

I 憤怒的病人

對於一個醫師來說，懷有疑慮或公開反抗的病人是最普通也是最棘手的難題。這種情況，醫師可以以怨報怨，也可以視若無睹或盡力消除病人的怒氣，或者勸告病人不應懷疑或發怒。醫師對懷有敵意的病人生氣，或者採取其他的措施，也許並無大礙，但是，追尋出病人生氣的原因可能更有助益。不要逃避問題，相反的，應當坦誠地，甚至平靜地幫助病人把心中的不滿說清楚；有時它只是一點簡單的小事，也許病人不喜歡醫師的容貌或態度，也可能他認為醫師太年輕或是太老，太關心或是不夠關心。

當病人對一個醫師生氣，尤其是對他首次求診的醫師，原因大半在病人，而不在醫師身上，當然醫師也不能全部脫卸責任，事實上，醫師“能夠”使一個病人發火，不過，通常醫師是無辜的，只是恰巧成了病人所憎

惡的人的替身而已。奇妙的是，醫師的良心常堅持一切都是他的錯，而且誤以為，好醫師應被病人所崇拜，永遠使病人滿意，這是錯誤的，怨怒的情緒到處存在，病人無法坦白地向醫師表達不滿或怒意，這位醫師便不算好醫師。

最重要的是，醫師必須了解，病人常把對他人的厭憎情緒轉移到醫師身上發洩出來。有的病人也許在每一新環境下都會有這種相同的舉動，舉例來說，當一個病人首次登門求診，訴說他對別的醫師們的不滿，或者說曾被別的醫師誤診，醫師應能預見同樣的“情緒”將會再度發生，如果一個醫師從一開始就先有這種準備，並且明瞭這只是某種（型式）的行為，而非個人的舉動，屆時很可能功德圓滿，否則，一切皆將落空。

總之，一個醫師應當了解病人的行為——當病人光火時，也是在發洩心中對某某人的不滿；明白了這個道

理，醫師不但可加強信心，並且還可得到更大的好處，因為病人對醫師的舉動，比其他事，都更清楚的顯露出病人本身的特性，而醫師應當試圖去解決病人談話中的「謎」。

我可以舉幾個例證：

(一)有一個婦人，第一次找我看病，她對每件事都爭論不休，當我說如此如此，她馬上激烈的反駁，當我保持沉默時，她又批評我不說話，我簡直被弄得頭昏腦脹。這時，我注意到她以一種驚怕的眼光看著我的助聽器，我便問她對我的耳聾做何感想，她用帶意氣的聲調回答我，她的哥哥也是聾耳，而她和哥哥之間經常吵架。在這裏，她把對她哥哥的不滿，轉移到我身上來，同時，她也告訴我關於她自己和她家庭的許多事情。

(二)另外一個婦人也有相似的情況。我事先已知道她的煩惱始於丈夫患了心臟病之後。她在看病的時候，指責我沒有同情心，不給她傾訴的機會，

如何與病人談話

Talking with

II 使醫師生氣的病人

另一個相關的難題是如何應付使醫師生氣的病人（醫師所不喜歡的病人）。病人當中，不時會有令醫師起反感或者醫師對他存有偏見的病人，這可能只是因病人是共和黨，而醫師是民主黨；也可能是病人有深重的罪行使醫師嫌惡。「反社會」的病人尤其能使醫師憤怒、疑心或不安。總之，一個令醫師討厭的病人是談話與治療當中的一大障礙。

令醫師嫌惡的病人，諸如性病患者，騙子、竊盜、流氓之流，醫師不容易坦誠客觀的對他們做檢查，問病歷。如果醫師對這種病人是深惡痛絕的話，那麼吃虧的將是病人。

我們不應要求醫師放棄他們的道德與社會立場。固然最理想的是，

醫師不應存有任何的偏見，但是，這並不是說醫師對每件事都不應該有自己的見解。然而，一個醫師工作時，應該不計較病人的身份與品行，給病人做最合理的治療，否則他必需及早將病人轉給別的醫師。

有的病人既不是竊盜、流氓、炫耀狂之流，也沒有特別明顯的原因惹人反感，但是，醫師就是討厭他，對他生氣。對於這種無法解釋的厭惡，醫師也許會自覺慚愧，告訴自己說，無緣無故討厭別人是不對的，心裏有了這所罪惡感，醫師除了替病人治病外，還可能刻意的討好他，想盡辦法試着去喜歡他，告訴自己到時候自然會對他發生好感，或自認為不管對病人喜歡或厭憎，都不會影響治療的成效。但是，這樣做多半是白費功夫，因為醫師厭惡一個病人是他內心的表

現，這種病人常使他連想起過去所不喜歡的人，因而激發起醫師心中的敵意。

因為醫師本人並不知道為何會厭惡某種病人，所以他也無法消除這種不能解釋的感覺。因此，不必試着去喜歡他們，最好安排他們給別的醫師看。

III 失去親友的病人

醫師在和剛喪失親友的病人談話時，應該注意幾件事。首先必須牢記在心的，讓病人承擔他們的悲痛，不必打擾他們，因為這是他們自己的喪事，讓他們有機會好好哀傷一番。我們知道，當一個人失去了摯愛的親友時，心理上會隨時間發生一定的變化，治療心中的創痛。

一個人的死亡，對死者本人來說

不肯第一個接見她，不喜歡她…等，（老實說，她不是一個容易獲得別人好感的女人）。我藉著一個機會對她好說，有一個患心臟病的丈夫一定很痛苦，尤其是對她這一種好爭論，脾氣不好的女人而言；她聽了以後，熱淚盈眶，說多年來她都把丈夫當做出氣筒，直到他患了心臟病，她才遵從醫師的囑咐不再責罵他丈夫。我成了她丈夫的替身，她把心中的怒氣都轉到我身上來，不過，更重要的是，她用這種方式來表達潛意識中的苦惱，她無法控制自己的脾氣，同時深怕會傷害她丈夫。

一個不務正業，終日酗酒的男人，在妻子的敦促下，找我看病。他和我約定了時間，自己却姍姍來遲，讓我苦等了許久。不料，他一進門馬上破口大罵：爲什麼不設一個更好的停車場？我的住處爲什麼這樣難找？他的事情忙不能久留…等等。畢竟，是他妻子逼他來找我的，他自己也明白

我很可能已知道他的患惡品行，而且，他又失約讓我久等，所以在我可能責備他之前，他下意識地先出口責怪我。我了解他這種心理，我立刻告訴他，他一定以爲我是一個嚴厲的人，以爲我會對他不客氣，我很同情他事事得咎的處境，他一定有很深的罪惡感。他漸漸的看出我無意苛責他，才鬆了一口氣，開始談他的事。

「憤怒」通常是憂慮（任何來源的憂慮）的掩飾。了解這一點，醫師可告訴一個懷有敵意的病人，他一定是過於憂慮，然後讓病人說出真正的苦惱。

要一個醫師心平氣和的聽病人責怪他，的確不容易，那需要好的修養。但是這樣做往往有很多好處，因爲怒氣一旦發洩後，常常轉變成堅定的信任與合作。我並不是說醫師一定要強迫自己接受病人的侮辱，侮辱和憤怒究竟有所不同。縱容病人辱罵醫師，對病人或對醫師都不是好事。

patients

傅世文譯

，是生命的終結，但對他的親戚朋友而言，並不是如此簡單，至少，他的生命不會馬上就結束。要我們了解、接受、並適應一個親友已和我們永別的事實，是一段痛苦的過程，需要長時間的掙扎。首先是拒絕承認死者已離塵世而去；我們會喃喃自語「他並沒有死！」「我不相信！」，或用現在式（present tense）談及死者，或者擬定一些涉及死者的未來計劃……等，總之，我們會竭盡所能把死者與現世的事拉上關係。接著，當事實擺在眼前時，我們會模仿死者生前的習慣，替他實現生前的願望，試圖使死者與我們本身共存，同時，對死者的回憶會非常的深刻，並且覺得哀傷、失落、與絕望，對其他人其他事的興趣不可避免的會減弱。然後，悲傷逐

漸的消退，真正的「死亡」才來臨，心理的創痛慢慢復原，舊的人與事漸被新的所取代。

上面所說的這個正常過程，對病人維持身心的健康是必要的，醫師不應加以擾亂，相反的，對那些喪失親友而不悲傷的人，應加小心。醫師不必壓抑病人的哀傷，讓哀傷有了發洩的出口才是上策。醫師常常覺得有義務減輕病人的悲傷，強要病人化悲爲樂，或者鼓舞病人振作，這些作法都不合時宜，只有死者生前的一些趣事，才能使病人稍解悲懷。

有一件事倒需醫師留心。悲哀，如同眼淚與其他情緒，在正常情形下，它是「自制」的，它會逐漸的減輕以至消失。萬一，過了數月之久，病人仍未節哀，醫師可要留意，一定出了差錯。

IV 將死的病人

醫師在和瀕死的病人或者慮不治之症的病人談話時，不可避免的會遭遇一些困難。病人逐漸的接近死亡，醫師會因無力挽回病人的生命而感到無助，同時因行將失去一個朋友而感到哀傷，這些都會使醫師不安與困窘。除此以外，還有一個難題擺在眼前，就是應不應該告訴病人這一項不幸的消息，最好在什麼時候以何種方式告訴他？這個問題相當棘手，而且使得與病人的談話更加困難。

事實上，這個問題沒有一個簡單的方法可以解決。如果醫師對病人的死亡是鐵石心腸，無動於衷，自然他可以隨心所欲的處理，但是病人是否會因此而更加痛苦呢？

一個將死的病人往往在精神上與肉體上都感到痛苦，減輕他們的痛苦

當然是醫師的職責。這個工作大部分雖可藉藥物治療和物理方法達成，但是醫師的話語也有很重要的份量，所以醫師應該謹慎而有效的使用他的言語。

那麼，醫師應不應該讓病人知道他已經離死期不遠呢？對這個問題，各方的意見莫衷一是，所以醫師都得依各種情況自行決定。當然，每個將死的病人都是獨立的病例，但是仍有幾個共通的原則可循。

首先，要知道病人在塵世間的事務的大概情形，是否已立下了遺囑？事業上是否上軌道？……。這些都可向病人的親戚，好友或律師探知。如果這些重要的事尚未妥當，就該讓病人去處理，使一切都安排得好好的，自然，不必老實告訴病人他已不久於人世。理所當然的，每個人都應該把自己的事料理妥善，也不必等到快瞑

目之前才立下遺囑。

有的病人很不樂意做這些料理工作，因為他們決不肯承認有死亡的可能。在這種情況下，醫師可以多加勸導，也不必勉強病人一定要做這做那。

有些醫師認為，對病人一切都應公開，因為病人也希望知道真象，而且任何事都無法永遠守密；另外一些人認為，不應讓病人知道真象；還有一派人則依病人所表達的願望來決定；如果病人堅持要知道他的病情，那麼就告訴他。如果病人不願提及死亡，就不必告訴他。

總之，對於將死的病人，醫師應當儘量使他們死得舒服，那麼，怎樣做才是最恰當的呢？首先我們得考慮，讓醫師對著自知不治的病人，除了可以使病人把一切料理妥善以外，到底還有什麼好處可得？通常，我們不容易想出有任何其他的好處。

如何與病人談話

Talking with

V 自覺有罪的病人

有罪惡感的病人，大多數的醫生都認為不是一個難題，但也是十分的重要。面對著一個有罪惡感的病人，醫生大抵會叫病人安心，不必自覺有罪，向病人保證，他所做的事並沒有不對的地方，這樣做，當然是沒有錯，不過，病人的罪惡感如果繼續的加深，醫生就應適可而止。如果再繼續向病人保證，便是否認潛意識中精神生活的存在。當一個病人堅稱他有罪時，醫生應該尊重病人的這種感覺，不可以硬說病人是一個完人，不會犯錯，因而加重病人的罪惡感。事實上，醫師與病人兩者都有理，因為，醫生們注意到的是病人表現在外的行為，而自覺有罪的人的行為都是循規蹈

矩的；反之，病人內心覺察出某種潛意識的慾望，而這種慾望可能是邪惡的。所以，當病人堅稱他有罪時，醫師最好稍具耐心，請病人說明說明。

醫生如果給病人過多的保證，病人反會對醫生的能力大起疑心，病人的理由是：你說這些好聽話，只不過因為你不了解我，假如你稍微了解我，你也不會這麼樂觀了。也許你不够聰明，才看不出我壞的一面。

VI 沮喪、想自殺的病人

當病人鬱鬱寡歡，反應遲鈍，動作無精打采的時候，醫生馬上就應假設病人是處於「沮喪」(Depressed)的狀態，「沮喪」的主要癥象之一是不愛講話、吞吞吐吐，因此，在與沮喪的病人談話時，很難使病人開口

談個不停，這也是一個難題所在。

沮喪的病人自殺的可能率很高，這是一個急切的問題，所以為安全計，所有沮喪的病人都應假設有自殺的傾向，可是，醫生却不容易立下這個假設，因為，自殺是件羞恥，可怕的事，醫生很難假定他的病人之中有人會自己毀滅自己的生命。因此，醫生很難開口與病人討論自殺的事。然而，醫生如果疏忽了病人自殺的可能性，病人就會面臨極大的危險，如果病人是醫師的朋友，醫師尤其容易對自殺的意圖視若無睹，因為他不能叫自己相信一個健康、強壯、有理性的朋友會做出這種可怕的事來。

為了保障病人的安全，醫生在治療沮喪的病人時，應該小心的估量病人自殺的危險性，這樣做雖不能每次

有些病人懇求要知道真象；有些自稱即使知道最壞的情形，他們也能夠承擔；有些聲稱如果讓他們知道真象的話，他們反會覺得舒服一點；對這些病人，醫師應該怎樣對付呢？最重要的是，醫師不必以字面的意義考慮他們的要求。醫師應能看清這些理由並不像表面一般勇敢與真實，某些病人的內心實在不想知道自己已離死期不遠，但是還口口聲聲的堅持要知道。有時候，病人會由他的眼神、語言或所選的字眼中，無意地暴露出他心中的恐懼。縱然不能看出病人心中隱藏的恐懼，也應該知道它的的確確是存在的。

通常，只要醫師給病人一絲機會，病人都會抓緊任何有利的機會。即使病人不停的詢問和要求，醫師也能看出病人只是想問而已，並不真正想知道問題的答案。

人類的心智有一種奇妙的機能，可以使病人在絕望之餘仍存有一線希望，儘量矇蔽自己各種死亡的跡象——這個機能叫做「否認」(Denial)，其作用和嗎啡很相似。每個醫師都知道，嗎啡具有麻痺神經，消除疼痛的作用，然而嗎啡並不能消除引起疼痛的真正病因，同樣的，「否認」也能無視於現實的存在，消除心理的痛楚，而且效力之大遠超過任何藥品。一個罹患癌症，逐漸接近死亡的病人，眼看著自己的體重慢慢下降，身體發生特異的變化，雖然這些跡象都很明顯，他還是興高采烈的憧憬著病癒，計劃著未來。

病人本身並不知道「否認」的作用，醫師和親屬或許能喚醒病人，使他回到現實。但是，病人的心理痛苦如果太大，這種企圖當然會歸於失敗。

醫師對這種駝鳥式的逃避或許會覺得荒誕可笑，也不了解為什麼人在臨死之前會變得如此愚蠢，但是，醫師必須體認，最好是讓這種現象自然發展，不必強要病人接受事實。對於尚可救治的病人，醫師可以反對他們對病情的不實際想法，可是，對一個垂死的病人，勢需採取另一種作法，否則，對病人不但沒有好處，反而會加深他們的悲傷。

事實上，沒有一個人能夠接受自己行將死亡的觀念，所以醫師不必為掩藏事實而感到不安。

有的將死的病人了解自己的命運並欣然接受，他們超出想像之外的勇敢與堅強，曠達而淡泊，並且帶點大儒主義，不過這種病人倒很少見。對一般人來說，死亡是件不可理解，必須加以否定的事，醫師大可不必告訴病人事情的真相。

patients

傅世文譯

都成功，但是很可能發現危險的程度，以做適當的處置。最好不要開門見山就問病人：「你是不是計劃殺死你自己」這種突如其來的問題反而會嚇壞了病人，使他連忙否認。最好是慢慢誘導入本題，譬如：

「最近怎麼樣？」——聳聳肩。

「不太好嗎？」——搖搖頭。

「很不順利嗎？」——點點頭。

「很不快樂嗎？」——點點頭。

「事情看起來沒希望嗎？」——

「是的。」

「有時覺得活得沒意思嗎？」——

「正是。」

「你會不會想到不如死掉算了？」

「——很多次了。」

「你也許想到自殺吧？」——「有時。」

「你想你可能用何種方式呢？」
——「從未想到那麼遠。」

這樣的交談似乎過於故作或冗長，但是，它的用意在於發現病人對死亡或自殺的念頭有多深，病人可能採取的計劃是什麼。只有這種漸進的詢問才能獲知這項情報。在上述的問答中，病人顯現出輕微的自殺念頭，但沒有任何實際的計劃。

依據病人自殺的念頭有多深，是否已有實際的計劃。這些計劃是否已接近執行，醫師可以判斷危險性有多大。比如說，病人述說他已真正的在計劃自殺或是認真的考慮自殺，醫師就在假定危險性非常的嚴重。如果談話中並未顯示出任何的計劃或行動，危險性至少不那麼顯著，但是仍然存在。

和病人討論自殺無疑的是件不愉快的事，醫師如果不願意討論也情有可原，但是，這是件醫師不能逃避的職責。一旦判定人確有自殺的危險，病人就應置於保護狀態之下，這點，醫師也很難向病人啓齒，但是醫師必須如此做，別無其他的選擇。病人通常會反對這種處置並且宣稱他是絕對的安全，在這種情形下，醫生決不可動搖，因為病人只是想拖延時間而已。有的病人會哀求不要將他送入精神病院中，否則他會發瘋，醫生決不可被這些話打動；寧可讓病人受辱，也不能冒險讓病人死去。事實上，大多數沮喪的病人進了精神病院之後，都覺得相當舒服，因為他們受到相當的照顧，而且與引起他們自殺念頭的外界刺激隔離開。