

再給我一天—— 癌症與安寧病房自殺 防治工作之省思

江孟漪

國立臺北教育大學心理與諮商學系碩士班
癌症中心暨安寧病房實習諮商心理師

第一次在安寧療護與臨終關懷領域面臨自殺議題，是我身為安寧志工的階段，至今難忘。在原本應是全家團圓的節日，凌晨，一位癌症末期病人的家屬因難忍即將失去親

人的事實，在病房悄然自殺身亡。

我們一早進到安寧病房，準備平時的服務事項工作，資深夥伴突然告知我們：稍早發現病房中有位家屬在病人身旁自殺身亡。據稱，前些天因病人血壓下降，看來生命期不多，醫療團隊發現該名家屬相當悲傷不捨，曾表示如果病人往生，自己也要跟著走。只是誰也沒有發現異狀，前一晚該家屬仍與家人交談，表示要在醫院過夜、留下來照顧病人，但隔天一早便發現家屬已然沒有生命跡象。

大過年頭一天，一早聽到這個消息的我震驚、悲傷不已，猶記當時自己仍微微發抖著。家屬們一邊照顧癌末的親人，除了經歷預期性失落，卻又突然面臨至親自殺身亡的變故，一個生命自殺身亡帶來的影響，不容小覷。

當時的我不斷想著：為什麼呢？如果更早發現家屬的自殺企圖，是否有不同結果？負責照顧那床案主的主治醫師、護理師、住院醫師及社心人員所受到的衝擊及震驚該如何處理？「如果早知道…」的思緒蔓延在我心頭。後來，在醫院癌症中心和安寧病房擔任實習心理師時，每一次遇到有自殺意念的案主，我常常想起那天早晨在醫院聽聞此噩耗，當下那種錯愕、震驚、沉痛感、不知所措的心情。

在癌症和安寧領域的心理工作，面臨著許多挑戰，其中之一是不時遇到有自殺意念的案主。研究顯示，癌症病人的自殺風險比起一般人要高出許多，約為一般人的2到4倍。案主在罹患癌症過程中，經歷疾病調適困難，從初診斷罹癌開始，面臨許多身心的衝擊，舉凡病程變化帶來的壓力、工作受影響、身體外觀改變、擔憂復發、擔心生命期

及疾病造成的失能。癌症個案的自殺議題，無論在學術界或臨床實務工作上，都需要更為重視。

不同族群的自殺防治工作有其特殊性，在癌症及安寧緩和醫療領域亦不例外。研究指出，癌症個案自殺意念的特異性，包括：癌症個案憂鬱症與失志症候群（demoralization syndrome）、癌症種類與憂鬱發生率之相關、初診斷後的時間、對身體功能產生嚴重影響的癌症、性別差異、經濟資源的不足、醫護人員無法發現癌症病人的情緒障礙等（李政洋、陳虹汶、李玉嬋、唐婉如、方俊凱，2011）。由此可知，癌症病苦、病情反覆帶來的折磨、漫長治療的過程、死亡焦慮皆會消磨個案和家人的體力和心力，如合併社會心理環境壓力源，常看到個案或家人會有死亡的念頭。例如，我曾聽見不少罹癌案主或家屬會說：「活著也沒意思，這麼痛苦，不如死了算了！」、「他走了，我也不想活了！」很多時候這是一種情緒上的大聲呼喊和表達，但有沒有可能也代表著發出意圖自殺的訊號呢？

癌末病人的自殺防治工作之首要，須瞭解其自殺危險因子及有助於自殺防治的保護因子，方能提升辨識自殺高風險的衡鑑能力。癌症案主自殺危險性的初步篩檢，除了常用的心理痛苦溫度計（Distress Thermometer，簡稱DT），尚包括病人健康問卷（Patient Health Questionnaire，PHQ-9）、SAD PERSONS、中文版失志量表（Demoralization Scale- Mandarin Version, DS-MV），以及Pierce自殺意圖量表等評估工具。要達到癌症案主自殺預防最大效益，

需要癌症照護的第一線醫護人員、心理師、精神科醫師進行跨專業系統合作。在初步篩檢發現有自殺高風險後，會通報院內自殺防治中心開案，並啟動自殺高風險個案管理機制，連同精神科醫師、自殺防治心理師，跨專業團隊的合作形成一個保護網。團隊合作的工作形式，和諮商專業督導的協助，都幫助新手的我安頓內心不安，進而能夠有個穩定的狀態陪伴案主面對疾病調適。

在自殺防治工作上，降低癌症案主自殺之危險因子、提升保護因子甚為重要。國內研究發現，家庭責任、宗教使命、為了維繫親人的關係、未完成的事、死亡的恐懼，都是支持罹癌的個案繼續活下去的原因。罹患癌症或癌末會衝擊一個人的生命意義感，也反映出案主的靈性議題，因此，在醫院曾以「存在認知心理治療」、「意義中心治療」進行處遇。我發現，透過意義中心團體治療的形式，有失志情況及自殺意念的罹癌案主，能夠從中整理自己罹病後的生命意義，甚至開始有新的生命規劃，即使罹癌的事實沒有改變，但他看待自己過去生命的眼光有所不同，也漸能開始在疾病調適過程中有新的生活。

與自殺高風險的癌症案主工作時，發現個案可能合併有重鬱症、精神官能症，但未曾接受過精神醫療的協助。進行深入晤談後，更發現個案的主訴問題及自殺風險與其人格特質、人際互動模式、情緒調適能力、原生家庭議題有密切關連，經濟問題及罹癌之身體心理衝擊可能占了自殺風險因素中的一部分，卻不盡然是全部。此外，失志症候群（demoralization）與憂鬱症對於罹癌個

案的自殺風險有著不可忽視的影響。研究發現，對於罹患肺癌、血癌與淋巴瘤的人而言，「失志」相較於憂鬱對其自殺意念有較高影響力（邱玉菁，2012）。失志症候群，反映癌症末期個案的無意義感、情緒不安感、無助感及失敗感，最主要就是「失去生活的意義」，最常在有精神疾病與嚴重身體疾病的人出現。癌症病苦帶來的身心折騰，可能讓個案陷入絕望及長期的無意義感，而「無望感」比「憂鬱嚴重度」更能預測癌症末期病人自殺的念頭。在實務工作現場，有不少我遇到的自殺高風險的罹癌案主，其憂鬱嚴重度不高，但卻有較嚴重的失志狀態。

對我而言，面對有自殺意念的個案，我們能做的並不是幫他決定生或死，他握有對自己生命的最終選擇權。但在癌症或安寧病房，我仍常常對於「自殺議題」有種很衝突的感受：當罹癌受苦或癌症末期的個案出現強烈自殺意念或有自殺企圖，嚷著「已經沒有錢」、「不想再造成家人照顧負擔」、「反正病不會好了，不如早點死死算了」，我也曾感覺好無助。也遇過某些案主，在病情不斷惡化後計畫要自殺，因為害怕再次經歷腫瘤大出血卻沒有死亡，卻要忍受不知道什麼時候會吸不到空氣的恐慌感，對個案而言那種感覺很恐怖，他想要自己決定死亡的方式。在這些時候，我都心頭為之一震，發現自己真的無法體會那種身心煎熬的痛苦，發現自己能做的真的好少，只能一步一步陪著，陪著他們經歷疾病歷程的各種處境、陪著他們走在癌症末期的最後時光，在「想要活」跟「想要死」之間擺盪。然後我試著不逃跑，陪著案主一起在那種「感覺自己失能、沒有用、不久的將來就會死亡」的狀態

裡面，不逃跑。

行文至此，突然想起有位癌末案主在自殺風險降低後，我們仍持續晤談工作，因他面臨身體逐漸失能常出現失志狀態、情緒調適困難，案主曾問我死亡會是怎麼樣？我說我不知道，因為沒有人死後來告訴我。然後我們一起哈哈大笑。我永遠記得那幾次晤談，案主從原本想要自殺的危機中，逐漸轉為能夠思考即將死亡的狀態。當然，我的案主們最後都還是因癌症末期而死亡了，直到如今，我仍然不知道人死後會如何。但有一天，我作了一個夢：

我夢到一隻奄奄一息的烏龜，在夢中我直覺想到牠就是某位個案，烏龜快死了，我把牠裝進袋子，騎著機車趕著要送到安全的地方，途中經過很多困難，終於來到安全的樹林裡。

當我小心翼翼地拿出烏龜，牠已經死了，但沒有屍體，因為牠把自己縮得非常小，只剩烏龜殼，還有個閃亮的銀色小樹枝，留在烏龜殼中，幾乎像個項鍊墜子。烏龜殼有種透明的感覺，我可以直接透視到裡面的銀色樹枝。他們說：牠把自己縮小能夠脫離烏龜殼，而且還特地做了個項鍊墜子要送給我。我看著銀色樹枝，心想那是個案送的，甚至是他變的。

參考文獻

1. 李政洋、陳虹汶、李玉嬋、唐婉如、方俊凱（2011）。癌症照顧的自殺防治。內科學誌，22（5），335-343。
2. 邱玉菁（2012）。癌症病人自殺意念與心理痛苦、憂鬱、失志之相關性研究。國立臺北護理健康大學生死教育與輔導研究所碩士論文，未出版，臺北市。