

決疑論與實踐討論——以對話倫理學做為醫學倫理教學之基礎的試探

林遠澤

南華大學哲學系助理教授

內容摘要：在醫學專業倫理的教學實踐中，我們經常有無法說明如何能把倫理學理論應用於臨床醫療情境，以做出具體道德決策的難題。同樣的，在當前應用倫理學的方法論討論中，為了說明如何能把道德的正當性要求，落實成具體的行為指導原則，在道德原則與案例分析之間，也已經分別出現絕對規則主義、中層原則、決疑論的道德個例主義等等相爭不下的理論嘗試。醫學專業倫理的教學方法與應用倫理學的方法論討論，事實上面對著相同的難題。本文將嘗試透過後者的處理，來為前者的解決提供理論的基礎。

對於普遍原則無法在個案中使用，而個案的決定卻又經常缺乏客觀原則指導的兩難。本文將試圖從對話倫理學的實踐討論構想，提出解決的方案。本文將首先指出，在各種應用倫理學的方法論中，決疑論（Casuistry）特別適用於臨床道德決策的需要；其次，為了培養學生具有運用決疑論進行具體道德判斷的能力，我將指出以 Kohlberg 的道德發展理論為教育學基礎的對話倫理學，在其實踐討論的奠基與應用模式中，最能為醫學專業倫理的教學提供理論的基礎。

關鍵詞：決疑論·醫學倫理學·對話倫理學·實踐討論·應用倫理學·專業倫理

醫學倫理的教學問題與應用倫理學的方法論問題密切相關。應用倫理學的方法論探討：如何基於道德原則所要求的義務正當性，或基於案例分析與比較所建立起來的範例，透過其應用於具體情境的合適性解釋，做出正確且適當的道德判斷。一般地說，這即是在各專業倫理中，做為結合「理論」與「實務」的教學基礎，以使行動者能在實踐中，解決普遍原則無法直接應用於個案，而個案的決定又經常缺乏客觀原則指導的兩難問題。在當前關於生命醫學倫理學的討論中，為了說明如何能

把道德原則的正當性要求落實成在具體情境中的行動指引原則，已經產生諸如演繹主義、絕對規則主義、反思平衡的辯證論、中層原則理論、決疑論的歸納主義、德性論／關懷倫理與情境決斷等種種不同的應用倫理學方法論。¹當前這些不同的進路，正透過「由上而下」(top-down)與「由下而上」(bottom-up)的方式相互攻錯、自我修正。

基於醫學倫理教學與應用倫理學方法論的相關性，對於能結合理論與實務的醫學倫理教學方法的完整討論，應當分別透過 1、對於完整地設定醫學倫理教學目標的檢討，2、當前應用倫理學方法論的「原則主義」(principlism)與「個例主義」(particularism)之間的論爭與互補，以及 3、對話倫理學對於應用問題的合適性討論與奠基問題的正當性討論的動態整合等三個不同的層次，來逐級推進道德原則的義務性要求與案例應用之互補與整合的可能性。對於這個大的目標，本文只能先嘗試提出一些預備性的看法。在本文的第一部分中，我將先摘要指出當前醫學倫理學的教學目標與教學架構(壹)；其次，在當前應用倫理學的方法論爭議中，我將簡略論述一般已經比較熟悉的中層原則進路的理論難題，並指出當前在醫學倫理學中所發展出來的「決疑論」(Casuistry)的方法論，能夠比較有效地達成在第一部分所要求的教學目標(貳)；最後，本文將嘗試提出對話倫理學的「實踐討論」(Praktischer Diskurs)模式，藉其在共識形成中對於合適性應用與正當性奠基的動態整合，來說明理論與實務互補的可能性，以為能應用於臨床道德決策的案例決疑論提供培養與訓練的教學基礎(參)。

壹、醫學倫理學的教學目標與教學架構

隨著消費者權利意識的高漲與一般民眾醫學常識的提高，醫學倫理的主要內容已經從傳統的「慈悲模式」(beneficence model)轉向以「病人自主原則」(principle of patient autonomy)為核心的「新醫學倫理」²。外在環境的變化促成改革醫學倫理

¹ Solomon, W. David, "Ethics: Normative Ethical Theories.", *Encyclopedia of Bioethics*, edited by Warren T. Reich (New York: Macmillan, 1995), pp. 745f; 以及 *A Companion to Bioethics*, edited by Kuhse, H. and Singer P. (Malden, MA: Blackwell Publishers Ltd., 1998), pp. 61f. °

² Jackson, Lorraine D. and Duffy, Bernard K. "The Role of Communication in Medical Ethics." Edited by Lorraine D. Jackson and Bernard K. Duffy(eds), *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (Westpoint, Connecticut: Greenwood Press, 1998), p. 88.

教育的必要性，但是對於醫學倫理教學的反省卻遠遠不只是爲了醫師專業倫理的塑造，而是涉及到在醫學技術的發展下，我們對於人類生命存在之意義的重新反省與認同。醫學倫理的教學問題反過來挑戰倫理學提出新的思考，以致於在生命倫理學這個應用倫理學的重要領域中，醫學倫理的教學問題已經逐漸成爲需要深入探討的獨立論域。³在新近出版的《生命倫理學手冊》中，學者 Myser 即針對〈怎樣教生命倫理學？〉的問題，提出了批判性的考察。

Myser 整合各方的意見，指出全面性的醫學倫理教學，應分別從「認知」、「實務」與「態度」等三方面設定教學的目標。在理論認知上，她認爲醫學倫理的教學應達成以下五項目標：

一、促進在醫學實務與研究中，對於道德與價值議題的敏感性與覺察力；使得學生能確認、參與在技術性議題之外的道德議題。

二、提昇學生對於人格與專業價值的批判反省；以及對於在醫學實務中涉及到的病人及其家屬、其它醫療／照護專業人員、機構與社會的價值之批判反省。

三、確認在醫療決定背後的價值預設與實質的道德原則與概念。

四、教導道德推理、分析與證成的技巧。

五、針對臨床的醫學倫理決策提供學生一套系統的、批判的處理方式。

以這五項理論認知的目標爲基礎，醫學倫理的教學可以進一步在實務上，培養學生與生命醫學倫理學相關的溝通與互動的「專業技術」，亦即使學生能夠把他在生命倫理學課程中所學習到的知識與分析能力，落實到良好的臨床倫理實務與醫療照護中。並在最後得以藉此培養學生提昇醫德、堅持醫學的人道主義價值等良好的道德態度。⁴

由於理論認知與實務處理是培養德性態度的基礎，因而 Myser 又把醫學倫理的教學範圍依認知與處理倫理學議題的三大架構，分別地加以界定。⁵這三大架構分別包括（1）理論性與概念性的生命倫理學知識基礎（例如：基本的倫理學理論、生命倫理學的基本原則、概念，相關的法律與公共政策以及在生命倫理學的典型案例），以及倫理學的分析與推理的方法；（2）重要論題（諸如墮胎、安樂死、告知等臨床

³ 例如著名的 *Journal of Medicine & Philosophy* 其第 27 卷，第 4 期(Aug, 2002) 即以「生命倫理學之教學的哲學挑戰」(Philosophical Challenges in Teaching Bioethics)作爲專刊的主題，來討論醫學專業倫理的重要性。

⁴ Myser, Catherine, "How bioethics is being taught: a critical review." *A Companion to Bioethics*, edited by H. Kuhse, P. Singer (Malden, MA: Blackwell Publishers Ltd., 1998), p. 487.

⁵ 同註 4, pp. 490-492.

實務的議題，以及醫－病－家屬－醫護團隊之間的關鍵性關係等等)；(3)發展中國家的特殊相關論題(例如傳統與現代價值的衝突等)。

在以上的教學目標中，最後若要能在醫學倫理的教學中，結合理論認知與實務處理，以致於使學生具有把倫理學的理论知識運用在對於重要議題的討論與自行做出判斷的能力。那麼我們首先就得說明，在應用倫理學的方法論中，正確而適當的道德判斷，是如何從道德基本原則與具體案例相互補充的關係產生出來。惟有透過應用倫理學的方法論討論，才能為倫理學的教學與學習提供明確可循的階梯。因為除非我們能說明，我們的道德判斷力是如何把一個抽象的道德原則，應用於具體情境的判斷；或者，它如何透過案例的歸納，而為我們訂立道德決策的原則，否則我們就不能明確地知道我們應當如何在醫學倫理教學中，培養學生具有預期中的道德判斷能力。

貳、決疑論的應用倫理學方法論

介於傳統的規範倫理學理論與經由現代醫療科技之衝擊而產生的新倫理議題之間，存在著不變的人性基本價值(或普遍的道德理念)與科技不斷推陳出新的實踐可能性(或行為的新選擇性)之間的衝突與調適。在二十世紀七〇年代以後興盛發展的應用倫理學理論，更被認為是在醫學的拯救下獲得重生的倫理學新發展。最早引人注目的生命醫學倫理學討論，以 **Bauchamp** 與 **Childress** 合著的《生命醫學倫理學原則》(*Principles of Biomedical Ethics*)一書為代表。此即我們目前所熟知的基於正義、自主、不傷害與慈善等四個中層原則(與其各自再細分的規則)所形成的「中層原則進路」(**middle-level principles**)或「四原則進路」(**Four-Principles Approach**)。但這個理論進路很顯然只涵蓋了前述在第一個醫學倫理教學架構中，有關「理論性與概念性的生命倫理學知識基礎」的一部分。

由於中層原則進路不足以涵蓋其它醫學倫理的重要教學目標，以致於當前在應用倫理學的方法論構想中，介於「理論」與「實務」或「原則」與「案例」的兩端，又出現許多不同的理論進路。在《生命倫理學百科全書》或《生命倫理學手冊》這類的參考工具書或教科書中所羅列的各種理論，很能表現這種百家爭鳴的情形。在新版的《生命倫理學百科全書》(1995)中，**W. D. Solomon** 把應用倫理學的方法論區分成(1)演繹主義(**deductivism**)，(2)辯證論模式(**dialectical models**)，(3)原則主義(**principlism**)，(4)決疑論模式(**casuistical models**)，與(5)情境倫理學

(situation ethics) 等五種不同的理論模式。⁶而在 Kuhse 與 Singer 所合編的《倫理學手冊》(A Companion to Bioethics) 中，當代多位重要的學者，則分別就其所代表的立場，從 (1) 基於原則的進路 (A principle-based approach)，(2) 絕對規則的進路 (An absolute rule approach)，(3) 效益主義者的進路 (A utilitarian approach)，(4) 德行倫理學的進路 (A virtue ethics approach)，(5) 關懷的進路 (A care approach)，(6) 案例分析的進路 (A case approach) 論述他們對於結合理論與實踐的方法論觀點，與其對於處理生命醫學倫理學議題的重要性所在。⁷

這些不同的理論豐富了倫理學對於道德判斷力的理解。其間理論優劣的取捨必須在倫理學的理論研究中，加以詳細的討論。但對於醫學倫理的教學目的而言，這些嚴格的理論評判卻並不特別重要。因為這些不同的應用倫理學方法論代表他們各自針對不同的醫學倫理教學目標的理論構想，他們共同在倫理學理論與具體情境之間，構成了一把使人既可逐步攀昇，亦可拾級而下的梯子 (參見圖一 E 欄)。如果醫學倫理的教學目標在於必須能夠結合理論認知與實務處理，以能培養醫德、確立醫學的人道主義價值，那麼這些不同的進路即應被視為互補的進路而加以整合。這樣才能培養學生結合理論與實務，具備做出正確且合適的道德判斷的能力，而達到醫學倫理教學的理想目標。在說明這些理論如何能夠整合在一起之前，我們必

⁶ 在這裏我無法詳細討論這五種應用倫理學方法論的優劣之處，只能簡略地介紹各種理論的大致方向。(1) 演繹主義：主張倫理學理論指導行為的功能就在於發展出高度抽象的普遍的第一原則，結合對個別有道德問題的情況的事實描述，以涵蘊對行為的指導。根據這個模型，規範倫理學理論所發展出的道德原則，即扮演在個例的道德判斷中演繹論證的前題；(2) 辯證的模型：他們不像演繹主義主張可以找到一個最高的原則，而是認為規範理論的原則與個別道德判斷本身互有作用。規範原則如果與我們的深信的個別道德信念不合，則規範原則可以修正。辯證的模型因而是基於知識論上的融貫說。J. Rawls 所提出的反思平衡方法是其代表；(3) 原則主義：理論代表者認為規範倫理學對於解決具體的道德問題而言並不重要。因為義務論與效益論對大部分的具體問題所要求做的行為都一樣。如 Tom Beauchamp 與 James Childress 提出的「中層原則」(middle-level principles)，即認為在實踐論證中，若不要只找在規範理論中最高層級的原則，則比較容易可以達成一致的共識。因而他們主張應用倫理學的反省應只專注於各倫理學理論都可以接受的原則，而不是某一規範理論中最為普遍的原則；(4) 決疑論的模式：主張實踐反思的適當模式是基於案例的進路 (case-based approach)。倫理的反省應當專注於某些道德善的典範，以與有問題的例子相比較而找出同異之處。他們強調類比而反對演繹。這個理論的代表人物為 Albert Jonsen 與 Stephen Toulmin；(5) 情境倫理學：這個理論反對在實踐思考中有任何的模型，主張在道德實踐的問題中應迴避任何普遍規則的指導，以專注於個別情況的細節。此派的代表人物為 Joseph Fletcher。請參閱同註 1, Solomon, 1995:745-746。

⁷ 請參閱在 Kuhse and Singer 所編的手冊中，由 J. F. Childress, J. Boyle, R. M. Hare, J. Oakley, R. C. Manning, J. D. Arras 等人所寫的專論。同註 1, 1998: 61-114。

須先說明這些不同的理論如何能在醫學倫理教育中做為互補的教學架構。我認為選擇「基於原則的進路」與「基於案例的進路」來做比較說明是最恰當的。因為它們剛好分別是把原則「演繹」到案例決定的「由上而下」應用模式，以及從實踐中「歸納」出原則的「由下而上」應用模式的代表性理論（參見圖一 C 欄）。

圖一：正當性奠基與案例應用之間的互補與整合

A 對話倫理學的整合	B 學習領域	C 應用倫理學的研究對象	D 道德對錯的判斷方式	E 應用倫理學的方法論
由上而下 ↓↓↓↓↓	倫理學的基本道德原則 ↓（原則主義）↓			演繹主義
義務賦予的正當性奠基 ↓↓↓↓↓	理論	中層原則 （誠命） 中層規則	原則的細分與衡量（依據案例）	絕對規則進路價值倫理學 反思平衡的辯證 行動義務論
實踐討論的共識形成 ↑↑↑↑↑	實務	典型案例	案例的描述、分類與類推 （依據原則）	歸納主義 決疑論 德性論 關懷倫理
應用合適性的情境解釋		類似案例		
由下而上 ↑↑↑↑↑	↑（個例主義）↑ 倫理學相關的具體事件			情境決斷

在生命醫學倫理學的當前發展中，最能代表應用倫理學的原則主義進路的莫過於 Bauchamp 與 Childress 在其合著的《生命醫學倫理學原則》中所表現的觀點。該書作者積極而正面地回應各家的批判，因而不斷對該書進行大幅度的修訂（現修訂至第五版）。對於這個理論的批判主要來自其它持不同立場的原則主義者（例如來自於 Clouser 與 Gert 的批判），⁸以及持相反立場的基於案例的進路（例如來自於 Jonsen

⁸ 請參閱 Clouser, K. D. and Gert Bernard, "A Critique of Principlism.", *Meaning and Medicine: A Reader in the Philosophy of Health Care*, edited by James Lindemann Nelson and Hilde Lindemann Nelson (New York: Routledge, 1999): 156-166; DeGrazia, David, "Common Morality, Coherence, and the Principles of Biomedical Ethics." *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13(2003):219-230; Brand-Ballard, Jeffrey, "Consistency, Common Morality, and

與 Toulmin 的批判)。Clouser 與 Gert 這些持不同立場的原則主義者，批判「中層原則理論」誤解了道德「原則」的意義。他們認為 Baughman 與 Childress 爲了避開在道德的最終奠基中各種倫理學理論無法調解的衝突，因而只選擇了各倫理學理論都可以接受的原則，做為在應用倫理學中能夠普遍適用的中層原則。但事實上這卻使得在中層原則理論中的道德「原則」，根本地失去了他們的批判性與可應用性。他們最多只是爲道德考量提列了一張「檢查清單」，然而在這張檢查清單上的要求卻甚至是彼此互相矛盾的。⁹

Clouser 與 Gert 從不同立場的原則主義的觀點出發，¹⁰他們認為「四原則理論」從康德的義務論取得自主原則，從米爾（Mill）的效益論取得慈善原則，從羅爾斯（John Rawls）取得正義原則，最後並從 Gert 自己的理論取得不傷害原則的觀點。但是不論是康德的定言令式，效益主義的效益原則或羅爾斯的兩個正義原則，都不是具體的規範性原則，而是不具特定內涵的批判與證成的形式性原則。這些原則不是因爲被大多數人接受就已是普遍的規範原則，而是一旦有行爲格律或規則相互衝突的時候，那麼它們將可以做爲我們同意或不同意實踐某一原則的最後判準。如果我們只以多數人可以接受，就把這些原則視爲是應用倫理學「基本」的中層原則或普遍的規範，那麼這些道德原則就失去它們最終的批判性與可應用性。Clouser 與 Gert 的批評迫使 Baughman 與 Childress 把他們的中層原則理論，修正成只具「習俗道德」（Common Morality）¹¹的地位，並試圖借助羅爾斯的反思平衡理論來說明中層原則如何可以具有融貫性。¹²

Reflective Equilibrium.” *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13, (2003), pp. 231-258 等論文的批評。

⁹ 同註 8, Clouser and Gert, 1990, p. 157。

¹⁰ Clouser 與 Gert 所持的立場是一種「通常道德」（Common Morality）的立場，他們認爲一般成人都擁有一套用來處理日常道德問題的「道德系統」。在一般的情形中我可以應用這些道德系統，但當面對「棘手的案例」（hard cases）時，就需要一個單一的原則（不傷害原則）來做爲公平的判準（impartiality criterion）。他們的理論因而有時被稱爲「描述主義」（Descriptivism），有時則被稱爲「單一原則理論」（single-principle theory）。參見同註 8, Brand-Ballard, 2003, pp. 232ff。

¹¹ Common Morality 這個術語是仿造 Common Law（習慣法）的用意而提出的。在英美法體系中，法律的判決主要依據以往的判例，而不必像大陸法體系，必須從法條的詮釋演繹出判決的正當性。Baughman 與 Childress 用這個概念來面對原則主義的批判，但卻在另一方面使自己更暴露在決疑論者的批評中。因爲決疑論的由下而上的模式，正是以習慣法的判例模式做爲應用倫理學方法論的基礎。參見 Baughman, Tom L. and Childress, J. F., *Principles of Biomedical Ethics* (Oxford: Oxford University Press, 2001), pp. 2f。

¹² 同註 11, pp. 397f.

Bauchamp 與 Childress 面對其它原則主義者的批判，做出往下走向通常道德的修正。但這卻更坐實了基於案例的決疑論者對他們在另一方面的批判。因為如果說中層原則進路不是「由上而下」地從倫理學理論的「道德性」取得支持，而是從通常道德取得支持的話，那麼中層原則就不是來自於原則主義，而是「由下而上」地來自於個例主義。對於決疑論者而言，Bauchamp 與 Childress 的《生命醫學倫理學原則》只是對於美國 National Commission for the Protection of Human Subjects 所提出的 Belmont Report 所做的總結性摘要（雖然批評者對於他們在四原則內容的精闢闡釋方面都表示高度的肯定）。然而 Belmont Report 體現的卻是案例研究者的理論進路，亦即透過對於案例的充分討論，從而在範例的形成中對於相類似而有爭議的道德個案提供解決的「原則」。¹³為了回應個例主義的批評，Bauchamp 與 Childress 在新修訂的版本中，借助 W. D. Ross 的行動義務論，強調中層原則與規則必須經過案例相關的「細分」(specifying) 與「衡量」(balancing)，才能在「真實的義務」與「初確的義務」(prima facie duty) 之間做出取捨而得以應用（參見圖一 D 欄）。這個修正雖然回應了決疑論者的批判，然而如何衡量相衝突的中層原則（或規則）的「原則問題」（這必須是一個具優位性的上位原則），卻又使中層原則理論再度陷入其他原則主義者的批評。¹⁴

相對於中層原則理論吸收案例研究者的觀點，透過原則與規則的細分與衡量，為應用倫理學在具體情境的道德判斷中提供補充；決疑論卻早就已經從古典的修辭學傳統中，直接建立出一套完整的案例研究方法論。¹⁵修辭學原本即是古代人文主義教育的基礎理論，但卻直到現在才在生命醫學倫理學的教學理論中再生。決疑論是 Jonsen 與 Toulmin 在《決疑論的誤用》(The Abuse of Casuistry, 1988) 這本書中所重新建構起來的應用倫理學方法論。Jonsen 後來在〈決疑論做為在醫學倫理學中的方法論〉(1991) 這一篇著名的論文中，把決疑論建構成應用於醫學倫理學的方法論。在 Toulmin 與 Jonsen 的啟發下，Arras 則更進一步在他的論文〈下探案例：在生命倫理學中決疑論的重生〉(1991) 中，探討了決疑論對於醫學倫理教育的重要性，從而掀起了生命醫學倫理學對於決疑論的重視。決疑論在日前並逐漸成為醫學倫理教育

¹³ 請參見 Arras, John D, "Getting down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics." *Meaning and Medicine: A Reader in the Philosophy of Health Care*, edited by James Lindemann Nelson and Hilde Lindemann Nelson (New York: Routledge, 1999), p. 136 的批評。

¹⁴ DeGrazia 與 Brand-Ballard(同註 8)最近在 *Kennedy Institute of Ethics Journal* 上對於新版修正後的再批評。

¹⁵ 關於以古典修辭學做為在當代應用倫理學中的案例決疑論之理論基礎，作者將另有專文加以討論。

的「核心焦點」。¹⁶底下我先綜合 Jonsen 與 Arras 的觀點，說明決疑論做為選擇案例編寫醫學倫理學教材的參考價值，並在下一章中依哈伯瑪斯對話倫理學的實踐討論模式，把決疑論的方法論動態地加以重構。Jonsen 把「決疑論」定義成：

使用基於「範例」(paradigm)或「類比」(analogy)的程序或推理去詮釋道德的議題，並把專家對於它們特有的道德義務之所在與急迫性的意見，用一般的、但並非普遍不變的「規則」(rule)或「格律」(maxim)表達出來。這些規則與格律只能在行為者的典型條件或行動的典型情況下，才能確定地有效。¹⁷

這個定義其實是以決疑論在案例分析中的道德判斷形式來表達的。Jonsen 認為決疑論的案例分析法，做為一種在具體情境中的道德判斷方式，體現了亞里斯多德所強調的「審慎推理」(prudential reasoning)或「實踐智」(phronesis)的本質。¹⁸他把案例分析法區分成「型態學」(morphology)、「分類學」(taxonomy)與「動力學」(kinetics)三個步驟，用以分別說明實踐智的道德判斷能力所據以進行的程序。這三個步驟簡單地說，即指「描述」、「分類」與「類推」這三個案例分析的過程¹⁹。我們可以先依 Arras 對 Toulmin 與 Jonsen 的決疑論的陳述，建立決疑論案例分析的具體操作方式；然後再就 Jonsen 的論點，說明這些分析的過程對於應用倫理學方法論的重要意義。我把 Arras 關於決疑論在案例分析中的應用論述，精簡成三個過程九個步驟（實例說明參見圖二）：

(一)、對於案例情況的詳盡「描述」。

- 1.在案例的情況中通常會牽涉到的道德理據或行為格律為何。
- 2.在這個案例中各方的利益與願望為何。
- 3.產生各方利益衝突與各種道德格律矛盾的原因與過程為何。

(二)、從案例描述進入「分類」(taxonomy)的工作。

- 4.以一些能明確地做出對與錯或善與惡的行為範例(paradigm case)做為能回應與它們相類似的案例的準備。

¹⁶ 同註 4, p. 492.

¹⁷ Jonsen, Albert R. and Toulmin, Stephen, *The Abuse of Casuistry— A History of Moral Reasoning* (Berkeley: University of California Press, 1988), p.257。

¹⁸ Jonsen, Albert R., "Casuistry as Methodology in clinical Ethics.", *Medical Ethics*, Edited by Robert Silcock Downie (Aldershot, England: Dartmouth, 1996), p.65.

¹⁹ 同註 13, 頁 107。

5.透過範例建立起一個從可接受的行為一直到不可接受的行為的光譜。

6.把新的、有疑惑的案例擺到這個光譜之中。

(三)、依「類推」(analogical reasoning) 做出道德判斷。

7.根據道德上相關的側面去比較目前的案例與範例之間的同異之處。

8.找出這個案例與某一範例的類似性是強而有力地勝過其間的差異性之處。

9.歸納地、逐漸增加地發展出處理有疑問的案例的新原則。

為解釋決疑論的應用方法，Jonsen 在他的論文中舉了一個關於執行安樂死的爭議性案例（黛比案例）。我將引用這個例子，並試圖依決疑論的案例分析法嘗試做出討論安樂死這個道德議題的分類學圖式（參見圖二），以提供以下進一步討論的參考。Jonsen 所提出的實例如下：

一位婦產科住院醫師被通知在夜裏去看一位他並不認識的女士。在事先看過她的病歷之後，他知道這位女士是一位處於卵巢癌末期的病人。他一進門後，就注意到她非常衰弱的狀態與極大的痛苦。她請求說：「讓這一切快點結束吧！」這位醫生於是為她施打了高劑量的嗎啡，黛比在一個小時後死於嗎啡所導致的呼吸衰竭。

在決疑論中，所謂的「案例」其實是指一組由人、事、時、地、物等情況所組成的發生事件。在應用倫理學的案例描述中，我們不能毫無情節主軸的去描述這些「情況」(circumstances)。²⁰ 案例首先必須是道德相關的，而能賦予案例描述具有道德相干性的情節主軸，在 Jonsen 看來正是「格律」(或規則)與「論證結構」這兩部分。格律做為說一個故事(案例描述)的情節主軸，把在情況中的各種成份組成道德相關的「案例」。而在論證結構中所要求的理由、保證與論據等等的成份，²¹ 也會主導我們在各種情況中選擇出與道德討論相關的考慮因素。案例因而可以定義成：在具體情況中，各種必須考慮的因素圍繞著(不同的)格律與(不變的)論證結構，就其論題所在的位置所共同形成的發生事件。在這個意義上，Jonsen 即把在案例分析中首先必須進行的描述工作，稱之為案例的「形態學」建構。在黛比的案例中，如果我們以「醫生應尊重病人的要求」為格律，那麼在她的情況中，我們所

²⁰ 從修辭學的角度來看，這就像我們必須針對「題論」(Topics)的「所在」(Locī)，或怎樣「說得好」(gnomoi)做出規定一樣。同註 18, p. 60.

²¹ Jonsen 在此所援用的論證結構是 Toulmin 的論證結構，其結構型態與相關的考慮要件參見本文(參)的說明。

描述出來的案例型態，就會相當不同於以「在任何情況下都不應殺害別人」的案例形態。決疑論的第一個工作因而就在於：「決定應當用哪些格律來規定這些案例，並且規定到什麼程度為止？」²²。這當然隱含著說，如果情況有所改變，則使用其它格律來組成案例才是更為適合的。可見，案例研究基本上不是根據原則，而是「視情況而定」。

在案例分析的「分類學」工作中（如前面步驟四至六中所列舉的），我們應找出一些大多數人能立即地分辨出，它們在道德上是明顯地錯誤或明顯地正確的範例，並把他們依相類似的道德議題，排列成像光譜一樣的比較系列。例如，黛比的案例是與安樂死的爭議有關的案例，然而在安樂死的案例中，納粹對於「不值得生存的生命」的人道毀滅，是一般人明顯地視為道德上錯誤的典型範例（圖二範例 A），²³而不使用侵入性治療的安寧療護則是一般人在道德上大都可以接受的作法（圖二範例 B）。黛比的案例因而可以放在這兩種範例之間去進行分析比較的工作。在決疑論中，案例的分類因而是一種決定性的工作。因為它「把眼前的案例放到它所在的道德脈絡中，從而揭示了一個能使其它對或錯的假定無效的論證之權衡所在」²⁴。

圖二：安樂死案例的分類學圖式²⁵

	道德上錯誤的 範例 A	有待決疑的個例	有待決疑的個例	道德上正確的範例 B
判斷	不許可	有爭議	有爭議	許可
建立 原則	不可違反正義 原則 9	是否能符合 自主原則 9	是否能符合 慈悲原則 9	必須符合不 傷害原則 9
類比 推論 7~9	侵犯無辜生命 之不正義行為 7a	醫生誤診的可能 性？病人絕望時 的自棄？8 (~7a∪ 7b?)	病人可能的推定 意願？客觀的診 斷與預後？8 (~7a)	放棄侵入性治療之 安寧緩和醫療 7b

²² 同註 18, p.60.

²³ 但何以納粹時代一般人沒有這種明顯的道德判斷，而坐視納粹的屠殺行為？這顯然是決疑論者必須回答的問題，參見本文（參）的進一步解釋。

²⁴ 同註 18, p. 64.

²⁵ 圖中的阿拉伯數字，分別表示運用決疑論的九個步驟。

分類	慈悲的殺害 4	協助自殺？ 6	任人死亡？ 6	自然死亡 4
4~6	非自願性的積極安樂死 5	自願性的積極安樂死 5	非自願性的消極安樂死 5	自願性的消極安樂死 5
描述	3 直接的死因在醫生或自己		3 直接的死因在疾病	
1~3	2 減輕社會、家庭或個人的負擔、個人的生命尊嚴、生活品質....		2 已無治癒之可能性、生命的神聖....	
	1 病人（家屬）主動要求的權利，減輕病人痛苦的醫師職責....			
案例	納粹對於「不值得生存之生命」的人道毀滅 4a	黛比的 荷蘭的安植物腦死 4b 實例 6 樂死立法 人 6 或 6 4a 或 6	預立遺囑或癌末的病人 4b	

把一個案例放在它界於明顯的對與錯的範例之間的相關位置，決定了我們對於這個案例的道德判斷。Jonsen 因而說：「分類使人明白任何一個眼前的案例都不是孤立的。分類使得眼前的案例與典範案例之間的差異，能做為道德判斷的指點。[道德]判斷並非基於原則或理論，而是基於情況與格律在案例自身的形態中所呈現出來的方式，以及基於它與其它類似案例之間的比較」。²⁶

在分類學的工作中，我們把爭議待決的案例放入由道德上明顯地正確與明確地錯誤的範例所形成的道德議題系列中，並透過案例的比較去決定放置它在道德對錯的光譜中的適當位置，這個工作事實上已經進入到「類比推理」的道德判斷過程。在道德對錯的光譜系列中，依案例的類似程度來決定它所在的位置，這個類推的過程展現我們一般所謂的「權衡輕重」（balancing considerations of “weighty”）在道德判斷中所扮演的重要角色。在此權衡輕重的問題，顯然不像是原則主義所以為的義務衝突問題。在原則主義中，義務論為解決義務衝突的問題，必須嘗試去建構一套所謂客觀不變的實質價值體系（這在民主多元的社會中是令人有疑慮的作法）；效益論則設想如何透過理想的觀察者進行客觀的效益計算（這種社會工程學的慈悲專制亦非民主社會可以無條件接受的）。權衡輕重在案例研究的決疑論中是情境詮釋的問題。每一個有智慧的人基於他的生活經驗，在類似的案例之間進行類比的推理，找出格律與情境的合適性，從而決定它們在道德對錯的光譜中的位置。Arras 因而指

²⁶ 同註 18, p. 65.

出，在決疑論的道德判斷中，道德原則的意義在於它在行為的詮釋中所扮演的角色。換言之，使我們能做出道德決定的標準，並不是某些固定不變的價值體系，而是在個別案例中的詳細內容。²⁷有鑑於此，Arras 建議在生命醫學倫理的教學方法中，應該（1）採用真實的案例，以免案例只是被用來說明原則的假設情況而已；（2）進行複雜案例的詳細討論；（3）多討論一系列相關的實例；（4）加強「道德診斷」的訓練。²⁸

透過「分類」與「類推」的決疑論訓練，學生可以設立在他自己心中的一把尺。這把尺做為他日後用來衡量道德對錯的「分寸」，正是取決於案例與相類似的範例之間的接近程度。就黛比的案例而言，這位住院醫生的行為雖然絕非是殺害無辜的不正義的行為（因為他是應病人的主動要求而做的），但是若與荷蘭的安樂死立法的案例相類比，他顯然並未符合許可他這樣做的必要條件（例如：他不是黛比的主治醫生，對於她的病情或減輕痛苦的其它可能方式，或對於黛比此刻是否有足夠的自主決定的能力等等，他都沒有經過充分的評估等等），因而我們在判斷黛比的案例時，並不能把它的位置放在接近道德上許可的緩和醫療的這一邊，而是比較接近在道德上不許可的慈悲殺人的這一邊。所以我們可以做出判斷說，這位住院醫生的做法是不對的。以這種案例分析的學習為基礎，每一位學生在日後的臨床醫療決定中，都可以參考這種在分類學中進行輕重權衡的類比推理模式，針對他眼前的個案做出正確且合適的道德判斷。儘管決疑論仍有它內在的理論困難，但這並不妨礙它能為醫學倫理的教學方式與課程設計，奠定一個相當合適的應用倫理學方法論基礎。

參、實踐討論的對話倫理學與醫學倫理的教學基礎

決疑論的應用倫理學方法論，為傳統的亞里斯多德倫理學所強調的「風俗倫常」（ethos）、或黑格爾所著重的「倫理性」（Sittlichkeit）做出了很好的說明。他們都強調在具體情境脈絡中的「實踐」（praxis）與「教化」（Bildung）的重要性。但決疑論的理論限制，卻也正在於他們只強調「習慣法的道德」（common law morality）。就此而言，他們其實與中層原則理論殊途而同歸。應用倫理學的原則主義必須依個例的差異而細分其規則，然而個例主義則需使用格律來架構其案例的形態。他們分

²⁷ Arras, John D, "A Case Approach," *A Companion to Bioethics*, edited by H. Kuhse, P. Singer (Malden, MA: Blackwell Publishers Ltd., 1998), p.109.

²⁸ 同註 13, pp. 137-138.

別「由上而下」或「由下而上」出發，顯示它們有互補的必要性。這種互補的必要性也呈現在其它各種不同的應用倫理學的方法論構想上。不同的原則主義構想對於個例的重視程度，其實是按其對原則的可應用性的重視程度而決定的；然而，個例主義對於以典範建立原則的要求，也是以他對行為具體決定的正當性要求而決定的。原則的可應用性與對於具體情境的道德判斷的正當性，若不能得到整合，我們就無法做出正確而適當的道德判斷。

正如我們在前述黛比案例的分類學研究中發現，雖然當前多數人都會認為納粹出於避免種族負擔的考慮，進行對於「不值得生存者的生命」的人道毀滅，在安樂死爭議中可以做為道德上明顯錯誤的範例。但在納粹時期，在德國協助這項工作進行的醫師，卻不見得會把這個案例擺在道德上錯誤的那一端。這顯示依賴於「習慣法道德」的決疑論者，在他對於案例的描述、分類與類推中，很可能會對系統性的社會不公義視而不見。這是決疑論者自己也無法否認的批評（他們最多只能說，因為「其它理論不見得更好」來自我開脫）。²⁹因而原則主義與個例主義的應用倫理學方法論模式，雖然有方向上與著重點的不同，但他們卻同樣都只是內在於習俗道德框限中的倫理學理論。

如果我們要辯護決疑論在醫學倫理教學中的重要性，就必需找到能把它整合到像原則主義一樣重視規範正當性要求的理論形態。對於這一點，我們可以先透過做為倫理教育基礎的道德發展心理學理論來說明。對當代教育發展心理學最具影響力的哈佛大學教授 **Kohlberg**，曾經探討了人類道德發展的邏輯。他把一般人的道德發展過程，分成三個層次六個序階的發展（參見圖三所示）。³⁰並在實證的基礎上（包括對台灣泰雅族與本省人的調查研究），證實道德意識的發展普遍地必須經過自我中心、遵守社會習俗到自律的階段。**Kohlberg** 在實證的研究中也發現，社會一般人的道德發展階段大都只停留在第四序階，能發展到第五、六階段的情況，大都只有在哲學家的倫理學討論中才出現。雖然如此，**Kohlberg** 仍在道德教育上主張，可以經由對於道德兩難議題的討論，來提昇每一個人的道德發展能力。³¹

²⁹ 同註 27, p. 111.

³⁰ 本圖係參考 **Kohlberg, L, *The Philosophy of moral development : moral stages and the idea of justice* (San Francisco : Harper & Row, 1981), pp. 409-412** 對其「道德判斷的六個序階」的部分說明所繪製的。中譯則援用單文經先生的譯文，《道德發展的哲學》，頁 459-464。

³¹ 同註 30, pp. 121ff. 關於 **Kohlberg** 道德發展心理學的理論基礎，及其在生命倫理學的討論中所具有的重要意義，則請參見林遠澤：〈生命的終極關懷能否超越正義的觀點？試論道德發展的最高序階與生命倫理的宗教起點〉，《「生命倫理與終極關懷」學術研討會》（中壢：中央大學哲學研究所，2005）的詳細說明。

圖三：Kohlberg 的道德發展序階

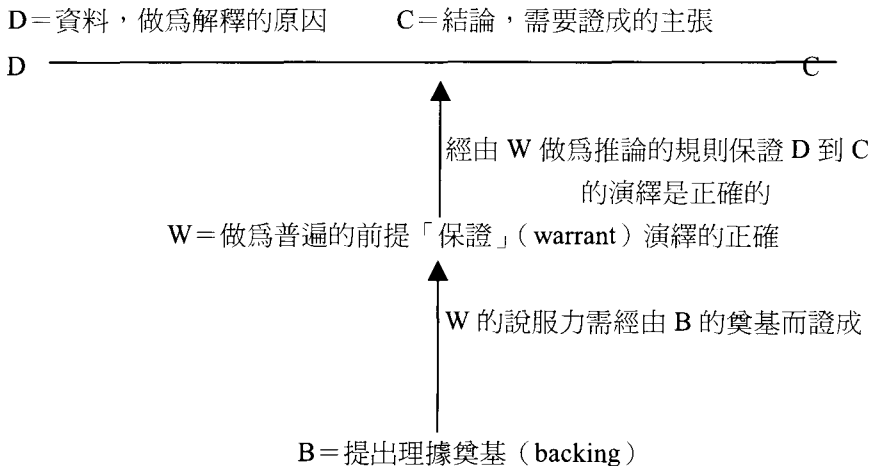
層次	序階	道德判斷的內容
層次 I： 成規前期	序階 1：懲罰與服從的序階	所謂對的，就是對規定和權威表示服從，避免懲罰，並且不作任何實質上的傷害。
	序階 2：個人工具性目的與交易的序階	所謂對的，就是指能滿足自己或他人需要，並且以具體的交換為公平交易的依據。
層次 II： 成規期	序階 3：相互的人際期待、關係與順應的序階	所謂對的，就是要扮演一個好的角色，考慮到其他入及其感覺，與同伴互相保持忠誠和信賴，並且被鼓勵去遵循規則和期望。
	序階 4：社會體系與良心維持的序階	所謂對的，就是在社會中盡自己的責任，護衛社會秩序，並且維持社會或團體的福祉。
層次 III： 成規後期	序階 5：基本權利與社會契約或效益的序階	所謂對的，是瞭解到人們持有許多的價值觀念和意見，而且大部分的價值觀念和規則乃是相對於其所屬的團體。然而，這些「相對性」規則也應當在公平無私的情況下加以履行，而且因為他們是社會契約，才應該這樣做。但是某些非相對性的價值和權利，諸如生命、自由等，則應在任何社會中加以履行，而不計大眾的意見若何。
	序階 6：普遍的道德原則之序階	關於什麼是對的這個問題，序階六是由普遍性的倫理原則所指導。個特的法律或社會的協議之所以經常有效，是因為他們建立在這些原則上。若是法律違背了這些原則，則吾人應遵循這些原則而行事。這些原則乃是普遍性的正義原則：人權原則，以及視人為地人地尊重個人的尊嚴。這些並非只是大家認可的原則而已，而更是用來孳生個特決定的原則。

Kohlberg 的道德發展心理學與應用倫理學的決疑論，在我看來恰好可以分別構成醫學倫理之案例教學的心理學與方法論基礎。然而，對於他們都有無法找到超越習俗道德的限制之困難，我們則可以在哈伯瑪斯（Jürgen Habermas）與阿佩爾（Karl-Otto Apel）的「對話倫理學」中，找到決疑論者也已經發現到的「其它更好

的理論」之模式。³²因為對話倫理學正是試圖透過對於 Kohlberg 在道德發展理論中的獨我式發展，與對於新亞里斯多德主義的詮釋學／社群主義倫理學的批判而建構其理論。在當代倫理學的發展上，不謀而合的是：當 Jonsen 把 Toulmin 的論證理論用來建構決疑論的「形態學」之時，Habermas 卻更先把 Toulmin 的論證理論用來重構康德的可普遍化原則，並以之做為在有關道德爭議的實踐討論中，使共識得以形成的「討論規則」。³³哈伯瑪斯在對話理論中強調，我們在論證性的討論中，彼此都預設有違抗事實、對抗溝通的系統性扭曲的理想言談情境。這個在討論中必要預設的理想言談情境，剛好可以使 Jonsen 的決疑論脫離習俗道德的框限，而使得討論參與者能在其理性地參與實踐討論的過程中，提昇他自己的道德發展層次。然而這正是醫學倫理教學追求在態度上提昇醫德、堅持醫學人文主義價值的理想教學目標的可能性基礎。³⁴

Toulmin 在《論證的使用》一書中，提出他著名的論證結構，我們把它簡化如下（如圖四）：

圖四：



³² 同註 13, p. 143.

³³ 請參閱林遠澤：〈意義理解與行動的規範性——試論對話倫理學的基本理念、形成與限度〉，《人文及社會科學集刊》，第 15 卷，第 3 期，2003，頁 417f。

³⁴ 英語世界現在也開始興起把哈伯瑪斯的語用學或對話倫理學應用於生命醫學倫理學之方法論的討論中。例如 Cooke, Elizabeth F. "On the Possibility of a Pragmatic Discourse Bioethics: Putnam, Habermas, and the Normative Logic of Bioethical Inquiry." *Journal of Medicine and Philosophy* 28 (2003): 635-653 即進行了這一方面的嘗試（雖然我認為 Cooke 對於對話倫理學的理解仍然相當有限）。

Jonsen 在決疑論的形態學建構中，即依 Toulmin 的論證結構把在黛比實例中該住院醫師的案例描述成：「我應該協助黛比死亡」(C)；因為「她遭到極大的痛苦，並且主動要求我的協助」(D)；我能「保證」自己這樣做是對的，因為「醫師的職責就是減輕病人的痛苦，並尊重病人的願望」(W)；我的根本原則就在於(奠基)：遵守大家都接受的病人「自主原則」(B)。前面我們說這個住院醫師的決定是錯的，因為他只在獨白的考量中就做了決定；如果他是納粹德國的醫師，那麼他也可能會依照希特勒教給他的那一把尺，來做其它安樂死的決定。問題因而在於，他並沒有考慮別人（甚至他自己）對於這個案例可以做不同描述的可能性，像是在荷蘭國會對於安樂死立法的許多討論意見等等。

哈伯瑪斯則把 Toulmin 的論證形式在實踐討論中加以應用。(C)是需要理由加以證成的具體道德判斷；(D)是做為行動決定或判斷的理由，它能否保證推斷的正確性，則需要一些能做為證成基礎的一般規則或規範(W)；至於這些做為推斷或決定基礎的保證最後能否為人所接受，則需經過對於這些規則或規範的奠基。在奠基中我們必須對於規範的決疑性明證提出支持性的論據，在此我們必須說明對於該規範的共同遵守，對於每一人的需求的滿足而言，它的後果與附帶效應是否是大家都可以接受的，以取得一致的同意。哈伯瑪斯因而把在(B)中所表達的討論規則，明確地表達成道德判斷的可普遍化原則(U)，亦即：「當一個爭議中的規範的共同遵守對於每個人的利益之滿足，其可預見會產生的後果或附帶作用，能被所有人無強迫地接受的話，則這個規範是有效的」。³⁵

一旦我們對於道德爭議的案例是透過實踐討論的方式進行的，³⁶那麼做為共識形成的可能性條件就必須能被討論參與者遵守。這些條件至少必須包括：

- (一) 每一個具有語言與行動能力的人，都可以參加討論。
- (二) a. 每一個人都能對每一種主張進行質疑。
b. 每一個人都可以在討論中提出任一種主張。
c. 每一個人都可以表達它自己的態度、願望與需求。

³⁵ Habermas, Jürgen, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln* (Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1983), p. 103. 關於哈伯瑪斯如何從 Toulmin 的論證理論發展出他自己的對話倫理學，詳見同註 33, pp. 417f. 的說明。

³⁶ 哈伯瑪斯這個理論如何應用在生命醫學倫理學的具體案例討論中，請參見林遠澤：〈復原與可同意性：哈伯瑪斯論優生學政策自由化的道德界限〉，《揭諦》，2004，第 6 期，頁 67 至 101 的討論。

(三) 沒有任何一個言說者在完成(1)與(2)所賦予他的權利時，可以被在討論之內或之外的宰制性的強迫所阻礙。

在此(一)是討論過程的「公開性」(*Öffentlichkeit*)原則，(二)是討論參與者的「平等性」(*Gleichberechtigung*)原則。(三)是討論情境的「無強迫性」(*Zwanglosigkeit*)原則。以這些原則所形構的一種理想的言談情境(*ideale Sprechsituation*)，是我們在參與一個討論中必然已經預設的。³⁷

透過對於 Toulmin 的論證理論的共識理論解讀，使得哈伯瑪斯能在對話倫理學的實踐討論中，動態地整合個例主義的決疑論與原則主義的中層原則理論。因為任何的實踐討論都是針對具體的道德相關議題而展開的。實踐討論的開放性使得所有的討論參與者，都可把他們對於案例的情境解釋帶入到道德規範的應用討論中。同樣的，在實踐的討論中，如果參與者要透過討論以追求共識的形成，那麼他們就都得在原則上遵守討論的規則。然而在討論規則中的公開性、無強迫性與對等性，即已涵括了中層原則所強調的四原則的精神。因而對話倫理學可以為醫學倫理的教學提供最終的應用倫理學方法論基礎。透過對話倫理學，我們可以把教學看成是一種討論性的對話溝通活動。透過案例的討論，如果我們能培養學生具有參與生命醫學倫理學的道德爭議的溝通與討論能力，³⁸那麼在醫學倫理教學中，預期學生最後能夠結合理論與實務的理想目標就因而有了達成的可能性。

初稿收件：2005年06月10日 二稿收件：2005年06月13日

審查通過：2005年06月15日 責任編輯：李佳馨

作者簡介：

林遠澤：

德國柏林自由大學哲學博士

南華大學哲學系助理教授

通訊處：嘉義縣大林鎮中坑里中坑32號

E-Mail：ytlin@mail.nhu.edu.tw

³⁷ 詳見同註 33, pp. 420f.的說明。

³⁸ 依 Apel 的對話倫理學，在認知上的共識形成甚至同時是在實踐上共同負責的基礎。參見林遠澤：〈責任倫理學的责任問題——科技時代的應用倫理學基礎研究〉，《台灣哲學研究》，第5期（出版中），第3.2節；以及林遠澤：〈真理何為？從哈伯瑪斯真理共識理論的實用轉向論真理的規範性涵義〉，《歐美研究》，第35卷，第2期，2005，頁396f.的進一步說明。

Casuistry and Practical Discourse On the Discourse Ethical Foundations of Medical Moral Education

Lin, Yuan Tse

Abstract: This paper explores the moral educational foundations of medical ethics. The difficulty how can we apply ethical theories to the clinical situation stimulating new perspectives on the methodology of applied ethics. My contribution intends first to show that, among contemporary theorizing about methodology of applied ethics, casuistry is more suitable than other theories in moral decision making of clinical praxis. I then, based on Kohlberg's development psychology as foundations of moral education, turn to discourse ethics and arguing that discourse ethics by its emphasis on "practical discourse" model will contribute significantly to the education of medical ethics.

Key Terms: casuistry • medical ethics • discourse ethics • practical discourse • applied ethics • professional ethics