

病人自主权的伦理与法理*

吕建高

内容提要:病人自主已经取代父权主义成为现代生命法伦理学的首要原则,其内在属性表现为行动自由、真实、有效商议和道德反思。尊重病人自主的正当性并非取决于任何哲学家哲学论证的力度,相反,道德多元主义才是人们几乎无限尊重病人自主的主要推动力。主张病人自主具有至上地位并排除任何形式的医疗行善不利于保护病人的最佳利益,只有实现两者的有机结合才能真正提升病人自主。病人自主首先是个人的,但也是关系的。

关键词:病人自主 医疗行善 父权主义 关系自主

吕建高,南京大学法学院博士后研究人员,南京工业大学法学院副教授。

在阅读有关医学伦理的书籍或新闻媒体的报道时,我们日益注意到,医疗行业目前涉及的一些实践行为在几十年前是无法想象的,^[1]这不仅是因为医疗技术发展的结果,而且是因为当时对这些行为所流行的伦理评价也在发生转向。几十年前,所有这些行为会让大多数人感到震惊,因为人们普遍认为,它们违反了某种基本善,这些行为的实施者是邪恶的。或许,人们目前对这些行为是否具有道德正当性还无法达成一致,但毋庸置疑的是,很多因素正在促使人们不断接受这样的行为,并努力使之合法化。尽管在生命法伦理学中,病人自主具有首要的价值地位一直受到挑战,但实际上没有生命伦理学家否认,对病人自主的日益尊重是医学和人权领域一种有益的发展。

一 从父权主义到病人自主的价值转向

对医疗行业而言,最古老的基本原则之一是医生有义务为病人获取利益。自从希波克拉底传统以来,一代又一代的医生宣誓会尽力保护病人免遭伤害,会尽力恢复他们的健康。医生被认为是病人的监护人,他们会利用自己的专业知识和技能为病人谋取利益,其中包括单方面决定利益的构成。这种医患关系似乎发生在一个明智且人道的父亲和他的孩子之间,这就是为什么使用“父权主义”的原因。数世纪以来,医疗行善作为医患关系的运行模

* 本文系国家社科基金项目《经济、社会和文化权利的法理学研究》(项目编号:08BFX005)的阶段性成果。

[1] 例如,人们听说过科沃吉安和他的死亡机,听说过一位61岁的老年妇女在一个有盖培养皿中用另一个女人的卵子怀孕,听说过专门基于试验目的而创造胚胎,听说过移植无脑婴儿的主要器官等。

式一直非常牢固,没有受到任何挑战。这种父子关系捍卫了医疗行业在社会中所发挥的特殊作用,推动了医学对人类做出重大贡献。^[2]

然而,在过去的几百年里,各种哲学和社会科学的发展逐渐将决定权从政治和宗教权威转向个人。本质上是一项社会制度的医学也因西方自由主义的崛起而面临同样的转向,尽管在某种程度上有些缓慢。对美国医疗协会过去两个世纪的伦理守则进行比较可以有力地证明这种变化。例如,1847年美国医疗协会的伦理守则《病人对医生的义务》在第2条第6款规定:病人应该对医生的指示果断地表示绝对服从。^[3]与之相比,美国医疗协会1990年在《医患关系的基本要素》中所阐述的意见表达了一种截然不同的立场:病人有权对医生建议的健康护理作出最终决定。^[4]因此,病人可以接受也可以拒绝所推荐的任何治疗选择。

一般来说,尽管自主条件并不适用于儿童和那些神志不清且无法决定者,但成年的自主道德主体享有认知和道德特权,从而作出对自己有利的决定。在亚历山大(Alexander)看来,即使我们不认同他们的决定,或者认为他们在健康护理或其他情形中犯有错误,我们也不能强行推翻他们的决定。如果他们持有错误的观点,我们只能予以建议或说服,以便他们更好地重新考虑自己的决定。^[5]因此,对理性主体施加强制等同于视他们缺乏塑造生活的能力,这是在否认他们作为人的道德地位,即使这一切都是为了他们自己的利益。

实际上,就健康护理而言,保护病人自主尤为重要,因为疾病和伤害在身体和情感上对很多病人富有挑战性,尤其是诊断结果无法预料或者希望渺茫时更是如此。正如舍温(Sherwin)指出的那样,通常来说,病人对自己的病情非常担心,而且对各种治疗选择的详情一无所知,这使其必须依赖他人的护理和善意。^[6]与此同时,病人的专业护理人员对病情更为了解,而且,他们对病人有权获得各种不同的治疗选择具有某种控制力,他们的专业判断和建议决定病人是否可以进入诊断和治疗程序,而这些程序可以为他们提供进一步的信息、使痛苦最小化、恢复健康甚至延长生命。考虑到这样一种关系框架和权力差序格局,病人天生处于一种弱势地位,易于受其护理者的操纵乃至强制。基于此,很多生命伦理学家和法律专家都支持以病人自主代替医疗父权主义,从而降低不适当的影响和权力差序格局的可能性。在西方死亡权运动中,人们普遍承认,健康护理决定不仅仅是临床决定,它们对病人的个人、职业、社会和家庭生活都会产生重要影响。现在,由于人们可以获得更多的医疗选择,因此,由与病人保持有限联系的医疗专业人员决定何种治疗选择最符合病人的价值理念显得日益困难。在多元主义社会中,情形尤其如此,因为病人可能有不同的文化价值。在这种情况下,强烈支持病人自主原则必然出现,该原则反对医疗父权主义,并对病人提供保护;尤其是保护那些最弱势或者在社会中居于不利地位的群体。

在当代健康护理情境中,尤其是在视个人权利为当然的西方国家,尊重病人自主通常体现在获取知情同意和遵循预先指示的实践之中。在处理不同的个体病例时,尊重自主往往转换成向每个病人提供针对其具体病情而选择不同治疗的相关信息,然后允许病人根据自己的

[2] Porter R., *Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*, New York: Norton WW & Company, Inc, 1998, p. 23.

[3] *Code of Ethics*, American Medical Association, 1847.

[4] *Council on Ethical and Judicial Affairs: Current Opinions*, Chicago: American Medical Association, 1990.

[5] Alexander E., *On Liberty*, Peterborough, ON: Broadview, 1999, pp. 77-78.

[6] Sherwin S., *A Relational Approach to Autonomy in Health Care*, in S. Sherwin (ed.), *The Politics of Women's Health: Exploring Agency and Autonomy*, Philadelphia: Temple University Press, 1998, pp. 19-47.

价值作出决定。如果足够胜任的病人获得并理解有关治疗选择的相关信息,并在没有他人强制的情况下作出合理且有目的的选择,此时,病人的决定就被认为是自主的。^[7]从表面上看,由于多元社会中不同病人有不同的价值观,因此,这种关注每个病人决定过程的个人主义方式似乎是合适的。在当代,以病人为中心的医疗方法已经导致很多执业者关注个体病患的价值、观点和偏好。它还提醒人们注意他人可能会对病人施加影响,并寻找办法避免任何潜在的权力差序格局被不正当地利用来迫使或强制病人作出决定。根据这种框架,病人自主意味着确保居于附属地位的主体不受居于支配地位的主体直接强加的选择约束。^[8]

二 病人自主的内在属性

如果自主概念被澄清,我们对“自主权是什么”以及“尊重该权利意味着什么”的理解将会更加严密,由此可以阐明有关死亡权的相关问题。可以肯定地说,自主就是自我决定,自主权就是自己作出选择的权利,尊重自主意味着有义务不要干预他人的选择,或者说,有义务认为他人能够作出自己的选择。这对我们的理解非常有帮助。在医学伦理中,病人自主至少具有以下四种内在属性:行动自由、真实、有效商议和道德反思。^[9]

(一) 行动自由

作为行动自由的自主意指一种自愿且有目的的行动。如果一种行动没有受到强制、胁迫或者不当影响,它就是自愿的;如果一种行动是行动者有意识的目标,它就是有目的的。服从或者拒绝治疗都是一种行动。如果病人希望得到治疗并服从治疗安排,那就是有目的的行动。如果病人不希望被治疗并且表示拒绝,那也是有目的的行动。某种治疗可能是医生的自由行动,此时病人的行动就可能不自由。例如,如果一位脑膜炎病人受到约束,所实施的药物疗法违背其意愿,他就不是自愿接受治疗。如果病人同意实施止痛疗法,但却是在他不知情的情况下被注射抗生素,这时,病人是自愿接受治疗,但不是一种自由的行动,因为他并不打算注射抗生素。根据知情同意原则的要求,采取的行动应该获得病人的允许,而且病人应该被告知实施何种治疗。它强调自主权是一种自由行动。

(二) 真实

作为真实的自主意指某种行动与其主体的态度、价值、性情和生活计划相一致。某种被标注为“不真实”的行动一定是异乎寻常或者出乎人们的意料。对特定的行动主体而言,如果某种行动不同于该主体在某些情形下的常规做法,这种行动就可以被界定为出乎人们的意料。当然,正如一个人的性情、价值和计划可以为他人所知,特定的行动也可以被认为与它们不相一致。如果这种行动不具有相当重要性,关注其真实程度就不合时宜。如果对异乎寻常或出乎人们意料的行动进行的解释显而易见,或者由行动主体直接进行解释,通常来

[7] 前引[6],第26页。

[8] Schmitt R., *Beyond Separatedness: The Social Nature of Human Beings—Their Autonomy, Knowledge, and Power*, Boulder: Westview, 1995, p. 150.

[9] 参见 Gerald Dworkin, *Autonomy and Behavior Control*, *Hastings Center Report* 6 (1976), 23; and Moral Autonomy, in Tristram Engelhardt and Daniel Callahan, *Morals, Science and Society*, (Hastings Center, 1978), p. 156; Henry G. Frankfurt, *Freedom of the Will and the Concept of Person*, *The Journal of Philosophy* 68 (1971), 5; Bernard Gert and Timothy J. Duggan, *Free Will as the Ability to Will*, *Nous* 13 (1979), 197; Charles Taylor, *Responsibility for Self*, in Amelie Rorty, ed., *The Identities of Persons* (Berkeley: University of California Press, 1976)。

说,人们可以对之不予关注。如果从表面上看似不存在任何解释,或者某种解释简直令人难以置信,此时,对如下问题感到疑惑也就不足为奇:即这种行动是否是其主体真正想采取的行动?当然,必须承认的是,对某种行动贴上“真实”或“不真实”的标签并非总是可能的,即使当人们熟知该行动主体的态度、价值和生活计划时也是如此。同时,特定的性情可能并不足以判断它就能激发某种特定的行动。一个大方的人不必为了让自己值得具有这种品质而向每项事业捐款。

(三)有效商议

作为有效商议的自主意指在如下情形中采取行动:人们相信他或她所处的情形需要作出某种决定,他或她对可供选择的对象以及这些选择带来的后果了如指掌,并基于对这些选择项的评估来确定某种行动。当然,有效商议是一个程度问题。人们可能或多或少有些了解,并在作出决定时表现出应有的谨慎。有效商议不同于真实和自由行动。一个人的行动可能是自愿且有目的的,但可能并不是有效商议的结果,因为人们有可能在冲动的情况下采取行动。如果一个具有严格生活规律的人完成了所有人都期望的任务,他或她的行动就是真实的,但可能不是有效商议的结果。在医疗实践中,如果病人相信所有的决定都由医生作出,这就不会存在任何有效商议。知情同意原则要求病人应该被告知所提供的治疗及其替代选择的风险和收益,如果自主被认为是一种有效商议,该原则就会保护自主权。

有效商议不仅仅是一种表面一致的思维过程。例如,没有系上汽车座椅安全带的人可能不知道系上这样的安全带可以大大降低死亡和严重受伤的机会。如果不具备这样的知识,思考在逻辑上是连贯的,并导致不系座椅安全带的决定。另外,可能有一个人知道不系座椅安全带的危险,但是,他认为系安全带带来的不便超过所减少的死亡或严重受伤的风险。两种情况下的思考都不具有有效性。前者忽视了一条关键信息,而后者对可供选择项进行了一次非理性权衡。^[10]当然,在无效商议中,区分事实错误和评价错误总是不太可能。病人可能因为痛苦而拒绝治疗,并选择承担疾病和死亡的风险。如果说这样的病人拥有相关知识(如所有的替代选择对象及其可能后果都得到解释),但对优先选择对象的配置不理性,这种说法过于简单。更为确切的描述应该是,病人无法理解替代选择对象的某些方面。从认知角度看,病人可能知道治疗所带来的痛苦,但是,由于病人没有亲身经历这些痛苦,他们的想象可能比实际情形更糟。因此,为了避免在有效商议和作出医生可以接受的决定之间产生混淆,以下内容必须牢记在心:首先,病人在决定是接受还是拒绝治疗时所拥有的知识不同于医生对替代治疗及其后果所拥有的知识;其次,作出不理性权衡的原因不在于它不同于医生的权衡,而是因为这种权衡或者与病人持有的其他价值不相一致,或者有充分证据证明病人没有坚持权衡结果;最后,如果病人没有完全经历替代治疗,最可能出现的情形是他们对替代治疗的相关方面缺乏理解。有时,确定真实和有效商议存在重叠,但这并不否认自主属性之间的区别,相反,它再次说明自主概念的复杂性。

(四)道德反思

作为道德反思的自主意指接受人们采取行动时所依赖的道德价值。这些价值可能为人们在社会化过程中所确立,它们在一定程度上有所不同。尽管如此,人们已经反思这些价

[10] Gerald Dworkin., Paternalism, in Richard A. Wasserstrom, ed., *Morality and the Law*, Belmont: Wadsworth Publishing Co., 1971, pp. 159 - 163.

值,并对之表示接受。当被认为是对人们一整套价值、态度和生活计划的反思时,这种自主含义最为深刻,要求也最高。它要求缜密的自我分析,知晓作为替代选择的价值体系,致力于价值评估的方法,并且有能力将这些价值安排在适当的位置。当然,特殊场合下的或者零碎的道德反思更为常见,而且要求也没有那么高。它可能因某个特殊的道德问题而产生,而且只要求反思那些与该问题相关的价值和计划。作为道德反思的自主有别于作为有效商议的自主,因为人们无需质疑自己在思考过程中作出选择时所基于的价值就能完成后者。反思人们的价值可能是因为对特定问题的思考所致,因此,在某些情形中,人们很难将以下两者区分开来:对价值和计划进行反思以及根据人们的价值和计划进行思考。如果我们认为道德反思可以决定你属于哪种类型之人,你的行动就可以被界定为真实或是不真实,因此,它与真实有一定关联。

三 病人自主正当性的另一种证成

毫无疑问,自主的当代重要性和突出地位源自康德的道德思考,因此,诉求康德的自主观念是值得的。康德的自主观念之所以具有吸引力,是因为:(1)他主张理性人总是要被视为目的,而绝不能仅被视为手段;(2)他将自主(有能力自我立法)与他治(服从他人的法律)进行对比。

然而,需要指出的是,自主的当代用法在很大程度上已经偏离了康德严格意义上的用法,它实际上甚至违背了康德的阐述。例如,现代人所主张的尊重自主原则完全缺失康德对如下观点的坚持:即理性主体的所有选择必须受制于绝对命令,所有的道德选择必须受制于普遍规范。对康德而言,自主源自我们的自由意志,它与自然因果律相对照。然而,来自自由意志的因果律并不意味着它是任意的。康德强调,它一定是合法的,尽管该法来自自由意志本身。因此,道德主体是一个自我立法者,而绝不是一个根据自己专断意志或任意选择实施行为之人。一个人的道德行为受绝对命令支配。从某种意义上说,绝对命令与其说是一种个人的或私人的选择,不如说是一个作为理性存在的决定,或者说基于所有理性存在之观点的决定。尽管康德的阐述通常被认为是纯形式的,也就是,对道德行为的内容没有任何实体性描述,但绝对命令对指导我们的道德判断具有重大意义。就道德而言,康德一定是意指我们对自己的行为具有某种道德关注。这种道德关注无非是关注我们的幸福或者其他理性存在的幸福。否则的话,我们无法理解一种合法的行为如何以及为什么是道德的。在康德看来,我们的行为一定是无条件的,或者说,如果我们欲求自己的行为具有道德价值,我们只能基于义务采取行动,也就是,只有通过义务才能实现自由。但是,这并没有使我们的行为只有形式意义,它只是意指,道德行为必须是仅仅基于义务考虑的行为,或者说,它源自无条件的道德法则命令。实际上,康德确实试图采用自己的绝对命令来分析某些道德问题,例如,撒谎、自杀、帮助他人或者自我修养。他还指出,基于我们的道德法则判断,有些行为是不道德的。这就意味着,绝对命令不仅仅是形式的,它们包括某些实体性内容,这些内容使它们成为道德法则。^[11]显然,康德对自己的道德法则具有某种道德关注,尽管我们可能会

[11] Jecker B., *The Appearance of Kant's Deontology in Contemporary Kantianism: Concept of Patient Autonomy in Bioethics*, *Journal of Medicine and Philosophy*, 24. 1, Swet & Zeitlinger, Dordrecht, 1999, pp. 43 - 66.

争论他的分析是否令人满意。简单地说,康德要求,道德行为应该是源自道德主体的行为,而道德主体应该是自我立法的,是自主的。

与康德不同的是,现代人在很大程度上将自主理解为一项偏好原则:即我只做那些对我来说似乎是正当的事情,而不是因为普遍规范、社会价值或自然法如此规定才去做,除非我选择将这些规定作为我的道德原则。尽管如此,现代观点还是从康德那儿找到了某种隐形的支持。这是因为,虽然康德相信道德的普遍性,它对所有人都具有约束力,但是,康德不切实际的形而上学与主观主义具有更大的相容性。如果一个人对外部的客观世界没有某种知识,主观世界就开始占据优先地位。虽然转向高度个人主义的、主观主义的伦理学肯定有很多渊源,但康德的哲学有助于这种转向,尽管它与这种伦理学具有某种内在的不相容性。

此外,密尔的伦理学也被经常援引来支持尊重自主原则。然而,这种伦理学几乎不关注伦理规范是否应该具有普适性。他在很大程度上希望人们能实现自己的个性,只要他们不伤害他人或者不危及自己自由选择的能力。实际上,对密尔而言,人类幸福的一个重要来源是她可以自主地追求自己界定的目标。既然实在的本性和道德不可能具有确定性,个人应该可以自由地根据自己的选择塑造属于自己的生活。

总之,在道德和政治哲学中,尤其是自从启蒙运动以来,人们明确承认尊重道德主体自主的重要性。康德和密尔所持的原则对当代自主的讨论具有重大影响,它们都致力于阐明自主主体享有作出自己决定的内在能力和权利。理性决定自己目的或命运的能力被认为是一个人独特且无条件之价值的渊源。^[12] 然而,必须强调的是,我们似乎可以发现,诸如康德和密尔这样两种截然不同的哲学都被援引来支持对尊重自主原则的信奉,这一事实似乎表明,尊重自主原则的正当性并非取决于康德、密尔或者任何其他哲学家哲学论证的力度。实际上,我将争辩到,道德多元主义才是人们几乎无限尊重个人自主的主要推动力。

强调尊重自主原则在生命伦理学中相对较新。如前所述,从历史上看,父权主义通常被认为是自主原则的敌对价值,但前者已逐渐被后者替代。父权主义意指一个人有意凌驾于另一个人众所周知的偏好或行为之上,凌驾者认为自己的行为具有正当性的理由在于,他是为被凌驾者谋取利益或避免危害。我们注意到,尽管父权主义可能确实被滥用,但考虑到医学对健康的关注以及医生更可能比病人知道对其健康的有利因素,该原则似乎特别适合于医学领域。很多人将疾病视为自主状态的降低,此时,病人屈从于他人的权威也未见不妥。至少对神志不清或者那些因为年龄或健康状况无法实施自主权的病人而言,父权主义的必要性甚至为尊重自主原则的强烈支持者所认可。

或许,在医学领域尊重自主原则的重要性不如父权主义的适宜性那样明显。很少有人认为,引入尊重自主原则的目的在于促进病人健康。考虑到医学的复杂性以及病人的依赖性,父权主义在临床阶段仍具有重要地位也就不足为奇了。病人希望信任自己的医生。然而,不可否认的是,尊重自主原则由于要求病人对自己选择何种治疗负责而向父权主义发起挑战。与人们倡导父权主义只是作为一种手段确保病人的最佳治疗利益不同,人们广泛接受尊重自主原则完全出于不同的利益关注。提倡尊重自主原则不是将之视为恢复健康的手段,而是作为确保正当医学伦理的手段。而且,它也不再仅仅是正当医学伦理的手段。尊重

[12] Kant, I. *Foundations of the Metaphysics of Morals* (translated by Lewis White Beck), Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1959, p. 173.

自主原则已经恢复其在生命伦理实践中如此重要的地位,以至于现在有些生命伦理学家认为,医学的目标应该从恢复健康或缓解痛苦转向恢复病人自主。

然而,直到最近,尊重自主原则也没有完全被认为是超越所有其它原则的王牌。当然,尊重自主原则的两个限制或许是明显的:病人的选择范围存在某些生物学限制,即使这些限制可能会最终解决,例如,男性无法孕育胎儿;医疗资源和成本控制必然限制病人的选择,例如,并不是所有希望最佳治疗的人都能支付得起该治疗的费用。但是,这些限制似乎更多地与实践因素而非道德因素有关。

一般来说,限制神志清醒病人实现自主权的主要道德因素在于:(1)病人的选择对其本人显然造成了严重伤害,而医学的首要原则是“不伤害”;(2)社会可能拥有自己的价值观念,对这些观念的违反往往令人无法忍受。例如,社会可能禁止堕胎,如果绝大多数公民认为堕胎是在杀害生命;(3)病人的选择可能危害公共健康。如果集体利益的价值被认为超过个人利益的价值,自主选择就可能受到限制。例如,强制某些不愿意接受艾滋病检查的人接受检查就可能是必要的。

尽管如此,实现自主权的限制因素似乎正在失去它们的力量。当然,这些限制因素的削弱更可能是因为社会条件的变化,而不是医学本身的发展。也就是说,民主社会的价值观念导致尊重自主原则日益具有支配地位。一方面,尊重自主原则与民主社会弘扬个人主义和自由胜过集体主义和权威的价值观念完全契合。上个世纪60年代的叛逆更是将个人主义和反威权主义提升到一个新的高度。另一方面,民主社会高度容忍多元主义。担心医生和病人不可能信奉同样的道德承诺是强化自主利益的重要因素之一。

承认现代社会的道德多元主义使人们极力主张个人自主的重要性。这种观点并非以如下主张为基础,即自主本身就是一种首要的价值。相反,这种观点旨在表明,在多元主义社会中,针对有关问题的道德基础达成一致意见已不太可能,也不存在任何机制对道德争议进行判定,此时,尊重自主原则就成为确保任何人不能将自己的观点强加于他人的最好方式。在道德多元主义背景下,尊重自主原则可能不仅仅基于实践原因而获得支配地位。实际上,在此情境中,多元主义本身就可能成为一种价值,这种发展可以提升自主的地位。反对堕胎的法律自由化背后的动机可能就属于这种情形。也就是说,虽然一个社会的大多数成员可能反对堕胎,但多元主义价值和自由选择的价值可以胜过这种社会价值。

四 病人自主模式的反思与重释

众所周知,医学毕竟是一种人类活动,医患关系的内在受托性质使得更具有知识的医生有义务让更弱勢的病人受益。因此,如果完全清除父权式动机,医学还能继续为病人提供服务吗?如果有人强烈反对将行善作为推翻病人选择的正当理由,对他们而言,一种主张个人自由和自主具有至上地位的模式将得到弘扬。根据这种模式,医生仅被认为是一个技术专家,他向病人提供相关信息,然后由病人自己作出决定。显然,这种模式在临床护理中是有问题的,因为它以一些有争论的假定为前提。

首先,这种模式假定,医生在医疗诊治过程中的作用仅限于被动地提供信息。令人遗憾的是,这样的态度是一种过于简单的行业责任的观点,它可能导致医生忽视自己的责任和义务,并实施一种医学上不必要或不合适的治疗。如果基于尊重自主和自由之名,医生只是提供可能的

选择而不提供任何专业意见,那么,这种模式就不可能为病人的利益服务。根据这样一种制度安排,即使在非强制或非操纵的情况下努力与病人讨论其决定所基于的支持或反对理由,它仍可能被认为侵犯了病人的自由或权利,实际上,这样的努力只是体现了对病人福利的一种适当关注。由此可见,这种临床诊治模式不甚令人满意,因为它可能导致医生的道德和职业放纵。

其次,它假定,所有的神志清醒病人都能够处理自己的事务,并根据自己的价值、信仰和经验追求自己的生活目标。毫无疑问,这种能力被拓展至健康护理中的决定权。同时,它还预设,从逻辑上看,病人作出的决定最能满足自己的需要。有学者认为,疾病本身对病人作出治疗决定的情感和认知能力没有任何影响。^[13] 这个问题一直颇具争论。目前,人们普遍承认,尽管大多数疾病不能改变病人的道德地位和权利,但疾病会对病人产生生物物理学和心理社会学影响从而使其日益处于弱势地位,结果,病人实施知情选择的能力大大降低。而且,在一个自由社会中,为神志清醒病人设置的资格标准相对较低。如果对病人的上述能力表示怀疑,举证责任由怀疑者承担,他们必须证明病人存在精神上的无行为能力或者心理病态。如果将如此低的门槛同样适用于健康护理的决定过程,利用自由作为最后的王牌来反对医疗行善会产生很多问题。^[14] 神志清醒的病人也会作出不理性的选择,尤其是当复杂的情感问题存在危险时更是如此。^[15] 此时,病人的处境被进一步恶化,因为这种模式使病人在作出治疗决定时处于一种尴尬境界,让病人承担这样的角色既不合适,也让人措手不及。在现实生活中,这种对父权主义的完全拒绝不可能满足病人的最佳利益,实际上,善意的医生作出的很多医疗选择被认为是有益的,通常,它们与病人的选择并不存在势不两立的冲突。即使病人与医生作出不同的选择,他们也会相互妥协并达成一致,绝不会因为病人自主完全拒绝医疗行善,反之亦然。威尔(Wear)在对健康护理中的知情同意展开颇具洞察力的研究后注意到,病人仅仅为了捍卫自由而利用自主权来推翻医生的选择可能更具危害性,因为他们根本没有对自己的选择进行必要的审慎思考。^[16] 没有道德责任支持的绝对自由可能具有毁灭性的影响,它对实现医学的目标也可能适得其反。^[17]

因此,最好的办法是,一方面努力寻求使强父权主义最小化,另一方面又不使病人自主作出重大妥协,只有这样,病人利益才能更好地实现。

与此同时,另有学者认为,应该对父权主义采取一种更为实际、更为建构的态度。很多病人可能并没有预期绝对自主权,一种被其称为“引导式父权主义”的模式可能会满足更多病人的最佳利益,这种模式的目标就是尽力提升和优化病人的自主权。^[18] 尽管这种方式承认最后的决定权应该留给病人,并由其本人承担医疗决定产生的后果,但它仍然强调病人的责任以及临床管理的有效性。作为一种“商议模式”,它将医生视为老师和朋友,他们会帮助病人进行价值归类,对不同的潜在干预进行分类,其目的不仅旨在讨论病人能够做什么,而且讨论特定情形下病人应该做什么。这将使病人阐述的计划和作出的决定最具真实性,

[13] Tan NHSS, Deconstructing Paternalism—What Serves the Patient Best? *S Med J* 2002, 43(3), pp. 148-151.

[14] Wear S., *Informed Consent: Patient Autonomy and Clinician Beneficence Within Health Care*, Washington DC: Georgetown University Press, 1998, p. 98.

[15] Brock D. W., When Competent Patients Make Irrational Choices, *New England Journal of Medicine* 322, 1990, p. 1597.

[16] 前引[14], 第100页。

[17] Gauthier G. G., *Moral Responsibility and Respect for Autonomy: Meeting the Communitarian Challenge*, *Kennedy Inst Ethics* 2000, 4, pp. 337-352.

[18] Lim S. L., Medical Paternalism Serves the Patient Best, *S Med J* 2002, 43(3), pp. 143-147.

并与自己密切相关。此时,医生努力帮助病人基于其最佳利益作出决定应该包括促进和提升病人的自主能力。因此,行善和自主原则并非必然相互冲突,而是彼此协调一致。

将这种模式付诸实践要求病人和医生之间真实并真诚地共享决定过程。医生需要培养与病人的合作关系,并与之共同商讨治疗计划,这项计划不仅要充分考虑医生的专业建议,而且要考虑病人的观念、利益和期望。这种共享或商议模式要求病人和医生之间有一种合理的相互信任和理解。强父权主义不再有效的主要原因之一在于,公众曾经对医疗行业持有的信任和尊重已被侵蚀。随着社会越来越表现为多元化样态,医生和病患之间通常是以道德陌生人的身份见面,他们几乎没有共同的价值观念和信仰,^[19]而且,他们对彼此的作用、目标和行为也缺乏理解。在这样一种实践模式下,父权式态度很可能因缺乏同情心、不道德甚至是专制而告终。

除此之外,纯个人主义自主模式的框架太过狭窄,而且,它忽视了其他外在力量的重要性,它没有提及很多其他微妙且有力的因素(尤其是社会结构和制度框架)也会对人们的决定过程产生重大影响。这种个人主义观点往往将自主限制视为两个个体之间的一项配对事宜:一个是居于支配地位的医生,另一个是居于附属地位的病患。它预先假定,那些没有受到支配主体行为过度限制的决策是自主的决策。尽管如此,正如哈特索克(Hartsock)和杨格(Young)注意的那样,权力和支配并不仅仅或者说并不总是个人行为。^[20]相反,它们也是一种结构现象,是很多对他人选择具有影响之人的行为产生的有意或无意结果。病人的决策根植于一套复杂的社会关系、行为和政策之中,后者在某种程度上也构成一种个人自我,并可能严重影响人们实现有关自己选择的自主能力。^[21]我们都是具有社会性的存在,自主通常具有内在的关系或社会内容,因此,如果没有以批判的眼光评价相互联系的社会、政治和健康护理结构框架通常是如何或者是否排除某种机会,或者预先确定个人是如何着手处理不同的健康护理情形,那么,对病人自主作出评价几乎是不可能的。^[22]例如,弗里德曼(Friedman)就认为,社会条件可能影响一个人根据自己反思后确立的价值采取行动的能力,纯个人主义的观点忽视了集体行动和意识形态通常如何塑造人们评价自己选择的方式。^[23]这种个人主义观点没有继续追问,应该如何组织社会制度确保人们真正享有有意义的机会来批判性反思自己的优先价值、自由地发展自己的态度以及作出可以因此实现自己人生规划的健康护理决定。

从某种意义上说,如今的患者已不再是“孩子”,而是“成年人”,因此,他们有权决定自己在决策过程中的适当位置。社会的复杂性也意味着病人有权选择超越医疗目标的其他生活目标。尽管如此,来自医生(父亲)的人道主义态度和指导还将继续,只要他赋予病人(孩子)最后的决定权。正如德维特(Devettere)指出的那样,根本没有必要在父权主义和病人自主之间作出绝对区分,也没有必要在两者之间薄此厚彼。^[24]父权主义背后的动机是行善,

[19] Engelhardt H. T, Jr., *The Foundations of Bioethics*, New York: Oxford University Press, 1996, pp. 223 - 231.

[20] 参见 Hartsock, N. Money, *Sex and Power*, New York: Longman, 1983; Young, I. M., *Justice and the Politics of Difference*, Princeton: Princeton University Press, 1990。

[21] 前引[6], 第32页。

[22] Mackenzie, C., & Stoljar, N. (Eds.), *Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, New York: Oxford University Press, 2000, p. 86.

[23] Friedman, M., *Autonomy, Gender, and Politics*, New York: Oxford University Press, 2003, p. 25.

[24] Devettere R. J., *Practical Decision Making in Health Care Ethics: Cases and Concepts*, Washington DC: Georgetown University Press, 2000, p. 19.

为病人谋取利益;病人自主背后的推动力则在于承认病人最终负责并自由地作出有关生命的重要选择。符合病人最佳利益的方法很可能是那种促进进行善和自主有机结合的方法。通过决策共享,医生的意见和建议可以提升病人选择的内涵、丰富程度和准确性。我们乐于承认,医生不是病人的上帝,但他也不仅仅是一个受过高等教育的技术人员。^[25]对病人而言,医生是一个明智的朋友,一个在治疗和安慰之旅中的爱心伙伴。

总之,在20世纪,虽然人们普遍认为自主在生命医学实践中获得巨大成功。然而,在过去的几十年里,自主的中心地位似乎已经受到来自临床和哲学领域的挑战。自主问题要比纯个人主义模式所表明的情形复杂得多。实际上,大多数病人(尤其是那些要在床前作出重大医疗决定的病人)并没有真正作出自主的决定,他们需要他人的帮助和指导。传统的个人主义自主观念是一种抽象,它使病人丧失和背叛自己真正的身份和需求。基于此,我们提出关系自主的概念,它不仅适当地考虑到一个人的私人身份,而且引入相关他人、家庭成员和朋友的帮助。

传统的个人主义自主观念强调主体的独立性,反对各种形式的人际关系。对此,我们不能完全赞同。我们认为,关系是道德判断和行为的重要标准。主流生命伦理学所主张的传统的个人主义自主概念受到来自象征主义、形而上学、后现代主义以及多元主义的批判。^[26]这些批判对如下理念展开评价:即道德主体是一个缺乏社会交往的原子式抽象个体,他可以完全独立于所有的社会关系。实际上,尽管这种理念存在自己的缺陷,但我们不应该完全摒弃这种传统的自主观念,我们需要对它进行重新诠释。对由传统的自主观念转向关系自主观念最强有力的论证之一在于,人的身份不可能与她对社会不同部门的依赖相分离。一个人并不是生活在一种空虚的、缺乏社会交往或者原子式的存在之中。她的身份必须与所有的这些关系相伴随。不知道自己的身份,人们不可能实现自知自明;不理解自己的身份,人们不可能真正自觉并获得真正自我,也就不可能变得自主。因此,自主首先是个人的,但也是关系的。只有实现两者的有效结合,才能真正变得自主。

[Abstract] In modern bioethical ethics, patient autonomy has become the primary principle instead of paternalism. The internal properties of patient autonomy include such aspects as freedom of action, authenticity, effective consultation and moral reflection. The justification for respecting patient autonomy does not depend on the strength of philosophical arguments put forward by any philosophers. On the contrary, it is moral pluralism that has mainly promoted the infinite respect for patient autonomy. To claim the supremacy of patient autonomy and refuse the medical beneficence of any kind cannot effectively protect the patient's best interests. Only by combining them closely can we enhance patient autonomy. Therefore, patient autonomy is first of all individual, yet it is also relational.

(责任编辑:支振锋)

[25] Sullivan R. J., et al., Truth Telling and Patient Diagnosis, *J Med Ethics* 2001, 27, p. 195.

[26] 前引[22],第3-31页。