

摘要:

近十年來，自殺已成為臺灣及臺北市重要的公共衛生問題，且職過去曾進行相關自殺防治研究，故在鈞長建議下，前往美國知名的羅徹斯特大學精神部自殺防治發展中心進修一年。

在本報告首先將陳述如何申請到此研究機構參與博士後級的研究課程；後在簡介紐約州羅徹斯特之風土民情後，深入介紹我所去的部門。除提到各項課程及會議外，亦介紹主要的研究人物，其中最重要的我的老師(mentor): **Yeates Conwell, MD**。他是精神部的第二號人物，在進修期間每週一早上接受他個別的研究督導一小時，有最深入及進距離的討論。除參訪他的研究計劃外(如精神部與社區非政府組織的計劃等)，且由他的轉介認識部門的其他學者，亦參訪不少當地精神醫療的設施。我亦將臺灣的研究資料結果與他討論，期望共同寫論文。對於研究的人生觀與哲學，有了不同深度與廣度的視野。

本報告亦將所學，整理並對臺灣自殺防治提供一些建議。

目錄:

(一) 目的：原定計畫目標，包括主題及緣起。	3
主題:.....	3
緣起.....	3
1.大方向:.....	3
2.本院簡介:.....	3
3.個人背景、出國理由及與業務發展之關係:.....	3
4.如何申請?.....	4
(二) 過程：依計畫執行的經過，包括參訪單位及訪問過程。	6
引言 (INTRODUCTION):.....	6
YEATES CONWELL督導:.....	9
我的mentor是Dr. Conwell, Yeates.....	9
何為Mentor?.....	10
會議時間:.....	11
SHARE (Senior Health and REsearch Alliance):	11
我曾與他或經由他介紹與其他Faculties討論的題目.....	20
一個內部Collaboration的例子.....	22
我的Mentor會糾正我的發音, 也enjoy writing.....	23
層次不相同, 計劃(grant)相關之事佔了他大部份時間.....	24
我的弱點.....	24
對Dr. Conwell其他的事描述.....	24
參加進修的課程	25
精神流行病學:.....	25
生物統計學:.....	27
CSPS Fellows' Research seminar.....	27
Grand Rounds.....	27
Research Skills Seminar.....	28
Suicidology Reading Seminar.....	28
Fellows' Journal Club.....	29
Summer Suicide Research Institute.....	29
Columbia Suicide-Severity Rating Scale (C-SSRS).....	30
Psychiatric Consultation and Dr.Privitera.....	30
Meeting with Dr. Connor, Kenneth.....	31
Comprehensive Psychiatric Emergency Program (CPEP).....	31
Strong Ties.....	32
Strong Recovery Methadone Maintenance.....	32
Gatekeepers (Kerry Knox).....	34
與拜訪在多倫多進修的蔡尚穎醫師.....	38
到Washington DC拜訪一位美國國衛院的流行病學家.....	40
中國的學者.....	40
(三) 心得及建議：包括與出國主題相關之具體建議事項。	42
如何預防自殺？對臺灣的建議。.....	42
羅徹斯特大學精神部與自殺防治中心對松德院區(Taipei City Psychiatric Center)的啓示。....	43
附錄：個人先前與其他學者發表有關自殺或死亡研究相關論文 (SUICIDE/MORTALITY-RELATED RESEARCH PAPERS)	44
參考文獻:.....	45
附件一、COLUMBIA SUICIDE-SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS).....	47

(一) 目的：原定計畫目標，包括主題及緣起。

主題：

原定計畫目標為前往英語系國家，進修有關“自殺防治與精神病理之關係研究”。

緣起

1.大方向:

近十年來，自殺已成為臺灣及臺北市重要的公共衛生問題(郭千哲等，2005)；而民國 92 年 10 月松德院區在北市衛生局的責成下成立自殺防治研究發展中心，任務包括監測(Surveillance)、預防(Prevention)、教育(Education)及研究(Research)；這是超級(SuPER)任務，是十分不容易的事。對於自殺防治，需參考國際先進國家的經驗，並向有名機構學習好的研究方法，以了解我國自殺的高危險群。

2.本院簡介:

本院之前在歷任院長、現任陳喬琪院長及其他資深主治醫師的帶領下，在精神流行病學、精神病理學、酒藥癮及分子生物學等之研究，都有很好的成果發表在國內外重要期刊。本院為國內知名精神科專科醫院，且為國內培養精神科專科醫師之重鎮，除臨床服務及教學外，亦進行各類精神科專業的研究。唯本院先前並未派員出國修習自殺防治及精神病理相關之研究方法。故職於民國九十五前初提出國一年計劃，預計將申請至英美等國相關之知名自殺防治及相關精神流行病學研究機構。預期目標包括修習有關自殺防治與精神病理之關係，及相關精神流行病學之研究，以提升個人及本院自殺防治及相關精神流行病學研究之能力及品質。此外，亦將參與研究機構對自殺防治、研究發展及研究會等事務，且與我國自殺現況作比較，期待能提昇對我國對自殺防治及相關流行病學研究。

3.個人背景、出國理由及與業務發展之關係:

職在住院醫師期間即跟隨陳喬琪醫師、北醫蔡尚穎主任等資深主治醫師做研究上之學習，在主治醫師期間亦申請國科會計劃、北市府研究計劃，和臺北醫學大學、臺大醫院有密切合作的研究，並帶領住院醫師進行研究，以提高他們對研究之興趣，且個人目前已有數篇文章發表於國內外期刊，題目包括精神病患死亡率研究

(郭千哲等, 1998)及精神分裂症自殺死亡的危險因子(Kuo et al, 2005)等。吾過去發表有關自殺或死亡研究相關的論文, 如附件一。

目前在自殺防治及相關精神流行病學研究方面, 歐美等國仍為其中樞楚, 故為進一步增進個人的研究能力及開拓研究領域, 提昇本院自殺防治及相關精神流行病學教學及研究, 以鞏固本院在國內精神醫學界之前瞻地位, 因此派外出國將對此領域有幫助。

4.如何申請?

目前世界上專門研究自殺防治的中心少。Center for the Study and Prevention of Suicide (denoted as CSPS), Department of Psychiatry, University of Rochester Medical Center為目前世界上著名的自殺防治發展中心之一 (www.rochesterpreventsuicide.org)。

精神部主管(chair)暨自殺防治中心主任Dr.Caine, Eric

(<http://www.urmc.rochester.edu/smd/Psych/>;

http://www.urmc.rochester.edu/smd/psych/fac_staff/caine_eric.html)曾於

2004年應精神醫學會的邀請來臺在年會演講。

因此我在2006/12寫信向Dr.Caine申請欲至CSPS進修一年, 於2007/01獲得正面回應, 但需有更詳細的研究計劃及三份推薦函。之後, 我請本院區陳喬琪院長、臺北醫學大學附設醫院學術副院長蔡尚穎醫師及國家衛生研究院精神及物質濫用組林克明教授幫助寫推薦函, 並向Dr.Caine寫信說明我過去之研究基礎及臺灣目前自殺防治現況。於2006/02, Dr.Caine回信表示自殺研究中心的副主任

(Co-director) Dr.Conwell, Yeates教授

(http://www.urmc.rochester.edu/smd/psych/fac_staff/conwell_yeates.html)

考慮擔任我的督導者(mentor), 希望安排與我在電話會談再作決定。

於2006/02中旬與Dr.Conwell在電話會談後, 隔二天後, Dr.Caine正式寫信向我表示, 該中心歡迎我去那邊進修一年, 身份為交換訪員, 加入Fellow group (post-doctoral fellow)(博士後研究員)之課程及參加各項研究會議。

因此為執行出國計劃, 由University of Rochester出具交換訪員證明(Exchange visitor category: research scholar), 申請J-1簽證。至美國紐約州羅徹斯特大學精

神醫學部門之自殺防治研究中心進修一年，期間自民國 95 年 8 月 15 日起至 96 年 8 月 14 日止。

(二) 過程：依計畫執行的經過，包括參訪單位及訪問過程。

引言 (Introduction):

有機會來 **Rochester** 進修一年相當難得，許多要感謝的，例如感謝聯合醫院與衛生局提供經費。想寫一些多年後自己仍想再看的內容，我想就從這天開始吧，那是 2007/4/14 (六)。

那天下午，由租的小公寓望外，那是個早春。經過冬天冰天雪地，雖然雪已融草地恢復綠意，然而外面的楓樹仍光溜溜的未長新葉。再過二天我就要去接受開刀手術了，因最近的 **right inguinal hernia** 變嚴重了。心中自然地感到空虛及不確定，因自己隻身與大兒子在此進修，太太及二個小孩則在臺灣；這是我生平第一次接受手術且要麻醉，還是在其他國家。但另一方面，聽著義光教會合唱團詩歌，也開始覺得有踏實感，因已作一些計劃。

醫療人員跟我說從手術室報到、準備、麻醉、手術及手術後恢復約需要四小時，若順利當天可以回家。我已拜託一位當地教會朋友(**Cliff Chen**)，入手術室前將重要證件及臺灣緊急連絡電話都交給他，手術後他則載我回家。這位朋友來自香港，在 **UR** 獲得物理光電的 **PhD** 後，目前在該部門任博士後研究員。另外，由於開刀後幾天最好休息，需拜託臺灣同鄉會(**Taiwanese Association of Rochester**)的一位朋友(**Thomas Lee**)去超市買日用品。他來自臺南仁德，臺大化工畢業後申請來此攻讀 **PhD**，目前為第二年，亦主修光電材料。我的老師(**Dr. Conwell, Yeates**)亦留行動電話號碼給我，表示若有問題可連絡他。此外，慶幸加入的醫療保險有給付這項手術，雖然保險費真的不便宜。

我親身經歷美國的醫療系統，順利完成手術的地方就是 **Strong Memorial Hospital**，其為負責 **greater Rochester area** 最重要的醫學中心。常可看到直昇機載送病患停在該醫院的頂樓，因此處亦以外傷中心有名，紐約上州若有病患可能送到此。**Strong** 為一人名，他與 **Eastman(Kodak 創立者)** 為公司合作的伙伴，因捐錢成立這家醫院，因而後面的人命名為 **Strong Memorial Hospital**。**Strong Memorial Hospital** 是 **University of Rochester Medical Center (URMC)** 的附屬醫院，而 **URMC** 則是 **University of Rochester(UR)** 的一部份，**UR** 有不少校區，其中還包括 **Eastman music school**，為與 **New York City** 的茱利亞學院並列為全美屬一屬二的音樂學院，臺灣有

不少學生來此進修音樂方面的學位。

但 UR 最有名仍為光電產業，因 **Kodak** 及 **Xerox** 公司均在此建立，早年由產業幫助教育與研究；然而近幾年 **Kodak** 及 **Xerox** 則漸漸走下坡，UR 已成為 **Rochester** 最大的雇主。臺灣不少學生來 UR 攻讀光電博士，他們曾跟我說曾有某國學生因疑似將研究室資料外洩，而被 **FBI** 約談；可見其對美國的重要性。

近一年由當地報紙(**Rochester Democrat and Chronicle**)

(<http://www.democratandchronicle.com/apps/pbcs.dll/frontpage>)，內容只要談到 **Kodak** 及 **Xerox** 都與裁員減少支出有關，但只要涉及 UR，則都是說現在某某部門又爭取到什麼經費，要擴編或擴建等。以氣氛而言，UR 每個部門都想發揮影響力、爭取經費以求生存。

Rochester 為紐約州第三大都市群，僅次於紐約市及水牛城(**Buffalo**)，位於五大湖區安大略湖的南邊，在此地少見觀光客，華人亦少，走在路上難遇到跟自己一樣黑頭髮黃皮膚。先前曾有某機構作過評比，全美最適合居住的地方為賓州的匹茲堡市，**Rochester** 排第六。**Rochester** 相當漂亮，有不少樹木、草坪及湖泊(如 **Finger lakes**)，四季分明各有其特色。羅徹斯特人(**Rochesterian**)相當友善，對社區之認同與向心力亦強。有一次與我的老師(**Dr. Conwell**)會議時，我跟他提到來了近一年，我發現走在 **Rochester** 街道有舒服的感覺，遇當地人可輕鬆地交談，他說我雖不是 **Rochester native**，但已成為 **Rochesterian** 了。

即使有報導顯示 **Rochester** 適合居住，但仍有人搬到南方去住，原因是步調快、壓力較大及氣候冷。其實 **Rochester** 主要問題，仍在 **Downtown Rochester (City of Rochester)**；因中上階層均都住 **greater Rochester area** 的外圍，一些暴力或犯罪等行為常發生在 **Downtown**。當地白人朋友，都勸告晚上少去 **Downtown**。然而，雖有變遷，這個城市一直努力生存，由重視環保及建設以成為適合居住的地方，小孩若可在此環境成長是幸福的，除學校的基礎建設好外，亦有賞心悅目的自然環境，包括美麗的樹木、草坪、湖泊及四季分明的美景(如秋楓及冬雪)。

上面用了一些篇幅介紹 **Rochester**，以下開始介紹我所去的部門，**the center for the study and prevention of suicide (CSPS)** 是 **department of psychiatry** (<http://www.urmc.rochester.edu/smd/psych/>)，URMC 的其中一個部門。此中心為當初 **Dr. Caine, Eric**(現在的 **chair, department of psychiatry**) 與我的老師於十多年前

所成立，爲此部門發展的特色之一。此中心的命名有其用意：刻意將center放於前，而suicide放在最後，意在強調center，而將suicide的stigma減小。在此，每個星期一早上九點都要固定去我的老師(Dr.Conwell)辦公室與他個別會議。CSPS有不少老師(faculty)，在修期間亦一一有機會向他們請教及了解(如Dr.Connor, Kenneth); 而跟我最近的其實是我們的同學，至少十幾位，他們都是MD或PhD，有些仍在臨床工作，有時則由計劃支持；長期課程或研究會議相處(再詳述)，討教彼此的論文都不大會手軟；但都建立若干情誼，有時也會開開玩笑。

Department of Psychiatry是一個大部門，約有三百個員工，而其走向受到Rochester的大環境影響；而且Kodak的創辦人Mr.Eastman一直希望Rochester成爲擁有好的照護及醫療品質的社區，且用實際資金資助；而現早成自成一個系統。這已成爲核心價值，因精神科部門在提計劃時，除研究外，都希望研究可以提高Rochester的社區照護品質。舉一個重要的例子，Dr.Babigian, Harouton爲上任(3rd)chair二十年前在Rochester地區(人口約20多萬)作了一個Intergrated Mental Health及capitation的計劃，個案以severely mental illnesses爲主，且以Randomized community sample作社區試驗(pioneer)，這已成爲全美具影響力的模式之一，有不少的論文發表。他們有一個有趣的發現：當研究設計分爲二組：intervention及care as usual，結果因intervention group之照護品質不錯，care as usual group則無形中學習intervention group，結果在研究晚期二組之outcome差距變小。此爲以試辦(或研究)計劃帶動實務照護的例子。這段故事，其實是我的老師與Dr.Caine跟我說的，因爲他們知道臺灣有意要試辦capitation。

因此我的學習計劃：主修雖是suicide prevention，但又試著學習Rochester其他進步醫療或社區的照護體系，尤其Dr.Conwell善於協調，總會介紹我去參觀其他部門。

我曾問Dr.Conwell：爲何Rochester的自殺率低(8-9/100,000 per year)? 他謙虛地表示不知道。但我認爲原因：除了他們對於自殺防治研究努力外，另外Rochester已建構好的社區照顧體系(infrastructure)，這些都對自殺防治有莫大的幫助。

由於Dr.Conwell的一個重要的計劃(SHARE alliance,)，我有機會認識此地重要的非政府組織(NGO) (Life Span, <http://www.lifespan-roch.org/>; Eldersource, <http://www.eldersource.org/>; Catholic Family Center,

<http://www.cfcrochester.org/>)。另外，亦由Dr.Conwell介紹拜訪不同機構的負責人，包括(1)Strong Ties Community Support Program (Dr.Weisman, Robert)：為對 severely mental illnesses的個案臨床及社區照顧 (2)Strong Recovery Addiction Psychiatry Program之Strong Recovery Methadone Maintenance (Dr.Baciewicz, Gloria) (3)Psychiatric Consultation Service (Dr.Privitera, Michael) (4) Partial Hospitalization Program (Dr.DiGiovanni, Sue) (5) Comprehensive Psychiatric Emergency Program (CPEP) (Dr.Redondo, Robert)。

此外，來此處，亦繼續分析我國的資料及撰寫報告及提新計劃，且有機會受老師的指導及與外國友人討論。相關的題目包括由自殺企圖者的追蹤研究(Follow-up study of suicide attempters)探討燒炭自殺與自殺方法替換(charcoal burning and means substitution)，以及精神科會診(psychiatric consultation)等主題。此外，亦用松德院區多年住院病患樣本，探討住院病患使用自殺防範措施(suicide precaution intervention)的效果。以及未來將進行的甲基安非他命病患(methamphetamine users)的追蹤研究等。

夜深人靜月亮圓圓地高掛天空時，回想自己的國家。自殺防治工作應該強調對高危險群的介入呢？還是要對大眾作更好的教育呢？當中有許多材料及主題需進行進一步的研究；其實也是代表臺灣自殺防治工作仍在起步階段，未來仍有一條漫長的路要走。

Yeates Conwell 督導：

我的mentor是Dr.Conwell, Yeates

他是部門中第二號人物(vice chair)，此次於 Dr.Caine。他是詮釋研究結果及倡導合作的高手(如合照)。



何為Mentor?

根據 Oxford Advanced Learner's Dictionary 對 Mentor 的解釋為: **an experienced person who advises and helps sb with less experience over a period of time.** 中文則釋為“良師益友”。

在此的研究制度重視 Mentor 體制，有所謂的 **primary mentor, secondary mentor** 等，此地新的研究者若申請研究計劃(**grant**)都需要詳述申請者的 **mentor** 是誰。**Dr.Conwell** 是我來此地開始且主要的導師，因此是我的 **primary mentor**；對他，我有無盡的感謝，因從他身上學了不少東西。經由他的轉介，我的觸角可以伸到其他地方去。他在部門相當有聲望，有 **fellow** 稱他是“**Big man**”，因許多其他大學的人都知道他。若由 **Medline** 鍵入“**Yeates Conwell**”可以發現他及 **Rochester** 團隊寫過貢獻過許多文獻，主題為 **suicide** 相關議題及老年精神醫學相關議題。

他與 **Dr.Caine** 於 1987 建立了 **center (CSPS)**，之後有許多人陸續加入(如 **Paul Duberstein, Kenneth Connor**，為心理師 **PhD** 背景)，形成一個 **multidisciplinary team**；我在與他會議中曾談到為何目前世界上為何只有少數的地方有類似的 **center**，這是其中一個重要的因素，因為要形成 **multidisciplinary team** 相當不容易，但面對自殺防治的議題時，這是必要的趨勢；而這也與其他 **center** 只為單一 **discipline** 不相同。在與 **Dr.Conwell** 熟了也彼此有信任後，我也直接請教他如何 **maintain** 這個中心。他跟我說，雖然中心會與其他外面服務(**health delivery system**)的機構合作，但

這仍是一個純學術的中心，因此中心賴以維生的機制為來自 **grants** 的 **funding**；此也讓中心不斷需成長。以美國的制度，若申請到 **funding**，將可分為 **direct** 及 **indirect funding**；舉例而言，若申請到 **direct funding** 有 100 元，則大學(UR)將可得到 50-60 元的 **indirect funding**，對大學的財務將有幫助。此部份對美國發展學術研究很重要，但也很現實。

會議時間:

每個星期一早上對我是十分重要的時間，因我與Dr.Conwell在 9:00-10:00 有個別會議(研究督導)，地點就在他的辦公室。每次談的**agenda**有時是我訂，但有時他也會提 **agenda**。除非他到外地去，否則即使冬天下大雪時仍照常；他是個勤奮研究者，家住在Rochester南邊的Honeoye Falls，需 30 分鐘車程到URMC，他星期一早上的第一場督導是 7:00，他一定很早起床。我究竟要與他談什麼？內容包括在Rochester的學習及我們自己的資料分析。我常要想很多天，通常到星期日晚上是我壓力較大的時候，因我必須確定想要跟他談什麼；每次會議前我都會把會議的**agenda**打字描述，會議後則會把會議內容記錄清楚。

雖然我不是幫他寫自傳，但我必須以他為主軸，因他的角度帶領我看這個中心；他對我影響大，很慶幸他接受我去那邊進修。他約 50 多歲，無論從那個國家來的人都說很帥。他喜歡喝茶少喝咖啡，會談前會先上廁所及裝水，門會先為我打開，當會談時他會請我把門關閉。辦公室內雖有不少資料及書籍，但相當整齊，他可隨時找到資料。右手拿筆，但用左手使用電腦滑鼠。他坐椅的左邊地上有不少資料(for papers, grants, reviewers, etc)，後來才知道那是他的習慣，把當天預計完成的計劃依序排列。

由於經過近一年的持續督導(從 2006/10 月初到 2007/7 月底)，當中之事不少，以下我把印象較深刻的整理：

SHARE (Senior Health and REsearch Alliance):

(1) 簡介:

這是Yeates所主持的一個大的旗艦研究計劃，期間為09/01/2005~08/31/2010共五年，**direct funding** 為 1,999,141 美金(近 200 萬)，而 **indirect funding** 則為 894,836 (佔所有經費的 31%左右)，總共合計為 2,893,977 美元。

主要的元素有二: **(1)**為對老年精神疾病患者有更有的照顧 **(2)**發展精神醫療系統 **(Mental Health)**與社會服務**(Social services)**的伙伴關係**(Partnership development)**。

(2)原理闡述(Rationale): 究竟與自殺防治有無相關呢? 答案是肯定的。為了多解釋這個計劃, 將用二個架構來說明:

一、公共衛生自殺防治的角度, 如下圖: **(Knox et al, 2004)**

Universal prevention strategies 的對象為 **based on general population**。

而由此架構, **Share alliance** 可以應分屬於 **Selective prevention strategies** 及 **Indicated prevention strategies**。前者(**selective**)的範籌為: 因 **social services** 的 **clients** 的特質, 將收納許多會發生精神疾病或有不好預後的高危險群, 例如獨居老人或有 **elderly abuse** 者; 具體的作法包括對這些族群提供諮詢及健康方面的服務**(1,2 小點)**。

後者(**indicated**)則是 **Mental health system** 加入, 確認已具有可偵測症狀的高危險群, 包括表面無症狀但已具有可定義的危險因子。例如在 **social services**, 可以早期篩選出具有憂鬱症的個案並且給予治療。因為憂鬱症病患為自殺的高危險群。

TABLE 1—The Language of Mental Health Prevention Applied to Preventing Suicide and Attempted Suicide

Intervention Terminology	Approach	Target	Objectives	Examples of Possible Future Prevention Efforts
Universal prevention strategies	Population	Implement sweeping, broadly directed initiatives in entire populations, not identified on the basis of individual risk. Develop programs that reach asymptomatic individuals.	Prevent disease through reducing risk and enhancing protective or mitigating factors.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enhance school and community programs to reduce alcohol and substance abuse in youth and young adults. 2. Develop effective violence reduction programs among men aged 25–55 years. 3. Remove insurance barriers for access to mental health and substance abuse treatment.
Selective prevention strategies	High risk	Identify individuals or subgroups bearing a significantly higher than average risk of developing mental disorders or adverse outcomes.	Prevent disease through addressing population-specific characteristics that place individuals at higher than average risk.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Provide counseling and health services for homeless individuals and families. 2. Promote church-based and community programs to contact isolated elders. 3. Provide therapeutic support to victims of domestic violence.
Indicated prevention strategies	High risk	Identify high-risk individuals with detectable symptoms. Include asymptomatic individuals bearing defined risk markers.	Treat individuals with precursor signs and symptoms to prevent development of full-blown disorder.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Increase screening/treatment for depressed elders in primary care settings. 2. Treat elders with chronic pain syndromes more effectively. 3. Enhance lithium maintenance for persons with recurrent bipolar disorder. 4. Prescribe pharmacological therapies for individuals bearing biomarkers for psychiatric disorders associated with suicide and suicidal behaviors.

二、用族群防治的角度：若以 CSPS 常用的一個架構(Dr.Caine, Eric):

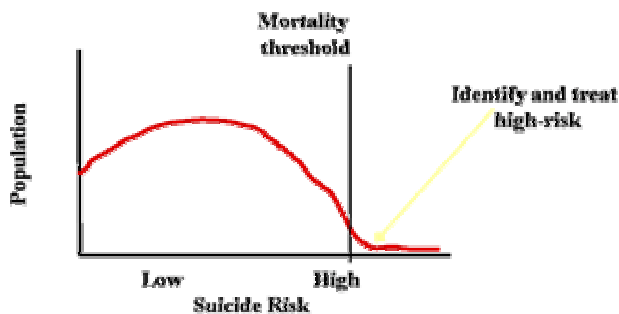
(1) 自殺防治可由二方面來看：一為 **high-risk group approach**, 另一為 **population approach**, 可以由下列的圖示來看。若只有由 **high-risk approach** 則減少自殺死亡個數有限, 但若由 **population approach** 則可以減少較多的量。此可以由 **Rose's Theorem** 來說明。

(2) “**Rose's Theorem**”: “...a large number of people at small risk may give rise to more cases of disease than a small number who are at high risk” (Rose 1992)
意即一個具輕危險性的較大族群所產生的個案數, 比高危險性的較小族群要多。

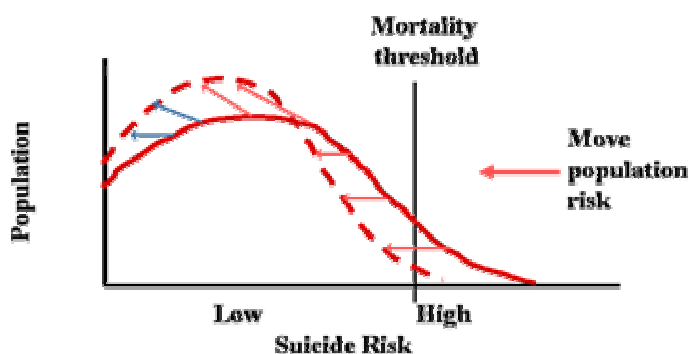
The Population Distribution of Suicide Risk



High-risk Approach



Population-oriented Approach



舉個例子: 2005 年, 臺北市一年共有 467 位自殺死亡。而我們曾用全國死亡檔與臺北自殺企圖存活性監測資料庫(surveillance database for suicide attempters), 在 2004-2005 年共有 5261 位具指標企圖(若曾多次企圖自殺, 只取第一次); 結果追蹤共 4,675 人年, 有 72 位自殺死亡, 因此估計一年有 81 位死亡($72 \times 5261 / 4675$), 佔全市自殺死亡的 17.3% ($81 / 467$) (Kuo et al, 2007, submitted)。若對這 5261 位個案進行介入(intervention) (資源放此), 且減少 20% 的自殺數(相當不錯), 則將由 81 位減 16 位為 65 位自殺死亡; 對於整理的衝擊, 則只有減少 3.5% [$16 / (467 - 16)$] 的個案。但若由 population approach, 由於 2005 年燒炭自殺有 159 位, 若能對燒炭相關(由設警語、媒體遵守國際公認指引適當的報導、管控木炭的販賣、鼓勵民眾使用替代物(如用瓦斯或電)或訓練販賣者為 gatekeeper), 若估計減少 20%, 則共可減少 32 位, 對整體則減少 7.4% [$32 / (467 - 32)$]。因此其效益可能比只對高危險群的自殺企圖者作介入要高。

類似方法, 都可以估算介入的計劃對自殺率的降低情況。然而, 無論成效高低, 自殺防治需由多處介入計劃, 積少成多以減少自殺率。

SHARE alliance 也就是在此氛圍底下, 希望藉由增加對老年人的精神衛生有助益, 進而減少自殺率。

三、發展合作關係 (partnership development, collaboration)

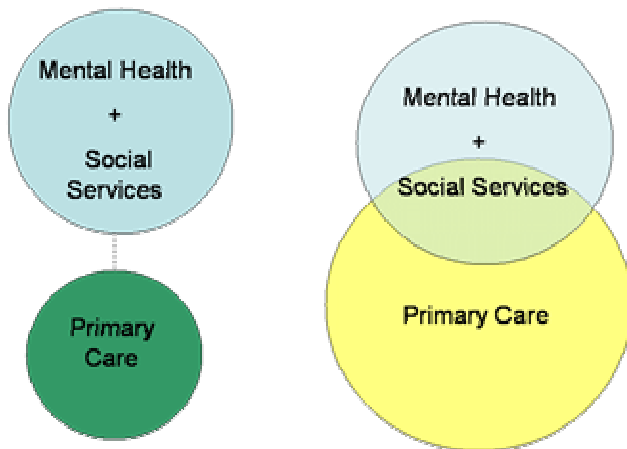
(1) 在 Dr.Conwell 的 grant 中明確提到要發展新的照顧模式(New mode of care), 因原來的照顧模式為三種機構分立, 各自有不同的個案來源; 包括 mental health

services, social services, primary care。先前文獻的 model 多為 mental health 與 primary care 先合作, 再考慮與其他機構合作(如 social services)。如下圖:



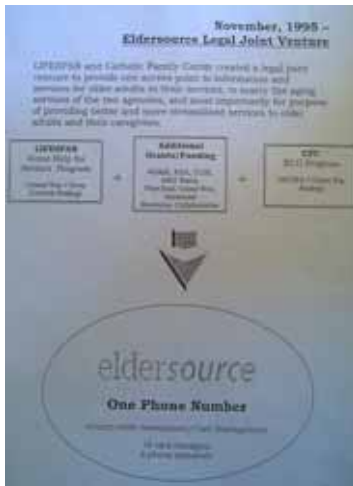
(2) New mode of care: 有其階段目標, 第一階段為整合 Mental health services 與 social services, 第二階段則整合上二者與 primary care 的關係, 但仍以 patient-centered 為方向。如下圖: (其實主要的不同為 social services 與 primary care 的個案來源不大相同, 前者可能有財務或家暴問題, 後者則主要為身體問題。)

NEW MODELS OF CARE



(3) Social services有前進的遠景: 此計劃需based on social services in greater Rochester area: 在Rochester, 有二家大的社會工作組織, 都是屬於非政府組織 (Non-governmental organization, NGO), 分別為Lifespan (www.lifespan-roch.org), 及Catholic family center (www.cfcrochester.org)。經費來源分別為政府及企業民間募款。這二家的服務涵蓋大部份Rochester的個案, 然而服務計劃有許多重疊, 出現明顯競爭關係, 有時內耗無加成的效果。所幸二邊的主管階層有遠見, 於 1995 成立一個整合平臺, 為Eldersource (www.eldersource.org)。而且二邊主管都想進一步發展, 尤其若有研究進入, 以

增加照護品質。



- (4) 開會地點: **Mental health** 與 **social services** 的合作: **Yeates** 曾跟我說, 很高興能有機會能跟他們合作; 而爲了 **collaboration**, 及表示是伙伴關係, 一些研究或常規會議 **Yeates** 都在 **Lifespan** 開會。因此每隔二星期或一個月都會在 **Lifespan** 開會, 一般爲下午 **1:00-2:00**, 美國人開會以對事而不對人, 比較直接, 但氣氛 (**atmosphere**)相當好。由於 **Lifespan** 位於 **Brighton Plaza** 內; 結束後, 我常在隔壁的 **Tops (supermarket)**買日用品回家。
- (5) 若干研究資源進去: **Yeates** 在督導時, 曾跟我說因爲 **social services** 的工作人員平常就忙, 有一些特定的事要作。若考慮合作時, 需帶若干資源進去, 包括研究人力及一些經費。
- (6) **Advisory board meeting**: 由於這是一個大型的計劃, 研究必須組成一個委員會, 讓社區有參與的機會, 委員包括社區德高望眾者、**social services**, 專家及 **UR(research staffs)**的研究者等; 這是很重要的, 也符合研究的倫理。我剛來 **Rochester** 後, 爲能參與他們研究 **team**, 被要求能通過”**Protecting Study Volunteers in Research**”的課程, 然後考試, 有 **50** 題選擇題, 需 **85** 分才能通過 (**open book**), 但仍不容易; 我花了 **1-2** 星期讀相關資料才通過; **UR** 的研究教育委員會 (**Research Education**)發給我證書 (**HSPP certificate, Human Subject Protection Program, HSPP# 69780911H, Expires: 9/30/2009**)。而我所讀的資料中就有提到如何進行社區的研究, 研究時需促進社區可參與, 且符合研究倫理。
- (7) 電腦公司與資料: **Lifespan** 的服務資料均進入一家電腦公司的系統 (**Peerplace**)。研究時需取得行政資料, 以檢驗選樣有無偏差。

- (8) **Paul Caccamise**: 是 **Lifespan** 的副總裁(vice president), 2006/10 某一天早晨曾去拜訪他, 他跟我仔細介紹 **Lifespan** 的 **programs**, 且也讓我認識不少 **staffs**; 他會說西班牙話, 最近一年則學中文(中文名字: 柯溥倫)。那天結束時已近中午, 他說他要與一位小時候的好朋友共進午餐, 邀請我去。結果我們去 **downtown Rochester** 的一家義大利餐廳, 才知道他與好朋友都是義大利裔美國人, 他的好朋友在市區心理諮商中心工作。他們都是老 **Rochesterian**, 他的朋友跟我說必須跟學校及教會有接觸就會有社交生活, 我很慶幸我有此二個面向的線。
- (9) 社區田野調查(**prevalence of depression and suicide-related topics, etc**): 若有個案新進入 **Lifespan** 系統, **care manager** 會詢問個案是否願意接受 **Share alliance** 的研究小組訪視, 若願意則將安排訪談。我就跟受過訓練的訪問者(**interviewers**) 去社區中看過幾位個案, 他們使用半結構化問卷, 並以 **SCID** 進行會談(只有情緒疾患部份)。然而, 這裏規定若有接觸個案, 則必經過 **HIPAA policy** 的認證(**Health Insurance Portability and Accountability Act**) (**HIPAA privacy: workforce member training record**), 但此次較容易, 由 **UR** 提供資料, 看完誠實申報就可以。其實 **HIPAA** 對於美國醫療影響很大, 包括我因 **hernia** 去就診, 診間護士就問我是否知道 **HIPAA**, 亦表示醫院將遵守 **HIPAA** 的規則。
- (10) 看個案的經驗: 曾分別與 **research interviewers** (**Connie Bowen** 及 **Judy Woodhams**) 去社區看過幾個個案。後來 **Connie Bowen** 還請我去他們家與她先生共進晚餐, 她先生是 **MD**, 在 **health insurance** 公司工作, 他問我一些健康保險的問題, 他說他曾經聽過臺灣對榮民(**veterans**)的照顧體系。
- (11) 舉一位個案為例: 在 2007/3/28 曾到 **downtown Rochester** 看過一個個案, **Mrs.B**; 82 歲, **widowed, black**, 因 **poor care for her daily living** 及 **financial troubles** 因而求助 **Lifespan**。經過 **interview at her home**, 她已有明顯 **cognitive problems in recent half a year**, 且無 **good support system**, 其兒子已於 5 年前上吊自殺死亡。此個案係屬於高危險群, 需整合 **social services** 的 **care manager** 及其他資源共同照顧。
- (12) 特殊族群: **social services** 所收納個案, 多為財務有問題 (如被子女騙錢)或獨居, 或因有認知功能缺損無法照顧自己等, 會與 **primary care** 的個案有不同(雖仍然會有重疊)。此外, 幾乎大部份的個案都居住在 **downtown Rochester**, 少在周圍地區。這是一種 **social drift**, 中上階層都往城外移居, 享受較好的自然環境及生活條

件(幾乎每戶都有前後院), 但需付出較高的費用, 如車子及較貴的房價等。城內治安也較差, 種族以黑人為主。

(13) **Review papers: 2007/01, Dr.Conwell** 指定一些相關文獻讓我看, 然而一起討論; 這是一個很有趣的經驗。我自己也試著用 **meta-analysis** 之方法計算當中的 **standardized means difference**。要如何算, 中間有一些不清楚, 則用 **skype** 請教臺灣臺大公衛所博士班同學廖雅堂。我將當中整理出一小篇文章與 **Dr.Conwell** 討論, 格式有點像 **letter to the editor**, 如下:

From reviewing the papers and your first idea (Dr.Conwell), it helps me how to realize the knowledge of collaborative care and to get some points listed below:

A good article of meta-analysis from Gilbody et al (2006) organized the well-designed studies of collaborative care with randomized trials for depression in past a decade, and approved of more effective in collaborative care than usual care in the short and longer terms. The standardized mean difference (SMD) of depression scores (ie, mean of intervention group minus mean of control group divided by the pooled standard deviation) was used as one of measures for effect size. The results revealed that since 2000 the cumulative effect size of SMD for depression outcomes at 6 months is relatively stable between 0.20 and 0.29 while adding the data of each paper published after 2000 in a chronological order (Figure 7). This study conveys clearly the main stream of effect from the meta-analysis, but the findings also could remind us whether there exists the ceiling effect of collaborative care.

Reviewing the individual works listed in Figure 1, some still had higher effects prominently as compared with the overall effect size. For example, the SMDs (95% CI) of Araya et al (2003) and Oslin et al (2003) were 1.13 (0.79 to 1.47) and 0.61 (0.08 to 1.13), respectively. Regarding the study population, the former focused on the treatment of low-income women with major depression, and the latter focused on a population of geriatric veterans. So it exists the limitation of heterogeneity for the study populations. The future work is needed whether the effect sizes are modified by different populations.

Besides, as for the issue of treatment model, this meta-analysis study enrolled the collaborative works mainly based on the primary care. Different from

primary care-based model, a recent published work (Ciechanowski et al, 2004) proposed the collaborative care of geriatric subjects with minor depression on a home-based program with affiliation to the social services. The calculated SMD (95% CI) of depression scores under the assumption of equal variance between intervention and usual care groups is 0.99 (0.65 to 1.32), and it is higher than the overall SMD from the meta-analysis study. The characteristics of the model from Cienchanowski et al (2004) included the problem-solving treatment sessions and the intensive depression management team sessions, and the psychiatrist actively collaborated with primary care physician and social services.

From the above, there seems to exist a potential room to improve the effect based on the different models, and to develop the specific strategies in the varieties of depression populations are warranted.

上述之重點: 在目前的爭論點並不是在於”有沒有效”, 因 **collaboration** 後, 由 **care manager** 的介入都有效果。主要仍是在不同模式之間的強度(**the effect size**) 可能不同? 以目前文獻中, **based on social services** 有效強度較高。

- (14) **Share alliance** 為基礎: **Share alliance** 若以研究研究法而言, 有一重要的限制: 不是 **randomized design** (以個案或以機構隨機分配), 故不易確定其有效 **effect**。然而, 有趣的是 **Share alliance** 扮演火車頭的角色, 相關的研究陸續提出 (Yeates 其他指導的 **fellows**); 例如另一位 **fellow (Elizabeth Santos, MD)**, 她就提 **Alzheimer's disease** 在 **social services** 的研究。
- (15) **Share alliance**: 回顧過去, 並非第一次申請 **grant** 就通過, 而是第三次才過。因此每次都需根據上次被拒絕的理由(評審委員會), 作補強或修改。**Dr.Conwell** 跟我說, 同一機構最多可連續申請三次。有點像在國際學術社會中 **peer reviewing system** 投稿論文的情況。然而, 從中間鏗而不捨; 因有 **Share alliance**, 我才有機會來 **Rochester**, 因當初 **Dr.Conwell** 在電話會談時, 就跟我提到有 **NGO** 的機構我可以來此認識, 但當時仍不知道那是 **Share alliance**, 來此地才知道。也認識他底下主要的工作伙伴, 例如 **Carol Podgorski** (社工 **PhD**, 為一個很 **nice** 的女士); 另一則為 **Thomas Richardson**, 他本來有 **MBA** 碩士學位, 後來改讀 **Psychiatric Epidemiology** 的 **PhD**; 利用 **Share alliance** 為材料, 今年春天得到 **PhD**; 他 **PhD**

口試(defense)當天我正接受 **hernia repair** 手術。他最近正整理一篇論文欲投稿, 論文的 **title** 為: **Depression and Suicidal Behavior among Older Adults Accessing Aging Services**。

- (16) 仍在起步階段: 因為是一個 5 年計劃; 未來的方向包括如何提 **grants**, 議題如何設定都在發展之中。
- (17) 增加精神醫療品質需走的路: 此部份的整合, 目前美國仍比臺灣走的快一些, 包括 **PHQ-9** 來作 **progress evaluation**, 是可以學習的地方。臺灣 **social services** 的人員也值得派員去觀摩與學習。
- (18) 在臺灣有一研究方向: 到底在 **social services** 體系的個案, 問題嚴不嚴重? 需要進行調查其盛行率(**prevalence**), 例如以 **PHQ-9** 調查憂鬱症的盛行率。
- (19) 此外, 過去我們研究小組曾用 **SMR(Standardized Mortality Ratio)**, 藉由追蹤後續的死亡率, 來評估在精神醫療機構精神病患的照護品質。若可得到 **social services** 的個案行政資料, 再與死亡檔連結, 便可計算 **SMR**。(由醫院樣本推估到社會服務體系)因為 **SMR** 可進行國際比較, 亦可以作為自評的工作(例如進行前後相比)。
- (20) 不同個性作不同的計劃: 其實在 **CSPS** 中有不同計劃, 有對特定族群(如學校、榮民體系等)作 **gatekeeper training program** 的, 亦有專門作酒癮與自殺的關係的, 亦有作 **personality** 與自殺的相關性。但 **Dr.Conwell** 則選擇作這種需 **collaboration** 的研究, 及希望對現有的 **health delivery system** 有影響。
- (21) 一個好問題: 我曾問 **Dr.Conwell** 如何設定 **grants** 的題目, 且繼續一步接一步, 他說這是一個好問題。除了自己收集資料及想 **ideas** 之外, 最重要還是要隨時與其他同儕討論(**intake and output**)。
- (22) 2007/07/27 (Mon): 與 **Dr.Conwell** 會議, 由於 **Share alliance** 為 5 年計劃, 未來將繼續與 **Dr.Conwell** 連絡, 以學習研究的進展, 並視在臺灣有無可能進行類似的計劃。

我曾與他或經由他介紹與其他 **Faculties** 討論的題目

(1) Follow-up of suicide attempters:

相關的題目包括由自殺企圖者的追蹤研究(**Follow-up study of suicide attempters**)探討燒炭自殺與自殺方法替換(**charcoal burning and means substitution**), 以及精神

科會診(**psychiatric consultation**)等主題。但 **charcoal burning and means substitution** 的論文在投稿時，並不是想像中的順，被拒絕了幾次；主要原因是雜誌的興趣之故。也學到，投稿至國際期刊要持續有恆心，不怕失敗，且找適合主題的期刊投稿。

另外，有關當初設計 **surveillance system**：由事後檢討，應該加上當時 **suicide attempt** 所造成的傷害的嚴重度(**severity**)，而且不同自殺方法(**suicide means**)的致死嚴重度(**lethality**)定義不同，例如對以藥物中毒自殺而言。

Lethality scale for Drugs with Sedative Effects:

00: Fully conscious and alert

01: Conscious but sleepy

02: Lethargic with diminution in intellectual ability

03: Asleep but easily aroused

04: Comatose-withdrawal from painful stimuli; reflexes intact; injury sufficient for hospitalization

05: Comatose-no withdrawal from painful stimuli, most reflexes intact; no respiratory or circulatory depression; injury sufficient for ICU monitoring

06: Comatose-most reflexes absent; no respiratory or circulatory depression; ICU and significant medical procedure (e.g., dialysis)

07: Comatose-all reflexes absent; respiratory depression with cyanosis or circulatory failure and shock or both

08: Death

ps.,上述 **drugs**, 可包括: (a) Antipsychotic (b) Antidepressant (c) BDZ/HYP (d) Recreational (e) Alcohol (f) Gas/Asphyxia (g) Non-Psychotropic Prescription (h) OTC Sedative (i) Unknown

(2) Methamphetamine 與自殺相關議題:

Methamphetamine 相關的研究，目前在文獻中仍少，但在亞洲地區相當盛行，美國則少見。但由於 **Dr.Conwell** 的專長不是探討 **substance use disorders**，因此他介紹我和 **Dr.Connor, Kenneth** 討論，我們還與部內一位統計學教授 **Dr.Tu, Xin** 一起討論有關方法學及可用的統計。**Dr.Connor** 建議我可以先探討大趨勢(如 **SMR**)，且推薦一篇論文作為參考(**Wilcox et al, 2004**)，之後再探討此特殊族群的自殺死亡危險因子。

(3) 自殺防範措施(suicide precaution intervention)的效果

此外，亦用松德院區多年住院病患樣本，探討住院病患使用自殺防範措施(suicide precaution intervention)的效果。

(4) Metabolic syndrome

由於在臺灣時在日間留院就有作體重控制計劃，以及在臺灣的個案有類似問題，因使用 second-generation antipsychotic agents。由於這不是 Dr.Conwell 主要的研究主題，他轉介我認識 Dr.Lamberti, Steve, 且與他有一次會議。Dr.Lamberti 過去有不少論文研究 metabolic syndrome, 例如 Lamberti et al (2006)。

(5) Research relating psychiatric patients

Strong Ties 是負責 greater Rochester area 照護 severely mental disorders 的個案，其結構與聯合醫院松德院區類似，因此未來可以考慮研究上的議題合作。經由 Dr.Conwell 介紹，亦與 Strong Ties 的 medical director (Dr.Weisman, Robert)會議過二次。

(6) Gatekeeper training program in schools

Dr.Conwell曾介紹Dr.Wyman讓我認識，他近年來對學校(middle-school, high-school)作randomized trials。唯目前只能證明發現受訓練的人員對於了解自殺防治的知識有增加，及轉介率可能增加，然而是否能降低自殺企圖率仍未知。

一個內部Collaboration的例子

Dr.Conwell 有二大特質: (1) Collaboration 高手，及說故事高手(Story-telling from the research results); 往往一般分析者只看數字，但是他總能幫助想一些較有系統的發現(formulation for research results)。(特點)

有一次我問一個問題，使用 violent suicide method 之 attempters, 未來發生自殺死亡的機率是否比較高? 因我告訴他: 我花了二個小時，都找不到滿意的文獻。他不大相信，也找了好久。結果他們部門中的二位 faculty (one professor, another associate professor), 問二個其他的頭腦。

亦是寫 Grant 的高手，在他的想法中，提計劃比寫論文要難得太多了。他說論文總會雜誌收，有許多雜誌; 然而計劃則有許多競爭者。但我想，對於年輕的研究者，總想多一點論文以增加研究的 credit, 但對於較有經驗的研究者則提出 grant 來養一些

人 (business), 且研究計劃也變得較全面性。

我的Mentor會糾正我的發音, 也enjoy writing

- (1) 去年萬聖節(Halloween)前夕: Dr.Conwell 邀請我們去他家聚餐, 也與他太太 Gay Mills 聊不少事, 他說 Yeates 對寫文章的文法很嚴謹。有一篇論文(the topic related to charcoal burning), 讓他改了一次論文, 來來回回許多次, 會進步(writing), 且越改意思會越清楚, 更 solid 且 crystallize。
- (2) 語言溝通: 每個星期一都要跟他會議; 久了之後我的英文聽力及表達能力似乎都有進步, 知道如何說他會聽得懂。腦中若想中文直接轉英文, 但不順; 此時, 就要換另外一種方式說。剛開始, 他會皺著眉頭, 表示聽不懂, 但仍相當 supportive; 久了之後, 都聽得懂了; 我亂講, 文法不對, 他也聽得懂。若他真得還是聽不懂, 他會直接問我。
- (3) 他會糾正我的發音: 對我而言, 此次出國學英文, 就好像小學生在學單字一樣; 發現在臺灣許多英文字都念錯了, 包括重音(emphasis)或發音(pronunciation)不對, 也難怪外國人會聽不懂。此時, 找一本好的字典是很重要的, 現在電腦字典相當不錯, 若遇一個單字不知不何念可以查字典看如何讀, 而且美英發音本身就存在差異, Cambridge Advanced Learner Dictionary 就是不錯的字典。而 Dr.Conwell 可以說是我另一位 ESL (English as second language)老師。若我念錯時, 他會糾正發音; 例如我被他糾正的單字包括 amphetamine, homogenous, heterogenous, gout vs. gold 等字。我也出過一次笑話, 我把 prosecutor(檢察官)念成 prostitute(妓女)。
- (4) Enjoy writing: Dr.Conwell 喜歡(享受)writing, 動作也很快; 讓我覺得國際化之時: 能快速英文書寫表達相當重要。他旁邊隨時都有草稿紙, 若有一些想法(ideas)時會把其寫下, 之後再用電腦整理。我在這邊認識一位 fellow, 他是一位 family practice physician (Dr. Silenzio, Vincent), 他無論部內會議或其他場合總帶著筆記型電腦及一本隨時可以記東西的筆記本, 很像忙碌的商務人士, 但他說他 enjoy writing, 若有 idea 來時, 則他會趕快把它們寫上。
- (5) Writing training of PhD program: 另一個 fellow (Dr.Swogger, Marc)跟我說: 他們 English writing 會進步是因經過論文(dissertation)的訓練, 經過這階段就

會變得很好。

(6) 部門 coordinator (Anthony Beckman): 即使英文為母語者, 亦需要有參考書; Mr.Beckman 就建議我買一本書有關寫作的參考書”A writer’s reference”(Hacker, 2003)。

層次不相同, 計劃(grant)相關之事佔了他大部份時間

在 2007/05/21: 曾與 Yeates 討論有關 Grant 題目設定及寫 papers 之難易。

Yeates 表示寫 paper 較容易, 因東西就在那邊, 而 Grant 的題目設定常需要跟其他 colleague 討論; 由 grants 產生 papers, 由 papers 再申請 grants, 為一良性的循環。他也跟我分享, 寫論文時需先有 outlines (具體或心中的 outlines), 如此便容易寫了。

我最後一次會議問他: 每天花多少時間作跟 grant 直接有關之事, 他回答表示約 70%。而其提 grants 的主軸, 常常是以研究帶動服務, 盼望由研究改進目前的照護體系。他也問我: 我的薪資多少由 grant 來? 他想知道臺灣的學術補助制度; 看起來這是臺灣未來應走的路。

2007/7/23 (Monday) meeting: 我問他為何 Rochester 地方的 suicide rates 低。

Yeates 告訴我: 他不知道。其實我認為他是謙虛罷了。

我的弱點

由他的研究督導, 我瞭解到我的弱點, 即常重視數據或量化的結果, 但有時忽略應有理論形成或原理闡述 (rationale)。其實這邊的學者原理闡述的能力都相當強, 除 Yeates 外, Dr.Caine, Eric 為部門的大主任, 是公關的好人才, 早已經過許多歷鍊及經驗, 隨意一個主題來 (e.g., Suicide in youth among the African Americans), 他就可以說出頭頭是道的研究各個階段可完成的事。他們都有這種的能力。

對Dr.Conwell其他的事描述

研究者其實都需要有 mentor, 有機會可討論成為鏡子。我的老師(Mentor), 真是我的良師益友。

近一年近距離的督導(Supervision), 可以說達到三個督導的層次(levels):

(1) 傳授知識 (2)知識如何作之態度 (3)傳遞研究的人生哲學。

參加進修的課程

由於訓練的課程為博士後訓練：

由於有 MD，又有發表文獻，碩士學位。因此被安排在博士後的訓練中，同學分屬不同單位，由不同的計劃(**grant**)支持。他們有些單身，但有些結婚了。所有課程或會議均指向研究的目標與產物，那就是研究計劃(**Gramts**)與論文發表(**papers**)。

精神流行病學：

在此處，於上學期有修精神流行病學。

(1) 其教學架構亦由流行病學基本的研究設計開始介紹，此與臺大公衛所所開的流行病學課程類似(註：先前曾在臺大公衛所修過課程)。但主要的不同在於，其主要的材料以自殺相關的精神流行病學為主。

(2) 其課程：舉幾個為例子作代表，例如如其 **titles of class** 包括：

Part I.Epidemiologic Research Designs and the Challenges of Studying Mental Disorders

1. Psychiatric epidemiology then and now 2.Risk factors as causes of mental disorders 3.Epidemiologic study designs: cohort designs in psychiatric epidemiology 4.Case control designs in psychiatric epidemiology

Part II.Methodological Challenges and Solutions for Conducting Epidemiological Research on Mental Disorders

1. Personality disorders and completed suicides: a methodological and conceptual review 2. Are measures of association adequate to study mental disorders? 3. Methodological issues in psychiatric epidemiology research 4. Statistical and methodological issues in the epidemiologic study of mental disorders 5.More methods for the epidemiologic study of mental disorders

Part III. Prevention Researcher for Mental Disorders

1. Research designs for the study of suicide and related mental disorders: psychological autopsy studies, dynamic wait list designs, standards for efficacy and effectiveness, multi-level modeling approaches for prevention research.
2. Levels of preventions: population versus high risk approaches to prevention, universal and selective and indicated interventions, multifaceted approaches to prevention.

- (3) 中心的師資: 已足夠, 各自依專長教學, 例如 Paul Duberstein 為研究 personality disorders 與 suicide 的關係, 而 Kenneth Conner 則研究與酒癮有關之議題, Kerry Knox 則專長於 community psychiatry 及 gatekeeper training program, Yeates Conwell 則為老年精神疾病與自殺的關係。
- (4) DVD 錄影: 以便散佈(disseminate), 因中心與中國有合作計劃, 希望藉由 DVD 傳遞訊息, 已事半功倍; 而我亦有將 DVD 收集回來。
- (5) 所 assignment 的教科書: Prince M, Steward R, Ford T, Hotopf M. Practical psychiatric epidemiology. Oxford, New York, 2003. 是一本不會太厚且相當好的書。

其教學目的, 除了傳授流行病學知識外; 最大目的, 仍在於自殺防治如何接軌。例如在中心網站(CSPS), 有一個有意思的總結為: 自殺防治一個很重要的策略, 在社區中, 經由預防其前趨因子, 以發展可降低族群自殺危險的方式, 而這些策略是創新的(潛在有效)的預防策略。(Developing population risk reduction approaches for suicide, through prevention of its precursors in communities, could result in truly innovative (and potentially effective) programs for suicide prevention" (Knox, Conwell, Caine, 2004) (by the website of CSPS).

另外, 以公共衛生的角度來看自殺防治; Knox et al (2004)有一篇文章: 用過去一十分有名的 Framingham Study (1971)如何防治 Cardiovascular disease 為例, 其中的一要點為以 population-based strategies 來代替以 individual-based strategies 來防治; 而用此架構可以用來看自殺防治。

生物統計學:

- (1) 所用的 **textbook** 為 **Pagano M, Gauvreau K: Principles of biostatistics. Duxbury, USA, 2000.**
- (2) 老師在上課時又喜歡使用一套簡易的統計軟體來呈現統計的過程及結果, 這套軟體為 **StataQuest 4.0 for Windows 95 (Stata Corporation, 1995)**。由這一套軟體可以輕易地計算一些統計的數值, 例如代入簡單的參數(**lambda, count**)即可計算 **Poisson probability**。
- (3) 每節課有講義, 亦有 **homework**。

CSPS Fellows' Research seminar

- (1) 時間為每星期二在一間會議室舉行(**Barlette's room**): 對象為 **CSPS** 的 **faculty** 及 **fellows**, 輪到的 **fellow** 則需報告最近研究的進展, 時間約為四十分鐘, 而其餘時間則為討論。
- (2) 我已在 2007/5/8 報告: 題目為: **Suicide study in psychiatric inpatients**。內容為介紹過去十年在臺灣一連串的精神病患死亡預後研究, 其中也介紹在臺灣的研究小組(包括陳喬琪醫師及蔡尚穎醫師)。此為一研究系列, 且有不同階段的 **formulation**。反應相當不錯, 其中有一位 **fellow (Dr. Lequizine)**問: 為何不選 **alcoholism** 的個案作為探討 **risk factors for completed suicide** 的特殊族群。我的回答是: 因為 **alcoholism** 者的自殺個案數低, 故選擇 **methamphetamine**, 且目前 **methamphetamine** 在文獻上的研究仍相當少。而我的老師(**Dr. Conwell**)則對臺灣有關精神衛生法的內容及影響有興趣, 且詢問強制住院的問題。

Grand Rounds

- (1) 為每星期三在 **URMC** 一間大間的演講廳(**Class of '62 Auditorium**)舉行,
- (2) 講員: 為對外邀請著名或有影響力的講員, 或由 **URMC** 精神部中的 **faculty** 輪流介紹其現在正進行的研究。
- (3) 參加者: 參加者相當多, 由實習生到教授均有。
- (4) 手語服務人員: 每次舉行演講時, 臺下之前面均有手語人員翻譯, 顯示相當重視聽障人士獲取新知的權利。然而我也不知道多少人需要這項服務。

- (5) **chair(Dr.Caine)**:幾乎每次都會參加, 且主動提出相當好的問題。若 **Dr.Caine** 有事無法到達, 則由 **Dr.Conwell** 代理。
- (6) 此為認識精神部門現在正進行的 **programs** 的好機會, 也可了解未來可能的走向。且亦列入 **CSPS** 的 **fellowship program** 課程之中。除非有事, 否則我都會參加。

Research Skills Seminar

- (1) 時間: 每二週五舉行一次, 由 10:30-12:00。
- (2) 由二位 **Faculty** 來帶, 包括 **Tom O'Connor** 及 **Yeates Conwell**; 前者為 **associate professor**, 較年輕但活躍, 在 **CSPS** 亦主持一個研究室, 著作近年來相當多。
- (3) 通常會安排二位 **fellows** 來報告: 分別為 10:30-11:00 一位, 11:00-12:00 另一位。
- (4) 內容: 以目標導向, 由於研究最重要的成果為 **grant** 及 **paper**; 故輪到的報告者可拿最近要申請的 **grant** 及欲投稿的 **paper** 報告。從其中, 集思廣義分享學術領域的生態。
- (5) **mock interview**: 此為藉由情景模擬申請 **grant** 的過程, 使大家更了解 **grant** 的申請, 因為 **fellow** 若要是能繼續在學術領域生存, 則需申請到 **grant**。共進行了數次。由 **Dr.Conwell** 及 **Dr.O'Connor** 分別擔任口試委員, 且會邀請部門另一位主管為主試官; 各自對申請人的背景、研究計劃及研究潛力作評分。這樣的過程, 大家都相當有興趣, 但 **Dr.Conwell** 曾告訴我, 為當口試委員, 需先看所提的 **grant**, 需花半天的時間。
- (6) 在此項會議: 我曾經報告過二次, 均為拿出欲投稿的論文加以分享; 主題為 "suicide attempt and psychiatric consultation", 以及 "charcoal burning and means substitution"。有得到同儕及 **faculty** 的回饋, 並加以修改。
- (7) 每次會議: 由 **Dr.Conwell** 的 **grant** 支持, 都有提供 **snacks (e.g., bagel)** 及飲料 (**e.g., coffee**)。

Suicidology Reading Seminar

- (1) 舉行的時間: 為每個月一次, 為星期五 10:30-12:00。
- (2) 每次之 **seminar**: 由精神部的 **faculty** 來主持, 且主題常為 **faculty** 有興趣或目前正

在作的題目。例如, **Dr. Paul Duberstein** 就曾有一次談有關: **personality disorder and suicide**。

(3) 方式: 值得注意的是, 進行方式為互動式的, 並非 **faculty** 以演講方式, 而是面對面交談。

Fellows' Journal Club

(1) 每個月最後一個星期五舉行(**Romano Room**), 10:30-12:00。

(2) 由 **Dr. Connor Kenneth** 主持, 每次有三位 **fellow** 報告。

(3) 每次則由要報告的 **fellow** 由最近的文獻, 選擇自己想讀的期刊文獻加以報告, 並由大家討論。

(4) 報告時, 有其主軸及結構性:

1. ID of Research group
2. Synopsis
3. Novel
4. Strength/Limitation of methodology
5. Implications for research

Summer Suicide Research Institute

(1) 以其宗旨而言: **to reduce the mortality and morbidity associated with suicide and attempted suicide, and their antecedents. The Summer Research Institute in Suicide Prevention (SRI/SP) is an initiative by the University of Rochester Medical Center for the ...**顯示這是每年一次的重頭戲。

(2) **CSPS** 每年在夏天舉行, 今年為 2007/6/10~2007/6/15。

(3) 這是一個很重要的盛會, 因為美國許多從事自殺防治研究的學者都會受邀作演講。而各地有興趣的年輕學者(則 **post-doctoral fellow, PhD students**)亦會來參加, 及接受督導。但我是臺灣唯一的代表, 顯示臺灣從事自殺研究者仍不多。

(4) 當中除了聽全美各地來的學者的演講外, 亦收集此次的演講稿及幻燈片。

(5) 在此次亦遇到一位資深的學者(**Dr. Paula Tayton**); 她表示曾指導過胡海國教授, 她目前是美國自殺防治發展基金會(**American foundation of suicide prevention**)

的 **medical director**, 我有與她合影。

Columbia Suicide-Severity Rating Scale (C-SSRS)

- (1) 2007/03: CSPA 邀請一位來自 **Columbia University** 的學者(Dr.Posner, Kelly)介紹 **Columbia Scale**。
- (2) 問卷發展的背景: 美國 **FDA** 於多年前, 為解決 **SSRIs-induced suicidality** 的爭議, 曾委託 **Columbia University** 的團隊將各藥廠的試驗資料作第三方公證的分析。但當研究小組進行分析時, 發現各藥廠在試驗新發展的抗憂鬱藥時, 自殺的測量 (**measures**) 很少, 且不夠細緻; 主要仍在測量憂鬱嚴重度有無變好。因此, 由此教訓, **Columbia University** 的團隊決定發展一可測量細緻 **suicide-severity** 的 **scale**, 稱為 **Columbia scale**, 如附件一。
- (3) 這份問卷所量自殺相關變項相當細緻: 包括 **Suicidal Behavior**(又分 **Acutal attempt, Interrupted attempt, Aborted attempt, Preparatory acts or behaviors**) (**Acutal lethality/Medical damage, Potental lethality**), **Suicidal ideation** (**Non-suicidal, wish to be dead, non-specific active suicidal thoughts, active suicidal ideation with any methods without intent ot act, Active suicidal ideation with some intent to act without specific plan, active suicidal ideation with specific plan and intent**), **intensity of ideation**。
- (4) 建議未來國內在進行相關自殺研究時可採用, 以便可以和國際接軌。職的一研究計劃(**Project of risk factors for completed suicide among amphetamine users**)亦將採用部份的內容。

註: 採用時需與 **Dr.Posner, Kelly** 連絡, 並尋求允許使用。

Psychiatric Consultation and Dr.Privitera

在 **URMC** 中, 精神部有照會方面的服務, 由 **Dr.Privitera, Michael** 當 **medical director**。經由 **Dr.Conwell** 的介紹, 我能去找 **Dr.Privitera** 會談一次, 且後來在 2007/07 的一個早上在參加照會會議後, 他帶我去看了三個會談的個案, 包括(1) **Seizure c. suspect Stevens-Johnson syndrome induced by carbamazepine** (2) **Delirium with personality disorder** (B) (前二者住 **neurological wards**) (3) **Schizoaffective disorder c physical condition** (住內科病房)。

另外，有趣的是，在美國，量氣溫與體溫所用的單位是不同的，前者為華氏，但後者仍用攝氏。

Meeting with Dr.Connor, Kenneth

- (1) Dr.Conner 為 CSPS 的 faculty (associate professor); 為心理學的 PhD, 為人拘謹; 但作研究出色, 主要為物質濫用與自殺的議題。
- (2) 由於跟 Dr.Conwell, 我的 mentor, 表示未來將從事 methamphetamine 的研究, 因 methamphetamine 為東亞特有的; 故 Dr.Conwell 推薦我去找 Dr.Connor 討論。
- (3) 因此在 2007/03, 我曾到他的研究室去討論; 他給了我相當好的建議; 他建議我可先由計算 SMRs 先著手, 之後再進入探討 risk factors of suicide in methamphetamine users。
- (4) 由於當中會遇到統計的問題: Dr.Connor 還特別找精神部內另一位統計教授 (Dr.Tu, Xin), 與我討論未來統計方面應如何進行, 包括可能使用的 Cox proportional hazard model 及 conditional logistic regression analysis。
- (5) 由於今年(2007)年新申請的國科會計劃通過一年, 未來將進行這一研究; 若有初步結果, 則將再提未來新的研究計劃。

Comprehensive Psychiatric Emergency Program (CPEP)

精神部有一急診及社區的服務在 Strong Memorial Hospital 之中, 稱為 CPEP(Comprehensive Psychiatric Emergency Program), medical director 為 Dr.Rodondo, Robert。Dr.Conwell 曾轉介我去認識其急診的 facility。

- (1) 此急診服務, 位於 Strong Memorial Hospital 之內, 為 24 小時服務。
- (2) 曾於 2006/12 拜託 Dr.Rodondo, 他則介紹該服務設施讓我知道, 且亦看了幾個個案, 包括 schizophrenia 個案因 acute psychotic state 有明顯被害妄想, 而被帶到急診作醫療。

Strong Ties

這是一個對 **psychotic patients** 完整照護的體系，位於社區中，其規模很大，主要為照顧 **greater Rochester area** 的 **psychotic patients**。部門中主要為精神科門診，日間留院，且亦有內科門診部門；其結構很像松德院區。當中的 **medical director** 為 **Dr.Weisman, Robert**；經由 **Dr.Conwell** 介紹，我曾去拜訪他二次，且為多了解 **daycare** 及 **occupational rehabilitation**；亦拜訪一資深的職能復健師 **Mr.Dermady, Joseph**，以了解 **daycare** 服務的個案及團體內容。

- (1) 2007/3/29: 與 **Dr.Weisman, Robert** 在 **Strong Ties** 見面，他介紹了 **Integrated community health program** 讓我知道；他也是很 **gentle** 及 **kind** 的人，介紹一些 **American idioms** 讓我認識，也教我如何使字典多認識 **American idioms**。
- (2) 2007/7: 與 **Dr.Weisman** 第二次見面，主要的目的為尋求未來合作的可能性，因為 **Strong Ties** 與 **Taipei City Psychiatric Center** 很類似；而且以 **Taipei City Psychiatric Center** 而言，吾人可以獲得住院及門診檔的行政資料；因此可以與他們作比較。另一個目的，是為進一步參觀 **daycare** 設施。
- (3) 2007/07, 參訪 **daycare**: 經由 **Dr.Weisman** 介紹給 **Mr.Dermady**，參觀 **daycare**；在 **daycare program** 約有 500 個個案，其 **program** 可能被 **assign** 為每天來，但也可能為每星期來二次等，有 **case managers** 制度，而 **case managers** 依個案的等級所照顧的個案數不一。個案在每天來之時，先到櫃臺報到及登錄，以便醫院申請保險給付。然而，若個案沒有按照各自的 **program** 出席，**case manager** 亦將連絡個案澄清狀況。而參加 **daycare** 者需有意願，否則亦將辦理離院。

Strong Recovery Methadone Maintenance

2007/7/17 (Mon.) 11:00 am meeting: 由我的老師 (Yeates)轉介: 與 **Senior medical director, Dr.Baciewicz, Gloria J. (MD)**meeting。之後與一重要的 **clinical coordinator (Mary Ellen Ross)**互動，她介紹我隔天(7/18)去參觀他們的 **Strong Recovery Methadone Maintenance**。這個計劃已作了近 30 年，因 **methadone** 在 1970 年代就在 **Rochester** 全面使用，而 **methadone** 是 1960 年代是在美國發明的。這個 **program** 的內容，包括:

1. 地點很方便, 就位於 **Strong Behavioral Health** 大門進來左轉的位置, 目前約收納 **500 位 heroin users**。
2. 每天有二個時段, 個案可以來領取 **methadone**, 為早上 **8:00-9:00** 及 **2:00-2:30**, 假日照常營業。由確認身份到領取 **methadone** 都有明確的結構 (**structure**)。原則上, 初來者每天需來, 若比較穩定者則可成為隔天來領一次; 甚至若要出國度假, 可以帶回一至二星期的份量。
3. 在實際的流程中, 每位個案需拿特有的卡片登錄, 及接受工作人員確認身份; 電腦許可, **Liquid methadone** 就隨之出來。有二條線可以領取。顏色像葡萄汁, 據說喝起來味道像 **cough mixture**。
4. 因過量會致死的可能性。 **Initial dosage: 30 mg/day**, 慢慢加 **5 mg/day**, 最高曾有人到 **210 mg/day**。且在領取時, 必須馬上服用完。
5. 醫院經營的誘因: 為個案的保險付費, 且一般為私人的; 若若個案接受團體治療, 則又可多給付相關費。以醫院經營者角度是賺錢的; 在此地每週約給付 **US \$110 per week paid by the insurance company (including Medicare)**; 相對地在臺灣每個月醫療機構可得 **NT \$ 4000/per month in Taiwan**(相當於 100 多元美金)。
6. **Methadone** 不會有欣快感, 但 **withdrawal syndrome** 比 **heroin** 強且持久, 因此個案總會規律回來。
7. 個案之角色很清楚: 在此 **program** 中, 個案很明確是病患的角色; 但若個案若犯罪, 例如販賣毒品, 則馬上回到犯人的角色; 且個案將離開這個 **program**, 接受法律的制裁及回到監獄。相關法令規範需完備。
8. **Methadone vs. buprenorphine**: 前者相當 **cheap (40 US dollars/10,000 cc)**, 後者則 **expensive**, 但較不會有頭昏等副作用, 適合有正常上班者。
9. 收納於此 **program** 的個案 **comorbidity** 多: 例如合併有 **depression, schizophrenia or personality disorders**; 故登錄於此 **program** 的個案, 必須與其他部門有 **collaboration**; 例如需轉介去其他門診。

※2007/7/24 曾與 **Mary Ellen Ross (clinical coordinator)** 在她的辦公室有會議:

在與她會談時, 在臺灣正好遇到 2007 年 7 月的減刑措施使不少更生人回歸社區,

但曾發生更生人疑因精神病症狀或戒斷症狀行為失控而打死某大學教員。

她直接問我：在臺灣, **heroin users** 若出獄後有無特別的照顧計劃？當我回答：無時，當時我感到不好意思。

其實以世界的趨勢，文明國家傾向於把藥癮個案視為病患，而非罪犯；且又有醫療保險系統的支持，因此對於 **heroin users** 的照顧會更貼近社區；此顯示臺灣對於 **heroin users** 的後續照顧與復健，仍有不少改進的空間。

Gatekeepers (Kerry Knox)

Gatekeeper 是守門員的意思，在自殺防治的課題中根據 Mann et al (2005)對 **Gatekeeper** 的定義：

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005; 294:2064-2074

“.....Suicide prevention includes a range of interventions focused on community or organizational gatekeepers whose contact with potentially vulnerable populations provides an opportunity to identify at-risk individuals and direct them to appropriate assessment and treatment. *Gatekeepers* include clergy, first responders, personnel staff, and those employed in institutional settings, such as schools, prisons, and the military. Education covered awareness of risk factors, policy changes to encourage help-seeking, availability of resources, and efforts to reduce stigma associated with help-seeking.”

簡言之, **gatekeeper** 為有機會接觸高危險群的人，以便能去確認及作適當的評估及治療。**Gatekeepers** 可包括牧師，第一線人員，以及在各種機構工作者(學校，監獄及軍方)。對 **gatekeepers** 的教育包括察查危險因子，改變策略以鼓勵求助行為，可利用的資源，以及努力去減低跟求助行為相關的污名(**stigma**)等。

Gatekeeper training program 對 CSPS(1987 成立，至今 20 年)是一個重要的招牌，因為對社區甚至政策有影響力。相關的 **program**，代表的人力除了 Dr.Caine, Eric, 最重要的是 Dr.Knox, Kerry。

她成功地將 **gatekeeper training program** 用在 US Air force, 且降低 **program** 幾年的自殺死亡率 (Knox et al, 2003)。The study population consisted of a

dynamic cohort of 5,260,292 active duty US Air Force personnel between 1990-2002.

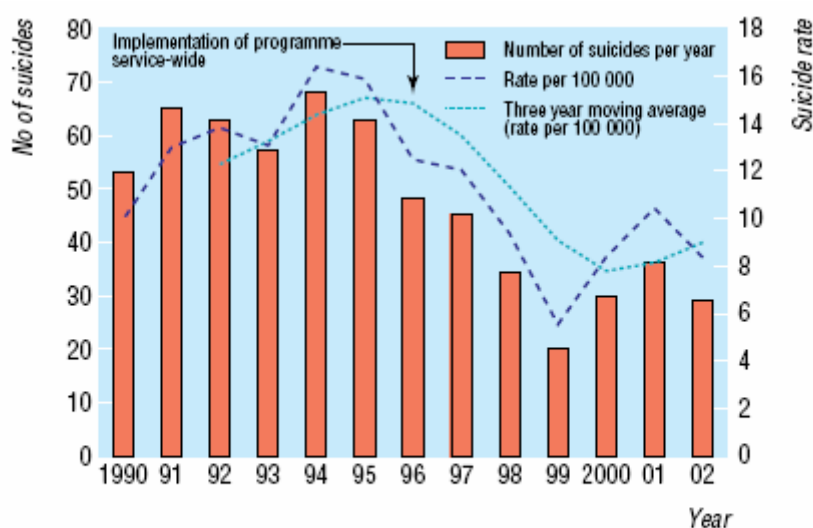


Fig 1 Number of suicides, suicide rates, and three year moving average for rates of suicide, US Air Force, 1990-2002

Table 3 Comparison of effects of risk for suicide and related adverse outcomes in US Air Force population before (1990-6) and after implementation of programme (1997-2002)

Outcome	Relative risk (95% CI)	Risk reduction (1-relative risk)	Excess risk (relative risk-1)
Suicide	0.67 (0.57 to 0.80)	33%	—
Homicide	0.48 (0.33 to 0.74)	51%	—
Accidental death	0.82 (0.73 to 0.93)	18%	—
Severe family violence	0.46 (0.43 to 0.51)	54%	—
Moderate family violence	0.70 (0.69 to 0.73)	30%	—
Mild family violence	1.18 (1.16 to 1.20)	—	18%

Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED: Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ* 2003; 327: 1376-1380.

※其中, US Air Force 計劃主要的核心觀念, 包括:

- (1) 將自殺防治作為組織的優先性: 造成一種負有責任的氣氛(atmosphere)。
- (2) 清楚且說得出來的願景(Vision): 1.自殺防治是一種社區的責任。2.領導者的參與對於成功是基本需要的。3.確認及鼓勵求助行為(help-seeking)

behavior)。

(3) 經由早期認出及作介入進行預防：社區需要廣泛的知識和技巧。

擴展到不同的族群：這樣的計劃在Air Force作成功了，現在則推展到學校及榮民系統等。

有一次 CSPS 就邀請一位不小的 VA (veterans) 照護體系的主管來開講，以尋求合作。CSPS 希望尋求 grants，而 VA 方向則有壓力，因退伍軍人的自殺率及其他精神疾病(如創傷後症候群)高，在此次會議後我則稍作整理大綱，如下：

2006/11/01, Wed.

- (1) Dr. Ira Katz, M.D., Ira.Katz2@va.gov: Mental Health Services: VA Central Office Update. Chief of Veterans Health
- (2) VHA (Veteran Health Agency) as a Best Practice. From Time Magazine, how VA Hospitals Became The Best. No longer a nation's shame.
- (3) Why? VHA is: a provider, a payor, a policy environment; it's the system.
- (4) VHA has four missions: patient care, education, research, and support to the Nation during national emergencies.
- (5) 25,000,000 veterans in UA, 7.2 million enrolled in VHA, 5.2 million served by VHA each year, 1.2 million with a mental illness, 0.9 million seen in specialty MH care each year.
- (6) Age distribution
- (7) VHA as a system: 21 Veterans Integrated Services Networks; >1300 points of care: 156 medical centers, ~900 ambulatory care and community based cares
- (8) Population-based care: to a dispersed population, Practice guidelines: & related decision. Electronic medical record, Performance measures:
- (9) Four factor model: (1) equal urgency, (2) recovery & rehabilitation, (3) primary care integration, (4) evidence-based care. Other: focus on QIF/OIF, suicide prevention.
- (10) Vision for MH services: Evidence-based psychotherapy, clinical neuroscience, focus on SMI, focus on common mental illnesses.
- (11) OIF/OEF (?): Total veterans: 600,000. 2.4% of million, Services within

- VHA: 180.000, 3.5% of 5.2 million, with MH Dx or concern: 60.000, 5% of 1.2 million; With probable PTSD: 29.000, 8.4% of 310.000.
- (12) Veterans suicides: assuming unknown/missing veteran status: missing at random: 25% of all suicides, 29.5/100.000/year, non-veteran: 21% of all suicides, 26.2/100.000/year
- (13) Veteran Suicides from NYDRS
- (14) Estimated Rates 2004: /100.000/year. W, AA, NA.
- (15) Causes of Suicide: firearm (rank first) (gun control)
- (16) Mental Health in VHA: Funding for Mental Health Services: ~\$2.43 billion in FY05, ~\$3.15 billion in FY07, ~10% of VHA budget, not including pharmacy. Vet centers.
- (17) Mental health initiative in FY05: targeted spending: ~\$200 million. Funding allocated: ~\$154 million, 77% of target. Funds spent: ~\$111 million, 72% of allocated,
- (18) Mental Health Initiative: Equal Urgency: Availability of SUD services (increase buprenorphine), MH in CBOCs, Services for homeless veterans, Chaplaincy collaborations, Use of newer technologies: telemental health care, care coordination.
- (19) Recovery & Rehabilitation: recovery coordinators in each VISN/F facility
- (20) **MH integration with primary care**: funding of FY06 RFP, Extension to Geriatrics
- (21) Evidence-Based care: we want to develop the evidence-based psychotherapy centers, other (after trained, by phone, video, supervision.)
- (22) Focus on OIF/OEF: outreach, PTSD programs: MST center, Dual diagnoses program, enhanced services
- (23) Suicide prevention: enhanced overall mental health services, Target risk of suicide: suicide prevention coordination in VAMCs, other initiatives: Clinical, Public health; (in Taiwan: 開設老人憂鬱症門診). Community focus,
- (24) HR 5771 (bill in Congress): Joshua Omvig Veterans Suicide Prevention Bill. (a guy come back from Iraq and suicide in front of his parents). Staff education, screening of veterans screening medical care, tracking of veterans, counseling and treatment of veterans, designation of suicide prevention counselors, best practice research, sexual

- (25) A question from Dr. Caine: Family orientation: family-oriented? , patient-oriented? Answer: reply, by law, client: only veterans.
- (26) Dr. Caine: using Family member as gatekeeper system. (That seemed to be the strategy).
- (27) *Pm: there is brainstorming meeting with Dr.Katz, very interesting: political pressure vs. research vs. funding.
- (28) Ken vs. Eric vs. Dr.: researcher(role) vs. Chief (coordinator) vs. Politician.

※亦有朝向學校系統進行: 包括 Dr.Wyman 及 Dr.Knox 等為主要 investigators, 且目前有若干結果。我以 Dr.Wyman 之 team 最近一篇論文為例(Wyman et al,2007), 其 Title 為:

The Role of Randomized Trials in Testing Interventions for the Prevention of Youth Suicide. International Review of Psychiatry (2007, In Press)

目前所採用最多訓練工具: QPR training (<http://www.qprinstitute.com/>)。我曾找一位 fellow 討論過(Monica Matthieu, PhD. social worker), 她是 QPR 已認證的 instructor, 由於她已被認證, 她可以到各地幫學員(gatekeeper)去上課作 gatekeeper training, 這些學員需先自行研究(self study)一些資料, 之後又需上課滿一定時數, 通過考試才能拿到 gatekeeper 的 certificate (不難, 但一定要知道才能過, 有點像 CPR training); 其實 gatekeeper training 有點像 suicide 的 CPR training。

本來 Monica 在 Canandaigua (在 Rochester 南邊的一個 county, 有一漂亮的 lake of Canandaigua, one of finger lakes)於 2007/01 有一場 gatekeeper training, 本來與她約好要去的, 但後來取消, 實在有些可惜。

與拜訪在多倫多進修的蔡尚穎醫師

2007/06-2007/09 臺北醫學大學蔡尚穎醫師在 University of Toronto 進修。由於 Rochester 與 Toronto 只有三個小時的車程, 故我曾於 2007/09 去找蔡醫師, 且

蔡醫師也曾到 **Rochester** 來參訪。對當時剛去美國的我，他鄉遇故知，感覺實在美好。

- (1) 自殺橋之防範：由於蔡醫師知道我此次出國的目的為進修自殺防治；故他特別帶我去參觀在 **Toronto** 之一自殺橋防範；其位置在 **Don Valley PKWay** 之上面。這座橋由於連接二個小丘，底下則有峽谷，風景不錯；但下面則有一高速公路通過，由橋面到高速公路相當深，至少有十層樓。過去有不少人自上面跳下自殺身亡，因此市政府在該橋的二邊圍上圍欄，阻斷自殺方法的可利用性(**availability of lethal methods**)；此外，在橋邊亦有設生命線的電話，讓想自殺且仍遲疑的個案有更多機會可求救。
- (2) 多倫多大學(**University of Toronto**)：蔡醫師在此進修，他帶我參觀，這是一個世界著名大學，在醫學史上最重要之一的貢獻為發現 **insulin**；值得注意的是當初研究團隊找的人體試驗個案來自 **Rochester**。而多倫多大學的理工與天文學等亦是世界知名。
- (3) 猶太人社區：在多倫多有一些猶太人的社區，且他們亦建立一些相當先進的機構(如**Jewish Community Center**)或照護體系；蔡醫師到多倫多進修，認識一位作躁鬱症(**bipolar disorder**)研究的專家，他本身是猶太人，其募款能力驚人。且當時以色列正遇到危機，**Toronto**路上都可以看到許多招牌，寫著 **Israel: together as one**。(例如www.jewishtoronto.com)。是十分團結的國家，對猶太人而言，雖然國家在以色列，但他們是佈局全球。
- (4) 臺灣之光王建民：在海外仍然心繫著美國職棒比賽王建民的戰局；當天是星期六，洋基跟紅襪隊比賽，第一局時洋基以 **2:0** 領先紅襪，我們就高高興興地出去玩，沒想到傍晚回來後洋基輸了，王建民也吞下敗投，大家心情都不大好；結果蔡醫師請我們去當地的 **Red Lobster** 餐廳吃了一餐。
- (5) 蔡醫師在 **Toronto** 的三個月實在很豐盛，除參訪外亦完成多篇研究論文。他過去對臺灣躁鬱症研究有卓越貢獻，今年已升任教授。他也分享，出國之經驗會讓腦子起化學反應(**chemical reactions**)，會有新的認識。

到Washington DC拜訪一位美國國衛院的流行病學家

2007/06/08-2007/06/10, 我與太太去 Washington DC 拜訪一位朋友 (Dr.Hildesheim, Allan), 這位朋友曾於 10 多年與臺灣臺大公衛所陳建仁教授合作進行 NPC study, 當時我太太在那邊擔任研究助理。Dr.Hildesheim 目前已是美國國衛院(NIH)的研究員(相當於教授), 而 10 多年前的臺美合作研究是他早年最重要的研究計劃, 他曾到臺灣數次, 當時我太太及其他研究小組成員擔任介紹研究計劃及帶他到臺灣旅遊; 而當時我就讀臺大公衛所碩士班, 跟當時女朋友(現在的太太)訪視社區的個案。如今他已近五十歲, 育有四個小孩, 住在 Washington DC 的 Montgomery Village (Maryland state), 是一個猶太的家庭, 但太太是基督徒。

我們除了造訪 NIH 及 Washington DC 外, 亦回憶先前在臺灣的時光外。另外, 現在仍有若干研究有關連, 因為他認識國衛院的陳娟瑜博士, 當初陳博士在 Baltimore 的 John Hopkins 攻讀流行病學時, 就曾與接受他的督導及建議, 而目前陳博士與我們也有合作, 例如有國科會計劃調查長期追蹤青少年的飲酒問題 (drinking problems in the youth)。他要我回臺灣後, 問候一下陳娟瑜博士。

我問他: NPC 在廣東亦盛行, 當初為何會選臺灣而不選擇中國合作。他回答我: 因臺灣的基礎建設(infrastructure)比較好, 且又遇到陳建仁教授。另外, 他對陳建仁教授亦推崇有佳, 說他具有好研究者需有三個特質: 包括(1) kindness (2) smart (3) work hard。我也請教他如何安排研究的時間: 他表示研究者的時間安排(Time management)的確不容易, 他有一個時段較為特殊, 他總是利用星期六一早(約 4:00)早起到辦公室去工作, 然後約 9:00 買早餐回來給家人吃。

中國的學者

在 Rochester 仍有一些中國學者來 URMC 進修, 分佈在各個部門。其中我認識一些在統計學部份的學者, 亦有一篇論文徵詢他們的統計意見, 包括 Dr.Tu, Xin, Ms.Yu, Qin。

此外, 近一年來, 亦認識一同來進修者, 包括在四川大學附設醫院的李進(Jin Li)醫師, 以及在香港大學進修 PhD 的戴靜醫師(Jing Dai)。後者在前幾年曾在中國的鄉村作過大規模的精神流行病學調查; 前者(李進)在此次則學習一些研究工具

(如翻譯 **Columbia scale**), 以及進行自殺企圖及臨床憂鬱症者的研究。
中國已成為世界的工廠, 其基礎建設比臺灣差; 美國的研究經費及人力進入中國,
因相對的 **GMP** 相當優勢; 臺灣則需靠自己, 尤其近幾年美國研究的 **grant**
funding 縮減一半左右。

(三) 心得及建議：包括與出國主題相關之具體建議事項。

如何預防自殺？對臺灣的建議。

自殺防治不是精神醫學的專利。自殺防治需由 **population-oriented**，多管齊下。自殺不容易下降，需打團體戰，而不是個人或肉搏戰，若自殺率下降其實是多方面往對的方向進行。有一些方向可以作參考：

(1) 應加強 **Population-oriented** 的防治方向：

過去防治的思維多重於 **individual-oriented approach**，例如對自殺企圖者後續的追蹤；但若要擴大參與度，應使用 **population-oriented approach (Rose's Theorem)** 思維。例如，進行 **gatekeeper training program** 及加強媒體報導的品質，且讓其有準則可遵循。

(2) 擴大現有基礎：

例如以臺北市憂鬱症共同照護網而言，這是對的方向，可以促進基層醫療院所的參與，可又對憂鬱症病患早期的偵測及介入。但由 **SHARE alliance** 的經驗，臺灣需考慮擴展到其他服務體系(如 **social services**)的服務體系，且由研究與服務結合，是提昇照護的品質。

(3) 限制自殺方法：

在臺灣注意熱點(**hot spots**)，由國外之經驗，限制自殺方法確有防治自殺的效果，例如橋樑已防範或管制槍枝。如特定橋樑或大樓，進行防範，而此部份，而有更好之法醫鑑定資料庫品質才可以作監測。此外，燒炭自殺(**charcoal burring**)是目前臺灣近年來重要之公衛問題，已成為強勢的自殺方法，需制定更有效之防治策略。

(4) 高危險群的防治：

對於 **suicide attempt** 防治，雖可藉後續的追蹤照顧，但由於追蹤率不高(約 50%)，故應可考慮將介入點提前至送醫院急診時之精神科會診。因自殺企圖而送醫院者，是危機但也是轉機。若可在此時有精神科照會介入，將有助於後續的追蹤照顧。

而在高危險群的防範，其中有一重點為防範精神科住院病患自殺，如何制定出標準防範的流程(**Suicide precaution intervention**)，是在精神醫學臨床上需被重視的一環。

(5)加強臺灣相關的基礎建設:

美國許多照護體系的確勝過臺灣，例如對社區老年人的照顧等。尤其是 NGO 組織系統的基礎建設(**infrastructure**)。例如對老年人的照顧而言，有資源。

Lifespan 之資金來源: 包括政府，企業及民間的募款。

老年人不同: 自己來，不依賴。(或許也是自殺率低之緣故)，機場收費為老年人，有事情作。

羅徹斯特大學精神部與自殺防治中心對松德院區(Taipei City Psychiatric Center)的啓示。

雖精神部為附屬於大學之下，與松德院區不同，但松德院區由於過去前輩醫師及其他同仁打下的基礎，實有能力進行研究發展。

CSPS, University of Rochester 已成立 20 年了，一直以持續不斷的研究經費及論文發展為動力；而隸屬的精神部一直有良好的傳統，即以研究來帶動改進服務，這是其重要的核心價值。

1. 松德院區有能力成為臺灣之 **IOP(Institute of Psychiatry)**:

羅徹斯特大學精神部內部的研究單位，不只有自殺防治發展中心；尚有其他特色發展的單位(如酒藥癮、人格疾患、家庭暴力、學校、社區等)，環環相扣，不斷地申請研究計劃及產生論文，且對社會有影響力。總言之，精神部跨研究、教學及服務三大部份。

若比對松德院區，松德院區亦有此三大的功能，包括研究、教學及服務；且有自己的空間，因此松德院區的確有能力組成 **IOP(Institute of Psychiatry)**。以運作而言，院內一些有特色的部份，可以組織成一個一個發展中心，例如自殺防治、酒藥癮、生物精神醫學及心理治療等。且可以和北醫或陽明大學合作 (**collaboration**)，內部研究者取得教職。此外，應將各個專業有興趣的人納入，成為 **Multidisciplinary**，依不同的專業，各司其職，共同發展分享 **credit**。

對於研究計劃與經費，應集中類似的題目申請；且一旦有起頭計劃後，之後便可提多年的延續計劃，且鼓勵新進的研究者(有興趣作研究者)。

若持續可以發表自己的研究則將更有說服力，而不是只引用其他人的。

此外，亦應鼓勵及建構良好的研究環境，包括硬體及軟體。應設立研究區，讓研究者(尤其是計劃主持人)有獨立的空間或辦公室，且亦方便與其他研究者討

論。而其他研究人員(如研究助理)亦應有特定共享空間。

2. 自殺防治人才的培育

出國前，本院邱震寰醫師跟我說，我可能是近年來臺灣第一個去自殺防治中心作研究的人。聽了覺得任務重大，但也有些孤單，我深感力量不夠。自殺並非精神醫學的專利，亦橫跨各個領域，如社會學、傳播及人類學等，且亦應依不同的國家及文化因地制宜。

我曾作過統計，過去發表在國際 SCI 的自殺相關文獻，臺灣明顯較其他國家要少得多 (篇數/人口數)，因此若要談及臺灣的自殺防治，如何鼓勵相關研究進行是一重要的課題。

另外，對於國外新興的一些防治計劃，如守門人訓練計劃(**gatekeeper training program**)，亦值得再有各種不同背景(如衛教、心理或護理)的人學習，且獲得認證。

附錄：個人先前與其他學者發表有關自殺或死亡研究相關論文 (**Suicide/Mortality-related research papers**)

1. Kuo CJ, Pan CH, Tsai SY, Chen CC, Hu WH: Mortality among Acute Psychiatric Inpatients before and after The Mental Health Act. *Taiwanese J Psychiatry* 1998; 12: 352-64. (Chinese)
2. Pan CH, Kuo CJ, Chen CC, Hu WH: Mortality in Acute Inpatients at a Psychiatric Hospital. *Taiwanese J Psychiatry* 1998; 12: 120-9. (Chinese)
3. Tsai SY, Yau YJ, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC: Risk Factors for Mortality in Bipolar Disorder. *Taiwanese J Psychiatry* 2000; 14: 290-300. (Chinese)
4. Chen CC, Kuo CJ, Tsai SY: Cause of death of patients with substance dependence. *Addiction* 2001;96:729-736. (SCI)
5. Tsai SY, Kuo CJ, Chen CC, Lee HC: Risk factors for completed suicide in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63: 469-476. (SCI)
6. Chen CC, Kuo CJ, Tsai SY, Yin SJ: Relation of genotypes of alcohol metabolizing enzymes and mortality of liver disease in patients with alcohol

- dependence. *Addiction Biology* 2004; 9: 233-237. (SCI)
7. Kuo CJ, Tsai SY, Lo CH, Wang YP, Chen CC: Risk factors for completed suicide in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005; 66: 579-85. (SCI)
 8. Tsai SY, Lee CH, Kuo CJ, Chen CC: Risk and protective factors for natural death in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2005; 66: 1586-1591. (SCI)
 9. Kuo CJ, Chen YY, Chiu CH, Chen CC: Comparison of demographic characteristics between suicide completion and suicide attempt in Taipei city. *Taipei City Medical Journal* 2006; 3(10):992-999. (Chinese)
 10. Kuo CJ, Conwell Y, Yu Q, Chiu CH, Chen YY, Tsai SY, Chen CC: Charcoal burning and suicide: implications for means substitution (submitted to *Am J Psychiatry*)

參考文獻:

1. Knox KL, Conwell Y, Caine ED: If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *Am J Public Health* 2004;94:37-45.
2. Rose, G. *The Strategy of Preventive Medicine*. Oxford, England, Oxford University Press, 1992.
3. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 2006;166:2314-2321.
4. Araya R, Rojas G, Fritsch R, et al. Treating depression in primary care in low income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:995-1000.
5. Oslin DW, Sayers S, Ross J, et al. Disease management for depression and at risk drinking via telephone in an older population of veterans. *Psychosom Med*. 2003;65:931-937.
6. Ciechanowski P, Wagner E, Schmaling K, Schwartz S, Williams B, Diehr P, Kulzer J, Gray S, Collier C, LoGerfo J. Community-integrated home-based depression treatment in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1569-1577.
7. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED: Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug*

and Alcohol Dependence 2004; 76s:s11-s19

8. Lamberti JS, Olson D, Crilly JF, Olivares T, Williams GC, Tu X, Tang W, Wiener K, Dvorin S, Dietz MB. Prevalence of the metabolic syndrome among patients receiving clozapine. *Am J Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1273-6.
9. Kuo Cj, et al(2007):charcoal burning and means substitution: a case-linkage study.
10. Knox KL, Conwell Y, Caine ED: If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *Am J Public Health* 2004; 94: 37-45.
11. Hacker D. A writer's reference. Bedford/St.Martin's, Boston, 2003.

COLUMBIA SUICIDE-SEVERITY RATING SCALE (C-SSRS)

***Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.;
Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.;
Mann, J.***

*Definitions of behavioral suicidal events in this scale are based on those used in **The Columbia Suicide History Form**, developed by John Mann, MD and Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M.A., Halberstam B. & Mann J. J, Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003.)*

For reprints of the C-SSRS contact Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10013; inquiries contact posnerk@childpsych.columbia.edu

SUICIDAL BEHAVIOR <i>(Check all that apply, so long as these are separate events; must ask about all types)</i>	Lifetime For Baseline or Since Last Assessment	Last Week	
<p>Actual Attempt: A potentially self-injurious act committed with at least some wish to die, <i>as a result of act</i>. Behavior was in part thought of as method to kill oneself. Intent does not have to be 100%. If there is any intent/desire to die associated with the act, then it can be considered an actual suicide attempt. There does not have to be any injury or harm, just the potential for injury or harm. If person pulls trigger while gun is in mouth but gun is broken so no injury results, this is considered an attempt.</p> <p>Inferring Intent: Even if an individual denies intent/wish to die, it may be inferred clinically from the behavior or circumstances. For example, a highly lethal act that is clearly not an accident so no other intent but suicide can be inferred (e.g. gunshot to head, jumping from window of a high floor/story). Also, if someone denies intent to die, but they thought that what they did could be lethal, intent may be inferred.</p> <p>Have you tried to harm yourself in order to end your life or because you wanted to die/kill yourself? Did you _____ as a way to end your life? Did you want to die (even a little) when you _____? Were you trying to end your life when you _____? Or Did you think it was possible you could have died from...?</p> <p style="padding-left: 40px;">Or did you do it purely for other reasons / without ANY intention of killing yourself (like to relieve stress, feel better, get sympathy, or get something else to happen)? (Self-Injurious Behavior without suicidal intent)</p> <p>Indicate if subject has engaged in Non-Suicidal Self-Injurious Behavior :</p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Total # of attempts _____</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Total # of attempts _____</p> <p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Interrupted Attempt: When the person is interrupted (by an outside circumstance) from starting the potentially self-injurious act (<i>if not for that, actual attempt would have occurred</i>).</p> <p>Overdose: Person has pills in hand but is stopped from ingesting. Once they ingest any pills, this becomes an attempt rather than an interrupted attempt. Shooting: Person has gun pointed toward self, gun is taken away by someone else, or is somehow prevented from pulling trigger. Once they pull the trigger, even if the gun fails to fire, it is an attempt. Jumping: Person is poised to jump, is grabbed and taken down from ledge. Hanging: Person has noose around neck but has not yet started to hang - is stopped from doing so.</p> <p>Has there been a time when you started to do something to end your life but someone or something stopped you before you actually did anything?</p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Total # of interrupted _____</p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Total # of interrupted _____</p>	
<p>Aborted Attempt: When person begins to take steps toward making a suicide attempt, but stops themselves before they actually have engaged in any self-destructive behavior. Examples are similar to interrupted attempts, except that the individual stops him/herself, instead of being stopped by something else.</p> <p>Has there been a time when you started to do something to try to end your life but you stopped yourself before you actually did anything?</p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Total # of aborted _____</p>	<p>Yes No</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Total # of aborted _____</p>	

<p>Preparatory Acts or Behavior: Acts or preparation towards imminently making a suicide attempt. This can include anything beyond a verbalization or thought, such as assembling a specific method (e.g. buying pills, purchasing a gun) or preparing for one's death by suicide (e.g. giving things away, writing a suicide note). <i>Have you taken any steps towards making a suicide attempt or preparing to kill yourself (such as collecting pills, getting a gun, giving valuables away or writing a suicide note)?</i></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Non-suicidal: Suicidal behavior present during the assessment period.</p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>

<i>Answer for Actual Attempts Only</i>	Most Recent Attempt Date:	Worst/Most Lethal Attempt Date:	Initial/First Attempt Date:
<p>Actual Lethality/Medical Damage:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No physical damage or very minor physical damage (e.g. surface scratches). 1. Minor physical damage (e.g. lethargic speech, first degree burns, mild bleeding, sprains). 2. Moderate physical damage; medical attention needed (e.g. conscious but sleepy; somewhat responsive, second degree burns, bleeding of major vessel). 3. Moderately severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization and likely intensive care required (e.g. comatose with reflexes intact, third degree burns less than 20% of body, extensive blood loss but can recover, major fractures). 4. Severe physical damage; <i>medical</i> hospitalization with intensive care required (e.g. comatose without reflexes, third degree burns over 20% of body, extensive blood loss with unstable vital signs, major damage to a vital area). 5. Death 	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>
<p>Potential Lethality: Only Answer if Actual Lethality=0 Likely lethality of actual attempt if no medical damage (the following examples, while having no actual medical damage, had potential for very serious lethality: put gun in mouth and pulled the trigger but gun fails to fire so no medical damage; laying on train tracks with oncoming train but pulled away before run over).</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Method unlikely to cause physical damage. 1. Minor physical damage likely, medical attention not likely to be needed. 2. Moderate physical damage likely, medical attention likely to be needed. 3. Moderately severe physical damage likely, medical hospitalization likely to be required. 4. Severe physical damage likely, medical hospitalization likely to be required; method has potential for death. 5. Death: method would certainly lead to death, despite any medical intervention. 	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>	<p><i>Enter Code</i> _____</p>

SUICIDAL IDEATION					
<i>Ask about all 5 types of ideation, starting with least severe (wish to be dead) through most severe.</i>		Since Last Assessment or For Baseline Time He/She Felt Most Suicidal		Last Week	
Non-suicidal Suicidal ideation present during the assessment period.		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1. Wish to be Dead Subject endorses thoughts about their own death, including any of the following: a wish to be dead/better off dead, wish he/she were never born, thoughts that life is not worth living or the world would be better off without him/her, wish to fall asleep and not wake up. <i>Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?</i> <i>Do you think that it might be better if you weren't alive any more?</i> <i>Frequency of Ideation: _____</i>		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Non-Specific Active Suicidal Thoughts General non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide "I've thought about killing myself" without general thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan during the assessment period. <i>Have you actually had any thoughts of killing yourself?</i> <i>Frequency of Ideation: _____</i>		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Active Suicidal Ideation with Any Methods (Not Plan) without Intent to Act Subject endorses thoughts of suicide and has thought of at least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out (e.g. thought of method to kill self but not a specific plan). Includes person who would say, "I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when where or how I would actually do it.....and I would never go through with it". <i>Have you been thinking about how you might do this?</i> <i>Frequency of Ideation: _____</i>		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. Active Suicidal Ideation with Some Intent to Act, Without Specific Plan Active suicidal thoughts of killing oneself and subject reports having <u>some intent to act on such thoughts</u> , as opposed to "I have the thoughts but I definitely will not do anything about them". <i>Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?</i> <i>Frequency of Ideation: _____</i>		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Active Suicidal Ideation with Specific Plan and Intent Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and subject has some intent to carry it out. <i>Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself?</i> <i>Do you intend to carry out this plan?</i> <i>Frequency of Ideation: _____</i>		Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Deterrents to Active Attempt <i>Are there things - anyone or anything (e.g. family, religion, pain of death) - that stopped you from taking your life or acting on thoughts of committing suicide?</i>		
1. Deterrents definitely stopped you from attempting suicide 2. Deterrents probably stopped you 3. Uncertain that deterrents stopped you 4. Deterrents most likely did not stop you 5. Deterrents definitely did not stop you 8. Does not apply; wish to die only	<p style="text-align: center;">_____</p>	<p style="text-align: center;">_____</p>
Reasons for Ideation <i>What sort of reasons did you have for thinking about wanting to die or killing yourself? Was it to end the pain or stop the way you were feeling (in other words you couldn't go on living with this pain or how you were feeling) or was it to get attention, revenge or a reaction from others? Or both?</i> 1. Completely to get attention, revenge or a reaction from others. 2. Mostly to get attention, revenge or a reaction from others. 3. Equally to get attention, revenge or a reaction from others and to end/stop the pain. 4. Mostly to end or stop the pain (you couldn't go on living with the pain or how you were feeling). 5. Completely to end or stop the pain (you couldn't go on living with the pain or how you were feeling).	<p style="text-align: center;">_____</p>	<p style="text-align: center;">_____</p>