

引用本文：孔泽士，黄伟青. 探索一种临终心智蜕变视角下生命历史时序感知紊乱的临床调适模式 [J]. 华人生死学, 2024, (1): 41-60.



探索一种临终心智蜕变视角下生命历史时序感知紊乱的临床调适模式

孔泽士，黄伟青

摘要：在临终安宁疗护的临床研究中，尤其是在心理精神层面，自我感（sense of self）常被视为一个核心议题。然而，另一个与之密切相关且对理解临终心理有重要意义的概念——生命历史时序感（sense of life chronology），却鲜少被深入探讨。这两个概念之间潜在的相互作用及其在临终阶段可能出现的紊乱，为研究临终过程中心理精神状态的变化提供了一个独特的分析框架。本文基于作者在安宁疗护临床实践中多年的观察和经验，探索了生命末期患者的自我感与生命历史时序感的交互关系。文章进一步提出了一种针对临终生命历史时序感知紊乱的临床调适模式，旨在通过叙事性心理-心性调节，帮助患者重构生命历史的连贯性与时序感知流动性，恢复个体的心理-心性平衡，从而提升临终患者的生活质量和心理-心性福祉。

责任编辑：兰霞萍

收稿日期：2024/03/06

接受日期：2024/06/03

发表日期：2024/06/30

关键词：意识现象学；自我感；临终心智；生命历史时序感；超越性关怀

中图分类号：R48；B846 **文献标识码：**A **文章编号：**2957-370X（2024）01-0041-20

一、文献回顾与概念界定

（一）时间意识、生命时间、神经心理统合

生命末期患者在时间感知上可能会表现出不同程度地紊乱，这并非仅对客观物理时间的认知而言，更多指向一种作为内在体验的主体性时间感知变异，即患者在感知体验“过去-现在-将来”的流逝性上面临混乱性的困境，Feinberg & Keenan^[1]指出这种内在时间意识的变异紊乱也会不同程度地影响患者对自我的体验，即自我感（sense of self）连续性与稳定性的损丧；自我感依赖于连续性的内在时间体验并构成对自身统一的认知^[2]。

内在时间意识是意识现象学与存在主义始终关切的基本命题，Husserl^[2]认为，这是一种连续的、动态的主观体验，贯穿于个体的所有意识活动中；Heidegger^[3]进一步提出，人的此在存在（Dasein）是时间性的，时间意识与自我意识密不可分，人在自我意识流动中体验时间，也在时间流动性中经验到自我。在他看来，个体的每一个行为、决策、恐惧、希望和后悔都是在时间意识背景下体验的，这



些体验构成了个体对个人历史和身份的同一性理解(自我感),过去是通过记忆和历史定义个体的身份,现在是个体行动和存在的场所,而未来则是个体的计划、梦想和恐惧所指向的方向^[4]。

在更早期, Bergson^[5] 提出时间感知的“绵延”(durée)概念,“绵延”代表了一种主观内在的时间经验,具有流动属性与绵延特征,是过去、现在、将来之间的相互融合渗透、没有清晰界限、不可分割与无法量化的。这种生命哲学主义形态的时间性理解,让生命发展蕴含着时间连续体的历史与意义的向度,带来了生命时序的完整性、层次性^[6]、历史性。

“绵延”概念被视为胡塞尔现象学时间内部意识的构成性时间的原型^[7]。法国精神病学家 Minkowski 基于此理论与现象学直觉提出了“生命时间”(temps vécu),用于解释抑郁症患者临床表现出的时间感知停滞等现象,这种生命时间构成了现象学内在时间意识,也是一种主体性的心理现实^[8]。Minkowski 还区分了另一种时间——觉知时间,一种有意注意的时间感知^[7],是个体在认知层面理解和处理时间信息的方式,涉及时间长度、顺序与持续性的感知,侧重于认知神经心理学与精神病理学层面。一般情况下,生命时间与觉知时间通常被认为是统合的,个体既体验时间的连续流动(生命时间),也对时间进行精确切分和计划(觉知时间),两者均是时间经验的重要构成部分。

在心理精神病理性情境中,患者的时间感知(生命时间与觉知时间)会出现各种变异,如时间流逝的感觉加速或减慢,时间定向能力下降,或者对过去、现在和未来的感知出现扭曲等,较难论证的是“谁导致了谁?”以及两者间作用机制,但两者统合性下降可作为一种趋势性理解。

当代认知神经科学则聚焦于“觉知时间”并将其解释为基于脑功能区的一种或多种神经心理过程的紊乱,主观性内时间意识(生命时间)与自我觉知的损害同样被其还原为多个神经心理过程及模式的失统表现^[9],即便这种构建“历史我性”的神经心理统合机制被某种程度上揭示乃至验证,但这种整合体验的主观本质尚不清楚,生理神经机制与主观体验的统一、连续自我感之间依然存在巨大鸿沟^[10],或可以说,从主观体验入手的现象学理解仍然是积极可能的,并能与认知神经科学形成互补整合的视角,更好地理解与支持患者。

尤其是在“临终近死”的情境中,生命末期患者的内在时间感知更容易体现出紊乱迹象(且临床上不乏认知功能尚好的患者出现生命时间感知紊乱的情况),涉及对“过去-现在-未来”感知的失序、混杂、停滞等,对过去及未来(死亡)的过度投注等,自我感受到侵扰与损害并失去在心理时间序列上旅行的能力^[11](在心理上想象自我真实地处于过去或者未来的事件中, Suddendorf & Corballis, 2007),而这种主观能力恰恰能够构建患者积极的情感与意义体验,把握对自身生命经验历史性的认同与理解而获得抚慰。

(二) 生命历史时序感之提出及自我概念界定

在此回顾基础上,本文作者尝试依循生命时间与觉知时间的分化-统合的关系定位,并有鉴于临终安宁临床境遇的特殊及复杂性,提出“生命历史时序感”(sense of life chronology)之概念且予以界定。



生命历史时序感是指个体对时间流逝的基本觉察与体验, 且更强调了个体在“过去-现在-将来”时序尺度上的史性感知经验及其在形成生命叙事和自我认同中的史性构造^[12]作用。

这种感知不仅反映了个体如何回忆过去、体验现在和预期未来, 还涉及个人如何将这些时序经验整合入一个连贯且有意义的生命故事中, 进而构建自我认同和定位自身在世界中的位置。生命历史时序感展现了个体如何主观地建构时间维度的意义, 突出了个体对时间感知的主动解释和意义赋予过程。

本论文作者基于既往临床案例经验, 拟将考察讨论生命末期患者的生命历史时序问题(以过去-现在-将来三时相为主轴), 但并不将合并认知功能障碍的脑病患者(如阿尔兹海默症临终患者)纳为讨论对象。

由于生命历史时序感知是一个在意识现象学、自我心理学、史性心理学^[12]等视域下的综合性概念, 因此尤其关注其与自我概念建构之间的作用关系。在临终安宁临床工作中, 从患者生命历史时序感与自我感之间的交互性, 尤其是两者之间出现紊乱时的协同性倾向这一角度入手, 或可为研究临终过程中心理精神状态的变化提供了一个独特的分析框架。

在讨论前, 有必要将本文涉及自我感(sense of self)与其关联概念予以辨析。

在哲学、心理学和认知科学中, 就有意识的自我体验而言, 它通常包含两个成分^[13]: 感受成分(feeling component)和认知成分(cognitive component), 感受成分会使有意识存在物产生自我感(sense of self)和主体感(sense of agency), 认知成分会使此存在物对外界产生行动反应和心智表征(概念、记忆和思维结构等), 后者涉及自我觉知/意识(self-awareness)层面, 或说是“内省”(introspection), 这是一种对自我进行反思的状态及机制, 个体通过这种对自我的意识从而建构自我概念。

就对自我的独特体验而言, 则更多指向自我感及主体感, James^[14]认为自我感通常是指个体对自己身份和存在的内在性整体感觉, 涉及对自己作为独特个体的连续性和一致性的体验, Gallagher^[15]指出主体感则侧重于个体对自己行为和决策的控制感, 涉及行为的发起和自我效能感。在神经科学研究中, Haggard^[16]认为主体感被认为与大脑中特定区域的活动有关, 特别是与前额叶皮层和顶叶皮层的功能密切相关。

可以说, 人类的心智(mind)基于感受成分与认知成分之整合, 涵盖了从感觉、知觉到思维、情感和意图等各种心理过程及状态, 构成了完整的心智自我的体验, 使个体能够感知和理解自身及外界环境, 在这个意义上, 本文所谓的“自我感”应当理解为感/知成分整合后的心智自我感。

二、临终心智痛苦与时间感知变异分析

(一) 自我感与生命历史时序感

人是在时间意识流中建构自我的经验, 即人不沉浸于“过去-现在-将来”的时序动态中, 就不会形成连续自我感与历史感。自我感与生命历史时序感构成了心智自我这枚硬币的两面, 但这枚硬币



之两面又不是正反各自均匀分布的两面,而更近乎一种动态的嵌合构造关系。两者在时间体验之连续性上或有所重叠,但在概念范围、时间体验的侧重点和心理功能上存在明显区别,自我感聚焦于个体在不同时刻保持对自身作为同一实体的感知,但不一定详细探讨时间顺序的整合过程,生命历史时序感知关注于个体如何将过去、现在和未来的经历整合成一个连贯的生命故事,强调时序感知的意义建构。

临床心理精神学的观测分析也揭示自我感与生命历史时序感之间较为普遍的、显著的相关性。

以抑郁症、焦虑症及创伤应激综合征(PTSD)为例,此类患者常过度投注“过去”或“未来”,无法专注于现时当下。他们的时间性感知不再是一种流动不拘的状态,而被其人为地分割成过去、现在、将来三个断裂的维度,且又无法像正常人那样将他们摆放在合适的位置^[7]。PTSD患者的创伤记忆闪回,抑郁症患者沉湎于过往遗憾与错误,焦虑症患者恐慌未来等,均呈现出生命历史时序感不同程度的紊乱,此类障碍通常还伴随着自我感(自我认同、自我价值及自我效能等)的损伤与混乱。或许,生命的自我感与历史时序感本就属于同一个心理精神现实的两个不同观察窗口,两者所体现出的协同性,让临床工作有可能通过梳理调节生命历史时序感而影响、增益自我感。

如果说,抑郁焦虑及PTSD等障碍是个体“过去-现在-将来”生命(生活)经验之河中的小涡流,那么临终困境就是在未来不可能之事实巨墙阻挡下产生的不可逾越的、混乱无序的终极湍流。

笔者所在的安宁疗护团队服务于上海多家医院的肿瘤与安宁病房,为三百多位生命末期患者及其家属提供心-社-灵照护服务,在精神灵性(spiritual)层面,将临终死亡理解为心智自我瓦解并体验解离痛苦的过程,是团队的基本共识。自我感的损丧是生命末期患者普遍存在的心理经验,同样,多数临终患者(甚至在病程更早阶段)可以觉察经验到生命历史时序感紊乱的可能迹象,如对时间流动的感知失准、对当下现实的恍惚与抽离感、等死心态、不确定事件是否发生过、负面记忆涌现、忘记病体回到孩时、与临终幻象和梦境互动(“胡言乱语”,就旁观者视角而言)等,而这些通常被医务人员视为谵妄的发生。

(二) 临终心智蜕变中的精神性痛苦

Steinhauser^[17]等人的研究表明,临终患者普遍经历自我感和时间感知的紊乱,这些体验与其精神痛苦密切相关。可以说,临终之际是心智自我保全机制的彻底失效,终极失序的死亡再无法否认之时刻,临终的过程是心智自我不可避免地走向失序直至瓦解的过程,临终的精神灵性痛苦(spiritual pain)是心智自我紊乱并解离的痛苦。

基于三年来收集的个案档案、访谈与服务记录、授权录音、治疗记录等数据资料,本研究团队回顾性分析了近百位年龄区间在55-75岁的恶性肿瘤末期住院患者(男女比约3:2,疼痛等症状可控,无明确宗教信仰)的病重临终状态,重点关注患者痛苦体验、自我感、生理机能三者之间的变化关系,并尝试勾勒出关系图示,总体而言,该图示作为一种理论贴近临床的诠释,展现了一定程度的普适性与预测性。

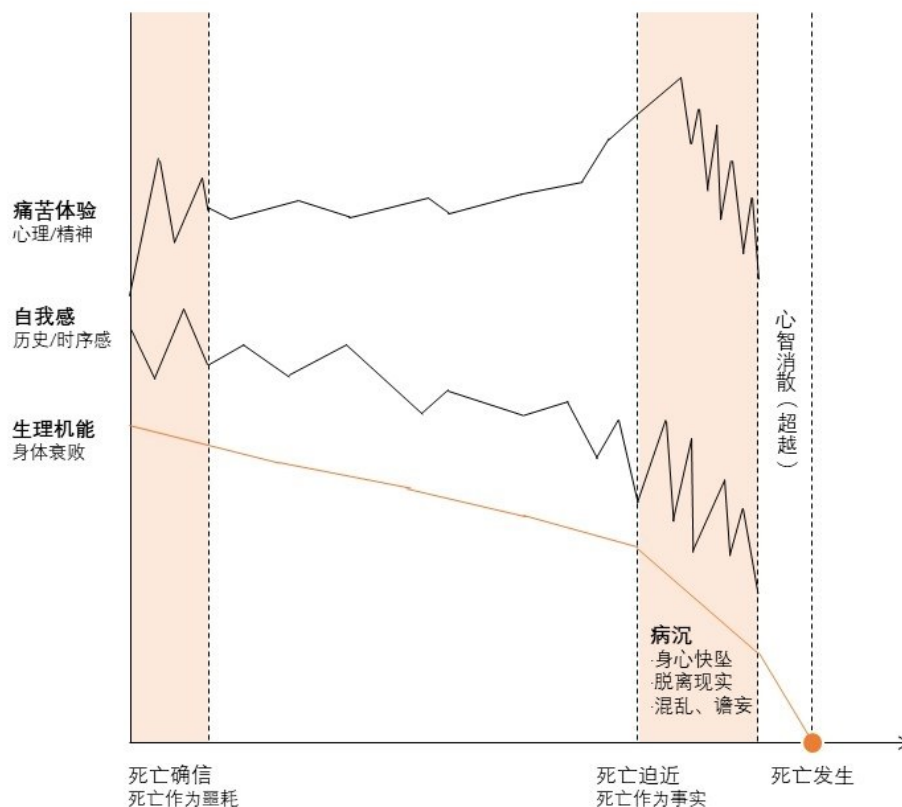


图1 痛苦体验、自我感、生理机能潜在变化关系

强烈的身体症状痛苦会掩盖患者对心理精神痛苦的感知，本文临床研究有意避开了存在严重疼痛、呼吸困难、极度乏力等症状²且未能有效缓解的患者。因此本处提及的“痛苦体验”更倾向于患者的心理精神层面。

自我感的紊乱与损丧是患者痛苦体验的内在根源，“我”痛因“我”在。在死亡进程中，患者的自我心智时刻处于求续本能与衰退必然的角力与挣扎中，自我感呈现了一种波动性下滑的总趋势，而很有可能自我感趋弱的患者，其所体验到的痛苦感则趋强，但这种阶段性关联变化趋势是建立在患者心智尚能进行自我保全性运作的基础上，一旦患者病情加速恶化及至病沉阶段，心智的自我保全机制再无法行之有效，患者的痛苦也就伴随着自我感震荡性损丧而快速下降。

痛苦高峰往往出现在“死亡确信”和“死亡迫近”阶段。当患者意识到“我”的死亡即将发生，心智仍健壮，痛苦体验达到高峰，但这仍是预期性痛苦。随着自我保全倾向和心理适应，患者的痛苦体验会回落并保持间断性、总体稳定的水平，这个阶段因人而异，但通常持续一段时间（“比较太平”）。直到病沉期到来，患者体验到身心快速衰败，“死亡迫近”，心智进入最后挣扎，意识水平剧烈震荡，痛苦达到甚于以往的水平。在这种震荡和断片的掉落趋势中，自我心智（自我感）最终消散，而肉身的死亡仍需一段时间。

不可忽视的是, 患者身体机能变化始终呈现主线性, 临终自我心智的衰落起源并跟随生理器质机能的恶化。基于临床观测 (以卡氏量表 KPPS³ 为身体功能评测工具), 当临终患者的 KPPS 比率分值降至 50% 以下^{[18] [19]}, 更容易显现出病沉心智特征 (即自我感经历震荡性损丧), 这提示了临终者在体能上存在一个可能的分界点与其临终自我感的变化高度关联。

(三) 生命历史时序感知紊乱性分析——三种时序

上述鉴于临床观测的讨论, 是将生命末期患者的自我感与生命历史时序感整合在一起, 以便于理解自主感与痛苦体验之间的关系。基于一个合理预设, “可以通过对临终者的自我感进行支持调节以缓解其痛苦体验”, 则需重新展现 “心智硬币” 的另外一面——生命历史时序感。

1. 线性时序^[18]

人存于世总是在 “做事情” (经验生活), 对事情的持存构成了过去、对事情的把握构成了现在, 对事情的设计构成了未来。

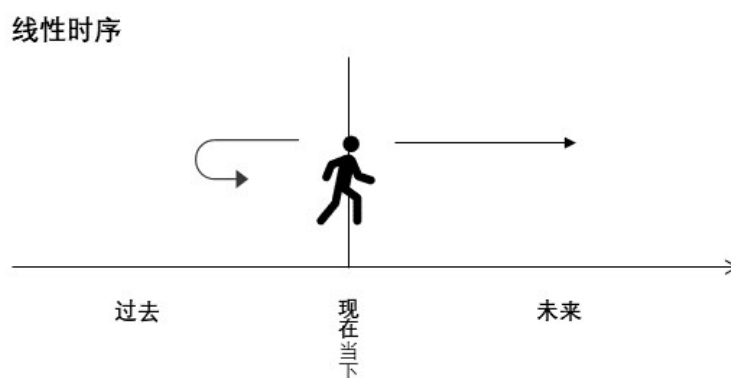


图2 线性时序感知

迎向未来是个体在生活世界中存在的根本姿态, 每个人都长了一副投向未来的面孔, 即便知道死亡终有一日会终结这种未来感, 但仍不妨碍个体的心灵以 “蕴含希望的未来感” 为食。

在以事情铺陈开来的未来投向性时序体验中, 过去-现在-将来循序流动的, 但这并不意味着人完全是当下的, 过往不可追, 未来无可计, 人在流动平衡的时序中, 是基于一种明确的主体性视角 (自我感) 主动地、可控地追忆过往 (不沉溺)、筹划未来 (不焦虑), 一个时间结构完整的正常人能够主动调整过去与未来的关系, 并根据内在时间的模态 (即胡塞尔 “滞留-原初印象-前摄” 时间意识结构) 使现在对他人开放或关闭^[7]。因此, 线性时序中当下之我对过去、未来的主动涉入并不是 “失序紊乱” 性质的。

显然, 前文提及的抑郁焦虑症、PTSD 患者在对 “过去-现在-将来” 的体验上出现的僵化固着是不受自我调控的, 他们的自我感遭受了不同程度的破坏; 因此可以说, 低水平自我感伴生的时序感失调体验才能称为 “紊乱”。



“我”的弱化, 更容易让个体陷入其过往经验中的负面伤痛与未来的不确定深渊, 让我痛苦不堪, 时间与生命几乎要停止流动。针对这种情形, 心理咨询治疗的总体方向, 可视为提升个体自我感, 恢复生命自如的流动性, 给出的策略是支持患者回到当下以获得自我庇护与脱身的空间及能力, 看清过度投显于过去和未来的自我的扭曲身影。

在线性时序感知中, 无论如何紊乱(时序长河中的小涡流), 人的面孔总还是朝向未来, 未来感并未消失。

2. 湍流时序

1) 紊乱特征

而死亡将彻底终结个体自我的现实未来感, 人朝向未来的面孔一旦照见了死亡的事实, 就不得不扭转过来, 而转过脸来后的处境并非仅仅是“过去-现在-未来”停滞了, 也极易呈现出一种更为混乱、复杂的时序感知状况, 即“湍流时序”。

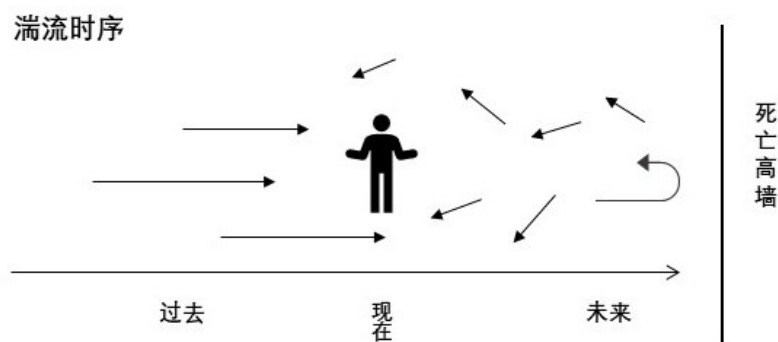


图3 湍流时序感知

临终患者精神(灵性)痛苦的根源是心智自我的解离, 从生命历史时序感知的这一剖面入手, 湍流时序或许可以进一步揭示出这种深层次痛苦的产生机制。

死亡近前耸立, 而患者的生命历史时序感知惯性依旧强劲, “我”的未来之流被死亡高墙无情遮挡后逆势迂回, 并直接显现为死亡本身时刻冲击着“我”(死亡恐惧频发, 日益体验到再无未来的终结感等), “我”只能转过面孔停下来; 而“我”的过去也顺应经验的惯势更猛烈地撞向“我”, 两股时序经验之惯流在“我”的**现在**对冲、交错、混乱, “我”的**现在**充满着矛盾与张力, 无所适从, 体验到强烈的撕裂感与抽离感。

在临终时序感知的湍流中, 过去(记忆)被压缩堆叠, 变得更为厚重而鲜明, 并被染上了终结性的色彩。生命曾经的创伤与失去、遗憾及悔恨由于死亡而彻底失去弥补挽回的可能, 以更加无望的方式被“我”再次体验; 而那些美好幸福的记忆同样会被重新浓缩与体味, 并多了幸福不再可续的遗憾。



临终弥留期, 患者绝望和惊恐的发作已明显减少, 更多的是无所适从的焦躁体验, 这种无法“安于当下”的状态中, 潜藏着生命历史时序感知紊乱引发的痛苦暗流。临终者主观经验到的种种异象, 如与逝者对话, 见到逝者召唤等, 与其生命历史时序感知紊乱存在密切相关的可能, 或提示紊乱已经到严重的程度(自我感的震荡性损丧)。但无论如何, 这种紊乱状况最终会因为“心智自我”的彻底瓦解而消散。

实际上, 紊乱很可能早已发生, 在患者确信死亡(预期性死亡事实)的那一刻, 甚至是确诊之初, 紊乱出现并在整个病程延续, 只是那时患者的身心机能尚能维持, 自我仍在做出保全的努力(大致对应罗斯五阶段论的“否认-愤怒期”)。许多患者会刻意忽略掉那些作为紊乱的可能征兆, 譬如对不自觉地卷入记忆(通常与曾经重要的人事物, 尤其是负面创伤经历相关)、频频发生的相似梦境(与死亡及已故亲人相关)、无端幻想自身死亡如何发生等经验避而不谈。

当患者离死亡仍有一段可观的距离, 他仍能保持一定的未来感(面孔仍朝向未来), 过去与未来的回流虽已接触但还未猛烈对冲, “我”的现在还未遭受到巨大张力, 所以此时的“我”还能投入在某些具体事情的操持上。

2) 急性濒死经验中的时序

某些严重车祸幸存者的濒死经验, 似乎也可以佐证这种时序感知紊乱的解释, 这些幸存者往往会提及一个相似的经验, “在车辆即将撞上的那一个瞬间, 时间似乎停止了, 也可能是被无限拉长, 脑海中走马灯似闪现生命过往中的人事物, 清晰可见历历在目……”。这种极端情况下, 生命的时序之流被突然出现的死亡事实截住去路, “我”的过去之流还没等到未来的回流, 就因剧烈的惯性彻底地淹没了“我”, 涌入的“过去”决定了我的“现在”所有内容, 直至“死亡高墙”撤除(现场死亡未发生), 未来之闸再次被开启, 过去时序积蓄的能量被慢慢释放, 幸存者前所未有地体会到过往的真切, 并重审反思人生之意义。

从这个意义而言, 严重车祸幸存者的幸运, 不仅是指躲过了一劫, 更是指获得了生命改观蜕变的机遇; 在这一点上, 重病临终者的挑战更大, 因其面对的死亡高墙注定无法撤除, 生命的蜕变要如何发生呢?

3) 生命回顾的时序挑战

面对死亡的终极高墙, 人们发现诉诸于“过去”似乎能在缓解死亡之痛上起到些作用。因此, 生命回顾疗法作为一种支持性干预, 在临终领域内得到推崇应用。

如果从生命历史时序感知紊乱的解释框架来讨论“生命回顾”, 关于后者的疑问(或不足之处)也会浮现出来; 首要的问题是, 临终生命回顾这种通过“现时”着眼于“过往”的临床施为容易走向肤浅和脆弱, 这并非指施为人员专业能力的浅薄, 而是当临终者处在过去与未来两个时序经验对冲所带来的高度紧张中时, 他的当下内在体验是失序混乱的, 面对回顾参与的潜在压力(回顾是一种有序组织的努力), 临终者很可能倾向于无意识回避或敷衍; 即便是在某些难得的清晰时刻由回顾所带来



的生命领悟及圆满感也很难在时序紊乱/自我损丧中保持连贯性,这种混乱体验会消解回顾的成效。

因此,对于患者而言,生命回顾最好尽早开始,在自我感尚为良好的时候就介入,引导患者讲述、记录与体悟,患者更需要通过自身的练习反思将“生命故事”所带来的圆满智慧感巩固到自身生命经验中,就像在为自己准备一份离开前的礼物。

关键的问题,仍是临终生命历史时序感知的不流动及“堵塞”,患者的现时当下被过去与未来所充斥与侵扰,生命回顾是对过往生命的一种减负与释压,但只是一种暂时性的措施(让患者当下轻松些),无法让生命历史时序重新循序流动。

4) 临终空窗痛苦(停滞时序)临床上,经常会有患者会告知他们正处在/经历一种更难以忍受的痛苦,他们以“等死”来描述这种感受,有别于个体面对死亡时遭受的孤独感,这更像是一种由生命停滞而产生的空乏感,且将之称为“临终空窗痛苦”。

这是一种更内在的主观体验,“我”自知早在死亡的进程中,但终点仍有段距离(空窗),此间空荡,生命的历史脉络与情境模糊不清,生活世界与“我”无关了,再无事需“我”操烦,生命的空乏感汹涌而来。

这类“等死”患者似乎是被迫从自己人生默认的剧本离场,过去(记忆)被打包、搁置乃至取消,他们对过往生命经历的感知常常是黯淡、苍白与疏远的,也缺乏连贯的意义感,对当下感知转变为一种停滞、空洞的体验,情绪上麻木、不安乃至愤怒,“以前就那样,没什么好说的……现在是熬着到死,罪过啊。”、“我晓得要死了,事情随伊去安排,我现在几时是个头啊……”,诸如此类的话语。

这可以理解为生命历史时序感**停滞**所带来的痛苦体验,即时序紊乱的第三种特征形式——停滞时序。

5) 构建“过去”方舟

临终者生命历史时序的紊乱或停滞所引发的痛苦,源于对自我未来消失的体验,“我”的希望蕴含在未来感中,当未来消失或以死亡终结的面目席卷,“我”便在绝望与混乱中破碎。

转身投向过去似乎成为一种变被动为主动的选择,从紊乱的时序中抓取过往之“我”的碎片,梳理出一个关于“我之为我”的圆满叙事并在其中得以短暂栖居;这个最后的、关于“我”的故事,是临终者自我保全之举,是生命最终的任务,也是为自我准备的一份礼物(如蚕虫编织茧蛹),但临终者仍免不了身处一个由于时序经验堆挤而充满张力的当下(焦躁与痛苦的当下性)，“圆满故事”允许其暂时脱身却无法让其长久地栖居其间,而故事本身在死亡高墙的阴影下也显现出随时崩塌的脆弱性。

对于失去未来的临终者而言,通过投注过去以获得整合和释怀(缓释过去时序之压力)非常重要,却并不足够。如果说通过生命回顾而得“圆满故事(体验)”是临终者自建的方舟,那么方舟仍然需要一个前行的方向(否则终将淹没在时序的湍流之中)。

三、一种超越性框架的援引

(一) 超越性的存在、时序、自我

1. 宗教关怀

在临床灵性层面 (spiritual care) 的普遍经验上, 宗教指引提供了一个允许临终者投向未来的框架, 宗教对“身后世界”的期许向临终者展示了超越性的未来图景, 在“超越” (transcendental) 意义上, 死亡高墙得以被突破, “我”在现实世界中的三时相 (过去-现在-未来) 借由“身后世界”这一超越性未来而重新流动, 当下张力得以缓解。

本文项目临床团队对这一宗教经验也有所洞察, 对死后归属的虔诚期许 (即便仅仅作为一种“未来面向”) 让患者始终能拥有朝向未来的面孔, 使得他们从停滞、混乱的痛苦状态中解脱出来; 在与此类患者进行人生回顾的谈论中, 一个超越性自我的存在让他们对自身过往的理解及评价变得更为接纳和仁慈, “生命故事”更趋向意义的圆满; 拥有死后归属信念的患者, 他们有更多的可能享有现时当下“行云般”的自在轻松感, 即他们在现实生命的末期也能够活入日常细节里。当来自过去与未来的张力解除之后, 当下便得以安顿。

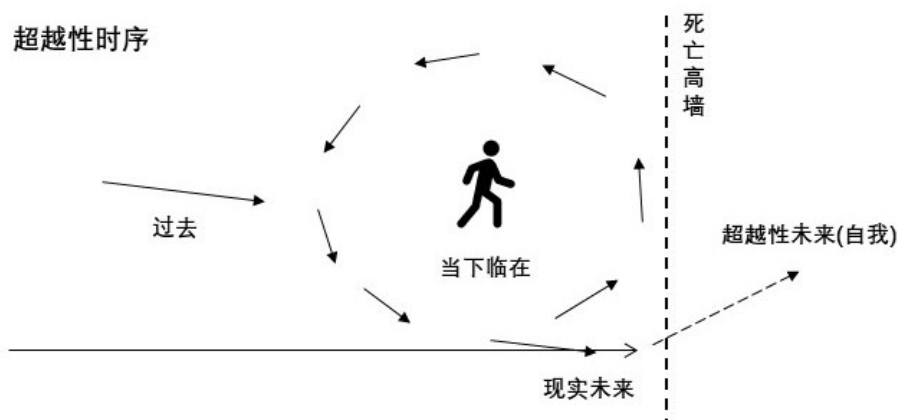


图4 超越性时序感知

宗教的超越可以是主观意义的超越、客观实体的超越, 或两者的结合。对一些患者而言, 宗教是内在的、主观的意义追寻; 对另一些人来说, 宗教是对客观存在的神圣实体的敬拜和追随。许多宗教实践者认为宗教的超越性同时包含主观和客观两个方面, 既是个人精神的提升, 也是对超越现实的神圣实体的接近。

总之, 它们指向一种超越个人和世俗经验的更高意义或存在, 因此, 宗教关怀应当基于临终患者的个体意愿与选择, 施为者并非承诺者与解释者, 而是引导者与共行者。



2. 超越性关怀 (transcendental care)

超越性关怀不局限于特定的宗教信仰,而是关注更广泛的精神和存在问题,帮助个体跳脱现实物质世界的局限,超越个人和世俗经验。超越性精神信仰常与宇宙意识、道、泛灵论、托体同山阿等概念相关,它可以帮助临终患者将自我生命视为更宏大宇宙历史或神圣存在的一部分,重构生命历史时序感知,重读生命意义,找到内心的平静和满足。如何支持临终患者建构个体超越性叙事,引导其以一种超越性视角(超越性存在、时序、自我)面对死亡、回望过去、安顿当下,是临终精神关怀的主要命题。

在临床施为上,本文及项目团队更关注超越性自我(transcendental self)在个体心理自我系统中的整合性,从机能主义(functionalism)的视角来看待超越性自我作为患者个体自我系统(self-system)整合的重要组成部分,这有助于患者个体超越当前的自我认知和限制,实现更高层次的自我认识和自我实现。

心理学上,超越性自我的整合可以理解为马斯洛于晚年在其需求层次理论所拓展的超越型自我实现^[20](transcendence in self-actualization)的概念,往往涉及以下若干方面:

1) 自我意识扩展

超越性自我允许患者超越日常经验的局限,接触更广泛意识状态,有助于其发现内在潜能和资源。

2) 价值和目标重估

通过超越性自我的整合,患者可以重新评估自己的价值观和生活目标,促进更有意义生活取向,尤其就生命终末阶段而言。

3) 自我超越的体验

超越性体验(如正念冥想、宗教体验等)可以帮助患者体验到自我之外的存在方式,促进对生命、存在和宇宙的更深层次理解。

4) 圆满感与幸福感提升

通过整合超越性自我,患者可以提升自我接纳、减少内在冲突,增强心理韧性、幸福感与圆满感。

(二) 一种理解超越性叙事的可能框架

本文研究与临床团队致力于临终患者深层次的精神性痛苦,心性/灵性关怀(spiritual care)是团队工作的指归与底色。基于多年的理论研习与临床实践,团队对超越性关怀进行了诸多探索与修通,也见证了超越性慰藉的力量,并试图阐述一种能够帮助临床工作者及患者理解和进行超越性叙事的可能框架。

这一超越性叙事框架尝试整合了包括超越论哲学、现象学心理学、佛教唯识学(八种识和三能变理论)及轮回学说等相关基本观念,并力求贴近临终者心智变化的临床经验。

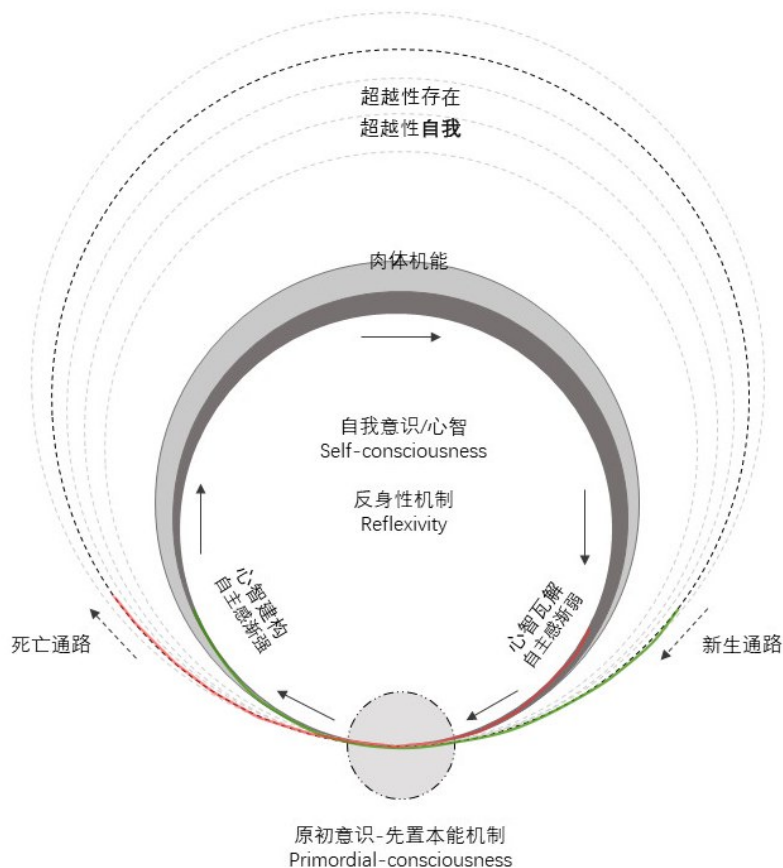


图5 一种超越性叙事的框架

在这一叙事框架中,现实自我身心系统(肉体机能与自我心智)与超越性存在(自我)系统在个体原初意识领域交汇,构建出个体生命新生—死亡的循环转化通路。这是自我心智通过援引超越性存在获得非我性存续的救赎通路。

原初意识(primordial consciousness)是意识现象学中的基本概念,指向非分析、非反思的直觉性状态,纯粹体验。对原初意识与新生婴儿意识状态进行对比理解,会发现两者如此相似,婴幼儿的经验即是直接无预设的、未被社会化的。临终濒死者因反身性机制(reflexivity)与心智崩坏,意识状态也发生原初化转变,反身性机制重又被先置本能所取代,从这个角度看,临终者如同复归为婴儿。

初生“我”通过反身性从原初中醒来,衰败“我”经由本能复归原初。原初意识成为现实自我新生与出离的必经之域,是起点也是终点,生命新生与死亡的循环通路汇集于此并各自开启。

正是现实自我心智在面对终结的颤栗中爆发的生命冲动,驱使其借助“超越性存在(自我)”将新生与死亡的通路缝合,期望自我延续循环,但自我心智的这种执拗恰恰否定了超越性存在的救赎方式,心智自我升华至超越性存在的通路正是建基在对现实心智(小我)的彻底舍弃,承认“心智小我”的不可延续性;这是超越性存在之救赎给出的价码,放下小我,接受另一种“非我性”的存续(即超越性自我,或“大我”)。

只有如此,超越性存在才得以成立,心智自我得以救赎,死亡得以超越。



四、生命历史时序感知紊乱的调适

(一) 超越性时序与心灵安适

在临终安宁领域, 本文尝试将心性或灵性痛苦 (spiritual pain) 理解为心智自我瓦解的痛苦, 现实心智时序 (过去-现在-将来) 难以流续的痛苦, 思考灵性与心性的施为 (spiritual care) 是否就是援引超越性存在框架使临终者的心智时序破除紊乱停滞, 恢复流动, 领受自我心智的蜕变而非瓦解, 从而获得当下的安适?

在超越性时序观念中, 对超越性存在的探寻与援引可以为临终者提供一种仍向未来投射的方式, 并帮助其审视和重新评价自己的生命历史, 找到经历中的连贯性和意义, 从而重新激活、重构、拓展了生命历史时序感知的流动及平衡。由此可推论, 这在很大程度上使得临终者能够以一种更为和解与平和的态度面对死亡, 同时在他们离开这个世界时仍感到自己是有价值和目标的。

也是就说, 可将此作为灵性/心性施为的总体方向。

(二) 调适目标与策略

基于临终生命历史时序感紊乱论述与临床经验, 发现这种紊乱的调适资源本就隐含在患者“过去-现在-未来”的时序体验中, 并由此出发尝试提出临床可操作的调适模式, 以下作简要介绍。

这一模式相关的调适策略更多地在于个体自我心理层面被讨论, 将超越性自我作为自我系统整合的一个重要部分, 并在个体生命末期的终极挑战中被强调与援引。

所谓调适, 是指在生命历史时序感知紊乱的诠释框架下, 引导支持患者进行超越性自我的叙事构建 (或提炼), 并以“超越的我”之眼光重新观照与解读自身的“过去-现在-将来”, 从湍流性 (或停滞性) 时序感知渡引至超越性时序感知, 解除当下体验之张力并获得安适。

因此, 超越性自我及未来的个体叙事是奠基性的, 调适以此为支撑基点, 修通现实未来的终结 (死亡), 梳理释放过往经历, 并通过当下的观照练习获得自我安顿, 即“修通规划未来、整理释放过去、安顿当下现在”。

以一种超越性自我的展望, 对“过去”进行梳理、释放、再构并获得当下安住的体验, 现实自我由此变得圆满与富有意义, 并不再为现实未来的终结感到恐惧。可以说, 现实未来的终结 (即死亡) 成为了现实自我的蜕变机制, 现实自我的圆满终结是一项超越性的准备, 就像人们从故地离开, 总是要回望和收拾一番, 使之有圆满安好的意义, 便能即时启程。

从这个角度而言, 临终时序紊乱的调节也是一种为维系临终者自我感所付出的努力, 一方面是维系一个圆满的现实自我, 另一方面是援引一个超越性的自我 (即便是非我性的存续)。

值得强调的是, 调适并非完全遵循线性化的时序轨迹, 即便超越性未来/自我的构建始终是具有优先性的聚焦基点, 但涉及超越性资源的探寻与发掘通常也会回到个体过往生命历程与其死亡期待中展开; 此外, 被“超越的我”所观照与重读的人生过往, 同样需要完成一种圆满叙事, 与“超越的我”一并在现时当下中反复体验、练习与巩固, 临终者的当下通过这种超越性的循环练习得以安顿,

这是调适预期达成的最高目标。

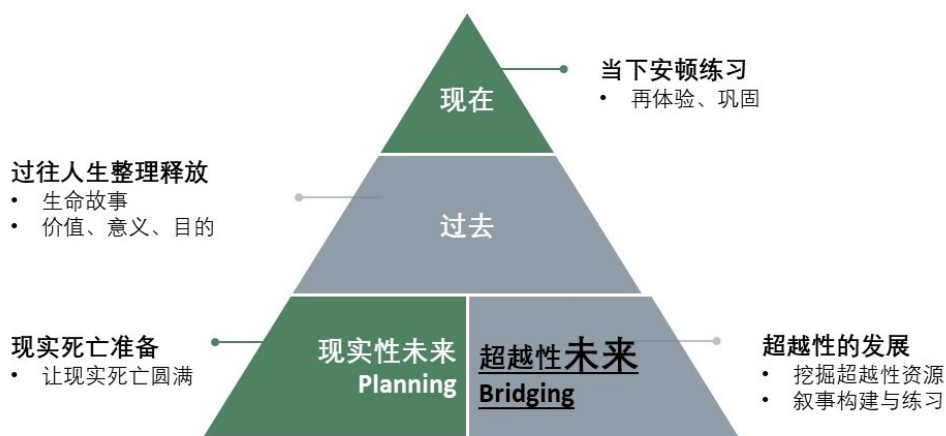





图6 紊乱调适框架

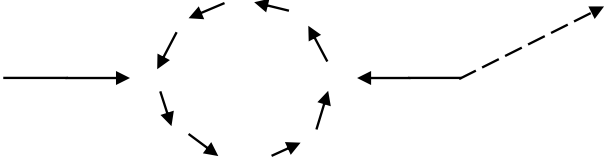
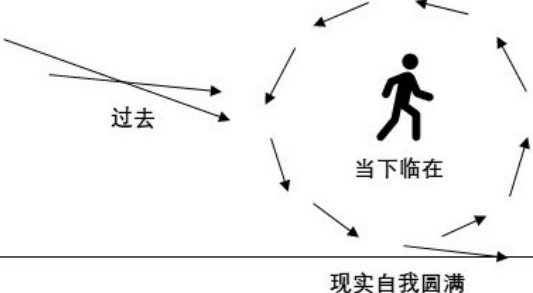
为便于理解时序感知紊乱特征与调适策略的呼应关系，以一种线性、静态的方式展开描述，临床调适则总是基于交互的、流转的、循环的时序视角呈现（表1）。

表1 生命历史时序感知紊乱(停滞)感知与调适策略

时序/特征	对“过去”的体验	对“现在”的体验	对“未来”的体验
湍流时序	记忆碎片化及混乱； 缺乏连贯性及意义； 遗憾创伤等经历的再显； 染上死亡恐惧的底色； • 与未来时序逆流对冲并构成对现在(当下)的侵扰；	 充满张力、撕裂的； 混乱焦躁、无所适从； 绝望与恐惧；	未来感丧失、终结感； 未来以死亡面目逆袭； • 与过去惯性时序对冲并侵扰“现在(当下)”；
停滞时序	 了结的、退场的； 黯淡或苍白的； 缺乏意义的；	空窗痛苦、“等死”体验； 生命的空乏、断裂、麻木；	 未来以死亡面目显现,但离真正到达仍有一段 时间；



续表

时序/特征	对“过去”的体验	对“现在”的体验	对“未来”的体验
超越性 时序	 <p>整合与圆满的; 认同与接纳的; 连贯性的、有意义的;</p> <p>•与现实未来时序逆流交融并在当下达成流转的平衡;</p>	<p>临在觉察的; 过去/未来在当下交融 流转的; 不焦躁、踏实安适; 慈悲的、宽容的; 享有联结感;</p>	<p>现实死亡并非终结性的; 超越性的未来感与希望感; 主动的死亡(蜕变)准备; •现实未来时序逆流与过去惯性时序交融且在当下达成流转平衡; •投向超越性未来时序;</p>
	<p>整理释放过去: 知病叙事 生命回顾与评述</p>	<p>安顿当下现在: 故事练习 超越练习 栖息练习</p>	<p>修通规划未来: 计划现实未来的终结 探寻超越性未来的可能</p>
调适策略	<p>整理释放过去 生命回顾 (远端)</p>	<p>安顿当下现在 知病叙事 (近端)</p> 	<p>修通规划未来 未来规划 •计划现实未来 •探寻超越性未来</p> <p>死亡高墙</p> <p>超越性未来(自我)</p> <p>现实未来终结 ⊗</p>

(三) 调适的方法

在临床上, 生命回顾、尊严疗法、生前规划(预嘱等)、灵性及宗教导引等精神慰藉之方法被广泛地熟悉和使用, 生命历史时序感紊乱的调适也同样涉及以上方法的应用, 并着重于将此类方法纳入到一个统一的、整体的支持框架中; 正如前文的比喻, 临终患者的当下应该是踏实安然的, 他需要一艘由过往生命素材打造的方舟栖居其中, 并朝向一种新的未来行进, 方舟和朝向共同构成了当下栖居的安然。



1) 修通规划未来 (Planning and Bridging the FUTURE)

引导患者以超越性时序与视角来迎向这一大写的未来,这里包含了两项关键动作,一个是构建超越性未来/自我的叙事(表2),由此消解掉临终时序感知紊乱的根源性压力,另一个是计划现实未来的终结。

现实未来终结的计划,即死亡准备,是引导患者提前地、主动地迫近死亡,是患者在这一现实未来的时序上所做出的自我圆满的努力,并因为有了超越性未来的参与而富有意义及希望感。

表2 超越性叙事引导框架⁴

超越性未来/自我:探寻与澄清	超越性未来/自我:叙事发展与巩固
<p>关键项</p> <p>a) 你相信的是什么?</p> <p>b) 这种信念是如何形成的?</p> <p>c) 它如何影响你过往生活?</p> <p>d) 你有怀疑过它吗?</p> <p>e) 你是怎样重新确信它的?</p> <p>f) 它怎么影响你对未来/死亡的看法?</p> <p>g) 面对死亡,你还有何顾虑以及准备怎么做?</p>	<p>关键项</p> <p>a) 我相信...(描述、存在与伦理)</p> <p>b) 我怎么...(发展过程、关键事件)</p> <p>c) 我曾经...(影响、怀疑、关键事件)</p> <p>d) 我确信...(再次确信、关键事件)</p> <p>e) 我希望...(面对死亡、指引帮助)</p> <p>f) 我可以...(做好准备、练习等待)</p>
现实未来:死亡准备(略)	

2) 整理释放过去 (Sorting and Releasing the Past)

提供一个半结构化的生命历程回顾与评述引导框架,支持患者及家属在知病期^[7]回顾与梳理生命经历(包含患病经历),识别与整合未解决的情感冲突、创伤及遗憾,释放对过往的执着与负担,总结可传承的人生经验与智慧,并创作一个为自己代言的“生命故事”,以实现心灵的平和与圆满。

在面向“过去”的工作中,对疾病历程的回顾与理解至关重要。许多患者(包括家属)对于自身疾病了解甚少,对“当下正在发生/经历什么事情”很难给出一个清晰明了的叙述,疾病经历作为生命末期患者新近且模糊的“过去”便无法被整合进自我生命叙事中,并由于疾病的日常真切性给患者现时当下带来极大的侵扰压力。帮助患者理解疾病与其所致的处境,形成一个可以被整合的叙事,是释放过去与当下压力的重要切入口,也是临床上容易被接受与讨论的话题。

因此,有必要将“整理释放过去”的临床支持工作分为了近端与远端两个部分:知病叙事(近端)与生命回顾与评述(远端),并设计对应的引导框架;通常情况下,建议由知病叙事框架着手并逐步导向生命回顾与评述框架(表3)。

3) 安顿当下现在 (Settling in the Present Moment)

通过对过去、未来的时序调理工作,临终患者理解并尝试将超越性时序感知整合入临终体验之中,“过去-现在-未来”在当下交融流转(有条不紊),并感受到临在的慈悲、宽容与联结,达成现时当下的安顿。

值得强调的是,这种安顿之体验需要被患者反复练习,从反思性经验变成直觉性体验,正如“需



表3 整理释放过去/叙事引导框架

知病叙事引导框架 ^[21]	生命回顾与评述引导框架 ^[22]
<p>关键项</p> <p>a) 疾病叙事——发生了什么?</p> <p>b) 疾病归因——为什么得病?</p> <p>c) 重要影响——那会怎么样?</p> <p>d) 意义与益处——还可以怎样?</p> <p>e) 优先事项与目标——什么是重要的?</p> <p>f) 承认恐惧</p> <p>g) 平衡生死(双重意识)</p> <p>h) 预立计划</p>	<p>关键项</p> <p>g) 价值观和信念;</p> <p>h) 重要人物;</p> <p>i) 关键与转折事件;</p> <p>j) 重要成就和自豪;</p> <p>k) 逆境与挑战;</p> <p>l) 重要教训与见解;</p> <p>m) 未竟事宜及遗憾;</p> <p>n) 留予亲友的信息/话语;</p> <p>o) 希望被记住的方式;</p>



生命故事文本
准备现实自我的圆满终结

注:知病期,是指生命末期患者疾病症状可控、身体机能与心智功能尚能维持的阶段,区别于身心机能快速下滑的病沉期。要调试自己的故事方舟,校准行进的航向,并找到一个可放心栖息的舒适位置”。本文临床研究团队也试图为患者提供一个结构化指引框架及工具以支持他们进行安顿练习。

表4 当下安顿练习指引框架

故事练习	超越练习	栖息练习
<p>方式:</p> <p>a) 修饰、提炼与强化;</p> <p>b) 沉浸与再体验;</p> <p>c) 述说与分享;</p> <p>以上针对由患者在知病期所创造的“生命故事”。</p>	<p>方式:</p> <p>a) 超越性未来设想与描绘;</p> <p>b) 与超越性自我的对话;</p> <p>c) 以超越视角回望现状;</p>	<p>方式:</p> <p>a) 正念冥想;</p> <p>b) 日常幸福觉察;</p> <p>c) 心流体验;</p> <p>d) 返还婴童想象;</p>
引导问题:略	引导问题:略	引导问题:略

五、讨论与结语

本文从现象学角度切入探讨了生命末期患者时间感知变异与其心智蜕变(及痛苦)之间的关系可能,由此提出“生命历史时序感(紊乱)”之概念并着眼于此构设一种针对紊乱的调适模式,这一模式的临床应用涉及心理学中的史性叙事、时间管理、自我认同及意义建构等方法,并通过援引超越性概念(超越性存在、未来、时序、自我等)尝试将以上临床方法整合于同一框架中。因此,在某种程度上,应将此视作为一种心理学之现象学视域下的心性/灵性关怀模式。

现代认知科学将自我感及时间意识视为多个神经心理过程统合的结果与神经适应性表征的产物^[9],不断挑战着“自我是一个连续、统一的主观实体”的传统自我观,即便如此,当回到临床实践中,直面患者的痛苦,临床工作者仍有可能与必要以一种跨学科的整合性目光,理解与支持临终患者



的主观体验与超越性需要。

死亡让身体的我、历史的我(心理社会的我)走向衰灭,却能让超越的我升起,显现出生命更宏大的历史感,让个体接纳身心消亡之事实并寻得终极意义的宽慰。本文提出的生命历史时序感知紊乱调适是一种以超越性叙事构建为基石的方法框架,无论是儒释道传统、心性说、祖先信仰及天人一体等观念,还是马克思唯物主义道德精神归属,中国人在超越的经验及资源上有着得天独厚的本土优势。

同时,也必须了解,生命历史时序与超越性的感知即便具有某种程度的客观意义,如生命历史时序通过时间标记、社会文化影响和科学研究进行部分验证和理解,超越性体验可以通过神经科学和心理学的研究揭示其客观某些特征和影响,但两者仍属于一种高度偏向于个人化的主观经验,在临床为上,尤其需注意其主观意义的限制性,从临终患者个人的实际需求与意愿出发,由他们自己来选择与决定,然后伴其同行,这是调适者应有的基本态度。

需要说明的是,这一调适模式的提出基于临终安宁临床有限的、朴素的考察及实践,在此,本文倾向于作为一种预设性讨论,并计划在后续的临床实操中设计研究课题以进行系统化地应用与验证。

注释

1 生理机能,主要涉及患者肌力、耐力、移动、进食、排泄控制、穿衣洗澡等日常活动能力指标,基于卡氏量表(KPPS)以及握力测试、步行测试(6MWT)等测评获得相关变化数据;自我感,则指向患者自我概念的清晰性,参考自我概念清晰度量表(SCCS)之框架及指标,在临床服务性访谈中获得患者对自我特质明确性、一致性、稳定性的认知程度变化数据,如不少临终患者会提到“我再也不是我了。”;痛苦体验,是指患者经历恐惧、绝望、无意义感、孤独、失控、自杀意念等内省体验,在痛苦类型与强度上,参考心理痛苦量表(PAS)、Beck绝望量表(BHS)、自杀意念自评量表(SIOSS)、人生意义问卷(C-MLQ)等框架及指标,在痛苦相关事实因素上,则参考心理痛苦管理筛查工具(DMSM)。

2 回顾性分析排除条件:疼痛等级评分大于等于7分(数字分级法,NRS),严重呼吸窘迫(血氧饱和度低于85%),疲劳、困倦程度评分大于等于7分(埃德蒙顿症状评估量表,ESAS-R);上述符合其一则不纳入回顾性分析。

3 卡氏量表(Karnofsky Performance Status Scale, KPPS),是一个用于评估癌症患者和其他慢性疾病患者身体功能状态的工具。KPPS评分范围从0到100,其中100表示患者完全正常,没有任何病症和不适;0表示患者死亡。该量表用于衡量患者的机能状态和生活质量,评估治疗效果和疾病进展情况。在临终关怀中,KPPS常被用于评估患者的身体功能状态,以帮助制定护理计划和预测预后,当患者的KPPS评分降至50%以下时,意味着他们需要相当的帮助和频繁的医疗护理,这通常伴随着显著的身体机能下降和心理状态的变化。这一评分与患者自我感的变化相关,是评估临终阶段心理-心性状态的重要关联指标。

4 表2为超越性叙事引导框架,“探寻和澄清”是指通过访察面询评估患者潜在超越资源并引导觉察澄清;“叙事发展与巩固”是通过叙事建构与发展出符合患者自身经验的第一人称超越文本。表中所示问题为半结构化引导关键事项,而非具体访谈题目,实际访谈问题需要进一步个性化设计。



参考文献

- [1] Feinberg T. E. , & Keenan J. P. (2005). *The Lost Self: Pathologies of the Brain and Identity*. New York: Oxford University Press.
- [2] Husserl E. (1991). *On the Phenomenology of the Consciousness of Internal Time (1893-1917)*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- [3] Heidegger M. (1962). *Being and Time*. New York: Harper & Row. (Original work published 1927).
- [4] 徐楚楚. 时间的主体性维度:现象学视角下的时间感知[J]. 社会科学前沿, 2024, 13(1): 525-530
- [5] [法]柏格森. 时间与自由意志[M]. 吴士栋, 译. 北京: 商务印书馆, 1958: 75
- [6] 王巍. 生命教育的哲学本底[J]. 华北电力大学学报(社会科学版), 2023, 4(5): 126-131
- [7] 陈劲骁. 生命时间及其变异:一种现象学精神病理学模型[J]. 同济大学学报(社会科学版), 2017, 28(5): 11-13
- [8] 陈劲骁. 不过时的癔症:一种现象学诠释. 中国社会科学网, 2022: https://www.reileurope.com/zx/bwyc/202201/t20220107_5387302.shtml
- [9] 孔佳仪, 魏屹东. 自我感神经心理模型与人格同一性[J]. 医学与哲学, 2023, 44(24): 60-64, 70
- [10] Feinberg T. E. (2011). *Neuropathologies of the self: Clinical and anatomical features*. *Consciousness and Cognition* 20 (1):75-81.
- [11] 刘鹏飞等. 时间心理学引入临终关怀的探索与思考[J]. 社区心理学研究, 2023, 16: 134-151
- [12] 余德慧著. 生命史学[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2016: 95-98&176-179
- [13] 李恒威. 意识: 形而上学、第一人称方法和当代理论[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2019: 74-75
- [14] James W. (1890). *The Principles of Psychology*. New York: Henry Holt and Company.
- [15] Gallagher S. (2000). *Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science*. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14-21.
- [16] Haggard P. (2005). *Conscious intention and motor cognition*. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(6), 290-295.
- [17] Steinhauser K. E. , Christakis N. A. , Clipp E. C. , McNeilly M. , McIntyre L. , & Tulsky J. A. (2000). *Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers*. *JAMA*, 284(19), 2476-2482.
- [18] 余德慧著. 临终心理与陪伴研究[M]. 重庆: 重庆大学出版社, 2016: 86-87&306-308
- [19] 凯思林·辛著, 彭荣邦、廖婉如译. 好走:临终时刻的心灵转化[M]. 台北: 心灵工坊文化, 2010: 393-394
- [20] 郭永玉著. 精神的追寻: 超个人心理学及其治疗理论研究[M]. 武汉: 华中师范大学出版社, 2002: 78 - 82
- [21] Rodin G. , Hales S. *Managing Cancer and Living Meaningfully: An Evidence-Based Intervention for Cancer Patients and Their Caregivers*[M], NY: Oxford University Press, 2021.
- [22] 刘超, 郭永玉. 死亡意识:意义感在临终关怀中的作用[J]. 心理研究, 2010, 3(1): 9-15

From the Perspective of End-of-Life Mental Transformation: Exploring a Regulatory Adjustment Model for the Disorder of Sense of Life Chronology at the End of Life



Kong Zeshi, Huang Weiqing

Shanghai End-of-Life Care Health Service Center

Abstract: In the clinical study of palliative care and hospice, particularly from psychological and spiritual perspectives, the Sense of Self is often seen as a core issue. However, another closely related concept essential for understanding terminal psychology, the Sense of Life Chronology, has rarely been explored in depth. The potential interaction between these two concepts and their possible disorders during the terminal phase offers a unique analytical framework for studying changes in psychological and spiritual states at the end of life. Drawing on years of observation and experience in palliative care and hospice clinical practice, this paper examines the interrelation between terminal patient's Sense of Self and Sense of Life Chronology. It further proposes a clinical adjustment model to address disarray in the terminal Sense of Life Chronology. The aim is to help patients reconstruct the coherence and fluidity of their life history perception through narrative psycho-spiritual interventions, thereby restoring psycho-spiritual balance and enhancing the quality of life and well-being of terminal patients.

Key words: phenomenology of consciousness; sense of self; terminal mindset; sense of life chronology; transcendental care

作者简介 (ID):

1、孔泽士, 临床心理咨询师, 安宁疗护社工, 上海安疗健康服务中心理事: 通讯地址: 上海黄浦区普育西路105号6号楼105室, 电子邮箱: 705694882@qq.com

2、黄伟青, 临床安宁疗护师, 上海安疗健康服务中心主任, 通讯地址: 同1, 电子邮箱: 2480957073@qq.com