

对儿童孤独症医疗伦理的杜威式解读*

章文^① 吴玲玲^② 宋超^②

摘要: 通过借鉴杜威对当时美国学校新兴应用智力测试量表评价学生的批评,比较研究了教育在面向智力障碍学生以及医疗在面向孤独症谱系障碍儿童中共同存在的伦理问题,通过借鉴杜威在哲学上的致思方式和基于文化角度的哲学-伦理-医疗的研究进路,提出医生应当在医学诊断及医疗评价两个方面,警惕仅依靠对孤独症儿童进行医学分类的独断论式应用取代对孤独症儿童个体或个体性的探究,后者揭示的有问题的情境不仅是医疗的目标也是道德的目标,并在后续医疗评价中,坚持站在伦理角度看待儿童孤独症医疗中关于优秀和平等的评价标准。

关键词: 孤独症谱系障碍, 杜威, 医疗伦理

中图分类号: R-05 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-0772(2023)15-0032-04

DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2023.15.07

A Deweyan Interpretation of the Ethics in Autism Spectrum Disorders in Children ZHANG Wen, WU Ling-ling, SONG Chao. School of Marxism, Wuhan Donghu University, Wuhan 430212, China

Abstract: By drawing upon Dewey's critique of the emerging use of intelligence measurement scales in American schools during that period, this study compares and examines the ethical issues present in education for students with intellectual disabilities and healthcare for children with autism spectrum disorders. By adopting Dewey's philosophical approach and a cultural perspective within the field of philosophy-ethics-healthcare, it is suggested that physicians should exercise caution when solely relying on dogmatic applications of medical classifications to replace an exploration into the individuality or uniqueness of autistic children in both medical diagnosis and evaluation. The latter reveals that the problematic situation encompasses not only medical objectives but also moral goals. Therefore, maintaining an ethical perspective towards criteria such as excellence and equality becomes crucial in providing care for children with autism spectrum disorders.

Key Words: autism spectrum disorders, Dewey, medical ethics

孤独症谱系障碍(autism spectrum disorders, ASD), 又称孤独症或自闭症, 是一种起始于婴幼儿时期的由脑功能障碍引起的长期发展性障碍综合征, 以社会交往、言语及行为缺陷为主要特征^[1]。ASD 的临床诊断, 主要是通过监护人及儿童病史陈述、标准的量化评价、医生经验的诊所观察“三驾马车”实现的, 从量化评价角度而论, 医生习惯按照医学标准建立起疾病相关的诊断、治疗、目标, 但从医疗伦理的角度出发, 医生有责任不仅考虑医学评价, 也要考虑相关诊疗理念及其过程的伦理评价。ASD 医疗的伦理讨论, 可以从患者—家属—医生的经典角度出发, 也可以尝试从哲学—伦理—医疗的文化角度出发, 本文正是从后者提出研究进路的一项成果。

约翰·杜威(John Dewey)是美国著名教育家、哲学家、

心理学家, 也是美国实用主义和进步主义教育运动的代表人物, 杜威教育思想对于美国, 乃至今天的世界教育都有较为重要的影响。一百多年前的杜威自然没办法为今天的 ASD 医疗伦理提供直接的观点和建议, 但我们可以从杜威对当时学校和心理学研究中对智力测试量表运用的讨论和探究中, 深入挖掘其伦理思想根源以及相关哲学致思方式: 在教育或医疗活动中, 当量化评价方式应用于个体或类别的时候, 我们应做出何种伦理考量? 并期冀通过这种对人的教育与对人的医疗进行比较研究的模式, 通过杜威式解读的探究方法, 为我们今天的儿童 ASD 医疗伦理提供可资借鉴且有机会运用于医疗实践中的新的洞见。同时, 在 ASD 医学研究中, 也召唤着与现代医疗精神契合的杜威式伦理学说, 例如, 有学者提出包含所有精神疾病的“分层精神病学”概念, 拒斥断言式分类标准引导的医学定义, 正是看到 ASD 是一种个体异质性疾病, 而“分层精神病学”从个体同质亚群出发, 建立起由生物学和行为特征两个维度组合的评价, 这将构成一种有希望并具有工具价值的医学标准^[2]。

1 杜威对智力测试量表的批评及其哲学致思方式

1.1 用分类评价代替个体评价的弊端

杜威对智力测试量表批评的导火索源于科尔盖特大学校长乔治 B·卡滕(George B. Cutten)的发言, 他通过当

*基金项目: 2020 年浙江省自然科学基金项目(LGF20H090015)

①武汉东湖学院马克思主义学院 湖北武汉 430212

②国家儿童健康与疾病临床医学研究中心/浙江大学医学院附属儿童医院发育行为科 浙江杭州 310000

作者简介: 章文(1982-), 男, 博士, 讲师, 研究方向: 生命伦理学、价值观教育。

通信作者: 宋超(1987-), 男, 博士, 主治医师, 研究方向: 儿童发育行为、医学人文教育。E-mail: songchao1987@zju.edu.cn

时兴盛不久的“科学”心理测试进行的智力分类“发现”：“只有 15% 的人具有足够完成大学学业的智力”^{[3]251}。这种“心智算术”不仅是针对相对少数的一部分人，如有足够完成大学学业智力的人，还会针对相对多数的一部分人，有研究发现，民众的“平均心智”略微超过 13 岁年龄的水平，以及 65% 的人处于最低的 50% 的水平之下等，这表明，此种“科学分类法”是针对我们整个社会的^{[3]251}。当“心智算术”对人们进行计算，随之而来的可能后果就是按照测试结果分配人们的职业，并自诩这是建立在“公正而合理的基础上的”，难怪杜威在评论中惊呼“我们就要有一种像印度的种姓制那样的制度了”^{[3]251}。

当人们为这种分类法辩护的时候，有人说，这种分类的目标是将那些出众者选拔出来，以免他们淹没在普通人中；有人说，从教育的实际效果出发，对孩子们基于智力测试结果的分类，有利于组织分类教学，因类施教、因材施教，孩子们可以在一个较为相似均等的环境中学习进步，而不是遭受过度的阻碍或驱使。杜威认为，这些例子，只是说明人们通过智力测试进行分类后采取的有针对性的行动，以及对“类”本身产生的作用，如我们是如何帮助“较次的部分”取得了更大的进步，从而脱离了对个体和个体性的关注，“当前对心理测试结果的接受，表明我们不是把个体作为个体，而是把其作为一个类别的造物来加以评判和对待的程度”^{[3]255}，如果说杜威对智力测试量表批评的核心在于揭示智力测试掩盖了个体与个体性，将实践的希望寄托于忽视个体的“类别”。我们不妨稍微再进一步，从杜威哲学理论中寻找分类方式的依据及背后所展现的哲学致思方式和伦理思维。

1.2 基于认识论的类别与个体的关系

“个体、个体性”与“类、类别”的区分很像杜威笔下“固有名词”和“普通名词”的区别，固有名词指向个别事物，而普通名词所指称的是标准化了的参考对象，这么说有点绕口，杜威举了“桌子”的例子，固有名词就是“这个桌子”，具备个体的特征；普通名词是“这种桌子”，并不是客观存在的桌子实体或实在，更多具备前文说到的“类、类别”的特征。“这种桌子”和个别实在的桌子不一样，具有特定的“恒常性”，这种恒常性与人类认知密切相关，“知识完全是和这套恒常的、标准的和通常的特性与关系相联系着的”^{[4]152}，如果我们对作为种类的这种桌子研究不够透彻、概念不够清晰、理论不够准确，那么对个体和个体性的认识就会含混。

对“种类”的研究不是不必要的，也不是不可靠的，而是要注意其限定条件并进行有效研究，否则“种类”的概念就会变成某种“实体化陷阱”，即“这种（作者注：种类）对象乃是一种抽象，但并不是一种坏的抽象，除非我们把这种抽象实体化了”^{[4]153}。当我们从种类的角度来研究事物的时候，是可能获得知识的，但我们不能把“种类”当作脱离个体的实体来研究，我们不能把通过研究得到关

于“这种桌子”的知识用来替代对“这个桌子”的研究，而是应当把“种类”当作具体的关系探究其恒常性，“这种抽象是指所选出的一些事物关系而言的，而这些事物关系的活动方式在实际的重要限度以内是恒常不变的”^{[4]153}。不能从实体角度，而是从关系角度出发解决对“种类”研究的知识论认识，“这种抽象出来的对象乃是个体经验之中的一个后果，它不仅对这些个体经验而言是具有工具性的，而且自己也是直接存在的”^{[4]153}。也即是说，对“种类”研究及其产生的知识后果，介入到具体经验中的个体或个体性事物的时候，只能是具体经验的“一个后果”，而不是产生可以代替个体或个体性的普遍本质，这种认识对具体经验而言，是在关系意义上而不是实在的意义上具有工具性，不能越俎代庖，以实体性认识取而代之，在社会研究中，如果我们不能保持科学性与开放性，“实体化陷阱”反映的可能就是群体偏见^[5]。

自然科学的研究路径亦是如此，“种类”在一定程度上是从个体、个体性研究中产生的概括，这个概括的用处是明确但有限制的，用处明确是说针对“种类”产生的观念抽象是合适的，“其中包含着有标准的关系或交互作用……或者具有更加广泛的工具性”^{[4]153}，限制是说这种用处也只能局限于工具性，表达了具有无数可能的具体事务中的关系，“它（作者注：基于种类的抽象研究）好像仆人一样地伺候着我们”^{[4]153}。在对杜威关于智力障碍者相关教育的后续研究中，有学者将形而上学分类的基础在哲学上归因于自然与社会的分类或物质与社会活动以不连续的方式存在^[6]。

耐人寻味的是，几十年后，在儿童 ASD 医疗领域发生了和智力测试量表如出一辙的故事，同样也受到了医生们的批评，2011 年《放射学》杂志发表了一项研究^[7]，即通过功能磁共振成像技术将 39 名患有 ASD 的儿童和青少年中的 36 名诊断了出来，虽然诊断的正确率很高，但医生却批评这种技术发现的核心问题属于语言障碍，医生认为在 ASD 临床诊断中不需要这种技术也能发现相关语言障碍，而且即使患者有语言障碍也不见得有关 ASD^[2]。这就很像杜威对智力测试量表的评论，人们通过测试得出智力水平居于同龄人前 15% 并不意味着他就可以完成大学学业，反之亦然。我们要关注这些所谓科学问题背后蕴涵的伦理考量。后来，杜威从这些想法出发，逐渐产生了交互性研究、工具论和实验主义思想，便不是本文讨论的内容了，笔者只是指出，经验对象并不是只有主观性且不可靠的，而是从经验对象的个体或个体性所带来的有问题的情境出发，通过知识的操作，变成了解决问题的情境，进而产生有价值的知识，而在整个过程中，“我们所知觉和所利用的桌子才是唯一的桌子”^{[4]154}。简言之，个体和种类的认识都有价值和意义，但种类的价值在于它的工具性，它体现的是一种关系，只有个体才会产生有问题的情境，我们通过种类以及关系和工具性的探究产生的知识，主要满足个体

解决问题情境的需要,不能把种类当作某种实体,甚至虚构出形形色色的种类,粗暴分类具有个体性的人。

哲学思辨的陈述总是拗口的,我们回到儿童 ASD 医疗伦理这个具体问题的探究,看看古典实用主义哲学思维方式是如何发挥作用的。

2 基于伦理意义的两种 ASD 诊断系统的差异化比较

ASD 诊断标准,是从事儿童 ASD 诊疗的医生们最常运用的诊断工具之一,其中国际上比较流行的两个系统分别是:世界卫生组织编写的《国际疾病分类》(*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD*)^[8] 和美国精神医学学会(American Psychiatric Association, APA)编写的《精神疾病诊断与统计手册》(*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*)^[9]。针对两个标准的质性研究、量化研究、比较研究等学术成果丰富,本段从杜威哲学出发,以 DSM-5 系统的评价为主,兼顾 ICD-11 系统的评价,从诊断标准评价中挖掘分析背后蕴涵的、易被医护人员忽视的医疗伦理思想,以期帮助人们更好地把握诊断标准的伦理内核及其实质。

国内有学者将两个 ASD 诊断系统的差异从分类、诊断、共病、其他等四个方面进行比较^[10],我们沿用这种分类方法。

2.1 类别—个体: ASD 两个诊断系统的分类差异

从 ASD 诊断系统的分类来看,ICD-11 继续将其分为 8 个亚型,分别加入了智力发育障碍和功能性语言障碍的因素,DSM-5 则没有相应的亚型分类,只是建立起关于疾病本身严重程度的分级,同时,ICD-11 对智力障碍进一步做了详细区分的建议^[10]。这种研究方法,正是杜威在智力测试量表批评中所反对的。如果我们对 ASD 的诊断完全依靠类、种类的分析,医学就变成了博物学或分类学,从而导致我们陷入不断的种类研究,如 ASD 分 8 个亚型,其中的智力障碍因素又要根据智力测试量表进行智力障碍亚型或者种类的分类,这在杜威看来,就是形而上学的方法,在实践中,接诊医生可能陷入“实体化陷阱”,把分类的工具当作客观存在的标准和依据,乃至形而上学意义上的根据,将儿童“填入”到各种分类中,从而忽视个体和个体性。没有个体性,医学诊断的思想意义就会岌岌可危,诊断变成了独断论意义上的“诊断法”。而 DSM-5 首先指向了个体的医疗需求,通过对同一疾病在严重程度上的分级,以判断哪些 ASD 个体最需要立即进行治疗^[10],对于智力障碍,也没有强调是 ASD 中存在的因素之一,而是简单承认二者间有共存可能性。诊断的目的在于满足患者的医疗需求,DSM-5 通过疾病严重程度分级,建立起个体患者需求分级。

2.2 功能—反应: ASD 两个诊断系统的诊断差异

ASD 诊断系统中不同诊断标准体现了伦理思维。ICD-11 并没有列出具体的诊断条目,这是因为这种标准已经将诊断及标准前置到了疾病及其分类当中,诊断本是面向患

者个体的医疗环节,却牺牲了个体性,成为单纯分类的产物。正如笔者前文所说,将 ASD 进行详尽分类,从而建立所谓的医疗标准化规范,诊断容易变成将具体的患者纳入不同“规范”中。ICD-11 的规范侧重评价儿童“功能”,尤其是智力和语言的功能,在 6A02.0-6A02.3 的编码和分类中,都属于 ASD,却按照语言和智力的“功能”因素分为四个编码,但这个标准还是面临着杜威所批评的问题:种类评价无法代替对个体性的评价。例如,当我的智力测试可以达到同龄人前 15%,而所谓研究认为,只有 15% 的人具有完成大学学业的智力。这就能保证我一定可以完成大学学业吗?从常识逻辑判断,很多人的智力虽然达不到前 15%,但依然可以完成大学学业。功能只是一个方面,它需要通过个体进一步协调而达成“反应”和“效果”。好的诊断需要针对个体性,其工具性更多指向疾病症状而不是智力测试量表之类,症状可以统筹于各种不同的反应,如感知觉、运动、认知、社交、情感等,DSM-5 将 ASD 诊断区分为两个核心领域:(1) 社会交往和沟通障碍;(2) 狭隘兴趣和刻板行为,这两个核心领域又分为 7 项详细标准,ASD 的诊断至少要满足其中相关的五条标准。包括:(1) 的所有三条和(2) 的任意两条^[10]。DSM-5 的核心要素不是功能、不是语言、不是智力,而是“反应”,这种反应是相当细化且可以落实到个体评价上的观察,如每天吃相同的食物、完全缺乏面部表情、过多嗅或触摸物品等,正是对具体反应的详尽观察而建立起丰富的个体性反应图景,有助于医生进入具体且有问题的情境中,在杜威看来,这种诊断标准就具备了工具性。ICD-11 也有工具性,但这种工具性更多指向诊断量表测试带来的分类,与 DSM-5 的工具性更多指向细节性的对个体的观察不同,后者可能更加符合体现关系和个体性的思想。

当然,前文并不是试图说明,在 ASD 的两个诊断系统中,ICD-11 是一个道德上有疑问的系统,考虑到世界卫生组织诊断标准所需要面对全球医疗环境的巨大差异和极端复杂性,ICD-11 实际上是一个包容性和简易性都很强的标准工具,它的设计目标就是提高临床实用性且保持诊断的可靠性,同时还需要足够容纳文化差异和临床判断的灵活性,这种完全围绕临床需要和临床应用设计的诊断标准正是其道德价值的来源之一^[11]。而 DSM-5 则更加适合于资源条件更好的专业医生们,也更加强调在医疗标准和精神病治疗中的伦理问题,萨德勒 2005 年出版了一本专门讨论价值观和精神病学分类相关的著作《价值观和精神病学诊断》,有学者评价其是“自 DSM-III 以来出版的关于精神病学分类主题的最重要的书籍之一”^[12]。至此,DSM 诊断系统中伦理问题受到了详尽的讨论。后续中,也有很多学者对精神障碍中的相关分类进行了深入研究^[12],总的原则依然是杜威式的,即分类原则越来越科学化地指向疾病这个有问题的情境,而不能简单地将个体纳入分类,用分类代替对个体的认识。

3 ASD 相关医疗活动需考虑的道德责任

3.1 评价的责任

我们回到医疗伦理的话题,即使在成年人 ASD 研究中,以人为本依然是整个医疗活动的伦理中心,其后所有的伦理原则都是从“个性化”的基础上发展起来的^[13]。前文讨论了儿童 ASD 诊断标准中所体现的伦理思维方式,我们继续讨论医疗评价的伦理问题,“好”与“善”的评价天然与伦理学探究相关联,笔者借鉴杜威通过智力测量表批评提出的教育评价标准,希望提出启发性的儿童 ASD 医疗伦理评价,帮助医生从哲学、伦理学角度更好地理解其医疗行为的道德价值与责任。正如杜威所说:“民众中最缺乏创见的成员也具有各种潜能,这些潜能现在并没有表现出来……除非我们把通过平庸并且为了平庸而进行的教育转变成通过个体性并且为了个体性而进行的教育。”^{[13]254}我们反对为了平庸的教育,亦反对为了平庸的医疗,平庸的核心在于我们忽略个体与个体性的价值,平庸个体只是将其作为集合中的元素或类别中的造物对待,要反对平庸观点对我们医疗评价的侵蚀,就要站在平庸的反面——优越与平等两个向度进行详尽讨论。

其一,从优越或优秀的评价角度而言,我们无法给出一个抽象的评价概念,因为关于优越或优秀,总是有形形色的标准,单纯谈优越或优秀是没有意义的,评价应该和具体标准或结果相联系,不应仅建立在对种类或类的评价之上而忽略个体价值。

如果按照严格的种类评价,ASD 在 ICD-11 编码与分类中,6A02.3 是相对较为“严重”的一种,即 ASD 伴有智力发育障碍,伴有功能性语言障碍,如果希望通过治疗,能够将儿童从相对“严重”亚型转换为相对“较轻”亚型,如 6A02.1,也就是 ASD 伴有智力发育障碍,伴有轻度功能性语言障碍或无功能性语言障碍,医疗就可能陷入某种刻板语言功能训练的窠臼,像类似训练八哥说话的行为,而忽视个体化追求过程中个体能力/反应增强的目的。同时,也要警惕基于分类可能带来的差别医疗,杜威谈到了教育中这个问题,将孩子予以分类,“因材施教”,这是将孩子嵌入某个特定种类,而与之匹配的教育可能存在将这种等级或种类固化的危险,至于 ASD 医疗中是否存在类似的技术问题,这属于医生专业领域的讨论,但是作为伦理反思,则有必要指出这一点;进一步,如果家长乃至儿童接受基于种类进行医疗评价,可能面临更少的对进步、优越或优秀的感知,更少建立起对自己身上独一无二的独特性的信念,从教育经验来说,“失落的”人们就会疏离或僵化面对社会秩序,在医疗中,也可能存在患者治疗脱离的危险。

如何对医疗进行优秀或优越的评价呢?杜威的答案很简单:回到个体、个体性,以及认同自身作为参照系和医疗评价标准的信念,在 DSM-5 对 ASD 的诊断中,特别关

注基于感知觉、运动、认知、社交、情感等产生的详尽且细化的反应,当儿童在这些具体反应中有所改善时,医生有责任敏锐捕捉到这种改善并提出医疗效果的优秀评价,这种对个体能力的释放及其响应、对个体独特性信念,会促使儿童及家长更亲和于社会及医疗秩序,对同样渴望获得支持并往往被视为弱势群体的 ASD 儿童家长也是一种鼓舞^[14]。

其二,从平等的评价角度而言,平等天然联系着人们的个体与个体性,道德与其他制度不太一样,道德天然具有平等的诉求,个体平等拒斥社会分类,例如,在艺术和科学的领域,作品或研究当然存在质量上的差别,但杜威强调,这种差别只是特性上的,只要这些作品或研究蕴含着真理、真实、真诚的价值,就是独特的、个性化的、值得人们认真对待的。

平等集中于医患关系的评价,一方面,医生应当从个体性的角度出发,平等地评价 ASD 儿童的优越与优秀;因为 ASD 儿童虽然在疾病诊断和病情严重程度不尽相同,但 ASD 儿童及其家人依然可以表现出真诚、平等的努力,虽然可能不同的儿童存在治疗效果上的差异,但不可否定每个孩子及其家人都可以发挥无法替代且独特的作用,有权获得属于自己的优秀或优越性评价;另一方面,医生应当认识到在医患关系中,医疗服务提供者与 ASD 儿童及家属的平等,国内有 ASD 儿童教育学者将这种平等关系具体化为亲密型并作出相应设计,为研究医患关系提供了部分参考^[15]。

我们既要警惕在 ASD 诊断中存在的忽略个体性而只侧重分类的医疗标准,同时也要警惕医疗服务提供者在道德上的独断地位。每个 ASD 儿童及其家属面临的都是充满问题的情境,需要共同努力,才可能变成一个克服问题的情境。如果医生坚持道德平等的信念,就有机会拒斥在历史中建构的关于 ASD 的错误观点^[16]。

3.2 行动的责任

ASD 医疗伦理思维方式的核心特点在于将疾病和患者个体评价分开,但在方法论层面考虑二者整合,也就是说科学思维与伦理思维,既有各自的工具性作用也有普遍联系,承认技术是具有价值观的^[16]。所有关于疾病的工具性评价是建立在科学和经验研究的基础上对有问题情境的探究,科学和经验特征就包括前文提到的生物学和行为特征等,但是关于 ASD 儿童的评价,特别要重视个体和个体性的地位,那种无法揭示有问题情境或以独断论的分类评价代替个体性评价的医疗,在杜威看来,都具有道德上的可疑性,ASD 儿童的孩童时期可能会面临漫长且复杂的教育与医疗经历,笔者希望通过介绍美国著名教育学家、心理学家杜威的思想来启迪相关从业医生对孩子及其教育的理解,并获得与教育伦理协同的医疗伦理实践。

(下转第 50 页)

把“学科+思政”融合,让思政课程和课程思政相向而行。充分利用校史、院史和各类庆典举办继承和发扬办学文化的活动,广泛宣传 and 营造“协同、合作、共赢”的文化氛围,巩固和拓展院校协同、合作共赢的局面。

4 结语

综上所述,在创新性构建地方医学院校和附属医院发展共同体的理想图景基础上,重点围绕组织体系、职能定位、制度建设和文化建设等维度提出了组织共同体、责任共同体、制度共同体和文化共同体的实践路径。地方医学院校应确保和附属医院之间保持稳定平衡的关系,实现地方医学院校和附属医院的相互支持与促进,推动医教研协同发展,共同为医学教育和医疗卫生事业作出更大贡献。

参考文献

- [1] 刘铁诚,刘晓岑,吴松. 高校附属医院管理模式之辨[J]. 中国医院院长, 2021, 17(16): 74-76.

- [2] 林雷,叶紫,许慧清,等. 独立建制医学院校本科专业设置的回顾与前瞻: 基于全国 41 所高校的实证分析[J]. 中国大学教学, 2017(7): 86-92.
- [3] 陈清江,姚冰洋. 新时代高校附属医院领导体制核心内涵与实施策略[J]. 中国医院管理, 2018, 38(12): 1-3.
- [4] 蔡秀军. 面向人民生命健康 创新推动高校附属医院高质量发展[J]. 中国高等教育, 2022(22): 14-17.
- [5] 袁爱媛,伍林生,刘宴兵. 新时代高校内涵式发展的多元协同体系研究[J]. 重庆高教研究, 2023, 11(1): 26-38.
- [6] 邓勇,刘威,杨逢柱,等. 高校附属医院管理体制深化改革探讨[J]. 中国医院, 2015, 19(4): 20-22.
- [7] 易津名,邓世雄,杨现洲. 基于大学章程的独立办学医学院校附属医院管理状况调查[J]. 医学与社会, 2019, 32(10): 84-88.
- [8] 曾亮,王维. 地方医学院校高质量发展的时代诉求与路径选择探究[J]. 医学与哲学, 2022, 43(14): 11-14.

收稿日期: 2023-06-12

修回日期: 2023-07-13

(本文编辑: 邹明明)

(上接第 35 页)

我们回到一个根本的问题,就是将孩子分类并试图仅依靠分类的方法来理解教育和医疗的本质,是哲学上所谓的形而上学方法,这种方法无法在实践或伦理中为我们提供洞见。医学伦理学,并不是关于如何解释的学说,而是关于如何行动的学说,在行动中产生道德的价值和意义^[17],我们的目光应聚焦于有问题的个体,正是在这里,才可能产生面向未来的知识与行动。

参考文献

- [1] 王丽娟,陈鑫. 孤独症与镜像神经元[J]. 医学与哲学:人文社会医学版, 2009, 30(7): 49-50.
- [2] LANGE N. Perspective: Imaging autism[J]. Nature, 2012, 491(7422): S17.
- [3] 杜威. 杜威全集: 中期著作: 1899-1924: 第十三卷: 1921-1922: 1921 至 1922 年间的期刊文章、论文及杂记[M]. 赵协真,译 莫伟民,校. 博伊兹顿,主编. 上海: 华东师范大学出版社, 2012.
- [4] 杜威. 杜威全集: 晚期著作: 1925-1953: 第四卷: 1929: 确定性的寻求[M]. 傅统先,译 董世骏,译校. 博伊兹顿,主编. 上海: 华东师范大学出版社, 2015.
- [5] SORRELL K. Pragmatism and moral progress[J]. Philos Soc Crit, 2013, 39(8): 809-824.
- [6] DANFORTH S. John dewey's contributions to an educational philosophy of intellectual disability[J]. Educ Theory, 2008, 58(1): 45-62.
- [7] LAI G, SCHNEIDER H D, SCHWARZENBERGER J C, et al. Speech stimulation during functional MR imaging as a potential indicator of autism[J]. Radiology, 2011, 260(2): 521-530.

- [8] World Health Organization. Diagnostic Guidelines for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders[EB/OL]. (2021-03)[2023-01-10]. <https://gcp.network/zh/icd-11-cddr/>.
- [9] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5®)[M]. 5th ed. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing, 2013: 50.
- [10] 毕小彬,范晓壮,米文丽,等. ICD-11 和 DSM-5 中孤独症谱系障碍诊断标准比较[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48(2): 193-196.
- [11] FIRST M B, REEDG M, HYMANS E, et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders[J]. World Psychiatry, 2015, 14(1): 82-90.
- [12] BLASHFIELD R K, KEELEY J W, FLANAGAN E H, et al. The cycle of classification: DSM-I through DSM-5[J]. Annu Rev Clin Psychol, 2014, 10: 25-51.
- [13] CASCIO M A, WEISS J A, RACINE E, et al. Person-oriented ethics for autism research: Creating best practices through engagement with autism and autistic communities[J]. Autism, 2020, 24(7): 1676-1690.
- [14] BUTUROVIC Z. Parents of autistic children are deserving of support[J]. Am J Bioeth, 2020, 20(4): 54-55.
- [15] 张珍珍,王磊,辛伟豪,等. 孤独症谱系障碍儿童师生关系的研究进展[J]. 中国特殊教育, 2022(12): 38-46.
- [16] WARD A. Ethics and observation: Dewey, Thoreau, and Harman[J]. Metaphilosophy, 2007, 38(5): 591-611.
- [17] HARTMAN J H. Moral work, working moral: John Dewey's empirical ethics and moral decision-making in Social Work[J]. J Soc Interv Theory Pract, 2012, 21(3): 63.

收稿日期: 2023-01-25

修回日期: 2023-07-01

(本文编辑: 刘利丹)