

医生、 他的患者 及所患疾病

THE DOCTOR,
HIS PATIENT AND THE ILLNESS

第 2 版

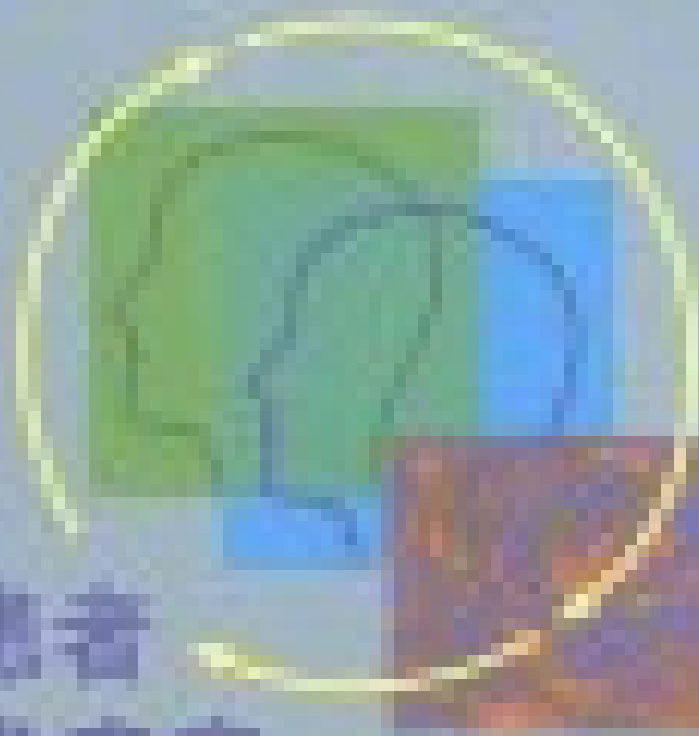
原著 Michael Balint

重印介绍部分由 John A Balint 完成

主译 魏镜



人民卫生出版社



医生、 他的患者 及所患疾病

THE DOCTOR

AND HIS PATIENT AND THE DISEASE

第二卷

THE DOCTOR AND HIS PATIENT

THE DOCTOR AND HIS PATIENT

THE DOCTOR

THE DOCTOR AND HIS PATIENT

医生、他的患者 及所患疾病

THE DOCTOR, HIS PATIENT AND THE ILLNESS

第2版

原 著 Michael Balint

重印介绍部分由John A Balint完成

主 译 魏 镜

译 者 胜 利 曹锦亚

人民卫生出版社

THE DOCTOR, HIS PATIENT AND THE ILLNESS, 2nd Edition

Michael Balint

ISBN: 0 443 06460 1

Copyright © 2000 by Elsevier. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

Copyright © 2012 by Elsevier (Singapore) Pte Ltd. All rights reserved.

Elsevier (Singapore) Pte Ltd.

3 Killiney Road

08-01 Winsland House I

Singapore 239519

Tel: (65) 6349-0200

Fax: (65) 6733-1817

First Published 2012

2012年初版

Printed in China by People's Medical Publishing House under special arrangement with Elsevier (Singapore) Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由 Elsevier (Singapore) Pte Ltd. 授权人民卫生出版社在中国大陆境内独家发行。本版仅限在中国境内(不包括香港特别行政区及台湾)出版及标价销售。未经许可之出口,视为违反著作权法,将受法律之制裁。

图书在版编目(CIP)数据

医生、他的患者及所患疾病/(美)巴林特(Balint, M.)主编;魏镜主译.
—北京:人民卫生出版社,2012.11

ISBN 978-7-117-16352-1

I. ①医… II. ①巴… ②魏… III. ①医院-人间关系-职业培训-教材
IV. ①R197.322

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第223567号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询,在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导,医学数据库服务,医学教育资源,大众健康资讯

版权所有,侵权必究!

图字:01-2012-1237

医生、他的患者及所患疾病

主 译:魏 镜

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编:100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷:尚艺印装有限公司

经 销:新华书店

开 本:710×1000 1/16 印张:15 字数:365千字

版 次:2012年11月第1版 2012年11月第1版第1次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-16352-1/R·16353

定 价:42.00元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail:WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

能在新千年到来之际为重印的我父亲的著作写介绍,我感到非常荣幸和欣慰。

《医生、他的患者及所患疾病》初版于1957年,沉淀了约从1950年起,Michael Balint和他的妻子Enid在Tavistock诊所^①工作的初步成果。Michael Balint对患者和初级保健医生之间关系的心理动力感兴趣,可以追溯到20世纪30年代早期,那时他在布达佩斯。在那里,在匈牙利精神分析协会的主持下,他开始招纳全科执业医师参与研讨课。这些活动最终被迫放弃,因为Horthy上将^②的秘密警察不高兴了,他们以为讨论小组是个危险分子的组织。

1939年1月,我们搬到英格兰并在曼彻斯特安顿下来。我的妈妈,Alice Balint,1939年8月去世。第二次世界大战末,我们从曼彻斯特搬到伦敦,Michael Balint就在伦敦加入了Tavistock诊所。也是在这里,他遇到了Enid,后来成了他的妻子,她负责社会工作者的教学和研究小组。他们决定采用她的技术来研究和培训全科医生。诊所的医务主任John Sutherland在这个项目上给了他很大的支持。这个项目诞生的时机是偶然的。1948年,英国开辟了国家卫生服务。全科医生的作用发生了很大改变,因为国家卫生服务把他们从住院服务中完全分离了出来,使他们有一种丧失地位、没用过的感觉。草创期的“巴林特小组”提供了一种新的信心感和使命感。这样的小组最终播散到全世界,进而产生了国际巴林特协会。1996年,在我父亲百年诞辰时,在布达佩斯召开了一个纪念大会,来自五大洲的医生齐聚一堂。大会的发言和讨论清楚地表明,发端于1957年的那些想法确实一直活跃着,并有所发展。

由Michael Balint和Enid Balint领导、全科医生们参加的原创小组的工作,使人们认识到患者-医生关系中的若干基本特征。包括基础缺陷、医生的使命职责、合资公司、将医生作为药物的概念、深层诊断、匿名共谋和保持沉默等概念。这些特征强调了将不幸患病

① 译者注:Tavistock诊所(Tavistock Clinic)是1920年由精神科医生Hugh Crichton-Miller创立的。最初致力于治疗第一次世界大战中“炮弹休克”的士兵,但其第一个患者是儿童,从那时起该诊所就一直兼顾成人和儿童的问题。第二次世界大战以后,成为推广英国国家卫生服务的先锋,该诊所重视群体关系和群体动力学,提倡多学科合作和社区为中心的医疗服务。Michael Balint就是这方面的带头人。该诊所还非常重视医学继续教育与研究,如另一知名学者即提出依恋理论的John Bowlby博士。资料来源:维基百科。

② 译者注:Miklos Horthy上将(1868—1957),生于加尔文教派的贵族家庭,曾任奥匈帝国驻土耳其外交官,后投身海军,第一次世界大战结束时已擢升为海军中将。在第一次世界大战后与共产主义势力的斗争中攫取权利,成为摄政王。带领奥匈帝国加入轴心国阵营,但持相对独立的民族主义态度,反犹行动也阳奉阴违。第二次世界大战后,被盟军监禁,但美苏双方都没有将他作为战争罪犯起诉。而他本人终身坚持反共产主义立场,遗嘱要求只要还有一个苏军驻扎在匈牙利,就不回归故里。1993年前苏联解体撤出匈牙利后,其遗体还葬家乡,但对此匈牙利内部至今仍有争议。利用晚年的监禁生活,写有回忆录《一生只为匈牙利》(A Life for Hungary)。

的患者作为一个人来理解是至关重要的。正如 Maurice Levine^③ 在他给本书 1957 年美国第一版的序言中所指出的,这一工作证明了,“许多医学实践必须将患者作为一个人来看待才能得以进行,必须关注他们的情绪、他们的患病反应等。”重要的是记住,在 20 世纪 50 年代早期,在医学伦理上,医生角色中父权主义还是占主导地位的,而且那时距离患者自主性“开花结果”的时代还有 15 到 20 年。而《医生、他的患者及所患疾病》尽管其书名也是父权主义的,而且小组中的医生全部是男性,它还是清楚地显示患者-医生的相互影响以及医生对患者这个人给予尊重的重要性。

最早各小组完全由英国的全科医生组成。后来,所有西欧国家和美国、澳大利亚、南非、印度次大陆,以及柏林墙倒塌之后的东欧和俄罗斯,都发展了类似的小组。在医学生中发展小组的组建也随着在欧洲的成功而推广,只是发展得要慢些。在专科医生中发展类似小组不太成功,这可能是由于患者与专科医生之间的关系具有偶然性并且是短暂的,以致更难达成充分地相互理解。无论如何,这样的小组在一些特定的设置下运作良好。

从父权主义的伦理学到重视患者自主性的转变,在不同国家的发展道路不同。这一转变在西欧国家和美国是逐渐发生的,而在前苏联国家和华沙条约国,其发生是非常突然的。这种文化演进上的差异对医生和患者都产生了各不相同的张力和应激。当患者普遍欢迎他们在决策上新获得的权力时,医生却经常发现失去权威是恼人的,需要花大力气调整自己的角色。这种调整对于以前身处威权社会的东欧国家的医生来说,打击更大。由于现在盛行卫生保健应该由市场来驱动的理念,这些压力变得更加难以处理。这一切的开始,大约与 20 世纪 90 年代前苏联的解体同时发生,首先是在美国,继而迅速扩展到西欧,然后是东欧和全世界。

基础生命科学的迅猛发展,例如人类基因组计划和以 DNA 为基础的计算机芯片的产生,使得全面的基因分析成为可能,也许在未来 10 年内这就像一项普通的办公室操作一样简便,卓越的新的诊断和治疗进步,如磁共振成像(MRI)和侵入性很小的手术,也挑战着传统的医患关系。是否医生们要变成技术专家,而把做决定的选择留给患者?还是要和患者成为合作伙伴,一起就照顾方案和这些新技术的恰当作用做决定?恰恰是在这个变动不居和不确定的世界上,人们必须重新审视 Balint 关于医患关系的思想在新世纪医学中的适切性。

我相信,前面提到的社会剧变已经在医生中和现有的或潜在的患者中,引起了这样的忧虑,即在市场驱策的、技术至上的世界中,我们有可能失去作为治疗关系基础的、基本的个人联系。这种确信来自我在美国和医学生、住院医、开业医、非医学人员以及社区群体接触的经历,我在和他们互动中曾作为教师、医生或受邀讲员。他们都在寻求医患关系在未来能有保证。在讨论医患关系性质的会议上,和欧洲(东欧和西欧)同行的会面中,也听

^③ 译者注:Maurice Levine 医生,出生于辛辛那提,辛辛那提大学本科和硕士毕业,在 John Hopkins 医学院获得医学博士学位。做过内科和精神科医生,曾在芝加哥精神分析学院受训,后成为该学院院长。1941—1971 年去世前,一直在辛辛那提大学医学院任精神科主任,是美国第一个受过精神分析训练而被任命为精神科主任的医生。曾任美国国立卫生院(NIH)培训委员会主席,国立精神卫生院(NIMH)执行委员会主席,致力于精神科融入主流医学,主要著作有《医疗实践中的心理治疗》(*Psychotherapy in Medical Practice*)以及《精神病学与伦理》(*Psychiatry and Ethics*)。1979 年起家乡为其辟有纪念公园(Maurice Levine Park)。

到了同样的忧虑与期望。情况似乎很明显,医生和患者都希望医患关系中个人人性的一面得以保留。最重要的是,医学生,我们未来的医生们,渴望了解患者-医生关系,以及如何能够传承这种关系的基本特征。

许多作者的作品曾经广泛地涉猎过患者-医生关系。这其中包括 Szasz^④与 Hollender^⑤、Siegler^⑥、Engel^⑦以及 Pellegrino^⑧和 Thomasma^⑨的经典贡献。虽然这些作者提出了种种带有关爱、同情的医患关系模式;但他们不曾提供对这种关系中心理社会动力学特点的细节分析。就我们对治疗关系的理解而言,Michael Balint 的独特贡献在于,他和他的同事们在小组活动中分析了选出的医患关系实例,在长达数年的时期内,这种工作对他们来说曾经是个不小的挑战。基于这些分析,他们识别出了前面提到的医患关系中的若干基本特征。尽管社会变迁改变了行医的社会环境,这些基本特征仍然是理解医患关系的基础。

“基础缺陷”的概念是由精神分析理论中衍生出来的,后来在一本以此命名的专著中得到了更充分的展开。其假设是,我们所有人都具有特定的个人心理特征,它是在早年生活中通过对应激的反应建立起来的,它确定了我们如何对周围世界进行反应。这一内在的特质必将影响医生对患者的反应,进而影响患者对该医生的反应,以及患病过程或其他生活事件。认识到这一基本特征存在于我们自己和他人的个性中,是建立能经得住考验的工作关系的重要先决条件。正如古老格言所说的:“医者自知”。因此,对医生来说,至关重要的是理解这一现象,并就此展开工作,从而建立起具有治疗意义的伙伴

-
- ④ 译者注:Thomas Szasz,1920 生于匈牙利布达佩斯,1938 年后移居美国。1944 年在辛辛那提大学获得医学博士,1951—1956 年在芝加哥精神分析学院工作,1956 年起到纽约州立大学任教,1962 年起获得终身教职。他挑战精神疾患作为疾病的基础,提出真正的疾病应当有可证实的病理学基础,而不是由美国精神病学会的会员投票决定。反对把精神疾病作为社会控制的工具。因此成为反精神病学的理论源泉。但也正是出于应对他的挑战,今天的精神疾病分类与定义已经要求建立在可测量、可检测的科学评价基础之上。
- ⑤ 译者注:Marc H Hollender,芝加哥人,曾就读于 Loyola 大学和西北大学,1941 年在 Illinois 大学医学院获得医学博士学位,1951 年毕业于芝加哥精神分析学院。1956—1966 年在纽约州立大学 Upstate 医学中心精神科任主任。1970—1983 年间任美国田纳西州 Vanderbilt 大学医学中心精神科主任。出版专著 7 部,包括 *Dynamic Psychotherapy: an introductory approach*, *The Practice of Psychoanalysis Psychotherapy* 等。2011 年 8 月 9 日去世,享年 81 岁。
- ⑥ 译者注:Mark Siegler,美国芝加哥大学医学教授,医学伦理学家。他提出的医患共同参与的决策方法(a shared decision-making approach for doctors and patients)已经成为美国的医患关系标准模型。他是美国国立卫生院主持的免疫耐受网络伦理委员会主席,18 年来一直供职于美国内科医师学会伦理委员会和美国外科医师学会伦理委员会。
- ⑦ 译者注:George Libman Engel,1913 年生于纽约市,后进入 John Hopkins 医学院学习,1938 年获得医学博士学位。后曾在哈佛大学做访问学者。从最初的怀疑精神分析和心身医学,到后来成为《心身医学》(*Psychosomatic Medicine*)主编,学科带头人,并提出生物-心理-社会模式;Engel 的转变发生在哈佛进修期间 Soma Weiss 医生的影响以及后来与同伴 Romano 在 Rochester 大学的实践。
- ⑧ 译者注:Edmund D. Pellegrino,生于 1920 年,毕业于圣约翰大学和纽约大学,乔治敦大学临床生物伦理中心创始人,乔治·布什总统任期内,为总统的生物伦理顾问委员会主席。美国天主教大学第 11 任校长。
- ⑨ 译者注:David C. Thomasma,生于 1939 年,芝加哥 Loyola 大学医学中心,医学人文项目主任,医学伦理学教授。

关系。

这种伙伴关系的演进很大程度上受到医生“使命职责”的影响,医生的使命是教给患者疾病和健康的知识,以及哪些是可取的行为类型。这一过程,如果不加以控制,会变成对患者一方的行为方式下指示,从而陷入令人难以接受的父权主义形式。Balint 和他的同伴们认识到了这种危险。因此他们强调良好的医患沟通的重要性,而且提出相互理解才能产生信任的关系。他们清楚地理解,相互尊重、信任与合作是医患形成伙伴关系的基石。他们把这叫做“合资公司”。在这种情况下,如果希望能够发展和延续有效的治疗关系,患者和医生都要做出调适和妥协。

与医患相互教育和调适的概念关系紧密的是“将医生作为药物”的提法。由各小组审视过的案例证明,医生采取的所有行动,无论是主动的还是被动的,都会影响和患者的关系,并且会影响患病过程的演进,无论如何,只要考虑患者对医患关系的反应,就会这样。Balint 提出,40 年前,关于“医生”这味“药”的恰当剂量应该是多少,没有什么资料。今天恐怕仍旧是这样。但是,医生的影响是好的还是糟的,这还是十分重要的。

Balint 强调“深层诊断”是全部评估中绝对关键的一个组成部分,没有它,处理计划几乎注定要失败。这一概念包括了将患者作为一个人来理解,理解他是一个有“基础缺陷”的人、是家庭中的一个成员、社区的一员,而且经常也是其工作场所中的一个成员。“深层诊断”的概念还包括审视这些环境因素如何影响患者的行为和对患病的反应。更早先的一些作者,如 Peabody 和 Shattuck^⑩也曾认识到这些想法,后来又被某些追随者,如 Engel,所细化。“深层诊断”一直是创建“合资公司”的一种基本建筑材料。

“匿名共谋”的提法出自实践中反复发生的,将某些非常具有挑战性的患者转诊给不同专科顾问医生进行会诊的故事,这样的患者往往在回到提出转诊的医生那里时,带着专科会诊医生的回信,说明该专科负责的器官系统并无大碍。这样,没有医生愿意接纳患者提出的疾患是真实的、是他所负责的问题。如果这种情况不能得到解决,使得患者和全科医生被“搁在那里”无所措手。作者认识到,这是诊断上的问题,是因为属于“深层诊断”的某些方面还没有被揭示出来,还可能是因为“合资公司”的调适结果已经把特定领域从讨论中排除了;认识到这些,是使我们能够进一步探索这些领域的关键一步。这一现象反过来要求医患间需要用相互调适的办法重新协商。

无论卫生保健系统、患者自主性、医生权益(或父权主义)、市场力量以及技术等今后如何演进,我相信《医生、他的患者及所患疾病》中所描述的患者-医生关系的基本特征今天仍旧是至关重要的,就像 1957 年时一样。实际上,随着外在因素,如市场力量、科学进步、技术革新等倾向于把医生变成受过高度训练的技术专家,维持健康有效的患者-医生关系变得更重要了。无论对于全科医生还是专科医生,患者都需要和医生有密切的工作关系。

^⑩ 译者注:George Cheever Shattuck(1879—1972)是 Shattuck 医生家族第五代(最后一代)医生,1905 年毕业于哈佛大学,他的父亲 Frederick Cheever Shattuck 时任哈佛大学临床医学 Jackson 教授。George 后来成为热带病学家,起源于他毕业后的一次远东旅行,他报告了中国的东方脚气病和菲律宾的麻风病。1938 年,他成为哈佛大学公共卫生学院的临床热带病学教授,直到 1947 年退休。在流行病学研究中,Shattuck 医生注意到社会因素对传染病发生及转归的影响。1932 年,他与好友及同事 Francis W. Peabody 的遗孀结婚,并收养了 Peabody 的两个儿子。今天,Francis W. Peabody 的名字在美国已经成为对病人“充满同情地照顾”(a compassionate care)的代名词,1927 年就在 JAMA 上发表了 The Care of the Patient。

医学教育工作者已经认识到,需要更好地训练今后的医生掌握与人打交道的技术和态度。患者需要“在意别人、有人情味的医生”,这样的医生能认识到患者作为个人的一面,并尊重患者的价值观。医生们也需要与患者有人性的交流,而不只是一种机械关系。Michael Balint 对医患关系动力学理解的基础性贡献,能够并且必将继续影响 21 世纪的医生们,就像它曾经影响了整个 20 世纪后半期的医生们一样。

John. A. Balint, 1999 年于纽约

初版前言

本书呈现的是一项研究计划的部分结果,该计划由 14 位全科医生和一名精神科医生组成的队伍完成。虽然其理论结论是由我作出的,书也是我写的,但其基础工作完全是由我的 14 位同事完成的,这些医生是: D. Arning, G. Barasi, N. Chisholm, M. B. Clyne, A. J. Hawes, B. Hermann, P. Hopkins, J. Horder, L. Hornung, A. Lask, P. R. Saville, G. Szabo, G. Tintner 和 A. L. Zweig。我满怀欣喜与歉疚,感谢他们的无私合作。这不是一项简单、轻松的工作。这项研究的特殊性在于不仅需要他们坦诚地揭示自己日常工作中许多涉及个人的细节(这些细节普遍默认为不宜公开);而且要求接受对这样的细节进行彻底的、探究式的批评。读到本书的人都会对研究期间出于善意的批评的数量和严厉程度印象深刻;所有激惹、刺痛个人感受及造成烦恼的情况,要么不管它,要么容忍它,这样才能够让研究工作得以继续。

作为研究基础的培训课程,是我和 Enid Balint 一起联合开发的。而且,她督导了大量治疗案例,并在案例讨论会上发挥了相当大的作用;但是她最重要的贡献是善意但不留情面地评论和批评,靠这些她密切追随着小组讨论中建立起来的气氛。不止一次,正是她对现实困难的正确而理据充分的评价,帮助我克服了困难。

接下来,我要表达我对 John D. Sutherland 医生的感谢,他是 Tavistock 诊所的医务主任,带着热切的兴趣从外部关注着我们的“冒险”,而且按我们的支配方案配备诊所所有的服务。没有他的理解支持,我们的研究也许当初就没有可能开始。他对附录 4 的贡献是讨论了心理门诊重要的附加功能。我们同样感谢诊所成人医疗部的会诊医生,他们督导了小组成员所治疗的案例。

一旦有患者需要转诊进行诊断,我们被允许呼叫成人医疗部临床心理师的帮助。投射测验结果,使我们对患者问题的理解获益良多。我想特别提一下 H. Phillipson 先生和 John Boreham 先生,他们为我们做了大量工作。

John Kelnar 医生和 R. D. Markillie 医生给不同小组的医生上过几堂理论课,我们对此非常感激,发现这些课程是最有帮助的。

我们的研究能够像现在这样顺利地每月进行一次,主要归功于我们的秘书, Doris Young 小姐,她照顾着每个人、每件事;所有的管理安排都毫无阻碍;需要的人、文章和病历记录在需要的时候就出现了,像变魔术一样。也正是她负责了案例研讨课过程的速记,这意味着本书中的绝大部分文字是由她记下来的。而她最大的贡献是她能天才地“隐身”;虽然她始终身在我们的研讨课上,我们却能够讨论那些最私密的、最尴尬的事情,而安心地感到我们旁边似乎并没有别人。

Eric Mosbacher 先生阅读了全部手稿,事实证明他是一个热诚但不留情面的批评者,对我的英语多有斧正,使得本书能够像现在这般可读。但是,由于我并不是总采纳他的修改意见,对文本最终负责的完全是我个人。

R. H. Gosling 医生承担了编辑索引的任务,我希望在此表达我对他认真尽责工作的真诚感谢。我还要感谢 Philip Hopkins 医生,他不仅审读校样,而且提醒我注意文中某些

意思不清楚或有歧义的段落。

最后,我要向我那位耐心的、长期辛劳的秘书 I. Lloyd-Williams 女士表达感谢,这本书的内容,她打字打了好几遍,而且指出了几处文字不通顺的段落。

我还要感谢《不列颠医学杂志》、《柳叶刀杂志》和《不列颠医学心理杂志》的编辑们,感谢他们善意地允许我使用以前在他们杂志上发表的文章。

Michael Balint

1956年7月

再版前言

出版社要求准备修改版,尽管令我欣喜,但也有很多问题,一时难以找到满意的办法解决。

8年前本书出版,当时我们的研究并未停止;恰恰相反,研究正值扩展期。研究的展开推动我们检验和再次检验我们的结果,并导致我们对医疗实践、对一般心理治疗、特别是对由全科医生进行心理治疗的想法也有了明显的发展。这一发展的结果,部分已经在“心灵与医学专著”(Mind and Medical Monographs)一文中发表,主要见于2本书:Michael Balint和Enid Balint:《医学中的心理治疗技术(Psychotherapeutic Techniques in Medicine)》(1961)和David Malan:《短期心理治疗研究(A Study of Brief Psychotherapy)》(1963);而其他关于培训的结果,将以简短的方式发表在目前正在准备的书中。

这一发展中,就本书所涵盖的领域而言最为重要的是,一定程度上改变了对全科医生在治疗中的角色的理解。在本书中,我主要关注对“倾听”重要性的展示,以区别于传统的病史采集,最近的研究,特别是我妻子和我最近的研究,使得我们又分离和界定出了心理治疗者任务中的2个特点,它们——当然——也算不得新发现。它们是“去理解”和“利用理解以产生应有的治疗效果。”这3个特点是同一过程中相继发生的时相;“倾听”带来了资料,而后这些资料经排序导入“理解”,当然必须先获得理解才能用得上这样的理解。短语“利用理解以产生应有的治疗效果”等于要求给出一个形式更确切的诊断;期望治疗者以相当的准确性预测所采用的干预会产生什么样的效果。

为了使现有文字体现这些新想法,等于重写本书的大部分内容。而这样做会破坏了本书陈述风格的简明性;实际上,这或许都相当于重新另写一本书。在犹豫了一阵之后,我决定反对这一计划,而是将我的工作限定在仔细修改原有文字,剔除一些含糊歧义的字句,在书中恰当的地方不时指明新想法的方向。

然而,书中有一部分不得不完全重写,那就是附录3,随访报告。我利用这次修改再版的机会,请求原来参与研究的同事们随访本书中涉及的所有患者。为了陈述的方便,整个附录3需要重新安排。在每个案例中,我们首先给出了第一阶段随访的结果,这部分是从第一版中原封不动抄过来的,紧接着就是第二阶段随访的结果。

最后,实际上是非常愉快的一个任务,那就是我要表达我对14位同事的深切感谢,同事们彼此分开这么多年了,却毫无例外地答应了我的请求。我抱歉不得不对刚才这最后一句话做出解释;有一位同事放弃了行医并离开伦敦了;但他的名字我不能提,否则不仅会暴露了他名字,也使他以前的患者可能暴露出来。下面,我要感谢John D. Sutherland医生,Tavistock诊所的医务部主任,因为他一直对本研究感兴趣而且还负责修改了附录4,第一版中就是他善意的承担了这部分工作。感谢Philip Hopkins医生,他再次承担了审读校样的大量工作,为此他应当得到我诚挚的谢意。最后,但绝非分量最轻的是,我要感谢我的秘书Joan Morris小姐,她在准备修改版中给予了慷慨的、尽责的帮助。

Michael Balint

1963年10月

目录

第1章 引言	1
--------------	---

第一部分 诊 断

第2章 普遍问题	7
第3章 患者的诉求与医生的反应	14
第4章 通过适当的躯体检查排除诊断	23
第5章 神经症症状的发生率和评估	27
第6章 诊断水平	34
第7章 匿名的共谋	42
第8章 全科医生和会诊医生	50
第9章 师生关系的存续	55

第二部分 心 理 治 疗

第10章 建议和保证	65
第11章 “如何开始”	71
第12章 “何时停止”	81
第13章 全科医疗中的特殊心理气氛	94
第14章 作为心理治疗者的全科医生(第一部分)	103
第15章 作为心理治疗者的全科医生(第二部分)	114

第三部分 一般性结论

第16章 使命(一)	129
第17章 使命(二)	137
第18章 医生和他的患者	143
第19章 患者和所患疾病	150
第20章 全科医生心理治疗	158
第21章 总结以及对未来的展望	165
附录1 培训	172
附录2 遴选	181
附录3 随访报告	186
附录4 心理门诊的附加功能	221
案例材料索引	223
参与医生索引	224

第1章 引言

很多年以来, Tavistock 诊所组织了探索全科医疗实践中心理含义的研讨课。这些研讨课中有一个首先选择讨论的主题正巧是医生常开的药物有哪些。经过讨论很快就发现——当然也不是医学史上第一次发现——到目前为止, 在全科实践中使用最频繁的药物是医生本身, 即不仅是瓶装或盒装的药片是药物, 而且医生给患者开药的方式也是“药”, 实际上, 药物开出和患者接受的整个气氛是有“药效”的。

当时, 这对我们来说是一个非常振奋的发现, 我们都觉得这个发现很重要, 为此相当自豪。但很快, 研讨课进一步发现, 这种重要的“药物”还没有相应的药理学。第二个发现, 用医生们熟悉的语汇来说, 就是任何教科书中都没有相关指南, 医生将自己作为药物处方时的剂量应当是多少? 用什么方式开这味药? 多长时间一次? 其治疗剂量和维持剂量应当是多少? 这样的问题都没有答案。更让人不安的是, 这种“药物”可能的危害有哪些, 也没有文献报道, 就个别患者而言有哪些过敏情况需要特别注意? 或者这种药有什么样的不希望出现的副作用? 实际上, 这种最常用药物的信息贫乏到令人震惊和害怕的地步; 如果对比其他药剂, 甚至是最新进入医疗实践的药, 其可用信息的丰富性, 就更是如此。通常的答案是, 经验和常识会帮助医生获得必要的、将自己作为药物处方出去的技能。如果对比每个新药引入全科医疗前, 在严格对照试验基础上写出的说明书有多详细, 这种自我安慰式的忠告有多浅陋就非常明显了。

当研讨课成员认识到这一令人不安的现状后, 我们的情绪变了, 而且我们当即决定, 研究的目标之一, 或许是最主要的目标, 应当是着手规划这种新的药理学。

这类研究的重要性今天可能比以往任何时候都更大; 个中缘由只有一部分能从医学本身解释。尤其是, 作为城市化的结果, 很多人失去了他们的根与联系, 具有复杂而亲密相互关系的大家庭趋于消失, 个人变得越来越自立甚至孤独。如果遇到麻烦, 个人几乎没有人去求得建议和安慰, 或许连仅仅是卸下负担的倾诉机会都没有。个人越来越被迫依靠自己的资质。我们知道, 许多人, 也许是我们所有人, 任何心理或情绪上的应激或压力要么伴随着各种身体感觉, 要么干脆就被感知为一堆身体不适。在这样的糟糕处境下, 特别是当压力增大时, 看病和对医生诉苦(主诉)就成了一个可能的、而且实际上是最为频繁使用的出口。这时, 即疾患的初期, 还没有“成形”的时期, 医生将自己作为药物处方的技巧是决定性的。不久, 我们会讨论到医生对患者的诉述所作出的反应可能会带来哪些意想不到的结果。在这么做之前, 我提议先说说我们的研究方法和一般的研究安排。

我们的工作都是以小组讨论的形式进行的, 小组由 8~10 名全科医生及 1 或 2 名精神科医生组成。小组每周会面一次, 持续 2~3 年, 虽然有些没有进行那么长时间。小组会面的时间一般由全科医生选在他们没有门诊的下午, 在下午早些时候开始。这使得参加组会不至于严重干扰他们执业; 实际上, 这种安排运行得很好, 即使在全科医疗最繁忙的月份(12 月到 3 月), 出席情况也很好, 整年平均下来, 有 90%~95% 都出席了。

我们的实践是研究与培训相混合的。刚开始的时候, 我有些想法, 即全科医疗中医患心理方面的交流比传统教科书中讨论过的要多得多。如果我的想法正确, 我想要抓住的

事件可能只能由医生自己观察到；出现第三个人，尽管可以是老练和客观的，但仍会不可避免地破坏气氛的轻松和私密性。这样的第三人只能看到一个模仿的场景，也许是非常棒的模仿，但从来不会是真正发生的情况。

因此，这个研究只能由全科医生在进行日常医疗中自己来做，这样不会受到打搅也没有障碍，完全掌握自己的门诊。但是，全科医生完全没有完成这种研究任务的训练；在下面的叙述中，我们在几个地方会回溯到前面的内容。而且，就我所知，我们刚开始这项工作的时候，对于训练全科医生进行心理诊断和心理治疗，还没有成熟的方法。因此我们面对3个不同且相互关联的任务。第一是研究全科医疗中的心理含义；第二是培训全科医生做心理工作；第三是设计一种方法进行这样的培训。

本书的重点是我们这次实践中所进行的研究。培训系统在附录1和附录2中有简单的介绍。在医生报告其患者情况之后有一些讨论，说明了我们的“研究带培训”是如何发挥作用的（见案例10、15、17、19、21、23和24）。

我们的实践具有复杂的结构，这带来一些不确定性，在我们的用语中也有所反映。在本书中，我们的“研究带培训”主要有以下说法：小组讨论、案例讨论会、研究课、讨论课、讨论小组等；这些都说的是一件事，只是从不同角度说而已。

后面大家会看到，全科医生们尽力怂恿精神科医生弄成教师-学生关系，但出于很多原因，更可取的是拒绝这样做。我们的目标是一种自由的、有来有往的气氛，在这种气氛中，每个人都可以把自己的问题拿出来，希望从其他人的经验中获得启发。用于讨论的材料，毫无例外都是小组轮值医生报告的最近就诊患者的情况。小组活动的连续性使我们能够随访2~3年，了解这些患者情况的进展，有时随访时间还会长些，因此能够检验我们的想法、诊断、预测、治疗尝试等在多大程度上是正确的和有用的（附录3）。

我们的主要目标是对不断变化的医患关系进行相当彻底的检查，即研究“医生”这味药的药理学。为了获得可靠的研究资料，我们在小组讨论中试图把书面资料的使用限制在最低限度。没有读准备好的报告或手稿的情况；请医生们自由地报告自己和患者打交道的体验。允许他们利用自己的临床记录，不过只是作为一种辅助记忆的措施而不是作为发言提纲。从一开始，我们的意图就是，医生的报告应当尽可能全面地记述他对患者的情绪反应，甚至应当包括就患者问题他的情绪卷入情况。只有当讨论的气氛足够自由，医生能畅所欲言，才能有对医患关系情绪侧面的坦诚叙述。任何事先准备的手稿或书面报告都会不可避免地对自发说出的内容大量的二次加工，而这正是我们希望避免的。后面的章节会证明我们在达成目标上能够做到的程度。

一开始我就得承认，虽然从我们的观点来看，医学发展所应遵循的普遍方向日后会变得相当清晰，但密切研究医患关系提出了许多具体问题，在解决这些问题上我们贡献甚微。然而，即使对某种疾患我们不能给出一种合理的治疗，如果能够描述出所涉及的病理过程和给出可靠的诊断，也是值得称赞的一步。因此，描述医患关系中引起双方不必要的痛苦、激惹和无效挣扎的各种特定的过程（即使用“医生”这味药时，不期望出现、不想要的副作用），也是本书的主要目标。到目前为止，这些过程还肯定没有被充分观察过，或者即使已经被观察到，其重要性也没有得到恰当的评价。然后，我们将努力表述有诊断意义的征象（相当于体征），以便使医生在恰当的时候能够认识到这些病理过程。只有在第三种情况下——并且只在很小的范围内——我们能够指出，在这个最复杂的领域内，可以采用哪种治疗。

因此,我的第一个任务是陈述清楚我们要调查的问题。简言之,这个问题就是:尽管医患双方都付出了热切的努力,为什么令人不满,甚至感到不快的医患关系还是发生得如此频繁?换言之,“医生”这味药虽然表面上已经是在谨慎尽责地使用了,为什么还是不能如期望的那样发挥作用?这种不良衍变是什么原因造成的?如何才能避免?

我的所有推理都是基于对个案的具体的临床观察。然而,所有这些案例都不是我个人观察的。如前所述,课程安排在 Tavistock 诊所,全科医生们讨论他们日常行医中的心理含义。本书中引用的所有案例都是来源于此,正常情况下是以执业医师自己的口吻报告的。为了简便起见,有些病例由我进行了总结,在纳入本书前送呈相关的全科医生并获得了他们的同意。

本书的草稿被分装后寄给每个参加研究的医生,而且我们开了很多次会来讨论书稿。每个反对意见都得到了讨论,而且如果相当多的参与者都认出了案例中的自己,那个段落就要改写或被删除。这样最后的版本就是真正的团队工作的结晶。虽然我们每个人对本书都有所贡献,对印刷出来的最终文字负全责的还是我本人。

为保持医生们的匿名状态,贯穿全书只采用了男性属性的代词,只有2个案例的病史部分例外,即案例22和24,这两个案例中,医生的性别对于医患关系的建立有很重要的作用。而每个医生都用一个字母指代,这样能够使读者在研读中体会到不同医生个人的风格。我们的研究还有一个不期而遇的结果,那就是认识到行医风格不同的程度可以如此之大。在一个医生那里根本不可能出现的情况,在另一个医生那里可以是理所当然的(第13章和第17章)。“医生”这味药显然还远没有达到标准化。更有趣的是,这些各不相同的“药物”都可以使患者受益。然而这并不是说,每种都是一样有益的。相反,每种都有它自己的副作用,对匿名的医生们采用字母指称,会帮助读者意识到每种“药物”都有令人满意的主要作用和不希望其出现的副作用。

实践发现,保持患者的匿名状态是一个更困难的任务。我们尽最大努力使本书中提到的患者不能被识别出来。没有提及患者的姓名,而且如果可能就病例的外在环境特征进行伪装。不幸的是,这种试图伪装的做法有一个局限性。那就是如果沿着这个方向走得太远,病史就和原本的相差过大,逐渐达到近乎编造的程度。为了避免这一缺点,个案所有的核心特征,首先是心理细节,都没有改动过。但这意味着患者如果看到有关自己的描述,能认出这是他自己。不幸的是,这种非常不希望出现的危险是难以避免的,就我所知,无法有把握地避免发生这样的情况。为把这种风险降到最低,我们把病例的选择局限在我们认为不大可能读到本书的患者中。但尽管我们用上了所有措施,我还是意识到,如果运气不好,这一出版物还是会使这个或那个患者感到一些不便和不适,甚至是痛苦。一旦发生这种情况,我所能做的只有表达我深挚的歉意,并向受影响的患者保证,除了他自己,其他人能将他识别出来的可能微乎其微。

案例报告是小说式的,有些还比较冗长。对其进行删减,只印刷认为重要和关联强的章节本似乎并不困难。但经过考虑,我决定不这么做,而是将案例以被报告出来时的原本形式印刷出来,就是没有经过加工的,在我们讨论课上的原样^①。一份仔细删改的报告代表的是我们精神分析师所说的二次加工的结果,即淘汰了提示报告者或提出批评者内心

^① 常规是由熟练的速记打字员 Doris Young 小姐在场逐字记录当时实际上说出的原话。这些印好的报告就是基于她的记录。

情绪过程的大多数线索,因此是不恰当地偏重了理智的过程。我希望,使报告保持原来的样子可以使读者在某种程度上既读出相关报告人及其听众的情绪活动,也读出他们的理性活动。

本书中的案例大多数都是简单的、日常见到的类型,在纵贯不列颠的土地上每个医生的诊室里都能遇到。我非常期待,在读到这些案例时,医生们会好像见到了他自己最熟悉的这个或那个患者。这正是我们的目的;使医生们以新鲜的视角看待他们的日常经历,并且看到这里面有问题,因为医学忽略了这些问题,使得医生们付出了很多不必要的工作,使他们的患者经受了太多不必要的痛苦和烦恼。就像我先前曾经提到的,通过本书,我只能就其中一小部分问题给出解决方法。其余的有待进一步研究。但我希望,我们的发现能使医生们在搞坏和某些患者的关系前,注意到问题正在积聚发展中;更多了解、更多自省能使医生们阻止某些不好的情况继续发展。

本书分为3个部分。第一部分,第2~9章讲诊断,主要是批评性的,有时批评还很严厉。我们希望能够说清楚,我们的批评态度并不意味着整个医学处于亟待改革的边缘。相反,我们的目标是展示医学思想和医疗实践在哪些方面确实需要得到修正。我们的观点是,这些方面可以统和起来,成为整个人的病理学(the pathology of the whole person)。

本书的第二部分——第10~15章——是关于全科医生如何进行心理治疗的。这部分只纳入了全科医生所治疗的患者。这部分不可避免地有拼凑痕迹,主要原因是我们这方面的知识有限,使我们无法系统地处理这一主题。

第三部分——一般结论——由6个互不相连的章节组成。在这些章节中,我力图总结我们研究的阳性结果。如前所述,多数情况下,我们只是看到问题,没有找到解决方法,但还能留下的就是未来研究的可能性。

附录1描述了我们培训系统的现状,其后的附录2是关于选择的;第3个附录中,对报告的所有案例都进行了随访,至少随访到1955年12月31日;最后,附录4中,John D. Sutherland描述了心理门诊的一个重要的附加作用。

在一开始,我必须提醒读者,在本书中是不会找到任何参考文献的。主要原因在我个人。我是个散淡和不系统的读者。虽然我知道有的作者曾经就我们研究领域中的这个或那个部分写过文章,但我对文献知识的记忆是不可靠的。为了克服这个缺点,我要么列出一大堆伪造的参考书目,要么坐下来苦干几个月图书检索工作。但这两者都令我痛恨。

结果是,我不得不接受我的粗疏所造成的不确定性和局限性。在我们的发现中,很可能有很多其他作者也曾涉足过,甚至他们曾经用更准确或更有用的形式进行过描述。如果那样,我表示歉意并承诺放弃领先发现的权利。

对于没有参考文献,我还有一个借口。我们的研究是刻意保持“自给自足”的。我们想要看看靠我们自己——一个全科医生和精神科医生组成的团队——能走多远,我们每个人只能利用自己所拥有的,这种情况医生们是再熟悉不过了。因此,本书是基于我们所称的“我们自己的无知无畏”(附录1);那么参考他人的著作是与此不相称的。