

安乐死和医生协助自杀

赞成和反对的论证

EUTHANASIA AND PHYSICIAN ASSISTED SUICIDE



[美] G. 德沃金 R.G. 弗雷 S. 博克 著

翟晓梅 邱仁宗 译

邱仁宗 审校

Cambridge Collection
剑桥集粹

安乐死和医生协助自杀

赞成和反对的论证

[美] G.德沃金 R.G.弗雷 S.博克 著

翟晓梅 邱仁宗 译

邱仁宗 审校

 辽宁教育出版社

版权合同登记：图字 06-2002-38 号

图书在版编目 (CIP) 数据

安乐死和医生协助自杀：赞成和反对的论证/[美] 德沃金 (Dworkin, G.), 弗雷 (Frey, R.G.), 博克 (Bok, S.) 著; 翟晓梅, 邱仁宗译. - 沈阳: 辽宁教育出版社, 2004.12

(剑桥集粹)

书名原文: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: For and Against
ISBN 7 5382 7193 7

I. 安… II. ①德… ②弗… ③博… ④翟… ⑤邱… III. 死亡 方法 研究
IV. ① R 05 ② B82 061

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2004) 第 122771 号

Euthanasia and Physician Assisted Suicide

Copyright© Gerald Dworkin, R.G. Frey, Sissela Bok 1998

Simplified Chinese Language Translation Copyright© Liaoning Education Press 2004

Published by arrangement with Cambridge University Press.

All Rights Reserved.

版权所有、侵权必究

出版 辽宁教育出版社
(沈阳市和平区十一纬路 25 号 110003)

发行 辽宁教育出版社

印刷 沈阳六〇六所印刷厂

版次 2004 年 12 月第 1 版

印次 2004 年 12 月第 1 次印刷

开本 850 毫米 × 1168 毫米 1/32

印张 4.25

字数 87 千字

印数 1-3500 册

定价 12.80 元

作 者 G. 德沃金
R.G. 弗雷

S. 博克
译 者 翟晓梅
邱仁宗

审 校 邱仁宗

责任编辑 严中联

技术编辑 代剑萍

责任校对 干凤华

封面设计 吴光前

版式设计 熊 飞

内 容 简 介

安乐死和医生协助自杀这些个人行为是否道德以及是否允许这些行为的政策合法化，是当代道德／社会争论最热门和意见最为多种多样的问题。而医生协助病人有尊严地死亡的道德问题绝对是医务界、伦理学家以及广大公众都极为关注的中心问题。比起被动安乐死来，由医生考虑进行的主动安乐死案例则大大加剧了这种争论。对争论各方的论证做出详尽而又清晰的阐述显得迫在眉睫。

应运而生的这本《安乐死和医生协助自杀——赞成和反对的论证》，汇集了支持／反对安乐死和医生协助自杀及其合法化的两位美国卓越哲学家杰拉尔德·德沃金、R.G.弗雷和美国最著名的伦理学家之一西塞拉·博克各自对其观点的论证。

通过对反对者的观点的有力反驳，杰拉尔德·德沃金和R.G.弗雷论证说，在某种情形下由医生提供知识和手段，病人用以结束自己的生命，这在道德上是可以允许的，而且应该得到法律的允许。而西塞拉·博克则通过对“选择死亡”、“自杀”、“安乐死”和“医生协助自杀”的逐一探讨论证说，安乐死和医生协助自杀的合法化将引起巨大的社会风险，并且无论如何将无法充分满足临终病人的需要，至少在并不是人人都有医疗保险的社会是如此。

对于任何阅读这本书的人，不管他对安乐死和医生协助自杀持何种观点，都一定会被书中论证和反论证的缜密和犀利所折服，从而对双方的观点有更为深入的理解，对安乐死和医生协助自杀也会有更加深刻的认识。

目 录

第一部分	1
导言	3
第一章 医学的本性	6
行医的伦理	12
医学的限制	13
第二章 死亡的区分	17
第三章 对道德滑坡的担心	40
第四章 公共政策与医生协助自杀	59
第二部分	75
第五章 选择死亡和夺走生命	77
临终时的个人控制	77
两类争论	79
当代的三类主要观点	82
重新考查	83
第六章 自杀	86
选择死亡的自由	87
基督教与禁止自杀	90
援引自然法的论证	92
渴望安乐的死亡	94
第七章 安乐死	99
自主性和仁慈	101

社会风险和滑坡	104
对垂死病人的漠视和处理不当	108
荷兰的安乐死及其他	113
第八章 医生协助自杀	117
协助	118
医生的角色	121
呼吁帮助?	123
处理	125
译后记	128

第一部分

G.德沃金 R.G.弗雷

1934

导 言

我们想要论证,在某些种情况下医生为病人提供结束其自己生命的知识和/或手段,在道德上是允许的,而且应该得到法律许可。使自杀更为容易正是医生协助自杀的含义。而我们提到安乐死,则意味着医生实施了导致病人死亡即与病人死亡具有因果关系的最后一步,因此可以说是杀死了这个病人。

赞成医生协助自杀的理由并不难确定。这些理由主要是临终病人在死亡过程中的利益,病人希望死亡过程尽可能无痛并保持其尊严,自己决定他们死亡的时间和方式。我们大家也都会同意,自主性和解除痛苦是重要的价值。不过,在很多人看来,尽管这些价值是重要的,但有更重要的理由反对允许医生为了这些重要的价值而帮助病人自杀或者杀死他们的病人。我们确信,这些反对理由是错误的,并且一旦人们明白这些反对理由是错误的,赞成医学协助死亡的理由就会导致我们的结论。

我们论证的基本的策略实质上是从个人偏好出发的。也就是说,我们将断言,那些反对医学协助死亡的人本身赞成的那些政策,与我们赞成他们反对的政策在道德上无法区别。我们论证的起点是,我们采取的主张也是那些反对医学协助死亡的人同意的,即一个有行为能力的人有权拒绝任何治疗建议或撤除已经进行的治疗,即使他知道这样做会导致死亡。这总的策略是要论证,如果一个人接受这一点,那么他就应该接受一个病人可请求医生协助自杀,或在某些情况下可请求安乐死,在一定条件下医务人员提供这

样的帮助是可允许的，而不应该被认为犯罪。¹

因此，我们要考虑认为在拒绝/撤除治疗与协助死亡之间存在道德上不对称的种种论据，并论证这样一种不对称不能成立。下面是支持这种不对称的最重要的论证：

1. 为某种道德上不对称辩护的是在意向性和/或因果性上存在着与道德相关的差别。其中对诸如杀死与听任死亡、有意与预见（与双重效应原则有关）、有作为与无作为等等区别的不同道德意义的种种观点。另外，也有涉及因果性及其道德意义的论证，例如在听任死亡的案例中病人死于疾病，而在杀死的案例中医生是病人死亡的原因。

2. 在两种政策可能的后果中存在着与道德相关的差别。这里主要的论证是种种形式的滑坡论证、楔入论证等。这种观点认为，即使医学协助死亡的一些案例在道德上确实是可以允许的，我们也既无法根据道德原则加以区别，又无法制止出现那些我们全都认为是与道德格格不入的事例。

也有些论证认为，当我们考虑制定这样一种政策时，拒绝治疗与医学协助死亡之间的区别是重要的。这种主张是，即使我们认为个别的事例在道德上可以允许，但制定一个政策允许他们这样做将是错误的。不管我们关于助死是否道德的观点如何，我们都应该通过法律的约束、专业的规范等手段来强化这种不对称。这里我们遇到的问题有：病人选择自杀的压力，确保病人是理性的困难，不允许一个人杀死另外一个人的符号意义等等。

3. 最后，我们有一些来自医学的本性和医学专业本性及其规

1. 虽然我们表述的论证仅对那些接受我们假定的人有效，但我们相信这些假定在道德上是正确的（尽管我们并不对它们加以论证），所以这个论证是站得住脚的。

范的论证。人们声称，这些要求人们在允许病人死亡（每当医生“放弃”治疗病人时他们就那么做）或从病人那里撤除呼吸器与协助或引起病人死亡之间做出并保持明确的区别。

我们要说明的是，有关道德不对称的这些论断，都不能驳倒自主性和解除有行为能力病人痛苦的论断，这些病人正遭受着临终疾病或难以治疗、不可治愈的病症的折磨，病人认为处于这种情况下与其基本价值不相容。

第一章

医学的本性

G.德沃金

“一个社会让一个人自己做这件事是不体面的。或许，这是我能够对自己做这件事的最后一天了。”

——珀西·布里奇曼 (Percy Bridgman):

《自杀笔记》(Suicide Note)

在医生中最常听到的反对医生协助自杀的论证是有关医学专业本性的。他们论证说，医学规范禁止医生任何有意杀死病人或者帮助病人自杀的行动。由于这个理由医生们确信，在允许病人死亡，比方说由于病人拒绝心肺复苏措施所致的死亡，与协助病人自杀的行动之间保持明确的区分是至关重要的。

的确，对这一观点进行辩护的最重要且最有影响的是列昂·卡斯 (Leon Kass) 的文章。¹ 在主要的医学杂志，诸如《新英格兰医学杂志》(New England Journal of Medicine) 和《美国医学杂志》(Journal of American Medical Association) 中，几乎不可能

-
1. Leon Kass, "Neither for Love nor for Money: Why Doctor Must Not Kill," *The Public Interest*, no. 94, Winter 1989. 卡斯的一些论证直接指向反对病人有被杀死的道德权利，而一些论证则反对医生有杀人的义务。其他论证提出了这些权利和义务是否应被包括在公共政策内的问题，或者通过法律，或者通过医学专业的准则和规则。在本章我们限于前面的问题。我们将在第四章考虑后者。

找到一篇反对医学协助死亡的文章不引用这篇文章所阐述的医生不可帮助病人死亡的观点。因此，我们打算批判地考查卡斯的论证。

卡斯的论证开始于考虑“将医生杀死病人作为这样一个问题的特殊案例，而不是相同案例”来加以考虑：“人们是否可以或应该杀死一个请求被杀死的人。”²请注意“可以或应该”这个短语，随着卡斯发展他的论证，这个短语呈现出某种重要性。它们代表着两种截然不同的立场：医生应请求杀人在道德上是可允许的并且要求医生这么做。前一种立场比后一种立场要弱。认为医生杀人没有错的观点与如果医生拒绝杀人他们也没有错并不矛盾。但正是后者（医生拒绝杀人也没有错）被认为医生有义务杀人这种更强的立场排除了。³

卡斯考虑有两类理由支持在某些情况下医生可以或应该杀死病人。他认为这些理由反映了研究医学伦理学的两种主导的进路。第一类理由是自由或自主性。

根据这一观点，医生（或者其他人）一定得不仅默许终止治疗，而且同意用毒药有意杀死的要求，因为选择——自由——的权利必须得到尊重。这个权利甚至高于生命本身，即使医生从不会提出这样的建议或者同意所做出的选择。当人们行使他们的选择权以终止他们形体的存在时，医生不仅必须终止作为生命和死亡的守护者对病人身体的服务，而且医生在道义上还一定得主动杀死这个具有形体的人……⁴

杀死那些要求死亡的病人的第二类理由与选择权没有什么关系。相反，死亡应立即和迅速给予，因为根据某种实质性的或“客观”的衡量标准，认为病人的生命不值得活下去。极度

2. 同注释1，p.26。

3. “应该”是否读作“必须”（有时道德要求用这个词表达）存在含糊之处。但当有人说，“你应该信守诺言”，这通常就等于说“你必须信守诺言”。

4. 同上，p.27。

的疼痛,临终状态,不可逆昏迷,严重老年性痴呆,或极度退化,降低了生命质量,成为——选择或不选择——仁慈地终止生命的辩护理由……不是他的自主性,而是他躯体或精神的不幸而悲惨的处境证明了对病人这么做的正当性……不存在这些实质性的退化,要求帮助死亡请求就不会得到尊重……不是病人自主的愿望,而是医生对受苦人类的仁慈和同情的爱证明了无痛致死的正当性。⁵

这些是卡斯认为不能充分证明医生杀死病人是正当的理由。为什么他认为如此?第一个论断是:

这两个观点联合起来反对这样的信念:医学本质上是一种道德的专业,有其固有的原则和行动标准,对医生可以正当地做什么加以限制。每一个观点都谋求弥补专业的伦理缺陷,而专业则被看做本身是超道德的,在技术上是能胜任的,但在道德上是中立的。⁶

但如何得出这一结论的?很清楚,这要由支持这些观点的那些人来回答,他们认为尊重病人的愿望并且设法解除病人痛苦已被纳入医学实践之中。这些观点能够被纳入医学的理想之中,它们能够界定医生的角色,能够成为要求医生遵守的道德法典的一部分,成为医生初次进入医学专业宣誓时誓言的一部分。当然,也可以坚持认为这些价值对医学专业而言都是外在的,它们是被嫁接到道德中立的技术上的,但这些观点本身并不要求这么看待。

但是也许这不是卡斯论证的核心。因为他继续宣称这些理由导致了道德上令人不快的观点:

5. 同注释4, p.27.

6. 同上, p.28.

对于第一种伦理学派而言，医患关系的不言明的（有时是明言的）模型是一种契约模型：医生……根据需求出卖他的服务……，如果病人想要修理他的鼻子或者改变他的性别，测定他尚未出生孩子的性别或者只是为了寻求刺激而要服用使人愉悦的药物，医生能够而且必须照此工作就是了。

对于第二种伦理学派而言，不仅是病人的愿望，而且医生——不是作为医生而是作为人——的仁慈和同情的动机使医生的行动成为合乎伦理的……所有出于爱心的行动——包括杀死病人——都是正当的，甚至值得表扬。良好的和仁慈的意图能够使任何行动神圣化。

在我看来，这些探讨中的每一种都不应该视为医学伦理学的基础。首先，它们都不能够理解根据传统医学伦理学长期以来认为绝对不能违反的一些具体义务和约束——例如不可与病人有性关系的禁令。现在我们必须说，如果病人希望如此而且代价是合理的，或者从另一方面说，如果医生温文尔雅，令人钟情，并且床边服务周到，那么与病人发生性关系就是可以允许的吗？⁷

如果所说的观点具有这些含义，例如凡是出于爱心的行动都是正当的，或者说医生可以与病人有性关系，这的确对这些观点构成了重要的、决定性的反对意见。但是得不出这些结论。

首先，不太重要的一点是，我们注意到卡斯在陈述他观点的时候，从“可以或者应该”的表述滑向了更强的命题：“医生（或者其他人）一定得不仅默许终止治疗的要求，而且同意有意杀死。”“医生不仅必须终止作为生命和死亡的守护者对病人身体的服务，而且医生在道义上还一定得主动地杀死这个具有形体的人。”因此，即使

7. 同注释6，p.28。

他的论证很好, 这些论证也至多是表明强的命题是错误的。

不过, 由于两个理由他的论证并不好。第一, 他的论证在中途转换了目标。第二, 他的论证假定这些立场是排他的, 每一种立场都为安乐死提供了充分的理由, 然而对这些立场最自然、最合理的理解是提供了必要条件, 这些必要条件在合适的情况下可以与充分条件一起使安乐死成为可允许的。

首先是转换目标。当卡斯最初提出他所谓的第二个理由时, 便是根据对通常被称作“生命质量”的考虑。正是因为病人的生命根据某种“客观的”衡量标准不值得活下去, 因而要求解脱。但是当他考虑出于双方自愿的性行为这个“反例”时, 他抛弃了这个条件而转向了医生的动机或意向(他对这二者之间的区别从未明白过)。正是良好的动机或慈善的意向才能证明医生行动的正当性。因此, 其含义是, 如果医生是温文尔雅又钟情于对方, 那么性行为就是允许的。但这只不过是转到了一个与他初始所设定的立场完全不同的立场。在他初始观点中重要的是, 病人是否极度的疼痛、极度的衰老, 以及诸如此类。当然, 如果医生根据这些条件行动, 他的行动就是慈善的。证明医生行动正当的是条件而不是动机。的确, 认为意向良好可以证明任何行动正当, 这是一个古怪的观点, 不过这不是卡斯原先提出的观点。

第二, 也是至关重要的一点, 是卡斯树立了一个容易击败的假想对手。他所考虑的观点或重视“选择”或重视“生命不值得活下去”。但他并不认为两者都是相关的考虑。的确, 如果从这些观点本身考虑, 两者中任何一个都有不必要的含义。不过, 似乎最合理的观点是病人的选择和病人的病情都使医生的杀人成为可以容许的。这就是为什么这种观点被称为自愿安乐死的理由: 自愿是指病人的选择, 安乐死是指好的死亡。⁸当卡斯说“极度的疼痛, 临终

8. 请与摘自格兰维尔·威廉斯(Granville Williams)对这个问题的经典处理的一段话加以比较: “不管在自杀这个一般性问题上采取什么样的意见, 一些人

状态,或……降低了生命质量,成为——选择或不选择——仁慈地终止生命的辩护理由”[斜体为作者所加]时,他是在考虑这样一种很少有人(如果有的话)持有的立场——至少对有行为能力的成人而言是如此。而当他说他正在考虑的立场认为,“不是病人的自主性,而是病人躯体和精神上悲惨和可怜的境地证明了杀死病人的正当性。这类病情如果没有发生实质性恶化,则病人请求协助死亡的愿望不会得到尊重”时,第二句话指只有病人的情况才是证明医生协助自杀正当性的必要条件。它并不支持第一句话,第一句话表达这样的观点:病人的情况是证明医生协助自杀正当性的充分条件。*

因此,卡斯所有的主张都是错误的。实际情况是,这些观点并不一定要把医学看做是道德中立的专业。他将供人们评价的立场是作为这样一种观点介绍的:医生“可以”或“应该”杀死病人,但是然后他仅仅考虑更强的那一种观点。他所介绍的两种观点中的一种有关病人的生命质量,但是他紧接着又转向涉及医生动机或意向的观点。最后,最异乎寻常的是他把这些观点看做是每一个独立起

早就认为,安乐死,仁慈地结束生命,在道德上是可以允许的,并且事实上是必须做的,只要安乐死实施于(1)一个垂死的病人;(2)有他的同意;(3)这是摆脱痛苦的唯一办法。”[*The Sanctity of Life and the Criminal Law* (New York: Knopf, 1957), p. 311]。

9. 丹尼尔·卡拉汉(Daniel Callahan)在“*When Self-Determination Runs Amok*,” *Hastings Center Report*, March-April 1992, p. 54 中的那篇文章中的一段话犯了同样错误:“人们说安乐死和医生协助自杀的两个标准动机是我们的自决权和我们要求他人尤其是医生大发慈悲来解脱我们的痛苦。这两个动机一般被拼凑在一起,形成一个辩护理由。然而,如果将它们单独予以考虑——没有内在的理由为什么必须将它们联系在一起——它们就暴露出严重问题。”当然,它们并不是“内在地”联系在一起的;只是人们要求它们均具有道德上的辩护理由。比较一下有人反对这种立场的论证:你毁掉我的油画是合法的,仅当(1)我允许你这样做,且(2)它不是一件伟大的艺术品。根据是当这些“理由被单独予以考虑时——且没有内在的理由为什么必须将它们联系起来时——它们暴露出严重的问题”,即只要这些油画不是伟大的艺术品,你就能毁掉我的任何一幅油画,或你能毁掉唯一幸存的伦勃朗的作品,因为它是我的,且我允许你这样做。