家庭作為弱勢人群的首重保障：儒家倫理與醫療倫理

羅秉祥

摘要

晚近國際生命倫理學的個人主義色彩仍然甚濃，本文以如何保護醫療弱勢人群（病人）為例，指出國際生命倫理委員會 2009 年報告書這方面的弊病。文中一方面解釋了儒家倫理學的“家庭共決” 模式，為何應當作為保護醫療弱勢人群的首重保障，另方面也梳理出其它價值體系的相關觀點，發現某些西方學者也有類似看法，只是未為重視。筆者最後以香港公立醫院對終止維持生命治療及預設醫療指示的道德指引為例，說明儒家的家庭共決模式實際如何運作。

【關鍵字】弱勢人群　家庭　儒學　個人主義　自由主義
家庭共決　維持生命治療　預設醫療指示

一、 前言

國際生命倫理委員會(International Bioethics Committee，簡稱 IBC) 2009 年提出了《尊重“人的脆弱性”與“人的健全性”報告書

羅秉祥，香港浸會大學應用倫理學研究中心主任、宗教及哲學系教授，中國香港。

《中外醫學哲學》XI:2 (2013 年) ：頁 7-30。
© Copyright 2013 by Global Scholarly Publications.

草擬綱要》(“Proposed outline for a report on respect for human vulnerability and personal integrity”)，綱要開宗明義指：

> 《普世生命倫理及人權宣言》(2005) 第八條指出：
> 在應用和推進科學知識、醫療實踐及相關技術時應當考慮到人的脆弱性。對具有特殊脆弱性的個人和群體應當加以保護，對他們的人的健全性應當給予尊重。
> 自主(autonomy)是生命倫理及其相關原則的核心價值。個人按自主而行，即表示其能為自己的行為作自我決定。在思考如何推展醫學研究或醫療實踐時，不得不考慮個人自主性。
> 但並不人人都處於可以自我決定的狀況。他們正是需要社會特別保護的“弱勢人群”(the vulnerable)。社會對“弱勢群體”有特別責任，不只要保障他們免受任何形式的剝削與虐待，也同時要確保他們可享醫學研究的潛在利益。[1]

筆者認為，以上說明存在一定的“自由個人主義”(liberal individualism)色彩，既強調自主權、自我決定等觀念，亦典型地採用了把“個人”與“國家”分離對立的詮釋方法。這種立論主要有兩項缺點。首先，把自主權或自我決定視為優先價值，儘管能保障脆弱個體的個人利益，卻同時容許甚至鼓吹了利己行為，這於道德上，顯然並非理想。一個堅定的自由個人主義認為，個人決定是“主權獨立的自治”(“sovereign self-rule”)，應予絕對尊重[2]；只要選擇出於個人，就不應受到任何挑戰。其次，當人處於弱勢情景，更加需要的，應是身邊親人和朋友的保護。上述自由個人主義的觀點，卻把人視為割裂於人際關係網絡的獨立個體，這就促使國際生命倫理委員會於上引綱要中，二話不說便要求社會行使特別責任。

---

(1) IBC (International Bioethics Committee), *Working Document on the Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity* (Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2009), p.2.

(2) Joel Feinberg, *Harm to Self* (New York: Oxford University Press, 1986), pp.28, 52, 55.

儒家倫理不像自由個人主義這樣理解有關問題。儒學認為，家庭才是守護脆弱群體的主要保障。家庭在“個人”與“社會／國家”之間，起着十分重要的作用。在下一部分，我將解釋以家庭為中心的儒家社會觀如何反駁了自由個人主義；並於第三部分論述這種家庭觀念對於醫療行為和保護人的脆弱性之倫理意義。第四部分說明與儒學相似的其它宗教或學派觀點，它們同樣以家庭作為弱勢群體的首要保障。到最後部分，則以國際生命倫理委員報告書一則個案為例，闡明儒家對此類個案不同的處理手法。

二、 儒家的以家庭為中心人生觀

對自由個人主義強調個體自主權，儒學可有以下兩點初步回應：

第一，人生各種重大決定，如婚姻、生殖、避孕、家庭關係的發展、養育子女、教育等，都並非只是個人選擇，而更是家庭選擇。構成社會的基本單位是家庭，不是一個個孤立的原子式個體(atomistic individuals)。儒家眼中的理想社會，並非每個人自主自決地互相尊重，而是各人藉着社群的團結關係(communal solidarity)守望相助。正如一些學者指出，自由主義的根本世界觀是個人主義，而個人主義可分為兩類：本體論個人主義(ontological individualism)和道德政治個人主義(ethical-political individualism)。前者“視個體比社會及社會制度與結構更為真實和根本”，後者則“視個體比社會及任何團體組織更具道德價值”[3]；兩者同樣強調尊重個體自主權。但這兩種個人主義都並不見於主流儒學。事實上，穆勒(John Stuart Mill) 的名著《論自由》(On Liberty)，早於幾十年前就遭到我國一位哲人所批判，其理由便是穆氏漠視了“個人”或“個體性”(individuality)

(3) Anthony Arblaster, *The Rise & Decline of Western Liberalism* (Oxford: Basil Blackwell, 1984), p.15.

是由多重社會關係組成的事實[4]。[5]當代國際儒學學者杜維明，便為儒家自我與家庭的關係有很好說明：

> “（儒家）不把自我看作一個孤立的原子，也不是作為單一的分離的個體，而是把它看作人類關係中的一個實體……每一重關係都有助於自我的發展和全面的構成。自我，從這個意義上來說，是它的所有關係的總和。同時，它又被看作各種關係的一個中心，不能被歸納於這些關係本身……家庭被看作一個豐富和養育的維持體系，是一個在其中心真正實現自我的媒介。從另一面看來，自我必須盡其作為父、母、子、女、兄、弟、姐、妹的本份。這樣一來，在各個不同的場合我們人性的層次都得以深化”[6]

第二，儒家倫理並不承認個人自主與個人尊嚴之間的連接關係。儒家的人觀，正如桑德爾(Michael Sandel)所說，視人為“有負荷”(encumbered)、“構成性”的(constituted)，並不是“無負荷”(unencumbered)、“各自分離”(separate)而可獨立抽離於委身的義務、事業和人生目的[7]，因而自由主義“自律”、“他律”之二分法，於儒家人觀並不適用。即使人的生命處於家庭關係之聯結中，其生

---

(4) 謝幼偉：〈穆勒〈論自由〉的批判〉，《中國哲學論文集》，台北：華崗出版社，1973，頁 85-86。〔XIE Youwei, “A Critique of Mill’s *On Liberty*,” in his *Papers in Chinese Philosophy* (Taipei: Hua Kang Publishers, 1973), pp.85-86.〕

(5) 儒家的政治社會思想也不屬於集體主義，見楊中芳：〈中國人真是“集體主義”的嗎？〉，載楊國樞編，《中國人的價值觀--社會科學觀點》，台北：桂冠出版社，1993，頁 321-434〔YANG Zhongfang, “Are Chinese Really ‘Collectivists’?” in *Chinese Values: Perspectives from Social Sciences*, edited by YANG Guoshu (Taipei: Wreath Publishers, 1993)〕；金耀基：〈儒教學說中的個體和群體〉，《中國社會與文化》，香港，牛津大學出版社，1992，頁 1-16。〔JIN Yaoji, “Individual and Group in Confucian Thought,” in his *Chinese Society and Culture* (Hong Kong: Oxford University Press, 1992)〕。美國漢學家 Munro 認為“整體主義”（Holism）較適切，參 Donald J. Munro, ed. *Individualism and Holism: Studies in Confucian and Taoist Values* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 1985)

(6) 杜維明著，高專誠譯：《新加坡挑戰：新儒家理論與企業精神》，北京：三聯書店，1989，頁 12-13。〔英文原著：Tu Wei-ming, *Confucian Ethics Today: The Singapore Challenge* (Singapore: Curriculum Development Institute of Singapore and Federal Publications, 1984), p.5.〕

(7) 邁克爾．桑德爾著，萬俊人等譯：《自由主義與正義的局限》，南京：譯林出版社，2001，頁 178-182。〔英文原著：Michael J. Sandel, *Liberalism and the Limits of Justice* (Cambridge: Cambridge University Press, 1982), pp.53-62, 143-144.〕

命也不等於“被他人長期支配”[8]。儒家視自我為在關係中構成(self-in-relationships)的觀點，並不同意自由主義“一個人只有堅持過着自己的生活，其生命才被看成具有內在、客觀重要性”的看法[9]。另外，儒家向來就重視家庭聲譽多於個人尊嚴；個人尊嚴從來都不足以壓倒其它道德價值。宋代傳誦至今的《三字經》便有謂：“揚名聲，顯父母”[10]。個人名聲有所損益，最終受影響的是其家庭；所以，一個人之成功得失絕非一個人的事，而更往往連繫到其家庭、甚至整個宗族的聲譽。由此可見，個人自主與個人尊嚴皆非儒家社會政治思想所根本關懷之價值。[11]

儒家倫理以家庭為中心，而“孝”作為儒家倫理的重要支柱，這一點可謂人所共知。但要確切了解儒家的倫理生活，這簡單描述顯然未夠深入。為了更好說明儒家的家庭生活，可從有廣大影響力的朱熹《家禮》看出端倪，尤其當中〈家居雜儀〉一章的指引。這些指引很多內容取自《禮記》〈內則〉篇。根據其中有關家庭生活的指引，所有已婚男、女都與父母或夫家父母同住於大家庭；大家庭生活有三個值得我們注意的特徵：第一，成人子女作決定需得到父母允許，不得自行作主（“凡諸卑幼，事無大小，毋得專行，必諮禀於家長”）；第二，私人財產均由家庭而非個人擁有（“凡為子為婦者，毋得蓄私財”）；第三，結婚或離婚都由家庭來決定（“子甚宜其妻，父母不悅，出；子不宜其妻，父母曰是善事我，子行夫

(8) Ronald Dworkin, *Life's Dominion* (New York: Vintage Books, 1994), p.239.

(9) Dworkin, *Life's Dominion*, p.239.

(10) 《孝經》（*Xiao Jing*）第一章就這樣說：“立身行道，揚名於後世，以顯父母，孝之終也。”

(11) 香港政治哲學學者陳祖為就指出，儒學的自由觀不是為了自由而自由，乃是為了行善而應有自由。參 Joseph Chan（陳祖為）, “Moral Autonomy, Civil Liberties, and Confucianism,” *Philosophy East & West*, 52:3 (July 2002), p.300.

婦之禮焉，沒身不衰”）[12]。總之，指引中找不到任何重視個人自主的痕跡[13]。[14]

固然，盲目遵循以上家庭守則，可以造成自古大家庭由父母專制的權威主義(parental authoritarianism)。但這些守則與其它無數相關指引背後所反映的精神，卻是清楚不過的。儒家生命以家庭為中心，並以父母為主導；也就是說，生命既由父母委託給我，便非我個人擁有而可以任我而行。因此，范伯格(Joel Feinberg) 所謂各種“生命的重大決定——修讀甚麼學科、學習甚麼技能、培養怎樣的德性、從事甚麼職業、與甚麼人結婚、加入甚麼教會（如有宗教信仰的話）、是否生兒育女等”[15]，在儒家眼中，都是家庭的決定——即便這種決定於古從來只以父母之意願為依歸。

至於現今中國社會，雖然傳統幾代同堂的大家庭已為一家幾口的核心家庭所取代，但人們重視家庭的觀念仍舊不變。筆者認為，當代海內外華人的家庭本位應有一新面貌；由於家庭不再由同一屋簷下幾十個親戚組成（如《紅樓夢》的賈府），家庭事務已無迫切需要由一個中央權威來決定。核心家庭成員之間關係密切，家庭事務多能於用膳時或睡前與配偶、子女一同商議決定。過去“家庭中心”即“父母中心”的倫理觀因而已與現代的家庭處境有所脱節。不過，雖然如此，現代家庭對個人自主原則的反對，卻仍與傳統一致；只是現代家庭所重視的，是家庭成員共決(family co-determination)原則，而再非從前的父母之命(parent-determination)原則。所以，美國自由主義者范伯格所謂個體“主權自治”、個體“管理自己的無

(12) 朱　熹：《家禮》，朱傑人、嚴佐之、劉永翔主編，《朱子全書》（第 7 冊），上海：上海古籍出版社；合肥：安徽教育出版社，2002，頁 881、883。〔ZHU Xi, *Family Rituals* in *Complete Writings of the Master Zhu* (Vol. 7), edited by ZHU Jieren, YAN Zuozhi, LIU Rongxiang (Shanghai: Shanghai Ancient Texts Press; Hefei: Anhui Education Press, 2002), pp.881, 883.〕

(13) Lo Ping-cheung （羅秉祥）, “Euthanasia and Assisted Suicide from Confucian Moral Perspectives,” in *Dao: A Journal of Comparative Philosophy*, IX:1(March 2010), pp.53-77.

(14) 陳祖為並且指出儒學關心的是道德生活的自主，而不是單純個人自主。參 Chan, “Moral Autonomy, Civil Liberties, and Confucianism”, p.299.

(15) Feinberg, *Harm to Self*, p.54.

上權力”、個人“那道德上不可侵犯的主權領域”、或謂“個人對於自己的領域，儘管事情微不足道，都有絕對的控制權”和個人生命“屬於自己而非他人”等言論[16]，若從現代儒家的家庭導向人生觀來看，則仍然是難以想像的。自由主義為個人自主所開闢之“神聖領域”，並不存在於儒家由家庭構建出來的自我中。就自由主義者而言，這種儒家倫理不外是“他律”，唯這只因他們僅僅著眼於一個個無負荷的原子式個體；就儒家而言，家庭關係構成的自我並不是“他律”，因為他仍然可以作出自我決定，只是這決定往往與家庭各成員共同協商而已。當協商不能產生共識，並不能一味簡單地遵循“少數服從多數”的原則，而要看事情令誰最受影響（如婚姻大事，不可因為大部分家人反對，便不讓孩子結婚，否則就是他律了）。

三、 家庭共決作為病人的首重保障

如上所述，家庭中所有脆弱成員如兒童、婦女、長者、身心障礙人士等，在正常情況下都能得到其他家庭成員的照顧（如有需要，來自另一家庭的親族成員亦可提供協助）。只有當家庭失去功能（如家庭關係破裂）而再無力照顧脆弱成員時，社會或國家才會介入。在文章餘下的部分，我將聚焦於其中一類弱勢群體——病人，嘗試探討家庭在作醫療決定的時候，如何使患病成員受到保障。

依照第二部分的家庭中心觀，醫療決定也應是由家庭成員共同協商而來的家庭決定。事實上，今天中國內地與香港的公立醫院，醫療倫理都以是否得到家庭成員之“共同決定”(co-determination)

(16) Feinberg, *Harm to Self*, pp.28, 52, 55, 59, 361.

而非病人個人之“自我決定”(self-determination)作為規範。[17] 醫護人員獲取“知情同意” (informed consent)的對象，除病人本身之外，還需包括病人家庭的主要成員（即使知情同意書只需病人自己簽名作實）。如果病人與家庭主要成員或家庭主要成員之間意見不一，醫生需為病人召開家庭會議，以協助他們達成共識。

香港為例

香港的公營醫院由醫院管理局（下簡稱“醫管局”）管轄。2002 年 4 月，醫管局醫療倫理委員會的醫療倫理工作小組（筆者亦為成員之一，下簡稱“工作小組”）發出《醫管局對維持末期病人生命治療的指引》（下簡稱“《指引》”）。該《指引》一個顯著特徵，是廣泛地使用了“病人/ 家人”或“病人和家人”的字眼。它在引用西方丘卓斯(James F. Childress)和比徹姆(Tom L. Beauchamp)的四項倫理原則時，有以下申明：

> 應用上述原則時，也必須考慮本地文化。中國人對「一己」的觀念異於西方，而會兼顧與親人的關係……中國人家庭較西方家庭亦扮演更重要的決策角色……本文件確認家人參與決定的重要性，雖則家人的意見不可凌駕有能力作出決定的成年病人的意見。[18]

以上決定模式與本人前述“家庭共同決定”的概念相當接近。這方面《指引》還有其它相關說明：

---

(17) 相對於西方醫療倫理的“個人自決”原則，范瑞平提出“家人自決”（family-determination）（參 FAN Ruiping（范瑞平）, “Self-determination vs. Family-determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy,” *Bioethics*, 11:3&4 (1997), pp.309-322），但筆者認為“家庭共決”（family co-determination）是更理想的模式，而且這是香港醫療倫理的實踐。筆者認為，家人不可以代替患者作知情同意，不可以取消了患者的決定權。知情同意原則的原意是讓患者擺脫醫療大家長主義，可是我們若把患者送到另一種大家長主義，病人還是任人擺佈！

(18) 醫管局工作小組（醫院管理局醫療倫理委員會醫療倫理工作小組）：《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，香港：2002，1.3.2 段。〔Working Group HA (Working Group on Clinical Ethics of the Hospital Authority Clinical Ethics Committee), *HA Guidelines on Life-sustaining Treatment in the Terminally Ill* (Hong Kong, 2002), para. 1.3.2.〕

> 於衡量對病人的負擔及好處時，作出決定的過程應該是醫護人員、**病人及病人家人**謀求共識的過程……醫護小組應向**病人及病人家人**講述病人預後的實際評估，例如有關該急症的可逆性、疾病的嚴重性及預期的生活質素……在考慮過程當中，醫護小組必須顧及**病人**的價值觀及意願，**和病人家人**為病人利益而作的觀點，有時並需在限定時間內試行一些治療。此持平的考慮過程，是決定是否不提供或撤去無效治療的基礎[19]（筆者標示重點）

可見落實“家庭的共同決定”，病人意願仍是考慮的主要因素。《指引》在交代如何處理“有能力作決定的成年病人”拒絕接受“維持生命的治療”時，更清楚地說明了這點：

> 除非病人反對，否則讓病人家人參與討論及謀求達致共識，是良好的做法。不過，家人的意見不可凌駕有能力作出決定的成年病人的意見。[20]

至於“沒有能力作決定的成年病人”，醫療決定乃由醫護小組及家人的共識而來。《指引》於摘要中指：

> 當病人精神上無能力作出決定，又無法定監護人及有效事先指示時，決定不提供或撤去維持生命治療，最終須是根據病人最佳利益而作出的醫學決定。但醫護小組須致力**與病人家人謀求共識**，除非病人家人的觀點明顯違反病人的最佳利益。
>
> **決定病人的最佳利益時須考慮的因素，包括治療的功效、病人會否遭到痛楚或困苦、病人會否出現不可逆喪失知**

(19) 醫管局工作小組，《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，4.3.3 段。〔Working Group HA, *HA Guidelines on Life-sustaining Treatment in the Terminally Ill*, para. 4.3.3.〕

(20) 醫管局工作小組，《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，5.1.3 段。〔Working Group HA, *HA Guidelines on Life-sustaining Treatment in the Terminally Ill*, para. 5.1.3.〕

> 覺、治療能否改善病人情況及改善程度、以及治療的入侵性。
>
> 此外，應盡可能確定病人事先表達的意願及價值觀。應將上述因素**告知病人家人，徵求他們對病人可能認為是有利事項的意見**，謀求共識。若可能的話，有關決定應循序進行。
>
> 有些時候，某項延長生命的治療被醫護小組視為必要及符合病人最佳利益，但病人家人未必贊同。就法律而言，醫護小組可繼續進行必要及符合病人最佳利益的維持生命治療。但如非緊急，應盡可能透過溝通**與病人家人謀求共識**。[21]（筆者標示重點）

必須注意的是，《指引》也並不意味醫護小組可將保護病人的責任全然交予病人家人：

> 一名精神上無行為能力的成年病人若沒有法定監護人，則醫護小組可考慮在以下情況向監護委員會申請委任監護人……：
>
> - 家庭成員之間就不提供/ 撤去無效治療意見相持不下。
> - 有證據顯示家人有不當的動機。
>
> 監護委員會可適當委任一名病人親人或其他人為監護人。如未能解決分歧，可向醫院行政總監/ 醫管局總辦事處徵詢意見，以考慮應否申請由法庭解決。[22]

醫院藉上述模式保護病人有不少優點：第一，病人無需獨自面對艱難的醫療決定。在醫療諮詢的過程中，有家人支持的病人不再

(21) 醫管局工作小組，《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，頁 ii。〔Working Group HA, *HA Guidelines on Life-sustaining Treatment in the Terminally Ill*, p.4.〕

(22) 醫管局工作小組，《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，7.2.3 及 7.2.4 段。〔Working Group HA, *HA Guidelines on Life-sustaining Treatment in the Terminally Ill*, para. 7.2.3 & 7.2.4.〕

孤立地面對具專業權力的醫護人員。家人是病人的長期照顧者，對病人的需要自然最為了解；因而由家庭共同參與醫療決定，可以減少病人在權力不等的醫患關係中，恐怕不能有效溝通的憂慮。第二，終生照料自己的家庭成員，向來是儒家社會十分重視的道德價值。家人為促進患病成員的健康而參與醫療決定，因而不僅行使了權力，更履行了應有的道德義務。第三，高齡病患者總喜歡由自己的子女照顧自己。醫院環境難免陌生可怕，長者得與家人達成醫療共識有助他們以平和心境克服恐懼、加快改善身體狀況。第四，病人始終保有重要的決定權；這是香港與大陸分別之處。如果病人與家人未能就醫療決定達成共識，醫療小組不可不顧病人自己的意願。第五，醫療小組仍是病人利益的捍衛者。如果“家庭成員之間就不提供/ 撤去無效治療意見相持不下”或“有證據顯示家人有不當的動機”，醫護小組可將個案交予醫療倫理委員會或法庭裁決。

從儒學角度檢討本文起首提及的2009年國際生命倫理委員會草擬綱要，我認為可有以下一些修改（以粗體表示）：

> 自主權是生命倫理及其相關原則的核心價值。**人**按自主而行，即表示其能為自己的行為作出自我決定，**人不是孤立的自己，更是包括了家庭的擴大自我**。在思考如何推展醫學研究或醫療實踐時，不得不考慮**人的自主性**。
>
> 但並不人人都處於可以自我決定的狀況。他們正是需要社會特別保護的“弱勢群體”。**“弱勢群體”首應得到家庭保護。**社會對“弱勢群體”也有“特別責任”，不只要保障他們免受任何形式**（包括來自家庭成員）**的剝削與虐待，也同時要確保他們可享醫學研究的潛在利益。

四、 其它價值體系的類似觀點

“家庭的主要功能之一在於照顧患病及脆弱成員”[23];這簡單命題之為真是四海皆然。因此，儒家上述倫理觀點（尤其在如何為“無決定能力的病人”做醫療決定這方面），也很自然與很多宗教或倫理學派有重疊共識之處。

A. 病人“沒有決定能力”(incompetent)的醫療決定

近年筆者看了一本關於猶太教生命倫理的書，它分成 “家庭”、“同意”、“決定能力”、“風險”四部分[24]。“家庭”一部分的副題名為“家人為無決定能力病人作醫療決定的角色”，共 67 頁。作者首先說明英語世界一些哲學生命倫理學家的“標準看法”：“那（標準）看法認為，家庭的慣常特徵，即家人對其他成員利益的了解與關心，促使家庭尋求，或法律賦予由家人代表無決定能力成員參與治療決定的可廢止權利(defeasible right)”[25]。該書作者繼而詳盡分析所謂“標準看法”，並指出其站不住腳的幾項理由。他認為造成這種“標準看法”的主要原因是使用了“權利”這道德語言，建議將家人為無決定能力成員作醫療決定，理解成義務而非權利。作者進一步參考許多猶太人的法律資料，得出以下結論：

1. 子女嚴格履行為照顧父母而工作勞動的義務；（他們）盡責侍候；恭順服從；也嚴守不令父母痛楚與受辱的禁令。
2. 大部分子女履行照顧父母的醫療責任時，都欠缺所需的專業知識。因此，子女履行此等責任的一般做法，是委託醫護專家代表他們。

---

(23) Hilde Lindemann Nelson and James Lindemann Nelson. “Family and Family Medicine,” *Encyclopedia of Bioethics*, third edition, edited by Stephen G. Post (New York: Thomson-Gale, 2004), p.881.

(24) Benjamin Freeman, *Duty and Healing: Foundations of a Jewish Bioethics* (New York: Routledge, 1999).

(25) Freeman, *Duty and Healing: Foundations of a Jewish Bioethics*, pp.70-71.

3. 子女為父母參與醫療決定是自己的責任。如果有人取代了他們這方面的角色，即使可以提供明智合適的醫療照顧，都使他們蒙上道德污點。

4. 醫療照顧有時涉及道德兩難；因沒有一項治療方案是最理想的。這時，由於子女有替父母作醫療決定的必然義務，他們衡量相關因素而作出的判斷，一般應起着決定作用。

5. 不過，社會亦有確保無決定能力病人醫療上免受傷害或疏忽的普遍責任。當子女的決定明顯犯錯，法庭有責任介入，並下令給予適切治療。[26]

筆者翻閱羅馬天主教一些生命倫理手冊，並不見他們以類似眼光強調家庭的法理地位。不過，筆者另外發現了一篇探討“輔助原則(Principle of Subsidiarity)是否適用於生命倫理”的文章。文章指出，輔助原則“可以填補現時生命倫理方法學之漏洞”，因為“生命倫理的方法學，一直在說明一些怎樣作決定的原則和價值，卻沒有處理由誰來作決定的問題”[27]。雖然該文沒有依輔助原則把家庭視作醫療決定的法理重心，我卻認為沒理由反對此種看法。[28]

英語世界有更多討論家庭相關角色的哲學或法律著作。首先是羅登(Nancy Rhoden)的長篇法律論文，剖析了判定病人“終止維持生命治療”的要求，是否可予允許之兩項法理準則。她一方面指出：

“主觀”測試(subjective test)雖然要求家人清楚證明“終止維持生命治療”是“無決定能力病人”本來會做的決定，卻往往不能奏效；原因是病人的性格特徵，以及這裡更加重要的病人對醫療的個人聲明，都甚少可以提升至法庭所聲言要求的證據層面。

---

(26) Freeman, *Duty and Healing: Foundations of a Jewish Bioethics*, p.131.

(27) Jaro Kotalik, “Examining the Suitability of the Principle of Subsidiarity for Bioethics,” *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 20:4 (2011), p.387.

(28) “教會的訓導曾制定了所謂輔助性的原則。根據這個原則，「較高層的社會不應剝奪較低層社會的權限，以干預其內部生活，反而應在必要時支持它，並幫助它與其他的社會組成分子，在行動上取得協調，以促進公益」。”見《天主教教理》，第 1883 條，下載於 2011 年 9 月 14 日〔Catechism of the Catholic Church, no. 1883, retrieved on 14 Sep 2011〕：http://www.vatican.va/chinese/ccc/ccc_zh-t-1877.pdf.

另一方面：

> “客觀”測試(objective test)要求家人證明病人承受痛苦的生命負擔，已超出其生命利益，但這樣只重病人眼前的身體感受，是不把病人作為人來看待(dehumanize patients)。[29] 羅登跟着論證家庭為病人作出的選擇可以解決上述問題，建議除非醫護人員證實其不合理，否則必須維護家人的選擇。她認為，評估終止治療的選擇是否合理，應考慮到病人的整體狀況，包括其價值觀、身心興趣、和體驗與享受生命的能力[30]；因此，“家庭成員最合資格作這些決定，因為他們與病人有非一般的緊密關係，了解病人的可能意願……我們必須明白家庭的選擇，將可揉合主觀和客觀測試。”[31]

羅氏也同時明白，現實中的家庭不是沒有問題的：

> 但家庭選擇遭濫用又如何？很不幸，使家人最自然地成為病人代理的密切家庭關係，也可帶來家人最嚴重的利益衝突……不過，假設家庭選擇可以解決問題，並不是說家人應有絕對的決定權；而只是說如果家人的選擇有可能基於非法理由，醫生有必要承擔挑戰家庭決定的責任……這醫生和家庭角色互換的情況，要求醫護人員而非家人於法庭上挑戰終止治療的決定。[32]

換言之，向法庭提供證據的責任在醫院，不在家人。此外，“家庭糾紛或者的確須要由法庭解決。但此類個案通常只限於裁定哪位家庭成員是最合適的決定人……如果沒有家庭成員能夠或願意作出

(29) Nancy K. Rhoden, “Litigating Life and Death,” *Harvard Law Review* 102:2 (December 1988), p. 375.

(30) Rhoden, “Litigating Life and Death”, p.379.

(31) Rhoden, “Litigating Life and Death”, pp.438, 440.

(32) Rhoden, “Litigating Life and Death”, p.440.

決定，正如經常遇到這種情況的那些心智障礙人士或護理院的年長病人”，羅登則建議法庭委任非家庭成員的監護人，以替當事人作出相關的醫療決定[33]。

希爾德．尼爾森和詹姆士．尼爾森(Hilde Lindemann Nelson and James Lindemann Nelson)合著的《生命倫理學百科全書》(*Encyclopedia of Bioethics*)也載“家庭”一條。作者正確地指出了問題的根本在於如何理解“人的特質”(personhood)：“以家庭為典型的倫理學第三個特徵，是它比起傳統的非人格倫理學(impersonal ethics)，較少把人視為個人主義的反映。”[34] 顯然，這特徵與儒家倫理是一致的。作者繼而有進一步的觀察：

> 由於家庭關係不只是親密，而更是長期維繫而成，因而成員之間可以站在周密細緻的角度互相了解……這（家庭關係下的）自我意識受着諸如公平這些普遍道德觀念所指引，容許了至親對環境與人情產生高度敏感，從而達成道德決定。[35]

當病人失去或間歇失去為治療自行決定的能力，醫護人員便向家人尋求協助。但尋求協助的過程中，若只遵從“替代判斷”(substituted judgment)和“最佳利益”(best interest)兩項標準還是不足夠的，我們更需另一模式。

> 家庭倫理學認為，家庭成員之間相欠的責任，不是抽象的為對方做到最好。否則，父母便有為自己子女尋找其它更好父母的責任。相反，家人值得珍視的，是他們因着特定的家庭關係而永遠享有的福蔭。如果這是正確的話，對於病床上沒有決定能力的患者來說，更重要的，便不再是兄弟、伴侶、或媳婦能否為他們作最好的醫療決定，而是

(33) Rhoden, “Litigating Life and Death”, p.445.
(34) Nelson and Nelson, “Family and Family Medicine”, p.879.
(35) Nelson and Nelson, “Family and Family Medicine”, pp.879-880.

> 那醫療決定是否由一個與病人最親近、因此成為其擴展自我(extended self)的人所作[36]。
>
> 就像醫療的焦點如果只放於所治理的器官而非器官賴以存在的病人身上，道德上也有缺失一樣；如果醫療毫不着眼於病人賴以存在的家庭，也可以有道德缺失。倫理學要是只把人視為非關係性(unconnected)和自我中心(self-centered)，便不能勝任去促進公平或人類福祉[37]。

B. 病人“有決定能力”(competent)的醫療決定

大部分英語世界之生命倫理學對於有決定能力的病人，仍然突破不了按自我決定一人做主的基礎原則。幸而，筆者從基督教正教生命倫理學當中，找到了類似儒家甚至比儒家“家庭共決”更進一步的觀點。

> 如果醫療決定植根於家庭關係結構可為病人帶來(1) 更理想的人生與健康決定，(2) 從而有助他們求得救贖，(3) 家庭關係下的決定將勝過病人的決定。例如，如果(1) 醫療決定牽涉(a) 維持生命的治療、(b) 墮胎、或(c) 醫生協助自殺，而(2) 家人又傾向引導病人作出具道德責任的選擇，那麼(3) 醫療決定的首要焦點便應放於家庭而非病人本身。[38]

其理由如下：

> 真正自主的選擇並非隨心所欲的抉擇，而有着不為情緒左右的正確方向……自由與知情同意如果關乎救贖問題，便不應只是幫助人有選擇地做一個他想做的人，而更應幫助人有選擇地做一個他應該做的人……基督正教有關自由和知情同意的立場，因而既不價值中立或不具道德方向，也

(36) Nelson and Nelson, “Family and Family Medicine”, p.880.

(37) Nelson and Nelson, “Family and Family Medicine”, p.882.

(38) H. Tristram Engelhardt, Jr., *The Foundations of Christian Bioethics* (Lisse: Swets & Zeitlinger, 2000), p.364.

> 不像個人主義要把病人視為孤立的決定者；相反，它致力於把病人植根於可以支援他們的宗教社會氛圍，以為病人的選擇正確地指引方向。[39]

至於在生命倫理學的哲學領域方面，哈德維希(John Hardwig)1990年的〈家庭的角色為何？〉(“What About the Family?”)一文，可說是難得看重家庭之作。哈氏的關注源於美國醫療制度個人至上的嚴峻現實：一些醫療決定可致病人家財耗盡，因而嚴重影響家庭成員的利益。該文為論證方便，將“家庭”很寬廣地定義為“與病人有密切關係的人”[40]，並指出了有家庭生活的道德要點：“有了密切關係便是不再過着完全只有自己、完全由自己選擇的生活。成為家庭一分子所作出的決定，道德上必須顧及整體成員而非自己一人的最佳利益”[41]。然而，如此老生常談的道德觀竟不反映於美國的生物倫理學之中。“我們現時個人主義的醫療倫理帶有孤立性與破壞性。這倫理暗示病人按一己意願作出“他們自己”的治療決定，因而鼓勵我們每一個人視生命僅為自己所擁有。可是，我們最終也可因而變成孤身一人。”[42] 無可否認，這倫理提供空間讓我們履行自由和自主。“一些病人由於時刻深切地為家人的幸福着想，必願考慮其他家庭成員的利益。對於這些病人來說，家人利益就是自己利益的一部分。但並不所有病人都這樣想。”[43] 因此，我們有需要改變現時流行的個人為本生命倫理學，“我們需要考慮所有家庭成員而非單單病人個人的自主……家庭的醫療決定，應由具決定能力且生活確受決定影響的所有家庭成員共同參與而來。”[44]

---

(39) Engelhardt, *The Foundations of Christian Bioethics*, p.364.

(40) John Hardwig, “What About the Family?” *The Hastings Center Report*, 20:2 (March 1990), p.5.

(41) Hardwig, “What About the Family?”, p.6.

(42) Hardwig, “What About the Family?”, p.7.

(43) Hardwig, “What About the Family?”, p.8.

(44) Hardwig, “What About the Family?”, p.9.

在尚未作出醫療決定之前，這醫療倫理模式道德上要求家人召開“家庭會議”[45]；這亦正是香港公營醫院一直奉行的倫理原則。

哈德維希發人省思的論點，並未得到往後許多學者積極跟進，因而仍然值得今人關注。正如他所說：

> 我們分析由病人自己所作或替病人而作的醫療決定，方法上明顯與我們分析其它重要的家庭決定有所偏離。如果我是一名丈夫、一名父親、甚或一名兒子，肯定沒有人認為我可以負責任地或應為研究休假、轉換工作、或週末旅遊之事，只按自己的意願作出決定。為甚麼醫療決定就不應如此？究竟為甚麼我們要有把醫療決定視為不同的想法呢？
>
> 是否由於醫療決定特別關乎生死之事？但事實上，大部分醫療決定都並非生死之事……
>
> 我們是否被只以生物物理學模式理解疾病的想法誤導？也許是這種想法誘使我們把疾病和治療視為發生於病人身體內部的事。我身體裡面發生的事，除了傳染病，並不影響我妻子的身體，但實情是我的病往往影響了她的生活。[46]

五、 兩種處理手法

香港法律幾年前已允許病人以生前預囑(living will)的形式，預先向醫護人員作出醫療指示。香港醫院管理局也於 2010 年提供“預設醫療指示”(advance directive)表格範本予病人使用。不過，醫管局並未為此向外宣傳。理由很簡單，只有當某人有意作出徹底的個人自主，生前預囑才變得重要。可是，如果我們的人觀是“家庭人”(person-in-the-family)，而不是“孤立個體人”(persons as isolated

(45) Hardwig, “What About the Family?”, p.9.
(46) Hardwig, “What About the Family?”, p.6.

individuals)，我們的醫療倫理原則是家庭共決而不是個體自決，生前預囑根本並不重要。香港生命倫理學者陳浩文便有如下看法：

> 就關係化(connected)或個殊化(particularistic)的自我而言，重要的不在於其“在生命最後階段有否作出理性選擇（不論是事先(prior)或有可能發生(counterfactual)的選擇），而在於其能否受到至親無微不至的照顧，並與至親共同渡過生命之旅”[47]

美國一名醫生題為“為甚麼我不作生前預囑？”的文章，也有類似看法：

> 我（想必亦與其他一些病人一樣）不惜放棄為自己預先選擇的機會，也寧願家庭為我選擇……我與一些嚴重病患者傾談，他們都說若情況需要，至親可以為他們做選擇。即管我緊張地提醒他們至親的決定有可能不符病人自己的意願，他們也能友善地平息我的關注，指出家人的這種錯誤未必十分重要……我相信我有值得信任的家人和可以給予我支持的朋友，我寧願承受他們錯誤估計本人意願的後果，或甚至願意接受他們漠視我與家庭決定不同的個人意願，也不要使他們失去為我選擇的機會與責任[48]

(47) Chan Ho Mun （陳浩文）, “Sharing Death and Dying: Advance Directives, Autonomy and the Family,” *Bioethics*, 18: 2 (2004), p.101.

(48) Joanne Lynn, “Why I Don’t Have a Living Will,” *Journal of Law, Medicine & Health Care*, 19:1-2 (Spring, Summer 1991), pp.103, 104.

簡言之，只有當脆弱群體的首重保障不存在或失去某方面的功能（家庭功能不能發揮，dysfunctional family），生前預囑才有派上用場的需要[49]。[50] 如果病人於生命最後旅程失去知覺，而家庭能發揮作用成為脆弱病人的首重保護牆，生前預囑便不具特別意義。

最後，基於上文所論，筆者認為我們需謹慎看待國際生命倫理委員會《尊重“人的脆弱性”與“人的健全性”報告書》之部分內容。如《報告書》第 27 項載錄以下一則案例：

III.3.1. 不尊重病人意願

27. 一名患末期肺癌的 78 歲老翁因呼吸困難送入急症室。臨床診斷及 X 光檢測證實是呼吸道感染，病人送往深切治療部。病人要求不作插喉治療。醫生告訴病人家人並解釋病人可能需要插喉的原因。病人女兒以宗教理由質疑父親的意願。幾小時之後，病人有嚴重的呼吸困難，但仍拒絕接受插喉治療。幾分鐘後病人陷入昏迷狀態，醫院於是替其插喉並接駁至幫助呼吸的儀器。第二天病人進行血液透析。在隨後 20 日，病人繼續接受插喉、血液透析、抗生素治療、機器呼吸和血液流動輔助治療，直至最終離世。

脆弱性的特質：病人的清晰意願受到忽視，其自主性因而不獲尊重。個案中沒有證據顯示病人表明意願的時候，其自主性是不健全的。

脆弱性的原因和背景：任何時候有人聲稱知道甚麼是應做的事情而堅持其決定應駕馭病人的自我決定，不論這人是醫護人員還是家庭成員，已經動搖了知情同意的原則。在

(49) Lynn, “Why I Don’t Have a Living Will”, p.104.

(50) Alastair Campbell 也曾慎密論證了依賴他人並非與個人自決互相排斥的，而且對某些病人而言行使個人自決並非最重要，更重要的是有我們信任的人照顧及保護我們。參 Alastair Campbell, “Dependency Revisited: The Limits of Autonomy in Medical Ethics,” in *Protecting the Vulnerable: Autonomy and Consent in Health Care*, edited by Margaret Brazier and Mary Lobjoit (1991), p.111.

這種情況下，單是病人的危急狀態不足以作為不接受病人意願的理由，而不插喉的嚴重後果和由家人而來的壓力，也減低了對病人自主的尊重。

解決方法：加強保障病者的健全性，尤需包括尊重患者拒絕治療的權利。教育醫護專業人員如何應對家人為無決定能力病人所作的意見，適當地向醫護人員澄清這些意見和法律的關係，以此作為專業教育的一部分。

從前述與國外一些倫理體系有共通之處的儒家角度看，以上《報告書》建議的解決方法未免過於簡單。筆者認為可作下述幾項補充：

1. 在個案發生之前，即病人還未送進急症室之前，這名 78 歲老翁的家人應已知悉病者患有末期肺癌。他們應就“預設臨終照顧計劃”(advance care planning)的各種可行方案展開家庭討論。事實上，病人的主診醫也應為有關計劃協助家人召開家庭會議。簡言之，家庭早於病人送入急症室及深切治療部之前，就應為病人是否放棄一些終止生命的治療有過仔細討論。如果病人有意不接受使用人工儀器幫助呼吸，應事先知會其家人；而家人也應為此表達他們的意見，並有認真討論。不管討論是否可以達成共識。
2. 當個案演變成《報告書》所描述的情況，知悉父親有意拒絕儀器呼吸的女兒應與父親商談。雖然她們可以游說父親撤回向醫護人員所作的指示，但也應顧及父親的憂慮。女兒應盡可能了解父親的痛苦、於床邊給予安慰，並將心比心，體諒正受身心痛苦的父親。她們應嘗試達成家庭共識。只有當家庭共識沒有達成，醫護人員才應以病人之最後意願為依歸。
3. 父親狀態如此虛弱，其所作醫療決定通常以利己為先，這是不難理解的。不過，作為一向參與家庭重大決定的父親，也應顧慮到一旦決心停止儀器呼吸，他對於身邊家人可能構成的影響。

4. 醫生應於病人正式入院之前或留院期間，主動促成家庭會議，以為“預設臨終照顧計劃”的一部分。
5. “有關醫療決定的一些家庭會議，家人可以完全為了其它成員的利益設想而深摯地互相體諒、關懷不止。也有一些家庭會議開始時成員之間或充斥敵意、猜忌與仇恨，但終亦變得更為體諒、團結與和睦。這些會議因而不僅可為病人得出更具道德要求的醫療決定，更能有效幫助病人家庭，使他們更好地生活下去”[51]
6. 父親和女兒的矛盾如果最終不能解決，醫生應與醫療倫理委員會商討，或甚至在時間許可的情況下尋求法庭處理。如果情況太緊急而來不及等待審議，醫生應尊重病人由始至終而非僅入院時的自主決定，也不應如《報告書》描述那樣，只履行女兒替已昏迷父親所作的決定。
7. 國際生命倫理委員會《報告書》所載案例的處理手法，或於中國內地與世界各地某些地方發生，但它只可作為醫療決定由“家庭決定”（而非“家庭共同決定”）的實例。香港現時醫療制度奉行的，是“家庭共同決定”模式。它重視病人意願，但醫生在履行醫療決定之前，也需先為病人尋求家庭共識；只有家庭共識無法達成，病人拒絕“維持生命治療”的要求才得以實現。

正是“人同此心，心同此理”。家庭共決，有東西方共識，而且在香港公立醫院中實踐。我們不應各走極端，以所謂“家庭主義”對抗西方的個人主義，以家屬凌駕病者，實施仁慈專制。家庭共決，結合中西文化的優點，是一個值得推行的應然。[52]

---

(51) Hardwig, “What About the Family?”, p.10.

(52) 本文原稿是 2011 年於羅馬一個國際學術會議發表的英文論文，得華錫輝先生協助中譯初稿，再經筆者修改而成。

參考文獻

朱　熹：《家禮》，朱傑人、嚴佐之、劉永翔主編，《朱子全書》（第 7 冊），上海：上海古籍出版社；合肥：安徽教育出版社，2002。〔ZHU Xi. *Family Rituals* in *Complete Writings of the Master Zhu* (Vol. 7), edited by ZHU Jieren, YAN Zuozhi, LIU Rongxiang (Shanghai: Shanghai Ancient Texts Press; Hefei: Anhui Education Press, 2002).〕

杜維明著，高專誠譯：《新加坡挑戰：新儒家理論與企業精神》，北京：三聯，1989。〔英文原著：Tu Wei-ming. *Confucian Ethics Today: The Singapore Challenge* (Singapore: Curriculum Development Institute of Singapore and Federal Publications, 1984) .〕

金耀基：〈儒教學說中的個體和群體〉，《中國社會與文化》，香港，牛津大學出版社，1992。〔JIN Yaoji. "Individual and Group in Confucian Thought," in his *Chinese Society and Culture* (Hong Kong: Oxford University Press, 1992).〕

楊中芳：〈中國人真是"集體主義"的嗎〉，載楊國樞編，《中國人的價值觀--社會科學觀點》，台北：桂冠出版社，1993。〔YANG Zhongfang. "Are Chinese Really 'Collectivists'?" in *Chinese Values: Perspectives from Social Sciences*, edited by YANG Guoshu (Taipei: Wreath Publishers, 1993).〕

邁克爾．桑德爾著，萬俊人等譯：《自由主義與正義的局限》，南京：譯林出版社，2001。〔英文原著：Sandel, Michael J. *Liberalism and the Limits of Justice* (Cambridge: Cambridge University Press, 1982).〕

謝幼偉：〈穆勒〈論自由〉的批判〉，《中國哲學論文集》，台北：華崗出版社，1973。〔XIE Youwei. "A Critique of Mill's *On Liberty*," in his *Papers in Chinese Philosophy* (Taipei: Hua Kang Publishers, 1973).〕

醫管局工作小組（醫院管理局醫療倫理委員會醫療倫理工作小組）：《醫院管理局對維持末期病人生命治療的指引》，香港：2002。〔Working Group HA (Working Group on Clinical Ethics of the Hospital Authority Clinical Ethics Committee). *HA Guidelines on Life-sustaining Treatment in the Terminally Ill* (Hong Kong, 2002).〕
下載於 2011 年 9 月 14 日：Retrieved on 14 September, 2011: http://www.ha.org.hk/haho/ho/adm/124654e.pdf

Arblaster, Anthony. *The Rise & Decline of Western Liberalism* (Oxford: Basil Blackwell, 1984).

Brazier, Margaret and Mary Lobjoit, edited. *Protecting the Vulnerable: Autonomy and Consent in Health Care* (London: Routledge, 1991).

Campbell, Alastair. "Dependency Revisited: The Limits of Autonomy in Medical Ethics," in *Protecting the Vulnerable: Autonomy and Consent in Health Care*, edited by Margaret Brazier and Mary Lobjoit (1991), pp.101-112.

Chan, Ho Mun （陳浩文）. "Sharing Death and Dying: Advance Directives, Autonomy and the Family," *Bioethics* 18: 2 (2004), pp.87-103.

Chan, Joseph（陳祖為）. "Moral Autonomy, Civil Liberties, and Confucianism," *Philosophy East & West* 52:3 (July 2002), pp.281-310.

Dworkin, Ronald. *Life's Dominion* (New York: Vintage Books, 1994).

Engelhardt, Jr., H. Tristram. *The Foundations of Christian Bioethics* (Lisse: Swets & Zeitlinger, 2000).

Fan, Ruiping（范瑞平）. “Self-determination vs. Family-determination: Two Incommensurable Principles of Autonomy,” *Bioethics* 11:3&4 (1997), pp.309-322.

Feinberg, Joel. *Harm to Self* (New York: Oxford University Press, 1986).

Freedman, Benjamin. *Duty and Healing: Foundations of a Jewish Bioethics* (New York: Routledge, 1999).

Hardwig, John. “What About the Family?” *The Hastings Center Report* 20:2 (March 1990), pp.5-10.

IBC (International Bioethics Committee). *Working Document on The Principle Of Respect For Human Vulnerability And Personal Integrity* (Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2009).

IBC (International Bioethics Committee). *Report of IBC on the Principle of Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity* (Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2011).

Kotalik, Jaro. “Examining the Suitability of the Principle of Subsidiarity for Bioethics,” *Kennedy Institute of Ethics Journal* 20:4 (2011), pp.371-390.

Lo, Ping-cheung （羅秉祥）. “Euthanasia and Assisted Suicide from Confucian Moral Perspectives,” *Dao: A Journal of Comparative Philosophy* IX:1 (March 2010), pp.53-77.

Lynn, Joanne. “Why I Don’t Have a Living Will,” *Journal of Law, Medicine & Health Care* 19:1-2 (Spring, Summer 1991), pp.101-104.

MacInytyre, Alasdair. *After Virtue: A Study in Moral Theory* (Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981).

Munro, Donald J. ed. *Individualism and Holism: Studies in Confucian and Taoist Values* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 1985).

Nelson, Hilde Lindemann and James Lindemann Nelson. “Family and Family Medicine,” In *Encyclopedia of Bioethics*, third edition, edited by Stephen G. Post (New York: Thomson-Gale, 2004).

Nelson, James Lindemann. “Taking Families Seriously,” *The Hastings Center Report* 22:4 (July 1992), pp.6-12.

Rhoden, Nancy K. “Litigating Life and Death,” *Harvard Law Review* 102:2 (December 1988), pp.375-446.