

[编者按] 《赛先生》微信公众平台由3位国内外知名科学家饶毅、鲁白和谢宇在2014年7月发起并担任主编，它讲述科学家的故事，介绍科普知识，也传递科学的态度，不仅是科学家们建言国家和社会的平台，也是一份颇具可读性的科学读物。《科技导报》从2015年第13期开始，与《赛先生》合作，每期选取1篇《赛先生》发布的高质量原创文章，与读者分享，“与科学同行”。

安乐死：生命自由的悖论

1992年初，苏·罗德里格兹已经活了42个年头。那时候，维多利亚市的人们正准备迎接春天。但对她来说，加拿大寒冷的冬天却永远不会结束，因为她刚刚被确诊患有肌萎缩侧索硬化症(ALS，俗称“渐冻人症”)。

她只是一名普通的加拿大妇女，有过一次婚姻，和儿子相依为命。她跟儿子承诺会和疾病斗争，但仅仅过了一年，她就难以举起杯子，连讲话都在断断续续地抽搐。家人的照顾让她倍感煎熬，生活的每一刻都像自己的眼泪一样不受控制地流走。医生告诉她，也许很难再撑过一年。她含泪背叛了与儿子的约定，决定自我结束生命。

可是，她的病不会给她自杀的机会，也没有哪个医生能够帮助她实施安乐死。在加拿大的刑法中，即使医生取得当事人同意帮助自杀，也会被判处高达14年的徒刑。她愤怒，更是无奈。她发现自己最大的敌人已不再是病魔。她请律师援助，提起了上诉。她要求法律帮助她取得自我了结生命的权利。

惊人的是，一年内，官司就一路打到了加拿大最高法院。在1993年的秋天，最高法院以5:4的法官票数判决苏败诉。官司虽然在那年结束，但故事仅仅是个开始。加拿大的司法体系由此展开了对安乐死的讨论进程。许多慢性病患者和他们的亲人在一些社会组织的协助下开始争取安乐死的权利。终于，在2015年2月5日，加拿大公民卡特·李诉加拿大政府案(卡特的母亲于2010年决定在瑞士接受安乐死)由最高法院全票胜诉^[1,2]。加拿大正式成为一个安乐死合法化的国家。

这就是从“‘罗德里格兹’诉‘不列颠哥伦比亚省政府’”案到“‘卡特’诉‘加拿大政府’”的诞生和展开的经过。

那么，问题来了。在加拿大的这22年里，究竟发生了什么改变，最终让安乐死判例全票通过？

法理的悖论：死亡是不是自由的？

在回答这22年的变化之前，我们得先看看加拿大第一桩安乐死判例，也就是为什么1993年的案件中会出现5:4这样的微妙票数。这是极小的差距，可其中却存在一道巨大的伦理问题——死亡是否是一种自由的权利。

首先，安乐死案中的法理争论，在于加拿大刑法强调保护每个公民的生命安全。所以禁止咨询、协助或教唆人自杀，并且如果存在这样的行为间接导致他人的死亡，就会被视作“杀人”，即使取得了死者本人生前的同意。

但另一方面，加拿大的宪法却强调了人的自主权利和尊严。《加拿大权利和自由宪章》(以下简称《宪章》)中的表述是：“每个人都有其生命权，在和基本法律原则一致的情况下，享有安全、自由和不可剥夺的人权”。也就是说，虽然社会可以对人的生命权利加以合理的限制，可是当一个心智健全的人基于自己的自由意志选择死亡，并希望获得医生的帮助，这样的情况

下，到底是应该根据刑法的条款禁止，还是根据《宪章》的条款允许呢^[3]？

这就是安乐死案例中法官们要面对的基本法理矛盾。

更重要的是，法官考虑到医疗实践中，医疗问责通常会非常谨慎地审查“不作为”与“作为”之间的区别。比如，应用姑息疗法的时候，“不对病人进行复苏治疗”是允许的，但“对病人注射过量巴比妥导致无法复苏”就是不允许的。这种区别主要被应用在姑息疗法(palliative care，一种不以治愈为目的，而以缓解症状，减轻患者痛苦为主的疗法)。所以，如果由医生来实施安乐死，实际就是医生的“作为”导致病人死亡，从而产生医疗问责。

但是，许多法律学者和法官一直认为这显然不合逻辑。例如在1993年，英国最高法院就在案件中讨论，医生可以在取得病人亲属同意的情况下，依法停止对持续性植物状态患者鼻饲管进食。法院在道德问题上讨论许久，比如“该拔管行为是否收取了杀人佣金”“停止鼻饲而让患者挨饿是否符合人道”等等。但这样的讨论只能是“极其细微的差别”。拔管问题的本质，正如戈夫勋爵(Lord Goff of Chieveley，英国大法官)所指出的：“这是虚伪的。任何人都可以质疑，如果医生见死不救而让患者在痛苦中死去是合法的，那么以更人性化的方式，通过致命注射，而让病人在痛苦中解脱岂不是更加符合人道？”

5:4的微妙票数比例正反映了这样的矛盾。

实践的难点：它是否可能被滥用？

我们常说“真理越辩越明”，上面所说的法理要用22年来来解决吗？别忘了“实践是检验真理的标准”，多年的医疗实践观察才得以让人们逐渐了解现实的矛盾之处。

随着22年来全球社会的发展，判例的逐渐增多，法官们的讨论得以更加深入^[3]。

他们通过观察认为，刑法条款禁止他人协助自杀，实际上也限制了个人对于自身事务做决定的能力。这种能力的剥夺对个人的精神造成很大损害和压力，也就侵犯了《宪章》所保障的生命权利。正如他们在法庭的报告中指出：“人若处于严重的无法挽回的医疗情况下，那么他的决定将是事关个人尊严和自主权利的。法律允许人们在这种情况下采用姑息疗法护理，拒绝人工饲喂或者其他生命维持设备，但却否认人们所要求的医生协助自杀的权利。这阻碍了他们对自身生命做决定的能力，限制了人身自由。”问题是，如何才能判断，这是否是出于自愿的自杀，难道每个自杀者都得打一轮官司才能取得自杀权？

正如加拿大政府曾经担心的：给患者选择也许将引起一种危险的滑坡效应。如果“医协自杀(physician-assisted suicide)”不被定义为犯罪，那么它可能被滥用在那些“决策力弱”的病人身上。比如，那些被他人要挟、有认知障碍、身患某种残疾或患有精神病的人。他们很可能会“被选择”自杀。这就是刑

法定下“即便取得自杀者同意,也不能协助”的重要原因。

但在多年的医学实践里,人们已经逐渐地接受并广泛使用“知情同意”的标准方法。20年后的讨论中,法官们终于可以避开“不作为和作为”的区别。他们认为,只要患者在“严重的无法挽回的医疗条件”下有完成知情同意,医生是“作为”还是“不作为”就并非那么重要了。因为患者的尊严和自主权利都将得到保障。

法院并没有被政府的担忧说服。“对于这样的患者和风险,实际早已构成了我们医疗系统的一部分,无法分开”,报告里写道,医疗系统把风险交给医生去处理,并信任他们有足够的处理能力。法官认为,鉴于知情同意的实践已经被人们所接受和熟知,依靠这样的专业指导或代理决策者的模式,应该足够应对风险。

尽管法院没有引用“以患者为中心护理”的理念,可思路却和现代医疗“给予患者更多选择权利”相一致。多年的医疗实践所带来的是医疗评估方法的完善,同时构建患者对医疗体系的基本信赖。这才使得法院有理由认为风险可以接受。

社会认同:它比传统自杀更安全?

仅有以上两点也还不足以花费20年时间。即使许多发达国家都曾对此讨论立法,但“安乐死”和“医协自杀”依然是存在道德和法律争议的。目前只有为数不多的国家接受并实践它。

法律并非是孤立存在的系统,即使法官在理论和实践上发现了解决问题的依据,能否普遍通用依然无法预计。

幸运的是,对加拿大人来说,合法化时机也的确是在20年后成熟的。就在法官一致通过法案后,一项调查显示,几乎78%的加拿大人赞成它,且有60%强烈赞成,9%持强烈反对。有趣的是,原本持有反对立场的加拿大医师协会在“医协自杀”合法化后也改变了立场和态度。

公共卫生领域的进展也对社会观念起到了推动作用。这种观念,术语被称为“减少伤害”命题。比如,自2011年以来,法院一致通过并援引《宪章》的人权条款来使毒瘾中心和妓院合法化,并进行规范监督。因为证据显示:毒品注射或者性交易在必要的场所保护和监视的情况下,会对个人与社会更加安全。所以法院有理由认为“医协自杀”对社会的影响有类似情况。比起在医生指导和医疗协助下的自杀,传统方式的自杀更加损害“患者的人身安全”。

世界趋势:临终关怀的人道

如果还有人觉得安乐死合法化的国家都有些奇怪,那么以下时间轴或许可以告诉你,这很可能成为一种全球趋势。

- 1994.11 美国俄勒冈民众投票通过“Death with Dignity Act”尊严死亡法案,1997年实施
 - 2002.04 荷兰安乐死合法,以及“医协自杀”生效(以前只是指南实践)
 - 2002.09 比利时自愿安乐死合法化,法律生效
 - 2008.11 美国华盛顿州民选投票通过尊严死法案,2009年3月生效
 - 2009.03 卢森堡安乐死合法化并生效
 - 2009.12 美国蒙大拿州法院判例,医协自杀不违法(由此提案合法化)
 - 2013.05 美国佛蒙特州签署医协自杀合法
 - 2014.01 美国新墨西哥州判病人有权获死亡援助
 - 2014.02 比利时的安乐死延伸适用于儿童绝症
 - 2015.02 加拿大最高法院一致表决医协自杀合法
- 加拿大在此时全票通过安乐死合法化,实际上也是顺应态

势,因为已经出现了不少加拿大人出国接受安乐死的现象。在未来的几十年里,不断增长的财富会调整人口老龄化结构,慢性疾病的发病率也在逐渐升高。它们都在挑战医学和法律对待生命临终的方式。“医协自杀”作为一种标准的可选择临终方式似乎是不可避免的。

遗留问题:这才刚刚开始

为了避免许多意想不到的问题出现,实际上加拿大在法案判决生效后留有1年的宽限期^[4]。政府如果发现在医疗实践中遇到问题,可以动用《宪章》授予政府的最后一张王牌“特许条款”来暂停实践1年。

如果不这么做,那么加拿大的10个省份都会开始实行这个条款。他们要么写出一些指导意见,要么让医学人士划定自己的实践原则。

法院的这个判决对医疗体系的推动,只是开了一道窄窄的门^[5]。因为具体的实践至少还会遇到如下两个问题。第一,如何界定“严重的无法挽回的医疗情况”?尽管法院认为,可以在这种情况下提供医生协助自杀,但矛盾的是,这个分类可能被应用于那些既非绝症也非身残的患者吗?比如难治性抑郁症患者。第二,专家们该如何适应这项权利,包括适应医生的宗教信仰和道德?加拿大姑息护理医师协会表示,他们大多数的成员并不愿意协助患者自杀,也不愿主导这个问题的解决。那么,医疗体系中会产生一个应对此问题的专科分类吗?也许,终究要靠时间来给出答案。

幸好,在如此多的不确定性面前,加拿大社会普遍抱着自信的心态。这样,法院的决定至少不会引发文化论战,而是着眼于解决问题。

中国人忌讳谈论“死亡”,其实外国人也一样。在死神面前,是不分国籍的。忌讳的原因是害怕,害怕那一天的降临,尽管它必然来临。但这是非常现实的问题,因为我们希望自己能够选择有尊严的、体面的死法。

许多人本能地讨厌医协自杀合法化,随后的发展也许会继续困扰他们。但相对的,经过这么多年,社会大部分人已经能认识到:如果人们没有权利去选择有尊严、安全的死法,那会更令人讨厌。

参考文献

- [1] Amir Attaran, D.Phil, LL.B. Unanimity on death with dignity—legalizing physician-assisted dying in Canada[J]. New England Journal of Medicine, 2015, 372: 2080-2082.
- [2] The BCCLA believes that Canadians who are suffering unbearably at the end of life should have the right to choose a dignified and peaceful death[EB/OL]. [2015-02-06]. <https://bccla.org/our-work/blog/death-with-dignity-case>.
- [3] Legalizing therapeutic homicide and assisted suicide: A tour of Carter v. Canada [EB/OL]. [2012-06-15]. <http://www.consciencelaws.org/law/commentary/legal073-001.aspx>.
- [4] Physician-assisted death in Canada: Carter v Canada (AG)[EB/OL]. [2015-02-10]. <http://www.lawandreligionuk.com/2015/02/10/physician-assisted-death-in-canada-carter-v-canada-ag>.
- [5] Carter v. Attorney General of Canada[EB/OL]. [2015-02-06]. <http://www.adfmedia.org/News/PRDetail/8551>.

沈彪/编译

(编辑 王丽娜)