

安乐死：社会学的考察

汪 堂 家

“安乐死”已经成为全球性的热门话题。从语源学的意义上讲，“安乐死”一词出自希腊文euthanasia，本意指“愉快的死亡”。在现代西方文献中，它成了“无痛致死”或“慈善致死”的同义语。前者强调的是死亡状态，后者强调的是死亡方式。不管人们从哪种角度去看待安乐死，它的根本宗旨都是为了尽可能减轻病人在死亡前的痛苦，或者人为地缩短死亡过程。学术界一般根据是否对死亡过程进行干预，区分主动安乐死和被动安乐死，根据病人是否提出要求，区分自愿安乐死，非自愿安乐死和不自愿安乐死。探讨并实施“安乐死”不仅需要人类生死观念的变革，而且有赖于其他社会观念的更新。

作者：汪堂家，1962年生，复旦大学哲学系讲师，在职博士生，发表文章40多篇，主要著作有《死与思》。

随着医学的发展，人类的生死观念正在发生深刻的变化。一方面，对生命的热爱，对自由的向往和对幸福的追求使人们更加珍惜生存的权利，眷恋人世的美好，坚定生活的信心，从而力求把生命的质量与数量逐步统一起来；另一方面，人们不再把超生避死，延年益寿作为绝对的理想。现在，越来越多的人清楚地认识到，与其在悲惨的处境下过一种毫无意义的生活，还不如在尽可能减少痛苦的情况下安详地死去。由此我们自然提出了这样的问题：有权追求生活幸福的人们有没有权利在不得不死时选择安逸的死亡？近年来，西方各国学者就这个人们普遍关注的问题展开了热烈的讨论。这些讨论不仅涉及医学、社会学、伦理学、哲学、宗教和法律等许多领域，而且涉及社会生活的各个方面。不管大家的看法多么不同，有一点是可以肯定的，“安乐死”就象人口问题和环境问题一样正在日益成为全球性的热门话题。在此，笔者打算就这个问题谈点粗浅的看法，希望它能引起我国社会学界的讨论。

为了说明什么是安乐死，先让我们看几个例子：

1. 有个病人因患癌症而住院治疗，癌细胞已全身扩散，他忍受着难以名状的痛苦，每隔数小时就得服止痛药。经过几个月的治疗，他的病情非但不见好转，反而更加恶化。现在每次镇痛只能维持几分钟。病人知道自己危在旦夕而又不堪忍受极度的痛苦，要求医生给他注射致命的毒剂，以尽早结束自己的生命。

如果医生给他注射了致命的毒剂，那就是安乐死的典型例子。从这个例子中，我们可以发现如下几个特征：

- (1) 病人即将死亡；
- (2) 病人不堪忍受极度的痛苦；
- (3) 病人要求尽早死亡；
- (4) 病人是被有意致死的；
- (5) 这种致死是一种慈善行为。

但是，这仅仅是安乐死的一种形式。在以下的例子中情况稍有不同：

2. 病人张某在一次车祸后全身瘫痪,肉体上和精神上都十分痛苦。她想到自己是个废人,给别人带来了莫大的负担,于是恳求医生给她注射一些毒药,医生不肯。她弟弟给她带来一瓶敌敌畏,她喝过不久便死了。

这个例子和第一个例子的不同之处仅仅在于,病人并不处于垂死状态。她要求死亡并不是因为自己无法忍受痛苦,而是感到自己是个废人,不想无望地生活下去。这里,病人均是有意识的,她不仅能做出判断,而且能表达结束自己生命的愿望。但在不少情况下,病人往往处于不可逆的昏迷状态,比如:

3. 有个70岁的老太太患有严重的心脏病和肾病。在医院里她一直处于半昏迷状态,以致连家里的人都分不清楚,并且毫无好转的希望。于是医生对这个老太太不得不停止一切抢救措施,让她自然死去。

与前两个例子相比,这个例子具有三个典型的特征:

(1) 病人处于不可逆的昏迷状态;

(2) 病人的死亡不是人为的而是自然的;

(3) 让病人死亡并不仅是出于对她的仁慈,而是因为无法挽救她的生命。

基于以上的事实,我们对安乐死已有大致的了解:它要么是根据垂危病人的要求,用人为的手段使病人死亡从而结束病人的痛苦;它要么是在无法挽救病人的生命时,停止一切医疗措施,使病人自然死去;它要么是在病人处于不可逆的昏迷状态时采取仁慈的手段使病人死亡或任其死亡,以减轻病人的肉体和精神痛苦。从语源学的意义上讲,安乐死出自希腊文euthanasia,本意是“愉快的死亡”。在现代西方文献中,它成了“无痛致死”或“慈善致死”的同义语。前者强调的是死亡状态,后者强调的是死亡方式,不管我们从哪种角度去看待安乐死,它的根本宗旨都是为了减轻病人在死亡之前的痛苦,或者人为地缩短死亡过程。至于死得愉快,那仅仅是一种只能逼近而无法达到的理想而已。对于有意识的人来说,死永远是一种痛苦的事情。我们且不说那些患严重疾病的病人在死亡前要承受何等的折磨,就是那些因衰老而自然死亡的老人在弥留之际也不得不忍受一定的痛苦,只不过痛苦的时间短暂一些,痛苦的程度稍低一些而已。而那些处于不可逆昏迷状态的病人由于失去了知觉和意识,他们的生命只具有生物学的意义。这种人既无法体会痛苦,也无法体会愉快,给他们实行“安乐死”实际上无安乐可言,而只是在减轻亲人的负担。鉴于这种认识,我们认为并不存在本来意义上的安乐死。

根据是否对死亡过程进行干预,学术界一般把安乐死分为主动安乐死和被动安乐死。所谓主动安乐死是指由病人自己或他人(如医生)采取人为手段促使病人提前死亡。如1、2两例;所谓被动安乐死是指不再采取维持病人生命的医疗措施,而是让病人自行死亡,如第3例。

一般认为,对病人不予治疗在有些情况下是正确的,因此不少反对主动安乐死的人并不反对被动安乐死。苏格拉底曾用赞同的口吻谈到一个医生说:“他本来就不要治疗那些病入膏肓的身体”。^①因为那样是在替病人延长痛苦。在随后的几个世纪中,基督教和犹太教都没有根本改变这一观念。两者都认为让痛苦不堪而又无望救治的人自然死去在道德上是允许的。教皇pius十二世说,我们可以“让一个实际上濒于死亡的病人安详地死去”。^②1973年12月美国医学协会发表了题为“医生与临死病人”声明,阐述了对安乐死的政策,肯

① Plato Republic, III. London 1965, 407-e.

② The Pope Speaks IV. New York 1973, P. 4.

定了关于慈善致死的传统禁令。这篇声明认为，“由他人有意识地结束一个人的生命——慈善致死——违背医务职业的宗旨，违背美国医学协会的政策”。^① 但当有确凿的证据证明生物学意义上的死亡逼近时，是否停止采取非常手段延长病人的生命应由病人及其家属决定，病人及其家属可以自由采纳医生的建议和判断。

现在，尽管绝大多数人都承认被动安乐死的合理性，但对主动安乐死一直持保留态度。有人实行主动安乐死不仅在感情上难以接受，而且侵犯了他人生存的权利。同时，在主动安乐死中，由于导致病人死亡的原因并不是疾病而是人为手段，因而很难与谋杀相区别。事实上，也不乏继承财产等方面的不良动机而将病人杀死的事例。有鉴于此，美国法律规定，医生出于最高尚的动机对愿意安乐死的病人执行慈善致死同样具有杀人犯罪的性质，根据司法审理应判处无期徒刑。如果医生亲自给病人注射致命的药物，而病人又知道后果，因此引起死亡，他至少犯了二级杀人罪。根据法学家Hale的解释，如果一个人得了病本来可以在半年内死去，而另一个人采取人为的方式刺激或迫使疾病恶化而加速死亡，这就犯了杀人罪。杀人者有预谋并不要有愤怒、憎恶、报复等邪恶的动机，只要有使他人丧生的明白的单纯的意图就够了。美国有个叫Barfare的病人因患糖尿病和高位截肢，长期以来受着痛苦的折磨，医生说活不了几个月，她多次恳求丈夫把自己弄死。她丈夫答应了这个要求，让她触电而死。虽然他一直坚持自己做得正确，他的行为是爱的表现，但他被控告犯了杀人罪而被判刑。

在荷兰实行安乐死已经非常普遍，社会舆论对安乐死都持比较宽容的态度。但荷兰法律规定，对给病人实行主动安乐死的人要判12年徒刑。在西方国家中，瑞士实行安乐死最为自由。瑞士法律规定对一个受尽痛苦、濒临死亡的病人实行安乐死是合法的。一个医生出自怜悯而给这种病人提供过量药物不受法律惩罚。其理由是，如果动物对安乐死具有法律和道德权利，人类也应该有。

根据病人是否要求安乐死，我们可以把安乐死分为自愿安乐死(voluntary euthanasia)与非自愿安乐死(norvoluntary euthanasia)和不自愿安乐死(involuntary euthanasia)。自愿安乐死是指在病人要求或曾经希望安乐死或对安乐死表示过同意后，由病人或他人实行的安乐死。如本文一开始列举的例子1。非自愿安乐死是指病人在无法作出判断，也无法表达自己的愿望时由他人采取人为的手段或中止医疗措施而实行的安乐死。非自愿安乐死的对象通常是痴呆、先天严重畸形或患有致命的遗传性疾病的婴儿，不可逆昏迷病人或植物人等，如本文列举的第三个例子。不自愿安乐死是指病人并不想死，但医生又无法挽救其生命，只好停止采取一切医疗措施而任其死亡。如本文一开始所例举的第二个例子。

关于自愿安乐死，人们一直争论不休。反对者认为：生命是最可贵的，死人不能复生，只要人还有一口气就应当让他继续活下去，因为活着是人的基本权利。再者活着意味着还有某种希望，死亡意味着人的一切可能性的丧失。在此时此地被宣布患了绝症的病人也许在彼时彼地可以治好，比如有些癌症病人有被某些气功师治愈的可能。医生的诊断可能出现错误。如果一个被误诊为患了绝症的病人实行安乐死，那将会造成无法弥补的损失。事实上，由于医生的水平和医疗技术的限制，医学界不乏误诊的事例。有个叫Allert的病人昏迷半年之久，医生认为他大脑已经死亡，拆除了人工呼吸的装置。奇怪的是撤去人工呼吸装置后，Allert竟然恢复了自主呼吸并且苏醒过来。其四，病人是否真正自愿安乐死是难以确定的，

^① Matters of Life and Death, ed. by Tom Regan Temple University Press 1980, P. 38.

因为病人自愿安乐死很大程度上取决于病人已经知道自己无法救治,并且常常是在痛苦不堪的情况下做出安乐死的决定的。假如痛苦减轻,病人恢复神志正常,这个病人很可能又不愿安乐死。如果医生对一个痛苦不堪但又可以救治的病人说:“你患癌症已经到了晚期。”这个病人很可能自愿安乐死。因而认为,对一个患了“绝症”的病人来说,治“心”甚至比治“身”更为重要。在这种情况下只有身心并治方能达到理想的效果。有时候由于精神的作用,绝症可能不再成为绝症。其五,同意自愿安乐死有可能导致强迫安乐死,导致对生命的不尊重。在这方面,Sullivan主教的观点最具有代表性。在他看来,如果将自愿安乐死合法化,就有充分的理由相信,在以后,另一种强迫安乐死的议案会得到合法化。一旦把人的生命视如草芥以致在经病人同意后直接杀死无辜的人,那么强迫安乐死必然会为期不远。这就容易导致杀死所有无可救治的病人,享受公共保健的老人,受伤的士兵,一切畸形儿,精神病人等等。^①最后,实行自愿安乐死(包括其他形式的安乐死)会阻碍医学技术的发展。自愿安乐死的前提是病人患有不治之症,但不治之症只是相对的,现在的不治之症在将来可以变成有治之症。要做到这一点,医生就必须对现有的不治之症做大量的研究工作。如果我们不是想方设法对患有不治之症的人进行救治,而是让他自愿安乐死,那么,我们就有理由放弃对这些不治之症的探究,而征服这些“不治之症”正是医学发展的重要源泉。

关于非自愿安乐死,几乎各国法律都予以禁止。许多宗教界人士也表示强烈反对。教皇Pius十二世在谴责非自愿安乐死时指出:“我们极其悲痛地看到那些身体畸形、精神失常、患有遗传性疾病的人不时地被剥夺了生存的权利,似乎他们不过是社会中无用的负担,……这种行为被某些人歌颂为人类进步的新发现。……它不仅违反每个人内心所感受到的自然与神的法律,而且还与文明人的种种情感相抵触”。^②成立于1938年的美国安乐死协会曾试图使畸形和低能儿的非自愿安乐死合法化,结果也受到了医生们的猛烈抨击,后来非自愿安乐死的投票运动遭到限制。当然,法典上的规定与司法实践颇有距离。长期以来英国司法机关对执行非自愿安乐死的人采取宽容态度。尽管从理论上讲这些人都犯有杀人罪,但司法机关往往给予缓刑。1934年,英国Brownhill夫人在经过一次大手术后,由于担心自己的一个低能儿将来会受苦,用煤气把他毒死了。她起初被判死刑,两天后缓刑,三个月后被赦免。在美国,一个名叫Repouill的人用三氯甲烷毒死了13岁的儿子,因为他儿子是个痴呆,不仅双目失明,而且又聋又哑,四肢畸形。他被指控犯有一级杀人罪,陪审团复判为二级杀人罪并建议宽大处理。结果法官判处他5—10年有期徒刑,并给予缓刑。

对于不自愿安乐死,医生们常常感到十分棘手。因为在这种情况下,病人必死无疑,采取一切医疗手段都是枉然,但病人宁可受苦而不愿意死去,病人家属也不惜代价为病人救治。如果医生中断治疗让病人自然死亡是否道德呢?在中国曾有这样的例子:

江西宜春有个晚期肝癌病人,经上海各大医院治疗无效后回市人民医院继续治疗。此时病人全身疼痛,奄奄一息。主任医生认为,这个病人“没有治疗价值,继续维持是一种浪费”。于是拔出了正在打点滴的针头,病人当晚死亡。事后,病人家属上告卫生局和市中级人民法院,要求按医疗事故处理。市卫生局经过调查发现,该主任医生阅读过报刊杂志上关于“安乐死”的文章,认为节约国家药品资源起见,应对病人实行“安乐死”。医生不属有意害人,未构成医疗事故。不过,市卫生局认为医生有五点错处:(1)不应在病人及其家属未提出安乐

^① Rohl, ed *Beneficent Euthanasia*. New York Prometheus Books 1975, P24.

^② Joseph V. Sorrention *The Moral Revolution*, P137.

死要求的情况下考虑安乐死问题，更不应该拔出点滴针头；(2) 以教条主义态度对待学术界关于“安乐死”的讨论；(3) 不应说任何伤害病人及其家属的话；(4) 拔针之后无任何安乐死措施，病人仍然是在缓慢的痛苦中死去的；(5) 在我国，“安乐死”问题尚未定论，尚无法规，不应盲目采用。结果该主任医生被责成做书面检查并遭到记过处分。^①

以上事实足以说明我国实行安乐死所面临的重重困难。在安乐死还不能为人们广泛理解的情况下，我们应当充分尊重病人和家属的愿望。从理智上讲，上述医生的做法是合乎情理的，因为它缩短了病人的死亡过程，因而也缩短了病人的痛苦时间；另外，这位医生考虑到药品资源的合理分配，他不愿用有限的药品去徒劳无功地治疗一个必死无疑的病人。这样做对社会的发展是有益的，积极的。但从情感上讲，许多人（在中国甚至是绝大多数人）一时难以接受。为此，我们要尊重个人的选择，尊重个人的权利。现在在病人无行为能力或不能表达自己愿望时，既然家属代替病人做出是否安乐死的决断在道德上可以接受，那么，医生理应尊重病人家属的意愿。如果一个不可救药的病人愿意在极度的痛苦中多活几天，那纯粹是他个人的事情，别人无权干涉。在一个无法救治的病人不想活下去并且要求我们为他的死亡提供条件时，我们有权劝他不要轻生，但无权阻止他死亡。从某种程度上讲，阻止一个痛苦不堪而又无可救治的病人死亡不仅不人道，而且侵犯了病人对自己生命的支配权。至于那些不可逆昏迷的病人，我们可以让他在昏迷之前留上遗嘱。

现在，美国和其他西方国家的一些医学协会鼓励病人留下这样的遗嘱。这些协会并不赞同杀安乐死，但同意让病人自行死亡。因此，1973年，美国Connecticut州医学协会发布了由病人签名的“背景声明”（Background statement），其中包括这样的文字：“我尊重生命和生命的尊严，因此我并不要求直接结束我的生命，但不要不合理地延长我的生命或摧毁生命的尊严”。^②其他州的医学团体也步其后尘。1976年，加利福尼亚州实施法律，承认医生具有让签署这类声明的病人自行死亡的权利。这一点意味着，留下安乐死遗嘱并让别人执行这种遗嘱的病人已向掌握死亡权利方面迈出了关键性的一步。

但是，问题并不那么简单。一方面，许多人至今仍喜欢用过去医德观念去规范医生的工作。按照这种观念，医生应对他的病人保持绝对的忠诚，救死治病乃是医生的天职。不管病人能否治愈，医生都要不惜一切人力、物力和财力来全力施为，甚至应当把“死马当作活马医”。在这种观念的支配下医生不能随意中止对病人的治疗，也不能采取任何人为手段加速病人的死亡。另一方面，病人家属常常从尽义务，重孝道出发，不惜负债累累，四处奔波为亲人求医治病，哪怕病人患了不治之症，并且痛苦得不再想活下去，家属也要坚持拖一天是一天。在这种情况下治疗仅仅具有象征意义，它仅仅是对家属的一种安慰。这样做当然给安乐死的实施带来了极大的困难，同时也造成社会资源的极大浪费。如果超出医学的范围而着眼于病人与整个社会的关系，我们就不难发现，安乐死问题不仅是一个与死亡观念直接相关的医学问题，而且是一个非常复杂的社会问题，安乐死能否得到顺利的实施，不仅有赖于人类生死观念的变革，而且有赖于其他社会观念的更新。

责任编辑：谭 深

^① 参见洪爱兰、彭庆星：《安乐死与否：尊重绝症垂危者的意愿》，载《医学与哲学》1988年第1期。

^② 转引自：Matter of Life and Death ed. by Tom Regan Temple University Press 1980, P57.