

論強制性自殺防治之正當性—以精神疾病與自主性為中心

基法三 陳品維

壹、前言	2
貳、自殺與自殺防治的歷史	4
一、十七世紀以前的圖象	4
二、十八世紀後自殺的醫學化	6
參、自殺與精神疾病	6
一、精神疾病的定義與爭議	8
(一) 醫學定義	8
(二) 批判精神醫學	9
二、精神醫學中關於自殺防治的爭議	10
(一) Thomas Szasz：主張精神疾病並不存在	11
(二) 精神疾病與自殺間的錯誤連結	12
(三) 自殺傾向作為精神疾病的真實性	12
(四) 精神疾病與理性的自殺	14
三、精神疾病不宜作為自殺防治的切入點	15
肆、自殺與自主性	16
一、自殺、自殺防治、與自主性	18
二、自主性與精神疾病	19
三、與自殺相關的自主性判準	20
四、以缺乏自主正當化強制性自殺防治的困難	21
伍、結論	23

壹、前言

卡繆曾說：「真正嚴肅的哲學問題僅有一個，那就是自殺¹」。無論所為何故，有意識地結束自己的生命，是一個在人類歷史中不斷出現的行為，而如何評價此一行為亦是一部悠長的歷史。自殺除了作為一個嚴肅的哲學論題，在現實生活中亦是同等沉重。在自殺幾已全面除罪化的當代，於法律與政治生活上所產生的議題即是國家得否介入人民的自殺行為，又該以何種理由正當化這種介入。

如果承認人擁有自殺的權利，那麼國家對於自殺行為的介入即是一種對個人自由的妨礙。這種妨礙會因其型態的不同而有程度上的差異，例如國家可以建立社區互助網絡、減少劇毒物質取得管道等方式來降低人民的自殺率，也可以以法律賦予警察對自殺行為一律加以強制介入的權力。

本文所欲探討的即係於自殺防治中最具爭議的強制性自殺防治，強制性自殺防治意指違反個人意願的自殺防治手段，其標準型態即係對於欲自殺者進行的物理性強制。例如警察職權行使法第 19 條第 1 項第 2 款規定的「管束」，或是精神衛生法第 37 條第 2 項與第 3 項規定得為防範自殺事件而對精神疾病患者之人身自由進行「拘束」。

在尊重個人自由的現代國家，以強制力介入人民個人的行為即是對個人自由的莫大侵害，國家也必須說明其侵害人民自由的目的以及手段的正當性。以我國憲法規定而言，國家即必須符合憲法第 23 條的規定始具有強制介入人民自殺行為的正當性。當代的精神醫學研究指出精神疾病與自殺行為具有高度關聯性，因此支持與反對國家以強制手段介入人民之自殺行為的論者，其出發點亦多半著重於自殺行為、自殺防治、以及精神疾病之間的討論。

¹ Albert Camus (著)，沈台訓 (譯) (2015)，《薛西弗斯的神話：卡繆的荒謬哲學》，頁 42，臺北市：商周出版。

支持國家介入者認為精神疾病患者所表現出的自殺行為並非其真實意願，而係遭受精神疾病的影響所致，因此國家應予介入並保護「真實」的個人；反對方則主張精神疾病係當代精神醫學所建構出的迷思而非真實存在、自殺與精神疾病並不具有如精神醫學所稱的緊密連結關係、抑或主張精神痛苦的真實性、無法治癒性來反對國家以精神疾病之名介入人民的自殺行為。

本文則認為，無論精神疾病與自殺行為間的關聯性是否真實，以人民患有精神疾病來正當化強制性自殺防治的手段仍是難以成立。原因在於，光是「何謂精神疾病」這個問題即存有諸多爭議，關於精神疾病的定義及其與理性間的關係亦未有定論，再加上精神疾病所帶有的污名化問題，將自殺者與精神疾病加以連結並作為對其進行強制的理由即不適切。另一方面，我們可以發現支持強制性自殺防治的論者，其關注的事實上可能並非是自殺者是否患有精神疾病，而毋寧是自殺者由於精神疾病而處在一個「不自主」的情況之下，因此國家有必要介入其自殺行為。由此出發，本文試著將強制性自殺防治的正當化以「自主性」(autonomy)作為另一個切入點，論證強制性自殺防治在自殺者缺乏自主性時即具有發動的正當性。

誠然，有關何謂自主性的議題亦是一個充滿爭議的領域，且其亦可能與精神疾病的概念有所關聯。惟此處需指出的是，對於是否具有自主性與精神疾病的判斷乃是相互獨立的。因此，以自主性作為中心來討論強制性自殺防治，一方面更貼合支持強制性自殺防治者的關懷，另一方面也帶有在精神疾病被污名化的當下，將具有自殺傾向者與該標籤脫勾、去污名化的作用。

在架構上，本文將在「貳」先整理自殺與自殺防治在歷史上如何被看待，及其在精神醫學的發展下被醫學化的過程，並在「參」梳理目前精神醫學論述上關於自殺與自殺防治的論述，再於「肆」主張以自主性作為中心來正當化強制性自殺防治會是一個較好的作法、以及這個作法可能遇到的困難，最後則是結論。

貳、自殺與自殺防治的歷史

自古以來，關於自殺的討論可謂卷帙浩繁，不同時期的哲學家、社會學家、法學家都對此現象進行了深刻的評價與論辯。在西方基督教世界中，自殺在宗教上被認為是一種罪惡（sin）；直到二十世紀中葉除罪化以前，法律亦對自殺者進行懲罰（例如沒收其財產），自殺因而同時被認為是一種犯罪（crime）。雖然 18 世紀開始將自殺這個現象放入醫學領域觀察並不完全等同於自殺的除罪化，惟精神醫學之興起確實影響了人們對於自殺的評價立場，並開始將疾病的圖象加諸自殺者之上²。

將自殺、自殺傾向視為是一種疾病、或是因為疾病所表現出的行為，即帶有著自殺者乃是可以治癒、「恢復健康」的意義。似乎可以這麼說：從精神醫學開始研究自殺者與精神疾病間的關係時，最早的自然防治即誕生了。

一、十七世紀以前的圖象

哲學家如 Plato、Aristotle 認為由於人的生命並不只屬於自己，尚且從屬於神與國家，因此否定人可以自殺，此種觀點亦影響了日後的基督教文明。雖然基督教於創教初期並不反對自殺，甚至鼓勵歌頌殉道的行為；惟於其成為羅馬國教後，受到神學家 Augustine 認為自殺係屬於「自我謀殺」，因此違反十誡中不得殺人的誡命之影響，自殺即成了罪惡的一種，而需受到教會法的制裁³。

相反的，希臘哲學家如 Seneca 則以自我的所有權為基礎，認為人在生命受到年老

² Thomas Stephen Szasz (著)，吳書榆 (譯) (2001)，《自殺的權利》，頁 9、37-43，台北市：城邦文化發行。

³ 陳和君 (2014)，《權力視角下之自殺、加工自殺罪與安樂死》，頁 19，臺灣大學法律學研究所碩士論文。

的威脅時即有自願死亡的權利，以免日後自己失去行動能力而無法掌握自己的死亡⁴。羅馬法在二世紀以前，亦對軍人與奴隸外的自殺者採取相對寬容的態度而不對其加以處罰，此後才又因各種因素轉趨嚴厲⁵。

中世紀的歐洲對於自殺則採取相對嚴厲的態度，除了在信仰上予以譴責外，在法律上亦對自殺者有所處罰：例如在教會法上規定自殺者不得進行基督教式的喪禮，於世俗法上則沒收其財產，甚或對其屍體進行羞辱⁶。

惟於十七世紀中葉以降，縱使自殺尚未除罪化，惟此時法院已開始以自殺者屬於瘋人為由來免除對其財產進行沒收的刑罰，值得注意的是，此一趨向甚至早於啟蒙運動中對於人得否自殺的論辯⁷。於此即有學者認為，世俗法上對於自殺者的財產不加以沒收，係基於重商與早期資本主義發展的影響所致⁸。此外，以自殺者係基於瘋狂自殺，因而不應加以譴責的論述，也在日後進入了教會法的領域⁹。

歐陸十八世紀最重要的哲學家 Immanuel Kant 對於自殺則仍採取否定的態度。Kant 認為，由於自殺者將自身的利益置於自身理性自主這個無條件的價值之前，其自殺因而是錯誤的行為¹⁰。惟其他的啟蒙主義者（如 David Hume）則利用道德在當時已漸次與神學、宗教信念脫鉤的機會，並在個人主義、自由主義之興起下試圖去除對自殺的負面評價，進而認定人擁有結束自己生命的權利¹¹。

⁴ Szasz, 前揭註 2, 頁 30。

⁵ 陳和君, 前揭註 3, 頁 21-22。

⁶ 陳和君, 前揭註 3, 頁 24-27。

⁷ 陳和君, 前揭註 3, 頁 28。

⁸ 陳和君, 前揭註 3, 頁 129-131。

⁹ Szasz, 前揭註 2, 頁 32。

¹⁰ Michael Cholbi, *Suicide Intervention and Non-Ideal Kantian Theory*, 19 J. APPL. PHILOS. 3, 246-247 (2002).

¹¹ 吳建昌等 (2007), 〈自殺與自殺防治之倫理分析〉, 《醫學教育》, 11 卷 2 期, 頁 262。

二、十八世紀後自殺的醫學化

儘管在哲學的思潮上對於自殺的評價有所反轉，仍有學者指出，人們對於如何評價與看待自殺行為的改變乃肇因於自殺與瘋狂兩者的連結¹²。由於瘋狂、精神疾病被宣稱是精神科醫師的專業，加上自殺被認為由精神疾病所造成，自殺也因此變成是醫學的研究對象，過去在道德、哲學上對於自殺的研究便不再佔據重要的地位。於此，日後關於自殺的知識便開始在自殺的醫學論述、醫學實踐、以及監禁精神病患的機構被生產¹³。原先國家處罰自殺者的兩面關係，也演變成了精神科醫師與病患、國家與被國家賦予強制力的精神科醫生、以及國家與精神病患／自殺傾向者間的三角關係。

時至今日，雖然其他領域（例如哲學、人類學、社會學）仍持續對於自殺進行研究，惟精神疾病與自殺的連結則已在西方社會被廣泛地接受。雖然自殺因此不再如同過去被視為是一種罪惡，不過卻由於其與精神疾病的連結，加上人們對於精神疾病患者的誤解與歧視，自殺者（尤其未成功者）即常被視為弱者、病人，這種污名化的作用可能導致其不願向外求助等後果¹⁴。

需要指出的是，目前精神醫學界亦未完全將自殺傾向作為精神疾病的症狀，且承認亦存在著與精神疾病無關的自殺行為¹⁵。不過，在主流的自殺防治論述中，仍是將精神疾病作為自殺的主要肇因，因此也是自殺防治論述最為關注的對象。因此，就自殺與精神疾病間的關係，即值得進一步深入探究。

參、自殺與精神疾病

¹² 吳建昌等，前揭註 11，頁 260。

¹³ Ian Marsh, *The Uses of History in the Unmaking of Modern Suicide*, 46 J. SOC. HIST. 3, 746 (2013).

¹⁴ 李昀濤（2013）。〈防治自殺新觀念 不再污名化〉，《台灣醒報》，2013 年 9 月 8 日，載於：

<https://tw.news.yahoo.com/防治自殺新觀念-不再污名化-101400101.html>。

¹⁵ 吳建昌等，前揭註 11，頁 261。

如前一章所述，對於自殺的評價與自殺防治間的關係自精神醫學興起後有著關鍵性的轉變。由於將自殺視為是部分精神疾病的徵兆，自殺於原先罪惡、犯罪之外獲得了「疾病」的性質，在這個基礎之上，自殺者落入了醫學研究（尤其是精神醫學）的領域。

此處的重點在於，將自殺傾向作為疾病的一種病徵，即帶有著可以治療、治癒的隱喻。與其他疾病不同的是，在一般的疾病（輕如感冒、重如癌症）上，我們直覺上會認為病患擁有拒絕治療的權力；惟當疾病是精神疾病時，則由於病患常被宣稱是不理性、缺乏自主的，其對於自身醫療處置的意見即可能被忽略，甚至使用強制性的手段違反其意願而行。此時產生的矛盾即是，一方面認為自殺因高度與精神疾病相關而需要治療，並將其視為公共衛生問題而需要加以防治；另一方面國家卻也必須基於對人民自主權之尊重，不任意介入人民的行為而對其自由造成侵害。

暫且不論複雜的政治、道德哲學論辯，立基於個人、自由主義上的人觀，預設了個人理應擁有包括選擇結束自己生命的自主權。在此觀點之下，自殺似乎反而可能成了一種人表現自己真正自主的方式。不過當自殺與精神疾病被認為具有緊密關聯時，自殺反倒常被認為是一個不自主的行為，而需要外力加以控制。例如：對於精神病患的拘禁與研究經常是強制性的，而對於有自殺傾向者，由於其經常被宣稱與精神疾病相關，因此對其行為的介入亦常帶有強制性的成分。再者，雖然研究顯示並非所有的自殺皆與精神疾病相關，惟對於自殺者的行為，我們可以發現法律亦傾向於優先保護生命的存續而非尊重自殺者之意願，即於此時藉助法律授權國家的強制力合法地介入自殺行為。

以我國法為例，警察權職行使法第 19 條第 1 項第 2 款即規定對意圖自殺者警察得為管束之，於立法理由中僅說明警察係為防止危害發生而有對特定人施行管束之必要。不過，對於意圖自殺者的介入方式可以是柔性的輔導勸說、毒性物質的管制，亦

可以從意圖自殺者的分類（如以其精神狀態）或自殺行為是否可能造成其他傷害（如在鬧區欲從高樓跳下）來選擇是否強制介入。因此，我國警察職權行使法選擇一律對自殺行為加以強制介入的態度於本文看來毋寧是較為粗糙且缺乏正當性的。

回到前述關於在當代自殺究竟是作為個人自主的展現抑或受精神疾病影響的問題，本章要處理的即是在強制性自殺防治手段的採擇上，傳統論述以自殺者患有精神疾病作為強制介入的正當理由所產生的爭議。本文將先從精神疾病本身的爭議性出發，並整理不同學者對於精神疾病與自殺間是否具有關聯性的主張，最後再指出：縱使自殺與精神疾病有所連結，亦不宜以此為由來正當化強制性的自殺防治。

一、精神疾病的定義與爭議

（一）醫學定義

鑑於文章長度考量，此處姑且先不提關於更為基本的「何謂疾病」的爭議，惟光是精神疾病的定義即是一個棘手的問題。讓我們再退一步，從較為權威的定義，即由美國精神醫學學會出版的《精神疾病診斷與統計手冊》（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，下稱 DSM）出發。

DSM 長期以來作為精神科醫師用以判斷精神疾病的參考指南，第四版中關於一般精神疾病的定義係：精神疾病係指與當下的痛苦、失能、或顯著增加死亡、痛苦、失能、失去重要自由的風險「相關」（associated）的個人行為、心理狀態、行為模式¹⁶；不過相關的敘述在第五版中則被修改為：精神疾病的特徵在於個人認識、情緒控管、以及行為上的障礙，並反映了心理、生物、以及心理功能基礎發展程序的失能，精神

¹⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS xxi (American Psychiatric Pub 4 ed. 1994).

疾病並「通常相關」(usually associated)於嚴重的痛苦或社會、工作或其他重要領域上的失能¹⁷。

有學者即指出，從美國精神醫學學會關於精神疾病的定義性文句變化(從「相關」到「通常相關」)，可以看出精神醫學界將精神疾病更趨向以生物性的標準加以定義，而較不注重個人的主觀感受以及疾病與社會環境的關係¹⁸。在這樣的定義下，精神疾病即不再必須共同考量醫學、社會、個人三個層面，個人的痛苦或者社會參與能力的嚴重損害也因此不再必然是診斷精神疾病所必須考慮的面向，而單以生物功能的失能即可對病患是否罹患精神疾病作出診斷¹⁹。

關於精神疾病應該如何定義即可能影響了自殺行為與精神疾病是否相關、如何相關的答案。另外，更具爭議的還有對於精神疾病的概念以及精神醫學正當性的整體挑戰，即批判精神醫學的論述。

(二) 批判精神醫學

如前所述，在 18 到 19 世紀之間精神醫學逐漸成為一個知識領域，表現出異常行為的「瘋狂者」則開始大量地被關入收容所成為精神科醫師研究與治療的對象²⁰。20 世紀初在西方國家則出現了前述之心理衛生運動，訴求對精神疾病患者進行更友善、人性化的治療。此時，關於人類的心理狀態已經大致上完成了其醫學化的過程，也就是將大部分心理上的疾患視為是得以醫學方法加以治療並改善。

約莫 1960 年代始，精神醫學的合法性受到一波重大挑戰。有的學者(如 Thomas Szasz) 試著從精神醫學內部的角度提出批評，主張由於精神疾病未如同生理疾病般具

¹⁷ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS* 20 (American Psychiatric Pub 5 ed. 2013).

¹⁸ Andreas Heinz, et al., *Philosophical Implications of Changes in the Classification of Mental Disorders in DSM-5*, in *HANDBOOK OF THE PHILOSOPHY OF MEDICINE* (Thomas Schramme & Steven Edwards eds., 2017).

¹⁹ Heinz, et al., 1028-1029, 2017.

²⁰ VICKI COPPOCK & JOHN HOPTON, *CRITICAL PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH* 16 (Routledge. 2000).

有生物性的基礎，因此事實上並不存在所謂的精神疾病，國家或醫生對所謂精神疾病患者或瘋狂者進行的治療因而是一種對自由的侵害且不具正當性²¹。鼎鼎大名的 Michael Foucault 則試著從別的領域汲取資源，爬梳史料並呈顯出現代精神醫學的基礎其實並非如人們一般所理解的那樣穩固、理所當然²²。

關於精神醫學、心理健康的批判性論述指出了醫學可能遠非人們所想的那般中立，而可能正常之名作為社會控制的手段。從文化批評的面向觀察，目前我們所使用的醫學標準，亦可能屬於一種西方文化霸權，其取代了不同在地文化對於心理狀態的理解模式。不過要注意的是，這類基進的主張也常常忽略了醫學科學性以及進步性的一面，而可能有失公允。話雖如此，由批判精神醫學的觀點出發來觀察自殺與精神疾病間的連結，仍有助於我們看見其在歷史上具有的偶然性，並對主流論述加以質疑。

二、精神醫學中關於自殺防治的爭議

在現代，自殺被認為係與精神疾病有高度相關，研究指出被診斷具有精神疾病者的自殺率遠高於正常人口²³，甚至有研究指出 90-95% 的自殺者合併有精神科疾病²⁴，在中度發展國家亦有 60% 的自殺者有精神疾患的診斷²⁵。由此似乎可以說明自殺與精神疾病間的關係具有高度重要性，因此討論自殺防治時即必須同時重視精神疾病作為促成自殺行為的角色。

²¹ P Bracken, et al., *Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health*, 25 PRIMUM NON NOCERE. THE CASE FOR A CRITICAL APPROACH TO GLOBAL MENTAL HEALTH 6, 220-221 (2016).

²² Bracken, et al., 223 (2016).

²³ Edward Chesney, et al., *Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review*, 13 WORLD PSYCHIATRY 2, (2014).

²⁴ Kay R. Jamison (著)，易之新 (譯) (2000)，《夜，驟然而降：了解自殺》，頁 109，臺北市：天下遠見。

²⁵ 世界卫生组织西太平洋区域办事处 (2014)，《预防自杀：全球要务》，頁 40，马尼拉：世卫组织西太平洋区域办事处。

惟本文認為，無論此處所呈顯之數字為何，仍應注意在自殺被醫學化後，自殺傾向亦被納入精神疾病的診斷依據之中。因此，在自殺傾向被列入精神疾病的診斷判準時，主張自殺與精神疾病間具有高度相關即可能有循環論證之嫌。

以下本文將從 Thomas Szasz 的立場出發，逐一檢視以精神疾病正當化強制性自殺防治的正反立場，並於最後指出縱使承認自殺與精神疾病有所連結，亦不宜以此為由來正當化強制性的自殺防治，而應另尋解方。

（一）Thomas Szasz：主張精神疾病並不存在

基於其自由放任主義的立場，Szasz 始終堅持認為精神疾病缺乏真實基礎，因此反對以精神疾病為由對人進行任何強制²⁶。在自殺防治的立場上，Szasz 不僅反對以任何強制性的自殺防治手段，其甚且強調此與欲自殺者是否有精神疾病的診斷無關²⁷。

Szasz 以美國大法官在色情影片的審查作為類比，由於大法官要確認的係憲法是否禁止色情影片的散布，因此大法官毋須審查特定影片是否為色情影片；同理，當國家要確認的係是否禁止強制性自殺防治—即不應對有自殺傾向者違反其意願介入其自殺行為一時，該特定人的精神狀態即不在考慮之列²⁸。

其實從 Szasz 對精神疾病的一貫立場，即可以論證強制性自殺防治不必考慮特定個案的精神狀況。Szasz 主張的是，由於多數精神疾病乃是一種迷思而欠缺真實性，因此國家或醫生即不應以精神疾病為由介入其行為。Szasz 認為自殺乃是在現代被醫學力量加以污名化的行為，即認為自殺係由外在的因素—主要是精神疾病所引起。惟將自殺者視為是一個「受害者」時，事實上也免除了自殺者自己對自殺行為的責任²⁹。因

²⁶ Thomas Szasz, *Should psychiatric patients ever be hospitalized involuntarily? Under any circumstances-No*, in *CONTROVERSY IN PSYCHIATRY* 475, (John Paul Brady & H. Keith H. Brodie eds., 1978).

²⁷ Thomas Szasz, *The Case Against Suicide Prevention*, 41 *AM PSYCHOL* 7, 810 (1986).

²⁸ Szasz, *AM PSYCHOL*, 810 (1986).

²⁹ Szasz, 前揭註 2, 頁 53-54。

此，Szasz 認為將自殺與精神疾病連結使得精神科醫師負起了防治病患自殺的責任，而由於 Szasz 認為責任與自由、自我控制是相關的，因此若推導到極致的話，將是醫師必須對病患的行為—亦即其行動自由—進行全面的控制³⁰。

總而言之，Szasz 係基於對精神疾病之真實性的懷疑、以及為維護個人的最大自由，其始終反對強制性的自殺防治手段。

（二）精神疾病與自殺間的錯誤連結

承認精神疾病的存在，不代表同時也要承認其與自殺的相關性。許多學者即指出，自殺是一個在當代被醫學化的概念，醫學化指的即是將非醫學的問題錯誤地分類為醫學上的問題³¹。Saxby Pridmore 指出，現代精神醫學界過於輕易地將諸如悲傷等情緒加以醫學化，再加上醫師事後對自殺成功者進行的心理剖析（psychological autopsy）以及家屬事後對自殺者生前的回顧，皆可能將其生前低落的情緒解讀為精神疾病的傾向，自殺因而成為了醫學化的概念³²。

除了心理剖析的正確性在當代已經受到許多質疑外，這樣的連結可能也忽略了自殺的特殊地域性。意即，與精神疾病緊密連結的自殺概念因為現代醫學本身所宣稱的普遍有效性而宣稱了自己與精神疾病相關性是普遍的，惟此即忽略了實證研究所指出的，在不同區域的自殺現象可能是基於十分不同的成因³³。

（三）自殺傾向作為精神疾病的真實性

不過，主張自殺與精神疾病具有高度關聯仍是精神醫學界的主流看法³⁴。作為精神醫學的專家，Kay Jamison 即批評 Szasz 對於自殺與精神疾病間毫無關聯的主張，並

³⁰ Szasz, AM PSYCHOL, 809 (1986).

³¹ Saxby Pridmore, *Medicalisation of suicide*, 18 MALAYSIAN J MED SCI. 4, 78 (2011).

³² Pridmore, 80-81 (2011).

³³ Saxby Pridmore, *Mental disorder and suicide: a faulty connection*, 49 AUST. N. Z. J. PSYCHIATRY 1, 18-19 (2015).

³⁴ 蘇宗偉、李明濱（2006），〈自殺的流行病學〉，《台灣醫學》，10 卷 3 期，頁 335。

認為這種信念沒有臨床與科學文獻之支持，甚至 Szasz 自己也沒有提出有力的數據來證立自己的立場³⁵

Jamison 相信自殺與精神疾病的高度關聯性，並以憂鬱症患者為例，主張憂鬱症患者因為思考遲緩、認知功能下降而無法在問題發生時想出較好的解決方法，最後選擇了自殺³⁶；在實質的生物性證據方面，其則指出許多研究皆發現血清素濃度過低與暴力行為與自殺危險性有關³⁷。基於上述觀點，Jamison 積極說明應如何處遇各種精神疾病—尤其是帶有自殺傾向的病患，例如：對具自殺傾向的病患應以何種藥物治療、如何以心理治療的方式幫助其持續服藥，並且支持較為積極性的自殺防治措施³⁸。

國內亦有研究指出，在自殺防治之中，大腦神經科學的進展對於自殺防治的工作能夠有所助益。〈從大腦神經科學看精障者的自殺防治工作：以憂鬱症與精神分裂患者為例〉一文的作者們認為研究顯示憂鬱症患者的大腦皮質、邊緣系統皆有異常現象，因此導致了注意力與專注力的缺損，進而弱化其問題解決的功能³⁹；在思覺失調症（原文稱精神分裂症）患者的大腦上，經由正子電腦斷層掃描則可以發現額葉代謝減退的現象，因此導致其情緒調節、衝動抑制的困難⁴⁰。

作者們因此認為，在自殺防治的工作上，僅依靠當事人或行為來判斷其自殺風險是不足、甚至是不明智的。在當事人可能不願意配合或有所隱瞞時，觀察其神經功能的缺損可以作為更客觀的自殺風險評估，並且作為後續醫療與介入的基礎⁴¹。該文的

³⁵ Jamison，前揭註 24，頁 286-288。

³⁶ Jamison，前揭註 24，頁 98-100。

³⁷ Jamison，前揭註 24，頁 208-215。

³⁸ Jamison，前揭註 24，頁 286-288。

³⁹ 葉品陽等（2013），〈從大腦神經科學看精障者的自殺防治工作：以憂鬱症與精神分裂症患者為例〉，《身心障礙研究季刊》，11 卷 1 期，頁 59-60。

⁴⁰ 葉品陽等，前揭註 29，頁 60。

⁴¹ 葉品陽等，前揭註 39，頁 62。

作者們雖未說明文章中的「介入」所為何指，惟本文認為若將神經功能的缺損與自殺拉起因果鏈，且在神經功能的缺損係得以治療的情況下，即可能以此作為客觀依據來正當化強制性自殺防治。

（四）精神疾病與理性的自殺

在逐漸承認人擁有自己生命自主權，而得以選擇結束自己生命的現代，若要排除精神疾病的標籤，自殺者即被要求必須要是理性的。意即，自殺者必須符合某些判準來證明自己的自殺是正當的，例如：自殺可被理解為對人生境況的合理反應、為了擺脫不可忍受的痛苦、經過理性的利害分析、以及最重要的「未受任何精神功能障礙的影響⁴²」。在這種要求自殺必須是「理性的自殺」之態度下，精神疾病患者往往即被直接排除於討論之外。

此處面臨到的問題是，儘管我們承認精神疾病與自殺的確有所關聯，惟此是否即足以正當化各種自殺防治手段？意即，如果理性的自殺可以排除強制性自殺防治的介入，則當自殺者是精神疾病患者時，此一身份是否即排除其進行「理性自殺」之可能，而足以使我們得以限制其自殺的行為、甚至以違反其意願的手段為之？

對此，Jeanette Hewitt 認為傳統上將精神疾病患者排除於理性自殺的討論之外是有問題的。Hewitt 在兩方面反對直接以精神疾病為由介入自殺行為。首先，Hewitt 主張大部分精神疾病並不會造成全然、構成性的不理性（constitutional irrationality），除非是腦部受到嚴重損害的患者，多數病患仍得以表現出處理事務的能力，因此不能直接地將精神疾病與不理性、失去自主加以連結，進而正當化對其行為的介入⁴³。

另一方面，Hewitt 著重於討論痛苦的真實性，其認為在唯物論與強調實證性的影響下，精神病患的痛苦往往被與一般物理疾患的痛苦區分開來，這種精神痛苦被認為

⁴² Jeanette Hewitt, *Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate?*, 36 INT J LAW PSYCHIATRY 5-6, 361 (2013).

⁴³ Hewitt, 361 (2013).

是心理的想像，因此並不若物理疾患的痛苦那般真實⁴⁴。Hewitt 認為，要主張精神痛苦的真實性，第一種方法是將精神痛苦都化約到腦部物質的異常作為基礎，惟其認為這並無法解釋並幫助所有感到精神痛苦的患者。因此其主張拋棄唯物論立場的可能性，進而重視精神痛苦的真實存在⁴⁵。在重視精神痛苦的真實性、甚至是不可治癒性時，才有擺脫目前對精神疾病患者多以醫療模型看待而產生的誤解之可能。

若精神疾病的痛苦、以及其不可治癒性能夠被重視，事實上我們可以發現其與末期病人的相似性。意即，癌末的病人選擇使用安寧療法、幫助自殺等醫療行為的合理性，似乎對遭受嚴重精神痛苦的精神疾病患者亦有適用⁴⁶。遭受這種痛苦的患者，選擇死亡對其來說反而可能不是傷害，而是一個結束痛苦的方法與理性的選擇⁴⁷。由此亦可指出，精神疾病可能並非作為自殺的「原因」，而是「理由」；其不同之處在於，前者係指精神疾病作為一個外力直接促成了自殺，後者指的則是患有精神疾病的這個事實證成了自殺這個行動⁴⁸。

如果我們不應區分精神疾病與物理疾病所產生的痛苦、亦不應將精神疾病直接等同於不理性，那麼對於精神疾病患者的自殺行為，即不得以上述兩個理由進行介入。更甚者，從理性的自殺出發可以發現的是主張精神疾病的真實性不一定只會導出強制性自殺防治的正當性，亦可能正當化精神疾患選擇以結束生命來終結其不可忍受之痛苦的自殺行為。

三、精神疾病不宜作為自殺防治的切入點

⁴⁴ Hewitt, 359 (2013).

⁴⁵ Hewitt, 359 (2013).

⁴⁶ Angela Onkay Ho, *Suicide: rationality and responsibility for life*, 59 CAN J PSYCHIATRY 3, 144-145 (2014).

⁴⁷ Ho, 144-145 (2014).

⁴⁸ Thomas A Widiger & Marie Rinaldi, *An acceptance of suicide*, 20 PSYCHOTHERAPY 3, 266 (1983).

從上述的段落中我們可以發現，關於精神疾病是否能正當化強制性自殺防治的爭議，其重點在於（1）精神疾病具有真實性（2）精神疾病與自殺具有連結的真實性以及（1）（2）是否足夠證成（3）患有精神疾病者無法進行「理性的自殺」。

不過，根據上述學者們的主張，我們也可以發現關於（1）（2）這兩個命題都存在著不小爭議，甚至就算承認（1）（2）為真後，亦不一定就能夠證成（3）的主張。

尚可以指出的是，實證研究也顯示自殺的可能性高低難以預測，對於個別精神疾病患者自殺風險的錯估亦所在多有。學者指出，以強制性的手段來防免一個生命的喪失，其卻可能是以數以百計的個體自由做為代價⁴⁹。誠然，生命相較於自由可能看起來有較高的價值，惟當我們談論的是社會中具體的個人時，數量以及其所帶來的社會成本亦不能就此忽視。

因此，以精神疾病作為強制性自殺防治手段的正當性理由即可能不是一個好的選擇，而必須另謀出路。在過去已有學者指出，關於自殺的倫理問題包含了自殺者之自主、精神疾病、以及國家家父長主義的爭議⁵⁰。本文以為，自殺與精神疾病間的爭議，事實上也是關於自殺者之自主的爭議。當我們討論自殺者是否受到精神疾病的影響時，實際上我們要問的問題即是其自殺是否是一個「不自主」的決定。因此，討論強制性自殺防治的正當性，即焦點可能就不是自殺者是否患有精神疾病，而是關於自殺者是否具有足夠的自主性作出自殺的決定。

肆、自殺與自主性

在關於理性自殺的討論中，時常被主張的是自殺作為個人自主的一種展現。因此，在國家應尊重個人自主為前提的現代，自殺防治可能引起的爭議之一即是其乃是

⁴⁹ Sascha Callaghan, et al., *Risk of suicide is insufficient warrant for coercive treatment for mental illness*, 36 INT. J. LAW PSYCHIATRY 5-6, 382 (2013).

⁵⁰ 吳建昌，前揭註 11，頁 261。

於個人自主的妨礙，因而必須說明其正當性。另外，在討論自殺時將自主性作為重心的原因也在於，具有自主性代表個人能夠為自己的行為負責，選擇死亡這個行為也同樣地必須是個人自己能夠負責的選擇；因此要求自殺者具有自主性，即能夠為自己的生命負責，便具有一定的合理性。關鍵的問題在於，自殺者是否具有足夠的自主性來決定自己的行為、以及此處自主性的內涵與判準為何。

需事先說明的是，本文並非主張具有自主性即得以當然地排除強制性自殺防治。例如在自殺行為可能造成他人具體上的傷害時（例如跳樓、開瓦斯）即可能有另外的理由加以介入。另外，有些論者可能認為，由於人類彼此間具有社會連帶性、或者基於個人最大利益的考量，光是自殺帶來的不良影響即足以證成強制性的自殺防治，而無關其是否具有自主性。惟由於本文的目的不在於全面性的探討自殺的合理性，而只在於探討以自主性作為中心相較於精神疾病，是否能夠更佳地正當化強制性自殺防治，因此也無意深入探討此一問題。

回到原本的討論，我們可以試著將自殺與拒絕醫療相對比，可以發現兩者其實具有一定程度的類似性；因此關於拒絕醫療的討論，亦可能得以作為討論拒絕強制性自殺防治的資源。在拒絕醫療的個案中，法官以及醫師同樣必須審酌病患作出拒絕醫療的決定是否出於自主決定、病患是否具有足夠的意思能力拒絕特定的醫療行為；而在拒絕醫療的極端例子中（即不接受治療即必然導向死亡的例子），其與選擇自殺其實並無二異。因此，在自殺防治的例子中，需要討論的也同樣是自殺者的決定是否出於自主決定、是否具有足夠的能力來拒絕違反其意願的自殺防治。

由於自主性的議題十分複雜，本文將先整理出與自殺、自殺防治議題可能較為相關的自主性面向，接著討論自主性與精神疾病間的爭議，最後提出正當化強制性自殺防治所可能使用的自主性判準、及其可能遇到的困難。

一、自殺、自殺防治、與自主性

關於自主性 (autonomy)，最一般性的理解可能是其消極與積極的面向，即一個人具有自主性的意思乃是其行動不受外在力量的干預、以及具有選擇各種行動的自由。一個人具有自主性的這件事，也可以作為我們尊重其選擇，而無視該選擇是否理性的理由。以上所說的自主性，涉及都是作為一種地位的自主性，其來源為何則可以有各式的主張。

另一方面，自主性亦可能指一個人反思、理解、決定自己行動、人生計劃的能力，廣泛而言可以稱之為自我治理 (self-governance) 的能力；於此所說的自主性即是一種能力面向上的自主性⁵¹。Kant 對於自主性亦是採取一種能力式的看法，不過其自主性則專指人進行內在立法的能力，這種僅涉及道德哲學意義的自主性即與上述的個人自主性有很大的不同⁵²。

關於自殺與自殺防治涉及的自主性即包括尊重個人選擇自殺的這個決定，以及其是否具有選擇這個行動的決定能力。本文以為，自殺作為一個決定，其所涉及的自主性並非是總體的、一個長期人生計劃式的自主，而是關涉個別決定的自主性；個人可能因為突發的狀況缺乏當下的自主性，惟這並不影響其過一個自主的人生，而人生失去總體自主性的個體，亦不代表其在決定某些個別的行動上無法具有自主性⁵³。

因此，本文接下來要討論的即是涉及個別決定能力上、即能力面向的自主性。本文以為，當個人在具有這樣的自主能力時，也同時代表著其獲得了某種「身份」，國家或他人因此即必須尊重其所作出的行為選擇。

⁵¹ John Christman, *Autonomy in Moral and Political Philosophy*, (2015), available at <https://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/>.

⁵² Christman. 2015.

⁵³ Catriona Mackenzie, *Autonomy*, in *THE ROUTLEDGE COMPANION TO BIOETHICS* 279, (John D. Arras, et al. eds., 2015).

不過，個人對於自殺的自主決定能力，在自殺與精神疾病被認為具有緊密連結的當代時常被否認。社會學與精神醫學專家 Karolynn Siegel 即批判自殺者通常並不具有倡議理性自殺者所列出的條件，而總是受到當下的憂鬱情緒、重大事件所影響，導致無法理性地思考自殺的後果⁵⁴。傳統上，對於能力面向的自主性判準也常採用一種身份式的考量，而使得具有精神疾病的這個身份即直接等同於缺乏自主能力⁵⁵；因此，我們仍舊必須處理自主性與精神疾病間關聯性的議題，才能夠在自殺防治的正當性上提出一個獨立於精神疾病的自主性判準。

二、自主性與精神疾病

從精神疾病患者的自述中，可以發現傳統上不尊重其自主性的作法相較於精神疾病自身，可能對病患本身造成更大的傷害、甚至加強其自殺之意念⁵⁶。當能力上的自主性被否認時，病患失去的是對於自身環境以及行動的控制能力，此時可以說其身份上的自主性亦同時遭到踐踏。此處並非一律反對否認精神疾病患者能力面向的自主性，而是反對以其作為精神疾病患者為由而直接否認其自主性。

將自主性的判準建立在精神疾病患者的身份上之所以不應被肯認，除了可能帶來更多傷害外，另一個原因則是在於並非患有精神疾病者都一律缺乏決定能力上的自主性。我們可以試著將此處的自主決定能力視為有如法律上的意思能力，而這個意思能力之有無則應以各種心智能力的程度來加以判斷；意即，自主決定能力並不會因為精神疾病的身份而當然不存在⁵⁷。

⁵⁴ Karolynn Siegel, *Psychosocial aspects of rational suicide*, 40 AM J PSYCHOTHER 3, 410 (1986).

⁵⁵ Callaghan, et al., 376 (2013).

⁵⁶ Patricia Deegan, *Recovery as a journey of the heart*, 19 PSYCHIATR. REHABIL. J. 3, 94 (1996).

⁵⁷ Jessica Berg & Katherine Shaw Makielski, *Capacity and Competence*, in THE ROUTLEDGE COMPANION TO BIOETHICS 293, (John D. Arras, et al. eds., 2015).

從本文的關懷角度出發，由於本文在意的是個人在進行自殺時其自主決定能力，因此事實上我們也不必深究到底是精神疾病造成諸如理性、判斷力等心智能力的問題，還是這些問題乃是作為精神疾病的判準的問題。重點還是在於個人在自殺的當下是否缺乏自主決定能力，與其是否患有精神疾病即不具有直接的關係；意即，縱使該個人被診斷出患有精神疾病，其自殺行為仍可能是具有自主性的合理行動。

三、與自殺相關的自主性判準

從前述關於法律上意思能力的類比出發，在討論個人的自主能力時，有一種主張是視個人所欲從事的行為風險來決定該能力門檻的高低；風險較高者應具備有更高的自主決定能力，風險較低者要求則較低的決定能力即可。乍看之下，這樣分級化的能力門檻似乎有其道理，能夠更佳地保護作決定的個人；惟需注意的是，國家可能透過操弄行為風險的高低標準事實上地達到限制某些行為或使其幾不可能被施行，因而反倒產生了不當的家父長主義⁵⁸。為了達到保護個人與尊重其自主的目的，適當的作為即非提高門檻；DeMarco 認為此時應透過程序而非實質面向的調整，要求該自主決定能力之證據有更高證明度，來證明個人的心智能力已達標準⁵⁹。

除了要求能力面向的自主性判準不應依行為風險調整實質的門檻高低外，需要注意的還有該判準所依循的依循標準為何。依 Sascha Callaghan 的分類，判斷的標準可以分成功能性、結果性、以及身份性的判準，其並主張涉及決定能力的自主性之判準應該從個人的認知功能是否足夠來判斷，也就是功能性的判準⁶⁰。Callaghan 認為，依照

⁵⁸ 吳建昌 (2010)，〈精神疾病患者之意思能力〉，《護理雜誌》，57 卷 6 期，頁 7。

⁵⁹ J. P. DeMarco, *Competence and paternalism*, 16 *BIOETHICS* 3, 241 (2002). 需要說明的是，DeMarco 這樣的作法，可能還是有所不足。吳建昌指出這仍可能造成某些有足夠實質的心智能力者，因為無法提出足夠之證明，而無法被允許作出自主的決定。見吳建昌，前揭註 58，頁 8。

⁶⁰ Callaghan, et al., 376 (2013).

行為決定可能帶來的後果、或者依行為者個人的身份來判斷其自主決定能力，都可能產生過當的限制；在結果性的判準上是國家強加了對於特定行為價值的判斷，在身份性的判準上則是錯誤地將焦點放在個人的特徵而非其真實的能力⁶¹。

Jessica Berg 與 Katherine Makielski 對於判斷法律上意思能力時即採取功能作為取向，整理出考量個人認知能力時的四個主要參考指標：（1）溝通一個行為選擇的能力（2）理解相關資訊的能力（3）評價當下情況與結果的能力（4）理性地處理資訊的能力⁶²。需注意的是，這樣的判準要能夠發揮作用，個人應能夠獲得足夠的相關資訊以供其評估；另外，理性處理資訊的能力乃是指前提與結論的邏輯一致，而非決定本身的理性與否，否則也將變回結果性的判準。

若從自殺行為的決定觀察，此即意謂著（1）欲自殺者必須首先能夠表達自己死亡的意願、（2）獲得並有辦法理解與其選擇自殺原因相關之資訊（例如病情、財產狀況…）、（3）充分理解選擇自殺帶來的後果—生命不可挽回的失去、以及（4）確認此與其選擇此結果的前提（如：終結痛苦、擺脫負債、不欲繼續存活於世上…）一致。

在這樣的判準下，當個人不具備上述的自主決定能力時，其自殺行為即得以被視作並非經其自主同意的行動。此時，國家或他人即有以維護個人最大利益等理由介入此行為的正當性。而當個人表現出其具備這樣的自主決定能力時，國家基於優先尊重個人自主，原則上即需允許並尊重其結束生命的選擇。

四、以缺乏自主正當化強制性自殺防治的困難

當我們以缺乏自主性來對個人的自殺行為進行強制時，常見的一種說法是「為了以後的他好」，精神醫學實務上亦常有引述患者在事後感謝醫護人員在過去對其所進行

⁶¹ Callaghan, et al., 376 (2013).

⁶² Berg & Makielski, 294, 2015.

的強制，使其有活下來、變回正常人的機會。與此類似，在自殺防治上存在著一種不對稱的結構：當錯誤地阻止有自主性的個體自殺，並未抹殺該個體再自殺的可能性，惟若任由一缺乏自主性的個體自殺，其生命則將是永遠地逝去⁶³。因此，在此一非對稱性的結構下，可能即需傾向認定欲自殺的個體缺乏自主性、或者在非得以有力地證明其擁有自主性、抑或對其自主性的判斷過於不確定時，先予以強制介入來維護作為最大利益的生命。惟此仍不代表所有的自殺皆是強制性自殺防治的對象，而僅是面對自殺行為時一個能夠產出最大利益的預設—因為在自主性可被清楚證明的情況下，強制性的自殺防治基本上並沒有適用餘地。

這種「為了未來的他好」產生的另一個問題則是，當該個人可能永遠無法達到前述自主決定能力的標準時，即代表其自殺行為將永遠得以被強制阻止。主張以恢復個體未來自主性對其進行強制性自殺防治的 Michael Cholbi 承認，於這樣的理論下強制介入對於永遠無法回復自主性的個人乃是一種殘酷，惟其應是非常少的極端例子⁶⁴。

另一方面，當個人基於不同理由事前同意當其出現自殺傾向時允許醫生或他人對其進行強制，此時則可能出現我們應該尊重「哪一個自主」的問題。此時的爭議即在於，我們應優先尊重當下的選擇自主或是從過去對未來作出限制的代理自主（agent autonomy）、又以前種理由加以證成之⁶⁵？或者，此時自主性即不再是正當性的來源，

⁶³ Cholbi, 256 (2002).

⁶⁴ Cholbi, 256 (2002). 相對於 Cholbi 的看法，Ryan Tonkens 則認為大多數的自殺傾向者由於常連帶患有嚴重精神疾病的關係而不具備這樣的自主決定能力。見：Ryan S. Tonkens, *A Reply to Cholbi's 'Suicide Intervention and Non-Ideal Kantian Theory'*, 24 *A REPLY TO CHOLBI'S 'SUICIDE INTERVENTION AND NON-IDEAL KANTIAN THEORY'* 4, (2007).

⁶⁵ Hallvard Lillehammer, *Autonomy, value, and the first person*, in *AUTONOMY AND MENTAL DISORDER* 202, (Lubomira Radoilska ed. 2012).

要處理的變成是此時為了保持主體深度的本真性（Authenticity）而選擇進行強制是否具有合理性⁶⁶。

伍、結論

在把梳自殺與自殺防治的歷史後，本文說明了自殺、自殺防治與精神疾病的關聯性，並主張是否具有精神疾病不應作為強制性自殺防治的正當化事由，而應改以自主性為中心來賦予強制性自殺防治之正當性。這種自主性是屬於能力面向、關於個別決定的自主性，其判準應以個人能夠溝通選擇、理解資訊、評價情況、有邏輯地決定的心智能力作為標準，來判斷其是否具有足夠的自主決定能力來選擇自己的死亡。

由此觀點出發，我國實證法上賦予警察以及醫護人員對於欲自殺者一律得以強制介入的權力，即值得加以檢討。誠然，在前述關於自殺防治的不對稱結構之下，在現實上對於欲自殺者一律加以強制可能得以產生較大的效益，因此具有一定程度的正當性。惟我們仍需正視的是，自殺不是一個一律需要加以防治的行為，而可能就如同拒絕治療或安樂死的權利一樣，是一種人的需求。

本文傾向於認為，自殺其實是面對世界的一種方法，在我們發現生命不值得活時來結束它。或許有的人會說，自殺者事實上是缺乏面對不確定性的能力、甚至不是真的想要死亡，而只是想要在一個無法實現的境況下繼續活著⁶⁷。本文要問的則是，為什麼我們必須要面對呢？面對不可理解的世界，它從來沒有給過我們任何答案⁶⁸。面對無法掌握的生命，選擇死亡可能才真正展現了自己對於生命的控制，也說不一定。

⁶⁶ Jane Heal, *Mental disorder and the value(s) of 'autonomy'*, in *AUTONOMY AND MENTAL DISORDER* 14, (Lubomira Radoilska ed. 2012).

⁶⁷ Siegel, 414 (1986).

⁶⁸ 「然而，大地悄然無聲，沒有給我任何能讓我確信這個世界真的屬於我的訊息。你向我描述它，你教我對它進行分類。你列舉它的律法，而我求知若渴，同意這些律法為真。你說明它的運作機制，而我的希望與日俱增。最後，你教導我這個五顏六色、不可思議的宇宙可以化約為一顆顆原子，原子還可以

參考文獻

一、英文文獻

- Association, A. P. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Berg, J. and Makielski, K. S. (2015). Capacity and Competence. In Arras, J. D., Fenton, E. and Kukla, R. (Eds.), *The Routledge Companion to Bioethics* (pp. 291-301). New York, NY: Routledge.
- Bracken, P., Giller, J. and Summerfield, D. (2016). Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(6), 506-510.
- Callaghan, S., Ryan, C. and Kerridge, I. (2013). Risk of suicide is insufficient warrant for coercive treatment for mental illness. *International journal of law and psychiatry*, 36(5-6), 374-385.
- Chesney, E., Goodwin, G. M. and Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.
- Cholbi, M. (2002). Suicide Intervention and Non-Ideal Kantian Theory. *Journal of Applied Philosophy*, 19(3), 245-259.
- Christman, J. (2015). Autonomy in Moral and Political Philosophy. Retrieved from <https://plato.stanford.edu/entries/autonomy-moral/>
- Coppock, V. and Hopton, J. (2000). *Critical perspectives on mental health*: Routledge.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric rehabilitation journal*, 19(3), 91.
- DeMarco, J. P. (2002). Competence and paternalism. *Bioethics*, 16(3), 231-45.
- Heal, J. (2012). Mental disorder and the value(s) of 'autonomy'. In Radoilska, L. (Ed.), *Autonomy and Mental Disorder* (pp. 192-213): Oxford University Press.
- Heinz, A., Friedel, E., Krüger, H.-P. and Wackerhagen, C. (2017). Philosophical Implications of Changes in the Classification of Mental Disorders in DSM-5. In Schramme, T. and Edwards, S. (Eds.), *Handbook of the Philosophy of Medicine* (pp. 1025-1040).

分解為電子。這一切說法都很好，我等著你繼續說下去。你談及一個不可見的星系，所有電子繞著原子核運轉。你以一幅圖像向我解釋這個世界的組成。於是我體認到，你的解釋已經化為詩歌，而我再也無法了解。」 Camus，前揭註 1，頁 62-63。

- Hewitt, J. (2013). Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate? *International journal of law and psychiatry*, 36(5-6), 358-365.
- Ho, A. O. (2014). Suicide: rationality and responsibility for life. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(3), 141-147.
- Lillehammer, H. (2012). Autonomy, value, and the first person. In Radoilska, L. (Ed.), *Autonomy and Mental Disorder* (pp. 192-213): Oxford University Press.
- Mackenzie, C. (2015). Autonomy. In Arras, J. D., Fenton, E. and Kukla, R. (Eds.), *The Routledge Companion to Bioethics* (pp. 277-290). New York, NY: Routledge.
- Marsh, I. (2013). The Uses of History in the Unmaking of Modern Suicide. *Journal of Social History*, 46(3), 744-756.
- Pridmore, S. (2011). Medicalisation of suicide. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 18(4), 78-83.
- Pridmore, S. (2015). Mental disorder and suicide: a faulty connection. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), 18-20.
- Siegel, K. (1986). Psychosocial aspects of rational suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 40(3), 405-418.
- Szasz, T. (1978). Should psychiatric patients ever be hospitalized involuntarily? Under any circumstances-No. In Brady, J. P. and Brodie, H. K. H. (Eds.), *Controversy in Psychiatry* (pp. 475-482): Saunders.
- Szasz, T. (1986). The Case Against Suicide Prevention. *American Psychologist*, 41(7), 806-812.
- Tonkens, R. S. (2007). A Reply to Cholbi's 'Suicide Intervention and Non-Ideal Kantian Theory'. *Journal of Applied Philosophy*, 24(4), 397-407.
- Widiger, T. A. and Rinaldi, M. (1983). An acceptance of suicide. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 263-273.

二、中文文獻

- Camus, A. (著), 沈台訓 (譯) (2015), 《薛西弗斯的神話：卡繆的荒謬哲學》，初版，臺北市：商周出版。
- Jamison, K. R. (著), 易之新 (譯) (2000), 《夜，驟然而降：了解自殺》，臺北市：天下遠見。
- Szasz, T. S. (著), 吳書榆 (譯) (2001), 《自殺的權利》，台北市：城邦文化發行。
- 李昫濤 (2013)。〈防治自殺新觀念 不再污名化〉，《台灣醒報》，2013年9月8日，載於：<https://tw.news.yahoo.com/防治自殺新觀念-不再污名化-101400101.html>。
(最後訪問日期：2019年4月2日)

世界卫生组织西太平洋区域办事处（2014），《预防自杀：全球要务》，马尼拉：世卫组织西太平洋区域办事处。

吳建昌（2010），〈精神疾病患者之意思能力〉，《護理雜誌》，57 卷 6 期，頁 5-10。

吳建昌、陳映燁、李明濱（2007），〈自殺與自殺防治之倫理分析〉，《醫學教育》，11 卷 2 期，頁 1-9。

陳和君（2014），《權力視角下之自殺、加工自殺罪與安樂死》，臺灣大學法律學研究所碩士論文，（未出版），台北。

葉品陽、林秀珍、吳景寬、陳偉任、余沛蓁（2013），〈從大腦神經科學看精障者的自殺防治工作：以憂鬱症與精神分裂症患者為例〉，《身心障礙研究季刊》，11 卷 1 期，頁 58-68。

蘇宗偉、李明濱（2006），〈自殺的流行病學〉，《台灣醫學》，10 卷 3 期，頁 329-338。