

第 109 期

2019年9月30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 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

国庆：华夏儿女的天涯共此时

我的父辈与共和国的同龄，
改革开放元年我降生，
哪怕卅年游历海外，
我们目睹师长道龙心系祖国，
初心不改创业办学，
美利华学员纵使各地一呼百应！

我和我的祖国，我们和我们的祖国，
命运从来都不能分割。
南疆北域，北寒南暑，
水土风情，风韵自成，
千年历史，厚重都城，
我们为之奋斗、为之呐喊、为之沸腾，
我们出生、长大、求学、工作、旅行、离家又回家，
想起祖国那是母亲盛宴相待的爱，
想起祖国那是父亲家书百封的情，
离开国土也抹不去炎黄血脉，
生而热烈的中国心，
无论何时何地何年何月，
永不停止的跃动！
2019年10月1日，建国70周年！
将我们最美好的祝福，
献给这片大地！

美利华师生共祝祖国母亲

再无忧患，富强昌盛！



北大出版社官方旗舰店
购书请扫码



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一只小刺猬——一例注意力缺陷与多动障碍共病品行障碍的远程会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【访谈理论篇】 17

为了孩子，直面ADHD

【全科医学】 26

生命中的悬梦：寻求平和死亡——一例脑出血老年患者的临床会诊

- 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】 32

安乐死



精神医学临床访谈

接上期案例中的多动症案例，本期我们继续来探讨注意力缺陷多动障碍的案例。与上期案例中的男孩不同，本期的男孩子被诊断过多动症但从未接受过正式的药物治疗与心理行为干预，原生态成长直到会诊，“自然成长”，听起来不错，事实上那会是什么样的情况？会如某些专家所说，“根本不存在多动问题，孩子们都会随着成长自愈？”还是如教科书预见，“完全不经干预容易引发其他问题的发生”。我们希望每个孩子都被世界温柔以待，我们衷心期望每个孩子都能够平稳长大，然而，科学研究就是由一个个现实积累而来，相信科学，我们首先就需要擦亮眼睛，看清事实！

一只小刺猬

——一例注意缺陷/多动障碍合并品行障碍远程会诊

主讲者 | 张道龙 医 生

宋 辉 医 生

责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别 男性	年龄 16岁	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 初中生	婚姻 未婚
病史提供者 本人及家属	职业 学生	病史可靠性 可靠

主诉：“多动8年，冲动行为5个月”

现病史：8年前，患者就读小学时，老师发现患者上课总是安静不下来，在课堂上小动作多，这里摸一下，那里碰一下，难以集中注意力，有时候还会打扰到其他同学。会有一些不好的习惯，比如说一段时间喜欢耸鼻子，被纠正后，又开始摸屁股，被纠正过来之后会出现其他不良行为。平时跟同学发生矛盾时容易有一些肢体的冲突，因当时学习成绩处于前列，家长也没有重视。入院之前5个月患者的冲动行为更加明显，与同学发生争执会去掐同学的脖子，这种行为发生过两次。后来经过学校协调，患者也做了检讨，仍坚持上学，但还会阵性的出现冲动行为。吃饭的时候，如果同学开他的玩笑，他就会泼同学一身油汤，因为类似事件，经常被请家长。试图与其沟通，患者对家人问话不予回答，家长观察其情绪比较冷淡，对自己的行为仅说不知道为什么这样做，对自己的行为没有后悔，也不认错，



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



表现出无所谓，事不关己的态度。入院之前两个月，患者往桌边的空杯子里面解小便后，把杯子放回原处，被发现之后不否认，但也不认错。第二天患者又把小便解到两个女同学的水杯里，后来又把它们放回原处，被发现之后问其为什么这么做也不予回答，表情平淡。否认有情绪低落，否认有幻觉妄想，平时喜欢看一些二次元的东西，也喜欢看达尔文的《进化论》，有时候会说一些奇怪的言语，比如“人为什么要长下巴？”。患者平时喜欢啃指甲，也不太注意卫生，其他人与患者说话时患者多不回答，习惯让母亲代为回答，门诊以“神经发育障碍”收入我院。

既往史：先天性的尿道口裂，4岁时手术治疗，其他无特殊。

个人史：母亲怀孕初期在不知道自己怀孕的情况下服用了感冒药。患者小的时候性格开朗，1岁时开始说话，学会走路。6岁以后父母离家打工，患者长期居住在班主任家中。患者小学的时候不会主动惹事，可是一旦有人惹到他，他就一定要报复回去，而且拒绝道歉，称道歉也挽回不了什么。小学六年级时，父母回家并为患者转学，自此与父母一起生活。

家族史：两系三代都没有精神疾病的家族史。父母打工，文化程度低，患者一开始会和父母沟通学习生活方面的问题，可是很多问题父母都不懂，或者难以交流。患者父亲脾气比较暴躁，患者犯错多是打骂教育，患者就不再与父母，特别是父亲沟通了。患者还有一个妹妹，与妹妹也不沟通，与妹妹发生争执之后也会打妹妹。

精神检查：

一般情况：患者营养中等，时间、地点及人物定向力正常。

感知觉：否认错觉、幻觉及感知综合障碍。

语言功能：言语量少。

情感活动：情绪焦虑。

思维活动：否认思维内容及形式障碍。

注意力：欠集中。

自知力和判断力：缺乏。

智力和记忆力：正常。

辅助检查：（注：【】中为绵阳所实施测验的版本及简介）

- 1) 智力量表的测量，智商是97，为正常水平；【WISC-R第二版，机测，12个分测验中的具体实施项目不详】
- 2) Prers-Harris自我意识量表（CSCS）在正常范围：【Piers-Harris儿童自我意识量表（Child'sself-conceptScale）是美国心理学家DBEV及Piersharris于1969年编制、1974年修订的儿童自评量表。主要用于评价儿童自我意识的状况，分为六个分量表：行为、智力与学校情况、躯体外貌与属性、焦虑、合群、幸福与满足来评价儿童的自我意识。】



- 3) 多动诊断量表是正常类型；【版本不详，但基本形式为10-14题左右，儿童多动行为相关的父母问卷】
- 4) Rutter儿童行为量表基本正常：【Rutter儿童行为问卷适用于学龄儿童，我国于1988年引进该问卷并进行修订，已用于多项研究中。该问卷包括教师问卷（26题）和父母问卷（31题），内容**包括一般健康问题和行为问题两方面**。经测试有较好的信效度，被广泛地应用于儿童行为问题研究中，可较好地**适用于区别儿童的情绪障碍和违纪行为**，也适用于区别儿童有无精神障碍】
- 5) 强迫型量表是14分，一天之内有3到6个小时经常反复思考某些东西，或者去重复某些固定的动作：【绵阳三院临床使用Marks恐怖强迫量表（MSCPOR），主要是询问43项生活内容相关如梳头、洗衣等具体强迫行为发生程度的量表；耶鲁布朗强迫量表（Y-BOS）主要是询问被试对强迫思维及强迫行为的感受及认知，共10题。两种测试，本案例中具体使用版本不详】
- 6) Conners父母问卷表提示有品行问题，容易与人发生冲突，学习问题主要表现为做事有始无终，多动指数表现为注意力难以集中；【在众多评估注意缺陷多动障碍（ADHD）的量表中，Conners儿童行为问卷应用最为广泛，适用于3~17岁儿童，包括家长用症状问卷(Parent Symptom Question,PSQ)和老师用症状评定量表 (Teacher Rating Scale,TRS)。主要用于评估儿童多动症，可用于临床辅助诊断及科研，也可作为筛查工具用于流行病学调查。PSQ(1978年版) 包含48项条目, 包括5个分量表。PSQ另设有10条简明症状问卷（即多动指数），用于筛查儿童多动症及追踪疗效。研究表明量表的信度较高，与Achenbach CBCL、Conners教师评定量表的各分量表呈对应性相关，多动症儿童得分高于常模，多动指数对多动症诊断灵敏度为84%。研究显示 PSQ在总分、品行问题等方面对ADHD儿童和正常儿童具有较高鉴别能力】
- 7) 父母的教育提示父亲以不能理解的态度、温暖的情感教育患者，总是用过分严厉和惩罚的教育方式，极易采取拒绝的态度或否认的态度来养育他，母亲也不能以理解的态度、温暖的情感教育患者，总是以过分严厉惩罚的教育方式。

【病历小结及概念化】

患者6岁时父母外出打工不在身边，在成长的关键期更换照料者，被寄养在班主任家，期间疏于管教，从小没有学习规则、制度的环境，直到患者小学六年级父母才回来。上学



起就被发现有多动，上课坐不住，经常这里摸一下，那里碰一下，耸鼻子、摸屁股等，上课注意力难以集中，很难认真的上完一整节课。考虑是注意缺陷/多动障碍。从小自控能力较差，与他人发生矛盾后多是用暴力方式解决，性格中的顽劣面突显。父母对孩子的教育多散养心态，属于放纵型，但父亲脾气又暴躁，生气了会打孩子。患者父母文化程度不高，不善于沟通，在患者十一、二岁的时候已经因父母不懂自己而拒绝与父母沟通。多动、抽动和冲动控制等表现均提示患者有基底节的发育问题，随着年龄的增长行为表现越来越极端，与同学发生矛盾直接动手掐脖子，在同学杯子里撒尿等，且不知悔改，毫无歉意，考虑品行障碍。

初步诊断：注意缺陷/多动障碍，品行障碍

治疗方案：

生物：患者目前的症状已经影响了人际关系和学习生活，有冲动的行为，需要用药，可以在使用盐酸哌甲酯 5mg 的基础上合并一种 SSRI 类药物，观察一下疗效。

心理：通过心理治疗与行为训练，提高孩子的抗挫折能力，识别自己在什么情况下容易发怒，想打人，再学会选择用适当的方式替代动不动就想打人等这种冲动，比如父母唠叨，如果嫌烦，可以回自己房间，而不是动手；同学惹你，可以离他们远点，别理他，而不是动手，这个需要反复的训练，会提高患者的自我控制能力。

社会：作为学生目前主要任务还是学习，但要减小压力，这个阶段能学多少学多少，只要不在班级里捣乱就可以，因为孩子有注意缺陷，上课注意力不能集中，学习肯定跟不上，跟不上就容易着急、嫉妒，这就容易有使坏的风险，可以考虑把他放进一个特殊行为班，跟他的情况差不多的，不容易产生挫败感，也是一种选择方法。

主诊医生：宋辉

2019-02-21

【写在会诊开始之前】

美利华中美班自成立以来加强与各地方医院的合作，其中每周四专门与绵阳第三人民医院连线进行远程案例督导。绵阳三院提供的案例属于住院或门诊复诊病人，由患者本人及家属提供病史，提报资料由主管医生以访谈记录为蓝本撰写（内容包括但不限于一次以上的问诊记录）。

通常会诊时由督导医生再次与来访者进行交流，澄清当下困扰，梳理病情，然后进行



督导会诊。由于本次患者与父母关系不好，对管理及会诊都抱有消极抵触态度，不愿交谈但并未离场，会诊时在母亲陪同下旁听。因此，本次会诊主要基于解答患者母亲的困扰并基于所报告病史之上与主管医生进行诊断思路的讨论。

主管医生就患者情况提出以下几点疑惑：

- 1) 患者之前是在他人冒犯自己时出现一些过激行为，不主动惹事，向同学杯子里小便的情况只是出现在近5个月，如何考虑这种既往不突出的品行问题？是否需要做品行障碍的诊断？
- 2) 患者从小学开始被发现小动作多，上课难以集中注意力，在Conners父母用问卷中提示注意力难以集中、兴奋许多、容易影响别人等指数异常，但多动诊断量表又提示正常类型。引起量表结果互相矛盾，这是量表本身的问题，还是被试测量的问题？
- 3) 患者有过反复咬手指的行为，难以控制，强迫量表也提示有强迫行为或思维，是否需要做强迫障碍的诊断？

【访谈实录】

1. z医生：你好，这次会诊需要我们帮你解决什么问题？
2. 来访者母亲：我家小孩子最近发生的事情比较多，出现掐同学的脖子，跟同学口角时经常都用武力来解决。最近还有两次把小便解在同学的杯子里面。
3. z医生：你想找我们来会诊一下，明确他得的是什么病，接下来怎么治疗是吧？
4. 来访者母亲：对。
5. z医生：很明显这是多方面的原因。我同意他们（主诊医生）的诊断，你的孩子属于注意缺陷 / 多动障碍，同时还有品行障碍（总诊断）。
 - ◇ 如果现在不去干预，以后就可能出现反社会行为，变成像小流氓这类人，严重的还会犯罪，走向另一种极端，所以现在得抓紧治疗。现在他是从一个病变成两个病，要是再控制不好就变得更复杂了（指明风险及预后）。
 - ◇ 这些问题的出现都跟小时候神经发育和教养方式有关（既点明生物性因素，又指出环境因素）。
 - ◇ 不幸的是孩子得了这个病，好在有药能治这个病（积极看待消极的结果）。
 - ◇ 注意缺陷 / 多动障碍我们一般用哌甲酯之类的药来治疗（生物学治疗之一）；品行障



碍、冲动、发脾气，我们用SSRIs之类的药物，比如来士普之类的药物来治疗（**生物学治疗之二**），同时配合做运动才能让他把这些症状缓解下来，让他别那么冲动，发展一些爱好（**生理治疗之三**）。

- ❖ **心理咨询**就是让小孩提高抗挫折感。医生要训练他，看是什么原因让他调皮捣蛋，别人气你了，或者惹你生气了，你为什么要过度的反击？你控制不了别人去招惹你，那我们怎么做，去替代想报复、打回去的想法和行为。比如父母惹你生气了，你可以跑到房间里；同学招惹你，你到外面去，或者是你坐到最后一排角落里，别跟大家发生关系，空一排座位等等。你得能意识到自己生气的阈值特别低，别人一惹你就愤怒。（谈到心理问题时，老师没有用到认知行为疗法或CBT这样的字眼，但通过举例把需要进行的调整和训练加以说明，这是为什么？也许重读家族史能让我们推测一二。）
- ❖ **社会因素**，因为他还是学生，做不了别的事情，那就别给他过多的压力，保证他能学多少学多少，但至少不要调皮捣蛋，因为有的时候有注意力缺陷、多动的小孩在正常班上课表现越不好、跟不上，他就越着急生气，容易嫉妒、使坏。可以考虑放到一个特殊行为班，比如和打仗斗殴的等有其他行为偏差的孩子一个班，大家都一样了，这样就互相不提意见了。否则周围的小孩都比他学习好，都比他有耐心，他就容易受刺激，大致这样，不知道听没听懂？（**社会层面分两步骤：内部调整——别给他压力，毕竟很多不自控并非他有意为之；外部调整——从普通班调整到一个与他情况类似，环境更宽松的班里去，物理上减压。**）
- ❖ 现在让他来会诊、来看病、来治疗这是好的，因为再往下就更麻烦了。他这个病小时候叫注意缺陷 / 多动障碍，因为没有治疗发展成了品行障碍，冲动控制不好，都是大脑基底节有问题，如果再不治疗就变成反社会人格了，可能会走上犯罪道路。（再次肯定治疗的时机和必要性，提醒对不加以干预的不良预后可能）
- ❖ **治疗我再再说一遍**，**生物学治疗**是运动加药物，会诊完之后可以跟医生讨论一下。**心理咨询**就得告诉他怎么去调整，就说别人惹他或者不惹他的时候、爱发脾气的时候该怎么做，就是在没发出来之前，或换个方式去宣泄，不是打回去。**社会资源**就是别因为他学习上受挫折，跟不上导致加重。比如高中学习压力大，结果他就容易把这些暴躁情绪变成打仗斗殴来宣泄，所以那些事都得慢慢弄。（**简要的再重复以加深患者及家属的印象，这里我们发现对生物心理社会三方面都进行了总括，但仍然没用术语。**）
- ❖ 至于说家庭养育嘛，这肯定有点问题了，但是得慢慢治疗，不是一天两天养成了，这种品行障碍至少得5年以上才能养成。所以这小孩有病但能治，需要慢慢治，不



是一下就是好的。要意识到问题的严重性。大致是这样的。这样清楚吗？（对病程进行了简单的说明，事出既然有因，而且并非一日之寒，那就不要急于“速效”。）

- ◇ 这个病有个最大的优点就是不论多么重一般不影响智力，所以他的智力测验是正常的，但是会有行为的问题。撒泡尿放到碗里还好，可是把人家打坏了，要是把小女孩鼻子给打塌了、手给打断了，变成少年犯那不麻烦了吗？这些都是严重的问题。我这样说，您听得懂吗？

与来访者分享个案概念化

道龙老师的咨询与传统意义上我们理解的医生“下诊断”最大的不同就在于贯穿着生物心理社会视角下对来访者的关注，梳理病情后会与患者/来访者就疾病的发展模式形成个案概念化，并把概念化的内容分享给他们。因此通常我们会看到他的概念化沟通包括这几方面的内容：

- 关于疾病的诊断，进行药物处方讨论；
- 勾勒一个生活叙事对患者过去的的生活、当下的困扰进行诠释；
- 参照循证医学推荐某种疗法并设置咨询的目标；
- 在治疗方案的讨论中始终进行解释及认知重构；
- 贯穿着心智化和心理教育

这样的沟通可以帮助来访者明白现在的自己是如何形成的，也会对后面聚焦治疗的部分有个整体认识。

6. 来访者：我听得懂。他每次遇到什么事情，出现不良行为，这些我们也在给他纠正，你说话，他听得见，就是不回答我们，我们就认为他没听清楚，然后就会重复，反复的跟他说好几次，他就觉得不耐烦，觉得我们好像说得太多、太罗嗦。
7. z医生：对的。这就是这个病的特点，特别容易有挫折感，所以为什么不论是老师说的、同学说的，上课学习的东西都会变成挫折，他就宣泄，**现在这小孩得用药，得马上就用药，明天就开始用药，有4到6周以后就可以稳定下来**，情绪受到控制你再跟他说话才会变好，不用药的情况下去给他做工作，这是你控制不了的（局面），这样清楚吧？
8. 来访者：清楚，清楚。就像每次他做错事，我说你跟同学道个歉，在他的认知中，他说道了歉还是解决不了问题。我说最起码对方心理上会舒服一点嘛，你打了人家，人家那个伤口还是会痛，我说你道个歉，他心里得到一些安慰，也会舒服一点，他就不愿意这样做，他就觉得我们很罗嗦。
9. z医生：对的，**这就是为什么说达到了用药的指征**，没有药，只是进行教育这行不通



了。教育一般都是从2岁开始到上小学之间这段时间。他是成为一个暴力型的？一个爱读书的？还是一个孝敬父母的小孩？都是这个期间教育出来的。现在稍稍有点晚，但是还没有最晚，**就是说你得抓紧治疗用药**，这样他才能听进去，否则你说这些东西他都当耳旁风了，所以得慢慢来。家教的问题是个长期的问题，是个教育的问题，**但是用药快，有那么6到8周就能够变得很好**。还好这小孩现在还没出手太重，还没有出手把人家打骨折什么的，否则更麻烦了。诊断还是品行障碍，如果再严重就容易出现恶性后果，大致是这样，这样清楚吧？午餐以后把会诊意见反馈给您，抓紧治疗。

用药干预，当下急需，澄清利害，动机面询

ADHD的主要核心症状，如注意力缺陷、多动和冲动在这个男孩身上都表现的突出而严重，而且十几年来未经规范化诊断治疗，早已经超越了家庭教育、心理干预可以应对的范围。母亲在第6、8段所反应出的对立、不知悔改也表明行为问题继发出家庭关系、个体情绪等负性状态，因此，当务之急不是再去和男孩从情绪层面较劲，而是先通过药物帮助解决“失控”的行为问题，再来看看对情绪和关系如何逐步缓和。

10. 来访者：好的好的。学校里老师都反映，孩子就像一个小刺猬一样，同学们都不愿意靠近他，好像一靠近他就受伤一样。
11. z医生：对的，您这个形容词特别准确。比如说我要写文章我开头会写，一个像刺猬一样的男孩，沾火就着、不沾火也着，沾火更着，过度的反应，情绪没有控制好，所以我说形容得非常好。
12. 来访者：是。
13. z医生：**所以我们就用药物治疗。**

如何捋顺“小刺猬”的刺？

学校老师口中的小刺猬，更充分说明男孩子的困扰除了单纯影响注意力、多动，更由于自身情绪和行为的无法自控，造成人际关系紧张，存在明显的社会功能损害。这是我们一直在强调ADHD正确诊断+早期干预的重要原因所在。（参看本期访谈理论篇）

我们发现在这个个案当中督导医生在不断加强患者母亲对当下最为关键的是启动药物治疗——这是基于病症原生态发展已经导致出较为严重的衍生问题，另外母亲所提到的男孩的火爆也是完全可以通过SSRIs类药物迅速起效得到控制的，因此会着重就药物治疗加深其认知。



14. 来访者：是。在生活方面，像衣服，在学校里我们不要求穿好，肯定要求穿干净嘛，像走亲戚，我们不说穿好，穿得干干净净的去，肯定给人的第一印象好一点，衣服裤子脏了，你让他换一下，他都不愿意换，说“就这样吧，没关系”，他从不讲究。
15. z医生：对的。
16. 来访者：像这些卫生我不算过于洁癖吧？
17. z医生：对的。我估计是，您在家里头比周围的人都干净吗？自己特别讲究卫生什么的，有时候衣服裤子脏了，你让他换一下？
18. 来访者：也没有。像这种正常要求，衣服脏了我们肯定该换下洗，我不属于过度洁癖的那一种。
19. z医生：OK，家里有其他人特别喜欢讲究卫生，有洁癖什么的吗？
20. 来访者：只要求干净就行。
21. z医生：好的。那没有问题了。午餐以后我们跟医生会诊一下，再给您反馈好吧？
22. 来访者：嗯，好的。
23. z医生：好嘞，谢谢您来访。
24. 来访者：好，谢谢。

关于强迫的问题

会诊时住院医生们会观察到男孩焦虑感强，有反复咬指的行为，经过强迫量表测量结果异常，故询问家族史，母亲基于医生们的不确定因此也不放心是否还叠加有其他问题，但督导医生并未在此过多纠结于症状，具体对诊断强迫症与否的解释见督导小结。

【督导小结】

我同意这个小孩是一个病变成两个病，为什么说要早期诊断早期治疗，在中国看到的病人大部分都是原生态，他们原来没有经过很好的评估诊断干预才变成这样。这个小孩最早就是 ADHD 一个病，因为没有治疗而发展出品行障碍。

为什么不诊断是强迫症？他的父母形容他是“刺猬”，去扎别人，强迫症的人都不是扎别人，都是脑袋里想一件事自己折磨自己，控制不了的时候再去宣泄一下。刺猬的意思是说扎别人，总是对外宣泄，这跟 ADHD 有基底神经节冲动控制不好有关。所以这个小孩不能用托莫西汀，托莫西汀只改善注意力，不改善多动。

这个患者多动太厉害，品行不好，所以他要有些盐酸哌甲酯。或者说如果担心小孩用兴奋剂成瘾，那先用 SSRIs 也可以，等于先来控制他的冲动。因为脑脊液少的时候，有基底神经节的问题，相当于冲动控制障碍，但是我们不单独诊断，因为这个小孩已经有了



ADHD 伴品行障碍，就足以给他用药了。用 SSRIs 治疗，或者是加上盐酸哌甲酯观察一下多动的情况能不能抑制，一旦多动、冲动抑制了，那就对了。我建议你们可以用盐酸哌甲酯，如果没有就先用 SSRIs。假如是我，肯定先给 5 毫克的盐酸哌甲酯试一下，看他是不是动作慢下来，脾气少了，注意力集中了，就知道对了。之后再合用 SSRIs 也没有问题，两种药有协同作用。

心理咨询就是告诉小孩怎么应对这些情绪反应，别人刺激你，你怎么办。社会资源方面很明显是多方面的因素了。书香门第家庭里爱读书的习惯也是教育出来的，所以这个小孩很明显是散养，不讲究卫生也是小的时候就有问题，这些搁到一块才能发病。

总之，来我们这里看病的人会复杂一点，基本上都是有两组症状否则也不用会诊了。知道他是 ADHD 伴品行障碍，不能用盐酸托莫西汀，直接上盐酸哌甲酯，原因是他不仅是注意缺陷还有多动的问题，多动这么突出，以至于经常打仗斗殴、使坏，这是往反社会人格方向去了，托莫西汀是没有这些作用的。

【现场讨论及答疑】

问题一：患者之前是在他人冒犯自己时出现一些过激行为，但不主动惹事，向同学杯子里小便的情况只是出现在近5个月，如何考虑这种既往不突出的品行问题？他似乎更多的是一种冲动控制减弱，别人惹他他才会冲动。因此是否需要做品行障碍的诊断？

督导解答：更应该考虑的是病史的全面性。这个患者往人家杯子里小便，我们都是从这个年龄里过来的，你现在回忆一下，包括在座的医生们，你们当中，有谁亲眼看到往另一个人杯子里倒尿（的同学或小孩）了？他从小不在父母身边长大，调皮捣蛋，不听父母的话，衣服脏了也不换洗，跟父母对立违抗，这一大堆的症状，不是从这5个月前才这样。还是理解病史有问题，不能只看到这一个症状，说这种极端行为“可能才有5个月”，之前他也不是个好孩子，而把“不听父母话，不跟父母讲话，一说就烦”这些都没算在内。不能看到他的极端行为，所以这个小孩症状早就有了，但肯定是以ADHD首发。一般品行障碍的人不伴ADHD，就是坏。这孩子是ADHD没治疗，然后伴品行障碍，在国内往往能看到这些“原生态”的病人，假如是做科研的人那通过这些原生态的患者能看到疾病的整个发展过程，比如用量表跟踪他10年，这个过程下来了不得。现在咱们看到的许多案例都是原生态病人。

关于下不下诊断，通常最淘的（小孩）也不能让别人喝尿，这种行为已经到了极端，是社会不可接受的，已经突破了人类伦理的极限，作为医生你的“底线”不能那么高，有这么大的“耐受性”，正常情况下是不能把人家的杯里撒尿的，这种事你还说没有品行的问题？医生不能乱诊断病，也不能不诊断病。ADHD小孩90%并不是小流氓，为什么养出品行问题？就是家里没人管，他胡作非为而没有底线，也没有上限。再不警告家长，这小孩就废了，咱们得仔细想要提醒他家长，敲响警钟，所以品行障碍已经是很轻的诊断了。



问题二：关于用药的问题，我还有些疑问。今天您也看到了，这个患者坐了有20分钟左右，动的也不多，我观察到他昨天参加团体时，也没怎么动，我觉得这个患者冲动行为多一些，多动的情况比较少，随着年龄的增长，多动也会越来越轻，注意力不集中会越来越重，所以我觉得还是有必要用托莫西汀，您觉得呢？

督导解答：当然不是，刚才妈妈说的“给人家倒尿、跟妈妈生气，不听话”，有这种冲动行为，盐酸托莫西汀不治疗这些。如果他是非常安静的，仅仅是注意力不集中，这种情况你用盐酸托莫西汀才行。你刚才说他没有多动，可别忘了，这是在一群穿白大褂的人的当中坐着，在医院里表现好，在医院办公室里没有多动不代表他没有多动。

即使你说的对，他在学校多动没有那么严重，今年比起去年在变好，但他的冲动属于基底神经节部分的问题，得用SSRI去控制，也不能用盐酸托莫西汀。不管是多动，还是冲动，盐酸托莫西汀都不能用。

问题三：这个患者有点强迫的性质，又有点多动，但没有家族史，家族里其他人没有强迫行为，但我发现他的父母都有回避型人格特质。多动的人应该交流都没啥问题，可今天的患者见到陌生人都不说话，我觉得可能还有点回避，哪个多动的人不说话？这个小孩无论见谁，不只是今天见您不说话，和我们也不说话。

督导解答：是，小孩怎么发展得跟他家庭成长环境的精神动力学有关，家里都强迫、都讲究卫生，那这小孩焦虑的时候就搞卫生去了；家里人都害怕动物他就容易怕动物；家里人怕黑，他就关窗户，这些往往跟特定的家庭成长环境有关。很可能他们家里都是散养小孩，又都不爱说话，没有教小孩怎么讲卫生，因此他就没发展成清洁方面的强迫。强迫症一般相对向内，焦虑得实在受不了了，才去做一些事，是为了宣泄强迫思维。冲动控制障碍、品行障碍、反社会是向外，像刺猬一样，你惹我我就打你。另外他有尿道裂，有尿失禁，提示的都是可能基底神经节问题，跟神经发育有关，可以再问一下他对动物是不是残酷，比如平常爱踢小动物，打个小动物，不过他现在的这些过分行为已经足够下（品行障碍的）诊断了，就不需要再去追问这些事。强迫症的人就算把手洗烂了，也不会虐待动物。

问题四：这个患者有没有可能往精神分裂症那边走？因为有神经发育的问题，之前还有点强迫。

督导解答：不太可能的。他更像是往焦虑这方向发展，回避也是焦虑的表现，而焦虑就容易冲动，他处理不了这些焦虑了，行为冲动，注意力又有缺陷，情绪和行为就容易向反社会发展，会往这方向走。如果不及时干预，这样发展下去就是反社会人格障碍。

问题五：以前我院更多是涉及成人领域的诊疗，现在很多小孩的主动来求治，我们发现ADHD很多，但相比之下成人的ADHD并不多见，这是由于过去门诊漏诊？还是患者本身



没来就诊？

督导解答：成人的多动行为随情景变化，比如领导来了，他就能控制住不动，成人通常注意力缺陷（ADD）多于注意力与多动同时的缺陷，而且成人ADD很容易漏诊。在我现在工作的美国退伍军人系统很多成人检查都有ADD。在军事考核中有些人怎么都过不了，这时才会发现他是有ADD问题，因为做狙击手需要长时间的集中注意力，但是患有ADD的人做不到，总是溜号。另外成人有行为的升华模式，会合理的把自己的行为用一些社会可接受的coping-skill来掩盖问题，比如不是无谓的站起来走动，而是每隔一些时间就站起来帮助同事做点事，倒倒水说说话等，别人不但不觉得这是个问题，反而还会觉得他很友善，没有人想到是多动背景下的升华模式。

问题六：ADHD是一种缓慢进展性疾病，对立违抗甚至品行障碍也是逐步发展出来的，在用药方面我们知道品行障碍、纵火或偷窃，包括间歇性暴怒，都可以用SSRIs类的药物解决冲动、发脾气的问题。这种原发性的疾病用SSRIs肯定没什么问题。而今天的患者，品行障碍是继发的于ADHD的，他这种情况需要在用哌甲酯的基础上，再加一个SSRIs类药物吗？

督导解答：是的。不是你说的原发、继发的区别。原发的说明五羟色胺可能低，而脑内五羟色胺高的时候，它会抑制冲动，假如只是控制不住冲动，不能说明是品行障碍的问题。例如他的品行问题甚至反社会表现为“仔细思考，想了三天，构思一篇战斗檄文”，用写文章骂人来攻击这种形式，那药物就没有用了，因为表现并不是冲动。那些一惹就像刺猬一样，动辄就发火的表现用SSRIs有用。这种不经过大脑的冲动行为，它就有用；

问题七：假设有的患者也像这个孩子一样，虽然达不到品行障碍，但有像打人等明显的冲动控制问题，这种情况可以在口服哌甲酯的基础上，加一点SSRIs吗？

督导解答：可以选择先加哌甲酯5毫克，加SSRIs类，像左洛复50mg或来士普5毫克，观察一下，如果发现冲动改善一些，耐心多了一些，那你就接着再用。但是要先去治疗主要矛盾，品行障碍并不是冲动控制障碍，别把这个搞混了。如果他说有计划、有预谋的去使坏，那就根本不是冲动控制的问题，就像智能型犯罪，用药根本没用。而像偷东西，一旦冲动上来了自己控制不住，这样的用五羟色胺再摄取抑制剂才会有用，所以你得知道什么样的病人用什么样的药，跟他品行障碍这个诊断不是直接相关联——品行障碍有两拨人，有一拨就像这个孩子冲动控制不了，一时失控出现了违法犯罪的行为；还有一拨人可能是蓄谋已久的、有计划性的使坏，不是那种冲动，这种用SSRIs肯定效果不好。



访谈理论篇

“孩子”、“教育”在社会安定、经济富足的当今中国史无前例受到关注。直到今天，在国内可能从来没有像ADHD一样，普通的家长和老师会不断地去讨论和检视、不断自测孩子是不是存在这方面的“问题”，另一方面却有意无意的拒绝接受诊断，即使勉强就医，在听闻用药后又迅速放弃治疗的儿童疾病，关于ADHD时我们究竟谈什么……

为了孩子，直面ADHD

作者：王剑婷 心理咨询师
肖茜 医生

ADHD (Attention-deficit hyperactivity disorder) 即注意力缺陷多动障碍，在国内常被简称为多动症。根据DSM-5数据显示，在不同文化中，注意力缺陷多动的儿童患病率中位值约为5%，成人中依旧达到诊断标准的也仍有2.5%，这样的发病比率，比起同手册中重发抑郁（7%）和社交焦虑症（7%）的患病比率甚至更低一些，然而带给我们感受却大有不同。

ADHD早在100多年前即被英国的儿科医生Still.J所关注并报告患者的症状特点及行为模式。近百年来经过各国临床研究已经有了多种发现、无论从病因讨论、对症用药、行为干预、还是心理治疗、环境改善都有了多方面进展。

在我国，学界关注与研究也不断推进，专家组2007年首次发布了《儿童注意缺陷防治指南》，随着2013年DSM-5中对ADHD成人患者诊治重要性的提起，2016年又进行了重大修订，替换原指南中“患儿”的称谓，改为“患者”，同时拿掉了指南中“儿童”的说法，最新发布了《中国注意缺陷多动障碍防治指南》(第二版)。因此，当今无论国内外，ADHD是一种神经发育方面的精神疾病，且在不同程度上具有终身特点，这已是医学界的公论。

是先天存在的疾病？还是教育教养的失败？

ADHD患者的典型问题最先发生于被要求长时间保持专注、进行有目标的活动以及团体活动的社交场合时。由于是集体行动，通常不能满足缺乏个体化的趣味性、且更需要长时间服从与配合，年龄尚小的患者群体则常常因为达不到这样的目标、行为及配合都与情境的要求不符，或者个人举动与他人的行为不兼容，则会被贴上“不听话”、“多动”、“注意力不集中”等负面标签。因此，ADHD最初的暴发多见于集体教育或与学校有关的场景下，几乎可以说它是来自于校园这样集体教育下的产物（相关讨论可见第86期督导期刊中《ADHD：从only one到 one of them中的困惑》一文）。

从历史上发现一些脑部受伤的成人也会发生类似ADHD患者的多动冲动注意力不足



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



的问题，到后续的许多的研究结果证明，ADHD患者的脑结构与发育正常儿童存在着不同程度的差异，学界一直主张ADHD或许应该被视为一种神经疾病。只不过较总体而言，这些与对照组的结构差异本身很小，还需要更多的数据性研究确认“特定”部位，排除个体差异等等，才能达到通过检查脑部的器质性病变或特异性来确诊的目的。总体而言，当今临床医学及心理学界在诊断ADHD时，虽然表象上的“年龄不相符的注意力不集中、活动过度、情绪冲动”是主要被报告的“症状”，但假如需要诊断ADHD，则需要涉及评估包括出生缺陷、家族遗传、神经心理发育异常，家庭及环境影响等综合因素，单一的行为表现不足以确诊。

症状不是全部，诊断需要关注的ABCDE

DSM-5是目前包括我国在内世界范围内诊断评估ADHD的主要诊断依据，在DSM-5中诊断标准被描述如下：

A. 一个持续的注意缺陷和/或多动——冲动的模式，干扰了功能或发育，以下列A1 或 A2 为特征。

A1. 注意障碍：6 项（或更多）的症状持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性的影响了社会和学业/职业活动。

- 经常不能密切关注细节，或者在作业、工作或其他活动中犯粗心大意的错误（例如，忽视或遗漏细节，工作不精确）。
- 在任务或游戏活动中，经常难以维持注意力（例如，在听课、对话或长时间的阅读中难以维持注意力）。
- 当别人对其直接讲话时，经常看起来没有在听（例如，即使在没有任何明显干扰的情况下，也会显得心不在焉）
- 经常不遵循指示以至于无法完成作业、家务及工作中的职责（例如，可以开始执行任务，但是很快就失去注意力，容易分神）
- 经常难以组织任务和活动（例如，难以管理有条理的任务；难以把材料或物品放得整齐；凌乱，工作无头绪；不良的时间管理；不能遵守截止日期）。
- 经常回避、厌恶或不情愿从事那些需要精神上持续努力的任务（例如，学校作业或家庭作业；对于年龄较大的青少年和成人，则为准备报告、完成表格或阅读冗长的文章）。
- 经常丢失任务或活动所需的物品（例如，例如学校的资料、铅笔、书、工具，钥匙、钱包、手机、文件、眼镜等）。
- 经常容易被外界的刺激分神（对于年龄较大的青少年和成人，可能包括不相关的想法）。
- 经常在日常活动中忘记事情（例如，做家务、外出办事，对于年龄较大的青少年或成人，则为回电话、付账单、约会等）

A2. 多动与冲动：6 项（或更多）的上述症状持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性的影响了社会和学业/职业活动。

注：这些症状不仅仅是对立行为、违拗、敌意的表现，或不能理解任务或指令。年龄较大（17 岁及以上）的青少年和成年人，至少需要这些症状的 5 项。

- 经常手脚动个不停或在座位上扭动。



- b. 当被期待坐在座位上时却经常离开座位（例如，离开他/她在教室、办公室或其它工作的场所，或是在其他情况下需要保持原地的位置）。
- c. 经常在不适当的场合跑来跑去或爬上爬下（注：对于青少年或成人，可以仅限于感到坐立不安的主观感受）。
- d. 经常无法安静地玩耍或从事休闲活动。
- e. 经常“忙个不停”，好像“被马达驱动着”（例，如在餐厅、会议中无法长时间保持不动或者觉得不舒服；可能被他人感受为坐立不安或难以跟上）。
- f. 经常讲话过多、喋喋不休。
- g. 经常在提问还没有讲完之前就把答案脱口而出（例如，接别人的话；不能等待交谈的顺序）。
- h. 经常难以等待轮到他/她（例如，当排队等待时）。
- i. 经常打断或侵扰他人（例如，插入别人的对话、游戏或活动；没有询问或未经允许就开始使用他人的东西；对于青少年或成人，可能是侵扰或接管他人正在做的事情）。

B. 若干注意障碍或多动——冲动的症状在 **12 岁以前**就已存在。

C. 若干注意障碍或多动——冲动的**症状存在于 2 个或更多的场所**（例如，在家里、学校或工作中；与朋友或亲属的活动中，在其他活动中）。

D. 有明确的显示**这些症状明显影响了社会、学业和职业功能**。

E. 症状不是由精神分裂症或其他精神病性障碍引起，也不能由其他精神障碍来解释（如心境障碍、焦虑障碍、分离障碍、人格障碍、物质中毒或戒断）。

我们通常会发现当谈论ADHD时，大多数关注的问题都集中在谈论那些A项目中那些不理想的症状，在网上查找相关资料时，会有不少断章取义的解说只罗列了A条目中的症状问题。更有甚者，部分网站会发布一些问卷，只用“有或无”让成人来回答自己看到的儿童有没有这些症状，症状条目的数量越多就越有问题。这对于许多家长来说震惊而恐慌，哪怕明明孩子在2-3岁还只是正常的探索期，或者对外界好奇心强，天性活泼好动多话些，也会被担心孩子是多动儿童，“有问题”；然后这些网站刚以这些单薄的判断为依据，倡导及时“治疗”和“干预”，宣传“药物治疗”的副作用，面对低年龄段儿童，诱导家长花费高额去早教参加感统训练、贩卖保健品进行补脑，面对稍大些学龄童及成年人宣传通过穿戴某种设备进行所谓“健脑”、“功能修复”等等，进行诸多并没有科学实证的所谓干预措施。

实际上，单纯从收集A项中的症状来在，在以往的一些筛查性研究中我们发现，相较于各国5%左右的ADHD发病率，由教师人群观察到的有“显著症状”的学生，肢体不安占16%，专注力不足的有18.8%，10-40%的中小学生对注意力缺失的问题，而在同时进行的家长调查中发现，虽然未报告出这样高的症状存在率，也都会高于平均发病率。由此可知，症状本身的出现率与“谁在评估”、“在何种环境背景下评估”、“客观性”有着密切的关系。为此，出于对生长发育史与心理疾病史的收集的难度，美国儿科学会（AAP）为了确诊ADHD并开始**对学龄前儿童**进行治疗之前，甚至建议家长参加一个家长培训项目由此



提高家长对ADHD的认识，选择合理的发展期望值，以及掌握针对问题行为的特殊管理技能。**对青少年**进行诊断时，养育者可观察到的行为以及那些外显较之儿童期会减少，而本人在自我报告时也难免会规避问题，因此通过教师、家长及本人的三方评估被认为必不可少。

诊断条目中B项目关于起病时间的讨论可以有效的区分成年人中同样发现类似ADHD核心症状问题时的鉴别诊断，比如双相的患者也会出现活动多，言语迫切，难以集中注意力等问题，看到生长发育中的一贯表现就极为重要（2019年7月18日美利华中美班临床心理学奥特曼博士在讲授心境障碍时也曾谈及）。

诊断条目C中对症状发生场合的要求，是为了避免放大患者在特定场合及时间段的特定表现所提示。ADHD的核心症状从原则上来说带有均衡性，不会是只在学校有或只在家里有，而是**在多种场面下可以直观观察到的行为特征**，尤其对于学龄儿童，不易自控，带有“屡教不改”的顽固特点，假如只是在家如此或只是在校如此，还需要考虑环境带来的特异刺激及评估者的标准不同等问题。在本期案例中，坐在诊室当中一动不动的来访者以及在医院里的表现，令主管医生不禁会担心评估的准确度，这时就督导医生的提示，“如何关注病史的全面性”，而不要因一时，一地，某个行为发生时间的长短来影响判断，在整个成长背景中评估在家、在校的行为，以及这些行为对人际关系产生的各种影响者不可或缺。

诊断条目D可以说是新版DSM最为核心的改变之一，但也同时是最不引起重视的诊断。我们常常听到家长反应，“**我这个孩子学习虽然不认真，但看电视、打游戏特别集中!**”，似乎言下之间，注意力并非病理性的不集中，而是意愿的问题。这一方面让家长觉得“没有到得病那么严重”，另一方面却会因为判断这是“意愿”所致而反复要求孩子“改变”，因此出现“**意识当中一边保护，行为方面一边伤害**”的矛盾现象。实质上那些“喜欢做的事”所带来的刺激类似于药物提升多巴胺分泌进行了行为控制一样，当然会令人沉迷，所以看起来废寝忘食，恐怕不吃不睡都没有问题，何况只是不动。而我们所说的“注意力集中”、“安静”、“不冲动”是在**没有受到这种快乐犒赏机制的前提下也能发挥作用的能力**，所以张道龙医生在案例讲解中曾向患者及家属这样解释：“**ADHD专门就是容易耽误学习这样的正事**”，也就是我们所说的，对社会功能、人际关系这些部分的实质性影响。而考虑这些功能损害的严重程度，除了是诊断的依据，更是诊断之后考虑治疗方案的参考依据——像这两期期刊当中的儿童一样，108期的少年曾经用药的情况下，学业能力尚可，但在停药之后，学力及与人相处时的情绪控制都会逐步出现问题，因此需要恢复用药。再看本期中的少年，多年来学业、人际关系尽毁，在这样的情境下成长，对外界充满敌意与抗拒也就不足为怪了。

综上所述，ADHD的诊断所涉及问题及考虑的深度远非字面理解可及，在ADHD仍旧缺乏特定的可检测的生物标志物且症状本身具有各自特异性的情况下，在诊断时利用标准



化量表作为辅助诊断的工具，由专业人士从生物-心理-社会角度进行的综合评估，仍被视为是最为有效且必需的方法。**需要注意的是，当前的任何一个标准化量表都不能作为独立诊断工具。**

今天的“结果”往往是场完美风暴

多数时候，我们会发现儿童进入集体教育后，表现出的不专注和多动在老师眼里往往是习惯养成的**失败**——认为是“没规矩、没管好、故意为之、目中无人”，被老师抱怨难以管理。无论达不达到诊断标准，这些行为无一例外的令大人们心烦，造成父母**教养责任的明显加重与心理压力**。而从别人的反应当中，能不能及时的改变自己的行为偏差常常令儿童们感到不安与紧张。

面对这样那样的行为问题，有一些儿童随着成长和家庭管理，行为会逐步适应所处的社会规范，问题呈现收缩态势，而有极少数孩子并不能如此。面对难以及时出现改变的儿童，通常父母也越来越觉得无力管教，特别是母亲，面临孩子在校表现的难以改善，在家庭当中很难适当地引导孩子，压力之下过度反应孩子的不良行为，加大处罚与控制，致使家庭冲突增加，甚至与父母或手足关系恶化，夫妻间因育儿问题的冲突升级也并不鲜见。在本次会诊时，对于男孩为何被诊断ADHD，包括为何又从ADHD继发出品行问题，张道龙医生也谈及了“**完美风暴**”理论——**许多问题暴发往往不是某个单一因素所造成的后果，而是一连串偶然叠加之后的必然**。先天的神经发育不全、不理想的养育环境，长期没有良好的医疗或心理干预，都是致病因素。本次的“小刺猬患者”由于行为不易自控，外界持续加压、负性评价，因此也更容易导致负面的自我认知逐渐形成，但这样的情绪带来的痛苦又使得儿童难以接受，因而行为上更加不想认错，不愿服从，加重了情绪化的反应，使得行为问题更加恶化，就是“一生二，二生三”的衍生结果。但我们又无法简单粗暴的倒推为“XX因素就导致XX疾病”。甚至不仅是ADHD，精神医学中的大多数问题都不能用这种非黑即白的简单逻辑来解释。因此才需要我们既需要关注症状，又需要不断地挣脱症状带来的思考限制，看到人，看到病情的模式，从而**概念化**出问题所在。

在《中国注意缺陷多动障碍防治指南》(下简称指南)中临床推荐使用DSM-5中关于ADHD的诊断标准。同时为了便于广大家长观察在诊断条目之外提出应重视ADHD的诊断线索，列举了的诊断线索包括：

- 儿童前期的过分喧闹和捣乱，不好管理，惹人厌烦；
- 学龄期的不安静、好动和注意力不集中；
- 青少年期的做事不考虑后果，经常跟父母顶嘴、与老师争执等。

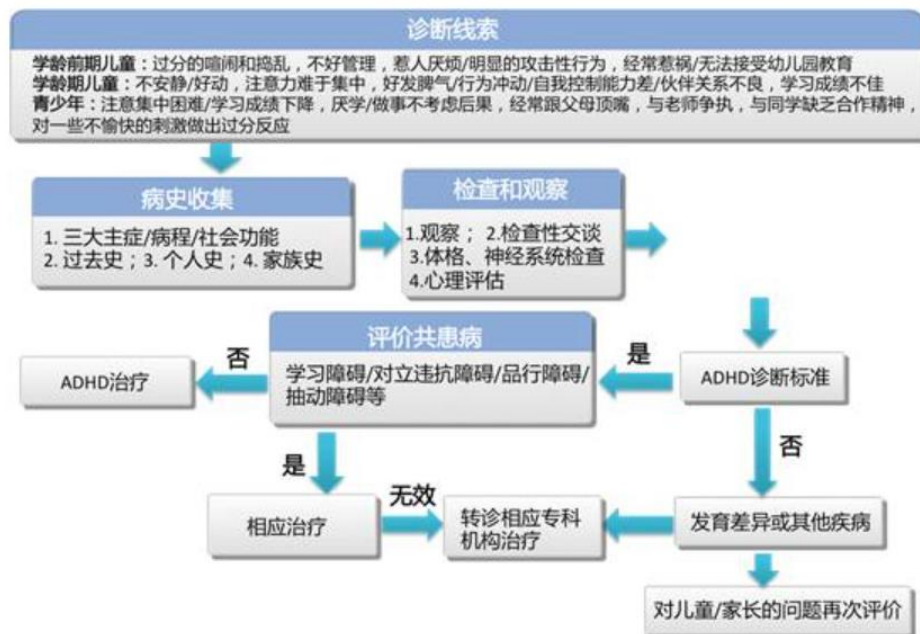
患者假如存在以上的问题，就应该建议其进入ADHD的评估诊断流程，进行更为完善评估。在ADHD的诊断步骤方面，指南中强调四个环节：

- 病史采集、



- 临床检查与评估、
- 辅助检查
- 综合分析并结合诊断标准确定诊断。

还通过图一所示直观的诊断流程图，帮助专业人员整体把握ADHD的诊断过程。



图一：《中国注意缺陷多动障碍防治指南》诊断流程图

主要治疗思路

基于各国多年的研究基础，ADHD是一种慢性神经和精神发育障碍性疾病已是共识。为了对ADHD儿童和青少年进行有效治疗，需要行为干预和药物治疗相结合的综合性治疗方案。

1) 非药物治疗：当前非药物治疗主要包括**行为治疗、家长培训以及学校干预**。其中针对学龄前儿童，多数国家均建议采用行为及父母行为训练等方式作为干预手段，以具体的治疗目标为基础，全面评估共病情况，个体化的开展非药物干预。对其他各年龄段的患者也需要制定长期的治疗计划，由主管医生、家庭成员、患者、学校老师及单位同事等应多方合作，针对每一个体明确恰当的个体化的治疗目标以及指导治疗。

行为治疗方面，增加运动时间非常关键。不少家庭由于孩子注意力不集中，作业完成的慢且容易出错，而不断加大室内学习时间认为是以勤补拙，其不知多动的儿童多数精力旺盛，体能不能释放又被行为诸多约束，更容易产生厌学与对抗。正确的做法是通过运动量较大的项目，如足球篮球、游泳等来帮助孩子消耗掉多余的能量并且增加与同伴在一起的时间增进交流。

家长训练主要是改变家长看待孩子行为的视角，学会化解自身的情绪压力，在孩



子的生活中充当教练员角色，把“惩罚坏行为”的习惯变为“奖励好行为”，形成正性评价的习惯，当孩子的行为不恰当或失控时，学会接纳孩子的负性情绪，同时帮助孩子自己也认知到自己的情绪以及出现这样情绪的诱因，允许合理的表达，并让孩子通过不断地尝试这样合理表达后，与外部环境建立良好的关系。

校园干预目前在国内尚属于非常初级的状态。多数时候由于学级管理压力，班主任老师无法分出太多精力给个别儿童，而且在重视成绩、形成竞争心态的前提下，无法遵守班级规范及教学要求的孩子总会受到更多的排斥及训诫，特别是那些学习成绩不够好的孩子。好在目前国内心理学界及医学界也在不断加强对于在校儿童的心理关注及科普，有越来越多的教师有机会接触到相关的知识，了解ADHD人群的存在及真相，虽然还不能从根本上帮助教师们管理好这些学生，但至少能够在能够缓解由于不理解而产生的厌烦及排斥心态。因此在这样的背景下，家长更需要与班主任及其他在校老师及时互动沟通，针对孩子不同时期成长的变化及时调整策略，作好家校配合，尽可能的为孩子适应环境、调整状态做好保障工作。

2) 药物治疗：ADHD 主要治疗药物经大量循证证据验证，无论是在儿童还是成人治疗当中，兴奋剂治疗在使用恰当剂量的一、二天之内就可以出现明确且具有戏剧性的临床效果。因此ADHD是唯一被美国食品药品监督管理局（Food and Drug Administration, FDA）批准为药用兴奋剂的疾病。而且由于兴奋剂长期的使用经验，已经总结出大量结果，无论是对疗效还是可能出现的副作用都具备可预见性及可控性。目前临床上用于治疗ADHD的主要药品见下表所示。

表1：目前 ADHD的常用治疗药物。

	通用名	商品名	备注
兴奋剂类	哌甲酯	利他林、专注达	国内一线用药
	苯丙胺	阿德拉	国内未上市
	莫达非尼	不夜神	国内未上市
非兴奋剂类	托莫西汀	择思达	国内一线用药
	安非他酮		国内临床可使用
其它类型	可乐定	可乐定	国内临床可使用
	SSRIs类		辅助用于继发的情绪问题

总体而言，对于学龄前儿童及轻症问题，我们不主张采用药物治疗，而对于影响到个体学业能力、职业表现及情绪等多种方面的时候，主张首先进行药物治疗，并且至少持续6-12个月以上，同时辅助包括以家庭在内的心理治疗及行为训练。

中国人是最怕吃药的，笃信“是药三分毒”，对待孩子的问题就更加谨慎，或者说到



了“胆怯”的地步，这种胆怯一方面源于众所周知的国内食品药品安全问题，更为深层的是我们对于病症认识的不足。药品，毕竟是药不是毒，过分放大副作用而忽略病情给当事人带来的各种损害以及药物的疗效是不理智的表现。

当下的困局

ADHD、多动症这样的名词虽然可以说是家喻户晓，却在事实上并没有得到应有的关注。特别是最需要早期关注的儿童与青少年阶段，进行有效治疗的比率也远远不够。究其原因与国内医疗资源不足，专业信息宣传不到位不无关系。

随着互联网的普及，网络健康信息成为患者和患者家属了解疾病相关知识的重要来源。部分患者和患者家属会参考这些信息决定是否就诊、何处就诊以及采用的诊断和治疗的措施。然而，通过研究表明，互联网上关于 ADHD 的信息大多不完整也不准确，存在不同程度的矛盾、过时、甚至错误，容易误导患者和家属，延误诊断和治疗。

例如与年龄不相称的多动和注意力不集中以及症状必须对孩子学习和生活造成明显损害是 ADHD 患儿与正常孩子重要鉴别点，而不少网站为博取点击量，如前文所述只上传一些关注行为的量表，哪怕是对诊断条目介绍，也往往删去诊断标准中所强调的“**达到适应不良的程度，并与发育水平不相称**”和“**在社交、学业或职业功能上具有临床意义损害的明显证据**”等关于严重程度标准的信息，这种断章取义的随意添删和忽略，会导致一部分正常孩子的家长误认为孩子有 ADHD，也导致部分家长认为这些表现是每个孩子都有的，从而抵制 ADHD 的诊断，不愿就诊。

在治疗方面，尽管兴奋剂已经被证明是治疗 ADHD 安全高效的药物，并被我国、美国、英国等国家的 ADHD 诊疗指南推荐，但不少网站中对兴奋剂的介绍极为偏见。忽略药物对患者学习、情绪和行为等方面的改善作用，一味强调药物副作用。特别是近年临近高考中考前后，网上总会出现一些对“聪明药”的批判与声讨。文章的原本目的也许是对那些为了一时提高成绩铤而走险的家长或学生滥用添加了兴奋剂的非法药物进行揭露，却造成更加具有传播效应的**误导**——由于提及聪明药的主要成份是 ADHD 的治疗用药，而且着重渲染成瘾的危害，更加使得 ADHD 正确的药物治疗污名化。

DSM-5 取消了 ADHD “首次体现于儿童”这样的诊断要求，认为 ADHD 属于「神经发育障碍」，一方面体现了儿童与成人精神障碍的连续性，另一方面强调 ADHD 是一种可能终身罹患的慢性神经发育性精神障碍，需要长期治疗。相较之下，国内目前心理咨询行业亟待规范，既缺乏正规专业的从业人员，也由于行业本身定位还游离在医疗领域之外，无法在临床上发挥太多作用。而精神医学特别是儿童精神医学领域的医疗资源更是有限，也还不能满足人民群众看病治病的需要，针对疾病，在专业人群内建立共识，加强面向大众的科普及宣传都是当务之急。

因此，无论是医疗、心理、社会工作、媒体科普各界对于这个既熟悉又认知不足的疾病都有着莫大的影响作用。面对本期期刊中的少年，从儿童期起病却完全不加任何治疗和



合理干预，原生太成长起来的现象竟然出现在21世纪的中国，这无疑让我们这些从业者细思极恐。

结语

ADHD是最常见的儿童行为问题，我国患病率为4.31%~5.83%，以此推算全国约有患儿1461万~1979万人。这些患儿在成年后往往还有功能损害或出现其他后遗症，因此与正常成年人比较，出现品行障碍、人格障碍、酒精依赖、海洛因依赖等问题的几率增大，而且即使没有这些继发性的障碍问题，多动症人群由于其行为特点，缺乏持久力和耐力，从受教育程度，社会经济状况，婚姻关系等可能会出现不同程度的影响。

108期案例中的少年患者，早年间学业成绩并不差，却一路滑坡，导致学业、情绪、行为、人际关系甚至人格形成都受到不同程度的影响。本期少年更是表现的情绪淡漠，藐视社会道德规范，形成多种不良的后果……我们除了替108期及109期两案例当中的少年们惋惜，更想见微知著，借此提醒各方对于ADHD早期诊断、早期系统和规范治疗的认识。

在国外，包括以ADHD在内的神经发育障碍儿童，根据个人问题严重程度不同，针对轻到中度儿童，更多的提倡与普通儿童一起接受教育，共同生活，而不是以往隔离教育的方针。这样的考虑，一方面是为了障碍人群的社会融入，另一方面也是为了让孩子们有机会接触到不同状态的同学、朋友，从根源上学会互利互惠互帮互助的生活。毕竟“社会”是共同的，不管有什么特殊情况，没有人可以一直封闭隔离起来，像在真空中一样生活。在真实世界中相互看到、相互了解本身也是对所有人的公平。

而且由于ADHD、学习障碍、抽动秽语综合征等均有着“不影响智力但可能终身存在某些行为特征”的特性，也提倡把这样的发育障碍问题像孩子的特殊个性一样，更为包容的态度去看待与接纳。创造这样的环境，需要的不仅仅是家长或者校方的努力，也需要全社会对于各类问题的认识包容与理解，同时还包括行政政策上的支持，医学、心理学等多专业协作。这些发展方向为国内的学者及患者提供了信心，毕竟，面对困难，我们都知道这样一句诗：

“黑夜给了我黑色的眼睛，但我注定要用它来寻找光明！”

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] 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, 2018:23-24
- [4] Hoogman M, et al. Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017 Feb 16.
- [5] 郑毅, 刘静编. 中国注意缺陷障碍防治指南. 2版. 中国医学电子音像出版社, 2015.
- [6] 苏林雁主编. 多动症儿童的科学教养-写给多动症儿童的父母. 2版, 2018
- [7] 钟乐, 刘威, 尹飞, 中文网站中儿童注意缺陷多动障碍相关信息的质量评估, 中国心理卫生杂志, 2010, (24-10):780-795



全科医学

患者是一位脑出血、陷入深度昏迷的老年男性，他心脑血管存在多种疾病，已经处于生命的最终阶段。子女们仍在为是否继续积极治疗而难以抉择。有何办法帮助这位老人在最后的人生旅途中减少苦痛？如何在孝道与理智中追寻到一种平衡？下面请看本期全科案例

生命中的悬梦：寻求平和死亡

——一例脑出血老年患者的临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

患者：83岁老年男性，已经退休多年。因“突发脑出血、意识不清”而来会诊。

现病史：患者前天因为突发头痛，意识障碍到当地的医院就诊，入院后患者一直处于昏迷的状态，头颅CT提示是脑出血，血液已经破入脑室，予以降压，并行脑室穿刺引流术，当时引流的液体约300毫升，其中血量有100毫升，可见凝血块，术后一直在医院的ICU，处于深昏迷的状态，目前使用呼吸机，进行胃管鼻饲和静脉给药治疗，具体的药物不详。患者目前没有发热，每天的尿量不详，没有血尿。眼睑和双下肢未见水肿。患者平常容易疲劳、乏力，容易早醒，夜间睡眠4到5小时。近3个月血压收缩压维持在98-133mmHg，舒张压维持在68-99mmHg，有大便干燥，体重没有明显的改变。

既往史：1984年心脏彩超发现先天性心脏病，为房间隔缺损伴肺动脉高压，右房左室增大。2018年5月NT脑钠肽732.6，比正常值高100多个PG/毫升。2019年1月份，复查脑钠肽6117.86，当时检测的数据标准有调整，正常值的最高值是1800，是正常值的3倍以上。高血压病史10年，血压最高是150/99mmHg，近期用缬沙坦80mg Qd，酒石酸美托洛尔62.5mg Bid，吲达帕胺5mg Qd。10个月以前，彩超发现双侧颈动脉和双下肢的硬化伴斑块形成。6年前做心电图发现房颤，使用胺碘酮200mg Bid。两个月以前开始服用利伐沙班10mg/日。一年前还发现了糖尿病，口服拜糖平25mg Tid。2007年因为右肾癌行右肾根治切除术。

个人史：27岁结婚，有两个儿子和一个女儿，他的配偶前几年也患了脑膜瘤已行手术。抽



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



烟 50 年，每天 20 支，11 年前已经戒烟。

家族史：父亲因为肺心病 57 岁去世，他的母亲也有高血压，80 多岁去世，大哥患风湿性心脏病 57 岁去世，二弟有心动过缓，他的两个妹妹和子女现在身体健康。

体查：170cm，体重 60kg，BMI 为 20.76，因远程会诊未完善相关体格检查。

检查结果：CT 示脑室内出血，双肺上叶的轻度肺气肿，心影大、肺动脉管径增宽、双肺背侧坠积性的改变。

诊断及评估：

患者的诊断是：1.深昏迷，2.脑出血，3.慢性充血性心力衰竭，4.先天性心脏病（房间隔缺损，肺动脉高压，右房右室和左房的扩大），5.心律失常（阵发性房颤和心房扑动），6.高血压 I 级，高危组，7.II 型糖尿病，8.高尿酸血症，9.右肾癌右肾切除术后，10.双侧颈动脉硬化伴斑块形成和双下肢动脉硬化伴多发的斑块形成

NT 脑钠肽的检查，主要是提示心脏细胞产生结构相关的肽类的激素家族的一种，心功能不全的时候指标的浓度就会升高，这恰恰也是心衰较为敏感的一个指标，是患者心力衰竭的一项佐证。心电图多次显示房颤和房扑。他经胸的超声心动图显示先天性心脏病的房间隔缺损，右心肌左室的扩大，左室腔受压缩小，二尖瓣和三尖瓣的反流和肺动脉的增宽以及肺动脉的高压。该患者的整体预后不佳，心脑血管疾病严重，生活质量将下降显著。

患者家属的会诊需求：

患者家属主要是寻求下一步治疗的决策，和既往治疗方案的选择是否正确。

第一点，患者处于深昏迷状态，如果病情进一步的加重，他需要进行气管切开，或者进行进一步的有创治疗，是不是需要进一步来做这些，希望我们能够给他一个好的意见和建议。

第二点，因为他原来有房颤，在抗凝和预防出血这些药物上面，他有脑卒中，也有脑出血这种可能性，前期这些药物用得是不是合适？在国内咨询过很多的专家，大家的想法和建议也不一样，但他们还是最后用了抗凝的药物，现在是脑出血了，家属想问一下，是不是这个药物用的有一些问题？

第三点，家属对于他这个脑出血的预后，希望老师给予建议。

两位医生会诊患者后，意见总结如下：

钟丽萍医生：他的心功能非常差，BNP 已经非常高，他的利尿剂要用比较强的袢利尿剂，



而不是噤声类的。根据他心脏的功能，恢复的可能性非常小，他的肺高压是非常高，**任何现有的药物不可能对他有太大的帮助。疾病的成因**：第一是先天性心脏病，这是最主要的原因。第二，他抽烟这么多年，有肺气肿，肯定对他的肺功能有坏的影响。一个是先天性心脏病，还有一个是肺气肿，合起来引起肺动脉高压，**他的预后已经非常差了**，即使这次出血以后恢复得很好，**他的生活质量也不会很好的**。像他心衰程度已经达到四级，没有太大的活动能力，静止的时候他肯定已经有症状了。他们家属应该要有一个正确的认识，如果要花几十万，又加上神经方面的损伤，生活质量也是很差。**要考虑的事情是，抢救之后的预后会怎么样？**如果预后不好，没有生活质量，他就要做决定，到底需不需要抢救。我们抢救他不是为了我们要尽一份孝心，而是对患者来说，究竟是一种享受，还是一种受罪？

关于抗凝方面。事实上他符合要抗凝的标准，如果不抗凝治疗，可能中风的风险是非常高的，但是出血的可能性也存在。不管是否抗凝治疗，他都是一个高危的病人，像处在这种环境中医生是挺麻烦的，难以抉择是否抗凝治疗，至于剂量是不是用得合适，需要具体问题具体分析。

张道龙医生：这个病人毫无疑问达到安乐死的标准，他有过肿瘤手术，又有先天性心脏病，然后又有高血压，脑出血，他们家到目前为止他的寿命是最长，其他人的寿命都是 80 岁以下，他是唯一活到 80 岁以上的，儿女还双全，老伴还不用他管，**已经是非常幸运的，已达到了他们家族的预期寿命**。现在处于昏迷的状态，最好考虑放弃一切主动治疗，让他自己平静走，这是最佳的结局，人生没有十全十美，已经十全九美了。

在我看来，这是非常明确的，根本不必要再讨论那些毫无意义的事情。这是最好的教学案例，当我们面临一生要告别的时候，家里得做一个决定，在他不知道痛苦、该走的时候，全家要讨论怎么办？**不是把他救回来之后让他继续痛苦，把所有的钱都花在他身上，没时间孝敬老妈，活着的人没法享受资源，死了的人不知道你在给他什么资源，你为什么要做出这种选择？**在美国我们直接寻找安乐死，所以这个道理你要跟家属讨论。中国目前还没有安乐死，没有法律支持，人大代表提案也没有通过。如何让他较为不痛苦地度过剩下的日子，需要全家统一意见后再与主管医生讨论。

在会诊中患者女儿仍在纠结是否母亲也会患类似的疾病。

张道龙医生继续解释到：最正确的方式不是通过你父亲然后猜你妈妈应该得何疾病，我倒认为你父亲全家都有心脏病，你应该盯着你跟两个哥哥是否心脏有问题，这才是有用的。



现在过度担心母亲是疾病焦虑的表现。正确的做法是，从现在开始定期上医疗之家给你老妈看病，那才是聪明的，找个好大夫进行慢病管理，把老太太的健康问题管理好，别再出现老爸这些事。做了你该做的就好，一句话“不做亏心事不怕鬼叫门”，只要父亲不遭罪就可以了。**(此处张道龙医生把话题导向如何使活着的人更好享受生活。与其不理性的“疾病焦虑”，不如科学全科管理。)**

引导患者家属不要去纠结哪个医生做得对或不对，拒绝参与这样的讨论，所以要知道导向，这个时候不去帮她分析这些，当责备不知道往哪放的时候，人就容易搞这些“医闹”，所以一定要强烈制止这些事，把这些能量导向其他方面去升华，去抓紧照顾老妈，送走老妈再导向照顾她哥哥，最后再管自己的事。中国的医生都很不容易，挣得少、做得还多，责任还大，面临太多的医闹，所以我们不给他们提供“炮弹”**(此处提示如何敏锐捕捉、避免“医闹”风险)**。

张道龙医生总结

我们一般从三点来讨论家属的死亡问题。**第一，判断是否已经活到正常预期寿命。**比如我们没法接受一个 16 岁的孩子吃完晚饭出门被车撞死了，这个根本没法接受，这是最难的。中国的平均寿命 70 多岁，美国也都 70 多岁，患者已经达到 80 岁了，原本先天心脏就不健全，后天又有肿瘤，又抽烟喝酒，最后还能找着老婆，子女双全，你还活 80 岁，已经非常幸运了，大多数人都能接受的。**第二，努力抢救过来是什么样？**救完之后跟正常人一样，那不用说，借钱也得去治。若是活过来就是痛苦，**要么选择死，要么生不如死，就需要判断是否值得。****第三，还可能让你倾家荡产。**活过来之后一天需要几万，你们家有 100 万吗？他说家里凑凑，把房子一卖。你们家没其他活人了吗？还有老妈，还有其他人需要钱呢，看你们家能不能负担得了。

从这几个角度去聊，与最能在道德上唱高调的兄弟说，咱们一人摊 30%，医生说了，大致一年需要 100 万，先按一年算，你先存进 30 万先花，我们后花，按照顺序，你看他答不答应？大多数人都是在那空谈，所以当你一旦让他们面临现实的话，结果并不一样。**把他拉到回到现实基本上都能达到共识，我们在中间做主持人的目的，就是让大家面对现实。**想再活 5、6 天让大伙都能回来告个别，还有远方的亲戚赶过来，这都可以，尽量给他们这个机会，做人都有尊严。但是不要在虚伪的道德驱使之下，让医生也给他去做陪绑，那是毫无意义的。



答疑环节

问题一：该患者的心律失常要做消融射频吗？

钟丽萍医生：第一，你要考虑对他会带来什么益处，射频消融能不能解决他的问题？事实上房颤肯定会影响他的心脏功能，如果我能控制他心脏的速度，其实就帮助很大。他主要的问题是因为他肺动脉高压，他的心衰很严重，房颤会加重心脏问题，但是如果我们能够控制房颤的速度其实就可以了，我们要把它变成窦性节律，这种可能性不是很高。该患者不是因为长期的高血压，若光是左心房的扩大，可以把射频消融，该患者的效果其实不会太好的。

还有牵涉到胺碘酮的问题，患者本来肺部就有疾病，为什么要用胺碘酮？胺碘酮对肺功能会有影响的，可能引起肺纤维化，他这种情况，胺碘酮不是首选的。我发现中国很多有房颤的，一进医院就给他上胺碘酮，事实上我们的指南应该先是控制心跳的速度，如果速度控制好，就能提高生活质量，跟你的节律控制没有太大差别的。我们用药的目的是减轻病人的痛苦和问题，不是用了这个药以后，结果又把他原来的问题变得更加严重。他哪怕是坐在那，肯定都是端坐呼吸，他生活质量是很差的。

张道龙医生：射频消融没做是正确的。第一，知道射频消融什么意思吗？是在肺动脉四个的根部画一个圈，烫出来一个东西，把这个异位起搏点包住，让它别出来，最大的合并症很可能就是肺动脉高压，你已经有了高压，你还在根部给它烫一个圈，甚至很可能烫完之后就更狭窄，血压更高，你可能死在台上，像这种情况你敢去给他射频消融吗？当然不可能的。第二，一般都是因为主动脉根部分出一些先天性的问题让你异位起搏，跟你的窦房结竞争。这病人明显有室间隔缺损，这么多年都没有房颤，最近才有房颤，很可能是结构异常促进这些异常的起搏点，问题不在肺动脉根部，你进去之后连定位都找不到，你打完之后的结局，即使活着下来了，异位起搏点还在那，家属不找你的麻烦吗？一种可能是就死在台上，严重合并症。二种是治疗效果不佳，患者又遭罪又花钱。

问题二：患者血压都在 130/80mmHg 以上。像这种先心病的病人，已经是高龄了，他降压的目标还能再往下吗？

钟丽萍医生：不能的，他受不了的。为什么要临床经验，就是每个病人你要具体情况具体分析，本来他就是有各种各样的阻塞，肺动脉高压，还有颈动脉、脑动脉都会有病变了，像这种情况，你的血压要适当的高一点。



问题三：患者未来是否容易再次脑出血或者中风？

钟丽萍医生：他的颈动脉还有他的周围动脉已经有粥样硬化、有斑块，所以他肯定是广泛的血管病变，脑部血管肯定也有病变，所以像这种情况是对医生来说是最棘手的，因为你不做你也错了，你做了你也错了，最后他不是因为出血就是因为中风，总之会有一个，对他来说反正结局就是这样，这些病加在一起预后是非常差的。你要纠结到底是否给抗凝药，是很难抉择的，因为你不给，他中风了又是你的错，给了他出血了又是你的错，一般你跟这个病人和家属交流，把这些说清楚是最重要的，我们只是给你提供一些信息，到最后家属应该做一个决定。他本身底子已经很差了，心血管广泛的病变，你不可能创造这种奇迹的。

问题四：患者两个月前用过思诺思（酒石酸唑吡坦），当时出现了幻觉，如何调整患者的睡眠？

张道龙医生：一般鉴别诊断的时候，我们就做多导睡眠图。心脏这么不好，出现心衰，非常可能是心源性的，叫中枢性的睡眠呼吸暂停，不是阻塞性的。若如此，当然不能抑制他中枢呼吸了，若无睡眠呼吸暂停，你才能用镇静催眠药。如果是中枢性的睡眠呼吸暂停，他一般都是心衰引起的，你要治疗心脏，你不是治疗大脑，因为大脑没毛病，这是反馈性的。



心理学人

“慢慢地活，痛快地死，想必是人生之所幸了”。在本期的全科案例中，年迈重病患者的家属面临是否放弃治疗的重大抉择。看到这个话题，我们感到沉重，压抑。但是病魔缠身，生不如死，这种痛苦实在不忍心让最爱的人承担。生老病死，无法预料，好好对自己，对爱的人，才是真正活得明白—请看本期全科科普知识“安乐死”

安 乐 死

责编 | 肖 茜

安乐死 (Euthanasia) 指对无法救治的病人停止治疗或使用药物，让病人无痛苦地死去。“安乐死”一词源于希腊文，意思是“幸福”地死亡。它包括两层含义，一是安乐的无痛苦死亡；二是无痛致死术。

中国的定义指患不治之症的病人在垂危状态下，由于精神和躯体的极端痛苦，在病人和其亲友的要求下，经医生认可，用人道方法使病人在无痛苦状态中结束生命过程^[1]。

一、安乐死的历史

安乐死的理论和实践都有很长久的历史。斯巴达人为了保持健康与活力，处死生来就存在病态的儿童。亚里士多德曾在其著作中表示支持这种做法。在《理想国》一书中，柏拉图赞成把自杀作为解除无法治疗的痛苦的一种办法。毕达哥拉斯等许多哲人、学者、政治家都认为在道德上对老人与虚弱者，实施自愿的安乐死是合理的。其他社会也有些安乐死的报道^[2]。

人类社会生产水平低下，生活资源不足以养活所有的社会成员时，这种安乐死的习俗减少了无力生产自己必需的生活资源的成员，减轻了社会的负担，在当时可能是适宜的。人类社会进入生产力水平比较高的阶段后，这种安乐死便不普遍了。对人类思想文化有巨大影响的宗教，都认为人的生命是天神赐予的，死亡也由天神来决定，只有君主有权代表天神主宰臣民的死生；病痛，包括临终前的痛苦，往往被看成天神的惩罚；于是视自杀与安乐死是篡夺了造物主主宰生死的权力。16世纪后人本主义的兴起，从天赋人权的基本思想出发，并不提倡安乐死。但是也有学者从社会的效益和理性的思考出发，考虑和提出安乐死的主张。如F.培根在《新亚特兰提斯》（又名《新大西洋》）一书中，主张实行自愿的安乐死。但总的来说，关于安乐死的讨论，相对沉寂了一段时间^[2]。

1935年在英国成立第一个自愿安乐死合法化委员会，3年后，在美国也成立了同样的委员会。1976年后法国、丹麦、挪威、瑞典、比利时、日本，甚至在天主教信徒很多的意大利、法国和西班牙也都出现了自愿实行安乐死协会。这些民间组织的宗旨在于使安乐死



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



合法化。英、美的安乐死协会还曾起草过能妥善防止发生谋杀、欺骗、操之过急的提案。他们的提案均被国家和地方立法机构一一否决。1987年荷兰通过一些有严格限制的法律条文允许医生为患有绝症的病人实行安乐死。

尽管安乐死至今还没有在多数国家合法化，但人们对给予病情危重而又无法治愈的病人以死的权力和自由以摆脱残酷的病痛折磨的做法，愈来愈多地采取同情的态度，认为这是符合人道主义精神的。虽然西方许多国家都把安乐死看成犯罪行为，但支持实行安乐死的人数在不断增加。估计有十万人已立下遗嘱，告诉医生：一旦他们患了不治之症，生命行将结束时，不要再用人工延长生命的措施进行抢救。如日本的安乐死协会建立于1976年。三年后已拥有两千名会员。从历史的趋势来看，1983年世界医学会的威尼斯宣言提出了消极安乐死的正式意见，同年美国医学会的伦理与法学委员会对于撤除生命支持措施的意见都已为安乐死实施创造了条件^[2]。

2017年10月22日，韩国保健福祉部称，从2017年10月23日至2018年1月15日将试行《维持生命医疗决定法》（也称《安乐死法》），临终患者可以自己决定是否继续接受维持生命的治疗。前提是患者必须通过填写“事前维持生命医疗意向书”和“维持生命医疗计划书”明确表明不接受维持生命的治疗。凡年满19岁的成人，不论是否患有疾病，都可以填写事前意向书。该资料在患者未来被判定无治疗意义，即将死亡时，可作为拒绝维持生命治疗的资料使用^[3]。

二、实施条件

对重度精神病患者、重度残疾人及处于不可逆昏迷中的植物人，实施使其在无痛苦感受中死去的行为^[4]。

狭义专指对身患绝症、临近死亡、处于极度痛苦之中的患者，实施促使其迅速无痛苦死亡的一种方式。又称无痛苦死亡^[5]。各国对安乐死是否合法存在争论。持肯定态度的学者认为安乐死必须符合下列条件：

- 1、从现代医学知识和技术上看，病人患不治之症并已临近死期；
- 2、病人极端痛苦，不堪忍受；
- 3、必须是为解除病人死前痛苦，而不是为亲属、国家、社会利益而实施；
- 4、必须有病人神志清醒时的真诚嘱托或同意；
- 5、原则上必须由医师执行；
- 6、必须采用社会伦理规范所承认的妥当方法。



三、安乐死的分类

1、积极的（主动的）安乐死，指采取促使病人死亡的措施，结束其生命，如当病人无法忍受疾病终末期的折磨时。

2、消极的（被动的）安乐死。即对抢救中的病人如垂危病人不给予或撤除治疗措施，任其死亡。

实施安乐死的行为在满足法定的实体条件的前提下，还必须严格按照程序规则来操作。在程序设计上，有四个关键的内容需要规范：一是病人的申请；二是医师的诊断；三是病人与医师协议的达成；四是医师实施安乐死的行为。而贯穿始终的是法院的主持和监督以及公证机关的公证。法院和公证机关的“第三者”的中立姿态在此程序中必须得到充分的展现。

四、安乐死引发的伦理争议

现代意义上的安乐死涉及了不同的人或群体，包括安乐死者本人、医务人员、安乐死者亲属及其他需要医疗救助者。由于各方的社会身份、社会角色、责任和义务的不同，由于各方的世界观、人生观、价值观不同，导致不同的人或群体具有不同的安乐死观念，引发了以下五个方面的伦理争议：

1、生命神圣论与生命质量论之争

生命神圣论与生命质量论之争是安乐死中首要的伦理争议。生命神圣论否认安乐死具有伦理价值，认为人的生命“神圣不可侵犯”，任何人不得违背神的意愿而随意结束生命，包括自己的生命和任何他人的生命，即“人活着不是一种选择，而是一种义务”。由于西方的宗教传统，生命神圣论的观点颇为流行。生命质量论则肯定安乐死具有伦理价值，突出强调了人权和人的社会价值的重要性，认为人具有社会属性，因此一方面人必须保证最低限度的生命质量才有必要继续存活，另一方面人具有社会价值，当社会价值被破坏时，人的生命质量就失去了意义，人有选择结束自己生命的自由。很显然，生命质量论还逻辑地蕴含了另外两种被称为生命尊严说与生命自主权说的观点。因为当人由于自己的社会价值遭到破坏而选择结束生命时，事实上就是违背生命神圣论所认同的“神律”而作出的选择，同时这种追求生命质量的做法，也可以被看作是维护生命尊严，如中国儒家文化中的“舍生取义”和西方的“为真理而献身”。

2、救死扶伤原则与减轻痛苦原则之争

在医学伦理实践中对安乐死的反对与支持主要反映了两种医学伦理原则，即救死扶伤



原则与减轻痛苦原则之间的矛盾。救死扶伤原则自古以来都是医家的根本行为准则和职业道德。在被奉为医务人员操守准则的《希波克拉底宣言》中就明确表示“我绝不会对要求我的任何人给予死亡的药物，也不会给任何人指出同样死亡的阴谋途径”。成立于1947年的世界医学协会在充分肯定该誓言的基础上，制定了日内瓦法规，强调医生必须以保护生命为己任。因此恪守救死扶伤原则的人们认为安乐死违背救死扶伤原则，是变相剥夺他人生命，有悖于医生的职业道德的行为。减轻痛苦原则也是医学伦理实践中的一条重要原则，医生的职责除了治愈疾病还包括为病人减轻痛苦。安乐死的支持者认为为患者治疗疾病是减轻痛苦，当患者患有不可治愈的疾病并遭受极其痛苦折磨时，使其结束痛苦无痛死亡亦是减轻痛苦，是人道的行为。因而任由那些身患无法治愈的疾病而又面临死亡的患者饱受病痛与医疗手段的折磨，医生却无动于衷，这才是不人道的，才是有悖于医生职业道德的。因而现代医生的职责不仅在于“挽救生命”，还在于采取一切必要措施来减轻或免除病人的痛苦，以表现对病人的深层伦理关怀。

3、资源浪费与合理分配之争

在关于安乐死的争论中资源的分配一直是争论的一个焦点。安乐死的支持者认为社会的人财物等资源十分有限，将大量资源用于救治那些患有不可治愈病症的人，或者用于维持那些植物人以及重残儿童的生命，实质上是一种对医疗资源的浪费，破坏了社会公正，而允许患有不可治愈病症或植物人等的安乐死则能使一部分医疗资源被节省下来，从而用于更需要医疗救助的人。反对安乐死的人则认为，虽然社会的人财物等资源非常有限，但如果以“节约资源”为名为患有不可治愈病症者或植物人实施安乐死，则可能导致对人的功利化理解，而且每个人都是社会的组成部分，因而每个人理当享受基本的生存权利，以“节约资源”为名使不可治愈者或植物人安乐死强制性地剥夺了他们的基本生存权利，恰恰破坏了社会公正。

4、尊重人权与情境选择之争

20世纪70年代以来，有些学者将自愿安乐死限于承受难以忍受痛苦、自愿谋求死亡的绝症病人，认为患者拥有选择安乐死的权利，因此必须尊重他们的安乐死意愿，才能体现对患者的伦理关怀。但是也有学者出于境遇伦理学的考虑，主张人总是处于一定情境或境遇之中，并从这种情境或境遇出发做出自己的伦理决策，从而对患者的安乐死意愿的真实性提出种种质疑：

第一，每一个人都有活下去的权利，活着总比死要好。



第二，自愿难以确定，一个患者在疼痛发作或因服用药物而精神恍惚或抑郁时表示的意愿是否可以算数？很可能在疼痛缓解或意识清醒时又放弃他的安乐死请求。

第三，患者受到医生诊断的影响，有了某种绝望的意愿，但如果这种诊断是错误的，这又意味着什么。因此，应当谨慎对待安乐死，不可轻易肯定其价值，也不能武断地否定其价值。

5、中国传统“孝道”与现代亲情理念之争

在中国的安乐死讨论中，支持与反对的伦理之争主要表现为传统“孝道”与现代亲情理念之争。反对安乐死者认为，安乐死的适用对象主要是老年人群体和病患者，以孝悌为基础的传统道德要求子女和亲属必须对患有重病的父母和其他亲属细心侍奉直到病人生命结束，而出于减轻痛苦致亲人速死的安乐死则有可能使子女背上“不孝”的罪名，这容易对中国以家庭为核心的社会传统伦理模式构成严重威胁，导致“血浓于水”的亲情纽带断裂。安乐死的支持者则坚持认为传统“孝道”与现代安乐死在意蕴上不能相容，因为现代安乐死本身就是人的现代亲情理念的表现，即家庭中各成员之间的权利平等，子女和父母都拥有对自身生存利益的决定权利，当遭受不可治愈的疾病折磨、难以忍受病痛的情况下，父母本人拥有选择安乐死的权利，子女要尊重父母本人的意愿才是孝顺父母；而且现代亲情理念还认为子女应注重在长辈生前关心长辈，尊重长辈、提高长辈生活质量，这样才是真正的“孝”的表现，否则只能表明子女的自私自利。

五、中国现状

安乐死的问题在中国尚未正式讨论，但促使安乐死问题激化的那些先进的医疗技术，在中国已大量引进并推广。1988年7月5日，中华医学会、中国自然辩证法研究会、中国社会科学院哲学研究所、中国法学会、上海医科大学以及其他有关单位，联合发起召开了“安乐死”学术讨论会。与会的各界代表一致认为，尽管中国在实际工作中，安乐死，特别是消极的安乐死几乎经常可以遇到（积极的安乐死，在中国已经公布至少7个案例，实际上大大超过此数），通常并不引起法律纠纷，但是考虑到中国的具体情况，还不存在为安乐死立法的条件。讨论中出现的分歧意见与国外大体相同。

自1994年始，全国人代会提案组每年都会收到一份要求为安乐死立法的提案。在1997年首次全国性的“安乐死”学术讨论会上，多数代表拥护安乐死，个别代表认为就此立法迫在眉睫。看来安乐死立法已不能回避了。但法律实现的是大多数人的意志，安乐死是否符合大多数人的意志，眼下尚无科学性的调查结果。而且法律付诸实践，就有极大的强迫



性，一旦安乐死立法，它就像横在病人面前的一把双面刃，用得好，就可以真正解除病人的痛苦；用得不好，就可能成为剥夺病人选择生命权利的借口，被不法不义之徒滥用。

因此，在我国，虽然上海等地有悄悄实施安乐死的案例，但安乐死并未获得合法地位。据现行刑法解释，安乐死属故意杀人罪。对于其法律后果，一直有两种争论。一方认为，安乐死不能阻止行为的违法性，仍构成刑法上的杀人罪，但处罚可以从轻。另一方认为，安乐死虽然在形式上具备故意杀人罪的要件，但安乐死是在病人极度痛苦、不堪忍受的情况下提前结束其生命的医疗行为，而医疗行为是正常行为，因而可以阻却其违法性，不构成杀人罪。

六、法律现状

在我国，在法律未允许实行积极安乐死的情况下，实行积极安乐死的行为，仍然构成故意杀人罪；既不能认为这种行为不符合故意杀人罪的犯罪构成，也不宜以刑法第13条的但书为根据宣告无罪。当然，量刑时可以从宽处罚^[6]。

对实施积极的安乐死的行为，应以故意杀人罪论处。所谓安乐死，通常是指为免除患有不治之症、濒临死亡的患者的痛苦，受患者嘱托而使其无痛苦地死亡。安乐死分为不作为的安乐死与作为的安乐死。不作为的安乐死(消极的安乐死)，是指对濒临死亡的患者，经其承诺，不采取治疗措施(包括撤除人工的生命维持装置)任其死亡的安乐死^[7]。这种行为不成立故意杀人罪。

安乐死有以下三种情况：

- (一)是没有缩短患者生命的安乐死(本来的安乐死、真正的安乐死)，这种行为不成立犯罪；
- (二)是具有缩短生命危险的安乐死(间接安乐死)。这种行为虽然具有缩短患者生命的危险，但事实上没有缩短患者生命，也不成立故意杀人罪；
- (三)是作为缩短患者生命手段的安乐死(积极的安乐死)，即为了免除患者的痛苦，而提前结束其生命的方法。

现世界上只有个别国家对积极的安乐死实行了非犯罪化。而我国对于安乐死还是持反对态度的^[8]。

七、立法之路

由于安乐死的问题比较复杂，涉及道德、伦理、法律、医学等诸多方面，中国尚未为之立法^[9]。在1988年七届人大会议上，最早在全国人大提出安乐死议案的是严仁英和胡亚美，两人分别是中国妇产科学和儿科专业的泰斗。严仁英在议案中写下这么短短几句话：



“生老病死是自然规律，但与其让一些绝症病人痛苦地受折磨，还不如让他们合法地安宁地结束他们的生命。”

1994年全国两会期间，广东32名人大代表联名提出“要求结合中国国情尽快制定‘安乐死’立法”议案。

1995年八届人大三次会议上，有170位人大代表递交了4份有关安乐死立法的议案。

1996年，上海市人大代表再次提出相关议案，呼吁国家在上海首先进行安乐死立法尝试。在随后于1997年首次举行的全国性“安乐死”学术讨论会上，多数代表拥护安乐死，个别代表认为就此立法迫在眉睫。

2003年3月9日，全国人大代表、中国工程院院士、著名的神经外科专家王忠诚，受中国工程院院士、北京儿童医院院长胡亚美教授的委托，向大会提交了在北京率先试行“安乐死”并建立相关法规的建议。

2003年7月22日媒体报道称，广东省人大教育科学文化卫生委员会在会办本省政协委员该提案时指出，立法实行“安乐死”有违宪法。有关负责人说：“不管实行‘安乐死’是自愿与否，实际上是对生存权的剥夺，而生存权是宪法直接保护的权利。”^[10]

参考文献

1. 专家：目前安乐死立法条件不成熟，应开展死亡教育. 新浪网[引用日期2014-03-26]
2. 什么是安乐死？解析安乐死面纱. 搜狐网[引用日期2014-03-26]
3. 韩国今起试行《安乐死法》年满19岁即可提前决定. 人民网[引用日期2017-10-23]
4. “生前预嘱”有待法律支持（全文）. 网易[引用日期2014-03-26]
5. 安乐死，当梦想遭遇现实. 腾讯网[引用日期2014-03-26]
6. 安乐死是否合法？易法通官方网站. 2015-04-30[引用日期2015-05-07]
7. “安乐死”立法之争. 网易新闻网. 2015-03-05[引用日期2015-05-07]
8. 对安乐死不能视若无睹. 法制网. 2015-02-01[引用日期2015-05-07]
9. 英国播病人安乐死过程惹争议. 腾讯网[引用日期2014-03-26]
10. 安乐死一道千古难题. 腾讯网[引用日期2014-03-26]



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

