

不容輕忽的警訊：兒童的自殺意念

江宜珍

國立台灣大學公共衛生學院
衛生政策與管理研究所 博士後研究員

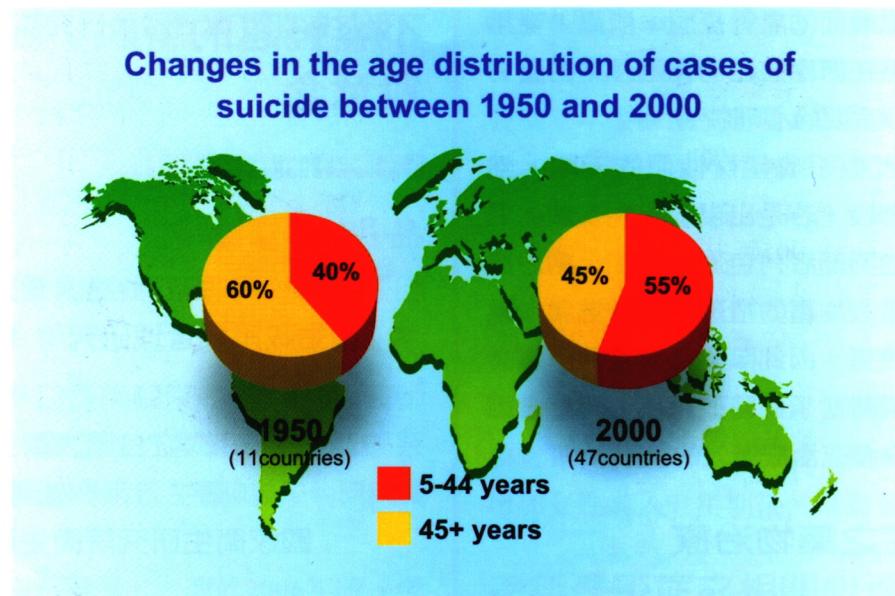
李蘭

國立台灣大學公共衛生學院
衛生政策與管理研究所 教授
國家衛生研究院衛生政策研發中心
兼任研究員

近年來，年輕人的自殺率，無論是在第三世界國家、開發中或已開發的國家，均有顯著增加的現象¹。圖一²顯示，1950 年時全球5~44 歲自殺死亡人口佔所有自殺人口的40%；但到2000年時，卻上升至55%。另根據世界衛生組織的報告³，在1955年至2000年的45年間，自殺率最高的族群，已由老年人轉為35~45 歲的年輕人；有些地方甚至是15~25 歲的更年輕人口。此外，據估計每年全球有十萬以上的青少年因自殺而身亡⁴，在在顯示全球的自殺者有年輕化的趨勢。

台灣也存在著類似的隱憂。以最近5~14 歲的少年而言，「自殺」名列十大死因的第8~10位。2003年之前，「自殺」在15~24歲青年人的十大死因中居第三位，然2003年起則攀升至第二位，僅次於事故傷害⁵，足見年輕人的自殺問題確實不容忽視。

政府的統計資料在過去僅鎖定自殺死亡率，較少針對人們採取自殺行動之前的徵兆，如有過想自殺的念頭，進行盛行率和發生率的評估。事實上，自殺問題依嚴重程度及其歷程，可分為自殺意念（suicide / suicidal ideation）、自殺企圖（suicide / suicidal attempt）及完成自殺（committed / completed suicide）三個階段⁶。已有許多研究^{7~13}證實，「自殺意念」確為一個人企圖或準備要自殺、或自殺身亡之預測因子，應進行深入的探討。



圖一、1950~2000年全球自殺人口佔率之年齡變遷

(資料來源：WHO, 2002b)

世界衛生組織³針對自殺行為曾進行一項多場域的介入研究（Suicide prevention-Multisite intervention study on suicidal behaviours，簡稱 SUPRE-MISS），包含以下三個子計畫：1.以隨機分派之臨床試驗，評估介入策略或治療方案對於改變自殺企圖者的成效；2.執行有關自殺意念及自殺行為的社區樣本調查，以降低醫院樣本可能造成的偏誤；3.以生物分析法找出與自殺企圖者及自殺死亡者有關的因素。其中，第二個子計畫之研究範圍，不僅涵蓋已自殺死亡或未死亡而接受醫療之個案，且著眼於自殺初始階段之有「自殺意念」者，將研究樣本來源擴及一般社區的民眾。

幾十年來，雖然「兒童」已成為心理學及其他領域的研究對象，但兒童自殺及自傷的問題仍未受到應有的重視。儘管二十世紀初就有兒童自殺的記載，卻有不少人認為年僅五、六歲的孩子心存死亡是不可能的事；有些心理分析家甚至斷言「十二歲以下的兒童是不會自殺的，因為他們沒有死亡的概念或認知」；更有人認為「即使兒童想死也死不了的，因為要完成自殺是一段非常複雜的過程，絕非兒童能力所及」¹⁴。

為了瞭解台灣兒童對於生命、死亡及自殺的理解情形，筆者曾於2002年針對四位就讀於國小四年級的兒童進行焦點團體訪談。這些兒

童表示，第一次聽到「自殺」這個詞，是來自電視新聞或連續劇，因為「天天都在播、天天都在說，怎麼可能有人不知道呢！」。事實上，現在的兒童已經與過去的兒童不一樣了。由於傳播科技的發達（如網路、電視）、營養好或少子化之社會趨勢，使他們更早接觸並進入成人世界，以致於出現許多「小大人」的思想、語言及行為。也就是說，童年時期已漸漸消逝¹⁵，過去人們認為只存在於成人世界的問題，已向前延伸至兒童時期了。

兒童與青少年的自殺問題，常因死亡人數較少而被輕忽了。一般認為，兒童若發生自殺問題，多為自傷而已而非立即死亡，或僅止於自殺人格的萌芽而已，不需過度關注。事實並非如此，自殺行為是具有延續性的，往往從一個想自殺的念頭開始，慢慢演變為嘗試非致命的自傷行為，然後是從事致命的自殺行動。雖然說它是一個漸進的過程，其進展速度卻會因人或因事而異。兒童在日後成長階段遇特殊事件或困難情境而採取自殺行動，使自殺死亡成為令人扼腕的事件時，才瞭解「兒童時期就有自殺意念」的嚴重性，是緩不濟急的。

針對兒童自殺意念之形成、發展及影響因素進行研究是非常有意義的。目前國內有關青少年自殺的分析及相關因素的探討不多，對於青少年自殺防治計畫的推行也處於起步階段¹⁶，

以長期追蹤方式探討兒童與青少年自殺問題之研究更付闕如，故筆者就近年來執行的調查結果，舉例說明之。

兒童與青少年行爲之長期發展研究¹⁷是自2001年起執行的長期計畫，迄今已進入第七年。筆者將2001年至2005年共五個年度的資料整理於表一。結果發現，2001年時就讀小學四年級的學童樣本表示「從來沒有自殺意念」之比率，在五年間呈現逐年下降之趨勢。換句話說，這些學童有自殺意念之終生盛行率（即從過去至今有想過自殺的比率），由2001年（國小四年級）之18.86%上升至2005年（國中二

年級）之51.17%，顯示研究樣本於國中二年級時，有超過半數的人曾有自殺的念頭。此外，研究樣本就讀國小四年級至六年級的三個年度，以「最近一個月有過自殺意念」來看，各年的盛行率在6~8%；升上國中之後，該比率則躍升至17%以上（國一為17.95%；國二為17.37%），差異達三倍。以自殺意念之發生率（即在該年首次出現自殺意念的比率）而言，研究樣本於國小階段之比率均在11%以下，但進入國中階段後即顯著攀升（國一為13.84%；國二為12.31%），顯示學童「自國小升上國中」是一個重要的轉捩點。

表一、研究樣本的自殺意念於2001年至2005年之盛行率及發生率

自殺意念	2001年 (小四)	2002年 (小五)	2003年 (小六)	2004年 (國一)	2005年 (國二)
終生盛行率	18.86	27.55	35.38	44.32	51.17
最近一個月盛行率	8.29	6.91	6.20	17.95	17.37
發生率	--	10.70	10.81	13.84	12.31

上述研究結果證實，兒童有出現自殺念頭的可能性。無論從「終生盛行率」、「最近一個月盛行率」及「發生率」來看，比率均不低，應該予以重視。過去自殺議題在台灣被忽略或誤解，可能與中國人的兩大禁忌（死亡與精神病）有關。若無法瞭解一個人在自殺死亡前，甚至採取自殺行動前的情況；或者民眾仍對自殺採取忽視與避而不談的想法（例如，家長未即時與兒童談論並導正兒童對於生命的觀念），可能就會失去預防自殺的重要先機。因此，政府在大力推動自殺防治工作時，除了關心企圖自殺者及自殺死亡者外，更應重視兒童有自殺意念背後的原因。當我們聽到或知道兒童談及自殺或有自殺的念頭時，不要馬上制止（例如，跟兒童說「小孩子不要亂說話！」）、故意忽視（例如，認為小孩子只是想引起注意，隨便講講而已，不需大驚小怪）或錯誤解讀（例如，認為小孩子說想自殺是因為想得到關心或物品，不是真的想自殺）。反之，應耐心聆聽且瞭解其所以出現自殺念頭的原因，並即時予以開導或提供適當的協助，以收防微杜漸之效。

參考文獻

1. World Health Organization [WHO]. (2002a). Suicide prevention (SUPRE). From the World Wide Web: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
2. World Health Organization [WHO]. (2002b). Changes in the age distribution of cases of suicide. From the World Wide Web: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/changes/en/index.html
3. World Health Organization [WHO]. (2000). Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours (SUPRE-MISS): Components and Instruments. From the World Wide Web: http://www.who.int/mental_health/media/en/64.pdf
4. World Health Organization [WHO]. (2002c). SUPRE Information leaflet. From the World Wide Web: http://www.who.int/mental_health/management/en/SUPRE_flyer1.pdf
5. 行政院衛生署（2006）。中華民國94年衛生統計（二）生命統計。台北市：行政院衛生署。
6. Beskow, J. (1979). Suicide in mental disorder in Swedish men. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl* (277), 1-138.

7. Shafii, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. R., & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142(9), 1061-1064.
8. Brent, D. A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 25 Suppl, 52-63.
9. Wichstrom, L. (2000). Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 603-610.
10. Tomori, M. & Zalar, B. (2000). Characteristics of suicide attempters in a Slovenian high school population. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 30(3), 222-238.
11. Lowenstein, L. F. (2005). Youths who intentionally practise self-harm. Review of the recent research 2001-2004. *International Journal of Adolescent Medicine & Health*, 17(3), 225-230.
12. Shaw, D., Fernandes, J. R., & Rao, C. (2005). Suicide in children and adolescents: a 10-year retrospective review. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*, 26(4), 309-315.
13. Wong, J. P., Stewart, S. M., Ho, S. Y., Rao, U., & Lam, T. H. (2005). Exposure to suicide and suicidal behaviors among Hong Kong adolescents. *Social Science & Medicine*, 61(3), 591-599.
14. 高慧芬譯（2000）。不想活下去的孩子—自殺心理分析及治療。台北市：心理。（原著作者：Orbach, I.；出版年：1989。）
15. 蕭昭君譯（2005）。童年的消逝（初版十三刷）。台北市：遠流。（原著：Postman, N. *The Disappearance of Childhood*. 出版年：1982。）
16. 黃鈞蔚、江弘基、李明濱、戴傳文（2006）。青少年的自殺防治。台灣醫學，10(3)，343-352。
17. Yen, L. L., Chen, L., Lee, S. H., Hsiao, C., & Pan, L. Y. (2002). Child and adolescents behavior in long-term evolution (CABLE): a school-based health lifestyle study. *IUHPE-Promotion & Education*, suppl 1, 33-40.