

Number 56: Assisted Suicide

第五十六期

协助自杀

作者 里克·托马斯

By Rick Thomas

每个人都希望有个好的死法。但是，在不断变化的文化价值和复杂的医疗技术世界，有个好的死法是什么意思，信实地死对于基督徒有什么意义？

很多人担心他们在最后的生病期间将遭受无法控制疼痛、或侮辱，或者通过技术“维持生命”长于他们所希望的。因此，在失去控制之前，病人可以按照他们的愿望结束个人的痛苦受到人们的欢迎。他们认为协助自杀为他们提供他们对自己的死亡方式和时间的控制希望。

这个国家，安乐死（主动结束自己的生命）和协助自杀（被帮助来杀死自己）仍然是非法的，尽管它们其中之一或者两个都已经在一些欧洲国家（尤其是比利时、荷兰和瑞士）合法化了，并在美国某些州（俄勒冈州、华盛顿州和佛蒙特州）。1961年自杀法案对自杀和自杀未遂进行合法化，在英格兰和威尔士（苏格兰这从来都不算犯罪）。但是，协助或鼓励他人自杀仍然是非法的，犯罪处以最多14年的监禁。在自杀法案通过的时候，自杀的欲望被认为是疾病的征兆，需要得到治疗和护理，而不是要

提供自杀的帮助。五十年后，文化景观有了显著的改变。

协助自杀案例

如今，那些主张改变法律的人相信他们在反映民意的趋势。不是说个人自主意味着任何精神上有能力的人都有权利结束自己的生命或接受援助来结束自己的生命吗？

在医院对临终关怀的患者给予止痛药和镇定剂，难道与在家服用致死剂量的巴比妥类处方药物有任何显著道德上的区别吗？前坎特伯雷大主教乔治·凯里最近指出：“现行法律未能解决我们为什么要强迫身患绝症的病人继续活在难忍的痛苦和没有质量的生活中这个根本问题。”（1）

难道同情心不应该给予患有残疾和无法治愈的疾病的人，当他们无法忍受他们的痛苦，他们能够结束他们的痛苦的权利吗？活动家托

尼·尼克林森，当他试图改变法律失败后，最后死于“闭锁综合征”，他清楚地表明：“我的生活是呆板的，苦不堪言，有失身份，有损尊严，难以忍受的……我应该能够决定如何和何时结束这样的生命”。（2）

继续照顾严重精神错乱的人的难道不是属于资源的浪费吗？生物伦理学家男爵夫人沃诺克说：“如果你是精神错乱，你就是在浪费别人的生命-你的家庭的生命-你就是在浪费国家健康服务的资源。”（3）

这些是用来支持协助自杀合法化的三个根据-自主性，意图和同情。以下是我们认为的基督徒对试图改变英国法律的这几个根据的回应，和某些司法管辖区的已经改变的法律的一些经验。

“在边缘”的英国

已经有一些人试图改变英国包括英国议会和法院（见专栏）关于协助自杀的

法律。议会至今拒绝修改法律的提议，主要是出于对公众安全的考虑。接连不断的关于中晚期病人请求允许获得自杀援助以结束自己的生命的高度公开案件，受到英国公众的广泛关注。2010年2月，公诉主任（DPP）公布了目前皇家检察署（CPS）使用的指导，以决定是否起诉嫌疑人在给定的案件中怂恿或协助自杀符合

议会试图修改法律

2006 年约菲勋爵的协助绝症患者自杀的法案在英国国会上议院以 148: 100 被击败。

2008 至 2009 年死因裁判官及司法法案，福尔克纳勋爵关于允许或协助他人自杀合法化的修正案，以 194: 141 被上议院击败。

2010 马戈麦克唐纳·MSP 的协助自杀法案在苏格兰议会以 85: 16 被击败。

2014-15 福尔克纳勋爵的协助死亡法案上议院因时间不够，预计在 2015 年的大选后重新提出。

2015 年帕特里克·哈维 MSP 的协助自杀（苏格兰）法案目前正在苏格兰议会的考虑之中。

“公共利益”。其中的一些标准 - 例如，犯罪嫌疑人是“完全出于同情” - 被指责为为剥削和虐待铺开门路。

其他国家的经验

在实践中，准确预测某人是否能再存活半年是极其困难的，就像福尔克纳勋爵提出的协助死亡法案。俄勒冈州的经验说明了这一点。（4）有些患者给开了致命的药物用于协助自杀，因为他们预计不会存活六个月以上，三年之后患者还活着，并没有服用这些药。

此外，许多看似确定希望死去的人并没有患绝症，他们寻求协助死亡是出于害怕他们的生命将毫无价值，不如死去。2013年在俄勒冈州，目前这样寻求协助自杀的存在理由是最常见-93%的人认为他们“丧失了自主权”，89%认为“丧失生活的乐趣”，73%“失去了尊严”。同样，2013年在华盛顿在，61%的人们选择协助自杀，其中关键的原因是害怕给家庭、亲友和护理人员增加负担。

在美国一项多中心的研究中，一半的曾考虑寻求协助自杀的绝症患者在随后的几个月改变了主意。（6）在另一项研究中，在俄勒冈州，26%的寻求协助自杀的人患有抑郁症。不到3%的此类患者被转诊到精神科接受评估。在同一项研究中，研究人员发现，那些在俄勒冈州和荷兰死于协助自杀的患者，2-17%的患者那时已经患有临床抑郁症。（7）随着时间的推移，俄勒冈州那些被认为有精神障碍可能判断力被削弱的患者，接受了

心理健康专业人士治疗后仍然选择协助自杀的的患者有了大幅下降。在1999年，这一数据是37%；在2010年这一数据下降到1.5%。

（8）

经常听到的一个说法是，协助自杀给与患者“善终”的机会。然而，现实情况可能会非常不同。荷兰的研究表明，令人困扰的并发症发生。例如，18%的患者自杀未遂，医生不得不进行干预帮助杀死病人 - 协助自杀实际上成为安乐死。

（9）

增量扩展

许多人目前寻求协助自杀正在忍受煎熬，这不是因为绝症，而是长期的神经或者其他慢性疾病，并不在福尔克纳勋爵的法案条款中。在这些压力下，延长其规定的范围，用“平等”的理由将这样的情况下纳入其中，是不可避免的。协助自杀和安乐死的立法已经在各个欧洲国家和美国各州通过。（10）有来自荷兰的明确证据，至少有上千的病人，包括老年人、丧失劳动能力的，情绪痛苦的，残疾的，甚至儿童和新生儿，每年都有未经他们的同意而被杀害的。（11）（12）

（13）荷兰全科医生卡雷尔·冈宁说：“一旦接受杀害作为一个解决问题的方案，你会发现明天数百个问题会出现，这些问题都是因为同意将杀人作为解决问题

的方法而出现的。”

(14)

福尔克纳勋爵的协助死亡法案已经通过了美国俄勒冈州的立法。因此，很可能英国法律的任何关于允许协助死亡的变化会给弱势群体产生同样的压力，使他们不得不采取自杀，“死亡的权利”将迅速成为一种“死亡的责任”。当然，该法案有防止滥用的“保障措施”，如限制对某些类别的人应用协助死亡。1967年大卫·司铁尔提出的堕胎法案也有类似的宣称。在实践中，一旦任何所谓的“权利”在法律中成立，其他司法管辖区的经验表明，在一段时间内将发生渐进扩展。案例的绝对数据和不在法律范围内的案例数据都在稳步增长。也会产生延申法律压力，由于使用同样的一般自主性和同情的论点的新病例向法院提起诉讼。

财务费用是增量扩展的另一个驱动力 - 杀害比治疗的费用要便宜多。在这个国家金融抑制的时期内，和高成本的住院护理，这些都可能诱惑当局“延伸”法案的应用范围。住院一周均价达 3,000 至 4,000 英镑，而帮助一个人自杀的药品只要大约 5 英镑。如癌症治疗包括化疗、放疗或手术的花费更多。难道我们真的希望家庭、国民健康保险的管理者和卫生部面对这些诱惑吗？

希波克拉底传统

第 3 页 共 6 页

很明显，医生和姑息治疗工作者是协助自杀合法化的最有力的反对者。他们学习和工作，用来维持生命而不是结束生命。英国绝大多数的医生，以及英国医学会（BMA），医生皇家学院，全科医生皇家学院，协会姑息医学和英国老年协会都反对修改法律。负责协助自杀的法律是对一直指导医生超过 2000 年的希波克拉底传统的违背（见专栏）。

信任对医患关系至关重要。病人相信医生不会伤害病人是维持这种关系的基础。给医生故意结束病人的生命的权利将不可避免地改变这种医患关系的本质，并且可能破坏这种必要的病人对医生的信任和信心。医生最终可能内心变得更冷漠，轻易致人死亡，并开始认为自己最脆弱的病人是“可以丢弃的”。(15) 这样的病人会决定不寻求医疗的帮助，因为他们害怕被鼓励考虑接受医生协助自杀，而他们可能已经不再完全信任医生了。

在 2003 年上议院的讲话中，勋爵麦科尔德威报告了访问荷兰的一个经历，这个经历很好地展示了医学良心的这种变化：“贵族勋爵都知道专责委员会访问了荷兰这件事。当我们问一个医生做第一例安乐死的感受时，他说，“我们整天都是痛苦的，感觉非常糟糕。”但他说，第二个案例就比较容易了，而做第三次时 - 我引用他的原话 - “小菜一

碟”。我们发现这个现象确实很心寒。”(16)

自主权不是绝对的

呼吁改变法律允许协助自杀中最刺耳的声音，是那些鼓吹个人自主权利的人。

(17) 四个普遍引用的原则（尊重自主权利，慈善，不伤害和公正(18)），应用于生物伦理辩论和实践的先进指导，其中自主权处于中心位置。如果理解为“做我喜欢做的事的权利”，自主权就成了海市蜃楼 - 它没有认识到我的选择会影响到你的选择，反之亦然。

我们生活在一个高度个人主义的文化中，这个文化有很强调个人的权利，较少讲责任，也更少讲约束和限制。事实是，我们不只是个人，而是生活在社区的一个人，不管这个社区是家庭、邻居、工作场所还是社会。一个正确的自主权的行使会认识到我们的决定对其他人的影响。这将平衡权利与责任，并出于尊重他人的权利和公共利益，放弃一些个人自由（与遵守速度限制和限制吸烟）。我们都同意，个人自由在民主社会是受到的限制的 - 这就是为什么我们需要法律。

通过实行个人的自主权夺去自己的生命，她忽略了她的行动对那些要经历这种悲剧的人的深刻影响 - 她已经有效地夺去了幸存者手中同样的自主权。

值得讽刺的是，通过引入协助自杀的法律，老年人、困惑的人、残疾人或抑郁的人的自主权利就会受到威胁，而不是保护。对弱势群体言明的和隐含的压力可能意味着立法者旨在让人们选择的机会，而在实际操作中可能变成这样做的义务。当协助自杀成为一种廉价的治疗选择，危险的是，病人或弱势人群可能微妙地转变成处于一种责任而选择自杀，而不是一种对别人的经济或精神上的负担。这就是为什么英国主要的残疾组织都反对对法律的任何改动，他们认为这会导致对残疾人的偏见的增加，并且增大了他们结束自己的生命的能力。

协助自杀，顾名思义，不是个人的行为 - 它需要其他人的参与，往往是医生。因此，病人的自主权触及到医师的自主权 - 病人的“死亡的权利”将强加给医生协助他们死亡的责任。这个医生（或多个医生）将不得不作出有关患者的生命质量是应该保留或是终止的价值判断；任何人类生命的神圣性的概念都会受到损害。

意图很重要

还有许多体现社会和法律依据意图的重要性的例子。就拿我们得出的疏忽、过失杀人、激情犯罪和谋杀罪的区别为例子。司法判决体现了行为背后的意图。对于某些行为我们允许减轻责任。我们不只是简单地关心结果，我们也关心动机和意图。

当再没有有效的治疗或干预手段，允许绝症患者因疾病死亡一直符合良好的医疗实践。在这些最后的时日，好的缓解症状的手段有时包括使用药物控制疼痛和/或焦虑，可能顺带也缩短了患者的寿命，虽然这对于熟练的医生是极为少见的。这种“双重效应”在法律和道德上可以接受的，若医生的明确意图是缓解痛苦的症状，而不是缩短患者的寿命。（19）但是，对于协助自杀，处方医生的明确意图是结束他的病人的生命。他

已经越过了从希波克拉底以来指导医生约 2500 年的如比肯伦理道德。

仁慈是昂贵的

那些主张协助自杀的人往往认为这是基于同情的原则 - 杀了他们比治疗他们来得友善！当然，通常不是用这样的术语来表达这个意思。更常听到的是，给予病人有尊严的死亡比无法医治的痛苦的生活更友善。那种善良的动机是没有问题的。这采取的是福尔克纳法案里大主教凯里和图图的立场。凯里大主教承认，对他来说，“旧哲学的确定性败在不必要的痛苦的现实面前”。（20）他似乎在说，仁慈的原则意味着我们必须进行干预来结束痛苦，即使这意味着生命的结束。但是，“仁慈”的真正意义不在于结束痛苦，而在于“一起承受痛苦”。我们可能并不总是能够治愈某种疾病，但我们总可以行使关怀 - 我们可以与他们“一起经历痛苦”。（21）

以下医疗格言出自医生爱德华·特鲁多（1848年至1915年）：“有时治愈，经常缓解，总是安慰。”公众认为现代医学可以治愈所有的疾病，这种误解造成对医生的期待太高，而医生是无法达到的。这可能会导致医生一种面对无情和无法医治的疾病的失败感。但事实是，医生被呼召不是说治愈所有的疾病，

宣誓及声明

希波克拉底誓言 (c.400 BC)

“如果有人问及，我将不提供任何人致命的药，也不会给出这样的建议。”

日内瓦宣言 (1948年)

“我会维护对人的生命（从受孕那一刻开始）的最大尊重；即使在威胁之下，我不会用我的医学知识违背人类道德法则。”

医学伦理的国际准则 (1949年)

“一位医生必须时刻牢记保护人的生命的重要性，这个生命包括从受孕到死亡整段时间。”

奥斯陆宣言 (1970年)

该声明重申了“对从受孕开始的人类生命的最崇高的敬意”。

马贝拉的声明 (1992年，并在2013年重申)

“医生协助自杀，就跟安乐死一样，是不道德的，必须受到医学界的谴责。”

而是关怀和照顾所有患者。同情并不意味着他们应该干预以终止那些他们患有不治之症的患者。

仁慈是促使许多基督徒从事姑息治疗和临终关怀的动力。已经证明，良好的姑息治疗，无论是在社会还是在收容所，可以有效地控制不适和痛苦—解除疼痛，而不是夺去病人的生命。

2010年BMA认识到，当被妥善照顾，病人对协助自杀和安乐死的要求是非常罕见的，这呼吁对医生更好的培训和对公众有关姑息治疗的教育。虽然某些疾病的、朋友和医护人员的关爱和支持肯定了病人的价值，尽管他们仍受疾病的限制。

当然，这样的关怀需要很高的成本，如果要承受这样的成本代价，社会必须决定要高度重视病人、痴呆的人、残疾和将死的人。协助自杀的合法化必然会加强一种认为弱势群体的生活“不值得过”，他们“死了还更好”，这些医疗护理的费用最好花在对社会或经济更有“生产力”的社会成员上的这种概念。如果是这样，护理行业和整个社会，同情心和仁慈将不可避免地消退。

基督教的护理观

从基督徒的观点看，同情/仁慈和自主权这些辩论都只对了一半。我们应该以

像基督的同情心对待所有的人，其中不涉及杀害病人，我们被呼召要尊重个人自由和责任，但这和“自主权”不一样。

基督徒认为，人的生命具有内在价值，因为它是上帝的恩赐，并且是按照神的形象所造（创1:27）。人的生命的不可侵犯正是基于这种固有的尊严和神圣性，并且是与能力和生产力无关的。

故意杀害无辜的人在十诫中是被禁止的（出埃及记20:13），并在整本圣经中受到一致的谴责。在旧约圣经中，在三种情况下上帝允许杀人：在神圣的战争或“正义”的战争（申命记20）的情况下，对某些死罪（创世纪9:5-6），和出于自卫的情况下（出埃及记22:2）。所有这些情况都有明确的条件。不存在所谓的“出于同情/仁慈的杀害”，也不存在人的“死亡的权利”。

在新约中，耶稣在他的讲道中提高了标准，肯定遵守律法的重要性，但他也呼吁内心的正确态度—对来说耶稣，意图是很重要的（马太福音5:17）。他告诉我们，对个人和社会来说，真正的自由、繁荣和满足感，不是通过追求自主权取得，而是顺服在他的仁慈的律法

之下（如马太福音6:33）。

基督徒应该知道如何死。对于基督徒来说，死亡并不可怕（哥林多前书15:55），而是通往一个更加辉煌的在新天新地的门（启示录21:4）。他们的信心和希望给了他们对于今生在世的痛苦的永恒的观点。这给了他们力量来经历自己的困苦而不感到害怕（彼得前书1:6-7;哥林多后书4:17），并安慰和鼓励其他有类似经历/试验的人（哥林多后书1:3-4）。基督徒医生承认，人类最大的需要是和上帝和好，从而能够面对死亡。因此除了缓解症状和情感支持之外，应该提供属灵的关怀。

基督的胜利不仅在他对死亡的战胜，还在于他表现出的真正的关爱的代价和成本。基督教关怀的关键因素是同情，愿意与受苦的人站在一起，照顾他们，与他们一同受苦，就像耶稣基督与我们一同受苦那样。这种同情是舍己，是道成肉身；它是十字形的，情愿以自己的死代替那些将死的人；它可以带来希望并且力量强大。这里有一个奥秘—对别人的同情，这种基督十字架将悲剧变为祝福，将困苦变为救赎，将绝望变为喜乐的转化力量。很少受到这样无私和昂贵的关爱的病人会继续考虑或寻求协助自杀。

里克·托马斯是呼吸内科专家和CMF公共政策研究员。

参考文献

1. 凯里：“我已经改变了对死亡的权利的看法”。每日邮报，2014年7月11日
2. 托尼·尼克林森在司法部诉部。英国最高法院 38，2014年。
3. 男爵夫人沃诺克。老年痴呆症患者可能有死去的责任。电报，2008年9月18日
4. 昔兹尼·L等。自俄勒冈州有尊严的死亡的法案通过后，俄勒冈州医生对临终护理的态度和经验。JAMA 2001; 285: 2363-7
5. 昔兹尼·L等。医生对俄勒冈的有尊严的死亡的法案的经验。NEJM 2000; 342: 557-563
6. 伊曼纽尔·EJ等。有关绝症患者和护理人员对安乐死和医生协助自杀的态度和欲望。JAMA 2000; 284: 2460-8
7. 列文·I, 帕克·M, 在批准或拒绝申请的安乐死或协助自杀的请求中，患有抑郁症的流行性系统评价。JME 2011; 37: 205
8. 俄勒冈州修订法 127. 800.127.995, 127.825 § 3.0
9. Onwuteaka-Philipsen BJ 等人。荷兰 1990 年, 1995 年, 和 2001 年安乐死和终止生命的决定, 柳叶刀在线, 2003 年 6 月 17 日 bit. ly/1CKhW6t
10. 增加的协助自杀案例给英国带来的警告, 医疗护理而不是杀害, 2012 年 4 月 16 日 bit. ly/1OqG02P
11. 范德马斯·PJ 等人。关于终止生命的安乐死和其他医疗决定。柳叶刀 1991; 338: 669-74
12. 范德马斯·PJ 等人。荷兰的安乐死, 医生协助自杀, 以及其他涉及生命终止的医疗实践, 1990 - 1995 年。新英格兰医学杂志 1996; 335: 1699-705
13. Groenewoud JH 等人。荷兰关于安乐死和医生协助自杀的临床问题。新英格兰医学杂志 2000; 342: 551-6
14. 安乐死和协助自杀 - 医生和律师的联合申明, 护理而不是杀害, 2005 年 10 月 12 日
15. 科泽尔·B, 罗斯·W. 将死的荷兰: 安乐死在欧洲传播。新闻周刊, 2015 年 2 月 12 日
16. 麦科尔·I, 上议院议事录, 2003 年 6 月 6 日: 1681 列
17. 巴勒特·H 和斯波斯·A. 自主权: 谁的选择? CMF 文件 29, 2005
18. 比彻姆·TL, 柴德里斯·JF. 生物医学伦理学原则。牛津: 牛津大学出版社, 第 5 版, 2001
19. 维尔·D, 什么时候应该终止治疗。CMF 文件 7, 1999 年
20. 勋爵凯里: “我为什么改变了对协助死亡的看法”。每日邮报, 2014 年 7 月 12 日
21. 福奇 S. 关心和同情。CMF 文件 50, 2013

除非另有说明, 圣经的引用取自圣经, 新国际版(NIV)英国版式。版权所有©1979年, 1984年, 2011 Biblica。经霍德和斯托顿出版, 经过阿歇特英国公司的许可, 版权所有。'NIV'是 Biblica 的注册商标。英国商标号 1448790。

本文产生于基督教医学联谊会的医学研究组内的讨论。文中观点并不一定代表出版社观点。CMF 文件可以从 CMF 订购。

基督徒医学联谊会会刊已出书目

- 第五十五期后基督教社会的基督徒医生
- 第五十四期后基督教社会的基督徒医生
- 第五十三期 抑郁和认知行为治疗

- 第五十二期 整形手术
- 第五十一期 三亲胚胎用于线粒体疾病
- 第五十期 关爱和同情
- 第四十九期 新兴医学技术: 伦理问题

- 第四十八期 脑死亡
- 第四十七期 代孕
- 第四十六期 关于形象
- 第四十五期 发展中国家产妇和新生儿的健康状况