明有效，在外推至不同情境時，也要考慮個案客觀條件與接受度的限制。DBT 相關介紹請參見下段。

二、辯證行為治療應用於自殺防治工作

（一）什麼是辯證行為治療（dialectical behavior therapy，下方簡稱 DBT）

DBT 是美國 Marsha Linehan 博士於 1993 年提出的一種認知行為治療模式（Linehan, 1993），屬於第三波的認知行為治療，帶領個案使用 mindfulness（了了分明、正念）技巧、全然接納生命中的挑戰，並且努力改善生活中的困境。接納部份，治療師認可個案的想法，但同時也鼓勵個案使用辯證的角度去詮釋生活發生的事件，讓詮釋盡可能的貼近事實。

辯證觀包含幾個重點（Linehan, 1993；陳淑欽，2018；劉珣瑛等人，2022）：（1）宇宙充滿了對立的兩面／對立的力量：總會有不只一種方式去看待一個情況，解決問題的方式也永遠不只有一個。兩個看起來似乎對立的事物，可以都是真實的。（2）每件事和每個人都以某種方式相連結：所以沒有真正的「孤獨」，所有人都因著某人事物連結在一起。（3）改變是唯一的常態：所以我們鼓勵個案不要太快下結論，無論是有形或無形的人事物都還是充滿變化。（4）改變是雙向互動的：因為每個人都相互連結，所以牽一髮而動全身，個人的改變將會帶出環境的變化，環境的變化也將再影響個人。這些辯證觀點，希望可以帶入到個案的思考脈絡之中，將可減少「非黑即白」的思考模式，讓想法更加接近「中庸之道」的思考，進一步減少情緒的極端表現，讓情緒可以較為平緩，並減少情緒的痛苦。當主觀痛苦獲得接納，個案會比較有意願及能力進行改變；改變部分，個案要學習新的有效技巧，並且應用到生活裡，以求問題解決，主要有四大類技巧（了了分明、痛苦耐受、情緒調節、人際效能）都可以善用在生活裡，而這四種技巧，非常適合在校園推廣，本文最後一段將進行介紹。

（二）DBT 對青少年的幫助

許多文獻已經證實，DBT 不只對重複自我傷害行為有顯著療效，對過動、躁鬱症、邊緣性人格、飲食疾患、廣泛性焦慮症、重鬱症、強迫症、創傷後壓力症候群、還有物質濫用問題都有顯著療效。雖然 DBT 最初是為成人使用而開發的，隨著實證研究的發展，證實對青少年也具療效，DBT 發展出一套包括家長的治療及目標的治療模式，協助家長應對青少年常見的困難行為模式，改善彼此的溝通。DBT 可有效減少青少年的自我傷害、自殺意念和重鬱症狀，療效可以維持至少持續治療結束一年後，表明 DBT 對於青少年來說，不只短期的改善，甚至產生長期的變化。隨機臨床試驗顯示出針對有自殺傾向的大學生（18 至 25 歲）和兒童（6 至 12 歲）有嚴重的情緒和行為失調，都具顯著療效（Behavioral Tech, 2021）。

（三）DBT 的治療階段、模組及策略

DBT 治療階段分為以下：治療前階段，治療師介紹 DBT 給個案，讓個案認識整個治療，採取心理社會理論概念化個案的重複自我傷害行為，指認出情緒脆弱性及不認可環境之間的交互作用，並且採用行為鏈索分析個案的自我傷害行為。接下來引導個案進入每週一次的個別治療、團體治療、諮詢團隊會議，及不定時電話諮詢／教練。這四個模組將同時進行，個案需同意並承諾在治療期間努力減少自我傷害行為、做回家作業（含日誌卡及技巧的練習）、在自傷前求助而非傷害後求助以避免不適切的自傷行為增強；更加重要的，承諾努力往自己

「值得活的人生方向」前進，治療師要依照有限的時間，跟個案討論，把治療方向化為具體可行的行為目標，兩人承諾合作後開始。階段一為穩定行為，包含減少自傷行為、減少干擾治療行為（如：遲到、早退、無故未到、未做作業等等）、增加新技巧，此階段典型療程為一年，尤其對邊緣性人格且有重複自我傷害個案，這個療程是需要的，讓個案可以學完兩輪技巧並應用在生活中；階段二為處理過往創傷；階段三為穩定生活品質後漸漸開始獲得快樂；階段四為獲得自由。DBT 建議不要跳階段，應該循序漸進把各個階段逐步完成。

治療策略裡，治療師努力辯證平衡「接納」與「改變」兩個核心端點：接納個案的困境，傳達理解與認可個案的情緒痛苦，但同時也鼓勵個案改變行為現況，引導到問題解決。個案管理也辯證平衡「介入環境」與「向個案諮詢」兩個端點：注意環境是否無效，必要時介入環境，讓環境減少傳達出不認可的訊息，並且同時視個案為自己問題的專家，向個案諮詢如何有效使用技巧來解決生活中的問題，負起責任與環境有效互動。

此外，溝通風格也採取辯證平衡「互惠溝通」與「無理溝通」，跟隨並溫和同理個案的話題，但當話題進入死胡同（如：個案試圖證明自殺才是解脫）時，治療師保留無理溝通的彈性，採取辯證溝通技巧如比喻法、進入矛盾中、誇大法、檸檬榨出檸檬汁法、魔鬼代言人等等的溝通技巧，希望個案可以重新回到治療的軌道，繼續與治療師合作往治療目標邁進。個別治療師在整個歷程很需要被支持，所以每週的諮詢團隊會議幫助治療師，對治療中產生的困境（如：個案重複自我傷害，治療師感到挫折）給予接納並鼓勵改變，好讓治療師可以獲得支持，接受團隊建議，繼續與個案工作，減少耗竭（burnout）。

（四）DBT 技巧如何在校園裡面應用—教授 DBT 技巧

在校園的系統裡，畢竟是教育單位，不易執行完整的 DBT 治療，但上述治療階段、模組、辯證平衡的觀點還是可以善用。各級學校有輔導課程、自主學習課程或團體諮商，非常鼓勵輔導老師、心理師、社工師們將技巧帶入輔導課程或自主學習課程或團體教案中，協助學生在自然的環境裡學習四大類技巧，並開始在生活裡應用。

DBT 四種技巧中，「了了分明」及「痛苦耐受」是接納端的技巧，「情緒調節」及「人際效能」是改變端的技巧。了了分明就是 mindfulness，學生可學會靜下心來找尋自己的智慧心，學習不評價／專一／有效的觀察、描述、或參與在生活裡。痛苦耐受分為短期危機介入及長期痛苦的接納技巧，讓學生練習耐受生活中無法避免的痛苦（如學業、健康、人際的挫折或失落），有技巧的應對，而非一味忍耐。情緒調節中，先教授學生認識情緒的功能，排除無

法調節情緒的困難，接下來覺察並命名情緒，再進一步用核對事實、相反行動、問題解決來調節情緒，此外也教授學生平常如何保養自己的情緒健康，如何活出值得活的人生。人際效能技巧則教授學生練習平衡自己與他人的需求，何時應該勇敢提出要求／拒絕、何時維持關係、何時保有自尊不需討好他人，也教導學生交朋友的方法、結束受虐的關係、如何從不被認同中恢復等等，重述辯證觀、認可的重要、及行為改變的關鍵。

這些技巧如果在學生生涯就注入，將會有很多幫助，讓學生在校園裡不只學習知識，也練習照顧自己的身心健康，追求值得活的人生。有興趣的教師們可以參考（Mazza et al., 2016; Rathus et al.,2014）等書籍。

三、社群自殺訊息之因應以及媒體對自殺事件報導

（一）社群自殺訊息之因應

如於社群媒體有學生所書寫的自殺相關訊息，雖然有可能是學生抒發心情的方式，但更應視為危險之求救訊息，也須了解這也可能會在社群間產生漣漪效應，因此必須謹慎並思考如何因應。學校單位可嘗試與其接觸，以了解詳細訊息並進行安全評估，若是發現危險訊息，或者無法聯繫，也可以在 iWIN 平臺（https://i.win.org.tw/）進行通報，聯絡縣市政府警察局；並進行自媒體識能教育，像是避免轉傳自殺自傷相關訊息，以及，看到有同學張貼自殺自傷相關訊息時，其他同學可以如何適當協助，包括及早求助於願意信賴的成年人（老師、家長）以獲得支持和如何回應的建議，當中年紀較長的高中生或大學生，也可以考慮關懷貼文圖的同學，給予初步支持並鼓勵求助。

（二）媒體界應有的倫理素養及法律規範

過去媒體新聞對自殺或創傷事件的報導，在早期較欠缺倫理意識的情況下，經常出現鉅細靡遺的內容。或許是為滿足民眾的好奇，但殊不知在民眾心理有個別差異的情況下，對某些人而言可能會出現模仿效應。自 2019 年自殺防治法頒布後，其中第 16 條明確規範宣傳及廣電網路及出版品均不得在報導中詳細描述個案自殺的方法及原因；也不得有誘導自殺之文字、聲音、圖片或影像資料；新聞報導中更不能出現教導自殺方法或教唆誘使煽惑民眾自殺之訊息；對於毒品或其他致命性自殺工具的銷售情報，也不得出現在新聞中。而第 17 條則訂出罰則，用以約束各種媒體事業對自殺議題的報導行為（衛生福利部，2019）。

各種媒體對新聞報導有其倫理規範，其中在真實、公正、不受傷害、尊重不同族群宗教

信仰的價值信念等，與諮商倫理是相合的。近年來有些媒體在報導自殺事件結束後，會輔以專家，告知預防自殺意念的相關心理調適方法，或提供相關諮詢專線，足見媒體界對自殺報導的倫理素養是可以提升的。

（三）了解媒體報導對學生自殺行為的影響

媒體對自殺新聞的報導，會出現難以預期的渲染力，尤其是在情緒方面。以 2020 年年底媒體報導某大學的學生自殺新聞，半個月內連續出現三起自殺事件，不得不讓人擔心這類新聞報導對學生所產生的影響。大學生所面臨的問題，有其一定程度的共同性，包括學業上的壓力、情感上的摩擦、親密關係的失落、來自家庭期許的壓力等。雖然問題類似，但每個人所感受的壓力程度不同，一個事件的報導，有可能勾起類似的情緒，並因為報導內容而引發較之前更為濃烈的情緒感受，媒體過度呈現自殺自傷相關資訊，導致仿效行為的現象，這也是所謂的「維特效應」（Werther effect）（Phillips, 1974）。因此媒體界在這部分需要警覺到自殺自傷事件報導對校園學生可能帶來的影響。

（四）媒體應如何報導自殺事件

媒體在報導自殺事件時，必須善盡社會責任，扮演適當的保護角色。世界衛生組織（WHO, 2017）曾針對媒體應盡的專業責任提出六件應當做到以及六件不應當做的指引。媒體應當做到的六件事分別為：（1）要提供關於尋求協助的正確資訊；（2）要教育民眾關於自殺防治的知識且避免散佈錯誤迷思；（3）要報導如何因應生活壓力或克服自殺意念的方法並提供求助資源；（4）對名人自殺事件的報導要特別小心；（5）對自殺者的家人或朋友採訪時要特別謹慎；（6）媒體專業者本身要注意自己本身也可能受到自殺事件的影響。

校園若出現自殺事件，家人情緒更是無法接受子女或手足的喪失，媒體不適宜採訪家屬。若採訪校方，也應僅限於該校的媒體窗口一人。而 WHO 所提的不該做的六件事則為：（1）不要將自殺新聞放在顯眼之處，也不要重複報導；（2）不能使用聳動情緒的字眼，也不要將自殺正常化，更不能將自殺視為是解決問題的方法；（3）不報導自殺方法的細節；（4）不能提供事發地點的細節；（5）不能使用聳動情緒的新聞標題；（6）不能使用照片、錄影，或社群媒體連結。自殺事件本就是令人傷心難過的新聞，媒體在報導時，在某個程度上會勾起人們負面情緒，因此在報導時，會需要針對事實簡短報導，並提供正向的心理健康維護資源。

（五）學校回應媒體對自殺事件報導的原則

學校面對學生的自殺事件，已有相當壓力，在回應媒體報導上的採訪需求時，可統一有對外的媒體窗口或發言人。此一窗口或發言人角色較適合由資訊整合或對外聯繫之單位人員擔任，不宜由輔導或諮商相關人員擔任，主要是危機處理須由全校許多單位一起投入，諮商輔導人員主責面向主要為減緩心理衝擊之後續輔導部分，並非囊括所有危機相關處理事項，此外，後續輔導人員有許多直接輔導相關事宜，角色也較難全面或獨立出來。張書森（2021b）曾歸納歐美國家在校園危機事件出現時如何回應媒體的幾個原則，包括避免討論死者所使用的方法及自殺細節；避免透露學生生前留下的遺書或訊息內容；避免使用聳動的語氣及字詞；避免提供照片或影片給媒體。發言人適當的回應及媒體適當的報導，可以讓媒體成為與校方夥伴，共同發揮社會責任並防止憾事的發生。

身為諮商輔導專業者，對媒體報導工作仍必須有一定程度的了解，之後方能掌握媒體報導的尺度。媒體在報導自殺事件時，需要注意報導內容所可能引發的民眾情緒反應，同時也應當提供正確的自殺防治知識，包括個人在情緒低落時可以使用的學校或社會資源。對所有的專業工作而言，民眾福祉應當是大家所應承擔的共同責任。而媒體也應當有足夠的倫理素養，避免向校方詢問或索取相關資訊，更不宜在未經校方允許之下進入校園拍攝相關場景。

台灣自殺防治學會及全國自殺防治中心也為媒體提供在報導上的建議，除上述原則之外，更強調要避免使用自殺成功或自殺流行等字詞、不能將自殺新聞放在頭版、不刊登遺照遺書及現場照片、不臆測自殺原因。同時也提醒媒體，要熟悉報導的指引規範，並且在報導時強調防治的方法。我們知道，媒體並非只是媒體，媒體所報導的內容，對民眾心理及行為發展的影響遠比我們想像要來的深遠。

因此整體而言，當我們在回應媒體的報導需求時，可以參考以下的原則：（1）以單一窗口單一發言人回應媒體；（2）了解媒體報導原則，對媒體不該報導的項目，不做回應；（3）必要時提供媒體相關的輔導資源；（4）提醒媒體共同遵從相關法律及倫理規範，使相關人員不受傷害。

四、 自殺防治的預防系統模式

校園自殺防治的預防工作，涵蓋校內外的系統合作。在校內，需制訂全校性的自我傷害防治工作計畫，並建立校園危機應變機制，設立 24 小時通報求助專線，訂定自我傷害事件危

機應變處理流程，可參考教育部學生自我傷害防治處理機制流程圖（圖 3）。此外，由校長主導整合校內資源及合作機制，規劃生命教育與自殺防治教育融入課程，辦理促進心理健康相關活動，結合社會資源進行自殺防治研習，以強化全體教師對自我傷害的辨識及危機處理知能。近年來校園所開設的生命教育、珍愛生命守門人、情感與人際等相關課程，有益於增強青少年的心理健康及自殺防治的知識。校方在適當時機也應增加與家長的連結，協助家長認識情緒管理、親職溝通及自我傷害防治知相關知能。此外，在物理環境方面，可根據相關法規針對頂樓進行監控管理，在樓梯間內部裝上防墜網，高樓窗戶打開的角度與寬度加以調整或限制，以及外部陽臺則可加裝隱形細網（參考教育部校園學生自我傷害三級預防工作計畫之各級學校建物防墜安全檢核參考表進行建物檢核）。

在結合校外資源方面，包括政府單位、社區諮商中心及民間非營利組織。衛生福利部近年來積極推動社會安全網，對於危機個案，有跨部會的合作機制，校方均可善用這些資源，亦可鼓勵家長善用，例如 1925 安心專線、1980 張老師專線、1995 生命線等。校園亦可結合附近社區諮商中心、心理衛生中心、身心健康診所、諮商所或治療所，進行必要性的家庭會談，以提升家長對這些專業資源的認識與應用。與社區資源的連結，包括針對特殊個案通報系統的了解，以及通報後的追蹤，在平時就可以利用個案研討或輔導知能訓練等機會與這些單位保持適當的支持網絡，以提升危機事件預防功能。

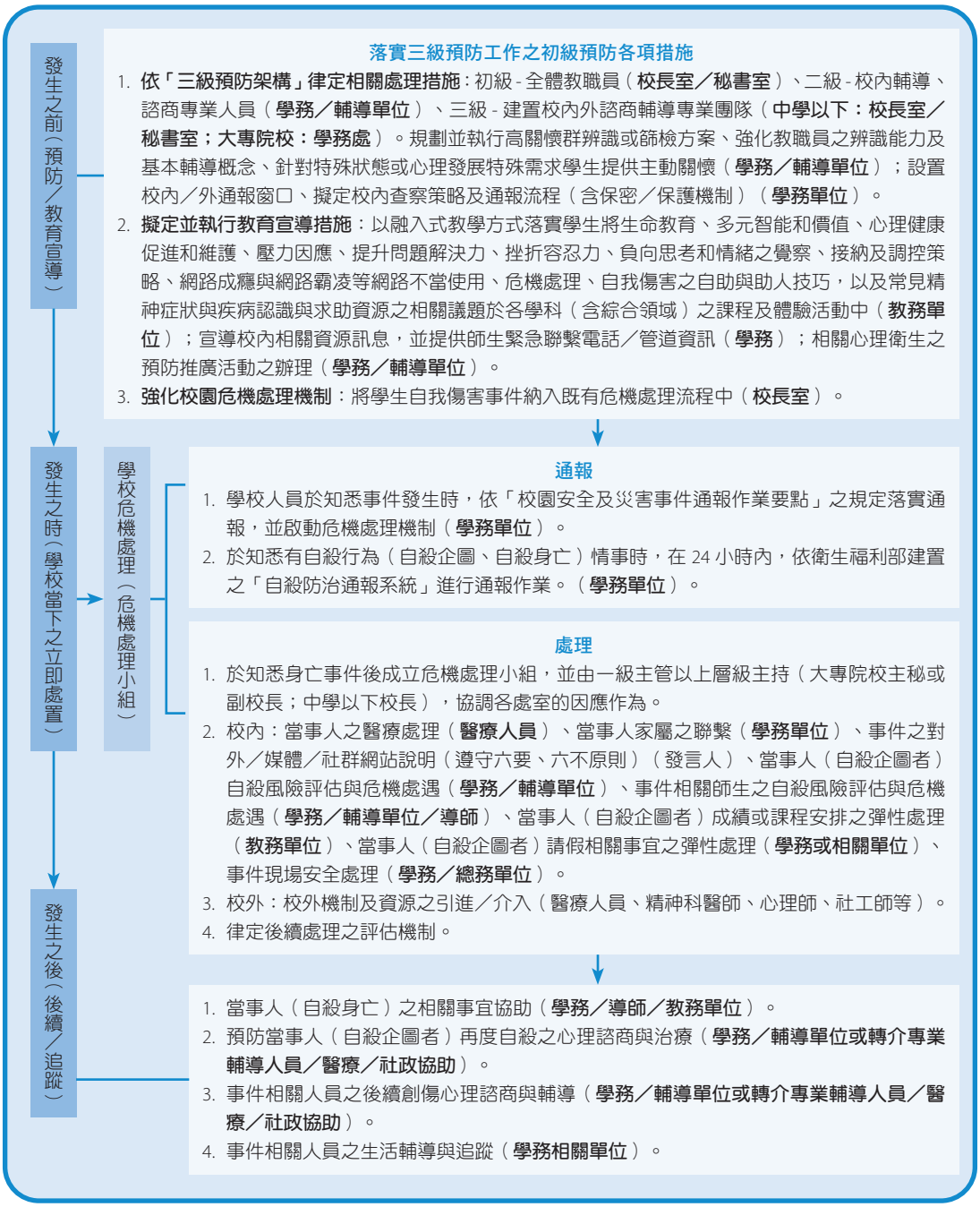
參、自殺自傷通報與系統合作關懷

當校園出現學生自殺自傷危機時，系統性的資源連結是十分重要的。《自殺防治法》第 11 條指出在知悉有自殺行為情事時，包括醫事人員、社會工作人員、學校人員等，得經由中央主管機關建置之自殺防治通報系統，進行自殺防治通報作業；而直轄市、縣（市）主管機關接獲通報後，得自行或委請其他機關（構）、團體進行關懷訪視（衛生福利部，2019）。

在眾多自殺死亡的危險因子當中，自殺企圖行為，幾乎是風險程度最高的危險因子，也因此成為世界衛生組織建議國家級自殺防治「指標性策略」（indicated strategy）的重點（WHO，2014a）。自 2006 年起，由台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心開始系統性實施自殺通報系統之關懷服務（廖士程等人，2008）。此系統之關懷服務主要針對自殺企圖行為者之通報關懷工作，並訂有標準作業流程（圖 4）（衛生福利部心理健康司，2022）。

圖 3

教育部學生自我傷害防治處理機制流程參考圖



資料來源：引自《校園學生自我傷害三級預防工作計畫》，教育部，2022，p.10。
（https://ws.moe.edu.tw/001/Upload/10/relfile/8755/84549/dd1cef1c-8fa7-4ce6-9a85-f1183554d2c1.pdf）

衛生福利部的自殺通報沒有罰則規定，純粹從**設法連結多一分關懷力量**為出發點。衛生福利部管轄的自殺通報系統，收案開案的主要對象是「**自殺企圖行為**」個案。通報後個案管理人員或關懷訪視員主要進行的工作是「建立關係」以及「轉銜資源」。由於各縣市後續關懷訪視工作多由衛生局管轄，有助於醫療資源的轉銜。然而，在教育現場更常出現的是「**自殺意念**」個案，此類個案均非自殺通報系統的受理個案，但個案的身心穩定狀況令人擔心，需要的處遇也更加廣泛多元。此時，衛生福利部提供的「自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊」，就是教育現場的夥伴們面對「自殺意念」個案時，可以參考的資源之一（圖 5）（衛生福利部心理健康司，2022）。圖 5 中所述「情緒困擾」，指 BSRS-5 心情溫度計分數大於或等於 6。

以下將針對自殺自傷危機個案的通報機制與系統合作機制分列說明。

一、自殺行為之重要通報事宜

前述「自殺防治通報系統」由衛生福利部管轄，學校人員（多數由輔導人員擔任自殺防治通報之專責人員）須於知悉有自殺行為情事（含自殺企圖及自殺身亡）時，於該系統進行線上通報作業（網址為 https://sps.mohw.gov.tw）。此所謂「自殺身亡」是指個案已有實際行動且已身亡者，藉由通報，提供後續自殺遺族關懷。「自殺企圖（suicide attempt）」則不同於自殺意念，學校輔導人員須清楚了解誰是收案對象，才能做出正確的通報（陳玉芳，2022）。自殺防治通報系統以「自殺企圖」與「自殺死亡」為線上通報對象，如個案已有具體計畫之自殺企圖或嘗試（時間、地點）、準備好自殺工具、或寫好遺書，或已有自殺實際行動，皆屬自殺企圖之範圍，亦應至系統進行線上通報作業。茲以表 2 加以說明。

表 2

自殺風險指標與自殺防治通報比較表

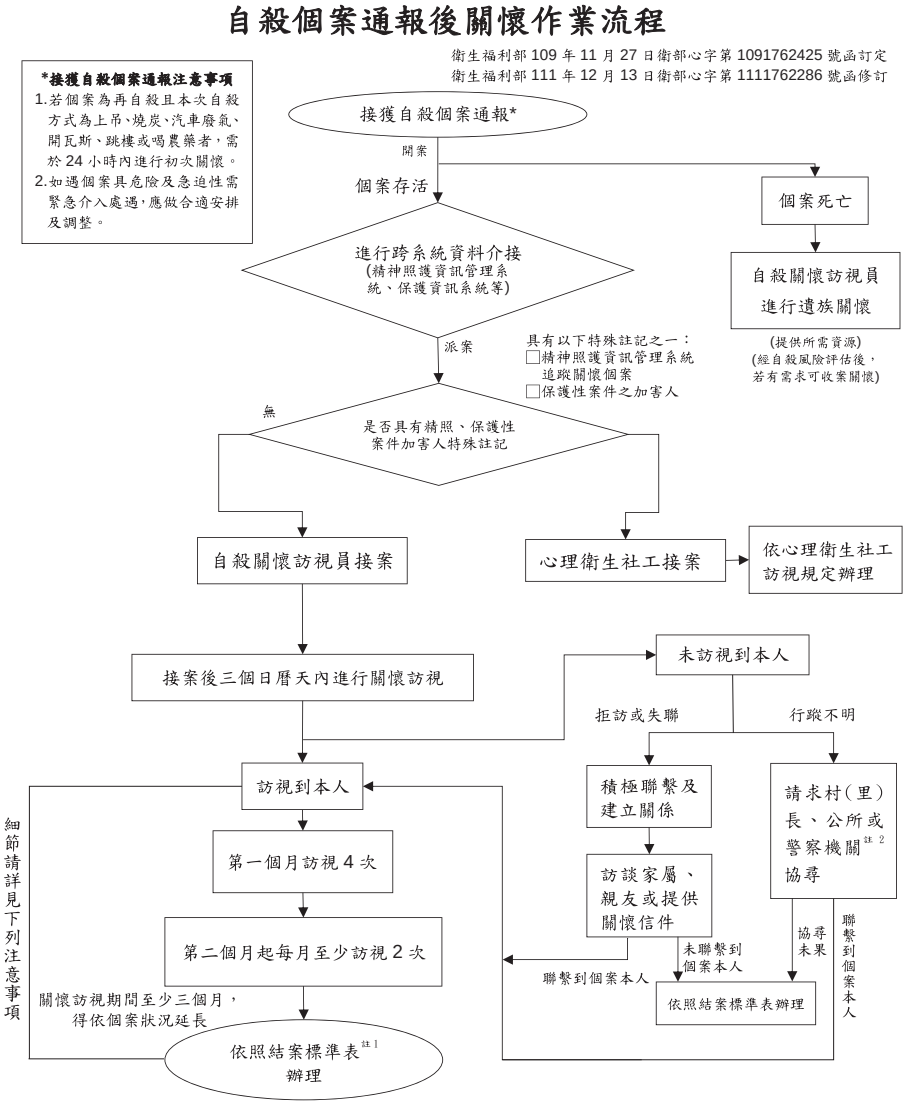
風險指標	定義	自殺防治通報系統規定
自殺意念 suicide ideation	個案表達有自殺或結束自己生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。	未達通報標準
自殺企圖 suicide attempt	個案已經有實際行動，或已表達有具體計畫(時間、地點)、準備好自殺工具，但並未自殺身亡。	必須線上通報

資料來源：團隊自行彙整。

當校園出現學生自殺危機時，系統性的資源連結是十分重要的。而自殺通報是重要的專業判斷，亦有將資源連結之功能。輔導人員進行通報時，有諸多須注意的事項。依據《自殺

圖 4

衛生福利部自殺個案通報後關懷作業流程



注意事項：
1. 每次訪視均需進行精神心理社會評估，評估項目參考自殺關懷訪視紀錄單，包括危險因子、保護因子、治療順從性評估、生理精神狀態、BSRS-5、再自殺風險之綜合評估。
2. 評估醫療、心理健康、諮商輔導、社福、長照、就業或其他資源需求，連結或轉銜個案所需之服務資源。
3. 自訪視到本人起，始計算訪視期間，第一個月訪視 4 次。
4. 個管期間，若個案再次因自殺行為被通報至系統中，則將前一次通報予以結案，並將當次通報依本作業流程持續辦理。

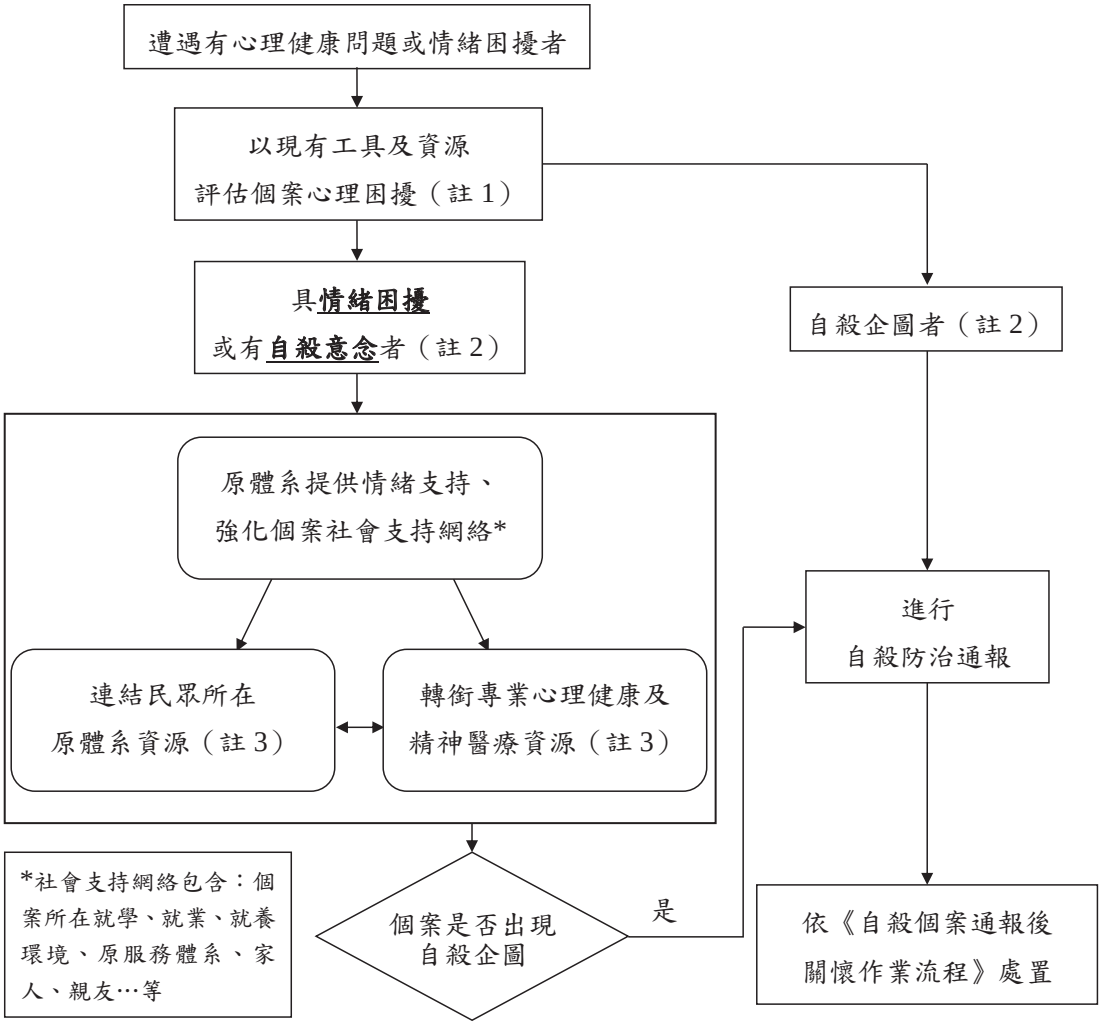
註 1：結案標準表如附表 1。

註 2：「警察機關協尋行蹤不明自殺關懷訪視個案申請暨回復表(範本)」如附表 2，衛生局申請協尋時務必填妥申請人聯絡資料，俾警察機關回復協尋結果，確保雙方聯繫機制順暢。

資料來源：引自〈自殺通報後關懷作業流程〉，衛生福利部心理健康司，2022。（https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4902-57509-107.html）。

圖 5

衛生福利部自殺意念者服務及轉銜流程



註 1：評估個案心理困擾之工具，建議可使用 BSRS-5 簡式健康量表。

註 2：

（1）自殺意念：個案表達有自殺或結束自己生命的想法，但尚未有具體計畫與行動。

（2）自殺企圖：個案已經有實際行動，或已表達有具體計畫(時間、地點)、準備好自殺工具，但並未自殺身亡。

註 3：相關心理健康、諮商輔導、自殺防治等相關資源盤點如「參、中央各部會及地方各縣市心理健康資源盤點表」。

資料來源：引自〈自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊〉，衛生福利部心理健康司，2022。（https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4902-58377-107.html）。

防治法施行細則》第 13 條之規定，「知悉」有自殺行為情事後 24 小時內須依中央主管機關建置之自殺防治通報系統進行通報作業。實務工作上，有可能個案表明其不願意被通報；或是其先前發生的自殺行為，超過 24 小時才告知輔導人員。故須了解《自殺防治法施行細則》之規定，人員係應自「知悉」有自殺行為情事後 24 小時內於自殺防治通報系統進行通報作業（陳玉芳，2022）。因此通報前應以適當的溝通方式讓個案理解通報的內容、意義與重要性，與個案建立共識；且這裡指的時間點並非自殺行為發生的時間，而是指在知道自殺行為之情事後 24 小時內完成通報。

通報內容包括：可得知之自殺方式、自殺行為人資料、自殺原因與處置情形及通報人聯絡方式。表 3 為通報時須線上填寫之資料，亦是輔導人員在晤談時須掌握的關鍵資訊。通報資料須正確填寫，且儘可能填寫所有欄位，或於通報欄位最末之「備註」欄填寫，以利衛生單位於接獲通報後，儘速聯繫個案進行評估及關懷訪視。

表 3

自殺防治通報系統之重要資訊彙整表

資料向度	填寫欄位	
個案基本資料	☆ 個案姓名（必填） ☆ 個案性別（必填）	☆ 身分證統一編號 ☆ 出生日期
個案聯絡資訊	☆ 連絡電話／手機（擇一填寫）（必填） ☆ 居住地址（對應受理單位）（必填）	
相關聯絡人資訊	☆ 聯絡人姓名 ☆ 聯絡人與個案關係	☆ 聯絡人電話
本案案情	☆ 案件類型（自殺行為／自殺身亡）（必填） ☆ 自殺日期（必填） ☆ 自殺時段	☆ 自殺地點 ☆ 自殺方式（最多 3 項）（必填） ☆ 自殺原因（最多 3 項）（必填） ☆ 處置情形（最少 1 項）（必填）

資料來源：團隊自行彙整。

學校輔導人員進行自殺防治通報後，亦須知會校內相關人員進行「校園安全及災害事件通報」（以下簡稱「校安通報網」）。由於自殺行為在校安通報中屬《自殺防治法》之法規通報事件，應在知悉後，於「校安通報網」通報，至遲不得逾 24 小時。綜整而言，學校人員須依自殺／自傷程度不同，進行校安通報與自殺防治通報，其通報標準及區分有所不同。只要出現自傷意念、自傷行為及自殺意念，乃至於自殺企圖或死亡，皆須於校安通報網進行通報；而出現自殺企圖或自殺死亡則另需於知悉後 24 小時內（含假日）通報自殺防治通報系統。

茲說明於表 4。

表 4

校安通報及自殺防治通報之通報標準

類別		自傷意念	自傷行為	自殺意念	自殺企圖	自殺死亡
定義		有自我傷害的想法，不是想要結束生命，且尚無自傷行為	刻意造成身體的傷害，但行為目的不是想造成自己死亡	有結束自己生命的想法，但無具體計畫與行動	已有實際行動，或已表達有具體計畫、準備好自殺工具，但並未自殺身亡。	已經有實際行動，且已身亡
自殺防治通報	是否通報	不須通報	不須通報	不須通報	必須通報	必須通報
	通報時限		--	--	知悉後 24 小時內通報（包含假日）	
校安通報	是否通報	必須通報	必須通報	必須通報	必須通報	必須通報
	通報時限	知悉後 24 小時內通報（包含假日）				

資料來源：團隊自行彙整。

此外，一旦自殺死亡情事發生且進行自殺防治通報、校安通報後，學校輔導人員亦應依教育部之規定，填寫「學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表」（詳見表 5），以進行後續必要之處理回報。

二、自殺防治通報資源連結

當校園出現學生自殺行為情事時，學校人員藉由通報或相關專業作為，讓系統合作有機會形成。自殺防治通報後，各縣市衛生局管轄範圍內之自殺關懷訪視員將介入，其工作目標是落實社區高危險群及自殺企圖者之個案管理，以關懷及協助個案為出發點，減少自殺高危險群重複發生自殺行為，並提供自殺企圖者家屬情緒支持、資源介入及評估處遇等，降低其危險性。自殺關懷訪視員主要任務包含：

1. 接受衛生局之自殺企圖個案轉介並於 **24** 小時內開案。
2. 定期以電話、面對面協談、家庭訪視等方式安排訪視，以「簡式健康量表 **BSRS-5**」（詳見第 **58** 頁圖 **7**）評估個案再自殺風險，提供 **3** 至 **6** 個月的關懷服務及情緒支持。

表 5

學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表

項目	說明
資訊來源：	□新聞媒體（新聞標題：　　） □校安中心通報（事件序號：　　） □民意信箱陳情（教育部公文文號：　　）
自傷學生狀況描述	
學校全銜：	
性別：	□男　□女　□其他
年齡：	
學制／系級：	□國小；□國中；□高級中等學校；□五專；□二專；□四技；□二技；□大學；□研究所；□博士班；□其他（　　） 年級：（　　） 科／系所名稱：（　　）【無則免填】
學生身分別：（可複選）	□一般生；□當學年度轉學生；□當學年度復學生；□自學生；□進修部學生；□外籍生；□大陸地區生；□港澳生；□僑生 □延畢生；□中輟生；□中離生；□休學生； □特殊需求學生（□資優生、□身心障礙生）； □其他（　　）
家庭狀況：（可複選）	□三代同堂家庭；□雙親家庭；□隔代教養；□單親家庭（□父母離異；□父歿；□母歿）； □其他（　　） □疑似脆弱家庭（家庭因貧窮、犯罪、失業、物質濫用、未成年親職、有嚴重身心障礙兒童需照顧、家庭照顧功能不足等易受傷害的風險或多重問題，造成物質、生理、心理、環境的脆弱性，而需多重支持與服務介入的家庭。）
學習狀況：	□無特殊學習狀況； □原學習狀況佳 □學習狀況不佳（可複選）：□嚴重曠課；□成績不佳；□無學習動機； □其他：（　　）
住宿處：	□家中；□學校宿舍；□賃居處；□其他（　　）
學校措施及事前輔導（求助輔導）：	請勾選符合項目： □訂有自我傷害三級預防實施計畫 □定期舉辦促進心理健康（含正向思考、衝突管理、情緒管理、以及壓力與危機管理）之活動 □辦理提昇學校人員及家長之憂鬱與自殺風險度之辨識與危機處理能力活動，以協助高關懷群之早期辨識與及早介入協助 □已建立自殺與自殺企圖之危機處理與善後處置作業流程 個案事前求助：□有　□無。 最近一年曾接觸校內、外輔導或服務：□校內（晤談、諮商、個管或轉介紀錄等）；□校外（醫療、衛生、社福或諮商機構）。如：醫療、衛生、社服、或諮商機構 若有，輔導狀況：（　　）

（續下頁）

表 5

學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表（續）

<table>
<tr><th colspan="4">自傷學生狀況描述</th></tr>
<tr><td>發生日期及時間：</td><td colspan="3">____ 年 ____ 月 ____ 日　星期（___）時間：AM ／ PM_____</td></tr>
<tr><td rowspan="10">發生地點：</td><td rowspan="5">校內</td><td colspan="2">☐宿舍</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐廁所</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐教室、輔導室等室內空間</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐校內室外空間</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐校內其他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">校外</td><td colspan="2">☐家中</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐租屋</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐他人家中</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐公共場所</td></tr>
<tr><td colspan="2">☐校外其他（　　）</td></tr>
<tr><td>自傷方式：</td><td colspan="3">☐ 1. 藥物過量；☐ 2. 非法藥物過量；☐ 3. 瓦斯；☐ 4. 燒炭；☐ 5. 農藥；☐ 6. 吞食化學藥劑；☐ 7. 上吊、窒息；☐ 8. 溺水；☐ 9. 槍砲；☐ 10. 自焚；☐ 11. 割腕；☐ 12. 割頸；☐ 13. 切割其他身體部位；☐ 14. 切割部位不明；☐ 15. 跳樓或其它高處墜落；☐ 16. 遭車輛或火車撞擊；☐ 17. 騎乘車輛撞擊；☐ 18. 其他（　）；☐ 19. 不詳</td></tr>
<tr><td rowspan="10">發生可能原因（可複選）：</td><td colspan="2">類別</td><td>可能原因</td></tr>
<tr><td rowspan="8">身心狀態</td><td rowspan="6">個人</td><td>☐身體疾病</td></tr>
<tr><td>☐憂鬱相關問題／疾患</td></tr>
<tr><td>☐網路／手機使用問題／成癮</td></tr>
<tr><td>☐酒精使用問題／疾患</td></tr>
<tr><td>☐藥物使用問題／疾患</td></tr>
<tr><td>☐其他精神問題／疾患</td></tr>
<tr><td>☐自傷史</td></tr>
<tr><td>其他</td><td>☐其他（　　）</td></tr>
<tr><td>待澄清</td><td>☐待澄清（　　）</td></tr>
<tr><td>壓力事件</td><td>校園</td><td>☐同儕關係問題</td></tr>
</table>

（續下頁）

表 5

學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表（續）

	類別		可能原因
發生可能原因（可複選）：	壓力事件	校園	☐師生關係問題
			☐校園霸凌
			☐學業問題
			☐課外活動或社團問題
			☐校園適應問題（轉學生、休學生）
		網路	☐網路霸凌
		失落經驗	☐親友過世
			☐親友自殺
		親密關係	☐感情問題
			☐親密關係暴力
			☐人際疏離或孤獨
		家庭與外在事件	☐家庭關係問題
			☐家人身體疾病
			☐家人精神疾病
			☐家人酒精／藥物使用問題
			☐家暴
			☐被收養孩童
			☐經濟與居住問題
			☐司法問題
		創傷	☐重大災難事件
			☐性侵害、性騷擾、性霸凌事件的被害人或行為人）
		性別	☐多元性別
		其他	☐其他（　　）
		待澄清	☐待澄清（　　）

（續下頁）

表 5

學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表（續）

學校處理經驗描述（請針對事件發生後當時的實際處理經驗以列舉方式加以描述）	
處理流程	● 學校協助處理單位（請依照各校編制填寫）： ● 人力支援狀況（請依照各校編制填寫）： ● 事件處理流程： 1. 第一現場發現者： 2. 第一現場處理者： 3. （若表格不敷使用請自行增列）
回顧與精進	● 未來精進策略： 1. 2. ● 執行困境與建議： 1. 2. ● 可供學習與參考之經驗： 1. 2. （若表格不敷使用請自行增列）

資料來源：引自《校園學生自我傷害三級預防工作計畫》，教育部，2022，p.13-15。（https://ws.moe.edu.tw/001/Upload/10/relfile/8755/84549/dd1cef1c-8fa7-4ce6-9a85-f1183554d2c1.pdf）。

3. 在了解個案狀況之後，視個案實際需求提供政府、民間、社會支援機構資源轉介，包括社會資源、救助服務、醫療協助、輔導與心理支持、就業服務等。

一般而言，自殺關懷訪視員會直接與個案或其家人聯繫，並依個案意願，以家庭訪視、電話訪視或學校訪視等方式進行，如多次聯繫個案未果或個案拒訪，關懷訪視員往往會直接電話聯絡學校輔導人員，從中亦進一步了解個案家庭中適合聯繫、可信任的成員，以追蹤個案概況。自殺個案經關懷訪視服務 3 個月，且 3 個月中連續三次評估 BSRS<6 或屬低度風險者，則可予以結案處理，並依個案需求連結社政、教育、勞政等服務資源，進行資源連結。另個案經評估 BSRS ≧ 15 或屬高度風險者，需轉介醫療機構就醫，如個案拒絕就醫應進一步協助其就醫。

三、自殺自傷危機個案通報機制

學校人員面對通報相關事宜與流程，可能會有幾件需注意的事情：

（一）通報的立意是讓更多人一起參與個案安全的守護

臺灣針對自殺企圖行為者進行後續關懷追蹤工作，曾經被證實有延長個案再次企圖自殺的時間，且降低 22.5% 的自殺死亡率（Pan et al., 2013）。在教育現場經常使用「通報」這個名詞，它指涉的可能是讓校安中心、諮輔中心、導師或班級老師、健康中心，甚至家長親友知道目前危機事態。通報與系統關懷主要是讓身陷危機的學生能理解並接受既有的支持關係，同時邀請更多人一起幫忙共度難關（陳玉芳，2022）。

（二）在安全責任的前提下，努力建立與個案的信任與理解關係

實務上學校相關人員經常面臨「信任關係」與「安全責任」的兩難困境：學生不希望自己狀況被揭露，通報讓他們覺得不安，也可能使得原有支持關係變得動盪，甚至有被拋棄或是做錯事的感覺，這些都是在討論廣義的「通報」時需要被處理的問題。如何克服學生對於廣義「通報」的擔心與不舒服感覺，有賴於可能使用通報系統的師長平時就與各縣市衛生局或社安網自辦或委託的自殺通報關懷工作單位建立互動關係，藉由辦理研習活動、督導會議等之對話與交流，增進彼此了解，明確知曉學生被通報至校外系統接下來可能發生的事情。輔導教師在過程中除了熟悉相關系統與資源外，也應協助學生生了解背後立意，協助學生對過程有所了解和準備（陳玉芳，2022）。

（三）協助資源連結並持續評估、討論與合作

個案危機的樣態複雜多元且可能有變動性，輔導人員應就個案的狀態，持續個案、與關懷訪視員、校園中較緊密的導師及相關人員、家人以及醫療資源，持續進行討論，評估與相互合作。

四、自殺自傷危機個案系統合作機制

面對有自殺自傷危機的個案，除了即時進行危機評估並通報外，更重要的是與校內外的系統資源合作，以降低個案危機因子並提高保護因子。考量自殺自傷個案的危險因子是多元且複雜的，單靠輔導單位的心理師無法提供完善的保護與協助。面對此類個案，應先進行個

案的危機與需求評估，並規劃適切的輔導策略，整合資源提供協助。以下針對危機事件發生時校內外系統合作機制重點說明如下：

（一）自殺自傷事件發生當下，學校應立即進行危機處理

危機處理小組成員，應依個案危機程度彈性組建。若屬中低危機個案，可由輔導單位個管心理師、導師與輔導單位主管共同討論輔導策略，並鏈結資源提供個案適切輔導處遇。若為高危機個案（個案重傷、死亡、或有媒體關注事件），則應立即啟動校園危機處理小組，由學務／校安／總務單位進行現場封鎖與秩序管控、110 或 119 電話報案求助、當事人家屬聯繫；由輔導單位針對事件相關師生進行危機風險評估與安心處遇；由秘書室或發言人彙整事件相關資訊，以便對外／媒體／網站進行事件說明（詳參第 31 頁圖 3 教育部學生自我傷害防治處理機制流程圖）。

（二）自殺自傷事件發生後，應整合校外內輔導資源，啟動處遇並提供協助

面對學生自殺自傷事件，學校應立即啟動危機處理小組進行危機評估與處遇規劃，並依各單位權責分工合作，提供個案、相關事件師生、家屬以及協助（詳參第 157 頁表 19 危機個案常見輔導需求與校內外系統合作資源表）。

（三）有自殺自傷危機的個案，應引導家長配合輔導與就醫

校園學習與生活並非學生生活的全部，面對有自殺自傷危機個案，家長若能配合就醫與輔導，應有利降低危險因子並提高保護因子。建議輔導單位的個案管理員在與個案討論後，應將處遇策略中需家長協助的專業建議告知家長，並邀請家長共同參與輔導，以穩定個案危機。

面對部分不願配合輔導與就醫的家長，當個案未成年（有監護人），學校確實無法自行帶學生就醫治療，但，學校心理師仍可依《學生輔導法》、《兒童權利公約》及《兒童及少年福利與權益保障法》，以促進學生身心健康之最佳利益，提供發展性輔導、介入性輔導或處遇性輔導協助。亦可運用社區優化計畫，請專業人員到校評估。

（四）建置學校與精神科醫師合作網絡，以便即時掌握個案狀況，提供最佳處遇策略

有自殺自傷危機個案常伴隨有精神疾患且需就醫用藥與穩定諮商，然而，如何提高學生穩定就醫、穩定用藥意願，常讓個管員感到困擾。建議學校可以透過下列策略提高與精神醫療的合作機制：

1. 規劃精神科醫師校園駐診

雖然精神科醫師在校內駐診時，無法開藥進行醫療行為，但是，卻可以提供對就醫有疑慮、擔心的個案與家長，在一個相對醫院較友善、溫暖的晤談空間進行醫療諮詢，也可有效提高就醫意願。

2. 建置合作良好、可轉介的精神科醫師名單

當個案使用學校轉介資源到精神科就診時，個案管理員較易取得個案同意，和精神科醫師建立友善的合作機制。醫生對個案的校園適應與用藥狀況較能掌握，個案管理員也能即時掌握個案就醫狀況。

（五）自殺自傷通報後，與自殺防治關懷員以及其他資源網絡進行合作與分工

有自殺自傷危機個案，除了進行校安通報外，依《自殺防治法》第 11 條規定，學校人員於知悉有「自殺行為情事」時，應進行自殺防治通報作業。然而，依現行實際通報作業，自殺防治通報系統主要受理之對象為自殺企圖（個案已經有實際行動，或已表達有具體計畫）、自殺身亡個案，並未包含一般校園內最常見的自殺意念或自傷行為個案。

考量現行自殺防治關懷員的輔導量能、以及自殺自傷危機個案主要生活與學習場域多在校園內，建議學校輔導人員仍應透過危機個案管理制度，提供相關輔導資源協助，以降低個案自殺危險因子。然而，當個案休學、退學離校、或寒暑假返家期間，則可透過自殺防治通報系統與個案所在縣市的自殺防治關懷員取得聯繫，轉介由關懷員接續提供個案協助。

自殺自傷危機個案系統合作機制需要在平時就透過危機演練、個案會議、或其他相關會議中建立關係、形塑共識，當危機發生時，相關人員才能在第一時間就定位，完成應付責的任務，也才能有效控制危機與災損。此外，也建議各級學校應建置校內外輔導資源網絡清單，透過校內相關研習加強宣導讓師生知悉，並持續辦理自殺防治守門員培訓，讓校園內人人都是自殺防治守門人。如此，方可在危機剛發生時就有機會及時介入、提供協助，有效降低自殺事件發生的風險。

肆、高關懷個案之評估與處遇

二級預防工作的主要對象為高關懷學生，高關懷學生係指一般處境下學生可能因為受多元因素（生理、心理或社會性）影響，導致適應欠佳、重複發生問題行為，或罹患輕度至中

度心理疾病，或遭受重大創傷經驗等，需輔導相關人員依其個別化需求評估，訂定輔導方案或計畫，提供諮詢、個別諮商或小團體輔導等措施。但同時若持續輔導未見進展且已有自殺或自傷危機時，須提供危機轉介機制，進行個案管理及輔導。

一、高關懷學生的篩選管道與相關來源

在三級預防中，學校積極的作為是能主動篩選出高關懷學生，並提供心理輔導及資源協助等，以落實早期發現早期介入的概念，以避免學生自我傷害行為的發生。廣義的「高關懷」，是指問題嚴重程度在中等以上，需校方進行二級介入之學生。同時亦需警覺從中找出高危機（重度與極重度，如已有自殺嘗試）之學生轉介，進行個案管理與處遇性之輔導（三級預防）。

校園中常見的高關懷學生對象篩選管道或關懷來源，主要包括：（1）實施心理測驗或量表普測。常見像是大學中對於新生入學實施普測，從中篩選出可能須進一步介入關懷的學生。（2）學生自行前來諮商。學生自行前來輔導處或學輔中心尋求諮商或心理資源協助。（3）導師、同學或其他人員轉介。除了常見的導師、任課老師或助教、以及其他行政單位外，同學也是重要的轉介協助資源。（4）轉銜機制。透過前一學制學校之轉銜系統轉入，此類學生往往亦需優先介入評估與關懷。（5）其他管道。包括像是演講、工作坊或測驗解釋等，從中發現可能需高關懷介入的學生。不論是自行前來、轉介過來，或經團體施測相關量表，在評估後，會依評估問題嚴重程度大致分一般個案、高關懷個案及危機個案（見圖 6），之後將視評估情形進行適當處遇，包括派案晤談和個案管理等。

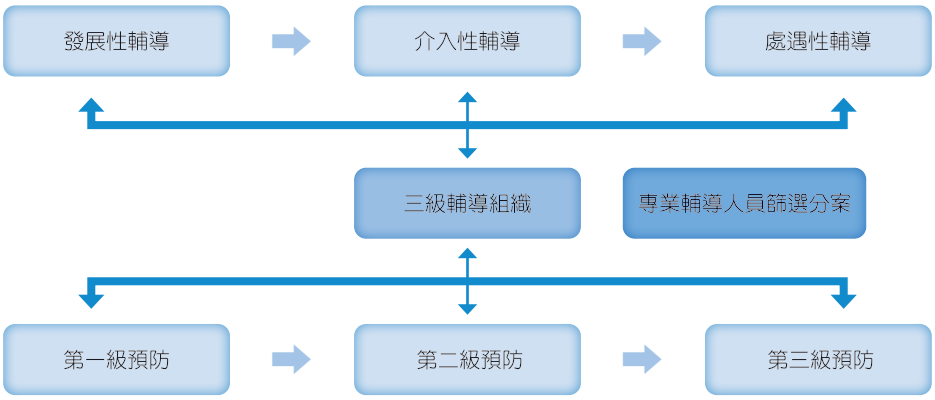
高關懷的個案常伴隨以下特性，包括下列幾種，每位個案可能符合其中一項，但也有可能同時符合多項特性，因此評估篩選時應以學生為中心進行。

1. 有中度情緒困擾，如憂鬱。
2. 有生理疾病、容易生病或請假次數過多，如一週二次以上，連續兩週至一個月。
3. 衝動控制、憤怒，有時易採暴力行為，有傷及自己或他人之虞。
4. 容易發生意外事件或違紀、曠課次數較多，達中輟邊緣。
5. 曾企圖自殺、自傷。
6. 疑似網路使用、物質使用或成癮。

突發事件如失戀、父母離異等議題無法處理已三個月以上。

圖 6

高關懷個案評估流程



資料來源：團隊自行繪製。

二、如何進行高關懷學生的篩選與評估

篩選並評估是否為高關懷學生，需要注意其同年齡層同學一般常態的表現，並以此為參照，收集足夠資料評估學生是否超出一般水準的程度（如百分等級 PR85 以上），且此程度需要進一步關心與確認。以下說明二級預防之輔導人員，協助老師或家長可取得那些重要資料進行評估。請注意所有的篩選都不要僅用單一工具或指標就下論斷。以下說明相關篩選工具與評斷策略。

（一）行為觀察評估

透過平日對學生的行為觀察或者晤談了解，若學生有出現表 6 所列多項狀況，可以邀請其至學輔中心找專業人員協助。表中的評估向度，包括語言線索、情緒線索、行為與生活、認知線索、生理線索、壓力情形以及測驗評估等。若評估後進一步發現，言語中出現極端負向的內容表達，情緒上出現憂鬱、憤怒、焦慮無望等情況，行為或生活上失去感興趣，或者無法完成例行目標，生理上明顯的改變、遭遇重大壓力事件、以及來自測驗結果等面向，都是重要的線索。而這些面向所評估到的嚴重情形、涵蓋的多元情形，或者其影響課業生活的程度，都值得一起注意。第一時間輔導人員可以同理與支持他們的內心狀態，傾聽他們何以最近處於這樣狀態，並盡力去理解他們此時真正的需要，瞭解情緒或身心狀況所代表需要求助的狀態，並引入專業協助。

表 6

高關懷學生行為評估指標

評估線索	師長與同學觀察	例證
言語上的線索	學生有極端負向的語言表達	「我心情很差」、「想死」或「活得太痛苦」等求救的語言
情緒上的線索	注意相關憂鬱、憤怒、焦慮或無望等情緒特徵	「我很不快樂，煩到快要抓狂，一下子心情變得很糟好像不是自己可以控制的」，形容心情像藍色與黑色
行為或生活細節線索	情緒行為的指標中，常見學生失去對過去感興趣之事，衝動易怒跟人爭執不下，學生容易因小事而激躁不安。無法完成例行目標行為	情緒行為或退出活動兩週以上，一週不來上課至少 2 天，連續兩週。焦慮提高、激動、生氣時較有衝動能量與動機（energy & motivation）想做出自殺嘗試
認知改變的線索	思考變慢、記憶減低、無法專注、無法判斷有效因應壓力與問題解決策略、困難作決定，負向反芻思考	有些念頭一直盤旋於腦中揮之不去，如：「我不值得別人看重」、「別人一定覺得我很差」，「我看不見未來希望」。或是衝動想法：「我要報復你」
生理線索	生理平衡明顯改變，如：睡眠型態（過多或過少）、體重（過輕或過重）、心理動作遲緩、交感神經過度激發躁動不安，生理疾病或身體疼痛	經常日夜顛倒、作息紊亂、失眠、白天想睡時間多過清醒、過度節食或暴食，身體症狀抱怨頻繁，甚至就醫也一直無法改善
壓力線索	有重大壓力事件或課業、人際或家庭挫敗壓力，其中憂鬱者易有負向人際關係、文化改變可能增加症狀嚴重度	近期父母離異（或過去父母問題延宕至今）之感受、經濟上壓力、他人言語暴力、鍾愛事物被剝奪或失去帶來的身心影響
心理測驗結果	如心理健康篩選、憂鬱量表 BDI、無望感量表、焦慮量表等測驗結果	各項重要心理測驗分數顯示中度以上嚴重度

資料來源：團隊自行編製。

（二）可參考的量表評估工具

在高關懷篩選工具中選擇適當的心理計量工具非常重要，依據目的與功用，可選擇篩選憂鬱等情緒障礙之量表以及情緒嚴重度評估與改善的量表。由於各級學校也有規畫適合校園篩選的工具，自建的常模與標準等，這部分可以參考各級以及各校作法。以下僅舉例幾項有信、效之客觀評量工具說明應用的原則。另可參考附錄一，**篩選可能高關懷或自我傷害的量表**之應用，最常見篩選兒童高關懷個案的工具之一是**臺灣版兒童青少年憂鬱量表（CDI）**，量表可反映兒童呈現出的臨床表現，偏向情緒與行為症狀，輔導人員可以輔以量表，與晤談資料一起評估；適用 8 至 16 歲學生，可快速有效的評估兒童與青少年的憂鬱嚴重程度，篩選需

要關注的學生，亦可在輔導期間評量不同時間點各心理向度或總體憂鬱變化（五個分量表，負向情緒，效率低落，負向自尊，人際問題，失去興趣），提供輔導改變與否的重要訊息。**適用國中與高中之「自我傷害行為篩選表」**，共分為五個分量尺，分別為「憂鬱、孤獨」、「攻擊、違紀」、「行為改變與意外事件」、「自殺、自傷」及「退縮與自我批評」，自我傷害行為篩選量表一教師觀察評量表根據所知該生「最近一個月」學生的情況來進行觀察。因此，老師們透過學習如何辨識這些行為，可做到預防之效益。學生在其中一個分量尺的得分上超過該分量尺平均值一個標準差以上，反映學生的身心狀態是處在需關懷、需加以注意，並啟動高關懷機制，同步確認是否須進入危機處遇。

在大學，有**《大專校院學生心理健康關懷量表》**，該量表目的在評估學生的心理健康，內容包括外部情境（D1）及內在個人（D2）兩個向度。外部情境向度包括關係保護／危險因子（F1）及生活調控警訊（F2）；內在個人向度包括情緒保護／危險因子（F3）及憂鬱自殺警訊（F4）。四個向度下各包括 3 個分量尺，共 12 個分量尺，涵蓋大學生在家庭、同儕、親密關係、網路經驗霸凌、課業壓力作息變化、性別認同、憤怒攻擊、衝動、情境誘發、負向認知、憂鬱症狀、及自傷意圖等等。電腦化計分後可協助輔導人員篩選區分關懷與危機處置，也可以依據各向度作為輔導計畫焦點的介入方向（田秀蘭、陳秀蓉、邱皓正，2016a）。

另外，也會使用整體性情緒適應的客觀工具。最常見評估情緒嚴重度與改善之量表，例如，貝克兒童及青少年量表第二版（BYI-II）中文版、貝克憂鬱量表第二版（BDI-II）中文版、貝克焦慮量表（BAI 中文版）、貝克絕望感量表（BHS）中文版等。上述量表測量個案情緒議題的層面不同，有時需要綜合兩項以上之量表一起使用，更有意義，更能預測個案的情緒嚴重程度。舉例來說，絕望感量表測量過去一星期以來，個人經歷對未來短期與長期的負向預期，區分為極輕度、輕度、中度及重度，這項分數可以與學生憂鬱量表中的無價值感是否伴隨其反芻式認知一起看，因為依據案例，個案可能憂鬱整體分數改善，但其中無價值感與其絕望感仍然反覆出現，仍具自殺高度危險，因為絕望感是預測自殺風險的重要因子。評估者為求慎重，需要時除測量憂鬱嚴重度，還可以測量 BHS，以便確認個案是否仍處在高度自殺危機當中。

三、 關懷初談評估

輔導老師或心理師遇到高關懷可能的個案時，初談與評估是非常重要的工作。初談評估目的是確認個案的主訴以及排除可能的精神疾病診斷，找出個案問題概念化、理解個案對於

接受輔導或諮商的動機，探索個案性格人際風格與當前功能後，初步訂出個案適合的介入計畫。其程序分四步驟（J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan, 2015）。

（一）第一步—辨認、評估、探索個案問題概念化與相對應治療目標

1. 找出個案主訴

尊重個案的觀點，但注意個案的自我診斷不一定是有效度的，評估人員要搭配篩選或診斷檢核，並開啟對話：

> 「今天，我們會一同合作，試著了解是什麼在困擾著你。希望你可以自在地與我分享在你身上發生的事，不過，我也會問許多問題來盡可能的澄清與精確地了解你所經驗到的。若我們越能夠清楚的辨認出你主要的困擾，我們就越有機會想出解決的計畫。你覺得這樣聽起來 ok 嗎？」

2. 合作探索目標（問題排序與症狀分析）

與個案合作澄清問題並聚焦在個案認為最主要的困擾，例如可問：

> CO：目前為止，我們討論過你沮喪的心情、你對於與母親關係的不安，還有對自己個性拖延的焦慮。這些議題中，你覺得目前哪個是最令你困擾的呢？
>
> CL：都很困擾。但我的沮喪應該是最干擾我。因為當我心情很差時，整天賴在床上不想起來，我也沒有力氣處理其他問題，躺著又一直想未做的事，好痛苦。
>
> CO：聽起來心情的干擾好像影響自己的生活最多，我們是否先從這部分談起。

3. 探索症狀的情緒、認知、行為面向

辨認主要困擾後，與個案合作探索症狀的情緒、認知、行為面向，如可問：

「你剛所說的這些症狀，第一次發生是什麼時候？你是怎麼處理的？在那種情況下，你腦中有什麼畫面或是想法嗎？這症狀多頻繁出現？最嚴重情緒的情況是如何？通常是怎麼結束的？最近一次的情況與最嚴重一次相比較，如何？」

4. 使用問題概念化系統

在學校現場為了要釐清個案問題與背後需要，可以先選擇問題概念化的系統架構，例如在收集各層面的重要資訊後，綜合問題的來龍去脈，採用以 Lazarus（1976）行為、情感、感官、想像、認知、人際關係、藥物（神經生理）（BASIC ID）或是 Bruch（2015）評估情境（stimulus）、內在想法認知（organic）、行為或問題反應（responses）、後果（consequences），又稱 SORC model 統整架構，概念化個案的困擾。

（二）第二步—蒐集個案人際關係（風格）、社交技巧與個人史的資訊

對高關懷學生亟需參照個人問題發生的背景脈絡，此步驟即是透過了解個案的人格、人際關係及心理狀態，可以了解他為何會在此時出現這樣的議題，以及背後反映的是那些真正想要與需求。進行資料收集的原則如下：

1. 轉移焦點至個人及其社會心理史

「目前為止，我們花大部分時間在談論讓你前來諮商的困擾，現在我想更了解你，所以可能會問一些關於你、關於過去的事情？你覺得如何？」

「我待會會問你更具體的問題，不過我現在更好奇的是，你一想到童年，有沒有任何經驗或記憶會閃過腦中？一點點也可以。記憶這件事很有趣，當我們開始討論它會漸漸回想起更多！」

當個案開始揭露創傷事件時，大多時候他們最需要的是支持與同理性傾聽：

「聽起來那真的是一段很難熬的時間！」

評估者更需要讓個案清楚分辨「過去」與「現在」，探索個案如何因應、試著管理問題，強調個案的韌力。

「你確實經歷過非常低潮的時候，當你在訴說過去的時候，我也聽見你是很積極地想向人求助、想幫助自己再站起來。」

「你可不可以多說一些平日與家人相處如何？自己有事時他們都怎麼幫你的？學校的關係如何？你自己對求學或工作的經歷評估如何？家人或重要師長對你表現的評估如何？」

2. 家庭功能評估（若個案主要問題源自家庭，是必要的詢問項次）

評估者和個案共同完成家庭樹（聚焦手足、父母與爺爺奶奶），探索家庭的大事年表（如：離婚、再婚、搬家等），探索家人間的關係（平衡正、負向問題）以及探索家族的心理健康史。特別需留意，早期不安全的依附連結個案（兒童青少年皆是）更低的自我概念，對失去的敏感，增加憂鬱，在兒童與青少年憂鬱與家庭重大事件有中度關係，如早年經歷有嚴重情緒受虐，父母暴力等，而且輕度的壓力事件皆有可能引起憂鬱議題（Sokratous et al., 2013）。

3. 評估人際關係模式

根據性格理論人們與社會互動時，傾向表現出特定的模式，例如：支配、順服、攻擊、迴避、友善，這些傾向也會影響與人互動或個人自我發展的機會。可以詢問底下問題與行為觀察資料，共同評估個案的互動模式。

「請描述你過去與他人相處情況（兒童期、青少年期……）？你現在的好朋友有幾位與他們相處模式如何？」

另外輔導老師也要觀察個案與你互動時的行為如何。

（三）第三步—評估個案當前的生活型態與生活功能

此步主要評估者要幫助個案聚焦於個人的優勢和周遭的資源之評估，以及聚焦在個案目

前的生活或涉及的活動是否仍能維持一定的目標行為，若越不能維持，其嚴重度就越高，輔導老師或心理師就要警覺有沒有自殺企圖或衝動行為等議題。在評估時記得有可能在第二步時談了一些傷心事情，要有橋接回現在的轉換心情的言語，例如可說：

「我有注意到剛剛的談話你感到很難過。我想讓你知道擁有這些難過的情緒是很正常的。很多進來諮商的人離開的時候都會有一些複雜的情緒。這是因為人們在提及兒時或是個人問題的時候很難不會感到不舒服，顯然談出來並不會讓悲傷消失，但大多數的人談出悲傷，有機會可以幫助自己走出悲傷，想問一下現在的你還可以嗎？我們需要先停一下？」

然後再詢問現在狀況。如：

「剛剛談了你的困擾以及你的過去，現在我想要了解目前典型一週的生活狀況，你可以描述讓我知道嗎？……喔原來你花在課業與工作或打遊戲的時間分配……，也做一些喜歡的事情，也有2至3小時情緒低落的時刻……」

此步驟也要讓個案在諮商歷程中感到可以獲得情緒或問題控制感的位置。重新聚焦於此時此刻及接下來要做的事情，問個案通常會做些什麼來安慰自己的心情，可說：

「今天離開這後你會做什麼？做些什麼事可以先把自己照顧好？」

離開會談前，給一個比較正面的主題，給予讚美和建議，如：

「今天很不容易談出自己需要很大的勇氣，我希望你能給與自己一些肯定，今天你好像也幫自己看見許多你已經努力的部分……。」

（四）第四步—回顧晤談目標並做出改變承諾

此步驟是初次晤談結束前進行，與個案一起討論未來輔導的諮商目標，需以前三步驟做

基礎，透過與個案合作同理，一起清楚界定個案所有想要的改變，一起檢視未來合作的進度以及監控改變。

「請幫我確定我理解的對不對，你希望你的心情發生怎樣的變化？」

「讓我們假設，在兩個月中你注意到你的生活有一些重大的改變，那會是什麼呢？」

評估者需整合上述晤談資料以及客觀心理測驗資料，做出結果報告以及未來輔導計畫。包括憂鬱或適應困難的社會心理因子：具體負向生活事件、關係困難、人際技巧缺乏、認知型態過於負向歸因、悲觀預期、社會情緒學習困難；社會心理保護因子：減低負向生活事件的衝擊與影響，擁有良好家庭與同儕支持、因應技巧、正向自尊、人際問題解決技巧與正向問題解決導向。輔導計畫可依此訂定，於下面段落在進行說明。專業人員也可利用初談評估結果報告與其他專業溝通個案情形，例如開個案研討會或進入個管階段與系統溝通時。

四、高關懷個案後續輔導機制和作法

經初談後若評估為高關懷個案，則由專業人員進行介入性諮商，為個案訂定輔導或治療計畫。專業人員可隨個案特性、專業理論取向、個案內外在資源以及時間或機構限制，規劃輔導或諮商介入計畫，做好第二級預防，並警覺三級。

（一）初期介入性輔導原則

進行高關懷個案輔導時，首先與個案建立關係。專業人員應向高關懷學生說明保密例外：在一個人傷害自己或他人時，係處於個人能力不足以判斷及因應狀態，而我們在情緒脆弱時，會需要有重要支持者適時提供正向的行動與計畫，因此基於保護責任，需要揭密，必要時透過重要他人獲得協助。

初期介入性輔導原則可以基本五項為原則（BASIC）：（1）**同行（being with your client）**：成為個案的朋友，同在伴行，參與其中，並了解他或她，傾聽同理；（2）**覺察需要（awareness of current problems and needs）**：了解 CL 目前的生活狀況，包括現在存在的或潛在的問題與情境；（3）**計畫分享（shared planning）**：詢問個案對此事件的看法與態度，並針對問題協助提出可能機會，同時要面對問題首先須先照顧好自己；（4）**計畫啟航**

（**initiating the plan**）：提供 CL 支持與動力，計畫如何照顧自己與重新框架問題；（5）**持續介入（continuity of prevention）**：必要進行危機評估與危機再評估，持續輔導目標，直到主觀關鍵問題的干擾減少或在解決中或已解決。

（二）輔導介入與目標執行原則

將個案之問題轉化為治療目標後，輔導人員可基於理論或經驗支持決定所要採用的方法，並與個案共同努力實現這些目標。輔導人員同時也需要思考如何衡量目標的進展，是否需要有其他替代方案或輔助治療，以及如何知道何時結束治療。 在介入期間，高關懷個案有較多情緒需要被支持與涵容。以下僅提供幾項合作性多元介入預防的策略（Bernaras et al., 2019; Jobes, 2012）。

1. 努力建立介入期之輔導關係。
2. 傾聽、並表達同理和理解。
3. 透過共同合作，形成目標行動。
4. 重新框架問題與需要。
5. 建立一週生活紀錄表與自我照顧方式。
6. 擬定改變行動策略並嘗試執行。
7. 在學校環境中一起訂定兒童或學生的介入計畫。

與高關懷學生工作時，他們最大的問題在於難以記起正向事件或情緒，因此，輔導人員需放慢語速，並搭起橋樑，讓他們說出無法說出的內心話。透過同理與情感同在，讓個案感受到輔導老師和他是一起的。隨著關係建立之後，再進一步引導個案將精神上的痛苦與自我分開，協助個案有能力辨識真正要的是消除痛苦，想要自己變得更好。因此，在晤談初期，若能一起與個案建立一週生活紀錄，並討論正、負向經驗，以及自己的因應或未能解決的議題，個案越來越能穩定生活，增加活力，並能承受問題帶來的失落或不平，朝向建設性的方式面對。

當個案看見自己的議題與機會後，隨諮商或輔導計畫，個案可以訂定目標，在生活中帶來調整與改變行動。通常小改變可帶來大改變，因此找尋適切的改變目標，一步步進行，以

現實的資源與有利的情況加以評估，形成行動方案。可以加上動機會談的策略與技術（Hettema et al., 2005）一起進行，可以加強其行動力。

面對高關懷個案，學校系統需有一套統整式高關懷個案介入與後續追蹤管理流程，建議電腦化以下資料與評估系統：（1）每位個案紀錄多面向的測驗或電子化評估工具結果，並配合初談、晤談輔導人員及個管員介入之時程動態追蹤，照顧高關懷同學能更有效率；（2）若有自殺企圖，評估是否暫停諮商或輔導，進入個案管理，個管員定期、定時追蹤學生，與學生保持接觸，若同時需要諮商師協助，個管員需了解晤談後個案的改善，確認學生的改善狀況以及與媒合心理師的適配性；（3）個管員需評估家長或社會、醫療資源的引入；（4）必要時召開個案研討會，提前預防及提供相關協助資源的預防性介入。此外，若個案有達到自殺危險，即轉入處遇性三級輔導。

（三）面對不斷行動化自傷個案的處遇

即使專業輔導人員已與個案確定保密例外及安全計畫，或是持續進行個案管理或個別諮商，但對於某些心理狀態複雜，經常無法使用適當言語表達自身需求的高關懷個案，意識層面的討論未必能夠完全有效地阻止其內在的衝動，有時依舊會使用行動化的方式來與外在世界溝通，如在社群媒體張貼自傷圖文尋求關注，或是以自傷行動對輔導人員提出要求，讓周遭人們感到威脅與慌亂。輔導人員在得知個案出現社群媒體自傷貼文時，需立即與單位主管討論，即時評估當下的人身安全做出適切回應。如有人身安全之虞，應請校安同仁通知親友或警消協助以確認安全；若評估暫無安全之虞，專責輔導人員可依據個案身心情況，主動打電話關懷或於固定的個管晤談時段了解其貼文的期待與心情。

如果是在個別晤談進行的當下，個案帶著自傷的行動或言語威脅，情緒安撫下依舊無法解除危機，權衡個案生命安全與專業關係兩者之下，仍應以個案的生命安全為第一優先考量，盡力與個案協商啟動安全機制，連結校內外資源，包括校安、系所、醫療或家人等。這個協商的過程可以先從通知一個他人開始，不論是朋友、家人或師長，再隨著輔導的進程逐漸讓個案願聯繫更多的資源。此種做法除降低無法預測的風險之外，也可讓個案知道學校的立場，了解輔導人員真的相信他想要傷害自己的念頭與行動，也真心在乎他的生命安全。

個案每次的自傷行為，都應被視為一種自殺行動來看待，輔導人員重視每一次的行動，但不被行動綁架，唯有如此，心力不致耗損太多，輔導人員才有辦法繼續陪伴個案。

伍、危機個案之評估與處遇

危機個案的評估與處遇是整個防治工作中相當重要的一環，也往往帶給輔導人員相當大的壓力，相關評估與處遇的作法也往往與系統合作息息相關。

一、自殺風險評估

美國物質濫用與精神健康服務管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration，簡稱 SAMHSA）建置「自殺衡鑑五步驟評估與分流（suicide assessment five-step evaluation and triage，簡稱 SAFE-T）」，另美國自殺防治熱線（national suicide prevention lifeline，簡稱 NSPL），也提供關於自殺風險評估的架構。本手冊統整相關內容，提供以下自殺風險評估的架構，供輔導人員參考：

（一）建立關係

輔導人員一旦接觸到危機個案，首先須做危險評估並辨識其問題性質及嚴重情形。過程中輔導人員應與個案建立信任關係，表達真誠的尊重、接納，積極地傾聽，用再保證和不批評的態度協助個案面對危機。自殺危機個案多為非自願個案，難免會有緊張、害怕、質疑、抗拒等情緒反應。個案在極度混亂的情境中，很需要獲得安全和心理保證。這時，具有信任感的關係，能協助個案放鬆下來，願意坦露出真實的狀態並接受協助。

（二）自殺評估晤談

是指透過詢問有關自殺意念、自殺計畫、自殺行為、及自殺企圖的特定問題，包括頻率、強度、持續時間、計畫的時機、地點、殺傷力、準備程度等，來進行自殺危機評估。在這過程中，輔導人員應直接詢問個案關於自殺的意念與意圖，亦須包含時間軸線的蒐集，像是「你想自殺嗎？」（現在的自殺意念）、「過去兩個月你有想過自殺嗎？」（最近的自殺意念）、或者「你有過自殺的行為嗎？」（過去的自殺企圖）。過程中，輔導老師也可思考，是甚麼引領求助者在此時此刻撥打電話或前來求助，是不是在他／她今天的生活中發生了什麼事？如果是因轉介而來，求助者否認現在有自殺意念，那麼追問最近或現在的自殺意念，可能會引發他／她不穩定的情緒反應。此時，求助者或許可能較願意談談過去的自殺意念或行為，透過這個過程，也可讓求助者逐漸願意坦露出現在的自殺意念。討論過去的自殺意念或行為，也有助於了解和評估求助者的因應技巧、活下來的理由、及可用的資源。整體而言，亦須了

解危險因子和保護因子。危險因子包括自殺行為史、現在及過去的精神醫療病史、主要症狀、家族自殺行為或精神病史、觸發事件／壓力源／人際因素、醫療照護的異動。保護因子包含內在及外在的資源。例如，若個案具有嚴重症狀的精神疾病、嚴重的突發事件、沒有或較為脆弱的保護因子，加上具有強烈或反覆的自殺企圖，其危險程度就非常高。也因此在處遇計畫上，也需要與其有更密切的接觸聯繫，盡快形成保護網絡或者強制住院等。我國衛生福利部建置之《自殺防治系列手冊》建議自殺個案評估項目，包括自殺行為傾向、突發事件或壓力、症狀的表現、無望感的存在、自殺想法的本質、過去的自殺行為、準備行為、衝動性及自我控制以及保護因子。

（三）評估危險程度並形成處遇計畫

自殺的危險程度，往往需要綜合考量，包括個案的危險因子、自殺意念程度、無望感等情緒的影響程度、自殺能力或危險性、保護因子或資源的多寡或強韌程度等。若個案具有嚴重症狀的精神疾病、嚴重的突發事件、沒有或較為脆弱的保護因子，加上具有強烈或反覆的自殺企圖，評估其危險程度非常高。另中度危險程度個案，顯現的多是危險因子多於保護因子，具自殺計畫但沒有執行或行動的經驗；低危險程度個案，顯現的多是保護因子多於危險因子，有自殺意念，但無計畫或執行動作。這些評估可能會隨著個案或環境的變動產生變化，應進行持續評估或有重新評估的必要性。在處遇計畫方面，不同危險程度可先形成暫定的處遇策略。若研判個案處於高危險，輔導老師應密集與個案及其家人、朋友、輔導老師、醫院保持聯繫，必要時打破晤談保密原則，甚至強制住院；若研判個案處於中低危險，則可與個案及其家人、朋友、和輔導老師保持較少頻率的接觸，然仍須視情況打破晤談保密原則，以維護安全。

二、可參考的量表工具

量表的作用在找出有明顯需求的族群，例如有明顯憂鬱、焦慮症狀的學生，予以適當的評估、支持、輔導諮商，與轉介，然而單一量表無法具有高預測力，應視為協助評估的工具，並依個案需求決定該使用適用量表。重點應為當下的溝通、促進良好互動，並儘量處理學生需求，尤其是常見、可以改變的因素（例如明顯的精神與身體疾病與物質濫用、社會經濟問題、人際衝突、家庭問題、學業壓力、感情事件等）。這是著重於「需求」的評估方式（need based assessment），而非著眼於「風險」（risk based assessment）（張書森，2019）。以下介紹「簡式健康量表」與「自殺危機評估表」兩個量表。

（一）簡式健康量表（The five-item Brief-Symptom Rating Scale, BSRS-5）

本量表又名心情溫度計，屬於心理健康自我關懷工具，可用於一般大眾自我檢測或臨床病患篩檢用，以了解受試者近一週以來的精神心理症狀困擾。該量表共包含五個計分項目加一個附加題，前五題分別關懷受訪者最近一星期中（包括評估當日）的睡眠困難、緊張不安、苦惱動怒、心情低落、自卑感等症狀困擾或苦惱程度，每題以 5 分量表（0-4，0 分表完全沒有、1 分輕微、2 分中等程度、3 分嚴重、4 分非常嚴重）評估；第六題附加題評估近一週來受訪者是否有自殺意念，同樣以 5 分量表評之，分數越高意念越強烈。前五題總分 0-20，分數越高代表心理困擾程度越高、心情發燒程度越嚴重，針對評分結果可分級處遇：0-5 分為正常範圍、6-9 分為輕度發燒、10-14 分為中度發燒（建議專業諮詢）、15 分以上為重度發燒（需醫療介入與持續關懷），而自殺意念 2 分以上建議可與專業人員討論。本量表之內在一致性信度（Cronbach’s α）=0.77-0.90，再測信度為 0.82（Lee et al., 2003），研究發現運用 BSRS-5 可預測自殺企圖者一年後的自殺死亡率（Wu et al., 2020），臨床上可用於橫斷式或前趨式介入研究，建議持續追蹤心情溫度變化趨勢，以了解個案心理困擾情形之改變，針對分數較高的個別項目進行對策討論與改善。台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心將量表發展成「心情溫度計 APP」，可直接掃描 QR code 免費下載使用。此量表附錄如圖 7。

（二）自殺危機評估表

另外一個校園可使用的工具是「自殺危機評估表」，此評估改編自 Smith（1988）提出的“Suicide Risk Assessment Worksheet”，如表 7。內容涵蓋對自殺意念、自殺計畫、先前的自殺企圖、環境壓力、徵兆、支持資源、溝通方式、生活形態、健康狀況等向度的評估。輔導人員可使用此表的架構來觀察個案是否出現自殺企圖的徵兆，並依據其徵兆分別出個案的危險程度，進而與個案討論出相對應的行動計畫。

三、進行自殺風險評估的晤談技巧

輔導老師對個案的觀察與詢問，是評估個案自殺風險最直接有效的方式。本手冊參考 Shea（2006）採用的晤談評估策略技巧，提供幾個面向的晤談建議如下。

（一）具體提問策略的建議

1. 對個案的行為事實或想法，提出直接且具體的提問

圖 7

心情溫度計



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

輔導老師可直接探問特定的行為細節，包括像是「你吞了幾顆藥？」，或是透過開放式詢問，讓事件及經驗重現，如「做什麼？」、「想什麼？」、「有什麼感受？」

2. 用溫和、非評斷的態度進行詢問

有時個案可能因羞愧和罪惡感受，因而遲疑或避而不談問題，輔導人員可以用如「有時候在這樣的情況下，會讓人想…，你有發生這樣的情況嗎？」。透過願意理解的、溫和的，及不帶評價的語氣與態度，對個案進行提問，幫助個案感覺安全而願意多說一些。

3. 運用常態化的提問

常態化的提問可以幫助個案增加普同感、降低個案焦慮。包括「有些人極度焦慮時思考會變得混亂，甚至覺得自己有幻聽，你有這樣的經驗嗎？」、「當人們真的很生氣時他們會說一些話，事後又感到後悔，這常發生在你身上嗎？」。

表 7

自殺危機評估表

危機程度		低度 ---------- 中度 ---------- 高度		
1. 當前自殺計畫	A. 細節	☐ 模糊	☐ 部分明確	☐ 有時間、地點、方法等
	B. 構思	☐ 沒有或一閃即過	☐ 在計畫中	☐ 已有詳細計畫
	C. 時間	☐ 無明確時間	☐ 在幾小時內	☐ 隨時
	D. 方法致命性	☐ 服藥、割腕	☐ 藥物和酒精濫用	☐ 上吊、從高處跳下
	E. 別人介入的機會	☐ 大多數時間身邊有人	☐ 若求救會有人來	☐ 孤立無援
2. 過往自殺紀錄		☐ 沒有，或有一次輕微自殺行為	☐ 一次較嚴重或多次輕微自殺行為，並多次示意自殺	☐ 曾有一次極嚴重或多次較嚴重的自殺行為
3. 壓力因應模式		☐ 對壓力尚有因應能力	☐ 對失去心愛的人、物或環境改變，反應較大	☐ 對失去心愛的人、物，或環境改變，反應強烈
4. 徵兆	A. 因應行為	☐ 生活如常，只有一些小改變	☐ 飲食、睡眠和學習出現混亂	☐ 生活的功能嚴重混亂
	B. 憂鬱	☐ 輕微，稍感低落	☐ 中度，有些鬱悶、悲傷、易怒、提不起勁	☐ 感到絕望、悲傷、活著無價值
5. 支援		☐ 有關心及願意協助他的人	☐ 有家人及朋友，但並不願意長期地協助他	☐ 家人及朋友不願支持，或對其有負面敵意
6. 溝通模式		☐ 直接表達出感受和自殺企圖	☐ 自殺的目的是為了使他人感到懊悔	☐ 間接或非語言表露極負面的自殺想法
7. 生活狀態	A. 關係	☐ 人際關係、個性和學習表現皆穩定	☐ 近期有衝動的情緒行為；人際關係出現問題	☐ 情緒困擾，與同儕家人和師長關係長期惡劣
	B. 居住	☐ 與家人同住	☐ 與人同住（非家人）	☐ 單獨居住
8. 心理健康狀態		☐ 無明顯用藥需求	☐ 突發但短期需要服用或有精神上的需要	☐ 有心理疾病或嚴重的急性病而需長期服藥
9. 經濟壓力		☐ 無經濟財務的壓力	☐ 有經濟財務的壓力	☐ 經濟財務的壓力沉重
10. 最近失去重要他人		☐ 無此情形	☐ 有此情形且調適中	☐ 沉溺於悲傷感受中

資料來源：修改自“*Suicide Risk Assessment Worksheet.*”, by J. Smith, 1988, Dallas Independent School Districts.

整體而言，危險評估的晤談基本原則在於：要理解個案產生危機是在哪裡（Where）？何時最容易產生危機（When）？是什麼樣的特質者易產生類似危機（Who）？他有欲傷害的對象嗎（Whom）？他產生的危機的傷害方式為何（How）？他產生危機的頻率多頻繁（Frequency）？透過這些問題的瞭解，可以進一步了解個案危機的嚴重性，有助於擬定進一步的行動計畫。

（二）評估外在壓力源的提問

情境的外在壓力源，包括重要他人死亡或被重要他人拒絕、失業、被當眾羞辱、嚴重的疾病等。外在壓力源是個案自殺很重要的促發點，評估外在壓力源對個案造成的心理衝擊程度，可以運用以下的問話方式：

1. 這個失落帶給你怎樣的衝擊？你是怎麼想的？有什麼樣的感受？
2. 你認為這個失落對你而言，可以被取代嗎？
3. 用 1 到 10 來評量。

「0」代表沒有痛苦，「10」代表無法承受的痛苦，你會給你的痛苦幾分？

4. 你認為這個痛苦對你而言，有可能減輕或結束嗎？

（三）生病向度評估的提問

生病和失業一直是自殺的促發原因之一，因此輔導人員應評估個案是否失去健康，是否有退化的現象，是否失去工作技能和連結，這些向度的評估也非常重要。包括像是：

1. 是否失去健康？
2. 是否失去行動力、認知功能、自我照顧能力？
3. 是否失去家庭或社會中的角色？
4. 是否失去技能、工作或工作機會？
5. 是否失去自我支持的方法？
6. 是否失去家園或珍愛的財產？
7. 是否失去摯愛，包括寵物？

（四）受到影響的晤談方法

兒童、青少年學生的自殺病因中，公眾羞辱是關鍵角色。青少年階段的自我較為脆弱，公眾羞辱和同儕貶損的強烈攻擊，可能帶來嚴重的影響。若有朋友或同學為了努力逃避同儕貶損或威嚇而自殺，或是青少年群體中將自殺事件浪漫化的次文化，這兩者都是非常危險的訊號。當青少年年齡層的自殺率增加時，有自殺計畫的學生更有機會獲得另一個自殺事件的第一手資料。青少年一次自殺事件之後可能引發後續群集自殺事件，因此增加了學生討論自殺的機會，甚至可能變得愈容易將自殺當成解決生活壓力的辦法。通常在校園中，評估一個學生受到自殺事件影響的對話如下：

1. 你知道 X 發生的事嗎？
2. 你是如何知道的？
3. 知道的當下有什麼樣的感受和想法？
4. 你和 X 很熟嗎？
5. X 和你談過自殺嗎？
6. 你最後一次看到 X 是什麼時候？
7. 你如何調適失去 X 的心情和狀況？
8. 你如何紓解你的壓力？
9. 有誰可以陪伴你？

對於受到自殺事件影響的最親近朋友，或是也有自殺企圖的學生，或是已經早些時候懷疑過X可能想要自殺的同學或朋友，可以用以下的對話，協助他們表達自己的內在狀況，並針對其受影響程度以及是否引發危機情形，進行審慎評估。也可透過這個過程，對受影響學生表達理解、關懷與陪伴。

1. 你認為你可能以某種方式阻止 X 殺害自己嗎？
2. 你對於 X 的自殺，你是怎麼想的？帶給你什麼感受？
3. X 的死會使你也想要結束自己的生命嗎？

四、不同自殺風險的處遇與介入

（一）高度風險個案的處遇與介入

面對高風險個案，我們可以：

1. 陪伴個案。絕對不能讓他獨處。
2. 溫和地和個案談話，並且移除藥物、刀子等，遠離可用來自殺的工具。
3. 進行安全計畫並形成行動方案。
4. 立刻聯絡心理衛生專業人員或精神科醫師。
5. 告知家人並且獲得其支持。

（二）中度風險個案的處遇與介入

面對中度風險個案，我們可以：

1. 提供情緒支持，討論並處理想自殺的感覺，將焦點放在個案正面的力量。
2. 利用矛盾心理。

   集中焦點在想自殺的人的矛盾心理，以逐漸增加想要活下去的力量。
3. 探尋除自殺外的其它選擇並發展因應方式。

   試著發覺自殺以外的各種替代方式，即使它們可能不是最理想的解決方式，並逐漸發展因應困境的策略或做法。
4. 建立安全計畫。與個案建立關係，協助個案學習辨識危機與發展可協助資源。
5. 轉介或照會給精神科醫師、諮商師或醫師並儘快預約會談時間。
6. 聯絡家人、朋友和同事，並且獲得他們的支持。

（三）低度風險個案的處遇與介入

面對低度風險個案，我們可以：

1. 提供情緒支持。
2. 了解並處理想自殺的感覺。

   一個人愈是能夠開放地談論失落、孤獨和無價值的感覺，他或她的情緒混亂程度愈輕微。當情緒起伏緩和後，個案才比較可以反思。反思的過程很重要，因為除了他本身以外，沒有其他人可以取消自殺的決定並決定活下去。

3. 邀請進行持續的諮商晤談。

透過提供療癒的、適應性的與支持性的諮商晤談，幫助學生走過挑戰與低潮。

五、發展高危機個案的安全計畫與進行追蹤管理

（一）發展安全計畫

若個案有自殺風險，需發展和形成個案自我保護行動計畫。在這過程中，輔導人員與個案共同討論並訂定出計畫，不代替個案做決定，不要讓個案覺得自己的主控性、獨立性與自尊有被剝奪的感覺。輔導人員可嘗試協助個案了解什麼原因或想法造成危機，之後運用認知重建、指定家庭作業、設想不同的問題解決方法，形成行動計畫。輔導人員在過程中是行動計畫的協助者，協助個案克服障礙，達成改變的目標。整體安全計畫著重於記錄個案可以使用的內在與外在資源，而非規定不自殺或不自傷，也無強制性。可參考下表 8，針對不同個案設計適合的安全計畫。

表 8

自殺高風險個案安全計畫討論表

步驟	1	2	3
步驟 1：寫下自殺危機警訊			
步驟 2：強化內在因應策略			
步驟 3：寫出可協助轉移注意力的人或環境			
步驟 4：寫出可提供援助的人			
步驟 5：危機下可聯繫的專業人員或單位／機構			
步驟 6：確保環境安全			
對我來說最重要的事情（而且可支持我活下去的事情）是…			

資料來源：引自 "Varcarolis' Foundations of Psychiatric-Mental Health Nursing（9th ed.）"（p. 480）, by M. J. Halter, 2021, Generic.

（二）建立系統合作與關懷網絡

整體的安全計畫是針對高危機個案的安全維護與追蹤管理所建立的，從安全計畫的討論中，亦應逐步建立**系統縝密的輔導關懷網絡**。高危機個案的安全計畫跟維護，需要系統一起

合作協助，建立較為縝密的關懷。一起協助的人員可能包括醫師、關懷訪視員、輔導人員、諮商師、家人、伴侶或好友、導師及其他相關學校人員等。

1. 醫療與安全資源的協助

面對高度自殺危機個案，需要先由精神醫療評估強制住院或相關治療的需求。有自殺行動的學生，在醫院治療，就是最好的安全維護。在自殺行動的相關統計中，有過自殺行動再一次自殺的比例是 50%，這表示有過自殺行動的學生，是很重要的安全維護對象，醫院的安全維護是 24 小時存在的，而且可以加入治療的因素，個案比較能夠在醫院當中得到安全維護進行治療，這對於有自殺行動的學生，可以是最好的處理方法之一。有時因未達住院需求或者無法立即入院時，這時若能有 24 小時的專責安全人員，就可以在個案有需要的時候，將個案送到醫院急診。24 小時的專責安全人員，可能視學生心理精神病理評估、家庭狀況、身處的環境、支持系統、學校資源等會有不同，但仍需努力尋找可以協助的安全資源。照顧一位高危機的學生是壓力非常大的工作，所以需要有社會資源的支持，讓個案知道在夜間他有強烈的衝動的時候，可以聯絡誰，這是一件非常重要的事情。其次，夜間 24 小時聯絡的人員，需要具備有基本的評估知識，評估個案只是需要談話的協助，還是個案的衝動已經非常強烈，需要協助將個案送到醫院的急診去，進一步讓醫生做評估。通常 119 專線的人，或是 1925 專線的人員，都有基本的評估能力，可以協助將困難的學生送到醫院去評估。

2. 主責輔導老師進行個案管理

學生在學校學習的時間很長，通常以日間的學習為主，所以對於有自殺行動或計畫的學生，需要為這一類的學生安排至少一週一次與主責個案管理之輔導老師進行晤談，並評估是否導入一週一次的諮商談話。諮商談話的重點在於處理自我傷害自殺的原因與動機。個案管理的談話主要在處理和學校相關的議題，例如是不是需要減修學分，需不需要休學，和家人合作，這些非常實際的問題。通常大專校院憂鬱症的學生透過減修學分的方式，都會大大的減少個案的壓力，原先 25 個學分，能夠降為 6 個學分到 9 個學分，會協助個案具有較高的控制感，也比較能夠完成學業。有時也會考慮休學或者導入校內學習或其他資源的必要性，因此會透過召開個案會議的方式商討評估相關資源的導入與做法，通常校內相關人員會包括導師、任課老師以及相關行政單位，像是教務處或者健康中心等。此外，輔導老師個案管理工作與心理師的諮商工作，二者在個案處在不穩定狀態時，亦有必要進行較多的討論與評估，了解個案的變化以及評估相關資源的合作療效情形。

3. 與個案家人溝通並請家人協助

有時針對有自殺行動又不願意住院的個案，在自殺安全維護上面，就需要安排 24 小時都有人在旁陪伴。這時需要仰賴家人或親友的協助。有時候也可以用分段陪伴的方式，就是讓家人可以在晚上的時候陪伴，白天的時間可以找有空的親人，或退休的親戚叔叔伯伯阿姨來協助，如果都沒有家人或親人可以協助，通常尋求日間看護的協助也是一種方式，日間看護在付費的狀況下，運用一個月到三個月的時間來照顧個案，這也是一種自殺安全維護的做法。有過自殺行動的學生通常需要輔導人員協助其與父母進行溝通，幫助父母了解孩子自殺行動的背後，可能是憂鬱身心狀態的呈現、可能是渴望被協助卻又害怕求助的掙扎。

4. 個案在校安全維護需導師、相關處室、輔導老師與家長一同協助

如果學生因為某些因素無法住院治療，又有過自殺行動，這時白天上學的時候有人 24 小時的陪伴，這個陪伴可以是進入學習場域，帶著個案出門也帶著個案回家。回家之後也有人進行 24 小時的陪伴，外加就診用藥，在這樣安全的維護當中，可透過安全計畫多方的商討，視學校所建立的做法、學生的支持網絡等考量，建立以學生為中心的安全行動計畫，並搭配用藥和諮商輔導的效果，慢慢去緩解學生自殺行動的衝動和行為。若學生願意跟輔導老師、導師或者其他處室人員配合，可以運用每週通報的方式，也就是每週每天早上跟此人員用電話進行通報自己的狀況，在學校建立的安全網絡中，可以即時地介入並充分的討論合作。這對於一些有自殺行動，又同時可以跟老師建立良好關係的學生，是一種很好的追蹤管理。若無法達成，考量學生身心狀態、年齡等，有時也須請家長一同進入校園進行安全照護。

六、非自殺性自傷的介入

（一）學生自我傷害的成因

非自殺性自傷可能的成因如下：

1. 轉移情緒

有時學生在經驗到人際關係的挫敗時，會用自我傷害的方式來處理。例如最好的朋友和自己不再友好，而此時學生不知道找人談論，也沒有方法去處理內心的焦慮，從而引發一種自我傷害的行為。

2. 避免失控

有些自我傷害的原因是學生在面臨非常痛苦的事件，例如父母在離婚的困難當中，學生感覺到一種無法控制的感覺，在現實的狀況中，學生感受到無法掌握自己，透過掐自己的手指甲，或是用一種自我傷害的方式來讓自己暫時離開那種無法控制的感覺。

3. 沒有價值的自我感受

有些學生在感受到自己沒有價值的時候，會透過自我傷害的方式來懲罰沒有價值的自己，這種常常發生在童年時候，父母對於學生在犯錯的時候，對其身體懲罰的結果。

4. 引起別人的關心

自我傷害的行為有時候是可以引起同學的注意，父母的關心，以及老師的重視。因為有外顯的傷痕會讓別人感受到一種擔心，透過這樣的擔心對學生有更多的理解同情與傾聽，這樣子的方式常常會加強學生重複自我傷害的可能。

5. 模仿效果

有些學生自我傷害主要是因為看到同學們也在做，所以在自己有痛苦的狀況之下就是企圖用同學使用的方法來解決自己面對的內在挫敗感，這樣子的原因主要是來自於模仿的效果。

（二）如何幫助有自我傷害意圖的學生

以下提供幾項輔導作法：

1. 成為好的傾聽者，和學生建立關係

自我傷害行為的發生，主要是因為有一些話語沒有辦法被聽見，一些辛苦的經驗無法被接納或理解。如果老師或輔導老師可以認真的傾聽個案內在的痛苦，通常這樣的行為就會有所修正。

2. 進入個案的世界，重新架構處理或因應痛苦的作法

透過進入個案的世界，了解個案的解決方式，進一步就有機會可以重新架構（reframing）

個案看待或因應問題解決的方式。此部分主要是讓個案了解他之所以會自我傷害，並不是真的要傷害自己，而是面對的事情實在太痛苦了，他又想不到可以解決的方法，所以用自我傷害的方式來轉移自己的注意力。這個時候輔導老師可以專注於幫助個案去了解他行為的意義，因為許多學生會認為他是想要死亡所以才自我傷害，事實上學生的困難是想要離開讓他痛苦的事，所以自我傷害只是讓自己可以離開痛苦的狀況。

3. 給予深度同理的了解與支持

學生常常會認為他遇到的事情是非常大的事情，這個時候老師可以站在對學生痛苦的理解，對他說：「我可以感受到你的內心有痛苦，雖然我還不知道能夠怎麼樣的幫助你了解痛苦，但是我願意陪你，去了解一下你內在發生了什麼，讓你這麼痛苦。」對個案表達真誠的理解和支持。

4. 對這類事情抱持深度警戒

當學生一而再再而三地自我傷害時，還是要對這樣的事情保持警戒，最好的方法是在學生每一次自我傷害的時候，都可以帶他前往醫師的診所或是醫院的急診，讓醫生有所評估，這樣的方式也是表達對學生狀況的一種正向重視，另外一方面也是要有所警戒，不要讓學生的狀況惡化成自殺的狀況。

5. 建立學生周圍人際關係的連結

讓個案知道輔導老師或諮商師會去連結他周圍的人際關係，如果父母在家裡發現孩子有自傷的行為，可以馬上通報學校的輔導人員，能夠進行立即性的處理，而同學方面發現了學生有自我傷害的行為，也知道可以跟輔導中心通報。如果是在夜間發生的事情，這個時候就可以利用社會安全系統，用 110 或 119 的方式來進行通報，讓學生可以先到醫院的急診去讓醫生評估。每一次的自我傷害都有評估是非常重要的，而一般的家長和同學，或是老師都並沒有這樣的能力，所以這個時候透過專業的醫療院所，給予專業的評估非常重要。

（三）輔導人員處理自我傷害行為要注意的事情

1. 沉著穩定的因應

有些個案的自我傷害行為會讓人有怵目驚心、不忍目睹的感覺，例如：拔掉指甲形成重

複性的傷口、摳撕手皮導致皮膚剝落、在手臂上重複割劃而留下傷痕等，前述狀態與畫面都會令人不忍與擔憂，無論資歷深淺都可能在情緒上感受到衝擊和壓力，這些亦是正常、可預期的反應。這時候輔導人員須適當的自我安頓，在短時間內緩衝、平穩下來，將注意力聚焦在審慎明快地處理學生急性、劇烈或擾亂不安的身心狀態。個案自傷的頻度、強度常意味著內在痛苦感受的深度。輔導人員須以沉著穩定的情緒及思維來因應，同理接納個案的處境，始能讓緊急狀況獲得緩衝。

2. 持續適切的關注

在自我傷害的案例中，有些個案重複出現自傷或自殺行為，令身邊的人擔憂害怕，且高重複性易使人疲憊乏力，降低警戒心，危機一再發生。這些個案的自我傷害行為往往具有工具性，當自傷得不到關注時，可能採取更決裂的方式傷害自己或威脅生命，以得到更多的關懷，無形中帶著自己走向更加危險的狀況。建議輔導人員在自殺、自傷個案的處理上，建立一套因應與關懷作業流程，持續適切的關注，並將個案轉介至精神醫療系統。

3. 謹慎妥切的措詞

個案在自我傷害前，常是面臨多重、長期的壓力，例如：學業的負荷、人際的挫敗等，家長有時因為害怕失去個案，飽受情緒上的折磨，甚至當個案再次自我傷害時，不禁說出具刺激性、傷害性的語言，這對個案的狀況沒有幫助，更可能因此破壞關係，讓個案處於激動狀態，容易再次做出傷害自己的行為。

4. 親師關係的合作

通常家長在面臨學生的自我傷害行為的時候，內在的狀態都會伴隨著害怕和痛苦的感覺，所以很容易去指責學生，也很容易去讓學生感受到自己做了不該做的事情，衍生出一種非常羞愧的感覺。所以需要對家長進行身心教育的衛教，幫助家長了解學生之所以有這個反應，有可能是面臨到一些人際的壓力，或是一些課業的壓力，所以最重要的是要先協助他減輕這個壓力，然後進入專業的輔導過程。個案的成長跟療癒需要一些時間，在這個時候協助父母了解個案的狀況，幫助父母解除害怕的心理，協助父母處理可能失去小孩的痛苦，都是很重要的身心教育。透過教育幫助父母更了解小孩，讓父母知道有需要的時候可以諮詢輔導老師，這都可以大大的降低父母的壓力和情緒。

陸、自殺事件後安心服務之處理

一、自殺事件中處遇性系統合作

校園自殺事件屬於三級預防中的處遇性輔導工作，當校園發生學生自殺身亡事件時，學校必須馬上啟動三個部分，一是處遇性校內外系統整合與分工合作，二是跨專業系統合作的個案會議，三是跨系統的專業人力，分別說明如下：

（一）處遇性校內外系統整合與分工合作

當發生自殺死亡事件時，自殺的地點會是牽動要啟動系統合作的廣度，若是在校內，則由校長召開危機小組（請參閱第 31 頁圖 3 教育部學生自我傷害防治處理機制流程圖），開始進行後續事宜，但若是自殺地點在校外，則需啟動校內外各項系統合作機制如圖 8，但不論是校內或校外，安心服務都需要進行。

（二）跨專業系統合作個案會議

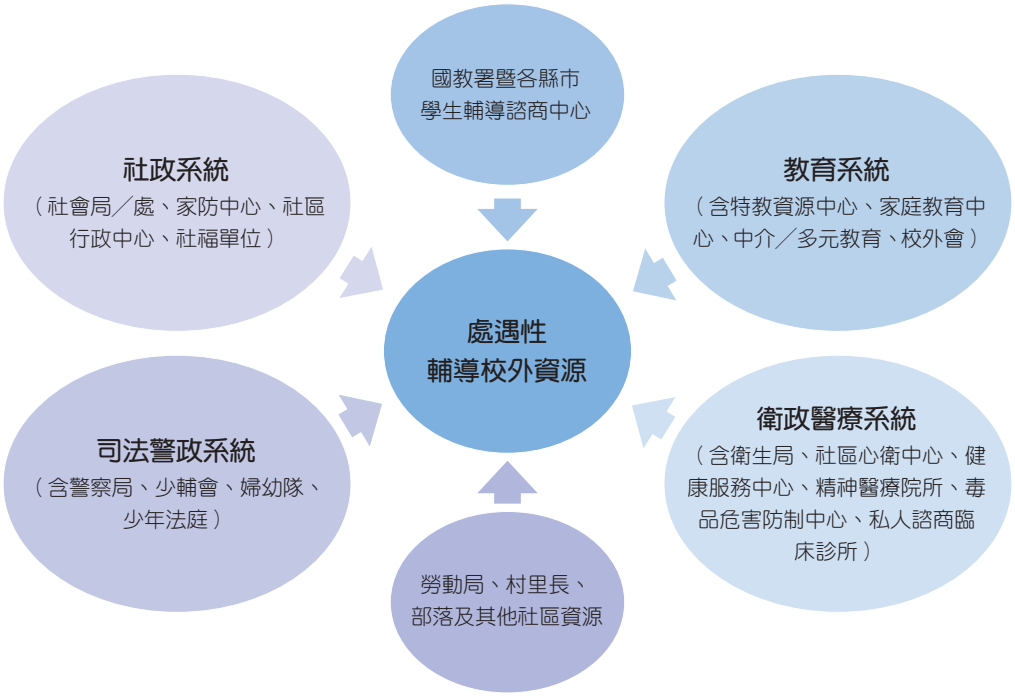
跨專業系統合作個案會議的召開與啟動主要針對兩個部分，一是針對自殺死亡學生之重要他人的後續輔導服務，二是針對與個案有接觸或於當天目睹之學生，雖與個案不熟，但有受到衝擊之學校教職員工生。目的在進行處遇性輔導引進各種相關資源，主責人員可以考量學校受衝擊的教職員工生的多寡來決定何時召開以及如何召開。召開專業系統合作個案會議的考量因素包含：需要藉由專業系統合作個案會議達成的目的為何？需要進行那些資源整合與分工？如何在最短時間讓那些資源系統人員有直接溝通並達到專業系統合作個案會議功能以及進行直接服務？召開的專業系統合作個案會議主要目的，在整合跨專業資源。希望藉由專業系統合作個案會議的召開，統合校內外各專業工作者，分享彼此經驗與觀點，建立共識，達到分工合作之效。

（三）跨系統專業人力

跨系統專業人力包括：諮商心理師、臨床心理師或社會工作師（此指輔諮中心以外的心理師與社工師）、兒童青少年心智科醫師或精神科醫師、特殊教育教師、警政、法政、衛政等相關人員或相關學者專家等等（如圖 8）。

圖 8

學校處遇性輔導校外資源系統



資料來源：《高級中等學校輔導參考手冊》，王麗斐（主編），2020，教育部，p.157。圖中所提之資源皆為地方政府資源。

二、 校園內發生學生意外死亡之危機事件處理步驟注意事項

當校園內發生學生意外死亡之危機事件為例，說明處理步驟與流程，各校可依學校狀況自行調整，請參閱本手冊第三部分（如第 126 頁表 13）。其中，針對校園內發生學生意外死亡之危機事件處理步驟部分，幾點注意事項補充說明如下：

（一）輔導室預留人力。

在進行危機處理相關工作時，輔導組須協調校內人力留守輔導處（室），以確保相關工作順利進行，切勿變成空城。

（二）關注特殊日子與相關學生狀況。

特殊日子與特殊時間，須留意相關學生狀況。請特別注意，一般面臨親友自殺身亡的人，

會出現「週年效應」，即在事件發生的週年，許多受到影響者可能會再度出現強烈的情緒或生理反應，此為十分容易發生危險的時刻，而在其他特殊的節日，也會有類似的效應產生，這些危機狀況的好發節日包含：當事人自殺週年、當事人的生日、畢業典禮、開學、當事人和班級的特殊日子，如，當事人為班級獲得獎項的紀念日等。這些日子都是危險發生率較高的時刻，相關人員必須特別注意高危險群師生的動態。

（三）與死者道別（班級道別活動、參加告別式）須注意事項。

校園中若有學生發生意外事故身亡，最直接受到衝擊的便是朝夕相處的班上同學。因此，藉由儀式性的道別活動，讓學生有機會抒發對逝者的情感，具有療傷止痛的作用，如：寫小卡、參與告別式等，但活動的內容與方式，通常由學生自己思考與決定，而非教師指派，並由輔導人員評估此活動的可行性，並適時給予資源，或幫班級學生向學校或危機處理小組進行協商。同時也要尊重每一個學生的特殊性與決定權，而不是強迫全班一起參與此活動。若學生要參加告別式，針對年紀不同的學生，會造成不同的心理影響，建議國小、國中不鼓勵參加告別式，若要追悼往生同學，以班級道別活動即可，高中則建議個別前往並徵得家長同意。特別提醒，在班級進行的活動稱為「班級道別活動」，是讓班級同學有機會好好與往生者道別，切不可稱為「班級告別活動」，此兩者意義不同，在活動布置上，班級道別活動，也請勿擺置成靈堂形式，勿擺掛往生者照片，而是以班級教室原有形式，進行桌椅調整即可，同學藉此機會表達對往生者懷念與祝福。

（四）安心服務－減壓團體實施須注意事項。

校園自我傷害的事後處置階段，需掌握時效進行減壓團體，通常會在往生者告別式前辦理，並依照各校師生狀況，專業心理人員可選擇進行「語言模式」或「非語言模式」之減壓方案，一般來說，在高級中學以下學校，針對學生部分，會以非語言模式減壓團體為主，教職員以及大專院校學生，則以語言模式為主，也就是年紀愈小者，或是語言表達有困難者，比較適用非語言模式，年紀愈長者，則較適用語言模式。減壓團體可以對當事人的同校教職員工生施行，以降低他們受到自我傷害事件的創傷性衝擊、減少耗竭，同時，可以透過此團體的篩選，找出需要進一步協助的人。「語言模式減壓團體」與「非語言模式減壓團體」請參閱「教育部學生輔導諮商中心」網頁裡服務內容之「安心服務」資料，網址：https://ccme.cloud.ncnu.edu.tw/。自殺事件後安心服務可依各校實際狀況與需要以及學生性質，於需要時參考辦理。

柒、輔導人員自我照顧

在校園輔導工作裡，對自殺意念或自傷行為學生的輔導，是輔導人員最大的壓力來源之一。當我們知道個案有自殺意念或自傷行為時，首先面臨的是倫理上的衝突與權衡。臺灣諮商心理學會，為實踐諮商專業之社會倫理責任，制訂「諮商心理專業倫理守則」，在守則第二條談到諮商倫理的 6 項基本原則包括：自主、無傷害、獲益、公正、忠誠、實誠。當面對有自殺高風險的個案，輔導人員會以個案不受傷害為優先考量，將忠誠及自主等原則擺在後頭，即使有可能會破壞與個案間信任的專業關係、會限制個案自主決定之權益，在維護生命的優先前提下，仍會進行通報並知會學生家屬。

此時，輔導人員感受到的壓力，不只是學生的安危，更包括與家屬的溝通、校內其他單位與師長的系統合作。若學生不幸身亡，內心感受更是複雜，可能會有憤恨，為何自己做了努力卻還是無法改變學生自殺意念及行動。也可能會有內疚、罪咎，心想若當初有做些什麼，或許就不會發生憾事。除此之外，也會有難以終止的悲傷，甚至持續好長一段時間無法入睡。特別是在這樣的時刻，團隊夥伴要相互支持，彼此支援工作外，更須相互打氣支持。輔導人員在面對自殺意念或自傷個案時，也須提醒自己，不可忽略對自我身心狀態的關照。輔導人員需要先將自己身心健康狀況照顧好，才會有充足的正能量來穩定危機、安定個案與周遭相關人員的心理狀態。

許多國內外研究（汪淑媛，2014；陳若璋等人，2012；Pearlman & Saakvitne, 1995）都曾對專業助人工作者的「替代性創傷」進行探究，結果發現，與重大創傷受害者一起工作的專業助人工作者，容易產生類似受害者的創傷，包括絕望、憤怒、恐懼、擔心個人安全等情緒；身體會感到疲倦、無力、睡眠困難；認知上可能會有注意力集中困難、不斷回想創傷記憶等，統稱專業助人工作者的「替代性創傷」。

替代性創傷與專業耗竭有所不同，輔導人員在協助有重大生命創傷的個案，容易身心受到影響而衍生類似受害者的創傷，稱之為專業助人工作者的「替代性創傷」；然而，若輔導人員未能及時察覺這些替代創傷反應，採取適當的因應與疏導，則有可能會引發其他如逃避任務、缺乏動機等工作退縮表現，進而導致專業耗竭。

Figley 與 Stamm（1999）發展「憐憫疲乏自我檢測量表（Compassion Fatigue Self-Test）」，協助助人工作者辨別替代性創傷與專業耗竭之差異以及是否處於專業耗竭的危險狀態，並免

費給助人工作者使用。汪淑媛（2014）也將此檢測量表翻譯成中文，提供給實務工作者參考如表 9。各位輔導人員也可透過本量表觀照自我身心狀況，以便即時尋求協助。

助人工作高度地與人直接接觸，對個案的同理憐憫有時讓人覺得心靈滿足，但有時卻令人窒息透不過氣，下面自我檢測量表可評估你對個案的同理憐憫是否有疲乏的風險，請依照你上週的真實狀況作答，計分方式與指標亦附如下。其中量表分為兩主題，1 至 45 題呈現「你上週的狀態」，46 至 66 題則為「身為助人者以及你目前的工作環境」。

表 9

助人工作者憐憫疲乏自我檢測量表

題號	題目	從不	很少	偶爾	有時候	經常	總是
1	我很快樂	0	1	2	3	4	5
2	我滿意我的生活	0	1	2	3	4	5
3	我有信仰支持	0	1	2	3	4	5
4	我感覺與人疏離	0	1	2	3	4	5
5	我能從案主身上學習新的事物	0	1	2	3	4	5
6	我強迫自己避免某些想法或感覺，因為他們會讓我想起某個驚恐的經驗	0	1	2	3	4	5
7	我會避免某些活動或情境，因為他們使我想起某個驚恐的經驗	0	1	2	3	4	5
8	面對驚恐的事件，我有記憶斷裂現象	0	1	2	3	4	5
9	我與他人有相互連結的感覺	0	1	2	3	4	5
10	我覺得平靜	0	1	2	3	4	5
11	我相信我的工作與下班生活是平衡的	0	1	2	3	4	5
12	我難以入睡或難以一覺到天亮	0	1	2	3	4	5
13	我會因一點點挑釁而爆怒	0	1	2	3	4	5
14	我一直能做我自己	0	1	2	3	4	5
15	我很容易受驚嚇	0	1	2	3	4	5
16	當我協助受害案主時，我想以暴力對付加害者	0	1	2	3	4	5

（續下頁）

表 9

助人工作者憐憫疲乏自我檢測量表（續）

題號	題目	從不	很少	偶爾	有時候	經常	總是
17	我是個敏感的人	0	1	2	3	4	5
18	我腦海會重現與案主相關的影像	0	1	2	3	4	5
19	當我面臨高度壓力的情境時，我有好的同儕支持	0	1	2	3	4	5
20	我成年時期有直接的創傷經驗	0	1	2	3	4	5
21	我童年時期有直接的創傷經驗	0	1	2	3	4	5
22	我想我需要「走出」我生活中的某個的創傷經驗	0	1	2	3	4	5
23	我想我需要擁有更多知心好友	0	1	2	3	4	5
24	我想沒有人可以一起談高度壓力的經驗	0	1	2	3	4	5
25	我已經過度工作到影響私生活	0	1	2	3	4	5
26	與案主工作帶給我很大的滿足	0	1	2	3	4	5
27	與案主工作之後，我會生氣勃勃	0	1	2	3	4	5
28	我曾被案主對我說的話或行為驚嚇	0	1	2	3	4	5
29	我有令人困擾的夢，夢境類似案主的情境	0	1	2	3	4	5
30	對於個案以及如何幫助他們，我感到高興	0	1	2	3	4	5
31	對特別困難的案主，腦海會不能控制地浮現與他們相關的念頭	0	1	2	3	4	5
32	我曾在協助案主時，突然憶起驚恐不安的經驗	0	1	2	3	4	5
33	我得同時全神貫注地處理一個以上的案主	0	1	2	3	4	5
34	我正因為某個案主的創傷經驗而失眠	0	1	2	3	4	5
35	我因能幫助受害者而感到喜悅	0	1	2	3	4	5
36	我可能已經被案主的創傷壓力所「感染」	0	1	2	3	4	5
37	透過協助案主的創傷壓力，我覺得我可能有面對創傷的免疫力	0	1	2	3	4	5
38	我會提醒自己，少去擔心案主的福祉	0	1	2	3	4	5
39	身為助人工作者，我有陷入困境的感覺	0	1	2	3	4	5

（續下頁）

表 9

助人工作者憐憫疲乏自我檢測量表（續）

題號	題目	從不	很少	偶爾	有時候	經常	總是
40	我有一種因案主而起的絕望感	0	1	2	3	4	5
41	因為與某些案主工作，讓我覺得處於社會邊緣位置	0	1	2	3	4	5
42	我希望可以避免與某些案主一起工作	0	1	2	3	4	5
43	某些案主讓我很愉快	0	1	2	3	4	5
44	我曾因協助案主而身陷危險	0	1	2	3	4	5
45	我覺得有些案主並不喜歡我	0	1	2	3	4	5
46	我喜歡身為助人者	0	1	2	3	4	5
47	我有從事助人工作所必需的資源與工具	0	1	2	3	4	5
48	助人工作讓我感到虛弱、疲累、精疲力盡	0	1	2	3	4	5
49	助人工作讓我感到沮喪、憂鬱	0	1	2	3	4	5
50	我覺得我是一個成功的助人者	0	1	2	3	4	5
51	我無法將個人生活與助人工作分開	0	1	2	3	4	5
52	我喜歡我的工作夥伴	0	1	2	3	4	5
53	當我需要時，我會依靠來自同事的幫忙	0	1	2	3	4	5
54	當我的同事有需要時，能得到我的協助	0	1	2	3	4	5
55	我信任我的同事	0	1	2	3	4	5
56	對同事，我少有慈悲同理心	0	1	2	3	4	5
57	我很滿意我能跟上科技	0	1	2	3	4	5
58	我覺得我工作是為了金錢與名望，勝過實現自我	0	1	2	3	4	5
59	儘管我必須做不喜歡的文書作業，但我仍然有時間與案主工作	0	1	2	3	4	5
60	我很難將助人工作與私人生活分開	0	1	2	3	4	5
61	我很滿意我能跟上當代助人技能和守則	0	1	2	3	4	5
62	身為助人者，我對這個角色感到不值得、理想破滅、並且充滿怨念	0	1	2	3	4	5

（續下頁）

表 9

助人工作者憐憫疲乏自我檢測量表（續）

題號	題目	從不	很少	偶爾	有時候	經常	總是
63	我是一個失敗的助人者	0	1	2	3	4	5
64	我沒有持續在實現我的生活目標	0	1	2	3	4	5
65	身為助人角色，我必須處理官僚瑣事	0	1	2	3	4	5
66	我很久以前就計畫要成為一位助人工作者	0	1	2	3	4	5

計分方式：

提醒各位填答者：以下分數僅提供自我評估參考，而非確定的指數。請確認你是否完成每個題目，你圈選的數字就代表你該題的分數，請將每題的分數填入下表中。

A. 測量主題：對案主同理關懷讓你滿足與否的潛力指數，總分 ____ 分（共 26 題）

題號	1	2	3	5	9	10	11	14	19
分數									
題號	26	27	30	35	37	43	46	47	50
分數									
題號	52	53	54	55	57	59	61	66	
分數									

B. 測量主題：你可能面臨崩熬（burnout）的風險指數，總分 ____ 分（共 17 題）

題號	17	23	24	25	41	42	45	48	49
分數									
題號	51	56	58	60	62	63	64	65	
分數									

C. 測量主題：你悲憫疲乏的風險指數，總分 ____ 分（共 23 題）

題號	4	6	7	8	12	13	15	16	18
分數									
題號	20	21	22	28	29	31	32	33	34
分數									
題號	36	38	39	40	44				
分數									

測驗結果：

類別	測量主題	總分	分數意義
A 主題	對案主同理關懷讓你滿足與否的潛力指數		● 118 分以上＝非常高潛力 ● 100 分— 117 分＝高潛力 ● 82 分— 99 分＝良好的潛力 ● 64 分— 81 分＝適度的潛力 ● 63 分以下＝低潛力
B 主題	你可能面臨耗竭（burnout）的風險指數		● 36 分以下＝非常低風險 ● 37 分— 50 分＝適度的風險 ● 51 分— 75 分＝高風險 ● 76 分— 85 分＝非常高風險
C 主題	你悲憫疲乏的風險指數		● 26 分以下＝非常低風險 ● 27 分— 30 分＝低風險 ● 31 分— 35 分＝適度風險 ● 36 分— 40 分＝高風險 ● 高於 41 分＝非常高風險

資料來源：引自〈替代性創傷是助人工作者 不可避免之風險？〉，汪淑媛，2014，《社區發展季刊》，*147*，p. 151-154。

除了透過「憐憫疲乏自我檢測量表」檢核自我身心狀態，Pearlman 與 Saakvitne（1995）也提到，專業助人工作者在處理創傷個案時，可以透過以下八個向度進行自我身心狀況的覺察：

1. 自我認同危機：對自我感到懷疑、對個案失去耐心、對他人不信任。

2. 世界觀的負面：質疑過去對世界的認知，懷疑人性的善與惡。

3. 靈性內涵傷害：愛、好奇、感恩、原諒的正向生命態度，因靈性傷害而被侵擾。

4. 自我包容力低：易哭、易怒、無法忍受強烈的情緒反應。

5. 自我資源耗竭：超時工作、忽視自己的需要，最終心理能量耗竭。

6. 心理滿足感低：對他人的信任感、自我價值感、親密關係滿足感降低。

7. 感官系統受損：身體感覺、聽覺、味覺都受到創傷事件影響而改變。

8. 負向防衛機制：情緒麻木、否認、易怒、攻擊等負向防衛機制容易啟動。

輔導人員面對危機事件時，可以透過上述八個向度的自我覺察，觀照自我身心狀況。當我們發現自己精疲力竭，與同事逐漸疏遠，對工作失去熱忱，甚至感到麻木，缺乏創新思維，影響工作之外的家庭生活，這時有可能是出現了專業耗竭的現象（Skovholt, 2001）。

輔導人員在處理自殺與自我傷害危機事件時，可能會衍生心理壓力與專業耗竭的狀況，此時，除了要提高自我覺察的能力外，建議也要有積極的自我照顧行動。說明如下：

一、定期接受專業督導與行政工作諮詢

輔導人員在助人的工作上，永遠都有可以持續精進的空間，讓我們在下一次的個案工作上，能提供更適切、更好的服務；因此，定期接受專業督導與輔導行政工作、個管工作的專業諮詢，是很重要的。在這督導與諮詢的過程中，我們更有機會可以看見自己的能量與限制，也讓我們更可以安心自在的工作。

二、在工作職場中發展與他人同理互助的合作關係

在面對校園危機事件，單靠輔導人員一己之力，是無法有效緩解危機的。這時，我們需要與校內系統、家長、醫療與社政、衛政、警政系統共同合作；因此，如何在職場中建構與他人的同理、互助、合作的關係，就很重要了。

在前揭的關係中，諮商輔導中心內部夥伴們的關係更為核心重要。建議中心輔導夥伴們，可以透過定期的中心會議建構彼此的合作信任與默契，並形塑「勇於承擔」與「不就責」的職場文化，讓彼此能更友善的支持合作。

三、 建構安全無虞的工作環境

輔導人員的主要工作環境，除了中心辦公室外，應該就是個別諮商室了。因此，諮商室中的緊急鈴設置、空間的隱密性與隔音效果等，均應符合《學校輔導工作場所設置基準》的規定。

四、 輔導人員也需要危機減壓

輔導人員也是凡人，在處理危機事件的過程中，也可能承受著難以避免的高壓，必要的時候，我們是可以求助，也需要被照顧的。賴念華（2007）提出，在危機事件發生後72小時內，透過減壓團體可以幫助工作成員處理和調適事件對他的衝擊，可透過以下七步驟進行：

1. 「介紹」階段：介紹成員，大略說明減壓團體的過程。
2. 「事件」階段：帶領者以開放式問句提問，讓成員說說發生了什麼？
3. 「想法」階段：當你聽到這件事情時，你出現的第一個想法為何？
4. 「反應」階段：在這整個事件中，讓你感到最糟糕的部分為何？
5. 「症狀」階段：幫助成員去討論自己生理或心理的痛苦狀態。
6. 「教導」階段：症狀正常化是這階段最重要的任務。
7. 「重新出發」階段：幫助參與者對這件事在心理上做一個結束。

五、 接受自己的限制，也相信生命會自己找出路

面對危機事件，輔導人員也要接納自己的極限，檢視自己是否出現所謂的英雄情節。要了解我們並非救世主，無法拯救所有的生命，重要的是我們是否已經盡力提供協助。同時，也要相信生命會自己找出路，在適當的協助下，要相信個案會走出屬於自己的路。

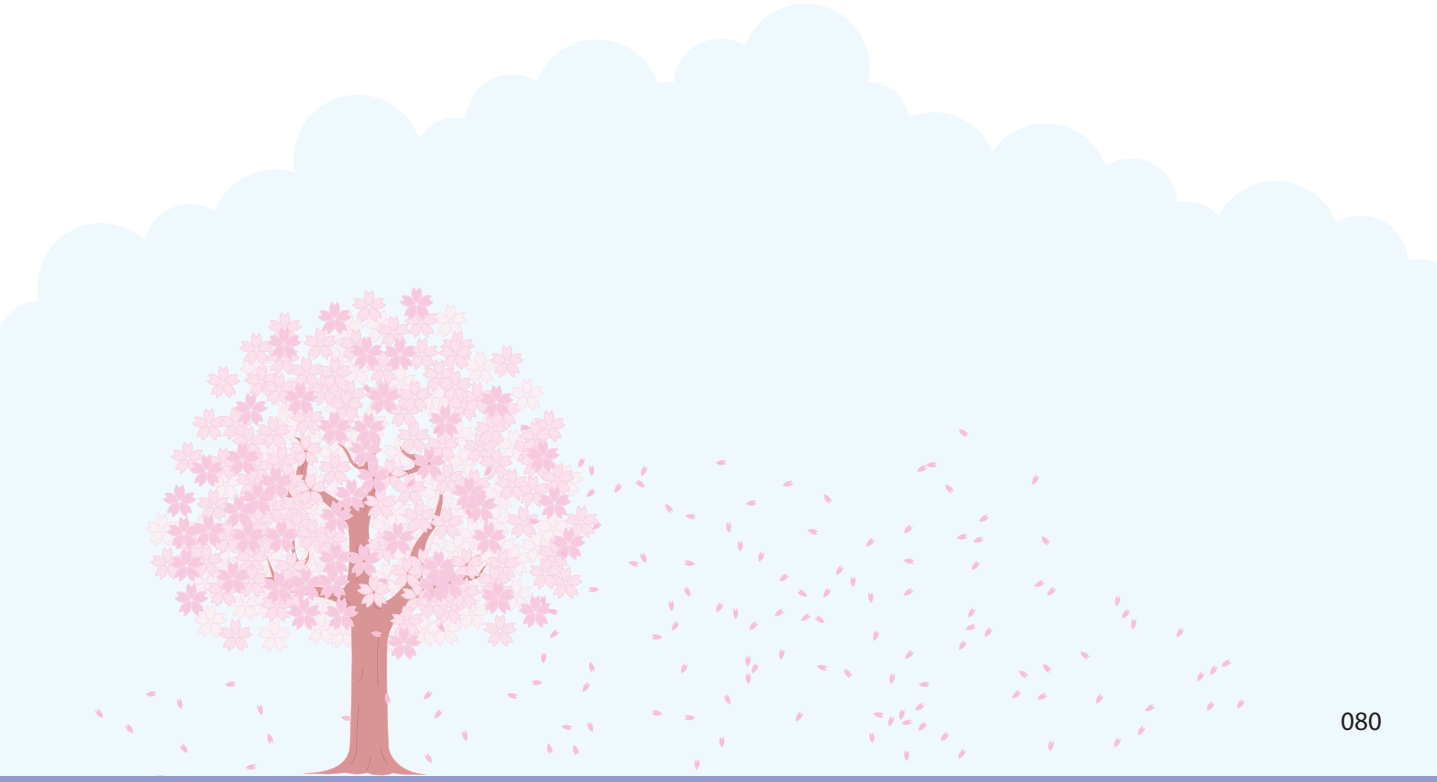
六、 培養正向的自我照護生活態度

無須等到危機出現，在平日生活就可以形成好的自我照護生活態度，培養好的生活習慣。例如健康的飲食、適當運動、瑜珈伸展、正念呼吸、身體掃描、音樂聆賞、靈性連結，非專業領域的興趣或學習，或是和好朋友偶爾的下午茶等，都是很好的自我照顧方式。

七、善用諮商輔導資源

輔導人員在助人的過程中，也會面臨許多的挫折與壓力，這時，或許適時尋求專業諮詢與諮商輔導，也是個不錯的選擇。「教育部教師諮商輔導支持中心」提供全方位的教師諮商輔導支持服務，服務內容包括個別諮商輔導（每年最多 6 次）、專業諮詢（可直接撥打 02-2321-1785「一起幫我」諮詢專線）、心理危機介入、團體諮商輔導、與宣導紓壓講座等。這個諮商輔導支持中心在北、中、南、東都有合作的諮商所與心理師，可便利各級學校輔導人員參考運用。

輔導人員在平日即可建立足夠的社會支持及紓壓方式，將其視為生活中重要的一部分，避免忙碌起來就忘記自我照顧的行動。彼此互相鼓勵和提醒，讓自我照顧帶來的活力平衡工作上的壓力！



第三部分

各級學校學生自我傷害防治之實務

第三部分以國小及國中、高中以及大學等三個學制面向，來說明校園自殺自傷的相關防治實務工作。除了先簡略說明現況外，也將針對該學制提供三級預防的作法，最後也呈現該階段輔導人員經常遇到的案例處遇作法。校園中直接輔導學生者可能是專任輔導教師、兼任輔導教師或專業輔導人員，像是社工師、心理師、輔諮中心輔導員等，在此均概稱為輔導人員、輔導老師或輔導者。

壹、國小及國中學生自殺與自傷防治實務

一、國中小學生的自殺與自傷

近年來，臺灣面臨著兒童及學生族群自殺死亡率上升問題。依據衛生福利部 2019 年度期末報告指出，19 歲以下兒少群體之自殺通報個案量有逐年上升趨勢（衛生福利部，2020），值得學校與社會重視。

（一）國中小學生的自殺與自傷原因

此時期的學生對於自殺的概念可能不同於成人，有自殺自傷風險可能顯示有嚴重心理精神困擾或身體疾病，或是處於高風險家庭、創傷、親子衝突，或是急性嚴重壓力事件／變故，或甚至是出於各種形式的霸凌情形，頗值得輔導人員留意。

一般而言，造成兒童及青少年自殺與自傷的危險因子，大致可以分為兩個面向：基因遺傳生理因素與環境因素（像是家庭、學校、社會等）。基因遺傳生理因素，包括像是精神疾患，如情感性疾患，或一些慢性疾病如癌症等，都可能提高兒童及青少年的自殺比例。而環境因素，包括像是特殊家庭境遇的孩童，如低社經狀態、低教育水準、照顧者失業、原住民或外

來移民的語言隔閡與價值觀衝突、經歷或目睹家庭暴力等；或是在學校可能會碰上同儕接納、性別認同、性取向等自我認同議題，或者課業壓力或挫折等。這些情形可能形成心理壓力、挫折或創傷，若兒童與青少年在發展過程中缺少接納、理解或支持，都可能造成自我貶抑，成為自殺高風險群。此外，曾有過自殺企圖的兒童與青少年更是自殺高風險的族群之一（衛生福利部，2017）。

這些因素中，家庭因素對於兒童及青少年的自殺與自傷有很大的影響。家庭是孩子第一個接受教育的環境，包括內化的性格、學習成人的處事模式、與他人的應對等等。成長過程中來，若發生如家庭照顧者疏於照顧，家庭內成員溝通不良、頻繁的衝突，父母親離婚、分居或死亡，或家庭成員有酒精濫用、反社會行為，曾出現自殺行為或罹患精神疾患，家庭暴力與虐待，這些家庭壓力對兒童及青少年的發展影響甚鉅（邱紹一、胡秀媛，2015）。

學校適應與霸凌因素也是兒童及青少年出現自殺與自傷行為的重要原因。這種出現在校園中、青少年族群間長期蓄意的攻擊行為，例如恃強凌弱、濫用語言，對正處於人格發展階段的兒少帶來極大的傷害。特別是青少年相當重視與同儕的關係，倘若無法受到同儕普遍的接納，是很大的負面影響。

現今因為電腦網路與通訊科技的普及，使霸凌行為透過這些新興媒體媒介成為網路霸凌。由於網路虛實難辨的特質，致使這些訊息廣泛流傳於同儕公審，迫使受害者心生懼怕、羞憤。雖然網路霸凌可能發生在任何年齡層，但對於正在求學階段的兒少來說，現象可能對其學業表現、未來人格發展、情緒及社會融合產生關鍵影響。尤其網路訊息傳佈快速，且會長期留存在網路上，使得霸凌受害者無時無刻處在煎熬與痛苦之中，更容易出現憂鬱症狀，造成心理創傷，出現失眠、焦慮、哭泣等生心理反應，是校園自殺自傷的危險因子。

（二）國中小學生的自殺與自傷徵兆

學校輔導人員需敏感於國中小學生所顯現出來的危險徵兆。林亮吟醫師（無日期）指出，對國小的學生而言，在學校較容易觀察到的症狀的是悲傷、沮喪、甚至憂鬱的表情，最明顯的症狀是活動力突然減弱，對平時很有興趣的活動和遊戲變得意興闌珊，出現行為問題，例如上課難以專注、害怕抗拒上學、和同學關係疏遠、和家人保持距離、學校的作業無法完成等，甚至也會出現因害怕焦慮而情緒浮躁衝動。這些行為再加上情緒，很容易被家人或老師誤解成不聽話，甚至是過動症，忽略嚴重憂鬱兒童可能產生的自殺意念或行動。

而到了青春期，青少年心理上積極迫切地想要尋求自我認同，生理上卻受到性荷爾蒙影響產生巨大的改變，家庭不見得跟得上青少年身心的改變，同儕也都處於類似的不穩定狀態，學校課業的壓力與難度更在此時同步上升。自我概念本就不穩定的時期，可能在家庭互動、人際互動、學習上遭遇挫折、衝突與失落時，經常感覺不被理解、孤單、無價值感，累積負向自我認同，正向支持不足的青少年就可能透過自殺與自傷行動展現內心的痛苦。

國中小學生習慣使用 IG、抖音等社交互動工具，可能在個人帳號上抒發痛苦情緒、放上自傷照片，甚至透露與預告自殺訊息；在實務現場也常見國中小學生主動於聯絡簿小日記、國文課的作文書寫出對生命的無價值感；也可能透過繪畫作品投射出內在的紊亂與情緒，這些求救訊息藏在國中國小學生的生活日常裡，值得輔導人員關注留意。

二、 國中小校園自殺自傷之三級預防工作

（一）國中小校園自殺自傷三級預防的內涵

1. 國中小校園自殺自傷三級預防的概念

校園自殺自傷三級預防工作的主要內涵中，初級預防強調政策性、環境性、教育性、互動性的全面預防工作，主要目的在辨識危險因素（壓力事件、情緒、家庭衝突等）與保護因素（支持系統、教育等），從中提升保護因子並降低危險因素。內容包括建立「自我傷害危機處理小組」的架構，改善校園自我傷害預防措施、推廣正確的生命與情緒教育，增加師生之間的互動交流等行動指標。

二級預防主要在篩選出高危險族群，提供心理輔導、資源協助等，落實早期發現早期介入的概念，以避免自我傷害行為的發生。三級預防為自我傷害危機事件發生時，依據其類型形成系統網路以進行相關後續事件的處理，主要目的在於避免事件產生的衝擊擴大，降低事件的負面影響，將危機轉化為轉機。

目前各縣市配合學生輔導法、國民小學與國民中學班級編制及教職員員額編制準則及教育部國民及學前教育署補助公立國民中學及國民小學置輔導教師實施要點，訂定輔導教師人力運用計畫，國民中小學逐年增置專任輔導教師，期望藉由專業人力的運作，健全學生諮商輔導管道，全面強化學校輔導功能，可以協助學校因應層出不窮的議題需求，其中也包含學生自殺危機處理。從前面第二部分所提及自殺、自傷防治三級預防和處理機制流程中，可以

清楚看到學校應發展具分工合作之三級輔導架構，先評估並了解學生安全與危險因子，再提出輔導方案。

2. 國中小校園自殺自傷三級預防的實務作法

三級輔導工作中初級預防首重發展性輔導工作，對象可包括學生、在校老師及家長三方面實施相關預防工作。針對學生部分，除了促進自我探索外，更重要的是增加學生「自助、求助、助人」的知識和能力。二級預防工作重視介入性輔導，學校方面應建置完整的系統網絡，強化校園安全，及進行高關懷學生的介入輔導。三級預防工作重視處遇性輔導工作，主要實施危機處理、個案管理、資源連結等工作。具體作法請見表 10。

表 10

國中小自殺危機學生之三級輔導與系統合作

初級預防	
發展性輔導工作方向	一、 訂定憂鬱與自我傷害防治實施計畫 二、 針對教師：辦理展開與兒少對話技巧、創傷知情、憂鬱自傷研習，提升學校人員基礎心理輔導知能，辨識學生可能之心理需求；辦理危機處遇相關研習，提升危機臨場應變能力。 三、 針對學生：營造使學生有機會自我探索，表達內在的聲音，進而理解自己，增進自我意識與反思的學習情境；推動生命教育及情感教育，以及培養學生正向思考的生命態度及適當情緒調節能力。 四、 針對家長：提高家長自我意識並強化其家庭角色之統整，促進親職教育能力，視子女成長調整親職位置，提升子女之幸福感。
強化之具體措施 **一、學校執行情形與策進作為** （一）依規定落實校安通報。各處（室）落實合作分工：如學務處積極巡邏校園與該班、總務處定期檢視校園死角與設置安全網、教務處協助課程彈性調整。 （二）透過導師會報向老師宣導憂鬱與自傷防治資訊。 （三）請導師協助關懷個案及個案好友，預防模仿效應。 **二、針對教師方面** （一）辦理時間：輔導人力職前訓練 40 小時及每年在職訓練 18 小時、一般教師輔導知能研習。 （二）辦理內容：校園危機處遇、校園危機事件實務演練、創傷知情、自殺守門人、憂鬱自傷學生警訊、精神／心理症狀與疾病初步辨識與回應、相關議題學生在校內輔導處遇與策略等研習。 （三）相關資源：可參考兒福聯盟網站中兒盟資源底下的多媒體影音與親子百寶箱，正在發展中的教師資源百寶箱；小鬱亂入網站，以及 e 等公務員 + 學習平臺、珍愛生命 e 學網、台灣自殺防治學會等資源，學習自殺防治專業知能。 **三、針對學生方面** （一）拉近學生與自我的關係：透過師生互動、各領域課程融入，促進學生自我探索，表達內在的聲音，進而理解自己，增進自我意識與反思。	

（續下頁）

表 10

國中小自殺危機學生之三級輔導與系統合作（續）

初級預防

（二）增加學生「自助、求助、助人」的知識和能力（視心智成熟程度而定）：

1. 自助：認識常見精神／心理症狀與疾病、了解自身的焦慮、用適當的方式幫助自己（如照顧好基本需求、使用過往有效的因應技巧、學習放鬆技巧等）。
2. 求助：中性看待精神／心理症狀與疾病、了解校園內外的求助資源與管道、鼓勵向信賴的成年人求助。
3. 助人：辨認自殺危機與警訊、關懷身邊家人朋友、了解一問二應三轉介自殺守門人原則、及早向信賴的成年人求助、擔任陪伴者之減壓與自我安頓。
4. 鼓勵運用課程推廣生命教育：例如生命曲線圖課程（帶領學生畫出生命軸線，標示出時間，軸線上方依時間點標示出幸福、有意義的正向事件，軸線下方標示出挫折、失落等負向經驗，分享並看見生命有落有起，探索讓自己從低走向高的優勢力量、正向資源等）。
5. 辦理生命教育體驗活動：例如特教障礙體驗、地震體驗、冒險體驗、蒙眼受困迫害與突破之人權教育體驗等，幫助學生從中學習生命之脆弱與珍貴。
6. 生命教育典範學習：擴展多元的生命樣態、拓展多元的選擇（例如：曾經在國中辦理生命鬥士金剛芭比林欣蓓的分享會，激勵了企圖自殺的學生活下去，學生反饋因此有了活下去的勇氣與決心）。

四、針對家長方面

（一）辦理時間：善用每學期家長座談會或班親會等學校最多家長參與的機會、學期中辦理親職成長課程、認輔志工培訓等。

（二）辦理內容：理解兒童青少年身心變化及次文化、與孩子談心的技巧、創造與孩子的對話、發展關愛孩子的方法、兒童青少年憂鬱情緒、認識常見精神／心理症狀與疾病、拒學與拒學家庭等主題，可以研習、座談、小團體等不同形式辦理。

二級預防

介入性輔導工作方向	一、 提升學校教師對於憂鬱情緒之辨識與輔導能力 二、 建立自殺自傷企圖之危機處理與善後處置作業流程

強化之具體措施

一、 輔導處（室）之具體作為

（一）輔導人員持續定期輔導高風險個案，密切掌握自殺自傷高危險群學生身心變化，依個案自傷現況調整輔導策略，評估個案需要尋求不同資源之專業諮詢，並視需要討論開案：輔諮中心、自殺防治中心、心衛中心、醫療等資源。

（二）可定期召開自殺防治會議，共同發展高危險群學生之輔導策略、各處室合作與調整方向，必要時邀請個案相關資源與會研討。

（三）分析輔導處（室）每月之二級個案及類型統計，掌握高關懷學生名單，並進行引發自殺或自傷的成因分析，增進全校人員的敏感度、及早辨識與介入。

（四）加強輔導活動課程授課內容：情緒之自我覺察、自我接納、自我安頓，如：情緒日記、認識自己的情緒來源、正念體驗、製作紓壓球等；破除情緒風暴與求助之標籤，說明各項資源協管道。

（五）提供學生表達情緒／自我安頓的管道，如設置實體輔導信箱、疫情間設置線上輔導專區，在輔導處（室）與校園中設置安心角，如水族箱、多肉植物種植區、正向能量牌卡及平安籤詩抽取區，擴展學生在校內身心調適之空間。

二、 培訓緊急應變及輔導人力

（一）培訓自殺防治守門人並連結危機處理小組，在必要時，進行正確且快速的介入。

（二）辦理校園危機事件處理安心服務人員研習。

（三）辦理校園危機事件處理及創傷知情進階實務督導團體。

（續下頁）

表 10

國中小自殺危機學生之三級輔導與系統合作（續）

三級預防	
處遇性輔導工作方向	一、 掌握高危險群學生 二、 以專業協助快速進入校園協助危機事件 三、 盤點系統資源並透過共案及個案研討方式將資源有效發揮
強化之具體措施 一、 輔導人員持續與個案相關之資源密切討論，建構對自殺與自傷個案的共同評估。 （一）理解問題的多面性。 （二）使用相關量表，如簡式健康量表、青少年憂鬱情緒自我檢視表、貝克憂鬱量表、貝克自殺量表。 （三）危機程度評估，如自殺意念（曾想過自殺？頻率？時間點？）有無完整的自殺計畫？有無行動？支持系統？等。 二、 校內輔導人員擔任個案管理者、資源整合者，同時與導師、家長有密切合作。 三、 可召開自殺個案研討，邀請專家共同發展高危險群學生之輔導策略、各處室合作與調整方向。 四、 校園自殺自傷事件發生之時的安心服務： （一）學校啟動危機小組，進行校安通報並召開會議，共同評估危機影響程度，匡列高關懷師生名單，可主動尋求學生輔導諮商中心協助。 （二）學生輔導諮商中心聯繫關懷學校處理流程，了解學校目前處理概況，提供專業諮詢，協助調派專業輔導人員進場支援安心服務、提供校內人員危機處理的運作參考、並協助校內輔導人員熟悉「心理急救」的步驟（談心、評估、商量、行動、追蹤）。 （三）學校輔導室（處）填寫「危機備忘錄」方式回報縣市政府教育局（處），針對「學生自我傷害後之狀況及學校處理」、「輔導摘要表」及相關佐證資料，召開小組會議檢視輔導措施。	
其他策進作為	
一、 連結縣市社福及衛政、醫療諮商系統進入學校及家庭進行宣導或關懷服務。 二、 學生輔導諮商中心連結縣市衛生局每學期辦理入校針對教師及學生的宣導。 三、 連結心理諮商及多元服務計畫，透過提供多重困難問題（學生本身及家庭系統經評估後）之學生及家長諮商服務，以提升個案家庭功能，促進個案身心健康。 四、 引入家庭關懷服務資源，提供自殺者親友的諮詢服務、關懷服務及宣講講座。	

資料來源：團隊自行整理。

（二）國中小自殺危機學生的評估與介入

國中小學生自殺傾向的評估面向與線索，可能是口頭上或在週記內容表達想死的念頭；明顯的行為改變，如課業表現一落千丈；家庭變故或重要關係的結束等……以上都可能讓學生進一步出現憂鬱、退縮行為，睡眠習慣紊亂或身體健康出現併發症狀。其餘指標可參考手冊第 46 頁表 6 高關懷學生行為評估指標。教育及輔導人員可蒐集不同層面的觀察，並參考第 59 頁之表 7 自殺危機評估表，從與有自殺危機的學生討論是否有自殺計畫，如細節、工具之取得、時間、方式的致命性、可獲救的機會等，先前的自殺企圖、環境壓力等。並綜合各種徵兆，如日常生活之處理方法、憂鬱情形、支持資源、溝通之方式、生活型態及健康狀況，

來判斷自殺危機的程度，進而研擬適當的介入策略及計畫。如果學校端不幸發生自殺危機事件，學務處要立即完成校安通報及法定通報，並依照事件危急狀況啟動學校危機小組應變，讓危機的影響降低至可控的範圍，後續啟動學校相關輔導機制。除此之外，也可盡快與學生輔導諮商中心聯繫，共同處理後續輔導機制與相關事宜。

三、 學生輔導諮商中心在自殺防治上的角色

學生輔導諮商中心在校園自殺防治工作上，是非常重要的資源，也是重要的合作夥伴。學生輔導諮商中心在這當中扮演的角色，除了建構校安事件追蹤處理流程、強化教師相關專業知能，在危機學生的評估、介入，甚至若發生不幸事件的安心與相關輔導處遇，都能提供學生重要的資源。相關系統合作中，中心也扮演重要的角色。以下進一步說明。

1. 協助建構「校安事件追蹤處理流程」，有效提升三級輔導成效（請參見圖 9）

（1）針對校安通報事件，學生輔導諮商中心人員主動先以電話方式，關懷並了解學校當下處理的概況，確認符合危機處遇流程，視需要以「危機備忘錄」方式回報地方政府教育局（處），並依照事件的嚴重程度隨時更新。

（2）視學校狀況及需求，提供緊急協助，如派員立即到場協助、提供專業諮詢及必要資源連結。必要時，參與學校專案會議，協助盤點人力及資源，共同討論自殺或自傷事件後續處遇。

（3）學校在事件後需繳交之「學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表」、「輔導摘要表」及相關佐證資料報府結案。學生輔導諮商中心可協助學校檢視輔導措施，倘若發現個案仍為高危機個案，則可召開專家會議，協助學校完善處遇。

2. 協助提升各縣（市）學校輔導人員自殺防治專業知能

（1）針對學校學務及輔導人員，規劃或辦理強化自殺危機處理相關研習，如校園危機處理安心服務人員研習及自殺防治守門員訓練。

（2）運用個案研討及成功案例的分享，加強輔導處遇概念及能力。

（3）針對學校自殺議題轉介二級個案，提供學校必要諮詢以提升學校教師敏覺度及辨識能力，針對高關懷學生進行追蹤輔導，提供學校及輔導教師相關專業諮詢，掌握學生適應狀況。

3. 協助學校進行自殺／自傷的心理評估

（1）理解自殺自傷問題的多面性。

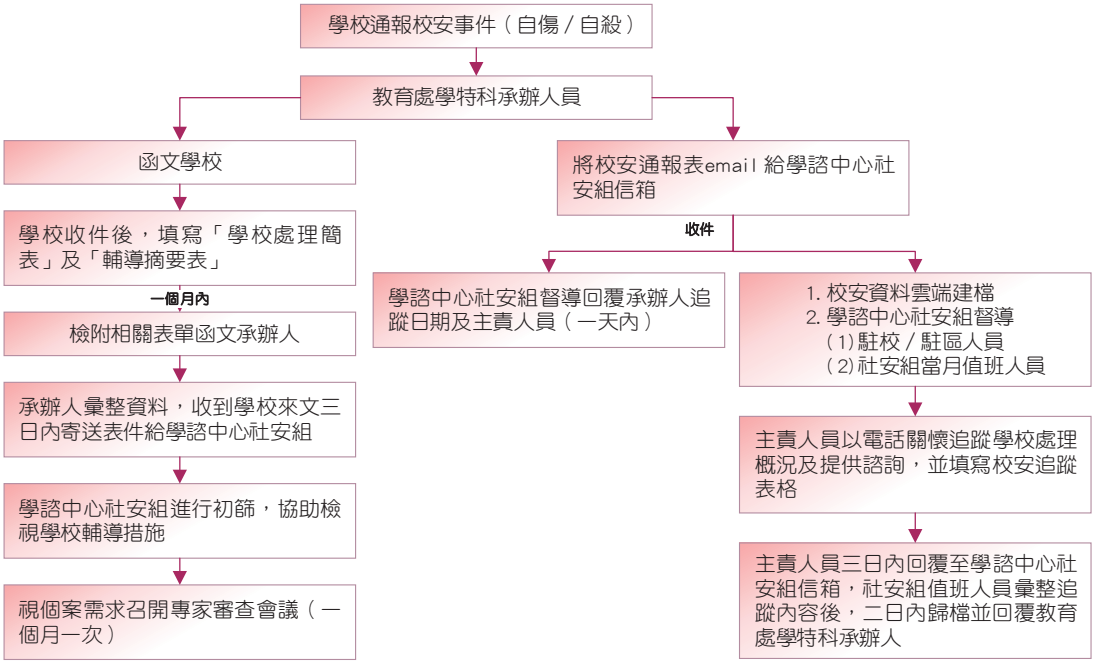
（2）協助中小學輔導教師使用相關量表，如簡式健康量表、青少年憂鬱情緒自我檢視表、貝克憂鬱量表、貝克自殺量表等。

（3）進行個案危機評估，如自殺意念（頻率、時間點），確認自殺計畫及是否有實際行動、支持系統等。

（4）協助學校輔導人員熟悉危機介入「心理急救」的步驟（談心、評估、商量、行動、追蹤）及危機處理的運作模式。

圖 9

校安事件追蹤處理流程



資料來源：參考彰化縣學生輔導諮商中心（無日期）：〈自殺／自傷校安追蹤流程〉。
https://scc.chc.edu.tw/Service?ParentID=6776bbc2-b4b7-4d80-a805-3e0e9c942c8b&ID=43158813-747a-478e-a011-8fc9bf930ea1。
各縣市校安事件追蹤處理流程作法略有不同，此流程圖僅供參考。

4. 直接進行緊急危機介入處遇

（1）自殺危機事件發生時，以專業協助快速進入校園，透過安心服務，協助危機事件當下的安心減壓（debriefing）與評估。

（2）協助盤點外部系統資源，透過共案連結並運用。如通報自殺防治中心，並與該單位或生命線社工共同後續處遇；針對有家庭或經濟議題的個案，通報脆弱家庭，並連結相關社福單位等，提供必要協助；針對有精神或情緒困擾的個案，連結衛生局或醫院進行必要合作及後續輔導。

（3）持續進行自殺危機後的復原諮商、失落與哀傷的諮商輔導等。

5. 視需要定期或不定期辦理個案研討會議

運用輔導網絡連結會議，檢核跨單位及跨專業系統的合作情形，視個案需求及復原狀態進行調整。

四、非自殺性自傷學生的介入

每一個自我傷害的學生，背後都有著不同的故事。在實務案例中經常發現，學生透過自我傷害，並不是為了「結束生命」，而是想要「結束痛苦」。當學生出現自我傷害行為時，每次都需重新評估當次的自殺意圖，即使過去評估為低自殺意圖，不代表當次也是低自殺意圖，不同次的自傷行為底下，可能有著高或低的自殺意圖，因此在輔導介入時，最重要的是讓個案感覺到自己的痛苦被理解、被承接，幫助個案清楚自己自傷動機、目的，以及評估危機程度。

在中小學校園中，師生發現學生有自傷行為時，通常會立即通知輔導處（室）或相關主責處室。輔導教師是教師最重要的支持後盾，因此必須平穩鎮定、安撫教師情緒、評估危機程度，並提供教師可行的做法與建議。接著請教師當橋樑，協助引導學生與輔導教師進行談話之意願，並安排談話時間。

（一）非自殺性自傷學生的介入案例

有一位導師描述學生在聯絡簿上抒發痛苦感受、活著沒意義、想像死後的感覺，令導師非常擔心。因為該生的母親已過世多年，父親正在服刑中，他與弟弟和父親的女友同住，家

庭缺乏支持與功能，故導師積極關懷，傾聽他的心聲，表達願意陪伴一起面對，以及要珍惜生命的可貴。但之後仍然看見學生雙手有滿滿的自傷傷痕，因此協助學生轉介輔導處／室。以下為單次會談之案例。

1. 輔導教師評估與介入重點

（1）站在「輔導者」而非「教師」的位置

面對自傷危機所帶來的壓力，輔導教師需要站穩自我定位，不帶評價了解個案眼中所看到的主觀世界。相信導師和關心個案的重要他人，在申請轉介輔導處／室前已經做了非常多的努力，個案聽過很多意見，卻仍選擇自傷的方式來紓解痛苦，必然有其原因。輔導教師透過表達關懷與善意，了解個案如何主觀地理解與詮釋事件。例如：

> **「我是負責跟你談話的輔導教師，我非常希望了解你的心情，雖然我們第一次談話，還不熟悉，但我很願意聽你說。」**
>
> **「你知道嗎？你們導師非常關心你，他著急地跑來找我討論，請我一起幫忙，了解你心裡的痛苦。」**
>
> **「看著你手上這滿滿的傷痕，老師非常心疼，我猜你這每一條都有一段刻苦銘心的故事，對嗎？哇……這一條好長喔！可以跟我分享發生了什麼事嗎？」**

（2）探索個案選擇用自傷方式的用意與目的

個案描述他割手時的感覺是「很爽」，無法明確表達內在的想法與感受。此時輔導者相信，「很爽」底下其實糾結了他無法負荷的複雜感受，以至於無法說清楚。輔導教師需要自我提醒不要急躁，穩穩地協助個案思考與表達，以了解個案心裡真正想要是什麼。

（3）鼓勵個案表達想法、情緒與需求，共同拓展滿足需求的替代方法

當個案理解到自己是因為在孤單痛苦時，透過自傷彷彿看見媽媽的手在流血，而能感覺媽媽在身邊之後，清楚意識到自己真正想要的事「感覺媽媽在身邊陪伴」，此時才有辦法理性討論，引發改變的意願與行動。例如：

「你在最辛苦的時候，會希望媽媽在身邊陪著，可見你跟媽媽感情很好，媽媽對你來說非常重要。」

「所以你知道媽媽對於你割手的方式，其實是會擔心的？那怎麼辦？如果不割手，要用什麼方法來感覺媽媽在身邊陪著你呢？」「有沒有什麼東西，上面有媽媽的照片，可以每天帶在身上？」個案想到健保卡。

「哇！這樣就不用忍耐痛苦回家再割手讓媽媽陪，因為媽媽早上也跟著你去上學了，隨時都在陪你喔！」個案開心的笑了，可以用健保卡抒解思念媽媽的心情。

（4）正向回饋與預防再度自傷

正向回饋個案在談話中能自我覺察，坦誠面對自己的心情，分享想法與需求，並願意嘗試後續行動任務。會談後，個案要回家找出媽媽的健保卡放在皮夾裡，讓媽媽陪自己到學校，最後個案承諾會好好照顧自己，不再有自我傷害行為。

（5）依據會談蒐集的訊息，進行危機評估

確認個案認為「活著沒有意義」並不是真的想死，也沒有實際自殺計畫和行動。個案內在動機是想要母親在身邊陪伴的感覺，然而個案有傷害自己的行為，評估危機程度為「中度」。後續須持續會談，並追蹤了解是否還有自傷行為。若持續一學期沒有再出現自傷行為，則危機程度可降為低度。

2. 輔導人員與系統進行合作與整合

（1）持續追蹤觀察，向行政主管報告危機評估情形。

（2）與導師交流談話時的考量與介入重點，主要在使導師理解個案，並請導師協助觀察個案後續情緒狀況與是否有自傷行為。導師回報自從談話後，就沒有再發生新的傷痕，導師看到個案的改變，更加肯定輔導效能。

（3）與個案的精神科醫師、自殺防治中心關懷員持續討論個案的適應情形，必要時召開個案

會議研商輔導共識。

（二）非自殺性自傷學生的介入原則

1. 與個案接觸前

（1）得知訊息時蒐集資料：了解教師或同學如何得知、傷痕情形、個案透露了哪些訊息、同學的了解程度、以及教師希望的協助方式等。

（2）肯定教師或同學的付出與努力，安撫支持情緒，請其當橋樑，提升個案與輔導人員的談話意願。

2. 與個案會談中

（1）建立信任關係：面對自傷個案，不帶評價運用理解接納的語言及態度表達關心，鼓勵個案開口表達。

（2）理解自傷行為背後的內在意義：透過同理表達的語言，從個案的傷口理解個案的心理狀態，探究透過自傷滿足什麼需要，了解自傷背後的心理需求。

（3）找到滿足需求的替代方案：與個案討論方案執行的步驟，鼓勵個案運用此方法滿足需求。此因應策略不是輔導人員單方面提供價值觀的引導和勸說，而是隨著個案的表達，基於對個案的理解，慢慢發展出來的，所以個案的接受度會比較大，因而能引發改變意願和行動力。

（4）透過正向回饋，提升個案的信心及改變動力，預防再度自傷。

（5）謹慎評估危機：了解自殺危機評估的定義與指標，包括自殺意念、計畫、行動，以決定是否需做責任通報，或引進資源進一步協助。

3. 與個案會談後

（1）讓行政主管掌握個案危機評估情形，積極維護校園安全。

（2）與導師交流輔導介入過程，讓導師理解個案的內在世界，提供表達關懷的語言，請導師密切觀察個案情緒狀況，追蹤是否持續有自傷行為。

「老師，你一定很擔心，談話中發現他沒有真的想死，他其實是透過自我傷害，讓自己在孤單時，產生讓媽媽陪伴自己的感覺，而且談話後他已經想出帶健保卡的方式，讓媽媽不只在家裡陪伴，連在學校都可以隨時陪伴，讓自己不孤單。所以老師可以主動詢問他的心情，留意……」。

（3）與個案原有的精神科醫師、心理師、社工師密切討論個案的適應情形。

（4）持續邀約談話及後續追蹤輔導。

（5）當理解個案的故事內涵與行為的內在意義，讓個案能深刻的被理解，了解自己的需求後，則更願意合作與討論，找到滿足需求的替代行為，不需要再用自傷的方式去因應困難與抒發情緒，進而產生改變的意願與行動力。

五、國中小校園發生自殺事件之後續介入工作

「我要跳下去！你們不要過來！根本沒有人重視我，我說的話沒有人在聽，大家都當我透明人……」「我上網爬文知道，吃甚麼東西可以致死，我今天帶來學校了喔……」

當學生在學校／校外企圖自殺或自殺身亡，對整個學校行政團隊、親師生都帶來極大的衝擊，自殺危機當下考驗著團隊對危機處遇 SOP 的熟悉，且能否透過合作處理得宜、有效分工補位，皆是在驗收平日對系統合作的耕耘（趙文滔，2021）。因著學生企圖自殺的方式、地點、死亡與否、危機事件影響的程度、各校文化的在地性差異，後續介入的工作也不盡相同，提供這些內容，帶回自己的輔導團隊中共同商討，視實際的需要整合於團隊的因應模式中使用。

危機事件的發生與危機狀態通常是短期的，在自殺危機發生 24 小時內各項危機處理措施、安心服務介入，能幫助大多數人在幾週內度過危機，不至於長久影響生活，而有些人則需要進一步專業協助，方能逐漸恢復身心穩定，因此在事後處置階段需要持續審慎評估與介入。

校園自我傷害事件發生時，有四個重要的後續介入目標：減少自殺行為擴散的風險、提

供自殺遺族在應對自殺事件上支持、留意社會對自殺的汙名化、傳遞正確訊息，最大的焦點即是協助親師生從事件中正向學習，並維持健康的校園環境。

依此四個目標，以下分時間階段說明任務：

（一）事件發生當下至事發後 24 小時

1. 校內危機現場處理

危機場域控制：了解現場狀況，確認當事人，進行危機現場管制；緊急聯繫：緊急送醫急救，連絡家長，並陪同家長進行後續事務處理。

2. 校長召開校園危機事件處理小組會議

召開會議，協調各處室分工，指定對外公關發言人，討論對全校師生進行安心演說之時間點。

3. 進行相關校安及衛生福利部自殺防治通報

於 24 小時內進行通報。

4. 宣布事實

輔導團隊依據危機事件處理小組會議決議準備並提供給師生安心文宣。危機事件處理小組需經審慎討論與評估，適當給予及澄清學生自殺事件的訊息，著重於鼓勵適時求助，並提供求助管道與資訊，面對國中小學生，必須要考慮學生的發展階段與理解能力。可依據幾項指標評估，例如事件發生於校內或校外、訊息擴散規模之大小、目標族群是否容易鎖定等現場判斷，再行考慮宣布事實的對象規模及場合，從中觀察到是否有進一步輔導需求的師生（張書森，2020）。

5. 核心班級進行安心班輔

輔導教師對自殺事件當事人的班上同學及導師進行安心班級輔導，除了安頓內心的衝擊，也為了篩選出需要進一步協助的學生。過程中僅使用陳述簡單事實的語言，不討論死亡細節，將方向帶往遭遇困境可以積極求助、理解並持續觀察自身在事件後可能的身心反應，並知悉求助的管道。透過班輔有機會引導學生分享自我調適的方式，雖然是令人遺憾的事件，也能

逐步整理隱含在其中的學習與意義，讓悲傷有機會轉化為重整。若輔導教師與該生熟悉，情緒受影響，可委請其他輔導教師或心理師協助。

6. 班級任課老師及導師會議

視需要說明危機處理進度，72 小時內還會再做哪些危機處理。

（二）事發後 24 至 72 小時

1. 評估是否進行減壓團體

在前一階段安心服務介入後，已能初步評估個案的同校師生、好友、兄弟姊妹的心理狀態與需要，以及留意危機處理小組整體乘載壓力的程度，決定是否針對這些群體提供安心減壓團體，目的是以心理輔導教育的模式，處理與調適自傷事件帶來的衝擊、減少心理能量耗竭，也透過此安心減壓團體的篩選，找出需要個別諮商的對象。談及危機事件往往帶來強烈的情緒，建議由具有相關訓練背景的人員帶領，或向學生輔導諮商中心提出需求，申請專業輔導人員協助。

2. 高危險群師生的處置與輔導

前述減壓團體介入中，當發現情緒反應較強烈的成員、逝者的好友手足的狀態，或者透過其他師生觀察到相關人士身心狀況有特殊改變時，即可能被列為高危險群，輔導團隊需提高對高危險群師生的敏感度，並且快速介入，以免意外再度發生。可能的介入策略如下：

（1）邀請班級導師、反應敏捷且穩定的同儕小天使關懷學生；邀請親近的教師夥伴關懷教師。

（2）知會該生家長或教師的家人多加留意關心其近日情緒、飲食、作息、睡眠等，並提供其可能的關懷方向：

- 花時間去陪伴與觀察孩子
- 主動詢問孩子意外事件發生後的反應
- 提醒孩子有任何需要你會和他一起面對接受孩子的擔心害怕，甚至困惑
- 鼓勵孩子可以說出對受傷同學的擔心
- 可以和孩子討論有關他們對意外事件的看法

（3）視需要安排進行班級輔導、小團體輔導、個別晤談；若為教師，可協助申請鐘點心理師、或尋求教師諮商輔導支持中心的協助。

（4）輔導團隊需與相關師生、家長、教師的主要聯絡人、轉介單位間保持暢通聯繫，來回評估高危險師生的危機狀態。

（5）暢通聯繫管道，若發現異常可即時求援。

（三）事發後 72 小時至 1 個月

1. 班級的簡單道別

在逝者告別式前，由導師或輔導人員於班級中說明告別式日期，引導學生有機會透過書寫文字或簡單繪畫，學習與逝者道別、整理內在的情緒，將失落整合進持續成長改變的生命中（Worden, 2019），最後撤走逝者的物品與座位，將物品交還給家屬。過程中同樣留意使用陳述簡單事實的語言，將整體方向帶往遭遇困境可以積極求助。也避免讓葬禮在校園中舉行，將學生的死亡美化或浪漫化，減少同樣感到孤單的學生感覺到死亡是「受歡迎的」。

2. 參與告別式

學校代表與師生們可能會選擇參與逝者的告別式，需留意以下幾點：

（1）統一窗口與家長聯繫詢問告別式事宜：詢問家屬意願、儀式的時間、地點、類型、習俗禁忌…等，以尊重家屬的決定為原則。並由學校統籌安排各項行政事項：如前往告別式的交通規劃、意外保險、請假手續等。

（2）尊重師生參加告別式的個人意願：師生們可依自己過去悲傷的經驗、當前的情緒狀態決定是否參與。未成年的國中小學生可能要避免參加「告別式」，然而若決定參與告別式，未成年人需要徵求家長同意，完成家長同意書。

（3）在告別式現場，同行之輔導人員與教師需留意師生情緒反應，協助處理其情緒與生理反應。因此同行輔導人員本身的心理預備也是重要的，關係到其本身面對死亡議題的態度、與逝者關係親疏遠近、在現場承接情緒的應變等，需由團隊共同商量出合適參與的代表。告別式結束後可邀請參與的師生進行團體，敘說參與告別式時的感受與想法，透過分享經驗彼此支持與減壓。

（四）事發 1 個月後

1. 持續評估與協助親師生遺族

事發 1 個月後，大部分的人這段時日歷經不敢相信、滿腔憤怒、心存盼望、憂鬱自責的來回擺盪後，已陸續能走到接受現實的階段，漸漸釋懷與轉念（黃龍杰，2010），但有一群自殺者遺族可能仍在辛苦的歷程中。自殺者遺族指的是「因為自殺事件而遭遇痛苦的人們」，通常他們是自殺者的至親好友、或者學校中曾經接觸過的師長與同學等。面對自殺，大家關注的焦點通常在逝者自殺的原因，但自責、痛苦、困惑、遺憾等情緒有可能會持續地蔓延至自殺者遺族的生活，如果沒有好好的面對與處理，也許終其一生都會活在自殺事件的陰影中，對自我認同與心理健康帶來負面影響。因此學校若能夠持續關懷遺族，提供情緒、壓力檢核表，每隔一陣時日從身心狀況了解痛苦改善的狀態，有助於適時提供協助。學校也可與學生輔導諮商中心專業輔導人員（社工師）合作，關懷逝者的家庭，提供遺族個別心理諮商與家族會談資源，以及其他可能需要的資源，協助家庭面對失親的悲慟，有機會度過難關。在逝者過世後的一週年、生日、畢業典禮等特殊時刻，也可能引發遺族的情緒，都需留意高危險師生的動態。

2. 支持專業遺族

延續上段所提到的自殺者遺族，其實專業助人者，如：正在積極協助學生的輔導教師、心理師、社工師，也是專業遺族。當得知學生個案自殺身亡時，專業助人者可能產生強烈的身心反應，例如指責自己少做了什麼、或質疑自我評估錯誤的聲音想法不斷闖入腦海；持續處在震驚、自責、焦慮、被背叛、沒資格助人的羞愧等，這些都可能影響日後的助人工作，專業效能降低，也可能損及學生的權益。因此當有個案自殺，我們要先理解並同理自己或夥伴，以關愛的態度一起面對。

學校輔導處（室）最好能備有「當個案自殺身亡的標準處理流程」，讓事情發生時，受到衝擊驚嚇的主責輔導人員及輔導處（室）夥伴都可以有可依循的步驟，團隊此時很需要有人統籌運作安心服務、對校內師生遺族的介入及事後的學習討論。例如，當輔導教師 A 得知責任輔導區的學生個案自殺身亡，又自責又慌亂，但仍努力關懷案家，這時候輔導組長 B 可接手電話關心案家並提供資源，合作此個案的專業輔導人員（社工師）C 可以告知個案的醫護團隊、自殺關懷訪視員個案身亡的事實，而輔導主任 D 可以開始規劃召開死亡個案討論會。

在我們的社會中，死亡本身很常避免被提起，自殺也仍是個烙印（Worden, 2018, 2019）。但遭逢個案自殺身亡的過程中，更是需要大家不再裝得若無其事、閉口不談論，若能採取開放的態度，讓專業遺族夥伴有機會自然表達情緒感受、知道大家與自己同在、一句問候與一個支持的擁抱，都有助於彼此凝聚，也一起經驗心情的調適。

3. 召開死亡個案討論會

對學校場域來說比較陌生的是「召開死亡個案討論會」，這個討論會有別於自我傷害危機處理小組的檢討會議，會議前需要好好說明目標並非「檢討」，主要是邀請曾經服務過自殺身亡個案的專業人員參加，含學校內外的專業助人者，如醫師、護理師、心理師、社會工作師、自殺關懷訪視員、教師等。邀請參與者以充滿同理與不評價的態度參與此會，是為了增進未來其他個案的福祉，也促進系統間的連結，使討論導向意義與希望。

各成員參加前可回顧服務自殺身亡個案的整個歷程，整理出個案的自殺危險因子與保護因子、摘要服務之過程與困境。討論會之主持人的角色十分重要，需將所有單位的服務歷程統整，邀請大家以不評價的態度討論可以預防個案自殺的措施，引導表達與聆聽，並接受彼此服務的限制。會議結束前，鼓勵每個人分享討論中學到了什麼，使助人者不只停留在個案自殺身亡的無助裡，能從中統整出意義繼續走助人之路（周昕韻，2018）。

4. 進行專題講座

安排給全校師生、逝者班級學生的相關議題講座，如：心理健康與自我幫助、情緒的覺察與調節技巧、協助學生走出創傷事件等主題，持續擴展學生在危機後的心理彈性。

（五）回頭評估系統合作的機制，修正自傷防治計畫，為危機的發生做準備

系統合作在學校輔導工作中是重要的概念，但實務現場上，合作是極具挑戰的，平日即考驗著跨系統、跨處（室）人員間彼此信任、對他人工作模式的熟悉理解，尤其在危機當前時，危機帶來的震盪衝擊強度、回穩所需的時間長短，往往取決於系統合作的順暢與效能（趙文滔，2021），也因此，每經歷一次的校園自殺危機事件，即是再次評估校內外合作機制的重要時機。自我傷害危機處理小組在事後處置階段，通常會進行全盤的檢討與擬定改善策略，但這樣針對問題解決的任務導向小組，很難聚焦與反思平日跨系統、跨處（室）合作的關係。此時尤其需要借重校長、輔導主任在三級輔導合作上清晰的概念：三級輔導合作並非傳炸彈、傳接力棒的賽事，而是全員參與且各自提供專業所能發揮的貢獻，每一級都是保護學生的安全網。

透過討論自傷防治計畫，有助於推動三級輔導合作，幫助學校為危機做準備。若能邀請專業輔導人員共同參與，提供各自專業寶貴的視角，依照本次危機及處遇經驗調整計畫細節，也納入死亡個案討論會中所產出的建設性學習，並參考本校學生整體適應現況、心理需求、常見議題，即能訂出學校本位的自傷防治計畫。平日亦可邀請專業輔導人（社工師、心理師）參與跨處學輔會議、輔導處（室）內聯繫會議，持續發展合作關係即能穩定學生狀況並獲得成效，也讓輔導團隊有同心齊力感，在協力與互相支援下，即使遭逢危機，能夠彼此配合順利合作。

（六）其他：自殺企圖個案的處置與追蹤

當有自殺企圖的個案幸運存活下來，輔導團隊需主動關懷並協助家庭處理住院事宜，時常需要援引資源，進行跨系統的聯繫與合作，在個案住院中或返家休養階段，也要做好當個案回到校園時的各項準備。

1. 在個案住院時，定期前往探視

一開始通常由學校行政、輔導團隊代表探視關懷，表達學校的重視與陪伴心意；接下來由輔導人員定期探視、與家長學生維持關係的連結，並與醫院窗口（社工師／護理師）聯絡，掌握學生身體恢復狀況、可能的預後與就學上的所需的處置。

2. 與家長定期聯繫，提供支持

導師可定期電話關心或探視，協助家長辦理請假手續；輔導人員可協助家長理解治療計畫、了解學生復原狀況、根據學生的需要申請特教服務、輔具等，更進一步提供家長所需的社會資源、諮商管道，助其獲得心理支持度過孩子企圖自殺的困境。

3. 邀請家長合作，營造在院／在家關懷與安全環境

分析個案的自傷行為鏈鎖，發展新的安全計畫，邀請家長合作減少增強與觸發個案自傷的行為、留意個案在院治療與在家休養的安全。

4. 安排後續個別諮商與家族治療

提供心理諮商或轉介其他家庭會談資源，嘗試以真誠、透明化、對自殺狀態的同理心，與個案取得合作，持續進行高度動態的自殺危機評估（Jobes, 2020）。

5. 返校計畫

（1）安排課業補救措施

可視個案復原狀況與學習需要，到家提供床邊學習、線上學習資源，或者於返校後實施課業補救。

（2）定期雙向更新班級師生與個案近況，保持與學校的連結

一方面讓班級師生瞭解其復原狀況，適時傳達關心，也讓個案知道班上與學校的活動，保持連結感。

（3）發展在校安全計畫

於個案出院前一週或返校前一週告知班級師生，讓大家開始準備返校後同儕支持及關懷系統，並對個案再次出現自殺企圖進行 SOP 演練。

（4）持續評估學生再度自傷／自殺之風險

與輔導相關跨系統資源共同合作，密集評估學生再度自傷／自殺計畫與危險性，例如自殺關懷員、社工師、醫療人員（精神科醫師）、心理師。

六、 相關自殺自傷之國中小校園實例

（一）人際關係困難的小美

1. 案例故事

小美（假名）打從幼稚園時父母離異之後，母親就沒有再出現在她的生活中，「家」也不再完整。爸爸把她委託給阿嬤照顧，帶著弟弟與另一個阿姨居住在另一個縣市。已升上國小六年級了，爸爸很少來看看她，寄給阿嬤的錢也有一搭沒一搭的。阿嬤總愛嘮叨，嫌她是拖油瓶、帶麻煩、來討債的。

在學校，小美也經常因為身上有異味，學習表現落後，獨來獨往，且愛亂發脾氣被同學排擠。導師與輔導教師雖曾主動關心，有時也會受不了她總愛打小報告及獨佔且交換式的互動，如教師須先給我甚麼好處，我才要做好的心態……。她喜歡網路上的朋友，特別喜歡動漫，不時在自己的 IG 上透露自己如主角般的身世悲慘的故事及想死的念頭，在學校，也曾多次拿

美工刀劃自己的手。最近，因為沒交作業被教師指責，回家後又被阿嬤責備，就大量吞食阿嬤的安眠藥自殺……。

2. 分析與評估

（1）失落與哀傷的議題：小美幼年時父母離異，大人不當的安排及對待方式加上學校被同學排擠，無法安全信賴的環境讓她感受到愛與隸屬感的匱乏。

（2）不當的人際互動模式：小美面對衝突會以決裂的情緒因應；對於關懷卻又近似情緒勒索，無法發展出穩定可信的互動模式，自殺或自傷的行為很容易被解讀為控制的手段。

（3）無法建立正向支持系統：無論在家或在校，比較容易看到小美負向或錯誤的行為，缺乏一個共同協助發展正向情緒及人際互動的環境。

3. 輔導目標與計畫

（1）透過班級經營與認輔教師的持續關懷來協助建構穩定支持模式：導師可以多留意班級學生的互動過程，提升小美與同學合作及正向表現的機會；遇到衝突事件，著重讓個案有機會同理彼此的感受、理解想法，並調整如何改善的方向；倡導「安全教室」並建構接納與尊重的團體氛圍。邀請小美信賴的教師擔任認輔教師，積極且穩定的關懷，在互動間透過示範（modeling）的效果，幫助小美理解並能調整與人互動的適當模式。

（2）透過個別或團體輔導調整不當的情緒與錯誤的認知：輔導人員可透過友善的晤談關係或輔導活動，幫助小美檢視自己的人際互動模式；藉由衝突事件討論好的因應策略；探討認知扭曲造成歸因謬誤或負向情緒的後果及影響，重新找到更好的解決方法。

（3）透過參與學校各種活動提升展現自我效能：學校可以思考辦理讓孩子經過努力可以展現自我效能的活動，幫助小美感受到正向的能力發揮，得到更多肯定與鼓勵。

（4）視狀況通報，邀請家庭重要他人討論並提供必要的輔助：對小美的個別事件或家庭狀況多一些了解，掌握通報的時機並引入資源，如自傷／自殺事件、脆弱家庭等，除進入危機處理的過程並適時連結網絡，在後續的輔導中以個案研討方式邀請系統及家長共同處遇，積極協助家庭建構好的照顧與支持，提供親職諮詢，並適當的檢視調整。

（5）針對失落創傷及情緒部分尋求專業協助：小美的成長歷程有許多照顧及依附的失落議題，運用極端的方式因應也顯見其衝動及憂鬱的情緒狀態，必要時可轉介學生輔導諮商

中心或精神醫療的協助，運用心理諮商與醫療資源協助情況好轉。

4. 輔導成效

雖然小美在處遇的過程中有多次自殺與自傷的事件發生，但在學校輔導團隊合作下頻率也逐漸減少，導師與輔導人員的處遇後，也逐漸幫助小美發展出適當的情緒表達與人際互動模式。另外，因為通報，自殺防治中心與脆弱家庭的社工及輔諮中心的心理師透過與家長多次親職諮詢的機會也逐漸調整父親與阿嬤照顧相處的方式，小美不再覺得自己是不被重視的孩子。在班上，多交到許多好朋友，也參加學校的舞蹈社團，積極與同學籌備學期末的表演。

（二）師生衝突的小佳

1. 案例故事

小佳（假名）是國小五年級的男生，經鑑定為注意力不足過動症加輕度自閉症之情緒障礙生，為學校身心障礙資源班學生，智力和學習能力均為中上程度，在學校適應困難，國小已轉了第三個學校。小佳在班上有幾個朋友可以跟他一起玩一起學習，可是小佳因為某些事情產生焦慮和擔心的時候，就會做出非常衝動的行為，有時候會衝動到拿物品砸教師或同學，並且多次造成同學和教師受傷的事件。

有一天上午，小佳到英文教室去上課，教師請同學拿出課本和習作，此時忘記帶課本的小佳感覺非常焦慮，隨機就拿著鉛筆盒往前丟，幸好未砸到教師。教師大聲地斥責小佳，小佳立即從教室的後門衝出去，教師隨即衝去一邊喊小佳的名字一邊試圖想攔阻小佳，卻目睹小佳從 2 樓教室往下跳。學校馬上進行危機處理，通知家長並請救護車將小佳送往醫院，檢查結果發現腰椎和小腿骨折，幸好沒有生命的危險。

2. 分析與評估

（1）情緒障礙與衝動：從生理層面來看小佳是一位注意力不足過動症的孩子，衝動性高，情緒後的調節力也差，對於刺激的閾值低，情緒強度強，且往往還沒覺察自己的情緒，就已出現衝動的行為。此外，小佳的焦慮、衝動相關疾患都會表現出明顯的易怒情緒。

（2）家庭管教因素：父親對小佳管教非常嚴格，小佳因為情緒管控不佳而經常與父親產生衝突。只要在學校發生衝突事件，回家後父親會對小佳施以嚴重處罰。小佳的母親是主要照顧者，較能了解小佳的狀況並能與學校保持良好聯繫。

3. 輔導目標與計畫

（1）資源班個案管理教師進行情緒行為指導

- 情緒展現與控制是孩子發展里程的重點之一，加強覺察及練習，提供補救教學、適應行為的訓練、學習策略的訓練等，讓小佳透過特教教師的直接服務體驗情緒由何而來以及如何紓解。
- 特教教師可以提供普通班教師諮詢和普通班同儕的接納課程，亦可安排當小佳出現衝動行為時，適時進行班級輔導，讓小佳的任課教師與班上同學都能學習如何與小佳相處。

（2）輔導人員進行個別晤談了解心理需求

- 與小佳建立友善的晤談關係。
- 針對在學校發生的事件進行討論。
- 讓小佳能夠有動機和自信好好的面對自己的情緒。
- 從成功處理衝動情緒的經驗，給予正向肯定。
- 提供轉介與合適的資源。

（3）學務處因應適應欠佳行為正向管教

- 與家長討論違規行為的管教策略。
- 配合輔導室不同階段的輔導管教進程執行。
- 衝動行為發生時控制現場安全維護。
- 衝動行為發生後情緒冷靜時，共同討論負責行為。
- 落實完成正向管教行為。

（4）降低校園危機

- 由輔導人員進行班級輔導與安心減壓團體，幫助同學對小佳的衝動行為有所了解，

學習如何與小佳相處。

- 評估衝動造成自我傷害的風險，討論替代性的處理方式及安全計畫。

（5）親職教育

- 幫助家長瞭解孩子的問題與接納孩子的狀況。
- 教導家長學習有效的訓練或處理問題的方式。

4. 輔導成效

學校輔導團隊合作，導師、特教教師、科任教師、輔導室團隊、專任輔導教師、學務處團隊與家長共同協助小佳，讓小佳在學校能漸漸穩定情緒，如有需要可以練習勇敢表達或是透過同學告知教師，衝突事件已逐漸降低。

（三）頓失依靠的小華

1. 案例故事

小華（假名）是國中八年級的男孩，因為臨界智能不足，通過學障特教鑑定，從國小開始接受特教服務，一直很渴望有重視自己的好朋友、有關心自己的師長和親人。小華很努力想和同學打成一片，透過觀察別人打打鬧鬧、互嗆的方式，想建立友誼，沒想到同學反而不友善的回應，甚至刻意與他保持距離並向教師舉發，小華覺得很困惑很難過，不知道該如何表達，總是生氣地破口大罵、推打同學、也指控教師的不公平、偶以謊言掩飾過錯，因此在學校產生人際和師生的衝突。

小華的父親患有精神疾病，一直無法穩定就業，長期在家酗酒；母親是外籍配偶，因為溝通上的不順暢，父母時常衝突，在小華七年級時被通報，最終在家防社工協助下完成離婚手續。小華很期待與母親同住，但案母經濟上難以負擔，只好將小華留下。家中還有中風的祖父、照顧祖父的移工阿姨、叔叔同住，叔叔會提供家用，主要照顧者是移工阿姨。祖父非常疼愛小華，會口頭誇獎鼓勵，也常給予零用錢，讓小華能買些自己想吃和想玩的。移工阿姨會照料飲食起居，陪小華聊天，讓小華覺得就算母親不在身邊、父親總是大吼責備，至少家裡是有溫暖的。

八下祖父因病去世，移工阿姨也結束雇約，小華突然頓失依靠，父親時常睡過頭未能準

備早晚餐、接送上下學，小華對父親憤怒且和父親對罵、扭打。在校陸續出現上學遲到、到校後悶悶不樂、更常發怒、對人際情境敏感。某天因感覺被同學忽略，在課堂中拿出刀片割手與割腿，使全班驚嚇不已。小華隨即被轉介並暫時安置輔導處，在談話中多次表達自殺意念，並曾向教師索取刀片、用雙手掐頸、站在圍牆邊的等自殺企圖，並預告具體的自殺計畫。

2. 分析與評估

（1）家庭因素

- 文化不利：出生後因父親功能不佳、母親文化差異，較難獲得語言與文化刺激、課業指導，口語、理解力與學業表現落後同齡者，學習經驗多挫折。
- 目睹家庭暴力、受暴，長期處於衝突情境：缺乏表達與互動楷模，遭遇困境多情緒性反射回應，衝動控制與情緒控管困難，人際技巧不佳。
- 情感連結與支持不穩定：與父親關係衝突，關係較好的母親未能同住，同住其他親人亦有各自生活難兼顧照料小華。

（2）依附關係失落的悲傷

祖父去世、關係緊密的移工阿姨離開，小華難以接受失落的事實，難以處理悲傷的痛苦，有悲傷、哭泣、失眠、低落、易怒等症狀，無法適應依附關係失落的無望感。

（3）學校情境挫折引發關係失落的無望感

小華原已處在關係失落的悲慟無望中，渴望關愛與同儕陪伴，但持續的人際互動負向循環，加深小華的無價值感、應該消失在世界上的想法，企圖自殺。

3. 輔導目標與計畫

（1）輔導人員每週晤談評估小華心理需求。

- 與小華建立關懷溫暖的合作關係，有助於危機中心理急救。
- 評估自殺風險，理解自殺企圖觸發源，進一步與相關輔導團隊合力分析行為鎖鏈，評估小華失功能行為被強化的原因，減少自傷行為觸發源與中斷失功能行為鎖鏈。
- 評估悲傷反應與憂鬱情緒狀態，於就醫時傳達。

- 陪伴經歷哀悼歷程，如：一起看祖父和阿姨的照片，盡情敘說曾經共度的時光，寫下想給祖父的一封信等。
- 探索自殺行為以外的個人故事，包含興趣、優勢、對未來的想像與渴望，如對歷史的喜愛、想成為極限運動員的志向，幫助小華建立想達到的目標、值得活的生活樣貌。
- 提供諮商互動情境，評估小華覺察與調節情緒的困難點，與輔導團隊共商所需學習的技巧，協助其在諮商、學習情境、小團體課程中練習（如 DBT 了了分明、痛苦耐受、情緒調節、人際效能等技巧）。

（2）交織發展支持性社會網絡

- 尋求叔叔協助，穩定平日起居飲食，並在晚上陪伴完成作業與聊天。
- 尋求母親合作，假日安排關懷與陪伴。
- 輔導人員陪伴至青少年門診就診，建立與醫生的合作關係，視個案需要推動用藥。
- 醫院安排社工師服務，提供小華與父親親子會談，同時推動父親穩定就醫與用藥、職能治療與就業輔導。
- 導師、輔特教師們主動與小華連結，營造到校時受歡迎的氛圍，每日主動關懷，削弱自傷行為出現才有人關懷的不當強化。
- 輔特教師在小華情緒張力大、做出自殺威脅時仍維持穩定口吻協商，同理小華的心情並鼓勵他表達情緒與需要。在穩定後持續教導覺察、調節情緒技巧，逐漸降低自殺企圖強度與頻率。

（3）降低生活危機

- 由輔導人員偕同導師進行班級輔導與減壓（原班與資源班），幫助同儕理解小華現況，邀請同儕嘗試以正向引導替代責難，創造友善班級情境。
- 暫先將小華安置於輔導處，提供彈性課程，並安排彈性入班（原班與資源班）。
- 資源班教師以集點兌獎制度鼓勵小華，使小華在學習中得到增強，提升自尊與希望感，較願意面對段考壓力。

4. 輔導成效

在學校、醫療、家庭多方努力之下，小華重新建立了依附情感，感覺到學校教師溫暖又堅定的關心、明確可依循的原則及家人的愛與支持，不再需要用自殺自傷行為來訴說痛苦，亦提升人際效能與情緒調節能力，九上能夠回到原班與資源班上課。父親的親職功能提升、同儕的親近程度雖然有限，但也明顯降低了對小華生活的傷害與衝擊，幫助小華重拾穩定，度過國中階段的風暴。

（四）受到關係霸凌的小琪

1. 案例故事

小琪（假名）是七年級女生，表情無明顯變化，師長主動跟小琪打招呼時，總是靜靜的看著沒回應。因小琪非轉銜個案，國中輔導處（室）並未掌握相關訊息，而是透過憂鬱自傷的八年級個案，得知網路上認識一個學妹有類似困擾，但他不知道是哪個學妹，有線索卻沒有具體訊息，在不錯失任何幫助孩子的機會下，輔導處（室）與各班導師共同努力篩選找出個案，透過學姊傳話邀請小琪與輔導人員談話，徵詢同意的過程都要再三斟酌，拒絕了幾次之後，小琪終於有意願讓輔導人員接觸。

2. 分析與評估

（1）危機評估：小琪自殺意念鮮明，自殺計畫由跳樓轉為燒炭，時常有跳樓或喪禮畫面出現但無規劃明確時間地點，有自傷行為，無自殺行動。核對澄清小琪覺得活著沒意義，內心痛苦並非真的想死，故評估為中度危機。

（2）人際因素：小學高年級時經歷了好友背叛與關係霸凌經驗，感到痛苦時習慣的因應方式是割手自傷。國中入學後跟著兩個女同學，但時常敏感觀察好友的眼神與動作，擔心被排斥，沒自信心，怕講錯話被別人討厭，盡量減少表達自己的想法或需要。

（3）家庭因素：爸爸罹患憂鬱症，沒工作，在家情緒不穩定，會責罵孩子；媽媽忙於工作，小琪多次想向媽媽表達想法，但媽媽忙著處理家務，小琪感到失望難過；優秀又漂亮的姊姊也曾因憂鬱症狀服藥。小琪主動請父母帶他就醫，透過精神科醫師告知父母診斷為重鬱症，小琪體會到父母好像有比較重視自己。

（4）生理因素：醫生評估小琪罹患重鬱症，每週看診後持續加重藥量，並從憂鬱藥物調整為

思覺失調藥物。

（5）情緒因素：小琪每天睡前情緒特別低落，星期六較穩定，而星期天晚上又開始低落，探討得知原來情緒低落與隔天要上學有關。

（6）學習因素：擔心被導師叫到臺上算數學，晾在全班面前算不出來壓力很大。

3. 輔導目標與計畫

（1）進行個別談話：理解小琪困境與主觀詮釋，協助梳理內在糾結的認知與感受。

- 理解內在想法、感受與需求：從小琪模糊的語言中，摘述並釐清困擾背後的需求與期待。小琪理解到原來在無數次的低落情緒裡，期待的經常都是被媽媽重視。例如：有一段時間在談話中小琪更能理解自己的需求，知道自己要的是什麼而感到開心，情緒愈漸穩定但醫生卻持續加重藥量，探索後小琪發現原來希望透過醫生讓父母知道自己很嚴重，才能得到重視，因此憂鬱狀況「不能好」。
- 探詢就醫過程：關心小琪與醫生對話時表達的內容，對照每週醫生給藥的變化情形，以了解醫生診斷及身心狀況，鼓勵小琪配合醫囑服藥。
- 重新建構認知角度：了解個案的主觀詮釋之後，協助重新建構從不同觀點看待同一件事。小琪較能有彈性的看見不同角度，減少執著於同一個想法而困在情緒裡的狀況。
- 關注情緒曲線：藉由情緒溫度計，幫助小琪覺察一週情緒變化狀態，找出困境再分析其中的困難。
- 協助小琪創造正向溝通表達的經驗：引導小琪在諮商歷程與生活情境中，釐清自己的想法與需要，經由討論及模擬演練，找出適合的表達方式，並鼓勵小琪練習與對方溝通。例如：在學校向美術教師表達需要請假至輔導室談話的原因；在家裡也可以勇敢開口，向媽媽表達有話想說，希望媽媽到房間聽自己說話。

（2）與導師合作：與導師建立合作關係，使小琪在班級中被導師、同儕理解，增加接納與支持，提高保護因子。輔導過程中傳達導師的關心，邀請小琪讓導師理解自己的心情，及可能帶來的幫助，在小琪有意願時，由輔導人員擔任協助連結師生關係的橋樑，促進更多理解，同時也鼓勵導師直接以小琪需要的方式傳達關懷。例如：小琪曾寫一篇心情文，

好友卻已讀不回而感到失望難過，輔導人員陪伴情緒及探索經驗，得知小琪有一位網友曾經罹患解離與重鬱症，抒發心情的內容太沉重小琪不知道怎麼回應，小琪終於能理解但還是失望，輔導人員引導小琪思考背後的期待，他說希望朋友能簡單表達「別擔心，我都在」或「有事可以跟我說」。因此當小琪在聯絡簿上寫心情時，建議導師就可以用類似的語言回應，讓小琪有得到支持與被理解的感覺。

（3）與家長會談：關心家長面對孩子狀況感受，協助家長理解孩子內心世界。導師負責與家長聯絡，輔導人員負責與小琪談話，當整理出較完整的理解時，請導師邀請家長到校，共同關心家長對於孩子狀況的看法與困擾，協助傳達小琪希望家長理解的心情，幫助家長知道小琪在家中希望被對待的方式，提供家長與小琪建立正向連結的表達方式。

4. 輔導成效

前後歷經三個月左右的時間，十四次個別會談後，小琪清楚理解自己的內在需要，在學校與家中人際互動滿意度提升，情緒較穩定，也能適時開口表達想法、感受與期待，不再自我傷害，也停止就醫服藥，甚至推薦類似困擾的朋友與輔導人員談話，順利結案。

（五）資源加油站

1. 自傷／自殺的通報

知悉孩子身體受到傷害時，需立刻應變處理，並依法規於 2 小時內進行校安通報，進行危機評估時若發現有自殺行為，則需於衛生福利部「自殺防治通報系統」進行線上通報。

2. 視需要進行相關通報

相關事件的處遇，除了學校學務及輔導系統之外，可視學生的困境與需要，通報「社會安全網一關懷 e 起來」，連結相關的資源系統，尋求必要的協助。

3. 心理諮商資源連結

視學生的困境與需要，連結各縣市學生輔導諮商中心、社區心理衛生中心、社區心理諮商所、身心科診所等資源。此外，華人 DBT 馬偕粉絲專頁網址 https://www.facebook.com/mmhdbt/（或參見 QRcode），提供辯證行為治療運用於解決反覆自殺自傷個案困境、運用與青少年技巧訓練、家

庭、校園之方向，可供參考。

4. 家庭或其他特殊需求資源連結

視家庭需要，連結家庭教育中心或身心障礙社區資源中心等資源。

國中小校園自殺自傷之相關實務，舉凡教師相關專業知能的增進、建立與學校為本位的三級預防工作、危機辨識與評估、處遇與相關系統合作等，都需要學校所有人員從不同的角度和位置一起參與。而三級預防工作中，發展性輔導工作的落實與擴展，營造健康、安心與快樂的校園生活，更是重要的基礎，也是所有教育工作者重要的任務所在。若能在國中小階段的成長中，為學子注入更多的優勢與能量，將更能陪伴兒童與青少年度過生活中的種種挑戰，伴隨長大。

貳、高中學生自殺與自傷防治實務

本節針對高中學生自殺與自傷的相關議題與處遇進行探討，包括高中生的自殺與自傷、高中自殺防治的一級預防、自殺傾向學生的評估與介入、非自殺性自傷學生的介入、自殺發生後的後續介入工作，以及相關實例。

一、高中學生的自殺身亡與自殺企圖

（一）高中自殺身亡與自殺企圖的現況

自殺身亡與自殺企圖行為在高中（包含普通型高級中等學校、技術型高級中等學校、綜合型高級中等學校、單科型高級中等學校），雖不是青少年問題統計數字中最高的，但因為是一個生命的殞落，不論是對個人、家庭、社會影響與衝擊都相當大。衛生福利部 2021 年統計，15 至 24 歲青少年自殺身亡居青少年死因第二位。

高中端學生自殺自傷通報最多的月分，依據 2019 校安通報的資料顯示，全年以 11 月最多，其次為 12 月與 10 月，較集中在上學期；下學期則以 5 月最多，居全年第四。這幾個月值得學校方面多加關注，並可考慮在各項課程、活動與措施上進行事前預防與宣導。關於自殺身亡年齡有日趨年輕化現象，這部分需要特別關注並及早進行預防，提前布署。學校的宣導與各項預防措施，值得也需要繼續推動與努力。

（二）高中生自殺身亡與自殺企圖的方式

根據自殺防治學會 2020 年調查資料顯示，高中生常採用的自殺方式有：燒炭、跳樓、割腕（又稱為切穿工具自殺身亡與自殺企圖）、上吊、服用藥物、撞車、投河等，其中依危險程度又分成高度危險、中度危險、低度危險三個層次。1. 高度危險包括：上吊、勒死（如皮帶、繩索等）、跳樓等。2. 中度危險包括：燒炭、撞車、投河等。3. 低度危險包括：服用藥物、割腕（又稱為切穿工具自殺身亡與自殺企圖）等。

根據自殺防治中心 2020 年自殺身亡通報統計資料，15 至 24 歲自殺方式占率排序前三位分別為「切穿工具自殺身亡與自殺企圖」（44.5%）、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」（40.7%）及「由高處跳下自殺身亡與自殺企圖」（8.4%）。

在自殺身亡死亡率方面，男孩比女孩更容易自殺身亡，其可能的理由是男孩比女孩更趨於使用暴力的方式來自殺，譬如說上吊、槍枝、或是爆炸物。雖然女孩比男孩更容易罹患憂鬱症，但是她們比較願意和人討論她們的難題，並且會尋求幫忙，也許這是她們避免採取更容易致命的自殺行為的原因。男孩通常比較衝動，也常在酒精或是非法藥物的影響下發生自殺行為，因此也帶來了致命性的後果。但就自殺行為而言，女孩卻比男孩更常發生；而且，在過去十年間女孩選擇以暴力方式自殺的比率正逐漸增加。因此，青少年的自殺防治非常值得關切。

（三）造成高中生自殺身亡與自殺企圖的危險因子

自殺是多元因素造成，釐清自殺之相關危險因子是自殺防治的必要步驟。整體性危險因子已於第一章詳述，就高中生危險因子進行描述而言，整理如下（衛生福利部，2021c；廖士程等，2015）：

1. 個人因子

包括有罹患精神疾病（雙極性情感疾患——俗稱躁鬱症、憂鬱、精神分裂症）、性格障礙（強迫、依賴、邊緣性性格）、心理需求得不到滿足、想引起注意、受媒體影響、自我身體疾病、家族自殺史、過去創傷經驗、精神疾病、網路過度成癮等。15 至 24 歲學齡族群若罹患有精神疾病（如憂鬱症、思覺失調症、躁鬱症等）、酒癮、藥癮，務必早期辨識，早期診斷，早期治療。衛生福利部通報資料記錄中顯示，高中學齡層（15 至 17 歲）自殺身亡與自殺企圖近因占率最高為「精神健康／物質濫用」，其中憂鬱症與思覺失調影響最大，足見在個人因

子中，精神疾病的關注不可少。（詳細說明請參見手冊第一部分）

2. 環境因子

包括有家庭因素（經濟困難）、學校因素（課業成就、表現不好、聯考失常）、人際因素（人際衝突、在學校受到排擠）、網路霸凌、情感因素（情感失落）、具有自殺途徑（例如：對正在計畫自殺的人而言，自殺的工具或方法越容易獲得，其出現自殺行為的機會也會越高，如非法藥品、致命物品等皆可能會加速自殺行為的產生）。

3. 突發事件因子

包括有親人的過世、與家人的嚴重衝突、父母離婚、自己生病、對成績的期待、重大考試失敗、失戀等。青少年常見失落事件，有重大的人生挫折或重要親密關係的結束、失戀、父母因意外驟然過世等。

4. 社會文化因子

缺乏社會支持或受媒體報導影響或同儕之間的模仿行為（例如聽到別人談論某人有自殺行為與其方法，或在媒體看到自殺的報導，經由認同與模仿後興起自殺意念）等。學齡族群是對自殺媒體報導的敏感族群，容易因為媒體對自殺過多不適當的報導，產生模仿效應，皆可能加速自殺行為產生。

若青少年在遇到上述事件時，不斷出現負面情緒與負面想法（如：自責、憤怒、害怕、擔心、沮喪、無助、絕望等），此時若青少年生活中缺少接納，缺乏支持，將可能造成自我貶低，對生命產生迷惘，易生成自殺意念。

在我國 108 年全國自殺通報各縣市通報原因中，前三高為「情感／人際關係」（16,281 人次，46.1%）、「精神健康／物質濫用」（15,398 人次，43.6%）、「工作／經濟」（3,771 人次，10.7%）。細看各類自殺原因，「情感／人際關係」占率較高，原因為「家庭成員問題」及「感情因素」，其中以「家庭成員問題」占率最高；「精神健康／物質濫用」則以「憂鬱傾向、罹患憂鬱症或其他精神疾病」為主。以年齡層來看，15 至 24 歲通報原因除性侵／家暴／霸凌等原因外，自殺原因占居前三位分別為「精神健康／物質濫用」（52.5%）、「情感／人際關係」（47.5%）、「校園學生問題」（12.4%）。總括來說，青少年族群相較於其他年齡層族群，在危險因子方面少了「工作／經濟」，但多了「校園學生問題」。而「精神健康／物質濫用」的問題，則可視為是一個連續性問題。

青少年這個年齡的族群正值求學階段，所以若要針對自殺身亡與自殺企圖加以防治的話，系統合作可說是最理想的方式。輔導人員可運用以學校為本位來進行自殺防治，採團隊合作模式為基礎，包括整合學校各處室、導師、任課老師、校安人員、校醫、學校護理師、輔導老師、諮商心理師、臨床心理師以及社工等人力資源，依據上述問題困擾類型，詳細規劃教育、宣導、介入等有效策略。除了學校內的團隊密切合作之外，同時也必須與社區的醫療單位及相關團體進行良好的交流互動，落實三級預防工作，更重要的是家庭，密切與家庭或主要照顧者合作，提供符合需求的資源，共同建構一個完善的自殺防治防護網與守門人的功能，共同協助青少年建立珍愛生命之價值信念。此系統合作模式與高中學校輔導生態資源網路模式雷同（如圖 10），採用由親而疏，由近而遠的漸進層次，由自殺高危險的學生身邊的重要他人（如：家長、手足、導師、同儕、受學生信賴的任課教師等）為核心，再漸進式地往外擴展到校內與校外資源（如：輔導室、校內相關處室、學生輔導諮商中心、社政資源、警政資源、衛政之醫療資源、司法資源等），學校輔導人員與各項資源系統建立共識與目標，採取互補與合作的策略，讓系統合作發揮最大優勢效益。

二、 高中自殺防治的初級預防工作

預防勝於治療，在校園自我傷害防治亦是如此，想要減少校園學生自殺身亡與自殺企圖事件的發生，事件發生前的各項預防工作可說相當重要。校園內之自殺防治分為初級、二級及三級，各有不同的工作重點。本段落將針對初級預防部分加以說明，以落實預防工作之推展。學校應依法設置「校園自我傷害危機處理小組」，並藉由生命教育、情緒教育、壓力調適等不同作法，來增進校園自我傷害的預防措施，也應辦理相關知能研習及配套作為，積極降低危險因子（壓力事件、情緒、家庭衝突等），提升保護因子（支持系統、教育等），落實校園自殺防治工作。

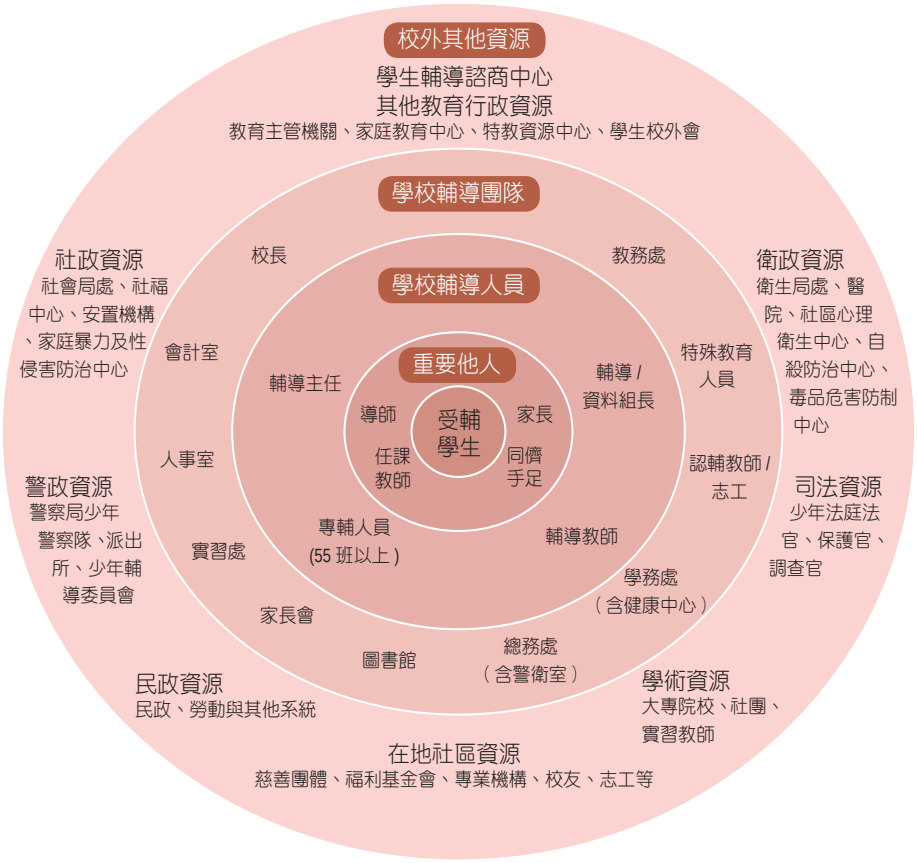
（一）建置校園自我傷害危機處理小組

學校應建置「校園自我傷害危機處理小組」。此小組之建置目的是為了增進全校師生對於自我傷害事件的應變能力，讓學校成立學生自殺身亡與自殺企圖的預防機制，並在事件發生時得以迅速有效的進行危機處理，讓行政人員、教師及輔導教師均能在過程中，理解並發揮自身角色與職責，且能增進學校與社會之溝通合作。

本小組得設召集人、總幹事及發言人各 1 名，並依事件處理任務編制設置 8 個工作小組，各組設組長 1 名，組員若干名，其遴選分工與組織職掌建議如表 11，唯各校仍可視主管教育

圖 10

以學生為本的高中學校輔導生態資源網路圖



資料來源：高級中等學校輔導參考手冊，王麗斐（主編），2020，教育部，p.19。

機關、各校規模、組織編制及特殊性等，依學校本位方式通過設置要點，且於平時即能熟悉各組之職掌與分工合作方式，以便危機發生時能妥善因應與處理。

（二）推展生命教育

配合初級預防措施，積極推展生命教育有其必要性。生命教育的推展可分為正式課程、議題融入課程及生命教育活動等不同類型的方式加以開展。

表 11

遴選分工與組織職掌建議表

組織		職掌	建議分工
召集人		1. 負責事件處理總指揮。 2. 主導整合校內資源，強化各處室合作機制。 3. 召開緊急處理會議，瞭解危機處置進度，並安排人員進行事件之行政通報事宜。 4. 與總幹事兩人彼此聯繫，給予需要的行政資源與支持。 5. 指定人員對外發言。 6. 與總幹事、發言人溝通，決定消息發布內容與如何與媒體應對。 7. 在事件被媒體報導之前，向督學與主管科室提出口頭報告，隨後補上書面報告。 8. 督處處置作業流程，確定對媒體之說明、對校內相關單位之公開說明與教育輔導、家長聯繫協助及哀傷輔導。	校長
總幹事		1. 襄理一切小組事務。 2. 依事件類型決定啟動相關組員以進行事件之處理。 3. 決定介入策略，發布需要執行的任務。 4. 主責自我傷害事件危機應變處理作業流程之訂定，提出由本小組共同研議，並定期進行演練，建立校園危機應變機制。	由具備評估事件嚴重程度及能靈活掌握小組運作者擔任
發言人		1. 負責事件處理對外發言之單一窗口。 2. 視需要發布新聞稿，含對媒體之說明。	由校長指定適當人員擔任
工作小組	安全組	1. 負責事件現場與善後之各項安全項目。 2. 在警方到來前，維持事件現場的秩序。 3. 管制事件現場人員的進出。 4. 避免師生推擠或毀壞現場之完整。 5. 協助陪同警方進行相關處理。 6. 校安通報處理。	學務處或教官室
	總務組	1. 負責校內外之聯絡及相關之總務工作。 2. 提供事件處理所需之各項支援（如器材、用品等）。 3. 負責拉起隔離區域的布條，防止非相關的師生進入現場，確保事發現場的完整。 4. 負責現場環境復原及善後，安排人員處理血跡、重新油漆、損毀器材之修繕等。 5. 校警之危機處理能力之加強。 6. 校園高樓之中庭與樓梯間之意外預防安全網、生命教育文宣與求助專線之廣告。	總務處
	醫療組	1. 負責緊急救護處理。 2. 對情況輕微者，請個案至保健中心進行傷口之緊急包紮。 3. 對情況緊急者進行現場急救處理，並通報校外醫療單位，必要時陪同救護送醫。 4. 協助相關醫療處置事宜。	學務處衛生組及護理師

（續下頁）

表 11

遴選分工與組織職掌建議表（續）

組織	職掌		建議分工
工作小組	課務組	1. 規劃生命教育融入課程，提升學生抗壓能力（堅毅性與問題解決能力）與危機處理、及自我傷害之自助與助人技巧。 2. 將學生課業減壓、提升挫折容忍力及情緒管理等議題納入課程綱要、融入教學課程及生命體驗活動計畫。 3. 負責因事件之發生，相關課務調整之處理，協助受到影響的教師、工作人員等，進行調代課、請假事宜。	教務處
	法律組	1. 提供職員正向積極的工作態度訓練，建立友善的校園氛圍。 2. 負責學校內外有關事務之申訴、仲裁、救助、賠償等協調工作。 3. 提供相關法律問題諮詢。 4. 視需要聘請法律顧問。	人事室
	資料組	1. 負責事件資料之紀錄與彙整。 2. 呈報事件處理報告。 3. 處理相關各項通報事宜。	輔導處（室） 總務處文書組
	輔導組	1. 舉辦促進心理健康、生命教育之活動，如：正向思考、衝突管理、情緒管理、以及壓力與危機管理等。 2. 提升導師、教官、同儕、教職員、家長之憂鬱與自殺風險度之辨識與危機處理能力，以協助觀察辨識。 3. 定期分析校內通報案例，探討校園自我傷害行為之成因，以作為研擬校園自我傷害防治工作之參考。 4. 針對學生特性，校園文化與資源，規劃合適之心理健康篩檢工具，針對高關懷學生早期發現，早期協助。 5. 主動提供高關懷學生必要的關懷協助及需要的諮商輔導。 6. 知悉學生有疑似精神疾病、有明顯的自傷或傷人之虞時，需進行危機處置與必要的轉介與協助就醫。 7. 整合校外之專業人員（如：臨床心理師、諮商心理師、社工師、精神科醫師等）資源到校服務。	輔導處（室）
	社區資源組	1. 負責聯繫家長會、社區心理衛生中心、醫院、警察局、其他相關社區機構。 2. 視需要提供直接、間接服務與相關協助及諮詢。	由校長指定適當人員擔任之

資料來源：校園自我傷害防治手冊，賴念華（主編），2007，中國輔導學會，p.70。〈新北市立中和高中憂鬱及自我傷害防治實施計畫暨校園危機處置機制辦法〉，新北市立中和高中（2013 年 9 月 6 號）。
https://drive.google.com/file/d/0B0cYjsshQ0NcRjBST2RRa1NqNUE/view?resourcekey=0-2AhZWVmLm4Pw9Y1V9hjSSA。

1. 正式課程

（1）生命教育課程

2019 年發布的「十二年國民基本教育課程綱要」中，規範「生命教育」為普通型高中部定必修之一學分課程，而技術型、綜合型、單科型高中則將「生命教育」定為一學分的選修課程。此一學分課程，在新課綱的規劃下，有具體的學習目標，若能落實此課程，將可帶領高中青少年正視生命與死亡的議題，探討生命的價值，減低自殺身亡與自殺企圖行為的發生。有關生命教育科之學習重點，可詳閱十二年國民教育課程綱要「綜合活動領域」領域綱要中「生命教育」之說明。

（2）生命教育議題融入領域教學

「十二年國民基本教育課程綱要」在「實施要點」中列出十九項應融入八大領域課程的議題，生命教育亦屬其中之一，故學校教師可透過正式、非正式或潛在課程實施議題融入課程，以培養學生批判思考及解決問題的能力，提升面對問題的責任感與行動力。

就「十二年國教課課程綱要國民中小學暨普通型高中議題融入說明手冊」可知，生命教育融入議題教學時，著重於哲學思考、人學探索、終極關懷、價值思辨及靈性修養等面向。學校教師可藉由掌握議題融入之重點，與原本之課程設計結合，進而達到生命教育的目的。執行方式，除詳見議題融入手冊（參考右側 QRcode）外，教育部之生命教育發展中心或各縣市之教育當局歷年來亦收集數量可觀的課程設計可供參考。

2. 非正式課程—生命教育活動

非正式課程係指於正式課程外，學校有意安排與辦理的各項學習活動，這類活動的組織較不嚴密但卻具有彈性，甚至可由學生自主學習。此類活動若與生命教育的主題結合，可發展出豐富多元的活動類型。各高級中等學校多半於學年開始前就會進行全年度的活動規劃，據以撰寫成生命教育實施計畫，作為全年度活動推展的依據。生命教育活動常見實施方式條列如下：

（1）勵志性宣導：包括生命鬥士演講、生命勵志故事分享、主題宣導比賽、主題書展、徵文比賽、選舉或表揚突破逆境模範學生等活動。從各領域生命教育楷模的經驗中，學習如何克服困難及面對困境的態度與信念。

（2）弱勢關懷體驗活動：包括飢餓體驗、懷孕負重體驗、身心障礙體驗等活動，這些是讓學生設身處地，對弱勢者的處境更感同身受的機會。學生往往從過程中體悟到，原來自己的生活已相對富足，進而更珍惜所擁有的一切。

（3）服務學習：包括愛心班級服務學習、照顧安養院老人或弱勢者、淨灘、捐發票、社區環保服務、利用課餘時間參與機構單位或民間團體志工服務等，讓學生從服務過程中體會「做中學」的精神，並自我砥礪與反思。

（4）影片拍攝與教材研發：搭配文本閱讀、心得或學習單等反思性的書寫活動，讓學生學習愛惜生命、關懷他人，反思生命的課題。亦可引導學生創作拍攝微電影，藉由影片來刻劃生命的感動，拍攝之作品更可成為教材之使用。

（5）節慶活動：結合母親節、教師節、聖誕節等節日舉辦生命教育活動，藉此表達感謝與愛戴。

（6）籌組社團：以推動具生命教育意義的自主性社團、成立具服務性質或是動物保護性質的學校社團等，藉由社團活動得以讓學生們以服務或實作方式來推廣生命教育之涵義，善加利用，更可成為校內生命教育之推廣種子。

（7）引進外部資源：與校外慈善機構、基金會、高中或大專校院等合作，合作辦理講座或活動、機構參訪等。

（8）結合其他主題活動：與友善校園、生涯輔導、憂鬱自殺防治、防災演練等學校活動中融入生命教育的精神，宣導生命無常、生死關懷與愛惜生命等生命教育的理念。

（9）出版相關刊物與成立相關網站

除此之外，如遇偶發事件，如：校內師生意外……等，學校發現此事件亦能與生命教育主題做連結時，也能把握時機深化校內生命教育的基礎。

（三）實施情緒教育與壓力調適

綜合活動領域課程綱要特別提及情緒教育的重要性。學生因情緒困擾而易有以下行為發生，如：學習動機低落、無法準時上學、人際關係欠佳、出現偏差行為等，而後更可能發生自殺身亡與自殺企圖等自我傷害行為。因此實施情緒教育有其必要性，可有效協助學生維持個人

情緒穩定，適時以正確的方式排解個人的情緒，進而避免自殺身亡與自殺企圖行為的發生。

情緒教育所談的就是情緒智商（EQ），指個人對自己情緒的覺察與管理，對人生的樂觀程度和面臨挫折的承受力。情緒教育的內涵包括：教導學生認識自己的情緒反應、瞭解他人的情緒、學習處理情緒的技巧、維持人際關係的方法，同時探討個人對人生的樂觀程度與挫折忍受力。學校重視學生知識學習與發展外，更不能忽略學生的情緒教育。

根據研究，適度的壓力有助於生活適應與學習成果的展現，但若壓力過大，反而有礙身心健康。針對壓力調適，可依下列幾個面向加以規劃（江承曉、劉嘉蕙，2008）：（1）了解壓力對身心的作用與影響。（2）增進壓力調適與因應的能力。（3）增進情緒管理與情緒智能。（4）教導各種有效的身心放鬆技巧。（5）提升問題解決能力。（6）練習靜坐、冥想。（7）增進正向信念與自我實現能力。（8）提升靈性健康適能。（9）培養運動與休閒的嗜好。（10.）促進人際關係與社會支持系統，藉此作為提升學生壓力調適之參考策略。

（四）致力班級經營

班級通常是學生校園生活的第一現場，藉由班級經營可以有效落實校園自殺防治工作，正向溫暖的班級氣氛，讓學生在校能開心安心的學習外，導師可以善用校外教學、文章分享、舉辦募捐物資以資助弱勢慈善……等活動，來傳達尊重生命的理念，而針對需要協助的學生，導師更可以建立小天使團隊，增進正向人際互動與同學彼此之間的情感連結，營造班級正向包容的友善氛圍。

（五）運用自殺與心理衛生篩檢評估工具

為幫助師長能快速篩檢或辨識目前心理照護需求高，可能有自殺身亡與自殺企圖風險的學生，可善用「心情溫度計（BSRS-5）」（可參看第 58 頁），本表可用於快速篩選出目前情緒穩定度低、壓力大，需高關懷的學生外，方便學校做後續介入的參考依據外；亦可以宣導周知，教導學生此以工具，作為平常情緒教育或自我照顧的工具，強化學生自我照顧的能力，配合宣導單張、APP 等方式，提供學生於有需要時自行評估使用，搭配校內外相關資源訊息的提供，讓學生有需要時得以尋求協助。

除此之外，針對個別學生部分，一般教師如果有較高的敏銳度，觀察到學生的狀況有所不同，「臺灣兒童與青少年關係量表」及「自我傷害行為篩選量表」亦可以提供教師作為初步篩選之使用，並建議盡快轉介輔導室尋求進一步的協助。

目前於實務現場已開發各類測驗與量表可供學校師長評估使用，於本手冊第 46 頁及附錄一有相關詳細介紹，需要之師長可另行查閱參考。

（六）加強知能研習與親職教育

要建立教職員工對於自殺防治的正確概念與敏感度，最直接有效的辦法便是辦理「自殺防治守門人訓練」，依據 2020 年發布之《自殺防治法施行細則》第 12 條之規範，「自殺防治守門人教育訓練」內容包括：自殺防治守門人之基本素養、自殺防治相關法令及綱領、自殺危險因素及影響因素、自殺防治現況及策略、自殺風險評估篩檢量表之應用、自殺行為之預防及危機處理技巧、防止再自殺之資源轉介等。建議各校納入學校行事曆，定期辦理此類研習，以落實校內相關概念之形成，減少憾事發生。

除此之外，根據臺北市自殺防治中心自殺通報資料顯示，學齡青少年自殺身亡與自殺企圖原因之一為精神疾病問題，惟因好發於兒童青少年族群的思覺失調症、憂鬱症等精神疾病，易與青春期樣態混淆而難以辨識，並且會受到精神疾病汙名化影響而延誤就醫，故強化兒童青少年精神疾病衛教相關知能亦是心理衛生活動辦理方向之一。

除校內師長外，相關研習課程亦須納入家長親職教育部分，協助家長提升敏感度。另外高中學生之想法與其獨立性日趨成熟，家長與孩子互動模式勢必隨年紀增長而調整，加上高中階段特有之議題困擾，亦需要家長同步成長，以形成有利於孩子的支持環境。

（七）增進資源連結

政府相關部門及社區機構均提供各式資源以協助學校推展初級預防工作，相關資訊總表於本書附錄，需求者可至該章節查詢使用。

三、高中校園自殺傾向學生之評估、介入和系統合作

自殺危機之處遇可依三級預防模式，區分三個主要階段：自殺發生前的預防、自殺危機時的處置和自殺發生後的介入，以清楚的架構結合三級預防的概念。而如何篩選出高危險群，善用心理測驗工具及晤談技巧以進行學生之自殺風險評估，更是自殺危機預防及處遇過程中至為關鍵的步驟。

高中生自殺身亡與自殺企圖之行為通常有跡可循，絕大多數案例皆曾有情緒行為上的線索，或是曾在週記、作業中；亦或網路上透露自己的想法、感受，甚至自殺的念頭和計畫。

學校若能善用篩選評估機制，先行發現高危險群學生，且及早介入輔導，妥善的系統合作，將能協助學生度過困難的時刻，避免後續嚴重的後果。

（一）自殺警訊

大量研究指出，個案在自殺身亡前通常會發出各種警訊，是意圖自殺者具體表現出的行為，可從中觀察自殺的風險是否正在增加。其中最普遍的癥兆包括：面臨壓力事件、出現強烈的情緒、以口頭或文字表示要結束生命或有自殺的計畫、對死後作出安排、學校適應不佳或社交的功能退化等，且當個案同時出現多個癥兆時，自殺身亡與自殺企圖的危機程度愈高。學校所有教職員均須有敏銳的感受及判斷能力，能辨識自殺身亡與自殺企圖警訊，能體會個案語言和非語言訊息所表達的意涵，始能有助於辨識出處於危機中的青少年。

1. 促發壓力的事件

正值高三的小柏（假名）情感交往有半年之久，最近另一半以學測在即，課業壓力沉重為由，要求分手，小柏無法認同這個理由，更不能接受這段關係的結束，他為此難過哭泣，覺得自己的世界彷彿瓦解，很想從這個世界消失。

促發或急性壓力事件，例如：重大的人生挫折，或案例中小柏面臨重要的親密關係結束等，往往讓人感到失落、困擾，這些也是青少年常見的自殺導火線，這個年紀的身心發展多半尚未有足夠的能力或技巧來處理壓力事件。Costello 等人（2011）認為年輕人生活中的任何明顯的壓力源，都可以視為是自殺的誘發情境。尤其是「明顯壓力事件」的發生，對不同個體來說都是獨一無二的，或許在成人眼中不是那麼嚴重，但對青少年而言卻像世界末日一般。因此當發現青少年遭逢巨大壓力，或其本身促發壓力事件發生時，須特別關注事件所帶來的影響，並給予適時的協助及支持。

2. 心理疾病

小夫（假名）是復學生，重讀高二。他復學以來，仍經常曠課，在班上是邊緣人，和同學刻意疏遠，與過去同班的人也漸行漸遠，整個人消沉退縮，早已不再如過往那般活躍外向。導師將小夫轉介給輔導老師，經輔導晤談，輔導老師評估其有明顯憂鬱症狀，可能需定期的心理諮商與藥物治療。

罹患心理疾病不一定會有自殺行為，但是在自殺身亡的青少年中，合併有心理疾病（特

別是憂鬱症）卻是頗為普遍。不過兒童及青少年的憂鬱症狀經常不那麼典型，有時候會以衝動、易怒或不滿的情緒，退縮的社交互動，以及失序的作息來呈現，而且自殺行為往往發生在憂鬱症狀開始有改善之後，情緒從低谷爬升的時候發生（陳玉芳，2020）。

此外，除了憂鬱絕望的情緒狀態之外，青少年的焦慮、絕望、罪惡感、強烈的被遺棄感，或伴隨行動化（acting out）的行為、僵化的思考模式等，亦是家長、教師、學校輔導老師或其他專業輔導人員須有所警覺與適時關懷的。對於常見的青少年心理疾病有清楚的理解，始能成為評估自殺危機程度的重要背景知識。

3. 語言線索

正值期末考，小芸（假名）在網路上發文，”I always struggle with my thoughts and feelings. I don't want to live, but I don't want to die. Is it a good choice to kill myself ? ” 而網路鄉民竟推文回說：「期末自殺吼～」、「好險我已經畢業了」等調侃話語。班上同學看到後跟導師反映，導師趕緊主動關心小芸，並且轉介給輔導老師。

個案可能在口語或所書寫的文章、詩詞中反映出對生命的絕望、或自殺的訊息，像是「家裡沒有我會更好。」、「如果我走了，這個世界會有多少人記得我？」、「如果我死了，壓力和痛苦從此歸零，該有多好！」等類似這樣的話語，可能間接或直接的透露出絕望感，這些都是明顯的警訊，言語之間表明了自己是處於困境、沒有價值感，或像是在說再見，訊息中可能隱藏自殺的意圖。有時這些警訊雖讓人擔心是否是有目的一種工具性威脅，怕給予關注會落入被操控的局面。實務上仍建議要給予適當的關心，全然不予理會並非恰當的作法，即使學生是以開玩笑的口吻表達自殺訊息，我們都應該認真看待與處理。

4. 行為線索

小哲（假名）突然將珍藏的球星聯名手環送給弟弟，把朋友送的布偶還回去，還在通訊軟體留言：「睹物思人，希望有它讓你知道我並未真的消失」。這個突如其來的舉動，讓家人及好友覺得困惑擔憂，怕小哲有想不開的念頭。

許多學生在自殺行動之前，會將個人物品或事務作出最後安排，像是轉送珍貴物品給摯友或家人、突然針對自己之前的過錯向朋友道歉、留言道別等，這些訊息可能意味著自殺身亡與自殺企圖正在逼近，輕忽不得。而其他行為上的線索，諸如：突然出現明顯的社交功能退化、學習或行為問題、自傷或自傷舉動等，亦是值得關注的面向。其中，青少年如突然增

加酒精或藥物的濫用，應小心多加留意，在自殺身亡的兒童或青少年當中，濫用酒精或非法藥物的案例不勝枚舉；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濫用藥物（李明濱，2008）。

（二）自殺的風險評估

自殺風險評估仰賴持續的專業訓練與實務經驗的累積。學校教職員在初步評估自殺風險中扮演重要的角色，尤其是第一線教師和學校輔導人員通常熟悉學生，對於有風險的個案通常有長期的認識，在自殺風險評估上能提供重要的評估資訊。自殺風險評估是對個案發生自殺行為的危險程度進行個別化與系統性的評估，確認其有無具體的自殺行動計畫、過去是否曾有自殺企圖、當前的環境壓力、自殺的徵兆、支持系統、有關自殺想法的表達方式、以及心理健康狀況等，這些判斷指標各依其狀況可區分成低、中、高的危機程度。

學校輔導人員可善用「自殺危機評估表」工具（請參看第 59 頁表 7），透過這些面向進行評估。另定期召開危機處理小組會議，建立個案危機處理標準作業流程，擬定各項教育行政因應措施。維持校務及課務正常運作，協調校內教師人力並給予必要支援。

評估個案的自殺風險程度，但須留意，評估預測的結果並非必然的，「高風險者」不一定自殺，「低風險者」還是存在一定的風險，不可輕忽；評估速度初始會較緩慢，隨著信任關係及學生願意揭露更多而能趨近準確；評估後如屬高風險，應確保學生立即性的安全，例如：不讓自殺高風險的學生獨自一人、安排就醫或處理通報事宜等；應內化為輔導人員諮商晤談的內容，技巧性的從風險評估會談中進行危機評估，同時與個案建立信任之關係，從理解中陪伴個案一起找到可能的回應和處遇之道。

進行自殺風險評估時，可以用幾種不同的方法來探問、關心學生有關「自殺」的意圖和行為。表 12 的提問示例，並非提供所謂「正確無誤的方法」，重點在於讓個案可以安心自在的與輔導老師談論其內心的痛苦與掙扎。

（三）自殺危機的輔導介入

一般教師可能擔心：「假如直接詢問學生對自殺的想法，會不會反而是在刺激他們，而導致自殺行為更容易發生？」然而，Chiles 與 Strosahl（2005）研究發現在治療過程中討論個案自殺的行為與想法，反而可以降低其自殺危機。以下說明自殺危機介入時的晤談過程該注意哪些事？有什麼技巧是須掌握的呢？

表 12

評估自殺風險時可用的晤談問句

問句	評估內容／問話目的
1. 「發生了什麼事讓你覺得這麼痛苦呢？」	● 評估學生是否願意坦露自己的困境 [學生愈願意合作，輔導人員就愈有機會有效處理危機。 ● 評估學生當前所經歷的壓力事件為何 [主觀感受到的困擾問題愈多、愈複雜，則自殺風險愈高。
2. 「你有任何想要自殺的念頭或想法嗎？」	● 坦然用「自殺」兩個字，讓學生知道可以坦誠與輔導人員談論自殺，有助於紓解壓力。 ● 評估學生是否有自殺意念或想法。
3. 「你有自殺的計畫嗎？」	● 若學生所描述的自殺計畫愈詳細，自殺風險就愈高，例如：自殺的時間、地點、方法、工具、是否有機會獲救等。
4. 「你曾經嘗試過自殺嗎？」 「你有自殺的行動嗎？」	● 學生若回答「是」，則自殺風險愈高。
5. 「你認為自殺帶給你什麼好處？什麼壞處？」	● 評估學生對於自殺在思考上的想法是否有不當之處，說出愈多好處、愈少壞處，表示自殺風險愈高。此問句亦傳達出輔導人員著重了解而非一味說服的態度。
6. 「你認為死亡像什麼？」	● 評估學生是否將死亡視為浪漫的表現或問題解決的方法，愈是如此看待，則自殺風險愈高。
7. 「你有好幾次自殺的衝動，是什麼讓你沒有真的行動？」	● 評估學生是否有將自己從自殺的衝動中克制下來的能力，並增強這部分的作為。
8. 「當你在學校或家裡出現自殺的念頭時，誰可以幫助你？」	● 評估學生的支持系統，以及其是否能善用周邊的資源。
9. 「在什麼情況下你會想要自殺？」	● 了解引發學生想要自殺的情境。
10. 「如果一分最低，十分是最高，那個數字最能代表你現在會嘗試自殺的可能性呢？」	● 評估學生自殺的危險程度，數字愈大，風險愈高。 ● 輔導人員在與學生會談後，亦可在一到十之間給予評估。

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

1. 晤談之前的準備

學校輔導人員宜釐清個人對自殺所抱持的信念與態度，並以生活化、溫暖細膩的措詞、真誠專注的態度來詢問與聆聽個案對自殺企圖的陳述，開誠布公讓個案了解在諮商過程中討論自殺的感受與想法是可以被接納的，才有機會將自殺從隱晦、羞愧，轉變成是可以解決的問題。

此外，當個案發生自殺事件時，危機處理的目標是先減低個案當前的困擾和降低風險程度，採支持性的心理會談，以避免自殺行為再次發生，待情況較穩定之後再安排進入較長期的心理諮商。

2. 有效的處理步驟與溝通技巧

多數的自殺個案並非真的想要結束自己的生命，他們只是無法想像在自己所處的艱難中如何活下去。事實上，自殺的風險常是暫時的、可逆的且矛盾的狀態，須透過合適的步驟來介入（楊鴻濤，2012）。Roberts（2000）提出 25 項介入自殺危機的步驟，如表 13。

自殺行為的預防，得先了解相關的警訊、評估其危險性，這是輔導實務中預防自殺行為發生的重要步驟。除了一般口頭的探問與了解之外，有些評估向度是重要的參考指標，例如：是否有嚴重的情緒失調，如焦慮、激動；是否有心理疾病、失望無助的程度、自殺企圖的種類和嚴重程度、是否有酒精或藥物濫用的情形、有無自殺或自傷的過去史、取得致命方法的容易程度等。因此系統而完整的評估學生的自殺企圖與行為，是後續輔導處遇的重要關鍵。

（四）自殺危機的系統合作

自殺危機的表現有各式各樣的形式，從短暫、非特定的自殺想法，到低致命性的首次自殺嘗試，再到頻繁、高致命性的自殺行為，這些都需要專業穩定的醫療介入，以及學校教育、輔導人員縝密的協助。高中階段的輔導處遇過程，跨單位、跨處室達到系統合作的共識，是一個能夠更周全保護到個案安全，且降低教育或輔導人員發生疏失風險的方式。以下針對高中階段系統合作的輔導介入加以說明。

1. 提供支持性的心理會談

面對有自殺行為的高中生，輔導人員應以支持、鎮定的態度來面對，且能同理、接納的傾聽（陳玉芳，2020）。藉由心理諮商晤談，建立信任合作的關係，聽懂個案的語言及非語

言訊息，準確評估與分析個案的問題，找出調適因應的方式，協助個案維持或重新建構較佳的身心功能。

表 13

自殺危機處理七步驟

步驟	實用策略	注意事項
步驟 1： 評估傷害性	1. 確保立即的安全 2. 使用現有的自殺緊急處理方法	● 協助自殺風險個案，都應有面對緊急狀況時果決行動和判斷的完整計畫。
步驟 2： 建立密切關係	1. 陪伴個案 2. 掌握有利的條件交換 3. 使談話常態化 4. 透過簡短的語句表達，並保持冷靜及沉穩語調 5. 建立合作的關係 6. 支持他尋求幫助的決定	● 處理自殺之基本的諮商技巧是表達真誠關心但不價值評斷。 ● 陪伴個案，心與個案同在。 ● 有自殺企圖的個案在被轉介時可能引發強烈的情緒，須保持冷靜並表達同理。 ● 常態化、緩慢、冷靜的陳述表達，可使個案感受到諮商師有經驗且使溝通安全。
步驟 3： 傾聽	1. 傾聽、瞭解和確認 2. 緩和速度 3. 建立療癒的契機 4. 歸納問題 5. 釐清訊息	● 深度瞭解個案在自殺企圖背後所隱藏的意義。 ● 不將對話結束在負面、絕望的地方。 ● 讓步調緩慢下來（例如：搭配幾個深呼吸），給個案足夠的時間表達。
步驟 4： 管理情緒	1. 鼓勵情緒宣洩 2. 認識心理疾病 3. 教導接納負面情緒	● 自殺危機中的人，常被自己的情緒淹沒，並因此產生自我厭惡或羞愧感。鼓勵個案坦誠討論情緒並適度渲洩可有效降低危機。
步驟 5： 發現替代法則	1. 重新建構看待事情的角度 2. 建立解決問題的基本架構 3. 與社會支持接軌 4. 重建希望 5. 幫助個案想像未來的可能性並建立復原力	● 了解自殺是個案的選項，但引導個案願意尋找其他替代自殺的方法一、方法二。 ● 幫助個案辨識問題、辨識替代的解決方法或策略、評估替代方法、執行計畫。 ● 鼓勵個案列出支持名單，當需要時能尋求協助。
步驟 6： 運用行為策略	1. 擬訂一個短期的正向行為計畫 2. 使用一個安全計畫取代不自殺的約定	● 「不自殺協議」無法確保個案的安全，宜建立安全計畫取代之。 ● 建立安全計畫，幫助個案了解當其有自殺企圖時，做什麼才是恰當的。
步驟 7： 跟進行動	1. 運用並集中資源以確保後續關照的品質 2. 評估對未來學習和擴大照顧的干預	● 有自殺危機的個案，皆須輔導人員積極的追蹤與跟進其狀況。 ● 新手輔導人員在協助自殺危機個案時，應有可合作的督導或前輩提供專業訓練。

資料來源：“*Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research（2nd ed.）*”（p. 364-366）, by A. R. Roberts , 2000, Oxford University Press.

2. 會談時審慎處理保密原則

倫理及保密議題經常涉及複雜而專業的評估。「保密」乃諮商關係的基本原則，但在涉及有緊急危險性、危及個案自身或他人，或涉及觸法時，則是無法保密的例外狀況，應於諮商關係建立的初期就予以敘明。因此，當個案有自殺危機發生時，須妥善處理該怎麼讓個案了解到知會導師或相關單位的必要性，特別是讓家長能夠有所了解的部分。以下是可參考使用的說法：

「自我傷害的狀況已經危及到你的生命安全，我有責任要讓你的導師／家長知道，請他們一起來協助你，一起留意你的生命安全。」

「如果要讓導師／家長知道你自傷／自殺行為的狀況，你有哪些擔心或顧慮呢？」

3. 知會導師及相關處室單位

針對自殺危機的學生，先知會班導師，以及校內危機處理小組的核心成員，是相當重要的步驟。一般來說，學務主任、校安中心組長及健康中心護理師等，是經常要合作的夥伴。倘若自殺行為是發生在學校，那麼緊急通報學務處是當下必要的作法，校安中心亦須評估相關通報事宜。以下舉例說明各種狀況的處置：

（1）自殺舉動造成較輕傷勢

須立即協助個案到健康中心，由護理師進行緊急傷病照護，此時通知家長的任務，適合由護理師來處理，針對受傷原由及傷勢加以說明，並聯繫家長到校。關於自殺或自傷行為之傷勢紀錄，建議在輔導處、健康中心可預留空白人形圖，以圖像繪製來記錄個案的受傷部位，不宜採拍照攝影的作法。

（2）自殺傷勢須緊急送醫

學校《衛生委員會》應訂定緊急送醫原則。如果學生因自殺身亡與自殺企圖傷勢不輕而需緊急送醫時，亦依此原則辦理。一般而言，送醫方式包括：聯絡 119 緊急報案專線請派救

護車（如原因為自殺，通常會有警方一同到場）、計程車或教職員工之自用車（由學校支付交通費，且須有人員陪同）等。此外，針對自殺行為而護送就醫時，建議由健康中心護理師或輔導人員陪同前往醫院為宜。

（3）召開個案會議研議危機因應及協助之道

針對自殺行為的學生，召集個案會議，邀請導師、相關任課教師及處室同仁研議危機發生的處理步驟，及如何預防危機再發生的作法，這是相當重要的對話討論。會議應謹守保密的原則，例如書面資料不應出現個案全名，會議結束確實做好資料回收；或者亦可不印製書面資料，以簡報加上口頭說明的方式來呈現，省去資料回收及銷毀的工作。

4. 聯繫家長，討論協助方式

當學生有自殺明顯意圖或行為時，讓學生放學後獨自返家是比較有風險的作法。因此建議在當日即聯繫家長，甚至邀請家長到校會談，將家長納入系統合作的一部分。知會家長時可掌握以下原則：

（1）務必要知會家長或其他主要照顧者，最好至少其中一人是與個案同住的家人，以個案較信賴者為優先。

（2）邀請家長到學校當面知會，比電話通知更能妥當周全的處理。

（3）學生危機程度高時，不應讓學生獨自離校返家，須確定是在有監管或看顧的情況下離校，例如：由家長到校接送。

（4）喚起家長對事件的重視，幫助家長知道如何加強防範（例如：將致命物品妥善保管、留意孩子在獨立空間的時間）以及如何關心孩子。

（5）過度用藥是常見的自殺方式。如個案有身心科看診的用藥，應由家長收管。鎮痛解熱的家庭常備用藥亦有致命風險，須特別留意。

（6）有些個案一時無法信任輔導人員與家長的溝通，而要求參與會談過程。此時可視情形同意個案參與全程或一部分會談，晤談時的技巧及措詞拿捏須有不同的注意。

（7）提供衛教及精神醫療的資訊，建議家長尋找適合孩子的專業醫療資源，陪伴孩子穩定就醫。

（8）如個案的家長本身就是高度情緒脆弱的對象，他們本身可能就需要轉介專業協助，則輔導人員可適時提供轉介資源。

（9）如果家長是導致學生自殺的原因，或是家長不配合抑或未發揮應有的角色功能，仍要試著邀請家長到校協助，必須時通報社會局處或相關主管單位。

當學校發生學生自殺身亡與自殺企圖事件時，二者均需要進行通報與後續的介入服務，通報流程則依據「教育部學生自我傷害防治處理機制流程」，如第 31 頁圖 3。

四、高中校園非自殺性自傷學生的介入

（一）高中校園的非自殺性自傷

非自殺性自傷其本意並非想要自殺，通常是為滿足某些不足為外人道或自己也無法具體表達的心理需求。常見的自傷行為包括：割傷、燙傷或抓傷皮膚，用針穿刺，捶打身體某個部位，或放任傷口持續發炎惡化等。但作為一種身體裝飾或藝術性表達的刺青或特定部位的身體穿刺行為則不在此限。Jacobson 與 Gould（2007）研究發現非自殺性自傷行為好發於青少年期至成年前期，通常初發於 12 到 16 歲之間，儘管 17 歲以後才初發的也非罕見。陳毓文（2006）調查臺灣近二千名國中及高中學生，發現至少有 22.4% 受訪者表示過去曾有過非自殺性自傷行為。呂孟真（2006）的研究也發現高達 44.4% 的高中生在過去一年內曾經有過自殺企圖。張景嘉和陳畹蘭（2017）針對 12 至 18 歲國高中男學生之研究亦顯示超過 20% 的男性青少年在過去 3 年內有至少一次的自傷行為。

在性別差異部分，Klonsky 與 Muehlenkamp（2007）提及，過去常認為女性比男性更容易自我傷害，但近期大型研究發現兩者間並沒有顯著差異。性別差異主要顯現在自傷的方法上，女性比較常割傷自己而男性比較會用燒傷或捶打自己的方法。

（二）非自殺性自傷高中學生的三級預防

1. 初級預防—增進學生心理健康

（1）營造友善安全的校園環境

定期檢視校園各項設施，隨時維護與修繕，避免發生危險。建立校園高樓層之中庭、樓梯間等可能發生意外之預防安全網。

透過班級經營與親師合作，留意學生出缺勤與學業、生活、人際各方面的適應。透過班級幹部訓練，提升同儕人際互動與相互合作。

訂定並定期檢討全校性學生輔導工作計畫與學生自我傷害三級預防工作計畫。建立校園事件危機處理流程與危機處理小組編組（例如：發言人、課務支援、通報聯絡、安全醫療、諮商輔導等）。整合校外社政、警政與精神醫療等資源，建立整體合作與協調合作機制。

陳俊霖（2012）指出，校園心理衛生的一般性原則包括：加強與家長的溝通與聯繫；普及對親師生的心理衛生教育；平衡愛的教育與適度的紀律；提升對精神疾病症狀的敏感度；建立精神醫療院所轉介診治的後援；建構學校輔導系統與精神醫療系統的協調合作；改善大環境的社會文化等。

（2）提升教職員工輔導知能與親師合作

定期舉辦教職員工輔導知能研習，提升教師溝通技巧、班級經營與正向管教知能，強化教師自傷辨識（留意壓力事件、情緒狀態、家庭衝突等危險因子與支持系統、社會連結等保護因子）、適時轉介及危機處理能力。

（3）學生心理衛生教育與宣導

規劃生命教育融入課程，提升學生挫折容忍力、良好同儕關係與問題解決能力。辦理壓力因應、情緒管理或人際關係與溝通等主題課程。也可結合社團及社會資源辦理自我傷害防治宣導，學習辨識自傷行為，認識求助管道與資源，鼓勵求助行為，建立友善、信任的校園氣氛。

2. 二級預防—篩檢高關懷學生

（1）高關懷學生的辨識與篩檢

在保密、尊重隱私與自主，不標籤化、不汙名化等原則下，透過測驗或其他方式篩選憂鬱傾向及自殺企圖高風險學生，建構介入性輔導的合作系統。

（2）強化教職員工與家長的危機因應能力

Bowman 與 Randall（2004）列舉面對非自殺性自傷行為的九不與九要，這些具體作為可供輔導人員參考，如表 14。

表 14

對非自殺性自傷行為的「九不」與「九要」



- 不要顯得驚慌或害怕
- 不說教，或告訴他／她應該怎麼想或怎麼做
- 不批判，就算不同意他／她的做法
- 不說一些可能引起他／她內咎或羞愧的話
- 不在班上公開討論他／她的自傷行為
- 不使用懲罰來制止他／她的自傷行為
- 不用條件交換來制止他／她的自傷行為
- 不承諾一直保密，就算他／她如此要求
- 不承諾自己做不到的事情



- 要保持冷靜並給予關懷
- 要接納他／她就算不同意他的行為
- 要表達對他／她的關心與看重
- 要能理解自傷是他／她用來處理痛苦或內心感受的方式
- 要能適時轉介給學校專業輔導人員
- 要能鼓勵並陪伴他／她尋求專業協助
- 要能傾聽並允許他／她需要談話時能與你聯繫
- 要聚焦在他／她的優勢能力上並善加利用
- 要鼓勵他／她持續參與某些原有的社團活動、運動習慣與社交

資料來源：引自“*See My Pain!: Creative Strategies and Activities for Helping Young People who Self-injure*”（p. 19-20）, by S. C. Bowman and K. Randall, 2004, YouthLight.

（3）轉介學校輔導人員實施介入性輔導

整合校內外心理衛生專業人力（如精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師、社工師或輔諮中心輔導員等）到校服務，或會同相關人員召開個案會議研商輔導策略，以及相應的教育行政措施。Klonsky 與 Muehlenkamp（2007）建議，心理諮商或心理治療的重點應放在：協助個案降低負向情緒的頻率與強度；提升個案調節情緒與培養健康的情緒歷程；增加生活適應、社會支持與問題解決能力；鼓勵個案發展出替代性行為來取代自傷衝動（Walsh, 2012），例如：規律運動、用冰塊來按壓皮膚、在手腕上彈橡皮筋等，用以轉移注意、降低自傷衝動，並作為心理治療的有效輔助性活動。

3. 三級預防—危機處理與善後處理

（1）危機事件處理

於事發後應儘速召開相關會議或撰寫公開信，凝聚處理共識，掌握師生事後反應與適應狀況，謹慎面對大眾媒體，隨時掌握校內資訊與氣氛。也須聯繫家長，告知學校之因應作為

與可協助事項。安排個案及相關當事人進行後續心理諮商與輔導，或轉介醫療單位協助。透過個案會議，與家長協同合作，預防再自殺之可能。另提供與個案有關之親師生心理衛生教育，並協調資源提供相關人員心理支持與關懷。密切關注高關懷學生是否受到事件影響，視需求進行安心減壓服務或同儕支持等團體輔導，並透過公開宣導與教育輔導，以預防自殺模仿效應。除此之外，通常學校發生危機事件時，因為通訊的訊息發達與快速傳播，很有可能會有不實的訊息在校內傳播開來，甚至出現以訛傳訛，或是將危機事件妖魔化等的情事，為避免此等事件發生，也避免刺激到其他高風險族群，造成二次傷害或是另一個危機事件，因此，在危機事件處理過程中，系統合作須納入資訊安全人員，在危機事件處理過程。邀請資訊安全人員協助，由學校通訊軟體統一發布正向安心訊息，去除不實傳言與假消息，另外除官方網站外，也暫停校內所有其它網站串流，避免網路變成另一個不實訊息的傳播管道；另一方面，學校危機小組召開緊急會議協商後，可召開學校臨時校務會議，向學校教職員工說明，並請任課教師於上課中，對於不實謠傳與以澄清，中止謠傳，也對於焦躁不安之班級狀況，協助學生安定安心。最後，盤點校園安全維護計畫，重新評估是否有安全疏失並立即改善，調整事發現場環境，協助親師生儘速回歸日常學習與生活常軌。

（2）通報與轉介

依「校園安全及災害事件通報作業要點」及衛生福利部「自殺防治通報系統」進行通報。

（3）回報與善後

若發生學生自殺身亡事件，應填具「學生自我傷害後之狀況及學校處理簡表」。

（三）關懷與連結—別再讓孩子用傷口來說話！

所有教職員工與家長都應該努力成為孩子成長歷程中強而有力的社會支持網絡，透過關懷與鼓勵，共同編織一張張細密溫暖的守護網，陪伴孩子們健康快樂的長大。許多實徵研究指出，與他人有親密的連結、有虔誠的宗教信仰、有穩定的工作、有值得投入的目標與使命等四種形式的連結感，都是對抗痛苦與自殺很好的保護因子（Zareian & Klonsky, 2020）。如果能讓孩子感受到關懷與理解，對承受種種成長帶來的挫折與挑戰都是很重要的力量。

三級預防著重在分工與各司其職，平時建制完善輔導網絡與系統合作，做為學校發生緊急危機事件時之準備，分別可從行政、教師、輔導、學生、家長、班級等方面著手，預防重於治療，有關高中自殺危機學生之三級輔導與系統合作請參見表 15。

表 15

高中自殺危機學生之三級輔導與系統合作

初級預防（發展性預防）	
發展性輔導工作方向	一、 訂定憂鬱與自我傷害防治實施計畫 二、 針對教師：辦理展開與青少年對話技巧、溝通技巧、正向管教、創傷知情、憂鬱自傷研習，提升學校人員基礎心理輔導知能，辨識學生可能之心理需求；辦理危機處遇相關研習，提升危機臨場應變能力。 三、 針對學生：營造使學生有機會自我探索，表達內在的聲音，進而理解自己，增進自我意識與反思的學習情境；推動生命教育及情感教育，以期培養學生正向思考的生命態度及適當情緒調節能力與情緒管理能力，提升學生挫折容忍力。 四、 針對家長：加強與家長的溝通與聯繫；普及對親師生的心理衛生教育；提高家長自我意識並強化其家庭角色之統整，促進親職教育能力，視子女成長調整親職位置，提升子女之幸福感。 五、 針對學校：定期檢視校園各項設施，隨時維護與修繕，避免發生危險。建立校園高樓層之中庭、樓梯間等可能發生意外之預防安全網。 六、 針對班級：透過班級經營與親師合作，留意學生出缺勤與學業、生活、人際各方面的適應。透過班級幹部訓練，提升同儕人際互動與相互合作。
強化之具體措施 **一、 學校執行情形與策進作為：依規定落實校安通報。** （一）各處（室）落實合作分工：如學務處校園安全人員積極巡邏校園與該班、總務處定期檢視校園死角與設置安全網、教務處協助課程彈性調整。 （二）透過導師會報向老師宣導憂鬱與自傷防治資訊。 （三）請導師協助關懷個案及個案好友，預防模仿效應。 **二、 針對教師方面** （一）辦理時間：輔導人力職前訓練 40 小時及每年在職訓練 18 小時、一般教師輔導知能研習。 （二）辦理內容：校園危機處遇、校園危機事件實務演練、自殺守門人、憂鬱自傷學生警訊、精神／心理症狀與疾病初步辨識與回應、相關議題學生在校內輔導處遇與策略等研習。 （三）相關資源：可參考教育部學生輔導諮商系統相關資源、社區相關醫療與諮商機構、社區網之鄰近大學與諮商中心。 **三、 針對學生方面** （一）引導學生覺察並建立與自我的關係：透過師生互動、各領域課程融入，促進學生自我探索，表達內在的聲音，進而理解自己，增進自我意識與反思。 （二）增加學生「自助、求助、助人」的知識和能力： 1. 自助：認識常見精神／心理症狀與疾病、了解自身的焦慮、用適當的方式幫助自己（如照顧好基本需求、使用過往有效的因應技巧、學習放鬆技巧等）。 2. 求助：中性看待精神／心理症狀與疾病、了解校園內外求助資源與管道、鼓勵向信賴的成年人求助。 3. 助人：辨認自殺危機與警訊、關懷身邊家人朋友、了解一問二應三轉介自殺守門人原則、及早向信賴的成年人求助、擔任陪伴者之減壓與自我安頓。 （三）生命教育融入課程：例如生命曲線圖（帶領學生畫出生命軸線，標示出時間，軸線上方依時間點標示出幸福、有意義的正向事件，軸線下方標示出挫折、失落等負向經驗，分享並看見生命有落有起，探索讓自己從低走向高的優勢力量、正向資源，發掘自我優勢與韌力等）。	

（續下頁）

表 15

高中自殺危機學生之三級輔導與系統合作（續）

初級預防（發展性預防）

（四）結合社團與社會資源辦理生命教育體驗活動：例如機構參訪、特教障礙體驗、地震體驗、冒險體驗、蒙眼受困迫害與突破之人權教育體驗等，幫助學生從中學習生命之脆弱與珍貴。

（五）生命教育典範學習：擴展多元的生命樣態、拓展多元的選擇（例如：曾經在國中辦理生命鬥士金剛芭比林欣蓓的分享會，激勵了企圖自殺的學生活下去，學生反饋因此有了活下去的勇氣與決心）。

四、 針對家長方面

（一）辦理時間：善用每學期家長座談會或班親會等學校最多家長參與的機會、學期中辦理親職成長課程、認輔志工培訓等。

（二）辦理內容：理解青少年身心變化及次文化、與青少年談心的技巧、創造與孩子的對話機會、發展關愛孩子的方法、青少年憂鬱情緒、認識常見精神疾病與心理症狀疾病、拒學等主題，可以讀書會、研習、座談、小團體、分享會等不同形式辦理。

五、 針對學校方面

（一）定期檢視校園各項設施，隨時維護與修繕，避免發生危險。

（二）建立校園高樓層之中庭、樓梯間等可能發生意外之預防安全網。

六、 針對班級方面

（一）透過班級經營與親師合作，留意學生出缺勤與學業、生活、人際各方面的適應。

（二）透過班級幹部訓練，提升同儕人際互動與相互合作。

二級預防（介入性方向）

介入性輔導工作方向	一、 提升學校教師對於憂鬱情緒之高關懷學生辨識與輔導能力 二、 建立自殺自傷企圖之危機處理與善後處置作業流程 三、 強化教職員工與家長的危機因應能力

強化之具體措施

一、 輔導處（室）之具體作為：

（一）整合校內外心理衛生專業人力（如精神科醫師、臨床心理師、諮商心理師或社工師等）到校服務，或會同相關人員召開個案會議研商輔導策略，以及相應的教育行政措施。

（二）輔導人員持續定期輔導高風險個案，密切掌握自殺自傷高危險群學生身心變化，依個案自傷現況調整輔導策略，評估個案需要尋求不同資源之專業諮詢，並視需要討論開案：醫療單位、自殺防治中心、心衛中心、輔諮中心、學者專家等資源。

（三）可定期召開自殺防治會議，共同發展高危險群學生之輔導策略、各處室合作與調整方向，必要時邀請個案相關資源與會研討。

（四）分析輔導處（室）每月之二級個案及類型統計，掌握高關懷學生名單，並進行引發自殺或自傷的成因分析，增進全校人員的敏感度、及早辨識與介入。

（五）加強融入式課程內容：包括情緒覺察、自我接納、自我安頓、正念轉念、優勢韌力等，介紹說明各項資源管道。

（六）引導學生學習情緒適當表達，提供學校發聲管道，如設置實體輔導信箱、疫情間設置線上輔導專區，擴展學生在校內身心調適之空間。

（七）鼓勵個案發展出替代性行為來取代自傷衝動，如規律運動、用冰塊來按壓皮膚、在手腕上彈橡皮筋等，用以轉移注意、降低自傷衝動，並作為心理治療的有效輔助性活動。

（續下頁）

表 15

高中自殺危機學生之三級輔導與系統合作（續）

二級預防（介入性方向）	
二、 持續培訓輔導人力以因應校園危機事件之發生 （一）培訓自殺防治守門人並連結危機處理小組，在必要時，進行正確且快速的介入。 （二）辦理校園危機事件處理安心服務人員研習。	
三級預防（處遇性工作）	
處遇性輔導工作方向	一、 掌握高危險群學生 二、 以專業協助快速進入校園協助危機事件，以分工合作方式進行，二級預防由輔導教師負責，三級預防可由專業人員或輔諮中心輔導員入校協助 三、 盤點系統資源並透過個案研討方式將資源有效發揮 四、 落實轉銜機制，延續輔導服務。
強化之具體措施 **一、 輔導人員或輔諮中心輔導員持續與個案相關之資源密切討論，建構對自殺與自傷個案的共同評估。** （一）理解問題的多面性。 （二）使用相關量表，如簡式健康量表、青少年憂鬱情緒自我檢視表、貝克憂鬱量表、貝克自殺量表。 （三）危機程度評估，如自殺意念、有無完整的自殺計畫、有無行動、支持系統等。 **二、 校內輔導人員擔任個案管理者、資源整合者，同時與導師、家長有密切合作。** **三、 可召開自殺個案研討，邀請專家共同發展高危險群學生之輔導策略、各處室合作與調整方向。** **四、 校園自殺自傷事件發生後的安心服務：** （一）學校啟動危機小組，進行校安通報並召開會議，共同評估危機影響程度，匡列高關懷師生名單，主動進行輔導諮商。 （二）與學生輔導諮商中心聯繫協助調派輔諮中心專業輔導員進場支援安心服務。 （三）依規定通報「學生自我傷害後之狀況及學校處理」、「輔導摘要表」及相關佐證資料，召開個案會議。	
其他策進作為	
一、 連結醫療、社區諮商、衛政、社政等系統進入學校及家庭進行宣導或關懷服務。 二、 引入家庭關懷服務資源，提供自殺者親友的諮詢服務、關懷服務及宣講講座。	

資料來源：團隊自行整理。

五、 校園自殺發生及後續介入工作

（一）高中校園自殺身亡發生後續介入工作

校園自殺事件一旦發生，往往使一向平靜、規律的校園陷入危機狀態。此時，學校輔導工作進入第三級預防處遇性輔導階段，須立刻啟動校園自我傷害危機處理小組，緊急採取適宜的介入措施。若處理得宜，不僅可以減輕自殺事件所引發之危機對學校成員造成的不安、壓力或傷害，更可以是學校成員及整體校園成長轉變的動力與機會。以下針對高中校園自殺發生後續相關輔導介入工作說明如下：

1. 輔導人員介入工作內容

輔導人員在校園自我傷害危機處理小組中，依據第 115 頁表 11 的建議分工主要負責輔導組的任務，工作職掌除了評估學生需求提供各項輔導措施，也要針對受到危機事件影響之校內人員和家長，藉由同心圓的概念，依相關人員受到危機事件影響的程度，規劃適切的輔導與陪伴事宜，並結合社區資源提供後續的專業服務，這項任務需要輔導人員具備危機處理之概念與專業，才能即時發揮團隊精神進行有效的人力調度。除此之外，各項處理工作有其時機點與進度，學校危機處理小組宜掌握黃金時間，在最佳時間內完成各項後續工作（如表 16），避免事件衍生其他的問題讓學校與學生盡早恢復穩定的日常生活。輔導人員在校園自殺事件發生後續的介入工作內容為：

（1）進入事發現場，協同處理自殺身亡個案，安排專人連絡並陪伴家長，向家長解釋事件發生的經過，與家長協商處理方式，給予家長支持，並進行後續的連絡與提供相關資源。

（2）危機事件發生後，依規定進行衛生福利部自殺防治通報，視需要進行班級輔導、安心（減壓）團體，篩選及安置高危險群師生。

（3）建立個案之危機處置標準作業流程，對校內之公開說明與教育輔導，並注意其他高關懷群是否受影響；轉介個案接受醫療服務及後續心理治療，以預防再自殺。

（4）帶領個案班級進行團體輔導，以及同儕如何與個案相處並提供協助。

（5）規劃並結合社區資源為相關人員提供安心服務。

（6）評估相關人員之個別諮商需求，提供直接服務或轉介相關資源。

2. 個案自殺身亡之後續介入具體作為

若個案自殺身亡，輔導人員在進入個案班級進行團體輔導前，建議視導師的身心狀況，邀請導師共同入班。如導師身心狀況不佳，則安排其他適當人員共同入班，以利協助觀察學生的反應，和處理突發的個別狀況。以下具體作為之參考範例，皆可掃描右側 QRcode 參考教育部學生輔導諮商中心網站服務內容／安心服務專區之內容，各校可視個別情況修改使用。網址為 https://friendlycampus.k12ea.gov.tw/StudentCounselingCenter/6/9。個案自殺身亡之後續介入具體作為包含：

表 16

校園危機事件安心服務各事項一覽表

服務項目	對象	建議進行時間	進行方式	發放資料	說明
校園危機事件處理小組會議	校園危機事件處理小組。	確定事件訊息後	會議召開	安心演說重點內容	由校長主持。
媒體說明	媒體（由秘書或由校長指派，於事件發生後，統一對外說明）。	事發後當日或第 2 天		事件相關說明（切記保密原則）	由秘書擔任對外窗口。
安心講座	教職員工。	事發後第 2—14 天	團體講座	口頭說明	視需要辦理。
安心演說	全校師生（由校長於朝會時間對全校師生進行演說）。	事發後當日或第 2 天	於朝會公開演說	安心文宣（給教師一封信）	由校長擔任演說人。
安心文宣	家長、學生、教師（學生部分由導師在班上發下，家長部分由學生帶回給家長）。	安心演說後	發放資料	給學生的安心文宣、給家長一封信	
安心團體	1. 學生組：事件者班上較親近的學生與摯友。 2. 教師組：事件者班級導師、任課老師。 3. 善後組：目睹現場、參與善後處理之教職員工。	事發後第 3—10 天	語言模式或藝術模式	安心文宣	與學生諮商中心聯繫，邀請安心服務小組入校協助。
安心班輔	1. 事件者班級學生。 2. 目睹事件班級學生。	事發後第 3—10 天	班級團體輔導	安心班輔活動單	依事件者班級需求，也可與「安心團體」擇一辦理。
安心諮詢	1. 事件者好友或同社團。 2. 校內受事件影響之師生。	事發後第 3—10 天	提供諮詢		視需要辦理。
班級道別活動	1. 事件者班級導師、任課老師、同班同學。 2. 事件者在校摯友。	告別式前	班級團體輔導	團體帶領	在原班級進行，由輔導主任或專責輔導教師帶領。

資料來源：〈安心服務〉，教育部學生輔導諮商中心，無日期。（https://friendlycampus.k12ea.gov.tw/StudentCounselingCenter/6/9/5）。

（1）入班宣告個案身亡的事實

以中性語言、客觀立場向同班同學宣告個案身亡的事實，以及說明學校後續的處理方式與流程，可尋求協助的資源等，以減少學生的不確定感和避免謠言的發生。全程以慎重的態度、溫和的語氣，放慢語速說明，讓自己與班級學生同在，入班安心文宣參考說法見表 17。自殺身亡宣告內容除可參考教育部學生輔導諮商中心網站（教育部，2019c），亦可參考教育部學生輔導資訊網下載之「高級中等學校輔導工作參考手冊附錄 5-6」。右側 QRcode 提供掃描資源連結，或詳網址：http://www.cdway.com.tw/gov/edu/case01/book3/index.html。

（2）安排進行安心（減壓）團體：非語言模式與語言模式

自殺事件後安心服務可依各校實際狀況與需要以及學生性質，於需要時參考辦理。將個案同班同學、社團好友和跨班級上課較親近的他班同學等，以同心圓概念依照與個案的親疏遠近來依序分組，越親近者便是越接近圓心，通常也是越高危險的人，最外圈則是平時沒有交集者。輔導人員可以依參與的人數彈性進行分組。

通常在高中以下學生，考量表達性問題，因此，較多採取「非語言模式」即是藝術治療模式進行減壓。年紀愈小者，或是語言表達有困難者，比較適用非語言模式。「非語言式減壓團體方案」是賴念華（2006）參照 Paul Joseph Dowling（1997）繼 1989 年加州發生大地震後，發展出的「藝術治療方案」（art therapy project）並將其加以修改，針對學生採用「繪圖方式」進行減壓團體，讓學生能抒發與表達其內在之壓抑情緒。進行的時機以危機事件發生後 7 天內進行為佳，透過結構式的小團體，有步驟地進行，通常進行時間約 1.5 至 3 小時，依學生人數多寡略有調整。每個團體約 8 至 12 人，人數不宜過多，另外需事先準備好至少六色之蠟筆與每人 6 章 A4 大小之影印紙。非語言模式流程可參考前版校園自我傷害防治手冊或教育部學生輔導諮商中心網站。

危機事件發生後，除了事件人同班同學受到衝擊之外，導師、任課教師以及目擊之教職員工也有可能受到衝擊，另外還包括協助場地清理善後的總務處、學務處人員，都會或多或少受到影響或是心情起伏，因此，針對上述人員，學校也須評估是否需要進行安心服務，對於年長者或教職員工，因語言表達能力較無困難，因此安心服務會採取語言模式進行，通常會在事件發生後 3 至 10 天內進行，每個團體人數約 6 至 10 人。語言模式是由黃龍杰心理師參考 ARC ／ CISM 模式改編語言模式流程，可延伸閱讀張老師文化所出版之《災難後安心服務》，或參考教育部學生輔導諮商中心網站。

表 17

安心文宣一入班宣告意外事件的參考說法

開場	各位同學大家好，我是輔導室的〇〇老師，我和導師一起來到班上是要告訴大家一件不幸的消息。今天早上學校接獲〇〇〇同學的家長來電告知，他在昨天晚上發生意外過世了。到目前為止，我們還不清楚發生什麼意外，但確定的是〇〇〇同學已經離開我們，不會再回來和我們一起上課了。剛得知這個消息時，老師感到相當震驚、不敢相信這是事實。我相信各位同學也有類似的感受，面對生活中突如其來的意外，我們需要時間調適自己的心情才能面對。此時此刻，你的腦海可能會浮現種種與〇〇〇相處的畫面和回憶，這些都是很正常的反應。接下來幾天，這些心情和反應可能會持續出現，也可能不會，但這些都是我們在碰到意外事件時會有的現象。
提問評估	接著，老師要問你們幾個問題，請你們把回答的部分寫在我剛剛發下的紙上。第一個問題是你剛剛聽到這個消息時，閃過腦海的第一個想法或念頭是什麼？第二個問題是你現在的心情或感受是什麼？第三個問題是如果以 1 到 10 分來評量你和〇〇〇同學靠近的程度，1 分表示非常不熟，10 表示你們很要好，請寫下你評量的分數並說明原因。第四個問題是你希望老師們在課堂上做些什麼或不做什麼，對於陪伴你們面對這個意外事件是有幫助的。第五個問題是其他你想說的。我會把大家的想法整裡後提供給任課老師參考，讓他們知道在課堂上如何陪伴大家。
提醒	另外，我也想提醒大家，面對這個意外事件，每個人會有不同的反應，我們可以藉此學習接納與尊重大家用不同的方式表達自己的感受。在這個過程中，你們可以哭、可以笑，可以用自在的方式表現自己，也希望大家能互相關心，給彼此支持。當然，如果你覺得情緒受到很大的影響，甚至影響作息，我很歡迎你找老師聊一聊，我和導師以及所有的任課老師都很願意陪伴你們一起度過這段難熬的時刻。後續，輔導室會視情況為同學們安排減壓團體或相關活動來幫助大家。如果有別班的同學問起這件事，你可以告訴他們，你不清楚發生什麼意外，但〇〇〇同學已經過世了，為尊重〇〇〇同學和他的家人，請大家不要拿這件事來閒談或開玩笑。
結語	現在，老師邀請大家一起為離開我們的〇〇〇同學默哀 1 分鐘，希望他可以帶著大家的祝福安心的到另一個世界。

資料來源：高級中等學校輔導參考手冊，王麗斐（主編），2020，教育部，p.321。

（3）安心班輔

安心班輔是依照危機事件發生後，班級學生與事件者依關係的親疏遠近，以及影響程度來評估是否要進行，以及如何進行。一般來說，當事件發生後 3 至 10 日內，若事件事發生在學校，有多位目擊者的狀況，通常會將目擊者、與事件者關係較親密的班級同學、社團來往密切的社團同學等，邀請來進行安心減壓團體，而班上的其餘同學，則可在班上，進行安心班輔。若危機事件發在校外，則學校可視學生對事件的情緒反應狀況，評估要進行安心班輔或是安心減壓團體。相關內容可參見教育部學生輔導諮商中心網站，學校可依需要，彈性調整使用。

（4）篩選及安置高危險群師生

每場安心（減壓）團體，建議至少有兩名輔導人員偕同進行，以注意參與師生的身心狀況，如發覺師生有較特殊的個別狀況，必須即時介入，如：帶離現場、個別陪伴與情緒安撫、安排支持或通報網絡、邀請進入個別諮商等。不管是藉由安心（減壓）團體或其他方式篩選出來的高危險群師生，皆須持續追蹤，並視輔導需求提供資源予以協助。持續追蹤高危險群師生的過程中，應特別留意是否出現「週年效應」，即在事件發生的週年，可能會再度出現強烈的情緒或生理反應。其他特殊的節日，包含個案自殺事件週年、個案的生日、畢業典禮、開學、個案和班級的特殊日子，例如個案為班級獲得獎項的紀念日等，也可能引發高危險群師生的情緒或生理反應，必須特別注意他們的動態。

（5）舉辦與死者道別的儀式性活動

帶領個案班級進行「向○○○說再見」的道別活動，活動的內容與方式，通常由班級學生自發性地討論與決定，教師從旁協助，並由輔導人員評估活動內容與方式的可行性，適時提供資源，或協助和學校行政團隊、個案家屬進行溝通與協商。同時，尊重每一個學生參與此活動的特殊性與決定權，不強迫參加。若有學生要參加個案的告別式，建議徵得家長同意後個別前往。惟輔導人員仍須留意學生參加告別式後的身心狀況。

有關校園自殺發生後的相關處遇，以各校接受過安心服務訓練之輔導教師為主，若有需求再申請教育部學生輔導諮商中心駐點學校或各直轄市學生輔導諮商中心支援。

3. 安心服務

除了上述班級輔導、安心（減壓）團體以及班級道別活動，其他安心服務有：

（1）安心文宣

在危機事件發生後，為了避免學校師生及家長，在混亂中以訛傳訛，對意外事件過度揣測，造成更大的誤解，透過安心文宣，發表簡單扼要的書面聲明，可以幫助老師和家長了解事件概況及未來處理方式，讓師長理解孩子出現行為改變的原因，了解如何提供孩子支持及撫慰，以及可求助的機構及聯繫方式。

（2）給家長／教師的一封信

學校發生校園危機事件，最關心學生及最能提供學生協助的莫過於家長和教師。因此在

發生危機事件後，我們期望透過給家長／教師的一封信，簡單說明學校發生什麼事，此一意外事件可能對學生造成的衝擊與產生的影響，學校的因應做法，並讓家長／教師可以在第一時間知道如何幫助學生度過難關，相關內容可參見教育部學生輔導諮商中心網站 https://friendlycampus.k12ea.gov.tw/StudentCounselingCenter/6/9/2。

（3）校長公開函或安心演說

若有必要，可由校長擔任演說人，於事發當日或第 2 天，校長宣布事件後，在非開放式空間（例如大禮堂）內對全校師生進行安心演說，實施時間約 30 至 60 分鐘。這部分經常也會由輔導人員將演說或表達的大綱或內容提供給校長參考。若有此需要，建議輔導人員可參考以下幾個原則內容：可包括表達對當事者和事件的哀悼，簡單說明事件處理情形或學校投入哪些資源協助，相關已進行改善的措施，事件帶來的提醒或檢討，以持續努力更好的前行，說明會持續提供相關資源給受事件影響的師生或家長，提醒可尋求的資源管道，幫助自己回到規律生活以及持續關心身旁的人等。

（4）安心講座

由受過安心服務培訓的輔導教師或心理師、社工師擔任主講，演說對象以教職員為主（學生及家長可視需要辦理），可於事發後第 2 至 14 天內辦理，實施時間約 30 至 60 分鐘。

當校園內發生學生自殺身亡或意外死亡危機事件，直接衝擊整個校園的氛圍與安全，以下將校園發生學生意外死亡危機事件後之處理與步驟羅列如圖 11，藉此說明自殺事件發生後之處理步驟與流程，各高中可依據各校情況自調整。

4. 自殺企圖個案的處置

若是自殺企圖的個案，後續主要處置的方向是：個案住院狀況處理、系統的聯繫工作與回到校園的適應。輔導人員可偕同學務處與導師進行下列相關的工作：

（1）個案住院時，固定前往探視並與醫護人員保持聯絡，瞭解個案身體恢復狀況。

（2）協助家長處理相關行政事務，如請假或休學。

（3）與家長定期聯絡，召開個案會議，討論個案的狀況以及出院後的處置方式。

（4）定期告知班級師生，個案目前的健康近況。

（5）個案要出院前一週，告知班上同學，讓班級學生有所準備。

（6）安排個案後續個別諮商，或轉介其他輔導資源。

（7）建立個案的同儕支持及關懷系統。

（8）個案精神狀況穩定，可安排相關課業補救措施。

（二）高中校園自殺（事件）發生後續介入工作檢核

教育部對於校園自我傷害防治工作之推動不遺餘力，致力於校園危機事件安心服務的訓練，提升輔導人員因應校園危機事件之處理能力，發展出一套具體可行的運作模式，並將相關資料建置於網站中，供各校於需要時下載使用，各校可妥善運用網路資源。表 18 為校園危機事件工作檢核紀錄表，讓輔導人員在校園自殺事件發生後續的介入工作，有一可供遵循的依據，說明了校園在發生危機事件時，如何進行工作檢核，項目包括：危機現場處理、危機處理會議、進行通報、宣布事實、班級任課人員會議與導師會議、安心服務、道別班級、家庭訪視、課程調整、公關發言、社群平臺監測。

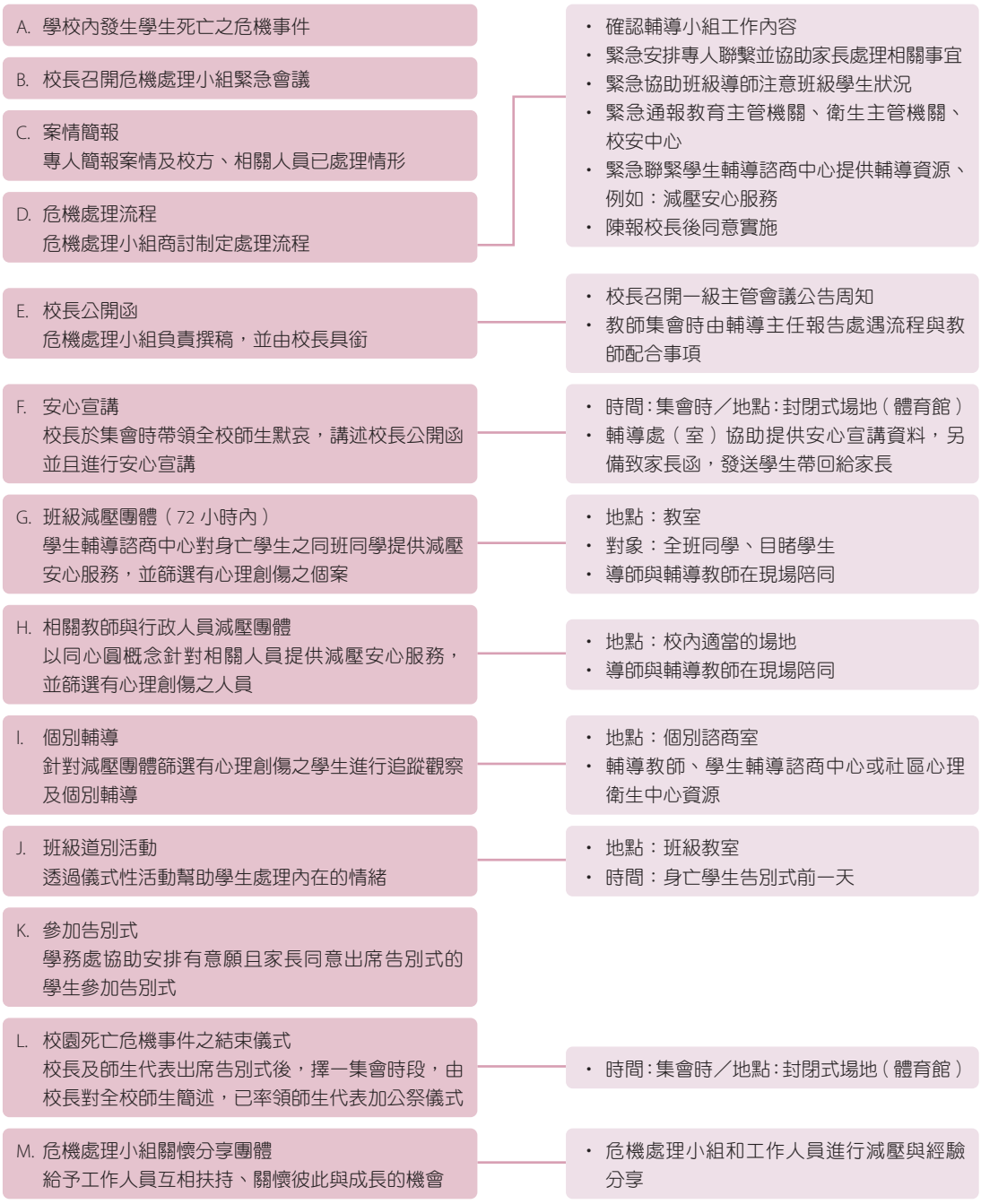
其中社群平臺監測是新增項目，由於學生目前以社群平臺作為溝通與發言的管道，事件發生後，在平臺上必定會有多元不同的言論與看法，為避免過於負面激烈與不實的言論造成更多人的困擾與二度傷害，學校相關單位與社群平臺管理員應保持密切聯繫，必要時移除社群平臺上（例如 FB 交流區、Dcard、Line、IG 等）的不當留言、資訊或予以澄清，同時也要特別注意平臺上其他求助訊息，平臺肩負有正向教育功能，學校相關單位也可於適當的時機教育學生如何正確使用平臺，如何客觀判斷媒體消息，並適時傳遞好的、有能量的正向訊息。本內容僅供參考，請各校依校內實際分工與執行內容調整。

（三）接受限制並懷抱希望

面對校園自殺自傷事件的發生，學校輔導人員必然受到或多或少的心理衝擊。然而，在高中校園學生自我傷害事件頻傳的現狀下，輔導人員需要面對自己是「在有限的所知中行動」的事實，並學習「接受生命的限制，但不放棄希望」，在盡力於積極預防任何憾事發生的同時，試著接受自己的有限，且時時對生命懷抱希望，讓自己在憾事發生的當下，依然能發揮力量，善盡職責地將後續工作完成，連結校內外資源和系統，讓校園回歸平靜。

圖 11

校園發生學生意外死亡危機事件後之處理與步驟



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

表 18

校園危機事件工作檢核紀錄表

填寫學校		填寫人		填寫日期	年　月　日

介入項目	項目內容	主責單位／人員	啟動時間	說明
校內危機現場處理（無則免）	危機場域控制與緊急聯繫	教官室 學務處 總務處	事發當下 月　日 時	1. 接獲訊息後即刻前往事件現場，瞭解狀況並及時處理，視需求現場管制。 2. 通知家長，陪同家長進行後續事務處理。
校內危機處理會議	校長召開校園危機事件處理小組會議	校長 校園危機處理小組	月　日	1. 建請校長啟動校園危機事件處理流程。建議事發後一周內每日召開一次確認最新狀況。 2. 召開會議協調處室分工。 3. 指定對外的公關發言人。
進行通報	進行相關校安及衛生福利部自殺防治通報	教官室 輔導室	月　日	
宣布事實	全校演說 1. 全校師生宣布事情樣貌 2. 進行默哀、祈福或相關活動 3. 安心演說	校長 學務處 輔導室	月　日	1. 輔請校長擔任演說人。 2. 在封閉空間進行。 演說內容： 簡述事件、師生可能產生之身心反應及面對事件的應對提醒。
班級任課人員／導師會議	說明目前學校危機處理進度及未來 72 小時內進行之各項危機處理工作項目。	輔導室	宣布事實後 1 至 3 日	協助任課教師／導師瞭解「重大壓力後的壓力症狀」，以及早辨識特殊個案學生。
安心服務	安心 1：安心講座（對象：全體教職員工）	輔導室	月　日	1. 評估相關師生狀況後辦理。 2. 學生、老師、家長應分開辦理。 （請參考安心講座開場白、PPT。）
	安心 2：安心班輔（對象：學生以班級為單位）	班導師 輔導老師	月　日	1. 實施對象：事件者班級同學。 2. 請導師共同參與。 （請參考安心班輔流程、活動單。）
	安心 3：安心文宣	輔導室	月　日	1. 輔導室整理、編印、發放 2. 學生、教師、家長版
	安心 4：安心（減壓）團體（10 人一組）	輔導室	月　日	邀請對象： 1. 學生組：事件者班級學生、在場目睹學生、校內摯友。 2. 教職員組：事件者班級導師、任課老師及參與事件處理之教職員。

（續下頁）

表 18

校園危機事件工作檢核紀錄表（續）

介入項目	項目內容	主責單位／人員	啟動時間	說明
安心服務	安心 5：安心諮詢	輔導室	月　日	1. 導師或任課老師轉介。 2. 師生自行尋求協助者。
班級道別	班級道別活動	輔導室 導師	月　日	1. 與導師討論活動流程分工。 2. 告別式前一天教室內辦理。（第四節 11：00—12：00 尤佳） 3. 搬離事件者課桌椅。
家庭訪視	1. 至自殺身亡學生家探訪致哀。 2. 瞭解有無相關需求需學校提供協助。	校長 家長會	月　日	斟酌辦理
課程調整	1. 因應相關活動而需調整課程。 2. 通知相關任課教師	教務處		
公關發言	若有相關新聞媒體欲瞭解，請由全校統一窗口進行發言。	校長室 秘書		
社群平臺監測	重視與監測社群平臺發布內容，適時糾正引導。	學務處 教官室 教務處 資訊組		1. 與社群平臺管理員保持聯繫，移除社群平臺（例如 FB 交流區、Dcard 等）不當資訊。 2. 在社群平臺上適度澄清不完整或負面資訊，提供求助資訊，帶領正向發展等相關內容。

資料來源：修改自教育部國教署北區學生輔導諮商中心暨新竹區駐點服務學校（2020 年 11 月 9 日）：〈校園危機事件工作檢核紀錄表〉。https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:931UKueT-XIJ:https://www.hgsh.hc.edu.tw/resource/openfid.%20php%3Fid%3D57958&cd=6&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw。

六、高中自殺身亡與自殺企圖實務案例探討

（一）青春期的美麗與哀愁—有自殺意念的學生

1. 個案摘要

小瑢（假名），高二語文資優班女生，品學兼優而連續當選班級模範生。近日小瑢為了自己較為圓潤的身形而苦惱，同時也因為有心儀的對象而想瘦身成功後告白，因此常三餐吃

很少甚至不吃，有時飢餓過頭，囫圇吞棗大量進食後會去廁所催吐，多次課堂中暈倒送至健康中心休息。

好友反應小瑢情緒變得比較暴躁不穩定，常於社群網站上分享許多黑暗悲觀或血腥的圖文，導師也發現她的週記內容自期中考失常後相當灰色負面，最近一次字跡凌亂寫著咒罵自己的言語，輔導老師關心小瑢時，她哭泣提到，期中考時她擅長的科目因身體的暈眩而全部沒有考好，加上長期停滯的體重，讓她覺得自己是個什麼都無法做好的人。

某日社團課，同學發覺小瑢翹課不知去向，通知導師後四處尋找，終於發現她蹲坐班級教室內，不停哭泣並手握美工刀，導師第一時間緊急處理，同學給予安撫並陪伴她至保健室。

2. 分析評估

（1）個人因子：青少年時期對自我形象相當重視，小瑢嘗試短期間內瘦身卻適得其反，壓力倍增也罹患厭食症，營養不良導致體力不支並伴隨著嚴重的自我否定感，加上小瑢向來為師長家人眼中的「好」學生，使命必達的個性潛藏著完美主義，接二連三有許多挫折，令她無法面對。

（2）環境因子：由於青春期之學子喜好談論身材樣貌的議題，小瑢屢次因體重被同學揶揄，甚至提到要瘦身成功才能告白，雖沒有明顯表示出自己的不悅，其實心中氣憤許久不知如何抒發。

（3）社會文化因子：小瑢的妹妹體態輕盈，因此姊妹常被親戚朋友比較外貌，社會大眾對美的標準也讓小瑢也內化了瘦身的必要性。

3. 處遇及輔導策略

（1）行政部分：

- 事件發生當下由導師陪同至學校健康中心，請護理師做傷勢評估並請教官協助後續聯繫事宜
- 教官通知輔導教師及家長，告知事件處理概況，相關處室進行通報作業。
- 校園危機事件處理執行秘書彙整相關資訊，交由校長召開校園危機事件處理會議，於會議中協調後續相關事宜。

- 若無送醫需求，輔導教師協助小瑢平穩情緒，後續則聯繫家長告知小瑢狀況及處理進度，當日也進行學生自殺防治通報。
- 召開個案會議，邀請家長出席，依小瑢的狀況意見交流，任課教師於課堂間需多留意個案狀況，若有突發情形請依照班級內分工緊急協助處理，而這段期間可能因就醫而衍生之假務、考試、作業則彈性調整。
- 輔導室安排班級輔導，協助同學舒緩壓力，並做心理衛生教育。

（2）個別諮商與輔導：

- 個案部分：輔導教師定期與小瑢晤談，若經評估有需求，則轉介心理師共同協助。
- 同學部分：同學可能因目睹事件而引發個人情緒或驚慌，輔導教師視學生需求給予輔導關心。

（3）系統合作：

- 校內各相關處室共同合作，協助個案穩定情緒。
- 家長部分則提供相關社區心理衛生資源，增進家長知能，若有就醫需要，與家長做好充分溝通，及早就醫，及早預防。
- 結合社政、醫療及輔導諮商中心資源協助個案。

（4）其他：校方可安排於正式課程、團體活動課程等時間推廣健康飲食、情緒紓緩及壓力調適等講座。

（二）無法倒帶的愛—自殺企圖的學生

1. 個案摘要

個性溫和的商經科三年級學生若妍（假名）凌晨在家燒炭自殺，因味道從房間傳出，家人發現後緊急送醫。在此之前學生並未有任何異樣，也沒有和導師或輔導老師晤談過，經了解，主要是因為感情問題。

若妍和電機科宇禾（假名）交往一段時間後發現雙方個性不合，男生因此提出分手，若妍數次想挽回但卻都遭到拒絕，自高三開學起，因感情問題雙方情緒起伏不斷，在校內外數

度失控大吵。中秋節前，若妍想約宇禾談一談，宇禾冷淡地拒絕並怒吼請她消失在他面前，個案失望透頂，心生自殺意念，中秋節當天晚上因失眠，凌晨四點傳訊息給對方「造成你這麼大的負擔很抱歉，往後我不會再打擾你了」，而後在自己房間燒炭自殺，家人因發覺異狀急忙找鑰匙打開門，發現她癱軟在床上，於是緊急送醫急救，搶救後並無生命危險但仍需住院治療觀察。

2. 分析評估

（1）個人因子：若妍習慣自我貶抑，不善表達自己，當宇禾提出分手並且不願再理會她時，更加深了她自我否定的信念，陷入低自尊處境中。

（2）環境因子：若妍有一個弟弟在學校常出狀況，父母花較多心力在弟弟的身上，較少關心她。長久下來也讓若妍對於家庭比較沒有向心力，將重心都放在男友身上，生活大小事若妍也習慣自己承受，回到家鮮少與父母交談。

（3）突發事件因子：失戀事件且無支持系統，讓若妍一時無法承受打擊，選擇燒炭結束生命。

3. 處遇及輔導策略

（1）行政部分：

- 知悉事件後，立即由校園危機事件處理執行秘書彙整相關資訊，交由校長召開校園危機事件處理會議，於會議中協調後續相關事宜。
- 相關處室進行通報作業。
- 若妍就醫住院期間，由導師與家長密切聯繫，了解若妍復原狀況並視家長、學生需求，提供協助。
- 召開個案會議，告知班級任課教師個案情況及校方處理程序，因個案仍需住院觀察幾日，這段期間相關作業及考試請教師們彈性多元處理。出院復課後，個案上課狀況及情緒仍請教師們多加留意關懷。

（2）班級經營：經與個案討論及家長考量，不希望公開其自殺行為，由導師告知班上若妍因身體因素住院，並請同學在她回校後給予協助，若有需要，可在班上安排一至二位熱心同學協助若妍。

（3）個別諮商與輔導：若妍回校後，由輔導老師定期晤談，追蹤恢復狀況與情緒，提供支持以及建立正向認知面對回校後的適應，建立合理的自我期待。若經評估有需求則轉介心理師共同協助。

（4）系統合作：

- 校內各相關處室共同合作，協助適應學校之學習以及生活。
- 家長部分則提供相關社區心理衛生資源、醫療資源，除增進家長知能外，也協助預防學生再次自殺之發生。
- 結合社政、警政、衛政以及醫療及輔導諮商中心資源協助個案。

（5）其他：避免宇禾因事件而情緒有所影響，則安排另一位輔導老師給予協助。

（三）走入憂鬱幽谷的男孩—自殺身亡的學生

1. 個案摘要

呂昊（假名）高一男性，為輔導轉銜個案，高中召開轉銜會議，由國中端得知他自國二開始有憂鬱的傾向，就醫及用藥情況不穩。畢業升上了高中後，課業適應不佳，成績吊車尾，但熱衷彈吉他創作歌曲，在社團上投入許多心力，為校園風雲人物。校慶當日，呂昊表演時因緊張而產生失誤，觀看同學議論紛紛甚至嘻笑嘲諷，自此之後，呂昊性格一百八十度轉換，對班級師長及同學的關心不聞不問，課間趴睡情況加劇，甚少與同學往來，創作也停滯許久。

期中考結束當日，正當同學討論著要去聚餐時，呂昊拒絕了邀約，獨自往校外的公園走去，當晚父母因等不到他返家，緊急聯繫校方及警方，警察透過手機定位找到學生位置，但在公園發現呂昊時卻已經上吊自盡，緊急送醫後仍無法挽回年輕的生命。

2. 分析評估

（1）個人因子：個案自國二起有憂鬱病史，並未穩定就醫用藥，上了高中後，課業及社團壓力增加，憂鬱情緒也隨之加深，在自己投入甚多的表演上失常，還遭受到同學、網路上的嘲諷，讓個案自我價值崩落，陷入低潮並產生自殺意念。

（2）環境因子：父母對於呂昊有憂鬱的狀況有所察覺，國中輔導老師曾建議就診，但因家人

對於就醫有些顧慮，後續因個案沒有特別起伏狀況，就沒有回診及持續用藥。上了高中後，個案尚未掌握學習的方向，成績表現不佳，將個人重心轉放至社團，投注相當多的心力，家長對此有些微詞，雙方近日還有發生爭執，認為呂昊沒有善盡學生的本分。

（3）突發事件因子：傾心投入的社團活動因為失常而讓自己失去信心，認為他人的指指點點都是在針對他或嘲笑他。

3. 處遇及輔導策略

（1）行政部分：

- 教官於現場立刻撥打 119 送醫，陪同至醫院並同時連繫家長、導師及校園危機事件處理執行秘書。
- 相關處室進行通報。
- 校園危機事件處理執行秘書掌握事件狀況後，彙整相關資訊交由校長召開校園危機事件處理會議，於會議中協調後續相關事宜，包含家長慰問及急難救助。
- 校長隔日上午於全校升旗時，宣告事實。
- 輔導組：得知事件後，輔導主任與導師聯繫並於隔日一早共同入班進行團體輔導，協助同學情緒抒發並觀察狀況，同時發放給家長的一封信請同學帶回；輔導室同仁同時於該班課程進行前，與各任課老師進行臨時個案會議，說明該班呂昊同學過世消息，各任課教師請於課堂中體諒關懷學生情緒，並預先告知未來對該班會進行之相關輔導活動；篩選高危險群學生及安置，呂昊班級、社團內摯友則進行個別或團體諮商，若有情緒過於起伏之學生，另個別通知家長，共同協助多加留意；輔導室視各校人力狀況，聯繫輔諮中心提供支援並安排後續安心輔導活動。
- 課務組進行課程協調，以利輔導組安排該班活動。

（2）班級經營：提供導師及任課老師減壓團體，協助教師們紓解情緒及壓力。

（3）系統合作：

- 與輔諮中心申請學生安心輔導事宜，該班同學後續仍有需求，則轉介諮商心理師協助。

- 家長部分則提供相關社區心理衛生資源。

（4）其他：

- 學校可於團體活動時間安排相關議題如生命教育、情緒自我調節紓壓等講座。
- 校內可推廣自殺守門人課程，增進知能。
- 學校相關單位與社群平臺管理員應保持密切聯繫，必要時需移除社群平臺上的不當言論或予以澄清，例如將自殺企圖的影片分享在平臺，學校平臺管理員可即時做處理將影片撤除，並再次公告平臺使用規則，同時注意平臺上的其他求助訊息，於適當的時機，教育學生如何正確使用平臺，適時傳遞具有正向能量訊息。學務處也可透過朝會時間，對全體同學說明學校社群平臺使用規則，以及教導學生如何正當使用平臺，讓平臺發揮更重要的功能。

高中階段的校園自殺身亡與自殺企圖議題，使高中端輔導人員與教育工作者面臨極大的挑戰。自殺自傷防治的三級預防與輔導工作中，包括每一環節在制度面、在實務面，及系統合作面向，以及工作者和輔導人員的專業知能發展等，都朝向建置一個專業且綿密的安全網絡努力，未來在這些工作中，或許在輔導人員的身心照顧與平衡上更需值得重視，如何讓第一線的輔導人員有能量地提供照顧和陪伴，也是相當重要的一環！

參、大專校院、碩博與國際生自殺與自傷防治實務

近幾年各大學諮商輔導中心均感受到危機學生質與量的日益沉重，自殺自傷的學生人數逐年上升。研究指出，大學生因精神疾病相關因素企圖自殺的比例高於中小學生（張書森，2021a；衛生福利部，2021a），因此輔導人員需花費更多時間與校外醫療資源及警消單位合作，不論是與個案的門診醫師聯繫、個案送急診時與警消的合作或依需求和醫院的醫師討論，抑或是與單位合作的精神科醫師諮詢。大學生多半已成年，家人未必與學生居住於同一縣市，在無監護人或家人的支援下，校方任何的處遇均需考量其自主意願，校內輔導機制與通報流程也需更多的協商工作，包含平日與校外資源的連結，以促進系統的合作。

大學校園的多元性導致自殺防治的處理模式常需因應學生不同的身分背景而有所調整。隨著臺灣高等教育政策的變遷，境外生、身心障礙生，以及碩博研究生的人數在大學裡也逐

年攀升，他們經常因為學習與社會文化的適應、支持系統與資源的不足，或是無法掌控的畢業年限與職場變化等因素感受到高度的壓力，其自殺自傷的風險也隨之提高。

本節先說明大專校院近年自殺自傷狀況及三級輔導工作內涵與合作機制，接著就大專校院之臨床工作經驗，挑選大學校園常見的自殺自傷案例，依據學生的不同身分背景、危機程度、自殺方式及可能的共病症狀等面向，透過案例方式呈現大專校園學生自殺防治的輔導機制與處理模式，最後說明常會用到的相關資訊。

一、 大專校院自殺自傷現況與三級輔導工作

（一）近年大專學生自殺自傷的狀況

根據教育部「校園安全暨災害防治通報」的資料顯示，大專學生自殺自傷的通報案件從 2016 年起上升，這樣的數據與現象令人憂心，也讓負責學生心理健康的專業輔導人員不得不嚴肅地面對此嚴峻的挑戰。

（二）大專自殺防治輔導三級工作模式

本手冊「自我傷害與自殺三級預防」架構係以學生輔導法為基礎，包含初級發展性、次級介入性、三級處遇性等三級輔導。因此，面對學生發生自我傷害或自殺行動的危機狀態，以學校立場所協助層面亦為此架構為主：

1. 初級之發展性輔導工作

為促進學生心理健康、社會適應及適性發展，學校系所、教務處、學生事務處、就業輔導單位、外籍生相關業務單位、資源教室、原住民學生資源單位等單位共同實施生活、學習／生涯、身心健康等相關輔導措施。如合作開設心理衛生、性別平等、生命教育、生涯探索等相關課程及講座，或是在校園內結合學生社團辦理相關主題的心衛活動，也可在學校網頁或各單位的粉絲專頁等處，進行線上的心衛宣導，以使大學校園成為學生心理能量的充電站。

2. 次級介入性輔導工作

提供生活之經濟協助、學習之補救教學、身體之體能或行為訓練與醫療諮詢、個別心理諮商與團體輔導等措施，並提供評估轉介機制，進行個案管理及輔導。

（1）介入性生活輔導工作：由學生事務處生活輔導組辦理學生急難救助所需；宿舍管理單位協助住宿事宜。

（2）介入性學習輔導工作由系所與教務處辦理，以達改善學習困難學生之學習狀況，以增進其學習效能、提升學習動機與自我信心之目的。

（3）介入性心理輔導工作由諮商（輔導）中心辦理，包含提供學生心理評估、輔導與心理諮商、資源轉介；學校教師及學生家長專業諮詢服務；其他與學生輔導相關事宜。

（4）介入性健康輔導工作為健康中心推行次級健康輔導相關事務，包含協助學生辦理因健康相關事宜，並提供醫療諮詢服務。

（5）特殊學生介入性輔導工作為特殊學生在學期間出現嚴重學習、生活、人際等適應困難，且經校內相關單位輔導難以維持其穩定就學或有危險之虞者，轉介由心理師協助。資源教室輔導員依其對學生特殊教育與醫療復健需求的了解，配合心理師進行個案管理、轉介醫療或復健單位、重新鑑定安置等措施。

特殊學生介入性輔導工作為特殊學生在學期間出現學習、生活、人際等適應困難，由資源教室以專業團隊合作進行為原則，進行補救教學、個案輔導、體能或行為訓練等措施，以協助特殊學生克服適應困難。

3. 三級處遇性輔導工作

以專業團隊合作為原則，評估高關懷或危機學生需求，結合心理治療、社會工作、家庭輔導、醫療或復健治療、法律服務、精神醫療等，進行個案管理、鑑定安置、轉介及轉銜等服務措施。

（1）處遇性心理輔導工作由諮商（輔導）中心主責統籌，視其特定需求得整合校內外資源，並得轉介其他校外相關機構協助，進行追蹤輔導及個案管理。包含輔導高關懷或危機之學生；處理學校危機事件之心理諮商工作；依照高關懷及危機個案學生輔導機制流程辦理校內學術與行政系統合作機制之運作；進行高關懷或危機個案之個案研討、轉介及轉銜服務；進行高關懷或危機個案追蹤管理與成果評估；協調與整合社區諮商及輔導資源。

（2）處遇性健康輔導工作由健康中心主責統籌，為針對需要醫療協助學生進行個案管理與提供轉介服務。包含協助身體健康異常學生遵照醫囑配合治療及檢查；針對身體健康異常

學生進行專業醫療轉介。

（三）大專自殺／自傷個案校園系統合作機制

有自殺、自傷危機的個案，其困擾問題常是多元且複雜的，這時，單靠心理師提供諮商輔導無法有效降低危機，因此，學校建置個案管理員的機制就更加重要。個管員除協助安排諮商輔導協助之外，更可整合校內外輔導資源，並與家長建立良好的合作模式，共同協助個案穩定危機。

本手冊整理大專高關懷／高危機個案輔導團隊網絡如圖 12 和大專自殺防治輔導三級工作模式一高關懷及危機個案學生輔導機制流程如圖 13，可供學校參考，進一步可依據學校狀況調整運用。

依教育部訂定之「學校訂定教師輔導與管教學生辦法注意事項」，教師以及兼任教師、教官或校安人員、專業輔導人員、運動教練、社團指導老師……等其他輔導管教人員，皆負有積極維護學生學習權、受教育權、身體自主權及人格發展權，並維護校園安全及教學秩序之責任。因此，面對學生自殺、自傷等危機事件，相關教師、輔導管教人員均有輔導管教與協助穩定學生危機之責任。

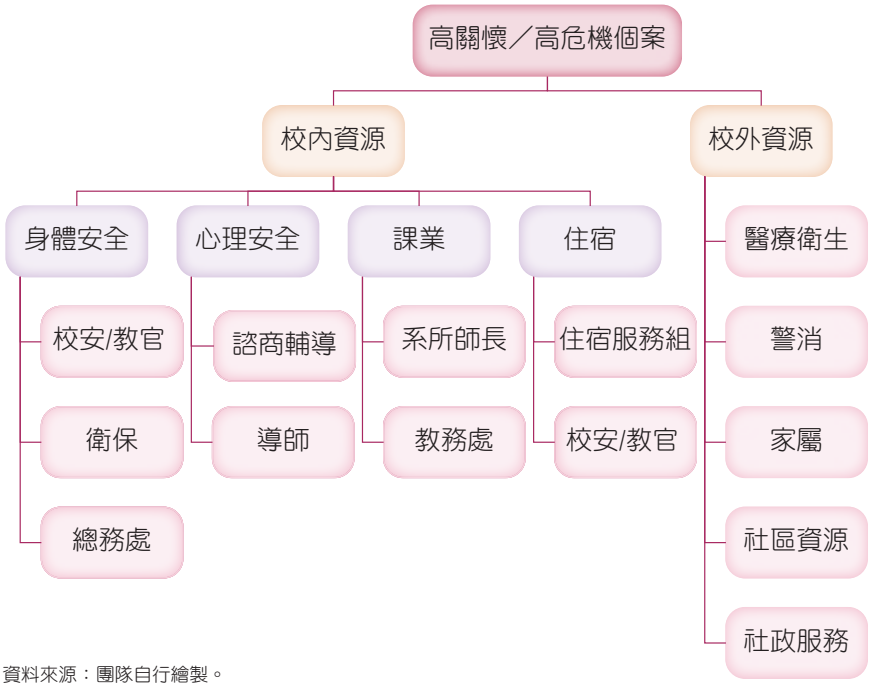
針對危機個案常見的學習、生活與適應困擾，列表分析校內外可運用之輔導資源，透過校內各教學與行政單位的輔導管教人員共同建置系統合作網絡，協助個案解決困擾議題，以穩定其危機。個案常見困擾問題與校內外系統合作機制資源表說明如表 19。

（四）形成安全計畫與行動

在執行自我保護行動計畫中，與年齡較大、像是大專以上的學生訂立自我保護安全錦囊或是我的心理安全指引，是協助個案執行自我保護行動的一環。從個案自我承諾的概念出發，讓學生瞭解當他心情不好時，需要先自我覺察，並引導看見自己過往的成功經驗，遠離會讓自己陷入危機的情境，找到走出危機的方法。與個案共同具體討論如何保護自我安全有其積極的意義，透過這個討論的過程，彷彿進行危機前的預演，特別若個案發現自己快要被自殺情緒淹沒時，在當下可以如何自助及尋求協助；並且在討論保護策略與建立連結的過程中，有機會從另一個角度增加個案活下去的動力與希望。不過，輔導人員應注意，與個案一起建立安全錦囊，不表示個案從此就不會傷害自己，此外，在討論的過程中，讓個案感受到輔導人員的同理、理解和想與個案一起面對的態度，則是最重要的關鍵。安全錦囊的效果取決於

圖 12

大專高關懷／高危機個案輔導團隊網絡



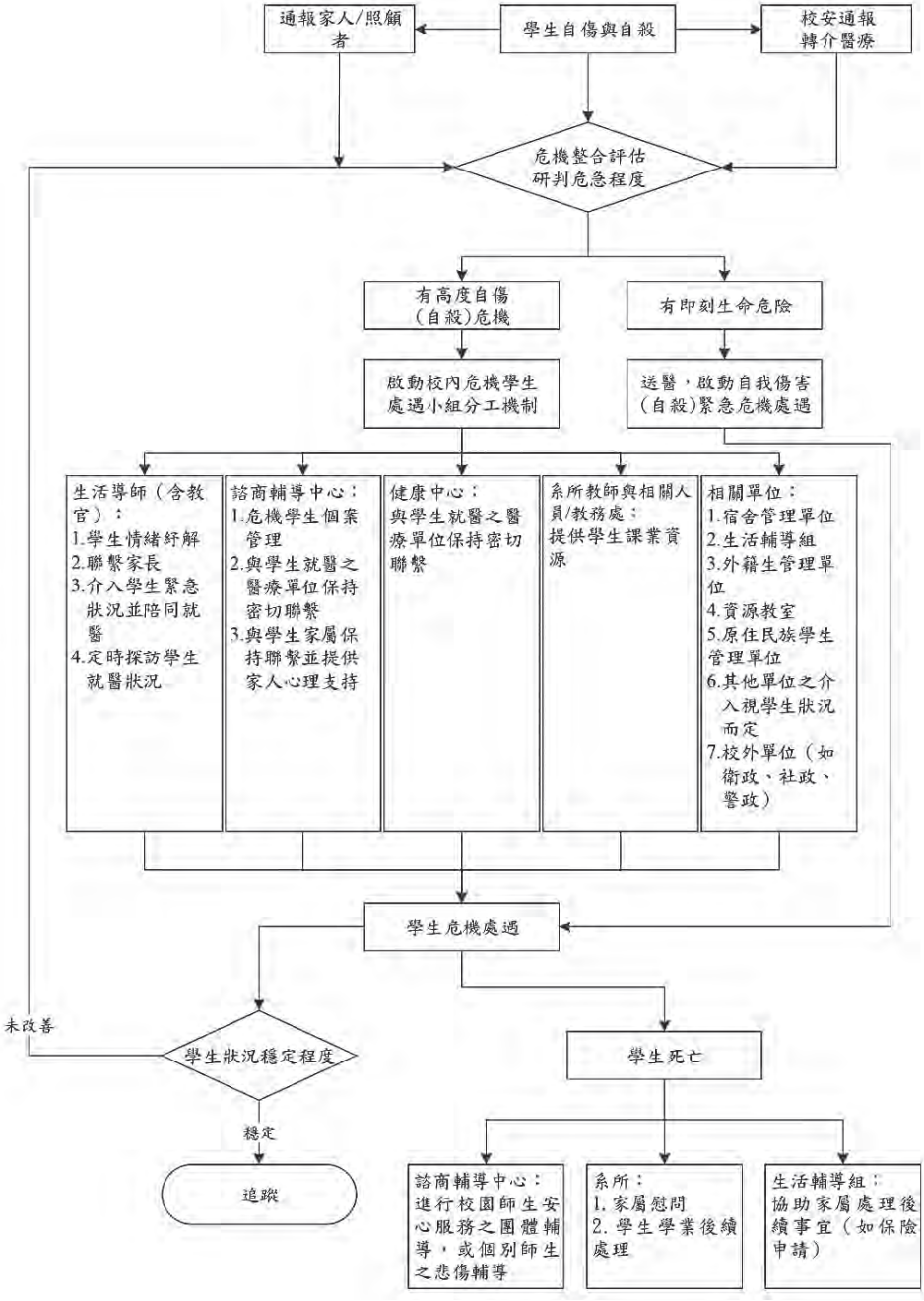
資料來源：團隊自行繪製。

個案與見證人所建立的輔導聯盟關係，以及個案本身的情緒與人際因應模式。相關範例如表 20、表 21 與圖 14 可參考。

關於在大專中運用自我保護安全錦囊的做法，以下提供一個例子。有自殺風險的國際生或僑生，在期末考結束後的過年前，也許學業上的失意加上年節時期的孤獨，有時會更容易引發負面的想法及自殺行為。當學生不斷重複自傷行為，而心理師們也都開始休假過年時，面對獨居且無法受控而割腕的學生，情況令人擔心。在學生執意不願校安同仁到其居所探視其安危的情況下，透過心理師與個案面對面的同理及協商，再次以紙筆起草自我保護安全錦囊，闡明這段期間，個案需在每天的下午固定時間點撥電話給校安專線。若校安沒有接到報平安的電話，則校安人員將會立即前往其住所探視其安全。果不其然，在年假期間，某個下午校安人員在沒有接到電話的情況下前往其住處，發現個案已呈昏迷狀態，當場立即送醫，也挽回生命。自我保護安全錦囊對高關懷及高危機個案而言，還是有一定程度啟動安全保護機制的危機示警作用。

圖 13

大專自殺防治輔導三級工作模式—高關懷及危機個案學生輔導機制流程



資料來源：團隊自行繪製。此流程圖僅供參考，實務操作可依各校狀況調整運用。

表 19

危機個案常見輔導需求與校內外系統合作資源表

輔導需求	可能的輔導資源	可提供協助的單位／人員
課業需求	1. 學伴課業輔導。 2. 任課教師 Office hours 課業輔導協助。 3. 任課教師彈性評量機制。 4. 「學習與讀書策略量表」施測，了解學習困境原因。	協助單位：教務處、系辦公室、學習發展中心等。 協助人員：導師、任課教師、心理師等。
缺曠問題	1. 線上學習或自主學習彈性：高中以下學校有彈性自學機制，但對大專校院則無相關規定，針對拒學、懼學學生，學校可評估部分課程是否有線上學習或自主學習之彈性，給學生多一些適應時間回到校園實體課程。 2. 請假住院期間得不列入扣考紀錄（視個案狀況，需備齊個案輔導紀錄與就醫紀錄，再專案簽核）。 3. 請導師協助安排學伴，提供學伴同儕人際支持。 4. 導師、系教官缺曠異常關懷。	協助單位：教務處、系辦公室等。 協助人員：個案管理員、導師等。
人際／感情困擾	1. 導師、系教官輔導關懷。 2. 請導師協助安排學伴，提供同儕人際支持。 3. 心理師諮商輔導。 4. 邀請參加人際、情感同儕成長團體。 5. 透過班級輔導或小團體輔導取得同儕理解與支持。 6. 請任課教師提供個案選擇個人獨立進行報告或專題之彈性。	協助人員:導師、系教官、心理師、個案管理員、任課教師等。
家庭合作	1. 邀請家長參與高關懷會議，共同協助輔導學生。 2. 提供家長諮詢輔導，以調整其親子互動模式。	協助人員：導師、家長、個案管理員等。
精神疾病困擾	1. 精神科醫師到校駐診，提供個案精神狀態診斷及精神衛教知能。 2. 轉介合作之精神科醫師就診治療	協助人員：個案管理員、精神科醫師等。
法律議題困擾	1. 轉介生輔組之法律扶助資源。 2. 依法進行校安通報與社政通報。	協助單位：生輔組、校安中心、社政單位等。
經濟／債務問題	1. 提供校內外經濟扶弱獎助資源。 2. 提供校內外工讀資源。 3. 有關債務問題也可轉介轉介生輔組之法律扶助資源。	協助單位：生輔組、社政單位等。
立即自殺／自傷危機	1. 召開危機個案會議：針對高關懷學生，若需要整合校內外資源以幫助學生時，可透過高關懷個案會議，統整校內外資源，建立合作共識，共同協助學生（可依個案危機影響嚴重程度由校長、主秘或學務長、或系所召集會議討論）。 2. 教官／校安人員於危險大樓不定期巡查。 3. 於校安中心建置個案危機處遇 SOP。 4. 請導師／家長於第一線關心學生近況，若有發現危機，能即時通報校安中心。 5. 建立班級同儕支持小組，即時關注個案狀況，若有發現危機，能即時通報校安中心。 6. 心理師於諮商過程中與個案共同商討安全計畫，並適時轉介自殺防治中心關懷員之資源協助，以建立校內外共同防護網。	協助單位：秘書室、學務處、校安中心、系辦公室等。 協助人員：校長、主秘、學務長、導師、家長、個案管理員等。

資料來源：團隊自行編製。以上系統合作資源非標準分工，可依各校園文化與合作資源適時調整。

表 20

我的心理安全指引

我的心理安全指引		
	學生 _____ （班級 _____ 學號 _____） 同意在晤談期間，當我的腦海中浮現自我傷害、自殺或傷害他人的意圖時，我一定會做下列自我保護行動並與下列人士聯絡，且在跟他們聯絡上之前，我絕不採取任何傷害自己或他人的行動。	【自我保護行動】 1. 當我感覺：_____，我知道我即將進入紅燈警戒狀態。 2. 自我保護方法：聽音樂、 _____、 _____等。

（正面）

【自我保護行動】 3. 我還可以做的有： （1）深呼吸（2）停止 （3）確認情緒（練習比較情緒與事實） （4）找一個活動轉移注意力 （5）打電話給以下的人 （6）再選擇一個活動 （7）緊急連絡人 （8）放下武器（自我傷害之物品），將雙手放在電話上。	【我會聯絡的人是】 第一個人是我的 _____ 名字是 _____ 電話 _____ 第二個人是我的 _____ 名字是 _____ 電話 _____	或撥校外資源： _____， 24 小時校內校安中心電話： _____， 並整理好自己的東西，寫下欲交代事項，絕對在告知後才可能行動。 立書人 _____ 輔導老師 _____ 日期 _____

（反面）

資料來源：致理科技大學學生輔導中心提供。可摺成三摺名片大小隨身攜帶。

圖 14

我的心理安全指引示意圖

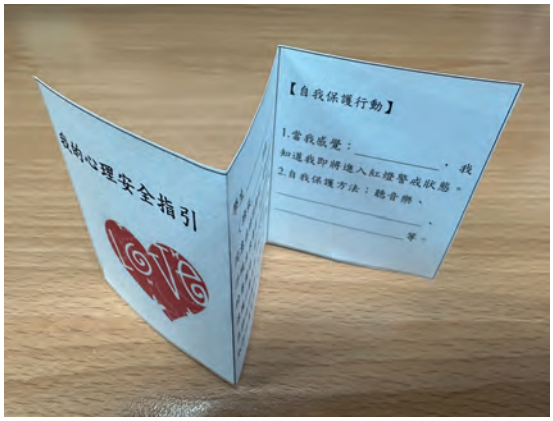


表 21

自我保護安全錦囊

自我保護安全錦囊					
姓名		生理性別	□男　□女	年齡	歲 年　月　日生
學號		班級	科系　　年　　班		
電話	住家： 手機：	現居地址			

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

我同意採取下列行動來保護我自己的人身安全：

1. 我願意盡力讓自己有充足的睡眠以及正常的飲食，遠離那些可能會傷害自己或他人的危險物品。
2. 其他我還可以為自己做的事：

3. 我會提醒自己，無論發生什麼事，我都不會用任何方式傷害自己或企圖自殺。
4. 萬一我發現自己可能會有立即傷害自己的衝動念頭時，我會立刻打電話給以下我信任的聯絡人，我會持續跟別人聊天、講電話，直到想自殺的念頭過去。
   （1）姓名　　關係　　電話
   （2）姓名　　關係　　電話
   （3）姓名　　關係　　電話
5. 如果我找不到前述的聯絡人，我也會打電話到以下單位：
   （1）本校校安中心 24 小時專線：
   （2）本校心理輔導單位（上班時間）：
   （3）衛生福利部 24 小時安心專線：1925
   （4）生命線 24 小時：1995
   （5）張老師（上班時間）：1980
6. 一旦我有自傷的行為，學校將通知我的導師／老師及家屬來協助我：
   （1）　　（關係　　），電話：
   （2）　　（關係　　），電話：
   （3）　　（關係　　），電話：

立約人：　　**日期：**

見證人：　　**日期：**

資料來源：團隊自行編製。

通常在晤談結構裡，第一次談話會請個案簽署知後同意書，當中有包括保密例外以及自我保護安全錦囊，並留有緊急連絡人電話。但有些學生卻難以回答這個問題，有時甚至留下假的電話，尤其是需要關懷的國際生。如何使自我保護安全錦囊發揮效果，端看我們如何與個案溝通。與其稱之為契約或同意書，或許改稱為自我保護安全錦囊或我的心理安全指引會更能讓學生接受。在長假之前，知後同意之外的自我保護安全錦囊，最好仍是書面的，若能適當溝通，通常也能得到學生的理解。此外，心理師與校安人員或校方 24 小時值班人員的系統合作模式，更是在學校假日期間維護學生安全不可或缺的力量。

二、大專校院自殺自傷實務案例探討

（一）憂鬱的異鄉遊子心—國際生自殺實務案例探討

1. 案例故事

Amanda 是個剛從越南來的 19 歲大一新生，和 3 位室友一起同住在學生宿舍中，在接近期末考試時，Amanda 向學校反映在宿舍常聽到怪聲音、晚上都睡不好、且室友常在背後罵她，她覺得壓力很大想要換宿舍。經宿舍輔導員介入了解後發現，室友並未與 Amanda 發生明確的人際衝突，且室友反應最近 Amanda 常獨來獨往、不太與他人互動、而且每天都花很多時間看手機、上網，大家都不知道他怎麼了。

宿舍輔導員主動關心 Amanda，告知因學期即將結束，鼓勵學生先尋求諮商協助，紓解心理壓力，若仍覺得需要換宿，下學期再協助申請更換宿舍。

學校諮商中心的心理師輔導後，了解 Amanda 在越南時曾服用抗憂鬱的藥物，但來臺灣 2 個月後，就沒有再服藥了，最近也疑似有妄想、幻聽的症狀。

另外，Amanda 因為語言、文化適應問題，課業學習有很大的困難，分組報告也很難融入同學討論。和 Amanda 一起從越南來的同學，有提到 Amanda 最近好像有在瀏覽自殺主題相關的社群網站，且開始有自殺的負面念頭，甚至因為覺得室友排擠她，甚至有和室友同歸於盡的念頭。

2. 族群特色

（1）境外學生族群樣態：依教育部的資料顯示，近年來，我國大專校院境外學生人數快速增長，由 100 學年度 5.7 萬人，成長至 108 學年度達高峰 12.8 萬人，109 學年度因

COVID-19 疫情邊境管制，境外生人數下降至 9.8 萬人，其中以非學位生人數下降 2.8 萬人為最多，包含大專附設華語文中心學生及大陸研修生。

此外，依境外學生來源國家或地區統計顯示，109 學年度境外學生人數中，新南向國家人數共計 5.5 萬，佔境外學生總數之 5 成 6；境外學生來源國家前 3 名分別為越南、馬來西亞、印尼。

（2）校園學習氛圍友善：本國學生普遍對境外學生較友善，若能透過校園多元文化宣導活動、相關社團同儕人際網絡建構，更能協助境外學生適應校園生活，面對危機事件，也較易建構同儕支持系統，以穩定個案危機狀況。

（3）語言與價值觀的落差：由於境外學生多來自東南亞國家，在諮商輔導時，常面臨個案中、英文溝通均有困難的語言溝通障礙。此時，諮商中心若無通曉該國語言的心理師，或許可以邀請國際處合適之老師或志工協助擔任翻譯，並以提供輔導關懷而非心理諮商為主要服務模式。

面對文化價值觀的落差，則建議教育部或學校可針對校內輔導人員（包含專業輔導人員、導師、學務人員、宿舍輔導員等）舉辦多元文化講座，協助輔導人員了解需要協助的學生個案文化背景，以提供適切之輔導協助。

（4）就醫意願與費用負擔：目前境外學生只要在臺住滿半年，就可申請全民健康保險，未達半年期間，學校也會協助學生投保商業保險，以維護學生就醫權益。然而，近幾年國內民眾對醫病關係中的病人自主權益逐漸重視，強制就醫的限制也越來越多。因此，建議學校可透過精神科醫師到校駐診，提供精神衛教諮詢，緩解境外學生對就醫的擔心，也提高個案配合就醫治療的意願。

3. 評估分析與診斷

（1）自殺／自傷行動力評估：心理師評估 Amanda 雖然尚無實際自殺、傷人之行動，但想和室友同歸於盡的念頭一直頻繁出現，甚至開始瀏覽自殺網站尋找方法，且目前又缺乏強力的保護因子，危機程度以 0 至 5 分評估，危機分數介於 3 至 4 分之間。

（2）個人危險因子評估：Amanda 在越南時曾診斷為憂鬱症，但來臺後就沒有就醫紀錄，且已停止服用抗憂鬱的藥物近 3 個月。心理師評估 Amanda 疑似憂鬱症狀發作、睡眠狀況

不佳，且疑似有妄想、幻聽的症狀，建議轉介精神科醫師診斷治療。

（3）環境危險因子評估：Amanda 來臺後，因對中文理解與表達的限制，在課業學習呈現困難，面對許多課程的期末報告與期末考試，感覺壓力很大，快喘不過氣。此外，Amanda 與班級同儕人際互動疏離。雖然室友都是越南同鄉，但最近這 2 個月，Amanda 一直覺得室友排擠她，彼此關係不佳。

（4）突發事件因子評估：透過心理師和宿舍輔導員的觀察，除了課業與人際壓力外，並未發現 Amanda 有遭遇重大的失落或創傷事件。

（5）社會文化因子評估：宿舍輔導員透過和 Amanda 一起從越南來的同學，了解 Amanda 最近疑似有加入討論自殺主題的社群網站，可能會有模仿效應，進而加速自殺、傷人行為的發生。

（6）保護因子評估：Amanda 和宿舍輔導員、國際處李姓老師的關係良好，心情不佳時都會找他們傾訴，此外，透過宿舍輔導員的轉介，Amanda 目前也和心理師穩定諮商中，輔導中心也同步安排一位個案管理員協助串連校內外系統資源。

4. 輔導目標與策略

（1）心理師諮商輔導：

- 心理師和 Amanda 共同設定之輔導目標為找到目前生活、學習、人際中的壓力源；學習與壓力共處；評估就醫治療的優缺點（Amanda 在越南的就醫經驗不佳，非常抗拒就醫）。
- 心理師和 Amanda 共同討論「自我保護安全錦囊」：覺察容易引發自殺、傷人等負面情緒與念頭的徵兆、訊號；肯定 Amanda 這段時間的努力撐住情緒，並討論可以幫助 Amanda 紓解壓力、撐住負面情緒的成功方法；討論並紀錄可以求助對象的聯絡方式，當覺得撐不住時，一定要釋放求助訊息。（自我保護安全錦囊詳參表 20、表 21，或校內外相關資源）
- 心理師需和 Amanda 討論瀏覽自殺主題相關的社群網站一事，說明其提高自殺風險的疑慮，以及傷人後可能要面臨的法律議題。

（2）個案管理員輔導行政：

- 建立校內輔導網絡：透過個案高關懷會議，個管員和宿舍輔導員、國際處李姓老師、導師、系輔導教官共同建立輔導網絡合作機制。個管員主要關注 Amanda 諮商、就醫與危機評估；宿舍輔導員則結合樓長資源，擴增 Amanda 的同儕友伴資源；國際處李姓老師負責和 Amanda 的越南家人聯繫，說明 Amanda 近況，並請家人多關心並鼓勵就醫；導師除提供關心外，也評估可否建置班級小天使關懷群組，以擴增 Amanda 的同儕友伴資源。

- 針對期末報告與考試，個管員可與 Amanda 討論停修部分課程的可能，並請系秘書協助聯繫課程教師，了解 Amanda 各課程學習狀況，並評估是否有其他彈性評量的機制。透過停修予以彈性評量機制，以緩解學習壓力。

- 針對自殺與傷人危機，個管員需與 Amanda 說明因學校需要進行自殺通報並和越南家人聯繫說明狀況，也希望越南家人可以提供關心。

- 雖然 Amanda 目前並無明確傷人計畫，但若繼續和室友同住，無法免除其傷人的危機，建議學校能盡速安排換宿舍。

- 針對 Amanda 原宿舍室友與未來宿舍室友，分別進行小團體輔導，協助了解如何與 Amanda 共處，若有危機或衝突，可即時求助之 24 小時校安中心電話。

（3）就醫安排：Amanda 在越南時，曾因躁鬱發作被強制送進精神病院，對精神醫療有很深的恐懼。個管員和 Amanda 說明，學校有提供精神科醫師到校評估診斷，若 Amanda 對精神科就醫用藥有疑問，也可以先和學校合作的精神科醫師做諮詢，再決定是否要就醫。經個管員說明，Amanda 同意先在學校進行精神科醫師諮詢。

（4）校內外系統合作：針對本案例，校內外系統合作機制如下

- 心理師提供諮商、危機評估。

- 個管員進行危機評估、自殺防治通報、並連結校內外輔導資源。

- 宿舍輔導員建置宿舍同儕關懷網絡，若確定可能自殺方式，可協助排除危險源（如，調整至低樓層居住，定期查房避免置放危險物品等）。

- 導師、系秘書可協助建立班級同儕關懷網，並彈性調整學習標準以稍降課業壓力。
- 精神科醫師可協助診斷個案病況，並透過諮詢緩解個案對精神醫療的恐懼。
- 家長每天透過視訊軟體，關懷個案狀況，並和學校保持聯繫，穩定個案狀況至危機解除。

（二）彩虹大傘下現身的焦慮—性別少數族群自殺實務案例探討

1. 案例故事—她／他的故事

小旬（假名）來諮商時都很客氣，謹慎中帶著淡淡的憂鬱。當初選擇來北部讀書一個重要原因就是認為北部大都市的性別觀念比南部鄉下進步，資源也比較多，上來北部生活可以跟家人保持距離，或許可以比較順利地開啟這條想很久的變性路。現實生活中她很小心，在系上安靜不多話，很少參加活動，但如果有同學相約吃飯，她偶爾還是會參與，分組報告也都很配合，免得讓別人認為自己很奇怪進而成為話題，盡量減少被他人「發現」自己的機會是最重要的行為指標。她的穿著打扮很一致，夏天就是 T 恤配短褲，冬天就是帽 T 配長褲；但在網路的遊戲世界裡，她便自在地使用女性身分，但似乎還是得小心翼翼，害怕自己的用語有時會不經意透露出男兒身分。

謹言慎行或許可以避免危險，但身旁的言論偶爾還是會像一把利刃刺向自己。這幾年同婚議題討論激烈，雖然她覺得這個議題有點遠，她連自己的性別都還沒搞定呢，要怎麼去肖想戀愛結婚的權利呢？但有時在課堂上聽到某些老師用不屑的語調輕輕帶過這個話題，或是在 Dcard 上看到一些隱含歧視的嘲諷言論時，她還是感受到一股敵意撲向自己，讓自己的身體更加緊繃，情緒也更加低落。晚上獨自在租屋處，有時覺得真的太緊繃了，便用美工刀的背面不斷劃自己的手臂。

來談後的第二學期，她鼓起勇氣跨出下一步：掛精神科。花了幾次晤談試著做好看診前的準備，看完回來的下一次諮商，她非常的沮喪，面對一堆需要遵守的原則，如需定期參加團體，需著女裝過日子……這些要求她原本就知道，但她總有著一絲幻想的期待，期待或許可以不用做這些事。然而看診的結果讓她幻想破滅，如果要在臺灣進行變性手術，她還是需要依循這些原則步驟。從診間出來她看著窗外，不知道下一步該怎麼辦？難道就沒有別的出路了嗎？她沒有辦法想像自己要如何著女裝在校園裡……雖然她很喜歡那些女性的衣服，但

她只能在獨處時瀏覽網頁，曾經有一兩次晤談，她鼓起勇氣給我看那些她好想穿的衣服，她開心的說著，希望之後變性了，就可以真的穿上這些衣服了。

那天晚上她再次走上租屋處的頂樓，看著遠方，想著家裡的爸媽，原本打算未來變性之後到另外一個城市或國家，就會與家人斷掉所有的聯繫，因為唯有這樣，家人才不用面對家族親戚的壓力。現在想想，自己之前是否想得太單純了？就好像她以為來北部念書，就可以順利取得證明，然後就可以變性……。如果都不可能了，那現在在這裡要幹嘛？接下來還能做什麼？還是，就這樣跳下去好了？看著樓下的防火巷，夜深了，沒什麼人車進出，似乎也映照出自己心中的孤寂……

這一次諮商，她說了這段掙扎，表示自己當晚真的有一股想跳下去的衝動，覺得相較於真的穿女裝走在校園裡面對他人的眼光，可能跳下去比較簡單，畢竟一閉眼痛一下一切就過去了……

2. 族群特色—她／他的日常處境脈絡

隨著全球同志婚姻合法化浪潮，2019 年臺灣成為亞洲第一個同志婚姻合法的國家，近幾年來，臺灣社會對於 LGBT 這個名詞並不陌生，相較於指稱性傾向的 L 女同性戀（Lesbian）、G 男同性戀（Gay）、B 雙性戀（Bisexual），T 跨性別（Transgender）乃指性別認同，兩者為不同的概念。

相較於整個大社會，鼓勵獨立思考判斷的大學校園似乎被視為對性別觀念較為開放的環境。不過對性別少數的學生而言，日常還是需要謹慎小心，以確認環境是否友善；能否在大學校園中自在地做自己，還是需要考量整個校園的氛圍。有些學校標榜該校的傳統價值信念，可能會讓學生感受到不被接納；有些掌握學生成績的教授談論時事的角度，容易讓學生感受到被歧視；同儕間常出現帶有性別刻板印象的笑話與詞彙，更有可能在一秒間讓性別少數的學生感受心上被刺了一刀。友善校園與性別平等教育是教育部的工作重點，亦是每間學校學生輔導單位的常態性業務，學校對多元性別的友善與接納程度與學生的心理健康有著密切的關係。校園是否鼓勵不同言論的對話？是否有多元性別的社團可以讓學生有所歸屬？學生能否感受到在校園現身是安全的？如同小旬，許多學生期許自己成年後離家來到大學生活，可以有一個重新的開始。然而因個別與所屬學校的差異，這群彩虹大傘下的學生對於如何展現自身的性別樣貌也有不同的考量，能否直接以自己認同的性別或性傾向出現在校園中？還是只能躲在自己的租屋處做自己？

3. 評估分析與診斷一她／他的風險危機

「我應該憂鬱很久了，呵呵……有時心情很糟時一整天躺在床上，覺得身體很疲憊但又睡不著，也不想吃飯，課也沒去上……想東想西就會掉眼淚，又很氣自己只會掉淚什麼都不會做……」「有想過自己是不是該去看醫師，但還是不太敢，我不確定醫師如果發現我這樣會怎麼想我……」

（1）支持系統的評估

長期以來小旬（假名）習慣透過自己的努力與焦慮憂鬱共存，未進大學之前，她強迫自己完全不去想跨性別這件事，人生只有一個目標就是離家進大學。現在進了大學，感受到自己內在想要去完成這個秘密，但真的要去面對時，反而壓力更大。

「大家不是都說要做自己嗎？但我這個自己好難做啊！」因為焦慮他人眼光，阻絕了許多助力資源。即使知道醫療資源可以減緩自己的憂鬱焦慮，還是擔心遇到不能理解的醫師；即使瀏覽無數次性別少數的相關網站，也不敢留下任何足跡；即使感覺系上有同學是同性戀者，某些同學對性別少數是友善的，還是很難鼓起勇氣跟他們說自己的狀態。沒有足夠的支持系統，加上不斷壓抑的憂鬱焦慮症狀，提高了小旬的自殺風險。

（2）自殺意念與計畫

小旬原本僅有自殺意念，與偶爾的自傷行為，隨著諮商的進行逐漸往自己的目標靠近，同時也開始面對原本逃避且無力面對的真實，此刻的風險壓力反而逐漸升高，自殺也從意念進到計畫，獨居高樓的環境導致跳樓，是小旬最常想到也最容易執行的自殺計畫。

「我現在缺的就是勇氣，有勇氣跳下去，或是有勇氣繼續走這條路。我很沒用，現在就是卡在這裡……」

沒有勇氣可能降低小旬的風險，但也可能讓她的憂鬱更加沉重。對小旬而言，想結束的不是生命，而是痛苦。

「我不知道我死掉或我是跨性別，哪一個對我的家人可以少一點痛苦……」

4. 她／他需要的安全網絡—輔導目標與策略

諮商中心的心理師此刻可能是小旬唯一的支持系統，如此單薄的支持相較於她的巨大痛苦實在太脆弱，任何一個挫折都可能讓這個支持破碎。如何讓這條單一支持成為一張安全網絡是學校輔導單位需要努力的部分。

（1）持續穩定的諮商關係—晤談心理師處理內在衝突

小旬因為跨出第一步來到諮商中心，學校才有機會介入協助。心理師與小旬長期穩定的諮商關係未必能讓自殺意念完全消除，但至少讓她經驗到信任與被信任，感受到理解與接納，多一段人世間可以被在乎的關係，在這條孤寂的性別少數道路上允許他人支持陪伴，進而有勇氣往前邁進。持續穩定的諮商關係可以慢慢滋養個案乾涸枯死的內在，讓個案得以因其滋養逐漸吸收更多外在世界的養分，進而更有能力與能量在艱難的處境中活下來。

（2）安全計畫的討論與執行—個案管理師穩定外在世界

小旬從原本只有自殺意念，進到訴說清楚的自殺計畫，心理師評估風險提高，有必要啟動系統合作，因此引進個案管理師讓小旬認識。由於擔心別人對性別少數的觀感，小旬對於讓其他人知道自己的事情有些焦慮慌張，心理師此刻需要同理，緩慢但堅定地讓小旬理解這個做法的必要性。個案管理師的主要工作在於整合資源，穩定個案的外在世界：

- 討論自救方式：小旬的自殺計畫主要為租屋處頂樓跳樓，因此討論方向為當心情低落時，可以做哪些事以阻斷上頂樓的念頭，如進社群打遊戲或上網看影片，或是主動求救（如打電話給校安、諮商中心、1925 等）。
- 安全網的設置：個案管理師跟小旬共同討論在維護生命安全的前提下，哪些事情可以告知哪些人。危機學生的安全網需要校內外資源的系統合作，其中校內資源包含：系主任、系助教、導師、教官、舍監、衛保組、校安人員、總務處及諮商中心輔導人員等；校外資源包含：家屬、鄰近醫療院所、自殺防治中心、警政單位等。

個案所屬系所或諮商中心視情況不定期邀集相關人員召開特殊個案協調會，商討維護學生生命安全的分工事宜。小旬因獨居在外，租屋處為一棟 12 層樓的大樓，透過個管的引介說明，小旬讓教官到租屋處了解環境安全的設備設施，也再次提醒小旬危機出現時的因應措施，讓小旬感受到師長真誠的關心。

- 與家屬的工作：由於許多學生的痛苦與家人有關，加上大學生多半已成年，對於家長的介入有時會有阻抗，造成學校輔導工作的兩難。小旬的痛苦與身為性別少數有關，個案管理師評估告知家長後的確可能造成更大的壓力，因此與小旬討論後達成協議，讓哥哥知道目前的風險，但不主動告知跨性別的部分，鼓勵小旬自己能夠跟哥哥說明。

個案管理師經常扮演學生與外界資源的溝通橋樑，不論是對家屬進行衛教、提供系所師長諮詢，或是與心理師及醫療資源的討論等，這些工作對於穩固危機學生的安全網絡扮演關鍵性的角色。近幾年來隨著危機學生的日益增加，個案管理儼然成為大專校院輔導單位重要且負擔沉重的工作業務。

學校輔導人員在處理學生自殺危機時，均需兼顧學生的生命安全及隱私人權，對於長期面對社會汙名化的性別少數學生，輔導人員更需具備性別敏感度同理其掙扎的痛苦，期待大家的努力可以讓大學校園成為學生試著活下來的養分與支持。

（三）我的「不同」，如影隨形—特教生自傷實務案例探討

1. 案例故事

蓁蓁（假名）在幼兒時因腦部受感染發炎導致肌肉張力高，上肢彎曲，下肢內收、半彎曲、內旋之剪刀式及踮腳尖型態，長期需輪椅代步。媽媽在家照顧蓁蓁到幼稚園階段，上小學後因爸媽忙於工作就十分仰賴學校任課與特教老師們的照顧，蓁蓁因行動不便排斥團體活動，常藉故不上學、情緒起伏大，國中後加上課業壓力，在校更常出現暴怒、大哭、搥牆等行為，經學校老師建議，由爸媽帶往身心科就醫，確診為青少年憂鬱症。經過就醫服藥、心理諮商，高中時期的蓁蓁整個人狀況較穩定但仍會因課業、同學相處等情緒失控，接受就醫、心理諮商或由爸媽帶回家照顧。

蓁蓁轉銜上大學後，發現需要面對的同學的人變多，既討厭別人眼光又害怕別人沒看到自己，加上修課科目繁多而且都需要表現，大一下學期又出現暴怒、大哭、不想上課的狀況，對於爸媽希望自己要體諒的言語暗示非常生氣而開始割腕的自傷行為，後來只要覺得心情差就會割腕或刺傷手腳，次數越變越多而且傷口越來越深……停不下來。偶爾被發現傷口，爸媽會帶自己看醫生吃藥、而學校師長和同學會關心探問等，有些壓力但又能感覺到心情的舒緩。

2. 族群特色

身心障礙學生在校首要面臨的是就學環境的適應，特殊教育主軸在於協助個案能夠在友善的校園環境中穩定就學，以個別支持化計畫（ISP）形式制訂個案專屬性的就學方案，其協助面向包含教學輔導、生活輔導、輔助工具與其他特殊需求等。特殊教育對身心障礙學生極其重要，然而對個案而言，即使現行的融合教育為導向，特殊對待也代表自己的不同，個案往往需面臨內外在的檢視與整合的調適歷程。

對個案來說，身體的不便限制自己參與同儕活動的機會，從兒時由家長、師長的照顧陪伴，隨著年齡增長，對同儕連結與自我獨立的看重日益增加。大學時，在發展階段進入獨立自主、自我認同的階段，個案需要由他人獲得自我形塑的對照，也需要透過整合能力形成自我意象。而長期的身體限制，讓個案在自我認同的形成過程相對一般人面臨更多挑戰，這種差異很難找到普同感的支持，他人某些體貼或差異對待的舉動（例如降低課業表現標準），反而讓個案突顯與他人不同之處。

3. 評估分析與診斷

透過概念化分析，可發現個案的身心症狀與適應困難會呈現在就學環境的各種環節中，個案透過割腕或刺傷手腳的自傷行為，像是在發洩情緒、像是需要被師長和同學發現傷口的看重與關心、又像是用來摧毀肢體的桎梏、又像是可以報復爸媽的忽略……等各種可能性。因此，個案出現自傷行為或不良適應的反應時，應進行整體性評估，包含外在因應模式、內在心理狀態、問題脈絡、風險或危險性評估等，以評估其身心狀況的危險程度，研擬可協助介入的方向。

（1）內在心理狀態：個案敏感覺察到自己與他人身體意象的不同、無法突破身體不便帶來的限制、渴望與他人連結卻無法確認自我定位、對自我獨立自主缺乏信心，因此面臨自我整合的困難。內心衝突非短期可緩解，加上若有外在人事物的觸動，便容易形成循環性的情緒低落。

（2）外在因應模式：特殊教育的協助可以穩定課業的表現、保持環境硬體的友善性，但在大學階段關於人際互動、興趣發展、生涯規劃等，都需要自己實際參與和經營，若自己無法控制整體環境人事物的發展，反而容易裹足不前，出現慣用的因應行為，如蓁蓁的哭泣、退縮、依賴家人或師長等。

（3）自傷議題脈絡：當遭遇外在環境的挫折如課業壓力、人際不順、缺乏生活嗜好或排解負面情緒的有效方式時，易誘發其內在深層的不安與空虛浮現，面對內外夾擊的雙重壓力時，個案因急於排解壓力或者緊抓自己的存在感，自傷便成為確認自我存在、掌握身心控制權的內在功能。

（4）風險或危險性評估：個案隨著調適問題的重複出現、內心感知的封閉、因應模式的僵化等交互作用，易導致個案急於脫離痛苦現況而誤解解決生命就能終止痛苦感受、結束問題。因此，在評估其身心狀況的危險程度，須具體了解個案目前自傷的誘發因素、發生頻率、使用工具、造成的身體傷害程度、社會支持與資源連結情形，讓後續的協助介入有其對應的目的與方向。

- 自殺／自傷行動力評估：評估個案已出現實際的自傷行為且缺乏自我控制的能力，危機程度以 0 至 5 分評估，其危機分數至少為 3 分。
- 個人危險因子評估：個案在國中就醫時曾確診為憂鬱症，後來雖持續就醫但因其就學的適應狀況起伏而較難穩定持續，加上個案其不可逆的身體缺陷亦影響其心理強度。而個案現今出現密集的自傷行為，疑似憂鬱症狀發作，應建議轉介精神科醫師診斷治療。
- 環境危險因子評估：個案在課業學習、人際互動上呈現困難，當面對課程許多報告與考試、學校活動參與困難或是與同學相處不順利時，易感覺壓力與情緒低落。
- 保護因子評估：個案所接受的生活照顧與就學輔導有其系統性，而且對於學校資源教室的協助接受度高，能透過資源教室輔導員的轉介獲得生活輔導和串連校內外系統資源。另一方面，個案家人對於如何照顧個案和協助個案就醫熟悉度高，能作緊急因應。

4. 輔導目標與策略

經過評估分析後，可以發現個案的不良適應行為在大學階段出現包含暴怒、大哭的負面情緒；翹課、不出門的退縮行為；割腕或刺傷手腳的自傷行為等，其實都是在不斷地發出求助訊息，希望解除自己痛苦的狀態並為自己找到出路。

協助個案的介入策略與輔導目標，可分為三個階段來思考：

（1）初始階段應立即有效地降低或解除個案危害生命的危險性行為：確保生命的安全方能使所有接下來的協助有所意義，因此，啟動個案危機處遇機制是首重的核心，可由系所負責召開特殊個案協調會，資源教室或諮商輔導單位的個管師協助資源連結，包含校內單位如資源教室輔導員、健康中心護理師、諮商輔導中心心理師、系所師長以及校安人員，校外資源如醫療院所及家人等，共同討論制定安全計畫，以降低個案生命安全之風險。

（2）第二階段需針對其內在心理議題進行諮商輔導介入，以協助其朝向健康的心理發展：身心障礙個案的內在心理議題在於覺察自己身體意象的不同與限制，渴望自我認同與肯定，所以正面臨自我整合的困境。因此，在緩解其自我傷害的狀態後，應針對其內在心理議題進行諮商輔導，協助其朝向健康的心理發展。在系統合作的部分，個案管理師仍須持續評估其家庭系統的支持功能及就醫的穩定狀態，與資源教室輔導員共同協助穩定其支持系統，且不定期與系所師長保持聯繫，確認其課業負荷及人際變化作適度的輔導與轉介。

（3）最後階段應加強個案在生涯規劃與實作方面的介入協助：如前所述，身心障礙個案在就學階段有特殊教育的協助以穩定課業的表現、保持生活環境的友善性。然而，在大學中關於人際互動、興趣發展、生涯規劃等，仍需要個案自己參與和經營，因此，若希望透過輔導機制協助個案朝向健康的心理發展後，後續應加強個案在生涯規劃與實作方面的介入協助，讓個案有機會學習銜接畢業後進入社會的自我發展動力，給予其賦能的基礎，方能長期維持其心理的健康強度。

（四）令人窒息的愛—親密暴力與復仇式色情自殺實務案例探討

1. 案例故事—親密，再也不親密

弘志（假名）與筱婷（假名）從高二便交往，弘志是個體貼的男友，捨棄離家近的公車站，特地到筱婷家附近的公車站牌，陪著筱婷一起上學，兩人總是形影不離。筱婷透過個人申請上了 A 大學，而弘志學測失利後，專心衝刺指考，成績也還不錯，選擇離筱婷較近的 B 大學。

升上大學後，弘志一下課，就到 A 校的門口接筱婷一起吃飯。沒課時，也會到筱婷的課堂外等候。大二後，筱婷課業開始便得繁忙了，重心也放在社團與系學會的幹部工作上，減少了與弘志的聯絡與互動。弘志擔心筱婷另結新歡，便限制筱婷的交友圈、不准她與男同學有任何私下的互動。筱婷漸漸對於弘志的緊迫盯人，不再覺得甜蜜，而感到有壓力與負擔，

幾經思考後決定提出分手。

弘志無法接受，一開始不斷透過簡訊、社群留言、電話，希望挽回這段關係，一開始筱婷還試圖解釋，後來覺得不堪其擾，便不讀不回弘志的訊息。弘志覺得相當的痛苦，便到筱婷住所、教室外、車棚徘徊，希望可以見到筱婷一面。筱婷覺得害怕，趕緊尋求同學的幫忙掩護。傷心難過的弘志，開始酗酒、抽菸、有時還會出現破壞物品、捶打牆壁的行為，整個人過著失志般的生活。

一兩個禮拜後，相較於自己的落魄，弘志發現筱婷的 IG 上有許多開心的照片，其中不乏與男同學的互動，弘志一氣之下，便傳了過往與筱婷的私密照片，揚言要傳到 Dcard 上，甚至提到對筱婷與男同學不利。筱婷看到過往兩人的親密照片，感到相當的不堪，害怕照片會外流、生命受到威脅，因此陷入極度的焦慮與憂鬱，開始不敢出門，也有了自我傷害的舉動。好友們見筱婷這麼的沮喪，決定通報學校的諮商中心。

2. 族群特色

（1）校園生活的優勢

- 大學生活的多元性：高中生甫進入大學後，有多彩多姿的大學生活，包含著自由的學習樣態、豐富的社團活動、多元的人際接觸、繁忙的打工生活等，已成為構建大學校園文化的主力。許多大學生們也開始在這個階段，開展親密關係的經營。
- 人際關係的交織性：大學由於各種的學習活動、分組報告、社團活動、班級旅遊、同學夜唱、夜衝等等，讓大學生的人際互動變得相當的熱絡，根據 Erikson（1950, 1959）提出的社會心理發展階段理論，大學生正值從青少年的認同，進入成年初期的親密感的發展，因此大學生也開始從這個階段一方面完成自我認同外，也開始藉著人際關係的互動，發展出親密感的需求。

（2）親密關係中的困境

大學生在這個階段常見在課業、社團、人際關係、打工當中，尋求平衡。然而，卻也常常顧此失彼。如上例的弘志上了大學，仍把生活的重心都放在伴侶關係上，缺乏發展自己的生活圈，在緊密的關係當中，反倒失去了自己，因此面對關係的改變，也缺乏其他的人際支持圈，限縮了伴侶，也限縮了自己。而從筱婷在進入大學後，一方面要經營自己的生活圈、

課業，另一方面又要兼顧親密關係，過程中缺乏與伴侶間的溝通，取得平衡，乃至關係無法收拾。

3. 評估分析與診斷

親密關係的暴力常見於青少年與成年初期的約會交往過程中，且會影響中長期的心理健康。親密關係暴力的型態包含：身體、精神、性（陳若璋、王沂釗，2012），而近年來也不乏出現分手暴力（彭偉旗等人，2019）、跟蹤、騷擾、科技裝置監控等形式，對受害者造成極大的身心耗竭。親密關係的暴力常需要納入系統思考的思維，因此在進行介入時，須將被行為人、行為人的風險評估納入考量。

（1）親密關係暴力的被行為人

- 安全與風險評估：了解受害者的「受暴史」、「受暴的頻率與形式」、「過往的因應策略」、「目前的安全計畫」與「社會支持」。例如：過往筱婷與弘志在交往的過程中，是否有經歷弘志的情緒暴力、當時都是怎麼面對與處理、目前上下學是否有保護的措施等。

- 創傷反應：受害者在面對過往親密關係的緊密，乃至威脅與恐嚇，不易離開受害的關係，反覆的過程經常引發許多的身心反應。如上述的例子：筱婷面對受到控制的無助、私密照被公開的恐懼、自身與他人安全的威脅等等。此外，親密關係也常隱含著權控關係，讓受害者從物理環境的孤立，乃至心理、社會的孤立。

- 認知反應：受害者在遭受親密關係的暴力時，常會出現「對方會這樣，是因為她／他太愛我了」、「她／他只是一時情緒失控」、「她／他有認錯道歉了」等認知扭曲、淡化，導致常無法立即回應暴力的關係，不敢通報或尋求他人協助。

（2）親密關係暴力的行為人

- 安全與風險評估：此部分在了解過往行為人在「關係經營的方式」、「容易引發暴力的情境脈絡」、「暴力形式與可能施行的對象」、「自傷與傷人的可能」、「物質使用狀況」（彭偉旗等人，2019）。此外，行為人的傷人與自我傷害的計畫，也須納入安全與風險評估當中。例如：弘志對於關係當中是否常存在著不安、當無法聯繫上伴侶，是否就會啟動其焦慮的作為、過去情緒紓解的方式、目前有無傷害自己的念頭或作為（包含物質的使用）。

- 權控方式：許多親密關係的暴力的行為常出現各種限制被行為人的權控行為，包含：友伴關係、通訊、行動、監控，乃至更為無形的心理操控。此外，在評估時，也需要留意行為人的人格特質，是否有違常的狀況。

- 情緒穩定性：行為人在關係上可能有過於敏感的狀況，容易引發過度激發的情緒反應。例如：弘志是否常會因為一些事情就大發雷霆、與他人互動的關係是否有異、是否常與他人起爭執、情緒如何引發與恢復。

親密關係的暴力，不僅發生在男對女的關係中，也更須留意在多元文化的社會中，可能存在著女對男、男男、女女之間親密關係的暴力（林育陞，2018），因此也需要再進行親密關係的評估，也須納入性別意識的概念。

4. 輔導與介入策略

（1）親密關係暴力的被行為人

- 安全計畫的擬定：此部分包含協助受害者建立防範暴力的計畫，例如：緊急求救管道、自我保護方式、脫逃策略，同時協助受害者連結到警政、社政、司法系統，保留通報的相關紀錄，必要時也可進行保護令的申請。安全計畫的擬定可以讓受害者重新擁有安全感，穩定內在。

- 建立正向的因應策略：親密關係暴力的受害者，在因應關係上常見安撫、積極抵抗、計畫逃離，而正式的求助管道，如：警政、社政、諮商中心；非正式的求助管道，如：親友傾訴與協助。

受害者可以思考該段關係是否有經營的需要，若是決定覺得可以進行修補，則建議除了個別諮商外，納入伴侶諮商的可能性。然而，若受害者若決定分手，也可以思考如何好好的分手，避免另外一方激烈的反應。此外，除了處理受害者的創傷經驗、情緒感受（特別是自責與害怕）外，受害者本人內在正向特質的發掘、外在支持系統的建立、啟動受害者的行動力，都有助於提升其面對創傷的韌力。

（2）親密關係暴力的行為人

- 提升情緒管理的策略：親密關係中的暴力，並非線性的因果關係，當行為人感受到關係中的不安、衝突，常容易使用各種形式的暴力，來解決關係當中的問題。因此，

在介入時，可以理解行為人內在不安的運作模式、過往習得的不良問題解決模式、創傷因應，協助行為人對於自己的行為與情緒，有更進一步地覺察與改變。

- 增加衝動控制的能力：行為人常見掌控關係的方式，常無益於關係的經營，因此在協助行為人時，可以透過放鬆訓練、行為後果的評估、認知監控等方式，減少因衝動行為而帶來的負面代價。

以上，心理師可以與弘志討論情緒調節的方法，正念呼吸、轉念、運動、閱讀、培養興趣等，透過平常的練習與習慣的建立，可以有效減緩弘志在情緒當中，容易失控的狀況。

（3）學校的危機處遇機制

- 個別或伴侶心理諮商的安排：輔導中心可以針對雙方進行個別諮商，透過個別諮商的梳理兩人的關係議題。此外，若兩人都有意願，也可以進行伴侶諮商，唯需要特別留意若兩人的關係，是否有嚴重的權力不對等、還在暴力關係的威脅中等因素，則不宜進行。

- 建立危機個案服務機制：無論是被行為人亦或是行為人，都應該從事件的揭露後受益，因此雙方都應有介入的方案與計畫。針對被害人的人身與心理安全，除了預警的責任外，更需要關注受害者的身心反應。加害人也可能因為被通報的狀況，而引發激烈的情緒反應，也須關注其行為與行為的穩定性。

- 資源網絡的連結：沈慶鴻（2019）指出高危機的親密關係的受害者，常見對於處遇服務的低意願，主要來自於對於服務系統內的負向經驗。因此，充足的資源網絡、多樣且一致的服務內涵，可以增加求助者的求助意願。

- 校內系統：在大學端的諮商中心應建立起網絡內的資源，包含：校安中心，保障學生的人身安全、聯絡家長與導師、就醫陪同等危機處理的流程；學務處生活輔導組：教官或生輔人員可以安撫學生情緒、處理相關懲處事宜；衛保組：就醫、自我傷害或傷害他人時，護理人員可以進行處理；教務及系所：教務處及系所可以協調相關的課務事宜，穩定學生在這段期間若因為情緒與安全議題，而無法順利到班上課的處理；　性別平等委員會：此類因情感議題可能引發的校園性騷擾事件，學生可以進行申訴，由性別委員進行相關的調查，以及後續的建議處理。

- 校外網絡：無論是親密關係的被行為人與行為人，均有網絡服務的需求。網絡外的資源則應包含：社政、警政、司法、衛政、精神醫療、緊急庇護中心等資源。衛生福利部 2009 年開始推動「家庭暴力安全防護網」計畫，確立「資源轉介，風險預防」、「落實通報，整合服務」、「杜絕暴力，偵防犯罪」及「處遇治療，防範再犯」等四大策略主軸，整合社政、警政、教育、衛生、司法、勞政等各單位，落實危險評估工作，並召開跨機構高危機個案網路會議，建立跨單位的溝通平臺。教育部編製校園親密關係暴力事件實務處理手冊亦包含校園約會暴力危險評估表評估校園約會暴力事件的危險狀況，幫助輔導人員瞭解學生處境，作為擬訂安全計畫與輔導措施之評估資料，以防治暴力、保護學生的人身安全。

（五）等不到的驪歌—研究生（碩／博士）自殺案例分析與事後處遇

1. 案例故事

詩洛（假名）是個從小就喜歡音樂的男孩，卻被父母冠以高度期待，但是不管如何努力都難以讓父母滿意，為了爭取父母的認同，求學過程他一直很認真努力讀書，讓成績維持在前三名，成了他的日常。父母要詩洛考量職場的現實面，因此他放棄自己最愛的文學和音樂，大學選擇經濟系，研究所又進入跨領域的理工研究所。原以為努力就能克服困難，但沒想到在研究所首次拿到 C 的成績，讓詩洛感到不可置信、害怕、恐懼與自我懷疑，自那之後，不論做研究、寫論文已成為一道難以打破的魔咒，再無信心抗衡，看著同學一個個畢業離校，修業年限逼近，論文如枷鎖般將他緊縛，最終剩下自己獨自困於這灰暗牢籠中。

於課業中掙扎沉浮的同時，本以為感情是自己可以依靠的慰藉，沒想到詩洛於不經意間發現女友與前男友持續聯絡甚至見面，令他更加意識到自己像個失敗者，他曾試著原諒並努力挽回，卻只換來女友反覆欺騙，沉重的被背叛感糾纏著他，最終他不得不選擇放棄這段感情。「這樣失敗的自己是不值得被愛的！」「再怎麼努力都是沒用的……」這樣的念頭似乎在腦中生根，日夜縈繞於頭頂。

不知何時憂鬱早已悄然上門，生活變得支離破碎，詩洛失眠的症狀加劇，幾乎徹夜難眠，沈重的疲憊感日日跟隨，他發覺自己喪失了社交能力，甚至連踏出房門都感到困難，他開始逃避課業、逃避社會，重要的 meeting 也選擇請假，或乾脆直接曠掉，歡笑不復存在，他再也提不起興趣做任何事，陰霾籠罩世界，他的生活似乎只剩下一間狹小房間，他驚懼著讓父親知道自己的失敗，絕望似浪潮將人溺斃。

詩洛嘗試去看精神科醫師，他想努力讓自己趕快好起來，藥物的副作用卻令他感到更昏沉疲倦、難以專注，擔心一輩子吃藥，幾番掙扎衡量下，他決定停止吃藥。情緒逐漸潰堤，夜晚時分總彷彿要被黑暗吞噬，躺在床上的時刻，思緒紛擾湧進腦中：女友的背叛、無法完成論文、無法畢業、一無是處、對不起爸媽、對不起師長，他無法控制重複意識到自己失敗的信念，心悸、焦慮、恐懼禁錮著他的身體，這些窒息般的痛苦讓他難以承受，終日寢食難安、注意力不集中、精神恍惚，種種症狀似要擊垮他。

「我討厭我自己。」「為什麼我什麼事情都做不好？」「沒有人幫得了我……」

匿名聊天軟體中，詩洛留下了這幾句始終迴盪腦中的話語。想脫離面對如此不堪的痛苦，並在動態中寫下最後一條：「我可以解脫了……」。

疾風拂來艷紅似火的鳳凰花，住家頂樓是他最後面見這世界之處，詩洛再也無法迎來自己的畢業典禮，12 樓的高度，葬送了這 27 年的生命。

2. 族群特色

近年研究生自殺案例的新聞較過去增加，因此研究生族群的心理健康是各大專校院不容忽視的議題。研究生在校園中的優勢與困境：

（1）優勢：

- 高學歷者具備更強的專業與研究能力。
- 積累豐厚的社會關係，獲得較多社會資源。
- 畢業後的職業發展前景與薪資待遇較佳。

（2）困境：

- 高學歷高壓力：菁英聚集的環境裡，有時表面和氣私下可能衡量著彼此的成就高低，競爭和個人主義帶來嚴重的地位焦慮。社會對研究生也有著高期待，特別是博士班的修業時間久、要求高，不僅要在研究上有創見和突破，還要有國際期刊發表，從學術研究到未來生涯的不確定性，造成研究生多重的心理壓力。
- 研究生憂鬱、焦慮是正常人 6 倍大：在 Evans 等人（2018）研究中，共調查 2,279 位

研究生（9 成是博士生），其中 41% 學生有焦慮症，39% 有憂鬱症，比一般人得到憂鬱症或焦慮更是達 6 倍以上的風險。而 Levecque 等人在 2017 年研究中蒐集共 3,659 位博士生資料，其中有 32% 博士生有一般的精神疾病，特別是憂鬱症最多，平均三個博士生就有一位有身心疾病。

- 情緒管理被視為新時代的競爭力，心理痛苦是不能說的祕密：「你這麼優秀，一定沒有問題的」，一般人認為高學業成就的年輕人，看似一帆風順、光鮮亮麗，對壓力應該有更好的因應能力，解決問題能力佳，不該有情緒困擾問題，因此當他們遭遇心理的痛苦時，往往選擇獨自面對痛苦。

- 來自家庭的責任壓力：在傳統的社會中男性被賦予較多的經濟責任，年紀較長的研究生還在唸書，可能容易與家人的期望產生衝突，特別是已走入家庭婚姻的博士生，還須同時承擔家庭的責任壓力。

3. 評估分析與診斷

研究生詩洛在校園生活中面臨多重壓力與心理困擾，有憂鬱症診斷，同時遭遇感情挫敗，但未曾與學校輔導系統接觸，專業資源苦無介入機會。以下分析本案例的危險因子，做為辨識高危機個案之參考：

（1）長期壓力影響身心健康：當實驗研究結果不符合預期，可能就得換個研究方向重新開始。沉重的學業壓力導致詩洛過長的工作時間，同時承受著感情失落、畢業年限將屆、辜負父親的期待等多重壓力，壓力導致身心症狀，如自律神經失調，嚴重者憂鬱症發作，促使自殺行為的種子萌芽。（環境致病因子）

（2）父母的負面反應造成創傷經驗：從小努力追尋父母的認同，但不管如何努力都很難讓父母滿意，父母的負面反應深深影響詩洛，追求高自我要求和完美主義像個緊箍咒，讓他無法輕易放過自己，特別害怕成為失敗者、懦弱者，成績拿到 C 的恐懼、無能、失控、糟糕情緒，導致身體無法放鬆、失眠問題出現。（早年創傷經驗）

（3）擔心外界眼光，怯於求助：擔心外在質疑「抗壓性不足」促使詩洛不輕易承認自己的身心有狀況，又不願他人知道自己的無能與無助感，因此未尋求家人、親友、師長或學校專業輔導人員介入，無法於日常獲得即時的支持與相關資源協助。（社會文化因子）

（4）缺乏可以療傷的復原力：高學業成就的研究生可能從小唸書唸到碩／博士畢業前，只需專注於課業學習不需為生活煩惱，倘若在感情、考試、求職、家庭等方面缺乏經驗，一旦遭遇急性壓力挫折，如學業挫敗、感情失落、無法如期畢業等，負面情緒如洪水般淹沒詩洛的所有感官知覺，令人難以接受也無法適當回應解決當下問題（個人因子）。

（5）對精神疾病藥物副作用的誤解，停藥加重疾病：詩洛擔心藥物副作用，甚至懷疑可能一輩子吃藥，這種對藥物的恐懼來自社會建構的汙名，未能正確掌握用藥觀念，未找醫師討論精神疾病藥物帶來的副作用，自行停藥使得憂鬱症狀更嚴重，危及自我掌握感的焦慮。（社會文化因子）

（6）被背叛的愛情，折損自我價值：當情感連結受到威脅，失去安全感、信任感，甚至危及存在價值感、自我否定等認同失落，伴隨著強烈的痛苦、沮喪、焦慮、孤單、不知所措等情緒，導致詩洛身心失衡，憂鬱症加重的同時，缺乏可以療傷的管道與資源，把他推向更深的絕望險境。（突發事件因子）

4. 輔導目標與策略

面對不願或未曾接觸諮商輔導資源的碩／博士生自殺身亡，著實讓校方暨諮商輔導中心感到特別遺憾與困難防範，除了事後的處置，預防工作顯得特別重要。

不幸事件發生後，學校系統介入的工作項目可包含下列：

（1）第一時間處置工作：前往校外現場，協助警方、消防隊員與家屬進行現場勘驗、與後續相關事宜。紀錄與彙整事件相關資料。

（2）校內處置工作：

- 校園因應措施：包含啟動危機小組、自殺事件說明、發放安心文宣、舉辦安心講座、檢視校園安全空間（致命工具可得性限制：如防墜措施）、舉辦自殺防治教育、道別活動等。
- 協助申請急難慰問金或身故保險金、學籍處理、授予榮譽畢業證書等。
- 學生輔導：舉辦減壓團體、班級輔導、個別輔導、篩選高關懷族群並持續追蹤等。
- 教師支持與充能：提供輔導或相關資訊、舉辦教師安心講座、增進教師對高風險學

生的辨識與因應能力。

（3）校外處置工作：

- 校安通報／自殺防治通報
- 新聞、社群網站：指定對外發言人，另外可運用社群網站提供校內外輔導資源求助管道、鼓勵求助與助人自助方式。
- 家屬關懷：聯繫與慰問家屬、遺族輔導、出席告別式等。

另外，加強研究生的保護因子是刻不容緩的工作，除了進行高關懷篩檢與追蹤輔導，提供情感教育、生命教育、壓力調適、辨識與陪伴憂鬱症患者、自殺守門員、網路小尖兵等心理健康促進活動，建議可以增加聚焦於培養個人「情緒素養」和能夠支持「情緒素養」的知能，諸如：

（1）針對研究所師生提供創傷知情教育：認識創傷的新定義，創傷不一定是激烈的，創傷可能來自日常的壓力，如：新而不熟悉的事物、轉換或改變、工作或學校的要求、財務經濟壓力或失業、關係緊張衝突、養育子女、內在壓抑與沮喪造成的強烈衝擊感，頭腦無法有效回應，感覺好像受到威脅，內心可能產生無助、絕望和失控的感覺。相關資訊可以查看華人創傷知情推廣團隊的網頁介紹，亦可參考《創傷的智慧》（The Wisdom of Trauma）紀錄片，了解創傷可能帶來的影響。

（2）學習在逆境中建立復原力的技巧：每個人都會遇上困境，而復原力就是走出困境，重新振作（bounce back）的能力。讓每個人都認識自己感到創傷時，身體有哪些感官知覺，運用立即急救策略，回到復原力區域。學習自我調節的能力，從壓力、恐懼感、無助感和壓倒一切中恢復的靈活性。

（3）幫助碩／博士生建立支持性的關係，慈悲關懷彼此：「社會支持」是降低壓力對個人負面影響的保護機制，培養慈悲關懷自我與他人，以實際行動，以理解、耐心和善意來回應苦難而不是以恐懼和排斥回應。不論是家人、朋友、同儕、導師、指導老師等非專業者的關懷支持，對個案的保護和復原具有關鍵作用。

（4）增進教師辨識高關懷學生的警訊：透過導生制，增加師生互動關心的頻率，察覺出現睡眠障礙、減少與人互動、注意力不集中、精神恍惚、請假次數增多或缺席不請假、遭逢

失落議題、將心愛物品送人等警訊的研究生，提供更即時的關懷與協助，視需要轉介諮商輔導中心，以利早期發現與介入。

（5）評估童年逆境經驗對個案之影響：早年創傷經驗可能影響成人對事件的反應。建議可使用 ACE 量表、創傷後壓力症候群量表（前、後測）評估，幫助專業輔導人員了解個案的童年逆境經驗與重要創傷事件影響程度，專業輔導人員須監控危機，持續評估危機個案所需資源，聯繫支持網絡，確保個案安穩回到日常生活與學校上課，定期追蹤後再結案。童年經驗量表 ACE 中譯版可以參考社團法人臺灣憂鬱症防治協會網站。

（6）ACE 量表中譯版：可以參考社團法人臺灣憂鬱症防治協會網站。

（六）與聲音的長期抗戰—精神疾病患者自殺送醫案例

1. 案例故事

小青（假名）從小就嶄露繪畫天分，對其他學科均不感興趣，但成績勉強可以維持一定的水準。父母態度還算開明，允許他在維持課業水準的情況下擁有屬於自己的天空，小青經常一整晚沒睡畫到天亮，有好幾本繪本集結成冊。高中時感受到自己與同儕間似乎有一個隱形的隔閡，課堂上備感孤獨，經常躲到輔導室畫畫或打電動，曾透過網路遊戲結交一名女友，兩人世界一陣子後女友提分手，小青夜晚難過憤恨之餘，覺得好像聽到有人要他去死一死，便拿起美工刀猛戳自己的手臂，家人發現送醫後開始接受精神科醫師的藥物治療，搭配醫院心理師的心理治療。大學雖進到自己喜歡的科系，但許多必修科目令小青感到困難，在課堂上無法專心，後來便經常未到課。在租屋處即使可以畫畫打電動，但心裡卻經常感到焦慮不安，有時覺得自己很沒用，無法跟別人競爭，而長期以來偶而會出來要自己去死一死的聲音似乎也越來越頻繁出現。有一次在課堂上覺得老師的言語似乎在嘲笑自己的作品，同學也用鄙棄的眼神看自己，當下覺得那要自己去死的熟悉聲音又再度出現，他衝出課堂回到租屋處，越想越難過，便至超商買了一把水果刀，回到宿舍開始戳自己的手臂。課堂上老師對於小青衝出教室有些擔心，詢問同學後，便聯繫系上助教與教官，教官之前便從諮商中心處得知學生為轉銜個案，曾與小青有數次關懷晤談，打電話給小青未接，便直接聯繫舍監共同到其寢室關懷，見小青手臂傷口嚴重，便通知家長，並緊急叫救護車送醫，在急診室醫師的評估下安排住院。

2. 送醫流程

當學生有生命安全之虞，第一個聯繫窗口通常是學校的校安中心。校安值班人員接獲電話即啟動該校的緊急事件處理流程，聯繫校內外單位資源進行系統合作，協助學生送醫。該系統合作分工依各校作業流程而異，以下以某校為例：

（1）校安人員：聯繫醫療資源與警消人員，並連繫總務處協調校內警衛，確保救護車或計程車進入校園的順暢性。

（2）衛生健康單位：護理師協助處理個案傷況。

（3）系所導師／學輔人員／系教官：關懷個案，協助聯繫親友。

（4）諮商輔導單位：個案管理師協助穩定個案的情緒狀態。

有時救護車會考量學生的狀況要求校內需有人員陪同上救護車以確保送醫路程之安全，此刻通常由校安人員協助陪同送醫。至醫院後，若家人無法在第一時間內趕到，校方則協調相關同仁暫時協助就醫事宜。

3. 住院期間的輔導

學生住院期間通常無法使用手機，系所導師與諮商輔導單位的個案管理師可持續與家人聯繫，了解學生的病情與治療概況，同時也提供家人心理支持與諮詢，討論後續學生出院後的治療計畫與返校安排。

4. 出院返家後的輔導

學生出院後，若考慮返回學校就學，校內需啟動系統合作輔導機制，系所應邀集相關輔導同仁召開特殊個案協調會，評估學生的心理狀態及所需資源，以協助學生安定身心，返校就學。

（1）心理輔導：諮商輔導單位評估心理狀態與醫療資源的使用情況，進而安排適切的心理資源，如固定之個管關懷或個別諮商，追蹤其就醫與用藥等。

（2）學習輔導：系所評估課程需求與學生負荷能力，協調各課程教師與教務處調整。

（3）生活輔導

- 住宿安全：若學生沒有住在家裡，校安或教官等人員需確認其住宿環境之安全。
- 生活關懷：系所導師可不定時與導生進行關懷晤談，了解其就學適應情況。

精神疾病患者在支持系統的協助下，若能穩定就醫，遵從醫囑服用藥物，使其生活功能良好發揮，依舊可以擁有正常的大學生活。諮商輔導單位的個案管理師在支持系統與資源的連結上扮演著重要的角色，系統穩定，個案才能穩定地與病情共存，朝向自己的目標前進。校內教職員通常因為對於精神疾病的不熟悉而感到焦慮，不知如何協助關懷，負責系所之個案管理師也可利用機會給予衛教，安定他們的心。系統安定，我們的個案就有更高的機率可以安定，減少其行動化的可能性。

三、大專輔導工作相關法律議題分析

（一）性別工作平等法

《性別工作平等法》中第 12 條提到：1. 受僱者於執行職務時，任何人以性要求、具有性意味或性別歧視之言詞或行為，對其造成敵意性、脅迫性或冒犯性之工作環境，致侵犯或干擾其人格尊嚴、人身自由或影響其工作表現。2. 雇主對受僱者或求職者為明示或暗示之性要求、具有性意味或性別歧視之言詞或行為，作為勞務契約成立、存續、變更或分發、配置、報酬、考績、陞遷、降調、獎懲等之交換條件。以上，均涉及性騷擾的行為。大專學生常因為經濟所需，會到校內或校外進行工讀或實習，也容易受到職場上的性騷擾，導致身心壓力，而引發自我傷害或傷人之虞。因此，可以協助遭受職場性騷擾的學生，向雇主進行性騷擾的申訴。

（二）性別平等教育法、校園性侵害性騷擾或性霸凌防治準則、性騷擾防治法

為性侵害、性騷擾與性霸凌事件之一方為學校校長、教師、職員、工友或學生，他方為學生者，均在此法《性別平等教育法》及《校園性侵害性騷擾或性霸凌防治準則》規範當中，當大學生遭逢這些事件，則可向學校的性別平等教育委員會申請調查，若行為不在同一個學校，則向行為人所屬的學校進行申請調查。

若行為人並非學校教職員工生，則依《性騷擾防治法》係指性侵害犯罪以外，對他人實施違反其意願而與性或性別有關之行為，且有下列情形之一者：1. 以該他人順服或拒絕該行

為，作為其獲得、喪失或減損與工作、教育、訓練、服務、計畫、活動有關權益之條件；2. 以展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品之方式，或以歧視、侮辱之言行，或以他法，而有損害他人人格尊嚴，或造成使人心生畏怖、感受敵意或冒犯之情境，或不當影響其工作、教育、訓練、服務、計畫、活動或正常生活之進行。向加害人所處的所屬機關、部隊、學校、機構、僱用人或直轄市、縣（市）主管機關提出申訴。

性侵害、性騷擾、性霸凌對大學生的影響包括心理、生理及社會三方面：情緒上的焦慮、罪惡感、憤怒和因而引起的生理困擾，以及因社會文化下引發的人際關係障礙等，對當事人的身心都形成相當嚴重的干擾。若因遭遇此類事件而引發身心壓力的學生，也極有可能導致自傷或傷人的結果，則可以依據此類的法源，提供其相關的協助。

（三）家庭暴力防治法

近來恐怖情人、分手暴力事件頻傳，衛生福利部減少親密關係的暴力，落實對於受害者的人身安全，《家庭暴力防治法》將未同居之親密伴侶納入家暴法保護範圍，透過司法保障遭受情侶暴力或分手暴力被害人的安全。例如：雙方目前／曾為伴侶關係，被行為人可以向法院聲請民事保護令，也會有社會局家暴中心的社工協助所需要的協助，也可以陪同出庭。

（四）跟蹤騷擾防制法

《跟蹤騷擾防制法》公布施行，法令當中明確定義「跟蹤騷擾」行為定義為：對特定人反覆或持續違反其意願，且與性或性別有關八類行為，造成被害人心生畏怖，足以影響其日常生活或社會活動，都納入規範，但行為須與「性或性別」有關，足以影響受害者日常生活。違反者最重可處五年徒刑，如攜帶凶器犯罪，另有反覆實行之虞，法院得預防性羈押。該法令的通過主要是來自國內近年來出現多起因跟蹤騷擾，衍生出許多重大的社會安全事件。

跟蹤騷擾其中包含 8 類的行為：（1）監視、觀察、跟蹤或知悉特定人行蹤；（2）以盯梢、守候、尾隨或其他類似方式接近特定人之住所、居所、學校、工作場所、經常出入或活動之場所；（3）對特定人為警告、威脅、嘲弄、辱罵、歧視、仇恨、貶抑或其他相類之言語或動作；（4）以電話、傳真、電子通訊、網際網路或其他設備，對特定人進行干擾；（5）對特定人要求約會、聯絡或為其他追求行為；（6）對特定人寄送、留置、展示或播送文字、圖畫、聲音、影像或其他物品；（7）向特定人告知或出示有害其名譽之訊息或物品；（8）濫用特定人資料或未經其同意，訂購貨品或服務。

目前聯合國將跟蹤騷擾、性侵害、家庭暴力同列為全球婦女人身安全三大威脅。國內近年來出現多起案例，不難發現有行為人會因為對於關係的渴望擁有，而產生盯梢、守候的行為，在關係初期可能該行為被視為體貼溫馨的行為，然當關係面臨危機，這樣的行為就可能成了一種對受害者的侵擾，而開始出現恐懼與被傷害感。此外，也會有行為人出現散佈文字、相片、影片的行為，讓受害者出現更大的擔心與恐懼。該法令通過，將有效增加對於行為人的箝制，增加對受害者的權益保護。

（五）自殺防治法

為加強自殺防治，保障人民的生命安全，2019 年通過《自殺防治法》規範中央主管機關（即衛生福利部），以及各縣市政府、機關學校等進行自殺防治的相關工作。除日常辦理相關自殺防治教育之外，校方人員自知悉有自殺行為情事後二十四小時內需進行責任通報。此外，衛生福利部亦設有 24 小時的安心專線（1925），以利有緊急需求之民眾尋求協助。在輔導有自殺風險的學生時，法源依據可有利於後續的資源連結與系統合作。

（六）精神衛生法

《精神衛生法》中提到精神疾病者致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之



疾病。針對大學生若因為精神疾患、情緒、有自傷或自傷之虞，根據各校機制，可以由教官室、健康中心／衛保組、學生輔導諮商中心協助。校外資源則可以連絡各縣市衛生局的社區心理衛生中心／心理健康科，進行個案的管理與追蹤輔導。此外，若大學生嚴重的精神疾患、自傷或傷人的狀況，主管機關也有保護或緊急送醫／住院的相關介入機制，協助有需要就醫的學生。

至於，強制住院的相關依據，則依《精神衛生法》第 48 條規定處理。

然，無論是護送就醫或是強制就醫，學生均有其個人意志，決定是否透過精神醫療的協助。通常學生拒絕就醫或住院，大多與不願被貼上精神疾病的標籤，或擔心影響他人的觀感、人際關係等，學校相關單位仍應先瞭解學生對於拒絕就醫或住院的原因，依個別狀況與適當時機給予當事人或家屬精神及心理衛生教育，緩解其抗拒，同時與學生建立起一套自我保護或保護他人的機制。因此，各單位仍應思考當學生拒絕就醫或無法進行強制住院時，或學生就醫返回學校後，學校仍有持續進行輔導關懷機制之必要。



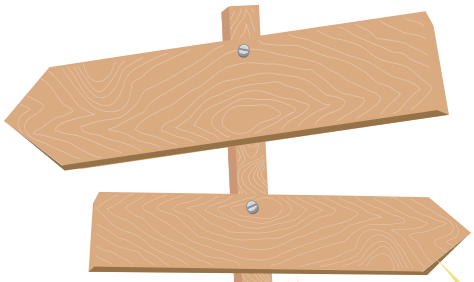
結 語

自我照顧與一起前行

面對校園自殺自傷防治工作，輔導人員及所有的守門人在平日的自我照顧是十分重要的。不管從生理、心理、靈性、人際等方面都可著手，也無須等到危機出現，在平日生活就可以形成自我照顧的習慣，且鼓勵將專業成長、增能與自我照顧，都視為專業工作中的一部分，幫助自己持續成長。專業成長與增能，讓輔導人員面對困難、複雜的個案挑戰，增加許多知能和實務做法上的利器，鼓勵輔導人員除了把握專業成長的機會外，也能形成社群，經常的與專業夥伴進行討論與相互分享，這除了能幫助輔導人員覺察、整合和精進自己的專業做法外，更讓自己在第一線輔導工作時不再孤單，可以與專業夥伴一起前行。適當運動、瑜珈伸展、正念呼吸、身體掃描、音樂聆賞，或是偶爾的下午茶，都是很好的自我照顧方式。心理層面，則與情緒或認知的覺察有關，遇到負向的危機事件，接納自己的極限，檢視自己是否出現所謂的英雄情節。我們並非救世主，跟一般人一樣都可能碰到困擾，必要的時候，是可以求助的。在靈性層面，也許與宗教有關，但也可以是與生理層面相輔相成，一個深呼吸，可以平靜自己的心靈，與大自然的接觸，也可能帶給自己靈性上的平靜。近年來普遍提倡的自我慈悲概念，也十分適用於輔導人員的自我照顧。

自我照顧的重要性同樣呈現於所有的自殺防治守門人，在結束一天或一個段落的工作時，更可以在心中畫一條界線，告訴自己，今天先到此為止，並聆聽自己的聲音，好好照顧自己。明天依然可以繼續努力。希望這本手冊能為輔導相關和所有接住學生的夥伴帶來助益。

即使實務現場有了愈來愈多的裝備，教育、輔導人員及助人工作者也有著想協助學生的心意與決心，面對高危機的自殺自傷防治實務工作仍然充滿挑戰。歷經兩年，多位自殺防治相關學者、精神醫療專家、以及輔導實務工作者一起參與撰寫此手冊，內容愈寫愈多，愈感覺還有更多沒有寫進來。這樣的感覺可能與大家的心情是相似的，覺得已經學習了很多，但面對充滿挑戰的個案，仍感覺得自己似乎還可以學習得更多。雖然這本手冊為輔導與教育人員所寫，但面對校園自殺防治工作的行動，一定是校園所有人員以及國家共同的任務。輔導人員持續精進的同時，也更需要政府投入更多的努力，以學生為核心，相關人員與不同單位、系統甚至政策，可以一起合作與前行，共同為接住學生而努力。



參考文獻

一、 中文文獻

Beck, A. T. & Steer, R. A.（2000a）：《貝克自殺意念量表（BSS）中文版》（張壽山譯）。中國行為科學社出版。

Beck, A. T. & Steer, R. A.（2000b）：《貝克焦慮量表（BAI）中文版》（林一真譯）。中國行為科學社出版。

Beck, A. T. & Steer, R. A.（2000c）：《貝克絕望感量表（BHS）中文版》（陳美君譯）。中國行為科學社。

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K.（2000）：《貝克憂鬱量表第二版（BDI-II）中文版》（陳心怡譯）。中國行為科學社出版。
https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-428-1360-107.html

Jobes, D. A.（2020）：《自殺危機處遇：合作取向 Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach》（第二版）（賴佑華、林恬安、謝嘉譯）。五南圖書（原著出版年：2016）。

Linehan, M. M.（2015）：《DBT 技巧訓練手冊（上下冊）：辯證行為治療教學》（江孟蓉、吳茵茵、李佳陵、胡嘉琪、趙恬儀譯）。張老師文化。（原著出版年：2015）

Linehan, M.M.（2015）：《DBT 技巧訓練講義及作業單：辯證行為治療練習》（田曉寧、李咏庭、周昕韻、林芝帆、林承儒、林誼杰、林穎、陳淑欽、張依虹、張輊竑、葉筱玫、劉珣瑛譯）。張老師文化。（原著出版年：2015）

Shawn Christopher Shea（2006）：《自殺衡鑑實務》（初版）（陳秀卿、呂嘉寧、梁瑞珊譯）。五南圖書。（原著出版年：2002）

Walker, P.（2020）：《第一本複雜性創傷後壓力症候群自我療癒聖經：在童年創傷中求生到茁壯的恢復指南》（初版）（陳思含譯）。柿子文化（原著出版年：2013）。

Worden, J. W.（2019）：《悲傷輔導與悲傷治療：心理衛生實務工作者手冊》（第五版）（李開敏、林方皓、張玉仕、葛書倫譯）。心理出版社（原著出版年：2018）。

中華民國腦性麻痺協會（無日期）：〈認識腦性麻痺〉。
https://www.cplink.org.tw/whats_cp.php

王麗斐（主編）（2020）：《高級中等學校輔導工作參考手冊》。教育部。

史蒂芬．雷文克隆（2004）：《割腕的誘惑：停止自我傷害》（李俊毅譯）。心靈工坊。（原著出版年：1998）

田秀蘭、陳秀蓉、邱皓政（2016a）：《大專校院學生心理健康關懷量表》。教育部。https://aimh.epc.ntnu.edu.tw/

田秀蘭、陳秀蓉、邱皓政（2016b）：《大學生心理健康篩檢量表研究計畫期末報告》。教育部。

朱錦鳳（2016）：《大學生身心適應調查表（第三版）》。心理出版社。

江承曉、劉嘉蕙（2008）：〈青少年壓力調適，情緒管理與心理健康促進之探討〉。《嘉南學報（人文類）》，*34*，595-607。https://doi.org/10.29539/CNABH.200812.0016

吳佳儀（2014）：〈從個人面向強化自殺保護因子〉。《自殺防治網通訊》，*9*（4），2-5。https://doi.org/10.30126/NSPN.201412_9(4).0002

吳佳儀（2021）：〈自殺高風險個案安全計畫討論表〉。台大護理學系所。

吳武典、林幸台、王振德、郭靜姿修訂（2016）：《基本人格量表（第二版）》。心理出版社。

吳新華（1996）：《國小學童生活適應量表》。心理出版社。

吳裕益、侯雅齡（2000）：《國小兒童自我概念量表》。心理出版社。

呂孟真（2007）：《自我傷害動機，負向情緒，經驗迴避，情緒調節與青少年自我傷害行為之關係探索》（未出版碩士論文），政治大學。

李坤崇、歐慧敏（2008）：《行為困擾量表 - 第四版》。心理出版社。

李明濱（主編）（2020）：《108 年自殺防治年報》。社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。

李明濱主編（2008）：《青少年心理衛生與自殺防治》。行政院衛生署自殺防治中心。

汪淑媛（2014）：〈替代性創傷是助人工作者 不可避免之風險？〉。《社區發展季刊》，*147*，136-154。

沈慶鴻（2019）：〈高危機，低意願：親密關係暴力高危機案主受助經驗之探索〉。《社會政策與社會工作學刊》，*23*（1），1-44。https://doi.org/10.6785/SPSW.201906_23(1).0001

周昕韻（2018）：〈心理師也是專業遺族（Clinician Survivors of Suicide Loss）- 當個案自殺身亡〉。《諮商與輔導》，*385*，6-9。

林育陞（2018）：〈男同志親密關係暴力探討〉。《諮商與輔導》，*386*，36-39、55。

林亮吟（無日期）：〈忘記微笑的心靈〉。財團法人董氏基金會心理衛生中心。https://www.jtf.org.tw/psyche/melancholia/young.asp

林美珠、周東山、林繼偉修訂（2008）：《艾德華個人偏好量表中文版（EPPS）》。心理出版社。

林萬億、黃韻如、胡中宜、蘇寶蕙、張祉翎、李孟儒、黃靖婷、蘇迎臨、鄭紓彤、蔡舒涵、盧筱芸、林佳怡（2018）：《學生輔導與學校社會工作》。五南出版社。

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

社團法人臺灣憂鬱症防治協會（2020）：《童年經驗量表 ACE》，19（4），1-22。

邱紹一、胡秀媛（2015）：〈青少年自我傷害與自殺成因及預防策略之初步探討〉。《教育研究月刊》，*251*，33-35。

俞筱鈞（1984）：《曾氏心理健康量表》。中國行為科學社。

柯慧貞（2020，12 月 12 日）：〈青少年憂鬱自傷的三級預防〉。（口頭發表論文）。2020 臺灣憂鬱症防治協會年會暨學術研討會，臺北。https://www.depression.org.tw/news/info.asp?/552.html

柯慧貞（主編）（2008）：《校園憂鬱與自我傷害三級預防 Q & A》。教育部。

洪儷瑜（2000）：《青少年社會行為評量表（ASBS）》。心理出版社。

修瑞瑩（2020 年 12 月 21 日）：〈高學歷高壓力？醫師：研究生憂鬱、焦慮是正常人 6 倍〉。聯合新聞網。https://health.udn.com/health/story/5964/5109272

孫中興（2009）：《理論旅人之涂爾幹自殺論之霧裡學》。群學出版社。

國家教育研究院（2020）：《十二年國教課課程綱要國民中小學暨普通型高中議題融入說明手冊》。國家教育研究院。

張子午（2019 年 10 月 9 日）：〈臺灣自殺人數連 3 年攀升 全球自殺率降低，臺灣卻年增 3%-我們的自殺防治網還缺了什麼？〉。報導者 THE REPORTER。https://www.twreporter.org/a/suicide-prevention-in-taiwan

張奕涵、廖士程、林倩宇、許嘉月、張書森（2020）：〈臺灣自殺死亡率趨勢之改變：連結點迴歸分析（1971-2018 年）〉。《台灣公共衛生雜誌》，*39*，536-552。https://doi.org/10.6288/tjph.202010_39(5).109081

張書森（2019）：〈我們應該依自殺風險來分類病人嗎？〉。《自殺防治網通訊》，*14*，13-15。

張書森（2021a）：〈大專校院學生的心理精神照護〉。《學務通訊》，*985*，5-6。

張書森（2021b）：《107 至 108 年校園學生自我傷害事件之分析及防治策略》。教育部委託研究計劃成果報告，教育部。

張景嘉、陳畹蘭（2017）：〈依附關係，情緒，與男性青少年無自殺企圖之自傷行為之關聯：以負向情緒及情緒調節困難為中介變項〉。《長庚人文社會學報》，*10*（1），1-42。

教育部（2014）:《十二年國民基本教育課程綱要》。https://www.k12ea.gov.tw/files/class_schema/%E8%AA%B2%E7%B6%B1/%E5%8D%81%E4%BA%8C%E5%B9%B4%E5%9C%8B%E6%95%99%E8%AA%B2%E7%A8%8B%E7%B6%B1%E8%A6%81%E7%B8%BD%E7%B6%B1(111%E5%AD%B8%E5%B9%B4%E5%BA%A6%E5%AF%A6%E6%96%BD).pdf

教育部（2014 年 11 月 12 日）：〈學生輔導法〉。全國法規資料庫。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=H0070058

教育部（2019a）：《107 年各級學校校園安全及災害事件事件統計分析報告》。教育部。

教育部（2019b）：《教育部 108 年各級學校校園安全及災害事件分析報告》。https://csrc.edu.tw/FileManage/CheckData ？ sno=497&MergedId=b35d55b6030b4ddebf3d03ad8b769c4e

教育部（2019c）：《教育部學校輔導工作參考手冊》。教育部學生輔導資訊網。https://www.guide.edu.tw/ebooks/

教育部（2021）：《主題報導：鼓勵教師適性教學，支持學生多元探索與跨域學習，培育面對全球化所需要的核心素養與能力。》https://epaper.edu.tw/topical.aspx?topical_sn=1191

教育部國民及學前教育署（2015）:《國民中學生命教育校園文化推動手冊》。

教育部國教署北區學生輔導諮商中心暨新竹區駐點服務學校（2020 年 11 月 9 日）:〈校園危機事件工作檢核記錄表〉。https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:931UKueT-XIJ:https://www.hgsh.hc.edu.tw/resource/openfid.php%3Fid%3D57958&cd=6&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw

教育部統計處（2021）：《各級學校基本資料》。教育部。

教育部資訊及科技教育司（無日期）：〈網路霸凌〉。中小學網路素養與認知。https://eteacher.edu.tw/Archive_m.aspx?id=277

教育部學生事務及特殊教育司（2022）：《校園學生自我傷害三級預防工作計畫》。教育部。https://www.edu.tw/News_Content.aspx?n=4F8ED5441E33EA7B&sms=B69F3267D6C0F22D&s=4E789772C47F2094

教育部學生輔導諮商中心（無日期）：〈安心服務〉。https://friendlycampus.k12ea.gov.tw/StudentCounselingCenter/6/9/5。

郭為藩（1987）：《自我態度問卷》。中國行為科學社。

郭為藩（1987）：《兒童自我態度問卷》。中國行為科學社。

郭為藩、林坤燦、蔡榮貴、陳榮華、陳學志、陳心怡修訂（2008）：《戈登人格剖析量表（GPP-I）》。中國行為科學社。

陳玉芳（2022）：〈自殺危機學生的認識與輔導〉見黃政昌（主編），《輔導原理與實務》，頁 485-523。心理出版社。

陳李綢（2000）：《大學生心理適應量表》。心理出版社。

陳李綢（2014）：《正向心理健康量表》。心理出版社。

陳怡群、黃惠玲、趙家琛修訂（2009）：《阿肯巴克實證衡鑑系統（ASEBA）》。心理出版社。

陳怡群、黃惠玲、趙家琛修訂（2018）：《阿肯巴克實證衡鑑系統（ASEBA）- 成人版》。心理出版社。

陳俊霖（2012 年 11 月 22 日）：〈戰術、戰略與實戰 - 從精神醫療看校園心理衛生三級預防〉。101 年度友善校園學生事務與輔導工作系列活動「學生自我傷害三級預防研習」教師輔導知能，臺北市立建國中學。

陳映燁（2020）：〈上升中之臺灣青少年自殺率〉。《自殺防治網通訊》，*15*（2），4-6。https://doi.org/10.30126/NSPN.202006_15(2).0004

陳若璋（2020）：《大學諮商中心的新變化新挑戰：其架構與因應校園性侵、暴力、自殺議題》（初版）。五南圖書。

陳若璋與王沂釗（2011）：〈大學生親密關係暴力諮商工作之困境〉。《輔導與諮商學報》，*34*（1），31-49。https://doi.org/10.7040/JGC.201205.0031

陳淑惠修訂（2008）：《臺灣版兒童青少年憂鬱量表（CDI_TW）》。心理出版社。

陳淑欽（2018）：〈辯證行為治療技巧訓練團體領導者的訓練與督導～以馬偕紀念醫院全職心理實習生訓練為例〉。《諮商與輔導》，*392*，8-12。

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〉。《中華輔導與諮商學報》，*38*，149-182。

陳毓文（2006）：〈一般在學青少年自傷行為之相關環境因素初探〉。《中華心理衛生學刊》，*2*，95-124。https://doi.org/10.30074/FJMH.200606_19(2).0001

陳學志、洪儷瑜、卓淑玲修訂（2008）：《貝克兒童及青少年量表第二版（BYI-II）中文版》。中國行為科學社出版。

彭偉旗、顏禎瑩、董杏姿、洪婷玉、黃政昌（2019）：〈分手暴力評估的內涵與方式之探討〉。《諮商與輔導》，*406*，55-59。

無作者（2008）：《『教育部 97 學年度生命教育及校園學生憂鬱與自我傷害三級預防種子研習（高中職）』心得分享》。https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hLKgloExWu4J:https://www.kpvs.ntpc.edu.tw/ezfiles/0/1000/img/30/110.doc&cd=1&hl=zh-TW&ct=clnk&gl=tw

程國選、吳武典（2004）：《「我的人生」量表 - 學生自我傷害行為篩檢》。心理出版社。

程國選、吳武典（2013）：《「我的人生」量表大學版 - 大學生自我傷害行為篩檢》。心理出版社。

華人創傷知情推廣團隊（無日期）。https://zh-tw.facebook.com/AsiaTraumaInformed

黃政昌、王蔚竣（2008）：《大學生心理健康量表 - 篩選性評估（MHSU-SA）》。心理出版社。

黃政昌、呂紀韋（2008）：《青少年心理健康量表 - 篩選性評估（MHSA-SA）》。心理出版社。

黃政昌、連秀鸞、黃瑛琪、陳玉芳（2015）：《輔導原理與實務》（第二版）。心理出版社。

黃財尉、李美遠、曾柔鳴（2011）：《成人心理健康量表（AMHS）》。心理出版社。

黃龍杰（2010）：《災難後安心服務（圖解版）》（初版）。張老師文化。

新北市立中和高中（2013 年 9 月 6 號）：〈新北市立中和高中憂鬱及自我傷害防治實施計畫暨校園危機處置機制辦法〉。https://drive.google.com/file/d/0B0cYjsshQ0NcRjBST2RRa1NqNUE/view?resourcekey=0-2AhZWVmLm4Pw9Y1V9hjSSA。

楊宗仁修訂（2001）：《行為與情緒評量表（BERS）》。心理出版社。

楊鴻濤（2012）：《心靈 CPR：危機處理手冊》（李賢民、翁靜絃譯）。傳愛家族傳播文化事業有限公司。

廖士程（2015）：《珍愛生命，希望無限：讓我們一同走過憂鬱的低谷。》心靈工坊：台北。

廖士程（2017）：〈評論：防治癌症病人自殺：只有心理衛生篩檢足夠嗎？〉《台灣公共衛生雜誌》，*36*，448-448。https://doi.org/10.6288/TJPH20173610604301

廖士程（2019）：〈我們從臺灣上一波自殺死亡率高峰學到甚麼？〉。《臺灣公共衛生雜誌》，*38*，329-334。https://doi.org/10.6288/tjph.201908_38(4).Pf04

廖士程（2021）：〈校園心理健康促進及自殺防治〉。《學務通訊》，*982*，4-5。https://doi.org/10.30126/NSPN.202012_15(4).0006

廖士程、李明濱、江弘基（2008）：〈企圖自殺者結構性介入服務〉。《台灣醫學》，*12*，713-721。https://doi.org/10.6320/FJM.2008.12(6).15

廖士程、李明濱、龍佛衛、張家銘、吳佳儀（2015）：〈臺灣自殺防治十年回顧檢討與展望〉。《台灣公共衛生雜誌》，*34*，227-239。https://doi.org/10.6288/TJPH201534103131

廖聆岑（計畫主持人）（2012）：《成大研究生身心適應調查問卷編製與研究》。國立成功大學行政業務研究發展計畫成果報告，國立成功大學。https://counseling.osa.ncku.edu.tw/var/file/50/1050/img/1719/101study2.pdf

彰化縣學生輔導諮商中心（無日期）：〈自殺／自傷校安追蹤流程〉https://scc.chc.edu.tw/Service?ParentID=6776bbc2-b4b7-4d80-a805-3e0e9c942c8b&ID=43158813-747a-478e-a011-8fc9bf930ea1。

臺北市政府教育局（2020）：《臺北市察覺及辨識學生心理健康指引》。https://www.doe.gov.taipei/News_Content.aspx?n=EBF06CB23AA475A5&s=AF4D65C4F327603B

臺北市家庭暴力暨性侵害防治中心（2014 年 1 月 3 日）：〈臺灣親密關係暴力危險評估表暨使用說明〉。https://www.dvsa.gotaipeiv./News_Content.aspx?n=0B3E9861D5742ECE&s=A61D834D3ECC8570

趙文滔、謝政廷、謝曜任、梁淑娟、林淑卿、吳柄緯、呂伯杰（2021）：《給專業助人者的系統合作完全手冊：一起陪孩子找幸福》。張老師文化。

劉珣瑛、吳書儀、張依虹、林誼杰、陳淑欽、周昕韻、林承儒、張輊竑、詹美玉、林穎（2022）：《辯證行為治療》。五南出版社。

歐陽文貞（主編）（2019）：《精神疾病案例講堂一以 ICD-11 與 DSM-5 為基礎》。社團法人臺灣精神醫學會。

蔡岷哲（2020 年 12 月 11 日）：〈教養方式、負向童年經驗與情緒調節：別再壓抑了！〉。CASE 報科學。https://case.ntu.edu.tw/blog/?p=35859

蔡岷哲（2020 年 6 月 18 日）：〈父母的惱怒情緒（parental aggravation）對兒童發展的影響？〉。CASE 報科學。https://case.ntu.edu.tw/blog/?p=35390

衛生福利部（2018）：《自殺防治系列 30一自殺風險評估與處遇》。社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4903-54125-107.html

衛生福利部（2019）：《自殺防治法》。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020213

衛生福利部（2020）：《108 年全國自殺防治中心成果報告》。
https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/lp-4905-107.html

衛生福利部（2021a）：《109 年全國自殺防治中心成果報告》。
https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/lp-4905-107.html

衛生福利部（2021b）：《109 年年齡別統計表》。
https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5069-113-xCat-y109.html

衛生福利部（2021c）：《109 年死因統計結果分析》。
https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5069-113-xCat-y109.html

衛生福利部（2021d）：《109 年死因統計結果摘要表》。
https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5069-113-xCat-y109.html

衛生福利部（2022）：《自殺防治系列手冊 33—政府跨部會自殺防治手冊》。社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。
https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4903-54125-107.html

衛生福利部心理健康司（2014）：《如何有效的幫助精神病人—現代行動篇》。
https://health99.hpa.gov.tw/material/3239

衛生福利部心理健康司（2015）：《認識精神疾病》。
https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-428-1360-107.html

衛生福利部心理健康司（2017）：《106 年至 110 年國民心理健康第二期計畫核定本》。衛生福利部。https://www.mohw.gov.tw/dl-15387-9e5daf05-bcc0-4231-8923-333552cf77cd.html

衛生福利部心理健康司（2017）：《心理衛生專輯》

衛生福利部心理健康司（2018）：《自殺防治系列 12—心情溫度計》。社團法人台灣自殺防治學會暨全國自殺防治中心。https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4903-54125-107.html

衛生福利部心理健康司（2020 年 12 月 4 日）：〈衛生福利部自殺防治諮詢會第 3 次委員會議資料〉。https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4675-51777-107.html

衛生福利部心理健康司（2022）：〈自殺通報後關懷作業流程〉。https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4902-57509-107.html。

衛生福利部心理健康司（2021 年 3 月 18 日）：〈精神疾病嚴重病人強制住院與強制社區治療宣導單張及海報〉。https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-428-1374-107.html

衛生福利部心理健康司（2022）：〈自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊〉。https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/cp-4902-58377-107.html。

衛生福利部心理健康司（2022 年 4 月 20 日）：〈自殺意念者服務及轉銜流程暨資源盤點手冊〉。https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4902-58377-107.html

衛生福利部統計處（2021）：《109 年度死因統計結果》。https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5202-113.html

鄭麗月修訂（2001）：《情緒障礙量表（SAED）》。心理出版社。

盧奐均、黃財尉、李美遠（2013）：《青少年身心健康量表（MHIA）》。心理出版社。

賴念華主編（2007）：《校園自我傷害防治處理手冊》。教育部訓育委員會。

賴念華主編（2007）：《校園自我傷害防治處理手冊》。教育部訓育委員會。

顏正芳修訂（2010）：《臺灣版多向度兒童青少年焦慮量表（MASC-TV）》。心理出版社。

羅品欣、陳李綢（2016）：《國小高年級學童自我概念量表》。心理出版社。

譚偉象、張淑慧、夏允中、蔣世光（2006）：《邊緣型人格特質測驗》。心理出版社。

二、英文文獻

Ayyash-Abdo, H. (2002). Adolescent suicide:An ecological approach. *Psychology in the Schools*, *39*, 459-475. https://doi.org/10.1002/pits.10042

Behavioral Tech. (2021). *Research: How DBT helps.* https://behavioraltech.org/research/how-dbt-helps/

Berger, E., Hasking, P., & Reupert, A. (2014). Response and training needs of school staff towards student self-injury. *Teaching and Teacher Education*, *44*, 25-34. https://doi.org/10.1016/j.tate.2014.07.013

Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, *10*, 543. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543

Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 540. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00540

Bould, H., Mars, B., Moran, P., Biddle, L., & Gunnell, D. (2019). Rising suicide rates among adolescents in England and Wales. *The Lancet*, *394*(10193), 116-117. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31102-X

Bowman, S. C., & Randall, K. (2004). *See My Pain!: Creative Strategies and Activities for Helping Young People who Self-injure*. YouthLight, Incorporated.

Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., Horowitz, L. M., Kelleher, K. J., & Campo, J. V. (2020). Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, *59*(2), 236-243. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020

Castellví, P., Lucas-Romero, E., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Roca, M., Rodríguez-Marín, J., Rodríguez-Jimenez, T., Soto-Sanz, V., & Alonso, J. (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: A systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord*, *215*, 37-48. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035

Chang, Y. H., Lin, C. Y., Liao, S. C., Chen, Y. Y., Shaw, F. F., Hsu, C. Y., Gunnell, D. & Chang, S. S. (2022). Societal factors and psychological distress indicators associated with the recent rise in youth suicide in Taiwan: A time trend analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *0*(0). https://doi.org/10.1177/00048674221108640

Chen, I. M., Lin, P. H., Wu, V. C., Wu, C. S., Shan, J. C., Chang, S. S. & Liao, S. C. (2018). Suicide deaths among patients with end-stage renal disease receiving dialysis: A population-based retrospective cohort study of 64,000 patients in Taiwan. *Journal of Affective Disorders*, 227, 7-10. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.020

Chesney, E., Goodwin, G. M. & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*,*13*, 153-160. https://doi.org/10.1002/wps.20128

Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients.* American Psychiatric Pub.

Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*, 1015-1025. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x

Evans, T. M., Bira, L., Gastelum, J. B., Weiss, L. T., & Vanderford, N. L. (2018). Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nature Biotechnology, 36*, 282-284. https://doi.org/10.1038/nbt.4089

Fazel, S., & Runeson, B. (2020). Suicide. *New England Journal of Medicine*, *382*(3), 266-274. https://doi.org/10.1056/NEJMra1902944

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*, 245-258. https://doi.org/10.1016/S0749-3797(18)32034-8

Figley, C. R. (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. Hudnall Stamm(Eds.), *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators* (pp.3-28). The Sidran Press.

Fu, T. S.-T., Lee, C.-S., Gunnell, D., Lee, W.-C. & Cheng, A. T.-A. (2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey. *The Lancet*, 381, 235-241. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61264-1

Gordon, C. S. S., & Jill, P. P. (2003). Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: Systematic review of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, *327*, 1459-1461. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7429.1459

Gordon, K. H., Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., Witte, T. K., Braithwaite, S., Van Orden, K. A., Bresin, K., & Joiner Jr, T. E. (2010). The reinforcing properties of repeated deliberate self-harm. *Archives of Suicide Research*, *14*, 329-341. https://doi.org/10.1080/13811118.2010.524059

Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, *72*(1), 128-140. https://doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128

Halter, M. J. (2021). *Varcarolis' foundations of psychiatric mental health nursing*. Generic.

Hampton, T. (2010). Depression care effort brings dramatic drop in large HMO population's suicide rate. *Journal of the American Medical Association*, *303*, 1903-1905. https://doi.org/10.1001/jama.2010.595

Heath, N. L., Toste, J. R., & Beettam, E. L. (2006). "I am not well-equipped" high school teachers' perceptions of self-injury. *Canadian Journal of School Psychology*, *21*(1-2), 73-92. https://doi.org/10.1177/0829573506298471

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, *1*(1), 91-111. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833

Hung, Y. A., Liao, S. C., Chang, C. M., Chang, S. S., Yang, A. C., Chien, Y. L., Wu, C. S. & Gau, S. S. (2022). Population-attributable risk of psychiatric disorders for suicide among adolescents and young adults in Taiwan. *Psychological Medicine*, 1-10. https://doi.org/10.1017/S0033291722003361

Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *11*(2), 129-147. https://doi.org/10.1080/13811110701247602

Jaen-Varas, D., Mari, J. J., Asevedo, E., Borschmann, R., Diniz, E., Ziebold, C., & Gadelha, A. (2019). The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: A 10-year retrospective ecological study. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *41*, 389-395. https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223

Jobes, D. A. (2012). The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *42*, 640-653. https://doi.org/10.1037/pst0000378

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University press.

Juhnke, G. A., Granello, P. F., & Granello, D. H. (2010). *Suicide, self-injury, and violence in the schools: Assessment, prevention, and intervention strategies*. John Wiley & Sons.

Kino, S., Jang, S.-n., Gero, K., Kato, S., & Kawachi, I. (2019). Age, period, cohort trends of suicide in Japan and Korea (1986-2015): A tale of two countries. *Social Science & Medicine*, *235*, 112385. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112385

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*, 226-239. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002

Klonsky, E. D. (2010). *Nonsuicidal Self-Injury.* (Vol. 4). John Wiley & Sons.

Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 1045-1056. https://doi.org/10.1002/jclp.20412

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1501-1508. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501

Knox, K. L., Litts, D. A., Talcott, G. W., Feig, J. C., & Caine, E. D. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: Cohort study. *British Medical Journal*, *327*, 1376-1380. https://doi.org/10.1136/bmj.327.7428.1376

Law, K. C., Khazem, L. R. & Anestis, M. D. (2015). The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. *Current Opinion in Psychology*, 3, 30-35. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.014

Lee, M. B., Liao, S. C., Lee, Y. J., Wu, C. H., Tseng, M. C., Gau, S. F., & Rau, C. L. (2003). Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. *Journal of the Formosan Medical Association*, *102*, 687-694. https://doi.org/10.29828/JFMA.200310.0004

Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). Work organization and mental health problems in PhD students. Research Policy, 46, 868-879. https://doi.org/10.1016/j.respol.2017.02.008

Lewitzka, U., Sauer, C., Bauer, M., & Felber, W. (2019). Are national suicide prevention programs effective? A comparison of 4 verum and 4 control countries over 30 years. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 158. https://doi.org/10.1186/s12888-019-2147-y

Lieberman, R. (2004). Understanding and responding to students who self-mutilate. *Principal Leadership*, *4*(7), 10-13.

Lieberman, R. A., Toste, J. R., & Heath, N. L. (2008). Nonsuicidal self-injury in the schools: Prevention and intervention. In *Self-injury in youth* M. K. Nixon, & N. L.Heath(Eds.) (pp. 208-228). Routledge.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.

Liu, J. (2020). Need to establish a new adolescent suicide prevention programme in South Korea. *General Psychiatry*, *33*, e100200. https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100200

Lundh, L. G., Karim, J., & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, *48*(1), 33-41. https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00567.x

Mann, J. J., & Rizk, M. M. (2020). A Brain-Centric Model of Suicidal Behavior. *American Journal of Psychiatry*, *177*, 902-916. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20081224

Mann, J. J., Michel, C. A. & Auerbach, R. P. (2021). Improving Suicide Prevention Through Evidence-Based Strategies: A Systematic Review. *American Journal of Psychiatry,* 178, 611-624. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864

Mazza, J. J., Dexter-Mazza, E. T., Millller, A. L., Rathus, J. H. & Murphy, H. E. (2016). *DBT skills in schools: Skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A)*. The Guilford Press.

McKinnon, B., Gariépy, G., Sentenac, M., & Elgar, F. J. (2016). Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, *94*, 340. https://doi.org/10.2471/BLT.15.163295

McLafferty, M., Bunting, B., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E., & O'Neill, S. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Children and Youth Services Review*, 116, 105212. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105212

McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM: An International Journal of Medicine*, *108*, 765-780. https://doi.org/10.1093/qjmed/hcv026

Meichenbaum, D. (2005). 35 Years of Working With Suicidal Patients: Lessons Learned. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *46*(2), 64-72. https://doi.org/10.1037/h0087006

Miron, O., Yu, K.-H., Wilf-Miron, R., & Kohane, I. S. (2019). Suicide Rates Among Adolescents and Young Adults in the United States, 2000-2017. *JAMA*, *321*, 2362-2364. https://doi.org/10.1001/jama.2019.5054

Mokkenstorm, J. K., Kerkhof, A., Smit, J. H., & Beekman, A. T. F. (2018). Is it rational to pursue zero suicides among patients in health care? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *48*, 745-754. https://doi.org/10.1111/sltb.12396

Nixon, M. K., & Heath, N. L. (Eds.). (2008). *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. Taylor & Francis.

O'Brien, K., Knight, J. R., Jr & Harris, S. K. (2017). A call for social responsibility and suicide risk screening, prevention, and early intervention following the release of the netflix series 13 reasons why. *JAMA Internal Medicine*, *177*, 1418-1419. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.3388

O'Connor, R. C. & Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 373, 20170268. https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268

Padmanathan, P., Bould, H., Winstone, L., Moran, P., & Gunnell, D. (2020). Social media use, economic recession and income inequality in relation to trends in youth suicide in high-income countries: A time trends analysis. *Journal of Affective Disorders*, *275*, 58-65. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.057

Page, A., & Stritzke, W. (Eds.). (2020). *Alternatives to suicide: Beyond risk and toward a life worth living*. Academic Press.

Pan, Y. J., Chang, W. H., Lee, M. B., Chen, C. H., Liao, S. C., & Caine, E. D. (2013). Effectiveness of a nationwide aftercare program for suicide attempters. *Psychological Medicine*, *43*, 1447-1454. http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712002425

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. WW Norton & Co.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors.* W. W. Norton & Co.

Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review, 39*, 340-354. https://doi.org/10.2307/2094294

Rathus, J.H., Miller, A.L., & Linehan, M.M. (2014). *DBT skills manual for adolescents.* The Guilford Press.

Roberts, A. R. (Ed.). (2000). *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research* (2nd ed.). Oxford University Press.

Roh, B.-R., Jung, E. H., & Hong, H. J. (2018). A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investigation*, *15*, 376-383. https://doi.org/10.30773/pi.2017.08.02

Rubinstein, D. H. (1986). A stress-diathesis theory of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *16*(2), 182-197. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1986.tb00351.x

Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30, 18-33. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01062.x

Sack, M. (2004). Diagnostic and clinical aspects of complex post-traumatic stress disorder. *Der Nervenarzt*, 75, 451-459. https://doi.org/10.3928/0048-5713-20041101-13

Science and Nonduality.(n.d.).The Wisdom of Trauma. https://wisdomoftrauma.com/movie/

Sedgwick, R., Epstein, S., Dutta, R., & Ougrin, D. (2019). Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, *32*, 534-541. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000547

Seiden, R. H. (1978). Where are they now? A follow-up study of suicide attempters from the Golden Gate Bridge. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *8*, 203-216.

Selkin, J. (1983). The legacy of Emile Durkheim. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13, 3-14. https://doi.org/10.4324/9781315256627-22

Shneidman, E. S. (1987). A psychological approach to suicide. In G. R. VandenBos & B. K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action* (pp. 147-183). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11106-004

Shochet, I. M., Dadds, M. R., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P. H., & Osgarby, S. M. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*, 303-315. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_3

Skovholt, T. M., Grier, T. L. & Hanson, M. R. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development*, 27, 167-176. https://doi.org/10.1023/A:1007830908587

Smith, J. (1988). *Suicide Risk Assessment Worksheet.* Dallas Independent School Districts.

Society for the Prevention of Teen Suicide. (n.d.). *Worried about suicide? Learn the facts!* https://sptsusa.org/facts/

Sokratous, S., Merkouris, A., Middleton, N., & Karanikola, M. (2013). The association between stressful life events and depressive symptoms among Cypriot university students: A cross-sectional descriptive correlational study. *BMC Public Health*, *13*(1), 1-16. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1121

Solomon, H. V., Sinopoli, M. & DeLisi, L. E. (2021). Ageing with schizophrenia: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, *34*, 266-274. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000694

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2015). *Clinical interviewing.*(5nd ed.). John Wiley & Sons, Inc.

Suh, B., & Luthar, S. S. (2020). Parental aggravation may tell more about a child’ s mental/behavioral health than adverse childhood experiences: Using the 2016 National Survey of Children's Health. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104330. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104330

Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J. M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, *227*, 759-769. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073

Toste, J. R., & Heath, N. L. (2010). School response to non-suicidal self-injury. *The Prevention Researcher*, *17*(1), 14-17. http://dx.doi.org/10.1037/spq0000194

Twenge, J. M. (2020). Why increases in adolescent depression may be linked to the technological environment. *Current Opinion in Psychology*, *32*, 89-94. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.06.036

U.S. Department of Health and Human Services. (2009, September). *SAFE-T pocket card: Suicide assessment five-step evaluation and triage for clinicians.* https://store.samhsa.gov/product/SAFE-T-Pocket-Card-Suicide-Assessment-Five-Step-Evaluation-and-Triage-for-Clinicians/sma09-4432

Uchida, C., & Uchida, M. (2017). Characteristics and risk factors for suicide and deaths among college students: A 23-year serial prevalence study of data from 8.2 million Japanese college students, *The Journal of Clinical Psychiatry*, *78*, 2512. https://doi.org/10.4088/JCP.16m10807

United Nations Statistics Division (UNSD). (2021, November 11). *E-Handbook on Sustainable Development Goals Indicators' page*. https://unstats.un.org/wiki/display/SDGeHandbook/Home

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*, 575-600. https://doi.org/10.1037/a0018697

Walsh, B. W. (2016). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5)*. www.ptsd.va.gov.

World Health Organization. (2014a). *Preventing suicide: A global imperative*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779

World Health Organization. (2014b). *Preventing suicide: A resource for non-fatal suicidal behaviour case registration*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/112852?locale-attribute=en&

World Health Organization. (2017). Preventing suicide: A resource for media professionals - update 2017. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/resource_booklet_2017/en/

World Health Organization. (2019). *Preventing suicide: A resource for filmmakers and others working on stage and screen*. https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-for-filmmakers-and-others-working-on-stage-and-screen

World Health, Organization. (2019). *Suicide in the world: Global health estimates.* https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948

Wu CY, Lee MB, Liao SC, Chan CT, Liu LD, Chen CY. (2020). Psychological distress of suicide attempters predicts one-year suicidal deaths during 2007-2016: A population-based study. *Journal of the Formosan Medical Association*, *119*, 1306-1313. https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.04.033

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, *3*, 646-659. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X

Zareian, B., & Klonsky, E. D. (2020). Connectedness and suicide. In A. Page, & W. Stritzke (Eds.), *Alternatives to Suicide* (pp. 135-158). Academic Press.

Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, *37*(1), 12-16. https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90044-9

附錄

• 附錄一　校園自殺與自傷防治之評估工具

適用年齡目錄

頁數	年齡層 / 量表	幼童	國小	國中	高中	大學	成人
210	阿肯巴克實證衡鑑系統 ASEBA	☆	☆	☆	☆		
210	簡式健康量表（心情溫度計）BSRS-5		☆	☆	☆	☆	☆
211	國小高年級學童自我概念量表		☆				
211	青少年心理健康量表一篩選性評估 MHSA-SA			☆	☆		
212	行為困擾量表一第四版		☆	☆			
212	大學生心理健康量表一篩選性評估 MHSU-SA					☆	
213	臺灣版兒童青少年憂鬱量表 CDI_TW		☆	☆			
213	貝克兒童及青少年量表第二板 BYI-II		☆	☆	☆		
213	貝克憂鬱量表第二版 BDI-II			☆	☆	☆	☆
214	臺灣版多向度兒童青少年焦慮量表 MASC-TV		☆	☆	☆		
214	「我的人生」量表 - 學生自我傷害行為篩檢			☆	☆		
214	邊緣型人格特質測驗				☆	☆	☆
215	青少年心理健康量表			☆	☆	☆	
215	基本人格量表第二版 BPI			☆	☆	☆	
215	貝克絕望感量表 BHS				☆	☆	☆
216	貝克自殺意念量表 BSS				☆	☆	☆
216	貝克焦慮量表 BAI				☆	☆	☆
216	成人心理健康量表 AMHS					☆	☆
217	大專校院學生心理健康關懷量表					☆	
217	阿肯巴克實證衡鑑系統一成人版					☆	☆
218	「我的人生」量表大學版一學生自我傷害行為篩檢 MLI-C					☆	
218	大學生身心適應調查表第三版					☆	
219	童年經驗量表 ACEs					☆	☆
219	創傷後壓力症候群量表第五版 PCL-5					☆	☆

目錄說明：☆標示處表示適用於該年齡區間，各量表詳細使用方法與規定請見介紹。

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
阿肯巴克實證衡鑑系統（ASEBA） Achenbach System of Empirically Based Assessment（2009）	
心理出版社出版，修訂者為陳怡群、黃惠玲、趙家琛。 阿肯巴克實證衡鑑系統包含兩大類型量表：學齡前期量表與學齡期量表，適合團體施測與個別施測。 學齡前期量表，內容涵蓋七個症候群量尺：內化量尺包括情緒反應、焦慮／憂鬱、身體抱怨及退縮，外化量尺有注意力問題與攻擊行為，以及睡眠問題症候群；另可分出 DSM 導向量尺，了解個案是否有情感、焦慮、注意力缺陷過動、對立反抗及廣泛發展等問題，作為 DSM 診斷之參考。又分為以下兩個量表： 1 歲半至 5 歲兒童行為檢核表（Child Behavior Checklist For Ages 1½ -5,CBCL ／ 1½-5） 1 歲半至 5 歲兒童－照顧者或教師報告表（Caregiver-Teacher Report Form For Ages 1½-5, C-TRF） 學齡期量表，內容涵蓋八個症候群量尺：內化量尺包括焦慮／憂鬱、退縮／憂鬱及身體抱怨，外化量尺包括違反規範行為、攻擊行為，混合的量尺有社會問題、思考問題及注意力問題；另可再分出 DSM 導向量尺，了解個案是否有情感、焦慮、身體抱怨、注意力缺陷過動、對立反抗及品行等問題，作為 DSM 診斷之參考。又分為以下三個量表： 6 至 18 歲兒童行為檢核表（Child Behavior Checklist For Ages 6-18, CBCL ／ 6-18） 6 至 18 歲兒童－教師報告表（Teacher’ s Report Form For Ages 6-18, TRF） 11 至 18 歲青少年自陳報告表（Youth Self-Report For Ages 11-18, YSR）	
適用於 **1 歲半至 18 歲**，評估個體能力、適應功能及臨床常見的情緒及行為問題，提供完整的評估。採多元資訊者取向資料收集，將父母、教師及自陳報告之反應做系統性地比較及整合。DSM 導向量尺之反應，可做為鑑別 DSM 診斷之參考。	目前僅有 CBCL ／ 6-18 與 TRF 有臺灣常模，但與美國常模均屬於《阿肯巴克實證衡鑑系統》所建立之三組跨文化常模中的第二組常模，故直接使用第二組常模作為國內計分解釋的標準。
簡式健康量表（心情溫度計）（BSRS-5） Brief Symptom Rating Scale（2003）	
社團法人台灣自殺防治學會版權所有，由李明濱等人編製。量表共 6 題，心情溫度計的前 5 題問題，分別測量焦慮、憤怒、憂鬱、自卑與失眠等常見之心理困擾嚴重度；第 6 題為單項評分之附加題，若前 5 題總分小於 6 分，但第 6 題評分為 2 分以上（中等程度）時，宜考慮轉介至精神科治療或接受專業諮詢。本量表僅做為自我檢測及大規模對象施測，結果僅供參考並非作為診斷之用。亦提供心情溫度計 APP 免費使用。	
適用於**國小以上**大部分民眾，為主觀自填的量表，主要在作為精神症狀之篩檢表，目的在於能夠迅速了解個人的心理照護需求，進而提供所需之心理衛生服務。	本量表的每一題皆與憂鬱、焦慮、敵意與人際關係具有高度相關，也曾在不同的族群印證信效度；包括 253 個 AIDS 的門診病患，257 個精神科門診病患，56 個住院精神病患，100 個慢性下背痛的門診病患，2,915 個大學新鮮人及 1,090 個社區民眾。本表的內在一致性（Cronbach' s alpha）為 .77 至 .90，再測信度也有 .82，皆表示心情溫度計為一有效的量表；又以六分（含）以上作之量表切分點可得 78.9% 之敏感度，74.3% 之精確度，同時有 76.3% 之正確診斷率。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
國小高年級學童自我概念量表（2016）	
心理出版社出版，編製者為羅品欣、陳李綢。 本量表共 39 題，分成下列六個分量表，及掩飾指標評定作答的可靠性： 身體外表：測量對自身外表的評價。 運動技能：測量對自身運動技巧之展現能力的評價。 內在情緒：測量對自身心理情緒狀態的評價。 學業成就：測量對自身學業表現、學習成就的評價。 社交行為：測量對於自己平時在班級中與同儕間之人際互動的評價。 家庭關係：測量對於自己在家庭中之意義和價值的評價。	
評量**國小五、六年級**學童現階段對自我的評價，並篩選高關懷或疑似高關懷學生，有助於教育輔導工作人員適時對需要的學童提供輔導協助，為未來面對青春期的挑戰奠定良好的根基。	以臺灣地區北中南三區，抽取 1,108 位國小五至六年級學童，建立百分等級常模。信度方面，重測信度介於 .59 至 .82 之間，內部一致性係數介在 .71 至 .92 之間，折半係數介在 .72 至 .74 之間，顯示本量表具有可接受的穩定性和良好的一致性。效度方面，建構效度經探索性因素分析與驗證性因素分析結果顯示，理論建構品質頗佳；與《國小學童人際經驗量表》間之 t 檢定結果，顯示本量表能有效區分不同人際傷害與人際受害經驗學童之整體自我概念，具有良好的建構效度；學業成就、社交行為分量表與導師評定的《在校生活表現檢核表》間，具有可接受的效標關聯效度。
青少年心理健康量表 - 篩選性評估（MHSA-SA） Mental Health Scale for Adolescent-Screening Assessment（2008）	
心理出版社出版，編製者為黃政昌、呂紀韋。共 110 題，包括 5 個分量表與一個評估學生作答態度的效度指標。 憂鬱傾向：評量情緒沮喪、心中不快樂的程度。 焦慮傾向：評量心情緊張、焦躁不安的程度。 自傷傾向：評量出現厭世絕望或企圖傷害自己的程度。 衝動行為：評量做事容易衝動後悔、經常與人發生爭執的程度。 精神困擾：評量出現一些不尋常思考或行為動作的程度。 效度指標：評量青少年在認知、情緒、行為等方面的反應出現否認或虛偽的程度。	
檢測**國中至高中**青少年潛在困擾特質的類型與強度，以篩選出需要高關懷的對象，預防青少年偏差行為產生。更可作為新生入學或大量施測之用，幫助教師主動掌握學生的心理健康狀態。	依全國各地區高中數分配比例取樣 2,278 名學生，建立國中、高中與不同性別的學生常模。分量表折半信度介於 .84 至 .93 之間，總量表為 .95；分量表內部一致性係數介於 .89 至 .94 之間，總量表為 .98，均顯示本量表具有良好的內部一致性。分量表重測信度介於 .75 至 .83，全量表為 .84，顯示本量表的穩定性相當高。以五位測驗或實務的專家審查本量表具有良好的專家內容效度；以「基本人格量表」為效標，相關係數介於 .13 至 .70 之間，均達 .05 或 .01 之顯著水準；因素分析結果發現，各分量表所有因素之總解釋量落在 45.80%至 60.23%之間，證實具良好建構效度；並以團體差異法考驗，顯示本量表能有效區別特殊與一般學生之心理健康程度。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
行為困擾量表—第四版（2008）	
心理出版社出版，編製者為李坤崇、歐慧敏。共 53 題，分為五個分量表與誠實指標，以了解受測者是否以真實狀況作答： 自我關懷困擾：了解學童對生活目標、自我能力和關懷他人評價三方面。 身心發展困擾：了解學童生理發展、精神體力和情緒穩定三方面。 學校生活困擾：了解學童對課業與常規、學習態度與習慣和教師管教方法三方面。 人際關係困擾：了解學童對同儕互動、社交技巧和師生互動三方面。 家庭生活困擾：了解學童對親子溝通、家庭問題、父母管教態度三方面。	
適用於**國小四年級至國中九年級**學生，評量學生之行為困擾，以協助輔導及補救工作推展。	於 1992 年底按各地區人口比例隨機叢集取樣 1,896 名，分別建立小四至國三的學生常模。隔兩週之重測信度係數介於 .79 至 .89 之間，隔四週之重測信度介於 .62 至 .76 之間，內部一致性係數介於 .75 至 .93 之間。以何福田（民 67）「國小學生行為困擾調查表」為效標，進行典型相關分析其相關係數為 .168；以「國民中學行為困擾調查表」為效標，其相關為 .138，可能因為社會文化變遷或施測方式不同等因素造成效標解釋量偏低。建構效度方面，分析發現不同地區、不同性別、學校類型及社經地位之受試者行為困擾程度有顯著差異。本測驗並於 2006 年底至 2007 年初進行第三次全省大規模施測，建立小四至國三的學生常模共 1,743 名，使本測驗更適合現今學生使用。
大學生心理健康量表—篩選性評估（MHSU-SA） Mental Health Scale for Undergraduate-Screening Assessment（2008）	
心理出版社出版，編製者為黃政昌、王蔚竣。共 110 題，包括 5 個分量表與一個評估學生作答態度的效度指標。 憂鬱傾向：評量情緒沮喪、心中不快樂的程度。 焦慮傾向：評量心情緊張、焦躁不安的程度。 自傷傾向：評量出現厭世絕望或企圖傷害自己的程度。 衝動行為：評量做事容易衝動後悔、經常與人發生爭執的程度。 精神困擾：評量出現一些不尋常思考或行為動作的程度。 效度指標：評量大學生在認知、情緒、行為等方面的反應出現否認或虛偽的程度。	
檢測**大學一至四年級**學生潛在困擾特質的類型與強度，以篩選出需要高關懷的對象，預防偏差行為之產生。更可作為大一新生入學或大量施測之用，幫助教師主動掌握學生的心理健康狀態。	依全國各地區學校數分配比例取樣 1,960 名學生，分別建立大一至大四與不同性別學生常模。分量表折半信度介於 .85 至 .91 之間，總量表為 .95；分量表內部一致性係數介於 .86 至 .93 之間，總量表為 .98，均顯示本量表具有良好的內部一致性。分量表重測信度介於 .62 至 .84，全量表為 .89，顯示本量表的穩定性相當高。以五位測驗或實務的專家審查本量表具有良好的專家內容效度；以「基本人格量表」為效標，相關係數介於 .20 至 .68 之間，均達 .01 之顯著水準；因素分析結果發現，各分量表所有因素之總解釋量落在 49.84%至 59.27%之間，證實具有良好建構效度；並以團體差異法考驗，顯示本量表能有效區別特殊與一般學生之心理健康程度。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
臺灣版兒童青少年憂鬱量表（CDI_TW） Children's Depression Inventory_Taiwan Version（2008）	
心理出版社出版，編製者為 M. Kovacs and MHS Staff，修訂者為陳淑惠。共有五個分量表，共 27 題，和一個整體特質的表現，內容分別為： 負向情緒、效率低落、負向自尊、人際問題、失去興趣	
適用於 **8 歲至 16 歲**，快速有效的評估兒童與青少年的憂鬱傾向。作為憂鬱嚴重程度的評量指標，提供臨床與輔導實務工作之需，評量憂鬱變化，提供矯治方案的重要評估訊息。	美國取樣自佛羅里達公立學校共 1,266 位學生建立本量表常模。內部一致性信度介於 .71 至 .89 之間，顯示有良好的內部一致性，並綜合 16 位學者研究本測驗的再測信度，顯示本量表具有可接受的穩定度。將本量表施測於正常者與臨床者，顯示本量表具有良好的區辨功能。臺灣地區常模取樣自 1,934 名學生，量表之內部一致性係數介於 .80 至 .86 之間，全量表再測信度為 .85，顯示本量表在臺灣也具有同樣的穩定度。
貝克兒童及青少年量表第二版（BYI-II）中文版（2008）	
中國行為科學社出版，原著者為 Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B. & Steer, R. A.，修 訂者為陳學志、洪儷瑜、卓淑玲等。本量表共含 5 個自陳式分量表，每個分量表皆由 20 個有關兒童及青少年之情緒及社交損傷相關的思考、感覺與行為敘述句組成。 兩版本分別為注音版，適用於小學一至四年級（約 7 至 10 歲）；以及一般版，適用於小學五年級至高中三年級（約 11 至 18 歲）。	
可個別或合併使用來評估**兒童及青少年**的自我概念、焦慮、憂鬱、憤怒及違規行為的經驗，可快速診斷兒童或青少年情緒及社交損害之工具。提供 T 分數剖面圖，將憂鬱、焦慮及憤怒如何形成兒童或青少年憂鬱的歷程具體化。	內部一致性信度 .90 至 .93，再測信度（時距約 2 週） .54 至 .84。效度方面，自我概念分量表與兒童自我態度問卷的相關為 .39，焦慮分量表與 BAI 的相關為 .32，憂鬱分量表與 BDI-II 的相關為 .48，憤怒分量表與生氣情緒反應量表的相關 .50，違規行為分量表與教師評量表的相關 .46，三類特殊學生（學障、情緒障礙、自閉症）在症狀量表之得分均高於常模，在自我概念則低於常模，顯示特殊學生較易出現心理健康問題。臨床樣本（情感失諧組、ADHD、其他）的表現結果則以情感失諧組獲得低的自我概念分數，高的憂鬱、憤怒及違規行為等分數；ADHD 組則獲得低的自我概念及低的憤怒分數。
貝克憂鬱量表第二版（BDI-II）中文版（2000）	
中國行為科學社出版，原著者為 Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K.，翻譯者為陳心怡。本量表共包含 21 組題目，每組題目均有四個依嚴重程度排列之選項，根據選項程度之輕重給予 0 到 3 分不等之分數。內容涵蓋了 DSM-IV 中對憂鬱症狀及嚴重程度的診斷準則。	
測量 **13 歲以上青少年及成人**之憂鬱嚴重程度。區辨有憂鬱和沒有憂鬱症狀之精神病患，作為臨床研究的工具。	此信效度皆為國外數據。內部一致性（ α 值）.92 至 .93，重測信度（時距為 1 週） .93。BDI-IA 之相關 .93，BHS 之相關 .68，與 SSI 之相關 .37，與 BAI 之相關 .60，與 HRSD-R 之相關 .71，與 HARS-R 之相關 .47。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
臺灣版多向度兒童青少年焦慮量表（MASC-TV） Multidimensional Anxiety Scale for children（2010）	
心理出版社出版，編製者為 John S. March，修訂者為顏正芳。共 39 題，包含四個基本的分量表，與焦慮症指標，可篩選出需要進一步接受臨床評估的個案，以及不一致指標評估個案是否隨便填答，包含：身體症狀，緊繃／焦慮不安、身體化／自主神經狀況兩個次量表；逃避傷害，完美主義、焦慮性的應對兩個次量表；社交焦慮，羞辱／排斥、執行焦慮兩個次量表；分離／恐慌。	
適用於 **8 歲至 19 歲**，有效評估臨床上各個重要的焦慮症狀。可敏感地偵測出治療前後焦慮症狀的細微變化。	依城鄉定義與學生在城鄉的分布狀況，共抽取出 12,536 名受試者，分別建立 8 至 11 歲、12 至 15 歲、16 至 19 歲的性別常模。驗證性因素分析檢驗本量表四個因子結構皆為合適；本量表各分量表與指標之內部一致性係數介於 .621 至 .853 之間；各分量表重測信度介於 .657 至 .893 之間，以上顯示本量表具有穩定的一致性。受試者與家長所填的其他分量表，除了逃避傷害外，其餘分量表具有良好的關聯效度；進一步分析罹患焦慮症與未罹患焦慮症的兒童青少年之差異，可發現罹患焦慮症兒童的分數皆比未罹患焦慮症者的分數顯著高，顯示具有良好的區辨效度。
「我的人生」量表—學生自我傷害行為篩檢 My Life Inventory（2004）	
心理出版社出版，編製者為程國選、吳武典。此測驗包含以下兩部分： 人生寫實：測量愉悅性、效率性、積極性、主控性等「正向人生」與困擾性、憂病性、失落感、疏離感等「負向人生」，共有 48 題。 心橋園地：以同儕觀察篩選出學校優先施行生命教育課程的對象。	
適用於**國中至高中**，全面性篩選具有自我傷害傾向的學生，減少自殺的產生。可突破學生的防禦心，偵測隱瞞自殺意念的學生，並提供探討學生正負向人生價值，作為有關生命教學成效檢核之用。	標準化樣本共 1,761 人，分別建立國中、高中學生常模；各分量表的內部一致性係數為 .45 至 .83，折半信度為 .92，重測信度為 .50 至 .75，均達 .01 顯著水準。無論建構效度或是與「基本人格量表」、「自我傷害行為篩選量表」、「自殺危險程度量表」、「貝克憂鬱量表」、「貝克絕望感量表」、「貝克自殺意念量表」等求相關而得知效標關連效度，均顯示本測驗具有良好的效度。
邊緣型人格特質測驗（2006）	
心理出版社出版，編製者為譚偉象、張淑慧、夏允中、蔣世光，參考由 Christenson 與 Wilson 於 1985 年所編製之 Separation-Individuation Inventory，並因應本土化特性增加三個題目。共 42 題，採十點量尺方式評估。依據「分離－個體化」的構念編製，包含區分人我界線、利用「分裂」這個防衛機制以及人際關係等內容之本土化試題。	
適用於**高中至成人**，幫助了解個人的邊緣型人格特質之程度。協助心理師、諮商師等專業工作人員了解個案之心理狀況，有助於對個案進行諮商輔導。	在臺灣本島針對高中學生、大學生及成人等三個組別，採群集取樣方式取樣共 4,741 名，分別建立高中組、大學組以及成人組常模。本測驗之內部一致性係數為 .900，間隔 28 天之重測信度為 .774。本測驗分數與邊緣型人格症狀數量、「個人主義—集體主義量表」及「賴氏人格測驗」之社會適應性與情緒穩定性皆達顯著相關。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
青少年身心健康量表（MHIA） Mental Health Invertory for Adolescents（2013）	
心理出版社出版，編製者為盧奐均、黃財尉、李美遠。本量表共 40 題，評量下列六個分量表以及身心健康總量表：生理健康：生理與心理健康的狀態；狀態開朗喜悅：憂鬱與心理健康的狀態；安閒自在：焦慮與心理健康的狀態；活潑外向：人際關係與心理健康的狀態；自我認同：自我認同與心理健康的狀態；正向樂觀：正向心理與心理健康的狀態。	
評量 **12 至 20 歲青少年**的身心健康，作為篩選需要關懷之青少年的參考。	於臺灣北、中、南、東四區抽取 333 位大一學生，952 為高中學生與 1,200 位國中學生，分別建立大學、高中以及國中百分等級常模。內部一致性 α 係數介在 .81 至 .94 之間，斯布折半係數介在 .83 至 .91 之間，重測係數介在 .66 至 .82 之間，顯示本量表具有良好的一致性和穩定性。與《成人心理健康量表》間的效標關聯效度介在 .41 至 .86 之間，聚斂效度與與區別效度亦顯示本量表具有良好的效度。
基本人格量表（第二版）（BPI） Basic Personality Inventory（2016）	
心理出版社出版，原著者為 Douglas N. Jackson，修訂者為吳武典、林幸台、王振德、郭靜姿。 共 150 題，為「是／否」作答方式，分成十個分量表及兩個作答態度量表，分別為： 分量表：慮病—健康；抑鬱—開朗；人際問題—人際和諧；迫害感—信任感；焦慮—自在；虛幻感—現實感；衝動—穩健；內向—外向；自貶—自尊；異常—正常。 作答態度量表：一致性量表與否認量表。 本量表並可進一步以組型了解受試者之個人適應狀況、情緒適應狀況以及社會適應狀況，篩檢適應不良及精神病理現象，亦可了個人優點與正向人格功能。	
適用**國中至大學**之輔導工作，了解個人之人格特質。用於醫療診所與諮商中心的人格評量與診斷。	標準化樣本共計 37 校，1,726 人，建立大學、高中、國中常模；內部一致性係數為 .649 至 .833，內部一致性之高低呈現與第一版相似；以因素分析進行建構效度考驗，與第一版一致顯示兩個相同的因素結構，且解釋量稍增為 57.69%。
貝克絕望感量表（BHS）中文版（2000）	
中國行為科學社出版，原著者為 Beck, A. T. & Steer, R. A.，翻譯者為陳美君。 本量表是由 20 個「是－否陳述句」組成，用以評估受試者對現在與長遠未來的負向預期程度。特別適合於測量憂鬱或曾有自殺企圖的個案，以作為其自殺風險的間接指標。	
測量 **17 歲以上青少年及成人**對未來抱持悲觀預期的程度。作為憂鬱或曾有自殺企圖個案之自殺風險間接指標，心理治療期間的自殺預測，評估自殺意念的引導，瞭解並解決臨床面談僵局的線索，增進心理治療動機技巧。	以下信效度皆為國外數據。 內部一致性（KR20）.82 至 .93，重測信度（時距為 1 至 6 週）.66 至 .69。 效度方面，與絕望感的臨床評定之相關：一般內科門診病患：.74，近期曾有自殺企圖住院病患：.62，與 BDI 總分之相關：.46 至 .76，與 BDI「悲觀」項目之相關：.42 至 .74 與自殺企圖之相關：.47，預測效度則顯示對自殺因子有預測力，自殺組的 BHS 得分，均顯著高於非自殺組。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
貝克自殺意念量表（BSS）中文版（2000）	
中國行為科學社出版，原著者為 Beck, A. T. & Steer, R. A.，翻譯者為張壽山。本量表包含 21 組題目，所測量內容包括自殺的欲望、態度和計畫等各層面，前 5 組是為篩選受試者對生與死的態度，唯評定具有主動或被動自殺企圖時受試者才需填答第 6 至第 19 組，第 20 與 21 組提供先前試圖自殺的次數與前次自殺的嚴重性等資料供參考。	
用以察覺和測量 **17 歲以上青少年及成人**自殺意念之嚴重程度。作為自殺風險的評估依據。	此信效度皆為國外數據。內部一致性（α 值）.87 至 .90，重測信度（時距為 1 週）.54。與 SSI 之相關：住院 .90；門診 .94，與 BDI 第 9 題（自殺意念）之相關：住院 .58；門診 .69，與 BHS 之相關：住院 .53；門診 .62，與 BDI（第 9 題未計列）之相關：住院 .64；門診 .75，與先前自殺企圖之相關：住院 .36；門診 .18。預測效度為原著者 Beck 等對 207 位自殺意念者做縱貫式研究發現 BHS 可以預測最終自殺。
貝克焦慮量表（BAI）中文版（2000）	
中國行為科學社出版，原著者為 Beck, A. T. & Steer, R. A.，翻譯者為林一真。藉由受試者自我陳述的方式測量焦慮的嚴重程度。本量表共有 21 個項目描述焦慮症狀，並用完全沒有困擾、輕度困擾、中度困擾、重度困擾分別計 0、1、2、3 分，再依量表總分的範圍解釋受試者自我陳述的焦慮強度。	
測量 **17 歲以上青少年及成人**之焦慮嚴重度。區辨有焦慮症狀和沒有焦慮症狀之精神病患，並可作為臨床研究的工具。	此信效度皆為國外數據。內部一致性（α 值）.85 至 .93，重測信度（時距為 1 週）.75。效度與 HARS-R 之相關為 .51，與 CCL-Anxiety 之相關 .51，與 HRSD-R 之相關 .25，與 BDI 之相關 .48 至 .61，與 BHS 之相關 .15，與 STAI 特質焦慮之相關 .58，與 STAI 情境焦慮之相關 .47，與 WRAD-Anxiety 之相關 .54，與 WRAD-Depression 之相關 .38，與 MOC 之相關 .41，與 CCI-Depression 之相關 .22。
成人心理健康量表（AMHS）Adult Mental Health Scale（2011）	
心理出版社出版，編製者為黃財尉、李美遠、曾柔鳴。共 28 題，內容含括生理、心理與社會三個層面，並融入正向與負向的心理健康概念，建立生理慮病、焦慮煩躁、憂鬱低落、社交困擾與正向樂觀等五個分量表，以了解成人在各向度的心理健康狀況。	
作為評估 **20 歲以上成人**心理健康狀況之科學性工具，可於個別輔導協談、大專校院、企業、公司實施心理健康評估時使用。	依臺灣北、中、南、東各地區年滿 20 歲以上成人的分布比例抽樣，共取 1,170 名建立本量表常模。 整理國內近十年的 87 篇心理健康相關研究，經後設分析與結構方程模式，證明五向度對心理健康的預測效果頗佳；以「貝克憂鬱量表」為效標，總量表與各分量表之間均呈現中高度的負相關，顯示本量表有頗佳的同時效度。以探索性因素分析與驗證性因素分析結果，顯示本量表之聚斂效度佳；本量表五分量表間之相關係數介於 .18 至 .56 之間，五個潛在變項之相關係數介於 .23 至 .69 之間，顯示五向度間具區別效度。本量表各分量表一致性係數介於 .79 至 .88，總量表為 .92；各分量表之折半信度介於 .75 至 .87，總量表為 .93；五個分量表之重測信度介於 .47 至 .71 之間，總量表為 .72，從以上可知本量表具備良好的時間穩定性以及內容一致性。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
大專校院學生心理健康關懷量表 Attentive Inventory of Mental Health（2016）	
由國立臺灣師範大學研究團隊田秀蘭、陳秀蓉、邱皓政編製。2019 年開始發展為線上化版本。量表共有三個階段，分別為個人基本資料問題共 12 題，生活狀況量表共 53 題，以及身心狀態問卷。共有 12 個分量表：同儕與人際、家庭、親近與親密關係、課業與作息、網路經驗與霸凌、性別認同壓力、情境誘發情緒、生氣與衝動控制、憤怒表達與供給、負向認知、憂鬱相關症狀、自殺意念。整體關懷水準的 PR 值大於 90 會出現紅燈，表示該學生需立即關懷；80 至 89 會出現黃燈，表示該學生需要關懷；小於 80 會出現綠燈，表示該學生狀況還好，但仍需進一步看分量表所屬燈號訊息。	
適用於**大學生、研究生與國際生（英文版本）**，提供學校輔導工作人員深入了解學生心理健康與生活適應狀態，進行高關懷學生篩選、輔導與轉介之參考。	本量表的計分方式，除整體關懷水準（AL）外，將試題及量尺分為外部情境向度（D1）及內在個人向度（D2）。外部情境向度包括關係保護／危險因子（F1）及生活調控警訊（F2）；內在個人向度包括情緒保護／危險因子（F3）及憂鬱自殺警訊（F4）。本量表 12 個分量表的內部一致性信度係數介於 .69 至 .92，各因素負荷量均高於 .50，且量尺間皆具有中度到高度的相關，顯示本量表具有良好的信效度。
阿肯巴克實證衡鑑系統（ASEBA）一成人版 Achenbach System of Empirically Based Assessment（2018）	
心理出版社出版，修訂者為陳怡群、黃惠玲、趙家琛。分為自陳報告表（共 165 題）與行為檢核表（共 143 題），針對受評者的適應能力、個人優點、物質使用，與臨床常見的行為、情緒及社會問題，進行完整功能評估。評估項目包含： 適應功能量尺：包含朋友、配偶／伴侶，以及家庭、工作和教育等方面組成的量尺。 個人優點量尺：社會所期許或認同相關題目組成的量尺，助於了解個體在社會的適應。 症候群量尺：包含焦慮／憂鬱、退縮、身體抱怨、思考問題、注意力問題、攻擊行為、違規行為及侵擾性等八個次量尺。 內化量尺：由焦慮／憂鬱、退縮、身體抱怨三個次量尺組成的量尺。 外化量尺：由攻擊行為、違規行為、侵擾性三個次量尺組成的量尺。 整體問題量尺：由所有行為、情緒和社會問題題目所組成的量尺。 重要題量尺：由對於臨床實務評估較具重要性的題目所組成的量尺。 物質使用量尺：由每日煙草次數、酒醉天數、藥物使用天數等題目組成的量尺。 DSM 導向量尺：包含憂鬱問題、焦慮問題、身體問題、畏避型人格問題、注意力不足／過動問題、反社會型人格問題、遲緩認知步調、強迫性問題等八個次量尺。	
適用於 **18 歲至 59 歲**成人，由熟悉的親友填寫以及自我評量，評估成人適應能力、個人優點、物質使用及臨床常見問題。	ASR ／ 18 至 59 與 ABCL ／ 18 至 59 臺灣常模包含在 ASEBA 多文化常模中，已建置於 ASEBA 原版計分軟體中。從臺灣北中南東四區，在 18 至 35 歲與 36 至 59 歲兩個年齡層共招募 322 名成人所建立。信效度是以 ASR ／ 18 至 59 的 17 個社會常模與 ABCL ／ 18 至 59 的 14 個社會常模的資料一起進行檢驗。原版計分軟體的多文化常模已包含臺灣常模，使評量結果更貼近現今臺灣成人狀況。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
「我的人生」量表大學版—大學生自我傷害行為篩檢（MLI-C） My Life Inventory-College Edition（2013）	
心理出版社出版，編製者為程國選、吳武典。 包含以下兩部分： 人生寫實：測量愉悅性、效率性、積極性、主控性等「正向人生」與困擾性、慮病性、失落感、疏離感等「負向人生」，總共有 48 題。 心橋園地：以同儕觀察篩選出學校優先施行生命教育課程的對象。	
全面性篩選具有自我傷害傾向的**大學生（含一般大學與技職院校）**，減少自殺的產生。可突破學生的防禦心，偵測隱瞞自殺意念的學生，並提供探討學生正負向人生價值，作為有關生命教學成效檢核之用。	從臺灣北、中、南、東取樣大學與技職院校學生共 1,306 名建立本量表常模。各分量表的內部一致性係數為 .49 至 .83，折半信度為 .90，重測信度為 .46 至 .77，均達 .001 顯著水準。以「基本人格量表」、「自我傷害行為篩選量表」、「自殺危險程度量表」進行效標關聯效度考驗，以「貝克憂鬱量表」、「貝克絕望感量表」、「貝克自殺意念量表」進行構念效度驗證，均顯示正向人生愈強，愈能擺脫自殺意念、減少憂鬱和絕望感，負向人生則反是，顯示本量表具有良好的信效度。
大學生身心適應調查表（第三版） the College Students' Check List（2016）	
心理出版社出版，編製者為朱錦鳳。本量表共 200 題，包括三組檢核題用以評量學生作答的一致性，及十個分量表： 生活困擾：環境適應、生活品質、經濟狀況方面的困擾。 時間管理困擾：時間規劃與生活作息方面的困擾。 生涯困擾：性向、興趣、生涯規劃及前途方面的困擾。 學習困擾：學習方式與課業壓力方面的困擾。 家庭困擾：家人溝通、父母管教、家庭狀況方面的困擾。 人際困擾：交友與人際互動方面的困擾。 感情困擾：兩性交往及性方面的困擾。 情緒困擾：情緒管理、自我概念方面的困擾。 精神困擾：心理健康、心理功能與精神症狀方面的困擾。 生理困擾：身體健康、生理功能與壓力反應方面的困擾。	
適用於**大學一年級至碩士班一年級**學生。協助教師與輔導人員發現困擾學生的問題。幫助學生成長與適應。	2016 年以臺灣地區北中南東四區，抽取 25,793 名大一至碩一學生，建立第三版百分等級常模。內部一致性係數介在 .63 至 .86，重測信度介在 .65 至 .93。以《大專行為困擾調查表》為效標，其大多數的分量表皆達顯著水準。

（續下頁）

測驗名稱	
介紹	
功能	常模與信效度
童年經驗量表（ACEs） Adverse Childhood Experiences （1998）	
由 Vincent J. Felitti, MD, FACP, Robert F. Anda, MD, MS, Dale Nordenberg, MD, David F. Williamson, MS, PhD,Alison M. Spitz, MS, MPH, Valerie Edwards, BA, Mary P. Koss, PhD, James S. Marks, MD, MPH 共同組成研究團隊發展此問卷，詢問受試者以下十種 0 至 17 歲經驗之童年逆境：照顧者的羞辱咒罵；照顧者暴力對待；照顧者性騷擾／性侵害；情緒疏忽；生理上疏忽照顧；父母離異或遭棄養；母親遭受他人暴力對待；照顧者之藥酒癮；照顧者有嚴重心理／精神疾患或曾試圖自殺；家人曾入獄。 研究結果指出 ACE 的分數愈高，即兒童期經歷愈多種創傷，成年後罹患一種或以上身體或心理疾病如心臟病、癌症、慢性支氣管炎或肺氣腫、肝炎或黃疸性骨骼骨折、糖尿病、吸煙、性病、憂鬱症等的機率會增加。	
適用於 **18 歲以上**，研究指出童年創傷與負面經驗會對成年後的身心理健康造成負面影響，但分數高不代表一定有嚴重健康危機。	ACE 是一種可靠、有效且實用的篩選工具，可用於對童年不良經驗進行回顧性評估，具有足夠的內部一致性 Cronbach's alpha = .88。 更多資訊與版本請至美國政府疾病管制與預防中心相關網頁查詢。
創傷後壓力症候群量表第 5 版（PCL-5） PTSD Checklist for DSM-5（2013）	
PCL-5 為包含 20 個問題的自陳量表，用於評估創傷後壓力症候群的精神疾病症狀診斷。標準的診斷創傷後壓力症候群是進行結構化的臨床訪談，例如臨床醫生管理的創傷後壓力症候群量表（CAPS-5）。必要時，能以 PCL-5 評分提供臨時的 PTSD 診斷。 測驗分數由症狀嚴重程度總分（0 到 80 分）和四個分量表的分數組成： 重新體驗（項目 1-5，最高 20 分），迴避（項目 6-7，最高 8 分），認知和情緒的負面改變（項目 8-14，最高 28 分），過度喚醒（項目 15-20，最高 24 分）。	
適用於 **18 歲以上**。本量表可用於監測治療期間和治療後的症狀變化，篩檢個體的創傷後壓力症候群，作為臨時創傷後壓力症候群診斷。	PCL-5 驗證研究顯示，四個分量表皆表現出高度的內部一致性。症狀嚴重程度和診斷分類評分方法兩種評分方法之間也存在高度相關性。 更多資訊請至美國政府退伍軍人事務部網站相關頁面查詢，。

• 附錄二　校園自殺與自傷防治之相關資源

網路資源

名稱	網址
內容	
教育部學生輔導資訊網 輔導資源	https://www.guide.edu.tw/resources/
提供各項輔導相關協助資源之最新公告與聯絡資訊。資源分類如下： 1. 大專校院輔導工作協調諮詢中心：共分為四區，北一區、北二區、中區、南區。 2. 教育部國民及學前教育署學生輔導諮商中心：目前於 16 個區域設立駐點服務學校。 3. 地方政府學生輔導諮商中心：全國各地方政府皆有設立。	
衛生福利部心快活心理健康學習平臺一心據點	https://wellbeing.mohw.gov.tw/nor/mmap
提供全國已登記提供心理疾患照顧的醫院、診所、心理治療／諮商所、康復之家，與各縣市衛生局心理衛生中心之相關聯絡資訊，方便查詢就近之心理資源。	
衛生福利部心快活心理健康學習平臺	https://wellbeing.mohw.gov.tw/nor/main
提供具科學實徵性之心理健康知識與策略、e-learning 網路學習、全國各地區心理健康服務據點資料等。	
e 救命網 SOS	https://www.sos.org.tw/web/index.jsp
由社團法人台北市生命線協會提供 24 小時生命線線上即時文字協談，以及相關自我檢測、衛教資訊及資源查詢。	
諮商心理師公會全國聯合會	https://sites.google.com/tcpu.org.tw/tcpucanhelp/ 首頁
為緩解民眾因 covid-19 疫情所引發之心理壓力而設置，由專業諮商心理師提供線上一對一心理諮詢，線上心理健康講座及主題式小團體之免付費心理衛生服務。此免付費服務僅提供疫情中產生心理需求之民眾，原已在接受心理諮商之民眾請持續尋求原心理諮商所協助。	
全國自殺防治中心	https://www.tsos.org.tw/web/home
衛生福利部委託社團法人台灣自殺防治學會推行各項自殺防治相關計畫，擬定全國自殺防治策略、守門人教育訓練課程線上與實體跨領域跨職類培訓，縣市政府衛生局合作討論全國自殺防治策略精進，並每年舉辦媒體聯繫會議等工作。	
珍愛生命數位學習網	https://www.tsos.org.tw/p/elearning
提供醫事人員、教育人員或是一般民眾自殺防治相關之線上進修課程。	

熱線

名稱	專線	
內容	服務時間	費用
緊急救難		
警察局勤務指揮中心報案電話	110	
民眾需要報案，急難救助，發現可疑或影響治安、交通情事，可撥打專線由警察提供協助。	24 小時全年無休	免費
行動電話緊急救難	112	
在全球各地有基地臺訊號範圍處均可撥打，即使行動電話無 SIM 卡，只要尚有電力並在信號涵蓋範圍內，均可撥通，按 0 轉接當地警察局，或按 9 轉接當地消防局。	24 小時全年無休	免費
113 保護專線	113	
由專業社工人員，於電話線上受理全國家庭暴力、老人保護、身心障礙者保護、兒童少年保護及性侵害、性騷擾事件通報或各項求助諮詢。若有立即人身安全危險，請先撥打 110 報警。	24 小時全年無休	免費
消防局勤務指揮中心報案電話	119	
消防機關提供民眾於火災、急難救助發生時使用之專線。手機沒有訊號時可改撥行動電話緊急救難專線 112 按 9，會立即轉接所在地 119。	24 小時全年無休	免費
心理諮詢服務		
安心專線	1925	
政府設立之專線，若民眾有心理壓力或情緒困擾，由受過專業訓練人員提供心理諮詢服務，著重於急性處理、緊急狀況排除；若為慢性、連續性的長期追蹤則轉介地方衛生局關懷訪視服務。專線亦提供自殺企圖者資源連結，以及第三者自殺通報，協助危機處理，讓求助意願低落者有機會取得專業的介入與協助。	24 小時全年無休	免費
張老師專線	1980	
財團法人張老師基金會建置，由經過專業訓練之輔導員，以電話協談方式，協助處理情緒及各項生活適應困擾，並可針對立即性問題處遇。同時亦提供電子信函協談，可致信 1980@1980.org.tw 或網路輔導。	星期一至星期六 09：00 至 21：00 星期日 09：00 至 17：00	免費：中華電信門號、市話或公共電話； 付費：其他電信以市話計費。
生命線	1995	
社團法人國際生命線台灣總會建置，由經過專業訓練之人員提供協談服務，主要項目包括自殺防治、危機處理、婚姻家庭協談、男女感情協談、法律或健康協談、人際關係協談、精神心理協談等各種心理困擾的問題。	24 小時全年無休	免費

（續下頁）

名稱	專線	
內容	服務時間	費用
專門心理關懷服務		
男性關懷專線	0800-013-999	
由內政部設置，提供有家庭困擾及疑似有家庭暴力議題的男性朋友，訴說心情與困擾，透過隱密性、立即性及持續性等服務特質，協助國內男性，學習用正向的互動關係模式來處理和面對家庭與其人生之大小關卡，以及相關專業法律諮詢與資源轉介。	每日 09：00 至 23：00 （全年無休）	免費
老朋友專線（65 歲以上）	0800-228-585	
由內政部設置，提供長者資源查詢及解決個人心理困擾，長者、照顧者、一般社會大眾以及相關老人機構與團體皆可撥打。服務內容包含老人福利諮詢，老人福利機構查詢，老人家庭、社會環境、人際關係等心理調適問題，老人醫療保健、文康休閒、志願服務諮詢，老人保護與老人福利法律之諮詢。並提供問安關懷，面談諮詢，信函輔導與網路諮詢，資源轉介與追蹤輔導服務，推廣教育服務以及專業人員訓練。	星期一至星期五 08：30 至 12：00 13：00 至 18：00	免費
失智症關懷專線	0800-474-580	
衛生福利部委託社團法人台灣失智症協會辦理，提供失智者、家屬、專業人員及一般民眾失智症相關諮詢服務，如失智症疾病知識、照護方法、社會資源、照護資源，並給予照顧者心理支持。	星期一至星期五 09：00 至 21：00	免費
家庭照顧者關懷專線	0800-507-272	
提供家庭照顧者支持服務以緩解壓力，包括志工服務，到宅照顧技巧指導，照顧技巧訓練課程，心理協談服務，電話關懷，支持團體，心理支持活動，長照服務資訊、轉介福利資源、醫療專業資訊及居家照顧等喘息服務。	星期一至星期五 09：00 至 17：30	免費
國民健康署孕產婦關懷諮詢專線	0800-870-870	
提供產前、產後親子健康，母乳哺育指導，孕前、孕期、產後營養與體重管理，身心調適、產後憂鬱之預防與照護、壓力調適等保健諮詢、傾聽、關懷及支持與必要的資源轉介。	星期一至星期五 08：00 至 18：00 星期六 09：00 至 13：00 （國定假日除外）	免費
精神疾病照顧者專線	02-2230-8830	
由財團法人伊甸社會福利基金會設置，提供照顧者情緒支持與協談，精神疾病相關知識，社會福利資源連結，照顧者課程與講座、支持與培力團體及政策與權利倡導。	星期一至星期五 13：30 至 20：30	付費：需支付市話通話費用

（續下頁）

名稱	專線	
內容	服務時間	費用
家庭教育諮詢專線	412-8185	
由全國家庭教育中心受過輔導訓練的志工，提供家庭問題、婚姻溝通、親子關係、性別交往、自我調適、人際關係等諮詢輔導服務，增進自我了解及解決各種家庭困擾之能力。	星期一至星期五 09：00 至 12：00 14：00 至 17：00 18：00 至 21：00 星期六 09：00 至 12：00 14：00 至 17：00 （國定假日除外）	免費
其他諮詢服務		
福利諮詢專線	1957	
衛生福利部為照顧弱勢族群及協助有困難之家庭及個人，提供單一窗口之急難救助、社會救助、老人福利、身心障礙福利、兒少福利、特殊境遇家庭、國民年金保險等各項社會福利諮詢與通報轉介服務。由專業社工人員執行接線服務，並聯結自殺防治、就業安全、就學安全及治安維護等網絡，及整合全國各縣市政府通報窗口。	每日 08：00 至 22：00	免費
長照專線	1966	
提供長照諮詢、申請與喘息服務，若家中有符合資格之失能、失智或身心障礙者，可藉由互動式語音選單，在選擇語言別、地區別及縣市別後，為居住在不同縣市的親友或長輩申請當地的長照服務；另民眾於使用服務後若有任何相關問題，亦可撥打專線尋求協助。	星期一至星期五 08：30 至 12：00 13：30 至 17：30	前 5 分鐘免費
國民健康署更年期諮詢專線	0800-005-107	
由專業諮詢師依據個人身心狀況不同，提供更年期相關健康諮詢，包含生理、心理、營養、運動、就醫等問題，以及症狀評估與健康照護策略建議。	星期一至星期五 09：00 至 18：00	免費
外來人士在臺生活諮詢服務熱線	國內 1990 國外 886-800-001990	
由內政部移民署建置，提供外國人及新住民在臺生活需求及生活適應方面之諮詢服務，包括簽證、居留、工作、教育文化、稅務、健保、交通、就業服務、醫療衛生、人身安全、子女教養、福利服務、法律資訊及其他生活訊息等事項，以及時協助外國人解決生活上所遭遇之困難與語言溝通上之障礙。內政部移民署全球資訊網亦提供七種語言閱覽資訊，https://servicestation.immigration.gov.tw。	國語、英語、日語： 24 小時全年無休 越南、印尼、泰國、 柬埔寨語： 星期一至星期五 09：00 至 17：00 （國定假日除外）	免費

（續下頁）

名稱	專線	
內容	服務時間	費用
其他諮詢服務（續）		
新住民家庭服務中心	詳各直轄市、縣（市）新住民家庭服務中心一覽表（https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/VDetail.aspx?nodeid=148&pid=667）	
依據新住民及其家庭之個別需求擬定個別處遇計畫，建構包括新住民及其家庭所需個人支持、家庭支持、社會支持、資訊支持、經濟支持等相關服務與資源網絡。	各承辦單位服務時間不同	付費：需支付市話通話費用
健保諮詢服務專線	0800-030-598 4128-678（不須加區域碼） 手機請撥 02-4128-678	
提供健保相關業務諮詢、申辦業務項目進度查詢等服務，如加、退、停、復保、投保金額調整及健保費的計算等查詢，並可透過自動語音服務功能，查詢健保投保相關規定或索取傳真健保空白表格等。	星期一至星期五 08：30 至 17：30	免費
全國未成年懷孕諮詢專線	0800-257-085	
衛生福利部委託財團法人勵馨社會福利事業基金會承辦，由專業社工人員透過電話諮詢，引導青少年建立正確、健康之性觀念與性知識，並提供轉介及後續追蹤服務。如有進一步需要，專線員工會通報轉介各縣市專責社工人員陪伴，提供醫療、法律、經濟、安置、出養等相關服務協助，還可透過電話、面談、家族協商等方式釐清疑慮，達成共識，協助做出避免遺憾的適當選擇。亦架設未成年懷孕求助網站 https://257085.sfaa.gov.tw，提供懷孕、親職、醫療、就學就業寶典等相關知識與各種境遇處理方式的抉擇參考，還有政府、民間相關資源連結和線上諮詢信箱。	星期一至星期五 09：00 至 18：00	免費
戒菸專線	0800-636-363	
由衛生福利部國民健康署建置，以電話的便利與隱密性，結合電話諮詢的服務型態提供吸菸者戒菸相關衛教知識。若戒菸者需要相關醫療服務，經評估民眾菸癮程度，亦會提供民眾就近可看診之醫療診所資訊，獲得戒菸替代藥物治療之服務，進行轉介。除電話戒菸專線，亦提供網路電話或是電子郵件戒菸諮詢服務。相關資訊亦可於網站查詢 https://www.tsh.org.tw。	星期一至星期六 09：00 至 21：00 （國定假日亦開放專線服務）	免費
戒毒成功專線	0800-770-885	
由衛生福利部設置，提供毒品危害諮詢、心理支持與協助，另有成癮治療以及社會復健等相關資源諮詢與轉介。若遇有施用毒品或藥癮問題，藥癮者及其家屬、朋友與一般民眾皆可撥打專線尋求專業協助，協助藥癮者重返家庭，復歸社會。	24 小時全年無休	免費

（續下頁）

名稱	專線	
內容	服務時間	費用
其他諮詢服務（續）		
台灣就業通	0800-777-888	
由勞動部設置，提供全國人民就業、訓練、檢定、創業及身心障礙就業等問題諮詢服務。客服人員亦會主動的關懷求職者求職狀況，並給予適當的轉介服務，包含提供立即線上媒合，或是轉介至各地就服機構以獲得進一步之就業輔導。若遇上無法立即回答的問題，客服人員還可透過後送系統串聯勞動力發展署各個業務單位，讓民眾能夠以一通電話即可獲得完整的服務。相關資訊亦上上官方網站查詢 https://www.taiwanjobs.gov.tw/。	24 小時全年無休	免費

各縣市衛生局心理衛生中心

各單位聯絡資訊若有更新，請至衛生福利部心快活心理健康學習平臺 - 心據點，查詢最新消息。https://wellbeing.mohw.gov.tw/nor/mmap

縣市	電話	心理諮詢專線
	地址	
	網站	
北部地區		
宜蘭縣政府衛生局 社區心理衛生中心	03-936-7885	
	26051 宜蘭縣宜蘭市女中路 2 段 287 號	
	https://www.ilshb.gov.tw/index.php?catid=14&fieldid=29&cid=164&id=2548&action=view	
基隆市衛生局 社區心理衛生中心	02-2430-0193	
	20448 基隆市安樂區安樂路二段 164 號 1 樓	
	https://www.klchb.klcg.gov.tw/tw/klchb/1370.html	
臺北市政府衛生局 社區心理衛生中心	02-3393-7885	
	10053 臺北市中正區金山南路 1 段 5 號	
	https://mental-health.gov.taipei/	
新北市政府衛生局 社區心理衛生中心	02-2257-2623	
	22006 新北市板橋區英士路 192 之 1 號	
	https://www.health.ntpc.gov.tw/basic/?node=19497	
桃園市政府衛生局 社區心理衛生中心	03-332-5880	
	33053 桃園市桃園區縣府路 55 號	
	https://dph.tycg.gov.tw/mental/	
新竹縣政府衛生局 社區心理衛生中心	03-656-7138	
	30295 新竹縣竹北市光明七街 1 號	
	https://www.hcshb.gov.tw/News.aspx?n=638&sms=9516	
新竹市政府衛生局 社區心理衛生中心	03-523-4647	
	30045 新竹市北區集賢街 3 號	
	http://www.mhc.org.tw/	

（續下頁）

縣市	電話	心理諮詢專線
	地址	
	網站	
中部地區		
苗栗縣政府衛生局	037-558080	
	35646 苗栗縣後龍鎮大庄里 21 鄰光華路 373 號	
	https://www.mlshb.gov.tw/nc/article?id=1d373658-bf74-4473-abfc-89f2c5375b31	
臺中市政府衛生局 社區心理衛生中心	04-2515-5148 分機 107	04-2515-5148 分機 102
	42053 臺中市豐原區中興路 136 號	
	https://www.health.taichung.gov.tw/26198/26327/26844/1961326/1961330/1973512/post	
彰化縣衛生局 社區心理衛生中心	04-712-7839	
	50049 彰化縣彰化市中山路 2 段 162 號 2 樓	
	https://center.nccu.idv.tw/	
南投縣政府衛生局	049-222-4464	
	54062 南投縣南投市復興路 6 號	
雲林縣衛生局 社區心理衛生中心	05-537-0885	
	64054 雲林縣斗六市府文路 34 號	
	https://ylshb.yunlin.gov.tw/cl.aspx?n=6804	
南部地區		
嘉義縣衛生局 社區心理衛生中心	05-362-1150	
	61249 嘉義縣太保市祥和二路東段 3 號	
	https://cyshb.cyhg.gov.tw/cmhc/	
嘉義市政府衛生局	05-232-8177	
	60097 嘉義市西區德明路 1 號	
	https://health.chiayi.gov.tw/cl.aspx?n=7059	
臺南市政府衛生局 社區心理衛生中心	林森 06-335-2982、東興 06-637-7232	
	70151 臺南市東區林森路 1 段 418 號	
	73064 臺南市新營區東興路 163 號	
	https://health.tainan.gov.tw/page.asp?mainid=1E27E23D-D4A0-4432-A0F3-159A27E4BCDB	

（續下頁）

縣市	電話	心理諮詢專線
	地址	
	網站	
南部地區（續）		
高雄市政府衛生局 社區心理衛生中心	07-713-4000 分機 5410-5420	
	80276 高雄市苓雅區凱旋二路 132 之 1 號	
	https://khd.kcg.gov.tw/tw/department/index.php?author=91	
屏東縣政府衛生局	08-737-0123	
	90054 屏東縣屏東市自由路 272 號	
	https://www.ptshb.gov.tw/cp.aspx?n=C6996DCFC3A44968	
東部地區		
花蓮縣衛生局 社區心理衛生中心	03-835-1885	
	97050 花蓮縣花蓮市林森路 391 號	
	http://mh.hlshb.gov.tw/content_edit.php?menu=2544&typeid=2572	
臺東縣衛生局 社區心理衛生中心	089-230-295	
	95059 臺東縣臺東市更生北路 384 巷 50 號 4 樓	
	http://www.ttshb.gov.tw/Tmhc	
離島地區		
澎湖縣政府衛生局 社區心理衛生中心	06-927-5932、06-927-2162 分機 122	
	88041 澎湖縣馬公市中正路 115 號	
	https://www.phchb.gov.tw/home.jsp?id=142	
金門縣衛生局	082-337-885	
	89142 金門縣金湖鎮中正路 1 之 1 號 4 樓	
	https://phb.kinmen.gov.tw/	
連江縣衛生福利局	08-362-2095 分機 8827	
	20941 連江縣南竿鄉復興村 216 號	
	https://www.matsuhb.gov.tw/Chhtml/content/684?webaid=2	

各縣市學生輔導諮商中心

縣市	電話	諮詢專線
	地址	
	網站	
北部地區		
宜蘭縣學生輔導諮商中心	溪北 03-935-2090、溪南 03-957-5923	
	260 宜蘭縣宜蘭市泰山路 60 號 光復國小 百齡樓 4 樓	
	https://2blog.ilc.edu.tw/16989/	
基隆市學生輔導諮商中心	02-2430-1585 分機 11-20	
	20242 基隆市安樂區武崙街 205 號 武崙國中	
	https://guidance.kl.edu.tw/	
臺北市學生輔導諮商中心	02-25632156	02-25630116
	10491 臺北市中山區吉林路 110 號 3 樓	
	https://tscc.tp.edu.tw/home	
新北市學生輔導諮商中心	02-2960-3456 分機 2640	
	22001 新北市板橋區中山路 1 段 161 號 20、21 樓	
	https://friendly.tw/#tab_news_tesprq4	
桃園市學生輔導諮商中心	03-460-9199、03-460-9195、03-460-9198、03-460-9399	
	324 桃園市平鎮區平東路 168 號 東安國中	
	http://sgcc.tyc.edu.tw/Default.aspx	
新竹縣學生輔導諮商中心	竹東 03-511-0916、竹北 03-668-5995	
	310 新竹縣竹東鎮中山路 68 號 新竹縣教育研究發展暨網路中心 4 樓	
	https://hccicare.hcc.edu.tw/CASE/	
新竹市學生輔導諮商中心	03-5286661	
	300004 新竹市民族路 33 號 東門國小 教師研習中心 4 樓	
	https://sites.google.com/site/hccgcounseling/	

縣市	電話	諮詢專線
	地址	
	網站	
中部地區		
苗栗縣學生輔導諮商中心	037-350067	
	360 苗栗市國華路 1121 號 巨蛋南門輔諮中心	
	https://sgc.mlc.edu.tw/Home/Index.php	
臺中市學生輔導諮商中心	04-2228-9111 分機 54221-54224	
	420 臺中市豐原區陽明街 36 號 4 樓（臺中市政府教育局）	
	http://scc.tc.edu.tw/CS_TaiChung/index.aspx	
彰化縣學生輔導諮商中心	北彰 04-712-5236、南彰 04-836-0430	04-835-7885
	50049 彰化縣彰化市中山路 2 段 162 號 2 樓	
	https://scc.chc.edu.tw/	
南投縣學生輔導諮商中心	049-222-2549 分機 316、317	
	540 南投縣南投市祖祠路 361 號	
	http://163.22.168.162/CS_NanTou/	
雲林縣學生輔導諮商中心	05-552-3338	
	64001 雲林縣斗六市雲林路 2 段 515 號	
	https://sites.google.com/site/ylcscc/	
南部地區		
嘉義縣學生輔導諮商中心	05-294-9193、0972-924-336	
	613 嘉義縣朴子市山通路 7 號 4 樓	
	http://counseling.cyc.edu.tw/	
嘉義市學生輔導諮商中心	05-278-6113	
	600 嘉義市山子頂 269-1 號	
	http://case.cy.edu.tw/web/cycounseling/default.asp	

（續下頁）

縣市	電話	諮詢專線
	地址	
	網站	
南部地區（續）		
臺南市學生輔導諮商中心	06-252-1083	
	704 臺南市北區和緯路一段 2 號 成功國中	
	http://cs.tn.edu.tw/	
高雄市學生輔導諮商中心	07-382-1200、07-382-1300	07-386-1785、07-386-0885
	807 高雄市三民區覺民路 363 號 民族國中	
	http://www.kscc.kh.edu.tw/	
屏東縣學生輔導諮商中心	08-732-0824	
	900 屏東縣屏東市蘭州街 2 號	
	https://pthg.ptc.edu.tw/	
東部地區		
花蓮縣學生輔導諮商中心	03-853-2774	
	973 花蓮縣吉安鄉宜昌一街 45 號 宜昌國小	
	https://counseling.hlc.edu.tw/	
臺東縣學生輔導諮商中心	089-323756	
	950 臺東縣臺東市中華路一段 719 巷 51 號 4 樓 東海國中	
	https://ttscc.wp.boe.ttct.edu.tw/	
離島地區		
澎湖縣學生輔導諮商中心	06-9276009、網路電話 91660002-91660006	
	880 澎湖縣馬公市三多路 450 號 文光國小	
	http://scc.mail.phc.edu.tw/home	
金門縣學生輔導諮商中心	082-330-360、082-330-650	
	89141 金門縣金湖鎮太湖路三段 1 號行政大樓 3 樓	
	https://kscc.km.edu.tw/	
連江縣學生輔導諮商中心	0836-23694 分機 33	
	20942 連江縣南竿鄉介壽村 76 號	

相關法規

基本面法規	
精神衛生法（2022 修正）	精神衛生法施行細則（2009 修正）
自殺防治法（2019 訂定）	自殺防治法施行細則（2020 訂定）
心理師法（2020 修正）	心理師法施行細則（2011 修正）
校園相關法規	
國民教育法（2016 修正）	國民教育法施行細則（2016 修正）
高級中等教育法（2021 修正）	高級中等教育法施行細則（2013 訂定）
高級中等學校學生輔導辦法（2014 修正）	
高級中等以下學校教師諮商輔導支持體系設立辦法（2020 訂定）	
高級中等以下學校及各該主管機關專業輔導人員設置辦法（2020 修正）	
大學法（2019 修正）	大學法施行細則（2020 修正）
學生輔導法（2014 訂定）	學生輔導法施行細則（2015 訂定）
學生轉銜輔導及服務辦法（2015 訂定）	
特殊教育法（2019 修正）	特殊教育法施行細則（2020 修正）
校園霸凌防制準則（2020 修正）	
校園性侵害性騷擾或性霸凌防治準則（2019 修正）	
專門法規	
兒童及少年福利與權益保障法（2021 修正）	兒童及少年福利與權益保障法施行細則（2020 修正）
性別平等教育法（2022 修正）	性別平等教育法施行細則（2019 修正）
性侵害犯罪防治法（2023 修正）	性侵害犯罪防治法施行細則（2016 修正）
家庭暴力防治法（2021 修正）	家庭暴力防治法施行細則（2021 修正）
身心障礙者權益保障法（2021 修正）	身心障礙者權益保障法施行細則（2016 修正）

編輯團隊

主辦機關：教育部

承辦學校：國立臺灣師範大學

諮詢委員：王郁茗、吳佳儀、張書森、陳斐娟、彭武德（依姓氏筆畫排列）

主　　編：王玉珍

副 主 編：田秀蘭

編 輯 群：方惠生、吳怡萱、宋珮綺、李佩珊、李思瑩、周明蒨、周昕韻、范美珍、徐雨堤、陳玉芳、陳秀蓉、陳素真、陳淑雲、楊國如、葉安華、廖士程、廖思媛、劉語婕、樊雪春、盧鴻文、鮑順聰（依姓氏筆畫排列）

研究助理：殷乙玄、葉錫樺、陳冠穎

校園學生自我傷害
防治手冊

教育部委託國立臺灣師範大學編製