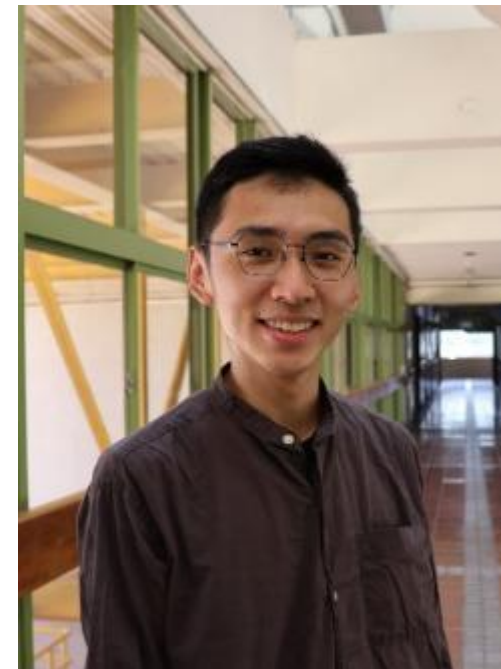




# 從「破口」開始，看見整體生活：自傷與自殺的心理與社會機轉

彰化基督教醫院 專任心理師 張諺

- 學歷
  - 國立清華大學 教育心理與諮商學系 碩士
  - 國立彰化師範大學 輔導與諮商學系 學士
- 工作經歷
  - 彰化基督教醫院 - 心理諮商中心 專任心理師
  - 國立彰化師範大學 - 社區心理諮商所 專任心理師
  - 光合心理諮商所 個案管理師
- 實務學習經歷
  - 國立陽明交通大學 - 健康心理中心 實習諮商心理師
  - 新竹市立育賢國民中學 - 輔導室 實習諮商心理師
  - 中華民國更生少年關懷協會 - 新北市少年培力園 社工實習生
  - 彰化縣政府 - 和美區家庭福利服務中心 社工實習生
  - 財團法人台灣兒童暨家庭扶助基金會彰化事務所 「用愛包圍」服務方案之家庭夥伴
  - 彰化縣政府社會處 - 大專生洄游社區扎根計畫 國立彰化師範大學團隊成員
  - 彰化縣私立精誠中學 - 輔導室 諮商實習生 - 大學課程
- 投入領域
  - 敘事治療、後現代取向
  - 心理學(社會心理學/神經科學)與治療理論的連結



彰化基督教醫院 - 心理諮商中心  
專任心理師

張諺

# 使用適當名詞：鼓勵求助與討論

## 自殺

自殺想法；自殺意念

自殺企圖 / 行為 / 嘗試

不建議：

自殺未遂、自殺失敗

自殺；自殺身亡

不建議：

自殺成功 / 完成 / 已遂

## 自傷

自傷想法；自傷意念

自我傷害；自傷行為

不建議：

自毀、自殘、自虐

# 目錄：

- 從數據來建立整體圖像：理解類型以及建立評估常模
  - 自殺率
  - 通報
- 自殺、自傷底下的痛苦：痛苦的相關知識
- 辨識與評估
- 介入與陪伴技巧
- 特殊議題與自我照顧

男性

女性

學童

青少年

壯年

中年

老年

# 自殺傾向的類型與區別(為美國及全球數據)

自殺意念 Suicidal Ideation	自殺嘗試 Suicide Attempts	非自殺性 自傷 (NSSI)	自殺死亡 Completed Suicide
<ul style="list-style-type: none"><li>終生盛行率約 9–14%</li><li>非常常見，不適合作為預測工具</li><li>常見於憂鬱發作，憂鬱緩解後通常消退</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>終生盛行率約 3–4%</li><li>多為服藥過量等低致命性行為</li><li>最終死亡者僅佔少數 (約 3–7%)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>主要功能：調節情緒</li><li>割腕、燒傷等，通常無死亡意圖</li><li>與 BPD 高度相關</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>盛行率 0.01% (極為罕見)</li><li>多見於老年、男性、高致命性手段</li><li>60–75% 為首次嘗試時即死亡</li></ul>

重要結論：這四類狀況性質各異，需要不同的介入策略，不能以同一作法應對所有情況。



## 從數據來建立整體圖像：理解類型以及建立評估常模

主要資料來源：全國自殺防治中心成果報告  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOMHAOH/lp-4905-107.html>



# 自殺率

# 自殺是台灣的重要議題

- 2024年
- 4,026人自殺身亡  
(佔總死亡人數的2%)

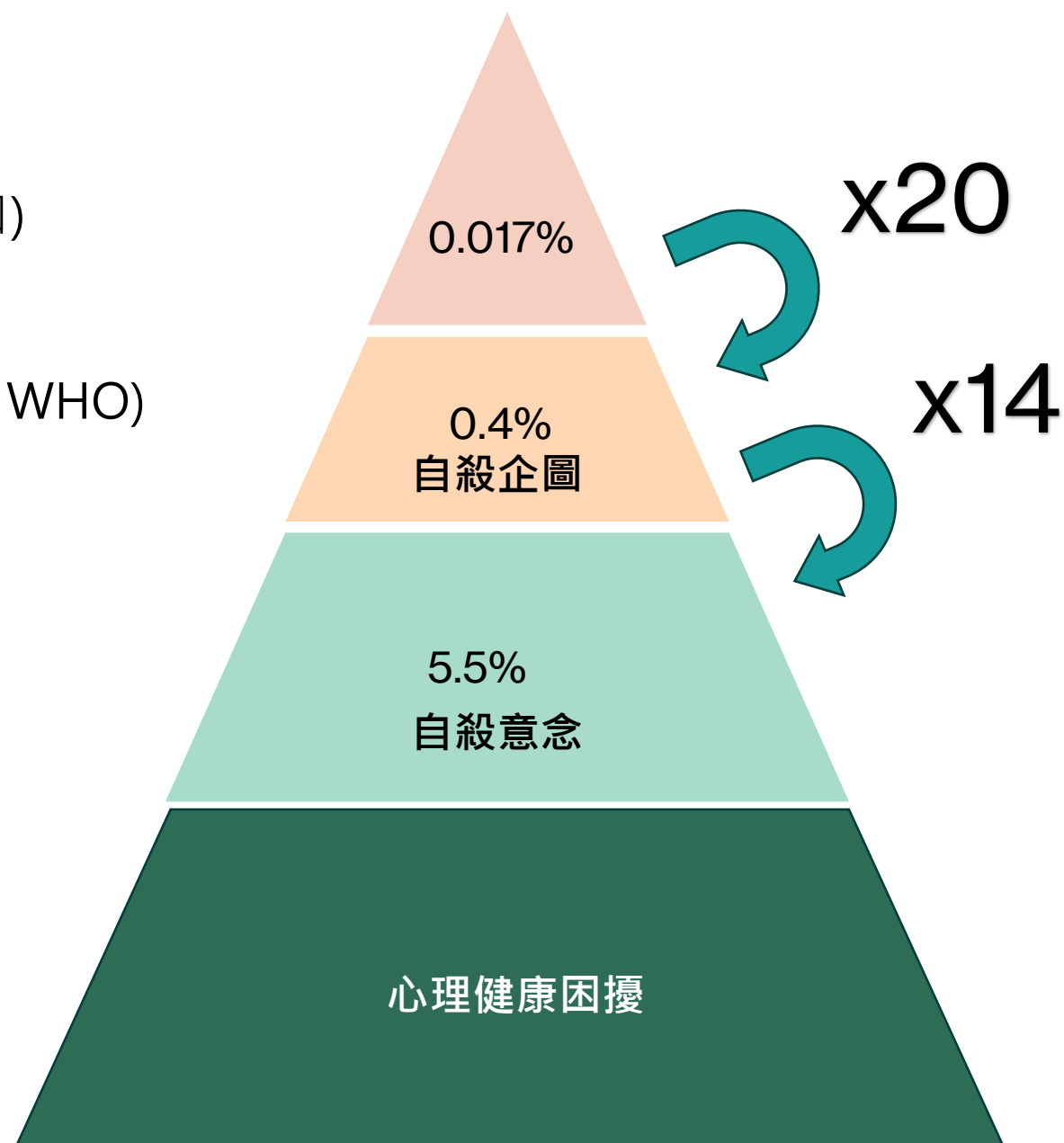
113年台灣人口數2,340萬

十大死因死亡人數及死亡率

順位	所有死亡原因	死亡人數(人)		死亡率 (每十萬人口)		標準化死亡率 (每十萬人口)		
		113年	較上年 增減%	112年 順位	113年	較上年 增減%	113年	較上年 增減%
	所有死亡原因	201,383	-2.0		860.2	-2.3	410.3	-4.5
1	癌症	54,032	1.7	1	230.8	1.4	113.3	-1.9
2	心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	23,276	-0.6	2	99.4	-0.9	45.5	-2.9
3	肺炎	17,259	3.3	3	73.7	3.0	30.1	0.6
4	腦血管疾病	12,463	0.7	4	53.2	0.5	23.9	-2.7
5	糖尿病	10,663	-8.3	5	45.5	-8.5	20.2	-11.6
6	高血壓性疾病	8,928	0.0	7	38.1	-0.3	16.0	-3.4
7	事故傷害	6,924	-2.0	8	29.6	-2.3	19.2	-4.3
8	慢性下呼吸道疾病	6,193	0.5	9	26.5	0.2	10.7	-2.9
9	腎炎、腎病症候群及腎病變	5,679	-2.3	10	24.3	-2.6	10.4	-6.0
10	蓄意自我傷害 (自殺)	4,062	4.2	11	17.4	3.9	13.4	5.0

# 自殺有多常見

- 自殺：0.017%(萬分之1.7，自殺身亡人數/總人口)
- 自殺企圖：約為自殺人數的20倍(千分之4)(2021, WHO)
- 自殺意念盛行率 (衛服部，2010)：
  - 一年盛行率：5.5%
  - 終生盛行率：18.49%

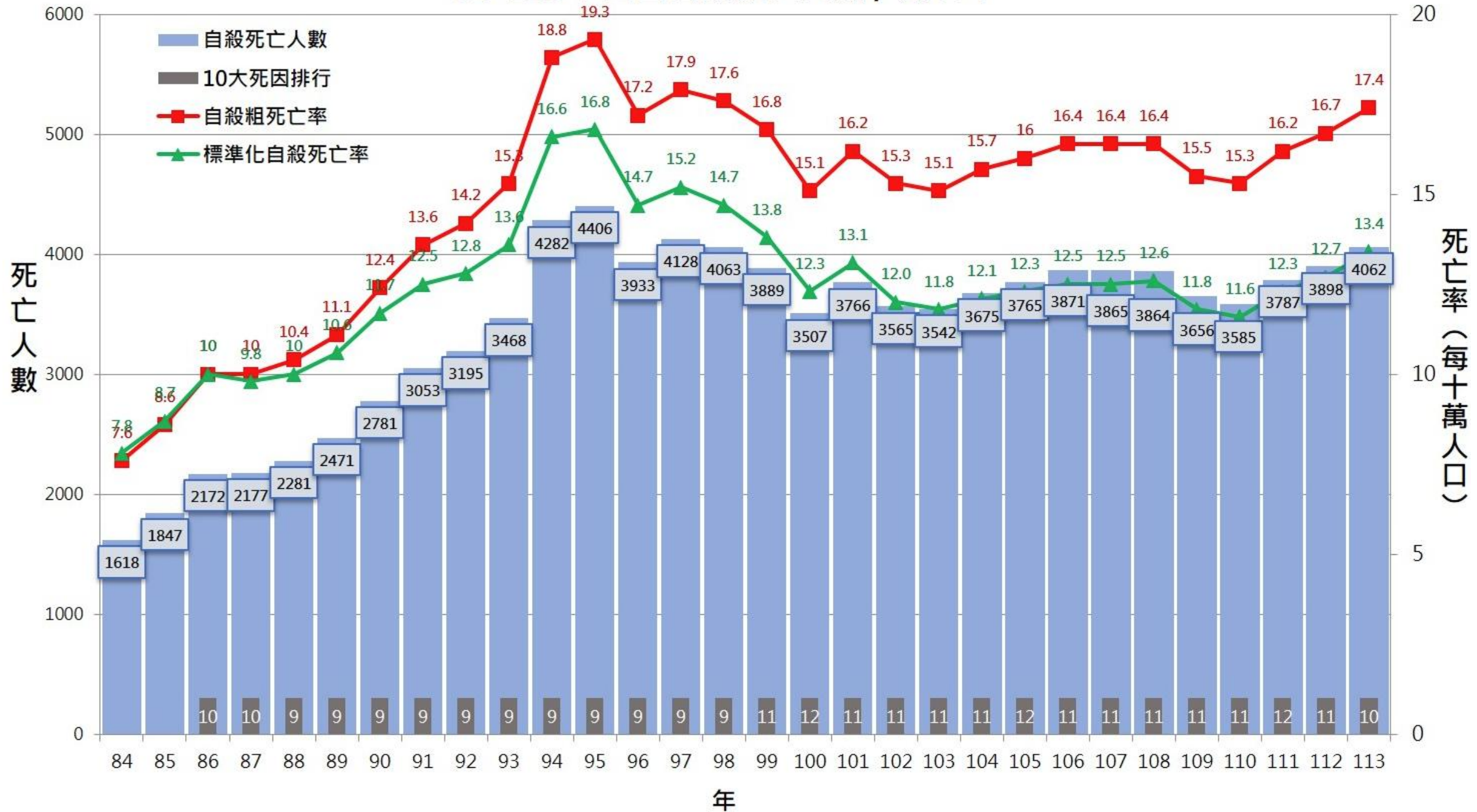


# 台灣自殺率的趨勢

增加？

減少？

# 84-113年全國自殺死亡人數 / 死亡率



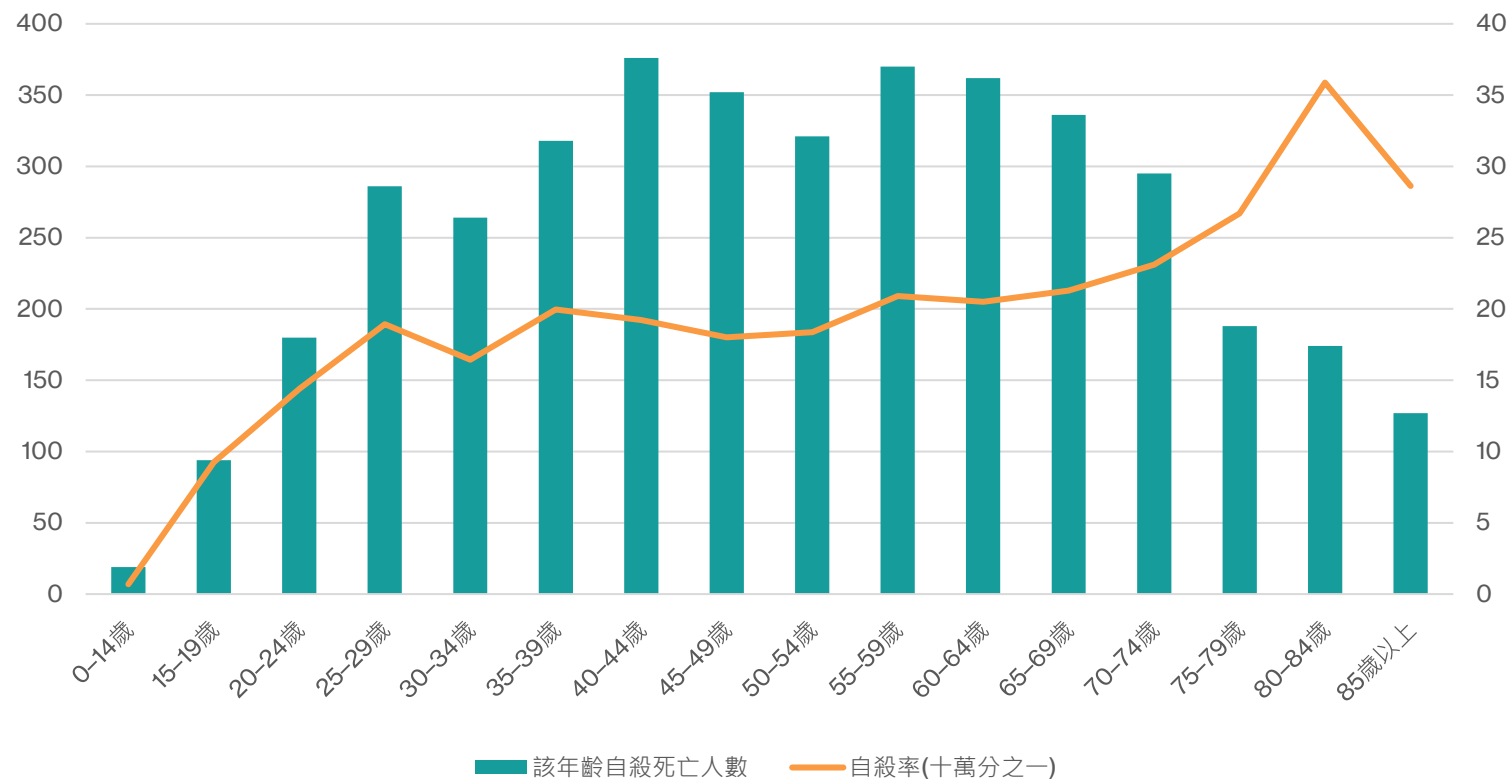
# 自殺與年齡

長者多？

年輕人多？

# 自殺與年齡

113年各年齡層死亡人數與自殺率



隨著年齡提升自殺率上升

青壯年自殺人數最高

# 自殺與年齡

對年輕族群(15~44歲)  
自殺為第二大死因 約佔20%

113 年年齡別五大死因

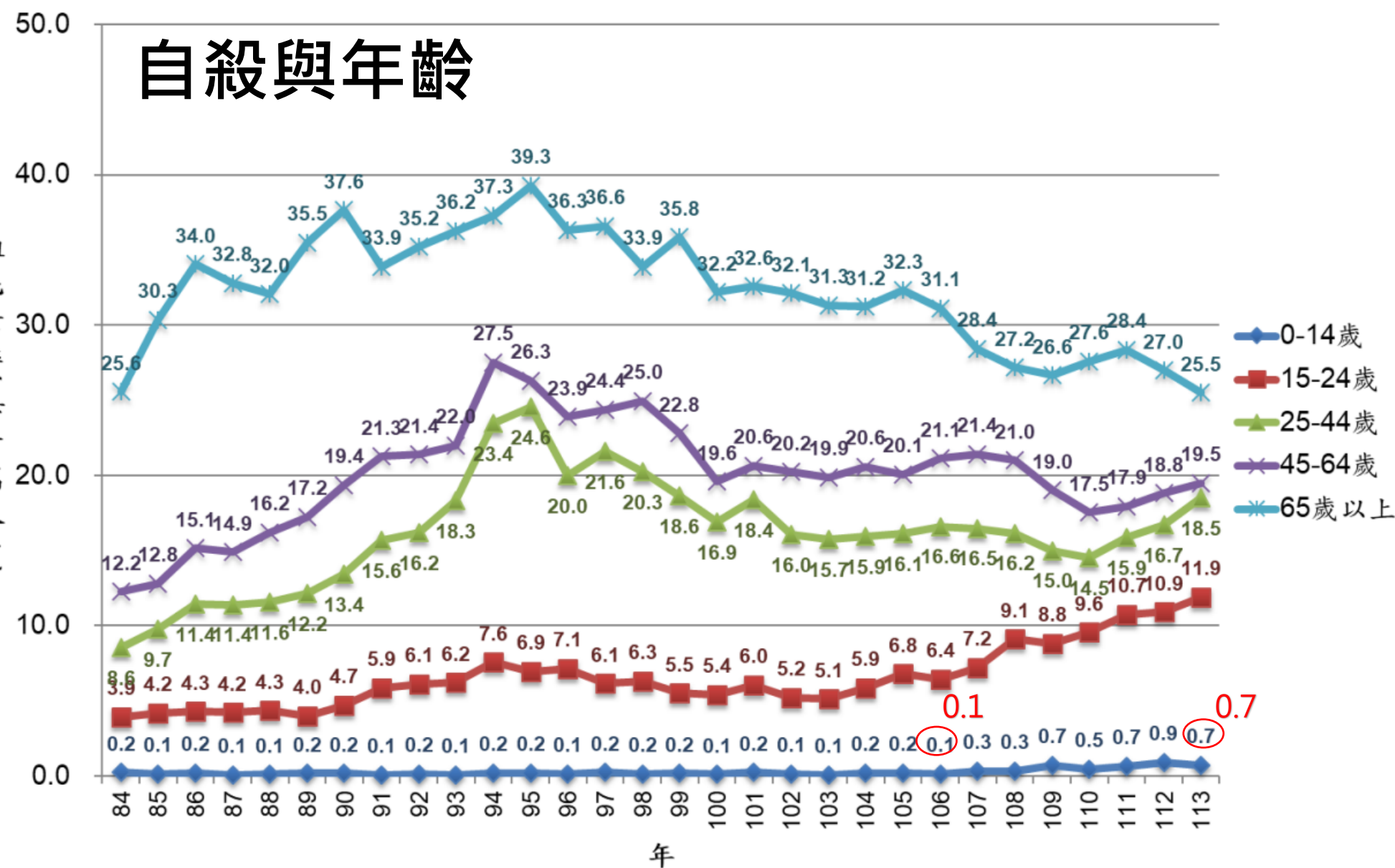
單位：每十萬人口

順位	年齡總計		0歲		1-14歲		15-24歲		25-44歲		45-64歲		65歲以上	
	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率 (每十萬活產)	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率
	所有死亡原因	860.2	所有死亡原因	445.2	所有死亡原因	12.9	所有死亡原因	43.4	所有死亡原因	105.9	所有死亡原因	548.6	所有死亡原因	3,477.0
1	癌症	230.8	先天性畸形、變形與染色體異常	86.1	事故傷害	2.2	事故傷害	15.6	癌症	22.6	癌症	218.2	癌症	833.8
2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	99.4	源於周產期的呼吸性疾患	60.1	癌症	2.0	蓄意自我傷害(自殺)	11.9	蓄意自我傷害(自殺)	18.9	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	62.5	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	408.8
3	肺炎	73.7	與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患	51.2	先天性畸形、變形與染色體異常	0.9	癌症	3.8	事故傷害	13.6	腦血管疾病	30.2	肺炎	358.0
4	腦血管疾病	53.2	事故傷害	28.2	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	0.8	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	1.6	心臟疾病(高血壓性疾病除外)	11.0	事故傷害	26.2	腦血管疾病	227.5
5	糖尿病	45.5	特發於周產期的感染	14.8	加害(他殺)	0.8	腦血管疾病	*	慢性肝病及肝硬化	5.1	慢性肝病及肝硬化	23.6	糖尿病	200.3

(圖片來源：衛生福利部)

# 自殺與年齡

粗死亡率(每十萬人口)



0—24歲自殺率持續上升

0-14歲自殺率成長數倍

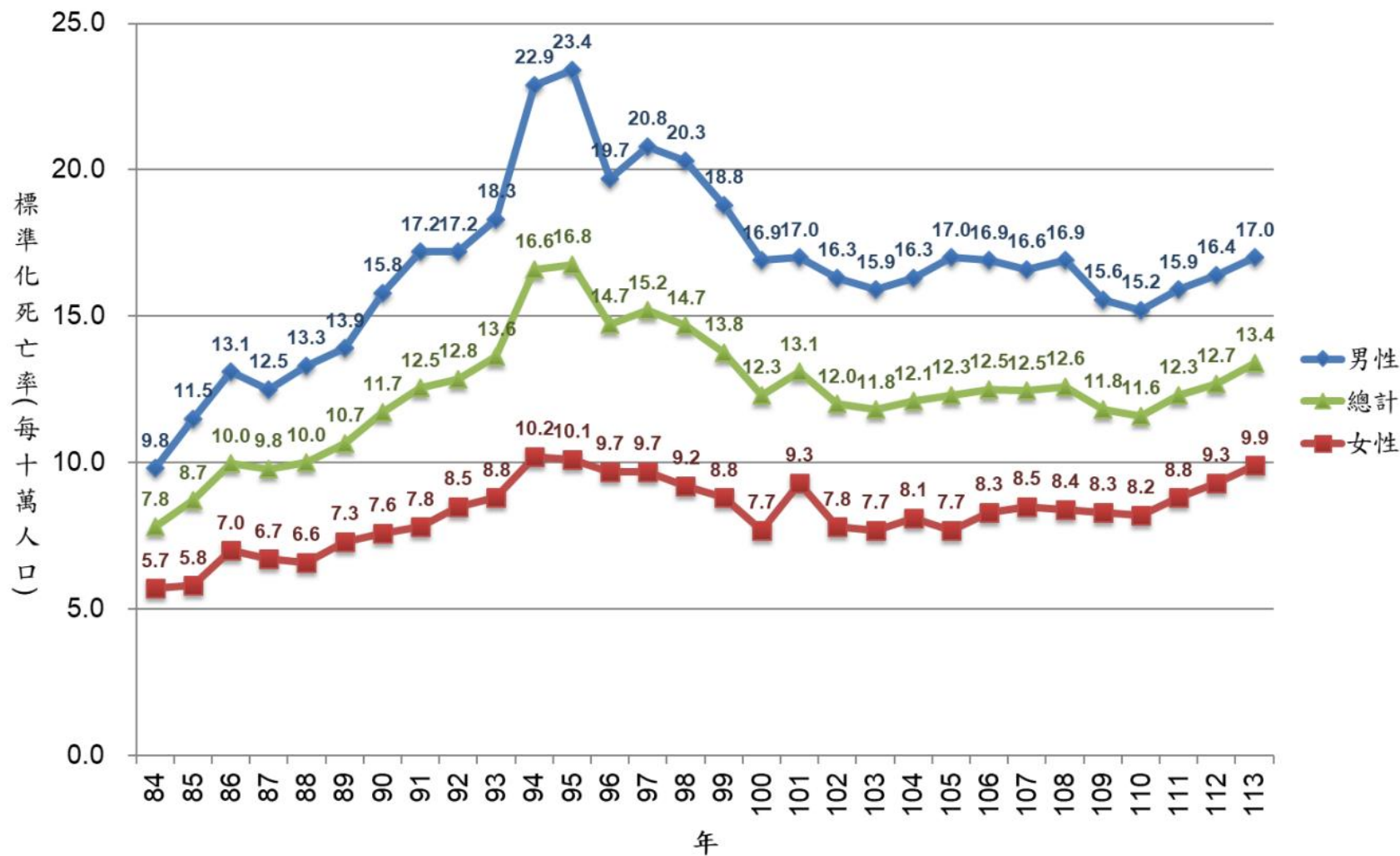
圖 2-2-3、84-113 年全國年齡層別自殺死亡率

# 自殺與性別

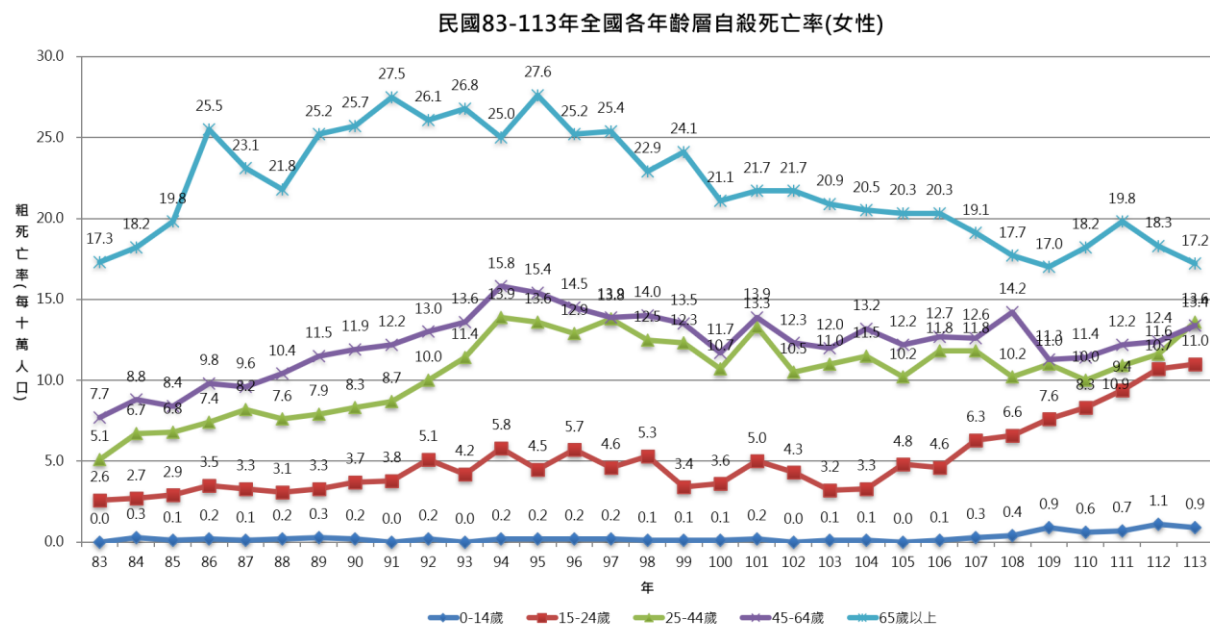
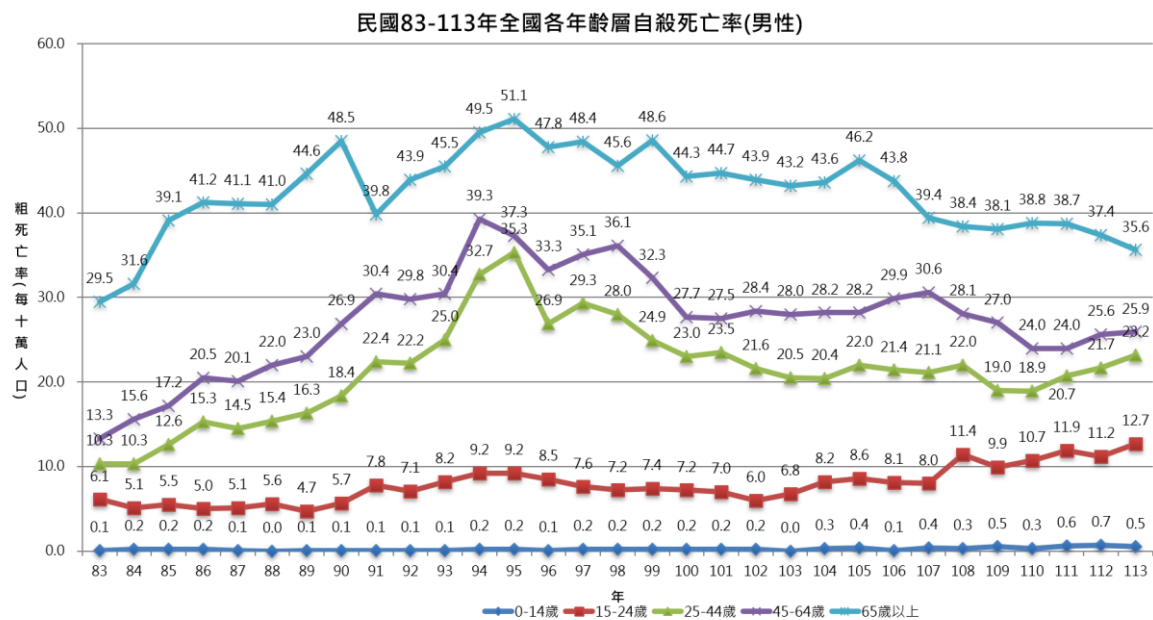
男性多？

女性多？

# 自殺率：自殺身亡比例 男 > 女



# 自殺率-男、女



15-24歲女性自殺率  
增長速度較男性快

0-14歲女性自殺率  
較男性高

# 自殺率-小結

- 年齡
  - 自殺率隨年齡上升
  - 自殺是15~44歲族群的第二大死因
  - 近年來年輕族群的自殺率在攀升
- 性別
  - 男性的自殺率較高
  - 15~24歲區間的女性自殺率攀升速度快
  - 0—14歲女性自殺率較男性高

# 平安999

## 適用情形：緊繃



同時收縮小腿肌肉，讓腳趾指向天空，把注意力集中在腳踝跟小腿的肌肉，心裡默念「吸氣1、2、3」

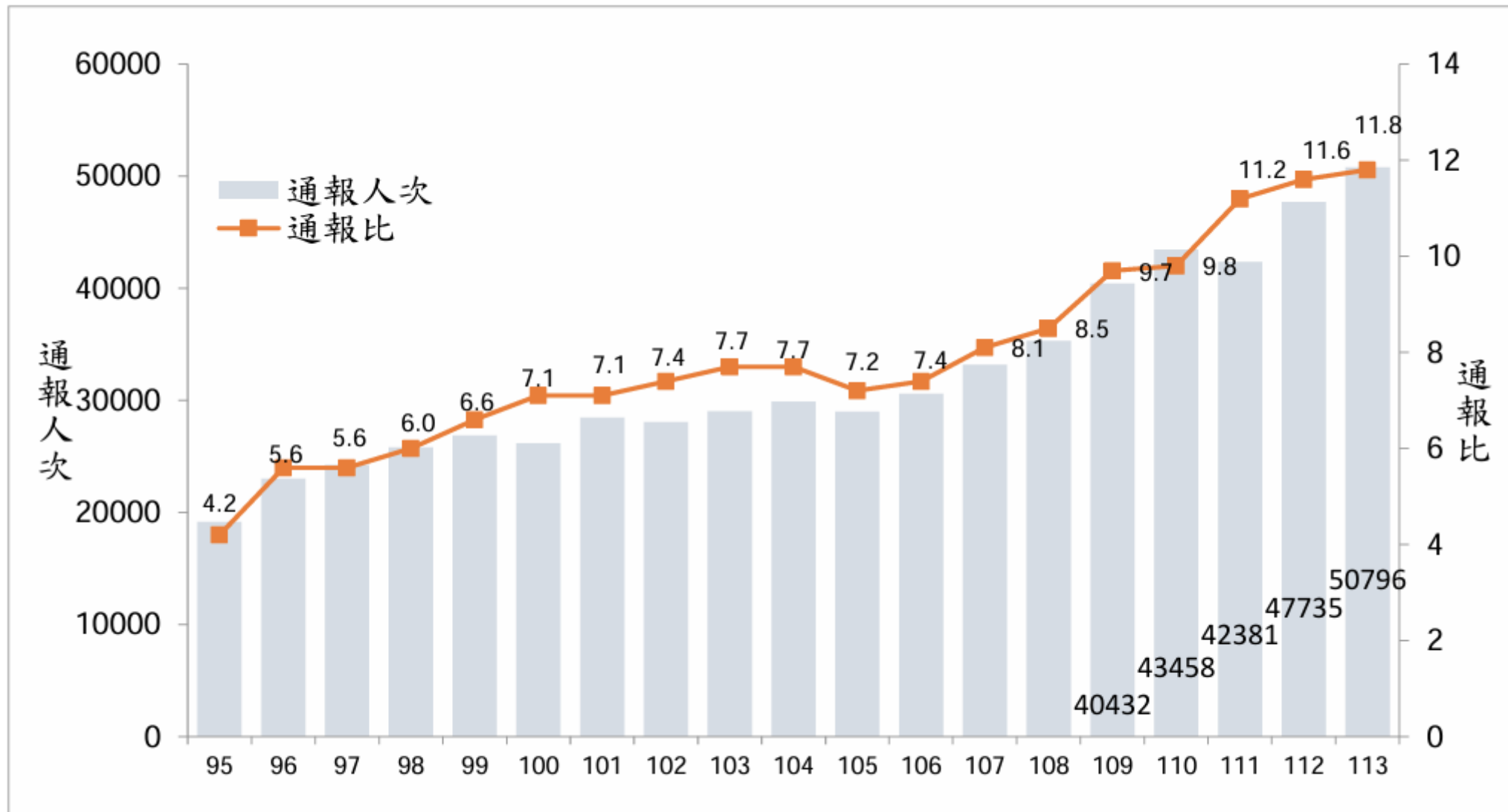
閉氣1秒鐘

緩慢吐氣5秒鐘，心裡默念「吐氣1、2、3、4、5」

(隨後自然呼吸、感受身體肌肉放鬆，重複三次)



# 通報



95-113 年全國自殺通報趨勢圖

通報數、通報比持續進步

註1:通報比=自殺企圖通報人次/自殺死亡人數。

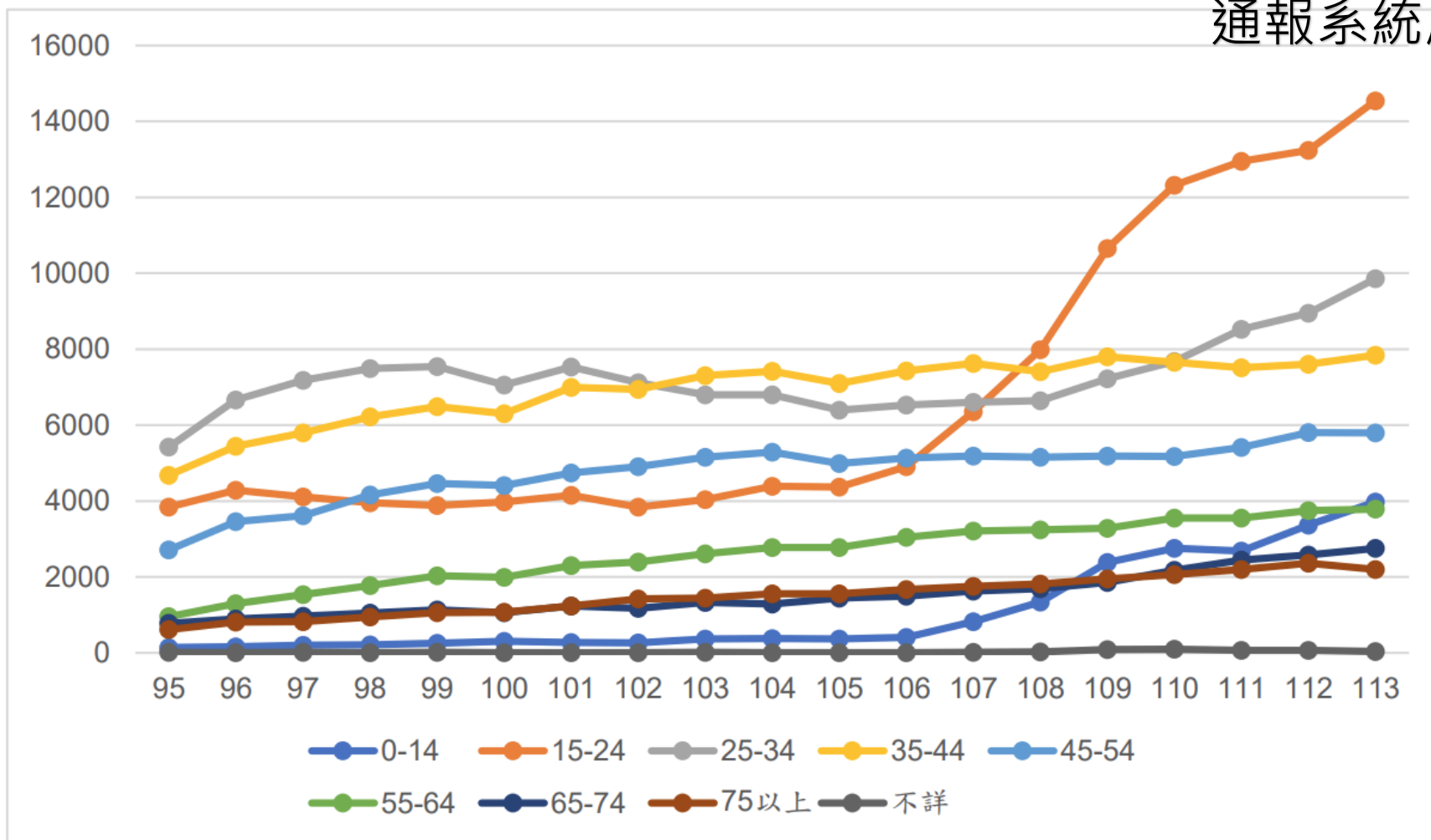
# 通報數以年齡區分

行動化(後面與非自殺性自傷一起講)

## 15~24歲通報次數攀升

資訊傳播

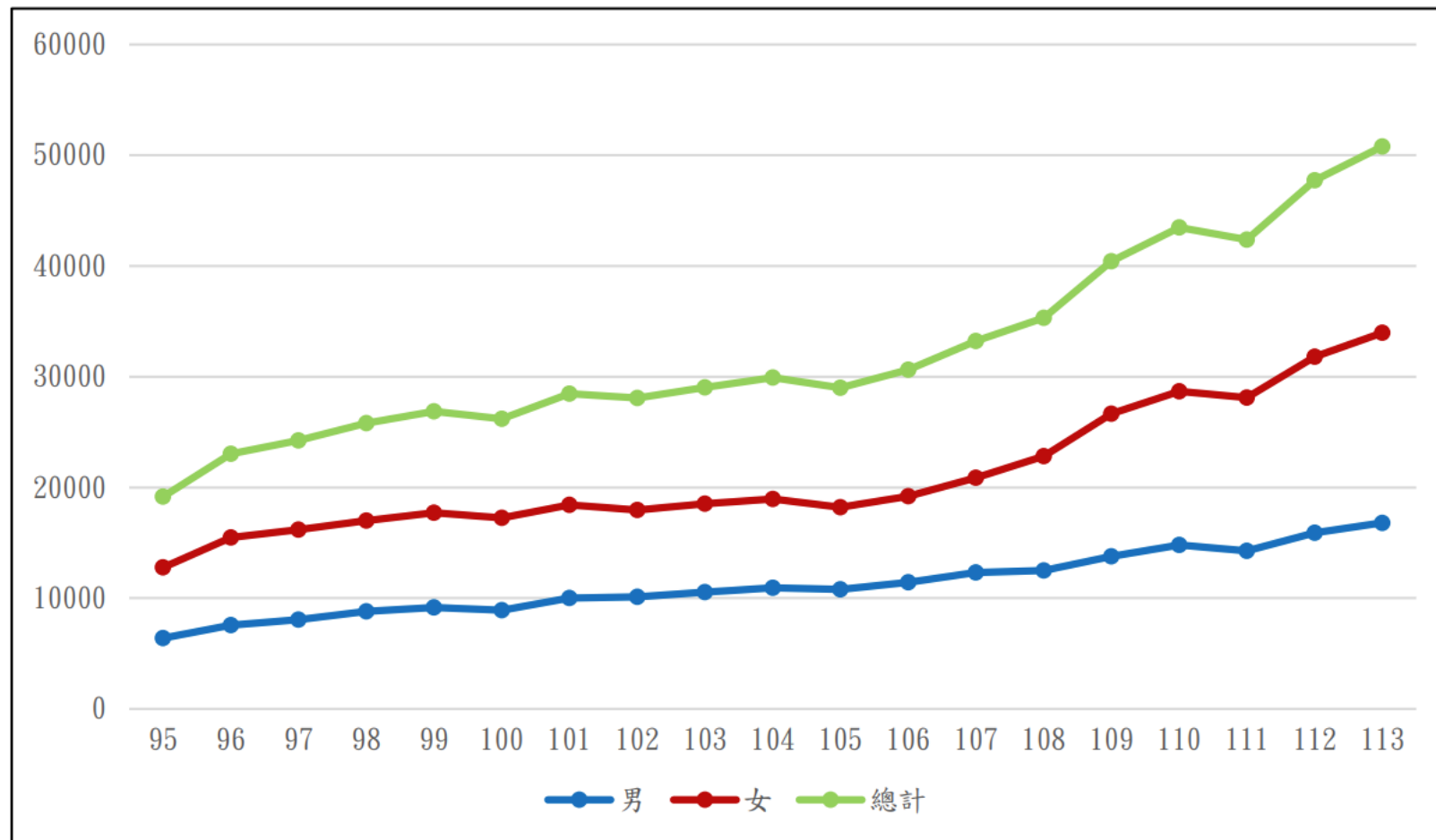
通報系統成效佳



95-113 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖

# 自殺通報比例

## 女 > 男



95-113 年全國性別自殺通報趨勢圖

# 通報及自殺率在性別上的差異

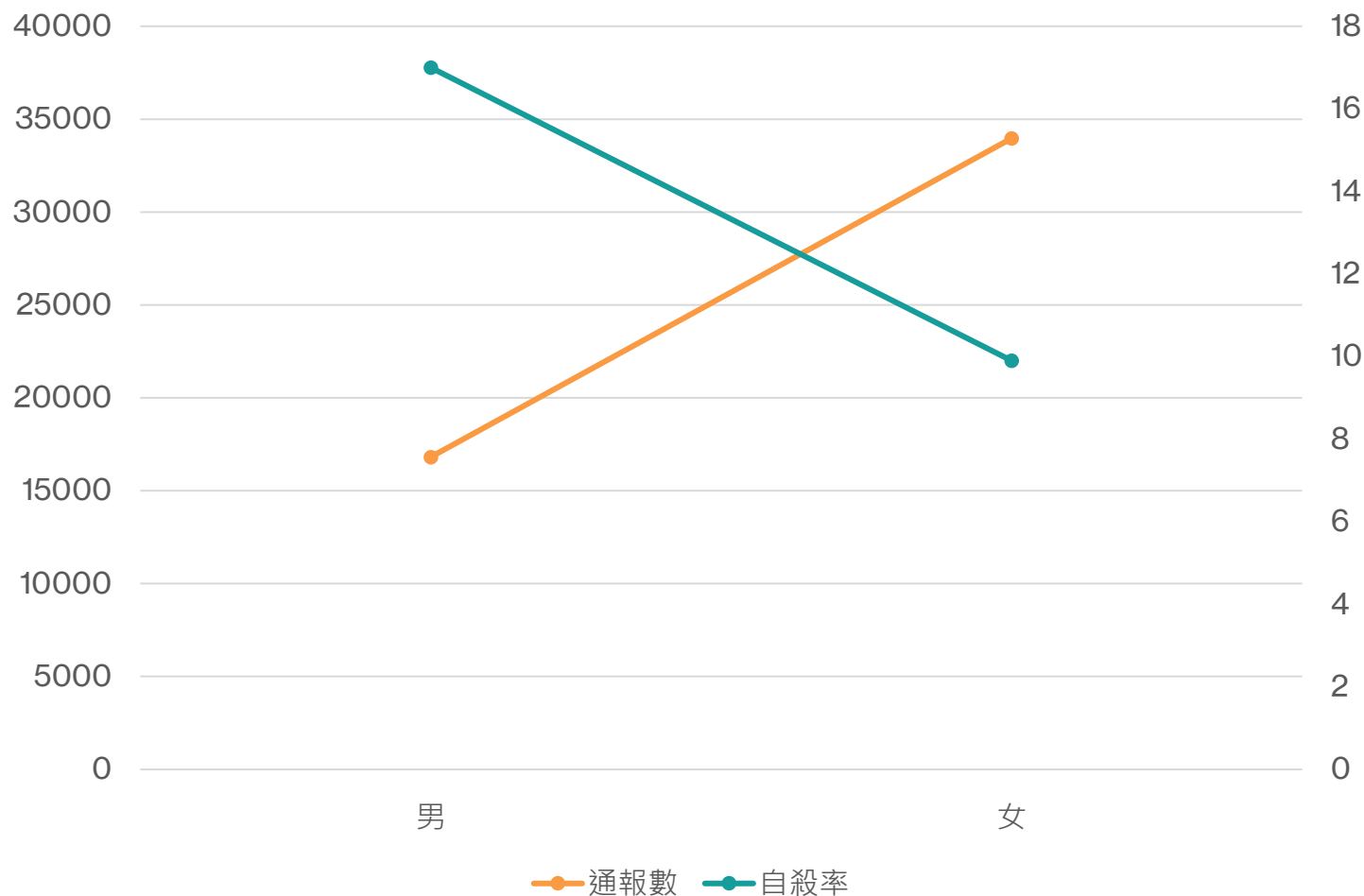
- 自殺率:  
男17(2567人)
- 女9.9(1495人)

- 自殺通報數
- 男16,812
- 女33,967

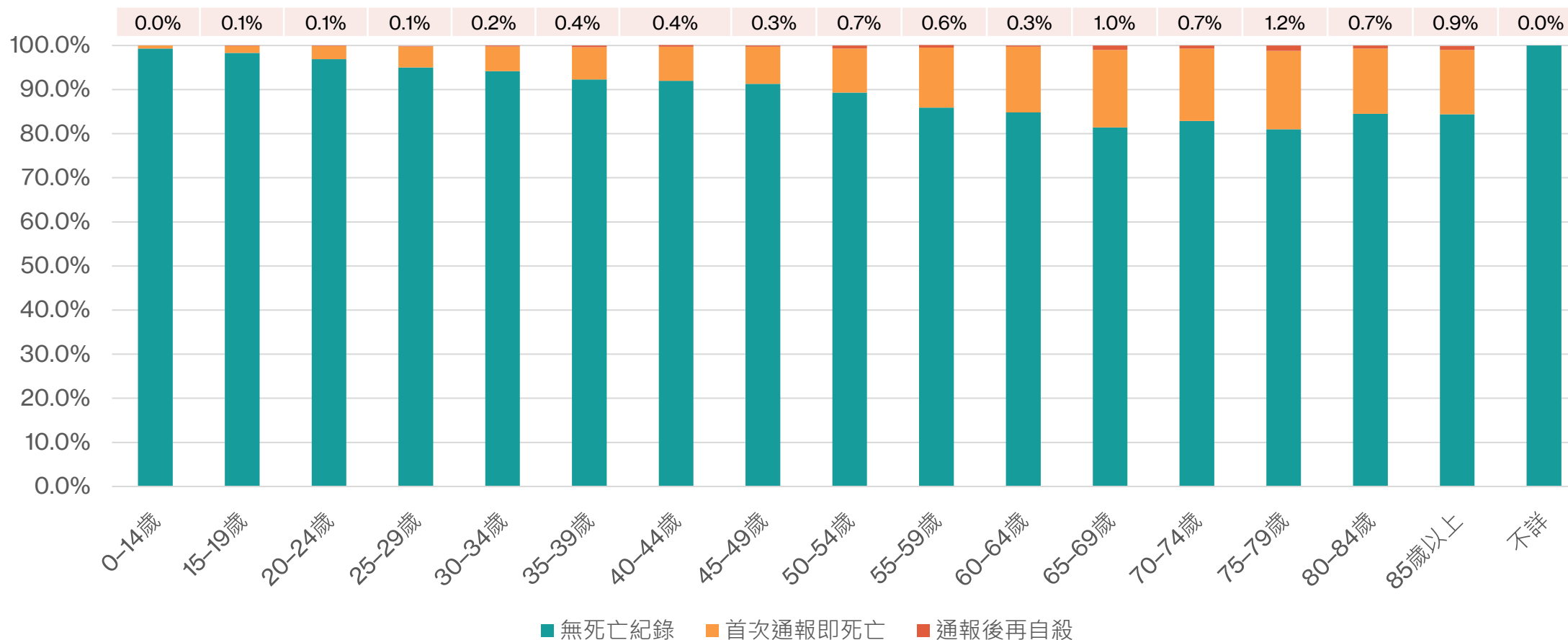
- 男性自殺率較高
- 女性自殺企圖率較高

男性較常使用致死率高的自殺方法  
較少進行求助 ( 較少被通報捕捉到 )

113年 通報數及自殺率在不同性別上的樣貌



# 113年全國自殺企圖通報個案之死亡情形-年齡



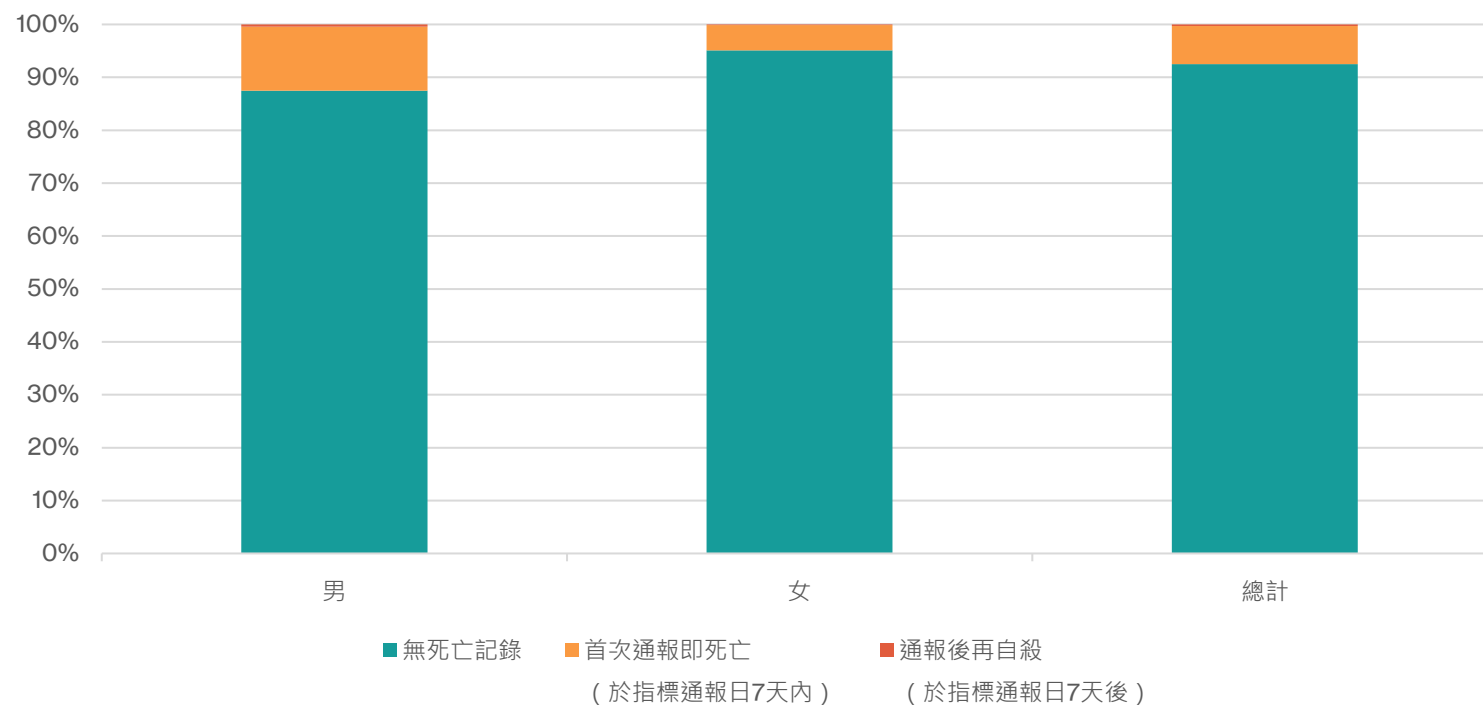
通報後，再自殺身亡的比例低(佔全通報人數的0.4%)

隨年齡提升，首次通報即自殺身亡佔通報人數比例也變高

# 113年全國自殺企圖通報個案之死亡情形-性別

	無死亡記錄	首次通報即死亡	通報後再自殺	再自殺/ 再自殺+無死亡
男	87.5%	12.1%	0.4%	0.455%
女	85.4%	4.3%	0.1%	0.117%
總計	92.5%	7.2%	0.3%	0.323%

113年全國自殺企圖通報個案之死亡情形

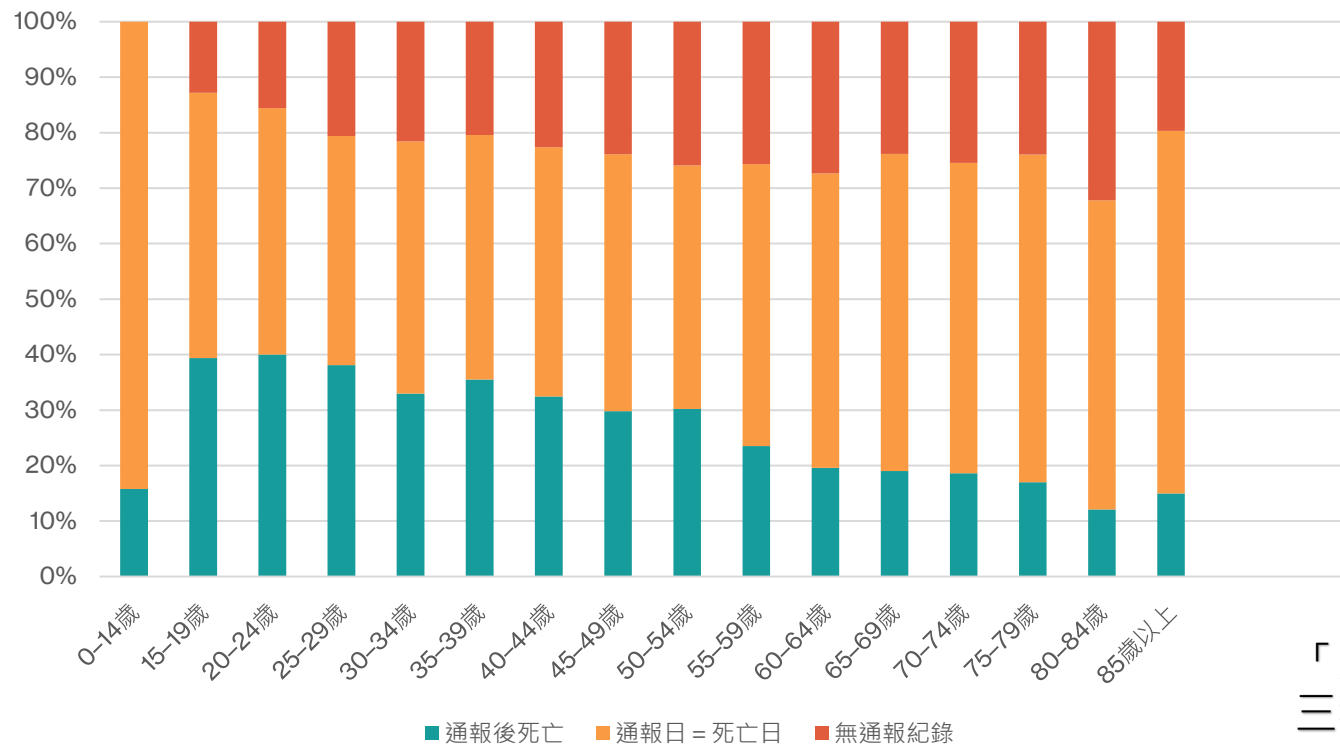


身亡比例低

- 衝動行為  
(自殺身亡需要在一種特殊的意識狀態下)
- 死亡體悟
- 社會支持的介入

# 從自殺身亡個案回顧先前的通報情形

113年自殺死亡個案生前通報情形 (依年齡層比例)



隨年齡層不同  
15~40%的人在身亡前有被通報

「先前有通報紀錄」的比例低

三種解釋：

1. 通報後資源的進入，使得人不容易自殺
2. 無法被通報覆蓋到的個案，本身的社會支持較低
3. 自殺身亡需要足夠的衝動性，在身邊的人反應之前進行

# 自殺通報原因

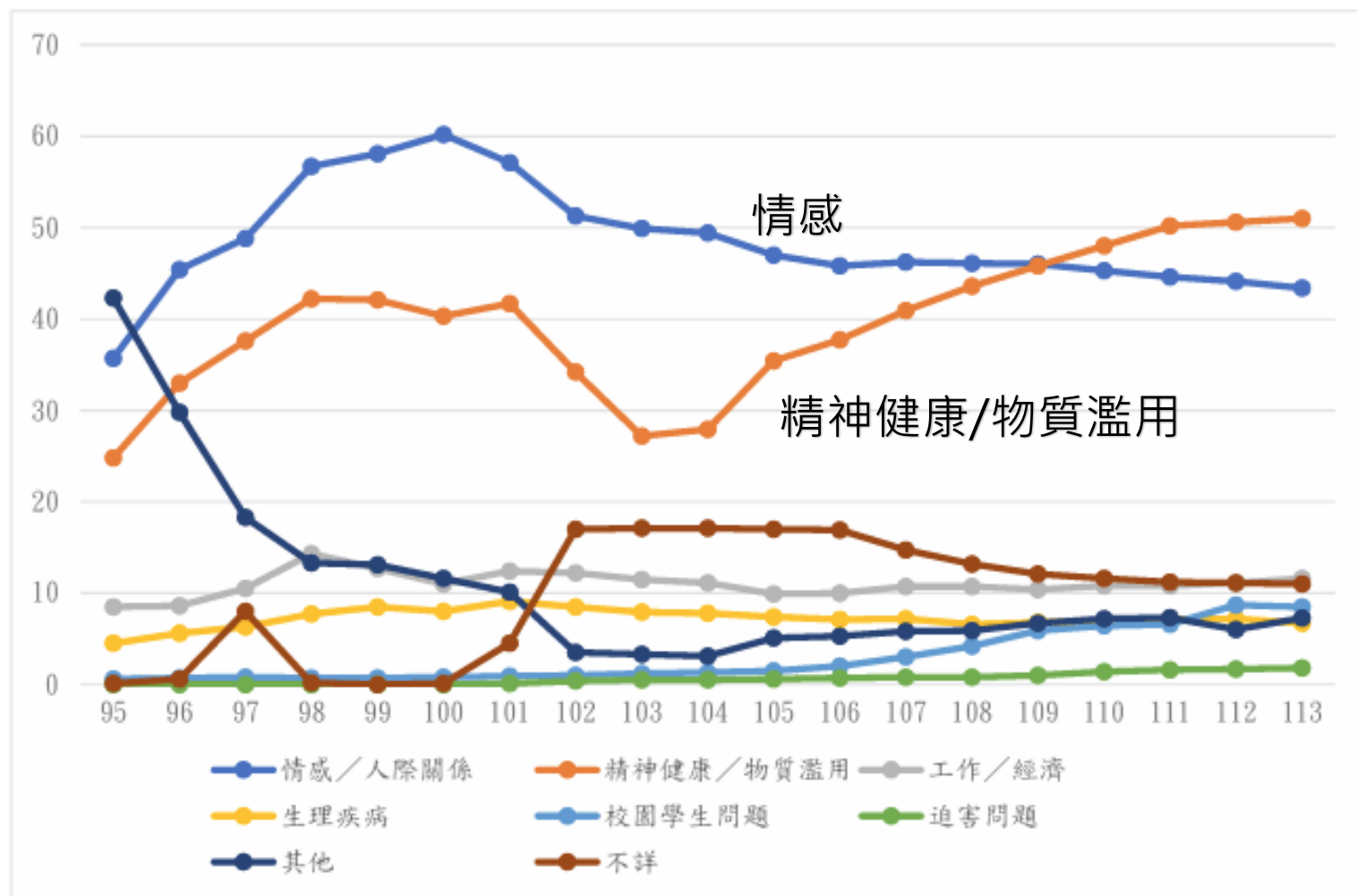


圖 2-2-19、95-113 年全國自殺通報原因占率圖

# 小結

- 資料告訴我們什麼？

- 通報後再自殺身亡率極低（僅 0.4%）——通報本身有保護作用
- 男性首次通報即死亡比例（12.1%）遠高於女性（4.3%）——使用高致命性方法、較少求助（被關注）
- 自殺身亡者中，僅 15–40% 曾被通報系統捕捉到——多數高風險者從未出現在紀錄中
- 通報原因以情感/人際關係、精神健康為主，近年精神健康因素比例持續上升

- 對我們的啟示：

- 1.妥善的通報作為，讓社會資源進入
- 2.對於身邊家人、朋友、工作同仁保持關心，增進彼此的社會支持
- 3.有餘力時，定期關注身邊的人，並對細小的變化保持好奇

# 蜂鳴法

適用情形：焦慮



1. 閉上眼睛，用食指按住耳朵。
2. 保持嘴巴緊閉，慢慢通過鼻子深吸氣到腹部。
3. 吐氣時從喉嚨發出如蜂鳴般嗡嗡聲，同時由鼻子吐氣。



# 自殺自傷底下的痛苦

痛苦的相關知識

# 痛苦的樣態

Paris (慢性自殺)

核心悖論：保留「可以死」的選項，才是他們「繼續活著」的方式。  
自殺意念是一種應對策略，而非單純的危機信號。

## 心理痛苦 Psychic Pain

超出常人能想像的程度。不僅強烈，而且持續無休，感覺毫無改變的可能。這種痛苦在質量上已與一般悲傷不同。



眼前的壓力

Shneidman (現代自殺學之父)

破裂的關鍵人際關係  
受挫的愛和歸屬

## 空虛感 Emptiness

不同於憂鬱症的失落感。患者描述「內心什麼都沒有」、「感覺自己什麼都不是」——不是「曾經有過」，而是「從未存在過」。



過往的失落

被打擊和羞辱的自我形象

## 無望感 Hopelessness

若不記得快樂為何物，便難以期待幸福回來。不同於一般憂鬱，這種無望感根植於患者整個人生經歷之中。



未來的無望

被破壞的掌控與規劃

# 心理痛苦理論 ( Psychache Theory )

現代自殺學之父Edwin S. Shneidman

- 自殺是為了終止極端強烈或持續累積的心理痛苦
  1. 隨著痛苦增強或累積，日益絕望。
  2. 一旦痛苦程度超過內心所能承受的那條線，  
心智就會進入一種狹隘、固著的特殊狀態
  3. 一旦內心被自殺是唯一出口的聲音佔據，就會自殺

# 特殊的心智狀態

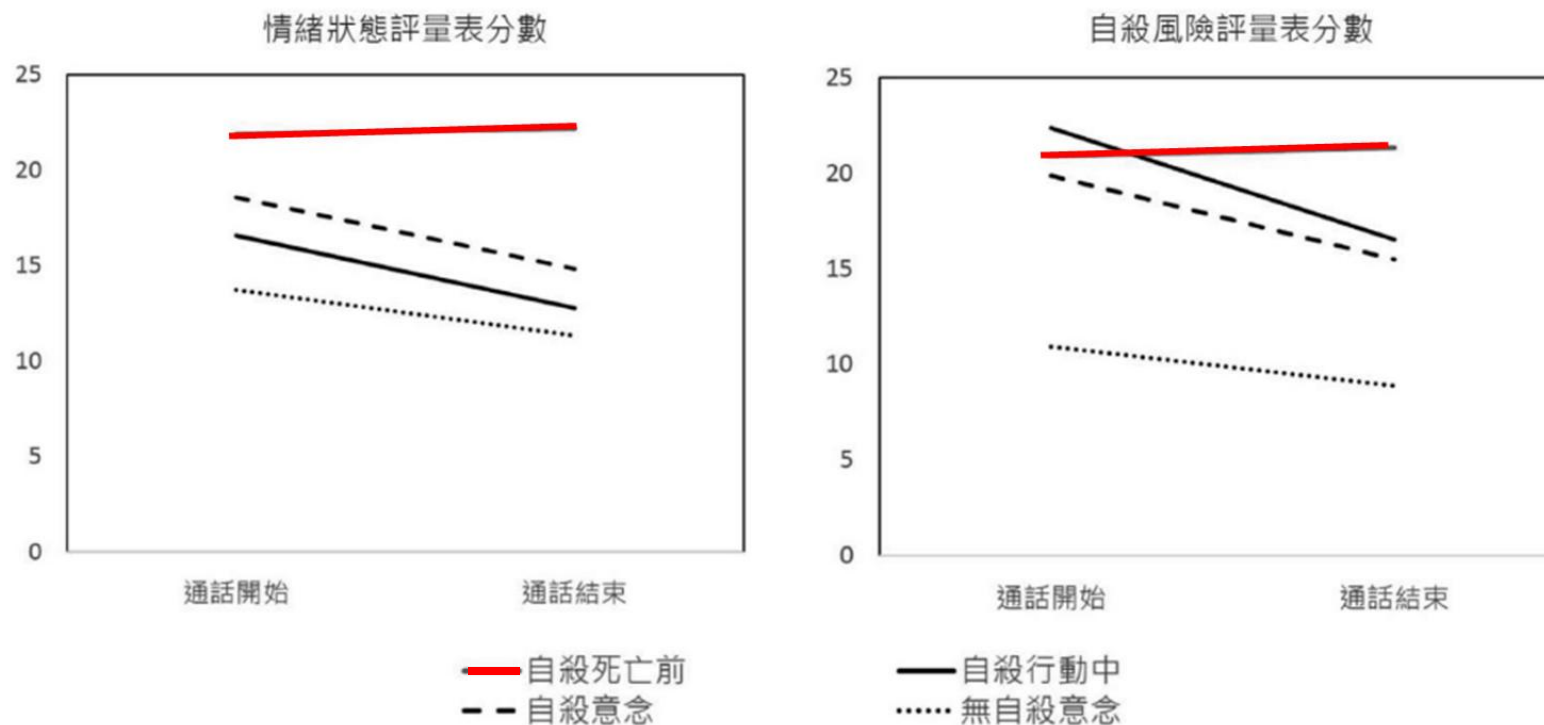


圖 1 從通話開始至通話結束，研究參與者自殺死亡前以及對照組自殺企圖進行中案主、自殺意念案主、無自殺意念案主的情緒狀態評量表（MSRS）分數和自殺風險評量表（SRS）分數之變化

蕭富聰（2021）。自殺死亡者求助熱線末通來電之情緒困擾與自殺風險程度初探。臺灣諮商心理學報，9(1)，51-70。

電話協談服務可以降低自殺企圖進行中案主、自殺意念案主、無自殺意念案主的情緒困擾和自殺風險，但是在即將自殺死亡者身上看不到這些正面效果。

對即將自殺死亡者來說，他們的困境和苦楚彷彿沒有盡頭，也無法感受或想像未來希望，自殺似乎是唯一解決之道；而他們的沈重痛苦無望和堅決死意，又或許已超過志工的專業能力，導致協談服務更難發揮成效。

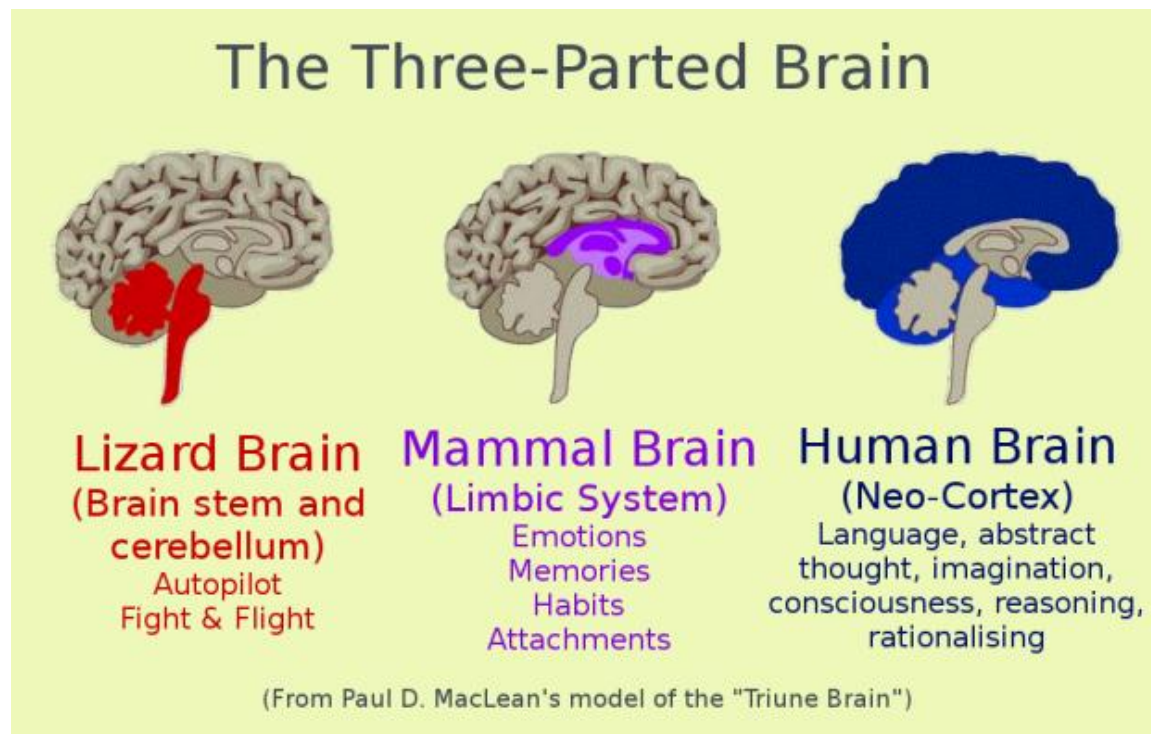
此項發現呼應流體脆弱性理論相關研究觀察到的自殺風險高原期現象，亦符合心理痛苦理論所述，當情緒折磨帶來的痛苦超過個人承受之極限，**心智就會變得狹隘**。

反芻時，大腦的威脅監測系統會過度活躍，例如杏仁核（負責威脅與恐懼反應的中樞）活動增加，

而負責理性思考與情緒調節的前額葉皮質活性則相對下降；同時，與放鬆和恢復相關的迷走神經調節能力也受到抑制。

這種狀態會讓大腦更難「踩煞車」，情緒調節能力下降，思緒自然也就更難停下來。

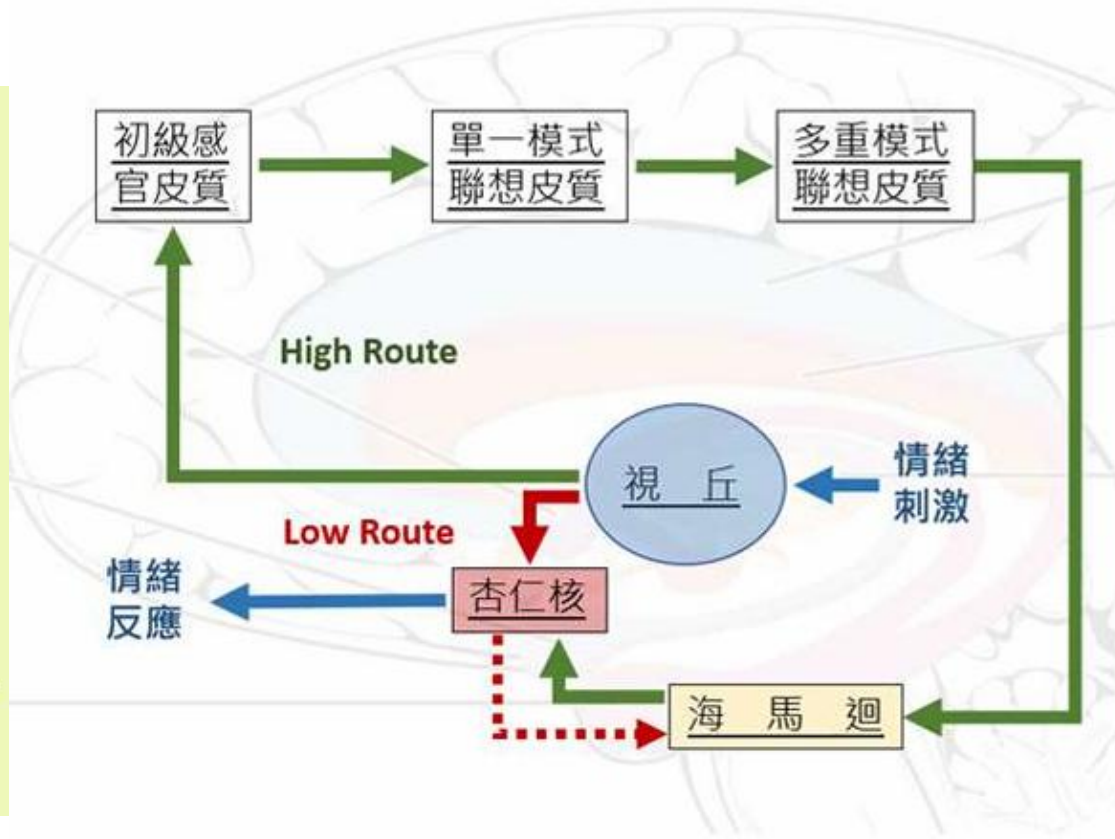
# 情緒與思考



自動

情感  
經驗  
依戀

推理  
社會性



## 順著這個模式我們來談：NSSI非自殺性自傷

- 痛苦調節：自傷大多數是比較不恰當的心理痛苦調節（工具而非目的）  
自傷是一種行為，而行為背後存在目的，目的底下有需求
- 特殊狀態：自殺絕大多數是痛過頭讓大腦暫時失常（陷入解離、反芻思考）  
深思熟慮的計畫自殺相對少見
- 無意識的迴圈：重複自殺、自傷是一種自動化行為

DSM-5提出要診斷 **NSSI(非自殺性自傷)**必須符合如下的準則：

( A ) 在過去的一年中，個案在5天或更多的時間內，刻意對於自己的身體表面造成傷害，這可能引起出血、瘀青或疼痛（如：切割、燒燙、刺、撞擊、過度擦磨），而個案執行這行為的目的，是期待只造成少許或中度的身體傷害、但並非自殺意圖。

( B ) 個案之所以要執行這些**NSSI**，是因為抱持以下一個或更多的期待：

- ( 1 ) 能從負面感覺或認知狀態中解放出來；
- ( 2 ) 解決人際困難；
- ( 3 ) 引起正向的感覺。

這些所期待發生的解放或反應，會在執行**NSSI**時或短暫之後產生。

( C ) 這種刻意的**NSSI**，與以下至少一項有關：

- ( 1 ) 有人際困難、或負向感覺時，如憂鬱、焦慮、緊張、生氣、廣泛痛苦、或自我批評，這些會先比**NSSI**出現早一些時間發生；
- ( 2 ) 在執行**NSSI**之前，會有一段時間腦子被想要執行**NSSI**的意圖所佔據、難以控制；
- ( 3 ) 腦子時常想著要執行**NSSI**，就算是沒執行**NSSI**時也在想要去作。

( D ) **NSSI**並不像人體穿環、刺青、宗教或文化儀式的一部分那樣地受到社會認同，也不是摳結痂或咬指甲的一部分行為。

( E ) **NSSI**或它的後遺症會導致臨床上重大痛苦或干擾人際、學業或其他重要功能。

( F ) **NSSI**必須和其他精神疾病做區分。如果發生在神經發展障礙症 ( neurodevelopmental disorder ) 患者身上，則不能是反覆常同行為 ( repetitive stereotypies ) 的一部分。

# 自傷(無死亡意圖)行為的主要功能

- ( 1 ) 能從負面感覺或認知狀態中解放出來 中斷自己的想法
- ( 2 ) 解決人際困難
- ( 3 ) 引起正向的感覺 這樣舒服一點

作用的原理：

1. 急性痛訊號屏蔽慢性痛訊號
2. 腦內啡止痛/開心
3. 解除情感麻木或混亂 (中斷解離或是反芻思考)
4. 透過具體的事件改變系統動力


下頁說明

# 透過具體的事件改變系統動力（續）

- 1.我不行了的代言(：我感覺你聽不懂我先前表達的)  
例：以自傷或「預告自殺」來表達痛苦程度
- 2.那你還要我怎麼樣(實際或塑造退無可退的狀態)  
例：小時候作業寫不完趴桌上睡。
- 3.系統功能不良，個人作為系統的代罪羔羊(壓力出口)  
例：停滯的父母將期待或挫折流動到孩子身上。
- 4.透過「極端事件」的發生，強迫系統重新組織  
例：因為「問題行為」進到通報系統，開始接受諮商。

有時真的會不免想「是不是在演？」是正常的。

但讓我們準備一些「可能性」（理論），讓我們面對我們所在意的人，可以多一些停留



# 辨識與評估

警訊辨識 • 風險評估 • 破除迷思

# 自殺死亡方式分析

## 113年全國自~~殺~~死亡方式分析 (10歲組)

前3高自殺方式 (依死亡人數排序) / 113年全國自殺死亡個案 (共 4,062 人)

年齡組	第1名 自殺方式	死亡人數	占率 (%)	第2名 自殺方式	死亡人數	占率 (%)	第3名 自殺方式	死亡人數	占率 (%)
0-14 歲	[Redacted]	17	89.5%	[Redacted]	1	5.3%	[Redacted]	1	5.3%
15-24 歲		125	45.6%		49	17.9%		41	15.0%
25-34 歲		204	37.1%		132	24.0%		120	21.8%
35-44 歲		258	37.2%		198	28.5%		123	17.7%
45-54 歲		208	30.9%		204	30.3%		116	17.2%
55-64 歲		268	36.6%		136	18.6%		111	15.2%
65-74 歲		263	41.7%		98	15.5%		87	13.8%
75 歲以上		191	39.1%		120	24.5%		66	13.5%

資料來源：114年自殺防治成果報告 (衛生福利部, 2025)。死亡方式依 ICD 編碼分類, 113年全國自殺死亡個案共 4,062 人。

自殺方式的死亡人數跟哪些因素有關？

普遍性  
致死率

# 自殺死亡方式分析

## 113年全國自殺死亡方式分析 (10歲組)

前3高自殺方式 (依死亡人數排序) / 113年全國自殺死亡個案 (共 4,062 人)

年齡組	第1名 自殺方式	死亡人數	占率 (%)	第2名 自殺方式	死亡人數	占率 (%)	第3名 自殺方式	死亡人數	占率 (%)
0-14 歲	由高處跳下	17	89.5%	燒炭 (其他氣體)	1	5.3%	上吊、自縊	1	5.3%
15-24 歲	由高處跳下	125	45.6%	上吊、自縊	49	17.9%	燒炭 (其他氣體)	41	15.0%
25-34 歲	燒炭 (其他氣體)	204	37.1%	上吊、自縊	132	24.0%	由高處跳下	120	21.8%
35-44 歲	燒炭 (其他氣體)	258	37.2%	上吊、自縊	198	28.5%	由高處跳下	123	17.7%
45-54 歲	燒炭 (其他氣體)	208	30.9%	上吊、自縊	204	30.3%	由高處跳下	116	17.2%
55-64 歲	上吊、自縊	268	36.6%	燒炭 (其他氣體)	136	18.6%	由高處跳下	111	15.2%
65-74 歲	上吊、自縊	263	41.7%	由高處跳下	98	15.5%	固/液體物質中毒	87	13.8%
75 歲以上	上吊、自縊	191	39.1%	固/液體物質中毒	120	24.5%	溺水 (淹死)	66	13.5%

資料來源：114年自殺防治成果報告 (衛生福利部, 2025)。死亡方式依 ICD 編碼分類, 113年全國自殺死亡個案共 4,062 人。

跳樓、上吊、燒炭為死亡人數最高的幾種方式，他們有什麼共同要素？

可近性  
致命性  
瞬間 / 無法回頭

# 自殺企圖通報自殺方式分析

## 113年全國自殺企圖通報個案之自殺方式分析 (10歲組分析)

前3高自殺方式 (依人次排序) | 113年全國自殺企圖通報個案

年齡組	第1名 自殺方式	人次	占率 (%)	第2名 自殺方式	人次	占率 (%)	第3名 自殺方式	人次	占率 (%)
0-14 歲	[Redacted]	1,541	38.7%	[Redacted]	1,121	28.2%	[Redacted]	422	10.6%
15-24 歲		5,457	37.5%		3,925	27.0%		2,203	15.1%
25-34 歲		2,929	29.7%		2,710	27.5%		1,274	12.9%
35-44 歲		2,385	30.4%		1,950	24.9%		877	11.2%
45-54 歲		2,073	35.8%		1,114	19.2%		628	10.8%
55-64 歲		1,177	31.1%		504	13.3%		356	9.4%
65-74 歲		692	25.1%		291	10.6%		283	10.3%
75 歲以上		521	23.7%		265	12.0%		261	11.9%

資料來源：114年自殺防治成果報告 (衛生福利部, 2025)。人次為113年全國自殺企圖通報個案數。

# 自殺企圖通報自殺方式分析

## 113年全國自殺企圖通報個案之自殺方式分析（10歲組分析）

前3高自殺方式（依人次排序） / 113年全國自殺企圖通報個案

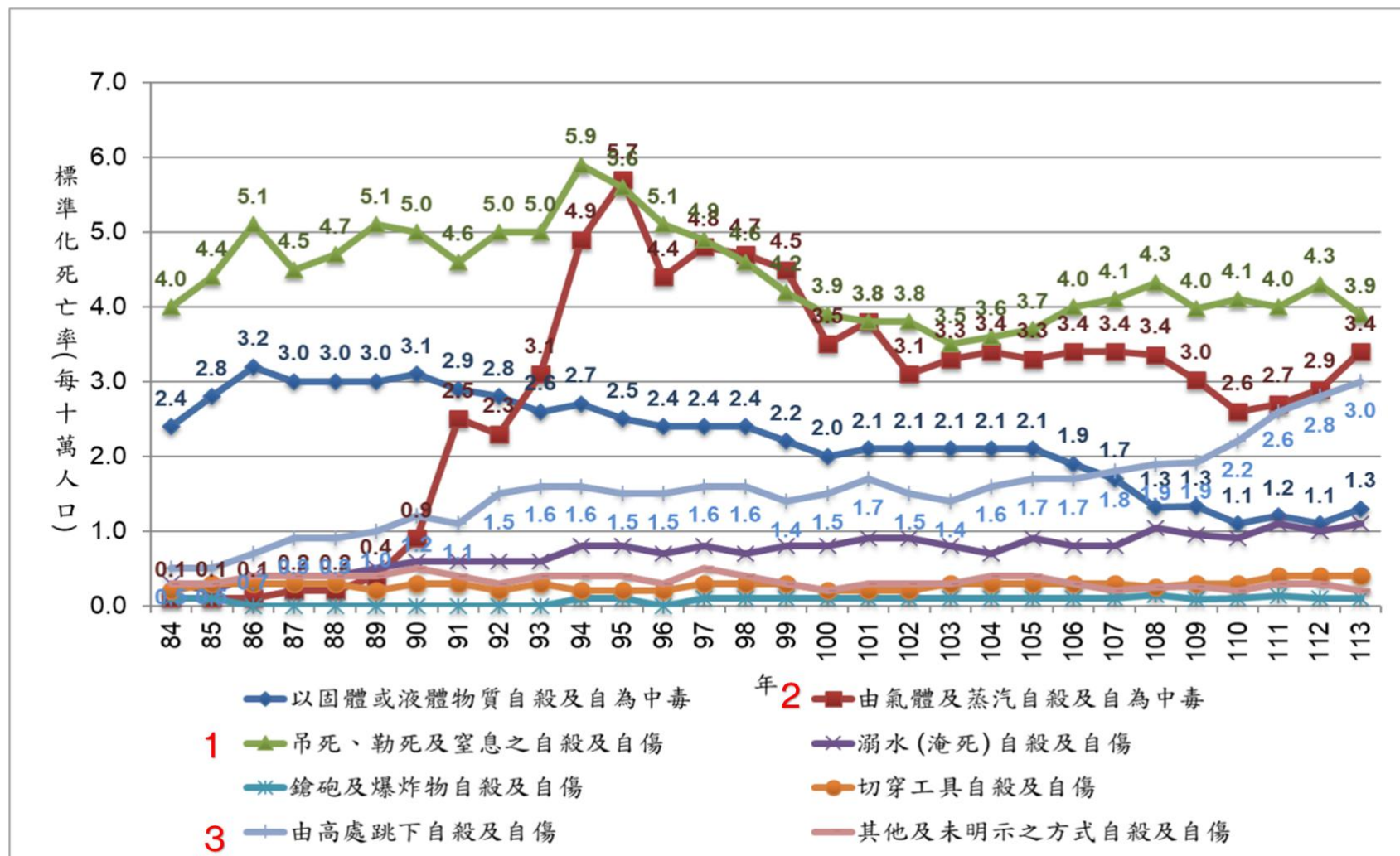
年齡組	第1名 自殺方式	人次	占率 (%)	第2名 自殺方式	人次	占率 (%)	第3名 自殺方式	人次	占率 (%)
0-14 歲	割腕	1,541	38.7%	高處跳下	1,121	28.2%	安眠藥鎮靜劑	422	10.6%
15-24 歲	割腕	5,457	37.5%	安眠藥鎮靜劑	3,925	27.0%	高處跳下	2,203	15.1%
25-34 歲	割腕	2,929	29.7%	安眠藥鎮靜劑	2,710	27.5%	高處跳下	1,274	12.9%
35-44 歲	安眠藥鎮靜劑	2,385	30.4%	割腕	1,950	24.9%	高處跳下	877	11.2%
45-54 歲	安眠藥鎮靜劑	2,073	35.8%	割腕	1,114	19.2%	高處跳下	628	10.8%
55-64 歲	安眠藥鎮靜劑	1,177	31.1%	割腕	504	13.3%	高處跳下	356	9.4%
65-74 歲	安眠藥鎮靜劑	692	25.1%	割腕	291	10.6%	上吊、自縊	283	10.3%
75 歲以上	安眠藥鎮靜劑	521	23.7%	一般農藥	265	12.0%	上吊、自縊	261	11.9%

資料來源：114年自殺防治成果報告（衛生福利部，2025）。人次為113年全國自殺企圖通報個案數。

自殺企圖的方法以割腕、藥物為主

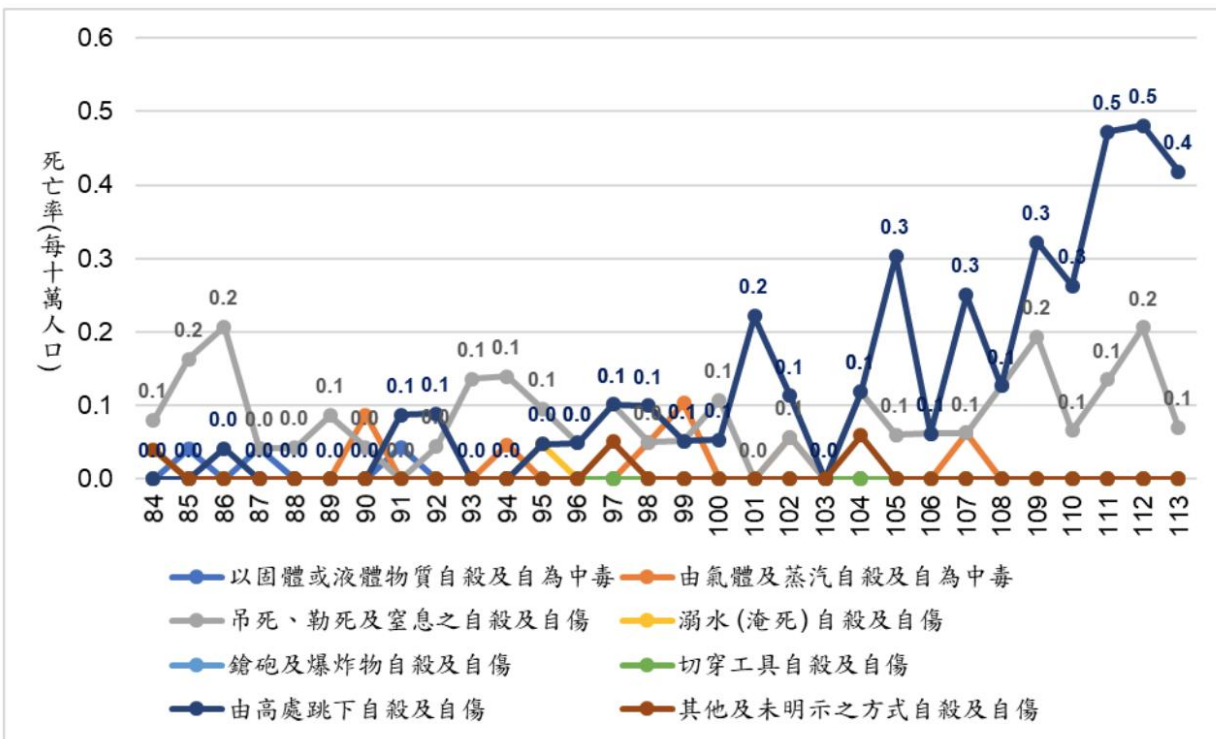
調節痛苦的功能  
致命性較低

# 自殺方式死亡率

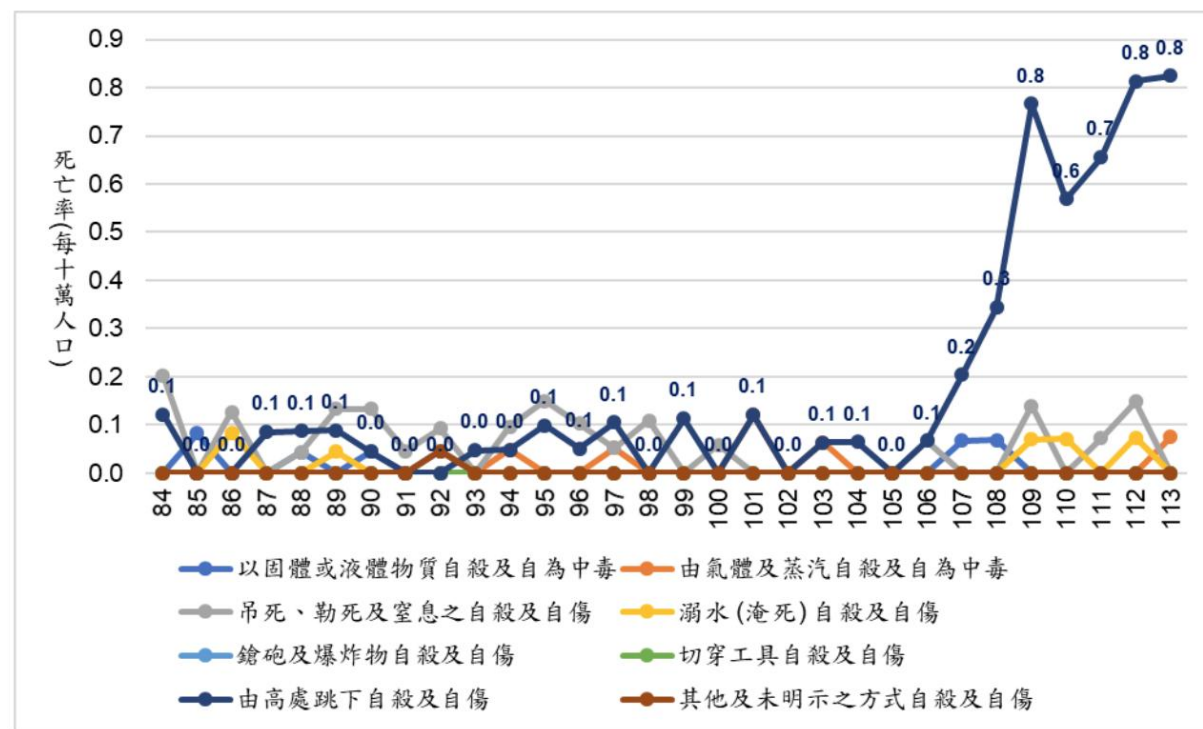


84-113 年全國各自殺方式標準化死亡率

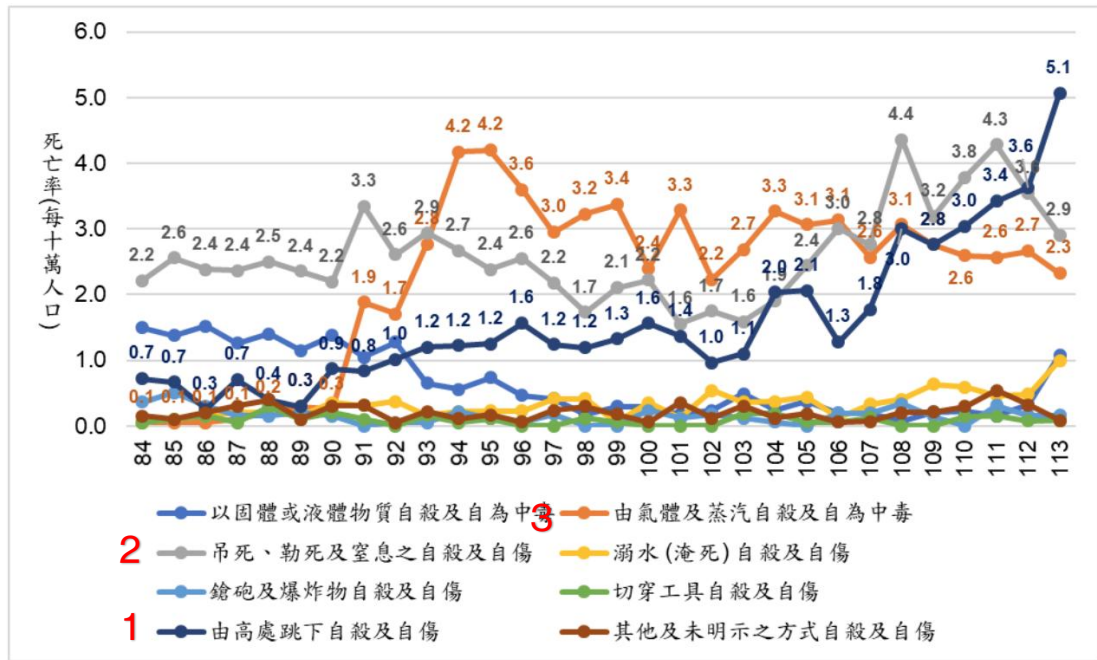
# 0-14歲



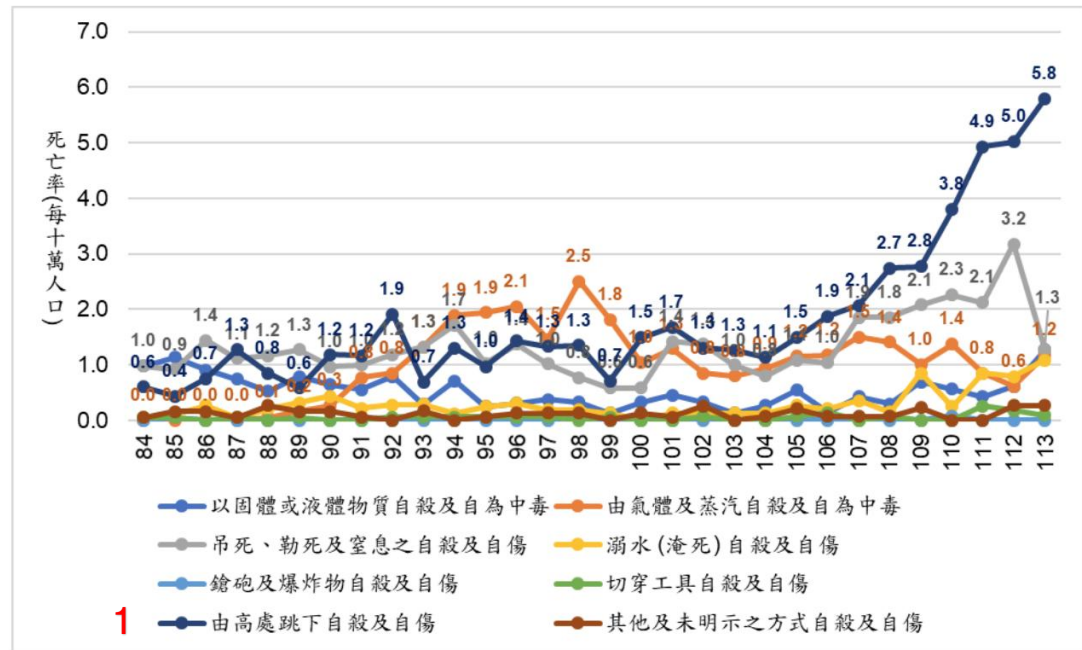
84-113 年男性 0-14 歲各自殺方式死亡率



84-113 年女性 0-14 歲各自殺方式死亡率



84-113 年男性 15-24 歲各自殺方式死亡率



84-113 年女性 15-24 歲各自殺方式死亡率

# 如何評估自殺方式的風險

從數據反推：哪種方法最危險？

- 某方法在統計上造成大量死亡，代表其致命性高、救援機會低
- 台灣前三高致命方法（113年）：1. 上吊/窒息 2. 燃燒木炭（氣體） 3. 由高處跳下
- 年輕族群（尤其女性 0-24 歲）：跳樓比例近年快速攀升，已成主要方法
- **臨床意義**： 評估個案使用的方法 → 推估可近性 / 致命性 → 決定介入急迫程度/涵容程度

# 警訊辨識

## 語言警訊

- 直接：「我想死」「我不想活了」
- 間接：「你們會更好」「我活著沒意義」
- 告別性語言：「最後一次...」

## 行為警訊

- 整理遺物、交代後事
- 突然平靜（決心已定）
- 搜尋或囤積藥物、器具
- 告別親友、社交退縮

## 情境警訊

- 重大失落（失業、分手、喪親）
- 羞辱性事件（校園霸凌、家暴）
- 週年效應(重大事件後)
- 出院後 2-4 週（高危險期）

# 風險評估框架

## SLAP 評估架構



**Specific (計畫具體性)**

有無具體計畫、時間、地點？



**Lethality (致命性)**

使用方法的致死率有多高？



**Availability (可取得性)**

方法/工具是否容易取得？



**Proximity (近期性/時間)**

是否有確定的時間點？

*保護因子：家庭連結、宗教信仰、育兒責任、對未來的期待、治療關係*

Dwivedi Y, editor. The Neurobiological Basis of Suicide. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis; 2012. PMID: 23035294.

# 時間尺度

	過去	現在	未來
長時間尺度	過去的自殺史	獲救感覺： 「現在想不想自殺」	未來計畫
	事前	事中	事後
自殺企圖前後	生理： 物質使用 心理： 精神病、精神官能症 情境： 各種前置因子	想法：強烈程度 計畫：衝動性、計畫性 企圖： 致命性 - 跳樓、上吊(82%) 低致命性(<4%) - 吞安眠藥、割腕	獲救原因/保護因子 (周圍的人)



# 介入與陪伴技巧

溝通對話 • 安全計畫 • 危機處理

# 省思小練習

---

自我對話・認識自己

# 心理位移

請先回憶一個你過去在關心人時經歷的壓力 / 挫折事件

## •書寫的形式：四段式的書寫

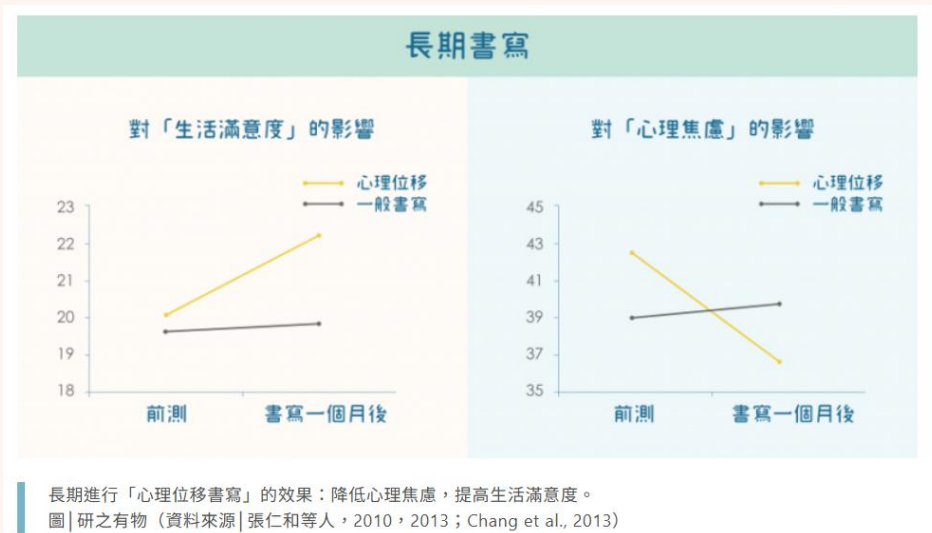
1. 「我」：首先，以第一人稱的「我」來書寫這個事件及所引發的心情、感受、想法或狀態等。
2. 「你」：「我」寫完之後，空一行，將主詞換成第二人稱的「你」（稱呼自己為「你」），像是對著自己一般的書寫。
3. 「他」：「你」寫完之後，再空一行，再將主詞換成第三人稱的「他」（稱呼自己為「他」）。
4. 此時此刻的我（再回到我）：當寫完「他」之後再描述一下此時此刻「我」的心情來描述當下的心情與感受,而非針對該書寫事件。
5. 針對「我」、「你」與「他」三種不同狀態進行比較,分享在「我」「你」與「他」三種不同位格上,所經驗到的轉換感受與想法。

※讓這些狀態透過文字自然的流露出來，不必做任何的修飾

※請保持在此時此刻的狀態（不打草稿、不用規劃）



位格	特性	
我	情緒起伏	交代細膩
你	關懷支持	批評指責
他	情緒理解	事件理解



# 若認同自殺自傷是調節心理困擾（雖然我們不鼓勵的）策略

## 無心力的情況，常常變成這樣

「你不會真的去做吧？」（對方勉強擠出來的求助，很快地被吸回去）

「不要想這些」（拒絕理解）

「有什麼好想死的」（忽略 / 否認情緒調節的功能）

「都是我的錯」（家人間常見，拉對方關注自己）

「你這樣說我好擔心，我今晚都睡不著了」（呈現得更脆弱，使對方反過來照顧你）

「你知道你這樣說，我壓力有多大嗎？」（責怪與競爭）

# 若認同自殺自傷是調節心理困擾（雖然我們不鼓勵的）策略

無心力的情況，就別急著回覆

一個擁抱

「我今天沒辦法陪你聊很久，  
剩下的可以先留言給我嗎。」

「我很在意你，如果可以的話，  
我能跟你約一個我精神更好的時間嗎？  
這樣我能更好的回應你。」

「你可以把想說的話，  
先打下來給我，我會再好好回覆。」

緩衝、保有界線的話總是不容易的  
因為我們也在經歷緊張跟擔心  
注意自己的緊張與擔心，避免更加造成對方負擔是關鍵

# 若認同自殺自傷是調節心理困擾 (雖然我們不鼓勵的) 策略

有心力的情況，可以這樣做

好的傾聽是透過

平靜的心情

(心情要平穩，才不會用對方來處理自己的問題)

溫和的姿態

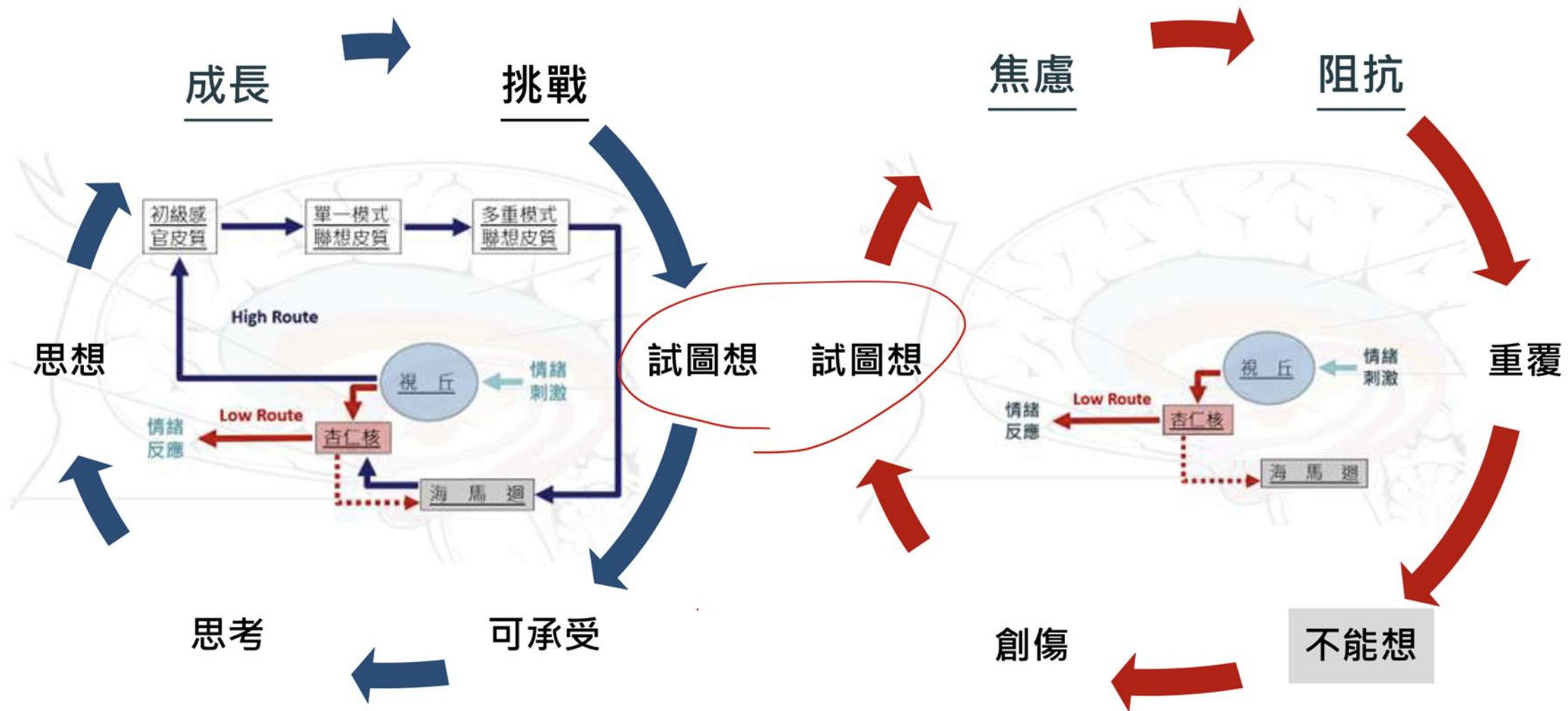
(先暫緩過往的習慣、角色，讓對方可以停留在自己面前)

「好奇對方所見」的問句 (不是替對方判斷，而是了解對方看到什麼、如何組織、如何感受)

凝視對方的凝視

我們不容易拿走對方的痛苦，但陪伴會讓人比較好受。

X我都可以熬夜加班，我不懂你為什麼不能接受欸



自己先安全，才能帶對方感到安全

# 破除迷思：你敢問嗎？

✘ 問了會不會引發自殺？



✓ 研究顯示不會。  
開口詢問往往讓個案感到被看見，  
反而有保護效果。

✘ 說「我想死」只是在引起注意？



✓ 即使有溝通意圖，痛苦是真實的。  
不應以動機評判訊號的嚴重性。

✘ 自殺行為可以準確預測？



✓ 目前研究一致顯示：  
沒有工具能準確預測個別個案，  
假陽性比例極高（Paris, 2024）。

# 如何開口談自殺

✘ 「你沒有想不開的吧？」

✓ 「我有些擔心你，  
你有沒有想到傷害自己？」

*直接問不會引發風險*

✘ 「想想家人，你不能這樣」

✓ 「你一定很痛苦，  
可以告訴我發生什麼事嗎？」

*先接住情緒，再了解狀況*

✘ 「不要想這些，振作！」

✓ 「有這樣的念頭讓你很累，  
我想多了解你的狀況。」

*同理而非否定、說教*

核心態度：好奇、非評判、願意陪伴——比任何技巧都重要

# 安全計畫 ( Safety Planning )

## 1 辨識警訊

早期危機信號

## 2 內在因應策略

情緒自我調節方式

## 3 社交分散注意

可以聯繫的人或場所 ( 不談危機 )

## 4 尋求他人支持

可以分享危機的信任對象

## 5 專業資源

心理師、危機熱線、急診

## 6 環境安全化

移除或限制取得致命工具

再來幾招小技巧

## 急性壓力

- 解離 / 凍結：解凍 3 3 3
- 焦慮：蜂鳴法
- 緊繃：平安 9 9 9

# 解凍333

適用情形：解離、凍結

	特徵一	特徵二	特徵三
第一樣事物			
第二樣事物			
第三樣事物			

例句：

請在這個空間裡幫我找三種顏色，然後跟我說你找到了什麼，他是什麼顏色  
聲音  
觸覺

*Part 4*

# 特殊議題與自我照顧

---

特定族群 • 媒體責任 • 助人者照顧

# 特定族群的考量

## 青少年

- 自殺意念高，死亡率相對低
- 情緒調節能力仍在發展中
- NSSI 盛行率近年顯著上升
- 同儕關係、校園議題是關鍵
- 社群媒體可能有模仿效應

## 老年人（常被忽視）

- 死亡率最高（手段更致命）
- 求助率低、社交孤立
- 喪偶、失能、慢性病是觸發點
- 缺乏心理健康服務使用習慣
- 初級醫療端接觸機會重要

## LGBTQ+ 族群

- 面對社會污名、家庭拒絕的風險
- 自殺意念盛行率顯著偏高
- 肯定性的態度是保護因子
- 不假設、直接以關心開啟對話
- 了解友善醫療與支持資源

# 媒體報導與維特效應

## 維特效應 ( Werther Effect )

自殺新聞的不當報導可造成模仿效應，尤其影響脆弱族群。有充分研究證據支持限制媒體報導的保護作用。

### 媒體報導指引

- ✓ 報導求助管道與資源
- ✓ 聚焦在康復、支持的故事
- ✓ 用「自殺死亡」而非「自殺成功」
- ✓ 描述自殺是複雜的、多因素的
- ✗ 描述自殺方式與地點細節
- ✗ 渲染、浪漫化或英雄化自殺
- ✗ 標題使用誇大、聳動字眼
- ✗ 將自殺歸因於單一事件

*社群媒體上也適用相同原則——轉發前請先思考。*

# 助人者的自我照顧

## 認識替代性創傷

---

長期接觸高風險個案  
可能造成情緒耗竭、  
麻木、過度警覺等反應  
→ 不是軟弱，是正常現象

## 建立督導機制

---

定期個人督導或  
團體諮詢至關重要  
(Paris: 個案自殺是  
執業生涯的常見事件)

## 機構層面的責任

---

創造可以說「我不確定」  
的安全文化  
定期案例討論  
提供員工協助方案

*「你無法照顧好別人，除非先照顧好自己。」照顧自己是專業倫理，不是自私。*

# 台灣危機資源

**1925**

安心專線

衛生福利部 24小時服務

**1995**

生命線

台灣自殺防治學會 24小時

**1980**

張老師

心理諮商專線

**119**

緊急救護

立即生命危險時使用

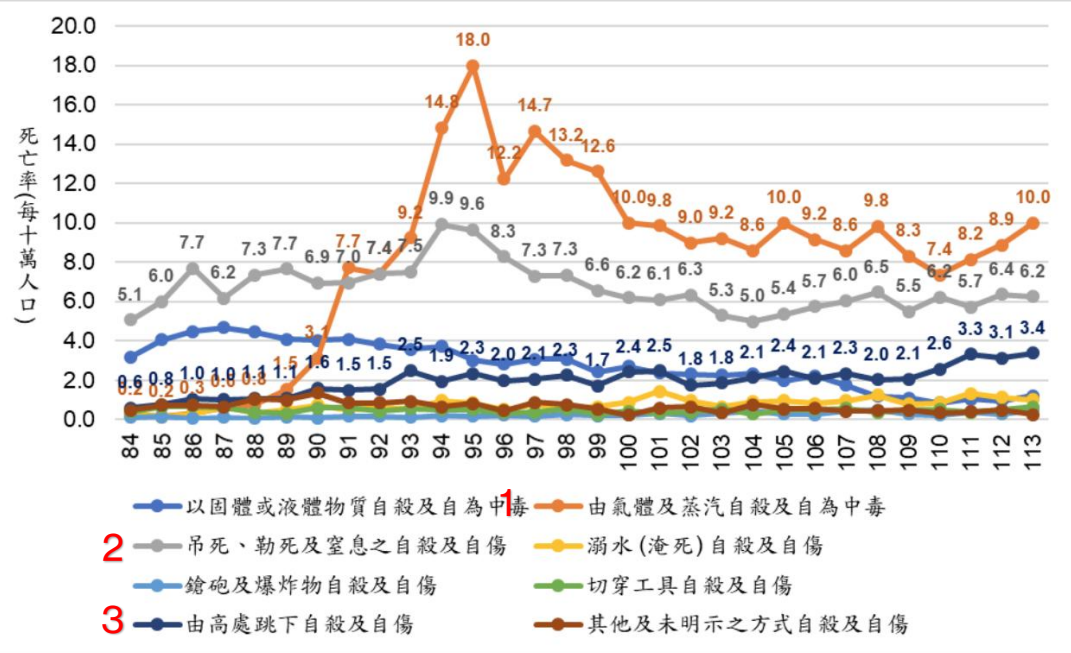
# 核心訊息

- ◆ 自己要先感覺到安全——再來陪伴他人
- ◆ 溫和而穩定的關心，不會引發自殺——沉默才會。
- ◆ 自殺、自傷時常是一種表達——傾聽與理解相當重要。
- ◆ 慢性自殺傾向需要不同的策略——耐心陪伴，拓展生活。
- ◆ 大多數的人最終選擇活下去——保持希望、持續陪伴。

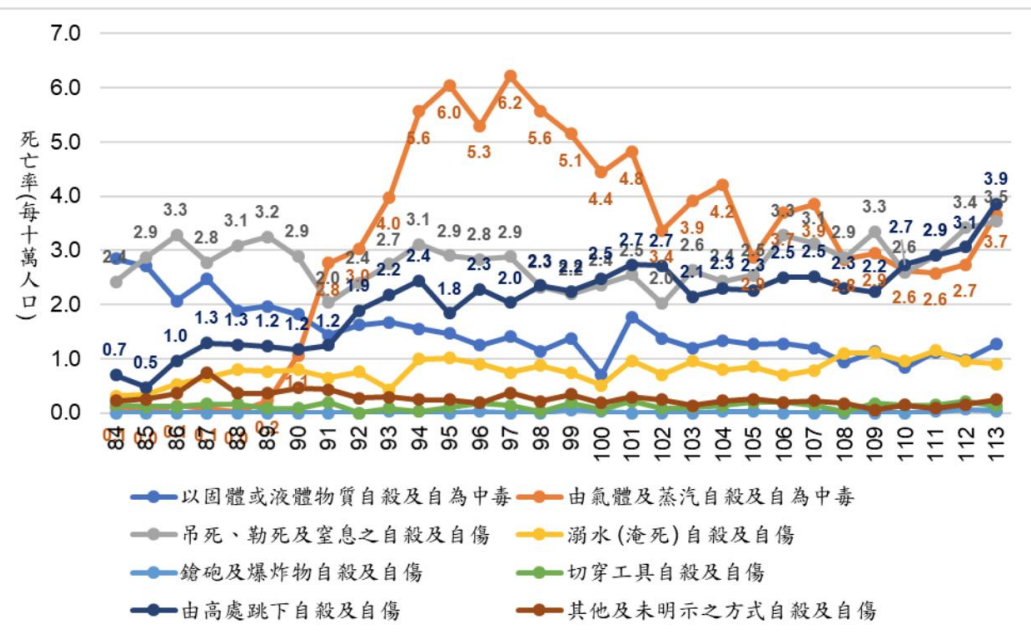
---

Q & A — 謝謝大家的參與

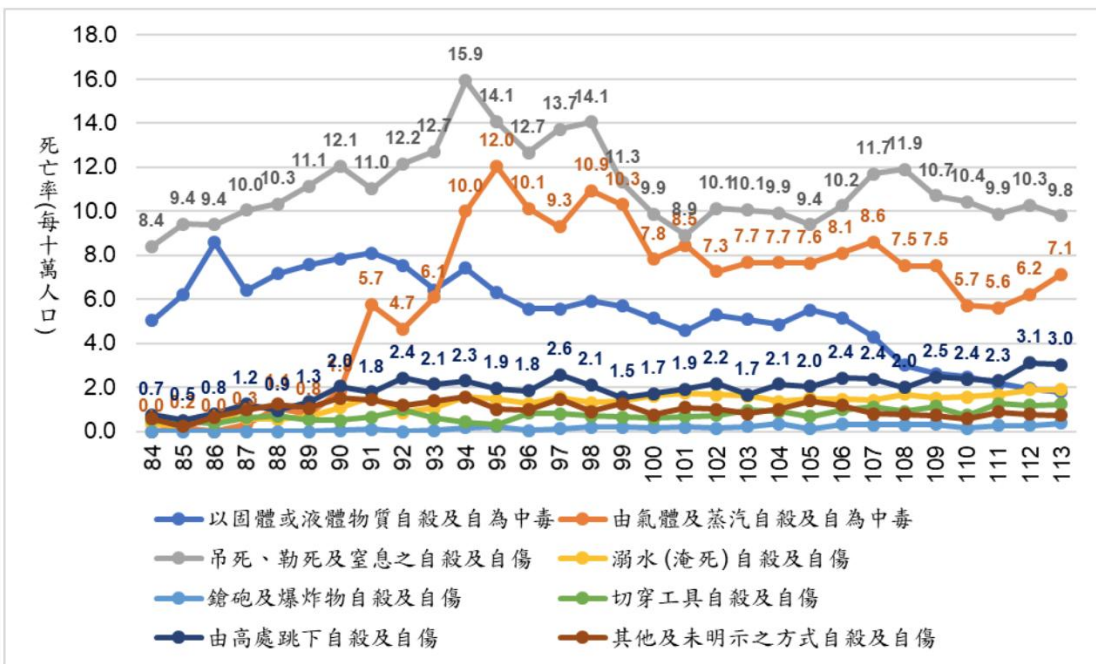
# 備用資料



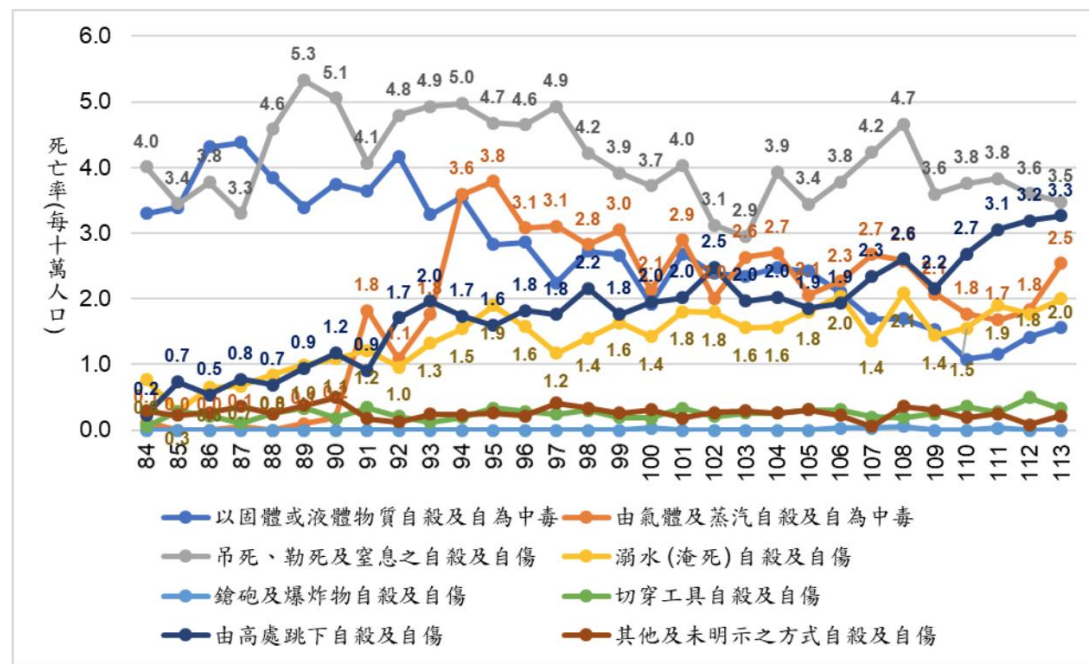
84-113 年男性 25-44 歲各自殺方式死亡率



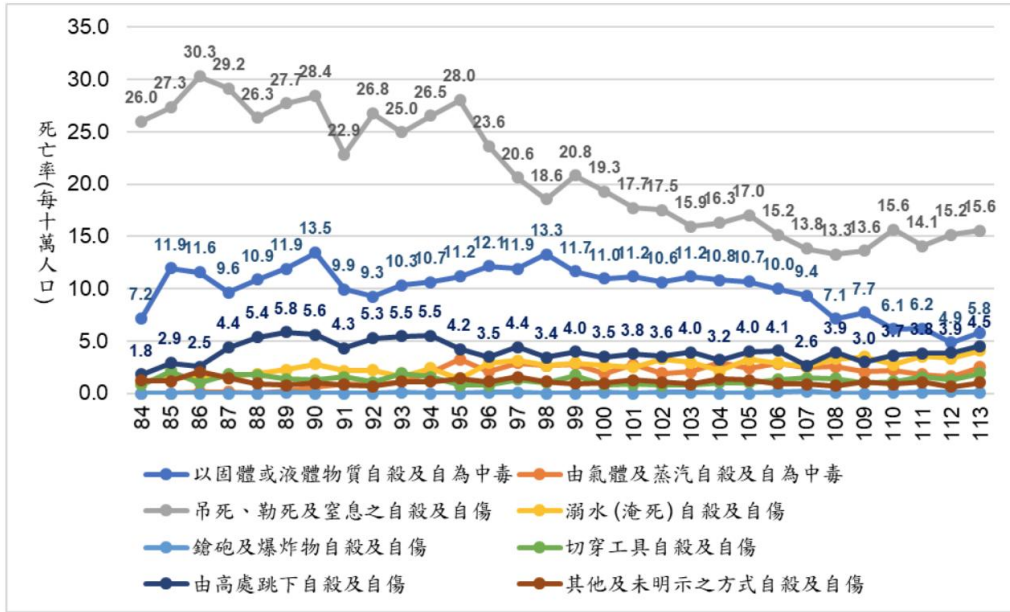
84-113 年女性 25-44 歲各自殺方式死亡率



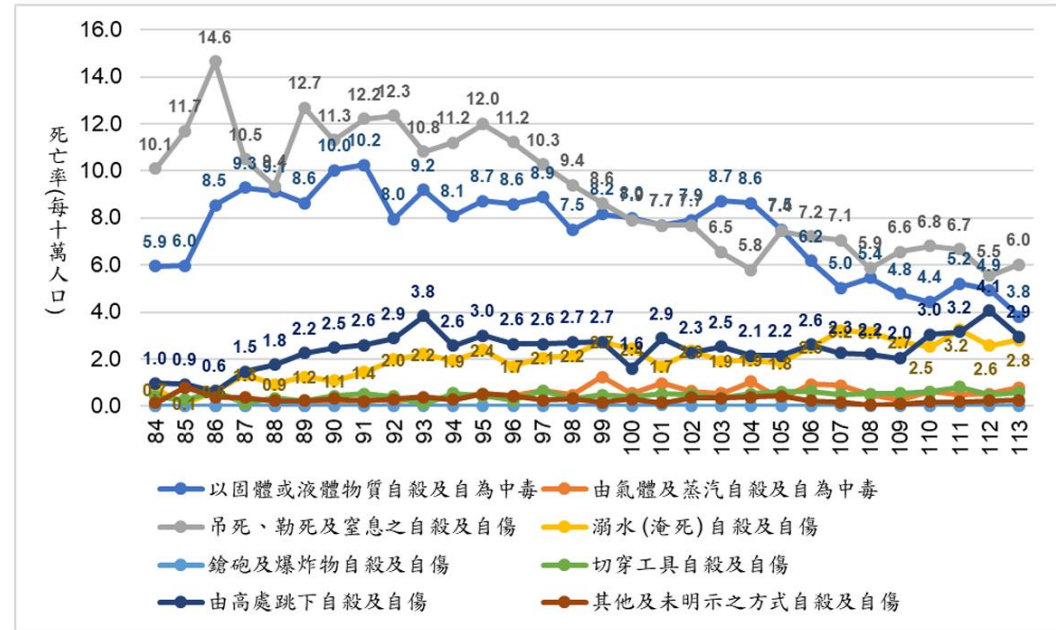
84-113 年男性 45-64 歲各自殺方式死亡率



84-113 年女性 45-64 歲各自殺方式死亡率

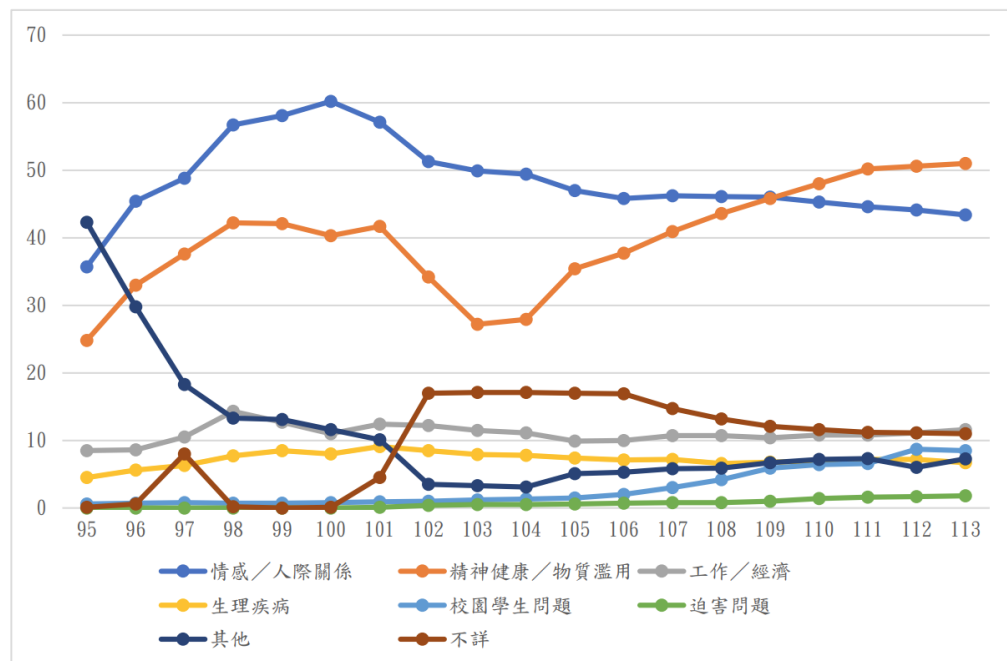


84-113年男性65歲以上各自殺方式死亡率

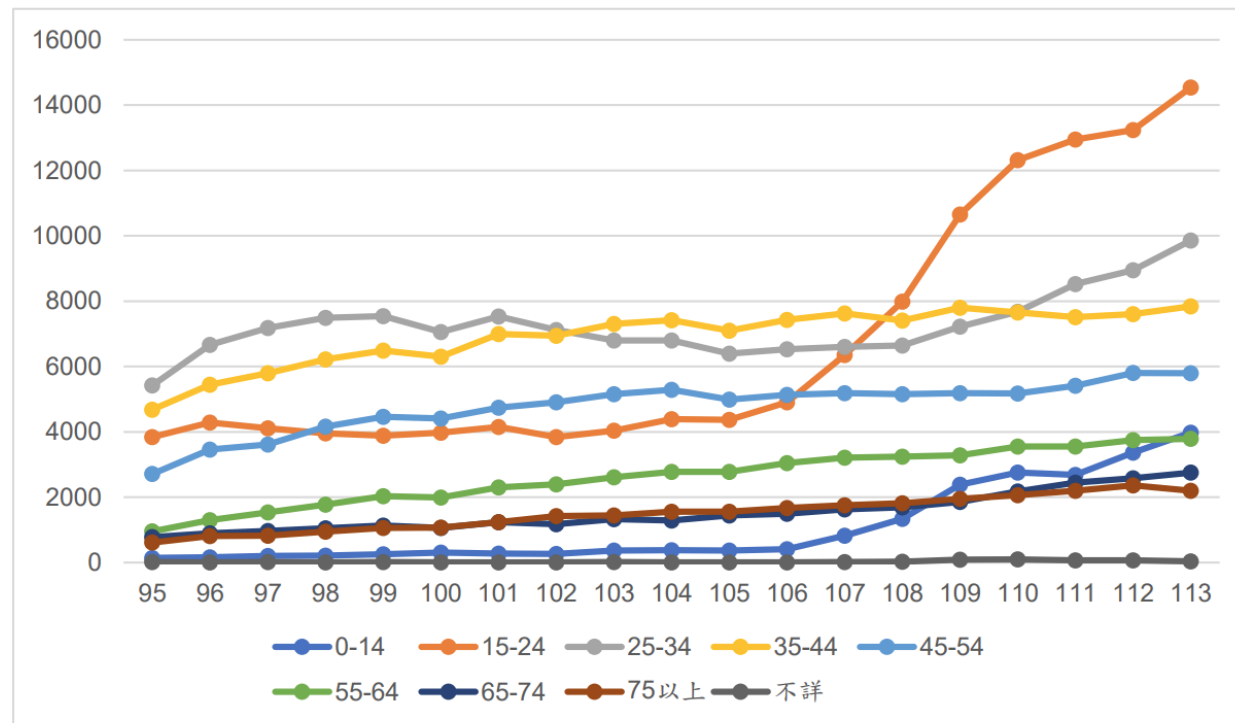


84-113年女性65歲以上各自殺方式死亡率

# 通報原因及年齡層圖表



95-113 年全國自殺通報原因占率圖



95-113 年全國分年齡層自殺通報人次趨勢圖