

然而在目前對於這問題，至少有三個途徑正被積極的探求著。第一：是我比較喜歡的一點，不僅是較專門專業的定期刊物，甚至月刊、週刊、及日報均印刷出許多有關於死亡及臨死的論說。收音機、電視上亦互相配合，並且需有極好的宗教團體，討論有關於死的莊嚴問題。最後，這些討論至少能卸除以往人們不願去討論死亡或思考死亡問題的心理，甚至於能夠增進病患與醫師間的互相連繫與瞭解。這種全面性的改變風土觀念，將會使現代人放棄過時的禁忌，而易於接受現代人對死的一般看法。

第二點亦是很重要，即由各方面的努力去改進醫師所受的教育，來糾正本世紀甚明顯的技術與人類智慧的不平衡。

除了對Dr. Ross 所舉出有關臨死時的種種情況應有的措施外，許多醫事學校已改變其醫學倫理的課程，灌輸治療病人應以道德價值為基準，而不應以收費的多少來決定是否醫治的偏見及罪行！

第三：應經由立法的程序使得醫師的權利，義務及地位更為明確。其部分之目的在促使醫師負有順從病人願望之責任，而且對此行為所應負的責任，法律上應給予保護

。此外，若將病人致死的罪行除加之於醫師身上，則這種法律對於醫師而言，實太過於苛刻了！在尋求一個滿意的變通方法時，常會遇到種種困難。目前大家最注目且公認優點最多的方法乃由病人之最近親簽署手術的授權書給“人權代理人”(Ombudsman)或由社會科學家、哲學家和精神學家所組成的委員會。

目前猜測這建議能產生什麼結果尚言之過早，但有些理由可以看出它的形成將非常緩慢，且處於相當困難的處境中，須要加倍的努力來喚醒醫事人員及外行人普遍的注意這問題。在實際處理一瀕死的症狀時，包括了一系列大大小小的決定，這些決定主要基於對病患身心狀況的評估，及其家屬、朋友的態度、希望及憂慮，對於像人權代理人或委員會的外行人實不易做到。打個比方來說，這正如為了反對避孕，而驅使警察或官員進入私人臥室中，不但不能達到滿意的效果，反而時常被被告發侵入私宅呢！

只要一般民間能對死亡有普遍的認識，將可以促使目前這種“天真無邪”的法律正視種種根深蒂固的問題。此外，我們可明顯的看到，若我們改變對死亡的看法，則我們亦為人類工藝方面的改變樹立一個範例，將在人類價值系統及社會結構之考慮上留下深遠的影響。

Hormone

- Betamethasone Alcohol
- Betamethasone 21-Phosphate Sodium
- Betamethasone 21-Acetate
- Dexamethasone Base
- Dexamethasone 21 Phosphate Sodium
- Dexamethasone Acetate
- Fluocinolone Acetonide
- Methyltestosterone
- Nortestosterone Phenylpropionate
- Prednisolone
- Testosterone Enanthate
- Triamcinolone Acetonide

Antibiotics

- Ampicilline Sodium Sterile or Trihydrate
- Chloramphenicol Sodium Succinate
- Doxycycline Hyclate or Monohydrate
- Erythromycin Estolate
- Griseofulvin
- Kanamycin Sulfate Sterile Inj.

Others

- Brompheniramine Maleate
- Cyproheptadine HCl
- Dextromethorphan HBr
- Dicyclomine HCl
- Nalidixic Acid
- Phenylephrine HCl
- Pentazocine Base or HCl
- Reserpin
- Santonin
- Sparteine Sulfate
- Thioctic Acid or Amide
- Vitamin B12

專營西藥原料
代理國外廠報價
現貨供應

瑞力有限公司
LEILY TRADING CO.,LTD.

台北市長安西路 165 號二樓

電話：583591 · 589691

臨死者 的心路歷程

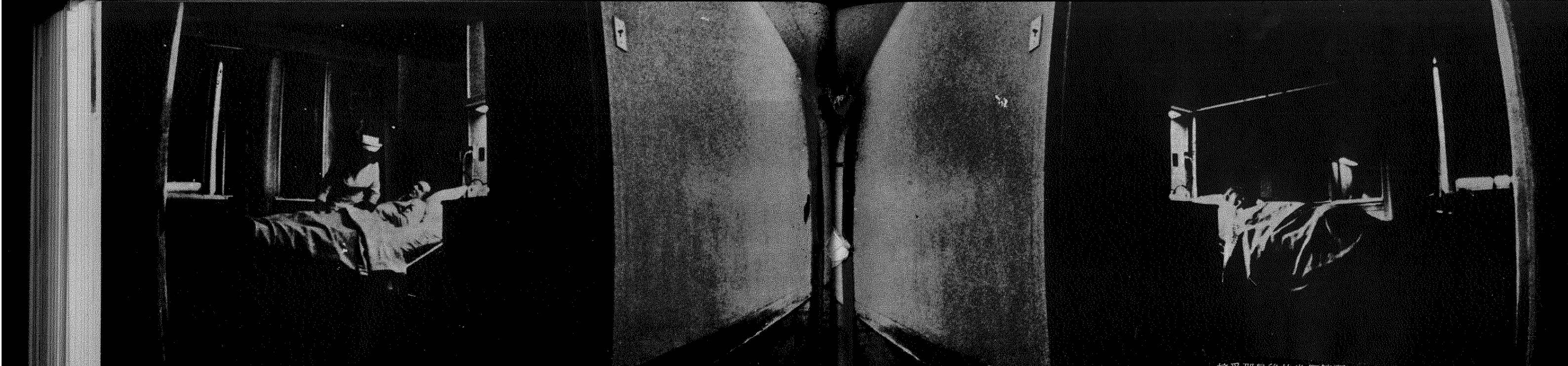
周鉅文



“A person gives money to the physician
May be he will be healed
May be he will not be healed”
— The Talmud

我們對於死亡的認識

從誕生時那一瞬間擁有生命的喜悅開始，死亡的陰影就沒有離開過我們，面對死亡，我們的表現常太過誇張，不是恐懼逃避，就是喜歡賦予淒迷美麗的幻覺。除了因愛情、金錢、政治、健康等傳統而通俗的死法外，像三島由紀夫和海明威壯烈悲慘的死（三島切腹自殺，海明威舉槍自戕）乃由於精神上漸不可扼止的虛妄感，為了徹底追求美的真諦和維持使人類生命有意義的尊嚴而不惜以身相殉。像這類死亡，是因悟透了人生，而要求自我生命的中止，死對他們而言，純屬精神上而非肉體上痛苦的解脫，在此我們僅論及因病自然而死的人心靈上所經歷的過程和圍繞在絕症病人周圍的人的態度。本文純粹是為依利沙白



博士 (Elisabeth Kubler-Ross M. D.) 所著 *On Death and Dying* 一書做一個簡介，台大醫院謝文斌醫師會為此書作一完整而清晰的翻譯，譯名為：「生死邊緣」。

我們對於死亡的態度

過去流行傳染性疾病導致大量生命的死亡，廣泛的預防注射和化學療法的使用，使得致病率及死亡率直線下降。今天，壽命不斷增加，伴隨而來的是癌症和腦血管疾病以及慢性病的數目增加，病死逐漸變成長期痛苦的掙扎。醫藥技術日新月異，但人類基本上的觀念仍沒有改變。死亡仍舊是恐懼，嚇人的事情，而且死亡的恐懼是全球性的，儘管我們認為我們已經在許多層次上控制了它。如果說有改變的話，那就是我們應付和處理死亡的方法，以及瀕死病人的想法已不同於過去了。

造成逃避而不去面對死亡，其理由是複雜的，最重要的事實之一，乃是今日的瀕死，在許多方面來說，是更可怕的，即：更寂寞，更機械性以及更沒有人性，有時候甚至技術上很難決定死亡是什麼時候發生的。我們專心於儀器、血壓，不顧一切地企圖否認即將來臨的死亡。這個即將來臨的死亡對我們是如此的嚇人和不祥，所以我們把所有的知識轉移到機器上，因為它們要比另一個人類受苦的臉離得遠些，而這張受苦的臉會一再地提醒我們：我們不是萬能；我們自己的極限和失敗，以及我們自己的死亡。

醫學是否仍是個人道主義者？一個受尊敬的專業？或者，是個新的但去人性的科學，只致力於延長生命，而非減輕人類的痛苦？科學和技術將使我們能夠移植更多的重要器官，關於生命和死亡，器官提供者和接受者之間的問題之責任，將會增加好幾倍，現在和未來的世代，將要被法律、道德、倫理以及心理學的難題所困擾，他們將要決定一直增加的生命和死亡的問題，直到這些決定也能被計量機所解決。

我們應該養成一個習慣，那就是偶而要想起死亡和瀕

死，將死亡考慮為真正的可能性，是有必要的，不僅為了別人，也為了自己。如果一位醫師能自在地和他的病人談到惡性瘤的診斷，而不把它當成即將來臨的死亡，那麼他就對病人做了一大善事。我認為對任何病人的糟糕處理，乃是告訴他一個具體的月數或年數。由於這種數字對任何病例來說都是錯誤的，通常都不準確，不是長了就是短了，我們得知所有的病人，不管他們是不是被明白的告知，都能以任何方式而知道了他們的絕症，那些不願伺機以實情相告的醫師，將會在他們病人身上發現對於死亡的否認，而那些能談論絕症的醫師，則會發現他們的病人是比較能面對和接受絕症。病人的反應不完全視醫師如何告訴他而定。然而，這壞消息被告知的方式，確是非常重要的因素，但常常被低估，在教導醫科學生及監督年輕醫師時，應多多強調這點。醫師除了告知外，他同時應該把希望之門打開；也就是說：新的藥品和治療方法，新的技術和研究的機會。最重要的事乃是：他要讓病人知道，並非一切都完了，他不會因為某一個診斷，而把病人放棄；這是一場病人、家屬和醫師要並肩作戰的戰爭——不管結果如何。如此，病人就不會恐懼孤立，欺騙和排斥，而會對醫師的誠實繼續擁有信心。

臨死者的心理自衛機構

經過無數次死亡討論會 (*Seminars on Death*)，由瀕死者本身吐露內心的真正想法，伊利沙白博士獲得了由瀕死者教導生者 (*Dying can Teach the Living*) 的理論，從瀕死病人身上學習到罹絕症時的對付機轉 (*Coping Mechanism*)，並歸納如下。

第一階段：否認與孤立

(*First stage: Denial and Isolation*)

多數瀕死病人，在知道了絕症的時候，大部分的人最初的反應是：「不，這不會是真的。」否認有緩衝的功能，在未期待的震驚消息之後，否認允許病人整理他自己，而且隨著時間的過去，可以動用其他較不基本的防衛。否認的需要存在於每一病人，一般在重病的開始之時基於在生命的末日。這需要時來時去，敏感及理解的傾聽者應該了解這點，並且允許病人有其他的防衛，而却不使他知道矛盾的所在。通常在更以後的時間，病人使用孤立比否認多。所以，病人的第一個反應可能是暫時的震驚狀態，而後逐漸復原。因此，我們首先應要知道病人的需要，試著去了解他們的長處和缺點，以及尋找明顯或隱藏的交談，以決定在某一時刻病人希望面對現實的程度。

第二階段：忿怒

(*Second stage: Anger*)

當第一階段的否認不再能夠維持的時候，它就被忿怒、激怒、嫉妒及怨恨的感覺所代替。和否認的階段正相反，從家屬和工作人員的觀點來看，這一忿怒階段很難應付。原因是這忿怒被轉移向各方面，而且有時候簡直是胡亂地投射到周圍的事物裏。來訪的家屬很少被愉快及期待所迎接，使得會面變成一件痛苦的事，於是他們不是變得悲哀和痛哭，覺得有罪或羞恥，不然就是避免將來的訪問，訪者徒增病人的不適和忿怒。很少人把自己放在病人的立場，而去想忿怒是從什麼地方來的，或許我們也會忿怒，如果我們的生命活動要這麼早就被中斷。我們必須學習去傾聽我們病人，有時候甚至得接受一些無理的忿怒，因為我們知道表達它之後的輕鬆，能幫助他們比較舒服地

接受那最後的幾個鐘頭。

第三階段：磋商

(*Third stage: Bargaining*)

在第一時期中，我們不能面對這悲哀的事實，而在第二時期中，我們對上帝不平的待遇憤怒，怒氣波及周圍的人。接著我們終於降低自尊而祈求上帝再給我們享有生命的機會，這一個磋商時期裏，我們常可聽到：「如果神佛保佑我重獲健康，我將為神重修廟宇，供奉終身。」或，「如果上帝不立刻招我上天國，我願意在世完全奉獻給上帝」，也有許多病人，許諾把他們部分或全部的身體，貢獻給「科學」，只要醫師利用他們的科學知識，來延長病人的生命。

第四階段：憂鬱

(*Forth stage: Depression*)

一個有乳癌的病人可能對失去她的外形而反應；一個有子宮癌的病人，可能感到她不再是個婦人了；一個歌劇演員對她臉部被要求的手術，及牙齒的拔去，反應以震驚、沮喪，以及最深的憂鬱，但這只是這類病人必須容忍許多失落的一種反應性的憂鬱 (*Reactive Depression*) 然而，我們常常易於忘記的，却是預備的憂愁 (*Preparative grief*) 這不是由於過去的失落之結果而發生的，而是考慮到即將來臨的失去，這是絕症病人為了預備自己將從這世界最後分離所必須經歷的。病人不應該被鼓勵去看事情的光明的一面，因為這會意味著：他不應沉思這即將來臨的死亡。叫他不要悲傷也是大忌，因為我們所有的人，當要失去一個喜愛的人時，都是極端悲傷的，而這病人正在失去他所愛的每一件東西，每一個人如果被允許表達他的悲哀，他就能早些發現最後的認命，而且對於那些在這憂鬱階段能坐著陪他，而沒有一直叫他不要傷心的人們，他會非常感激的。

第五階段：接受

(*Fifth stage: Acceptance*)

如果一個病人有足夠的時間而且經歷上述幾階段時

會接受到幫助，他就會達到此一階段。在這階段裏，對於他的「命運」他既不憂鬱也不忿怒。他對即將喪失的這麼多有意義的人和地方感到哀悼，而且他會以某些程度的靜默來期待，來沉思他來臨的末日。他將會疲倦而且很衰弱。他同時也會有次數多，時間短的睡眠的需要。這不是一種睡眠的逃避，或者從痛苦不適解放的休息時間。而是一種逐漸增加的需要，以延伸睡眠時間，和新生兒相似，但以相反的順序。換句話說，他們愈掙扎得厲害去躲避這不可避免的死亡，他們愈打算去否認它，那麼他們就愈難以用平和及尊嚴去達到這最後的接受階段。家屬和工作人員也許會以為這些人倔強，他們也許會鼓勵他為生命奮鬥到最後，而且他們可能會含蓄的傳達：接受自己的末日，是被視為一種懦弱的放棄，一種欺詐，或者更壞的，對家庭的一種排斥。當我們延長他生命的希望，和他的休息和死於平和的願望相衝突的時候，我們怎麼去分辨出病人已經超脫出來而進入接受的階段，如果我們不能鑑別病人的這個接受階段，我們對病人的傷害要比好處多，我們的努力會遭受挫折，而且會使他的瀕死變成一個痛苦的經驗。

生命延長的希望

我們到目前為止，討論到當人面對悲劇消息時，他們所經歷的不同階段，用精神科的字眼即防禦機構（Defense mechanism）。這些方法會延續到不同時期，並且會互相代替，或者有時候會並列共存。有一件事情常持續於所有這些不同的階段，那就是希望。甚至最能接受，最面對現實的病人，也會留下一些可能性，開放給治療新藥的發現，就是這一瞥的希望，支持著他們經歷幾天，幾週或幾月的痛苦。就如第一個換心病人，一定會感到他是被選來扮演生命裏很特殊的角色。它給絕症病人一種生命的特種任務的感覺，它可以幫助他們維持他們的士氣，可以使他們能忍受更多的試驗，當每件事情變成了一種奮鬥，有時候有一種意義，那是他們的痛苦的合理

化。

有關於希望，吾人所見的矛盾乃起於二個主要的來源，第一個也是最痛苦的一個：乃是工作人員或家屬傳達了絕望，而這時病人仍需要希望。第二個忿怒的來源來自家屬無法接受病人的最後階段：他們不顧一切的抓住希望，而這時病人自己已準備好要死了，卻感覺到家屬無法接受這事實。每個病人均應有最有效而可能的治療之機會，而不要把每個重病病人當成絕症，而把他們放棄。我們不應該「放棄」任何病人，不管是不是絕症。超過醫學所能幫忙的人，才需要比那些可期待出院的病人更多的照顧，如不能更多，至少也要一樣多的照顧。如果我們放棄了這種病人，那麼他可能會放棄自己，而更多的醫藥幫助可能來得太遲了，因為他缺少準備及士氣來「再試一次」。

結論

所有的病人對於死亡的壞消息，幾乎以相同的方式來反應，這反應不只對於絕症的消息是典型的，而且似乎是人類對於巨大而未料及的危機的一種反應；即以震驚和不相信。否認是被大部份的病人所使用，否認延長的時間從幾秒鐘到幾個月不等。這否認決不是完全的否認，否認之後，忿怒和激怒便佔了優勢，以許多方式表現出來，乃是對於那些能活著而又有用的人的一種嫉妒。當環境能夠容忍這種忿怒，這病人便受了很大的幫助，而能進入暫時磋商階段，接著便是憂鬱，這是達到最後的接受的踏腳石，上面的圖表說明這些階段並不是互相取代，而是能相銜接，並且有時候會重疊的，許多病人沒有外來的幫助仍能達到最後的接受，其它的則為了要獲得安詳和尊嚴，需要有人幫助，來渡過這些不同的階段。不管是疾病的那一階段

或使用的機轉為何，我們所有的病人都多少維持一些希望，一直到最後一刻。不留點機會及一絲希望地被告知絕症診斷的那些病人，有最壞的反應，而具對於那個以如此殘酷的態度，告訴他們的人，將被懷恨在心。單純的老百姓，受較少教育，有較少世故、社會聯繫及職業責任，一般說來，在面對這最後危機時，比起那些喪失更多的物質奢華、舒適，以及很多的人際關係的富貴人來說，有較少的困難。經歷過折磨、勞苦和辛勤工作的人，以及撫養孩子而滿意於工作的人，似乎遠比那些野心地想控制環境，聚斂財貨，以及有一堆社會關係的那些人，更易於安詳而尊嚴地接受死亡。

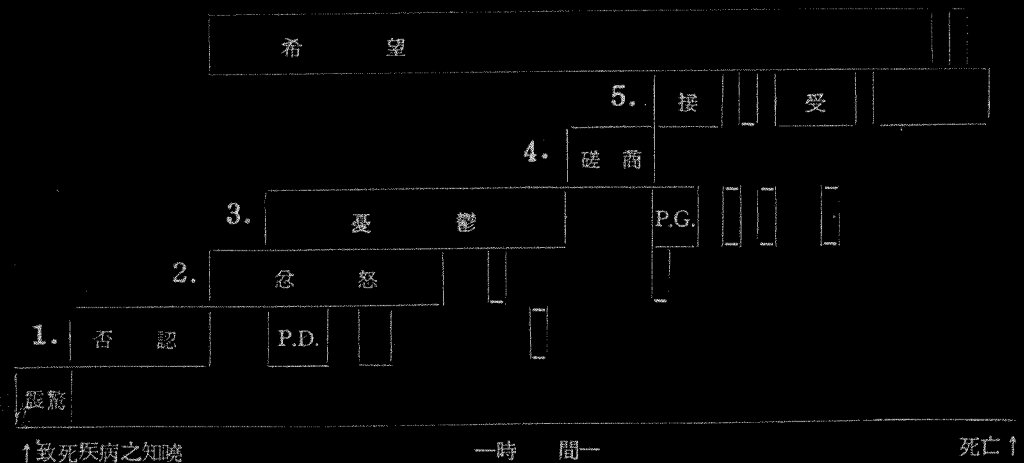
有宗教信仰的病人，似乎和沒有宗教信仰的病人，有

很少的區別，這區別也許很難決定，因為我們未曾為我們所謂有宗教信仰的人，下過清晰的定義。大多數的病人是介於兩者之間，有某些形式的相信宗教，但仍不足以解決他們的矛盾和恐懼。

有些病人，從醫學的觀點，只有微小或根本沒有死亡的徵兆之時，逼近死亡的信號使他們能預述死亡的來臨。病人乃是對於一個內在的信號系統反應，它告訴了他即將來臨的死亡。不用真的知道什麼是病人所感知的心理生理信號（Psycho-Physiological signals），我們就能提出這些暗示。當病人被問到時，他常會把它通知給我們，叫我們現在坐下來，因為他知道明天就大遲了。我們應該敏捷的知曉病人的這種堅決的要求，因為也許在還有時間的時候，我們卻喪失了這傾聽的唯一機會。

總之，如果我們全部的人，都能以沈思自己死亡的可能性，來作為我們面對死亡的開始，那麼我們便能影響許多事情，最重要的是我們的病人，我們的家人，甚至我們國家的福祉。

——瀕死之“階段”——



P.G. = 預備的憂愁
P.D. = 部份的否認