

第 104 期

2019年7月15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

荷花定律

富人马云讲过一则荷花定律：在一个荷花池中，首日开放的只是极少的一部分，第二天开放的是之前的两倍，第三天继续这样的增速……而您是否想到，池塘半满是什么时候？第15天吗？并不是哦，是在第29天！然后，30天时，迎来满开！这碗鸡汤里最想加工的原料是：成功，需要积累沉淀，更一个耐心坚持的过程。浓汤增肥不喝也罢，但个中干货确实是样好东西，因为的确我们看到，多数时候做事的路上是“行者百里，半于九十”。

美利华推出规范化培训课程以来，拍手者众而观望者亦众，“钱少课多、犀利密集”时而成为却步的借口。然而，进入第三年，接受了大量的学习，持续的案例督导，看到不同的来访者对咨询的需求与挑战，一方面实现了对自身执业能力的提高要求，更是目睹着专业成长完善背后那份定力带来的意义。成年人或许已经不敢轻易用“成功”这样的字眼来评论人生，但同时也有更多的人发现坚持中的改变更弥足珍贵。改变，总是一个循序渐进的过程，每天比前一天有一点突破、一点改善，量变引起质变，方向正确了，实现自我设定的目标总是可以的。这个过程并不容易，没有捷径，无法偷懒，只有日复一日地坚持前行。

道龙老师在十年译典、著书、教学的路上，简化三餐、平衡角色、跨洋奔波不可不谓超凡，而在著作即将付梓前每天倒计时给自己鼓舞士气更说明，越接近成功，越需要坚持，因为到最后拼的不是智力更不是运气，而是毅力。胡适先生曾说过：这个世界上聪明人太多，肯下笨功夫的人太少，所以成功者只是少数人。

很多时候，我们认为自己已经付出了很多，认为自己很努力，甚至当不得意时还会安慰自己说“我只是少了一点运气，没有碰上好的时机”，实际上，也许最后谈运气、谈时机的人只是给自己的努力不够找了个出口。

没有留过学，没有受过科班教育，没有这样那样的知识背景……藉口可以有N多，其实翻译过来大约是因为害怕而不愿意突破自己，导致永远在原地踏步！要想实现心中所想：唯破除自卑之壳、自轻之贱、心怯之虚、恐败之惧、平庸之懦、迷茫之乱，排除周围纷扰之异响，盯紧自己的前行路，把努力，做到位。

美利华在线健康大学，不会比手机离你更远！



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



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例边缘型人格障碍合并强迫型人格特质的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【访谈理论篇】 20

我是多余的六指——解构边缘型人格障碍的种种

- 面对成长中的创伤与痛苦
- 关于边缘型人格障碍
- 为这个人群做点什么

【全科医学】 33

隐形的恶魔——一例卵巢早衰患者的远程会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

【科普内容】 41

卵巢早衰



精神医学临床访谈

虽然长期以来我们都致力于探索人格发展的理论，收集相关资料，但即使这个雄心勃勃的目标已经树立了多年，我们还是发现，精神科医生与心理咨询最主要的任务仍旧不是根治精神心理问题，还是以解决来访者的临床痛苦为主，特别是那些“症状”较为突出多样的来访者们。

今天的来访者在成长中明显受到养育环境的影响，又有遗传方面的风险因素，形成的负性情绪持久影响着家庭、职场等多个方面，同时，在生活习惯上具有多种较真、缺乏弹性的困扰，复合性的人格底色加剧了本人社会功能方面的问题。

本期探讨案例为美利华中美班2018年8月8日案例，如果您是学员或合作医院医生推荐大家可完整回顾案例回放，带着自己的思考完成对于访谈的理解及体会，相信一定会有助于大家领会督导医生访谈的特点及深意。

今天的关键词：**人格障碍，负性思维，原生家庭，童年创伤，情绪控制**

一例边缘型人格障碍合并强迫型人格特质的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生

王剑婷 心理咨询师

责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别 女性	年龄 41 岁	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 自考本科	婚姻 已婚
病史提供者 本人	职业 机构教师	病史可靠性 可靠

主诉：“解决原生家庭对自己的困扰，并想知道自己内心是什么样的问题。”

现病史：来访者生长在有6个女孩的家庭当中，自己是最小的一个，母亲一直重男轻女。来访者自幼自卑心理重，不喜欢、不接纳甚至讨厌自己。初中开始她想努力学习，但成绩一直不太好，初中毕业时想报考师范中专，因为家庭条件受限而没有成功，内心非常痛苦。后进入技校学习毕业成为一名电工。来访者自述她不甘心安定的生活，想获得职业上的成功，有过多种的职业尝试，做各种不同的工作，同时又感觉到人际关系复杂难处理，在职期间虽然能与大家相处，却没有长期能够坚持交往的朋友，多年来会为这些事情而困扰。



北大出版社官方旗舰店
图书请扫码

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



2003年26岁时，她偶然加入了一个直销的体系，在此还结识了在里面工作的前夫，当时她对这个工作和前夫都寄予较大希望，但是结婚之后此人有家暴行为，婚姻生活只持续了一年多就离婚了。直销的工作坚持做了四年多，也并没有想象中的成功，自己非常的难过。2007年与自己从小比较亲近的三姐患了肺癌，来访者辞职去照顾姐姐，一直到姐姐半年之后离世。姐姐去世后妈妈也病倒了，需要陪伴。家人给她介绍有残疾的现任丈夫，婚前她就感觉感情不是很好，为了让母亲减少担心，认识不久就再婚。婚后生活不睦，内心并不能接受丈夫，婚内生活争执冲突比较多，加之三姐去世她长期感觉身心悲痛，2009年在上坟之后，她听到过世的姐姐召唤自己，就此实行过一次自杀。当时她的内心并不觉得自己真的想死，感觉在这个世界上还有很多留恋和想要做的事情，所以在自杀时选择在医院门口不远的地方，在迷离之际还打电话给她的四姐求助，后来被抢救康复。近年来她结识了自己的“人生导师”又开始创业，从事教师工作，在这个过程中，觉得自己的内心慢慢得到了平静。近几年她睡眠状况不好，凌晨两点就会醒，每天睡眠只有四五个小时，白天感到很疲倦。目前否认自己有自残或者轻生的念头，她只在第一次婚姻的过程当中出现过用烟头烫自己，悲痛时会有一些行为上的问题，如暴躁易怒等。

访谈中还发现她有另外一组症状特征，表现为非常追求完美，爱操心，对自己有较高的理想和期待，羡慕他人的成就，在家物品摆放讲究规则，对家庭的卫生也很有要求，不能够忍受脏乱差以及随便的打乱次序，经常不满意，从小就会主动的把家里收拾得很干净。做事讲究自己的规则感与达成要求，面对不达标或不如意就感觉难以接受，痛苦加剧。对丈夫、孩子及工作伙伴都有较高期待并为此发生碰撞。

既往史：既往健康状况一般，无特殊，曾在2013到2014年被处方过抗抑郁药品（品名不详），但是没有连续的服用。2008—2009年因觉得自己不够好，不被爱，内心空虚难受、痛苦，而接受长程心理咨询，认为对自己有所帮助。

个人史：胞六行六，前面五个姐姐，**母亲一直想要男孩未能如愿**。父亲脾气暴躁，职业为厨师，烟瘾酒瘾大，患糖尿病后由于并发症导致双目失明，不能继续工作之后返回家中，没有几年就因病去世了。**父亲生前和妻子之间矛盾非常多，来访者的母亲性格也比较暴躁，年轻时曾多次自杀未遂并且被子女目睹**。来访者因此创伤明显，有非常强的不安全感。妈妈在家非常强势专注，挑剔的性格持续到老年，**一直到离世，和每个子女的关系冲突都很明显**。来访者自幼年起，就觉得家里气氛十分压抑，虽然没有人主动的去打她、骂她，对她实施身体上的暴力，但是她一直觉得不快乐，觉得自己是不被需要的，不被看重的。作



为最小的女儿，在外人嘴里她一直被说成是“多余的六指”。小学的时候多次虐待家里养的小猫，当时虐待完以后她就觉得很过瘾，有一种发泄情绪的快感。为了好奇和好玩，小时候她还拿砖去拍等方式虐杀过青蛙，反复和其他小朋友们一起玩这种比较残忍的游戏。第一次婚姻中遭遇家暴，情绪非常的不好，用烟头烫伤自己，并选择离婚。有过饮酒史，但时间不是很长。第二次婚姻是失去胞姐和妈妈生病之后，为了让妈妈安心，所以与丈夫在认识不久的前提之下结婚了，婚后育有一子。长期以来月经不规律，情绪差时混乱更加明显，每次持续5天，生育之后体质情况相对改善，痛经状态有明显好转。目前由于她要创业，所以到了自己生活城市以外的一个郊县居住，婚内分居有一年多，靠丈夫一个月来看她一两次维持着婚姻关系，但是她自述会不由自主的出现对孩子、丈夫，没有耐心，生活习惯各方面要求比较高，她自己对此也很困扰。

家族史：父母情绪均暴躁不稳定，长期吵闹不睦，母亲好胜、易冲动，情绪不稳定，有明显的BPD的特质。晚年母亲因为外伤骨折卧床3年，2010年最后是自主选择停止一切药物治疗之后过世。父亲由于糖尿病及多种并发症，在来访者小学三年级就过世了。在来访者的记忆当中，父亲归家后身体虽然不好，但闲下来的时候就会长时间的去摆放家具、打扫卫生，有强迫方面的一些行为特点。她的几个姐姐们也是情绪比较暴躁，不稳定，所有人的婚姻关系都不佳。2010年来访者在二次婚姻时育有一子，在育儿的过程中也表现暴躁易怒，情绪不稳定。儿子上幼儿园期间，自己也进入幼儿园里工作，和孩子相对接触还多一点，在4岁半她送孩子去练小提琴的时候，被小提琴老师指责孩子可能有ADHD，她很不接受，3个月后让孩子停止练琴了，自己开始注意调整孩子的状态，进行了很多的注意力方面的训练。目前据说孩子已经可以自行读书达到一两个小时，非常专注。孩子不玩游戏，目前来说行为上没有不良表现，小学入学后成绩较好。

体格检查：

一般情况：时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语速适中，语量适当，语言切题有逻辑性。

情感活动：谈话间情绪低落，自述长期以来呈此状态。

感知觉：正常。

注意力：正常。

思维活动：无思维奔逸，无思维内容障碍及思维逻辑障碍。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：自知力、判断力正常。



【病历小结及概念化】

访谈期间来访者的情绪比较低落，各方面描述反应受环境以及父母遗传的影响较大，包括年幼丧父、母亲暴躁，从小没有形成良好的依恋关系，造成内心非常的孤单、悲伤，加之家中的子女太多，所以没有办法得到良好关照，总是感觉自己是家里多余的那一个。家庭资源贫瘠，不能在她个人发展的时候给予支持，挫折感非常强，情绪不稳定，出现过自杀自残，长期存在慢性空虚感、压抑感，人际关系的长久维系困难，包括攻击他人，这些都符合较为典型的边缘型人格障碍的特点。

另一方面，父亲在卫生方面的强迫表现在来访者身上也有所体现，自幼至今也对卫生有较高要求，行事讲究规则，在生长环境混乱无助、资源贫瘠的情况下，表现出对于事业的追求，对于成功的渴望，对改善自己的处境有非常强的动机和动力。一方面追求被认可及“成功感”，通过这些来换取家人的认可，和对自我的接纳。但在人际关系当中一方面情绪容易失控，另一方面又计较、挑剔，难以维持与外界平和的相处，与姐妹竞争、不满意丈夫而多年分居失和，在职场中追求完美导致心累且影响对上对下的人际交往，内心焦虑痛苦，有强迫型人格的特点。

初步诊断： 1、边缘型人格障碍；2强迫型人格特质，

治疗计划：生物方面：鼓励加强运动，与儿子形成良好互动的模式，防止现在单独带孩子过程当中情绪张力太大，导致暴力行为出现。另外考虑针对情绪及睡眠问题服用米氮平。

心理方面：考虑以DBT为主，以正念、认知调整、行为调控为主，在心理咨询当中逐步学分接纳当下的自己、树立自信、降低焦虑。她这么多年来奋斗，已经在家庭中属于成功者，值得她肯定自己的付出。**社会方面：**目前的工作主要是作为家庭培训机构面向父母及青少年儿童，但来访者本身的经历及个性使得自身在家庭生活及个人成长方面均有较为明显的创伤，情绪并不支持复杂的人际关系处理工作，虽然从经历的角度上说更容易与有相似经历的人产生共鸣，但同时也容易激发焦虑引起加重，因此长期来说并不推荐直接从事心理咨询等助人工作，主要把精力放在调整好自己家庭生活及教育子女方面。

心理咨询师：王剑婷

2018-08-08



【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧！
2. 来访者：我的困扰昨天已经跟那个老师说过了，再重新说一下？
3. Z 医生：不需要都重复，就是说说你主要为什么来做咨询，有什么困扰？挑主要的讲就好。
4. 来访者：嗯。我最主要的困扰就是原生家庭对我的负面影响，还有就是我想如何摆脱这个负面的影响。我觉得这个负面的影响对我的生活带来很大的困扰和痛苦。然后就是我的情绪问题，负面情绪太多，最近我想投入到自己的学习当中，但是没有办法集中专注力，没有办法非常集中的去学习，所以造成了很多的负面情绪。

短短的138个字里面出现了五次“负面影响”或“负面情绪”？作为咨询师/医生，按照你的习惯，你会做何反应？请在下面写写你的思考。

5. Z 医生：具体一点，举个例子说，什么叫负面情绪？
6. 来访者：就是比较焦虑。
7. Z 医生：焦虑不是负面情绪，有点焦虑人才愿意学习。还有呢？你说情绪不好。情绪不好指的是什么？

- 假设是你，会如何回应来访者说的“我的负面情绪是焦虑”？
- 你认为“焦虑”是什么，请把它写下来？
- 第7句督导医生的干预从心理技术的角度上说，可作如何解释？

8. 来访者：情绪比较低落，比如说经常会忍不住跟家人发脾气。
9. Z 医生：哦。一个礼拜是7天，有多少天你会发脾气？还是每天都发脾气？



10. 来访者：不是每天，这个说不好，因为以前可能发脾气次数很多，最近这两年调整的会好一些，嗯……一个星期会有一次吧，如果非要平均的话。
11. Z 医生：OK。你发脾气都是什么样子的？
12. 来访者：以前的时候，我经常会跟我老公发脾气，跟他吵架，有的时候我们两个说不好了以后，我很可能就跟他动手，现在这种情况基本没有了。
13. Z 医生：OK。但是没有把人打坏，打骨折什么的，没有这样？
14. 来访者：以前听我老公说，我们两个在争执的过程当中，我打了他的脸，然后他说我把他的耳膜打坏了，他有一个耳朵听不清声音了。
15. Z 医生：哦，那很严重的。现在还是这样吗？还是就当时听不清，后来好了？
16. 来访者：他说他现在还这样。
17. Z 医生：哦，还这样。那这是第一个问题，是有关情绪的事，我听懂了。

- 为了了解“负性情绪”这四个字，督导医生连问了6个问题（第5、7、9、11、13、15句），这些话是在做什么样的工作？
- 基于以上的对话，谈谈你对督导医生在第17句中说“我听懂了”的看法和体会。

第二个你说还有原生家庭对你的影响，你指的是什么？

18. 来访者：就是我们家庭环境从小父母对我的教育，我感觉就是，尤其是父母对我这个负面标签贴得太多，我就感觉自己特别自卑，然后做什么事情都没有信心，自我观念局限的比较严重。
19. Z 医生：对的。你总结听起来像咨询师似的。但是父母现在不是都不在了，都去世了吗？
20. 来访者：是的。都不在了，去世了，但是我感觉他们对我的影响好像还在。

来访者在谈到原生家庭对自己的影响很负性的时候，为什么督导医生要询问其父母在世与否的问题？说一说原因。



21. Z 医生：哦。父母有六个孩子，你有五个姐姐，父母对她们都有影响，还是只对你有影响？
22. 来访者：父母对她们都有影响，对我们都有影响。
23. Z 医生：OK。那她们之中有类似像你这样的问题吗？也爱发脾气，情绪低落，有这样的吗？
24. 来访者：我的五个姐姐基本没有脾气好的，都是说话声音很大，很爱发脾气，很急躁，缺乏耐心，只有我三姐、四姐可能会稍微好一点。
25. Z 医生：哦，就是都有类似这样的毛病了。
26. 来访者：对。

这里问到了姐姐们的情况，来访者并没有提及姐姐们的问题？说一说为什么需要了解姐姐们的情况？

27. Z 医生：她们中有没有像你一样，也是打人，能把耳朵打聋，或者是拿烟头烫自己，或者伤害自己等等，有这么严重的吗？
28. 来访者：我这个不太了解，不太清楚。
29. Z 医生：不太清楚她们什么样，你是她们中最重的吗？
30. 来访者：我家里人都说我脾气不好，就是在我自己经营花卉盆景的时候，然后我姐跟我一起帮忙，然后她就会说我脾气不好，但在那之前，她们都认为我是一个乖孩子。
31. Z 医生：哦。姐姐都认为你脾气不好，然后说好像历史上你还曾经有过想自杀，她们有吗？有这种把自己搞得要自杀上医院吗？
32. 来访者：除了我母亲有过两次自杀经历之外，我姐姐她们好像是没有。
33. Z 医生：哦，那你是最重的一个了。你在这几个姐妹中，是挨打最多的吗？
34. 来访者：我只被我妈妈打过一次，其它没有了。
35. Z 医生：那不算多，被骂的多吗？
36. 来访者：我爸爸没有骂过我。
37. Z 医生：哦。
38. 来访者：然后我妈妈就是经常的，她就是对我们姐几个都这样，都吼。



39. Z 医生：但是对你相对重一点吗？还是说没啥区别？
40. 来访者：因为我后来跟我妈妈相处的时间比较长，我感觉是这样。
41. Z 医生：哦，你是最小的一个，你跟妈妈生活的时间长，姐姐们都先溜掉了，是这意思吧？
42. 来访者：嗯，应该是吧。
43. Z 医生：对，应该是。就是妈妈脾气不好，但是上面的几个姐姐都离开家出去了。你是想了解一下你得了什么毛病，怎么去治疗，是这意思吗？

基于一系列的澄清之后，在第43句中督导医生做出了总结。从动机面询的视角来看这种总结可以被称之为“_____的倾听”。这种倾听的方式和同感有什么异同？

44. 来访者：对，我就想知道我自己的心理问题到底是什么问题。
45. Z 医生：好的。你用过药吗？
46. 来访者：我以前用过，可能是有两段经历用过两次吧，用过抗抑郁的药。
47. Z 医生：你知道那药叫什么名字吗？
48. 来访者：抗抑郁的药，就是好像什么普什么的，我不太记得了。
49. Z 医生：哦，不太记得，来士普？
50. 来访者：好像是。
51. Z 医生：好的，这个病我们叫边缘型人格障碍，确实是跟小的时候受虐待，受打骂有关系，比较典型了，而且又虐待动物、又自杀，又爱发脾气，看着挺文静、挺漂亮，受教育程度挺高，但是听上去关起门来在家里头都有这些行为，与此都有关系。同时有的时候焦虑症状也比较重，所以你也比较瘦，睡不好觉，因为这个病有的时候经常伴有焦虑了。那怎么治疗？从生物学角度就是运动，多跑步或者做你自己喜欢的运动，只要运动量达到一定的程度，人就会放松。药物可以先用米氮平这类的药，能改善睡眠、改善食欲，然后降低焦虑，焦虑水平低了，人格的问题慢慢才能够去治疗。要不然总是爱发脾气、总爱发怒，沉不下心来做事。所以说生物学上的治疗就是运动加上药物。心理咨询做辩证行为疗法，我们也称为 DBT 方法的治疗，（通过这个方法咨询



师会)跟你讨论这病是怎么来的,跟小时候创伤、虐待、受到忽视、打击、贬低这些有关。但是他们都去世了,都不去想他们就好,跟咨询师讲怎么现在开始控制自己。你在兄弟姐妹里学历最高、人最漂亮,还有很好的前途,那就往好了去想,用不着再去想他们了,因为他们已经都走了嘛。同时**利用 DBT 中的方法学会去控制自己情绪**。社会资源方面,你做老师挺好的,跟家长接触你肯定会有困难,因为凡是有人格障碍都是跟人打交道会有困难,但是跟小孩打交道容易。为什么?因为和小孩人际关系简单嘛,所以当老师或者创业时,让别人去做人事方面的工作,自己尽量少跟人打交道,比如准备工具、准备财务,准备教学工具,多做这些事情,或者跟小孩多交流,不去跟家长或方方面面做生意的人交往。抓紧治疗的意思就是运动,生物学运动加药物,再做心理咨询,变好了以后我们再看你能做什么,再研究怎么从事人际关系比较简单的工作,甚至是多从事体力的,少从事脑力一类的工作。一个老公、孩子都把你搞的状态不好,要跟那么多人一起打交道,就不好办了,得想办法跟“物”打交道,所以销售或者卖东西之类的工作就相对好一点。目前咱们先治病,病稳定下来就好。你的病情目前处于轻到中度,还没有到重度,所以四到六个月就能看到有一些效果,然后再决定后面工作做什么,但是焦虑一旦降低了,睡眠搞好了,运动起来,完了再加上辩证行为治疗,你整个人就会变,跟老公、跟小孩相处的关系都会好。现在比较麻烦,不太容易跟他们处好关系,不仅是跟一任丈夫,两任都处不好,和小孩、和同事也都会有问题,因为这是你的弱项,我们慢慢去改就好,但是主要是先去治疗你的病,所以叫边缘型人格障碍,大致是这样的。这样理解吗?

52. 来访者:好的。

53. Z 医生:对。

54. 来访者:我还有两个问题想咨询您可以吗?

55. Z 医生:没问题,你讲吧!

56. 来访者:就是您刚才说到我不擅长和人打交道,我也知道这是自己的弱项,但是我将来想做的事情,就是家庭指导师这个工作。我为什么特别想做这个事?因为我自身从小家庭环境的影响,我觉得我受这个家庭教育负面的影响特别多,然后深受痛苦,我就觉得像我这样处在这样环境下的人肯定会很多,然后我就想通过我的经历去帮助需要帮助的人。首先当然得把自己调整好,把自己弄明白。

57. Z 医生:对的,所以第一点是把自己调整好,这里面有些误区,你已经做这件事,如



果找不着别的工作，那就先可以调整好自己再去做。很多人都觉得自己是受害者，你是从受害者的角度去做这个工作就很麻烦，因为你并不知道怎么样的教育是好的，就像一个人不是有了病就可以给人看病，你要上医学院才能给人家看病，仅仅是从受害者的角度看到“这样会有多惨”是不可取的，所以我们尽量选一个心理健康的人去帮助别人才好。你本身就是心理不健康的人，再去帮助别人达到心理健康，这听起来就效率会比较低了，不是好的选择。但是你要没有其他更好的选择，这样做至少动机是比较好的。但我们更愿意选的老师是心灵更健康的，如果说这就是你唯一的选择，把它作为一个动机去鼓励自己，先把自己调整好了再去做，但这件事本身出发点的时候就要注意，人往往不是从自己什么做不好开始去做什么，要挑自己的优势去做，这不是你的优势，但是也可能你这样的背景容易跟别人发生共情，能够容易理解别人，在这点上你会比那些心理健康的人可能好一点，但原则上这不是你的优势。如果你一定要去做，这没问题，什么样的人都能做什么职业，就看你准备付出什么代价，达到什么效果，但是你已经走上这条路了，如果是没有办法那就继续走，原则上如果你有选择，尽量不这样去选择你的职业。

督导医生在这里并没有支持来访者的职业计划，请把理由罗列下来：

58. 来访者：嗯，明白了。还有第二个问题，就是我是一个完美主义的人，就是平时，特别喜欢规划时间，制定一些时间规划的那个作息表什么的，比如具体到几点到几点做什么，几点到几点做什么。一般情况下，我还是比较能够按照它去执行，但是遇到特殊的情况吧，就会自己制订了，然后就会执行不了，然后就会产生痛苦。我就想问一下，我这个特别详细的时间作息表，是不是合理？是不是应该去改变这种状态？
59. Z 医生：不是，这个本身是不合理，我们叫强迫型人格特质，边缘型人格障碍本身是介于神经症和精神症之间，所以就会伴随这些症状，也是你病的一部分。因为你理想主义，追求完美就会变成对自己要求那么严格。我们随着用这些药物和心理咨询，症状就会减轻。通常做事有计划性、追求完美没问题，但是带来痛苦就是有问题了，这毫无疑问也是你疾病的一部分，我们在治疗的过程中这些东西都能减轻。另外，这不



也反过来告诉你，这些都不是你的优势，属于病态的，结果你拿病态去做工作，就像刚才我说，因为我病多，从小就生病，所以我当医生，那不好，而是上医学院才能当医生，才能成为好的医生。所以很重要是把自己调试好，睡好觉，用上这些抗焦虑药让症状减轻。

基于案例报告中和信息和第58段来访者的提问，请把强迫症和强迫型人格的鉴别点简要写下来

60. 来访者：嗯，清楚。还有一点，我再补充一下，就是因为我自己的心理问题吧，我对于这个心理学方面比较感兴趣，我想通过学习人的心理的变化，尤其是比如说儿童心理这块，我适不适合学习这方面的知识？
61. Z 医生：什么人都适合学习心理学，了解自己，了解他人，但是要想成为一个好的治疗师，以后要助人，那不一样，那必须得有这些悟性了，我们一般学心理学的只有 2/3 最后能达到助人，就是需要有临床智慧，需要有强烈的共情能力，需要心理健康到一定的程度，这样才能助人。但是那 1/3 通过学习心理学了解自己，什么是人格障碍，自学也好，跟班学也好，目的是为了了解自己，这都没有问题，但是通过了解自己来达到助人，这是笨办法，你还得有这种悟性。假如说你现在想成为咨询师，我不建议了，就是你想成为助人的咨询师，我觉得一个是年龄大了。第二个就是这个成长途径不对，更像个病人，而不像一个咨询师，病人的成分太多。但是想通过心理咨询了解自己，了解自己的孩子，了解自己的丈夫，这个没有问题的，清楚吧？

心理学爱好者和心理学从业者，你觉得这两者之间还应该有哪些差异？如果是你来回回答来访者的问题，你将如何回答。

62. 来访者：好的，谢谢教授，现在没有问题了。



63. Z 医生：好了，不客气，会诊结束后团队成员会打电话给你反馈。

64. 好的

【个案概念化】

访谈的时候要体会这病人是什么样的问题，病人第一句话就说，“我想让你说一下原生家庭对我的影响”，通常这种情况都是人格问题。第二，她说我的情绪有问题，总是低落，发脾气，有的时候还有些焦虑成分。精神障碍里处于神经症和精神症之间，最直接的就是边缘型人格障碍和强迫症，她过去听到声音，觉得去世姐姐叫她，自残，这都符合了边缘型人格的特点，而虐待动物这样的表现相当于反社会人格，所以心理学界一直有人认为，女人的边缘就是男人的反社会型人格，表现的残酷、会虐待动物，脾气不好。她中间还有一些强迫型人格特质，但是边缘型人格障碍用DBT治疗的话，OCPT的问题也会缓解。

为什么不诊断她强迫症呢？因为病人说“我追求完美，做事讲究秩序，时间观念强”，OCD的人不是为了追求上进，这些都不是强迫症的表现，而是OCPD的特点，所以可以合并诊断为“一例伴有强迫型人格特质的边缘型人格障碍”或者写为“边缘型人格障碍伴强迫型人格特质”都可以。

治疗方面毫无疑问是要运动，加上米氮平。为什么不用SSRI类呢，因为她曾用过米来士普，但没有效果。另外SSRI不解决食欲助眠的事情，所以首选米氮平。心理治疗方面DBT疗法也没有问题。社会资源方面，如果有一个人说因为妈妈生病，自己立志当医生，那是好事，但今天的患者小时候虐待动物、成人了动手打老公，所以决定“学点心理学帮助别人”，这是不对的。学习心理学的人，首先心理要健康。这是属于一个心理变态的人，差点有两个人格障碍了，怎么去学心理学助人呢？可能你们会说，有成功案例比如莱娜翰自己是BPD患者却还发明了DBT疗法。但她一开始并没想做这件事，因为她经常感到痛苦、想自杀，所以就研究怎么帮助自己，又读了博士再去研究如何帮助别人，得有这样一个漫长的过程。我们这个患者明显来自于农村，家里一大堆的人际关系搞不好，说她文化程度高，是跟自己的五个姐妹比，不是真的有多高，她达不到专业的最低标准。所以让她做咨询师，岂不是害人。尽管主观动机是好的，但客观上不去建议这样的人成为专业人士。

【现场讨论及答疑】

问题一：初访时我们专门询问了来访者对于规则是要求别人多还是要求自己多？她说她要



求自己，不要求别人，尤其她创业了之后，知道年轻人是没有办法达到她的标准，也不敢过多提要求。青少年时期住校的时候，她只管自己，她不去折腾别人，所以我觉得她有强迫行为，但是如何理解没有反应到人际关系方面而犹豫这是属于强迫症的部分，还是强迫人格的部分？

督导解答：你说她的人际关系没有泛化，我不完全同意。两任丈夫都处于离婚或离婚边缘状态，她与几个姐妹关系的好吗？她说“姐姐们干什么我不太知道，我姐姐也说我脾气不好”，这都不是人际关系好的表现。我们可以说她病情不重，但说这样的病人人际关系好，就有点过度了。所以双声道就是这个意思，患者说出来的事你在听，但不能认为这些代表“人际关系好”或者没有问题。

边缘型人格障碍解释不了她为什么有次序、为什么追求上进、追求完美，这个事不能往边缘上靠，诊断标准里没这一条。那不符合的时候怎么办？一元论的意思不是说一个诊断就叫一元论，还有另一种一元论——毕竟都是人格障碍，至于说她是哪一种人格带来的人际关系不好可能是以边缘为主了。像你刚才问的这件事恰恰是说明咱们为什么不诊断她是OCPD——她不是因为追求完美、缺少弹性，要求高才与别人造成冲突，那个才是真正的强迫型人格障碍了。我同意你说的，所以我说OCPT是副诊断，而我同意你的解释主要靠BPD，是这意思。咱们定义人格障碍的第一句话就是说，“是一个持久的、内在的行为模式”而强迫症是具体的症状，比如看着这东西特脏，看着那东西想摆放整齐等等。今天的病人说的是“我就愿意追求完美”，这更像哲学、更像性格特点。强迫症是直接刺激强迫思维、强迫行为而引发一个症状，这是强迫症。而“别人这样做事我没法接受，我没法跟你这样的人相处”这是性格。所谓“江山易改本性难移”的“本性”说的就是人格。

问题二：关于她儿子早期时候出现 ADHD 的这种表现。在跟她交流的过程当中，我觉得他们家族里面可能都有冲动的，属于基底神经节方面的问题。那么我们需要不需要让她去注意孩子的行为训练，给她一个提醒。

督导解答：不需要。试想来了一个病人，本人还没整好呢，人家的小孩还能学习，而且目前还不错，我们却又跑去指导她小孩，这怎么能够建立起治疗关系或者说信任关系呢？医学、医生是有边界的，人家找我们帮助自己，不是来指导她小孩的，得先把这个病人治疗了。当大夫要有节奏，有次序，不能是情怀大于能力，你的能力其中就包括知道自己能力



的边界，知道先后顺序。

问题三：昨天可以观察到这个患者进来的时候，特别的紧张、自卑，用双手紧紧地抱住自己，没有办法放松，整个 2/3 的访谈都是持续这样的状态，这种低落、情绪会渲染到整个访谈的气氛，包括在回顾原生家庭对她产生的影响，以及小时候父母之间的争吵时，也是几次潸然落泪。所以她的边缘型人格型障碍会比较明显。询问到人际关系这一块的时候，来访者说她在不停地变换职位、岗位，没有固定的朋友，随着自己的人生阶段有不同的好友，但关系都不是特别亲密，我就试图寻找她为什么会有这么多动力去追求自己的人生，或者是达到一种想要过上她自己想象中的那种生活？

督导解答：不对，这又是构建案例了。基本上不断地换职业、换老公、换医生，这都是边缘型人格障碍，因为自我形象不稳定。一个人长相在人群中中等偏上，还是家里学历最高的，但并没有给她带来自信，是因为她的自我形象不稳定。她本身处于不稳定的状态，这是边缘型人格障碍的特点，不是追求完美，而是源自于内心不稳定，总觉得下一个能干得更好。她在经济方面是有追求的叫穷则思变，不是“追求完美”，这是“讨生活”。另外她还有创伤史，她整个讲的都倾向于第一个诊断，第二个诊断是要怎么去解释那些解释不了的，一元论不代表能解释所有的情况，还会出现这种二元论，也没问题的，为了讨论方便，2/3 都可以一元论，但是那 1/3 就只能二元论。

问题四：能不能理解这个来访者是由于小时候的不安全感，或者觉得被抛弃，长大以后会为此要求丈夫要去多关注她、多去呵护她，如果得不到这些，她会通过割腕、自残等行为来引起丈夫的注意？

督导解答：这是理解错误。边缘型人格障碍会有不安全感，焦虑的人也会有不安全感，这不是边缘带来的。但为什么她形象不稳定？是因为自身总是受打击，对着镜子看，我比我姐姐好看，怎么我妈妈说我不好看？怎么就不聪明了？我为啥是第六个指头？从一到六小拇指是最小的意思，如果妈妈最疼我，那让人高兴，但却说第六个是多余的，这样不就慢慢地全是在打击了，相当于虐待一个人，天天去揍她，天天去骂她、说她不好。这不是不安全感，她可能有不安全感，但更主要的是边缘型人格障碍的形成，是因为她的自我形象被毁灭掉了。



问题五：咱们的病人们都非常有特色，平常很难见到这种既是 B 类混有 C 类人格特质的病人。我的问题是今天的病人的两个诊断，从精神动力学这个角度理解的话，为什么这个患者她会变成这两个路径的发展？她这个源头是怎么来的？

督导解答：我不同意说B类+C类人格就少这个说法，我觉得不是没有，是不会识别，视而不见罢了。今天的来访者在过去被认为就是正常人群中的一部分，是因为过去把她诊断为焦虑障碍，抑郁障碍了。

边缘型人格障碍是介于神经症和精神症之间，所以她本身就会有一大堆的症状，因为她不稳定，OCPD的人一般都没有边缘，但是边缘的人可以有很高的焦虑，因为她情绪高高低低，本身就不稳，既可以有抑郁，也可以有焦虑，这是她两个主要症状，所以我们叫心境转移，这是这个病的特点。焦虑到一定程度的时候，就可以把另一面引起来，所以多少有一些强迫。



访谈理论篇

我是多余的六指

——解构边缘型人格障碍的种种

作者 | 王剑婷 心理咨询师

第一部分 面对成长中的创伤与痛苦

本期案例督导访谈后如医生回顾所讲，来访者在初访时整个过程中情绪低沉，表情凝重，年逾40岁，但提及幼年时代经历的种种仍旧不免潸然泪下。一方面看似在抑郁的情绪笼罩之下能量不足，另一方面却又在行为上表现的暴躁暴力，严重的时候甚至掌掴丈夫，以至于损伤了丈夫的听力……即便是近两年一直在“自我调整”也仍会一周发一次火。这种一面被慢性的空虚、无价值感笼罩，一面焦躁、不安、愤怒，在短时间内频繁发生情绪波动令人难以招架，影响到夫妻、亲子及其他各层面的人际关系。结合这个案例当中，让我们来看看这位来访者所处的环境与她的人格形成有着怎样的关系。

【打开原生家庭之门】

通常来说，家是让个体感觉安心、放松的场所，是传递爱和温暖的源泉，然而，看看我们这位来访者的家庭景象：

- 来访者的母亲性格比较暴躁，在家非常强势易怒，夫妻之间矛盾多。
- 母亲年轻时曾多次自杀未遂并且被子女目睹。来访者因此创伤明显，有非常强的不安全感。
- 母亲挑剔的性格持续到老年，一直到离世，和每个女儿的关系冲突都很明显。
- 父亲脾气暴躁，职业为厨师，烟瘾酒瘾大，多年离家长期在外工作，患糖尿病后由于并发症导致双目失明，不能工作之后返回家中，没有几年在来访者小学三年级时就因病去世了。

摘自案例报告中的个人史部分

母亲在“丧偶式婚姻”当中的情绪：生活在中国农村，丈夫长年在外工作，纯女性家庭没有男丁，六个孩子。来访者的母亲也许一直体味着传宗接代、免受外界欺压、子女管教等多重的、巨大的压力。



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



母亲反复尝试的自杀：我们不可知她多次自杀的原因，但基于以上任何一种原因，这种不断地自我毁灭可能都是她采取的自我表达，成为一种“报复”——对那些给她压力的人，对那些不珍惜她的人，对那些让她无奈的现实。而这些映射在幼小的孩子眼中时，通常会激发起强烈的不安。往往母亲越是不顾一切的要以死解脱，孩子就会越是想要依附于她、守护住她，即使这种守护伴随着鲜血淋漓或恐怖的画面，孩子也不敢放松自己的警惕半分，因为一旦疏忽大意，自己就将失去母亲。于是，“守护”意味着直视母亲的痛苦，“逃避”意味着就将面临丧失，这样两难的选择不要说对于儿童，即使是对于成年人也是一种痛苦的折磨。

父母的冲突：母亲表现出持久的孤独疲惫，母亲本身就极不安全且需要守护，而家里唯一的男人长年在外工作长期处于缺席状态。父亲自身也显现出无数的压力和焦虑，比如他烟酒无度、作践身体，还有许多关于清洁和摆放方面的强迫问题。试想这样的人偶尔回到家中，面对妻子的状态、无序的家庭环境、战战兢兢的几个女儿，哪里还能和声细语？夫妻间相互的指责、报怨、不满等等大约充斥在他在家的短暂期间里，根本无暇顾及女儿们的感受。这样的情况下我们的来访者作为家中最小的孩子，与父亲之间也就更无从发展出稳定安全的依恋关系——这个人要么不在生活中出现，出现了带来的也会是争吵与恐惧，矛盾、混乱。

生长在这样的原生家庭，对待孩子他们看似没有频繁的打骂，但父母两人都集中所有的精力用来折腾自己的身体和情感，甚至需要反过来被照顾。爱恨交织这种矛盾在来访者的生活中总是如影随形。父母都持续的向女儿传递着一条明确的信息：“你（你们）的感受并不重要。我，才是那个需要被关照到的人。”于是，本来应该被支持的孩子无人陪伴，缺少关爱和照料，总是处于自己不受重视的事实里——而我们的来访者作为家中第六个女儿，实际上从情感上早已经被父母遗弃，成为情绪上的孤独者。后来就算自己逐步成长，父母的情况其实更差——母亲多年寻死的没有实现，犹如刺猬般不断与女儿们发生冲突，家庭当中的混乱一直在继续；而终于归来的父亲不但不能再提供经济支持，反而更加病痛缠身，最后轰然倒下。

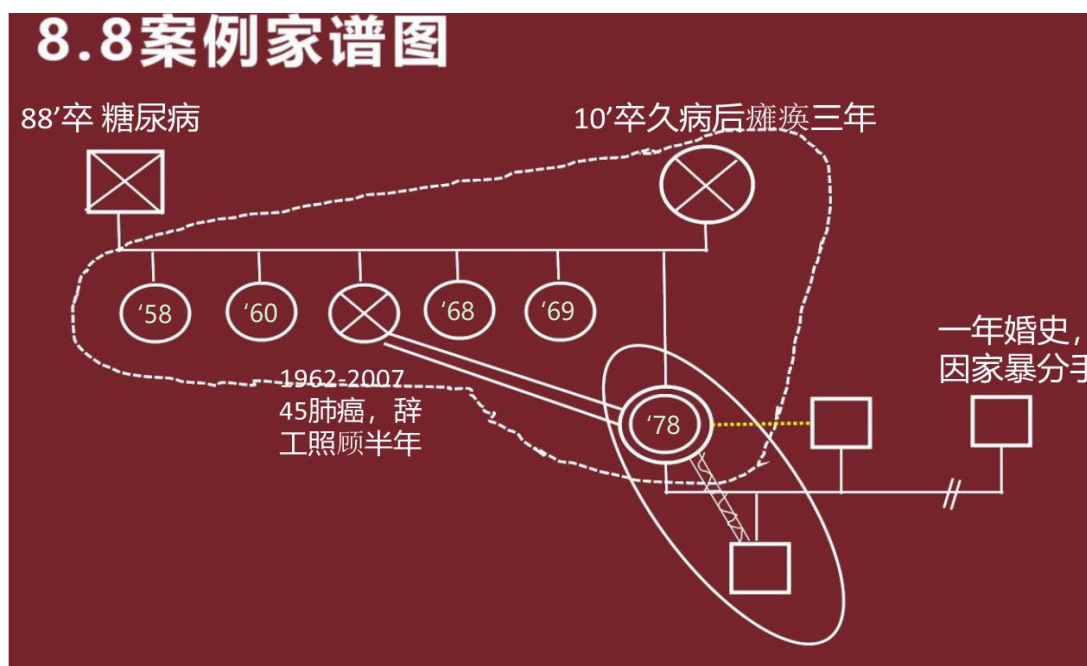
试想在这样的环境下成长，多年间一味的压抑，缺乏正常渠道表达，敢怒不敢言，幼小时期通过把愤怒以残忍的虐待表现出来，发泄在小动物上；长大成人后，情感上的挫折依旧不断，情绪不断继续堆积，犹如一个行走的高压锅随时等待出气或面临爆炸，个人痛苦自不必说，周围人所见到的也必然只能是个“脾气暴躁”的女人。



【解读家庭结构】

家庭疗法的创始者之一鲍恩（Bowen）在其理论中通过检视家庭关系结构、成员组成、兄弟姐妹排行以及其他各种家庭构成的形态，提出了许多有关家庭主题、家庭角色、家庭关系的假设。而无论是哪个流派的家庭治疗师，面对个体工作时也不会忽略掉去关注“理解家庭历史”对一个人成长所带来的影响。借用今天的案例，我们也想来探索家庭与个人之间的影响与联系。

58



注：基于篇幅所限，本文对家谱图的采集及制作方法不做详细说明，如需了解相关知识，可参看美利华中美班2018年每周一下午《整合式短程心理咨询》的课程，其中8月的四期对家庭疗法进行了专项介绍，8月27日的课程为有关家谱图的内容，对家谱图的画法、关注点、信息解读均有所涉及。

- 胞六行六，前面五个姐姐，母亲一直想要男孩未能如愿。
- 作为最小的女儿，在外人嘴里她一直被说成是“多余的六指”。
- 来访者自幼年起，就觉得家里气氛十分压抑，虽然没有人主动的去打她、骂她，对她实施身体上的暴力，但是她一直觉得不快乐，觉得自己是不被需要的，不被看重的。

摘自案例报告中的个人史部分



【与兄弟姐妹的关系】

关于出生排行是否对整个人生发展有所影响事实上还有所争论，但无论是环顾我们周边的家庭状况，还是看到那些名人家庭，甚至在诸多的影视作品当中，我们都能够看到有非常多的例子向我们展示，在不同的家庭当中，受兄弟姐妹当中的排序影响，亲子关系之外许多时候“子代”当中大家也存在着各种关系上的变化，有些时候是充满竞争的，有些时候是具有看护效果的。据说美国前总统比尔克林顿就是在母亲与继父离婚时，因极为关爱自己同母异父的弟弟而感觉自己有义务去照顾他，因此改姓继父克林顿的姓氏。

我们从上图可以看到，1978年出生的来访者，在四个姐姐中，与排行第三的姐姐关系最为亲密，这缘自于在来访者出生的最初几年里，大姐二姐已经离家在外工作，而四姐五姐年纪尚小，还不足以守护来访者这个最小的妹妹，因此，彼时的“大姐”只有三姐一人。这种从幼年时期开始结成的紧密关系，在某种程度上帮助来访者缓解了很多目睹父母关系所带来的痛苦，因此她在姐姐生前发病期间承担起反哺的义务，辞去工作前往照顾直到姐姐去世。同样，丧失这样的亲密关系也对来访者在情绪和心境产生了巨大的影响——三姐生病去世后，来访者因打击太大以至于出现了幻听并引发了自杀行为。

【出生排行】

个体在原生家庭当中的情感位置与其排行相关联。通常意义上说，在一个家庭当中，排行最年长和最年幼是会有不同意义。长子或长女通常都拥有着继承家庭传统的使命感，使父母完成角色转换，并在一个时期内专享属于自己一个人的关爱。而与之相对应，最小的孩子通常情况下更认为自己在家中是特殊的存在。一般情况下幼子幼女不用像长子长女承担责任义务，会集父母、兄弟姐妹的关注于一身，特别是前面的几个孩子假如全都与自己性别不同时，这种关注当中宠爱的成份就会越高。然而，当家庭庞大，或者父母在养育这件事情上所投注的热情已经消磨殆尽，他们本身情绪不良时，最小的孩子往往会受到忽视。年长的兄弟姐妹陆续长大离家后，最小的孩子还会被要求“陪伴、照顾”父母，面对同辈兄弟姐妹不断地离家，有可能形成一种被遗弃或被害者心态。

同在一个家庭内，由于排行及出生时间不同，个人的成长经历也会存在巨大差异。其中重要的因素比如两个年纪相仿的同性别孩子一起长大，他们彼此会花上更多的时间彼此陪伴和相处，感情会更好。而间隔较长时间出生的兄弟姐妹则较少共同成长的经历，



他们本身也处于父母人生当中的不同生理、心理阶段。从某种程度上来说，间隔很久降生的孩子会如同独生子女那样接受父母的要求指示，还需要树立自己的目标。

本案例中的来访者在访谈中对也向督导说明了“为什么父母对待其他子女也同样有情绪方面的不稳定或无视，而自己却是症状最多、影响社会功能更多的那个人”——受到排行及年纪的影响，在姐姐们都离家的前提下，她有很长时间需要独自面临父母不稳定的状态，无力招架却又无法逃脱，因此受影响最大。

【性别因素】

我们的传统文化当中更为强调家族的延续性，因此更为期待男孩的降生。在本案例的家庭当中，位处农村，家中多女，特别是在生完第五个女儿之后，母亲曾有9年时间未孕未育，很有可能是已经放弃了生育这件事。而来访者“意外”造访；可能是母亲作为人生最后一搏去实现得到男丁的愿望，寄予了最后的期待，然而在此时来访者作为女儿的降生，很大程度上对父母形成“终级打击”，父母可能会把不满、失望、厌恶等情绪不加遮掩地表达出来，使得她从出生起即成为错误，背负着多余的标签，为此她被称为是“多余的六指”，感觉得不到认可或正向关注。

【不理想的养育环境带来的后果】

父母亲养育子女的时候既不需要上培训课，也没有什么人充当监督。所有人在养育方面的能力都依靠自己在自己的父母身上习得。事实上父母会自觉不自觉的在我们的心理埋下精神和情感的种子，随着我们的成长一起与我们长大。在一些家庭里，这些种子中的大多数是爱，是尊重和安全，偶有杂草式的负性情绪但不具备根本性的破坏力。而在另一些家庭里，令人遗憾的是大多数种子成为恐惧、愤怒和负罪感，即使长期不表露以至于当事人也未察觉，最终孩子们却如同慢性中毒一般，想要拔除时已经是至难之事。

在心理学当中，我们把有关身体、性、精神或情绪方面的，能够对一个人的核心自我认识造成破坏的影响，都可称为“虐待”。当这虐待可能并不会留下身体上的印记，但是会形成“心灵创伤”。来访者被遗弃在对自己及他人消极的情绪当中，这种创伤形成的原因就包括了对身心双重或某一方面施行的家庭暴力（长期目睹母亲的暴躁及夫妻冲突），或者父母对子女是过度拒绝/非支持、或缺乏正性情感投入的（仅仅因为身为女儿身而受到排斥与嫌恶）等等，这些问题均会造成她内心创伤。她所面临的家庭氛围，



父母有太多的负面行为模式是持续存在的，这些内容一直充斥在来访者的生活中，支配着她的行为需要去应对训斥、嘲笑，深受无谓的负罪感折磨。督导医生试图通过启发式的问话提醒她“父母已然逝去”（第19段），试着提醒她从对过去的纠结当中走出来，转变为对“此时此地”的关注，然而，对于过往的创伤实际上来访者会产生“主观性的过度警觉”，时时在内心拉响对真实危险或预知危险的警报，而这种持续性的警觉最终消耗情绪，使人陷入无助无力而不可自拔。

在我们的社会越来越走向法制化时，大家对社会上发生的暴力行为已经接近“零容忍”，却在同时，对父母打孩子、夫妻间的暴力行为不知如何处理才算合适。有时候哪怕是明目张胆进行的，从发生到最后被干预，比起大街上的两个陌生人互殴引来警察也要慢不知道多少倍！甚至从不被外界所知，成为家庭内部“公开的秘密”。而对家庭内暴力视而不见仅仅是因为那是“家庭”，是私人领地，我们会犹豫这种干预算不算是一种入侵，会不会不合理……

放下社会学或者法律层面的讨论，作为咨询师我们需要一方面关注当下，调整来访者的情绪，改变情绪与行为间的负性连锁反应；另一方面我们也需要从精神动力学的角度更深层次的理解来访者的爱与痛，这有别于传统的精神分析流派通过防御机制或移情来入手进行调整，而是为了帮助来访者们更清楚看到自己人格形成当中那些负性情感的由来，理解环境与气质之间相互作用的结果就是形成我们的人格及人格变异，与童年创伤的和解即可以能是自体调节的第一步。

所幸，我们能看到大部分的时候家长们还都是理智的，他们会发脾气，会在一些时候用不恰当的方式对待自己的子女，但因为平时给予孩子更多的还是支持、关心和爱，因此，他们也能够得到子女的原谅——这种原谅，孩子们有时用遗忘来表现，有时用宽恕来表现，形成一种保护免受创伤之害。

第二部分 关于边缘型人格障碍

什么是人格其实在研究领域还是一个有所争论的话题。不同的人格理论有不同的研究资料和不同的假设，因此各种流派阐述不同的结论也不足为奇。我们在这里主要精神医学及临床心理工作者的工作对象为前提，以《精神障碍诊断与统计手册》（第5版）（即DSM-5）为蓝本讨论人格障碍的概念。



【何谓边缘】

人格，是辨别一个个体或一个民族或一个群体的特征联合体；尤其是个体行为与情绪特征的总和。换句话说，一个人的人格，就是其特有的思考、感受和行为模式。

人格障碍是指明显偏离了个体文化背景预期的内心体验和行为的持久模式，是泛化的和缺乏弹性的，起病于青少年或成年早期，随着时间的推移逐渐变得稳定，并导致个体的痛苦和损害。

随着不断对于人格障碍复杂性的总结，DSM-5工作组共计收录了三大类共计十种人格障碍，其中边缘型人格障碍属于B组人格障碍，是以一种人际关系、自我形象和情感不稳定以及表现出显著的冲动行为的心理行为模式而著称。

【边缘型人格的特点】

1、稳定的“不稳定”。

正如定义当中所述，边缘型人格最大的特点是“不稳定”。

- **人际关系特征：**做出疯狂的努力以避免真正的或者想象出来的被遗弃，对外界环境变化非常敏感，即使当他们面对现实中的、短暂的分离或不可避免的计划变更时也会体验到极度的遭到遗弃的恐惧和不恰当的愤怒。（本案例当中的来访者在第一次婚姻中反复与前夫为联络问题发生争执，遭到家暴；二次婚姻时并不满意对方，但由于担心家人不快而“委曲求全”，婚后既对屈服于压力的自己气愤，也生所有人的气，经常起冲突。）
- **认知特征：**自我形象和自我意义方面的苦恼，会有突然的、急剧的关于自我形象的变化，对职业，性别认同，价值和朋友类型的看法和计划都会突然的变化。（本案例中的来访者多次的跨行业的转变与尝试以不断寻求关爱和支持。）
- **行为特征：**具有很强的冲动性，容易发生自残、自杀等自我破坏性的行为，用身体上的“疼痛”来转化心理上的“痛苦”（拿烟头烫自己、大量饮酒等）。不断地自我毁灭也常常伴有分离性的体验。不讲后果的愤怒甚至动粗（虐待宠物，掌掴丈夫耳光等）。
- **情感特征：**可能由于显著和心境反应而导致情感不稳定，表现为易激惹、焦虑，发作性的烦躁，通常持续几小时，很少超过几天。而正是由于这种剧烈的心境变化，使得临床医生把边缘型人格与双相障碍难以区分，进而导致误诊及误治。



2、病程的变异性

- ◇ 成年早期的慢性不稳定、伴有发作性的严重情感失控和冲动失控，对卫生和心理健康资源的高使用率。
- ◇ 青年时期的损害和自杀风险最大，随着年龄增长而逐渐减弱
- ◇ 虽然大多数激烈的情绪、冲动以及人际关系的影响会是终生的，但参与治疗的首年即可见改善，且进入中青年期后能够获得更大的稳定性
- ◇ 女性患者的人数远高于男性（4：1）

【DSM-5 中边缘型人格障碍的诊断标准】

起始不晚于成年早期，表现为下列 5 项（或更多）症状：

- 1) 极力避免真正的或想象出来的被遗弃。
- 2) 一种不稳定的、紧张的人际关系模式，以极端理想化和极端贬低之间的交替变动为特征。
- 3) 身份紊乱：显著的持续而不稳定的自我形象或自我感觉。
- 4) 至少在两个方面有潜在的自我损伤的冲动性。
- 5) 反复发生的自杀行为、自杀姿态或威胁，自残行为。
- 6) 由于显著的心境反应所致的情感不稳定。
- 7) 慢性的空虚感。
- 8) 不恰当的强烈愤怒或难以控制发怒。
- 9) 短暂的与应激有关的偏执观念或严重的分离症状。

【致病因素】

直接的、具体的致病因素尚不明确，现在较为公认的是从遗传及养育环境的交互作用下更容易产生这样的人格特质或障碍。

1、生物性方面：

- 在边缘型人格障碍个体的一级血亲中，该障碍比普通人要常见 5 倍。
- 家庭成员中有物质使用障碍、反社会型人格、抑郁或双相障碍的风险更高。
- 神经解剖学方面的研究涉及了多种影像学检查尚有待进一步的研究，但目前有结果显示与皮质边缘系统的功能失调、涉及边缘区域的活动增强及前额叶调节功能减弱相关。



2、 养育环境方面，

- 躯体和性虐待、忽视；
- 敌意的冲突；
- 早年丧失父母等依恋关系的缺失；
- 其他创伤性体验等；

以上这些问题在边缘型人格障碍个体的童年期较为常见。

本次案例当中来访者从生物性的遗传风险，到养育环境中出现的依恋关系问题，造成的创伤性体验，都显现出高度密切的关系。

【关于治疗及预后】

1、 心理治疗：

对于边缘型人格障碍治疗的核心要素被认为主要是在于提高以下几种情绪调节能力。

- 1) **控制评估过程**：在感知到一个情境，形成情绪之前，可以选择将自己置身于某个特定情景之中或不置身于该情景中。
- 2) **情境修正**：改变情境来修正它对自己的影响。
- 3) **注意力部署**：将注意力从一个特定环境性提示信号转换到其他环境来调整环境。
- 4) **调制回应**：调制情感回应的过程，用来压制或提高个体情绪性状态的行为表现。
- 5) **认知改变**：对进入到的提示进行调整以达到控制行为的目的。

在所有已知的心理治疗当中，由 Linehan 教授结合认知与行为技术创立的的辩证行为治疗（DBT）被认为是目前边缘型人格障碍最有效的治疗方法，特别是在解决情绪性反应所致的重复性的自杀、自残问题非常有利，且愈后效果相对稳定。与此同时其他领域的专业工作者也在不断地进行着与边缘型人格障碍患者一起探索治疗的过程：

治疗成分	辩证行为疗法	认知治疗	移情焦点治疗
患者群体	BPD	人格障碍	BPD
患者-治疗师	接受与改变的辩证关系	亲密与距离的平衡	治疗性中立和关系探索
治疗目标	减轻症状、提高人际能力	减轻症状、提高人际能力	减轻症状，身份认同整合
技术	正确观念、情绪调控、有效人际、痛苦耐受训练	心理教育 角色扮演、技术练习	通过原始防御动力的解释 获得心理状态的整合
改变机制	提高心理技术，自我接纳	改变不适应的图式	提升自体与他人概念的连贯性和整合性



2、药物治疗：

- 单纯就人格障碍的治疗来说，尚未发现精神活性药物有特效。但已知的药物当中对某些症状可以起到减轻或缓解的作用。
- 其中由于边缘型人格障碍所表现的情绪多样性，甚至伴有应激所致的偏执观念或分享症状，可尝试使用心境稳定剂，苯乙肼和典型及非典型抗抑郁药物进行治疗。
- 已经证明 SSRI 类药品对边缘型人格障碍中常见的烦躁、攻击性和冲动性疗效显著，并且丙戊酸钠可有效减少攻击行为的爆发。
- 针对 BPD 精神病性症状的药物管理，目的在于减少患者对药物的依赖性，重视心理治疗。

3、 边缘性人格障碍的基本精神医学治疗

(Good Psychiatric Management for BPD) (简称 GPM 模式)

由于边缘型人格障碍患者的情绪波动性较大，早期就诊期间伴随用药需求较其他人格障碍更多，因此往往首先必须由具备精神医学资质的医生带领患者及团队来开展临床工作。而实际上，是否同时开展心理咨询患者受时间、财力等各方面所限并不划一。哈佛大学医学的临床干预过程中发现，即使是以每二周或每月一次的频率约见精神科医生，就近期的变化、用药效果、心理调适中遇到的状况等各方面问题进行交流，接受医生的建议与调整，在很大程度上也能够平稳推进边缘型人格障碍患者的治疗过程，患者对治疗的依从性反应良好，且情绪及行为的稳定也随之逐步提高。DBT 治疗虽然实证最为有效，但既需要配有专门的医生，又需要配备数名心理治疗师组成团队，从个体及团体多方面着手开展干预，甚至还需要 24 小时的电话随访缺席。相比之下成本之高，且高频次的活动使得患者的参与治疗的动力容易衰减。

GPM 模式目前在美国境内的医疗环境中正在推广，据统计有 2/3 的边缘患者可以在 GPM 模式下取得良好的治疗效果，逐步成为边缘型人格障碍患者在医疗环境内的“银标准”。

回望国内，无论从精神科医生数量，还是咨询师的专业水平考虑，规范化的医疗介入对于边缘型人格人群都具有非常现实的临床意义，更值得在我国境内推广试行。而美利华中美班现在也试点性的在北京华佑医院开展这项工作，并初步收到不错的患者反馈。



第三部分 为这个人群做些什么

【如果身边有朋友/亲属存在边缘型人格的问题】

1、非专业人士的你，可以给边缘型人格障碍者什么样的帮助？

- 停止互相责怪或埋怨，理解他们的行为是疾病的表现，给予理解和包容。
- 提供稳定感。边缘型人格的生成大多与童年时期不良的教养环境有关，他们最渴望也最担心的就是关系的波动，尽可能一如既往的支持他们就是一种莫大的力量。
- 督促他们及时就诊并参加正规的、具有实证基础的心理治疗。

2、这个病到底能不能治愈？

如前所述，“人格本来就是一个人**特有的**思维及行动方式”，强调尊重“个性”的话那似乎只能听之任之。但实际上，人格障碍患者特有的这些风格，不但造成当事人的痛苦，亦或者本人并不困惑，但由于长期情绪和行事风格的激烈，会使得身边的人也筋疲力尽、疲惫不堪。因此，对改变的要求不仅来自于当事人的苦恼，往往还伴有亲属及涉及到的其他人际关系群体的期待与需求。此时，我们再来看人格障碍定义中谈到的“**偏离了**个体文化背景预期的内心体验和行为的持久模式”这个定义，那么如何修正这个“**偏离**”就是治疗的关键了。咨询的目标不是把一个人彻底变成另一个人，而是通过心理调整来解决当事人那些行为失控和情感失调，学会用合理的方式表达情绪，提升当事人的心理能量逐步接纳自己的存在。

某种意义上我们可以把人格障碍患者换位理解为是有糖尿病、高血压这种慢性生活习惯病的人，完全治愈很难，但只要调整好饮食结构，合理用药，适度锻炼，正常生活是没有问题的。

【写给咨询师】

坊间传说把边缘型人格障碍的来访者形容为“咨询师杀手”，意为体现这个群体的“难缠”？！但我倒想说，他们也许是检验我们是否能够承担起心理咨询工作这项工作最好的“标尺”。

- 1) 他们的问题与童年创伤有关，与依恋关系的形成模式相关，与情绪与行为之间的自动反应相关，而这些恰恰是我们从精神动力的角度理解一个人非常重要的组成部分，



因此，不光是具体学习某项技能，而是理解人性，看到他们诸多行为背后的心理动力，概念化出来访者问题的根源所在，这本身就极其考验基本功；

- 2) 边缘型人格的人群往往敏感、情绪容易失调失控，更有可能采取一些极端行为如自杀、自残、暴饮暴食、毒品或药物滥用等手段自我发泄，表达方式激越很难处理，此时，对咨询师的评估能力、应变能力都提出了极高的挑战；
- 3) 咨询方法当中实证有效率最高的辩证行为疗法，其中不但自己要了解、学习、掌握技术本身，还需要配合医生督促患者调整依从性从生物角度做好药物管理；需要开展团体咨询进行技能训练；需要在一个时期内进行 24 小时的电话保障……这与现阶段国内咨询师大多进行“密室咨询”似的单兵作战完全不同，因此能不能提供规范化、稳定的帮助与顾问能力对咨询师的理论背景及组织能力都有所要求；
- 4) 边缘型人格患者往往在人际关系当中表现出各自的特性——有人依赖性强，有人攻击性强，有人上一秒夸你如救世的菩萨，下一秒就说你是不值得理喻的神棍，他们甚至可能一个人具备多种性格侧面，时而艳若桃李，时而冷若冰霜，因此，当你决定与边缘人格的来访者一同开展心理一段咨询旅程，除了咨询技术以外，对咨询师本人的人格、边界感、职业伦理意识等，都会是非常多样且严肃的考验；
- 5) 人格障碍治疗，往往都需要花费长久的时间（至少一年以上），系统性的评估及干预能力，对个人的个案管理及顾问能力，资源协调整合的能力等等，能不能及时合理的处理好这些问题对咨询师工作的规范性也都提出要求。

以及其他种种，大致罗列，已经能看到他们将从如此丰富的内容上对我们有所要求，假如不去潜心理解这个人群，不是发自内心的想要帮助他们，不去精进自己的专业能力，怎么可能承担起这份工作？因此，所谓“咨询师杀手”其实并不是为“杀死”咨询师而来，更可能的是他们考验了咨询师本身成熟与否，能不能驾驭自己职业的问题。被他们考验杀死的会不会是那些本就不合格的咨询师？！这是我们作为专业人员要不断反省的事。

当然术业有专攻，我们可能并不是每个从业者都是以边缘型人格障碍的临床干预为主来工作，但，能不能辨识各种精神障碍，帮助这个群体找到适合他们的治疗单位；能不能意识到自己那些未察觉或未被提及的能力短板，是我们想通过本篇提起各位的关注。

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] John.Clarkin, Frank E.yeomans, Otto F.Kernberg. 边缘性人格障碍的移情焦点治疗 许维素 李孟嘲译. 中国轻工业出版社, 2018
- [5] 罗伯特·弗雷格等, 人格心理学 中国人民大学出版社. 2017
- [6] 莫妮卡·麦戈德里克, 兰迪·格尔森, 苏艾丽·佩特里. 家谱图. 3版. 谢中焘译. 当代中国出版社, 2018
- [7] 苏珊. 福沃德, 克雷格. 原生家庭. 黄姝译. 北京时代华文书, 2015
- [8] 李维榕, 为家庭疗伤, 希望出版社, 2010



全科医学

她，为何40岁出头就卵巢功能退化、甲状腺功能下降？是什么正在慢慢“吞噬”这位女性的容颜和健康？焦虑抑郁的情绪是因还是果？下面请看本期“医疗之家”精神科与全科联合会诊案例——

隐形的恶魔

——一例卵巢早衰患者的全科联合会诊

作者 | 钟丽萍 医生
张道龙 医生
责编 | 肖茜 医生

案例基本情况：患者41岁，已婚，女性，本科学历，医务工作者。

主诉：因“想明确是否因为自己情绪问题导致甲状腺、卵巢功能不好”来诊。

现病史：14年前，患者在女儿出生后出现哭泣，烦躁，失眠，舌体胖大，未治疗，女儿满月后逐渐好转。11年前，出现经期延长，12天左右干净，周期28天左右。子宫内膜病检未发现无异常。症状持续3年左右。8年前，因月经持续紊乱、舌体肥大就诊某三甲医院A，性激素六项检查示促卵泡生成激素（FSH,12.93mIU/ml）、促黄体生成素（LH, 11.84 mIU/ml）、雌二醇（E2, 185.40pg/ml）、孕酮（0.56 ng/ml）、泌乳素（PRL, 6.94ng/ml）、睾酮（0.37 ng/ml），予达芙通10毫克bid口服。甲功检查发现，抗甲状腺球蛋白抗体↑（244.10IU/ml）抗甲状腺微粒体抗体↑（> 600IU/ml）、促甲状腺激素及游离甲状腺素正常，诊断为桥本氏甲状腺炎，未治疗。血清皮质醇检测正常。达芙通服用两月，效果可，经期持续7天，周期正常。因服药后烦躁，抑郁停药，换用妈富隆治疗仍出现烦躁，抑郁后停药。停药后月经仍出现延长。此后反复就诊多家医院，曾服用中药及地屈孕酮口服两月，因腹泻停用，服药期间月经正常，停药后复发。3年前，出现月经周期延长，2--3个月一次，胫前出现外阴水肿，全身发沉，口服黄体酮10天后月经来潮。2年前，出现停经、性器官萎缩、性欲减退，就诊某三甲医院A，患者无生育要求，未治疗。甲功检查发现，抗甲状腺球蛋白抗体（60.57IU/ml）、抗甲状腺过氧化物酶抗体↑（464.352IU/ml）、促甲状腺激素↑（5.67uIU/ml）FT3、FT4正常。此后出现食欲下降，饱腹感，睡眠易惊醒，就诊某三甲医院B，电子胃镜检查显示慢性浅表性胃炎。予达喜1-2片，按需服用。1年前，行走1500步左右，就会出现左侧膝关节疼痛，左髌关有脱位感，自行服用钙尔奇，维骨力（move free）好转。因失眠，烦躁，易怒，晨起颜面潮热，就诊A医院，性激素六



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



项检查示促卵泡生成激素 (FSH, 74.25IU/l)、促黄体生成素 (LH, 47.18 IU/l)、雌二醇 (E2, 45.04pmol/L)、孕酮 (1.46 nmol/l)、泌乳素 (PRL, 0.44μg/l)、睾酮 (0.37 nmol/l), 诊断卵巢功能衰退, 予克龄蒙口服2个月, 服药后月经来潮, 症状好转。骨密度检查显示正常值最低限度。甲功检查示抗甲状腺过氧化物酶抗体↑ (202.841IU/ml), 其余指标正常。患者自述经前水肿明显。后就就诊某三甲医院C停用克龄蒙, 予芬吗通

(2/10) 口服, 继续服用维骨力, 钙尔奇治疗, 月经周期及经期正常。服用芬吗通 (2/10) 7个月后月经量较前减少, 于5个月前就诊C医院, 芬吗通换做 (1/10), 口服两月后嘱停用, 予麒麟丸口服, 月经量较前减少。末次月经9月10日, 至今未来月经。

3个月前, 因女儿会考成绩不理想, 患者失眠加重, 悲观, 抑郁, 烦躁易怒, 有自杀想法, 无行动。因内心痛苦, 睡眠饮食差, 服用米氮平7.5毫克每晚至今, 服药后情绪改善, 睡眠好, 食欲增强, 两月增重5公斤。1个月前, 自行每晚服用芬吗通 (1/10), 每早优甲乐12.5微克。

既往史: 无重大疾病。2004年、2010年分别两次人工流产。

过敏史: 自2012年冬天感冒后出现过敏性咳嗽史。

家族史: 母亲: 多疑, 敏感, 交往差, 与同事亲戚关系都不好, 年轻时怀疑父亲有外遇, 经常争吵, 动手互相打架。现在怀疑儿媳与丈夫关系暧昧。鼻子抽动, 情绪激动时加剧, 情绪波动大, 易怒。2005年因儿子工作问题出现抑郁, 呈现季节性, 春夏交替时加重, 服用来士普至今, 情绪较前稳定, 但仍时有波动。有桥本氏甲状腺炎病史, 发病年龄不详, 未治疗。父亲性格温和。目前父母仍时有争执, 经常分居两处。来访者的舅舅在20多年前自杀, 十几岁时起病, 具体疾病不详。患者极少主动看望母亲。无乳腺癌、宫颈癌家族史。无免疫系统疾病家族史。

个人史: 胞二行一, 有一弟弟。母孕期反应厉害, 出生时低体重儿, 无母乳, 人工喂养。从记事起, 母亲就反复说患者在娘胎里就折磨她, 是个丧门星, 没有弟弟好带。患者一岁半时, 弟弟出生, 母亲重男轻女。与母亲经常发生争执, 争执后会出现易怒, 悲观, 感觉整个童年都郁郁寡欢。小学四年级时父母吵架, 母亲带着弟弟出走不要自己, 患者出现自杀想法。母亲多次带着弟弟出走, 对患者心理影响很大。青春期后与母亲冲突加剧, 无睡眠问题, 但晚上想起或与同事朋友聊起母亲种种会委屈流泪。15岁初潮, 第二性征发育正常。结婚后, 老公公务员, 性格开朗, 宽厚包容, 目前患者对这些已不太在意, 但和母亲几乎没有来往。女儿3岁后出现哮喘, 对孩子照顾的无微不至, 经常感觉累, 担心孩子身



体健康，因丈夫工作忙，照顾家庭少，与丈夫偶有争执。近3年因孩子上初中后，成绩时好时坏，出现情绪起伏大，生气后会出现胃口差，睡眠差，与丈夫争执增多，感觉丈夫不理解自己，不做家务，不管孩子。平时工作积极，与同事关系好，但属于眼里不容沙子，对看不惯的人会直接不理睬，爱好整洁，自律，好担心，目前主要担心孩子学业。

辅助检查：

甲状腺及肾上腺功能

项目	2010.1.11	2017.04.13 闭经	2017.9.22 闭经	2018.3.8	2018.7.5	参考值
TSH	2.14	4.19		4.33	4.03	0.27-4.2
FT4	13.83	17.06		15.53	18.90	12-22
TGAB	244.10			92.86	140.40	0--115
ATPO	> 600			48.86	74.22	0-34
FT3		4.57		3.97	4.21	3.1-6.8
血清皮质醇	208.7	246.50				171-536
肾上腺皮质激素 8AM		13.64				7.2-63.6

性激素水平

项目	2016.3.1 末次月经 2.28	2018.5.31 末次月经 5.14	排卵期	卵泡期	黄体期	绝经期
E2	20.87	93	315-1828	46--607	161-774	小于 18.4-201
FSH	24.34	24.35	4.7-21.5	2.5-12.5	1.7-7.7	25.8-134.8
LH	9.94	17.34	14-95.6	2.4-12.6	1-11.4	7.7-58.5
孕酮	1.42	0.6	2.4-9.4	0.6-4.7	5.3-86	0.3-2.5

2016.年3月甲状腺彩超：

甲状腺略大，实质回声粗糙，有细小散在小结节，最大0.49厘米，血流信号基本正常。

2017-2018甲状腺彩超复查未见明显变化。

妇科彩超：

2016.年3月：内膜厚0.6。宫腔少量积液，双侧卵巢细小滤泡。



2017.10: 宫体47*39*38毫米，内膜4.1毫米，右卵巢24*6毫米，左卵巢24*7毫米。

2018.5: 内膜0.51cm，右卵巢2.1*1.3cm，左2.6*1.42cm。

乳腺彩超2018年检查未见异常

2018.3宫颈涂片HPV筛查无异常

2016.8电子胃镜:

非萎缩性中度慢性浅表性胃炎，中度活动，HP ++.

概念化: 患者自幼受母亲漠视，童年期情绪低落，内心缺乏安全感，自幼焦虑明显。哺乳期出现情绪低落、烦躁、失眠，可疑继发抑郁情绪。家族史中母亲47岁闭经，有甲状腺和抑郁病史，母亲烦躁、强势、较真、斤斤计较、与周围人关系不良，舅舅自杀而亡。遗传上看，全家焦虑、甚至强迫倾向明显。患者40岁之前出现闭经及甲状腺功能低下，性激素检测显示血促性腺激素水平升高和雌激素水平降低，并伴有一系列低雌激素症状如：潮热多汗、面部潮红、性欲低下等，符合卵巢功能早衰的诊断。卵巢功能早衰受遗传因素和免疫因素以及长期焦虑水平高的影响，多种因素互为影响，患者一直焦虑水平高，担心多，追求完美，没完没了担心疾病，若不是躯体疾病转移了注意力和消耗了能量，患者极有可能患上强迫症或强迫型人格障碍。目前虽然没有达到上述疾病的诊断，但患者广泛的担心、焦虑非常明显，容易烦躁、失眠、易激惹，继发出现了抑郁情绪和轻生观念。在精神科符合**广泛性焦虑障碍**的诊断。

综合以上考虑，初步诊断如下:

- 1、卵巢功能早衰;
- 2、围绝经期综合征;
- 3、桥本氏甲状腺炎
- 4、慢性浅表性胃炎;
- 5、广泛性焦虑障碍

患者的咨询需求:

- 1、闭经与桥本氏病有无关联。
- 2、雌激素替代疗法需要服用多长时间?
- 3、一般多长时间需要复查甲功和性激素，以及甲状腺和妇科彩超? 还需要补充什么检查?



- 4、目前是否需要服用优甲乐？
- 5、目前的钙尔奇剂量是不是偏低？

【会诊后的治疗方案汇总】

全科医学钟丽萍医生建议：

- 1.关于卵巢早衰的治疗。**患者41岁就有绝经的症状，是卵巢早衰的表现。需要长期用雌激素的代替疗法。一般服用到平均的绝经年龄，比如47-50岁之间。若不补充雌激素，患者的骨质疏松会非常的严重。患者虽然目前在服用芬马通（雌二醇片/雌二醇地屈孕酮片复合包装），但剂量较小（1：10），而患者的月经量仍很少，需要将药物增加至2:10。
- 2.关于补钙和维生素D。**患者需要长期补充25羟基维生素D和钙。25羟基维生素D，一般服用至少是1000IU。可以通过抽血化验25羟基维生素D来调整补充的剂量，该指标的正常值是30到100，该患者要达到50左右。因为钙每天的维持量大概是1000到1200mg，如果食物里摄入足够的，大概这个剂量就可以了。如果患者不怎么吃奶制品，钙是不够的，所以总共要补充大概1000-1200mg，但是也不要多补，要注意剔除饮食和营养品里已经摄入的量。
- 3.关于甲低的治疗。**关于患者甲状腺功能低下、桥本甲状腺炎的问题。在TSH恢复正常之前，一般每4到6个礼拜要复查一次TSH，根据指标值而调整口服甲状腺素片的剂量。患者抑郁症状明显，有低甲可以加重患者的抑郁症状，所以甲状腺素片是有必要服用的。
- 4.宫颈癌及乳腺癌筛查。**关于子宫颈抹片，像美国的指南规定，一般像患者这个年龄大概是每3年做一次。一般没有危险因子、子宫颈抹片是正常，HPV是不常规查的；如果子宫颈抹片有改变，我们会查一下HPV。美国40岁以上的女性不用彩超做乳腺癌筛查，是用钼靶作筛查工具，在中国更常用彩超。在美国，根据不同指南，筛查的间隔年限不同，但一般是1年做一次。若中国指南规定乳腺彩超是每年做一次，可以推荐患者每年定期检查，因为芬马通会提高患乳腺癌的机会。
- 5.HP感染的治疗。**患者因为焦虑水平高，一直在频繁提问，又问到自己胃部幽门螺杆菌（HP）感染的问题。钟丽萍医生继续解答到，HP跟胃癌是有关联的，所以还是要将其根治。最后这位焦虑的患者还询问了关于女儿和丈夫等诸多健康问题。

精神心理科张道龙医生建议：



道龙医生一开始就指出会诊的目的不是上课，不是这样一个一个对医学知识点进行答疑，更重要的是分析为什么会得这个病，制定下一步的整体治疗方案。

1. 对全科-精神科疾病进行整合概念化并诠释给患者。张道龙医生指出患者的慢性病多，需要全科医生为患者整体把握病情。患者明显是三代人都焦虑，从妈妈开始就是焦虑、爱吵架、爱闹、爱烦，爱钻牛角尖。患者成长在一个高焦虑的家庭、高批评的家庭，负性认知非常强烈的家庭，导致患者也非常焦虑、非常担心，经常和丈夫和女儿冲突，因为总得找个人宣泄出去。这类高焦虑的人就经常会影响神经免疫系统，所以患者所谓的“病”，月经失调、卵巢功能退化、甲状腺问题、慢性胃炎，没有一个正儿八经的病，但是每一个都是病，用北方话说都是“软菜”，没有“硬菜”，这也是为何我们称它们为身心疾病，所以这是最好的一个例子，要进行慢病管理。在精神科方面，现在暂时诊断广泛性焦虑障碍，因为每个症状都不突出，都没有发作起来，实际上若没有这些躯体折磨，我大胆的预测患者会变成强迫症，或者变成强迫型人格障碍。因为这些躯体疾病把能量折磨掉一半，内在的驱动力给患者灭了，所以使患者没全部发作出来，变成了广泛性焦虑障碍。

2. 基于“生物-心理-社会”的治疗

(1) 生物层面的治疗。治疗上，生物治疗是按照钟丽萍医生的建议将激素水平调整正常，不管是甲状腺激素，还是雌激素、孕激素也好，均用替代疗法。因为抗抑郁药是在这些激素都正常的范围之内才能发挥作用，所以把激素调整到正常范围十分重要。可先继续使用米氮平，如果增重明显，症状上仍焦虑和失眠，就合并一个SSRI类药物来士普，在病史中该药对母亲有效。因为遗传的相似性，对亲属有效的药物，对患者也有效的概率大。

(2) 心理层面，进行认知调整 (CBT)。患者本身是个特别挑剔的人，焦虑水平特别高的一个人。所以不断给自己和家人看病，没完没了的找事，停不下来。长期如此，就继发抑郁，觉得活着没意思了，变成跟所有人的关系不佳（诠释疾病来龙去脉）。所以需要不断地提醒自己，如何让自己变成一个让大家都喜欢、能接受的人。不要对小孩特别挑剔，老公的病让他自己管就好了，做一些能有意义的事，尽量减少对别人的压力（行为调整）。不论是通过认知行为疗法，还是通过正念减压，让自己慢慢心气平静下来，这些激素异常也会随之好转。就目前的身体状态来说，丈夫也混上了，孩子也生完了，人生任务基本上完成十之七八了（此处运用积极心理学），剩下的再调整调整，再凑到60岁就差不多少了，开始准备退场了，所以患者现在别闹了，赶紧利用还有月经这10年好好享受生活（重构认知）。女儿已经不错了，患者若再逼她，她就变成强迫症了，所以患者重复妈妈的悲剧，



彼此间关系不近，患者不要再让女儿重复患者的悲剧，最后也变成不喜欢患者了（此处运用女儿作动机面询）。所以人经常会重复这些家庭模式，因为焦虑的人特别容易受家庭的影响、受遗传的影响（从精神动力学角度指出家庭模式）。

(3) 社会层面干预。做一些压力比较小的，不用值夜班的工作。患者此时还想不断询问问题，道龙医生用“最后一个问题”来限制患者。再次申明，访谈不是像上课答疑一样。这里是整个访谈中第二次“打断”患者。此处让学员们体会到应当如何管理访谈，精神医学访谈和医学访谈本身强调访谈技巧，要学习张道龙医生的这种“控场能力”。

最后，针对患者女儿考试时容易焦虑的问题。首先平常降低焦虑，多锻炼身体，进行正念、瑜伽，调整认知，告诉女儿，这些症状是因为紧张，不会的题目就直接放弃，先做会做的。如果非要用药，用 β_1 受体阻断剂，因为小孩有哮喘，不能用 β_2 受体的拮抗剂，不能用广谱的，患者只能用高选的，只是对付心脏的，不能对付气管，因为患者支气管里面有 β_2 受体，不能用心得安这类的药，它会加重哮喘。多保守治疗是最好的，但是如果需要用药那天再回来会诊，看用哪一种药能够降低心脏的反应。高考的时候如果需要再用药。因为是对人生非常重要的考试，而且高考就那么一次，要把她调整到最佳的状态。

张道龙医生对本案例的总结：

患者涉及了多种内分泌、各种激素的紊乱，需要全科医生来整体综合调整。患者还有精神方面的问题，需要与精神科医生一起会诊，这样才能解决她80%到85%的问题，这个案例就是全科医学最好的例子。

【答疑环节】

问题一：该患者是否是激素异常导致的焦虑、抑郁情绪加重？

张道龙医生：疾病之间的因果顺序不对，这是为何要学“一元论”。她不是因为有了这些病，然后导致她抑郁，这不是她的核心，她的家族都是焦虑的人，没有躯体疾病她会变成强迫症，她会变成强迫型人格障碍，她会这样的去发展。因为这些躯体疾病内在消耗她负性能量，所以没有完全发出强迫症。焦虑的人时间长了，耗能都会继发抑郁，但抑郁的人不一定焦虑，所以这个病人不是因为这些躯体疾病导致她抑郁。当然是互为因果了，因为患者这些激素不正常又使患者情绪问题加重，但核心仍是原发的高焦虑（此处再次详细解释了疾病的概念化，诠释内科疾病与精神科疾病之间的因果关系）。她和她的女儿、老母



亲都需要做心理咨询，所以这就是为什么强调一元论，需要弄清楚哪是因哪是果，患者后面这是继发的，前面是原发的。患者不同的概念化就会导致治疗方案不同。否则，患者认为她是躯体疾病所致，患者治她女儿干什么？如果她是躯体疾病所致，患者治她妈干什么？我认为他们家全不正常，三代都不正常了，所以说这是原发，患者这样才能知道，原来是这样去治疗。我还特意提到了，如果她再加重呢，如果症状再重，患者继续增加米氮平吗？不可以了，是因为她已经增加了5公斤了。那这时候怎么办？用她妈妈用的来士普，这样才能帮助她，两个药物有合力，同时又减少体重的增加，这样才是全面的思路。该患者20多岁姑娘时就正常吗？我认为她十几岁就不正常了，不高兴从十几岁就开始了，不是现在开始的。

问题二：您刚才还提到了一点，就是维生素D用量要增加一些，您平常自己也会用到2000IU左右。您会不会考虑要是她长期这样用，会不会维生素D的蓄积。有没有这样的可能？

钟丽萍医生：患者可以定期查血液25羟基维生素D，就可以查出来。一般FDA对25羟基维生素D的补充建议，最开始是推荐成年人是400 IU，后来加到800 IU，现在加到1000 IU。我的临床经验，一般像最典型的妇女，至少是1000个国际单位，如果说哺乳期还要更高。当然这是包括患者的饮食，还有患者吃的补品里的。她如果吃那些骨胶原，里面已经是含了维D和钙，要把这些都考虑进去。有时候我的病人吃各种各样的补品，我会叫他们把这些瓶子都带来，病人是没有这些概念的，看看成分会发现有很多重叠的东西，但病人并不知道。这种情况有可能他会吃得过量了，有可能会累积。但是如果患者懂得剂量是这个范围的话，一般是不会的，而且每年至少可以抽血查一次25羟基维生素



科普文章

卵巢早衰

整理编辑 | 肖茜

卵巢早衰 (POF) 是指卵巢功能衰竭所导致的 40 岁之前即闭经的现象。特点是原发或继发闭经伴随血促性腺激素水平升高和雌激素水平降低, 并伴有不同程度的一系列低雌激素症状如: 潮热多汗、面部潮红、性欲低下等。妇女的平均自然绝经年龄为 50~52 岁, 绝经年龄存在着种族和地区分布的差异, 但其绝对值相差不大。POF 在临床上并不少见。

病因

POF 是一种有多种病因的综合征, 在大部分的病例中病因还不明确。目前 POF 病因从临床上主要分为以下几个方面, 各个病因都可从以上某个方面减少卵巢内卵泡池的储备或引起卵泡功能失调而导致 POF。

1. 遗传因素

通过对家族史的仔细分析, 家族性 POF 的发病率在不同的人群中报道分别为 4%~31%, 可见遗传因素在 POF 中占主要地位。X 染色体的异常一直被公认为是引起 POF 的主要病因, 随着分子生物学的进展, 研究者在常染色体上也发现了越来越多的与 POF 相关的候选基因。

2. 免疫因素

自 20 世纪 50 年代开始, 研究者发现 9%~40% 的 POF 患者合并其他内分泌腺体或系统的自身免疫性疾病, 如自身免疫性甲状腺炎、系统性红斑狼疮、重症肌无力、甲状旁腺功能减退、类风湿性关节炎、特发性血小板减少性紫癜、糖尿病等。POF 患者常合并 2 种或以上的自身免疫性疾病, 所有伴随 POF 的自身免疫疾病中, 甲状腺疾病是最常见原因, 12%~33% 的 POF 患者能被检测出患有甲状腺疾病。18% 的 POF 患者中, 家族中存在遗传的甲状腺疾病, 第二常见的是多腺体自身免疫疾病 (PAGD, Addison 病合并内分泌系统功能障碍), 在 PGAD I 型中, POF 发病率为 17%~50%, PGAD II 型中, POF 的发生率为 3.6%~7%, PGAD II 型中包括自身免疫性 Addison 病、甲状腺自身免疫和胰岛素依赖型糖尿病, 还有其他如白斑、秃顶、慢性萎缩性胃炎、恶性贫血等, 这些综合征自然病程变化多端, 在发病前后都有可能出现 POF 的症状, 如 Addison 病, POF 通常比肾上腺症状要提早发生。



3、临床表现

- 闭经分为原发闭经和继发闭经，继发闭经发生在 40 岁之前。通过对大样本的 POF 患者的调查发现闭经之前并没有特征性的月经异常的先兆。有的人是在规律的月经后突然闭经，有的是停避孕药或分娩以后闭经，有的则在闭经之前表现为月经周期及经期的紊乱。
- **不孕部分患者因不孕就诊而发现卵巢早衰。**不孕是卵巢早衰患者就诊和苦恼的主要原因。有原发不孕和继发不孕，所以建议有卵巢早衰家族史者应尽早计划怀孕。
- **低雌激素症状。**原发闭经者低雌激素症状（潮热和/或性交困难等）少见（22.2%），如果有也大多与既往用过雌激素替代治疗有关，继发闭经者低雌激素症状常见（85.6%）。这与低雌激素症状是由雌激素撤退引起的理论相一致。这些低雌激素症状还包括萎缩性阴道炎和尿频、尿痛等萎缩性尿道炎。
- **伴发的自身免疫性疾病：**表现如 Addison 病、甲状腺疾病、糖尿病、红斑狼疮、类风湿性关节炎、白癜风和克隆病等。另外还有肾上腺功能不全的隐匿症状，如近期体重的减轻、食欲减退、不明确的腹部疼痛、衰弱、皮肤色素沉着加重和嗜盐。

检查

1.病史

卵巢手术史、肿瘤的放化疗史是引起卵巢衰竭的医源性因素。病毒感染史也是引起卵巢衰竭的少见的原因之一，特别是流行性腮腺炎和 AIDS 病史。由于 POF 与自身免疫的相关性，所以需询问家族或本人有无自身免疫性疾病史，如 Addison 病、甲状腺疾病、糖尿病、红斑狼疮、类风湿性关节炎、白癜风和克隆病等。

2.体检

综合征有身矮、躯体畸形及性幼稚的三大典型表现。其他与 POF 伴发的少见的综合征或自身免疫性疾病有各自的特征性的体检结果，在此不详述。特发性 POF 的体征不多。第二性征发育不全在原发闭经者多见（88.9%），在继发闭经者少见（8.2%）。盆腔检查可发现外阴萎缩、阴道萎缩、黏膜苍白、变薄、点状充血出血等萎缩性阴道炎和偏小的子宫，但多数 POF 患者能间断地产生足够的雌激素来维持正常的阴道黏膜。

3.阴道 B 超检查

可见偏小的子宫和双侧明显萎缩的卵巢。有报道通过阴道 B 超可发现 41%~60%的



患者的卵巢中有卵泡样结构，通过活检证实这些是过早黄素化的卵泡，没有正常的功能，是卵巢功能减退卵泡衰竭的结果。另外，由于始基卵泡太小 B 超检测不到，所以 B 超也不能帮助诊断卵泡型 POF（卵巢抵抗综合征）或非卵泡型 POF。

4.血激素水平

血 FSH 持续在 40IU/L 以上，E2 常低于 100pmol/L，P 低于 2nmol/L。Elias 等测定首次就诊的卵巢早衰患者的血雄激素水平后发现，POF 患者的血睾酮和硫酸脱氢表雄酮水平与同年龄妇女近似，雄烯二酮水平低于正常同龄妇女。

若伴有甲状腺或肾上腺的自身免疫性疾病并引起其功能低下，则皮质醇、T3、FT3、T4、FT4 水平低下，ACTH 及 TSH 水平升高。

诊断

1967 年，Moraes-Reuhsen 提出凡 40 岁前出现闭经、围绝经期症候群或绝经期症状，低雌激素血症和高促性腺激素血症，可诊断为卵巢早衰。1973 年 Goldenberg 提出血 FSH³40IU/L 即为高促性腺激素血症。但此后多个研究证实以单次 FSH>40IU/L 作为卵泡衰竭的证据是错误的。所以目前全世界公认的卵巢早衰的诊断标准为：(1)年龄<40 岁。(2)闭经时间≥6 个月。(3)两次 (间隔 1 个月以上) 血 FSH>40mIU/ml。因此，卵巢早衰的诊断不难，更主要的是尽可能的明确引起卵巢早衰的病因，以指导临床治疗。

治疗

1.雌孕激素替代治疗 (HRT)

雌孕激素替代治疗对于年轻的 POF 患者来说是非常重要的，即可以缓解低雌激素症状及泌尿生殖道萎缩 (为赠卵胚胎移植作准备)，又可以预防远期并发症 (骨质疏松、老年性痴呆症等)、结肠癌的风险降低 37%。但长期 HRT 也有一定的风险，如子宫内膜癌和乳腺癌的发生，但研究表明孕激素每月应用时间大于 10 天的雌孕激素替代治疗可使子宫内膜癌的风险几乎降至零，而乳腺癌的风险略有增加，但死亡率不增高。通常采用雌、孕激素序贯联合方案。在应用 HRT 之前，应进行个体化的利弊权衡，并进行必要的监测和随访。

2.预防骨质疏松

除 HRT 外，每天保证 1000mg 的钙的摄入。VitD1000IU/天，根据血钙和维生素 D 的水平来调整剂量。进行必要的体育锻炼，如走路、瑜伽或太极等。



3.促排卵治疗

文献有很多关于对 POF 患者促排卵的成功经验的报道,治疗前筛选病人的条件大多是闭经时间短、血 FSH 水平不太高、临床判断为卵泡型 POF 等。一般用 HRT 或 GnRHa 抑制内源性促性腺激素 (主要是 FSH) 至较低水平 (<20IU/L) 后,予足量 hMG/hCG 促排卵同时 B 超监测,要求 hMG 用量大、持续时间长。降调节能使促排卵成功的理论依据是降调节后内源性 FSH 水平降低,颗粒细胞表面 FSH 受体增多,增加了卵巢的敏感性。

参考资料

- 1.陈新娜,陈贵安,张丽珠等.赠卵体外授精-胚胎移植在卵巢早衰和非卵巢早衰受者中的应用:生殖医学杂志,2004:13(2):71-74.
2. AnastijN. Prematureovarianfailure:anupdate: FertilSteril, 1998: 70(1):1~15.
3. 陈新娜,陈贵安,李美芝.卵巢早衰98例临床特征分析:中国实用妇科与产科杂志,2007:23(1),47-49.
- 4.陈新娜,陈贵安,李美芝.卵巢早衰患者卵泡刺激素受体基因突变的检测:中华妇产科杂志,2006:41(5),315-318.
- 5.陈新娜,陈贵安,李美芝.抑制素 α 基因与卵巢早衰的相关性研究:生殖医学杂志,2006:15(5),289-292.



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

