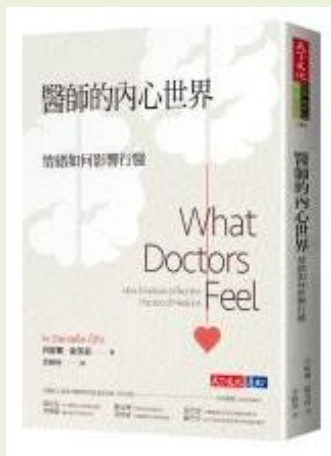


一、書籍基本資料				
書號	BGH192	出版日期	2020/3/26（四）	
中文書名	醫師的內心世界			
中文副標	情緒如何影響行醫			
原文書名	What Doctors Feel			
原文副標	How Emotions Affect the Practice of Medicine			
定價	400元	裝幀	平裝	
ISBN	978-986-479-970-1	開本	14.8×21.0cm	
原文ISBN	978-0-8070-7332-2	印刷規格	單色	
CIP	419.47	頁數	304頁	
				
通路建議主分類	醫療保健 > 常識/概論 > 醫療常識			
通路建議次分類	心理勵志 > 生死醫病			
二、作／譯者資訊				
作者	丹妮爾·歐芙莉／作者	作者原名	Danielle Ofri	
作者介紹	紐約大學醫學院教授級臨床教師，紐約大學神經科學博士，在紐約市貝爾維醫院（Bellevue Hospital）行醫已二十多年。筆耕不輟，著有《獨一無二的親密》（<i>Singular Intimacies</i>）、《偶然發現》（<i>Incidental Findings</i>）、《轉譯中的醫學》（<i>Medicine in Translation</i>）、《醫師的內心世界》、《病人說了什麼，醫師聽到什麼？》等書籍。 歐芙莉醫師也為報章期刊撰寫專欄，例如《新英格蘭醫學期刊》、《紐約時報》的「康健」（Well）部落格及科學版，作品入選《美國年度最佳散文選》與《美國年度最佳科學文選》，且因「對醫學交流的傑出貢獻」而獲頒美國醫學作家協會McGovern獎。她並擔任《貝爾維文學評論期刊》的總編輯。現與丈夫、三個孩子、忠心耿耿的拉布拉多犬，同住於紐約市。			
譯者	李穎琦／譯者			
譯者介紹	畢業於政治大學英文系與中文系、輔仁大學跨文化研究所翻譯學碩士班。認為語言是建構自我的重要元素，而世上每件事都是翻譯的美好轉介。熬成本書譯稿時，纏綿於作者的溫柔文筆，亦橫互了自身生命經驗，尤其生離死別，尤其聽說之間，尤其同理心噴薄發亮的領略。期盼人與人之間少點撕裂，多點體貼。譯有《醫療大數據》（合譯）、《巨科技》（合譯）等。賜教處： www.linkedin.com/in/aemiliaycli			
三、書籍內容相關資料				

書籍簡介

正視醫師的同理心、恐懼、悲傷、羞愧、
理想破滅、醫療訴訟糾葛.....
對行醫之路的影響與衝擊！

醫師與病人的世界，位處於特殊的神聖空間。
歐芙莉帶領我們探索科學與靈魂相會的那方天地，
活潑動人的筆觸，豐富了心靈，扭轉了我們的心態。
—— 古柏曼（Jerome Groopman），《醫生，你確定是這樣嗎？》作者

本書充滿悲傷和喜悅，令人恐懼、又發人深省。
歐芙莉說理清晰，滿腔熱忱，
指明了情緒在行醫與療養健康方面占據的重要地位，
述說了對於病醫雙方皆至關重大的故事。
—— 柯來斯（Perri Klass），《在你穿上白袍之前》作者

歐芙莉.....堅毅不屈，洞察敏銳，毫不畏懼，
願意挖掘自己的初衷，也願意探究他人的初衷。
這些特質正是良醫尋得真相的要件。
—— 佛吉斯（Abraham Verghese），《雙生石》與《我的祖國》作者

歐芙莉對於病人生活各層面，展現敏銳的感觸，
令人印象極為深刻，也極度觸動心弦。
要是有更多醫師能像她這樣（也寫成這樣），就太棒了！
—— 薩克斯（Oliver Sacks），《睡人》作者

行醫最基本的恐懼就是：
我們會害死誰、我們會明顯傷害誰的身體。
—— 第三章〈六神無主〉

一般人印象中，醫師都很客觀理性，總是能輕易抽離情感。
不過，醫師經常處在勞心勞力、面對他人生死交關的場合，
難免會有焦躁、沮喪、氣憤、悲痛、或喜悅、得意的時刻，
這些情緒反應，其實深深影響醫療照護的方式和品質。

許多書籍描寫了醫師如何思考、如何執行醫術，
卻很少討論醫師的情緒和情感層面。
歐芙莉醫師於《醫師的內心世界》書中，
深刻剖析了醫師深藏於心的情緒反應，
直搗醫療領域很少人探知的核心課題。

	歐芙莉醫師素以細膩觀察著稱， 她講述了醫師如何在起起伏伏的行醫生活中安身立命， 以及有時如何情緒潰堤…… 她據實描述差點害死病人的事故，說起難以啟齒的羞愧， 也坦然表示自己無時無刻不害怕重蹈覆轍。 篇篇故事在在證明了無可否認的事實： 醫師的情緒對於照顧病人的方式，當然有直接而巨大的影響。 如果臨床醫療人員與病人，皆能瞭解醫師的內心世界， 採取適切的因應措施，當能提升醫療照護品質，讓病人受益。
目錄	合作出版總序 樹立典範 黃達夫 序言 探尋醫師的內在所思 第一章 醫師現在不能看診 胡莉亞，第一回 第二章 能否養成更優秀的醫師？ 胡莉亞，第二回 第三章 六神無主 胡莉亞，第三回 第四章 每日死亡攝取劑量 胡莉亞，第四回 第五章 羞愧難當 胡莉亞，第五回 第六章 理想破滅 胡莉亞，第六回 第七章 訴訟糾葛 胡莉亞，第七回 後記 照顧病人的祕訣在於關心病人 誌謝 參考資料
書摘	就像是上帝從空中伸出一隻手 醫師向來嫌惡酒精中毒、藥物成癮、病態肥胖的病人，而且通常不會努力掩飾。此惡舉可說是臭名昭著，更是醫院裡的不成文規定，各層級的醫護人員都自然而然拿這類病人來開玩笑，也不覺不妥。這類醫院俚語，反應的不只是嫌惡，還有生氣與厭倦。取笑患肥胖症的病人為擱淺的鯨魚，把居無定所的酒精成癮者稱作尿人或人渣，早就見怪不怪。 醫師歷經多年養成教育，嚴格要求自律，奉行延遲滿足，雖已知成癮與肥胖部分源自生理機制，許多醫師仍然會無意識的（通常是有意識的）把這些症狀看作是懶散、自溺、貪心、裝病、漠不關心的結果。對某些醫師來說，要辨識並重視這些疾病造成的傷害，實在超過自己的能力範圍，尤其有些病人自己既看不出來、也不在意。 毋庸置疑的是，成癮症病人堪稱最難合作的一群。這些病人除了生理層面受傷，通常心理層面也背負不少重擔，可能承受了憂鬱症、孩童時期創傷、性

虐待、社經地位弱勢、人格障礙，更別提七零八落的醫療體制，治療成癮症狀的方法寥寥可數。

無論醫師、治療師、治療計畫、或是病人本身如何努力，成果總是輕而易舉就一筆勾銷。這些足以掩埋成功戒治手段的反作用力，似乎早就蠢蠢欲動。難怪受訓中的醫師很快就抱持著類似虛無主義者的態度，認為照顧成癮症病人毫無意義可言，盡量避免浪費時間在他們身上。

我們在貝爾維醫院訓練的住院醫師及醫學生，看過太多酒精戒斷症病人，已不覺得這些個案有多特殊。住院病人若診斷為酒精戒斷症，醫療小組一般會粗略做完病史詢問，接著調整一下苯二氮平類藥物劑量，等病人的震顫平息，接著就待病人能穩定走路，准許出院。轉介藥物戒治案例，充其量也是敷衍了事。同理心發生供應短缺。

勤懇認真又有同理心的年輕醫師，為什麼會有這種舉動，其實不難理解。酒精戒斷症病人一般脾氣陰沉，身體有股難聞氣味，需要花費許多心力照顧。幾乎所有病人昂首闊步走出醫院後，就直接遁入酒鄉，兩週後又再次入院。許多病人接受戒治時，像是參加城市巡禮，一間跳去另一間，結果就是什麼都化為烏有。不少酒精戒斷症病人熟習如何操弄經可酮與煩寧；許多人設法取得公共救助或失能證明，但事實上什麼事都沒努力，只繼續喝酒、吸毒。醫師通常都是以「靠一己之力拉自己一把」的態度面對人生，因此對於這些看起來像社會寄生蟲、自私自利的乞討人士，很容易就深惡痛絕。

多年前我照顧的卡勒羅先生，正是這一類病人。有天，我小組裡的住院醫師淡淡宣布說，新來的住院病人已經是第五十七次住進貝爾維醫院了。每次住院不是海洛因、經可酮等鴉片劑過量，就是產生戒斷症狀。這一次是過量，而正式的治療計畫其中一環就是讓卡勒羅先生睡到沒事，就可出院。我瀏覽一下堆積如山的病歷，發現似乎住院醫師都只是把上一次住院的醫療病史拿來抄。但我很難指責他們，畢竟上一次住院到下一次住院，還真的沒什麼兩樣。

每天教學迴診時，我們會挑一兩個新的住院病人案例來深入檢討，通常會挑最不尋常、最需要說明、或是病情最嚴重的病例。我當天想來點挑戰，所以建議教學迴診時討論卡勒羅先生，他可說是目前最無趣的住院病人了。會挑他，也是想挑戰擔任主治醫師的自己，想在最平凡不過的住院病人身上，找到教學的重點。

我把小組帶到病床前，暗自忖度我是不是犯了滔天大錯，等一下大概會悔不當初。我腦海中浮現的景象是：我面前有個愛無病呻吟的病人，只會東拉西扯，根本沒意願或根本沒辦法正確回答任何問題。我可以想像所有小組成員都不耐煩的移動腳步，苦著臉忍受飄出的腐臭味，偷偷摸摸查看待辦事項清單，想著早知道就帶咖啡來，默默數著分秒，希望我趕快放走他們離開這場磨難，思考輪訓結束後要對我寫下哪些刻薄的評論。

卡勒羅先生是四十九歲的白人，外表正如外面海報常畫的那樣：衣衫不整、蓬頭垢面、雙眼無神，一臉狠遭生活打擊的典型酒鬼形象。他的皮膚蒼白，黯然無光，彷彿一只破舊瓷器。我盡可能搬來多張座椅，以免我們站得老高遮住了他，不過這裡沒那麼多張椅子，醫學生成群擠在靠後方的牆面。

訪談一開始，前景並不樂觀，我丟出的問題，他大多都以一個字或是悶哼回應。卡勒羅先生可以答出標準的數據，包括戒癮目標、美沙冬療法、刑期，不過這些數據接著揉雜進慘淡寥落、令人熟悉的活人畫之中。儘管我凝神注視著卡勒羅先生（他後來幾乎都直瞪著天花板），我還是可以感覺到我身邊掀起的躁動。大家開始恍神了，我既沒能和病人建立情感連結，也沒能教導我的學生。卡勒羅先生就只是陷入成癮症的泥淖中——對病人來說沒完沒了，對醫療

小組來說也沒完沒了。雖然我提問時保持殷切，語調充滿關懷，覺得此舉動毫無意義的念頭還是一步步逼上我心。

接著我靈機一閃，想到了一個從沒想過的問題。我開口道：「卡勒羅先生，我知道你吸毒很多年了，不過你有沒有辦法跟我們說，你什麼時候發現自己真的上癮了？」

卡勒羅先生用雙肘頂住床，撐起上半身，直瞅著我，好似他現在才注意到有人在他的床邊。他眯起眼，額頭上的陰影拉得更長，往下延伸至他灰白的臉頰。他從坐姿視線可及的視角瞥了一眼，掃過病床旁圍成半圓形的白袍醫師。大家暫時停止騷動。

「我什麼時候開始上癮？」他回問，又轉回注視著我，下巴開始左右移動，像是在丈量這問題。

「對的，」我很驚訝這次訪談竟讓我莫名感到不自在，「我們大部分看到的人都已經生病了，我們再次檢查的時候，他們也都已經是完全健康的狀態，不過我們從來都不曾出現在那個轉捩點。你可不可以帶我們回到那個轉捩點，讓我們知道，你是什麼時候知道自己上癮了呢？」

我不確定這個問題恰不恰當，畢竟他成癮已多年，人生起伏高高低低，毒品攪局導致記憶混沌，多少次昏厥後不復記憶。不過，我還是讓這問題迴盪在空氣中，讓他沉思，安安靜靜咀嚼。

他又撐坐了起來，高個幾度，雙唇緊緊抵著，又張了開來。他開始說話後，下巴比較不緊繃了。「是啊，是有那樣一個轉捩點。」他的聲音提高，愈說話，聲音就愈集中。「那是在四月初，我還記得是因為當時有一種城市裡到處都有樹，開滿了白色的花，就像樹上的雪，持續了差不多兩週，最後所有樹葉落下，變成普通的樹木。

「總之，就是四月初的時候，我從亨利哈德遜公園大道開往北邊，開的是老的日產汽車，從一個粗工兄弟那裡買來的。我要開去揚克斯，我老弟幫他的小孩辦了個烤肉趴。公園大道兩旁的樹上鋪滿了雪花，很像梅西百貨的聖誕節裝飾。」他停頓了一下，或許是在重溫舊事，或許是在重整事件順序。

「然後突然之間，我就想嗑點藥，很像巨浪那樣啪啦打來。我就是很需要嗑藥，而且是馬上就要。重點是，我就是想要。我只想嗑藥，其他什麼都不太想，不太想看到我老弟，不太想看到我的小姪子。在那一刻，嗑藥就是我的全世界。」卡勒羅先生頓了頓，下巴又開始抖動，左晃右晃。我猜想是不是肌肉抽搐，可能是毒品副作用，也可能是他好幾年來吃的精神科藥物的副作用。

他繼續說：「我記得我把日產汽車調頭，在西一五八街轉了個大彎。我一把車子往南轉，我就知道我上癮了，就像是有塊磁鐵，把我吸回去市中心那鬼地方，找我的藥頭，不過我還是得去找他。我就是這樣才知道的，就是這麼簡單。」

他用力止住抖動不停的下巴。「就像是上帝從空中伸出一隻手，對著我的車子、對著我的人生，彈了一下手指，把我彈往另一個方向，然後我就再也回不去了。那操生死大權的傢伙直接把我調回市中心，從那時候起，我就往那方向前進了。」一席話完，整間病房萬籟俱寂，醫學生、實習醫師似乎都凍結在原地，而我，也給他回憶中的那座城市、他話語打造出的具體場景，釘牢在原地。我猜想，病房中我們每一個人都在想像自己坐在那輛車內的感覺，感受到不可思議、無可抵擋的力量把車子調過頭去，完全無力掌控局勢。

訪談結束後，我們魚貫走出卡勒羅先生的病房，在走廊盡頭重新集合。整個小組明顯有所轉變。我們第一次對於卡勒羅先生的生命歷程有了眉目，儘管

	只窺見了一些，真正的同理心卻從此萌生。我們獲此機會滑進他的視角，得以對這位病人另眼相待。之後，我們討論他的案例時，不再出現白眼，不再立即吐露輕蔑，小組成員更常走到他病房裡探視、聊天，他也更親和、更樂意與我們合作。油然而起的同理心，當然不會一夕之間就抹煞多年來成癮症狀，但如果沒有同理心，很難想像他的病症有好轉的機會。
後記	後記 照顧病人的祕訣在於關心病人 醫師與病人的互動，基本上就是人與人之間的連結，而情緒確實是其中一環。本書旨在協助病醫雙方，適應互動時這類情緒方面的「持續低音」。醫師必須意識到，情緒對我們的「理性」決策大有影響，尤其還在受訓的醫師更須熟悉此點。與病人互動的同時，察覺我們的情緒，理解情緒的波動，知曉應如何融入自己的情緒，病人就得以處在最可靠、最值得信任的環境。 身為病人的我們（我們這些醫師當然有時候也是病人），若要享有最佳醫療照護品質，了解情緒等於是多一項利器。張開內耳，傾聽隱藏在情緒底下的聲音（你的聲音和你醫師的聲音），有助於聚焦在最重要的事項。古柏曼寫道：「病人……和醫師像是一起在情感的大海裡游泳，海岸則位居中立地帶，每個人都要注意警戒線拉到哪裡，以免被情緒的暗潮捲走。」 雖然奧斯勒醫師堅持保持內心寧靜，雖然我們希望海岸一直保持中立，海岸卻不一定位居中立。釐清大海與海岸的位置，絕對必要。在本書中，我側重於公認為負向的情緒，包括恐懼、羞愧、悲傷、氣憤、崩潰，因為這些情緒影響醫療照護最巨；但我也深諳行醫帶來的正向情緒，喜悅、得意、感激，甚至是愛，當然也會影響病人接受的照護，通常對醫療照護有正面影響。比起生氣、羞愧或倦怠的醫師，樂在工作的醫師表現較優秀。 不過，就算是正向情緒，還是可能造成負面影響。典型的例子是替朋友或家人治療的醫師，因為愛與親密感，醫師可能會對敏感問題難以啟齒，可能不好意思詢問性經驗、做肛門指診、問起藥物使用習慣，無法確實履行檢查步驟。 我以胡莉亞的故事貫穿交織全書，主因是她對我的影響既長遠又深刻。整段醫療之路含辛茹苦，彷彿坐雲霄飛車，我們這麼多年來也正好體驗到字典上每一種情緒，有時候得意、感激、趣味、有親密感，有時候恐懼、焦慮、內疚、有不祥感。有新的心臟植入她體內，是我當醫師以來最興高采烈的時刻；而當一切努力遭抹煞，我也從來沒感到如此晴天霹靂。多年後，直至今日，每當我落筆端詳那時刻，仍得暫時擱置，讓捲土重來的傷痛自行平息。 我分享胡莉亞的故事，是想紀念有她在的記憶，也想描繪情緒如何融入病醫互動，如何在每個層面發揮作用。 醫師通常分不清何謂「治療」(curing) 與「療癒」(healing)，但飽受病痛之苦的病人自然分得清。對於大部分醫師而言，只要疾病消弭，沒錯，就大功告成。對於病人而言，消除疾病，只是治療的一個階段，沒錯，顯然重要，但不是唯一。無數病人走出醫院，走出門診部，走出診間，知道病情已受到控制，但不覺得療癒。 著重於病醫互動之間出現的情緒，不保證能使病人感覺療癒，這點不容分說，但忽略情緒，就更不可能達到療癒之效。希波克拉底如此寫道：「療癒是時間問題，但有時也是機會問題。」把握這次機會，可能對於病醫雙方來說都是解藥。 奧斯勒醫師發表〈寧靜〉後經過三十六年，皮巴迪 (Francis Peabody) 醫

	師也對臺下滿腹熱忱的醫學院應屆畢業生發表演說。他將想法濃縮成一句經典語錄：「照顧病人的祕訣在於關心病人。」這句看似簡單的格言，其實融合了同情心、同理心與人際之間的連結，也揉合了醫師可提供給病人的所有醫療技術與治療方案，除了能達到治療之目的，應可謂達成療癒的要件。
延伸閱讀	BGH193 《病人說了什麼，醫師聽到什麼？》 BGH190 《休克》 BGH184 《臨終習題》 BGH172 《外科大歷史》 BGH164A 《一位外科醫師的修煉》 BGH163A 《凝視死亡：一位外科醫師對衰老與死亡的思索》 BGH133B 《白袍》