



# 何謂精神科緊急狀況 強制住院有標準嗎？

文／精神醫學部 醫師 賴梓瑜

「病人為33歲男性，無業，過去有吸菸、喝酒、服用安非他命和海洛因的病史，曾在○○醫院診斷過躁鬱症，這次被救護車和警方戒護下來到急診，原因為在家中與母親起衝突，疑似要錢不成，對家人施加暴力，大吼大叫，鄰居發現後報警處理，目前狀況需要請醫師評估是否入院治療……」

上段文字敘述，是一位精神科醫師再熟悉不過的場景，也經常是急診或精神科醫師都感到棘手的案例。當病人有情緒障礙，且有傷人的風險，就非收住院不可嗎？若病人拒絕醫療處置，又該怎麼辦呢？依照精神衛生法第3條及第59條規範所謂「嚴重病人」及「強制住院」的準則：

- 嚴重病人：指病人呈現出與現實脫節之精神狀態，致不能處理自己事務，經專科醫師診斷認定者。

- 嚴重病人傷害他人或自己或有傷害之虞，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助其前往精神醫療機構辦理住院。

## 如何定義與現實脫節的精神狀態

其中，與現實脫節的精神狀態，想必大眾應該會覺得有點霧煞煞，該怎麼定義與現實脫節呢？舉個簡單的例子：假設小明覺得，有外星人在他的大腦裡植入了晶片，且有看不到的力量在控制他的雙手，讓他不得不去傷害身邊的人，所以小明偷偷買了刀在家，計畫要襲擊家人。以上狀況即為典型的與「現實脫節」，且有傷害他人之虞，儘管小明可能僅有這樣的意念，還未付諸行動，但此情形仍符合強制住院的準則。

然而，臨床上的情形並非都像小明一樣典型，有的病人在酒精、藥物的作用下，短

暫呈現情緒激動，失去判斷力，而有脫序、去抑制化的行為；或是被帶來急診後，在精神科醫師面前表現極為鎮定，努力否認所有情形，讓醫師也難以判定是否有脫離現實的思考。此種狀況，醫師是選擇讓家屬帶回照顧，抑或是將病患強制住院呢？此時，除了評估生理狀態、精神狀態之外，也需考慮病人支持系統、安置問題，及後續病人再發風險等等。

### 善加利用精神醫療緊急處置專線

某些時候，當面臨第一線處理精神科病人時，比如突然發生的暴力、精神異常、情緒不穩，或有自殺 / 傷風險等，不免都會陷入徬徨。是否該送醫？是否需要找精神科醫師來評估風險？在緊急情況下，若沒有時間細問病人的過往病史，及詳細精神狀態等，可參考〈精神醫療緊急處置專線中心〉提供之「高風險檢傷評分量表」。該中心也有提供24小時線上諮詢服務，由經過訓練的精神醫療專業人員，提供建議給基層警消衛生局所跟機構社工等專業人員，在面對社區有疑似精神疾患個案，對於是否需要護送就醫的一個諮詢專線。

高風險檢傷評分量表可評估「危險性」、「支持系統」及「合作程度」，透過分數加總方式，作為後續處置的建議，在台灣已有研究證明其適用程度。總分共15分，分數3-4分者，可透過自殺通報，轉介公衛護士訪視；5-7分者，建議轉門診或居家品質計畫；8分以上者，建議立即送醫。

### 自傷 / 傷人的內在動力簡介

精神科的疾患有許多種，且發生在每個人身上表現各異。從耳熟能詳的思覺失調症、重鬱症、躁鬱症等，到物質使用疾患，甚至網路成癮等也被納入診斷準則中。然而，困擾臨床醫護人員的往往是病人後續的行為表現。以下，將針對一些常見狀況進行簡單分析：

## 1 自殺的行為

首先講到自殺這部分，自殺是一個多因素累積下的行為結果。病人情緒可能經歷憂鬱、焦慮、失落、挫折等等。心理層面上可能是無望、無助、無價值的。佛洛伊德描述自殺的人會有「想殺死人」及「想被殺」的心理動力。

受過訓練的醫事人員 / 學生等想必都聽過SADPERONS量表，它是透過生物、心理及社會層面等進行評估一個人的自殺風險。然而，儘管符合多項的病人可能有著較高的自殺風險，但過去的研究也表明，自殺身亡的人並沒有一個典型的表現，一項納入了1906位有情感疾患（mood disorder）的病人，使用多元回歸分析結果，也未能成功預測到後來46名成功自殺的患者。

## 2 住院對病人是否有幫助呢？

通常在急性期，可當作緊急處理（crisis intervention）安排住院，然而也要考慮病人間的交流，是否讓他 / 她找到更致命的自殺辦法？住院後，也可能面臨傳統上對於精神科病人「貼標籤」的狀況。誠然，一旦被認

定是精神疾患，往往跟高暴力風險、無法溝通、歇斯底里等負面詞彙綁在一塊，有可能造成病人的無價值感或自我譴責加深。病人在出院後，若本身憂慮的經濟、社會層面未解決，還是有高比例的自殺風險。

### 3 傷害自己的行為

相比於刻意的自殺，有一個詞彙叫做 Non-Suicidal Self-Injury (NSSI)，它指的是病人可能透過割腕、服藥、捶打自己或撞牆等行為來發洩心中的情緒。病人也可能有挫折、焦慮、失落、沮喪等情緒問題。那該如何分辨病人是真的想死，或者只是想傷害自己呢？很遺憾，精神科醫師也僅能透過詢問病人，或者了解當下情境（比如在家人面前進行？或非致命性的行為？）來區分。

自我傷害的行為在外人看來可能令人費解，假使直接詢問病人原因，他們可能表示：「就是心情不好，想割一割。」或「割完後，緊繃的心情就放鬆了。」透過精神動力學說，或許我們可以窺知一二，自傷的行為可能源自於對自我的懲罰，也可能是憤怒 / 衝動的轉移，又或者是透過自傷的行為，來避免過於痛苦的解離過程等等。事實上，還是需要醫師慢慢了解病人的內心世界，我們才有機會一窺他們的動機及想法。

### 4 暴力攻擊行為

近些年較有名的暴力事件，比如2019年7月，一輛停靠在嘉義車站的自強號列車上，一名鄭姓男旅客因補票糾紛刺殺前來勸阻的員警李承翰，成為當年駭人聽聞的「鐵道殺警案」，當時病人診斷有思覺失調症。相信當時錄下的影片，至今許多人仍歷歷在目。執行精神鑑定的醫師也寫下，當時病人因幻覺及妄想情形失去判斷力，導致後來攻擊行為。

形成暴力事件的因素，除了原始精神科疾病如躁症、思覺失調症外，也有生理狀態造成的瞻妄，藥酒癮濫用導致的去抑制化等，也可能是反社會人格的衝動 / 不顧他人痛苦等行為。當病人出現情緒激動、眼神敵意、張牙舞爪的狀況時，切記以保護自己安全為上，勿直接駁斥或教訓病人，並及時尋求119 / 警察等人員的協助，與之會談時盡量維持一個手臂以上的距離。

### 結語

精神疾病的多樣性及危險性，往往挑戰著第一線處理人員的評估應變能力。若是面臨沒有把握或存在高風險的情境，可先考慮現場人員及自身的安全，也須及時Call out求救，讓緊急突發事件圓滿落幕。🙏