



6-1-1994

Suicide in elder disable patients: A casereport and review of literatures

Guo-Wei Chen

Gi-Jen Lin

Follow this and additional works at: <https://rps.researchcommons.org/journal>



Part of the [Rehabilitation and Therapy Commons](#)

Recommended Citation

Chen, Guo-Wei and Lin, Gi-Jen (1994) "Suicide in elder disable patients: A casereport and review of literatures," *Rehabilitation Practice and Science*: Vol. 22: Iss. 2, Article 18.

DOI: <https://doi.org/10.6315/3005-3846.1922>

Available at: <https://rps.researchcommons.org/journal/vol22/iss2/18>

This Case Report is brought to you for free and open access by Rehabilitation Practice and Science. It has been accepted for inclusion in Rehabilitation Practice and Science by an authorized editor of Rehabilitation Practice and Science. For more information, please contact twpmrscore@gmail.com.

高齡殘障者之自殺個案—病例報告及文獻回顧

陳國威 林季正*

這是一位六十九歲男性，腦中風患者。除右側肢體麻木影響行走平衡及日常生活外，還疑有視丘症候群及暫時性失語症。該個案過去除輕度高血壓外並無重大疾病，家族史亦大致正常，無任何遺傳疾病及自殺紀錄。心理測驗顯示病人個性內向，有自卑、隔離、慮病之傾向。個案在復健期間發生嚴重憂鬱症狀如表情呆滯、疲勞、胃口不佳、失眠、情緒低落等，並有數次自殺企圖。經醫師診斷後，認為症狀合乎美國精神醫學會之精神疾病診斷統計手冊第三版(DSM-III)對憂鬱病所規定之診斷要件，且排除了藥物及其他疾病因影響腦部化學物質所造成的憂鬱症狀，故長期給予抗憂鬱劑如Imipramine及Amitriptyline等，以便控制症狀。本個案病前即屬內向性格，中風後更因生活方式及環境之改變，導致社會地位的失落，終至引發憂鬱症狀。個案雖經抗憂鬱劑之治療，症狀似有改善，卻又突然自殺身亡，而其使用的自殺藥物竟然是原先用來治療其憂鬱症之抗憂鬱劑，實在是始料所未及。

本文除報告整個憂鬱症之發生始末及治療過程並討論傳統抗憂鬱劑之潛在危險性及各式自殺之危險因素如男性、年紀大、情緒障礙、慢性殘疾、無職業及曾有自殺企圖等。根據文獻報告，慢性殘疾老人之自殺率頗高，居各年齡層之冠。吾等除平常為老人安排各種復健計劃外，往往必須面對老人之死亡問題如自殺及安樂死等。雖然如此，自殺的防制還是有其實際之困難，自殺意念及動機往往是深不可測，防不勝防的。

關鍵詞：高齡殘障者、憂鬱病、自殺。

前言

憂鬱症狀(depression)在復健醫學裡是一相當受人注意的問題，尤其是那些中風、腦傷及各式殘障者之後繼憂鬱症狀，更是近來國內外常研究之主題[1]。實際上憂鬱的存在與否關係著整體復健預後之好壞，尤其在那憂鬱的另一盡頭——自殺，可能有許多值得大家注意的地方[2]。在各國的衛生統計中，自殺皆有被低估的情形，因為一般對於能夠列入其他死因者(如意外等)皆儘可能不將其計入自殺統計中，而其中又以那些老而多病的人自殺為甚[3]。綜觀各國之資料，可發現又老又病的人是自

殺人口另一高峰[4]，如美國、丹麥甚至台灣自殺者中65歲以上者高達17%到27%[5]。老人其實承受的壓力不小(包括生理、心理、環境)，面對各種疾病及失落，往往發生嚴重憂鬱症狀，甚致有導致自殺之可能。本文所討論的個案是一老年中風患者，在復健期間曾發生嚴重憂鬱症狀，但在逐漸恢復時，想不到竟以醫師開給之抗憂鬱劑作為自殺藥物，結束其生命，實在是防不勝防。

病例

個人史及過去史

投稿日期：83年6月30日 覆審日期：83年8月16日 接受日期：83年10月14日

羅東聖母醫院 復健科、精神科*

抽印本索取地址：陳國威，台北市內湖路1段1巷11弄4號3樓

電話：H(02)799-4610

O(039)550-046

陳先生，男性，69歲，不識字，務農。發病前個性內向、嚴謹，生活規律，無煙酒等嗜好。工作認真，待人誠懇，但朋友不多。十幾年前即與妻分居，當時體力尚好，只有輕微高血壓，無任何精神症病史，家族中亦無任何重大遺傳疾病或精神病及自殺史。

現在病史

個案原本無任何重大疾病，可惜民國81年1月份突發腦梗塞併發右側肢體麻木、行動不良、口齒不清。經本院神經科住院治療穩定後，開始門診復健治療。剛開始時因病患抱怨右側肢體非常酸麻、感覺異常，醫師懷疑有視丘症候群(thalamic syndrome)。理學檢查方面顯示病人意識清楚，除了抽象思考較差外，其他高級皮質功能尚可。顫神經方面，有中樞性右側顏面神經麻痺，同時右側肢體較為無力(肌力在第三級)，影響行走及平衡。深部反射在右側也較強，Babinski反射陽性；知覺方面，右側肢體有知覺異常之現象，對痛覺，溫覺稍差。血液及各項常規檢查大致正常，血壓稍偏高(150 /100mmHg上下)。職能治療評估方面顯示病患右手精細功能有中度障礙，日常生活獨立性亦稍差。語言評估顯示原先之失語症只是暫時的，溝通沒有任何問題。

個案81年1月底起一直在本院復健科接受治療，每週門診一次由醫師再評估，狀況還算穩定。但自民國82年3月份起發現有失眠之現象，並陸續有表情呆滯、疲勞、胃口不佳、情緒低落之症狀。開始時醫師先開給Diazepam 10mg每天睡前服用，白天使用Oxazelm 10mg一天三回，以後陸續更換了數種Benzodiazepines，但症狀似不見好轉。六月份時，曾有將整個月份的安眠藥全部吞下之企圖，幸經家人警覺才未發生命案，爾後並曾有數次向鄰近藥房買安眠藥之紀錄。七月份經台大精神科及本院精神科檢查結果，認有憂鬱病(major depression)之可能，開始給予抗憂鬱劑(antidepressant)如Imipramine或Amitriptyline等，睡前服用，並逐漸加大劑量。復健期間憂鬱症狀似有好轉，只是聊天時偶有悲觀論調，認自己年老體衰且中風不便，變成子女累贅，不如一死百了。82年7月15日在本院接受心理測驗，當時表現尚適切，態度較被動，甚少主動談及自己的問題。測驗結果顯示語言智商為95、操作智商為90、總智商為94，與其教育背景及腦部病變相當。性格方面以離群、自卑、慮病之得分較高，但自我強度方面得分亦高，似有

矛盾情形，即其有明顯心理困難但同時又希望自己是獨立、健康之個體。班達測驗顯示與人缺乏親密關係，可能有人際關上之困難。投射測驗顯示現實感佳，但有害怕某些事物之傾向。由於該病患教育程度低，無法接受MMPI測試，故並無客觀資料顯示其憂鬱症狀及程度。有關其憂鬱病的診斷完全根據DSM-III的診斷條件(八個要件只要合乎五個，診斷就可成立)。

爾後該病患在門診與醫師會談時，並未被發現有任何情緒低落之現象，82年12月16日下午病人突被發現自殺死於床上，床邊一大包抗憂鬱劑全被吞下，死因是嚴重心臟衰竭。

討 論

個案因中風在復健期間發生嚴重憂鬱症狀，進而造成自殺死亡。當然產生憂鬱原因很多，諸如Reserpine、Inderal等一類藥品及許多疾病，如甲狀腺功能低下、慢性病毒感染等都可能造成憂鬱症狀，見表一及表二。至於中風之後續憂鬱症狀，根據Lipsey等人之研究，腦傷本身就會引起憂鬱，再加上諸如社會隔離(social isolation)等因素使得症狀更加明顯化[6]。

本個案病前雖屬內向壓抑，但還算樂觀，向來適應良好。但自中風後，因生活方式及環境改變，

表一、可能造成憂鬱副作用之藥物

Anti-hypertensives	Reserpine Propranolol Hydrochloride Methyldopa Guanethidine sulfate Clonidine hydrochloride Hydralazine hydrochloride
Corticosteroids	Cortisone acetate
Hormones	Estrogen Progesterone
Antiparkinsons	Levodopa Carbidopa Amantadine hydrochloride
Anti-anxiety drugs	Chlordiazepoxide
Birth control pills	Norethindrone Ethynodiol diacetate

表二、可能造成憂鬱之疾病及狀況

Addison's disease	Inactivity
AIDS	Malignancies
Anemia	Malnutrition
Asthma	Menopause
Chronic infection	Multiple sclerosis
Congestive heart failure	Post-partum mood change
Cushing's disease	Pre-menstrual syndrome
Diabetes	Rheumatoid arthritis
Hyperthyroidism	Syphilis
Hypothyroidism	Systemic lupus erythematosus
Infectious hepatitis	Uremia
Influenza	Ulcerative colitis

導致「社會地位」的失落，終至引發憂鬱症狀。根據病史，病患過去並無重大疾病，藥物方面也只用過低劑量利尿劑(thiazide)，故應與藥物副作用及其他影響腦部化學物質的疾病所引發之憂鬱症狀無關，臨床症狀合乎美國精神醫學會之精神疾病診斷統計手冊第三版(DSM-III)對憂鬱病(major depression)所規定之診斷要件[7]。

在憂鬱病自殺的關係上，根據Achte的報告因憂鬱病引起自殺之比率可由12%到60%[8]，平均在15%左右，為一般人口之30倍，而多病的老人居各年齡層之冠[4]。另根據台大林憲教授之報告，以45歲以上之自殺企圖者而言，以身體疾病(如中風、癌症等)為自殺主因者即佔各項自殺原因中之10%以上[9]。部份學者如Beck等則認為自殺者最重要的因素為無望感(hopelessness)及無助感(helplessness)，而非一般假設的憂鬱病[10]；但多數專家如Drake、Gates等則還是堅持認為憂鬱病是造成自殺之主因[11]。

在自殺的危險因子(risk factors)方面，依Hawton之見包括(1)單身、喪偶或分居之45歲以上男性(2)有慢性嚴重殘疾(如中風、洗腎、癌症等)長期失眠、藥癮、精神病(3)曾有自殺企圖及意念(4)無職業(5)人格異常(6)自殺家族史[12]。

本個案具有男性、年紀大(69歲)、情緒障礙、曾有自殺企圖及慢性殘疾(中風)，無職業等危險因子，故自殺之危險度算是不低的。至於自殺之發生

時間，有人認為是在憂鬱病之早期如Guze及Robins之報告[13]；亦有人認為在復原期(remission period)，如Clayton之報告[14]，本個案應較屬於後者。至於為何病患會在復原期發生自殺行為？根據許多專家的意見，認為病患在復原期時，下意識感念到原來的本我並非完美，故採取自殺方式作一徹底解決。復原期的自殺一般是很難預防的，這也是臨床醫師所面臨的最大難題。

個案第一次自殺企圖時，準備吃的是Benzodiazepine一類藥品，其實此藥應還算安全。當醫師後來知道他曾有此企圖後，不敢再開安眠藥給他，而改用三環抗憂鬱(tricyclic antidepressant)，認為可兼具抗鬱及安眠之效果。但根據Tollefson之報告，三環抗憂鬱劑其實具潛在毒性，尤其對心臟之毒性一直是醫師的一項隱憂，無意與故意的過量服用，致死率相當高[15]。根據歐美文獻，三環抗憂鬱劑已取代舊日的barbiturates成為人們最常用來自殺之藥物[16]。本個案就是將這類藥物平常貯存起來，一次吞下達到自殺之目的。近來有比較新的抗憂鬱劑開發出來如Fluoxetine (Prozac)等[17]，據說比較安全，但尚待長期評估。Priest等人認為抗憂鬱劑可能對內因性及生理性憂鬱症比較有效，像中風一類之後續憂鬱症涉及層面較大，可能比較沒效[18]。如果要用的話，使用時間需極長，有時表面看似有效，但對內在抽象意念沒有太大影響，且副作用極大諸如低血壓、抗副交感神經等反應。

從社會學的觀點看來，各族人類常有在年老多病，無法生產後，自願離開族群去荒郊等死的傳統，本個案可能也是具有相同色彩之「利他主義」。復健病人當中，有許多是老弱傷殘者，照諸多報告分析，應屬自殺高危險群，是有必要防範他們自殺的。但實際上自殺之防制相當困難，往往防不勝防[9]。自殺意念及動機深不可測有時病患當時看起來沒有明顯憂鬱之跡象，卻又突然自殺身亡。本個案在自殺前已長期服用抗憂鬱劑，症狀似有改善，卻又突然自殺死亡，就是一個明顯的例子。

參考文獻

1. Robinson RG, Lipsey JR and Price TR: Diagnosis and clinical management of post-stroke depression, *Psychosomatics* 1985; 26: 769.
2. Lehmann JF, Austin Z: Stroke: Does rehabilitation affect outcome? *Arch. Phys. Med. Rehabil* 1975;56:375-82.
3. Bhatia SC, Khan MH, Sharma A: Suicide risk: Evaluation and management. *Am Fam Phy* 1986 ; 34(3):167-74.
4. Blazer DG, Bachar JR, Manton KG: Suicide in late life. Review and commentary. *J Am Ger Soc* 1986, 34: 519-25.
5. Wang AG, Nielsen B, Bille-Brabe U, Hansen W, Kolmos L: Attempted suicide in Denmark. Assessment of repeated suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand* 1973; 72: 389-94.
6. Lipsey JR, Price TR: Nortriptyline treatment of post-stroke depression: A double-blind study. *Lancet* 1984; 1(8372):303.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, DSM-III-R. Washington, DC, APA, 1987.
8. Achter KA: Depression and Suicide. *Psychopathology* 1986; 19(Suppl;2) 210-14.
9. 林憲：自殺現象與問題。楊國樞、葉啟政編：台灣的社會問題（新編七十三年版）。台北，巨流圖書，573-602頁，1984。
10. Beck AT, Beck R, Kovacs M: Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47:343-52.
11. Drake RE, Gates C, Whitaker A, Cotton PG: Suicide among schizophrenics: A review of *Compr Psychiatry* 1985; 26: 90-100.
12. Hawton K: Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 145-53.
13. Guze SB, Robins E: Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* 1970; 117:437-38.
14. Clayton PJ: Suicide. *Psychiatr Clin North Am* 1985; 8: 203-14.
15. Tollefson GE: Antidepressant treatment and effect considerations. *J Clin Psychiatry* 1991;2:4.
16. Hapur S, Kupfer DJ: Antidepressant medications and relative risk of suicide attempt and suicide. *JAMA* 1992; 268: 1441.
17. Glassman AH, Salzman C: Review of the cardiovascular effects of heterocyclic antidepressants. *J Clin Psychiatry* 1993; 54:16.
18. Prien RF, Kupfer DJ: Continuation drug therapy for major depressive episodes: How long should it be maintained? *Am J Psychiatry* 1986; 143:18-23.

Suicide in Elder Disable Patients-- A Case Report and Review of Literatures

Guo-Wei Chen, Gi-Jen Lin*

This is a case of 69-year-old male patient who suffered from cerebral infarction with right-sided hemiplegia, transient motor aphasia, suspected thalamic syndrome, impaired activity of daily living and partial dependence. There were no past history of D.M., psychosis or other significant diseases except mild hypertension under thiazide control, also no family history of suicide or other hereditary diseases.

Post-stroke depression had developed progressively since March 1993 including insomnia, fatigue, indifference, anorexia, moodiness. Major depression was impressed based upon the diagnostic criteria of DSM-III. Other causes of depression including iatrogenesis and metabolic diseases had been ruled out.

Psychological test revealed high score in inferiority, introversion, self isolation, hypochondriasis and ego strength. Ambivalence was also noted with desire for independence and good health.

Antidepressant (Imipramine and Amitriptyline) had ever been prescribed for a certain period with some improvement but suicidal attempt still took place in the long run by means of antidepressant

overdoses. The causes of death were severe ventricular arrhythmia, cardiac conduction block and heart failure eventually.

According to literature review, the mechanism of post-stroke depression are rather complicated including various psychosocial factors and even brain damage itself. Risk factors of suicide following depression include male, old age, moody disturbance, chronic disability, unemployment and suicidal attempts. Very high rate of suicide does exist in those people of old disability (stroke, cancer or other chronic illness), so prevention of suicide becomes important although it is often far beyond prevention and prediction.

Tricyclic antidepressant has become one of the commonly used drugs for suicidal attempt recently in review of medical reports, because of its potential cardiac toxicity and high consumption in medical practice for depression syndrome.

The purpose of this case report is to point out the underlying risks of suicide in rehabilitated patients especially those old disablely people during the remission period of depression.