



核心課程編號：B17

憂鬱

神經科部



# 學習目標

| PGY  | UGY   |
|--|---|
| <p><u>知識</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 憂鬱症與其他精神病的共病現象</li><li>2. 憂鬱症與其他精神病鑑別診斷</li><li>3. 憂鬱症的認知理論</li><li>4. 憂鬱症的治療與處置</li><li>5. 自殺防治及強制住院相關法令與通報</li></ol> | <p><u>知識</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 憂鬱症的症狀、徵候和病因</li><li>2. 憂鬱症的診斷標準、次分類</li><li>3. 憂鬱症的流行病學</li><li>4. 憂鬱症的生物心理社會因素</li><li>5. 憂鬱症治療的原則（含藥物和心理治療）</li><li>6. 抗憂鬱藥的機轉和副作用</li><li>7. 會診精神科的時機</li><li>8. 強制住院相關的法令與通報</li></ol> <p><u>技能</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 憂鬱症相關的病史詢問</li><li>2. 憂鬱症相關的精神狀態檢查及描述精神病理</li><li>3. 評估自殺的危險性</li><li>4. 促進病人順從醫囑</li></ol> |



# ITE考題

## 三軍總醫院一般醫學訓練

### In-Training Exam-憂鬱 Depression (B17)

陳女士、65歲、罹患糖尿病右足壞疽，醫療團隊建議截肢手術，兩個月前丈夫過世、情緒低落、睡眠障礙、對周遭失去興趣、食慾及活力減低、注意力下降、影響社交活動。

1. 簡述憂鬱症分類與診斷條件 [20分]
2. 憂鬱症與其他疾病共病現象 [15分]
3. 憂鬱症的鑑別診斷(三個) [15分]
4. 簡述憂鬱症的治療與處置 [25分]
5. 簡述自殺防治及強制住院相關法令與通報 [25分]



# 憂鬱症的病因1

- ❖ 憂鬱症的病因複雜，牽涉到多項生物學、心理學與社會學的相互機制，「**多變因的模式**」是最好的解釋方式。
- ❖ 影響憂鬱症的主要兩大神經系統，主要是**大腦情緒中樞的單胺系統及下視丘-腦下垂體-腎上腺皮質(HPA)系統**。憂鬱症患者的HPA系統的活性過高，使得患者對cortisol抑制回饋作用不足；另外，憂鬱症患者下視丘的過度分泌CRF，促進腦下垂體分泌腎上腺皮質刺激素，也可能是產生焦慮、性慾降低、食慾降低及睡眠障礙的原因。



## 憂鬱症的病因2

- ❖ 精神藥理學有關憂鬱症相關的**中樞神經傳導物質**的研究報告，如serotonin及norepinephrine，包括其合成與代謝的過程以及相關機制的控管，神經傳導物質傳遞過程中與接受體的作用機轉等。
- ❖ serotonin 在神經元突觸間隙(synaptic cleft)的作用，需依賴載具(serotonin transporter)的執行，而載具的蛋白結構及其調控基因，也成為目前憂鬱症基因的熱門研究重點。



## 憂鬱症的病因3

- ❖ 藥物也可能引起憂鬱症，如抗高血壓藥物、抗癌藥及類固醇等藥物均可能產生憂鬱症；身體荷爾蒙分泌異常也可能引起憂鬱症，例如甲狀腺功能低下。而月經前、產後及停經後婦女，也常有憂鬱症。
- ❖ 腦部受傷、中風（腦血管栓塞或出血）或腦瘤也可能引起憂鬱症。
- ❖ 先有所謂脆弱的體質，加上後天的條件上，包括藥物及其他物質的濫用，或個人對於生活重大壓力事件的調適困難，如孤獨、失業、貧窮、慢性身體疾病等因素的壓力下，憂鬱症就發生。



# 憂鬱症的症狀、徵候

1. 胃口變差、食慾減退或增加、體重明顯減輕或增加、失眠或嗜睡、幾乎整天都極度疲勞與缺乏能量、精神或動作反應激動或遲滯、性慾降低、頭痛、頭昏、眼睛疲勞、眼角酸痛、口渴、頸部酸痛、胸悶、呼吸不暢、胸痛、腹脹、頻尿、身體酸痛、腰酸痛、盜汗與便秘感或一天數次大便等。
2. 憂鬱、心情沮喪或掉到谷底、無望、易流淚、悲傷、激動易怒、害怕與恐懼、寂寞、無聊、感情淡薄、對自己不滿意、滿足感減少、興趣明顯減退、失去幽默感、低估自己能力、悲觀、自我譴責（常感到罪惡感或無價值感）、低自尊、容易感到挫折、社交退縮、時常健忘、思考、注意、決斷力減退或猶豫不決、意志喪失、作業效率或生產力皆減少、自殺意念及行為、胸部沈重苦悶與強迫回想舊事等。



## 憂鬱症的症狀、徵候

### 3.可能是孩童與青少年期常見的改變症狀：

功課突然退步、突然開始坐立不安、身體動作突然變慢、講話音調變單調或變得沈默不語、無法解釋地情緒激躁、無法解釋地常常哭泣、常常顯得很害怕或緊張、突然變得有攻擊性、有反社會行為、開始使用酒精或其它成癮性物質、不停地抱怨身體某部位疼痛不適，卻又找不到病因。





# 憂鬱症的心理因素1

## ❖ 人格與人格發展

憂鬱發作與負面事件之間有直接聯繫，受個人的性格所影響、應對負面事件的方式可能與他們的憂鬱發作有關。低自尊心、自暴自棄或者歪曲的認識可能與憂鬱症有關。

❖ 哪些心理因素造成了憂鬱症或者對憂鬱症造成影響現在還不是完全清楚，但是糾正思維模式後患者的心境與自尊心都會改善。



## 憂鬱症的心理因素2

- ❖ 美國心理學家艾倫·貝克（Aaron T. Beck）於20世紀60年代初發展了現在被稱為憂鬱的**認知模式的理論**。他主張三個觀念引起了憂鬱症：一、認知三合一模式—關於自己，關於周圍世界，關於自己的未來的消極認知；二、反覆的消極認知模式或圖式；三、歪曲的信息處理。根據這理論，他發展了系統化的認知行為療法（CBT）。
- ❖ 根據美國心理學家馬汀·塞利格曼（Martin Seligman），人類的憂鬱症狀與實驗室動物的**習得性失助**類似。（就是「經過某事後學習得來的」無助感，意謂著一種被動的動物消極行為。）



# 憂鬱症的心理因素3

## ❖ 典型的憂鬱素質與悲觀主義

患者經常因為消極的事件而責怪自己；與之對應的是，1993年一項針對因憂鬱症住院的青少年的研究顯示即使事情有積極的結果他們也並不感到滿意。

## ❖ 根據加拿大心理-社會心理學家阿爾伯特·班杜拉

(Albert Bandura) 的社會學習理論：基於失敗的經歷、對失敗的社會模型的觀察、缺乏社會支持和他們自己的身體和情感狀態（包括緊張和壓力），憂鬱症患者對自己產生消極的認識。這造成了消極的自我概念和自我效能感的缺失，即患者不相信他們能對事物產生影響或者達成目標。



## 憂鬱症的心理因素4

- ❖ 一項女性憂鬱症的調查顯示，心理易感因素—例如早年喪失母親、缺乏值得信任的關係、負責照看更年幼的孩子及失業可以和生活緊張性刺激互相影響增加患憂鬱症的風險。
- ❖ 對於老年人，易感因素往往是健康問題、與子女或配偶轉換角色（由照顧者變為被照顧者）、重要夥伴的逝世、因朋友的健康問題所造成的社會關係改變等。



# 憂鬱症的心理因素5

## ❖ 憂鬱症本質的理論

- ❖ 根據奧地利精神病專家西格蒙德·弗洛伊德（Sigmund Freud）的經典精神分析理論，憂鬱症，或精神憂鬱症可能與人際關係喪失和早年經歷有關。
- ❖ 存在主義理論心理學家則把憂鬱症與現時存在意義和未來願景的缺失相聯繫。存在主義心理學的奠基人—美國心理學家亞伯拉罕·馬斯洛（Abraham Maslow）則認為當人們無法滿足需求或者自我實現以認識到自己的潛力時，憂鬱症可能發作。



# 憂鬱症的生物因素1

## ❖ 單胺假說

研究人員發現，大多數已知的抗憂鬱藥會增加一種或多種單胺類神經遞質在腦內的水平。單胺類神經遞質包括：5-HT、NE和Dopamine。抗憂鬱藥會提高這些物質在大腦神經元之間（突觸）的水平或直接影響神經元之間的感受器。



## 憂鬱症的生物因素2

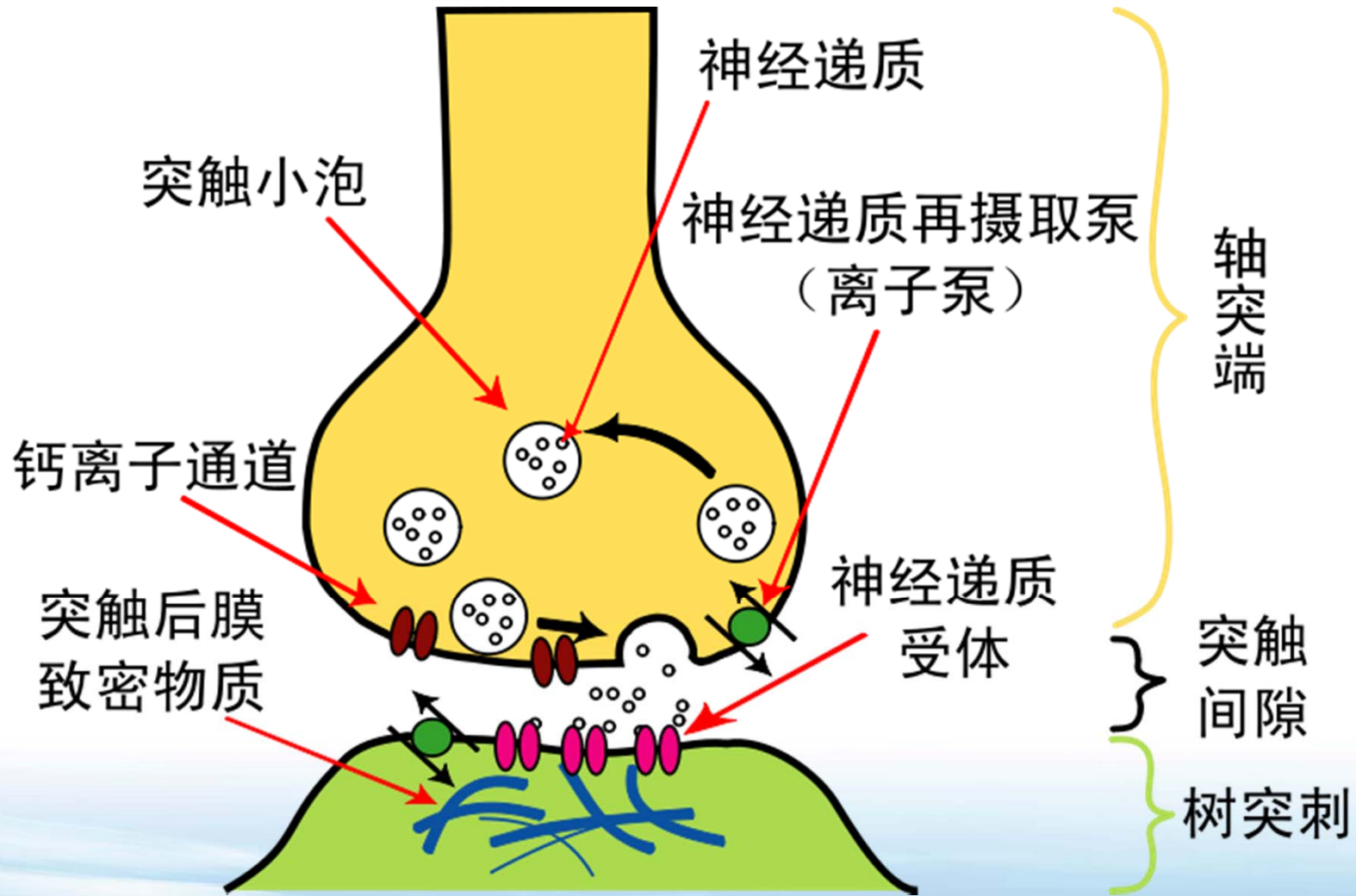
### ❖ 允許性假說

研究人員認為，在單胺類神經遞質中，5-HT被用來調節其他神經遞質系統，5-HT活性降低會導致這些系統處於失調狀態，因此當5-HT水平降低時，會造成NE水平降低，NE會使人產生憂鬱的感覺。

- ❖ 這種假說的支持者提出：患者應當針對最突出的徵狀選擇有特殊機理的抗憂鬱藥，即焦慮與暴躁的病人應該選擇選擇性5-羥色胺再攝取抑製劑 (SSRIs) 或者去甲腎上腺素再攝取抑製劑 (NRIs)，感到能量喪失和生活無趣的病人應選擇能提高Dopamine和NE水平的藥物。



# 憂鬱症的生物因素3







# 憂鬱症的社會因素

- ❖ 貧窮和社會孤立通常會提高患精神問題的風險。
- ❖ 兒時遭受虐待（身體、情感、性或者被忽視）會提高今後患憂鬱障礙的風險
- ❖ 家庭功能受損，例如父母（尤其是母親）患憂鬱症、嚴重的夫妻衝突或離婚、失去雙親或者其他使家庭功能受損的情況都是患病的風險因素。在成年以後，生活應激事件與重性憂鬱發作有很強的聯繫。尤其第一次發作比複發更容易由生活應激事件引發。
- ❖ 缺乏社會支持造成了應激事件增加進而引發憂鬱症，或者是社會支持的缺乏直接引發憂鬱症，生活應激事件與社會支持之間的關係尚有爭議。犯罪或違禁藥物造成的不和諧的鄰里關係是發病的危險因素，而融洽宜人的鄰里關係則是防止憂鬱症的保護因素。儘管各種各樣的因素交錯混雜，但是惡劣的工作條件，特別是費力且只有很少的自主決定權的工作，可能與憂鬱症有關。



# 憂鬱症的流行病學1

- ❖ 憂鬱症的異質性很高，關於憂鬱症盛行率的統計，各地區不一。世界衛生組織預估的盛行率是總人口數的3%，而美國衛生研究院的報告指出，一般人口中，憂鬱症的終生盛行率為15%。
- ❖ 憂鬱症的盛行率，女性比男性高約2倍，其原因包括社會經濟因素，如婦女相對的弱勢，有較高機會在孩童時期受到性侵害等以及受女性荷爾蒙的影響，如產後憂鬱症及更年期憂鬱症。一半的憂鬱症發病年齡在20~50歲。老年憂鬱症的盛行率不低，約為25~50%，但是容易被輕忽及低估。老年憂鬱症通常與獨居、低社經階層及身體疾病相關。



## 憂鬱症的流行病學2

❖ 根據2010年世界衛生組織進行的全球疾病負擔研究<sup>註一</sup>，以疾病導致失能而言，在所有疾病中，憂鬱症造成的失能人年數<sup>註二</sup>排在所有疾病的第二位；對照自1990年開始的全球疾病負擔研究結果，肇因於憂鬱症的疾病負擔，從1990年到2010年大幅增加了37.5%<sup>註三</sup>。可見憂鬱症帶來的負擔，隨著時間愈來愈顯著，所以憂鬱症的治療和預防更是益發重要。

註一「全球疾病負擔研究」係Global Burden of Disease study。

註二「失能人年數」係years lived with disability，YLD。

註三 PLoS Med, 2013. 10(11): p. e1001547.



## 憂鬱症的流行病學3

- ❖ 台灣地區的重鬱症盛行率，由台大李明濱教授及陳為堅教授等人所主持的台灣精神疾病調查顯示，在2003年到2005年間，18歲以上成年人符合重鬱症診斷標準者大約在1.2%左右，也就是將近有20萬人罹患重鬱症<sup>註一</sup>。其實這是依照較嚴謹的標準，用來定義憂鬱症狀嚴重度較高的個案；所以，要是不管有沒有達到嚴格的診斷標準，在一般人口中，因憂鬱焦慮情緒而感到困擾的比例必定大幅提高。憂鬱不但影響生活品質，還可能造成一個最不願意見到的遺憾，那就是一自殺。
- ❖ 根據研究顯示，自殺死亡的個案中，約九成在生前患有憂鬱症，反之，憂鬱症患者約15%最後會自殺死亡。



# 憂鬱症的分類與診斷1

一、原發性憂鬱症：一般是指由以下三個原因所引發的憂鬱症。

1. 與這些人的遺傳體質相關，雖然影響程度輕重有別。
2. 憂鬱型性格，先天就是有此鬱鬱寡歡的特質。別人認為快樂的一件事，對這些人而言，只出現短暫的歡愉，隨即又陷入苦悶的情緒。
3. 有明確的外界刺激或誘發因素，如親人的死亡等重大事件，這些事件通常來得太突然，且超出正常可忍受的範圍。



## 憂鬱症的分類與診斷2

二、次發性憂鬱症：一般是指生理疾病導致的憂鬱症。

1. 腦部的疾病，如巴金森症、中風、腦瘤、痴呆症。
2. 內分泌疾病，如甲狀腺機能低下、腎上腺功能過高。
3. 惡性貧血。
4. 各種癌症患者
5. 藥物引起之憂鬱症
6. 其他生理疾病，如心臟病。

❖ 這樣的分類，目的是想釐清憂鬱症的病因，但上述的病因仍有相有交互作用，想清楚分界並不容易。



# DSM-5 憂鬱情緒精神科診斷

- ❖ 美國精神醫學會在2013年5月公佈最新版，也就是第五版精神疾病診斷與統計手冊（**DSM-5**），當中與憂鬱情緒相關的精神科診斷包括：重鬱症、持續性憂鬱症（或稱輕鬱情感障礙症）、適應障礙症，以及經前期情緒障礙症。

註一「第五版精神疾病診斷與統計手冊」係The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5。

註二「重鬱症」係Major Depressive Disorder。

註三「持續性憂鬱症」係Persistent Depressive Disorder；輕鬱情感障礙症」係Dysthymia。

註四「適應障礙症」係Adjustment Disorders。

註五「經前期情緒障礙症」係Premenstrual Dysphoric Disorder。

註六「雙相情緒障礙症」或稱「躁鬱症」係Bipolar (Affective) Disorder。



# DSM-5 重鬱症(I)

- ❖ 「重鬱症」診斷標準要求持續兩個星期，每天大部分時間內，出現至少五項與憂鬱情緒相關的特徵性症狀，並且必須包括(1)憂鬱情緒或(2)喪失興趣或愉悅感的其中一項，同時伴隨有功能上的顯著變化。
- ❖ (1)幾乎每天大多數時間都呈現憂鬱情緒；
- ❖ (2)幾乎每天大多數時間，對於全部（或幾乎全部）的活動都喪失興趣或無法從中感到愉悅；
- ❖ (3)顯著的體重減少或增加(如在一個月之內體重變化超過5%)或幾乎每天都有食慾減低或增加的現象；
- ❖ (4)幾乎每天都有失眠或嗜睡的現象；





## DSM-5 重鬱症 (II)

- ❖ (5)幾乎每天都呈現精神運動性激動或遲滯；
- ❖ (6)幾乎每天都感到疲倦或沒有力氣
- ❖ (7)幾乎每天覺得自己沒有價值，或有過度或不合理的罪惡感
- ❖ (8)幾乎每天都感到思考或專注能力的下降，或變得猶豫不決
- ❖ (9)反覆出現輕生的念頭，或反覆出現沒有具體計劃的自殺意念，或已出現自殺企圖或已有特定的自殺計劃。
- ❖ 個案因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降。



# DSM-5持續性憂鬱症 (I)

- ❖ 「持續性憂鬱症」的診斷標準和重鬱症略有不同，強調的是個案呈現長期的憂鬱症狀，持續至少兩年，其中超過一半的天數，幾乎一整天都感到憂鬱。
- ❖ 當個案感覺憂鬱時，出現至少兩項相關症狀，包括：  
(1)吃不下或吃得太多；(2)失眠或嗜睡；(3)疲倦或沒有力氣；(4)感到自卑；(5)注意力不集中或難以做決定；(6)覺得未來沒有希望。在這兩年中，從來沒有連續兩個月完全沒有症狀。個案因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降。



## DSM-5持續性憂鬱症 (II)

- ❖ 診斷需排除因服用藥物、濫用物質或身體疾病造成憂鬱症狀；同時，這些憂鬱症狀也不能用妄想症、思覺失調症（包括相關類群診斷）或其他精神病症作更好的解釋。
- ❖ 個案需不曾有過躁症或輕躁症發作，也不曾符合循環性情緒障礙症的診斷準則。另外，若憂鬱症狀的嚴重程度達到重鬱症的標準，並且持續長達連續兩年的時間，這也歸類為「持續性憂鬱症」。



# DSM-5 適應障礙症 (I)

- ❖ 「適應障礙症」指的就是壓力反應。
- ❖ 個案在遭遇壓力源後的三個月內出現情緒或行為症狀，其影響所及包括：
  - (1) 引發超乎預期應有的反應，並造成顯著痛苦；  
或
  - (2) 導致個案社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降；又或者是(1)(2)兩者兼具。
- ❖ 一旦壓力源消失，或該壓力事件的後果不復存在後，症狀應在六個月內消失。



## DSM-5 適應障礙症(II)

- ❖ 依據個案的情緒、行為症狀，可進一步分類註記為：合併憂鬱情緒、合併焦慮情緒、合併混合焦慮及憂鬱情緒等。
- ❖ 這些因壓力造成的困擾，並不符合其他精神疾病的診斷標準，也不僅只是原有精神疾病的症狀惡化；同時，如果個案正處於正常哀傷反應時，則不可歸類為適應障礙症。



# 憂鬱症與其他精神病的鑑別診斷1

- ❖ 要確認對病人重度憂鬱障礙的診斷最為恰當，必須排除其他可能的診斷，包括情緒低落障礙、環境適應性障礙合併憂鬱情緒或雙向情感障礙。
- ❖ 情緒低落障礙是一種慢性的、相對較輕的心境紊亂，病人在至少兩年的時間段內幾乎每天都情緒低落。
- ❖ 情緒低落障礙的徵狀沒有重度憂鬱障礙嚴重，但是情緒低落障礙病人更易受到疊加的重度憂鬱發作的困擾（有時被稱為雙重憂鬱症）。



## 憂鬱症與其他精神病的鑑別診斷2

- ❖ 環境適應性障礙合併憂鬱情緒是由一種特定的事件或應激產生的心理反應所引起的心境紊亂。適應性障礙的情緒和行為上的徵狀雖然明顯但是不符合重度憂鬱發作的標準。
- ❖ 雙向情感障礙，之前被稱之為躁鬱症，這種病的特點是憂鬱期和躁狂期或輕躁期輪流交替。
- ❖ 有關於憂鬱症是否應該被單獨歸為一類的爭論，因為被確診為重型憂鬱障礙的病患也經常會體驗到輕躁徵狀，提示各種情緒低落障礙應當是一個連續體。



# 憂鬱症與其他精神病共病現象1

## ❖ 一、憂鬱症常見的共患精神疾病：

1. 恐慌症：50-65%患者合併有憂鬱症。
2. 強迫症：67%患者合併有憂鬱症。
3. 重大創傷後症候群：48%患者合併有憂鬱症。
4. 焦慮症：8-39%患者合併有憂鬱症。
5. 其他如精神分裂症、畏懼症，也都有很高的比例合併有憂鬱症。





## 憂鬱症與其他精神病共病現象2

### ❖ 二、憂鬱症常見的共患身體疾病：

1. 巴金森症：研究顯示，憂鬱症會讓巴金森症患者的認知功能逐漸惡化，而巴金森症本身的腦部單胺酸功能改變，加上患者的失能，造成憂鬱症比例增高。
2. 心肌梗塞：罹患心肌梗塞後的半年追蹤研究顯示，合併憂鬱症患者的死亡率是沒有合併憂鬱症患者的4倍，原因和憂鬱症患者脂肪代謝的改變、交感神經活動增加、及抗憂鬱劑的使用有關。



## 憂鬱症與其他精神病共病現象3

### ❖ 二、憂鬱症常見的共患身體疾病：

3. 糖尿病：一項追蹤憂鬱症患者13年的研究顯示，憂鬱症患者罹患糖尿病的比例是正常人的2.2倍，原因除憂鬱症患者內分泌的改變外，飲食異常及運動的減少也是原因之一。
  4. 其他如中風、停經後徵候群、痴呆症等身體疾病，也常見合併有憂鬱症。
- ❖ 以上與憂鬱症共患的身體疾病，臨床上容易被輕忽，造成疾病本身的惡化或預後變差。



# 輕中重度憂鬱症的治療1

- ❖ 輕度憂鬱可以調整壓力、自我調適。
- ❖ 中、重度以上憂鬱症則建議先以藥物治療為主，搭配非藥物的支持性心理治療，效果最佳。過早放棄治療、治療不完全，常是憂鬱症容易復發的原因。
- ❖ 憂鬱症的治療主要分為三個部分：
  - 一、心理治療:主要是支持性、認知改變為取向的心理治療。支持性心理治療，支持憂鬱患者的自我強度，給予鼓勵、肯定、說明、傾聽、同理與再保證。認知心理治療，則在於教導患者辨識並改變不合理的錯誤認知，發展新的思考模式。



## 輕中重度憂鬱症的治療2

❖ 憂鬱症的治療主要分為三個部分：

二、藥物治療和電痙攣治療(ECT): 藥物治療是近50年發展最快的部分，依作用機轉可分成以下五類：

1. 三環抗憂鬱劑(tricyclic antidepressants, TCA)
2. 單胺氧化酶抑制劑(monoamine oxidase inhibitors, MAOI)
3. 選擇性血清素回收抑制劑(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)
4. 血清素及正腎上腺素回收抑制劑(serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors, SNRI)
5. NaSSA(noradrenergic and specific serotonergic antidepressants)



# 輕中重度憂鬱症的治療3

❖ 憂鬱症的治療主要分為三個部分:

## 二、藥物治療和電痙攣治療(ECT):

新一代的抗憂鬱藥物，可以改善大腦血清素、或是正腎上腺素的調節分泌，如：千憂解(Cymbalta)、百憂解(Prozac)、克憂果(Seroxat)、無鬱寧(Luvox)、樂復得(Zoloft)、速悅(Efexor)、威博雋(Wellbutrin)、歐蕾思(Aurorix)、美思鬱(Cirzodone)、鬱思樂(Ixel)、立普能(Lexapro)、樂活憂(Remeron)等等，副作用很少，效果在1-2週心情就開始改善，3-4週情緒就幾乎回到水平。電痙攣治療(ECT)目前已較少使用。



## 輕中重度憂鬱症的治療4

❖ 憂鬱症的治療主要分為三個部分:

三、良好的生活習慣: 包括規律生活，養成固定的運動習慣，戒除喝酒、抽煙等不良嗜好，培養可以放鬆自己的方法，參加社區或社團活動，增加人際關係網絡，皆可有效改善憂鬱症。

❖ 藥物的使用原則如下：

1. 選擇副作用較少，病人可以忍受的藥物，因為無論使用哪一種藥物，對於療效差異皆不大。
2. 儘可能使用單一種的抗憂鬱劑，除有特別原因，例如雙極性情感疾病，在憂鬱期時，可以使用抗憂鬱劑加上鋰鹽治療。



## 輕中重度憂鬱症的治療5

❖ 藥物的使用原則如下：

1. 盡量使用每日服用一次的藥物增加病人服藥遵從性。
2. 可以優先選擇病人或其家屬過去曾服用過且有效的抗憂鬱劑。
3. 對於激躁不安的憂鬱症患者，TCA或SARI有鎮靜作用；反之，反應變遲滯的憂鬱症患者，可以使用較具活力的，如MAOI、SNRI。
4. 憂鬱症患者有精神病症狀者，可以合併低劑量的抗精神病藥物。



# 自殺預防及強制住院相關法令與通報1

- ❖ 自殺不算犯罪，但防治自殺是國家的責任，自殺防治專線:0800-788-955。
- ❖ 憲法第 15 條：人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。
- ❖ 警察職權行使法第 19 條有下情形之一者得為管束：
  - 一、瘋狂或酒醉，非管束不能救護其生命、身體之危險，或預防他人生命、身體之危險。
  - 二、意圖自殺，非管束不能救護其生命。
  - 三、暴行或鬥毆，非管束不能預防其傷害。





## 自殺預防及強制住院相關法令與通報2

❖ 警察職權行使法第 19 條有下列情形之一者得為管束：

四、其他認為必須救護或有危害公共安全之虞，非管束不能救護或不能預防危害。

警察為前項管束，應於危險或危害結束時終止管束，管束時間最長不得逾二十四小時；並應即時以適當方法通知或交由其家屬或其他關係人，或適當之機關(構)或人員保護。

❖ 警察職權行使法第 20 條有下列情形之一者，於必要時，得對其使用警銬或其他經核定之戒具：

一、抗拒留置、管束措施時。

二、攻擊警察或他人，毀損執行人員或他人物品或有攻擊、毀損行為之虞時。

三、自殺、自傷或有自殺、自傷之虞時。



## 自殺預防及強制住院相關法令與通報3

- ❖ 精神衛生法（中華民國九十六年七月四日修正公布全文 63 條；並自公布後一年施行）
- ❖ 第二十一條 (960605全文修正)  
嚴重病人如有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助病人，前往精神醫療機構辦理住院。前項嚴重病人不接受全日住院治療時，應由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；其強制住院，應在中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之。  
前項鑑定，以全日住院方式為之者，其住院鑑定期間，以七日為限。



## 自殺預防及強制住院相關法令與通報4

### ❖ 第二十三條 (960605全文修正)

依第二十一條第二項規定之強制住院，其期間以三十日為限。但經二位專科醫師鑑定，認有必要繼續住院治療者，應留院治療。嚴重病人不接受時，應強制其繼續住院，並通知其保護人或家屬及當地衛生主管機關。強制住院期間，每隔六個月，應依上述程序重新評估。



## 自殺預防及強制住院相關法令與通報5

- ❖ 精神照護機構為保護病人安全，經告知病人後，得限制其活動之區域範圍。
- ❖ 精神醫療機構為醫療之目的或為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體或限制其行動自由於特定之保護設施內，並應定時評估，不得逾必要之時間。
- ❖ 精神醫療機構以外之精神照護機構，為防範緊急暴力意外、自殺或自傷之事件，得拘束病人身體，並立即護送其就醫。