

精神及  
行为异常



# 自杀预防 供通科医生参考



世界卫生组织  
精神健康部  
社会变革与精神健康科  
日内瓦



自杀预防  
供通科医生参考

本文为提供给预防自杀有密切关系的特别社会与专业人士的可用资源的一部分。

世界卫生组织倡议在全球范围内发起预防自杀运动,本文即为预防自杀(SUPRE)计划的一部分。

关键词: 自杀/预防/策略/通科医生/培训/基层医疗保健

世界卫生组织  
精神健康部  
精神及行为异常科  
日内瓦  
2000

## 目 录

前言.....	iv
自杀造成的负担.....	1
自杀与精神疾病.....	2
自杀与躯体疾病.....	7
自杀与社会人口统计学因素.....	8
如何识别有高自杀风险行为的患者.....	10
对自杀患者的管理.....	14
向专科医生转诊.....	15
对预防自杀所采取步骤的总结.....	16
参考文献.....	18

©世界卫生组织，2000

该读物为世界卫生组织（WHO）的非正式出版物，WHO拥有该读物所有权。本书的部分章节或全书均可被翻译，复制，摘要或评论；但严禁用于商业销售。

本书的观点为署名作者负责。



北京回龙观医院  
北京心理危机研究与干预中心

## 前言

自杀是个复杂的现象，数百年来已引起哲学家、神学家、医师、社会学家及艺术家们的关注，如法国哲学家阿尔伯特·卡莫斯（Albert Camus）在《sisyphus的神话》一书中表达了自杀是一个严肃的哲学问题的观点。

自杀是一个严肃的公众健康问题，需要引起我们的重视，然而不幸的是，预防和控制自杀并非是一件容易的工作。最近研究表明，预防自杀的可行措施应包括一系列的计划，如：为孩子成长及年轻人提供尽可能好的生长环境，对精神疾病进行有效的治疗，对环境中存在的危险因素进行控制等，适当传播信息以唤起公众的清醒认识是成功预防自杀的基本要素。

1999年，WHO启动了预防自杀计划（SUPRE），在全世界范围内发起预防自杀运动。这本小册子作为SUPRE计划中一系列策略的一部分，专门为特别的社会群体及专业群体而准备，尤其是那些与预防自杀关系密切的群体，需要引起社会各界包括不同领域的个人和群体，卫生专业人员、教育家、社会机构、政府部门、立法人员、大众传媒、执法人员、家庭成员和社会团体等的持续关注。

我们尤其感谢法国巴黎Groupe Hospitalier Cochin的Jean-Pierre Soubrier博士，他完成了这本小册子初稿。随后WHO国际预防自杀网络成员对本文进行了审阅，对他们也深表感谢。他们：

Dr Sergio Perez Barrero, Hospital de Bayamo, Granma, 古巴

Dr Annette Beautrais, Christchurch School of medicine,  
Chritchuech, 新西兰

Professor Diego de Leo, Griffith university, Brisbane, 澳大利亚

Dr Ahmed Okasha, Ain Shams University, Cairo, 埃及

Professor Lourens Schlebusch, University of Natal, Dieban, 南非

Dr Airi Varnik, Tartu University, Tallinn, Estonia

Professor Danuta Wasserman, National center for suicide Research  
and control, Stockholm, 瑞典

翟书涛教授，南京脑科医院，南京，中国。

我们对印度的Dr Lakshmi Vijayakumar，也表示谢意，她参与了这些策略的早期版本的技术性编辑工作。

这些策略现已广为传播，我们希望能被翻译为各种文字，以适应当地的情况，这是这些策略起效的前提。欢迎提出意见，欢迎对其进行翻译修改。

Dr J.M.Bertolote  
协调者，精神卫生署  
世界卫生组织

## 预防自杀

### 通科医生的策略

医生所面临的最糟糕的事情之一就是病人的自杀。那些经历过这种事情的医生们都有如此相同的体验，即丧失自信心、愤怒和羞愧感。病人的自杀使医生们产生不能胜任专业的感觉，对自己的能力产生怀疑，担心自己的声誉。此外，医生在处理死者的家人和朋友的问题时会遇到大量难题。

这些策略主要用于为通科医生提供帮助。目的是概括出与自杀相关的主要疾病及其它因素，对识别和处理自杀患者提供一些信息。

#### 自杀造成的负担

据WHO的估计，2000年大约有100万人口采取自杀行为。在各国家，自杀是死亡原因的前十位因素之一，并且是15-35岁年龄组人群中三个最重要死亡原因之一。

自杀对家庭和社会所造成的心理和社会影响是难以估量的。一般说来，一个人自杀至少会影响六个人，如果自杀发生在学校或工作场所，则会对数百人产生影响。

自杀造成的负担可以根据DALYS（残疾及适应生活的年数）来估计，根据这项指标，1998年自杀造成的负担占全世界疾病总负担的1.8%，高收入国家为2.3%，低收入国家为1.7%。这个比例与战争和谋杀所造成的负担相等，是糖尿病所致负担的两倍，与新生儿窒息死亡和产伤所致负担相等。

#### 自杀与精神疾病

现在认为自杀是一种多因素障碍，是由于生物、遗传、心理、社会和环境等因素相互作用的结果。研究表明，有40%-60%的自杀者在自杀前一个月看过医生，这些人中的多数人是看通科医生而不是精神科医生。在那些精神卫生服务不很完善的国家中，有自杀风险的人就诊于通科医生的比例可能更高。

识别、评估和处理自杀病人，是医生的一项重要任务，他们在预防自杀中可起到关键性作用。

自杀本身不是病，  
也不是一种疾病的必需的表现，  
但精神疾病是与自杀相关的重要因素

发展中国家与发达国家的自杀研究都揭示了在自杀死亡的案例中有80%-100%的人有精神障碍。据估计，患有心境障碍（主要是抑郁症）的人终生自杀的风险是6-15%，酒精中毒为7-15%，精神分裂症为4-10%。然而，相当一部分自杀死亡的人从未咨询过精神卫生专业人员。因此，在基层医疗机构中提高识别、转诊和处理精神病人的能力是预防自杀的重要的一环。

在那些采取自杀的人群中，一个共同的发现是他们不止患有一种疾病，常见的共病有酒精中毒和心境障碍（如抑郁症），以及人格障碍和其他的精神疾病。

与精神科医生协作，确保使患者得到恰当而充分的治疗，是内科医生的至关重要的作用。

## 心境障碍

各种类型的心境障碍均与自杀有关，包括双相情感障碍、抑郁发作、反复发作性抑郁及持续性心境障碍（如环性心境和恶劣心境），在ICD-10分类中为F31-F34。在未识别及未治疗的抑郁症中自杀的风险很高。在普通人群中，抑郁症有较高的发病率，而且许多人并未认识到它是一种疾病。据估计，内科医生所看过的30%的病人患有抑郁症，大约60%寻求过治疗的病人最初都是与通科医生联系。对于内科医生来说，同时处理躯体性疾病和心理障碍确实是一项特殊的挑战。在许多病例中，抑郁症状被掩盖着，病人只表现出躯体症状。

典型的抑郁发作，病人通常有：

- 心境抑郁（悲伤）；
- 丧失兴趣和愉悦感；
- 精力下降（疲惫及活力减退）

### 抑郁症的常见症状：

- 疲劳感
- 悲伤
- 注意力不集中
- 焦虑
- 易激惹
- 睡眠障碍
- 躯体不同部位的疼痛

这些症状应提醒内科医生考虑病人患有抑郁症的可能，并对自杀风险进行评估，使自杀风险增加的抑郁症特殊临床表现有（2）：

- 持续的失眠
- 自我忽视
- 病情严重（尤其是精神病性抑郁）
- 记忆力受损
- 激越
- 惊恐发作

下面的因素会增加抑郁症病人的自杀风险（3）：

- 年龄25岁以下的男性
- 疾病的早期阶段
- 酒滥用
- 双相障碍的抑郁相
- 混合（躁狂-抑郁）状态
- 精神病性躁狂

抑郁症是青少年和老年人群自杀的一个重要因素，但是那些起病较晚的老年抑郁症患者的自杀风险更高。

在基层医疗机构中，抑郁症治疗的最新进展对预防自杀有实际的价值，在瑞典有研究发现，对全科医生进行识别和治疗抑郁症的教育有助于减少自杀发生率。流行病学数据显示，在抑郁症患者中抗抑郁药可降低自杀风险率。足量的药物治疗应持续几个月。在老年患者中，病情恢复后有必要继续治疗2年。常规服用锂盐维持治疗的患者，自杀风险较低。

## 酒中毒

酒中毒（包括酒滥用和酒依赖）在那些自杀的人群中是很常见的，尤其是年轻人。对自杀与酒中毒的相互关系，可从生物、心理和社会角度来进行解释。酒中毒患者自杀风险增高的特殊因素有：

- 起病早的酒中毒
- 长期饮酒史

- 高度依赖
- 心境抑郁
- 躯体情况差
- 工作能力差
- 有酒中毒家族史
- 新近出现重要人际关系的困扰或丧失

## 精神分裂症

自杀是精神分裂症患者成人死亡的最重要的因素，自杀的特殊危险因素有（6）：

- 年轻无工作的男性
- 病情反复发作
- 担心病情恶化，尤其是那些高智商人群
- 阳性症状如多疑和妄想
- 抑郁症状

### 下列时期，自杀的风险最高：

- 疾病的早期阶段
- 复燃的早期阶段
- 恢复期的早期阶段

随着病情的延长，自杀风险会降低。

## 人格障碍

在自杀的年轻人群中进行的最新研究表明，人格障碍的发病率较高（20-50%）。与自杀相关的常见人格障碍有边缘性人格障碍及反社会人格障碍（7）。癔症型与自恋型人格障碍及某些心理特质如冲动、攻击等也与自杀有关。

## 焦虑障碍

焦虑障碍中，惊恐障碍是与自杀相关最常见的类型，其次是强迫症。躯体形式障碍与进食障碍（神经性厌食与贪食症）也与自杀行为有关。

## 自杀与躯体疾病

慢性躯体疾病使自杀风险增加，此外，在患有躯体疾病的人群中，精神障碍，尤其是抑郁症的发生率普遍增高，慢性病程、残疾及预后不良都也与自杀相关。

## 神经系统疾病

癫痫与增加自杀风险有关。自杀风险的增高是由于癫痫发作伴发的冲动与攻击行为增加及慢性残疾。

脊髓和大脑损伤也会增加自杀的风险。最近的研究表明，中风后尤其是导致严重的残疾和躯体损害的脑后部损伤，有19%的出现病人情绪低落且有自杀倾向。

## 肿瘤

在肿瘤被诊断时及疾病晚期的头两年中进行性恶性变时，自杀的风险最高。疼痛是自杀的重要因素。

## 爱滋病感染（HIV）/爱滋病（AIDS）

HIV（人类免疫缺陷病毒）感染和爱滋病是导致年轻人群自杀风险增高的因素。在确诊时及疾病的早期自杀风险更高。静脉吸毒者有更高的自杀风险。

## 其他疾病

其他慢性疾病如慢性肾病、肝病、骨关节病、心血管病和胃肠道疾病都可能与自杀倾向性。运动功能的残疾、失明、失聪也能促发自杀。

近几年，安乐死和协助自杀已成为医生可能面临的问题，倡导安乐死在几乎所有的司法体系中都是不合法的，协助自杀陷入了道德、伦理及哲学的争论中。

## 自杀与社会人口统计学因素

自杀是个人行为，然而，它发生于既定的社会背景中，某些社会人口学因素与之密切相关。

## 性别

在大多数国家中，男性自杀率比女性高，男/女比率在各个国家中不一样。中国是个例外，农村地区女性自杀的数目超过男性，而城市人口中男女自杀的数目大致相等。

## 年龄

老年人（大于65岁）和年轻人（15-30岁）年龄组自杀风险率增高。最近的数据表明，中年男性的自杀率也增高了。

## 婚姻状况

离婚、丧偶及单身人群自杀风险增高。结婚似乎可以预防男性采取自杀行为，但对女性意义不大。离异及独居会增加自杀的风险。

## 职业

某些职业群体如兽医外科医生、药剂师、牙医、农民及医务人员的自杀风险都较高，对此发现尚无明确的解释。尽管认为可能与这些人群容易获得结束生命的手段有关，但工作压力、社会隔离及经济拮据可能是自杀的原因。

## 无业

失业率与自杀率关系密切，但这些关系的性质是复杂的。失业的影响可能由这些因素促成，如贫穷、社会剥夺、家庭困难和绝望。另一方面，精神病人比健康人更容易失业。不管怎么样，新近失业与长期失业所起的作用不一样，前者的自杀风险更高。

## 居住在农村或城市

在一些国家中，城市地区较农村地区更经常的发生自杀，而在其他国家情况正好相反。

## 移民

移民一随之而来的问题如贫穷、居住条件差、缺乏社会支持和期望无法满足一使自杀的风险增高。

## 其他

某些社会因素，如容易获得自杀工具及遭遇应激性生活事件在增加自杀风险中起到重要作用。

## 如何识别高自杀风险的患者

临床上许多有用的个人和社会人口学因素与自杀相关（9），包括：

- 精神疾病（通常为抑郁症、酒中毒与人格障碍）
- 躯体疾病（晚期、痛苦或虚弱的疾病、爱滋病）
- 从前有过自杀企图
- 有自杀、酒中毒和/或其他精神疾病家族史
- 离异、丧偶或单身
- 独居（社会隔离）
- 失业或退休
- 童年期居丧

如果病人在接受精神疾病的治疗，自杀的风险增高，包括：

- 最近才出院的患者
- 先前曾有自杀企图的患者

此外，最近的生活应激事件也会导致自杀风险增高，包括：

- 离异
- 居丧
- 家庭紊乱
- 职业或经济状况改变
- 遭到重要人物的拒绝
- 带负罪感的蒙羞和威胁

在调查中有许多量表可用来评估自杀风险，但是，详尽的临床访谈更有助于发现那些目前正处于自杀危险中的病人。

医生也许会遇到各种各样与自杀行为有关的情形。如最近丧偶的老年男性、接受抗抑郁治疗、独居、曾有过自杀史等情况，与一名因与男友分手而上臂有几处划痕的年轻女子相比，恰好是两个相反的例子。实际上，大多数病人处于这两个极端之间，而且有可能从一种类型过度到另一种类型。

当医生们了解到病人可能会自杀的合理迹象时，他们又会面临如何采取行动的两难境地。一些医生对可能自杀的病人产生不安的感觉，遇到这类病人，对他们来说，意识到这种感觉很重要，并且要向同事（可能是心理卫生专业人员）寻求帮助。关键的是不要忽视或否认这种风险。

如果医生决定要采取行动的话，第一步，也是最紧急的措施就是思想上计划要抽出充足的时间与病人交谈，即使门外还有许多其他人在候诊。医生要表现出愿意理解患者，然后开始与患者建立一种良好的关系。在访谈开始时，武断的直接问话并非有效。“你看起来很沮丧，告诉我怎么回事”这类话是有用的。

错误的观点	事实
谈论自杀的病人很少会采取自杀行为。	会采取自杀的病人事前通常会流露一些迹象或警告，威胁性言语也应认真对待。
向病人询问关于自杀的问题可能会唤起病人采取自杀措施。	询问自杀方面情况通常会减轻病人的焦虑情绪；患者也许感到轻松许多，自己能充分理解了。

### 如何询问

向病人询问关于自杀的念头不是件容易的事。逐步深入主题是有益的，按顺序进行下列提问是有帮助的：

- 1、你是否感到不愉快和无助
- 2、你是否感到绝望
- 3、你是否无法面对每一天
- 4、你是否感到生活是种负担
- 5、你是否感到活着没有价值
- 6、你是否想要自杀

### 何时询问

询问时考虑以下问题是很重要的：

- 良好的医患关系建立之后；
- 当病人很自如表达他（她）的感受时；
- 当病人在表达负性情感时。

## 进一步提问

在确认患者存有自杀念头时，不能就此终止，要继续进一步提问，目的是评估患者自杀念头出现的频率和严重性以及可能自杀的概率。了解患者是否已经制定好计划，是否已具备自杀的工具是很重要的。假如病人提到计划好的方法是开枪自杀，但还没枪，那么自杀的风险就降低了。然而，假如病人已计划好一种方法而且拥有自杀的工具（如药丸），或者假如计划好的自杀工具很容易获得，那么自杀的风险就更高了。对病人提问而非强求或强制患者，这是至关重要的。医生应该以一种对病人同情的使患者感到温暖的方式提问，可能包括如下问题：

- 你是否已计划好结束生命
- 你打算怎么去实施
- 你是否拥有（药丸/枪/其它工具）
- 你考虑了什么时候采取行动

### 注意

- 误导或好转假象：一个激越的病人突然平静下来，他（她）可能已做出自杀的决定。因此在做出决定之后感到内心平静。
- 否认：那些有着强烈的自杀企图的病人可能会有意否认有自杀念头。

## 对自杀病人的管理

如果一个病人出现情绪困扰，伴有模糊的自杀观念，那么他有足够的机会与一个对此表现关注的医生公开讨论这些观念和感觉。然而，假如病人没有充分的社会支持，更应对病人进一步随访关注。不管是什么问题，自杀病人的情绪通常是”三联症“：无助感、无望感和绝望。最常见的三种状态是：

- 1、矛盾心情：大多数病人直到最后一刻都是矛盾的。病人在求生与求死之间徘徊。如果医生能利用病人的矛盾心理，增加他求生的欲望，自杀的风险就可以降低了。
- 2、冲动性：自杀是一种冲动现象，冲动的本身是短暂性的。如果在病人冲动的当时给予支持，危机就可以排除了。
- 3、思维僵化：自杀病人局限于他们自己的思维、情感和行为方式中，他们按照是或否的二分法进行推理。医生可以与病人探讨几种可能的选择方案，婉转的使病人意识到还有其它的选择余地，即使这些选择不是很理想的。

## 获得支持

医生应该评估病人能获得的支持系统，确认亲戚、朋友、熟人或其他的能为患者提供支持的人，并且请求对方的帮助。

## 合约

在预防自杀过程中，与病人达成一种“不自杀”的合约是种有用的技巧。其他与病人关系密切的人也能参与合约的商定过程。合约的商谈可以促进对各

种相关问题进行讨论。

大多数情况下，病人会顾及到他们向医生许下的承诺，只有在病人已能管制自己的行为时，合约才是恰当的。

如果病人没有严重的精神障碍或自杀企图，医生应提出并安排药物治疗方案，一般使用抗抑郁剂和进行心理（认知行为）治疗。大多数病人通过与医生保持联系而获益，对此医生应进行安排以满足病人的需要。

除了治疗潜在的疾病外，很少有人提出超过2-3个月支持的要求，支持的核心应该是为病人提供希望，鼓励其独立，帮助病人学习应对生活应激事件的不同方法。

## 向专业医疗机构转诊

### 何时转诊病人

当病人出现下列情况时，应将其转诊给精神科医生：

- 精神病性障碍；
- 既往有过自杀企图；
- 有自杀、酒中毒和精神病性障碍家族史；
- 躯体非健康状态；
- 缺乏社会支持。

### 如何转诊

决定转诊病人后，医生应该做到：

- 花一点时间向病人解释转诊的原因；

- 减轻病人因耻辱感和使用精神药物引起的焦虑；

- 阐明药物治疗和心理治疗是有效的；
- 强调转诊并不意味着“放弃”；
- 安排与精神科医生会面；
- 约定之后安排他（她）与精神科医生见面的时间；
- 保证继续与病人保持联系。

### 何时让病人住院

下面是病人需立即住院的指征：

- 反复出现的自杀观念；
- 近期严重的自杀企图（包括随后的几小时或几天）；
- 激越或惊恐发作；
- 有使用暴力和直接自杀的计划。

### 如何让病人住院：

- 不要让病人独处；
- 安排住院事宜；
- 安排救护车或救助警察将病人转送入院；
- 通知有关的专家及家属。

### 预防自杀步骤的总结

当医生怀疑或确认病人有自杀风险时，下面的表格总结了对病人评估和管

理的主要步骤。

	有过自杀企图		
--	--------	--	--

### 自杀风险：识别、评估和行动计划

自杀风险	症状	评估	措施
0	无苦恼		
1	情绪困扰	询问自杀观念	同情的倾听病人叙述
2	模糊的想死的念头	询问自杀观念	同情的倾听病人叙述
3	模糊的自杀想法	评估病人的企图(计划和实施方法)	探讨可能性找到支持
4	自杀念头, 但无精神病性障碍	评估病人的企图(计划和实施方法)	探讨可能性找到支持
5	自杀念头, 有精神病性障碍或重大生活应激事件	评估病人的企图(计划和实施方法)制定合约	转诊看精神科医生
6	自杀念头, 有精神病性障碍或重大生活应激事件或激越, 以前	看好病人(防止病人获得自杀的手段)	住院治疗

### 参考文献

1. WHO. International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
2. Angst J, Angst F, Stossen HM. Suicide risk in patients with major depressive disorders. Journal of clinical psychiatry, 1999,60, Suppl. 2:57-62.
3. Simpson SG, Jamison KR. The risk of suicide in patients with bipolar disorder. Journal of clinical psychiatry, 1999,60, Suppl. 2:53-56.
4. Rutz W, Von Knorring L, Walinder J. Long-term effects of an education programme for general practitioners give by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. Acta psychiatrica scandinavica, 1992, 85:83-88.
5. Schou M. The effect of prophylactic lithium treatment on mortality and suicidal behaviour. Journal of affective disorders, 1998,50:253-259.
6. Gupta S, et al. Factors associated with suicide attempts among patients with schizophrenia. Psychiatric services 1998,10:1353-1355.
7. Isometsa ET, al. Suicide among subjects with personality disorders. American journal of psychiatry, 1996,153:667-673.
8. Gonzalez Seijo JC, et al. Poblaciones especificas de alto riesgo.[Population groups at high risk.] In: Bobes Garcia J et al., eds. Prevencion de las conductas suicidas y parasuicidas.[Prevention of suicidal and parasuicidal behaviours.] Masson, Barcelona, 1997,69-77.

9. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidences. British medical journal,1999,308:1227-1233.

世界卫生组织  
精神健康部

## 精神及行为异常科



### 预防自杀：系列读物

1. 医生指南
2. 供媒体工作者参考
3. 供教师及在校职工参考
4. 初级保健工作者指南
5. 狱警的应对策略
6. 如何创办幸存者互助小组



