

中国的自杀现状及未来的工作方向

费立鹏

自杀是中国一个重要的公共卫生问题,严重影响社会和经济的发展。但人们只是最近才意识到这个问题的严重性,因此以社区为基础的自杀预防工作开展得很少。其他国家的经验表明自杀是可以预防的,也能显著减少自杀给家庭和社会所造成的负性影响,但实现这些目标需要政府许多部门和社会机构的通力合作。

一、自杀的现状与流行病学特征

1. 自杀行为的发生率及相应的负担:中国尚未建立全国性的死亡报告系统,因此必须根据卫生部主管的死因登记系统(样本约为总人口的 1/10)或中国疾病预防控制中心主管的疾病监测系统(样本约占总人口的 1/100)来推算包括自杀在内的各种原因的死亡率。以前这两个系统报告的粗自杀率十分接近,但最近 5 年疾病监测系统报告的自杀率略低于卫生部报告的自杀率。最近 15 年的自杀数据显示,中国总的自杀率及自杀流行病学特征相对稳定。但不同人员用不同的方法对这两个系统的原始数据进行校正,得出的全国自杀率有很大不同,从 14/10 万^[1]到 33/10 万^[2]。

我们将卫生部死亡登记系统 1995~1999 年的死亡率数据推算到全人群,然后根据估计的该系统死亡案例的漏报率(18%)将死亡率向上调整(通过对人口统计局估计的总死亡人数和根据卫生部数据推算出的总死亡人数得出死亡的漏报率),得出中国总的自杀率为 23/10 万,自杀死亡人数为 28.7 万^[3],这一数据略高于卫生部报告的 25 万(未经调整)^[4]。基于此相对保守的估计,自杀是中国第五位重要的死亡原因,是 15~34 岁人群首位重要的死亡原因。并且根据 WHO 的数据^[2],1998 年自杀和自伤导致 880 万伤残调整生命年(DALYs)的损失,占中国全部疾病负担的 4.2%,这使得自杀成为继慢性阻塞性肺部疾病(占损失的全部 DALYs 的 8.1%)、重性抑郁(占 6.9%)和脑血管疾病(占 5.7%)之后全国第四位重要的卫生问题。由此可见,自杀是全国一个非常重要的公共卫生问题。

尽管学术界对自杀率及自杀的绝对数字一直有争议,但对中国的自杀的独特性几乎没有任何疑问。与其他国家不同的是,中国农村自杀率是城市的 3 倍,女性自杀率比男性高 25% 左右。女性自杀率高主要是因为农村年轻女性的自杀率非常高所致:农村年轻女性的自杀率比年轻男性高 66%。但在其他亚人群中男女的自杀率接近^[3]。

中国任何地方都没有自杀未遂报告系统,因此无法评估确切的自杀未遂率,但卫生部报告每年至少有 200 万人自杀未遂^[5]。我们通过分析中国北方 24 家各种综合医院急诊室诊治的 1.4 万自杀未遂者的资料,发现农村地区综合医院急诊自杀未遂人数占急诊总人数的 1.65%,而城市仅为 0.34%。这提示(而非证明)自杀未遂和自杀死亡一样,也是农村显著高于城市。各类综合医院诊治的女性与男性自杀未遂人数之比为 2.5:1,且 2/3 的自杀未遂者位于 15~34 岁年龄段,故推算 50% 左右的自杀未遂者为 40 岁以下的农村妇女。

2. 自杀行为的特征及其危险因素:北京回龙观医院和中国疾病预防控制中心在全国 23 个有地理代表性的疾病监测点,合作开展了自杀和其他伤害死亡原因调查的全国心理解剖研究课题^[6],总共调查 895 例自杀案例,其中,85% 居住在乡村或乡镇,28% 从未上过学,58% 服用农药或鼠药,47% 的亲友或熟人有过自杀行为,27% 有过自杀未遂既往史,63% 有精神疾病,仅 9% 自杀前曾在精神或心理科就诊过。死前一年最常见的负性生活事件为经济困难(40%)、严重躯体疾病(38%)以及夫妻矛盾或不和(35%)。在 58% 服用农药或鼠药的自杀死亡案例中,77% 服用有机磷农药自杀,75% 服用家中存放的农药自杀(通常存放在不加锁的橱柜内),62% 服毒后曾接受医疗救治,但抢救失败。

控制性别、年龄、居住地和研究地点的影响后,比较 882 例自杀和 685 例其他伤害死亡案例的非条件 logistic 回归分析,发现 10 个有独立影响的自杀危险因素(按相对重要性大小排列):死前两周抑郁程度重、有自杀未遂既往史、死亡当时的急性应激强度大、死前一个月的生命质量低、死前两天有剧烈的人

际冲突、慢性心理压力大、朋友或熟人曾有过自杀行为、有血缘关系的人曾有过自杀行为、失业或从事没有薪金的工作以及死前一个月社会交往少。个体暴露的危险因素越多,自杀的危险性越高。在收集了所有变量的案例中(1567例),暴露于上述0~1、2~3、4~5、6~10个危险因素的案例死于自杀的比例分别为1%(2/223)、20%(73/366)、72%(379/524)、94%(428/454)。

目前没有全国性的有关自杀未遂特征的资料,但在上述提及的中国北方1.4万自杀未遂案例中,91%服用药物或毒药,54%服用医疗药品(通常为抗焦虑药或镇静催眠药),27%服用农药(其中90%为有机磷农药),10%服用其他毒药。与预计的一样,农村综合医院诊治的服用农药的自杀未遂案例比大城市综合医院更常见(36%:9%)。

通过对主要服务于农村地区的四家综合医院诊治的635例病情较重的自杀未遂者进行包括正规精神科检查在内的深入调查后(部分研究结果已发表^[7]),发现其平均年龄为32岁(±13岁),76%是女性,75%已结婚,其家庭平均收入与当地一般水平相比无差异,62%自杀前两天有急性诱发生活事件(通常为人际矛盾,其中多数为夫妻矛盾),51%有家人或朋友有自杀行为,15%报告有自杀未遂既往史,38%自杀当时有精神疾病(主要为抑郁症),仅11%曾在精神或心理科就诊过。在这些自杀未遂者中,46%报告在自杀前考虑自杀的时间不超过10 min,属于冲动性行为。对冲动性与非冲动性自杀未遂者的特征进行比较^[8],发现冲动性自杀未遂者更年轻、居住在乡村的比例多、自杀前一个月内生命质量比较高、抑郁程度较轻、精神障碍的患病率和自杀意图强度较低、有较多的急性诱发生活事件。

二、如何解释中国独特的自杀特征

自杀未遂的特征有助于我们解释中国相对高的自杀率和独特的自杀特征。与其他多数国家不同的是,在中国没有强大的反对自杀的宗教或法律禁令,因此患有严重精神疾病或长期存在不良生活刺激(如无法治愈的疾病)的个体会将自杀视为解脱痛苦、减轻他们给家庭带来的经济或感情负担的一种可接受的方法。在这种宽容的大环境下,那些没有潜在精神疾病的个体,特别是那些社会支持网络薄弱的年轻农村女性,在急性应激状态(如家庭内部冲突)下也可能出现冲动性自杀行为。和其他国家相似,中国的自杀未遂者(自杀意图不强)也是女性多

于男性(2.5:1),但是在中国,尤其是农村地区,自杀未遂者所采取的自杀方式的致死性高,加上农村医疗保健系统对此进行急救的能力差。因此,与那些自杀未遂者采用不太致命的方式自杀的国家相比,或者与那些急救服务较好的国家相比,中国自杀“未遂”者死亡的比例可能较高。这就导致了总的自杀率升高以及女性(特别是农村女性)自杀率相对较高。

三、未来的工作方向

1. 需要开展的研究:为了制定有针对性的自杀预防策略,需要更多地了解自杀和自杀未遂的特征、危险因素及其对社会的影响:①自杀未遂率及地区特征;②人格因素(如冲动性)、生物学因素(如5-羟色胺水平)、环境因素(如自杀工具的方便易得程度)以及家庭因素的作用;③社会对自杀的态度在支持或抑制自杀行为方面所起的作用;④自杀和自杀未遂对家人、相关人员和社会所造成的影响。不同人群的自杀行为危险因素和诱发因素可能不同,因此我们需要详细研究自杀高危人群和社会所关注的其他人群的危险因素,从而有针对性地开展自杀预防工作,如农村年轻女性、有病的老年人、学生、少数民族以及各种精神疾病患者等。

但是在能够有效地预防自杀之前,我们首先需要知道哪些预防措施在中国真正有效,因此对于研究者来说,目前最迫切且最重要的任务是严格评估提议的不同自杀预防策略的效果如何。为此,我们需要建立与启动一个由多个方面组成的全国性的自杀预防研究项目,以评估不同的自杀预防策略的成本效果。该项目需要尽可能多的对自杀问题感兴趣的机构和部门的参与^[9],来促进组建一个由专家和对自杀问题感兴趣的社会各机构组成的核心小组,以协调全国的自杀预防工作。

还需要分别在农村和城市评估下述不同自杀预防措施的效果如何:①限制自杀工具的方便易得,特别是农药和有毒药物;②扩大高危人群的社会支持网络;③针对精神卫生和预防自杀的健康促进运动;④提高医务人员识别和处理与自杀有关的精神问题的能力;⑤开展以社区为基础的筛选高危个体的项目;⑥扩大面向高危个体的危机支持服务和有针对性的精神卫生服务;⑦提高初级保健机构处理自杀未遂导致的躯体合并症的能力。鉴于以上内容的涉及范围广,成功地开展这样一个项目就需要几个部门(如卫生部、农业部、教育部、公安部、劳动与社会

保障部、广播电影电视总局、媒体等)和机构(如妇联、共青团、专业学会、基金会等)的积极参与及有效协调。

在开展这样的全国自杀预防项目之前,需要在全国许多有代表性的县和城区建立一个针对自杀率、自杀未遂率及与自杀有关的环境因素(如社会对自杀的态度、社会服务的可及性、常见精神障碍的治疗水平等)的监测系统并持续运作。然后在一年的时间内在上述半数地区(干预社区)建立符合各地具体情况的干预措施,并在随后的两年内实施这些措施。最后,比较干预社区和与之相匹配的对照社区在干预措施实施前、实施过程中和实施之后关键指标的变化情况,并依照这个程序评估每一类干预措施(以及合并应用的不同干预措施)的成本效果,以决定随后将哪些自杀预防措施在全国推广。

2. 改善自杀和自杀未遂的监测系统:鉴于自杀死亡和自杀未遂有实质性的重叠,评估各种自杀预防干预措施的成本效果将依赖于评估自杀率和自杀未遂率的准确性。全国疾病监测系统的 145 个疾病监测点覆盖的人口样本有相当的代表性,可以据此估计出全国的自杀死亡率;但是该系统 1998 年死亡案例总的漏报率为 22.5%^[10],并且全国范围的心理解剖研究发现较多的自杀案例被归入“意外中毒”或“伤害死亡原因不明”^[11]。另外,全国任何一个地方尚未建立针对自杀未遂率的监测系统。建立一个有效的运作机制以获得准确的自杀率和自杀未遂率是评估任何自杀预防工作效果的必要前提。

3. 建立预防自杀工作的协调组织:仅仅开展研究和监测工作是不够的。高质量的多学科参与的研究可以揭示自杀行为的原因,并确定成本效果好的自杀预防措施,但是降低相对高的自杀率和自杀未遂率需要在全国开展这些预防工作。单靠研究人员或卫生部门不可能成功地实现这一目标。就象预防 AIDS 一样,它需要巨大的资源投入以及多个政府部门、非政府机构和全社会的长期协调努力。鉴于自杀在中国公共卫生的重要性,现在中国政府该认真考虑 WHO^[12]和联合国^[13]的有关建议,即建议其成员国建立各自的全国自杀预防计划。2003 年 11 月 19~20 日在北京召开的“中国国家自杀预防计划研讨会”的参会代表详细讨论了这个问题。多个政府部门、非政府机构的领导以及 WHO 和多个国际机构的代表参加了此次研讨会。参会代表共同建议:

国务院和地方政府迫切需要建立由不同部门和机构代表组成的预防自杀委员会,赋予该委员会相应的责任和资源,来制定、实施和监测全国、地区和地方自杀预防计划。

自杀是一个迫切需要解决的重大公共卫生问题。鉴于自杀问题的复杂性,预防自杀需要许多不同机构采取协调的行动,否则就会造成许多不必要的重复。另外,国外的自杀预防工作常常缺乏明确的科学依据,这样的预防工作往往无效,并且浪费有限的资源。为了避免类似问题,国内目前应该大力呼吁各级政府迅速建立多部门参与的协调委员会,以科学为依据来指导全国的自杀预防工作。

参 考 文 献

- 1 World Health Organization. The World Health Report 2001. Geneva: WHO 2001. 37.
- 2 World Health Organization. The World Health Report 1999. Geneva: WHO 2000. 102-103.
- 3 Phillips MR, Li XY, Zhang YP. Suicide rates in China 1995-1999. Lancet, 2002, 359:835-840.
- 4 殷大奎. 中国精神卫生工作的现状、问题及对策. 中国心理卫生杂志 2000, 14:4-5.
- 5 殷大奎. 齐心协力、脚踏实地、全面推进新世纪精神卫生工作——全国第三次精神卫生工作会议报告. 中国心理卫生杂志, 2002, 16:4-8.
- 6 Phillips MR, Yang GH, Zhang YP, et al. Risk factor for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet, 2002, 360:1728-1736.
- 7 李献云, 许永臣, 王玉萍, 等. 农村地区综合医院诊治的自杀未遂病人的特征. 中国心理卫生杂志 2002, 16:681-684.
- 8 李献云, 费立鹏, 王玉萍, 等. 冲动性与非冲动性自杀未遂的比较. 中国神经精神疾病杂志, 2003, 29:27-31.
- 9 World Health Organization. Department of mental health and substance dependence. Report on workshop on suicide prevention in China: Beijing, China 22-24, March 2000. Geneva: WHO, 2001. 1-17.
- 10 杨功焕, 主编. 中国疾病监测报告(10):1999 年中国疾病监测年报. 北京. 16.
- 11 王黎君, 费立鹏, 黄正京, 等. 中国人群自杀死亡报告准确性评估. 中华流行病学杂志, 2003, 24:889-892.
- 12 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002. 184-212.
- 13 United Nations. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations, 1996. 11-18.

(收稿日期 2003-12-08)

(本文编辑:张林东)