

自殺問題與自殺防治

張宏文

一、前言

自殺行為是人類心理、家庭、人際關係、社會生活、身體與精神疾病……等各種錯綜複雜的因素交織之下所產生的一種社會病。近年來我們可以由十大死因演繹推斷某社區居民的健康水準，該社區所面臨的醫療衛生問題，當時居民的生活型態，社會產業結構，社會發展階段……。去年（七十六）臺灣區自殺死亡率雖退居十大死因第十一位，但企圖自殺的個案逐年增加，因此近來政府有感於人民生活保健、心理衛生、精神衛生、人民生活安全福祉，在日常生活中的重要性，特別加速關照社區居民健康維護的工作。所以本文試圖以社會學取向的知識背景，探究人為什麼會自殺？自殺的一般理論基礎、自殺現象之詮釋及自殺防治與可能的出路，愜切地聊表對生命的關懷與尊重和對從事自殺防治心理輔導工作的關注與執著。

二、自殺行為的學理探討

生命的價值無法被取代的，一般人無論付出任何犧牲與代價，都想要維護它，即使面對悲劇、逆境、苦悶、恥辱，甚至於老邁而呻吟在病榻上的人，對於生命都抱持著終極關懷與執著。然而有不少人卻認為挫折失敗失落後，人生毫無意義，寧可尋求自我生命毀滅的行徑，為自己的人生譜下休止符，這是為什麼呢？

二十世紀以來，「自殺學」(Suicidology)已備受重視，舉凡社會學、精神醫學、心理學、神學、法律學、宗教學、人類學……等學者都從不同的領域去探討自殺的防範、介入與事後矯治輔導的問題。

(一)從生物醫學觀點研究自殺行為，非常重視從青春前期到青年前期的「個體」變化，一般稱為「青年期危機」，此乃因松果腺、性腺、腦下垂體、副腎皮質……等內分泌系統的功能不均衡，所導致心理不平衡、衝動性高亢，此為「陰性症狀」的基礎，日後再加上「陽性症狀」，亦即心理動力或社會條件，容易發生自殺行為。又如鬱症在初期有強烈的焦慮、厭世、缺乏信心、自卑、罪惡感、急躁等，易與求死的念頭相結合。

(二)從心理學觀點研究自殺行為，就Freud人格結構理論Id中人類具有生的本能與死的本能(Life and death instinct)，人類同時有生存與死亡的衝動，當死的本能充分歷過生的本能時，人就有自殺的傾向；另外Karl A. Manninger在「生的掙扎」(Man Against Himself)一書中，認為自殺動機有二：①殺人的慾望(wish to kill)②被殺的慾望(wish to be killed)③死的慾望(wish to die)。心理學家Schreidman和Farberow在「求助的呼吶」(cry for help)，亦即人對於環境的求助中，提出自殺有四類：①自殺是過更好的生活的轉捩點或保持名譽之方法②老人、喪親者、久病纏身之人把自殺當做是一種解脫③精神病人，由於幻覺或妄想而自殺④出於怨恨而自殺，認為他死後人們會悲悼他。心理學的立場對於自殺的「陰性症狀」和「陽性症狀」的心理機制也有所闡明：前者包括自我擴散力的喪失(如自卑、無力感、焦慮、悲觀傾向)、成長停止與自主性減少(如喪失興趣、人格退縮等)、退化與自殺(如心理上的孤立、社會孤立)。後者包括兩種，一為「攻擊性」，尤其是「自我攻擊」或「

內向的攻擊」。攻擊性的特徵即從小被壓抑成爲固定化的態度，表現於外的行爲即順從、自責、悲觀的態度。其次爲「逃避」，乃是自我攻擊所導致的結果，青年期對於「死」寄以憧憬、美化，羅曼蒂克的自殺被認爲是對於幻想的逃避。此外自殺尚有「顯示」作用，在潛意識中想對社會顯示自己的「正當性」，例如川端與三島的自殺，無非是「無聲的肢體語言」代替了最後的嘶喊。對於自殺我們也許還可以套用無數的數學方程式來加以詮釋，例如自殺可能率 $s = f(I, H) = f(T, C) = \dots$ 。其中H代表希望，T代表生活上的威脅，C代表對自己的能力。人如果沒有希望，就沒有奮鬥；沒有奮鬥就不會成功，更遑論有幸福、快樂的感覺，也沒有快樂可言。

(二)從社會學觀點研究「自殺率」的問題
首推法儒社會學家 E. Durkheim，他是反對自殺先天因素的論調，提出社會適應困難、過度認同與共鳴、社會疏離與孤獨等自殺類型，也就是他所謂的自我式、利他式、迷亂式及宿命式的自殺 (Egoistic, Altruistic, Anomic, Fatalism suicide)，尤其是迷亂式自殺，更是扣緊社會之整合強度與否會影響一個社會的自殺行爲。人在正常與不正常狀態下，亦會產生自殺，亦即它在缺乏規範狀態下發生，它不是一種「心理狀態」，基本上是「社會結構」的問題，它是原有的社會、文化層面對於個人慾望約束力之減弱，甚至於解體，涂爾幹認爲基本上是「社會制度」本身之「變遷」，且較之爲「快速」，在急遽大型變遷下，社會迷亂的程度

就會愈高，自殺率也增高。

三、臺灣自殺行爲之社會事實

(一)自殺的意涵：

1. 自殺之定義：依據 Durkheim 定義，自殺者乃受害人以直接或間接之積極或消極行動來達到他預期的死亡結果的一切情形。

2. 對死亡原因是否爲「自殺」，診斷確實有困難：因爲「自然死亡」、「自殺」、「自傷」、「意外死亡」、「藥物中毒」……之死亡不易明確判定。一般家庭與社會都不願將非十分明顯之自絕死亡判定爲「自殺」，這些與福利、保險、面子、道德問題有關聯。因此目前自殺數有低估之情形 (死亡黑數：可充斥於心理輔導機構、精神病收容所及治療機構、醫療機構以及家庭裏)，就是自殺，其中自殺未遂者亦佔蠻高比率。

3. 現代人口都市化，人際精神焦慮羔羊化，勞心工作者內向性情緒困擾者普遍，情之迷惘、愛的徬徨，生活危機與信心危機，已經不是單一的情感性精神官能症之核心症狀，反而演變成自殺症候羣併發症狀 (suicidal syndrome)。

(二)自殺問題成爲社會問題之原因：

1. 自殺行爲是可以避免的，這種可避免性遂使自殺成爲一項社會問題。

2. 自殺死亡構成個人的損失、家庭的悲劇，在人口數及人口素質上均構成社會的損失，所以成爲

一個社會問題 (人的價值可由他對社會的貢獻來衡量，一五、六歲正逢人力資源之生產高峯度，有其社經地位，或爲人父母，有其厚植保家衛國的貢獻)。

3. 自殺是個人不能順從社會規範，乃是社會解組的象徵，其與偏差行爲相關聯，所以自殺是超越羣體及個人損失的社會問題。

4. 自殺行爲或不容於民德 (mores) 與法律，但其發生卻是社會規範式微的象徵，因爲自殺者不僅蔑視羣體權威，且拋棄其在羣體中的成員地位，放棄其社會成員之資格，亦即不受一般控制措施影響，於是更成爲一項社會問題。

5. 自殺可視爲一種偏差行爲，反映若干構成嚴重社會問題的環境因素。

(三)一般人對自殺觀念的誤解 (myth)：

1. 常說要自殺的人是不會自殺的。其實由實徵臨床經驗中，十個自殺的人，有八個會表現出自殺的意向。

2. 真要自殺的人是不會發生警語的。事實上要自殺的人，會展現言語上、行動上的跡象及警告，這些信息就是「求救」的呼號。

3. 要自殺的人是完全決心要死的。事實上大部分自殺的人尚猶豫著要死或不死的情緒 (ambivalence)，只是以死爲賭注要脅，留給別人去挽救他。

4. 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

危機介入適時磋商，可以很快的紓解危機情境，再做一般諮商諒可適應新的生活環境。

5. 若挽回一次自殺危機，則永遠不會再自殺了。事實上大部分人自殺後在三個月內還可能會再企圖自殺，所以須繼續追蹤輔導。

6. 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與貧富、年齡、職業、教育程度無甚關聯。

7. 自殺是有遺傳性而流傳在家族中。其實它是個人之事，且是可以防止的。

8. 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有其心理或情緒上的衝動與障礙，但多為暫時性的，不見得早就有了精神異常。

9. 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，不若坦誠的關懷他，以願意和他共同解決問題的態度去協助他度過難關。甚至談論死後之「死相」讓他不敢輕言自殺。

10. 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曾與自殺防治人員周詳討論，有時可能會適得其反的遭到嚴重不良後果。

(四) 臺灣自殺率高幾許：

近年來根據統計資料顯示（臺灣每十萬人口中，自殺死率：六十八年九·九，六十九年一二·四，七十年九·九，七十一年一二·三，七十二年一二，七十四年一一·九）我國自殺死亡率大約每十

萬人中有十二人（即每年約兩千人自殺死亡），就

世界各國情形來看，是列為自殺率中等國家（一〇一八人）。男性自殺死亡率比女性為高（呈現出一·六與一之比）。自殺死亡率與社會經濟結構的變遷有密切關係，就五年來全國生命線統計資料中（註一），自殺企圖人數是自殺者的九·六倍。自殺死亡人數與年齡層間亦有關係：男性以二〇—二九歲，尤其是自殺高危險羣二〇—二四歲（具身心疾病及嚴重生活事件，單身低社會經濟地位者、失業業者），女性亦同。自殺原因：年輕人自殺多與感情、人際關係之困擾、婚姻困擾、家庭不和有關。

中年人自殺與事業挫折、個人主義、身體和精神疾病、內在憂鬱疾病有關。老年人自殺與老病、無助、家庭解組、親情淡、價值感失落、心靈空虛有關。

(五) 臺灣自殺率的特色：

1. 自殺死亡率傾向與社會經濟結構的變遷有密切關係，男性以社會生活事實有關聯，女性與家庭生活事實有關聯。

2. 青少年自殺率頗高，蓋居各國之冠，自殺已成爲嚴重的青少年社會問題。

3. 心胸男性青年自殺率很高，可能與酗酒造成意外死亡、肝病、衛生習慣不良、物靈崇拜、圖騰崇拜等有關聯。

4. 藥物中毒（或環境污染、心靈污染）死亡與自殺率有極大相關。

5. 家庭內暴力增多，殺人再自殺之同歸於盡情

(六) 企圖自殺者症候群：

自殺是可預防、可避免的。想自殺的人常常遵循一定的心理途徑及思考邏輯走上絕路，如果人人皆能留心觀察，這些跡象顯而易見，是可以及時防範的：

1. 心靈痛楚難熬：自殺者以爲「一了百了」就可以逃離痛苦，此時只要有人能及時減輕其痛苦，就不踏上不歸路；因此找到其痛苦來源或重要關係他人（註二）（如戀人、父母、雇主、師長、同事……）是幫助自殺者的第一步。

2. 心靈需求的受挫：往往因心理需求不滿足，而導致心靈痛楚，諸如缺乏安全感、無成就感、恐懼感、失去友誼、不被人信任、失去榮譽、自尊、失身……。

3. 解決無門：對現實危機屢次無法解決，無助、無望、無力、沒有人可施以援手，以「一走了之」來逃避煩惱。

4. 企圖停止知覺：自殺企圖者既覺痛苦難當，亟望失去意識，停止呼吸。

5. 缺乏彈性選擇：自殺者「固執」的要求圓滿解決，否則寧可全盤毀滅，「只能」遂成了符咒，「我只有一死」、「我只有一條路可走」，跳樓的人一心想著陽臺在那裏，服毒的人則只顧著找毒藥。例如被遺棄失身之女大學生，一心一意想自殺解脫此一生，只能恢復處女狀態才能生存，頑固到世上只有一種價值律。

6. 求生尋死矛盾情緒：自殺者是有其意念與行

動程度上的區分(註三)。割腕自殺的人可能同時大聲呼救，你看這並非作假，因為自殺者仍有殘存的求生慾望，他們通常會暗示別人的。跳樓者可能在大庭廣眾前走動，希望引起注意與關懷，想死又不想死矛盾情緒相伴隨而生。

7. 企圖自殺者之徵兆預警：極少數自殺者先傷人再自殘，八〇%者會留線索給家人或朋友，希望別人看出他正處於絕望痛苦深淵，而希望別人拉一把。(1)語言上常有：我已完了，待不了多久，不久人世，與朋友談話一切都是多餘的、人生是一片漆黑、沒有可走的路、已來不及了、好想到另一個世界、好像有人在叫我，喊我呼喚我，若是我能見到你，我真想一走了之、活著毫無意義、我在這個世界上是多餘的、何必有我、為何生我、言談中會提到最好自殺方式、生不如死、早點解脫、突然間要是我……、假如我不在的話……、你快看不到我了、我快忍受不了……。(2)在行動上：準備好藥物(事先已買過、蒐集過)、觀察地形可以跳水、跳樓或比較幽美的地方、熱衷自殺報導的蒐集，寫好遺書、託信、交待後事、整理平常不整理的東西，分配東西、反常行為(例如平常少拜訪親友，今突然拜訪)、憂鬱焦慮不安、失眠食慾不振、對外關係喪失、自閉傾向、亂服藥物或開車超速、自殺未遂之經驗……。(3)久病成疴、婚變、喪親、喪偶，都是自殺的導火線。

8. 性格歧異：喜歡鑽牛角尖的人易走上偏激之路，例如寧可辭職不願被解雇、不離婚卻遺棄家人或有不成功便成仁的心態。

四、自殺行為之防治

人的一生中或多或少會有過自殺的念頭，有的人會試圖努力去克服，把此種感覺轉移昇華或尋求各種方式加以紓解，化危機為轉機與契機。但有的人認真的付諸自殺行動；一般所知悉之自殺動機：解脫威脅恐懼報復的目的、減少罪惡感、失落感、幻想逃避及生活危機無助之感覺。常見自殺類型：有經濟糾紛、戀情困擾、婚姻問題、難治之病、老人適應問題、精神疾病、青春挫折症候羣、社會解組、不能克服之心理威脅及失去對自己極具重要的人或事。

(一) 學校與家庭在自殺防治方面：

1. 培養面對現實的態度：端正青少年的逃避傾向，必須從小養成面對現實的態度。尤其養成克服挫折的忍耐度非常重要。現代父母對子女之溺愛、放任、責罵、不關心……皆影響親子教育及關係。
2. 培養接納的氣氛與習慣：內向的攻擊乃是對周圍很少接觸所養成，家庭學校社會個人皆要培養接納的關係與態度。
3. 鼓勵青年多參加團體活動：因為參加團體活動是防止人格萎縮的重要措施，尤其是休閒時間的有效而合理的運用，是現代生活不可忽視的重要課題。

(二) 自殺防治之可能出路(Alternative)

1. 生的教育(註四)：目前我們的家庭及社會

教育功能萎縮不彰，應該注重人道主義的人文化成教育，尤其是生命倫理的教育，對公共衛生教育、生涯教育從小培養孩子克苦耐勞之精神，由嘗試錯誤中學習獨立成長，每遇挫折時當作是人生進行中的necessary evil養成積極負責的人生態度。

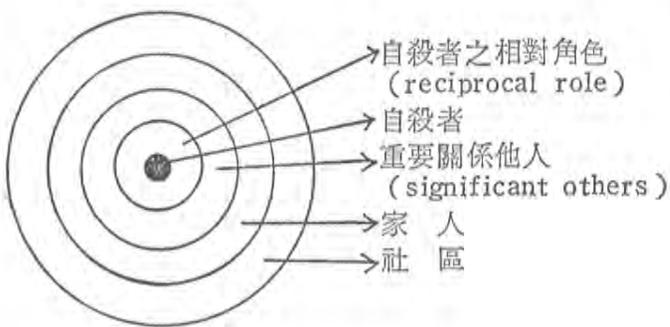
2. 制度比人強：要有法令才會有預算機構和制度，光是有愛心耐心是解決不了問題的。同時制度要符合時代社會文化需求，不但要合法形式的合法性(Legality)，還要考慮是否公平、正義、理性的實質內容的正當性(Legitimacy)。例如如何抑止刮刮樂的危害性蔓延、家庭婚姻制度、家事法庭、控制藥物管制等等。

3. 落實社會福利政策：單親家庭增多、空巢、失業率高、家庭暴力日趨嚴重、愛情的焦慮與濫用……應及早擬定心理衛生法、精神衛生法、青少年福利法……落實實踐。政府應肯定並重視自殺防治人員的專業功能與權威，並賦予有關法律保障，以利自殺及企圖個案給予適切強制性輔導的權責。也成立自殺防治基金，專案收容治療自殺者。

4. 整合區域社會福利服務網絡：利用社區有效資源，聯合相關資源力量，配合專業訓練，以科際整合方式研究、計畫、實施、評估方案，尤其更迫切的是對「自殺企圖者」的社會心理問題，作診斷治療，或做實徵性具體研究。

5. 研究自殺、自傷、一般死亡、自然死亡、意外死亡、藥物中毒死亡、各種環境、心靈污染所造成之中毒死亡之差異性。徹底做好「鑑別診斷自殺之評估」工作，所完成之成果交給心理學家、社工

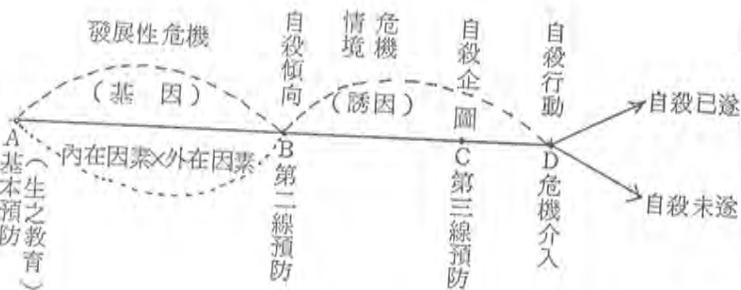
二、自殺者與其重要關係他人中的開放系統體系



三、自殺與自殺企圖表列式

自殺企圖	成	功	未	成	功
完全	完成性自殺	流產式自殺、未成功的自殺、未完成的自殺	矛盾性企圖自殺	姿	態
不完全	戲劇性自殺				

四、自殺行為形成歷程與預防歷程



〔本文作者現任中臺醫專講師〕

參考書目：

1. 臺南縣政府編印，臺南縣自殺問題，七十六年六月。
2. 張宏文，社會問題探原，臺南市生命線，民國七十六年十一月。

3. Durkheim, Emile 1964 The Rules of sociological Method. New York Press.
4. Nisbet, A. Robert 1965 Emile Durkheim, Englewood Cliff, N. J.: Prentice-Hall
5. Durkheim, Emile 1956 The Division of Labour in Society. New York: Free Press.
6. Durkheim, Emile 1965 The Elementary Forms of the Religious Life. New York: The Free Press.
7. Gerth, Hans, and Mills, C. Wright 1946 From Max Weber: Essays in Sociology. New York: Oxford University Press.
8. Aron, Raymond 1968 Main Currents in Sociological Thought. 2 Vols. Garden City, New York: Doubleday.
9. Coser, A Lewis 1977 Masters of Sociological Thought: Ideas in Historical and Social Context. 2nd ed. New York: Harcourt Brace Javanovich.
10. Lukes, Steven 1977 Emile Durkheim: His Life and Work. New York: Penguin Books.
11. Popper, R Karl 1971 Conjectures and Refutations—The Growth of Scientific Knowledge. Rainbow-Bridge Book Co. (reproduced).