



在线精神健康大学
eMental Health University

精神医学和临床心理学 督导与研究

(总 02 期) 期刊序号: 2016 年第 02 期

主编: 张道龙 执行主编: 张小梅 常务副主编: 夏雅俐 副主编: 刘春宇



在线精神健康大学

主办单位

北京美利华医学应用技术研究院

美心理文化学会

电话: +86-18911076076

邮箱:

zaixiandaxue@126.com

网站: <http://mhealthu.com>

教育服务项目

- 张医生远程督导训练营
- 张医生国内集中讲学
- 短程访美学习与交流
- 《督导与研究》杂志

欢迎免费索取

如需转载请注明出处

精神科医生和心理咨询师们, 我们坚信,

能将“无助”变成“希望”!

——在线精神健康大学



主编寄语

“无助”变成“希望”！

上一期杂志，我们分享了“立刻去做”的智慧，避免将自己的人生陷入“拖延”和“意志力弱”的怪圈中。许多医生和心理咨询师都发邮件来，分享了2016年的新计划和新行动，真是令人鼓舞！

本期内容，则将精神医学与心理咨询进一步有机结合：咨询案例实录，聚焦于患者的“依从性差”、经常自行停药、反复双相发作，探讨在正确诊断之后，如何正确治疗；而“大众·心理”则用另一种通俗易懂的语言，叙述和分析了一位40岁男性治疗“睡眠问题”和“头痛问题”过程中的曲折和困扰，强调了准确评估精神障碍的重要性，避免“误诊”，更要避免误诊后用药不当，可能给个体带来的伤害。

2016年的春天，我们要继续——正确评估，准确助人！

面对精神医学和心理咨询的现状，我们可以选择什么都不做，等待制度的完善，等待专业的发展，漠视着来访者的一筹莫展，等待青春逝去，梦想破灭，一事无成……

不！不！！不！！！！

我们是助人者！我们可以选择做些什么，来先救活自己！将“无助”变成“希望”！

在线精神健康大学，带着世界领先的精神障碍诊断系统，带着风行美国的“整合式短程心理咨询”，带着周周更新、现场可触、当场咨询的生动个案，带着经验丰富、易学易用的咨询方式，来到我们中间，吹来希望的清风，一扫阴霾！在这里，我们将轻松分享最专业的技能和运用：

诊断与评估——《DSM-5》、《DSM-5 鉴别诊断手册》；

临床心理咨询——《整合式短程心理咨询》；

精神活性药物——《临床精神药理学手册》；

科学和研究——美国最先进的科研方法与实践……

这些，就是我们在精神医学、临床心理学和EAP继续教育领域创办《督导与研究》的初心。初心相通，心手相牵，来吧，握住这一改变职业生涯的机会，我们将成为最亲密的伙伴，共同实现最初的职业梦想。

为了摆脱“无助”，执着追求；为了茁壮成长，义无反顾；为了助人的希望，坚持不懈；我们在一起，汇聚成专业和包容的力量！

张道龙



本期精华导读

栏目

1. 咨询 • 督导

“咨询与观察”看台

张医生点评 • 督导

现场头脑风暴

2. 理论 • 研究

前沿理论热点

3. 大众 • 心理

应用热点

1 双相障碍的她，为何总自作主张停药？

近 10 年，她饱受双相障碍的煎熬，却总是在病情好转后自行停药，每年复发，每年住院，每年仍然不坚持用药……

是什么造成她病情的恶性循环，隐情何在？

2 “嗜睡障碍”的鉴别诊断

嗜睡障碍，指的是什么？如何与正常的长睡眠者、不充足的夜间睡眠、失眠障碍导致的日间疲乏、发作性睡病、与呼吸相关的睡眠障碍、昼夜节律睡眠觉醒障碍、睡眠异态、与其他精神障碍或一般躯体疾病有关的嗜睡、物质 / 药物所致的睡眠障碍（日间困倦型），进行区分？

3 《“头痛医头”，小心坏了性命！》

四十岁的男性以前都挺顺风顺水，近几年换了个岗位，就开始“睡不好”，接着又“头痛”，“头痛医头”，吃治头痛病的药，险些酿成大错。

看来，“焦虑”不能当作“失眠障碍”和“血管性头痛”来治。正确的评估、诊断很重要。

《DSM-5》怎能不好好读？



咨询 · 督导

“咨询与观察”看台

嗨！大家好！本栏目内容取自每周张医生督导课上，“最新鲜”的个案咨询。与个案签订保密协议，并获授权，现场咨询内容可用于督导、教学、科研。所有学员在电话会议系统中保持静音，积极聆听，并在咨询结束、个案离开后，进行热烈讨论。

双相障碍的她，为何总自作主张停药？

心理医生：张道龙

编辑：刘金雨

故事：

咨客，女，近三十岁，已婚有子，孩子刚满月。咨客在 2006 年时被确诊为双相 I 型障碍，住院治疗，出院后继续服药半年，自行停药。近十年来，几乎每年发病一次，最近第 7 次住院！

近 10 年间，她几乎每次都是因为出院后自行停药，导致病情复发。本次住院，是因为刚生完孩子半个月，出现抑郁症状，住院后很快转化为躁狂发作，住院一周多，咨客认为自己已经好转，着急回家看孩子，所以被主治医生推荐，来找张医生咨询。另外，咨客本人有梅毒，担心孩子被传染了。

第一步，评估与解释——构建信任的咨访关系。

咨客这次是被家人强迫入院的，她总是想着出院，还担心孩子，她这次咨询，也是医生建议来的。张医生在专业评估同时，加入了医学的解释（有关梅毒的传染），对咨客产生一定抚慰作用，有利于构建信任的咨访关系，以进一步帮助她。

1、咨客的第一个困扰是什么？想出院，回家看孩子，孩子刚满月。

2、咨客的第二个困扰呢？也跟孩子有关。她有梅毒，怕传给孩子。张医生告诉她，梅毒通常是孩子通过产道时，从眼睛感染的；可以过了潜伏期再检查一次。咨客听了，感觉放松一些。

3、了解咨客“抑郁”和“躁狂”的症状和感受，评估她“双相障碍”的诊断是准确的。

1.张医生：你好，我是张医生，请讲讲你的困扰吧！

2.咨客：我现在想回家去看孩子，但我在住院。还有一个困扰就是我的血液里有梅毒，我还生了孩子，对这个比较担心。



- 3.张医生：你自己有梅毒，担心什么？
- 4.咨客：担心孩子生下来的血液和我一样。
- 5.张医生：孩子出生后检查了吗？眼睛查了吗？
- 6.咨客：都检查了，都正常。
- 7.张医生：都正常就是没有问题。
- 8.咨客：这个结果我刚刚知道，之前都不知道。
- 9.张医生：是的，这对做妈妈的来讲肯定很焦虑，恭喜你，孩子没有染上。
- 10.咨客：但不是说怀孕的时候容易传染给孩子吗？
- 11.张医生：一般都是在生产的过程中很危险，比如孩子通过产道时可能会感染眼睛，所以如果是有梅毒的母亲，生出来的孩子会马上进行检查，过一段时间还需要再查一次，因为有潜伏期。你的孩子多大了？
- 12.咨客：刚满月。
- 13.张医生：现在说没有是好事，等过了潜伏期的时候再查一次，如果再没有就确定是没问题了。
- 14.咨客：哦，那就好。
- 15.张医生：这件事之前比较困扰你，还有一件事困扰你，是因为你想回家，但现在需要住院，是吗？
- 16.咨客：是的，我想回家看孩子，但我先生和医生都认为我应该继续住院，我不知道能不能回家。其实回家我也一样可以吃药，但医生希望我再在医院巩固一段时间。
- 17.张医生：你刚生完孩子一个月，住院多长时间了？
- 18.咨客：快十天了。
- 19.张医生：那还需要再住一段时间，医生是对的。因为你的情况还不稳定。你前几次住院都是因为复发是吗？
- 20.咨客：之前住院是因为高考时我考的小三门儿，本来专业课挺好的，结果考试的时候专业课和文化课都很差，所以刚上大一的时候就住院了。后面住院是因为和同学聚会时心情郁闷就住院了。还有就是现在这个先生是我第二位先生了，和之前那位离婚之后住了一次院。
- 21.张医生：你和第一位先生没有孩子，是吗？
- 22.咨客：没有，因为那时候在吃药，不能要孩子，一直有避孕措施的。
- 23.张医生：这次是因为什么住院呢？你刚生完孩子没多久就住院了。
- 24.咨客：生完孩子十天我只睡了几个小时，产后抑郁，每天有止不住的泪水，心理很不舒服，就来住院了。住院后我又想唱歌跳舞什么的，每天还挺忙的。
- 25.张医生：你的意思是这次住院的原因是总哭，产后抑郁，是吗？
- 26.咨客：一是哭，二是睡眠时间太短了。
- 27.张医生：睡眠时间短是因为睡不着，还是觉得不需要睡？



28. 咨客：睡不着。
29. 张医生：睡不着感觉累吗？会很疲惫吗？还是很有能量？
30. 咨客：很有能量，有一股能量让我感觉有做不完的事情。
31. 张医生：这种情况持续了多久？
32. 咨客：两周的时间。
33. 张医生：是你自己觉得病情复发了，还是别人劝你来住院的？
34. 咨客：我先生和我商量先来医院开药，如果睡眠还是不行的话就住院，然后他就直接帮我办住院了。我是被他们捆绑着来的。
35. 张医生：你有时感觉很抑郁，总是哭，有时又感觉很有能量，想唱歌跳舞，每天都有这样的交替吗？还是一个一个月高兴一个月不高兴？
36. 咨客：一段一段的，前半个月总是哭，后面那些天就每天想唱歌跳舞了。
37. 张医生：一年能循环几次？
38. 咨客：一年一次。
39. 张医生：并不是每个月或每个季度都有，而是一年才有这么一次交替。两次发病的期间你感觉怎么样？
40. 咨客：那段时间可以正常去上班，每个月也能赚几千块钱。
41. 张医生：也就是一年的绝大部分时间都是好的，一次发病大概持续多长时间？
42. 咨客：一个月左右吧，如果不吃药的话得两三个月。
43. 张医生：吃药的话一个月，不吃药的话两三个月，差不多半个月的抑郁、半个月的躁狂，然后就转过来了，是这样吗？
44. 咨客：是的。

第二步，讨论服药“依从性”不好的症结——她在担心什么？

1、询问咨客：什么原因令你不断犯病？她一开始回答：因为爱。后来又因为到医院，不会像在外面那样，被看作“不正常”。

2、追问咨客：为什么每年都会复发？咨客不得不说：以后要坚持每天用药。

3、然而，咨客有些违心的“承诺”，并非张医生的目的。他继续澄清：药是有效的，为什么会自行停用？给了咨客一个机会，说清楚停药的原因：担心副作用——发胖，没力气，手抖。

张医生并非为了责备咨客，而是想了解，她近 10 年来每年犯病、频频自己停药的真实原因，这样，才能从她的需求出发，给予更加合适的治疗。但是，这些有关药物治疗的内容，是需要跟她的主治医生具体讨论的，在后面的点评与督导中，我们有机会完整地分享。

45. 张医生：你觉得是什么原因让你不断犯病呢？



46.咨客：主要是因为爱吧，太担心家里人，爱家里人，想事情想得太多。

47.张医生：你是想他们想出病来了，是吗？

48.咨客：不是想的。

49.张医生：能讲得具体些吗？你的病为什么会不断地复发？

50.咨客：好像每年就想来医院看一看，玩一玩，医院不是有那种诊室吗？可以很多人一起弹琴、画画。在这里可以无所事事地做自己想做的事，也没人说你是疯子。

51.张医生：你一年住院一次是因为在外面怕大家说你不正常，是吗？

52.咨客：是的。

53.张医生：但你每次确实有不正常的症状，别人也确实能看见，是吗？

54.咨客：是的。

55.张医生：为什么每年都有一次复发？

56.咨客：我以后知道了，就是坚持每天用药。

57.张医生：那我反过来问你吧，好像用药是有效的，为什么你每次用几个月就不用了呢？

58.咨客：我担心吃药之后长得太胖了，做事情的时候感觉没有劲儿，很困。

59.张医生：你是担心吃药有副作用，会让你变胖，是吗？

60.咨客：一是怕变胖，二是上班的时候要用力气的，没有力气，手会发抖。

61.张医生：你是因为药物的副作用停药，而不是其他原因，是吗？

62.咨客：是的。

63.张医生：一是怕胖，二是干活没劲儿，想睡觉，三是手会发抖，吃药会产生这三个副作用，是吗？

64.咨客：是的。

第三步，澄清“梅毒”及其对咨客家人的影响——医者仁心专业流露。

1、了解咨客是如何染上梅毒的。

2、了解咨客家人是否患有梅毒。

3、告诉咨客，之所以问这些，是为了避免目前没传染上梅毒的家人染病。

65.张医生：你刚才说自己还有梅毒，梅毒得了多久了知道吗？

66.咨客：七八年前得的。

67.张医生：你知道是怎么得的吗？

68.咨客：这个病一是遗传，二是性传播。我那时候交了男朋友。



69.张医生：这个病不遗传。是你原来的男友，不是现在的丈夫，是吗？

70.咨客：对，不是。

71.张医生：原来的男友有这个病？

72.咨客：我不知道他有没有。

73.张医生：那你是怎么发现的呢？

74.咨客：我去献了一次血，过了大概一个月后我又去献血，人家说我的血不行，需要去验一下，好像有什么东西。后来我去验血发现有梅毒，然后就让我去疾控中心治疗了。

75.张医生：偶然发现的，但你确实不知道那时候的男友是否有这个病，对吧。

76.咨客：对的。我不知道是他的原因，还是遗传的。

77.张医生：不是遗传的，这不是遗传病，是传染病。你知道家里还有什么其他人有吗？

78.咨客：我爸我妈好像都有吧。

79.张医生：他们怎么得的知道吗？

80.咨客：我也不知道他们到底是不是，也得让他们查一下吧。

81.张医生：对，家人人有这个病，需要查一下看看谁有，谁没有。这样通过预防可以避免把没有变成有，如果大家都有就没关系了，接受治疗即可。如果父母没有的话，需要和治疗你梅毒的主治医生讨论一下如何预防他们不被传染。

82.咨客：好的。

83.张医生：关于梅毒，我还需要了解一下，你过去吸过毒吗？用过针剂或海洛因之类的东西吗？

84.咨客：没有吸过，但我在视频里看过。

第四步，进一步讨论药物“副作用”对咨客的影响——关注细节，以便之后与主治医生讨论换药。

1、了解咨客这次用的是什么药。

2、澄清药物副作用中的“手抖”，究竟是怎样的抖，粗大的，或是精细的？

3、给予小结，提醒咨客注意避免梅毒的传染，且要积极治疗；告诉咨客，将与她的主治医生讨论其用药情况，减轻副作用，以助于她坚持服药。

85.张医生：没有就好。现在吃什么药，你自己知道吗？

86.咨客：有丙戊酸镁，碳酸锂，脑乐静胶囊，奥氮平。

87.张医生：脑乐静胶囊是中药吗？

88.咨客：是中药颗粒。

89.张医生：用了这段时间的药和之前相比，效果怎么样？

90.咨客：效果还蛮好的。



- 91.张医生：有没有你之前讲的副作用？想睡觉，身上没有劲儿，手抖之类的症状有吗？
- 92.咨客：就是有点颤抖，睡眠有了改善。
- 93.张医生：是什么样的颤抖？
- 94.咨客：手拿东西就抖。
- 95.张医生：你知道是什么原因导致的吗？
- 96.咨客：是哪个药控制的。
- 97.张医生：你生孩子之前这段时间都没有用药，那个时候手抖吗？
- 98.咨客：不抖，一点都不抖。
- 99.张医生：吃了药之后抖，但不知道是哪种药导致的。你抖动的幅度大吗？还是比较精细的抖？
- 100.咨客：精细的抖，像老人家写毛笔字的抖。
- 101.张医生：睡觉的时候不颤，是吗？
- 102.咨客：不抖。
- 103.张医生：你有什么问题需要和我讨论吗？
- 104.咨客：现在没有了，谢谢你。
- 105.张医生：那就好，但要记住回去之后让家里人都查一下是否有梅毒和其他的传染病，和医生讨论怎么预防，避免没有的人传染上。尤其孩子，后期要注意跟踪检查。已经传染上梅毒的，要积极配合治疗，夫妻两人都有的话，就得一起治疗，否则会相互传染。稍后我会和你的主治医生讨论，调整你的药物以减少副作用，看看怎么能让你坚持长期用药，避免你每天吃药偶尔会忘记。好吗？
- 106.咨客：好的，谢谢你！
- 107.张医生：不客气，再见！
- 108.咨客：再见！

患者自行停药，咨客隐瞒真相，似乎都可以用“阻抗”二字形容。可是，张医生从不认为真的存在什么“阻抗”。因此，他在与这位患者兼咨客建立良好咨访关系之后，循循善诱，找到她自行停药的真实原因——“副作用”。其实，关键或许不在于发现“副作用”，而更在于澄清副作用具体是什么，它们又会怎样直接影响到咨客的停药，这样，才能针对这些，进行调整。

要知道，患者依从性差，不好好用药，可算是精神科医生们非常头痛的问题。在这段咨询中，精神科医生们，领会到了什么呢？后面有更详细的点评和交流哦。



张医生点评·督导

- ◇ “生物—心理—社会”，说起来容易做起来难。
- ◇ 现场做完咨询，张医生带大家看到咨询过程中的知识亮点，今后我们自己也能用上哦！
- ◇ **双相 I 型，丙戊酸钠更适用；精细颤抖，一张白纸“测”锂盐**
- ◇ 本案例的诊断非常清楚，符合双相 I 型障碍的诊断标准。
- ◇ 关于治疗，如何能尽量保证不复发，并且选择药物时避免她自己说的那三种副作用呢？这种情况下，应该选择拉莫三嗪和丙戊酸钠这类药，因为她是双相 I 型障碍，应该选择丙戊酸钠，拉莫三嗪治疗双相 II 型的效果较好。这个病人不是伴快速循环的双相障碍，因为她一年内少于 4 次心境发作。如果是快速循环型的双相，就必须使用锂盐，效果会更好，且血液浓度保持在 0.5—1.0mmol/L 之间的正常范围。不是快速循环型，可以选择丙戊酸钠。关于震颤，病人自诉是精细的震颤，是不是由锂盐造成的呢？检查时让病人伸直两手，放一张白纸在手上，观察纸是否在颤抖，这种颤抖让他们不能写毛笔字，这种精细震颤是锂盐造成的。
- ◇ 在住院期间，为了快速达到情绪稳定的效果，丙戊酸钠的剂量要达到每公斤体重使用 20 毫克每天，症状稳定后，再选择维持剂量。丙戊酸钠在使用剂量较大时，也会有震颤，是那种比较强烈的震颤，血液浓度在 50ug/ml-100ug/ml 的时候是没有这种副作用的。并且丙戊酸钠不会使她没有劲儿，癫痫的病人使用都没有问题。类似于这种情况，尽量选择抗癫痫类药物，少选抗精神病药，因为抗精神病药都阻断多巴胺，会使人感觉没劲儿。为了不增重当然不能选择奥氮平和氯氮平，可以考虑阿立哌唑。
- ◇ **缓释片、针剂、ECT，增强患者依从性**
- ◇ 关于她自行停药的问题，丙戊酸钠 ER，也就是丙戊酸钠缓释片，每天可以只吃一次，晚上睡前吃一次就可以，家属可以监督。如果依然担心她不按时吃药，只好选择抗精神病药物的注射制剂了，比如维思通或氟哌啶醇的针剂，剂量可以小一点，半个月或每个月打一针，用来做情绪稳定剂，低浓度的在体内维持。这类药不会增重，如果出现震颤的副作用，可以考虑苯海拉明等药物来治疗副作用。阿立哌唑也可以选择，使用后不会出现病人说的那三种副作用，但没有针剂。这两种选择都可以增加病人的依从性。研究发现，需要每天吃三次药的用药方式，时间久了，病人的依从性都不会很好。鉴于此病人多次复发，如果之后依然不能改善用药的依从性，排除她没有神经系统相关病变后，可以考虑 ECT，这样每年治疗两到三次即可。



◇ **引导治疗躯体疾病，保护患者家属**

- ◇ 关于梅毒，也需要尽快治疗，到底是什么情况她自己都讲不清楚。我们作为医生，应该引导她及家属都做相应检查，尤其是孩子，避免造成多人传染。

中西药避免随意混用

- ◇ 关于中药的使用，当我们快速降低病人的躁狂时，又给她加上中药，并且和西药同时服用，这时中药在体内起什么作用，是用什么东西熬合而成的，是否会破坏西药的作用，目前没有相关研究，也没人知道答案。作为医生，没人知道答案的事情，我们怎么敢用呢？不是说完全不能用中药，但不能这样使用。这是中国的传统医学，病人及家属如果非要用中药，不得不用的时候，需要和西药的时间分开，最好分开 12 小时。比如早上用中药，晚上用西药。一定不要把不知道的几种药放在一起用，会破坏西药的作用。



现场头脑风暴

编撰：张小梅

目前张医生在线督导的周六现场，有精神科医院、脑科医院的多名医生，以及来自北京、上海、深圳的心理咨询师，大家听了督导，可激动呢！以下问答，非常精彩，值得慢慢品味哦！

第一问 双相障碍患者何时适用抗精神病药？

Q1: 这个病人刚开始是因为抑郁收进来的，如她所说，很快就转为躁狂了。今天的表现没有明显的精神病性症状，但在病房里她的行为是紊乱的，会半夜出去敲别人的门，所以我们给她用了抗精神病药，不知是否恰当？从科研的角度讲，对于双相的病人，是一定要有精神病性症状时才使用抗精神病药，还是出现极度的行为紊乱时也可以使用抗精神病药？

A1: 对于有躁狂发作的病人，没有精神病性症状时，也可以采用抗精分的药物，这是快速让病人减轻躁狂症状的方法。不是为了治疗病人的精神病性症状，而是它本身就是情绪稳定剂，不论是阿立哌唑，还是奥氮平，都是情绪稳定剂，所以使用后可以帮助病人迅速减低躁狂症状。从科研的角度讲，哪种药物更有效，需要在调换的过程中逐渐发现。

第二问 对于这个双相障碍患者我们的治疗有问题吗？

Q2: 关于药物的副作用，我们也在一直跟踪，她有什么反应我们也马上处理，碳酸锂的浓度也一直在监测中，应该没有锂盐超标的问题。（包含在内的提问：这样的治疗有问题吗？）

A2: 问题是，那么多种选择，你为何选择让病人肥胖的药物？能使病人变胖的这类药物里，排第一的是氯氮平，第二就是奥氮平。病人告诉我们：致使她停药的原因是怕变胖，怕工作时没有劲儿，想睡觉，抗精神病药物都是阻断多巴胺，阻断多巴胺就会使人没劲儿，我们依然选择给她使用能够产生这些副作用的药物，为什么？病人已经多次复发住院，每次都是因为自行停药，我们依然重复使用这些药物，就相当于在不断地重复一个失败的故事。误诊必然导致误治，但正确的诊断不一定导致正确的治疗。我们只有针对患者无法忍受的副作用，进行药物的调整，才能支持她坚持服药，这才是真正的“以患者为中心”。

第三问 这个患者我们可否每年只给3个月药？

Q3: 这个病人的依从性很差，只要让她出院，她就自行停药，也不按时随诊。如她所说，每年只有一个月左右的时间是在发作期，那我们是否可以每年只给她用三个月左右的药？其余时间可以不用药？

A3: 不可以的，她必须终生用药。这类病人一旦出现三次发作，必须终生用药。因为她们这种循环一次比一次快，一次比一次损伤严重，复发次数越多，对大脑的损害越严重。所以不能发病的时候治疗，不发病的时候就不治疗。关于病人的依从性差，我们需要问一下，是否因为药物副作用，那我



们给她使用没有这些副作用的药物就可以了。如果不想吃药也可以，每年需要做两到三次 ECT 就可以。这种病人治愈的可能性几乎没有，但稳定的可能性非常大。

第四问 ECT 治疗可以怎样安排？

Q4: 针对不爱吃药的病人，可以采用 ECT 治疗，这个具体是如何操作的？

A4: 不能是不爱吃药就用 ECT，得经过病人同意。一般第一个疗程的治疗最多是 6—8 次，后面的维持治疗差不多是 3—4 次（隔一天做一次），维持治疗需要 6—10 天就可以了。

第五问 锂盐导致甲状腺功能低下，怎么办？

Q5: 我们有些病人在使用锂盐后出现甲状腺低下的症状，这种情况我们是停药，还是有其他办法？

A5: 如果这个病人除了锂盐，什么药都不好用的话，只能继续服用锂盐，治疗甲状腺功能低下的问题即可。但如果其他药物有效，毫无疑问要换其他药，我们不能让病人的双相没有治好，又多出个甲状腺功能低下的病吧。



前沿理论热点

《DSM-5》诊断与鉴别诊断

编撰：张小梅 张道龙

您知道吗？张医生团队给我们带来的《DSM-5》，那是中国大陆首次引进的，简体中文案头书 2014 年 7 月出版，简体中文完全版则是 2015 年 7 月出版，全部由北大出版社出版，而《DSM-5 鉴别诊断手册》呢？由张小梅和张道龙两位博士、精神科医生翻译，2016 年即将问世，以下内容，在保护版权的前提下，节选自新书，给大家先饱眼福，不谢啦！

嗜睡障碍的鉴别诊断

嗜睡障碍指的是：反复陷入睡眠，主要睡眠周期延长后仍然不能恢复精神，经常感到过度困倦，或是在突然觉醒后难以完全清醒，必须与下述疾病相鉴别——

1.正常的长睡眠者：所需要的睡眠时间多于平均的睡眠时长。达到所需的夜间睡眠时长后，长睡眠者就不再感到过度困倦、睡眠惯性或自动行为，并且他们报告睡眠可以帮助自己恢复精神。如果出于社交或职业的需要，导致夜间睡眠缩短，那么日间症状则可能出现。在患有嗜睡障碍的个体中，无论夜间睡眠时间的长短如何，过度困倦的症状都会出现。

2.不充足的夜间睡眠：与嗜睡障碍非常类似，能够产生日间困倦的症状。每晚平均睡眠时间少于 7 小时，表明夜间睡眠不足，在每 24 小时内平均超过 9-10 小时的睡眠但仍不能恢复精神，则表明可能符合嗜睡障碍的诊断。与嗜睡障碍不同，不充足的夜间睡眠不可能持续数十年仍没有缓解。

3.失眠障碍导致的日间疲乏：特征是与睡眠时长或质量有关的过度困倦。如果失眠障碍能够解释过度困倦的症状，并只出现在其病程中，则不诊断为“嗜睡障碍”。

4.发作性睡病：特征是在同一天内反复出现不可抑制的睡眠需求、陷入睡眠或打盹，伴有猝倒发作、下丘脑分泌素缺乏，以及特定的多导睡眠图发现（即快速眼动 [REM] 睡眠潜伏期小于或等于 15 分钟，或多次睡眠潜伏期测试显示平均睡眠潜伏期小于或等于 8 分钟，以及有两个或更多睡眠起始的快速眼动期）等其它典型特征。如果发作性睡病能够解释过度困倦的症状，并只出现在其病程中，则不诊断为“嗜睡障碍”。



5.与呼吸相关的睡眠障碍：特征是日间困倦伴有特定的多导睡眠图发现（例如，每小时低通气或呼吸暂停的最少次数），并且经常有夜间症状（例如，大声打鼾、呼吸暂停）。如果与呼吸相关的睡眠障碍能够解释过度困倦的症状，并只出现在其病程中，则不诊断为“嗜睡障碍”。

6.昼夜节律睡眠觉醒障碍：表现为日间经常感到困倦，伴有异常的睡眠 - 觉醒作息史（轮班或不规律的时间安排）。如果昼夜节律睡眠觉醒障碍能够解释过度困倦的症状，并只出现在其病程中，则不诊断为“嗜睡障碍”。

7.睡眠异态（即非快速眼动睡眠唤醒障碍、梦魇障碍、快速眼动睡眠行为障碍）：可能表现为日间困倦，伴有梦魇、睡惊、睡行，或者在 REM 睡眠期出现与发声和 / 或复杂运动行为有关的唤醒。如果睡眠异态能够解释过度困倦的症状，并只出现在其病程中，则不诊断为“嗜睡障碍”。

8.与其他精神障碍或一般躯体疾病有关的嗜睡：嗜睡障碍无论作为一个独立疾病出现，还是与其他精神障碍（例如，重性抑郁障碍中的嗜睡）或一般躯体疾病（例如，帕金森氏病）共病，均可做出“嗜睡障碍”的诊断。需要表明它是否伴有非睡眠障碍的精神共病或其它躯体共病时，可以使用标注。

9.物质 / 药物所致的睡眠障碍，日间困倦型：由于某种物质或药物的直接生理效应所致。如果症状是某种物质（包括药物）的直接生理效应所致，则不诊断为“嗜睡障碍”。

（参加讨论，欢迎发邮件给 zaixiandaxue@126.com，或致电：+86-18911076076）



大众·心理 应用热点

编辑 夏雅俐

睡不好，头痛，这里不舒服，那里不爽快……貌似都是“躯体”的症状，其实，却很有可能与咱们的情绪相关，是精神心理问题的症状。若是诊断、评估错了，应对的方法也就歪了，有时可能酿成大麻烦，因此，需要慎之又慎，更需要对医生和心理咨询师进行系统的培训。

大众心理，欢迎开放性的观点！因为这是一个多元的期刊社区，包容多元的想法！敬请拍砖！

“头痛医头”，小心坏了性命！

40 岁的男性，睡不好觉，太太是个精神科医生，给他吃改善睡眠的药，睡眠好了，精神倍儿棒，不久，又头痛，改用另一种药，结果头痛还加重了！这可怎么办？那就用治头痛的药呗，于是，上了一种治血管性头痛的药，疼痛减轻了一点，却又开始头晕！在办公室头晕严重，心慌，恶心，没法上班，只能辞职了！

这位先生来到张医生的咨询中，才发现，“头痛医头”，多么危险！

那么，他究竟是怎么回事？张医生又会怎样帮助他呢？

睡不好，头痛，都是“焦虑”惹的祸

这位先生是最近两三年开始睡眠不好的，在此之前，他的工作发生了变化，从纯技术工作，变成管理岗位，从做事到管人，压力一下变大了，加上经济形势不好，他所在的行业受到不小的冲击。

张医生又问到他的日常生活方式，发现他和太太都比较“宅”，有了孩子就喜欢带孩子在家里，没什么朋友，没什么爱好，并不善于与人相处。平时的生活，就是上班、看电视，偶尔跟朋友出去吃饭、打牌、喝酒，前几年，喝完酒，睡觉就睡得很好，而这几年，喝完酒也睡不好。

把他“不爱与人打交道”的生活方式与“带 10 多人团队”的工作要求一对比，就能看出来，换了工作职责后，他为什么睡不好了。那是因为——焦虑，而不是单纯的“突然”变得“睡不好”。

在我们咨询的许多个案中，情绪问题往往都会伴随“睡不好”，当然，也有纯粹的“睡眠障碍”啦，这都需要细致的评估，若是连“究竟为什么睡不好”都没评估对，怎么可能帮助他“睡得好”呢？

“焦虑”，与他的“回避型人格”有关

有“焦虑”，并不意味着一定有“焦虑障碍”，但可能存在与“焦虑”相关的其他问题。

来访者从小在农村长大，文娱活动比较少，跟人打交道的机会也比较少，社交圈相对比较窄，兴趣爱好也不广泛，这也是他上大学时选择工程类专业，而并没选择心理学、律师、唱歌、跳舞等专业的原因。他的行为长期以来体现了独有的人格特质——“回避型人格”，这种人格容易给逆境中的人带来焦虑。环境顺的时候，对他没什么影响，工作、生活都正常，所以前些年他都没有睡不好，也没有明显焦虑。可一旦环境发生变化，就会对他冲击比较大，焦虑容易加重。以前，即使有些压力，喝点酒就能感觉放松了，能睡着了，而现在，压力变大了，喝酒就变得没效了，睡眠也糟糕了。



当然，面对这位焦虑的来访者，张医生并没与他进行“学术讨论”，虽然心里评估他疑似“回避型人格特质”（没达到“回避型人格障碍”的标准），但不需要说出口，避免增加他的焦虑。

“吃错药”，暗藏危机

来访者一开始吃的药叫作“艾司唑仑”（Estazolam），这个药既能治疗焦虑，又能改善睡眠，虽然他的“焦虑”没被重视，却误打误撞用了有效的药。然而，他用的剂量太高，接近最高剂量，4-6毫克，麻烦的是，这类药物容易成瘾，往往只能短期使用。

之后，他又选择了纯催眠的药物——“右佐匹克隆”、“佐匹克隆”，这类药不能缓解焦虑，因此，他的焦虑加重了。并且，它与“艾司唑仑片”作用的是同一个部位——苯二氮卓类的 A1 受体，但效果不到艾司唑仑的 1/4，就出现“戒断”症状，焦虑症状也越来越重，所以，第二种药物的选择是错误的。

接着，他用了第三种药物——盐酸氟桂利嗪胶囊（Flunarizine Hydrochloride Capsules），它是钙离子拮抗剂，用于降血压。假设他是血管性头痛，血压高，的确可以用钙离子拮抗剂。然而他不是血管性头痛，是焦虑引起的头痛。焦虑水平高的人正需要大量的脑内供血，却用了降血压的药，血压上不去，那么，身体只能反射性地增加心率，来补充大脑的供血，因此，当他血压降低时，就会出现反射性的心率加快。

好在他才 40 岁，代偿能力不错，还没出现生命危险，要是 60 多岁，血管没有代偿能力，就可能中风，用完这么多剂量的氟桂利嗪，容易在 3 天之内中风，叫“分水岭式中风”，也就是在两组血管——前动脉和中动脉交接区，发生中风，原因是血压降低，这两组血管之间血不够，在交接区出现“分水岭式中风”。

怎样才能降低焦虑？

既然睡不好、头痛，都与焦虑有关，当然既不能当“睡眠障碍”来治，也不能当“血管性头痛”来治疗，而需要生物、心理、社会的综合治疗。

“生物”上，首先还得选择抗焦虑药。他不是原发性的失眠障碍，失眠只是继发的，不能用纯治失眠的药，也不能用治疗高血压、治疗偏头痛的钙离子拮抗剂。要选用那些没有潜在成瘾性的抗焦虑药，比如，SSRI 类，对于身材瘦或匀称的人，可选用瑞美隆一类的药。

除了药物，还可采用运动疗法，指的是规律的运动、强度较大的运动，每个星期至少三次，每次一个小时以上。不管做的是哪一种运动，只要自己能接受，自己喜欢，达到一定频率和强度，都是非常有效的降低焦虑的办法。另外就是音乐疗法，听一些能促进放松的音乐。

“心理”上，张医生引导来访者看到，焦虑是很常见的病，而且他娶的太太是学医的，能帮助到他，这是好事。来访者的焦虑与心理压力有关，可以学习一些心理学办法帮助自己，比如用正念减压方法学会放松，用认知行为疗法了解自己的毛病是怎么来的。

“社会”方面，就是需要调整工作，不论能赚多少钱，若是工作使人变成今天这种状态，都需要改变。并非说要放弃工作、闲在家里，那可能带来更多加重焦虑的问题——经济问题，社会交往问题，还有给小孩树立负面榜样的问题。可调整为少跟人打交道，多跟图纸、计算机打交道的工作，使得强度和压力变得更适合，哪怕工资下调 20%，人健康了，也是值得的。

（参与讨论，欢迎发邮件给 zaixiandaxue@126.com，或致电：+86-18911076076）



在线精神健康大学
eMental Health University

张医生在国内精神科医生、心理咨询师、EAP 等培训督导领域，已经深耕近 20 年，在海外，作为美国医生，行医 20 多年，中国心永远不变！

部分合作组织包括：北京大学第六医院、北京安定医院、北京回龙观医院、北京和睦家医院、北京大学心理系、中科院心理所、上海市精神卫生中心、上海交通大学心理咨询中心、上海师范大学心理咨询中心、上海奉贤海湾五院校心理咨询中心、复旦大学心理系、南京脑科医院、南京东南大学医学院、中南大学湘雅医学院、湖南脑科医院、广州市脑科医院、深圳康宁医院、东莞精神卫生中心、四川绵阳精神卫生中心、西安交通大学医学院、武汉大学医学院、河南驻马店精神卫生中心、大连医科大学、哈尔滨医科大学、伊春人民医院等。

在线精神健康大学

站在精神健康远程教育的最前沿

■ 张医生远程督导训练营

督导时间：每周六 9:00-11:00 (北京时间)

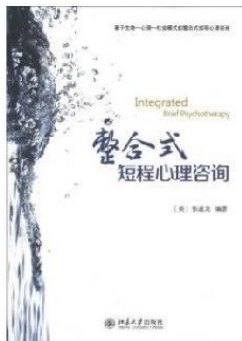
督导电话：95057 (国际通用高品质全时电话会议系统)

报名热线：+86-18911076076

由国际知名精神医学专家张道龙 Daolong Zhang MD 亲自督导，他是美籍华人临床心理学和精神医学专家，美国注册职业精神科医生，《DSM-5》简体中文版工作委员会主席和主译。

张医生从业 20 多年，采用《DSM-5》进行诊断与鉴别诊断，采用整合式短程心理咨询技术，亲自为两万多中美病人和咨客提供超过十万次以上的心理治疗，是华人界第一位在国内采用整合式短程心理治疗方法，为数千位医生、临床心理咨询师和 EAP 咨询师做督导的心理医生，督导时间达 5000 多小时。

督导训练营所采用的教材，与精神健康领域——全球最前沿临床研究成果接轨，全部由张道龙医生团队著作或翻译。详见以下内容。



采用国际权威精神医学、临床心理学教材《整合式短程心理咨询》、《短程心理咨询与督导实录》（2013 年）

《整合式短程心理咨询》与《短程心理咨询与督导实录》是国内第一本整合式短程心理咨询的专著和案例集，是张道龙医生率领工作团队依据临床咨询案例撰写的原创著作。书中全部案例由张医生亲自咨询，团队完成记录和整理，内容丰富，适用于婚恋情感、亲子教育、职业发展、精神疾病治疗多个领域。由北京大学出版社于 2013 年在国内出版。

《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）（2014 年 /2015 年）

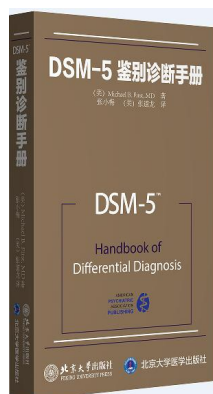
《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）于 2013 年由美国精神医学学会出版，是 1400 多位精神病学家和临床心理学家参与研究，经过十二年的努力集结而成的最权威的精神障碍诊断标准，被誉为精神医学诊断领域的《圣经》。

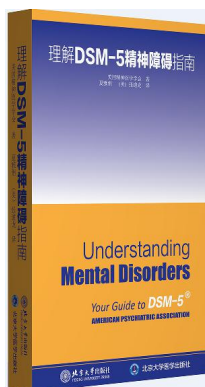
张道龙医生担任简体中文版工作委员会主席和主译。第五版《精神障碍诊断与统计手册》（案头参考书）和《精神障碍诊断手册》（全书），由张道龙医生率领的翻译团队翻译完成，由北京大学出版社分别于 2014 年、2015 年在国内正式出版。

《DSM-5 鉴别诊断手册》（2016 年出版）

《DSM-5 鉴别诊断手册》由美国精神科医生 Michael B. First, M.D. 著述，简体中文版由张小梅博士和张道龙医生翻译。

本书是国际最具权威的精神障碍鉴别诊断手册，精神科医生、临床心理医生和内科医生通过学习《DSM-5 鉴别诊断手册》，能更熟练掌握《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）的内容，以达到更准确诊断各种精神障碍的目的。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，将于 2016 年由北京大学出版社正式出版。

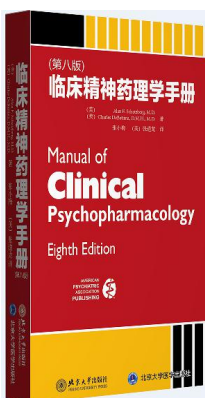




《理解 DSM-5 精神障碍指南》（2016 年出版）

由美国精神医学学会著述，简体中文版由夏雅俐博士和张道龙医生翻译。

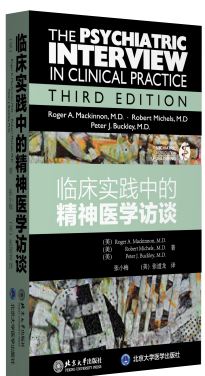
本书采用深入浅出、通俗易懂的语言，帮助未接受过系统训练的非精神医学专业的人，在学习《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）时更容易理解和掌握，是内科医生、心理咨询师、临床社工、精神障碍患者家属及心理学爱好者，学习精神障碍相关知识的好助手。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，将于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



《临床精神药理学手册》（2016 年出版）

《临床精神药理学手册》由美国精神科医生 Alan F. Schatzberg, M.D. 和 Charles DeBattista, D.M.H., M.D. 合著，简体中文版由张小梅博士和张道龙医生翻译。

本书是一本基于 DSM-5 精神障碍诊断的精神活性药物使用手册，是一本以通俗易懂的方式，指导医生正确使用精神活性药物的专业书籍，帮助已熟练掌握 DSM-5 精神障碍诊断与鉴别诊断的医生，对症下药，提高精神活性药物的治疗效果。计划于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



《临床实践中的精神医学访谈》（第三版） （2017 年出版）

《临床实践中的精神医学访谈》（第三版）是美国精神医学专家 Roger A. Minkovitch, M.D., Robert Michels, M.D., Peter J. Buckley, M.D. 三人合著，由美国精神医学学会于 2015 年 10 月出版的临床精神医学访谈的最新版本。简体中文版由张小梅博士和张道龙医生翻译。本书基于《DSM-5》对精神疾病的定义、分类和诊断标准，更新了对精神疾病诊断的访谈纲要。访谈提纲清晰明了，访谈语言简明扼要，是帮助临床工作者快速、有效做出精神疾病诊断的访谈力作。计划于 2017 年由北京大学出版社出版。



在线精神健康大学
eMental Health University

在线精神健康大学

三大途径，与在线精神健康大学亲密接触：在线督导培训-国内现场培训-短程赴美学习！

要知道，张医生每年都会邀请世界一流的精神医学领域、神经病学领域、遗传学领域、临床心理学领域专家，到中国来讲学。

2015 年中华医学会第十三次全国精神医学学术会议，就请来了美国伊利诺伊州精神医学学会主席 Dr.Jeffrey Bennett，与张医生一起，跟大家交流 DSM-5 系统如何应用于临床，天哪！几百位冷静的神内科医生变得热情似火，连会议主办方提供的免费晚餐都不去拿，只想要团团围住张医生团队，问个没完，可见，机会多么珍贵！！

张医生每年两次回国讲学，为国内学员进行集中授课与督导。《在线精神健康大学》在国内设有多个集中授课点：北京、上海、长沙。

每年会根据学员的分布情况，选择适宜的城市集中授课；每次集中授课都会安排现场个案咨询，学员可完整观摩张医生的现场咨询过程。



除了张医生在线督导、顶级专家来国内讲学之外，在线精神健康大学还经常组织——短程访美学习与交流！参加“远程督导训练营”两年以上的学员，经评审合格，会受到美中心理文化学会的邀请，赴美国芝加哥进行“整合式短程心理咨询实地训练”的短期学习，并有机会参加精神医学领域的科研学术活动或座谈会，与美国精神医学和临床心理学专家进行面对面的交流！



智慧的您，把握一切机会，快来与张医生、与高手们面对面吧！



在线心理健康大学
eMental Health University

工作团队



主编 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行为健康部主管精神科医师

美国伊利诺伊大学精神医学系临床助理教授

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



副主编 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D

美国伊利诺伊大学芝加哥分校精神医学系副教授

中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授

美中心理文化学会联合创始人

《DSM-5》中文版工作委员会副主席



执行主编 张小梅

北京大学精神医学博士

美中心理文化学会医务总监

《DSM-5》中文版翻译与专业编辑



常务副主编 夏雅俐

管理学博士，文学硕士，心理学硕士，心理咨询师

副教授、MBA 职业导师

美中心理文化学会成员

《DSM-5》中文版翻译与专业编辑



编辑 张婉 Wan Zhang, M.A.

美国伊利诺伊大学芝加哥分校传播学硕士

美中心理文化学会成员

专业中英文编辑，视频制作

张燕·中南大学湘雅医学院博士，副教授·《DSM-5》中文版翻译与专业编辑

许倩·心理学硕士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》文字编辑

刘金雨·心理学学士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》文字编辑

姚立华·心理学学士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》文字编辑

杜思瑶·文学学士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》策划与编辑

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



在线精神健康大学
eMental Health University

《督导与研究》杂志

《督导与研究》，是国内第一本精神医学和临床心理学领域的督导专业杂志，面向的读者群体是精神科医生、心理咨询师、内科医生、护士、临床社工和广大心理学爱好者。杂志由北京美利华医学应用技术研究院和美中心心理文化学会主办，编辑团队由精神医学和临床心理学专业人士组成，每期现场咨询案例皆来自张医生亲自咨询的真实个案，咨客真实姓名、身份均保密。为保证可读性和趣味性，文字内容进行了少许加工。

本杂志每期电子版都可免费获得！索取电话：+86-18911076076，索取邮箱：
zaixiandaxue@126.com。

您还等什么呢？赶快拨打报名热线，与张道龙医生面对面，开启专业提升之路吧！

您只需每周六 9：00，拨打 95057 进入全时会议系统，就可接受张医生的亲自督导啦！

加入温暖的大家庭，您的成长之路不再孤单！