

導言

范瑞平

本期首先推出邊林對中國大陸生命倫理學的形成及三十年來的發展歷程進行總結和反思的論文。本文富有哲學見地，且不作現實粉飾，實話實說，值得關心這一學科的人認真閱讀。在邊林看來，一種學問的本質乃是對一個事物的邏輯構建，而任何事物的合理的邏輯構建都必須與這個事物的實際發展過程以及人們對它的認識過程相統一。生命倫理學當然也不例外，其合理的構建勢必是一種邏輯體系的構建。所以，歷史與邏輯的統一是考察具有哲學特性的生命倫理學學科的重要認識視角和方法根據。邊林認為生命倫理學在美國的產生與發展在本質上體現了歷史與邏輯的統一。生命倫理學肇始於美國，恰恰是在美國社會特定歷史階段的文化與科學兩大洪流衝擊下的產物：既是具有顯著學理特徵的西方現代、後現代哲學和倫理學向生命道德領域延伸和擴展的結果，也是科學技術特別是生命科學技術開始進入快速發展期帶來的社會觀念、社會心理以及倫理標準調整、醫學和生命倫理難題大量湧現導致強烈現實需求的產物。它是在一定意義上完成了對醫學倫理學的一個超越，用更寬闊的視野和更深入的思考來認識、評價生命的道德問題，並且將這一學科置於西方倫理傳統和現代思想完整而系統的本體論承諾上。無論道德多元化為“道德異鄉人”之間帶來多少道德矛盾和差異，西方生命倫理學大體都是在自由主義的旗幟下尋求行為的道德解釋和道德根據。

范瑞平，香港城市大學公共及社會行政學系副教授，中國香港。

《中外醫學哲學》VIII:2 (2010年)：頁 1-8。
© Copyright 2010 by Global Scholarly Publications.

相對比，中國大陸生命倫理學的形成過程恰恰缺失了西方生命倫理學所具有的這種統一性。在邊林看來，中國生命倫理學的形成與發展本來也應該是歷史與邏輯的統一，可惜的是，事實並非如此。由於特定歷史階段中國社會現實以及思想和人文環境的原因，中國大陸的生命倫理學在其形成階段就存在先天性的缺陷。而且，在其發展過程中，先天缺陷並沒有得到矯正，邏輯演化過程出現了失常。邊林概述的這種缺陷和失常，在本期其他論文所論述的問題上也得到了印證和例示，諸如蔡昱所討論的臨床醫療決策權之歸屬問題，姜蘭妹等所關注的老人長期照護問題，鄧蕊所探討的倫理審查的制度歷史、運行現狀與困境問題，以及李菊萍所報告的 DNA 親子鑒定的倫理與法律問題。最後，邊林深刻地指出，中國現在所具有的生命倫理學並不是、至少從根本意義上說還不是中國自己的生命倫理學，因為它所具有的並不是生長在與它應該相連的根系上，因而不能形成以此為基礎的本體論承諾。從這種意義上我們可以認為中國還沒有生命倫理學，所以中國的生命倫理學就必然產生需要建構的問題。

一

中國大陸生命倫理學的形成和發展與現代西方這個學科形成的路徑和結果都是不同的。在邊林看來，這種不同主要表現在兩個方面：一方面是生命倫理學最初在中國大陸作為學科意義上的出現，不是中國社會發展和現實需求的結果，而是西方生命倫理學的簡單移植和嫁接的結果；另一方面，這個學科在中國的發展並沒有確立自身的形而上學承諾，而更多地是西方生命倫理學理論的簡單翻版和運用。換句話說，中國生命倫理學的產生與發展，沒有能夠像美國當年生命倫理學的產生那樣具有歷史與邏輯的統一，沒有一種在學科發展上必須的承接和跨越，而是將原有不成熟的醫學倫理學的初始形態與外來的生命倫理學進行“拉郎配”式的拼接的結果。近代中國的醫學倫理學本來就是扭曲的歷史與錯位的邏輯“統一”的產

物，生命倫理學在中國大陸的出現也是被裹挾著走上了同樣的道路。也就是說，是一個因為早產而存在缺陷的學科與一個剛剛引進在漢語表達上還十分零散的學科間的結合，構成了中國醫學倫理與生命倫理的混合形態。

西方生命倫理學的簡單移植和嫁接明顯地反映在臨床醫療決策權之歸屬問題上。蔡昱的論文詳細地討論了這一問題。中國倫理文化具有持久、強烈的家庭主義特徵，體現在臨床決策方面，把病人看作家庭中的一分子，由家庭來做決策。這種文化特徵具有深厚的本體論、人性論和關係論基礎，複雜的社會、心理機制，以及優缺點混雜的臨床醫療結果，本來值得進行深入、細緻的研究和梳理。奇怪的是，某些“前衛”的中國生命倫理學卻以為通過直接引進現代西方個人主義的“自主”、“自我決定”，中國人的臨床決策就可以萬事大吉了。這樣一來，這種引進的、“前衛”的生命倫理學變成居高臨下地審視中國醫療決策實踐的一隻無頭無腦的厲眼。正如蔡昱指出雙方的討論也分別以舶來的西方“個人主義與自由主義”與詮釋本土的“孝悌與家庭觀念”為根基與舌劍。然而，由於雙方各自以獨特與迥異之概念基石與理論體系做自圓其說的推理與邏輯，故所有討論均似在兩條平行線上推進的列車，實難有所交鋒。

姜蘭妹等作者的論文討論中國所面對的老人長期照護的尖銳問題。這一問題更為突出地反映中國生命倫理研究忘卻自身的形而上學承諾，甚至對中國的現實狀況熟視無睹，一味去做西方生命倫理學理論的翻版和運用的情況。正如姜蘭妹等表明，中國人本來具有重視孝道的家庭倫理觀，世界上沒有哪一種價值觀像儒家那樣強調“孝”的功用：“孝弟也者，其為仁之本與！”（《論語·學而》）這本來應當成為指導中國老人長期照護政策制定的核心考慮，從而作出適當的反應。毋庸置疑，姜蘭妹等作者指出，中國在 2000 年就已進入了老齡化國家，因為按聯合國的標準，60 歲以上的人口超過 10% 就進入了老齡化社會。目前，中國 60 歲及以上老年人口已超過一億四千九百萬，大約三千萬以上的老人需要不同程度的家庭護理，其中，

失能老人已經達到九百四十萬。獨生子女政策造就的“四二一”式的家庭結構，使得“八十後”們結婚後面對的是兩個人要贍養四個老人，甚至更多的情況，這是家庭難以承受的養老之重；當今社會流動與城市化，使一億三千萬農民工和兩千五百萬大學生遠離家庭，一半以上的家庭進入了空巢期。城裏的老人面對養老機構挑挑揀揀，農村人口中的失能老人則苦於根本沒有經濟能力去享受養老機構的服務。中國應當怎麼辦？我們需要的是一種在自己的、中國人的生命觀、倫理觀、家庭觀基礎上的全方位的生命倫理研究，包括人口政策研究，而不是簡單地引進現代西方的以個人獨立、平等和自我實現為中心的生命倫理觀，使中國的年輕人不再受到傳統的孝道和家庭價值觀念的教育，不但使居家照顧在社會上更難以實現，而且無助於探索適合中國國情、民情和人心的老人長期照護模式。

二

中國的生命倫理學經過了三十年的歷史演進，為什麼還要作出“建構”的提議呢？邊林認為，“建構”的提議是適當而且重要的。對此，他給出了兩個方面的解釋：一是這三十年的發展並沒有完全糾正和克服這個學科在產生時期與生俱來的那些缺陷和不足，這種延續抑制了這個學科的正常發展和對不斷出現的現實問題的有效作用；二是中國大陸的生命倫理學的發展在方法、方位和方向上出現了自我沒有認識到的問題，需要重新建構。鄧蕊所探討的倫理審查的制度歷史、運行現狀與困境問題，以及李菊萍所報告的 DNA 親子鑒定的倫理與法律問題，例示了邊林這兩方面的解釋。

近些年來，跨國醫學研究項目日益增多，非西方國家都在西方國家及機構的要求下建立起各種倫理審查制度，中國也是如此。這一點無可非議。關鍵在於，這些倫理審查制度應當應用什麼樣的倫理標準來指導它們的審查工作？標準似乎一概是基於西方文化和原則主義的制度推行的所謂“普世倫理”。中國生命倫理學界缺乏對於這種標準進行應有的研究、評價和取捨，表面上似乎完全接受，實踐

中則是我行我素，魚目混珠，有時連起碼的“利益衝突”都不避諱。正如鄧蕊論證說，在各個國家施行的基於西方個人主義文化的倫理審查制度缺乏真正的有效性，這表明倫理審查所依據的理論和原則應該尊重文化、道德、種族、社會制度、宗教和精神上的多元性。鄧蕊指出，美國生命倫理四原則方法的心理理論已經遭到德性論者、決疑論者、女性主義和社群主義的激烈抨擊，認為原則主義沒有實質的道德內涵，無法為道德行為提供明確或直接的指引；儀式般地、機械化地、如宗教儀式般地遵循四原則扭曲了生命倫理學；四條原則之間沒有相關性和邏輯性，缺乏系統整合；在特殊案例的特別判斷方面缺乏變通性和靈活性；四原則方法以自由主義及個人主義為基礎，忽視了群體概念、共同利益、相互關係及團結的價值；從倫理審查的經驗來看，原則主義對於德性低下的主體缺乏約束力；女性主義者認為四原則方法只是陌生人社會中最微薄的道德要求，它不適用於朋友及親密關係之間；四原則理論僅反映了部分美國社會的道德，它無法直接轉用於其他文化背景和社會習俗。鄧蕊認為，為應對倫理審查凸顯的問題，倫理審查程式變得愈來愈繁瑣，被很多研究者視為累贅和負擔，即使如此也無法杜絕侵犯受試者權益的事件，在體制上進而出現了對倫理審查委員會進行審查和監督的機制，使得倫理審查陷入一個“無限倒退”的境地：科研需要倫理委員會審查，倫理委員會的審查活動又需要外部機構再進行審查，那外部機構對倫理委員會的審查是否公正又該由誰來審查呢？

李菊萍概述了中國大陸當前 DNA 親子鑒定的混亂狀況。DNA 親子鑒定機構增多，有商業化運作趨勢。訴訟外親子鑒定數量攀升。對親子鑒定實驗室尚無統一認證標準，對鑒定機構缺乏應有的監管。因應社會巨變、科技發展，親子鑒定在中國迅速發展，短短二十多年的時間，已經成立了許多親子鑒定機構，醫學院校實驗室和許多城市的醫院、血站也相繼開展了親子鑒定業務。鑒定的市場化開展，惡性競爭、商業氣味濃烈。在研究上，對外國的法律一知半解、胡亂引用，有時甚至斷章取義，奉為主臬。缺乏對中國的倫理

傳統、道德價值、家庭關注及其美德取向進行認真的、全方位的思考和評價，從而制訂出適用於當今社會的有益政策和法律。爭論的雙方往往拉起一面現代西方的道德大旗，以便站上一個道德高地。一方大叫“個人自由、權利”，另一方高喊“子女最佳利益”，振振有詞，互不相讓，實質是各走極端，既摒棄了中國傳統的中庸之道方法論，也忘記了中國倫理的美德基礎。這樣的生命倫理研究，誠如邊林指出，在方法、方位和方向上都出現了自我沒有認識到的問題。

三

在當代中國社會轉型和科學技術快速發展引發生命倫理問題層出不窮的現實面前，中國應當構建具有自身傳統文化基礎和形而上學承諾的、真正屬於中國自己的生命倫理學。在邊林看來，建構中國生命倫理學，就是要尋求新的歷史條件下中國的“歷史自身的新的邏輯”，這種邏輯本質上應該是中國傳統倫理文化的一種現代延伸和轉換，儘管會有不少外來的、新創成分的有機融入，但它們必須匯通到中國傳統倫理文化的強大源流中去，才可能完成真正的、中國自己的生命倫理學的“建構”。

事實上，愈來愈多的中國生命倫理學學者已經自覺地或不自覺地投身於這種建構工作之中，這本身也是時代變化的要求以及學術發展的邏輯使然。例如，本期中劉俊香探討健康概念問題，發現儒家思想及其健康概念可以為世界衛生組織 [World Health Organization (WHO)] 提出的健康概念提供充實的內容。1948年 WHO 提出健康是身體和精神、社會上的完滿狀態，而不僅僅是沒有疾病或不適；1989年又修改為：健康是軀體健康、心理健康、社會適應良好和道德健康，而不僅僅是指沒有疾病或身體不虛弱狀態，揭示了一個多維的、立體的健康目標和期望。劉俊香認為，儘管 WHO 的健康概念一開始就遭到不少人的質疑和挑戰，但它的確給人們揭示出一個比較全面的、內涵豐富的健康概念。在她看來，儒家思想及其健康概念更多關注精神、心理健康、社會適應良好和道德健康，以此促進人的軀

體健康與社會和諧。它是要通過提升人的精神境界來實現完滿健康的人生。儘管不同民族、人群、時代對健康的關注和認識各有千秋，但終歸都必須正視和處理身心關係、人與環境的關係。無論內省還是外求，都要達到一個平衡與和諧。從這個意義上講，劉俊香認為WHO提出的健康概念同儒家思想一脈相承，儒家思想對健康概念具有重大的啟示和貢獻，值得世界各民族共用和借鑒。

在建構合理的臨床決策模型上，蔡昱的論文基於儒家思想分析，強調“家庭決策”之概念，揚棄“家庭成員的個人決策”（包括患者和家屬），嘗試統一家庭、患者和家屬之意願，消弭醫療決策領域存在的患者決策和家屬決策之矛盾與紛爭，同時在西方個人主義哲學與東方家庭主義哲學之間探討交融共建之可能面向。在老人長期照護問題上，姜蘭姝指出按照儒家傳統，子女照顧年邁的父母，是他們最根本和最廣泛的責任，老人的生理、心理和精神的最佳照顧應該在老人最熟悉的家中進行，由老人的子女和親屬來完成。儒家強調“己所不欲，勿施於人”，其正面意義是“推己及人”：如果我們不希望自己年老的時候被家庭、社會所遺棄、遺忘，就應該設計一種制度讓“老有所終”、“矜寡孤獨廢疾者，皆有所養”的大同理想得以實現。因而，姜蘭姝強調中國應當鼓勵、支援居家長期照護，應當制定適當政策、建立有效機制以鼓勵子女對老人提供可能的照護服務，並嘉獎在長期照護中表現良好的子女。

在鄧蕊看來，要想避免倫理審查制度所面臨的困境，我們應當嘗試從儒家倫理中尋求合理的思想資源。她認為儒家傳統理念以自我完善為基礎，期望個人的善來自於個人的自律。孔子所奠定的儒家倫理學，基本上是一種自律型態的倫理學。依靠他律的倫理審查機制是被動的、無力的、甚至是漏洞百出的。儒家倫理強調培養科研人員的自律能力，倫理審查的實踐理想也是教育研究者自製，期盼主動辨明真善美、偽惡醜，在研究過程中自覺地、充分地修德行善。科研人員主動為善，可以建構和諧的倫理委員會與科研人員之

間的關係，才能從根本上避免倫理審查當前面臨的困境。她有興趣在未來的論文中深入探討這類問題。

毋庸諱言，構建中國生命倫理學是“路漫漫其修遠兮”。正如邊林指出，中國生命倫理學的教研人士需提高與哲學對話、與醫學對話、與社會對話的能力。他主要是指在構建意義上，通過自身在文化意義上融入哲學、在應用意義上成為醫學(生命科學)的構成部分、在價值意義上有利於社會進步，成為一個真正的、名副其實的學科。我想，提高這些對話能力的一個基本條件是：作為研究者，我們要對那些“百姓日用而不知”的中國人的本體論、倫理學、思想史進行補課、重新學習和認真研究。正如邊林看到，按照恩格爾哈特(H. Tristram Engelhardt, Jr.)的思想，對於西方生命倫理學確定的那些倫理公理來說，我們因為是“道德異鄉人”而無法處在同一個道德衡量的平台上，因而在道德評判上採用“拿來主義”本身就可能是一種不道德的行為。所以，生命倫理學作為學科進入中國不只是一種學術引進，而且是一種文化引進。作為西方道德異鄉人的中國人，進行這種文化引進的邏輯只能是以我為主的重建，而不能是機械式的照搬。