

目 錄

編者序.....	2
精神疾病與自殺行為的關係.....	4
憂鬱症個案自殺的危險因子.....	8
精神分裂症個案自殺的危險因子.....	14
人格違常個案自殺的危險因子.....	17
其它與自殺行為相關的精神疾病.....	20
資源篇.....	22



編者序

根據世界衛生組織估計，自殺將位居每個國家十大死因之一，而自殺對於家屬及社會的衝擊更是難以估算的，平均一個自殺案件會影響至少六個人，若自殺發生於學校或者工作場合，更會對數百人造成影響。因此，自殺防治成為當代世界性之公共衛生重大議題。根據行政院衛生署統計室公佈之2005年台灣地區主要死因分析，自殺為國人十大死因之第九位，此一順位自1999年起持續迄今，2005年的自殺死亡率更高達10萬分之18.8，由此觀之，自殺防治之工作刻不容緩。

所謂「自殺防治，人人有責」，在自殺防治艱鉅的工作中，除了達到全民參與、彼此關懷、珍愛生命、希望無限的理想境界，各種專業社群成員的積極參與也是十分重要，在醫療體系的努力投入與整合外，社區「守門人」也同時扮演關鍵的角色與職責；「守門人」(Gatekeeper)指的是經常接觸高風險群的人，在社區或工作單位扮演既定的角色與職責，對於高風險群也有第一手接觸的了解，對所在環境是否能順利推動防治工作，有關鍵性的影響 (Knox, Suicide Prevention in the USAF, 2004)。透過教育訓練的方式，可增加基層醫療人員及社區「守門人」辨

識、轉介自殺高危險族群的能力，對於自殺防治工作將有很大的幫助。

有鑑於此，本中心特別邀請各領域的專家，撰寫不同族群的心理衛生與自殺防治手冊，包括：青少年心理衛生與自殺防治、老人心理衛生與自殺防治、精神疾病與自殺防治、物質濫用與自殺防治、女性心理衛生與自殺防治、職場心理衛生指引等主題，希望藉由介紹不同族群的自殺高危險族群特徵、照護注意事項、求助資源等，能讓社區守門人或一般民眾對於自殺防治有更深一層的認識。

我們熱切期待這一系列針對不同社區守門人所製作之宣導手冊，能夠更進一步凝聚共識，釐清觀念，並促進各專業領域人士彼此之溝通，未來如遇有自殺意圖之個案，在其自殺前多有透露求救訊息時，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。

行政院衛生署 自殺防治中心主任

台大醫學院精神科教授

台大醫學院精神部主治醫師

台北市醫師公會理事長

台灣失智症協會理事長

環太平洋精神科醫師協會副會長

李 明 濱 謹識



精神疾病與自殺行為的關係

台灣現在自殺概況如何？

在民國94年的十大死因中自殺佔第九位，每十萬人口自殺死亡率大約為18.8%，已經躍居亞洲前三名。自殺的方法以上吊、窒息最多；其次是其他氣體或蒸汽自殺，尤其燒炭自殺的案件最多。這些自殺者生前有七成以上有憂鬱症，所以憂鬱症與自殺的確有密不可分的關係。

依研究統計憂鬱症的病人有15%會自殺身亡，有10%企圖自殺者會在十年內自殺身亡，而曾經企圖自殺者約四分之一會自殺身亡。

急診室中自殺企圖者的臨床特徵為何？

在某大醫院的急診室中，自殺企圖者男女比例為1：2。相對於女性，男性中單身的較多，過去曾罹患有身體重大疾病、以喝農藥自殺的比率及自殺引發身體的致命度

也相對增加。自殺企圖者的年齡方面，對照於年輕組，年老組中酒精濫用、以喝農藥自殺及自殺引發身體的致命度，皆相對增加；自殺的原因中，年輕組多數為衝動型，自殺意圖較不嚴重。

哪些精神疾病比較容易出現自殺行為？如何預防？

所謂精神疾病是指一個非常大的範圍，包括精神病、精神官能症。精神病指比較嚴重的精神病態，例如出現聽幻覺、妄想等；而精神官能症則是出現焦慮、憂鬱、失眠等症狀，但沒有嚴重的行為或思考障礙。

自殺是一種想要結束生命以達到某些目的的行為。因為自殺意念或行為本來就是憂鬱症的症狀之一，所以只要憂鬱達到某一程度，尤其是出現明顯的無助無望感，就容易有自殺行為。自殺的個案當中有七成以上罹患憂鬱症，而精神分裂症也約有一成會出現自殺行為，人格疾患中以反社會人格與邊緣性人格違常比較容易出現自殺行為，而一般嚴重的焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症也會有自殺傾向。

發現有精神疾病該如何處置，以防止自殺事件的發生？

一發現有任何精神疾病，千萬不要諱疾忌醫，而去求助民俗療法，以致被騙又延誤病情，而導致發生不幸的自殺事件。對於精神科的治療去污名化是很重要的，不管中外對於看精神科都覺得不名譽，會躲躲藏藏；其實，及時尋找適當的醫師診治對症下藥，不管憂鬱症、精神分裂症、焦慮性疾患、人格違常疾患等都可以有效的得到治療，如此方可預防自殺事件的發生。

如果出現強烈的自殺意念該如何求助？

人在一輩子當中免不了有低潮，因而蒙發自殺意念。若只是一閃即逝的想法，不是很嚴重則可以再觀察；但若自殺意念不斷的湧現，並且無法打斷者，那就必須尋求他人的協助。其實最可以幫助我們的就是身邊的親朋好友，試著跟他們打一通電話聊一聊，或許就是一個關鍵的救命電話，也可以打電話給生命線或安心專線 0800-788995（0800-請幫幫救救我）。有時跟信任的醫師討論自己的

困境，以度過生命的低潮。若門診治療沒有很大的進展時，也可以接受住院療養一段時間，記住：「留得青山在，不怕沒柴燒！」

如何跟想自殺的個案互動？

1. 不要不敢直接探問他有關自殺的想法、企圖、計畫等問題。
2. 要與企圖自殺者建立良好的關係，先排除自己主觀的價值判斷及道德感去接觸當事人；真誠的去幫助他，是相當重要的。
3. 不要企圖說服當事人自殺是錯誤的行為，而是要以支持、關懷的態度去了解他的感受與困難，給予他心理上的支持。
4. 選擇安靜及有隱私的環境來討論各種問題，當事人會較願意說出自己的心事。



憂鬱症個案自殺的危險因子

憂鬱症與自殺的關係？

憂鬱症在一般社區的盛行率頗高，有一半以上的憂鬱症患者曾出現自殺念頭，且其自殺念頭與憂鬱症狀的嚴重度有很大的關係。自殺也是憂鬱症致死的最大原因，幾乎所有的精神疾病都比一般正常人有更高的自殺傾向，但是罹患憂鬱症的病人的影響尤其大，據統計大約是一般民眾的二十倍。在死後回顧死者生前的情緒狀態顯示有三成到九成的個案處於憂鬱狀態，曾經有過自殺企圖的族群中有三分之二的人罹患憂鬱症，以上的數據顯示憂鬱症與自殺的確有很密切的關係，所以罹患憂鬱症必須積極治療，以免嚴重導致自殺。

何種危險因素會導致憂鬱症病人自殺？

在憂鬱症中最常見的預測自殺意念的因子包括：憂鬱情緒、無望感、無助感、罪惡感、沒興趣、低自尊，尤其無望感、無助感與自殺意念息息相關。自殺行為在憂鬱症的不同階段有所起伏，也跟同時罹患各種不同的精神疾病相關，例如精神分裂症、物質濫用、人格障礙、焦慮性疾患等，常常跟身體疾病共存，例如：心臟病、中風、癌症、愛滋病、以及嚴重的慢性疾病等，所以在臨床上因憂鬱症而自殺的症狀跟單純憂鬱症的表現有所不同。

有時報章雜誌或新聞台會渲染某名人自殺的新聞，並且連續播放，讓病人覺得心情更加鬱悶，所以適度的減少閱聽負面新聞，接近正面的人事物，會對憂鬱症與自殺行為的減少有所助益。



憂鬱症自殺的警訊是什麼？

大部份自殺完成者都是有計劃的，且都是有跡可循的，據統計自殺者當中三分之二曾表達過自殺意念，三分之一曾有明顯的自殺企圖。可能的自殺警訊如下：

語言方面－藉由話語、文章、日記等，表現出想死的念頭、常以死亡為話題或表示告別等。

心情方面：情緒低落，覺得絕望、無助、孤寂等或突然情緒變化，例如嚴重憂鬱症者突然變為活潑開朗。

想法方面：我什麼都做不好、我沒有用、只要我消失，所有問題就會結束、沒有人能幫我。

行為方面：突然的、明顯的行為改變，如立遺囑、放棄財產、由開朗變退縮、與家人或外界關係變的疏離、淡漠、常獨自在頂樓、海邊等危險地方徘徊。有些自殺會留下遺書，內容包括要求原諒、譴責別人。

外表方面：睡眠與飲食狀況混亂、表情淡漠、注意力不集中、情緒不穩、有憂鬱的徵兆。

有人說當憂鬱症好轉時是最危險的時候，這是真的嗎？

當憂鬱症經治療逐漸好轉時，是最容易自殺的關鍵時刻，因為此時身體已經可以活動，但是內心卻仍然灰色、悲觀；這時照顧者往往更容易疏忽，而讓病人單獨活動，以致發生自殺的悲劇，所以家人朋友此時千萬不要放心疏忽病人的行蹤，反而要更注意關心病人的一舉一動。

照顧者可以去瞭解病人的想法中，是否有無助無望感。通常無助感的呈現會是：「沒有人可以幫忙解決這個難題！即使是醫護人員也無解！」，無望感是：「我沒有明天，對未來不存期待、希望」，若上述的想感覺很強烈，就要特別小心病人的安全。

如何配合藥物與非藥物的治療讓憂鬱症減緩，而不要惡化到自殺的地步？

剛服用抗憂鬱劑時，千萬不要急著看到療效，其實抗憂鬱劑的藥效在7-14天內才出現，一定要耐心等候藥效的發揮，並且在服藥之後，持續治療三至六個月效果更佳；若加上心理治療改變自己慣性的負面思考，更可以預防憂鬱症的再發。在日常生活中遇到壓力或生活事件，可以多練習「正面思考」，提升抗壓性，比較不會想不開而自殺。

家屬如何與憂鬱症患者相處，以防自殺發生？

在憂鬱症的急性期家屬要督促患者規則就醫與服用藥物，這時病人仍然沒有體力，情緒不佳，所以不要一味的要求病人參與活動；不過只要情緒恢復、食慾、睡眠改善之後，這時要督促病人外出活動或運動，尤其謹守333原則，也就是每週至少有三天運動，每天至少運動30分鐘，每次運動心跳至少130下以上，如此方能達到有氧運動的程度，也才能有效的讓血清素、腦啡分泌，改善身心狀態。

請記住，某些精神動力遲緩的重度憂鬱症患者，在病情改善之初，反而是自殺危險性最高的時候，此時家人更要注意其行蹤，以免大意失荊州。若患者有很多外在壓力無法解決，家屬除了陪伴之外，也可以接洽適當的心理諮商中心或醫院，進行心理治療或家族治療。



聽說服用抗憂鬱劑容易出現自殺行為，我已經服用好一陣子，是否該停止服用？

憂鬱症跟腦部缺乏血清素、正腎上腺素或多巴胺等激素相關，以上這三種激素通稱為快樂激素，他們可以讓人心情愉快充滿精力。而現在上市的抗憂鬱劑也都可以補充上述激素的不足，藉此治療憂鬱症。

若在剛開始服用抗憂鬱劑的時候，醫師沒有注意從低劑量逐漸加藥，可能會讓病人出現某些不舒服的藥物副作用，例如：噁心、嘔吐、腹瀉、頭痛、眩暈、坐立不安、手抖、失眠或嗜眠等；這些副作用可能會讓憂鬱症病人感到更加的不舒服，以致更想自殺，但是研究顯示只有在兒童青少年的初診病人比較容易出現。

剛開始服用抗憂鬱劑的病人要緩慢自低量加藥，若出現不能忍受的副作用時，一定要跟主治醫師討論藥物的調整；如果你已經長時間服用抗憂鬱劑，並且有一定的療效，就不必擔心它會讓你產生自殺意念，因為抗憂鬱劑就是專門治療憂鬱症的藥物，規則服用就可減少自殺的可能性。千萬不要斷然停藥，如此反而會出現抗憂鬱劑的戒斷症狀，包括：激躁不安、失眠、心悸等。也有可能惡化心情，更加重自殺的意念。



精神分裂症個案自殺的危險因子

台灣有關精神分裂症自殺死亡的危險因子為何？

根據北部某精神專科分析60位自殺身亡的精神分裂病人與另60位精神分裂症急性住院病人作比較，顯示跳樓為最常見的自殺方式。其自殺的危險因子為：發病較晚、多次自殺意念與企圖、住院時有自殺意念或重鬱症狀。

精神分裂症病患企圖自殺的特徵為何？

住院精神分裂病患之自殺行為分析顯示，曾有自殺行為者之死亡危險性，是沒有自殺行為者之4.3倍。追蹤後發現，過去曾有自殺企圖病史、出院後的初期、明顯憂鬱症狀及無業等狀況是其自殺身亡危險因子；另外，憂鬱、罪惡感、激動、住院次數超過三次以上，是預測自殺行為最有效之變項，而憂鬱更是自殺行為最重要的徵兆。

何種因素導致精神分裂症病人容易自殺？


危險因素包括：男性、單身、獨居、失業、慢性化重複發病、頻繁住院、剛出院、自殺之家族史、過去有自殺行為與衝動行為、對治療抱負面態度、高智商與高教育水準、精神病與憂鬱症，若合併憂鬱症有30-50%的病人會重複自殺。

妄想型精神分裂症也具比較高的自殺傾向。有研究顯示剛住院與離院，尤其出院後前五天的自殺傾向高。所以剛出院的病人前一週要密切關心其心情的變化。

如何照顧精神分裂症病人使他們不會自殺？

精神分裂症是一種慢性疾病，對個人與社會都是一種重大的損失。通常精神分裂症多發作於青少年期，正值發育期與社會功能發展的階段，所以往往會讓學習中斷也影響到生涯的規劃，甚至影響情緒與認知功能。

在剛發病十年內最容易自殺，越老越少自殺傾向，病人一旦想死所採取的自殺方式都很激烈，表示其求死的決



心很強。臨床上可以使用新一代抗精神病藥物，以期減少精神病症狀與憂鬱症狀，減少副作用，也可增加服藥遵從性；再加上完整的復健計畫，參與社區有意義的活動，緊密的社區追蹤。如此比較可以減少復發率與再住院率，也可以減少自殺率。

精神分裂症病患平日胡言亂語傻傻的，會自殺嗎？

精神分裂症是一種精神病，臨床上會出現聽幻覺、妄想、怪異舉止、失眠、焦慮，甚至出現低落的情緒，以致有自殺意念或行為。一般照顧者因為習慣病人的胡言亂語，比較容易忽略病人的情緒變化。其實精神分裂症病人也有七情六慾，尤其在病情比較穩定現實感恢復之後，更容易有低落的情緒。據統計有10%左右的精神分裂症病人會自殺。精神分裂症自殺率比一般社區民眾高30-40倍。

人格違常個案自殺的危險因子

人格違常與自殺之相關性為何？

一般正常人的性格到18歲以上就漸趨穩定，但是某些人格障礙若已經到達病態的程度就容易因抗壓性低，而常發生焦躁不安、與情緒低落，甚至出現自傷與自殺的行為。人格違常疾患在一般人口中佔10-15%，而一般精神科門診人格違常疾患佔13-62%。年輕自殺者符合人格違常疾患的比率約40-53%。而在30歲以後的人口中自殺者其人格違常疾患的診斷比較少。有人格違常疾患的個案具企圖自殺病史者，佔40-90%。根據統計反社會人格違常與邊緣性人格違常，最常出現自殺行為。



有何種因素比較容易導致人格違常病患的自殺？

首先是環境因素包括負面的生活事件，例如最近失落、分離，在非意願下出院者；其次是社會支持少，例如失業、獨居、家族有高的自殺率者。

其他例如：容易接觸到自殺管道者、高學歷、無助感、憂鬱情緒、身體健康差、物質濫用、犯罪行為、以前有自殺企圖、解雇、退休、多次住院者。以上因素比較容易引發自殺行為。

家屬如何對待人格違常的患者？

家屬本身要有好的情緒智商，方能有效的因應人格違常患者的行為問題，可以去參加家屬支持團體，或個人成長團體，這些都對家屬的情緒成熟度有幫助；家屬本身對於人格違常的病因與治療知識也要能瞭解，可以上網搜尋或跟相關的精神科醫院諮詢。

由家屬督促病患規則就醫，規則服藥，也是穩定情緒預防自殺的必要條件。當患者有自傷行為，包括：割腕、

服用大量安眠藥等，家屬不必大驚小怪，必需平靜的探詢患者自傷的想法，大部分都是因為煩躁焦慮而致的自傷，其實患者並非真的想死。有必要時家屬也可以陪同患者一起做家族治療，以利病情的復原。

某些人格違常的病人常常自殺，他們真的想死嗎？

自殺與自傷是不同的。自殺是萬念俱灰下利用外力希望自己死掉，依嚴重度可分自殺意念、企圖自殺、完成自殺，每個人的自殺嚴重度都不同。而自傷也是一種解決問題的模式。但是自傷往往是藉著傷害自己來解除心中的焦慮，其實個案並那麼不想死；例如某些人格違常的病人抗壓性弱，一旦碰到不如意的事件，常常會用割腕或服用大量安眠藥來消除自己的焦慮，所以會發現很多因自傷被送急診的經驗。





其它與自殺行為相關的精神疾病

緊張焦慮會有自殺的行為嗎？

焦慮是一般人常碰到的情緒表現，若適度的焦慮可以讓我們打起精神，增加工作效率；但是病態性焦慮會讓一個人陷入災難性的恐慌，若長期無法緩解也容易導致自殺行為的發生。一般嚴重的焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症會有自殺傾向，其自殺率約一般民眾的3-5倍。焦慮症的自殺率低於情感性疾病、精神分裂症、酒癮。

有哪些焦慮情況會出現自殺行為？

因單純焦慮而自殺者男性多於女性，在所有的焦慮疾患中，以有恐慌發作或攻擊行為者自殺比率高；一般藥物濫用者若出現恐慌發作，比較容易有自殺行為。

單純恐慌症並不會增加自殺危險性，若恐慌症合併邊緣性人格違常，自殺企圖、為單純恐慌症者的12倍。恐慌

症合併憂鬱症會增加自殺企圖的可能性，所以當病人很焦慮時，可以使用快速作用的抗焦慮藥物，來緩解立即的自殺意念。

我已經去看了精神科醫師，是否要吃一輩子的藥？藥物會不會依賴上癮？

一旦看精神科醫師就要規則看診，其實每一種精神疾病的療程都不一樣，千萬不要自作主張，自行停藥或不看診；若出現服藥不舒適的情況，一定要跟主治醫師討論以便調整藥物。有時藥效要多等幾天才會出現，必須有耐心等待。例如抗憂鬱藥物大約十天到十四天才會出現療效。多數的精神科藥物在醫師的處方下是不會成癮的，請安心服用。





資源篇

全國免付費通用電話

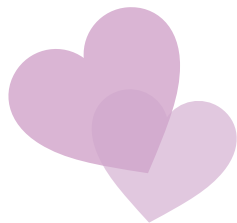
各縣市生命線直撥1995

各縣市張老師直撥1980

行政院衛生署安心專線：0800-788-995



memo



精神疾病與自殺防治

著 者：湯華盛

主 編：李明濱

編輯群：戴傳文、江弘基、廖士程、黃鈞蔚、陳恆順、劉惠玲、湯華盛
張家銘、李碧蕙、黃秋華、蔡雯婷、張凱傑、戴佳霈、洪惠玲
蔡佩樺、張文穎、吳貞儀、陳盈燕、傅小青、孔祥玲、吳孟珊
呂智謀、賴忠志、賴欣璋、賴蔚容

出版單位：行政院衛生署 自殺防治中心

地 址：10341 台北市大同區鄭州路40號3樓

電 話：(02) 2555-0500

傳 真：(02) 2550-5065

E-mail：tspcmail@gmail.com

網址：http://www.tspc.doh.gov.tw

出版日期：2007年1月

版次：第一版

ISBN-13：978-986-00-9324-7（平裝）

行政院衛生署補助印行