

社會個案工作

與

垂死的病人

□ 王仁雄 譯 □

第一節 死亡的生態學觀點

這篇文章係由生態學觀點和生命模式的架構來討論死亡。就如同 Carl B. German 所敘述的，這種觀點被歸之為「個別的社會工作服務」，而且著重在個人全部生命空間的處置力量上。當有機體與環境「相互協調」時，它強調人類的創造能力以及生長和適應的過程，肯定了自然生活過程遠較「人為設計」的治療媒介，如臨床的過程」更具有治療的潛能。對某種生活模式中死亡的討論可以在 Erik A. Erikson 對生命循環的意見中見到，它包括人類發展的各個階段，和成功地強化適應力和認同感成功的方法。在這兒，死亡被看做是最後的階段，是屬於社會、心理暨生理的，也有某些個人與環境方面適應上的問題。危機理論也加重了處理這些問題的共同性。除了它對自我適應的著重外，它也促使那些受危機（在這類瞬間的死亡中）所影響到的正常與共同過程之觀念的疏通。

當一個人說到個人與個人間的種種時，則有關處理人際之間或在其他體制之間的種種觀念便變得極為醒目了。透視的觀點由精神內在的或是家庭制度轉到一特別情境的不同角度的種種關係。當我們的看法轉變時，我們用對自己所見到的方式以及我們如何處理這種改變的方式必須也都隨著轉變。William E. Gordon 提到一種社會工作技巧的主要觀點，即以衝擊環境的方式配合了人的適應模式，用以達成個人成長和改善環境的目標時，他將一種新的生命注入情境中的個人裏 (Person in Situation)。藉著將社會工作擺在人與環境的分界面上，Gordon 把注意力移到這兩者間的處理方式上。因為環境中的變化對個人有絕對的影響。生活的模式被認為具有「衝擊環境特質」的概念。如果正確的將其與人類的「應對模式」「相配合」的話，此種「衝擊環境的特質」可以是治療性的。當牽涉到死亡的問題範圍時，這些觀念為下列的討論提供了統一的架構，其目標在於瞭解如何能提供一種生態學遺景的觀點。

在此，反紋傳統上從人開始的順序，先瞭解衝擊環境的某些特質似乎是重要的。決定性的一面是，我們文化中對於垂死者所做的個人性的、專業性的和與社會等有關的反應的貢獻。許多社會，並不逃避死亡與瀕死，這類的社會將

促使我們探詢究竟是什麼決定了美國人對死亡的态度。John P. Spiegel 在對文化價值的著作中敘述了人們循著五個價值取向。他的結論是美國中產階級的人是：重視未來的、高度個人主義的、現實的、期望超越自然的，並且相信人是介乎好與壞之間的。在一個相當著重於未來、著重於活動性和操縱自然的文化中，死亡代表了一種過度陰鬱以致令人不能去面對的景象，那就是結束。

這些價值取向反映更深層的醫療技術上。此種深入的醫療技術乃是致力於救生命、爭取時間、提供服務和安慰將死的病人及其家屬。我們運用技術儘量去減低死亡的撞擊，其效果比以人道的方式來處理更好。這種過程可以在死亡的階層化制度中見到。醫院發展有關分類及安排已死病人的迅速方法，安排正式的葬禮，設法分擔和參與其家庭及朋友照顧死者的責任。

在死亡之前的事無一不都是呆板和沒有人性的。病情嚴重的患者很少死在所熟悉的環境中。還剛地，人們常常是在他們自己家中被搬出之後在醫院中過世。病人與家庭常常不能聽到有關病症的真實情況，也不允許孩子去會面。患者和其家人彷彿沒有表示意見的餘地，他們被遺棄在無助的失望情況中。

關於這類事情的冷酷情況，Elizabeth Kubler-Ross 寫到它並不是我們文化對死亡所採取的態度，它是那麼地嚴苛，但是我們却允許科學的進步協助我們抵擋對死亡的一般恐懼。她寫到：「我們將所有的知識全投入在機械上，因為那些可以便我們較少去面對另一張受苦的臉孔，因那些只會再度提醒我們並非是全能者。」

作者對於死亡的個人及專業的反應顯示出這種逃避的現象，直到她的案主發展到末期的癌症，而原先預定協助案主活得更長久的個案工作，也轉變為協助她面臨死亡。

個案示例

事先毫無警告的，畢太太，卅六歲的家庭主婦，同時也是一個六歲大男孩的母親，就在一個週末的腹痛及直腸出血之後，被緊急的送往一間專治恶性肿瘤的市立醫院去。兩週後，其結腸上的惡性腫瘤被取出來了。手術中，發現了「肝癌的病變」，由此判斷，她僅能再活六個月到一年的時間。醫護

人員告訴畢太太有關惡瘤的事情，卻沒有告訴她有關於病變或預後的情形。她被告之手術成功。她的丈夫、她的母親及一位醫生，則被告以實情。在這段時間裏，作者，一名服務於附近精神醫療的教學醫院的社會工作者，決定繼續為畢太太服務。有一年半的時間，畢太太都會是她的案主。

案主、案主的家庭、社會工作者全被捲進一個體系中，不論它是人手不足或過多，此項體系聯合著不讓病人們知道病症的名稱與性質。職員們對於保守秘密都有一套習慣性的防禦的模式。因此，如果畢太太提到死亡，護士們便改變話題。當醫生們看見畢太太時，他們總是微笑著向她保證，安慰她不要害怕，不然就巧妙的轉到他們的業務上。這些人不使用病症的名稱，甚至會改用另一個。一般只有拿到看管很嚴的病歷卡，才能瞭解到病症的性質。病人們對其自己病情的基本反應乃是依據職員們所製造的氣氛。病人們知道別人的期望是什麼，也不發問問題。在同時，病人們，包括畢太太在內，全被單獨遺留在他們所感覺到的矛盾的懸疑中。例如，畢太太知道她已被轉往一家治療癌症的醫院內，而非在原先做初步檢查的附屬醫院。她看見她周圍的人出院後都又回來或死掉，雖然她們也曾被告之他們的手術是成功的。她看見下層職員們對一些痛得很厲害的病人偷偷地給他們服用特別止痛藥。她看見她的母親將醫生拉到一旁低聲討論。她知道她正接受化學療法，但是她看不出這和她很順利的癒後情況有什麼關係。就像大部分病人的家庭一樣，畢太太的家庭也知道病情的真相。他們被賦予是否要告訴病人病情的責任。但是，却未曾鼓勵他們去做。病人完全被摒棄於決策過程之外。

由於缺乏人手，醫院的社會服務人員被分派去處理財政事務或為了具體的服務而做轉介。但是這些服務很少施展到那些病危的病人身上。社會工作督導員對畢太太所得到的關懷公開表示反對，認為「無論怎麼說，她是快要死了。」督導員反對這樣做的原因是認為一個病人獲得專業社會工作的過分注意會影響到其他病人，而且只會反映出他屬僚的無能。

這種情形時常見到，它無止盡的在變化。我們可以懷疑機構的效率或逃避垂死病人及其家屬的需求，可能就是這類的模式。雖是老生常談，但只要了解真相，就應列舉健康事業的重要性來對抗死亡。

這種逃避在畢太太的個案中竟變成真的，不僅僅是出現在醫院的職員中，同時也出現在作者所屬教學醫院的同事們、精神病學家的指導者、心理學家，還有那些早期曾對畢太太的嚴重情況有研究興趣因而對其甚為瞭解的護理人員們中。這一大羣人中，僅有一個人曾到醫院訪晤過畢太太，當畢太太來到社會工作者的辦公室時，那些以前曾與她戲謔過的人突然間都忙碌起來了，他們一向開著的心門也關閉了。

就此觀點來看，下列事件雖是悲慘的，却也是可以理解的。一九六五年，Knicker-Boo 要開始她對臨危病人的研究時，却不能得到醫生的允許，讓她與一個臨終的病人會晤。有一次，她終於得到了接觸的機會，她詳細的指出大部分病危的病人在能逃說他們的畏懼感時，心裏都覺得輕鬆多了，也非常感激。同樣的，兩個研究者在與病人、家屬、護士和醫生的晤談中，發現當病人能經常很清楚的談論對自己的困境時，而這些人員都認為病人是「否定」的專家。不同的人訪問同一個人，將各自得到不同的觀點，每個人都會聽到他所想要聽到的。其關鍵在於這些感受確實存在著，而決定於我們是否去選擇。

雖然對畢太太的困境作了表面的掩飾，而上述的觀點却在一次又一次的會談中被證實了，因為原來她自我安慰的心境因驚駭於不斷地疼痛而轉為哭泣。在一次機會裏，她很沮喪的來參加會談，因為她覺得她的丈夫再也察覺不到她的魅力了。她傾吐了各種感受，認為丈夫覺得她變醜了，因此認清自己就是這種樣子，她知道她將再也不會和從前一樣，她為自己所失掉的而痛哭。在一次家庭訪視中，社會工作者發現畢太太精神煥發，梳了新髮型，穿著明亮的新衣裳及相配的鞋子。她為社會工作者而打扮起來，堅持奉茶、彈奏鋼琴以娛客人，滿懷鄉愁的唱起故鄉的鄉村歌曲，一些有關時光流逝、人們離別、花兒凋落的歌曲。

瀕死的人對周遭所產生如此多令人懼怕的經驗是什麼？病人如何在這些社會及機構間的障礙中去面對死亡？在發出這些疑問時，一個人便已初步的對這

個問題重新有了認識。

瀕死的病人與其家屬間一次次的會面表現出的是痛苦的寂寞與其活著的人的分離感覺。這些都是將死的病人所經歷到的。對家庭來說，他們籠罩於普遍的無助感與憂傷中。

這些感覺中的部分在托爾斯泰所著的「伊凡之死」中描述得很深刻：

伊凡知道他將死了。他陷於無盡的絕望中。為什麼欺騙我自己？除了我以外，每個人都很清楚我快要死掉了，這只是幾週或幾天內的事而已……沒人知道或是希望知道這件事，他們一點也不同情我。……為了一些他們全都接受的理由……欺騙、諾言。這種欺騙讓我非常痛苦——他們不希望承認他們都知道的事，也不承認他所知道的事，但却隱瞞他病危情況的真相，希望他，同時也強迫他接受那項諾言。……他因自己的無助，噬人的寂寞而哭泣。在人口稠密的城鎮中的寂寞，被極多的熟人與親戚所包圍著的寂寞，沒有任何情境比這更嚴重了——無論是在海洋深處或是地球底下——在這可怕的寂寞中，伊凡都祇有活在過去的回憶裏。……醫生說他的肉體正受著劇烈的痛苦……那是事實，但更糟的却是他心理上所受到的痛苦，這才是他主要的折磨。

這一再顯現的殘酷情況，就是生態學觀點擬企圖修正的。早期有關垂死病人的描述都集中在他們期望其生命的慾力能自肉體及心愛的人中退隱。對死亡的描寫則充滿有關對死亡的本能、目標的喪失，還有患病前的人格特質，這特質可能決定他對死亡的反應。一九五〇年代中，社會工作文獻在這方面顯示出當時深信不能逃避臨死的病人，並且慎重指出，社會工作文獻在這方面顯示出人類尊嚴置之不理。社會工作者在設定的醫術暨社會性計畫中，很明顯的佔有一獨特的地位。其對家庭的影響亦是無庸置疑的。然而，必須了解，沒有任何理論能強調，如何運用社會工作者的重要地位，鼓勵醫院、家庭和病人主動積極參與臨死的過程，主動的參與對大家都有助益。

即使對自我的適應能力以及環境反應的加強重視可扮演著積極的角色，瀕

臨死亡仍被視做是一種必須克服的狀況，而非人所能支配的情況。在運用一個新的架構之前，或許預先增加一些新資料。

第二節 危機理論於生活模式中的應用

危機理論為認同（人們在創傷發生後或危機後所經驗到的種種）開展了一條探測的路徑。心理健康的一個目標允許和促使自然的過程發生。如果一個人瞭解自我心理學中的發展，則才能使危機理論的發展具有意義。危機理論中的自我，以其解決衝突的新奇能力，是否較之僅藉著精神離散而對抗死亡的自我更強和更自主呢？這自我的觀點，著重它在危機解決的過程中的發展，而不管危機是否是一樁突發的大災難，或是像結婚、生子或進入生命週期中的另一發展階段等變化，產生了新的應付機能。

危機解決不僅被看成是治療性的或是預防性的，同時也被當成是自我的增強（Ego-enriching）。每一次危機都有其確定的任務，每一次成功的危機解決都激起並增加自我的適應能力。人的一生中，所有危機連自我控制都一起包括在內。看一個人，不能從過去或現在來看。Erickson 有關人類發展八個階段的變化表可能是在個人或家庭生活史中的任一點上，是故，個人或家庭不需受生活型態或應付方式的限制。

仲裁危機的原則之一，在強調評估和運用所有存在於案主生命空間的資源以導致危機的解決。「生命空間」一詞在這兒被用來強調對案主歷來的生活經驗之瞭解和運用各種不同的觀點，達到治療之目的需要。治療者可以是環境中的任何一個人。這些觀念被廣泛而精心地構成環境治療，企圖塑造對自我適應及控制有利的環境。

危機理論、自我發展——特別是從 Erikson 的觀點——「生命空間」的觀念，以及環境治療等項能為一個大約只能再活六個月的臨終的病婦提供些什麼協助呢？危機理論對有關建立於逃避死亡之價值體系上的效力與人道問題能告訴些什麼呢？它如何對抗她即將經驗到的孤寂與絕望，還有這個家庭所遭受到的無助與悲痛呢？直到死之前，它如何能使自我發揮出適應的功能？可有資料使社會個案工作能處理這種存在於人與制度間的進退兩難的困境？

第三節 積極的方法

首先，有關死亡意義的再定義似乎已在進行。有何種理由可以解釋為什麼垂死的病人和那些圍繞著他的人不能被允許有他們的危機和激起對抗的機能以圓滿的解除危機？除了將死亡視為一種來自於生命情緒上必然的離散之外，它也可以被視作是一種發展狀態，包括了個人自我的主動準備及家庭的實際參與。這項準備可能與實際的事情或預見的悲哀有關。為未亡人的未來所做的具體計畫，通常都不包括在和死者有關的討論過程中，彷彿能使他減少些痛苦，但實際上，即使專業者及家庭不讓病人知道瀕死的信息，也無法公開討論的痛苦，也不瞭解這也可能是一種有益的過程。

「準備」也與為了垂死者及那些親近他的人所做的悲哀工作有關。為了垂死的病人，這種悲傷在死亡之前即必須做到。它牽涉到多重的失落感（Loss）及一個人如何去過個人的生活。Erikson 的第八個階段——自我統整對抗絕望——能為生命正被截短的人應用。由於社會、專家和家庭所對付死亡的事實的方式，而使這種悲哀的工作在缺乏相關者相互支持的隔離情況下進行。

畢太太及其家庭所遭到的危機即刻變得明顯。畢太太知道她手術後的惡況時，整個人完全嚇住了。她哭了，同時對自己遭受到精神與肉體上的「雙重噩運」表示憤怒。「我要活下去，從未想到過要摧殘自己」。畢太太的母親曾一度公開企圖毀掉畢太太的婚姻，現在她為女兒的狀況而責備女婿，也痛罵社會工作者。她指責道，「為什麼你不阻止她們告訴她得了癌症？為什麼你不阻止事情的發生？」畢先生已被他太太的預後結果嚇住了，但却一直拒絕接受她必定會死的看法，也不願討論當前的情況，拒絕為他的兒子做些什麼計畫或對孩子的未來作準備。

當畢太太再度恢復平衡時，「癌」這個字在她的思想中擴展開了。她腦中最主要的希望是幫助她兒子長大成人，她「期盼」能有足夠的時日以完成這個心願。她的母親和她的家庭却不同意這種最佳的協助方式。

我們能大略揣測到在這次危機中所包含的共同的需要及工作。畢太太和

她的家庭都需要互相安慰——分擔憤怒、希望、痛苦、追懷過去和彼此親密。雖然，似是而非的，就如同一般的個案一樣，那些與這種情況最密切的人至少能忍受這種任務的要求。他們需要為畢太太的兒子計劃。有關預後的情形畢太太仍被蒙在鼓裏，而她母親與她丈夫間的劇烈衝突阻撓了他們的合作。父子間的關係緊張了起來，因為畢先生不能接受當前的情況。畢太太眼前只剩幾個月好活了，她怎能繼續與他們共同生活下去？

我們的新定義更將注意力集中在生命中的死亡，並針對與逃避和忽視生命有關的觀點提出質問，即專業人員，特別是在社會工作者如何能影響、提供或協調服務，而達成自我控制、社會功能、危機解除和改善環境等。更特別的是，如果這目的是使瀕死的病人和他的家人以最理想的方法來應付這種危機。何者須被重視？何者必須知道？而且應被做到？這些問題在有關於死亡的討論中都應提到。何者是應注意的重點或協助的對象？何人將是協助者？那過程中將進行些什麼？

畢太太的進行過程被狹窄的限制住了。畢太太離開醫院希望能重新得力，但是，儘管她滿懷希望，為恢復正常而勇敢奮鬥，但她了解了自己日漸衰弱的情況，表示她將要死了。如果她的家庭能振起精神協助她，或者如果社會工作者能在家庭中鼓勵支持的力量，而使他們能夠執行一項治療的功能，這種情況便會好些了。在這種特殊情況下，試著去鼓勵家庭以他們以前因極度不和諧而從未做過的方式來協助畢太太，便被覺得將會失敗了。畢太太將度過一段孤寂的路途，她仍是治療的焦點。

處理的過程著重在協助畢太太能認定自己以及疾病的本身。例如，她的勇氣對她來說似乎是重要的。她為勇氣及她一度覺得失去的獨立性而努力，她請求社會工作者協助她在擔任妻子與母親的角色上更具獨立性。她概述了一項有關自我改善，更好的家庭關係及更加喜樂的計畫。

更困難的工作是使畢太太能擔負她對死亡恐懼的漸進及痛苦的過程，而得以找出內心的平和。畢太太最令人感動的一點是，在體力上她雖是如此的

衰弱，但在入院治療的四個月當中，其功能却是如此地良好。她的活力、她眼中機靈的神氣，還有她的情緒都是極不尋常的。她與她的兒子共度了很長的時間，拜訪他的老師，參加家長暨教師聯合會議（PTA Meeting）。她恢復了一些友誼，加入了一個由學童母親們所組成的合唱團。她也逐漸參與家中有關財政經費及預算的討論。對兒子的需要，她也顯示出前所未有的敏感性，常常她似乎是在試著彌補過去未能和他在一起的時刻。同時，每次會談中，她不斷的為自己所感受到的孤寂及被棄的感覺而哭泣，也為身體上的痛苦及外觀、過去犯下的錯誤，還有對未來的絕望而哭泣。她更害怕會被她的兒子所遺忘，也擔心自己做妻子及母親的角色會被人取代，尤其讓她感到難過的是不能親眼看見兒子長大成人。她可以寬恕自己曾是個壞母親，但相信她的兒子將會變好。在她生命最後的時日裏，她覺得能由他給她的慰問卡而再確定她永遠不會被忘記，他也將受到照顧。

在處理這個個案時有許多舊有的因素：這是一個個別的個案工作過程，雖然社會工作者確實在協助家庭，也與醫院體制中的職員一起工作，並設法使畢太太獲得較好的醫療服務。有一點相同的是，在進行過程中運用一名專業的社會工作者。另一項却是新的，即覺察到在整個情境中處理上的因素，了解畢太太即使在死後亦可運用的適應能力。另外，評估醫院職員、家庭及病人的需要，了解本個案被處理方式的變化等也是新的觀念。這過程既不是僅有的方法，也不見得是最好方法。家庭、醫院體制或者我們文化本身的態度，都可能是阻撓危機解決的因素。生態學的觀點具有保護作用。它是一個助長的過程，促使一個人在行動中加入某種改良或增長的過程。任何人在畢太太的情境中加以運用而具體表現出治療的功能，即可能是新的作法。

何人或何物應是被注意的重點？過程為何？何人將擔任此項工作？都有複雜的歧見。多人的專業經驗顯示出這些答案大部分取決於個人對當時的處境。因此，下述情況亦不足為奇：精神科醫師將內心的衝突及個人的改變看作是注意的重點；協助將死之孩子的父母的社會工作者，其協助的對象應是整個家庭；社會工作行政主管視她的工作人員當成是醫院、家庭和病人間的一環；羣體

工作者在一間臨終病人的醫護病房內運用她的角色，去影響與致命疾病者有關的整個情境的處理情形。

醫生、護士、社會工作者或從事健康專業的其他人員等之教育者在觀念上將死亡的問題看做是一種教育性的問題。教師逐漸了解其它的重要性，即使建築師也開始注意到生命中每部分的分界面，而視死亡是建築設計中的一部分。

這些方法說明了任何對問題的不同看法均能為某些特殊的人提供協助。幫助者可能，也或者不可能扮演一種傳統性的協助角色。同樣的，協助的過程需要作較鬆的限制。其目的不在於人或社會環境，而在指出它們的相互關係。對一個垂死病人，病人能依其個人對死亡的看法在生命結束時感到欣慰，同時其家庭與醫院亦能獲益。

非常特殊的是家庭能協助臨終時的照顧，這種協助在人手不足或病人擁擠的醫院中可能特別有用。它也能使家庭中的成員更易參與完成這項工作。就其本身為一醫師而言，畢太太的母親能為她的女兒注射，這使她心理覺得好過些。由親屬轉變為工作者的情況對雙方都有益處。在起初，護士們對畢太太的母親並不喜歡，但逐漸轉而信賴她，為她女兒所做的醫護工作。遠比將親屬視做是局外人更好的是，醫院能自協助中獲得益處，而親屬們也覺得有用。家庭也需要，同時也有權在預見的悲哀期間先為死亡預做準備。

在慈善機構環境中的工作人員可以自實際幫助某人面對死亡中獲得滿足。這種感覺減低了去抵制封閉或無助感覺的需要。同樣的，其他的病人也能由照顧至死的行為中得到安慰，這種方式遠比由沈默的被其失去人性所嚇到要好。有一天，畢太太談到一個自病房調走的護士說，「她可能太溫和了。」畢太太以前曾談過這個護士照顧她垂死的同房的溫柔方式。

作者認為是畢太太得到協助，她周遭的人却未得到協助，而他們也不可能

協助她。他們不能為自己找出有用的角色，以減輕負擔或予以轉移。他們也未去被鼓勵去找出這樣的角色。這並未因為家庭是獨一無二的。家庭還沒有準備妥當，也未被鼓舞，而視他們自己在許多情況的瀕死過程中能做出有效的幫助者。他們所被牽走的是一種成長的經驗。

社會工作者有一獨特的職位，通常他「在生命的十字路上……：在自然生命事件的景觀的位置上（其造成）予有效的協助及提供更多的可能性。」社會工作者在其機構中扮有各種的角色。而在機構中，垂死的人可能被發現不僅在生與死之間的轉捩點上，而實在是人在人與環境的分界線中。我們沒有足夠的專家來處理所有危機中的個人或家庭，我們所有的人也不能集中於醫療的設置或影響其政策與執行。然而面對如此人性上的情境，難道我們不能尋求創造性的方法，發揮我們自己和運用適合於我們與案主的資源，以提高「促進成長和環境的改善」？

一個生態學的觀點包括了對整體情況的觀察和在可以帶動適應自然過程的點上的干預與協調。重視個人是一種範式，但不需要信賴一個由專業性工作者所處理的個案工作過程，這種方法是由情境來決定評價與干預的本質，而非建立在失去人性，不準確和以狹隘觀念來看人。進一步要求人的最優點，而非期待最壞之處，因而產生一種自我實現的預言，這是一項預見。

書名：Differential Diagnosis and Treatment in Social Work.

編著：Francis J. Turner

出版者：The Free Press, N. Y.

年度：1976年

Topic Death, "Social Casework and the Dying Person", by Eda G. Goldsejn pp. 156-166.