談談關於:
自殺的問題與答案

SPEAK
Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit

紐約州州長
Eliot Spitzer

心理健康局局長
Michael F. Hogan, Ph.D.,博士

New York State
紐約州
omh
Office of Mental Health
心理健康局

危機四伏:
自殺事件在美國

自殺是一個悲劇性的、但同時也是可以預防的大衆健康問題。在2000年，自殺是美國的第11大死亡的主要原因。[1] 具體地說，每10萬人中平均就有10.6人死於自殺。自殺的總人數爲29，350人，佔所有死亡人數的1.2%。自殺造成的死亡人數超過了他殺，兩者的比例是5:3。據估計，每8至25起自殺的企圖就有相對一例自殺身亡事件。[2] 令人擔憂的自殺死亡和自殺企圖的數據強調了一點，即我們需要精心設計措施，來預防自殺。

自殺行爲是複雜的。導致自殺的因素隨著年齡、性別和種族背景的不同而有所不同，甚至還隨著時間而改變。導致自殺的因素經常是多元的。研究已經顯示，在自殺的人中，超過90%的人患有憂鬱症或是其他的可以診斷出的精神疾病或物質濫用病症。[2,3] 研究顯示，諸如血清素這樣的神經傳遞素的改變也會導致自殺。[4] 在患有憂鬱症、衝動型行爲障礙、具有企圖暴力自殺史的病人以及自殺死亡者的大腦中，研究人員也發現這種大腦化學物質的水平有所降低。

不順利的生活事件和其他風險因素諸如憂鬱症也許會導致自殺。然而，自殺和自殺的行爲並不是針對壓力的正常反應。許多人有一個或多個風險因素，但並沒有自殺。其他的風險因素包括:以前有自殺企圖；有精神疾病或物質濫用的家庭史；有自殺家庭史；家庭暴力，包括身體或性方面的虐待；家中擁有槍械；被幽禁;以及暴露在他人自

SPEAK up, save lives

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

殺行爲之下:包括家庭成員、同伴或甚至是媒體。[2]

性別差異

在2000年，自殺是導致男性死亡的第8大、導致女性死亡的第19大主要原因。[1] 儘管一生中女性的自殺企圖大約是男性的3倍，[5] 因自殺而死亡的男性是女性的4倍多。[1] 使用槍械自殺對男性和女性而言，都是最常用的方法，在2000年，用槍械結束生命的人佔自殺總人數的57%。白人男性佔所有自殺人數的73%和用槍械自殺者中的80%。

兒童、青少年和青年

在2000年，年齡爲15至24歲之間的人中，自殺是第三大主要死亡原因——在這一年齡層裡，每10萬人中平均就有10.4人自殺——僅次於意外受傷和他殺這兩大死亡原因。在年齡爲10至14歲的孩子中，自殺也是第三大主要的死亡原因，每10萬人平均就有1.5人因自殺而身亡。年齡爲15至19歲的青少年中，自殺比例爲每10萬人中平均8.2人，其中自殺的男性人數是女性的5倍。在年齡爲20至24歲的人中，自殺的比例爲每10萬中有 12.8人，其中自殺的男性人數是女性的7倍。[1,6]

老年人

老年人的自殺人數甚至與其人口數量不成比例。在2000年，年齡爲65歲及65歲以上的老年人只佔美國總人口的13%，但他們的自殺率卻佔總自殺人數的18%。自殺率最高的族群(當按照性別和種族分類時)爲年齡爲85歲及85歲以上的白人男性:每10萬人中就有59人死於自殺，這一自殺率是每10萬人中10.6人的全美平均自殺率的5倍多。[1,6]

自殺企圖

總體而言，每8至25起自殺的企圖就有相對一例自殺身亡事件，這一比例在婦女和年輕人中較高，在男性和老年人相對較低。導致企圖自殺的風險因素包括憂鬱症、濫用酒精、使用古柯鹼、分居或離婚。[7,8] 導致年輕人企圖自殺的因素包括憂鬱症、濫用酒精或其他毒品、身體和性方面的虐待以及偏差的行爲。[8,9] 和那些死於自殺的人一樣，許多眞正企圖自殺的人也會同時出現精神疾病或是物質濫用的病症。大多數的自殺企圖都是極端沮喪的表現，而非只是企圖引人注意。一個企圖自殺的人不應獨處，而是需要立即接受心理治療。

預防

降低自殺的預防措施應建立在研究的基礎上，因爲這些研究會顯示出哪些風險因素和保護性措施可以被改變，以及哪類群體適合早期干預。此外，預防自殺的計劃應該經過仔細的測試，以確保他們是安全且有效，而且值得投入成本和精力，來執行和保持這些計劃。[10]

許多旨在降低自殺風險的措施也包括了對精神疾病和物質濫用病症的治療。因爲死於自殺的老年男性和女性，在自殺前的一年中，有可能去初級保健提供者例如家庭醫生處尋求幫助，因此初級保健提供者提高對精神疾病和其他自殺風險因素的辨別和治療，也許是預防這些族群自殺的一個途徑。[11] 如何對處於自殺風險中的男性提供進一步的服務是一個很大的挑戰，仍需要進一步的調查。

近來，藥物氯氮平片的製造商得到美國食品和藥物管理局核准，其預防精神分裂症患者的自殺企圖的療效首次獲得肯定。[12] 其他治療

SPEAK up, save lives

SPEAK
Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit

有自殺傾向者的藥物和心理治療目前正處於測試之中。

如果有人有自殺意念，一定不可讓他或她獨處。試著讓其從他或她的醫生或最近的醫院急診室立即尋求幫助，或撥打911。並限制其接近槍械、藥物或是接近其他可用來自殺的致命物品。

有關自殺的常見問題和答案

如果有人告訴你他們正在考慮自殺,你應該做些什麽?

如果有人告訴你他們正想著自殺，你應該把他們的沮喪認眞當回事、不作評判地傾聽他們、幫他們找專業人士爲他們作評估與治療。當人感覺沒有希望而且不能看到解決問題的其他途徑時，常會想到自殺。自殺行爲經常和精神疾病(憂鬱症)或是酒精或其他物質的濫用有關。在人經歷壓力事件(重大損失、被鉗閉)的時候，自殺行爲也更有可能發生。如果有人處於傷害自己的危險狀況下，不要讓其獨處。你也許需要採取緊急措施來幫助他們，如撥打911。當有人處於自殺的危機時，限制其接近槍械或是其他可以用來自殺的致命物品至關重要。

最常見的自殺方式是什麽?

槍械是男性和女性最普遍使用的自殺方式，採用這種方式自殺的人數佔所有自殺行爲的60%。大約有80%用槍械自殺的人爲白人男性。男性使用第二普遍的自殺方式是上吊；對女性來說，第二常用的自殺方式是服毒，包括服用過量的藥物或毒品。家中有槍械則被發現是增加自殺風險的另一個因素。因此，當家庭成員或是醫護人員面對有自殺危險的人時，應該確保槍械從家中被移除。

男性和女性之間的自殺率的對比如何?

死於自殺的男性是女性的4倍多，但和男性相比，婦女在一生中，會有更多的自殺企圖，而且也有更高的患有憂鬱症的比例。

在美國自殺率最高的是哪一個族群?

一般認爲自殺率在年輕人身上最高。但事實上，老年人，尤其是老年白人男性的自殺率最高。對於年齡爲65歲以上的白人男性，自殺的風險隨著年齡而上升。年齡爲85歲以上的白人男性的自殺率是全國

SPEAK up, save lives

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

平均自殺率的6倍。老年人在企圖自殺後的存活率更低，可能性更小，因爲他們康復的可能性較小。在那些老年自殺者中，有超過70%的人曾在自殺前的一個月中去看過他們的家庭醫生，可惜的是許多人沒有告訴醫生他們情緒低落，他們的醫生也沒有覺察出來。這一情況已經引起了一些相關研究，目的就在於探討如何才能成功地提高醫生察覺和治療老年憂鬱症的能力。

自殺和衝動有關係嗎?

衝動是無計劃的思考、也不思考後果的一種行爲傾向。它是許多精神疾病的一種症狀，因爲它經常和精神疾病和/或物質濫用有關，它也和自殺行爲有關聯。具有與自殺有關的衝動傾向的精神疾病包括年輕女性中的邊緣人格障礙、年輕男性中的不端品行、成年男性中的反社會行爲，以及年輕和中年男性中的酒精和物質濫用。衝動在老年男性的自殺中所起的作用較少。注意力不足過動症本身所具有的衝動特徵並不是造成自殺強有力的風險因素。衝動常與包括他殺和自殺的侵略性與暴力行爲有關。然而，伴隨侵略性或是暴力的衝動也被證實會增加自殺的風險。

“理性自殺”是否存在?

一些鼓吹死亡權利的組織宣揚這樣的觀點，即自殺，包括他人援助下的自殺，可以是一種理性的選擇。而反對者則辯論說，自殺從來不是理性的選擇，它是憂鬱症、焦慮症和擔心依賴別人或成爲別人負擔的一種結果。對於末期病人的調查顯示，很少末期病人會考慮結束自己的生命，當他們眞的這麼做的時候，也是在患上了憂鬱症的情況下。有關的調查顯示，與患病和殘障的青年人實施自殺相比，殘障的老年人自殺更能爲大衆和衛生提供者所接受。目前爲止，針對以下幾方面的研究還十分有限，如末期病人中患有憂鬱症並有自殺的意圖頻率是多少，他們是否會考慮在他人援助下實施自殺，以及這些人有何種特徵，他們的憂鬱症和自殺念頭是在何種背景之下産生，是不是受到了來自家庭壓力或是否可得到可減輕症狀的護理等。對於其他因素，諸如是否有社會支援、是否可得到護理以及疼痛的減輕，對病人選擇結束生命有何影響，目前也不十分清楚。在進行了有關這些方面的研究之後，大衆對自殺的爭論也會有更充足的依據。

何種生理因素會增加自殺的風險?

研究人員相信，憂鬱症和自殺行爲都可能與大腦中血清素的減少有關。研究人員發現，血清素代謝產物，5-hydroxy indole acetic acid (5-HIAA—一種血清素代謝物)，在企圖自殺者的腦脊髓液中和因自殺死亡者的某些大腦區域中比例較少。瞭解自殺行爲的生理因素的目的之一是爲了提高治療效果。科學家們已經瞭解到，大腦中的血清素感受器會增加患有重鬱症和想自殺者的活動性，這解釋爲何使感受器的敏感度減弱或是放送對其的管制的藥物(諸如血清素回收抑制劑或是SSRIs)會對治療憂鬱症有效。目前，研究人員正在研究，像SSRIs這樣的藥物可以在多大程度上減少自殺行爲。

自殺的風險會遺傳嗎?

有越來越多的證據顯示，家庭和基因因素會增加自殺行爲的風險。在家族中不間斷地出現的嚴重精神疾病，包括躁鬱症、重鬱症、精神分裂症、酒精中毒和物質濫用以及某種人格障礙，都會增加自殺行爲的可能性。但這並不意味著具有家庭病史的人就不可避免地會有自殺的行爲，這只意味著這些人更脆弱應該採取措施以減少自殺的可能，如剛開始出現心理疾病症狀，即需尋求評估和治療。

憂鬱症會增加自殺的風險嗎?

儘管大多數患有憂鬱症的人並非因爲自殺而死亡，但與沒有憂鬱症的人相比，患有重鬱症確實能增加患者自殺的風險。自殺而造成的死亡風險與憂鬱症的嚴重程度有關。長期追蹤病人得出的有關憂鬱症的新資料顯示，曾經接受門診治療的憂鬱症病人中，大約有2%的人會以自殺的方式結束生命。那些住院接受治療的憂鬱症患者中，自殺導致死亡的比例是門診病人的兩倍(4%)。而對於那些在構思和企圖自殺後接受治療的住院病人來說，他們因自殺而死亡的可能性大約是門診病人的三倍(6%)。憂鬱症導致的人一生中的自殺風險，也存在著顯著的性別差異。儘管只有大約7%的患有憂鬱症的男性會因自殺而死亡，只有1%的患有憂鬱症的婦女會因自殺而死亡。

SPEAK up, save lives

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

另一種思考自殺風險和憂鬱症的方式是檢測那些自殺死亡的人，看他們患憂鬱症的比例如何。估計大約有60%的自殺者患有情緒障礙(如重鬱症、躁鬱症和輕鬱症)。自殺的年輕人，除了患有憂鬱症，還會有物質濫用的病症。

濫用酒精和其他的毒品會增加自殺的風險嗎?

近來許多全國調查更清楚地顯示了濫用酒精和其他的毒品與自殺行爲之間的關聯。對最低飲酒年齡法律和年齡在18至20歲的人自殺情況的調查顯示，法律規定的最低飲酒年齡越低，青少年的自殺率越高。在一個追蹤飲酒的成年人的大規模研究中，患有憂鬱症的人被發現有自殺構想。在另外一個調查中，調查人員發現，一生中曾經企圖自殺的人更有可能患上憂鬱症，而且許多人還患有酒精和/或物質濫用病症。在一項與酒精中毒有關的、非交通事故傷害造成的死亡的調查中，大約超過20%的死亡源於自殺。

在探究自殺族群的風險因素的研究中，研究人員發現，使用和濫用物質在年輕和成年人身上比在老年人身上更爲常見。對於那些具有自殺風險的特殊族群而言，憂鬱症和酒精的使用及濫用是導致自殺最普遍的風險因素。酒精和物質濫用問題會通過幾種方式來導致自殺行爲。依賴物質的人的身上經常還有其他一些風險因素會導致他們自殺。除了患有憂鬱症，他們還有可能有社交和財務上的問題。物質使用和濫用可能在一些個性衝動的人身上，以及在一些喜歡做出許多高危險性的行爲而導致自己受到傷害的人身上比較普遍。幸運的是，現在已經有了許多有效的預防措施，來減少年輕人濫用物質的風險，而且對於使用酒精和其他物質的病症，現在也有有效的治療方式。目前，研究人員正在檢測一些針對想自殺或是過去曾經實施過自殺的物質濫用者的治療方法。

“自殺傳染”是什麽意思,可以做些什麽來預防它?

自殺傳染是指因爲某人家人或同伴的自殺行爲、或是通過媒體有關自殺的報導，導致自殺和自殺行爲的增加。直接和間接的暴露在自殺行爲的影響之下，會增加處於自殺風險之中者的自殺行爲，這對青少年和年輕的成年人尤其如此。

符合事實且精確的媒體報導，可以減少由媒體報導造成的自殺傳染的風險。有關自殺的報導不應重複，因爲長時間地曝光自殺事件會增加自殺傳染的可能性。自殺是許多複雜因素的結果；因此媒體報導自殺的原因時，不應過於簡單地解釋說，自殺是因爲諸如近來消極的生活事件或是劇烈的緊張性刺激造成的。有關自殺的報導不應公開地對自殺方法進行詳盡的描述。報導也不應頌揚自殺者，也不應暗示自殺是贏得個人目的——如贏得媒體注意——的有效方式。此外，諸如熱線或緊急聯絡方式的資訊應該公諸於衆，讓那些處於自殺風險之中的人瞭解。

爲減少暴露在家人或是同伴自殺行爲之後而引起的自殺風險，讓心理健康專業人士對自殺者的家人、朋友、同伴和同事進行評估。被認爲有自殺風險的人應該被轉介到另外的心理健康服務機構接受治療。

預測自殺可不可能?

目前還沒有權威性的方式來預測自殺或自殺行爲。研究人員已經辨別出一些可使人具有更高自殺風險的因素，但是具有這些因素的人，卻很少會眞的實施自殺。這些風險因素包括心理疾病、物質濫用、企圖自殺史、家族自殺史、性虐待史和衝動或好鬥的傾向。相較而言，自殺並不是常見的事件，因此預測具有這些因素的人中哪些會最終實施自殺十分困難。

SPEAK up, save lives

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

參考書目

1 Miniño AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. National Vital Statistics Reports, 50(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2002.

2 Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience Research, 2001; 1: 310-23.

3 Conwell Y, Brent D. Suicide and aging. I: patterns of psychiatric diagnosis. International Psychogeriatrics, 1995; 7(2): 149-64.

4 Mann JJ, Oquendo M, Underwood MD, Arango V. The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. Journal of Clinical Psychiatry, 1999; 60(Suppl 2): 7-11; discussion 18-20, 113-6.

5 Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychological Medicine, 1999; 29(1): 9-17.

6 Office of Statistics and Programming, NCIPC, CDC. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARSTM): http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars/default.htm

7 Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 1999; 56(7): 617-26.

8 Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 1990; 25(4): 193-9.

9 Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2003; 42(4): 386-405.

10 U.S. Public Health Service. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Rockville, MD: USDHHS, 2001.

11 Luoma JB, Pearson JL, Martin CE. Contact with mental health and primary care prior to suicide: a review of the evidence. American Journal of Psychiatry, 2002; 159: 909-16.

12 Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, Bourgeois M, Chouinard G, Islam MZ, Kane J, Krishnan R, Lindenmayer JP, Potkin S; International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). Archives of General Psychiatry, 2003; 60(1): 82-91.

紐約州心理健康局感謝全國心理健康研究所提供包括在本手冊中的一些資訊。

欲知更多的資訊，請寫信或打電話給心理健康社區外展和公共教育辦公室，地址爲44 Holland Avenue, Albany NY 12229，撥打免費電話866-270-9857(english only)、或登陸SPEAK網站www.speakny.org

SPEAK up, save lives

SPEAK
Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit

注釋

NATIONAL SUICIDE PREVENTION LIFELINE™

幫助會給你帶來康復的希望

1-800-273-TALK

www.suicidepreventionlifeline.org

任何時間我們都可爲你
和你關心的人提供幫助

Printed May 2004, Revised March 2007