

Psycho-oncology

心理社会肿瘤学

唐丽丽 王建平 主编

北京大学医学出版社

Psycho-oncology

心理社会肿瘤学

第1卷 第1期 2000年

中国心理卫生杂志

心理社会肿瘤学

Psycho-oncology

主 编 唐丽丽 王建平

编 者 (按姓氏笔画排序)

王慧琳 宋丽莉 张叶宁

庞 英 洪晔

北京大学医学出版社

XINLI SHEHUI ZHONGLIUXUE

图书在版编目 (CIP) 数据

心理社会肿瘤学/唐丽丽, 王建平主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2012.5

ISBN 978-7-5659-0373-1

I. ①心… II. ①唐…②王… III. ①肿瘤学—
社会心理学—研究—英文 IV. ①R73

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 060665 号

心理社会肿瘤学

主 编: 唐丽丽 王建平

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京佳信达欣艺术印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 董采莹 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 10.5 字数: 258 千字

版 次: 2012 年 5 月第 1 版 2012 年 5 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0373-1

定 价: 39.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由

北京大学医学科学出版基金

资助出版

序

从事癌症研究至今，我深切感受到了这一领域所发生的深刻变化。其中从只关注疾病到开始关注患者本身是一个根本性的变革。特别对于肿瘤患者而言，死亡的威胁和治疗的绵长与痛苦都把他们推向了心理承受力的极限。作为一名肿瘤学研究者、医疗机构的管理者和医学教育的实践者，我深感心理社会肿瘤学的重要。

国内的心理社会肿瘤学科还处在起步阶段，但我对我们朝气蓬勃的年轻团队充满信心，对这个学科的未来充满希望。在中国目前的医疗体制格局下，错综复杂的矛盾纠结导致医疗卫生行业整体被质疑，将心理社会领域的内容整合到恶性肿瘤的临床治疗护理当中已成为医学发展的必然，如何为患者提供更人文的关怀和治疗是肿瘤界医务工作者的重大课题。

我相信本书所传授的专业知识和技能，可以帮助临床医生转变医疗理念，学会关注患者的身心整体健康，让应对癌症变得更轻松；可以帮助解决让恶性肿瘤患者感到万分苦恼的身心症状；可以帮助肿瘤患者改善生活质量，给予他们生活下去的力量。因为毕竟“医学不仅仅是试管中试剂的相互转换和观察实验，医学也不仅仅是装在瓶子里的药”。人们心灵的安抚与拯救绝非仅靠高科技，而更需要人与人之间的理解和关爱。

我衷心希望医学生、肿瘤科医生、精神科医生、心理卫生专业人士都能将对患者的人文关爱融入到自己的临床实践中。癌症患者的心理痛苦应该得到医生的广泛认识，并和其他临床症状一样得到及时的治疗。就像一位中国临床医学家所说的那样：“医学是以心灵温暖心灵的科学。”

北京大学常务副校长
医学部常务副主任



2011年11月15日

前言

随着医疗技术的发展，虽然癌症仍然笼罩着令人恐怖的神秘色彩，但已经有越来越多的人将其视为一种可治愈的慢性疾病。然而，癌症给患者及其家人带来的对死亡的恐惧、痛苦和功能的丧失等仍然是一个重要的课题，同时癌症幸存者及其家人对生活质量的诉求不断提高，这一问题也逐步得到相关专业人士的重视。

需求孕育着发展，心理社会肿瘤学于 20 世纪 70 年代在西方国家燃起星星之火，经过 40 年的发展，心理社会肿瘤学已经成为一门新兴的交叉学科，拥有较为完整的学科体系，着重于研究心理社会因素在肿瘤发生、发展和转归中所扮演的角色。其目的是将肿瘤患者从传统的生物医学模式中解救出来，进入到生物-心理-社会医学模式，被当成一个完整的个体而不是会呼吸的肿瘤组织来对待。随着心理社会肿瘤学的壮大，越来越多确凿的证据显示，不仅是肿瘤患者需要心理社会方面的帮助来减少心理痛苦、提高生活质量，临床医护人员也需要心理社会肿瘤学的帮助来提高患者的治愈率和生存期。此外，政府部门也同样需要心理社会肿瘤学来提高卫生服务系统的工作效率和工作质量。

在中国，随着心理学的复苏，心理社会肿瘤学也于 20 世纪 90 年代逐步得到发展。在学习与借鉴国外心理社会肿瘤学经验的过程中，我们清醒地意识到自身的不足。在临床医疗技术方面，国内外的的发展相差不是很大，长期生存肿瘤患者的比例不断提高，同时在庞大的人口基数下，中国肿瘤幸存者的巨大需求与中国心理社会肿瘤学在临床研究、人员培训、经济支持、服务开展等方面的亟须发展形成了强烈的反差。这给中国的心理社会肿瘤学家们带来了前所未有的压力和挑战。然而就如同新生婴儿一样，中国的心理社会肿瘤学充满了希望和发展的动力。

为了更好地为发展中的中国心理社会肿瘤学服务，我们在参考国内外大量文献与书籍的基础上，融入本土社会文化的特点，编写了这本中国自己的《心理社会肿瘤学》。本书较为完整地介绍了心理社会肿瘤学的内容，包括肿瘤相关的心理社会因素，癌症患者各阶段的心理问题、可能出现的精神障碍以及对这些问题合理的治疗和心理社会干预，癌症患者家庭所面临的问题。此外，本书还从更为宏观的角度讨论了心理社会肿瘤学的多学科队伍建设的问题。本书将成为中国心理社会肿瘤学进一步发展的“宣传手册”，为相关人员培训、政策制定等提供一个全新的视角。

本书的编写得到了北京大学医学出版社的大力支持与协作，对此表示衷心的感谢！此外，还要感谢我的工作团队，他们是一群热爱并献身心理社会肿瘤学的年轻人，与心理社会肿瘤学科一样，是一轮朝阳，将与心理社会肿瘤学一起蓬勃发展并成长壮大。相信有了大家的共同努力，中国的心理社会肿瘤学会像火种一样散播并照亮未来，而千千万万的肿瘤患者也会从中受益。

编者

2011 年 11 月 9 日

目 录

第一章 绪 论	(1)
第一节 心理社会肿瘤学的基本概念和内容	(1)
第二节 心理社会肿瘤学的发展历史	(2)
第二章 癌症相关的心理社会因素	(12)
第一节 生活方式与患癌风险	(12)
第二节 支持系统与癌症	(21)
第三章 癌症患者的心理反应及心理问题	(31)
第一节 头颈癌患者的心理反应及心理问题	(31)
第二节 乳腺癌患者的心理反应及心理问题	(33)
第三节 妇科肿瘤患者的心理反应及心理问题	(38)
第四节 肺癌患者的心理反应及心理问题	(40)
第四章 精神障碍	(45)
第一节 适应障碍	(45)
第二节 焦虑性障碍	(46)
第三节 抑郁性障碍	(51)
第四节 谵妄	(56)
第五节 创伤后应激障碍	(61)
第五章 症状处理、姑息治疗及临终关怀	(67)
第一节 癌症患者常见症状的处理	(67)
第二节 姑息治疗及临终关怀	(81)
第六章 癌症患者的心理社会干预	(88)
第一节 癌症患者心理痛苦的筛查和分诊	(88)
第二节 癌症患者心理社会干预的有效性	(100)
第三节 常见心理干预方法	(103)
第七章 癌症患者家属的心理问题及干预	(120)
第一节 癌症是一个家庭问题	(120)
第二节 家庭成员的心理社会需求	(126)
第三节 哀伤辅导	(135)
第八章 多学科队伍的建设	(142)
第一节 肿瘤科医生	(142)
第二节 心理学家及精神科医生	(148)
第三节 社会学家和社会工作者	(153)

第一章 绪 论

第一节 心理社会肿瘤学的基本概念和内容

心理社会肿瘤学是一门新兴的交叉学科，既涉及肿瘤学的内容，又涉及心理学、社会学以及伦理学的内容。在这一节中，我们将介绍心理社会肿瘤学的定义和内容。

一、什么是心理社会肿瘤学

心理社会肿瘤学（psycho-oncology）始于 20 世纪 70 年代中期，是一门新兴的交叉学科，研究恶性肿瘤患者及其家属在疾病发展的各阶段所承受的压力和他们所出现的心理反应，以及心理、行为因素在恶性肿瘤的发生、发展及转归中的作用。

心理社会肿瘤学的产生为恶性肿瘤的临床治疗和护理开拓了新视野。越来越多的研究表明，心理社会因素在恶性肿瘤的发生、发展及诊疗、护理过程中起到了非常重要的作用。随着医学模式的转变，传统的生物医学模式正逐渐被新的生物-心理-社会医学模式所取代。临床工作者要提供高质量的医疗服务，就必须将患者作为一个完整的人来看待，而不仅仅只是关注疾病本身。因此，将心理社会领域的内容整合到恶性肿瘤的临床治疗护理当中也就成了医学发展的必然。

二、心理社会肿瘤学的主要内容

在过去的 40 年里，心理社会肿瘤学已经成为肿瘤学的一个亚学科，并拥有了自己的理论体系，为恶性肿瘤患者及其家属提供了很多帮助。心理社会肿瘤学主要研究以下两个方面的问题：①恶性肿瘤患者和他们的家属在疾病发展的各阶段所承受的压力以及他们所出现的心理反应；②导致恶性肿瘤发生和促进恶性肿瘤向康复转归的心理、社会、行为因素。

在 20 世纪 90 年代，心理社会肿瘤学发展出了一种整合的研究模型^[1]（图 1-1），并应用这一模型指导该领域开展进一步的研究。这一模型将恶性肿瘤（包括恶性肿瘤的治疗）作为自变量，将生活质量（包括生活的各个方面以及心理的状况）和生存期作为结果变量。心理社会肿瘤学的研究重点就是它们之间的中介变量，包括：①社会人口统计学方面的个人信息变量、人格特征和应对方式；②与疾病分期相关的变量、康复的选择、疾病相关的行为以及与治疗团队的关系；③所获得的社会支持（家庭、朋友、社区和社会文化的影响）；④与疾病相关的、可能会增加心理负担的压力源，如丧偶^[2]（图 1-2）。

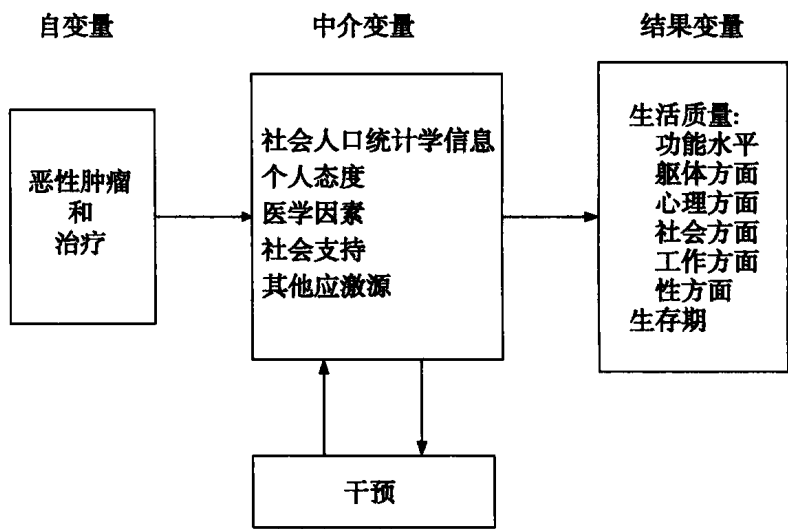


图 1-1 心理社会肿瘤学研究模型

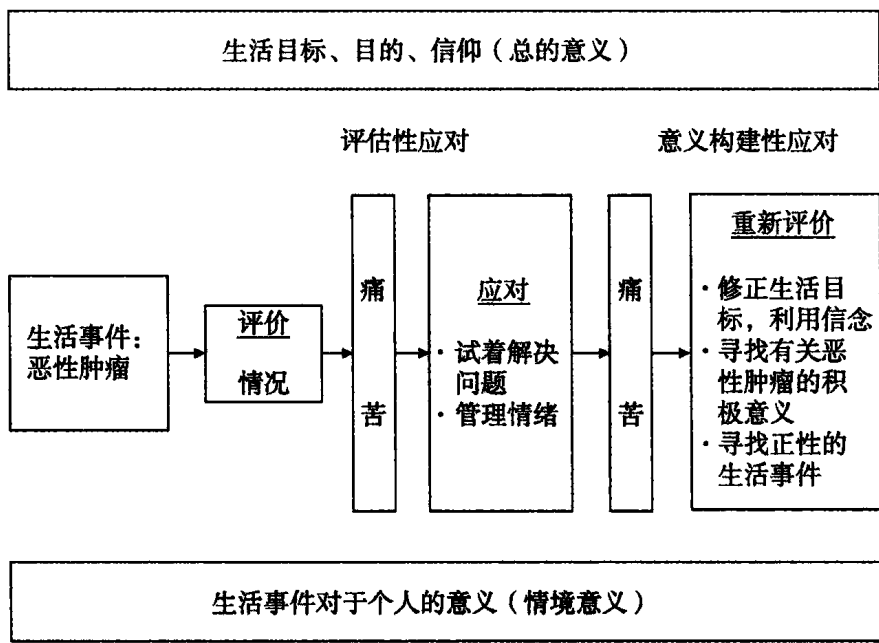


图 1-2 原始 Lazarus 和 Folkman 压力应对过程的意义模型

第二节 心理社会肿瘤学的发展历史

心理社会肿瘤学最早是从西方兴起的。作为一门新兴学科，心理社会肿瘤学从产生到现在不过几十年的时间，而且每一步的发展都突破了重重阻碍，但是在这几十年中，它已经充分显示出了其生命力和价值。目前，这一学科在发达国家的发展已初具规模，越来越多的国家和专业人员开始加入到心理社会肿瘤学的队伍中。我们国家心理社会肿瘤学的发展起步较晚，但是在很多学者和医务工作者的努力下，我国心理社会肿瘤学的队伍也在不断壮大。

一、心理社会肿瘤学的产生与发展

20 世纪 70 年代中期,在西方开始有人提出:肿瘤患者应当在第一时间知道自己的诊断,并宣泄自己的情绪。而在此之前,“恶性肿瘤”还是一个不能说出口的词。首先是因为病耻感的问题。这种病耻感来自于两个方面:一方面是对恶性肿瘤本身的病耻感;而另一方面是对心理或精神问题的病耻感,即使这些心理或精神问题是由躯体疾病所引起的,患者仍会产生病耻感。其次,早期落后的医疗水平也是人们不能公开谈论恶性肿瘤的一个原因。19 世纪,人们对恶性肿瘤的病因和治疗都知之甚少,那时告知患者其已被诊断为恶性肿瘤就等于给患者判了死刑,让他们失去了生的希望,这是十分残酷的。因此,向患者隐瞒诊断是一种善意的谎言,是可以理解的。那个时候,临终关怀的工作只由宗教组织来进行。

在 20 世纪初,随着外科学和麻醉学的发展,人们发现如果是早期肿瘤,或能在其扩散前彻底切除,恶性肿瘤是能够治愈的。而后来出现的化疗、放疗等辅助治疗方法,让更多的恶性肿瘤患者看到了生存的希望。医学工作者开始意识到向大众普及恶性肿瘤知识的必要性,并鼓励人们及时对出现的可疑症状进行咨询。公众对恶性肿瘤的看法也变得比以前乐观了,恶性肿瘤生存者也日益增多,他们不再像以前那样因为病耻感和害怕复发而对“恶性肿瘤”闭口不提,而是开始在公众面前坦言自己的成功和经历。其中最著名的例子是在 1975 年,一位叫 Betty Roolin 的乳腺癌患者和她写的一本记录自己恶性肿瘤患病历程的书《第一步,你要哭出来》(*First, you cry*)。在越南战争过后美国社会的重建阶段,捍卫人权的运动轰轰烈烈地兴起,将民众的注意力集中到曾经被忽视的弱势群体的权利上,如妇女的权利、消费者的权利和患者的权利,十年间有很多项新的法规出台。正是以上各种原因使得“恶性肿瘤跳出密室”,法律规定恶性肿瘤患者拥有知情权,医生要告诉患者诊断和可能的治疗方法。在一些州,法律还规定医生必须告诉患者一些具体的治疗过程。例如,一些州的法律要求医生告诉患早期乳腺癌的妇女所有可能的治疗方案,然后患者自己有权选择是否做肿块切除术加放疗来代替乳腺癌根治术。

1975 年,在 Bernard Fox 的组织下,为数不多的临床研究人员相聚在德克萨斯州的圣安东尼奥,召开了第一次美国心理社会肿瘤学研究会议。有 25 位同行谈到了当时阻碍心理社会肿瘤学发展的一个重要原因是缺乏高质量的研究工具,无法准确测量一些主观的症状(例如痛苦、焦虑、抑郁、谵妄)和生活质量(用于测量躯体健康人群精神症状的工具并不适用于有躯体疾病的人群)。为此,美国癌症学会赞助了许多学术会议,极大地推进了这一领域高质量的新研究工具的发展。

也正是在这时候,一个先锋人物出现了,她就是如今世界著名的斯隆凯瑟琳癌症纪念医院的心理社会肿瘤学家 Jimmie C. Holland 医生。1976 年,由美国国立癌症研究所(NCI)支持的国家临床实验组被批准建立一个多学科的科研团队。当时, Jimmie C. Holland 医生组建了一个精神科学委员会,专门负责研究正在接受协议治疗的患者的生活质量。第一个协议治疗的早期生存者的研究就出自这一研究小组。这些研究者还将集中访谈的方式引入到电话收集心理社会学数据的工作中,不但提高了数据的质量和收集效率,还丰富了资料内容。1977 年,在斯隆凯瑟琳癌症纪念医院领导的支持下,她在这家医院正式建立了一个规模很小的精神科,开始对恶性肿瘤患者的心理、行为问题和精神并发症进行观察、调查和干预。他们刚开始在肿瘤医院开展这方面工作和研究时遇到很多困难和挑战,甚至不能被一些临床

肿瘤学家所理解，但正是因为这支队伍顽强的毅力和对恶性肿瘤患者负责任的态度，以及对科学的不懈努力和追求，才使这项研究和工作得以发展、壮大到今天，并在全世界范围内创建了一门新的交叉学科——心理社会肿瘤学，研究心理、行为、社会因素在肿瘤发生、发展及转归中的作用。

目前心理社会肿瘤学在斯隆凯瑟琳癌症纪念医院的研究范围已经非常宽广和深入，所研究的课题长期得到美国国立肿瘤研究基金和美国抗癌协会等机构基金的大力支持，也取得了丰硕的研究成果。现在他们的精神与行为医学科有超过一百人的临床和科研队伍，这一百多人包括医生、护士、研究人员、教师及管理人员。其中有一部分医生拥有处方权，称为精神病学家（psychiatrist）；另外一部分医生不具有处方权，对患者和家属进行心理咨询和治疗，称为心理学家（psychologist）。还有一些人专门从事研究，很多人还要承担教学和培训任务。在这个科室中，计算机发挥着巨大的作用，从科室管理、人员信息、共享资源和患者信息到数据统计分析，甚至人们之间的联系几乎也都通过计算机进行。科室所涉及的心理社会肿瘤学的临床工作可以说是包罗万象：所干预的精神障碍有适应障碍、抑郁性障碍、自杀、焦虑障碍、谵妄、痴呆、药物和酒精滥用引起的障碍、创伤后应激障碍、人格障碍、人体功能受损引起的障碍、化疗药物的不良反应引起的神经精神副作用、人体代谢紊乱引起的神经精神副作用等；治疗的症状有疼痛、恶病质、恶心呕吐、疲劳、性功能障碍等；心理治疗的方式有个体心理治疗、集体心理治疗、夫妻心理治疗、家庭心理治疗、认知行为治疗、冥想、艺术治疗、心理教育性干预、危机干预、精神急症的处理以及姑息治疗和临终关怀等，还有品种繁多、疗效很好的精神药物治疗。研究领域也涉足非常广泛：从恶性肿瘤的预防角度分类，有戒烟与恶性肿瘤、酒精与恶性肿瘤、饮食与恶性肿瘤、日光暴露与恶性肿瘤、个性与恶性肿瘤、社会阶层与恶性肿瘤、社会经济因素与恶性肿瘤、社会关系与恶性肿瘤等；从恶性肿瘤的诊断与治疗角度分类，有恶性肿瘤与应对方式、心理因素与恶性肿瘤的发展及预后、心理神经免疫学与肿瘤、心理神经内分泌学与肿瘤、肿瘤患者的基因检测、恶性肿瘤患者的生活质量等。许多研究不仅仅停留在医院层面，而且已经深入宣传和应用到社区及少数民族地区。值得一提的是，他们还有专门的儿童心理肿瘤学家，专门研究和处理儿童肿瘤患者及其家长所遇到的心理问题。此外，科室开展的基础研究提供了很好的有关恶性肿瘤预防、症状控制、生活质量评价的理论依据，并完善了一些心理测量工具。同时，应用研究评估一些具有创新性的心理干预方法，促进了个体、家庭和社区对健康的积极影响。

其他西方国家对心理社会肿瘤学领域的研究也始于 20 世纪 70 年代，如英国、瑞典、比利时、加拿大和澳大利亚等国家都有心理社会肿瘤学的专门研究机构和专家。他们的工作极大地推动了这一学科的发展。

目前，针对恶性肿瘤患者的心理社会疗护和临床实践也正趋于标准化。1997 年，美国国立综合癌症网（NCCN）成立了一个专家组，制定了第一部恶性肿瘤患者的心理社会疗护和临床实践标准化指南。该指南与疼痛指南类似，首先需要对所有患者进行评估，检测他们在心理社会方面“痛苦”（应用“痛苦”一词是为了避免患者产生病耻感）的程度和性质。建议先对候诊患者使用心理痛苦温度计（distress thermometer，DT）——一种快速筛查工具，该工具是一个形状类似温度计的十级评分量表，应用简便，易被患者和医务工作者所接受。DT ≥ 4 分者为显著心理痛苦。心理痛苦温度计还包括一项问题列表（problem list，PL），涵盖了癌症患者患病后遇到的各种问题，被分成了 5 个部分：实际问题、家庭问题、情感问题、灵性/宗教担忧和躯体症状。对于那些痛苦评分 4 分以上的患者，再应用医院焦

虑抑郁量表（HADS）进一步评估，还要结合患者的精神状况、工作状况和接受口头咨询的实际情况来寻找原因，制订相应的干预方案。

心理社会肿瘤学相关组织包括国际心理社会肿瘤协会（International Psycho-Oncology Society, IPOS）、欧洲心身医学肿瘤研究小组（the European Working Group for Psychosomatic Cancer Research, EUPSYCA）、英国心理社会肿瘤学小组（British Psychosocial Oncology Group, BPOG）、日本心理社会肿瘤协会（the Japan Psycho-Oncology Society, JPOS）。此外，加拿大、墨西哥、澳大利亚、阿根廷、巴西等国也相继成立了心理社会肿瘤学会。

心理社会肿瘤学发展历史重大事件一览表^[1]

年代	癌症治疗方面的进展	对癌症的社会态度	死亡/支持服务	心理/精神治疗
19 世纪	死亡率高的常见疾病是结核和其他感染性疾病 不知道癌症的有效治疗方法 麻醉剂（1847）和抗生素的问世为手术治疗肿瘤开辟了道路	癌症=死亡 隐瞒诊断 病耻感，因患病感到羞耻、自责；害怕癌症转移；关于癌症的宿命论 19 世纪 90 年代，欧洲、美国大力向民众宣传癌症的前兆症状	患者的生命掌握在上帝手中，医生的角色是“安慰者”，人们在家里死去 关于癌症诊断的宿命论，死亡不可避免，死亡是生命的一部分	主要的精神疾病是在与综合医院隔离的精神病院治疗的 19 世纪 50 年代曾试图把精神科引入到医疗服务中，但遭到失败
1900— 1929 年	成功地手术切除早期癌症病灶，放射治疗出现 美国癌症协会成立于 1913 年	在家治疗和庸医治疗癌症的时代		第一次在综合医院成立精神科，在纽约的奥尔巴尼（1902） Adolf Meyer 的心理生物学方法对美国的精神病学有很大影响
1930— 1939 年	国家癌症学会和国际抗癌联盟成立于 1937 年 开始了在癌症治疗方面的研究	美国癌症协会开始了来访者-志愿者计划，服务对象是功能受损的患者（结肠造口术、喉头切除术）	在医院里死去，妥善保存尸体 详细的葬礼计划，用“只是睡过去了”这种委婉的说法表示死亡	在 Rockefeller 基金的支持下，开始了精神科会诊以及在综合医院建立精神科 在精神分析理论的引导下开始了心身运动
1940— 1949 年	在第二次世界大战期间发现氮芥子气可用于治疗淋巴瘤患者，有抗肿瘤的作用 第一次用腺嘌呤和叶酸拮抗剂有效缓解急性白血病	大众和医生对于癌症治疗的结局存在普遍的悲观情绪	鼓励表达悲恸，关注死亡葬礼“产业”	Lindemann 开展的第一次关于急性悲恸的研究

续表

年代	癌症治疗方面的进展	对癌症的社会态度	死亡/支持服务	心理/精神治疗
1950 — 1959 年	开始了癌症化 疗，第一次单纯应用 药物治愈绒毛膜上皮 癌（1951） 放疗技术的发展	对于是否应该对 患者隐瞒癌症诊断产 生了争议，公众有了 更好的知情权	第二次世界大战 后开始关注患者的知 情同意权和自主权	第一批关于癌症引 发的心理反应的论文问 世（1951—1952） 精神科医生赞同应 当告知患者癌症的诊断 Engel 和他的团队 开始应用生物心理社会 方法（在纽约的罗切斯 特医院） Sutherland 1951 年在 斯隆凯瑟琳癌症纪念医 院（MSKCC）以及马萨 诸塞州综合医院建立了 第一个精神医学小组
1960— 1969 年	在综合治疗的模 式下，产生了第一个 儿童白血病和霍奇金 病的幸存者 临终关怀运动开 始兴起 吸烟与肺癌有关	对于癌症的看法 更乐观了，开始知道 生存者所关心的事情 人们越来越关注 预防癌症的研究	美国葬礼指南 产生	Feinberg 在瑞典的 卡罗林斯卡大学对临终 患者进行精神分析 Kubler-Ross 挑 战 不能与临终患者谈有关 其死亡内容的禁忌 伦敦的 Dame Ceci- ly Saunders 倡导姑息治 疗的培训 美国卫生部长公布 了一篇关于吸烟和肺癌 的报告（1964）；对吸 烟的行为研究
1970— 1979 年	把康复和癌症控 制纳入到国家癌症计 划之中（1972），包 括心理社会方面 对治疗的知情同 意协议增加了患者的 自主权 两个合作组织 ——癌症及白血病研 究组织（CALGB）和 欧洲癌症研究及治疗机 构（EORTC），成立了 一个委员会研究生活质 量和心理社会问题	在美国和其他一 些国家，医生开始告 知患者癌症的诊断 保护癌症患者的 指南出台 妇女、消费者和 患者的权利运动	在美国成立第一 家 临 终 关 怀 医 院 （1974） 对绝症患者的护 理指南（1976） Kathy Foley 在 斯隆凯瑟琳癌症纪念 医院建立疼痛服务 机构 Balfour Mount 博 士在蒙特利尔麦克吉 尔大学建立姑息医疗 小组	联邦政府第一次支 持心理社会学研究，第 一次支持关于癌症与精 神疾病共病的研究 美国心理社会肿瘤 学的第一次全国会议召 开（1975） 癌症和白血病医学 小组 B 内成立精神医学 委员会（1976） 欧洲癌症组织的生 活质量学会开展相关的 培训和学术研究

续表

年代	癌症治疗方面的进展	对癌症的社会态度	死亡/支持服务	心理/精神治疗
				心理社会肿瘤学合作组织（1976—1981） 成立和马萨诸塞州综合医院的 Omega 计划（1977—1984） Faith Courtland 心理社会肿瘤科成立（伦敦皇家医学院，1971—1986） 全日制的精神科在 MSKCC 建立（1977）
1980—1989 年	美国癌症协会（ACS）支持心理社会肿瘤学的发展，赞助了 4 次关于研究方法的学术会议 ACS 心理社会肿瘤学同行评审委员会建立 更好的止痛药和止吐药问世 美国联邦药品管理会把改善生活质量作为批准新抗癌药品的标准（1985）	在美国，8 百万癌症生存者公开现身 国家癌症生存者组织建立 越来越关注癌症患者的生活质量和症状控制 提倡对大众和医疗专业人员进行疼痛知识的教育	对伦理问题进行探讨，美国医学伦理委员会建立 美国提倡医疗委托书工作 在美国，要求医生讨论复苏（不复苏）的愿望	英国心理社会肿瘤协会成立（1982） 国际心理社会肿瘤协会成立（1984） 皇家马斯顿医院的 Greer 和 Waston 建立了研究小组 美国心理社会肿瘤协会成立（1986） 健康心理学家致力于临床护理和癌症方面的研究 心理神经免疫学的发展 心理社会肿瘤学手册出版（1989）
1990—2000 年	识别了很多癌症的遗传基础，基因治疗，免疫治疗（单克隆抗体、同种异体移植） 联合化疗制剂 改善放疗（近距离放疗，适形放疗） 腹腔镜手术 癌症死亡率首次下降	越来越多的人关注癌症的预防，生活方式改变和减少吸烟 改善症状控制和姑息治疗，大众对医生协助自杀的问题展开争论 大众对癌症的恐惧感减轻 替代治疗的使用增加	更关注临终关怀；美国姑息医学学会的第一任主席产生 改善疼痛、疲乏、恶心、呕吐、焦虑、抑郁和谵妄的治疗 更多关于悲恸的正式研究 对医患沟通培训的研究	研究心理社会问题以及基因测试风险，心理社会和行为学干预的范围更广了，特别是团体干预 心理社会肿瘤学杂志出版（1992） 美国国立综合癌症网络（NCCN）颁布了心理痛苦服务和临床实践标准指南 国际心理社会肿瘤会议召开（法国 1992，日本 1994，德国 1996，澳大利亚 2000） 免疫治疗并发症（干扰素、干细胞移植）

续表

年代	癌症治疗方面的进展	对癌症的社会态度	死亡/支持服务	心理/精神治疗
2001— 2008 年	口服靶向化疗药 的发展 (2007) 干细胞移植 更好的诊断工具 [正电子发射计算机 断层显像 (PET- CT)]	下列国家出台了 心理社会肿瘤学实践 指南: 加拿大、澳大 利亚、英国、美国 美国医学会报 告: 应当将癌症患者 视为一个完整的人, 尽量满足他们的心理 社会健康需求 (2007) 心理社会肿瘤学 关怀的理念已经整合 到癌症的日常治疗和 护理当中	姑息治疗在全球 范围内不断发展 美国心理社会肿 瘤协会加入国际心理 社会肿瘤协会 (IPOS) 联盟	对新疗法进行生活 质量评估 首次在癌症中心内 建立精神和行为医学科 (MSKCC, 1996) 美国心理社会肿瘤协 会 (APOS) 20 门英文课程 免费在线学习 (www. apos- society. org) IPOS 和欧洲癌症学 院开设 6 种语言的心理社 会肿瘤学网络核心课程 (http: //www. ipos-soci- ety. org) IPOS 申请成为世界 卫生组织 (WHO) 非政 府组织方的成员

二、心理社会肿瘤学在中国的发展

我国对心理社会肿瘤学的研究起步较晚，这是由历史原因造成的。20 世纪 50 年代，由于批判唯心主义而波及心理学领域，把心理治疗中的各种学派都当做唯心主义加以批判。20 世纪 70 年代末，心理学科恢复名誉，心理治疗从此又获新生。1990 年 11 月，在中国心理卫生协会下专门成立了“心理治疗和心理咨询专业委员会”。随着国际交流的加强，中国的心理治疗和心理咨询发展十分迅速，各方面的需求也不断增加^[3]。

20 世纪 80 年代末，在国内一些学术期刊中只能零星查到几篇有关肿瘤患者心身特点方面的文献，如 1989 年辽宁省人民医院的谢洪和辽宁省肿瘤医院的刘文忠、李奕将艾森克个人问卷作为研究工具所开展的头颈部恶性肿瘤患者的心身医学研究^[4]。20 世纪 90 年代，有关应对方式、生活质量方面的研究才开始增多。

1990 年 8 月，中国抗癌协会（民间学术团体）成立了中国癌症康复会二级学会，奉行“让社会知道恶性肿瘤不等于死亡，恶性肿瘤患者需要康复治疗”的宗旨，贯彻生物-心理-社会医学模式，提倡患者积极参与治疗。在各大、中城市，学会组织恶性肿瘤患者成立康复会、抗癌乐园、康复俱乐部等团体，建立了一个较为理想的社会支持系统。

20 世纪 90 年代初，张宗卫等在北京肿瘤医院首先建立了康复科，主要从事肿瘤心理问题的临床和研究工作，虽然规模很小，但标志着我国肿瘤领域开始了心理社会肿瘤学的临床和研究工作。2000 年 12 月，中山医科大学黄汉腾和哈尔滨市第一专科医院的赵菊丛在《中国医院管理》上发表《顺应医学模式转变 建立肿瘤心理学科》的文章^[5]。2006 年，中国

抗癌协会肿瘤心理专业委员会（CPOS）成立，到目前为止，已召开了两届心理社会肿瘤学培训会议。

20 世纪 90 年代中期，王建平医生在新疆医科大学第一附属医院创立了心身医学科，并开始关注恶性肿瘤患者的心理健康及其影响因素，对癌症患者的人格类型、应对策略和社会支持进行了一系列研究。他将生活质量量表（EORTC QLQC-30）、简式简明心境问卷应用于中国的恶性肿瘤患者，并进行了信度和效度的检验。此外，尝试采用放松、意念想象训练以及结构性心理教育等方法改善恶性肿瘤患者的情绪和生理功能，提高恶性肿瘤患者的生活质量。

继张宗卫之后，北京肿瘤医院肿瘤康复科的唐丽丽医生继续致力于心理社会肿瘤学方面的研究和临床工作，并作为该院第一个派出到斯隆凯瑟琳癌症纪念医院和加拿大的汤姆贝克肿瘤中心学习的专业人员（2005—2006 年）。2007 年，她带领她的研究生和同事完成了《心理痛苦温度计》的翻译工作，以及中文版的修订和信效度分析，并将这一国外普遍使用的心理痛苦筛查工具应用于中国的恶性肿瘤患者^[6]。通过她的组织及协调，在香港癌症基金会的资助下，北京肿瘤医院已完成了 10 门 IPOS 网络在线继续教育心理社会肿瘤学核心课程的翻译工作，对心理社会肿瘤学在我国的发展起到很好的推动作用。同时，北京肿瘤医院还开设了睡眠、疼痛、心理门诊，是国内肿瘤医院中第一家建立该领域临床科室的单位，并在首都科研发展基金的支持下开展多项集体心理治疗干预的研究。

从总体讲，我们应该乐观地说我国目前的形势早已超过美国 20 世纪 70 年代的状况，也就是说我们现在并不是从他们 70 年代的起点起步。我们拥有良好的肿瘤治疗队伍，无论内科、外科还是放疗科，与发达国家的差距都不是很大。一些肿瘤治疗的有效率和患者的生存率也比较高，长期生存的恶性肿瘤患者也不断增多。而且在很多情况下，尤其是在大城市，对恶性肿瘤的诊断也是告知患者的。但是，这并不能完全缩短我们与发达国家心理社会肿瘤学的差距。大体来说，我国和发达国家在心理社会肿瘤学方面的最大差距有四个方面^[7]：

第一，观念和文化上的差距。发达国家已经对恶性肿瘤患者人性的一面有着深刻的认识和理解，对于恶性肿瘤到底给患者和家属带来了什么影响，以及情绪和行为是怎样影响恶性肿瘤的发生和结果等这些问题给予极大的关注和研究，他们认为患者对疾病的态度、患者的应激反应、患者的痛苦以及患者还需要得到的支持和帮助，所有这类问题就像患者的躯体情况一样应该被问到、被分析和研究，人文关怀被放到与临床治疗同样重要的位置。而在我国，我们的文化还是支持不能将“恶性肿瘤”这样的词或疾病的病情告诉患者。我们对一些观念还存在疑惑，如：“得了肿瘤情绪还能好吗”，“心理治疗也不会将肿瘤割除”，“我们的患者太多，没有时间问临床以外的东西”，或者“心理治疗光靠谈话能解决什么问题”等。带着这么多的疑问，尤其是当面对晚期恶性肿瘤患者时，医生就更不知道如何沟通了。这些都是观念和文化上的差距。

第二，临床研究模式的差距。发达国家的临床医生是以组来划分的，每一组算是一个队伍，这个队伍既是治疗队伍又是研究队伍，因为在每一组中，一部分人员是在临床医生配合下专门从事研究工作的，这样他们每发现一个问题就开始讨论制订研究方案，由研究人员和临床医生共同开展研究。而在我国的模式中，医生和研究人员往往是脱节的，缺少更多的合作。这样一来，医生研究医生的，研究人员研究他们自己的，好像互不干涉，结果临床医生由于临床工作繁忙，很难开展大量的研究，而研究人员也因为无法发现大量的临床现象而使研究脱离临床需求，从而失去很多宝贵的可研究的临床现象。