

自殺防治系列 ①

自殺防治

專業 · 愛與希望

因索取踴躍
，已無紙本



自殺防治中心

行政院衛生署委託台灣憂鬱症防治協會辦理



行政院衛生署 指導

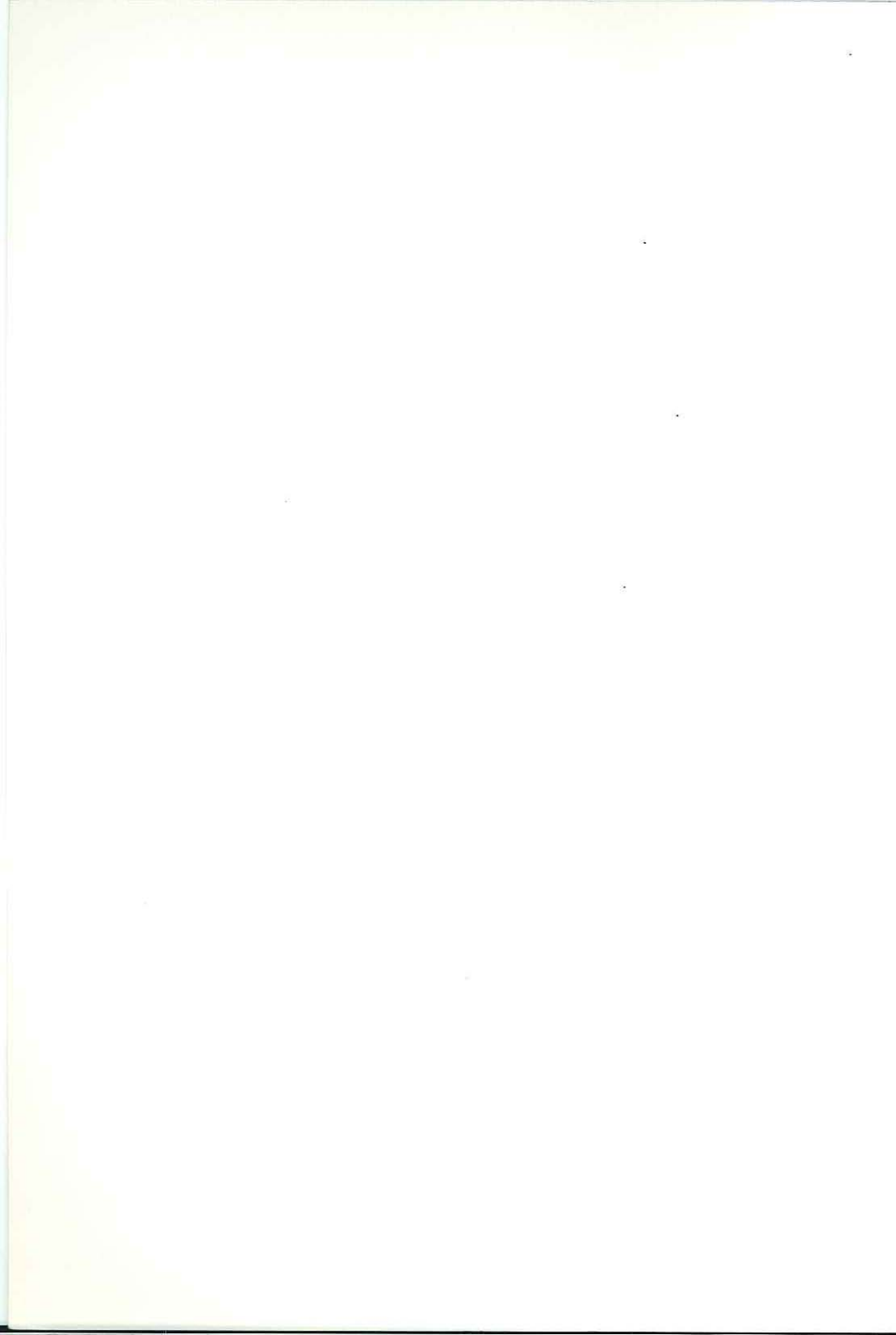


台灣憂鬱症防治協會 承辦

自殺防治中心
成立紀念

目 錄

署長 序	3
編著者 序	7
第一章 自殺行為的流行病學	11
第二章 自殺行為的社會因素觀點	15
第三章 自殺行為的心理層面觀點	20
第四章 自殺行為的生物學觀點	23
第五章 兒童青少年的自殺問題	26
第六章 婦女的自殺問題	32
第七章 職場自殺問題	35
第八章 軍人的自殺問題	38
第九章 老年人口的自殺問題	42
第十章 精神疾病個案的自殺問題	46
第十一章 物質濫用個案的自殺問題	50
第十二章 珍愛生命，希望無限	53



署
長
序

近十年來，台灣地區的自殺死亡率逐漸攀升，自民國八十年的每十萬人約有六點二人左右，到民國九十三年每十萬人約有十五點三人，業已高於美、英等國，且自殺人口以 25 到 64 歲之青壯男性為主，這不僅是個人生命的問題，更是整體社會與國家的問題，必須要加以重視。另依據世界衛生組織的報告預測，到西元 2020 年時，全球十大死因當中，自殺將排名第九位（在已開發國家為第八位）。重鬱症為自殺行為的最重要原因，重鬱症與自殺問題日漸嚴重的情況，中外皆然，尤其是青壯年族群的自殺死亡，近年來漸有增加之趨勢，因此，已開發國家紛紛擬定全國性的自殺防治策略並全力推動，尤其是英、美兩國分別於 2001 年制定完成之「自殺防治之國家策略：行動主軸與目標」與「英格蘭



之國家自殺防治策略」，即是明顯的例證。

自殺防治工作應為現今台灣優先之公共衛生任務之一，必須立即且有效地擬定防治計畫，積極展開工作。由於自殺問題相當複雜，不但防治成效難以立竿見影，防治方法也不易評估。其重要關鍵，在於防治工作之整合性與一貫性，積極及完善的追蹤與介入，並嚴謹地評估其成效。自殺防治，有賴於跨部會及機構間之協調整合，除成立國家級自殺防治中心外，各縣市亦應責成衛生局所辦理自殺防治相關業務，以結合政府與民間資源，相互配合；並應加強全民教育，提供相關情緒支持，宣導自殺防治的重要性，促使民眾體認自殺行為是一個可以防治的公共衛生問題，而不是羞恥隱晦之事，總是避之不談。

「珍愛生命、希望無限」，面對新世紀的自殺防治議題，心理衛生與精神醫療專業團體，應積極結合政府社區等民間心理衛生及社會福利資源與機構，落實「自殺防治、人人有責」的概念，推動民眾與專業團隊的教育訓練，以共同提昇國民心理健康的品質；強調「全民參與，不分你我」之理想，共同給予自殺個案最佳的支

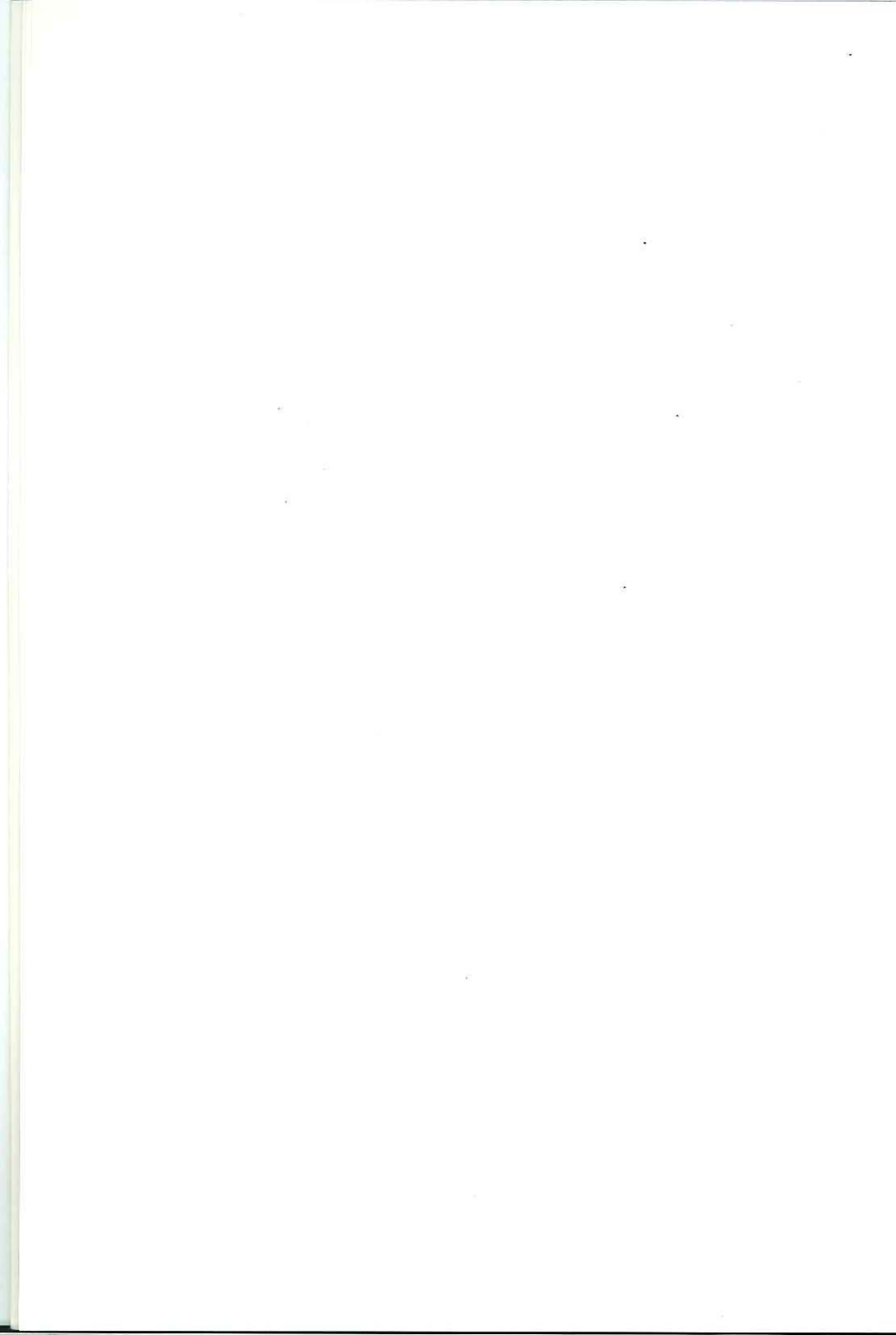
持，協助其走出困境，面對嶄新的未來。

為期三年的「全國自殺防治中心」企劃案能在本人任內，通過由台灣憂鬱症防治協會主導，台灣精神醫學會與台灣家庭醫學教育研究學會共同合作推動，深感慰藉，相信結合政府與民間的力量，自殺防治工作必能順利推展。欣見該中心出版「自殺防治手冊」系列，謹誌謝忱。

衛生署署長

侯勝茂




























































































































































































































































上)的自殺率則為一般人口平均值的三倍以上。

至於在自殺個案中，約有五成之自殺個案在自殺行為發生前一個月內，曾看過一般科醫師，其中又有 33-45 % 之個案，在自殺前曾清楚地表達了自殺的意圖。另有 30-40 % 左右之個案，則在自殺前一周內看過一般科醫師，而其中有 13-25 % 為精神科門診病患。而過去的研究報告亦指出，四十五歲以上、過去曾有自殺行為、男性、不願接受協助者、過去曾接受精神科住院治療者、喪失身體健康、最近經歷親人死亡或分離、退休或無業、單身、離婚或鰥寡等，自殺的危險性遠比一般人高。

有鑑於自殺問題的日益嚴重，社會大眾、醫界及衛生主管機關，皆有重要責任加以防範。一般而言，教育宣導與提供支持是自殺防治的兩大支柱。編寫自殺防治手冊：「自殺防治系列一：自殺防治～專業·愛與希望」，就是秉持積極推廣之信念，針對社會大眾進行教育及宣導，內容涵蓋自殺防治之背景、現況、及各類型相關個案之自殺問題，加以簡要說明，以利大眾瞭解現階段之自殺問題。其中，第一章談到了自殺行為的流行

病學；第二、三、四章則以社會、心理及生物學觀點來看自殺行為；第五章至第十一章，則針對兒童青少年、婦女、職場、軍人、老年人口、精神疾病個案及物質濫用個案的自殺問題，陸續說明介紹，第十二章則再次強調「珍愛生命，希望無限」之觀念，以期將防治自殺之概念，廣植人心。

「自殺防治、人人有責」，現階段在台灣地區之自殺防治，除提供全民及特殊族群之教育宣導與關懷外，衛生主管機關亦需針對高危險族群著手推動：

- (一)有明顯自殺行為者提供合宜之關懷與診治；
- (二)結合醫療同仁推動憂鬱症共同照護體系；
- (三)在精神科治療單位實施個案管理，推動憂鬱症診治之品質促進計劃。

自殺防治有賴於跨部會及機構之協調整合，除成立國家級自殺防治中心外，各縣市亦應責成心理衛生中心辦理自殺防治相關業務，以結合政府與民間資源；由受過訓練的專業人員進行危機處理，適時轉介自殺個案就醫或接受專業輔導。並應加強全民教育，澄清自殺問題不應為羞恥隱晦之事，反而應積極提供適當之心理及社

會支持，宣導自殺防治的重要性。

必須再次強調「自殺防治、人人有責、全民參與」的觀念，如遇有自殺意圖之個案，在其自殺前多有透露求救訊息時，若能加以注意，即時通報、防範並適時阻止，必能相當比率地降低自殺率，達成防治自殺之神聖使命。

教育宣導是自殺防治的重要策略，本中心特選在中心揭幕典禮當日發行「自殺防治」系列第一冊，希望有朝一日能真正落實「自殺防治、全民參與」的理想目標。

李明濱 謹識

2005年12月9日





自殺行為的流行病學



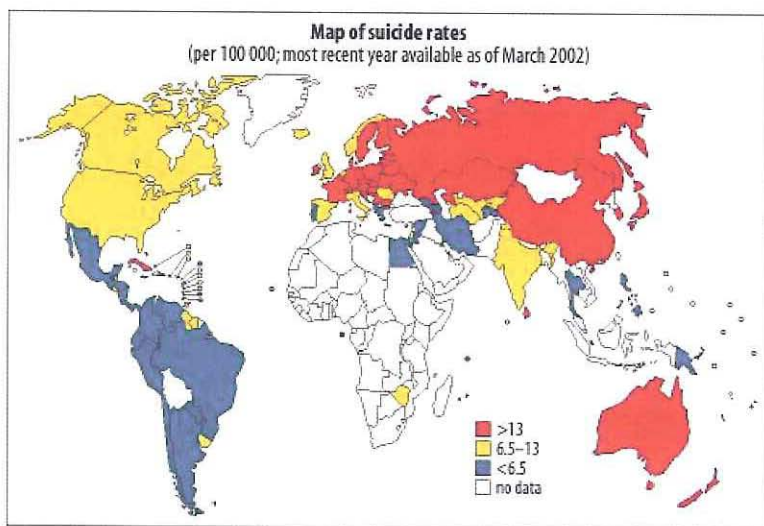
自殺行為的現況

全球自殺行為的現況

WHO（世界衛生組織）指出，2000 年全球約有一百萬人死於自殺，而自殺未遂者為自殺死亡者的十倍至二十倍，這意味著每 40 秒便有一人自殺身亡，且每 3 秒便有一人企圖自殺。自殺已在全球成為嚴重的心理與社會問題。

目前 WHO 依各國自殺死亡率，將自殺死亡分為高、中、低三種盛行率區域（見圖一），其中 2002 年高盛行率區域（自殺死亡人數每年每十萬人大於 13 人）包

括中國大陸、韓國、日本、澳洲、紐西蘭，以及多數歐洲國家等；中盛行率區域（每十萬人在 6.5-13 人之間）包括美國、加拿大、英國、西班牙、義大利等國家；而低盛行率區域（每十萬人小於 6.5 人）則包含墨西哥、埃及、伊朗及多數中南美洲國家等。



圖一：世界自殺死亡率分布圖（來源：WHO 網站）

◀◀ 台灣自殺行為的現況

依據衛生署的統計資料顯示，台灣在 2004 年共有 3468 位死於自殺，其中男性為 2351 位，女性為 1117 位，2004 年與 2003 年的數據相較之下總人數增加 273 人。而與 WHO 的資料相較之下，台灣在 2004 年之自殺率為每十萬人分之 15.31 人，屬於高盛行率區域。

台灣在近十年內的粗自殺死亡率由 1994 年每十萬人分之 6.85 人增加至 2004 年的 15.31 人，呈現上升趨勢，足見自殺防治在我國的公共衛生議題上亟需迫切的注意與重視。

自殺行為的高危險群個案

從數據上顯示，男性自殺死亡者為女性的三倍，但女性自殺未遂者較男性為多。若以年齡而言，則有兩個高峰期，分別是 20 至 29 歲與 65 歲以上，而在職業方面，演藝人員、藝術家、商人、軍人及專業人員較一般人為高。

除此之外，從長期的觀點來看，親人或本身在過去有嚴重憂鬱症、精神疾病者，或是本身具有嚴重身體疾病、酒精或藥物濫用，以及曾有自殺企圖、失業、獨居者皆為自殺的高危險群。而在短期的突發壓力事件中，包括與所愛或在意的人離別或分開，面對生離死別或是在情緒或經濟社會地位上遭到重大的打擊者都皆有其危險性。





自殺行為的社會因素觀點

自殺與社會事件的關連

「明星高中課業太沉重，四年四學生輕生」、「離婚夫妻燒炭，夫危妻活」、「走不出藍色憂鬱，高職校長上吊亡」……

當社會發生重大變化時，例如失業率的攀升、重大的自然天災……等，人類的自我毀滅傾向便會增加。以台灣的情況為例，民國 89 年以後失業率往上攀爬，自殺率也跟著同步上升；而 921 大地震之後，南投災區的自殺率也急速增加。除此之外，當社會福利沒辦法提供某些族群基本照料的時候，自殺也容易出現在某些族群。

例如台灣的自殺年齡群以老人為最高，學者認為老人照顧應是重大的社會責任，但當老人照料成為家庭責任時，老人的存在便可能成為家庭的累贅；而原住民因為生活條件的不利，在生存壓力的影響之下，也容易造成自殺率的偏高。



自殺事件對社會的影響

自殺對社會的衝擊相當龐大，不僅影響個人的健康，家庭也需付出極大的成本，其對社會影響包括：

(一)社會在人口數與人口素質的損失：

近年來自殺死亡率以青、壯年人口增加最多，並且位居為我國青、壯人口的第二及第三大死因。對國家、社會而言，喪失具有無窮發展潛能的青、壯年人口，將會影響國家與社會的整體生產力。

(二)遺留多重問題予家庭及社區：

自殺的問題有多重面向，這些問題不但不會在自殺

者亡故後而消失，反而會在其家人朋友間留下不可抹滅的傷痛與難以釋懷的遺憾和內疚，甚至可能會影響整個社區的發展。

(三)對社會大眾產生負面的效應：

自殺除了直接影響自殺本人與家人、朋友外，亦會間接影響到整體社會大眾，特別是在當今媒體大肆報導下，更容易引起社會大眾同情、不安、生氣、焦慮等情緒反應，甚至產生模仿及學習自殺的行為。

卡債危機與自殺的關連

近年來，銀行業者不斷以各式廣告強調超低利率、甚至是零利率、免利息，以吸引消費者刷卡消費或借貸；若消費者在急需用錢而一時衝動之下，沒做好良好的理財規劃，隨之而來的，便是一場醒不了的惡夢。

目前每個月要銀行催債的人大量增加，據估計，全台約 50 萬人處在欠債且還不出的紅色警戒線邊緣，高達七成七的消費金融債務人，高估自身還款能力，導致根



本無力償還而陷入負債危機；今年以來，因為經濟因素、現金卡、信用卡債務求助生命線的案例，每個月高達 600 多件，甚至還有逐漸增加的趨勢。

在自殺事件頻傳的同時，根據衛生署公布最新的國人十大死因發現，自殺位居國人十大死因第九位，平均每天有十人自殺身亡，自殺者通常有前兆，有近八成自殺身亡者生前都有精神疾病，又以憂鬱症居多，其中因財務困難、債務纏身及遭違法或不當催收而走上絕路者不在少數，顯見金融問題不容再忽視。種種現象皆顯現，愈是已開發國家，經濟活動力強，廣告行銷手法多樣化的國度，發生個人經濟危機的機會就愈大！

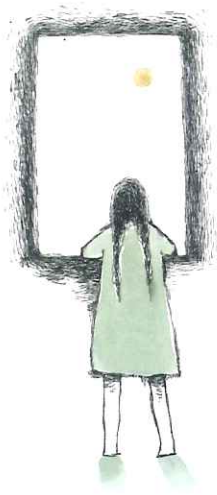


如何預防卡債危機

以下理財觀念可供社會大眾作為參考，以避免陷入卡債危機而走上絕路：

1. 借錢之前，先想清楚未來如何還錢的計畫，切勿過度擴張信用。

2. 從事金融借貸時，要注意過程中的實際成本，切勿被廣告所迷惑。
3. 若真無力償還借貸，可以依「金融機構資產評估損失準備及允許催收帳款代辦處理辦法規定」跟銀行談判分期或利息暫時掛帳（只還本金）。
4. 如果和解不成，還可以依「破產法」，向法院申請「破產法」上的「和解」或「宣告破產」，重新重整財務，千萬不要鋌而走險，向地下錢莊借錢，更不要隨意走上絕路，讓家人傷心。





自殺行為的心理層面觀點



自殺行為的心理學理論

有些人在面對壓力與某些危機時，常會有「一死百了」、「就此解脫」的想法。當壓力大過自己所能負擔的情形時，焦慮、挫折、憂鬱、絕望、憤怒、哀傷、失落、無助等情緒便會充塞其心理，而使他無法冷靜、理智地省察自己對生命的態度與思考解決方法，為求解脫痛苦，極易走上自殺一途。

一般來說，國人在傳統的文化價值觀與宗教等因素的影響下，對於自殺的感受是負面且罪惡的，認為自殺是對不起自己、家人與社會的負面行為。既然如此，為何還會有自殺的情形？

佛洛伊德以心理分析的角度，提出人類存有「生之本能」與「死之本能」，在潛意識裡會同時存在希望生存下去與想死或傷害自己和別人的欲望，而當死之本能壓過生之本能時，人就有自殺的傾向。

自殺者的心理認知

自殺行為的出現代表著當事人身上同時存有「挫敗」、「無處可逃」與「沒有解救方法」三種情境。但每個人對於壓力的感受與強度的體驗皆不盡相同，當上述情境受到偏差的認知想法影響時，便無法客觀評估失敗的影響、逃離的可能與社會支持的可得性。

自殺者會認為無路可走，非得選擇自殺的原因在於他們的認知特質：

(一)思考二元化

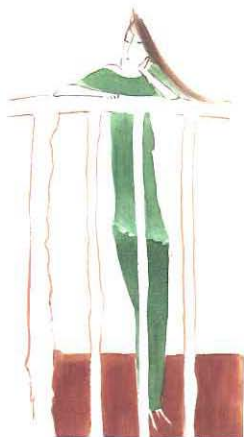
自殺者的思考傾向於二元化，也就是對自己與他人的評價不是全好就是全壞，對於事情的看法只有絕對的對錯，認為一切只有黑白，沒有界於中間的灰色地帶。

(二) 認知僵化，喪失解決問題能力

自殺者在感覺外界的環境刺激是僵化的，並且沒有能力去辨認與處理問題，他們的認知是固定、僵化且沒有彈性的。

(三) 記憶型式的障礙

人們在處理問題情境時，往往會參考過去的相關經驗，評估過去事件的細節，最後再找出可能的解決方式。但自殺者在處理過去記憶時會呈現出模糊與簡化的狀態，因此對於其問題解決能力便有所阻礙。





自殺行為的生物學觀點

自殺行為的生物學基礎

目前已知的自殺行為所牽涉的生物層面相當的廣，醫界與學者正積極努力的去追溯其原因，所以針對生物層面的問題來做探討，也是防治自殺行為的一個重要方向。目前有關生物層面與自殺的研究報告指出，自殺行為的產生與人體的壓力反應系統，以及內分泌系統有密切、絕對的關連，而這兩大系統之間又環環相扣、密不可分，下面就此兩大系統做更詳細的說明。

◀◀ 壓力反應系統

人們對於壓力、挫折的最基本反應包括『戰與逃』



(fight and flight)。當人體處於壓力的情境下時，身體的內分泌系統會與自律神經系統互相影響，並且也控制體內的免疫系統；當人面對壓力的時候，會有大量的荷爾蒙分泌，這些化學物質就會進而改變腦部的功能，往往容易造成情緒起伏大、容易出現激動、衝動的行為。

內分泌系統

依據目前許多文獻研究顯示，體內許多的神經傳導物質，特別是單胺氧化酶類的化學物質與自殺特別相關；以下將舉出幾種與自殺行為密切相關的神經傳導物質。

- (一) Dopamine (多巴胺)：根據研究指出，患有精神疾病以及出現自殺行為的個案，其腦中的多巴胺濃度比正常人減少許多。
- (二) Serotonin (血清素)：血清素這種神經傳導物質具有能夠穩定情緒的功能。近代西方的研究發現，與沒有自殺行為者相較，自殺者的大腦前額葉皮質（調控行為抑制的中樞）中的血清素含量

較低；另外，也有研究發現，憂鬱症、衝動、與攻擊性的行爲也與大腦中血清素濃度降低有關。

(三)cortisol (皮質醇)：當人體處於壓力的情況下，腎上腺會分泌一些所謂的『壓力荷爾蒙』，包括：adrenaline (腎上腺素)、cortisol (皮質醇)、DHEA (去氫上男性脂酶)。

以上僅對自殺的生物學層面做一個基本的了解，還有許多與自殺相關的複雜原因仍需進一步的探討，才能讓我們更加認識自殺這類的複雜行爲。





兒童青少年的自殺問題



前言

近年來青少年學生自殺事件頻傳，已逐漸呈現低齡化現象，尤其令人憂心的是青少年自殺有不斷增加的趨勢，且有感染作用。事實上想自殺、自殺未遂、甚至有許多的青少年自殺事件常被當作意外事件處理，實際自殺死亡的人數可能是官方統計人數的兩倍至三倍。根據衛生署公佈，除了老年人之外，青少年是最容易自殺的高危險群。面對社會越來越高的青少年自殺比率及其低齡化的嚴重性，這是需要整個社會去重視與探討並謀求解決之道的嚴肅議題。

探討青少年之所以輕生的原因是爲了要深入了解青



少年的需求與困擾，才能預先做好事先防治的工作，減低悲劇的發生率。以下將從青少年自殺的行為、危險因子及自殺警訊做深入探討：



青少年自殺的行為

◀◀◀ 青少年自殺的相關因素

分為「慢性歷程」與「急性歷程」：「慢性歷程」為長期累積不良的內在成長與外在影響之過程，「急性歷程」則是由於某些生活上的變化，使個人感受到壓力與情緒上的波動，而引發自殺行為。

可能的因素包括憂鬱症、人際衝突與孤立、家庭功能不佳與變化、情緒困擾及自我中心的想法等。其中，家庭因素是影響青少年行為的重要因素，包括家庭的破裂、親子關係不佳、家庭中的溝通不良以及對父母有高度的敵意卻又伴隨很深的罪惡感等因素都與青少年自殺有關。



自殺行為的危險因子

曾有自殺的念頭與自殺的企圖是導致十四歲以下的孩子自殺的高危險因子：

1. 一般性的危險因子：包括面臨重大的失落、曾經試圖自殺、藥物濫用、家庭缺乏凝聚力、家庭有精神病史、兒童虐待、加入幫派等。
2. 性別：一般而言，有較多的女性會想要自殺，但因自殺而死亡者則是男性較多。其原因根據研究結果顯示，男性青少年通常會採取較激烈的自殺手段，而女性青少年則傾向於選擇較不易致死的方式。
3. 性取向：同性戀者自殺的比率約為異性戀者的兩倍至六倍。原因可能包括同性戀者較缺乏社會支持系統、社會的排斥、現身（coming out）的過程中所承受的壓力以及孤立的感覺等。

4. 資優生：14歲～17歲的資賦優異青少年也被視為是自殺的高危險群，原因包括完美主義、不合理的社會期望、父母不切實際的要求、缺乏幽默感、學業成就等於個人價值的不合理信念。

青少年自殺的警訊 (FACT)

感覺 (Feelings)

- 無望的——「事情不可能變好了」、「已經沒有什麼好做了」、「我永遠都是覺得沒有希望」。
- 無價值感——「沒有人在乎」、「沒有我別人會更好」
- 過度的罪惡感和羞恥感、痛恨自己
- 過度悲傷
- 持續的焦慮與憤怒

行動或事件 (Action or Events)

- 藥物或酒精濫用
- 談論或撰寫有關死亡或毀滅的情節

- 焦躁不安
- 攻擊、魯莽

改變 (Change)

- 人格——更退縮、厭倦、冷漠、猶豫不決，或更爲喧鬧、多話、外向
- 行爲——無法專心
- 睡眠——睡太多或失眠，有時候會很早醒來
- 飲食習慣——沒有胃口、體重減輕、或吃得過量
- Q { 對於朋友、嗜好、個人清潔、性、或以往喜歡的活動失去興趣
- 在經過一段時間的消沈、退縮後突然情況好轉

惡兆 (Threats)

- 言語——如「流血流多久才會死？」
- 威脅——如「沒多久我就不會在這裡了」
- 計畫——安排事務、送走喜歡的東西、研究藥物、獲取武器
- ✓ 自殺的企圖——服藥過量、割腕

※任何一次的自殺企圖都是自殺者向外界求助的訊號，不應該將其誤解為為了獲得他人的注意而忽略之，否則隨之而來的可能是更致命的危機。





婦女的自殺問題



婦女自殺的原因

根據「生命線」統計，來電求救或傾訴的個案中，婦女占將近百分之七十，明顯高於男性。其因素可能是女性性別角色比男性承受更多的壓力和負擔。性別上的弱勢，一樣反映在自殺意圖上。研究顯示，台灣婦女的「自殺意圖」或「企圖自殺」明顯高於男性。婦女自殺意圖高，是因為女性的資源、權力有限，在無助之下便以自殺為手段來求救或報復。

另外，婦女罹患憂鬱症和恐懼症者是男性的 1.4 至 2.5 倍；15 歲至 39 歲女性的十大死因之中，自殺高居第三位。專家分析原因指出：

- (一)女孩子從小的教養方式就與男孩子不同，較不鼓勵其表達感受，容易造成女性比較沒有自信、容易附和別人的想法。
- (二)現代婦女常身兼多元角色，必須身兼子女、母親、妻子、媳婦、職業婦女等角色，角色間的衝突與適應問題，常造成憂鬱症的發生。
- (三)一般而言，婦女的社會經濟能力可能較低，在生活中也形成壓力。

而婦女的經前憂鬱、產後憂鬱與更年期憂鬱更是不可忽視。女性在固定月經週期期間或者是懷孕、生產過程當中與停經階段，體內女性荷爾蒙會產生極大的變異，這些的變異連帶也影響體內其他如甲狀腺素、生長激素、腎上腺刺激素等荷爾蒙，而這些神經傳導物質都被認為和女性憂鬱症有關。

若以近年的自殺案例分析，感情、婚姻因素亦是導致婦女自殺的主要原因。有人以自殺作為挽回感情的手段；也有人在明知感情挽回無望的情況下，以自殺的方式，希望對方愧疚一輩子。在自殺者的婚姻狀態統計資

料方面顯示出，已婚者自殺的比例較未婚者為高，而已婚自殺者多半與家庭暴力、丈夫酗酒有關，婦女在毫無管道抒發情緒和解決問題的情況下，容易因為感到絕望而自殺。



如何預防婦女自殺

女性由於先天和後天種種因素影響，更需要在情緒上做好自我照顧，學習正視自己的情緒低潮而非逃避。一旦察覺壓力的存在，便應該儘速做適當的調適，尤其是已婚者，在兩人成立家庭後，應繼續延續與原生家庭和朋友的關係，建立更多支持系統，而非在婚後關進象牙塔中，以免發生危機時缺乏抒發的管道。當有機會也能多關心身旁的朋友，或許因為一兩句安慰的言語，就能挽救一個珍貴的生命。才能減少憂鬱症的發生。



第七章

職場自殺問題

職場自殺問題嚴重

根據世界衛生組織 2003 年的統計，每年全球有將近一百萬人死於自殺，也就是說，每 40 秒就有一個人自殺。在台灣，自殺死亡率也有上升的趨勢，平均每 10 萬人，就有 15.31 人自殺，冰冷的數字背後，是生命的黯然夭折，也是許多家庭無可承受的遺憾。中、壯年的男性是其中主要的族群，對於已經進入職場的上班族，要承受工作的壓力、失業的恐慌；至於正要進入職場的年輕人，則要面對找工作的困難。也就是說，當經濟大環境變動，職場變成了巨大的壓力鍋，人的情緒也變得焦慮、憂鬱，一不小心擦槍走火，就產生了悲劇。

在現代社會裡，憂鬱症已成為吃掉勞工生產力、社會成本的藍色怪獸。聯合國國際勞工組織的調查，憂鬱症在廿一世紀已經成為職場疾病的主流。依據統計，台灣正有百分之六到百分之十的人飽受憂鬱症的折磨；甚至，專家估計，每六人就有一人有憂鬱症。沮喪的員工、低落的生產力、因自殺而中斷的接班人才，帶給企業的成本損失更甚於關廠或罷工，占了百分之七十六點三，金額高達三百零九億元，此數字十分驚人，比台灣許多縣市一年的預算還高許多，是企業不可忽視的危機。



職場自殺的類型與徵狀

職場自殺案件類型約有以下數種：

- (一) 臨時遭受資遣以自殺威脅來控制雇主
- (二) 企圖自殺引起社會注意
- (三) 缺乏工作機會認為自殺可以解決痛苦
- (四) 職業工作繁重無法勝任而心情苦悶
- (五) 失去工作家人責備，情緒極端憤怒因而自責責

人、自我懲罰採取自殺

(六)以自殺逃避生活經濟壓力

(七)因巨大債務逼迫自殺

(八)久病無法工作而厭世。

在辦公室中，憂鬱症典型的外顯症狀有：記憶力減退、不能集中注意力、沒有動力、步調變慢或忙亂成一團，造成職業功能喪失。因而同事之間必須彌補其在工作上的疏忽和不足，造成工作低效率。

職場自殺預防是政府及民間共同的責任，因為自殺不只是個人寶貴生命的殞落，對家庭、社會，都會留下難以平撫的傷口。當發現自己有吃不下、睡不著、不想工作、容易健忘、沒有元氣等徵兆，就該開始檢視自己在哪一個環節出了問題。如果是工作壓力過大，不妨給自己一點放空、休息的時間，並維持正常、規律的生活習慣；如果是心裡想不開，就要試著放寬心，對自己好一點，或向朋友傾訴、尋求他人的支援。



第八章

軍人的自殺問題



軍人自殺的原因

近年來，軍人在服役期間出現了自傷或自殺的行為，時有所聞，造成了家屬與社會大眾的關切；到底是哪裡出了問題呢？依據一般民衆的刻板印象而言，不外乎是因為軍隊中管教不當、老兵欺負新兵所造成的壓力、以及遭遇了一些在家庭或感情上的變故……等，才會造成軍人出現自殺的行為。此外，軍人在遴選、受訓、或是在部隊中處於被管理的角色，個人對軍隊的認同度不同、所承受的壓力也不同，所出現的自傷或自殺行為也會有所差異。

因為軍隊是一個具有相當高度結構化的特殊社會族

群，除了一般人對於軍中管教不當而有所質疑外，另一個可能性就是現在的年輕人對於挫折忍受力低、受不了比較嚴格的約束及管理方式。

研究顯示，軍人對於軍中壓力的知覺與對當兵事件的主觀看法或詮釋有著密切的關連性。在入伍前，對於當兵的看法為排斥者，個人的家庭以及軍中壓力也最高；而認為當兵是一種『榮譽』或是『應盡的義務』時，個人的家庭以及軍中壓力最低。當軍人在部隊中所感到的壓力越大，則越容易採取消極忍受或是比較負向的處理方法，來應付壓力，於是產生了自傷、自殺的行為。

軍人自殺的警訊

軍隊中自殺的原因中以個性因素、家庭因素以及男女間的感情因素為主，並且會出現下列的自殺警訊：

1. 情境方面：剛下部隊的新兵、或是夜晚執行勤務或是站衛兵的時候，通常最容易出現自傷或自殺的行為。

2. 情緒方面：有憂鬱傾向、無助感、孤獨失落感、自責內疚、不願意說出自己心事（包括與家人、朋友、同袍、長官、輔導長談論自己的問題）。
3. 特徵方面：過去曾經企圖自殺、或自殺未遂的人，更是高危險群。
4. 行爲方面：曾經向他人表達想死的企圖、慢性疾病、喝酒、吸食毒品……等。



如何預防軍人自殺

根據他人許多的臨床照護經驗中，軍人自殺病患在住院期間，尤其是剛入願或是屆臨出院，都是出現自殺行爲的高危險時期，此時的家屬或親友更要付出多一點的關心，給予支持。在自殺軍人病患住院期間，醫護人員需要與家屬、部隊以及病患本身作妥善的溝通與協調安排，評估病患恢復情形；倘若病患在接受治療後，適合回到部隊，則必須考慮其重新回到部隊的生活上、與同袍相處上的問題。部隊長官及輔導長也要協助重返部

隊的弟兄，重新適應部隊生活。

除了結合專業醫療人員、家屬、朋友、部隊以及病患本身，做妥善的照顧及輔導之外，社會上的生活教育也應該教導民衆多注重青少年的危機處理，增強青少年對於壓力以及挫折的因應能力，也許將有助於未來在軍中遇到挫折時，能夠以更有效、更健康的方式來解決問題。





老年人口的自殺問題



老人自殺問題的現況

老年人由於生理機能的衰退，常常導致體力消耗快、身體多病、因而感覺無助、憂鬱、缺乏安全感…；更隨著年齡逐漸老化、喪偶、或是親戚朋友的去世，而產生寂寞、悲哀、焦慮以及緊張等情緒。因此，六十五歲以上的老人自殺率高出一般人的4倍，是自殺死亡的高危險群。根據行政院衛生署於民國九十三年進行「臺灣地區老年人口主要死亡原因」調查，臺灣地區老年人口的死亡率為十萬分之卅六點二四，較民國九十二年的十萬分之卅五點二提高，臺灣地區老人自殺問題的嚴重性可見一般。



老人自殺的因素

對於老人而言，老化意謂著各種功能的喪失，包括經濟、社交、認知與行為能力等，而需要機構安養服務的老人多半因為各項行為能力的喪失而被迫搬離熟悉的環境；因此，老人在環境適應與心理調適的層面上，更需要有機構社會工作專業人員的協助，共同處理其負面情緒與想法，以防止老人出現憂鬱的情緒。依照世界各地研究老年人口的精神疾病調查顯示，其中以老年憂鬱症的盛行率為最高，佔了（16~26%），其次才是一般人熟悉的老年失智症。

因為國人的平均壽命增加，老年人口也逐漸增加，導致老年憂鬱症的患者比率也相對的提高；再加上時代環境的快速變遷，年紀大的人越來越不能適應這個新時代的變化速度，日積月累的壓力，造成老年人身心上的不適應，老年人的自殺比率便逐漸升高；雖然老人常有強烈的無望感，比較少有自殺的意念，但是老年人一旦決定要自殺，使用的方式往往會比較激烈。



如何預防老人自殺

有學者提出了以下關於自殺預防的三個層次：

1. 平時以電話關懷高危險群的老人，注意其生活起居、鼓勵參加活動。
2. 早期發現，早期治療，提供支持性的會談，避免老人感到孤單。
3. 提供身、心、靈的復健，提供適當的醫療資源以及心理諮詢資源；老人家往往因為資訊的不足，而不知道求助的管道。

另外，只要有接觸老年人的經驗，通常不難發現，老年人很喜歡談過去經驗！而依據 Erikson 發展理論，「生命回顧」的確為老年期的發展任務，老年人藉此方式將生命各片面統整在一起，使其有意義，並感受過去與現在之差異及關聯性。我們可以運用以下這些技巧，讓老人家自己尋求生命的意義，這也稱為『生命回顧法』：



1. 回想、重溫過去的經驗，增加控制感，進而再度肯定與發現生命的意義。
2. 鼓勵老人與舊朋友相聚、或是出示一些對老人來說很有紀念意義的物品，讓他們回想愉快的過去。
3. 關懷性的傾聽、接納的態度及正向的回應，也可以與老人一起經驗分享、激發老人的有用感，發現自己存在的意義；藉此，讓老人不再沉浸在悲傷的情緒中，更能活出自我，降低自殺意念的產生。

文獻中顯示，成功自殺的老人當中，有 84% 被認為是因為身體疾病所導致，而身體疼痛也是一個促進老人自殺的因素，佔有 20%；另外，老人常常認為自己會是家人的負擔，也是一個很重要的影響因子。對於家中的老年人，我們可以撥一點時間和他們坐下來喝杯茶，溫暖的問候，親切的關懷，幾句話讓老人家感受到陪伴和關懷，相信一定是人性的需求所在；這樣的陪伴，可以預防輕度的感傷憂鬱惡化成重度的憂鬱，甚至成為慢性精神疾患，而此目標則有待我們的努力。



第十章

精神疾病個案的自殺問題



自殺與精神疾病的關連

根據統計，憂鬱症患者最後死於自殺者佔 15%，而精神分裂症最後也有 10% 死於自殺。隨著社會的變遷改變，台灣這幾年的焦慮症、憂鬱症及物質濫用者不斷增加，是個必需要重視的問題。



憂鬱症與自殺

憂鬱症是極為重要、普遍，卻被低估的精神疾病。依照世界衛生組織的推估，憂鬱症將是 2020 年造成人類失能前十名的疾病的第二名，僅次於心臟血管疾病。憂鬱症會造成一個人無法工作，同時造成家庭社會嚴重的負擔，而根據統計結果顯示，有 15% 的憂鬱症患者最後

會死於自殺，這些都造成了家庭社會的損失與遺憾。憂鬱症的患者會有幾個特徵，包括：憂鬱的情緒，鬱悶煩躁、快樂不起來，興趣與喜樂減少，對事情提不起興趣，體重下降（或增加），食慾下降（或增加），失眠（或嗜睡），思考動作遲緩變慢（或激動），覺得疲累失去活力，常常覺得思考無法專注或做決定，覺得自己活著沒有意義（無價值感）或罪惡自責，常常反覆想到死亡，自殺意念、企圖或計畫……等。

自殺問題與憂鬱症有很大的相關，根據中研院鄭泰安教授的研究，自殺死亡者生前有符合精神疾病診斷者達 97%，達到憂鬱症標準的有 87%。憂鬱症患者有 2/3 有自殺念頭，有憂鬱症患者是沒有憂鬱症患者的自殺危險的 47.8 倍。由此可知，自殺與憂鬱症有很大的相關，而憂鬱症是一種可以治療的疾病，只要多鼓勵憂鬱症患者得到及早治療、完整治療，就有可能降低自殺事件的發生。

自殺與其他精神疾病

除了憂鬱症之外，其他的精神疾病也可能會導致自



48

殺，例如根據統計資料顯示，至少有 25～50% 的躁鬱症病患會出現自殺的意念或行爲，尤其是在鬱期的自殺則相當常見；另外，據估計約有 10% 的精神分裂症患者因自殺而身亡，其自殺的危險性比一般人高出 30 至 40 倍。因此，這一些的精神疾病在臨床上，是極重要的課題，需要專業人員以及社會大眾的關心。基本上，大多數的自殺事件是可以預防的！

許多個案在真正的自殺之前，都會有些徵兆，若能多加留意週遭的朋友，適時拉他一把，化解危機，便可以避免不幸的發生。根據統計，約有七成個案在自殺前有發出過自殺警訊，一半的自殺者在患者自殺前曾經尋求醫療幫助；週遭若有親友可能是以上所提到的自殺危險族群，又有以上提到的憂鬱症之口語及非口語之訊息表徵，自殺的可能性就很高了。



如何預防精神疾患自殺

針對有自殺行爲的個案，我們可以給予下列幾項措施：

保護：避免再做出進一步更傷害自己的行為。

- (一)訂安全契約：使病患答應在一段時間內，不再做出任何傷害自己的事情。
- (二)提升自尊：通常這一類有精神疾病的個案，常常是低自尊的，我們應給予其真心的讚美、使個案覺得被重視。
- (三)協助調整情緒及行為。
- (四)運用社會、家庭的支持系統。
- (五)嚴重的時候，則必須要強制住院治療，或是給予藥物控制其精神狀況。

精神疾病患者對於個案本身、家屬、社會都造成相當程度的影響，特別是某些自殺的高危險群個案，所以早期的診斷治療、評估自殺的危險性是非常重要的。藥物的治療方面應該以情緒穩定劑為主，輔佐以抗憂鬱藥物共同治療；另外，心理治療也可以提供給這類個案情緒抒發的管道，加強家庭、社會的支持系統均有助於降低自殺事件的發生。



物質濫用個案的自殺問題



自殺與物質濫用的關連

物質濫用與自殺的關係可說是錯綜複雜，這兩者本來就有各自的複雜病因，也是許多精神疾病的共同特徵，因此衍生出了更多的異常行爲。自殺和物質濫用行爲（吸毒、酗酒），在個人層面有生物學因素存在（例如中樞神經的血清素失調等），這種生物學因素和負向的環境因素互動（如：生活壓力、同儕文化……等），就有可能產生自殺等偏差行爲，甚至進一步造成心理衛生與社會問題。從醫療的角度來看，自殺和物質濫用關係匪淺，常有共病（comorbidity）的現象。

任何可以改變心智或情緒狀態，而造成欣快感的藥

物，都有被濫用的可能，而物質濫用又可以分為藥物以及酒精的過度使用、過度依賴；藥物濫用包括了海洛因、安非他命、大麻、古柯鹼……等非法用藥。其中根據行政院衛生署管制藥品管理局的統計資料顯示，民國94年台灣地區青少年用藥比例順位，依序為搖頭丸、K他命、大麻；若是在各大精神醫療院所的戒癮個案中，還是以海洛因與安非他命居多。

依照流行病學的研究調查顯示，患有精神疾病的病患，比一般人更容易有物質濫用的問題，精神疾病患者在於物質濫用方面，約有50%的盛行率；從中研院的一項研究發現，成功自殺死亡的個案當中，幾乎每一個個案在生前都有一種以上的精神疾病，其中最常見的是憂鬱症（重鬱症與輕鬱症）、以及酒精濫用。使用酒精或藥物會連帶產生許多生物、心理、社會的影響，物質濫用常常會導致生活中的危機，包括自我傷害行為（自傷、自殺）以及暴力行為；其中，約有15%的酒癮患者，會造成慢性酒精中毒，而安非他命等毒品的過度使用，可能會導致精神疾病（常被診斷為妄想型的精神分裂症）。

如何幫助物質濫用的個案

對於有物質濫用情形的個案，有以下幾點的措施可以幫助他們：

- (一)生物面：臨床上戒斷的處理、維持戒治。
- (二)心理面：希望能夠解決問題、給予正確的認知。
- (三)社會面：提供家庭諮商、進行團體治療（例如曾為酒癮患者的自助團體）。

從這些錯綜複雜的關係裡，我們應了解防治自殺是社會大眾你我的責任，從防範藥物濫用的觀點而言，拒絕使用非法的成癮藥物、拒絕過度使用酒精；若有生活壓力及困難，能夠尋求正確的管道舒解，這樣方能降低物質濫用的情形，也能減少自殺事件的發生。





第十二章

珍愛生命，希望無限

國際自殺防治協會（International Association for Suicide Prevention, IASP）是首創與世界衛生組織（World Health Organization, WHO）共同攜手合作的國際組織。於2003年首次訂定世界自殺防治日為每年的9月10日，當天全球同步舉行很多活動例如：研討會、大型衛教宣導和一些區域性活動，希望喚起大眾重視由非自然與非必要因素所導致的死亡——自殺。



自殺的衝擊

每年全球有將近一百萬人死於自殺，約每40秒就有一人自殺身亡。在世界各國，特別是青少年，自殺是主要的死因（WHO 2003）。一般來說，有自殺企圖者是

比自殺身亡者多，估計大約有2~5千萬的非致命之自殺企圖者，但全球並未有可靠的資料能對該問題作充分的說明。每個自殺身亡者對許多家庭成員和朋友在情緒上、社會上和經濟上產生深刻地影響。每年因自我傷害所造成經濟損失估計是在數億美元之上。在一些國家的自殺報告中，東歐是自殺率最高，而自殺率最低則是在拉丁美洲、回教國家和一些亞洲國家之中。可惜的是，攸關大多數的非洲國家自殺方面的訊息並不多。



原因為何？

自殺行為是有很多複雜且相互關連的潛在原因所造成。處於貧窮、失業、失去所愛的人、與家人或朋友爭執、關係破裂，以及法律或工作相關等問題皆是公認的自殺危險因子，而體質上或特別脆弱會自我傷害的人易受到影響。

自殺家族史是被認為是與社會和遺傳有相互關聯的危險因子。其他體質因素包括酒精濫用與藥物濫用、於兒童時期遭受身體虐待或性虐待，以及社交孤立。精神

疾病在大多數的自殺事件中，像是憂鬱、酒精濫用和物質濫用都扮演主要角色。

生理疾病會增加自殺風險，特別是令人痛苦或失去能力的生理疾病。此外，自殺工具的取得之方便性對執意要自殺的人來說（最常見的是槍、藥物和農藥）皆是重要的危險因子，這可決定其是否會自殺死亡。先前有自殺企圖對於預測之後會有致命的自殺行為是一個強有力的預測因子，特別是在第一次嘗試自殺後的頭六個月內。

同樣地也有許多自殺的保護因子。這些因子包括高度的自尊和社會的「連結」，特別是有家人與朋友、有社會支持網絡、擁有良好的因應技巧、有個穩定與愉快的婚姻關係，以及有宗教信仰。

自殺如何防治？

心理疾病的早期辨識與適當的治療，是很重要的自殺防治策略。同樣地有些證據顯示，教育基層健康照護工作人員在辨識與治療情感性疾患患者，可能降低在自

殺高危險群的自殺率。

56 危機處理是基於連結性、方便性，以及可近性的原則。像是電話關懷方案可檢視獨居老人的身心狀況，而「綠卡」方案則是個案會收到一張卡片，上頭會提供他們可立即獲得協助的資源，包括值班的精神科醫師或醫療院所，這些都可產生令人鼓舞的結果。心理社會的介入和自殺防治中心，以及以校園為主的介入亦是可行之策略。

限制自殺者工具的取得與實務運作有關，像是限制殺蟲劑、除草劑與可能有毒的藥物之取得，以及家庭瓦斯的解毒。而家中擁有手槍和自殺率之間有相關性。有一些國家（澳洲、加拿大和美國的部分地區）限制槍枝的所有權，則可以減少槍枝使用在自殺上。

長久以來，媒體對自殺率的潛在衝擊是眾所皆知的。現今的證據指出，媒體報導可能會鼓勵模仿自殺，基本上這都取決於報導的模式一口氣與語調、強調的程度，以及是否有伴隨使用圖片。因此，媒體必須負起報導的道德責任。

親友死於自殺時，人們通常會感受到冷漠和很強烈

的罪惡感。一般來說，討論自殺依舊是個禁忌，且自殺者的遺族可能少有機會將自身的悲傷告知他人。表達個人的感受，對療傷的過程來說是相當重要的部分。基於此原因，支持性團體對於遺族來說是扮演相當重要的角色。

全球啟動自殺防治

自 1999 年起世界衛生組織開啓了全球性的自殺防治，並依據下列目標在進行著：

- 引進最新的自殺防治資訊來減少自殺行爲，並著重在發展中國家，以及社會和經濟轉變的國家之中。
- 在自殺初期，盡可能的加強辨識、評估和減少可能是由青少年自身生活所產生的原因。
- 提高社會大眾對自殺的瞭解，並對有自殺意念或曾有過自殺企圖者，以及對有自殺企圖或自殺身亡者的親友，提供心理社會支持。



挑戰是什麼？

爲了要避免自殺在許多情況下發生，需要一個緊密的協調行動。目前最大的挑戰是以下的部分：

- 經由發展一致的方案，例如密集的追蹤，建立更新的、有效用的醫藥與心理治療、諮詢技巧，來改善精神疾患或物質濫用的治療。
- 更多人需要認識自殺行爲的徵兆和症狀，以及知道何處可以獲得幫助—包括家人、朋友、醫師、社工、宗教領袖、雇主或老師和其他的學校職員。特別地是醫師和其他醫療人員應被教育及訓練懂得辨認、轉介、治療精神疾病，尤其是情感性疾患。
- 有必要限制獲致自殺的管道，包括強制汽車製造業者改變車輛的排氣管的形狀，並且設定引擎空轉一段時間可以自動停止的機制；除了農夫之外，限制人們接觸殺蟲劑，且限制殺蟲劑和化學

肥料的取得。

可能致命的藥物需要嚴厲監控醫師和藥劑師的處方，減少處方的最大量，用塑膠泡囊包裝藥物，或以栓劑的形式來投藥。同時，制訂較嚴厲的槍枝管制法來避免自殺。強制槍枝擁有者要更安全地儲放槍枝，並且更了解他們如何使槍枝不被用來自殺。

合作是需要的！

自殺防治若不包括各領域的人員，則將功虧一簣。這些人員包括政府官員，健康照護計劃者，照護者，以及來自不同部門的研究人員與工作人員。有效的自殺防治也需要納入健康部門以外的人員，包括教育、勞工、警察、法官、宗教、法律、政治、媒體等，以有創意的、仔細的、多部門的方式進行。

努力投資於研究和防治這兩方面是必須的。短期目標了解為何會發生自殺，與從事何項工作可以避免自殺的發生。不過隨著時間的過去，綜觀性的研究是必須



的，因為這對完全了解自殺的生物、社會心理和環境的因素是有幫助的。當然更需要長期評估自殺介入方法的有效性。

IASP-國際性的共同合作避免自殺

自殺防治國際協會（IASP）於 1960 年在維也納創立，成員包括研究人員、臨床醫生、相關職業人員、志工和許多不同的組織團體。IASP 的資源主要是是專業人員以及成員所做的貢獻和透過與其他主要自殺防治組織的合作。IASP 特別體認到要更加強開發中國家的自殺防治，例如東歐國家和俄國。雖然自殺率與文化的和社會的差異有關，但是大多數的國家和區域仍然有很多共通性。因此，IASP 相信自殺防治應該是一個全球性和區域性的協同合作的重要議題。防治行動必須自每個地域同時的展開，而且這個行動是從你我個人開始做起。



採取行動

自殺防治國際協會，在和世界衛生組織的合作方面，要求對於政府機關、非營利組織、國際的和國家的協會、地方性的社區團體、臨床醫生、研究人員和志工作出行動，增進有關自殺問題的覺知，想出減少自殺率與自殺行為的許多方法。我們提議組織：

- 公衆的會議
- 公開的演講
- 自殺覺察運動
- 專題討論會議（conference）
- 大眾傳播媒體的報導，與自殺者的經驗談
- 開始新的預防策略或臨床服務
- 發表新的策略或計劃
- 發表新的研究成果
- 自殺防治的展覽
- 文化活動（cultural events）



- 心靈的服務 (spiritual services)
- 募款活動



珍愛生命，希望無限
Saving Lives · Restoring Hope



■ 編著者：李明濱

■ 編輯群：李明濱、戴傳文、李新民、廖士程、湯華盛
陳恆順、劉惠玲、李碧蕙、黃秋華、蔡雯婷
蔡佩樺、曾純瑛、張卓爾、王銘光、張文穎

■ 行政院衛生署補助印行

■ 出版日期：2005年12月9日