

馬偕紀念醫院

Mackay Memorial Hospital

癌症病人自殺風險與防治

淡水馬偕精神部
邱玉菁諮商心理師



學習大綱

- 增進反思與覺察個人對於談論自殺議題的態度
- 增加辨識自殺危險因子的知能
- 增加評估自殺危險性評估與防治知能
- 增進個人辨識臨床上的可能阻礙

癌症病人自殺風險盛行率

- 不具精神疾患的癌症病人其自殺意念發生率為0.8~71%，相較於一般族群的19.8%，癌症病人的自殺風險性明顯高於一般人(Robson et al., 2010).
- 癌症病人的自殺企圖(suicide attempt)風險性約為一般人的2到4倍(Hem, et al., 2004 ; Mann, et al., 2005).
- 國內與其他國家自殺死亡率的比較

癌症病人自殺風險盛行率

表一：世界癌症病人自殺死亡率或標準化死亡比

國家	發表年份	作者	統計期間	癌症病人自殺死亡率 (/100,000)	一般人口自殺死亡率 (/100,000)	標準化死亡比 SMR*
歐盟	2003	Levi et al.	1995-1998	14.4 (男) 4.6 (女)	—	—
美國	2008	Misono et al.	1973-2002	31.4	16.7	—
英國	2009	Robinson et al.	1996-2005 (東南蘇格蘭)	—	—	1.45 (男) 1.19 (女)
澳洲	2009	MacFarlane et al.	1983-2002	—	—	1.78
南韓	2010	Ahn et al.	1993-2005	—	—	2.00 (全部) 3.45 (第1年)
台灣	2010	Chung et al.	2002-2004	288.9 (3年)	13.59 (2002) 14.16 (2003) 15.31 (2004)	—

*SMR: standardized mortality ratio (標準化死亡比)。

從自殺流行病學來看

- 人口學特性
- 疾病種類與預後
- 離診斷後的時間
- 精神疾病
- 自殺方式

少數國內研究

Psycho-Oncology

Psycho-Oncology 18: 1038–1044 (2009)

Published online 20 January 2009 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/pon.1483

Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients

Herng-Ching Lin¹, Chih-Hsiung Wu² and Hsin-Chien Lee^{3,*}

¹School of Health Care Administration, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

²Department of Surgery, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan

³Department of Psychiatry, Taipei Medical University-Shuang Ho Hospital, Taipei, Taiwan

*Correspondence to:

College of Medicine, Taipei
Medical University 250
Wu-Hsing St., Taipei 110,
Taiwan. E-mail:
ellalee@tmu.edu.tw

Abstract

Objectives: This study aims to examine risk factors associated with 3-month post-discharge suicide among cancer patients using Taiwan's nationwide, population-based datasets.

Methods: The study cohort comprised all cancer patients discharged from hospitals from 2002 to 2004, inclusive, who committed suicide within 90 days of discharge ($n = 311$). The control group consisted of 1555 cancer patients who did not commit suicide within 90 days of discharge. The dependent variable was whether or not a patient committed suicide within 90 days of discharge, while the independent variables included patient, hospital and physician characteristics at index hospitalization. Cox proportional hazard regression was carried out to compute the 90-day survival rate, adjusting for possible confounding factors.

Results: The mean interval from discharge to suicide was 39.7 days (± 95.2) and almost half (46.3%) of the 3-month post-discharge suicides occurred within 14 days after discharge. The adjusted hazard of committing suicide for patients who were not hospitalized in the preceding year was 1.68 ($p = 0.009$), 1.61 ($p = 0.033$), and 2.51 ($p < 0.001$) times greater, respectively, than patients who were hospitalized once, twice and more than twice within the year before index hospitalization. The hazard of committing suicide among patients who were unemployed was 1.71 ($p < 0.001$) times that of their employed counterparts.

少數國內研究

Suicide and Life-Threatening Behavior 40(2) April 2010
© 2010 The American Association of Suicidology

107

Methods of Suicide Among Cancer Patients: A Nationwide Population-Based Study

KUO-HSUAN CHUNG, MD, AND HERNG-CHING LIN, PHD

A 3-year nationwide population-based data set was used to explore methods of suicide (violent vs. nonviolent) and possible contributing factors among cancer patients in Taiwan. A total of 1,065 cancer inpatients who committed suicide were included as our study sample. The regression shows that those who had genitourinary cancer were 0.55 times ($p = 0.047$) less likely to use violent methods to commit suicide than those who had respiratory cancer. Among those who committed suicide out of town, the odds of using violent methods were 1.39 ($p = 0.015$) of their counterparts who had committed suicide in their hometowns. Those who had income between NT\$15,841~NT\$25,000 were 0.70 ($p = 0.042$) times less likely to use violent methods to commit suicide than those who had no income.

• 人口學特性

➤ 性別-男性自殺風險性>女性

男性2.09倍;女性1.48倍 (Misono et al, 2008)。

男性比女性傾向使用較激烈的自殺方式，如跳樓或上吊。
情緒表露與資源尋求上的差異。

➤ 年齡-中、老年

➤ 未婚、離婚、鰥寡獨居者

➤ 個人經濟資源-無職業與個人月收入不足

• 罹癌種類與預後

- 國外：肺癌(81.7/100,000)、胃癌(71.7/100,000)、頭頸癌(53.1/100,000)。
- 國內：肺癌(30.9%)、頭頸癌(29.4%)、乳癌(11.0%)、血液腫瘤(10.9%)、胃腸道癌(10.4%)。

*對基本身體功能(說話、吞嚥、呼吸)的影響大
進展快&預後差，生活品質差。

- 離診斷後的危機時間

- 初診斷(復發)後的第一年是高自殺危險時間

- * 國外研究：有三分之一集中於診斷後的第一個月；40%集中於第一年。

- * 國內研究：將近60%初診斷後的第一個月(出院病人)。

- 2002-2004年1866位出院的癌症病人。

- 平均在出院後40天發生。

- 與一年內住院次數較少、無職業者為高危險因子。

- 不同於過去久病厭世的觀念

- 急性壓力 V. S. 慢性壓力

• 精神疾患

- 90%具有精神科診斷:情緒疾患(如憂鬱症、躁鬱症)、物質濫用、精神分裂症.
- 各治療階段癌症病人情緒障礙發生比例(附圖).
- 失志症候群(Demoralization)
- 譫妄(delirium)對於患者自殺風險的影響常被忽略.
 - 癌末病人有高達40-85%有譫妄症狀
 - 認知能力障礙，衝動性增加

日本癌症病人情緒障礙的比率

癌症種類	時期	憂鬱症	適應障礙	
頭頸部癌	治療前	4%	13%	<i>Kugaya et al., 2000</i>
早期肺癌	治療後	4%	5%	<i>Uchitomi et al., 2000</i>
惡化性肺癌	診斷1個月後	5%	14%	<i>Akechi et al., 2001</i>
乳癌	治療後	5%	18%	<i>Akechi et al., 2001</i>
乳癌復發	18個月內	7%	35%	<i>Okamura et al., 2000</i>
乳癌復發	3個月內	2%	20%	<i>Okamura et al., 2005</i>
停止抗癌治療		7%	16%	<i>Akechi 2004., et al</i>

- 澳洲 Kissane 等人 (2004)

	低失志 (%)	高失志 (%)
無憂鬱	47	14 (14%)
憂鬱	6	33 (33%)

total=100 people

- 國內洪曉琪等人(2010)

	低失志 (%)	高失志 (%)
無憂鬱	99	50 (23%)
憂鬱	16	49 (23%)

total=100 people

失志(Demoralization)

➤ 意指對於存在的痛苦(existential distress)及絕望的心理反應；自程度輕微的沮喪、意志消沉到深度絕望均屬之。

(Kissan & Clarke, 2002)。

➤ 失志量表的核心面向：無意義(loss of meaning)、情緒不安(Dysphoria)、沮喪感(Disheartment)、無助感(Helplessness)、失敗感(Sense of failure)。

➤ 失志相較於憂鬱症對於自殺風險性更高的預測性。

• 精神疾患

- 90%具有精神科診斷：情緒疾患（如憂鬱症、躁鬱症）、物質濫用、精神分裂症。
- 各治療階段癌症病人情緒障礙發生比例（附圖）。
- 失志症候群（Demoralization）
- 譫妄（delirium）對於患者自殺風險的影響常被忽略。
 - 癌末病人有高達40-85%有譫妄症狀
 - 認知能力障礙，衝動性增加
 - 命令式的幻覺，被外力控制，宗教執著

• 自殺方式

➤ 前三名:上吊窒息、固體或液體物質的中毒、從高處跳下。

TABLE 1

Methods and Sociodemographic Characteristics of Cancer Patients Who Committed Suicide in Taiwan from 2002 to 2004 (N = 1,065)

Variable	n (%)
Suicide method	
Poisoning by solid or liquid substances	307 (28.8)
Poisoning by gases in domestic use	2 (0.2)
Poisoning by other gases and vapors	87 (8.2)
Hanging, strangulation, and suffocation	408 (38.3)
Submersion (drowning)	52 (4.9)
Cutting and piercing instruments	31 (2.9)
Jumping from high place	150 (14.1)
Others and unspecified means	28 (2.6)

Table 1. Suicide method, place and days from discharge to suicide among cancer patients in Taiwan, 2002–2004^a

Variable	n (%)
Suicide method	
Poisoning by solid or liquid substances	94 (30.2)
Poisoning by other gases and vapors	19 (6.1)
Hanging, strangulation and suffocation	112 (36.0)
Submersion (drowning)	15 (4.8)
Cutting and piercing instruments	9 (2.9)
Jumping from high place	53 (17.0)
Others and unspecified means	9 (2.9)

SUICIDE: A MULTI-FACTORIAL EVENT



任何單一因素都不是自殺之充分條件，只有當他們和其他重要因素合併發生時才會發生

癌症病人保護因子(生存理由)

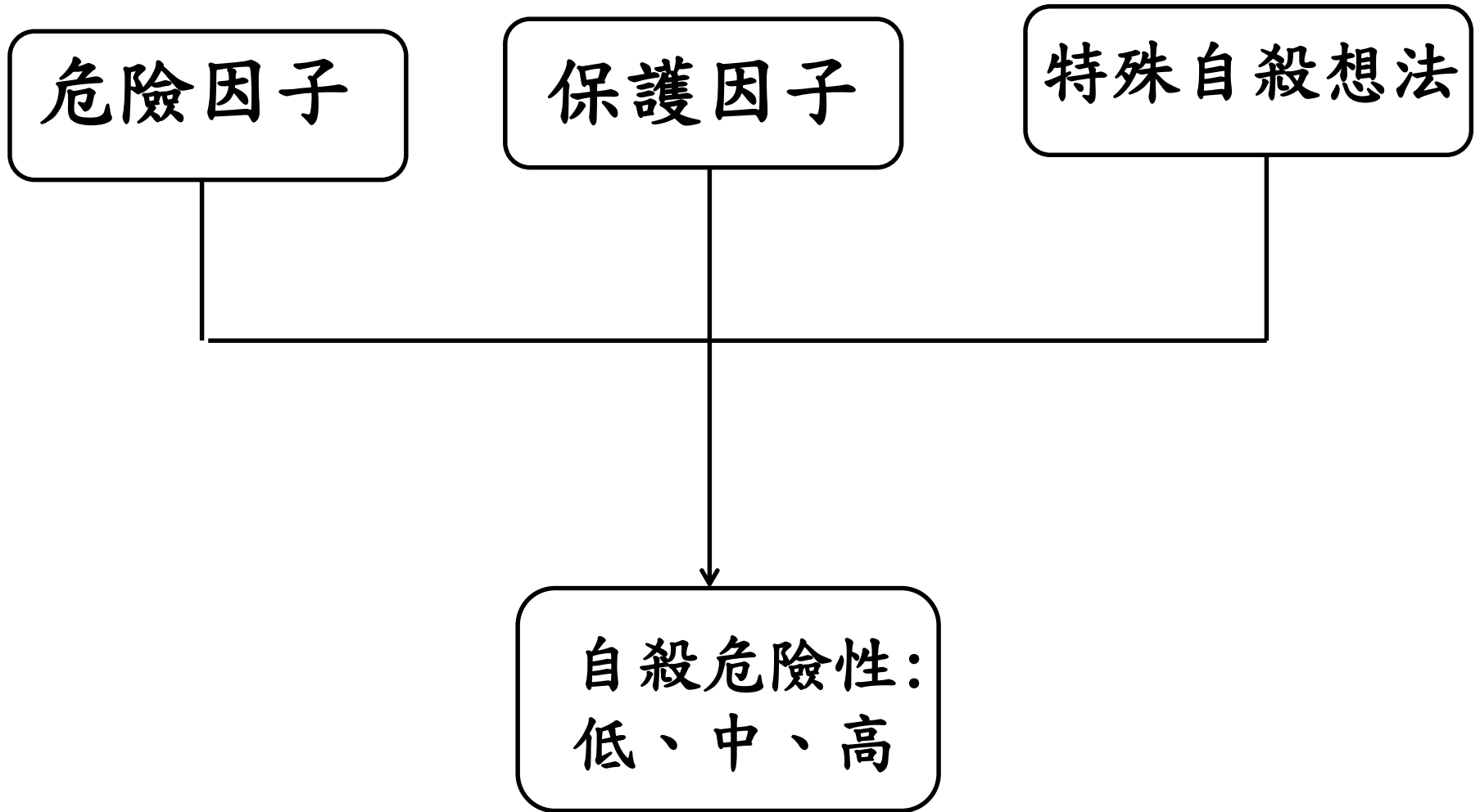
- Linehan (1983) 研究生存理由與自殺行為之間的關係，收集各種阻止個人採取自殺行為的理由，透過因素分析歸納出六個面向：

1. 生存及因應的信念
2. 對家庭的責任
3. 對小孩的牽掛
4. 對自殺的恐懼
5. 對社會眼光的在意
6. 對道德或宗教的禁忌

癌症病人保護因子(生存理由)

- 國內-質性研究的方式，訪談十六位癌症病人探討支持他們繼續生存的理由：
 1. 為了家庭的責任
 2. 宗教的使命
 3. 為了維繫親人的關係
 4. 為未完成的事
 5. 死亡的恐懼等

自殺危險性評估範疇



自殺危險性評估

- 危險(保護)因子評估
 - 基本資料、就醫疾病史
 - 生理、心理、社會評估
- 量表使用評估
 - SAD PERSONS
- 自殺意念評估

危險因子評估-生理

□ 生理層面

- 身體執行功能狀況
- 疼痛控制情形
- 精神疾病史(情緒疾患、失覺思調症、人格疾患等)
- 酒精或其他物質使用疾病
- 譫妄(delirium)(ex: 命令式的幻覺, 被外力控制, 宗教執著)
- 醫源性因素(ex: 類固醇、止吐藥Primperan)
- 睡眠困擾

危險因子評估-心理

□ 心理層面

- 有家族自殺史
- 近期的重大失落事件 ex: 喪偶
- 過去有自殺企圖
- 衝動或攻擊傾向
- 絕望感

- **25-50%**自殺者過去嘗試過自殺:曾自殺過的人因自殺身亡是一般人口的**64**倍。
- 不僅在自殺過後的一年內是再自殺的危險因子。其終生死亡率也比較高。

危險因子評估-社會

□ 社會與文化層面

- 缺乏社會支持或隔離孤單感
- 經濟壓力負擔因素
- 求助行為（看精神科或心理治療等）
的標籤化
- 媒體的影響、或曾經認識自殺死亡者

保護因子評估

- 有效、適當的臨床治療(精神、身體、酒癮、藥癮)
- 醫療連結(精神、身體)狀況、治療關係
- 支持系統與網絡
- 求助行為(專線電話、來急診、主動打給個管)
- 其他資源(慈善團體、補助)
- 控制感
- 宗教信仰價值觀
- 問題解決能力
- 過去成就

自殺意念評估

瞭解個案自殺意念強度

- 瞭解自殺意念出現的頻率、強度、時間以及相關的誘發情境。
- 對此想法出現時還有其他的感受或想法？
- 是否會嘗試壓制或中斷此想法的出現？
- 有這樣的想法出現是因為什麼？
(ex: 使別人能注意到我、想解決自己的問題、逃避自己的問題)
- 是否曾向旁人透漏過？尋求幫助？
- 過去曾嘗試執行過這樣的想法嗎？當時是什麼樣的情形？

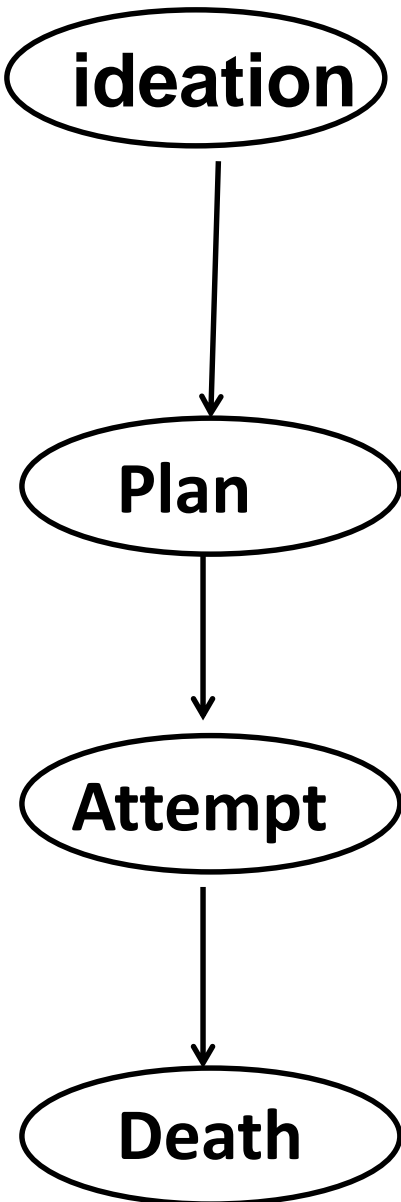
ideation

Plan

Attempt

Death

自殺意念評估



瞭解個案自殺計畫的安排

- 所想使用的自殺方式
- 對於此自殺方式致命性的相信程度
- 接觸自殺方法取得或機會的可近性程度
- 是否已考慮過情境或時間的安排?
- 是否已作了自殺事後的安排(遺書、後事交代)?
- 是否有刻意想向他人隱瞞?
- 是否還未了的心願?或牽掛的事?

自殺危險性評估-量表

● SAD PERSONS

適用於任何病患，無論有
無自殺行為發生(Hockberger
et al,1988)

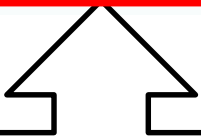
SAD PERSONS

- **Sex:** 男性自殺死亡是女性的三倍
- **Age:** < 19或 > 45歲
- **Depression/ MDP/ Bipolar**
- **Previous suicide attempt / Psychiatric care**
- **Excessive ethanol / drug use**
- **Rational thinking loss**
- **Separated / divorced / widowed**
- **Organized plan or serious attempt**
- **Stated future intent**

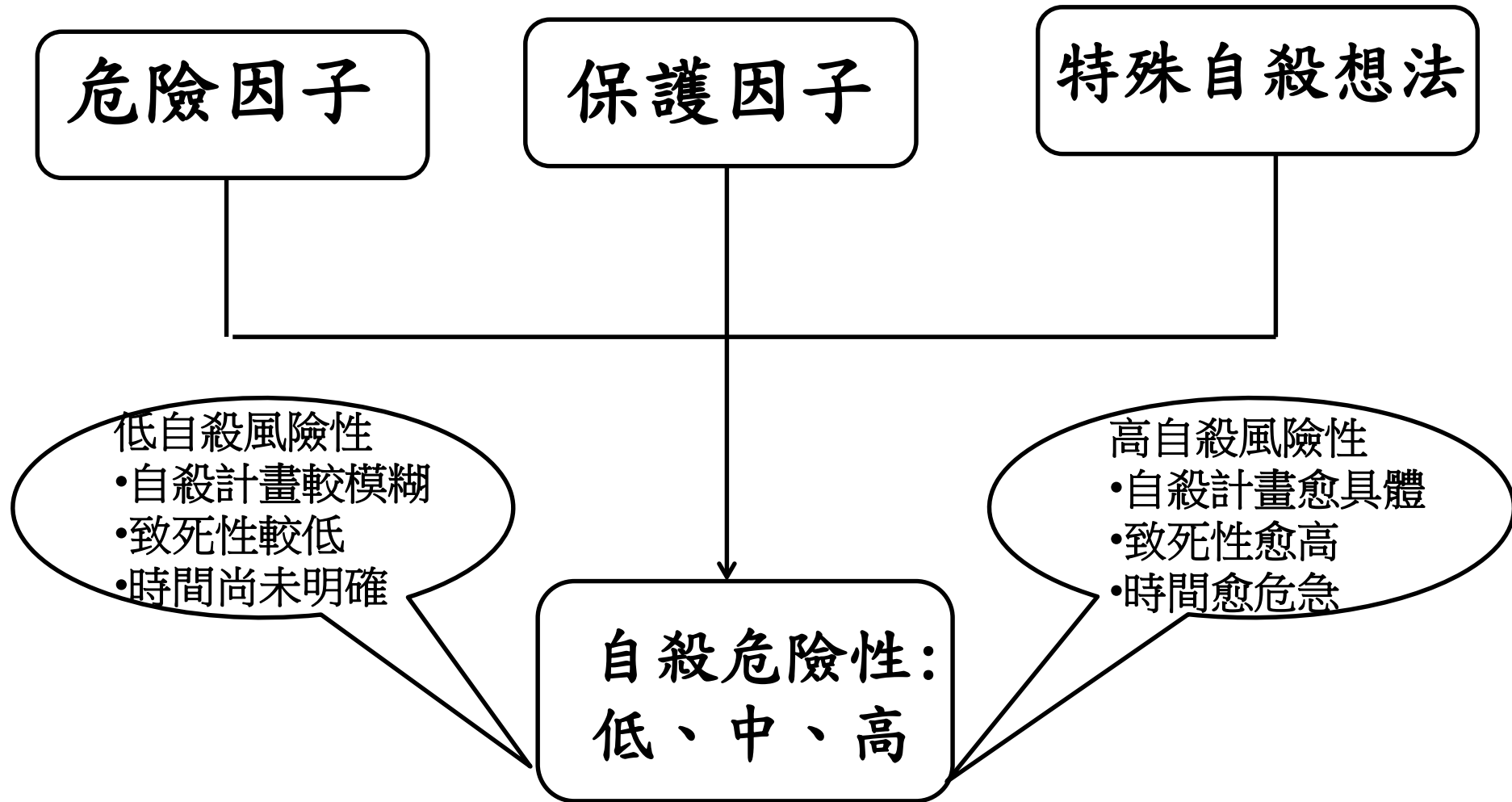
SAD PERSONS

總分：

1 男性	1 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
2 年齡 <19或 >45	1 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
3 憂鬱症或躁鬱症等情感疾病	2 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
4 曾自殺未遂或精神科門診住院	1 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
5 酒精 / 藥物濫用狀態或依賴	1 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
6 精神症狀干擾 (幻聽幻視、妄想)	2 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
7 單身 / 離婚 / 分居 / 喪偶	1 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
8 有具體的計畫或已有嚴重自殺行為	2 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
9 缺乏家人朋友工作宗教等社會支持	1 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否
10 未來仍想再傷害自己	2 <input type="checkbox"/> 是	0 <input type="checkbox"/> 否

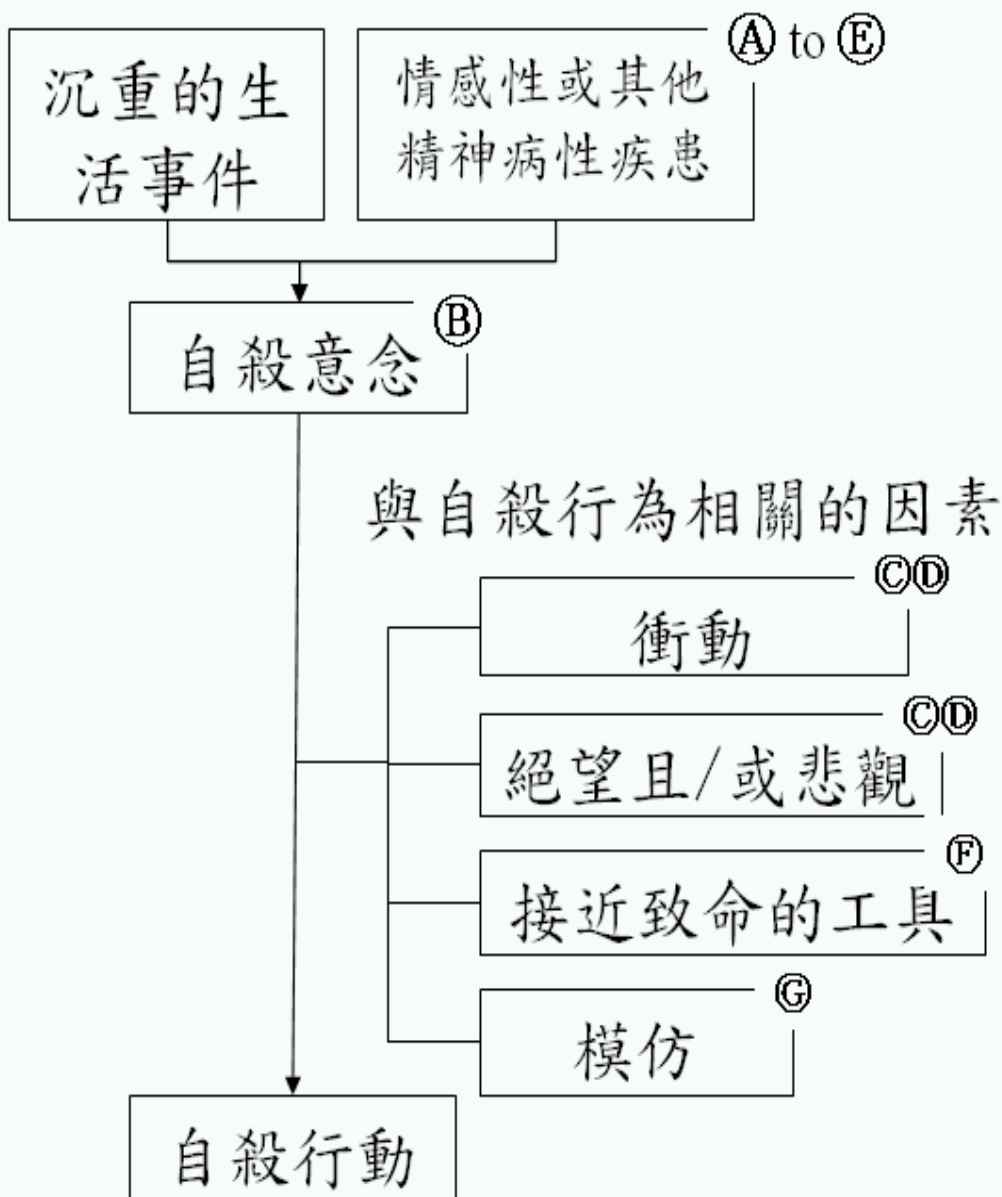
- 
- 0~5分 low risk, 可出院
 - 6~8分 moderate risk, 需會診PSY
 - 9~14分 High risk, 建議住院

自殺危險性評估範疇



自殺行為的發生過程與防治方法

(J. John Mann, et al. Suicide prevention strategies. JAMA. 2005; 294: 2064- 2075)



防治方法

(A) 教育及認知

基層醫師
一般民眾

社區或組織的守門人

(B) 高危險族群的篩檢治療

(C) 藥物治療
抗憂鬱藥物
抗精神病藥物

(D) 心理治療
酒癮患者治療
認知行為治療

(E) 對於企圖自殺者的後續關懷照護

(F) 限制使用致命工具

(G) 給予媒體自殺報導的指導方針

防治之重要概念

-增進保護因子、減少危險因子

- 安排結構性的住院環境。
- 限制自殺高危險方法的取得、家人陪伴。
- 強化求助行為(ex: 來門診、急診、心理衛生中心等)。
- 增進有效的治療(身體疾病、精神疾病、酒精與藥物濫用)。
- 藉由持續醫療與心理衛生照顧的醫病關係，來提供有效支持。
- 強化個案的問題解決技巧、情緒調解技巧、痛苦耐受技巧等。
- 加強家庭支持與社會支持的連結。
- 文化與宗教信仰的不鼓勵自殺的影響力，強調自我關照

臨床上的阻礙-病人認知

過去研究指出病人常猶豫是否向臨床工作人員透露個人情緒上的困擾. 探究可能的原因包括:

- 68%的癌症病對於心理困擾的透漏感到猶豫.
- 67%的癌症病人認為心理困擾透露是不必要的.
- 46%的癌症病人對於心理困擾透露有負面態度.
- 20%的癌症病人害怕心理困擾透露會有負面影響.

* 高情緒困擾病人與害怕情緒透漏的負面影響、認為沒有必要有顯著相關.

* 年紀大的病人易有負面態度

* 男性比女性更猶豫說出心理困擾

病人迷思

不願參與心理社會介入的原因，如：

- 認為接受心理社會介入是一種軟弱 (weakness)、自我無能 (inability) 的表現 (Söllner et al., 2004).
- 擔心污名化、精神疾病的標籤 (Dolbeault, Szporin, & Holland, 1999)。

總結

□ 增強保護因子，較少危險因子

- 打破迷思(病人、醫療人員)
- 增進醫療人員的敏感度與能力感
- 情緒壓力篩檢工具的實施
- 增進病人自我求助
- 提升癌症病人對於心理社會資源需要的使用