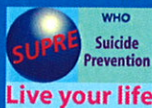


预防自杀

心理辅导员参考资源



World Health
Organization



预防自杀

心理辅导员参考资料



**World Health
Organization**

心理健康与药物滥用防止管理处

精神与大脑功能障碍管理中心

世界卫生组织

日内瓦

2006

本档是向特定社会和专业团体提供的系列资源之一，其内容主要涉及自杀预防措施。

本档作为 SUPRR 的一部分而编写，SUPRE 是世界卫生组织发起的一项全球范围预防自杀计划。

世界卫生组织书库图书在版编目

预防自杀：心理辅导员参考资料。

(预防自杀：系列资源：7)

“本档是向特定社会和专业团体（尤其是与预防自杀有关的团体）提供的系列资源之一。它作为世界卫生组织全球范围预防自杀计划（SUPRE）之一部分而编制。”-- T.p.

1. 自杀 - 预防与控制。2. 自杀企图 - 预防与控制。3. 心理辅导。I. 世界卫生组织。II. 系列：预防自杀：系列资源：7。

ISBN 92 4 159431 4

(LC/NLM 类别：HV6545)

ISBN 978 92 4 159431 8

世界卫生组织 2006年版权所有

版权所有。世界卫生组织的出版物可通过世界卫生组织出版中心获得。地址：20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland, 电话：+41 22 791 3264；传真：+41 22 791 4857；电子邮件：bookorders@who.int）。复制或翻译 WHO 出版物（无论用于销售或是非商业目的），均必须向 WHO 出版中心提出请求，联系地址同上。（传真：+41 22 791 4806；电子邮件：permissions@who.int）。

本出版物所引用的名称以及所展示的资料不代表世界卫生组织在有关任何国家、领土、城市或地区的法律地位或其当局的法律地位方面，或在其边界或界线的界定方面持有任何观点。地图上的虚线代表了该地区大致的边界线，可能未得到相关各方的完全认同。

本文中提及具体公司或某些制造商的产品，但这并不表示相对于未提及的同类公司或产品 WHO 对前者更偏向于认可或推荐。所有专利产品名称的首字母均以大写突出，错误及省略除外。

世界卫生组织已采取一切合理预防措施对本出版物中的内容进行核实。然而，对此出版物内容的传播 WHO 不承担任何责任，无论是明确表达的抑或暗示认可的。理解与使用该资料的后果与责任由读者自己承担。世界卫生组织对由使用该出版物所导致的一切后果不承担任何法律责任。

美国印制

目录

前言	v
自杀的心理负担	3
保护措施	3
风险因素及风险形势	4
特殊人群和自杀	7
对自杀行为的常见错误认识	9
对自杀行为的评估	11
对自杀行为的控制	14
对儿童和青少年自杀患者进行心理辅导	19
应对辅导对象自杀情况的心理辅导员	21
向社区提供有益信息	22
网站链接	25
REFERENCES	26

前言

自杀是一种复杂的现象，几个世纪以来吸引了大批哲学家、神学家、医生、社会学家和艺术家对此进行研究；法国哲学家阿尔贝·加缪在其著作《西绪弗斯神话》(*Myth of Sisyphus*)中把自杀称为“唯一严肃的哲学问题”。

作为一个有关公众健康的严肃问题，它急需得到我们的关注，然而，预防和控制自杀行为并非一项简单的任务。通过极其深入的研究结果表明，预防自杀尽管可行，但却涉及大量广泛的努力：从为我们下一代的成长提供可能的最佳环境，到对精神疾病的有效治疗，以及风险因素的环境控制等。相关知识的有效传播和提高防范意识是成功预防自杀行为的基本要素。

1999年世界卫生组织发起了SUPRE运动，这是一项全球范围预防自杀行为的计划。本手册即为SUPRE计划所准备的系列参考资源之一，旨在向从事预防自杀行为工作的特定社会和专业团体提供帮助。它代表了这一整条涉及众多个人和团体，包括健康专业人士、教育工作者、社会机构，政府部门，立法者、社会沟通机构、执法部门、家庭和社区在内的长而复杂的链条中间的一个环节。

我们在此特别感谢编写此书早期版本，位于美国格林斯博罗的美国咨询师认证管理委员会的临床培训协调员 Scott Hinkle 博士。本书内容随后经以下世界卫生组织预防自杀国际网络成员审阅，在此一并表示感谢：

新西兰 Christchurch 医学院的 Annette Beautrais 博士

法国巴黎世界精神病学协会自杀研究分会主席 Jean Pierre Soubrier 教授

印度陈奈 SNEHA 的 Lakshmi Vijayakumar 博士

瑞典斯德哥尔摩瑞典国家自杀研究与精神疾病预防中心以及卫生部的 Danuta Wasserman 教授

这些资源现已得到广泛传播，并希望能够尽快翻译和转化为本地资源，这样才能发挥其应有作用。欢迎对上述资源提出评论及申请准予翻译和本地化。

J. M. Bertolote 博士

精神与大脑功能障碍管理中心协调员

心理健康与药物滥用防止管理处
世界卫生组织

预防自杀行为

心理辅导员参考资料

全世界每年自杀身亡的人数甚至比暴力冲突中死亡的人数更多。心理辅导员的协助在全球预防自杀行为活动中的作用至关重要并且必不可少。

自杀是生物、遗传、心理、社会、文化以及环境等因素相互作用的结果。提高社区对自杀行为的警惕意识，及时报告及有效控制自杀行为的发生，是预防自杀的重要步骤。预防自杀工作所面临的¹最大难题是辨别那些身处险境且极端脆弱的人；了解影响他们产生自我毁灭行为的客观环境，并有效进行干预。因此，心理辅导员需要发动群众力量，预防及控制自杀行为。¹

专业心理辅导实践的概念是通过认知的、感性的、行为的或系统的干预策略来定义的，是对精神健康医学、心理学或人类发展原理的应用。专业心理辅导员运用这些策略，着眼于解决健康、个人成长、职业发展以及精神健康病理学方面的问题。心理辅导员接受过大学相关培训及教育，通常任职于中小学、大专院校、职业介绍机构、药物滥用监管机关、心理诊所以及医院。

与此同时，预防自杀涉及大量多方面的工作，包括正确培养子女，进行有效的家庭心理辅导、精神障碍治疗、环境控制以减少风险因素以及有效的社区教育。有效的社区教育是最重要和最基本的干预方式，包括了解造成自杀的原因及其预防和治疗。

心理辅导员可以帮助病人更好地理解药物滥用与精神疾病的关系，以及自杀想法与自杀行为之间的关系。心理辅导员还可以帮助制订恢复防范计划，建立社会支援体系，在需要将病人转往更专业的精神病院和戒酒、戒毒中心。

显然，应当建立一套明确的、实用的、可行的并且有益的指导方针来应对自杀危机，尤其是在发展中国家²。令人遗憾的是，在精神健康培训计划中很少有自杀管理方面的综合培训。

辅导对象的自杀在心理辅导行业被视为一种“职业风险”。据估计，大约 25% 的心理辅导员曾有过辅导对象自杀的经历。⁴辅导对象的自杀会对正在实习以及正在受训的心理辅导员产生潜在的负面影响。有过此类经历的心理辅导员报告说他们感觉很伤自尊，有侵扰性想法，恶梦多，并对其辅导对象的死，感觉即愤怒又内疚。

编写本手册的目的是为从事自杀风险控制及预防工作的心理辅导员提供教育信息指导。

自杀者的心理负担

据估计，2000 年约有一百万人自杀，使自杀成为全球许多国家的十大死亡原因之一。还有 10 倍到 20 倍数量的人企图自杀。然而，实际数字可能更高。尽管自杀率在人口统计学分类中的统计结果可能各不相同，但在过去 50 年当中，这项数据总体上升了约 60%。减少自杀造成的生命损失已经成为国际精神健康事业的一个重要目标。心理辅导员将在预防自杀工作方面扮演一个重要角色。

保护措施

保护措施^{5,6}可减少自杀风险；被认为是防止自杀的隔离体，包括：

- 来自家庭、朋友和其他有重要关系的人士的支持；
- 宗教、文化和种族信仰；
- 参与社区活动；
- 满意的社交生活；
- 与社会相融合，即通过参加工作以及建设性地利用业余时间的方式；
- 提供精神健康方面的关怀与服务。

尽管这些保护措施不能完全排除自杀风险，但它们却能减轻生活当中的巨大压力。

风险因素及风险形势

自杀行为在特定环境，如文化、遗传、心理以及环境因素影响下会更加普遍。一般的风险因素包括：

- 低下的社会经济地位和教育水平；失业；
- 社会压力；
- 与家庭生活、社会关系以及保障系统有关的问题；
- 创伤，例如躯体虐待以及性虐待；
- 个人损失；
- 精神疾病，例如抑郁症、个性障碍、精神分裂以及酗酒和吸毒。
- 感觉自身毫无价值或绝望；
- 性取向问题（例如同性恋）；
- 古怪行为（例如认知方式及性格性情）；
- 判断能力受损，缺乏自制力和出现自我毁灭行为；
- 应对技巧差；
- 身体疾病及慢性病痛；
- 亲眼目睹过他人自杀；
- 具有进行自残的手段；

- 毁灭性及暴力事件（例如战争或灾难）。

据估计，以自杀方式结束自己生命的人中，约 90% 都患有精神障碍，而 60% 的人自杀时都处于抑郁状态。事实上，所有类型的情绪问题都与自杀行为有明显联系。心理辅导员应对精神压抑及其症状（例如悲伤、萎靡、焦虑、易怒、寝食不安等）保持警惕，意识到这是潜在的自杀风险。

自杀风险增大还和精神分裂、酗酒吸毒成疾、个性障碍、焦虑症状[包括“创伤后应对压力障碍”(PTSD)]以及多种病症共存现象⁶有关。有精神分裂症状的患者中约 10-15% 最终自杀，这是一直以来精神失常病人最常见的死因。对精神疾病个人顿悟的加强、治疗时间不足以及严重的抑郁症状均与精神失常患者中不断增高的自杀风险有关。在面临重大人生挑战和压力时，酒精的作用可导致狭隘的现实观以及潜在的自残意识。酗酒，尤其是在压抑和个性障碍的情况下，也可增加自杀的风险。

约 90% 的儿童和青少年自杀死亡情况中，经查明根本原因是某种形式的精神障碍⁷，最常见的诊断结果是精神失常、焦虑症、酗酒吸毒以及破坏性行为障碍。

自杀患者与同辈中的非自杀患者相比通常有着更重的环境负担，包括受虐待史、家庭问题、文化理念、人际关系处理困难以及面临无法抵御的或慢性的压力。再加上压抑的心情，这些负担增加

了自杀的可能性。实际上，由于沉重的生活负担所造成的绝望比单纯的压抑更能预示自杀风险。

先前的自杀企图更增加了自杀风险。此外，较明显的风险因素包括：持续不断的自残想法、拟定自杀计划及为自杀作准备。因此，风险最大的时候就是一个人具备了自杀的必要手段、机会以及具体的实施计划而没有制止方法的时候。

辨别与自杀行为有关的风险因素对心理辅导员作出诊断决定至关重要。了解这些风险因素能够帮助心理辅导员辨别出处境最危险的人，从而有效指导预防并进行干预。因此，心理辅导员的风险评估培训对于减少自杀是极其重要的。

尽管目前在自杀意图的显露方式上没有“全球模式”，但自杀行为的警报信号通常包括：对个人福利不再关心；社会交往方式转变；工作效率或学业成绩下降；睡觉和饮食习惯改变；企图对个人事情安排顺序或与他人一起作出修改；对他人的感觉表现出非正常的关注；对死亡和暴力的主题神不守舍；一段时间的压抑之后心情突然好转；以及突发的或肆无忌惮的秽乱行为。

特殊人群和自杀

儿童和青少年

心理辅导员在预防儿童和青少年自杀行为方面可起到重要作用。当儿童或青少年有自杀倾向时，年轻人通常会在解决问题、处理压力和表达情感等方面暴露出困难。在某些情况下，自我毁灭的行为背后可能隐藏着负面的同伴压力。

儿童与青少年的自杀行为通常涉及比较复杂的动机，包括压抑的心情、情绪、行为以及社会问题，以及酗酒吸毒。青年中间导致自杀的其它因素包括失去亲密异性伴侣、无法应付学业挑战、其它生活上的紧张刺激，以及在缺乏解决问题的技巧、自卑以及性取向认同等方面的困扰。

自杀儿童通常经历过破碎或冲突不断的家庭生活，其中包括如父母离婚等家庭变故，这就可能给他们造成无助和失控的感觉。在少年当中，家族精神病史、家庭严重破碎、被遗弃以及童年时无人照管和被虐待也加大了自杀风险。青年最终自杀在以下情况中发生率更高：家庭精神病困扰、缺乏家庭抚养、曾有过的自杀念头或行为、纪律或法律问题，以及家里有装有弹药的火器等。自杀念头及试图自杀现象在受同辈或成年人虐待的儿童和青少年当中更为普遍。

少年自杀的另外一个风险因素是公众人物或身边所熟知的人自杀。尤其是年轻人当中还存在着集体自杀的现象。公开的试图自杀行为或最终的自杀行为可导致与自杀患者生活习惯或性格特征相似的同类人群或团体发生自我伤害的行为。有证据证明，需对儿童或青少年的自杀企图采取预防措施，尤其是在学校。

在 16 岁或以上年纪的青少年当中，在精神压抑时期酗酒和吸毒明显增加了自杀的风险。情绪不稳、焦虑症状、出走行为以及无助感也增加了企图自杀的风险。青少年企图自杀的原因通常与羞辱丢脸的生活经历有关，例如学习或工作中受挫，或与异性朋友的人际关系矛盾。自杀事件中，确诊为个性障碍的人数是未确诊为个性障碍的人数的 10 倍⁸，而有自杀行为的青少年中 80% 可能曾确诊为品行障碍、创伤后应对压力障碍或具有暴力及好斗症状。

老人

与晚年自杀行为有关的主要因素普遍认为是压抑。老年人当中，常见问题是以错用药物作为自杀手段。然而，治疗抑郁症状所取得的效果在很大程度上抵消了抗抑郁药物的负作用。

如果心理辅导员及早注意到老年人自杀的一些征兆，则可以减少老年人的自杀。据了解，在自杀的老年人当中，约 70% 都曾在自杀前和家人或其他人透露过他们的自杀念头。因此，间接访谈一

一直都是非常重要的手段，可以通过向老人的家人和朋友了解情况来预防老年人的自杀。

对自杀行为的常见错误认识

有许多跟自杀行为有关的传言。比较常见的有：

错误认识 1：谈论自杀的人不会伤害自己，他们只是想引起别人的注意。这是**错误**的。心理辅导员在遇到某人谈论自杀的念头、企图或计划时，应当采取一切必要的防范措施。所有可能构成自残的威胁均要认真对待。

错误认识 2：自杀往往是一时冲动，没有任何征兆。**错误**。自杀看上去可能是一时冲动的结果，但也可能是经过一段时间的酝酿。许多自杀者会通过口头或行为来传递他们意图伤害自己的信息。

错误认识 3：自杀患者确实想死或是一心求死。**错**。大多数想自杀的人都会至少跟一个人交流他们的自杀想法，或者拨打紧急电话或医生的电话，这正是他们犹豫不决的证据，而非一定要死。

错误认识 4：当一个人显示改善迹象或自杀未遂，他就脱离危险了。**错**。事实上，最危险的时刻之一正是在危机刚刚过去的那一刻，或自杀未遂后住院治疗的这段时间。出院后的一周是人最脆弱

的时期，他仍处于自我伤害的危险中。因为过去行为是未来行为的征兆，所以自杀患者通常仍处于危险边缘。

错误认识 5：自杀往往是遗传的。**错**。并非每起自杀事件都和遗传有关，这种研究结论很不全面。然而，家族中有人自杀的历史则是自杀行为很重要的一个风险因素，尤其是在患抑郁症普遍的家庭里。

错误认识 6：自杀患者或有自杀企图的人都是精神疾病患者。**错**。自杀行为与抑郁症、酗酒吸毒、精神分裂及其他精神疾病有关，同时还与破坏性或好斗性行为有关。但是我们不应高估这方面的联系。这些症状的相对比例在各地区各不相同，有些自杀事件中精神异常现象并不明显。

错误认识 7：如果心理辅导员与患者谈论自杀问题，则是在给患者进行这样的提示。**错**。心理辅导员不会仅仅通过询问病人是否在考虑自我伤害行为而促成他们自杀。事实上，确定患者的情感状态和走出因压力引起的窘境，是打消自杀念头的必要步骤。

错误认识 8：自杀只会发生在“另外一类人”身上，不会发生在我们身上。**错**。自杀会发生在任何人群、任何社会制度和任何家庭中。

错误认识 9：一旦一个人尝试过自杀后，他绝不会再尝试第二次。

错。事实上，*自杀企图*正是自杀的重要征兆。

错误认识 10：儿童不会自杀，因为他们不懂得人终有一死，而且从认知角度来看，他们也无法执行自杀行为。**错**。尽管很少见，但的确有儿童自杀的情况，因此应该认真对待在任何年纪的任何肢体语言所表达的信息。

受这些对自杀的误解的影响，一些心理辅导员可能会感到焦虑或在应对企图自杀患者方面准备不足，因此必须开发有效的心理辅导技能以应对这一类人群。与化解自杀危机相关的信息、培训和经历能够增强心理辅导员的工作能力。培训应包括：增强冷静面对病人暴躁情绪的能力，减少心理辅导员的防御和被动意识，克服心中滞留的悲伤情结。此外，认识风险因素并理解存在风险的场合也是心理辅导员一项很重要的工作。

对自杀行为的评估

对自杀行为的综合评估是有效进行心理辅导干预和预防工作的基础。自杀评估的主要目的是为预防和辅导工作积累相关信息。评估还能够指导临床诊断、辅导性干预、预防和事后干预。所有自杀评估均应包括：

- 检查相关风险因素；
- 任何自杀行为史；
- 无法改变的生物、心理、精神、环境或医疗状况；
- 目前自杀症状的程度，包括绝望的程度；
- 突如其来的压力；
- 冲动程度和个人自制力；
- 其它安抚忧伤的信息；
- 保护因素。

自杀评估要求评估行为和风险因素，强调对精神疾病的诊断，以及确定死亡风险。一旦完成评估，必须根据严重程度为总体自杀风险定级。下面使用 5 分制评级方式，对自杀风险从“不存在”到“极高”进行评级，该评级可在辅导过程中作为一般指导：

1. 不存在：本质上无自我伤害的风险。

2. 轻微：自杀想法有限，无自我伤害的成熟计划或准备，几乎不存在已知的风险因素。自杀企图不明显，但是存在自杀想法；无具体计划且从未尝试过自杀。

3. 中等：有明显的成熟计划和准备工作，以及明显的自杀想法，以往可能有过自杀史，至少存在两项其它的风险因素。或者，目前存在一项以上的自杀风险因素，亦存在自杀想法和意图，但不存在明确计划；如有可能，应鼓励患者改善其情感和心理状态。

4. 严重：已具有明确且成熟的自我伤害计划和准备，或曾多次尝试自杀，存在两项或更多项的风险因素。已表述出自杀想法和意图，具备成熟的计划及实施方式。患者表现出认识上的偏执和对未来的绝望，拒绝任何社会援助；曾有过自杀尝试。

5. 极高：多次尝试自杀，存在多项明显的风险因素。必须密切关注并及时采取行动。

最后，心理辅导员的职责是作出判断并确定自杀致命性的具体程度，以帮助辨别此人实施致命性自我伤害的可能性。通常宁可误判为“假阳性”也不能误判为“假阴性”。评估数据也有助于比较在病人接受心理辅导前后，干预和预防作用的力度。

自杀风险评估包括心理咨询、经正式评估程序所得出的数据，以及从第三方收集的有价值的相关资料。活着和延续生命的原因是进行自杀评估时重要的辨识因素，应贯通到筛选和治疗规划当中。最后，自杀评估必需是多方位的，应考虑到正常的人性发展和性别差异、家族史、酗酒吸毒、孤独程度、精神病诊断，无助 / 绝望程度及人口统计模式。³

通常，对青少年和儿童的评估必须至少包括：

- 心理门诊咨询；

- 行为观察；
- 来自父母、老师、亲戚和朋友的间接信息；
- 对风险及形势因素的评估；
- 对其想法、计划以及活着的目的和原因等项目的评估；
- 是否能得到家庭和同龄人的支持，及支持的程度；

对自杀行为的控制

遗憾的是，还没有一套获得一致认同的、能成熟应对自杀或潜在自杀患者的程序。但是，心理辅导服务必须针对自杀患者的实际需要。自杀患者的辨别、评估和治疗需要考虑许多重要的变数。从信息到心理辅导到治疗，自杀患者有一系列需要，从信息到心理咨询到治疗。通常要结合短期的帮助性心理辅导与针对抑郁症和其他行为的药物治疗。

如果某人产生自杀的想法（念头），必须立即采取措施加以控制。这包括评估（如犹豫不决、冲动和偏执的程度以及自我伤害的手段）、寻求援助、与有自杀想法的人订立各种契约以对其监督，鼓励家人参与，以及心理辅导。对自杀患者的拯救还包括药物或住院治疗。

不应该将自杀危机管理视作一项孤立的事件。通常还需要其他卫生机构的参与，某些情况下甚至应当向主管当局汇报。个案负

担较重的心理辅导员尤其要清楚自己是否具备足够的能力以正确应对自杀危机。此外，了解第三方所涉及到的相关伦理准则和地方法规也很重要。

预防自杀过程中，心理辅导员与保健专业人员的合作也极其关键。心理辅导员、心理学家、社会工作者、精神科护士、精神科医生及医师必需齐心协力提供有关自杀性质的社区知识，并在服务中心、精神健康和药物治疗计划之间建立起桥梁关系。

在自杀危机中，心理辅导员的重点是⁹：

- 冷静并能提供援助；
- 客观；
- 鼓励自我表白；
- 承认自杀是一种选择，但不要把这种选择“正常化”；
- 积极听取并正面强调自我关爱；
- 将心理辅导的重点放在此时此地；
- 在危机化解之前应避免深入心理咨询辅导；
- 请求其他人协助评估自我伤害的可能性。
- 询问有关致命性伤害的问题；
- 消除致命性伤害工具；
- 作出有效的危机管理决策。

具体说明一下最后一点，在自杀危机中作出有效决策,是针对各种类型的个人、风险因素和潜在伤害程度预先拟订防御计划所起的作用。服务特殊人群或特殊环境的心理辅导员可以针对各自的辅导对象群体、形势或环境来拟订自己的自杀控制计划。例如，处理一起门诊儿童患者自杀危机的心理辅导员应有一份明确的控制计划，它很可能与居家或住院治疗的成人自杀干预措施不同（后者可立刻呼叫紧急护理护士或医师）。定义明确的自杀防御计划不仅要提供高质量的护理，还要包括转诊介绍资源，并确保在护理体系中未遗漏任何人。

尽管还没有足够的证据来证明合约的效用，但许多心理辅导员都倾向于与潜在自杀患者建立合约关系，因为合约可能包含某些潜在利益。不过，如果发生企图自杀事件，心理辅导员、健康专家、家人以及受害者之间的所有沟通渠道都应当通畅有效。锻炼对自杀事件的反应能力可以增强所有心理辅导员应对自杀危机的信心。

心理辅导员和潜在自杀患者之间建立良好关系也很重要，这包括对辅导员一定程度上的信任和信赖。潜在自杀患者必须能够敞开心怀地与心理辅导员交流，且信任心理辅导员乐意来处理危机。最基本的一点是，心理辅导员在设法化解危机的同时必须确保自杀患者的安全。

在自杀行为控制过程中，心理辅导员必须敢于询问患者是否有自残或自杀的意图。例如，心理辅导员可以问：

- “你是否一直想着要伤害自己？”
- “你打算结束你的生命吗？”
- “你是否一直企图要自杀？”
- “你是否想过或者正在考虑要伤害自己？”
- “你是否一直感觉如此难受以至于想伤害自己？”
- “你是否计划过结束自己的生命？”
- “你是否有具体的实施计划？”

当然，询问这些问题的方式必须适合特殊的个人，并符合特定的社会文化环境。

通常需要对具有**轻微**自杀风险者进行重新评估和长期观察，同时牢记轻微风险也可能升级至中级甚至更高风险。对具有**中级**自杀风险者需要反复评估其是否需要住院治疗、及时加入援助系统、二十四小时紧急救治、医疗评估，以及是否需要按需提供愈后心理辅导联络方式。如果自杀风险上升至**严重或极高**，通常必须采取限制性干预措施及强制性住院治疗。

通常在最为宽松且安全、有效的环境中进行治疗效果最佳。确保治疗的可持续性并参考国际疾病分类 (ICD) 或美国精神病学协会诊断和统计手册 (DSM) 当中所列精神疾病的有关资料，可协助制订治疗规划及评估精神治疗的潜在需要。

在自杀行为控制过程中，心理辅导员必须牢记切勿表达个人在道德、宗教或哲学方面的观点，因为这样可能导致沟通不畅并疏远了企图自杀患者。无论来自个人还是社区的可能有帮助的资源，都需要和患者一起加以利用。这可以包括家庭、朋友、神职人员、信仰治疗师及其他方面的支援。还应切记不要承诺为患者的自杀意图保密。

反复尝试自杀的风险在首次尝试以后的一年内为最高。因此，心理辅导员需要参与频繁的跟踪和愈后治疗，包括案例管理、持续的电话联络和支援，以及在必要时登门拜访。因此，心理辅导员需要确定接触病人的频率、可以提供愈后治疗的心理辅导员，以及需要持续的时间。过早终止心理辅导以及对治疗响应不足均有可能导致最终自杀的悲剧。

心理辅导需要因人而异，通常包括认知行为疗法、辨证行为疗法、精神动力疗法以及家庭心理辅导。对自杀患者进行治疗过程中的要点包括缓释紧张心情，正视自残行为，同时鼓励自强自立。承认并战胜无助、无望和绝望的感觉，以及激发自我意识和培养积极向上的个性在对自杀患者的心理辅导过程中也很重要。

辨别自杀患者试图传递的信息及 / 或了解自杀患者企图通过自杀来解决的问题也是一项常见的有效干预手段。向自杀患者提供发泄机会也能够帮助舒缓危机。不过，心理辅导员应该注意不能只

依靠口头交流，因为绝口不提或者否认自杀念头会掩盖真实的自杀意图。客观地支持、积极听取以及询问相关的和探究性的问题能够帮助辨别自杀患者所尝试的交流方式。

对儿童和青少年自杀患者进行心理辅导

心理辅导适用于所有的有自杀行为的儿童和青少年，并应专注于认知行为治疗，重点在于应对技巧方面。有效的心理辅导目标可能包括：更深刻地认识自我、辨别情感冲突、增强自尊心、改变适应不良的行为、学习有效解决冲突的技巧，以及更有效地与同龄人交流互动。

学生在形成自杀念头的初期通常会求助于朋友。训练学生辨别有此类行为风险的同学，有助于他们得到所需要的帮助。经发现，同龄人心理辅导计划增强了学生们对自杀风险因素、如何拨打热线或联系危机控制中心以及如何将朋友推荐给心理辅导员等方面的了解。应为学生建立一个论坛，使他们可以在此接受有关信息、咨询问题并学习如何帮助自己和他人应对自杀冲动。令人遗憾的是，只有 25% 的学生会告诉成年人他们的朋友有自杀意图。但是，心理辅导员认真备好的课堂辅导可有效提高这个比率。

敦促家长参与并与其他医疗机构和学校开展合作也是有效的预防步骤。若学校开展自杀预防行动，学生家长应与学校共同努

力，积极教育、辨别并帮助有自杀倾向的年轻人。老师花在儿童和青少年身上的时间较多，所以通常也是获得学生精神健康问题相关信息的良好来源。此外，如果训练得当，学校工作人员也能够辨别学生当中存在的自杀风险因素。当自杀行为发生在学校时，切记及时联系家长，确保学生在返校之前获得了充分的评估和支持，能以积极的态度回到学校。

通常，面对过其他同学的自杀行为的学生需要讨论事情经过并尝试理解所发生的事情。善后支援小组在学校开展心理辅导能够有效帮助学生正确看待失去了因自杀而身亡的同学或朋友这一事件。这个过程能够帮助他们接受现实，调整自己适应失去该学生的学校环境，并建立继续生活的积极态度。当孩子们有失落感、受伤害、愤怒和挫折感时，我们应关注他们是否可能产生自杀念头和意图。这种心理辅导干预应包括跟踪或愈后治疗，因为有些小孩在朋友或同学自杀以后的一段时间内可能会面临各种困难。

青少年自杀行为控制在存在酗酒吸毒、个性障碍、冲动¹⁰和压抑的同辈关系等因素时显得更加重要。在更为严重的情况下，必须二十四小时监视企图自杀的青少年。如果家庭无法提供这一级别的监护，且青少年已不服管制，则该青少年需要住院治疗以确保得到足够的关怀和照顾。不幸的是，住院治疗也不是万能；执意要伤害自己的青少年仍将继续寻找途径来达致这一破坏性目标。出院以后，儿童和青少年还需得到后期看护和治疗，这需要经过充分培训的医疗专业人员包括心理辅导员来完成。此时的心理辅导应该着重

于减少对死亡、排斥、疏远、迷失和各种惩罚的恐怖幻想，以及稳定病情并考虑进行精神病药理学评估。^{1,11}

就预防自杀而言，第一、第二和第三级别的干预极其关键。第一级别包含尚未流露出自杀困扰迹象或困扰较少的人群。预防措施应该着重于保持和增强在人际交往与社会环境中的角色功能，以及显著降低情感、生理和经济风险情况。

学校里开展的教育计划能够帮助老师学习辨别有自杀倾向的学生，并训练学生认识到如何帮助有困惑的同伴。致力于积极的精神健康的社区活动对预防自杀也是很有帮助的。尽管有时效果显得参差不齐，但自杀危机应对中心和有关热线是许多社区预防自杀的主要求助途径。

应对辅导对象自杀情况的心理辅导员

自杀行为是心理辅导员所面临的最常见的精神健康危机之一。据报道，与同事和主管谈话、逐渐接受“自杀也可能是心理辅导的最终结果”这一观点、进行“心理剖析”以及参加葬礼都是心理辅导员处理辅导对象自杀情况时的重要策略。心理辅导员也需要注意他们自己在对待死亡和自杀时所面临的困难，并且不要让这些困难阻碍自己对自杀患者的关怀程度。

死亡忧虑对心理辅导员应对自杀患者的工作能力有很重要的影响。心理辅导员对待自杀的态度和价值观与他们处理自杀患者的工作效果之间是相辅相成的。如果发生自杀，有关心理辅导员需要了解导致自杀的事件、辨别寻死的因素、评估精神疾病治疗小组的反馈以及制定计划以改善日后预防措施。经历了整个自杀过程的心理辅导员可能会出现愤怒、愤恨、内疚、悲伤和受创后的症状。同僚的支持和这方面的心理辅导在这一刻也是很有益的。

向社区提供有益信息

心理辅导员可开展社区教育并提高在此方面的意识，以帮助减少自杀的发生。例如，心理辅导员可以宣传与自杀行为有关的警告标识。进行预防自杀方面的教育可帮助人们注意到自杀警告标识，消除对自杀的错误认识，并使那些有自杀倾向并且需要重新进行选择的人看到希望。社区组织、基层医疗工作者和心理辅导员能帮助传播与预防自杀相关的各种信息，例如可能导致自杀的特殊情况（例如失业和家庭破裂）以及各种自杀的风险因素（例如抑郁症、精神失常、对酗酒和吸毒的依赖、家庭史等）。

此外，心理辅导员在学校开展工作，向老师和家长传授有关辨别学生自杀风险因素的知识也很重要。学校心理辅导员必须训练学生察觉自杀行为并学会如何获得帮助。例如，参加自杀预防计划的学生需要接受信息和培训，包括表示理解他人的处境，认真并主

动听取有关情况，以及如何对需要帮助的伙伴伸出援助之手。此外，有益的信息可帮助学生们战胜因广泛宣传的自杀或企图自杀事件所带来的精神风暴，对预防模仿性自杀行为也非常有效。美国疾病预防控制中心提出了一些建议，已被广泛应用于减少集体自杀行为的行动中¹²。

心理辅导员在发生自杀事件时还要具备应对媒体的计划，这一点很重要。该计划应包括：请求媒体不要弘扬、歌颂死亡或使之戏剧化，以避免自杀情绪蔓延开来。要获得有关信息，心理辅导员可以参考“*预防自杀：媒体专业工作者的参考资源*”¹³。

幸存者的自助团体也是一种建设性的且真正有效的治疗方法，可用于进行自我帮助。这种自助团体由那些被人们遗忘的人组成，能够在悲伤过程、有关自杀的资料以及在帮助幸存者方面作为心理辅导员所扮演的各种角色等方面提供有益的信息。

心理辅导员加入幸存者团体对笼罩在亲友自杀阴影下的朋友和家人而言是巨大的安慰。幸存者通常会在内疚、愤怒和悲伤等情感之间摇摆不定。在这种情况下，心理辅导员能够提供机会使幸存者调整他们的情绪。许多家庭报告他们在发现亲人企图自杀以后迫切需要心理辅导。这种心理辅导可帮助家庭应对亲人企图自杀的压力，并能够明确他们在看护企图自杀患者时的作用，以及面对将失去一位自杀身亡的朋友或家庭成员的时候所起的作用。

在相关情况下，心理辅导员也能够帮助家人和朋友更好地理解精神疾病在自杀行为中所起的作用，并帮助减少自杀情绪感染或自杀模仿行为的风险。后期干预治疗小组的心理辅导包括舒缓与自杀有关的压力和悲伤，并促进遭受丧亲之痛的人尽快康复。

心理辅导员能够帮助人们正确面对自杀行为，以积极的态度继续生活下去，并找到一种方法，通过建立幸存者小组来解决他们的迷失困惑。有关建立该小组的具体信息，心理辅导员请参阅：“*预防自杀：如何建立幸存者小组*”¹⁴。

网站链接

可从以下网址获得在线帮助 (最近一次登录于 2006 年四月) :

The International Association for Suicide Prevention

<http://www.med.uio.no/iasp/>

The Australian Network for Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health <http://auseinet.flinders.edu.au/>

The International Academy for Suicide Research <http://www.uni-wuerzburg.de/IASR/>

The American Association of Suicidology

<http://www.suicidology.org/>

The American Foundation for Suicide Prevention

<http://www.afsp.org>

The Suicide and Mental Health Association International

<http://www.suicideandmentalhealthassociationinternational.org/>

Befrienders International <http://www.befrienders.org/>

Samaritans <http://www.samaritans.org.uk/>

International Federation of Telephone Emergency Services

<http://www.ifotes.org/>

LifeLine International <http://www.lifeline.web.za/>

The Suicide Prevention Action Network <http://www.spanusa.org>

<http://www.infosuicide.org> (in French)

REFERENCES

1. Popenhagen MP, Qualley RM. Adolescent suicide. Detection, intervention, and prevention. *Professional school counseling*, 1998, 1: 30-35.
2. Patel V, Thara R. *Meeting the mental health needs of developing countries: NGO innovations in India*. New Delhi: Sage, 2003.
3. Westefeld JS, Range LM, Rogers JR, Maples MR, Bromley JL, Alcorn J. Suicide: An overview. *The counseling psychologist*, 2000, 28: 445-510.
4. Rogers, JR. Suicide risk assessment. In: ER Welfel & RE Ingersoll (eds.). *The mental health desk reference*. New York: Wiley, 2001, 259-264.
5. Collins BG, Collins TM. *Crisis and trauma: Developmental-ecological intervention*. Boston: Houghton Mifflin, 2005.
6. Sanchez HGT. Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32: 351-358.
7. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60 (Suppl. 2): 70-74.
8. Blumenthal S. Youth suicide: Risk factors, assessment, and treatment of adolescent and young adult suicide patients. *Psychiatric Clinics of North America*, 1990, 12: 511-556.
9. Capuzzi D, Gross D. "I don't want to live:" The adolescent at risk for suicidal behaviour. In D. Capuzzi & D. Gross (eds.).

Youth at risk: A prevention resource for counsellors, teachers and parents. Alexandria, VA: American Counseling Association, 2000, 3rd edition, 319-352.

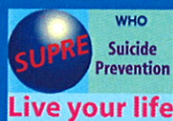
10. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk of suicide. *Journal of Adolescence*, 1998, 21: 359-370.

11. Pfeffer CR. Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 1990, 20: 143-150.

12. Centers for Disease Control. CDC Recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. *Morbidity and mortality weekly report*, 1994, 37 (Suppl. 6):1-12.

13. World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals.* Geneva: World Health Organization, 2000.

14. World Health Organization. *Preventing suicide: how to start a survivors' group.* Geneva: World Health Organization, 2000.



Preventing suicide: a resource series

1. A resource for general physicians
2. A resource for media professionals
3. A resource for teachers and other school staff
4. A resource for primary health care workers
5. A resource for prison officers
6. How to start a survivors group
7. A resource for counsellors
8. A resource at work



World Health
Organization

Department of Mental Health and Substance Abuse
Management of Mental and Brain Disorders

ISBN 92 4 159431 4



9 789241 594318