

◎ 華人觀點 ◎

自殺 可以預防嗎？

撰文／鄭泰安

預防自殺，
是所有自殺身亡者家屬的願望。
中研院生醫所研究員鄭泰安，
帶領讀者於黑暗中尋覓
光明路途的源頭。

——編輯部

螻蟻尚且貪生，千古艱難唯一
死，可見一個人會走上自殺
之路，原因並不單純。然而一般人
總喜歡找「單一」的解釋，例如生
活上遭遇到挫敗與不幸事件，「一
時想不開」而自殺等等，媒體也喜
歡如此報導以提高新聞性，這其實
已經違背了科學的求真原則。如果
失戀或失業之類的日常生活事件就
足以造成自殺，那麼全世界人口豈
不是早已死掉大半了？不錯，失戀
族、失業族等遭遇生活挫敗者的自
殺比率要比一般人口高六倍，但是
大家也許不知道，嗑藥或酗酒者的
自殺比率高三倍、罹患情緒不穩性
人格障礙的人高四倍、一等親中曾
有自殺行為者的自殺比率高五倍，
而嚴重的憂鬱症患者更高達 41 倍。

以上數據是筆者在台灣從事自殺
研究十多年的重要發現，這個純本
土性的自殺死亡「心理解剖」研究
以成人為對象，發現有 98% 的自殺
死亡者，在自殺之前罹患一種或多
種精神疾病，而最常見的是重鬱症
(87%)、酒癮藥癮 (44%) 與情緒不
穩性人格障礙 (41%)。

憂鬱·衝動·自殺

這些發現與過去西方同類研究結
果相似，後者報告自殺死亡者罹患
任何精神疾病的比率介於 81~100%
之間，也是以重鬱症與酒癮藥癮最
普遍。1996 年發表的另一個心理解
剖研究，以美國大紐約區的青少年
自殺死亡者為對象，結果與台灣的
成人研究雷同，研究者找到以下五
個主要危險因素：憂鬱症 (61%)、
酒癮藥癮 (35%)、行為規範障礙

你身邊的人是否有自殺傾向？

許多具有自殺傾向的人多半有跡可循，如果能夠早一點面對情緒或精神上的問題，及時就醫，或許可以避免許多悲劇的發生。下面是判斷情緒不穩性人格障礙以及重鬱症的診斷準則，如果你觀察到身邊某個人出現類似的異常行為，就要懷疑他是否罹患了精神上的問題。

◆ 情緒不穩性人格障礙的診斷準則

(18歲之後經常表現下列之中的三到五項)：

1. 做事常出人意料之外，而且毫不考慮後果。
2. 易暴怒或有暴力行為，很難自我控制。
3. 情緒變化很大。
4. 任何事無法立刻滿意就不做了。
5. 愛爭吵，尤其是在別人批評他做事衝動時。
6. 長期感到內心空虛無聊。
7. 反覆威脅要自殺，或企圖做出自我傷害的行為。
8. 不知道自己的生活目標、自我形象及喜歡的性伴侶為何。

9. 人際關係緊張不穩，一下子把對方過於理想化，一下子又貶低到極點。

10. 容易傷害自己，例如性關係隨便、吸毒、飲酒過度、開快車、暴食等。

11. 想盡辦法避免被人拋棄(有時是想像的)。

◆ 重鬱症的主要症狀與診斷

(以下症狀至少有五項存在，且持續至少兩週)：

1. 幾乎天天失眠或嗜睡。
2. 食慾與/或體重明顯增加或減少。
3. 注意力無法集中、思考不清楚、健忘。
4. 疲乏或失去精力。
5. 情緒低落，幾乎每天的大部份時刻都如此。
6. 對生活中大多數事情喪失興趣(而且經常如此)。
7. 嚴重的自責、悔恨、羞恥感、無價值感。
8. 反覆想到死亡、出現自殺念頭或自殺行為。
9. 言語、行動遲緩或激躁，旁人觀察得到。

(46%)、父母當中曾經自殺或罹患重鬱症，以及生活事件。雖然青少年時期不能給予人格障礙的診斷，不過「行為規範障礙」的一個重要特徵就是衝動性與攻擊性。

因此，東西方的研究皆印證，自殺行為的形成包含了先天與後天因素。一個人雖然遭遇生活事件，但如果沒有重鬱症、沒有酒癮藥癮、沒有衝動性性格，自殺機率是非常非常低的，甚至在所有罹患重鬱症的人中，也只有15%最後死因為自殺；也就是說，大多數重鬱症病人並非死於自殺。在自殺過程中，有的人會冷靜地安排好一切後事才自殺，但有些人似乎是一時衝動之下就走上絕路，不過研究發現，所有的自殺行為在最後一剎那都有衝動性。但是，不要誤認為個性衝動的

人都會自殺，假若沒有其他因素的配合，也形成不了自殺行為。或許可以這麼說：自殺的原因，包含某些程度的遺傳因素和特殊的性格特質，加上後天環境因素與罹患精神疾病，在受到某種生活事件的刺激之下，就很容易發生。

以台灣自1997年來逐漸升高的自殺死亡率為例，一個可能的解釋是：經濟衰退與失業人口的增加，提高了精神疾病的發生率與復發率，也可能使精神疾病的病程惡化、更不易痊癒。如果重鬱症患者病程惡化、復發率升高，自殺的危險性自然大為增加。

那麼，究竟有沒有所謂「自殺基因」存在？自殺有家族聚集現象，也就是自殺者的家族中較常發現自殺案例，但是這現象可能和先天遺

傳與後天家庭環境的影響皆有關。雙胞胎研究則比較能夠區分遺傳與環境因素各自所佔的比重，研究發現，雙胞胎發生自殺行為的一致率，在同卵雙胞胎為15%，異卵雙胞胎則為1~2%，顯示某種程度的遺傳性確實存在，但不是很強。若以雙相情感性障礙(躁鬱症)做為對照，則兩者的一致率分別為62%與8%，遺傳性顯然強多了。

多年來，從生物學層面切入的自殺研究者，將注意力集中於血清素(serotonin)，這種神經傳遞物具有穩定情緒的功能。晚近西方研究發現，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)的血清素含量較低，其血小板的血清素受體數量則較高。研究人員希望能進一步了解，究竟

在自殺行為過程中，血清素含量是否改變，以及它與自殺行為的因果關係。不過，要長期追蹤有自殺傾向的一群人並不容易，而且憂鬱症、衝動與攻擊性也和大腦血清素偏低有關，因此它們之間的關係恐怕更為錯綜複雜了，譬如血清素很可能只是與這些精神疾病與病態行為的一個共同途徑有關。

即使將來能夠從血小板找到鑑定「什麼人有可能自殺」的生物標記，除非醫學研究人員也同時找到徹底消除自殺原因的方法，否則仍舊難以預防，因為吾人難以隨時隨地、經年累月地看守許多可能有自殺傾向的人，更何況這樣做可能冒著侵犯人身自由的危險。

基本上，不健康的心理狀態是造成自殺行為的必要條件，但非充份條件。生活環境中發生的生活事件扮演著催化作用，尤其是造成重大失落的生活事件。依據上述台灣自殺研究的結果，「失落的生活事件」是自殺的重要原因之一，這種「失落概念」是英國人文社會科學院院士布朗爵士（Sir George Brown）所提出的，包括健康的失落，如罹患絕症、久病不癒或是身體殘障；財產或工作的失落；人的失落，即親友、家人的離開或死亡；珍惜的願望之失落，譬如驟然得知配偶有外遇或是愛人移情別戀。在台灣，自殺死亡者遭遇失落的生活事件佔了84%，而最常見的是「珍惜的願望」之失落，佔了60%。

那麼，自殺究竟可不可能預防？理論上應當可能。前面提過，我們不可能專注於看守著許多有自殺傾

向的人，但是想要自殺的人多半是會求救的。既然心理疾病是自殺的必要條件，如果能在他們求救時及早發現，及早治好心理疾病，就有可能防止他們走上絕路。我們的研究發現，在自殺前三個月內看過醫生的自殺死亡者佔58%，但通常是看其他醫生而不是精神科大夫，只有13%的自殺死亡者看過精神科。反觀西方社會，自殺死亡者雖然也以看其他科的比率較高，但就診於精神科的比例是我們的兩倍以上，可見西方人對精神疾病應當就醫有比較正確的觀念。

正視憂鬱靈魂的病原

台灣人對精神疾病欠缺了解，也不知道什麼是憂鬱症的症狀。我們在訪談自殺死亡者的家屬時發現，他們都注意到自殺者的行為不正常，卻不知道那些就是憂鬱症的症狀，而失去帶自殺者就醫的機會；也有少數家屬知道病人可能有精神方面的症狀，但礙於面子與禁忌而不肯帶去看精神科。當然，台灣精神科的醫療人力與設施嚴重不足由來已久，醫生及護理人員診斷憂鬱症的能力也待加強。

最實際的也許是一般人必須增加心理衛生常識，多了解行為失調的原因。如果能懂得這方面的醫學知識，就可以從行為觀察來判斷一個人是否可能有心理問題，比方說，當你觀察到身邊某個人出現如前頁表中所列的重鬱症異常行為已有一段時間（譬如兩個星期）時，就要懷疑他是否罹患了嚴重的憂鬱症。

也有人主張，預防自殺的有效策

略，就是將容易致命的自殺方法去除。譬如不少人吃安眠藥自殺，這種方法過去比較會致命，但現在安眠藥的致命性大為降低，吃多了常常就是昏睡幾天而已，致死機率不大；現在服食農藥則已成為國人自殺死亡最主要的方法，尤其是鄉鎮地區。不過，有些自殺方法像是上吊、溺水或跳樓還是防不勝防。自殺方法的選擇可謂「就地取材」，在城市國家的新加坡，最常用的自殺方法是跳樓，而中國的農村人民最常服農藥自殺，與印度、斯里蘭卡（全世界自殺死亡率最高的國家）相似。同樣是華人，全世界女性自殺死亡比率最高的是中國大陸，尤其是鄉村地區15~45歲生育年齡的女性；在台灣則是高齡人口自殺比率最高，而且男性高於女性。由此可見，自殺死亡的性別差異應當與遺傳無關，而可能和一個社會中男女所遭遇的壓力大小比較有關。

綜觀而言，「自殺能否預防」背後潛藏的都是老問題，以台灣為例，首先是精神衛生教育仍待加強，這是衛生當局和教育部的責任。其次，精神衛生保健與疾病防治工作也需繼續強化改善，特別必須關心健保制度對精神醫療服務品質的負面影響，並且對於自殺高危險族群（失業族、少數族群等）需有積極有效的篩檢與防治措施。如果政府能夠積極提升精神醫療水準，民眾也能自我提升心理衛生知識與生活品質，自然減少自殺的發生。 SA

鄭泰安 中研院生醫所研究員，主要研究精神疾病的流行病學。