

第一章 关于死亡恐惧

让我不要奢望躲避险危，但求无畏地与之面对。

让我不要乞求停止痛苦，但求我心能将之征服。

让我别在生命的战场上寻找盟友，而期待自己能全力以赴。

让我别在焦急和恐惧中渴求拯救，而盼望以耐心赢得自由。

答应我吧，别让我成为懦夫，只在成功之际感念您的仁慈；请让我在失败之时发觉您紧握的手。

——拉宾德拉耐特·泰戈尔《采果集》

往昔年代，流行病夺去了千万人的生命。婴幼儿夭折的现象屡见不鲜，许多家庭都失去过年幼成员。数十年来，医学界发生了巨大变化。接种疫苗的普及几乎消除了很多疾病，至少在欧洲和美国情况如此。化疗、尤其是抗生素的运用也使得传染病死亡人数大幅减少，更先进的儿童护理和教育导致了儿童疾病和死亡率的下降。很多曾夺去大量中青年生命的疾病已被征服。老年人口数目不断上升。伴随这一事实，和老龄有关的恶性肿瘤及慢性病患者也多起来。

儿科大夫要处理的急性或危及生命的病症更少了，而身心失衡、在心理调节和行为方面出问题的病人却与日俱增。医生们的候诊室

里从未有过这么多出现情绪问题的患者；还有比以前更多的老龄病人，不仅要对付逐渐衰弱的身体机能和生理局限，还须面对孤独、隔离和随之而来的种种身心痛苦。这些人大部分没看过心理医生，须靠其他行业的人士——如牧师和社工——来引发他们的需要并加以满足。正是为了他们，我试图对近几十年来所发生的变化作一简要叙述。说到底，是这些变化助长了人们对死亡的恐惧，促成情绪问题的激增，也使得了解和应对死亡与濒临死亡的问题变得更为必要。

当我们回顾历史、研究一下古老的文化和民众时，会形成一个深刻的印象，那就是死亡素来为人所憎恶，而且永远都可能为人所憎恶。从心理医生的角度看，这在情理之中。最好的解释或许来自一个基本常识：在我们的无意识中，涉及自身的死亡永远都是不可能的。让我们的无意识去想象活得好好的现世生活一下子结束了，简直不可思议。如果我们现在的生活必须结束，那一定是外界的什么恶毒势力横加干涉的结果。简单的说，就是在我们的无意识中，我们只可能“被”杀死，而无法想象自然老死。因此死亡本身总是和糟糕的行为、可怕的事故、原本就该遭受惩罚和报应的什么东西相联系的。

记住这些基本事实是相当明智的，因为这对于我们在交流时把握病人最重要的想法至关重要；如若不然这些想法就会变得难以理解。

我们必须了解的第二个事实是，在无意识中，我们总是很难区分愿望与行动。我们都能意识到一些不合逻辑的幻想，其中，截然相反的两种主张能够并行不悖。这些幻想在我们的睡梦中倒也称心如意，清醒时却不忍想象，有违常理。我们在生气时，无意识中常将杀人的愿望与行动混为一谈；同样，幼童也不能明辨两者的区别。一个小孩因母亲未满足自己的需要便怒气冲冲，暗地里巴望她一命呜呼。但当母亲真的死了时，孩子会遭受严重的精神创伤——即使母亲去世和他许愿泄愤这两件事在时间上并不紧连着。他会永远觉得自己对母亲的死负有部分或全部的责任；他几乎不会把这想法告

诉旁人，但总是对自己说：“是我干的，我要负责，我很坏，所以妈妈才离我而去。”值得注意的是，孩子如因父母离异、分居或遭抛弃等缘故失去双亲中的一位，他也会做出相同的反应。死亡在他们看来通常是暂时性的，与离婚差别不大；即使父母离异，他也总还是有机会再见到父亲或母亲的。

很多家长都会记得他们的孩子曾说过这样的话：“我现在把小狗埋掉，明年春暖花开的时候他就会醒过来了。”古埃及人给死人提供饮食物品以尽其欢，古老的美洲印第安人将亲属的物品随葬，大概也都出于同样的愿望。

当我们逐渐长大，开始意识到我们已由无所不能变成力不从心，纵有再强烈的愿望，也未足以使不可能的事变做可能；这时，担心是自己促成所爱之人亡故的这种思虑以及与之伴随的负疚感便逐渐消退了。不过，忧恐之情也只是在不被强烈刺激的时候才似乎减弱，我们天天都能在医院走廊上、在失去亲人的人群中见其踪影。

一对夫妻常年争吵，但当一方死去时，活着的一方会抓头扯发，呼天抢地，顿足捶胸，肝痛肠断，而且会对自己的死亡前所未有地感到恐惧起来，因为他仍然相信“以眼还眼，以牙还牙”的报应说——“我为她的死负责，我也会遭报应而不得好死。”

认识到这一点，或许可以帮助我们理解一些绵延了许多世纪的古老风俗和仪式。举行这些仪式往往是为了缓和诸神或人们（据具体情况而定）的愤怒，以此来减轻预期的惩罚。说到这里，我不由想到骨灰、碎布、面纱和古时的“哭泣的女人”——种种手段，意在博得对哀悼者的同情，都是其悲愁、哀痛和愧疚的表现。如果有人痛哭流涕，揪发捶胸，滴米不进，他是在试图责罚自己，以求逃避或减轻因所爱之人死亡而要承担的罪责和惩罚。

这种哀痛、悔愧、歉疚之情与气恼愤怒的感受相差不远。哀痛的过程往往包含一些愤怒的因素。因为没人愿意承认对死者感到愤怒，这些情绪常常被掩盖起来、压抑下去，使哀痛的时间得以延长，或通过其他方式表现出来。我们有必要记住，这些情绪是糟糕还是可耻，并不由我们来判定；我们要做的是理解它们，理解它们的真

实含义和起源其实充满了人性的特点。为说明这一点，我将再次以儿童——也是我们内心的儿童——为例。一个失去了母亲的五岁小孩，既为母亲的消失而责怪自己，又对她没能满足自己的需要且抛弃自己的行为感到愤怒。死者在孩子的心目中既是热爱与渴望的对象，同时又因为造成这种严重的损失和剥夺而激起同样强烈的愤恨。

古希伯来人将死人尸体视作不可碰触的不洁之物。早期的印第安人在谈论邪恶精灵时，要向天空射箭以驱逐那些精灵。其他一些文化也有类似仪式，目的都在于安置“令人不快”的死者，且都发自一种至今还存留于所有人心中（尽管我们不愿承认）的愤怒情绪。为死者树立墓碑的传统或许也源自这种愿望——人们想将邪恶的精灵深埋于地下。悼念者留下的卵石，也是相同的愿望所残留下来的象征形式。尽管军事葬礼上向天空鸣枪的行为往往被视作向死者最后致敬的表示，它同样是一种饱含象征意味的仪式，和当年的印第安人向天空投掷长矛与箭的做法如出一辙。

我列举上述例子是想强调这一点：多少年过去了，人们并未发生根本的转变。死亡仍然是可怕、令人畏惧的。即使我们以为在很多层面上已经征服了死亡恐惧，它依然普遍存在。

世易时移，有所改变的是我们处理死亡和濒临死亡问题的办法、以及对待垂危病人的方式。

我出生在欧洲的一个小乡村。那时候，科学远不像今天这么发达。现代科技才刚刚开始影响到医学界。人们仍然如半世纪以前那样生活。因此，我有机会研究在相对较短一段时期内的人类演变过程的一部分。

记得在孩提时候，我曾亲眼目睹一位农夫的死亡。他从树上摔了下来，奄奄一息。当时他只有一个简单的愿望——死在家里。这样一个愿望不容置疑地得到满足。农夫把女儿们叫到他的房间，给每个人单独交待了几分钟的话。虽然当时疼痛难忍，他仍然坚持着镇定自若地安排后事，分配好土地和财产，并且要求在他妻子去世之前不得分割这些财物，还要求所有孩子共同继承和分担他未能完成的工作、责任和任务。他请朋友们最后看望他一次，同他诀别。

虽然当时我还很小，他也并没有让我和我的兄弟姐妹走开。我们被允许和他家人呆在一起，为他的死亡做准备；同样，也和他家人一齐经历哀痛，直到他去世。当他真的与世长辞时，他留在了家里，留在他亲手搭建的心爱的家里，在他多年居住和热爱的地方，躺在鲜花丛中，被前来看他最后一眼的朋友和邻居所环绕。在那个乡村，直到今天也见不到虚设的“睡眠室”，人们不给死尸涂防腐材料，也不给死者化妆以假装他在歇息。只是，如果他死前得了疾病而面部发生严重变形，会用绷带将变形的迹象掩饰起来；也只有患有传染性疫症的死者会在葬礼举行之前从家里转移走。

为什么要描述这些古老的习俗？我认为它们昭示着一种对于命里注定的结果的接受态度，有助于垂危病人及其家属来接受失去心爱之人这一事实。如果病人能够在他熟悉和喜爱的环境里结束生命，他所需要的心理调节和适应就会简单些。他的家人对他了如指掌，会用他极其喜爱的葡萄酒来代替止痛剂，用家里煲制的香喷喷的羹汤来激发其食欲，让他呷上一两小口，而在我看来这一两匙美味的汤汁要比注射液更可心如意。我当然不会故意抹杀运用止痛剂与注射液的必要性。凭我自己在乡村从医的经验，我完全明白，它们有时候能起死回生，治病救人时常常必不可少。但我也知道，耐心、熟人和食物能够代替许许多多瓶静脉注射液，原因很简单：这么做，能满足病人生理上的需要，而无须牵涉太多人力和单独护理。

孩子如能被容许呆在有死亡降临的家中，能参与讨论和谈话，能和大人一块儿感受恐惧，他们就会觉得自己在悲痛中并非孤立无援，因而也能更坦然地与他人一起共担责任和体验悲伤之情。这种经历能帮他们逐步做好准备、将死亡视作生命的一部分，能帮助他们成长和成熟。

与以上情形形成鲜明对照的是这样一个社会：人们视死亡为禁忌，把讨论死亡当作病态，以孩子们“受不了”为理由和借口将他们从濒死者身边赶开。孩子们被送到亲戚那里，随之而来的常常是一些不堪一击的谎言，例如“妈妈到很远的地方旅行去了”，或者其他令人难以置信的故事。孩子感觉到有些事不对劲。而但凡其他亲

属又添加新的说法，对他们的疑问和困惑避而不答，或者一个劲儿地送礼物，就好像要对其所难以应付的损失做出微不足道的弥补，他们对大人的不信任感则只会加剧。孩子早晚会意识到家里情况发生了变化，会随自身的年龄和性格而感到不同程度、难以消除的悲痛，并且把这次事件看作一次恐怖、神秘、无论如何会造成精神创伤的经历。他们的身边是不可靠的大人，他们根本没法去应对这一切。

同样，对一个失去弟弟的小孩说，上帝非常喜欢小男孩所以才把强尼带进天堂去了，这种说法也非常不明智。这个小女孩长大成人后，她永远也无法解除对上帝的愤怒。三十年后当她失去自己的儿子时，会由此导致心理抑郁症。

我们可能以为，科学和人类的巨大解放以及我们对此已掌握的知识，都可以给我们提供更好的办法和手段，帮助我们自己和家人为无可避免的死亡做好准备。然而情况并非如此。允许人们在自己家中平静而有尊严地死去的日子一去不返了。

我们在科学上取得愈多的进步，就似乎愈加惧怕和拒绝面对死亡这一事实。这是如何成为可能的呢？

我们提及死亡时要运用婉辞。我们让死者看上去像在睡眠。就算病人有幸死在家的话，我们也千方百计把孩子赶开，以免他们受到屋里焦虑和混乱气氛的影响。我们不允许孩子去探视躺在医院里奄奄一息的父母。就到底是否应该如实向病人通报病情的问题，我们展开旷日持久的争论。而这些问题在垂危者由家庭医生治疗的年代，却很少出现。因为家庭医生从病人出生伊始到弥留之际都很了解他，对每个家庭成员的弱点和长处也知根知底。

今天人们之所以很难像过去那样平静地面对死亡，我想有很多原因。其中一个重要的事实是：现如今，死亡的过程在很多方面都变得令人嫌恶，即变得更加的孤独，更加的机械化，更加的缺乏人性，有时候甚至在技术上也更加难以确认真正的死亡时间。

由于病人常常会被迫离开他熟悉的环境、急匆匆送进急救室，

死亡的过程变得孤独而没有人情味。任何一位曾感到身体极为不适、尤其渴望得到休息与安抚的病人都会回忆起这样的经历：他被送上担架，忍受救护车呼啸的噪音、人群匆忙混乱的急奔，直到医院大门开启。只有那些亲身经历过此事的人才会充分体会到这种大迁移造成的不便之处，领教其冷冰冰的必要性。而这也只是漫长严酷考验的开始。这一切在我们健康时都难以忍耐，而当噪音、光线、输液泵、人声都多得大得让人忍无可忍时，则更难以用言语表达。其实，我们只要多考虑考虑躺在被单毯子下面的病人的感受，很有可能就会停止这些原本出于好意的、高效和匆忙的做法；而是会握住病人的手，微笑着，倾听他们的提问。我把去往医院的旅途算作死亡过程的第一阶段，而实际上对很多人来说都是这样的。我如此夸张地描述这种经历，以便与那位在家亡故者相对照，其目的并非在于说，如果住院治疗能够挽救生命的话，也不去挽救它；而是希望把我们的注意力投向病人的体验、病人的需要和病人的反应。

当病人病情危重时，他常常被当作无权发表意见的人来对待。他是否应该、何时应该被送至医院以及送至哪家医院，通常由其他人来做决定。其实毋庸多说，大家都明白，病人也有感情，也有愿望，而且最重要的是，他有着被聆听的权力。

好了，假设我们的病人现已到达急救室。他会被一群忙乱的人团团包围，这里头有护士、小工、实习医生、住院医师、可能给他抽取血样的实验室人员、可能给他做心电图的专家。他可能会被送去做 X 光，会从一旁听到别人就其病情发表的意见、谈论和对家属的询问。慢慢的，无可置疑的，他开始被当作一件物体来对待。他再也不是一个活生生的人。人们通常不需要他的意见就做出了决定；如果他想反抗，就给他服镇静剂。在等候了一个又一个小时、不知自己到底还有无力气之后，他将被送到手术室或者集中治疗区，成为人们热切关注和解囊相救的对象。

他可能迫切需要得到休息、宁静、尊严。但他得到的是输血、输液、心脏机或气管切口术（如有必要的话）。他可能只希望有那么一个人，哪怕停下来一分钟，让他只问一个问题——但是他得到的

却是一打从昼夜不停的忙碌，他们满脑子考虑的都是他的心率、脉搏、心电图、肺部机能、他的分泌物、排泄物，如此等等，就是没考虑到他是一个有血有肉的人。他可能企望与这一切抗争，但这抗争终究是徒劳的，因为所做的一切都是为了挽救他的生命呀。而他作为人的问题则可以放在救活他之后再考虑。要是首先考虑“人”，不是会错失宝贵的抢救时间么？！至少，这种想法似乎是一切做法背后的指挥棒、使所有行为成为正当的理由——然而真是这样吗？我们为这种日益机械化、缺乏人性的做法所找到的根据是否反映了自我防御心理？这样的做法，是否又是我们为了应付和抑藏由绝症或重症患者在自己心中激起的焦虑情绪所采取的方式？我们对设备、对血压的专注，是否标志着我们在不顾一切地试图否认越来越迫近的死亡？在我们心中它是如此令人恐惧和不安，以至于我们不得不把所有的注意力转移到机器上，因为机器之于我们，绝不如另一个活生生的同胞饱受折磨的脸孔来得近密真切。后者会再次提醒我们不是全能的，我们有着自身的局限与挫败；最后、但同样重要的是，它提醒我们面对自己的必死性。

也许我们不得不提出这一问题：我们究竟是变得更缺乏人性还是更具有人性？尽管这本书绝非旨在判明是非，但不论答案是什么，显然今天的病人正遭受更多的苦痛——不一定是生理上的，而是情感上的。多少个世纪以来，病人的需要其实都没有发生什么改变；变化的只是我们满足这些需要的能力。

第二章 对待死亡和临终的态度

人们是残暴的，人类是善良的。

——泰戈尔，《飞鸟集》，219

社会如何促成防御心理

至此我们已经考察过个人对死亡的反应。如果我们再来看看我们的社会，可能会扪心自问，在一个一心忽视或逃避死亡的社会里，人们到底会有怎样的遭遇？如果真有一些因素造成人们日益加剧的对于死亡的焦虑，这些因素会是什么？在日新月异的医学界究竟发生了什么变化？在此，我们不得不自问，医学到底是该继续成为一项充满人道精神并广受尊重的职业，还是一门新兴的、目的只在延长性命而非解除人类痛苦、会使人丧失个性的科学？今天，医科学生可以选修许多关于核糖核酸和脱氧核糖核酸的课程，但却在处理简单的医生与病人的关系时显得经验不足，这种关系却曾经是每一个成功的家庭医生的入门课。这个社会把智商和班级名次看得比某些朴素的品质——如在安置受苦者时表现出的机智、敏感、洞察力和得体的言行——更为重要。这样一个专业化的社会中，年轻的医

科学生在医学院学习的头几年因为研究和实验室工作而受到称赞，而当某个病人问他一个简单问题时，却不知所措，拙于言辞。这一切究竟是怎么回事？如果我们将教授科学和技术的新成果和对人际关系的同等重视结合起来，我们一定会稳步前进；但是如果新知识的传授是以日益减少的人际交往为代价，我们则难以进步。在一个强调数量而非个体的社会里，医学院一心扩大班级规模，教师与学生之间的交往已不时兴，取而代之的是闭路电视教学、录音、电影，以更缺少个性的方式教授更大数量的学生。这样一个社会将来会何去何从呢？

人们的关注对象由个体转移到群体，这一点在人际交往的其他领域里表现得更为显著。如果我们回顾一下在近数十年里发生的变化，就能够发现这种转变无处不在。从前，一个人敢于直面他的敌人，能够光明正大地和一个看得见的敌人进行个人接触。而如今，不论士兵还是平民都必须严阵以待、提前预防大规模杀伤性武器的袭击。它不给任何人提供公道，甚至在来临时都不为人察觉。这种毁灭可以像晴天霹雳一样从天而降，如同广岛的原子弹那般，夺去千千万万人的生命；也可能以毒气或其他化学战的隐蔽形式，无形中侵害人体，致人死地。人们不再是由个人为自身的权力、信念、家族的安全与荣誉而作战，而是变成整个国家、包括妇女儿童都卷入战争，每个人直接或间接地被牵动，丧失生存的机会。科学技术就这样促成我们对毁灭、也由此对于死亡的愈来愈变本加厉的恐惧。

于是，人类不得不采取更多防御的措施来保护自己，这一点难道令人惊讶吗？如果生理上人的自我防御能力变得越来越小，那么心理上的防御机制就必然成倍增加。人不可能永远持否定的态度，不能经年累月不费吹灰之力地假装自己安好无恙。如果我们无法否认死亡，就会试图去征服它。我们会加入高速公路上的飚车行列，会一边为全国节假日期间的死亡人数震惊、一边庆幸不已——“死的是别人，又不是我。我没事。”

很多群体，从街头团伙到国家，都会利用集团身份来表达对于被毁灭的惧怕，而他们所采取的方式却是攻击和摧毁其他人。也许

战争别无他意，只不过出于一种人们面对死亡、征服和控制死亡的需要，是一种否认自身必死性的特殊形式。我有一个病人，因患白血病而生命垂危。他曾用完全怀疑的口吻说道：“我是不可能死掉的。这绝不会是上帝的意旨。想当年二战的时候，我被几英尺外的子弹击伤，上帝还让我活下来了呢。”

另一位妇女在谈到一个“冤死”的年轻人时也表现出类似的震惊与疑惑。该青年在即将离开越南时在一次车祸中丧生。这位妇女似乎认为，他既然能在战场上大难不死，回家时就更应该刀枪不入，长命百岁。

如果我们研究一下某些国家元首以及那些战争与和平问题的决策者对于死亡的态度，或许可以发现实现和平的机会。如果我们所有的人都能竭尽全力去关注自身死亡的问题，去勇敢应对围绕自身的死亡这一概念而产生的种种焦虑，去帮助其他人知悉这些想法，可能我们身边有很多危害因素就会因此而减少。

新闻机构也可以助一臂之力，来帮人们面对死亡的现实。一些抹杀人性的措辞应该避免使用，比如把数以百万男女老少的死亡简单报道为对“犹太人问题的解决”。或者以最近发生的一件时事为例：一个敌军机枪掩体被清除，越南某山头因而得以收复，越共惨重伤亡。这一事件本可以从人类的悲剧和双方人员的损失等方面进行描述。此类例子在所有报纸和其他媒体上频繁出现，不胜枚举。这里就没必要赘述了。

总而言之，我认为，随着技术的突飞猛进，新科技成果层出不穷，人们有能力不断研发出大规模军事毁灭行动的技巧和武器，也由此加剧了对暴力性、灾难性死亡的恐惧。人类必须在心理上构筑起多重的防御机制，以对抗这种对死亡的与日俱增的恐惧心理，对抗这种无法预见和保护自己的每况愈下的状态。人类可以在心理上暂时否认自己会死亡的事实。既然在无意识里我们无法感知自身的死亡并且相信自己长生不死，却能想象邻居一命呜呼，那么战场上、战争中、高速公路上死亡人数的报道只会更进一步支持我们潜在的

不死的信念，使得我们在无意识的隐秘之处暗自庆幸：“是那个家伙，不是我。”

如果一味否认的做法不再可行，我们会企图以向死亡挑战的方式来征服死亡。如果我们能够驱车在高速公路上风驰电掣地飞奔，能够从越南安然回家，我们必定感到自己不受死亡的约束。我们消灭的敌军是我方损失的十倍，这类新闻几乎日复一日，不绝于耳。这难道是我们在一厢情愿？是我们恨不得无所不能、长生不死的过于幼稚的愿望的反映？如果整个国家、整个社会都陷入这样一种对死亡的恐惧和否定情绪之中，那些具有破坏性的防御机制就只好被启用。战争、暴乱、与日俱增的谋杀和其他罪行都可能暗示着，我们愈来愈不能用欣然接受且满怀尊严的态度去面对死亡。也许，我们还是应该回到人类的个体，回到最初的起点，用更多的理性和更少的恐惧，尝试着想象自己的死亡，学会与那悲剧性的但不可避免的事件相面对。

宗教在这日新月异的年代里发挥了什么样的作用呢？往日似乎有更多的人毫不置疑地相信上帝，相信那可以把人们从苦难和痛楚中解脱出来的死后灵魂的生活。天堂里有回报，如果我们在现世饱受苦难，就会因为我们在肩负重担时所表现出的勇气和德行、耐心和尊严在死后得到相应报偿。在那时，受苦受难比现在更为司空见惯，就如分娩是更为自然、耗时、疼痛的过程一样——不过，孩子出生时，母亲是清醒的。苦难中包含着目的和未来的奖赏。现在我们让母亲服用镇定剂，以试图避免疼痛和苦楚；我们甚至会动用催产术，使分娩的日期正好与某位亲属的生日一致，或者和另一重要的事件错开。许多的母亲在孩子出生好几个小时后才苏醒过来，因药力过猛、昏睡沉沉，以至于都不能欢庆孩子初生。既然一有疼痛、发痒及其它不适的情况都可以对症下药，受苦似乎也不大合情理。认为现世受苦能换来天堂回报的信念早就不复存在了。苦难失去了其意义。

但是，随着这样的变化，更少有人真正地相信死后的生活——

原本它亦可能是对我们必死的事实的一种否认。如果我们不能预想死后的生活，就必须考虑死亡。如果我们不再因所受的苦难在天堂里得到回报，那么受苦本身就顿失意义。如果我们参加教堂的活动只是为了与人交往或参加舞会，那么教会对于我们来说就失去了往日的用途，即给人以希望，赋予现世的悲剧一个目的，尝试对人生中本来让人难以接受的痛苦的经历进行理解并注入意义。

这听上去可能很矛盾，一方面社会促成我们对死亡的否认态度，另一方面宗教失去了很多相信死后生活、即永生状态的信徒，由此又从那一方面淡化了对死亡的否认。从病人的角度来说，这种转换很糟糕。宗教的否定——亦即相信现世受苦的意义及死后在天堂里的回报——能给人提供希望和目的，然而社会的否定既未提供希望又未提供目的，只不过增长了我们的焦虑，促成我们的防御心理和敌对情绪——为了逃避现实、避免面对自身的死亡，而去伤生害命。

展望未来，我们看到这样一个社会：越来越多的人靠机器及计算机“维持着生命”，这些机器取代了生命器官，计算机则随时查看某些附加的生理机能是否需要被电子仪器所替换。收集一切技术数据的中心站会得以建立并与日俱增。在那里，当病人断气时，会有一个灯闪烁一下，以让设备的运转自动停止。

还有一些中心站也可能越来越受欢迎。在那里，死者被快速冷冻并被放置入低温的特殊建筑物里；待某一天科学技术足够发达时，可以解冻他们，使其起死回生，回归社会。到那时这个社会将人满为患，面目可憎，甚至有必要成立特别委员会，以用来决定到底有多少人需要被解冻，就像现在一样，也有着这么一些委员会，来决定哪些病人可以接受捐献的器官，哪些又该死去。

也许这一切听上去骇人听闻而且令人难以置信。不过，苦涩的真相却是这一切都已经发生了。这个国家里，没有什么法律能制止惟利是图者去利用人们对死亡的恐惧赚钱、能拒绝投机分子去大做广告、以高价出售在冷冻多年后起死回生的机会。这类机构业已存在。如果有人问，其丈夫被冷冻的寡妇是否有权接受社会保险或重新嫁人，他可能会遭到人们的嘲笑；然而这些问题却相当严肃复杂，

以至于无法让人不在意。实际上它们显示出，一些人为了逃避死亡的事实而对其加以否认，都到达了怎样一个荒谬的程度。现在，趁我们的社会还没到完全丧失活力以至不得不自我毁灭的时候，各行各业、不同信仰的人们真应该团结起来，集思广益，群策群力。

既然我们已经看到昔日之人如何镇定地面对死亡，也在某种程度上瞥见了未来的可怕情景，让我们回到当今，认认真真地问自己一个问题：作为个体，我们能为此做些什么？显然，我们无法避免总体上数量增长的趋势。我们生活在一个充满“众人”而非“个人”的社会。不论我们愿意与否，医学院的班级规模都将扩大。高速公路上的汽车数目都将递增。生命得以维持之人的数目也会加倍，光想想心脏学和心脏外科的发展，这一点就不言而喻。

况且，我们不能回到过去。我们无法给孩子提供那种在靠近大自然的农场上简单生活的学习体验，那种在四周的自然环境里经历生与死的体会。神职人员甚至也不可能设法让更多的人恢复对死后生活的信仰。这种信仰原本令死亡更像是一种回报，尽管在某种意义上它也表现为对必死性的否认。

我们不能否认大规模杀伤性武器的存在，也无法以任何方式、在任何意义上回到过去。科学技术将使我们能够替换更多的生命器官，关乎生与死、捐献者和接受者问题的责任也会成倍增长。法律、道德、伦理、心理等方面的问题将会摆在现在和未来的一代人面前，由他们来决定与日俱增的生命和死亡的问题，直到最后，或许这些决定也得由计算机来做出。

尽管人人都会以他自己的方式来拖延正视和考虑这些问题的时间，直到万不得已。但是，只有当他能够想象自己的死亡时，他才有可能真正地作一些改变。这种事无法大规模地进行，也不可能由计算机来完成。它必须由每一个“个体的人”来单独完成。我们人人都有逃避这个问题的需要，但人人又都必须或迟或早地面对它。如果我们所有人都能关注自身个体死亡的可能性，由此入手，就有可能实现很多事情，其中最重要的就是让我们的病人、我们的家

人、而最后可能是我们的国家获得幸福安康。

如果我们能够做到在给学生讲解科学技术的价值的同时，也向他们传授人际关系以及人性化、全方位医护的艺术和科学，我们才会真正地更上一层楼。如果科学和技术的用途不是错误地导向增加破坏性、使生命苟延残喘而不是使之更富人性，如果与科技相伴随的是为个体的人际交往释放更多的空间，那么我们真可以说这个社会是了不起的。

最终，通过面对和接受我们自身死亡的事实，我们会收获和平——我们内心的安宁以及国与国之间的和平。

从下面 P 先生的例子里，我们可以看到一个结合了医学、科学的成就和人性的案例：

P 先生是一位五十一岁的病人，因患有快速恶化的延髓性夏科氏综合症（肌萎缩侧索硬化）接受住院治疗。没有呼吸器的话他不能呼吸，咳出痰液也很费劲，还染上了肺炎，在实行气管切开术的部位也受到感染。由于后种原因，他无法说话，于是就老在床上躺着，任耳畔响起可怕的呼吸器的声音，没法和任何人交流他的需要、想法和感觉。如果不是一位医生为了他自己的缘故、鼓起勇气前来求助，我们可能永远都不会探访到这个病人。一个星期五的傍晚，这位医生拜访了我们，请求得到支持，原因首先不在于病人，而仅仅是为了他自己。我们坐下来倾听了他的叙述，其中所表露出的情感是人们不常谈及的。这个病人入院伊始就由这位医生分管。显然，医生为病人的痛苦所深深打动。他的病人相对来说年纪不算老，还患有神经错乱，需要大量的医护料理，而这也只求得把生命延长片刻而已。病人的妻子患有多重硬化症，过去三年里四肢已全部瘫痪。病人巴不得在这次住院期间死去，因为对他来说根本无法想象两个瘫痪的人在家，眼睁睁地看着彼此，想照顾对方却无能为力。

这种双重悲剧使得医生倍感焦虑，致使他想方设法、“不顾一切”地去抢救此人的生命。而这正与病人的意愿背道而驰，对此医生倒也心知肚明。他的努力进展顺利，甚至当病人心肌梗塞发作、

使情况变得更为复杂的时候，他依然成功地将疾病制服，就如同之前他制服肺炎和感染症状一样。当病人从所有复杂的病症中开始好转时，问题出现了——“现在又该怎么办？”他只能靠呼吸器和一天 24 小时的护理度日，不能说话，连一个手指头也动不了；智力上还很活跃，完全能意识到自己的困境，而其他方面的功能却完全无法发挥。就他试图挽救这位病人这件事，医生还听到一些含蓄的批评。除此以外，他还引发了病人对他的怒气和失望。他到底该怎么做？而且，改弦易辙已经太迟。他曾一度希望尽可能地履行医生的职责去延长病人的生命；现在他做到了，可除了（或真或假的）批评以及来自病人的怨怒之情以外，他一无所获。

我们决定当着这位病人的面试图解决矛盾，因为他正是其中重要的一环。当我们告知病人因何故拜访他时，他看上去颇感兴趣。显然，由于我们把他也包括进来、尽管他无法交流却仍把他当人看待，他感到很满意。我向他介绍了要讨论的话题，请他点头示意，或者如果不想讨论的话，可以发出另外的信号。他的眼睛所表达的意思胜似千言万语。显而易见的是，他力争多说点话，我们也在寻找能使他参与交流的手段。医生这会儿因有人分担重担而感到如释重负，也变得足智多谋，想出新办法来，隔一会儿就把呼吸器里的气体放掉几分钟，这样病人可以在呼气时说上几句话。病人的感情如潮水般地在这些访问中得到了宣泄。他强调自己并不害怕死亡，但却害怕生存。他也能理解和认同医生的想法，并且，既然他“如此乐此不疲地试图恢复我的健康”，那么请他“帮我活下去”。说着，病人笑了，医生也笑了。

当这二位能够做到彼此交谈时，紧张的气氛已大大缓解。我把医生的困惑向病人重述了一遍，他也深表同情。我问现在我们怎样才能最好地帮助他。他讲到，当不能够说话、写字或者用其它手段来与人交流时，他感到日益加剧的恐慌。他很感激这几分钟的努力和相互交流，这使得接下来几周日子痛苦会大大减轻。在晚些时候的一次会面中，我很高兴地观察到，病人甚至考虑出院的可能性，说“如果能在那里找到呼吸器和护理的话”，他就计划迁移

到西海岸。

这个例子充分展现了很多年轻医生所面临的困境。他们只学习了如何延长人的生命，却少有训练或讨论过“生命”的定义。尽管该病人不无恰当地将自己视为“死到临头”，令人可悲的是他头脑清醒，对自身处境心若明镜，却不能动弹自己哪怕一根手指头。当管子挤压他、弄疼他时，他没法告诉护士；虽然她一天 24 小时都呆在他身边，却不知与他交流。我们常常理所当然地认为“对此谁都无能为力”，然后把兴趣只集中在仪器上，而忽视病人的面部表情；而其实后者能够比最高超的机器透露给我们更为重要的信息。当病人觉得有点痒痒时，他既不能让身体移动，又不能用手擦拭，或者用嘴吹气，于是他便一心想着自己是多么的无能为力，渐渐会陷入恐慌，直到被驱使得“几近疯狂”。而有了这种为时五分钟的定期会面后，病人可以平静下来，能更好地忍受他的不适感。

同时这也解除了医生的矛盾和困惑，为他确保一种不带负疚或怜悯感的更良性的与患者的关系。一旦他发现这些直截了当的对话能令人如此舒缓和松弛，他可以独立地继续开展这类对话，而我们只是起到催化剂的作用，好使交流得以进行。

我坚信应该如此。我并不认为动辄叫来心理医生是好事，比如当患者与医生的关系出现危机，或者某位医生不能或不愿与他的病人讨论重要的话题时。在我看来，这位年轻的医生能够承认自己的局限和困惑并且寻求帮助，而不是一味逃避，这一点显示出他的勇气，标志着他的成熟。我们的目标不是为临终病人找到专家，而是训练我们医院里的工作人员，使之能坦然面对这类困难并寻求解答。这位年轻的医师下次面临这样的不幸事件时，内心的混乱和冲突一定会大大减少，对此我满怀信心。他将努力做个好医生，在救死扶伤的同时也考虑病人的需要，并且就其和病人进行坦诚的探讨。病人也是人，只不过因为不能利用所剩无几的官能而难以忍受生命的煎熬。如果我们不是一见到这样一个无助的受苦的人就吓跑，这些官能一经结合还可以物尽其用。也许我想说的是，我们可以通过试图帮助他们生活来帮助其死亡，而不是以无人性的方式让他们变成