

談青少年自殺

— 現況與理論 —

歐素汝

壹、前言

死亡和自殺的探討一向屬於文學、哲學、神學及心理學的課題，且由於自殺為個人之決定，故一向被視為個人問題，因此雖然自殺的現象存在已久，卻未被認可為一公共議題。但隨著傳播媒體及公共資訊的發達，自殺被視為新聞事件報導，隨著數量的增加，逐漸吸引大眾之注意。

近幾年來在社會、文化、經濟各方面的急遽變化，價值觀的改變，使得個人面臨更多複雜的環境和壓力，而當個人無法解決衝突時，自殺可能成爲一出路。在各人口群中，以青少年和老人的自殺情形較引人注意（林憲，民七十三年；張宏文，民七十七年），一方面老人自殺率近年來爲各年齡層之冠（張平吾，民七十六年），而青少年正值成長發展的階段，生命才起步就選擇結束，此種情形

值得進一步探究。

自民國八十二年十二月起至八十三年五月這半年間發生了一連串近十件的在學青少年自殺死亡，引起了社會的注意（註一），八十二年七月底北一女兩個資優生的自殺，更掀起社會大眾的焦點討論，紛呼籲應正視這個現象（註二），並應有些行動來設法改善狀況。本文將先從目前台灣的死亡統計來看青少年自殺現況，並由不同學科觀點來探討自殺，最後討論自殺防治的一些方法。

貳、台灣地區青少年自殺現況探討

一、何謂「青少年自殺」

在討論「青少年自殺」這個問題之前，首先要了解「青少年自

殺」是指什麼。在台灣，兒童福利法中界定以未滿十二歲者為兒童，少年福利法中則明定十二歲以上未滿十八歲者為少年，少年事件處理法亦將少年界定在十二歲以上未滿十八歲，至於青少年則沒有明確的界定，有十至二十四歲、十至十八歲、十二至二十四歲及十五至二十四歲幾種分法（註二）。

以台灣地區目前教育制度的求學階段來看，國中在學年齡約為十二至十五歲，高中在學年齡約為十五至十八歲，高級職業學校之在學年齡約為十五至二十二歲。考慮在學年齡及人口學上五歲年齡組的分法（註四），在瞭解青少年的一般狀況時，以十五至十九歲此年齡層來看。

有關於自殺的界定很多，根據犯罪學辭典中對自殺的解釋是：「以各種方法毀滅自己生命之行為」。Sneidman (1976) 則以心理學觀點認為：自殺是人類為了達成其死亡願望、意圖所採取的行為。Durkheim (1951) 則對自殺定義有如下看法：「自殺，係指受害者本人，在明知其後果之下，直接或間接的經由積極或消極的行動所導致的死亡事件」。綜合來說，我們可解釋自殺是個人決定用自已的手段來結束生命，或是有動機想毀滅自己，於是選擇一種自己認為有效的方式來達到死亡的目的。

自殺的類型，依據 Weiss (1966) 對自殺病人的研究結果，將自殺從致死至意念程度的不同，區分為五類，分別是自殺致死 (committed suicide)、自殺企圖 (attempted suicide)、自殺姿態 (suicide gesture)、自殺威脅 (suicidal threats) 及自殺意念 (suici-

dal ideation)。Beskow (1979) 則將自殺分為三類，完成性自殺 (completed suicide)、自殺企圖 (suicide attempt) 及自殺意念 (suicide ideas) (註五)。綜合上述不同分類，本研究中所採用之分類，簡單說明如下：

(一) 自殺意念 (suicidal ideation)，指一個人內心有自殺的想法或計畫，但尚未付諸實施。

(二) 自殺企圖 (suicidal attempts)，指一個人已做了確實會或似乎會對其生命有威脅的行為，同時會有對生命表達厭倦的意念，但這些行為並沒有達成死亡的結果。

(三) 完成的自殺 (completed suicides)，指所有出自於自願及自為的傷害生命行為而導致死亡結果的事件。

在本文所引用的死亡統計資料均屬於「完成的自殺」之統計資料。

一、台灣地區青少年自殺統計

在民國八十一年的人口統計資料中，台灣地區人口數為二〇、九九五、四一六人，其中十五至十九歲有一、九〇六、一九〇人，佔總人口的十七·八%。其中男性有九七七、七七七人，佔五一·三%，女性有九二〇、二九三人，佔四八·七%，男女比例約為一·〇五：一。

台灣地區民國八十一年死亡原因中，自殺居第十三位，因自殺而死亡的人數為一、三〇一人，其中十五至十九歲的青少年有四

十三人，佔自殺死亡人數的三·三二%。這只是有報告的資料，還有許多可能是自殺卻被當作意外來處理的「隱藏式自殺」是我們所看不到的。由性別來看青少年自殺情況，四十三人中男性有三十一人，佔七十二·一%，女性則有十二人，佔二十七·九%（參見表一），即自殺青少年中男性約為女性的二·二倍，性別上的差異，值得注意。

表一 青少年自殺人數（民國八十二年）

年齡別	男(%)	女(%)	合計
十五—十九歲	三二(七二·一)	一二(二七·九)	四三(一〇〇)

資料來源：中華民國衛生統計(二)生命統計(八二年)頁三一〇—

三一—表十

按不同年齡別來看死亡原因時（參見表二），發現在十五至十九歲、二十至二十四歲及二十五至二十九歲這三個年齡層，自殺均為第三高死亡因素，分佔該年齡層死亡人數二·四%、五·五九%及七·四二%。

在青少年自殺方法方面，在前幾年均以「以固體或液體物質自殺及自為中毒」之方法最多，其次則為「吊死、勒死及窒息之自殺

及自傷」，但在民國八十一及八十二年時則以「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」較高，「以固體或液體物質自殺及自為中毒」次之（註六）。

另外從榮總毒藥物防治諮詢中心的統計資料（註八）中看到，民國七十四年成立至今，不同年齡層的自殺個案數（包括自殺企圖和自殺死亡者）以二十至二十四歲者最多，共一、八一四件，佔十八%，十五至十九歲則佔六·六一%。其中「自殺企圖」部分也以二十至二十四歲者最多，共一、六七四件，佔十八·三五%，十五至十九歲者佔六·八二%。「自殺死亡」部分則以六十五歲以上最多，共一八九件，佔二十%，十五至十九歲佔四·六三%。在性別方面，「自殺企圖」共有九、一二五件，男性有三、六四二件，佔三九·九%，女性有五、四八五件，佔六〇·一%，女性多於男性。而在「自殺死亡」部分共九五〇件，男性有五六〇件，佔五八·九%，女性共三九〇件，佔四一·一%，男性多於女性。「自殺企圖」和「自殺死亡」間性別上的差異和其他研究類似（Bawton, 1986；林憲，民七十三年；候傑泰，一九九三）。此統計雖然只限於使用毒藥物自殺者，且並非所有自殺企圖者均在此統計之中，卻是國內少數關於自殺企圖之統計資料，仍具有相當參考價值（見表三）。

表二 死亡主因（民國八十二年）（註七）

死 因	第一死因	第二死因	第三死因	第四死因	第五死因	其 他	總計
年 齡 別	百 分 比	百 分 比	百 分 比	百 分 比	百 分 比	死 因	
一~四歲	意外事故不良 影響 43.05%	先天性畸形 17.45%	惡性腫瘤 7.00%	肺 炎 4.36%	敗血症 2.18%	其他 25.96%	100%
五~九歲	意外事故不良 影響 50.38%	惡性腫瘤 11.88%	先天性畸 形3.83%	腦血管疾 病 2.49%	心臟疾病 2.30%	其他 29.12%	100%
一〇~十四歲	意外事故不良 影響 56.63%	惡性腫瘤 12.98%	先天性畸 形2.00%	腎臟疾病 2.00%	腦血管疾 病 2.00%	其他 24.39%	100%
十五~十九歲	意外事故不良 影響 74.38%	惡性腫瘤 5.43%	自 殺 2.40%	心臟疾病 1.96%	他 殺 1.29%	其他 14.54%	100%
二〇~二十四歲	意外事故不良 影響 64.02%	惡性腫瘤 7.08%	自 殺 5.59%	心臟疾病 2.45%	腦血管疾 病 1.86%	其他 19.00%	100%
二十五~二十九歲	意外事故不良 影響 51.04%	惡性腫瘤 10.15%	自 殺 7.42%	心臟疾病 4.55%	慢性肝病 等 2.65%	其他 24.19%	100%
三〇~三十四歲	意外事故不良 影響 40.07%	惡性腫瘤 16.85%	慢性肝病 等5.49%	腦血管疾 病 1.96%	自 殺 4.44%	其他 31.19%	100%
三十五~三十九歲	意外事故不良 影響 29.91%	惡性腫瘤 23.52%	慢性肝病 等8.69%	心臟疾病 5.60%	腦血管疾 病 5.15%	其他 27.13%	100%
四〇~四十四歲	惡 性 腫 瘤 29.25%	意外事故不良 影響22.91%	慢性肝病 等8.38%	腦血管疾 病 7.47%	心臟疾病 6.20%	其他 26.79%	100%
四十五~四十九歲	惡 性 腫 瘤 31.20%	意外事故不良 影響17.08%	腦血管疾 病9.31%	慢性肝病 等 8.84%	心臟疾病 6.64%	其他 26.93%	100%
五〇~五十四歲	惡 性 腫 瘤 31.42%	意外事故不良 影響14.40%	腦血管疾 病11.19%	心臟疾病 8.50%	慢性肝病 等 7.21%	其他 27.28%	100%

資料來源：中華民國衛生統計（一）公務統計（八十二年）頁一一〇~一一一 表二十九

表三 自殺企圖人數及百分比（民國七十四年至八十二年）

年齡層	總計	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 以上
男性	3642	1	3	30	235	656	586	519	304	232	151	219	140	173	393
(%)	(100)	(0.03)	(0.08)	(0.82)	(6.45)	(18.01)	(16.09)	(14.25)	(8.35)	(6.37)	(4.15)	(6.01)	(3.84)	(4.75)	(10.79)
女性	5483	0	4	78	387	1018	1014	975	571	359	227	225	130	149	346
(%)	(100)	(0.00)	(0.07)	(1.42)	(7.06)	(18.57)	(18.49)	(17.78)	(10.41)	(6.55)	(4.14)	(4.10)	(2.37)	(2.72)	(6.31)
合計	9125	1	7	108	622	1674	1600	1494	875	591	378	444	270	322	739
(%)	(100)	(0.01)	(0.08)	(1.18)	(6.82)	(18.35)	(17.53)	(16.37)	(9.59)	(6.48)	(4.14)	(4.87)	(2.96)	(3.53)	(8.10)

資料來源：楊振昌，榮總毒藥物防治諮詢中心統計資料（民國八十三年）

參、從不同理論觀點 來看青少年自殺

自殺在西方思想中是一個重要的主題，古老的道德問題——人有權利結束他自己的生命嗎？有二派不同的說法：一是主張個人的生命對社會負有義務（包括對神及對自己），因此結束自己的生命在道德上是錯誤的；另一派則認為個人有自由意願可決定他自己的生命。早期對於自殺的討論是著重在道德問題和結果上，到十八、十九世紀則主要關注於原因之探討 (Douglas, 1967)，依個人和社會的可觀察特徵來解釋自殺，陸續發展出不同學派的說法。

自殺這個問題在台灣一直未得到正視，國內對自殺的研究相當有限。在西方，關於自殺研究的發展已有近百年的歷史，許多關於自殺的理論均是國外發展出來的，下面即從不同學科觀點來看青少年自殺的可能解釋。

一、社會學

(1) Durkheim

根據 durkheim (1951) 自殺的社會學理論的說法，將自殺分為四種類型，四種類型的自殺率可由與社會制度 (social institutions)

(如家庭、教會、政治體系)及社會規範的整合程度來預測。茲分述於下：

1. 自我中心自殺 (egoistic suicide)

此類自殺的發生是因為個人失去社會的約束及關聯；自殺者對身處的社群毫不關心。這類自殺在對外戰爭或在政治、家庭氣氛濃厚的社會中發生機會較低，但已離婚或無子女的人則比例較高。

2. 利他自殺 (altruistic suicide)

這是社會習俗或群體壓力下的自殺，殉夫自焚或日本的切腹自殺均屬此類。在這種情況下，死是光榮，生存是可恥，亦可說是無可選擇的自殺。涂爾幹認為這類自殺在原始社會及軍隊內最多。

3. 脫序自殺 (anomie suicide)

個人與社會固有的關係遭到破壞，例如：失去工作、親人，甚至突然得到巨額財富，都足以令人徬徨不知所措，因而自殺。

4. 宿命自殺 (fatalistic suicide)

對此類 Durkheim 未作詳細說明，僅在一詳解裏稍提及而已，和脫序自殺是相對的。是個人因種種原因，受外界過分控制及指揮，沒有決定的能力、權利；典型例子是奴隸或監犯被鎖困在密室中，他們感到命運完全非自己可以控制，因而自殺。

(I) Henry & Short 的挫折暨攻擊理論

此理論有二假設 (Henry & Short, 1954)，分別是：

1. 攻擊性是遭遇挫折的結果，攻擊行為的產生是因為環境阻撓

個人目標達成而造成的，即攻擊行為是因環境形成挫折而來的。

2. 經濟狀況造成個人地位的變遷，如經濟萎縮時期，高地位者失去地位下降至下階層，在經濟復甦時，下階層地位者亦可能改變其地位升至中上階層。

3. 個人無法維持其相當的階段地位時，將產生挫折感。

因上述假設而預測：

1. 自殺率在經濟不景氣時會上升，在經濟景氣時會下降。

2. 職業流動對自殺率的影響，在社經地位較高的團體較明顯，在低社會階層則較不明顯。

(三) 次文化理論

次文化的概念多被用於犯罪、非行為理論中，次文化在大文化之下有它自己的習俗、價值和態度，它塑造行為，獎勵某些、懲罰某些行為，因此次文化是依存於他人所施加的直接和間接的社會壓力 (social pressures)。次文化在應用於青少年自殺時須縮小涉及團體的大小，小團體中的青少年們分享共同的價值和態度 (Lester, 1987)。

二、社會心理學

社會心理學強調相關於青少年自殺行為情境因素的界定，如家庭因素、環境改變、社會因素、兒時受虐、關係問題等。下面提出二種被用來驗證青少年自殺的社會心理學理論。

(一) 社會學習論

社會心理學從學習過程借用了許多的研究傳統，例如，古典制約 (classical conditioning)、操作性制約 (operant conditioning) 和觀察學習 (observational learning) 等都可應用在社會行為上，如友誼，即部分是操作性制約的情形，會結交那些給予我們正向獎勵的朋友，不喜歡並避免交那些會給予我們負面懲罰感受的朋友。

社會學習論應用在自殺上，相較於一般人，比較適用於解釋青少年的自殺行為，自殺的青少年被認為是模仿家庭成員和朋友的行為，舉例來說，當家庭成員企圖自殺時，青少年可能認為自殺是種暫時擱置人生問題或得到注意的可接受的手段 (Hawton, 1986)，若父母對青少年自殺模範的反應是增加對其之注意力時，就會被青少年視為是對這種因應型態（即自殺行為）的增強。如此，青少年就學習到病態的因應策略而未學習到好的適應策略 (Frederick & Resnick, 1971)。

有愈來愈多的證據顯示在青少年自殺中，模仿行為 (imitation) 扮演一重要角色 (Gould & Shaffer, 1986; Phillips & Carstensen, 1986)，自殺的方法手段可能從新聞的相關報導或關於自殺的影片中習得 (Berman, 1988)，自殺的青少年除被認為是模仿家庭成員或朋友的行為之外，其模仿的對象還包括環境中的其他事物，並可能牽涉到青少年對模仿對象的認同。隨著現代資訊傳遞方式的多樣

化，各類的傳播媒體，如電視、電影、報紙、小說等，甚至偶像明星的行為，都可能成為青少年模仿、觀察學習的範例。其影響的程度視自殺個人的知名度、受歡迎及認同程度而有差別，如數年前的日本少女明星岡田有希子跳樓自殺事件，在當時引起一陣日本青少年自殺的風潮，在同一個地點，採用同樣的自殺方法，即為一例。

(二) 家庭系統理論

家庭系統模型著重在互動模式的角色和有關於自殺行為的過程，此模型假定社會團體或體系的病症、問題，常是透過體系中一部分的個人來表現的，而青少年的自殺被認為是家庭體系失功能的症狀，由體系成員之一表現 (Speck, 1968)（註九），取代了自殺行為是個人問題（如憂鬱、絕望感）的說法 (Heiling, 1980; Molin, 1986)。青少年的企圖自殺可能是不自覺的幫助家庭避免痛苦的議題，或分散其他家庭衝突的注意力 (Landau-Santon & Stanton, 1985)，自殺者會成為家庭的焦點，使其他家庭問題維持原狀；若其康復，則其他成員會發展其他症狀成為焦點，直到家庭中的互動模式被改變為止。

由此觀點來看青少年自殺，除了上述欲避免家庭痛苦議題之外，還有幾種可能性，一是由於青少年在過於封閉的家庭而和雙親之一有強烈的共生連繫 (symbiotic bond) 時，為維持家庭發展的停滯 (homeostasis)，家庭需要自殺的青少年，因為這種病態的小孩不會離開家或獨立，這種模式類似於家庭在鼓勵或維持其他類型症

狀的青少年時所扮演的角色。二是想將小孩從家庭中排除的慾望，特別是當一家庭是重建的或重組之時，青少年可能代表著舊有家庭結構的某方面，使新家庭受威脅而不能容忍其複製過去的發展危機，因此家庭希望排除青少年，自殺時常是由家庭直接建議給犧牲者的，也許這類建議並不是由家庭公開對犧牲者表示，而是透過敵意的態度將此訊息傳遞給小孩的 (Molm, 1986)。

因此，在使用家庭系統觀點時，自殺青少年之介入涉及整個家庭體系的改變，而非只注意自殺青少年的症狀。

社會學習論和家庭系統理論均強調相關於自殺行為的情境因素的界定，容易被用於解釋青少年自殺，但這二種理論均缺乏實證支持。

三、人文區位觀點

人文區位觀點 (human ecological approach) (或稱人類生態觀點) 結合個人、環境 (如家庭) 和自殺行為可能有關聯的社會系統因素，提供一包含多種專門學科的方法來了解自殺，青少年自殺被視為是由於在「從小孩轉變為成人之過程中，生理的、心理的、社會的和文化的力量的交互作用」之中產生困難的結果 (Garbarino, 1985)。

人文區位觀點提供了一整合性的方法來了解青少年自殺和在環境關聯中的家庭，不只強調特別危險的因素，也注意到在家庭微系統和整個生態系統中，辨別不同的預防和介入的可能性。人文區

位模型在驗證青少年自殺方面並未受到注意，Garbarino (1985) 修正 Bronfenbrenner (1979) 的模型而提供了一個人文區位觀點的初期應用，認為自殺行為是產生於被階層式組織起來的多層次生態脈絡之中的青少年們的交互作用、互相影響。

區位觀點中的第一層次是個人 (organism)，青少年的特質是很重要的，每個青少年都是幾個微系統 (microsystem) 或緊鄰設施 (settings) 的成員，如家庭、同儕團體、學校、工作等 (Bronfenbrenner, 1979)。有研究指出微系統內的因素可作為青少年自殺風險的指標，青少年的生活則隨著微系統的不同組合及微系統中的相互關係而有差異。介於微系統之間的關係，即情境間的連結被稱為中介系統 (mesosystems) (Bronfenbrenner, 1979; Garbarino, 1985)。

在個人、微系統和中介系統層次中不只對青少年生活有直接影響，也可能增加自殺行為的危險，而在大環境中的因素也可能間接影響。外系統 (exosystems) 包括父母的雇主、學校董事會、媒體等。而當外系統是發生在廣泛制度間的脈絡或是在一文化或次文化的意識型態模式時，被視為鉅系統 (macrosystems)。鉅系統的元素包括了經濟、社會、教育、醫療、立法和政治系統，會間接影響青少年的自殺行為 (Henry, Stephenson, Hanson & Hargett, 1993)。

總結來看，人文區位觀點是從個人周圍的不同系統來分析可能造成自殺的因素，由個人，逐漸向外推至微系統、中介系統、外系統及鉅系統等不同層次的社會網絡及其互相的關聯來討論個人可能

自殺的原因。

從以上不同學科的觀點來看青少年自殺的原因，簡單的說，在社會學方面，Durkheim 認為整合於社會制度的程度和社會規範的強弱會影響社會中自殺行為的產生，其後的社會學家除延續發展外，也有許多社會學家開始質疑 Durkheim 的理論，較重要的如 Douglas (1967) 所提出的「自殺的情境意義」，認為要著重自殺個人對其行為主觀的解釋。有兩種不同的觀點及研究方法，分別是傳統的社會學觀點及解釋觀點 (interpretive approach)，前者認為社會有其規則、價值、規範，會以一些人們自己可能不了解的方式塑造、影響人們的行為，所用的研究方法是利用官方的統計資料和整體社會許多指標作分析。後者則認為「社會」是個人之間有意義互動的產物，其研究方法偏好使用參與觀察、深度訪談、個案記錄及其他類型的個人文件，使研究者儘可能地貼近研究對象的世界，即著重對自殺個人的經驗研究。著名的芝加哥社會學派即偏好此種研究方法。兩觀點在自殺研究上之比較參見表四。

社會心理學的焦點則在於社會事實 (social facts) 間的相互作用 (interplay)，如制度、地位角色、價值、個人的特徵等，即在小團體中的實際行為，二理論運用於青少年自殺上則強調青少年之所以自殺是由於學習或家庭失功能所引起的。人文區位觀點則綜合以上，認為青少年自殺是受到生理、心理、社會和文化的力量交互作用所造成的，不只關注於直接因素，也注意會間接影響的因素，如鉅視系統中的經濟、社會、教育、醫療、立法和政治系統等。

表四 傳統社會學和解釋觀點間之比較

目的、典型	階段一 (stage)	階段二	階段三
傳統社會學 觀點	檢證既有人口中 自殺的一般分布	自殺模式和社會 影響間關係的探 索、解釋	個人自殺行動中 社會因素影響的 解釋、舉例
解釋觀點	儘可能詳細的了 解個人自殺的經 驗、文件資料	尋找發生模式、 辨別自殺行為的 類型	檢驗個人自殺行 動的類型和較廣 的社會影響間之 關係

摘自 Taylor, Steve (1988) <<The Sociology of Suicide>> P. 44 表 5.1

肆、青少年自殺的防範

一、一般人對自殺觀念的誤解

如果你的朋友告訴你他想自殺，你會怎麼做呢？也許你並不在

意他的話，因為你聽說把自殺掛在嘴邊的人，絕對不會真的去做。認為把自殺掛在嘴邊的人不會結束自己生命的說法是很危險的謬論，當有朋友跟你說想自殺時，你最好先分辨出真偽，然後立刻採取行動。下面就先澄清一些一般人對自殺觀念的誤解（張宏文，民國七十七年；鄭凱，民國八十年）

(一)常說要自殺的人是不會自殺的

真正會自殺的人最危險的信號或暗示，就是常說：「我死掉算了」或者是「沒有我你（們）會更快樂！」之類的話。事實上，許多研究報告指出有百分之六十至八十的人在自殺前都會向人傳達自殺的意念。

(二)真的要自殺的人是不會發生警語的

事實上要自殺的人，會表現在言語上、行動上的跡象、暗示及警告，這些信息就是「求救」的呼號。

(三)要自殺的人是決心要死的

事實上大部分自殺的人尚猶豫著要死亦或不死的情緒，只是以死為賭注要脅，留待別人來挽救他。

(四)一個想自殺的人，就永遠一直想自殺下去

事實上「危機」所能持續的時間是「暫時」的，企圖自殺的人

只限於一至六週痛苦時間內而已，如能適時介入給予危機諮商，可以很快的紓解危機情境，再做一般諮商應可適應新的生活環境。

(五)若挽回一次自殺危機，則永遠不會再自殺了

事實上，曾有過自殺企圖的人，他很有可能再嘗試，有些人一再嘗試直到成功為止，所以須繼續追蹤輔導。

(六)自殺事件多發生在較富有家庭或貧困家庭

其實自殺發生在社會每一階層，並沒有所謂的「典型」，與貧富、年齡、職業、教育程度無甚關聯。

(七)自殺是有遺傳性而流傳在家族中

其實自殺是個人的事，而且是可以防止的。

(八)所有自殺的人都是精神病，有心理問題的人才會

自殺

事實上會自殺的人當時一定其心理或情緒上的衝動與障礙，但多為暫時性的，不一定早就有了精神異常。

(九)面對可能自殺的人最好不要再和他討論到死的問題

事實上與其手足無措的避開不談，不如坦誠的給予關懷，用願意和他共同解決問題的態度協助他度過難關，甚至談論死後之「死

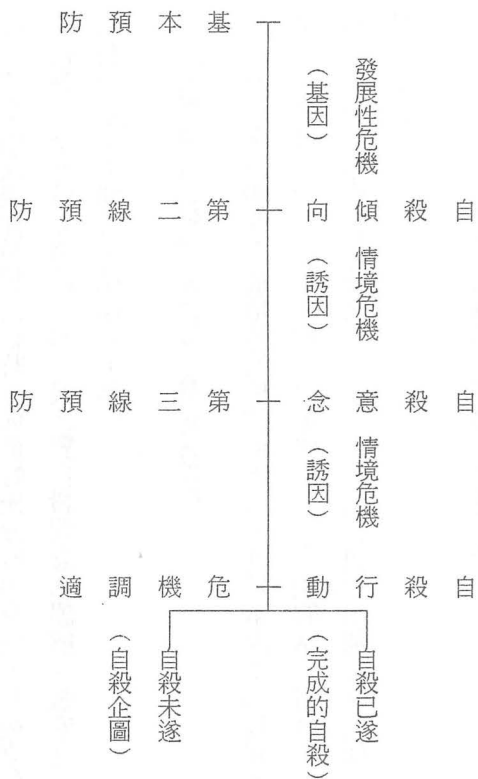
相」讓他不敢輕言自殺。

(十) 把想自殺的人送進醫院就可以放心了

事實上送醫必須妥善慎重安排，如果強烈違反了個人意願或事先不會與自殺防治人員周詳討論，有時可能會適得其反的得到嚴重不良後果。

二、防治自殺的方法

圖一 自殺行為形成與預防歷程



摘自張宏文(民七十七年)，「自殺問題與自殺防治」，社區發展季刊，四十

三期，頁一一六。

在防治青少年自殺方面，分成兩部分來說明：

(一) 立即可行的建議

1. 利用認知來自我排遣憂鬱(陳素貞，民七十七年)

有憂鬱心理的孩子顯然較易對未來產生消極的期望，我們應該試著改變青少年的想法，以期改變其行為，目的在於儘量減少消極的認知，以防止不利的行為。

在認知上，帶有憂鬱的自述，通常源於錯誤的思考方式及信念。從認知理論上看：認知扭曲可分以下四種類型：

(1) 武斷的推論：在證據不足甚或相反的情況下妄下結論。

(2) 過度概化：僅根據單一事件即給予不適的通則化。

(3) 誇張虛矯：故意誇大某一特殊事件的意義。

(4) 認知不足：對生活情境中的重大事件疏忽不理。

對生活中的經驗所得，認知扭曲的青少年常常忽略而不知運用，更談不上融會貫通，結果當然使他們表現出來的行為完全走了樣，好像思想出了問題一樣。

所以改變青少年的認知扭曲，可以減少他對一些事產生消極、憂鬱的想法，避免其企圖自殺。

2. 教青少年如何解決問題

有自殺傾向的青少年們，在處理日常生活的學業及社會適應問題時，是較有困難的，因此有必要在課程中教他們解決問題的技巧，教他們如何處理問題，而非逃避問題。讓他們知道生命中有些

無法避免的苦與憂，人的情緒難免有低潮沈悶的時候，毋須因此而覺得人生乏味、失去生機，讓青少年做好心理建設，面對問題時懂得處理，去克服這些難題，而不要遇事即逃避。

3. 增加家庭中的溫暖

家庭裏的氣氛應歡樂、和諧，讓孩子感受到家永遠是可以得到庇護、安慰、支持、與享受親情的地方。

父母親應該培養並鼓勵親子之間坦白而誠懇的雙向溝通，父母親必須以尊重的態度來對待初長成的孩子，把孩子當成一獨立的個體，而非父母的附屬品。其中，耐心的傾聽，是雙向溝通的先決要件。

4. 改善與同伴相處的技巧

改善人際關係以及改變消極的自我認知，是自殺防範的一個重要目標，可藉由改善青少年的同儕互動達成。

當然改善相處技巧的同時，也要鼓勵青少年多參加團體活動，多和別人接觸是防止人格萎縮的重要措施。

5. 多注意青少年一些可能產生自殺的訊號（高玫，民八〇年）

有些狀況，父母師長平時多加觀察，可以防患於未然：

(1) 孩子的睡眠、飲食習慣改變

胃口不好，睡不著覺，或者成天只想睡覺，這表示孩子心情消沈，有事煩心或有意逃避。

(2) 孩子有異常的行為舉動

開始把心愛的東西分送給別人，對一向喜歡的遊戲、節目

失去興趣，一反常態長期的沈默。

(3) 向別人透露自己有自殺的念頭

會這樣做的孩子，多半在透露一個重要的訊息，所以大人不可以把孩子的話不當回事，應立刻關心，慢慢找出癥結，絕不可嘲笑或責罵孩子，把事情弄僵。

在有自殺徵狀出現時，就該注意可以防止自殺的發生。

(二) 治本之道——加強教育與輔導工作

目前我們的家庭及社會教育功能不彰，應該注重人道主義的人文教育，尤其是生命倫理的教育，如公共衛生教育、生涯教育等，從小培養孩子刻苦耐勞的精神，由嘗試錯誤中學習獨立成長，遇到挫折時當作是人生進行中的必然事情，養成積極負責的人生態度。

透過正式和非正式的教育以促使青少年面對死亡和自殺，雖然死亡和自殺仍是一個忌諱的主題，但近幾年來，這個主題已較常被探討。死亡及自殺教育應被列於健康教育課程來施教，並和學生討論，一方面青少年可藉此增加對死亡和自殺的了解及學習如何幫助自殺有企圖者，另外也可藉此偵察青少年是否處於危機狀態，可及早發現，加以輔導處理。

人之可貴就在於人有無限的可能性，「自己」是自己最有潛力的資源，活著就有希望，有希望就有可能成功，應加強生的教育，心理衛生健康，並加強家庭教育功能與輔導的工作。

伍、結語

一、青少年自殺是社會問題嗎？

青少年自殺是否能成爲一社會問題，從社會問題的概括性定義來看：「社會學者通常以爲社會問題是一種宣稱的情況 (an alleged situation)，而這種情況與相當數量的一群人 (a significant number of people) 之價值觀念相抵觸，並且這些人認爲應該採取行動 (action is needed)，以改變這種宣稱的情況」(Weinberg, Rubington, & Hummersmith, 1981)。

由上面的定義來看，第一、青少年自殺現象的存在可從生命統計數據及新聞媒體報導中看出。第二、青少年正處於成長發展階段，如此結束生命是大眾的觀念所難以接受的，即和一般人的價值觀衝突，第三、青少年自殺的現象是否有相當數量的人在關心？目前主要是一些心理學者、學校教育者、公共衛生及社會學者等會較持續關心此現象，至於一般人則在發生新聞事件時會一陣熱的關心，但隨即不了了之，因此在「有相當數量的人在關心」這一項定義上，似乎仍未達到其標準。第四、是否大家認爲應對青少年自殺的現象採取某些行動以求改善？目前教育當局已指示學校進行「校園自我傷害防治計畫」及加強對學生的輔導工作，但執行成效仍有待觀察。目前台灣地區自殺治療相關機構，除各醫療機構精神科

外，即以生命線爲主，從事自殺防治工作，其分佈遍及各縣市，雖有自殺防治機構，但無特別針對青少年自殺防治的。由以上四點來看，青少年自殺要成爲一公共議題，仍有段距離，但在學校中，自殺、自我傷害和飆車肇事、吸食安非他命等已成爲相當嚴重的校園問題（註十）。

二、自殺防治的起點

Shafii 等人 (1985, p.1064) 由其針對自殺企圖者及完成自殺者的研究結果提出「昨天的自殺意念可能成爲今天的自殺威脅或企圖，或明天的完成自殺」，認爲自殺意念至自殺行爲之間是一連續性的，完成自殺也應包括在此一連續之中 (Brent, Perper, Goldstein, Kolko, Allan, Allman, & Zelenak, 1988; Cole, Protinsky, & Cross, 1992; Shafier, 1974; Shafii, Carrigan, Whittinghill, & Derrick, 1985)。基於此自殺連續過程的假定，筆者認爲要從事青少年自殺防治的工作，除了加強自殺處遇的工作技巧外，從預防的觀點來看，應從根本上來防範，因此應從了解自殺意念的發展歷程開始，增加對青少年自殺意念發展的了解，加強辨識有自殺意念之青少年，找出早期介入的可能點，提早注意及輔導，避免其自殺意念轉化爲自殺企圖。

三、對學校輔導政策之建議

在台灣目前的教育制度下，學校注重各種學業知識的傳授，注

重智育的發展，卻忽略了教導學生如何解決及面對生活中的挫折、困難，人際關係的處理，壓力之調適等生活中的問題，而各級學校專業輔導人員的不足早已爲人所垢病，輔導老師常由專任老師兼任，幾個班級共用一個輔導老師的情形比比皆是，學校中不但不能教學生處理挫折、問題，連輔導室的功能都未盡發揮，以致有學生經過了聯考，進入了一流大學，卻會因「課業壓力」或「人際關係困難」就輕易選擇了自殺，如前陣子師大新鮮人及台大學生的自殺，是否也提示了我們，教育制度出了問題呢？學校不該只是傳遞知識而已，更該具備教導人生意義、處理情緒等其他的功能才是。因此要防止青少年自殺，根本上應該從學校教育上的加強做起。

社會工作的實施領域中有一類爲學校社會工作，簡單說明學校社會工作的概念：是將社會工作的原理與方法運用於學校環境以協助教育者，其服務對象爲全體學生，連結社會資源提供服務，並對老師、家長及社區人士提供各種協調、諮詢與服務（徐震、林萬億，民八十一年）。

目前在台灣的教育體制中並無學校社會工作的制度，而是在「教務」、「訓導」之外，再加上「輔導」，輔導的功能是協助發展個人潛能，增進教育功能，適應個別需要，補救班級教學的缺陷等，角色和學校社會工作有部分類似處。但相較之下，輔導較偏向心理面，對學生個人的輔導，學校社會工作則較著重社會面，強調學生和環境之關係，包括學生、家庭、社區、學校等。

但如前提及的，目前的輔導制度並未能發揮功能，加上近年來升學率逐年提高，學生數量增加，社會變遷及家庭功能的轉變等，使得學校中學生的問題愈來愈多，也愈複雜。學校社會工作和輔導有部分類似處，但二者之著重點及方向並不相同。國內多所大專院校設有社會工作科系，每年可培養許多社會工作者，而目前各級學校輔導人力嚴重不足，教育單位應嘗試開放讓社會工作者進入學校，和輔導室一起協助青少年解決問題。

隨著社會型態的轉變，父母均出外工作的比例大幅增加，相對的照顧子女的時間就縮短了許多，幼齡子女的照顧成爲一個注意焦點，而青少年子女則由於年齡較長，有行爲上自主能力，較能照顧自己的生活，因此父母容易忽略青少年子女的需求，雖然青少年子女在生活上已能自理，但青少年子女所需要的除了物質生活上的照顧外，正處於發展自我的時期，更需要的是精神上、心理上的調適，父母適時的關懷與指導是很重要的。也許在青少年子女苦惱時，只要多付出一點點的關心就可能避免許多問題發生。解決青少年自殺的問題，是需要社會各界一起付出極大的努力的，家庭、學校、同伴、社區、各行各業以及新聞傳播媒體等，對於減少這個問題的發生，都有其影響力。

青少年是社會的希望，是明日社會的棟樑，青少年自殺的問題是不容忽視的，在給予青少年關懷的同時，使青少年懂得尊重生命，是父母、師長及社會重要的課題及責任。

（本文作者爲台大社研所應用組研究生）

◎註釋

註一 參見聯合報第七版「社會」82.12.19、83.3.1、83.3.25、83.4.

2、83.4.7、83.4.18，第十一版「民意論壇」82.12.19、83.4.8、83.4.14、83.4.19、83.4.20。

註二 參見中國時報83.7.26第七版、83.7.27第五版、83.7.31第四十二版、83.8.2第十八版、三十九版、聯合報83.7.26第三版、民生報83.7.27第十七、十八版、83.8.1第二十一版、聯合晚報83.7.26頭版、自立晚報83.7.26、自由時報83.8.7、中時晚報83.7.30、83.8.1。

註三 行政院青輔會編印的「青少年白皮書」民國八十二年十二月出版，從不同層面來看青少年，其中對青少年之定義也各不相同，如從「人口及家庭」來看時，尹建中和李鍾元將之定於一〇—二四歲，「教育與訓練」（林勝義、周談輝）和「經濟與工作」（陳小紅、陸光）則定於一五—二四歲、「福利與休閒」中則將青少年定為年滿十二歲至二十五歲之人口。

註四 關於人口學的五歲年齡組，可參見任何一本人口學導論書，此參考 Bogue, D. J. Principles of Demography New York: John Wiley and Sons, INC. 1969.

註五 Weiss (1969) 及 Beskow (1979) 之研究資料係間接引用自張平

註六

吾所著之「自殺原因論」，台北：五南 民國七十七年。

民國八十二年統計資料中青少年自殺使用方法之多寡，依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」（六二人）、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」（五二）、「鎗砲及爆炸物自殺及自傷」（一四人）、「由高處跳下自殺及自傷」（九人）、「切穿工具自殺及自傷」（六人）、「溺水（淹死）自殺及自傷」（四人）、「其他及未明示之方式自殺及自傷」（一人）。而不分年齡層來看，自殺方法依序為「吊死、勒死及窒息之自殺及自傷」（六八三人）、「以固體或液體物質自殺及自為中毒」（四四五人）、「由高處跳下自殺及自傷」（四四人）、「溺水（淹死）自殺及自傷」（三七人）、「切穿工具自殺及自傷」（三七人）、「其他及未明示之方式自殺及自傷」（二七人）、「以家用瓦斯自殺及自為中毒」（五人）。可看到使用方法上之差異。

註七

在死亡主因中的「意外事故及不良影響」包括國際基本死因分類中的 EAT 53 類，即「運輸事故」、「意外中毒」、「因內科醫療之意外事故，異常反應及後期併發症」、「意外墜落」、「火及火焰所致之意外事故」、「其他意外事故，包括後期影響」（如意外淹死及溺水、自然及環境因素之意外、機械工具之意外、鎗炮彈片之意外等）及「治療用之藥品，藥物所致之不良影響」。

註八

由行政院衛生署和榮民總醫院聯合成立之毒藥物防治諮詢中

心，係成立於民國七十四年，服務重點為針對急慢性中毒個案，提供醫護人員及一般民眾各種處理之相關資料，服務對象包括了一般民眾及全省各醫護人員。毒藥物如安非他命、化妝品、老鼠藥、農藥、殺蟲劑、漂白劑等，其個案統計資料包括電話諮詢個案（民眾來電和其他醫院之電詢）及轉診而來之個案。

註九 此部分 Speck(1968)之觀點係間接引用自 Heiling,Roma J.所著之 Adolescent Suicidal Behavior:A Family Systems Model. UMI Research Press 1980, pp.1-3.

註十 見教育部訓育委員會於民國八十三年十月三十日出版之「輔導計畫報導」第三十二期中之內容

參考資料

〈中文〉

- 1.行政院衛生署 中華民國八十二年衛生統計 一 公務統計 民國八十三年
- 2.行政院衛生署 中華民國八十二年衛生統計 一 生命統計 民國八十三年
- 3.林憲 「自殺現象與問題」在楊國樞 葉啟政主編之〈台灣的社會問題〉 台北 巨流 民國七十三年 五七三—六〇二頁
- 4.高玫 尊重生命、珍惜今日——談青少年的自殺問題 現代教育第六卷第四期 民國八十年十月 一三五—一四一頁

5.徐震、林萬億合著 當代社會工作 台北 五南 民國八十一年
6.候傑泰 青少年自殺——特徵、防止及危機處理 香港 中華書局 一九九三

7.張平君 台灣地區歷年來自殺現況及趨勢之探討 警政學報十一期 民國七十六年 一六七—二二六頁

8.張宏文 自殺問題與自殺防治 社區發展季刊 四三期 民國七十七年九月 一一—一六頁

9.鄭凱譯 海德／佛賽原著 自殺——潛伏的流行病 台北 方智 民國八十年六月初版

〈西文〉

1. Berman, A.L.(1988). "Fictional depiction of suicide in television films and imitation effects." *The American Journal of Psychiatry*, 145(8),982-986.

2. Brent,D.A.,Perper,J.A.,Goldstein, C.E., Kolko, D. J., Allan, M.J., Allman,C.J., & Zelenak,J.P.(1988). "Risk factors for adolescent suicide:A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients." *Archives of General Psychiatry*,45, 581-588.

3. Bronfenbrenner,U.(1979). *The ecology of human development.* Cambridge,MA:Harvard University Press.

4. Cole,D.E.,Profinsky,H.O., & Cross,L.H.(1992). "An Empirical investigation of adolescent suicidal ideation." *Adolescence*, 27 (108),813-818.

- 15 Douglas, Jack D.(1967).*The Social Meanings of Suicide*. Princeton University Press.
- 16 Durkheim,Emile.(1951).*Suicide-a study in sociology*. Glencoe,Illinois:Free press,Translated by John A Spaulding and George Simpson.
- 17 Frederick, C.J., & Resnick,A.L.P.(1971).“How suicidal behaviors are learned.” *American Journal of Psychotherapy*,25,36-55.
- 18 Garbarino,J.(1985).Adolescent development:an ecological approach. Columbus,OH:Charles E.Merrill.
- 19 Gould,Madelyn.S., & Shaffer,David.(1986). “The impact of suicide in television movies:evidence of imitation.” *The New England Journal of Medicine*,315(11),690-694.
- 20 Hawton,Keith,(1986).*Suicide and Attempted Suicide Among children and Adolescents*. Beverly Hills:SAGE Publications.
- 21 Heiling,Roma J.(1980). *Adolescent Suicidal Behavior: A Family Systems Model*.UMI Reasearch Press.
- 22 Henry,A.F. & Short,J.F.(1954).*Suicide and Homicide:some economic, sociological and psychological aspects of aggression*, Glencoe:The free press.
- 23 Henry,C.S.,Stephenson,A.L.,Hanson,M.F.,& Harger,William.(1993). “Adolescent suicide and Families:An ecological approach.” *Adolescence*,28(110),291-307.
- 24 Lester,D.(1987).“A subcultural theory of teenage suicide.” *Adolescence*, 22(86),317-320.
- 25 Landau-Stanton,J., & Stanton,M.D.(1985). *Treating suicidal adolescents and their families*. In M.P.Mirkin & S.L.Koman(eds) . *Handbook of adolescents and family therapy*,New York:Gardner press (pp.309-328)
- 26 Mollin,R.S.(1986).“Covert suicide and families of adolescents.” *Adolescence*,21(81),177-184.
- 27 Phillips,D.P., & Carstensen,L.L.(1986).“Clustering of teenage suicides after television new stories about suicide.” *The New England Journal of Medicine*, 315(11),685-689.
- 28 Shaffer,D.(1974).“Suicide in childhood and early adolescence” *Journal of child psychology and psychiatry*,15,275-291.
- 29 Shafiq,M.Carrigan,S,Whitinghill,J.R.,& Derrick,A.(1985). “Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents.”*American Journal of Psychiatry*,142(9),1061-1064.
- 30 Taylor,Steve.(1988).*The sociology of suicide*. New York:Longman Inc.
- 31 Weinberg,M.S.,Rubington,E & Hummersmith,S.K.(1981).*The solution of social problems-five perspectives* New York:Oxford University press.