



癌末病患常見心理狀態與照顧

李閏華

一、前言

安寧療護中對於癌末病患心理動態與照顧的探究，一直以來是照顧中重要的一環。主要的原因不外乎癌末疾病面臨即將死亡的特性，因此其範圍便包含病情訊息的傳遞，心理情緒狀態的平安，與重要關係他人情感性的交談或後事交待等。由於癌末病患的心理動態個別差異性相當大，形成照顧技術之研究與教育標準化困難，在眾多的照顧技術中，選取安全且能協助病患自我察覺的同理心傾聽與語言，便成為對癌末病患心理照顧技術重要的訓練過程。

二、面對死亡的心理動態

面對癌末疾病不只是病患對於表達充滿了疑慮，連工作人員或所在的醫療與社會環境有時都成為阻礙，而使交談困難(Buckman, 1998; Franks, 1997)。癌末病患常有的心理狀態，隨著疾病的加重及身體的日漸虛弱，會感覺到自己身體機能正慢慢的衰退中，通常伴隨的症狀有疼痛、噁心嘔吐、呼吸困難、虛弱、食慾不振、吞嚥困難及失禁等現象。因病患覺察到自己的病況，往往會有害怕、焦慮、驚嚇、不相信、生氣、否認事實、討價還價、希望或絕望、產生罪惡感或幽默感等情緒，而這些情緒會依個人的人生體驗、習慣不同，

出現不同的感覺。

其實對人們而言，這些情緒都是真實而且重要的體認，並沒有好壞對錯的分別，慢慢的，個人會逐漸發展出面對各種情緒的方法，並瞭解自己所處的情境，找尋面對事實的力量與解釋，甚至能有能力面對壓力，而讓情緒由混雜轉為單純。沮喪和憂鬱是很常見的情緒反應，只要不傷害到自己和別人，允許自己經歷傷心和難過的過程，而不必過份壓抑自己的情緒。當病患開始接納體認自己的面對死亡，有可能會交代後事、與家人分享心事、表達潛藏的情緒即決定，或準備死亡的時刻來臨。

不過癌末病患的心理狀況還是非常多樣且富變化的，許多研究顯示和病患年

齡、家庭發展、疾病特性、先前經驗死亡或生病歷程、社經地位、文化等相關 (Vachon, 1998)。欲瞭解癌末病患心理動態的複雜性，許多研究都會探究與之相關的主題，茲分為幾項癌末病患心理狀況與照顧方法討論之。

(一) 沮喪與焦慮感

沮喪與焦慮是癌末病患常見的心理狀態，有時家屬的沮喪與焦慮感會不亞於病患本身 (Hinton, 1999)，而病患的心理狀態有會與家屬的心理狀態交互作用，因此耐心的陪伴、有效的給予訊息、同理心的溝通是可以降低病患與家屬的沮喪與焦慮。

(二) 無助、無望、無用感

生理能力、自我照顧、工作與日常生活表現的失落、依賴的增加、依賴藥物或導管會導致無助感的增加，是失去控制時的主要心理狀態。主要生命角色的失落、生理健康的喪失之後再重建、重建逼近的

死亡狀況等會產生無望的感覺，是失去抉擇時的主要心情。各種生理機能均無能力、個人安全感的威脅、方向感與人生的目標失落、感到成為家庭的負擔等會產生無用感，且是無價值的感覺。Tigges (1998) 提出針對病患給予復健照顧，以降低病患無助、無望及無用感。Greer 與 Moorey (1997) 則亦提出輔助心理治療，以引導靈性討論、鼓勵表達情緒、行為與認知的治療相互輔助。

(三) 受苦經驗

當一個病患經驗到一連串的治療，並且和自身的過去經驗、信念、個人的角色功能、衝突、靈性與存在課題、自主與控制的失落等相關 (Schuster, 1999)，產生非常獨特的經驗與歷程。Salt (1997) 說明受苦經驗是普遍存在於人身上的一種個別化獨特、複雜、正負向交錯的經驗。而其中主要的照顧方法，特別著重在溝通與提供支持的環境上。

(四) 孤獨感

孤獨感的存在是因為個人經驗到死亡，病患體會到一個人邁向死亡的歷程，沒有人可以共同分擔，這樣的主觀經驗促使病患體察自己與他人的關係，有時候病患會封閉自己不與他人交談，同時圍繞在他身邊的人也體會到不知如何和病患接近，而形成雙重孤單。Brown 與 McKenna (1999) 提出不斷關心病患與病患共同發掘「活著的事實」，是專業人員能發揮的主要照顧方向。

(五) 其他心理層面的需要

許多文獻都探討到病患的心理需要，這些需要的角度不僅可以提供正向的參考架構，也避免專業人員用病態診斷的觀點思考病患的心理狀態，因此更廣泛運用。癌末病患的心理需要中覺得有希望 (Flemming, 1997)、愛與被愛 (Byock, 1996; Liossi & Mystakidou, 1997)、以及安全、歸屬、接納、自尊、信賴 (Report of a WHO

Expert Committee, 1996) 都是相當重要的內容，依據這些需要，專業人員才能提供符合需要的服務。

以上的文獻均提供了癌末病患心理動態的參考，卻非絕對。由於病患的個別差異，臨床經驗中少有決斷定義病患所處的心理狀態，病患產生精神疾病現象亦與器質性或本身有病史或人格特性相關(Vachon, 1998)。因此心理診斷在安寧療護癌末病患身上鮮為運用，實為面對死亡的威脅時的情緒與心理動態複雜之故，勿以病態觀點來看待癌末病患的心理動態，而以問題情境觀點與病患一同經歷與詮釋其狀態，是照顧癌末病患的重點。

三、主要照顧技術 ——治療與支持性的語言

Buckman (1998) 提出的一些觀點，不同於標籤病患的心理診斷，用較寬廣的眼光，提供病患心理動態時的溝通架構，以便讓專業人員在照顧時有新的參考架構。他建議在病患面對死亡時，專業人員

藉著與病患一起面對因疾病威脅而來的複雜情緒、透過與病患一起持續不斷地體會生病歷程、並且接納與覺察死亡等互動，以和癌末病患達成經驗的轉換與有用的溝通。並且說明如果要和癌末病患談話，必須建立在兩個特性上，一是病患的特質不同便會有不同的複雜反應，但不一定因病程或疾病診斷不同而有不同的反應；另一是死亡的過程所引發的情緒本質上是不會改變的，會改變的是情緒的可調適性及可轉換性。

基於以上的論點，治療性的語言是眾多專業照顧者所選擇的照顧技巧。儘管在病患落入失去希望、失去自我控制與自我價值時，認知學派(Greer 與 Moorey, 1997)或行為學派(Stevens, 1996)的諮商技術方法也常常被使用，然而「同理心」所主張的治療與支持性的技術，卻更有減低病患壓力與疏導情緒的果效(Buckman, 1998)。

Buckman (1998) 所指稱同理心語言亦可稱作治療與支持性的語言，其內容包含三個步驟：一是覺察病患所表達的內在情緒，二是覺察病患表達出來情緒的來由與

根源，三是客觀連結上述的兩點，並用自己的語言表明出來。如用此種語言，試看以下的案例，及五種回答。

病人說：「我怎麼那麼沒用，連翻身都要人幫，對不起妻子、媽媽、小孩一定覺得這個爸爸很沒用。」

第一種回答語言：「你不會沒用啊，你對她們而言還是很重要的，我相信她們也很願意照顧你。」

第二種回答語言：「每個人都希望自己能很有用，所以都會不喜歡自己生病的樣子，不過有些人還是可以過得很好的。」

第三種回答語言：「怎麼會沒有用呢！不會的，只要我們想辦法讓自己有用就好了！」

第四種回答語言：「為什麼會這麼想呢？你不要說說看你想到什麼，我們可以談談。」

第五種回答語言：「我體會到你翻身時需要人幫的那種難看，有時真得會覺得在家人心目中自己好沒能力！」

第一種的回答方法直接進入問題解決的語言，給予建議與忠告，容易造成距

離；第二種的方式則較會落入替代病患找尋認知出口的路徑，解釋有時也會不同於病患本身，第三種的方式雖然極力安撫病患的情緒，卻有時會轉移或淡化病患的情緒，間接否認病患存在的情緒，第四種回答則可以引發病患繼續交談，卻也讓病患有不被瞭解的苦楚。

第五種即是所謂治療性的同理心語言。它的效果則會讓病患充分的被瞭解，體察自己的處境，猶如更清楚經歷疾病的威脅，並且理解與接近自己內在的情緒。甚至在內在深深被接近的同時，情緒有了表達的可能，透過表達更可以進一步進入情緒轉換的動態。以下的例子更可以看出動態的歷程。

病患說：「我的身體愈來愈弱，已經沒辦法下床了，真是難過，這樣子過一天算一天活著沒意思，乾脆死了算了！有沒有一種早一點結束的方法像安樂死那種？可以沒有痛苦的走。」

回答同理心時說：「我看到你爲了身體而無力，你也很擔心自己會很痛苦，所以你想無奈的結束這種沒意義的生活。」

或是僅回應病患的情緒：「我可以感覺到滿辛苦的。」

當病患的情緒被接納了，病患接下來說：「對！我實在想不到我這麼痛苦，還有什麼方法可以解決，而且活著沒有意義，又拖累別人，你說是不是？」

此時可用再一次的同理心回答：「我也知道你是因爲不得已才會這樣想結束，對你而言現在的生活會麻煩到別人，而讓你感到難過。」

病患再接下來說：「嗯！你看我每次下床都要兩三個人來扶我，我自己一點力氣都沒有，完全靠別人，會不好意思的。」

如果能再用一次同理心的回答：「自己沒有能力的感覺真不好受，好像完全依賴著別人，我猜想你大概平常是個習慣獨立自主的人吧？」

病患此時的答案便成爲：「對呀！我以前是能夠……，現在不行了，真沒辦法了！」

當提及病患平時是個什麼樣的人時，是用以一個「全人的」動態觀點來看待病患面對的死亡威脅，末期病的心理動態的

全貌被整體的關照與接納，病患所感受到的接近與包容，可以使情緒不焦灼於安樂死，而有了不同的轉換，透過病患自己瞭解自己的狀態，病患自己說：「現在不行了，真沒辦法了！」而體會到死亡的覺知。

相反的給予忠告說：「其實安樂死並不能解決問題，越不好的想法會使你越難受，若想好的一面心情就會好一點，譬如我們練習下床看看，可能情況會不一樣。」專業人員與病患會產生距離感。如果用解釋的方式：「你之所以會這麼想，是因為生病使你的身體變差了，所以你想用安樂死的方法來解決，但是我想如果不痛苦的話，你就不會這麼想了。」顯得累贅的語詞過多。而安撫的說：「你別想這麼多了，想多了會煩惱，我知道你很無奈，那也是沒辦法的事。」會打斷病患請傾訴的動機。過多的探索與詢問：「你想安樂死是因爲它能解決你的問題嗎？或是你對身體的狀況有些感觸？那你能不能說說你的想法？」會使病患有過多的壓力。

因此同理心語言使用至深入時，真誠

給予病患人生意義的啟發，甚至自然而然讓病患提昇自我價值，如：「我可以感受到以前你會是個相當獨立自主的人，那種替家人擔負責任的心路歷程對你而言，一定是你人生重要的過程。」不但不會造成病患脫離現實感，反而使病患多提一些自己對自己的覺察，因為病患先體察到自己身體的現況，並且已經開始找尋情緒的出口。

即使是病情訊息的傳遞，在倫理原則前提下，仍可以使用同理心。譬如一位不知病情的病患問道：「我真想知道我還有多少時間？」若能回答：「你大概也很擔心你的病吧！」病患若真的很想知道時，便會再問道：「我好像不會好了。」而還能再一次用同理心的語言：「你似乎對自己生病有一些感覺和猜想！」病患如能被瞭解，接下來的結果就形成一段自然的交談，減低病情告知雙方的焦灼不安。口語的表達還可以伴隨非口語的積極傾聽與接觸，更能使病患的心理狀態溫暖的被包容。

四、結語

許多文獻說明照顧的挑戰存在於專業人員，因為往往是專業人員想要告訴病患訊息、或達成心願、或解決病患的心理問題，形成所謂專家需求，而非病患真正的需要，況且有時病患的心路歷程會按病患自己的狀態而有所領悟。當專業人員投入病患的世界時，需要謹慎小心自己的意見過分干擾病患的歷程。由於專業人員時時注意自己的狀態，有些時候又會陷入過分抽離的狀態，此時如果不能與病患相互交流、執意劃清專業人員與病患的心理界限，會使專業人員無法瞭解與包容病患的心理狀態，造成更大的疏離感。

因此，在照顧的過程中，保持一定的彈性的經驗交換，讓病患的經驗適度的進入專業人員的經驗中，專業人員也能適度的將經驗交流到病患心中。如此一來，當專業人員可以認明是「誰」的需要，又可以用真實自然的語言與照顧態度，積極傾聽病患的心聲（Wolfe, 1995），表達客觀的

關懷，溫柔的接觸與接近（Auton, 1996），形成人生與死亡經驗的交換與轉換，這種人性化的心理交談是面對癌末病患不二法門。這樣的動態觀察與服務方式將讓照顧更有效，也讓照顧經驗成為人性至善至美的表現。

（本文作者為東海大學社會工作研究所碩士，現任馬偕紀念醫院安寧療護教育示範中心社工師）

◎參考資料

- Auton, N. (1996). The use of touch in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 3(3), 121-124.
- Brown, R., & McKenna, H. (1999). Conceptual analysis of loneliness in dying patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 5(2), 90-97.
- Buckman, R. (1992). Breaking bad news: a six-step protocol. *How to Break Bad News*. U.S.A.: The Johns Hopkins University Press. 65-97.
- Buckman, R. (1998). *Communication in palliative care: a practical guide*. Oxford

- Textbook of Palliative Medicine. New York, N.Y.: Oxford University Press Inc. 141-156.
- Byock, I. (1996). Beyond symptom management. *European Journal of Palliative Care*, 3(3), 125-130.
- Flemming, K. (1997). The meaning of hope to palliative care cancer patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 3(1), 14-18.
- Franks, A. (1997). Breaking bad news and the challenge of communication, *European Journal of Palliative Care*, 4(2), 61-65.
- Greer, S. & Moorey, S. (1997). Adjunct psychological therapy for cancer patient. *Palliative Medicine*, 11(3), 240-244.
- Hinton, J. (1999). The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliative medicine*, 13(1), 19-35.
- Lioosi, C. & Mystakidou, K. (1997). Heron's theory of human needs in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 4(1), 32-35.
- Report of a WHO Expert Committee. (1996). *Palliative care. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Switzerland: World Health Organization*. 44-56.
- Salt, S. (1997). Towards a definition of suffering. *European Journal of Palliative Care*, 4(2), 58-60.
- Schuster, J. L. (1999). Psychosocial Aspects of hospice and palliative medicine. *Hospice and Palliative Medicine : Core Curriculum and Review Syllabus*. 137-144.
- Stevens, E. (1996). Promoting self-worth in the terminally ill. *European Journal of Palliative Care*, 3(2), 60-64.
- Tigges, K. N. (1998). Occupational therapy. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York, N.Y.: Oxford University Press Inc. 832.
- Vachon, M. L. S. (1998). The emotional problems of the patient. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York, N.Y.: Oxford University Press Inc. 141-156.
- Wolfelt, A. D. (1995). Helping a friend who is dying. *Thanatos*, 20(4), 4-5.