

维真基督教文化丛书

生命伦理

对当代生命科技的道德评估

*Bioethics: An Ethical Assessment
of Modern Biotechnologies*

[加]许志伟 著 朱晓红 编



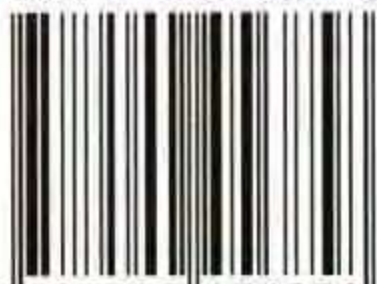
中国社会科学出版社

*Bioethics: An Ethical Assessment
of Modern Biotechnologies*

维真基督教文化丛书

- “好消息”里的“更新”——现代基督教福音派思想研究
- 圣经和希腊主义的双重视野——奥利金其人及神学思想
- 爱与正义——厄布尔基督教伦理思想研究
- 个体的人——祁克果的基督教生存论思想
- 基督教神学思想导论
- 奥古斯丁的基督教思想
- 生命伦理——对当代生命科技的道德评估
- 信仰的理解与实践——谢列贝克斯神学思想述评

ISBN 7-5004-5685-9



9 787500 456858 >

ISBN 7-5004-5685-9

定价：28.00元

维真基督教文化丛书

主编 许志伟 副主编 董江阳 潘玉仪

生命伦理

对当代生命科技的道德评估

*Bioethics: An Ethical Assessment
of Modern Biotechnologies*

[加]许志伟 著 朱晓红 编

中国社会科学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

生命伦理：对当代生命科技的道德评估 / (加) 许志伟著；
朱晓红编. - 北京：中国社会科学出版社，2006. 10

(维真基督教文化丛书)

ISBN 7-5004-5685-9

I. 生… II. ①许… ②朱… III. 生命科学：医学
伦理学 IV. R-052

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 062585 号

特约编辑 李登贵
策划编辑 陈彪
责任校对 石春梅
封面设计 标点工作室
版式设计 王炳国

出版发行	中国社会科学出版社	
社址	北京鼓楼西大街甲 158 号	邮 编 100720
电 话	010-84029450 (邮购)	
网 址	http://www.csspw.cn	
经 销	新华书店	
印 刷	北京金瀑印刷有限责任公司	装 订 广增装订厂
版 次	2006 年 10 月第 1 版	印 次 2006 年 10 月第 1 次印刷
开 本	880 × 1230 1/32	
印 张	12.625	插 页 2
字 数	315 千字	
定 价	28.00 元	

凡购买中国社会科学出版社图书，如有质量问题请与本社发行部联系调换
版权所有 侵权必究

【作者简介】

许志伟，男，先后毕业于美国加州大学洛杉矶分校，加拿大卑诗省哥伦比亚大学及安省多伦多大学，获得细菌学学士、医学博士、哲学博士及神学硕士学位。现任香港大学李嘉诚医学院医学伦理学教授、加拿大维真学院兼职教授。长期从事医学伦理学、基督教神学与中国文化等方面的研究。

朱晓虹，女，博士。复旦大学哲学系副教授。1990年代晚期曾在加拿大维真学院学习。

【内容提示】

安乐死、人工流产、辅助生育（胚胎克隆、试管婴儿）、器官移植、基因、干细胞、克隆、基因歧视问题等等。当代生物医学科技的发展，使人类不得不面对许多尖锐的问题。这使得始于二十世纪五六十年代的生命伦理学成为显学。

狭义的“生命伦理学”主要与医学与生物学领域相关。但从广义来说，它还延伸到其他学科及文化领域，包括法律、公共政策、哲学、宗教、文学、药物、经济、环保等。本书以“伯格伦理”的理论框架来分析和回应当前人类及社会所面临的各种道德两难，勾勒出基督宗教的思想资源与路径对生命伦理可能的应对方案。

丛书策划：陈 彪
特约编辑：李 登 普
封面设计：雷 健 健

丛书总序

当代中国大陆学术界对于基督教思想文化的研究，从20世纪80年代初期算起，迄今已经有二三十年的时间。在这一时期，通过诸多有识之士的努力，可以令人欣慰地说，在这一研究领域内取得了许多令人感到鼓舞的成果。随着这一研究领域或学科的理论发展，以及新一代学者的日益成长与成熟，中国学人已强烈感到在经过了这二三十年的基础性建设之后，有必要使自己进入到一个更高更深和更新的研究与探索阶段。在此背景下，《维真基督教文化丛书》的推出，就希冀能够以自己深入细致的纯学术研究，成为中国基督教思想文化学术探索之切入和展开第二阶段或更高一阶段研究的有力推动者和标志物。

可以看到，中国学界对于基督教的研究在前一个阶段里往往侧重于从哲学的、历史的、社会的、文学的与文化的角度来研究基督教，即便是在对基督教思想进行学术研究之时，也大都是研究基督教在哲学、伦理学、社会学、政治学、美学、人类学、心理学等方面的思想，而对基督教思想的核心组成部分或主体思想脉络或内在理路推演即基督教神学思想，则往往采取“避重就轻”的态度。这就使得人们会对基督教思想史或者基督教思想史上的思想家的理解与评价不够深入全面，甚至产生偏颇或失当。有鉴于此，《维真基督教文化丛书》将其研究的主题，确定为对历史上的基督教思想特别是对某一思想学派或某一思想家的某些核心性的或影响深远的问题、思想、观念与范畴，做出深层次的

系统的研究、剖析与评述。力争在各个具体的研究课题上做到“入乎其内，出乎其外”，有客观的理解，有公允的评价，有对他人的借鉴，也有自己独到的见解，从而成为中国基督教学术研究的一套有宽阔视野、有学术分量、有参考价值、有深远影响的丛书。

本丛书的作者大多属于中国学术界基督教研究领域的新生代。在中国，一个人在完成学业取得各种学历并进入正规的学术研究领域之时一般都在30岁以后；以此为起点，以15岁为年龄段，可以将中国现有的基督教研究学者大致区分为三代人并各有其粗略的特征，第一代系60岁以上的将要或已经退休的学者，他们在其特定的历史条件下对基督教的研究含有更多的政治文化批评与批判的意味；第二代系45岁至60岁的现今占据着中国基督教研究各种领导职位的学者，他们对基督教的研究含有更多的客观中立的意味；第三代系30岁至45岁的代表着中国基督教研究之未来的新生代，他们对基督教的研究更多地含有同情式理解与学术性批判的意味“维真基督教文化丛书”的这些作者即属于这第三代中国基督教研究学者之列并构成了这第三代学者当中的核心与骨干。此外，他们还具备这样一些共同的特征：他们大都是从事基督教学习与研究的科班出身；他们全都具有博士学位；他们全都在中国最著名的科学院所和大学里从事着科研或教学工作；他们全都具有负笈海外的留学经历。

就上述最后一点而言，也顺便一提本丛书名称的由来。这套丛书的题名前冠以“维真”一词，其中文含义是一目了然的，学术研究对“真”的追求与维护永远都是它的目标所在。不过，“维真”一词对本丛书大部分作者而言还具有另一层含义，因为“维真”一词亦系加拿大“Regent College”这一学院名称的音译，这不仅是指本套丛书的出版得到了维真学院中国研究部的合作与支持，而且也是指本套丛书的作者至少全都曾经在维真学院

这一在北美乃至世界享有盛名的研究生院进修和学习过这一事实。俗话说，“十年树木，百年树人”；有道是“万事人为本”。中国基督教学术研究有了这些新生代的崛起与跟进，假以时日，必将有更大的发展和更喜人的前景。这就像《圣经·耶利米书》所说，他们“必像树栽于水旁，在河边扎根，炎热到来，并不惧怕，叶子仍必青翠，在干旱之年毫无挂虑，而且结果不止。”

许志伟
2004年春于香港

目 录

丛书总序 许志伟 (1)

导 言 (1)

第一篇 位格人的基础

第一章 存在、人性和位格 (25)

一 实体论和发展论与位格 (25)

二 存在、位格与人性的结构 (28)

三 作为实体的存在和位格 (31)

四 作为自在的存在和位格 (32)

五 作为自我传达行动和关系中的位格和存在 (34)

六 结论：位格——关系中的实体 (36)

第二章 位格人的生物学向度 (41)

一 基因禀性的意义 (42)

二 基因与本体论连续性的非同一性论证 (44)

三 基因与心理学上连续性的非同一性主张 (52)

四 人之身体的意义 (55)

第三章 人的位格性的心理向度 (67)

一	哲学中的传统	(67)
二	当代生命伦理学的偏颇	(72)
三	基督教的神学传统	(79)
四	以心理功能定义位格的局限性	(82)
第四章	位格人的关系向度	(89)
一	位格性的关系向度	(89)
二	基督教位格观的关系向度	(97)
第五章	位格性的目的论向度	(104)
一	时间性和潜能	(104)
二	潜能与现实性	(106)
三	潜在位格的概念	(109)
四	基督教位格观的末世论向度	(111)
五	身心合一的整体位格观	(115)

第二篇 辅助生殖技术与位格伦理

第六章	不育症与生育技术的需求	(125)
一	不育症的定义和影响	(125)
二	不育是一种疾病吗?	(130)
三	生育的权利	(132)
四	生育与责任	(135)
第七章	人工授精	(143)
一	人工授精和精子库	(143)
二	人工授精和精子库的伦理问题	(145)
三	生殖细胞捐赠的道德性和人类血缘	(149)

四 人工授精和人类的婚姻关系	(151)
五 人工授精和位格伦理	(158)
第八章 体外受精胚胎植入术	(161)
一 定义、程序和种类	(161)
二 生育技术的副作用	(164)
三 人工生育技术应用的社会问题	(172)
第九章 借腹生子	(180)
一 定义、动机和种类	(180)
二 借腹生子的伦理问题	(183)
三 借腹生子、人工生育和家庭观念	(188)
第十章 胚胎研究	(197)
一 胚胎的地位	(197)
二 处理胚胎的科技	(203)
三 胚胎技术的道德性	(208)
第十一章 人类的克隆	(218)
一 克隆的界定、技术程序及应用	(218)
二 对克隆人的潜在伤害	(221)
三 克隆人独特性的失落	(224)
四 克隆侵犯了人类的尊严	(226)
五 克隆对传统家庭结构的破坏	(227)
六 克隆和优生学	(229)
七 克隆和其对生物多样性的威胁	(230)
第十二章 人类基因组与人类干细胞	(236)

一	历史、发展与应用	(236)
二	人类基因组计划的伦理问题	(238)
三	基因信息的使用和用处	(238)
四	理解人性健康与疾病的新思路	(240)
五	作为人类希望的现代医学技术	(242)
六	技术和价值	(243)
七	造物与神的眷顾	(245)
八	人性、本质与仆人身份	(246)
九	希望，反对希望之罪以及位格人的道德	(248)
十	干细胞：类型和来源	(249)
十一	干细胞与位格伦理	(253)
十二	总结	(258)
第十三章 关于堕胎的两种极端观点		(262)
一	极端自由派的观点	(262)
二	极端保守派的观点	(268)
第十四章 对极端派的修正：在妇女权利方面		(275)
一	孕妇做母亲的权利	(276)
二	女性主义者眼中的权利	(290)
第十五章 修正的极端派：关于胎儿的道德地位		(303)
一	胎儿发育过程中的“决定性时期”	(303)
二	对位格人理性标准的修正	(311)
第十六章 堕胎的实用主义要素		(323)
一	因强奸导致的怀孕与堕胎	(325)
二	堕胎的心理综合症	(328)

三 堕胎的其他因素	(333)
第十七章 产前基因测验和胎儿的基因缺陷	(343)
一 基因检查、致命缺陷及“错误的生命”	(344)
二 产前检查、非致命基因缺陷与堕胎	(347)
三 产前检查相关的伦理问题	(353)
四 产前检查、位格伦理与基督教传统	(360)
第十八章 医疗技术革新与未出生儿地位	(365)
一 口服避孕药物与堕胎手段	(365)
二 宫内避孕器与堕胎手段	(367)
三 对于堕胎手段的一个道德评价	(369)
四 母胎二分体：作为一名患者的胎儿	(371)
五 胎儿诊断治疗与母胎二分体	(372)
六 作为一个二元体的母胎二分体	(374)
七 母胎二分体的一种关系模式	(376)
八 母胎二分体中的冲突	(378)
九 一个基于权利的解决冲突的路径	(379)
十 法院指定的剖腹产	(381)
十一 作为一名患者的胎儿及位格伦理	(383)
后记	(392)

导 言

生命伦理学开始于 20 世纪 50 年代至 60 年代的美国，它是一个崭新的学术领域。第一个用“生命伦理学”（Bioethics）这个词的是美国威斯康星大学生物学家波特（Van Rensselaer Potter）。他在 1970 年提出，“生命伦理学”泛指一种以生物学知识为基础，与人类生存与生命质素改善相关的伦理学科。生命伦理的出现是由科学和文化两方面的发展而引发的。就科学而言，随着二战以后的基础科学的发展，60 年代医学科技出现了前所未有的进展：肾分解术、器官移植、胎儿诊断、安全人工流产、避孕药、基因工程等等；临床医学采用了各种具有特别疗效的先进仪器，人工呼吸器、心脏活动的检查与监控仪器等。这不仅大大延续了人类的生命，亦延续了死亡的过程（对垂死病人而言，他们经历了当代科技带来的一个不受欢迎的副产品：“医疗化的死亡”）。就文化发展而言，由于学生和黑人推动的人权运动、主张妇女解放的女权运动、突出个体的个人主义运动不断高涨；又由于二战后的财富、人口流动等因素，美国的社会体制（家庭、学校、宗教机构）都出现重大变革，可以说，60 年代的美国是一个激烈的社会、文化改革时期。在科学创造出人类对抗病症、痛苦、死亡的新能力的同时，文化上的发展亦提供了人类生存的新方式。新的科技带给了人类征服自然的可能性，新的文化意识也把人从旧的传统中释放出来，从而使人有更大的自由去掌握与控制自己的生命与终结。这两方面的发展，使美国人产生了一种

新的雄心与盼望，但也孕育了一种傲慢的信念，即认为人类真的能彻底地超越自然限制。生命伦理学就是在科学与文化这两大洪流的冲击中产生出来的。

狭义而言，“生命伦理学”是因为当代医学与生命科技发展而兴起的科学。它特别研讨由此带来的种种伦理问题，主要与医学与生物学领域相关。但从广义来说，它还延伸到其他学科及文化领域，包括法律、公共政策、哲学、宗教、文学、药物、经济、环保等。广义的生命伦理学正视生命科学带来的伦理挑战，亦评价科学与人类种种价值的关系以及科学对人类价值的改变，使人们注意到人类生活与道德伦理之间的互动作用；这门学科的涉及对象包括在病人身旁的医护人员、在医院和其他医疗结构负责行政管理的领导、在政府不同部门策划和执行卫生政策与资源分配的官员以及在国会辩论制定有关法律条文的政治家；这门科学的信息不仅对一般大众有切实的作用，而且对以思考人的本性、社会的操作为己任的哲学家、社会学家、宗教家与政治家亦同样有启发作用。

科学与文化提出的最关键问题是：如何面对及处理它们引发出来的种种道德伦理问题？这其实牵涉一个科学事实与精神价值的问题。19世纪至20世纪初科学实证主义形成的种种错误观念一直统治着西方世界：科学事实与道德价值是界线分明的两回事，二者不能、也不会混淆；而且，科学是客观的、实在的，所以有权威性，而伦理或价值是相对的、往往因人而异的，不具权威性。故此，科学事实高于一切，道德与价值不受重视。由以上观念延伸下来的结果是，认为科学与医学既是权威科学，那么科学家与医学家也是权威的。他们既然能够在科学及医学领域作出决定，那么对于解答科学及医学引发出来的价值和伦理问题自然也有同样的权威。换言之，“一个对的、好的医学或科学决定就是一个对的、好的伦理决定”。然而，事实与价值的界线并不是

很分明，而科学上的权威不等同伦理决定上的权威。生命伦理学的一个至为重要的任务就是反对这种错误思想，并打破医学家和科学家对解释生命价值的伦理垄断。

生命伦理学的第二个任务是寻找及发展方法论上的理论去解决这些问题。在这个过程中，学者们发现生命伦理学原来是一个跨学科领域，涉及哲学、宗教、医学、生物学和法律等学科。但这些不同领域的学科在研究方法上都截然不同。生命伦理学便渐渐发展成为由四个方面的研究领域组合而成的学科：临床生命伦理（研究对象是个别医者与患者间共同面对的伦理问题），规范生命伦理（研究范围是制定规范的律例与指引），理论生命伦理（研究对象是生命伦理的理性基础，基础可以来自哲学、神学，但亦包括生命科学，如生物学，尤其是在传统医学上建立起来的伦理道德基础），文化生命伦理（把生命伦理与整个社会的历史、文化及意识形态连接起来，探讨生命伦理如何反映主流的文化、价值与世界观）。

踏入 20 世纪 90 年代，在北美有几件事情的发生可以作为生命伦理学进入成熟时期的标志：第一，1991 年大卫·洛富门出版了第一部美国生命伦理发展史，名为《床边的陌生人》（*Strangers at the Bedside*）。第二，1992 年琼生（Albert B. Jonsen）在西雅图华盛顿大学连同 50 位获邀请的生命伦理学先驱共同庆祝生命伦理学建立三十周年。第三，1995 年生命伦理学百科全书的修订本出版。到 90 年代中期，生命伦理的机构在北美已经超过数十所，其中最为著名的三所为：希斯汀中心（Hastings Center）、健康和人类价值学会（Society for Health and Human Values）、乔治城大学肯尼迪伦理研究所（Kennedy Institute of Ethics at Georgetown University）。专门发表生命伦理的学刊超过十数本，而所有较具历史的伦理刊物都相继在每期开辟生命伦理的专栏。自 80 年代中期始更有专刊每年刊出生命伦理的书目提要，

如《生命伦理学索引》(*Bibliography of Bioethics*) 仅在 1991 年就列出 2500 条新的书目。学刊中最为著名的有《希斯汀中心学刊》(*Hastings Center Report*, 双月刊), 《医学和哲学季刊》(*Journal of Medicine and Philosophy*), 《生命伦理学杂志》(*Journal of Bioethics*), 《肯尼迪伦理研究所学刊》(*Kennedy Institute of Ethics Journal*), 《第二种意见》(*Second Opinion*) 等。田纳西州的一家电脑公司甚至还出了一套名为“Dr. Ethics”的软件, 这套软件中不仅提供世界上种种不同的医学法典, 甚至可以帮助人分析临床的伦理个案, 声称其为各界人士不可或缺的工具。

此外几乎所有大学的医学院、口腔医学院、护理学院都增设生命伦理学课程, 差不多所有医学院在过去十年都设了生命伦理的教席。难怪乎伦理学家古斯塔森 (James Gustafson) 称生命伦理学为美国成长最快的工业。也有人讥笑称生命伦理学拯救了哲学系, 因为在生命伦理学成形之前, 大学哲学教席不多, 毕业生出路有限, 攻读哲学系的学生人数不断下降, 哲学系大多萧条, 而随着生命伦理学的兴起, 不少哲学系学者转移研究方向, 攻读应用伦理的学生愈来愈多, 人们因此戏言哲学系被生命伦理学救活了。美国最具影响力的《纽约时报》在 1990 年的专栏写道: “美国出现了一种新动物, 它的名字叫‘伦理学家’。”同年在该报社的星期天杂志首页, 刊登了一篇关于一行新兴事业的报道, 称其名字为“医学伦理学家”, 整个北美可以说掀起一个“生命伦理化”的浪潮, 至今仍毫无衰退的迹象。

—

生命伦理学关注的都是当代提出的最为尖锐的社会问题, 如安乐死、人工流产、辅助生育、器官移植、基因、干细胞、克隆问题等等, 相信随着生物医学科技的发展, 今后还会面对更多的问题。我们在此对这些问题作一简短的概述, 以阐明生命伦理学

的时代性和尖锐性。

对“死亡权利”的广泛讨论开始于1976年。日新月异的高科技可以大大延长死亡的过程，人们害怕临终痛苦的增加与个人自主权的剥夺，于是一系列伦理问题接踵而来：“死亡的权利”、保留尊严的死亡、患者拒绝医者认为有意义之治疗、医者不提供或中止患者认为有意义的医疗、“医学无效”、“预先指令”的措施、被动安乐死、主动安乐死、协助自杀等等。

死亡问题中，安乐死似乎已经家喻户晓。在过去十年间，人们逐渐认为，停止维护生命的医疗的被动安乐死不仅切实可行，甚至在合适的情况下是相当明智的。近年来，人们的注意力已集中在主动安乐死。其关键问题是，主动安乐死混淆了杀死病人与停止维持医疗任其死亡在道德上的重大区别：一旦主动安乐死合法化，即使只限于绝症，但它仍有严重的和我们不愿见到的负效果；合法的安乐死将无法避免延伸至那些并非患有绝症的病人。在西方自古希腊希波克拉底以来，“医生绝对不能杀人”是医生们的绝对律令，医生的职责是对抗死亡。而主动安乐死的合法化会彻底地破坏了行医的本质及其使命中的深刻内涵。

人工流产，至今仍被称为是“美国社会最具争议性的伦理抉择”。1973年美国高等法院判决 *Roe v. Wade* 一案时指令“人工流产的决定是一个妇女在基本宪法上拥有的隐私权”，然而在1989年7月里根总统在位时，美国高等法院的判决不容许人工流产在公立医院及诊所进行。人们认为1989年的判决有违1973年的判决精神，尤其是漠视了妇女的权利。这判决在美国社会上上下下各阶层掀起了一场大辩论，把整个社会分割为两大阵营：反对堕胎（*pro-life*：拥护生命权）与赞成堕胎（*pro-choice*：拥护选择权）。*pro-life* 的认为胎儿是人，拥有生命权利；*pro-choice* 的认为妇女有选择权利，胎儿是妇女身体一部分，应由妇女决定它的命运。也有学者提出“中庸”之道，以突破极端自由与极

端保守两派之争。他们的口号是“容许但不鼓励”人工流产，但这仍无法避免“人工流产”把美国人民一分为二。这个问题成为分裂国家的尖锐问题。

自1978年在英国成功诞生的第一宗“试管婴儿”之后，由于在体外授精而产生的胚胎可以移植到代孕母身上，一连串的道德问题便接踵而来。尤其令人瞩目的是在1987—1988年发生的案例。事缘妇女怀特海（Mary Beth Whitehead）原同意替斯特先生（William Stern）代为怀孕并提供卵子。怀特海女士即为代孕母。产后怀特海女士拒绝将婴儿按合约交给斯特先生，引起纠纷，也引起了社会对这种人工繁殖科技的伦理关注。通过试管受孕、胚胎转移、人工授精、代孕母等技术，一个孩子总共可有5个父母（2个父亲和3个母亲），而这5个父母之间还可有重叠的关系，于是人们不免要问：此子“从谁而来，与谁有关”？这着实是一个大问题，它对传统家庭中父母子女、血缘、血统、世系等观念提出很大的挑战，代孕母的法律地位让人困惑。女性主义学者激烈反对代孕母的安排，她们认为这种科技以“性”的角色把女人定型，使女人的价值建筑于生育功能上，突出了男人在生育领域的操纵权力。另外，剩余的急冻胚胎的法律地位（它们有继承遗产权吗？）以及若干年（5年）之后如何“安置”它们也成为棘手的问题。20世纪末英国有数以万计生存了五年的剩余急冻胚胎需要被毁灭，掀起一场轩然大波。

随着医学技术成功地发展出抗排斥药品，器官移植技术成为80年代至90年代的一个热门课题。在可移植的器官不足的情况下，谁应该是移植的受益人？社会以及伦理学家似乎接受了这样一个前提：这种供不应求的现象是医学昌明的结果，移植术有不容置疑的医学价值，而且无疑是好的价值。但是，人们似乎没有考虑到，这种供不应求的现象也可能反映了移植技术的滥用，这样就会在伦理学、哲学和形而上学等层面激起极有意义的讨论，

即一个人身体的本质及意义。在人的生命与人性中，他的身体究竟有什么地位？身体及其器官与组织是否仅是“物质”或“物件”呢？还是在人的“身份”及“位格”（personhood）中具有无以取代的地位？“身体”与“位格”的关系怎样？人类器官的“物化”与“商品化”在21世纪是否使人类由智人（*homo sapiens*）“进步”/沦落到经济人（*homo economics*）？这个问题在现实、伦理、哲学及生存层面上极有意义。

器官移植问题在90年代的美国产生了巨大的冲击波荡，其中有代表性的事件是辅助生育科技与器官移植的结合，即为了器官移植去“制造”一个人。1990年有一位名叫阿亚拉（Ayala）的人，家中19岁的女儿安尼莎（Anissa）患了白血球过多的绝症，因为找不到合适的骨髓捐赠者，她的父母决意再生一个孩子用于骨髓捐献。1991年4月，玛瑞莎（Marissa）诞生，骨髓果然与姐姐的匹配，14个月后骨髓移植成功。恢复健康的安尼莎出嫁，她的救命恩人妹妹却做了牺牲品——成功与梦境般快乐的结局却发人深省：这是实利主义的行为，还是爱心的行为？抑或是二者兼备？作为捐赠骨髓的玛瑞莎被利用了吗？在没经她本人同意就被捐赠了器官，整个行为是否道德？更有甚者的是，她是为了捐赠器官给姐姐才来到这个世界，如何评估她的身份及存在的价值？

另一方面，在可供移植器官不足的情况下，还有两类病人正被“争取”为“非自愿”的器官移植者：植物人和无脑畸形婴儿。这些个案都引起重大的伦理与哲学问题，植物人及无脑婴儿究竟是不是人？若暂时搁置这个问题，为了改善那批患病需要器官移植的人，是否就应不择手段？若仅把社会焦点放在器官的“供求”市场上，问题会更多。患病需要器官的人是否比植物人和无脑婴儿的权利更大？后者岂非也应在受保护之列呢？用人工流产的胎儿作为器官移植、制造胚胎而利用其干细胞发展器官组

织做移植用途等，带来的伦理问题更为复杂。

人类基因结构研究的项目主要策划者来自美国，但实际研究可说是全球性的，目的是全部了解人的染色体组成及基因排列结构。人们就此提出的伦理问题是，当人的基因，包括好的与坏的都知道时，如何防止优生学与优生计划的复苏？如何防止顾主、保险公司、司法部门、教育机构及社会多种部门对基因上有“缺陷”的人在各方面的偏见与歧视？“基因歧视”是一个大问题，基因质素是否会成为新的阶级区分的标准？还有基因信息的保密的问题，这种个人基因资料是谁的财产？谁保管？谁有权传达、传播这信息？基因信息本身就有商业价值，当某一个群体的基因特征成为一个有意义的医学价值时，它的商业价值利益归谁？克隆科技方面，基因可否有专利？从哲学的角度来说，人体基因的全部曝光还会引起健康与疾病的概念的重大改变，对人的身份及位格的定义亦会有很大影响。

随着克隆羊“多利”的出现，克隆问题成了热门话题。Klon来自希腊文“嫩枝”的意思，现在意指生命科学中体细胞核转移（SCNT）的技术。早在1993年，人们就实现了胚胎克隆。“多利”的出现使克隆人的问题成为了生命伦理学关注的焦点。虽然克隆人还没有出现，但已经具备了实现的可能，而且实现这种可能性的愿望十分强烈；政府和学界的反对理由非常无力，如美国政府仅以这一技术在科学上还未完全成熟和安全作为禁止的理由，而这一微弱的禁令也只有三年的期限。也就是说，一旦达到安全标准，克隆还是可行的。其实真正问题来自道德领域，而不是技术领域。克隆人面临的第一个问题是“我从哪里来”，人伦出现变异，传统的父母观念消失了。人们对性的看法也会发生变化，它不再是人类延续的保障。从基因的角度看，人的基因的独特性将受到破坏，人作为个体的独特性受到挑战。从自然发展的角度看，自然经历数亿年才从无性繁殖发展到有性繁殖，而克

隆人却逆自然而动，否定了自然创造力。克隆人带来的震撼肯定还远不止这些，我们将拭目以待。

二

面对当代生命科技引发的种种生命伦理的问题，人们急切希望找到解决问题的方法，提出解决问题的指导原则。但这种原则自身在其实践中依然有其局限性。在北美，生命伦理学解决和讨论个别伦理难题的主要依据是一组原则。主要原则为四个：(a) 尊重人的自主权原则；(b) 对患者行善的原则；(c) 对患者不行恶的原则（或不对人造成伤害）；(d) 公平分配原则。

这四项原则已成为医学伦理的圣经。这些原则最大的作用在于它们客观地说明了病人的基本权益及站在他们立场而言“善”是什么。但是，这些原则性、客观性的伦理规范的最大弱点在于，它们给了人们一个冷酷无情、极为技术性的伦理进路。故有学者讥笑这四个始于乔治城大学（Georgetown University）的伦理原则为“乔治城的咒语”，意思是说人们一成不变地、形式化地应用这些原则，就像法师们机械地念咒语一样。尽管如此，这四个原则在过去二十年中仍是美国在生命伦理领域中的主导原则，四原则在概念方法上起了一个简单统一的作用。就文化意识形态角度而言，它在一个支离、分解的局面下，起了一种路标作用。在相对主义高涨的文化氛围中，一个简单全面而且一致为大部分人接受的原则性进路自然有其引人之处。而且，生命伦理提出来的问题往往都是一些具体的立刻需要解答的难题。生命伦理学的角色便往往扮演着解答疑难的角色。这个角色很自然的倾向于把复杂困惑的问题逻辑化、系统化，还原成为可以掌握的问题，以期最终达到冲突的化解，促使不同立场达至共识，并帮助提出有效的对策与行动。在这种情况下，原则性的进路自然是比较受欢迎的方法。

但是，近年来越来越多的学者对这四原则提出严肃的批评。在像念咒语般地应用原则时会遇到一个常见的问题，即原则性进路并不一定有足够能力去解决某些问题，特别是当原则之间出现了冲突的情况。举例来说：尊重病人自主权的原则一般都可顺利应用。对精神没有问题的病人的决定与选择，医者一般都不会有异议。但若病人的自主选择明显有违“对患者行善”的原则又如何？换言之，若病人的决定在医者看来对病人害处多过益处，那么医者是否仍然需要尊重第一原则呢？若病人的决定甚至直接危害自己，那么医者是否仍有义务遵守第一原则而扬弃第二、第三原则？若是的话，又是凭什么来理据的呢？第一原则，病人的自主权亦往往与公平原则有抵触的。在一个有限的资源的情况下这尤其显著，病者是否仍然有绝对自由去决定他个人要求的医疗服务？

解决原则之间冲突的进路往往是上溯某个更高的伦理原则。一般的伦理理论或者基于道义论，或基于功利论。其实任何一个原则都可以找到某种伦理理论来作为支持，所以原则间的冲突是不能在原则主义内找到解决途径的，这就是还原式的“原则主义”的局限性。故此，生命伦理学又从多方途径来对原则性的伦理进路进行补充。

其中之一称为“决疑法”[又称诡辩术(casuistry)]，以弥补原则性进路的不足与局限。相对原则性进路的由上而下的演绎方法去解决伦理问题，“决疑法”用的是由下至上的比较类比与归纳合并的方法，运作的情况是对每一个别伦理个案都周密地审查与分析，然后与过去发生过类似的个案作比较、类推，以期达到对新的个案进行解决的方法。例如：若在医药无效的病者身上停止施用人呼吸器被认为是道德的，那么“决疑法”就会说：在同一病人是否也可以停止供给食水与营养呢？二者是否首先在伦理上是均等的？若是，第一个案例可使第二个案例合法。“决

疑法”不是反原则，只是认为原则应出自实际处境，而非从外、从上往下实施于具体处境中。

女权主义者对原则性的伦理进路亦有很大的意见。她们尤其对这种由上而下、高度理性与演绎的原则性进路表示反感，认为它们在理性化的保护下，把事情简化和抽象化。她们认为任何一个道德选择，重要的不是普施于天下而皆准的原则，而是伦理处境本身，其中尤其重要的是在处境中的人与人的关系，以及在伦理决定过程中人的感受与情感的角色与意义。她们特别指出原则性进路背后隐藏着浓厚的个人主义。这种进路源于男性中产阶级的哲学家圈子，因此特别忽略了人际关系的重要以及社群利益的重要。她们认为只有长期被压迫、权利被剥夺的人（如妇女）才会领会到原则性进路的弊病。

亦有不少人，尤其是临床治病的医生，则认为原则不仅会有冲突，而且原则本身漏洞很多。在很多医疗过程中，达到符合某些伦理原则的标准并不是难事，但实际结果却未必是如此合乎道德，医生们尤其觉得生命伦理牵涉到医者与患者之间一些微妙的关系，当中除非亲身实际参与医疗过程（诊断、决定医疗、跟进）——所谓医学艺术，实不为外人可以知悉。所以这些论者认为不是一些普遍性的原则便可以应用在复杂的医学伦理问题上，更重要的是医者的医德及患者的品格，医德与品格支配着伦理的选择。生命伦理学的解决在于达到一个有德性的决定，这只有在长期培养德性的过程中才会出现。

可见，除了原则性进路之外，这些不同的伦理进路都大大补充了它的不足。生命伦理不能简单地被约化在原则性进路中。这在生命伦理学中也渐渐有所觉醒。

三

生命伦理学的发展促使我们追问，究竟它反映了怎样的社会

现实和思想？其局限何在？可以说，生命伦理学是经济与文化发展的产物。在美国土生土长的生命伦理学从它的萌芽生长开始，就是为回应社会强大的政治、经济及价值取向而建立的。它更多的是反映时代的需要与发展趋向，而不是对时代的取向做出批评或挑战。从北美生命伦理学探讨的主题常常是紧随美国传媒报道及政府立法的活动这一现象中，我们就可以看得很清楚。更为要紧的是北美生命伦理与经济发展有着密切的关联。

北美的生命伦理学在很大的程度上采用了高度的物质化、自由企业化、市场经济化的语境与方法。生命伦理学采用经济学的语境，最为明显的例子就是保健医疗在概念上的转移：传统上视医疗保健是社会的福利，现在已经改变成为一种经济商品，经济学上的供求规律与价格标准完全应用在医疗保健上面。在今天的美国，医疗保健及其伦理课题，完全被诸如“成本遏制措施”、竞争、消费态度与趋势、“人头计算”等经济概念所塑造。最明显的医疗保健商业化莫过于“病人”（patient）这一名称已转为“客户/顾客”（client）。这种趋势亦可见于北美生命伦理学对资源分配这一课题的重视，对高科技治疗及研究的关注。于是，“成本遏制”已经成为生命伦理的首要的道德律令。

此外，当代生命伦理重视个人利益而轻视集体责任。上面所述的生命伦理关注的问题，大部分都是建立在一种个体的经济及私人权益的考虑上而的。这种趋势以及上述生命伦理原则强调的是个人自主原则，这导致生命伦理学大大偏向个人利益而轻视了对群体及社会的责任，尤其是对社会上贫苦大众、处于社会不利边缘的人、受社会歧视与偏见的人的忽视。奇怪的是，这些医疗保健领域最引人注目的社会问题，却提不起生命伦理家们的兴趣。可见，北美的生命伦理着眼的是社会微观层面，或个体利益问题，而不是宏观的社会伦理问题。有理由相信，美国的生命伦理学是倾向保守派的，他们不主张社会改革，因为改革意味着在

社会中有权益的人可能要放弃他们一些权益，把它们分散给那些在目前还没有享有这些权益的人。

这种生命伦理学原则的另一个特点就是其世俗化的倾向。在北美，生命伦理学四十年的发展经历了一个渐进的世俗化的过程，其背后有几个主要的理由：其一，美国宪法要求政府与教会二分。其二，美国社会的逐渐多元化，不同的宗教有相当不同的立场；一个世俗化的生命伦理是对一个多元社会尊重的表现。其三，世俗化倾向避免因不同的宗教信仰而产生或加深的道德伦理的冲突。上述这些都是世俗化倾向的理由，但却未必是最主要的理由。主要理由是，生命伦理学萌芽于60—70年代美国社会及宗教信仰正处在一个剧烈的动荡时期，人们都对传统社会价值（大都有宗教背景）起了很大的疑问，世俗主义成为社会风尚。

但是，这种世俗化的倾向有其根本的局限性。首先，生命伦理学关注的是生命的开始，人的生育成长过程、老化、死亡、健康、疾苦等问题，它们都是属于意识形态，都是具有本体意义的问题。它们往往牵涉人生现象背后的意义、病痛为何发生、生命的限制与界限、苦难、罪恶与不公的关系等等。这都是些不易解答又无法回避的形而上学/宗教问题。在生命伦理学的世俗化过程中，生命伦理学家对这些问题避而不谈。因为世俗化缺乏必需的语言工具去讨论这些问题，故也就把它们排除在讨论范围之外了。

其次，世俗化的生命伦理不仅把意识形态的问题摒弃于门外，而且由于世俗化的缘故，它们也把一些传统的社群价值观念从生命伦理中排除出去。这些社群价值包括仁爱、关顾、怜悯、宽容、舍己、牺牲、服务，等等。而我们觉得这些价值无论在哪一个社会都是不可缺少的。

再者，世俗化的生命伦理为了要与宗教群体清楚划分界限，于是更积极地去依附一些不同宗教信仰都可以认同的伦理原则；

换言之，特别是那些可以完全独立而与任何特殊的社群或历史背景皆无关的伦理原则。世俗化的生命伦理希望获得一种放之四海而皆准的、抽象的、文化中立的、客观的、理性的、普遍性的原则。这种偏向全球性的普遍原则造成了北美生命伦理学的“哲学性的原则主义”无法了解它们这种进路在远东与亚洲国家是如何不切实际。就如泰国佛教伦理学家拉塔那克（Ratanakal）所批评的那样：“北美的生命伦理学片面地关注于个人及个人的权益，以及个人对他人及社会的要求；它极少关注到个人对他人及社会的责任。这是美国文化的标志。但在亚洲文化中，这些都不是为人接受的价值观念。”

最后，也许生命伦理的世俗化最大的结果是把生命本身的敏感、柔软的性质变成粗糙甚至粗俗的东西。在北美过去四十年中，发达的医学与生命伦理学的携手合作，排除来自传统的阻力，炮制了一连串的“生命工程”，如体外受精、商业精子库、代孕母、任意要求的人工流产、胎儿身体组织的利用、人体组织的专利、为解决移植器官的来源故意用生育科技去制造胚胎等，但生命伦理学却没有认真讨论这一切制造生命或延续生命的所谓科学进步对人的尊严与价值的破坏。生命伦理学只从个人的自主权与权益出发，在采用上述生命科技时主张其在道德伦理上的合法化，至于这些科技对人类生命的价值与意义、对社会结构（家庭）和体制的改变等问题，都没有列入自身的讨论范围。

人生苦难的意义何在？是否所有的生命的条件与限制都能够或者必须更改与突破？科技的进步如何受约束？世俗化的生命伦理恐怕也不容易对上述问题提出有效的答案。随着新世纪的来临、生命科技给人类的而貌甚至本质带来革命性的改变之际，生命伦理不应该故步自封，停留在一个狭窄的思维框架内，而应该担负起更为广泛的责任。应该指出，走出当代生命伦理学的局限，其解决方案需要一个比世俗/人文主义/启蒙精神更广阔的

道德视野。

四

本书尝试走出局限，重新回顾这些问题，提出一些有建设性的看法。

笔者认为，当人面对生命伦理学的种种问题，并确立种种原则来处置这些问题时，有一个根本的问题却常常为生命伦理学所忽视，然而这却是人类萦绕于怀、挥之不去的自我认识问题，那就是我们如何界定“人”。在我看来，这是生命伦理学的一个根本的问题，是解决种种生命伦理问题的根本出发点。这是本书重要的立论基础，在此有必要稍作解释。

在汉语的语境中，*human being* 和 *human person* 很难作出区分，都是指称“人”。但是在西语中两者有深刻的区别。正是这种区别对生命伦理学有着积极的作用，打开了理解生命伦理学的新的向度。

先让我们来看看“*person*”的来源。在英汉辞典中，“*person*”即是“人”，看不出与“*human being*”有什么区别。但对基督教教义稍有研究的人就知道，“*person*”在基督教的神学传统中占着重要的位置，一般译为“位格”。“位格”一词首先是在3世纪被广泛使用于基督教会的讨论的，用以理解和阐述基督教信仰的某些奥秘，尤其是三位一体和道成肉身的奥秘。在基督教看来，人的位格性即在于神一人的受造关系。所以，“位格人”一词在西方的传统中不只是一个中性的、描述的用词，而且是一个本身就拥有一种内在道德价值的词汇。在其长久的历史中，包含着哲学、道德、神学的意义，及至近代更加上法律观念所附加上去的意义。以此具有丰富历史内涵的“位格人”来反观我们日常所谓的“*human being*”（人类），更凸显后者是一个生物性的观念，表明人乃动物之种类之一，可以从其某些外表显

而易见，且能清晰辨认的构造特征中与其他物种区别开来。

那么，human being 和 human person 的这种区别的意义何在？其对于生命伦理是否有特殊意义？我们知道，如果单从生物观念的角度来理解人，而不进一步提供哲学或神学上的论据时，那么，一个生物性的人并不必然拥有道德上的权利，包括生命的权利。一个生物学的观念与道德观念本无必然的关联性。然而，“位格人”从一开始就是一个具有道德观念的人的概念，这样的一个“人”的概念才是生命伦理所真正必须面对的“人”。因此，把“人类”与“位格人”区分开来应该是有价值、且具有重要的伦理意义的。我们现在的的问题是，究竟谁是“位格人”？人类是否拥有某些我们可以称为位格性的特征，而当人类拥有这些或达到某个数量的特征时，便可以一跃而成为“位格人”，并享有位格人应有的基本权利——生命的权利呢？以此为基准，便可以对生命伦理有一基本的判断。

因此，本书的第一部分围绕“谁是位格人，什么是位格人？”的主题开始探讨。坊间已经有一些冠之以“什么是位格人”^[1]的研究性著作，而“谁是位格人”却很少被提及。我不想在“什么”和“谁”之间划一条鸿沟，事实上，这两个提法也许在某种程度上而言都在追问同样的问题。在“什么或谁是位格人”这一问题句的语法结构中，“谁”或“什么”通常被用作代词。关于“什么是位格人”的著作，可能就是一本关于“什么是”及“如何是”“位格人”的著作；但是“什么”通常指“实体的本质或实质”，偏重非生命的实体或非人的生命体，诸如非生命的物体（石头、树木）或植物界、动物界的生命体；提出“什么”的问题一般都以非人的代词“它”来作答。作为代词“谁”通常指称生命存在，尤其是当运用的前后文中没有任何神圣存在时，常常指称人；代词“谁”常期待着另一人称代词，诸如“我”“她”或“他”等，而且往往含有强烈的关系

性，如我是某某人的儿子、丈夫或父亲等。

笔者认为，对“位格人”而言，人们提出“谁”和“什么”，这两个问题都是必要的。不回答“什么”的问题，人们对位格人还没有充分的描述和定义。如《圣经》记载，摩西问上帝是谁这个问题，回答是：“I am who I am”（《出埃及记》3：14）。摩西对这个回答感到神秘莫测。因此，只是以“谁”这个问题来描述位格人而没有辅之以“什么”的问题，会让人困惑。另一方面，只有“什么”而没有“谁”这个问题，将会把位格人实体化，把人的存在变成客体性的存在，“它”代替了“我”。而“它”的指称性描述是许多人共同分享的特性，以“它”代替“我”就是取消了“我”的特性，正如我们后文论述的，关于“什么是位格人”问题的各种答案包含了许多合理的描述：它是理性的、有意识的、有自我意识的、相互交流的存在等等，这些品质是可靠的，但它们同时也是许多人共有的。只有“谁是位格人”的问题指向“我”而非他人，这个“我”才独一无二不可重复。因此，我们认为位格人是一个“我”，同时也是一个“它”。在位格问题上“谁”和“什么”的问题都相当重要，它们相互补充。

在我们回答人是“什么”和“谁”这些问题之前，还要问一下另一个问题：这些问题的实质是什么？它们是科学的、哲学的、神学的、道德的还是社会学的问题？抑或兼而有之，是这些领域的综合？对这一问题的回答在很大程度上取决于你认为哪一种代词更适合于指称位格人。对于那些选择“什么”来回答“位格”问题的人来说，他们可能认为这些问题可以用实证的生物学事实来回答。而对那些以代词“谁”来思考“位格”问题的人来说，这些问题很大程度上是形而上学、神学的问题。还有一些人，包括我们，则认为“谁”和“什么”都重要，只有在仔细分析生物学材料和最新成果的基础上，并加以严肃的哲学与

神学的反思，才能获得这些问题的答案。

也有一些人觉得，这些问题在很大程度上被一个更为实用的问题所定位，即人们为了什么样的目的提出这些关于位格人的问题。这些人认为，伦理关怀和社会政策才是这些问题的出发点。美国杰出的生命伦理学家丹尼尔·卡拉汉（Daniel Callahan）说：“科学数据和事实对于不同的理解都是开放的，它们有能力适用于不同的道德政策……生物学的事实可能是足够明确的，但事实却可以有不同的解释，这些解释都不是科学事实所必须承担的。”^[2]特别是，因为生物事实自身并不带有自明的哲学解释，它们所承担的不同解释依赖于该问题被提出来的原因。这让卡拉汉和其他一些人倾向于运用更为实用主义的方法，或者至少是允许现今的道德政策和社会规范来解释科学材料。这就是说，允许现今流行的道德政策和社会规范承担起解释科学事实及哲学与神学反思的价值观作用。卡拉汉自己认为，在堕胎的争论中，关于“人的生命从何时开始”这个问题应被另一个问题所取代，即“当需要或必须堕胎的情况出现时，人的生命从何时开始”？以这种观点来看，堕胎的合法性是由一个认真的堕胎理由加上一个体现在公共政策中的道德风气来决定的。这种观点无疑就是让人们的愿望与公众舆论一起来决定一个人（胎儿）的存在与否和人的本质。

应该承认，在对人的生命开端（人的位格性的开端）进行解释和论证的工作中，来自社会和公共政策方面的压力着实不小。举例而言，尽管所有基因学派（genetic school）的人民在基因赋予人人性这个断言上众口一词，但在什么时候才是个体生命的开端^[3]这点上却众说纷纭，因为把人生命的开端从合子形成的头一天推迟到两个星期，那么堕胎和避孕的措施、子宫环的使用、堕胎药物、辅助生育技术（包括胚胎试验）和毁灭胚胎而获取干细胞等都将成为合法，这种社会效益的引诱实在太大了。

事实上，各种理性论证并没有让问题更容易解决，许多社会利益影响着人们关于生命何时是开端的决定。而所谓的发展学派（developmental school）更为明显地受社会和政策因素作用，因为他们以某些确定的选样的出现和发育（如自我意识）为标准来确定人格人的开端。这都说明人类自主的欲望原则以及对经济效益的追求，在关于人格人标准的选择中起关键的作用。

因此，本文作者认为，人的位格问题不仅仅具有道德的意义，它还是人寻求自己本性和身份的努力，它是“在广泛领域内……展开的文化性的影子活动（cultural shadow work）”^[4]。通过它，人们不断地定义自己的本性。不幸的是，在讨论具体的生命伦理学问题时，人们对位格问题总是采用回避的方式来处理。但位格问题不是那么轻易回避得了的，回避是不负责任的行为。我们赞同“在讨论位格的本性时……我们是不断地与社会秩序进行交涉的。尽管我们不能完全自主地采取或操纵言谈的方式，但我们的讨论本身可能就是这项影子活动的一部分，它将会（也许已经）生成一种文化”^[5]。正由于这个原因，我们认为位格问题是一个基础性的、迫切需要解决的问题，它是生命伦理学中所有方法论和言谈内容取舍的基础。我们采取这样一种立场：人的位格性问题既是社会/生物的问题，也是形而上学/神学的问题，而且人的存在的本体论状态应该建立在生物学和形而上学的双重基础上。我们认为，位格性的定义不应过多受阶段性的社会规范和政策的影响，对人的本体论考量应该先于诸如正义和责任之类的道德考量。

五

我们在本书第一部分讨论人的位格性的讨论，作为探讨人生命开端的伦理问题的理论背景。本书作者认为，人的位格性是由人的生物、心理、社会、历史和形而上学/神学各层面的统一而

构成的，因此，我们要从经验科学和形而上学的角度探讨人的本体地位；并以此建立一个“位格伦理”来回应社会种种的道德问题。

本书第二、第三部分以实践为目的。具体而言，是在“位格伦理”的理论框架中，分析当前在人类生命开端的问题上社会所面临的各种道德两难。第二部分讨论现代社会中，运用生物科技成就“创造”生命而引发的各种问题；第三部分分析当代在“创造”生命的热情当中，社会亦近乎疯狂地利用种种人工流产的手术和药物去中止生命。社会文化表露出这种似乎无法抑制的“创生”与“杀生”的欲望，实在是人类历史中少见的吊诡。

就运用“位格伦理”的理论这方面而言，我们并不主张某一特殊的位格性定义（包括我们提出的）可以应用于所有的道德问题，解决我们现实生活中每一个伦理两难；我们反对这样一种信念，即在我们复杂的道德世界迷宫中的每一转折当口儿，位格伦理必然起一种规范的力量¹⁶。这种信念意味着要还原到一种狭隘单纯的、通常是基于理性基础之上的位格定义。我们的观点是，位格的概念有丰富的道德内涵，然而它首先是一个本体论的概念。它用来描述人的本质，为我们提供道德方向，培育道德品格，形成道德意向，决定道德选择。换言之，位格伦理为人们提供了概念性的背景。在这种背景中，人们趋向于认同并且照着最适合位格人的定义去行为。在此意义上，这一本体论的概念也具有规范的意义，起到一种规范作用。我们希望在第二、第三部分能够提出，不同的位格概念在具体情景中对道德决定有什么样的影响。

需要提出的是，由于两千年来基督教思想在西方文化中占有一个主导地位，而笔者亦从事基督教思想研究和教学多年，因此，基督宗教的思想资源与路径对生命伦理有着怎样的作用，也

一直是本书关切的问题。基督教思想传统对人的理解有其独到之处，因为其在审视生命的时候，有一超越的起点，正如德国神学家莫尔特曼（Jürgen Moltman）所说，人的本质“源自他们与神的关系”，或更确切来说，源自神向他们建立的关系。基督教探讨人的时候，解说的重点首先是那为自己创造一个“形象”的上帝，然后才是那按其形象受造的人。假如人的本质是由神与人的关系所厘定，那么人性就不能以拥有某些特殊的已实现或潜在的特点来衡量。因此，基督教不仅认同从哲学或科学立场对位格人的生物性、心智性、关系性、多样性、时间性和潜能性所作的理解，而且还将那些不可协调的观点和立场融入一整全的思想中去。西方人文精神对人的位格性的理解的弱点，恰恰在于试图从人的某些特征或属性（如生理、心理等）来厘定人。没有超越的起点，也就无从把握整全的人，无法找到一个足以涵盖全人类的标准，以致无从界定位格人，而只是武断地定下一个标准，却又把许多人类成员摒弃于位格人之外。如果我们能借鉴基督教的传统来审视生命，尊重生命的整全性、神圣性和生命间的关系性，那么我们的生命伦理学就能避免当代北美生命伦理学研究的种种弊端，站在一个更高的立场去回应现代科技发展带来的对生命的挑战。

注 释：

[1] 如 Michael F. Goodman 主编的（Clifton, NJ: Humana Press, 1988）和新近出版的另一本书，作者为 James W. Walters（Chicago: University of Illinois Press, 1997）。

[2] Daniel Callahan, *Abortion, Law, Choice and Morality*（New York: Macmillan, 1970），pp. 351—354.

[3] 这种开端不是指在观念上，而是指在时间上卵细胞在生物学意义上受精后的第二周至第三周。

[4] Bette-Jane Grigger, “At the Center”, *Hastings Center Report*, 22（Jan-Feb., 1992），Inside cover page.

[5] Bette-Jane Crigger, "At the Center", *Hastings Center Report*, 22 (Jan-Feb., 1992), Inside cover page.

[6] 尽管现代伦理哲学的趋势试图去这么做, 如 Michael Tooley, Peter Singer 和 H. Tristram Engelhardt 等人所做的那样。这种伦理学不仅把位格性的概念作为一种道德概念, 而且赋予它一种崇高的道德地位, 以之来决定生命的权利。详见本书第三章。

第一篇

位格人的基础



第一章

存在、人性和位格

一 实体论和发展论与位格

为了描述“人”(humanity)，我们会遇到几个涵义不同却又彼此重叠、因而常常混淆的概念：“人类”(human being)、“位格人”(human person)和“人性”(human nature)。长期以来，“人类”和“位格人”两词是交换使用的。许多现代学者仍然持这种观点。其中的代表人物包括美国学者约翰·努南(John Noonan)和天主教神学家哥迈·格里森(Germain Grisez)等人。他们的观点往往被称为基因派、物种论(speciest)或实体论(substantialist)。因为他们认为一个人的生命一旦“实体”存在或具有人的基因染色体的生命被确定时，也就表示一个位格人已经出现。正如努南所说：“如此，人之为人的准则十分简明而又涵盖甚广：假如你是由人类的父母所孕育的，你就是人。”^[1]该学派倾向于把人类看作是一个实存体(entity)或实体(substance)，而对人的位格则以形而上的立场去理解，完全独立于人的潜在性或行为的层面，反对需经历不同的发展阶段或建立某些关系后方能成为位格性的观点。他们认为，人类按其所是即为位格人。这观点显然对保守人士特别有吸引力，但它的潜在风险是把人类仅仅当成静态对象、被动的产物，是由自然界的非位格力量盲目促成的，这样无疑诋毁了具有认知事物的头脑和做出抉择

的自由意志的自主的人。最要紧的是，这种狭隘的、静止的“实体论”观点忽视了人存在的能动性关系层面。我们后面将要证明，这乃是人之为人的本体论层面的核心。在下面的讨论中，我们将会看到在坚持位格人的生物性/物种性/实体性的重要性之时，“实体论”必须扩展、注入崭新的元素，否则就不能全面认识位格人的能动本性。

不同于“实体论”把“人类”和“位格人”等同的做法，当代有一批哲学家试图把“人类”和“位格人”断然区分。这种倾向尤见于有关胚胎、婴儿和永久性昏迷者所引发的争论上。这些学者认为，人的实存体（human entities）可称为“人类”（human being），因为从生物学角度看，它们符合人类物种（*homo sapiens*）拥有的某些生物学的因素（如基因染色组），但却不被当作“位格人”（human person），因为它们从未拥有或永失某些高级整合能力。这些能力是用来裁定位格人的约定标准。这些学者不仅坚称“人类”和“位格人”是截然有别的实存，两者没有必然关联；而且他们还提出规范性的主张，认为只有位格人才有生命权利，一个拥有生物生命的“人类”只是一个纯粹描述性的术语，没有任何道德意义，只有“位格人”才指称一个具有生命权利的道德主体。道德中立的“人类”须进一步发展，满足生物性和某些人为选择的位格条件，获得一些额外的成熟因素和特征（如认知能力），才能称为“位格人”。

由于这一学派强调人的发展过程，他们有时被称为发展学派（或成就学派，development/achievement），代表人物有米高·特勒（Michael Tooley）、玛丽·安·瓦仁（Mary Ann Warren）、彼得·辛格（Peter Singer）、约翰·哈利斯（John Harris）、英格尔哈特（H. Tristram Engelhardt）等。正如我们将看到的，他们高度评价“位格性”，却是以把大量的人的存在排除在位格人之外为代价的，否定了包括胎儿、婴儿、严重痴呆、不可逆转的昏迷

人的位格性。这一做法无疑低估了人类生物体的道德意义，忽视了“人类”一词所包含的规范性和价值性的特征。

有些支持发展论的学者也认识到“关系”这个范畴可以是衡量达到位格性与否的标准。按照这种观点，人的位格性的基础乃是人所参与的关系和他们在这些关系中所履行的社会角色。这种观点特别受到存在主义或人格主义（personalism）倾向学者的推崇。这是一个相当另类的团体，代表人物包括马丁·布伯（Martin Buber）、马塞尔（Gabriel Marcel）、约翰·麦克穆瑞（John McMurray）等思想家。许多基督思想家也十分乐意接受这种取向，因为这种观点看来有一个十分稳固的基础，将人的位格性透过与上帝的关系建立起来。以神一人的位格关系来建构人的位格性确有不少优点。但正如我们稍后会讨论到的，如果我们最终希望“关系”在建构人的位格性上有所作为的话，这种关系不能仅从抽象的、精神性的角度来理解，还要考虑到关系主体的实存、关系的内容和实质。

不论发展派学者是采取认知能力还是关系作为发展的顶点，他们都认为位格人不是其原初所是，而是他们将生成的，因此避免了把人看作一种由自然被动生成的，如笛卡尔哲学谈论的物化的对象；但这种学说却又漠视了一点，就是人必须先是一个“存在”（being），然后方可成为“生成”（becoming）。换言之，人必须先在一定程度上是“某物”，然后方能成为别的什么。如此，就需要有一种实体性的实存体作为人的持续结构，来运作、发展、成就、进入关系。

本书作者认为，不论是“实体论者”还是“发展论者”，对位格的理解都有过分还原之嫌：前者把位格还原为一种迟钝的、自我封闭的并且是毫无回应的对象，后者把位格还原为一系列的可能性。我们的立场是，要完整地理解及界定人的位格性，要兼顾实体和关系、存在及生成的范畴，位格人有着一种双重结构或

双极结构：实体一极与关系一极。在考察位格人的时候，我们需要重组和协调人的实质性和关系性^[2]，位格人包括这二元结构，“位格人本身是一个蕴涵着生成的人”^[3]，一个位格人就是要成为其已所是的。

在进一步探讨作为“关系中的实体”（substance-in-relation）的位格人或作为“实体化的成就者”（substantial achiever）的位格人之前，我们必须先从形而上学的角度阐释一下“存在”（being）与“位格人”（person）的关系、“人性”（human nature）在“位格人”的“存在”中所扮演的角色和位置。

二 存在、位格与人性的结构

首先，我们认为，“存在”和“位格”最终是同一个概念，因此，正如我们已经提及的，把人分成生物性的实存体和道德性的位格人的“二分法”是不合理的。“位格”不是“存在”的某种特殊形态，由外加某种东西而成，而是“存在自身的完满”^[4]，“存在”被允许完全成为其所是与应所是。一般来说，在理想的状况下，一个人的存在将完满地显现自身为位格人，一个人的存在与位格在类上并没有区别，只是在表现的程度上有分别，存在最完满的显现乃是成为位格。比如在基督教传统中，上帝被理解为终极存在，因此，上帝只能表现为位格的上帝（事实上，是最完美的位格，person par excellence）。以上的论述对所有属人或属神的存在均是确切的，只不过位格作为存在的表达，仍需受到其存在自身“本性”的限定。以“人类”的情况而言，其存在的完满性以其存在的物质形式的规定为条件。因此，我们在谈论“位格”时并非指存在的“本性”（“本性”指的是有能力左右存在如何表达为位格的种种特性和条件），而位格是指存在的具体现实，尤其突出存在是独有的、不可切分的、自主的和无可互换的。位格的独特现实是实际存在的现实，既属于自身，

也在其自身中呈现。

那么人性与人的存在或位格的关系是什么？人的存在的最完美显现是位格人，这位格人是自然的统一体，由知性与物质性的身体结合而成。当亚里士多德称人是“理性动物”时，他认识到人的存在具有灵性的维度，而灵性需要身体的合作和补充，以身体为中介工具去实现他在物质世界中的命运。阿奎那进一步改善了亚里士多德这一相对粗糙的说法，他认为人的存在更恰切的说法是“具有身体的灵性”，他的身体使他能在这物质宇宙中完成他迈向上帝的旅程——成为一个旅行者（homo viator）。尽管位格人是身体与灵性（灵魂）的结合体，但基督宗教的正统教义（尤其是罗马天主教和保守的新教传统）认为灵魂是超越身体功能的某种机制，有自己的生存活动，能够进行纯精神性的活动；当肉体死去时，灵魂可以依旧存在；同时又认为，灵魂似乎有一种要与肉体结合的本能取向，在末世肉体复活时将与之重新结合。当然所有的基督教思想流派都同意，灵魂是人的存在/位格人一切生命活动的统合中心，它“需要”身体作为其必要的“伙伴”去完成在这个世界的自我实现之旅。如此，人的灵魂和肉体在某种秩序中构成独特的基本的人性结构。

在人的本性的论述中，还有一种说法，就是人性由灵（或灵性，Spirit）、魂（或灵魂，soul）、体（或肉体，body）构成，其实，灵并不是人的本性的必然部分，不同于灵魂或肉体，灵不是位格人的第三种“构成”因素；毋宁说，它是一种“异在的因素”，它不是人自己本性的能力或能耐，“而是一直以来就异在于他的本性，来自上帝”¹⁵。巴特把上帝赋灵予人的存在的创造活动称为一种“人的构成中的超越决定因素”、一种生命给予的事件。为了人的生命，上帝不断重复着这一活动，使人的存在可以是灵魂与肉体的合一，因为有来自上帝的灵，人存在为灵魂，也存在为肉体。灵并没有给予人的存在以神圣的本质。当灵在人

的存在中时，灵并不与之同一；灵把人的灵魂和肉体合而为一，并居于其间，但它并不因此而变为人的灵魂。当人去世时，不朽的灵返回上帝⁶²。

作为时空中的旅者，人也是一个历史和社群的存在。人的存在是历史性的，因为他具有近乎无限的知性能力以及自由意志，人具有创造人类自身的历史的创造力。与此同时，人也是社群性的，人们不仅互相依靠，彼此补足，更因性别差异而异性相吸，享受并肩同行的乐趣。因此人的本性——身体中的灵魂（embodied soul）或有灵魂的身体（ensouled body），就不会只是静态而僵化界定的结构，而是自由且富创造的能动中心。

总而言之，在基督教的氛围中形成的西方人性观为：人的存在按其本性乃是一有身体的灵魂或有灵魂的身体，由上帝的灵构成、保持与拥有；在与人类同伴连成的社群性团体中生活，通过在物质世界中历史性的与有限的旅程，朝向超自然的终极目的。然而人们不禁要问，人的本性既为灵魂与肉体，活在时空中为历史群体的一员，为何他的人生旅程必然朝向一个目的，而这目的又是什么？回答此问题我们必须指出，西方思想传统中长期把人的本性理解为身体与灵魂、物质与灵性的二元结构，并认为其本身就是一个小宇宙，亦即整个宇宙综合的微型化。作为小宇宙的人的存在分享大宇宙中天与地的“双重秘密”：一方面，凭借身体，他在物质宇宙中深深植根，开始他的灵感、渴望和行动，从而在人生舞台上实现他作为人的存在；另一方面，凭借有灵性的灵魂，他又能够脱离时空的限制，投入超物质意义和价值的属灵世界中，这种灵魂的能动性驱使人不断成长和发展。人类的生活仿佛“两栖动物”，在物质与灵性的边缘，透过物质朝向超物质的自我实现。更具体而言，作为身体的灵魂，人受到居于其中的灵的驱动，去寻找创造他并赋予他灵的上帝。人凭借着本性的灵魂与身体，透过意志与行动，必然朝向并追求永恒、无限的

善——作为终极意义、价值与存在，那就是上帝。这也就解释了为何人基本上是一个宗教性的存在，在人的灵魂深处，永远有一个渴望朝见上帝的冲动。就如奥古斯丁所言：“我们为上帝所造，除非找着上帝，否则人永不安息。”¹⁷

三 作为实体的存在和位格

西方传统中，人们长期以来都以“实体”的观念来思考“存在”，对“位格”的反思也是如此。这可追溯到古希腊思想家。这种由亚里士多德及随后的哲学家们发展起来的实体概念认为：1. 实体拥有单靠其自身而存在的能力，它是具体的个体事物，而不是其他的一个部分；2. 实体是一个统一体，将任一时刻它所具有的各项特征、属性和性能连接在一起（拉丁文中 *substance* 的含义是“站在其下”，是其所有属性的最后载体）；3. 假如有变化，存在仍然维持为同一个体，其在变化中仍然在“数量上同一”，那段时间内该存在的延续核心就是实体。在自己内、而不是其他物体的一部分——“自在性”（*presence-in-itself* 或 *in-itselfness*）也许是实体最重要的含义，若失去“自在性”，该存在只能是其他存在的一部分或内存于其他存在之中。如此，任何存在得以存在的必要条件就不存在。

但“自在性”并不意味着这存在独立于其他事物，实体这概念最被人们忽略的层而就是其内在自我表现和自我传达活动的能动取向，这很大程度上归咎于人们忽视实体的关系向度。中古前的实体概念是嵌入行动和存在的关系网络中的，经院哲学¹⁸非常强调这样的两极：“自在的”和“向他的”、“自我占有”和“自我传达”。二者在现实存在中不可分离、相互补充，“自在”一极是“向他”的必要基点。而近代发展出来的实体概念丧失了实体“向他”或关系向度的视野，所留下的主导涵义便是笛卡尔式的，把实体视为“靠自身存在，无须他者只靠自身的存

在”¹⁹。笛卡尔的自我封闭的实体、洛克作为不可知基质的惰性实体以及休谟可分的实体所造成的一系列误解的实体概念——这种歪曲造成的后果是在近代本体论和位格性的哲学中，实体和关系概念愈相分离、日益对立，人们更认为实体的本体意义远远比关系来得重要。

我们认为，不仅需要从实体自在的角度、更要从关系的角度来思考存在和位格：实体性是存在的自在向度，关系性是存在的向他向度；两者相互补充，在存在的秩序上同等重要。实体和关系共同建构存在，位格是存在的最高状态。

四 作为自在的存在和位格

如果每一个存在首先是作为自在的存在，是依靠自身、“统一、同一、整全”的存在，那么，位格人同样如此。在位格存在中，这种“自在”有意识地以两种方式呈现和表达自身：作为自我意识的知识序列和自我决定的行动序列。

自我意识使位格存在意识到自己是主体，当人说“我”时——这个行为就是由自我意识产生的。这种“自在性”或自我意识的能力，首先是精神性的灵魂的功能，而不是物质性的身体的功能，因为物理材料占据空间，受物理规律支配，一种物理材料的一部分不可能与另一部分完全一致或等同；在自我意识的行为中，主体和客体是同一的，认知者和被认知的是完全一致的，自我意识只有在行为主体可以超越存在的物质样态时才可能。因此自我意识属于存在的精神样态。在非物质纯精神的存在形式如上帝和天使中，这种自在性是直接当下完全呈现的，但人的自在既不是直接当下的、也不是完全的，它必须受外界的激活，依靠来自外在世界的客体和存在物的感性刺激。因此，作为一个“我”对自我意识的直接意识依赖于遇到“他者”提供的呼唤，依赖“我—你”关系。所以，我们对于他者的意识先于

我们对自我的意识，与他人的关系先于我们意识到自己是存在^[10]。可以说，“自我意识”一词实在有点令人误解的成分。

“自我意识”贯穿位格人的整个生命，并且随着岁月的不断增长。这意味着旅行者的人（homo viator），我们不仅不断发现我们之外的世界、发现我们之内的世界，而且发现超越这些世界的“自有永有”终极实在或上帝。自我具有无尽的深度，正如德国神秘主义者西勒修斯（Angelus Silesius）的呼喊：人的深渊向在上帝的深渊呼叫：告诉我，哪一个更深？作为存在的人，在自我意识中寻找“我是谁”的答案时，他会开始询问“上帝是谁”这个问题。人越看清自己，就越能看清上帝。因此，中世纪著名神学家奥古斯丁宣称：认识上帝和认识自己是一体两面的事件，它们在一种启蒙和视界的交替螺旋上升中一起前进，并且相互说明。

位格存在的自在性也在自我决定的行为序列中体现出来，即通过自由意志，位格存在掌握或控制自己的行为。位格存在是一种自主的存在，通过这第二种样态，“我”对我自己的行为负责，自我决定通过自由产生道德责任。当一个人自由选择时，人不仅自由地决定某一特定的行为，同时也决定作为位格的我自身，我的行为展示我的位格：我是谁；每一个有意识、自由、负责任的选择行为也建构了我的位格。也就是说，关于我们自由选择行为的自我决定，不仅决定一个人的外在行动，而且决定一个人的存在样态，决定着自我；可以说行为的意向性有客体与主体两个方向，朝向对象的是客体性，朝向自我决定的是主体的意向性。不可否认，我们的智力和意志是有条件的，受许多外在于自我意识的东西：包括文化和家庭背景、儿时的经历、情绪、无意识的驱动以及各种肉体需要的制约，我们需要时日慢慢地才学会掌握控制所谓“自由选择”的选择。与自我意识一样，自我决定也是一个不断成长的、贯穿人生始终的。

总之，自我意识和自我决定是存在和位格的_{本体论}结构中两极之一：即位格的“自在性”或实体性的体现。位格所独有的个体性和内在性便驻留于此，自在性使自我免于与其他自我消融。

五 作为自我传达行动和关系中的位格和存在

我们现在探讨存在和位格的“向他”或“自我传达”的方面，即“在关系中的实体”的存在观。正如前面所说，13世纪经院哲学泰斗阿奎那重新建构“在关系中的实体”的概念，认为现实存在（或现存的存在）是内在活跃和自我传达的（self-communicating）。就运动而言，“每一实体为着运动而存在”，都朝向终极完善而运动着，存在物的任何运作和活动都是存在的自我传达的方式，因此“在可能的范围内，自我传达是每一实存的本性”^[11]，传达是有理性存在的本性，因为实存具有理性，所以传达总是不离其左右。与近代惰性、静止、孤立、封闭、不能认知的实体观念相反，亚氏的实体概念强调活动是实体体现存在和本质的方式，不是先存在，然后活动；而是存在就是行动。

阿奎那特别强调的每一存在所具有的能动的行动，其实就是自我传达。自我传达行动有两个原因：一是存在自身的贫乏，即缺乏实存的完满性，试图从周围的丰富性中丰富自己；二是存在自身丰富，愿意与周围的他者交流分享。如果有存在，存在就应该被看作是本性活跃的自我显现和自我传达。

如果自我传达是存在的一种本性，那么，接受性（receptivity）同样也应该是存在的另一种本性，因为传达是必须有接受才能完成的；自我传达和接受性是存在自身能动过程中两个不可分割、相辅相成的方面。现实存在或实体既是主动中心，也是受动中心。在施动与被动、给予与接受之中，作为实体的现实存在，自然会生成关系网络，每一实体都是与其他存在组成的关系之网

的中心。就如一个现实的存在不能没有行动，每一现实存在的实体性也不能没有关系性，这意味着所有的自我传达的存在都通过行动朝向其他存在的群体，这种行动成为存在间能动的结合。可见现实的存在有一种形成群体的自然倾向，存在就是共同存在，存在与群体是不可分开的。完满的存在就是关系中的实体。

由于位格是存在最高的、最集中的表达，而现实存在是自我传达、具有关系层面的实存，那么，成为位格就是自我的充分显现和传达，把自己的丰富性与他者分享，为位格提供内在发展动力，并与他者形成关系层面。

如前所述，位格人的自我意识的形成需要外在动力，其实位格人的关系向度也始于它的被动接受性。从个体心理学发展的角度看，位格人脱胎于胚胎、婴儿和幼儿，充满匮乏与需求，这里的起点就是接受性；当母亲与孩子建立关系，这个孩子逐渐成为一个“我”来回应作为“你”的母亲——在这个位格化的过程中，孩子的自我意识和回应能力开始实现；当孩子成熟时，位格的自我传达能力也越发成熟，孩子成为位格存在的强烈的形式，成为给予和接受的源泉。但位格性的发展不会消除接受性，因为接受性本身有积极的一面，正是这一面建构了位格存在的互惠的关系。同理，在朋友、夫妻等各种爱的模式，接受性也不能缺少；作为爱的本质的一部分，接受性具有积极完满存在的本体价值。

如果位格人因其自身的非完满性，在自我传达过程中向他者吸收以追求自我实现，那么，他在自我传达中也分享他者自我的丰富性。换言之，自我传达就以这样的方式成为爱。位格人的关系层面自然地产生各种人类的联系：孝敬、友爱和友谊，使位格最终成为在共享中的存在。关于存在、位格和共享之间的关系，有人说：“存在在其现实性中彻底展开，就是与他者共享生存；位格生命：自我意识、自由、与他者交流……就是这过程最

深刻和显明的体现，比如交流是不能取代的，这是存在自身的法则。”^[12]

总之，作为位格人，就是在这种接受与自我传达、给予和接纳的互惠关系中走向联合。所有存在，特别是位格人的存在之所以有如此的特性，是因为这也是最高存在的方式。使徒约翰说：“上帝是爱”；三位一体的教义表明，上帝的本性是爱的自我传达。作为神的肖像的人，也多少可以模糊地映照出作为爱的神圣存在的某些特性。“作为现实化的位格人，就是要成为一个爱者，过一种人与人之间彼此给予和接受的生活。”^[13]

六 结论：位格——关系中的实体

人的存在（位格人）和所有其他存在一样，总是遵循着“自在”和“向他”、实体性和关系性对立统一的辩证法。因此，位格人是实体和关系一种有生命的整合和统一。实体，作为位格的自在向度，通过自我意识和自主作为提供一个人在世界中持续在场的基础；而关系，作为位格的向他向度，通过自我传达和接受性提供一个人进入关系网络的基础。这两方面相互依赖：如果没有自在向度，就不可能有对他者的自我表达和自我显现的外向行为；另一方面，通过位格的关系向度，作为实体的自我从潜在性状态实现出来，实现其成熟状态。只有通过他者的中介，一个人才可以回到他自己，发现自身为自我意识的“我”、是唯一和独特的；只有当其他位格同样具有实现了的自我意识，在位格间性中待我像“你”一般，把我带进“我—你”关系，我才能完全意识到我是谁以及我是什么。作为一个位格，位格性只有在位格人之间和位格人与世界之间构成的基质中，通过对话和相遇产生。

一个位格生命的生长、发育和成熟，是在实体和关系的辩证法中展开的。位格成熟过程，不能单向沉迷于与他者的关系，位

格在回应他者的呼唤、走出自我、走向关系中的他者的同时，也要返回自我去评价“走出”这一行为对自我的意义、这个行为如何建立和丰富自我。我们越是认真地对待自我，我们也就越更自信地向他者开放；相应地，我们越真实地在他者面前呈现自我，我们也会越多地在自己面前呈现自己。实体性和关系性相互交替、相互丰富，是建立位格的过程。

当代一些思想往往只强调实体性和关系性这两种存在样式的一种。来自现象学派的思想倾向于排斥存在的实体性，支持关系性。以这种观点来看，存在只被还原为一种关系或一组关系，位格被纯粹当作关系的和位格间（interpersonal）的。现象学观点有两派：中庸的和激进的。那些持中庸观点的现象学家承认在位格的本体论结构中也许确有实体一极，但自在性或自我在场是由对他者的关系建构起来的，如小孩存在的位格性是通过母亲的关系建构的。但如果位格人是通过与他人 in 社群中的关系建构自己，那么人可以称自己为自主的存在，人是创造主。我们没有这种力量的简单证明就是，无论我们如何与一棵树建立关系，也不会给树带来位格人的本质；位格不是通过他者的关系建构而来的，而是通过他者的行动被唤醒，比如孩子在与母亲爱的关系中渐渐获得位格意识，但这是因为孩子自己存在中固有的、但还是潜在的位格本质的一种唤醒或实现；而母亲所做的不是建构孩子的位格，而是给予适当的刺激并使之由潜在而实现。自我意识只有在我—你相遇之后才产生，关系不是起关键的建构，而是起助之生成的作用。

激进的现象学者认为实体范畴不适宜描述人的存在，把位格人还原为一组没有主体依托的关系，现实存在成为纯粹的与他者的关系。如果从存在的本体论结构中消除实体，取消它的内在性、独特性和自在性，将存在设定为关系，比如 A 只是与 B 的关系、B 只是与 A 的关系，那么 A、B 两者都会消失在佛家式的

虚无中，变成完全清空了的在场。毕竟，A或B首先必须先是某一种现实存有，然后才能与其他的存有建立关系。这种还原似乎特别受到后现代解构主义思想家们的推崇，其后果便是：存在被剥夺其内在的自我，没有实在的东西可以与他者分享、从他者那里接受，关系中没有了必要对象。可以说，抛弃实体、支持关系的立场本身便是对关系的消解，最终是消解位格性；把实体视为活动性和接受性的中心，关系性和团体性自然产生，这就使得认为实体性和关系性之间是非此即彼的关系的观念不攻自破，最终使位格性成为可能。

作为存在样式的实体性是关系性的不可或缺的基础。关系意味着两个“被联系”者之间的联系，一个被联系者既不能等同于关系，也不能还原于关系，它只是这种建构中的一个部分，“没有一种关系可以靠自己作为支撑……必定有自在性的存在伴随其间并作为其间的基础”^[14]。实体的本体论作用是为存在的关系和其他性质提供永久的结合中心。但是，强调实体的必要性并不意味着贬低关系性；存在是实体，也是关系，事实上关系是实体的自我表达，即实体的目的和实现。

在西方，基督教神学人类学对人的位格性问题也有类似的想法。基督教的三位一体教义揭示，上帝是在三个位格的关系中构成的，因此，人的存在——作为在上帝的形象，也是按这种关系和实体双重结构的样态被造的。更由于基督教的创造教义认为人是上帝的创造，人的实体存在更是神一人关系的实质内容，美国基督教哲学家艾温斯（Stephen Evans）说：“人与上帝最基本的关系体现在创造中，上帝的创造是一个现实，不是一个幻觉。”^[15]说得明白些，正是上帝的创造才有人这个实体存在。通过创造性的关系，人成为在关系中的实体、位格性的存在。

下面，我们就以实体性和关系性相结合的角度来理解位格人，进一步分析位格人双重结构的多重向度、不同向度之间如何

联系，各向度如何建构一个既是实体亦有关系可能的位格人。特别是，我们将讨论人的生物性向度和心理向度，看它们如何建构人的身心合一的“实体性”核心。我们将看到所有生物的、心理的、关系的、时间的、末世的向度对于一个“双重”整体的位格人来说都是必不可少的部分。每一个向度在位格存在都扮演不同的角色；但也没有任何一个向度可以成为位格存在的唯一判准。

注 释：

[1] John T. Noonan, Jr., “An Almost Absolute Value in History”, in *The Morality of Abortion*, John T. Noonan, Jr., ed. (Cambridge MA: Harvard University Press, 1970), p. 51.

[2] W. Norris Clarke, S. J., “To Be is to Be Substance-in-Relation”, in *Metaphysics as Foundation*, Paul A. Boggaard and Gordon Treash, eds. (New York: State University of New York Press, 1993), pp. 164—181.

[3] C. Stephen Evans, “Human Persons as Substantial Achievers”, in *Philosophia Reformata*, 58 (1993), p. 108.

[4] W. Norris Clarke, S. J., *Person and Being* (Milwaukee, Marquette University Press, 1993), p. 25.

[5] Barth, *Church Dogmatics*, 3/2, Chpt. 46. 2 (Edinburgh: T&T Clark, 1960), p. 359.

[6] Barth, 同上书. 3/2, Chpt. 46. 3.

[7] St. Augustine, *The Confessions* (Westwood, N. J.: Christian Library, 1984), p. 5.

[8] 参见 Aquinas, *Summa Theological*, Pt. I Q. 29 Art. 4.

[9] 笛卡尔，转引 W. Norris Clarke, *Explorations in Metaphysics: Being-God-Person* (Notre Dame: university Press, 1994), p. 171.

[10] 参见 John McMurray, *Persons in Relation* (London: Humanities Press International, 1991), 尤其书中首 4 章。

[11] 参见 Aquinas, *Summa contra Gentiles*, BK III, ch. 26, BK I, ch. 45, BK III, ch. 113.

[12] W. Norris Clarke, S. J., *Person and Being* (Milwaukee, Marquette University Press, 1993), p. 82, 本章部分论证亦参阅这本书。

[13] 参阅 W. Norris Clarke, S. J., *Person and Being*, 同上书, 第 69—70 页。

[14] C. Stephen Evans, "Healing Old Wounds and Recovering Old Insights: Toward a Christian View of the Person for Today", in *Christian Faith in the Modern World*, Mark Noll and David Wells, eds. (Grand Rapids: Erdmans, 1988), pp. 68—86.

[15] C. Stephen Evans, "Human Person as Substantial Achievers", *Philosophia Reformata*, 58, No. 1 (1993), p. 102.

第二章

位格人的生物学向度

究竟是什么构成了生物性的人？西方生命伦理学派家们有比较一致的看法：具有确定其为人类物种的基因禀性的有机体，就是生物性的人。当男女的精子和卵子结合而形成 一个受精卵（这一过程通常需要 24—36 小时），一个具有独特基因特性的人的存在就出现了；给予适当的养育，受精卵将长成为个体，它就是 我们人类物种一员。人们承认人的胚胎、人的胎儿、幼婴以至成人都是“人”的存在，都具有区别于其他非人的物种特性。在需要器官移植时，他们的器官会成为首选，道理很简单：这些器官在生物上完全是人的器官，它们所含的基因质料能够最大限度地与受体的组织匹配。因此，基因派的代表人物约翰·努南（John Noonan）认为：“人性的标准是简明而概括的——如果你是为人 类的父母所生，那你就是一个人。”^[1]

但关键问题是：是否这些生物性的人类生命被赋予了生命的权利？一些人认为，这些生物人有完全的位格人的生存道德权利的说法很勉强。而基因派认为，生物性存在的基因禀性意义足以把人类的胚胎看作个体的人（位格人）的开始。努南是这种立场最著名的提倡者之一。他说：“受孕是人之为人的关键时刻，它的有效证据是：受孕时，这个新的存在接受了基因密码。正是这个基因信息决定了它的特性，它是人类智慧的可能携带者，它使自己成为一个能够自我进化的存在。一个有人类基因密码的存

在者就是人。”^[12] 努南的基因论得到格里森 (Germain Grisez) 的支持, “因为一个新的人类个体是从精子与卵子的结合体发展而来……如果我们要指出一个新的人类个体是从某一时刻开始的, 那么这一时刻应该是受精卵”^[13]。胚胎从受精卵的基因独一无二性基础之上发展而成为一个活的生命、人类个体, 因此, 他认为, 没有必然的理由去否认胚胎是一个人, 人们起码应该认为胚胎可能是人, 也可能不是人。

一 基因禀性的意义

一般说来, 坚持生物体接受了人类物种的基因禀性之时就是人的位格形成之时的基因论者, 他们特别强调基因的哲学性的意义。这种基因论有四个关键论点:

首先, 人类受精卵的基因独一无二性, 单细胞受精卵的倍数染色体具有基因的独一无二性 (除了同卵双胞胎)。来自于父母的染色体产生了一个具有基因独一无二性的受精卵, 这在人类生命的递接过程中具有非凡的生物学意义。再没有其他的生育过程具有如此的非连续性和独特性, 能够标示一个人人类个体生命的开始。“在这种观点看来, 大多数的人 (位格) 是从精子与卵子结合时开始的。”^[14]

第二, 人的受精卵的基因连续性, 受精卵的基因独一无二性传递给了未来的那个成年人。从受孕开始, 细胞的有丝分裂和多细胞分裂并不危及本体意义上的个体、胎儿、婴儿以及最终的那个成年人之间的基因连续性, 这为受精卵与由此发展出来的成年人之间在本体论和位格上的同一性提供了有力的支持。在双胞胎的例子中, 双胞胎在基因性上是同一的, 但那不是本体论意义上的同一, 因为后来发展中他们所接受的环境不一样, 从而有了两个不同的人, 具有各自独立的位格生命 (下文将要专门讨论双胞胎——这种概率为二百分之一的特殊情况)。但是, 由于在大多数情况下, 受精卵只产生出一个人人类个体生命, 这个受精卵完全

是独特的生命，有独立、自主的基因特性，它为自己后来发展为成年人设定了程序。在这种情况下，受精卵以及从其中发展而来的成年人拥有的基因上有着本体论的和位格的同一性。

也有人反对这种论点，认为只要在初始阶段存在着双胞胎的可能性，本体论的同一性就不能建立。但这种论证建立在一个错误的假设上，即认为所有受精卵都有成为双胞胎的有效潜质，除非有某种意外阻碍了它，这种潜质将会成为现实。科学事实似乎表明，所有的受精卵通常都积极地、连续性地发展成为单独的个体，双胞胎的事实至多表明某些早期胚胎在某些还未能解释的环境下，被动地分裂或是联合，能够发展成为一个双胞胎或是一个怪物什么的。这样的例外并不能否定受精卵与从它发展而成的成人具有在基因意义上或本体论意义上的同一性这样的结论。

第三，受精卵的自我发展能力。由于独特的基因禀性，设定在受精卵的遗传基因密码中有着一种内在的自然活动能力，从受孕开始控制与协调着所有系统的发展及分化过程。尽管受精卵的整体细胞依赖于母亲的存在，但它已显示出一个拥有内在生命的自主机体的所有特征，它的所有活动都是受某种内在有序方式的指引，指向它的生命持续和自我发展。从完全的受孕那一刻起，胚胎中基因密码不仅规定了未来发展的蓝图，而且使整个机体发展这种内在自然生命活力，因此我们有理由说，受精卵是个体人的开端，也即在基因和本体论意义上是一个活生生的人类个体的开端，其将持续于后续整个发展过程中。

最后，受精卵的本体论同一性。受精卵被赋予了持续发展成为一个成年人的能力，此受精卵在基因和本体论意义上都与未来它将成的那个成年人有同一的身份。支持这个论点的另一进路是诉诸“连续性”概念。如果我们回溯一个新生儿从受孕到出生的过程，我们就会看到：尽管由于新的器官的出现或新的组织的增加，这个新生儿在身体外表上会出现新的变化，但这个在发展

中的人的本性并没有丝毫更改，因为这些变化并不是本质性的东西，以至于我们可以说在某一个阶段有一个新的人出现了。换句话说，如果我们从一个成年人回溯到他的受孕时刻，我们不能证明在一个成年人、婴儿、胎儿和受精卵之间在身份上的差别。很简单，假如一个本体论意义上的个体在第一阶段就存在着，那么，就其发育和成长的阶段和程度而言，都不可能有任何形式会妨害甚至终止同一个个体人的持续存在。这个本体论意义上的个体人在受精卵中就已出现，并作为一个持续性的生存体不停地成长与生存，一直到死亡。1985年澳大利亚议会特别委员会通过的人类胚胎实验法也持有同样的结论：“……胚胎（或受精卵）也许可以被看作在基因上新的人的生命，一种朝向进一步发展的独特存在，……在生物性上是人类物种中的一个个体。”¹⁵

所有这些论证都支持受精卵的基因禀性足以成为人类位格性的开始。但并非所有人都能接受这种以生物学和基因论为基础的位格人的定义。有两种拒绝受精卵作为位格人的开端的观点：第一种观点认为，在人的受精卵中发现的独特的基因禀性并不足以建立从受精卵而成的人的本体论上的个体性。许多生物学证据表明，受精卵中的基因身份与其后来发展而成的那个成年人的本体论身份并不完全相同。我们把这种论点称为“基因与本体论连续性之非同一性论证”。第二种观点认为，没有证据可以证明受精卵的生理机体与其在未来所成为的那个成年人的心理经验之间有任何连续性。我们把第二种进路称为“基因与心理连续性的非同一性论证”。

二 基因与本体论连续性的非同一性论证

有人观察到，从精子穿透卵子的各层膜到融合精子和卵子两种细胞核物质，形成一种新的存在——一个双染色体的受精卵，这个配子配合的过程大约需要24—36个小时。在接下来的60个

小时内、从输卵管转移到子宫的过程中，3—4个细胞分裂过程接着发生，一直到8个细胞阶段。在受孕之后大约第6—7天的时候，这早期的胚胎（或前胚胎，有些人用这个词来指14天以前的胚胎发育过程，现在则被称为囊胚）达到子宫壁，并开始植入的过程，这一过程于第二个星期末完成，此时最初的子宫胎盘血液循环就建立起来了。与此着床过程同时进行着的是胚胎最初的细胞分化过程。分化为两种细胞类型：占据胚囊外壁并将成为胎盘组织的外胚层（trophectoderm），以及将会成为胚胎体的内部细胞群。在第二个星期的末尾，“原条”（primitive streak）开始出现，这是胚胎轴和胚胎体形成的最早迹象。内部细胞群继续分化为三个不同的层：外皮层（ectoderm）、内皮层（endoderm）和中皮层（mesoderm），它们最终形成胎儿的组织 and 器官。这分化过程最后完成于第三个星期的末尾。这时候，每一个细胞只行使它们由基因所规定的特性，其他的基因特性都被关闭，每个细胞的功能不再是全能的（totipotent）^[6]。

基于这种胚胎学的观察，萨农（Thomas A Shannon）和沃尔特（Allan B Wolter）反驳2—3个星期的受精卵或早期胚胎具有位格人的地位的论点，他们提出三个理由：（1）胚胎早期有分裂而成为双胞胎或结合生成某种非人类的活体（如胞囊 hydatidiform mole）的可能性；（2）早期胚胎细胞的全能性（totipotentiality）；（3）早期胚胎在发育过程中对母体基因信息非常依赖，以至于受精卵“既非自有也非自足的”。也就是说，受精卵不拥有完备的自足发展的基因信息，因此也就很可能缺少作为存在的完全性和自主性，缺少被传统观点看作是个体存在的能力的东西^[7]。我们对这些反对理由作出以下的反驳。

1. 受精卵依赖于母体基因物质

一个众所周知的生物学事实是，哺乳动物受精卵在第一至第二或第三个细胞分裂阶段，它的许多活动基本上依赖母体卵原初的 mRNA（信息核糖核酸，messenger ribonucleic acid）。这意味着包括人类在内的大多数动物，胚胎发育的最早阶段（2—3 天）受母体遗传信息所调控的。母体内的 mRNA 维持了早期胚胎（embryos）的大部分生化运动，这些 mRNA 一直起作用，直到它们被从早期胚胎的分裂球（blastomeres）释放出来的受精卵的副体（transcript）所替代。

因物种的不同，胚胎对母体 mRNAs 的依赖时间也不同。在老鼠那里，双细胞期后，新的胚胎基因便发挥功能；猪则是 4 个细胞期，羊是 8 个细胞期；人类在 4—8 个胚胎细胞分裂期间，胚胎基因开始有所展现，也就是受孕之后的 72 小时期间、生命开始的第三天。只有在胚胎基因的功能开始启动后，胚胎才开始接管基因的控制权并作为独特的基因个体而自主地行使功能。在此之前，胚胎表现出的一系列基因序列与母体基因相同。

有学者甚至指出，在胚胎的原条出现（第二周末）前，甚至在原肠胚（gastrulation）形成之后（第三周末前），孕体的所有内部活动仍未完全在胎儿产生的 mRNA 控制之下。因此，尽管受孕意味着新的基因组的产生，但并不必然意味着所有基因材料都在那个时刻激活了。在这样的基础上，另有学者推论说，受精卵仅是具有潜力获得发育信息的分子，它本身不拥有足以使受精卵发展为胚胎的分子^[8]。“受精卵的分子”与“受精卵之外的分子”之间必须有某种互动，只有互动后才会形成一种具有特定信息能力的分子。因此，尽管受精卵使人的存在成为可能，但是其自身并不拥有足够的信息，胚胎的形成依赖于一系列的活动，有些活动并不受受精卵基因程序的控制。

那么是否可以说，“在生理上，胚泡（blastocyst）在子宫内

只依赖于母体长成”^[9]？有一些实验证据可以说明问题。这些实验比较研究了由精子与卵子细胞非正常结合形成的鳃鼠胞囊与从不正常的生殖细胞中单性生殖分裂出来畸胎瘤（teratomas）之间的差异^[10]。研究者苏阿雷（Antoine Suarez）指出，这些不正常的发育均是由卵子中不完备的事件决定，不受任何母体信息的影响，胚胎是组织信息的唯一来源。因此，人的胚胎的生物学身份基本上依赖于胚胎自身的信息能力。即使是在正常的胚胎形成过程中发现包含某种母体 RNA 分子的组织信息，这并不能得出，受精卵（或早期的胚胎）是“基因沉默者”、被动地被母体信息分子控制着的结论。毫无疑问，母体的信息资源对受精卵/胚胎是可用的，而且也为后者所用，但是这些信息如何适应取决于机体自己的内在因素。直接地说，即使母体分子被利用了，也是受精卵/胚胎在决定如何利用它们。

应该说，“受精卵的发展在每一时刻都依赖于几个因素：其自身的基因信息密码的实现过程，在胚胎发育过程中出现的信息的实现，以及受精卵之外的外在（exogenous）信息”^[11]。受精卵、母体和胚胎发育过程本身这三方面都是胚胎发育的信息来源。这几个不同的基因信息来源之间有一种复杂的互动过程。这些母体与胎儿的互动开始于胚胎存在的第一天，并将持续于整个妊娠过程。胚胎的诞生和胎儿的发育一直是新生命与环境之间互动的结果。环境因素，包括母体分子，能够影响到机体发育的许多特点，但这并不就意味着母体的影响就是决定性的。受精卵/胚胎是它自身发展过程的基本组织者，胚胎部分地依赖于外在基因信息的事实，不会危及受精卵/胚胎作为全能、自主的人类个体的整体性。

2. 早期胚胎细胞的全能性（totipotentiality）

对受精卵和早期胚胎具有本体论上的个体地位这一结论，第

二项反对意见根据这样一个事实：在囊胚阶段（受孕后的4—6天中）之前，胚胎细胞还完全没有分化，它们还停留在全能状态中，若把胚胎细胞隔离开来，每一细胞有能力发育成一个全能、成熟的机体；直至胚胎发展至三个星期后的原肠胚阶段（gastrulation），所有的细胞就将按着确定的“命运”发展，至此全能受到限制。因此，这些学者认为，受孕的前三个星期内，不存在个体性¹²，受精卵在前三个星期内不具有个体性，不是位格人。

依此观点，只有细胞失去它们的全能能力，胚胎才应被赋予单独的个体性机体的地位。福特（Norman Ford）同意萨农和沃尔特的观点，认为全能状态的失去对确定一个实际的个体人在什么时候开始形成具有重要意义。只有当发育着的胚胎细胞失去了它们的全能状态时，才表明一个“特殊物种的个体化已经发生，即一个独特的多细胞，拥有赋予结构、器官和组织的异质部分的个体已经形成”¹³。受精卵和具有全能细胞的胚胎实际上具有发育成一个人或多于一个人的能力，因此，它们不能称为位格人。

与上述论调形成对照，其他的观点则对囊胚阶段细胞的全能潜力进行不同的哲学诠释，认为尽管有全能状态细胞的出现，其他的分子生物学、细胞学和形态学上的证据并不支持早期胚胎是未分化的存在物这种观点；毋宁说，细胞间和细胞内的分化活动从一开始就存在，并导致胚胎的完全分化和形成。有相当多的证据支持这种观点：细胞在双细胞阶段就已开始分化，在第三天8个细胞的细胞团形成之前，就已经能够观察到细胞间位置的区分，这表明在早期胚胎中已经有了不同的细胞功能¹⁴。在8个细胞阶段，当细胞团发生集聚的时候，这些细胞为了扩大细胞间的联系，已经发展有区别的粘连及细胞的内外极性¹⁵。这种细胞的内在分化活动和组织的发生远远早于胚胎原条的形成，它们是由受精卵和早期胚胎所决定与指导的，因而受精卵和早期胚胎

可以说是展示了一个具有内在目标导向的单一个体机体。“受孕完成以后的每一个阶段，机体目的论的规律都已经能动刻录在其中了。”^[16]

正是因为这个原因，有学者指责说^[17]，把早期胚胎细胞视为未分化者实在是一个倒退。受孕之初的单细胞受精卵在人的发育过程中其实是受规限的特定细胞，后来发展的分化细胞继续拥有受精卵细胞中所有的全部信息，所失去的不过是利用这信息的能力。这种“能力的失去”要归因于胚胎成长中的甲基化等过程。在此过程中，基因或启动或关闭，以使某些细胞的特殊化可以进一步得以实现。因此，正是受精卵拥有了关于人的最大的有用的信息量，拥有了具有指向性和决定性活动的最大完满性，它们甚至要比在后来任何细胞中发现的多得多。

扁形虫（flatworm）是一个特别的例证^[18]：如果我们把扁形虫切为两半，这两半最后会变为两个扁形虫。但在分裂之前，我们不会说原来的扁形虫不是一个单独的机体。这个例子表明，在一个整体（早期胚胎）分裂之前，它的某部分（早期胚胎的细胞）之具有全能潜力，不代表这些部分在那整体中不能担当特殊化的角色，因此细胞的全能性与分化并不必然是矛盾的^[19]，由此否定受精卵和早期胚胎的个体性是错误的。最近动物克隆试验成功，使用了从成年母羊的乳腺中完全分离出来的细胞核，这说明分化过程在某些特定环境下是可以逆转的。在这种情况下，我们很难说：供应成年体细胞核（而这细胞核又可还原到原初的全能性中去）的成年母羊不是一个个体的羊吧！

3. 早期胚胎细胞的非单一性

福特否定早期胚胎具有本体论上的个体性地位的另一个理由是：早期胚胎只是作为一个细胞束存在而已，几乎没有证据可以显示这个细胞束具备内在的单一性，而这是单一个体机体所应该

有的。到 8 个细胞阶段时，细胞之间还没有在后来 32 个细胞阶段所发现的把那些使细胞结合在一起“紧密连接点”（tight junctions）；福特更指出，在受精卵植床之前，8 个细胞中的每一个都能独自地获取营养，它以一种极有意义的方式显示出自主性。因此，“早期胚胎确实仅是一束特别的细胞而已，其中的每一个细胞以个别为中心组织起来的活的个体（或本体论意义的存在体），与其他同时紧包在透明细胞层（Zona pellucida）中的细胞仅有简单接触。用适于单个本体论个体的自然单一性去描述那个细胞束是不正确的”^[20]。

这样来理解透明细胞层的功能，福特的看法相当特别：细胞仅仅是在接触中、通过透明细胞层松散地结合在一起。大多数胚胎学家都不会认可这种观点。他们认为胚胎在植入子宫之前，早期胚胎细胞被包在透明的细胞层中，这个现象正是发育着的胚胎被限定、以单个机体和构造的方式存在的最重要标志。同时，实验照片提出的证据也与细胞束松散结合的观点不相符合：照片显示多细胞的胚胎紧紧地挤在一起，彼此限制着形状和位置^[21]。

事实上，透明细胞层及胎盘等组织源于胚胎而非源于母体；胚胎有能力策动有目的的活动，以保护自身作为单独机体的整合性。这种胚胎固有的目标导向能力，也是从更早期的胚胎细胞的基因受限制的过程和细胞的分化过程而来。没有证据表明这个过程是由母体的影响而产生的。实际上，生物学的证据表明：启动基因限制与细胞分化的时刻，是由发育胚胎内的一种本有的精确“时钟机制”所决定。这个为其自身分化而原有的胚胎“时钟机制”明确地表明：受精卵或早期胚胎是一个有着内在目标导向的实质性的整体，它保证并保持其自身作为一个完全的个体性机体的生长。

4. 双胞胎的可能性

福特、萨农和沃尔特用来否定受精卵和早期胚胎具有个体性的最有力证据，便是发生双胞胎的可能性以及在极少情况下出现的两个早期胚胎的联合。双胞胎可以在原肠胚阶段或更早些时候发生；在极少数情况下，也有可能两个胚胎合并而成一个活的胚胎。在此基础上，萨农和沃尔特主张：在原条出现之前，只要双胞胎仍能发生，所存在的就只是一个细胞群，而非一个单独的个体^[22]。福特更认为，双胞胎的发生说明早期胚胎不具有个体性和同一性，因为，如果一个细胞束真是一个多细胞的个体胚胎，那么胚胎在成为双胞胎的时候自然失去其个体性。但是福特显然意识到，在孪生过程之前生存着的个体，却在孪生过程中消失，也是极难自圆其说的，所以他主张：在孪生的机会还未完全消失之前，不存在一个本体论意义上的个体。这个说法更为合理。换句话说，如果一物能被分作两物和更多，那么，那种“可分的”物在分裂之前不能算是个体之物。

对这些观点我们有必要做些评论。第一，福特似乎假定了孪生的条件在所有胚胎发育成人的过程中总是存在的。换句话说，他似乎假定了每一个受精卵都有自然的和现实的成为双胞胎的潜能。但实际上单个受精卵成为双胞胎的情况是极少发生的，大约只有千分之三四，科学家也不清楚其中的机理。有实验显示，双胞胎的发生是由基因决定的，因此从怀孕开始双胞胎就已经潜在地作为两个个体而存在^[23]。这将大大削弱福特的观点。福特也承认双胞胎由基因而致的实验数据，但却把它作为不重要的证据而一笔带过。第二，单个受精卵双胞胎化的现象可以在14天阶段或原条形成以后发生，这就更使福特否认胚胎是个体的论断显得武断。第三，关于胚胎的再结合。多个受精卵或胚胎融合而成为一个嵌合体(chimera)的机会比一个胚胎分裂而成一个双胞胎的机会更少，胚胎再结合而成为一个单独的嵌合体只是在实验

室条件下发生过。这些事实充其量表明：胚胎具有一种调整能力，使其能够在受到损害时及时修补自身。换句话说，在实验室条件下形成一个嵌合体的可能性或许表明“嫁接”（grafting）、“移植”、“医治”及“再生”等等在早期胚胎中也是存在的，但是这些力量从没有自然地调集起来而形成一个嵌合体。人们需要认真地把一个星期胚胎会主动去做的与某些可能会被动地发生在它身上的事情区分起来。因此，我们说，尽管有孪生、嵌合体等事例，但大多数胎儿都是主动地从一个单独的受精卵发展而来，并发展成为一个个体的机体。

三 基因与心理学上连续性的非同一性主张

基因与心理连续性的非同一性的论证主要有两种，其一是二元论论证，其二是无主体论证。

1. 二元论观点

特勒（M. Tooley）在对人的位格的定义中特别排除作为机体的身体方面。他认为，胚胎/胎儿/婴儿不能被视为一个人，它们缺乏生命权利。他的第一个理由是，胎儿缺少自我意识能力（或其他的精神状态），但作为一个重要的论证，却连他自己也未能贯彻这个立场。他的第二个理由是，胚胎或胎儿与任何意识的主体之间没有同一性。对特勒而言，这是个更为关键的主张²⁴。换句话说，特勒认为，在胎儿以及由之发育为成年人间的基因连续性不具有本体论意义，而只有某种心理学上的连续性的本体论意义。他举例说，如果把一个暂时昏迷的人与一个胎儿作比较的话，前者仍然是人。因为，当被损害的大脑组织修复时，从昏迷状态苏醒过来的仍是同一的主体。但按特勒的观点，胎儿的情况却大为不同，因为暂时昏迷的人的生命若得到延续的话，他的意识主体能保持同一，主要是由诸如记忆之类的心理学上的联系建

立起来的；但维系一个胎儿与成年人之间的记忆却无法证明其存在，因而特勒认为人们不能断定他们是同一个意识主体，据此，胎儿的位格不能建立。顺理成章地推论，不能说毁灭胎儿就是破坏了胎儿发育成人可能性。

显然，特勒把胎儿的生理机体与后来发展的主体意识分离开来。他的理据是，尽管胎儿的生理机体会在时间中持续存在，但是意识主体在该时间段的持续性还没有被证实。特勒坚持的就是二元论的观点：生理机体和意识主体是相互区别的，它们是两种不同的东西，前者的存在并不必然蕴含后者的存在。

里尔（Patrick Lee）从分析知觉现象出发，提出一种令人信服的例证来反驳这种二元论^[25]：第一，在人类的理解、感知/知觉活动中，由于是同一个“我”，所以可以假定在这些活动中存在着一致性；第二，感知是一个身体的行动（不同于笛卡尔关于认知是一种纯粹的心灵事件的观点），因为感知是身体—主体与周围世界互动的一种功能，这也是一种心理—身体的行动；第三，如果感知是一种身体和机体的行为，那么，感知也必然是一种身体（有机体）的事情。综合这三个步骤，我们得出一个结论：理解着的人与感知着的人是同一个，又因为感知着的人是一个有身体的有机体，于是，那个理解着的人（也是有自我意识的“我”）也就是一个有身体的有机体。这个论证以分析性的方式表达了一种普通人的经验：作为经验主体的我们，其感知与经验依赖于我们的身体。从某种意义上说，正是我们身体在感觉、看、触摸，尽管这些感知依赖于意识主体来理解、赋予意义。

一旦我们将身体作为主体，那么，要么我们将身体看作是与那个我所意识到的“我”是同一个主体，要么我们将身体看作是与意识不同的两个主体。后一种观点实际上是特勒的二元论的延伸：作为意识主体的位格，在某种程度上与人的机体相联系，但同时是可以在其之外的。这种笛卡尔主义的立场站不住脚，因

为它意味着可以有没有经验、与身体无关的意识，以及有经验而无意识的身体。另外，如果人的位格在本质上包含了身体的机体，我们就得承认，人的机体和人的位格是在同一时刻诞生的^[26]。

最后我们只能作出这样的结论：我的身体是我的主体性的必要条件，是位格“我”的不可分割的一部分。这意味着人的身体是人的位格的一部分。因此，人的位格是与始于受精卵的人的生理机体同一的。

2. “无主体”观点

“无主体”的观点就是：把人看作是一个心理经验的连续体，而非是意识经验后面的主体。西方哲学中有一种开始于休谟的传统，从詹姆斯到罗素都受其影响；它主张人（位格）是一系列的经验或“一条意识链”，其本身就是特定的心理学关系或连续性，而不是在意识或经验之下的一个主体或实体^[27]。这一系列经验通过记忆连接在一起，构成位格人；由于这些心理学的连续性不追溯到胎儿，所以胎儿还不能说就是位格人。

这种把位格人的身份建立在心理连续性基础上的进路，否定了位格是生理体机体、身体主体，乃至否认位格是一个主体。因此，这种进路被称“无主体的观点”。这观点忽视了这样一个事实，就是任何真实的经验都会涉及某种的行为，行为必然有行为者。这可以在人的日常经验中得到验证：那个意愿、决定、理解和写作这篇文章的“我”，与整个下午（时间）坐在桌前（空间）的那个持续着的是同一个“我”；换句话说，对意愿、决定和写作等经验的直接意识，要求一个存在的“我”在时空中以行动者持续着，而不仅仅是一系列经验、事件或实践的惰性载体。所以人们会说人不仅仅是生理机体，而且还是一种持续性的实体，是在时空中通过行为产生经验的行动者。当人意识到自己

为行为者的时候，也正是人最能感知到的自身同一性的时候。一个人就是一个特定类型的行为者。在某种特定环境下，它将以某种方式行动或反应。这意味着：位格人就是不同行动和事件中持续着的实体或主体。如果位格人是在时空中持续着的实体或主体，那么，一个位格人在本质上就是一个生理机体。当人的生理机体出现时，位格也就同时出现了。

不管是二元论还是“无主体”论，都是站不住脚的。发育着的位格人是连续的——这不仅在哲学上可以成立，而且也与人的日常经验相符合。一般人都不会否认：尽管新生儿还没有发展出成熟的理性或其他心理状态（如自我意识或记忆），但他们是位格人。这种认识的基础在于：正是这个新生的个体逐渐发育成长为成年人的个体。我们不会怀疑现在的我与多年以前出生的我是同一个人，没有什么哲学的定义能否认这个经验事实。一个受精卵、胎儿的成长发育是人（位格）向着成熟的成长发育，而不是从“某物”中发育和成长为人或位格；发育着的受精卵、胎儿或婴儿逐渐实现其自然的潜能，完全地表现出其早已有的特性，而不是发育和成熟为其他的什么东西。不管是在基因意义上，还是在本体论意义上，受精卵、胎儿和婴儿都是同一个人，且在不同的发育成长阶段都具有持续性。基于人类受精卵的基因独一无二性和连续性，本体论意义上的同一性和连续性，以及她内在的自我发展能力，我们可以从纯粹的生物学角度把受精卵的生理机体看作一个有发展潜质的位格人，而不仅仅是一个潜在的位格人。生命是能动的而非静止的实在，生命在诞生之后将持续地发展、变化和生长。

四 人之身体的意义

现代人拒绝将生物学向度作为位格人标志的倾向，有非常深的思想渊源。传统一直把身体视为可以摆脱的东西，摆脱不了就

要修炼。柏拉图的灵魂需脱离肉体而获取自由的理论影响深远。在这悠久的传统中，人越是能使他自己从身体中分离出来，人就越被说成是自由的。人的自由仿佛是与其从身体中分离出来的程度成正比。德国神学家莫尔曼（J. Moltmann）评论说，这种倾向很显然是“西方世界中对自由观念的理解的本质因素”¹²⁸。

现代西方文化还深受学者们所说的“经验唯物主义”影响，更是贬低人的身体。这一唯物主义的分支，主要是受包括培根、洛克和笛卡尔等人在内的启蒙运动哲学家的影响。培根的影响主要是他的“去神化的”自然，揭去自然的神秘面纱，使人类能够探索、理解、掌握和控制自然；人的身体是作为遵循自然规律的自然一部分来行为的，所以它属于自然的领域，因此也应接受同样的对待方式。笛卡尔把身体解释为机器的观点强化了身体作为纯粹物质的经验主义身体观，这样的身体能够被机械地理解并被灵魂所控制。洛克提出，如果人的身体基本上是自然的纯粹物质，那么把它放在产权的范式下来对待最为适宜，然而洛克发展出来的关于产权的范式是用来对待其他非生命客体的。这些启蒙运动的哲学框架加强了这样的看法：身体是道德中立的，对身体的任何伦理的反思都是不必要的和多余的。

但从另一方面来看，特别是在本世纪，现象学家和女性主义思想家们提出了从不同的道德角度看待身体的进路。现象学家注意到，人的身体不是惰性物质，身体的存在永远是处在与自我的特定关系之中。对自我而言，身体的经验既熟悉又陌生，既是我的又是他的，既是亲密的也是异在的。扎纳（R. Zaner）称这种现象为一种辩证法现象，这种现象正是人的“被经验的身体”（body-as-experienced）的核心²⁹。尽管我们对自己身体的体验还不是太明确，但现象学家们强调，正是人的身体提供了人类基本感知的条件，是身体昭示了人的出现，它在人每天生活中表达感情、意愿、意向和行动，因而我们不能轻易说人的身体在道德上

是中立的。

1. 女权主义与身体

在最近二十年，女性主义者分外青睐身体的道德价值理论，并对其进一步的阐述。在以抗议性别歧视为基本主题的作品中，她们假定理性是男性化的，是与情绪、同情心、关系等专属女性的特点相对立的；她们特别批判性别二元论：把男人看作是主宰、把女人看作是附庸的观点；同时她们也拒斥与此相关的精神二元论：把精神视作男人的力量，来控制作为身体的女人。女性主义认为近代文化中笛卡尔主义和其他的二元论思想是西方思想中的畸形物，它们一味轻视身体的重要性，贬低身体的许多功能，而这些功能（如生育、扶养和照顾等等）在传统上正是与女人联系在一起，吉丽甘（Carol Gilligan）的《不同的声音》就是这种女性主义思想的代表作^[30]，反映了女性主义对站不住脚的二元论假设的强烈抗议，因为二元论假设轻视身体以及身体的经验，只重视心灵及其认知功能；女权主义主张位格及身体在本质上唇齿相依，她们把身体视为任何位格定义的必要条件，对人的尊重必然隐含了对人的身体的尊重。

这种观点不仅唤起人们对原来属于妇女的一些角色（如抚育和喂养）进行重新评价，还号召人们修正传统的道德理论，传统道德理论不惜以贬低身体经验的境遇性和偶然性因素为代价，赋予理性的非时间性、普遍真理性以更高的地位。这种观点也对一些医学过程提出了道德质疑，尤其是某些外科整容手术。这种手术为了一些狭隘的社会流行的、关于身体美的标准模式而改变女人身体外表。这种质疑波及一些更为合法的女性医疗范围（如生育领域，特别是通过辅助的生殖技术来补救的那些不育症病例），女性主义者敏感地觉察到：由于医疗世界很大程度上仍然为男性所把持，有利于妇女的标准无法由女人设定。虽然这些意识可能

只是部分地正确，但还是促使女性主义者坚持：作为身体的自我，人应该对其自己的身体负责；医生的角色，无论事实上是否是由男人主宰，他只是为“病”人提供建议和帮助以照料他们自己的身体；那种由医疗人员完全掌握和控制人的身体的“服务”，在伦理上是有疑问的^[31]。

尽管这种观点是以女性主义修辞来表达的，但它肯定了我们这样一种常识：身体在位格人生命中发挥的不仅仅是工具的功能。随着我们关于身体方面知识（尤其是在基因领域）的迅速增长，人们对身体的认识也越深；当身体的一部分衰竭、受侵犯或受损的时候，我们很难感到自己是一个完整的人；在远古的各种文化中，人类对遗体保持着一种近乎令人费解的敬畏态度。这个事实表明，人们在人的身体中感受到一种特殊的意义；如果遗体都值得如此的尊重，那么活着的身体就不止是一种客体，它们还是我们生命的一部分。

通过决定自我何时做些什么，我们来组织时间；通过决定何地发生活动，我们来组织空间；通过组织时间与空间，身体成为我们活动与经验的中心；通过身体，位格人成为世界的中心^[32]。

2. 身体作为人的存在与行动的基础

我们生活在一个空间的世界里，在某种程度上我们通过身体而置身于世界之中，我们是空间的存在者，身体的位置总是参照其他物体，介词的使用说明了这样一个事实：我们的身体是一个中心，那些外在于我们的物体围绕着它而在空间上得到组织。这也意味着身体是我们存在的原初所在，身体使我们置身于世界中，并把我们的展示给世界，使我们成为世界的一部分。

进一步而言，人作为这个世界上的位格的行为者，身体也必然是行为者发起行动的地方。它是个人行动与经验的中心。前文我们曾经用这个重要的事实来反驳那种把人仅仅看作经验汇集

的“无主体的”观点。作为行动者的位格存在意味着我们的身体有其自身的内在意义：它确定了人在场和行动的所在。正是身体极富意义地成全了人的实体的“自在”方面，为人或位格的“自我存在”提供了基础。正因为如此，基督教传统强调道成肉身的特别意义，通过圣言的肉体化，他的独子、神圣的存在置身世界之中。人的存在不能没有身体，身体把位格人定位在世界，就如锚把船定位在海中一样。

3. 身体作为人的身份、个殊性及自我意识的基础

作为人的经验中心，身体是世界其他客体被认知的中介；同时，身体通过被经验成“我的”身体，而与客体区分开来。换句话说，有一些特定的经验只有在自己的身体中才会发生，如饥饿、疼痛之类，因为只能通过我们自己特定的身体才能经验它们，因此，男性身体或者女性身体就显得很重要。我们能感知到身体及其器官可以满足它们的需要和能量，协调那些有时冲突的能量；只有在这种动态过程中，人才会成为他自己，人首先是与他或她自己的身体建立联系。在这种与身体的同一和谐关系中，人才会产生自我身份，发现自身的可可靠性。在患了某些严重疾病（特别是慢性病）或是在残疾的状态下，身体的功能受到危及，人会丧失其对自己身体的认同；他与自己的身体异化了，人会不信赖自己的身体，甚至视其为敌人^[33]。

一般说来，无论身体的情况如何，一个位格的身体都会由于那特别的“我的”经验而被单独挑选出来。当别人打我脸时，我不会说“为什么你打我的身体”，而是说：“为什么你打我？”身体具有给予位格人这种独特性的能力，因为只有通过这个特定的身体，人才会经验到其他一切东西。在某种程度上，我们拥有共同的思想、观念、信念、价值等等，但是我们不能也不会享有共同的身体。我们的身体是人的这样一个向度，它赋予我们以个

殊性和独特性，它赋予每一个位格以“我的”的感觉。我们开始意识到独立的自我决定过程，并不只是灵魂的功能，它也涉及身体；我们的生命就是自然肉体的独立生命，我们所做的任何行动既是非物质性的灵魂所为，也是物质性身体所为。离开物质性身体，我们就无法认识不同于我们的客体，不能区分自我与作为客体的他者，也不能认识自我为主体。身体给我们以自我知识，对自我意识及个性的形成具有关键作用。即使有发展及退化过程带来的种种变化，身体仍然是位格人的身份最强有力的标志。

4. 作为关系基础的身体

身体不仅置我们于时空世界中，身体还让我们与他人发生关系，向他人表达自己。作为时空中的存在，我们以身体为中介，不断寻求组织一种“自我存在”，并延伸和指向其他人和其他客体。如在上文所述，人是通过身体建立关系的。所有存在物都有指向他者的本有特性，即对其他存在和客体的开放性。这种开放性使身体在生活中成为位格的投射。因为有身体、有需求，所以位格才有开放性，需求性是解释所有存在自我交流特性的两大原因之一；由于需求，人类的身体本性极大地强化了身体化存在的自我交流方面。我们身体上的欲求和需要限制了我们存在的独立性，身体自己不能依靠自己来维持自己，它总是需要依赖自我之外的东西。

大多数位格活动投射也反映了身体的感觉，身体的感觉反过来会影响我们对外在世界的反应；对身体的厌恶或许会转变为对外在世界的厌恶，对我们身体的自豪或许会反映我们对外在世界同样的感觉。外在世界变成了身体之意愿、需要和感觉的延伸。因此，正是身体因素对位格的社会性/关系性的向度做出了贡献；若没有身体向度，世上任何一种位格关系都不能实现。“社会与交往的可能性首先植根于人类机体的物质组织方面”¹³⁴，尽管位

格人的身体并不能因此归于一种物理性客体。

5. 身体作为性的基础

每个人都有男性或女性的身体，其中的区分就是性别。性是人的—种特别能力，不同于其他动物的性，它能使我们通过身体，并在身体中进行给予爱和接受爱的活动。人的性别深刻而清楚地揭示了位格人的关系性，因为它涉及位格的给予和接受。身体的性活动实现了爱人之间的分享和馈赠，当人的性通过身体而交流的时候，其活动并不仅仅限制在性器官上；性是—种—种能力，只有当整个身体的位格都卷入时，它才得到完全的表达，因此，人的性是—完全位格化的，它涉及身体、心理和精神的各个方面。这更突出了身体作为位格不可分割的一部分的意义。

当人的性通过生育子孙后代来表达时，它使两个人—起进行伙伴的平等分享去“产生”—个新的生命。它使两个位格的能力得到表达——“成为永远的礼物，—个—个儿童个体的产生意味着其成了—个创造性的‘第三者’，是自我的完全地表达，也是自我无保留的接受”^[35]。这种具有生殖目的的性表达，使得—个人得以在他—人身体中体验肌肤之亲。此外，它带给受孕妇女—种独特的经验，为—个新生命提供寄居之地。正是通过以身体为中介的性活动，我们与—他者得以亲密无间地分享彼此。

6. 作为交流基础的身体

作为关系性的存在，我们通过语言来交流；但是我们身体本身就—种语言的形式，可以说，我们也通过身体交流。身体将我们带—世界，人们可通过身体的普遍语言（如微笑、扮鬼脸）共享意义。哑剧的效果正说明身体语言的普遍性，我们的身体是语词。身体总是在交流着某些意义，成为有含义的身体是我们的本性。

在某种意义上，身体先于词语。我们甚至在掌握语言性技巧

之前就学会了这种交流。婴儿就是通过他们的“身体词语”来表达他们的安全需要的，而母亲也通过同样的方式来给予他们可信赖的保护；成年人通过身体语言可以同样有效地表达自己的意愿。一个位格人并不只是使用词语，他就是一个词。词语是身体的延伸，而作为身体的延伸，词语像身体一样发挥着在世界中建构自我、传达我们存在的作用。当我们的身体与词语相冲突时，位格就变成无效的了。我们可以是我们的语言，因为我们首先是我们的身体。

7. 作为位格历史基础的身体

身体构成了一个位格人的历史。我们通过身体置身于时空世界中，身体的时间性是与过去历史、现在的状态和对未来的希望与承诺相连的，生命是我们过去、现在和未来的连续综合。我们的日常经验肯定一切真正位格的事件都是时间性的，而一切对我们最具时间意义的事情都是位格的，位格是彻底时间性的存在。但是，正因为我们的物质性和身体的本性，时间向度才成为我们的存在建构性的一部分。正如兰赛（Paul Ramsay）说：作为一个有灵魂的身体，我们的生命具有身体的外形和轨迹^[36]，这个自然的轨迹为位格人提供了历史和命运：身体的生长发育经过青年到成年，又经历衰老直至最后的死亡，是身体化自我的命运，也是一个人的位格历史不可分割的一部分；同样地，位格的历史首先是以我们身体与父母的天然联系为标志，从他们那里我们得以出生，也获得了家族的历史和身份。在时间中，我们与他人建立起更具身体性的联系，包括与配偶、孩子、工作的同事以及生活社区中的邻里的关系，这些使我们形成自己的历史、传记。这样，在位格人与他身体生命的自然轨道之间就有了深深的、不可割断的联系。也许我们的身体不具完美的外形，也许我们希望有一个不同的轨迹，但是我们绝不会完全超越尘世生命中这个身体

的历史和命运。作为身体，我们置于时间、空间和关系中，这一切又构筑了历史。作为一个有灵魂的身体，我们或许会在某种程度上超越这些限度，但我们只能作为身体化的灵魂来超越，我们的位格不能与身体及其自然的轨迹相分离。作为一个身体化的灵魂和灵魂化的身体，我们既塑造历史，也被历史塑造。

人性的身体化也极富道德意义，因为它赋予位格很强的价值感。人的身体化正是“位格人不可侵犯的道德感的根基”^[37]。如果我们在某种程度上不能在身体上体验到正义或非正义、希望或无望，那么，这些道德术语就是抽象和不真实的^[38]。对位格人的生物学向度——身体的认识直接影响着人们的医疗态度。比如，伦理学家瓦特斯（James Walters）注意到，美国公众相对容易接受早期胎儿的流产，但是却坚决反对杀死极度残疾的新生儿，尽管根据自我意识的标准，这两者都还不具位格性。因此，他分析说，这是因为在社会公众的心目中，所杀的是胎儿还是新生儿是至关重要的，而这种区分无非是二者的身体发育的差异。³⁹但是，我们也得再强调，从胚胎到胎儿、再到蹒跚学步的婴儿，身体上的发育具有道德相关性，这不仅是因为身体逐渐成熟的关系，而更是因为人的身体成长同时也是位格身体化历史逐渐增强的标志，而它最终包含了位格生命的全部。随着B超技术的发展，胎儿的特征和一举一动可以被清楚地观察到，胎儿显得越来越像一个婴儿。因胎儿身体的移动而造成的孕妇“颤动”的经验，一直有着非同寻常的意义：胎儿已不仅仅是一个只能被想像和梦见的存在，而是一个能触觉的实在了；腹中的胎儿针对母亲不同的情绪也有情绪的反应，甚至可以和母亲“玩耍”。尽管这些事实也许有些夸张之处，但人们无法否定胎儿身体拥有道德与情感的双重意义。

总之，身体的意义解释了如下的一个事实：所有医疗过程，不管它们是诊断性的还是治疗性医疗，不管是介入人性的还是侵扰

性的，只要涉及了身体化的位格人，那么，就带有深刻的道德情感。毕竟，对我们的身体所做的任何事，也是对我们所做之事。尽管现代医学对待疾病和身体有根深蒂固的偏见，但人类是身体化的人这个事实，还是在本质上使医学成为了一种关乎价值和道德的事业。西方的生命伦理学建构在这样一种哲学框架中，即把人还原为一种心理能力的存在，不把身体作为道德与伦理反思的一部分，而诸如基因筛选和治疗之类的医学技术则愈来愈发挥着规范性的功能，决定着生命的价值、人类的特质，甚至决定哪一个生命该存活，哪一个生命不可活。明显地，在哲学、生命伦理学以心理功能来界定人的定义的同时，医学科技却是主要通过改变身体来重新界定人的本质。

注 释：

[1] John T. Noonan, Jr., "An Almost Absolute Value in History," in *The Morality of Abortion*, John T. Noonan, Jr., ed. (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970), p. 51.

[2] Ibid., p. 57.

[3] Germain Grisez, *Abortion, the Myths, the Realities, and the Arguments* (New York: Corpus Books, 1970), p. 14.

[4] Germain Grisez, "When Do People Begin?" *Proceedings of the American Catholic Philosophical Association*, 63 (1989): 28.

[5] Australian Government, quoted from Norman M. Ford, *When Did I Begin?* (Cambridge: Cambridge University Press, 1988), p. 179.

[6] Thomas A. Shannon and Allan B. Wolter, "Reflections on the moral/status of the Pre-embryo," in *Theological Studies*, 51 (1990): 603—626.

[7] 前引注。

[8] André E. Hellegers, "Fetal Development," in *Theological Studies*, 31 (1970): 3—5. 以及 C. A. Bedate and H. C. Cefalo, "The Zygote: To Be or Not to Be a Person," in *Journal of Medicine and Philosophy*, 14 (1989): 642—643.

[9] Bedate and R. C. Cefalo, "The Zygote: To Be or Not to Be a Person," in *Journal*

of Medicine and Philosophy, 14 (1989): 643.

[10] Antoine Suarez, "Hydatidiform Moles and Teratomas Confirm the Human Identity of the Preimplantation Embryo," in *Journal of Medicine and Philosophy*, 15 (1990): 627—635.

[11] Shannon and Wolter, "Reflections on the moral/status of the Pre-embryo," *op. cit.*, p. 608.

[12] Shannon and Wolter, "Reflections on the moral/status of the Pre-embryo," *op. cit.*, p. 613.

[13] Norman M. Ford, *When Did I Begin?* (Cambridge: Cambridge University Press, 1988), p. 135.

[14] C. R. Austin, *Human embryos: The Debate on Assisted Reproduction* (Oxford: Oxford University Press, 1989), pp. 10—11.

[15] William J. Larsen, *Human Embryology* (New York: Churchill Livingstone, 1993), p. 19.

[16] Teresa Iglesias, "What kind of Being is the Human Embryo?" in *Embryos and Ethics: The Warnock Report in Debate*, Nigel M de S. Cameron, ed. (Edinburgh: Rutherford House, 1987), p. 70.

[17] Diane Nutwell-Irving, "Scientific and Philosophical Expertise: An Evaluation of the Arguments on Personhood," in *Linacre Quarterly*, 60 (Feb. 1993): 18—46.

[18] Patrick Lee, *Abortion and Unborn Human Life*, (Washington DC: The Catholic University of America Press, 1996), pp. 94—95.

[19] I. Wilmut, A. E. Schnieke, J. McWhir, A. J. Kind and K. H. S. Campbell, "Viable offspring derived from fetal and adult mammalian cells," *Nature*, 385 (Feb. 27, 1997): 810—813.

[20] Ford, *When did I Begin?*, *op. cit.*, p. 139.

[21] 反对 Ford 的理由见 Anthony Fisher, "'When Did I Begin?' Revisited," in *Linacre Quarterly* 58 (1991), p. 60。

[22] Shannon and Wolter, "Reflections on the Moral Status of the Pre-Embryo," *op. cit.*, p. 612.

[23] Teresa Iglesias, "What kind of Being in the Human Embryo?" *op. cit.* p. 69.

[24] Michael Toolcy, *Abortion and Infanticide* (New York: Oxford University Press, 1983), pp. 118—121.

[25] Patrick Lee, *Abortion and Unborn Human Life* (Washington DC: The Catholic U-

niversity of America Press, 1996), pp. 32—33.

[26] Patrick Lee, *op. cit.* p. 37.

[27] 见后文“位格的心理向度”。

[28] Jürgen Moltmann, *God in Creation* (San Francisco: Harper Collins, 1991), p. 244.

[29] Richard Zaner, “Body—I. Embodiment: The Phenomenological Tradition,” in *Encyclopedia of Bioethics*, Vol. 1, Warren T. Reich, editor-in-chief, (New York: Simon & Schuster Macmillan, 1995), p. 292. For detail see Richard Zaner, *The Context of Self: A Phenomenological Inquiry Using Medicine as a Clue* (Athens: Ohio University Press, 1980).

[30] Carol Gilligan, *In A Different Voice* (Harvard: Harvard University Press, 1982).

[31] Christine E. Gudorf, “A Feminist Critique of Biomedical Principlism,” in *A Matter of Principles? Ferment in U. S. bioethics*, Edwin R. DuBose Ron Hamel, Laurence J. O’Connell, eds. (Valley Forge: Trinity Press Int., 1994), pp. 164—181.

[32] 后文的论述受下书影响。Arthur A. Vogel, *God’s Presence in Man’s World* (London: Geoffrey Chapman, 1973)。

[33] Eric J. Casell, *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (Oxford: Oxford University Press, 1991), Chps. 3 and 4.

[34] Alistair McFadyen, *The Call to Personhood: A Christian Theory of the Individual in Social Relationships* (Cambridge: Cambridge University Press, 1990), p. 77.

[35] Mary Timothy Prokes, FSE, *Toward a Theology of the Body* (Grand Rapids: Eerdmans, 1996), p. 95.

[36] Paul Ramsey, *The Patient as Person* (New Haven: Yale University Press, 1970), p. xiii.

[37] Zaner, “Body-Embodiment: The Phenomenological Tradition”, *op. cit.*, p. 297.

[38] James B. Nelson, *Body Theology* (Louisville: John Knox Press, 1992), p. 43.

[39] James W. Walters, *What Is a Person? An Ethical Exploration* (Chicago: University of Illinois Press, 1997), p. 68.

第三章

人的位格性的心理向度

生命伦理学的先驱之一弗莱彻（Joseph Fletcher）认为：“……大脑皮层的功能对人来说非常关键，是本质特征，是人的必要条件。”^[1]反映出西方思想中以人的心理，特别是理性功能来界定人的位格性的倾向。

为什么我们时代的生命伦理学家们如此专注于人的理性以至于它被用作位格性的唯一标准？另一位生命伦理学的先驱兰赛（Paul Ramsey）在他备受赞誉的著作《作为位格的病人》中，确定了这种关注的起源，并以位格的概念来捍卫病人自主和自决的权利。在实践的意义上，这种捍卫被诠释成：对病人所作的包括治疗和实验在内的一切行为，必须向他们预先清楚说明，并得到他们的明确同意（知情同意原则）。换句话说，对位格观念的强调起了一种保护的作用，使病人免受虐待行为，对现代医学科技中的功利主义偏见提供了一种康德式的检测。但是为了能接受告知，位格必须具备认知的能力，因此，认知能力成了定义位格性的必要条件。

一 哲学中的传统

1. 笛卡尔

将自我视为思维实体的传统历史悠久，可以追溯到古希腊哲学，并在“近代思想之父”笛卡尔（1596—1650）的思想里达

到顶峰，他明确地表述说“*cogito ergo sum*”，即“我思故我在”。然而，我们看到笛卡尔在追求真理的过程中，是通过普遍怀疑发现自我确定性的。他用“方法论的怀疑”，一步一步地排除了感性经验、几何学理性、证明与判断的确定性；他推断说：“因为在我们清醒的时候所拥有的一切思想和概念，在我们睡觉的时候也可能会闯进来，而它们又无一可被确定；所以，我执意要作这样一个假定——进入我的心灵的所有一切并不比梦象更真实。”²这就把笛卡尔引导到如下的结论上来：当他怀疑（也就是思想）一切的时候，唯一不可怀疑的就是怀疑（思想）者我。如果我怀疑，无疑我就存在。如笛卡尔所评论的：“我注意到：当我设想所有的一切都是虚假的时候，我却可以绝对肯定那个正在思想着这一切的我应该是某物。”³我思故我在（*Cogito, ergo sum*）——笛卡尔视之为哲学的第一原理，这一原理“如此地确定无误，以至于怀疑论者所作的任何过度的假定都于其毫发无损……”⁴在此基础之上，笛卡尔断定人就是那思想者，即，心灵，心灵的实体（笛卡尔又之为灵魂，以便使他那个时代的听众能够明白）。

在笛卡尔看来，此心灵实体或心灵并不依赖肉体而存在，前者不仅与身体迥异，且特立独行；甚至当身体消灭后，灵魂依旧存在。于是，灵魂之非物质性为位格的不朽提供了基础。用笛卡尔自己的话来说：“我知道我是一实体，其本性为思，其存在无须空间，亦无须有赖于任何物质；因此，此一‘我’——即那个因其我是我所是者的灵魂——与它的身体迥然不同，它甚至较后者更易知觉。即使身体不在了，灵魂却依然不变。”⁵

笛卡尔的“我思故我在”肯定了人的存在为“思”的存在，仅此而已。若他设定的自我作为实体的概念是正确的，他所提出的命题“我思故我在”就把“自我”看作是一个思想着的实体，这个实体无需世界而存在，依其自身意识而存在，所

有永恒真理都在其内部。因此，位格人被界定为存在于自身的自我主体（ego subject），在其内在存在中被赋予理性。简单地说，位格是一个理性的个体。但笛卡尔的论述仍未能详尽地解释人的本性。假若人是一个会思考的实体，这思考的实体又是怎么样的一种东西？

2. 洛克

如果说笛卡尔确立了位格人的理性本质，那么他对人的理性能力的乐观态度并不为经验主义者们认同。洛克（1632—1704）、贝克莱（1685—1753）和休谟（1711—1776）都坚持经验比理性是更为可靠的真理标识。例如，洛克攻击当时流行的内在观念论，认为这样的观念在人的心灵中并不存在，人的心灵更像是一块“白板”，没有任何普遍的内在观念，但心灵具有某些能力，对作用于身体的感性材料进行加工，其中某些印象或运动在知性中产生知觉，其中“知性是灵魂最高的能力”。¹⁶

尽管关于理性灵魂的本性和确切作用上语焉不详，洛克还是把这个灵魂定义为“思想的实体”。¹⁷而他更是准备肯定：经验虽然至关重要，某种非感性经验的东西必定会存在于（stance）各种心理经验之下（sub），那就是思想的实体、自我。因此，洛克的位格人就是“一种思想着的智性存在，它具有理性和反思能力，作为同一个思维着的实体，它能够在不同的时间和地方认其自身为自身”¹⁸。洛克基本上是靠直觉来为所声称的“思维着的实体”辩护的，他称这实体为“我一无所知的事物”，因为他无法在人的心灵中识别出一个与心理实体或自我的观念相应的印象。这个作为自我的真正的实体，它又在日常经验的各种心理现象背后，但它只能被假定而不能为经验所证实。洛克和贝克莱对自我都持这个立场，但对于休谟而言，所谓关于自我的实体性观念，不管在直觉上多么有吸引力，都不能通过经验主义的严格

检验。

3. 休谟

休谟通过分析“知觉”来界定经验。知觉有两种：印象和观念。休谟对实在的感觉经验创造了印象，而观念是这些印象的复制；在印象与观念之间没有根本的差别；它们只在程度上有所不同，而非种类不同。与笛卡尔的确信自我即思维实体相比，休谟坚持自我观念的起源与确定必须来自于一些印象，而后者又来自于实在，包括精神实在中产生的具体经历；如果自我这个观念存在，那么就一定会有连续、确证的实在来形成这个自我观念，因此应该有一个对应的印象始终如一地与自我观念联系在一起。如果个人身份是个体生活不变的特征，那这样一种自我的印象也应该持久地贯穿人的一生。在这方面，休谟批评其他经验主义者在运用经验主义方法上缺少严格性。

经验主义者（洛克和贝克莱）和理性主义者（笛卡尔）认为自我可以成为一种内省的对象。休谟依据这个前提，排除经验内容，对自我或自我印象进行反思。然而，休谟得出了否定性的结论：内省得出的一系列印象，诸如痛苦、快乐、悲伤、喜悦等等，这些经验都是“相继而生，从不同时存在”，因此它们并不为建立“心理经验都属于一个基础的自我”这一论断提供基础⁹；人所经验的知觉都是各个不同、可以互相区分的，它们可以分开考察，也能单独存在的，无须任何东西去支持它们的存在。休谟断言，由此不会产生自我的观念，因为“如果某一印象能产生自我观念的话，那么该印象必须在我们生命的整个过程中持续保持不变，因为自我被看作是以那样的方式存在着的”^[10]。但是，印象和知觉是以一种不能想像的速度的到来，并永远在流动和运动，因而也就不可能设想永远不变的灵魂实体。

尽管休谟承认有一种强有力的倾向去假设自我就是人所有的

经验的持存载体，但是他还是认为人只不过是“一束知觉”或“知觉的集合”而已，任何时候人所感知到的自我都是一些具体的、不连续的知觉，比如冷与热、爱与恨等。休谟的结论是：实际上，是记忆给予我们以连续同一性的印象，没有某种简单而连续的、我们称之为“自我”的原则。休谟拒绝任何形式的实体，包括自我实体；即便自我真的以某种形式的实体存在，这样的实体是无法从我们的感知印象中获得的。对休谟来说，一个人“只不过是一个意识序列”，甚至那种意识的同一性，充其量也不过是依照情况而推断的。休谟无法看到：任何变化的发生，甚至在知觉中的变化，其背后也必须有某种实体存在，也就是洛克所说的“某物”；在这种实体中，变化得以发生，而实体亦必须在时间中持存。这回复到我们开始所说，一个人必须先“存在”，以便“生成”发生。

4. 康德

康德（1724—1804）为理解人的位格性提供了丰富的思想资源，虽然他并没有直接写过关于位格概念的著作。在对道德的形上学解说中，表露了他对位格性的理解。康德认为，只是在显示普遍道德律令的后果时，才有必要解释人性，道德形上学的基础并不建立在人性中。道德责任的基础不是在于人性或对人所处环境的经验，而存在于先天的纯粹理性的概念中。在表述道德上的绝对命令时，他说：“只有在你欲其为普遍道德律时才行动。”^[1]意思是说，您若要采取某种行为准则，只有在您愿意这条准则可以成为一条普遍的规律时，您才可以行动。在康德看来，这是一个可用于所有理性存在者身上的绝对命令。这样的绝对命令是否确实存在，需要证明。康德的证明是：“假设存在某物，其存在在其自身有绝对价值，以自身为目的，可为确定的法律之根据，那么，一种可能的绝对命令的基础就在其自身内，也只在其自身

内。”^[12]在前面论证的铺垫下，康德进一步假定人以及任何的理性存在都以其自身为目的，“这样的理性存在被称为位格，因为他们的本性表明他们以自身为目的，……由此位格是客观的目的……除非如此，否则无处可寻绝对价值”^[13]。

康德论述包含着某种不一致。我们看到康德坚持道德形上学的基础不能在人性中发现，而只能在纯粹理性中发现。绝对命令必然以作为“目的自身”的任何理性存在为依据。但是康德又宣称人类自身也是目的，因为作为位格他们是理性的。不管康德是在论证人类是理性的实际体现者，还是如他所说他的道德形上学完全独立于人性，康德的著作表明他倾向于前者。康德宣称：“现在人真正在自身中发现了一种能力，通过他人把他自己与其他任何事物区分开来，……那就是理性……作为理性的存在者，……若没有自由的概念，人绝不能认识到其意志的因果性……现在自由的概念与自主性概念不可分离地连接在一起，也即再次与理性存在者所有行动的基础，普遍道德原理连接在一起……”^[14]因为人能够自由地根据理性来决定他的意志，他就拥有“尊严”，康德定义的“绝对内在价值”。以此来看，康德理性的、自主的位格是拥有类似神的特性的超人。

很清楚，康德的位格定义中推崇理性。理性是道德主体本质的唯一属性，被作为目的自身。当康德讲到对位格人的尊重时，这种尊敬并不能推及到那些不具有理性思考能力的人身上。总之，理性成了道德主体和道德关怀对象的唯一标准，康德于是坚定地近代西方思想建立起这样的观念：用理性建构位格性。

二 当代生命伦理学的偏颇

1. 弗莱彻

在现代生命医学伦理的论述中，尤其是在世俗的学术圈内，有一种高度个体主义的、内省的、理智主义的强烈趋向。这种进

路把心理能力：诸如自我意识或理性，看作是位格人的必要条件，因为这些心理机能据说是“道德社群可能性”¹⁵的先决条件，因此也是位格可能性的先决条件。换句话说，仅仅凭生物学/遗传的人性（或人类物种的特性）来确定位格人是不充分的，必须要考虑心理能力。弗莱彻为人的位格性举出了15条正面的和5条负面的必要条件。

弗莱彻的20个条件中，正面的包括：最低限度的智力、自我意识、自我控制、包括过去与未来在内的时间感、建立关系的能力与关心他人的能力、交往、控制生存、好奇、变化与可变性、癖性（idiosyncrasy）、理性与感性的平衡、中枢神经功能等等；负面的包括不反对人为的、不感到本质上必须成为父母的、不感到非感性不可的，不仅仅代表一系列权利的、不是崇拜者¹⁶。

尽管煞费苦心，但这一连串罗列有失含糊，在实际中很难作为操作的标准。例如，什么状态才是感性和理性的平衡？什么是自我控制的标志和显现？显然，弗莱彻并不认为必须满足所有的标准才算是位格人，但是他没有能指出上述罗列的标准哪些是必要或充分的。弗莱彻本人或许也认识到这一点，1975年他把这些标准归纳为4条：新大脑皮层功能、自我意识、建立关系的能力和幸福¹⁷。因为头两条直接与一个人的理性能力相关，所以可以感到其中明显的偏见，就是把人的心理方面看作是人性和位格性的指标。他的假设很简单，成为人的也就是成为理性的，理性是使位格有活力的关键。对于弗莱彻来说，新大脑皮层所提供的最低限度的智力是必要的条件，是人性的“最主要的标志”。任何一个智商在40以下的个体是否是“位格”是有疑问的，而一个智商在20以下的人则毫无疑问不是“位格”，他们“仅仅是生物性的生命，在获得最低限度的智力之前或不可挽回地失去了智力之后，是没有位格地位的”¹⁸。

2. 米高·特勒

特勒 (Micheal Tooley) 是另一位坚持用认知性智力标准来衡量位格性的代表。他首先在规范性的意义上把人的位格性定义为：一个拥有生命权利的人的实存。他论证说，除非此人在其自身持续实存中能拥有一种对利益的考虑，否则这个人便没有生命的权利。“除非至少具有利益的考虑甲，并被他所拥有的权利乙所深化，否则一个存在物是不具有特殊权利乙的。此乃概念性的真理 (conceptual truth)。”^[19] 拥有这样一种利益考虑，必然涉及“拥有欲望的能力”^[20]。然而，除非在拥有连续性自我的概念、拥有对经验的主体的认知，否则一个实存者无论如何都不会为他自身的持续存在的利益作出任何考虑。说明白一些，那种持续自我概念、对经验主体的认知，是通过心理上连接、即记忆保证的；由于胎儿或婴儿并不拥有记忆这种心理能力，所以它没有拥有连续性自我概念的能力，也就不是单纯持续存在的主体。事实上，特勒确实认为：由于胎儿并不是意识的主体，胎儿最终所成为的婴儿也并不是经验的同一主体。胎儿和婴儿并不构成连续自我。

由此，即便无论胎儿和婴儿可能拥有怎样的利益考虑或欲望，它们并不属于同一实存（或意识主体）。胎儿既然不是一个连续自我，他就没有考虑自己对自己要成为婴儿的利益；没有这种利益考虑，也就没有了权利。这表现在他下述评论中：“显然，我们所需要的是，一个连续性存在的个体，他必须能使在另外的时间段出现的欲望得到满足。……仅说这些欲望与同一身体机体相联系是不够的，必须说这些欲望属于同一个连续的主体。这一点至关重要。”^[21] 因此，在具有连续性的意识主体之前，人的受精卵、胎儿和婴儿作为人类物种中一员，只能算是一种生物性的人，而不是拥有生命权利的位格人。特勒并不是说胎儿没有生命的“利益考虑”，许多无意识的存在（如植物）对生命也

可以说是具有某种利益考虑的；他所说的意思是，由于这些利益考虑并不属于一个意识的连续主体，它们与道德权利是无关的，而只有与道德相关的利益考虑，才会导致赋予它生命的权利。这暴露了特勒论证的全部弱点：将存在的权利与人的实存的利益考虑联系在一起，最终涉及一种价值判断；这种价值判断决定对利益考虑进行取舍、赋予某些利益考虑以生命权利。费解的是，为什么只有当作为意识持续主体的婴儿能够对那种利益作概念化考虑时，他的生命利益才与生命权利相关？既然权利是在社会处境中进行的交易，婴儿的利益考虑和权利岂非应该与婴儿的社会关系更相关，而不是单纯地与他的自我意识相关？

3. 约翰·哈里斯

约翰·哈里斯（John Harris），这位英国哲学家也强调意识作为位格性基础的重要性，他特别强调一个实存对自身及自身未来的意识的重要意义，这些意识让人有评价自己生命的能力。这在某种程度上与特勒把利益、欲望与生命权利相联系的策略很相似。哈里斯认为，对人的生命值得特别关怀和保护的最有力的论证，就是人类有衡量自己和其他生命价值的的能力，就如人会判断“当人与狗不能两全时，我们选择救人而非救狗在道德上是正确的”^[22]。位格人除了具有评价自己生命的能力之外，至少还有能力把自身看作一种独立的、在时间中的存在，并有能力面对和预见将来。

哈里斯诉诸事实与价值的区分把人类（Human being）与位格人（Human person）分别开来。人类物种并不全可以当作是位格人，作为人类物种的胎儿或新生儿，还不具备充分的自我意识去珍惜自己的生命，他们与很多动物其实分别不大，因此，他们不是位格人，仅仅是人类物种的成员，还不具备足够的被给予仅位格才应享有的特别关怀和保护；对这种保护，哈里斯称之为

“一种物种偏见”²³，他坚决反对。

哈利斯的推论的不足之处在于：“位格”成了一个价值的体现者，在这过程中，事实与价值变成了人与位格人的二分。即便我们接受以理性去界定人的位格的进路，人与位格人的区分也至多被看成连续性上的差异而不是二分的差异。玛丽·安·瓦仁（Mary Ann Warren）曾经就同一问题发表过文章批判哈利斯，认为他引进“一个非常混乱的概念。他是否想要表明，只有那些能够声称自己想活的人（如果有人去问他们的话），才被认为能衡量自己生命，并由此获得位格的资格”²⁴？瓦仁认为，如果这真是哈利斯的立场，那么他是自相矛盾的，因为人们无法证明新生婴儿不珍惜自己生命或不想生存，就像所有其他生命一样，甚至那些海葵也不例外，毕竟它们也在尽自己最大的努力去保存自己的生命。然而哈利斯很明显地把新生婴儿排除出去，与此同时，某些有自杀倾向的人，他们并不珍惜自己的性命，而哈利斯却仍不否认他们是位格人，可见在价值与事实区分的基础上，哈利斯的解释并不能充分地证明位格人与人之间的差别，反而武断地对那些在人类生命边缘的人充满偏见。

4. 玛丽·安·瓦仁

不同于特勒和哈利斯，瓦仁不拒绝物种主义的原则，她认为人类不可能拒绝物种主义，物种主义是一种可取的、重要的道德原则。“如果某人不是先救人，而是去救个狗或者苍蝇，我们认为他需要为自己辩护……生活在一个视物种与物种之间之区别为无足轻重的宇宙中是不可能的，如果不是不可能，那么也是最不可取的。”²⁵

有时，瓦仁似乎想避免使用“位格”（person）这词，她想用“人”（human）来取而代之。然而在决定生命问题或对人的生命提供“正确对待”时，她又采用了“完整的人”（a full hu-

man being) 概念 (留下不明确的“完整性”有待定义)。结果, 某些人有足够的完整性来享受了特别对待的权利, 而另外一些人却没有这样的完整性, 因为他们只是“细胞的集合”。因此, 瓦仁不得不区分两种意义上人的概念: (1) 在基因的意义, 人作为某种物种的一员; (2) 人作为道德社群的一员。胎儿只是在第一种意义上的人, 而成为位格却要求成为第二种意义的人。她坚持说, 我们没有权利先肯定基因意义上的人必然也是道德社群的成员。

瓦仁提出要达到位格或“道德意义上的人”, 成为道德社群的成员有五个特点: (1) 意识, 特别是能感知疼痛的能力; (2) 理性, 有解决新的和相关复杂问题的能力; (3) 独立于基因或直接受控制的自发行为; (4) 交往能力; (5) 自我概念和自我意识的展显 (包括个体的和种族的)^[26]。如果这些范畴对道德社群的成员是至关重要的话, 瓦仁断定它们对位格性观念也是至关重要的。她并没有论证为何一个实存必须拥有这些特点才能被考虑为位格。这样一来, 尽管她接受物种主义观念, 关于位格的立场几乎与特勒和哈里斯的立场难分伯仲了。

5. 辛格和库适

对所有物种主义观点提出谴责的最突出的声音来自彼得·辛格 (Peter Singer) 和黑格·库适 (Helga Kuhse), 他们俩都拒绝将人类 (homo sapiens) 的物种成员身份看作为位格 *en de* 道德上的标准, 他们认为物种主义和种族主义、性别主义一样是没有辩护余地的^[27]。把这种立场推到其逻辑终点, 将意味着: 如果你先喂你两个月大的婴儿, 之后再去看两岁大的狗, 那么你的罪过就和种族歧视和性别歧视一样严重。在这两位学者看来, 只有在物种概念是某些与道德相关的能力 (诸如自我意识和理性)

的可靠指标时，物种才间接地成为考虑的因素；因为并不是所有的人类物种成员都拥有这些特征，其他一些物种也许具备类似的特征，因此，物种主义是一个不可靠的原则。

既然人类物种的成员资格不能确立位格性，那么，库适和辛格明确地支持把自我意识和理性作为位格的最基本特性的观点，认为正是自我意识和对未来的意识才是位格的决定因素。当我们设想自己现在是位格人时，我们认识到在自己出生以后一段时间还没有生存，因为在出生时我们没有未来感，也没有所谓“我的”经验。在最近的一本新书《再思生与死》中，辛格把位格定义为“一种意识到他或她自己在时间中，并对未来有意愿和筹划能力的存在”^[28]。如果自我意识和理性是位格性标准的话，那么并非所有的人类物种成员都是位格，也并非所有的位格都是人类物种成员。

从这种观点出发，新生儿很明显不是一个位格。有趣的是，辛格同时还是动物权利的倡导者。他特别指出，有一种决定性的证据表明大猩猩是位格，同样，“鲸鱼、海豚、大象、猴子、狗、猪以及其他的一些动物都明显地表示出对其存在的意识和推理的能力，它们也应被考虑作位格”^[29]。尽管辛格认为物种主义是不可取的，但他指出，把位格性赋予某些生命体上，是因为“位格”这个词不止是描述性的标签，它还传递着一定的道德立场，道德立场就是指生命的基本权利。因为胎儿和婴儿还不是位格，这些学者也就不相信它们拥有生命的权利。最终，辛格和库适用功利主义来论证他们关于堕胎、溺婴和动物权利的立场。许多人都怀疑：他们这种功利主义立场是否可以前后如一地坚持，即使这些功利主义论证能够坚持下来，它也只能更加显露出这种伦理理论的弱点，即它始终把生命边缘的人的生命权利排除在外。

6. 哈里·弗兰福特

或许最值得注意的以心理能力作为位格性标准是哈里·弗兰福特 (Harry G. Frankfurt) 所提出的“二阶意志”³⁰。弗兰福特主张, 一个位格人不仅必须具有欲望的能力 (这本身就包含着某种形式的理性意识、某种程度的自我意识, 而且还包含对抗原始或欲望的能力)。也就是说, 这是一种不要欲望的欲想 (“二阶”欲望); 最后, 位格人还必须具有实行这个“二阶欲望”的自由意志。当一个个体表明了这种“二阶意志”时, 他才是一个真正的位格人。换言之, 成为一个位格就必须拥有控制其自己意向的自由意志能力。但我们不禁要问, 作为正常的位格人, 会经常提不起这种“二阶意志”的能力, 是否在这个时候就不是位格人了呢? 举一个简单的例子: 在写这段文章时, 我不断昏昏欲睡。对此尝试加强自己的意志, 用我的“二阶意志”去抗拒这个“一阶欲望” (睡觉), 但当我不成功时, 按此种位格标准, 我便不是位格人了。因此, 明白这一点, 我们就可以断定, 单单拿这种能力作为位格人的标志似乎是不足为凭的。

三 基督教的神学传统

人们也许会惊讶地发现: “位格”一词在3—4世纪才被广泛使用³¹。当时人们试图用它来理解和宣扬基督教信仰的奥秘, 特别是三位一体 (同一个神具有三个位格) 和道成肉身 (其中一个位格是耶稣基督, 同时具有人性与神性) 的奥秘。不仅如此, 在教会内部对位格或灵魂作心理学或理智主义的诠释传统也有很长的历史。人们认为, 因为上帝神是没有身体的, 所以我们设想上帝形象的方式也应该与身体无关; 又因为人的理性是按照上帝的形象所造, 因此, 了解人的理性就可以了解上帝, 人只有通过有非物质和理性的灵魂才能反思上帝的形象。有人称教父艾任纽斯 (Ireneus) 是上帝形象教义的始作俑者³²。为获得进一

步对位格性概念的洞见，考察神学传统也是我们探索这一问题的合法领域。

1. 上帝的形象解释为灵魂的理性

早期大公会议没有界定“位格”一词。当时的神学家有各种界定，其中最有影响的当推奥古斯丁（354—430）。

奥古斯丁关注神圣实体一体性（即上帝是一）的问题，而不是神圣位格的多样性（即三位性）。对这位教父而言，神圣位格之间的关系只有作为一个逻辑建构时才是必要的。对于更为首要的神圣实体来说，上帝是一体的。这个问题进一步因奥古斯丁从人的意识去理解三位一体而显得更为复杂，他用人的心理（心智的记忆、理解和意志活动的结构）去类比三位一体的上帝³³。记忆、理解和爱——这一内在灵魂的重性，对应着神圣位格：圣父、圣子和圣灵。奥古斯丁宣称：“因为人不是在身体而是在心灵中按着上帝的形象所被造。在其自身的类似中我们看到了上帝，在其自己的形象中认识了造物主。”³⁴ 奥古斯丁主义的人学因此而是双实体的二元论：灵魂与肉体，上帝的形象被置于前者而非后者中。

这样的理解促成奥古斯丁的位格传统主要关注个体意识及其内在区分，而轻视位格的社会和交往的向度。受奥古斯丁影响的哲学家波爱修（Boethius, 480—524）更是直接将“位格”定义为“一种理性本质的个体实体”。我们不难在以后的传统：在阿奎那³⁵、加尔文和笛卡尔思想中看到这种高度的理性化的位格概念的影响。总之，很清楚，长期以来基督教会已经建立起了一种一致性：灵魂的理性是真正的上帝形象，位格人的本质是理性。

2. 当代基督教的观点

由上帝形象的定义和从此引申的关于位格性的理性主义理

解，一直影响着当代基督教生命伦理学家的思想，只是当代的神学背景更复杂，论述人的位格性更细致，关于胎儿或婴儿是不是位格人的问题给予他们极大的挑战。新教思想家罗伯特·温伯格（Robert Wennberg）认为，人的位格性可以与上帝的形象等量齐观，一个严格意义上的位格人是一个具有参与理智、情绪和意志活动的发达能力的存在，一个位格人效仿神圣位格上帝的方式也只能通过智力、情绪和意志等活动来体现。尽管他同意圣经对上帝的形象的理解意味着不止于理性一面，但他还是认为人的理性能力是根本的^[36]。那么，婴儿、胎儿是否是位格人？温伯格认为，我们应该对上帝的形象采取更“具弹性的理解”，婴儿、胎儿乃至刚刚着床的受精卵也都是上帝的形象，因为他们将在适当时机实现对神的完全效仿，他们具有“潜在的位格”，因为他们具有“潜在的形式”。这就不得不提及对灵魂理性理解的另一进路：形质论（Hylomorphic Theory）^[37]。

根据中世纪的这种经院哲学的理论，所有的生命存在都是由质料与决定质料将要成为什么的“原则”所构成，这个原则是实体性的形式或灵魂。作为一个生命存在的组织原则，灵魂与质料是互动的：质料只有被充分地组织之后它能够存在，灵魂只有在它接受质料之后才能生存。现代的形质论主张，在怀孕后的一段时期内，胚胎或胎儿还不是一个位格人。如约瑟夫·唐瑟（Joseph Donceel）认为，位格人的形式其实是“在人的灵魂中……它只能存在于高度组织化的身体中……一个具有感觉器官和大脑的身体之中”^[38]。为了使人的灵魂能够存在，必须有一个身体的存在，以便能在精神活动中参与，这就需要大脑，特别是大脑皮层，但在胎儿那里，在胎儿的大脑皮层尚未充分发育之前，人的灵魂是不存在的。因此，人的位格只有在在大脑皮层出现以后才能出现。

在萨农和沃尔特^[39]对形质论的诠释中也可看到这种以灵魂

的理性本性为基础去界定位格的倾向。这些学者都主张，只有在当行使理性活动的生物学结构出现时，才有哲学的意义的理性；而人的胎儿要在发育大约 20 周后，神经突触的数目从 56 万亿增长到了 1000 万亿，大脑皮层与脑干的整合才基本完成。因此，在这个关键的身体性组织：与脑干结合的大脑皮层出现之前，灵魂是不存在的，而没有灵魂的胎儿是不能被称为位格人的。

笔者认为，我们可以接受“形质论”的一般立场，即人的灵魂只能在某种已经组织化了的身体出现后才能存在，但这并不等于说只有当一个具有某种特征的脑袋出现后人的灵魂才会出现。若按照这种观点，出生 3 个月后的婴儿才有一个成熟的大脑去支持有理性灵魂的存在，这是不可以接受的。这种形质论诠释的主要困难在于受到理性主义偏见的影响而忽略了灵魂的真正功能，以及它与身体密切结合的事实。在受精卵/胚胎中，为了其自身在受孕后最终的发育和成熟，它的组织形式或系统内部无疑有一种内在的、自我导向的设计，人的灵魂是在受孕时就出现了的。因此，我们相信下述结论是合理的：对一个拥有真实统一性的机体如受精卵或胚胎来说，正是灵魂提供了机体组织形式，这一灵魂化的机体，早在其心理能力如意识、理性、意志活动等被视为人种特征的特点成熟之前，就开始存在（在受孕时刻）。

四 以心理功能定义位格的局限性

上文我们考察了一些单纯以心理功能去定义位格人的观点，其对理性或意识的强调受到许多人的怀疑和批评。首先，它是一种还原论。这种定义无视这样一个事实：位格作为存在的最高例证，既是实体也是成就，既是存在也是生成。根据心理功能来界定位格性的做法忽略了这些功能背后的实体，然而，其谈论欲望、理性推理、意识和自我意识等活动时，其实都假定了作为这些功能显现的先决条件的存在者、实体的存在。因此，单纯心理

学定义把位格概念表现为“更像一种状态的概念而非一个物体的概念”^[40]。对此，英国哲学家斯特劳森（P. F. Strawson）对位格的定义是很有帮助的，他说：“位格概念是这样一种实体的概念，它既指意识状态也指其物质特性、实体状况等，以致这两种属性能够同等地应用于此独一无二类型的单个个体。”^[41]这里强调的是：一个活的位格人必须是一个存在的实体、是身体性的存在。单纯心理学定义无视人的身体化本质。

其次，这种对位格性的解释强调理性、意识、自我意识，是高度内省化和个体化的，因此也是原子化的。它把存在的“自在”方面与“向他”方面孤立开来，把关系向度作为本体论上和道德上的无关物遗弃。其结果便是一种独立的、孤立的和个人主义的“自我”，完全与其生活于其中和从中获取意义的世界的其他部分隔绝。另外，强调意识与主体观念传达了一种对内在性的错误意义，它混淆了“意识的内在性”和“存在的内在性”^[42]，心理学定义以意识的内在性代替存在的内在性，歪曲了内在性的形上学意义。存在不是认知，毋宁是一种实存的行动。存在先于认知；前者是后者的先决条件。混淆或扭转这两者的次序将产生一种非真实的或空虚的自我。

位格的单纯心理学定义也不完备，它忽略了人的心理的其他向度，包括人的潜意识和情绪，而这些也是位格的固有部分，在人性中扮演关键的角色；无视情绪生活和潜意识心理世界，一个人的内在统一性将受危害，会导致内在冲突和失衡，使个体在开放和回应他人时变得勉强和无能。这也可能会使个体变得极为封闭，自我沉溺和自我闭塞，导致与他人完全隔绝的自恋生活。这极大地减少或消除了个人自由。这种自由不仅基于在选择中自我决定的可能性，而且也基于自我对指向世界的自我超越的回应。总之，对位格人不完整的心理学解释破坏了我们存在的关系向度、危害了位格的整体性。

这种定义不仅理论上不完备，在实践中也不可取。它排除了人类物种中的许多成员：胎儿、新生儿、不可逆转的植物人和那些极度衰老的人，而他们毫无疑问都是位格人，主导的社会风俗不允许他们被“规定在存在之外”，婴儿以及那些不可逆转的植物人不能杀掉，他们的器官也不能被移植或摘除。以心理学定义位格的提倡者面对这种困境，又制定了一些规定，提出了所谓的“潜在或可能的位格人”的说法。例如，哈特休（Charles Hartshorne）坚持只有能说话、有理智和作决定能力的人才有资格算作位格人，是“实际的位格”，胎儿和无望的衰老的人只能算是“可能的位格”，他们中的一些人或许由于“象征性的理由”可以被当作位格来对待⁴³，但究竟象征性的理由是什么样还是没有交代清楚。

瓦特斯（James W. Walters）在他最近的一本书《什么是位格》中主张：只有“那些拥有特定的更高级的大脑的个体才能被看作是位格”，“因为从其本质上来说，这才是根本的”⁴⁴，但同时承认这个定义把很多在边缘的人类排除在外，因此他又用了一整章的篇幅去论证他所谓的“近似位格”（proximate personhood），最终也就是强调了人的潜在性、身体发育和社会联系对人的存在的重要。英格尔哈特（H. Tristram Engelhart Jr.）基本上持同样的高级大脑论来作为其位格性标准，但他同时也承认人们应视那些尚未拥有或已经丧失了理智能力的人为人，并尊重他们，所以，他提出用“社会位格”的范畴来描述这些仅具生物学意义的人，尽管他们不能满足“严格的位格性”条件。虽然上述这些定义上的调整是出于一种善意的动机，但是他们所做的无疑是把人放在计算尺上；无论是“可能的位格”、“近似位格”、“社会位格”，这些位格定义无疑承认了位格的等级性，也许有一天，某人的位格等级随着人的表现和遇到的种种变故而发生改变。

以单纯的理性/心理定义位格的问题还在于，它假定位格性只能在生命中的某一特定时刻找到，这一独特时刻是由先前的生长发育导致的，这一特别时刻经常被看作是通过大脑皮层功能才得到的；离开了它，位格就不能说是存在着；运用同样的推理至生命的另一端，如美国医学伦理学家施奈德曼（Schneiderman）和他的同僚断言：只保持“没有意识或自主性的生物性生命”的医疗是无效的，因为单纯身体的苟延残喘无助于位格⁴⁵，正如弗莱彻曾说：“……不管其身体能够存在多久，从‘人’的角度而言，‘死’就是成为一个没有大脑（cerebral）的存在。”⁴⁶所以，在护理室中有不少这样的“身体”被放弃，任其死去或被当作死者一样对待，而不是被当作一个位格来尊敬并帮助他们度过他们生理生命（也是位格的一部分）的最后一个阶段。这样一来，在医疗和具体的医学实践中就很难保证社会公平和正义，就如辛格相当冷血地宣告：“没有人真正相信所有的人类生命都具有平等价值……我们会根据伦理上相关的特性来对待人类。”⁴⁷

需要强调的是，当笔者反对以单纯心理能力来定义位格性时，并不否认或排除心理是位格人的一种重要向度。人的心理对位格人的实体和关系二极都有重要作用。人的心理功能为位格人建立起一种统一性，使之成为一个拥有意识与自我意识这些能力的中心，位格的自我意识是位格人的一致性、连续性、身份和自我反思能力的基础，从而有效地凸显了位格的独一性和个别性。此外，人的心理更包括了自由和意志能力，它们使位格享有自主性、个体性和完整性；这些源于心理能力的特征，再加上位格的其他能力，使位格人形成可以得到赞美或谴责的价值，成为一个道德的存在，即一个不断超越自我而通向他人的道德主体。所有这些都是位格的重要特征与能量，也是大多数人所拥有的，但它们既不是位格人必要的也不是充足的标准。真正的位格性只有当

人包含了其社会 and 关系向度而成为完整的身心统一体时才会出现。

注 释：

[1] Joseph Fletcher, "Four Indicators of Humanhood -The Enquiry Matures," *Hastings Center Report*, 4 (Dec. 1974), p. 5.

[2] René Descartes, *Discourse on Method*, Parts 4 and 5, in *Images of the Human* Hunter Brown, Dennis L. Hudecki, Lenard A. Kennedy, and John J. Snyder, eds. (Chicago, Loyola Press, 1995), p. 156.

[3] 同上。

[4] 同上。

[5] 同上。

[6] John Locke, *An Essay Concerning Human Nature*, Abridged ed., A. D. Woozley, ed. (Meridian Printing, 1974), p. 55.

[7] 同上书, 第 195 页。

[8] John Locke, *Essay on Human Understanding* (first published, 1690), Bk II, Ch. 9, par. 29.

[9] David Hume, *A Treatise of Human Nature*, Bk I, part 4, section 6, in Hunter Brown, et al., eds., *Images of the Human*, op. cit. p. 192.

[10] 同上。

[11] Immanuel Kant, "Preface," in *Groundwork of the Metaphysics of Morals*, quoted in Frederick Copleston, S. J., *A History of Philosophy* Vol. 6, Part II (Garden City, NY: Image Books, 1964), p. 106.

[12] 同上书, 第 120 页。

[13] Immanuel Kant, *The Moral Law* H. J. Paton, trans., *Grundlegung* Section 428 (n. p.: Hutchinson's University Library, n. d.), pp. 95—96.

[14] Immanuel Kant, *Fundamental Principles of the Metaphysic of Morals*, Section II, in *Great Books of the Western World*, Vol. 42 (Encyclopedia Britannica, Inc. 1952), p. 282.

[15] H. Tristram Engelhardt, Jr., *The Foundations of Bioethics* (Oxford: Oxford University Press, 1986), pp. 105—107.

[16] Joseph Fletcher, "Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man," in *The Hastings Center Report* (Nov. 1972), pp. 1—3.

[17] Joseph Fletcher, "Four Indicators of Humanhood-The Enquiry Matures," in *Hastings Center Report* (Dec. 1975), pp. 4—7.

[18] Fletcher, "Indicators of Humanhood: A Tentative Profile of Man," *op. cit.*, p. 1.

[19] Michael Tooley, *Abortion and Infanticide* (New York: Oxford University Press, 1983), p. 99.

[20] 同上。

[21] 同上书, 第120页。

[22] J. Harris, "In Vitro Fertilization, The Ethical Issues," in *Philosophical Quarterly*, 33, No. 132 (Jul. 1983), p. 224.

[23] 同上。

[24] Mary Warnock, "In Vitro Fertilization, The Ethical Issues," in *Philosophical Quarterly*, 33, No. 132 (Jul. 1983), p. 241.

[25] 同上书, 第242页。

[26] 同上。

[27] Helga Kuhse and Peter Singer, *Should the Baby Live?* (Oxford: Oxford University Press, 1985), p. 123.

[28] Peter Singer, *Rethinking Life & Death: The Collapse of Our Traditional Ethics* (New York: St. Martin's Griffin, 1994), p. 217.

[29] 同上书, 第182页。

[30] Harry G. Frankfurt, "Freedom of the Will and the Concept of a Person," in *Journal of Philosophy*, 68, No. 1 (Jan. 1971), pp. 15—20.

[31] 德尔图良 (Tertullian) 这位3世纪时的律师和神学家, 是第一个称基督为“位格”的人, 但是只是到了尼西亚会议 (公元325年) 及查尔斯顿会议 (公元451年) 上, “位格”概念才在基督教三位一体和道成肉身的教义中确立。

[32] Emil Brunner, *Man in Revolt* (Philadelphia: Westminster Press, 1939), p. 504.

[33] St. Augustine, *The Trinity*, Edmund Hill, O. P. trans. New York: New City Press, 1991.

[34] St. Augustine, "In Joannis Evangelium Tractates," quoted in D. J. A. Glines, "The Image of God in Man", *Tyudale Bulletin*, 19 (1968), p. 86.

[35] 当然, 托马斯·阿奎那的思想与奥古斯丁的双实体二元论有很大的不同, 他采取了亚里士多德的形而上学, 认为实体由两种形而上学的元素——形式与质料构成, 人是由灵魂 (形式) 与肉体 (质料) 构成的单一实体或存在。通过强调人性的实在统一性, 阿奎那能够对人的功能提供更为整体化或整合化的解说。

[36] Robert N. Wennberg, *Life in the Balance* (Grand Rapids: Eerdmans, 1985), Ch. 3.

[37] 参见注 [35].

[38] Joseph Donceel, "Immediate Animation and Delayed Hominization," in *Theological Studies*, 31 (1970): 79—80.

[39] Thomas Shannon and Allan Wolter, "Reflections on the Moral Status of the Pre-Embryo," *Theological Studies*, 51 (1990): 620.

[40] J. Teichman, "The Definition of Person," in *Philosophy*, No. 60 (1985), p. 180.

[41] P. F. Strawson, *Individuals* (London: University Paperbacks, 1964), p. 102.

[42] Kevin Doran 区分了这两种类型的内在性：“存在的内在性属于一种同一体，它在原则上是存在的自我；意识的内在性属于另一种同一体，它在原则上是认知的自我，如同存在与认知是不一样的，这两者同样也是不一样的。” D. Connell, *Substance and the Interiority of Being*, quoted in Kevin Doran *What is a Person: The Concept and the Implications for Ethics* (Queenston: Edwin Mellen Press, 1989), p. 44.

[43] Charles Hartshorne, "Concerning Abortion: An Attempt at a Rational View," *The Christian Century*, 98 (Jan. 1981): 42—45.

[44] James W. Walters, *What Is a Person? An Ethical Exploration* (Chicago: University of Illinois Press, 1997), p. 26.

[45] L. J. Schneiderman, N. S. Jecker and A. R. Jonsen, "Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications," *Annals of Internal Medicine*, 112 (1990): 950.

[46] Fletcher, "Four Indicators of Humanhood-The Enquiry Matures," *op. cit.*, p. 5.

[47] Singer, *Rethinking Life & Death: The Collapse of Our Traditional Ethics*. *op. cit.*, pp. 190—191.

第四章

位格人的关系向度

一 位格性的关系向度

1. 个体主义的偏见

单纯从生物向度或从心理向度定义位格，实际上是把位格人看作是独立、自足的个体，位格人的权利和义务都是自身内在的特性所赋予。这种进路深受西方个体主义偏见的影响，而这种偏见有深远的历史传统，甚至可以追溯到古希腊哲学。

对于前苏格拉底的希腊人来说，宇宙，包括人类，基本上是神话式的，是由诸神控制的。这一倾向解除了人类所有的道德责任。为消除神的干预，前苏格拉底的哲学家们主张宇宙中有一种理性的秩序，因此“宇宙”对立於“混乱”；此外，这种秩序，有自我完成、自我持存、自我运作的本性，这就是“自然”（*physis*）。因为这个秩序、宇宙万物的总体皆依存自己，它们在自身中并通过自身而存在，无须涉及或依赖他物。

这种作为自在存在的客观存在概念，在柏拉图的思想中得到了进一步的发展。柏拉图专注于事物尤其是理念的纯粹同一性。在他的理念世界中，每一个理念都是纯粹的自我依存，对它来说无须与其他理念有任何关系。同样，每一个事物在其自身纯粹是个体事物，由自身纯粹的统一性所限定，与其他事物的联系并不属于它所规定的特性。再者，柏拉图的实在概念也是具有客观主

义的形式，真实的实在在本体论上是自在存在和自我依存的。

上文我们已经讨论过，亚里士多德关心的是把实体概念应用到真实实在；通过实体这概念，他把每一具体的、确定的个体事物置于本体论上的优先地位，视之为终极的可确认的实在，并且可以解释、证明这种实在的内在性质和结构。所以，对亚里士多德来说，可确认的本体单位是个体实体，它有其自身的特质和固有的原则，自己控制自身自然的变化和运动。尽管亚里士多德的实体概念包含某些能动性超越性，但最终还是导致一种对事物内视的倾向。因为事物的身份是通过它自身的结构和机制来确定的，它的种种特征与能力也完全是为了完成自身的目的而有的，而不是为了在自身之外的他者而存在。换言之，世界是由自身具有机制和目的的个体实体所组成的。

笛卡尔的“自我”是现代个体主义的肇始，“自我”在本质上不仅是认知的，而且还孤立于他所反映的世界。如果说这“自我”首先是一个思考者，那么与之相联系的他人的自我只是我的自我思考过程的对象。这样一种笛卡尔式的“自我”注定脱离与任何人的关联。19世纪的阿历克斯·德·托克维尔（Alex de Tocqueville）认为这种个体主义“将每一个人从大众中脱离出来”^[1]。

这种把人封闭孤立起来的个体主义思想不仅忽视了人作为社会一员的本性，也忽略了人的生物性、理性和关系性之间的关联。上文我们已经讨论过，弗莱彻和特勒都提出自我意识是位格必要条件，但人们不由得问，如果没有他者的呈现、社会的交互作用，自我是如何意识到自身的、如何完成认知活动的？美国哲学家米德（George H. Mead）说，能区分“我”与“非我”是自我意识的基础，而这依赖于“他者”的在场；自我“若不是在其为一分子的社群中与他人有关系，就不是一个自我”^[2]。这说明在人的理性和关系性之间存在着联系，我们之所以能运用理

性能力，就是因为我们拥有更基本的社会能力。不仅在人的理性与关系性向度之间有关联，起码在体外受精技术还未出现之前，在人的生物向度和关系向度之间也存在密切的联系。最显然的例子就是，基因组让每个人成为具有独一无二价值的个体，但它的出现只有在男人和女人建立起爱慕关系、发生生命联系之后。

当代英国神学家麦奎利（John Macquarrie）的观点是发人深省的。他认为，我们确实是独特的、不可替代的个体，但我们还具有四个基本的社会特性：

第一，人的性。人总是会与异性建立关系，男欢女爱之事不仅仅是纯粹的生物关系。只有当人的性超越动物性、涉及社会和位格的关系时，它才会得到升华和稳固。因此，延续人类物种的性是一种社会关系。

第二，我们都出生在某个家庭。人首先出生并成长在被他人包围、为他人哺育的环境中；否则，笛卡尔式的思辨的自我也不会产生。正如麦奎利所说：“他所知道的第一个现实是有一个不同于他的位格实在——母亲（或抚养他的人）。在他说‘我’之前，在他区分开这个位格实在而认识自己之前，他就已经知道了这个现实。”^[3]

第三，语言能力。语言的主要功能之一是与他人交流。在这个过程中，人们渐渐形成自己的个性；语言之网也将人们联系在一起，每一个个体都成为语言大网中的一个纽结。在基督教中更有一个悠久的传统，人们相信上帝创造人，让人成为一个可用语言沟通的动物，是为了让神可以向他呼唤，而他也会回应。^[4]

最后，经济相互依赖性无意中显露出我们的社会性，尤其是劳动分工。在当今经济全球化的时代，没有一个个体的自足，我们所有的利益都是交织在一起的，我们只有相互依存才能生存。

2. 现代西方思想中的关系论

马丁·布伯 (Martin Buber) 是本世纪最重要的、强调关系对定义位格性有至关重要作用的思想家之一。尽管是费尔巴哈创造了“我一你”一词,但他将“我一你”更多地用于人际心理学;正是马丁·布伯才洞见到“我一你”关系中本体论的意味⁵。

尽管布伯起的书名是“我和你”,但这概念的关键是加了连字符的“我一你”。布伯称这不寻常的连字符为“之间”或“临在”⁶,他表述了布伯的根本原则是“之间”(The Between)或“临在”(Presence)的本体论:以自我为中心的个体是牢牢地定位在人际网络中的,“临在”或“之间”本体论是个体与社会存在、信仰、道德和人性的基础。

对于布伯而言,人的自我具有一种两极的本性,而“我一你”和“我一它”所表达的两个概念是自我两极化的表征。“我一你”中的“我”与“我一它”中的“我”不同,“我一它”中的我可以从“它”中分离出来,而“我一你”关系中的“我”则不能。通过客观化(objectification)过程,从“我一你”这原初的同一中,产生了与“我”对立的“它”。“我一它”中的“我”经验一个客体的“它”,我可以管理它,利用它,占有它,剥夺它,而在过程中,“我”成了自我(ego)意识的主体,却丧失了之间(临在)。布伯认为,人的有限性就在于每一个“你”都可以通过客观化的过程成为“它”,西方历史就是这种客体化的不断演进的过程。布伯确信,只有在“我一你”的境遇中才有位格性的“我”,真正的“我”只有在关系中才得到体现,而“我一它”中只有“自我”⁷。

另一位法国当代哲学家伽布尔·马塞尔(Gabriel Marcel)也对笛卡尔式的自我观有类似的批判。他认为,理性主义使人反省其自身的本性,将自我从经验中抽象出来,将自己与生存的模式

相分离，这完全违背人类的生存本性。根据马塞尔的观点，存在就是参与到生存中，而没有什么东西是可以孤立生存的。他认为笛卡尔式的把自我作为思想者，是一个被切断了与事物联系脐带的主体。“现存的世界怎么能从一个不参与其中的自我开始复苏呢？”^[8]因此，“我们在”（we are）而不是“我思”构成哲学的前提^[9]，我们的生存就是向现实的开放、进入其中并合为一体。

马塞尔思想中的一个关键概念是“可行性”（availability），可行性是人对现实的开放、向其他存在呈现自己，并且允许他者出现在自己生存经验中的能力。具有可行性的位格是开放的、欢迎的、随时回应其他存在，可以通过超越自我、在无限地给予自己并从他人那儿接受。这样，位格就是在彼此融合交流生成的现实，“我”是由我与他人的互动构成的，是“我们”创造了“我”，位格性就包含在与“他人”的关系之中。

苏格兰哲学家约翰·麦克穆瑞（John Macmurray）也是关系论的倡导者。他认为，“我思故我在”的表达应该被“我为故我在”^[10]（I do therefore I am）的表达式取代。“把中心转为活动，……它结束了‘思的自我’的孤立性……把人回复到在关系中作为位格社群的恰当生存”^[11]；活动是生存的基础，而活动设定了自我与他者的关系；既然“自我”是在行动中的自我，必然存在于与他者的动态关系之中。位格作为一个行动者（an agent），离开了关系，就不能生存；关系构成的另一端也必然是一个行动者、一个位格。因此，麦克穆瑞将关系称作“位格的领域”（field of the personal），这个关系（位格的领域）既支持又限制着我们的活动，在这个领域中不同行动者的活动构成了现实世界。

母子关系可以用来说明这些不同行动者之间的关系。麦克穆瑞注意到，刚刚破壳而出的小鸡也比婴儿要强，婴儿最初根本不能自己独立生活，他甚至连那种利用外界帮助自己避祸的直觉也

没有，他的生存完全依赖于作为行动者的母亲。“如果一个人没有意志生存、并用相应的方式保护自己，那么他就不会继续生存下去。他不会刻意地行动，他不会为自己谋划，他不知生命中什么是最重要的、什么是真理。因而，具有一副动物的器官对生存并不重要，人们以为凭着机体的反应、条件反射、对自然环境的本能的适应就可以生存下去——这全然是个错误的概念。无论是位格人还是人的机体，都不能凭任何原始的机能生存；他只能在其他人中、在与他们的互动关系中生存。因为这个不争的事实他才成为位格人，位格性是建基在位格的关系之上的。”^[12]

布伯、马塞尔和麦克穆瑞为克服个体主义的影响，均从不同的角度批判了个体主义的局限，坚持位格性的确定不能落实在个体上，而要集中在个体性产生的基体——“我—你”社群关系上。社群是位格产生的背景；抛开社群，位格根本无从生存。当然，这样的位格性的理解过度夸大关系性，而忽略了实体性，但关系哲学有助于我们更好地理解位格的社会、关系向度。

3. 位格性、关系和道德权利

由于位格性的讨论是在医学的背景下进行的，因此常常会与某些医疗权利相关，可以说，这场讨论使人的社会性得到了人们的充分重视。由于权利的实现必然会对他人有所制约，所以，权利的概念就预设了位格与社会性之间隐含着强有力的联系，即便不是如我们认为的建构因素，至少也可能是互为因果的关系。总之，种种不同立场的道德伦理学家，也会赞同位格必然与权利、特权和义务相关。

在关于位格、社会性与道德权利的讨论中，有些人（尤其是女权主义者）认为把位格性和道德权利连在一起正是把个体主义思想引进伦理讨论中。如沃加斯特（Elizabeth Wolgast）说，道德权利的概念与位格的社会性格格格不入，因为道德权利的概念是

在一种原子论的社会模式中发展起来的。在原子论模式的世界中，位格是自我中心的个体，他与另一个个体的唯一关系模式就是竞争^[13]。瓦仁（Mary Ann Warren）认为道德权利的理论基础建立在两个假设之上，第一个为“本有特质假设”（the intrinsic properties assumption）^[14]，这一假设把道德权利归因于具有某种个体本有的特质，关系被认为是外在于个体的，因此关系性（诸如爱与被爱、成为社群中一员等）都与权利无关；第二个假设称之为“单个标准假设”（the single-criterion assumption），这种假设认为，在拥有道德权利这个问题上，某单一的属性就把世界区分为“有”（have）和“没有”（have-not）的世界。这两种假设都排除了对位格性的关系向度和道德权利的社会基础做任何说明。而且，若我们切近来看一下道德权利实际上是如何产生的，那么这些假设事实上都不能成立，因为无论用什么本有特质或单一标准来定义位格都不能保证位格人必然获得他应有的道德权利。

在上文已经讨论过的美国生命伦理学家瓦特斯（James Walters）对道德权利也表示过自己的立场。他认为，自我意识是位格生命的开端，具有自我意识的位格间没有道德差异，所有的位格都有完全的道德地位。至于开端之前的状态，如新生儿（瓦特斯以一个患唐氏综合症的新生儿为例），由于它接近位格生命，因而可以赋予其道德地位；他认为，越接近位格生命，动物的或人的个体的道德地位就越重^[15]。也就是说，尽管瓦特斯把大脑的机能看作是位格的标准（单一标准），但他也无法前后一贯地把不拥有位格标准者排除在道德权利范围之外；对这些“边缘位格”，他认为需要进行关注，并考虑赋予道德权利。为支持这立场，瓦特斯特别引用一个拥有强烈“心理—社会联系”的例子。他指出，怀孕16—18周的孕妇可以体验到“胎动”，孕妇随之不断强化着与腹中胎儿的认同。瓦特斯没有清楚界定他所谓的“近

似位格性” (proximate personhood) 中会包含何种社会联系, 他只是承认并强调在孕妇经历胎动后, “赋予发育着的胎儿的道德意义对于我们是至关重要”^[16]。可见人们可以采用多过一个的模糊变动的标准来赋予道德权利, 如潜在性、发展性和社会联系性。在这个事例中, 胎儿的权利尤其与外在特性相关, 也牵涉到关系向度。

在道德权利与位格这个问题上, 与瓦特斯的处理方法颇为接近的英格尔哈特提出“社会位格”的概念, 他认为早老性痴呆症患者具有“社会位格”的地位, 尽管他们已不再符合自我意识的标准, 但他们以前是严格意义上的位格; 所有准位格 (person-to-be) 也是“社会位格”。这些社会位格包括在母体外可能生存的胎儿 (通常是怀孕 24—26 周)、初生儿、婴儿, 甚至是精神有障碍的婴儿 (对英氏而言, 这些婴儿在严格意义上现在不是、将来也不可能成为位格)。英格尔哈特认为“社会位格人”亦应享有某种“严格位格人”才有的道德权利, 尽管在本有的道德地位上来说, 他们不是严格意义上的位格。换句话说, 他们的位格性地位是在社会关系考虑的基础上被赋予的^[17]。

若上述两个“个体主义的”假设站不住脚, 那么人们就应该更多地在社会性上说明道德权利。一些女性主义者的论述就体现了这一点。古道夫 (Christine E. Gudolf) 就美国的健康保健资源分配的问题发表自己的观点道: “从女性主义伦理学看, 一种充分的医学伦理就是包含了这一个简单的原则: 那就是促进共同的善, 就是促进社会所有人的善。”^[18] 这位学者突出“所有人, 就是想说明人们应该将人当作人, 而不是当作担任什么社会角色的个体, 因为共同的善必须包括所有人之为人 (而不是按照职权分配) 的具体的、完全的福利。清晰地说, 这个生命伦理原则就是: 关怀、同情、互爱和社群。

如果我们承认人是一种社会存在, 那么就不能把关系看作是

与道德权利归属和位格性定义完全无关的因素，毕竟位格定义要包含对位格生命的描述，而这只有放入社会背景才有可能。同样，在某种程度上，一个位格通常不能在孤立的状况下生存，而要超越他或她单纯个体的生存，与他者乃至与超越的他者相关。一个对位格的充分定义将包括那些个体化的生理、心理向度，即一种特殊的身心一致的实存，也必须包括超越性的社会向度；位格生命只有在所有这些向度中才能找到它的意义与实现。正如奥勒（Albert Outler）所指出的：“人的生命的最初起源，持续的基础和最终目的就是一种真正的超越……我们所有真正的人类经验（同一性、自由、洞见、希望、爱）也都是自我超越的……尽管他们存在于时空中……‘位格性’不是人的机体的一部分，也不介入机体发展的过程。但人的机体朝向其超越的母体，在其中他生存、运动、成为人类。”¹⁹

二 基督教位格观的关系向度

我们在导言中已经提过，“位格”一词及其观念在西方文化语境中首先是由基督教神学家提出来的，其中一个原因正是阐述教义中最为难懂的三位一体观，而这教义的核心内容正是为了表明上帝本身的生命是在关系中构成的。因此，基督教的神圣位格——三一关系观成为当代理解人的位格的一个重要资源，在此我们仅能作一个简单的概括²⁰。

位格的英语“person”源自拉丁语“persona”。在第1—2世纪时，此拉丁语的意思是指舞台戏子所戴的面具。德尔图良是第一位采用这个词去描述上帝属性的基督教神学家，他尤其取其有语言、行为的个体之义。一个有言行的个体自然意味着一种与个体以外的“他者”建立种种关系的愿望，同时透过关系的网络显示出个体的独特身份与性格。一个“位格的上帝”就是一位与人类建立关系的上帝，这就提供了一个“个体的人”可以与

上帝建立关系的条件。与此相对的是，一个“非位格的上帝”就只能是一位遥不可及的上帝，无法亦无意与人沟通，更谈不上“爱”了。基督教在教会建立之初发展出来的“三位一体”教义，就是为了展示上帝的特殊属性，即位格性（personalness）和关系性（relationality）。

第一位明确地按照上帝的创造与救赎的历史去论述上帝的“三一”性的是第2、3世纪的教父艾任纽斯（Ireneus）。在他的著作《反异端》（*Against Heresies*）第四卷的前言中，他描述圣子与圣灵为上帝创造人类的双手，也是上帝启示与救赎的代理者与执行者。艾氏的这种神学解释，强调了三位一体的合一性：创造历史中的三位，不是三个上帝而是同一个上帝；一个上帝在同一个创造的活动中以三个不同的角色出现，是因为有分工合作的需要，即在同一神圣的活动中，每一位格都有不同的工作或角色，但只有一个活动、一个上帝；并且在任何一个上帝的活动中，三位格都参与在其中。这种区分方法的优点是把上帝和世界的关系纳入神学的视野，并从上帝的救赎活动中梳理出一个神人关系的结构。

与艾任纽斯同时期的拉丁教父德尔图良在这个神学问题上也做出了极大的贡献。他认为，人身体不同的器官构成人体的内部组织“oikonomia”，同样，上帝是一神，三位格是他自己内部的组织，即“oikonomia”。换言之，上帝在本质上拥有一种建设性的综合能力，能把三位格“组织”起来，以至于其自身的合一性丝毫不会因为三位格而受影响。对上帝的三位一体，德尔图良显然不是单纯从数目上去考虑上帝的“一”，而是从哲学意义上思考上帝内部多元而又合一的特性。德氏曾经以一棵树的“树根”、“树干”和“果实”来比喻圣父、圣子和圣灵之间的关系。一棵树有树根、树干与果子以及呈现的不同形式，上帝作为神圣的存有，他内部的“组织”使他亦可以三个位格出现，但在三

个位格中，这个存有无论在本质、价值与权柄上都没有更改，有的仅是在各种位格中形式与分量的不同而已。

到了第4世纪，亚塔那修在尼西亚会议（Council of Nicea）提出三位一体的“本质同一”（homoousion）的观念，说明了圣子是源于圣父的本质，是同一而且不可分割的。通过运用“同质”这概念，他发挥了两个相关但不相同的神学思想：上帝三位格本性的“平等性”（equality）与“合一性”（unity）。

在上帝三位格之具有同一本质、同等神圣性、同等地位及合一本性这些问题上，3—4世纪的拉丁教父奥古斯丁亦做出很大的贡献及精彩的解释。在方法上而言，奥氏所持的三一论包含一个重要的希腊哲学的前设，就是“实体”（substance）是个体的最终原则，而对此上帝也不例外。上帝的实体至为重要，而三位格及他们之间的关系仅属次要。在他的巨著《三一论》的第五卷中，他指出圣父、圣子、圣灵的名字是为了区别三位格之间的关系而起的，与他们的本质完全没有关系。上帝的实体既然比他的三位格来得重要，位格本身也不必具有本体意义，因此“persona”（面具）一词去代表位格，对他来说自然是可以接受的。奥古斯丁认为，圣父是神，圣子是神，圣灵也是神，然而天上地下亦仅有一位神。从这个观点来看，奥氏的三一神学对于保障三一神的合一性有余，但对理解三一神的位格性不足，与本文作者的“关系性实体”的立场也是不同的。然而总的来说，无论是希腊教父或是拉丁教父，“同质”的观念确立了三位格圣父、圣子与圣灵在本质上的平等地位与神圣身份，并且这概念实际上已暗示了三位格之区别性与上帝合一性之间的关系。

但真正对三位一体神的位格与位格间的关系作出详尽与充分阐述的还要等到第4、5世纪的迦多斯教父们的努力。有别于奥古斯丁的区别三位格的方法，这些希腊教父认为位格与位格间的关系有的仅是逻辑识别的认知功能，而没有本体的意义。他们从

位格不同的生存方式去理解三位格的个别性，例如，圣父“传达”神圣本质与圣子，位格的生存方式就体现了一种存在性的关系（subsistent relations）。这种关系强调的是，因为圣父、圣子和圣灵作为个别“位格”所拥有的同一本质，他们之间的关系也就如同他们自身内在永恒不变的属性，是本质的；因此，位格间的关系具有本质的地位。具体而言，圣父之所以成为圣父，是在于他与圣子和圣灵有不可分割的“本体关系”（ontic relations）；圣子和圣灵之所以能被称为圣子和圣灵，也是在于他们与圣父以及彼此之间存在于一个不可分割的“本体关系”中，没有关系就没有位格，没有位格与位格间的关系也就没有能动的上帝。这些教父坚持认为，在三位一体神中，圣父、圣子与圣灵永远处在一种“三合一”中，一种互相相随、紧密不可分的团契交流（koinonia）关系中。但由于关系的前提是独立与完整的个体，这种团契关系更说明每一个位格都是独一无二与不可替换的；在互相内存的运动中，每一神圣的位格均有别于其他二位，且不能约化为其他二位；三个位格互不相同，各具特性，既不可约简，又互不分离，他们共存在永恒团契中，以至于若少了其余二位，就不能成为自身之所是。可以说，三一的位格在本体关系之中，同时构成了上帝的“一”与“三”。

三一教义最终是让人知道上帝的“位格”性及关系的本质，为人提供一个可以与上帝建立关系的条件。与此同时，因为基督教的创造观强调人是上帝的形象，这意味着被造的人和创造的上帝同具“位格”性。人的生命亦只能通过“位格”者与“位格”者之间的关系而获得生命与存在的本体意义。换言之，人作为“位格”者的真正生存模式是，在自我超越中开放自我，与另外的“位格”者融会契合地建立起一个交流的团契。这种“位格”式的生存意味着每一个“位格”人都拥有一己的独特性与个别性，这正是人的尊严和身份的体现。只有当人的个人尊严，即个

殊独特的位格获得肯定，人才能尊重、包容、接纳其他异己但同时也享有身份的他者。人类真正的群体只能在这种基础上才会出现。

在上文我们已经讨论，自18世纪启蒙运动兴起后，极端的个人主义出现，只注重个人权利、独立与自主，人自以为可以过一种孤岛式的自给自足的生活，一己之外的他者不外乎是竞争或剥夺的对象，完全无视人与人之间原本应有的互相施受的关系，更遑论意识到人的存在乃在乎一己之外的他者。与此同时出现的集体主义，在表面上与个人主义似乎截然相反，但其实是反映着同一个问题。前者由于高举个人的身份而失去人与人之间应有的“位格”关系，后者则高举群体的身份而牺牲了个体的独特身份与尊严。在这两种极端的主张中，最关键的仍是人失去了“位格”，继而失去了“位格”性的融会契合的关系，人的自由在自我或群体中完全消失。正是在这样的境域中，三一神的教义重新提醒现代人，只有“位格人”才是真正的人。这样一个真正具有上帝形象的“位格人”不是一个封闭的个体，而是一个向外开放、超越自我，并且处于关系之中的位格个体。依靠这种位格式的关系，位格人的独特身份与尊严不仅没有被取消，反而更加获得肯定与建立，并且同时让人领会到位格的独特身份是建立在与另一位格者的关系之中。

综合上述基督教神学与人学的观点，我们可以看到，对持这个宗教立场的人而言，人类的本质来自于上帝与人的关系，如果人的本质是由上帝与人的关系来定义，那么人的本质就不能被某种不管是潜在的还是现实的特性决定，它只能通过造物主上帝的作为来定义。为了保留有关人类作为被造的“实体”的语言，基督教强调，人的“实体”唯一的“内容”是“关系”，即实体性和关系性的双重结构。被造“实体”位格的实现，是因为三一神希望与特定位格相关联，而这关联的意愿是以创造的行为来

表达和实现的。尤其是，上帝通过男和女在婚姻的契约关系中的结合，使一个特殊的精子可能与一个特殊的卵子的结合；受精卵的形成确认了上帝按他的形象创造一个新人的意愿，以及他愿意与这独特的人相关联的意愿。在上帝创造行为的那一刻，人被赋予潜在性和能力。这些特性作为被造“实体”的组成部分，也作为行使上帝形象的功能必有的工具：在关系中，人与神沟通，与其他被造物建立联系。可见上帝与被造的位格人的关系是通过上帝单方面的特殊创造行为确立的。在其绝大多数的创造中，按上帝的意愿，被造的人都会逐步实现他所赋予他们的创造能力和潜能，以回应这神圣的初衷，并发展与上帝和其他被造物的关系，然而这并不是说这些能力和潜能必须实现之后，人才能成为位格。因为这样去理解位格就是说上帝创造的人，他的“实体”的内容是一套还有待实现的能力或潜能，而不是已经实现了的上帝与被造物的关系，上帝的目的和他创造的位格所要实现的无疑是“生成”，但是人作为一种独有的存在，却是以上帝—被造物的关系为基础的。换言之，是以由上帝创造的特定的人的“实体”为基础的。在大多数情况下，一个在神—人关系中被造的“实体”存在，要不断地在这种关系中“成为”更加完满。然而一个人仍是一个位格，即使他没有达到人的完满生成，因为在被上帝所创立的位格的神—人关系中，他已经被造就成位格人。

注 释：

[1] Alexis de Tocqueville, *Democracy in America*, George Lawrence, trans., J. P. Mayer, ed. (New York: Doubleday, Anchor Books, 1969), p. 506.

[2] George Herbert Mead, *Mind, Self and Society*, Charles W. Morris, ed. (Chicago: University of Chicago Press, 1974), p. 200.

[3] John Macquarrie, *In Search of Humanity: A Theological and Philosophical Approach* (New York: Crossroad, 1989).

[4] Kevin Vanhoozer, "Human Being, Individual and Social", in *Cambridge Com-*

panion to Christian Doctrine, ed. Colin E. Gunton (Cambridge: Cambridge University Press, 1997), p. 183.

[5] Martin Buber, *I and Thou*, 2nd ed. (New York: Charles Scribner's Sons, 1958).

[6] Martin Buber, *Between Man and Man*, Ronald Gregor Smith, trans. (Glasgow: William Collins Sons, 1979), p. 203.

[7] Martin Buber, *The Knowledge of Man* (n. p.: Allen & Unwin 1965), pp. 59—61.

[8] Gabriel Marcel, *Creative Fidelity*, Robert Rosthal, trans. (New York: Crossroad, 1982), p. 15.

[9] Gabriel Marcel, *The Mystery of Being, Vol. II, Faith and Reality*, Rene Hogue, trans. (London: The Harvill Press, 1951), p. 9

[10] John Macmurray, *The Self as Agent* (London: Humanities Press International, Inc. 1991), p. 102.

[11] John Macmurray, *Persons in Relation* (Atlantic Highlands, NJ: Humanities Press, 1991), p. 12.

[12] John Macmurray, *Persons in Relation*, p. 51.

[13] Elizabeth Wolgast, *The Grammar of Justice* (Ithaca: Cornell University Press, 1987), pp. 41—42.

[14] Mary Ann Warren, "The Moral Significance of Birth," in *Hypatia*, 4, No. 3 (Fall 1989); p. 47.

[15] Walters, *What is a Person? An Ethical Exploration*, op. cit., p. 65.

[16] 同上书, 第 71 页。

[17] H. Tristram Engelhardt, *The Foundations of Bioethics* (New York: Oxford University Press, 1986), pp. 115—121.

[18] Christine E. Gudorf, "A Feminist Critique of Biomedical Principlism," in *A Matter of Principles? Ferment in U. S. Bioethics*, Edwin R. Dubose, Ron Hamel, Laurence J. O'Connell, eds. (Valley Forge: Trinity Press, 1994), p. 171.

[19] Albert Outler, "Beginnings of Personhood: Theological Considerations," in *Perkins Journal*, 27 (fall 1973): 28—34.

[20] 可参见拙作《基督教神学思想导论》, 中国社会科学出版社 2001 年版, 第三、四、五章。

第五章

位格性的目的论向度

— 时间性和潜能

在位格人逐步完善的过程中，生物、心理和关系向度之间不断交互作用。这些向度既不会同时出现，也不会特定时刻表现出同样的力度。它们之间的互动可以表现为：某向度影响、实现并最终完成了其他向度所要达到的目的；不同向度的互动作用表明位格人的时间特质，人的位格性就是一系列自我展开的事件。在这个意义上，社会学家吉尔斯（Clifford Geertz）说，要定义一个人，必须要考虑到他的整个生涯：包括他过去怎样、现在是什么、可能会怎样¹¹。科学家兼哲学家普兰伊（Michael Polanyi）也有同样的见解：“在人类发展过程中，个体从简单的活力开始，逐渐进入到能动的、感知的、然后是有责任感的位格阶段。这些生命现象的发生是持续的，正如个体发育阶段一样不容置疑。”² 尽管笔者对文中提到的等级性发展不敢苟同，但我同意其中有关时间因素在人生命中的重要性的见解。

人生有不同的持续发展阶段，意味着人具有某些潜在的能力（潜能或潜力，potentiality）和现实的能力（capacity）。既然人生是不同特性的连续的展示和实现，我们就不能指望一劳永逸地认清了位格人的所有向度。当然，我们可以在特定的范围内说，不同特质的潜能是存在的，其在某有利的环境中将会实现。一旦意

识到位格人拥有尚待实现的潜在能力，我们就可以强调说，人既是“现存的人”（human being），也是“生成中的人”（human becoming）。一个人在有所计划的将来会是什么样子，这绝对与这个个体的现在密切相关。在人类社会中，设计未来非常重要。我们是指向未来的存在，目光总是会投向未知的地平线。这就要求我们不能把位格性看作是某种已实现了的特性，在定义位格人时考虑他的潜在能力是值得称许的，也是必需的。考虑到我们前面讨论的各种向度，人的位格性就是生物学的、心理学的和关系（社会/文化）的潜能的交互作用、不断展开；没有心理潜能的实现，社会/文化的潜能是不能够实现的；而没有生物潜能的实现，心理潜能也不可能实现。

位格性不同向度的相互依赖，并不意味着从一种阶段到另一种阶段之间存在明显的界限和区别，如同从毛虫变为蝴蝶那样的变形过程。有些人在这点上就走了极端。如贝克（Lawrence C. Becker）试图固定人生中的各个生物学阶段的界限，认为胎儿在完成某种特定的形态转化之前，即形成基本的解剖学上的形态及完成组织器官的系列分化之前，还不是“现实”的人，而只是“生成中”的人³。巴罗迪（Baruch Brody）也依照同样的思路推崇大脑活动的分水岭地位，他认为，只要人存在，大脑的活动就是不可或缺的，就是“人性的本质”⁴。这两个人的观点都提出如下的问题：为什么这些形态变化具有如此特定的道德意义？人们选定它们时难道没有一点武断的色彩吗？

有人为了避免这种决定生成/存在界线中过于武断的嫌疑，又走入了另一种矛盾中，那就是假设人可以有不同程度的位格性，从而炮制出所谓的“边缘位格”的术语⁵。这一思路让人们再次面临抉择的困境。例如，对一个处于不可逆转的昏迷状态中的患者，你如何判定他是一个位格还是边缘位格、非位格呢？那么一个没有大脑皮质的无脑儿又拥有多大程度的位格性呢？奎

琳 (Karen Quinlin) 是否拥有足够程度的脑活动程度而被称为人呢?⁶ 因此, 假如人的位格真可以有不同程度的话, 人们还得给出一个裁定个体所拥有的位格性程度的标准。

出现这些困境的主要原因是人们用一个等级性的形式去理解潜能的目的论结构。毫无疑问, 潜能是有目的导向的, 人的发育模式不是随机的, 而是独特、有序的, 并且有明确的目的性。例如, 我们观察到, 理性这种心理能力是社会交往和文化创造的关键, 这种能力早在胎儿大脑发育的早期就已储备, “……胚胎的整个结构、生长的整个节奏从开始到最后都指向一个文化动物的脱颖而出”¹⁷。我们认同人的发育过程一再表明其中有一种指向展示和完成某些特性和目的的独有模式, 可以说潜能为我们提供了定义位格性最有意义的向度。然而, 没有理由认为这种目的性指向的潜能是以等级性结构方式存在的。人生长发育中的目的性结构提醒我们, 各种不同的潜能 (生物的、心理的和关系的) 是在发育的不同阶段实现的, 它们内在相关, 相互受惠。没有一个形式优先于另一形式。

二 潜能与现实性

除了上述在理解潜能的两个误区——为已实现潜能的现实的人和潜能有待发挥的生成的人之间划定界限, 以及认为位格潜能以等级性结构存在, 人们对理解潜能的另一个毛病是过分强调某一种功能的现实能力 (capacity) 和潜在能力 (potentiality) 之间的区分, 这里也会形成几个误区。特勒 (Michael Tooley) 在论述高等的人类精神能力时, 对潜在能力 (potentiality) 和现实能力 (capacity) 作过如下的说明: 胎儿只有潜在能力, 而昏迷或睡着的位格则具备现实的能力。昏迷或睡眠着的人可以因为某些不利因素 (即催眠剂或可修复的脑损伤) 而不能行使这些能力, 但是一旦这些不利因素除去, 这种能力却是“立刻可行使的”。

正因为只要昏迷或睡眠的位格人处于某种更加主动或正常的状况，他就能够行使和表现其高等的精神功能的特性，所以，特勒认为他们具有高等精神功能的现实能力。相反，胎儿只具有高等精神功能的潜在能力，因为这些能力无法立即行使，胎儿必须经过某种“建构性的转型”，才能行使和表现其高等精神功能的特性，所涉及的远比仅仅除去不利因素更加复杂。特勒继而得出结论：必须具有高等精神功能的现实能力才能成为位格，胎儿仅具有这种属性的潜在能力，因而还不是位格，也就不能拥有生命权利¹⁸¹。

如此看来，高等精神功能的现实能力和潜力之间的真正区别，也许仅仅在于实现或行使时的复杂程度的不同，行使某种“现实的能力”只需除去某种障碍，而实现某种“潜力”则必须进一步发育成熟的结构性转型。显然，能否即时行使功能是现实能力和潜力的区别。除此之外，这种区别并没有再进一步说明，一个昏迷或睡着的人和一个胚胎（或胎儿）具有根本的差别，因为他们都可以说是具有高等精神功能作为他们的固有特性。潜力在胚胎（没有立即的可行使性）和睡眠的位格（具有立即可行使性）之间的差异不足以造成道德意义上的差异。美国生命伦理学家里尔（Patrick Lee）采用亚里士多德的分类法，将运动、成长、理性等人类基本潜力看作是“自然主动的潜力”，是生命体固有的，是进行更高的精神活动的前提。胚胎（或胎儿）确实具有这种主动的潜力，因为他已经具有了这种“积极因素”，即胚胎（或胎儿）就是他将要成为的自我之源。事实上，胚胎（或胎儿）一旦开始存在，就会积极地成长，直到能行使高等精神功能；胚胎不仅仅具备行使高等精神功能的潜力（具备潜在的位格性），他本身就是“当下此时”（here and now）的这些潜能。里尔认为，“具有如此潜能的存在……就具备了现实的位格性，人的胚胎和胎儿已经现实地具备那些特征，而不只单纯潜在

地具有”⁹。

那么，潜在地具有某种特征的胚胎（胎儿）为什么和那些已经具备实现的能力的成年人有同样的道德地位、不能随便取缔他们的生命呢？这与潜能的潜在性、而不是潜能的实现性相关。不管这生命是胚胎还是成年人，被剥夺生命不仅意味着剥夺了他们的过去或现在，还意味着剥夺了他们的未来。过去的存在和现实的存在无法被剥夺，剥夺的是潜能的体现，正如里尔所说：“在此意义上，杀害一个未出生的孩子比杀害一个成年人更可怕，因为这剥夺了更多的生命可能性”¹⁰在某种特例中，潜能也许比现实性更有价值。

著名的生命伦理学家英格尔哈特对在睡眠中位格是否仍保持位格性的问题上，也对位格的潜能展开论述。他说，一个有自我意识的位格人不是神灵，不具备“一种像神灵一般的自我意识的连续性”，人有时处于无意识的状态，这既不能归因于偶然，也不能归因于肉体的限制。他认为，作为拥有自我意识的肉身化的人类，我们是“在时间中生存的实存”，在时间上会体现出间断性。只要肉身自我意识（和位格）的“生理依托”没有不可逆的损害，位格的存在就会一直延续下去。当位格重获自我意识时，我们知道他是谁¹¹。

那么，同样的分析是否适用受精卵、胎儿或婴儿？英格尔哈特回答说，不行，因为人们还未知道将要存在那肉体中的位格是谁。他认为，任何人的肉体及肉体上的能力，只要是属于一个位格人的能力，那么时间上的间断是可以被跨越的，但是胎儿（或婴儿）的肉体以及肉体的任何功能并不属于一个位格（它不是一个人），它没有跨越时间的同一性、没有位格性可以保持。“说这是某人的肉体 and 说这可能成为某人的肉体，这两者是有区别的，……人们需要弄清‘成为位格的潜在性’和‘位格的潜力’之间的类的区别。知道在熟睡中的成人是谁，与知道一个胎

儿将会是谁，这两者有着类的区分。”¹¹² 因此，英格尔哈特认为，昏迷或睡眠的位格仍然是一个位格，而胚胎、胎儿和婴儿还不是“严格的位格”，只是“潜在的位格”。由此推论，既然是“潜在的位格”，它们就处于被他人（“实现的位格”）的支配，由后者决定它们是否享有某些权利。基于同样的立场，英国沃诺克委员会（Warnock Committee）也认为，只有当获得自我意识和理性潜能完全实现时，人的全部权利才得到认可，“潜在的位格”（如胎儿）只应受到某种保护，而不拥有全部的道德权利。¹¹³ 因此，我们需要比较详细地论证这个所谓的“潜在的位格”的概念。

三 潜在位格的概念

不少学者都持有如下的立场：胎儿只具有生物学意义上的生命，具有与生俱来的主动潜力，可以发育成拥有一切特性的位格人，但是还不是现实的位格。或用英格尔哈特的术语，只是一种成为位格的可能性、是一种潜在的位格。笔者相信这是把可能性和实现性两个概念混淆了。我们可以用总统竞选的例子来类比胎儿的位格性。一位四十岁的政治热衷者也许可以成为总统，作为公职的候选人他有当选的可能性（潜能），但这只是潜在的，因为也有选不上的可能性。同样，一个精子和一个卵子是潜在的人，因为只有在特定的条件下（当它们结合时），它们才具有成为位格人的可能性；因此，配子（gamete）只是潜在的位格，因为它们可能会不相遇，不结合成一位格人。然而，当一个总统候选人当选为总统后，他就不是潜在的总统，因为他已经被选为总统，除非某些事戏剧性地发生，在任何现实的意义上，他都已是一位实现了的总统：准备就职演说，准备搬入总统办公室……到时候他将行使越来越多的总统职权。一个受精卵/胚胎/胎儿在同样意义上也不是一位潜在的位格，而是“当选位格”；作为“当选位格”，他已经是一个实现的位格。把实现了的位格说为

“潜在位格”，是相当成问题的：与当选总统不仅是众多候选人中潜在的总统一样，受精卵、胚胎和婴儿也不是潜在的位格，而是有种种潜能的位格。鉴于这样的论断，区分“潜在位格”（potential person）与“具有潜力的位格”（persons with potential）是非常重要的¹⁴。

胚胎（胎儿、婴儿）的成长和发育是位格人迈向成熟的成长和发育，它不是成长发育而为位格人的过程。一个发育中的胚胎（胎儿、婴儿）已经是具有成长潜力的位格，而不是某类可能成为位格的生命体。一个具有潜力的位格不能被错认为是一个潜在的位格，具有潜力的生命体与后来行使潜力的生命体是同一个实存。公元2世纪的基督教哲学家德尔图良对此有很好的论述，他说：“将成为人的人也是人；你在种子中已经有了果实。”¹⁵美国伦理学家兰赛（Paul Ramsey）也说：“一个人一开始是以一个微小的信息点出现的，……随后在产前和产后的发育可以描述为一种成为他成孕那一刻就已所是的过程。”¹⁶

潜力实现的后果并不是产生一种不同的实存，而是同一实存的成熟。乔伊斯（Robert E. Joyce）沿着同一思路指出，人们很容易将导致某种事物“发生”的潜力与“成就”某种事物的潜力相混淆，精子和卵子具有第一类的潜力，而胚胎则具有第二类的潜力。乔伊斯认为，在第二类的潜力中，潜力已经体现了现实性。他举例说，妇女可以怀孕生子的潜力是男人所不具备的现实；同样，人的胚胎的理性、意愿和关系的潜力也是单个精子或单个卵子所不具备的现实。从事某种行为的潜力或能力是一种可实行的潜力（actual potential）或功能性的能力（functional capacity），尽管这种潜力在某一刻并未付诸行为。具有推理、意愿和关系等自然潜力或能力的人类胚胎就已经是一个位格，无论他的自然潜力或能力是否已经实现。¹⁷

也许“潜在位格”概念及其衍生出来的“渐进论”¹⁸的根

本问题在于没能在“成为位格”与“按位格而动”之间作出区别^[19]。位格的身份并不那么依赖于位格实现某些功能，而是依赖于它具有行使这些功能的潜能。如果高等精神功能的能力是人的位格性的基础，那么拥有了这些潜在能力的胚胎或胎儿就是一个位格，不管他们是完全或只是部分甚或根本没有实现这种潜力，在道德上他们与成人一样享有同等的尊严。胎儿是与生俱来具有道德权利与价值的位格，这应是无可争议的^[20]。

四 基督教位格观的末世论向度

胎儿、婴儿、昏迷人和年老衰弱者的位格性之所以发生争论，与现代社会坚持以功能性来定义位格性的做法有很大关系，与主导我们时代氛围的实用主义影响分不开。当天主教枢机主教伯纳丁（Cardinal Joseph Bernardin）提出“实用主义的人本主义”和“位格主义的人本主义”时^[21]，他在思考实在和功能的关系。他指出实用的人本主义植根于功利主义哲学，其中诸如胎儿、婴儿、昏迷人和年老衰弱者等人，都属于“非生产性的位格”。为了服从社会最大的善，就要牺牲它们的价值和尊严；无论这些个体被给予或“外在地拥有”怎样的价值和尊严，都是基于实用的预算、投资回报利益的算计，其“底线”总是要服从有利于共同的善这一原则，尽管这不得不牺牲弱者、无声者、边缘者以及被剥夺公民权者的利益。在实用的人本主义中，个体的“权利”在于能否展示某种“威力”。这是一种被伯纳丁称之为“威力产生权利”的人本主义。

伯纳丁深信还有一种在“更高道德律”上的“位格式的人本主义”，这种人本主义肯定每个位格人的内在价值和尊严，即便他人眼中他可能是无用和无价值的。人的尊严单纯在于“你是人”，实用的人本主义看重的是“你做的事”。西方基督教学者相信位格人的这种内在价值和尊严的基础建立在其是上帝的被造

物的信念中，因为位格人是在上帝的形象中被造的，并且在创造的活动中与上帝建立关系。这是位格式的人本主义的出发点：作为不断生成的人（human becoming），他的所作所为固然重要，但是相应于天赋的尊严而言，位格人的价值是无条件的。

如上所述，基督教的人观理解人为上帝的形象，而活得像上帝的形象首先意味着神与人的关系，继而体现在人与神、与人类同伴及与其他被造物的适恰关系。基督教教义同时宣称，新约的基督耶稣是不可见的上帝在地上的完美形象和荣耀；通过他的位格形象，人类就有机会成为他们所希望的存在样式。在这些圣经教义的基础上，德国神学家巴特确立了他对人性的理解。对他来说，人的真正本质只有通过耶稣的人性才能得知。作为真正的人，耶稣具有人的完全被造形式，即你—我人类关系的形式。他说：“如果我们要用一句话去说明耶稣的神性，那就是他是为上帝的人”；要说明他的人性，同样是“他是为人的，为他人、为他同伴的人。”¹²² 耶稣将自己与人紧密相连的关系是完全真实的。他使自己受到他同伴生命的影响，将他们的事当作自己的事业，他为了他们牺牲了自己。这样一来，他以一种彻底的方式服务于人。因此，在耶稣身上，我们看到了为神的耶稣（他的神性，神—人）和为人的耶稣（他的人性，人—人）之间完美的一致性和相同性。在这个意义中而言，耶稣具有完美的上帝的形象。

当人将基督作为上帝的完美形象来思考时，人就会认识到在上帝的形象和基督的道成肉身之间有着重要的关系。道成肉身意味着上帝的圣子成为肉身——即具有了人性。¹²³ 因此人可以与圣子的形象一致，并在他的形象中再生。信徒被救赎，成为基督的形象，上帝的形象的更新在信徒与基督的团契中得以实现。基督既是完美的上帝形象，那么，这一个形象的核心就是爱，因为上帝就是爱。保罗在他的教导中暗示了这爱就是上帝形象的中心，

他说：“你们该效法神，……也要爱心行事，正如基督爱我们，为我们舍了自己。”^[24] 通过神—人、人—人、人—其他受造物之间互相关系所表达的爱，才为上帝的形象提供了内容。耶稣是爱的完美形象，因为没有人曾像他那样爱过，因而要成为上帝的形象就是要与基督的位格一致，成为基督的形象，借着圣灵的中介，表达出对上帝、对邻人和对其他受造物的爱。这就是上帝创造、救赎和圣洁生活的三重目的。

然而，当人们说，只有基督才被称为具有完美上帝形象时，这意味着人作为上帝形象是不完美的。人作为上帝的形象因为罪的缘故受到破坏，缺乏只有在基督中才能发现的完美，为此人要受召与基督一致，并因他得新生。进一步而言，这种与基督的一致是一个不间断进步的过程，因此，我们应理解上帝的形象是一种能动的存在。保罗在关于形象更新的过程是一种能动的、进行的、进步的过程。在这个过程中，“现存的人”被赋予了“生成中的人”的强烈意识。这就是说，形象更新的终点是开始了，但仍需进一步完成。在此意义上，上帝形象具有强烈的末世论的意味，暗示着只有在世界终结的时候，上帝的形象才能在人里面最终实现，使徒保罗与约翰也强调，人类作为上帝的形象，是一个以末世为终结的历史过程。“我们既有属土的形状，将来也必有属天的形象。”^[25] 在现世，人继续承担亚当的形象，只有在来世，人才能完全具备基督的形象，属天的人的形象。约翰也说：“我们现在是神的儿女，我们将来如何，还未显明；但我们知道，主若显现，我们必要像他，因为必得见他的真体。凡向他有这指望的，就洁净自己，像他洁净一样。”^[26] 约翰所强调的是对基督完美的形象，是人成圣的最终目标，这只有到末世才可得到。那时人作为他的形象的载体完美地荣耀神，并且完成我们被赋予的使命，成为完美的上帝形象，从而成为完美的位格。

早期教父对于上帝形象的概念也是以能动的、进步的和末世的角度去理解的。他们相信：亚当和夏娃被造时像孩子，他们必须成长为完美的。这是一个非常深刻的洞见，表明教父们认识到位格性涉及历史、发展和进步。他们进一步解释上帝的形象是一种赋予人生命的潜在性，被造的人从一开始仅拥有一个不成熟的形象，但人开始这个旅程，只有在达到终点时才可能获得上帝模样的完全完美。教父把人的潜在性的发展或实现的过程看作是神化的过程。这种观点给现代人以启示：人性是一种能动的、在过程中的存在，以不成熟和不完美开始，通过不同的阶段，通过运用人的自由意志回应上帝的恩典，最终以完全像神而达到尽善尽美。教父对人类成熟得像上帝形象的理解很重要，因为它强调上帝“形象”和“相像”的能动和目的论的意义，也强调了人类被称为上帝形象的承担者之前，他还没有被造成和被赋予完全实现了的完美。

这种观念将人性当作是一种改变的过程，一种向“尚未”的目标前进的朝圣，它强调的是位格人是一种处于过程中的存在。对我们而言，作为活着的人类，其旅途仍在继续，直到抵达目的地。但什么是人的旅途的终点？《威斯特敏斯特简明教理问答》（*The Westminster Shorter Catechism*）也提出同样的问题：“人的首要目的是什么？”其给予的回答是“荣耀上帝，永远在上帝中得到喜乐”。荣耀上帝、喜悦上帝，就是生活在成为上帝希望我们成为的那样的现实中，与上帝、自我、他人和世界的关系中和谐地生活；随着这些关系的深入和扩大，我们成为完美的位格或上帝的形象。因此，位格人是一个在爱中实现我们反映上帝形象的潜能的过程。上帝在爱中创造人，并给予人生命，通过救赎，他开启了人生活在上帝的爱之中的潜能；人在爱中付出自己，并愉快地接受爱，在爱中，人发现了上帝、自我、人类和世界中的喜乐。

五 身心合一的整体位格观

综上所述，对位格性的单纯理智理解，把位格从其身体或其他的环境中抽离出来是极端不现实的，也忽视了人身体的意义以及身体本身就具有的生存权利。同样，对位格性的单纯生物学理解也是不现实的，因为我们所有的人都能会同意，在持续的植物人或其他不可逆转的昏迷状态下，人生命中某些重要的东西已经消失了，身体不再被其精神所驱动，位格已经变得极为残缺了。因此，位格人的本性拒绝任何形式的本质主义（essentialism）的还原性界定。在界定位格人时，生物学的、心理学的、社会的和历史的——所有这些向度都很重要。在人的生命不同阶段，每一个向度都起着不同程度的作用。如果不智地挑选某一个向度作为位格人界定中规范和决定的因素，那将会带来极大的混乱。那些在哲学倾向上是“本质主义者”经常犯此类错误，他们假定在人的本质中存在着某种最具重要性的因素（例如基因、理性、社会性等等），并将这一因素作为所有人类成员的共同点。但是，我们相信不能用任何单一向度来界定一个位格人，因为每一个向度代表着一种不同的现实，我们不应该将任何一个向度置于其他的向度之上；而毋宁是，一个位格必须放在生物—心理—社会文化—历史的背景中来考察，因为只有在交互关系的多向度的基础上，位格人才能形成。

现代身心医学（Psychosomatic Medicine）已经意识到人生命中不同向度之间相互依赖的机制对于人发挥正常功能的重要性。意图在单向度上界定人的位格性，忽视了每一个人身上所体现的多重关系性（生物学的、心理学的、关系性与历史性的）。如上世纪的美国神学家蒂里希（Paul Tillich）所说：“人应该被视为一种多层次（如身体、灵魂、精神）的组合，是一个多向度的统一体。”^[27]

1. 身心医学和位格性的整体论模式

即便是身心交互论的鼻祖笛卡尔，他理解身心关系的方式有两种：一种是数学和形而上学的方式，另一个是日常经验的方式。他认为，身体/灵魂的二分法只在第一种意义上被应用；在第二种意义上，人的存在展现出身心统一体的特点，这不是可以用数学和形而上学方式去理解的。看来，笛卡尔较许多批评者所理解的更具整体论的立场。在临床医学上的身体属于第二种意义。在这种意义上，心灵不仅被看作与身体相连，而且还很“密切”^[28]。

现代许多哲学家都在努力理解身体与灵魂之间的这种“亲密结合”的关系。如胡塞尔把这种密切的统一体界定为“作为我的身体”，这种观点得到了马塞尔的“属于我的我的身体”的回应，萨特也主张“我是我的身体”。这些哲学的和现象学的探寻与现代身心医学的科学发现是一致的，即人的“心理和身体无法解开地束缚在一起，构成一种整合的，关联的整体”^[29]。这种密切的结合整体使身体化的位格人具有一种价值的特征，即任何一项介入位格人的医学疗程，都是属于道德领域的行为。

在过去的半个世纪里，人们越来越意识到基于二元论前提（视位格由身体与灵魂/心灵分别构成）的生物医学模式的不足之处。因为在这类模式中，每一生命过程，无论是正常的还是病态的，都可以追溯到解剖的、生理的、生物化学或分子水平的结构，而不涉及位格关系、历史、社会文化等向度。社会科学家们观察到一种“生物心理社会文化”的在先情结对健康与疾病产生很大的影响，因此他们对身心二分法提出质疑，并开始采取一种更为“整体化”的视角来看待人类。每一个位格都被看作是“一”，在他的自身内将生命的各个向度统一起来，以至于无论是健康还是疾病，都包含着各向度的“彼此渗透”^[30]。也就是说，无论何时一个向度受到影响，所有其他的向度也会受到波

及。这意味着一个位格的健康最终是整体性的，世界卫生组织将健康界定为“一种全身心及社会的安宁状态，而不仅仅是没有疾病或虚弱”，就是这种健康理念和整体性位格观的体现。

近半个世纪以来的身心医学的发展鼓励了生物—心理—社会—文化（整体）的健康与疾病观的形成，也间接地推进了整体主义的位格概念的发展。疾病的“心理起因”（psychogenesis）概念和“整体主义”（holism）思想是身心医学的两大特色^[31]，而后者对一种整全位格的概念尤为重要。

2. 整体主义的概念

“整体主义”一词源于古希腊语“holos”，即完全的意思，整体主义代表了一种关于人性及健康与疾病的特定观念。古希腊思想家——柏拉图、亚里士多德、希波克里特——都一致认为，心与身是不可分割的统一体。柏拉图建议人们：“不要试图去医治……没有灵魂的身体……因为整体不完善，部分也不可能完善。”（柏拉图《查米德斯篇》）。1859年法国医生伯纳德（Claude Bernard）提出：在身体里有一种“milieu interieur”（内环境），它在活体组织与外在环境之间起着调解作用，其稳定性是健康的根本条件，受到破坏则意味着疾病。1930年，加农系统地阐述了“体内平衡”（homeostasis）的概念，表明内环境是一个稳定状态，一旦生理和心理的任何一种因素破坏了稳定状态，整个机体的功能将受影响；正常情况下，自主神经系统的交感分区将保证这个稳定的常态或体内平衡。20世纪，在心理生物学旗麾下，梅叶（Adolf Meyer）提出，身心是人的机体不同但又不可分割的两方面，是作为整体的心理生物学统一体。心理生物学的整体主义大大地促进了身心医学的进程，并成为后者第二个主要的内涵。

现象学的整体主义甚至反对用“身心”这一概念，认为把

位格看作身体、心理及社会的结合并从这些不同的向度考察人，不是适当的方法，因为“整体”不单纯是部分的相加。将不同因素叠加的算术过程最终不能成功，因为这样仍然没有把病人看作一个真正整体^[32]。身心概念把心、身和外部环境看作是彼此分离的实体，尽管相互影响，但整体仍然是一种分离部分的总和，使得特定环境下活生生的人丧失活力，抽象的实体取代了具体的生命体。部分或分离实存的相加，不管多么全面或彻底，绝不能重构一个完整的活人。在人的个体世界中，包括人的所有的方面。因此，心理和身体作为不同的方面来自于同一个“形体领域”——活的肉体，它们不是彼此并列且外在地联系起来的实存；相反，它们是彼此交叠和共存，相互纠缠并不可分割地互相连接。

这种现象学的整体主义观提倡“活的身体”（living body）概念，将身体理解为不同方面的网络，其不同方面彼此交织。下丘脑—脑垂体是这种交织关系的范例。神经网络彼此交织，遍布整个生命体，共同影响、调解和沟通“活的身体”不同方面。其他网络系统，如免疫系统，也施展它们的影响，因此根本不能说哪个变化是由哪个系统“引起”的。我们充其量只能说，就每个范围而言，某些影响较为集中。

现象学的“整体主义”还认为：活的身体总是已经存在于世界之中。身体与世界不可分，不能将其中一个还原为另一个或并入另一个。世界的变化与身体的变化并非两种独立发生的事件。身体与世界是相互依赖的。身体采取的任何一种形式或姿势：工作的姿势、战斗的姿势、爱的姿势等，都是根据它所处的世界来确定的。将活的身体理解为自身内部与外部世界的动态联系，即确立了身体与世界，也区分了身体与世界。生活世界的意义通过活的身体得以“定位”，也就是说，在活的身体中并通过活的身体得到解释；活的身体之意义则转换为生活世界的结构。

它们二者之间紧密地相互关联，以至于“我们根本无法说出变化最初发生的‘位置’究竟是在身体还是在世界中。疾病发生的‘位置’总是既在世界又在身体中”^[33]。

在过去的“心理起因”模式中，心理干扰被视为首要的，而生理干扰则是次要的，现象学的整体主义观点质疑这种对身心问题的简单处理方式。他们认为，心理方面与生理方面紧密相连，彼此重叠，我们无法指出究竟哪一个方面是主要的，哪个方面是引起对方变化的原因；我们只能说，当活的身体与生活世界相互作用时，出现了某种生理或心理的现象。即便是社会生理—心理—社会模式都可被看作为方法论上的还原主义，代表了一种对现实的抽象；尽管就研究目的而言，这种模式也许是必要的。

整体主义强调生物—心理—社会—文化层面之间的界限模糊、在每一因素相互间的作用，并把人的现实诠释作一种相互渗透、相互依赖的“生物—心理—社会—文化”的互居相融，人存在于一种相互作用与和谐的能动状态中。这种观点并不完全为那些对位格性、健康和疾病进行身心角度来理解的人所认同，但它不仅提供了对位格人的多向度方面的理解，还特别对位格人作为身心统一体、其向度之间的互相联结和不可分割提供了丰富的洞见。

以上诸章中，我们对形形色色的位格性的观点进行了介绍和评判。大家不能否认这个事实，那就是，任何一种生命伦理学的宣称、医疗行为的制定乃至社会医疗保健制度的确立，都是建立在对位格人如何理解这个基本前提之上的。可以说，任何一种生命伦理学都可以是一种位格伦理学，分别在于各自不同的位格定义。我们认为，位格人的定义必须要顾及实体性和关系性的双重结构，任何偏重一方的观点都是不完备的。我们的立场是，要完整地理解及界定人的位格性，就要兼顾实体和关系、存在及生成的范畴，调和人的实体性和关系性。作为一个现实的实存，位格

人有独特的生物学和心理学的特征，是身心合一的整体；作为生活在社会文化中的实存，位格人又是一个不断生成、具有各种实存特征的潜在能力；这就是一个整体的位格观念。由这种观念，我们可以发展出一种整体的位格伦理，在面对任何道德问题时，位格人的每一个向度都摄入我们思考的背景之中。在下面我们就在堕胎与辅助生殖科技所引起的种种道德难题，用这种位格伦理的视野去展开讨论。

注 释：

[1] Clifford Geertz, "The Impact of the Concept of Culture on the Concept of Man," in *New Views on the Nature of Man*, John R. Platt ed. (Chicago: University of Chicago Press, 1965), p. 116.

[2] Michael Polanyi, *Personal Knowledge* (Chicago: Chicago University Press, 1958, 1962, 1974), p. 395.

[3] Lawrence C. Becker, "Human Being: The Boundaries of the Concept," in *Philosophy and Public Affairs*, 4, No. 4 (summer, 1975).

[4] Baruch Brody, "On the Humanity of the Fetus," in *Abortion: Pro and Con*, Robert L. Perkins, ed. (n. p.: Schenkman Publishing Co., 1974).

[5] W. R. Carter, "Once and Future Persons," *American Philosophical Quarterly*, 17, No. 1 (January, 1980): 61—66.

[6] 后文“人工流产”章节将会展开讨论。

[7] Majorie Grene, *Approaches to a Philosophical Biology* (New York: Basic Books, 1968), p. 48.

[8] Michael Tooley, *Abortion and Infanticide* (New York: Oxford University Press, 1983). See also the Chapter on Modification of the Moral Status of the Fetus.

[9] Patrick Lee, *Abortion and Unborn Human Life* (Washington DC: Catholic University of America Press, 1996), p. 61.

[10] 同上。

[11] H. Tristram Engelhardt, *The Foundations of Bioethics* (Oxford: Oxford University Press, 1986), p. 122.

[12] H. Tristram Engelhardt, *The Foundations of Bioethics* (Oxford: Oxford University

Press, 1986), p. 122.

[13] quoted in Norman M. Ford, *When Did I Begin?* (Cambridge: Cambridge University Press, 1988), p. 98.

[14] Norman M. Ford, *When Did I Begin?* (Cambridge: Cambridge University Press, 1988), p. 96; cf. Lee, *Abortion and Unborn Human Life*, op. cit., pp. 22—29.

[15] Tertullian, *Apology*, IX, quoted in Michael J. Gordon, *Abortion and the Early Church* (Downer's Grove: InterVarsity Press, 1982), pp. 54—58.

[16] Paul Ramsey, *Fabricated Man* (Yale: Yale University Press, 1970), p. 11.

[17] Robert E. Joyce, "Personhood and the Conception Event," *The New Scholasticism*, 52 (Winter 1978): 97—109.

[18] 渐进论, 参见后文“人工流产”的有关章节。

[19] C. Stephen Evans, "Human Persons as Substantial Achievers" *Philosophia reformata*, 58 (1993), p. 107.

[20] 参见 Lee, *Abortion and Unborn Human Life*, op. cit., p. 26. 和 Alan Donagan, *The Theory of Morality* (Chicago: University of Chicago Press, 1977), p. 171.

[21] 参见 Joseph Bernardin, "Medical Humanism: Pragmatic or Personalist?" *Health Progress*, 66 (Apr. 1985): 46—49.

[22] Karl Barth, *Church Dogmatics*, 3/2, ed. G. W. Bromily and T. F. Torrance (Edinburgh: T&T Clark, 1960), 45. 1.

[23] 新约《约翰福音》第一章 14 节。

[24] 新约《罗马书》第八章 29 节。

[25] 新约《哥林多前书》第十五章 49 节。

[26] 新约《约翰一书》第三章 2 节。

[27] Paul Tillich, "Meaning of Health," in *Perspectives in Biology and Medicine*, 5 (fall 1961); reprinted in *On Moral Medicine: Theological Perspectives in Medical Ethics*, Stephen E. Lammers and Allen Verhey, eds. (Grand Rapids: Eerdmans, 1987), p. 162.

[28] Richard Zaner, *Ethics and the Clinical Encounter* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1988), pp. 115—118.

[29] Zaner, "Embodiment: The Phenomenological Tradition," op. cit., p. 298.

[30] Tillich, "Meaning of Health," op. cit., p. 164.

[31] 这里推荐两篇非常有价值的文献: (1) Erwin H. Ackerknecht, "The history of psychosomatic medicine," in *Psychological Medicine*, 12 (1982): 17—24. (2) Z. J. Lipowski, "Psychosomatic Medicine: Past and Present-Part I, Historical Background,"

in *Canadian Journal of Psychiatry*, 31 (Feb. 1986); 2.

[32] G. Northoff, M. A. Schwartz, and O. P. Wiggins, "Psychosomatics, the lived body, and anthropological medicine; concerning a case of a topic dermatitis," in *The Body in Medical Thought and Practice*, Drew Leder, ed. (Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1992), p. 141.

[33] 同上。

第二篇

辅助生殖技术与 位格伦理

第六章

不育症与生育技术的需求

一 不育症的定义和影响

不育症是一种普世性的现象，患者们的呼声是越过时空限制的，他们与在旧约圣经《撒母耳记上》中记载的哈拿^[1]同样经历了这种迫切想要孩子，却又无法生育的苦涩。正因如此，辅助生育技术的需求市场是巨大的。什么时候这种技术派上用场，也即夫妇在什么时候达到了不育症的“公认标准”，这就要看人们如何选取不育的标准。什么样的生育能力是正常的、什么是不正常的，人们一般可用以下两种标准之一来评估。第一种，夫妇的生育能力可以用繁育力（fecundity）来评估，这个词表示生育（生育正常孩子）的潜力；第二种标准是能育力（fertility），西方的医学界用这词来指实际怀孕率（actual conception rates）。根据后一种标准，医学界通常认为，一对夫妻如果过正常的性生活一年仍没有怀孕，他们就是不育症患者。尽管世界卫生组织（WHO）以及加拿大生育技术皇家委员会建议此期限为两年^[2]。这种判定的价值远远超出了人口统计学或统计学的意义，它决定了一对夫妻是否患不育症、何时诉诸人工受孕技术。

大约有 15% 生育年龄内的夫妇会患有不育症。这个数据可能会因为采纳的标准不同而上下浮动。比如，1982 年美国家庭增长全国调查的报告表明，约有 8.5% 的已婚夫妇患有不育

症^[3]。加拿大生育技术皇家委员会最近的研究结果支持了上述的比例。在加拿大这个国家，有 8.5% 的夫妇同居一年以上、7% 的夫妇同居两年以上仍未能怀孕^[4]。可见，不论采纳一年或两年的限期为准，都可以得出这样的结论：不育症仍然是北美相当普遍的问题。

1. 妇女的不育症

妇女不育有很多原因，包括遗传、饮食、气候或者环境因素（细菌、原生动物或病毒）都可能导致不孕。这些原因属于解剖学、生理学或心理学的研究领域，有些是先天的，有些则是后天的。然而妇女不育最重要的一个原因就是输卵管阻塞或损坏，大约 25%—35% 妇女不孕是由这个原因引起的。毫无疑问，输卵管在怀孕初期起着重要的作用，它从卵巢吸引卵子、输送精子和卵子着床、创造受孕环境、养育受精卵，最后，输卵管还帮助受精卵抵达子宫。输卵管的损坏会阻碍上述功能，导致不孕^[5]。

目前损害输卵管最主要的因素，亦是导致女性不育症的一个重要原因是性传播疾病（sexually transmitted diseases，下面简称 STDs）。STDs 包括细菌引起的疾病，如淋病、滴虫（Chlamydia）、梅毒，过滤性毒菌引起的外生殖器疱疹、乳突淋瘤以及由艾滋（AIDS）病毒引起的各种疾病，它们一般会引起盆腔发炎（特别是输卵管的炎症），加上在对这些疾病进行的治疗也会对生殖器官造成损害，从而不育。根据加拿大皇家生育技术委员会关于人工生育技术的调查报告，有 20% 的不育症患者是因为由性传播疾病造成盆腔炎（以下简称 PID），损害了输卵管而起的。这一数据只表明 PID 对受孕的影响，还不包括它对怀孕及生育过程可能引起的其他问题。在北美，STD/PID 对受孕率损害是非常严重的。在生育期的妇女中，每 5 个加拿大人便有 1 个受该病的影响。在美国，性病引起的不育症占 20% 强，在一

些高风险的人群中甚至高达30%^[6]。

排卵周期紊乱是导致妇女不育的第二种主要原因，占病例的15%—20%。排卵一般是在妇女行经前两周开始，在排卵后大约12—24小时内卵子可以受精，不正常的经期会影响妇女受孕。子宫内膜异位，这种相对罕见的疾病也被认为是不育的原因，不育的妇女估计有30%—40%是因此病而不育的^[7]。子宫内膜异位导致不孕的机制目前还不很清楚，如功能障碍、排卵问题、由子宫内膜分泌带来的输卵管异常、卵巢排放卵子障碍等，都被认为是这病不孕的原因。但是这些都仅是猜测，目前还未得到证实。

宫内避孕器（IUD）的使用与妇女不孕有很大关系，它会使骨盆感染，导致输卵管的损伤，IUD的使用甚至会导致宫外孕（ectopic pregnancy），因为输卵管损伤影响了自身的传送机制^[8]。各种生理异常，包括妇女生殖器官的损伤或畸形、宫颈结构不正常等，都会造成不育。人工流产（特别是刮宫术）会引起感染和其他相关疾病，常会造成不孕。

化学因素也是不育的重要因素。事实证明，吸烟、吸入二手烟，诸如此类的外部影响会降低生育力，人们发现吸烟者更容易产生输卵管的阻塞、宫颈黏液分泌异常，从而阻塞精子与卵子的结合，因此，抽烟者的怀孕概率比不抽烟者少三倍至四倍。另外，每天喝一杯以上咖啡的妇女怀孕的机会只是不喝咖啡者的一半^[9]。加拿大皇家委员会的报告指出，在工作场所及自然环境中大量会影响人的生殖能力的化学物品，这也是人们容易忽视的^[10]。

2. 男性不育症

自古人们都把不孕的原因归在妇女的身上，以为是妇女缺乏生育力才让香火断续。如今，许多辅助妇女受孕的生育技术广泛

被使用，似乎有在加深这个误会的倾向。然而，事实上大约有30%—40%的不育症与男性有关。男性的精子量不多是不育的最常见原因，精子量不多，不足以使妇女怀孕。男子也有可能根本不产精子或者精子活力不够不能使妇女受孕。产生上述情形的原因是多方面的，至今还未完全揭开其中的奥秘。另一个造成男性不育的原因是精索静脉曲张（varicocele）。在这种病症中，患者的阴囊静脉不断扩张，一般认为，它所导致的阴囊和睾丸温度升高会对男性的生育潜力有负面影响^[11]。

正如女性不育一样，吸烟、饮酒、滥用药物等外部因素也会引起男性的生育问题。尽管在这方面进行的研究很有限，人们指出，吸烟与精子数量和活力降低有关，性病对男性的生育力也有负面影响。总体而言，对男性不育症成因的知识实在不多，仍需要更多的研究。正如巴巴拉·罗斯曼（Rothman）所说，这一领域研究的滞后，是因为在男人占优势的医学界倾向于注重治疗女性的不育症^[12]。另外，大约10%—20%的不育症病例，男女双方都没有明显的病因；大约15%—20%的病例是由综合因素造成的。不育是一个非常复杂的、多重因素造成的问题，需要人们对它进行不同方位的探讨。

3. 不育症对情绪的影响

夫妻间的感情强度、文化和宗教信仰背景、个人信念都会影响他们对待不育的态度。因此，对不育症的情绪反应是因人而异的。有目共睹的事实是：不育的夫妇常常会感受到强烈的情绪失调状态，甚至带来其他心理和生理上的问题。但是学界对这种状况研究很不充分，不同的研究所得出的结论又常常含混矛盾^[13]，主要的理由是因为心理测试的方法往往缺乏公认的标准或规范，因此研究结果缺乏可比性。

加拿大妇科医生吉尼斯（Stephen Genuis）通过对不育夫妇

的心理压力的长期观察与研究得到两项结论：（1）因为不育症夫妇没有可见的病症，因此，他们的问题常常被忽视，得不到需要的帮助、同情和关怀；（2）由于不育症问题大多困扰较为年轻的夫妇，这可能是他们人生的第一次重大危机，他们尚未有足够的技巧去处理这个极为复杂的问题^[14]。因为人生大部分的忧伤都是在现实中的损失造成的，例如金钱、健康或事业上的损失都是不难理解的，但不育带来的悲伤却是特别的复杂，甚至夫妇自己也不甚了解；它不是父母失去孩子的忧伤，因为孩子根本未出生；这种悲伤出自内心的无能为力，因为他们不得不寻求医疗帮助，受医生忠告的控制。“不育带来的忧伤，就如人们因开小差的士兵而不是在作战中献身的死亡而悲伤一样。”^[15]

不育的夫妇因为这种难以启齿的羞愧而孤立自己，并且从他们自己的不寻常处境去看待一切：人际关系、父母职责、心灵成长以及自我评估。人际关系的压力对不育夫妇影响最大，因为这样的不幸，有些夫妇的关系可能会更加亲近、交流更深、彼此分担，但是大多数的夫妻倾向于彼此反目、疏离。要孩子的愿望的强烈程度不一样，面对危机的应付能力和反应机制不同，对如何医治不育症的不同意见，都会导致夫妻双方的疏离。不育成为很多婚姻失败的直接原因。此外不育也带来一些常见的身体不适和疾病，例如头痛、腹部不适、全身不舒服以及睡眠或饮食失常。

生育能力是人的存在不可分割的部分，不能生育破坏了人的整全性。患有不育症的夫妇常常为“不完整”的人生而挣扎不体，不仅他们自己如此认为，周围人也这样；人们不仅将夫妻的身份与生育力相联系，而且还用他们子嗣状况评价了他们的地位。因此，只有对不育症带来的精神压力有清晰的认识，我们才会明白以一种同情的态度去对待这些不育的夫妇是多么的重要。

二 不育是一种疾病吗？

这是一个重要问题，即不育是不是一种病症？这个问题很重要，因为，不育是或不是是一种疾病，不仅影响人们受其困扰的程度，还影响人对治疗必须与否的判断、影响医疗资源分配政策的制定。有人反对将不育看作是一种需要治疗的病症，他们认为仅是那些若没有相应的诊治就会影响生存的身体情况才是需要医疗的疾病。因此，这一观点认为不育不是一种疾病，而只是表明夫妇想要有自己孩子愿望的不能达成。既然不育不是一种疾病，这个问题也就不需要什么治疗方案；至于通过人工方法帮助一个输卵管阻塞的妇女怀孕生子的治疗，目的是满足这对夫妇想要孩子的愿望。“不育症的治疗，正如整形手术一样，是为了满足患者要求而改变他们的生活的一种选择性的医疗，而不是为了保持他们的健康。”^[16]既然不育症的治疗属于这种性质，在医疗资源贫乏的经济环境中，对不育症的治疗不应具优先性。正如有人为的那样，“如果为世界范围的主要医疗问题列出一个优先顺序名单，不育症在其中会处于相对较后的位置”^[17]。

对上述的看法有很多反对意见。英国沃诺克委员会（The British Warnock Committee）指出，并不是所有现存的医疗手段都是为治疗威胁或危害生命的疾病的，而医疗的作用就是要尽可能地治疗病人身体所有不健全的器官或功能^[18]。唐纳德（Ian Donald）认识到医疗对不育夫妇的意义：“没有孩子的悲剧与其说是一种疾病，不如说是功能的丧失，然而，只要医疗科学能够将其纠正，那么就应该去治疗。”^[19]卡卜兰（Arthur L. Caplan）拓宽了疾病的定义。他采用生物心理社会学（biopsychosocial）模式，认为疾病是指“人们已经意识到的功能失调症状，或者如果不治疗就会最终失去这些功能的症状”^[20]。根据这种疾病的定义，他认为不育症该归于医疗的范围，人人都希望有孩子，每个文化都

重视人类自身的繁殖能力，因此将不育看作是疾病或功能失调是有道理的，因而治疗不育也应有相对的优先性，应该受到医生和关注医疗政策人士的特别关注。

罗斯曼（Barbara Rothman）从女性主义学者的角度指出，非自愿性的不育应该被定义为一种残障，而不是疾病。生育就像走路和谈话那样，是人的基本功能，丧失这一基本功能的应被认为是“残障”（Disabled）^[21]。残障通常是由于生理上的某种损害造成的，如果医学上可以提供某些补救的方法，人们应提供并重视对不育症的治疗。有时治疗可以治本，如疏通堵塞的输卵管；但有些则不能，治疗只是用代替的方法去实现障残部位的功能。换言之，一些辅助生育的科技如精子捐献、人工授精等都是可行的。

在这个问题上美国学者萨宾（James Sabin）和旦尼尔（Norman Daniels）的观点尤其有启发意义。他们提出用两种不同的模式来解读“医疗必要性”的概念：“正常功能模式”（normal-function model）与“能力模式”（capability model）^[22]。“正常功能模式”是指，只有由疾病或者是某一特定的残障带来的缺陷才具有医疗的必要性；“能力模式”是不论是由什么原因引起能力减弱的人，都有权被医治。因此，就不育这个特例来看，如果从前一种模式出发，那么，因输卵管堵塞而不育比其他原因导致的不育更有治疗的迫切性；而从第二种模式出发，则所有导致不育的原因，都应得到平等的医疗机会。萨宾和旦尼尔指出，尽管后一种“能力模式”是理想的模式，但在有限的医疗资源的现实条件下，人们实在必须区分必要性的医疗与选择性的治疗，而“能力模式”的标准无可避免地把相当宽泛的一群不育的男女都包括在必要性医疗的行列中，这将会超过任何一个社会可能承受的负担。这意味着在处理不育的夫妇时，只有当医疗人员能够明确地找到一个可以修补或纠正的病源，医疗才能具有其必要性。

加拿大皇家委员会在对提供辅助生育技术以帮助不育妇女的态度中接受了类似的立场，认为体外受精的技术只适用在因输卵管堵塞而不育的妇女身上，因为没有足够科学上与临床上的证据证明体外受精对因其他原因而不育的人是会有效的。因此不论是从妇女的健康角度着想，或从社会有限资源的分配考虑，提供辅助生育去解决不育都是不符合道德标准的。

三 生育的权利

在生育技术及不育症的讨论中，产生了形形色色的关于权利的问题，其中最重要的或许是生养孩子的权利，即生育权。这个问题最早是在19世纪末的美国优生学运动中提出，并受到广泛的关注。当时的问题是，是否应该立法，让那些惯犯、疯子或弱智的人节育，以保证人口质量。这场运动引起许多官司，最终达成一致，那就是生育乃是人类应当受到保护的基本权利^[23]，因此在美国，强迫节育是违宪行为。鉴于这样的司法先例，美国法院似乎是无法禁止任何一种人工生育技术的。当避孕和堕胎在上世纪60年代末至70年代初得到合法化，不生育的权利建立起来的同时，生育权也得到了强化。下面，我们就将这些司法先例以及一些正在进行的争论放入本书的背景，用来考察生育技术的领域、对采用这些技术的个人权利的合法化所产生的道德后果。

一般而言，医学伦理学原则认为，只要没有人因他们的抉择受到伤害，一对夫妇有拒绝任何一种即便是对自己有益的医疗的权利，这种拒绝治疗的权利可被视为是自我选择及尊重自主权原则所派生的消极权利（negative right）。在生育权中，消极权利意味着一个人有权任其自然去达到生育的愿望，在不干扰他人的自主权的情况下，他与她也不应受到任何的干扰。然而，当不孕症患者宣称他们有权使用人工生育技术去克服或治疗他们的不育时，这却是一种积极权利。积极权利超越了消极权利所依据的不

干扰原则，它要求人们都有义务为他人的要求提供便利与帮助，它意味着当一个群体宣称某种社会福利是人应有的权利时，这种福利便必须公平地分配，以致每一个需要这种福利的人都能得到满足。消极权利基于自我选择原则，积极权利则基于公平原则，两种不能混淆。大部分社会，除非像中国这样因人口过多而施行生育计划措施之外，都会同意生育权是一种不能被干扰的消极权利，但宣称每一个不育的人都拥有积极权利去利用人工生育技术去克服不育，相信到目前为止尚未有任何一个社会群体认同的。

我们认为，在一个公平兼有爱心的社会，积极权利的概念在应用到医疗服务时必须限制在一个基本水平上，一个个体是无权享用所有一切他想获得的治疗，因此，不是所有可能有好处的治疗都要普及到每个人的²⁴。从这个原则出发，我们不禁要问，辅助生育技术是否属于最基础的医疗保健？显然我们不会也不应该将辅助生育技术与天花或小儿麻痹症疫苗注射放在同等地位考虑；从最基本的层面而言，生育不像食物和水那样是人的基本需要，生育权也仅能是个人的一种消极权利，而辅助生育绝非是一种积极或基础的权利，试管婴儿不是社会必须对每一对不育夫妇提供的医疗服务，它只是那些渴望为人父母的不育者可以考虑的选择。社会应该要满足每个人最必要和基本的健康需要，但这不包括使用生育技术的权利²⁵。

在宣称以辅助生育技术来解决不育症不是社会必须提供的医疗服务的同时，我们亦需要强调这并不意味着人们不可以使用辅助生育技术去解决不育的问题。我们是希望说明，辅助生育技术不是适用于所有的人或所有的不育现象。那么，谁可以享用这些技术呢？采用辅助生育技术的一条最重要的标准是，这技术是否可以被证明的确能够有效地把问题解决了。在决定是否采用技术来治疗一个不育患者时，加拿大皇家医学会就是采纳了上述的标准。这个委员会经过对人详尽的审核之后，作出结论说，这些技

术只能有效地治疗由输卵管堵塞而引起的不育，他们的研究表明，没有足够证据证明这些技术对其他的不育症是有效的。因此，将胚胎移植用于各种其他原因引起的不育症是不道德的；同时，将有限的公共医疗资源运用在没有把握的医疗中在道德上也是不负责任的^[26]。

生育权的问题涉及的不仅仅是生育本身，而且更包括建立家庭的事实。生育权和建立家庭、为人父母的权利还是存在着相当大的区别。举例而言，单身男女严格地来说是没有生育权的，因为一个人是不可能生育的；同性伴侣或更年期后的妇女也无法生育，他们不可能凭自己生育子女，这些人要求生育权的说法是不切实际的。这些人所要求的不是生育权，而是（借助人工生育技术）建立家庭的权利。这两者的区别在传统的男女结合的家庭中也有相关的说明，如一对夫妇要求使用捐献的精子人工授精，这不是出自生育权的要求，而是受建立家庭的权利驱使；同样，夫妇双方都是不育的患者时，他们自己本身没有生育能力，也就没有生育的自然权利，但是他们可以通过辅助生育技术建立家庭，他们可能有资格获得那样的权利。因此，问题就在于，在众多不能生育的人当中，是否他们都拥有建立家庭的权利呢？还是仅有一部分失去生育能力与权利，但仍保留着建立家庭的权利呢？若是的话，他们的权利是从何而来的呢？

过去 20 多年，西方社会在这些权利问题上争论不休，基于自由人文主义的世俗生命伦理学无法提供一个被人认同与接受的道德框架，去决定哪一些不能生育的人可以生养孩子，而另外一些却不可以。因此，一些人主张，为了尊重一个单身女子的自主权，可以为她用捐献的精子进行人工授精；另一些人从功利主义的立场去评估这种做法时，又怕这样可能会导致家庭的整体性被破坏，最终影响社会结构。与世俗伦理混乱不一的状况相反，影响西方文化最深的基督教提出了不容置疑的标准和立场。他们认

为生育权和建立家庭的权利是建立在男女的婚姻关系之上的。换言之，生育权只能在婚姻的范围来探讨，基督教的教义不允许一个人没有结婚、只是出于个人的愿望而生养孩子^[27]。罗马天主教会更有专门的论述，认为只有通过夫妻建立的父母关系才能生养孩子，“做父母的权利是夫妻彼此给予的”，与此同时，父母又在孩子身上肯定和完善了夫妻间的相互给予。^[28]

四 生育与责任

尽管在西方社会对关于辅助生育技术的讨论大都是围绕着人们是否有生育权的问题而展开，但同时也有一些人，尤其是一些属于保守基督教派的人士则提出，认为夫妻不仅有权利生育，而且更应有责任去生育；有一个很有趣的现成例子：当代德国因为出生率太低，教会的主教遂提醒自己教区的信徒注意“基督徒有生育的责任”^[29]，他们援引旧约圣经《创世记》1：28中说的上帝要求先祖要“生育众多”的话作为教义上的支持，并将这经文当作是一种普遍的命令。这样，故意不育就是违背上帝的旨意，而若有不育的病情，则应该持积极的态度去寻求医治，包括采用辅助生育技术，才算得上是有责任心的表现。

我们认为这种观点是有问题的。首先，生育的责任问题必须放人世界人口爆炸这样的背景来考虑，而不能把它孤立地从某一个教义来讨论并作出论断。美国学者史蒂文森（L. Stephenson）直截了当地说：“只有当世界上绝大多数人都希望少生孩子的时候，医学界才可以寻找多生孩子的方法。”^[30]西方的非基督教人士往往将人口过多问题归咎于犹太—基督教传统，虽然他们的批评可能有点流于偏激和简单化，但也不是完全没有道理的。以致不少基督教学者以教内人士立场也撰写文章提出异议，指出对于所谓生育权或生育责任等观念的当代诠释需要非常谨慎^[31]，因为“生育众多”的“命令”必须以特定的历史社会文化背景中

去理解。古代以色列是农业社会，而且经常处于战争、疾病和自然灾害之中，自然需要尽可能地多生育孩子，特别是男性。因此，《创世记》在第一章第26—28节所记载上帝对以色列民众的指令，应理解为上帝对他的子民朝向生活富足和繁荣的祝福，而不是加重负担的命令。在现今的情况下，世界的人口已经达到饱和的水平，使我们不得不严肃地考虑生育众多是否仍可算为是一种祝福。

然而，基督宗教的生育责任观念却提出了两个与责任有密切关系的问题，值得人们反思。其一是强调不育与不负责任的生活方式之间的关系。我们认为，不育症和是否应该以生育科技去克服不育等问题，是不能独立于个人及社会整体的生活方式来讨论的。如上文所述，性病是导致不孕的重要因素，因为它们破坏了输卵管及其他女性生育器官，那么，我们有必要强调，北美性病的流行是因为“性解放”思想泛滥。来自不同机构的统计数据表明，美国每年染上性病、去公立医院和私人诊所就诊的人有1000万^[32]。由于性病的隐蔽性，估计美国还有2600万—3100万人感染生殖器疱疹^[33]，15—40岁之间的女性中有20%感染乳突淋瘤^[34]；自1987年来，梅毒的感染率直线上升，达到四十年来最高水平^[35]。妇科专科医生吉尼斯总结说：“如今性病泛滥，简直是普世现象，没有任何肤色、年龄、性别的差别，至今也没有任何迹象表明这一上升的趋势得到减缓。”^[36]

上述数据表明，如果要遏止性病的泛滥，减低它们对不育的影响，就必须要对社会各阶层进行教育，改变不负责任的生活方式和性行为。尽管对北美的生活方式的批判不是我们文章的关注点，但是，我们在讨论不育及治疗不育的方式时，不能不提到生活方式问题；若一味地提倡以生育技术来克服与治疗不育症，而不同时提倡一种负责的性生活方式，那我们是伪善的。

在西方社会，与不健康的性生活相关的是一种不负责任的消

费生活方式^[37]，直接或间接地加剧全球资源和财政的紧张。因此，在讨论不育和人工辅助生育技术时，生活在西方国家的人也必须要考虑到它们实际的成本和经济问题，强调谨慎使用资源这个话题，至少有必要同时呼吁改变现今的生活消费模式和生活标准，因为任何有关人工辅助生育的决策都应该考虑到这种科技的运用实际上也是一种在剥削全球资源的生活方式。而在像中国这样一个人口过多、卫生资源不足的国家，发展及采用这种科技更应该考虑到是否与合乎国家人口政策、社会资源分配原则等相关的问题。盲目地追求尖端科技，而不切实际地考虑到一种科技能否真正满足社会的需要以及达到医疗服务的目的，也是不负责任的。

基督教提出的生育责任引发出的第二个问题是，在选择为人父母，包括采用生育科技来达到这个目的时，人们究竟是选择了什么样的责任呢？换言之，作为父母的责任的具体内容是什么？当然，这个问题不仅是有基督教信仰的准父母才会提出，而且是大部分的父母都会考虑的。在选择和责任的双重压力下，有些人心中会产生一个不合理的包袱，认为要么生育一个完美孩子，要么不要孩子。这种完美的要求在现在的功能至上的社会更显得普遍。完美生育包括了生与育两个过程：“生”是指利用一切知识，包括用生育辅助科技去创造一个完美的孩子（我们在下面的几章会详细讨论生育辅助科技的优生学意义），“育”是指当孩子生下来还未能达到父母尽善尽美的要求时，还可以通过种种栽培养育的手段去追求尚未达到的完美目的。在这个过程中，孩子承受的压力不在话下，那些决定承担养育完美孩子之责任的人也会为孩子做出惊人的牺牲。但这种种的牺牲是否完全出自高尚无私的情怀呢？也是一个令人费解的问题。正如美国伦理学家豪瓦斯（Hauerwas）提醒我们的：“没有比宣称为对方负责的说法更能有效的控制他人了。”^[38]也许真正的问题是，人们在生养孩子

时就存在着一个根本的错误观念，以为孩子是我们拥有的东西，他们似乎就是在我们控制之下的产业，我们的生养行为根本没有将他们看作是一个独立的存在，这样的父母观酿就了现今父母最大的问题，他们对自己产生了双重的崇高期望：通过生育制造最完美的孩子，通过教育使孩子变得最完美。这样的父母观实际上是将孩子当成现代人类科技成就的成果，最终导致人们运用一切可能的先进技术，以最大的努力去生育完美的孩子。当代中外社会文化那种赞同舍弃有缺陷的、尽管仅是一些轻微缺陷的胎儿，以及鼓励排斥、轻视主流社会价值不认为有“天分”的孩子，可以说已经成为近乎理所当然的行为。看来以上的分析是有道理的。人们似乎是说：生儿育女，要么是个完美的婴儿，否则宁愿是个死婴。

当代这种“完美之责任”的父母观给予希望成为父母的人极大的压力，结果是很多人不敢选择成为父母，因为他们害怕这种责任。而那些已经成为父母的，也因为这种观念使子女们承受着非人的、完美教育的栽培与训练。在这个问题上，基督教的教义提供了一种不同的父母观。它认为养育孩子不是一个选择和责任，而是上帝的恩赐和看护。按旧约圣经记载大卫王说：“儿女是耶和华的产业，出自娘胎的是他所给的奖赏。”（《诗篇》127：3）子女既是上帝的恩赐，就不可能有尽善尽美的要求；对一份有瑕疵的礼物，人们也只会感恩地接受，绝不会在创造主与赐礼物的上帝面前把礼物践踏或遗弃。生育子女既是上帝恩赐的礼物，更意味着不育并不是一种惩罚。有些神学观点就把不育说成是上帝的诅咒，又说没有子女的婚姻是不完全的。¹³⁹ 这种观点的神学基础相当薄弱的，基督教的正统观点更多是把被造物的堕落看作是不育的原因，不育是因为人不再是生存在一个完美的世界。在上文我们已经讨论过，不负责任的生活方式和不检点的行为是不育的主要成因。因此，圣经说子女是祝福，而不育则是值

得悲伤的。那么，如何缓解苦难、达到人生满足？是否可以用一切可行的手段与不育抗争、达到令人满意的结果呢？恐怕人工辅助生育技术永远不会是人类不負責任的生活方式与行为的对手，解决不育更多的应是更普通的道德教育，以及对不检点的行为操守作出不妥协的谴责。

从本文提出的位格伦理而言，每一个孩子的存在，最基本的事实是上帝与他的关系、通过创造他和赋予了他生命；作为被造的人，所有为人子女的都因为这种与上帝的、垂直维度的关系，拥有独立的位格；父母是上帝的“代创造者”，这身份本身首先是说明了他们自己与上帝的关系，其次是表明了他们之间作为夫妻的关系，决定选择成为父母最终极的意义是这两重关系的延伸和体现。因此，位格伦理不能认同这样的一种观念：因为父母与子女在生理上有关联，因此拥有控制子女一切的权利。子女不是我们做父母的成就，更不是可以随心所欲设计或抛弃的财产，因为子女是上帝神所赐的礼物。作为一种恩赐，他们会带来喜乐和安慰，同样也可能会带来痛苦和悲伤。正因如此，当我们的子女没有达到我们的期望而成为我们所向往的完美的孩子时，我们仍然去爱他们、接受他们，因为他们是来自上帝的礼物。^[40]因此，作为一种礼物，我们的孩子将永远拥有独立于我们及我们理智选择的特性。位格伦理所提供的道德指引，不容我们在家庭中以一种暴君式的家长对待子女，也避免了将子女们视为一种经过严格素质管理过程产生的商品或是成就父母旨意与梦想的工具。孩子作为人的子女，是应当有享受无条件的爱的权利。这也是作为父母真正重要的责任。

注 释：

[1] 哈拿是旧约圣经《撒母耳记》中先知撒母耳的母亲，起初因为不能生育而受人嘲笑，在圣殿求告上帝赐予她孩子，后来如愿以偿。

[2] *Proceed with Care: Final Report of Royal Commission on New Reproductive Technologies*, 2 vols. (Ottawa: Canada Communications Group, 1993), p. 183.

[3] United States Congress, Office of Technology Assessment. *Fertility: Medical and Social Choices* (Washington D. C. : U. S. Government Printing Office, 1988), p. 49.

[4] *Proceed with Care*, op. cit., p. 180.

[5] Stephen Genuis, *Reproduction Rollercoaster: Infertility and the Assisted Reproductive Technologies*. Edmonton: KEG Publishing, 1992, pp. 44—45.

[6] United States Congress, Office of Technology Assessment, "Fertility: Medical and Social Choices," op. cit., p. 49.

[7] Genuis, *Reproduction Rollercoaster*, op. cit., pp. 70—71.

[8] cf. N. C. Lee, G. L. Rubin, and R. Borucki. "The Intrauterine device and pelvic inflammatory disease revisited: new results from the women's health study," in *Obstetrics and Gynecology*, 72 (1988); 1—6.

[9] cf. D. Evans, *Without Moral Limits*, (Westchester: Crossway Books, 1989); 96; also see Royal Commission on New Reproductive Technologies, *Proceed with Care*, op. cit., p. 236.

[10] *Proceed with Care*, op. cit., p. 270ff.

[11] Genuis, *Reproduction Rollercoaster*, op. cit., pp. 48—49.

[12] Barbara Katz Rothman, "Infertility as Disability," in *Contemporary Issues in Bioethics*, 4th ed., Tom L. Beauchamp and LeRoy Walters, eds. (Belmont CA: Wadsworth, 1994), p. 215. This same disparity has been noted in the development of contraceptive technology.

[13] cf. D. Davis, and C. Dearman, "Coping Strategies of Infertility," in *JOGNN Clinical Studies*, (May/June 1991); 221; F. Andrews, A. Abbey, L. Halman, "Stress from Infertility; Marriage Factors and Subjective Well-being on Wives and Husbands," in *Journal of Health and Social Behaviour*. 31 (Sep. 1991); 240.

[14] Genuis, *Reproduction Rollercoaster*, op. cit., pp. 78—79.

[15] P. Mahlstedt, "The Psychological Component of Infertility," in *Fertility and Sterility*, 43, No. 3 (Mar., 1985), p. 343.

[16] Evans, *Without Moral Limits*, op. cit., p. 92.

[17] Isobel K. Grigor, "Responses to Warnock: A Review," in *Embryos and Ethics: The Warnock Report in Debate*. Nigel M de S. Cameron, ed. (Edinburgh: Rutherford House, 1987), p. 86.

[18] Warnock Committee, "Report on the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology," in *Contemporary Issues in Bioethics*, op. cit., pp. 210—211.

[19] Ian Donald, "Problems Raised by Artificial Human Reproduction," in *Embryos and Ethics*, op. cit., p. 74.

[20] Arthur I. Caplan, "The Ethics of In Vitro Fertilization", in *Contemporary Issues in Bioethics*, op. cit., p. 222.

[21] Barbara Katz Rothman, "Intertility as Disability," op. cit., pp. 211—226.

[22] James Sabin and Norman Daniels, "Determining Medical Necessity in Mental Health Practice," in *Hastings Centre Report* (Nov. -Dec. 1994), pp. 5—13.

[23] A. Liu, *Artificial Reproduction and Reproductive Rights*. (Brockfield; Ashgate Publishers, 1991.) pp. 33—34.

[24] Leonard J. Weber, "In Vitro Fertilization and the Just Use of Health Care Resources," in *Reproduction: Technology and Rights*, James M. Humber and Robert F. Almeder, eds. (Toronto; Humana Press, 1996), pp. 79—80.

[25] Ibid., p. 86.

[26] *Proceed with Care*, op. cit.

[27] Bruce R. Reichenbach and V. Elving Anderson, *On Behalf of God: A Christian Ethic for Biology*. (Grand Rapids; Eerdmans, 1995.) p. 168.

[28] Vatican Statement in Evans, *Without Moral Limits*, op. cit., p. 179.

[29] G. Farrell and W. Lazareth, *Population Perils*. (Philadelphia; Fortress Press, 1979.) p. 47.

[30] L. Stephenson, *Give Us a Child: Coping with the Personal Crisis of Infertility*. (San Francisco; Harper and Row, 1984.) p. 131.

[31] G. Farrell and W. Lazareth, *Population Perils*, op. cit.

[32] Stephen Genuis, *Risky Sex*, 2nd ed. (Edmonton; KEG Publishing, 1992); 18. I am indebted to this author for the following 3 citations in the literature.

[33] R. E. Johnson, A. J. Nahmias, L. S. Magder, et. al., "A Seroepidemiologic Survey of the prevalence of herpes simplex virus type 2 in the United States," in *New England Journal of Medicine*, 321 (1989); 7—12.

[34] J. F. Jeffrey, "Human Papilloma Virus and Lower Genital Tract Dysplasia: Driver or passenger?" in *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Bulletin*, 10, No. 4 (1988); 5—15.

[35] Center for Disease Control. "Syphilis and Congenital Syphilis-United States

1985—1988,” in *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 37 (1988) ; 486—489.

[36] Stephen Genus, *Risky Sex*, op. cit. , p. 23.

[37] 资料表明, 1959—1968 年间, 美国人消费资源数量是有史以来最高的, 见 John S. Feinberg, Paul D. Feinberg, *Ethics for A Brave New World* (Wheaton, Ill. : Crossway Books, 1993) ; p. 166. 这不仅仅是美国的现象; Peter Gillespie 指出, 每一个加拿大的人均消费总量是第三世界国家的 300 倍, *Canadian Forum*. 73, No. 832 (Sep. 1994) ; 23.

[38] Stanley Hauerwas, *Truthfulness and Tragedy* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1977) , p. 150.

[39] George L. Chalmers, “A View From the Other End” *Embryos and Ethics*, op. cit. , p. 11.

[40] Stanley Hauerwas, *Truthfulness and Tragedy* , op. cit. , p. 153.

第七章

人工授精

一 人工授精和精子库

1. 人工授精技术

在所有辅助生育的技术中，最基本和广泛使用的是人工授精(AI)，它是指通过技术操作，将精子植入女性生殖器官中。人工授精可分为两种：非捐献性人工授精法(AIH)，其精子得于丈夫；捐献性人工授精法(AID)，精子得自其他人，而不是丈夫^[1]。人工授精最初使用于补救源于丈夫的不育症。如果丈夫因为精子不足而不育，在采用人工授精之前可以先尝试以下几种方案：严格控制饮食，停止吸烟，停止喝酒，并进行适当的药物治疗；如果这一切都无效，通常可以采用非捐献性人工授精法，从丈夫身上获取浓缩的精子样本来使妻子受孕。有时候为了避免生下与X染色体有关的遗传疾病，非捐献性人工授精也用于将X-和Y-精子分开，以达到性别选择的医疗目的。如果因为某种原因丈夫不能生产正常的精子，就得采用捐献性人工授精来达到怀孕的目的。当丈夫患了遗传性疾病，如血友病，为了避免同样的遗传病传给子女的风险，捐献性人工授精法也是一种选择。此外，捐献性受精法也可以用以克服其他原因造成的不孕的疾病，包括男性射精障碍、女性阴道畸形（宫颈过小、子宫异位）等。

1970年以来，在欧美西方国家，有三个主要原因令使用人

工授精技术的人数大幅增长。第一，由于有效的生育控制措施和人工流产的合法化，可供领养的婴儿数目急剧减少；第二，人们对基因遗传的疾病的恐惧；最后，单身妇女、同性恋者、代孕母亲（按照合同“出租”子宫，捐献自己的卵子）等的需求，都使人工授精法的市场得到进一步的扩展。有一个有趣的人工授精案例^[2]，一位没有结婚的英国圣公会女牧师想要一个孩子，她安排三位男性朋友（包括两位牧师）捐献他们的精子，并混合精子使孩子的父亲血缘不清晰，目的是使母亲成为这个孩子唯一的血缘亲人；通过这些捐献的精子进行人工授精，她生了一个女婴。三年后，她表示希望再通过人工授精多生育一个婴儿，竟然还得到了她的主教的热烈支持。由此可见，许多基督教会不仅同意，而且采纳人工授精技术。加拿大皇家委员会关于生育技术的报告表明：加拿大每年有 1500—6000 个孩子是通过人工授精技术出生的，占有所有婴儿生育的 0.4%—1.5%^[3]。美国国会技术评估办公室（Office of Technology Assessment）所做的研究表明，1986—1987 年通过捐献者人工授精法出生的有 3 万人，而非捐献者人工授精法出生的有 3.5 万人。

非捐献者人工授精法和捐献者人工授精法的基本程序是一样的，且非常简单。精子样本一般靠自慰取得，然后在最适合怀孕的时候，用注射器将其射入妇女的阴道，时间应控制在排卵前 12 小时。人工授精法最为关键的是时间方面的控制，对于受孕成功非常重要。若控制得宜的话，受孕成功率可以高达 60%—80%。

2. 精子库

随着人工授精的普及，使用精子库（sperm bank）的需求也相应增加。尤其是随着冷冻保存技术的出现，精子样本可以被冷冻储存以备将来之用，精子库就变为一种产业。20 世纪 70 年代

起，低温储存技术让那些将要进行输精管切除的男人在手术前有机会把他们的精子储存起来。随着规模的扩大，精子库也为其他没有不育症的人服务，例如有的夫妇选择储存丈夫的精子作为一种健康保险，防范在工作岗位上有可能发生的职业性意外。《西雅图时报》也曾报道过这样的例子：一位名特瑞沃哥里尼(John Travaglini)的年轻人得了淋巴肉芽肿病时还仅是一个大学高年级的学生，在接受放射性化疗之前，在姐姐的催迫下，他将精子存入纽约市的一个精子库，每年支付50美元保存费；十四年后，他和两年半前结婚的妻子决定要生一个孩子，他妻子通过这些在多年前储存起来的精子样本而怀孕。近年来，HIV感染的流行使精子储存更加流行。为了确保下一代不受艾滋病毒感染，怀疑有HIV感染的捐献者先把精子取出冷冻并储存，同时接受HIV抗体的血液检验，6个月后再次进行HIV血液检验。假如两次都确实为阴性，冷冻的精子才能使用。可见，精子冷藏的技术具有相当的疾病预防与治疗的实践意义。

二 人工授精和精子库的伦理问题

1. 精子库带来的道德问题

人工授精和精子库的使用引发了不少伦理学上的问题^[4]。首先，精子捐献者的档案一直是一个复杂的问题，因为没有有一个普遍适用的程序标准。有些诊所或精子库保留了精子捐献者的详细记录，有些则没有。因此，一些有特殊疾病，但事先没有发现的精子捐献者，他们提供的精子有可能传播疾病，使受精妇女受损。另一种有问题的情况是某些人捐献精子的次数太多而且没有任何详细记录，如果接受这些精子的相当数量的妇女均相对集中在某个地理区域，假以时日就会有发生近亲繁殖的可能。为了减少同族繁殖的怀孕可能性，一般限定每个捐献者的精子授孕人数在10人以内。疾病的传播是另一个令人担忧的问题。尽管大多

数的诊所会筛选掉家族基因遗传疾病、梅毒、肝炎、疱疹和艾滋病的精子，但是由于目前还没有统一的精子检测标准，不严格的筛选程序会使某些疾病或不良基因有可能通过妇女受精而遗传给下一代。

还有一种现象正在兴起：精子库为一对夫妇选择生一个什么样的孩子提供了一种可能。通过精子捐赠者的基本特征，未来的父母可以大致上设想孩子的相貌。夫妻一般会选择与丈夫外形相近的捐精者，使将来生下来的若是男孩，尽可能看起来像父亲，尽管他不是血缘上的父亲。随之便出现了一些对精子素质与特征的特殊供求，那就是，建立特殊精子库，并以商业化模式提供“精英”、“天才”的精子样本。美国学者戴维思（John Davis）^[5]就指出，美国目前已经有专门储存贵族血统、诺贝尔奖得主、超级运动明星等精子样本的特殊的精子库，用来满足那些希望得到“特殊”孩子的父母。看来，当初医学用来解决不育的问题的人工授精，正演化为优生学的工具。这是医学伦理不得不正视的问题，政府有关立法部门也不能坐视这种医学的滥用。

2. 保密制与欺骗

人工授精带来的另一个道德上的问题是与保密有关的。严格把精子捐赠者的身份保密是大多数精子库的首要制度，因此大多数夫妇绝不会知道真正的捐赠者是谁。然而这种制度引发了一系列问题，人们不禁问，保密制度到底是为精子捐赠者的利益，还是为了接受精子的夫妇的利益？是否匿名捐精的制度就真的可以让捐赠者无须对捐精的行为负任何责任？是否接受捐赠的夫妇也可以有接触捐赠者的可能？反过来，捐精者是否有权知道孩子的消息？更重要的是，匿名捐精制度是否有权不让将来出生的孩子知道谁是他的血缘父亲？这是合乎道德标准吗？对孩子公平吗？在美国出生的一位名朗小姐（Margaret Brown）的例子说明了该

问题的严重性。她在16岁时发现自己是通过他人捐赠精子、人工授精出生的，她在一所全国性的刊物访问她时说出她的心声：

我是一个由人捐赠精子才出生的孩子、一个绝不会知道她另一半身份的人。我感到气愤和困惑，而且充满疑问，我的眼睛像谁？为什么这是个秘密？是谁让我的父母认为我的生父不重要？不让一个人知道他或她的身世的做法完全是错误的。……历史是学校的必修课，图书馆有专门的族谱分类——在这样的世界里，我认为任何人都不能有意夺去像一个人的血缘身份如此基本的、重要的资讯。父母们必须了解，世界上一切的爱和关心都不能掩盖那种在心底里或潜意识中永不消失的不安的感觉^[6]。

我们不妨用西方传统的两种道德论去理解以及尝试解决捐精者匿名权所引发的窘境。若以功利主义的角度去权衡两者的得失：一是孩子不知谁是他的生父的痛苦，或是违背捐赠者的意愿、让孩子知道谁是精子捐献者。也许大多数西方的人可能会支持第一种选择，因为取消匿名制会减少捐赠者的数量，从而很多不育的夫妇也就可能失去了养儿育女为人父母的机会。但若采取道义论的立场，人们就会反对匿名制度，支持孩子知道自己的生父的权利，因为谎言本身就是不应该做的事。

究竟哪一种是最佳解决问题的方法呢？瑞典的法律在这两种道德论中作出某种的妥协。他们的法律规定，孩子未满18岁前，捐精人的身份绝对保密，但当孩子满了18岁时，他就有权知道精子捐赠人的身份；然而捐赠者的身份仍然不能对负有养育责任的所谓社会性父母（social parents）公开，仍要保持匿名。许多社会性父母就认为这种或此或彼的处理方式，还不如干脆采取完全的匿名制。事实上他们宁愿匿名的捐赠者永远在人间消失，避

免家庭受到暧昧的捐赠关系的影响。但瑞典的立法者则认为，以18年的时间来培养社会性父母与人工授精而生的子女之间的感情与家庭关系应该是充分足够有余。而且人们也观察到孩子在家庭的成长过程中，社会性父母的意义远远大于血缘生父母（biological parenthood），孩子与社会性父母的感情纽带要比其与捐赠者间的基因联系重要得多。

就捐赠者而言，大多数人宁可匿名，尽管有些人认为公开身份可能会给作为捐精者多一点的地位与尊严。就孩子而言，我们从被领养儿意的经验中知道，弄清自己的身世不仅仅是出于满足一种好奇心，而且是对自己身份的一种重要认知。心理学的研究告诉我们，人知道自己的生物学起源对个人身份是具有重要意义的，因为不知道自己的生父是谁的孩子，就像一本小说缺少第一章一样不完全；这与我们对位格人的生物学/基因学层面的重视也是一致的。然而，公开捐精的人身份，对孩子也不是完全没有负面影响的，因为孩子也许会被这两重（生物性与社会性父母）联系所困扰，对父子、母子关系感到困惑。因此，瑞典的法律规定不失为明智、中和的方式：孩子最终有权知道生父，但是要在他们成年以后，这样孩子的心理健康会得到较为充分的保护。瑞典的司法制度所坚持的一点，就是人们应考虑孩子的正常心理发展，多过考虑公开精子捐赠者身份可能带来的不便。毕竟，捐赠精子完全是自愿行为；若一个人愿意捐精但同时又坚持要匿名，那么他可以放弃捐精。同样，夫妇愿意接受人工授精而同时又不愿孩子知道生物学意义的父亲的身份，也可选择不要孩子。

保密制带来另一个问题：父母是否需要告诉孩子那“不寻常”的开始。有人非常强烈地要求捐赠人匿名和手术保密，以防孩子蒙受可能的羞辱，不让孩子觉得自己来到世界的方式是怪怪的或者自己不是这个家庭的真正一员。毕竟，父母有权保留一点秘密。也有人建议，家长没有义务公开所有的过程，但是，当孩

子有可能通过其他不当的途径知道真相时，家长可以谨慎地将真相透露给孩子。事实上，为了维持家庭的稳定，家长可以不披露孩子的身世，因为披露孩子的出生秘密可能会造成一些风波，或者不育成为公开的秘密会让家长或其他家庭成员难堪，也因为某些文化背景中，这对夫妇可能会被人看作是不道德的、是淫乱的。也有另外一种意见，匿名或保密制度实质上是一种欺骗，万一孩子发现真相，会给家庭造成意想不到的结果，损害父母与孩子的关系。

三 生殖细胞捐赠的道德性和人类血缘

人工授精技术的道德问题主要就是生殖细胞捐赠本身的道德性问题：精子或卵子的捐赠是否道德？捐献精子和献血两者之间是否有道德区别？基督教思想家瑞亨巴赫（Bruce Reichenbach）和安得森（V. E. Anderson）认为，孩子是上帝所赐的礼物，我们是他们的监护人，上帝也通过他人帮助完成这个赐予过程。在生殖细胞捐赠的例子中，上帝就是用婚姻以外的人将这重要的礼物给予没有孩子而想要孩子的夫妇。只要捐赠者是自愿、无偿的，捐赠的精子没有基因缺陷，那么，这样的捐赠既不会破坏夫妇的尊严，也不会违背上帝的旨意。捐赠配子（gametes）的技术还表明，人类是不能完全地自我满足的，社群中的其他人都对我们的生活数量和质量做出贡献^[7]。

然而，认为捐赠配子是道德的说法似乎没有考虑到精子或卵子的特殊性，精子或卵子的捐赠与肾脏捐赠、血液捐赠一样，用他们的话说：“一个人用自己的身体为自己谋利或造福他人，这本身不存在不道德的问题。这同样适用于一个人的脚、脑、手，当然也适用于生殖系统。”^[8]问题是，我们真的可以将精子仅仅看作身体的一部分？移植的器官是为了使一个失去功能的器官恢复功能，而配子却是一个会带来新生命的“器官”；前者是挽救

生命，后者却是给予生命，具有独特的“基因排他性”，无论在物理上还是道德层面两者都有质的区别。正如奥多诺万（Oliver O'Donovan）所指出的，细胞组织不携带“基因个性”，而配子却带有“基因个性”，因此后者不可随意交换^[9]。

针对上述问题，瑞亨巴赫和安得森回答说，无论处于什么时代、什么文化，人们希望有自己的孩子（血缘同一的孩子），这种愿望非常真实自然，但是，其中的心理学意义大于生物学意义^[10]。建议的方案是：为了避免心理伤害，人们可以将捐赠的配子与受赠夫妇自己的相混合，让人心里觉得孩子与生养的父母有血缘关系。

那么，父母与子女生物学意义上的联系纽带真得不重要吗？有社会学家认为，维系家庭最强大的力量是血缘关系，而不是夫妻关系，父母与子女的血缘关系也具体体现在怀孕生子的过程中。实际上，人工授精及人工生育等现代技术的开发，最初就是为了保护亲子之间的血缘关系。这些事实表明，父母与子女的关系最早在生理上体现出来，这种关系早已“自发”地在“生物学上”建立了，因此，父母愿意小心呵护胎儿、迎接孩子出生，关爱、抚养自己的孩子是父母应尽的义务。生育过程中的基因同一性是我们为人父母的基础，“在自然规律中，我们知道何为父母。两性相吸、交合怀孕这是天经地义的事，孕中的亲子关系是人最初的人际关系。如今，我们已经有效地打乱了这个自然程序（人工授精是第一次打击），我们已经摧毁了人性的基础，从此，我们已不知父母为何”^[12]。

另外，本来生育与养育责任之间具有“不可分离”、“不可转换”的关系，而生育技术中第三方的参与，使生育和养育的责任分开，这其实是引入了精子捐献者对所孕子女的责任。父母的身份不是自由选择可以决定的，它根基于父母与孩子间基因的连续性，因此，强调生物学上的联系，会对随意选择父母身份的行

为作出一些限制，特别是对随意选择人工授精生育的限制^[13]。

还有，人们最担心的是，一旦生育脱离了血缘关联，父母职责的根基就会出问题。我们当然是先爱与我们有生养关系的人，然后才是其他人；生养孩子不仅是一个选择的问题，学会毫无选择地去爱是关爱呵护他人的前提。因此，有人提出，为了孩子的利益，人们有必要坚持那种不由我们的意志为转移的基因关系（即正常生育的关系）带来的义务，这样才会为孩子预备好一个稳定安全的环境^[14]。其实，克隆人所带来的社会问题正与此类似。当然，上述出于生物学关系的伦理还不足以禁止使用人工生育或人工授精的技术，毕竟血缘只是亲子关系中重要的（而不是必要的）条件，但是，这些伦理关注向人们敲响了警钟，号召大家起来反对生育细胞和代理妊娠的“自由贸易”，这种“贸易”全然不顾对孩子的道德责任和义务。

人类生活在时空中，血脉相传是我们作为历史性存在的特征，人们渴望有自己的孩子，因为我们会在代代相传的血缘关系中发现自己存在的价值和意义^[15]。作为孩子，我们继承了过去；通过生养自己的孩子，我们继往开来。因此，血缘不仅保全着人类的物质化的基因，而且也帮助我们履行我们的历史使命，我们在践行被赋予的历史使命的过程中实现了自我。在某种意义上，我们毫无选择地被抛入一个血缘族群，我们不能选择自己的父母，不能选择我们所继承的基因。过分强调一个人的自由和权利（乃至生育自由），会使我们看不见亲人之间血缘关系的道德意义。也许学到“人类不是完全自足的”功课的最佳方式是接受在血缘上的自由的限制，而不是行使精子捐赠而超越自由的限制。

四 人工授精和人类的婚姻关系

对人工授精（或试管婴儿）技术的另一个重要的反对理由

是它们损害了婚姻关系。在采用上述技术后，许多不育的丈夫非常羞愧，很多夫妇会彼此产生隔膜感；有些人甚至将人工授精等同于通奸；还有折中的观点认为，尽管这些技术不是奸淫，但却有导致通奸行为的可能。

20 世纪初，加拿大（1921）和美国的法庭判例认为，捐赠型人工授精可被视为合法的通奸（legal adultery）。反对意见辩护说，通奸是指夫妻一方与婚外第三者的性行为，捐赠型人工授精缺少这关键的一环。两者的不同不仅仅在于缺少该行为要素，人工授精的动机也与通奸不同：通奸的配偶不断欺骗与婚外的情人建立亲密关系，但人工授精是夫妻双方为了爱而作的努力。加拿大学者格伦（Stanley Grenz）认为：“如果要把人工授精等同于通奸，那么只有将通奸作如下的定义，通奸不是对夫妻双方所立的约定有意违背，而是违背了夫妻双方只有通过对方才能成为父母的权利”¹⁶。加拿大圣公会 1977 年度的报告也说：“捐赠型人工授精中，我们不认为其中有通奸所带来的对婚姻关系的个人或性的侵犯，也没有任何有害的或罪性的层面。”¹⁷该报告接着说，捐赠型人工授精不是通奸，它没有影响“夫妇双方感情关系的本质”¹⁸，因为它没有通奸中那种欲望和激情的成分。

尽管人工生育技术与通奸有别，但并不是所有的社会团体和个人都赞同自由使用这些技术，最强烈的反对声来自基督教教会。如加拿大圣公会的年度报告就指出：“无论是圣经信仰和现代科学都不鼓励我们将身体看作是物，可以由独立的思维操纵，人性与身体的合一为首要的信念。”¹⁹也就是说，我们如何使用自己的身体、我们对它做什么（尤其是生育方面），是无法脱离开一夫一妻制的绝对要求的。出于同样理由，罗马天主教对人工授精和任何生育技术一贯持反对态度，认为这些技术与“婚姻的合一性、夫妻配偶的尊严、父母的正当职分、孩子只有在婚姻关系中怀孕出生的权利”相抵牾。²⁰

为保护婚姻的完整性，几乎所有基督教派都反对未婚的异性伴侣、同性恋伴侣或单身女性使用人工授精技术；同样，配子细胞无论如何也不能以任何商业形式进行买卖，这也是各基督教派的共识，甚至那些允许在传统婚姻之外使用精子捐献的人也同意后面的观点，如赞同精子捐献的两位芬伯（John S. Feinberg & Paul D. Feinberg）在反对“租借”他人的身体达到生育的目的、认为这种行为在道德上无异于嫖娼的同时，也认可为不孕的夫妻的精子捐献，只要不计报酬、符合伦理规范就行^[21]。世俗团体和官方机构也反对精子的商业行为，如美国生育协会的伦理委员会（The Committee of the American Fertility Society）1986年的报告建议禁止精子买卖；1979年欧洲大会（The Council of Europe）反对向精子捐献者支付补偿消耗以外的任何费用。法律禁止精子买卖，避免了将人的器官商业化的可能，避免了不人道行为的发生。

许多人尽管认为人工授精不是通奸，但还是坚信它会损害婚姻、扭曲性行为的真正意义。值得一提的是两点主张：第一，尽管精子捐献者没有在肉体上介入性行为，但他确实参与了生育过程。虽然这个过程与奸淫有异，但在道德上，它是否有威胁婚姻的亲密关系的嫌疑呢？第二，人工授精似乎损害了性行为的意义和价值，因为基督宗教的信仰特别强调性行为的双重意义：夫妻合一（unitive）和繁衍后代（procreative）。后面一点成为基督教会反对人工生育技术的最基本的前提。下面我们就这两个论点的支持和反对意见作一个说明。

罗马天主教会的立场表明在《尊重生命宪章》中“身体祭”中：“在婚姻的纽带中夫妻双方的忠诚包括了尊重对方通过彼此成为父母的权利。”^[22]上述宪章提到的婚姻纽带所包括的独一性，体现在基因、性爱和父母的社会身份等里面。基于信仰立场，大部分新教徒和天主教徒都认为，人工授精、精子捐赠与圣经教导

的婚姻的本质和意义相违背，对婚姻圣约是一种侵犯。他们一般都是从下面的经文（《创世记》第二章第 18—25 节）来理解婚姻的神圣本质的。

后来，主上帝说：“人单独生活不好，我要为他造一个合适的伴侣来帮助他。”于是，主上帝用地上的尘土造了各种动物和各类飞鸟，把他们带到那人面前，让他命名；他就给所有的动物取名。他给牲畜、飞鸟和野兽取了名；但是他们当中没有一个适合作他的伴侣，好帮助他。于是，主上帝使那人沉睡。他睡着的时候，主上帝拿下他的一根肋骨，然后再把肉合起来。主上帝用那根肋骨造一个女人，把她带到那人面前。那人说：这终于是我骨中的骨，肉中的肉；我要叫她做“女人”，因为她从“男人”出来。因此，男人要离开自己的父母，跟他的妻子结合，两个人成为一体。那人跟他的妻子都光着身体，然而他们并不害羞。^[23]

我们一开始就注意到，婚姻关系的产生是因为上帝意识到亚当独居不好，没有反映出神以自己形象造人所承载的计划和目的，因此，神为亚当造了一个配偶作为与他平等的同伴。接下来，经文又告诉我们有关这两人婚约的三件基本事实。首先，男人要离开父母，“离开”意味着婚姻必然伴随着一个新家庭的创立，新人必定要离开自己的父母。第二，离开原来的家庭后，这人必然要忠于自己的妻子，这显明婚姻具有排他、持久、永远不可拆散的本性。这种忠诚引出第三点：“两个人成为一体”。这里不是就性而言的，而是引申义，指两个人在灵魂和肉体上都合二为一。有人甚至解释说，“一体”也可以指夫妇的爱化身为一个孩子^[24]。

从以上对《创世记》的解释，我们可以看到西方社会基督

徒对婚姻的基本态度，婚姻不仅是一种社会结构，它还是具有神圣结构的制度。当神向这一对夫妇说要“生养众多”（《创世记》第一章第28节）时，表明圣经里的婚姻观结合了性和忠诚。神对婚约和对生育的祝福，表明了“婚姻结合中施爱与委身之间的紧密关系”^[25]，人工授精和其他人工生育技术显然剥夺了这种关联。一个由夫妇合一而出生的孩子“是父母结合的结晶”，是爱的创造和结晶，而不仅仅是生育的产品，“人工授精将生殖行为的灵性价值抹去了”^[26]，东正教的神学家拉风（M. Laffoon）如是说。也正因为如此，罗马天主教坚决反对人工授精，因为靠捐赠者自淫采集精液这一程序取代了实际的性行为，完全把两性结合时夫妻合一与生育之人间的关系分割开来。

养育孩子的职分又成为我们坚持夫妻性爱是合一与生育双重意义的一个原因。养育孩子所体现的爱与夫妻性爱所体现的合一在本质上是一致的。生育不仅包括“生”，还包括“育”；不仅具有生物学和生理的意义，还意味着哺养孩子的责任和社会义务。布玛（H. Bouma）和他的同僚问得好：“难道可以将生产和养育的父母之道截然区分开来吗？”^[27]但是，人工授精破坏了夫妻双方生育孩子中的合一性，意味着夫妻双方在某层面上不能彼此分享，缺少了某种默契，从而影响夫妻关爱孩子的能力。因为在人工授精的家庭中，只有妻子才是孩子的真正母亲，这层薄纱即使不捅破，丈夫也会有阴影，同样疼爱孩子的丈夫会意识到自己的父亲角色必然与母亲的不同^[28]。

婚姻的神圣性不仅是指婚姻是神的祝福，有神学家还认为，婚姻的夫妻双方和孩子正好构成一个“人类学的三角形”，是三位一体圣父—圣子—圣灵关系的对应^[29]。三位一体的联合是圣父生圣子、父子同一的模式，三者之间是完全、同尊同荣的，因此，人类的这个三角形的三个要素必然要以同样的方式体现，“通过生育，夫妻奉献自己、创造了第三人，尽管这是一个他者，

但却分享我们的本性、具有我们一样的尊严”^[30]。但是，在科学或医学实验室中，在捐献的精子的匿名第三者参与下，人们像工厂的生产线一样制作胚胎，在这样的状况下出生的儿女，是否还具有与父母一样的尊严呢？

针对上述正统的基督教的观点，也有一些不同的意见。赞同人工授精的瑞亨巴赫和安得森指出，尽管乍一看，大家都会赞同人类的性爱具有两重意义：夫妻合一、繁衍后代，这两重意义只有在婚姻中才可以完成，是不可须臾分离的。但是，仔细推敲，“我们不可能推出：只有性爱而不生孩子是不道德或不合适的，……因为在自然序列中也有自然的方法（如生理周期）让爱在得以体现的同时，阻止生育，很久以来，人们都采用这种方法避孕。使用这些方法（或其他方法）既不会使爱情、生殖受贬损，也不会使父母的职分受损。”^[31]因此，性行为所体现的合一性及生育性，是没有必然的内在关联的。

新教伦理学家格伦非常赞同这个观点，并且补充说，性行为中有许多超乎合一性及生育性的意义，比如它具有圣事的意义，是上帝神秘之爱的象征，同时，它还是一种体现，是夫妇彼此忍让和自我给予的表征。当然，并不是所有的这些意义都可以脱离开生育，但是每一个都有自己独特的价值。他认为，捐赠型的人工授精过于依赖第三方，带来的负面效应远远大过所带来的好处，因此，他反对利用他人的精子，而只赞同运用夫妻双方的精子和卵子的人工生育，“如果有这样的限制，人工技术就不值得害怕，它是神帮助夫妻、幸福地享受为人父母的赐福的方式”。^[32]

我们认为格伦的观点比较全面。在夫妻的性关系中，“非生育”的意义不一定与生育意义相结合，甚至夫妻合一的意义也可以与性行为分离、与生育分离，虽然性行为带来的是最完全的合一经历。也就是说，性行为与生殖性、性行为与其他意义之间的关系是不对称的：除了生育，其他所有的意义都可以在性行为以

外得到表达（在出现人工生育技术以前），而生育只能通过性行为体现。这就意味着：第一，只要人决定通过其他行为、体现任何非生育的意义，这些意义都将与生育无关；第二，合一性与其他非生育意义通过性行为表现时，这个性行为必然有生育性在内；第三，如果性行为是合一的最高体现，夫妻决定通过性行为来表达，那么实际上合一及生育则联结起来了，当合一通过性行为来表达时，合一及生育就密不可分。因此，当我们说，性行为具有合一和生育的不可分性时，只能在这重修正过的意义上来理解。

上述意义的“不可分性”，并不是说所有的性行为都将导致生育，“造爱”行为并不总是导致“造孩子”的结果（妇女生理周期的某些特别时期、人的年龄、不孕症人群），因此，如天主教坚持的生育与性爱不可分的教义是不可能站住脚的。但我们并不能因此说人工授精和其他生育技术是正当可行的。问题的关键在于，如果生育技术要成为合法，光提供事实表明生育、合一的意义和性行为是可以分离的还不够，要紧的是要在伦理上说明为什么生育可以和性行为分离。

在讨论性与生育分离的时候，我们要提到避孕技术，因为避孕就是将性行为表现了合一意义的性行为与生育分离了：做爱可以不生孩子，表达了合一但没有生育的结果。因此，一些人提出，如果避孕是道德的（现在仍然是理论探讨中），那么人工生育技术也同样应当合法化；若避孕可以使我们做爱而不生育，为什么不可以用人工生育技术来生育而不做爱呢？

反对的意见接踵而来。避孕及人工生育技术固然都是将性行为的合一和生育分开，也都是人工技术，但这些相似点就足以使人工生育技术道德化了吗？避孕技术即便是正当的，也不能说人工生育技术是必然可行的，因为两者无论在道德上，还是技术上都有本质的不同：避孕就是将性行为与生育分开、人为地导致不孕，有意地避免一个生命的降生；但人工生育将性行为及生育分

开，是为了取代性行为的生育功能，人为地制造生命。很明显，这两种人工技术具有非常不同的本质，因此他们的道德性也相异：在避孕时，性行为没有体现生育的价值，是具有合一意义的性行为的滥用；在运用人工避孕时，神愿意赐福生命的愿望也被阻碍。但在人工生育时，性行为与生育完全脱离了关系，被认为是无关紧要，人类生育成为一种科技产品，而不是人类爱的果实，对上帝作为创造者的地位的敬畏也就荡然无存了。

五 人工授精和位格伦理

从位格伦理学的观点出发，我们对使用捐献精子受精技术的问题，即使允许在孩子成人时暴露捐献者身份，仍然持一个相当保留的态度。我们不相信暴露捐献者的身份会解决孩子所有问题，能够治愈孩子所承受的伤痛。在孩子获得成人权而获知捐献者身份之前，要经过16—18年，这期间在整个家庭和每个家庭成员的道德意识里，会产生一种集体的欺骗。人与上帝以及人与人之间的真实联系，我们提出的“位格伦理”的组成部分，看作是我们成为更充实个人的一种动态的前进过程。显然地，这种位格伦理学不会支持一种含有欺骗成分的医学辅助技术。

就使用避孕工具和人工授精技术而言，罗马天主教会禁止任何人（包括已婚夫妇）使用任何形式的避孕工具和人工授精技术，因为罗马天主教会不容争辩地坚持生育与夫妻合一性不可分离的联系。这对于许多虔诚的信徒而言是过于严厉了。但它的积极意义在于让罗马天主教会在反对避孕、捐献式的人工授精技术以及其他人工生育辅助技术上有一个贯彻的伦理框架。另一方面，许多新教教徒却接受口服避孕药和非捐献式的人工授精技术，同时又反对捐献式的人工授精及体外受精技术。这样是很难自圆其说的。位格伦理最终把人的伦理关系作为衡量一切人类活动的道德准绳。当使用非捐献者人工授精技术或避孕工具去扩大

或减少一个家庭规模时，我们认为必须根据这样的——一个标准——即以家庭成员之间的关系是否会被丰富或保留而不受损害——来确定这些技术是否可被位格伦理认同。但位格伦理并不必然支持使用捐献式的人工授精技术，或支持未婚的人们使用避孕工具，因为这些技术破坏了人的伦理关系并最终损害了人的位格。

注 释：

[1] AID 有时又简称为 TDI (Therapeutic Donor Insemination)，以区别于 AIDS，艾滋病的英文缩写。下文讨论的人工授精基本是指 AID，除了有特别指明的。

[2] Richard John Neuhaus. "The Return of Eugenics," in *Commentary*, 85, No. 4 (1988): 16.

[3] *Proceed With Care: Final Report of the Royal Commission on New Reproductive Technologies* (Ottawa: Canada Communications Group, 1993), p. 434.

[4] 如今卵子也可以储存，所以这些讨论也适用于女性。

[5] J. John, *Evangelical Ethics: Issues Facing the Church Today* (Phillipsburg: Presbyterian and Reformed Publishing, 1993), p. 62.

[6] Margaret Brown, "Whose Eyes Are These, Whose Nose?" *Newsweek*, March 7, 1994.

[7] Bruce R. Reichenbach, and V. Elving Anderson, *On Behalf of God: A Christian Ethic for Biology* (Grand Rapids: Eerdmans, 1995), pp 150—151.

[8] *Ibid.*, p. 154.

[9] Oliver O'Donovan, *Begotten or Made?* (Oxford: Oxford University Press, 1984): p. 43.

[10] Reichenbach and Anderson, *On Behalf of God.*, *op cit.*, p. 151.

[11] Robert Nisbet, *Twilight of Authority*. New York: Oxford University Press, 1975, p. 257. quoted in S. Hauerwas, *A Community of Character* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1986), p. 159.

[12] O'Donovan, *Begotten or Made?* *op. cit.*, p. 48.

[13] Lisa Sowle Cahill, "The Ethics of Surrogate Motherhood: Biology, Freedom and Moral Obligations," in *Law, Medicine and Health Care*, 16 (1988): 65.

[14] Elizabeth S. Anderson, "Is Women's Labor a Commodity?" in Ronald Munson,

Intervention and Reflection; Basic Issues in Medical Ethics. 5th ed. (Belmont CA; Wadsworth, 1996), pp. 540—541.

[15] Gilbert Meilaender, *Bioethics: A Primer for Christians* (Grand Rapids; Eerdmans, 1996); p. 13.

[16] Stanley Grenz, *Sexual Ethics*. Dallas; Word, 1990, p. 151.

[17] P. Creighton, *Artificial Insemination by Donor*. Toronto; The Anglican Book Center, 1977, p. 11.

[18] Ibid., p. 16.

[19] Ibid., p. 25.

[20] Congregation For the Doctrine of the Faith (CDF), "Instruction on Respects for Human Life in Its Origin and on the Dignity of Procreation; Replies to Certain Questions of the Day" in Lisa Sowle Cahill and Thomas A. Shannon, *Religious and Artificial Reproduction* (New York; Crossroad, 1988), pp. 158—159.

[21] John S. Feinberg and Paul D. Feinberg, *Ethics For A Brave New World* (Wheaton, Ill; Crossroad Books, 1993), p. 221.

[22] CDF, "Instructions on Respect for Human Life," op. cit., p. 158.

[23] 参见《圣经》现代中文译本, 中国基督教协会, 1997年。

[24] Janet Smith, *Humanae Vitae: A Generation Later* (Washington D. C.; Catholic University of America Press, 1991), p. 131.

[25] Meilaender, *Bioethics: A Primer for Christians*, op. cit., p. 19.

[26] M. R. Laffoon, *Artificial Insemination and In vitro Fertilization; An Orthodox Perspective* (Portland: TREN, 1986), p. 18.

[27] Hessel Bouma III et. al., *Christian Faith, Health, and Medical Practice* (Grand Rapids; Eerdmans, 1989), p. 195.

[28] Paul Lauritzen, "Pursuing Parenthood; Reflections on Donor Insemination," in *Second Opinion*, Jul. 1990, p. 72. Annette Baran and Rubin Pannor, *Lethal Secrets; The Shocking Consequences and Unresolved Problems of Artificial Insemination* (New York; Warner Books, 1989), p. 51.

[29] Jürgen Moltmann, *God in Creation* (San Francisco; Harper Collins, 1991), p. 241.

[30] Meilaender, *Bioethics: A Primer for Christians*, op. cit., p. 15.

[31] Reichenbach and Anderson, *On Behalf of God*, op. cit., pp. 147—148.

[32] Ibid., p. 155.

第八章

体外受精胚胎植入术

一 定义、程序和种类

1. 定义和程序

体外受精胚胎植入术（后文简称 IVF-ET）较人工授精（AI）^[1]，在技术上更为复杂，更具戏剧性。自 1978 年，首例“试管婴儿”路易斯·布朗（Louise Brown）被英国的产科医学家斯提普托和爱德华（Stephoe and Edwards）成功地迎接出世后，此技术在不育症领域已渐渐被普遍使用。AI 技术主要用于弥补男性不育，而 IVF-ET 则主要用于女性不育。到目前为止，它主要针对输卵管严重的、不可治愈的损伤；另外它还针对其他症状，包括女性无产卵能力、携带不正常基因的夫妇无法在体内受精等；它也适用于男性由于精子不足（特别由于各种原因不能采取人工授精的情形）导致的不育；IVF-ET 同样还适用于似乎有正常生育能力、但不知为何不能怀孕的夫妇^[2]。由于方法不同和档案资料的质量问题，1978 年来，人们很难统计究竟有多少孩子通过 IVF-ET 而诞生。有报道说，截至 2005 年，仅仅在美国就有超过 20 万个 IVF-ET 的孩子出世；而在中国据传闻就有超过 100 万的试管婴儿。

当 IVF-ET 给绝望的夫妇带来希望的同时，它也对采用这技术的妇女作出颇大的要求，通过猛烈的药物如克罗米酚柠檬酸盐

(Clomiphine Citrate, Clomid) 或纯卵泡刺激荷尔蒙 (FSH-Metrodin), 使卵巢排出大量的卵子^[3]。产卵的妇女。这些药品虽然通常会成功地刺激产卵, 但同时亦引发许多的副作用, 在怀孕率提高的同时, 会出现相当一部分胎儿早产、死胎或胎儿不健全、胎儿异位现象和严重的卵巢子过度分泌综合症: 盆腔疼痛及子宫扩张、不正常的尿道出血、乳房软化、子宫胞囊断裂导致内出血、浮肿、胃痛、黄疸病、头昏及呕吐、头痛眩晕、头重脚轻、眼花、紧张及失眠, 甚至出现脑血栓或死亡现象。

IVF-ET 的过程是在月经周期的特定时间让妇女服药后, 采取两种方式来获得卵子: 第一, 在光导纤维腹腔镜的引导下, 将吸管针头插入全身麻醉的妇女腹部, 通过针头把卵子吸入管中。第二, 运用更新的阴道吸取技术, 在精确的超声波监视仪帮助下, 把针头穿过阴道壁, 吸出卵子。精子可通过自淫得到后立刻使用或冷冻贮藏以备将来所需, 精子还可以通过显微镜手术从附睾抽取 (MESA)。卵子在成熟后很快就可以受精。这个过程一般需要 24—36 小时。48 小时后, 卵子分裂至 8—16 个细胞, 此时就可进行胚胎移植, 通常有 2—3 个胚胎被移入子宫, 准备着床^[4]。要想成功着床, 移植时间的计算必须与妇女荷尔蒙分泌的自然周期相吻合。着床通常发生在移植后的几天里。着床的胚胎很可能是一个, 也可能多于一个, 或者一个都没有。总之, 在移植两周后就可以知道是否怀孕了。

各诊所进行 IVF-ET 的成功率都有所不同, 影响成功率的有很多变量, 包括对成功率检测采取的不同测量和记录方式。IVF-ET 怀孕及生育的成功率在 15%—35% 之间。《约翰·霍普金斯 IVF 及辅助生育技术手册》(The John Hopkins Handbook of IVF and ARTs) 表明, 手术的成功率取决于胚胎移植的数目: 若移植一个胚胎, 怀孕率是 9%—10%; 两个为 12%—15%, 三个是 15%—20%, 四个则是 20%—25%^[5]。但近年这个怀孕率已不断地获

得改善。大数量的胚胎移植会大大增加多胎生育的机会，正常的人口中多胎生育率是1%—2%，使用IVF的多胚胎移植，多胎生率则高达19%—24%。根据1979—1984年澳大利亚及新西兰的统计数据，吉尼斯（Stephen Genuis）总结说，多胎生育率也与胚胎移植的个数有关，移植一个胚胎多胎的几率为2%，两个为11.4%，三个26.2%，四个30.4%，五个45.7%^[6]。要平衡怀孕成功与多胎生育之间的矛盾，人们一般在移植时使用三个胚胎。目前，全球医学界还在努力寻找最佳方案，以降低成功胚胎移植所带来的多胎问题。近年，IVF-ET的技术渐趋成熟，欧美先进国家已倾向支持移植1—2个胚胎的政策了。

2. 不同种类的体外受精及胚胎移植

IVF-ET衍生了很多相关但不同的技术，第一种叫作受精卵输卵管内移植（简称ZIFT）^[7]。它与传统IVF-ET的不同在于将胚胎放在输卵管内，而不是子宫里。有数据表明，让胚胎自然地由输卵管进入子宫，增加了怀孕的机会。

与ZIFT相似的另一程序叫做配子输卵管内移植（简称GIFT）^[8]。它的特色在于，通常取2—4个卵子，不在试管内受精，而是与精子一起植入输卵管内，让它们以自然的方式、有活力地受精结合。

因为ZIFT和GIFT^[9]仅要求妇女有一条正常的输卵管，因此它们特别适用在骨盆粘连（pelvic adhesions）和子宫内膜异位（endometriosis）症的患者身上。没有输卵管或两条输卵管都坏死的妇女就不能使用这些技术了。GIFT的成功率为35%—45%，比传统IVF-ET多两倍。但由于这种技术容易引致输卵管内怀孕、习惯性流产及多胎生育的可能性比较高，其成功率大打折扣，GIFT的成活婴儿或许也比传统的IVF-ET好一点而已。

最近，人们又开发和使用其他的方法。核前阶段移植（简称

PROST)^[10]指的是当精子穿透卵子时，精子和卵子的核子内的基因物质尚未完全融合，受精卵在这时称作核前阶段，此时移植的是一个部分受精的卵子，将之置入输卵管中。这项技术的主要优势是：正在融合的受精卵可以很快移植入妇女身体，这要比双细胞、四细胞或八细胞的受精卵快得多，患者可以很快停药，减少了程序的花费，节省了人力及实验时间。

另一种技术称为阴道内培植（简称 IVC）^[11]，则是将精子和卵子混合放置在密封容器内，置入妇女阴道内，受精在体内进行。48 小时后，以常规的 IVF-ET 操作，进行胚胎移植。采用该技术受精的成功率和试管内受精相当，但却减少可观的花费；在人体环境内受精比在实验室内受精的好处要多。另一个广泛被采用的技术分区移植（简称 SUZI）^[12]是将精子直接穿过卵子外皮质层注入卵子内，以避免它在透穿卵子时遇到阻力。细胞质内精子注射（简称 ICSI）^[13]类似于 SUZI。在显微技术中，将精子注射入卵子的细胞质中。这些技术的成功率据说很高，即使使用未长熟的精子，大约仍有 30%—45% 受精成功，成为胚胎^[14]。因此，综合使用 IVF 和 ICSI 技术使得医生们能够克服男女两方面的不孕因素。

若我们认为不孕是一种由于生理缺陷导致一个人丧失基本能力的医学问题，那么人工生殖技术无疑有许多潜在的好处。然而，我们不能被技术的热衷蒙蔽了双眼，以至于忽略了这些技术带来的道德挑战。下文将探讨以下的问题：对孩子的伤害、对父母的伤害、由此技术而生之人的价值及尊严的问题。

二 生育技术的副作用

1. 对胚胎的伤害

IVF-ET 技术不是对新造胚胎毫无伤害的。据估计，约有 20%—50% 的 IVF 胚胎有染色体变异的情况。尽管很难精确地与

自然受精的情况相比较，但我们可以说两者的比例接近（只是很难给出 IVF-ET 的准确数据，因为人工技术中不正常胚胎已经同时被筛选了）。IVF-ET 不仅可能引起染色体变异，还会影响胚胎的存活。一个完全正常胚胎可能由于外界原因不能被成功移植，其中一个常见的原因就是不具有理想的子宫内膜以便胚胎着床。正如我们所言，多胚胎移植是一个用于克服此困难的途径，它可以使怀孕率提高，但存在一个常常令人忽略的现象，就是怀孕率的增长不是随着移植胚胎数目直线上升的：移植的胚胎数目从 1 增至 4 个，怀孕率仅仅增加 10%—25%。这就意味着，多胎移植的技术不仅危及胚胎的发育（因为潜在的染色体变异或子宫内膜不理想导致的怀孕率减低），还使每个胚胎的成活率降低。更甚的是，假如移植过程中，植入的胚胎发育成多个胎儿后，更有可能需要作出把部分胎儿杀死的选择，以确保 1—2 个胎儿能够健康生存。所以，对那些高度尊重腹中生命的价值和尊严的人来说，由 IVF-ET 带给胚胎的伤害，无疑是实在的，而不仅仅是潜在的。

2. 对孩子的潜在生理伤害

对于 IVF-ET 的可能医疗风险，存在着很多保守的批评。即便是那些坚持生育权包含了人工辅助生育权的人，也不得不让步说，如果人工生育技术对孩子的副作用可以被证实，那么，人们就应该重新考虑辅助生育技术的伦理问题^[15]。

事实上，医学文献指出了生育技术带来许多风险。除了提高多胞胎生育的几率之外，研究表明人工生育及相关技术确实可能对婴孩造成严重的损害。一小部分美国的研究报告说，IVF 婴孩的生理及神经无重大的异常现象^[16]；但其他报告却说，相对自然生产中的 1.5% 比例，大约有 2.2% 的 IVF-ET 胎儿有疾障^[17]。澳洲的数据表明，IVF 生育的婴儿患脊柱裂（spinal bifida）及心

血管错位等病的几率高出 2—3 倍^[18]。法国数据也表明 IVF 婴孩比正常生育婴孩的天折率要高^[19]，早产及夭折率分别比正常生育高出 11 倍和 4 倍^[20]。目前，英国研究者还发现 IVF-ET 的多胚胎移植后形成前所未见的怪胎现象：一个看似健康的男婴其实睾丸囊是空的；在手术中，医生发现他有一个子宫和输卵管，也许是两个不同性别的胚胎在胚胎发育早期就融合了！^[21]有一位评论家哀叹，我们对于运用 ARTs 技术缺少风险分析，而当风险出现时又极少作出努力去挽回这种局面。现在特别需要落实一项系统的跟进式研究，来确定 IVF-ET 儿童所受到的长期物理、生理、和社会伤害的范围及其严重程度。尽管这种大规模的、有针对性的长期研究目前还悬而未决，已经有证据表明，存在着大量潜在问题。因此，在完全赞同不加限制地培育 IVF 婴儿的问题上，我们必须谨慎对待。毕竟，社会对未出生者幸福的责任应该远远高于不育夫妻的生育欲望以及医学研究者不可遏制的好奇心。

因此有人得出结论：“对于 IVF、GIFT、其他附属相关技术（如冷冻胚胎、精子捐献等），人们并未经过仔细查验和分析其内含的危害性。即便是那些显而易见有危险性的（如多胚胎生育），也看不出人们有通过什么调整程序来减少危险的明确愿望；人工生育科技也非常缺乏跟踪的研究，用来看它们对人们的长期健康、心理及社会的影响。”^[22]目前，许多报告互相冲突，无法达成一致意见，需要人们展开大规模的长期监控研究。但是 IVF 技术存在的潜在问题警告我们，不要过于乐观、无限制地使用这些技术；社会对胎儿的生理健康之责任，远远超过任何不育夫妻不满足的心态及医学研究者们那不灭的好奇心。

3. 对孩子的潜在心理伤害

人工生育技术带来的另一个忧虑，就是它对孩子造成的潜在心理伤害，特别是有隐蔽的第三方捐献者或代理人的情形。这些

孩子不仅要面对身份危机，而且还要在人们发现他们是人工婴儿后承受社会的讥讽。有些人可能会说，领养或混合家庭的经验说明，尽管基因纽带很重要，但它不是父母身份的本质要素；在孩子的利益上，养父母比基因父母、生父母更有道德优先权。然而，正如我们在讨论人工授精技术时已经看到的，当生物学及社会学意义上的父母不同时，孩子们会失去生物遗传和家庭联系带给他的身份感，血缘纽带对孩子的发育及自我身份的确定是很重要的。将先天（基因链）和后天（父母养育）两者的关系割裂，势必会模糊他们在家庭中的身份。

人工生育正被越来越多的人接受，没有传统婚姻的、单身人士、同性恋伴侣、未婚异性恋伴侣等都要接受人工生育技术，如此生育的孩子的心理问题也就越来越引起人的关注。一些心理学家忧虑，在这种性别模式的非传统家庭中培养出来的孩子，可能会形成一种对性及生育的不健全的观点^[23]。然而，有些人认为，没有足够证据说明单身或同性恋伴侣就一定不会提供良好的家庭环境。汉斯康伯（Gillian Hanscombe）声称，自从同性恋的妇女可以像非同性恋的妇女一样妊娠产子以来，还没有发现这些孩子对性有不正常的心理反应，因此，反对同性恋男女采用捐赠式的人工授精和人工生育技术的观点是“不道德和不实际的”^[24]。欧洲委员会的哥洛夫报告（Glover Report to the European, 1989）和加拿大皇家委员会关于新生育技术报告（1993）都认为，那些不属于传统家庭的人们可以使用这些新技术。尽管未来的孩子也许希望生活在一个传统的家庭里，这样就会和想要人工生育孩子的父母的意愿发生冲突，但人们还是冒险使用人工生育的权利——显然，在那些未来可能出生的孩子和非传统家庭的夫妇的权利冲突之间，后者胜利了。1985年英国《沃诺克报告》（Warnock Report）说得好：“孩子的利益体现在，他应当出生在一个充满爱、建立在稳定的两性关系基础上的家庭中，蓄意为一

个没有这种关系基础的妇女制造一个婴儿是不道德的。”^[25] 各种资料表明，IVF 技术和其他胚胎控制技术都会给婴儿造成生理及心理的伤害。那些推崇和发现人工生育技术的技术专家（医生）也应该对这些不良影响承担一些责任，因为即便只对一小部分胎儿造成伤害，这技术就有道德问题。目前，除了关注孩子的潜在伤害，社会普遍还不愿干涉人们生育的抉择问题，认为有能力要孩子的人都可以使用。然而，人工生育的问题不仅仅只是一个选择权的问题。

4. 实用的效果、对伤害的辩解

许多支持人工生育技术的人辩护说，即使孩子会受到生理和心理伤害，但是与根本没有机会出生相比，这种伤害还是可以接受的。这一观点代言人之一罗伯森（John Robertson）认为：“这些婴孩出生带着缺陷的可能性或许较高，但不能因这一事实就应禁止这些技术。因为若没有这些技术，这些婴儿根本无机会诞生来到世界；除非他们的生命充满了无限量的痛苦，活着不如从未生存过。但这种可能性是很少出现的，有缺陷的孩子……不能说成为被伤害……”^[26] 这等于说，一个有缺陷的人工生育生下来的孩子，总比没有孩子好。与有某些心理或生理缺陷的出生相比，没有出生的伤害更大。这个观点的逻辑依据可以从三个方面予以驳斥。首先，要使上述论点成立，就必须接受这样一个假设，那就是仿佛孩子们早已在一个未知的天堂世界焦虑地等待出生，而禁止人工生育技术就等于剥夺了孩子出生的机会，对他们来说就是最大的伤害。我们认为这个假设是荒谬的。其次，我们不可以将孩子在出生过程中遭受到的伤害，与没有存在过的“伤害”相比的，因为既然孩子没有机会出生，就不存在孩子，也就没有伤害可言了。第三，接受上述论点就等于接受人工生育加害于儿童任何程度的伤害。因为我们总可以说，他们活着总比没有出世

好。况且，假如每次人工生育过程带来一个被伤害的孩子，我们总说被伤害的活着总比没有机会活着好。这样，按这种逻辑推下去，假如有一种新的生育技术使所有生下来的孩子都是无腿的，我们岂非仍然要为这技术辩护，因为无腿的孩子比没有生下来的孩子幸运呀？这种观点显然站不住脚。

实用主义是西方一个重要的道德准则，也有不少人用实用主义原则把人工生育合理化，为人工生育带来的伤害辩护。实用主义的原则就是在社会或个人选择的特定范围中，权衡利弊、风险及收益的关系，寻找获得最高价值的平衡点。它对围绕运用人工生育技术的观点抱支持的态度。也就是说，人工生育儿童是可以接受的，只要新生的孩子受到的伤害是少于孩子 + 父母 + 其他参与者的利益的总和。但我们起码可以提出三个理由来证明这个论点并不完全令人信服。

首先，实用主义的方法应用在较大的社会范围时比较有效，但在个人领域就困难重重。因为个人的主观因素经常把实用主义权衡变成个人的任意选择。不同的人可能会有相同的知识，使用同样的科学方法。但对于风险、利益和道德却会得出不同的结论。在把实用原则应用到个人生育决定时，一些承载价值取向的个人因素也卷入其中了。这些因素包括他们对儿童、未来、技术以及做父母的观点。缺乏客观性和独立性的实用主义，尤其不利于协调不同个体间相互冲突的利益，也妨碍人们就人工生育对新生儿生命可能造成的伤害进行恰当的评估。

其次，在评估人工生育的价值时，仅仅考虑平衡风险与利益，就把问题过分简单化了，因为更重要的是那些无法表达意愿的胚胎。是谁获得好处？是不育的父母和研究人工生育的科学家。功利主义的权衡可能“平衡了账本”却牺牲了公义。这样的利益与风险平衡也是不公平的。

实用主义另外一个限制在于它权衡的有效性非常依赖风险与

利益评估的准确性，而风险与利益都是将来才会发生的事情，过程复杂并且充满不确定性，尤其对人工生育所有潜在的伤害及好处作出精确的评估绝非简单之事。再以胚胎研究为例，若某项研究对胚胎有伤害是肯定的，对治愈某种疾病（比如癌症或其他基因疾病）却仅有一丝模糊的希望，如果人们接受“损害胚胎”的唯一理由就是那一点模糊的“希望”获得一些知识来帮助我们治疗某种疾病的话，那么，胚胎研究在道德上就是令人怀疑的。我们必须坦然地承认实用主义权衡的随意性。这样才能更现实地对运用人工生育技术和胚胎研究的道德正当性作出更道德的评估。^[27]

由于实用主义的原则的局限与漏洞实在太多，单单依赖这个原则来支持生育工程是不足够的。由于人工生育技术以及由它而衍生的相关技术影响到人类社会及文化在人性、性、婚姻、孩子及父母的价值观念，人工生育技术不应仅被视为一个技术成就，而更应被视为一种社会工程，塑造新思想、价值与理念。具有如此重大意义的一种科技，远超过实用主义能够负荷的。对孩子的损害带来的道德问题，仍然是那些主张人工生育技术的人们无法回避的问题。

5. 生育技术对夫妻的副作用

人工生育技术不仅对孩子有副作用，还对要孩子的夫妻（或个人）造成伤害。一些批评家指出，考虑到人工生育支付的费用相当可观，那些利益集团并不总是开诚布公地告诉人们，通过该技术可以把孩子从医院抱回家的机会；而且，由于采用人工生育技术多是不育夫妇成功怀孕的最后一招，不育夫妇的希望都相当不现实，因此经常对他们的经济、体能以及情感投入的结果痛感失望。根据世界卫生组织提供的统计资料，每例人工授精的婴儿，可以成活回家的比率从零到 8.5%^[28]，比没有接受医疗稍微

好一点点而已。而那些先天不育的妇女也许更要失望。考虑到手术费用的昂贵、成活率的低下，人们建议她们还不如放弃任何治疗。这些情况让一些人义正词严地声称，应该从人道角度来回应不孕症，人工生育其实是虚假的、非人道的^[29]。

对那些因输卵管阻塞而不孕的妇女而言，IVF-ET 确实明显提高了怀孕率，但该疗程本身是有风险的，而且伴随着生理与心理的痛苦。使用 DES（己烯雌酚，diethylstilbestrol）的母亲产下的女婴，可能将来易得癌症和不育症。这个教训大家也许还记忆犹新，仍然可以当作对过度使用荷尔蒙激素的警告。IVF-ET 疗程中使用药物的长期影响尚不清楚。一些研究者认为，这些妇女可能易患子宫癌和其他精神疾病，因此，许多女性主义将 IVF-ET 看作是危险的实验并非危言耸听。另外，使用 IVF-ET 育儿的夫妇亦经历了未曾预期的精神问题。据报告，丈夫被迫通过自淫获取精子后会有精神创伤，如果不能怀孕妇女也会经历类似的心理打击。

不孕的妇女有可能违心采纳人工生育技术。女性主义者指出，不育妇女渴望生孩子的想法，部分是因为社会的父母观的压力所致；通过人工助孕技术，社会压力让这群妇女受男性占优势的医学界的控制；为承担这项新的义务，妇女不得不付出把母爱肢解为基因、生产、养育等不同部分的代价。正因如此，直言不讳的英国自由派哲学家瓦仁（Mary Ann Warren）建议：“每个对新生育技术的规章负有责任的政府团体、每个伦理问题的委员会、每个协助生育研究的公众机构至少一半是妇女。”^[30]显然，瓦仁对妇女权利和利益的考虑远远超过狭隘的女性主义立场。确实，人工助孕技术不仅损害了妇女的权利，而且潜在伤害妇女的社会关系网络，这个网络包括丈夫、甚至家人、医生及社会。特别提出的是，生育技术对婚姻关系的负面影响还没有得到充分的重视，人们往往低估了它的负效应。也许人工生育技术最终是可

以改变不孕、帮助夫妇进入整全的关系，但也许它会以失败告终，甚至治疗本身比原来的疾病更糟。这些都应该是人工生育的道德伦理要探讨的内容。

三 人工生育技术应用的社会问题

1. 生育的医学化

人工生育技术潜在的负面影响并不只是局限于当事人的个人，而且也波及到了社会的其他领域。随着人工生育的出现，许多人就很自然地注意到有些科学家和医生实际上已经涉入了最私人的领域——生育本身。许多人关注到，打着无私的、完全是出于利他的入道主义精神去满足不育夫妻对生育孩子的强烈渴望这个旗号，野心勃勃的科学家及医生们，在牟利企业的支持下，正在改变并控制人类的生殖程序，并进而改变并控制人类生命的本质。因此，控制的含义远远超过了不孕夫妇自身的困境，也不仅局限在不育的夫妇。通过生殖细胞捐献、人工授精、代孕母亲，一个人的卵子可以与任何人的精子结合、放入第三个不相关的子宫中，最后创造出一个生命，再次被第四个人养育和监护。如此，父母身份就被分裂成基因的、妊娠的以及社会的。这样，人工生育技术就成为“一个独立于任何一个人的程序”，^[31]但却是完全掌握在科学家及医生们手中的，似乎这就是从事人工生育技术的专家们最为之陶醉庆贺的^[32]。令人警醒的是人类生育现在掌握在科学家、医生和技师们手中，而不是在结婚夫妇的手中。这就直接对我们提出的位格伦理提出挑战，因为人的位格不仅是以关系为特征，而且最终是由关系组成。具体到生育上来说，上帝就是创造者，而父母只是合法的“代造者”（procreators），是上帝恩赐的礼物——生命的接受者。涉及 IVF-ET 技术的科学家、医生、单身个体以及同性夫妇只是伪装的“代造者”。医生和科学专家打着科学和医学进步的招牌，他们的客户则打着自由和自主

的旗号。他们从生命诞生的第一天起就剥夺新生儿具有本体性意义的关系。我们相信随着位格关系结构之瓦解，所有涉及其中的人的位格都会受到影响，他们将会被非位格化。有些影响比较直接与显而易见的，如婴儿、父母或者代孕妇；有些则是间接的和模糊的，如医生和科学家们。由于现代人已经以科学技术来取代上帝，亦让人工生育代替上帝神圣的创造，人对自己的方向与处境更加迷茫。

胚胎诊断技术（详细的表述请参看本书其他章节）的发现意味着人工生育技术将从对不育夫妇的服务延及到有基因问题、但可生育的夫妇身上。在体外受孕成形三天的胚胎即可诊出基因的不合序性，这意味着妇女将会面临由这种技术带来的越来越多的经济花费、身体不适和精神压力。长此以往，人们会像借助剖腹产一样借助人工生育的技术。胚胎诊断不断发展，从诊断致命疾病、非致命疾病，一直到疾病的前期预测，这种新技术让越来越多的妇女成为“风险”产妇、被鼓励采取更多的无风险的治疗和诊断。因此，在胚胎诊断之前，人们把这一切交给自然去选择，基因不正常的，会有胚胎的自然流产；有了胚胎诊断之后，人们要面临更多的医疗决定，面对着更多的本来留给自然去抉择的难题。也就是说，胚胎诊断潜在地创造了人们对人工生育新的需求，也为希望获得健康婴儿的妇女制造了新的义务。¹³³

有人甚至乐观地声称，不久的将来，妇女们将不用有任何“体内受精怀孕”的风险，人工生育技术会带来更令人满意的生育。也许，50年后，正常体内受精成孕会被视为过时、愚蠢、不健康和不安全的行为，性事也许就不再和生育相关了。也就是说，生育会完全控制在医生和科学家手中，医学将会使人类自身的生育过程变为人工繁殖的过程，而生育的权利也从父母的手里转移到技术操纵者手中。

2. 生育技术的商业化

与人类繁殖医学化紧密相关的是生育技术的商业化。在美国，人工生育技术（特别是 IVF）是赢利非常高的生意，每年获利多达二十亿美元，它本身是具有强竞争、令人误解的宣传广告构成的巨大产业王国^[34]。其中，医学、制药、生物技术各产业之间有着许多不健康的联系，构成道德上疑点颇多的牟利行业。例如：Ares-Serono 公司，这个生产 Clomid、Pergonal 和促进排卵药品的制造商，为推广 IVF-ET 技术提供了大量经济来源；该公司还是两年一度的世界 IVF 大会的主要赞助者，直接或间接地参与了遍布全世界的 IVF-ET 临床和实验室的研究^[35]。这不由得让人对其动机和目的表示怀疑，作为促进人工繁殖技术的原动力的经济因素实在不容忽视。

生育技术的商业化过程中，为病人最大利益服务、生育自由的原则让位于追求最大利润的市场法则。有人认为，美国医疗保健的费用已失去控制，药品被像市场的货物一样，营利是其主要目的^[36]。未来孩子的利益和大众的利益被忽视。

生育技术商业化把人类身体及身体产品商业化，践踏了人的尊严。在商业化过程中，生殖细胞捐献者、代孕母亲、实验室和诊所直接或间接获利，最终使代孕母亲及通过他们生育的孩子成为商品^[37]。随着胚胎克隆技术的出现，克隆胚胎的营销策略是，用克隆“完成”的孩子做广告，以表明自己技术和正在储存着的冷冻胚胎的质量是信得过的，这就将胚胎和孩子整个商业化了。

由于生育技术的出现，还会出现社会阶层的分化。穷人会向那些想要孩子的富裕的人卖掉自己身体的某部分，以此作为谋生的手段；那些较穷国家中，妇女的生育能力也成了她唯一生活来源。如果组织器官可以买卖，那么怀孕亦可以成为牟利手段，身体的价格化将导致人格与身体的分离。身体的商业化将会导致人

们对科学与医学的不信任，因为他们会担心自己也已经被用作牟利。

当然，反对意见说，人们应有权选择利用自己的身体，不论接受报酬与否³⁸。这种论调显然是自由主义在西方泛滥的又一例证：人们宁可牺牲自己的人性尊严，去换回个人的自主权。正因为这个技术可能产生剥削，并对社会价值体系造成不可逆的损害，加拿大皇家委员会呼吁禁止从以下技术中获利：精子或卵子的捐献、胎儿器官移植、代孕母亲等。报告说道：“我们深信，某些人类经验是永远不会被商业化的，配子、受精卵、胚胎或胎儿的买卖，怀孕或收养中的商业目的等，都是违背了非商业化的道德准则的，都是伦理上无法接受的。任何商业交换都损害了生命的尊严，使妇女和孩童商品化。”³⁹

3. 人工生育技术的公平与途径

人工生育技术同样还涉及社会公平问题。首要要谈的是技术本身的花费。每次 IVF-ET 花费超过 6000—8000 美元，IVF-ET 前前后后的尝试花费 2 万—3 万美元是不罕见的，但怀孕成功的胎儿成活率只有 10%—14%⁴⁰。若将胚胎诊断和治疗、产前检查等等都算进去，一个婴儿将花费到 5 万—10 万美元。不仅在具体生育过程中需要花费，在研究及技术发展、医生训练和相关卫生保健中，也需要大量的资金。那么，谁来承担这些费用这个问题不可避免地产生了，应该把它们计入保险中，还是让那些想使用此技术的人承担呢？在加拿大，当社会医疗保障制度施行时，这一问题显得更为突出。这样的程序应该成为公益事业吗？若是如此，是否是最大限度地运用我们有限的资源呢？

有意见认为，如今医疗保健体系已经是超负荷运转了，那么，人工生育这种高科技技术应该看作是“奢侈品”，不应由社

会保健而承担。反对意见认为，不育症其实是由生殖器官的异常造成的，社会保健应该提供正当的医疗手段医治那些疾病。后一种看法还认为，医疗的目标是建设一个整全的人，包括身体、情感或心理上的，不孕、想要孩子当然是严重的问题，人们有权要求治疗。

如果我们认为体外受精和其他人工生育技术可以解决不育症、还给人类最基本也是最重要的能力，那么运用此技术的途径应当是公平的。但因为每个体外受精婴孩的费用已高达五位数，这些技术的应用只能局限于那些可以支付此费用的人群，除非此程序受到政府的资助、而不是由不育夫妇承担。若不育症真被看作是影响人类基本、宝贵功能的病状，若它只能根据人们的经济能力而使用服务的话，就必定会引起严重的道德问题。

而且，能够采用人工授精技术的，不仅仅是那些具有经济能力的人，一些社会因素（如对技术中心的了解、地理环境的便捷）等都决定了人们能否采用该技术。目前，患不育症的人数远远超过接受人工生育技术治疗的人数。因此，除非这些不公平的因素被关注，否则，任何为人工生育技术辩护的理由都是苍白的。

不育是非常复杂的问题，当我们帮助人们克服这个问题的时候，我们也要帮助人们避免这个问题。古谚语说得好，防患于未然，对于治疗不育症，也许可以花费更少的钱，比如对盆腔感染引发的疾病进行早期诊断和治疗、在学校进行性教育，要比仅仅用心在制造试管婴儿上有效得多。人们对这种效果作过评估，一个试管婴儿的花销，可以防止30个人不育。

总之，人工生育技术带来的道德问题还远远没有得到解决。在打开这一技术领域的潘朵拉魔盒时，社会需要的不仅只是良好愿望，否则我们只会陷入不公平的处境。

注 释:

[1] 前者英文为 In Vitro Fertilization and Embryo Transfer, 简称 IVF-ET。后者英文为 Artificial Insemination, 简称 AI。

[2] *Proceed with Care; Final Report of Royal Commission on New Reproductive Technologies* (Ottawa: Canada Communications Group, 1993), p. 498.

[3] 一个生理周期最高的排卵数一般要达到 4—7 个, 但有时几乎有 20 个。Donald E. Demarco. "Love Among the Test Tubes," in *Trust the Truth*, Russell Smith, ed. (Braintree, MA: Pope John Center, 1991), p. 177.

[4] 美国的生育协会伦理委员会认为, 怀孕 14 天的前胚胎 "pre-embryo" 是通过移植进入孕体的, 因为 14 天前后的性质不同。

[5] M. Damewood, ed. *The John Hopkins Handbook of In Vitro Fertilization and Assisted Reproductive Technologies* (Boston: Little, 1990), pp. 98—99.

[6] Stephen Genuis, *Reproduction Rollercoaster: Infertility and the Assisted Reproductive Technologies* (Edmonton: KEG Publishing, 1992), pp. 143—144.

[7] Zygote Intra-Fallopian Transfer, 简称 ZIFT, 又叫做管内胚胎移植 (Tubal Embryo Transfer, 简称 TET) 和管内胚胎阶段移植 (Tubal Embryo Stage Transfer, 简称 TEST)。

[8] Gamete Intra-Fallopian Transfer, 简称 GIFT.

[9] Also known as Tubal Ovum Transfer (TOT).

[10] Prohuclear Stage Transfer (PROST).

[11] Intra-Vagina Culture (IVC).

[12] Subzonal Implantation (SUZI).

[13] Intracytoplasmic Sperm Injection (ICSI).

[14] *IVF Canada News*, 5, No. 1 (Jan. 1994).

[15] John A. Robertson, "Technology and Motherhood: Legal and Ethical Issues in Human Egg Donation," in *Case Western Reserve Law Review*, 39, No. 1 (1988); 1—38.

[16] Norma C. Morin et al., "Congenital Malformations and Psychosocial Development in Children Conceived by In Vitro Fertilization," *Journal of Pediatrics*, No. 15 (1989): 222—227.

[17] Stephen Genuis, MD, *Reproduction Rollercoaster*, op. cit., p. 148.

[18] National Perinatal Statistics Unit, Fertility Society of Australia, *In Vitro Fertilization Pregnancies: Australian and New Zealand 1979—1985* (Sydney, Australia, 1987).

[19] FIVNAT (French In Vitro National), "Pregnancies and Births Resulting from In

Vitro Fertilization: French National Registry, Analysis of Data 1986 to 1990," in *Fertility and Sterility*, 64 (1995) : 746—756.

[20] Phyllis Creighton, *Artificial Insemination by Donor* (Toronto: Anglican Book Center, 1977) , p. 28.

[21] Dean, John C. S. and Lisa Strain. "A true hermaphrodite chimera resulting from embryo amalgamation after in vitro fertilization," in *New England Journal of Medicine*, 338, No. 3 (Jan. 1998) : 166—170.

[22] Lene Koch, "Physiological and Psychosocial Risks of the New Reproductive Technologies," in *Tough Choices; In Vitro Fertilization and the Reproductive Technologies*, Patricia Stephenson and Marsden G. Wagner, eds. (Philadelphia: Temple University Press, 1993) , pp. 122—134.

[23] Maureen McGuire and Nancy Alexander, "Artificial Insemination of Single Women," in *Fertility and Sterility*, 43, No. 2 (1985) : 182—184.

[24] Gillian Hanscombe, "The Right to Lesbian Parenthood," *Journal of Medical Ethics*, 9 (1983) : 133—135.

[25] Mary Warnock, *A Question of Life : The Warnock Report on Human Fertilization and Embryology* (Oxford : Basil Blackwell, 1985) , p. 11.

[26] John A. Robertson, "Procreative Liberty and the Control of Conception, Pregnancy, and Childbirth," *Virginia Law Review*, 69, No. 3 (1983) : 434.

[27] H. Bouma III, et al. , *Christian Faith, Health and Medical Practice* (Grand Rapids; Eerdmans, 1989) , pp. 186—188.

[28] Varda Burstyn, "Making Babies," in *Canadian Forum*, 70, No. 807 (Mar. 1992) : 12—13

[29] Creighton, *Artificial Insemination by Donor*, op. cit. , p. 28.

[30] Mary Ann Warren, "IVF and Women's Interests: An Analysis of Feminist Concerns," in *Bioethics*, 2, No. 1 (Jan. 1988) , p. 44.

[31] Ibid.

[32] Ibid.

[33] Andrea Bonnickson, "Genetic Diagnosis of Human Embryos," in *Hastings Center Report* (Jul. -Aug. 1992) , p. 59.

[34] 美国华盛顿 D. C. 的一名医生 Dr. Cecil Jacobson, 就被指控在 IVF 手术中有 53 次作假和伪证, 被判处 5 年监禁。

[35] Varda Burstyn, "Making babies," op. cit. , p. 15.

[36] George Annas, "Regulatory Models for Human Embryo Cloning: The Free Market, Professional Guidelines, and Government Restrictions," in *Kennedy Institute Ethics Journal*, 4 (1994) : 240.

[37] 但有些人认为, 有关各方都清楚地了解整个程序的企图, 没有一方是被强迫参与这一行为的, 人类的尊严和价值没有受损, 即便是捐献者和代理者从中获利了。

[38] John A. Robertson, "Technology and Motherhood : Legal and Ethical Issues in Human Egg Donation," *Case Western Reserve Law Review*, 39, No. 1 (1988), pp. 1—38.

[39] *Proceed with Care*, op. cit. , p. 718.

[40] Stephen Genuis, *Reproduction Rollercoaster*, op. cit. , p. 180.

第九章

借腹生子

一 定义、动机和种类

体外受精和胚胎移植技术 (IVF-ET) 最耐人寻味的“副产品”是代孕母亲 (surrogate gestational motherhood) 这个现象：在体外受精而产生的胚胎可以移植给一个既没有提供卵子、孩子出生后又不会养育孩子的妇女，由她代替怀孕生产。代孕母中的“代” (surrogacy) 的内容是，安排另一个妇女为某个不愿或不能怀孕的妇女怀孕。有两类代孕母，一种是部分代理，在医学上比较简单，就是代理者用自己的卵子和协约夫妇的丈夫提供的精子受孕，代孕母实际上同时也是孩子的基因母亲 (genetic mother)，代孕母可以是有酬 (商业代替)、也可以是无酬 (非商业代替) 而怀孕，最后她必须将孩子交回给协约的个人或夫妇，尽管她是孩子的基因母亲和妊娠母亲 (gestational mother)。另外，代孕母在接受了协约夫妻的丈夫的精子之后，她不能再与自己的性伴侣有任何的性关系，因为代孕母本身是一种性替代的标志。因此，虽然部分代理的代孕母在医学技术上看是比较简单的，但是涉及的道德和心理问题则较为复杂。

另一种代孕母的形式是“完全代替”，代理者仅仅出租自己的子宫，放入协约夫妇的精子和卵子或胚胎，这个程序的道德和心理问题就较为简单一些，但是医学上的操作就比较复杂，其中

因为需要协调两个妇女的生育周期，所以要靠大量的药物帮助，同时使用了人工授精和胚胎移植的技术。加拿大人工授精中心对参与“妊娠载体计划”（Gestational Carrier Program）的妊娠代理人有具体的标准：年龄需21—35岁、自愿、过去和现在都没有性病或受性病的感染、无恶性肿瘤和药物滥用、之前没有接受生化或放射性治疗、拥有不会影响胎儿的健全生育系统和健康生活方式、拥有理解合约的能力。此计划为协约夫妇选择匹配的代孕母，而提供卵子与精子的协约父母在孩子出生之后就收养新生儿。

寻找代孕母以圆做父母之梦的人或夫妇，往往是缘于医学或个人方面的缺陷。代孕母可以满足那些先天子宫残缺或后天因疾病而接受了子宫切除、但具有正常的卵巢功能的妇女，或是由于子宫功能异常的妇女；代替怀孕也可用于一个本来有生育能力、但由于健康原因而不能怀孕的妇女。有些人要求代孕母代劳，却不是因为有任何生理上的原因，而是出于个人的考虑，如有的人害怕怀孕会妨碍事业，因为有些职业是怀孕者不能承担的；有时妇女们只是想要避免怀孕的经历、而又想要拥有一个自己的骨肉为孩子。未婚的伴侣可能也出于类似的原因而要求代孕母服务；单身男女有时也会要求代孕母夫妇，以求有自己基因特征的孩子，但这种情况不多。大多数协约夫妇是出于想要孩子的动机，但又有某些生理上的障碍而采用代孕母服务的。另一方面，愿意做代孕母的妇女，动机和原因就较为复杂。根据美国的调查报告，主要的动机有：1. 大多数愿意代孕是为了钱。90%的代孕者说，如果她们能支付自己日常的生活费，她们就不会替他人代孕。2. 愿意代孕是出于过去某些心灵创伤的发泄，有研究表明，大约三分之一的代孕母亲说，因为过去堕胎和弃婴的经验，她们想通过代孕来免除罪恶感或其他反面的感觉。3. 因为喜欢怀孕的感受与经历。4. 利他主义的动机，想为别人做件好事，比如

想给不孕夫妇一个“生命的礼物”。5. 一个比较少见的动机，是想要与孩子未来的父母成为亲密的朋友^[1]。美国的上述发现，在法国与英国得到证实，而且，绝大多数代孕者的原因是上述各种原因的综合。

“M 宝宝案” (Baby M Case) 和卡尔弗特案 (Calvert Case)，分别代表了部分和全部代理怀孕的各自特征，也暴露了一些人们不愿意看到的后果。“M 宝宝案”案中的威廉和伊丽莎白·斯特 (William & Elizabeth Stern) 想要孩子，但伊丽莎白患有多重硬化症，医生警告她，若她怀孕可能会加重她的病情，夫妻决定采取借腹怀孕的形式生养下一代。他们通过纽约不孕症中心，于 1985 年 1 月结识了怀特海 (Mary Whitehead)，达成部分借腹怀孕协议：作为人工授精（精子来自丈夫威廉）和妊娠的报酬，怀特海女士会得 1 万美元；而怀特海女士同意孩子出生后，交给斯特夫妇收养。然而，1986 年 3 月 27 日，孩子出生两天后，怀特海女士表示她对自己当初的决定感到后悔，希望留下孩子的意欲越来越强烈。斯特夫妇出于无奈，唯有答应让她把孩子领回家多带几天。没想到怀特海女士离开医院后马上带着新生女儿坐飞机去了佛罗里达州她母亲的家，拒绝还回孩子。斯特夫妇得到了法庭的支持，在 7 月 31 日要回孩子。接着，斯特夫妇和怀特海女士都向法庭要求自己对孩子的领养权，1987 年 3 月 31 日，法官判决合同有效，给斯特夫妇领养证书。然而，1988 年 2 月 3 日，新泽西最高法院推翻了这一判决，认为它违反了领养法，因为其中有金钱的交易。最终达成一个折中的立场：虽然法庭继续让孩子（取名梅丽莎）与斯特夫妻同住，因为他们的家境和性格给予孩子一个更好的成长环境。斯特夫妇的领养合同被取消，怀特海女士仍是孩子的合法母亲，拥有探视权。

第二个例子涉及卡尔弗特夫妇 (Mark & Crispina Calvert)，由于妻子克里斯皮娜需要做子宫切除术，因此要求借腹怀孕。强

森女士 (Anna Johnson) 同意成为代理母亲, 费用为 1 万美元。卡尔弗特夫妇的卵子和精子经人工结合后, 胚胎移植入强森女士的子宫。怀孕初期并没有出现什么问题, 直到第 7 个月, 强森女士突然改变主意, 声称想要孩子的监护权。孩子生于 1990 年 9 月 19 日, 法庭最初判决卡尔弗特夫妇和强森女士都有探访权; 直到加州最高法庭 1990 年 10 月终审判决, 否定了强森女士的母亲权和探访权, 卡尔弗特夫妇成为唯一的监护人。

代理怀孕可以让家庭成员变得很复杂, 也可以变得很简单。1984 年嘉稔 (Karen Ferreira-Jorge) 在第一次怀孕后做了子宫切除术, 不久, 作为天主教徒的嘉稔和丈夫阿辛诺 (Alcino) 夫妇想要更多的孩子。嘉稔的母亲帕特自愿作为代孕母, 接受女儿和女婿的受精卵怀孕。在南非政府的同意和天主教会的反对下, 他们在 1987 年 7 月 9 日生下了孩子, 虽然这一安排避免了家族以外的陌生人的介入, 却让代孕现象更加复杂: 一个祖母生育了自己的孙儿。

二 借腹生子的伦理问题

1. 关于代孕母的道德问题

1989 年欧洲委员会发表的《格罗夫报告》(The Glover Report) 把代孕母可能遇到的各种风险作为反对代孕主要理由。因为代孕母牵涉到金钱上的交易, 往往急需金钱的妇女才会做代孕母, 这就会有经济剥削的问题。在前文提到的“M 宝宝案”中, 安排借腹生子的纽约不孕症中心事先收取中介费 7000 美元, 但根本不保证代孕母怀孕成功、交出孩子。而代孕母怀特海女士只有在代理结束后才可以拿到那 1 万美元的代理费, 在这之前, 她被迫“承担任何风险、甚至包括生命危险”; 妊娠的前 5 个月如果流产, 合约自动取消, 她不会拿到任何补偿金; 更有甚者, 如果产前检查发现胎儿异常, 那么, 她就得按照协约夫妇的要求进

行人工流产。美国专栏作家开普顿 (Murray Kempton) 认为, 这一纸合约“算计得如此冷酷, 简直连一个注册的社会服务机构的章程都不如”^[2]。

关注社会贫富不均、批判资本主义制度的激进派女性主义者, 认为代孕母一般都比受雇的夫妇穷得多, 她们为避免贫困而选择作代孕母; 因此, 她们声称, 一方面, “租赁子宫”的代孕母并不比出卖“肌肉力量”的体力劳动者和出卖“智慧能力”的专业工作者低贱。但另一方面, 不管怎样, 她们却都遭受了剥削, 在所有借腹生子的安排中, 都存在有经济剥削的可能。不仅是穷妇人面临这种剥削, 孩子们因被当作商品, 而同样遭到剥削。也正是出于如是的考虑, 加拿大皇家委员会建议, 所有被商业化的生育安排都应当被法律禁止。然而, 剥削不是必然与经济有关的。女性主义者认为, 在一个男人统治的社会, 女人被要求集慷慨、慈爱、无私、献身——众“好”于一身, 这些素质才能使她们获得称赞。代孕母本身成了一种性别剥削的表达。极端派的女性主义者还认为, 借腹生子和其他生育技术事实上贬低了女性/母性, 因为它们潜在地将女人分为三个等级: 基因优秀的妇女成为基因母亲、身体强壮的妇女成为妊娠母亲和富裕温和的妇女成为社会母亲^[3]。

在借腹生子的过程中, 妊娠母亲的自主权在许多方面受到严重威胁, 所有的夫妇都想要一个健康的孩子, 因此代孕协定通常加上一些褫夺代孕母利益和活动的条件。如怀孕期间, 她被禁止与自己的伴侣发生性关系, 被要求验血来确定真正的基因父亲, 还要求有包括羊水诊断在内的体检, 如果出生前测试出胎儿异常, 就要堕胎。因为孩子不是她的, 代孕者不能以自己的喜好来处置自己或孩子, 她被迫改变自己的生活方式, 如停止吸烟或饮酒。这样, 这些有关她的身体、怀孕和生孩子的决定, 使得协约夫妇和未来孩子的利益与代孕母的自主权发生了冲突。一个代孕

母实际不但出借了她的子宫、也出借了自己，因此，人们过激地说，代孕母的行为糟蹋了自己，就像妓女为他人提供性服务糟蹋自己一样。有人在道德上将此类比为卖身为奴。作为回应，有人牵强地争辩说，代孕母根本没有什么可以出售的，因为“孩子”是属于协议夫妇的。然而，这就像在说一个艺术家没有什么可出售的，因为他已经签约为他人创作一尊雕塑。总之，在商业性的借腹生子过程中，妇女的身心受损，因为她涉入了一宗交易，她的身体直接地成为交易的特别对象。

另一个担心，就是借腹生子对代孕母造成潜在的身心伤害。生产孩子不是一件完全没有风险的事，10万例“正常怀孕”的产妇，会有9例在生产中死亡，代孕母同样也得承担这个风险。还有其他形式的伤害，如母子分离。难以想像一个妇女怀胎9个月后会与胎儿没有感情。心理学文献中称怀孕期间孕妇会产生特别的母性“情结”，将自己与胎儿紧紧维系在一起^[4]。大多数代孕母放弃孩子后都经历悲痛，有10%的需要心理咨询和帮助^[5]，这就说明了代孕母离开孩子后受到的伤害。商业化的借腹生子过程中，母亲不能承认自己是母亲，而只能认为自己是一个雇佣劳工，压抑所有她对孩子产生的母爱。代孕母的情感被压抑和诋毁，在商品交换的市场力量下，母爱成为非法的情感。

代孕母的感情压力还来自于另外一个事实：孩子出生后，代孕母可能被看作是协约家庭的“第三者”，威胁着协约家庭的婚姻关系，协约夫妇根本不理会当初是夫妇自己与她签约生孩子的事实。协约夫妇既想要代孕的安排，但同时又憎恶这种安排；一旦代孕母意识到自己被人需要却又被人憎恶，她所受到的伤害尤甚。付钱给代孕母的夫妇通常不希望今后与借腹生子者保持关系，这与代孕母当初的动机之一相抵触。也就是说，这种借腹生子的合同，利用了代孕母的非商业性的动机，而没有任何商业合同规定之外的补偿，这些合同规定让代孕母处于被剥削的地位。

我们认为，商业性的借腹生子行为，难以被文明社会的伦理道德所接受。

2. 与代孕母亲所生的孩子相关的问题

借腹生子是否道德的另一个重要的考虑层面是，代孕出生的孩子的利益是否受到损害。一个颇普遍的观念认为，基因遗传和怀胎九月的地位，都不及后来把孩子一把屎一把尿带大的培养过程重要，对孩子而言，重要的不是代孕母，而是协约中领养的夫妇。只要代孕母没有过分介入、而养父母也是一心为了孩子的最佳利益，那么，借腹生子的行为就是可以接受的。但正如我们在前文讨论捐赠型人工授精时所讲的，基因和妊娠作为父母的一种自我奉献对孩子的成长起着关键的作用。如果贬低“身体的”基因和妊娠的作用，仿佛基因父母、妊娠父母、养父母是可以割裂的，那么只要愿意付出金钱，就可以堂而皇之为人父母。我们不免要问，如果孩子不能达到协定父母的企望或是因为其他原因无法被完全接受，甚至对孩子产生怨恨，在这样的处境中，孩子可能会得不到应得的关心、爱抚和教养；父母孩子也会渐渐感到他/她只是一个买来的商品，因为质量低于预期而被拒绝。即便没有被贴上“次品”、“残品”的标签，但他/她在家庭中令人置疑的地位已经说明了一切。

借腹生子最不道德之处在于，代孕母和协约夫妇都将孩子视为一种商品来满足个别的欲望：代孕母对金钱、友谊或怀孕好感觉的需要，以及养父母无法自己完成生儿育女的需要。这种交易使孩子作为人的人性及人格遭到贬低。当然，在正常的生育过程中，一些夫妇可能也会有利用孩子来满足自己的动机，但这并不能使借腹生子的种种动机合理化；正常生育中存在的道德现象，不能成为借腹生子的辩护，我们只能从事物本身去评判。借腹生子让代孕母和孩子乃至整个生育过程“物化”：代孕母是服

务的设施、孩子是他人欲念的对象。

除了基因联系和孩子商品化造成的伤害之外，如果代孕母一改初衷，要保留孩子，另一种对孩子的伤害就出现了。在“M宝宝案”和“卡尔弗特案”中，代孕母在怀孕过程中对孩子产生了感情，不愿切断自己与孩子间的联系。在审理卡尔弗特案时，法官帕斯洛建议说，不应选择第一次怀孕的妇女作代孕母，而应该是已经生育过、知道母子情深的妇女。可是，即便如此，也没有绝对的保障，因为怀特海女士已经有过两个孩子。因此，有些国家（如丹麦）规定，代孕母必须在孩子出生三个月后，才让协议父母把孩子领养。如果在三个月期间代孕母执意留下孩子，协议父母就会感到万分失望，甚至有协议父母因为是孩子的基因父母，无疑更会感到自己的骨肉被强抢去了的感觉，甚至提出诉讼，在美国常会有类似事件的发生。对孩子监护权的法律争执对孩子的伤害是难以补偿的。

有些人认为，可以在孩子长大后，通过心理辅导来弥补对孩子造成的心灵创伤；而且，也不是每一个孩子都必然会经历心灵创伤，有些孩子甚至可能毫无困难地接受他们是由商业化的借腹生子诞生的这个事实。因此，人们认为，就凭一些潜在的伤害，就要禁止所有的代孕安排是不理智的；进而，也有人认为，即便是孩子受到伤害，他/她所受的伤害也不会严重到一个不应把孩子生下来的地步。但这些辩护的理由都不是十分有说服力的。生命无疑是有珍贵的价值，但这并不意味以任何方法获得的生命都是正确的。我们争论的不是存在与不存在孰是孰非的问题，而是我们是否有权利用借腹生子的方式来生育出一个孩子。也许，我们可以很容易地支持夫妇生养孩子的权利，但是，要接受夫妇有自由通过一个可能伤害孩子的方法来生育孩子的权利，那就是另一回事了。

保守的罗马天主教会的信徒认为，孩子也具有自己的权利，

借腹生子的商业安排，无异于“卖孩子”，与奴隶交易一样。有些人更进一步说，孩子要求自然出生的权利超过任何无子女之夫妻的利益，通过借腹生子、牺牲孩子的权利来满足自己的利益的行为是不光彩的。我们认为这样的理论还没有道出问题的关键所在。因为夫妻对孩子的权利来自于一种基本的信念，就是他们所有的行动必须是为了孩子的缘故而做的。正当地使用父母权利就要让孩子获得最大的利益，其中必须包括维护孩子作为人的尊严；“商业代理使我们觉得父母权利是一种财产权，可以任其处置的，而不是信用”¹⁶。孩子本身具有无上的价值，没有一个父母的权利大得可以使他成为一种财产。

三 借腹生子、人工生育和家庭观念

1. 家庭的道德价值

长久以来，人们都假定家庭是有价值的，包括如义务、责任、奉献等价值。但实际上家庭的道德意义究竟是什么，大多数的人总是无法说清楚的。比如说，我们对自己的孩子比对邻居的孩子有更多的责任，那么，这背后的理由是什么？我们究竟为什么要孩子？现代西方社会的人们不能确定家庭意味着什么，也就无法回答为何要有孩子。正是由于家庭价值的不确定性，让我们更有必要反思它。

在工业革命之前，家庭是社会的奠基石。传统家庭是一种具有广泛功能的社会组织，是集经济、政治、教育、道德为一身的单位，这些方面的活动都要牵涉到家庭的特权和义务。家庭的主要因素不是亲情，而是责任、义务、荣誉、相助和保护。但进入现代，西方社会的基础已经转移，从家庭转移到自主、自决、自足和自由的个体。这个自由的行为者，被资本主义经济化、被民主观念政治化、被专业教化、被充满个人权利的语言的私人道德伦理化，个体是自由的，与家庭无关¹⁷。在现代社会，家庭显然

被无法控制的社会自由力量推翻，失去先前担当的各种角色和道德地位，父母亲已不再有对孩子的直接权利。“在今天的社会，家庭的存在似乎在道德上是不合理的。作为一个自由人，我们必须尽快成长摆脱依赖家庭，这是我们生活必备技能中最简单的一个环节。”^[8] 社会有意要创造一种个体主义的经济和政治秩序，家庭也就失去了社会效用。父母担任一个新的角色并拥有新的职责，那就是“挑选 [生育] 专家、技术和机构，与他们见面、讨论如何合作生育养孩子”^[9]。

有些人反对上述的分析。他们认为，尽管家庭已经没有政治、经济作用，但它还是有其积极的意义，那就是提供情感的支持、亲密的关系、爱心和关怀的作用，毕竟，工业化的社会需要家庭作为一个必要的避难所、“风浪里的港湾”^[10]；在竞争剧烈的社会生活中，家庭帮助人们面对残酷现实的压力。这显然也是卡耐基委员会关于家庭的报告中的思想：“极端的非人化的工作、与邻里关系的生疏、家庭外具有亲密关系的知己稀少，使丈夫与妻子将他们所有的感情希望都放在完美的家庭生活中。”^[11]

然而，“作为爱与情感焦点”的家庭又呈现出什么样的兴旺景象了呢？过分强调个人权利与自由，父母无权参与孩子的堕胎决定甚至无法知道未成年的孩子所采用的避孕方法。在这样的文化氛围中，难以想像现代的家庭会有什么样的亲密和关心。现代社会以为个人自由和家庭观念可以共存只是一种天真的假想，豪瓦斯认为：“在自由思想中，只有当人能在实体意义上与亲人分离，他们才可能是社会平等制度中自由的、个人化的主体。”^[12] 因此，一个人作为家庭成员的行为方式，多多少少就是他在社会上的行事方式。在最好的情况下，他们只不过是友好的陌生人；在最糟的时候，他们体现为独立主权者之间的权利之争。民主社会中的个体思想原本指望家庭会消化一些它自身带来的社会问题，但是事与愿违，反倒放大了原来的困窘。家庭在这些重担下

无法自我维系。人们在拥护许多与家庭对抗的政治理念的同时，又要求维护家庭是不可能的。当整个社会的秩序是建立在完全理性原则与不重视人际关系的时候，我们不能期望家庭可以继续维持亲密的关系。在现代社会，家庭作为情感、关心和伙伴关系的作用已经消失，因为人的公众生活和私人生活在本质上是不会迥然相异的，这种要求让一个家庭承担过多道德负担。此外，家庭的作用也不能局限在情绪上的支持，期望一个没有具体可感功能的现代家庭可以通过某种内在的情感纽带而找到自己的活力，就如同认为战争结束后军队可以保持作战的状态一样，这是很不现实的。维持一个团体（家庭当然是最基本的形式）运作，不仅靠指导的理念，还要靠具体的运作。

2. 家庭界限的模糊

人工生育和借腹生子技术同时反映以及加深了家庭意义的不确定性。从前当提到“家庭”时，人们至少还能明白它指的是什么，如今，这个词已经非常难定义了。嘉茜（Sandra Garcia）在自己的书中曾经提供一例个案：一位20岁的罗马妇女在1988年10月生下一个婴儿，她所用的卵子来自她48岁的母亲，而给卵子受精用的精子属于她35岁的继父¹³。结果是：妊娠母亲同时是孩子的姐姐，基因母亲同时是孩子的外婆，而基因父亲亦是继外祖父！人工生育技术的发展，使孩子的生育过程牵涉到两对以上的传统意义的父母。在捐赠精子型的人工授精生育中，孩子有两个“父亲”：一个是遗传基因/生物学意义上的父亲，一个是养育/社会学意义上的父亲。而在体外受精胚胎移植术和借腹生子的过程中，母亲的身份更为复杂，可分解为三类：基因遗传的母亲、妊娠母亲和养育的母亲。改变家庭定义的难点，主要是因为家庭界限的模糊和由此带来的不稳定性造成的；由此还会带来一些更为实际的问题，在上述的情形下，若父母死亡或离婚，

谁将对孩子有责任？这些理论或实践的问题都不易解决。

有人认为，由借腹生子引起的问题可以参照那些收养孩子或混合家庭的情形来解决。收养的孩子也有基因父母与抚养父母的区别；那些由离婚或死亡、再婚而产生的混合家庭里，家庭、父亲和母亲的定义也是混乱的。这些人说，社会可以接受这些状况，但奇怪的是，社会就是不接受借腹怀孕。我们认为，这些不同形式的家庭有其类似的地方，但它们之间的不同却是本质的。收养与混合家庭是困境和不可预计的情形的后果：一个人让自己的孩子被他人领养，要么是因为起先没打算怀孕，或是没有经济能力抚养，或有其他原因，否则不会出此下策。混合家庭的产生，是因为不幸状况（如死亡或离婚）而产生的，这是家庭成立时意料之外的。但是借腹怀孕和人工生育技术带来的问题，明显是有意的行为造成的，制造混合家庭的人事先明知会模糊家庭界限。虽然人工生育的起因（不育症）和离婚（或死亡）一样是不幸的和不可预知的，但是后一种情形中不幸发生时，孩子已经存在，而人工生育中则不然，它是在制造一种不正常的状况来弥补另一种不幸的状况，在道德上是有问题的。借腹生子还对代孕母的家庭也造成影响，因为如果代孕母亲自己已经有孩子，这孩子会因为见到一个同胞弟妹被送给另一个家庭而困惑、而深受威胁。^[14]一个涉世不深、不理解合约和交易的孩子，甚至会被“我是下一个吗？”的问题折磨得彻夜无眠。

在许多人批评人工生育对家庭结构的负面影响的时候，有人认为，这或许是一个机会，让社会接纳一个更为通融、更新的家庭观，以更开放地接受各种生育技术。因此，他们认为，应该有一个更宽泛的家庭定义，其中生物学（基因）的成分只占很小的部分，其他因素如法律定义、社会风俗和“主体意愿”占据更多的部分。列文（Carol Levine）提供了一个宽泛的定义：“家庭成员由出生、收养、婚姻或具有私人亲密关系的个体组成，在

需要的时候，他们之间彼此负有接受帮助的权利和尽可能提供各种帮助的义务。”^[15]这样一个广义的定义当然允许各种生育技术的广泛使用。基因因素不再是家庭的定义要素，而要视情况而定，如在捐赠式人工授精中，捐献精子者不是父亲，而在借腹怀孕中，捐献精子的却是父亲；出借子宫怀孕的人不是母亲，但在体外受精中怀孕的却是母亲。随着人工生育技术的广泛使用，基因意义上的联系会从家庭的定义游离出来，变得越来越不重要，家庭的组成无异于一个棒球队或电单车俱乐部。鉴于基因联系在传统家庭中的地位和当今家庭的不稳定性，如此宽泛的家庭定义是不足取的。

3. 人工生育技术和自由

与人工生育技术和借腹生子相关的问题就是生育自由。生育自由是否包括人们通过辅助技术生育孩子、而这个孩子至少与一个家长有基因遗传联系的权利？生育自由是否包括人们像“胚胎孵化器”一样出卖生育服务的权利？生育自由是否包括一代人对另一代人进行商品化和质量控制的权力？

关于上述问题的回答取决于人对自由的理解。美国资深学者巴伯（Ian Barbour）认为^[16]，自由有两种，一种自由是指没有约束，另一种自由是指选择的机会。当人们讨论生育技术的时候，要涉及这两方面的自由；为实现人们生育孩子的愿望，自由就是没有约束地在两可之间作选择。简单地说，自由就是人们作为一个道德中性的行动者、按自己的意志作决定的能力。换言之，自由就变为自主与自我决定，就像人们有自由因为微不足道的理由要求流产一样，人们也有自由在种种不同的情况下要求通过技术生育孩子：单身之人、绝经期的妇女以及同性“夫妇”等。我们不否认自由是一个重要的道德原则，但是，它是否应该是人的唯一的道德原则去决定人工生育技术的问题以及面对它产

生的后果？有家庭生活经验的人都知道，家庭成员并非单纯是自由、独立、自主的个体，他们彼此构成、相互给予。也就是说，建立起一个家庭重要的元素是自我牺牲与相互依赖、而不是自由与自主。如果说自由原则不足以成为家庭美好生活的基石，那么，我们有充分的理由怀疑它能否成为一项指标，指导人们如何去决定采用生育技术而建立新家庭。

我们主张的位格伦理不是意图否定人的个体性与独立性。我们希望指出的是，现代版本的自由其实就是一种以牺牲整体为代价的个体的自主。加拿大皇家委员会（Canadian Royal Commission）支持人们有采用人工生殖技术的自由，它采用的主要道德原则就是个体与社会利益之间的平衡原则。这个委员会注意到加拿大社会越来越注重自由、自主和权利，几乎没有为整体的责任留下一点空间，委员会对这种不健康的发展表达了强烈的关注。虽然在西方国家人们通常不喜欢谈论需要对各种自由与权利进行限制，但是，事实上，有时个人的权利必须为整体的利益而牺牲。究其原因，不是因为民主社会中的“大多数人”有什么必然压倒个人的权利，而是因为无论怎样，个体根本上不容易作出一个可以完全与社会整体无关的选择。在这个个人权利与自主占据主要地位的社会，我们常忽略了个体抉择对社会整体的影响，忽视个体处于一个相互关联和相互依赖的整体之中这个事实。由此，加拿大皇家委员会认为：“为了保护重要的社会利益时，个人的权利可以被限制。”

自由就是自主与个人决定——这种对自由的世俗理解，其实预先假定存在一个拥有自由意志与选择能力的中性自我。但这个中性的自我存在吗？基督教哲学家奥古斯丁否认了这种可能，在他的观念中，没有一个中性的自我。对奥氏而言，自由首先是一个主体建立自我的能力，而不是意志或选择^[17]，自我在自由之后。正确地说，自由是确立身份、将自己坚固于某种忠实之上，

并按照所建立的自我去实施意志和行为的能力。一个人是否具有意志和选择的自由能力，与建立什么样的自我相关。从位格伦理角度而言，透过神的创造、救赎与成圣的作为，人的自我建立在与神的关系中。这种自我才真真正正地有自由的意志并作出自由选择的能力。换言之，人的自由在于神的恩典，神让人改变堕落的身位、将人的自我建立在他的美善上，这样，神给予人类的恩典、创造了自由的条件，并成全了自由。

这种基督教的自由观来解释生育自由，形成两个重要的原则。首先，当一对夫妇在生育上作出某种选择与决定时，这个决定一方面暴露了他们个人的“身份”，同时也建立了他们作为父母的身份，甚至决定了父母将来的行为模式。因此，这种选择不是简单的技术性的决定，而是由这对夫妇按着他们已经建立的身份来决定的。与此同时，这个决定又替这对夫妇建立了一个附带有新要求与期望的父母身份。在这种意义上，人工生殖技术的选择就不仅仅是关于采用哪一种生育技术的问题，而是关于我们建立的是什么样的身份，我们是哪一类人，我们选择什么样的家庭，生活在怎样的社会。这些决定终将潜在地改变人类的本性和将来。

第二，讨论生育自由的时候，我们要考虑到孩子的身份问题。让孩子在家里出世，确立孩子的身份，让孩子在身份认同中认识自己，父母也就担当起教育孩子得到自我确认的责任。但是，在人工生育技术中，父母为孩子建立的身份可能是孩子无法认同的。举一个例子，某一对夫妇，丈夫是一个成功的外科医生，他们用尽所有的生育技术，为的就是让他们的孩子长大后也成为一名出色的外科医生。父母的期望孩子的特定身份，不见得是孩子愿意自由选择的身份，如果这孩子成长中表现出要成为音乐家的倾向，孩子的自由意志就会被遏制，因为他的父母不会鼓励他成为音乐家。这种父母自由的抉择，一方面反映他们的抉

择缺乏真正的自由，同时亦剥夺了孩子的自由，严重损害父母与孩子的关系，这是位格伦理不可以接受的。任何关于人工生育技术和借腹怀孕的讨论，必须要正视这样的警告：不要用生育自由当挡箭牌，让孩子成为父母达到自己目的的手段，对生命的自由和上帝保留一点敬畏之心吧！

注 释：

[1] H. Krimmel, *The Ethics of Reproductive Technology*. K. Apleru ed. (New York: Oxford University Press, 1992), pp. 58—59.

[2] New York Review of Books, 9 April 1987.

[3] Gena Corea, *The Mother Machine* (NY: Harper & Row, 1984).

[4] S. Garcia, "Reproductive Technology for Procreation, Experimentation and Profit", in *Journal of Legal Medicine*, 11 (1990): 22—23.

[5] Elizabeth S. Anderson, "Is Women's Labor a Commodity?" in *Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics 5th*, ed. Ronald Munson (Belmont CA: Wadsworth, 1996), p. 542.

[6] Elizabeth S. Anderson, "Is Women's Labor a Commodity?" p. 539.

[7] 参见 Robert Nisbet, *Twilight of Authority* (NY: OUP, 1975), p. 257, quoted in Stanley Hauerwas, *A Community of Character* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981), p. 159. Robert Nisbet, *Community and Power* (NY: Galaxy Books, 1962), p. 60. quoted in Stanley Hauerwas, *A Community of Character*, p. 169.

[8] Stanley Hauerwas, *A Community of Character*, p. 171.

[9] *Ibid.*, p. 164.

[10] Christopher Lasch, *Heaven in a Heartless World* (NY: Basic Books, 1977).

[11] Kenneth Keniston, *All Our Children: The American Family Under Pressure* (NY: Harcourt Brace Jovanovich, 1977), p. 17, quoted in Stanley Hauerwas, *A Community of Character*, p. 164.

[12] Stanley Hauerwas, *A Community of Character*, p. 160.

[13] S. A. Garcia, "Reproductive Technology for procreation, Experimentation and Profit", *op. cit.*, p. 39.

[14] Shannon, *Surrogate Motherhood-The Ethics of Using Human Beings*,

op. cit. , p. 33.

[15] Ruth Macklin, "Artificial Means of Reproduction and Our Understanding of the Family", *Hastings Center Report* (Jan. -Feb. 1991), p. 10.

[16] Ian Barbour, *Ethics in an Age of Technology* (New York: Harper Collins, 1993), pp. 38—39.

[17] 参见 Hessel Bouma III, et al. , *Christian Faith, Health and Medical Practice* (Grand Rapids, Michigan: Eerdmans Publication, 1989), pp. 182—186.

第十章

胚胎研究

一 胚胎的地位

1. 几种观点

人们是否接受体外受精和所有相关的人类胚胎技术（包括移植、储藏、研究、诊断、治疗和克隆），关键取决于他们对在发展初期的胚胎所具有的本性、价值道德地位的看法。体外受精技术把人类起源和位格的讨论推进到了生物伦理学的前沿，原因很简单，人类第一次可以对受孕仅一天的接合子（zygote）进行观测、控制、培养或遗弃。那么，通过细胞分裂首先发育成胚胎，并能把自己依附在母亲的子宫壁上、再发育成胎儿的接合子到底是什么或是谁？再进一步，是谁来决定我们可以对它做些什么？我们到底可以怎样（如果可能的话）利用它呢？或者，我们可以为它提供什么样的保护呢？

如果要了解对胚胎态度演变的背景，我们首先要提到在 20 世纪 60—70 年代两位体外受精方面的先驱科学家，英国的爱德华（R. G. Edwards）和斯提普托（Patrick Steptoe），他们认为发展初期的胚胎与发育完成的成人之间没有多大的关系，因此，胚胎不需要什么特别的保护，结果是，爱德华和斯提普托遗弃 99.5% 在他们实验室中的受精的卵子。同样，流行的法律观点认为早期胚胎在神经生理学上太过低级，以致还没有受保护的利益

与权利^[1]，科学与法律持的这种不正常的态度，使得就像早期堕胎的合理化一样，危害胚胎的做法也会得到合理化。

但是，当时也有不同的意见，美国健康教育和福利部的伦理咨询委员会（the Ethics Advisory Board of the US Department of Health, Education and Welfare）的1979年的报告说：“人类胚胎是有权利受到极深的尊重的”，尽管这个委员会对给予胚胎“完全的法律和道德意义上的位格地位”显得勉强^[2]。这个委员会推荐一种中立的立场，从这种立场出发，已婚夫妇的体外受精和胚胎移植（IVF-ET）在伦理上是可以接受的，至于人类胚胎研究，只要这种研究是为了建立IVF-ET的安全性、为了提供关键的科学信息，也是可以接受的。同样，英国沃诺克（Warnock）报告认为：人类胚胎“应该有一种特殊的地位……应该受法律某些保护”^[3]。但是沃诺克委员会又宣称，胚胎不具有“一个活着的儿童或成年人”的权益，因此，委员会支持了治疗性和非治疗性的人类胚胎实验。当然，委员会中有保守的委员持异议的立场，他们认为：胚胎有发展成为完整人类位格的潜力，他们应该得到特别的保护，以便这种潜能以自然的方式实现。鉴于这样的理论，持异议的委员认为人类胚胎的实验是非法的^[4]。

基督教人士（不管是天主教还是新教）都持这样一种观点：人们应该极为谨慎地讨论胚胎问题。1987年罗马天主教信理部的文件（《生命祭》*Donum Vitae*）宣称：“人必须得到一种位格性的尊重，即得到作为人的尊严，这种尊重是从其存在的第一刻即开始的。”^[5]罗马天主教信理部这种观点不是从哲学或神学的观点论证出来的，而是从科学的观点出发的。这份文件针对三个讨论的热点展开：人类生命的起点、人类的个体性、位格人的身份。为了在这些讨论之前建立一个前提，即建立胚胎完整的道德权利，这份文件一开始就引用了更早的一份文件“关于施行堕胎的宣言（1974）”。这个宣言明确声称：“从卵子着床的一瞬，一

一个新的生命就开始了，他既不属于父亲，也不属于母亲：他是一个有其自己生命的独立的人。假如他还不是人，那么他就永远不可能是人了。现代基因学……为这一事实提供了有价值的证据，科学已经证明，生命的程序从第一刻起就确定了，那就是这个生命体要发育成为一个人，一个已经很好地造就了的独立个性的个体。从受精之始，人类生命之旅就开始了……”^[6]

在上述宣言和文件的基础上，罗马教廷信理部 1987 年发表的文件作了进一步的发展。这份文件不是从单纯的医学角度来看问题，它是从哲学角度来进行讨论的，它把人的“存在”与人的“位格”等同起来，承认由受孕后的接合子就已经开始具备作为一个新的人类生命的生物学的独特性，人的生命和个体的位格性是在受孕伊始产生的。“人应该从受孕伊始即以位格的身份而被尊重；因此从那一时刻起，他的作为位格的权利就必须得到承认，首先是对其作为人的不可侵犯的权利的尊重……因为胚胎必须被当作人一样受到尊重，它就必须被看作是一个整体，在可能的范围内，受到关心和看护，就像对待所有其他的人一样。”^[7]

罗马天主教信理部的这个论证是颇费心机的。它很小心地避免陷人一种哲学的肯定——位格必须要与受孕一致，它所主张的是：科学证据足以说明：“人们通过理性可以断定，在人类生命出现的那一刹那，就已经位格存在的、清晰可辨的、有价值的线索”^[8]，接合子是一个人类个体，与其将要成为的成人拥有基因连续性。在建立了这样的观念以后，它反问道：这样的一个个个体怎么不会是位格人？总之，无须依靠从哲学和神学的描述，胚胎的基因独特性“表明其已经具有身体和精神的整体性，需要人给予其道德上无条件的尊重”^[9]。因此，从受精卵着床的一瞬，胚胎就已经是一个位格、必须受到作为位格的待遇。

在上述的认识前提下，罗马天主教对人工生育技术有非常强

硬的立场，认为把人类的胚胎视为可以随意处置的“生物学的材料”是极为不道德的，所有不是用于直接治疗而做的胚胎实验都是不合法的，任何对胚胎的摧毁都是与堕胎一样不道德的^[10]。不管罗马天主教信理部的论证是否有效，还是有许多人赞同他们的立场。生于苏格兰的托伦斯（T. F. Torrance）是著名的新教神学家，他认为，“如果我们想要把胚胎视为‘潜在的位格’，那我们就必须把胚胎当作不是正在生成的、而是还在发展它早已成为的”^[11]。早期胚胎是人类发展过程的早期阶段，如果我们没有给予胚胎以完全的位格身份和价值，那么，人类的身份与价值就会陷入混乱。

2. 前胚胎概念

当然，天主教内也有人对上述的胚胎观持怀疑态度。天主教伦理学家麦克柯米克（Richard McCormick）提出了“基因个体性”（genetic individuality）与“发展个体性”（developmental individuality）的区分，他认为“前胚胎”（pre-embryo）拥有前者^[12]，但他认为“前胚胎”还未发展到后者的阶段。引用胚胎学家格罗斯泰因（Clifford Grobstein）^[13]的科学观点，他说，接合子的第一组三对细胞分裂造成了八个分裂球（blastomeres），所有这些分裂球：1. 尚未成型；2. 仅仅是松散地联系在一起；3. 都拥有如接合子的全潜能（totipotency），即是说，每一个分裂球都可以发展成一个完全的成人。在妊娠的头两周内，受孕体主要形成胚胎以外的组织例如胎盘，而非胚胎的内部结构。因为在14天之前，孕体分裂和重新结合仍然是可能的，因此，就不能将它看作是已经拥有“发展个体性”或“独一性”，尽管它已经获得了“基因个体性”。因此，麦克柯米克作出结论：在原胚条（primitive streak）出现以前，孕体应该是前胚胎，而不是完全的胚胎。他断言，一个生物学意义的稳定主体应该是“一个有

位格的最低限度的生物培养基”¹⁴，这个稳定的主体在原胚条出现之前是不存在的。因此，他认为天主教《生命祭》中所谓的前胚胎是位格人的说法是错误的。

我们是得承认“前胚胎”观点所提到的一个事实，那就是，早期（1—14天）的孕体大部分的细胞活动都是与母体在生理上的互动相关，而并不是全部都参与了胎儿的直接形成。但是，承认这点，并不意味着支持“前胚胎”说的结论——胚胎只在14天左右才从受精卵的细胞体中产生出来，因为“前胚胎”的观点忽略了桑葚胚（第4—5天时的配子）的道德和生物学意义，因为，正是桑葚胚发展出来的“微小的细胞群”决定了胎儿和后来的成人。“前胚胎”观点也没有考虑到在每一发育阶段，孕体是一个整体。“前胚胎”概念主要是指胎盘组织，这个术语的使用带有贬低胎盘作用的意味，仿佛孕体头14天的生理活动与道德的价值要比此后阶段的低。事实上，在整个妊娠过程中，胚胎和胎儿的发展依靠胎盘的支持；离开胎盘，胚胎或胎儿是不能存活的；作为胚胎或胎儿持续生存的重要组成部分，胎盘具有生物学与道德意义的。即便是人们区分了“胚胎—胎盘”和“胚胎—胎儿”，也不是将二者割裂，而是更强调了胚胎整体（胎盘和胎儿）的生物学和道德上的意义。在胚胎发育的头14天中，许多细胞都注定了要成为外胚胎（即胚胎—胎盘），最终被代谢掉，这不是说第14天的胚胎更少价值或者它不包含非常重要的那部分（胚胎—胎儿）。“前胚胎”这一用语、前胚胎和胎儿的区分之所以的提出，原因在于人们没有理解人类早期胚胎发育（包括母婴关系的建立）的内在复杂性。“前胚胎”这个术语如今在科学界相当流行，但是到底什么时候“前胚胎”孕体转变为胚胎？人们看法不一。有人把它定为妊娠的第6—7天，有人定为第10天，甚至有人说是第21天，但大多数人都同意是第14—16天。从纯粹生物学的观点来看，“前胚胎”一般是指大约

从第4天到第14天发育的孕体，主要是形成胚胎外层组织结构。“胚胎”一词是指14天以后发育出来的结构，是从受精卵产生的细胞体中的一小部分中产生出来的，它最后形成了胎儿。胚胎与前胚胎的区别在于：“胚胎一开始只是前胚胎的一小部分，与前胚胎共存，在胚胎发育成胎儿之前，前胚胎分化为胎盘。”^[15]

3. 原胚条

“原胚条”（primitive streak）的形成是胚胎发育过程中的一个里程碑，标志着“前胚胎”阶段的终止和个体胚胎的萌芽，许多人赋予其以很高的生物学和道德意义。麦克拉伦（A. McLaren）定义说，原胚条的出现意味着“所有从受精卵而来的细胞，在此时都变为个体胚胎中的一部分或其外部结构的一部分”^[16]。从生物学角度来讲，“原胚条”标志着“前胚胎”内部细胞群中的细胞开始表现出各自的特殊性，它们的细胞作为身体组织的基本部分开始正确地排列，胚胎在原胚条出现后就不可能再一分为二成为双胞胎了。基于上述的认识，从这样的基础上，麦克拉伦同意麦克柯米克的观点，认为原胚条阶段至关重要，因为它标志着个体性的开始。如我们在第二章所讨论的，福特（Norman Ford）也说，这个原胚条结构是“前胚胎”“从一个潜在的人类个体发育到一个有潜能的现实的人类个体”的必要条件^[17]。

然而，我们认为“原胚条”并不是胚胎起源过程中最后的水分岭，上述强调“原胚条”地位的观点未免有些夸张，忽略了结构自身的过渡特性：在受孕的第3—4周，一旦中胚层形成，原胚条的发育就逐渐变缓乃至被取代。我们认可这种观点：“原胚条”是一种暂时的标志，不是表示其自身的特殊性，而是表示它“正在获得早期胚胎的更确定的特征”，包括脊索、神经管、神经冠等等结构。另外，从受精卵发育到胚胎，是一个连续的过

程，我们只能从胚胎连续体中才能把握原胚条的重要性。原胚条具有发育分水岭的重要地位，但强调这一点，并不是否认“原胚条”出现之前胚胎结构发育的重要意义。独断地概括任何发育阶段和其独特道德意义都没有正确地看待整个发育过程的连续性。

在关于胚胎的性质、价值和权利问题上还未达成一致意见的情况下，大多数的人都同意胚胎是一个人类的生命，并且有一定的价值。坚持“前胚胎”概念的麦克柯米克也承认说：作为人的生命，在原胚条之后的胚胎是一个有道德意义的存在。确实，1979年美国伦理咨询委员会（U. S. Ethics Advisory Board）和1984年英国沃诺克委员会（British Warnock Committee）都承认胚胎有某些道德地位。所以，最后西方社会大致达成了如下的一致意见：即使前胚胎或胚胎不是位格，它仍是具有某些道德身份的人类生命^[18]。胚胎的潜力给我们提出了一个要求，要我们去尊重和不去干涉这种潜力。这一点认识非常重要，不仅对于胚胎自身、对人类整体也是极具意义的，因为它反映了社会对人类生命的基本态度，我们对待胚胎的方式和态度反映出我们对待自己的方式和态度、我们对自己将来的希望。即使对受孕伊始胚胎的身份有不同意见，我们还是认为：任何对人类胚胎的操纵和控制^{在道德上都是令人怀疑的，对胚胎轻率处置只能腐蚀社会上关于人类价值的评判。}

二 处理胚胎的科技

1. 剩余胚胎的低温储藏

试管受精和胚胎移植程序中，成功培育出一个孩子的概率相当低。为了提高妊娠成功的可能性，通常会通过人工刺激方法生成多个卵子，一般10—15个，把它们从子宫取出并受精。但这样做会带来一个难题：怀孕成功之后，剩余的胚胎该怎么办？

第一种选择是简单地把所有移植剩下的胚胎扔掉。由于还有

其他更可行的方案，人们一般不会这样做。第二种选择是让多余的胚胎发育，直至八细胞阶段或甚至之后，将它们用于不同的科学研究。第三种选择是把所有的胚胎都立即移植，尽管这可能会增加受孕的机会，但是其中还是会有许多的胚胎会不着床而死掉；将所有胚胎植入子宫也会增加多孕的可能性，这就带来对胎儿的选择性堕胎的问题，一个或多个胎儿将会在子宫内被杀害，以便为其他胎儿提供更多的生存机会。第四个选择是把剩余的胚胎冷冻起来，以备将来之用，在需要的时候做胚胎移植生育另一个孩子。第一个用冷冻胚胎移植出生的孩子是1985年在澳大利亚诞生的，到1988年，美国储藏有824个冷冻的胚胎^[19]，但到了2005年，这个数目已增至超过40万。冷藏胚胎的生存率大约是75%—80%。在全世界范围内，移植解冻的冷藏胚胎的怀孕率是3.8%—29.2%，一般比移植新鲜胚胎细胞的怀孕率低5%—10%^[20]。胚胎冷冻技术扩大了IVF-ET的用途，提高了它的成功率。因为胚胎可以冷冻起来在下一轮的移植中应用，移植超过四个胚胎和多孕的压力大大减少了。人们认为，冷藏胚胎和控制少量的胚胎移植要比多胞胎怀孕然后作选择性堕胎容易接受。胚胎冷藏技术也是一些不孕症患者的福音，尤其那些睾丸或尿道癌症患者、某种晚期病而不能再提供精子用来生育的病人。胚胎冷藏也是患有子宫病及难以剖腹产的妇女的福音。

就目前所知，人类胚胎冷藏术还没有发现什么副作用，尽管长期的后果还不得而知。唯一担心的是，在冷藏的过程中要使用一些化学物质，来防止在摄氏八度时胚胎内形成冰凌，这些“保护剂”也许会对人类胚胎产生副作用^[21]。一般来说，胚胎冷藏都是用于移植的。有一些人选择使用IVF-ET，但是由于个人的、道德的、宗教等的原因反对胚胎冷藏，他们通常选择不超过四个卵子受精并移植，这些人对胚胎冷藏技术流露出怀疑的态度。但是，对于大多数的不孕夫妇来说，胚胎冷藏技术是一个福音，今

后会起更大的作用。

2. 胚胎的诊断和治疗

试管培养胚胎的技术为医学上开启了另一种新的可能性，就是在胚胎移植之前，医生可以对有八个细胞的胚胎抽取其中一个作检查，诊断基因是否有缺陷，避免生下有基因疾病的儿童^[22]。这种植前胚胎基因测验（pre-implantation genetic diagnosis）过程可以在卵子受精后的第三天进行，这时胚胎大概处在八细胞分裂阶段。DNA 检查一般可以在数小时内完成，不影响随后同一天内进行的胚胎移植；而且被测验的胚胎的发展也不会受检查的影响，因为胚胎在八细胞分裂阶段的细胞还是全能的^[23]。这种胚胎植前诊断也包括筛选胚胎的性别，如果有性别相关的基因疾病，如杜兴肌营养不良症（Duchenne muscular dystrophy），人们便可以选择仅移植女性胚胎。植前胚胎诊断可以检查任何表现在 DNA 上、呈现在胚胎中的基因缺陷^[24]，包括胞囊纤维症（cystic fibrosis）、血友病（Tay-sachs disease hemophilia A, B）、地中海贫血病（beta-thalassemia）、镰刀细胞病（sickle-cell disease）、抗胰蛋白酶缺乏症（alpha-antitrypsin）和莱西-尼亨综合症（Lesch-Nyhan syndrome）。

胚胎植前诊断特别受到那些带有严重疾病基因的夫妇欢迎，他们无须再遭受绒毛膜取样或羊膜穿刺术等的技术折磨；而且这些夫妇也无须在焦虑中、历经数星期的等待检查结果。1000—2000 美元的胚胎诊断费与传统的产前检查费相差无几。因此，胚胎植前诊断提供没有基因缺陷的胚胎进行移植，较科学地保证受孕成功的胎儿免除家族性的遗传病，也意味着有疾病的基因会逐渐地从家族的基因链中清除。这对那些已经知道自己带有家族性遗传病的夫妇、因个人或宗教原因不愿意患有基因病而堕胎的夫妇而言，无疑是一个福音。即使胚胎诊断后，不得不抛弃那些

被诊断出带有异常基因的胚胎，许多夫妇还是会认为，抛弃掉“不良”胚胎要比产前诊断之后堕胎更道德。由于上述种种好处，许多人认为，胚胎植前诊断将是一种炙手可得的产前医疗方法，它会成为那些有很高概率产下病儿的妊娠妇女的普遍选择。从保守的罗马天主教伦理学家到自由主义、世俗主义者，许多伦理学家都赞同使用胚胎植前诊断^[25]。

许多医学家和医生也对这项新技术寄予厚望，认为特别的基因治疗将是一种预防或修正基因遗传疾病最终方法：确定、矫正基因不正常之处，然后将胚胎移植回子宫。这种生殖—基因修正已经在动物实验中获得成功。在实验中，通过显微注射或毒菌感染的方式，将外部基因植入动物的受精卵中；再将得到基因修正的胚胎移入雌性子宫内开始妊娠——基因修正的后代或转基因动物（通常这样称呼它们）就出生了。从这些实验结果看，造出转基因人类在理论上是可行的，只是，动物转基因的成功率只有2%—10%，这项技术用于人身上还为时过早。

转基因的道德性目前还是争议颇多的。一些人认为它是基因病预防上的重大突破，既然人类的道德地位是从受孕伊始就开始的，产前生命应该有受保护的权利。还有人认为，胚胎植前诊断和治疗在理论上可以遏止人工流产现象，反堕胎立场的人有必要认真考虑采用这种方法给有基因遗传病的胚胎“治病”，因为寻找防止堕胎的手段是他们的道德义务^[26]。人们还认为，基因治疗将会是一门新兴的技术，尽管可能会鼓励人们对胚胎的态度趋于随便，甚至出现随意摆布胚胎的情况，但对植前胚胎进行诊断的代价，要比晚期胎儿进行产前检查、自愿堕胎的代价小得多，在道德上更可接受。如果不孕夫妇不愿意领养、却坚持要孩子的话，只要医效明显、副作用可以预防，那么，基因治疗应该是可以考虑的。但是最具争议的是，若胚胎诊断发现有不良基因，究竟是谁有权决定是否采取基因治疗或是抛弃胚胎的决定？有人认

为这种决定主要应依赖科学家和医师的意见。但也有人反对这种看法，认为医者的角色只限于提供一般性的建议，认为一切关于胚胎的决定都是一种生育而非医疗上的决定，起决定性作用的是夫妇的价值观和需要、而非医师或科学家的能力。因此，父母才是最后的决定者。

3. 胚胎实验

胚胎研究包括胚胎着床机制、细胞分化和胚胎新陈代谢等，它们的重要性不仅在于可以提高体外受精技术，更是可以增加对不孕机制的了解和治疗。因此，人们说，胚胎研究在总体上是一项与人类生育相关的科学研究，将造福人类（尽管某些特殊的胚胎研究并不如此），这些赞成胚胎研究的人通常都不认同胚胎拥有什么位格地位或权利并因而应该受到保护。他们理据很简单：胚胎基本知识只能在对胚胎自身的研究之后才能得到。既然这些关于胚胎的知识可以促进人类的健康，那么就算研究对胚胎本身不会有任何好处，甚至赔上了胚胎的性命，在道德上仍然是可以接受的。这是美国健康教育与福利部（1989）、美国沃诺克委员会（1984）都对14天之前的胚胎实验开绿灯的缘故。然而人们还是认为，胚胎研究在道德上是有问题的。获取科学知识固然重要，但对一个正在发育的生命进行伤害、致其死亡——这件事是不能等闲视之的。长远看，它损害了人类的价值与尊严，也与胚胎研究为了促进人类健康的原初目标相违。任何胚胎实验都与《赫尔辛基宣言》中保护研究对象的精神相抵触。^[27]

胚胎研究中的胚胎从哪里来？即使胚胎研究是可以接受的，但纯粹以研究为目的而通过体外受精技术产生胚胎为实验之用，是否道德？自由派的人士，认为其胚胎的价值远不如科学实验提供给人的益处多，因此，专为研究而产生胚胎是无可厚非的^[28]。较保守的人士则认为，纯粹为研究目的去产生胚胎是不能接受

的；如果是合法助孕行为的副产品，那么，胚胎研究是可行的。也就是说，在利用 IVF-ET 中剩余胚胎做实验之用是可以的，因为剩余的胚胎永远不会被移植、它们被毁灭是无可避免的结局，“用他们来做实验，可以在他们不知觉的情况下对社会做出贡献、换取他人更健康生命”¹²⁹。这样做，比让他们单纯死去要好。但是，我们不得不问：如果剩余胚胎不是首先以人工的方式创造出来，他们就永远不会有成为“剩余”的结局；如果胚胎是人生旅途的起点，“多余”或“过剩”的生命的说法是难以理解的。利用这些“剩余”胚胎做实验，道德上的包袱绝对不会很轻。

三 胚胎技术的道德性

1. 胚胎试验的性质

胚胎技术的道德性问题，仁者见仁、智者见智。也许先从胚胎实验的定性问题着手，对我们了解胚胎的道德地位和胚胎诊断的性质有所帮助。

1961年，意大利科学家普图斯（Petrucci）坦言，在成功移植第一个卵子前，他曾失败了四十次。在那些失败的例子中，有的曾经经过了29天的培育而最终不得不毁掉，因为造出来的只是一个怪物¹³⁰。这个例子生动地说明胚胎研究的“不确定性”，从最初的实验到第一个成功的个案，人们对初生的生命造成的无法挽回的损害和摧毁，这是不争的冷酷的现实。例如，人们对分裂球的测验或研究，一不留神，就会让胚胎自动流产。确实，任何对分裂球的研究程序都可能会导致胚胎发展方向的改变，例如一个带有某些基因缺陷的胚胎，原本在某一阶段的发展时会出现自然流产的情况，但由于某些研究程序胚胎却继续发展下去，这样的胚胎诞生的孩子会有种种不同的缺陷，无法形成正常的生命。这类的例子尤其容易发生在胚胎基因方面的研究。由于这个

原因，美国著名伦理学家兰赛（Paul Ramsey）认为，若没有充分的了解，基因研究的潜在危害是非常严重的，出错的可能性也很大，这足以让我们限制这一类的实验。科学家们不明白，在技术趋于完美的过程中，自己是怎样损害了那些幼嫩的生命了。比较客观地说，在找到避免或最大限度地减少对胚胎的损害或摧毁的可能性之前，那些参加胚胎研究的科学家们的做法是不道德的。在尝试去完善某一种生命技术的时候，科学家们的自由在道德上是应该受到适量的限制，因为胚胎研究涉及人类的基本生命质料。

对胚胎基因异常的移植前诊断与治疗，也面对着类似的问题。首先，我们不免担心对早期胚胎活体抽取细胞检查的安全性。尽管初步研究表明，一个或两个细胞从植前胚胎中移走后，对随后的发育没有什么副作用，但有无长期的副作用尚无定论^[31]。第二种令人担心的是胚胎诊断的精确性。从技术上说，基因诊断所用的许多实验技术都与复杂的生化程序相关，人为的与尚待确认的数据尤其多，而且基因诊断也依赖大量只在最近的十多年才发现的基因信息，因此，得出不成熟或不精确的结论是不可避免的^[32]；然而，当这些科学程序被用于胚胎医疗时，任何风险都会存在：错误的诊断会带给当事人经济上的损失、情绪上的骚扰、不必要的堕胎或错过治疗有缺陷的胎儿。澳大利亚基因学家特劳森（Alan L. Trounson）警告说：“我们学科有这样一种趋势：研究结果可以马上转化到应用领域，然而对该技术的实质却缺乏充分的说明”，结果呢，“许多进行人工授精、植前胚胎测验的诊所，误诊现象成为严重的问题”^[33]。

第三种令人关注的问题是关于移植前对胚胎进行的基因矫正。人们一般将基因矫正看作是生殖系治疗（germline therapy），因为基因矫正不仅影响了胚胎，还影响了这个胚胎生成的所有后代，但这种基因矫正到底有什么值得关注的？首先，基因移植技

术和替换技术成功率很低，因此基因治疗带有一种不确定性，错误链接的几率很高，某些染色体片段中的基因可能会植入错误的地方，有时会植入到另一组基因中间。^[34]众所周知，成功的基因移植不仅会影响到我们所想要矫正的特性，而且也会影响到其他的基因特性，因为某个人类基因，可以在不同的组织中编码，形成 20 余个不同的功能。基因误植造成的紊乱，可能会对人的整体情况产生不可弥补的祸害。这是基因治疗中最严重的道德问题。如果这种意外的改变随着生殖系治疗延续到下一代，我们怎样面对子子孙孙、为自己这种贻害万年的行为辩护呢？

其次，即使基因被正确地置入，并在随后的治疗中产生了积极有益的效果，我们还是不能保证这种积极效果会出现在下一代的身上^[35]。不同的生活环境、不同的代系，基因会体现不同的效果。生殖系治疗的提倡者天真地假定：生活在 20 世纪地球上的人认为是最好的东西，也会得到生活在未来世纪中的人的认可；试想，我们这一代人有什么权利来剥夺未来代系的人继承自然所赋的、从未经人工矫正的基因？因此，许多社会团体对该胚胎矫正技术持保守态度，天主教会和基督新教的公理会、圣公会、长老会、路德宗的一些派别虽然都不是绝对拒绝生殖系治疗的，但是呼吁要对其使用严加控制。但是基督教的卫理宗却因为这种技术的长期效果不明朗，坚决反对采取这种治疗；同样的立场也见之于美国基因责任委员会（The Council for Responsible Genetics of the United States）、德国和瑞士的议会^[36]。

我们认为，对胚胎任何形式的研究（包括基因治疗），人们都要考虑其道德风险，谨慎区分不同的情况。只有可以预防或医治那些可能带来巨大的痛苦或夭折的基因异常，基因治疗才是可行的。这样一来，尽管治疗和改善之间的区别是模糊的，但我们还是坚持要对不完美的情况和疾病之间进行区分；因为，如果我们要将基因治疗看作一种医疗手段，那么，它必须是一种治疗而

非改善人类质量的工具。我们还认为，在生殖系细胞基因治疗技术的推广之前，应该对身体细胞基因的安全性、可重复性和可靠性做更多的改进。因为生殖系细胞治疗的疗效冲击世代子孙，它不只是某人或某家的小事，而是牵一发动全身的事情，波及整个社会。在这个意义上，生殖系治疗技术永远不应该掌握在少数医生或科学家的手中，公众应该受到关于该技术的全面的教育，在社会稳定的前提下，让各种伦理与社会价值观充分表达出来。更进一步，我们看到，生殖系治疗有很多优生学的成分，上世纪纳粹让人经历的优生学梦魇——人种干涉行径告诉我们，某个国家、某种国家联盟不应该垄断这种技术，来控制人类种族进化。有识之士呼吁，全世界所有民族都应该参与波及了孙后代的基因研究，因为没有比人类的未来更重要的了^[37]。

2. 胚胎作为一个病患者

作为人类最早阶段的生命，只要人类存在，胚胎也就存在。这个特殊的、作为人类“最早”历史的实体，由于试管受精技术的发展、胚胎诊断和治疗技术的提高，人类越来越倾向于将胚胎看作一个患病者、当作有潜能的位格人。在科学不断扩展基因治疗前沿的时候，研究者们像对待儿科患者一样对待胚胎，在必要的时候，他们亲自行使代理人的身份来替胚胎作决定，就像他们对待其他病人那样。然而，这些胚胎在任何意义上都不是普通的、有需要的患病者，他们最大的特征就是他们的生命由医生带人这个世界的，他们最大的医疗需要是最初被带人这个世界时所伴随的危险。在各种各样的实验中，科学家和医生让胚胎遭受灾祸，同时又为胚胎作了出生的选择——人们永远理不清，这些过程中的风险，到底是由人类自身繁衍创造带来的，还是人为控制后产生的；但是有一点是确切无疑的，那就是我们不能回避其中的道德问题。

退一步，假定胚胎就是一个普通的患者，传统的医学伦理就可以适用来探讨它。传统医学伦理认为，对胚胎的诊断、治疗和研究在本质上是探索性和实验性的，需要得到作为志愿者或患者（胚胎）的认可，然而，胚胎既不能自愿、也不能作为患者来表示同意，因此，科学家在道德上是没有足够道德上的理由对这些胚胎“患者”进行探索性实验的。

胎儿诊断和治疗的技术在发展，“胚胎是患者”的概念也渐渐成形，胎儿是一个独立于母亲的患者。胚胎诊断与治疗转移了我们的注意焦点——从携带缺陷基因的夫妇身上转移到了需要拯救的潜在的“生病的胚胎”身上³⁸。把胚胎视为患者，这种认识反过来鼓励了与这个新“患者”相关的诊断与治疗技术的发展，胚胎与医生之间形成的医患关系为胚胎的位格性提供了新的基础。对于那些自由派、对胚胎的道德地位评价较低的人而言，这种情况是一种威胁。他们认为将胚胎当作患者，实际上就是将胚胎位格化，胚胎就应该享有权利，这样就混淆了生命之初的内涵³⁹。但是在看重胚胎的保守人士眼中，这种情形反倒支持了他们的观点，生命从受孕伊始就有权要求自己受到位格人的待遇。如果人们对体外受精技术和其在胚胎科技所创造的巨大的利润感到不安，我们至少会在胚胎地位的变化中得到一点安慰。然而，尽管得到高额利润，我们所付出的代价似乎也过于巨大了。

3. 生殖技术与优生学

人工生育技术（特别是对胚胎的基因控制）带来的一个严肃问题，是与优生动机有关的。人们大多数以为试管婴儿就是专门为了解除不孕症而发展出来的。这种想法有点儿幼稚，因为自发明伊始到现在，它总是与优生动机相联系。爱德华（R. G. Edwards）是试管婴儿技术的开创者，他曾公开承认，基因研究是这项工作的主要目的。如果以基因诊断之名对胚胎进行

基因控制，生育科学的研究者们就能够在生出一个更健康的宝宝的借口下掌握更多的权力。以迎接完美宝宝的名义，科学家们如今已经对生命物质进行操纵和控制了。那么，接下去严肃的伦理学问题就是：谁来决定到底是什么人需要做基因分析？是否所有已知的严重基因缺陷的携带者都必须采用体外受精技术来生孩子并接受胚胎植前基因诊断？由谁来决定问题的“严重”程度？以什么标准来判断那种的“严重”基因缺陷需要人工科技来辅助生育？

对生下一个非正常孩子的恐惧之心，使得有些夫妇受不负责任的人工生育技术销售员的游说，在事情还未弄清楚之前便匆匆忙忙地参加了收费昂贵的辅助生育计划。尽管美国社会学家罗斯曼女士（Barbara Rothman）认为，不管是体外受精胚胎移植术、植前胚胎测验，还是产前诊断、选择性堕胎等技术，都没有让妇女获得“释放的心境”^[40]，但是出于对苦难的恐惧、对失控的害怕、对命运的偶然性的担忧，许多妇女们把人工生育技术当作救星，胚胎诊断成为免除苦难、控制命运的希望，而忽略了人们每日生命中其实都充满一些偶然性以及人们无法完全控制的事物与经验。

胚胎诊断技术还可以诊断一个胚胎是否带有一些非致命性疾病的基因。例如一对患有先天性聋哑病的夫妇，希望用这样的技术来确定胚胎亦同样带有先天性聋哑病的基因，以便将来的孩子与父母的沟通。如此类推，不难想像在不久的将来，不同的父母希望自己的孩子拥有某些生理特征，从而制造一个“度身基因设计的婴儿”。当然，许多人对这种技术的可能性表示怀疑，认为改变诸如智力、能力、美丽等多基因特征的基因工程不太可能的，因为这些设计好的特征并不能随设计者的意愿而来的。蒙克（Marilyn Monk）是一位英国基因学家，他坦诚地说，这样的特征是不能简单地在胚胎中设计和再造的^[41]。其他人则不相信这

一点，他们坚持，理论上，胚胎选择技术可以应用在任何独立的基因上，尽管需要几代的时间才能确定到底某种基因特征是不是传给了后代或是从后代身上剔除了。最终，这项技术的使用不可避免地超出了治病的用途，而延伸到遗传特征；不仅如此，当人们有能力诊断和决定要不要某个患病的胚胎的时候，意味着那些天生有该疾病的孩子会受到歧视。如果这种现象真的出现，那么，我们不妨大胆地预测，优生学运动将不会像上世纪是由政治强制力掀起的（如纳粹所为），而是在消费者的自主选择、人工授精技术的经济动力驱使下产生的。

4. 位格伦理与胚胎基因测验

位格伦理认为人的位格，包括胚胎都源于与上帝在创造中建立的关系。父母的身份是代创造者，他们是回应上帝创造的召唤而成为父母，而非世俗伦理所认为的是人们个人自主选择成为父母。在此大前提之下，作为父母的就不会有“非生下最完美的孩子不可”的想法，或利用一些有道德风险的技术来达到他们的目的。基督群体的盼望不是在人的科技，也不是由科技生育的人，而是在与上帝的救赎关系中有的盼望——一个新天新地的指望。位格伦理不会将人的终极盼望放在自己孩子的身上，更不会把人的美善寄望于科技的乌托邦中。因此，我们不会很草率地发展或采用体外受精、胚胎测验以及其他相关的技术。

注 释：

[1] John A. Robertson, "Ethical and Legal Issues in Pre-implantation Genetic Screening," *Fertility and Sterility*, 57 (1) : 1—11 (1992), p. 1.

[2] US Department of Health, Education and Welfare, Ethics Advisory Board, Report and Conclusions: HEW Support of Research Involving Human In Vitro Fertilization and Embryo Transfer (Washington, DC: US Government Printing Office, 1979), p. 107.

[3] DHSS, Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology

(Her Majesty's Stationary Office, London, 1984), p. 63.

[4] DHSS, pp. 90—91.

[5] Congregation for the Doctrine of the Faith, (C. D. F.) “ Instruction on Respect for Human Life in Its Origin and on the Dignity of Procreation; Replies to Certain Questions of the Day ” in *Intervention and Reflection; Basic Issues in Medical Ethics* (5th). Ronald Munson (ed.), Wadsworth Publishing Co. , 1996 , pp. 513—521.

[6] Ibid. , p. 515.

[7] Ibid.

[8] Ibid.

[9] Ibid.

[10] Ibid. , pp. 513—521.

[11] T. F. Torrance, *The Tablet*, March 3, 1990: 270. quoted in Richard McCormick, S. J., *Corrective Vision: Explorations in Moral Theology*. Kansas City, MO: Sheed & Ward, 1994, p. 184.

[12] 指妊娠的最初 14—15 天时期的受精卵。

[13] Clifford Grobstein, *Science and the Unborn* (New York: Basic Books, 1988), 他提出了“发展着的个体性”等观点。

[14] Richard McCormick, S. J., *Corrective Vision Explorations in Moral Theology* (Kansas City, MO: Sheed & Ward, 1994), p. 183.

[15] See D. Gareth Jones and Barbara Telfa, “ Before I was an Embryo, I was a Pre-embryo; or was I? ” in *Bioethics*, Vol. 9, no. 1, 1995, p. 37.

[16] A. McLaren, “ Prelude to Embryogenesis. ” quoted in Jones & Telfa, p. 39.

[17] Norman M. Ford, *When Did I Begin?* Cambridge: Cambridge up, 1991, p. 172.

[18] Richard McCormick, “ Blastomere Separation; Some Concerns, ” in *Hastings Center Report*, March-April, 1994, p. 15.

[19] Andra I. Bonnicksen, “ Embryo Freezing: Ethical Issues in the Clinical Setting ”, *Hastings Center Report*, 18 (6), Dec. , 1988: 26—30, p. 26.

[20] Phyllis Creighton, *Suspended in Time; The Frozen Human Embryo* (Toronto: Anglican Book Centre, 1994), p. 9.

[21] Donald Demarco. “ Love Among the Test Tubes; Louise Brown Turns 10; Humanae Vitae Turns 20. ” *Trust the Truth*. Russell Smith, ed. (Braintree: Pope John Center, 1991), p. 181.

[22] Yury Verlinsky, Eugene Pergament, and Charles H. Strom, “ The Pre-implanta-

tion Genetic Diagnosis of Genetic Diseases" in *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 7 (1990), No. 1; 1—5. See also *Preconception and Preimplantation Diagnosis of Human Genetic Disease*, Robert G Edwards, ed. (Cambridge; Cambridge University Press, 1993).

[23] Kate Hardy, Karen L. Martin, Henry J. Leese, Robert M. Winston & Alan H. Handyside, "Human Preimplantation Development in Vitro is Not Adversely Affected by Biopsy at the 8—cell Stage," in *Human Reproduction*, 5, No. 6 (1990), pp. 708—714.

[24] Kate Hardy and Alan H. Handyside, "Biopsy of Cleavage Stage Human Embryos and Diagnosis of Single Gene Defects by DNA Amplification" in *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 116, No. 4 (1992), pp. 388—392.

[25] *Donum Vitae*, (CDF, 1987), and *Embryo Experimentation*, Peter Singer, Helga Kuhse, Stephen Buckle, Karen Dawson and Pascal Kasimba, eds. (New York; Cambridge University Press, 1990).

[26] Timothy F. Murphy, "The moral significance of spontaneous abortion", in *Journal of medical ethics*, 11, 1985, pp. 79—83.

[27] World Medical Association, "Declaration of Helsinki" (1989).

[28] John A. Robertson, "Resolving Disputes over Frozen Embryos" in *The Hastings Center Report*, 19, No. 6 (Nov/Dec 1989); pp. 7—12.

[29] Bruce R. Reichenbach, V. Elving Anderson, *On Behalf of God*, op. cit., p. 169. See also Bonnie Steinbock, *Life Before Birth: The Moral and Legal Status of Embryos and Fetuses* (New York; Oxford University Press, 1992).

[30] Paul Ramsey, "Shall we Reproduce"? I. The Medical Ethics of In Vitro Fertilization", *JAMA*, Vol. 220, No. 10 (June 5, 1972); 1346—1350.

[31] Yury Verlinsky, Eugene Pergament, and Charles Strom, "The Preimplantation Genetic Diagnosis of Genetic Diseases" in *Journal of In Vitro Fertilization and Embryo Transfer*, 7, No. 1; 1—5 (1990).

[32] Andree Bonnicksen, *Genetic Diagnosis of Human Embryos*, op. cit., p. 56.

[33] A. L. Trounson, "Preimplantation Genetic Diagnosis-Counting Chickens Before They Hatch?" in *Human Reproduction*, 7, 1992 (5); 583—584.

[34] Thomas C. Caskey "DNA-based medicine: prevention and therapy" in *The code of codes: scientific and social issues in the human genome project*, Daniel J. Kevles and Leroy Hood, eds. (MA; Harvard University Press, 1992), p. 129.

[35] Theodosius dobzhansky, "Changing man", *Science*, 155 (1967); 411.

[36] Roger Lincoln Shinn, *The New Genetics* (Wakefield, Rhode Island & London: Moyer Bell, 1996), p. 126.

[37] 参见 Lisa Sowle Cahill: Editorial: Genetics, Ethics and Social Policy: The State of the Question; pp vii-xiii, in *The Ethics of Genetic Engineering*, Maureen Junker-Kenny and Lisa Sowle Cahill, eds; (London: SCM Press, 1998), p. xii.

[38] E. Joshua Rosenkranz, "Custom Kids and the Moral Duty to Genetically Engineer Our Children," quoted in Andrea Bonnicksen, *op. cit.*, p. 98.

[39] Andree Bonnicksen, *Genetic Diagnosis of Human Embryos*, p. 58.

[40] Quoted by Phyllis Creighton, *Suspended in Time: the Frozen Human Embryo* (Anglican Book Center, Toronto, Canada, 1994), p. 30.

[41] Marilyn Mork, "Embryo research and genetic disease," in *New Scientist*, 6 Jan. (1990): 56--59.

第十一章

人类的克隆

一 克隆的界定、技术程序及应用

“克隆”大概是当前在科学界最激动人心的词汇。在人类的身份、位格、自然、决定论、技术使用的伦理范围方面，它可以说是一石激起千层浪。克隆（cloning）这个词来自于希腊语“Klon”，意思是一个嫩枝条，从词源直接引申，“克隆”就是指植物萌芽的过程^[1]。然而，在现代的用法中，克隆一词已经远远偏离了它在辞源上的普通含义，特别是1993年斯提曼—霍尔（Stillman-Hall）的报告发表之后，其意义也变得越来越模糊，在科学界与生命伦理圈内更引起巨澜。^[2]因此，我们有必要来检查“克隆”一词不同的定义和用法。

在克隆技术的发展过程中，科幻小说的作用功不可没，其中最家喻户晓的一部作品是赫胥黎（A. Huxley）于1932年发表的《美丽新世界》^[3]。在这部科幻小说中，克隆的概念主要围绕着这样一个新的构想：通过复制一个成熟的细胞，创造出具有同样遗传基因的人来。科幻小说的克隆，可以说是一种很有幻想力的科学程序。在斯提曼—霍尔的实验中，我们会看到许多来自这部小说的创意。进入当代现实的科学世界，概括而言克隆程序可以分为三大类：

第一类是分子克隆：利用科技复制个体基因，目的是产生额

外的基因材料以备研究之用；第二类是细胞克隆：复制从胚胎中分化出来具有个体差异的细胞或未具个体差异的干细胞，目的是增加可供生物学研究的细胞数量；第三类是胚胎克隆：通过细胞核移植，人们用早期胚胎中全能（totipotent）细胞的核，取代一个卵子的核（也就是核子移植），再让它发展成为一个胚胎。由于早期的胚胎细胞可能通过裂变达到四个甚至是八个细胞的阶段仍可保存细胞的全能性，那么通过这种技术，一个具有全能性的早期胚胎核子细胞最多可能克隆出八个胚胎。第三种程序始于20世纪80年代初期，是三种克隆中技术最复杂的。^[4]

克隆一词在术语用法上的意义混淆开始于1993年。当时霍尔（Jerry Hall）和斯提曼（Robert Stillam）报告说他们已经成功地为人胚胎制造出人工的带状透明体（一种覆盖在胚胎表面的自然外衣），可以不通过上述核子移植的方式而克隆胚胎。作为分裂球的分裂形式，这种程序涉及四细胞（或八细胞）阶段的胚胎分裂以及在每一个新细胞的周围加上一个人工带状透明体。⁵当时，霍尔（Jerry Hall）和斯提曼（Robert Stillam）借用科幻小说当中的“克隆”一词来指称这一过程（这一过程更准确应被理解为“分裂球的分离”^[6]），但是其他人至今仍在争论这个术语应用到他们的实验是否恰当^[7]。

与霍尔和斯提曼所做的研究工作引来的众多质疑相比，很少有人怀疑伊恩·威姆（Ian Wilmut）的试验：他从一只成年羊乳腺的个体差异细胞中成功地克隆出小羊多利（Dolly）。这一试验所拥有的主要科学革新之处就在于从一个完全个体差异的体细胞核反向回溯到它的最初的全能细胞状态，进而产生一个与提供体细胞核的动物具有相同基因组的克隆胚胎出来（正式说来，这个过程被称为体细胞核的移植，SCNT）。克隆出的胚胎随后被移植到另一只母羊的子宫中，诞生了克隆羊多利^[8]。

这种科学研究只是停留在科学探索上面，直到20世纪60年

代，人们还从来没有认真地探讨过克隆技术的应用问题⁹。即使是到了60年代，人们的兴趣还是主要集中在克隆的理论方面，没有一个人能很好地说出为什么应该克隆¹⁰。然而，随着克隆羊多利的诞生，形势发生了急剧的变化。尽管克隆技术还不成熟，克隆的人类何时能出现也无法预言，但是大多数的科学家都认为，从身体细胞克隆出人类的技术已经基本准备妥当。一旦克隆技术达到完美阶段，其应用前景将会极其乐观。例如，试管受精的成功率只有20%—35%，很多母亲不能产生足够或适合受精的卵子，于是胚胎的克隆便成为一种非常有应用前景的技术程序。霍尔和斯提曼宣称：他们的研究将会使体外受精技术变得简单且不再昂贵，并在有限数量的胚胎内实现高概率的成功怀孕¹¹。另外，为了对遗传基因进行分析诊断的目的，我们可以拟造一个相似的胚胎，使得胚胎植入前的分析诊断变得更容易一些。虽然这样做会以牺牲一个人造克隆胚胎为代价，但是人们认为这样便使即将被植入的胚胎不再有任何风险。¹²

无论是通过分裂球的分裂还是体细胞的移植，克隆技术还可以应用在其他很多方面：比如，克隆可以帮助人们培育出不同时间出生的双胞胎；克隆还可以为成人提供他们自己的孪生者、并由自己将之抚养成人（虽然这种怪异想法还未付诸实施，但将可能吸引一些人）；克隆可以提供一个已经死去的孩子的替代品；克隆技术还可以提供捐献或用于商品买卖的胚胎¹³；另外，尽管最近技术的突破（培植人类胚胎干细胞用来分化成各个器官组织或细胞）可能仍然有人会为了器官移植而克隆整个人类（参看以下的讨论），克隆保证一个适宜的“捐赠者”的存在。这一领域的深入研究使得科学家们从更广泛的视角来理解基因疾病以及它们的活化作用：比如，细胞是怎样从全能细胞分化为个体差异的体细胞，以及这个过程又是如何可以逆溯的。同样，克隆技术还可以应用在对基因选择的优生学中。¹⁴随着克隆技术潜在应

用的增加，由此而产生的伦理问题也同样增多起来。

二 对克隆人的潜在伤害

对克隆人的潜在伤害表现为心理和生理两个方面。首先，如果父母有意克隆出孩子的孪生者，这可能会对孩子造成心理上的伤害。这种潜在伤害首先发生在由克隆所创造出的双胞胎身上，假如克隆的双胞胎胚胎能被同时移植，他们可以像自然双胞胎一样出生成长。马丁·拉巴（Martin LaBar）的研究表明，自然双胞胎在心理上的问题似乎要比单生者少。^[15]我们或许可以由此推断，通过克隆程序同时生下的双胞胎可以享受到更多心理上的益处；当然，只有在双胞胎同时被移植的时候，并以同样的传统方式生下的时候，才会有所说的益处。但如果其中一个胚胎被冷冻存储起来，以后再做移植（如父母决定将克隆胚胎中的一个延期到第一胎出生后的几十年出生的做法），就会产生一对不同年龄的孪生者，更会涉及成人养育其双胞胎婴儿的问题。这种“断层”的双胞胎从本质上产生了一种不平等现象。许多人都认为，“断层”的双胞胎中的年幼者将会受到极大的心理伤害，认为自己的出生是一个错误。

另外一些学者则认为这种结论太过悲观，他们强调这种情况可以造成积极或消极的结果。麦克琳（Ruth Macklin）认为：“没有办法来精确地预测这种新的情况中会造成什么样的心理或情绪上的伤害。”她也对那种父母在第一个孩子生下十数年后使克隆胚胎出生的梦魇表示谨慎的怀疑，因为父母都希望孩子生活得最好，那些认为与其成年孪生者一起生活的克隆儿童都会有心理上的悲剧的看法只属于小说范围。在现实环境中，最有可能的是在生下第一个孩子的数年之后，再选择移植克隆胚胎，因为父母的经济或其他资源都可能比两个孩子一起生要更能得到合理的分配。严格说来，从父母的观点来看，这可以使孩子更多受

益，使他们能更多地得到父母的关注。¹⁶当麦克琳提出上述乐观观点的时候，人们不由对她那种确定的假设有所疑问：每一个父母都会抱有如此善意的动机吗？许多父母盼望拥有孩子纯粹是出于自私的目的，他们关心自己的需求和愿望的实现比关心他们孩子更甚。这便使我们有必要考虑每一种特定的情境，虽然听起来双胞胎中的一个在几十年之后出生的可能性不大，但我们也得将它考虑在内。我们的各种经历不让我们对人类本性过分乐观，使我们不得不考虑到每一种可能。

但如果克隆是因为失去了孩子，父母需要一个“替代孩子”，情况就不同了¹⁷。如果父母认识到基因类型不能完全决定外在的显性特征，那他们就会将克隆的孩子看作是独一无二的个体而加以爱护，而不只是看作是失去的孩子的复制品。如果父母是基因决定论的笃信者（见第十二章），希望能有一个与原来孩子完全一样——无论是外表特征还是性格——的复制品，那么，在克隆的孪生双胞胎身上体现出的不同特征的显性发展将会使父母失望，甚至希望破灭；父母不公正的期待、因为孩子无法满足角色期望而带给父母的失望，都会使孩子受到伤害。

因为第一个克隆人还没有出现，我们还不知道克隆对人的生理的潜在伤害程度。但多利羊的早逝，以及它身体的种种缺陷都在其他克隆动物中获得证实，可以断言克隆肯定对后代带来生理上严重的伤害。然而，这并没有阻止一些热衷于此的科学家通过收集克隆胚胎技术多年来在家畜身上应用，但在它们后代身上并没有因为这种技术而引起明显的缺陷方面的资料，来支持人类克隆的安全性¹⁸。再者，既然胚胎细胞只在至多三个细胞分裂周期内保持他们的全能性，因此可克隆的胚胎最多亦仅有八个，所以通过分裂球分离而得到的克隆数量是十分有限的¹⁹。根据这种投机的论证，一些过度乐观的和狂热的科学家得出这样一个武

断的结论：从生物学的意义上来说，胚胎克隆与正常的怀孕分娩比较，并无太大的危险性。

然而，并没有可靠的资料来支持这种盲目的乐观主义。事实证明，通过 SCNT（体细胞核的移植）技术克隆多利的实验过程中，有许多潜在的生理伤害发生。例如，在多利试验成功之前，科学家们曾经做过 277 例尝试，其中只有 29 例胚胎活过 6 天。总共只有 13 例进入妊娠阶段，除了多利以外它们全部都流产了；而且，在流产的胚胎中多是畸形的。人与羊之间当然是有差别的，但没有人能保证所有先天畸形的人类克隆都将会流产。再者，最近已经证实多利患有明显的染色体不规则症（端粒侵蚀），多利羊的身体结构与功能都具有多种先天性的缺陷，而且早逝。

美国国家生物伦理咨询委员会（USNBAC）也关注着这一问题，他们在 1997 年 6 月提交给总统克林顿的报告中建议：目前科学发展表明，这项技术给胎儿以及未来的儿童带来的伤害难以预料，克隆技术应用在人类身上还不够安全^[20]。这项建议的提出是出于对未来儿童安全问题的关注，完全出于危险或利益的功利主义考虑，而非以规范为基础的。它有一个错误的假定，那就是一旦成熟到可以在生理后果上安全无虞，人类就可以采用该技术，然而人类克隆涉及的问题远远超过了安全或利益这种功利主义的考虑。潜在的生理与心理伤害是肯定存在的，但是它们还是短期问题，可以被技术所克服；真正的危害在于，克隆技术对种族和家庭结构、个人独特性和尊严、人性构成了严峻的挑战。令人感到悲哀的是，当现代的世俗化观点对人类克隆表示总体性的不安的时候，还没有提供比 USNBAC 所推荐的思路更好的人类克隆道德准则。因此，我们必须检查该问题更深的本质，以便对该问题有一种正确的道德和规范的回应根据。

三 克隆人独特性的失落

人们对克隆人的另一项道德关注是他对人的个体基因的同性和独特性的侵犯。人类的存在本身具有一个令人兴奋的事实，那就是除非他拥有一个同卵的孪生者，否则世界上不会有一个与其具有完全相同基因独特性的个体，在人类历史上从来没有任何一个人曾经与我相同，将来也不会有——我们中的每一个人都可以因为自己的基因独特性而感到自豪。然而，尽管基因编码对每一个体有着不可否认的重要性，很多人仍旧质疑宣称个体具有基因独特权利的合法性^[21]。有人甚至提出两个论据来驳斥克隆会危及个体独特性和价值这种观点：第一种论据认为这种观点将人类独特性的价值量化，这等同于说如果一幅图版的数量会随着它被复制的份数增加，那它的价值也会相应的贬值。但是，把人的价值来源假定或评估为一幅复制图版的价值，这无疑是对人类的一种侮辱^[22]；第二个论据认为，如果我们用基因独特性决定人的价值，那么自然双胞胎将会被认为比单胎的价值低一等。因此我们很难武断地认为基因的独特性是一种权利，而且克隆人的价值就应该逊色一些。

对克隆危害人类独特性的观点还有另外一种批评意见，这种意见的根据是认为基因的独特性和个体的独特性是有区别的。这种意见是建立在有关人类发展的两种理论——预成说和渐成说基础之上的。预成说认为生命成长过程只是将一开始就预定好的信息从头展开的过程，这种模式既然假定了人的独特性是由其基因特性先天决定的，因此这里基因的独特性也就等同于个体独特性。从本质上说，它是一种基因决定论的观点。另一方面，渐成说则反对这种论断。它主张，在个体发展过程中，渐进的分化引起了新特性以及新结构的产生^[23]；在这种模式中，基因组仅仅影响了一些可能性，并且肇始了一些事件的次序，但是这些事件

的最终成形依靠于基因与外界环境的相互作用。因此，特定的基因类型不一定会导致特定的外部特征。简单认为一个人将一定会变成什么样的基因决定论观点是不可取的^[24]。

那些支持克隆技术的科学家进一步提出，在克隆的过程中，无论是通过分裂球分离还是体细胞核移植，原生细胞质和克隆体细胞质是不同的。细胞核移植技术，就是将提供体的细胞核置入已经摘除了细胞核的卵细胞（它包含和提供者不同的线粒体）中，也就是说，原生体和克隆体的线粒体 DNA 是不同的^[25]。我们知道，线粒体 DNA 与细胞核基因物质之间存在着互动关系。另外，卵子自身的细胞质在细胞核 DNA 的控制过程中也起着重要作用。在这种意义上说，原生体和克隆体在起始的基因物质上有着根本的不同。不仅如此，个体成长过程中，社会环境和个体之间的互动对大脑的发育也有着重要的影响^[26]。这些论述还引用了这样一个屡见不鲜的事实，那就是，在同一个卵子中共享相同的细胞质的双胞胎，在今后的发育中，他们是可以具有各自的独特人格的，那么，不在同一个卵子里、不享有相同细胞质的原生体和克隆体，它们之间的差异会更大。总之，这种观点认为克隆不会损害人类的独特性，克隆剥夺了人的独特性这种论断混淆了基因独特性与个体独特性，后者在决定一个人的独特性方面具有更大的意义。

我们认为，原生体和起源于它的克隆体之间的差异有被夸大的成分，并且渐成说在应用于人类克隆问题时有其局限性。我们可以想像，假如歌星迈克尔·杰克逊被克隆了一百次，尽管我们可以在一百个迈克尔·杰克逊之间察觉到一些不同的地方，但他们作为一个群体，却无疑被视为一个迈克尔·杰克逊群体，并且与其他群体之间有着很大的差异。在他们所呈现出的群体性面前，个体就如同一个主旋律的变奏，其独特性也都随之丧失了^[27]。因此，一旦我们把个体是否实质上拥有独特性权利这一

点置若罔闻时，克隆会以一种非常深刻的方式来影响我们关于个体性的观念。人性的丰富性（也是人的神秘性之一）是由人类惊人的多样性构成的，而这种多样性又是由人类各自独特的基因组决定的。同时，我们认为事情还远不止基因决定一个人的独特性这么简单，克隆技术同时还导致把人类仅仅归约为一种基因复制的材料。当我们意识到人类克隆可以使得基因复制，人的独特性基础不复存在的时候，克隆技术剥夺了人类对自身的惊奇和敬畏感，这种技术归约主义极大地威胁了我们对人格的理解。

四 克隆侵犯了人类的尊严

克隆所引起的第二项道德关注是：它造成了人类尊严的损害。但是在讨论这种损害之前，我们必须问，到底是什么受到了损害、什么是人类的尊严？它是天生的，还是在社会背景里由他人赋予的或者是由神的天命所赐予？我们认为，人的尊严不是内在于人性的一种静止的性质，毋宁说它是由人参与其中的各种各样的生存关系网所带来的。人类尊严可以用康德的命题来表述：人是目的，而永远不能视为手段。从基督教教义而言，人类的尊严最终是由上帝赋予我们的，这与我们的被造，以及我们的赎罪并且最终圆满成就紧密联系在一起^[28]。依此表述，克隆在以下几个方面侵犯了人类的尊严。

首先，不管克隆的起初动机是什么，有一点可以肯定：原生体对克隆体所应承担的角色或所要展现的素质是有所期待的，这种角色和属性期待可以扼杀克隆体的原创性，使后者的生命成为满足前者愿望的工具。不管原生体在寻求什么样的素质（智力、天赋、生理能力等），这些素质都将成为衡量评估的对象，而克隆体本身则退居二线；如果克隆体不能实现期待的角色、达到克隆既定的目的，克隆作为一个人的价值也将消失。这就破坏了克隆人本身作为目的的地位，也严重地挑战克隆体的身份和伤害了

他的尊严。

其次，克隆技术还会受到市场与经济动力的驱动，把克隆儿童潜在地变成一种商品。在当今美国社会，已经开始出现针对某种特殊基因类型而申请专利的企图，大部分专利产品试图将人类的基因变成商业产品。可以设想一下，一个克隆儿童可以作为一个已经死去的孩子的代替品而被“生产”出来，即使父母像疼爱已失去的孩子那样来爱这个克隆儿童，这种状况还是不能改变克隆体是次要的替代品的事实。这种情形不由让人想起另一种情形的克隆，即为了提供匹配器官而进行的克隆，克隆孩子只是一种“后备”的存在，他存在的唯一目的就是为原生体提供专门的器官。如此一来，人们还可以为了满足各种社会的需要而生产多种不同的克隆产品，如非技术劳动工人、军事人才和科学家，等等。

从本质上讲，克隆就是一个人的权利凌驾于另一个人之上的宣言。这就侵犯了克隆人作为一个人的尊严和权利：不仅是因为克隆人无法扮演与认同自己被预期的角色，而且在形成生命的技术过程中他的自由也被剥夺了。我们主张的位格伦理坚持，作为上帝的造物，每个人有他内在的人格尊严，上帝通过对每个人父母的基因物质的神圣合并，用空前的、无法预定的基因组合使每个人都具有个人尊严，然后以每个人的自由来回应上帝、与上帝联系，并最终通过圣子耶稣来参与到上帝的生活当中。凭借人的不可预知的基因组成，人可以活跃、繁荣，并朝着未来以及他的独特命运发展。从这个最基本的层面上讲，克隆和人类的尊严以及自由概念是不兼容的，因为人类克隆从字面上来看是按着另一个人的基因肖像而造，注定是为实现他人意愿服务的。

五 克隆对传统家庭结构的破坏

对克隆人的第三项道德关注是其对家庭结构的破坏。在此之

前，家庭结构已经被一些人工助孕技术所破坏着。我们应当怎样回答“谁是克隆人的父母”这个简单的问题呢？在现代人工助孕技术的鼓舞下，人们提出下面这项生殖自由的原则：孩子是父母生育选择的产物。但是这个原理只能在多元社会适用。在多元化的社会里，社会成员有各种各样的信仰和价值观，有必要防止社会成员在作生育决定的时候，受到未经授权的限制的干预，因此，这个原理并不能反映自然生育的真实意义，尤其人们认为孩子并不是个体决定的结果，而是父母之间爱之结晶。因此，有人建议：人类生殖的意义只能在一个规范的、非程序的框架内理解，对包括人类克隆在内的人工助孕技术，应该从基于家庭完整性、而非个体生育自由的基础出发来评价，^[29]真实的道德评价应该以这样一种形式进行：各种人工助孕技术是否与家庭和生育的规范要求一致？从这种观点来看，家庭之爱源于配偶灵肉的合一，由一对基因没有关系的夫妻、在基因和社会上与父母彼此关系密切的孩子组成的家庭，才会赋予生殖以完满的意义，这样的家庭才是爱的具体化。由爱揭开了养育孩子的开端，这个孩子反过来又对家庭之爱的建立、扩大和丰富做出贡献^[30]。如果剥去这些自然或社会向度的双方关系，这个家庭将只是个共同相处的个体的集合体，有的只是必要性而非亲和性^[31]。

家庭是爱的展开与并拢的结果，同时也是由适当的抉择以及无条件的偶然的秩序限定的因素聚集的地方^[32]。父母可以选择什么时候以及养育多少孩子，但他们必须把孩子的“精确”的“质量”（或性格）让位给偶然性；然而克隆技术粗暴地挪走偶然性，并允许人们预先决定孩子的属性，孩子要获得所需的归属就得先符合预定属性的条件，亲子关系被约化为通过克隆繁殖面达到的父母自我实现过程，而不再是家庭的爱的展开与并拢。再者，克隆可以使人类的生育在婚姻关系之外进行，克隆中不需要父母或男性，那么，这将大大地削弱家庭的社会功能，也会进一

步地剥夺家庭的生物功能。这样一来，一些社会组织就要承担不必要的（即使不是不相关的）社会和生物的功能。总之，克隆否认了父母的生物作用，并且通过剥夺一个克隆儿童在家庭中的角色界定、剥夺家庭的联系和归属，从而曲解了家庭的自然和社会亲和性的秩序。然而，美国的伦理学家罗纳德·科尔—特纳（Ronald Cole-Turner）反对这种自然的家庭秩序，并认为这种秩序狭隘地、有歧视地反对非传统的家庭，并且相信它很容易被滥用^[33]。这位学者怀疑自然秩序的概念，最终是因为他对堕落的人类能否在人类的婚嫁生养等事上作出是非判断的能力持保留态度。我们认为这种质疑既没必要又没基础，它更不能对“克隆是无关痛痒的事”^[34]的说法提供任何有力的论证。总之，我们认为，既然存在着一个生殖的自然秩序，我们就应尽可能地对之尊敬，然而克隆确实已经对这种自然秩序构成了威胁。

六 克隆和优生学

克隆问题还伴随着优生学的阴影。毫无疑问，胚胎克隆将会使基因诊断更加方便：人们利用克隆的胚胎进行基因测试，以此来发现在原生胚胎中可能的致命基因缺陷及可行的治疗办法。依靠这种方式，克隆扩展了优生学的视野，对胚胎的直接基因订制也就成为可能。前文提到的、作为人工助孕技术倡导者的罗伯森，他对胚胎克隆为优生学控制所带来的可能性表示极大的欢迎，“养父母应尽可能地了解他们要领养的孩子的信息”^[35]。罗丝·麦克琳（Ruth Macklin）也支持为了改进基因而进行的胚胎克隆。她的论据建立在两个论断之上：首先，牺牲联合的双胞胎（暹罗双胞胎）中的一个以保存另一个，与牺牲克隆体来作基因诊断来保护原生体，这两者之间有着深刻的区别，因为克隆胚胎不具有双胞胎一样的地位。前者在伦理的角度是不可接受的，后者则可。其次，为了诊断的目的而克隆出一个胚胎，在伦理学的

意义上与从一个有机体身上获得一片活组织来确定它的健康状况是同等的^[36]。但是我们认为这些论据忽视了一个关键的事实：用于“活组织检查”的机体细胞不具有发展为某完整机体的潜力，而克隆的细胞如果不被牺牲掉的话，将可能发展成一个胚胎或一个婴儿！

另一方面，一些学者对于克隆技术在优生学方面的应用持一种较悲观的态度。经济趋势基金会（Foundation on Economic Trends）创始人莱金（Jeremy Rifkin）在斯提曼—霍尔的实验宣布之后，他预言式地宣告：“这是优生时代到来的先兆”^[37]，许多人也有同样的恐惧。人类寻求完美基因质量的努力，将最终造就一批具有权力的人，由他们执掌人类重新设计的生杀大权。从移植前的基因诊断到对种系基因的改变，是技术发展的一小步，但确实是可怕的一小步。20世纪的德国所做的优生学计划表明，积极的优生学态度是可能被权利滥用、成为用来排挤和消灭少数种族的可怕手段的。法国国家伦理委员会（The French National Ethical Committee）警告说：“这种研究在作着一种危险的铺路工作，即根据操纵者定义的质量标准来选择未来的儿童。”^[38]乔治·安纳斯（George Annas）作了进一步的观察认为，人们无需等到像纳粹德国那般的政体使优生学的噩梦再重演，美国社会正大大被生命科技的市场动力所驱使，资本家的冲动将会自己惩罚自己。我们相信21世纪的优生运动不再是由政治而是由市场经济所推动的。基因诊断和优生学之间的联系，足以使我们对胚胎克隆在道德上的正当性产生质疑。

七 克隆和其对生物多样性的威胁

当将来的某一天，预植胚胎诊断变得盛行，甚至把非致命疾病的诊断也包括进来的时候，许多本来能够长到成年的胚胎将会被毁灭。也许有些人会认为这是一个不错的主意，因为某些人类

不想要的基因症状就被排除了。但是，人们不应该忽视其中可能带来的长远的负面影响：一些基因不得被有选择地与胚胎一起除掉，未来人类种族基因的多样性将会减少——这是人类不得不付出的代价。因此，胚胎诊断和克隆是极大地影响到未来人类基因组成的技术，它们不应该只被医学界的技术官僚所操纵，整个社会必须小心控制它的发展。

当体细胞核移植可以用于人类克隆的时候，这个问题还会进一步的恶化。人类的自然有性繁殖保证了使所有人类后代都拥有从两个给予者那里来的新的基因组合，即使是同卵双胞胎的基因组也不例外。性繁殖保证了在每一代具有重新组合的基因，基因的重新组合至少有两个功能：这是人类神秘多样性产生的原因所在，它保证了通过向人类基因库中增添新的基因组而使人类的基因保持多样性；它有助于克服从父母那里遗传下来的一些基因弱点。但是克隆却消除了这种组合的多样性，因此，随着克隆作为人类繁殖的新形式而广泛使用，尤其是通过体细胞核转移的克隆技术，将最终导致基因质量的逐渐退化以及基因多样性的减低。列恩·埃森博格（Leon Eisenberg）警告说，大范围的使用克隆技术将导致生物的灾难，因为它将限制人类基因库的多样性。值得注意的是这种限制将慢慢损害我们适应现在所居住的大范围的生态系统的能力，并且把我们限定在一个非常狭窄的生物小环境中。然而美国生命伦理学家凯瑞·莱布茨（Karen Lebacqz）则认为，只有在克隆技术被大范围的运用之后，这才会真正变成一个问题。在她看来这是一个非常不可能的，所以她不主张过早的关注这一问题^[39]。但是，公开提倡“生殖自由”的罗伯森（J. Robertson）也不得不承认：克隆只是对基因组的复制，而非通过人类配子中的DNA组合来形成新的基因组。确切说来，克隆是超出了生育范畴的技术，因此也不应用生殖自由的标准来界定是否采用这技术^[40]。

从人类进化的角度来看，无性的克隆是一个封闭的过程，它产生了具有不变的基因同一的人类。而人类的有性生殖则是一个开放的过程，它提供了一个基因的持续更新过程，并增加了人类生存的功效。如果我们相信在人类的进化过程中，因为一些合理的因素，人类已经从无性生殖状态过渡到有性生殖，那么，仅仅因为我们有技术手段来重新返回到无性生殖状态，我们就这样去做，这完全是不合逻辑的行为。这样一种对于人类基因多样性的制约，违背了人类进化的生物学原则的基础^[41]。从基督教的立场来看，有性繁殖是上帝在造物过程中所规定的一个秩序。克隆因为它返回到无性繁殖状态，所以它不仅仅代表一种人类演进过程的退步，而且是对人类生存具有关键意义的神圣秩序的亵渎。

从优生学的视域来说，克隆技术暴露了人类妄想限定他们自身并且决定他们自己命运的企图。通过这种技术，现代人正在寻求成为造物主或者共同造物主；无论如何，我们相信从《圣经》来说，即使是共同造物的概念，都是站不住脚的。人们应该记得《圣经》巴比塔的故事，它表明人类希图通过技术去建造一个摩天塔，想与上帝等齐，结果却是带来灾难性的混乱。《新约圣经》也确认人类的复兴和完善只有在新的天堂和地球上才能够实现，而不是通过技术。人类的有限性和易恶性这个前提将永远都是评价人类技术进程的基本语境。人类完善的障碍在于人类自身，这不可能是通过生殖的改进而取得的。在评价技术的进步时我们应该把科技放在位格关系的脉络中。人们有必要追问，一种特定的技术革新是提高还是阻碍了人类和上帝、其他人类以及与上帝所创造的其他秩序之间的和谐呢？人类科学进步的每一个例子，尤其是那些有可能干预人类生命本质的每一项发展（就像是克隆这一事例），必须经受人类位格的基本意义的检验。通过这种方式我们可以超越反技术进步主义和技术迷信主义这两种极端，寻求真正能使我们在人性与社群方面得以发展的科技发展。

如果失去这个基本目标，新的科技却没有让人类实现所追求的位格基本意义，那么，我们不禁要问：发展科技来所谓“改善”人类又有何意义呢？

注 释：

[1] Cohen and Tomkin, "The Science, Fiction, and Reality of Embryo Cloning," in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994) : 194.

[2] Phillip Elmer-Dewitt, "Cloning: Where Do We Draw the Line?" *Time*, November 8, 1993, pp. 37—42.

[3] 其他作品包括 David M. Rojik 的《影子：克隆人》（1978）、I. Levin 的《巴西男孩》（1977），影片包括 Woody Allen 导演的《沉睡者》、Steven Spielberg 导演的《侏罗纪公园》以及 Harold Ramis 导演的《五光十色》。

[4] Cohen and Tomkin, "The Science, Fiction, and Reality of Embryo Cloning," in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994) : 195.

[5] 他们的论文题目是 "Experimental Cloning of Polyploid Embryos Using an Artificial Zona Pellucida".

[6] 同样也被称为全能的评估和人造双胞胎 (totipotency evaluation or artificial twinning).

[7] Cohen and Tomkin, "The Science, Fiction, and Reality of Embryo Cloning," in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994) : 196.

[8] 从技术的角度来讲，首先从一只妊娠的母羊身上提取乳腺细胞，然后将它们放入一个无营养的环境中一周时间，使它们最终由于缺乏营养而停止正常的细胞分裂循环活动。然后将这个“处于休眠状态的”细胞和一个去除核子、但保留完整细胞质的未受精的卵子放在一起。然后用电流来融合这些细胞（这些细胞拥有未受精卵子的细胞质，这些细胞质接受了处于休眠状态的细胞核），使它返回到全能状态。在第二轮电流的刺激下，正常的细胞分裂活动继续开始并形成可移植的胚胎。见 Ian Wilmut 等人著，"Viable Offspring Derived from Fetal and Adult Mammalian Cells," *Nature*, 385 (February 27, 1997) : 810—813。

[9] 在这一章的剩余部分，克隆一词的含义包括 Stillman-Hall 1993 年试验所论及的程序，即分裂球的分离。

[10] 20 世纪 60 年代末，诺贝尔奖得主 Joshua Lederberg 发起了第一场有关克隆话题的严肃的生物伦理的讨论，参与这场早期争论的主要人物有 Paul Ramsey 和 Jo-

seph Fletcher。

[11] Robert Stillman (“Experimental Cloning of Polyploid Embryos Using an Artificial Zona Pellucida,” 1993), 引自国家生殖伦理顾问委员会 (National Advisory Board on Ethics in Reproduction), “Report on Human Cloning Through Embryo Splitting: An Amber Light,” *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994): 254. 通过分裂球的分离所进行的牛的胚胎移植的成功率已经增长到 60%—100%, 但在繁殖的过程中仍需要加以控制。参见 Cohen and Tomkin, “The Science, Fiction, and Reality of Embryo Cloning,” in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994): 197。

[12] Elmer-Dewitt, “Cloning: Where Do We Draw the Line?” p. 39.

[13] 国家生殖伦理顾问委员会 (National Advisory Board on Ethics in Reproduction), “Report on Human Cloning Through Embryo Splitting: An Amber Light,” *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994): 254。

[14] John A. Robertson, “The Question of Human Cloning,” in *Hastings Centre Report*, 24, No. 2 (1994): 6.

[15] 一些人认为自然的同卵双胞胎比起单胎儿童好像更少出现心理问题, 并且他们主张这样就可以证明通过克隆来创造同时出生的双胞胎从而获取心理益处是合理的。要想了解有关这场争论的更多细节, 参看 Ruth Macklin, “Splitting Embryos on the Slippery Slope,” *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994): 218 和 Robertson, “Question of Human Cloning,” p. 10。

[16] Macklin, “Splitting Embryos on the Slippery Slope,” pp. 218—219.

[17] Robertson, “The Question of Human Cloning,” p. 11.

[18] Cohen and Tomkin, “The Science, Fiction, and Reality of Embryo Cloning,” in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994): 197.

[19] *Ibid.*, pp. 199—200; and Robertson, “Question of Human Cloning,” p. 10.

[20] Ronald Cole-Turner. “At the Beginning,” in *Human Cloning: Religious Responses*, Ronald Cole-Turner, ed. (Louisville: Westminster John Knox Press, 1997), p. 133. 当这个提议表现出对潜在儿童的安全的敏感性时, 这个禁令彻底是建立在对冒险/利益的计算, 而不是建立在一种规范的基础上。

[21] 参看 Macklin, “Splitting Embryos on the Slippery Slope,” p. 218。

[22] *Ibid.*, p. 216.

[23] Leon Eisenberg, “The Outcome as Cause: Predestination and Human Cloning,” *Journal of Medicine and Philosophy*, 1, No. 4 (1976): 321.

[24] Richard Lewontin 强力反对预成论论者的论断。他指出人类 (包括所有有机

体)是由三个因素形成的独特产物:遗传因素和环境的相互作用以及变动的不规则状态或者发展的干扰性对基因的进一步随机化,这些都是有机体在发展过程中所不可预知的模式。由此说来,决定论甚至在理论上都是不可能的。参见 Lewontin, *Biology as Ideology* (Concord, Ontario: Anansi, 1991), pp. 26—27。

[25] Martin LaBar, "The Pros and Cons of Human Cloning," *Thought*, 59 (1984): 319—333, 转引自 Ruth Macklin, "Splitting Embryos on the Slippery Slope," *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4, No. 3 (1994): 217。

[26] Leon Eisenberg, "The Outcome as Cause: Predestination and Human Cloning," *Journal of Medicine and Philosophy*, 1, No. 4 (1976): 325。

[27] David M. Byers, "An Absence of Love," in *Human Cloning: Religious Responses*, ed. Ronald Cole-Turner (Louisville, Ky.: Westminster John Knox, 1997), p. 75。

[28] 与 Ted Peters 相比较, "Cloning Shock: A Theological Reaction," in *Human Cloning: Religious Responses*, ed. Ronald Cole-Turner (Louisville, Ky.: Westminster John Knox, 1997), p. 22。

[29] 见第八章《人工授精》。

[30] Brent Waters, "One Flesh? Cloning, Procreation and the Family," in *Human Cloning: Religious Responses*, ed. Ronald Cole-Turner (Louisville, Ky.: Westminster John Knox, 1997), pp. 78—90。

[31] Ibid., p. 83。

[32] Ibid., p. 85。

[33] Cole-Turner, "At the Beginning," p. 128。

[34] Ibid.

[35] Robertson, "Question of Human Cloning," p. 12。

[36] Macklin, "Splitting Embryos," p. 222。

[37] Jeremy Rifkin, 转引自 Elmer-Dewitt, "Cloning: Where Do We Draw the Line?" p. 41。

[38] French National Ethical Committee, "Discussion on Ethical and Judicial Aspects of Embryo Research," in *Human Reproduction*, 4, No. 2 (1989): 206—217。

[39] Karen Lebarqz, "Genes, Justice and Clones," in *Human Cloning: Religious Responses*, ed. Ronald Cole-Turner (Louisville, Ky.: Westminster John Knox, 1997), p. 51。

[40] John A. Robertson, "Genetic Selection of Offspring Characteristics," in *Boston University Law Review*, 76: 438。

[41] Eisenberf, "Outcome as Cause," p. 322。

第十二章

人类基因组与人类干细胞

一 历史、发展与应用

人类基因组计划（HGP）是胚胎与基因研究的前沿。它是一个雄心勃勃的国际性计划，旨在详尽说明人类基因组 5 万—10 万个基因（的一级结构）和基因表达调控机理，确定染色体的位置及其分子构成。HGP 有三个特定目标：绘制基因与生理地图；明确人类以及其他标准有机体的基因组排序；为生物学和医学研究提供一套“参考数据”，人们可以通过电脑数据库进行查询¹。人类基因组研究是一项基础性研究工程。有科学家认为基因组图谱与化学元素周期表相类似。也有科学家声称整个计划的最终目标就是要编纂一部人类基因组的“百科全书”，一本生物学与医学的“参考书”，一幅完整的、终极性的“地图”¹²。

人类基因组计划是与曼哈顿原子计划、阿波罗登月计划并称的人类科学史上的重大工程。该计划由美国政府耗资 30 亿美元于 1990 年 10 月正式启动，并预计在三个五年规划中完成。工程启动后又有德、日、英、法、中等 6 个国家的科学家先后正式加入，共有 16 个实验室及 1100 名生物科学家、计算机专家和技术人员参与。该计划的第一阶段将致力于绘制一幅低分辨率的基因地图，其中包括 1500 个特定的标记和生理连接点，用以标识覆盖特定地区人类基因组的那些有序、重叠以及提炼的 DNA 片段。

研究计划的第二阶段将使人类的基因与生理地图进一步精确化，并在比第一阶段更大的规模上完成某些定向性排序计划。最后的第三阶段，将集中在确定人类基因组所有 30 亿个碱基对的排序¹³。在实施过程中，人类基因组计划某些领域就已经领先于原计划了。1999 年 5 月，国际人类基因组计划决定 2000 年春季完成全部测序工作的“工作框架”，即工作草图。在此基础上，再对测定的基因序列进行仔细核实，并于 2003 年最终完成精确的人类基因组图谱。Given 有足够的资金来支付全世界的研究工作所需要的每年大约 2 亿美元的预算，原定于 2005 年完成的计划实际上到 2000 年底就已经基本完成了。

这项庞大计划的深远意义是难以一言道尽的。专家说，对人类基因结构的解密是科学史上的一个分水岭。这是生物学的月球登陆工程。当然这还只是开始。人类基因组计划显然对理解人类的生物学本性有深远影响。DNA 结构的发现人之一沃森 (James Watson) 认为，人类基因组计划一旦完成，将为我们提供有关“人类生存的化学支撑结构”¹⁴的所有答案，也将揭开许多与基因有关的遗传性疾病的谜底，比如囊性纤维变性 (cystic fibrosis)、亨廷顿舞蹈病/亨廷顿氏舞蹈病 (Huntington's chorea) 以及其他由单个基因的缺陷引起的疾病。通过测定有缺陷基因，研制新药品，给病人以个人化的治疗，有些疾病甚至在出生之前就可以根除。而许多基因疾病 (如糖尿病、精神分裂症等) 的治疗也有了新希望。HGP 提供了基因检测的新技术和模式转换：即从一次分析一个基因转向快速扫描整个基因组，从而大大提高检测的速度和准确率。

然而，有些审慎的科学家对于 HGP 并不抱多大的热情。他们坚持认为该计划至少在方法论上有两个缺陷：首先，HGP 假定疾病与有缺陷基因之间存在某种直接的因果对应关系，而这种假设是还原主义的 (reductionistic)；其次，HGP 假定存在一种在

统计学上均衡的，亦即统一的人类基因组，可以被作为“正常”基因的标准。然而，这样一种基本的人类基因组是否真的存在至今尚未得到证实。因此，“谁的基因可以作为人的正常基因排序标准呢？”^[5]”我们认为，这些批评对 HGP 计划中许多豪言壮语提出了极其必要的修正。而且对特定的个人来说，HGP 信息的应用性可能比原来设想得远为有限。

二 人类基因组计划的伦理问题

大多数关于基因研究的伦理学著作都认为，HGP 也许自身并没有产生“伦理地震”，但是，鉴于该技术的轰动效应、显著后果和迅猛发展，与它有关的社会问题都变得非常独特，已经引起人们对这项计划的伦理学反思和审议。哥林斯（Francis Collins）是美国基因组计划的带头人。他认为，围绕基因组的伦理学问题是由这项计划所涉及的领域引起的，因为每个人都潜在地携带着疾病基因^[6]。这个说法得到另一位科学家云格斯特（Eric Juengst）的回应：“这项计划将涉及两大问题，一是这项技术的应用将扩大健康问题的范围。二是这项计划将对所有的保健医生、家庭和个人构成挑战。^[7]”有鉴于此，加拿大和美国分别拨出了 7.5% 和 3% 的 HGP 预算，用于研究由基因组计划所引起的“医学、伦理、法律和社会问题”（MELSI）。所有加入该计划的国家也都必须参与 MELSI 研究。第一个 MELSI 讨论会于 1994 年 10 月在渥太华举行^[8]。具体来说，这项伦理研究涉及如何负责地运用基因信息，最大限度地增进人民的福利，并且防止滥用 HGP 研究成果^[9]。可以说，伦理学反思自始就伴随着人类基因组计划。

三 基因信息的使用和用处

基因组计划带来的第一个伦理问题是如何保护个人的隐私。

也就是说，如何防止公众，包括雇主和保险公司，轻易获得庞大的个人基因信息。由于这类敏感的新信息主要是在医生手里，如何谨慎地披露信息就变得极其重要，因为此类信息的使用会产生重大的伦理问题。比如某人存在一些基因性特征或疾病，在未来的10—15年内可能会发作。雇主是否会根据这些新信息而拒绝雇佣有潜力的申请人呢？对于那些从基因角度看来更易患病的人，保险公司是否能够提高保费或者拒绝他们投保呢？我们怎么能够保证医生的办公室会有严格的档案保管和标准的信息披露措施呢？医生是否已经知道怎样向病人解释检测结果的各种实际后果，比如保险范围和雇佣问题，以及基因信息可能给病人带来的心理、经济和社会影响。如果病人本人不想知道自己的基因信息，而这种信息又对某个第三方有影响的，我们又该怎么办？最后，医生们是否已经充分明白他们自己对基因信息的态度和价值观，因为他们的基本态度会影响病人的决定。在我们看来，HGP带来的基因问题好像远远超过它所提供的答案。

另一个同样重要的问题是基因资料自身的用处。大部分研究人员都认为，随着HGP技术的发展，人们不断地发现重大基因和基因组，通过DNA检测发现有缺陷基因的速度，远比发现对疾病相应的治疗方案为快。^[10]我们必须提出一些严肃的伦理问题。我们必须问，这些基因信息除了增加“治疗性”的堕胎之外，究竟还有什么其他用处？在没有治疗或痊愈可能的情况下，拥有这种信息会有什么后果呢？还有一个重要因素会削弱基因信息的用处，由于基因知识的迅速增加，大部分医生对这方面的知识还未赶上，他们既没有足够的知识向患者解释一些或然性的基因信息，也没有信心来提出适宜的治疗方案或建议，这就是“医生的知识鸿沟”。此外，医生们通常难以容忍基因知识的不确定性，而对于基因检测带来的伦理问题又普遍感到陌生。他们在进行基因检测和结果咨询时态度消极，完全提不起兴趣。所有这些

都会在医生和基因医学之间形成重大的隔阂。我们必须尽快地解决这些问题。不然，至少就满足病人的需要而言，基因技术的用处将是有限的^[11]。

总之，HGP增加了大量的新信息和医生的诊断的能力。这将会对医生和病人都产生巨大的影响。许多医生也许尚不理解基因学将如何渗透他们的医疗实践，并带给他们新的责任。“新”的基因学把医学的关注点从一种危机管理的医疗服务转移到一种预测和预防性的医学上来。因此，将来就会出现一个很有意思的局面，人们找医生不再仅是为了疾病就诊，而是要求从医生那儿知道自己将来（即基因注定）的命运是什么，因为新的基因学使得人们对人性有了新的看法。

四 理解人性健康与疾病的新思路

人类基因组计划可能会微妙但深刻地影响到我们对人性、健康和疾病的定义。现代社会有一个看法，即把人的身体比作机器。令人担忧的是，HGP将会走得更远，进一步，把人比作由一系列基因图表构成的分子组合物，身体只是一种精确的生化反应而已。利普曼（Abby Lippman）对这种比喻特别关注。他认为这种观念正日益体现在人们对基因工程的理解中，人与人之间的区别仅成了DNA编码之间的差异。进一步，正如目前在人与类人猿基因之间的比较研究所要揭示的，人与动物并无根本性的差别，有的只是在基因组合上的高级、低级之别而已。这种对人的本性进行“基因化解释”消极地影响着关于自己是独特个体的思想，伤害了人性的价值，也摧毁了我们作为人的地位^[12]。

随着人们对基因与基因构成的关注，HGP也许还会发展出关于人性的基因还原论（reductionism）和决定论（determinism）观点。这些新的观念都强化人类对现实世界理解的现代科学模式。这种理解模式的特征就是：把活生生的生命从其所在的环境

中分离出来，成为理解、控制、研究的对象。人类个体将怎样、能怎样或应该怎样等问题，它们将被视为主要由基因所决定。这种基因决定论也会反映在对健康和疾病的简单解释上。就人类疾病而言，在理解人类疾病时，基因只为某个“故事”的片段，而这个故事涉及了复杂的互动关系和联合关系。我们已经说过，基因只是影响而不是决定人的特征。没有任何一种人类的特性是绝对由基因决定的，因为基因只是起间接的作用，而且它们还与环境相互作用。在人成长的不同时期，基因不断地被打开或关闭。不同时期的作用也完全不同。事实上，甚至疾病自身，比如反复的发作，也能激活特定的基因。由此看来，就基因的功能而言，基因所处的环境与基因本身的密码是同样重要的。GHP能够绘制基因，但却永远不能决定这些基因表达的方式及其自身所处的环境。决定论和还原论观点应用到人身上时的局限性就在于此。我们应该以整个人及其所处环境为背景来理解基因，而不是以基因来解释个体的本质。但是，HGP和其他基因技术诱使我们从人类基因组的角度来考察人类，因此也就忽略了人的其他层面，其中包括相关性、精神性和责任^[13]。如果忘记了作为位格人的人所具有的多维度本质，忘记了生物—分子层面与环境—社会层面的交互作用（它们与遗传学一样，对于人的健康和疾病有着同等的重要性），那么基因技术就只是把疾病原因从外部转到了内部。结果是，正常的基因变异被说成是“缺陷”、“瑕疵”、“失调”和“有害基因”^[14]。此类词语不但伪造篡改了遗传学的真实解释能力，而且也扭曲了我们对健康、疾病和位格人的真实理解。

此外，基因还原论和决定论也影响到社会如何思考和对待人们常说的所谓“不正常的人”。当人们把健康和疾病愈来愈“基因化”的时候，我们就会把病人与他所患的疾病等同起来，出现这样的表述：一个人是残疾，而非一个人有了某些残疾；

她是糖尿病，而非她患了糖尿病。这是一种危险的言语上的误导，因为在胎儿检查方面，这种语言会支持这样一种观点，即我们检查的不是某种需要治疗的基因疾病，而是某个需要打掉的“不正常的胎儿”。正如美国资深的伦理学家卡斯（Leon Kass）所告诫的，“缺陷儿”不该出生的观念是“一个没有限度的原则”。如果某个“缺陷儿”幸运地避过了产前诊断和堕胎的命运，社会就会启动某种机制对他们进行隔离、歧视与丑化，进一步加剧“正常人”与“非正常人”的人为隔阂。这也正是福柯在讲述《精神病史》时所揭示的社会历史和人性状况。总之，基因学的发展对于促进人类福利有着巨大的潜力。但是它们也存在着潜在的危险，HGP和其他的基因计划可能会加剧社会成员的“正常”和“非正常”之间的隔离，深刻地改变我们对自己和邻居的态度，甚至影响到保健资源的分配、法律制度的制定，进而赋予社会中的一部分人以某种特别的权力。谨慎明智地应用HGP的成果可能有助于解除人类的某些苦难。但是无视该计划自身的潜在危险，将使人类的境况比他们原本要改善的更加糟糕。

五 作为人类希望的现代医学技术

西方一般人对基因技术，尤其是HGP的态度是欢庆多于谨慎。其中的一个主要原因是，社会有一种乌托邦的观点，把医疗技术作为人类的最终希望。正如上文指出，现代医学的生物医学路径已经把人体基本上约化为一个生化和生理过程。说它是一部“机器”是最恰当的比喻。这种对人的理解虽然推动了医学的技术进步，但是其代价却是医学的全盘“科技化”。人体的机械化和医学技术化的附带产品就是宗教价值观的淡化，有关实在的超验维度，以及超越尘世的末世论希望的丧失。在我们现代文化中，人们多认为“此时此地”是实在的唯一真正的本质。健康

和医学是人类希望的唯一内容。当代最流行的宗教是一个由科学和技术带来的完美社会，而个人的永恒生命是体现在医学带来的完美健康中。现代人对医学技术形成了神话式的期盼，以为它能帮助人类完全控制生命和健康，甚至战胜死亡。技术的这种神话化不但解释了现代人对健康和医疗技术的痴迷，也说明了他们拒绝自身的有限性：作为有血有肉的人，我们是有限的，脆弱的，并且会衰老、得病和死亡。现代技术是现代世界世俗化的一部分，人们有必要严肃地、诚实地重新评估它带给现代人偏见。

六 技术和价值

20世纪生物医学的进展已经使得技术成为医学的支柱。大多数哲学家和科学家都相信：技术本身是价值中立的，只是在使用它的时候才涉及道德问题。某些基督教学者也持有这种乐观主义的态度。他们的假设是：技术既不是道德的，也不是不道德的，而是非道德的。技术不属于道德范畴，它的价值是由使用它的人、在特殊的价值观环境中决定的。我们认为，这样的观点有些天真，也与人类的经验相抵触。我们只要回想一下听诊器和腹腔镜、超声波、CT、MRI等扫描、在最初引进时，它们仅是可有可无的选项。可结果呢，它们成了医疗上的必需品。可以这样说，新技术有它们自己的“生命”。它们有能力使人产生对它们的需求。最终，人对技术的选择会演变成技术对人的强制，因为科技会通过改变人的价值进而决定人的选择。正如普斯曼（Neil Postman）所指出的，技术微妙地改变着社会对于“认知”与“真理”的定义，告诉我们什么是真实、自然和合理的，以及什么是必须和不可避免的。它们也“改变了那些深深根植于我们内心的思维习惯。正是这些思维习惯给我们提供了有关世界的基本面貌”^[15]。之所以这样，是因为在任何技术的内部，都有一种意

识形态的偏见，它微妙地影响着人们看待和评价这个世界的方式。也就是说，医疗技术不仅为医学服务，它还在塑造着我们的医学理念、价值和实践。

因此，我们有理由相信，基因技术最终可能会给人性某些新的定义。上文已经论述过，现代基因意识形态是如何有效地把人的木质还原成 DNA，并进而让基因技术控制整个人类的命运。但这种结局并不完全是技术官僚们的阴谋诡计，而病患者只是无知的受害者。与此相反，现代病患者是竞相把自己变成医学消费者，并因此对这种强制式的技术做出贡献、支持和要求。作为现代消费者，大多数人都接受启蒙运动的哲学假设：知识是控制自然的力量，是促进人类进步与幸福的不可或缺的源泉。结果，大多数人都无视这种技术可能控制他们自身的生活。英国思想家刘易斯（C. S. Lewis）对此一目了然。他曾经哀叹：“我们所称的人对自然的控制能力（技术），反过来却被某些人作为工具，成为控制另一部分人的权力。”^[16]

因此，技术并不是价值中立，而是承载着价值。它们还拥有—种力量，能够影响并塑造人类价值、控制医疗实践。对于那些无权无势或者被边缘化的人们来说，技术还会让某些人在光天化日之下合法地从他们那里牟取私利，对他们实施伤害。而在现代社会之前，事情却并非如此。那时，在西方，人们都信仰上帝。社会生活的—个原则是：知识和技术所带来的福祉最终都来自上帝。所以人们都必须反思上帝之善。这种神学给人的生存提供了一种秩序和意义，规定了技术和发展的局限和目的，并且保证社会免受技术的控制。现代社会把技术作为主流神学，以此取代基督教神学，结果导致了医疗技术的滥用和医学的混乱。要纠正这种技术崇拜的状况，我们必须把医疗技术重新置于传统的人本主义指导之下，而基督神学传统中蕴含着深刻的人文精神有待进一步发掘。

七 造物与神的眷顾

在探讨造物 and 神恩的时候，我们注意到在造物 (creation) 与创造 (creating) 之间存在着某种细微的差别。前者主要是一个神学词汇，而其动词形式创造 (creating) 则频繁地出现在《圣经》里^[17]。创造的本质意味着上帝在不断地行动，以维持它所创造的世界 (创 8: 22; 诗 104: 27)。如果上帝撤回其维持世界的恩典，那么，世界就会毁灭，或更准确地说是停止存在。这种神恩观清楚地表明了世界与上帝的关系是多么的紧密。但这并不是说所有将来新的可能性都已经被完全决定了。正确地说，它所强调的是，人们期盼的任何一种可能性都完全依赖于上帝的慈爱，而造物 (creation) 的开放性最终只是指对上帝之善及其统治的开放。

令人遗憾的是，有些神学家曲解了造物的开放性。它们认为造物 (宇宙) 有一种未完成的特征，而人类就是被上帝召唤来完成这个创造使命的。比如，科尔—特纳 (Ronald Cole-Turner) 就认为基因工程是人类参与上帝持续不断的创造活动的一个机会^[18]。然而，《圣经》根本没有说过什么上帝未完成的创造；相反的，《圣经》强调的是上帝创造的世界的稳定性和真实性。有关安息日的教义也是说明上帝创造之完成 (创 1—2; 诗 93: 1; 102: 25; 赛 45: 11—12)。与此相应，有人认为，上帝的创造是一种持续的创造 (creatio continua)，人可以作为共同的创造者参与其中。这种观点听起来有一种诱人的开放性，但与事实不符，因此也是错误的。但我们不因此就认为《圣经》记载不具开放性或是封闭式的。应该说，对创造之开放性一个正确的理解首先必须有一个合乎《圣经》的预设，就是造物既然是被造物，被造世界基本上不拥有自有性和自足性，它持续的存在是因为自始就已临在的圣灵 (创 1: 2) 对它的眷顾和关怀^[19]。

因此，创造物的开放性强调了它对上帝以及上帝之善的完全的依赖。只有当创世者（Creator）之善通过创造被展现并被感知时，创造物才是“好的”，而并非由于它实在地或者潜在地有一种内在的善。这就意味着，要成为“好的”创造物，其存在及其作用必须能够实现创世者的意志和目的——团契、纽带和关爱。而这又反映了三一论的上帝——创世者的善，因为上帝——创世者本身就是团契，联系和关爱。技术是创造物的一部分。它应该被接受还是被拒绝，完全视乎它能否通过以下的一个试验：在发展某一科技时，我们必须先问：这科技是否与上帝的善性相一致呢？这科技是否会帮助创造物更能感受到上帝之善呢？

八 人性、本质与仆人身份

有一种曲解的观点，认为人与创造物之间存在着一种内在不协调，这种观点是现代技术发展的根本支柱。对大多数现代人来说，创造物（或者说自然）是威胁人类利益的敌人。而在这场长期的斗争中，科学与技术无疑是我们制胜的希望。然而这种敌对和胜利者的姿态却忽视这样一个事实：我们作为肉体的人既是圣灵（Spirit）的孩子，也是自然的孩子。人们无疑在多方面能够超越自然，但是人的肉身状态却是与自然相关，并且依赖于自然的。生活在与自然的抗争中既是二元论的，也是不现实的。《圣经》并没有把人置于自然之上，也没把人置于自然之下，而是把人置于自然之内成为上帝的仆人和管家，并且给人一个责任去保护、管治与关怀创造物。这并不是说我们要有一种反科技的态度。但它确实意味着人们必须把技术的发展和运用置于《圣经》意义上的监护人的指导之下。美国学者饶申巴赫（Bruce Reichenbach）和安德森（V. Elving Anderson）把家仆身份理解成一张许可证，允许人通过基因工程去改进人类，甚至重新设计人类，使人在基因和智能方面更加优越。^[20]我们质疑他们对仆人

的诠释。人作为上帝的家仆真的是被赋予权力，以改善造物为借口，可以重新设计人的基因结构吗？有些人也相信，《圣经》说上帝让人去“管辖”世界，在希伯来语中含有征服的意思。因此，神的仆人是可以通过技术尽其所能的。但是即使是饶申巴赫和安德森也同意，人类“管辖”的权力是来自上帝，而不是自我授予的。因此这种权力的运用应该与上帝创造世界的意图和目的相一致。²¹《创世记》说的“管辖”的权力更多的意思是要人去服务、保守、护卫、开发以及栽培。由此可见，人是被上帝呼唤成为造物的监护人。但是现代人的行为更像一个完全自主的暴君。他们剥削和毁灭自然，并且以自身高傲的形象重新设计人。在这种情况下，技术就有可能把人从监护人的身份抬高到神的地位，使他们有能力去做一些应该上帝才有权利去做的事。正如《圣经》记载巴比塔的寓言提醒人们的，这是一种危险的发展，因为上帝的仆人不能扮演上帝，而只能对上帝负责。

为帮助人能够成为对上帝负责人的仆人，饶申巴赫和安德森建议我们在运用任何技术之前都应该考虑五个问题：²²

- 什么是我们必须改变的？
- 这些变化仅仅只是可行的呢还是必需的？
- 我们为什么要改变造物呢？
- 变化的限度是什么？
- 任何将要发生的变化，其风险的极限是什么呢？

我们要在这个单子上再加上五个问题：

- 什么是不容许我们去改变的？
- 建议中的变化是否与负责人的仆人身份相一致呢？
- 这个变化是让我们更加依赖于上帝呢，还是更加独立于上帝？
- 建议中的变化使我们与邻居和自然更疏远呢还是与他们更亲近？

• 通过建议中的变化，上帝之善被显明和感知地更多了，还是更少了？

即使我们接受这样一个前提，说在一个不完美的世界里，作为上帝的仆人就意味着一种道义上的责任，要对造物进行某些改变。但是这不等于说人因此就有权直接改变人类基因组，尤其是从事基因层面的细胞治疗以及克隆人类。因为只要涉及基因工程，上述任何一个问题都不能得到明确的答复。当代神学家们相信科技的发展的目的应该与创世者的目的与意图完全一致。简单地说，对于任何建议中的变化，其合法性的标准应该看它是否能促进实现上帝创造世界的目的。

九 希望，反对希望之罪以及位格人的道德

神学家们相信上帝创造世界从根本上说是出于爱，是为了让造物与创造者建立团契关系。如果和谐关系和互爱团契表达了上帝的基本属性，而人作为上帝形象则是人的基本属性，那么，作为上帝形象的仆人的作用就必然是增进这种纽带关系。由此我们进一步推断，从这种神学得出的位格价值观会支持修正和改善妨碍上帝意图的那部分造物，但不会支持任何会摧毁我们对上帝的依赖或者人与人或其他造物之间的相互依赖关系的变化。这意味着对于上帝的仆人和热爱上帝的人而言，并不是每一件我们能够做到的事都是应该去做的。上帝为所创造的人的好处设下一些限制，其中包括人们的抱负、成就以及可能承担的风险（创：11）。有些事情是只有上帝才能去做，去成就的。这类事情，傲慢的人类甚至都不应该去尝试。

在此，我们会想到托马斯·阿奎那所说的有关希望的两种罪：绝望与自负。根据阿奎那的观点，有两种绝望：第一种来自“厌弃有关灵性的事，对它们不抱希望”。^[23]现代社会显然是犯了这个罪。他们把灵性从世俗的人学中完全剔除。阿奎那的第二种

绝望源于对上帝无限的爱缺乏信心。现代文化也犯了这种罪。他们信心的基础不是上帝，而是科学和技术。他们用自主、控制、操纵和剥削来取代团契、伙伴、友谊、关系等上帝之善。圣子耶稣基督的复活保证了上帝是人类真正的希望。当这种希望被现代社会的“巴比塔”遮盖后，人们就失去了《希伯来书》作者所谓的“灵魂的锚”，结果就堕落到人类历史上前所未有的绝望境地。还有什么比这更能够解释现代社会为什么要疯狂追求科技进步以及创造或延长寿命，而与此同时又要用流产、安乐死以及辅助性自杀来结束生命呢？

根据阿奎那的观点，人们在希望问题上犯的第二个罪是自负。现代人自认为能够建立一个“新天地”，能够通过科学和技术的力量来实现上帝承诺的永恒的福祉。“此类自负似乎源于傲慢，因为一个人尝试其能力以外的事乃是由于他强烈的虚荣心。”^[24] 现代社会需要忏悔其完全依靠技术进步所犯下的绝望和自负之罪。它必须把自己重新定位于以上帝为目标的希望。当现代人决定把一个虚幻的完美形象作为他们的梦想时，他们也就忽视了位格人的末世论维度。因为他们接受的完美形象来自于他们自己有关基因组的知识，而不是来自于无形上帝之完美形象。而在人类成长的过程中，当人们在生活中效法圣子之完美，总是乐于满足圣父时，圣灵就赐给人们成熟、正直和“完整无缺”（wholesomeness）的礼物。如此，在人生的旅途上，人们与上帝以及热爱上帝的人们之间的关系就愈加丰富，人们作为位格人的身份也愈加完整。这就使人们能够履行与这种身份相一致的伦理道德。也就是说，我们每一个人都将是这样的人，他所作的每件事都将给别人带来利益而不是伤害。

十 干细胞：类型和来源

人类干细胞是一种具有内在潜力的细胞。在理想的人工培植

的环境下，干细胞可以在一个无任何规律、不定期的时段内生成和分裂。此外干细胞亦可以在分裂后进一步分化和产生其他细胞类型。干细胞拥有四种到五种来源，而且随着时间的推移，高速进展的科学技术无疑会揭示出更多的干细胞来源。为了便于我们在伦理学方面的讨论，把它们区分为两种主要类型。第一类型是指起源于人类胚胎的干细胞，第二类型是指不是直接源于囊胚的干细胞。在人类胚胎的正常发展过程中，囊胚的内细胞群中的多能性（pluripotent）干细胞产生各种多效性（multi-potent）干细胞，后者进一步演变成两百多种人体的组织和器官。从胚胎研究工作而言，第一类型的干细胞最普遍的来源无疑是辅助生育过程后剩余的胚胎。这些不育夫妇在人工辅助受孕成功后，往往愿意捐赠那些他们不再需要的剩余胚胎供科学研究之用。1998年，詹姆斯·托臣（James Thomson）和他的助手们便首次从一些成功怀孕的夫妇那里，获得一些这样的胚胎，并且在它们发展到囊胚阶段时，从它们的内细胞群中分离出多能性干细胞，进而成功地栽培这些细胞成为多能性干细胞系^[25]。多能性干细胞（不论是自然的存在于囊胚的内细胞群中，或是以栽培的干细胞系的形式存在）具有进一步分化成为一种拥有更具体功能的细胞，例如，分化成血液的干细胞。我们称这些承担具体任务的干细胞为多效性干细胞。这些多效性干细胞若再进一步分化，它们分化的范围便大大缩小，限定在那些具有双关功能的细胞中，如在骨髓中的血液多效性干细胞一般仅能再分化为不同的血液细胞：如红细胞、血白细胞、血小板等等。有少数的多效性干细胞在胚胎发展至胎儿以及出生后以至成年仍然存活在人体中，我们称它们为成年（adult）干细胞。我们在第二类型干细胞会再讨论它们。第一种类型的干细胞的第二个来源就是在男女双方同意捐赠精子与卵子，并在体外受精产生胚胎，而这些胚胎却不是打算移植母体作为诞生婴儿之用，而是让胚胎发展为囊胚后，分离内细胞群

的多能性干细胞，用来培植干细胞系之用。与上述的剩余胚胎比较，这些专为培植干细胞而产生的胚胎，它们的伦理意义就大不相同，引来不少争议。我们在下面将会详细讨论。

第一种类型的干细胞的第三个来源就是克隆技术，尤其是体细胞核移植（SCNT）技术（请参看本书其他相关章节）。这种技术能够让一个成熟的、已分化成为拥有特定功能的，并且承担具体任务的体细胞（如皮肤细胞），回溯到它的原始分裂球的“全能”（totipotent）状态。2004年韩国科学家就声称成功地用人体细胞核，通过核转移技术使细胞回溯它起初所由来的路径，返回到全能的合子胚状态，并在囊胚出现后，成功分离全能干细胞。^[26]最后的一个胚胎来源是利用克隆技术使“未受精的卵子”发展成为胚胎。最早获得成功的是一家名叫先导细胞技术（Advanced Cellular Technology）的私人生物技术公司和它的合作伙伴“域科斯”大学（Wake Forest University, North Carolina），在2001年11月26日宣告他们已经由一个未受精的人类卵子成功地产生人类胚胎，但同时宣称他们的目的不是为了移植胚胎去培育一个“童贞女生的婴儿”，而是计划获取可以用在治疗学意义上的干细胞。^[27]而事实上这种完全由卵子的染色体发展出来的胚胎根本不可能持续地发展成为胎儿。然而这种胚胎却有可能发展至囊胚的阶段，因此有分离干细胞的可能。自此之后，世界各地不少科学家都成功地利用这种单性生殖方法获得胚胎和子细胞，但科学家们大都认为由于这技术程序复杂，而且“未受精卵子”经历多层化学处理程序发展出来的干细胞质素不佳，有待改进。

按照我们的划分，第二种类型的干细胞并非直接从人类胚胎而来，因此也就避免了与胚胎相关的道德困扰。1998年，迈克尔·山姆布洛特（Michael Shamblott）和他的助手们从胎儿的身体可发展为性腺组织的部分分离出一些细胞^[28]，这些细胞和上文托臣以及他的助手们从胚胎的内细胞群中所分离出来的全能性

细胞十分相似。这种生殖干细胞就性能而言属于多能干细胞，其优点在于能够避免毁灭胚胎的伦理问题，但其弱点是在于技术上寻找与分离这些细胞难度极高，再加上胎儿必须在6—12周内分离细胞，因此数目也相对有限。所以，当人们发现初生婴儿的脐带血和婴儿的胎盘同样可以作为干细胞来源后，就更有信心了。从性能而言，脐带血和胎盘的干细胞属多效干细胞，接近小孩或成人的骨髓中发现血液干细胞。因此，我们都可以把它们视为成年干细胞。如上文提及，从骨髓中分离出来的多能干细胞的分化潜力不强，而且是限定在那些具有双关功能的细胞，这是成年干细胞共有的特性。从医学医疗潜能而言，胚胎或胎儿生殖干细胞自然比成年干细胞强，大大削减了后者的潜在功能。然而，近年科学家们有两个突破性的发现，其一是在不同动物包括人类的器官内，都可以分离出成年干细胞。换言之，成年干细胞不仅仅在骨髓、婴儿胎盘或脐带中可找到，而且在其他器官包括神经组织、肌肉、肝脏、肾脏和脂肪组织等也有。由于它们的数量稀少，过去人们忽略了它们的存在。第二个突破是，科学家们发现成年干细胞具有相当大的“可塑性”，并不如以往人们认为成年干细胞不能跨越与本身双关的细胞种类。例如，不同的实验结果证明，从脂肪分离出来的成年干细胞在特定的条件下可以分化成为骨骼、软骨、肌肉、心肌、血管、神经细胞等。^{[29][30][31]}但是成年干细胞对比起人身220多种类型的细胞来说，干细胞的数量仍旧十分有限。况且，与胚胎的全能干细胞比较起来，成年细胞栽培成为干细胞系的能量非常低。总之，在成年干细胞可被大量应用到医疗实践之前，人们需要做更多的研究去克服这些局限性。但近年的科学发现，使人对成年干细胞怀有不少憧憬。

从科学和医学价值的角度来评估，干细胞研究的价值毋庸置疑。它对胚胎的发展和分化的机制的研究，例如胚胎如何控制细胞增长、分化、专门化过程等有极大意义，对于理解一些疾病如

先天缺陷或癌症的成长步骤等至关重要的。同时，干细胞的研究工作可以从人的身体分离出不同组织和器官的细胞（如心脏细胞、肾细胞以及肝细胞等），大大增加了测试新药功效和毒性的效率。但最令人兴奋的是，随着不少干细胞的应用已经到了临床测试的阶段，干细胞成为常规的医疗手段的机会正渐渐增强，“再生医学”已经不再是一个梦想，我们完全可以想像一个由于心脏病而引起心肌大幅损坏，并导致心力衰竭的病人，可以从注射心脏干细胞中受益！细胞治疗的方法将影响今天世界上的很多人，并将会运用到更多的病症上，如糖尿病、帕金森氏病、肌肉的疾病、癌症、骨骼的疾病，如骨质疏松症，这里只是简单列举了几例。然而，在普遍将干细胞应用到医疗用途之前，我们还得克服不少的困难，它们是医学上与伦理学上的。首先，医学上的问题包括如何保证干细胞在注射人人身后不再继续分化成为另类细胞，或从身体某一目标器官移转至一个不是医疗目标的器官。其次，干细胞在注射人人身体后如何避免因为免疫系统之不相容而出现的排斥现象，更是一个不容易解决的问题。也有人认为，克服排斥问题的途径就是病人自己通过核转移（SCNT）技术获得与个人免疫系统完全兼容的全能细胞，但这就引出尖锐的道德问题。

十一 干细胞与位格伦理

我们不妨将目前可提供干细胞的来源，按它们在社会上的争议性排列出来，以最没有争议的脐带血为首，并以最具争议的排至最后，我们看见以下的一个序列：（1）脐带血；（2）胎盘；（3）成年干细胞；（4）胎儿生殖细胞；（5）辅助生育之剩余胚胎；（6）以人类卵子繁殖的核转移胚胎；（7）非生育性一体外受精产生的“研究用途胚胎”；（8）以动物卵子繁殖的核转移胚胎。在还没有干细胞科技之前，脐带血和胎盘都是没有价值的剩

余物，医院一般以废物抛弃，病人亦无异议。因此，从这两个来源收集干细胞可说是“废物利用”，只要得到当事人的知情同意，自愿把脐带血或胎盘捐赠，对我们主张的“位格伦理”而言，这两类的干细胞都不成问题。成年干细胞的伦理问题基本上也不大，但由于收集成年干细胞往往需要动用某些外科手术，例如从骨髓或人体脂肪组织抽取干细胞，因此病人的知情同意权是特别须要重视的。值得一提的是，收集或分离干细胞的知情同意过程，比较一般传统医疗上的知情同意是复杂得多。这是因为干细胞有机会发展成为干细胞系，换言之，某一人的干细胞可以无止境地生存下去，在研究或医疗用途上有无法估计的价值。这都是捐赠者事前必须清楚明白的。同时，研究人员亦需要如实告诉所有捐赠者，他们捐赠的干细胞亦可能具有潜在商业价值；这些价值一旦实现，作为捐赠者是不会有份的。这是因为人的尊严不容身体的商业化，这也是“位格伦理”所认同的观念。

从序列第4项胎儿生殖细胞开始，可以说我们进入高争议性领域。从胎儿身上分离拥有全能干细胞的生殖细胞的道德风险在于，分离干细胞与堕胎行为容易混在一起。由于世界各地堕胎的自由化，如何避免使收集干细胞成为堕胎甚至怀孕的目的，将是一个颇大的挑战。因为一个妇女的堕胎意愿表面上看来可能与干细胞研究丝毫不关，在此情形下获得的干细胞，人们可能会认为与胎儿的死亡没有直接的因果关系，可以任意处置这些堕胎的胎儿。我们的观点是，这是一种含有极大道德风险的想法。任何与被堕胎的胎儿相联系的活动，包括从它身上进行与干细胞研究有关的活动，事实上都与堕胎行为和胎儿死亡有着无法割断的联系，唯一的区别是一些行为会联系得较为紧密，一些则较疏远。举一个简单的例子：一位没有责任感的孕妇，出于微不足道的原因而堕胎，为了减轻她的良心谴责，逃避由此而来的精神压力，她可能愿为干细胞研究捐赠胎儿尸体。难道我们可以说，这个干

细胞研究与胎儿的死亡完全无关吗？因此，除非个别孕妇具有一个充分与强烈的理由而必须堕胎（参阅本书其他相关章节），而堕胎的动因又完全与分离干细胞的活动无关，堕胎的知情同意书与胎儿尸体处理的知情同意又分别由不同部门的工作人员执行，否则我们不会赞成利用堕胎胎儿尸体来取得干细胞。从堕胎胎儿身上分离干细胞仍是高风险的行为。因为位格伦理尊重胎儿的道德地位。除了个别情况，否则一般而言，从堕胎的胎儿身上获取干细胞的行为是最不可接受的。

由于在序列从第5—8项都是涉及利用胚胎分离干细胞，而且在分离干细胞之后，胚胎的生命便终结，这四类的干细胞研究基本上是违背“位格伦理”的。有学者认为以辅助生育之剩余胚胎用在干细胞研究上，实在无可厚非，而且合乎“并无损失”与“不浪费有限资源”两个原则。^[32]但这论点其实忽略了一个潜在问题，为什么会出现大量的剩余胚胎？如果人们说这是体外受精技术无法避免的后果，我们不禁要反问，为什么社会容许这种完全不尊重胚胎生命的科技在社会普遍使用？容许干细胞研究人员利用这些剩余胚胎，使它们尽管也是面对被毁灭的终局，却能以短暂的生命为人类福利做出微小的贡献，对我们而言无非掩盖了体外受精技术不完善的地方，并且鼓励这种情况延续下去。我们认为由体外受精引起的大量剩余胚胎，本身就是一个不道德的情况，是位格伦理所不能接受的。因此我们也不认同剩余胚胎是干细胞合乎道德的来源。为了解决这问题，美国联邦政府的健康和人类服务部（The Department of Health and Human Service）于1999年1月15日作了一个武断的、有争议性的决定，即将研究干细胞的行为与从胚胎中分离干细胞并由此毁灭胚胎的行为区别开来。这就是说，假如后者真的是一种不道德的行为，也不应影响前者行为的合法性。这种区分无非是另一种尝试让毁灭剩余胚胎获取干细胞合法化。在美国，这种合法化更意味到这些研究可

以获得美国联邦基金的资助。我们不认为这种概念上的区分是有任何实质意义的。用一个粗糙的比喻，一位江洋大盗杀人放火获得大量不义之财，毕生用之不尽，他对你说，我剩余的钱财太多了，你拿些钱去花吧。你非常合法地买了一部房车，很多漂亮的衣服，上一流的馆子大吃大喝。公安找上门要拘捕你时，你自辩说：“他抢人家的钱是不合法，但我花钱却是合法的。你们应该把这两件事区分。”后果如何，不言而喻。

有些更激进的干细胞研究人员甚至认为，利用体外受精技术繁殖人类胚胎——称为“研究胚胎”（序列第7类）——然后再发展为囊胚用以分离细胞干是最便当的方法。比较辅助生育剩余下来的胚胎，这种方法实在是相当难以接受的。先说一个动机的问题。体外受精技术在上一世纪发展出来的时候，研究人员只有一个目的，就是为不育的夫妇生育一个小孩，满足他们无法通过自然方法生儿育女建立家庭的目的。换言之，繁殖胚胎的目的是“创造”新的生命。过剩胚胎等问题都是出于技术上的限制而出现的。它们不是目的的一部分。当体外受精和胚胎子宫移植进一步改善，过剩胚胎这现象便不复存在。这不是一个主观上一厢情愿的想法，因为10年前为了增加妇女的怀孕率，繁殖胚胎后往往会移植3—4个胚胎至母体，但随着技术的改善，现在转移的数目已减至2个，在欧洲一些国家甚至仅容许1个。可见，国际的主流意识也是以尽量减少牺牲人类胚胎为目的。在明知在科学研究后（例如从囊胚分离内细胞群）胚胎便被毁灭，仍然提倡繁殖“研究胚胎”，就是一种毁灭生命的举止。这不仅是将人的生命当作工具，更是对人比对待一般工具还不如。坚持采用这类干细胞的人，无非体现了少数科学工作人员的狂妄与傲慢。这是位格伦理绝对不容忍的。况且，目前而言，在世界各地的人工生育治疗中心仍储存了数以十万计的胚胎。按照“必需性”原则，首先应该选择其他可采用的方法，例如在我们的序列第

1—6 类去收集干细胞。到这些来源真的完全用尽后，按必需的原则才可考虑采用这种践踏胚胎人权的方法。^[33]因为这些原因，加拿大政府在 2004 年广泛咨询民意后，立法禁止将繁殖人类胚胎作为研究之用。繁殖人类胚胎只是一个目的，就是生育孩子。^[34]

余下来的就是第 6—8 类了。这两类都在利用核转移技术克隆胚胎，唯一分别是利用不同的卵子。核转移技术需要大量的卵子，又因为妇人出售卵子被认为是贩卖身体的不道德行为，因此卵子仅能通过热心妇人捐赠，得来不易。有见及此，在中国的一些研究人员曾经成功地利用兔的卵子作为代替。^[35]从舒缓对人类卵子的要求角度而言，他们的做法是有积极意义的。但后果却是一个兔的混合体，不符合国际认可的伦理标准。克隆作为生育技术，除了极少数的狂妄分子偶然会扬言制造克隆人之外，社会普遍不认同生育性克隆（我们在本书的其他章节已经有讨论），而且世界各国亦已经立例禁止，因此提倡第 6 类克隆胚胎的科学家认为应该把克隆区分为生育性克隆和科研性/医疗性克隆。他们认为这样的区别具有重要的道德意义。因为二者在意图上是完全不一样的：生育性克隆的意图与目的都是要复制一个人类道德所不容的克隆人，而科研性克隆的意图却是繁殖克隆胚胎，目的是分离干细胞用以科研与医疗之用。从意图的角度而言，科研性克隆的可受性不仅比生育性克隆高，对我们来说，它也比第 7 类的体外受精科研性胚胎可受性高。这是因为体外受精的胚胎是不可以区分为科研性胚胎与生育性胚胎的。同一个胚体可以用来生育孩子，也可以用来收集囊胚内细胞堆中的干细胞。换言之，除了少数的国家如加拿大之外，使用体外受精技术，从生育性胚胎滑坡至科研性胚胎轻而易举，但使用克隆技术则相反，从科研性克隆滑坡至繁殖克隆难度极高，甚至是近乎不可能的。首先，因为大部分国家都已经有了法案禁止繁殖性克隆，克隆科技研究人员

除非刻意违法，否则他们的意图仅能是科研性克隆。其次，近期有不少科研成果表明，克隆胚胎发展成为人的障碍不仅是技术性的，而是一些无法克服的生物性障碍。这些生物性障碍基本上是由于体细胞核的基因组合虽然可以逆转回溯至原初的胚胎阶段，但科学家们开始认为这个“去分化”的胚胎是不拥有条件“再分化”成为一个人的。假如有一天科学证明这是事实的话，科研性克隆的道德风险则需要重新评估了。但因为这些还未得到证实，目前我们不认为有必要肯定这类的干细胞，但我们把它的可受性评为稍高于体外受精的科研性胚胎。

十二 总结

从人类干细胞的道德立场而言，位格伦理和国际伦理规范，例如纽伦堡章程、赫尔辛基宣言以及联合国人权宪章等，是非常接近的。它们反对任何利用人，包括胚胎和在子宫内外的胎儿，来达到满足科学研究的目的。最后我们重申我们的信念，我们相信干细胞的研究工作对一些受尽折磨或无可救药的垂死病人是极有意义的。一个多世纪以来，这项新技术是在人工辅助生育技术领域中最激动人心和最有前景的一项。与此同时，我们亦得重申位格伦理所能接受的干细胞。在上文的序列，除了1—3类我们可以完全认同之外，其他类型的干细胞我们都极有保留。其中尤以第7与第8类对我们而言，是完全没有任何商榷余地的，因为使用这种类型的干细胞是完全无视胚胎应有的道德地位。它们视胚胎如同一个物件、一种手段，而不是生命或目的。另一方面，我们也不认同某些宗教情绪，它们不分青红皂白地否定、谴责、排斥任何一类的干细胞研究。我们认为干细胞的研究人员应对下列数种干细胞的研究多投一点资源并优先考虑：（1）研究脐带血和胎盘血所具有的潜能，并提高它们在医疗上的应用；（2）研究成人和儿童身上更多种类的成年干细胞；（3）优先研

究如何诱导多效性干细胞逆转分化成为多能性干细胞。因为多效性干细胞可以在成人身体不同器官的成年干细胞中获得，分离成年干细胞无论在医学上或道德上风险都不高，若它们能够有限度地回溯成为多能性干细胞（即囊胚内细胞堆的细胞），而不是回溯到合子或分裂子的阶段，它们将有潜能再发展出身体 220 余种的体细胞，但同时又不具备合子或分裂子所有的潜能，尤其不会发展有胎盘和其他辅助器官的胎儿，因此能保证没有实际的或潜在的胚胎生命遭到毁灭。由于这项技术不涉及繁殖及毁灭胚胎，将会得到社会各界的认同。假如成功的话，将会带给再生医学最光明的前景，成为可持续发展的新医学。

注 释：

[1] T. D. Yager et. al, "The Human Genome Project: Creating an Infrastructure for Biology and Medicine," in *Trends in Biochemical Sciences*, 16, No. 12 (Dec. 1991): 454.

[2] Victor McKusick, "Mapping and Sequencing the Human Genome," in *The New England Journal of Medicine*, 320, No. 14 (Apr. 6 1989): 913.

[3] T. D. Yager et. al, "The Human Genome Project: Creating an Infrastructure for Biology and Medicine," in *Trends in Biochemical Sciences*, 16, No. 12 (Dec. 1991): 458.

[4] James D. Watson, "The Human Genome Project: Past, Present, and Future," in *Science*, 248, No. 4951 (Apr. 1990): 44.

[5] Lewontin. *Biology as Ideology*. op. cit., 50. The same phenomenon exists with the concept of a nuclear family that has 2.3 children. Such a statistic is only an average of all families, and is not applicable directly to any one of them.

[6] Francis Collins, "Medical and Ethical Consequences of the Human Genome Project," in *Journal of Clinical Ethics*, 2, No. 4 (winter 1991): 264.

[7] Eric Juengst, "Human Genome Research and the Public Interest: Progress Notes from an American Science Policy Experiment," in *American Journal of Human Genetics*, 54, No. 1 (Jan. 1994): 122.

[8] "Canadian Bioethics Report," in *Humane Medicine* 10, No. 4 (Oct. 1994): 295—300.

[9] Eric Juengst, "The Human Genome Project and Bioethics," in *Kennedy Institute of*

Ethics Journal, 1, No. 1 (Mar. 1991): 71—72.

[10] Juengst, "Human Genome Research and the Public Interest: Progress Notes from an American Science Policy Experiment," *op. cit.*, p. 123.

[11] Geller and Holtzman, "Implications of the Human Genome Initiative for the Primary Care Physician," *op. cit.*, pp. 319—324.

[12] Abby Lippman, "Led (Astray) By Genetic Maps: The Cartography of the Human Genome and Health Care," in *Social Science and Medicine*, 35, No. 12 (Dec. 1992): 1470.

[13] Henk Jochemsen, "Reducing People to Genetics," in *Genetic Ethics: Do the Ends Justify the Genes?* *op. cit.*, pp. 75—83.

[14] Philip Boyle, "Genetic Grammar: 'Health', 'Illness', and the Human Genome Project," in *Hastings Center Report Special Supplement*, 22 (Jul. -Aug. 1992): S1.

[15] Neil Postman, *Technopoly: The Surrender of Culture to Technology* (New York: Vintage Books, 1993), p. 12.

[16] C. S. Lewis, *The Abolition of Man* (London: Harper Collins, 1978), p. 35.

[17] Larry Rasmussen, "Creation, Church and Christian Responsibility," in *Tending the Garden*, ed. Wesley Granberg-Michaelson (Grand Rapids, Mich.: Eerdmans, 1987), p. 116.

[18] Ronald Cole-Turner, *The New Genesis: Theology and the Genetic Revolution* (Louisville, Ky: Westminster John Knox, 1993).

[19] James M. Houston, *I believe in the Creator* (Grand Rapids, Mich.: Eerdmans, 1980), p. 105.

[20] Bruce R. Reichenbach and V. Elving Anderson, *On Behalf of God: A Christian Ethic for Biology* (Grand Rapids, Mich.: Eerdmans, 1995), pp. 50—51.

[21] *Ibid.*, p. 52.

[22] *Ibid.*, pp. 56—66.

[23] Thomas Aquinas, *Summa Theologiae Q20A4*, trans. *Fathers of the English Dominican Province* (Westminster, Md.: Christian Classics, 1981), p. 1256.

[24] *Ibid.*, p. 1258.

[25] Thomson JA, Itskovitz-Eldor J, Shapiro SS, Waknitz MA et al. Embryonic Stem Cell Lines Derived from Human Blastocysts. *Science*, 1998, 282: 1145—1147.

[26] Hwang WS, Rho SI, Lee BC, Kang SK et al. Patient-Specific Embryonic Stem Cells Derived from Human SCNT Blastocysts. *Science*, 2005, 208: 1777—1783.

[27] Cibelli JB, Grant KA, Chapman KB, Cunniff K et al. Parthenogenetic Stem Cells

in Nonhuman Primates. *Science*, 2002, 295: 819.

[28] Shambloot M J et al. , *Derivation of Pluripotent Stem Cells from Cultured Human Primordial Germ Cells*, Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 1998, 95: 13726—13731.

[29] Strem BM, Hickok KC, Zhu M, Wulur I et al. , *Multipotential differentiation of adipose tissue-derived stem cells*. *Keio J Med.* , 2005, 54 (3): 132—141.

[30] Dawn B, Bolli R. *Adult bone marrow-derived cells: Regenerative potential, plasticity, and tissue commitment*. *Basic Research in Cardiology*, 2005, 100: 494—503.

[31] Young HE, Duplax C, Katz R, Thompson T et al. , *Adult-derived stem cells and their potential for use in tissue repair and molecular medicine*. *J. Cell. Mol. Med.* , 2005, 9: 753—769.

[32] Katrien D. , *Human embryonic stem cell research: why the discarded-created-distinction cannot be based on the potentiality argument*. *Bioethics*, 2005, 19: 167—186.

[33] Wert GD, Mummery C. , *Human embryonic stem cells: research, ethics and policy*. *Human Reproduction*, 2003, 18: 672—682.

[34] Blazer S, Zimmer EZ. , *The Embryo: Scientific-Discovery and Medical Ethics*. Basel: Karger, 2005. p. 114.

[35] Chen Y, He ZX, Liu A, Wang K et al. , *Embryonic stem cells generated by nuclear transfer of human somatic nuclei into rabbit oocytes*. *Cell Research*, 2003, 13: 251—263.

第十三章

关于堕胎的两种极端观点

对堕胎的看法，存在两个完全对立的阵营：自由派支持的“亲抉择派”（pro-choice）及保守派支持的“亲生命派”（pro-life）。在对待堕胎行为和胎儿地位上，这两派均采取绝对极端的论调。对自由派来说，九月怀胎中的胎儿无任何道德权利，堕胎只不过是一个普通的手术，只需由妇女自己决定，最多与她的医生商量一下罢了；而保守派则与之相反，认为胎儿具有完全的道德地位，堕胎在道德类似谋杀。简而言之，这两种观点都极端地看待胎儿的道德的地位，导致了对堕胎的道德性相对简单化的态度。

一 极端自由派的观点

极端自由派观点主要由西方民主运动中的激进女权主义者提倡，虽然拥护这一观点的人不一定是女权主义者。在堕胎问题上，他们的主要观点为：胎儿不具有道德地位；堕胎完全是孕妇与她选择的堕胎医生之间的私人活动。在关于胎儿的独特性及母婴的关系方面，极端自由派认为，与母亲的权利和利益比较，胎儿不具有人的权利，因此，堕胎不是一个真正的道德两难问题；堕胎是一般的器官手术，在堕胎过程中胎儿的死亡，就像切除阑尾盲肠的手术，不能称为一种伤害。胎儿既然不具有人类的道德地位，胎儿只是孕妇自由选择抛弃的一件东西而已。特勒（Mi-

chael Tooley) 是这观点的维护者。

1. 胎儿的道德地位

特勒认为, 一个道德体 (或有道德地位的个体) 不等于“一个有道德权去生存的个体”^[1]。那么, 什么条件才构成个体的生存道德权利呢? 他从分析以下两种情形入手来定义胎儿的道德地位: (a) 一个孩子没有权利吸烟; (b) 一张报纸没有权利不被撕毁。这个孩子与这张报纸都缺乏某种权利, 但两者之间最大的不同在于: 报纸永远不能拥有任何权利, 而孩子除了不能拥有这些特别的权利, 其实还拥有其他权利。问题就在于: 胎儿究竟更像孩子还是报纸。特勒认为, 权利的概念是与利益相关的, 若毫无利益存在还要赋予其权利, 这是非常荒谬的, 因此, (b) 的例子中, 大家可以很快地排除报纸具有权利, 但是 (a) 例则会引起一定的道德争论。特勒为此提出了一个“特别利益原则”, 他认为“这是个观念上的真理, 那就是除非一个个体具有利益 I, 才能拥有权利 R, 否则不能拥有特别权利 R”^[2]。因此, 除非某个体在今后的生命中表现出自己的某种利益, 他们才有权利生存下去。

某个体在自身的生存中体现出某种利益, 才能够有生存权, 而且, 为了体现这种利益, 这个个体还必须是“连续的自我, 是经验和其他思维状态的主体”^[3]。由于胎儿显然不拥有这种概念及意识 (参见第一篇第三章的分析), 因此它不具有该利益, 也不具有权利, 也就谈不上具有道德地位。在特勒看来, 堕胎既没有侵犯胎儿的生存权, 也没有激发严肃的道德问题。

瓦仁 (Mary Ann Warren)^[4] 也为这一极端观点辩护, 虽然她的方法与特勒的不同。她意识到, 若不在道德层面上清楚地表明胎儿不是人类, 那么, 就无法维护妇女堕胎权。她认为, 一个胎儿, 即使在它发育的最后阶段也不具有她所认为的“道

德意义上的人性”，即胎儿没有资格称为人；认识到基因人性及位格人的区别，这是理解堕胎不是道德抉择的关键所在。她说，一个胎儿“所能拥有的生存道德权利，不会比新生的古比鱼多到那儿去，……这一点点的权利绝不能超越一个孕妇……决定堕胎的权利”^[5]。因此，堕胎是一个道德中性行为，正如人们去剪发一样。

几乎所有从“心理”功能来定义位格人的学者，在堕胎问题上都持有相似的极端观点，即胎儿不是人，也不属于人类道德群体中的一员，因为它们不具有能达成某种心理功能（如理性、认知、自我意识等）能力，因而堕胎就不属于道德问题。在否认胎儿的道德地位以及其在道德群团体中的成员地位时，特勒及瓦仁及其他人都运用了所谓的“现实原则”。在《堕胎与杀婴》一书的“位格人”一章中，特勒的定义是：“位格就是至少具有一种以上持续的、非潜在性质的实体。”^[6]为保证拥有这样一个持续、非潜在、现实的性质，“现实原则”要求“只有那些自我反思意识能力充分发育的个体，才有生存的权利”^[7]。这一原则表明，人们首先应该从心理及道德能力（特别是人类的理性能力）来定义位格人，但是，这些能力的潜在性是不足以让该个体成为位格人的。只有当所有潜在性都现实化，个体才能拥有生命的权利。如一位学者所言，“根据现实原则，没有人有权利出世，他们只有权利生存”^[8]，意思是说，在现实原则下，那些被堕的胎儿不是有生存权的位格人，尽管他们确实属于人类物种。

2. 论证的缺陷和存在的危险

对于极端自由派的这些说法，看似振振有词，但是无一不是充分的。他们对位格人定义的标准不是过高就是过低。特勒将位格人定义为“连续的自我，是经验和其他思维状态的主体”，这个定义明显过于简单狭隘，不但排除了胎儿，同样也排除了佛教

徒，因为后者虽然高度认知，但他们追求虚空，追求对人类自我概念的破除¹⁹。瓦仁所提及的成为位格人的必要条件“意识”和“推理”也是不充分的。她在位格人中排除了有感知疼痛能力、应该称为位格人的十二周大的胚胎；另外，她所要求的解决复杂问题推理能力更将许多人排除在位格人之外。

另外，现实原则有两个薄弱点：第一，尽管提出了位格人的诸多特征或标准，但是它们为什么就成为位格人的特征或标准，人们不得而知；第二，关于人为什么只能是有现实地表现出来的特征的实体，论者也没有说清楚。对于现实和潜在的能力之间的分别，人们也不得而知。只是简单说某些特征是属于位格人范畴，这样的做法是不够严谨，人们需要有力的证据，来接受这些特征在人成为位格人、使人赋有生存条件时为什么是道德上重要的（或必要的）。因此，无论是对位格人规范性还是描述性的定义，都需要解决上述的问题。即便是某人接受了一种描述性的定义，认定只拥有某种心理能力的个体存在才能称为位格人，那也不足以让他直接推出这些人就是有生存权利的人、这个描述性的定义就是一个规范性的定义。因为这些定义都属于实体性的道德陈述，都是在某个语言共同体内完成的，而无论任何语言传统，人们都总能对其提出道德的质疑。

因此，现实原则和其他类似的原则无法充分地解决胎儿的道德地位问题。它们既不能说明胎儿不是位格人，也不能说明某些成人就是位格人。极端自由派的论证是有缺陷的、不充分的。不仅如此，他们的观点还会导致非常危险的后果。

如前所述，特勒的标准将胎儿及婴儿排除在位格人之外，这隐含着—个非常严重的问题。按照特勒及瓦仁的现实原则，在整个怀孕期间的胎儿的道德地位是没有保证的，只有在出生了若干时日后的婴儿才具有道德地位。可见，这种观点不但可以为堕胎辩护，甚至可以为杀害早期婴儿的行为辩护。因为我们若认为早

期胎儿及后期胎儿无道德地位的差异，那么出生前一天的胎儿和出生后一天的婴儿也无不同。

瓦仁认为，由于因为婴儿非常接近于人，反对杀婴的意见包含了很强的情感因素。在分析了杀害婴儿、海豚、鲸鱼、黑猩猩等“其他高级智能化的生物”的行为后，她认为反对杀婴的逻辑性并不如开始想像中那么强烈¹⁹。瓦仁还分析了社会反对杀婴的另一个原因是基于其后果，比如人们可以收养婴儿、婴儿会给他人带来快乐。她认为，从理论的角度看（无论这个观点听起来是多么逆耳），婴儿就是没有生存权，因此杀婴没有侵害婴儿的权利。她举例说，若一个社会很贫穷，而人们又无法看顾新生儿时，为不危害到他人的生存，“杀害婴儿”就不一定是“道德退步”；同样，当一个婴儿天生残障、一生注定痛苦，“允许婴儿无痛死亡也是道德可行的”。瓦仁对杀婴行为的开脱，根本没有考虑到婴儿也有生存权的问题。

特勒也意识到他支持堕胎的辩证与赞同杀婴之间的关联，他认为反对杀婴仅是一个社会禁忌，没有充分的理性及道德依据，人们之所以认为它是错误的，只是因为它伤害了许多人的情感，事实上，人们无法理性地证明它具有道德不当。然而，特勒从没有明确地说什么时候开始一个婴儿才具有生存权不被杀害，也没有对这种含混表示不安；相反，他用一些实际医疗方案来辩护杀婴的可行性。比如，他指出无脑儿（anencephaly）、泰萨二氏病（Tay-Sachsdisease）、三染色体 18 等，他们在出生不超过一周内已经完全暴露了身体严重的与不可逆转的残障，而在同一周内也是终止他们生命最适宜的时间，因为他们还不具有连续的自我概念、还没有对自己生存的利益的认识，因此，这时杀婴行为不能算是道德错误。基于这些例子，特勒就武断地下了这样的结论：“在婴儿生一下来一周之内，杀婴行为应该是被容许的。”然而，不是每一个人都愿意这样简单地解决问题。倘若我们以特

勒所定义的位格人之标准来看待问题的话，假若一个孩子发育缓慢，他/她有可能到两三岁，甚至四岁才能有生命的意识和权利，因此杀婴行为的道德问题在年龄时限中的争议根本没有得到解决。

另外，特勒及瓦仁的观点太过极端。在关于胚胎及婴儿的道德地位上，他们的观念缺乏让人信服的理据，他们无非是诉诸直觉，贬低了大多数人认为重要的道德观念。特勒把位格人、生命权利与个体的欲望与利益联系在一起，认为婴儿因为不具备这些欲望，因此也不拥有生存权。这种说法可以类比为：一个小偷不能偷车，因为车主有不愿车子被窃的愿望；反过来，若车主不介意车子失窃，那么，小偷偷走车子就不侵犯车主的权利。特勒意识到这个类比的尴尬，也承认自己的论点是基于“基本直觉”（basic intuition），与一般对“权利”的理论有颇大的冲突。为此，桑纳（L. W. Sumner）^[10]反驳了上述观点，认为我们无法接受这种基础直觉。他指出，“权利”再细分下去，还可以分为福利权利和财产权利。他用一个不具有任何生命欲望的自闭症病人为例，若周围的人有办法为该人创造快乐的生活，他就是在没有相关欲望的情况下获得了利益。根据福利权利概念，这个人可称为无欲望/利益、但是拥有生存权利的人，因此，一个人是否拥有福利权利，唯一必要条件就是有为这个人创造福利的条件，而接受者是否有相关的欲望或利益则不是必要条件。因此，只要人们愿意为胎儿或婴儿创造继续生存的条件，仅凭这种福利，他们就拥有生存权利，而不是在乎他们是否具有对生命的意识和欲望。至于小偷和车主的例子则属于财产权利，而不是福利权利。桑纳指出，在这个例子中，权利及欲望之间的联系更为空洞。在大多数财产权利的理论中，拥有者不需要有持续的欲望来保持其所有权。例如，一个人可以完全对自己的车失去兴趣，但并不意味着他失去了拥有车子的权利；同样，两岁大的孩子拥有财产继

承权，而不需要他对财产利益有任何兴趣。“若胎儿或婴儿不对财产有欲望，仍可拥有财产权的话，为什么他们没有生命意识，就不能拥有生命权利呢？”^[11]

总而言之，极端自由派观点犯了过于简单化的错误，通过对位格人理性的、现实的定义来剥夺胎儿的一切道德权利，从而使堕胎成为道德合理的行为，并因此迫不得已而接受杀婴的合理性。但持有这样极端观点的人毕竟是少数，甚至在“亲抉择派”的阵营中，也有人认为人们至少得在堕胎时考虑胎儿的地位。对于许多较为温和的自由主义者来说，给胎儿全部或部分的生存权，并不意味着堕胎是错误的，而只是说，堕胎的正确与否，不取决于否定胎儿的位格身份或道德地位。

二 极端保守派的观点

极端自由的“亲抉择派”视堕胎为盲肠手术，而极端保守的“亲生命派”则将堕胎视为一种谋杀行为，后者的前提是：胎儿具有全备的道德地位，从而赋有完全的生命权利；这种观念并没有低估母亲对其身体和胎儿的决定权利，而只是说，胎儿的完全生存权似乎总比母亲的自主权要大得多。传统罗马天主教会及新教保守派都持有这一观点，他们相信上帝是生命的主宰，任何人都没有权利夺走他人的生命；堕胎乃是夺走一个无辜的生命，因此堕胎是道德错误的。

1. 人的道德地位从受孕时开始

堕胎争论的历史始终是围绕着这个最基础的问题“怎样定义位格人”展开的。极端保守派赋予胎儿以与成人同等的道德地位，自然也回避不了这个问题，他们认为胎儿之地位乃是堕胎是否道德之决定因素。

美国和加拿大天主教医院联盟所采用的基本原则之一就是：

“每一未出生的婴儿必须被视为人，从受孕那一刻起，他就拥有人的一切权利。”^[12]这一原则回应了教皇庇护十二的著名观点：“甚至未出生婴儿，也与其母亲一样是完全的人。”极端保守派认为，这种认为胎儿具有完全道德人性的论述有其自然法则依据，先不谈宗教神学的定义，依据就在于一个简单的事实，即婴儿具有人性所能有的自然属性。如美国学者约翰·努南（John Noonan）所述“人性的标准是非常简单而又丰富的：若你由人类父母所怀孕，你就是人”，“一个拥有人类基因码的生物就是人”^[13]。总而言之，保守派认为，受孕乃是人性化决定性的时刻，生命在受孕时拥有了基因码，这基因码决定了他拥有人的特性，携带了人类智慧，将成为自我发展的人。

保守派的基督教信徒还在这个基因遗传学的基础上，再加上一些比较靠近《圣经》的神学思想。在这方面的佼佼者莫过于美国耶鲁大学著名伦理学家兰赛（Paul Ramsey）。他尤其批判世俗将生命的神圣性视为“人固有的本性”的看法。世俗的观点认为，重要的是要清楚，在人的一生中，什么时候他才开始具有人的神圣素质；兰赛认为，这种着眼于追问哪个特定时刻（受孕时刻、胎儿发育期、理性等）才开始具有人性的做法是错误的，人的尊严或神圣性是神所赐，因此不依赖于任何人类固有的本性，无论你是一位学生、科学家、母亲或胎儿，每个人都有从神那直接而来的生命神圣性、尊严、权利。因此，在基督教传统中，胎儿生命受到完全的保护，最高的生命价值乃是从神而来，其他的人类特质仅只是相对的价值而已，用相对的价值来定义人类生命的神圣价值，是混淆了首要和次要之分了^[14]。从首要的神圣价值看，我们每一个人都不外乎是一个胎儿。因此，胎儿应被看作是一个完全的人，应该受到完全的尊重。这观点与我们提倡的位格观点是一致的。

基督教观点都同意人的生命源于人与神有着特定的关系的观

点。然而，究竟这种神人关系是怎样构成，基督教内部就没有达成共识。例如美国基督教伦理学家温伯格（Robert Wennberg）认为，拥有“代理能力和理智能力”^[15]是神人关系的前提，也就是说，只有当人能够与其他动物区别出来而成为位格人的时候，神才会与人建立独特的关系。如此一来，就出现以下现象：人性是在神与人建立关系之前获得的，而不是由于这种关系的建立才获得的。这种观点恰恰是兰赛所要批判的。在大多数保守派看来，神人关系不是建立在人的理性、道德或灵性上，而是在人生命出现之时、医务人员所见证的时候，胚胎就已经具有了这种关系。基于此观点，胎儿的生理条件就足以构成神人关系。位格人不在生理肌体之外；相反，我们的人性只有通过我们的肌体才得以存在。那些以超越身体的特征来定义位格人的人可以被视为现代的诺斯底派（Gnostics），美国杜克大学著名伦理学家豪瓦斯（Stanley Hauerwas）这些人称为“另类的二元论者”^[16]。

保守派不仅仅是简单维护胎儿的地位，它还在总体上肯定了人类生命的价值。反对这一观点的人必须自问他们对待胎儿的观点是什么，这个观点对整体生命观有什么样的影响。他们认为，自然属性是位格人的基础，同样也是获得道德地位和生命权利的基础，因此，保守派关于人的定义包含了生理学的（描述的）和道德的（规范的）这两个方面，无论人的发育是多么的不成熟或不正常，这两个方面都是不可分离的。因此，说他们混淆了“生理”及“道德”之间的区别这种指控是站不住脚的；相反，他们认为，“基因人”的描述性定义是无法与对人性的规范性定义分开的，而且这种描述性定义是规范性定义的必须与充分条件^[17]。这就意味着当一个物种接纳某个成员时，也自动赋予了它道德权利（特别是生存权利）。这就是保守派所捍卫的“物种原则”。

2. 物种原则及生存权

保守派认为，从生物基因学角度来讲，Homo sapiens（人类物种）从受孕那一刻起就产生了，而且，胎儿在受孕时就拥有了道德地位与权利。这就是保守主义者的物种原则。物种原则赋予每一个人一视同仁的生存权，人之生存权不是由于人所拥有的特点或它将要拥有的特质决定的，它是由物种成员性决定的；无论是胎儿、成人、残障人、绝症患者，每个人都有尊严、价值和生存权。但为避免被指控为物种主义者（类似于种族主义或性别主义），物种原则的提倡者必须回答下述问题：为什么人类的成员应该拥有这样高的道德地位，每个成员都拥有生存权吗？

支持物种原则的保守基督信徒对物种原则有这样两种解释¹⁸：第一种认为，上帝的形象可以在某些人类成员折射出来，他们通过现实或潜在的理性、道德、灵性能力反映出上帝的形象，这些上帝形象的拥有者使整个人类“神圣”化，使得那些没有拥有上帝形象的人也拥有了生存权。另一种解释刻意将神之形象的特殊地位与人之理性能力区分开来，他们认为，是上帝的绝对权柄赋予了人与神之间的特殊关系（人拥有神形象）；不是人类某些成员的特性决定了它的特殊地位，而是神直接将此地位赋予了所有人类的成员。无论是哪种解释，都反映了保守派在神学上对人类成员道德地位的肯定。

瑞恩（Michael Wreen）的《为物种原则辩护》一文概括了保守派的其他论证。他没有从神学层面，而是从形而上学层面、经验层面和伦理层面，为该原则提供了辩护的各种理由。首先，尽管位格人和人的身体并不是指同一个实体，但是人的同一性必然与身体的同一性有关，位格人（person）和肉体上存在的人（bodily human being）必然有某种特定的关系，在它们之间“至少有一种准形而上学（quasi-metaphysical）的纽带”，“在各种基本权利（生命权和人权）之间紧密关联”¹⁹。但是，这并不是

说，这种形而上学关系保证了肉体上存在的人拥有某些基本权利。他只是说，支持这些人类基本权利的形而上学基础，必然要考虑肉体上存在的人。

其次，瑞恩还指出，人之所以为人，必须拥有特定的条件，如食物、水、空气、大脑、时间、能力、机会等等，瑞恩将它们称作是“位格人经验层面的先决条件”²⁰。这些条件极为重要，它们是生命存留的条件。缺少它们，人将无法生存；这些条件是否在一个人的成长过程中都得到满足，完全是由机遇、偶然因素和自然律控制的。也就是说，我们生存在这个世界上，是不能轻易地与人的存在的各个方面（生理、社会、生物和心理维度）分开的。“人的各种权利不是简单地由位格性决定的，而是由人和周围世界的各种限制、偶然性一起决定的。”^[21]

最后，瑞恩指出，如果由于某些人类无法预计的、无法防范的原因，使一个人无法成为一个位格人，那么，平等或公正原则将要求人们让非位格人享有位格人同样的基本权利。由于大部分的人类物种成员在一般情况下都会成为位格人，但是，因为际遇的问题，有一些生物人不能发展成为位格人，因此，人们必须在伦理层面上来矫正这种不平衡，用基本权利来弥补那些无法成为位格人的生物人。也就是说，不仅仅是位格人才具有基本权利，所有的人类物种都应该享有基本的权利。

然而，即使人们可以接受这些关于物种原则的论据，接受胎儿具有完全的人性的主张，保守派仍然必须面对一个现实：当人人都拥有相同权利，并互相矛盾的时候，这些权利可能就要受到调整。但在堕胎问题上，保守派坚持人类无权剥夺有道德地位的无辜者的生命，因为这是基于自然法的传统，任何出于母亲及其家庭的考虑之下的堕胎行为都是应该禁止的。对极端保守派来说，一旦胎儿的道德地位得到肯定，对堕胎侵害胎儿地位、剥夺他们权利的指控就相对容易成立了。

极端保守派认为，不仅禁止杀害无辜生命是绝对的，生命本身就是绝对的。然而，他们只看到了圣经传统的一个方面：肯定了生命的珍贵，珍视生命，另一方面却忽略了：耶稣说，“为朋友舍命，爱没有比这个更大的了”（《约翰福音》第15章第13节），即，在关系的层面看生命，有时生命是可以放弃的。保守派在提出物种原则的时候，坚持了胎儿的绝对生存权，却忽视了位格伦理所强调的人际关系层面的重要性，忽视了堕胎问题的社会关系层面，未能将他人的利益考虑周全，特别是忽略了孕妇也具有同样需要重视及保护的權利。在某些特殊情况下，我们认为极端保守派的立场是有商榷余地的。

总之，我们主张的位格伦理与物种原则有一个重要的相同立场，就是对人类的肉体性的重视。因此，位格伦理与物种原则同时认为应该给予胎儿生命的权利。然而，在我们看来，位格人不应该局限在他的身体的范围内谈，因为他具有多种结构，这对于位格伦理来说是同样重要。相比之下，物种原则本身没有具体涉及这方面。因此，物种原则和它支持的极端保守派经常局限在坚持反对堕胎的立场，而这种反堕胎立场又往往给人一个印象，就是它完全无视胎儿与怀孕母亲的关系或怀孕母亲与其他家人的关系。这些在关系层面上出现的问题事实上值得我们去关注和仔细考虑。鉴此，我们所提出的位格伦理对这些问题给予了充分的关注和考虑。正如我们在第一篇位格人的讨论中所说的，关系性在位格人是具有本体论的地位的，这种地位与人的生物实质性有同等地位的，是任何伦理的考虑都不能忽略的。

注 释：

[1] Michael Tooley, "In Defense of Abortion and Infanticide," in *The Problem of Abortion*, Joel Feinberg, ed. (Belmont CA: Wadsworth, 1984), p. 120.

[2] 前引注，第125页。

[3] Michael Tooley, "In Defense of Abortion and Infanticide," in *The Problem of Abortion*, Joel Feinberg, ed. (Belmont CA: Wadsworth, 1984), p. 132.

[4] Mary Ann Warren, "On the Moral and Legal Status of Abortion," in *The Problem of Abortion*, op. cit., pp. 102—119. 参见第一篇第三章的分析。

[5] 前引注。

[6] Michael Tooley, *Abortion and Infanticide* (Oxford: Clarendon Press, 1983), p. 87.

[7] Robert N. Wennberg, "The Right to Life: Three Theories," in *Christian Ethics*, Vol. 2, David K. Clark, Robert V. Hakestraw, eds. (Grand Rapids: Baker Books, 1996), p. 36.

[8] 前引注。

[9] Warren, "On the Moral and Legal Status of Abortion", p. 116.

[10] *Values and Moral Standing, Bowling Green Studies in Applied Philosophy vol. VIII-1986*, L. W. Sumner, ed. (Bowling Green, OH: Bowling Green State University, The Applied Philosophy Program, 1986), p. 62.

[11] 前引注, 第 63 页。

[12] *Ethical and Religious Directives for Catholic Hospitals* (St. Louis: The Catholic Hospital Association of the United States and Canada, 1965), p. 4.

[13] Noonan, Jr. "An Almost Absolute Value in History", p. 9.

[14] Paul Ramsey, "The Morality of Abortion", in *Life or Death: Ethics and Options*, D H Labby, ed. (Seattle: University of Washington Press, 1968), p. 71.

[15] Robert N. Wennberg, *Life in the Balance: Exploring the Abortion Controversy*. (Grand Rapids: Eerdmans, 1985), p. 51.

[16] Stanley Hauerwas makes a similar point in *Vision and Virtue* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981), p. 151.

[17] 参见 Noonan, Jr. "An Almost Absolute Value in History", op. cit., p. 13.

[18] Wennberg, *Life in the Balance*, op. cit., pp. 127—128.

[19] Michael Wreen, "In Defense of Speciesism", in *Ethics and Animals*, 5 (1984): 50.

[20] 前引注。

[21] 前引注, 第 57 页。

第十四章

对极端派的修正：在妇女权利方面

我们看到，无论是自由派否认胎儿之道德地位及生存权的现实原则，还是保守派保护胎儿权利、不惜忽略母亲之权利的物种原则，这些极端观点将胎儿的位格人地位问题看作是堕胎问题的唯一要素，把胎儿的价值及权利看作是先于其他（母亲、社会和家庭）价值的，对其余的相关要素（如母婴关系）都置若罔闻。事实上，怀孕不仅包含着母婴关系，还有相关的各种社会环境关系。这些关系对建立、维持和加强孕妇及胎儿的位格极其重要，在考虑堕胎行为的时候，也不能回避它们。这两种极端派的“单向”思维将我们的讨论陷入一种不健康、狭隘的领域。过去的20年来，无论是自由派还是保守派，都尝试用各种方法来解决这些局限。在下文中，我们就来看看保守派为了不忽略母亲的权力，而对胎儿地位的修正，尽管总的来说并不能使人完全满意，但是降低了他们对人类一些较为武断的定义；同时也看看自由派为了避免将杀婴和堕胎看作是同等的道德行为，而赋予婴儿以一定的权利，因为他们已经具有了某些潜在的人的特性，虽然他们仍坚持说婴儿及胎儿不是位格人。同时人们更开始真正关注一些其他社会因素，如医生、父亲、家庭社会以及价值观的作用。我们下面就来考察不同的进路，并对它们的结果进行评估。

一 孕妇做母亲的权利

根据费伯格 (Joel Feinberg) 的说法¹¹，妇女的堕胎权是一种任意权 (即自由选择权)；与之相关，当某人实施这个权利时，他人就有义务不去干预或阻止他；如果我们说某妇女有堕胎权，那么不去干预或阻止的义务就开始生效。但这种任意权是有局限的，它受其他人的权利的限制。当我们衡量某种特定权利，如妇女的堕胎选择权的时候，我们必须要了解这一权利赖以建立的根基，才能发现这个权利的局限。费伯格认为，堕胎权至少与三个基本权利相关联：1. 财产权；2. 自卫权；3. 身体自主权；4. 妇女的隐私权。让我们先看这些基本权利是如何修正关于堕胎的极端观点的。

1. 堕胎与财产权

在堕胎问题上，母亲的生育权与两个问题相关：丈夫的生育权及胎儿的生存权。在“亲抉择”派的争论中，存在着这样一个趋势：当夫妻双方发生冲突时，妇女的意志当受尊重，因为胎儿毫无疑问是她身体的一部分，而不是丈夫的。因此，妇女的生育自由权包括了她对自己的身体 (包括在她身体内的胎儿) 的控制权利。人们普遍认为这一综合权利重于丈夫拥有的任何生育权¹²。大多数“亲抉择派”的女权主义者认为，妇女的生育权可以让她们全权对任何生育相关的问题作出决定 (包括决定流产的权利) 而无需考虑其伴侣的意愿。根据自由派的位格人的定义，婴儿没有任何权利、包括生存权利，人们“实在很难将一组附着在子宫上的细胞群称为人并为这样的立场作出很理智的辩护”¹³，因此，堕胎问题就简化为某个妇女对自己身体的财产权利，胎儿就是妇女身体的“一部分”，就如某个器官或一个肿瘤，妇女有权按照自己的意愿除去身体的任何一个部分，因为财

产权包含了对财产的处置权。

然而，若胎儿被视为某个人的财产（如一条项链），那么作为父亲的也应当同样拥有这个决定权，因为从基因学上说，胎儿的存在是夫妻双方的结晶；在人工授精而怀孕的情形下，夫妇对胎儿或胚胎拥有均等的权利就更加明显。进一步而言，若说胎儿只是一种财产，它们岂不是可以成为买卖或交换的商品？因此，若胎儿拥有的仅是一点点的道德地位或生存权，那么将他视为可让人随意支配的财产，就会完全与道德逻辑背道而驰。

还有一些女权主义者认为，妇女对胎儿可实施的权利，并不是像她有一条项链那么简单，毋宁说胎儿是她身体的一个器官，她可以自由地捐献给他人。但在观念上来说，胎儿是孕妇的一个器官这种说法也是有问题的。首先，这一“器官”的功能是什么？其次，若胎儿真的仅是孕妇的器官，在她决定放弃或捐献这器官时，她也得保持器官的完整性。因此，用器官来类比胎儿的结果是，孕妇也许可以让他人领养她想放弃的胎儿，而不是把胎儿流产。因此，无论认为胎儿是一个位格人或是一个潜在的位格人、是否拥有完全的生存道德权利，人们通常不会将胎儿看作是母亲身体的一个器官，而是一个独立的、渐渐发育的机体。在生育医学的新近发展中，胎儿已成为一个独立的病患者，这一事实也加强了上面的观点。

然而，孕妇还可以退一步来修正自己的立场，那就是她不再强调对胎儿的财产权，但她坚持自己对身体的所有权（包括对胎儿孕育的子宫）。孕妇是房东，而胎儿是房客，一旦租借条件不合适，那么，妇女就以行使自己的财产权的名义，驱逐房客。当然，很多人认为，用财产和所有权来理解身体和子宫是难以接受的，因为，这就把孕妇与胎儿的关系彻底商业化了。尽管有人认为，新近的人工生育助孕技术的发展——特别是代孕母的出现，妇女将自己的子宫出租9个月以赚取报酬——人体商业化已经不

是什么值得大惊小怪的事。然而，即便如此，我们还可以用以下的一个比喻来质疑堕胎的合法性：一个房东因为自己拥有财产权，在租约期满之后，在零下40°C的气温、不出几分钟就会冻死的夜晚，将房客扫地出门。如果这种行为是非法的话，那么，妇女对自己身体的所有权也不能随意把胎儿流产。另外，在房东和房客之间的关系中，我们其实不一定要找这样极端的把房客置于死地的例子来替房客辩护的，其实，房客也有自己的权利，一旦觉得自己权利被侵犯，他可以到租赁委员会去控告房东，任何合约都是“双向的”。总而言之，孕妇的堕胎权不能建立在财产权利上；财产权利也无法承受堕胎所引起的道德压力。

2. 堕胎与自卫权

坚持胎儿从受孕起就拥有完全生命权利的保守派，一般是不考虑母婴权利冲突的情形的。除非在母亲生命直接受到胎儿的危害的情况下才会破例，否则，胎儿的权利在任何时候都高于母亲的权力，任何其他基于母亲权利考虑的堕胎，基本上是不允许的。那么，是否可以因母亲生命岌岌可危，堕胎就合理了呢？若回答是肯定的，那么，具体的标准是如何操作的？

保守派所持有的自然法则是，杀害有道德地位的无辜生命永远是错误的，因此，除非胎儿不是无辜的或者胎儿不是直接的被杀害，否则堕胎永远不能合法化。若胎儿不是无辜的，那么孕妇的堕胎行为就有可能是她的正当防卫行为；若胎儿是间接被杀害的，那么堕胎在双向效果原则（Principle of Double Effect）的基础上也有可能被视为合乎道德的。

我们先来看看直接堕胎及母亲防卫权。以下几个例子，第一种情况是孕妇患有心血管疾病，怀孕会使之病情恶化，甚至危及生命。第二种情况是脑积水的胎儿需要穿颅术才可顺产，而无论是顺产还是剖腹产都会危及母子生命。第三种情况则较模糊：

医生对一位将为人父的丈夫说，他妻子患有尿道肿瘤，早期手术成功率会很高，而晚了就会危及她的生命，妻子已有四个月身孕，但医生仍建议她堕胎以便尽早开始治疗。

以上三个例子均有可能导致母婴双亡（唯第三例的胎儿或许可以存活），唯一的方法是舍胎儿、保母亲，这就涉及直接堕胎的情况。一般人的意见认为在此情况下不存在道德冲突，母亲毫无疑问当被挽救^[4]。然而，拥护直接堕胎的人们通常只考虑到乐观的结果，即，母亲可以存活。可是，面临的问题不是为挽救母亲生命来找理据，而是为了回答这个尖锐的问题：直接杀害胎儿是否合理、直接堕胎是否与胎儿的神圣地位相冲突？这就要我们考虑直接堕胎的目的^[5]。

通常母亲的自卫权成为堕胎的道德合理化基础：考虑到母亲的生命受到威胁，因自卫权而进行堕胎。这样就不可避免地涉及费伯格（Joel Feinberg）提出的“尺度”^[6]问题，因为在法律上，自卫行为可以超过但不是远远超过别人将给自己造成的伤害，受害者不需要严重危及侵犯者的生命，否则就是防卫过度；然而在堕胎问题上，只有少数例子可以符合这种要求，因为堕胎的结果必然是胎儿的死亡，而孕妇的病情却未必是致命的。运用自卫权来比附堕胎行为时，还有另外一层不恰当的类比，那就是自卫者只有确定对方是道德错误、有意为害的，受害者才可以运用自卫原则。但若侵犯者是无辜的呢？如暂时性疯癫病患者的攻击，法律上称作“有理由但不正当的侵害”。这种案例中，侵害行为是错误的、不正当的，但因为侵害者不是故意的（属于不能自制），这种行为是可以开脱罪责的。

上例与堕胎问题类似。胎儿必然是无辜的；若他在孕妇体内的存在构成了一定的攻击威胁性，那一定是无法控制的（胎儿从没有要求自己被怀孕、也不可能有意要做攻击者）。也就是说，胎儿不但无辜，更不构成是侵害者。胎儿与上例“不正当但有理

由的”疯癫侵害者相比，后者尽管可以有理由解释，但无论如何他还是攻击者，因为无论进攻者是有罪或无辜，他都做出了这个攻击性行为；自卫者如果为了避免严重的身体伤害或挽救自己的生命，他可以杀害这个无辜的攻击者。但在堕胎的例子中，胎儿的攻击者地位还是有待争议的。尽管用防卫的类比替堕胎辩护存在着不少缺陷，但是，人们宁可说：只要当孕妇的生命受到威胁时，胎儿自然就成为了攻击者，虽然是无辜的，但为挽救母亲的生命，堕胎是正当的^[7]。

桑纳 (L. W. Sumner)^[8]进一步辩护说，胎儿并不完全是无辜的。无辜可以被理解为无罪或无威胁。一个人若蓄意造成伤害，那他就是有罪的，这涉及了道德行为能力；胎儿无道德行为能力，它在道德上是无辜的。但道德无辜者同样可以造成威胁；在这种情况下，胎儿就可以认为不是无辜的。严格地说，将胎儿视为攻击者是不合适的，但是，胎儿在母腹中的存在构成了威胁性、“母子间生命维系的关系使母亲的生命受到威胁”。既然构成了威胁，胎儿就不是无辜的，因此，母亲在自卫时，可以杀害胎儿。

相对保守的兰赛 (Paul Ramsey) 也认同在孕妇的生命受到威胁的时候，正当防卫权可以支持直接堕胎的行为，他还提供了另一个“直接堕胎”的辩护理论。他认为，直接堕胎这个行为的动机和意图都不是为了置胎儿于死地，而是为了挽救母亲的生命。兰赛强调的是堕胎的动机问题，认为事实上对于执行直接堕胎的人来说，胎儿的死亡并不是人们预期的，尽管堕胎无法避免，但他们并不希望母婴任何一方的死亡，至少在动机上来说，他们不会去否认两条生命在上帝面前的平等性。另外，兰赛也认为，在这种情况下堕胎行为的意图也绝不是胎儿的死亡，而只能是使它失去能力 (in incapacitation)，在引入“使失去能力”这个概念时，兰赛将胎儿视为侵害者，虽然它只是“做自然发生的事 (如发育成长、想要出生)，但客观实际地讲，这些都对母亲的

生命造成了威胁”⁹。

为进一步阐明复杂的情况，在解释“事实”（materially）和“蓄意”的（formally）侵犯者之间的区别时，兰赛接受了桑纳对无辜、有罪的区分，他认为，事实的侵犯者不一定是蓄意地对他人的安全造成威胁。比如在战争中，敌对双方的战士并没有直接或个人要杀害对方的愿望或意欲，他们只是战争中武装力量的“事实”的执行者，有两种情形可使这样的武装力量失去能力：死亡或是投降。作为侵犯事实的执行者的士兵和作为蓄意侵犯者的士兵，这两者的性质是大相径庭的，不虐待和杀害俘虏这条道德准则就体现了人们对这二者之间的性质的区分。战争的悲剧在于，有时不得不杀死士兵，以阻止他所执行的事实侵犯。将此类比与威胁孕妇生命的怀孕上，胎儿不是蓄意的侵略者，他是无辜的，因为胎儿不是自主地选择成为侵害者，也无法自己摆脱作为侵害者的身份。然而，他是事实的侵犯者。这个状况恰恰是堕胎的悲剧性所在。

兰赛为了缓解堕胎带给人们的罪恶感，把胎儿看作是事实的侵犯者，在孕妇身体受到威胁的情况下堕胎，不应该受道德谴责，因为从动机及行为的倾向来看，所期盼的都不是胎儿的死亡。¹⁰但这种解释无疑造成了母婴间的敌对立场，把母婴关系看作是不和谐的，这使许多保守派感到不满，如布罗迪（Baruch Brody）认为¹¹，胎儿不仅因为“犯罪的条件不充分”而无罪，而且胎儿没有任何事实上或蓄意地威胁过母亲的生命，因此，即使胎儿的存在会危及母亲的生命安全，人们也不能用母亲的自卫权来为堕胎辩护。因此，不少人也认为，在正视胎儿有可能危害母亲生命的情况下，侵犯和自卫的关系是不适用于母婴关系的。怀孕过程使孕妇有身心的伤害，这是一种悲剧；而堕胎更是一种悲剧，是一种不存在母婴对立的悲剧，人们必须在不被扭曲的母婴关系中来理解和接受这种悲剧。

3. 母亲权利及双重效应原则

保守派为堕胎辩护的另一策略是采用“双重效应原则”。为了避免用妇女的自卫权来替堕胎辩护，并因此而否认了胎儿的无罪性，双重效应原则则试图说明，即便胎儿是无辜或无罪的，但只要胎儿被杀害是间接的，堕胎就是合法的。此原则的实质是说，当某种行为可以造成好坏两种效应时，若满足以下四种条件的话，那么，此行为是可行的：（1）撇开结果，此行为本身必须是善的或至少是不被禁止的；（2）坏的结果不是实现好的结果的手段；（3）该行为的预期必须是为了产生好的结果，尽管可能会出现坏的结果，但那不是行为的预期；（4）产生好的效应的原因必须与坏效应之严重性成比例。

宫外孕的例子正好能说明这个原则。宫外孕的胎儿是在输卵管而不是子宫中发育的，除非采用输卵管摘除术，否则母亲会因输卵管破裂而危及生命，同时胎儿也会在摘除手术中死亡。此例符合上述四个条件：（1）输卵管摘除术是中性手术，非常普遍而不受禁止；（2）胎儿的死亡不是挽救母亲生命的手段；（3）胎儿的死亡预期不是目的，只有挽救母亲的生命才是手术的预期；（4）堕胎以及引起的胎儿死亡，只是为挽救母亲生命的不直接结果，正负面效应是相当的。因此，堕胎是可行的，是无辜道德体被间接杀害的行为。然而在上文提及的脑积水胎儿的例子就比较麻烦^[12]，无论是阴道分娩还是剖腹产都会导致孕妇和孩子的死亡，只有用穿颅术才能挽救孕妇的生命。在这个例子中，胎儿的死亡是预期的、是挽救孕妇生命的手段，因此，不能满足上述的第2、3条原则。在传统天主教教义中，这种对胎儿的伤害行为是蓄意的，因此穿颅术是被禁止的。

严格地说，双重效应原则通常比自卫原则更难实施，因为它将母婴的地位平等化了。也就是说，不论母亲还是胎儿，一方都

不比另一方更有权利生存。在脑积水胎儿的例子，胎儿生命与母亲生命不可共存的现实不会加强堕胎的合法性，因为，基于双重效应原则，人们也可以“弃母保胎”^[13]。但这种方案实在不合常理，体现了双重效应作为一个道德原则的局限，倒是自卫原则把胎儿视为一个侵犯者，而不是一个无辜的旁观者，为人们提供了更直接、更令人满意的解决结果。但在实践的经验中，双重效应原则却为行为本身的解释提供了很大的弹性，人们总是可以找到理由说：胎儿死亡并不是保护母亲的手段，这样，这个双重效应原则不可避免会遭到滥用，间接堕胎的种类被人有意夸大，以挽救母亲生命来为任何形式的堕胎辩护，社会也就越来越认同堕胎。

总体而言，人们认为此原则还是可行的。它的优点在于：在没有放弃反对直接杀害无辜生命的原则的前提下，允许在某些悲剧性的场合中，人们采取行动以达成正面效应的重要作用，甚至允许间接的、非蓄意地导致胎儿死亡。适当运用此原则是必须在具体问题的分析中进行的，它是一个中庸化的原则。一些温和的保守派认为，这个原则是在道德两难处境中的积极尝试，使人们面对生命（即使是无辜生命）进行价值判断时不走极端的道路。

4. 堕胎与身体自主权

极端保守派和自由派在对待胎儿地位的问题上，无非是“有完全的地位或完全没有地位”这种绝对的回答。朱迪思·汤姆森（Judith Thomson）提出了另一个修正方案。她认为，妇女的自主权本身就足以为堕胎的道德性辩护，而无须考虑胎儿的道德地位和母亲的财产权、自卫权或双重效应原则等。虽然她不赞成保守派所说的胎儿具有生存权，但是，为了说明问题，她假设胎儿拥有生存权；因为她的焦点是强调堕胎问题中的一个在她之前不受重视的要素：在母婴间独特且复杂关系中，母亲身体自主权的

地位。

汤姆森在 1986 年发表《为堕胎辩护》一文，乃是“现代哲学界再版次数最多的一种”^[14]。她指出问题的关键：即使我们承认胎儿的位格性，我们仍然面临两种冲突的权利——胎儿的生存权及母亲的身体自主权，孰重孰轻？她提出了著名的“与小提琴手连体”的案例作为分析的起点：

有一天你醒来，发现自己与一个著名的小提琴家躺在一起，他失去了知觉，因为身患一种致命的肾病，音乐爱好者协会的人经过千挑万选，终于发现你是唯一与他相吻合的血型。于是他们绑架了你，将你们俩人的血液循环系统连接在一块儿，你的肾将用于俩人的血液循环排毒功能。医院的院长对你说：“瞧，那些音乐爱好者协会的人对你做了这件事，如果事先知道原委，我们是不会允许的。”但是他们这么做了，小提琴家已经和你连在一起，若分开，将会导致他的死亡。但别太在意，只有九个月而已，他就会复原，那时可以将你们安全地分开。^[15]

尽管你清楚地意识到坚持中断你与小提琴家这种连体必然会带来后者的死亡的后果，汤姆森认为，你或任何人都没有义务必须接受这种情况的，因此，选择这个中止行为是道德上可行的。她也认为用这个例子来类比一个妇女意外地怀孕的情况，可以说是非常贴切的。二者都有那种独特的依赖因素，以及未获一方认可的短暂的依附关系和联合。她总结说：正如与小提琴家分开是合乎道德的，一个意外怀孕的妇人堕胎也在道德上是合法的。

汤姆森小提琴家的类比提出了一个与胎儿生存权有关的重要问题：胎儿的生存权是积极权利还是消极权利？换句话说，胎儿的生存权意味着人们必须尽一切能力让胎儿生存下去（积极权

利)，还是仅仅指人们不能无端中止它的生存（消极权利）？汤姆森认为，人的“生存权”只能是一种消极权利。因此，在上述例子中，即使被绑架的牺牲者没有权利夺走小提琴家的生命，他也没有不惜任何代价保全他人生命的义务；同理，胎儿的生存权并不意味着它有权使用并继续使用他人的身体，或可以剥夺他人的权利以维持自己的生命，胎儿并不拥有绝对的生存权，它应该受孕妇身体自主权的限制。它的生存权并不包括不被流产的权利。^[16]

然而，汤姆森表示，孕妇的身体自主权不包括必然置胎儿于死地的权利。在小提琴家的例子中，如果被绑架者中止与小提琴家的连接，而小提琴家却奇迹般地活了下来，被绑架者没有权利把他杀死。同样，孕妇只有权利卸下怀孕的重担，但无权直接杀害胎儿。通过区分蓄意杀害及撤出生存供应而导致死亡，汤姆森提到了动机和副作用的问题，并尝试着由此为堕胎的合理性辩护。汤姆森又举了另外一个例子：

R 和 C 是一对年轻而又充满活力、爱好旅行的夫妇，他们为保持生活风格而不愿意要孩子，但出乎他们的意料的是，R 怀孕了，经过长期考虑，他们决定在六个月时堕胎，R 宣称：“我们的生活方式不适宜有孩子，孩子只会成为我们的一个负累。”当别人问她会不会感觉到堕胎的决定有点太迟的时候，她回答说：“我丈夫和我有权利选择我们的生活方式。”^[17]

由此看来，生存权最好被理解为一种不被不公正地杀害的权利。汤姆森的分析试图表明，堕胎不是杀害胎儿，而是撤去维持其生命必需的供应；胎儿的死亡，也只是因为它脱离母体后无法独立地生存下去，这不是孕妇的意愿。

上述观念在西方的哲学界产生非常大的影响，但其中的问题却是非常明显的。首先，虽然有些堕胎不是蓄意的谋杀，但大多数却是。堕胎一般有两个动机：逃避怀孕、逃避抚养孩子的责任；只有第一个动机是非蓄意杀害。至于第二种，胎儿的死亡是唯一逃避抚养之责任的办法，因此，此堕胎是蓄意杀害。因为大部分堕胎属于第二种情况，包括 R 和 C 的例子，都属于蓄意杀害。这样，汤姆森的论点只涵括了少数的“非蓄意杀害的堕胎”情况：孕妇患有心脏病，而怀孕会导致其恶化。在此情况下，去掉胎儿是唯一救治孕妇的方法，婴儿的死亡只是一个不情愿的负面效果。

其次，即使是这样，汤姆森的论证也不能为所有的非蓄意杀害的堕胎辩护的。这是因为论证一个行为的道德合法性是有条件的，但是大多数非蓄意杀害都不符合条件、都是不合法的。这些条件的第一条是：某行为的副作用必须是不可避免、是主要目标的必然结果。倘若主要目标的实现是可以排除产生负效应的話，那么，这负效应就不能说是合法的。比如，在患心脏病孕妇的案例中，导致胎儿死亡的堕胎只有在还未能成活的胎儿（一般是 24 周之前）才是合法的，而导致怀孕 24 周后的胎儿死亡的堕胎是不合法的，因为胎儿离开母体是可以成活的。第二条是：主要目标的实现一定是非常必要的，以至于可以不惜带来不愿见到的、有伤害性副作用。在患心脏病的母亲的例子中，心脏病的严重程度必然达到危及母亲生命的境地时，堕胎才能是合法的。在大部分的堕胎案例中，对胎儿造成的伤害无一不是致命的，而孕妇通过堕胎而避免的病害却通常不是致命的。按照这两个条件，这些非蓄意的杀害行为实在难以说是合法的。因此，尽管汤姆森对动机及副作用的区分是有效的，但是对大多数堕胎案例而言，这些辩护都是不适用的。

在提出母亲的自主权时，汤姆森让人们看见，母婴之间这种

复杂而独特的关系中会带有各种不同的要素，它们都影响婴儿的生存权以及母亲的职责和义务。在汤姆森所分析的各种案例中，她列举四种常见的因素：1. 怀孕的自愿或非自愿性；2. 怀孕对母亲的负担；3. 继续妊娠会带给胎儿的好处；4. 妊娠期的长短作为愿意承担为人母的责任的指标^[18]。考虑到这些因素，汤姆森提供的小提琴家的案例基本上与被强暴而怀孕、悲痛欲绝的14岁少女母亲的案例吻合。在此例中，少女怀孕是非自愿的，继续怀孕会对年轻母亲造成情感及身体沉重的负担。仅这两个因素便足以引起对胎儿的生存权修正的考虑了；另外，此婴儿的前途令人担忧，母亲一发现怀孕立即要求堕胎，体现了她不愿接受这份责任（下文将更进一步讨论由于强暴或乱伦引起的怀孕而进行堕胎的例子）。

但在现实生活中，这些因素很少同时出现在一个案例中，它们可能以不同的程度、表现在不同的组合中。与被强暴而进行堕胎例于相反，这里有一个例子：怀孕是经过精心安排的；但母亲在怀孕六个月时，一个工作岗位上的变动让母亲决定堕胎。在评述这个案例时，汤姆森认为，尽管该例中母亲的实践自主权是她的自我中心、不道德的表现，但她的自主权却始终是不可诋毁的。汤姆森接着说，若一个人被要求与小提琴家（血液循环系统）连接1小时，以挽救他的生命，这个人这时当怎么办？汤姆森认为，在这种情形下，拒绝这样的要求是极不近人情的、近乎下流的，但她坚持说，“应该”帮助的责任并不意味着小提琴家有权利与他人身体连接，拒绝帮助小提琴家的行为可称作“小气、吝啬、无情，……但却不是不合乎正义”。怀孕的负担并不沉重，拒绝承担做父母的责任是不高尚的，但却不是不道德的^[19]。

总之，汤姆森试图表明胎儿的生存权不能保证堕胎总是不可行的，胎儿的生存权是受母亲的身体自主权的影响与限制的。她认为，在强暴致孕、影响母亲安全或其他情形下的怀孕，堕胎是

合法的。但她也认为，母亲的身体自主权也不能总使堕胎可行。汤姆森的观点当归为自由派，但她以并不是所有的堕胎行为都是允许的观点，创新性地修正了极端自由派的观点。

我们认为，汤姆森的理论的一个贡献在于，她指出了堕胎的道德性在很大程度上受各种错综复杂的因素影响，各种解释都不是回答简单的对错是非问题，人们只能在具体例子中，考虑各样因素（比如母亲的怀孕意愿、怀孕对母亲健康和生命的影响、胎儿的健康状况、胎儿出生后的环境），加以权衡，慎重得出结论。这种考虑内含因素的方法，我们称之为实用方法（该方法在后面的章节中还会讨论）。

5. 母亲的隐私权：Roe v. Wade 案例

汤姆森关于孕妇身体自主权文章发表两年后，美国最高法院在1973年通过了“Roe v. Wade 法案”^[20]，宣布德州的禁止堕胎法律是违宪的。该州法律认为，除了危及母亲生命的怀孕可以堕胎，其他所有的堕胎都是非法的。美国最高法院认为，按照隐私法有关条文，妇女有权为了自己隐私方面的利益而采取某些行为。例如，早在1965年，最高法院就通过了“Griswold v. Connecticut 法案”，认为一个州不应该禁止使用避孕药品，否则侵犯了宪法“隐私权”一款所赋予的夫妇的个人自决权。因此，在Roe v. Wade案中，法庭将上述法案推及到堕胎案例中，将夫妇的个人自决权推及到孕妇与医生之间的决定权。最高法院认为，根据第14条修正案，胎儿不是位格人，没有生存权^[21]。

尽管美国宪法没有明确地提到隐私权，但是一些法律学者认为，在《宪法》第14条修正案和第9条关于修正案都有相关的肯定；他们认为，隐私权还可以扩展到人的一些基本活动（比如结婚、生育、怀孕、家庭关系、孩子抚养和教育）中去。

美国最高法院认为，这种权利范围是非常广的，甚至涵盖到妇女是否可以终止怀孕的权利；但有人也认为，宪法规定的隐私权并没有认同堕胎权。在“Roe v. Wade 法案”中，美国高等法院采取的是一条中间道路，认为隐私权包含决定是否堕胎的权利，但是这个权利不是绝对的，它特别是要与关于保护母亲的健康、医学界制定的标准、保护出生前发育至某些成熟阶段的胎儿等法律相一致。因此，该判决认为，在怀孕的头三个月内，堕胎的决定可以由孕妇和医生一起做出；三个月后的堕胎，则各州有权制定双关法律，规定具体的堕胎程序，以保证母体的健康；而在胎儿可以成活（一般在孕期的第23—26周）后，各州有权制定法律管制或甚至禁止堕胎，以确保发育渐渐成熟的胎儿的性命。

1973年后，美国合法堕胎的数目每年增加到超过200万人次。撇开这个我们不愿意看到、悲剧性的社会效应，我们认为，“Roe v. Wade”一案产生的结果并不全是负面的。首先，美国高等法院坚持隐私权是公民的基本权利，这是一个非常重要的决定，它可以保护公民的个人事务（包括生育问题上）免受政府的强行干预；其次，法院认为成熟胎儿的权利应该受到国家法律的保护，这对维护胎儿生命权利也是有积极意义的。但同时我们也不得不承认美国最高法院将胎儿的权利与胎儿成熟期的划分联系起来的做法是非常任意的，也是不令人满意的。从位格伦理的角度来看，在母婴那种亲密的关系中，将胎儿的权利和母亲的权力对立起来是非常不恰当的。隐私权是一种关系概念，它的作用主要是防止那种“非位格”群体对个人的不必要的侵犯。在堕胎的例子中，个人决定还是在复杂的关系情境中进行的，它涉及了母亲、配偶、医生、家庭成员和胎儿。只有考虑到孕妇的整个关系网络，妇女才能在堕胎决定中真正地运用她的隐私权。

二 女性主义者眼中的权利

1. 对权利话语的批判

有些人认为，关于妇女的权利的讨论，大多是那些“亲抉择派”的女性主义者倡导的。然而这种说法并不是全然正确，因为，女性主义者认为，在讨论堕胎和生育的问题上，使用母亲的权利（不论是财产权、身体自主权或个人隐私权）等语言是不恰当的。因为，这样的语言并不能真正地帮助我们理解位格和关系，特别是，这样的语言只会鼓励产生另外一种权利下的财产关系，它与女性主义对哺养、关怀、关系和日常责任等原则是冲突的。莫拉·赖安（Maura Ryan）认为，如果诉诸于权利话语，那么，妇女无非是借用了父权模式、而不是真正促进女性主义所倡导的原则^[22]。

一些女性主义者也不赞成这另外的一种说法，即女性堕胎权是妇女自由和社会平等的基础。她们指出，这种说法本身有一个假设，即生儿育女的生物本能是妇女的一种天然的障碍，阻碍了她们获得社会平等地位，而这种假设却是站不住脚的。此外，女性主义者也反对她们希望争取的社会平等，是要透过与自己腹中的子女对立起来才能获得的，因为这种进路在心理上和政治上都是极具破坏性的。有人甚至将堕胎看作是男人用来控制与摆布女人另一种手段。一位女性主义者说：“妇女永远不能在死婴的尸身上获得平等的社会地位及权利。”^[23]自由堕胎利用所谓的妇女权利来支持堕胎、使堕胎成为纯粹个人的事情，这实际上剥夺了她获得社会网络的支持，让那些不履行自己责任的男人逃之夭夭。^[24]可以说，自由堕胎不仅没有解放了妇女，而且实际上阻碍了妇女争取社会地位平等的机会。

美国的女性主义还意识到，关于胎儿位格的争论，与不久前关于妇女和黑人位格的争论具有惊人的相似之处，这些争论都是

男权社会中的产物，人的平等价值和地位不是由人之为人的本质决定，而是那些拥有权利的人对那些在较低生命阶层中的人的拣选和恩赐。“妇女自身就是刚从‘非位格化’（non-personhood）的处境中解放出来的阶层，看到那些亲抉择派的女权主义者们继续以通过技术来杀害胎儿时，难道我们能不心寒吗？”^[25] 妇女要求堕胎、不承认胎儿的位格性，实际上是否定了自身的位格地位；位格伦理反对堕胎，是为了保护位格的整全性和尊严，否则，这种父母有权决定胎儿是否拥有位格的潮流，迟早会进一步延伸到甚至已经生下来的孩子：孩子成为母亲或父母选择的产物，进一步父母会假定自己有权利像选择产品或商品一样选择要什么类型的孩子^[26]，这将会对家庭、人生的价值观带来灾难性的影响。

最新研究妇女怀孕与堕胎的报告表明，用母亲权利来为堕胎辩护的適切性是值得怀疑的。玛丽·戈登（Mary Gordon）^[27] 的报告表明，人们在实践和习惯中，普遍把胎儿当作是一个变化着的实体，一个7个月大的胎儿不同于7周大的胎儿，在不同阶段的胎儿死亡对人的情感影响也是不同的，人们甚至用不同的术语来描述：流产（miscarriage）及死胎（stillbirth）。术语的变化会给人带来完全不同的感受。没人会将一些流产的胎儿组织放进小棺木中埋葬，也不会有牧师为这些器官或身体组织施洗，它们在抽水马桶中处理了，但若用同样的方式来处理死婴，必然会带来道德上的公愤。1982年，因为医院的工人不愿意随意处置28周以上的流产胎儿，瑞典处置流产胎儿的法律作了改变，所有怀孕13周后堕胎的胎儿均可以在墓地埋葬；在此之前，墓地只容许埋葬孩子（孩子定义为怀孕28周前出生的成活胎儿或28周后出生成活的或死婴）。这样一来，假如一对双胞胎孩子在28周以前出生，但是其中一个是死胎，而另一个在出生后活了数天才去世，结果，只有后面这个孩子可以进入墓地，而前者则不能。

这些实际的观察与孕妇的现象学体验是完全吻合的，孕妇在妊娠期间渐渐地感受到孩子与自己是不同的实体，这种意识随着母婴情感的加深而加深。这样，母亲对胎儿的现象学体验深深地影响着胎儿的地位。正因为如此，在许多文化中，人们都将怀孕中的胎动初觉当作是非常重要的基准。这意味着，随着怀孕现象学体验的加深和对怀孕估值上的提升，胎儿的重要性也越来越大。这种理解可以导致两种不同方向的效应：第一，早期堕胎不包含任何“杀害某个个体”的经历，而仅是“不希望将来有一个孩子”的经历，而后一种经历可以用来为早期堕胎的可行性作出强有力的辩护；第二，这种对怀孕的现象学理解也可能带来另一种对立的影响，因为堕胎的经历可以加强妇女对堕胎是一种杀害的意识，这样会加重孕妇的负疚感和自责感。无论带来哪种结果，这些考虑使得一部分女性主义者从单纯地强调母亲权利，转换到对孕妇现实经验的强调上来，怀孕是在妇女身体内发生的，继续怀孕还是终止怀孕都会对妇女整个人生产生极大的影响，牵涉的绝非仅仅是她的权利^[28]。

2. 堕胎及母亲的责任

认识到权利话语在讨论堕胎问题中的局限和不当性，一些女性主义者开始从截然不同的路线来讨论堕胎问题，她们用责任来代替权利。汤姆森提出在讨论堕胎问题时，怀孕的责任是一个重要的道德因素，她的“与小提琴家连体”的案例分析意味着，只有被强暴的妇女对怀孕是不用负责任的，其余的母亲都会对胎儿有一种特殊的责任；虽然她不认为妇女与孩子之间生物学联系可以构成妇女应有的某些特殊的责任，但她还说，除非妇女由于不当心或避孕失败，否则，母亲总是对怀孕负有一定的责任的，因此，并不是所有的堕胎都是可行的。^[29] 尽管极端自由派有反对意见^[30]，但大多数人都认为，堕胎既然与权利有关，那就必然

也会与责任相连。

如果责任是重要的道德相关因素，那么，我们显然要问这个问题：妇女在何时应该为她的怀孕负责？这问题其实与一个家长之责任相关连。这问题看似简单，其实却是一个非常有争议的问题。这里至少有三种可能的解释模式：生物学模式（the biological mode）、承诺模式（the consent mode）和起因责任模式（the causal responsibility mode）^[31]。生物学模式就是指母婴生物学上的关联带来了责任。在此解释模式中，任何放弃责任的行为（包括有意堕胎、进行胎儿基因研究）都是对父母职责的严重道德侵害。这一模式肯定了亲生命派的观点，认为一旦怀孕，父母的职责就开始了。这模式也无需当事人事先的同意，某人可以在不情愿情况下承担了做父母的责任。这个模式的缺陷在于，它无法解释养父母这种现象的存在。

承诺模式与生物学模式完全相反，它不局限于生物学上的关联，它包括了各种形式的父母关系以及相关的各种道德责任；它认为父母身份不是一种严格的义务，而是一种恩惠或额外之举。很多人接受这一模式，因为它简洁明了；它与极端自由派观点非常吻合，认为即使考虑到父母的责任义务，仍可以堕胎。然而，这模式有很多问题存在：婚姻关系中的怀孕，我们说那是夫妻双方的承诺，但若是单身母亲呢？她们向谁承诺？不少离婚的父亲不愿意承担子女的生活费，但不承诺不等于就没有责任。显然，承诺不是为人父母的充分必要条件。

一些人认为，起因责任模式是父母职责来源的最好的解释。这个模式说：“若 X 通过他或她的自主行为，直接的、预知地引至后代 Y 的出生，那么 X 对 Y 具有责任。”^[32]这个模式通过责任行为的后果（而不是选择）体现了生物学模式强调的生物学联系，但它排除了那种无法为行为负责而成为父母的情形（比如被强暴、未成年少女的怀孕等）。被强暴的和未成年的怀孕少女不可能为怀

孕负全责，也因此不可能对孩子负责。同理，若我们的社会普遍认为未成年人不能完全为其行为负责，他们就不能完全承担父母的职责。这里有一个例子，MC 是一个 22 岁的弱智少女，在与其叔叔的一次性行为后怀孕，起因责任模式将其生物学模式所赋予的责任中解脱出来，因为她弱智使她没有能力承担母亲的职责，因此，起因责任模式比生物学模式更具有灵活性。

在母亲责任问题上，帕翠茜·麦克艾娃 (Patricia McEvoy) 描述了五种不同的导致妇女怀孕的情境，其中有两种情境很难判断孕妇是否该为其怀孕负责：

情境一：撒拉，年方 30，律师，有一位往来 5 年的律师男伴，但从未想过要生育孩子。7 年来一直服用口服避孕药，但她拒绝绝育手术，因为她想让自己有改变想法的权利。然而她怀孕了。

情境二：黛安，20 多岁，发现自己怀孕了。自从与最后一个男友分手后情绪一直低落，为要改善情绪，她参加了一个晚会，情不自禁、非常陶醉，醉酒后与舞会上认识的一位男人发生了关系，严重的酒醉使她忘记使用隔膜避孕套。

以上两种情况均属避孕失败。第一种是不可预见的，第二种是忘了使用避孕。该怎样划分责任呢？麦克艾娃认为，这里需要一些区分责任的标准。

有人认为，既然采用了避孕措施，那就表明该人不愿意要孩子，避孕失败导致的怀孕是出乎意料的、不可预见的。汤姆森争辩道：因撒拉采取了必要有理的预防措施，以避免怀孕，因此她不需负任何避孕失败的责任。汤姆森举例说，强盗趁户主开窗通风时进入室内偷窃，这种情形中，户主不应对盗贼进入室内负责，盗贼也无权停留在其家中^[39]。但此解释却忽略盗贼与胎儿

之间一个极重要的不相同的地方：盗贼乃主动进入户主家，而胎儿即使在避孕失败时也不是主动入住母亲子宫的。

另一些人认为，任何生育功能健全的人在性事后都有可能怀孕，没有一种避孕措施是绝对安全的，总会有万一的情形发生，因此，如果大家知道了避孕失败率，并且充分考虑到这种因素，那么，避孕失败就很难归咎于不可预见，或成为不负责任的理由。同时，强调胎儿的被动及依赖性也是重要的，这样才能更认清父母在避孕失败后仍对怀孕应有的责任。在撒拉的例子中，男女双方自愿发生性行为后怀孕，胎儿是通过他们二人自愿的性行为而产生的，他们双方对怀孕都应担负特别的责任和义务。在黛安的例子中，她似乎更值得同情，由于心情压抑陷入困境、酒醉而没有采取任何预防怀孕的措施；同情之余，黛安还是要为自己的行为负责的，这就如一个业务经理因为工作压力而醉酒，酒后开车而发生车祸，他自己得为这些损失负责。我们不能仅仅因为某个行为是有理由的，就认为该行为后果可以免于责任的束缚。

那么，相关的问题是，怀孕是否仅仅是妇女的责任？男伴具有什么样责任？我们前面讨论妇女的平等权、身体自主权，好像堕胎的决定仅仅是妇女的特权，男性完全没有参与的权利。有人认为，如果男性没有参与决定堕胎的权利和义务，那么，他也无需对怀孕负责，但是，不同的意见却认为，怀孕和堕胎是两件不同的事情，因为，怀孕必须要男女双方共同参与，怀孕的责任是参与双方兼而有之的。妇女是怀孕的单独“承受者”，她成为堕胎的唯一决定者并不能抹杀怀孕中男方的责任；男人在肉体上与怀孕看似“分离”的现象，可能会给他一个以为可以免去承担后果的幻象，但他仍然是要负责任的，西方国家的儿童保护法就规定了父亲的这种责任。

克里斯汀·奥沃若（Christine Overall）提出了让医疗/科技界及社会一起承担责任的新模式。虽然她以这种模式来解决多胎

生育及选择性堕胎的问题，但责任的划分却适用于其他种类的堕胎。她指出，多胎怀孕与选择性堕胎是完全由促生药物和胚胎移植技术的运用所引发的，但该责任却完全推到了孕妇身上。奥沃若指责说，社会及医学界将不孕视为一个“问题”，给“有问题”的妇女们造成压力。因此，关于选择性堕胎的责任及道德问题的争论，其实是妇女“弱势”的典型反映^[34]。这种模式指出，医学、技术和社会自身要在很大程度上对这些怀孕负有责任，妇女不能独自承担这个责任。

3. 责任抉择及个人良知

当大多数人认为母亲在堕胎问题上肯定是有责任的时候，一些人表达了不同意见。如卡翠娜·麦肯兹（Catriona Mackenzie）^[35]首先区分了起因责任及道德责任，认为“保守派”的责任观点损害了道德理念。保守派觉得妇女对怀孕有起因责任，并因此具有道德责任去维持胎儿的生存。前面我们就分析过两种反对保守派的意见，一种认为胎儿不是道德实体（瓦仁），另一种认为，无论胎儿有无道德地位，人们没有责任去使他活着（汤姆森）。麦肯兹反对这两种观点，因为“他们在保守派关于责任的观点上过于让步”。她认为保守的责任观点带来了一种迫害妇女的新范式，而真正的责任概念应该从“抉择责任”开始，因为后者考虑到一个妇女对堕胎还是继续怀孕所作的抉择的种种环境因素和作用。无论胎儿的地位如何，道德责任都不能理解成仅仅是对胎儿的责任，它有更为广阔的视野——自我、社会关系、个人的承诺等因素共同作为背景。在这样的背景中，起因责任有时仅是一个潜在的可能成为道德责任的因素。

因此，麦肯兹认为，父母职责应被看作是一种选择的责任，而不是起因责任。妇女考虑诸种因素后，决定选择承担维持和养育胎儿的责任，以及承诺照顾未来出世的孩子，在这种情形下，

才产生了父母职责；而当孕妇决定堕胎时，她实际上就是作出了不让孩子出世的选择。父母职责有这样一个属性：它是在父母权衡利弊之后作出的合理的决定。麦肯兹指出，不想承担父母职责，并不意味着母亲放弃了道德责任，不顾胎儿作为具有完全道德地位的个体的存在；相反，在某些特定环境下，这种抉择是有道德责任感的行为。

“选择的责任”理论提出一个基本问题：道德责任到底是由选择还是环境造成的？麦肯兹的观点还带来了另一个有趣的问题：如果将妇女作为某种特别权利的自主的、独立的承担者，那么，作决定的因素和妇女权利之间的关系是如何的呢？是否可以说，当妇女建立她的道德责任时的模式是依赖各种因素的，而在行使权力的时候是独立于这些因素的呢？

针对上述问题，一些女性主义者认为，人们不能用抽象的原因、道德或选择责任来定义生育责任，只有生育本身才能构成伦理框架的范式，家庭生活（包括生育怀孕）告诉我们，人们天生就要承担某些责任和义务³⁶，因此，并不是所有的责任都是选择带来的。玛莎·贝勒斯（Martha Bayles）从另一个角度严厉批判了生育怀孕过程中强调选择的观点。她将“亲抉择派”的女权主义和古代罗马男性家长制进行对比，将这些人冠以“母权者”之称谓³⁷。在古罗马社会中，男性家长出于各种因素的考虑，有权判处婴儿死亡，采取残酷的方式遗弃婴儿。如今，“亲抉择”的女权主义套用了这种男权主义的典型模式，也给孕妇以生杀大权。

自由派过于强调个人主权及主动选择，道德被扭曲成为个体的选择行为，使得在个人背景下的意愿、筹划、对承诺的选择成为道德责任的主要模式。但是，道德责任还包含着对预料之外的、为被选择的事件的责任，道德永远不会局限在孤立的个人契约之中；作为社会中的一员，怀孕、生育、为人父母等人生大事

常常是身不由己地成为我们的一部分的。尽管一个妇女很不情愿地怀孕、接受了腹中胎儿，但就是在这个过程中，她表现了人类那种最高的责任感和道德感^[38]。事实上，单纯的自由选择、单纯的责任是构不成父母身份的，只有在真正的位格人的理解中，在自主和关系的范围中，我们才能找到为人父母的真谛：那就是，父母是具有自我做主能力的人，他们在履行责任时自我奉献，对那小生命（即便是不请自来的）给予无微不至的关怀。

人们甚至说，那种所谓有责任感的堕胎选择，实际上是自欺欺人。有一位学者伍尔芙（Naomi Wolf）说，“我所听到的堕胎的理由无非只有一个：想当一个好母亲”^[39]。她分析说，堕胎抉择并没有像“亲抉择派”所说是纯洁、有道德的责任行为，其中弥漫着道德争战的硝烟：那是无私与私欲、道德和非道德之间的争战；如果人们有选择责任的自由，那么，他们就有选择不负责任自由，因此抉择本身并不意味着总是有责任的选择，任何关于真正的道德责任的讨论都离不开个人良知。有些妇女被许多女权主义者所蔑视，因为这运动不愿意面对这些妇女面对堕胎之恶时良知的斗争；将堕胎当作是纯粹私人的选择，这是一个弥天大谎，“如果说我选这块地毯，这是一个私人选择，但是，生死之间的选择只能是个人良知的挣扎，这两个选择有天差地别，而这个差别就是道德框架决定的”^[40]。只有从良知出发来讨论这个责任问题，我们才算是找到了该争论的道德根基。

4. 堕胎及女性的性征

与责任问题密切相关，是大多数女性主义关于女性性征的观点。无论女人喜欢不喜欢，这种性征以阴蒂为中心，并与男性性征相呼应。然而，当性兴奋成为生理追求的目标，而怀孕、生产和抚养则变成了一种生理阻碍，这种观念的左右下的“亲抉择派”便将女性看作是一个社会和心理上与男性平等的个体，性是

表达女人自由的一种方式。为了获得她们在心理上与男人平等的地位，她们认为，女人也应该有自由性行为的自由；而为了获得这样的性自由、使心理的平等不会被怀孕的威胁所打扰（因为男性就没有类似的烦恼），人们就必须肯定女性堕胎的自由。鉴于上述理由，“亲抉择派”女性主义者常常将反对堕胎的人称为“不喜欢女性性征、性快感和性自由的人”^[41]。

然而，这种极端的观点并没有真正看到男女之间的巨大差异，其实女性的生命乐趣不仅仅包括性高潮，怀孕、生育和抚养孩子的每一个过程都会给母亲带来别样的幸福。较男性而言，女性性征比较复杂、延续时间长、冲动程度强烈，她需要强烈的情感基础和永久承诺作为安全保障，如果以男性的性欲模式来说明女性，那么，只会产生那种没有生育、没有时间延续的性模式，这将会对女性造成伤害。堕胎为的是要缩短怀孕的负担，但这是以将女性身体视为男性的代价获得的。

因此，有些学者^[42]坚持说，不能简单地把女性权利视为和男性有平等的地位，以为通过堕胎可以获得；相反，真正的女性主义就是要接受女性的独特性，在社会上支持女性获得自己的性征。伍尔芙也提供了一种女性取向模式的社会：那里没有性暴力，人们可以在所有的公共保健中心得到安全的避孕药品，每个妇女都能有平等的经济地位，每个新生儿都有生存的经济保障，这个社会自然是朝着稳定的人际关系、长久的两性承诺的趋势发展的，“在这个社会上……人们用一种很不同的语言来谈论这种少见的堕胎悲剧，这是一种尊重的、富有责任的、悲伤痛惜的语言，……女性主义者们则会在医院门前手擎蜡烛，与医生们一起为那些夭折的婴孩守灵”^[43]。

注 释：

[1] Joel Feinberg, "Abortion" in *Matters of Life and Death*, Tom Regan ed. (New

York; Random House, 1980), p. 203.

[2] Ruth Macklin, Liberty, Utility, and Justice: An ethical approach to unwanted pregnancy, in *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3 suppl. 1989, p. 40.

[3] 同上书, 第 41 页。

[4] 当然, 有人认为第三个例子不是很明朗, 比如前文提到的豪瓦斯认为, 一个女人也许会为了履行做妻子和母亲的职责, 而宁可牺牲自己以保全孩子, Stanley Hauerwas, *Vision and Virtue* (Notre Dame; University of Notre Dame Press, 1981), p. 152.

[5] Paul Ramsey, "The Morality of Abortion," in *Life or Death: Ethics and Options*, D. H. Labby, ed. (Seattle: University of Washington Press, 1968), p. 81.

[6] Joel Feinberg, "Abortion" in *Matters of Life and Death*, p. 206.

[7] 前引注, 第 209 页。

[8] L. W. Sumner, *Abortion and Moral Theory* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1981), p. 108; for a detail discussion of self-defense, see pp. 106—114.

[9] Ramsey, "The Morality of Abortion," *op. cit.*, p. 84.

[10] 前引注。

[11] Baruch Brody, *Abortion and the Sanctity of Human Life* (Cambridge: MIT Press, 1975), pp. 6—12.

[12] *Values and Moral Standing, Bowling Green Studies in Applied Philosophy vol. VIII—1986*, L. W. Sumner, ed. (Bowling Green, OH: Bowling Green State University, The Applied Philosophy Program, 1986), p. 122.

[13] Germain Grisez, "Toward a Consistent Natural-Law Ethics of Killing," *American Journal of Jurisprudence*, 15, p. 94.

[14] W. Parent, ed. p. vii in Judith J. Thomson, *Rights, Restitution, and Risk* (Cambridge: Harvard University Press, 1986).

[15] Judith J. Thomson, "A Defense of Abortion," in *The Problem of Abortion*; Joel Feinberg, ed. (Belmont CA: Wadsworth, 1973), p. 122.

[16] 前引注, 第 126 页以下。

[17] 该例见 Munson, *Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics*, *op. cit.*, pp. 102—103.

[18] 参见 L. W. Sumner, *Abortion and Moral Theory*, *op. cit.*, p. 69.

[19] Thomson, "A Defense of Abortion," *op. cit.*, p. 133.

[20] 罗简 (Jane Roe, 真名 Norma Mc Corvey) 是德州达拉斯城的妇女, 想要医生为她实行安全、有选择、非治疗性的合法堕胎, 这挑战了德州的法律。被告亨

利·威德 (Henry Wade) 是达拉斯城著名的律师。

[21] 但该法案强调，当胎儿可以成活后，应该保护他们的利益。在这部分，我们的讨论将集中在由妇女的隐私权如何扩展到堕胎权。

[22] Maura Ryan, "The Argument for Unlimited Procreative Liberty: A feminist critique," in *Hastings Center Report*, 20, No. 4 (Jul. -Aug. 1990): 6—12.

[23] Sidney Callahan. "Abortion and the Sexual Agenda," in *Commonweal*, 25 (Apr. 1986): 236.

[24] 调查表明，30%的堕胎妇女是因为他人希望她这样做。参见 Daniel Callahan, "The Abortion Debate: Can this chronic illness be cured?" in *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35, No. 4 (1992): 787.

[25] Sidney Callahan, "Abortion and the Sexual Agenda," *op. cit.*, p. 234.

[26] Ryan, "The Argument for Unlimited Procreative Liberty: A feminist critique," *op. cit.*, p. 8.

[27] Mary Gordon, "A Moral Choice," in *The Atlantic Monthly* (Apr. 1980), pp. 78—84.

[28] Susan Sherwin, *No Longer Patient, Feminists Ethics and Health Care* (Philadelphia: Temple University Press, 1992).

[29] Thomson, "A Defense of Abortion," *op. cit.*, p. 131.

[30] 瓦仁不同意汤姆森得出的这种极端论点。她认为，堕胎的道德权利与母亲的责任毫不相干。对于那些因为避孕失败、不小心怀孕、有心怀孕但后来改变主意的妇女，必须撇开责任来争取她们的堕胎权利。参见 Mary Ann Warren, "On the Moral and Legal Status of Abortion," in *The Problem of Abortion*. Joel Feinberg ed. (Belmont CA: Wadsworth, 1984), p. 108.

[31] 这三个模式引自 M. E. Winston, "Abortion and Parental Responsibility," in *Journal of Medical Humanities and Bioethics*, 7, No. 1 (1986): 33—56.

[32] 同上书，第 39 页。

[33] Winston, "Abortion and Parental Responsibility," *op. cit.*, p. 45.

[34] Christine Overall, "Selective Termination of Pregnancy and Woman's Reproductive Autonomy," in *Hastings Center Report*, May-Jun. 1990, p. 8.

[35] Mackenzie, "Abortion and Embodiment", in *Australian Journal of Philosophy*, 70, No. 2 (1992): 139.

[36] Ryan, "The Argument for Unlimited Procreative Liberty," *op. cit.*, p. 10.

[37] Martha Bayles, "Feminism and Abortion", in *The Atlantic Monthly* (Apr.

1990), p. 87.

[38] 参见 Callahan, "Abortion and the Sexual Agenda," *op. cit.*, p. 235.

[39] Naomi Wolf, "Our Bodies, Our Souls," in *The New Republic* (Oct. 16, 1995), p. 32.

[40] 前引注, 第34页。

[41] Greer, *Sex and Destiny* (New York: Harper & Row, 1984), p. 248.

[42] Callahan, "Abortion and the Sexual Agenda", in *Commonweal*, 25 (Apr. 1986): 237.

[43] Wolf, "Our Bodies, Our Souls," *op. cit.*, p. 35.

第十五章

修正的极端派：关于胎儿的道德地位

保守派基于物种原则，赋予早期胎胚以成人同等的道德地位及生命权利，认为从受孕的那一刻起胎儿就开始了其道德地位，而胎儿的道德地位是堕胎问题的唯一决定因素。人们批评说：将物种原则视为道德地位之标准是武断肤浅的。某一物种无疑拥有其自然属性，但这并不意味着自然属性与道德权利之间有密切的关联，某一物种的成员不一定拥有属于某性别或种族的特定道德权利^[1]。物种身份只能是道德地位的一种表现，而不是它的标准，胎儿发育过程中的某个“决定性时期”或者某些人类特征如情感、理智、道德感等等，会是更好的标准，因为它道德地位间有更密切的关联。

一 胎儿发育过程中的“决定性时期”

作为对以上批评的回应，许多保守派开始从“胎儿从受孕起就拥有生存权”这个极端观点撤退，转到以人格人的“决定性时刻”为生存权起点的相对温和的立场。这一改变的特点在于，它将生命起点放在受孕时刻之后；少给早期生命一些生存权，就等于给人们使用避孕、人工生育技术和堕胎打开了方便之门，其结果就是对保守派关于堕胎及人工生育技术之观点的修正。在关于生命起点的认定上，出现对胎儿发育生物学上“决定性时期”的认定：1. “最初条纹”形成；2. 大脑功能出现；3. 感觉能力

出现；4. 可以成活期；5. 实际出生。本书第二章已经讨论过“最初条纹”形成的重要性，认为它是生物学上的重要分界线，但它不是决定性时期。那么，下文将分两组分析后面四个“决定性时期”的地位。

1. 大脑功能及感觉的出现

美国伦理学家布洛迪（Baruch Brody）在《堕胎及人类生命之神圣性》一书中，极力提倡将大脑功能的出现作为人性开始的标准。胎儿在6周时开始有脑功能。他认为，这时有生命权利的人类就开始了。作为本质主义者，他坚持这样的形而上学的立场，即，任何生命体都必须有某种本质特征，以便确定它的成员资格；相反的，缺乏或丧失这种特征将会丧失成员资格的。对于人来说，脑功能则是这种基本特征^[2]。他解释说，因为人的生命终结的定义上是完全不可修复的脑功能的停止（脑死亡），那么开始拥有“没有受损伤或不能运转的”脑功能时，就意味着人类生命的开始。布洛迪将拥有一个发展大脑潜能的6周大胎儿与一个脑部受损伤但有康复潜能之人作比较，认为二者都具有生存权，因为他们都有获得或恢复正常脑功能的潜能。

但是，人们却很难将一个脑损伤之人与一个6周大胎儿进行类比，因为胎儿在此期间并未体现任何脑功能，它只是为将来成人作预备而已。实际上，这一分析可用于反对将脑功能作为人类生命之定义，因为6周大胎儿的脑还太不成熟、没有任何理性和整合功能，因此，不能将其与已经有各种神经结的成年人脑（即便是受损伤之大脑）作比较。正如英格尔哈特（H. Tristram Engelhardt, Jr.）所说，胎儿大脑只有人脑的潜在抽象功能，而脑损伤之人的功能却是具体的，因为此人在过去是发育完全的人，当脑损伤治愈后，他便能恢复生存必需的脑功能。对于成人来说，脑活动的有无表现了生命的必要基础，一个脑部受伤的成人

被赋予生命权不是因为他有潜力恢复大脑功能，而是因他有一个由大脑指挥的整合的位格生命。这与一个6周的胎儿拥有潜力获得大脑功能，意义完全不一样。胎儿的生命在此阶段根本用不着一个大脑，大脑的潜能也不是胎儿生命的一个重要标准^[3]。因此，这两者之间的类比是没有说服力的。

尽管布洛迪的生命定义遭到批评，但并非没有赞同者。汉斯—马丁·撒斯（Hans-Martin Sass）就认为“脑生命”（brain life）和“脑死亡”（brain death）的“对称”会给生命带来一个有说服力的定义。人们必须根据医学标准来制定一个确定脑功能的标准，从大脑皮层神经系统出现（脑生命出现）开始，到失去了实际的脑功能（脑生命危机），生命都当受到保护。他认为受孕10周后，“脑—生命”才开始出现，因此，在此之前的堕胎是可以的；他也认为这种“脑—生命”标准“使区分堕胎、使用子宫环避孕及堕胎性避孕药的道德标准成为多余，这些技术不再被视为是‘杀害生命’的祸首”^[4]。

在我们看来，布洛迪和撒斯俩人关于“脑—生命”的看法其实都是成问题的，问题就出在他们将脑功能作为人之基本特征的认识。一个成熟的人失去脑功能后无法存活，因为大脑组织支配全身的运动、使身体成为一个完整的统一体；因此，只有等其他组织达到某个复杂成熟度后才需要大脑。6周大胎儿的各种器官发育远未成熟，脑功能也不是维持其生存的必需条件。在人的生命过程中，脑功能是成熟生命（而不是发育中的生命）必需的基本功能，因此，用它来定义人之生命开端是不适当的。关于“脑生命”和“脑死亡”的“对称”中找到的生命定义，其实只会引起概念的混乱；我们认为，大脑的功能对于人类有机体的生命，在开始与成熟阶段是不对称的，大脑的功能并没有贯穿生命的始终，因此它不能当作是人类生命的基本特征。

与脑功能定义相近的另一个功能是人的感觉性。许多人将感

觉能力的出现当作是胎儿生命决定性时刻，代表人物有桑纳 (L. W. Sumner)^[5]、格罗维兹 (Samuel Gorovitz)^[6] 及斯泰伯克 (Bonnie Steinbock)^[7]。与物种原则及理性原则相反，桑纳将感觉能力看作是生命的“第三种”道德权利，认为若道德意味着促进和保护利益和幸福，那么，它就仅是对具有意识和有感觉的存在者才会有意义，因为只有具有意识和感知的存在者才能有满足或失望，才会有感觉受伤和受益的能力。因此，他说，“道德的前提是情感的存在，情感使我们的行为有价值”^[8]，动物王国是“不同的情感等级” (hierarchy of sentience) 构成的，我们对这些情感动物具有道德责任。这种看法使得桑纳的道德观具有等级性：无情感的则无道德地位……较多情感的则有较多的道德地位，而正常成熟的人类拥有最高道德地位^[9]。

桑纳认为，大脑神经发育过程表明，怀孕前三个月的胎儿是没有感知能力的，在最后三个月的胎儿则开始有一些感知能力，因此，他假设说，感知能力发育的关键时刻是在怀孕中期的三个月。尽管桑纳承认，人们很难证实怀孕中期阶段的胎儿的感知和道德地位，但是，他认为在怀孕中期的最后一段日子，胎儿才开始有感知，也正是在这怀孕的第 26 周左右，胎儿可以脱离母体成活。既然感知是位格人的标准，桑纳认为，怀孕后期的胎儿具有和新生婴儿相同的道德地位；早期堕胎是可行的，在前期和中期的堕胎与避孕在道德上具有同样的性质^[10]。至于早期胎儿的道德地位，“那个时期只是生命的一种预备，只有当它超过那个决定性时刻之后才会受到保护，在此之前的堕胎是可以的，因为那时个体还未真正地生成”^[11]。

斯泰伯克也认为感知能力是决定胎儿是否具有生存权的标准，“只要某存在者是具有感知能力的：有能力感知悲喜，有不愿感受痛苦的愿望，这种愿望成为他采取行动的首要因素，使他成为一个道德主体。因此，情感足以给予该个体以道德地

位”^[12]。她也将该感知标准用于堕胎问题，认为在胎儿有感知以前，是没有任何生存的欲望的，也不会有被伤害的痛楚；同样，无脑畸形的胎儿完全没有感知功能，因此，利用它们的器官没有什么违反道德的，“如果无脑畸形的婴儿是无意识、无知觉的，那么，他们就不是‘最脆弱的患者’，其实他们一点也不脆弱。脆弱的是那些易受伤害的，易受伤害的是那些欲望受挫的，但是对于那些没有知觉意识的存在，他们没有任何欲念、也不会受到伤害”^[13]。在斯泰伯克看来，感觉的标准在于某生物是否有值得保护的欲望，这种欲望是拥有权利和道德地位的最基本条件^[14]，而只有一个有知觉的人才能产生欲望和利益的。

以知觉作为标准的一个难点是，它假设了意识或其他心理功能是位格人的前提，我们已经看到其中的荒谬之处^[15]；另外，这种与感知相关的道德价值观假设了那些欲望和利益的对象都必然是善、是值得保护的，这种观点也是不正确的^[16]，因为我们欲望或利益对象的内在价值是不依赖于我们的愿望喜好的，有时候我们可能会对那些对我们有害的东西发生兴趣，有时候我们所排斥的正是值得我们追求的，因此，是欲望指向的对象的内在价值决定了我们的欲望，胎儿本身不会因为他们的知觉（有产生欲望和喜好的能力）而成为有道德价值的“善”。用感觉作为人生命的决定性时刻，这个源自于愿望与利益的理论，毫无理据地将早期胎儿的道德地位给剥夺了。

以感知作为生命决定性时刻的标准的另一个难点是应用困难。桑纳自己也无法举出前后一致的例证。若对该标准进行仔细的分析，我们可以得到两种不同的理解：第一，假如我们赋予所有有感觉的生物以完全平等的道德地位，在应用中会产生很大问题，因为杀老鼠和杀人成为同等的道德问题，也就违反了桑纳本身的“不同的情感等级”理论。但若我们认为人与老鼠是有道德上的分别的，那我们又怎能赋予后期胎儿与成人以相同的道德

地位？因为后期胎儿的感知能力明显不及成人的。这也同时暴露了运用此标准的第二个基本的问题：它没有把人所能获得的优良品质、与人作为人的内在价值区分起来。人是具有内在价值的，他在不同的发育期有不同程度的感知，但他不能等同于同样有感知、但内在价值低级的老鼠。一个晚期胎儿虽然在感知上次于成熟的人，但却拥有相同道德地位，因为他们具有共同的人类价值。在本书的第一卷我们讨论过，在获得任何属性之前，某个实体性的存在就是该实体，它的价值来源于实体自身，而不在于它获得多少属性。下文我们在讨论到“渐进理论”时，将会看到道德地位并不是与获得的属性或性质的多少成正比的，而是与个体本身的价值相关的。因此，感知不能作为人、胎儿道德地位及生存权的标准。

2. 胎儿成活能力及出生

胎儿成活能力就是指胎儿可以在母体外存活的能力。很多人认为这种能力的出现的时刻是“决定性时刻”，胎儿从此有生存权。美国最高法院的法官们在“Roe v. Wade”一案中采用了该观点。他们认为：“基于对生命权益的维护的法案，潜在生命始于胎儿具有成活能力的时刻。因为这时胎儿有能力在母体于宫外开始有意义的生活。国家保护成活期后的胎儿，这些规章是合理的、有生物学的道理的。”¹⁷ 许多人也因此认为胎儿若不能独立成活，那么就不具备有价值 and 生存权利。

无论大众言论如何，这样的观点是存在很大问题的。首先，成活能力给予胎儿什么样的价值是含糊的，子宫外的独立存活并不能完全解释成活能力的意义。正如努南说：“存活能力出现的时刻，反映的是胎儿极轻微地减少依赖母体，不见得胎儿何以在这时刻会特别获得更多的人性。”¹⁸ 另外，早期胎儿并不是唯一无法独立成活的人，许多依赖医疗器械和他人帮助的患者（比

如利用心脏起搏器、呼吸器、心肺仪器、肾透析仪器的病人)也是无法独立存活的人,然而他们的人性却不会因此而被贬低,不会因此而剥夺他们的生存权。有些人会反驳说,胎儿在未获得成活能力前依赖的是孕妇的身体,而其他病患者依赖的仅是一些机器和旁人的协助。连体双胞胎的例子就是一个典型的反驳案例,连体双胞胎其中一个孩子可以是完全依赖另一个孩子才能活下去的,如果人们试图将他们分开,依赖的一个孩子一定会死亡。然而,谁也不会称依赖他人而存活的一个不是人¹⁹;同样,在汤姆森的“小提琴家”的例子中,那个小提琴家如果离开与他相连的人也会死亡,我们不会说他是一个可以独立成活的人,但我们也不会说他不是一个有生存权的人²⁰。由此可见,胎儿的成活能力、胎儿的位格性和生存权之间的联系是脆弱的,胎儿对母体的依赖不是独特的因素,对位格性和生存权没有决定意义。用胎儿成活时刻作为人性标准是将独立性与独特性混淆起来,使前者成为后者的必要条件,这种逻辑是错误的。胎儿不会因为依赖于另一个人,而失去其作为一个人类的特殊地位。最后,胎儿成活能力作为标准是不可靠的,如果成活能力是位格人的条件,医疗技术使胎儿的成活能力越提越早,10年前胎儿平均成活能力是大约在24—26周之间,但踏入21世纪已经降至22—24周之间,在可见的将来,尤其在人工胎盘面世后,胎儿成活能力降至20—22周或更早也是完全有可能的。那么,是否人类得不断地修改位格人的界定呢?

为回应这些批评,英格尔哈特对上述生物学的成活能力作了社会学的解释。他认为,胎儿在子宫外的成活能力,使胎儿成为“孩子”,获得了不同的道德责任;随着母婴关系变成母子关系,“生物学的结构”就变成了“社会结构”。可以成活的“孩子”能够对母亲作出一些回应,虽然这些反应是非理性的。这些新的功能,我们都可以看作是位格性的反映,人们要对可成活的“孩

子”担负起责任，“一旦胎儿实现了他潜在的成活能力，它就开始扮演一个完全的社会角色，也能被视为一个人”。英格尔哈特认为这种对成活能力的社会学理解，使容许早期胎儿的堕胎及禁止后期胎儿的堕胎都获得合法的依据^[21]。

英格尔哈特的观点也有几点不足之处：第一，他没有明确指出，胎儿可以成活时就是人。他不断地使用了“赋予”、“解释为”、“被视为”等字眼，似乎可成活胎儿本身并不是位格人，位格的地位是旁人赋予的，而且也是取决于人们与胎儿的关系，那么，假若孕妇不将胎儿看作是位格人，而丈夫却是愿意那样做的时候，这个胎儿是不是位格人呢^[22]？位格作为被旁人赋予的身份，与我们主张的位格是有矛盾的（见本书第一卷），我们认为位格是关系的前提，而不是关系成就位格。第二，英格尔哈特也意识到，成活与不能成活之间的关系是模糊的，是无法作定量的分析的。随着科技的发展，成活极限不断地演变，这样，从“胎儿”变成“孩子”的社会角色与时间也模糊了。但英格尔哈特对这种不定性似乎毫不介意，主要是因为对他来说，有成活能力的胎儿实际上并没有获得人类的本质特性。在绝对意义上他们还未成为理性的动物。^[23]

英格尔哈特对成活能力是胎儿决定性时刻的论证，其实更适用于对出生作为决定性时刻的标准。在人的发育过程中，出生显然至为重要，但是人们往往忽视了它的道德意义。对大多数人来说，这是生命中最值得纪念的一件事；在遵守普通法的国家，出生意味着一个具有法律地位的人的诞生。虽然在生理学上看，出生那一刻并不代表着发育成熟度的飞跃，以至于胎儿跨越某些道德极限，但它的道德重要性却也不容忽视。首先，出生是成长的重要阶段，胎儿已经做好了到子宫外面生存的准备，出生代表着与母体脱离的有机体开始独立的生活；出生使婴儿成为社会群体的一员，从出生那一刻起，人们听到了他的要求，看到了他的喜

怒，他开始有自己的名字，被人爱抚和呵护。出生意味着某种社会责任和关系的建立，使个体不再局限于与他母亲的关系，进入到一个将伴随他成长的社会关系网络中，成为“一个社会性的有责任的个体”^[24]，一个在生物学和社会学意义上完全独立的个体。

瓦仁 (Mary Ann Warren) 从社会学的意义上指出了出生的重要性。她认为，一方面，出生是胎儿进入人类社会的一场“庆典”；另一方面，出生加深了母亲对婴儿关爱的天然生理反应^[25]。但她的这些抬高出生婴儿的道德地位，甚至强调杀婴的道德过失性的论述，动机完全是为了捍卫妇女的堕胎（甚至是晚期堕胎）的自主权。强调出生的重要性，也是为了避免人们滑入堕胎的中庸立场。然而瓦仁从不相信胎儿的出生会改变他的内在价值与属性，出生也不能带给胎儿更大的生存权^[26]。总之，瓦仁虽然强调了出生的重要地位，但她并不是为了婴儿的生命权利而考虑的。我们认为，出生是一个人发育过程中的重要事件，代表着位格人的现实化，但是它本身并不构成位格人的标准。

二 对位格人理性标准的修正

一些保守派面临他人的批评，认为他们以物种原则来决定胎儿的生存权是过于武断。对此，保守派试图通过肯定胎儿本身的价值来强调胎儿的道德地位，而其中一种出人意料的做法是，利用一种修正的理性作为其位格人的标准。在上文曾经讨论，这个标准同样也被大多数极端自由派运用，而这些自由派完全排斥胎儿和婴儿作为位格人的生存权。为了避免与自由派得出同一个结论，这些保守派采取了几种进路，修正地使用位格人的理性标准。第一是天性论，第二是潜能论，第三是渐进论。

1. 天性论

最完整地阐述保守派的天性论 (the natural-kind argument) 的是美国著名伦理学家阿兰·唐纳根 (Alan Donagan)。他认为, 如果对某存在者的尊重是因为他们具有某种状态, 那么, 在他们发展到那种状态的途中, 都应该受到尊重。^[27] 也就是说, 因为正常成熟的成人是理性的、是有道德地位的, 因此, 同样的道德地位也当给予那些与他同样“天性”的其他人, 而不管他是否具有理性。如此一来, 胎儿、婴儿、深度残障人、不可修复脑损伤者都应该拥有具有理性的人所拥有的道德地位。尽管一条成熟的狗也比胎儿更有理性, 但这也不妨碍胎儿拥有理性生物的独特道德地位。虽然天性论避免了用人类物种原则作为标准的危险, 但无论如何也不足以得出人就具有如此高的道德地位的结论, 它把道德地位赋予给所有人类成员, 不管他是否具有正常理性。关键问题在于: 为什么要给予那些没有理性的人类 (胎儿、婴儿、深度残障人、不可修复脑损伤者) 那么高的道德地位呢? 难道因为他们在天性上与有理性的人类相似吗? 为什么天性的相似远远比理性之间的巨大差异更重要? 这种原则是否非常随意? 另外, 有理性的人类和很多有理性的“非人类”也有相似之处, 其他物种如类人猿、海豚及鲸也具有某种程度的理性, 为什么我们不能在道德上一视同仁地对待它们呢? 在这些何题未得到完满答案之前, 天性论的说服力还是很弱的。

2. 潜性论

潜性概念在很多方面类似于天性论, 但潜性论避免了很多问题。美国著名伦理学家菲立普·德维 (Philip E Devine) 对潜性论是这样解释的: 如果可以把诸如自我意识或语言能力看作是某“生物体”的特征或特性, 而这些特征赋予了“生物体”以生存权, “任何生物体, 只要潜在地拥有这些特征或功能——那么,

他马上就具有生存权”^[28]。人和其他生命之间的最大不同就在于，人类拥有潜能可以享受丰富的生命，一般正常的成长与发育都朝向实现丰富生命的目标，即便是胎儿和婴儿也具有如此的期盼。直接地说，潜能原则就是认为：生存权不仅属于成人，还属于所有正常发育着这种潜在能力的人。

假如人们将理性看作是位格人的标准的话，与天性论的观点不同，潜性论不把道德地位扩展到所有人类物种的范围。比如不可恢复的脑创伤病人就不拥有生存权，只有具有发展为位格人潜能的人才能具有生存权。因此，潜性论使保守派有一个比较中庸的堕胎立场：允许堕下严重残障的胎儿和无脑畸形胎儿，禁止对正常、有潜能的胎儿实施堕胎。

反对潜性论的也不乏其人^[29]。桑纳从“理性功利主义”和“避孕等于谋杀”这两个角度对潜能原则提出批判。首先，他认为，从实用观点来看，这一观点可以支持潜性论，但不能支持保守派对堕胎的观点。因为这理论没有把理性本身与拥有理性或理性潜能的个体区别出来，这样，如果牺牲拥有理性潜能的某个体生命是可以为增加整体的理性的“数量”的话，与潜性论也不会有抵触的^[30]。换言之，在一些特殊情况，持潜性论立场的保守派人也不能反对把一个正常的胎儿堕胎。面对被称为“理性功利主义”的指责，潜性论者认为，为了实现更大数量的理性，而杀害一个有潜在理智的胎儿，在道德上是无法接受的；他们强调，潜性论虽然强调理性的价值，但是理性并不是关注的中心，理性的个体才是真正要保护的^[31]。也就是说，潜性论强调的是具有潜在能力的个体，而不是潜在的能力，对潜性论的理性功利主义的指控是不恰当的。第二个指控是，潜性论将会得出“避孕就是谋杀”的荒谬结论。当把潜能主义推到逻辑极端时，人类精子、卵子也成了有潜能的人，避孕就是道德错误的，是某种谋杀^[32]。因此，潜能论使保守派无法对堕胎及避孕作出的道德区

别。我们认为对潜性论的第二个批评其实也不能成立，因为这一批评混淆了我们在本书第一卷已经详细讨论过的“潜在位格”（potential person）和“有潜力的位格”（person with potential）的两种概念。我们认为胎儿已经是一个有潜力的位格，他的潜力将会现实化；精/卵子不是位格，因为他们自身永远不会发育成位格，它们只拥有受精时合一的潜能；只有当在受精时，合子才成为一个“有潜力的位格”意义的“潜在位格”；但若没有受精，精/卵子最终会死亡。胎儿及精/卵子之间具有不同“潜能”：

不像精/卵子，胎儿是一个具有目的论指向的系统，拥有各种自我平衡的机制以确保在各种情况下维持生命体的运转。不像精/卵子，胎儿还是一个有能力维持各种生物进程、比如按照精确的道路成长的生命体。“在胎儿发展过程中展示的这种内在机制以及只有人类才有的这种自我平衡、具有目的论指向的生命体，我们可以看出他们和身体细胞、精子或其他身体组织有着巨大的差别。”^[33]

许多基督教的保守派在堕胎问题上，也毫无批判地（甚至错误地）接受了潜性论的观点。他们认为该原则与圣经和犹太—基督教神学传统非常吻合，相信生命是一种恩赐，是创造主上帝的神意的体现，生物人是一个具有理性、德行和灵性的位格人；这个原则同样还与婴儿洗礼或割礼相一致，与圣经文本相符合。比如有一些经文表达了神人关系在受孕的那一刻就开始了^[34]，有些经文甚至说这种关系在受孕之前就开始了（《耶利米书》1：4—5），如果完全按照字面意思理解，那么，不仅堕胎是不容许的，避孕也可能是不应该的。按照基督教的观点，神对人的爱，要求人们要将胎儿这个潜在的位格当作现实的位格看待，“神刻意创造了人，生命萌芽的堕胎就是毁坏

了神对此人计划”^[35]，因为上帝在胎儿身上的意图，所以我们要尊重胎儿的潜力，任何试图为终止胎儿发育行为辩护的理由，都必须说明，为什么人们要阻止上帝在胎儿身上表现的持续创造的行为？在这个意义上，保守派认为，他们已经击败了所有自由派否认胎儿地位的观点。

然而，不幸的是，某些基督教学者在使用潜能原则时是成问题的。比如，在美国极负盛名的基督教伦理学家斯迈德（Lewis Smedes）赞同潜性论，但对位格人的起点问题保持一种不可知论的态度^[36]。对斯迈德来说，胎儿虽拥有潜力，但绝不是一个位格，而只是一个没有现实性的潜在位格。他认为6周大的胎儿是可以堕掉的，因为它还不是人，但这显然是与潜性论相矛盾的。如果真像他所赞同“人类到达某阶段应被尊重，那么这种尊重当给予所有向这一阶段发展的人”^[37]的那样，很难看出为什么可以把6周大的胎儿从这范围内除去。琼斯（D. Gareth Jones）是另一位误用潜能论的基督教伦理学家^[38]。他认为，胎儿的发育过程中，后期比前期更具有成为现实人的可能性。胎儿不是位格人，而只是一种潜在的位格性。这种潜在性只意味着胎儿会发育成为人，是一个能够成为位格的实体（entity），而不是有潜能的位格人。这样，潜性论就被误解成为这样的一种理论，即按照“胎儿的生物发育程度来评估胎儿的能力”^[39]。其实，潜性论实质并非如此，它认为胎儿实现潜能的过程当然是渐进的，但胎儿发育的程度问题不是潜性论焦点所在，它讨论的是胎儿是否具有某种潜能——答案要么是有、要么是无。真正的潜性论是不会得出位格是渐进这种结论的。一个初受孕的胚胎、怀孕后期胎儿和新生儿一样，都具有潜能的位格人，具有同等的生存权。因此，潜性论只要求人们把那些潜在的能力当作现实的能力对待，从而赋予胎儿以位格人的道德地位。

3. 渐进理论

斯迈德和琼斯对潜在论的理解，其实是与所谓的渐进理论混为一谈了。所谓渐进理论，就是认为胎儿的位格性与道德价值是按照其实际潜能的渐进实现成比例，“当新生受精卵发育成为新生婴儿……生存权渐渐增长，正如从受孕到出生，有一个持续渐进的生理发育过程，也有一个持续渐进的生存权增长过程”^[40]。比如桑纳选择感知功能作标准，认为胎儿在发育过程中逐渐地实现其感知功能的潜能，因此，他也只能逐渐地获得位格性和完全道德地位^[41]。这样一来，胎儿的发育过程与道德地位是有阶段的：在早期胎儿没有道德地位，因为它没有感知功能；在第三个月末期到出生，胎儿渐渐发育其感知功能，也就渐渐获得其生存的道德权利。总之，渐进理论本质上是实用主义，该理论有几个基本立场：（a）后期堕胎比早期堕胎风险要严重得多；（b）杀害婴儿是完全不可行的。胎儿生存权利其实就是与胎儿发育的程度相关的，随着胎儿独特的生理潜能不断地展开，胎儿的生命权就应该日益提高。

渐进理论迎合了人们普遍的道德意识，而且权利确实是有等级的：某些个体在满足了某种标准后，确实会要求某种特殊的权利；某些个体具有比他人更多的权利，而一旦他们不在达到那种标准后，他们就会失去该权利。应用在个体发育的过程中，那些在生理上还未完全发育的人，只有少量的权利或根本没有权利，而在怀孕后期的胎儿则具有更多的权利；出生的婴孩则比怀孕的胎儿、年长的孩子比幼小的婴孩具有更多的权利……在这个过程中，不断增长的生存权利是与身体或生理发育的成熟度相关的。

渐进原则和（扭曲了的）潜能原则极易混淆，因为两者都将胎儿看作是一种潜在的位格性（而不是有潜能的位格人）。当渐进原则宣称，胎儿的生物及心理潜能渐进成熟时就意味着它的生命日益受到尊重及保护，这时混淆就产生了。渐进论基本上是

把人类的价值放在人的某种潜在能力上（理性、感知等等），当这种潜能逐渐体现时，潜能的载体的价值与地位或逐渐提高，但载体本身的价值是不确定的。但我们认为，无论一个人选择什么样的特质作为个体道德地位的标准，都不是出于这些特质本身具有价值，而是出于个体本身，即使我们接受理性或感知作标准时，仍然是人的内在本身赋予其价值。那种认为道德地位和位格性是有等级的看法，其实忽略了人本身的价值。胎儿不仅仅是某种价值的载体，他本身就是价值，由此表现出各种发展的潜力；无论采取什么标准，它们都只是人达到某个阶段的标志或参数，而不是作为决定他们是否成为某个有机体的特质。比例原则只适用于质量或成分，而不能成为一种量的标准。要么是人，要么不是人，这是铁板钉钉的事实。

渐进理论得到很多人的支持，并将之与潜性论结合起来使用。基督教生命伦理学家温伯格在他的著作《平衡的生命》（*Life in Balance*）中十分赞赏该理论，他认为此理论符合大多数的观念，比如认为孩子或成年人比婴儿更有生存权^[42]。作为一个基督教背景的思想家，他意识到要采取这种渐进理论，必须要面对潜性论及神创论，因为后两个理论都与渐进论不相容的。为此，温伯格用这样一个砍树的例子：有一个人意图种树，但第一次那树种还未发芽时，他就把它拔掉，因为他要出门到另外一个城办一件事；第二次，种子已经长成树苗时，那人又把它连根拔起，原来他父亲病重，他需要照顾他；到第三次种树，他终于种了一棵小树出来，但有一天他把这株小树砍下来，原来他工作的公司倒闭，他失去了工作，要到另一个城中谋生了。温伯格用这个例子意图说明，一个原初植树的动机，并不说明后来在种子、树苗、小树这个渐进发育过程中结束该树的生命总是不公义的^[43]，只是人们需要越来越强的理由来废除原来的动机。也就是说，他认为，一个人可以坚持神创论的神圣创造动机，并以此

作为道德依据，同时又采取渐进论的观点来支持早期堕胎。但是他似乎没有意识到他的类比的局限：在他的比喻中，植树和伐树者是同一人；而堕胎问题中，神创论认为生命是神赋予的，但是人要终止神创造的生命，情况极不一样。

然而，温伯格在尝试结合潜性论和渐进论的时候，并没有和前面提到的那两位思想家那样把它们混淆。他承认成熟婴儿、6月大的胎儿或受精卵都拥有同样的位格潜能，但为支持他所接受的“胎儿有逐渐加强的生存权”的观念，他提出在胎儿生理发育过程中发育意味生命权利的不断增加^[44]。但是，这种理论在实际应用过程中，并不是“生命被渐渐受到尊重”；相反，这种渐进的尊重也可以渐渐减少，从而使堕胎成为合理的行为。

我们认为温伯格的论述有几处不妥：首先，他认为胎儿是潜在位格而不是有潜力的位格人（前而我们已经评论过这种观点的谬误）。其次，他认为胎儿在“非道德成分”领域进行的生理发育不是一种位格性的潜能，因此，生理成熟可以与人之潜能和位格性无关。这或许就是他对位格性之理解的根本弊病所在。他最终是以理性作为位格性的终极标准，胎儿不同的生理发育时期仅是价值的体现形式而已。这就使得胎儿或婴儿成为价值的载体，而不是价值本身。出于此考虑，温伯格将脑发育当作是唯一一种与理性相关的生物学非道德特性，是定义位格人的重要相关特征，他称之为“潜能原则的渐进变量”^[45]。

渐进理论要求胎儿的具体生理/心理的特征发展过程中有相应比例的生存权的渐增，那么，确定到底什么是具体的生理/心理特征就是一个问题。温伯格将位格性定义为“在进行智力活动（思考、运用语言）、情感活动（爱、恨等）、意志活动（选择、灵性理想等）中体现的不断发育的能力”^[46]，在具体分析中，他选择将大脑及中枢神经系统的发育视为胎儿生存权的生理依据。但由于新生儿和不到2岁的婴幼儿还不具有这些能力，那么，考

虑生命权的问题就得延伸到出生之后的一段时间。有人批评说，既然说出生前位格性有程度的不同，那么，出生后的位格性也有程度的不同，然而不会有人说，杀害 10 岁大的儿童比杀害成人更可以被接受。故此，温伯格就无法坚持一贯的定义，在婴幼儿的问题上就放弃了前面大脑中枢发育的标准，而采用所谓的“位格特征”的标准。这些“特征”是什么、如何衡量、与大脑与中枢神经系统发育有什么关联等等问题，均语焉不详。

保守派为胎儿地位作出修正时犯了一个错误：他们选择理性作为决定位格人道德地位的自然属性。基督教的保守派沿袭了这个错误，也把神的形象理性化，把神的形象理解为有理性的个体。换言之，一个个体在没有表现出理性能力之前就不拥有神的形象，不是位格人，不拥有生命权利，或不拥有完整的生命权利。然而，理性是良知、自我意识、语言、信仰等等一系列的能力，很明显，并不是所有的人类成员都拥有这些能力，胎儿及婴儿就不具有；严重伤残也不具有，染上不可逆转的疾病或创伤者不具有，他们过去曾经拥有、后来失去了；选择理性作为位格人地位的标准，许多人都会被排除在人权之外。自由派的特勒、瓦仁和辛格用理性特征及理性活动作为人性标准，排除了胎儿的生存权，让人惊异的是，许多保守派也采用了同样的标准为胎儿的生存权辩护，结果却剥夺了很多胎儿的生命权。

为了在这方面作出少许的补救工作，保守派在应用潜性论混合渐进论的过程中，也常喜欢补上一条可以称为“爱屋及乌”（overflow）原则^[47]。它认为：如果人们对位格人的尊重是真诚的话，我们也必会尊重那些曾经拥有、但已经失去位格特性的病患者，但“爱屋及乌”原理，就如潜性论和渐进论给予胎儿一点点微不足道的生命权利，也只给那些失去位格地位的人一个最低限度的尊重，“少于我们给位格人（或潜在位格人）的，多于我们给动物的”^[48]。情况是相当尴尬的。我们认为保守派希望通

过修正胎儿的地位而达到一个较温和的堕胎立场是失败的。我们认为一个温和的保守立场是不需要牺牲胎儿的位格地位或生命权利的。胎儿拥有的生命权利，就如任何位格人的生命权利，是应该被尊重的，而且在绝大多数情况下，都是应该保护的。但我们也得承认，生命的价值不是绝对的。由于我们主张的位格伦理强调关系的重要性，在面对一些孕妇在极度困苦的情况下提出堕胎的要求时，位格伦理在考虑胎儿的生命权利的同时，也会考虑其他方面的需要，特别是设身处地地考虑妇女的需要，以及孕妇对其他的孩子有的种种她已经无法承担的责任。假如这一切考虑的道德责任比胎儿的生命的价值更重的话，人们无奈地同意孕妇堕胎的要求，牺牲胎儿的生命，位格伦理不会认为这是全不可能的事。这正是我们在下一章将要深入讨论的问题。

注 释：

[1] *Values and Moral Standing, Bowling Green Studies in Applied Philosophy vol. VIII—1986*. L. W. Sumner, ed. (Bowling Green, OH: Bowling Green State University, The Applied Philosophy Program, 1986), p. 92.

[2] Baruch Brody, *Abortion and the Sanctity of Human Life; A Philosophical View* (Cambridge, MA.: MIT Press, 1975), p. 108.

[3] H. Tristram Engelhardt, Jr., "Viability, abortion, and the difference between a fetus and an infant," in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116, No. 3 (June 1, 1973): 431.

[4] Hans-Martin Sass, "The Moral Significance of Brain-Life Criteria," in *The Beginning of Human Life*, F. K. Beller and R. F. Weir, eds. (The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1994), p. 66; cf. Hans-Martin Sass, "Brain Life and Brain Death," in *Journal of Medicine and Philosophy*, 14 (1989): 45—49.

[5] L. W. Sumner, *Abortion and Moral Theory* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1981).

[6] Samuel Gorovitz, *Doctors' Dilemmas; Moral Conflict and Medical Care* (New York: Oxford University Press, 1982).

- [7] Bonnie Steinbock, *Life Before Birth: The Moral and Legal Status of Embryos and Fetuses* (New York, Oxford University Press, 1992).
- [8] L. W. Sumner, *Abortion and Moral Theory*, op. cit., p. 137.
- [9] 前引注, 第 144 页。
- [10] 前引注, 第 151 页。
- [11] 前引注, 第 153 页。
- [12] Steinbock, *Life Before Birth: The Moral and Legal Status of Embryos and Fetuses*, op. cit., p. 24.
- [13] 前引注, 第 35 页。
- [14] 前引注, 第 10 页。
- [15] 参见本书的第三章, “人的位格性的心理向度”。
- [16] 参见 Patrick Lee, *Abortion & Unborn Human Life* (Washington, DC: Catholic University Press, 1996), p. 53.
- [17] *Roe v Wade*, 410 U. S., 113 (1973), p. 163.
- [18] John T. Noonan, Jr., “An Almost Absolute Value in History,” in *The Problem of Abortion*, 2nd. ed., Joel Feinberg, ed. (Belmont, CA: Wadsworth, 1984), p. 10.
- [19] 参见 Richard Werner, “Abortion: The Ontological and Moral Status of the Unborn,” in *Social Theory and Practice*, 3 (1974): 201f.
- [20] 参见 Jonathan Glover 在 *Causing Death and Saving Lives* 中的分析 (New York: Penguin Books, 1977), pp. 124—125。
- [21] Engelhardt, Jr., “Viability, abortion, and the difference between a fetus and an infant,” op. cit., p. 432.
- [22] 参见 Germain Grisez, “When Do People Begin?” in *Proceedings of the American Catholic Philosophical Association*, 63 (1989): 28.
- [23] Engelhardt, Jr., “Viability, abortion, and the difference between a fetus and an infant,” op. cit., p. 433.
- [24] Mary Ann Warren, “The Moral Significance of Birth,” in *Hypatia*, 4, No. 3 (Fall, 1989): 56.
- [25] 前引注。
- [26] 前引注, 第 48—49 页。
- [27] 前引注, 第 171 页。
- [28] Philip E. Devine, *The Ethics of Homicide* (Ithaca: Cornell University Press, 1978), p. 94.

[29] cf. L. W. Sumner, *Abortion and Moral Theory* op. cit. ; Michael Tooley, *Abortion and Infanticide* (New York: Oxford University Press, 1983); Mary Ann Warren, "On the Moral and Legal Status of Abortion," in *The Problem of Abortion*, op. cit.

[30] Sumner, *Abortion and Moral Theory*, op. cit. , p. 102.

[31] Michael Wreen, "The Possibility of Potentiality," *Bowling Green Studies in Philosophy*, 8 (1986): 140—141.

[32] Sumner, *Abortion and Moral Theory*, op. cit. , p. 104.

[33] David Annis, "Abortion and the Potentiality Principle," ; quoted in Wreen, "The Possibility of Potentiality," op. cit. , p. 142.

[34] 《耶利米书》1: 4—5, 《以弗所书》1: 4 和《启示录》13: 18。

[35] Dietrich Bonhoeffer quoted in Lewis Smedes, *Mere Morality: What God Expects from Ordinary People* (Grand Rapids: Eerdmans, 1983), p. 133.

[36] Lewis Smedes, *Mere Morality: What God Expects from Ordinary People* (Grand Rapids: Eerdmans, 1983), p. 137

[37] 前引注, 第 133 页。

[38] D. Gareth Jones, *Brave New People: Ethical Issues at the Commencement of Life*, Grand Rapids: InterVarsity Press, 1984.

[39] 前引注, 第 163 页。

[40] Robert Wennberg, *Life In the Balance* (Grand Rapids: Eerdmans, 1985), pp. 112—113.

[41] L. W. Sumner, "A Third Way," in *The Problem of Abortion*, op. cit. , pp. 71—93.

[42] Wennberg, *Life in the Balance*, op. cit. p. 115.

[43] 前引注, 第 115 页。

[44] 前引注。

[45] Wennberg, *Life In the Balance*, op. cit. , p. 112.

[46] 前引注, 第 33 页。

[47] 前引注, 第 115 页。

[48] Devine, *The Ethics of Homicide*, op. cit. , pp. 79—80.

[49] 前引注, 第 116 页。

[50] Devine, *The Ethics of Homicide* , op. cit. , p. 101.

[51] Wennberg, *Life In the Balance*, op. cit. , p. 105.

第十六章

堕胎的实用主义要素

在追溯堕胎合法化运动的历史时，我们注意到，从20世纪50年代至60年代晚期，除了支持妇女选择堕胎的权利之外，“亲抉择派”（pro-choice）还考虑到其他因素。例如，不合法的堕胎对于妇女的健康有害、缺乏有效的避孕用具、安全和合法的堕胎的费用负担和有效性、家庭经济状况导致妇女不愿怀孕、不愿产下婴儿等因素。^[1]从70年代早期开始（尤其是在Roe V. Wade决定之后），“亲抉择派”运动被迫退缩到一种防卫的立场，从原先关注社会改革的意识形态退回到只关注妇女选择权利的意识形态^[2]。这种变化有两个原因，一是政治上强有力、富有组织、财力充分的“亲生命派”运动的出现，他们把焦点完全放在胎儿的道德地位上^[3]；二是由于医药科学、超声波、临床医学、胎儿外科学和近代生物学的迅猛发展^[4]，胎儿也是患者的概念产生了。从这以后，关于堕胎的争论就变得相当的褊狭。“亲生命派”关注的焦点只是胎儿的生命权，没有考虑母亲的自主权。而“亲抉择派”很少提到不是心甘情愿的怀孕对社会可能产生长远危害问题、堕胎是不得已的选择以及该选择的道德本质，也很少提到在实践上减少堕胎总量的必要。作为这种意识形态的变化是令人担心的，原因在于，堕胎的道德问题被还原到妇女的选择权或选择过程。“亲抉择派”没有认识到，比这种选择权利更重要的是选择的道德内容^[5]。

在西方社会，总体而言，公众对于合法堕胎是支持的，这种支持基于这样一种民众的信念：法律应让个人依靠自己的良知去选择他私人的行为，并且只要该行为不对他人构成伤害，道德舆论上也无须干涉。尽管如此，当人们讨论某一特定的堕胎案例具体的决定过程时，人们对案例的详细信息，以及那些需要考虑的特殊情境还是相当注意的。例如，当母亲的生命因为怀孕而面临危险时，一般舆论都会容易接受堕胎；当怀孕是强奸或乱伦的结果时，人们对堕胎或会有些保留，但最终还是会接受的；但当堕胎是出于经济或社会原因，或者是出于节育的手段时，人们的接受性就减少了。公众并没有明确的“亲抉择派”或“亲生命派”的立场，因为在他们心目中，同意堕胎合法化和同意某一个案堕胎是道德容许不是同一回事。赞成前者的人不感到他们必需同意每一堕胎的案件。^[6]

在北美关于堕胎的辩论中，很多接受堕胎的人对堕胎争论中极端的保守和自由的观点表示不满，认为这两种极端观点的思维方式是一种简单还原法，将复杂的情境简单化。这种简单化在公众的论坛里很可能一鸣惊人，哗众取宠，但在现实问题处理中，就不可能适用了。我们需要的观点必须是会将处境之内的各种因素考虑进去的：婴儿的道德地位、怀孕妇女的权利，以及各种道德上相关的社会因素。任何严肃的堕胎个案中，只有把这些因素集中在一起综合考虑，才能公正地对待堕胎和解决复杂歧见的堕胎问题^[7]。正因为必须包括很多“实用的考虑”，堕胎问题还是只能依据每一个案不同的具体情形来作出道德评估。任何简单的、涵盖所有个案的伦理解决程式，都是不切实际与不负责任的做法，本身就是道德不容的。下文将讨论在西方国家堕胎的争论中一些比较特殊且特别能够说明“实用的考虑”的重要性的案例。

一 因强奸导致的怀孕与堕胎

因强奸导致怀孕的堕胎案比较特殊。首先，怀孕并非是孕妇自愿参与的；其次，强奸是一种暴力行为，它所导致的感情伤害，大部分终生也无法痊愈的。下面这个从印度随父母移居至密执安州一个小镇的12岁小女孩的案例就说明了这点^[8]。1998年的春天，在她由于消化系统上的问题去看病的时候，医生发现她已有27周的身孕。这个女孩在给法庭的书面陈述中说，她的17岁的哥哥在前一个冬天强奸了她。因为密执安州禁止有24周身孕后的堕胎，所以她的家庭准备带她到堪萨斯去堕胎。然而，密执安的家庭法庭进行了干预，认为父母让一个12岁女孩与她哥哥同室是犯了虐待儿童罪，取消了他们作为女孩的法定监护人的资格，并把女孩收容在政府设施之内，继续抚养腹中的胎儿。女孩的医生在法庭上辩论说，她面临着身体和心灵上不少创伤，再加上仅有12岁，如果让怀孕持续的话，对胎儿的发育十分不利，甚至很可能因此出现基因变异造成一个天生就畸形的婴儿。结果政府撤回指控，而女孩回家后由父母于同年7月1日去堪萨斯州进行引产手术。

在这种复杂的案例中，自由主义者提出四个理由为堕胎辩护：（1）通过根除这个不公正行为的结果（胎儿），来矫正一个不公正的行为（强奸）。（2）妇女的完整性被胎儿侵犯了，所以应该把侵犯者驱逐出去。（3）因为怀孕并非妇女自愿的，因此她有堕胎的权利。（4）保护怀孕妇女的心灵健康。下面将逐一考虑这些论据。

第一个论据是，试图通过中止胎儿的生命作为修补一种不公正罪行的手段。无疑，一个被强奸乃至怀孕的妇女，是不公正的暴力犯罪的牺牲品，这种现实经常唤起报复和厌恶的情感。“这种情感恨不得把强奸犯置于死地，同时，受害者的恐惧心理会轻

而易举地蔓延到对后果的厌恶上，因此胎儿的生命也就成了牺牲品。^[9]” 尽管这种报仇和讨厌的情感是可以理解的，我们还是要把招致怀孕的行为与行为的后果——胎儿严格区分。胎儿当然是暴力的不义罪行的结果，但它就如其怀孕的母亲一样无辜。胎儿的存在本身并不是暴力、不公正或犯罪。一种不公正的强奸行为，不可能单纯地通过采取另外一种不公正的堕胎而抹去。被强暴的受害者所遭受的不公正待遇，并不能成为可以侵犯无辜的第三方的理由，即使这第三方是第一方施暴的后果。这对胎儿实在是太不公正了。

至于第二种以自卫的理由替堕胎辩护论，也不是很合理。鉴于上文我们已经讨论过，胎儿是由暴力侵犯行为而来的，但胎儿本身却不是侵犯者，他只是在母胎中以自然状态发育着。只有在胎儿对母亲的生命构成真正的威胁时，胎儿才可以被视为侵犯者而堕胎。否则，任何堕胎的理由都是对一个无辜者不道德和不公义的侵犯。另外，很多人也认为堕胎本身也是对妇女的身体的一种侵犯。我们不禁问：对一个被强奸妇女的身体作第二次侵犯，如何能够治愈第一次暴力侵犯带来的创伤？

至于第三个理由是说，孕妇并不是自觉自愿地与另一方发生性关系，因此她对胎儿是应该没有责任的。这正是前文朱迪思·汤姆森的“与小提琴家连体”的案例类比的论证^[10]。但是，汤姆森的“与小提琴家连体”的案例只说明孕妇没有抚养孩子的责任，但却无法用这个类比来支持杀死胎儿的，就如与小提琴家成为连体的受害者仅能抛弃却不能杀害小提琴家。同样，只要有人愿意承担责任抚养将来出生的孩子，被强奸的孕妇就再没有合法的理由把胎儿堕掉了。另外，即使这种强奸/乱伦带来的不是孕妇自愿怀孕，然而胎儿成活在她体内，和她具有一种独特的遗传学的和生物学的关联，这会构成孕妇对胎儿一种特殊的道德责任。与汤姆森的“小提琴家连体”的案例相比，强暴案中的受

害者与胎儿不是毫不相识的陌生人，而是有着遗传学和生物学上的紧密关系，而胎儿的生存是完全取决于她愿意作为它的母亲。强调母婴之间的生物学关系的道德意义，不仅强化她们之间的紧密关系，也是为了让孕妇面对挑战，挑起养育一个无助的生命的责任，借此重整自己破碎的身心 and 尊严（在这方面，我们将在下而作更多的阐述）。

在自由主义者提出的四个堕胎理由中，第四种理由是最有力的。带着因强奸受孕胎儿的孕妇，就像身上携带一个被强奸的记号，情感上的压力和心理的创伤是沉重的，局外人不应该以为三言两语就能够把它们轻易消解。事实上，这样一种创伤是如此之深和广泛，不仅影响到受害者的一生，而且影响到她与他人的关系，甚至与其丈夫（如果结婚了的话）以及其他家庭成员的关系。另外，孕妇女与将来出生的孩子的关系也会成为强暴受害者心理创伤的另一个来源。一般而言，在孩子身上，一个母亲感到的是生命的整合、在有限生命中的价值、与众不同的母亲感。然而，一个因强奸而受孕的妇女，如果她把孩子生下来的话，在孩子身上她作为母亲所能认同的，恐怕就是“这个强暴的活生生的标志”。这是一种男人永远无法领会的、惨绝人寰的折磨。仅是基于这个理由，一个强暴受孕妇女的堕胎要求，是不容他人、尤其是男人轻易拒绝的。

然而，研究指出，有些强暴受孕的妇女反映了不一样的经历。根据美国社会学家利登（David Reardon）的调查报告指出，在 225 例因强奸/乱伦而怀孕的受害者中，大多数妇女希望生下她们的孩子。利登指出，数据表明堕胎的最初压力来自于朋友、家庭和社会，对“丢脸的女人”及其“在罪中孕育”的孩子的偏见、歧视甚至是迷信的观点^[11]。报告还指出，在经历强奸或乱伦之后，那些怀孕生子的妇女更能建立起自我形象，更能重新找回掌握自己命运的感觉。

而且，利登还注意到，一般而言，孕妇因为堕胎必然会引起有关的情感问题，这些情感问题的严重程度是与堕胎的理由的严重性成正比。由于被强奸妇女有的正是最严正的堕胎理由，堕胎后她们可能要面对严重的情感问题^[12]。因此，利登的结论认为，从怀孕妇女的情感方面来说，因为强奸而堕胎对孕妇反而是不利的。情感创伤来自被奸行为，情感恢复只能从长计议，而不是通过堕胎来解决。我们主张的位格伦理更认为社会或社区群体，尤其有宗教背景的群体如基督教教会，除了对被害人提供爱心的关怀与辅助，以及适当的专业心理咨询与支援之外，更应该对孕妇作出一些实质性的承诺，例如若孕妇决定继续妊娠，反对堕胎的群体（教会）对将来生下来的孩子，不论在抚养或安排被其他家庭领养方面，都应该有相应的承担；否则，反对被奸孕妇堕胎将沦为廉价的空谈，反对堕胎者所做的不外乎是大唱道德高调，所有的责任却是被害的孕妇单独承担，这是不符合位格伦理原则的。最后，假如孕妇最终仍然是选择堕胎，我们认为，由于孕妇主观上需要承担的心理压力实在是超过旁人可以理解，以及从客观面言，强暴妇女而成孕也实在是世界上一种最邪恶势力的表现，在这种情况下，我们不得不承认，强奸怀孕构成了充分而强有力的实用主义因素，尽管位格伦理认为堕胎仍然是错的（因为它结束了一个无辜者的生命），我们也理解孕妇是在两种邪恶的选择中取她认为是较轻的决定，我们应该谅解、同情和支持她的决定，并与她一起为世界上的邪恶与罪行忏悔。

二 堕胎的心理综合症

人们对遭强暴的妇女怀孕与堕胎带给她们的心理创伤了解有颇深刻的描述，但是对一般怀孕妇女是否因堕胎而造成心理创伤这个问题，一直没有明确的答案。20世纪70年代之前中期进行的心理研究表明，一般而言，堕胎是个没有严重后遗症的外科手

术，只要由一个熟练的医生以安全而专业的方式施行就可以了。¹³然而，在80年代早期，在所谓的“创伤后压力紊乱”（Post Traumatic Stress Disorder）被应用到分析在美国士兵在越南作战经历的心理创伤后，“堕胎后综合症”的名称就见于种种堕胎之心理影响的研究报告中，尽管究竟是否真的存在着这样一种综合症，人们还是半信半疑。那些认为确有PAS的人，他们把它理解为PTSD的类同现象，并定义为一种“由堕胎本身以及那些堕胎无法承受的压力带来的紊乱”¹⁴。然而，反对的人持怀疑的立场，认为该定义不符合美国精神病学会对创伤定义定下的标准¹⁵。

前美国卫生局局长库普（Everett Koop）曾经组织过一个大规模的文献调查，并访问了27个专家小组和普通百姓，他作出的结论可能对本问题的实质有所启发：“所有资料不足以支持堕胎产生或不会产生堕胎后综合症这类命题，而堕胎带来的情感问题从公众健康的角度来看是微不足道的。”¹⁶他进一步论述道，“任何目前所掌握的资料都不足以支持‘亲抉择派’或‘亲生命派’所预设的想法。”¹⁷库普本人是“亲生命派”的立场，他的结论因此是饶有兴味的。

在查阅大量的关于堕胎心理后遗症的研究文献之后，美国精神病学家布鲁门沙（Susan Blumenthal）发现大部分的调查研究都犯有方法论上的问题，对数据缺乏标准化的收集方法，其中一些资料是通过电话调查，而别的则是直接会谈；另外，患者的不同性格，或者她们采用的不同的堕胎方式都会对堕胎的后果产生影响，对这种参照数据组的处理方式不标准化；在不同的调查数据中，堕胎与评估的时间间隔长短不一、记录神经失调症症状严重程度和持续时间的方式也各不相同。某些研究离开规定差得很远的人数，尤其是缺乏那些不愿参与这一研究患者的资料。这些方法论的缺陷以及调查者的偏见，是堕胎的心理影响的文献常常

出现矛盾的主要原因。^[18]然而，尽管在方法上有缺点，布鲁门沙汉为这些研究似乎还是表明如下的一种结论：堕胎对大多数妇女来说是一种精神解脱，而妇女的心理压力大多是在堕胎前产生的，堕胎或许会经历过短期的悲伤、罪责、沮丧等情绪体验，但长期的心理后遗症相对较少发生，大概只有5%—10%的妇女会有较严重的堕胎综合症。

奥德（Nancy Adler）和她的小组的研究也支持了布鲁门沙的结论，他们按严格方法进行调查的结果表明，合法的堕胎在最初三个月对大多数妇女来说不会造成严重的心理危险^[19]。负面的情绪通常不如积极的情绪强烈。他们认为没有证据表明，堕胎后妇女会有任何长期的心理问题。美国学者罗森费德（J. A. Rosenfeld）的调查也证实了上述说法，孕期在三个月以内的堕胎一般只会有正面的情绪影响，只有低于10%的妇女会发生长期的心理或情绪上的反应。一般而言，妇女的情绪状态在堕胎前后是一样^[20]。总而言之，这些研究充分地表明临床意义上的堕胎心理后遗症并不普遍，一般是由于其他生活压力带给人的精神压力。当然，这些研究并不否认堕胎对妇女而言是一种沉重的道德选择，而只是对那种堕胎会带来堕胎术后综合症的说法提出了反对意见，并表明夸大堕胎的心理危险是不负责的，因为这些心理危险其实是微不足道的。

然而，也有大量的研究报告反驳上述的结论。加拿大心理学家德菲薄（L. L. Deveber）和她的同事对许多案例进行了调查和总结^[21]，得出结论说，被公众和医学界广泛接受的结论，认为堕胎对妇女没有不利的后果，极有可能是错的。这些作者报告说，在比较了27234例堕胎的妇女与71378例正常生育的妇女后，他们发现前者经历心理危机的比例显然比后者高（18.4/10000对12/10000）^[22]。在加拿大萨斯喀彻温省（Saskatchewan）的调查同样发现堕胎后的妇女比正常生育后的妇女有精神问题的

比例要高出 40.8%，而且前者比后者出现意外或暴力倾向高出 25%。这一发现同样在阿尔伯达省（Alberta）为期 5 年的调查中得到确证。这项研究表明，在堕胎的妇女中，有 25% 的人要看精神医生，而在一般民众中只有 3% 的比例。这些研究虽然没有提供经历过精神苦恼的妇女的确定数字，部分是因为一般妇女不愿意在访问中谈她们的堕胎，部分是因为消极的反应可能在实际堕胎经历后数年才浮现出来。总之，有堕胎经历的妇女比一般生育孩子的妇女更容易有负面反应。

美国心理学家布朗（Douglas Brown）和他的同僚的研究也证实，在 45 个回答调查的堕胎妇女中，有 64% 经历了长时期的悲伤，15.5% 有过想自杀的念头，13.3% 产生对婴儿的病态性恐惧，13.3% 多次发生噩梦的经验，15.5% 出现了夫妇间不协调的情况，8.9% 产生害怕男人的现象，6.7% 对性生活冷淡^[23]，有超过三分之一的妇女认为这些症状是与堕胎直接关联的。这些研究者们也承认该调查还有一定的随机性，但也确实表明这里面有非常重要的关于堕胎与健康的信息。在美国每年就有超过二百万的堕胎事件，即使很少百分比的妇女会产生负面的堕胎综合症，那也是一个值得关注的社会问题，意味着这些妇女需要事先或事后的心理咨询。

英国的一个私立调查委员会的调查结果和北美的研究结果基本一致。该机构研究英国堕胎法的运作和后果，尤其注意研究堕胎后对妇女的生理和心理的影响。这一项调查的结果显示短期的和长期的心理影响都存在^[24]。由精神病医生确证有心理病症状的人数估计占总数的 10%。该委员还指出这项估计是保守的，与随后的研究有很大的出入^[25]。可以这样说，尽管心理影响的发生率很难确定，但是这种影响的发生是不容否定的，而且影响的程度也相当严重，绝不是微不足道的事情。调查委员会还进行了妇女堕胎后的访问。虽然访问的人数不多，但她们的的情绪都表

露出非常大的矛盾，大部分人都希望从来没有发生过堕胎，还有一些觉得是堕胎杀死了自己的孩子。同对，对大多数人来说如果在堕胎前受到适当的咨询，也许她们的决定会有所不同^[26]。

一些研究表明，某些有特殊经历的妇女容易得堕胎后的心理综合症^[27]。比如，那些没有告诉父母堕胎的青少年特别容易发生情绪问题；年纪稍长的妇女，她们堕胎的决定没有受到亲人的支持，例如遭到父母反对，也会在堕胎后感受情绪低落。其他容易产生负面反应的情况还包括下列的几种：伴侣反对堕胎的妇女；孕期3个月以后不是因为遗传的缺陷而进行的堕胎的；那些有很强宗教信仰的妇女；先前有心理问题历史的妇女；那些有多次堕胎经验的妇女。

上述讨论的堕胎妇女是属于不愿怀孕而堕胎的，但并不是所有的堕胎案例都是因为妇女不希望怀孕。例如在严重缺陷胎儿的事例中，父母渴望生一个孩子，无奈因为胎儿有严重遗传缺陷而堕胎，这种情况对父母造成的创伤比其他情形下更大。有报告表明这些妇女常常在堕胎后12个月因为情绪问题而需要接受治疗和住院^[28]；另一份报告表明，因遗传缺陷而堕胎的妇女中，200例中只有2例没有因堕胎而产生负面的反应。^[29]毋庸置疑，因怀孕有缺陷胎儿而经历堕胎的妇女，堕胎后遗症出现的几率很高。有研究指出，这些妇女只有在产生一个正常婴儿后，她们精神上的创伤与痛苦才会消除。

经历堕胎的妇女的矛盾，可以说明堕胎的心理的复杂性。例如，著名的女性主义作家、堕胎权利支持者 Naomi Wolf 这么写道：“当我还是一个单身母亲并有一个两岁大的孩子时，我有过一次堕胎的经验。但是，当你杀死一个亲人时，你知道在希腊神话中的复仇女神是怎样追索你的吗？在堕胎后的数个月期间，我的生活就好像那婴儿的复仇女神不断在追索我。”^[30]林达（Linda Bird Francke）在一封发表在《纽约时代周刊》杂志的信中有这

样的评述：“堕胎并不是如管制它的法律一样黑白分明的，它是一个灰色地带，它在某些妇女心中会产生驱之不去‘小小的幽魂’，在另外的妇女身上却会产生如释重负的感觉。”^[31] 堕胎的复杂心理后遗症确实是令人难以捉摸的，它们与壁垒分明的“亲抉择派”和“亲生命派”阵营形成强烈的对照。明白到堕胎在这方面的模糊地带，对正在考虑或已经历堕胎的妇女都会有很大的好处。

三 堕胎的其他因素

1. 怀孕妇女的社会、经济环境

孕妇堕胎的复杂心理后遗症强烈地提醒我们，堕胎不仅仅与妇女选择权利和胎儿的道德身份有关，也与社会环境和周围旁人相关。“亲抉择派一般会提出两个成问题的假设：第一，一旦这个妇女被给予了自由，那么她就必然会作出自由选择；第二，自主选择是自主的权利”。然而，这样两个假设是与现实提供的证据相矛盾的。

例如，堕胎的决定通常受到经济现状的决定性影响。许多妇女选择了堕胎，是因为她们付不起抚养儿童的费用；对在边缘群体中的怀孕少女，这种经济压力尤其严峻。在美国，没有经济权的黑人妇女在堕胎人口中占极大的比例。这种现象不是偶然的。有人说，美国持续下滑的经济和不断增长的堕胎之间有一定联系^[32]，美国有世界上最自由的堕胎法例，同时也有最糟糕的妇女、儿童、母亲保障制度。

然而，影响作出堕胎之决定的因素不只限于经济压力。对那些中产阶层的职业妇女而言，激烈的社会竞争、就业市场的不稳定性、维持职业和母亲角色产生的巨大的身体和情感的压力，都使得养育孩子成为非常困难的工作。结果，堕胎就不断成为大多数解决问题的出路。另外，堕胎的压力可能来自于其配偶，在职

业升迁的机会与生儿育女之间必须作出选择。也有些孕妇的丈夫，因为不愿放弃没有孩子的逍遥生活方式而要求妻子堕胎。因此，根本上来讲，妇女堕胎有着种种社会经济因素的考虑，即使妇女有作出堕胎决定的自由，她的抉择并不必然是自由的。

诸多所谓的自由选择事实上是在社会环境的压力下作出的，细加分析，堕胎其实是在自由生育的幌子下进行的廉价选择。因为堕胎已经成为一个更现实的道德问题，因此妇女的选择范围应该扩大、各种妇女的社会服务也有待提高，社会应该让怀孕妇女和“多余的”孩子得到更多的保护和权益。只有通过更多选择的可能（例如收养、社会资助），堕胎才能被视为一种真正的选择。也只有到那时，孕妇们才开始真正的自由选择。

2. 咨询与医生的作用

如果想堕胎的怀孕妇女能真正作出自由和道德堕胎的决定，当她接受咨询和帮助时，必须要得到各种关于堕胎、医疗、心理、社会和适当的性爱等方面的正确信息，解决她所关心和需要的各方面问题。因为堕胎是医疗过程，怀孕妇女所遇见的第一个人就是医生；但人们很少考虑到医生这个多重而关键的角色^[33]。在下面的讨论中，我们设定医生在堕胎问题上持中立的立场（其实这不是轻易可以办到的），并分析其权利和责任。

高等法院对 *Roe v. Wade* 的判例通常被认为是保护妇女的堕胎权利，但是，少有人注意到，其中也认可了医生可以以其职业训练为孕妇提供堕胎治疗的合法权利^[34]。医生行使堕胎权利的伦理基础在于他们有实施其职业的自主原则，他的责任就是医治病人的病患、保护病人的隐私和自尊。这些责任表明，医生的权利显然不是无限的。其最大的限制就是病人的自主权利以及在某些处境中政府的权益（诸如在对待可以成活的胎儿的问题中，政府对于保护胎儿的权益可以限制医生履行堕胎的权利）。在堕胎

讨论中，人们也逐渐地认识到，医生的责任也像孕妇一样，是不能从医患关系中分离出来的。这种关系中包含了各种义务、责任、意愿和目标。其中，孕妇能安全地堕胎是医生首要的责任。

医生的责任特别明显和重要的情境是：怀孕是由避孕失败或没有使用避孕手段所导致的。每年人工堕胎数量在增加（在美国已超过两百万），以及其中40%的妇女至少都在此之前已经有过一次的堕胎经验——这就说明这种趋势正在不断扩张：堕胎是抵抗意外怀孕的第一防线^[35]。有些人认为医生不能把避孕失败的责任都推给孕妇。医生和孕妇双方对避孕失败所导致的怀孕都有责任。这些人并因此而认为，医生有义务替因避孕失败而怀孕的妇女堕胎。我们对后者的看法有保留。

除了提供严格符合医疗标准的有效避孕和安全的堕胎手术之外，一个医生的最重要的责任或许是为要求堕胎的孕妇提供严肃的和负责任的咨询，这对工作繁忙的医生实在是极大的挑战。在这种情况下，医生要努力探寻孕妇的自身需要，了解她为什么会把人工堕胎作为最好的选择：她自己对人工堕胎到底意味着什么的想法；人工堕胎之后对她的生活将会有什么样的影响；是否存在着她自己都不清楚的与其人工堕胎选择相冲突的可能性；她将要面对心理的和生理的后果等。医生应该鼓励孕妇先等几天，然后再作最终的人工堕胎的决定。这似乎是医生所应该做的最低要求。给出一个好的建议是不容易的，但是，使孕妇能够在作出自由的选择之前，通盘考虑各种选择，作出最后的知情同意，是对孕妇自主性的最大尊重。

假如说把咨询作为人工堕胎程序中的一个重要组成部分的话，承认医生与寻求人工堕胎的妇女之间的互动关系是非常关键的。成功的关系包含诸如信任、诚实、同情和可靠性等必需因素。更进一步，医患关系中还必须满足特殊责任：医生与患者双方自主权的尊重，让患者对病情和有关疗程有全部的知情权。医

患之间的开诚布公和建设性的对话是所有好的医疗（包括堕胎）的伦理先决条件。在这种由医患关系所构成的复杂模式中，医生也不会默默地同意孕妇轻率的“堕胎要求”，因为这将会使医患关系变成单向关系，把医生简化为单纯的技术提供者。换句话说，除了孕妇的要求和意愿外，医生有责任使她们堕胎的决定伦理合法化。在医患关系之间实现真正的开放对话（包括堕胎前的咨询和堕胎后的帮助，以及向患者提供各种可能的选择），那么，价值和意见的交流才有可能实现。鉴于这种交流的重要性，堕胎诊所的医生必须具有这种特殊的伦理责任心。

有时候，医生与孕妇之间开放性的医患关系也会受到国家法律的影响。例如，1986年，美国最高法院驳回 Akron 城的一项法案，该项法案要求：在为孕妇咨询能否作人工堕胎的时候，医生需要当面告知孕妇一些特别的款项，包括：“胎儿从受孕起就是一个人类的生命”、胎儿的解剖和生理上的特点以及堕胎后可能带来的一系列严重的生理和心理后果^[36]。最高法院推断说：在这项法令中所提供的信息并非那种孕妇所希望获得的专业指导。具有讽刺意味的是，法院认为：这个法律条文通过一种强迫性的告知来建立医生和病人之间的交流，既干涉了医生自由交流的权利，也破坏了知情同意的根本要求^[37]。其实高等法院驳回这项法令是犯了它原本希望纠正的错误，Akron 城的法令只是一项尝试，它规定了医生在为孕妇咨询所必须提供的重要内容，以便孕妇能在知情条件下作出明白的决定，而最高法院规定了医生不能说什么。规定说或不能说什么，同样否定了医生与患者之间的自由对话，当然也最终损害了妇女的自主权利。

3. 孕妇与其家庭

除医患关系之外，孕妇的家庭关系也是在选择是否堕胎决定时的关键因素。而由于环境不同，各家庭对堕胎也有不同的伦理

态度。希波克拉底传统认为，医疗服务应该重视病人的利益，但也不能忽略其家庭相关人员的利益。人们不可能脱离病人周围的人来作医疗决定，家庭成员的利益在很大程度上影响着医疗情境。在其他的生活领域中（就业、居住资源的分配），家庭其他成员的决定会影响整个家庭。医疗界也同样如此。事关生死决定的通常是应该由病人自己来决定的，但事实上家庭成员常常会参与进来，我们也看不出有什么特殊的理由要把家庭的利益排除在医疗考虑之外。^[38]病人自主性的概念要与责任感、对家庭和对他人（配偶和孩子等）自主性的尊重联系在一起，否则是没有意义的。如果将家庭成员排除在作决定的过程之外，那么就剥夺了他们的自主性；家庭应该有共同作治疗决定的机会。特别是在家庭成员的生命会被治疗决定所影响的时候，应该让家庭成员都能发表自己的意见。老年痴呆症病人的配偶、患有癌症或艾滋病的病人家属最能够体会到这个事实。在这些例子中，医疗的决定直接地影响到病人家属的生活。同样，绝大多数的人工堕胎案例也是如此，终止妊娠决定的堕胎术将不仅波及母亲，也波及所有对未来胎儿利益关心的人；家庭成员，特别是父亲一方，实在应有参与决定的权利。

然而，医生与孕妇的家庭却经常被处于对立的地位，因为病人的隐私权和保密权越来越受到关注，医生有责任为患者的隐私保密，即使对国家、患者的配偶和其他家庭成员也不例外^[39]。在终止妊娠的决定过程中，人们一般忽略了父亲的作用和地位。如果父母双方都同意终止妊娠，那么父亲的地位和责任就无须赘言了。但是如果双方有异议的话，父亲的地位该怎样评估呢？目前，人们都将人工堕胎的决定视为母亲的特权，因为男人的生育自主权是有限的。例如，男人生育自主权是受女性的限制的，他不能自己生育，也不能强迫一个女人与他生育，因此，他的繁殖自主性就被限制在母亲合作之内。在强奸的案例中，女性没有合

作意向，那么男性一方的生育自主权不成立；而在纯粹为了性欢乐的性交而怀孕的案例中也是如此。两种情形中，男性均没有生育自主权，因此，也无权要求妇女为其生子^[40]。

如果在--对已婚男女都同意要生育一个孩子的情况下，父亲就拥有生育的自主权，因为孩子是正常和健康的婚姻的一部分。一旦男人能够确定他的伴侣同意生养孩子，那么，他的生育自主权就建立，他就可以要求拥有对胎儿的“道德和合法权益”。因此，妇女单独作出终止妊娠的决定会伤害到父亲一方，以致该堕胎的选择成为一个不道德的决定。甚至有人认为，在某些特殊的个案中，男性的生育自主权和他的合法权益被侵犯了。但是自 *Roe v. Wade* 判例以来的 30 年里，美国的法院尚未解决在堕胎情况下男人的权益问题。然而，在限制妇女对有存活能力的胎儿堕胎的法律中，有两个重要的提示：国家有保护家庭的权益，男人有对未来子嗣的权益。*Roe v. Wade* 判例表明，国家保护家庭的权益，只有在胎儿有独立存活能力之后才可以实施。这个法律判例也体现在另一个判例中（*Planned Parenthood of Central Missouri vs. Danforth*）：怀孕的前 12 周里，国家并不要求父母双方均同意才能做堕胎术，因为那是妇女单方面可以决定的。^[41]但是，人们会问：妇女是否至少应该告知她们的配偶关于堕胎的决定呢？法院在 *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania vs. Casey* 案例中的判决认为，这样的通知对作堕胎决定的妇女是一种不必要的负担，不应该是国家应有的权力。美国其他一些低级法院发布了需要告知男伴有关堕胎决定的法例，但都遭到高级法院的否决。

另外，关于男人对未来的子嗣的权益，从道德的角度来说，一旦生育自主权建立起来之后，父亲在胎儿身上就有了道德上的合法权益，如果女方单方面地选择堕胎，就会剥夺这种权益。男人能否坚持这个权益，如何坚持这种权益，在北美这方面的法律和判例并不多见。人们认为，男女双方都对后代有某种权益，但

它仅仅是一种权益，而不是一种权力；一个男人的权益永远不能超过女人作决定的权力。总而言之，男人对其后代的权益和国家对家庭的权益是重要的，但仍然不能对妇女作堕胎决定的权力有所限制，个人的自主性一直会超越于社群的权益之上，甚至是最亲密的社群——家庭——也不例外。

我们认为，上述的发展趋势，很大部分是与西方的主流意识有关的。后者过分地强调个人自主的重要性，把孕妇的社会性关系因素几乎完全排除在堕胎的道德框架之外。这种的进路与我们提倡的位格伦理是不相容的。位格伦理强调的是关系对位格人的本体意义。因为孕妇在考虑堕胎的时候，她对她周围的人的关系对她的位格身份是关键性的。而这些关系应该包括与她的胎儿、自己、男伴、其他的孩子、医生以及其他亲密的家庭成员。位格伦理并不是必然地反对堕胎的，就如我们在上文讨论过，一个受强暴而怀孕的妇女要求堕胎，在孕妇有充足的时间考虑与咨询之后，假如孕妇仍然坚持堕胎，位格伦理对这种要求是会支持的。在这种特殊的情况中，孕妇与自己的关系至为重要，若孕妇无法接受一种继续怀孕的“自己”，那么，对孕妇作为一个位格人将会而对极为严重的伤害与摧残。这也是位格伦理不能接受的。对于其他一般的堕胎要求，位格伦理提供的伦理框架是积极的。它特别强调了孕妇在有堕胎的生命危机中，周围的人与她的关系的重要性。不管旁人支持抑或是反对，孕妇在而对堕胎的抉择的时候，她需要的不是独自的斗争，而是男伴、医生、家人的拥护与支持。

注 释：

[1] Daniel Callahan, "An Ethical Challenge to Prochoice Advocates: Abortion and the Pluralistic Proposition", in *Commonweal*, 117, No. 20 (Nov. 1990): 682.

[2] Daniel Callahan, "The Abortion Debate: Can This Chronic Illness be Cured?" in

Clinical Obstetrics and Gynecology, 35, No. 4 (1992): 785—786.

[3] for example, see G. R. Dunstan and M. J. Sellar, *The Status of Human Embryos; Perspectives from Moral Tradition* (London: Oxford University Press and King Edward's Hospital Fund for London, 1988).

[4] For detail, see the previous section on "The Fetus as Patient".

[5] Callahan, "The Abortion Debate; Can This Chronic Illness be Cured?" *op. cit.*, p. 786.

[6] *Ibid.*

[7] *Ibid.*

[8] Suzanne Siegel and Bill Roy, "Youth, Incest-and Abortion", in *Newsweek* (Aug. 10, 1998), p. 52.

[9] John Noonan, "How to Argue About Abortion", in *Morality in Practice*, 2nd ed. James Sterba, ed. (Belmont, CA: Wadsworth, 1994), p. 151.

[10] See for example, Susan Telft Nicholson, *Abortion and the Roman Catholic Church* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1978), pp. 54—55; Judith Thomson's "violinist" analogy implies the same.

[11] David C. Reardon, *Aborted Women; Silent No More* (Westchester: Crossway, 1987), p. 205.

[12] *Ibid.*, Ch. 4—6.

[13] See A. J. Margolis, L. A. Davison, K. H. Hanson, S. A. Loos and C. M. Mikkelsen, "Therapeutic Abortion Follow-up Study", in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 110, No. 2 (1971): 243—249; and Ian Kent, R. C. Greenwood, Janice Loeken and W. Nicholls, "Emotional Sequelae of Elective Abortion", in *British Columbia Medical Journal*, 20, No. 4 (1978): 118—119.

[14] Terry L. Selby, and Marc Bockmon, *The Mourning After; Help for the Post-Abortion Women* (Grand Rapids: Baker Book House, 1990), p. 15. The term "aborted women" is a standard term in the psychological literature that is used in place of the more awkward "women who have had an abortion".

[15] Rachel Benson Gold, *Abortion and Women's Health; A Turning Point for America?* New York: Alan Guttmacher Institute, 1990.

[16] Hearing before the Human Resources and Inter-governmental Relations Subcommittee of the Committee on Governmental Operations, House of Representative, 101st Congress, 1st session; quoted by Allan Rosenfeld and Sara Iden, "Abortion; Medical Perspec-

tive", in *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition, vol. 1, Warren Thomas Reich, editor-in-chief (New York: Simon & Schuster MacMillan, 1995), p. 4.

[17] C. Everett Koop, "The US Surgeon General on the Health Effects of Abortion", in *Population and Development Review*, 15, No. 1 (1989): 174. (This finding came as a severe shock to members of the pro-life movement who were hoping to gain yet one more weapon in their arsenal against abortion rights.)

[18] Susan J. Blumenthal, "Psychiatric Consequences of Abortions: Overview of Research Findings", in *Psychiatric Aspects of Abortion*, N. Stotland, ed. (Washington DC: American Psychiatric Press, 1991), p. 19.

[19] Nancy Adler, Henry P. David, Brenda N. Major, Susan H. Roth, Nancy F. Russo, and Gail E. Wyatt, "Psychological Response After Abortion", in *Science*, 248 (Apr. 1990): 41—44.

[20] J. A. Rosenfeld, "Emotional Response to Therapeutic Abortion", in *American Family Physician*, 45, No. 1 (1992): 137—140.

[21] L. L. DeVeber, Janet Ajzenstat, Dorothy Chisholm, et al., "Postabortion Grief: Psychological Sequelae of Induced Abortion", in *Humane Medicine*, 7, No. 3 (Aug. 1991): 203—209.

[22] *Ibid.*, p. 203.

[23] Douglas Brown, Thomas E. Eklins, and David B. Larson, "Prolonged Grieving after Abortion: A Descriptive Study", in *The Journal of Clinical Ethics*, 4, No. 2 (1993): 120.

[24] Stephanie J. Smith, "Post-Abortion Syndrome-Fact or Fiction?" in *Bioethics and The Future of Medicine: A Christian Appraisal*, John F. Kilner, Nigel M. De S. Cameron, and David L. Schiedermayer, eds. (Grand Rapids: Eerdmans, 1995), pp. 171—175.

[25] 无论是医生还是堕胎的妇女都对堕胎后的访问没有热情，堕胎妇女的许多心理症状在刚开始还没有显露出来，有时甚至是在几年后下一个孩子出生后才触发的。许多关于堕胎后的心理影响的发生以及发生率的争论都与这一因素有关。

[26] Smith, "Post-Abortion Syndrome-Fact or Fiction," in *Bioethics and the Future of Medicine: A Christian Appraisal*, *op. cit.*, pp. 175—176.

[27] DeVeber, et al., "Postabortion Grief: Psychological Sequelae of Induced Abortion", *op. cit.*; Adler, et al., "Psychological Response after Abortion", *op. cit.*; Rosenfeld, "Emotional Responses to Therapeutic Abortion", *op. cit.*, p. 138.

[28] Rosenfeld, "Emotional Response to Therapeutic Abortion", *op. cit.*, p. 138.

[29] B. Blumberg, "The Psychological Sequelae of Abortion Performed for a Genetic Indication", in *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*, 122, No. 7 (1975): 805.

[30] Naomi Wolf, "Our Bodies, Our Souls", in *The New Republic* (Oct. 16 1995), p. 26.

[31] *Ibid.*, p. 198.

[32] M. A. Glendon, *Abortion and Divorce in American Law: American Failures, European Challenges* (Cambridge: Harvard University Press, 1987).

[33] For a brief general discussion on physician attitudes, see John M. Westfall, Ken J. Kallail, Anne D. Walling, "Abortion Attitudes and Practices of Family and General Practice Physicians", in *Journal of Family Practice*, 33, No. 1 (1991): 47—51.

[34] W. G. Bartholome, "Ethics and the Termination of Pregnancy: The Physician's Perspective", in *Ethical Issues at the Outset of Life*; W. B. Weil and Benjamin, M. eds., (Boston: Blackwell Scientific Publications, 1987), p. 116.

[35] Daniel Callahan, "The Abortion Debate: Can This Chronic Illness be Cured?" *op. cit.*, p. 684.

[36] G. J. Annas, "The Right of Privacy Protects the Doctor-Patient Relationship", in *Journal of the American Medical Association*, 163, No. 6 (1990): 860.

[37] J. Sugarman, "How the Doctor Got Gagged: The disintegrating right of privacy in the physician patient relationship", in *Journal of the American Medical Association*, 266, No. 23 (1991): 3324.

[38] John Hardwig, "What about the Family?" in *Hastings Center Report* (Mar. - Apr. 1990): 5—10.

[39] M. Sim, "Abortion: It is time for doctors to get off the fence", in *Canadian Medical Association Journal*, 138 (1988): 742—743.

[40] G. W. Harris, "Fathers and Fetuses", in *Ethics*, 96 (Apr. 1986): 594—603.

[41] S. M. Davies, "Partners and the Abortion Decision", in *Abortion, Medicine, and the Law*. J. D. Butler and D. Walbert, eds. (New York: Facts on file, 1992), p. 224.

第十七章

产前基因测验和胎儿的基因缺陷

在过去的 20 年里，产前检查技术得到了长足的发展，医学界能够发现胎儿的缺陷并诊断出它们的基因根源，超声波诊断不再是产前诊断胎儿缺陷的唯一技术；通过羊膜穿刺术（AMN）或绒毛膜抽样测验（CVS）技术，可以诊断出在妊娠头三月的胎儿基因异常，通过羊膜穿刺术则可以诊断出妊娠四个月的胎儿的基因异常，及早为有缺陷胎儿堕胎补救。但是，产前的检查技术也有其自身的危险。通常认为，基因检查会导致 1/200 的流产概率^[1]。羊膜穿刺术的自动流产率则上升到 1.6%，其他对胎儿的损伤率为 0.3%^[2]。CVS 的危险系数还要高，流产率为 3.2%，甚至会造成胎儿畸形，而它的诊断准确率并不高，也诊断不出神经系统的缺陷^[3]。超声波检查也不是没有一点副作用，其中放射线对胎儿有致癌的可能^[4]。

尽管有这些众所周知的危险，人们还是从功利主义的角度肯定说，产前检查带来的益处要比害处大。最大的益处之一就是，产妇得知自己是正常的妊娠，从而有“平和的心境”^[5]，有效地缓解怀孕带来的焦虑；退一步，如果检查显示胎儿有某种异常，“早期预警”会使得父母在情绪、心理和财力上都有所准备。另外，产前检查为夫妇和医生双方提供可靠的信息。例如，它可以检查出母亲血清甲胎蛋白（MSAFP，即 Maternal Serum Alpha-Fetal Protein）异常，揭示出错误的预产期或多胞胎的可能性；对

患有如横膈膜的疝气、腹壁缺陷、先天心脏病或脊髓炎的胎儿，父母可以选择剖腹产提高出生婴儿的质量。这些功利主义的考虑，平抑了产前检查的危险系数，使大多数医生和家属支持产前检查。为了避免其中的危险，一些医务人员建议，要有限制地使用该技术，产前检查只有在夫妻双方的认可之下进行，并只能在高质量的实验室中才能进行^[6]。

一 基因检查、致命缺陷及“错误的生命”

医学专家普遍认为，基因检查是为了治疗或预防基因疾病，让病人采取积极的治疗。对成年人的基因 BRCA1 和 BRCA2 的检查，可以发现遗传性乳腺癌和子宫癌，对 APC 基因可以发现结肠癌，及早发现病兆，会使病人有更多的机会治疗，增进健康^[7]。在成年病人身上显示出的效果，鼓励医学界通过 CVS 和羊膜穿刺术来检测更多的基因疾病，提供相关的（如在胎儿还有免疫承受力的时候）基因治疗，对妊娠早期的胎儿进行干细胞移植。在现阶段，尽管产前诊断只能进行少数的胎儿治疗，某些技术还处在实验阶段，在诊断与治疗之间还存在着颇大的距离，但是产前检查技术仍然为治疗或防止疾病提供了希望。

如果产前检查的终极目标是治疗胎儿异常，那么对于那些无法治疗的疾病，“检查→发现基因异常→堕胎”似乎就成为一个标准的模式。有报告说：那些可能会出现智力障碍或新生儿致命疾病（如产后夭折等）的胎儿，差不多全部都堕胎了^[8]。因此，有些伦理学家希望能把此类堕胎与其他的堕胎区分开来^[9]，让有严重缺陷胎儿堕胎也许是道德可容的，但轻微的缺陷或可以找到相关的治疗手段，这样，堕胎就不会成为治疗产前诊断出来的疾病的唯一手段。但目前诊断和治疗技术还达不到这个水平前。准确地说，目前产前测验的主要功能仅仅是检测并让异常胎儿堕胎。对于有严重基因问题的胎儿，人们通常认为它对母亲的生命

构成威胁，怀孕期间产生的焦虑、产后将会遇到的不愉快事件的展望，都为堕胎提供了充分的理由。此外，人们也认为，堕胎预防了基因疾病，去除了人类痛苦，节省了医疗和财政资源，保护了人类基因库。许多医生和遗传学家都相信，把有致命基因缺陷的胎儿堕胎，与自然流产终止是同一回事。^[10] 总之，一切都是为了妊娠妇女及全社会的总体利益，而不是考虑到胎儿的利益。

近来，针对有基因缺陷的胎儿堕胎问题，人们又提出了有一种新的意见：堕胎不是为了保护母亲的权益，而是为了胎儿自身的好处，“如果不怀孕生孩子，无所谓对或错；但当你怀孕的是一个不正常的孩子时，道德上是可以提出抗议的，因为这种怀孕侵犯了这个未来的人的利益”^[11]。在这种推理的基础上，出现了一些所谓“错误生命”（wrongful life）的民事诉讼，说明把一个有严重缺陷的孩子带到这个世界上来，在道德上是有问题的，因为这个生命的存在本身就是一种伤害^[12]。在“错误的生命”的案例中，原告是儿童（一般都是由父母代理），诉讼的对象是医生，诉讼的缘由不是说医生要对儿童的缺陷负责，而是医生要对这个有缺陷的儿童的存在负一定的责任^[13]。

“作为受伤害的存在”（existence as injury）这一概念是“错误的生命”的诉讼基础。它试图说明，婴儿不出生反倒更好，或者说，儿童有决定不出生的欲望和权利。在胎儿有缺陷的情况下，出生对孩子就是一种不公正的伤害。美国极负盛名的伦理学家费伯格（Joel Feinberg）认为，“有决定不出生的权利”，实际上就是说，在没有把握能诞生一个达到最低健康标准的婴儿时仍把孩子生下来，是不道德的。如果没有意识到这点，就把孩子带到这个世界上来，孩子就已经被错待了^[14]。但是什么是“最低健康标准”呢？费伯格认为，人需要一些基本条件，去满足人生存必需有的欲望。当一个孩子生下来就连这些最基本的条件也被剥夺了，他就未达到最低的健康标准。费氏的结论是，一个人可

以在还未出生前就受到伤害。

那些被称为“错误的生命”的个案事实上为数不多，一般都是婴儿有严重的生理或智力上的残疾、长期受慢性病的折磨。像泰萨二氏病（即家族性黑蒙性白痴 Tay-Sachs Disease）、三体性 13 和 18 之类的病经常被看作是非常严重的疾病，患者就是“错误的生命”。在这些情况下，有学者认为，尽管胎儿没有发展成熟到有能力作出不出生的选择，人们应该代婴儿作出“不生存”（nonexistence）的选择，这应该是符合理性的做法。但是我们认为代表某人去做“错误的生命”的判断或“不生存”的决定是非常危险的，甚至是不可能的。因为，我们如何能确定“不生存”的状态比“生存”状态是一个更好的选择呢？没有一个活着的人有过“非生存”状态的体验，“非生存”的状态价值只能是未知的，人们没有理由说它一定会比不完美的生存状态更为可取。所以，这种选择不是真正的理性决定，而是人们武断的价值判断。

人们也许会辩解说，当我们说胎儿不出生更好，其实与告诉一个成年人他最好死掉是同一个意思。“死掉更好”当然不是说我们在某种程度上了解死的状态或经验，从而可以和现在生存的状态进行比较；而只是说，考虑到自己生命质量如此悲惨，以致认为生不如死，这是以已知的生命经验为基础而作的判断。但是，问题在于，胎儿显然是不能作或表达这种选择的，因此代替别人作出避免“错误生命”的“合理的选择”是非常艰难而危险的。严格地从胎儿的角度看，一个正常人难以忍受的生命状态，对婴儿这个对世事一无所知的人来说或许不是那么难以忍受的；即使是很严重的残疾也不一定比让他死掉或者不出生更好。因此，“出生还不如不出生”这个判断只适用于“难以存活”的胎儿；“错误的生命”的说法若是可行的话，它必须被限制在某些极端的例子上。

二 产前检查、非致命基因缺陷与堕胎

其实，那些真正折磨人的、无望的、致命的、不得不采取堕胎措施的胎儿疾病，不是很常见的。比较普通的情况是胎儿的情况非常糟糕，她不能发育出某种功能，或出生后不能做常人所能做的事，比如盲聋、脊柱裂、地中海贫血、血友病、胆囊纤维化、唐氏综合症（三体性 21）等。许多保守人士认为“错误生命”的概念不可应用于这些情况。因为虽然某些地中海贫血的病人会有残疾和疼痛，但他们的残疾一般只会导致他们丧失某些能力而非全部的能力，而他们的疼痛也是可以用药物控制的，因此，把这些儿童划入“错误的生命”是极不妥当的。新泽西法院在 *Berman v. Allan* (1979) 的案例的判决中坚称：患有先天性唐氏综合症的孩子是能够爱并被人爱的，也会得到幸福和快乐，因此就不能断定说她不出生会更好^[15]。不管具有什么缺陷，生命对于孩子而言都是值得活下去的。但是社会一般总是以社会利益、父母与家庭的利益及胎儿（即未来儿童）的利益为借口，不断地对患有非致命性基因病的胎儿采取堕胎的措施。我们将按顺序来讨论这些堕胎的理由。

1. 为了社会利益而采取的“基因”堕胎

有一种代表性的观点：对有缺陷的胎儿进行堕胎是可行的，因为这样的儿童出生并活下来，会为社会造成相当的负担，社会要承担巨大的护理和医疗上的开支，这不是善用有限的医药资源。因此，最好的办法是把这些有缺点的胎儿堕胎^[16]。如果我们认为“社会利益”是选择堕胎的理由，那么，社会利益的公平分配原则也得贯彻到底。也就是说，必须保证让所有的社会上的孕妇都能够使用产前检查这项程序。在目前，只有较富裕的人才可以支付羊膜穿刺术等医疗技术，

所以产前检查并非是按孕妇需要，而是按孕妇要求而做的。这种情况与医疗保健的公平性原则相冲突。当这些检查只限于上层阶级的妇女，选择性堕胎也只局限在这个特定阶层内。长远而言，那些原本与社会经济因素无关的基因疾病，如唐氏综合症，就会成为社会阶级的标志^[17]。这样的情况一旦发生，这种“基因”堕胎的“社会利益”不仅不会达到，反而会使社会情况变得更坏。

所谓的“社会利益”理论还有好几个弱点：第一，许多的社会问题并不能简约为经济上的消耗或用数字来衡量。人们认为这些有基因缺陷的孩子对社会有很小的或没有贡献，反而消耗了社会的财物，这种想法是人类思想中的误区。人们在与那些有“缺陷”的人的接触中，常能得到了极大的精神鼓励，并因此而成为一个更好的人；这些人社会的道德水准所带来的益处，将远远超过财政开支所带来的益处。第二，我们怎样才能衡量某个个体对社会所造成的负担呢？到底是一个有残障的人，还是一个在哈佛大学读书的学生更多地耗费了社会的资源。没有一种简单明了的客观方法来确定对社会的负担到底是多少。最后，“社会”这种词也是模棱两可的，社会是一个民族、一个政治性社群，还是指所有的人？或者，仅仅是对自我利益概括的表达？换句话说，产前检查技术以什么样的方式贡献于社会的利益的？在没有对“社会利益”作明确界定之前，“社会利益”理论就是值得怀疑的。

即使对“社会”一词能够达成一致的理解，还是存在着许多问题。假如通过堕胎来消除基因缺陷意味着对人类健康的基因库有所贡献，那么就目前水平来讲，我们并不能理解基因所具有的复杂性和多样性。通过消除带有缺陷基因的胎儿并因此而减少他们再繁殖的可能，人类基因的多样性就很有可能会受到损害^[18]。如果我们真的关心“基因污染”问题，则更应该关心由

环境污染所带来的基因突变的问题。

2. 为了家庭利益的基因堕胎

认为基因缺陷胎儿应该堕胎的第二个理由是为了维护家庭的利益。这种说法认为，一个有缺陷的儿童对家庭利益在质和量上都有负面的影响。但是，家庭利益也像社会利益一样是模棱两可的。事实上，家庭利益与该家庭要怀孕的最初动机有关。换句话说，若怀孕是夫妻预期之外的，那么，不是完全确实的检查结果，也会成为堕胎的借口；若怀孕是计划中的，那么，只有高精度的检测结果才会导致堕胎的决定，因为，即便胎儿仅有5%的机会是正常的，父母都仍会抱一线希望让胎儿生下来¹⁹。

很显然，当怀孕是夫妻计划之中的时候，正常的检测结果将给家庭带来正面的影响；而发现一个胎儿有缺陷时，对家庭就是一场考验。一般最经常发生的第一反应是否认，希望那只是一个噩梦，会很快过去；当人们发现现实不可否认的时候，怨气就撒向医院和配偶。许多医疗诉讼的法律案件，都是发生在产前检测之后，而且大部分都与父母对检测结果的反应有关的。一个不正常的产前检测结果，对父母的自我形象打击是很大的，当配偶一方不能面对痛苦时，夫妻间的交流就破裂了。甚至这对夫妇的兄弟姐妹也会遭受同样的痛苦情感，他们以为自己也会有什么类似的缺陷。尽管只有在胎儿出生后，人们才会证实孩子是否有缺陷，但是产前检查就开始引发这种紧张，整个家庭面临着抉择性的问题：到底是要堕胎还是要生下孩子？这真是一种“可怕的责任”²⁰。父母若决定终止原本想要的怀孕，原因一般不外乎有两个：1. 避免把一个受苦的孩子带到这个世界。2. 想要一个“完美的”孩子。但是，也有人意识到：有缺陷的孩子不一定是完全不好的、不一定对家庭一点意义也没有，尽管他可能给家庭带来额外的负担，但是他也给家庭成员提供一个机会，使他们的人

生更成熟、学会怎样与痛苦相处；选择堕胎的夫妇显然就没有类似的益处了。

3. 产前检查与性别选择

产前胎儿的性别检查与选择也成为家庭利益的一部分。人们从几个方面论证父母对胎儿性别的选择权。其中，最有力的论证就是很多疾病与性别相关，最普通的例子如红绿色盲、美国的黑人中的葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症^[21]、杜兴肌肉无力症^[22]、血友病^[23]、莱希-尼亨综合症^[24]。这些与性别相关的病症是由 X 染色体上有缺陷基因所引起的。因为女性有两个 X 染色体，这种症状如果要在女性身上体现出来，就需要有缺陷的基因起主导作用，或是两个 X 染色体都有此缺陷。这两种情况都是罕见的，因此，女性一般很难得这种病。但男性只有一个 X 染色体，只要有一个有这种缺陷的基因存在，不管是起主导还是非主导作用，他们都会得这些病。因此，与性别有关的异常通常更多地体现在男性身上，这就成为产前性别检查的理由。

但是，这个辩护理由是不充分的，那些不致命的病症，如色盲或葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症，患者是能过一种基本正常生活的；而血友病、杜兴型肌肉麻痹症及莱希-尼亨综合症，则在对母体的检查就可以发现，可以劝止她不去怀孕，即便带有这种基因的妇女，怀的是男性胎，他也只有 50% 的可能性得上这种病，产前堕胎就可能把那些本来没有这种病的胎儿也除掉。

为性别选择辩护的另一个理由是限制人口增长的需要。只想要一个女儿的家庭，产前检查和由之而来的堕胎会帮助这个家庭很快达到目的，减少家庭的人口规模。但是，还没有任何的数据表明人口减少的趋势与父母选择孩子性别有关系^[25]。即便是那些有重男轻女文化传统的国家中（如中国和印度），女婴堕胎的比例很高，结果只会造成男女不平衡的增长、给人口的稳定性带

来威胁，但人口数量绝对没有减少。

有些研究表明：有些时候，性别选择是出于父母对陪伴关系的需求，父母亲一般喜欢与自己同性的孩子，当母亲发现自己所生是一个男婴的时候会感到很失望^[26]。但这种说法不攻自破，因为孩子的性别并不会影响那种这是“我的”孩子的感觉，没有一个母亲会残忍到在胎儿或婴儿性别与自己意愿不一致的时候就堕胎或杀婴。

反对产前性别检查最有力的理由是因为性别检查削弱了使用产前检查技术最有说服力的一种道德理据。该技术原本是为了防止严重的、不可治疗的、致命的胎儿疾病的，这是道德可容许的。但若产前检查亦可以用于胎儿的性别选择，那么，它也更可以为其他的目的（比如以选择理想胎儿的优生学目的）服务，把产前检查当作一种商业化的、非人化的手段。

如果我们判定因性别选择而进行的产前检查是不合理的，那么阻止它的最好手段是什么？在大多数的西方国家里，法律无法阻止出于各种理由的堕胎。我们来看下面的例子：一对夫妇有四个健康的女儿，但是他们想要一个儿子。在没有任何其他医疗需要的情况下，他们要求进行产前检查来知道胎儿的性别，他们告诉医生说，如果胎儿是女婴的话，他们会决定堕胎，如果医生不给他们做产前检查的话，他们也会堕胎而不去冒再有第五个女儿的险^[27]。这个例子表明，只有在限制堕胎的法律条文也得到加强的情况下，才可能实现限制性别选择的产前检查。另一个办法是通过一些管制医疗信息的法例，在做了产前检查之后，规定医生不能告诉父母关于胎儿的性别情况。当然，限制信息的透露会造成一种医患关系中的家长式作风，从而招致一些反对意见。但是，只要在产前检测之前，医生清楚说明不能透露胎儿性别，父母的自主性与医生价值之间也许能够达成某种平衡，把医患之间的冲突化解。

4. 为了胎儿利益的产前检查

除了为社会的利益及家庭的利益之外，对有非致命性缺陷的胎儿进行产前检查还有第三个理由：为了胎儿的利益。该理由的根据是“生命质量标准”，又称为“自然标准”，因为自然本身裁定了许多这样的胎儿是不适于存活的、因此是需要堕胎的，以便使生命质量保持在基本的水平。但是，“自然的标准”是很模糊的，主张该标准的人说，“自然标准”是“自我感觉快乐和痛苦的能力所规定的”^[28]。假如我们接受这种定义，生命的权利就应该给所有能自我感觉痛苦的生物，不管是人类还是动物，任何剥夺生命的行动就必然是对这种基本权利的损害。同时，“自然标准”也引起另一种谬论：所有的婴儿在出生后也要经过严厉检查，以达到该“自然标准”，否则社会是不能接受任何的婴儿进入人类群体的^[29]。这实际上是用“生命质量标准”来否定胎儿生命权利。这种做法与“胎儿也是患者”这一新观念有冲突，母婴二元体中的双重患者身份表明了医生和检查对妊娠妇女和胎儿的双重责任，可是，在“自然标准”下的产前检查只是对妊娠的妇女最有利，对胎儿则极有可能产生负面的效果。

鉴于胎儿生命质量的最低标准的说法，某些自由派学者把“错误生命”的概念延伸到有残疾的胎儿这个更广的范围，他们的观点认为：即使出生本身不构成对孩子的伤害，但至少也可以说，在极端不利的情况下生下这样的孩子，对孩子也是极其不公的，也是与一个好父母身份所不相符的。换言之，自由派学者认为，如果决定了要一个孩子，父母就必须提供符合某个最低标准的生存条件，否则做父母的有不可逃脱的责任。“当能够避免的时候，任何愿意让孩子遭受悲惨命运的人似乎都没有达到做父母的基本标准”^[30]，而孩子就因此成为父母决定的受害者。未来父母因此要有道德责任的限制，要在详细地考虑了将来孩子的生命的质量之后，再作生孩子的决定。然而，最低限度的质量之类

的话语背后有一个假设，即堕胎让一个受苦的孩子避免了出生。但我们怎能确实知道这孩子一定受苦呢？一个患有唐氏综合症的人，由于认知能力上的缺陷，他不可能像旁人那样感知自己残障带来的局限；即使他们在某种程度上意识到了自己与周围人的差异，人们也没有足够的理由相信，他们的痛苦比那些受着生活、情感、家庭或社会不公带来的折腾更大，因为旁人永远不会体会当事人的实际处境的。换句话说，“所谓最低生命质量标准”似乎更多的是反映了父母的“利益”，而不是胎儿的“利益”。以这种理由对胎儿进行堕胎是不公正的。

三 产前检查相关的伦理问题

1. 父母的责任

西方自由派学者认为，父母有责任保证后代有一个最低限度的生命质量，尤其是那些“高风险”的孕妇（例如年龄超过35岁），她们“需要”用产前检查的方式来体现自己的责任心。就像社会以同样的方式看待剖腹产一样，产前检查成了一种避免灾难的手段，任何年龄超过35岁的妇女都被贴上“高风险产妇”的标签，社会也就为这些“高风险”群体创造了一些特别的、适合的“需要”。社会关于健康与疾病、正常与异常的主流话语左右着人们的需要观。如今，由基因技术所主宰着的主流话语正在不同程度上简化着我们的健康疾病观念，基因学成为揭示和解释健康与疾病的重要途径，随之而来的是产前检查成为所有孕妇的必需品，它“已经成为妊娠的一种‘仪式’，至少在北美的白人中产阶级是这样”^[31]。

但是产前检查真的能帮助父母满足最低质量标准吗？产前的基因检查是不是能做到这一点是值得怀疑的，因为有一个简单的理由：实际的生命过程要比简单的基因决定论复杂得多。如前所述，任何一个机体都是基因与环境之间相互作用的独特的结果，

而基因与环境又受着细胞生长和裂变的概率性的影响，许多心理发育延迟问题是产后发育因素如环境剥夺、营养缺乏和医疗不当（包括没有及时治疗的高烧）造成的。不管产前检查怎样高明，它也无法判断出这些异常；可以这样断言：即使所有的孕妇都做了产前检查，“残缺婴儿”仍然会生活在我们中间。事实上，作为对孕妇妊娠的一种质量保证，产前检查是相当差劲的手段。消除妇女的社会与经济上的不平等、加强对有害物质（如吸烟、酗酒、吸毒等）的知识教育、强化对怀孕的社会支持等，都是更好的提高胎儿生命质量的更有效手段。

然而，人们还是倾向于认同这个假设：产前检查是妇女特别的义务。在北美，家庭的健康（特别是儿童的健康）通常是母亲责任的核心，因此，作为母亲，产前检查就是看护者的责任的延伸。因此，对还未出生的孩子，妊娠妇女的责任感常会包含了一种无能为力的感觉，这种无力感特别容易使妊娠妇女做产前检查、以为产前检查会对她们履行责任有所帮助。另外，产前检查的商业化进程提高了技术能力，反过来促使了消费者对该技术的需求。如此一来，产前检查成为妇科护理的一个被社会、医疗界和生物技术工业所规定的程序，而不再是孕妇所自由选择的产前护理手段了。在这种语境之下，那种认为产前检查会提高妇女生育选择权或控制权的观点就显得不无讽刺意味了。基因学家和妇产科专家可以决定什么是健康、什么是异常，这些人对是继续还是终止妊娠有绝对权威，政府和保险公司也可能成为控制者之一。美国学者利普曼（Abby Lippman）注意到：为新生儿做 PKU 检查在美国得到普遍认同，但是，只有四个州的保险公司同意支付此项检查所花的费用。在这种情况下，妇女到底有什么样的选择或者控制权？^[32] 如果我们在一个较大的社会环境下来看产前检查的需要和要求，我们就很难谈论什么自由选择、生育自主和父母责任之类的话了。

2. 产前检查和妊娠的性质

产前检查对人们的妊娠观念产生了深刻的影响。当妇女越来越依赖于产前检查的结果来作为怀孕有效的根据的时候，产前检查就营造了一种特别的状态——仿佛在实验室还未证实胎儿是完全正常之前，怀孕是不被承认的。产前诊断警告母亲不要急于享受她们与婴儿一体的关系，因为妇女与胎儿的亲密关系必须要经过严格的质量控制程序之后才能开始，这样，产前检查技术以及相关的手术就让怀孕成为一种有条件的、实验性的状态，一种“没有婴儿的妊娠”。但这与现实的情况和怀孕真正的性质不符。真正的妊娠是这样的：妊娠妇女有一个独特的机会和权利，在另一个人最脆弱和最依赖的时刻与他建立一个特殊的关系，并对胎儿作出一种无条件的承诺。这是一个女人所能获得的最私人、最亲密的经历，任何男性都无法获得这种经验。然而，产前检查使怀孕成为一种有条件的、契约性的行为，而产前诊断就扮演了仲裁者的角色，它控制了契约、决定着契约内双方必须履行的条件。这对妇女妊娠观念与经历的解构，无疑是产前测验最具破坏性的一方面。对人们只能作出这样的展望：“残疾将会永远伴随着人类，永远不会根除，但是母亲将会受苦，母亲的角色将会彻底改变。这会给人类带来极为严重的后果。”^[33]

3. 产前检查和残障人的苦难

当我们审视产前检查和基因堕胎的一个主要理由——“最低生命质量标准”这观念，就会发现它涉及的对生命质量的判准，在很大程度上依赖正常人的主观性。另外，在我们无休止地追求标准或最低限度质量的孩子的过程中，我们创造了“正常”这一概念，使它成为生命的价值标准。

什么是“正常”的标准呢？美国伦理学家普士德（Stephen Post）称“正常”为一种“霸道的规范”，因为人们认为只有

符合这标准的人才是高等的，不符合的就是“异常”和低等的。^[34]

若人们能够倾听残疾人群体的声音，以及他们对生命质量的看法，我们将会认识到，他们对残疾的看法与社会其他群体的看法，有着很大的差异，他们所经历的痛苦的绝大部分不是源于身体上的残缺，而是来自社会因为科技、法律、建筑、个体或群体的态度的障碍^[35]。那种以防止生命质量减低为理由的选择性堕胎，与残疾人的生存经验是无法妥协的，大多数残疾人都不认为身体残疾所产生的直接或间接的痛苦是堕胎的充足理由。加拿大的残疾人社群一致谴责产前诊断和基因检查，并要求禁止这样的诊断程序，使许多人看到了产前检查的应用对残疾人产生极大的负面社会影响^[36]。人们不断提倡产前检查，用来减少社会中的残疾人的数量，这种发展趋势不可避免地令社会向残疾人社群施压，要求减少帮助残疾人有关项目的拨款。有明显数据表明，社会对有残疾孩子的父母的支持在减退，对家庭看护的支持也变得困难起来。可以想象，不久的将来，不管产前诊断是多么不准确、胎儿是否已经具有存活的能力，母亲都会被要求把有残疾的胎儿堕胎——因为“异常”的概念要求人们如此做。如果残疾人成为一个面对如此压力的社会群体，那么，产前检查无疑是一种新形式的社会虐待。

为了胎儿利益、防止残障的出现而进行的产前检查和堕胎的事实表明，我们的社会已经忘记了痛苦是人类生活一项基本的组成部分这个真理。如我们的分析，以利他主义、为未来儿童免除痛苦和伤害的名义进行的堕胎，与残疾人自身对生命基本质量的理解是冲突的。的确，残障人需要某些特殊的照顾，但是他们的痛苦也不应被无限制的夸大，不应把他们的痛苦当作是应把他们去除掉的理由，而不管他们愿意生存下去并与命运挑战的意志。他们在我们中间的出现也是对我们的一个提醒：作为一个社群，

我们应该对那些最具需要的人提供最大的爱心，而不是以仁慈地免除痛苦的名义寻求根除他们的方法。

在某种意义上，产前检查和自由堕胎政策反映了我们社会在面对不可避免的基因缺陷时的无能状态。技术文化给我们带来一种凯旋者的心态，一种人类自身可以克服一切困难的幻觉，我们习惯了将一切控制在手中的感觉，因此，基因缺陷的人就使我们感到不舒服，因为这些事实提醒了我们自己所具有的有限性、需要性和依赖性，而且这些都是我们本质的一部分。我们想驱除有缺陷基因胎儿的焦虑，以及我们不想让他们以“错误的生命”的形式出现在这个世界上的动机，从根本上是因为现代人无力、不敢面对的人类的有限性和依赖性。实际上，正是通过依赖和帮助、提供和接受爱护的过程，非残疾人和残疾人才获得超越自身的可能。

4. 无脑畸形胎儿和新生儿

在一个极少见的情况下，产前诊断会显示出的一个悲剧性例子，就是无脑畸形儿，其寿命是以产后数小时或几天来计算的，这无疑是一种所谓“错误生命”概念可以应用的地方。在这里，人类的确是被不必要的痛苦所错待了和伤害了。那么，无脑儿的道德地位到底是怎样的呢？在讨论这个问题之前，我们有必要先对无脑儿作一个生理学的描述。

首先，尽管“无脑儿”这一词在字面上的意思是“没有大脑”，但它并非指完全没有大脑或甚至没有头颅，而是说胎儿或婴儿缺少认知能力发育所必要的前脑、颅骨或怀孕第一个月时形成的头皮组织；暴露在前面的神经系统只在这个时期扩散开来，尽管它也试图形成前脑，但是它长得太快，以致只能形成一堆无秩序的原生神经细胞胶质、神经和血管的组织。无脑儿的情况是要等到妊娠的晚些时候才能发现的，无脑儿或多或少能够发育出

脑干，也能保证诸如心跳和呼吸等基本生命功能。至今还没有完全发现无脑儿的病因，所有目前的资料只能显示它的病源是多基因或多种原因造成的，诸如染色体异常、机能问题及环境的原因都可能是异常的原因。

无脑儿的妊娠对母亲和胎儿都有危险。有将近 65% 的此类胎儿都死在子宫内，那些活到出生的胎儿有 55%—75% 是死产的，剩下的都会在出生后的 24—48 小时内死掉，因为他们缺少在母腹之外生存的最基本的条件，只有极少数的无脑儿会活得稍长，一般也就是一周多点。在这种意义上来说，他们比那种在成人中所谓的“永久性的植物人”的生存能力还要差。因为完全缺少神经中枢皮层，无脑儿永远不会具有意识。在这种大面积脑无能的情况下，神经系统受损的范围是非常大的；他们可能有正常的眼球和耳膜，但是几乎都是瞎子和聋子；荷尔蒙的水平低到了最低限度，因为它没有丘脑下部组织。在活下来的 13%—33% 的无脑儿显示出缺少在心脏、肝和肾等器官中的神经系统。人们对引起无脑儿死亡的原因知之甚少，因为从来没有被好好地研究过。内分泌异常可能是主要原因，它导致了电解物的不平衡，然后又导致了能引起死亡的心律不齐。

前文提到的薛凡纳 (Frank Chervenak) 在母婴二元体关系问题上很有创见，他是成活胎儿之患者身份的提倡者，他强烈地反对对有成活能力的胎儿的堕胎。但是，他把无脑儿看作是一种特例^[37]。从他的观点来看，只要满足两个条件：1. 胎儿必须遭受产后难以存活的、不可治疗的疾病，以致只能活几个星期或者完全没有认知能力；2. 应该有可信的诊断手段，来确定胎儿的状况完全符合于第一条，那么，在妊娠晚期的堕胎是可以支持的。薛凡纳和他的同事们主张：无脑儿是唯一符合这两个条件的，因此堕胎在道德上就是可行的，虽然从来也没有被强制的施行过。根据这种立场，晚期堕胎因此也是可以的。

德瑞 (J. F. Drane) 对无脑儿的堕胎阐述了一种更保守的观点。他对北美天主教医院建议, 可以对无脑儿做早期引产术, 这与天主教会的医院体制并不冲突^[38]。如果医院有条件作正确的诊断的话, 就能使母亲作出更符合道德的决定, 然后医院尊敬母亲的决定, 或中断或继续妊娠。德瑞认为, 堕胎与对无脑儿的早期引产具有根本不同的性质。尽管这二者都可以被叫做是堕胎, 但不同的用语可以造成在伦理上的不同导向。“从自我原因出发的对健康胎儿所使用的用语应该是堕胎。但是, 无脑儿的引产则不属于上述范畴”^[39], 因为无脑儿的妊娠是无用的, 无脑儿既没有能力也没有潜能去体会受益或受害的人类经验。从这种观点出发, 一个无脑儿的妊娠就是无异于一种延伸的葬礼, 胎儿是处在不可逆转的死亡过程中, 对他的早期引产只是意味着对这种无用的和有致命缺陷的妊娠的解脱; 从母亲的观点来看, 不是引产杀了胎儿, 胎儿的死是由无脑状态而引起的; 引产也不是意味着胎儿的死带给她解脱, 而只意味着母亲的负担由于妊娠的终止而解除了。德瑞认为, 在内心保持这种区分是很必要的, 因为这决定着我们对导致早期引产这种想法的理解。

另外, 比较典型的观点还有, 保守派的新教伦理学家贝茨维希 (Francis J. Bechwith) 则把无脑儿与畸形儿同等看待, 这就意味着他甚至不能肯定他是不是正在与人打交道; 对于堕胎是否合理的问题, 他也保持着不确定的态度^[40]。鲍玛 (Bouma III) 和他的同事们把无脑儿看作是“不是潜在的人, 因为畸形使其不能接近甚至拥有神之肖像的能力”^[41]。这些作者们因此都把无脑儿的堕胎看作是一种合理的处理方法。类似的, 温伯格 (Wennberg) 相信: 因为位格绝不会在这些无脑儿身上表现出来, 所以他们永远不会有位格的存在, 因此他们的死亡也就不是一个悲剧^[42]。那么, 人们不免会问: 无脑儿到底是什么样的“人类生命”呢? 如果这些无脑儿既不是位格, 也不是潜在的位格的话,

那么是否要把他们在一生下来的时候就活埋呢？是否在这些无脑儿还能喘气的时候，可以把他们的器官移走给需要的婴儿呢？如果不行，为什么不行？对于这些无脑儿在出生后存活的数小时或数天中，他们到底是什么样的身份？这些作者们也没能回答。

无脑儿问题似乎暴露了目前的位格概念上的一些隐藏着不足之处。我们相信人类位格不是立足于人类所能获得的能力上的，把无脑儿看作是位格以外的某种东西是有些困难的，尽管他们有着可怕的、不可弥补的缺陷。无脑儿一旦生了下来，他们所感受的痛苦并不像其他患严重疾病的婴儿那样，“错误生命”的理由对他们是无法适用的。这样的胎儿若活着生下来，人们应该像尊重那些不可逆转的濒死人一样尊重这些短暂的生命，对他们进行无效的治疗是没必要的，但是也不能将他们任意地用于器官移植。

四 产前检查、位格伦理与基督教传统

在西方基督教的传统观点中，父母身份是一种天职，孩子则是上帝的礼物，不管他们正常还是非正常、残疾还是发育延迟。这与位格伦理重视父母与子女间的关系是完全一致的，父母与子女之间不是一种选择或取舍的关系，而是父母以一种舍己牺牲的精神，去栽培养育一个新生的、幼嫩的位格人。而且，圣经传统认为，人类是上帝之形象，因此，生命之神圣性比生命的质量更为重要。这样，即使是当生命遇到了极大的痛苦，看不出有什么明显有益的价值，甚至显示出不利于人类利益的时候，人类生命仍然是有价值的。那些有基因缺陷的人的生命也具有从上帝而来的神圣性，他们也像其他人一样在与上帝、周围的人和其他的创造物的关系中享受生命的意义。基督徒还认为，圣经中多处显示了上帝对弱小者的看护，这要求我们对遭受疾病的人与健康的人一样的对待和尊敬，还要求我们这些得到健康恩典的人一视同

仁，得到健康恩典的人更要以特别的心情去对待那些有残障的人。在基督教长期的传统中，撒玛利亚人的传统激励着基督徒以个人的或是团体的身份去看护社会中的弱者、有需要的人和被践踏者。

除了对弱者的支持外，基督徒对痛苦也有一种独特的理解，我们所生活的这个世界是堕落的，基因缺陷是这种堕落的一种表现。对大多数的基督徒来说，社会对产前检查与堕胎的非批判性和消极性接受的态度，不仅提醒基督徒与上帝的关系，同时也是提醒基督徒正确理解苦难和忍受的能力。基督徒学者豪瓦斯(Hauerwas)说：“很简单，对有缺陷的人的理解、看护、与之共处为我们提出了挑战，这种挑战实际上就是学会去认识上帝、与上帝共处和爱上帝。上帝的面孔就是有缺陷人的面孔，上帝的身体就是残疾人的身体；上帝的存在就是残障人的存在……在残障人的面孔中我们被赋予机会去认识上帝”，社会要接纳那些有基因缺陷的残疾人，对我们“这些需要上帝的受造物而言，他们就是先知的符号”^[43]。总之，基督徒认为，产前检查应该仅仅是为了使我们的社会能对一旦发生的特殊情况有所准备，它的目的不是为了堕胎。今天，我们生活在这样一个社会里，对完美有着无休止的渴望与追求，促使我们建立精英精子银行、产前诊断、基因控制、整容手术等等。位格伦理会提出以下的一些问题：这种对身体完美的要求是否真的提高了人类生存的“质量标准”了呢？我们丰富的基因知识使我们的生育生活变得更好了、使我们对人类的限制和差异更宽容了或者使我们人类群体之间的联系更紧密了，还是这一切使我们更进一步地成为这种独断的、所谓最低限度的正常标准的奴隶了呢？

注 释：

[1] S. Clark, and G. DeVore, "Prenatal Diagnosis for Couples Who Would Not Consid-

er Abortion", in *Obstetrics and Gynecology*, 73, No. 6 (1989): 1035—1037.

[2] Neil M. Macintyre, Lew Keltner and Dorothy A. Kovacevich, "The Impact of an Abnormal Fetus or Child on the Choice for Prenatal Diagnosis and Selective Abortion", in *Abortion, Medicine, and the Law* J. D. Butler and D. F. Walbert, eds. (New York: Facts on File, 1992), p. 532.

[3] J. Boss, "First Trimester Prenatal Diagnosis: earlier is not necessarily better", in *Journal of Medical Ethics*, 20 (1994): 146—151.

[4] M. N. Macintyre, et. al., "The Impact of an Abnormal Fetus or Child on the Choice for Prenatal Diagnosis and Selective Abortion", op. cit., p. 531.

[5] Clark and DeVore, "Prenatal Diagnosis For Couples Who Would Not Consider Abortion", op. cit., p. 1035.

[6] J. Fletcher, "Ethical Issues in Genetic Screening, Prenatal Diagnosis, and Counseling", *Ethical Issues at the Outset of Life* W. Weil and M. Benjamin, eds., Boston: Blackwell Scientific Publications; 1987. p. 68; and J. Fletcher and D. Wertz, "Ethics and Decision Making About Diagnosed Fetal Anomalies", in *Reproductive Risks and Prenatal Diagnosis* M. Evans, ed., Norwald: Appleton and Lange, 1992.

[7] D. Allan, "Ethical Boundaries in Genetic Testing", in *Canadian Medical Association Journal*, 154, No. 2 (1996), p. 241.

[8] Peter C. Pryde, Arie Drugan, Mark P. Johnson, Nelson B. Isada and Mark I. Evans, "Prenatal Diagnosis: Choices women make about pursuing, testing, and acting on abnormal results", in *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 36 (Sep. 1993): 506.

[9] cf. J. Fletcher, "Ethical Issues in Genetic Screening, Prenatal Diagnosis, and Counseling", op. cit., p. 77; D. Allan, "Ethical Boundaries in Genetic Testing", op. cit., p. 243.

[10] Leon Kass, "Implications of Prenatal Diagnosis for the Human Right to Life", in *Ethical Issues in Human Genetics; Genetic Counseling and the Use of Genetic Knowledge*. Bruce Hilton, Daniel Callahan, Maureen Harris, Peter Condliffe, and Burton Berkel, eds. (New York: Plenum Press, 1973), p. 193

[11] Mary Ann Warren, "Do Potential People Have Moral Rights?" in *Obligations to Future Generations*, R. I. Sikora and Brian Barry, eds. (Philadelphia: Temple University Press, 1978), p. 25.

[12] Bonnie Steinbock, "The Logical Case for Wrongful Life", in *Hastings Center Report*, 16, No. 2 (1986): 15—20.

[13] 这与由于医生的反对而不能采取堕胎的情形不同。在后一种情形中，父母被剥夺了采取堕胎的权利。

[14] Joel Feinberg, *Harm to Others* (New York: Oxford University Press, 1984), quoted in *Ibid.*, p. 119.

[15] Steinbock, *Life Before Birth: The Moral and Legal Status of Embryos and Fetuses*, *op. cit.*, p. 116.

[16] Allan, "Ethical Boundaries in Genetic Testing", *op. cit.*, p. 242.

[17] Abby Lippman, "Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing needs and reinforcing inequities", in *American Journal of Law and Medicine*, 17, No. 1&2 (1991): 36; It is interesting that for many authors the concept of social stratification through prenatal screening is a greater horror than the killing of fetuses. This may be a peculiar consequence of North American obsession with social equality.

[18] A. Bonnicksen, "Genetic Diagnosis of Human Embryos", in *Hastings Center Report*, 22, No. 4 supp. (Jul. -Aug. 1992), p. 6.

[19] Ruth R. Faden, A. Judith Chwalów, Kimberly Quaid, Gary A. Chase, Cheryl Lopes, Claire O. Leonard and Neil A. Holtzman, "Prenatal Screening and Pregnant Women's Attitudes toward the Abortion of Defective Fetuses", in *American Journal of Public Health*, 77, No. 3 (1987): 290.

[20] B. Katz Rothman, *The Tentative Pregnancy* (New York: Viking Press, 1986), p. 61.

[21] G-6-PD, 这种病事先无症状, 直到患者吃蚕豆、抗疟疾的药奎宁之后才发作, 会导致很严重、但是没有生命危险的溶血性贫血症。

[22] Duchenne muscular dystrophy, 发病率只有七千分之一, 严重的慢性病, 肌肉会逐渐无力, 当心肌衰竭到一定时候, 它会导致少年男性患者的早夭。

[23] Hemophilia A 和 B, 它们各自涉及对血凝素 VIII 和 IX 的修复功能, 在新生儿中概率为万分之。

[24] Iesch-Nyhan Syndrome 是另一种严重与性别有关的病症, 酶缺乏使体内毒素积累, 最后导致渐进性的营养问题, 患者一般活不过 30 岁。

[25] D. Wertz and J. Fletcher, "Fatal Knowledge? Prenatal Diagnosis and Sex Selection", in *Hastings Center Report*, 19, No. 3 (1989): 22.

[26] B. Katz Rothman, *The Tentative Pregnancy*, *op. cit.*

[27] Wertz, and Fletcher, "Fatal Knowledge? Prenatal Diagnosis and Sex Selection", *op. cit.*, p. 21.

[28] Kass, "Implications of Prenatal Diagnosis for the Human Right to Life", *op. cit.*, p. 197.

[29] Paul Ramsey, "Screening: An Ethicists View", in *Ethical Issues in Human Genetics-Genetic counseling and the use of genetic knowledge*, *op. cit.*, p. 157.

[30] Bonnie Steinbock and Ron McClamrock, "When is Birth Unfair to the Child?" *Hastings Center Report*, 24, No. 6 (1994): 18.

[31] A. Lippman, "Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing needs and reinforcing inequities", *op. cit.*, p. 16.

[32] *Ibid.*, p. 35.

[33] *Ibid.*, p. 63.

[34] S. Post, "Huntington's Disease: prenatal screening for late onset disease", in *Journal of Medical Ethics*, 18, No. 2 (1992): 76.

[35] D. Kaplan, "Prenatal Screening and Its Impact on Persons with Disabilities", in *Fetal Diagnosis and Therapy*, 8, No. 1 (1993): 65.

[36] Varda Burstyn, "Making Perfect Babies", part 2, in *Canadian Forum* (Apr. 1992), p. 18.

[37] F. A. Chervenak and L. B. McCullough, "When is Termination of Pregnancy During the Third Trimester Morally Justifiable?" in *New England Journal of Medicine*, 310, No. 8 (1984): 501—504.

[38] James F. Drane, "Anencephaly and the Interruption of Pregnancy: Policy Proposals for HECs", in *H. E. C. Forum*, 4, No. 2 (1992): 103—119.

[39] *Ibid.*, p. 115.

[40] Francis J. Beckwith, *Politically Correct Death* (Grand Rapids; Baker Books, 1993), p. 68.

[41] Hessel Bouma III et al, *Christian Faith, Health, & Medical Practice*, *op. cit.*, p. 227.

[42] Robert N. Wennberg, *Life in the Balance* (Grand Rapids; Eerdmans, 1989), p. 34

[43] Hauerwas, *Suffering Presence*, *op. cit.*, pp. 178—179.

第十八章

医疗技术革新与未出生儿地位

过去 20 年，医学领域的两大发展改变了公众对于早期孕体孕和胎儿性质和身份的认识，随之改变了公众对于堕胎的看法。第一是堕胎避孕药的发展，促使人们对早孕和被摧毁的早期生命道德性的漠不关心、甚至麻木不觉；第二是直接针对胎儿的种种外科手术的发展，形成了胎儿也是患者的概念，鼓励人们把胎儿当作是一个独立于母亲的个体，应该得到应有的医疗保护。本章我们首先探讨前一种趋势，并讨论“传统”避孕方法所具有的堕胎潜质，随后我们会对胎儿作为一名独立于孕妇的患者的发展作一个简要介绍。

一 口服避孕药物与堕胎手段

在围绕堕胎进行的大争论中，避孕与堕胎之间的关系很少被人提及，然而在一个非常实践的意义上，这一灰色地带正是堕胎论争的源头。亲生命派和亲抉择派二者都同意，防止怀孕与终止早期怀孕，在性质上是完全不一样的。然而，当判断何种节育类型是避孕以及何时它又充当一种堕胎手段时，形势马上变得复杂起来。这是因为，广义的避孕措施是可以根据以下三种生理机制中的一种或多种而起作用的：（1）通过阻碍或抑制排卵来防止卵子受精；（2）防止受精卵着床；（3）破坏发育中的胚芽。另一种狭义避孕措施是指那些仅仅通过第一类机制，即通过明显的

抑制受孕来防止怀孕的方法；相反，所有通过第二或第三类机制的方法，即受孕后的“避孕”方法，我们称为“堕胎手段”，而具有这三类机制的任何组合的方法，将被归于“堕胎—避孕手段”。我们所关注的是后两种类型，因为它们都包含有作为堕胎手段的潜在的可能。

尽管人们通常认为口服避孕药只是单一的“药片”而已，但是它其实是有许多种类的。雌激素的作用是禁止排卵，雌激素的量越多，药物就越有可能通过第一种途径产生作用；同样，雌激素的量较低，便可能通过后两种途径避孕。由于雌激素升高会有许多副作用，如深度血栓栓塞、高血压、心肌梗塞，还可能影响糖代谢，所以，人们一般喜欢采取的是堕胎机制，而不是避孕机制^[1]。合成雌激素和孕激素混合的制剂中，三个因素决定了避孕的类型：制剂、药量和女性生理周期中荷尔蒙的反应。由于在生理周期中，女性可能停止吃药，因此人们很难确定避孕的方式，很难确定哪一个器官（卵巢、子宫或子宫内膜）会先恢复功能，因此很难估计这些药物的作用属于避孕还是堕胎的机制。只含孕酮素的药物（迷你药丸，the mini-pill）没有雌激素，孕激素也较低，副作用较少，但是怀孕比率较高。实验数据表明，在使用中超过50%的妇女还会继续排卵。这表明，它主要作用是改变宫颈黏液和子宫内膜，防止精子穿入和胚胎着床。也就是说，有一部分的作用可以通过堕胎手段而产生的。一些更新的合成避孕药物，如二、三阶段式（biphasic 和 tri-phasic）和三循环式（tricyclic）的口服避孕药，我们也是无法确实知道它们真正是属于哪类机制的。^[2]

一般而言，OCs的使用趋势是，患者和药物生产商都更喜欢采用堕胎手段（或者作为堕胎—避孕手段）而非严格的避孕措施起作用的药物制剂，以便在减少副作用的同时，不牺牲其功效。最近十年来，含有孕酮成分的注射避孕剂和皮下埋植避孕剂

被开发出来，它们的作用机制类似于只含孕酮的口服避孕药物。^[3] 紧急避孕药丸（也被称作“春宵度后丸”）是在性交过后72小时之内，在一个12小时的期间里，一个疗程服用四粒的雌激素-孕酮复合口服避孕药物。服用后，妇女体内雌激素和孕酮数量达到高峰，随之很快出现出血症状，怀孕几率被降低75%。^[4] 它的作用模式很可能属于堕胎手段，尽管在妇女的经期它也可以通过抑制排卵起作用。^[5]

二 宫内避孕器与堕胎手段

宫内避孕器（IUD）是世界上最广泛被采用的“堕胎—避孕”方法之一，尽管它的使用在北美不甚流行。最普遍的两种宫内避孕器是孕酮 IUD，也即 Cu-T-380-A 和多负载 IUD。在一项研究中，人们发现 Cu-T-380-A 的功效堪与口服避孕药物甚至绝育药物相比。^[6] 除了它们之外，还有一种孕酮—释放 IUD，它释放稳定、低剂量的左旋 18-甲炔诺酮，有效期达 5 年以上。^[7] 尽管大多数人认为所有的 IUD 都是通过阻止受精卵着床，因此至少部分的作用是由于堕胎手段起作用的，但它的作用也可能是通过酮离子的杀精作用而阻止卵子受精。^[8] 释放孕酮式的 IUD 是通过阻止胚胎着床起作用，因而其主要的模式是堕胎手段而非避孕措施。

另一种举世闻名的 RU486，被人赞为“自口服避孕药物发现以来生殖控制技术的最大突破”^[9]，是一种合成类固醇，它作为孕酮的一种拒抗物导致子宫内孕酮含量的降低。由于孕酮为维持子宫内壁所必需，孕酮含量的降低导致子宫内壁脱落，胚胎也随之被排出体外。^[10] 在被单独使用时，RU486 具有 60%—85% 的完全堕胎成功率，而当与前列腺素一并使用时，完全堕胎成功率则升至 95%。在服用 RU486 和前列腺素中间，需要有一个 36—48 小时的间歇期，这使得堕胎成为可能延至二天到三天的一个渐进

的过程。^[11]36—48 小时之内，紧跟着是程度上等同于一次严重的经期出血的流血，并且持续 8—15 天。副作用包括腹绞痛、恶心和在有些情况下失血严重到需要进行输血的情况。基于 RU486 可能对胎儿产生的不可确知的影响，当使用该药后没有明显的药物流产症状时，可能就需要进行一次后续的手术流产。

最近的研究致力于开发对节育有长期作用的堕胎疫苗。最受推崇的一种堕胎疫苗是人类绒毛膜组织分泌的促性腺激素 (HCG) 疫苗。它中和了由人类胚胎分泌的维持子宫内膜所必需的荷尔蒙。在最初的 6—10 周内，这种荷尔蒙含量的下降都会引起胎儿的死亡而终止妊娠。^[12]

以上关于生育控制方法的考察，揭示了由具有较低堕胎潜力的口服避孕药到完全作为一种堕胎手段起作用的 RU486 的历史进程。这样一个转变不是偶然的，它以避孕和堕胎之间重要的意识形态和实践的社会联系为基础。就意识形态而言，避孕和堕胎都是个体的生育选择权利的表达。既然避孕和受精都建立在同一种权利的基础之上，一旦被授予控制受精（通过避孕）的权利，那么就不存在任何理由不能将这一权利引申至控制生育（通过堕胎）上去的。^[13]同时，避孕和堕胎也支持了另外一种态度，就是避免生出孩子的愿望。它同样也与生育权利密切相连的。^[14]我们可以看出这种愿望是由两方面组成：其一，经济和现实上的愿望——能够在过性生活的同时不生孩子；其二，要生孩子就必生一个被父母渴望拥有的孩子。^[15]然而，既然避孕在最理想的情况下都有失败的可能，那么堕胎就不得不用来弥补节育方法不足的地方，以确保能满足上述两种的愿望。

通过考察美国法院的裁决，我们也可以看见社会对避孕与堕胎之间的这种关系的认同。例始，美国最高法院就曾在 *Griswold v. Connecticut* (1965) 一案中，裁决已婚夫妇拥有使用避孕药品的权利。在对后来的 *Roe v. Wade* (1973) 一案——该案援引

Griswold 案作为提供了部分先例——的裁决中，避孕的权利引申至包括堕胎。这样，社会对堕胎的接受，可以被视为是建立在承认避孕权利的基础之上的。^[16] 由于避孕和堕胎还被视为对于限制迅速膨胀的世界人口是必要的，二者之间的联系就变得愈加紧密。在这场针对人口过剩的战争中，避孕和堕胎一起成为约束大量人群持续增长的联合手段。^[17]

三 对于堕胎手段的一个道德评价

这样，由于意识形态和实践的原因，人们接受避孕也促成了他们对堕胎手段和堕胎的接受。在避孕和堕胎之间这种复杂关系的背景下，我们将评价 RU486 的社会及伦理影响，因为它是第一个广泛被使用的主要堕胎手段的药物。RU486 最令人吃惊的影响便是它导致堕胎程序隐私化。RU486 把堕胎过程带入一个新的隐私的维度，使得后者变得更像是去一家节育诊所进行避孕。^[18] 这将导致公众以及作为个体的医生、妇女及其伴侣的责任感，降低至完全避开道德监督的程度。^[19] 还有，由于整个堕胎的过程完全在妇女家中的私密场合进行，堕胎讨论中的问题的透明度将被大大降低，亲生命运动亦将由于失去了公共讨论中的对手而被削弱。过去支持亲抉择的堕胎主义者的个体医生和诊所已被跨国制药公司取代，对亲生命派而言，它们显然是过于强大并且难以与之直接抗衡的对手。随之而来的一个后果，便是亲抉择和亲生命观点之间原有的均衡被打破并倾向前者。

RU486 对妇女的经历也产生严重影响。因为随着它的出现，堕胎由一个外科手术过程转变为一个药物作用过程。在组织完善的诊所环境中得到的咨询适切的劝导不复可得，许多人将此视为对于妇女的一项严重的心理威胁。一项研究显示，只有 24% 的妇女愿意选择家庭环境进行堕胎，因为“在家里对一个胎儿进行堕胎是一次孤独、身体上的折磨并且令人丧气的经历，而这经历

的高潮正在妇女看到自己死去的孩子成为一团令人恐惧的血、凝块和组织那一刻”^[20]。但另一方面，有一些人认为，在家里经历堕胎为所爱的人和亲人提供了一个在困难时刻支持妇女的一个难得的机会。他们还认为，与带有肉体创伤的外科手术堕胎比较，RU486这种药物堕胎是更为“自然”的过程。一些妇女称RU486的堕胎为“一次预先谋划的流产”，大大减少了堕胎所带来情感上的痛苦，它给人一种“自然的”感觉。此外，RU486堕胎是一个2—3天的过程，使妇女有更多的时间在感情上慢慢地接受堕胎。^[21]因为这些理由，一些妇女相信RU486提高了她们对于堕胎程序的个人控制，并且使她们避免了通常与外科手术堕胎相联系的无助感觉和羞辱。但是这忽视了这样一个事实，单独地作出堕胎决定并采取行动的权利，也要求单独地承担堕胎的痛苦和沉重责任。正如一名妇女所说的：“我采取了决定性行动，我杀死了我的孩子，完全没有任何中介的人。”^[22]然而，她们的自主和控制的感觉很有可能是一个假象，因为在一些药物堕胎不太顺利的情况中，诊所的介入可能较外科堕胎还要多，它包括频繁的医护人员到访、血液检查、超声波探测以及受到医生的严格监控。^[23]尽管这并不必然是一件坏事，但无疑与所谓“秘密”堕胎丸的说法相去甚远；许多人甚至认为，RU486的使用是对广大妇女的自主权的一个直接威胁。正如我在前面曾经提到过的，一般妇女对于避孕措施和堕胎手段之间的区分所知不多，而医疗机构对这一问题含糊其辞。^[24]如果医学专职人员试图通过改变术语来掩盖药物的堕胎作用，那么这就是一种欺骗行为，从而侵害了妇女的自主权以及避孕方式选择的知情同意权。

近年来，堕胎手段——例如RU486——的应用，为正在孕育中的人类生命带来了直接的威胁，同时也使社会必须公正地面对幼嫩孕体的严肃问题。随着医学研究者冷酷无情地发展堕胎疫苗技术的同时，相关的道德问题日益尖锐。据估计，随着一种堕胎

疫苗（例如 HCG 疫苗和外胚组织滋养抗原疫苗）的使用，一名性事活跃的妇女一年可能会终结多达 12 个胚胎的生命，²⁵ 因此尽管传统堕胎数量的统计数字有可能降低，实际上的堕胎的数量将指数地增长。随着通过这些容易使用和不为人所知的堕胎手段和药品，造成了对摧毁孕体的道德责任进一步下降。“在某种意义上，如果没有尸体，那么就没有犯罪……随着这一技术变得越来越寻常，自我欺骗也将不断增加。”²⁶ 堕胎手段的药物所助长的对于孕育中的人类生命的麻木不仁，是由相关医学革新所带来的最为严重的威胁。

概括说来，像 RU486 这样的堕胎手段药物，明显使得堕胎更为安全、便利和廉价，许多原本在道德上反对利用堕胎作为节育方式的人，也可能会改变立场，认为 RU486 是可以接受的。这或者是由于他们对于 RU486 作用机制的无知，或者是由于他们有这样一个误解，即 RU486 所杀害的生命，在道德重要性上要较外科手术杀害的胎儿为低。在许多方面，RU486 将会成为节育方法未来趋势的一个模板，并且为堕胎提供前所未有的选择和隐私化程度。对于堕胎论争中的亲抉择拥护者而言，对 RU486 的使用无疑是一次胜利；而与此同时，亲生命拥护者则担心，随着选择堕胎的妇女之责任感渐渐丧失，对怀孕妇女及在子宫内的初生人类生命将带来灾难性后果。

四 母胎二分体：作为一名患者的胎儿

正当由于“堕胎—避孕手段”的发展和应用，早期孕体的存在和价值已经被医生和公众日益忽视的时候，在大部分的医疗工作人员中间，却出现了一个颇新的概念：作为一名独立患者的胎儿。这主要是医疗技术水平提高的结果，因为它们不仅可以诊断出胎儿身体上复杂的缺陷，而且更有可能使用外科手术对还在孕妇体内的胎儿施行矫治的手术。²⁷ 鉴于胎儿患有可以完全独立

于其母亲而被诊断和治疗的疾病，它已经成为一名患者。除了对临床产前护理有实际的影响之外，^[28]这一概念还带来了巨大的伦理意义，因为一旦胎儿作为一名独立的患者被接纳，那么医生在道德上便有责任，除了怀孕妇女的利益之外，还要保护和增进胎儿的利益。这一概念极大地改变了我们对“母胎二分体”的认识，并且对于胎儿的道德地位的提升贡献甚巨。而与此同时，当患者们（孕妇与胎儿）的权利和医生的责任在这种二分体内发生冲突时，它也提出了新的伦理困境。

五 胎儿诊断治疗与母胎二分体

作为一名患者的胎儿的概念演变，与胎儿诊断技术的逐渐发展是同步进行的。开始的时候，人们仅懂得用手触诊胎儿的活动，之后经过对胎儿心跳的听诊，直到更为复杂的胎儿电子监测和妊娠荷尔蒙水平监测。另外，通过羊膜穿刺进行的羊水分析及绒毛膜绒毛活组织检查，使得医生们能够透过产前诊断去诊断胎儿可能患的种种遗传性代谢异常和染色体异常的疾病。然而，迄今为止，对胎儿的理解和认识方面作最重大突破的还是超声波扫描术。这一方法为胎儿正常及异常的解剖结构和活动——包括心脏的节律活动及其瓣膜——提供了精确的描述和测量。此外，在感情层面上，它还可以让我们看见胎儿在“踢蹬和滚动、呼吸（和）……吞咽……以及排空它的膀胱”^[29]——几乎完全作为一个人在进行这些活动。突然之间，通过超声波扫描仪的“眼睛”，胎儿不再是埋在黑黢黢的子宫内的一颗消极被动的种子，而是在孕妇子宫中活跃地成长的一个活生生的人。随着高清晰度、实时扫描仪的发展，现在已经可以对胎儿的任何解剖部位的精确细节进行显形。^[30]正如一位作者所评论的：“对他们的胎儿进行实时显形的可能，对许多满怀期待的父母产生了巨大的影响……它给予他们的胎儿以一种真实性和个体性，而这些都不是

借助言词能够表达的。”³¹ 超声波扫描术还对许多医生产生了强大的影响，其中包括一位有影响的亲抉择派医生。他承认，这一技术说服他堕胎是不道德的，并从此摒弃堕胎手术。³²

超声波扫描方法对于诊断胎儿解剖结构上的缺陷非常有用，而其他的一些基因和生化畸变则更容易通过对羊膜穿刺和绒毛膜绒毛取样而得到的胎儿组织进行直接的分析来查明。脐带穿刺（胎儿血液取样）以及其他胎儿活组织检查（包括皮肤、肝脏和肌肉），现在可以在实时扫描术的指导下进行操作。最后，运用的最先进的非侵害性核磁共振成像技术不仅保证我们能够对胎儿的解剖结构进行清楚的了解，而且保证我们能够确定胎儿组织的实际化学性质和构成。由于这些做法涉及了直接的胎儿显形和组织取样，因而它们强而有力地促成了作为一名独立的患者的胎儿的概念化。

大多数 20 世纪早期的胎儿诊断技术都能诊断严重的遗传疾病或者先天畸形，它们多半是致命的，因此大多数的产前诊断结果就是堕胎。但是，最近的一些发展支持直接的介入治疗以矫治某些这类胎儿异常。自从澳大利亚著名妇产科医学教授利雷（A. W. Liley）成功地对胎儿进行了宫内输血以来，³³ 医学界已经继续改进了其他直接治疗胎儿的技术——尤其是那些针对各类病情的外科矫治方法：因为脑部液体在胎儿颅内积聚，导致大脑受压而损伤和严重的心智迟钝的脑积水病，是胎儿外科手术的最初目标之一；医生可以在子宫内植入一个分流器，使液体从胎儿的颅内流出。³⁴ 其他一些要通过产前手术进行治疗的胎儿病情包括先天横膈膜疝气和严重的两侧肾盂积水，前者引起胎儿的腹内器官充塞胸腔并压缩胎儿的肺，后者则导致尿路堵塞。³⁵ 这些胎儿外科治疗技术的改进，同胎儿诊断技术的发展一起，对于胎儿作为一名独立的患者的概念具有根本性的影响。

六 作为一个二元体的母胎二分体

在过去，胎儿一直被视为母亲的一个“内在的组成部分”。在这个意义上，母胎二分体被作为一个综合的患者来对待。将胎儿作为一名独立的患者来看待的最重要的影响之一，便是母亲和胎儿之间的关系产生了变化：由统一体到二元体的一个剧烈的转变。也就是说，我们现在将胎儿视为一个拥有自己权利的独立的患者。然而，对于伴随这一进展而来的大量问题，人们却鲜有一致之见：

(1) 这一二元体在受孕的那一刻便开始存在，还是仅仅在孕期后来的某一时刻才开始存在？

(2) 哪一部门有权决定从何时起这一母胎二分体变成一名二元患者？

(3) 这一转变对于医生的实践操作意味着什么？

(4) 当胎儿不被流产的权利与孕妇的身体自主权发生冲突的时候，这一概念有什么道德意义？

最极端的观点是拒绝承认母胎二分体能够成为一个二元体的可能性。例如，美国带有妇女主义色彩的学者罗瑟曼（Barbara Katz Rothman）坚持认为：“一名孕妇是一个人，不是两个。因此，第三方只有通过保护和照料孕妇才可以合法地保护和照料胎儿。”³⁶ 在本书其他章节关于堕胎的极端自由主义立场已经提及过的英国伦理学家瓦仁（Marry Ann Warren）提出这样一种观点，即母胎二分的二元体是一种可能性，但是这种现实性只有在妇女作出不对胎儿进行堕胎的决定之后才会出现。换言之，如果孕妇选择堕胎，那么二元体就永远也不会出现，而一旦所作的决定是不进行堕胎，那么母胎二元体就开始存在。³⁷ 然而，需要予以澄清的是，确立二元体的形成，并非取决于怀孕的决定，而是不堕胎的决定。而医生对于二元体的责任，也只有在妇女作出这样一

个决定之后才开始。瓦仁的模式显然受到其亲抉择主义立场的影响，但是它却提出了一些重要的问题：医生对胎儿的责任真的只有通过母亲的认可才开始？即，任何促进胎儿利益的行为，都主要是基于医生对于母亲的责任？医生的责任能否被理解为独立于母亲的意愿和选择而存在，直接对胎儿负责？

美国耶鲁大学妇产科医学教授薛凡纳（Frank Chervenak）和他的同事提出的第三种观点认为，母胎二分体的二元体不应该是母亲意愿的一个应变量，他们尤其想知道，从何时起胎儿开始成为一名患者，以至于医生对于胎儿负有直接的责任。他们得出结论说，一旦胎儿能够成活，那么就存在着一个对它将来会取得独立的道德地位的预期，这就为胎儿成为一名患者确立了必要和充分的基础，并同时获得医生诊治的权利。³⁸

他们的观点也受到美国著名法律学者罗伯逊（John A. Robertson）的支持：“根据胎儿将被活着生下来的这种预期，待产的胎儿是一名‘患者’。”³⁹而这样的一种预期，只有在胎儿可以成活时才是可靠的。尽管这些作者从来没有详细说明为什么一个可靠的预期只有在胎儿可以成活之后才出现，他们显然受到了美国最高法院在1973年对于Roe v. Wade案的判决的影响⁴⁰。在其中，已经可以成活的胎儿被认为具有“生命的潜能”，非不得已堕胎是不容许的。如果有存活能力后的堕胎被禁止，那么医生就必须把成活后的胎儿当作一名患者来对待，并且把母胎二分体作为一个二元体看待。这一立场也与社会的期望相一致，即，母亲有责任避免对胎儿造成非致命的伤害，和选择促进胎儿利益的行为。⁴¹这一点，在世界上大多数社会与文化都会认同的。在这样的背景下，可存活能力对于是否堕胎的决定就显得非常重要。他们说：

在具有可存活能力之后，胎儿对现实的而非仅仅潜在的

生命愈来愈接近，加强了它的不能被杀死的道德要求，压倒了母亲选择不生下一个孩子的权利，尽管还不至于迫使她冒自己的生命危险去这样做。^[42]

在此基础上，他们得出这样一个结论，只要在胎儿可以存活之后，母胎二分体就成为一个二元体，而到了那时胎儿也就成为一名独立的患者，所有归于它的名下的道德权利都应被予以尊重。虽然我们还不能说可存活的胎儿具有一个需要被尊重的自主权，但医生有责任在基于“使得益原则”（principle of beneficence）的基础，以及胎儿自身拥有独立于它的母亲的、基于“使得益原则”的权利上，将胎儿作为一名患者来对待。并且在某些特定的条件下，对母亲基于自主权的自由作出不利于胎儿的决定，可以合乎正义地加以限制。^[43]

七 母胎二分体的一种关系模式

无论母胎二分体的二元性是建立在母亲的决定的基础之上，还是建立在胎儿的可存活能力的基础之上，两种观点都赞同母亲和胎儿应该被视为个体的、独立的患者，他们可能拥有相互冲突的权利，需要在彼此之间进行权衡。美国学者玛丁妮（Susan Mattingly）对这种二元模式持保留态度，因为它无法对两名患者存在于一个基本的生物体内的事实作出一个合理的交代。她认为，即使医学、哲学和伦理学将胎儿看作一个独立的实体，胎儿存在于母亲的体内并且与母亲形成一个生物统一体这一事实仍然是无法被排除和忽略的。^[44]即使冲突真的发生在这种母婴二元的模式中，“母亲与胎儿之间的冲突也必然是发生在患者之内，而不是之间”。^[45]玛丁妮指出，问题肇源于传统西方医学的一项基本缺陷，它将病人作为自主的个体来对待，而对他们需要依赖的人际关系不作任何考虑。^[46]她认为一个较可取的是一种家庭医疗

模式，因为该模式尝试通过一种生理—心理—社会因素去理解健康和疾病，在同种视野去考虑母胎二分体，医疗专业人员将会更加清楚地看到，胎儿对母亲的依赖是无法转到任何其他人身上的。正因如此，胎儿就对母亲拥有一个特殊的要求权。^[47] 如果有母亲需要进行一些会伤害胎儿的治疗或者反之亦然的情形出现，医生就能更好地引导她在考虑与胎儿和其他人的关系的背景下作出这些决定。^[48]

有这样一个独一无二的例子，充分显示了存在于母胎二分体中的二元性、统一性以及依赖性：在其中，胎儿在已被宣布脑死亡的母亲的子宫内发育成熟直至可以存活。

一名 27 岁、原本健康的首次怀孕妇女在妊娠第 22 周因患有为期五天的严重头痛、呕吐和定向障碍去医院求诊。在就诊四小时后，患者经历了一次全身抽搐和呼吸停顿，最终陷入昏迷。两天后她被宣布脑死亡，医生接纳她丈夫转达孕妇的意愿，决定维持母亲的身体功能以挽救胎儿的生命。医院成功地维持母亲的心肺系统功能达 63 天之久，最后胎儿被以剖腹产的方式产下。该名男婴先由新生儿特别护理单位看护，然后被带回家。在为期 18 个月的跟踪调查中，他显得完全健康和发育正常。^[49]

这一案例表明，即使这个胎儿已经成为一名完全独立于其母亲的患者，他仍然要在一个生物统一体中完全与他的母亲联系在一起并依赖他的母亲。因此，医生的两难困境不能被简单地误解成为使胎儿受益的责任与尊重妇女自主权的责任之间的一种冲突。毋宁说，这一案例使得医生看到，通过保持二元体中的统一的维度，他们完成职业目标，即帮助孕妇履行她维系胎儿的职责。⁵⁰ 它并非单单提供了一个将胎儿从死亡线上抢救回来的医学

例子，而是权威地显示了母胎二分体——在其中有两个人，但是只有一名患者——相互依赖的本质。

母胎二分体这样一种相互依赖的关系，与那种承认关系是人类的一个构成维度的认识形成很好的共鸣。^[51]我们认为，以母胎二分体的一种关系模式作为伦理的基础，要优于其他基于权利的模式。在后者那里，母亲和胎儿的权利总是被表述为相互对立的。即使在出现冲突的情形中，关系模式也能避免这些内在的对立性后果，因为，一旦我们接受了“自我”唯有在关系中才能突显这一前提，那么所有的自主性决定都必然是关系性决定。^[52]关系模式强调将关系而非个体权利作为首要的道德关注对象。这样，尽管基于权利的模式不能要求人们进行自我牺牲，基于关系的模式就可以鼓励人们这样做。基督教神学还可以从三位一体的教义去理解母胎二分体。三位一体的上帝不仅是“三一体中的统一体”的永恒关系存在：一种相互作用、相互渗透和相互依赖的关系，而且作为道成肉身的圣子，毅然为他人而牺牲自己的生命。^[53]

八 母胎二分体中的冲突

无论是把母胎二分体理解为一个二元体、一个统一体还是二者兼而有之，在出现母亲拒绝接受胎儿所必需的医疗的情形时，人们仍然要处理二分体内潜在的冲突。与母胎二分体有关的治疗可以分成三类：

(1) 对母亲的直接治疗，使胎儿间接地受益。在这类情形中，母亲自身直接从治疗中受益。

(2) 为了胎儿的利益而进行的药物或外科手术治疗。在这类情形中，就治疗而言，母亲在最好的情况下既不受益也不受损，在最坏的情况下则直接受其伤害。

(3) 为保障胎儿的顺利出生而进行的剖腹产。在这类情形中，

母亲因为胎儿需要的治疗而直接受到伤害。^[54]

第二和第三类治疗包含着潜在的冲突：即使对胎儿有利，母亲也有可能拒绝一项对自己有害的治疗。在这种情形中，母亲也许会选择不让胎儿得到医治，或者进行堕胎。有些人认为，如果医治胎儿缺陷的成功率高的话，人们就不能轻易地认为堕胎是正当的。母亲若不堕胎，也不接受胎儿可得益的治疗，坚持怀着一个有缺陷的胎儿直至临盆，在道德上也是有问题的，因为母亲有提高胎儿生活质量的责任。根据这种观点，母亲的自主权的重要性，比胎儿的生活质量或生命权都要低，因此，堕胎将被禁止，治疗被强制执行，不论母亲愿意与否。^[55]我们可以看得到，随着治疗胎儿的技术的出现，因为胎儿的缺陷而进行堕胎的理据就更显得软弱无力。但是强制执行治疗却有待商榷。胎儿不被堕胎的权利并不等于孕妇承有必须接受外科手术的义务。而且，在某些特定的条件下，怀着一个有缺陷的胎儿直至临盆，在产后才提供治疗，在道德上可能是可以接受的。因此，可以断言，医生将越来越面临一种新的两难困境：是尊重妇女的决定而不医治胎儿的缺陷，还是顺应胎儿的需要提供治疗让他从中受益呢？^[56]

九 一个基于权利的解决冲突的路径

在一个以权利来解决冲突问题的进路中，母亲和胎儿都被设想为权利的拥有者，二者彼此对立，并且相互竞争优势地位。^[57]在这种形势下，裁决胎儿和母亲之间的权利冲突的办法，通常来自于法律强制的巨大威力。结果，尽管在加拿大和美国的法律体系都没有“虐待胎儿罪”的成文法，^[58]然而法律却具有一个日益增加的、为了防止虐待胎儿而规范孕妇行为的趋势。法律对怀孕的干预比较典型的做法就是在产前强迫孕妇在怀孕期间去做或不去做某些特定行为，或在产后惩罚在怀孕期间对胎儿造成伤害的妇女。虐待胎儿的犯罪行为包括拒绝就医、不健康的生活方式尤

其是吸毒、对胎儿蓄意施加产前伤害等。

在加拿大，两个在上世纪末轰动一时的法院审判案例，首度将胎儿权利的问题带入了公众讨论的前台。第一个案子涉及一位22岁妇女——“G女士”，她是一名三个孩子的母亲，已有8年吸毒的历史。^[59] 由于她吸毒成瘾，有两个孩子已经遭受到神经损伤，当曼尼吐巴省（Manitoba）法院发现G女士再次怀孕并且还在继续她的恶习时，便作出决定，将她关在一家药物治疗寄宿机构内，直到她的孩子的出世。在她产下健康的孩子并戒除了毒瘾之后，对她的判决才被撤销。^[60]

第二个案例是产后惩罚的示范，一位来自安大略省（Ontario Province）的一个小镇的孕妇，用气枪朝她的阴道内射击，据推测是为了杀死胎儿^[61]。婴儿在1996年5月28日在孕妇的寓所里出生，后来被送往医院，在那里，其病情急剧恶化。在入院后的第三天，医生为该男婴做了一次脑部扫描，在他的大脑发现一颗铅丸。母亲立即被控蓄意谋杀。但是她的律师争辩道，这个案件不应被受理，因为根据加拿大法律，未出生的胎儿没有权利，^[62] 即使有，那些权利也不会高于母亲的权利，母亲的企图谋杀指控因此被撤销。

在纽约，那素郡（County of Nassau）的社会福利处有一项为时已久的政策，一旦发现一名妇女在怀孕期间使用非法药物，就要取消其孕妇产后母亲对婴儿的监护权。换言之，警察会在产房等待着婴儿诞生，然后把婴儿交由相关政府照顾。那素郡民事法庭法官地马罗（Jeseph de Maro）在1988年判决一名服用可卡因的孕妇是疏于照料行为时这样说：“当母亲已经决定不去摧毁胎儿（堕胎）或已经超过容许摧毁胎儿的期限之后，人们就没有理由给予一个子宫内的孩子和一个子宫外的孩子不同的待遇。”^[63] 换句话说，一旦妇女放弃了堕胎的权利，在其怀孕期间就不能随心所欲地按照自己的意愿行事；相反，她有责任去照料

胎儿的健康。¹⁶⁴此外，社会对一个未来孩子的福利也有责任，因此对母亲的法律强制是正当的。¹⁶⁵当一些人为社会对准儿童的利益的承担趋势拍手叫好，并进而推动更明确的法律引导和更严格的法律的时候，另外许多人却对母胎二分体的法律干预不以为然。瓦仁承认，准儿童应该拥有不受伤害的权利，但对于母胎二元体的法律干预是完全不适宜的。她坚持认为，将这类“约束留给个体的良知和道德，较法律的强制力量要好”¹⁶⁶。其他人也看到了划出适当的界限非常困难，而且法律误用和滥用的可能性也不容低估。有学者指出，尽管将新生儿从吸毒成性的母亲那里“解救”出来是合理的，但是将一个孩子从一个为了娱乐和放松而服用大麻的母亲那里带走则会对孩子造成伤害，因为社会夺走了他的母亲。¹⁶⁷将一个孩子从他们的家中带走会造成严重的精神创伤，并且可能会对孩子酿成灾难性后果。这类行为通常是在保护孩子的名义下进行的，但实际上带走孩子是惩罚他们父母的一种手段。其他人还看到，胎儿虐待不能等同于儿童虐待，理由很简单，胎儿根据定义就存在于怀孕母亲的体内。因此，我们不能独立于母亲的利益和权利来评价胎儿的利益和权利。¹⁶⁸我们相信，说服、教育、劝告和仲裁是解决母胎冲突的更好方式，而法律的强制解决只能当作不得已而为之的最后诉求手段。

十 法院指定的剖腹产

母亲被法院指定去进行剖腹产以保障胎儿顺利出生的案例，可以说是法律干预母胎二分体的最普遍的例子。自首例个案发生后，大量案例在各类文献中被广泛讨论。在1981年，在医生证实胎儿有99%的可能性不能在正常的分娩中存活之后，美国佐治亚州（Georgia State）法院下令对一名不服从的妇女实施剖腹产。该法院的判决是基于美国最高法院在 *Roe v. Wade*（1973）一案中裁定州政府有责任保护潜在生命的利益。¹⁶⁹1987年，在美

国首府华盛顿一家医院接到一项法院指令，要求对一名怀孕 26 周半、患有晚期癌症并进入昏迷状态的 27 岁妇女，实施剖腹产，该项指令与该妇女的丈夫和医生的意思表示相悖。在手术两天后，胎儿死掉了，该妇女亦于两周后去世，手术是加速其死亡的一个因素。^[70]此外，在密歇根州（Michigan State）的一个案例中，法院命令一名患有胎盘前置病状的妇女自行到医院做剖腹产。这名妇女拒绝了，并藏匿起来，结果最后通过自然的方式顺利地产下一名健康的婴儿。^[71]这些案例显示了由法院强制执行的剖腹产的复杂性。尽管在这些广为人知的案件揭示了医疗和司法常会出现的判断失误，但在其他那些不甚公开的案件中，法院的命令大多拯救了胎儿的生命，或者拯救了胎儿和母亲二者的生命。

很多人提出了许多理由来指出法院指定的剖腹产是不足取的。其中最有力的理由是妇女为了胎儿的利益而冒很大的风险。然而也有许多人认为 *Roe v. Wade* 案的判决支持以下的一种观点：在必要时，为了保护胎儿，孕妇要冒大一点的风险是正当的决定。尽管 *Roe v. Wade* 案判决的精神实质不足要求孕妇承担不合理的风险，但我们相信这判决是认为只要胎儿不获诊治的风险比进行手术妇女承受的风险要大，法院指令的剖腹产很有可能是正当的。^[72]另一个反对法院指令的剖腹产的理由是伴随着这些法律干预而来的“滑坡”效应。有人担心，这样一些先例可能会最终导致对某孕妇施行极权主义式的监管和控制。^[73]即使这种担心并非完全没有根据，但除了为防止胎儿死亡而强制要求剖腹产以外，因其他理由而被迫进行手术分娩的机会实在不大。但由法院指定剖腹产的情况确实会产生一个更现实而严重的问题，就是在母亲与胎儿之间有可能建立起一种对立的意识。这样产生的一种对抗性关系，对母婴的亲密关系可能造成灾难性后果，并且导致孕妇对将来怀孕产生一种消极态度。^[74]人们试图将母胎二分体中

的对立减至最低，其中最值得一提的一个办法，就是要求在孕妇未进行外科手术前，都必须首先经过一个“胎儿审查委员会”的审查和批准。这样一个委员会由多学科的专家和伦理学家所组成，他们将讨论每一个个案以及它所独有的情境，¹⁷⁵ 目的是通过“辅导和教育，使妇女能够在完全知情的情况下，作出自己的决定”，来预防和阻止对立情绪的发生。¹⁷⁶ 尽管这些努力的长期效果还有待观望，但很明显，它比利用法律强制的手段强多了，因为以权力来解决冲突，最终必定会造成了一种不信任、恐惧和怨恨的情绪，这在母胎二分体的融洽背景中是非常不相称和不幸的。

十一 作为一名患者的胎儿及位格伦理

许多人更倾向于选择一种后果主义的观点来代替依赖权力的进路，强调将目标或者结果作为行为的决定性因素。¹⁷⁷ 这样一种路径所最终关注的是公平地权衡各方的风险和利益。但当被用于对母胎二分体的干预时，这种做法却存在着严重问题。首先，设想医生的产前诊断永不失误是一个不实际的想法。正如我们在前面讨论的一些有关强行剖腹产的案件中所看到的那样，在许多案例中，导致需要进行剖腹产的诊断实际上是一个误诊。再加上预料后果的艰巨任务，尤其在试验性的胎儿手术的领域，准确地预料对胎儿治疗的最终结果，仍然是十分困难的事。与此同时，在孕妇已经承受了巨大的生理和心理压力的关键情势中，要求她仓促中，客观地权衡各方的风险和利益、分析各种选择并且最终作出一个合理的决定，也是件极为困难的事情。¹⁷⁸ 尽管存在着这些明显的缺点，后果主义进路仍然明显优于基于权利的进路，因为它并不必然是对抗性的。如果各方能够就某一个共同目标达成一致协议，那么就会有可能会促进母胎二分体中的和谐关系。

然而，在我们看来，因为位格伦理将维持、丰富母与子的和

谐关系作为伦理学首要的标准，它对回应和处理母胎二分体内的冲突，应该比其他的进路更占优势。正如在前面所讨论过的，这一伦理建立在这样一个前提上，即，人的位格只有在关系中才会得到体验和丰富。孕妇在一个医患关系中与妇产科医生联系在一起，她腹中的胎儿则在一个不同的医患关系中与另外一个外科医生联系在一起。胎儿还同他的亲生父亲具有某种“父子”关系。然而，由于胎儿对他的母亲具有唯一的、独有的和不可替换的依赖，他更是与孕妇具有一种特殊的关系。最终，胎儿还同上帝具有一种独一无二的关系，他按照自己的形象创造了它。只有在这样一个关系的矩阵中，方可期望冲突得以调解。尽管一个尊重这些关系的伦理体系倾向于激发母亲增进胎儿安康的意愿，位格伦理并不必然地要求孕妇做出自我牺牲。因此，为医治胎儿而让母亲冒极大风险的做法通常并不被考虑。不顾母亲的拒绝而对母亲身体的任何侵犯，都必须经过极为严肃的考虑，并且要求最有力的正当理由。如果治疗仅仅是增进胎儿的生活质量，也不应该考虑。只有当胎儿遭受着极大的危险，而孕妇所冒的风险则并不威胁生命才是可以接受的。¹⁷⁹

此外，位格伦理也不认同强迫干预，也不鼓励利用法律手段去加强保护胎儿，因为这些手段几乎完全不能助长我们人之为人的那些关系。游说和教育应该是达到所期望的目标的手段。在应用位格伦理来解决冲突时，孕妇最切近的关系网络中其他成员——尤其是配偶和医生——的参与和支持是非常关键的。从这一角度看，对胎儿生命的保护，实际上可以通过增强、而不是削弱对妇女的尊严和自主来完成的。

概言之，胎儿诊断、治疗和外科手术方面的医学进步，已经容许医疗专业人员将母胎二分体作为一个二元体来治疗，并且提供了将胎儿作为一名独立的患者来看待的机会。对于拒绝将胎儿看作一个人的人们，作为一名患者的胎儿的地位也许仍不足以使

他们改变看法。但不可否认的是，这一个正在发育中的人，事实上正在建立一个不断扩大的关系网。先前被视为黑黢黢的子宫中的一个相当消极的居住者——被认为至多是母体的一个组成部分，例如她的附属物或者一个寄生体——的胎儿，现在被放在聚光灯下呈现在“旁观者”面前，他们包括母亲、父亲、内科医生、外科医生、放射医生、护士以及其他相关人员，这些人人都对它的安康怀有强烈的兴趣，并且准备投出巨大的精力和努力来保护它作为一名患者的利益，尽管很多人还是不肯承认它是一个人。作为一名患者的胎儿的概念不可避免地提升了胎儿作为一名道德存在者的地位，并且提醒世人，它正在与母体外愈来愈多的人建立联系。我们尤其因为这一发展而得到鼓舞，因为这个“胎儿人”正通过其生活中丰富的关系维度而得到增强，而且它的利益被有道德的人所承认，并且在有必要时作出保护。正如“胎儿外科手术之父”利雷所说的：

我们也许不能人人都有幸安度晚年，但是我们每个人都一度是个胎儿……因此，如果我们要求按照成人的标准，给予胎儿同样的关怀和尊重，这样的要求是否真的很过分？^[80]

至于我们这些生活在基督教传统中的人，同样也不应忘记，上帝从地上的尘土中造出我们每一个人，并且向我们吹入了生命的气息，因此我们同他具有联系。在尊重每一个胚胎和胎儿的生命时，我们同时也是在荣耀创造生命的上帝。

注 释：

[1] Nicholas Tonti-Filippini, "The Pill: Abortifacient or Contraceptive? A Literature Review", *Linacre Quarterly*, 62, No. 1 (1995): 5—8.

[2] *Ibid.*, pp. 9—10.

[3] George F. Brown, "Long-Acting Contraceptives; Rationale, Current Development and Ethical Implications", *Hastings Center Report Special Supplement*, 25, No. 1 (1995); S13.

[4] C. E. Ellerston and C. C. Harper, "The Emergency Contraception Pill: A Survey of Knowledge and Attitudes Among Students at Princeton University", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 173 (November 1995): 1438—1440.

[5] Tonti-Filippini, "The Pill," p. 11.

[6] I. Chi, "What We Learned from Recent IUD Studies; A researcher's Perspective", *Contraception*, 48 (August 1993): 83.

[7] Brown, "Long-Acting Contraceptives", p. S13.

[8] Chi, "What We Learned", p. 83.

[9] Brown, "Long-Acting Contraceptives", p. S13.

[10] D. DiPerri, "RU 486, Mifepristone; A Review of Controversial Drug", *Nurse Practitioner*, 19 (June 1994): 59.

[11] M. Berer, "Inducing a Miscarriage: Women-Centered Perspective on RU 486/ Prostaglandin as an Early Abortion Method", *Law, Medicine and Health Care*, 20 (Fall 1992): 207.

[12] L. Roberge, "Abortifacient Vaccines; Technological Update and Christian Appraisal", in *Bioethics and the Future of Medicine; A Christian Appraisal*, ed. John F. Kilner, Nigel M. de S. Cameron and David L. Schiedermayer (Grand Rapids, Mich.; Eerdmans, 1995), p. 179.

[13] Betsy Hartman, *Reproductive Rights and Wrongs* (New York; Harper & Row, 1987), p. 242. Hartman goes on to say that "properly performed, abortion is a woman's safety net and one of the most important reproductive rights of all" (p. 249).

[14] The fact that contraception is "against conception" (and thus "anti-child") is often used as a Catholic argument to proscribed all contraception. A common argument is that conception is a human good and that it is always evil to directly thwart the actualization of human goods, as contraception does. Compare Joseph Boyle, "Conception and Natural Family Planning", in *Why Humanae Vitae Was Right*, ed. Janet Smith (San Francisco; Ignatius, 1993).

[15] American Academy of Pediatrics, *Statement of Goals*, 1978, quoted in Eugene F. Diamond, "'Every Child Should Be Born Wanted'—A Dubious Goal", *Liancre Quarterly*, 52, No. 2 (1985): 105.

[16] Incidentally, this relationship—whereby contraception contributes to an acceptance of abortion—is one of the arguments the Roman Catholic Church uses to proscribes all types of contraception. See *Humanae Vitae*, sec 17.

[17] Andrezej Kulczycki, Malcolm Potts and Allan Rosenfeld note that no society has ever achieved low fertility rates without finding recourse to abortion. See “Abortion and Fertility Regulation”, *Lancet*, 347 (June 1996); 1663.

[18] Berer, “Inducing a Miscarriage”, p. 199

[19] Lisa Sowle Cahill, “‘Abortion Pill RU486’: Ethics, Rhetoric and Social Practice”, *Hastings Center Report*, 17 (October-November 1987); 5.

[20] Bernard Nathanson, “The Abortion Cocktail”, *First Things*, 59 (January 1996); 25.

[21] Berer, “Inducing a Miscarriage”, pp. 200—204.

[22] *Ibid.*, p. 201.

[23] Nathanson, “The Abortion Cocktail”, p. 25.

[24] Toni-Filippini, “The Pill”, p. 11.

[25] Roberge, “Abortifacient Vaccines”, p. 182.

[26] *Ibid.*, p. 184.

[27] M. R. Harrison, M. S. Golbus and R. A. Filly, eds., *The Unborn Patient: Prenatal Diagnosis and Treatment*, 2nd ed. (Philadelphia: W. B. Saunders, 1990), p. 6.

[28] Compare these works by L. B. McCulough and Frank Chervenak: *Ethics in Obstetrics and Gynecology* (New York: Oxford University Press, 1994); “The Fetus as Patient: Implications for Directive Versus Nondirective Counseling for Fetal Benefit”, *Fetal Diagnosis Therapy*, 6 (1991); 93—100; “An Ethically Justified Clinically comprehensive Management Strategy for Third-Trimester Pregnancies Complicated by Fetal Anomalies”, *Obstetrics and Gynecology*, 75 (March 1990); 311—316; “Does Obstetric Ethics Have Any Role in the Obstetrician’s Response to the Abortion Controversy?” *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163 (November 1990); 1425—1429; “Nonaggressive Obstetric Management: An Option for Some Fetal Anomalies During the Third Trimester”, *Journal of the American Medical Association*, 261 (June 1989); 1439—1440; “When Is Termination of Pregnancy During the Third Trimester Morally Justifiable?” *New England Journal of Medicine*, 310, No. 8 (1984); 501—504; “Clinical Guides to Preventing Ethical Conflicts Between Pregnant Women and Their Physicians”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 162 (February 1990); 303—307. See also Monica J. Casper, *The Making of the Unborn Patient: A Social*

Anatomy of Fetal Surgery (New Brunswick, N. J. ; Rutgers University Press, 1998).

[29] Harrison, Golbus and Filly, eds., *Unborn Patient*, p. 6.

[30] Compare A. C. Fleisher et al., eds., *The Principles and Practice of Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology*, 4th ed. (Norwalk, Conn. ; Appleton & Lange, 1991).

[31] Daniel Callahan, "How Technology Is Reframing the Abortion Debate", *Hastings Center Report*, 26 (February 1986) ; 35.

[32] Bernard Nathanson, *The Hand of God* (Washington, D. C. ; Regenery, 1996). Nathanson notes, "When ultrasound in the early 1970s confronted me with the sight of the embryo in the womb, I simply lost my faith in abortion on demand. This change was, a clean and surgical conversion", p. 140.

[33] A. William Liley, "Intrauterine Transfusion of Fetus in Hemolytic Disease", *British Medical Journal*, 2 (November 1963) ; 11079.

[34] Mark I. Evans et al., "Fetal Surgery in the 1990s", *American Journal of Disease of Children*, 143 (December 1989) ; 1432. These authors reported that as of July 1, 1989, thirty-eight out of forty-five fetuses survived the prenatal shunt surgery. Of these, twenty-four infants with multiple congenital problems did not fare very well, suffering from varying degrees of mental handicaps. The remaining fourteen who without multiple congenital problems were normal up to one after birth.

[35] R. H. Murry, "Ethical Issues in Fetal Surgery", *American College of Surgeons Bulletin*, 70 (June 1985) ; 6—10; and John A. Robertson, "The Right to Procreate and in Utero Therapy", *Journal of Legal Medicine*, 3 (September 1982) ; 333—336. Many fetuses with diaphragmatic hernia died after birth despite prenatal surgical repair of the hernia.

[36] Barbara Katz Rothman, cited in Marry Ann Warren, "Women's Right Versus the Protection of Fetuses", in *The Beginning of Human Life*, ed. F. K. Beller and R. K. Weir (Boston; Kluwer Academic, 1994), p. 288; also see Janet Gallagher, "Fetus as Patient", in *Reproductive Laws for the 1990s*, ed. S. Cohon and N. Taulb (Clifton, N. J. ; Humana, 1989).

[37] Warren, "Women's Rights", p. 289.

[38] McCullough and Chervenak, "The Fetus as a Patient: An Essential Concept for Maternal-Fetal Medicine", *Journal of Maternal-Fetal Medicine*, 5 (1996) ; 117.

[39] John A. Robertson, "Legal Considerations in fetal Treatment", in *The Unborn Patient; Prenatal Diagnosis and Treatment Patient*, 2nd ed., M. R. Harrison, M. S. Golbus and H. A. Filly (Philadelphia; W. B Saunders, 1990), p. 20.

[40] Chervenak and McCullough, "When Is Termination", p. 502.

[41] T. H. Murray, "Moral Obligations to the Not-Yet Born: The Fetus as Patient", *Clinics in Perinatology*, 14 (June 1987): 331.

[42] *Ibid.*, p. 332.

[43] McCullough and Chervenak, "Does Obstetric Ethics Have Any Role", p. 1426.

[44] Susan S. Mattingly, "the Maternal-Fetal Dyad: Exploring the Two-Patient Obstetric Model", *Hastings Center Report*, 22 (January 1992): 16.

[45] *Ibid.*, p. 15.

[46] *Ibid.*, p. 17.

[47] *Ibid.*, pp. 16—18.

[48] Respect for the professional-patient relationship in a relational model of the maternal-fetal dyad also prevents physicians from being carried away in their enthusiasm for the fetus due to the excitement of the new medical innovations in fetal diagnosis and therapy. This is significant because the technology now at their disposal has a potential to render the fetus a far more "interesting" patient than the pregnant woman. Gallagher, "Fetus as Patient", p. 192.

[49] For a full account of this case, see D. R. Field et al., "Maternal Brain Death During Pregnancy: Medical and Ethical Issues", *Journal of the American Medical Association*, 260, No. 6 (1988): 816--817.

[50] Mattingly, "Maternal-Fetal Dyad", p. 17.

[51] See chapter five, "The relational Dimension of Human Personhood", above.

[52] See also Jane Trau, "Treating Fetuses: The patient as Person", *Journal of Medical Humanities*, 12, No. 4 (1991): 173—175.

[53] Again see chapter five, "The relational Dimension of Human Personhood", above, for more detail.

[54] Allan R. Fleischman and Ruth Macklin, "Fetal Therapy: Ethical Considerations, Potential Conflicts", in *Ethical Issues at the Outset of Life*, ed. William B. Weil Jr. and Martin Benjamin (Boston: Blackwell Scientific Publications, 1987), p. 123.

[55] W. Ruddick and W. Wilcox, "Operating on the Fetus", *Hastings Center Report*, 22 (October 1992): 11.

[56] John C. Fletcher, "The Fetus as Patient: Ethical Issue", *Journal of the American Medical Association*, 246 (August 4, 1981): 772—773.

[57] Janet Gallagher argues that the fetus' status as a patient is different from the status of a full person in the United States. She is particularly concerned that of the fetus is given the

status of a person, it will lead to a "nightmarish scenario" in which court enforcement of fetal patienthood may mandate physicians "to a willingness to treat pregnant women as vessels to be used, risked and discarded". Gallagher, "Fetus as Patient", pp. 198—200.

[58] The Law Reform Commission of Canada still defines *person* as "a human being which has proceeded completely and permanently from its mother's body in a living state and capable of independent survival". In the United States, the *Harvard Law Review* states, "No state has yet passed a statute that explicitly criminalizes 'fetal abuse'" Law Reform Commission of Canada, *Working Paper 58: Crimes Against the Foetus* (1989), p. 63; and "Maternal Rights and Fetal Wrongs: The Case Against the Criminalization of 'Fetal Abuse'", *Harvard Law Review*, 101, No. 5 (1988): 995.

[59] Chris Wood, "Beyond Abortion," *Maclean's*, August 19, 1996, pp. 14—15.

[60] Janice Tibbetts, "Rights of Fetus Spotlighted in Manitoba, U. S.," *Vancouver Sun*, October 30, 1997.

[61] Patricia Christolm, "Does a Fetus Have Rights?" *Maclean's*, August 19, 1996, pp. 16—19.

[62] A 1991 Supreme Court decision in Canada declared that fetuses have no rights.

[63] Tamar Levin, "When Courts Take Charge of the Unborn", *The New York Times*, January, 9, 1989, p. A11, cited in Bonnie Steinbock, *Life Before Birth: The Moral and Legal Status of Embryos and Fetuses* (New York: Oxford University Press, 1992), p. 134.

[64] L. J. Nelson, "Legal Dimensions of the Maternal Fetal Conflict," *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 35 (December 1992): 739.

[65] *Ibid.*, p. 740. However, even if legal statutes were to be implemented, there are several concerns that would need to be dealt with. The first concern is due process. In the cases that have been reported to have occurred so far, the mother did not have a fair hearing at court, was not assisted by a lawyer and in some cases did not even know that a judge's decision had been sought and obtained in her case. (See *ibid.*, p. 742) This clearly violates the constitutional right to due process guaranteed in Canada and The United States in all cases, and would have to be guaranteed should fetal health and outcome be legislated. A second matter concerns the fetus itself. As several authors have correctly pointed out, it is impossible to create a legal statute for "fetal abuses" without clarifying the legal status of the fetus in general. (See *ibid.*, pp. 742—743; cf. "Maternal Rights", pp. 1003—1005.) Although these objections do not rule out the possibility of legal statutes for fetal rights, they indicate that the process would be more complex and large-scale than first evident.

[66] Warren, "Women's Rights", p. 289; cf. Nelson, "Legal Dimensions", pp. 743—44; and L. J. Nelson and N. M. Miliken, "Compelled Medical Treatment of Pregnant Women: Life, Liberty and Law in Conflict", *Journal of American Medical Association*, 259, no. 7 (1988): 1060—1066.

[67] Bonnie Steinbock, *Life Before Birth: The Moral and Law Status of Embryos and Fetures* (New York: Oxford University Press, 1992), p. 135.

[68] "Maternal Rights", p. 1000.

[69] Warren, "Women's Rights", p. 292.

[70] Nelson, "Legal Dimensions", p. 744.

[71] Gallagher, "Fetus as Patient", p. 186.

[72] John E. B. Mayers, "Abuse and Neglect of the Unborn: Can the State Intervene?" *Duquesne Law Review*, 23 (November 1984): 18; Nelson, "Legal Dimensions", p. 741.

[73] M. Evans et al., "Coercion for Fetal Therapy?" in *The Beginning of Human Life*, ed. F. K. Beller and R. F. Weir (Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1994), p. 323; also see L. J. Nelson, "The mother and Fetus Union: What Good Had Put Together, Let No Law Put Asunder?" also in *The Beginning of Human Life*, p. 312.

[74] Compare "Maternal Rights", p. 1011.

[75] Ruddick and Wilcox, "Operation on the Fetus", p. 10.

[76] Evans et al., "Coercion for Fetal Therapy?" pp. 321—322.

[77] Fleishman and Macklin, "Fetal Therapy", p. 137.

[78] Alan R. Fleischman, "The Fetus Is a Patient", in *Reproductive Laws for the 1990s*, ed. S. Cohon and N. Taub (Clifton, N. J.: Humana, 1989), p. 252.

[79] For similar view also see Trau, "Treating Fetures", pp. 175—179.

[80] A. William Liley, "The Foetus as a Personality", *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 6, No. 2 (1972): 105.

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = 生命伦理 对当代生命科技的道德评估

作者 =

页数 = 3 9 1

S S 号 = 0

出版日期 =

V s s 号 = 9 6 8 3 6 1 8 2