

心有千千結

從精神醫學話自殺防治

文／精神醫學部 主治醫師 廖建智



奈先生（註：個案為虛擬教案），40歲、已婚、育有二子，擔任公司行銷組長，認真負責，喜歡競爭與挑戰。大約一年前開始，他晚上不易入眠，白天容易疲倦，到醫院體檢，並無發現明顯異常，因而認為可能是失眠引起，服用了助眠劑但似乎不見起色。

除了失眠，奈先生逐漸覺得工作吃力，動不動就發脾氣，工作時或開會中常會出現憤怒、不耐和焦慮等情緒。近一個多月來，體重下降了4公斤，再度接受一連串檢查仍無答案，他對醫師感到憤怒，也對家人和太太感到憤怒，理由是他們都幫不上忙。老闆這時也查覺奈先生的情緒很不穩定，希望他暫時休假直到準備好了再回來。

奈先生回到家，沒有告知家人這個突來的工作變化，當晚徹夜未眠，一個人靜靜的待在客廳。夜半時分，他走進浴室看見鏡中的自己，頓時嚎啕大哭無法自抑，也就在此時，他驚覺有一個可怕的念頭悄悄從心底升起……

自殺受到多重因素影響

人心就是因為有著千千結，所以才會那麼的難以捉摸，自殺行為也才會那麼的難以處理與預防。近年來，國人自殺死亡率逐年上升，衛生署公告2008年國人十大死亡原因中，自殺居第九位，粗死亡率為每10萬人有17.9人，而男性是24.4人，女性為9.8人。相較於世界衛生組織（WHO）公告，全球的平均自殺率為每10萬人16人，台灣的自殺率是值得關心的。雖然近年來，政府與民間對於自殺防治投入了相當的力量，但自殺率似乎沒有下降跡像。

據多方研究顯示，自殺其實是一個複雜的過程。從潛隱的念頭到行為的產生，有相當多的影響因素，其中包括了生物、心理、社會等因子。就生物因子等觀點而言，近來的研究顯示，許多疾病可能增加自殺的風險，特別在精神相關疾患方面，早期的研究已顯示如精神分裂症等精神疾患較高的自殺率，而某些整合分析亦顯示物質濫用和情緒疾患與自殺有強烈的相關性。台灣另有研究顯示，自殺者在自殺行為出現前，近九成曾出現憂鬱症相關症狀。

就心理因子來說，某些人格傾向，如邊緣性人格障礙、反社會人格障礙等，或曾出現「故意自我傷害行為」，都有較高的自殺風險。此外，男性的自殺死亡率高於女性，而女性的自殺行為比男性多。在社會家庭等因子方面，媒體的過度渲染傳播、危害性物品容易取得等，都可能增加自殺死亡的風險。長期暴露在有自殺行為的家庭、環境、同儕中，自殺機率也會升高。

無預警的自殺有跡可尋

自殺行為可能包含了上述諸多因子，而這些因子又如何加重自殺行為的發生呢？分別從不同的面向來解釋，雖有許多推論與觀察，但大部分都認為自殺行為是一個歷程，而不只是一個斷點或偶發事件，也就是說，自殺行為是個體內在脆弱性因子（生物、心理等）與外在環境（社會、文化等）互動的歷程。在這個歷程中，自殺意念逐漸由不被意識到在意識中形成，經過越來越具體的自殺企圖與自殺計畫而發展，最後可能在特定的壓力源之下付諸實行，而這壓力源不一定非常明顯或重大，有時甚至是隱微的。上述模式也解釋了許多看似沒有預警的自殺行為。

因此就自殺防治而言，不僅要全面性考量科學研究所提供的任何可能風險因子，也需要從可能的自殺歷程角度來計畫預防措施，例如對於自殺議題的討論、憂鬱症的防治等，促使國人關切「自殺」一事，自殺不再只是別人的問題，而應轉化為與自身有關的議題。

參與自殺防治需要同理心

另一方面，參與自殺防治的每個人在接觸個案時，不應以只是面對一些數據和診斷的方式來看待個案，例如僅單純的將其視為某種疾病，而忽略其他環境因子。同時，不應以自身的揣測來強行要求個案配合，例如一般人常認為憂鬱症或自殺行為其實只是「想不開」而已，根本不需要藥物等的協助，所以老是規勸（甚至是責罵）個案「要想開一點」，完全忽略個案可能的生物內在因子。

簡言之，協助自殺個案時，必須儘量從個案可能的自殺發展歷程來認識對方，初步接觸就要多傾聽個案的想法，發揮適當的同理心與給予支持，並逐步瞭解個案的個人因子到社會因子，進而建立一個多面向的協助計畫。此外，自殺防治對象除了自殺者以外，還應進一步關心自殺者的家屬，甚至將其積極的納入防治範圍。然而，上述協助工作不可能單向的只靠醫師或精神科醫師來完成，而應由每位參與自殺防治者，甚至是有自殺防治概念的國人共同來建立。

奈先生經醫師轉介給精神科，被診斷有憂鬱症的表現，接受專業衛教與抗憂鬱劑治療。他告訴家人自己的處境之後，獲得家人支持，不再覺得孤立無援。過了兩個月，奈先生的憂鬱症狀改善，再度回到工作崗位，此時他已學會自我健康照護，適當的注意自己的情緒、身體等變化，也嘗試尋找一些休閒活動，希望對人生有一些新的看法。🌱