

從醫學倫理談自殺防治

馬偕紀念醫院精神科暨自殺防治中心 方俊凱 主任

前言

在地球上，有少數的動物會有自殺的行為，例如海豚、鯨魚、與人類，而人類之間會有阻止自殺行為發生的物種，大概只有號稱「萬物之靈」的人類。為什麼人類會有自殺的現象？為什麼人類又有自殺防治的作為？我們實在是無法逐一探討這些奧妙又具有爭議性的問題。然而，防治自殺的行為，是否符合人性的需求？本文將從「醫學倫理」（medical ethics）的角度，以「原則理論」（principlism）來探討「自殺防治」（suicide prevention）這個議題。

醫學倫理的一般原則

什麼是倫理？世界醫學會發行的醫學倫理手冊記載：倫理是有關於道德的研究仔細而有系統地思考與分析過去、現在或未來的道德決定與行為。道德是人類行為與決定的價值面向。基本上，「倫理」關乎「知」（knowing），「道德」關乎「行」（doing）。

倫理學是研究道德的學科，醫學倫理是倫理學的一支，處理醫療執業中的道德議題，並著重於醫療行為所衍生的相關議題（The World Medical Association, 2005）。因此，在當今的醫療領域中，舉凡醫師、護理人員、醫療相關從業人員，乃至病人、家屬、親友、社會團體、或政府機構都必須重視醫學倫理。

美國喬治城大學哲學系教授Tom L. Beauchamp 與維吉尼亞大學醫學教育暨倫理學教授James F. Childress 於1979 年在美國所提出醫學倫理學的四大原則 (Beauchamp & Childress, 1979 ; Beauchamp & Childress, 1989) , 之後經 Journal of Medical Ethics 主編Raanan Gillon 積極推廣 (Gillon, 1994) 。這四個原則分別是自主原則(the principle of autonomy) 、行善原則(the principle of beneficence) 、不傷害原則(the principle of non-maleficence)及公平正義原則(the principle of justice) 。自主原則 , 意指尊重個人自己決定 ; 行善原則 , 意指盡力於最大為善的可能 ; 不傷害原則 , 意指致力於最小化或避免傷害 ; 公平正義原則 , 意指公正並平等地照顧病人 。此四大醫學倫理原則已經廣被全世界的醫療相關從業人員接受並遵行。

自殺死亡的權利

所謂「自殺」 , 是指一個人有能力並蓄意地以某種方式達到結束自己生命的目的。其中有三個關鍵要素 : 第一、此人必須有能力在不需要他人協助的情況下從事準備動作 ; 第二、此人必須有意地自由選擇結束生命或不結束生命的方式 ; 第三、此人獨立完成自殺行動 (丁宥允, 2004) 。人是有主體性的 , 自殺死亡的權利雖然可以說是一種個人「主體性」的彰顯 , 但是 , 究竟有沒有自殺死亡的權利呢 ?

華人好談倫常關係 , 例如「君君、臣臣、父父、子子」 , 卻很少談權利義務 ;

權利義務的概念是西方世界的產物，必須從公平正義的角度來看(鈕則誠, 2004)。從公平正義的角度談權利義務，無論自殺用何種形態來進行，都會陷入倫理困境，甚至有時會牽涉到法律問題。「自然死」(nature death) 是近年來比較廣為眾人接受的概念，其餘的相關自殺的死亡方式，爭議似乎永不停止，不管是「自殺」、「醫助自殺」(physician-assisted suicide)、「安樂死」(euthanasia)、「尊嚴死」(death with dignity) 等，至今依然處於東西方世界都是沒有共識的情況(Corr, 2003)。既然是沒有絕對的答案，「自殺」雖然可以展現「主體性」，卻沒有辦法在權利上得到支持與肯定，也就是說，在倫理上沒有所謂絕對的「自殺死亡權利」。對於沒有標準答案的議題，甚至連參考答案都很難給的，只能給予對「思想」上的尊重。醫療人員也好，非醫療人員也罷，對自殺者的「思想」可以尊重，因為那是他(她) 的主體性；然而，是否要予以介入，也就是所謂的「自殺防治」，則必須進一步來探討。

馬偕紀念醫院自殺防治中心

Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital

自殺防治的醫學倫理困境

為什麼我們要給予自殺者醫療服務？只是因為自殺者有受傷，被送到急診急救這樣的理由而已嗎？自殺者究竟是不是病人？研究顯示，50~90%的成年自殺死亡者有精神疾病。這類研究本身有瑕疵，因為死者無法被會談，生者容易被自殺的餘波所影響(Chiles & Strosahl, 2005)。自殺死亡者最常被診斷為憂鬱症，但憂鬱症患者的自殺比率，與精神分裂症或人格障礙症患者的自殺比率差不多。

憂鬱症讓評估自殺變得左右為難，常會過度診斷或診斷不足。在DSM-IV-TR 的第一軸診斷中，將自殺行為列入診斷準則的，只有憂鬱症。因此，有時會出現兩個狀況：第一、你自殺，表示你必定是憂鬱症。第二、你自殺，你就必須接受藥物治療。然而，自殺企圖者的診斷若非憂鬱症，抗憂鬱劑便無濟於事。而已給予抗憂鬱劑有一定的危險性，例如自殺企圖者以抗憂鬱劑造成藥物過量。因此，切勿將自殺者都理所當然地認定是憂鬱症，但對於每位自殺者總是要評估憂鬱症 (Chiles & Strosahl, 2005) 。

某些自殺行為確實是有精神醫學上的診斷，因此稱自殺者為病人，有相當程度的價值，包括去除自殺的污名 (stigma)，並顯示自殺行為有被治療的可能性，在醫學倫理上，自然便有明顯的原則。然而，對於某些有自殺行為的人並沒有任何明顯精神科診斷的人，是否要稱之為「病人」，這當然有非常大的爭議，但在醫療的場合，這必竟是少數，但是這類的自殺者以公共衛生預防醫學的角度來看，在三段五級的疾病防治中，沒有精神病診斷的自殺者也可以納入醫療的服務之中。

若我們已經定義自殺者可以稱之為「病人」，那麼從原則主義來看，醫學倫理的四大原則與自殺防治的確有需要探討爭議的必要，也就是醫學倫理上的困境。

1. 自殺防治與自主原則。自殺是「蓄意地以某種方式達到結束自己生命」，這是病人的自主行為，若要尊重病人的自主決定，那麼又何必要防治自殺，又何必必要救治自殺未遂者？

2. 自殺防治與行善原則。自殺者常以自殺為解決自己難以處理之問題的最佳方式，當我們防止病人自殺，或在各種醫療場合以各種方式治療自殺，是否真的對病人是一種可以被稱為「善行」的舉動？
3. 自殺防治與不傷害原則。自殺者被冠上「病人」的角色，又被強制接受治療，自殺者常會反過來指控治療者變成傷害他們的人，治療者難道真的在傷害自殺企圖者嗎？
4. 自殺防治與公平正義原則。從世界衛生組織，乃至於世界各國，投資大量的資源與人力來防治自殺，甚至有些醫療機構不計成本投入自殺防治的工作，例如馬偕紀念醫院，是否符合醫療資源的公平正義原則呢？

以上四點，如果醫療從事人員不加以探討與釐清，勢必天天都要面對自殺企圖者與自己內心深處懷疑的衝擊。為什麼我們要自殺防治？雖然自殺者極有可能是病人，或將成為病人，醫療服務真的有必要對自殺投注如此龐大的資源與心力嗎？

馬偕紀念醫院自殺防治中心
Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital

從存在主義肯定自殺防治的必要性

從十九世紀末葉到二十世紀中葉，面對人類世界諸多的苦難現象，某些哲學家一反過去的哲學思辯，發展出所謂的存在主義 (existentialism)。從存在主義的角度來探討人類生存於世界的現象，或許可以發現自殺防治之必要性的蛛絲馬跡。齊克果 (Kierkegaard, 1813-1855) 認為：思想不能代替存在。相反，

存在先於思想，而比思想更基本（蔡美珠, 2002）。這個思想，超越了笛卡兒的「我思故我在」或費爾巴哈的「我欲故我在」。

存在主義哲學成為一個顯學流派，大約是在20世紀中期二次世界大戰結果後的歐洲大陸，主要人物有四：法國的馬塞爾、沙特；德國的雅斯培、海德格（鈕則誠, 2001）。1945年，法國哲學家沙特（Sartre）開始在巴黎提倡存在主義，這也是「存在主義」這個字眼第一次被介紹給世人（松浪信三郎, 1982）。無論是無神論者的存在主義哲學家或是相信有神論的存在主義哲學家，但都同意「存在先於本質」這個概念。「存在」（existence, being）是怎麼來的，已經不是那麼重要，「存在」可以是上帝創造而來，「存在」也可能是演化而來，「存在」也許就只是被生下來，但是「存在」就已經是存在了。先有了「存在」這回事，才有探究「本質」（essence, nature）的可能。一個人的自由或不自由，一個人的善與惡、對與錯，都是在這個人是「存在」的，才有談論的可能性。

德國哲學家馬丁·海德格（Martin Heidegger）對死亡的現象學觀察，認為人的存在之唯一選擇便是「向死亡存在」，也就是「趨向自己的終點之存在」（being-toward-the-end-of-oneself），這更加顯明了死亡之不可避免性（馬丁·海德格, 1927）。人生在世，終須一死。然而，在死之前，有無限的可能性。人類世界有一個平凡常見且微不足道的現象，就是：只要活著，個體可能變成完全不同於他（她）現在的樣子。現在可能是很想自殺的人，甚至是無數次自殺行為的人，以後會變成什麼樣的人，有誰能妄下定論呢？在死亡真正到來之前，所

有仍然有氣息的人，都有改變的可能性，都是依然存在（being）的。

因為人類存在的現象是「存在先於本質」，而非「我思故我在」或「我欲故我在」，而且只要還「存在」於世，「我」就有改變的可能性，所以「自殺防治」就顯得意義非凡。臨床上，自殺者常會說：「活著沒有意義，還不如死了算了！」憂鬱的病人也會說：「我現在活得這麼痛苦，已經沒有任何希望，不如就讓我死吧！」癌症末期的病人有時也會提到：「反正早晚都要死，而且會拖累他人，現在就讓我死吧！」這類的想法，就是「我思故我在」與「我欲故我在」的陳述，如果真是如此，企圖治療或防治自殺的人，就沒有反駁的餘地了。但是，真正的現象是「存在先於本質」，就算現在是沒有意義的，只要還「存在」，就有改變的可能性，就有可能變成有意義的生命；就算現在是痛苦、絕望的，只要還「存在」，就有改變的可能性，就有可能變成雀躍而充滿希望的；就算是已經罹患重病，不久於人世，只要還「存在」，就有改變的可能性，就有可能在生命結束之前綻放出光和熱，甚至還會影響周遭依然活在於世界的人。自殺防治維護了人類最基本的「存在」，讓企圖自殺者仍然有改變的可能。

從醫學倫理的「自主原則」來看，因為自殺防治，病人有機會改變，改變的基本點就是病人自主的改變，並不違背自主原則。從醫學倫理的「行善原則」來看，因為自殺防治，提供病人自己重新發展解決問題方式的可能性，所以是一種真正的善行。從醫學倫理的「不傷害原則」來看，因為自殺防治，雖然病人可能短期受到傷害，但就像盲腸炎的手術時必須接受在腹部劃上一刀，治療可能帶來

改變，長期而言，就符合了不傷害原則。從醫學倫理的「公平正義原則」來看，投入自殺防治的臨床、教學與研究，就如其他更加花費不貲的醫療一般，並不是眼前成本效益而已，而是為個人、家庭、醫院、社會、與國家，整個降低了可能因自殺而必須付出的代價，並增加了創造幸福與價值的機會，自殺防治是相當符合公平正義原則的。

自殺防治的倫理指導方針

自殺防治雖然合乎醫學倫理，但在知與行的層面上，依然是挑戰重重。第一線從事自殺防治的醫療人員，隨時都還是有可能面對倫理困境的兩難。美國華盛頓大學精神醫學暨行為科學教授John A. Chiles 與山景諮詢集團

(Mountainview Consulting Group) Kirk D. Strosahl 博士指出：解決自殺防治的醫學倫理困境，在概念上簡單，在實踐上則很複雜。第一、治療者必須留意病人的信念 (beliefs)、道德評估 (moral evaluations)、對自殺的看法 (perspectives on suicide)；第二、治療者致力於為病人創造額外的替代解決

方式；第三、治療者要避免將自己的信念與病人的信念混淆 (Chiles & Strosahl, 2005)。為能實踐上述解決自殺防治的醫學倫理困境三點原則，Chiles 與

Strosahl 進一步提出五點倫理指導方針 (Chiles & Strosahl, 2005)。

1. 治療者應規律列出有關自殺議題與非致命自傷行為的自我道德觀及價值觀。
2. 治療者必須確定是否自己的情緒反應、道德觀或價值觀，阻礙了自己治療自

殺病人的能力。

3. 治療者應該直接地及無防禦地與病人溝通自殺的議題。

4. 若病人正從事自殺行為或表現出自殺的危險性，治療者必須弄清楚病人準備要做的事。

5. 治療者必須釐清治療的工作，是幫助人們發現生命困境的最佳的可能解決方式。

結論

如果沒有痛苦 (suffering) ，就很難有自殺行為，自殺死亡也就不會發生。

醫療是一種解決痛苦的志業，自殺防治當然也是解決痛苦的一種志業。由於自殺的議題向來頗具爭議，所以必須在醫學倫理的面向上，加以思考與探索。從事自殺防治的工作人員，不論是否在醫療場合，更應該經常反思，才能真正助人助己。

自殺者是我們的病人，救治自殺者就如同救治其他疾病的病人一樣，有神聖的意義。「存在先於本質」，不管自殺者是怎樣的「本質」，拯救病人讓他（她）

有機會繼續存在，就有改變的機會。這樣的概念，正是醫療存在的本質。

(文章轉載自筆者於馬偕紀念醫院主辦「自殺防治研討會」講義)