

# 自殺防治，往何處去：一個社區心理學的觀點

周才忠

2006/12/18

近年來，由於自殺率持續攀升，再加上政治人物與專家學者不斷地煽風點火，其話題儼然已經威脅到政府效能及社會健全功能。但是各級的預防工作畢竟是高度科學性，而其成效是需要長期累積才能獲得的。因此，政府被迫不得不投注數億經費在此自殺防治工作上，各相關專業領域或民間助人機構也由磨拳擦掌或引頸企盼地能分食這塊大餅，導致又重回以「精神醫療」為一尊的現況。雖然自殺防治專責機構人員也承認自殺事件背後存有太多複雜的社會因素，以及全面落实社區心理衛生工作的重要性，但實際上仍以個人病理歸因與相關醫療介入模式為主。

目前國內各級自殺防治工作，到底做對了沒有？或是未來的方向為何？是否真以民眾需求角度為出發點？其實，『自殺防治·人人有責』，我們相關專業人員或是全體民眾可能都是此方案的重要利害關係人或社區守門員之一，故在此關鍵時刻，決不能置身事外，有必要加以關注此議題發展及充分表達不同看法。筆者願意以曾任職於某社區心理衛生機構所負責相關自殺防治各項追蹤與研究等經驗，提供另一個以社區心理學(Community Psychology)為基礎，且更貼近民眾需求、問題事實與未來具體預防走向之相關分析與建議。

- 一、雖然「自殺死亡人數」與「自殺死亡率」常被做為相關計畫、方案、活動、講座等之依據，但我們至今仍無法實際探詢或瞭解國內自殺死亡者的真正原因，充其量只有服務到極少數自殺死亡者的家屬成員。因此，目前針對自殺通報者的電訪、家訪、門診等服務方式，最多只能減少「自殺未遂或再度自殺率」，這跟是否降低「自殺死亡率」，根本上沒有絕對的關聯。
- 二、世界衛生組織或國外研究文獻曾指出「自殺」與「憂鬱症」有高度的關聯，但國內的相關研究大多僅針對療養院或精神科門診人數的統計、自殺未遂或再度自殺者的原因分析、生物醫學學者在原住民部落調查(將酗酒擴大解釋為「精神疾病」)等所獲結果。如果過度強調憂鬱與自殺的因果關聯性，很有可能會教育患者懂得如何運用自殺的方式來引起周遭人的關注或因而獲得更好的醫療照護。
- 三、據估算，台灣至今約有 28 萬 9 千位自殺死亡事件倖存者(survivors)，平均每 79 人就有 1 人。雖然，他(她)們曾經或正受到其家人或親友自殺死亡的長短期之痛，但國外亦有專家學者經過多年的長期縱貫性研究之後發

現，自殺死亡者對於家庭成員，除了飲酒頻率增加、負向單親撫養感覺、強烈的孤獨感、抽煙頻率增加、沉迷賭博等不良影響之外，亦有對生命有較正向的態度、新關係的不同體會、繼承遺產改善經濟等正向結果。

- 四、曾有政府、專家學者或自殺防治專責機構等將近來社會迷漫自殺之風的主因，歸咎於媒體報導、社會污名化等。但實際上，十年前台灣發生跳樓事件，絕對不會被立即反應為「憂鬱症」或「精神疾病」，但是如今每位民眾皆可琅琅上口並深植人心，這可能要歸功於政府、生物醫學、精神醫療、藥廠等利用各種媒體廣為宣傳與全民教育的具體成效。
- 五、各界諸不知，就算傾其所有政府、醫療與民間等資源來照顧好 20%具有憂鬱症狀或精神疾病之自殺意圖或行為者，但對於 80%其他社會因素所導致的自殺未遂或死亡者仍一個最大的防治缺口。如果政策方向不改變的話，未來，除了自殺死亡率依然居高不下之外，也促使原先憂鬱症人口比例更加驟昇。正本清源之道，我們全民應該一起來監督精神醫療的服務品質與成效，從而減少憂鬱或精神疾病患者之自殺意圖或行為比例。
- 六、以國外成功經驗為例，「自殺預防是一個公共衛生的問題」，須透過有系統的整合努力，才能真正有效提昇自殺預防的成效。因此，自殺防治的人力與經費必須下放到各縣市的公共衛生體系，而不是集中在一個委外且不須承擔起政治責任的自殺防治機構。目前，負責自殺防治工作第一線的公共衛生護士們實承受著諸多不合理的工作量與心理壓力，如果我們期望她們能成為自殺者或其家屬的支持來源，首應提供她們具有對生命希望與熱愛的工作環境及條件。
- 七、「社區與校園自殺高危險群或憂鬱症的大規模篩檢」絕不是一個治本之解決方法，而且往往需要耗費眾多的人力與經費。因為，就算把這些高危險群的民眾或學生門全部都篩檢出來並轉介到精神科或各地療養院就醫，但是其身處的家庭、社區、社會等系統或環境仍然沒有改變的話，在不久之後，同樣身歷其境的人，仍然會發生同樣的問題或選擇同樣的解決方式來結束生命。難道我們對於複雜的社會影響因素仍是束手無策嗎？還是有龐大的醫療或專業利益的考量掛帥呢？
- 八、從數年前開始，美國食品暨藥物管理局(FDA)就不斷發出警告，在臨床試驗上，服用一些抗憂鬱劑(如 Paxil 等)的孩童及青少年(甚至年輕成人)反而促發其自殺的意圖。雖然目前結果仍是眾說紛紜，但國內如果未改善高達九成至精神科看診的患者只有『拿藥』，並沒有同時進行所謂心理治療，更不用談到持續追蹤病患用藥的不良影響。我們有專業倫理與良知的助人者實在應該反思精神醫療人員以自殺防治之名來轉介有困擾的學生之正當性，因為其很有可能使校園的年輕學子陷於更不利的危機情境。

九、「落實自殺通報與強制就醫系統之建立」並不是防治成效的萬靈丹。說實在，自殺通報系統存在著太多侵犯民眾基本人權與隱私權的可能性，例如民眾稍因一時衝動或不慎，其自我傷害的紀錄將永遠無法被消除。個人資料也非常有可能被流出，以做為專家學者強制抽血萃取 DNA 的研究對象(證明是否具有自殺的遺傳基因)。另外，從媒體上也常看到，醫護人員強行將自殺意圖或行為者施行「棍棒伺候」或「五花大綁」等非人道措施後，然後再關進精神科隔離病房。台灣社會公平正義的普世價值在哪裡？有同樣自殺意圖或行為的高官權貴、精神科醫師等會受到如此的對待嗎？！

如果，大部份的專家學者與實務工作者打從心裡相信自殺並非單一因素所造成的話，其複雜的社會影響因素才有可能真正理解的一天，否則『落實社區心理衛生工作』只是精神醫療人員卸責或謀取更多資源的工具，深陷心理困擾或生命困境的人們或家庭永遠是被犧牲的一群。因此，有良知的助人專業者實應該開始探討自殺相關之環境保護因子(protective factors)，除了關注高自殺率的地區之外，也要瞭解一些低自殺率地區的優勢人文與環境等條件，並進而依此研擬出符合在地特性(availability；accessibility；acceptability)與賦權(empowerment)模式的長期預防策略或方案。這樣一來，自殺「防」與「治」兩個面向的工作才能兼顧，台灣整體民眾的心理健康(well-being)與其生活品質亦能真正有改善或進一步提昇的可能性。