



如何瞭解病人 與醫師的心理

羅大偉 合著
馮達凱
盧寶光

前言

我們都以最興奮的心情，期待着有一天穿上醫師服，滿臉笑容，充滿自信的，走進那死氣沉沉的病房中，盼望着病人和他們的家屬，以最信任的眼光，投在你那張神氣的臉上，得意洋洋的在翻病歷，討論病情。可惜，有否想過，以下的病例，可能發生在你的病人當中，你會有什麼的反應呢？應該如何處理這些情況呢？

病案一

一位二十二歲的年輕人，男性，十歲左右患有風濕性心臟病，經過兩年的住院，最後作了一次人工心瓣移植，手術成功，却留下一處明顯的疤痕；他因而退縮，甚至不敢到海灘處游泳。最近因肺炎而咳嗽，發燒，醫師要求住院但他拒絕，家人勸

告亦無效。但病情一直惡化。病人不肯放棄白天的工作，照常上班，晚上也繼續到學校上課，放棄休息的機會。最後，從他的一位摯友聽他拒絕住院接受治療的「理由」，加以勸導，結果接受住院、治療。

病案二

霖達的母親沉默的站在病房的一角沉思，十三歲的霖達這一次是兩年來因她的 Hodgkin's Disease 合併的呼吸道感染復發的第六次住院。她的病是四年前診斷出來的，她是家裏三個女兒中最大的一位，父母已離異，家裏是靠社會福利維持生活。霖達的護士送她的晚餐來時，見到她的母親就問她要不要餵自己的女兒，她的母親說：「你餵她，那是你的事。」

病案三

一眼看過去，就覺得她不是一個正經的女人，打扮時髦，她是第四次因非法墮胎感染後被送到醫院來這次情況並不理想，醫師臉上一副無可奈何的神情，因他曾多次勸病人使用避孕方法，但未被她接受，她的和生活也不被約束，醫師真不知道這次治療要是成功，下一次又會在什麼時候發生！

以上的病案，並不是極不尋常的情況，他們都很可能發生在你面對的病人身上。我們走進病房，是要面對病人，一個有感受，有反應的個體，他們會焦慮，會害怕，會煩躁，也有自尊心，他們對於所遭遇的不幸，也有不同的心理機轉，嚴重一點，就會做成心理上的不平衡，醫師所要治療的是這個病人的整體，我們有責任去了解並幫助他們，使他們心理得以協調。

本文是闡述在內、外、小兒、婦產科中，可能碰到的病人，他們心裏可能在想些什麼，又有什麼感受，作一個簡單的介紹。一方面叫我們面對病人時，有心理準備，也叫我們相信，他們的心理情況，是可以瞭解的，也是可以利用一些技巧，加上同理心 (Empathy) 來解決解決他們因生病而帶來的心理壓力。記得病人是一個活生生的人，不是實驗老鼠，不是研究對象，他們的心理是可觸摸到的 (reachable)，是可以幫他們得到平衡的。今天日益加增的醫療糾紛，是否跟我們與病人之者彼此不夠瞭解所引發的？是值得我們一同去探討的。

醫生是為了病人而存在，病人却不是為了醫生而產生的
知彼知己

還未進入瞭解各科病人心理狀況以前，讓我們先瞭解一下自己如何？作為個一實習醫師，有兩個不同的身份，一方面我們是站第一線的照顧病人，也算醫院裏面的工作人員；另一方面，我們又是學生，在病人的眼中，可能不太算是醫院裏的正式人員，所以作為一個 student physician、剛要正式的接觸病人，照顧病人我們的心理狀況又是如何？

(一) 來忽忽、去忽忽

我們一年內要排內、外、婦產、小兒四大科，加上其他小科，所以一刹那便要改變環境，剛到了內科把自己當成個內科醫師，不多久，又要變成外科醫師，要對新的工作環境，又要跟新的工作人員建立新的關係，結果如何呢？

- (1) 太多太快的改變環境，容易造成焦慮。
- (2) 時間太短促，很難與人建立穩固的關係。

所以，可能你剛使一個快要接受大腸造瘻 (colostomy) 的病人，消除了焦慮和恐懼你又要離開他而輪到小兒科去，心裏很容易就產生一種遺棄他的感覺，也可能是在他需要你的支持的一刻而離開了他。

(二) 中間人

如前述，實習醫師的身份是兩面的，介於醫院正式的人員和病人及家屬之間，好像成了一個「中間人」，是一個極具挑戰性和困難的地位，病人對住院醫師的治療產生懷疑時，他會問你的意見，也要你的建議，假若你本人也確實對住院醫師的治療有所懷疑，但又不能叫病人失去信心，你會怎麼辦？建議你一方面向病人和家屬解釋一下治療原因，過程、目標、用他們可瞭解的口語來解釋；另一方面，也可以叫病人和家屬多留意病程發展，或是按時用藥，如此可使他們對治療有更多的參與感。

(三)我也哭了

跟病人建立了關係，很自然的，他們遂成了我們的朋友，有一天當他們接受了死亡，或者失去了身體的某一部份，例如截肢手術，或是其他 disfiguring 的手術，對我們也成了一個打擊，也許對於我們這些感情仍未麻木的 student physician 而言，是難以接受的時刻，內心可能出現了不安、自疚、失落的感覺，也許「我也哭了」。

特別在小兒科，一個小寶寶的死亡，我們很容易產生自責的心理，下面是一個事例：

一個實習醫師聯想到一位年輕病人的死亡，是由於醫院的 R 給他一個操作治療的情序，而引致操作被延誤所引起的，沒有人可以說服他消除這個自責的心理，並且這個痛苦的經驗，求遠成為他的一個悲劇。

(四)指南針

有些時候，我們需要一個值得我們向他看齊的榜樣，作為心中的模範或是靠山（所謂 role models）。因目前仍缺乏一些有領導地位的女醫師，女同學可能較難得到可模範的指南，更重要，我們必須接受那些心中的榜樣，其中仍會有人性，人的錯誤及缺點，可能他們開的一些玩笑，跟我們的道德觀不太符合，而令我們失望。

(五)學術萬歲

從書本裏一大堆資料，到了醫院便急着在病人身上求印證，在醫院的學術氣氛薰陶下，我們會羨慕好些醫學上的巨人，往往陶醉在一些學術的研究，把知識放在我們崇拜的地位上，很容易把病人當作一個研究對象來看待而缺乏了對他有一個“whole person”的觀念，有一個笑話：

「一個醫師與高彩烈對病人說：『哈哈！真高興被我發現了，你的病是我們醫院十年都未發現過的癌症呢！』」

我們必須清楚了解並接受自己，知道我們有限的力量，弱點和限制，加上了解病人，共同合作，才能發揮最大的力量作為一個成功的醫療者。

外科

引言

有人說：「進行外科手術的病人，被麻醉後，就好像到死門關去遊覽，不曉得能否趕上最後一班車回來」外科病人心中的恐懼、徬徨和不安，是衆所皆知的事實，但大部份的恐懼是由於對手術的目的，過程及後果不明瞭而產生的。

另一方面，進行手術的外科醫師，很容易把病人當作出了毛病的機器，而忘記了病人身心的整體性，這可能是由於手術過程常常帶來了具體和明顯的後果。（例如解除痛楚，阻塞或是器官移植。）像尿道結石，外科手術把它拿掉，就可以消除阻塞，解決痛苦，見效神速，使我們容易忽略了病人參與治療的重要性。其實，病人對他本身情況的瞭解，參與治療及持久的求生慾望，對癒後是極為重要的。

也許因為外科治療的效果比較明顯和迅速，很多病人也會因此對手術結果，有不正確的，過份的期望。手術前不先跟病人分析手術的療效及可能發生的問題，將會帶給醫師跟病人之間的不瞭解，也做成日後很多不必要的麻煩。「手術同意書」只是法律上給予醫師的保障，最重要還是病人經過充份的瞭解手術治療目的，經過和後果，才作出心裏真正的「同意」。反之，病人會因不明白而帶來了恐懼，拒絕治療或是手術後，因結果跟理想中的不一樣，而後悔他的同意，做成了日後一些不必要的醫療糾紛。

心理反應

病人面對疾病，手術及住院，產生了不同的反應，這些都可能成為治療上的障礙，像文中病案一中的年青人，他是因小孩子時候對醫院產生了錯誤的聯想，討厭醫院的環境和氣氛，對前途發生「怕失去」的恐懼，故此表現得不合作，拒絕住院治療，使一個單純的肺炎，延誤了病情，也許開始的時候，我們多加一點關懷，多一點忍耐，去探討他的

心理狀況，用多一點時間，去聽病人申訴，可能問題就容易解決多了。

更重要的，病人可能會產生更嚴重的心理反應，引致一些自殺傾向、抑鬱、人格改變等症狀，是需要我們在治療前後，特別加以注意的。我們給予他們精神上的支持，一些合乎事實的保證，也許可以減輕他們心理上的壓力，對治療也有很大的幫忙。

病人的心理反應，可以概分為兩大部份。一部份是一般反應，即無論是那一項手術，都可能引起的症狀。第二部份却因不同的手術，引起了特定性的反應，他們會因為不同的手術，及手術的結果，而有不同的反應，雖然某一些反應的出現是在所難免的，但過度的反應却是應該及早發現並可以避免或是減輕的。

(一)一般反應

(1)依賴性

外科病人可以在兩個極端，一種是非常依賴，對我們的要求特多多，對食物，治療及其他護士諸多埋怨，常常希望藉此引起別人關注，他們也會要求更多的止痛劑，鎮靜劑等藥物。有時候在治療完後，很難叫他們離院。在另外一個極端，却是極度抗拒依賴心，他們不願意遵守醫師吩咐，提早離床，不按時服藥，也不按規定進食，提出很多他們的主張，也可能自動提早出院。

(2)態度惡劣

可能是由於內在的依賴，不安，焦慮或是對自己不幸的遭遇不滿，退縮，而轉移投射在我們身上，他們愛找麻煩，挑毛病，搗亂，弄得雞犬不寧。他們喜歡跟護士爭執，要求更大量的止痛劑。有一次，一個患心肌梗塞的病人，六十多歲，因為醫院預備的「限鹽餐」感到非常不滿，常常無理取鬧，一個下午，護士要帶他去照 X 光，他一口拒絕，理由是說他剛吃過芝麻湯圓，照起來一定是黑黑的，還理直氣壯的跟護士爭辯，鬧得那護士哭笑不得。

以上的情形，最好的處理是細心尋找他們背後的動機，是焦慮，是恐懼不安，是自信心的摧毀亦

或其他，從而為他們開解，適當的保證，可幫助他們除去無謂的恐懼。要了解這些潛伏因素，最好是所有醫務人員組成小組來處理，訂定對病人的個別處理方案，嚴重的病人應該會同精神科醫師共同處理。

(二)特定性反應

(1)進行第一次手術的病人，因缺乏對醫院環境的認識，也從未有過手術的「經驗」；有一些病人也會從親戚朋友當中，獲得一些不太正確的資料，因而產生更大的焦慮。

(2)惡性腫瘤的病人，因要面對死亡，或者因手術對身體造成嚴重的傷害，或是失去身體的一部份，病人遂很容易產生恐懼，不安和憂鬱。

(3)截肢病人，會擔憂失去了正常的身體功能，失去工作和自我照顧的能力，而做成焦慮和憂鬱。

(4)整形外科病人，對手術成果產生了過份的要求，或是不切實際的期望，而做成失望。整形又分 cosmetic 和 reconstructive 兩類。前者不一定可以完美的改變她日後的生活，縱然手術結果是相當的完美，但容貌的改變不一定就能夠完全滿足病人對生活的要求。後者可能因害怕跟朋友或是親人接觸，形成退縮心理，又或者因手術未達到預期的成果，而產生失望，沮喪的心理。

(5)乳房切除手術後的女性，害怕因此失去了女性的特徵，以及對異性的吸引力，改變了以前的形象，也害怕會因此影響了日後的性生活，造成自疚，焦慮和恐懼。

(6)大腸造瘻術，小腸造瘻術的病人，很容易產生不清潔，臭味和失去了糞便排泄的控制，做成了焦慮，憂鬱的心理，有一些却擔心日後會影響到他的性行為。

(7)接受器官移植的病人，可能會產生內疚，認為是拿了別人的器官，特別當該器官是來自家屬的時候。接受手術後，會一直擔憂該器官的功能，害怕發生感染，排斥的現象。因時因為病人長期用減低免疫能力的藥物（如腎上腺皮質素）而產生人格改變，憂鬱，情緒不穩，嚴重的可以做成精神病狀。

(8)泌尿外科治療後，病人會恐懼變成性無能，在中國社會中，病人會加倍的恐懼，往往會因此譁

疾怠醫而延誤病情。

(9)失去了視覺或聽覺，對病人是一個很嚴重的打擊，造成極大的心理壓力，病人容易成爲不平衡，像截肢手術的病人一樣，會擔憂失去了正常的功能和工作，產生極大的憂鬱。

(10)心臟血管手術病人，參看下面描述。

對以上可能發生的心理反應，醫師的警覺性非常重要，要時時留意病人的行爲表現。同樣，我們也當留心病人可能因爲用藥後，產生種種的精神效應。及早發現，可按病情的需要，予以減量或停藥。其次，病人生理上的種種變化，例如血中的電離子，血中氧份，二氧化碳分壓，血中酸鹼度的改變，這些都可能影響中樞神經系統，繼而影響精神狀態。

亮起紅燈

發現了以下的精神問題，應該特別提高警覺，也當會診精神科醫師，共同解決。

(一)自殺傾向 有懷疑或是證實有自殺念頭的病人，應立刻會診精神科醫師處理，有必要的時候，可把病人轉送有良好防範病人自殺行爲的醫院，也當把病人情況向其家人解釋明白，多加防範，等到病人精神狀況好轉，才進行外科治療。當然在極緊急的情況下，就不必等待他精神方面的好轉。

(二)憂鬱 外科病人因其疾病，並擔心手術結果，而產生的憂鬱，是難以避免的，但過份不適當的憂鬱，會影響病人的一般狀況，別忘了病人的求生慾，對治療的結果，影響很大。同時，也應該辨明病人憂鬱，是病發前或病發後引起者，給予病人適切的勸導，及合乎事實的保證。

(三)其他 例如病人有精神病症，精神官能症，Organic Brain Syndrome，人格改變等合併症，應特別了解其致病原因，從而獲得他們的信心與合作，給予適切的治療。

結論

在外科病人身上常碰到的心理問題，我們可循以下的方法去處理：

1. 充份的了解病人，同情病人。
2. 給病人足夠的支持和確實的保證，別爲了保

護自己，當病人問及他的病情什麼時候會好，我們便掉以輕心答一句：「不知道！」，如此，只會增加病人的猜疑，加重病人的焦慮。

3. 全體醫務人員，包括我們，護士，精神治療員，共同彼此合作，以 ward team 處理。

4. 必要時，可以利用一些藥物治療，包括鎮靜劑，安眠藥等。

5. 嚴重的病人，應會診精神科處理。

6. 留心病人的用藥，防止因用藥所引起的精神症狀。

手術前病人處理

病人在手術進行以前，往往需要一些可依靠的人，來渡過他們恐懼，焦慮和痛苦的一刻。當然進行手術的外科醫師是最可以叫他們安心的人。其次，負責照顧他們的實習醫師也是責任重大，因他們是第一線去接觸病人，認識病人的背景，家庭境況較深，也有更充份的時間和病人在一起。

假如病情不是非常緊急的話，病人應有更充分的時間去接受因手術帶來的心理壓力。手術前的預備，應在與病人見面時，進行以下的處理：

1. 告訴病人可期望的手術後果。
2. 告訴病人將會在手術中及手術後的感覺。
3. 可能的話，安排病人先到恢復室參觀，以便病人手術後醒來，不會因陌生而恐懼。
4. 留心發現病人對手術或手術後一些不正確觀念。
5. 留意病人的心理狀態，對於恐懼，焦慮，及早治療，有助手術的進行。
6. 改善我們跟病人之間關係，從而獲得更大的信心。
7. 留心對病人的態度，尊重病人的隱私權，不作無必要的檢查。
8. 對病人家屬講解病情進展，解釋手術目的，鼓勵家屬給予病人更大的照顧和支持，因病人得不到家屬的支持，會轉而加重對醫師的依賴。
9. 診斷結果，應考慮用什麼方法告訴病人和家屬，特別是嚴重疾病。
10. 不作太早的保證，未確實的診斷，不肯定的手術後果，不要太快告訴病人和家屬，但需把治療計劃和期望的後果，在病人詢問時你確實的回答。

手術後病人處理

有不少病人在手術後，會表現得過分焦慮，痛楚，憂鬱和過份要求止痛劑的情形出現，病人也可能發生反向作用，不承認並接受事實，焦慮，有時候以身體症狀來表現，如心頻律，不整律，呼吸加速，失眠，易受刺激等。病人不斷要求止痛劑，可能意味要告訴你一些心中的難題和疑問。憂鬱，却可以使病人厭食，不合作，失眠，退縮或目無表情。

處理的方法，跟以前闡述的略同，切記給予病人足夠時間，去表達其內心的感受，病人情緒的不穩定需要醫護人員更大的關心和忍耐，支持其求生意志，共同討論如何改善日後生活方式，可聯絡社會工作者，給予病人經濟上或社會福利的幫助，必要時可給予病人藥物治療，但切忌造成病人對藥物的依賴性。鼓勵病人，粉碎其自憐，自怒、自艾的心理。讓病人整體性的康復，是醫者的最高目標與責任。

心臟血管手術病人

因爲診斷及手術的進步，心臟手術已經日見普遍，對於心臟手術的病人的心理狀況，也有相當的研究與探討。在一般人的心目中，心臟代表生命的總樞，也是生命的動力，故此所有的心臟手術都會被視爲「大手術」，而引起害怕死亡、無助、無可奈何、絕望的心理。

你是一個開心專家嗎

別以爲一個心臟專家，只要技術好，就不管別的，把病人的心理境況，當作等閒，根據 Kimball 的研究，手術後的死亡率，跟手術前的抑鬱狀態有最密切關係，如此，一些病人在手術前，表現出特別依賴，特別有些小孩子病人，不容易跟父母分開，從而獲得更多“secondary gain” 這些病人的癒後較不好，手術後住院期也較長，其次，病人手術前過份憂慮，也導致手術後的癒後不良。他們手術前表現出不安、過度緊張、食慾不振、失眠等，這類病最易產生手術後「災難性反應」(Catas-

trophic response)，其情形如下：

1. 病人躺着不動，沒有反應。
2. 失去臉部表情，像戴着面具一樣。
3. 眼睛緊閉、或無目的凝視。
4. 被動性的合作，沒有主動的動作。
5. 對發問的問題，只作最簡單的回答，雖是正確的回答，但往往是寥寥數語。
6. 發生期間通常四一五天，當中可能會失去記憶。

那一些病人的反應最佳？

他們敢面對現實，能夠對生活上的壓力，處理妥當，對手術抱有適度的不安，恐懼和焦慮，（完全的不在乎，不恐懼或毫無焦慮並不是好現象。）對手術後的生活，抱着樂觀，有計劃，有盼望的心情，當然這些都跟病人的人格類型，以往自己或家人的手術經驗，病人曾否患有精神病患等因素有密切的關係。

緊急反應

因爲心臟手術帶來莫大的打擊，病人爲應付種種心理壓力，往往表現出「緊急的心理保護反應」(Emergency-like psychological defenses) For et al 提出以下的反應，都可能出現在 Mitral cardiomy 的病人：

1. immobilization 一什麼也不作，也不動。
2. 失憶—通常是故意的遺忘。
3. 人格改變。
4. 備戰狀態—心情極緊張，像作戰一樣。
5. 興奮。
6. 否認—他們會否認手術的必要，可能另尋高明

其實，這些都可能出現在其他手術者或癌症患者的心中。

手術後精神病 (Postoperative Psychosis)

在以往的 closed heart procedures, 手術後精神病的發生率僅爲15%，但現今之 open pr-

cedures, 却上升為50%, 其發生通常多因性的, 跟手術前的心理狀態、年齡、加護病房的環境及其他不正常之生理狀況有關, 他們的表現可能是譫妄 delirium 或是急性的精神分裂 (acute schizop-hrenia)

上述之處理跟其他手術後的處理方法相同:

1. 好好的評估病人心理狀態, 防止引發的潛在因素。
2. 經常的探望病人。
3. 適當的運用精神藥物。
4. 使病人之睡眠及日常生活趨於正常。
5. 減少病床旁邊一些單調的控制儀器之聲音, 而換上一些較吸引性的東西如收音機、照片等。
6. 讓心理醫師跟病人作手術前之會面, 可及早發現病人對病況不正確的觀念和態度, 對手術的癒後, 極有幫助。

心理醫師應讓病人明瞭手術的意義, 可期望的結果, 探討病人因病症所帶來之痛苦和生活影響, 從而了解病人手術前之心理, 加以輔導, 以其達到最佳的手術結果。

腫瘤外科病人

近日因大眾傳播的發達, 人民知識水準日漸提高, 對癌症的認識亦日漸增加; 相對的, 人們對癌症的恐懼也加深不少, 差不多到了「談癌色變」的程度, 往往身體上摸到一個小硬塊, 便很自然會聯想到癌症, 愈往壞的方面去想, 便自然的想到死亡, 而產生許多的憂慮、不安和恐懼。

恐怖的沉寂

另外一方面, 忙碌的外科醫師, 因繁重的工作而沒有更多的時間去關心病人, 解答病人的疑惑, 病人大概除人每天早上醫師查房時, 可以跟醫師見面以外, 大部份時間就會有一種被遺棄, 被忽略和「孤軍奮戰」的感覺, 在這一段恐怖的寂寞裏, 而診斷結果還未出來以前, 病人會幻想, 會懷疑自己的病情, 因此加重病人的疑惑, 認為醫師和家人在隱瞞着甚麼事實, 不告訴自己, 可能經他如此一想, 明明是一個小小的良性脂肪瘤, 而被幻想成爲惡性腫瘤, 徒然加重了病人的不安和恐懼。

判決死刑

每一種腫瘤, 它們的惡性程度都不一樣, 所以診斷的時間夠早或是太晚, 治療成功率的多或少, 發病的部位都影響了腫瘤的結果。在醫師的眼中, 惡性跟良性的差別, 是在乎腫瘤的細胞會否轉移, 良性的不就表示完全沒有生命的危險, 惡性的就不等於判決了死刑一般。及早的診斷, 良好的處理, 往往可以增長惡性腫瘤病人的壽命, 甚至可以治癒。(癌症治療, 通常不用治癒這字眼, 而以五年生存率, 十年生存率等表示病症的癒後情況)。反之, 病人的心目中, 「惡性」就等於死亡, 一知道自己得到的是惡性腫瘤, 就如晴天霹靂, 一生的計劃和目標都毀於一旦, 心中的意念都變成毀滅性的, 要接受如此重大的打擊, 病人很容易會出現否認、憤怒、憂鬱等心理, 最後才把事實接受了。但是, 其中病人却不知承受了多少的痛苦。

另外值得注意的, 就是一些病人得到「良性腫瘤」的診斷結果後, 便會掉以輕心, 不容易對他們追蹤檢查, 或者病人就此不接受進一步的治療。我們知道, 好些良性腫瘤的細胞, 在多少年後, 便有轉爲惡性的可能, 我們要得到他們的合作, 才能及早預防。

你的責任

要處理腫瘤的病人, 除了外科手術切除, 和其他放射性治療及化學藥物之外, 最重要的, 是讓病人清楚認識他得到的病症, 自然發展史, 治療目的和可期待的結果, 沒有治療跟治療後, 死亡率的比較, 治療後復發率和因治療後所做成的身體上和生活中的改變 (如因惡性腫瘤而遭受截肢的病人) 這些都應該用病人可接受的話語來告訴病人; 就是良性腫瘤病人, 也應該告訴他們轉爲惡性的可能性, 從而使得他們合作, 定期檢查, 而達到預防的目的, 我們也要支持病人, 有活下去的鬪志, 病人本着「必死無異」的心理, 再好的治療, 也已經失敗了一半, 這些都是你的責任, 也就是治療的一部份, 絕不能因爲你的「太忙了」就可以推諉的。

外科慢性痛症病人

「痛」, 大概是最常見的症狀, 幾乎大部份的病都以「痛」來表現, 它也是最容易促使病人找醫師幫忙的因素。遺憾的是, 我們對痛的本身認識仍是不很清楚。

慢性痛 (chronic pain)

科學一直在研究什麼是「痛」。因爲他們發現「痛」本身就受着心理, 社會和文化背境的影響, 而各人不同, 例如: 占童作法時, 上刀山、下大海, 甚至用刀刺傷身體, 以致流血, 但他們的精神進入近乎瘋狂狀態, 從他們的表情和他們本身的訴說, 完全沒有感受到「痛楚」反之, 有些人被木屑刺了一不, 便大叫大嚷的喊痛, 究竟什麼是「痛」? 一直未有完全的解釋, 本文我不再詳述, 無論如何, 心理可以影響痛的感受。反之, 痛 (特別是慢性痛) 也可影響心理, 因此, 慢性痛是值得我們小心其去探求原因, 因爲有一部份的慢性痛是可以藉着外科的治療而減輕或是除去的。

兩大代表

最具代表性而最常發生的兩種慢性痛, 就是背痛和腹痛, 前者是最常見之肌肉骨骼毛病, 後者則常使人迷惑, 常給予醫師莫大的挑戰和考驗, 它需要詳細的診斷和高度的技巧, 在處理這兩大問題時, 需要下面的原則:

1. 不要立刻給與病人止痛劑, 縱然病人辛苦呻吟, 輾轉於床上, 以免影響診斷。
2. 在考慮手術以前, 應給予病人徹底的檢查, 包括了病人的心理情況, 是否有些發生在病人身上的家問題, 工作壓力太重和不满, 或其他的打擊, 影響了病人心理的手術, 而以慢性的背痛或是腹痛來表現。蓋90%的背痛是於生活壓力造成, 常見於強制人格的病人身上
3. 除非有明顯的 surgical indication, 不然, 不要隨便施行外科手術, 例如腹痛時 exploratory laparotomy 應是最可行的辦法

, 不可隨便進行。因一些手術, 往往會帶給病人另外一個真正的慢性痛症, 以下就是一例:

一個33歲已婚並育有兩子女的女性, 中訴在左下腹部時有間歇性疼痛, 五年之久, 檢查後, 未發現任何腸胃或是生殖、泌尿系統的毛病, 除了在膽肺發現一些未發生症狀的結石。病人在詢問病史時被發現他的婚姻出了一些「問題」, 都未被注意, 病人後來被安排作膽囊切取。結果在手術過程中, 總膽管被意外的切掉, 引致日後發生間歇性的疼痛, 而影響她的生活。

4. 查究病人的家庭背境, 跟他的家人會面, 有時候可發現病人執着他「有病」的身份, 從而獲得更多的精神和物質上的利益。

無藥可救

值得重視的一點, 就是醫師往往執着要把病人的痛完全除去, 才算是治癒病患。其實有一部份的病, 是會帶來一輩子的不舒服或是疼痛的感覺, 可以說是無藥可救, 反而我們要讓病人學習如何去接受這些痛, 而不過度影響他的生活, 也使病人重新振作起來, 繼續他一向的工作。

止痛劑使用原則

1. 止痛劑要定時使用, 應給予足夠的量去完全解除病人的疼痛爲目的, 不足夠的量使病人仍然感到疼痛, 病人得不到真正的鬆弛, 他也害怕向我們再三的要求止痛, 使我們覺得厭煩。
2. 每天要重新評估藥量, 可獲知用量是日漸上升或是下降, 可預知病情的進展。
3. 考慮用鎮靜藥物如 phenothiazine, 去加強一些止痛藥物的作用。
4. 注意藥物在身體中的變化, 作用和血中濃度, 根據這些去安排使用止痛劑的治療計劃。

內科

很多醫學生認為，既然他們將來是走內科、或外科的，就不必理會精神醫學。這個觀念是錯的。在內科來說，要醫好一個病人，常需要恰當運用精神醫學學理，它是診斷工具之一，亦是治療技巧的一部份。

據 K aufman and Bunstein 所作的統計，大約有百分之六十九的病人，沒有任何證據證明是器質性疾病 (organic disease)，又其中的百分之八十一的病人，他們的症狀主訴是與心理因素有莫大的關性。由此可知，身心病 (psychosomatic disease) 在內科醫療作業中，佔了一個很大的比例。

對於有器質性疾病的治療過程中，精神醫學學理的恰當運用亦是很重要的。對病人來說，患病就是一種心理負擔。當患了急性心肌梗塞或末期疾病，死亡的威脅是一個很真實的心理負擔。同樣的，患了慢性疾病也會帶來心理負擔。內科醫師不能只看病，而忽略病人的心理平衡，因這會導致病人使用暴力，拒絕治療，和自殺等問題。內科醫師也必須照顧病人家屬的心理需要，這關連到治療能否進行和成功。

本欄討論內科醫療作業中，醫師常遇見的精神問題，以及如何解決。茲分為下列五個部份來討論：

- (1) 加護病房的環境
- (2) 頻臨死亡的病人
- (3) 慢性疾病與生命的延展
- (4) 醫療過程中出現的精神問題
- (5) 醫師與病人家屬

加護病房的環境

對一個病人來說，住在加護病房是一個令人害怕的事，因為這意味著病人有生命的危險。加護病房內擺放著各種複雜的醫學儀器，病人在這裡所接觸的聲音、視野、和人物都不是他平日所熟悉的，每天他只要一盞點點時間與家人見面，他的生活習慣

和節奏在這期間都必須讓別人控制，這一切都令病人感到不安和害怕。假如病人的瞭解、表達、和發問能力正常，病人多多少少能夠減輕其不安的程度，可是這些能力在病危期會大大的減弱，這使問題變得更不容易控制。

所以在加護病房的環境下，有些病人會覺得好像自己正活在地獄之中，常常希望能夠昏迷或甚至死亡，免得再受這種恐懼的折磨。所以在加護病房的病人患了精神病症是不乏例子的。常見的精神障礙包括焦慮症 (Anxiety)，抑鬱症 (Depression)，和譫妄症 (Delirium)。它們的症狀如下：

- 焦慮症：不安、發抖、言語急速、手掌易汗。
 抑鬱症：面容憂鬱、冷漠、悲觀、言語遲鈍、常常流淚。
 譫語症：定向力障礙 (時間、地點、和人物)、恐懼、語無倫次、記憶減弱、幻覺 (多是視覺性)。

當醫師看病人的時候，應該留意病人是否有這些症狀。假如能及時採取應有措施，更嚴重的精神病定可以避免發生的。為了預防精神問題之發生，醫護人員應盡量減少加護病房的環境中會令人害怕的成份。假如醫師跟病人很熟絡，已經建立了一個互相信任的關係的話，病人有什麼不安憂慮都會主動告訴醫師，減少精神問題的發生。當病人出現精神障礙，就要用精神社會支持和抗焦慮的藥物去治療。

加護病房的病人之精神障礙用以下的原則來預防和平抑：

1. 醫師與病人之間，建立一個良好的關係，讓病人不會覺得無助和被遺棄的感覺。
2. 讓病人熟悉醫療程序，和加護病房的附近環境，與醫護人員打交道。
3. 不定期重新估計病人心理狀態，特別要注意其機警性、注意力、和時間的定向力，避免其精神問題已發展到嚴重的地步。
4. 醫護人員應給病人親切照顧，不要讓醫學儀器代替人與人之間的接觸。
5. 在醫療程序改變前，要事先向病人解釋，病人真的明白了，才能改變醫療程序，避免不必要的焦慮和恐懼。
6. 可以不用鴉片類止痛藥或鎮定劑，就不要用，因為它們會使病人意識不清，容易抑鬱。

頻臨死亡的病人

由於最近醫學進步，醫師能夠提早診斷出來末期病，暫時性延長此類病人的生命，和控制死亡來臨的步伐。這些進步的結果是醫師和病人家屬愈來愈關心如何讓病人獲知病情真相，且如何幫助病人在最少的痛苦的情況下度過其剩餘的生命。

很多醫師認為救人生命是他們的職責，病人死亡則代表失敗與挫折；因此年輕醫師在無法面對死亡之情形下，會潛意識的去躲避頻臨死亡的病人與其家屬。但是，醫師對死亡的態度與情緒，會一定影響其對病人的照顧。如果醫師躲避病人及其家屬，病人會在絕望與遭受遺棄的感覺下去世。對病人來言，在這種情況下去世是最痛苦的了。如果醫師不盡力去平抑病人及其家屬不平衡的心態，他們甚至會作出破壞那些藉以維持生命的儀器之舉。這種矛盾行為常常在住院病人中出現，所以在病人的生命未終止前，應保持病人與相關人、物和地方的接觸是重要的。

K ubier-Ross 對四百個末期病人做了一個研究，發現無論醫師有否告訴病人病情真相，病人都知道他們患的是末期病。民生報在今年 (民國七十一年) 三月三十一日和四月一日刊載楊憲宏先生的一篇專欄文章：癌症病房，其中有下面一段由未滿二十歲的白血病人自白：

『每天早晨起來我都發現我又掉了二、三百根頭髮，你說，他們給我吃了什麼毒藥？有什麼病要吃這麼毒的藥？當然是癌症，我怎麼會不知道呢？他們怎麼瞞得住我呢？……我問家人我是不是瘦了很多？他們不置可否，小妹來看我，我強迫她拿出手提包裏的鏡子，三個月來我第一次看到我自己，我不敢相信那是我，瘦得沒有臉頰。事情不是很清楚嗎？我是癌症病人。』

由上段文章中可見醫師及家屬無法瞞得住病人。此篇專欄亦有下面一段文字：

林寶祥曾經以馬偕醫院的癌症病患做調查發現，百分之八十二的癌症病人在治療期間都了解自己得了癌，其中大半是病人自己意識到的。

這個數字，對於解決醫護人員最先遭遇也最頭痛的問題『是癌，該不該告訴他？』應有所啓示。

HaceH-Weisman 的研究報告指出，最容易

的方法是醫師不告訴病人關於病情的嚴重性，並支持病人拒絕承認事實的保護性心理機轉，但是他們沒有發現有任何充分理由不能讓病人知道事實。有些醫師與病人家屬無法面對告訴病人的場面，結果互相合作，隱瞞事實。結果當病人問及病情，醫師與家屬躲避病人，病人與他們之間距離延長，致病人在死亡之時心情非常痛苦，這是西方的研究報告，而至於對中國人的研究，民生報這篇文章亦有相同看法：

馬偕醫院的統計會指出，病人的心理反應，百分之九十二有孤獨感；百分之八十八有罪惡感；百分之九十二病人渴望與人談話。孤獨感、罪惡感、渴望與人談話，這真是牢獄之災了。為什麼會導致這樣的結果呢？確實值得醫護人員多加考慮。這難道不是「癌，不要告訴他」所引起的結果？

最可悲的情況是，病人一直知道病情真相，却接受醫師與其家屬合作隱瞞而給予病人的角色，結果病人壓抑自己沈重的心情，假裝心情愉快，以保護家屬的心境，却在孤獨悲哀的心情下去世。

馬偕醫院林寶祥牧師說：『我們也很少告訴病人實情』結果，有些醫師很難承受病人問：『醫師我會死嗎？』病人家屬、醫師、病人、護士之間形成「意見交通中斷」的情況。林寶祥說：『有許多案例告訴我們，這樣的局勢，使得大家像在玩遊戲一般。』病人不知道，家屬不讓病人知道，醫師從旁協助瞞騙；多少有荒唐的意味在內；臺大醫院病理科醫師李豐曾在一篇討論癌的文章中提到，有些病例是：病人知道，可是家屬在這之前已被告知，也已要求醫師不要告訴病人他是癌症，就在這種大家都是『我不知道你已經知道』的情況下一日度一日。

Kubler-Ross 研究報告，發現大部份病人希望獲知病情的嚴重性，但不是被告知病情完全絕望。

有一位護士走進病房時，發現病人兩手拿著一條繩子，站立於門後，滿面怒容，護士一看，嚇了一跳，大聲驚呼，其他醫護人員立即衝進病房。眾人追問，病人在幹什麼，病人憤憤的說：『我要殺我那住院醫師。他殺了我，我為什麼不能殺他？』後來院方調查，發現那位住院醫師告訴病人，他得到了末期病，而病情沒有希望。

所以告訴病人病情有一定的技巧。Kubler-R-

oss 亦指出，大部份病人知道病情後，會經歷五個階段。第一階段是否認與隔離 (Denial and Isolation)；第二階段是憤怒 (Anger)；第三階段是討價還價 (Bargaining)；第四階段是抑鬱 (Depression)；第五個階段是接受事實 (Acceptance)。民生報這篇專欄的文章裡，有記載臺大病理醫師李豐對五個階段的精彩描述，現節錄如下：

第一階段：李豐說：『病人會用其他幻想來支持自己否認事實，有些人會認為醫師一定搞錯了，於是換了醫師，甚至一換再換，一直換到一位並不告訴他真相的醫師，他才鬆了一口氣，與這位醫師一起過欺騙自己的生活。』這便是否認。這段期間，病人的家屬，甚至年輕沒經驗的醫師也都陷於這種茫然的情況中，李豐說：『他們不知道如何協助癌症病人超越無法面對事實這一關，只好共同否認事實。』

第二階段：病人面對事實後往往陷入「憤怒」，覺得為什麼就是我在倒楣？」李豐說：『這階段的病人情緒惡劣，什麼事都不對勁，他會有很多要求，敵對。』憤怒的癌症病人像發狂的野獸，無理性也沒有辦法溝通，但時間並不長久。

第三階段：李豐說：『當病人情緒發展至此，他已經穩定多了，留在他心中不願意接受事實的只剩下一連串的不甘心。』討價還價的病人往往暗暗向上帝祈禱，「只要度此大難，終身奉獻無怨」，或向佛祖觀世音、黑面將軍……下誓，「還我健康，捐一座大廟。」討價還價一直在病人心中翻滾。

第四階段：李豐說：『一連串的失落，自然帶來失望，尤其當一個人對自己的生命感到失望時，如果沒有外人幫助，他也許不能勇敢的超越這種感覺，而走上自絕的道路。有不少癌症病人在這一階段會有自殺念頭，甚至有人付諸行動。』病人顯得沉默、悲傷、對週遭漠不關心，不吃不睡、大哭，也常常陷入沈思、胃口盡失，使病人體重快速減輕，李豐說：『對癌症病人來說，這是個非常不利的狀況，因為癌症是全身性的疾病，需要完整的體力來應付。』

第五階段：李豐說：『病人已經從癌症這個重大打擊的震驚中恢復過來，心態漸趨正常，比較能夠心平氣和，比較能夠用理智來處理事情。這便是第五階段「接受事實」，這時癌症病人才算能夠與

醫師真誠合作，可是這時已耗了不少寶貴光陰。這就是鍾昌宏醫師所說：『平均就誤了三個月』的真正背景了。

Kubler-Ross 報告病人的情緒會出現這個階段，但有些研究學者發現病人情緒只呈現一個或二個階段，有些研究學者認為每個病人都會有五個階段，只是每個階段的長短因人而異。最重要的是，如果醫師一直給予病人精神支持，不拋棄病人，病人則比較容易渡過一個或所有階段。那些在安詳情緒下離世的病人，就是那些沒有被醫師遺棄的病人。

Glasser和Strauss 認為醫護人員不可給病人過份的同情心，他們指出，如果醫護不將病人當作一個命運悲慘的人看待，病人不容易發生精神崩潰。有時可碰見病人指責醫護人員及探病者，不當他是一個人，只當他是一個快要死的人：

一個五十幾歲的住院病人，患了乳癌，而乳癌已蔓延至骨、腦、肺和肝。她在醫院一共住了六個星期。住院期間，她表現得脾氣暴躁，不斷吵鬧，甚至凌辱所有醫護人員。六個星期後，好像奇蹟一樣，病人完全康復出院。病人後來向癌症專家道歉，病人說：『我知道我非常不對，可是每一個護士進了我的病房後，都向我提及死亡的準備。我是來這裡接受治療，不是來這裡準備死的，所以她們都令我發瘋了。』

Wahe 提出，醫師照顧末期病人時，應注意下列守則：

(1)最終目的幫助病人減少對死亡的恐怕，要讓病人保有自尊心、平靜的心靜，以及一切身體正常機能的情形下，安詳去世。

(2)假如病人不能面對死亡的威脅，我們應讓病人保持拒絕承認事實的看法，這是病人的心理防禦機轉。假如我們強迫病人接受事實，病人其他性格部份會因此全面分解。

(3)就算病人堅持醫師說真話，醫師亦不能給病人死亡的預後診斷。

(4)無論在什麼時候，醫護人員和其家屬不能將病人隔離，讓病人孤獨，失去精神支持。

(5)應容許病人表現得有一點疑病的 (hypochondrial)，而醫師應集中注意力，維持病人生理功能正常、消化、睡眠和大便等。

(6)醫師不可給病人服用大量鎮痛劑與安眠劑，

雖然它們可消除痛楚，但是它們的效果可帶給病人死亡的聯想，因這太像死亡了，一點痛覺都沒有。

(7)每天檢查病人時，應該用手觸摸病人身體，因為觸摸是人類交談和安慰的最原始的方式。

(8)鼓勵病人替自己或家屬對未來安排計劃。

慢性疾病與生命的延長

雖然今天的醫學進步很多，但是仍有很多疾病是我們無法根治的。這些慢性疾病會帶給病人生活上很多不方便的地方，但只要問題不是很嚴重，病人就能承受得了，病人的心理上的壓力就不會太大。有些慢性疾病，如洗腎等，却需現代的科技的協助，才能為病人保著生命。

往往我們只注意追求醫學科技的進步，只沈醉於設法改進和應用那些用來維持病人生命的醫學儀器，而忽略了病人個人對生命的價值觀。什麼時候生命才失去意義？我們能要求病人忍受多少程度的痛苦與生活上的不方便？我們應如何與病人及其家屬去解決這些問題？我們能要求社會負起多少那些長期高額醫療費用？假如我們不理會這些問題，而只關心醫學的發展，一方面我們沒有盡了醫師本職，另一方面病人本人一定去探討人生價值觀。在這種情況下，常見病人用各種方法去抵抗、破壞那些病人依靠著才能生存的儀器。從下面一段文字中，可看出病人做出這種普通人不易理解的舉動時的心態。

我絕不會，只因為我覺得痛，就用自己的雙手去對付我自己，因為這樣死的話，我不過給痛所征服了。但如果我以後的一生將會受它折磨，永無解脫的一日，我就毫不豫疑，馬上離開這個世界，這決不是我怕痛，而是它將我的生命變成沒有意義了。

我們可以看到很多例子，醫師一心一意為病人延長生病，病人不但不感激醫師，反而辱罵醫護人員，性情非常暴躁，不斷提出不合理的要求，有的更要求死亡的權利。為什麼呢？在這些病人心目中，生命的延長只不過是死亡過程之延長而已。

靠醫學儀器才能維持生命的慢性疾病包括心臟疾病，和腎臟疾病。其中以慢性腎臟衰竭而需洗腎治療最具代表性；其他慢性疾病所帶來的心理問題，我們也可以在洗腎病人身上觀察出來。同時，洗

腎亦帶給病人獨特的心理問題。現在讓我們以洗腎治療來研討慢性疾病所引起心理障礙。

每星期有二、三次，一個接受洗腎的病人必須回醫院報到。在洗腎期間，他完全是一個病人。他必須依賴醫護人員的照顧，但更重要的，他必須依賴洗腎機才有生命。在非洗腎期間，他又必須回到外面的世界，像一個健康的人一樣，必須為生活而奮鬥。換一句話來說，他必須獨立。因此，他必須能夠同時接受依賴和獨立兩種不同的生活方式，這是多麼矛盾的事。

有些病人能夠接受依賴和獨立並存的生活方式，他們的心理障礙也比較輕微。有些病人心甘情願去擁抱依賴性生活；他們不再工作，完全放棄所有責任，離開眾人生活的主流。對這些病人來說，洗腎治療是一個福音。有些病人不能接納依賴性生活。當他們發現他們必須依靠洗腎機才能生存下去，他們會產生很大的恐懼；有些病人變得很抑鬱，其中部份病人企圖自殺；有些病人出現妄想症、或精神分裂症。

至於那些不能接受依賴性生活的病人，他們會拒絕承認他們必須依靠洗腎機才能生存的事實。拒絕承認事實 (Denial) 是他們所產生的心理障礙中一個很明顯的特點。在醫院中，常見有少部份病人故意將插了管子的手弄傷，或甚至將管子弄斷；這固然帶有自殺的意味，但這種行為亦帶有強意識的拒絕承認患病的意義。在下面的案例中，病人不能接受依賴洗腎機生存的事實：

一個女病人在精神病狀態時，將洗腎機人性化，並將她對洗腎機的態度表達出來：『我討厭這個東西，我卑視它，它知道我必須靠它才能活下去，但它為此而高興，我真的想將它破壞掉。』事實上，有一次病人將洗腎用的一瓶鹽水拋到窗外，這可以說是病人對洗腎機所做的一種象徵性破壞行為。

這類洗腎病人不能接受洗腎機為其身體的一部份，長期洗腎治療的結果是令病人產生身體形象的歪曲 (Body Image Distortion)：

一個病人認為洗腎機威脅了他的身份 (Identity)。經過多次洗腎治療，病人出現各種躁動的發作 (Hysterical outbursts)。在他臨死了，畫了一幅畫，畫的是一個人頭和圓筒形的身體。這個身體就像那個洗腎機的外形。

洗腎本身是一件令人心情沈重的事，最明顯的

，病人必須改變生活方式，改變工作和面對收入的減少。這些帶給病人很大的焦慮。同時，病人的配偶亦需面對洗腎所引起的緊張壓力，他必須應付洗腎治療帶給病人的併發病，要有隨時接受病人死亡的心理準備，又要忍受病人的退化行為，所以病人的配偶會對病人產生仇視心理。這可使病人婚姻破裂，從下面一個洗腎病人與其妻子談話的對白，可看出兩人之間在潛意識上已出現感情上的裂痕：

妻子：將身體轉過來，我要量血壓。

病人（對第三者開玩笑地說）：我經常被她虐待。

妻子：快一點吧！親愛的，只要一秒鐘就好了。

病人（對妻子開玩笑）：您不可以讓我好好的睡一覺嗎？啊！我真需要一位新的護士。

妻子（對丈夫開玩笑）：將身體轉過來，否則我就要將這儀器的插頭拔掉，再找一位新任丈夫去了。

接受洗腎的病人亦會接受他的健康不好的事實；他的心裡明白，他們的健康會變得愈來愈壞。但當他的健康再惡化的時候，他會拒絕承認這已經發生了。所以，當病人因洗腎而長期損失血鈣，骨頭開始軟化，病人由拿拐杖走路到坐輪椅時，病人仍一直認為這是可以被逆轉過來的。當病人的血管，在插了管子的地方反覆發生流血、血栓和發炎時，病人每次仍認為這是偶發而已。這種拒絕事實對病人來說，是一種很重要保護機轉。當這個保護機轉崩潰時，病人就會走上自殺的路途。

據統計顯示，洗腎病人中的自殺率（1.21%）比正常人口的自殺率（0.01%）高出很多。當病人決定要自殺時，他已經失去生存的慾念。通常他要自殺的理由都是強有力的，這個時候，醫師要阻止病人自殺是非常困難的。病人可以採取消極的自殺方法，例如食用蛋白質含量很高的食物，和拒絕繼續洗腎。所以，醫師與家屬平日應盡能給予病人精神支持，堅定其求生慾念。當醫師發現病人存有自殺危機時，應立刻請精神科醫師幫助。通常只需精神科醫師短期幫助，當病人渡過自殺危機後，便沒有這個需要。

現在就討論病人因嚴重的尿毒症而開始接受洗腎治療後，其心理的變化。在接受洗腎後，最初三

個星期內，病人會由冷漠轉變為快樂，警覺性的能力也提高。此時，病人會有由死神手中逃回來的感覺。但當他知道他必須依靠洗腎機才有健康後，嚴重的焦慮開始出現。

在第三、四個星期，病人仍會有焦慮，但生理平衡已經被建立起來。此時，病人須開始嘗試重建意義性的生活。他也必須終止退行（Regression）的心理障礙。病人必須與醫師建立互相信任和坦誠的關係，也是在這時期，家屬參加討論是很重要的。

第三個月後，病人已恢復工作，也接受了需長期洗腎的事實。在這個期間，生活完全由生存的問題所支配，不再受死亡過程的問題所控制。病人也開始探討這種長期洗腎，限制食物和遭受反覆尿毒症所困難的生活，是否有價值。有時候，病人會感到絕望而不願再接受洗腎治療；但是，如果醫師給予病人同情與幫助，病人與家屬則比較容易應付這種問題。



護士：請問醫生，針要打那裏？

在治療過程中出現的精神問題

在治療過程中，有些門診病人和住院病人會做出相當破壞性甚至危險性行為。假如我們知道病本身及其治療方式對病人在某個時刻代表着某個意義，則我們能夠瞭解病人為什麼做出這些行為。在某些案例，生理障礙或精神社會性崩潰（psychosocial disorganization）是導因。

例如一個女性病人接受乳癌的檢查，假如她認為她的個人價值和令人着迷的地方，是來自她的外在美，她會相信乳房切除手術是相等於美麗的喪失。因此，病人在接受檢查中，產生了嚴重抑鬱症。

有許多疾病可以產生 Acute brain syndrome (deliria)。這些包括了高熱性傳染病、甲狀腺中毒症和中風。同時，服用鎮定劑、興奮劑和類固醇，以及突然戒掉服用抑制劑，都會引起精神病和定向力障礙，或引起幻想症惡化。

本欄將討論內科常遇見的破壞性行為，以及其治療或預防。

抑鬱症

抑鬱常出現在患病的時候。抑鬱症的病因很多，其治療因此各有不同不論抑鬱的原因是什麼，抑鬱的病人會有自殺傾向，因此必須評估每位抑鬱的病人對自殺的可能性，並採取預防措施。

(1) 疾病所引起的抑鬱症

有很多內科的和外科的疾病皆會產生抑鬱徵候，例如病人會覺得困倦、頹喪和沒有精神，這與身體的健康比較衰弱有很大的關係。但是有些疾病與抑鬱有非尋常的密切關係；有些時候，抑鬱是患了此類疾病的第一個症狀。對於這類疾病，用興奮劑或心理治療是完全無效的。治療疾病本身則可以改善病人的情緒，這種疾病包括：

(a) 副甲狀腺機能亢進

患了副甲狀腺機能亢進，抑鬱症的程度是非常嚴重，與嚴重性冷漠抑鬱症相做。又抑鬱症的程度與體內血鈣含量高低或成正比例。用洗腎的方法或副甲狀腺切除術可減輕體內血鈣含量，改善病人的情緒。

(b) Cushing Syndrome

Cushing Syndrome 可以產生抑鬱症。這種抑鬱症可以帶有精神的成份，例如病人會有幻覺或幻想等。服用過量的類固醇亦會產生抑鬱情緒改變，但通常是情緒高昂比抑鬱多見。

(c) 很多臨床醫師認為月經週期的內分泌變化，會引起抑鬱、焦慮性徵候簇 (Depressive-anxious Syndrome)。但其他醫師則認為這只是婦女承受精神社會的壓力之故。

(d) 許多全身性病毒疾病，如感冒、病毒性非典型肺炎 (viral atypical pneumonia) 等，會在病癒後產生四至六個星期的抑鬱症和無精打采，大約會有百分之二十五的病人出現了這個情形。

(e) 癌症，胃癌和脾臟癌可引起嚴重的抑鬱徵候簇。抑鬱可以是癌症的唯一先兆。癌症導致抑鬱的機轉不明，且用抗抑鬱劑治療無效。

(2) 藥物所引起的抑鬱症

(a) 類固醇

(b) 口服避孕藥會令部份婦女產生抑鬱症，焦慮和情愛變成暴躁。這似乎支持月經前緊張抑鬱徵候簇 (premenstrual tension-depression syndrome) 是由內分泌變化和精神社會性因素引起的說法。

(c) Reserpine 能引起抑鬱的現象，是眾所周知。大約有百分之十五的病人會有此現象。

自殺

大部份自殺的病人都會在事前求醫，他們會要求治療抑鬱或相關症狀，如失眠等。有些病人會告訴醫師他們有自殺的想法，但醫師常常沒注意病人抑鬱的嚴重性，更沒有評估病人是否有自殺的傾向。

一個四十歲的女病人，因主訴連續三個星期的肚痛而入院接受詳細檢查。檢查結果認定病人並沒有任何器質性疾病；而醫院要求病人辦出院手續。未辦手續前，實習醫師發現其非常抑鬱，所以要求精神科醫師協助。在會見病人前，精神科醫師詢問實習醫師三個問題：為什麼病人會抑鬱？是不是她的家庭發生了什麼事，她有沒有打算自殺？將這些問題，實習醫師都無法答覆。

精神科醫師進入病房後，發現病人非常傷心，拿著床單抹眼淚。當精神科自我介紹時，病人痛哭失聲，她說：「他們都認為：我瘋了，以為我沒病。」精神科醫師仔細去聽病人訴說肚痛和真的生病。

。病人害怕自己患癌症而被醫師忽略了。精神科醫師安慰病人、同意她有肚痛，但他不知這是什麼病。然後詢問病人病歷和入院前所發生的事。病人洩漏了與他結婚二十年的丈夫在兩個月前離開她的事。她覺得絕望，後來她又覺得肝痛。精神科醫師問她再活下去有沒有價值，她回答沒有。問及是否考慮過自殺，病人答有，並同時自手袋拿出手槍。精神科醫師嚇了一跳，但很自動地說，醫院裡不容許病人帶手槍。他將手槍拿過來，並又告訴病人，護士應在她入院時將她的手槍拿走。醫師繼續留在病房一段很長的時間，他讓病人明白她真的生了一嚴重的抑鬱症。病人接受醫師勸告，轉到精神科病房去接受治療，結果是治療成功。

當這個悲劇被阻止後，精神科醫師馬上讓實習醫師知道他做對了，但是做得不夠徹底，經過詳細討論之後，精神科醫師肯定實習醫師不會再犯同樣錯誤。

診斷病人自殺傾向的主要障礙是醫師本人，他發現病人有嚴重抑鬱時，未能替病人作心理檢查，評估是否有自殺危險。在檢查的時候，醫師應少說多聽，應將病人的情緒與病人所遇到的緊張的事連繫。醫師一定要問病人是否有輕生之想法。很多醫師認為問這個問題會弄巧反拙，或者病人真的想自殺就不會告訴他。這些觀念都是錯的。醫師也應問病人是否親戚朋友不願看到他自殺。我們必須記着，假如病人孤獨無依，病人是否會回心轉意放棄自殺的念頭，就是要看我們了。

評估自殺的可能性是從檢查抑鬱症開始。抑鬱症的症狀包括了絕望、痛哭、失眠、體重減輕、自責，以及恐怕患了癌症等。其次，病人可能會有認為自己是別人的負擔的想法，又不斷有不好的念頭，例如死亡、自我懲罰、自我隔離和自我毀滅的衝動與計劃。最不吉利的跡象是當病人有「終止性行為」，例如去詢問有關購買保險的資料，將平日心愛的東西送給別人，和評論日常用品為『不再需要了』等等。

照顧自殺傾向的病人原則為：

1. 有系統的去評估，將相關事務與情緒連繫起來，是第一步，也是最重要的一步。
2. 必須謹記，自己並非萬能。
3. 情勢嚴重的時候，應請其家屬、朋友、牧師，以及精神科醫師協助。

4. 必須保持通話的管道暢通，一定要給病人自己的電話號碼。
5. 當病人要實行自殺的想法的時候，要強迫病人緊急入院。
6. 應保持信心，很少人間衝動是不能解決的。
7. 不能單獨依靠藥物控制病人情緒，尤其是那些鎮定劑。
8. 必須記着，一個用酒去麻木自己不如意的情感的病人，在開始被強迫戒酒的時候，假如沒有提及其他的 support，病人會被推到自殺的路子上。
9. 病人會有依賴性行為，醫師應保持高度容忍力，免於對病人的索求，產生愈來愈多的反感。
10. 必須讓病人明白，情緒會經歷多次高昂與低落才會完全康復，避免病人在情緒暫時低落時自殺。
11. 必須記着，只要當病人對痛的忍受閾被起過的時候，病人便可能自殺，而不一定在抑鬱的時候才會自殺。例如，病人害怕疾病醫不好時自殺。
12. 記着要不斷重新評估自殺的可能性，因為自殺的可能性可因時間而改變。

暴力

病人使用暴力是醫師所關心的事，因為往往他就是暴力的受害者。下面兩個案例是在英國發生：一名病人不滿醫師的勸告，抓住醫師的領帶，幸得其他醫師援救才免被勒死。

一名醫師因為診斷一名嬰兒不再需要治療，遭到嬰兒父親痛毆，從樓梯上跌落，摔斷了鼻骨。

如果病人使用暴力，這表示病人與醫師的關係極度的不和諧。不論暴力的動機為何，暴力的結果可加速改變這種關係，變好或變壞。醫師必須預測暴力是否會發生，及作為催化劑的事或物為何。假如醫師未能預防暴力的發生，他則必須有效的控制暴力的進行。

在評估暴力是否有可能發生，我們需要研究病人的背景。生長於複雜或破碎的家庭的病人，尤其是那些曾被父母性侵犯、虐待、動粗和遺棄的病人，他們動用暴力的機會很高。預測病人是否有使用暴力的傾向，可從病人的行為上得到結論。例如，病人長久以來脾氣暴躁，曾經打架、犯法、不守軍

紀和坐牢，他們比較不喜歡用思想、語言或象徵去解決問題，凡事都用行動去解決。他們對緊張的情勢忍受力非常低，時常懷疑別人對他們有敵意。

我們在評估暴力的病人的時候，必須找出暴力在病人心目中的意義，以及病人與受威脅的人兩者之間的關係。我們要知道病人為何存有暴力的情緒和病人能有多少程度的自我控制能力。最重要的是，我們要詢問病人是否有使用暴力的整個詳細計劃。

有幾項因素可加速暴力的發生。氣氛變得緊張是暴力的先兆。酒精中毒可使敵對的情緒發洩於暴力。抑制劑，興奮劑與所有能產生幻覺的物品亦會有相同的效果。嚴重性的功能性精神障礙，尤其是有妄想的，會減弱思考，考證事實和控制衝動等各種能力，致使暴力較容易出現。

某些措施可以幫助醫師去預防或控制暴力事件。醫師應利用機會去探討病人的殺人念頭，有時可幫助病人將想法與行動分開。醫師應告訴病人對某件事情不同的觀點，向他分析一時衝動所引起的後果。有時可將病人使用暴力的結果，形容為中了別人的圈套，以改變病人的想法。

假如病人不接受控制，醫師應告訴病人，任何暴力行為將受到外力制止。雖然在開始的時候，只有醫師一個人或一共兩個人與病人討論，但當病人採取威脅行為，則要有四至五個人同時面對病人，顯示力量，讓病人知難而退。用外力控制其身體只是臨時性處置方式，其目的是在於避免病人或別人受到傷害。用藥才是控制病人暴力衝動的有效工具。對那些非常激動而自制能力低的病人，用抗精神藥有效。

精神病

疾病本身或其治療會引起的生物社會性壓迫，這包括了住院時的環境壓迫。這些都會引起中央神經系統的警覺過度增加，輕則只引起輕微的焦慮，重則出現精神病。假如病人在事前沒有精神分裂症或躁狂抑鬱病症，則精神病的發生期被稱呼為急性反應精神病 (Acute reactive psychosis) 或急性精神分裂類發生期 (Acute schizophreniform episode) 這種病會完全康復，事後亦無後遺症，但是在醫院內發生是相當危險。尤其發生在那些醫院，在人事編製或建築設計，都沒有準備去應付這種精神病的破壞性行為，或去保護病人和其他人免

受到傷害。

急性精神分裂症的症狀是思想混亂、幻想和幻覺，但是意識是清醒的，定向力和記憶力是正常的。當思想混亂還未明顯出現前，醫師是可以觀察出一些徵兆。例如，在剛開始的時候，病人不能注意力去思考一件事，同樣在病人表達他在想什麼的時候，可以看出病人有分心的跡象，病人會不信任醫護人員，經常失眠和飲食困難。當疾病過程有所改變，或當改用新的治療方式，或在病人失去一個親人及其所給予的精神支持的時候，我們要想到這些症狀會出現。假如醫師能及時發現這些症狀，就立即給病人精神社會性或精神藥物的支持，避免嚴重的精神病發生。

照顧急性精神病人是一種令人煩惱、失望和害怕的經驗，當醫師接觸病人時，醫師應要坦誠，儘量去安撫病人。醫師不可以自滿，應該承認病人真的痛苦，仔細研究病人提出的抗議，幫助病人去控制行為和痛苦的經驗。此外，醫師要儘量減少人為因素的和環境的緊張。

在緊急時，要用藥物去治療病人。藥物中以 Haloperidol 最為迅速有效。它是一種抗精神藥，對自律神經沒有影響。

精神病通常是同心理與身體的緊張共同作用下產生，下面例案可以說明：

一個五十八歲的女病人，因患有慢性阻塞性肺病住進加護病房，四天後，病情有很大的進步，所以病人轉入普通病房。不幸的，病情再度惡化，病人再被送入原來的加護病房，在病人親眼目睹下，室內另外一位病人不治去世。一個小時後，病人開始不安，思想混亂，但意識仍是清醒的。

醫師立即給予病人藥物注射，以減輕不安的情緒。醫護人員又向病人保證他的病情很穩定。如果病情有任何惡化，醫護人員會立即採取應有步驟，家屬亦向病人保證，他們會盡一切能力去支持她。

戒癮徵候族

常見到病人在入院前已服用過量藥物而上癮，但醫護人員一點都不知入院後，病人沒有辦法得到藥物，就突然停掉，結果病人呈現了戒癮徵候族 (Withdrawal Syndrome)。可引起戒癮徵候族包括酒精巴比特酸鹽 (barbiturate) 和 Glutethimide (Doriden)，methprylon (Nodular) 及 methaqualone (Quaalude) 等非巴比特酸鹽催眠藥

除了 benzodiazepine 之外所有鎮定劑，和所有安眠藥等藥物。不論服用其中任何種類藥物，都會產生與戒酒症狀相似的戒癮徵候簇，只有症狀出現的時間先後不同。它們都可引起 acute brain syndrome (delirium)，精神病症狀（幻覺、幻想和妄想而誤解事實），和極度恐懼。這些是急診的症狀，病人有可能去自殺，自殘或傷害別人。幸運的是幾乎所藥物都呈 Cross-tolerance 特性，所以可以用 benzodiazepines、phenobarbital，或 pentobarbital 去迅速控制戒癮徵候簇，然十分或十五日將劑量慢慢減少。這種治療程序已被標準化，方法是首先給予充份劑量讓病人產生昏睡或眼球震動的狀態，然後每日減少百分之十的劑量，除非有幻想或不安的症狀重新出現則恢復先前的劑量。

醫師與病人家屬

有很多例子，醫師勸病人接受某個醫療方式，結果後來病人沒有接受勸告，原因是因為病人受家人的意見所影響。所以，這說明了，如果醫師要病人合作，就一定要讓家屬參與對醫療的討論。可是，這問題不是這麼簡單，這牽涉到醫師為病人保密的責任，和家屬是否願意參與合作。

誰是病人的家屬？在這不斷變遷的社會，病人的家屬不一定是其父母、配偶、兒女、或兄弟姊妹。在美國三藩市 Bay Area 地區，單身人口的家庭佔很高的比例，其次是不同類型同居者。所以，病人最親近之人不一定是我們所認定的「家屬」。當醫師要將病人病情告訴他的家屬，醫師要尊重病人所決定的人選。

通常每一個大家庭都會有一個人來主持，他就是這個家庭的決策者。假如醫師沒有跟他商量病人的病情，醫師會遭遇很多的阻力。這位家庭決策者可以是祖父母，也可以是接受了最多教育的兒女；亦可以是最有成就的叔伯。下面的案例可以說明：

一個五十五歲的女病人，她是中等階級家庭的主婦，一對成人子女的母親。病人是因急性細菌性肺炎急診入院，後來堅決要辦出院手續。在醫師追問之下，病人否認對醫師有什麼不滿，她的丈夫和出嫁了的女兒也不說什麼原因。後來，病人的兒子偷偷告訴醫師，病人的姊夫是一位事業成功的商人，他不滿醫師沒有跟他商量病情，所以要求病人轉

院。結果，醫師要求病人讓他與她的姊夫會面；最後得到病人的諒解，同意病人繼續留院，接受這位「年青有為的醫師」的照顧。

家屬對生病的態度會影響病人對疾病的期望，而上一代對疾病的想法，亦會像因子遺傳一樣，流傳給下一代。

有些家庭對疾病和心理障礙有「平行現象」(Parallelism)，一個是精神病人，他的配偶患病的比率很高。丈夫患病，妻子跟著患病是多見，而反過來的則是少見。對婚姻關係緊張的家庭，疾病是穩定婚姻的因素，所以當一位配偶病癒，另外的一位配偶跟著發病，就是這樣反反覆覆。這種夫婦要一個共同目標，要借患病去暫時壓制婚姻破裂的危機。在那些關係很緊張的家庭，身心病多見，例如家庭中有一人過世，另外一人會有抑鬱症，再演變為身心症；大腸炎和風濕類關節炎的惡化可以是在這種情形之下發生。

現在就討論醫師與期末病人之間的關係。

對病人來說，被告知病人患的是期末病，是一個非常痛苦的經驗。只告訴他們一些支離破碎的消息，反而會令他們感到格外焦慮。假如醫師能夠給病人家屬多次討論時間，跟他們很坦白和詳細的去討論這個診斷，跟他們保持聯絡，在病情惡化時給他們精神支持，家屬會感激醫師。有很多家屬擔心，不知道病人會在什麼情況下去世，但是他們不會提出這個問題來，醫師應主動將它提出來討論。當病人去世，大部份家屬都不會覺得這事實太難接受，因為他們在知道診斷的時候，已開始為病人「哀悼」。偶爾家屬會為病人去世時所發生的一些事而生氣，但通常這是哀傷的另外一種表現方式。

對於醫師與家屬應否讓期末病人知道病情真相，請閱「瀕臨死亡的病人」。

小兒科

面對着一瘦巴巴，長不大的小孩，你知道他長不大的原因嗎？更重要的是；你怎樣才可以幫他恢復正常的發育？你可以怎樣幫一個身心被虐待的小孩？你可以冷靜的聆聽他父母親的解釋而幫忙開導他們的苦惱？你能夠向要開刀的小孩以及他的父母

親解釋一項會疼痛，有生命危險而且有破損性的手術？對一個你已熟悉的小孩，當你知道他患的是絕症，跟他談甚麼？當你對他和他的父母親說你會盡能力幫他減少寂寞，恐懼和痛苦，那是真心話嗎？還是當你知道診斷時就已經開始排除他，捨棄他？一個患有慢性疾病的小孩，不聽你的話，你下一步是甚麼？如果你的關懷，換來的是病人的咒罵，你會怎樣？你能察覺到病人以及家屬的焦慮，恐懼和不安？你會視他們的不合作和疑問為對你的不信任而變得更冷漠和高傲嗎？一個多次住醫院的小孩，你就是查不出他肚子痛的原因，你會說是在撒謊而叫他回家，不要再來嗎？

小兒科的工作者和別科的一樣，需要具有同情心，彈性，給病人希望，和願意接受病人在治療過程的自決。小兒科的特點是我們有機會幫小孩預防疾病。當父母親帶着小孩來看病，他們往往也帶着他們自己的焦慮，恐懼，希望，希望你能治好那個病，以及排除他們心理上的不安。如果你祇注意到和治療身體的疾病，你可能祇幫了部份的忙。特別當病不能完全治好，以上所提到的問題往往是最難解決，但也是最有意義的。我們怎樣接觸問題和早期的反應往往決定小孩和家人會不會成功的康復或找到最好的適應方式。面對一個小孩，我們應該注意我們自己的態度和能力。祇有這樣我們才會對病人更了解，我們自己更進步。讓我們一起來探討小孩和他父母親的心境，他們的性格，強處，隱憂，懼怕。我們嚐試明白他們對我們的感受，他們的抗拒和疑問，和我們自己對他們以及他們的疾病和反應。讓我們學習連貫病人身心的表現，從而幫助他們的治療和痊癒。在小兒科我們應該做到以下幾點：

1. 知道小孩的性格發展，他們的興趣，恐懼和焦慮，和他們的反應。
2. 明白小孩的性格發展，以便對不同成長期的孩子作適當的反應。
3. 觀察到小孩如何受到他父母親的影響，以及他如何影響到他父母，從而知道那個家庭裡的互動關係。
4. 訓練我們能夠適當的關懷病人以及他的家人，增進彼此的信賴。
5. 明白一般人對疾病的反應，denial, rejection, 憤怒，抑鬱，和適應方式，從而體

會和尊重小孩和他的家人對疾病；傷害和住院的反應。

6. 知道甚麼時候應該要求精神科的幫忙。
7. 能夠從多方面為小孩和他的家人着想，能夠觀察到影響行為的心理，社會和文化因素，能夠有條理和持續性的照顧病人，能夠認識病人的支援系統，如祖父母，能夠告訴病人和家屬各種社會資源，讓他們出院後得到所需要的幫忙。

我們現在介紹在醫院的小兒科看到的幾個問題

病嬰（小孩和家庭的發展）。

疾病和住院對小孩以及他家人的影響。

身心疾病（以生理方式表現的心理疾病，以心理方式表現的生理疾病）。

被虐待的兒童。

兒童的慢性疾病末期病。

從這篇的討論，我們希望你能獲得一些基本的知識，一些技巧，一種態度，幫助你工作得更有效，更滿足。藉著這個介紹，我們希望引起你對影響病人與家人的心理和社會問題的興趣，也幫助你培養察覺和解除他們和你自己的焦慮的能力。他們的焦慮將妨礙他們疾病的康復。你的焦慮，像無知，不安，發脾氣，納悶的表現，或相反的太奉承，都會妨礙你的學習。

病 嬰

你在小兒科病房所見到的小孩和在門診的不太一樣。他們的疾病比較嚴重，而因此你不難在他們父母的眼中看到更大的困擾。大部份的病是身體各系統的：如先天組織或生理上的缺損，新陳代謝的不常，癌症和血液的問題，基因和酵素的不正常，感染和意外受傷。小部份是因為父母和嬰孩相互關係的失調而引起身體系統功能或發育遲延的問題。這相互關係是指嬰孩所給與母親的滿足和母親給與嬰孩的溫飽和安全感，藉此而使互相的人格趨向成長。而這相互關係的失調也會影響到嬰孩的人格發展。我們怎樣幫助他們克服這種心理上的失調？首先要了解這問題存在，然後藉著同理心，接近病人和家屬。留心看他們的行為和聽他們的話。大部份的父母親都明顯表示他們的焦慮，有時候却掩飾起

來。有時候是把對自己孩子的焦慮轉到對病房其他病嬰的關懷，也有時候把憤怒轉到我們身上，認為這種煩惱是我們引起的。他們表現緊張，易怒，沒胃口，失眠，多言，和拒絕接受他們小孩疾病的嚴重性。在這個時候，父母親會訴說出一些埋在心裡的話。以尊重和同理心的心情去聽，藉此我們可更了解他們的感受更有效的幫助他們。

母親和嬰孩的相互關係是由母親主動發起的。我們在了解母親的態度時應該注意到：

1. 母親本身的個性和她自己與她母親的關係。
2. 她的婚姻狀況。
3. 她對這次懷孕的接納與否。
4. 她對這次懷孕的心理反應。
5. 生產的痛苦與產後抑鬱有沒有使她對孩子發生反感。
6. 她對她嬰孩的期望。

如果是這些因素引致相互關係失調，我們應該將治療著重於讓母親明瞭她在嬰兒生長期的重要性。她對做母親，做妻子，於丈夫相處的種種態度和適應和構成嬰兒恢復正常發育的關鍵。

疾病對小孩及他家人的影響

隨著年齡的增長和人格發展，小孩所表現的病徵和心理上的困擾都有在改變。剛出生的嬰兒常表現長不大，肚子痛和睡眠方面的問題。一歲半至三歲的幼兒正在發展他獨立的人格。這時產生的心理矛盾或焦慮，如與母親分離或被遺棄會以便秘，反抗，憂鬱和恐懼等方式表現。學前期的孩童已經有相當的主動能力，經驗，記憶和想像力。這時期如果表現出尿床，語言障礙，恐懼和惡夢，我們應該考慮到他家裡各人的關係。念小學的小孩最關心的是他自己學習的能力，培養人際關係和一種屬於感。他能控制自己的行為，保護自己的身體和財產。這時候的疾病有可能引發一種 hypochondriacal 態度。學校學習方面的問題，對學校產生恐懼等會在這時期出現。我們應該探討他對家庭狀況的看法，是否家裡有不和，父母離婚，家庭破裂等問題。中學時期的兒童爭取個人和性別的獨立，希望被同伴接納，被尊重，和找尋職業興趣和經濟方面的獨立。這多方面的困擾會產生抑鬱，反抗行為，不



東西，和精神病。身心性疾病也很常見。對他們表示關懷和尊重。你可以幫很大的忙。

父母親對孩童生病的反應不一。在幸福的家庭裡，父母親能視之為生活上必經的事情而能成功的應變。在一些家庭裡父母親表示出過度的焦慮，恐慌，受創，憤怒。他們會有意或潛意識的把憤怒轉到孩子身上，甚至刺激我們，藉此鼓勵他們自己的發洩性行為。而大部份的家庭處在這兩者之間。他們不會那麼輕易的表露出內心的困擾。對此我們應提高注意力，耐心的聆聽和發掘隱藏的問題，適時的伸出援手。

身心疾病

身心是連貫不可分的。心理上的困擾以經過轉移作用從身體的不適而表現出來。同樣的心理上的困擾可以祇是身體疾病的一個表徵。

心理困擾以身體的不適來表現的問題包括以前所述的因素與母親相互關係失調而起。但大部份表現都比較輕微，如肚子痛和不安眠。這和父母親的心情和人格都有關。而在這一組常見具代表性的兩

種情形首先包括太好動以及有其他行動障礙的孩子，如果綜合病歷，病徵和檢查，證明是輕微腦功能障礙引起的，就可用藥物治療。但是生長在過度緊張，混亂和不安的環境下的兒童也會有類似的行為表現。這時就應該以心理治療，而不是藥物治療了。這些小孩本身的學習能力沒有障礙，但因為心理上的不安，不能有效的學習。還要注意到口吃的小孩。差不多每一個都是心理受影響而發生的。其次括約肌功能障礙而尿床的孩子，除了要做全身檢查，更要問及心理方面的問題。

以心理問題來表現的身體疾病。如下面的例子：要提醒我們注意到引起病徵的多種可能，不要持著偏見。

一個十一歲大，五年級學童因背痛三個月沒有起色而住院檢查。他住院前已在鄰近的一間社區醫院住了七天而檢查不出結果。住院時醫生第一個印象是功能障礙。他父親兩歲時與母親離婚而離開他。這幾年來和他住在一起的都是女性親屬。他尿尿，大便失禁，功課不好，物理檢查沒有異樣。醫生要求神經科和精神科會診。小兒科的醫生初步認為他的背痛是轉移作用。他的尿床是因懼怕被遺棄的退化作用，因而得到第二獎賞。在醫生面前，他總是彎著背走，表現出很痛苦的樣子，但在護士面前，他走得若無其事的。在他父親面前，他會訴痛，但在和其他人談話時卻不會。神經科的醫生不滿意這樣的解釋。他同意他有心理上的問題。但有三點不能忽略的事 1)他在第四腰椎有壓痛。2)有時晚上會因痛而醒。3)他沒有 la belle indifference 的表現。冒著加重他背痛的危險，醫生做了脊椎攝影，在 X 光下看到一個缺陷，而在手術中把 rhabdomyosarcoma 部份切除。

手術後他接受放射和化學治療，一面接受癌症治療科和精神科的觀察。手術後的十二個月裡，每一至三個月復診。他的背不再痛。他在餘下的短短日子裡在家裡和學校過得好一點。大便失禁也停了，自尊心也恢復了很多。他去世時是診斷後十二個月。

這個例子強調如果小兒科醫生初步就斷定他是精神功能病，而沒有要求神經科和精神科的會診，他可能要忍受更長期的痛苦才能有正確的診斷和治療。

我們好奇這個小孩會想些甚麼：當他周圍的人

把他難忍受的痛當做功能上的毛病，當做檢查時對他身體做的侵犯，當他最後知道他得了癌症。他沒有和醫生們說到將來，或者他對癌症的感受。他們父親始終與他保持距離。但可喜的足是他的母親一直都在他身邊給予精神上的支持。

被虐待的小孩

虐待和遺棄小孩是我們會見到的問題。在我國資料不多，但我們知道這些事就在我們周圍發生。隨著社會結構的改變，家庭組員的心理不安，這些事情會不斷增多。我們應該怎樣幫小孩和他的父母？

在美國每年被遺棄的小孩約有五十萬到二百五十萬。被忽略和遺棄的嬰孩表現出動作遲鈍，奇異的手指運動和低智能。收養在醫院內的棄嬰，雖然供給他們充份的營養，百分之三十七在兩年內死亡。被忽略的嬰孩，因為缺乏所需的刺激和愛，表現出身心發展遲延，也就是我們統稱為長不大的嬰孩。我們面對這個孩子，應該檢查身體和精神狀況。和家長會談的時候避免責備的態度，也要避免給予他們一種與我們競爭，獲取嬰孩歸屬感的態度。我們要讓父母親明白他們對嬰孩的影響而新接納嬰孩。

肉體上虐待小孩的父母大多是心理不成熟，對小孩的期望太高，心理上的空虛，缺乏做父母的知識，小時候曾被虐待，酗酒或吸毒。面對這個孩子我們應該考慮他在目前環境下有沒有生命威脅，繼而連絡孩子的其他親人和社會服務員。

以下是一些美國的統計數字

1. 發生率

- a. 被虐待的孩童每年約有二百萬件。
- b. 在急診百分之十的三歲以下孩童的傷害。是故意引起的。
- c. 百分之二十五的二歲以下孩童的骨折是故意引起的。
- d. 每年新的被虐待的孩童佔每一千個新生兒裡中的十個。
- e. 每天有兩個孩童受虐待而死。

2. 虐待的後果

- a. 百分之五十的小孩重複被虐。
- b. 四十二個小孩的追蹤調查，三年後，百分之三十功能遲鈍，百分之四十三有神經系統的受損，百分之二十八沒有發育進步，其原因為：
 - 1) 七個小孩有嚴重的腦受損。
 - 2) 一個有精神病。
 - 3) 七個小孩沒有受到適當的照顧。
- c. 五十八個小孩的追蹤調查。四年半後：
 - 1) 百分之五停止發育。
 - 2) 百分之三十一的小孩體重少於同年齡的 percentile。
 - 3) 百分之五十三有神經系的不正常，其中百分之三十一達中度至嚴重的程度。

3. 性虐待

- a. 百分之二十五的美國婦女在孩童時期曾受性虐待。
- b. 百分之六十五至八十五的侵犯者在孩童時期曾受性虐待。（惡性循環？）
- c. 百分之三十八的侵犯者全家人或近親。祇有小數是陌生人。
- d. 受害者幾個月大的也有。所有小孩都有機會成為受害者。性虐待沒有性別，社會階層和種族的界限。
- e. 沒有適當的治療和支持，性虐待會有多種的後遺症的。
- f. 百分之七十的少年毒品用者在家裡曾受不同程度的性虐待
- g. 百分之四十四的女性成年毒品用者小時家裡發生亂倫。
- h. 百分之七十五的少年娼妓在家中曾受性虐待。
- i. 離家出走的最大原因是性虐待。
- j. 在感化院的大部份兒童曾受性虐待。

兒童的慢性疾病和末期病

慢性病的病人和他人家人的心境是怎樣的？我們以前言提到的霖達作為例子。我們可以對她母親的反應多種的解釋。如果我們要明白她和有效的照顧她的女兒，就需要了解她對女兒的憂慮。她是否

處於無助？她對現在對她自己和其他兩個女兒的顧慮，和她對將來的希望。這四年來她因為女兒的疾病承受了多少負擔？而霖達對她自己的看法是怎樣呢？她的妹妹們對她的看法又怎樣？

霖達的病例代表一般慢性病人的情形。對患有白血病，惡性腫瘤，腎臟衰竭，不能改善的先天性心臟病等等的病人，死亡是不可避免的。我們也會碰到一些病況較緩和的病人，如類風濕性關節炎，糖尿病，氣喘，先天性身體缺陷和伴有低智能的創傷。而這些病人和家屬更有一種不知疾病甚麼時候了結的心理負擔。如果我們要幫他們，就要注意到病人和兄弟姊妹的人格發展和他們父母的反應。

每次霖達來復診時，小兒精神科的醫生都會找機會單獨的與她的母親和妹妹聊天，他們考慮霖達目前生長和發展所面臨的問題，她是不是在上學？當她因病情轉變而不能上學，而需要留在家裡或住院時，怎樣讓她後續她的功課？她和她的妹妹和同學們的關係怎樣？她對自己可能面臨的死亡有甚麼看法？她對自己佔去家人的精神，時間，金錢有甚麼看法？霖達的疾病不祇是一個醫療上的問題，更關連到她在她所有的生命中怎樣去適應。

醫生們考慮到霖達的母親能不能在家裡照顧她的女兒，她的態度，她自己的需要。她有沒有人幫忙？她有沒有抱怨？在這兩年裡霖達的母親表現出抑鬱，包括：沒胃口，失眠，不耐。強求行為，自憐，和身體不適的症狀。當她剛獲知霖達的診斷時，她以不信和幻想來應付。慢慢的她感覺到疾病的真實和嚴重性。在前言的例子裡，她表現的抑鬱，缺乏有效的適應和自我控制的處境。

醫生們第二考慮到霖達妹妹的反應。她們對霖達和她的疾病有甚麼感受？是可憐她還是因她的受重視而羨慕她？她們會因霖達佔去她們母親的精力而生她的氣？但當她們發現這不是霖達自己所願意的時候她們會自疚？病人的兄弟姊妹們可能發生幻想，可能他們自己也會得到這種病。我們如果注意到這種情形，就可以向她們解釋，幫他們減少焦慮。

醫生們也注意到他們自己的感受。如果醫療者不能體諒病人和他的家屬，他會覺得病人不合作而產生反感。如果我們能明白霖達的母親的心情，我們就比較能接受她的反應。如果我們提早和病人和家屬建立一種「同理心」的關係，我們就能提早注

意到他們的困擾和幫助他們，特別是疾病會影響到婚姻關係，父母和兒女的關係，家人的工作和健全的身心。

如果我們要有感情的和有效的幫一個垂死的小孩，我們一定要探討他對死亡的概念。我們一直以為青春以後的兒童，當們他能夠有抽象思想時，才有死亡的概念，最近的報告，小孩，甚至五、六歲的都知道疾病的嚴重性，但他們很少表示出他們的焦慮。他們會有被遺棄的焦慮，寂寞的感覺。青少年階段的病人會明顯的提出死亡的憂慮。

如果我們要有有效的幫病人和他的家屬，我們應該：1) 提早伸出援手。2) 注意疾病對家裡其他成員的影響。3) 留意家長和其他家人所說的。4) 注意到六歲至十歲的兒童都會領略到他們疾病的嚴重性。如果他們願意，我們可以探討他們的想法，幫他們解答問題。我們可以注意到有時父母和患病的子女間有一道圍牆，以防雙方受到傷害。如果我們也這樣做，我們延遲了病人對他的疾病的了解，在最需要的時候沒有人支持他。

婦產科

有人說：「女人是要去愛的，不是要去瞭解的。」這句話暗示着女人的心理和情緒是多麼的難以付測。由於女孩子受着跟男孩子不一樣的社會，傳統和家庭的壓力，加上女性在生理上特別的變化，如月經、懷孕、生育，這些都造成一個女性從小到老的心理變化，跟男孩子完全不同。

婦產科給我們一個最好的機會，也是一個最大的要求，就是去了解女性在生理變化及罹患疾病時的心理狀態，幫助她們去克服這些壓力。要跟女性病人發生同理心，在一個男性醫生來說，真不簡單，本文就是給我們一些索引，去明白她們，建立正確的相互關係，從而幫助她們。當一個女性病人走進診察室，要向一位異性的醫生訴說病情（某些事情可能連她丈夫也不知道），或是讓我們去替她檢查，她必須付出足夠的信心和勇氣，至於如何去建立穩固的關係，那就要靠我們個人的努力，去認識、了解並關心她們了。

你是否知道，大部份女性對於她們的性器官的

認識並不多，有一些更是故意去忽視它。原因很多。

1. 女性的子宮跟卵巢均是內在器官，陰道也是內陷的管道。小時候也被處女膜所掩蔽，看不來也摸不着，也因此認識不夠深。
2. 文化、傳統都告訴她們，「那部位」是髒的、羞恥的，使他們不敢對性提出問題，遂故意不去理它。
3. 很多痛苦的經驗，都是跟性器官扯上關係，如月經、懷孕、生產對某一部份女性來說，是很痛苦的經驗。
4. 羨慕男性在社會中所享有的特權，而將這種羨慕，轉化成討厭自己的女性器官。
5. 一些選美活動和傳播，訂立了所謂美的標準，有些女性會對自己的外觀感到非常不滿意，因而在心理上拒絕承認它們的存在。
6. 一些不幸的女性在很小的時候被強暴過（特別是亂倫案中的受害者），或者是與丈夫的性生活不美滿，在心中會產生一個陰影，厭惡自己的性器官而不去理會它。

女性對自己的性器官認識不夠，甚或故意去忽視它帶來了很多治療上的問題。她們會過份的依賴醫師的照顧，忽略了注意個人衛生的重要性。她們也因為對解剖名詞的不了解，往往在醫師面前難於啓齒，她們不一定是害羞，只是不知道用什麼字眼去形容「它們」。這就需要我們有高度的警覺性，忍耐力和用她們已所認識的名詞，去幫助她們去表達。

你認為一個女孩子究竟喜不喜歡她自己是一位女性？這個問題可能沒有真正的答案，因為一方面她們是沒有選擇的餘地，「既來之，則安之」，另一方面可能喜惡參半，很難做個比較。無論如何，讓我們去認識一下，發生在女性一生中的幾件大事：月經、懷孕、生育；對一個女性所產生的影響，她們又會產生什麼心理去適應這些遭遇呢？以下是一位女孩子的親身感受：

「身為女孩子的我，一生中，在家庭、社會都擔任着跟男孩子不太一樣的角色。雖然我可以得到某一方面的成功感和滿足感，但我也會因所遭遇到的一些女性專有的大事，如月經、懷孕和生育，給我不少生理上和心理上的壓力。輕微的，像每次來潮時，因為疼痛或是不舒服、不方便，往往使我心

理上有輕度的失調，變得脾氣不好，納悶不安。更有些不幸的女性，因為流產、胎死腹中，使她們蒙受了心理上不可磨滅的創傷，對她們來說是一個悲劇。

從出生到成熟，我要去捉摸自己的身份，漸漸地發現我是一個女孩，也得去學習如何作一個女孩子。這時，媽媽給我許多教導和榜樣，因着認同作用，我喜歡穿裙子、抱洋娃娃，但可能這只是在無可奈何的情形下去接受這套「模式」也不一定。

月經的肇始，我才是十一歲的女孩，使我感到害怕，因為不知道那些是什麼？又不明白為什麼發生這種事。我只有從媽媽口中知道這是「成長」的象徵。但對於一個還是愛跑愛跳的女孩子來說，這畢竟是一種令人厭煩的事。為了更清楚這些事情，我會去看書籍中的描述，但不敢去跟其他女孩子講，我怕她們會取笑我，也害怕自己跟她們太不一樣，而被孤立自己。

我知道有50%的女性有經痛，對她們而言，真是疲累、煩亂、失望的日子，蔚藍的天際也顯得灰暗，工作的負擔比前更繁重，坐立不安，什麼活動都只好放棄，這時候正需要別人的關懷，（特別是丈夫的關懷），但不是每一個人都如此的體諒和細心。

停經期的女性，常具有患得患失的感覺，會感到自己年老，被別人遺棄，家庭的負擔，兒女們多已長大成人，她們都一個一個的離開了家庭，使這些更年期後的女性陷入失望和憂慮中，對自己的價值與貢獻失去了自信心和安全感。但是在性生活方面，却因為不再懼怕懷孕，也不再需要避孕也感到自由。此外，往日的痛苦和不便都不再出現而感到輕鬆多了。

懷孕使我感到最有成就感，因為小寶寶是在我的肚子裏「懷胎十月」孕育出來的，我感覺他是我身體中的一部份。對家庭我的貢獻可不少，丈夫比前更體貼，公公、婆婆表現得極度緊張。對於初次懷孕的我，真是興奮極了，是一件不可思議的大事。小寶寶那一天減輕「動作」，就駭得我忙著去找醫生，但他們總是掉以輕心。懷孕當然可以使一個女性感到她地位的重要，增強她的自信心。但也會因着對生理的知識不夠，容易產生憂慮和疑惑，家人對我的期望也成了我的心理壓力，就是吃的每一樣東西，都要很小心。因為一旦出了問題，流產、

難產、胎死腹中或畸型兒，我們心靈上的創傷是無法彌補的。信心和期望都完全被粉碎，懷疑自我存在的價值，產生自疚感。

「不孝有三，無後為大」，不孕症對我們婦女，實在是一個非常不幸的遭遇，會害怕家庭因此破裂，丈夫因此對我冷淡，他的失望也使我產生自責和難過。在中國的傳統社會中，生育孩子對一個女人而言，是絕對應盡的責任。雖然現今社會，不會再如前那麼重視男孩子，但對於一個「全女將」的家庭，必竟是另一面的缺欠，這些都給我們不少的焦慮。

生育的經驗，當然是有苦有甜。一方面，一個小生命的誕生對身為人母的我，是何等的榮耀、興奮和奇妙，但那生產中的疼痛、掙扎、恐懼，却是凡生育過的女性都難以忘懷的。但就是那一份天生的母性，趨迫我去忍耐這段時刻，等待着看到那粉紅的小臉和明亮的眼珠，我的小寶寶使我得着安慰和滿足。

無疑，這一切的遭遇，對某些女性來說，是一種挫折和壓力，也可能只有在無可奈何中接受了。然而，我需要一個可以替我分擔的人，但他們都不可能完全明白我的感受，我需要別人去聆聽我、了解我、也在重要的時刻去支持我，在那些痛苦的背後來安慰我。」

希望在以上一段簡短的描述中，可以給你一個引索去認識一位女性的心理，在婦產科，你無可選擇的要去面对女性病人。我們可以幫助她們多少的忙？

- 一、產生同理心，要求自己站在女性立場去看她的問題。例如治療性的墮胎，別老在想手術的伴發症，別以為沒有 sepsis，手術非常成功就大表滿意，考慮到她因失去了孩子的自責、失望和慚愧。用你可行的方法給她安慰、解釋。
- 二、想辦法告訴她多一點關於她的生殖器官的解剖、生理，檢查時，可利用鏡子或是閉路電視，使她也可以觀察到自己的器官，能獲得多一點的知識，有助於她日後的自我衛生的保持，使她對「那部位」的恐懼、怕污穢的心理，得以解除。
- 三、鼓勵產婦多跟一些有經驗的人交談，她會從而獲得很多無法在我們身上得到的資料，

也使她們覺得生產是一件很自然的事，減輕她的焦慮。

四、對她的丈夫也提出一些建議，使他也可以參與他太太生產的事，鼓勵他多安慰並耐心聆聽她的感受，別忘了，這件事對她而言是比什麼都重要。

五、時刻提高警覺性，女性病人在男性醫生面前，所說的話，難免有一點「保留」，別放過每一小節，盡量幫助她有勇氣，坦誠的把心中的話說出來。

要認識女性病人的心理，對我們而言，實在是不簡單，但這些要靠我們的努力和經驗。為了病人的好處，不得不多下功夫，本篇因為篇幅關係，不再詳述，但我鼓勵每一位將要面對女性病人的同學，先有心理的準備。

後言

看完這篇文章，也許你以後不會忘記了病人的心理狀態，你會用心去認識，了解和幫助他們。但是否你有一個印象，以為我們對病人的治療，一方面是用藥物和手術治療，另一方面則是用時間去關

