

早走，晚走：關於艾滋病中自殺決策的合理性*

Margaret P. Battin

摘要

對於那些即將死於艾滋病的人來說，在自殺協助可以得到的地方，如美國西海岸的同性戀社區和荷蘭，我們必須考察醫生和朋友（包括情人、配偶、家庭成員、宗教顧問、支持團體的成員，以及其他熟人）在協助一個艾滋病患者決定和行使自殺的過程中所起的不同作用。本文作出一個中心假定：在自殺協助可以獲得的地方，盡可能地保護和加強選

Margaret P. Battin, Department of Philosophy, University of Utah, Salt Lake City, UT 84112, U. S. A.

* 我要感謝Ad Kerkhof, Timothy F. Murphy, 以及我在猶他大學醫學院內科學系醫學倫理學部和LDS Hospital的同事—Jay Jacobson, Jeff Botkin, David Green 和 Leslie Francis—對本文的初稿所作的評論。這篇論文的雛形以“醫生、伙伴和艾滋病患者：關於自殺的決定”為題於1994年發表於Crisis: *The Journal of International Association for Suicide Prevention* 15, 15-21, copyright Hogrefe & Huber Publishers.

《中外醫學哲學》1: 4(1998年12月): 頁141~166。

擇的合理性是他人的道德義務。在關於艾滋病中自殺的理性選擇中，可以識別出四種成分——不管它是贊成自殺的選擇還是反對自殺的選擇。艾滋病患者可能自問的問題可以表述如下：（1）“自殺是我想考慮的選擇嗎？”（2）“我應當保留治愈的機會嗎？”（3）“我應如何確定自殺的時間？”（4）“我將給他人的幸福和利益以何種份量？”儘管醫生經常作出與（1）相關的斷言，但他們恰當地涉及的只是（3）；儘管朋友和親密的伙伴經常提供給病人與（3）相關的趣聞軼事，但他們主要涉及的是（1）。簡言之，醫生和病人經常干預艾滋病患者就自殺所作出的選擇的錯誤部分。

關鍵詞：艾滋病 協助自殺 安樂死 合理性 朋友和醫生的角色 定時

近年來，在關於臨終疾病中是實施主動安樂死還是醫生協助自殺這一問題上，在許多國家的公眾和醫療專業中發生了激烈的甚至經常是尖銳的爭論。然而，相比之下，公眾和專業的討論較少集中到艾滋病上。⁽¹⁾而且，在安樂死的爭論中所提出的例子更多的是關於癌症的，而較少涉及神經病學和其他疾病，像肌萎縮側索硬化症（ALS或Lou Gherig 的疾病），Alzheimer的疾病或多發性硬化症、中風，以及臨終器官衰竭，但是他們偶爾才涉及艾滋病，——儘管臨終病情的廣泛惡化（其最後階段有時可能的確非常糟糕）上，這些病非常相

象。

如果考慮到僅在美國就有——像本文所述——超過三分之一的百萬人已被診斷為艾滋病（AIDS）患者（美國疾病控制中心，1993）和一百萬以上的人被認為有艾滋病病毒（HIV）感染的預兆，那麼，上述情形就有些不合常理了。就世界範圍而言，已有一百五十萬人被診斷為是艾滋病患者，另有一千到一千二百萬人被認為是HIV感染者。據估計，到2000年——距現在僅有六年，感染HIV的成年人和兒童將累計達到三千萬到四千萬，包括每年新增加的與男性數目相當的女性艾滋病患者人數。

艾滋病是一個主要的殺手，至今沒有什麼辦法治愈，它的晚期經常令人感到沮喪；既然事實確乎如此，為什麼對艾滋病中的醫生協助自殺的討論卻又如此之少呢？原因無疑有幾個。如在討論一個被感染的群體中同性戀者的態度時，Timothy F. Murphy指出：在艾滋病患者中有一種公共哲學，這種哲學如此虔誠地提倡加強研究和進行社會改革以致它在很大程度上反對失敗的可能性（Murphy, 1994, pp. 28-51）。而且，Murphy進一步指出，患有艾滋病的同性戀者經常不信任醫療機構，僅僅在最初的艾滋病報告發表前八年，醫療機構還把同性戀劃歸精神病（Murphy, 同上）。我認為，至少在美國，在討論安樂死和醫生協助自殺的合法化時，之所以較少提及AIDS，還有另一個原因：在艾滋病患者中，特別是在主要的西海岸城區的最有內聚力的同性戀社區中，協助自殺和醫生協助自殺，也許甚至由醫生執行的安樂死，業已可以得到——的確，人們可能會說，在它們的施行不被法律的強制性所阻止的意義上，它們實際上是合法的。可以假定，在這些社區中，每個艾滋病患者都知道如何獲取協助，如果那是他或她所渴望的話，發現必需的藥品和一個富有同情心的醫生或朋友總是可能的。的確，據說在這些社區當中死於艾滋病的比率是如此之

(1) 我知道的一個例外是Yarnel et al. (1988)。也見Bescow et al. (1900)與Werth (1992)。

高，幾乎每個人都有一個密不示人的小隱匿物，只要他需要，醫生就使其獲得成為可能：一瓶被封存的藥丸，當輪到誰時，他就為其準備好。雙方都不反對這種做法。不存在某個人的隱匿物被發現和拿走，或者某個人因為有自殺的危險而被責成接受精神病治療這種可能性。誠然，在艾滋病死亡中，協助自殺還不是太合法，以致例如有可能為了對一個人的動機有一個客觀的評價而向一個獨立的精神病學家或法律顧問諮詢，⁽²⁾或者將某人的救助熱線或醫療組織的計劃公之於眾，但是如果一個人是小心謹慎的，協助幾乎可以不冒什麼風險地得到。這一點大家都心知肚明，但是沒有一個人願意說。⁽³⁾

即使協助自殺在美國西海岸的同性戀艾滋病社區中（或許還有其他地方）的確是普遍可以得到的，我們仍然不知道這種做法有多頻繁。有關艾滋病患者中的自殺、協助自殺、醫生協助自殺、或者安樂死的流行情況及其特點的充分經驗信息，在美國或大多數國家是得不到的。唯一可信的資料來自荷蘭，在那裏，自願的主動的安樂死和醫生協助下的自殺是公開的。按照1991年完成的一項龐大的研究，在所有的艾滋病患者中，大約有10-20%的人以安樂死或者協助自殺的方式結束了自己的生命（van der Maas *et al.*, p. 172），佔所有病人總數3%或者晚期癌症患者6%以上的人採用這種方式死去。人們可能會猜想，在其他國家不同的估計更多是反映了觀察者的觀點與

他們相聯繫的體制的政策，而不是鐵定的事實。非正式的估計存在着巨大的出入，其跨度幾乎從0到50%。一些治療艾滋病患者的醫生說實際上他們的所有病人都提出了自殺的問題；另外一些醫生說他們從未被求助過。一些臨終關懷院的工作人員聲稱他們幾乎沒有聽說過這些情況；他們聲稱儘管進入臨終關懷院的許多病人說他們有自殺的計劃，但這些計劃後來就取消了。然而所有的人都同意，如果這樣的情況發生了，它們很少是被作為自殺報告的，因此，客觀的資料常常難以得到。然而，儘管缺乏信息以及關於這些選擇的頻率在美國和其他地方沒有達成共識，各派似乎也都同意至少在一些地區的同性戀艾滋病社區中，協助自殺已經是可以得到的。人們甚至可能會被誘使說，在這些地區協助自殺已經可以與幾年前的荷蘭沒有什麼不同的方式而得到——儘管存在着法律的技術性偏離和不向當局報告的情況，但是卻不被告發，不被阻止，不遭致社會的不滿。而且，它被作為一個想要得到它可以得到的選擇而被普遍地理解和接受。

因此，既然協助自殺已經是一個對於某些艾滋病患者來說可以得到的選擇，我將不去從法律上或其他方面去討論對於即將死於艾滋病的人來說它應當或不應當得到這個問題，那樣就離題太遠了。準確地說，我希望考慮是什麼東西成為更為緊迫的倫理問題：如果自殺中的這種協助業已可以得到，那些協助者應當扮演什麼角色，什麼東西是應當避免的？每個人都同樣有資格被提供諮詢和／或實際的協助嗎？

我這裏將作出一個中心假定——如果提供協助自殺，它應盡可能地保護病人選擇的合理性。這並不是假定所有這些由艾滋病患者或任何其他臨終疾病患者作出的選擇都是合理性的，而只是堅持要盡可能地保護這些選擇的合理性條件。誠然，一些病人在驚慌、沮喪、絕望中或者在癡呆、精神錯亂或精神不正常的情況下“選擇”了自殺，但是也有一些病人是經過深思

(2) 也許除了華盛頓州，在那裏，新的同情死亡組織現在公開向臨終病人提供協助自殺——連同廣泛的諮詢。按照Thomas Preston, M.D. (個人通信)的意見，與其協助自殺相比，對死亡的同情使更多的臨終疾病患者免於自殺。

(3) 事情可能在變化着，Derek Humphry, Hemlock協會前主席，和《最後的告別》(Final Exit)的作者，從1993年7月在舊金山開始，與美國許多城市的艾滋病患者在美國舉行了一系列公開的得到充分報道的討論。

熟慮、盤算和“理性的”考慮之後作出的。如果協助自殺是可以得到的，即我們這裏的中心假定是成立的，那麼結果就會導致作出後者而不是前面那種選擇。

有這種假定作背景，我們就能夠開始識別合理選擇的條件得以加強和削弱的方式。要做到這一點，我們必須要提供對一個正思謀着自殺的可能性的病人所面臨的我們可能稱之為選擇的“理性結構”的分析——它有哪些組成部分，它們以什麼樣的順序發生，哪些種類的問題可能被提出。這將是本文的第一部分。在本文的第二部分，我們將注意我們可期望何種自殺協助指向何種組成部分，以及這些協助如何加強或削弱它的合理性。

這種對艾滋病中的自殺選擇的“理性結構”的分析——部分是推測，部分是觀察——會得出一種理想的選擇結構的可能輪廓，當然不去談選擇的內容：一個艾滋病患者可能會同樣理性地去決定贊成或反對自殺。探索臨終選擇的“理性結構”是可能的這個事實並不是說由人們所作出的關於如何結束他們生命的選擇實際上是以這種構造的方式感受的；也不是說這些選擇有時（也許甚至經常）沒有被內在或外在的壓力、精神病理學、體制限制等諸如此類的東西所扭曲。形成這樣一個輪廓也不應當與描述一個面對死亡的人所經歷的心理階段相混淆。這裏提出的輪廓不是對這些決定唯一可能的描述；其他似乎是合理的輪廓可能以不同的方式被構造着（例如，彷彿採納形式的理性選擇或博弈論模型為出發點）。但是任何輪廓的背景假定都沒有什麼不同：解析或展示出理性選擇的諸種因素，以便表明不同的外部影響與壓力應當或不應當發生影響的地方，儘管作出這樣的選擇的人可能將此經歷為一個統一的事件。這種分析也有助於識別作出這種決定的人不應當忽略的考慮。如果，為了與中心的假定相一致，在協助自殺已經可以得到的地方，應當盡可能地去保護病人選擇的合理性，對臨終決定的理性結

構的概要性描述的瀏覽讓我們明白什麼東西可能妨礙或加強理性的決策以及什麼人的干預能夠加強或削弱這樣一種選擇。

艾滋病中臨終選擇的理性結構

艾滋病患者面臨着四個主要層面的選擇。這些層面的選擇可以表述為四個問題，它們緊密相聯，但又分別提出不同的問題。儘管這些選擇被表述為四個特殊的問題，它們實際上是個問題類型，可以合併為一系列相互聯繫和次要的問題。我將把它們表述為艾滋病患者或HIV感染者也許會請求他們預測艾滋病的未來發展。

(1) “受助自殺是一個我想考慮的選擇嗎？”這個問題被當作一個“途徑”問題：它排除了在任何條件下病人都不想把自殺當作一個可以接受的選擇的情況。對艾滋病的診斷經常導致一個人去探索他或她的根本價值，包括倫理的和宗教的觀點，儘管自殺的問題不總是被清楚地提起，他或她仍會考慮他或她是否對自殺持有節制的或極端的反對意見。對於的確持反對意見的艾滋病患者來說——他們中可能有許多——關於受助自殺沒有什麼決定要作出，即使在其可以廣泛得到的地區：它已經被排除在外了。誠然，這也許涉及關於是否接受傳統的宗教或其他價值的更深層次的選擇，但是一旦這種選擇被作出，就不存在關於自殺的進一步的問題了。然而，對於許多其他艾滋病患者來說，是否把自殺考慮為一種艾滋病中的選擇代表了一種重大的、命運攸關的選擇。

與此緊密相聯的進一步的價值問題：人生來是以比較被動的方式來經受死亡還是試圖控制死亡的過程？當然，這種區分不是要在全然被動和全然主動之間作出截然劃分；相反，許多死亡中的選擇可能兼有二者的特徵，例如特定的治療形式的拒

絕或中止。為了拒絕治療——比方說，別的致命感染的抗生素或呼吸衰竭的呼吸器——也許看起來是“被動的”，因為它有允許死亡發生的效果而不是物理上引起它；但是拒絕治療也許看起來又是“主動的”，因為它牽涉到在知道死亡作為結果將要發生的情況下而採取仔細斟酌的一步。治療也可能是伴隨着死亡要發生的直接目的而被拒絕的：這就是實施一個更大程度的控制，這種控制把死當作其結果。尋求所有可以得到的協助，不管是治病的還是緩解病情的，也可以被看作是實施控制，即使在一個真正晚期的疾病中，這仍然免不了死亡的結局⁽⁴⁾。這裏對某人自己的死進行主動控制的問題與一個人是否把自殺看作終歸是可以接受的問題密切相關。二者都是關於一個人在其即將來臨的死亡中希望起什麼樣的因果作用問題。

(2) “我應當保留治愈的機會嗎？”對於一個其基本價值允許或鼓勵在他或她自己的死亡中起主動作用的艾滋病患者來說，接下來的問題便是：考慮到艾滋病仍然是致命的，而且研究努力是非常廣泛和富有進取性的，如果人們仍然保留治愈的可能性（或者用一些病人的語言來說是奇跡），它是否病情的逆轉抑或至少是有效的、長期的治療？這個問題可能比甚至僅僅幾年前，在諸如的治療發展之前，就更為有說服力地出現了。不管AZT和ddI的功效如何，但是仍未發現能治愈或長期的治療手段。的確，許多研究者會說，回憶起1993年柏林艾滋病會議的沮喪勁，那是一個“遠投”（獲勝的可能非常小）。堅持到能夠治愈是一個遠投，在討論從業已發展的艾滋病中解救出來的前景時可能尤其醒目，它截然不同於HIV感染的逆轉

(4) 就像David Hume所指出的那樣，在我們看待對死亡的積極控制上有不對稱的地方，傳統的宗教思想把引起死亡的積極控制(如自殺)看作是與神的計劃相抵牾的不能允許的干預，但是卻并不把醫療的或其他延長生命的努力看作是以相似的方式干預神的旨意。(Hume, 1777)。

或者避免接觸HIV。然而，另一方面，一夜之間對先前致命的疾病的治愈或有效治療的發現有時的確發生了（例如治療糖尿病的胰島素的發現），對艾滋病的非常積極的研究在廣泛的領域正進行着。許多疫苗和治療藥物當前正被積極地試驗着，在控制和治療相關的病症方面已取得了巨大進展。而且，由於對像ACT UP群體行為的大量測試，新藥認可的规范化程序已被大大推進了。如果一種治愈手段今天被研製出來，那麼在明天它就會被掌握，這種說法儘管有些誇張，但是一種治愈或有效的治療手段被研製出來後其迅速投入應用的希望的確大大增加了。因此對這個圖式的第二個問題作出的最可能的回答是：一個病人可能會把自殺看作是一個可能的選擇；但也因為相信存有治愈的希望，這個病人就會反對自殺，正如對圖式中的第一個問題說“不”的病人所做的那樣，儘管不是出於道德的或宗教的原因。因此，儘管它也是個像這個圖式中在後面出現的其他成分一樣的預測性問題，但是它也可能起“途徑”的作用。

當然，是否堅持到能治愈的問題不只是一個是否去碰治療手段可能會被發現的“遠投”式的運氣和救命的問題；它也引起是否使一個人屈從於不斷進展着的醫學研究和實驗的問題（Murphy, 1994, pp. 28-51）。這也隨之產生了來自實驗性計劃的醫源性損害的可能性，因此，也便是更早死亡的可能性，這是具有矛盾意味的。所以，是否堅持到能治療的問題是一個複雜的問題。無疑，由於艾滋病患者越來越知道一些實驗治療強加給他們艱難困苦，目前醫生注意到自願作為研究對象的病人數量急劇下降——儘管如果一些實驗藥品証明有積極的效果，這個數字無疑還會回升。然而，不管被用來研究的病人數量的背景怎樣變動，圖式性問題對所有的人來說仍然是同樣的：我應當堅持到能治愈嗎？

(3) “我應當如何確定自殺的時間？”一個艾滋病患者，在已經決定了在通過自殺造成他或她的死亡中扮演引發性

的積極作用，并已決定不去堅持到能治愈後，面臨着第三種選擇：在可以預見的衰微時期，應當如何確定他或她離去的時間？這根本不是一個關於是否應當實行自殺的途徑問題，相反，它是一個關於什麼時候去實行它的實際問題。我想，它也是一個在艾滋病中的自殺的決定中特別關鍵，同時又在涉及其合理性如何被保護的問題上很少被研究的一個問題。

假定艾滋病患者選定了自殺而不是苟延殘喘，這樣做是為了避免艾滋病末期的最壞症狀——可以想見，會出現認知、感覺和行動能力喪失，並伴有痛苦或不安症狀發生——確定時間的問題就成為決定性的了：應當如何確定一個人的死亡時間以避免最壞的情況出現，但是又不致喪失多於餘生必需的東西？這樣的人可能會提出的問題有：“我將早走，還是晚走？抑或我根本不應計劃離去的時間，而是等着去看在最後會發生什麼事情，而在恰當的時機開始我的自殺？”這些關於確定計劃好了的自殺時間的問題不是因為已經感染了艾滋病而絕望、沮喪或自責的產物；它們是些具有理性選擇特點的問題，在那裏努力是朝向於保護自己免遭在艾滋病的惡化階段可能發生的惡劣境況，而非喪失好的東西。

為了闡明這個問題，要求兩種因素。首先，一個人在涉及什麼條件的生活是不可接受的時候，必須能夠確認他或她自己的偏好：失明？痛苦？無節制？臥床不起？記憶喪失？癡呆？可能還有社會的因素：孤獨、社會恥辱、交際能力的喪失、財政匱乏。這個人會把這些東西視作艾滋病末期最壞的因素嗎——壞到足以通過自殺來避免嗎？確認某人自己的偏好也涉及識別什麼東西可被視作值得為之去活下去的條件：愛、交際、感官愉悅、藝術設計、思想著作、獻身於一項事業，等等。但是確認某人的偏好還須有第二個因素相伴：預測作為這些偏好主體的事態的概率的方法。有多大的可能性出現失明？有多大的可能性出現痛苦？最後臥床不起的可能性有多大？我可能會

喪失交際能力或者發展為嚴重的癡呆嗎？從更積極的方面來說，我將如何可能達到更深入的交往或更深刻的理解或者擁有新的重要性的美的經驗？預測社會條件可能比預測醫療條件甚至更加困難，但是確認它們並不是完全不可能的。無論如何，只有具備這兩個因素，即人們知道有關他可能置身於其中的醫療和社會條件的個人偏好，以及它們出現的概率的知識，一個人才能夠着手合理地回答如何確定他或她已經決定去實施的自殺的時間的問題。

誠然，這關於確定某人自殺時間的第三個圖式性問題也涉及關於倫理和宗教事務的基本價值取向，像圖式中的第一個問題那樣，以及像第二個問題關於是否“遠投”的爭論一樣，但是因為它是一個實際的而非途徑問題，所以它又有着重要的不同：它不是預測一件最不可能發生的事情（諸如治愈）的問題，而是預測一件幾乎肯定要發生的事情的問題。畢竟，我們知道在艾滋病的起初、中間和最後階段會發生什麼。一些病人得到了卡波濟肉瘤；許多病人得到了肺囊蟲肺炎；許多病人得到了鵝口瘡。以後，失明可能加重；癡呆會司空見慣；許多人會喪失對四肢的運用。最後，許多人可能不再能交往。誠然，會有為數不多的人多年沒有什麼症狀，然後較快地死去，沒有持續的惡化，但是對於多數人來說，有一個臨終惡化的長期過程，其標誌是一系列可以預見的醫療事件。正是在這種背景信息下，一個艾滋病患者必須作出他或她關於死亡的選擇。

因此，確定時間的決定是一個謹慎的決定，它不是在不確定性之下（具體結果的概率不知道）作出的，而是在風險之下（具體結果的概率是知道的）作出的。當冒着風險作出一個決定時——即當可能的結果及其概率知道時——決策者、艾滋病患者採用兩種決策方案中的一種：極大效益極大化（*maximax*）或極小效益極大化（*maximin*）。（當然決策者可能沒有意識到這是他或她正在做的事情，或者不熟悉這個

術語；他或她只是靠直覺來行事的。⁽⁵⁾) 要決定做什麼，一個人會通過給定結果的價值（或負價值）乘以概率來盤算效用；這是說某人的選擇基於他的偏好——事態或一個人所處的醫療和社會條件——乘以它們將實際實現的可能性。一方面，極大效益極大化的決策者為了選擇做什麼，試圖把艾滋病臨終過程能夠帶來的最佳可能結果最大化——承受較少的痛苦，而獲得更長的壽命。因此，採取極大效益極大化的決策就是試圖把最佳的結果最大化——即爭取可能發生最佳結果。另一方面，極小效益極大化的決策者試圖排除臨終過程最壞的可能性：一種更痛苦的生活；這個決策者試圖把最小結果最大化。因此，極大效益極大化的決策戰略家，因為預見到艾滋病的最後階段可能有時是比較良性的，生命延長而較少痛苦，尤其是如果提供良好的臨終關懷或其他照料，很可能會決定在艾滋病全面惡化期間決定晚死，不再積極地離去或作出自殺的選擇，直到最後時刻以致不錯過任何餘下的好時光。另一方面，極小效益極大化的決策戰略家，因為預見到艾滋病的晚期可能也涉及嚴重的殘疾、痛苦、與世隔絕和癡呆，而選擇較早的離去：立刻就自殺，以便確保這些特別壞的事情不能發生。兩種決策戰略都冒着風險：極大效益極大化的決策者，試圖不喪失任何餘留的好時光，冒遭受最壞境遇的危險；極小效益極大化的決策者，試圖避免最壞的結果，冒喪失最好境遇的危險。但是一個人不可能二者兼得沒有一種決策能夠既保證得到最好又保證避免最壞。

(5) 不熟悉這個術語的讀者可能希望查閱經典的說明 (Luce與Raiffa, 1957, 尤其是第2章)。然而在描述決策者當因採取極大效益極大化戰略而面對消極結果時試圖將最大損失最小化時 (p. 279), 我沒有遵循Luce與Raiffa的術語, 儘管我這裏所說的可能很容易地就可以轉換成那個術語。

(4) “我應如何權衡他人的福祉——我的伙伴，家庭，朋友、提供關懷的人、社區，以及社會？”在荷蘭近來關於安樂死的文獻中，一個荷蘭的醫生評論說，對於醫生和家庭來說，如果在疾病的晚期，病人較晚而不是較早地選擇實施安樂死，要容易得多，因為這允許醫生，特別是家庭成員去適應現實并放棄對治療的不切實際的希望 (WGBH, 1993)。這只是可能影響一個艾滋病患者作出自殺選擇的關於他人的福祉和利益的成千上萬種考慮中的一種；這些考慮可能包括形形色色的成分，諸如恐懼、需要、宗教信仰、財政安全、保險狀況、教育、研究興趣，或對他人的情感需要，也許還包括其他的個人、人群、機構、甚或整個社會。這些考慮——理解它們是至關重要的——能夠導致作出贊成或反對自殺的選擇。

在艾滋病的惡化階段，在兩個相互關聯的方面，他人的利益可能與自殺的選擇相關。首先，他人可能擁有與當事人本人相反的利益，例如，當一個艾滋病患者希望早一點死去，但是其配偶將失去殘疾補助，而只要那個人活着，這種殘疾補助就會繼續；或者當艾滋病患者希望繼續活着，但是只有在那個人死去之後才會擺脫，愛人才會自由地度過他或她的餘生。在這裏，當事人自己的利益似乎只是與他人的那些利益相衝突。其次，然而，可能會有這樣的情況，因為艾滋病患者關心另一個人，在雙方的利益中，要麼殘疾補助繼續，要麼愛人能夠度過他或她的餘生。儘管在一個人的利益可能與另一個人是相關的這些方面存在着深刻的不同——不管是這些利益衝突，還是一個人的利益包含着另外一個人的利益——無論哪種情況，選擇中所蘊涵的理性要求我們把這些東西看作是由考慮自殺的人所作出的選擇中的第四個，也就是最後一個因素。

把有關某人的死亡與某人選擇實施其死亡的方式對其他個人、社區和社會機構的影響置於這個圖式的最後，這看起來似乎有些奇怪；確實，可能會有人認為它們在艾滋病臨終選擇的

理性結構中屬於第一個而不是最後一個位置，畢竟，他人的利益可能與作出選擇的人密切相關，不管那些人是特殊的個人還是較大的群體；而一個個人可能對其他的個人或群體有義務和責任，即使他或她把他們的利益看作是與他或她本人的利益是衝突的。然而，把這種考慮置於最後而不是最先有一個有助於保護選擇合理性的主要特徵：當把它置於最先時將會控制另外三個因素，而把它置於最後則不會，而是展示了選擇的特徵。例如，第一個問題：“受助自殺是一個我想要考慮的選擇嗎？”，如果一個人把其他人的利益置於首位，而不是先作選擇，然後試圖把對他人的任何消極影響最小化，可能會得到一個十分不同的答案。第二個問題：“我應當保留治愈的機會嗎？”，如果他人的利益被給予足夠的重視，可能也會得到不同的回答。把當下的這個問題，即如何權衡他人的利益，置於最後，就排除了以一種有助於他人利益的方式預先決定其他的問題的情形。在關於死亡的選擇中，這一點也許有利於增強利己主義而削弱被期望的利他主義。但是它并不排除相反的情形：畢竟達到第四個因素並傾向於對他人的利益而不是對他或她自己的利益給予最充分的重視的人——不管那是因為他或她把他人的利益看成他或她自己利益的一部分，還是因為他或她有義務尊重這些利益，儘管它們與他或她自己的利益是相反的——當然能夠審視他或她所面臨的選擇中較早的因素並相應地修正他們。但是在這樣做的時候，這種審視及其所導致的修正了的選擇的特點被展示出來了：在決策者把他人的利益看成是他或她自己的利益這個更為溫和的意義上，它可能是利他主義的；或者在一個人犧牲其自己的利益以服務於他人的利益——不管這是一個選擇問題還是一個義務問題——這個更強的意義上，它可能上是利他主義的。最後而不是最先作出這些選擇，有助於使一個人避免在作出這些困難的臨終選擇時從未真正認識到他或她自己的利益之真實所在，因而也就有助於增強選擇

的合理性。理性選擇可能是自利的；理性選擇也有可能是自我犧牲的；但是當一個人不能識別該把賭注下在哪裏時，它們不可能是完全理性的。

醫生、朋友和自殺

如果第四個層面的模型描述了關於艾滋病中自殺選擇的理性結構的話，那麼它也許還使我們看到了他人的何種影響可能是適合的以及何種影響是不適合的。這在協助自殺可以廣泛得到的環境中（不管其技術上是否合法）是至關重要的，協助可能來自許多不同的方面：醫生、護士、家庭成員、配偶、情人或伙伴、朋友、孩子、工作同事、心理學家、宗教顧問以及許多其他方面的人，包括個人、個人的群體（例如，支持群體），或許還有機構和社會。為了簡單化起見，我在這裏只討論兩種可能性：醫生和朋友。協助可能在自殺選擇中起重要的作用，識別不同的方面能夠強加或破壞這些選擇的理性特點的方式是十分重要的。

現在我們就來考慮醫生與朋友——親密的朋友，也許伙伴、配偶，或其他真正的知己在一個人自殺選擇中可能起的各自作用。在艾滋病患者可能尋求的各種協助中，提供致命的藥物或自殺中所使用的其他手段，明顯居於中心位置：這使得自殺成為可能，尤其是當艾滋病患者抵制通常與自殺相關的激烈手段時——開槍、跳樓、上吊等等，但是願意服用可以導致安樂死的藥物以保證平靜的、無痛苦的死亡。在這裏，醫生和朋友的角色在某些方面是相似的——任何人都能夠遞給一瓶藥或者協助一個人把塑膠袋套在頭上——但是在一些重要的信息方面，它們又有着明顯的不同：醫生知道哪些藥物是有效的，服用多大量，他們還會活多長時間，以及如何防止像嘔吐或痙攣

這樣的負面影響。⁽⁶⁾ 醫生也能夠從藥房或其他可靠的地方獲取藥物以保證它們的效力。除非朋友也受過醫學訓練或者懂得專業方面的知識，⁽⁷⁾ 也有可靠的藥源（例如貨架壽命尚未過期），否則他或她將不能夠保證艾滋病患者可能尋求的平靜的、無痛苦的、十分安全的死亡。確實，1983-1993年在溫哥華的一項研究發現，在朋友協助的自殺中，經常事與願違，有一半搞糟了，反而增加了痛苦。⁽⁸⁾ 因此，對艾滋病患者來說，在其他方面都相同的條件下，理性的選擇將是寧願接受來自醫生的安樂死藥物，而不是來自朋友的，當然除非朋友是直接從醫生那裏獲取的；對一個計劃自殺的人來說，寧要朋友可能從街頭獲得或家庭合成的藥物，或者寧要其他更激烈的、會遭致劇痛的死法，那便是非理性的。

但是就像我們說過的那樣，遞給藥物并非自殺中協助的全部。他人可能對病人關於是否以及何時自殺的決定所產生的影響至少是同樣重要的。在這裏，醫生和朋友在保護和減弱選擇的合理性方面也起着非常不同的作用，他們在影響我們已經確認的四個層面的圖式中起着極其不同的作用。醫生的作用是運用他或她的醫學能力，而不僅是提供藥物。優先的醫生提供的是關於疾病及其最後階段的信息。這畢竟是醫生從醫學文獻和臨床經驗中知道的東西。特別是醫生能夠告訴病人一個即將死於艾滋病的人可能會遇到的各種醫療事件，因此在病人業已決

(6) 醫生知道這些事情的假定在醫生協助自殺或實施安樂死是非法的文化裏可能得不到保證。當這些做法在荷蘭實際上（儘管不是技術上）被合法化時，皇家荷蘭製藥學協會給這個國家的每個醫生郵寄了一本小冊子用以識別合適的藥品與適宜的劑量；此舉意在防止借助否則可期望發生的安樂死來進行信息貧乏的實驗。

(7) Humphry (1991) 可以被看作這種來源的一個例子。

(8) Simon Fraser大學的Russel D. Ogden在提交的碩士論文中報告了這些結果 (Farnsworth, 1994)。

定首先考慮自殺并且也不繼續堅持到能治愈之後，當病人決定通過挑選艾滋病惡化過程那一點來確定他或她自殺的時間時，醫生會提供對於處於圖式中第三個層面的病人來說至關重要的信息。

確實，在決策的第三個階段，醫生有兩種相關的信息：關於很可能出現什麼情況的信息以及關於它們出現概率的信息。醫生知道在艾滋病的晚期最有可能出現失明、喪失運動能力、癡呆和痛苦，知道這些結果發生的頻率。病情本身是病人價值判斷的焦點：病人在比方說失明、臥床不起、癡呆和痛苦中如何判斷，或者乾脆不去判斷？有些病人會把這些病情看作是極其討厭的——的確，它們是如此糟糕，通過死亡來避免它們會更好些。其他病人認為它們是討厭的，但是并非洪水猛獸；總的來說，沒有這些病情當然更好，但是在這些病人看來，好死不如賴活。艾滋病患者在關於自殺的決策中運用的正是這些與可能的未來病情有關的偏好價值系列：如果是一個極大效益極大化的決策者，那麼這個人將會不管這些病情而設法最大限度地延長擺脫這些病情或者僅因賦予它們負值而被拖累的生命；如果是一個極小效益極大化的決策者，他或她會作出確定自殺時間的選擇以防最壞情況的發生。

但是醫生能夠提供的還有另外一種信息成分，它在這些決定中也是至關重要的：這就是有關作為病人價值焦點的各種病情概率的信息。在艾滋病的晚期，一個病人有多大可能喪失行動能力或認知能力、或者失明？這并非微不足道的信息；它是艾滋病患者——不管是運用極大效益極大化的決策爭取可能的最好結果，還是運用極小效益極大化的決策試圖避免可能的最壞結果——都要求的。對於一些人來說，這意味着在疾病期間早些死去，對於另外一些人來說，意味着晚些死去。對於一個極大效益極大化的決策者來說，早死是非理性的，至少是錯過了一種被認為是糟的但卻并不是非常可能發生的狀態；同樣，

對於一個極小效益極大化的決策者來說，晚死是非理性的，因為那意味着冒一種在他或她看來是極其可怕的病情的風險。

然而，考慮到這樣的信息在保護關於艾滋病的選擇合理性中必定起的作用，我們必須警惕這樣的事實：作出這些決定賴以的資源似乎并非可以完全得到，也并非所有重要的信息總是由醫生現成地提供。例如，就我們所知，儘管有幾部以病人為中心的有關艾滋病惡化過程中特殊醫學事件的可讀指南，但是，它們一般地并不包括這些事件的概率的信息，儘管為數眾多的人有理由心系這些事實，儘管大量的信息現在可以在關於艾滋病的醫療文獻中可以見到。沒有讓病人明白易懂的綜合性信息。有些資料，例如艾滋病熱線，儘管這些資料通常列出各種真菌的、細菌的、病毒的、原蟲的、腫瘤的機會性疾病以及其他在艾滋病期間可能出現的病情，但是它們絲毫不提供關於它們的概率或嚴重性的信息。它們也不提供關於疼痛的類型和概率的信息，儘管“與公眾的信念相反”（像目前的研究者所說的那樣），疼痛是經常會遇到的症狀，從臨終關懷院和醫院住院病人中的50-60%到瀕臨死亡病人的97%有疼痛症狀。

(O'neil, et al., 1993, p. 3)。誠然，與艾滋病的治療有關的許多醫生或其他醫務人員會試圖對他們病人的前景給以真實的描述，但是，這可能經常被不經心的悲觀主義（*hanging of crepe*）所歪曲——告訴病人更為暗淡的預後，病人信以為真，而當情況證明被預想的更好時，病人就會為新的希望所激勵——或者相反，經常家長主義地不讓病人接觸讓人絕望的報告（Siegler, 1975）。我不了解有關告訴艾滋病患者預後的確切信息，儘管一些艾滋病專家抱怨非專家的醫生傾向於低估艾滋病患者彌留的時光與好受的日子。總之，所缺乏的是可靠的概率性信息，能夠為希望以理性方式協調疾病最後階段的病人在決定如何確定他或她正在考慮的自殺時間上利用。誠然，這種信息可能十分複雜，因為各種病情的概率和特殊性在艾滋病患

者的各類人（比方說，同性戀者、兒童、或者靜脈吸毒者）當中可能是不同的，由於它隨時間的流失而不斷變化，而病毒本身和醫療手段是發展着的——但是對於作出理性的選擇來說，它仍然是不可或缺的。

相反，經常發生的是對熟悉的案例的概括：病人基於已經經歷過艾滋病晚期并死去的朋友或情人的經驗而進行推斷的。如果情人或朋友曾經歷了一個比較平穩和階段，雖然注定要死，但是并未忍受劇痛，那麼病人的結論可能就是艾滋病的晚期并不可怕。相反，如果病人目睹了在他看來是非常可怕的艾滋病死亡，這個病人可能就會從這個簡單的案例得出要不惜代價地避免晚期的結論。畢竟，這是這個病人對艾滋病最為熟悉的東西，而醫生又沒有提供相關的信息把這個簡單的案例置於可能性的總體圖式中。誠然，同樣形式的奇聞軼事式的推理在許多其他形式的疾病中也很普遍，包括像亨廷頓氏病那樣的遺傳病——在那裏，典型的情況是病人看着一個病人死去，也包括像癌症和心臟病這樣的廣泛分布的病情；然而在艾滋病中，它仍是一個主要的風險。

但是，當然，這不是作出確定某人自殺時間的理性選擇方式，不管這種選擇是被享受好生活的樂觀的渴望所激勵，還是為了避免晚期的最壞結果，因為它忽視了這樣的問題，像各種事件的基本發生率，關於某人自己病情的可預測因素，或者某人所在亞群體的特殊易感性。因為他是其中的一員，所以這種進路就排除了自己臨終階段各種可能事件發生概率的任何理性的精確評估。然而提供這些東西正是熟悉艾滋病的醫生的拿手好戲——遠遠勝於朋友。

相反，朋友在預測作為艾滋病惡化階段特點的醫療事件及其發生的概率方面可以說幾乎無能為力，而只能停留在如前所述的胡亂猜測水平。另一方面，如果朋友不是泛泛之交，不只是熟人，而是指在更深的層面上與之分享經驗的人，那麼朋友

與那個人本人的基本信念、作為背景的社會、宗教和形而上學信仰將會更為一致。畢竟，朋友是知道艾滋病患者的人，因此，至少知道一些有關他或她個人的和宗教的價值的事，這些價值對於艾滋病中的自殺這個問題具有核心意義。朋友和病人可能共有的更大的文化因素和體制很可能在這裏起作用，例如在規定引起死亡是否被視作錯誤方面，死亡能否有意義，痛苦是否是應得的。關於病人，有些事情朋友比作為醫生的醫生可能知道得更多，尤其當醫生和病人間存在着大的宗教、民族或文化差異的時候。

那麼，很清楚，是朋友而不是醫生處於更好的地位幫助整理病人所有基本信念和相關的價值取向。正是這些問題與我們四部分圖式中的第一個因素——一個人是否希望把自殺考慮為一種選擇或者選擇以任何一種方式試圖控制自己死亡途徑問題有着重要關聯。我認為，至少在這個選擇的前三個層面，這個問題是最基本的（儘管很可能不是有意識地和故意作出的），既然它涉及基本的信仰——經常在朦朧的、無意識的層面被堅守着，往往來自宗教傳統，并被家庭和社會關於死亡的本質和個人在面對死亡時應起作用的期望所深深影響，醫生可能會向病人詢問他或她的根本價值取向和基本世界觀，但是不能期望回答會得到理解——如果首先病人確實能夠有效地闡述它——這種理解至多是表面的，特別是當在他們之間存在着巨大的文化差異的時候。事實上，作為醫生的醫生能夠協助艾滋病患者的方式與朋友能夠協助的方式非常不同：朋友對第一層面的問題最有幫助，而醫生則是對第三層面的問題最有幫助。

第二層面的選擇也許提出了一個不同的問題。不管朋友還是醫生都不能很好地勝任第二個層面的選擇，即關於是否堅持到能治愈的中介選擇。這是因為這種選擇涉及一個在不確定之下的經典決策，在那裏，沒有辦法計算所欲望的可能後果的可能性。不管是來自醫生關於艾滋病最終階段事件或者它們概率

的信息（就像它們現在已知的那樣），還是來自朋友的價值洞見，在這裏都沒有多大力量，因為哪一方都沒有任何根據說治愈或治療有多大可能實現，或者即使如此，他們也無法說出它可能會產生什麼樣的後果。“治愈”可能會懸起死亡判決卻把病人置於對呼吸器的永久性依賴中嗎？有效的療法可能會從總體上來說延長壽命但是幅度不會很大嗎？或者治療可能是真正的治愈，使疾病徹底扭轉而重歸於完全康復嗎？先前的“遠投”式治愈和治療的教訓在這裏沒有多大幫助：考慮到在疾病性質上、研究條件和許多其他因素方面的巨大差異，從過去的研究進行推斷是不可能的，也許我們只能說，“遠投”、一夜之間治愈和治療很罕見，但確曾發生過。當然，在關於艾滋病的自殺決定中，人們可能採取某種相結合的策略——比方說，人們可能會堅持到能治愈直到惡化的某點，然後轉換到對死亡更為積極的角色——但是這只是初始問題的一個小版本：人們在什麼時候不再存留希望，他如何確定其死亡的時間？

不僅決定是否堅持到能治愈從艾滋病患者的視角和醫生一朋友的視角看來是困難的，而且既然醫生和朋友經常糾纏於這些選擇當中，我們必須堅持與這些選擇的後果相關的責任應當明確。對一個艾滋病患者來說，在堅持到能治愈中採取遠投策略是一回事；對另一些人來說，不管是朋友還是醫生，通過敦促病人來提倡遠投策略完全是另一回事，“總是有治愈的希望！”誠然，總是有治愈或長期治療的希望，即使這種希望可能非常小：這就是我們所說的作出這些選擇的環境牽涉不確定性的含義。我們不知道也不能知道是否以及什麼時候會發現治愈的辦法，它是否對於那些業已染病的人有效，它會產生什麼樣的負面效應。最消極的後果是治愈并未成為現實，而堅持到能治愈的人（否則他或她就會早就死去）曾經受在他或她看來是非常非常可怕的晚期處境，否則他或她本來會寧願逃避它的。當艾滋病患者採取了一種不確定性之下的策略，如果消極

後果發生（像在遠投選擇中，很可能會如此），他或她就肩負起了接受這種消極後果的責任，但是如果其他方面建議艾滋病患者堅持到能治愈，原因是總有治愈的可能性，那麼他們必須為將要發生（很可能）的消極後果至少承擔部分責任，因為他們實際上懲罰病人以某種使其成為可能的方式去決定他或她去遭受這些惡劣的境遇。

在闡明臨終決定理性結構時概述的的四個層面或因素中，我已經論證了朋友最適合在第一個層面發揮自己的作用，醫生則主要是第三個層面，而對於第二個層面，朋友和醫生則都不能很好地勝任，第四個層面即如何評估他人的利益和福祉的問題，又與眾不同，因為在這裏，我認為不管是朋友還是醫生也許都根本不適合影響第四個層面的決策。這是因為來自朋友或醫生的影響都如此強烈帶有各自的私利。既然艾滋病患者在思考如何結束他或她的生命時面臨的是一個有關是否他人的利益優於自己的利益的選擇，那麼來自外界的任何力量都會直接影響風險從而使選擇帶有偏見。醫生有他們的治療水平、職業榮譽、或者研究項目的利益，更不用說小費或控制費用委員會了；而親密的朋友有一大堆感情和實際需要。當然，病人選擇是否關注他人的利益和需要還受到種族的、文化的、或宗教團體的期望的影響，但是這與被特殊的、有着強烈的私利的他人所左右不是一回事。

因此，在決策和和行為中，醫生、朋友協助下的自殺與根本沒有被協助的自殺之間的區別并非微不足道的，既然醫生或朋友都能討論這個問題和提供藥物，那麼他們在自殺選擇中的影響可能具有非常不同的特點。朋友或醫生恰當的協助也許能很好地提高自殺選擇的合理性；然而，事實上，這種理想的方式可能根本行不通。因為要概括醫生或朋友在提供關於自殺的建議或手段，在現在是不可能的，我猜想，這些人經常把事情做錯，特別是當這種行為在法律上是被禁止的情況下。一些醫

生（也許有許多）正好做了他們力所不能及的：他們在第一個層面的問題上發言——病人是否可以選擇自殺或者在這樣做的時候要求醫生的協助——但是不願提供臨終惡化的特殊醫療事件的實際特點或概率，唯恐打擾病人或減弱信任和希望，特別是如果很清楚，病人在計劃他或她自己的死亡中打算利用這種信息。確實，在圍繞着艾滋病和醫生助殺的合法化的爭論中，在關於像Jack Kevorkian這樣的人物的爭議中，醫學專業總體上主要是在致力於第一個層面的問題——自殺和醫生助殺是否應當被允許——但沒有謀求去為病人鑒定他們所能期望的實際概率，既包括諸如疼痛、失能、失明以及癡呆等消極的問題，也包括告知病人平穩和舒適度過的積極方面。因此，問題不只是個別醫生，而是被稱作醫學專業的醫生集體，越俎代庖地向艾滋病患者建議自殺的選擇。

同理，朋友，不管是伙伴、配偶、親密的同事，還是重要的其他人，都不具備臨終期可能醫療事件的專門知識，除非他們也受過醫學訓練。然而處於這些角色中的人們經常自願提供一些關於患有艾滋病的各種其他朋友和熟人臨終期經驗的奇聞軼事：他們因而也同樣地超越了在決定艾滋病自殺中他們的適當角色。以這種方式提供奇聞軼事可能會強化病人從個別的案例概括出一般的傾向，因而也可能削弱選擇的合理性。當然，一些病人在理解關於可能後果的信息方面也許并不成功，即使向他們提供了這些信息。但是這並不會改變這樣一個事實：從非醫生的朋友那裏得來的這種關於艾滋病的奇聞軼事不是病人在以理性的方式作出他們的選擇時所需要的信息。

當然，一些醫生幾乎成了他們病人的朋友，因為他們在面臨艾滋病的過程中，探究到了更深的價值，而一些朋友——特別是在信息靈通的同性戀艾滋病社區中在艾滋病的醫療方面所知道的一點也不比許多非專家的醫生少，甚至更多。一些艾滋病患者既擁有豐富的知識，又能夠流利地表達他們自己最深層

的價值。但是，如果不是這種情況，當艾滋病患者在決定應如何結束他或她的生命時，我們應當比我們經常所做的更仔細地區分醫生和朋友的作用，並勸使雙方不要僭越彼此的領域：在那裏，只有對方才能提供那種會提高一個人選擇合理性的協助。

艾滋病真是一種特殊的案例嗎？

更進一步的問題使這幅畫面更加複雜了。通過對特殊類型的的信息以及關於它們概率的信息在艾滋病自殺決定中的重要性討論，似乎這些概率能夠可靠地獲悉，特別是關於臨終期病情和艾滋病病人對它們的評價。它們能夠獲得；但是那種情況出現的模式比許多具有其他臨終病情的特徵更加紛亂。艾滋病——即使在其最後階段——起伏仍然很大，從病情嚴重到身體狀況良好。雖時有高燒、精神錯亂、不能溝通等症狀，但是病人感覺良好、行為正常的時候也并不鮮見。其他的臨終病情，如許多類型的癌症、神經病、循環病或器官衰竭，更可能呈現為平穩的、可以預見的惡化模式，儘管也經常會出現惡化和減輕，或者或重或輕的活動期，但是它們並不像艾滋病中那樣起伏大。這是因為大多數這些其他的臨終病情是特殊的組織或身體功能逐漸惡化，而不是由於免疫功能的衰退而導致的一系列機會性疾病。這並非說其他的臨終病情是不變的，而是說變化不可能像艾滋病中那樣劇烈。使艾滋病中理性決定死亡變得如此困難（在那裏自殺是一種值得考慮的選擇）的因素是惡化的確定性和它的確切過程的不可預測性。極小效益極大化的決策者更可能早死，而極大效益極大化的決策者更可能晚些，但是在滿足兩類決策者的普遍願望方面，即盡可能多地過好日子，盡可能少地承受風險，則沒有一種決策是非常可靠的。

至於為什麼醫生沒有傳授那種會加強病人死亡合理性的信息，也許是因為他們理解在像艾滋病那樣多變的情況下，理性的選擇是多麼的困難。儘管如此，這并不意味着盡可能地保護這些選擇的合理性不是道德上的至上命令，特別是在病人作出這些選擇是可能的社區中，或者在醫生或朋友用不着仔細考慮什麼樣的協助提供、什麼樣的協助不提供給面臨艾滋病死亡的人的社區中。

〔馬寅卯譯〕

參考文獻

- Beskow, J.E. *et al.*, eds.: 1990, HIV and AIDS-Related Suicidal Behavior: Report on a WHO Consultation, Bologna.
- Farnsworth, C.H.: 1994, 'Bungled AIDS suicides results in increase of suffering', *New York Time* (June 14).
- Hume, D.: 1777, 'On suicides', reprinted 1826 in *The Philosophical Works of David Hume*, Adam Black, William Tait, Charles Tait, Edinburgh.
- Humphry, D.: 1991, *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, Humlock Society, Eugene, OR.
- Luce, R.D. and Raiffa, H.: 1957, *Games and Decisions*, Wiley & Sons, NY.
- Murphy, T.F.: 1994, *Ethics in an Epidemic: AIDS, Morality and Culture*, University of California Press, Berkeley, CA.
- O'Neill, W. and Sherrard, J.S.: 1993, 'Pain in human immunodeficiency virus disease: a review', *Pain* 54, 3-14.
- Siegler, M.: 1975, 'Pascal's wager and the hanging of crepe', *New England Journal of Medicine* 293(17), 853-857.
- U.S. Centers for Disease Control: 1993, *AIDS/HIV Surveillance Report* 5(4).
- Van der Mass, P.J., van Delden, J.J.M., Pijnenborg, L.: 1992, 'Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life', *Health Policy* [English edition of the Rummelink report] 22(1+2).
- Yarnell, S.K. and Battin, M.P.: 1988, 'AIDS, psychiatry, and euthanasia', *Psychiatric Annals* 18, 598.
- Werth, J.L.: 1992, 'Rational Suicide and AIDS: Considerations for the psychotherapist', *Counseling Psychologist* 20(4), 645-659.
- WGBH: 1993, PBS Frontline documentary, aired March 23.