

第 99 期

2019年3月31日出刊



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》



Editor's Letter 写在卷首

学问·学问

儿童的成长来自于大量的发问。成年之后稍有不同，因为我们已经应该掌握了一系列学习的方法和套路，所以不假思索的发问只能是白丁所为，而有质量的提问则成为一个人重要的能力。会不会提问？怎么提问？能不能切中事物的要害？通过问题能不能得到自己想要的信息？能不能解决当下遇到的问题？诸如此类。通过在北京的这几个月，身处变化，经常提问。我发现提问带来了这样的好处：

- ①梳理杂乱的信息→整理→减少无序带来的苦恼。
- ②发现事物的本质→确认→减少工作中的无用功。
- ③把原来不成串的知识连接起来→适度扩展→产生新的认知。

好的提问，不但是帮助自己梳理思维和行动，更是我们接近内心答案的捷径，是前进的原动力。好问题帮助催生更多的新想法和新点子，让我们的生活和工作都可以在短时间收获巨变。

有时目睹着在课堂上经由一个好的问题，激发了老师的某些的思考，带来更多的脑力风暴，感受一种大脑洗牌后的舒畅。每天每天我们在不断地想着如何才能更好的学，更好的问，教学相长，常问常新。

回首过去勇敢说再见，不再纠结于：“为什么会失败？”面向未来不断增加设问：“怎么做才更好？”跳脱条条框框的束缚，与道龙老师密集的思路同频，和美利华中美班一起小步快跑，将焦点汇聚在那个被照见的原本无光之处——

Learn by asking, learn to ask.





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例强迫症的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【全科医学】 21

死亡面前何为孝——一例胃癌患者家属的远程全科临床咨询

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

【心理学人】 33

如何传递“坏消息”

聊聊“天边孝子综合症”



精神医学临床访谈

一例强迫症的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生
肖 茜 医 生
责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别 女性	年龄 18 岁	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 高中	婚姻 未婚
病史提供者 本人及母亲	职业 高三在读	病史可靠性 可靠

主诉：“反复思考停不下来，担心影响学习效率。”

现病史：患者初二时看到男生会有不好意思的想法，不敢对视，反复想那个男生的样子，想控制但停不下来，觉得男生在看自己。也觉得老师在看自己，反复担心老师不重视、不喜欢自己。会闯入性地出现一些想法如“他喜欢我”“班主任喜欢我”及性相关想法（所谓强迫思维/或强迫行为在个体间并不相同，包括清洗、对称、被禁忌的想法和伤害）。想克制，但克制不住，感到不自在（诊断标准A1：侵入性的、反复、持续的想法）。初二整个学期都不与同学说话，不想和人玩，因为一个朋友要自己和其他同学吃饭，就认为那个朋友不重视自己，就不想和所有人玩了。初三整个学期也是如此，特别痛苦（诊断标准A1：带给个体显著的焦虑或痛苦），有自杀的想法。思维停不下来，听不进课，认为自己的学习效率下降了，注意力无法集中，特别担心，越分神就越去指责自己。结果导致越分神，陷入恶性循环。运动后强迫思维能够减少。认为反复想是自己意志力不坚定，会通过一些办法让想法停下来，比如做一些“锻炼意志的控制法”——反复想“不想了”，“干脆自杀”，憋气，数树叶，不上厕所，用笔在身上划等（诊断标准A2：试图忽略或压抑此类想法或冲动，或用其他一些行为来中和他们，比如通过某种强迫行为）。有反复咬指甲的行为。逐渐感到路人吐口水是故意说自己不好，通过找咨询师持续咨询，患者疑心能够减少。睡前想法多，入睡困难，醒得早。

近3年，入高中后症状更明显，怀疑所有人知道自己的想法，怀疑有人监视，感到树林里有许多小猪在看自己。有摩托车驶过会觉得是故意让自己听到，会偷走自己的



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



“贞洁”。这些都只是闯入大脑的想法，能分辨不是真的，现在已经不这样想了（一些强迫症个体的自知力很差，甚至有妄想性的强迫信念，但并不是精神分裂症的其他特征如幻觉或真正的思维障碍一样）。仍通过“鼓气”等行为让想法及恐惧减少（有现实感，有反强迫的行为）。听不进课，成绩下降明显。2015年12月在A医院住院2月，诊断为“精神分裂症”，予以舍曲林50mg Qd-200mg Qd，帕利哌酮3mg Qn-12mg/日治疗。1月就明显好转。坚持服药至今，目前的用药方案为：舍曲林50mg Qd,帕利哌酮6mg Qn，苯海索2mg Bid。患者催乳素含量明显增高PRL 91.75ng/ml(正常值 3.34-20.72)，乳腺有泌乳。近3年患者身高未增长，比父母矮，身高约155cm公分左右。目前患者不想学习，学习时特别焦虑、紧张，反复想问题多，睡眠有改善。出去玩，不谈学习时反复想的问题能改善一些。希望学习到最好，自己制定希望注意力能达到70%-80%的要求。

既往史：患者否认明显疾病。

个人史：患者月经不规律，量少，今年有2个月未来月经，经期持续时间约为5天。有泌乳情况。足月顺产，生长发育正常。8岁前由外婆抚养居多，父母也在家里住。回忆小学时性格外向开朗，否认明显焦虑问题，否认明显创伤史。高一时因为住院而复读一年。

家族史：母亲曾为医生、心理咨询师，焦虑强迫明显。母亲对其学习要求高，患者从初中起成绩逐步提升明显。外婆特别爱干净、讲究。父亲为国企领导，焦虑、恐高、怕蛇情况严重，有反复去医院做检查的情况。父母系家族成员有均有焦虑、苛刻的情况。

体格检查：未见明显异常。

精神检查：

一般情况：患者营养中等，身高偏矮，155cm左右。时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量多，言语急迫，但目标导向明显，有逻辑性。

情感活动：焦虑情绪明显。

思维活动：存有强迫思维明显，无思维奔逸，没有明显思维逻辑障碍。

注意力：集中。

感知觉：正常。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

辅助检查：未查。



【病历小结及概念化】

这位患者是18岁的青年女性，因“反复思考停不下来，影响学习效率”而来访。患者有明显地遗传倾向，父亲以焦虑为主，母亲在整个来访过程中表现为明显的强迫及焦虑。两方家族中也有焦虑的情况。在成长过程中，外婆的强迫也会影响到患者。患者在初中后强迫思维及行为都突出，因母亲对患者学业方面的高要求，患者聚焦于追求注意力集中、学业完美等方面。近3年虽然出现了一些疑心重及牵连观念的症状，但是未达到妄想的程度。故诊断为强迫症。患者生物学因素影响大，父母双方都焦虑强迫，发病年龄早，并且出现了疑心重、牵连观念、思维怪异等精神病性“阈下”症状。故需要给予患者及家属合理的预期。

初步诊断：强迫症

治疗计划：1.生物：坚持运动，嘱咐频率、强度要求。药物方案需要调整：将舍曲林增大剂量，目标剂量为150mg/日-200mg/日。催乳素增高最大的可能性是由帕利哌酮引起，可考虑逐渐减量停用帕利哌酮。换用对催乳素影响小的抗精神病药物**喹硫平**。

2.心理：CBT认知行为治疗，调整患者认知，需要降低标准要求，对生活，对自己有合理的预期。正性的一方面来说，强迫症并不是最重的一些精神障碍，比起自闭症、精神分裂会好很多，而且强迫症有特效药，通过治疗病情也不会更重了，合理管理以后既不影响结婚、也不影响工作。

3.社会：多活动，降低学习高标准。在工作选择方面以后考虑选择一些压力不太大的，脑力活动不太多的，就不会影响她日后的发展。

主诊医师：肖茜

2018-08-06

【访谈实录】

1. Z医生：讲讲你的困扰吧，我刚才听主诊医生汇报了你的情况。讲一讲吧。
2. 来访者：老师好。
3. Z医生：不客气。
4. 来访者：我的困扰就是时常还会**焦虑**，遇到跟同学关系处不好时，就感觉心中有个结一样，有个什么东西堵在那里，特别**焦虑**，然后就很难缓解，只有睡一觉，然后醒来以后才会好。然后跟朋友交往比较**敏感**，别人稍微没有听见我说话，没有理我，然后我就会



觉得他是不想找我，然后我就会很**伤心**。然后那天回家以后我就哭了，就这些。

5. Z医生：对的。还有其他的问题吗？这是你回来会诊的原因吗？

6. 来访者：因为以前一直**睡不着觉**，然后也长期**焦虑**，所以这回就想再确定一下原因。然后一直吃着药的，就想**调一下药**。

1-6段：来访者在200字不到的语言当中，对于自己的问题反复用了三次“焦虑”来描述，又“敏感”容易“伤心”还“失眠”，可以看到情绪、生活等多方面的困扰。

症状明确→→**病史清晰**→→**困扰显著**→→**要求直接**

美利华中美班二年级开学后一个时期大家经常会有一个疑惑就是老师在会诊过程中，与来访者的交流更加“简短”了，而其实这个简短正是基于案例报告当中的信息全面可靠才达到的，因此，对病情本身的确认不再是重点，而更重要的是向来访者更准确的进行当前问题的概念化说明并告知治疗方案。接下来，大家可以看到老师着力与来访者沟通的过程。

7. Z医生：哦，对的。药是需要调，因为现在用药不是很合理的，第一个你的病知道了，就是**强迫症**，**非常典型的强迫症**，发病年龄、发病的症状，家里的遗传因素都很典型。治疗强迫症是SSRI为主，你那个药用得太低了，应该到200毫克，但是得慢慢加了。第二个不能用帕利哌酮这类的药，因为阻抗你的多巴胺太严重了，第一影响你学习，第二出现泌乳，影响性欲、影响发育，这都非常明显，是帕利哌酮的副作用，所以得逐渐减掉，我到时候跟主诊医生讨论，我们会诊给你妈妈一个方案。但是大的方向就是换一个弱一点的药物，就是能帮助你睡眠，又能帮助你减低焦虑这类的药，但不影响你泌乳的，因为你泌乳绝经对你这年龄不好，影响生长，你长得很漂亮，身材也都挺好，但是还需要再长一段个儿，至少赶上父母那样的身材。

7段：**症状明确**→→诊断是强迫症

病史清晰→→从表现、发病年龄、症状，遗传因素都很典型

困扰显著→→帮助改善睡眠，降低焦虑，降低各种副作用

要求直接→→药物调整思路及办法

不兜圈子，一段话里把四个核心问题全部进行了解答，简单的说明当前的思路，指明大体的方向是从“换药”着手，先行解决几项亟需改善的问题。

咨询当中看重“何时-什么-怎样”向来访者提供有用而切题的信息，为了达到好的效果来访者“最想知道的”“最重要的信息”应当最先提供——因为来访者会记得更牢固更容易接受。



表1：“何时-什么-怎样”提供信息

“何时” ——认识到求助者何时需要信息	“什么” ——应该提供哪种类型的信息	“怎样” ——会谈中应如何传递信息
1、了解来访者已有的信息； 2、判断信息是还可靠？是否基于是实？是否充分？ 3、避免过早提供信息，直到观察到来访者做好准备。	1、确定对来访者有用的信息； 2、呈现全部事实，不要让来访者回避不好的信息； 3、注意提供信息的顺序； 4、信息是否符合来访者的文化背景。	1、避免做用太多专业术语； 2、信息要准确； 3、注意一次信息量不要太大； 4、询问来访者对信息的感受； 5、知道何时停止提供信息； 6、强调必要的重点。

——摘自《心理咨询师的问诊策略》（第六版）

8. 来访者：嗯。

9. Z医生：太早的打断内分泌对你没有好处，这个药选择不当，我们要把它调整。**心理咨询**，有了这种想法就找咨询师聊一聊，做**CBT认知行为疗法**。**社会方面**，因为这种病都遗传的，来自一个家庭应该苛刻的、高压的、追求完美的，你就得想办法往反了做，知道自己得这病了，不用追求完美了，也不用对自己要求高了，能考上什么学校就考上什么学校，尽量考那些自己学习起来比较轻松的，不是特别用脑、需要琢磨的专业，就是学了就能会的专业，自己看适合哪个专业，这就是你的方向。

不幸的是你得了精神障碍里的能排前十位的病，幸运的是这个病并不太会重了。跟焦虑有关的这个病我们慢慢去治就好了，一般发病三到五年都达到高峰，你这听起来就达到高峰了，以后就**只能越来越好**，不会更重。另外不像精神分裂症、双相这类的预后都很严重的病，你的预后最多也就强迫一些，因为用了药，症状就会轻，人就会变好，所以得了个病但有特效药。预后不是非常糟糕，只是完全治愈不太容易，能达到妈妈这个程度已经算是好的了，**不要有不合理的期待**。它也不太影响你过正常人的生活——就是结婚、谈恋爱、工作、上大学都没问题，这个病不影响智力。

再说一遍，诊断是强迫症，生物治疗就是多运动，然后药物要调整一下，加量SSRI类，少给强力的抗精神病药物，因为你不是精神分裂症，得轻一点的，举个例子喹硫平就是这类的药，到时候我跟医生讨论一下，跟你妈妈讨论。**认知行为疗法就是知道怎么去做心理咨询**。**社会的因素就是对自己的要求放松一点**，以你家里的这个资源，你这样的身材长相、智力一辈子不会影响什么，就是既不影响学习、也不影响嫁人，也不影响做什么，基本上你能跟正常人一样。但是如果你要求特别高就很麻烦。



9段：解释之前药物副作用的不利之处，从心理及社会层面上告知来访者采取何种办法如何减压。

动机面询：

- 1、不是最坏的已经过去，通过治疗，只会越来越好；
- 2、合理期待，合理设置目标；
- 3、目标：上学、婚姻正常生活。

一个爱焦虑的小孩，你要特别焦虑，那当然睡不着觉。（**建构替代性解释**：就相当于一个有关节炎的人你让他去跑步，不跑他不痛，一跑就更痛了，道理是一样的）。我们有什么病，就回避什么，所以你应该做那些放松的事，比如跟运动有关的、跟音乐有关的，学习起来也不太累的。比如你学文学不累就学文学，学艺术不累就学艺术，学数理化不累你就学数理化，反正什么东西让你放松你就学什么。如果什么都累，那就学吃喝玩乐，比如旅游学院什么的，就是这样的，那你就能够比较放松下来。（**建构替代性解释**：你相当于内部有一个发条上得非常紧，相当于这类的人，你松不下来。我经常举个例子说快马不要加鞭，你这个内在像快马一样的，就是总是脑袋要快，这个时候不要加鞭，不要逼你，就是做什么都行，放放松松，就基本上不会影响你跟正常人一样生活，就挺好的了）。但是你天天愁，天天想就把自己搞得越来越重，大致是这样的。（**学会自我接纳**：反正每个人都不一样，有的人家里贫穷、有的人家里富有，有的人家里漂亮，有的人家里不漂亮，有的人智力好，有人智力不好，反正人生没有完美的，你这样的生活能够接近正常人就挺好的，不是那些更重的病，更重的什么意思就是比如自闭症、精神分裂症这类的病，那比较麻烦，你这不是这类严重的病，所以就还好一点）。

9段：在这段话的最后，实施具体的认知调整。（敲黑板：这里在示范CBT技术）

建构替代性解释：焦虑是既定事实，但为什么焦虑这件事来访者已经分不清楚了，用各种各样的症状表现出来。这时不排斥原始的消极解释，即“焦虑”一直存在，而列出一个情境进行替代性解释“可以做那些让自己放松的事”，并建立实现的可能性，“相当于让有关节炎的人去跑步，越练越有问题！不跑了就是有益的”，这是一种强有力的认知调整技术。快速帮助来访者重新思考自己一贯以来的做法。

学会自我接纳：强迫症的患者经常会用概括化的语句描述自己，比如“我不被任何人喜欢”，这是消极且贬义的，往往忽略掉了人的复杂性和总体性，以偏概全。因此自我接纳很大程度可以减少消极情绪的频率、强度和持续时间，帮助来访者停止攻击自己。



10. 来访者：好的。

11. Z医生：你这是**（一般化技术：常见的病，焦虑障碍在人群中是最常见的）**，你这是焦虑里稍稍极端一点的，但是用了药就能放松下来，再换一点药就比较好。比现在这个药劲小一点，维思通是药劲非常大，也容易副作用大，给你一个副作用小的药，还能帮你睡觉，SSRI要加大一点，因为这是主药，主药不能用得太少，你现在用了1/4的主药，应该减另一个药，减帕利哌酮，得慢慢减，逐渐减，减到不用。医生可能考虑的出发点不太一样，我们觉得这样治就会好，好在你家里还有妈妈是医生，**（一般化技术：得了一个精神障碍里常见的病，相当于我们的内科里得个高血压似的，非常常见，很多人都得高血压、肥胖症，相当于得这个东西，都有药物去治，吃点药就跟正常人一样生活，你还年轻，这样的锻炼效果就会相对比较好）**。这样清楚吧？

11段：精神障碍当中中强迫症排名前十，多发而难治，甚至民间说法把强迫症称为“心灵上的癌症”，而今天的来访者年纪小，发病早，症状多，听到“诊断”所带来的冲击可能会引发他们更多的担心与焦虑，形成认知主义中所说的“错误思维”——会自认为这些事情是只发生在自己身上，进而产生灾难化反应或消极面对缺乏治疗动机，这里用到了：

一般化技术：将这些事情的范围拓展，告诉来访者这个事情不是针对你，或者说类似的事情很多，用生活常见病来比喻可控性，从而让来访者看轻这些事件，减轻他们的心理负担。

12. 来访者：哦。还有就是，比如我现在就是晚上有时候不太想写作业，但第二天又非要交，我第二天没写完作业心里就会觉得特别不开心，然后就不知道该怎么办。

13. 张道龙医生：两个事，**第一个就是你有计划的去做，不用突击了**，能够做多少就做多少。**第二个就是让你妈妈去跟老师谈一下**，这小孩现在在生病过程当中，容易失眠、很焦虑，所以我们在治疗的过程中不能够向正常那样的都做，能够延期就延期，在美国经常有医生会给老师写信，就是他会跟别人的要求不一样。考试延长一小时，作业可以不按时交，就是这样的。在中国我不知道，有没有这样的条件，就说我不是懒，我真是不能被逼，我最后把身体搞坏了，这样就会给你适当的工作量。就像一个关节炎的人不参与赛跑似的，医生证明他不能跑步，道理是一样。制度得照顾一下焦虑的人，睡不好觉的孩子不能让他熬夜，越熬夜，越睡不着觉，这样就会损害你的健康，但是白天能做就做，你不突击就好，有的时候为了做作业，是因为为了突击、为了更高的成绩，父母找老师说一下，我们这孩子不追求最高，追求健康。这种小孩一般都上进，是因为她自己



也像钟表调得比较紧，是自己鞭策自己，所以她不是懒，她真的是弄不好，那就别逼她，你得保证充足的睡眠，要不你就症状重，焦虑的人最害怕睡不好觉，睡不好觉经常就是焦虑的更重，头发掉，很麻烦，她一辈子得保证充足的睡眠，尤其年轻人。另外经常焦虑重，睡不好觉的人不容易长高，因为你生长素都是在睡眠的情况下，实实在在睡眠的时候分泌得多。有人说**长个最大的因素就是睡觉**，后来发现是因为晚上的生长素分泌得多，你总是属于不睡觉状态就没有生长素了，就会影响小孩的长身材什么的，所以这类的东西不值，你也不急去做一件什么事。中国现在考大学，大城市里80%能上，中小城市50%，只有农村人上大学少，所以你们家都是知识分子这个，随随便便就能上大学，所以用不着那么努力，就是把精神的健康因素放松下来，有一个健康的躯体，否则你上了一个好的大学，读不下来，身体垮了，父母更操心。这样清楚吧？

14. 来访者：好的。我最后想问一下，我还能长高啊？

15. Z医生：应该能的，差不多能长到21岁左右，所以你还有两三年的机会，这两三年要配合治疗，要睡好觉，你要天天不睡觉，焦虑你长高就困难了，它主要是影响生长素，所以我们给你调一下药，再让你充足睡眠一下，就容易追上了，你应该还有三年还能长，大致是这样的。

16. 来访者：那太好了，谢谢。

12段和14段：来访者放大某个“具体”困惑。上期期刊第12页当中我们可以看到同样的“**来访者的困扰模式**”——点击电子地图上的“+”号来放大自己当下的需求。

13段和15段：

认知调整：再次重申原则，并且给出扩大选项：改变自己→从内减压；改变规则→从外减压。积极正向用事实鼓励，睡好觉+调整药=身体继续可生长。

动机面询：资源好，不用那么大压力也能有不错的出路，不用快马再加鞭。

17. Z医生：没事。问问你妈还有没有什么问题？

18. 来访者妈妈：谢谢张老师。我觉得好像没有多大问题，我只是担心，因为她高中的时候，一下就住校了，就**出现了很多精神方面的症状，其实这也是我一直特别特别担心的**。然后这一次，因为这两年半的服药，它的副作用比较多，所以我也特别担心，这也是我这次来的一个主要原因。我不知道精神症为什么会这么重？现在我还是很担心。

19. Z医生：第一个就是因为这病的遗传倾向比较重，你们家族都焦虑，变精神分裂症的可能性几乎没有。第二个，强迫症的人不能够住校，不能够压力大，她压力一大就容易出



现这些事，焦虑的人多疑，所以你把放到一个高焦虑的环境就很麻烦，实际当年应该跟老师说，我们这孩子不适合住校，哪怕在学校旁边住，他自己单独住，走到校园都行，给她租个房子，但是不能跟别人在一起，现在已经过去了就过去了。第三个你那个药用得太重，就是SSRI用得太多，抗精神分裂症的药用得太多，因为当时按精神分裂症治，一定是这样的，他用了最重的药，当然副作用大了。她没有这病，我们就可以用轻一点的药，就是思瑞康这类弱的抗精神病性症状就可以了。因为思瑞康这个药既抗焦虑，又催眠，还能治疗精神病性症状，这是最适合的。假如用了思瑞康还有问题，那就换成阿立哌唑之类的，逐渐给她用多巴胺受体拮抗剂弱的，而不是强的。这样清楚了？

18段：很明显妈妈的担心是

- ①是不是有更严重的精神疾病？不然为什么会这么多的症状？
- ②药物副作用太大令人担心。

19段：给出解释：

- ①看似病情重是：内因（遗传）+外因（住校环境和学业压力）带来的复合结果；
- ②副作用是诊断不同的前提下用药不同，给强迫症的孩子用了治疗精神分裂症的猛药，所以副作用才会这么大。

提供来访者最想要知道的需要知道的信息，重申并且强调方法。

20. 来访者妈妈：谢谢张老师。

21. Z医生：她的**预后也好于精神分裂症**，是这样的。

22. 来访者妈妈：她整体就是很焦虑，我觉得。因为她每天都会给我打电话，我觉得我已经比较心身疲惫了，这三年每天都会打，有时候就是特别难过。

23. Z医生：对的。但是她的**预后会比那些严重的病好**，真得了自闭症、精神分裂症还麻烦了，那是大麻烦，她慢慢就会变好，**争取她最后能够降到你这样的水平，可以正常的工作生活学习了。**

To Cure Sometimes, To Relieve Often, To Comfort Always."

"有时去治愈，常常去帮助，总是去安慰。

24. 来访者妈妈：嗯，好的。谢谢医生。

25. Z医生：不客气，我们会诊完之后让主诊医生和你沟通好吧？

26. 来访者妈妈：好。

27. 张道龙医生：谢谢你来今天访谈，表现得非常好，没问题。

28. 来访者：嗯。



【督导老师对案例进行整体回顾】

个案概念化

诊断是强迫症了。所谓看病看模式——家里那么高的焦虑，小孩也非常明显，但今天说的任何话我感觉都不太像精神分裂症，整个谈话过程中又笑，又得体，又害羞，又觉得愁眉苦脸的一个小孩，还担心自己长个子的问题。如果她说，“可能有个魔鬼在那，让我腿都变短了”，那是精神分裂症。人家说：“你看我现在长不高该怎么办”？这是正常焦虑，所有说的话没有一丝一毫是精神分裂症谱系障碍的特点，这种病人怎么能诊断精神分裂症？以前大约是凭症状学诊断的。哪怕她可能有类似的精神病性症状，我们已经重复多次说过，不能靠症状来诊断病，否则要么是误诊、要么是误治，更麻烦的是时间金钱都搭进去了，小孩身高也不长了。所以一定要正确的诊断治疗，误诊必然导致误治了。

关于停药换药的思路

这个患者用了这么强的抗精神分裂药物，还用了这么长的时间，当然不能一下把药量减下来，受体的蛋白质降解需要4到6周，所以不可能存在着“突然停药，一定要换另一种”的做法。因为一旦突然停掉，它会反弹的，现在还给她母亲打电话，你想还是焦虑的、还是多疑的，突然停下来之后，因为长期用D2受体拮抗剂，多巴胺受体就会反应性增强，会特别多，假如一下给她降成零，所有受体都开放，她对多巴胺的刺激会非常敏感，立马就变成多疑、妄想出来了，甚至幻视幻听，所以这个时候还是选用“完全拮抗剂”，只是用药性弱的，比如喹硫平。如果弱的她也受不了，经过三到四个月以后她继续有这种催乳素增加再换成阿立哌唑，等她这个药换完了，再去测她的催乳素是不是下降。如果这个过程出现下降，就不用做核磁共振了，但如果不管你怎么换药，她继续保持高水平的催乳素，那就需要怀疑患者是不是垂体还有别的问题。现在是从概率上讲，最可能的是药物所致的这个原因，那我们可以先去尝试改变，给我们的理论一个验证的时间，而不着急把检查都做了。我们不同意过度治疗，也不同意过度检查，该用什么才用什么。在美国这样的病人都达不到住院标准，强迫症不住院的，所以当然那钱都省下了。所谓的看病难、看病贵，是系统性的偏差，并不是真的看病难、看病贵，所以换一种医疗模式它就会好一点。



关于咨询的艺术与技术

咨询中是简单的说“你还能长3年”，我没有说长多少，3年长0.1和3年长10公分那不一样，3年长0.1公分我不用怀疑，因为很简单。**话，一定要说真话，但真话没全说**，鼓励她患者就爱听了，然后再告诉她“这个病比那个病好”，“不影响结婚生小孩、上大学的”。再告诉她：“父母都挣那么多钱，家里条件不错，我们混得一般就行了，城里80%的人能上大学，再差的也是50%能上”，**这样说的目的就相当于给她调整动机、调整认知，在行云流水的对话中用认知疗法和动机面询**，而不是写到治疗计划里：“我用CBT。”在对话过程中你就要去调整她。

她妈妈也是焦虑，那为什么在学校她就焦虑重、多疑，在家就没有？强迫症的小孩怎么能住校？她本来就会多疑，她焦虑高到一定程度的时候就多疑了。所以我一直反复说两个病：一个是边缘型人格障碍，第二个就是强迫症，特像是在神经症和精神症之间。

主诊医生总结

今天的督导我感觉到收获很大。

首先是关于换药停药我开始也有疑惑，喹硫平到底是否要现在加用，受体的问题确实是我昨天没有想到的，因为突然把帕利哌酮减掉之后，这个患者很可能精神病性症状加重，甚至达到一个阈上的水平，所以这是一个非常高的风险，必要要关注。

第二个就是磁共振的检查，因为我昨天的思路是这样的，我想这个患者她又是催乳素增高，然后又不长个子了，最大的可能是跟睡眠有关，但是我会有点担心，是不是跟垂体瘤影响她生长激素分泌有关，所以我就想跟她“过度”检查了，但是我理解到老师的思路是更加合理的，因为出现问题最高的概率就是由于帕利哌酮所致，而不是长了垂体瘤。如果我们从逻辑上面来分析的话，我们首先来解决她这个药物的问题，如果是催乳素下降了，那肯定不是垂体瘤。咱们就犯不着跟这个病人进行昂贵或者过度的检查了，这是第二个收获。

第三个收获就是我觉得心理治疗方面。老师今天非常具体的给我们展示了怎么跟患者和她的妈妈进行认知调整。因为我们也不能说得太负性，比如昨天我跟她谈论了需要降低高标准，要有合理的预期，这样有的时候患者听起来会给人感觉是比较负性——就是说“我不可以追求更高的目标了”，“强迫思维不可能100%的好转”，这些信息有些偏负性，但是今天老师除了说这一方面，还说到正性的一方面，就是“你这个病并不是最重的一些精神障碍，它比自闭症、精神分裂会好很多，而且她不会更重了，而且



它还有特效药可以治疗，而且还不影响结婚、不影响工作，只要我们选择一些合适她的工作，压力不太大的，脑力活动不太多的，就不会影响她日后的发展，至少能跟妈妈一样”。这些信息听起来就是比较正性的，但是又会提醒她注意有哪些方面需要注意。我觉得妈妈和她的女儿，这样听起来，她们内心就会更加的觉得有力量，也更加的愿意配合老师去做改变一些，这就是我的一些收获，非常谢谢老师。

督导点评

非常好，总结得很好。这是为什么我反复强调医生不能够纯生物，哪怕你给她开药，把这些心理、社会方面的调整加进去。实际上一个好的医生，一个坏的医生，根本不是左洛复的不同，这区别是在给左洛复之前做了什么铺垫，给了左洛复之后怎么跟患者讲解，这方面才是不一样的，并不是药片在起作用，还是医生在起作用，因为你是人对人的服务，这个部分不提高、不学习、不接受训练不可能的，所以我认为中国是240万医生全部都要经过心理咨询训练，否则就永远都跟先进的医学服务有差别，你就不知道什么是服务了，你只是把患者当成个机器，没有意识到这个部分的有用性。有一天你就会发现，那些所谓的大家、所谓的好的医生都有这个特点，只是他的人文精神非常好，你别忘了黄家驷、林巧稚，这都是美国回来的，所以他们就是会在这里受到人文理念的熏陶，核心能力不光是开药用药，不是那么简单的，而是怎么能够换一个角度去服务于患者。所以你要掌握这里的分寸，其中最重要的就是生物-心理-社会了。

道龙老师与主诊医生的这段对话，希望大家能够仔细的领会。

- 多少次我们总在强调“技术学习”，所谓技术，即“知识技能和操作技巧”，只关注掌握知识技能，而忘记在实践中应用时的软性发挥往往是我们的通病。我们一次次的向老师发问“想看到怎么做CBT”，“要知道到后期干预怎么做”，却忘记了我们每天每天都在与真实的来访者会面，每天都目睹着咨询真实的发生。每一次咨询的当下都是干预的过程。**我们是否是对真实的咨询视而不见，而总在想象什么才是真正的咨询。**
- 所谓“诊疗”不仅仅是“诊”所需的收集信息，更不仅仅是“断”来给出结果，每次我们与患者/来访者的相遇都是全方位的对他们进行的人文关怀，需要有“疗愈”的概念。**时时把生物-心理-社会贯彻进我们的诊疗思维当中才能真正“共情”他们的处境，个体化的处理患者及他们家庭的困扰。**
- 如果把技术比作硬件，那换句话说盖也好、买也好、租也罢，人想有个房子（硬件）并不是最难的，但人不是有了房子就有家的。我们咨询师要有能够把房子变成家（软件）的能力。**硬实力+软实力两手都要强。**



团队学员总结

这个女孩有一系列关于性的思维困扰，很多听起来奇奇怪怪的内容。昨天我们还问到她：“为什么会这样？”那么听到的是她的家庭资源非常优秀，是个非常成功的家庭，所以一直以来管教都是比较严格的，只要是干扰到她学习的所有的因素，她都会想要去排除。昨天访谈时我们和她谈到“人慢慢长大，肯定想要去谈恋爱”。她说第一次出现强迫性思维的时候，就是她觉得他们班有个男生会看她，这其实是一种正常的情感交流，妈妈虽说自己从情绪上能接纳，但始终在学业上非常强调她，说什么都会回到学习，所以这个孩子只要是想玩的时候，想男孩的时候，或者是看到谁的时候，她就完全把这些东西屏蔽掉了，所以她其实总会有这种“不可以，我不可以做什么事情，我一切以学习为优先，我要把这个学业作为我的首要任务”。妈妈昨天说了一句话挺有意思。妈妈说“我的孩子非常孝顺”，然后她说孝顺的下一句话说，“她病得这么重，仍然在坚持学习”。那这孩子是拿学习当孝顺，可见家里人对这个方面的要求是非常高，不断在强调的，所以她在这一点上的强迫症状以及对所有东西的排斥，都体现出了是在呼应家里的要求。因此上关于性的问题也好，还是对于自己的不放松也好，对外界的这种排斥也好，和她整个的环境都是密切相关的。

另外，这个案例昨天花费了很长时间，足有快两个半小时，其实这个案子的资料在一个多小时的时候已经很清晰了，我们明显的能看到是强迫方面的问题，但是妈妈准备了特别多的资料要向我们呈现，主诊医生打断了她两三次，说“资料已经足够了，我们不用看了”，但是她不断地往出拿，要给我们看。患者是个很会画画的女孩，也画得非常好，而且她在画里面表达自己情绪是非常明确的。从昨天和描述包括画里都能看出来，她整个的精神病性症状是由于强迫思维带给她的这种冲击，而整个的表现确实不是分裂症谱系带来的那种妄想、固执多疑的精神病性问题或幻听幻视。

所以昨天虽然花了两个多小时，但是从得到的资料，看到她妈妈的整体状态，加深了我们对女孩的理解，也使概念化做得比较完善，这也是我们昨天在访谈中的一个收获。

督导点评

所以说为什么咱们这个系统好？不就是有这种真实的病例。强迫症严重的时候也会出现这些精神病性症状，因为在神经症、精神症和之间，有的时候极端的话距离比较近，感觉听完了症状也不知道怎么回事。一旦看到了一个案例，就一辈子也不容易忘



掉，这样才能触类旁通、举一反三，所以为什么教学系统不能没有好的教材、好的督导、病人和学员，否则都是理论上说的这些东西，很难记得住。像今天这样的案例，他们家什么样，你会理解“苹果掉下来离树不远”的意思，时间长也就更加能体会了。不是说强迫症的人家里不能有精神分裂症，是概率上小；这些症状要先看强迫症能不能解释，不能解释当然可以得别的病了；如果两者都可以，那就要看是哪个概率更高。强迫症里很多人轻的时候会优秀，是因为他自己不能够原谅自己，所以焦虑的人都容易成就比较好，是因为他没法放松，但是过了一定的度就容易适得其反。就像你说精神分裂症的人聪明，发病前聪明，发病的时候就乱套了，所以这些都是相辅相成的。过去如果没有建立这些思路，那只是看到妈妈带女儿来看病，并不去了解妈妈是不是有问题，所以也不会去问。现在看到家里的精神动力，妈妈可以不是“病”而是特质，姥姥是怎么回事，患者是怎么回事，为什么她发病会早？现在是属于什么情况。这样一说，哪些是符合，哪些是不符合，脑袋里就比较清楚，概念化也就写得对了。

【现场讨论及答疑】

问题一：通过观察母女之间互动的感觉，似乎妈妈更焦虑一些，当女儿在描述症状的时候，这位妈妈的表情好像是不能接受的，她需要深呼吸才能够继续听下去，她女儿每说到一些类似这样那样症状的时候，感觉母亲心理很波动。所以看到这样的情况有没有可能比如指导她妈妈用药，指导她去接受咨询？

督导医生：对，有可能的，因为还是这句话，她自己是医生，所以咨询师来指导女儿，她就能接受或理解，道理是对的。如果她焦虑特别大，影响了工作、家庭生活，她也要用药，但是仅仅是焦虑，不影响上班回来照顾孩子，那她叫阈下症状，就可以先不用药，她毫无疑问有焦虑、有强迫。

问题二：如何区别精神分裂症和强迫症伴随精神病性症状？

督导医生：一般精神病性症状是在强迫症出现三到五年就可能出现了，所以我反复说这个，这甚至可以作为科研题目的。比如说帕金森症也是一样，不是帕金森的第一天就精神病性症状出来了，都是三到五年加重之后，所以一定是那个基底神经节发生什么改变而没有治，就慢慢变成症状越来越多。发病顺序不一样——精神分裂症是开始就怪，然后再还有点焦虑，“我怎么感到有人跟着我？！”，所以患者很焦虑。强迫症的



患者是先焦虑，然后才出现症状，不会是第一天焦虑，第二天就精神分裂了。这是个规律。就像人先得帕金森，后出现精神病性症状，绝大多数强迫症也是这样的，继发精神病性症状可以分得开。所以基底神经节、神经递质可能会互相有影响。怎么影响还没搞清楚，就发现五羟色胺、多巴胺之间是有关联的，不是两个独立的系统，这就是为什么严重的时候大脑就乱套了，所以要早治，当然就能够起到影响病程的作用，这是第一点。

第二点，就是这样的病人说起来怪，病史里说她感到“摩托车过去就把我贞操带走”，没问题，那听起来够怪了吧？我们说了要“相信加确信”，我经常像这样处理——假如我第一次碰到患者说这种事，我会问：“你知道女孩的贞操说的是什么吗？”她说：“贞操就是手指甲抹口红，你一下把我手指甲擦掉了”，那这纯粹是精神病，贞操怎么还能跟手指甲有关系？假如她说：

“我知道，那是说处女膜的事”，

“你说摩托车把处女膜吸走了，那房子隔着墙，那玻璃不也得吸走吗？”

“那说明它卷起来，好几级台风。”、

再问她：“这个事你信吗？”

那她精神病的时候，就可能会说：“当然可能了，那谁知道从哪个缝里，它就出个什么信号，拿铁钩子就进来了，这很难讲”，那这是精神病，因为她真的这样认为的。

今天这个患者说话之间你有这种感觉？这种青少年的感受，感受和妄想能是一回事吗？所以有很多人分不开是因为根本就不问清楚，听到症状就诊断。另外精神分裂症刚才说了都是以幻视幻听为主的，到今天怎么是以这种感觉为主了？那更得问清楚了，越不典型的时候，就需要询问，相信加确信，刚才我说的就是这个意思。包括帕金森，精神病性症状多是继发的，真的是有妄想但整个病程不一样，整体表现跟典型的精神分裂症不一样。今天患者的妈妈还说，压抑、睡不好觉，试问精神分裂症有几个睡不好的？而恰恰是焦虑障碍的人睡不好觉的才多。

问题三：怎么样区分强迫症的轻中重度？

督导医生：需要住院的都算是重的，手洗烂了，像我看过的一些病人。今天这个患者算是中到重度，还不是重度，重度就刚才说的把手洗烂了，根本就躲开学校，不能去上学这样社会功能受影响严重的。她还能坚持上下学所以还属于中度。轻中重度意思



就是社会功能受损的严重程度了，需要用药物治疗，不需要住院，那是中度；需要住院是重度；想自杀的是重度；不是今天患者说“我想象自杀”，是真想自杀，这样的是重度。中度就是刚才说的需要用药物治疗，只依靠心理咨询不行的。轻度的，就是多多少少有这些思维，就像一开始她看的医生这样，只用心理咨询就可以了，所以大致是这样，需要住院的是重度，需要用药加心理咨询的是中度，只需要咨询的是轻度，大致是这样。

问题四：这位患者是否需要做家庭治疗？

督导医生：患者需要心理治疗，而且家里不能再这么逼她。问题是这样，我们从接触病人开始，家长就已经知道了，那母亲就会主动说：“这个事我得控制我自己，看着她我就烦，你也给我治一治！”一定是这样，不是我们来建议她。“那我给你家庭治疗？”不是这样。明显家里人都焦虑，小孩也焦虑，这样的互动模式对孩子的预后不好。但在治疗过程中妈妈带着小孩来，她就会知道，“原来我也有问题，我也确实可能是在逼她，这个事我也接受不了，我知道不应该逼她，可是我控制不住。”那妈妈也才会来治疗，都是这样的。得先和小孩建立治疗关系，获得信任。咱们连这小孩还没看明白呢，也不知道对这小孩诊断治疗对不对，抓紧说你们一家子我们都治疗，她会想：

“这是不是想坑我们家？”“把我们家都给打上标签，你想干什么？”就变成这种结局了，所以你要知道为什么掌握节奏？一旦孩子变好了，母亲对你特别信任，我们再来说“我认为跟妈妈也有关系，现在看来模式也有问题，我们也给你做个评估，你方便吗？”她就会同意。所以你得治疗节奏，而不是看着她机械的说：“给你也治疗。我看你这好像焦虑还不止这样，她天生的，她爸有问题，那你把她爸也叫来，你姥姥好像也有问题，你妈妈是不是也有这个问题？……”你听听这像促销，像行销，这不太像医生。掌握好治疗节奏，最后才可能她家不止一个人来找你，我们在现实中也多是这样。

在本期发刊的这个月中，我们遇到了各种各样表现的“强迫及相关障碍”，为了帮助大家更好的理解诊疗思路，解决所谓面对强迫症治疗时“诊断易，治疗难”的困惑，以及在强迫症、精神分裂症等重大疾病之间的鉴别，我们特别选择了本案例来进行讨论回顾。

案例当中道龙老师关于用药及咨询的讲解，对症状的解读及访谈当中娴熟运用的各种认知调整技术、人文关怀思路尤其值得我们再三回味。



全科医学

家庭的长子前来寻求会诊帮助，面对预后极差的晚期癌症父亲，是激进地化疗和手术，让患者忍受化疗药物所带来的副作用？还是选择姑息治疗？男子犹豫不决……是否可以寻找到“人伦”和“科学”之间的平衡之策？下面请看本期由美国全科钟丽萍医生和精神科张道龙医生共同会诊的“医疗之家”全科案例。

死亡面前何为孝 ——一例胃癌患者家属的远程全科临床咨询

作者 | 钟丽萍 医生
张道龙 医生
责编 | 肖 茜 医生

患者：64岁男性，已婚，退休国企管理人员。

主诉：因“发现贲门癌2个星期，家属寻求如何照护和宽慰患者”来诊。

现病史：患者1年心脏支架后，服用抗凝药（阿司匹林+波立维）。2个月前主因“上腹部隐痛不适伴食欲减退”于某县医院就诊，按照抗凝药所致消化道出血治疗，效果不佳。2个月来患者感觉上腹正中剑突下方疼痛，为持续性隐痛，腹胀，偶有反酸和暖气症状，无进食哽咽感，症状于3周前加重，便血、便不成形，就诊某三甲综合医院，电子胃镜检查示胃溃疡、慢性胃炎，因未停用双抗药物未取活检。发病以来，食欲减退明显，体重下降10kg。2周前转至某肿瘤专科医院就诊，诊断为“进展期贲门癌”，收入院。患者于本周进行第一次新辅助化疗：静滴奥沙利铂+紫杉醇，口服替吉奥胶囊（20mg，3粒，bid）。一周后再次进行化疗，3个月后评估手术风险。

既往史：2017年心脏裸金属支架，服用阿司匹林+波立维（氯吡格雷）一年。否认幽门螺旋杆菌感染病史。

家族史：孤儿，家族中肿瘤病史不详。

个人史：孤儿，自幼在福利院长大。文化程度低，70年代工伤后，进入销售岗位，因业绩突出，逐渐担任国企管理岗位，管理几百人的公司，工作尽心尽力，目前已退休，即使生病住院也在操心公司运营情况。已戒烟10年。40岁左右，工作压力大，每天吸烟1-2包，持续十余年，后开始戒烟。应酬饮酒，酒量小。喜欢进食腌制类、烤制的肉食。

育有两子，大儿子39岁、小儿子32岁。患者对儿子们要求严格，目前与老伴同住，



北大出版社官方旗舰店
购书请扫码

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



距离小儿子比较近，平时帮忙照顾孙子。患者及老伴对病情具体情况不知情。两个儿子不知道给患者转达病情，怕打击他的治疗积极性。

体格检查：远程访谈未采集体格检查信息。身高：170cm 体重：67kg BMI：23.18。

辅助检查：2018年12月，血常规检查：WBC： $5.63 \times 10^9/L$ （4.0-10.0）；RBC： $3.64 \times 10^{12}/L$ （3.5-5.5）；HGB：106g/L（120-160）。白蛋白：48.5g/L（35.0-55.0）。乙肝表面抗体、核心抗体均阳性。肝功、肾功、血脂、血糖、电解质未见异常。肿瘤标志物升高。大便潜血（+）。

电子胃镜检查：

镜下诊断：1、贲门溃疡（结合病理）；2、慢性浅表性溃疡。

病理诊断：中-低分化腺癌，部分呈印戒细胞癌，Lauren 分型：混合型。免疫组化结果显示 HER2（1+）。

腹部+盆腔增强CT示：贲门、胃底胃壁不均匀增厚明显，较厚处约12mm（IM52），病变累及浆膜面，明显强化，No.1、2、3多发增大淋巴结，最大径线10mm（SE6 IM53）。周围网膜模糊密度增高。肝脏、胆囊体积小，壁增厚强化同前。右肾小囊同前。脾、胰腺、双肾及双侧肾上腺、膀胱、前列腺及双侧精囊腺未见异常。扫及骨质未见明显异常。余无特殊。印象：符合贲门癌改变，cT4N1Mx。**腹腔镜检查**示腹膜种植转移，肉眼不可见，显微镜下可见。**颈部淋巴结+锁骨上淋巴结+颈内静脉超声：**双颈部、双锁骨上未见肿大淋巴结。

概念化：患者家族胃癌病史不详，C类人格特质，工作精益求精，娱乐较少，饮食结构中腌制类及烧烤类肉制品进食较多，10年吸烟史，心脏支架病史，40岁左右就出现慢性胃炎胃溃疡的症状，个体并不重视。本次起病，已是贲门癌进展期了。TNM分期cT4aN1M1，病理组织类型大部分为腺癌，部分印戒细胞癌。腹部探查有腹膜种植转移迹象，临床病理分期IV期，5年存活率2%。这一时期的贲门癌行手术治疗往往难以实现根治性切除，所以患者的预后普遍较差。

诊断：胃贲门癌—中-低分化腺癌

主诊医师：谢兴伟

日期：2018年12月21日



【开场白】

在末期癌症临床当中，像疼痛的减轻，怎么跟病人家属交流，不仅关心病人还要关心家属，形成共同的一个团队，大家有共同的愿望，在最后的时光，让病人能够安安心心、舒舒服服的度过。或者尽量减少他们的痛苦、满足他们的要求。这个也是一个循序渐进的过程。希望通过这个平台，把这种理念给传播出去。因为我们都应该有尊严的死去。很多情况下，到临死之前，做各种各样的不必要的治疗，其实都是徒劳的，除了给病人带来很多痛苦以外，给家人也带来很多的痛苦，还有经济上的负担。在这个方面，我们有很多值得提高的地方。

【会诊实录】（Z 医生：钟丽萍医生；D 医生：张道龙医生）

1. 来访者：谢谢二位专家在百忙之中给我父亲做一个会诊和帮助。
2. D 医生：没事。你是他的大儿子还是二儿子？
3. 来访者：他大儿子。
4. D 医生：现在你最想让 Z 医生和我来回答你什么问题？
5. 来访者：像刚才谢医生提到的几个问题，也是我和我的家人最关心的。比如说第一个，如何让患者更有信心？因为毕竟我父亲是现在这样的情况，我觉得他可能表现出来的是非常的自信，心情各方面让我们看起来也是非常不错，但是我还是觉得从他的内心角度来讲，有一部分是他刻意的表现出来的。
6. Z 医生：是。这个其实很普遍的，我们总是报喜不报忧，然后大家都是把阳光的一面、开心的一面呈现给人家，尤其是你对他越爱护，越有爱心，你就越想不让他遭受痛苦，所以你就想隐瞒这个事实给他更多的信心，从病人的话，事实上作为一个正常的人，我的思维是正常的，我住在肿瘤科，然后像他这么多年也是做行政领导的岗位，见识也是很广的，你觉得他会不知道自己没有得癌症吗？这个可能性比较小。他又有体重的减轻，又接受化疗的药物治疗，所以像他这种水平和资质的人，他不会不知道的，所以基本上呈现的这个现状就是，你想隐瞒他，他又想隐瞒你们，假装不知道。事实上他如果有什么需求，或者有什么担忧，他也不敢向你们表达出来，他想让你们看到的就是他开心的一面，有信心的一面，变成是**两方都在欺骗**。我可以稍微讲一讲，在美国有一点值得借鉴的地方，就像刚才谢医生说的，**征求病人的意见**，比如



说你现在得了这个疾病，**你想知道多少，想自己做决定，还是让我们家属来做决定**，或者全权交给我们你就不管了，还是你想明白自己得的什么病，或者你想明白我们治疗的计划，想参与进来，我们可以根据他的态度，判断到底是把事情的真实告诉他，还是不告诉他真相，一般像你父亲那种人我猜测，说不定他说我想知道，如果大家打开天窗说亮话，我们没有那层顾虑的时候，接下来就是怎样让他更加舒服。因为有的时候，如果他有疼痛，他又怕你们知道他知道了这个癌症的病情，所以说**不一定不敢向你们表达，反而让他忍受痛苦**。然后他**可能有一些没有完成的愿望想去实现**，但是如果跟你们说出来，好像你们又把他当成是我对这个治疗没有信心，觉得死亡临近了，**怕你们担心他，把他的这种愿望压抑下去**，这样对他事实上没有太多的好处。我觉得根据他的态度，跟他**开诚布公**的可能要好一些。你觉得呢？

7. 来访者：嗯.....这个问题，您说的太到位了，也是我们家人吧，包括我父亲一些非常要好的朋友，基本上每天在讨论，就是我们自己也是非常纠结和矛盾的。

8. Z 医生：我知道。

9. 来访者：现在我父亲的状态虽然是一个 T4aN1M1 的晚期，但是从外表上看起来，包括他的体力和精神状态，应该说看不出来这个的，他自己心理感受可能也不是像晚期的这种，包括医生和我们说的都不像那种状态，所以.....嗯.....我们现在也是处在并没有做好打算开诚布公的把所有真实的一面都告诉他（**患者家属抗拒告知实情**）。

10. Z 医生：**你可以分期的，不是说把所有的东西都告诉他**，比如“你的预后很不好”，或者是“存活率很低，然后不可能治愈”，你可以选择不把所有这些情况告诉他，**但是至少大家开诚布公告诉他是怎么样一个疾病**，比如说是胃癌还是胃溃疡，可以至少让他知道，自己得的什么病（**告知家属具体如何分步骤进行病情告知**）。因为我觉得像这种情况，不管处在一个什么样的情况，家人和自己都是有这么一种希望，希望可以治愈，但是我们同时也要讲究科学，我不是说要给你一种打击，所以有时候其实对医生也是一种挑战吧，你能够告诉病人多少？能不能把所有的最不好的信息都告诉病人？还是说同时你要给他一点希望，而你**这种希望是你给他真实的希望，还是一个够不着的希望，这个也是一种艺术**。不是说我们每个人都可以做到最好，但是我们尽量做好，比如说像你说的这种情况，我们可以不告诉他所有的信息，但是**至少告诉他这个方向，是这样一个癌症**。比如说告诉他如果你要做**化疗**，我们下面会有所有这些**副作用**，有可能有的，也有可能你的副作用比较



小，你愿意做什么样的选择？或者有的人如果处在你这种情况，他是怎么选择的，比如我就选择**不做化疗，回家跟家人在一起**，然后**进行症状控制**，或者是我还有什么**未达成的愿望**，我想去实现，比如说我要到某个地方，我要去拜访一下什么人，说不定他想先实现这些愿望，而不是说我在医院里躺着，一直就是吃这些化疗的药，打化疗的针，到最后就是动也动不得，吃也吃不得，所有的身体状况反而比没有化疗之前要差，所以这个你要跟他商量，然后看他愿意知道多少（**告知患者不同的治疗选择之间，各有什么利弊**）。然后跟医生也要有沟通，比如说他有 Her-2 的这个指标是阳性，如果说在化疗的时候，能不能加上靶向的药物，现在其实我们统计的数据和根据这个治疗的方案的话，我们有一些**靶向药**，像刚才提到的这个 Her-2，还有一些别的 PD-1，这些靶向的药物，事实上效果不是太好，如果说治疗和不治疗，**他这个生命的延长时间也就是两到三个月的区别，没有本质的区别，同时还要化疗，化疗的药物副作用是很大的**，所以你在这个期间要平衡一下，到底**值不值得去忍受这些副作用，而对他的存活率没有太大的提高**。或者你相信会有一个奇迹发生，每个人都会有这种愿望，但是这个奇迹的可能性有多大。希望有这么一个医疗的团队帮助你们看清楚这些东西、分析这些信息，**家人和病人最终做出一个决定（与患者家属探讨是否值得为了疗效不佳的治疗而忍受副作用）**。

11. 来访者：谢谢 Z 医生。刚才您说的这些都是很到位，也是我们特别关心的一些东西。就是我们现在的情况我想简单的跟您介绍一下，我父亲这边基本上知道自己的病情，但是不知道自己的严重程度。因为一进到肿瘤专科医院，像您说的专科医院内科的这种病房，里边的病人全都是化疗的，没有办法隐瞒的。
12. Z 医生：对。
13. 来访者：目前来讲，他是接受这个化疗的，而且态度也是比较积极的。因为从表情上看，他可能会隐瞒，至少是从饮食结构上面他是积极的配合我们的，因为白细胞可能在迅速下降，他愿意一日多餐，多吃一些这种蛋白质含量高的食物，每天非常的积极，这也是我们乐于见到的。您提到的第二个，就是 Her—2 的这个靶向药的问题，靶向药也是我们特别关心的一个技术上的问题，这个我们实在是没有办法了。医生跟我们的答复，市面上没有一种靶向药是能针对我父亲的这种状况的，所以说这个我们也没有办法。
14. Z 医生：靶向药效果不是很好。



15. 来访者：对。这个有的话可能也效果不好，但是现在是没有，都没有试的机会。第三个就等着奇迹发生，这个目前的化疗方案，因为我不是医生，我可能也没有那个判断的能力。但是从我的个人感觉上来说，医生是在用我父亲的这个身体素质来赌一个奇迹的发生。他身体素质比较好，他们用药用得非常强力，非常激进，就是为了在三个月之后能争取到一个手术的机会，这样的话病人能多活个一两年或两三年，这是医生和我们大致交代的一个情况。目前基本上是这样。
16. Z 医生：这个手术也是要特别小心，**根据他的这个组织的诊断**，如果我们说分化越低，就是说它跟这个成熟的细胞相像就越低，它恶性的程度就越高。所以像他这个皮囊胃，再加上这个组织上的分型，**其实都是预后很差的一个指征**。我们很难做决定的时候，你就把自己当成病人，比如说我总会想，如果是我自己，我会想要一种什么样的方式，不完全可以代替别人，但是至少从你的角度考虑别人的问题，因为你会对自己很负责，然后你了解自己想要什么样的生活方式，这个要根据情况而定。比如说像你父亲，**如果说他能耐受这个化疗，然后他的副作用也不是很大，那当然我们是要化疗的，如果说他这个化疗的过程中出现很大的副作用，然后如果用的药又很大，到最后白细胞降得很低，说不定到最后出问题不是出在癌症，而是出在感染，这是以后接下来的并发症是很多的，一般像这种情况，不能这样赌的，这不是一场赌博，你要有科学的依据的（根据患者的癌症病理分型，属于预后差的类型。即使做手术，仍然预后差。而且激进的化疗方案会引起感染的风险，不可赌博）**。
17. 来访者：行，谢谢您。这个，您这建议我觉得挺准确的。但是，除了这种办法我们可能不知道该怎么办了。现在唯一的看到比较好的，第一期化疗已经过了，今天已经过了3天，基本上没有副反应，这一点我们觉得还是比较高兴的。
18. D 医生：对的。我来说两句你怎么去跟他交代这事。我同意刚才Z医生说的话，医生是赌明天，你是赌生命了，不跟医生对赌了，很重要的一点是，如果医生的意见是说做三个月的化疗，然后再决定能不能做手术，但是你现在的**病理分型已经出现转移的情况，那预后到底是多长时间？请医生先搞清楚不做化疗、不做手术大概生命还有多长时间。假如医生说要什么都不做的话，估计是两年。如果说做完手术也可能是两到三年吧，这就有问题了。为什么？当初说什么都不做的时候说两年，那做完手术，在这样的身体状况下，还只能活到两到两年半，手术岂不是毫无意义了，因**



为手术本身还有做坏的可能，做好了的区别不大，那当然不能去赌这些。说父亲的身体素质好，也许能经得住手术，但我们不能去赌，也得跟你父亲说实话，告诉他“这种情况下医生说了做不做手术延长的时间都差不多”，由父亲他自己来做决定，你不需要做这种决定了。这是我说**第一点关于跟不跟医生赌，不要赌身体素质，也不要赌医生的经验**，一句话就是**你的手术或者化疗对延长生命到底有没有统计上的差别**？如果说就差两三个月那显然没有必要做了，这跟身体素质好不好没有什么关系（**分析手术到底对延长寿命有多大好处，根据循证而非个人经验来判断是否应该手术**）。

第二，当你跟老父亲说这些坏消息的时候，换个方式去说，我给你做个演示你怎么跟他去说，然后你再看你的具体情况怎么说（**展示如何传递“坏消息”**）。比如：

“估计现在你已经知道你是什么病了，因为一开始你这个癌症跟你年轻的时候喝酒、吃那些烤肉和抽烟这些习惯有关，它就会让你的溃疡变成恶性了，现在咱们看起来是恶性，这是坏消息了（**第一步先说坏消息**）。但是好消息是什么？医生说这个药、化疗能做完之后，能够改善愈后，**使你能够延长生命很长时间**，也可能奇迹发生会变好，也许不变好，但总是治比不治看起来要好。我们什么时候能知道？就是在你能够耐受的前提下，医生说做两三个月化疗，那我们就知道了，所以那个时候我们再做决定要不要往下去治疗（**第二步再传递好消息**）。

这样去说有这么几个好处，**第一**告诉他，是得了个肿瘤，是来自于溃疡的恶变，跟长期的饮食习惯有关，意思就说我们不用现在去后悔，不是**现在**谁做错什么。**第二**就是两三个月下来坚持住，鼓舞他，那我们就知道结果了，是好是坏。**第三**，你要治疗这几个月，意思是你现在别想去工作了，也别想去回去努力加班了，该做什么做什么，但不是直接说“你就不能再回去了”，而是说我们治着看。那他知道了，这两三个月不能去工作，**两三个月到了的时候再跟他讲**，医生又说了，现在等于是这个**疾病还得接着治，或者治不治的区别不是很大**，但是您这身体素质比较好，靠锻炼、靠饮食调整就行了，这药已经试了三个月了，那下来治不治没什么关系，手术效果不好，手术创伤太大，医生说这个病在这个阶段不适合做手术了（**第三步演示如何循序渐进让患者接受治疗、不继续加班工作；最终不能手术时又如何告知**）。**避免**谈到恶性，**避免**谈预后不好，**避免**谈可能很快就去死亡，不用这



种字眼，但是得告诉他，**我们现在的治疗跟不治疗之间有多大的差别，有效就去做。**你现在的治疗影没影响他的生活质量，如果我一共就有三个月或者一年时间了，我还有六个月让你吃得连拉带吐，那意义都没有的了，钱也花了，罪也遭了，最后你并没有延长生命，这些事都必须得跟他说实话。一共就剩一年的生命周期了，六个月是生活在药物的副作用中，而且还倾家荡产，那你干嘛要去做？所以这些事必须要**基于科学根据（不可赌博式医疗）**，就是说你这种疗法在这个时间，这样治疗到底能不能改善，第一他生命的周期，第二降低生活质量。但是一定不要这种想法：“他素质不错，我试试吧，赌一赌”，因为这样做决定你很快会后悔，人财两空，最后他也没有什么生命质量。**这样说那我们是不是意味着不治了？并不是这样的**，意思是不能积极治疗了，积极治疗的意思就是化疗、手术已经没有意义了，但是**姑息治疗**，进入**临终关怀阶段（不化疗和手术≠不治疗，而是力图缓解患者临终痛苦）**，那期间就可以让他改善生活，止疼药，帮助你改善食欲，帮助你睡觉，帮助你降低焦虑这些药都可以使用了，等于是你不再进行积极治疗，进行姑息治疗，那等于提高生命质量，这样才有意义，何必知道最后一天还去住院、还去做这些副作用，然后你手不手术意义不大了，所以一定跟医生去谈具体事项，但尽量不要用赌，有效就干，没效就不干，难受就不做，舒服就去做，都要往这方向去做，如果你到了癌症晚期，这样清楚吗？你把握这个思路就讲。

19. 来访者：好。
20. D 医生：不去用最决绝的词，但不是不让患者知道，更不是说些模棱两可的话，因为万一他就只有一年的时间了，或者是一年零两个月，让他遭那些罪干嘛？等于变成人财两空还遭罪，所以一定要干有意义的事。能把握这原则吗？如果你们不知道怎么去说，找个医生或咨询师先练一下，听听这样说能不能听起来不是那么感觉失望，这样清楚吧？
21. 来访者：好的。现在这个情况吧，这可能有中美文化的这种差异在里边作祟。
22. Z 医生：对。
23. 来访者：这个积极治疗是我们家属这面主动要求的，实际上医生那边可能像张大夫说的，医生也是非常负责的，他那边**可能就已经开始主张不要再做手术了，但是我们家属这边心里这道坎过不去，还是希望尽可能的……**
24. D 医生：不是文化的差别，因为你们是医盲，是没文化的表现，这个事情这样做你



以为是好事，但是你在干坏事。让病人最后这一关在剩下的生命的 12 个月里，我让你一定不好好过，你等于在干这件事。

25. 来访者：对。

26. D 医生：你的心里有坎，你们得找心理医生去治疗，不能去坑患者，因为这是你的父亲。**这不是文化的差别，这是文化素质低的表现。**医生的话你们听不进去，非要自己乱做主张，等于是你在降低对方的生命质量，是坑害对方，**把对方最后剩的 12 个月或者 24 个月，让他不能好好过，然后自己心里舒服了，别人遭罪了（直接指出不明智的选择和患者家属的思维误区）**，能那么做吗？我们应该像对待小孩一样，你自己家的小孩有病什么道理？宁可你遭罪，让小孩舒服。怎么到了父亲这，宁可你心里舒服，让患者遭罪，这不对的。所有的化疗都是毒药，毒害身体。通过这个毒，把那个癌细胞毒死，那为什么正常的白细胞会下降？白细胞里又没有毒？因为给他投入的治疗药物是毒药——化疗药物就是化学毒药。

27. 来访者：对的。

28. D 医生：要给对方“毒药”，下毒的时候，那得搞清楚为什么要下毒？一定是对对方有利。所以你的想法应该倒过来，原则是“我父亲有利了，延长他的生命，或者提高他的生活质量”。答案一定不能是因为“我心里有道坎过不去，我给他毒一毒我心里舒服”？！那能对了吗？这逻辑上就讲不通。所以记住，这不是中美文化的差别，这是有科学素养和没科学素养的差别，所以尽量往这方面过渡，你的问题去找医生解决，找心理医生谈心，但是前提是不要坑害自己的亲人，这是原则，中国很多这个坎过不去是这个原理（**指出作出不明智选择的根本原因——科学素养不足**）。清楚了？

29. Z 医生：所以就是像你这种思维，就是很多人都是这样子的，如果说就像 D 医生说的，换一种方式来思考，比如说把自己当成患者，比如说你想要自己经历这样一个过程吗？我总会想，如果是我自己到了这个程度，我愿意去接受化疗，然后让剩下一个月，一年，过着好像地狱般的生活，又吐又泻，也睡不着，也不能安静，然后这里也困难，那里也困难，这里也痛那里也痛，然后又感染什么的。每个人的想法不一样，**事实上我们有时候为了“延长别人的生命”，其实是为了宽慰自己。**如果你这样想，就可以把 D 医生的话弄明白一点，因为我心里觉得过意不去，因为我父亲才 60 多岁，我舍不得他离开，我就想延长他的生命，事实上对他来说是一



种遭罪，对我来说是一种心里的慰藉，我觉得我做了一些什么，到最后如果发生什么事，我不至于感到内疚，或者说我不至于在我父亲得癌症的时候，晚期的时候没有给他足够的化疗，没有给他机会，你总会想如果我这样做了，会不会他就会延长多久多久，所以你是用这种思维去思考、去想问题，你总会觉得我一定要尽最大的努力，哪怕是花掉最后一分钱，我哪怕请世界上最好的医生，我把治不好的病也要让奇迹发生，这是没有讲究科学的依据了（癌症患者家属常见的认知：避免内疚感）。我们这样说，都是基于这个病情的预后和他这么多实验或者研究发现这个预后是什么样的情况，是用一种比较科学的方式去思维，而不是从我个人的舒不舒服，有没有内疚感来思维，所以 D 医生是这个意思。

30. D 医生：嗯。

31. Z 医生：如果你这样去想的话，你就会想得通，事实上到最后你不是说爱护他，变成是一种自私的表现了，如果说你是一味的去让他承受各种各样的痛苦，只是为了延长那几个月没有质量的生命，如果你这样想的话，就会觉得宽慰一点，你就知道是怎么回事。

32. D 医生：对的，就是一切跟医生谈，能不能有效的延长生命，能不能让生活质量不下降的前提下，那养的方案才能选择，不要从你的心理的感受决定，那些心理的冲突咱们自己找心理咨询师解决就好了，大致就是这意思。这样清楚吧？这样他能够在最后这段时间有一个高质量的生活，就是医生告诉你这么干绝对有效果你就去做，没效果就不要强求，千万不要因为我们家里有几个兄弟商量商量再积极一点治疗，不能那样。关于治不治这样的决定，哪种方案最好，治疗有没有效，让医生去做决定，否则你把这角色全搞乱了，你变成逼医生去给你治疗，你非要用就给你用，最后变成这样的了，所以你要换个角度想问题，就是参与他最后医疗方案的同不同意，但是它有效没效多去找实证，多去听医生的，这样一般就不会错，如果你信任这个医院和医生，这样清楚吧？

33. Z 医生：对。事实上你的目的，应该从改变奇迹的发生变成能够面对这个现实，然后怎么样让父亲能够在这有限的时间里活出他的精彩，活出意义来，最好是少经历一些痛苦，你要把你的目标要转换一下。因为事实上不管有没有奇迹发生，我们都知 道，这是不可能治愈的，而且预后是很差的，所以你如果知道这个预后，知道你的目标以后，再做决定就没有那么难了。所以你的目标应该转换成我不是要治愈，



我是要让他舒服，要有质量的生活。如果说你让我活 100 天，然后活得非常的凄惨，我愿意选 1 天活得精彩。如果说你自己愿意这样做的话，那就应该把这种思维也用到你父亲身上，不能是我自己愿意活的精彩，我不愿意去承受这些痛苦，而让父亲去承受痛苦，就为了让你们心里感到舒适。因为你尽到了做儿子的责任，应该这样思维的话，做决定就不会那么难了，就能够采取一些，我们根据科学来决定。

34. D 医生：对的。
35. Z 医生：这样对你有帮助吗？
36. 来访者：很有帮助。但是我现在需要一些时间吧，去处理这个事情，我会想一想，和家人多沟通一些。
37. D 医生：对的。家里开一个家庭会议，因为不止你一个儿子，尽量把大家都叫到一块儿，商量一下，讨论一下该怎么去说。
38. 来访者：好。
39. Z 医生：说了几遍，说得比较好了，听起来不扎耳朵、不刺激。最后就是他愿意治，那就最好，如果有效果那就去做，不在纠结中浪费机会。因为根据现在的病理报告来说日子所剩无多了，剩下的时间都跟儿子、孙子在一起多待一下，而不是把这时间都耗在医院里，天天研究医疗方案，把你们全家都搞成医学院毕业了也没用。不是这样的，家庭好好过家庭生活（享受最后时光，不浪费在医院里），那就抓紧做你能做的，该怎么处理就怎么处理，这样比较好。因为时间关系，你还有其他问题要问吗？
40. 来访者：行吧，有什么事情我和谢医生保持联系吧。非常感谢。
41. D 医生：好的，谢谢你们来参加访谈。
42. 来访者：谢谢。

【两位医生对案例的总结和体会分享】

第一，作为成人，竟然**我们的医疗系统里能拒绝让患者知道自己的病情，本身是违法的**，在中国的法律也不允许这么做，之所以这么做就是传统，而且是传统那个不文明的部分、不发达的部分、不人文的部分，就让一个成人，在死之前竟然剥夺他的知情权，我们的法律都告诉你有知情同意了，所以这是违法行医。千万不要说文化的差别，这是一个法律的认知的差别，这是人文的差别，这是科学素养的差别，跟文化没关系，



文化只是借口。

第二，除非患者主动放弃这个权利，让家人做决定。否则你必须得让他做出这选择，现在等于是全家替他做出选择，这是我说的既违法，又不人道的部分。

第三，就是我们今天反映出另一种，那就是医生专业素质的差别。谁来做医疗决定？显然不能是家属做决定了，医生有医生的原则，在美国这要被吊销执照。你做了你不该做的事是不可以的。家属可以研究做不做、治不治，但最后怎么治，方案不能是家属说积极就积极，家属说手术就手术，哪有这种逻辑？所以这是专业素质有问题。临床干预有意义才做，没有意义坚决不能做，医生得有自己的专业性指导意见。所以通过看这一个案例，反映出的是方方面面的问题，不能和稀泥。不是说因为大家都做就可以，我们的法律也慢慢地走向更完善的法治阶段，这些实际上在中国的法律都已经是有的，必须要这么做，只是在执行过程中有文化的差别，那我们得怎么样让全社会都普及，怎么跟患者用一种让他能接受的方式来沟通，这个是我们进步的。

总之，作为医生，既要有人文精神，还要有科学依据，有法律意识。只有在这样的情况下去行医，才能保证正确。有压力解决压力的问题，而不是倒过来，因为有压力，所以可以违背人文、违背科学还违背法律。不是因为文化和亲情，“我就得这么去做因为我害怕医闹！”那更不能这样去做，这样就从医生的角度是自私了，我们要坚持我们的原则，才能成为比较好的规范化培训出来的医生。



心理学人

如何传递“坏消息”

文稿编辑：谢兴伟 医生

如何向患者传递“坏消息”

没有向患者及其主要照顾者提供真实信息会造成患者的紧张和恐惧，对未知的恐惧常常会让患者怀疑和拒绝治疗方案，也会降低患者耐受疼痛的阈值水平。有可能导致患者在最后的一段日子里没有充足的时间处理自己的事务。

因此医师和家属应该给患者留出充足的时间慢慢消化有关疾病终末期阶段的有关知识，并给他们机会对将来可能实施的死亡干预措施做出回应。不要告诉患者不切实际的希望，比如“放心吧，您肯定能好起来的”。可以询问患者“如何看待自己患的疾病”“觉得自己病得有多重”，告知病情的时候，要循序渐进，应该一点点告知疾病的真相，帮助患者和家属在下一个打击来临之前站稳脚跟，逐渐接受事实真相，而非一下子被打倒。

定期尝试与患者进行沟通，而在患者作好准备时，再告诉他们进一步的信息。最好一次仅提供少量信息，而在确认患者的沟通欲望后继续进行。

以下话术可以用于判断终末期患者的需要和愿望：

- ✓ 您最害怕的是什么
- ✓ 在最后这段时间里您最想做的是什么事？
- ✓ 您觉得最重要的事是什么？
- ✓ 我应该怎么帮您做到这一点？
- ✓ 这个病对您而言最难接受的一点是什么？
- ✓ 您的家人（妻子、儿女）是如何应对您的疾病的？

将患者的注意力从对抗死亡转移至这些需求或愿望，某些患者在去世前可能会强烈地希望能完成某件重要的工作，挽回某段疏远的感情，或者造访某处特别的地方。与患者沟通时，使用积极的语言，可以帮助他们更积极地生活下去：

- ✓ 我会帮助您尽量不那么难受
- ✓ 我会努力保证您的生活质量
- ✓ 我会帮助您在最后这段日子里活得更有意义



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





✓ 我会尽一切努力满足您留在家中的愿望

预立医嘱

相当多的患者会选择毒副作用强烈的化疗方案，仅为了略微增加治愈的可能性，或多延长几个月的生命。事实上，他们做出这一选择很大程度上是听从了医师的建议，尽管其生命中的最后时光是痛苦的。因此，患者指定自己的医疗代理人，在自己功能丧失不能做出医疗决定时获得希望的医疗方向，减少在自己临终前接受额外的医疗操作。

生存愿望嘱托书

我希望自己能活得长久，但并非不惜一切代价。如果我就要无法避免地走向死亡，并且我已经失去、也没有机会恢复与他人进行交流的能力，或者我正受到剧烈和无法逆转的病痛折磨，我不会希望自己的生命再继续延续下去。那时我会请求你们不要对我进行手术或复苏。

我不希望接受机械通气、加强医疗，或其他一些延续生命的治疗手段，我更希望医疗能让我过得更舒适，帮助我尽可能地与人交流，给我带来平和与安详。

为了保证上述愿望能得到正确的理解和实现，我授权_____代表我与医师和保健人员协调一致，接受、计划和拒绝相应的治疗手段。他了解我对生命的价值观、懂得我会如何权衡失能、痛苦和死亡。如果在必要的时候无法联系到他，我授权_____作出上述决策。我已经和他们讨论过自己对于临终医疗的愿望，我相信他们能够代表我自己作出相应的判断。

此外，我已经和他们就我的医疗选择讨论并作出了下列特别要求：

(具体条款内容等略)

日期：_____ 签名：_____
见证人：_____ 及_____



聊聊“天边孝子综合征

文稿编辑：肖茜 医生

“久病床前无孝子”的人伦悲剧常令人感慨唏嘘，而父母病重，离家多年的子女从远方赶来病床边照护，就一定是一幅暖心和谐的画面吗？在很多医护人员看来，恐怕不是。恰恰相反，在他们眼中，这些远归的子女们可能是另一种“病人”。在美国，这个“病”甚至还有一个温婉名字——加州女儿综合征（Daughter From California Syndrome）。

故事源起于三十年前的北美洲，一个重病且老年痴呆的病人被收住入院，她五年未见的女儿在得知消息后，立刻从远方赶来医院照顾。时隔五年，母女终于阔别重逢。看到昔日健康的母亲病得如此严重，甚至连自己都认不出的时候，女儿才恍然惊觉，原来自己已经错过了太多。于是愧悔交加的她采取了一系列“补救措施”：在治疗的过程中，尽管其他家属已经决定采取让病人舒服的治疗方式，她却要求尽一切可能维持患者的生命，撤销由其他家属签订的拒绝心肺复苏抢救（DNR）的同意书，并且威胁医生，要求将患者立刻转入ICU，否则就起诉医院……

“加州女儿综合征”的叫法，于是这一叫法也就慢慢在医护人员当中扩散开来。要注意的是它并不是一种被正式收录的疾病，只是在医护人员中流传的一种调侃说法。为了避免地域攻击，台湾医生给它起了个更客观贴切的名字——“天边孝子症候群”。“天边孝子”们往往出现在重症监护、姑息治疗或老年医学领域。此病的常见“症状”是：

- ✓ 常年不在患者身边，在病人接受治疗（尤其是重症治疗）时突然出现；
- ✓ 急切地表现出对病人的关心；
- ✓ 挑剔医疗团队的治疗，要求对病人采取激进且不适合的治疗方式；
- ✓ 责怪平日照顾患者的亲戚，埋怨他们“照顾不周”……

谁解“天边孝子”心？

有人可能会吐槽：这种家属着实让人头疼，打乱医生的节奏，影响患者治疗，浪费重症医疗资源……但如果你换位思考，就会发现，这种现象其实本是人伦之常。“天边孝子”们常年离家在外，不能陪伴在亲人身边，很有可能还肩负巨大压力。当突然见到昔日健康的亲人身患重病时，这种反差让他们一时间难以接受，从而对治疗产生不切实



际的期待。同时，由于不想留下“树欲静而风不止，子欲养而亲不在”的遗憾，所以希望在接下来的治疗中能够参与其中，甚至是抓紧时间，以尽人伦孝道。

比如曾经闹得沸沸扬扬的“琼瑶弃夫”事件，90岁高龄的平鑫涛老先生得了重度中风和老年痴呆症，和他相伴五十年的琼瑶希望医生尊重他的个人意愿，不做任何插入式治疗，让他能够自然地结束自己的生命。而多年未和老人生活的，他和前妻所生的子女，则坚决主张给父亲插上鼻胃管延续他的生命，认为只要父亲还有百分之一生还的希望就要尽百分之百的努力去抢救。

心病还得“心药”医

了解了他们的心理状态后，不妨说“天边孝子”们只是因尽孝心切而暂时失去理智的一群人。那么问题来了，理解归理解，他们造成的麻烦又怎么解决呢？其实不妨把他们当做患者一样去对待。注意这并不是故意看低他们，而是让医生用对待患者一样的耐心、同理心去和他们相处、沟通。具体要怎么做呢？来自台湾的ICU医生陈志金了解了“天边孝子”们心里的“苦”之后，提出了“糖”治疗法，也就是“Sugar”。对深受其困的医生来说，也许具有借鉴价值。

“Sugar”中各个字母代表的含义分别为：

- S Surprised by the scale of deterioration 被病人的病情严重程度吓到了
- U Unrealistic expectation 对医疗有不切实际的期待
- G Guilty feeling 自责内疚感
- A Absent from life or care of the patient 在病人的生活或照顾中缺席
- R Reassert role as an involved caregiver 重申他们参与照顾病人的角色

针对以上“症状”有以下对应的“治疗方法”，下面我们逐个字母来看一下：

S：惊吓状态

由于长时间没有和病人有联系，因此他们对于病人的印象可能还是之前那种健康状态，突然看到病人非常严重的病情，一时无法接受。因此需要医生护士尽量耐心地解释病人之前的病情状况，比如这些时间里住院几次，之前已经有过什么病等等，同时尽量以鼓励的口吻告诉他们，病人现在看到他们回来看望或者看到他们现在事业有成，其实也感到很欣慰的。



U：对医疗有不切实际的期待

他们对于医疗有不切实际的期待，如希望重病的病人可以很快康复甚至恢复到之前健康时候的生活状态。因此需要医生来帮助他们降低这个不切实际的期待。

G：自责内疚感

他们可能因为之前无暇来看望病人，帮忙照顾，而感觉内疚。因此，最好的方法就是鼓励他们，肯定他们之前的付出。甚至必要时可以指出，他们对医生护士的指责也表明了他们对病人关心的关切程度。不去“教训”他们“为什么平时都不来看望照顾，等到病人病重才来？”这样火上浇油的话。

A：在病人的生活或照顾中缺席

这时候，需要在病人其他的亲戚朋友面前肯定这些人对病人的付出。否则的话，这些人会被其他亲戚朋友不断指责，而他们为了推卸责任就可能把矛头指向医生护士。

R：重申他们参与照顾病人的角色

他们可能会希望获得对病人医疗的主导权，而不断表示要用最好的药、最好的治疗。这时候也不要当面和他们对峙，而是在允许的范围内尽量配合，同时鼓励他们多探望病人、帮助照顾病人（如帮忙洗澡、捶捶背、捏捏脚）。

当然，“Sugar 治疗”法不仅可以为医生提供借鉴，作为患者家属的朋友也可以对照着自测一下，看看自己是否出现过以上“孝子症状”。如果有，不妨好好反思一下，及时调整心态，同时多与其他家属和医生沟通。毕竟只有在家属和医生相互理解、信任的基础上，才可能做出最正确的选择，采取最有利于患者的治疗。



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
- 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

