

自殺危機處遇合作取向

MANAGING SUICIDAL RISK: A COLLABORATIVE APPROACH

David A. Jobes 著

丘彥南醫師 總校閱

賴佑華 謝月英 戴麗紅 譯



自殺危機處遇合作取向

MANAGING SUICIDAL RISK : A COLLABORATIVE APPROACH

協助自殺傾向個案是個複雜、具挑戰性，甚至充滿困境的工作。有鑑於此，作者結合了多種自殺理論及長達十五年的臨床經驗和實證研究，設計了兼具臨床方法和哲學觀的「合作型自殺評估與處遇方案」（CAMS），透過強化醫病聯盟的治療合作關係，及提升個案的內在動機，以獲得良好療效。

書中詳細介紹了作者為促使CAMS方案實施，有效達成目標，而編製了質、量並重的臨床自殺評估與處遇工具—自殺狀態量表（SSF）；多功能的SSF可用來具體評估自殺危機、擬定治療計畫、進行臨床追蹤和產生臨床結果。

本書提供了可直接影印使用的SSF表格及逐步的使用指導，能滿足臨床實務的需求，相信對助人／臨床工作者或有興趣的讀者，本書將有極大參考及使用價值。



五南文化事業

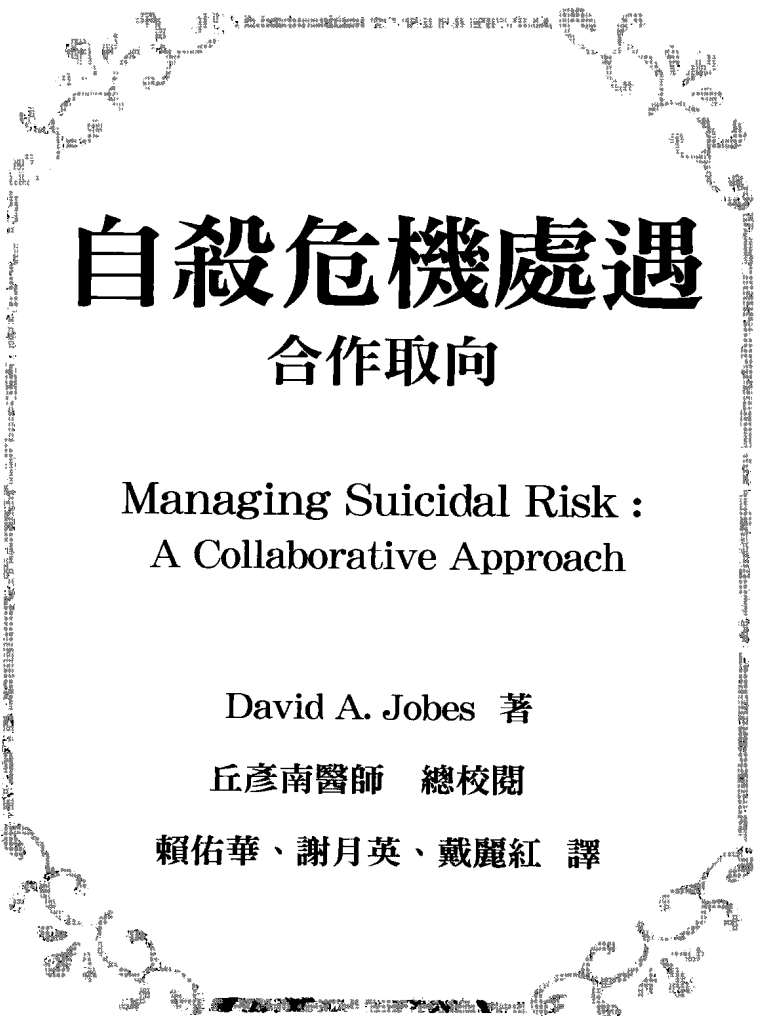
ISBN 978-957-11-5787-0 (548)

0 0 3 9 0



9 789571 157870

五南圖書出版公司



自殺危機處遇

合作取向

Managing Suicidal Risk :
A Collaborative Approach

David A. Jobes 著

丘彥南醫師 總校閱

賴佑華、謝月英、戴麗紅 譯

五南圖書出版公司 印行

Managing Suicidal Risk

A Collaborative Approach

David A. Jobes

Copyright © 2006 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
Complex Chinese translation rights © 2010 by Wu-Nan Book Inc.

譯者序

因著我們是一群助人工作者，曾如履薄冰深探自殺傾向個案的痛楚深淵，淵裡時時瀰漫著折磨與掙扎，有人倖能脫困迎向陽光，也有人在健全的醫療輔導網絡中，仍不幸結束寶貴生命，令人扼腕！我們深知自殺危機處遇之重要與不易，更深感研擬更佳處遇策略之迫切；因此，大衛·賈伯斯（David Jobes）的《自殺危機處遇》一書，很快的便令我們著迷，且深信值得翻譯推廣應用，造福諸多需要者。

同樣的，賈伯斯也是有感於現代臨床工作者在協助自殺患者上，面臨了諸多困境及挑戰，包括醫療保險管控制度的限制、藥物效用的有限、不當醫療訴訟的威脅及不良治療結果下的深度無助感與無力感，因而著手設計了兼備具體臨床方法及哲學觀的「合作型自殺評估與處遇方案」（Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS），以突破治療困境，協助患者獲得良好療效。

本書值得翻譯推薦在於：CAMS方案的有效性。賈伯斯以實證的態度及科學的方法，結合多種自殺理論及長達十五年的臨床經驗和實證研究，研擬有效自殺危機處遇方案，在美國各方使用多年，已獲得有效性的證實—CAMS透過強化醫病同盟的治療關係，及提升個案的內在動機，可獲得良好療效。

我們欣賞情感豐富、心思細膩、具敏銳洞察力的賈伯斯，能深入個案的生命旅程，進入深邃的內心世界，感覺他的感覺，切中他的心理痛楚與折磨，接納、同理及處遇，如同賈伯斯的名言：「大部分自殺傾向者，真正想結束的是心理上的痛苦與折磨，而不是生命。」如果無法撫平內心痛楚，徒呼生命教育與珍惜生命，如此隔靴搔癢，豈易見效。

我們推崇賈伯斯的合作取向治療，他重視且巧妙運用關係動力，治療師發揮協助、催化及治療的角色功能，充分同理、尊重、接納及需求聚焦，建立有意義的合作聯盟式動力關係，透過個案的眼睛看他的世界，不僅提升個

案自我療癒的內在動機，更讓被賦能的個案，提高主宰自我的控制感、能力感及價值感，因而促使個案自我覺察、自我負責，使自我經驗專家，能在心中找到更好的因應策略。合作取向有效克服了醫病雙方在自殺陰霾下的無力感、無助感、害怕及恐懼。

我們喜歡賈伯斯研發的質、量並重的臨床自殺評估與處遇工具—自殺狀態量表（Suicide Status Form, SSF）；多功能的SSF可用來具體的、系統觀的評估自殺危機，進而研擬結構化、透明化、有明確時間表的非定型治療計畫，發展具創意又有效的處遇策略，如應變卡、希望包等，令人激賞。SSF更時時進行臨床追蹤，即時更新修正治療計畫，以獲得良好的臨床結果。

我們佩服賈伯斯面對棘手的自殺問題，能客觀的、科學的、有效的編織綿密的安全網。以患者最佳利益為最高指導原則，CAMS提供了具體周延的標準照護流程，和完備的文件資料，充分照顧臨床工作者及個案的需求，使被賦能的彼等在自殺危險威脅下，得以無憂無懼，掌舵前行。這十分值得國內不少仍停留在主觀的、化約的和模糊的自殺防治措施，參考運用。且CAMS可彈性調整使用，應用在心理門診、熱線危機中心、諮商中心、社區心理衛生中心等各場域，相信對許多助人工作者會有相當大的助益或參考價值。

本書能完稿付梓，要特別感謝丘彥南醫師百忙中撥冗校閱，他鉅細靡遺、求真求雅的治學態度，是我們的良師亦是典範。同時，在翻譯過程中，有許多協助或指教我們的人，無法一一列舉，在此致上最大謝忱。我們雖有熱誠，卻僅是初生之犢，才疏學淺，疏漏難免，尚祈海涵與指正！

賴佑華 謝月英 戴麗紅

寫於2010年

序

似乎我已等到一個合適的機會在書上稱讚大衛·賈伯斯（David Jobes），因為多年來我佩服他的工作、想法和專業風格。多時以來，他是最喜愛的「第二代」自殺學學家之一（他的年齡與我的四個兒子差不多，他們也都是健康醫療專業領域的從業者）。大衛這本合作型自殺評估與處遇（Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS），在擷取和擴展對自殺心理本質想法的方式上，就像莫札特的音樂之於我的耳朵一般。

這本實用的書籍是通過痛苦與折磨國度的路徑圖——心理痛楚（psychache）——那對自殺傾向者而言是無可比擬的。有很多人深受折磨，也有很多人在痛苦之中。但自殺係屬於心理痛楚的產物，沒有心理痛楚就沒有自殺。令人高興的是書中的心理痛楚及我所提心理學上的壓力和煩亂（perturbation）之相關概念，是CAMS方案中心概念的基礎。我樂於進一步指出，自殺狀態量表（Suicide Status Form, SSF）——CAMS中所使用的主要評估工具——是圍繞著我於二十年前「自殺的定義」（*The Definition of Suicide*; Shneidman, 1985）一文中所提到的自殺三維模式（Cubic Model of Suicide）而建構的。很明顯的，對於好的想法，賈伯斯有特別敏銳獨到的眼光。

作為一個臨床治療師—研究者，大衛·賈伯斯清楚瞭解，當自殺傾向患者刻劃其內心所承受的折磨時，瞭解其心理痛楚是非常重要的。本書所描述的案例，反映出作者對患者內心掙扎的深思熟慮和罕見的深厚臨床洞察力。

大衛·賈伯斯分享了我在哲學上對現象學和心理主義的喜愛。作為一個自殺學學者，他是擁有重要學術出版著作的孜孜研究者，也是一位熱忱教導學生及專業人員的老師。我引以為傲的向讀者們介紹，他是美國自殺學協會前任理事長和美國自殺學協會期刊《自殺與威脅生命的行為》之副總編輯，兩者均深獲我心。

作者在心理評估與測驗方面也深深的令我尊敬。他的自殺狀態量表在自殺評估工具中是很特別的，因為它整合量與質的臨床評估方法。例如，自殺狀態量表用各種未完成句子，讓自殺傾向患者描述他們的心理痛苦、壓力、煩亂、無望感和自我厭惡的內容和本質，這就是語句完成測驗。語句完成測驗係改編自朱利安·洛特（Julian Rotter）最先發展的投射技巧，最能說明真正存在自殺傾向患者心中的想法。當然，這些患者所說的話，受生理及社會環境影響；從患者所反應的資料顯示，他們對自殺痛苦的描述，主要是心理上的議題——與工作和愛有關的自殺心理狀態。

合作型自殺評估與處遇是瞭解和吸引自殺心靈參與治療的特殊方法，它將重要的哲學取向帶進臨床工作場域，因此，本書可大力推廣應用在臨床上。明確的說，合作型自殺評估與處遇不採用克雷普林（Kraepelinian）的觀點，因該觀點認為，一個有自殺傾向的人，只不過是精神疾病診斷與統計手冊（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM）培養皿中的一個診斷樣本；而合作型自殺評估與處遇偏愛重視其他看法：臨床上努力同理瞭解自殺傾向患者的痛楚，促使患者與治療師之間產生特別的治療契機——一種臨床治療聯盟，臨床工作者得以持續探討危及患者生命的心理痛楚。

我對合作型自殺評估與處遇方案可能有所偏袒而不客觀，或許我也誇大了本書成就的範圍和重要性。但是作為一個老資格的自殺學學家，當有繼起之人，正確說出我一生所致力研究議題的重要真理時，我是能區辨出來的。

這裡有實證資料、經驗、理論和實用主義所支持的臨床經驗與智慧。簡言之，本書對每個渴望與自殺傾向患者心靈契合，且在臨床上進入患者內心痛楚的臨床工作者而言，是一個重要的工具。本書對臨床工作者是好消息，對於此策略能拯救的患者，是更大的福音。

愛德溫·史耐門（EDWIN S. SHNEIDMAN, PhD）

死亡學終生名譽教授（Professor Emeritus of Thanatology）

加州大學洛杉磯分校（University of California, Los Angeles）

前言

我的專業身分是**臨床治療師——研究者**。從研究所開始，我的整個生涯就決意要努力整合研究者（在資料和實驗室中發現真理者）的觀點，以及臨床工作者在戰壕（在真實情境中看真實案例）中的洞察觀點。由於這兩種世界觀（worldviews）在我們的研究領域之間是如此的分歧，於是我透過專業，以一種堅定的態度，整合這**兩個**觀點。從1987年我在天主教大學諮商中心作為一位新手心理學家和督導開始，就急需一個能對自殺傾向患者進行臨床評估和與其合作的完善方法。因此，我很認真的查考研究文獻，期盼找到臨床上與自殺傾向患者合作的相關研究資料。由於我已在論文（Jobes, Casey, Berman, & Wright, 1991）中發展一套評量工具，因此特別熱衷於發現一種可引進我們中心，平常就可應用在自殺傾向患者身上的臨床自殺評估工具。但是當我參考愈多臨床自殺學方面的文獻，就愈訝異於此領域中軼聞式報告、個案導向（case driven）及非實證文獻所呈現之景象（Jobes, 1995a）。換言之，1980年代的文獻中，相關資料非常少；我所讀過與自殺傾向患者有關的文獻，無法真正滿足患者或臨床情境的大量需求及特殊需要。

在天主教大學諮商中心，當我們正在尋找面對自殺臨床挑戰的答案時，因緣際會的參與了美國自殺學協會贊助部分經費的調查研究。這個研究的結果最後匯集為一篇論文，對臨床工作者如何在真實情境中確實評估自殺危險性有了重大發現（Jobes, Eyman, & Yufit, 1995; 也見Engleman, Jobes, Berman, & Langbein, 1998）。

簡言之，我們的調查研究發現：(1)樣本中的臨床工作者，很少有人使用專門用來評估自殺危險性的工具；(2)臨床工作者對自殺危險性評估工具效用之評價相對較低；(3)只有心理師（特別被訓練實施心理衡鑑的專業人員）普遍使用心理測驗，但以心理測驗評估自殺危險性，臨床工作者認為並不特別有效。不論如何，我們發現臨床工作者比較喜歡用晤談導向的問題以及行為觀察來評估自殺危險性。

雖然上述研究發現是很明顯的，但我們對一些結果仍覺得非常驚訝。例如，有個調查問題是問臨床工作者使用自殺危險性評估工具的相關議題；多數受試者認為，這些工具有限的心理計量性質（如，信度和效度）是很有問題的。此觀點真是令人難以理解，因為受試者在一般臨床實務中偏好的評估方法是——**臨床晤談**，也沒有支持此評估方法的信度和效度研究。很明顯地，此調查讓我們更洞悉人性的本質。

臨床工作者是真的想要找到評估自殺危險性的有效方法，這是我對危險性評估調查的整體感覺。但從調查資料明白顯示，列在我們問卷上可用的自殺危險性評估工具，既不被使用也不被認為有臨床價值。我覺得很困惑，為什麼臨床工作者對我認為有趣和可能有用的這些工具，明顯缺乏興趣？在與許多臨床實務工作者討論之後，我歸結出至少四個可能的解釋：(1)臨床工作者普遍仰賴和過度信任臨床晤談；(2)臨床工作者普遍覺得自殺危險性評估工具不實用（例如，在臨床使用上，這類工具被認為太突兀或太長）；(3)大部分現有的自殺危險性評估工具是沒有理論依據的，臨床工作者常不知道危險性評分的意義及其在治療上應用之意涵；(4)臨床工作者普遍認為評估工具無法擷取自殺行為中基本又難懂的本質（Jobes et al., 2004）。

仔細審視過去和現有的可用工具，會驚訝的發現，幾乎它們都是透過多變項「化約主義的」（reductionistic）方法學建構而成，此法稱為「由上而下」（top-down）的方法（Jobes et al., 2004）。基本上，此法是採用許多與完成自殺、自殺企圖或與自殺意念相關的心理社會因子，透過多變項資料分析，簡化成較少之題項，然後建構成評估量表。這讓我想到，如果採取完全不同的作法，或許可建構一個新的且較佳的工具。

基於此種體悟，我開始著手發展自殺狀態量表（SSF），至今已超過十五年的時間。由於臨床上的使用和研究，自殺狀態量表被用在臨床契合和治療的特殊過程中，最後變成合作型自殺評估與處遇（Collaborative Assessment and Management of Suicidality）——簡稱「CAMS」。自殺狀態量表的發展和介紹，及其在合作型自殺評估與處遇方案內使用的考量，第二章會有更詳細的討論。在我們深入瞭解自殺狀態量表和合作型自殺評估與處

遇發展的臨床研究之前，對它們先有寬廣的認識與瞭解是很重要的。藉由瞭解當代臨床自殺學的相關歷史和背景，便更能理解為何需要發展合作型自殺評估與處遇這個治療自殺傾向患者的現代臨床方案。

最後，值得一提的是本書的主題——「自殺危機處遇」——有雙重意義。首先，**與患者**合作處理自殺的議題，才能獲致最佳結果，這是我對自殺傾向患者臨床工作的前提；相對的，對**臨床工作者**而言，使用合作型自殺評估與處遇方案，更容易處理自殺危機工作的整體挑戰。不論自殺危險性何時出現，合作型自殺評估與處遇很容易就能學會，也很容易用在新案例或正在進行的個案。這並非是獨立的處置，而是在一般處遇之外，新增的一個實用方法——可加在任何心理衛生專業治療工具箱中的敏銳新工具。

謝辭

二十年來對自殺傾向患者的臨床工作與研究，累積成就了這本合作型自殺評估與處遇（Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS）。雖然它不是這個主題的最後論述，對於仍持續進行的臨床實證研究而言，卻是重要的里程碑。在這一工作中，有很多值得致謝的貢獻者。

雖然CAMS誕生且形成我自己的臨床經驗（也相對引領研究），但本書大部分是直接由天主教大學學生和研究生所研究的自殺狀態量表和CAMS的副產物。主要貢獻的學生（依年代列出）包括卡洛琳·艾汀斯（Carolyn Eddins）、史蒂芬妮·賈德（Stephanie Judd）、寶拉·迪卡尼奧（Paula DiCanio）、珍妮佛·克利旭（Jennifer Crumlsh）、麗莎·修斯泰德（Lisa Hustead）、蘿絲·瑞斯（Rose Rice）、肖恩·伯格曼（Shawn Bergman）、范妮莎·道寧（Vanessa Downing）、克利斯坦·富蘭西尼（Kristen Francini）、凱薩琳·尼爾森（Katherine Nelson）、丹·潘帝克（Dan Pentiuć）、艾利恩·彼得森（Erin Peterson）、艾蜜·康瑞德（Amy Conrad）、史提夫·王（Steve Wong）、提姆·佛拉多（Tim Fratto）、范妮莎·坦迪克（Vanessa Tendick）、艾倫·康葛林納（Ellen Kahn-Greene）、凱爾·葛洛曼（Kyle Grohmann）、米拉·布蘭古（Mira Brancu）、美琳達·莫爾（Melinda Moore）和史提芬·歐康納（Stephen O'Connor）等。我特別要感謝昔日的學生，亞隆·賈可貝（Aaron Jacoby）、傑森·洛馬（Jason Luoma）和拉夏爾·曼（Rachel Mann），他們是CAMS開始發展的主要貢獻者，也是我在寫這本書之前，許多第一代CAMS手冊的共同執筆者。

許多其他的專業夥伴也提供了重要貢獻及支持，包括約翰·卓德（John Drozd）、黛安·安可夫（Diane Arnkoff）、喬治·波南諾（George Bonanno）、馬克·歐德特（Mark Oordt）、貝利·魏格納（Barry Wagner）、馬克·賽瑞奇斯（Marc Sebrechts）、瑞克·坎派斯（Rick Campise）、崔西·尼爾—瓦頓（Tracy Neal-Walden）、格瑞·

布朗（Greg Brown）、麥可·莫德（Michael Mond）、馬克·衛茵斯坦（Marc Weinstein）、拉瑞·大衛（Larry David）、彼得·辛巴黎克（Peter Cimboic）、約翰·派克赫斯特（John Parkhurst）、黛安妮·迪派瑪（Diane DePalma）、史提夫·史坦（Steve Stein）、以色列·歐巴赫（Israel Orbach）、康瑞德·米歇爾（Konrad Michel）、麥可·伯斯特威克（Michael Bostwick）、提姆·萊柏瑞（Tim Lineberry）、安東·李納爾斯（Antoon Leenaars）、羅里·歐康納（Rory O'Connor）、凱斯·霍頓（Keith Hawton）、馬克·威廉斯（Mark Williams）、湯姆斯·喬恩納（Thomas Joiner）、凱特·卡姆提斯（Kate Comtois）、和莫頓·希爾曼（Morton Silverman）。特別要感謝藍尼·鮑曼（Lanny Berman）、泰瑞·馬茲伯格（Terry Maltsberger）、瑪夏·林漢（Marsha Linehan）、亞隆·貝克（Aaron Beck）和愛德·史耐門（Ed Shneidman）等前輩豐富和具啟發性的影響。我的同事大衛·洛德（David Rudd）毅然支持我及CAMS，及對本書觀念之貢獻，值得特別感謝。

在我生命中，家人史提夫（Steve）、比爾（Bill）及我的雙親法蘭克（Frank）、海倫（Helen）對我的支持和愛一直是不變的。我多才多藝的太太柯琳（Colleen）已看過本書的每個字，且擔任我「家內的」原稿編輯者，展現了她的編輯技巧、智慧、幽默感、豐富的常識和對作者的耐性。她教我很多有關協同合作的真正本質。當我回想我所受的祝福，究竟是什麼使我的生命如此值得活下去時，最先想到的就是柯琳（Colleen）——我的兩個兒子康納（Connor）和狄倫（Dillon）——和我們一起共同創造的家庭生活。

最後，我必須感謝過去二十年來我所見過的自殺傾向患者。保守的說，藉由他們對生與死的掙扎使我變得更謙遜。毫無疑問，這些患者已教給我書中所傳達的重要功課。這些蒙受折磨的靈魂已告訴我，它在面對無法忍受的心理痛苦時，內心的掙扎與堅持。這些患者已使我明瞭：自殺的強大誘惑，常是一種無法抵抗的心理回浪（psychological undertow）。但最重要的，我也看到這些患者展現出最終能用來為他們自己生命奮戰的勇氣、信念和不屈不撓的精神。

目錄

第一章	當代對合作型自殺評估與處遇方案之臨床挑戰及需求	1
第二章	SSF及CAMS緣起	9
第三章	自殺危險性的早期辨識	37
第四章	CAMS危險性評估——SSF的合作使用	51
第五章	CAMS治療計畫——共同擬定門診患者治療計畫	67
第六章	CAMS之自殺狀態追蹤——評估和治療計畫的更新	99
第七章	自殺狀態之臨床結果——完成CAMS方案	111
第八章	以CAMS降低執業疏失風險	123
第九章	未來發展——CAMS在不同場域及未來研究中的使用	133
結語		147
附錄一	自殺狀態量表——第三版（SSF-III）：評估、治療計畫、追蹤和結果記錄表	151

附錄二	自殺狀態量表——李克特式（Likert）量表編碼手冊： 質化評估	159
附錄三	自殺狀態量表「擇生理由與尋死理由」編碼 手冊	179
附錄四	自殺狀態量表「一件事反應」編碼手冊	189
附錄五	CAMS常見的問題	197
附錄六	完成CAMS的個案實例	201
參考文獻		219
索 引		231



當代對合作型自殺評估與處遇方案之 臨床挑戰及需求

在致力於提供有效能的當代心理衛生照護上，我們正處於備受挑戰的年代。尤其是攸關自殺傾向患者的照護，更是如此。1982年，當我甫上研究所時，在華盛頓特區靠近馬里蘭州郊區的一家私人精神療養院工作，我在成人住院部的隔離病房，擔任心理衛生照護人員。在我上任的第二天，一位新住院患者做出嚴重的自殺行為，他從「利器櫃」領出一把剪刀，表面上要修剪鬍子，卻連續的刺傷自己的喉嚨及肚子，最後不支地倒在浴室。浴室正好與我們聽取晨間護理報告的地方只有一牆之隔，護理人員隱約聽到身體撞擊地板的碰撞聲，即時做出迅速反應；這位處於精神錯亂狀態而鮮血泉湧的患者，立刻被送到附近的急診室，且奇蹟似的獲救。這得感謝護理同僚的迅速反應，及外科團隊的技術。對我而言，這是個既驚恐又富教育性的經驗——歡迎加入這個領域。

身為一位有抱負的準臨床心理師，我充滿助人的理想與熱忱。年僅23歲，專業經驗相對稚嫩的我，對於這種嚴重威脅生命的心靈痛苦和折磨，有著過於天真的想法。那個上午，我發現自己著實毛骨悚然，任何人——包括有精神憂鬱的住院精神病患——怎能對自己的身體做出如此可怕的攻擊；這顯然超乎我的理解，儘管不知所措，我仍然決定協助這位嚴重憂鬱的患者，尋找一條存活之道。

我們必須瞭解，1982年時協助這樣一位患者的情境，和今日有很大的不同。當時在我們的精神科住院病房裡，所有患者都要接受密集的團體心理治療和個別心理治療，並搭配活動性療法（如：藝術治療和心理劇）。患者接受一系列常規的心理測驗；每位患者在治療環境中，依其情況，經歷四種不

同層級的治療療程，不同層級可保有不同的基本權利和自由，由工作人員監控，並在每天早上例行的全病房成員會議中討論。與現代照護成鮮明對比的是，過去不當醫療訴訟很罕見，這並非常態，當時用藥範圍通常仍是第一代抗憂鬱劑〔還沒有選擇性血清素再吸收抑制劑（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs）〕，尚未有人抱怨管理式的醫療保險管控制度（managed care），而它在往後數年仍主導醫療照護體系。所有上述資訊乃提供一些背景，讓我們更能理解這個具啟發的案例。

在這位自殺患者的生理狀況穩定後，他被迅速送回我們的病房，控管在所有想像得到的限制下（例如：不可使用利器、不能穿便服、禁止會客、不能離開病房、二十四小時近距離持續的監視——所有我們能確保患者安全的管制項目）。我們在第一流的精神病房，協助他挽回幾乎失去的生命——這種治療持續了十個月之久！醫生和所有照護人員都非常盡力給予穩定的協助；他盡責的服藥，參加治療會談，並定期與護理人員和社工師接觸，這位患者忍受著非常難熬的時刻。我回想起某個值班夜晚，我們凌晨三點在浴室聊天，他難為情的在解大號，而我就坐在一臂之遙內（「持續監控」）。他每天早上八點十分準時與醫生進行心理治療，接受多種藥物測試，直到適合的配方出現為止。他在有經驗的家族治療師帶領的家族治療中，會見他的太太和小孩。

最後，在患者持穩的高度決心，及適配的藥物與心理治療組合下，這個嚴重的憂鬱患者，竭盡所能的去除病房所加諸其身的多種嚴格限制，他的決心意志和逐漸萌芽的信心，正不知不覺的逐日、逐週和逐月的進展，他在我們的分級系統裡，拾級而上，在治療環境裡，尋求治療的突破和真正痊癒。這種成長進步的苦心歷程和基本權利的提升相連結，最後通過數階段，由短時的自由進步到整夜的自由。我們都很高興他隨後獲准離開我們的病房，返回家裡。雖然殘忍的自殺舉動留下有形和無形的永久傷痕，他終究是度過了那個驚恐的早晨，重拾家庭生活和工作的歡樂及迎接挑戰。

也許這是個相當戲劇性的案例，但這具專業經驗影響力的治療，和早期1980年代的精神照護標準是一致的。的確，不同於今日，在那個年代，憂鬱