

## 第四章 子研究二：自殺高危險青少年的診斷分析

在本研究中所包含的子研究二為「自殺高危險青少年的診斷分析」，也就是根據子研究一所篩選出的高危險群學生，邀請至輔導室接受精神科醫師診斷。本章共分三節，第一節為研究方法，包括研究對象、研究工具與研究程序；第二節為研究結果；第三節則針對研究結果做討論。

### 第一節 研究方法

本節內容將說明子研究二的研究方法，包括研究對象、研究工具、研究程序以及資料的整理與分析，依序說明如下：

#### 一、研究對象

本子研究的研究對象是採取立意取樣(purposive sampling)，選取在子研究一所篩選出的高危險群個案，進行精神科醫師的會談。高危險群個案的界定是指在下列五項中至少符合一項者。

- (一) 在貝克自殺意念量表中，個案自填曾經出現過自殺行為
- (二) 在貝克自殺意念量表中，個案自填曾經出現過自殺意念（得分大於0）
- (三) 在貝克憂鬱量表當中，個案呈現中到重度的憂鬱症狀（得分為13分或以上）
- (四) 在貝克焦慮量表當中，個案呈現中到重度的焦慮症狀（得分為19分或以上）
- (五) 在貝克絕望感量表當中，個案呈現為中到重度的絕望感表現（得分為9分或以上）

以下列出高危險群學生相關資料，包括就讀年級與性別的人數整理如表 4-1-1。就讀國中部一、二、三年級者，分別佔總人數的 17.78、25.56 以及 31.11%；而就讀高中部一、二、三年級者，則分別佔總數的 7.78、6.67 以及 11.11%。至於性別的分佈比例，男生佔 24.44%，女生則佔 75.56%。另外，在表 4-1-2 中可知，高危險群學生在貝克自殺意念量表得分的平均數為 16.48、標準差為 6.82；在貝克憂鬱量表得分的平均數為 29.84、

標準差為 10.02；在貝克絕望感量表得分的平均數為 11.41、標準差為 4.32；  
以及在貝克焦慮量表得分的平均數為 19.31、標準差為 10.30。

表 4-1-1 高危險群學生的年級與性別比例

變項	類別	人數	百分比(%)
年級	國中一年級	16	17.78
	國中二年級	23	25.56
	國中三年級	28	31.11
	高中一年級	7	7.78
	高中二年級	6	6.67
	高中三年級	10	11.11
性別	男	22	24.44
	女	68	75.56
總計		90	100

表 4-1-2 高危險群學生各量表得分平均數與標準差

量表名稱	人數	得分平均數	標準差
貝克自殺意念量表	90	16.48	6.82
貝克憂鬱量表	90	29.84	10.02
貝克絕望感量表	90	11.41	4.32
貝克焦慮量表	90	19.31	10.30

## 二、研究工具

本子研究中所使用的研究工具是結構式臨床會談問卷 (Structured Clinical Interview Schedule for DSM-IV Axis-I Disorder, SCID-I) 中文版，這個診斷系統及標準化會談工具，是由美國精神醫學會(American Psychiatric Association, APA)編製，包含 DSM-IV-TR 大部份診斷項目的會談評估工具；DSM-IV-TR 即為目前國內精神疾病診斷最重要的效標，為國內心理師及精神科醫師最廣泛使用的診斷系統。會談工具最大的好處是，經由合格的專業工作人員來執行，可以根據個案配合的程度以及語言、非語言的行為加以觀察，對於有疑惑的部分可以直接加以詢問，並且加上會談專業人員的症狀學背景，對於症狀可以系統化的、詳細的加以澄清。不但可以對精神科重要的診斷，包括情緒症狀、嚴重精神症狀、藥物及酒精相關症狀、焦慮及相關症狀、壓力及適應問題加以全面性的了解和

澄清，也可以彌補自填工具採取固定的問句，對於症狀的描述不夠明顯，而且對於個案語言和非語言的觀察都無法鑑別診斷的缺陷。而會談工具的另外一個好處，就是可以在會談完成之後，即刻的對於個案的精神狀況立即危險性作出判斷，判定是否需要即刻接受住院治療。

本研究使用的 SCID-I 中文版(DSM-IV-TR 結構式會談問卷)，是依據台灣精神醫學會編定的版本，已經取得中文研究版本作者授權書（請見附錄二）。中文版評估的向度包括：第一軸的症狀（情緒症狀、嚴重精神症狀、物質使用相關症狀、焦慮症狀）、第三軸症狀（和第一軸症狀相關的身體疾病或症狀）、第四軸症狀（包括家庭、經濟、居住環境、醫療、法律及犯罪、其他相關社會心理的壓力）、第五軸（GAF 整體功能評估：過去一年最佳的功能狀態，分數為 0-100 分的區間表示）。問卷根據 DSM-IV-TR 的診斷系統，而評估向度包括第一、三、四及第五軸的診斷。本研究使用這樣的診斷性會談工具能夠即刻的判定，個案是否適合進入後續的校園自殺防治模式，或者需要運用其他資源、接受其他種類的協助，甚至需要接受住院治療。

### 三、研究程序

研究者依據研究對象的確認、會談工具的確認，以及個案會談等順序說明如下。

#### （一）確認進入研究的對象

完成子研究一的全校分數篩選之後，輔導室協助計分，了解個案各個量表得分的狀況以及分佈情形。轉介精神科醫師評估的標準包括有：曾經出現過自殺行為或自殺意念、呈現中到重度的憂鬱、焦慮或絕望感等等。

#### （二）會談工具的確認與使用

經由會談工具授權使用後，由三位精神科專科醫師在學校針對同一位青少年個案使用 SCID-I 中文版進行診斷性的會談。會談場所為受試學校輔導室，於同一時間使用相同會談工具，對同一位學生個案做出診斷，而計算出評估者之間的相關性。之後經過多次的討論與修正，評估的信度達到評估者間的高度一致性（0.8-0.9）。醫師會談當中評估個案人格狀態，以決定是否需使用 DSM-IV 診斷準則評估第二軸是否

有人格障礙，所以並非對每一位個案都進行第二軸診斷的評估。

### (三) 協助個案接受訪談

轉介精神科醫師會談之前，先由輔導老師讓學生了解各個量表的得分，以及需要接受會談的理由和必要性，輔導老師會重新強調會談的隱密性，以及若個案出現傷害自己或他人的行為時，將要如何告知家長。輔導老師之前的準備，主要是要讓學生了解問題的嚴重性，以增加學生配合自殺防治的意願。

## 四、資料整理與分析

本研究的資料整理與分析以描述統計分析方式進行，包括次數與百分比。個案經由精神科醫師診斷性會談之後，即刻對 DSM-IV-TR 五軸當中第一軸、第三軸、第四軸以及第五軸的相關訊息，達成臨時的診斷。並對個案會談的症狀描述和質性資料，直接記錄在會談問卷上面。記錄及分析的項目包括了：各項人口學變項、臨床症狀、心理社會壓力的描述等等各軸的診斷及質性的相關資料。

## 第二節 結果

本節研究結果分下列兩部分呈現：高危險群學生在憂鬱、焦慮、絕望感與自殺意念程度分佈情形，以及醫師針對高危險群學生進行單獨會談後給予的診斷分析結果。

### 一、高危險群學生在憂鬱、焦慮、絕望感與自殺意念程度分佈情形

下列就高危險群學生在貝克憂鬱量表、貝克焦慮量表、貝克絕望感量表與貝克自殺意念量表的得分，依序呈現並說明得分分佈情形。

#### (一) 高危險群學生憂鬱程度分佈情形

表 4-2-1 與圖 4-2-1 呈現出高危險群學生在貝克憂鬱量表的得分等級分佈情形，由表 4-2-1 中可知，無憂鬱傾向共有 3 人，佔 3.3%；有輕度憂鬱傾向者共有 8 人，佔 8.9%；有中度憂鬱傾向者共有 33 人，佔 36.7%；至於有重度憂鬱傾向者共有 46 人，佔 51.1%。

表 4-2-1 高危險群學生憂鬱程度分佈情形

貝克憂鬱量表得分等級	人數	百分比 (%)
正常 (≤13 分)	3	3.3
輕度 (14-19 分)	8	8.9
中度 (20-28 分)	33	36.7
重度 (≥29 分)	46	51.1
小計	90	100

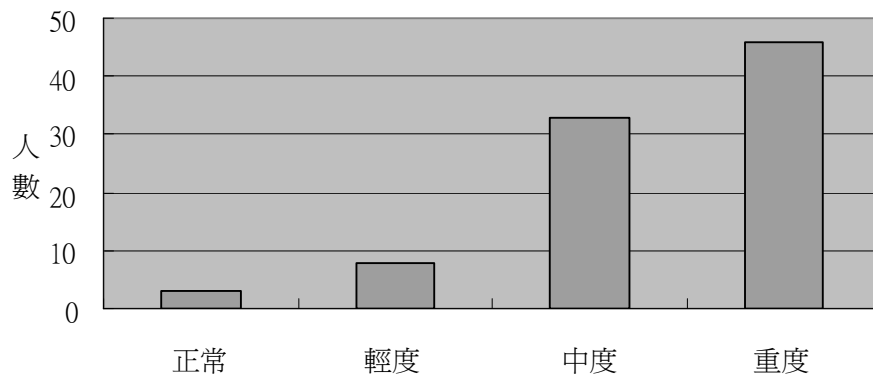


圖 4-2-1 高危險群學生憂鬱程度分佈直方圖

(二) 高危險群學生焦慮程度分佈情形

表 4-2-2 與圖 4-2-2 呈現出高危險群學生在貝克焦慮量表的得分等級分佈情形，由表 4-2-2 中可知，無焦慮傾向共有 13 人，佔 14.4%；有輕度焦慮傾向者共有 21 人，佔 23.3%；有中度焦慮傾向者共有 30 人，佔 33.3%；至於有重度焦慮傾向者共有 26 人，佔 28.9%。

表 4-2-2 高危險群學生焦慮程度分佈情形

貝克焦慮量表得分等級	人數	百分比 (%)
正常 (≤7 分)	13	14.4
輕度 (8-15 分)	21	23.3
中度 (16-25 分)	30	33.3
重度 (≥26 分)	26	28.9
小計	90	100

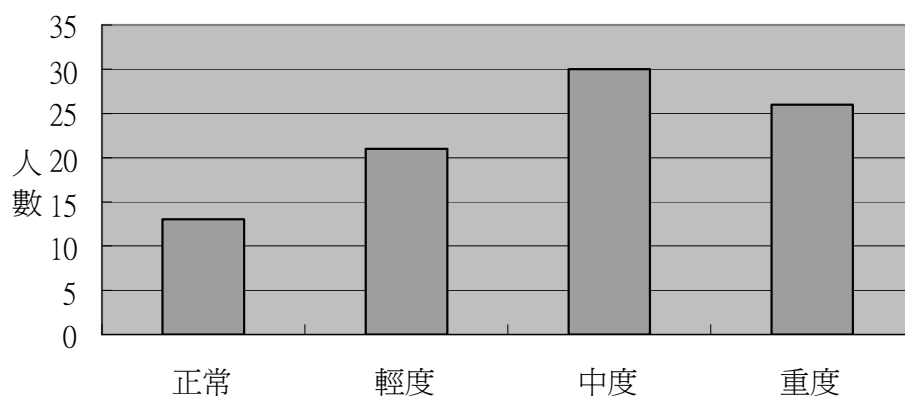


圖 4-2-2 高危險群學生焦慮程度分佈直方圖

### (三) 高危險群學生絕望感程度分佈情形

表 4-2-3 與圖 4-2-3 呈現出高危險群學生在貝克絕望感量表的得分等級分佈情形，由表 4-2-3 中可知，無絕望傾向共有 6 人，佔 6.7%；有輕度絕望感傾向者共有 17 人，佔 18.9%；有中度絕望感傾向者共有 46 人，佔 51.1%；至於有重度絕望感傾向者共有 21 人，佔 23.3%。

表 4-2-3 高危險群學生絕望感程度分佈情形

貝克絕望感量表得分等級	人數	百分比 (%)
正常 (≤3 分)	6	6.7
輕度 (4-8 分)	17	18.9
中度 (9-14 分)	46	51.1
重度 (≥15 分)	21	23.3
小計	90	100

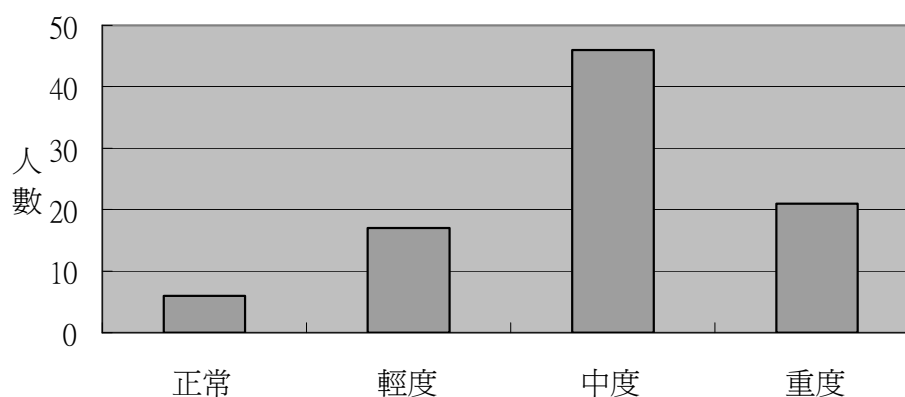


圖 4-2-3 高危險群學生絕望感程度分佈直方圖

#### (四) 高危險群學生自殺意念程度分佈情形

表 4-2-4 與圖 4-2-4 呈現出高危險群學生在貝克自殺意念量表的得分等級分佈情形，由表 4-2-4 中可知，無自殺意念者共有 1 人，佔 1.1%；有輕度自殺意念者共有 7 人，佔 7.8%；有中度自殺意念者共有 7 人，佔 7.8%；至於有重度自殺意念者共有 75 人，佔 83.3%。

表 4-2-4 高危險群學生自殺意念程度分佈情形

貝克自殺意念量表得分等級	人數	百分比 (%)
正常 (0 分)	1	1.1
輕度 (1-5 分)	7	7.8
中度 (6-10 分)	7	7.8
重度 ( $\geq 11$ 分)	75	83.3
小計	90	100

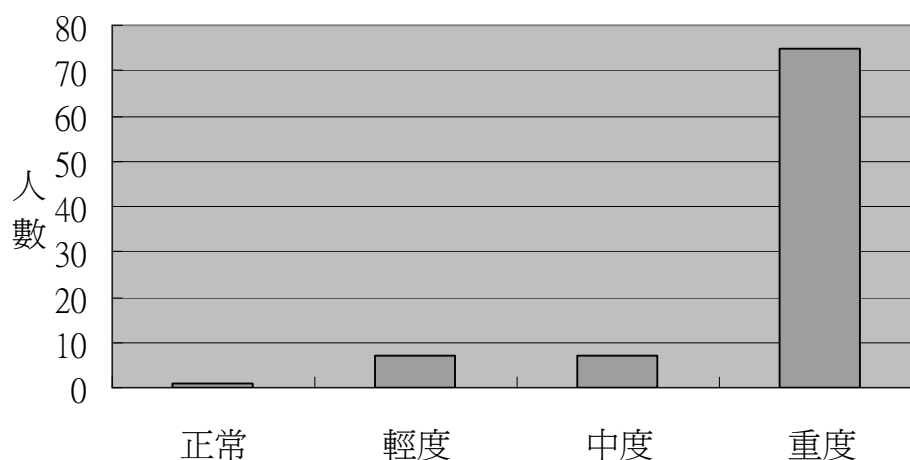


圖 4-2-4 高危險群學生自殺意念程度分佈直方圖

#### 二、高危險群學生的 DSM-IV 診斷結果分析

表 4-2-5 呈現出高危險群學生經由醫師會談後的診斷結果，包括診斷結果的類別、人數及百分比。由表 4-2-5 中可知，列入高危險群的學生當中，符合適應障礙診斷者共有 33 人，佔 36.67%；符合未分類憂鬱症診斷者共有 30 人，佔 32.22%；符合未分類憂鬱症合併其他診斷者共有 7 人，佔 7.78%；符合適應障礙合併其他診斷者共有 6 人，佔 6.67%。符合重度



憂鬱症診斷者共有 3 人，佔 3.33%；符合情緒低落障礙診斷者共有 2 人，佔 2.22%；符合廣泛焦慮症合併其他診斷者共有 2 人，佔 2.22%；另外，符合上述之外的診斷者，共有 5 人，佔 5.55%。

由本節研究結果得知，本子研究中所篩選出進入實驗研究的高危險群學生，約有四分之三為國中部的學生，另外四分之一則是高中部的學生；另外在性別方面，男生約佔四分之一，女生則佔四分之三左右。然而，在心理疾病的各項向度顯示，篩選出的高危險群學生多數是具有中度以上憂鬱傾向、輕度以上焦慮傾向、中度以上的絕望感以及重度的自殺意念。至於在診斷分析結果則呈現出，大多數的學生都是符合憂鬱及適應障礙相關診斷。

表 4-2-5 高危險群學生的 DSM-IV 診斷結果分析表

診斷結果	人數	百分比 (%)
適應障礙	33	36.67
未分類憂鬱症	30	33.33
未分類憂鬱症合併其他診斷	7	7.78
適應障礙合併其他診斷	6	6.67
嚴重憂鬱症	4	4.44
情緒低落障礙	3	3.33
廣泛焦慮症合併其他診斷	2	2.22
未分類精神官能症	1	1.11
妄想型精神分裂症	1	1.11
雙極性精神病	1	1.11
強迫及依賴人格特質傾向	1	1.11
戲劇化人格特質傾向	1	1.11
小計	90	100

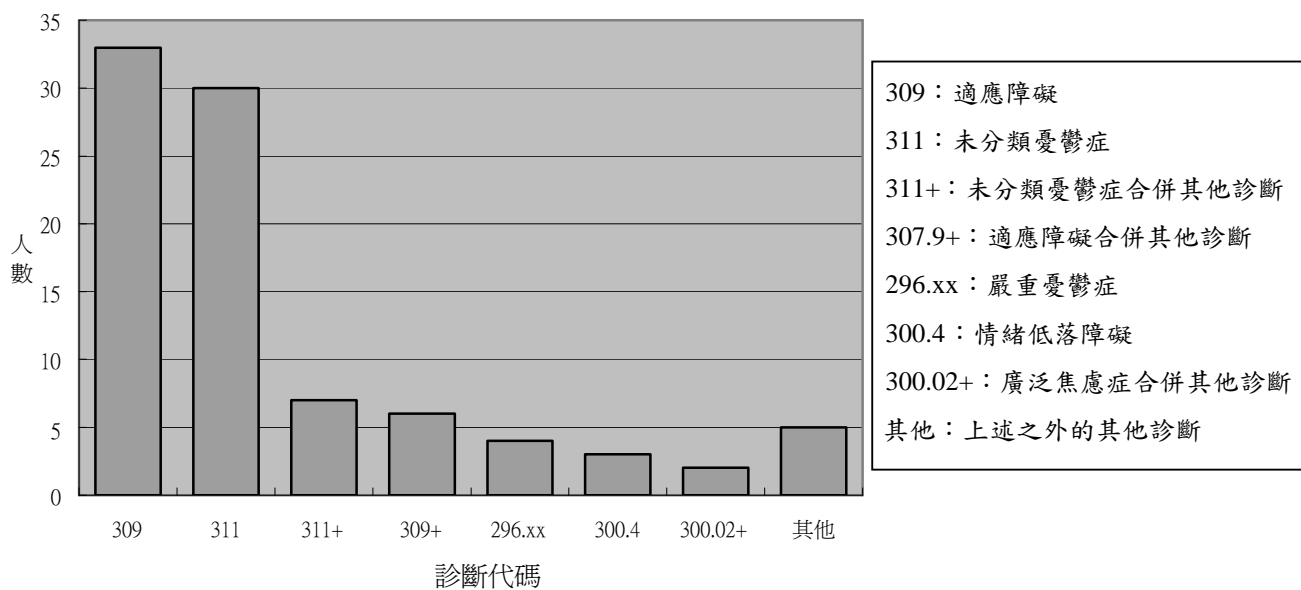


圖 4-2-5 高危險群學生的 DSM-IV 診斷結果分析圖

### 第三節 討論

本節將依序討論下列主題，包括半結構會談的診斷分類、青少年心理疾病盛行率相關研究、學校樣本嚴重精神疾病比例較低、合併自我傷害危險性的相關診斷、排除人格障礙、針對心理社會壓力篩選的半結構會談，以及在診斷性會談當中再度確認自殺危險性。

#### 一、半結構會談的診斷分類

藉由貝克量表篩選出來的中重度個案，使用結構性的會談進一步確立診斷。這種方式是流行病學調查經常使用的二階段 (two-stage) 篩選方式，主要能節省人力，卻又可以不受到問卷蒐集資料的受訪者人為因素影響，而造成症狀判定偏差的問題。篩選出來的個案比例，主要有兩大類：一類是適應障礙，另外一類是情緒障礙 (mood disorders)。可以看到適應障礙的個案 (包括單獨診斷適應障礙，或者合併其他診斷) 大約是佔 43% 左右；而另外一個大分類 (嚴重憂鬱症、情緒低落障礙、雙重憂鬱、躁鬱症、未分類憂鬱症合併或不合併其他診斷)，大約是佔 48% 左右。另外包括了精神分裂症、焦慮症 (包括強迫症)，則佔了大約不到一成左右。

## 二、青少年心理疾病盛行率相關研究

本研究與其他代表性的研究作比較，嚴重憂鬱症在中學生當中所佔的流行病學比例大約是 2-5%(Lewinsohn et al.,1993)。而在本研究樣本當中，經由結構會談診斷為嚴重憂鬱症個案大約是 3.3%，介於代表性樣本範圍內。適應障礙的相關調查，門診青少年樣本呈現 16-34%左右，其中最常見的就是適應障礙合併憂鬱情緒(Newcorn et al.,1992；Greenberg et al.,1995)。本研究發現適應障礙佔樣本的比例大約是 43%。適應障礙因為和外在的壓力明顯有關，有可能受到施測期間的影響，應該要追蹤下一年開學或重要考試時間，部分高分個案是否已經達到適應障礙診斷以及比例有多高，因為數值可能隨著不同階段測量而會有波動。

## 三、學校樣本中嚴重精神疾病比例較低

流行病學較少針對未分類憂鬱症的比例來做代表性的調查。在本研究樣本當中，未分類憂鬱症佔的比例相當高，並且佔了情緒障礙(mood disorders)的大部份個案，反而嚴重憂鬱症個案和雙極性精神病的個案，各佔所有個案的 3.3%和 1.1%。顯示在社區的樣本當中，大部份都是非嚴重精神疾病的個案，這與醫院樣本當中的個案比例有相當大的不同。而且許多個案都還處於適應障礙的診斷，這種遭遇到壓力，產生極度不良反應的診斷，當然和醫療體系的介入方式會有所不同，而不是以藥物治療為主。必須要採用心理社會的介入計畫，才能符合這些個案的需求。

## 四、合併自我傷害危險性的相關診斷

由上述可知，情緒障礙（包括嚴重憂鬱症、未分類憂鬱症等等）合併自我傷害意念或者行為的個案比較常見。本研究篩選進入結構會談的個案，都是合併自我傷害的想法，或者已經出現自我傷害的行為，而其中適應障礙的個案大約佔了將近一半。事實上，在 Kovac 等人(1994)的適應障礙調查研究當中，發現受訪者在壓力源出現時，約有一半的個案曾經出現過自殺意念，相關的壓力源包括新學年、家庭情境改變、同儕拒絕、父母親生病、祖父母或父母親死亡、搬家，以及其他的因素。這些樣本症狀恢復所需時間的中位數大約是七個月，而且百分之百在兩年內完全沒有症

狀。而且適應障礙長期的追蹤之後，大約有兩成左右可能演變成嚴重憂鬱症，或者其他酒精或物質濫用方面的問題（Andreason & Honek, 1982）。亦即，倘若這些個案沒有被適當的處理，可能有一部分的個案會逐漸演變成情緒障礙或者其它的診斷，更增加了介入的困難性。

## 五、人格障礙的排除

即使是適應障礙的個案，仍然可能合併其它第一軸或第二軸的診斷。但是由於人格障礙的診斷必須要在十八歲以後才能夠確認診斷，本研究樣本中的部分個案頂多只有出現某些人格障礙特質，而沒有辦法確定成為人格障礙的診斷。在本研究個案篩選排除條款當中，也包括人格障礙，主要是因為這些個案沒有辦法在短期內達到迅速症狀緩解的效果。必須要採取例如客體關係心理治療、辯證式行為治療等等比較長期的治療模式，才有可能達到適當的療效。甚至在急性期的時候，需要考慮住院治療的需要，在這樣的條件下，不適合採取校園介入的模式，因此也不納入介入研究的樣本當中。

## 六、半結構會談針對心理社會壓力的篩選

一般而言，對於適應障礙個案的介入，必須要考慮不同的壓力源以及合併其他第一軸診斷、第二軸診斷的種類，以決定要做何種方式的介入。但是由於本研究篩選的高危險群個案，至少需呈現出自我傷害的想法或自我傷害的行為，本質上就必須要採取比較密集和積極的介入方式。在SCID-I的會談結構當中，在第四軸的部分，就根據個案的心理社會壓力，收集以下幾個種類的資料，包括一般醫療問題(general medical conditions)、經濟問題、居住環境問題、違犯法律及品行問題、交通及運輸問題，蒐集相關的資料。在本研究的樣本當中，即使符合高危險群，並且第一軸出現情緒障礙、適應障礙等相關的診斷，但是如果沒有明顯的心理社會或人際的壓力，則也會被排除在外。這種排除的方式，和認知行為治療對於內因性憂鬱症排除在認知治療之外的原則是類似的(Beck, 1976)。

## 七、自殺危險性在診斷性會談當中再度確認

本研究針對篩選出可能出現自我傷害的想法或行為的高危險群青少

年，進行診斷性的會談。採取兩步驟的篩選，主要是因為過去研究青少年自殺，主要是使用已經死亡的案例來進行回溯研究(Brent et al.,1996)，以自殺死亡個案的家人為追蹤研究的對象(Pfeffer et al.,1994)。透過大規模的問卷篩選，又擔心無法純粹從問卷的結果資訊中，獲取詳細的自我傷害的想法或行為危險性。在結構的會談當中，經由會談的技術以及逐漸由情緒或焦慮症狀切入自我傷害的想法，或從家族精神病史逐漸引導討論自殺的行為，希望能夠修補因為標籤等因素，可能導致自殺危險性的低估。選取進入診斷性會談的個案，除了各個量表得分達到高危險程度者之外，即使原來得分沒有達到高危險，但經由導師及輔導老師轉介，懷疑可能有明顯的情緒或行為問題，也會經由輔導老師安排接受精神科醫師的診斷性會談，希望能夠排除標籤效應或因應社會期待的隱藏性個案。