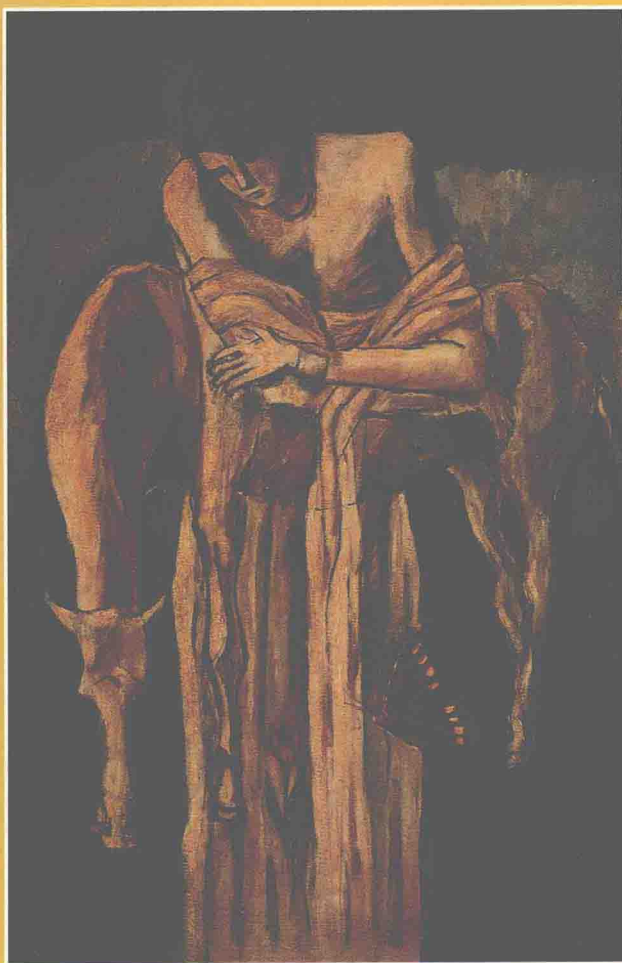


醫學人文叢書 3

醫學的人性面：

情緒與疾病

李明濱 著



國立台灣大學醫學院

醫學人文叢書 3

醫學的人性面：

情緒與疾病

Human Dimension of Medicine:

Emotion and Disease

李明濱 著

國立台灣大學醫學院

國家圖書館出版品預行編目資料

醫學的人性面：情緒與疾病 = Human dimension of medicine:
emotion and disease / 李明濱著. — 初版. — 台北市：
台大醫學院, 1997 [民 86]
面：公分. -- (醫學人文叢書：3)
含索引
ISBN: 957-02-0184-3 (平裝)

1. 心身醫學

415

86009969



有著作權 不准翻印

醫學人文叢書 3

醫學的人性面：
情緒與疾病

著 作 者：李明濱

發 行 人：陳定信

總 編 輯：黃天祥

執行編輯：何弘能

封面設計：張天鈞

出 版 者：國立台灣大學醫學院

地 址：台北市仁愛路一段一號

電 話：(02)23123456 轉 8035

總 經 銷：金名圖書有限公司

台北縣中和市建一路1號8樓

郵政劃撥帳號：12189725

電話：(02)82277736 傳真：(02)82277735

E-mail: kdp@ms15.hinet.net

<http://www.kingdompubl.com>

定 價：NT\$500

出版日期：2003年1月初版第二刷

[初版：1997年10月]

統一編號：006359864067

ISBN：957-02-0184-3

著者簡介 (2002 年 12 月)

李明濱 1951 年生，高雄縣茄萣人

1976 年國立台灣大學醫學院醫學系畢業；於 1982 年至 1983 年赴美進修研究，擔任美國國立衛生院國際研究員及紐約羅徹斯特大學精神科客座講師暨研究員。醫學院畢業後，繼續在台大醫學院及附設醫院擔任診療、教學及研究工作。專業興趣及研究領域除精神醫學外，主要還包含心身醫學、醫學心理學及醫學教育等範疇。歷任台大醫院神經精神科住院醫師及總住院醫師、精神科主治醫師、講師、副教授、精神科代理主任、醫學院社會醫學科主任、台大醫學院共同教育室主任等職。曾任中華民國精神醫學會總幹事、理事、精神科專科醫師培訓委員會主任委員、中華民國台灣醫學會「繼續教育雜誌」主編、「台灣精神醫學」雜誌主編、中華民國台灣醫學會繼續教育委員會召集人及「台灣醫學」編輯委員會主任委員、亞洲心身醫學會第十屆大會主席等職務。

現任台大醫學院暨附設醫院精神科（部）教授暨主任，醫學人文研究群召集人；台大醫學院附設醫院精神部主治醫師，兼精神部心身醫學科主任；並擔任國際心理腫瘤學會科學顧問、國際心身醫學會亞洲分會理事、台灣精神醫學會理事長、台灣憂鬱症防治協會理事長、「醫學教育」雜誌主編、及衛生署愛滋病防治諮詢委員會委員等職務。

主要著作包括：(1)學術研究論文報告與著作百餘篇及(2)譯著與專著「自我的掙扎－精神官能症與人性發展」、「現代婦女醫學」、「催眠研究」、「精神官能症」、「精神官能症之行為治療」、「透視現代精神醫療」、「後天免疫缺乏症候群心理輔導手冊」、「實用精神醫學」、「精神醫學小百科」、「一般醫學」(I~V)等書。

謝院長序

20世紀中葉以後，由於社會多元化，生活節奏加速，工作競爭劇烈，人際關係複雜，心理、社會因素在致病方面扮演的角色日趨重要。因此，在現代社會，疾病的發生不僅與病原菌入侵或人體臟器發生病變有關，與心理、情緒的變化也有密切的關係，另一方面，疾病的進行或復原與心理、情緒的變化也有密切的關係。亦即，情緒因素與疾病的發生與復原，是息息相關的。

疾病的產生及復原既然不是單純的由生物學因素所決定，也就不能單純由醫療科技來解決，必須考慮心理、社會因素在疾病的發生與發展中的作用，亦即必須將疾病放在個人與社會、文化、環境的背景下進行綜合性的探討，才能獲得解決。在這方面，心身醫學扮演著重要的角色。

李明濱教授是我國心身醫學的專家，目前擔任本院社會醫學科主任暨共同教育室主任，負責規劃本院醫學人文及通識教育相關課程，他對醫學教育有一份誠摯的熱愛，深受學生的敬重與欽佩。這些年來，他在臨床診療及教學中，收集了不少資料，對於情緒與疾病之間的互動，以及文化、社會、環境對健康及疾病的影響，曾做過相當廣泛的研究和深刻的觀察。情緒與疾病這本書，具體地呈現了他努力的成果。

在大醫院服務的專科醫師往往把醫療的焦點放在人體的個別部份，例如心、肺、腎、胃、腦等器官，不同的專科醫師看不同的器官，很少有看遍所有器官並加以綜合的醫師，理想的醫師應該看整個人並重視病人的心理感受及情緒反應。事實上，醫師能夠注意病人的心理及情緒反應，激發病人的內在心靈資源，非常有利於疾病的復原。相信本書的出版將能有助於落實全人醫療及人性化醫療的理念。

謝博生 識
於台大醫學院
1997年4月

林教授序

過去 20 年來李明濱教授潛心鑽研心身醫學，本書可說是集他豐富經驗之大成，也是在現代醫學中欲窺此領域不可不讀的經典教科書。1980 年代初李教授獲得美國國立衛生院國際研究員獎學金出國進修時，曾與筆者共同設計台北—羅徹斯特間精神官能症病患症狀比較研究。李教授執行此跨文化心身醫學研究後，發現兩地病患特有身體化症狀之比率雖然相同，但台北病患之身體化症狀表現比率頗高，而美國病患則多表現出情緒症狀。可見，我國病患中傾向於較不認識個人之情緒問題與其表達途徑，因此心理治療之應用與效果自然受限。

李教授選定朝此領域精進後，他的發展過程頗具特色。首先他在台大醫院精神科內努力組成一支強大的心身醫學組，強化醫院內之精神科照會工作，與各科醫師建立良好的關係，而後逐漸發展至在科內設立心身醫學病房（即目前之精神科大樓四樓），等到精神部設立時，心身醫學又成為部內的四科之一。十餘年來，為了接受照會精神醫學及生理迴饋治療之訓練，台灣各地醫院之精神科住院醫師們絡繹不絕地前來台大醫院接受代訓，這都是李教授領導的成績。

李教授的興趣並不僅限於心身醫學而已，長久以來他又肩負醫學心理學的課程，並逐步邁入醫學教育之領域，廣泛地參與醫學院內的各項活動。近年來他又兼任台大醫學院共同教育室及社會醫學科的主任，致力於教授醫學生以全人醫學為基礎的醫學理念，並投入醫師畢業後的繼續教育工作，以及參與一般大眾的醫學教育等。而他最受人矚目的成就則是在以精神科教師為主導的醫學院六年級學生的醫學倫理課程，以及進一步有關人文醫學總合性發展之計畫。目睹李教授這一連串不遺餘力的推展心身醫學的努力與成就，身為同事的我們莫不深感與有榮焉。

心身醫學的定義與範圍有許多種。狹義來說，它是研究並治療心身症之領域，而心身症則是指身體疾病中，在發病及病程上與心理社會因素有密切關係，且可認定有器質性乃至機能性障礙的病態。在心身醫學的發展史上，1930~40 年代間曾有不少人以精神分析方法探討各種心身症，企圖確立心身症之範圍。1950 年代時，心身醫學會通常將此門學問區分成生理、精神分析及社會科學研究三個部門，但之後即傾向於從生物、心理、社會、行為模式，亦即以全人醫學觀點來看疾病，到了 1970~80 年代以後，許多人已抱持著廣義的心身醫學的

觀念。本書之綜論部分所涉及的即是廣義的心身醫學的範疇，但基本上李教授在本書中仍是以情緒與疾病為題，尤其是以人生壓力與反應及其處理方面為主題。

第二篇個論部分談的是狹義的心身醫學。第三篇精神疾患部分介紹的是精神病、精神官能症以外的一些拉雜的、但確實與心身健康有關的各種臨床疾患，內容相當有趣。第四篇整形手術與臟器移植手術的討論則是屬於廣義的全人醫學的領域。最後在第五篇的案例報告中，李教授對一些實際治療的案例做了詳細的描述，從中可看出他在臨床醫療上的實際成果。整體觀之，本書的內容可說是從心身醫學延伸到醫學人性面的一本好書。

筆者衷心希望本書能開展醫學教育之新局面，同時預祝李教授將來能有更上層樓的發展。也希望在他的拋磚引玉下，有更多人繼他之後也投入醫學人文叢書的出版工作，且讓我們拭目以待吧！

林 憲 謹誌
於台大醫院精神部
1997 年 4 月

自序

全人醫學已成為醫學教育的主軸；除了強調生物科技之深入鑽研外，亦同時關注人文社會學層面的陶養。過度偏重於生物技術面，常導致診斷、治療及醫療順從度的問題。但若僅流於人性面，亦可能導致診療之延誤。過去臨床經驗發現，若心身醫學（全人醫學）的理念、原則與實踐未能落實，人性關懷終究僅止於口號。

心理社會因素與醫病關係、疾病診治、預防及健康促進息息相關。在醫學教育方面，應教育學生能就橫切面上從全人的概念整合、分析患者之生理心理社會問題而建立解決之道；同時就縱切面來瞭解這些因素的相互影響與發展（發生史）；進而微觀生理／病理病因，並在治療、復健與預防決策上抱持人文社會的宏觀視野；如此，方能落實全人的照顧理念。

本書的主要目的係以重要疾病為主軸，分析其人性面包括：行為、性格、認知與情緒；本書取情緒為總和代表。本書內容共五篇，總計四十七章。第一篇綜論，主要是論及心身關係的整體概念，及醫病溝通與心理輔導技巧。臨床診療過程中，醫師花在診斷與治療計劃的時間之外，更多時間是花在教育與支持病人兩大方面；熟悉第一篇的整體概念後，方能進一步診療罹患身體疾病的心理社會及情緒問題。

第二篇個論，主要是列舉臨床經驗中常見的以及重要的身體疾病之心理社會議題；以使讀者明瞭並能應用第一篇的概念來審觀各種重要疾病之心身問題。

第三篇所列之精神疾患，包括失眠、記憶障礙、恐慌症、成癮及佯病症，都是當代的重要疾病而卻容易被一般醫師所忽略的疾患；不當之診療除會影響患者及家屬之生活功能與品質外，還可能造成龐大之醫療浪費及嚴重之精神障礙。第四篇則以美容整形及臟器移植來說明心理社會及倫理層面對高科技治療、檢查及預後的重要性。

第五篇之八例病例報告，在於以實例闡釋前四篇所論述之理論及觀念，特別是青少年慢性病的治療順從性以及老年期經常面臨的哀傷（喪偶）反應，將是醫界未來的普遍問題。慢性疼痛及癌症之整體照護更是披露所謂生物心理社會模式之全人照顧理念，而且強調多科整合之全隊照顧的重要性。此外，全家及全程照顧理念中最易被忽視的即是患者過世後的家屬

哀傷輔導議題；臨床上，常見患者過世後，醫療人員對家屬大都是默然以對；而近年來有部份醫療人員更因積極地偏重於向家屬勸募器官捐贈或屍體解剖，而因此釀成莫大的糾紛。

附錄中，作者特別將過去 20 年來在臨床診療中最常使用的放鬆技巧指導語摘錄出來，以饗讀者；而附錄二中之精神病理與心理社會功能評量表，都是作者過去在台大醫院所使用之評量表，其信度與效度都證實不錯；找尋一套簡單且適用於身體疾病患者之精神症狀及心理社會適應評量表，一直是臨床醫師所關注的；這些患者自填式評量表將可提供醫界同仁重要的參考。

本書內容主要是針對本人在過去幾年曾在當代醫學、台灣醫學會繼續教育雜誌、台北醫誌及中華精神醫學會雜誌等刊物中刊載過與心身醫學相關的文章，重新整理、修訂及增列而成；在此特別要感謝過去幾年來，共同參與討論、協助收集並整理本書資料的下列同仁：

丁碩彥、王悟師、王厚中、李宇宙、李政勳、李俊德、李朝雄、何海、何志仁、林令世、林明雄、呂紹文、邱震寰、周勵志、高淑芬、陳尚義、陳坤坡、郭峰志、曾美智、張學嶺、楊志賢、蔡尚穎、鄧博仁、鄭若瑟、劉慧卿、劉亞平、劉宜釗、劉佳昌、蔣榮欣、藍先元等醫師。

沒有他們的參與，本書將無法順利出刊；特別要感謝李宇宙醫師，慨允將其著作「陽萎」收錄於本書；最後要感謝過去一直支持、鼓勵及教導我的精神科師長及同事們；同時更蒙醫學院謝博生院長及林憲教授賜序，使本書增色不少。本書能在台灣醫學教育百週年及台大醫學院精神部成立50週年之際出版，更有其紀念價值，希望本書之出版對心身醫學之臨床服務、教學、與研究三方面能有所裨益，同時亦敬祈醫界先進同仁不吝賜教及指正。

李明濱 謹識
台大醫學院精神科及社會醫學科
1997 年 4 月

第一篇

綜 論

目 錄

謝院長序	iii
林教授序	v
自 序	vii

第一篇 綜 論

第 1 章 醫學為生物心理社會科學	1
第 2 章 心身醫學	9
第 3 章 心身症：心理社會行為相關之身體疾病	23
第 4 章 面談技巧與醫病溝通	29
第 5 章 壓力處理與心理輔導	37
第 6 章 哀傷與傷慟反應	47
第 7 章 生物節律與健康	55
第 8 章 精神與免疫	61
第 9 章 精神創傷後壓力症候群	69

第二篇 個 論

第 10 章 心臟血管：A 型性格與心臟病	81
第 11 章 心臟血管：高血壓	91
第 12 章 心臟血管：心律不整	97
第 13 章 心臟血管：僧帽瓣脫垂	109
第 14 章 神經系統：腦中風	115
第 15 章 神經系統：巴金森氏病	123
第 16 章 腸胃系：厭食症與暴食症	133
第 17 章 腸胃系：激躁性腸胃症	141
第 18 章 性功能之正常與迷思	145
第 19 章 性功能障礙：陽萎	155
第 20 章 皮膚病	163
第 21 章 耳 鳴	171

第 22 章	顫顎關節疾患	179
第 23 章	婦科：經前症候群	187
第 24 章	婦科：停經症候群	197
第 25 章	產科：產後情緒障礙	203
第 26 章	疼痛症：慢性疼痛症	209
第 27 章	疼痛症：頭痛	217
第 28 章	疼痛症：癌性疼痛	221
第 29 章	免疫障礙：紅斑性狼瘡	227
第 30 章	免疫障礙：後天免疫缺乏症候群	235
 第三篇 精神疾患		
第 31 章	失眠症	243
第 32 章	記憶障礙	255
第 33 章	恐慌症	267
第 34 章	感冒藥成癮	275
第 35 章	病態性賭博	283
第 36 章	迷戀醫院的常客：佯病症	289
 第四篇 整形手術與臟器移植		
第 37 章	美容整形手術	297
第 38 章	器官移植	303
第 39 章	心臟移植	313
 第五篇 案例報告		
第 40 章	醫病關係之道	323
第 41 章	青少年患者之醫療順從性	331
第 42 章	慢性疼痛之處理	335
第 43 章	癌症患者之整體照護	341
第 44 章	轉化症	349
第 45 章	佯病症個案	357
第 46 章	病態性賭博個案	363
第 47 章	老年期之哀傷反應	369

附 錄

附錄 1	放鬆技巧指導語	377
附錄 2	精神病理與心理社會功能評量表	383
	①簡式腦功能評量表	383
	②簡式症狀量表	384
	③簡式性格量表	392
	④ A 型行為問卷	394
	⑤家庭關懷度量表	396
	⑥疾病因應評量表	397
	⑦社會再適應評量問卷	398
	⑧暴食問卷表	401
	後記－走在心身醫學的路上	405
	中英文名詞索引	409

第 1 章 醫學為生物心理社會科學

醫學是以人為對象的科學，人是身、心、靈的綜合體；因此針對人類疾病的預防、治療、照護與健康的促進，除了生理面外，必須同時顧及心理、社會環境及倫理等人文面。

前言

醫學的主要服務對象為人，其主要目標在於疾病的防治與健康之促進；臨床診療過程中所必需思考的主要內涵包括疾病發生的遠因（遺傳體質脆弱性與環境因素）、直接誘因、疾病形成、醫病關係建立、診斷、治療及預後，每一環節均脫不了心理社會因素的影響。尤其隨著科技的急劇發展，社會結構的複雜化及保險制度對醫療資源的限制等等因素，已使得傳統的生物醫學模式（biomedical model）受到挑戰；只顧患者的生理面而忽略其心理社會面，則患者在醫療者眼中可能是一團碳水化合物或是一堆有機物的衍生物；醫療者只注意生理、檢驗數據等資料，而忽略了全人的診療觀點；有鑑於此，1977年Dr. George Engel即在「科學」雜誌提出呼籲，認為應以生物心理社會模式（biopsychosocial model）取代傳統之生物醫

學模式；全人醫學（holistic medicine）的理念如今已變成醫學領域的口號。然而，目前的醫療仍呈現下列重要議題：

1. 病因還原論（reductionistic）與整體論（holistic）的兩極化：醫療從業人員傾向於以單病因來探索疾病的形成與診治，特別是細專科化後，更易忽略多重病因，包括多元性的生理、心理、家庭或社會性誘因。
2. 高科技（high tech）與高人性（high touch）的對立：高醫療科技使醫療人員將重心轉向依賴精密的儀器檢查，將焦點集中於數據之判讀；同時在使用先端但具傷害性之治療方法之餘，卻忽略了人性面的關懷；缺乏人性面的醫護，不但會惡化治療預後，也明顯影響了醫療品質及患者之生活適應與品質。
3. 強調客觀性（objectivity）而忽略同理心（empathy）：過度偏重生物醫學模式者一心強調診療之客觀發現與實驗室數據

2 醫學的人性面：情緒與疾病

及結果，而忽略了對患者醫療之情感面（compassion），同時因少用同理心，無暇將心比心，設身處地去體諒病人的苦楚與認知，而影響醫病關係的建立；只強調治癒（cure），而無法忍受照顧（care）的正面意義。

4. 醫師的萬能與全知感（omnipotence/omniscience）與事實的未定性（uncertainty）之認知失調：進入醫療界前，在醫學教育時期，醫學生總期待醫師的角色為助人救人，因此極容易自我期許或被社會寄以全能全知的厚望；其實醫療處處充滿未知，醫療專業人員或患者與病家若無法取得此兩大極端之平衡點，常會因而造成各方之不適反應，進而影響醫業之執行。
5. 倫理兩難（ethical dilemma）：由於高科技、社會變遷，消費者權益之抬頭及保險制度之制衡，使得醫業執行常常面臨臨床推理與治療之兩難：譬如重症如癌症之告知；愛滋病患者之隱私、侵犯性檢查與治療如重大器官移植、生殖科技、基因治療及變性手術等所衍生的病人自主權（autonomy）與醫師自主權（paternalism）之衝突；安樂死或心肺復甦術之施行與否；移植器官之取得與醫療資源分配等問題；這些問題絕不單是以生物面即能妥善解決的問題。

社會科學與醫學

如前述，如何避免醫療的走向因醫業細

專科細分工及高科技發展而偏向非人性化因而變為現代醫學教育家所關心的主題之一。近年來有志於醫學教育革新之專家學者已呼籲社會科學教育應列為臨床醫學教育的基本課程之一。社會科學被認為是臨床醫學的基礎課程，還具備下列主要理由：

1. 社會科學有助於瞭解疾病的成因與防治：疾病的成因中，就發展學觀點而言，由遠因、近因、惡化因素觀之，社會心理、行為及生態環境因素扮演極重要的因素。甚至於所謂高危險行為因素對疾病及死因等均為影響之原因；其影響途徑間接者如性行為與性傳染疾病、抽煙與癌症及慢性阻塞性肺病、特殊之行為如用水、飲食、垃圾處理等與某些疾病的關係。直接途徑如心理壓力或情緒問題導致生理功能變化、暴力與自殺導致傷亡等等。生態環境與健康及疾病的關係更是目前職業醫學及環保專家所注目的，環境污染、水土保持、核廢料之處理等等議題，更是醫界人士所不能置身度外的重要課題。
2. 社會科學有助於瞭解求醫行為並建立良好之醫病關係；臨床上約 1/4 至 1/3 的求診病人其症狀為功能性，找不出確切之身體因素，往往與心理、社會及行為因素有關。此外，診療的首要步驟為醫病關係的建立，具備適當的社會科學基礎可瞭解患者、家屬的文化、價值觀並具備溝通技巧，而達成良好的醫病關係。
3. 隨著老年人口及慢性、難治疾病之增加，如老年癡呆症、中風、精神分裂

症、癌症、愛滋病及其他慢性疾病之診治與照顧，除了神經科學的基礎研究外，臨床家眼前所要面臨的是一堆心理社會問題。

4. 醫療保險制度及醫療資源措施無可諱言地將影響病人的醫療及照顧品質；為求得其平衡及功能之發揮，公共衛生學、經濟學、流行病學、人類學、心理學、社會學、政治學、科學史及哲學等社會科學都將影響臨床醫學的實踐與研究。此外，社會科學訓練亦可增進醫師的人文涵養，醫學助人的宏觀，亦有助於臨床醫療問題的解決能力與個人心理社會壓力的因應。

面對這些複雜的改變，醫師的技術、知識、價值觀及態度被認為更需要受到重視；傳統的醫學教育體系與教育目標勢必要進行某些調整，方能因應時代與社會環境的需求。

照會精神醫學與心身醫學

結合心理社會學與醫學的科學稱為心身醫學 (psychosomatic medicine) (詳見本書第二章)，而照會精神醫學 (consultation psychiatry) 正是心身醫學理論的實踐；照會精神醫學在國外的發展已近七十年，自四十年代聯商—照會精神醫學 (consultation-liaison psychiatry) 將照會層次提昇至聯商 (liaison) 層次之後，精神科醫療人員於是更主動介入變成非精神科醫療團隊的成員，照會精神醫學也更廣泛地受到重視與研究。照

會精神醫學工作除了協助診治與心理、家庭、社會壓力有關的心身疾病外（請參見本書第三章），還處理身體疾病患者之精神、心理、家庭或心身問題，同時也協助處理因疾病而衍生之不適應行為（即生病行為）(illness behavior)。過去一系列的研究已指出內外科住院病人中有蠻高比率（約30%~60%）合併有明顯的精神障礙，最常見的主要是因身體疾病及其相關之心理社會壓力與醫病衝突所導致之適應障礙 (adjustment disorders)；因此照會醫學專家必需隨時整合生物、心理、社會及倫理各層面資料，以提供照會者臨床診療之服務。國外有幾位學者如 Hales 已指出精神科照會可縮短病人的住院日數、減少不必要的醫療費用。在台灣地區相關的研究僅二十餘年的歷史；過去台大醫院歷年來有關照會醫學的服務、發展與研究一直在國內位居領導地位，已提供醫療服務及醫學教育不少重要的實證資料。

患者之心身問題與照會精神醫學

照會精神醫學涵蓋臨床服務、教學與研究三個層面；照會專家必需熟悉心理社會因素與生理病理間的相互關係及相關的各項問題與處理方法。基本上，除了應瞭解各項身體病因與病人的認知、情緒及行為問題關係外，亦應熟悉壓力的反應模式。病人因病住院除了疾病本身帶來的壓力外，離家住院、診斷、治療方法、預後及經濟、家庭等因素

都可能造成病人的過度情緒反應而影響身體功能的惡化及治療的順從度 (compliance)。急性疾病、住院及治療過程都可能帶給患者各種各樣的壓力 (stress)，常見的威迫性壓力來源包括下列各大項：(1)死亡的威脅；(2)個人的身體形象及功能完整性 (integrity)；(3)與親友分離；(4)害怕失去控制；(5)自尊受損；(6)受傷 (如截肢) 或疼痛；(7)罪惡感；(8)害怕失去關愛與讚賞；(9)害怕陌生人及陌生環境；(10)對未來的不定感；(11)寂寞感；(12)無力感；譬如身體功能與構造改變、無法操控自身功能，如必需仰賴各項導管及對未來病情與預後缺乏認知與不確定的感覺。

一般而言，壓力的情緒反應取決於個人對壓力源的認知，最常見的反應如下：因對壓力產生認知上「危險」的解釋，容易導致焦慮；若感受到挫折，則易表現出憤怒的情緒；若認知解釋為失落則產生憂鬱。實際上，內外科病患照會工作中最常要處理的情緒障礙主要就是焦慮、憂鬱與憤怒。這些情緒反應過於劇烈時，除影響患者與家屬外，還可能轉移到醫護人員身上，而釀成醫病衝突。因此如何評估並整合病人的性格特點與病人對壓力源的認知內容，是瞭解病人適應障礙的基本技巧。文獻上已有許多學者整理出醫療上常見的性格類型，不同類型患者生病時的心理反應與行為特徵以及如何處理其心理或行為反應的方法，作者認為對從事臨床診療之醫護人員，特別是從事照會工作之醫師相當有用。

台大醫院精神科的照會經驗

以下將根據台大醫院精神科照會各期之臨床研究經驗，分別說明內外科住院病人的精神疾病盛行率及照會型態。

1. 精神科照會之臨床診斷與會診型態研究 (1979年7月~1981年6月)
2. 器質性腦症候群之追蹤研究 (1978年7月~1980年12月)
3. 癌症住院患者之比較研究 (1980年7月~1984年3月)
4. 照會精神醫學中老年患者之臨床研究 (1981年7月~1985年6月)
5. 散播性紅斑性狼瘡 (SLE) 住院病患之照會研究 (1980年1月~1987年1月)
6. 全院非精神科住院患者之精神疾患研究 (1986年10月~1987年12月)
7. 心臟內科住院病人精神科照會模式之建立 (1989年7月~1990年12月)
8. 愛滋病感染者之心身醫學系列研究 (1991迄今)

第一期至第五期的研究主要是針對會診的個案，分析其照會型態包括照會率、精神疾病診斷分佈及會診之主要問題。就1979~1981年的資料而言，全院照會率為0.96%，與台灣地區其他醫院 (0.7~1.7%) 相比尚在上限，與國外資料相比則居於中下。照會個案的精神科診斷主要為腦症候群 (38.8%) 與憂鬱症 (25.5%)，與國外資料較相似，但我們的資料顯示腦症候群的比率一直高於憂鬱症；當然醫院性質不同，所收之患者疾病之性質及嚴重度不同；照會醫師