

自殺的道德難題

何兆雄

摘要

自殺的神秘性，一定程度來源於道德難題。自殺的預防與控制有三個階段：自殺預防對策，自殺危機對策，自殺事後對策。三個階段都存在道德難題。在自殺預防階段是人本主義還是自由主義。宗教人本主義和哲學人本主義都有贊成和反對的。自由主義則贊成自殺。因此又衍生自殺預防的有效性問題。在自殺危機干預階段，是救生論還是聽死論。在事後對策階段是人道主義還是功利主義，是動機論還是效果論。判別自殺行為的道德性是一種二難推論。這種二難推理，實際上是一種道德悖論，它不能邏輯方法解決，要用價值分析方法解決。定量分析與定性分析相結合。風險／效益是首選法。

何兆雄，倫理學研究員，南寧，廣西社會科學院（530022），電話 0771-5352737 分機 8266。

《中外醫學哲學》III：2（2001年5月）：頁51-75。

© Copyright 2001 by Swets & Zeitlinger Publishers.

關鍵詞：醫學哲學 醫學道德 自殺

自殺是個謎，除了自然科學方面的原因之外，很大程度與道德難題有關。自然科學方面的原因是精神病學、遺傳學、心理學以及生物化學等方面，有關自殺的許多問題還有待探索，而道德難題則增加自殺的神秘色彩。研究自殺的目的在於預防自殺，去除自殺的神秘色彩有助於預防自殺。

一、自殺的現代爭論

關於預防自殺的現代概念十分廣泛，小至預防自殺中心的建立，大至禁止吸煙、治理環境污染、控制生命質量都是預防自殺的範圍。在自殺的道德評價方面，道德的自殺和不道德的自殺以及合理的自殺和不合理的自殺的劃分也成問題。這關係到何者要預防，何者不要預防的問題。因此對自殺的理解和評價，比預防自殺更加重要。對自殺沒有正確的理解，不能有正確對待自殺的措施。當代對自殺的爭論，根源是對自殺的理解不同。把自殺看作是一種道德行為的，自然會把自殺區分為道德的、不道德的和非道德的三種。把自殺看作是一種社會行為的，便會單純從社會原因和社會效果劃分為自殺的類型。把自殺看作一種病理心理行為的，就會把自殺看作是一種精神病的病態行為。結果在對待自殺方面，就只剩下倫理的、心理的或醫學的片面說教。當代爭論的分歧來自不承認生理、心理平衡和自然、社會生態平衡破壞引起成自殺行為。

當代的自殺觀主要有四種。

(一) 自殺是犯罪

中世紀歐州的傳統觀點是自殺即犯罪，家屬也不光采。自

殺者的勳銜被取消，財產被沒收，不能舉行宗教儀式的葬禮。法國大革命後取消了自殺的刑事犯罪條款，歐州許多國家也相繼取消，但仍有一些國家保留。即使一衣帶水的英國，也遲至1961年才宣布取消刑事犯罪的條款，但仍作為刑事案件處理。加拿大的省習慣法仍視自殺為重罪，沒收財物，並給以不光彩的埋葬，自殺未遂者送入精神病院。斯里蘭卡至今仍認為自殺是非法的。學者認為斯里蘭卡的自殺原因與西方不同，患精神病者少，酗酒者少，因此自殺者的家屬也多隱瞞不報。自殺有罪，這同中世紀歐州的神學理論有關。教會認為自殺便是兇殺，人的生命是上帝賜予的。人是上帝的財富，正如牛羊是上帝的財富一樣。殺死了自己的生命，就等於偷了上帝的財富，理應受到懲罰。科學研究的進展表明，自殺有生物、心理和社會原因，自殺有罪論面臨歷史的挑戰。（Halsey, 1979）

(二) 自殺是不道德的

這是傳統宗教觀點的繼續。美國1978年出版的《生命倫理學百科全書》歸納為三點：自殺放棄了對人類的義務、對個人的義務以及對宗教的義務。這樣的歸納一般來說是正確的，如果把宗教二字改為信仰。我們不贊成自殺，自殺是對社會的衝擊，對社會心理的衝擊。它放棄了個人對社會和家庭的責任，這是不負責任的表現。自殺者留給家屬和親友的困難和心理創不下於、甚至大大超過自殺者個人的困難和損害。自殺者也是不負責任的表現。他辜負了家庭和社會的培養，辜負了親屬的養育和照顧。自殺者一旦不死，損傷了軀體，損害了健康，減少了個人的貢獻，增加了家庭社會的負擔，這也是不負責任的表現。作為一個革命組織的成員，用自殺來對抗組織，這是違反紀律的，我們有理由反對。但是一般不宜提自殺是不道德的。既然自殺的原因是多方面的，有生物、心理和社會方面原因，這樣，自殺者固然有道德義務，社會及其成員也有預

防自殺的道德義務。而且當英雄面對死亡，自我犧牲；當志士面對暴政，以身殉國的時候，不道德論便面臨挑戰。（Reich，1978）

（三）自殺是精神病

自殺是一種精神錯亂行為，著名的自殺病學家多持是說，這就有別於社會學家涂爾幹和心理學家弗洛伊德。涂爾幹認為一切自殺都由於社會失調的結果。當人的自我被扼殺，自殺便會發生。因為人們不能在社會中和諧地生活。因此自殺是一種社會性的解體。（Sills，1979）弗洛伊德把自殺看作是心理性失調，即人們用自殺來代替殺死他人。梅寧格爾把自殺看作三重意義的行為：1想殺人；2想被殺；3想死。精神病學家把精神病同自殺聯繫起來，把自殺作為精神疾患的臨床表現之一，因此從生化、心理、生理等方面研究預防和控制自殺。但美國精神科醫生自殺率較一般醫生高，醫生又較一般人口高，這些事實又向這種觀點提出挑戰。（Shneidman，1961，1970）

（四）自殺的自由化觀點

存在主義的自殺道德觀，是十分自由化的。存在主義認為自殺也是人的一種權利。生命的價值或生命的意義不在於客觀的事實和客觀的規範，而在於人的主觀選擇。現代道德把價值放在個體的自律上面，而不放在過去的時光。人既然有遷徙權，婦女既然有流產權，當然也就應該有結束自己生命的權利。這種觀點無疑是資產階級革命時代休謨觀點的發展，而對自殺率上升，特別是蓄意自殺（企圖自殺或准自殺）發生率日益增多。青少年、婦女的自殺發生率更為突出的時候，自殺的自由化觀點只能起到毒害青少年和婦女、瓦解社會的作用。但人有權結束自己的生命，對於安樂死問題，不是毫無意義的。

一般地反對人的死亡權利，在安樂死問題面臨挑戰。而一般地提倡死的權利，在自殺率日增的現實面貌，更面臨著嚴肅的挑戰。

自殺的預防與控制有三個階段：預防對策，危機對策和事後對策，這三個階段都存在道德難題。以下逐一分析。

二、是人本主義還是自由主義

這是自殺預防對策的道德難題。

（一）宗教人本主義

宗教反對殺生，但除猶太教和伊斯蘭教之外，佛教和基督教的經典並不反對自殺。反對殺生是宗教人本主義的基本內容，它可以導致反對自殺，也可以導致殉教精神。

基督教聖經提到自殺有5處，沒有明確反對自殺或贊成自殺，但對自殺抱同情態度。原始基督教把自殺看作是殉道精神。但中世紀的神學道德家奧古斯丁（Augustine of Hippo, Saint, 354~430）和托瑪斯·亞奎那（Thomas Aquinas, 1224/1225~1274）都反對自殺。前者認為自殺違反摩西十誡中的第六誡--自殺等於殺人。（聖奧古斯定，《天主之城》，1.17）後者認為自殺是對自然法則的破壞，觸犯了上帝對人的生與死的權力。（Thomas Aquinas, Summa Theologica, II-II 64.5）但天主教會歷時二百年（1096~1291）的八次十字軍東征，驅使千百萬教徒死於非命，教會卻稱贊殉道精神。西方學者研究發現天主教徒較新教徒的自殺率低。但歐洲著名的自殺帶，匈牙利，瑞典、瑞士、德國都是天主教覆蓋的國家。（稻村博，1977，頁274）

佛教開創時反對自殺，後來大乘佛教甚至提倡自殺。大乘

佛教的奠基人龍樹便是自殺的。佛教的經典理論同情自殺，甚至提倡慢性自殺（苦行、涅槃），但戒律禁止殺生，又不明確反對自殺。修行的方法有九十六種，其中有四種是自殺：自餓、自墜、投淵、赴火。釋迦牟尼給比丘講經，修的是“不淨觀”，比丘受不了，或用刀自殺，或服毒，或自相殘殺。後來改“特勝觀”，又死了六七十人。佛教所謂“解脫”，實際上已成為自殺的代名詞，為廣大漢區人民接受。（范文瀾，1965，頁557）

伊斯蘭教反對自殺，但又表揚殉教者。《古蘭經》有十戒，其中第五戒是不可殺害不可殺害的人。《聖訓》解釋經義，明確不得殺人和自殺，否則不能進天國，不得埋葬，還要受火刑。（《聖訓》，〈論自殺者〉）但為真主之道出征而死，可尊為五種烈士之首。（《聖訓》，〈論聖戰中的勝利者和真主之道殉教者的品位〉）

道教的《太平經》指出“天地之性，人命至重。”《無上秘要》第一戒是“誓止殺”。但道教提倡自殺。道經說黃帝是自焚而死。太平道的創始人張角，黃巾首領，徒眾數十萬，失敗時不乏自殺者。天師道的首領孫恩，徒眾也幾十萬，起義失敗，孫恩投海，親信及妓妾百多人，自號水仙，也投水自殺。餘部廿多萬，退守海島，投水者幾千人。其後殘部退踞廣州、交州，首領在失敗時也投水。泰山是道教聖地，有一處投崖地點，號稱舍身崖。

（二）哲學人本主義

法國的蒙田（Michael de Montaigne, 1533~1592）羨慕羅馬人的自殺行為。孟德斯鳩（Montesquieu, 1689~1755）和伏爾泰（Voltaire, 1694~1778）同情自殺。英國的多恩（Donne, 1572~1631）反對禁止自殺。

英國的不可知論者休謨（Hume, 1711~1776）更專門

寫了一篇《論自殺》，贊成自殺自由。可是德國的不可知論者康德（Kant, 1724~1804）卻支持絕對禁止自殺。悲觀主義哲學家叔本華（Schopenhauer, 1788~1866）專門著文反對禁止自殺，說自殺是一種可敬可愛的行為。在他之前二千年的伊壁鳩魯（Epicurus, 前341~前270）是快樂主義哲學家，主張為了快樂可以自殺。與伊壁鳩魯稍晚的塞內加（Seneca, 約前4~65）是禁欲主義哲學家，同樣也贊成自殺自由，因為它可以擺脫貧困、疾病、困難和煩惱。（William, 1979, 頁43-44）

但哲學家的理論和實踐饒有興趣。塞內加小卡圖（Cato, MP前95~前46）和老普林尼（舊譯白里內）（Pliny the Older, 23~79）都贊成自殺，他們最後也自殺了。但休謨、叔本華、孟德斯鳩等卻從不行使這個自殺權。耐人尋味的是蘇格拉底三代師徒，言行並不一致。祖師蘇格拉底對自殺抱無可無不可的態度，但以自殺告終。師父柏拉圖贊成自殺，可他巋然不動。徒弟亞里斯多德反對自殺，反而以自殺結束生命。他曾說過：“自殺是最不幸的善人和最幸福的惡人的義務。”自殺前，亞里斯多德無可奈何地說：“尤里波斯（海峽名），把我吞沒吧！因為我無法理解你。”其實，他不理解的是這個道德難題。

春秋之世，儒墨並稱顯學。儒家從道義論出發，鼓勵或默許自殺。“求仁而得仁。”但儒家鮮有死者。墨家從目的論出發，贊成自殺。墨門多勇士，門下三百多人，都能赴湯蹈火，死不回頭。墨家有一鉅子（首領）孟勝守城，戰敗自殺，從死者183人。

雜家贊成自殺。雜家兩巨著；《呂氏春秋》和《淮南子》，策劃人呂不韋和劉安，最後也自殺。

先秦道家對自殺持無可無不可的態度。但宗奉老莊的漢朝道教，明確不殺生，卻大批集體自殺。

前期法家的代表管仲，提倡“刑輕罰寡”，默許自殺，但自己在複雜的政治鬥爭中，沒有自殺。後期法家的韓非及其弟

子李斯，贊成奮死、斷死、輕死。師徒三人確也身體力行。
(詳見何兆雄，1997，頁101-107)

三、自殺預防有用論還是無用論

防止自殺，有客觀因素也有主觀因素。

人本主義都愛惜生命。為了避免自殺，譴責貧窮嗎？貧窮確是自殺的一個原因。中國近十年來，老人自殺率急劇增長確是較多因窮。但中國自殺率在建國前只是年平均4~5 / 10萬。香港二戰前自殺率為當前的三分之一。而黑非洲的年平均自殺率低至1 / 10萬以下。

譴責為富不仁嗎？高自殺率確是發達國家，如德、法、瑞士、瑞典、匈牙利、日本。但發達國家同樣也有低的。如南歐、澳州。發展中國家為孟加拉和斯里蘭卡卻是高自殺率國家，國際排名第二和第四。

譴責政治制度嗎？百多年來，匈牙利的政制幾經反覆，有君主制有共和制，有資本主義有社會主義，有獨裁有民主，但自殺率居高不下，始終居世界榜首，年平均40 / 10萬以上。
(稻村博，1977，頁126；WHO: 1970，1988，1989)

譴責愚昧落後嗎？中國的自殺者確有許多是文盲，甚至有夢想自殺後投胎到富國去享樂的。但自殺者不乏專家、學者。英國名牌大學的自殺率比普通大學高。(Sim, 1981)

接著來的是預防自殺機構的有用論和無用論。

人本主義贊成有用論。自殺預防機構，始自1880年的匈牙利首都。但二戰以前，屈指可數。二戰之後，陸續興起。有的組織已成為跨國機構。上世紀60年代以後所獲重大發展。公開組織林立。中國內地也在90年代前後開始在大城市中出現。但自殺預防機構的有效性，辦之者說有，攻之者說無。就

具體求助者而言，確有解除危機獲救者。但在《英國醫學雜誌》上，同一城市的預防效果，有截然相反的兩種報告。(Dickson, 1984) 中國內地第一家為人義務創辦的自殺預防中心，其策劃人並主持人居然以自殺告終。死前曾有自殺史，並有明顯的自殺徵兆，其同事及家人竟束手無策，成為該中心的又一次大新聞。

四、救生論還是聽死論

這是自殺危機干預階段的道德難題。

自殺問題對於自殺者來說是想死還是想活的問題。對於醫生來說是導至個人肉體的自我還是精神的自我問題。對於醫學來說是承認合理的自殺問題。對於社會來說是譴責自殺還是預防自殺問題。

(一) 自殺者的難題是既想死又想活

自殺者並不想死，只是在不得已的時候才死的。自殺者在死前不是沒有經過思想鬥爭。自殺危機的形成，自殺跡象的出現都表明自殺者死前的痛苦和思想鬥爭是強烈的，對個人、家庭、社會的義務都在考慮之列。絕命書、絕命錄音以及諸種後事安排可以證明這一點。可見解決這些難題有德於平時的社會教育和自殺前心理狀態的轉變。自殺者是有道德責任的，但社會也難辭其責。把自殺的責任單純推到個人或社會都是片面的，是非善惡莫衷一是的根源在這裡。

(二) 醫生的難題是尊重自殺者肉體的自我還是精神的自我

如果尊重自殺者的意志和願望，那就是不予救治，或者即使救治，也是按常規處理，不是千方百計，更不會動用稀有的

醫藥資源。因為自殺者救治了還有可能第二次、第三次以至無窮次地尋死，而且有相當數量（大約十分之一）再次或多次嘗試後自殺成功。這樣會使醫生、護士的艱苦努力白費功夫，許多貴重藥物付之東流。特別是自殺者當中有的是畏罪自殺的犯人或準犯人。尊重自殺者的意志就等於縱容或包庇這些壞人。但是精心救治也未必合於正義。因為醫藥資源（包括人力、物力、財力）畢竟有限，在自殺病人的搶救上多消耗，在其他病人身上便少消耗。而且由於種種原因，某些在一定政治環境中被認為是壞人的，可能又是可以改變社會地位的人物，不精心施治，可能帶來醫生終生難忘的醫疾缺陷。如果精心施治，又可能冒若干政治風險。有的醫院為了搶救一個服安眠藥自殺者，在常規藥物救治無效後，最後用血液透析排除毒素，代價很大，醫務人員要承擔重大的道德責任。從尊重自殺者肉體的我出發，在醫學面前應該人人平等，不應歧視自殺者，對於犯人或俘虜，以及犯罪嫌疑分子，也應根據人道主義精神，一律待遇。

（三）醫學的難題是否承認合理自殺

一般來說，自殺都是不合理的，但對於安樂死，這是一種變相自殺，醫學能不能加以承認。美國近年出現“醫生協助自殺”一詞，指的就是安樂死。1970年，《安樂死法案》就曾在英國議會中提出過，但是沒有通過。反對者認為這是一種變相自殺。但被動安樂死實際上臨床已廣泛實行。既然被動安樂死可以實行，被動自殺也就得到默認，合理自殺的缺口也就已經打開。問題是承不承認合理自殺。對於不合理的自殺，如果不確認為不合理，照樣又有一個治療的問題。

自殺問題引起的社會爭論，甚至在某些國家還是哲學領域的熱門話題，但是今天社會的任務是了解自殺比譴責自殺來得更重要。只有對自殺的研究獲得進展，才能對自殺的動力學有

所了解，最後自然便能解決其道德實質問題。

自殺的道德難題表現在四個方面：

1. 醫患關係目的性的矛盾和統一。普通的醫患關係，目的性是一致的，即增進健康、預防疾病、恢復健康、減輕痛苦。也就是說醫患的目的都是安生。但對於自殺者，其目的是安死。因此常有拒絕治療的情況。蓄意自殺（即自殺未遂者）多數希望活，但表面的行動是安死的，有時弄假成真，變成已遂自殺。

2. 醫患價值觀的矛盾。醫護對患者是深信生命神聖論。對於絕症患者，醫護重視生命質量觀，患者又可能重視生命神聖論。或者患者重視生命質量論，醫護重視生命神聖論。

3. 自殺臨床與自殺預防的矛盾。自殺臨床救治了許多過去不能救治的患者，但許多不可逆的絕症患者都是要求安樂死（自殺）。自殺預防雖然作了許多努力，沒有顯著進展。

4. 已遂自殺的高危人群是男性（在中國大陸是女性）、老人、社會下層。未遂自殺的高危人群是女性、青少年、高層人士。預防自殺的重點難以掌握。蓄意自殺的人因掌握的方法不妥，可以成為未遂自殺、蓄意自傷的人因掌握方法不妥，也可成為已遂自殺。而農藥、煤氣的廣泛使用，使自殺預防增加了難度。社會要降低自殺率，但社會又為提高自殺率提供了新手段。

自殺既然是道德難題，就不能片面肯定這一方或否定另一方。也不能因某一時期的法律或道德規範的改變而攻擊另一時期的做法。此一時也，彼一時也。

自殺是加速死亡過程，違背人們的求生本能，對個人心理是一種衝擊，自殺是放棄個人對自己、家庭、社會的責任，對社會心理是一個衝擊。但自殺是一種示威、抗議，是在走投無路之時的一種絕望的反擊。自殺又是一種解脫，可以逃避許多無法擺脫的苦難。因此，隨著社會生活的物質條件和精神條件

的變化；隨著社會個體的文化素質與心理素質的變化，對自殺的道德是非、善惡標準便隨時變化，所以歌德才說“自殺問題隨時都有新的意義”，其源出自自殺的道德觀念長期處於矛盾狀態。自殺不是一種事件，而是一種狀態--由心理狀態指導的行為狀態。對自殺干預或者不干預都有自己的道德根據。

干預理由	不干預理由
1. 人有生存的權利與義務，自殺是對社會、親人和自己的不負責任。	1. 人有決定自己生存或死亡的權利，有權決定自己何時和用何種方法結束自己生命。
2. 他律論，父權主義，醫生干涉權。	2. 自律論，人應該掌握自己的命運，最了解自己的需求和出路。
3. 企圖自殺者的意圖、決定和行動是可以改變的。	3. 企圖自殺者的意圖、決定和行動不可改變。
4. 對患者家屬及社會有利。	4. 自殺者的自由高於家屬、患者及社會的利益。
5. 不能見死不救。	5. 人對自己的生命有最後裁判權。
6. 代價：強迫企圖自殺者違反個人意志，延長其精神和肉體的痛苦，失掉一部分自由。	6. 代價：錯失機會，造成死亡的損失，有時是不可補償的悲劇性結局，還會引起連鎖反應。

(以上詳見何兆雄，1997，頁 80-90)

五、革命人道主義還是功利主義

自殺者已經死亡或正在搶救之中，是功還是罪，應該有一個評價標準，它可能影響事後處理的全過程。

(一) 動機論還是效果論

涂爾幹把自殺分為四類：利己性自殺；利他性自殺；失範性自殺；宿命論自殺。這種分類帶道德性。

利己性自殺，如破產、賭博、失戀自殺。

利他性自殺，如日本切腹。

失範性自殺，如動亂中自殺。

宿命論自殺，如印度寡婦自焚。

這都是從動機出發進行道德評價。利己性自殺是不道德的。利他性自殺是道德的。失範性自殺是非道德的。宿命論自殺是中性的，介乎道德與不道德之間。

其實涂爾幹這種分類是不夠精確的，儘管他的《自殺論》是 20 世初的權威之作。日人切腹，一是對浪人的懲罰；二是軍國主義精神（如東條英機）；三是對西方文化的抗議（如川端康成）。正因如此，日本人把東條等厲鬼尊為英雄，奉祀靖國神社（忠烈祠），對切腹的名作家，贊頌有加。如果從效果論評價東條切腹，那是大大有利於軍國主義的復活，而愛好和平的人民則認為罪有應得。效果論是功利主義的，離開了革命人道主義便功罪混淆了。

蔣介石兵敗將亡，陳布雷、戴季陶不憤而自殺，蔣介石稱他們功在黨國。人民又將為何評價，難道這又是利他性自殺？

文革中許多文學家、政治家自殺，有的人臨終還留下遺書，高呼萬歲。但當權者卻宣判他們是自絕於人民。這是一種英雄式自殺，到底屬於失範性？利己性？還是利他性？他們向暴政抗議，士可殺，不可辱，從動機到效果都是道德的。

也曾有一個時期，在中國的政治運動中，自殺者往往被宣佈為叛徒，逐出教門。這是從動機論出發，因為自殺就是抗議，順我者昌，逆我者亡，天公地道。其實不論從動機出發還是效果論出發，連死都不怕，怎麼會是叛徒？

(二) 革命人道主義還是功利主義

實行安樂死，論者有謂有利於患者減輕痛苦，節省資源，為器官供體開拓廣闊前景。但是也為謀殺、誤殺打開方便之門。錯過未來的治療機會，為醫療差錯開路。

論者有謂對自殺未遂俘虜或犯人給予積極治療，那是為了分化敵人，或使信息來源不致中斷。然而要是敵人的敗局已定，我方勝券在握，或者已經結案，是否繼續搶救還是聽其死亡？功利主義不能離開革命人道主義。在醫藥面前人人平等，每個人都有醫療，保健的權利，也就是生的權利。保護這種權利，就是革命人道主義。

對於自殺者屍體的處理，是否尊重遺體，是否尊重家屬。殮殮、屍檢、摘取器官是否須家屬的知情同意，特別是對自殺的犯人、俘虜的屍體料理，要革命人道主義還是功利主義？

(三) 善還是惡？

對於自殺 1. 歷來就有兩種截然對立的評價，一曰善，二曰惡。亞里斯多德譴責自殺，認為自殺是弱者的行為。這個偉大的倫理學家雖然自己不免自殺，他譴責自殺的思想延續幾千年，但是又有誰能解釋，還有什麼比用自己的手結束自己的生命，能夠從高處跳下不惜粉身碎骨，甚至縱火燒身更勇敢呢？同猛獸搏鬥被譽為勇敢，無非因為奮不顧身，但未必就會死。而自殺的目的就死亡。恐怕再也沒有比這更勇敢的了。所以梁實秋說，要說自殺是弱者的行為，有誰敢來試一試？

在羅馬的塞內加就贊揚過自殺是一種勇敢行為，他說幹就幹，無愧於英雄本色。他說過：“單純地活著不見得好，要活就要活得好。因此聰明人不是該活多久便活多久，而是他想活多久便活多久。”法國 19 世紀早期的自殺研究者雅克·珀歇 (Jacques Pauchet, 1758~1830) 就說過：“不能把自殺看作

是一種膽怯的行為，是對法律和榮譽的犯罪。”(這段話見《馬克思全集》，42 卷，頁 305)，馬克思在摘錄珀歇的話時，在法律一詞之後加上社會一詞，即不能當作對社會的犯罪。有許多資料表明，馬克思和恩格斯是在重病後采用安樂死的方法逝世的。而馬克思的女婿拉法格，一位早期的馬克思主義理論家和政治活動家，他們夫婦倆是在年老體衰的 70 歲時，相約到教堂注射毒藥自殺的。如果一個馬克思主義的黨把受迫害自殺的人宣判為叛徒，那是匪夷所思的。

作者並不贊成自殺，也不鼓勵自殺。但對於那些受政治迫害而自殺的政治家、思想家，致以無限的敬意。他們是英勇的。有的人自殺時還手持《正氣歌》，有的人在自殺時還叨念著忠於自己的組織和信仰，有的人自殺時深恐干擾了別人。這些都是善行。不過從迫害者的立場上看，這些抗議都是攻擊背叛。但是，確有許多刑事犯罪者，反革命者，反動的政治家、革命家，他們在末日來臨時畏罪自殺，這種自殺不值得同情，更不能贊揚，只是罪有應得，因此，不能一概而論。

六、自殺的道德與法

(一) 生命神聖論、生命價值論還是生命質量論

1. 生命神聖論

強調人的生命有不可侵犯和至高無上的道德價值的一種倫理觀念和醫德觀念。生命神聖論源出於動物本能，它在社會風俗中形成，並在道德意識中得到發展，是歷史的產物。古人說：“螻蟻尚且貪生”，就是這種道德的概念概括。

生命神聖論的基本內容是無條件保存生命；不惜任何代價延長生命；人為地結束生命是不道德的，而且是犯法的。

生命神聖論的特點：**1.普遍性**，無論古今中外的宗教與哲學的倫理思想中普遍性存在。**2.法制性**。殺人償命，出於對生命的無限尊重。**3.生命至上性**。惡死樂生是人之常情，失掉生命便失掉一切。**4.人道性**：孟子和休謨都提到人皆有惻隱之心，因此要竭力挽救生命，抗拒死亡。

生命神聖論產生和傳播的歷史是：戰爭、瘟疫使人民大批死亡，飢餓、疾病、自然力使人們過早死亡，因此形成一種思想“天覆地載，萬物悉備，莫貴於人。”把自殺評價為惡行的人，都出於生命神聖論，但有生命神聖論的人不一定反對自殺。柏拉圖認為生命是神聖的，但他容許有的人可以自殺。休謨承認人有惻隱之心，但他提倡人有自殺的權利。

生命神聖論在宗教人本主義理論中特別突出，在當代，它不僅反對自殺，還反對人工流產和安樂死。因此又引起新的爭論，即生命何時開始，何時結束，生命的定義是什麼為什麼才是真生命？

2. 生命價值論

生命價值論有傳統和當代之分。傳統的生命價值論是用交換價值去說明生命價值。“人命至重，重於千金。”當代的生命價值論是醫學倫理學的命題，即人的生命有物質價值、精神價值和人性價值，亦即生命的道德價值。傳統的生命價值指人的貢獻和創造。當一個植物人還維持營養呼吸時，可以認為無生命價值。一個犯人自殺也可以被認為無生命價值。當代生命價值論贊成不再維持植物人的給氧和營養，但搶救一個自殺犯人還是必要的，因為這帶人道性。生命價值論者反對自殺，但當代的生命價值論者贊成安樂死，即變相自殺。

3. 生命質量論

生命質量論有傳統與當代之分。傳統的生命質量論是指生

活內容與生活方式，如快樂、幸福、光榮、舒適、豪華等。當代生命質量論指生命素質，包括身體素質和精神素質（文化、科學、道德素質）。伊壁鳩魯說過：“如果生命再也不是愉快的，自由民可以結束這個悲劇。”塞內加說的更明確：“困難、倒霉、心煩都可以是自殺的理由。”傳統生命質量論贊成自殺，司馬遷運用大量篇幅描述了屈原、項羽、田橫等的壯烈自殺，是從生命質量論出發的。當代生命質量論沒有贊成自殺，但贊成人工流產和安樂死。

(二) 權利論還是義務論

1. 權利論

人有生之權利，也有死之權利。人可以用各種手段維持生命的存在，也可以用各種手段結束自己生命的存在。伊壁鳩魯就說過：“自殺是個人掌握自己命運的神聖權利。賢者既不厭惡生存，也不畏懼死亡。……他享受時間（壽命）也不是度量它是否最長遠，而是度量它是否最合適。”權利論贊成自殺，那是從死的權利出發的。如果從生之權利出發，不一定贊成自殺，而且要搶救自殺患者。

凡具有人的本質的人，均有生之權利，當然包括生存過程中的各種生存形態的權利，為生命的不可侵犯性；衛生保健權利的廣泛性；正常生育權利的合理性。人類既然都有生之權利，為避免其自殺或防止其自殺未遂之後重複自殺，都是他應該享受的人權。對於出現自殺徵兆或自殺行動的個體，必須事前積極解除危機，消除應激源，實際解決支持原的喪失，轉變心理絕望狀態，對精神或軀體疾患積極配合治療，都是維護患者生之權利的措施。

生之權利有相對性。**1.受衛生資源的制約**；**2.優存劣汰原則有效**。對處於危機狀態的人，事前要盡力挽救。事發而未死的要作為病人看待，而且要以自殺病人記錄入病房，不應以外

傷或中毒之名義收入病房。最好能收入精神病房，必要時應會診。注意心理治療和心理護理。但醫藥資源有限，分配醫藥資源運用戰傷救護的分揀原則（*triage*）。

人有死的權利，只是倫理學的命題，法律則無此規定，而且歷來是倫理學和法學爭論的熱題。死亡權利的實質是生命不可抗拒的轉歸，不能離開生之義務空談死的權利，也不能離開死之義務無限期延長壽命。即以植物人而言，還有6%左右的可以復甦。離開臨床實際空談道德有害無益。

2. 義務論

義務論包括生之義務和死之義務。生命義務論主張人應該為神活著，為別人活著，為自己活著，因此人不應自殺，放棄了自己對神、對社會和對自己的道德義務。托瑪斯·阿奎那的理論最典型，他認為自殺違背了自然法則、法律法則和宗教法規。不履行這些道德義務就是對自然的損害，對社區的損害和對神的損害。

人既有生之義務，就是從少年到老年，都有保護自己身心健康的義務。不僅不能結束自己的生命，也不應變相自殺，如吸煙、吸毒、性亂、安樂死等。當然還有提高生命質量，優生、優育的義務。

但是否也有死的義務呢？當國家處於危亡，人群處於危難之際，是否應該挺身而出，不怕犧牲呢？當名節受到嚴重威脅的時候，是跪著生還是站著死呢？如果還有死的義務，又如何評價自殺的合理性？

(三) 自律論還是他律論

1. 自律論

自律論認為人最了解自己的環境、際遇、思想和感情。對於個人的挫折或社會衝激，個人的感受最深。對於個人對挫

折、刺激的承受能力，自己也最清楚，用不著別人說三道四，個人可以選擇自己認為最適當的生活方式和生活時間。個人沒有權利也沒有能力決定什麼時候生，但個人有權利也有能力決定什麼時候死，而且可以決定用什麼方式結束自己的生命。

伊壁鳩魯是自律論自殺道德的代表。他說：“我們不要害怕死亡。或者把它看作罪過。因為我們活著，便沒有死亡。只要我們死了，我們就不用不著受苦。我們可以表明愛哪一種生存，不愛哪一種生存。我們可以顯示某種生存和經驗比另一種生存和體驗要好，但是我們沒有一種價值尺度，沒有一種參照項，能夠讓在生存與非生存之間作出抉擇。這就是在死亡信念上產生的智慧的困惑。”伊壁鳩魯的自律論是不徹底的，因為的確沒有一種尺度可以讓人衡量該死還是不該死。譬如一個革命者在敵人追捕將到的時候，無逃脫的一線希望要不要自殺就不能一概而論。

自殺者作出自殺的決定不一定是正確的。在上述情況下都可能作出錯誤決定：錯誤估計形勢，錯誤估計挫折，錯誤估計人際關係，受幻覺、幻想支配。人的認識有局限性，這種局限性來自歷史的、社會的和認知方面的。伊壁鳩魯只是從哲學思辨去評價自殺，在希臘還未有現代心理學和精神醫學。現代心理學表明，衝動性自殺使人無法冷靜地思考行動的後果。所以過去南京燕子磯的江岸上，鑿上“想一想 死不得”幾個大字，勸阻投崖兼投江的自殺者。現代精神病學表明，自殺已遂和自殺未遂者，絕大部分患有精神疾患，至少也患有輕症情感性疾患。帶有此種疾病的患者，容易作出錯誤的選擇。何況根本沒有一個價值尺度或參照項。即便有，也不能正確認識。形勢比人還強，常常不以人的意志為轉移。自律論將否定自殺的預防和干預對策，但為安樂死開路。

2. 他律論

他律論是後世禁止自殺和反對自殺的理論依據。他律論原為康德的術語，它指履行道德義務是受外在的環境、幸福、快樂、欲望等的驅使，或為神意、天命等所支配的意志所指導。他律論的自殺道德在社會道德方面主張遵守宗教教規和政府法律，在醫學道德方面主張父權主義即醫生有干涉權，醫生有權採取各種措施預防、干涉病人自殺或再次自殺。

他律論的代表人物是約瑟夫（37／38～約100）他是猶太人最早反對自殺的首領，又是一個變節者。約瑟夫認為靈魂是上帝賜給的證據，人要是把靈魂從軀體中驅逐出來，那是一種邪惡行為，自殺是犯罪。約瑟夫原是歷史學家。在猶太人反對羅馬帝國佔領者的起義中，他成為軍事領袖，後來當了地方長官。在一次與羅馬帝國軍隊的作戰中，兵敗被圍，他同40名兵士隱蔽在洞裡，他確實沒有自殺，也沒有拼死突圍，而是欺騙士兵互相殘殺後自己一人出去投降。

古希臘、羅馬上層盛行自殺，他律論此時不佔重要地位。只是到了中世紀，奧古斯丁-阿奎那神學道德統治的時候，基督教教會禁止自殺，他律論才佔上風。但文藝復興以後，自由主義思潮興起，自律論又衝擊他律論，成為自殺道德的道德難題。

七、二難推理與價值分析

道德難題英文叫 *ethical dilemma*，又可稱道德二難推理。二難推理又叫兩刀論法或兩難論證，指由一個包含兩個選言肢的選言判斷和兩個假言判斷構成的假言、選言推理。二難推理有四種形式：簡單構成式；簡單破壞式；複雜構成式；複雜破壞式。自殺道德的二難推理屬簡單構成式，又屬複雜構成

式。如果它承認人本主義，就要否定自由主義。但自由主義也可復歸人本主義。要生之權利可以不要生之義務；要生之權利也可以要死的義務。如此等等。

對待二難推理的辦法，一是看它是否正確的二難推理，如果屬實，用避角法去解決。上述推理屬正確的二難推理。1. 假言前提並不虛假；2. 選言前提窮盡。但它並不適用避角法解決。因為這種二難推理實際上是悖論（*Paradox*）。所謂悖論，是指一種邏輯上自相矛盾的狀況，肯定一個命題，就得出它的矛盾命題；同時如果肯定這個命題的否定，同樣又得出它的矛盾命題。也就是說，如果肯定命題A，就推出非A；如果肯定非A，就推出A。例如自殺是死的權利如果是對的，則生的義務便是錯的。生的義務如果是對的，死的權利便是錯的。反對自殺是人道主義，反對自殺也是人道主義，贊成安樂死是錯的，支持英雄不怕犧牲也是錯的。

悖論有三種：邏輯悖論；集合論悖論；語言悖論。上述二難推理屬於一種道德方面的邏輯悖論，解決方法要用價值分析法。

對於道德評價不僅要有定性分析，還應有定量分析。價值分析是道德定量分析之一。

價值分析法，方式有三：代價／效應分析；代價／效益分析；風險／效益分析。

（一）代價／效應分析（*cost / effect analysis*）

即付出一定代價，出現什麼效果。如自殺可引起社會轟動。老舍投湖，起了抗議作用。但官方封鎖消息，未有轟動效應，打人之風有增無減。東條切腹，同樣也起抗議作用，但只是軍國主義之釜底游魂。善耶？惡耶？難以斷定。這種分析不能解決悖論。因為缺乏定性分析。

(二) 代價／效益分析 (cost/benefit analysis, 在經濟學方面稱為成本／利潤分析。)

抗日戰爭的狼牙山戰鬥，彈盡路絕，五壯士縱身跳崖，不作俘虜，保存名節，效益鮮明，被贊為狼牙山五壯士。但是如果有人投機失敗，跳樓逃債，同樣也是效益鮮明。上述兩例如果離開定性分析，仍然不能解決道德悖論。只有第三種價值分析才能結合定性分析。

(三) 風險／效益分析 (risk/benefit analysis)

如果經濟效益和社會效益都大，冒一定風險還是值得的。風險／效益分析就是要分析風險的可接受性。要分析效益與風險的比例，孰大孰小。安樂死是變相自殺，之所以爭論很多，各執一詞，就是離開了風險／效益分析，相持不下。

又如貧病交迫，求救無門，贊成自殺，是人道主義，反對自殺同樣也是人道主義。螻蟻尚且貪生，何必孤注一擲？！贊成自殺是維護人權，反對自殺也是維護人權。人不能以死衝擊社會。人是社會的人，他有生的義務。離開風險／效益分析，悖論無法解決。要分析風險多大程度是可以接受的，越過這條線便是不可接受的，風險大於效益。

老舍投湖，士可殺不可辱。這個行動是道德的。老舍在湖邊思考了一日一夜，還是考慮這個風險／效益分析。不是不知道留得青山在，那怕沒柴燒。只是因為失掉了支持原，出現絕望狀態。盤桓湖邊一晝夜，無法解決自殺危機。最後仍不免一死。老舍之死，表現了中國知識分子的浩然正氣，所以我們認為他的壯烈悲歌。這種風險還是可以接受的。因此這種自殺是道德的，但不能離開定性分析。

至於因為社會個體患有不同程度的精神疾患 --- 主要是抑鬱症---或軀體疾患，出現應激，支持原喪失，瀕於絕望狀態，

自殺危機形成後又無法解決，最後蓄意自傷或自殺，這是一種病理過程，這種行為是非道德的，不能以善或惡，權利或義務，人道主義或功利主義等道德規範加以衡量。

還有一種是不道德的自殺。囚犯、貪官、偽君子自殺，屬於此類。這是逃避懲罰和輿論譴責。雖然自殺行為的發生同樣也是一種身心的病理過程，但它嚴重損害社會效益，他付出生命，冒家庭受衝擊的風險，這一切都是不可接受的。因此這種自殺行為是不道德的。

參考文獻

- 渥德爾 (Warder AK), 1987, 《印度佛教史》(王世安譯), 北京: 商務印書館。
- 石峻等, 1981, 《中國佛教思想資料選編》, (第一卷), 北京: 中華書局。
- 任繼愈, 1974, 《漢唐佛教思想論集》(第二版), 北京: 人民出版社。
- , 1981, 《中國佛教史》(第一卷), 北京: 中國社會科學出版社。
- 托馬斯, A, 1983: 〈死的權利〉, 《醫學與哲學》, 6: 51-53。
- 何兆雄, 1996, 《自殺與人生》, 廣州: 廣州出版社。
- , 1997, 《自殺病學》, 北京: 中國中醫藥出版社。
- 叔本華, 1987, 《生存空虛說》(陳曉南譯), 北京: 作家出版社。
- 范文瀾, 1965, 《中國通史簡編》(修訂本第三編第二冊), 北京: 人民出版社。
- , 1979, 《唐代佛教》, 北京: 人民出版社。
- 埃及穆斯塔發·本·穆罕默德艾瑪熱編(寶文安 買米提·賽來譯); 1981 《布哈里聖訓實錄精華——坎斯勒拉里注釋》, 北京: 中國社科出版社。
- 羅竹風, 1988, 中國大百科全書(宗教卷), 上海: 中國大百科全書出版社。
- 《太平經》
- 《古蘭經》(馬堅譯), 1989, 北京: 中國社會科學出版社。
- 《聖經》香港聖經公會
- 《諸子集成》, 1986: 〈老子本義〉(第三卷); 〈老子注〉(第三卷); 〈呂氏春秋〉(第六卷); 〈孟子正義〉(第一卷); 〈荀子集解〉(第二卷); 〈淮南子〉(第七卷); 〈莊子集解〉(第三卷); 〈莊子集釋〉(第三卷); 〈管子校正〉(第五卷); 〈論語正義〉(第一卷); 〈墨子閑話〉(第四卷); 〈韓非子集解〉(第五卷), 上海: 上海書店。
- Cavan, Ruth Shonle: 1980, "Suicide", *The Encyclopedia Americana* (International edition), Danbury, Connecticut: Grolier Ltd.
- Dickson, K. G. et al: 1984, "An ethical dilemma who should be Concern?" *Br. Med. J* (clin. res.) 288 (64 10): 29-30
- Halsey, W. D. :1979, *Merit Student Encyclopedia*, New York: Macmillan Educational Corporation.
- Halsey, W. D.: 1979, *Collier's Encyclopedia*, New York: Macmillan Educational Corporation.
- Lancet Editorial: 1980: "Choosing When to die and how", *Lancet*, 8194 : 571.
- Lester, D.: 1989, *Can we prevent suicide?* New York: AMS Press.
- McCormick, R. A.: 1974, "To save or let die", *J. A. M. A.* 229: 307-8.
- Miller, H. L. et al: 1984, "An analysis of the effect of suicide prevention facilities on suicide rates in U. S.," *Am J. Public Health*, 74(4): 340-3
- Reich, W. T.: 1978, *Encyclopedia of Bioethics*, New York: The Free Press, Collier Macmillan Publisher.
- Shneidman, E. S.(ed.):1961, *The cry for help*, New York: McGraw Hill.
- Shneidman, E. S., Farberow, N. L., Ltman, R. E.: 1970, *Psychology of Suicide*, New York: Science House.
- Shneidman, E. S.: 1971, "Prevention, intervention, postvention." *Ann Intern Med*, 75: 413.
- Sills, D. I.: 1979, *International Encyclopedia of Social Sciences*, New York: Free Press.
- Sim, M, 1981: *Guide to Psychiatry* 4th edition, London: Churchill Livingstone.
- The New Encyclopedia of Britannica*, 1980, USA: Encyclopedia Britannica Inc.
- WHO, *The World Health Statistics Annual*. Geneva.
- William, G.: 1979, "Suicide" In Paul Edwards (ed.) *Encyclopedia of Philosophy*, New York: The Free Press, Vol. 8 pp. 43-46.
- 稻村博, 1977, 《自殺學》, 東京: 東京大學出版會。