

第 93 期



精神医学和临床心理学
督导与研究

www.mhealthu.com





报名学习 督导会诊

4000-218-718

精神医学和临床心理学

督导与研究

美利华在线健康大学出品并版权所有

总编辑 王剑婷

副总编 肖茜

顾问 刘春宇

督导 张道龙

协办单位

美中心理文化学会 北京大学出版社
四川省精神卫生中心 温州康宁医院股份有限公司
华佑医疗集团

教育服务项目

- ❖ 中美心理咨询师及精神科医生规范化培训项目
- ❖ 学生帮助计划 (SAP)
- ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 美国专家国内集中讲学
- ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 美利华医疗之家
- ❖ 《督导与研究》杂志

邮箱: meilihua@mhealthu.com

欢迎登录美利华在线健康大学网站免费查阅和下载

如需转载, 请注明“美利华在线健康大学”《督导与研究》



精神医学和临床心理学

督导与研究

Editor's Letter 写在卷首

刻意练习

许多人受格拉德威尔在《异类》中的影响，认为成为高手需要遵循“一万小时定律”。事实上，想把自己变成高手，只在时间上投入是远远不够的。因为真正关键的不在于训练的时间而是在于训练的方法。

在学习理论中，我们把人的知识和技能分为三个互相嵌套的区域：我们熟练掌握的各种技能是“舒适区”，我们暂时无法达到的外圆是知识的“恐慌区”，而两者之间的那片区域就是我们的“学习区”。在结果可收到反馈的前提下，只有不断地在这个不熟悉的区域中训练，才有可能收获能力对外的拓展。因此，提升的关键在于“坚持做自己不会做的事”，并且能够在这个过程中不断确认效果，收到“即时反馈”。一如体育训练，在不断地制造新目标甚至刻意制造小的障碍，在寻求突破当中收获成长。OK，看到这里的你，有没有觉得非常熟悉！

- 1、我们拥有导师范例进行比对，意识到自己还需要前进的差距；
- 2、每个人都拥有自己的练习进度，并且可以根据需要时常进行回顾；
- 3、在同一个社群当中群体互动，互为反馈。

是的，中美班从一开始就尝试带领着大家不断地走出各自的舒适区，迈出成长的第一步！每个人在多样的课程中从自己原有的领域中不断向外突破，拓展更广阔的知识新疆域。更重要的是这种心态也成为我们这个团体的一种共性——保持着对未知的好奇，保持着对成长的渴望，不论身体年龄是70后还是80后，每个人都像原动机，高速运转且抱团成长。或许每个人的天赋真的不同，每个人的努力的起点也可以不同，然而持续不断地刻意练习提供给我们一个新的景象就是：用对方向的努力可以改变天赋对自己的限制，激发自我潜能！自己，正在变成想成为的那个人。

在中美班，每天每天，**你都在成为更好的自己！**



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com

公众号：美利华在线精神健康





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例精神分裂症患者的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【心理学人】 17

为了他们，我们能做些什么？——浅谈精神分裂症相关的心理服务

【全科医学】 23

直视骄阳——一例晚期卵巢癌患者的全科医学会诊案例

【访谈理论篇】 31

对癌症患者及其家属的心理干预

【学习园地】 37

受约束！同样，我们也在受保护！



精神医学临床访谈

作为精神医学临床中最为严重的病症之一，精神分裂症一直被世人排斥并有所畏惧。医学界在不断地尝试改变患者的医疗待遇，提升治疗效果，普及科学观念，然而现实生活当中，我们的患者及家属还是在接纳症状、面对疾病以及坚持长期治疗等问题上产生不同程度的迷惑及顾虑，今天我们访谈的这位年轻女性就在患病六年后面临新的人生的转折，究竟，她的诉求是什么……

一例精神分裂症的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生

杨文君 医 生

责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【人口学资料】

姓名	180719	性别	女性
年龄	31 岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	专科
婚姻状况	已婚	病史提供者	本人及家属
职业	无	病史可靠性	可靠
访谈时间	2018-07-19	联系电话	XXXX

主诉：“感到被控制、全身发硬6年，反复紧张，全身发抖1年”

现病史：患者6年前一家人与另外一家亲戚外出旅游时，自感没有处理好相互的关系而着急，当时一起拍照时看到闪光后，全身发软、倒地，感全身发硬和紧绷感，心慌、心烦，觉得自己要失控，因此感到很恐怖，害怕自己的身体有什么大病，此后就出现认为一起旅游的表哥是心理医生，能控制自己的思维，知道自己的一举一动，听到上帝在和自己对话，凭空听见上帝跟自己说，你跟着好好走，这可能是一种惩罚。曾经在我院住院治疗，查脑电图、心电图、彩超、胸片、肝功、肾功、血常规等未见异常，当时诊断不详。经过舍曲林、奥氮平等药物治疗，住院半月，病情好转出院，但仍认为表哥是心理医生，能控制自己的思维，觉得自己的身体发硬，并且出现看到一个车牌号码就会把它翻译成汉字。知道自己出了问题，但就是控制不住要那么去想。此后坚持服药，病情逐渐好转，两年前停药。一年前患者因为与朋友常发生一些口角，病情又波动反复，又出现身体发硬、心里很堵，紧张担心害怕，突然出现身体发抖、说不出话，但心里明白觉得要失控了，持续1分钟后缓解，感觉身体很不舒服。当时曾到门诊服药治疗有所



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com

公众号：美利华在线精神健康



好转，但仍有间断发作。1月前到我科住院治疗，诊断为“分离转换障碍”，给予文拉法辛75毫克Bid，枸橼酸坦度螺酮5毫克Tid，舒肝解郁0.72Bid，艾司唑仑1.5毫克Qn等治疗后症状好转出院，院外坚持服药。入院前两天因与家里发生不愉快的事情，再次出现心慌、心烦、哭泣、无力、全身发抖，阵性有情绪的爆发，大喊大叫，阵性行为幼稚，像小孩一样，再次急诊，我院以“分离转换障碍”收治入院。

既往史：没有外伤手术病史，没有癫痫和惊厥发作史。

个人史：自幼跟妈妈长大，父亲常年在外打工，有一姐姐，妈妈对姐姐管教比较严格，对自己较为宽松，父母从小教育方式都以打骂为主，自幼跟父母姐姐关系不好，自己性格较为内向，压抑、小气，对生活不满较多、抱怨较多，但自我感觉6年前生病后自己的性格有改善，与父母和姐姐的关系要缓和一些，与同事的关系也比较好，与丈夫的关系较好，但丈夫性格较为急躁。丈夫发脾气时脑子里总浮现出爸爸发脾气的感觉。

家族史：父亲较为专制暴力，姐姐较为开朗，妈妈既往有疑心重，觉得有人害自己，愠气后在地上打滚的表现，曾诊断精神分裂症，但未住院，具体不详。

体格检查：电话访谈未查。主管医生汇报无阳性体征。

精神检查

一般情况：患者意识清，时间、地点及人物定向力正常。接触合作。

语言功能：语量适中，语速较快，有逻辑性。

情感活动：情感活动协调。

感知觉：正常

思维活动：存在言语性幻听，关系妄想症状。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

辅助检查

腰椎 CT 显示第 1、34 和 45，还有 15，还有骶 1 椎间盘突出，腰椎轻度的骨质增生，骶椎隐性的脊柱裂。

病历小结及概念化：患者女性，病史6年，反复发作，既往有精神病症状，怀疑表哥是心



理医生，觉得表哥对自己心里的想法都知道了。看到车牌会控制不住的读出来，觉得暗含了别的意思，既有妄想，又有行为紊乱，所以两个阳性症状明确，症状达到标准一个月以上，总病程远远超过6个月，已经达到6年。患者的母亲有精神病病史，行为怪异，冲动，脱离现实，有明确的家族遗传病史；腰椎CT显示骶椎隐性的脊柱裂。患者神经发育有明确的问题。按照一元论分析，患者又有家族史，又是神经发育问题，有明确的精神病症状，诊断明确为精神分裂症。

初步诊断：精神分裂症

主诊医师：杨文君

2018-07 -19

【访谈实录】

1. Z医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：现在的困扰吗？
3. Z医生：对。刚才案例报告中的事，都是发生在你身上吗？
4. 来访者：对，全部是。
5. Z医生：哦。好嘞，讲讲吧，你怎么看待这些问题，和你现在的困扰是什么？
6. 来访者：我怎么看待我以前的问题和现在的困扰？你是问的这个吗？
7. Z医生：对的，听不到吗？
8. 来访者：是因为我在思考，我在思考。

鉴别患者的思维功能。作为思维的基本线索，在对话中需要关注来访者对语言的反应能力。在这个过程中医生尝试在鉴别患者表现的是思维障碍还是言语障碍，或其他功能性问题。

9. Z医生：哦。我是想问一下，比如表哥变成心理医生了，你又被别人控制了，浑身发硬了等等讲的这些稀奇古怪的事情。你现在觉得这些事可笑吗？还是真的发生？为什么会发生？
10. 来访者：嗯。这些事我能够理解，如果依我的判断，那应该是属于精神分裂症的表现，因为我现在觉得没有这些事情发生了，我理解它是属于精神分裂症的一种表现，是当时的一个症状，但是现在这一次发病我没有这些症状，我理解那是病情。

鉴别患者的内省力。患者显示出具有一定的自知力。能理解过去的妄想性问题。



11.Z医生：哦。你现在有什么问题？

12.来访者：对于现在的话，经过医生大概判断是属于分离转换障碍。因为我不是很专业，我也理解我的病情，上一次住院的话是比较焦虑，内心冲突特别的大，然后我就没办法控制自己了。出现全身发软，胸闷这些躯体症状，还有情绪上一下子控制不住大喊尖叫，这个我能够理解。这一次的话，是因为碰了头，突然情绪发作，比上一次更加严重，我不能理解这一次的病情。

患者呈现出的紊乱症状：身体感觉的紊乱、行为的紊乱、情绪的紊乱，她对这些病情症状感觉有一定的困扰并为此就医。

13.Z医生：对。但现在不是需要你理解病情了，我是说现在还有什么困扰你的？现在是没好，还是什么情况？

14.来访者：我现在觉得我能够接受我的病情，心情还是比较可以，对于未来的生活好像也没有什么太大的困扰和焦虑，还有情绪方面也是这样。

15.Z医生：OK。那就是现在你跟住院对比来说基本上没问题了？你现在有什么症状还在困扰你吗？

16.来访者：可能有一点，好像感觉到我不能听太多别人的对话，如果听太多的话，觉得是一种刺激。然后第二个是不能听别人太多的抱怨，如果有抱怨多的话，这个可能也会刺激到我，就是这两个方面。

17.Z医生：你对声音敏感吗？

18.来访者：有一点，特别容易受暗示。

19.Z医生：哦，特别容易受暗示。我说噪音的意思比如说旁边有施工，晚上刺激你吗？

20.来访者：我的感觉是，如果周围有声音我会惊了一下，身体惊一下，不会发作病情，好像还没达到发作病情的一个程度。

鉴别感知觉障碍。患者表现目前容易受外源性的声音刺激，身体会有惊跳感；另外注意力容易被分散，疑心较重。

21.Z医生：OK。我想问一下，刚才医生说你妈妈年轻的时候也有过精神病性症状，虽然没看过病。你打听过吗？她的症状跟你有什么一样的吗？还是不一样的？

22.来访者：你是说让我来判断我妈妈的病情和我的病情是不是一样？是这个意思吗？

23.Z医生：对。不是让你判断了，就是你们周围的亲属有人说过你妈妈年轻时不正常或者是如何的，你大致知道妈妈年轻时有什么样不正常的表现吗？

24.来访者：对不起，我没有听清楚。



25.Z医生：不是，就说曾经有人怀疑你妈妈也有精神分裂症吗？

26.来访者：嗯。

确认家庭史。向来访者确认妈妈的病史及病中表现，从遗传的角度观察患者的模式。因为有明确证据支持，有精神分裂症样障碍的个体的亲属，患病风险会明显增加。

27.Z医生：你知道妈妈当年是什么样的表现吗？

28.来访者：知道。当年我记得最清晰的是她要出去杀人，拿着刀，但是她有行为，她去喝酒、去杀人，然后在地面上向我打滚。最后我带她来就诊，然后判断她是精神分裂症，她强烈要求不入院，到现在为止她都没有入院。当时开的药，我和姐姐偷偷在杯子里面下了药的。

29.Z医生：哦，吃完药好了吗？

30.来访者：当时的感觉是有所好转。

31.Z医生：你知道吃的是什么药吗？

32.来访者：我记得，舍曲林，还有一个我记不太清楚了。

33.Z医生：哦。她的那个打滚跟你的打滚一样，是像小孩又喊又叫是类似的？

34.来访者：我从来没有打过滚。

35.Z医生：OK。

36.来访者：我妈妈打滚，她那个是爆发性的。

37.Z医生：OK。

38.来访者：全身心的爆发，像是威胁我的那种打滚。

39.Z医生：哦。你跟妈妈的表现一点都不一样吗？还是有点相像？

40.来访者：我从来没有打过滚，我跟妈妈肯定是不一样的。

41.Z医生：不一样的，好的。你姐姐呢，你说你有亲姐姐吗？

42.来访者：她就坐在我的旁边。

43.Z医生：姐姐有这些问题吗？像妈妈、像你这样的问题。

44.来访者：没有。

45.Z医生：OK。你妈妈大概是在什么年龄发的病？

46.来访者：可能50多岁的时候。

47.Z医生：哦，第一次发病50多岁？

48.来访者：对。

患者母亲表现出明显的行为紊乱模式，但患者认为自己的症状表现与母亲不一样。



- 49.Z医生：你现在是结婚了是吧？
- 50.来访者：对。已婚了。
- 51.Z医生：已婚了，有小孩吗？
- 52.来访者：没有。
- 53.Z医生：OK。现在就是跟丈夫在一起住吗？
- 54.来访者：是的。
- 55.Z医生：采取避孕措施了吗？
- 56.来访者：对。

面对婚育适龄的患者，医生敏锐的对其婚育史进行了特别的询问。

- 57.Z医生：OK。就是近期没有计划要小孩是吧？
- 58.来访者：我们是计划明年，这也是让我产生焦虑的一个重大因素，去年已经有焦虑症状了，但是我不敢和我的丈夫说，他不能理解我生病，我背着他吃药。因为计划明年要小孩，所以我很担心，很担心明年小孩的这个问题，然后就造成了一个焦虑。
- 59.Z医生：对的。因为你吃这些药都对怀孕有影响，就是如果你要有计划怀孕的时候得提前告诉医生，好帮你准备怎么调药，怎么减药，否则的话，这些药物都对胎儿有毒性，得在医生的指导下停药，你不能够突然不吃或者突然吃，这是不行的。你说你背着丈夫吃药，意思是说丈夫不知道你治疗了是吧？
- 60.来访者：对，他不知道。
- 61.Z医生：那就必须得跟医生商量了，否则的话会有很大的问题，因为这些东西都会影响你和小孩子，另外怀孕本身是对你的这个病情也会有加重，这些可能性都能出现，所以你要跟医生讨论好了怎么做。如果要现在当然在治疗期间不适合怀孕了，大概这样。未来想要孩子的话，提前告诉医生。今天你想跟我们讨论什么问题？

正如所担心的那样，患者在已婚状态下，丈夫对她的疾病、治疗都知之甚少，这一方面催生患者当下需要在备孕与持续治疗的两难情况下取舍选择，另一方面也暴露出作为家庭主要成员的丈夫可能对她病情不能接纳的现实状况，因此引起患者病情出现反复。

- 62.来访者：我想讨论的是，**第一就是想确认一下，6年前我的那场疾病，到底是不是属于精神分裂症；第二个这一次属不属于分离转换障碍。**我以后该怎么办，怎么来预防，这些发病的机制在哪里？原因在哪里？我以后怎么预防？怎么样来恢复？更好的信心来应对这些疾病？我想达到这样的一个愿望。



63.Z医生：好嘞，那挺好。先说一下你的病，你的病是精神分裂症了，这是非常明显的表现。不诊断那些分离转换，这都是一个症状，就是精神分裂症就足够了，是我们最重的精神障碍之一，所以就不诊断其他病了。你6年前跟现在是一种病，只不过那时候是躯体表现、行为紊乱，现在就像是刚才说的，你的思维紊乱，但都是精神分裂症的不同表现罢了。

64.来访者：我想打断一下，你刚才说6年前的病和我现在的病是一个病，都叫精神分裂症吗？

65.Z医生：一个病，对的，不同的表现而已。

66.来访者：那意思就是说这一次发病不叫分离转换障碍是吗？

67.Z医生：你就诊断精神分裂症就完了，不需要再给第二个诊断了，也不影响你治疗。你现在也在用着这些治疗的药物，所以对你来说细分这些没有意义，我们一般不是一个一个去考虑你有什么症状，而是要看清楚患者得的是什么病，我们该怎么预防不再复发，这是医生关心的，也是患者关心的，至于每个症状叫什么名，这个没有关系了，所以就不需要再叫其他的病名，就是精神分裂症。

68.来访者：是6年前和这一次发病都是同一个病，都叫精神分裂症？

69.Z医生：都是同一个病，正确的。

70.来访者：好，我听懂了。

患者在这一段对话中四次重复询问自己的病名，“我究竟是不是精神分裂症”。这段对话实际上揭示了患者真正想来会诊的原因。

71.Z医生：好了。那治疗怎么治疗？就说你这个治疗属于预后相对比较好的。原因有两个，第一个你看你脑袋很聪明，因为得精神分裂症的人脑袋多巴胺都很多，说话反应都很敏感，另外你内省力比较好，你知道有病的时候来看医生，知道吃药，背着丈夫是一回事，这些东西都说明你对自己的疾病有个认识，那就很好。不好的那10%的人是什么样呢？他不承认自己有病，也不认为自己异常，那是麻烦的事了。你这属于预后能比较好的，就是受过教育，比较聪明，思维比较敏捷，配合医生治疗。你的诊断是这样的，从生物学角度一会我跟医生会诊一下，看看怎么去调你的药物，以保证下次别经常犯病，然后就是多做点运动，运动能放松自己。遇到你刚才说这些情况，受到刺激，别人说话怎么影响你，这些事做心理咨询比较好，这样知道怎么去处理这些情况。因为人的一生很长，你现在这么年轻，会有各种各样的压力，丈夫的压力、其他工作、生活的压力等等，我们遇到这些事怎么办？你也不能让大家都不说话嘛，他说话的时候，对你来说是个压力，你得学会怎么处理，所以得做心理咨询。社会学的这些因素，去做一个工作，不要压力特别大，不要熬夜，能够朝九晚五，按时上下班，工作越规律，你复发的可能性就越小。所以一旦有了这个病你能够控制住比较好。其中一个最重要的事，从社会学的角度讲，就是什么时候你要知道怀孕了，你要给医生



一个倒计时阶段，我们好知道怎么帮你准备这个药物，因为你不能够突然明天说你怀孕了，这药是一下停不下来的，如果去加速停药，病就容易复发，我们需要有一段的时间，所以你越长越好，现在当然不适合马上怀孕了，如果不得不怀孕的时候，医生要提前知道你的计划，来帮你调整药物，先把最有毒性的慢慢减掉，不能够突然加药、突然减药，所以这个是你在未来的过程中要注意的。你计划明年挺好，给自己越长时间越好，让你自己复原，所以大致是这样的。我一会跟医生会一下诊再给你个方案。你现在还有什么问题要问吗？

洞悉了患者前来会诊的意图，医生就把重点放在了对她所关心的“能改变的事情”上，非常清晰的告知患者：1) 如何减压、2) 如何调整用药巩固治疗效果、3) 如何调整自己的用药策略为生育做好准备。

72. 来访者：有的。

73. Z医生：好嘞。

74. 来访者：我想问一下，如果确认是精神分裂症的话，这个治疗期大概有多久？

75. Z医生：哦，那肯定是几年了，因为你现在已经不是第一次发作，病程还达到这么长，所以你肯定是按年来算了，最少得一年到两年的连续治疗，所以不能天天总停药。

76. 来访者：你是说以我现在的状况吗？最少是一到两年的治疗是吗？

77. Z医生：至少的，对的。因为你已经是不止一次发作了。一般是这样的有个规律，三到四次发作要终生治疗，你只有前面三次发作以内的，新发作的才可能是一年之内，所以你这很快明显在两者之间了。如果没等治好就停药，你变成终生治疗了，越复发后面越不好治，一开始好治，到最后就不好治了，变成慢性的了。

78. 来访者：好，我明白了。

79. Z医生：好的，谢谢你今天来访谈，我一会跟医生讨论一下，给你一个反馈好吧？

80. 来访者：好的，谢谢您。

81. Z医生：好嘞，不客气。

患者在试图更进一步的了解自己治疗所需要的周期。医生这时候根据她的具体情况分析了她之前的病史特点，病史长（六年），反复发作史，向她说明坚持服药治疗的必要性，否则会适得其反更加延长治疗时间并且增加治疗难度。



\ 案例讨论 /

【对案例的回顾】

这个病人的诊断是精神分裂症——既有妄想，又有行为紊乱，有两个明显的阳性症状存在，而且病程6年，所以诊断并不难。下一步的问题是，**我们诊不诊断她的分离症状？答案是不能。**因为分离症状一定要在现实感完整的情况下，这个病人的**现实感并不完全，因此不存在诊断分离症状了**；更不是转换症状，转换症状是在压力情况下心理疾病躯体化了，而且即便是她有这种转换问题，也不再多下诊断，因为那属于是另一种问题，过去所谓的“癔病”，**这个病人既然现在有可明确诊断的病，当然不能诊断那些诊断标准里没有的病了。**另外，这个病人**考虑精神分裂症还有两个其他的因素，第一、她妈妈有过精神分裂症或类似相关的病史**，比如她说妈妈曾满地打滚，情绪有问题，想杀人等，虽然今天我们无法判断真假，但是当年有过诊断，这就可能需要我们去关注；**第二，这个病人有隐性脊柱裂**，说明她的神经管发育不正常。过去已经有研究证明精神分裂症谱系障碍也是一种类似神经发育障碍相关的疾病，尽管技术上没有划分进去，但显示有相关性，而隐性脊柱裂本身属于大脑发育问题，并不是由外伤带来的，所以这个病人的脊柱显示没有长好，很可能是大脑没有长好，会不会是先天的等等，我们都得考虑在内。神经管发育的问题，带来这些隐性脊柱裂、脊柱膨出等等这类的，都预示着告诉我们“这个病人大脑有点异常问题”，然后病人的反应速度，多疑，对声音的敏感，甚至对周围的人总是猜疑等等都属于精神分裂症谱系障碍，所以毫无疑问不能诊断其他的那些等级低的疾病。

治疗方面，**可尝试以奥氮平为主治疗，因为既治疗精神分裂症，也治疗焦虑。**要少用苯二氮卓类，原因是虽然能够治疗焦虑，可如果病人一旦怀孕，苯二氮卓类药物对胎儿的影响要大于奥氮平，因为它作用于抑制性神经递质，医生需要考虑到适龄女性有可能怀孕，所以即使没有药物是绝对安全的，用药时也要尽量选相对安全一点的药物。如果一定要拿这两个药做对比的话，**那要能关注到苯二氮卓类对孕产期的影响要远远大于二代的抗精神分裂药物。**

心理方面，病人要**学会面对自己的焦虑，比如学会用 CBT 的技术来练习放松等。**

社会因素方面，她丈夫目前不知道病情会是个问题，需要告诉病人**纸包不住火**，但也不能是有一天突然告诉对方，**避免出现鸡飞蛋打**等等一系列的问题，所以病人及其他家属要注意。



【关于鉴别诊断】

问一：您说的分离障碍现实感是完整的，就是说分离障碍不太可能会出现精神症状吧？

督导回答：对的，一旦出现精神分裂症症状，就不能再诊断分离了。咱们可以再回到DSM-5的分离障碍那一章去查原文，书中会写明“分离障碍的现实感一定是完整的”，而今天的病人是用“似曾相识”这个词，说“很奇怪，我怎么感觉到这地方我来过！怎么感觉到哪都熟悉？！”她这种状态，根本都搞不清楚别人控不控制她，现实感都已经受损了，就不能诊断分离障碍，这是前提。每一组疾病的前提都要搞清楚，这样才能快速进行诊断、鉴别诊断。

问二：好的。我的困扰是这个病人最近两次发病，我们感觉她的现实感并没有到明显损害的程度，既没有妄想，也没有幻觉，而且她大概有三四年期间没有吃药，后面两次发作都是与外界因素有关系，这次也并没有看到发作得有多么强烈或明显，居然看不到精神病的一些症状。

督导回答：我看到她现在就有精神病性症状，她说“别人说话时我感觉声音很烦”，“说得多了我会感觉到有刺激”，这明显是病情的呈现，是多巴胺特别高的一种表现，而且目前在使用了这么多药物的前提下，多巴胺系统还这么敏感，所以不一定非要把幻视幻听看为最重的表现，她目前的一些状态还是不正常的。我怀疑她服用了这些药当然就好一些，但这个病人是行为紊乱为主的，所以她就会出现控制不了自己，看来像是躯体症状特别多，加上她的病史那当然更得尝试一元论了，不能说每次因为症状不一样，医生每次给她个病名，不是那样的看病。大脑只有一个，她患有隐性脊柱裂、6年前还被诊断为精神分裂症状，这些都指向她的神经管发育不好。

问三：就是在精神分裂症里面很难共病转换障碍？

督导回答：不是。不诊断转换障碍，不是因为“很难合并”这种理由。共病要视以具体的问题、具体的个案而言，像精神分裂症这么重的病，共病需要得是跟另一个比较重的疾病共病，而不能说精神分裂症跟焦虑共病，她是有焦虑，可是都下了精神分裂症的诊断了，为什么还单独给她列个诊断。

问四：病人此次来住院是因为部分症状比较明显，比如一说话，她可以出现童样痴呆，声音也变了，跟小孩似的，我们给她做一些放松训练或者给她创造一个比较安静的环境，她又很快就能好转。



督导回答：这些症状更加说明今天的病人是精神分裂症了。曾经临床上报告过这样的案例，一个美国人从来没讲过法语，生病之后他突然说法语，讲的英语也像美国南方人，精神分裂症就是这样一种经常呈现各种症状变化的疾病，原因在于大脑不正常，这都有过案例报告，是非常典型的了。所以你刚才说出现变声，大人变小孩，这不是行为紊乱吗？这已经是典型的精神分裂症症状了。我们说的“转换障碍”指的是因为离婚了，偏瘫了，有外部突发事件之后病人开始出现不适症状，有人会浑身上下都疼等等，那这些症状可以理解为“转换障碍”。今天的病人明显大脑都不正常，而且用了这么多的药，所以出现这些都属于精神分裂症的症状。临床诊断不是按照症状来做的，因为大脑什么功能都有，精神分裂症睡不着觉，咱们能诊断失眠障碍吗？除非精神分裂症的人有发作性睡病，医生确实是发现症状符合发作性睡病的特点，那这个级别的共病没问题，而不要跟什么焦虑障碍、转换障碍，什么睡眠觉醒障碍，不要跟这些共病。

问五：好的。最后一个问题是所谓的“童样痴呆”，或者叫“假性痴呆”，它是属于身份障碍的一种吗？

督导回答：不是，假性痴呆说的是抑郁障碍患者呈现出思维、精神、运动方面的迟滞状态，但是给予抗抑郁治疗之后，病人的痴呆症状就没有了，整个认知功能会改善，这种叫假性痴呆。今天这个病人今天看这样聪明，但是假设此后的10年间她的病情反复发作，那状态一定不能像现在这样，因为多巴胺异常到一定程度时思维障碍就会显现出来，是真正的神经认知受损，所以精神分裂症不是假性痴呆。我们说的抑郁导致的假性痴呆和神经认知障碍带来的真的痴呆尽管症状还有的时候重叠、表现有些类似，比如假性痴呆重了也可以出现幻视幻听，阿尔茨海默症也可以出现幻视幻听，但精神分裂症中的这些症状是一直都有，我们得看病症出现的时间顺序，所以说为什么一定要纵向的观察病理模式，看疾病发生发展的过程，然后再看他精神病理的那些表现，这是为什么DSM中都会写上病程的发生发展。

问六：精神分裂症伴有行为障碍的背后原因不一定是妄想所支配的，这样理解对吗？

督导回答：是，你说一个精神分裂症的大脑能不能出现转换，当然能的了，转换什么人都能出现，压力一大出现躯体症状，尤其精神分裂症症状轻的时候，我们只是不诊断她是转换障碍，因为那个级别太低，但是转换症状可以有。不是他不能出现转换症状，是我们不诊断他转换障碍，因为他现实感都不完整了。你那个行为紊乱可以不是妄想，妄想是思维障碍，但是你的思维可以是妄想支持的，这没问题。



北大出版社官方旗舰店
购书请扫码



【关于用药的讨论】

问一：这个病人的奥氮平起码是要达到5毫克Qn吗？

督导回答：正确的。尤其是焦虑的病人，因为奥氮平本身有心境稳定作用，它是第一个被批准用于治疗双相障碍的药品，加上今天的病人还考虑到想怀孕，那么5毫克以上甚至到10毫克的用药，可以有效防止她的病情复发，以后假如真的怀孕了，这个药比苯二氮卓类药品也要安全，因为苯二氮卓类是抑制性神经递质的，对胎儿影响比较大，甚至可能产生先天性腭裂或其他神经发育问题，所以要注意规避这类药品。

问二：病人现在服用文拉法辛75毫克Bid，如果用量到150毫克的时候，我们是不是可以把两片都放到早上一次吃150毫克，而不用分两次？

督导回答：对的。越分得多患者依从性越不容易好。假如6个月以后就怀孕，咱们现在就必须开始减药，不能让她用三个药。目前最多是奥氮平和文拉法辛这两个药，没有必要加苯二氮卓类了。得先按顺序逐步减药，第一个慢慢把苯二氮卓减掉，第二个减文拉法辛，第三个才是奥氮平。



心理学人

精神分裂症作为严重的精神障碍之一，目前尚无法治愈。然而国内外大量的研究及临床实践已经证实，有效的药物治疗和心理治疗可以帮助精神分裂症患者过上有价值和有质量生活。面对这一现实，在国外作为助人者的医生、护士、心理咨询师、社会工作者、法律援助者等等多职种之间联动、协作已经是以社区康复治疗的常态，而在国内，我们还有诸多可改进与需要关注之处，今天，我们就想先来谈谈面对以精神分裂症为代表的严重的精神障碍，有哪些方面需要我们给予关注及帮助。

为了他们，我们能做些什么？

——浅谈精神分裂症相关的心理服务

作者 | 王剑婷 心理咨询师
张道龙 医生

精神分裂症属于最常见的精神病性障碍之一，在 DSM-5 中与其它几种障碍分裂情感性障碍、妄想障碍、短暂精神病性障碍等合并在同一章节当中。作为一种大脑的障碍，患者显示出思维、言语和行为的混乱，且一旦发病就会倾向于持续终生。发病率在世界各地稍有不同，但普遍被认为终生患病率为 1% 以内，并且均等的影响男性和女性。

以精神分裂症为代表的许多精神障碍虽然无法治愈，但药物治疗能有效的缓解其症状，这些药物往往需要每天规律服药，特别是对于部分不能理解自身患有疾病的个体，认为自己的信念、妄想和幻觉都是真实存在的情况下，稳定地提醒并保证他们接受所需的治疗就必不可少。另外那些有此疾病但有家庭良好支持并接受着常规治疗的患者而言，康复虽然可以使他们免除那些严重的残障问题的困扰，但一些症状如幻听等仍会长期存在。

由于许多病例显示精神分裂症的发病往往始于成年早期，因此这些个体需要长期的支援，以帮助他们学会必要的生活技能、完成学业或某种技术训练，能够帮助他们在未来的现实社会生活中得以生存。我们今天介绍的案例当中，来访者对她的病情还是有一定的认知能力的，然而，随着生活的进展，不同的生命阶段对个人所扮演的角色也有着不断的推进，来访者适龄结婚后却无法告知丈夫自己的病情，因为对病情的隐瞒因此会出现面对生育压力时的无助以及病情的变化，她从内心渴望“完全的康复”，然而究竟什么才是能够让她满意的答案，我们无从知晓。然而，面对这样的患者，在更早时期开始的对他们进行的诊疗当中，是不是就应该再多做一些别的.....因此，今天我们将从以下几个层面就以精神分裂为代表的精神障碍患者的康复支持进行介绍。



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com
公众号：美利华在线精神健康



作为专业助人者，心理咨询服务或社会工作人员还可以从以下几个方面为患者及患者家属提供必要的协助及建议：

1、协助调整家庭环境：精神分裂症需要长期的治疗，因此作为患者的主要生存环境，良好的家庭环境，不仅有利于家庭和社会安定，而且有利于家庭全体成员的心理健康。除了要求家庭成员对患者要关心保持交流沟通，了解其思想变化，对照料者本身的情绪变化及心理需要也要特别关注，特别是在家庭经济紧张、出现应激事件或农忙季节等特殊时期，更不能忽视全员的心态波动。增加家庭访问，鼓励参与社区活动，平时，对青壮年患者鼓励并教会他们从事力所能及的劳动，一方面让患者感受自我价值，另一方面缓解家庭中的实际困难。

2、以家庭为单位应对疾病：精神疾病患者出院并不代表治疗和护理的结束，而更是依靠家庭的帮助和支持才能有效维持治疗效果的开始，这是一个非常值得重视的方面，而以往恰恰是我们较少向患者家属讲解有关精神障碍的治疗模式及预防复发的重要措施，使得家庭成员容易放松警惕，以症状的减轻误认为患者痊愈而盲目停药、停治，成为反复发作的重要原因。今天，我们的医疗人员、心理咨询服务及社会工作者们力求在治疗的同时向家属说明，精神分裂症的复发除疾病本身的客观因素如病前性格缺陷、家族遗传史外，能否有规律地坚持药物维持治疗和家庭环境治疗，是影响病情复发的重要因素。指导家属督促患者按时服药请勿随便更改，更改必须由医师复查后决定，并按期带患者来门诊复查。日常可以制定适宜的作息时间表，开始有规律的生活，做一些力所能及的家务，听听音乐，看看电视。年轻力壮者可参加一些健身活动。切忌整日卧床、饭来张口、衣来伸手，让家属了解配合治疗可以明显减少复发，提高药物维持治疗的依从性、改善患者的社会功能，从而长期来说有效的提高今后家庭照料者的负荷以及减轻家庭的照料负担。

面对患者家属或主要生活照料者，需要有这样几方面需要了解：

面对疾病

1、不歧视：以精神分裂为主的许多精神障碍都是被现代医学实证证明的“疾病”，不是思想态度问题，更不是中邪着魔，可能是突然起病的，也可能缓慢起病，早期发现症状并及时予以治疗，初次发病后的疗效还是好的，完全有可能恢复正常的生活状态并有效应对复发。



2、**不对抗**：如上所述，病人的病态表现如幻听和妄想是病理表现，不是思想认识上的问题，争吵或者摆事实讲道理想说服纠正病人，往往只会使矛盾激化。对患者的病态幻觉或妄想，可以采取“不求听得懂”的态度来听，用“不劝说的态度”来告知患者你的想法；只有积极用药，病态表现和想法才会消失。

3、**早医治**：患者本人不一定具备疾病意识，家属要首先正式患者的不正常表现，把症状按时间顺序告诉医生，患者情绪激越，不能接受自己病情的时候，如果家属有疑问，还可以单独与医生沟通了解情况，避免直接刺激。

面对治疗

1、**用药指导**：精神分裂症的治疗主要是药物治疗，而且是长期的药物治疗。由于精神分裂症病因不明，且复发率高，所以临床上主张维持治疗，即使精神疾病好转后仍应该再继续服药一段时间。严格按照医嘱督促患者按时、按量服药，每次服药均要亲眼看着患者把药服下，半小时后方可离开，防止患者藏药、扔药、吐药。不可擅自减药或停药，不要认为病情好了就擅自停药物，部分困难家庭因经济因素自行停药，应按时陪患者就诊取药，向医生汇报病情，由医生根据病情指导调整药物。

2、**经济负担**：现在国家对六类重度精神疾患都有医疗减免保障制度以保证患者得到必要的治疗，二代精神病药物价格以利培酮为例约为 500 元/月支出，阿立哌唑为 900 元/月左右，均可使用医保或新农合报销；部分精神分裂症患者家庭存在严重经济困难时，也可向医生提出药物调整为一代精神病药，比如服用奋乃静的支出可降为 100 元/月以内，保证药物维持。

3、**定期复诊**：服用精神类药物会出现一些不良反应，如口干、便秘、嗜睡、心烦，使患者难以忍受，严重影响患者的正常工作和生活，故患者不愿服药。出现这些情况时应及时与医生取得联系，尝试调整药物以缓解副作用症状，坚持定期复查、随诊。可以说，家属决定患者疗效的 80%。

4、**如何处理患者拒绝吃药**：首先应该分析拒药的原因，因势利导，必要时请心理咨询人员或社会工作者援助，尝试缓解患者的心理抗拒。对病情基本痊愈的病人，应该经常提醒他们，停药会导致犯病。如果有不同程度的副反应，可以要求医生调换药物或调整剂量，或者服用减轻副反应的药物。实在是没有办法，可以改用长效针剂，如氟奋乃静葵酸



酯、氟哌啶醇癸酸酯、利培酮等。另外利培酮口服液无色无味，可以尝试混在患者食物中服用。

患者需要的日常管理包括：

1、**病情观察**：家属对患者的病情应做到心中有数，注意观察病情变化，出现异常苗头及时联系就医，具体观察内容有：①睡眠障碍：如入睡困难，睡眠浅，易醒，失眠等；②自主神经功能紊乱，如头痛、头晕、乏力、消瘦等；③情绪障碍，如情绪不稳，易激惹，敏感多疑；④对周围事物不感兴趣，不愿出门，孤僻少语，生活懒散，工作学习能力减退；⑤想法离奇；⑥不服药。

2、**睡眠护理**：精神病人睡眠正常与否，与病情好坏或波动有密切关系。教育和督促病人逐渐养成良好睡眠习惯，并为其营造安静的睡眠环境。帮助病人制定合理的作息时间表，午休控制在两小时内，其他时间不要过多卧床。白天为病人安排一些活动，如外出购物、看书、读报、家务劳动等；晚上按时服药，看电视不能太晚，保证每天有8~9小时的睡眠时间。睡眠障碍的患者，应及时按医嘱使用适量催眠药物，避免病人在睡前服用兴奋性药物、刺激性饮料以及进行可能促进神经兴奋的交谈或剧烈活动等。家属应观察和记录病人的睡眠情况以及失眠的症状，观察病人有无催眠药物或抗精神病药物的反应及其他副作用的产生，如皮疹、鼻塞、窒息等，发现情况及时送患者去医院就诊。

3、**情绪支持**：多数患者病中病后都会存在自信心缺乏，自卑感，甚至还有6%的患者可能由于受脑内声音支配或由于抑郁情绪而尝试自杀，此时家人、朋友的支持就显得尤为重要。鼓励病人增强自信心，既不消极悲观，也不因为症状的一时缓解而盲目乐观，帮助患者提高心理承受能力，学会应对应激事件的方法，帮助他们正确对待疾病，坚持服药，高度重视维持治疗，不要因为怕“上瘾”、怕药物伤脑、伤肝等不良反应而自行终止服药。鼓励他们出院后多参加各项文娱活动，增加社会交往，合理安排作息时间，注意生活规律营造良好环境。避免精神刺激，忌酒、茶和一切带有兴奋作用的食物，包括过度吸烟。

面对症状缓解已经出院的患者，作为心理工作者或社会工作者等社会不同岗位的服务人员，我们还可以结合当地政策及自身所属的机构性质尝试以下几方面的支持：



1、**心理疏导**：面对精神障碍患者家庭所存在的问题，以家庭为单位进行健康教育，还可以联合所在社区提供沙龙服务或座谈，帮助他们了解疾病的发展，学习预防复发的知识与方法。同时，面对患者及家庭的客观实际，还可以进行有关恋爱、婚姻和家庭沟通教育等方面的心理咨询工作，帮助指导他们采取正确、恰当的方式去解决一些家庭问题，从而提高家庭成员的心理健康水平。

心理咨询人员还可以通过认知行为疗法中的思路，帮助患者学习检测其想法及感知，学会如何“不听”他们幻听的声音，如何从总体上管理自己的症状，用聚焦于自己思维和行为的方法有效降低症状的严重程度和复发的风险。

2、**生活技能训练**：精神分裂症患者由于病情所致通常社会交往能力差，生活懒散，不好动，情绪易波动。鼓励家属在日常生活技能方面在家进行日常训练，从简单到复杂，循序渐进，启发患者的主动意识，做一些力所能及的家务事。组织患者参加社区活动时，也可以把活动内容安排为生活技能训练或技能展示形式，多种途径的帮助患者尽量实现自己料理生活，逐步开始有规律的生活，做到起居有节，饮食如常，规律作息。利用参加活动培养其良好洗漱习惯，注意仪表。督促患者自己整理被褥、床铺和打扫屋内卫生。这些看似简单的生活日常如果患者都能够自行完成，为将来独立生活、真正实现社会融入都具有明确的价值和意义。

3、**人际关系训练**：精神障碍患者存在不同程度的情感淡漠、行为退缩、孤僻、依赖性强等不利于人际关系恢复的因素，随着诊断治疗生活的深入也不乏偏见和误解患者及整个家庭的情况，因此专业助人者可以根据所在城市、地区、社群的特点帮助患者恢复原有的人际关系，加强与亲属，特别是调和共同生活成员之间的关系，还可以鼓励家庭，多渠道发展新的人际关系，提高社会心理应激能力。帮助患者找到或恢复原有的一些兴趣爱好，使其逐渐树立自我价值观念，并在活动中获得快乐和价值感，提高人际交往和社会适应能力。

4、**职业技能训练**：根据病人的个体能力、技巧和兴趣，针对个体需要给予训练和有效的指导。做法上不能过急，原则上必须是逐步和量力而行，要禁止开车、从事危险的劳动，以免发生意外。还可以鼓励患者参与由社会公益团体、民政部门及残疾人就业指导中心组织参加职业或技能训练，一些健身运动及社会公益活动，合理安排生活，保持心情舒畅，体现自我能力。



小结

至今为止的大量证据表明：精神分裂症的复发率由于紧张生活事件的增多而趋向于增高，并且发现精神分裂症患者在日常的生活事件上会比正常人表现出更多的情绪反应。因此已经有越来越多的临床工作者开始关注到只有依靠药物、家庭治疗、心理干预以及相应的社会技能训练才能更好的预防精神分裂症的复发，即我们一贯主张的以“生物-心理-社会”模式的进行干预。

我们今天的临床实际是，无论是从医疗保险制度出发，还是从病情抑制的效率而言，我们甚至发现越来越多的精神障碍在医院中治疗的时间正在不断的缩短，而每一位患者由于其家庭状况、发病情况、个体差异等不同，在康复中需要很多不同的帮助，这也预示着需要有更多专业人士加入到以精神分裂症为代表的一系列重性精神疾患的康复工作中来。

患者们几乎是无一例外的需要在社区中进行长时间，多方面的支持性方案。而我们也需随之不断地进行探索，探索如何更好的能够帮助这个人群，帮助我们的社会更好的解决今天我们仍旧面临的诸多挑战！

参考文献：

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 351-421
- [2] 美国精神医学学会. 理解DSM-5精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京大学出版社, 2016: 148-165
- [3] 田中康平等, 臨床精神薬理[J] 統合失調症圏患者の生活習慣・モニタリングと薬物治療 : 山梨県立北病院における入院・外来患者大規模調査結果から 星和書店, 21(8), 1083-1091, 2018-08
- [4] 小鸟居望等, 臨床精神薬理[J] 統合失調症維持期の睡眠障害への対応と注意点 (特集 統合失調症維持治療に残された疑問点). 星和書店, 21(8), 1051-1059, 2018-08
- [5] 劳伦·B·阿洛伊, 约翰·H·雷斯金德, 玛格丽特·J·玛诺斯. 变态心理学. 9版. 汤震宇, 邱鹤飞, 杨茜, 译. 上海社会科学院出版社, 2016: 586-647



全科医学

这位中年患者的肿瘤已经到了3期，已经是术后再复发的情况。从临床实际出发我们已经没有很好的治疗办法来逆转病情，死亡将是患者不可不面对的事实……一如存在主义大师欧文亚龙所比喻的那样，死亡一直都是我们生命当中存在的太阳，只是过于刺眼而让我们不敢直视！

怎样能够让最后这段时光生活质量更高？是频繁地纠结，反复地做检查，把自己的最后生命都浪费到了医院、浪费到做检查上面？还是去做自己还没有完成的那些事情？去旅游，跟家人相处。患者本身具有较高的焦虑特质，所以两位医生分别从认知调整的角度帮助她缓解焦虑，具体如何认知重构、卸下过度责任感就是我们学习的要点，给我们做了很好的示范。

直视骄阳

——例晚期卵巢癌患者的全科医学会诊案例

作者 | 钟丽萍 医生
张道龙 医生
李高飞 医生
责编 | 肖茜 医生

女性，56岁，大专学历、供电局工人，性格内向，C类人格特质。

主诉：“不愿面对疾病、恐惧与担忧来诊”。

现病史：2012年7月20日自感右下腹隐痛，无恶心、呕吐等症状，未予重视，未作任何治疗，于2017-07-31就诊于当地A医院查腹B超显示：盆腔多发囊实性混合性病灶，为进一步确诊在B医院复诊。

2012-8-1在门诊行B超提示：子宫声像图未见异常，子宫上方所见考虑：卵巢肿瘤，左下腹前后径3.5cm的液性暗区，提示：少量腹水。患者无腹胀腹痛、食欲减退、恶心呕吐、无腹泻、大便正常，无黑便、无腰骶部酸痛，无阴道不规则流血、阴道异常排液。当日检查CA125为410.9U/ml（参考范围为0-35）。

于2012-08-09行剖腹手术，切除范围为：全子宫+双附件+阑尾+大网膜切除+盆腔淋巴结清扫术。

病理诊断：（双侧）卵巢恶性混合性上皮性肿瘤（浆液性腺癌合并粘液性腺癌），侵犯双侧输卵管。子宫浆膜面、网膜及阑尾浆膜面查见癌组织。盆腔淋巴结（4/16）【左髂总（0/3）、右髂总（0/0）、左髂内（0/2）、右髂内（2/3）、左髂外（0/2）、右髂外（0/1）、左闭孔（2/3）、右闭孔（0/0）、左腹股沟深（0/0）、右腹股沟深（0/0）、腹主动脉旁淋巴结（2/5）查见转移癌。增殖期子宫内膜。慢性宫颈炎。



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com
公众号：美利华在线精神健康



病理分期：AJCC pT3N1

光镜所见：卵巢异型细胞排列成乳头状、筛孔状，浸润性生长。

所做其他检查均未见异常。包括肠镜、胃镜、血象检查。

CT 肝胆胰脾增强扫描显示，肝右叶下段区低密度灶，渐进性显著强化，多考虑血管瘤，请与原片对比；肝内数个小囊肿。网膜、系膜增厚，密度增高模糊伴钙化；腹腔积液，肝脾周围多发钙化灶；胆囊未见显示；心包少量积液。

术后第三天开始 PT 方案化疗。多西他赛+顺铂，8 周化疗，期间 CA125 持续正常。

于 2017 年 4 月常规复查时 CA125 升高，查 B 超无影像学变化。待 9 月复查时，CA125 显著升高 10 倍，确认复发。

2017 年 10 月 8 日 PET-CT 结果显示：

- 1、右侧腰大肌旁、双侧盆壁结节及肿物，伴代谢增高，(SUV:6.7,大小是 3.6*1.7cm)，考虑转移。
- 2、左侧锁骨上区淋巴结，伴轻度代谢增高(SUV:2.0,大者断经是 1.1cm)，警惕转移。
- 3、右侧结肠旁沟轻度代谢增高 SUV:2.8)；余腹膜多发条索及结节影，部分伴钙化，部分有轻度代谢 (SUV:2.0)；
- 4、纵膈多发小淋巴结，部分伴轻度代谢增高(SUV:1.4,大者断经是 0.7cm)，倾向肉芽肿性病变更，结合 PET-CT 结果和 CA125 结果，确认复发，行 PT 化疗方案。患者入睡困难，易早醒，多噩梦。严重时每晚睡眠半小时一醒，醒后无法入睡。患者复发前每日运动 1.5 小时，步行 2 万步以上；复发后量力坚持锻炼，但体弱。

既往史：无重大疾病史。2010 年 11 月行胆结石手术，术后无特殊。空腹血糖约为 6 左右，但未进一步寻求治疗。

家族史：父亲糖尿病家族史，2007 年糖尿病并发症去世。表姑为 64 岁诊断子宫内膜癌，3 年后 2001 年 12 月去世。母亲 87 岁，除了稍有耳背，其他身体状况都很好。家族中无精神障碍病史。

个人史：母孕期正常，足月顺产，胞五行四。父亲中学文化，会计，做事认真，性格自私、较真，人际关系可。母亲文盲，市民，性格急躁。小时候父母关系尚和睦，对来访者易忽视。来访者自幼比较听话，性格内向、害羞，不善与人交流，朋友不多。待人热心肠，16 岁参加工作补贴家用。无烟酒不良嗜好。来访者职业为供电所普通员工，承担工作压力较大，工作内容繁复，对细节要求高，性格内向温和，人际关系可。与丈夫自由恋



爱，丈夫不善言辞，夫妻沟通少。时常需要补贴婆家，且超出来访者能力范围。2012年生病后，两人就不再有性生活了。患者干净整洁，爱唠叨，但又会积极主动的承担家务和其他事物，任劳任怨。

体格检查：血压 110/75mmHg，身高 156cm，体重 53kg，BMI 21，心率 62 次/分，律齐无杂音。双下肢轻微水肿，其他体格检查未见异常。

概念化：来访者为 56 岁女性，在家庭排行第四。在女孩中排名第二。父母重男轻女，在家庭是被忽视的角色，心情压抑。16 岁工作后，工作所得基本全部贴补家用。自小不认可自己的外在形象。孕期时父亲重病，照顾自己的同时还要照顾父亲，在家庭中忍辱负重，家人并不感谢或认可，认为这是来访者应该做的，所以来访者对家里即爱又埋怨。

家族有妇科肿瘤的病史，表姑也是子宫内膜癌发病年龄 64 岁，67 岁去世。来访者卵巢癌的发病年龄是 50 岁，和表姑同为妇科肿瘤，发病年龄较表姑的早，结合目前的相关检查，提示预后不好。

诊断：卵巢恶性肿瘤 IIIc 期术后

会诊目的：1. 相关结果和检查提示预后不好，来访者心理很清楚这个结果，该如何调整认知?在策略上有无更好建议？

2. 针对复发的卵巢癌患者，循证的治疗方案是如何？

会诊结果

两位医生会诊后，评估这位患者已经是卵巢癌 III 期的晚期癌症复发，现在的用药方案是符合国际标准的规范用药，在寻找新药物上花过多的金钱和精力的意义已经不大。两位医生重点是从心理咨询及社会层面干预方面对患者及家属进行调整。

下面是两位医生的会诊意见，为我们提供了很好地针对恶性肿瘤及临终患者进行心理疏导的访谈模板，我们可以参照并运用于自己的临床工作中：

钟丽萍医生：我觉得您现在的问题很多都是心理方面的问题，其实您已经是一个非常坚强的人了，换了谁得了这个疾病当然都不会很坦然的对待，很少有人能说我得了癌症，我还可以开开心心的每天过日子(合理化患者的问题)。其实从你最初得到诊断的时候就已经是第三期了，而且你的癌症已经到了你的盆腔以外，到了腹腔，所以这个其实是不能治愈的，我们大家都知道。但是你有 4 年的时间都没有什么问题，这已经非常好了(明确指出病情现状，需要接纳现实，并看到病情好的一面)。在全世界，每年大概有 20 万的妇女被诊断为卵巢癌，每年有 10 万的妇女会死于卵巢癌，所以你不是唯一的一个，而且这



个发病率高，像卵巢癌是妇女里第五位致死的一个癌症。（此说法缓解这类患者常见的疾病孤独——“为什么倒霉的是我？”），跟你说说这些数据，就是让你明白你不是一个人在斗争、在战斗，全世界很多科学家都在为这个方面努力，然后有很多新的药物会出现（燃起未来的希望，把访谈导向正向），所以既然你已经得了这个疾病，与其说每天你都不能正视它，不开心，你不如就是反过来想，反正开开心心也是过一天，我很痛苦也是过一天，每天就是很纠结也是要过一天，如果我比较坦然一点，能够做什么，我能够吃的、能够喝的，能够享受的，我先做自己能够做到的，做自己能够享受的（提出用正念及接纳的态度来面对疾病）。因为你以前也做出很多贡献，对家里人来说也非常重要（肯定既往成就），而且好在你家里，像丈夫，你的女儿都非常支持你（好的家庭支持系统是患者的重要资源），所以跟别的家庭来比，社会的支持很好，好像听起来没有经济上面的负担。所以我们总是说比上不足，比下有余，既然得了这个疾病的话，我们只能正视（看到资源和优势，同时接纳和面对）。

你不是练过一阵子正念、瑜伽吗？对你来说还是有帮助的。是祸躲不过，所以既然摊上了这个，只能面对（正念训练及接纳）。你面对有很多种方式，有的人说，我很倒霉，然后我就一蹶不振了，我就躺在床上不动，我就等死了（举出反面例子）。有的人就说，反正我每天等在那，我开开心心，每天去跳跳舞、唱唱歌，跟老朋友去喝喝茶我也是过一天，然后跟女儿多待在一起的时间多一点，跟丈夫多花一点时间多交流，我也是过一天，所以你看哪个对你来说更合适。（举出正面例子，提高生活质量）

张道龙医生：要说一下我的工作背景，除了是精神科医生以外，我在临终关怀工作了5年，就是每个人进入到死亡前的最后6个月。涉及到了肿瘤，才进入临终关怀。你现在还不是那个阶段，因为你现在还看起来很健康，这是我想说的第一点。第二、没有一个人能活着离开这世界，反正最后大家都得是以各种不同的方式走了，大家都得排上队，只是有的时候你着急了早走一点，大家都是如此，人生都是这样的（直接谈论死亡，指出死亡是人生的必然阶段，是人人都要面对的课题，没有人都够避免，将患者的“死亡恐惧”进行普遍化处理）。我先说不好的，剩下的都是好的。不好的就是说得了这个肿瘤，同时又转移了。不用去查了，已经转移了，手术那天就转移了，不是说现在才转移，这个东西都是跟爸爸那面的基因有关，你看妈妈87岁没得肿瘤，所以说明是来自于父系的，不是你做错了什么，也不是你什么做得不对（让患者不责备自己，提出“不是你的责任！”，癌



症的发生不存在明确心理上的原因——不必有内疚感，减少反复纠结、后悔），反正家里每个人都是有各种各样的问题，我们现在摊上这个问题了，这事已经发生了，所以不用被它操心了，该操心的事，该纠结的事实际上已经发生了，你当然就没有这必要了，这是坏事了（明确谈及患者的癌症已经复发了，已经是晚期了，是无法改变的，接纳了反而能不纠结，把精力放到能改善的事情上）。好事是什么？剩下都是好事了（关键技巧：先谈论负性的方面，然后马上开始谈论正向、能改善的方面）。第一个，这个肿瘤都是跟免疫有关，就是当你免疫力低的时候，肿瘤它就长得快，人就寿命短。咱们免疫力提高了，那就攻击肿瘤，这肿瘤就缩小，我们人就能多活一些日子。我觉得看起来你还挺开心的，营养水平也都挺好，说明你的免疫力还好。这个时候就得想办法增加免疫力跟它斗争，不去想肿瘤，但我们得跟它斗争（进行健康教育，提出免疫力与抗肿瘤的关系。为后续治疗方案进行动机面询）。斗争最重要的是靠什么？吃得饱睡得着。问题是听说咱现在有时候睡不好觉，体重也不胖，现在可以放开吃，想吃啥吃啥，想做什么做什么，所以我建议用一种要叫瑞美隆这类的药，改善睡眠，增进食欲，还能防止腹泻，因为化疗药经常会引起腹泻，这是生物学治疗了。再加上运动，比如散步，卵巢癌一般都不影响走路（提出生物层面治疗方案：瑞美隆+运动）。一直到最后不行之前，咱都能到处玩、到处动、到处走，就像你到北京来会诊，看着自己也都轻手利脚的，这个病不影响你到处旅游、到处玩。下边这一年、两年之内，你想干啥干啥，让女儿带着你去大好的河山，运动能增加你的免疫力（鼓励患者多活动，享受人生时光）。心理咨询可进行正念练习，就像刚才钟医生说的，不去想它，反正人也不能活着离开这个世界。我就想别的，想去玩，想去跟妈妈聊天，想去旅游，想去干点什么就干点什么，年轻时没干成的事抓紧干，跟家里说你过去从小有这种毛病，就是特别有爱心，特别有这种责任感，有道德感，替家里去做。现在告诉家里，咱排上队了，原来计划老妈应该先走，老爸走完老妈走。怎么现在我可能排到前面去了，那对不起，我既然能提前走，那我要做的事也是提前做了，那就是钱紧着你花，事紧着你干，玩紧着你来做，其他人都在后边排队。你们都有机会去玩，我得先去做我要做的事，列个单，就十件事，自己做的，陪老妈做的，陪女儿做的，先以自己为中心，一辈子咱都没自私自利过了，所以咱得现在开始利用下边的时间抓紧自私自利，抓紧做自己要做的事，爱干啥干啥，爱打扮、爱化妆，爱去干什么都行（进行认知调整，时间不多了，过去都是为他人着想，现在剩下的时间要多为自己而活，做自己最想做的事）。社会资源这方面，我觉得是好事了，刚才说了，除了得肿瘤其他都是好事，你这看病应该都能



报销的，所以工作一辈子退休了，刚才我还问一下是不是您退休了。这好办了，家里还有丈夫、孩子支持，这也挺好的，本身不用工作了，家里其他事也都主动不去做了，就是享受，全都是家里其他人去做，需要照顾妈妈，还有那些兄弟姐妹。女儿也正好学医药的，能够帮上你一些忙，给你讲讲怎么做（列出诸多正性资源）。肿瘤吓死的多，肿瘤杀死人的少，就是咱别自己吓唬自己，它来就来了嘛，看看你这状态挺好，所以利用这个机会高高兴兴的去做你该做的事，就不用经常那么复查。多去看多好河山，多去玩那些张家界、九寨沟。该怎么用药就怎么用药，该怎么活就怎么活，自己好好活着，医生的话听一半就行，不用那么认真（这里暗示患者已经是癌症晚期，治疗与否已经不是最重要的，不影响最终寿命了，频繁的复查和调药反而造成额外的心理焦虑。不如全然放下，利用所剩时间，过想过的生活）。

听完两位医生的会诊意见，来访者及女儿提出了自己的担心和疑问：

来访者：和家人相处，我总感觉怕大家生气，所以我就特别小心翼翼。

张道龙医生：不用，过去是这样的，咱们好好伺候他们，是怕他们生气，别把他们气死了，现在是咱不被他气死就完了，想气谁气谁，没啥事，你有尚方宝剑了，想气谁就气谁，都伺候他们一辈子了，让他们生点气，那是便宜他们了，所以用不着管那些事了（患者有C类人格特质，总害怕家人不高兴，医生在这里进行了认知调整）。

来访者：人家不高兴了，自己感觉好像心里面有些不舒服（显示出患者的认知行为模式）。

张道龙医生：重点是你自己要高兴，管别人高不高兴，管那么多干啥。你不用管这些事，你就管好自己就行了。现在你有这种特殊的待遇，就管好自己的生活，这样清楚吧？（继续调整认知）

来访者：嗯。另外，感觉得这个病，特别丢脸，所以不想出去玩，也不想出去跟大家见面（C类人格特质的人特别在意别人的负性评价、对自己高要求）。

张道龙医生：得这个病不是丢脸，是特别值得骄傲，一般都是积劳成疾，病都是累出来的，免疫力降低，说明你这一辈子净干好事了，像自私自利的人他都是活的心宽体胖。家里整天养尊处优，啥也没干的，白白胖胖的，那些人才丢脸呢，说明啥也没干，咱们是累的嘛这一辈子，该尽的责任尽了，剩下的时候就像投资回报，现在是开始往回收这些本金了，所以没啥丢脸的，大伙对你都是同情，这是劳苦功高的这种疾病，你自己想多了，对自己那么高的要求，得肿瘤还要求那么高。从现在开始咱就脸皮厚一点，堂堂正正的，



啥事都是光明正大的，就等于是劳苦功高的这种金牌，清楚了？所以你把它想反了（**调整认知，得病不丢人，反而值得骄傲**）。

患者女儿：我母亲的化疗用药方案如何？

钟丽萍医生：现在我看了她的治疗的方案，在美国也是这些药物，所以像你妈妈现在用的这些药都是非常符合规范的（**指出药物选择基本符合国际规范**）。

患者女儿：因为确实是奥拉帕尼在国内刚开始使用，因为这一次她的依托泊苷只用了第一疗程，从目前来看，至少疗效是稳定的，如果接下来疾病有进展的话，因为我们之前也咨询了肿瘤科的医生，可能会建议我们会转阿霉素，我不知道如果是美国的治疗方案，我还有必要再继续用阿霉素这一种传统的药物，还是说是我就可以直接换奥拉帕尼这种靶向药，就是这个我怎么做抉择？

钟丽萍医生：对。这个你要看她反应，有时候我们一般都是用这个 PT 化疗方案，就是这两个合并的，如果你要换用这个靶向药，当然它的副作用会小一些，还是要看你妈妈临床的应答反应。

案例回顾

张道龙医生：因为我在临终关怀做了 4 年半，就是每 6 个月就死一批人，应该是 100%死，但经常是 80%死，后来发现小于 6 个月死的都是吓死的多，肿瘤并不能 6 个月把你灭了。那个没吓死的就等于毕业了，一年以后、两年以后还没死，他就快出去了，他反而活得长。对这一类患者，认知怎么调整？第一个就是告诉他既来之则安之，化验值数值的高低现在没有什么价值了，所以**注意力不要再放在治不好的东西上，所以就是在行云流水的对话中认知调整**。第二个要**给她卸负担**，就是我这个技巧，她的负担是啥？因为我得了这个病，我就给大家添负担，我得了这个病就变成经济负担，我得了这个病女儿就得陪我到这来，如何做认知调整？本来老妈先死，你还先死了，你有啥可罪过的？你都在她前边走了，今后让那些兄弟姐妹去照顾老母。第三、她觉得丢脸，这病丢啥脸，那是医院的事，**咱们这得肿瘤是累的，基因遗传的，不丢脸**。那就是告诉她这些负担，不照顾妈妈，这不是你的责任，不照顾女儿，这么大的女儿该照顾你了。丈夫你已经服务一辈子了，这样一想就是让她卸下负担，不是笼统地讲，你要好好活着，你要高兴的活着，好死不如赖活着，不是这样劝人，那叫思想工作。这种情况下我就可以**用瑞美隆**，保证生活质量，因为它是五羟色胺三受体拮抗剂，同时又治疗焦虑的，还能增进食欲多好。抓紧上广



阔天地大有作为，上那些你该去的地方去。就这样去调整她，就是**改变能改变的，接受不能改变的。**

另外一点就说我跟 Z 医生都是 30 年资的医生了，就是年轻医生做培训要知道这一点，有的时候人生是有利益冲突的，20%的患者消耗了 8%的资源，因为基本上都是肿瘤的最后这一年花的钱最多，这不仅对自己还是家人都说不明智的。我们都要诚实，所以需要从病人的角度来想问题，不是只从医院的角度，**该治的一定要治，不该治的不要瞎折腾。**

答疑环节

提问一：奥拉帕尼，对于有基因突变阳性的这种卵巢癌效果是好的，有这个说法吗？

钟医生：如果检查有基因突变的话，使用奥拉帕尼，他对这个化疗反应其实还要好一些，要没有突变的化疗其实反应没有那么好，所以这个也不是说完全没有效果。现在卵巢癌还没有很好的靶向药。

张医生：另外这个人现在是这样的情况，她已经很早就发现转移了，不仅仅是腹腔问题，还有锁骨上，下边双下肢水肿，之后周围那些动脉的淋巴结，这都有了，就差不多寿命不会很长了。

钟医生：其实她这个还算是不错的。因为 3 期，一般 5 年的成活率小于 23%的。

张医生：她现在快 6 年了，很好。我的意思是在这种情况下，人生要懂得见好就收。

钟医生：对。她性格也是那种忍辱负重的人。很负责任的人，又不会自己去打扮，又不会自己去享受生活，所以她现在要得到的，就像道龙老师说的，要能够放松一下，不要想那么多了。

提问二：老师刚才提到她的检查频繁，让她在这方面不要过多的关注，那常规咱们建议她多长时间检查一次？或者是就不管她了？

钟医生：道龙老师说的是不要她去关注，但医生你还是要检测，比如多久查一次，我一个月还是两个月，现在做化疗肯定就是观察效果，一定要跟踪这个，如果不跟踪就不知道化疗有没有效果，加上化疗那么大的副作用。如果没有效果，我给她吃那么大的副作用的药当然是没有必要的。医生要去跟踪，不是病人。



访谈理论篇

对癌症患者及其家属的心理干预

作者 | 肖茜 医生
张道龙 医生

癌症在当代社会是非常常见的疾病。随着人类寿命的延长，越来越多的人罹患癌症。得益于良好治疗方案和不断涌现出的新的抗癌药物，很多癌症患者可以被治愈，或者带癌生存而较长时期不复发。甚至精神医学有专门的一个分支专业叫精神肿瘤学，来详细讨论癌症患者、家属和治疗师各个层面的在抗癌斗争中扮演的角色和作用，以及治疗方案的选择。癌症的严重程度会带来短期或长期的精神不稳定。因此，精神肿瘤学成为了与精神科医生及心理治疗师越来越相关的治疗领域。虽然癌症的生物学治疗是位于首位的，我们需要依照不同癌症的指南，选择相应的手术、化疗及放疗手段。但是，心理治疗的必要性还是不容忽视的。对于得癌症这一突如其来的事件，患者精神和情绪的波动大部分时候是正常的情绪反应。那么如何界定正常和异常的区别？正常反应是怎么样的？病态的反应又是怎么样的？大部分的患者虽然有短暂的震惊、不能接受，否认、但最终逐渐过渡到能接受自己的疾病，虽然短期的情绪波动是在所难免的。可是其中25-30%的癌症患者自己调整已经不足以应对，需要接受专业的心理治疗。这些患者对身体的信心从根本上动摇了，从而动摇了自尊和自信，对于他们来说，生命的最基本安全都受到了冲击。这里心理治疗的目标就在于如何应对生存危机，容受痛苦。

在美国精神障碍最新诊断标准DSM-5中，有下面一些精神障碍可能与癌症相关，比如抑郁障碍那一章节的重性抑郁障碍（ICD-10 F32.0-F33.9）、创伤及应激相关障碍那一章节的适应障碍（ICD-10 F43.20-F43.25），还有躯体症状及相关障碍那一章节的影响其他躯体疾病的心理因素（ICD-10 F54）都可能是与癌症影响相关的精神障碍。不同治疗阶段的心理治疗目标也是不一样的，1.在宣布诊断的阶段：我们的目标是接受诊断并且容受情绪；2.在治疗初期：我们的目标是容受治疗的副作用。建立自尊和信任身体；3.在缓解期：目标是重返工作及生活，进行新的评估和展望；4.在复发期：我们的任务是接受未来的不确定性；5.在终末期：我们的目标是直面死亡，准备离去。在本期的案例中，患者已经处于复发期，即将进入终末期。所以我们可以看到两位医生所做的工作是告诉患者负性结果已经存在了，现在及未来的工作重点不再是在寻找新化疗药物



美利华在线健康大学
Meilihua Health University
www.mhealthu.com
公众号：美利华在线精神健康



的过程中不断消耗生命和能量，而是接受事实，放下心理负担，去做让自己开心的事情，减少生命中的遗憾。

在我们的临床工作中，我们经常会碰到患者提出这样的问题：“我到底为什么会得癌症？是我的生活习惯不好吗？还是我性格太好强了，太焦虑了引起的？都是我自己的错吗？”一旦发生癌症，患者、家属们往往倾向于追究癌症的成因，好像一定要找到一个原因才能有一个交代，而这样做的后果是经常把病因指向了患者自己，导致患者不但需要承受癌症本身带来的痛苦，而且增添了一份自责和懊悔。其实，现代医学并未找出癌症的明确病因，癌症的成因是复杂、多元的。科学家们在20世纪70年代曾怀疑有“癌症性人格”，现在被证明并不存在，并没有相应的循证证据支持。当然，社会心理因素可以通过吸烟、饮酒等破坏健康的行为作用于某些癌症。过度需求、依恋缺失和抑郁症状导致的压力会使皮质醇增加，削弱免疫防御。但压力并非必然导致癌症。然而反过来说，心理社会因素的改善已被证明能有助于恢复或较好地应对疾病。

一、下面我们首先从癌症患者、家属及心理治疗师的角度来谈谈各自的心理模式特点。

患者部分：大约70%的人不需要心理治疗的帮助就可以承受命运的打击，这一数据和创伤后发生应激障碍的发生比例类似，说明人群中大约1/3的人在先天心理弹性上较薄弱，气质类型上偏负性、焦虑，遇到突发压力时容易出现心理障碍。本期全科案例中的患者就是一个典型的代表，病前就有偏焦虑的人格特质，罹患癌症后全然的不确定感和存在焦虑是需要医生及咨询师去处理的。大家试想一下，当一个令人惊惧的消息突然出现在你的面前，最初的恐惧、愤怒和悲伤很多都是对异常情景的正常反应。那么一个关键问题就摆在了我们面前，什么时候恐惧和抑郁需要被治疗？我认为这个问题的回答或许没有绝对明确的答案，或是令人痛苦的情绪和感受已经明显干扰了患者的生活，或是主观体验上持续时间已经很长，或是感到运用自身的能量已经不足以应对，或是出现了严重的失眠及食欲不佳.....或者仅仅是不知不觉中已经走进了咨询室，总之，当痛苦超过了自己调节的范围或者内心的声音告诉自己该寻求帮助了，这就是治疗开始的时机。当治疗开始，我们的核心主题就是接纳和调节患者的感受。他们的情绪往往是复杂的，一方面有希望和信心，另一方面是恐惧和绝望。“得病的为什么是我？”这个问题不知在心中被反复质问了多少遍，却得不到答案，患者们面对的是疾病中的孤寂，所以在本期全科会诊案例中，钟医生告诉患者卵巢癌的高发病率，就是在告诉患者你并不孤单，还有很多人面临和您相同的境遇、她们和您一同在和病魔抗争。有一部分患者会出现否认



死亡威胁的情况，这是一种常见的防御机制，可以作为一种健康的自我保护而被理解。在治疗过程中，逐步建立对治疗反应、医生及自己的信任和接纳是贯穿始终的目标。

家属部分：如果家庭中的一个成员被诊断为癌症，这对家庭中每个人来说意义都不一样。许多亲属和癌症患者本人承受的心理负担一样大，很多亲属接受癌症也需要一个过程！患者是承受了更大的躯体上的疼痛不适和治疗的副作用，但是家属们承担了很多焦虑、紧张、同情，想帮助却感到无力，想开口又害怕伤害，自己的痛苦、恐惧更是无法对患者言说。所以双方抑郁的想法经常同样强烈，仿佛置身于独立的荒岛，明明彼此关切、心痛，却难以沟通。落到具体的生活实际中，夫妻关系也随之发生根本性的变化，双方面临着新的角色转换，比如过去的照料者变成了被照顾者，又如男性也可能要承担照料工作。这种角色的转换也是面临的挑战，有时候还需要家庭治疗的干预。家属们处于同情和负担过重的矛盾之中，也置于有力和无力的困境之中，一方面觉得自己有责任挺身而出照料、支持患者；一方面自身情绪上的无助、生活和经济方面的压力也加重。家属们对于生命的理解也受到对方疾病的挑战，内心情绪和思绪的扰动也是在所难免的。有研究发现家庭中的照顾者存在抑郁的高风险，他们的痛苦需要被看到和肯定。那么，作为癌症的家属可以做什么？如何在照顾家人的同时照顾好自己？抽时间出门见见朋友、参加聚会、做一些兴趣爱好活动都是需要被鼓励的。人们容易因为家人得癌症了，自己却能够活下去而产生内疚，从而不允许自己感到快乐。久而久之，家属们及整个家庭的负性情绪也会滋生。

治疗师部分：在治疗中，角色通常是被分开的，认为治疗师是健康的，患者是生病的。面对癌症时，状况并非如此：治疗师也可能和患者一样罹患癌症，或者在他们自己的家庭中也有癌症患者。所以治疗关系中距离的远近是需要平衡和把握的。治疗师也需要自我照顾，不超越自己的承受范围。对待患者的态度，与其把他们当作病人来看，不如把他当作一个和你一样有血有肉、有恐惧、也有脆弱的普通人来看待更加合适。治疗师对癌症也会有自己的恐惧，这是相当正常的体验。既往治疗师照顾自己家人的经历和丧失体验都有可能在治疗中被重新激活。面对患者对死亡的恐惧，治疗师们也可能会感到无所适从。但是心理治疗关系较之普通的医疗关系，需要更多的同情，对癌症患者及家属的心理治疗确实是充满挑战的工作。我们可以允许自己在来访者面前流露中悲伤的情绪，有时治疗师的存在本身就是一种治疗！



二、心理治疗方案的制定：

1. **目标制定。** 目标不是治疗，目标是应对。我们的目标不是将癌症本身消除，处理焦虑和抑郁，激活患者的自愈力的过程就是疗愈的一部分。应对可以分为4个层面。

- 行为层面：自我照料，运动，营养，自我效能和工作。
- 认知层面：去理解和接受疾病。
- 情绪层面：平衡、调节，自我照料
- 社会层面：伙伴，家庭，朋友，文化

具体的应对策略包括：让患者知晓和面对罹患癌症这个事实。尝试与家人和朋友真诚地分享感受，虽然刚开始这样做是很难的，但是值得双方都迈出第一步。练习放松技术，比如正念放松、肌肉渐进式放松都可以教授给患者。鼓励患者继续参加工作和休闲活动。如果有可能，寻找精神支持的来源，来源的范围是很广的，比如宗教、哲学、大自然、家族、本民族的信仰和价值观等都是精神力量的来源。

很多患者发现认知行为治疗CBT中的方法能很好帮助到自己，比如写情绪日记来帮助整理思绪。保持健康的生活习惯，留出独处的时间，预想可能发生的身体变化，及正念的态度，专注于此时此地，享受当下，这些都是很好的应对策略。

2. **个人对于命运的理解。** 很多患者会反复问自己“为什么癌症偏偏选中了我？”我们可以告知患者癌症的发展不存在明显心理上的原因，不必有内疚感！一个人如何看待疾病对于自己的意义是非常有帮助的，在心理咨询中谈论这个话题是重要的。在遭遇癌症时，既往那些未被处理的伤害、问题及身体记忆都可能被重新激活，我们可能同时需要处理这些问题。对命运的探讨，核心在于病人并没有过错，因为癌症的成因的确很复杂，绝不是单一因素决定的。有一种医学理论认为癌症的发生可能是细胞原癌基因和抑癌基因的表达失衡有关，而这种失衡与随机的基因突变有关。简而言之，不管你是否是否有宗教信仰，肿瘤的发生在一定程度上确实和命运有关。我们每个人都必须面对自己的命运，这是一种命运的挑战。

3. **对疾病的接受。** 患者对于死亡的恐惧和生存焦虑，在我国文化中对死亡的避讳和禁忌也是妨碍患者接受疾病的重要因素。但是其实中国文化中也有“红白喜事”、有关于死后世界的民间传说，我国道家也提出“生也死之徒，死也生之始”的生死观，所以中国文化对于死亡一方面有回避谈论，一方面也有顺其自然的、乐天知命的通达智慧。我们可以结合自己的文化帮助患者逐渐接受疾病。另外，由于治疗，特别是化疗，会明显导



致患者疲劳、耗竭、虚弱，执行力下降，肌肉无力。患者要面对的不仅仅是癌症本身带来的痛苦还要忍受这些药物副反应，我们可以使用如瑞美隆（米氮平）这类的抗抑郁药，不仅缓解焦虑、抑郁情绪，还可以改善睡眠，减少化疗药物引起的胃肠道不适。在情绪上最常见的就是患癌症后继发的抑郁情绪，在这里行为激活是很重要的。但与普通的患者有区别的是，癌症的患者本身由于疲劳，做行为激活时不能太急进，如果无法推动时，可以稍作缓解，等活力回来的时候再进行。对疾病的负性认知，可以用认知调整的办法，就像本期全科案例中的患者一样进行调整，内疚感是很常见的。

4.相关放松技术的教授。正念及想象技术是常用的方法。通过正念训练，练习如何觉知当下，去享受当下的生活。还可练习瑜伽，将正念与体育锻炼、与冥想结合。想象技术是通过激活副交感神经来激活自愈力，可以借助任何视觉化的形式如符号和颜色来帮助患者放松。

5.资源激活。在本期案例中两位医生鼓励患者看到自己的资源，如全家人支持、关心自己，女儿是医生有医疗资源。鼓励她使用积极活动、参加旅游，这些做法就是资源激活技术的使用。每位患者都有不同的资源，比如来自伙伴、家人、朋友或同事。我们可以激活所有可用的心理社会资源，提高生活质量，提高个人复原力。如果患者不清楚自己的资源，可以询问他们一直以来在生活中是如何处理有压力的情况的。越保持正常的生活状态，患者的感觉会越好，自我修复过程中的能量感也会提升。

6.告别的阶段。让最后的告别化为行动。想想是否还有未实现的愿望，回顾在一生中自己已经做成了哪些事，是否经历过了那些对我重要的事，体验到痛苦和丧失感正是人生的一部分。制定一个计划表，想与哪些人告别？想要再见哪些人一面？想要和谁相处？什么时候想要独处？最后阶段希望哪些人在身边？与这些人确认他们是否也想或者能够做到。当然并不是每个人都想谈论即将来临的死亡，如果不想谈论就接受回避。如果想谈论，考虑什么时候是合适的时机？作为治疗师，专业的态度可以是同情和开放的，能够接受死亡和超越，对此生之外是什么的问题保持开放和不确定性。关于葬礼的设计患者也可以选择参与讨论，这是生命尽头自我效能感、掌控感的体现，可以考虑到习俗、仪式和自己的个人需要。

对于家属，因为他们处于同情、承诺和超负荷之间。因为疾病的不治会带来深深的无助感，帮助他们学到只承担自己所能承担的责任，必要时寻求治疗师的支持。如果面临治疗中的最后告别，治疗师需要对患者表示感谢，感谢在治疗中的相遇、联结和共度





的时光。

总之，癌症是我们人生的一部分。随着医学的进展，越来越多的癌症已经能够得到治疗。患者的生活质量也在较长时间内得到保持，70%的癌症患者能够很好地应对命运，人类面对极端生命威胁时的韧性是令人深深感动的。精神肿瘤学是一项具有挑战但也充满成就感的治疗工作。

参考文献：

- [1] 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册[M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 译. 北京：北京大学出版社, 2015：351-421
- [2] 艾伦·F·沙茨贝格, 查尔斯·德巴蒂斯塔. 临床精神药理学手册[M]. 8版. 范静怡, 张小梅, 张道龙, 译. 北京：北京大学出版社, 2018:70-74.
- [3] Lenz, Sabine: Die Fähigkeit zu sterben. Reinbek bei Hamburg 2014
- [4] Fritzsche, Kurt et.al. Psychosomatische Grundversorgung. Berlin 2015
- [6] PiD Psychotherapie im Dialog, 2-2010 Psychoonkologie
- [7] Report Psychologie, 4-2014 Psychoonkologie
- [8] Spitzer, Manfred: Einsamkeit. Die unerkannte Krankheit. München 2018
- [9] WPO Weiterbildung Psychosoziale Onkologie. Materialien 2014
- [10] Zorn, Fritz: Mars, Frankfurt 1977



学习园地

心理咨询行业近年逐年升温，特别是 2017 年初作为我国首个针对全社会心理健康服务制定的宏观指导性文件、22 部委联合发文《关于加强心理健康服务的指导意见》明确支持心理健康行业发展。日前，由国家卫生健康委、中央政法委、中宣部等 10 部委联合下发《关于印发全国社会心理服务体系建设试点工作方案的通知》，进一步力求将心理健康服务纳入社会治理体系、精神文明建设等工作中去，逐步建立健全社会心理服务体系以期降低因矛盾突出、生活失意、心态失衡、行为失常导致的极端事件的发生。这些国家政策与指导对于心理工作的从业者来说无形中都是重大利好信息，然而同时，也不乏在这些状况之下如此嗟叹或踌躇的朋友，其中多数都会从国内目前的缺乏行业规范，正值管理空窗而慨叹，也有不少因喜爱助人事业投身而来却发现因为没有医学背景或无缘医疗行业而感到前途渺茫、束手无策，为此，我们将在今后的一段时间里，从不同的角度来解读当下的一些困惑，以期与朋辈、学员们共同探讨在行业发展当中的我们究竟要如何定位、如何发展。

受约束！同样，我们也在受保护

作者 | 王剑婷 心理咨询师

面对有限的心理咨询师/心理治疗师的服务范围

2013 年颁布的《中华人民共和国精神卫生法》中关于精神障碍患者的临床服务内容始终是心理咨询行业关注的焦点。其中第二章心理健康促进和精神障碍预防中规定：

第二十三条 心理咨询人员应当提高业务素质，遵守执业规范，为社会公众提供专业化的心理咨询服务。

心理咨询人员不得从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗。

心理咨询人员发现接受咨询的人员可能患有精神障碍的，应当建议其到符合本法规定的医疗机构就诊。

心理咨询人员应当尊重接受咨询人员的隐私，并为其保守秘密。

第六章法律责任中规定：

第七十六条 有下列情形之一的，由县级以上人民政府卫生行政部门、工商行政管理部门依据各自职责责令改正，给予警告，并处五千元以上一万元以下罚款，有违法所得的，没收违法所得；造成严重后果的，责令暂停六个月以上一年以下执业活动，直至吊销执业证书或者营业执照：

- (一) 心理咨询人员从事心理治疗或者精神障碍的诊断、治疗的；
- (二) 从事心理治疗的人员在医疗机构以外开展心理治疗活动的；
- (三) 专门从事心理治疗的人员从事精神障碍的诊断的；
- (四) 专门从事心理治疗的人员为精神障碍患者开具处方或者提供外科治疗的。



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com

公众号：美利华在线精神健康



心理咨询人员、专门从事心理治疗的人员在心理咨询、心理治疗活动中造成他人人身、财产或者其他损害的，依法承担民事责任。

法律法规是非常严肃的事情，在当前的社会条件下，国家对现有心理咨询行业做出了较为明确的**红线**规定，同法规中第八十三条对“精神障碍”和“严重精神障碍”做如下描述：

第八十三条 本法所称精神障碍，是指由各种原因引起的感知、情感和思维等精神活动的紊乱或者异常，导致患者明显的心理痛苦或者社会适应等功能损害。

本法所称严重精神障碍，是指疾病症状严重，导致患者社会适应等功能严重损害、对自身健康状况或者客观现实不能完整认识，或者不能处理自身事务的精神障碍。

心理咨询师目前可被允许进行的通常我们称为心理服务，且服务对象是按照过去所说的“一般性心理问题”来界定的，意指正常人群由于面对婚姻家庭、子女教育、人际关系、工作压力、个人成长等问题时产生的一过性的困扰及心情变化。而按法规中所指的精神障碍无论是“精神活动的紊乱或者异常”还是更严重的“患者社会适应等功能严重损害导致对自身健康状况或者客观现实不能完整认识或者不能处理自身事务的精神障碍”都至少提醒我们在临床工作时需要保持警惕性首先学会评估来访者当下的精神状态及程度，具备辨识基本症状的能力，因为并不是每一位来访者都有过就医就诊经历，我们也不能保证来访者的家属有能力了解或认识来访者的病情程度，因此，为了不越界不违法，首先学会鉴别，学会评估也是自我保护的必要条件。

一如本期精神医学案例当中的来访者，从本次她所表现出的症状来说，有多少人能够清晰的明白如今的症状与六年前有何异同？并在此基础之上明确的向来访者及其家属表明自己的工作立场和工作原则？

再例如说，有一位妈妈拿着这样一封来信向你询问孩子的状态：

亲爱的妈妈：

我正在写信，我用的笔是一个名叫“派瑞公司”的厂生产的，我猜这个厂在英格兰。在派瑞公司名字的后面，笔上还刻有伦敦的字样，但这不是一个城市。伦敦在英格兰，这是我上学时知道的。那时，我一直喜欢地理。教我的最后一位地理老师是奥古斯特教授。他有一双黑色的眼睛。我也喜欢黑色的眼睛。还有蓝色、灰色、其他颜色的眼睛。我听说蛇的眼睛是绿色的。所有人都有眼睛，也有一些人他们的眼睛瞎了。这些盲人可以由男孩为他们的向导。看不见一定很糟。有人既看不见也听不见。我认识一些人他们的听力就不错。一个人是能有良好的听力的。



北京大学医学出版社
购书请扫码



作为心理工作者你能否读出这封信中体现出的联想散漫？这种语法错误不多，内容也看似用了许多词汇的表达，传达的信息却是极少且及其涣散的，那是因为除了联想之间必要的连接外，它缺少了任何统一的主题。而这封信就是出自一位精神分裂症患者之手……我们当然知道，仅凭某一项单独的症状是无法做出准确判断。但如果你有过规范化的培训，受过得当的临床训练，比起仅凭着读三本书职业培训的书，通过个不是特别严格的考试，就可以拿到“国字头”的心理咨询师证书所能具备的能力要令人、令己都要安心的。所以在当下，即使是已持证的心理咨询师、社工不被列在《精神卫生法》的合法治疗或干预者之列也是有其不得已之处的，做为从业人员，我们在报怨之前，首先还是需要自问自己是否真的具备了助人的知识、技术、心态、操守等等一系列的内容。

法律使人清晰底线，我们在底线这上可以做的还有很多很多。所谓权责，即是在要求“权利”之前要能明白与之相呼应的“责任”，能够有承担责任的能力之后再堂堂正正的作为助人者向国家要政策，或许，这才是我们这些人应该有的自省与自知。

临床工作中“诊断”与“评估”的差异

诊断是医师们经过国家严格训练及考核之后赋予的临床医疗行为，与处方权类似。心理咨询师本身就不具备这样的权利与资格，因此，没有资格对外以诊断为名义或目的来从事服务活动，这一点国内情况及规定与那些心理咨询更为发达的国家、地区也并无差异。与之相对的是，建立在自己的知识基础之上对来访者的情况给出合理评估，或建议进行心理咨询，或建议转诊医疗机构，或建议使用某种方法缓解心理冲突，这本身并不是诊断，因此并不与精神卫生法所划红线有违，甚至应该说，只有更加科学、敏锐的学会评估来访者呈现的问题，才能更好的服务来访者也才能更好的保护自己的职业生涯。

在规范的心理咨询学习中，所有的学习者都首先要掌握评估技术，具备评估的能力。在这里心理咨询中的“评估”意指：收集和加工信息的各种程序和工具，根据这些信息建立整个助人程序。甚至在咨询与治疗过程中，与求助者进行访谈并使他们参与评估只是整个评估过程的一部分，同样重要的是咨询师自己的心理或内隐的活动，即懂得根据求助者的问题从如何获取到如何加以有意义的加工进行判断或假设，进一步形成治疗计划的雏形，这部分内心活动也就是我们所说的“概念化过程”。而评估办法都是在咨询学习长年教学及临床实践中使用的各种概念化模型的基础上形成的，并不与医疗诊断模型完全重合或互相取代。



心理咨询中“咨询”与“治疗”的差异

在国外，专业的心理咨询与心理治疗两者之间并没有刻意的被加以区别，心理工作者也会在著作、案例报告、教学等情境中交替使用这两个概念，然而在我们现在的工作环境中，由于学习经历及考核办法的巨大差异，心理咨询与心理治疗有着较大差异。与治疗相关的，无论是“人”还是“场”都需要是在国家合法的医疗机构当中进行，缺一不可。也就是说，医院中除了医生以外，只有心理治疗师才能从事心理治疗工作，并且，心理治疗师也只能在医院环境下从事这样的心理治疗行为。心理咨询师面对精神障碍，特别是严重的精神障碍都要明白自己的工作权限边界，而不是盲目的施治或干预。

事实上提供助人服务的工作设置范围本身就非常广泛——学校、医疗机构、健康服务机构、社会服务和心理健康中心、教育教养机构、家庭服务机构、收容机构等等，往往连咨询师、从业者、临床工作者这些词语在咨询学习中都会被等同交换，由学习者自行以符合自己的环境和临床实践体系当中来体会和应用，因此，心理咨询在当前的社会当中提供的是一种更为广泛的心理服务，而不仅仅是以治疗为目的的工作。因此作为心理咨询从业人员，既需要有严谨科学的专业训练经历，又需要具备在各种问题类型、不同服务环境和多样的求助者这几个维度中具备提供广泛适用性策略的能力。

我们不回避由于当前行业规范尚未完善，不乏有人受到名利驱使打旗号、抢山头，社会上我们甚至可以看到一些以“家庭治疗治愈孤独症”，以“祖传秘方治愈精神分裂症”等令人称奇的宣传，又或者夸大心理咨询的作用，用威胁、扭曲的说法向来访者及家庭宣传其某种自创、独家心理咨询效果，这些本来就是违背科学精神的作法，与行业、社会向咨询师要求的工作内容无关甚至本身就是违反职业伦理甚至法规的行为。

参考文献：

- [1] 精神卫生法 http://www.gov.cn/jrzq/2012-10/26/content_2252122.htm
- [2] 劳伦·B·阿洛伊，约翰·H·雷斯金德，玛格丽特·J·玛诺斯. 变态心理学. 9版. 汤震宇，邱鹤飞，杨茜，译. 上海社会科学院出版社，2016：586-647
- [3] 科米尔，纽瑞尔斯，奥斯本. 心理咨询师的问诊策略. 6版. 张建新等译. 中国轻工业出版社，2018:1-172





主创团队



主编 | 王剑婷, Ph.D
 日本中央大学心理学科临床心理方向
 中国心理学会心理测量专业委员会主试



副主编 | 肖茜, MD,
 中南大学湘雅医学院
 附属湘雅医院心理卫生中心 主治医师



顾问 | 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D
 美国纽约上州医科大学精神医学系教授
 中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授
 河北京医科大学客座教授
 美中心理文化学会联合创始人



督导 | 张道龙 Daolong Zhang, MD
 毕业于美国芝加哥大学精神医学系
 美国伊利诺伊州芝加哥退伍军人医学中心精神医学系主
 管精神科医师
 美国伊利诺伊大学精神医学系临床助理教授
 河北京医科大学客座教授
 北京美利华医学应用技术研究院院长
 美中心理文化学会创始人、主席
 《DSM-5》中文版工作委员会主席、主译

- 夏雅俐** • 副教授，管理学博士，心理学硕士，心理咨询师，美中心理文化学会成员
- 张心怡** • 留美心理学硕士，中国注册心理咨询师
- 陈天润** • 留俄心理学硕士，心理咨询师
- 许思诺** • 留美电气工程及生物医药信息硕士，美利华网络运营总监
- 黄菁** • 留美电气工程硕士，美利华在线健康大学电子工程师
- 许倩** • 心理学硕士 美中心理文化学会成员
- 张道野** • 黑龙江省伊春市第一医院主任医师，心内科主任，黑龙江省医学教育专业委员会委员
- 刘卫星** • 北京美利华医学应用技术研究院 CEO • 美中心理文化学会（美国）中国区总经理

