

(上接第 18 版)

医患沟通

借鉴国际模式 让沟通充满艺术

告知坏消息对医生来说是一项艰难的任务。让患者清楚自己的病情，并不感到绝望或无助，是医患沟通之目标。

为提高肿瘤科医生告知坏消息的沟通能力，业界同行发明了一系列沟通模型，其中最著名的是源自西方的 SPIKES 模型和源自东方的 SHARE 模型。

SPIKES 模型 该模型把告知坏消息过程分为 6 步：(1) 设置 (Setting)：医生见患者前需回顾病例，安排好工作，预留出时间，找一个安静不被打扰的环境，手机调静音。(2) 了解患者认识 (Patient's perception)：医生需先了解患者对其疾病有哪些认识。例如：有一位患胃癌的老人，子女一直骗他“胃里长了息肉，不是癌”，他本身并无太多不适，所以确信自己未患癌。此时，若医生贸然告知患者其胃癌已转移，患者可能会崩溃。(3) 信息需求 (Information need)：了

解患者最想知道哪些信息，有选择地提供。如有的患者家庭贫困、文化水平低，听不懂各种治疗的原理，也不想了解最新的药物，他最关心的是哪种治疗最经济实惠，总的花费大概是多少。(4) 提供知识 (Knowledge Providing)：用患者能听懂的表述方式，为其提供医学知识。举例：一位患者需行术前化疗，患者问：“为啥不直接手术？”医生解释：“肿瘤形状不规则，有很多‘爪子’，直接手术可能会切不净”，或在切干净的同时需切掉很多正常组织。若先行化疗，就可以让‘爪子收回去’，瘤体缩小，更利于手术。”通过的生动比喻，患者就明白了。(5) 共情 (Empathy)：以共情的方式回应患者的反应。让患者感受到医生的关注、理解和支持。如，在患者哭泣时，递一张纸巾，拍拍其后背。告诉他：“我知道你现在一定很难过，确实很难接受。”(6) 总结 (Summary)：总结

本次沟通的重要信息，通过让患者复述来检查患者的理解程度。告诉患者如有问题可如何联系到自己。

SHARE 模型 该模型认为，良好沟通应具备四要素：(1) 支持的环境 (Supportive environment)：类似 SPIKES 模型中的“设置”，增加了“建议家属一同在场”更符合东方文化。(2) 如何告知坏消息 (How to deliver the bad news)：诚实、清楚、采用患者能听懂的方式告知，避免反复使用“癌症”字眼，用词谨慎、婉转。鼓励患者/家属提问。(3) 提供附加信息 (Additional information)：尽量提供患者希望了解的信息，包括今后的治疗、疾病对患者日常生活的影响，患者的担忧等。(4) 提供保证及情绪支持 (Reassurance and Emotional support)：表现出真诚温暖的态度，鼓励患者/家属表达情绪，维持患者的求生意志，对患者说“我会和你一起努力”。

国际合作与交流

作为中国心理社会肿瘤学的发源地、中国抗癌协会肿瘤心理学专业委员会的主委单位，北京肿瘤医院康复科致力于加强国际间交流与合作，不断为国内同行创造多样化的培训机会，共享前沿学术资源，共同为国内肿瘤患者的优质服务贡献力量！

引国际先进理念，症状筛查充满温情 2005 - 2006 年作为学科主力人员，唐丽丽教授到美国纽约纪念斯隆·凯特琳癌症中心及加拿大汤姆贝克肿瘤中心进修学习，深入了解发达国家心理社会肿瘤学科如何开展临床服务；唐教授将 NCCN 指南中推荐的“心理痛苦温度计 (Distress Thermometer, DT)”引入国内，建议在肿瘤患者每次就诊时接受 DT 筛查；2007 年北京肿瘤医院开始应用 DT 进行常规筛查，此后国内多家肿瘤中心开始应用，痛苦筛查对于及时发现患者的心理、社会问题起了不可替代的作用。

紧贴国际学术前沿，精华课程备受关注 作为全

扎根本土 接轨国际

球最大的心理社会肿瘤学专业组织，国际心理社会肿瘤协会 (IPOS) 集中领域内最权威专家制作了 10 节高端在线课程，内容涉及肿瘤患者痛苦管理、精神症状处理，医患沟通、人际交流，心理社会评估及干预，晚期患者的悲恸、丧失及家属居丧等知识。自 2007 年起唐教授组织专业人员将其译成中文并进行语音录制，使得全球有华人的地方都能听到这些精华课程。

自 2006 年起，唐教授作为中国代表参加 IPOS 会议等国际大会，并多次将国内学术成果带去汇报，同时与国际同仁建立紧密联系，对于开展多方面的科研探索打下了坚实基础。随着国内学术实力的加强，唐教授牵头举办或协助组织多次国际会议，如第 21 届国际抗癌联盟 UICC 大会心理社会干预专场、第三届泛亚太地区心理社会肿瘤学 (EAPOS) 研讨会等；2014 年大陆地区 4 篇论文

入选第四届 EAPOS 大会口头报告，备受与会者关注。

加深国际合作，期待各种培训遍地开花 Balint 培训是专门为医务人员职业耗竭感开展的支持小组。2012 年，我们开始与国际 Balint 联盟合作对国内肿瘤临床工作人员开展培训，一名学员提出真实案例，其他成员给予支持，并由资深心理学背景的组长进行分析，从而让每个学员获得成长；Balint 培训已在国内广泛开展。

晚期及临终患者临床治疗价值越来越小，使得心理社会支持的作用凸显。2013 年，唐教授开始与加拿大玛嘉烈公主癌症中心肿瘤心理与姑息治疗科合作开展 CALM (面对癌症，有所作为并活得有意义) 工作坊培训，CALM 是针对进展期患者的短期支持性心理干预。理论结合实际案例进行督导，参与学员能真实感受到 CALM 治疗为患者带来的获益。

特别预告

2015 年 IPOS 国际大会在即，CPOS 推选论文中有 3 篇获得口头发言，5 篇壁报展示，8 月份《医师报》“肿瘤心理专栏”将现场播报会议盛况，敬请关注！



科普讲座 & 健康教育

让患者在绝望中找到希望

“癌症攀登者协会的创始人，西恩·施诺瓦，在 13 岁时被诊断为霍奇金病，当时医生说只能再活 3 个月，而 14 岁时他又被诊断为阿斯金肉瘤，医生说只能活 2 个星期，但战胜疾病的信心让他现在依然健康生存。这个身患两种癌只剩一侧肺的人，在 2002-2008 年的 6 年时间里攀登了珠穆朗玛峰在内的全球 5 大洲的 7 大峰，之后又开始了探险南极和北极的旅程。”这是科普讲座 & 健康教育讲座中，心理或精神科医生常给患者和家属讲述的一个小故事，它打动了许多患者，使其从绝望中找到了生存希望，树立了战胜癌症的信念！

多学科诊疗模式

心理社会肿瘤学工作者作用独特

随着多学科协作 (MDT) 诊疗时代来临，全国许多医院引进了这一新兴模式。MDT 是以患者为中心，在综合各学科意见的基础上，为患者制定出最佳个体化治疗方案的模式。在肿瘤患者的 MDT 诊疗中，心理社会肿瘤学工作者必不可少，也必将发挥自己独特的作用。

处理生理症状 心理社会肿瘤学工作者可帮助临床医生处理疼痛、恶心、呕吐、疲劳和失眠等各种躯体症状，用精神科药物辅助治疗上述症状，也可提供非药物辅助治疗。

比如，一位患者放疗后出现严重的恶心和呕吐，临床医师给予常规止吐剂后疗效差，并没有意

识到可以请求心理社会肿瘤学工作者的帮助。但这个患者接受了 MDT 诊疗，心理社会肿瘤学工作者建议患者使用精神科药物止吐，患者恶心、呕吐显著好转。

处理精神症状 癌症患者会出现焦虑、抑郁、谵妄等精神症状，心理社会肿瘤学工作者可对其评估、诊断和处理。

比如，一位接受肺癌 MDT 诊疗的患者，既往患有幽闭恐惧症，因恐惧做 MRI 检查而影响了其治疗；心理社会肿瘤学工作者建议给予精神科药物及心理治疗，患者在治疗一段时间后，顺利接受了 MRI 检查以及后续治疗。

提供心理治疗 针对患者的需求，可开展个体

如：哪些情况下，癌症患者需要心理医生的帮助；一个同样需要关心的群体——癌症患者的家属；肿瘤科医生眼中的心理问题；面对癌症带来的痛苦，我们自身还能做些什么；解除失眠困扰，提高睡眠质量；肿瘤患者的身心重塑与功能锻炼等。在讲座中，讲者会从专业角度帮助患者直面肿瘤带来的“压力”，减轻癌症本身以及治疗所带来的痛苦，并鼓励患者和家属正确表达内心的情绪和情感。通过开展这些科普讲座和健康教育，患者和家属从心灵上得到了支持和帮助，找到了解决痛苦的途径和方法，树立了战胜癌症的信心！

或集体心理治疗。针对晚期患者，可开展癌症管理与生存意义 (CALM) 治疗、尊严疗法或意义治疗。

解决灵性问题 癌症常会引发患者死亡、丧失、孤独等灵性和存在主义问题，心理社会肿瘤学工作者可帮助患者解决这些问题带来的心理痛苦。对死亡引发的焦虑进行认知行为治疗 and 存在主义心理治疗，对丧失引发的抑郁给予支持心理治疗和哀伤治疗，对孤独进行人际心理治疗和支持团体治疗。

加强医患沟通 心理社会肿瘤学工作者擅长沟通 and 共情，可作为患者及家属与临床医生有效沟通的桥梁，让医患双方的沟通更流畅，医患关系更加和谐。