

導言：“痛苦的”安樂死

范瑞平

一個沒有認真思考過死亡的人，很難對生命形成成熟的見解。安樂死問題為我們提供了一個機會，本刊從這一主題出發，將和廣大讀者一道，在它引起的心理震撼面前，切實體會生命倫理學問題的重大性。經過痛苦的思索和艱難的抉擇，我們將有希望讓死亡不僅作為生命的必然歸宿，而且成為生活的必要準備。

無庸置疑，安樂死是極其艱難的抉擇。心地善良的人們無可避免地會在安樂死的“安樂”中感受到無以名狀的痛苦。“痛苦的”安樂死，這一奇特的吊詭顯示出我們在人生的有限性面前的無奈和缺憾。安樂死問題每每在這樣一幅殘酷的背景上出現：我們的至親好友在病痛的折磨下失去了對生的留戀。既然人生必死，想望好死，成為他們的自然念頭。早在中國的最古老文獻中，就曾記載着中國人所認可的五種幸福：“一曰壽，二曰富，三曰康寧，四曰攸好德，五曰考終命”（《尚書·洪範》）。“考終命”實實在在地包含着“好死”的觀念。中國人很早就認識到，不包含好死觀念的生活觀不是完整的生活

范瑞平，Center for Medical Ethics，Baylor College of Medicine，One Baylor Plaza，Houston，TX 77030，USA.

《中外醫學哲學》I：1（1998年2月）：頁1~10。

© Copyright 1998 by Swets & Zeitlinger Publishers.

觀。然而，問題在於，甚麼是好死？採用醫學手段把人無痛致死，究竟算不算好死？

死的問題勢必同生的問題緊密糾纏在一起。孔子曾說：“未知生，焉知死？”（《論語·先進》），不少人誤以為他老人家是在迴避死亡問題。其實，不確立一套完整的人生觀，就不可能得出一種協調一致的死亡觀。孔子的教誨其實是在引導人們取得和諧貫通的生死觀，否則也就談不上“事死如事生，事亡如事存”（《中庸·第19章》）了。古今中外的人類賢達，由於生死觀的不同，所選擇的終結方式大相徑庭。同樣是偉大的西方近代哲學家，洛克強調人的生命屬於造物主，因而人永遠無權自殺；而休謨則認為自殺不但是道德上允許的，而且可以成為一種道德義務，關鍵取決於生存與毀滅之間的好壞對比。古羅馬政治家塞尼加（公元前4—65年）、精神分析大師弗洛伊德（1856—1939）、諾貝爾獎獲得者布里奇曼（1882—1961），都堅定地以自殺或安樂死的方式結束了自己的生命。另一方面，千千萬萬個基督徒以堅定的信仰忍受巨大的痛苦，絕不自裁。在中國歷史上，既有投江自盡、以死殉國的大文豪屈原，也有忍辱負重、不屈不撓的太史公司馬遷。如何死，將在很大程度上取決於我們如何生。

本文將首先簡述西方國家的安樂死爭議及其現狀，其後概要本期所刊載的東西方論文的不同特色，最後略述立法考慮的不同重點。

西方的爭議及其現狀

安樂死一直是西方歷史上爭論不休的問題。在古希臘和羅馬時代，儘管安樂死得到廣泛應用，但也受到希波克拉底學派的強烈反對。基督教的興起及其在西方世界的普及強化了這種

反對，並伴隨着一種壓倒性的生命神聖論。自殺、安樂死與墮胎一樣，都是違背神的意志的人類罪惡。

然而，進入莫爾（Thomas More，1478—1535）的“烏托邦”，痛苦難忍、救治無方的病人可以得到利用藥物無痛自殺的允許。到了1870年，英人Samuel Williams正式提議，不僅可以利用麻醉劑來緩解疼痛，而且可以用來有意結束人的生命。他的提議遭到英美醫學界的廣泛反對。《美國醫學聯合會雜誌》把這一提議斥為“想讓醫生穿上劊子手的制服”。但美國的律師們站在了醫生們的對立面，為病人的權利搖旗吶喊（Emanuel，1994b）。

三十年代初期，英國形成了“主動安樂死合法化協會”。儘管當時的大多數醫生都認為允許安樂死合法化將使醫療行業蒙上恥辱，但這一協會的領導者均為傑出的醫生。一項安樂死合法化提議終於在1936年達到英國上議院，但最後以35票對14票遭到否決。隨後，納粹德國醫生利用安樂死為名實行種族滅絕政策，寫下了“安樂死”歷史上最黑暗的一頁，也給無數人的心頭留下安樂死為不祥之事的巨大陰影（Emanuel，1994b）。

就當代而言，安樂死問題受到最多關注的國家是荷蘭。不少人以為安樂死在荷蘭是合法的，其實，嚴格說來仍是不合法的。事情的原委是，1973年荷蘭醫學聯合會在一項聲明中指出，安樂死雖為非法行為，但應當允許醫生為臨終痛苦的病人實施安樂死，作為醫生在保護生命與緩解疼痛這兩種義務之間的衝突的一種變通辦法。其後的許多法律案例及其公眾對於安樂死的廣泛支持使得荷蘭司法界基本上採取允許安樂死的態度，只要下述的大致三個條件得到滿足：第一，病人首先、主動、多次請求安樂死；第二，病人經受着除死亡之外無法緩解的疼痛；第三，除主管醫生之外的第二位醫生同意在該情況下安樂死是可以接受的。1982年，荷蘭政府任命了一個國家安

樂死委員會負責調查安樂死的法律方面的問題。1985年，該委員會的報告提議，在滿足上述三個條件的情況下，安樂死可以作為謀殺的例外情況而得到法律允許。1993年，荷蘭議會正式通過一項法案，決定遵守上述條件的醫生可以免除刑事起訴，但不滿足上訴條件的醫生仍可受到起訴（The Netherlands State Commission, 1987; Gevers, 1987; Emanuel, 1994a）。

另一個對安樂死持相對寬鬆限制的國家是瑞士，病人可在特別限定的情況下得到醫助死亡而不受起訴（Mydans, 1997）。

全世界的唯一一個主動安樂死法律於1996年7月在澳大利亞北嶺（Northern Territory）地區生效。法律要求主動安樂死請求人必須在年滿18歲以上，具有提出請求的心理和生理能力，必須得到三名醫生的同意，其中必須包括一名精神病醫師證明病人沒有遭受可以治療的抑鬱症；在實行安樂死之前，還必須要有九天的“冷卻期”。至此，澳大利亞北嶺成為全世界唯一的一個主動安樂死合法地區（Mydans, 1997）。

就美國而言，最近的兩個“醫助自殺”案例引起了廣泛注意和討論。這兩個案例，一個出現在華盛頓州，另一個發生於紐約州，性質相同，最終都由聯邦最高法院做出裁決。以華州的案子為例。1994年1月，四名華州開業醫生聯同他們的三名匿名危重病人（後來去世）和一個名為“同情社”（Compassion in Dying）的非盈利性諮詢機構一併向聯邦地區法院提出起訴，控告華州及其首席檢察官，尋求宣告華州法律禁止醫助自殺是違憲的。原告認為，美國憲法第十四修正案保護每個公民的適當自由權利，這類權利包括有決策能力的臨終患者得到醫助自殺的權利。地區法院同意這一觀點，裁決華州禁止醫助自殺的法律是違憲的。隨後，聯邦第九巡區上訴法院由三名法官組成的一個特別小組推翻了這一決定，強調在美

國二百多年的歷史中，沒有任何一個最終的司法決定賦予一項幫助自殺的憲法權利。然而，上訴法院重新審查了這一案例，排斥了特別小組的意見，認為憲法包含着一種死的權利——個人可以控制其死的時間和方式，因而華州法律是違憲的。最後，華州及其首席檢察官將這一決定上訴到聯邦最高法院（Supreme Court of the United States, 1997）。

在最高法院做出裁決之前，這兩個案子得到許多方面的熱烈關注，共有60項正式通報書（amicus briefs）在法院入檔。其中代表美國醫學聯合會的通報書和代表美國羅馬天主教協會的通報書鼓動最高法院推翻上訴法院的判決；而代表美國醫學生聯合會的通報書和代表男同性戀者健康危機協會（Gay Men's Health Crisis）則鼓動最高法院維持上訴法院的判決。此外，還有六位著名的社會政治哲學家，德沃金（R. Dworkin）、內格爾（T. Nagel）、洛齊克（R. Nozick）、羅爾斯（J. Rawls）、斯堪能（T. Scanlon）和湯姆遜（J. J. Thomson）共同註冊了通報書，論證最高法院應該維持上訴法院的決定（Dworkin, et al., 1997）。

1997年6月26日，最高法院裁決推翻了上訴法院的判決，認為禁止醫助自殺沒有違憲，強調美國的歷史、普通法傳統和實踐證明幫助自殺行為是一直受到禁止的，而且這一禁令從未給那些接近死亡的人以例外考慮（Supreme Court of the US, 1997）。

東西論文對比：不同的理性論證

本期所登載的東西雙方的學術論文，顯示出不同的特色，形成了有益的對比。就幾篇西方作者的文章而言，有兩個特點比較明顯。一是它們都顯示出較強的分析哲學功底，概念清

晰、分析透徹、說理充分。儘管這些優點由於譯文的緣故或多或少有所掩蔽，但總體上仍然透出一種明晰性。其二，它們大都體現着一種獨立的、理性的哲學精神，試圖不依賴於任何傳統、宗教或文化來確立普遍適用的論證和結論。

Tom Beauchamp 和 Arnold Davidson 的文章嘗試為安樂死提供一個全面的、不受反例駁斥的、非規範性的定義。他們注意到，儘管人們直覺上都理解安樂死意指“好死”，但確切說來究竟甚麼是安樂死，其實並不容易。一方面的問題在於，人們往往順應自己的道德觀念來選擇定義。例如，不少人認為安樂死是邪惡的，因為任何主動致死都是邪惡的；但被動安樂死僅涉及放棄積極治療、聽任自然死亡，因而被動安樂死不是安樂死。另一方面的問題在於，安樂死涉及致死意圖、手段、原因、理由、所涉及的痛苦等諸多因素，因而需要一種適宜的、非規範性的理解。它既不能太寬泛，又不能太狹窄，也不能太模糊。在這些細緻分析的基礎上，兩位作者提出了他們自己的定義。

相應地，Paul Menzel 的文章對於主動安樂死與被動安樂死之間在道德上究竟有甚麼不同做了極其耐心和詳細的探討。他的論證策略是，挑選出人們在臨床上經常用以區分主動致死與聽任死亡的道德不同的十項因素，逐一分析它們各自的地位和份量以及在區分主動安樂死與被動安樂死的道德不同方面所能起的作用。這十項因素是：不傷害原則的應用、糾正錯誤預後的可能性、其他選擇的開放性、履行義務的困難性、妨礙醫療進步的可能性、逃避責任的可能性、濫用的可能性、與知情同意原則的關係、造成生命間相互競爭的可能性和支配生命的程度。他的結論是，主動致死與聽任死亡在醫學情境內有一種初定的道德區別，但這一區別對於一個具體案例是否實際上成立，有待於基於這一案例的具體分析。

無疑，東方的學者可以從當代西方主流哲學中學習其明晰

的概念分析和細緻的論證風格，從而得到極大的益處。然而，他們也許無法真心恭維當代西方主流哲學的所謂獨立的“無源之見”。哲學家真的能夠獨立於具體的傳統、文化和宗教從而推出具體的哲學結論嗎？形式理性不過是邏輯理性，它不包含具體內容，因而也不能得出實質結論。實質理性總是預設了實質性前提，而這些前提總是蘊涵於不同的、活生生的文化、傳統和宗教之中。因而，所謂獨立的理性論證很可能不過是以隱晦的方式反映了某種傳統的思考方式罷了，它們其實並不真的具有作者所希望的那種客觀性和普遍性。如此一來，明白無誤地從某種傳統出發展開討論，倒更是容易把問題、觀點和分歧展現清楚。

羅秉祥的文章從儒家的生死觀出發評論當代西方支持安樂死的四個論證。在他看來，這些論證在一定程度上與傳統儒家的價值觀相通：關於安樂死作為緩解痛苦的最佳辦法的論證可以得到儒家“仁”的觀念的共鳴；注重生命質量的論證可以得到儒家“捨身取義”觀念的共鳴；尊嚴死亡的觀念可以得到儒家“士可殺，不可辱”觀念的共鳴；自主決定的論證可以得到儒家追求死亡價值（“泰山”與“鴻毛”之分）的共鳴。然而，重要的是，羅秉祥指出，這些共鳴都因儒家生死觀的具體承諾和側重點的不同而受到嚴重限制。因而，他的結論是，這些支持安樂死的論證都難以得到儒家傳統的有力支持。

相反，董平和王曉燕的文章致力於探討道家思想對於安樂死的啟示。在他們看來，道家生死論倡導崇尚自然，無為而治，視生死為晝夜夢覺的自然變化，反對在死亡面前人為的強做妄為。他們的結論是，道家思想為在一定情況下放棄積極醫療提供了充分的支持，因而被動安樂死乃是順應道家思想的善終良策；相反，主動致人以死乃是抗拒生死的自然過程的做法，因而主動安樂死（包括醫助自殺）乃是違背道家主旨的行為。

眾所週知，中國的人文色彩呈現出很強的家庭主義 (Familism) 特徵，這在安樂死問題上也有所表現。郭清秀、靳風林和耿洪剛的文章基於他們所做的一項安樂死調查，深刻地探討了這方面的問題。他們的調查結果顯示，只有27%的受試者支持安樂死應由患者本人決定，而55%的受試者認為應由家屬和醫生協商決定。這一結果可能會令許多西方讀者大吃一驚。畢竟，這裏所涉及的是患者本人的生死。作者們認為，中國幾千年來的家族宗法制可以很好地解釋這一結果。與西方的個人主義不同，中國的家庭主義把整個家庭看作一個主體，一位家庭成員生病住院，醫療決策往往由整個家庭來決定。如果把安樂死決策單純交給患者，中國人擔心患者可能會出於減輕家庭負擔的考慮來接受安樂死。當然，這一調查結果也提示另一方面的濫用可能，即，家庭成員不經患者同意而提出安樂死請求。儘管這種可能不大，但也足以引起重視。

立法考慮：不同層次的自主原則

Martin Gunderson和David Mayo的文章提供了支持醫助死亡在美國合法化的一般理由：個人自主，緩解疼痛和尊嚴死亡。相應地，喻琳和石大璞的文章在分析中國的典型案例和民意調查的基礎上提出了安樂死應在中國合法化的論證：對“人道主義”有不同理解的論證、情感與理智相衝突論證，和社會穩定性論證。儘管兩篇文章都在論述安樂死應該合法化，但論證的側重點是不同的。

Gunderson 和 Mayo 的核心原則是自主，緩解痛苦和尊嚴死亡都是在自立的基礎上得到解說。但他們所強調的自立，只是不受他人強制或干預的自主。只要是出於個人的慾望、目的和價值觀念即可，並不涉及其他主動的承諾。這種自立觀

念，有時給人以“為自主而自主”的感覺。

相對比，喻琳和石大璞之論證安樂死自主乃是建立在人們信仰不同的人道主義理論的基礎之上。由於人們信奉不同的宗教、哲學和道德，並依據其信仰來過自己的倫理生活，因而個人的自主選擇就有所不同。有人認為安樂死可以構成自己良好生活觀的一部分，有人則認為安樂死與自己的人性良心相互牴牾。因而誰也不應強迫別人去改變他們的深層信念。這裏，自主已不單單是不受他人的干預或強制；更主要的乃是對一種良好生活觀的承諾和自覺追求。

這兩種不同層次的自主原則對於要求安樂死合法化而言，似乎沒有區別。但在包含安樂死選擇在內的社會生活中，它們的不同且深且巨。這一情形在Kevin Wildes的文章中得到生動反映。安樂死和醫助自殺這類難題不僅在於它們是否應該合法，而且在於它們一旦合法，人們將如何維護自己的深層自主追求。用Wildes的例子來說，如果一個人認為向恐怖分子提供爆炸裝置是不道德的，那麼推薦他到一個可以得到這種裝置的地方也是不道德的；同理，如果一位醫生根據自己的信仰判斷安樂死是邪惡的，那麼他就不應把病人轉診給接受安樂死的醫生以便病人接受安樂死。深層的自主性要求人們負起道德責任，不做邪惡的合作。

當代西方社會對於醫助自殺和主動安樂死普遍存在着法律禁令，這不過是以現代的法律語言轉述了猶太—基督教的生死信念。這種法律禁令是難以得到俗世道德辯護的。然而，不管猶太—基督教的生死信念能否表明為正確的，有一點是清楚的：與之競爭需要同樣深厚的、能夠感動人心的另一類信念。單憑“我想幹啥就幹啥”的表面自主性是不管用的，也是淺薄有害的。在安樂死問題上，人們還在期待着不同的、力量巨大的宗教哲學論證來支持安樂死，以解決“痛苦的”安樂死問題。

參考文獻

- Dworkin, A., Nagel T., Nozick, R., Rawls, J., Scanlon, T., and Thomson, J. J.: 1997, 'Assisted suicide: The philosophers' brief,' *The New York Review of Books*, March 27.
- Emanuel, Ezekiel J.: 1994a, 'Euthanasia: Historical, ethical, and empiric perspectives,' *Archives of Internal Medicine*, Volume 154, September 12.
- Emanuel, Ezekiel J.: 1994b, 'The history of euthanasia debates in the United States and Britain,' *Annals of Internal Medicine*, November 15, pp. 793-802.
- Gvers, J.K.M.: 1987, 'Legal developments concerning active euthanasia on request in the Netherlands,' *Bioethics*, Volume 1, Number 2, pp. 156-162.
- Mydans, Seth: 1997, 'Legal euthanasia: Australia faces grim reality,' *The New York Times*, February 2, Y3.
- The Netherlands State Commission on Euthanasia: 1987, 'Final report of the Netherlands State Commission on Euthanasia: A English summary,' *Bioethics*, Volume 1, Number 2, pp. 163-174.
- Supreme Court of the United States: 1997, *Washington et al. v. Glucksberg et al.*, No. 96-110.
- Supreme Court of the United States: 1997, *Vacco, Attorney General of New York, et al. v. Quill et al.*, No. 95-1858.
- Task Force on Physician-Assisted Suicide of the Society for Health and Human Values: 1995, 'Physician-assisted suicide: Toward a comprehensive understanding,' *Academic Medicine*, Volume 70, No. 7, pp. 583-590.