



心理社会肿瘤学是上世纪70年代末建立的一门新兴交叉学科，创始人是美国斯隆凯瑟琳癌症中心的Jimmie C. Holland教授，该学科主要研究心理社会行为因素在肿瘤的发生、发展及转归中所起的作用，同时研究癌症患者及其家庭因为癌症这种疾病所遭受的心理痛苦及其应对方法和干预措施。

自心理社会肿瘤学在国际范围建立以来，国际上一些发达国家如美国、加拿大、澳大利亚、英国等都相继出台了本国的《肿瘤心理治疗》指南，对学科的发展和临床实践起到了很好的规范化作用。我国需要符合我国临床实际的指南出台，以规范相应的临床实践和学科的发展。因此，我们组织相关专家团队，系统回顾国内外这一领域的研究成果，根据国际最新的肿瘤心理治疗进展和我国的肿瘤心理临床实践经验，经过多次审定修改，反复讨论并广泛征求意见，历时2年的时间，制定出了我国第一版《中国肿瘤心理治疗指南》（简称“指南”），已由人民卫生出版社于2016年6月出版。

制定指南的目的是为肿瘤心理与姑息治疗领域的临床医务工作者，尤其是工作在肿瘤医院或设置肿瘤科的综合医院的精神科医师、临床心理学家和社会工作者、护理人员，还有期望与肿瘤心理学建立联合会诊或多学科合作的肿瘤内科、外科、放疗科等肿瘤相关科室的医护人员，提供一套尽可能规范的诊疗方法，也为制定相关卫生政策人员，甚至是接受治疗的个体提供专业信息的参考。

肿瘤心理专栏 CPOS

Chinese Psychosocial Oncology Society
主办：中国抗癌协会肿瘤心理学专业委员会

名誉主编：
季加孚 赵平 刘端祺

主 编：唐丽丽

执行主编：
刘巍 王丕琳 吴世凯
强万敏 刘爱国

本期轮值主编：唐丽丽

编 委：
李小梅 王 昆 刘晓红
周晓艺

中国肿瘤心理治疗指南解读

为患者提供“可及的、最佳的”临床服务

▲ 中国抗癌协会肿瘤心理学专业委员会主任委员 唐丽丽

基本框架

所有章节贯穿多学科合作理念

本指南是中国在心理社会肿瘤学领域的第一本治疗指南，临床医务工作者应根据实际情况进行应用。

指南共11章，19万字。前两章主要介绍指南的编写宗旨及方法学指导，包括指南的目标和范畴、目标读者及编写流程等。从第三章到最后，分别从肿瘤带来的心理压力挑战及应对策略、不同阶段肿瘤患者存在的心理问题、医患沟通及告知信息、痛苦筛查及转诊、肿瘤相关躯体症状、进展期患者的姑息治疗及临终关怀、肿瘤相关精神症状、肿瘤心理社会干预以及不同癌种心理社会问题及干预措施等几大部分撰写。

第三章到第五章主要针对对于肿瘤临床的所有学科的医护人员，让这个领域的专业人员了解到疾病的不同阶段不同类型的患者可能会出现特定的心理社会问题，并认识到这些肿瘤心理社会问题给患者、家属、医护人员带来的问题和挑战，学会如何告知患者及家属坏消息，掌握医患沟通的艺术及医学人文的理念。

所有这几个章节均体现了多学科合作的理念，因为

首先看到患者的问题和首先面临挑战的是临床一线的医护人员而不是专科的精神病学家和心理学家，因此应建立多学科合作的理念。

第六章到第十章是指南的重点部分，从如何通过肿瘤临床痛苦筛查发现引起患者痛苦的问题等开始入手，展开来认识常见的患者痛苦问题，包括躯体和心理两个部分的症状引起患者的心理痛苦，再到真正需要精神、心理专业人员完成的心理障碍的诊断和精神药物及心理干预，并针对进展期患者的姑息治疗和临终关怀进行了阐述，详细介绍了进展期患者的症状管理、濒死和濒死干预、居丧悲伤和居丧关怀，并针对不同的症状给予不同等级的推荐意见。通过这样的编写安排，可实现对癌症患者痛苦的认识、筛查、转诊和干预包括对进展期患者的症状管理和人文关怀。

最后一章是指南的各论部分，就一些具体癌症患者的心理社会问题提供一些指导依据。



6月18日，在中国抗癌协会肿瘤心理学专业委员会（CPOS）学术年会开幕式上，唐丽丽教授（左）和湖南省肿瘤医院党委副书记刘晓红（右）代表CPOS接受人民卫生出版社刘友良主任（中）赠书

心理社会筛查及转诊

加强肿瘤患者的筛查和转诊 走专业的心理干预程序

心理社会筛查及转诊是本指南的重要章节之一，没有对癌症患者痛苦的认识、筛查和转诊，就不可能让遭受痛苦的患者得到必要的支持，更不可能走入专业的心理干预程序。

将痛苦筛查纳入到 肿瘤治疗相关指南与政府管理规范中

美国国立综合恶性肿瘤网（NCCN）痛苦管理指南将痛苦定义为：是由多种因素影响下的不愉快的情绪体验，包括心理上（认知、行为、情绪）、社会上和（或）灵性层面的不适，可以影响患者有效应对恶性肿瘤、躯体症状、临床治疗。

痛苦症状是一个连续谱系，轻者可表现为正常的悲伤、恐惧，重者可表现为精神障碍，如焦虑、抑郁、惊恐发作、社会孤立感，以及生存和灵性的危机。痛苦的产生对于患者躯体及社会功能、家庭生活以及职业和经济造成严重负面影响。另外，严重痛苦或达到精神障碍诊断标准可严重影响患者应对疾病，降低患者对临床治疗的依从性，从而影响患者最终的健康结局。

目前，多个国家已经将痛苦筛查纳入到肿瘤治疗的相关指南与政府管理规范中，如英国国家卫生与临床优化研究所（NIHCE）将痛苦筛查纳入医疗机构诊疗规范中，作为评估医疗机构是否合格的重要标准，其关键推荐点9明确指出：为恶性肿瘤患者提供照顾的人，包括行政人员和医疗服务人员，都应该保证所有的恶性肿瘤患者

在病程中的关键时刻能够接受系统的心理评估，并且能够获得合理的心理支持。

NCCN痛苦管理指南强调，痛苦筛查在患者首次就诊时就应该完成，并且间隔一定时间后要及重新筛查，尤其当疾病状况发生变化时应该再次评估痛苦（如疾病复发、进展或者出现治疗相关的反应时）。美国医学研究所（IOM）出版的《Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs》一书建议关注肿瘤患者心理需求，对痛苦进行常规筛查、转诊和治疗。美国外科医生协会肿瘤委员会自2015年起，将痛苦筛查作为考核肿瘤中心的一项指标，其肿瘤治疗规范中指出，所有肿瘤患者在疾病的关键时间点就诊时至少应接受一次痛苦筛查。加拿大安大略省的姑息治疗整合项目（PPCIP）将综合痛苦评估纳入其中，建议患者门诊进行症状和心理痛苦筛查，筛查同时给予积极应答并转诊和治疗。

如何将筛查纳入到我国的肿瘤临床诊疗路径中应该是读该指南时需要认真思考的问题。

（下转第21版）