

第 111 期

2019年10月31日出刊



精神医学和临床心理学
督导与研究

www.mhealthu.com





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》





华佑美利华 ||全面启动临床GPM模式

一直以来受多种因素的影响人格障碍的诊断及治疗在国内被制约——有人坚称人格障碍无法“医治”，给出这个诊断相当于无解，因此干脆选择回避诊断；有人说人格障碍需要长期干预，临床工作根本做不到，不如干脆抓到什么算什么，所以看到病人的某个情绪就处方些抗焦虑、抗抑郁的药物了之。特别是边缘型人格障碍（BPD）患者，由于情绪波动性较大，早期就诊期间伴随着更高的用药需求，因此必须由具备精神医学资质的医生帮助患者从生物层面进行处方，但为了使患者进行自我管理情绪控制，则不得不开展长程的心理咨询。目前，临床BPD患者的干预方面辩证行为疗法（DBT）被称为**金标准**。这一治疗模式当中，咨询师与医生的比例为4:1，也就是说DBT是以心理咨询为主的工作模式，需要大量经验丰富的心理治疗师与少人数的医生组成团队，从个体、团体训练等多方面着手开展干预，甚至还需要24小时的电话随访，而事实上患者受时间、财力等各方面所限并不一定能够坚持完成整个治疗活动，并且长期、高频次的治疗活动使得患者的参与治疗的动力容易衰减。

近年来哈佛大学医学的临床干预过程中发现，即使BPD患者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。而如果能够进行一定期间的入院行为训练或随诊，能够看到患者对治疗的依从性反应更好，且情绪及行为的稳定也随之逐步提高。他们把这种模式称为**Good Psychiatric Management for BPD，即GPM模式**。这个模式目前在美国境内的医疗环境中逐步推广，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**”。而这个模式下精神科医生与咨询师的比例则为4:1，与当前国内医院医生和咨询师人数比例也较为吻合。

无论从心理咨询者的咨询水平和心理治疗限定的范围上，还是由于规范化训练的不足造成医生与咨询师对话平台不同，二个职业尚不能形成有效的职业联盟，目前国内大规模开展DBT模式并不现实，因此，以医生为主导的GPM模式对于以人格障碍人群为代表的诸多精神疾患的干预都具有非常现实的推广意义，值得在我国境内推广试行。

自今年7月份起美利华中美班试点性开展这项工作，目前已接收人格障碍及其他精神障碍患者进行**定期复诊、日间医院、短期住院**等不同模式的临床干预工作三个多月，均收到相当不错的患者反馈。而且美利华作为国内最为专业化的临床规范化训练基地，也同时面向进入**美利华华佑训练营**的医生、咨询师、治疗师、社工等不同职种开放观摩GPM模式的机会，所以**不出国门**，患者得到了最好的医疗服务；**不出国门**，美利华也助力临床工作者与最先进的医疗思路并进。

美利华，从来都不比手机离你更远！



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例适应障碍共病依赖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】 14

美利华中美班适应障碍案例导读之一——适应障碍

说说那些对认知行为疗法的质疑

【全科医学】 21

双心之痛 ——一例冠心病患者的远程联合会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

【全科科普】 25

何谓冠心病



精神医学临床访谈

本期案例当中的老人与其说是来访者，其实更像我们自己身边的某位亲人——他们本身并没有什么严重的精神病患，也没有过度的创伤性历史，他们描述一些最近生活当中发生的事，或许有些听上去都“不算事儿”，但却让来访者实实在在感觉痛苦，因此我们尝试一边了解他们的性格、脾气，一边评估他们实际应对这些变化的能力和资源……

一例适应障碍共病依赖型人格特质的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生
张心怡 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	74岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	高中	婚姻	丧偶
病史提供者	本人	职业	房管员（已退休）	病史可靠性	可靠

主诉： 感觉到压力大，顾虑比较多，担心自己突发急事，身边没有人照顾。

现病史： 老伴因喜好烟酒，晚年身体状况逐年愈下，脾气变差，缺乏耐心，18年春节期前因体检，检查出胆结石后吃得少，身形消瘦，进行两次手术，第一次进行微创手术治疗胆结石，第二次直肠癌手术，之后患者一直陪伴、照顾直至18年7月老伴去世。老伴去世后，她觉得压力很大，之前家里什么事情都不用操心，都是依赖老伴安排好和处理好所有的事情，现在觉得靠山没了，压力增大，儿女都上班，指望不上，自己承担的压力太大，承受不住，有事情的时候，找不到人一起商量。此外，一方面她不想给女儿添麻烦，另一方面觉得子女个性强，和自己有生活习惯和思想观念上的差异，相处并非融洽。女儿住的比较远，不能经常回来看她，现在虽然和儿子单独住在一起，但是和儿子的交流沟通较少，因为看不惯儿子不吃剩菜剩饭，不节约等生活方式而存在亲子关系上的隔阂，自己却喜欢囤积纸盒以换卖钱财。

老伴生前生病时，在没有和她商量的情况下，悄悄将房产过户到儿子名下，把钱给儿子打理，因此她曾对老伴有过埋怨，现在她管理自己的钱财，觉得没有了钱就没有了依靠。自从老伴去世后，总是担心自己的未来，焦虑自己遇到急事，身边没有人照顾，焦虑以后



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



走不动了怎么办。不仅食欲较之前下降，而且梦多易醒，常常十点钟躺在床上，两三点才能睡着，十一点睡着，往往三四点就会醒，平均每天的睡眠约四五个小时，近两个月做梦会梦见年轻时候的事，以往的同学等。

既往史：长期存在口腔溃疡的问题，现在发展为牙周炎。一直存在血脂高的问题，七十岁之后出现血压高，通过吃药稳定在正常水平。

个人史：家里的独生女，从小家境较好，父母工资较高，家庭也没有发生过重大灾难，没有经历过严重的经济冲击，父母对她照顾的非常细致周到，没有让她做过家务活，生活一直是没有遭遇过坎坷，年轻时，性格外向开朗，工作中能够独当一面，有较强号召力。自由恋爱结婚，丈夫有一哥、三姐、一弟，婚后丈夫是家里的顶梁柱，事无巨细的照顾家庭，评价丈夫能干，吃苦耐劳，疼爱自己，不让自己干重活，在她怀二胎的时候，会嘱咐女儿照顾自己。婚后育有一儿一女，儿子离婚后，孙子偶尔回来看望自己，现在单独和儿子住在一起。

家族史：无特殊

精神检查：

一般情况：来访者时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语言正常，有良好的目标导向及逻辑性。

感知觉：正常。

情感活动：情绪显焦虑。

思维活动：正常。

注意力：集中。

自知力和判断力：存在

智力和记忆力：正常。

辅助检查：未做

【病历小结及概念化】

这是一位74岁女性来访者，自小家境优渥，父母包办所有家务，没有经历过特别需要自己操心和焦虑的事情，自由恋爱后，遇到对自己照顾得无微不至的丈夫，形成了对依赖于父母和丈夫的人格特质。丈夫喜爱烟酒，晚年身体每况愈下，于18年春节检查出直肠癌，进而脾气不好，对自己照顾较少，对儿子关心增多，在没有和她商量的情况下，悄悄将房产和遗产转移至儿子名下，治疗期间，她和家人照顾丈夫直至18年7月，丈夫因意外摔倒离世。此后，患者感觉到压力大，顾虑以后需要人照顾的时候，没有人照顾，有急事的时候，没有人可以商量。现在她和儿子在一起居住，但是因为生活习惯和观念的差异，与儿子的交流沟



通较少，女儿离得远，情感需求得不到满足，影响到了食欲和睡眠的状况。

初步诊断：1. 适应障碍；2. 依赖型人格特质

治疗方案：

1. **生物**：生物：加强运动，患者身体健康状况良好，可适当加强运动的强度和ación，目前不需要使用药物，如果持续有失眠的状况，建议在医生指导下使用思诺思。

2. **心理**：进行认知调整。①自己育有一儿一女，把他们养育成人成才已属不易，现在是需要他们回馈自己的时候，不要害怕麻烦子女，可以和子女约定好，每天晚饭后进行电话交流，满足自己的情感需求。②不要期待子女像父母和丈夫一样完全忍让自己，如果子女孝顺，是自己的福气，只要子女不虐待自己就好，自己决定自己的钱财。③人生必须有取舍，不能一方面要求子女优秀，一方面要求子女不追求事业，天天陪伴自己。④因为和子女必然有代差，可以相互尊重并且保有自己的生活习惯，而不是相互干涉

3. **社会**：多出门走动和街坊邻居聊天，多和同学一起参加社区活动，享受老年生活，通过织毛衣，看书看剧等活动，丰富自己的生活，如果经济条件允许，可以选择雇佣一个照顾者，白天的时候专门陪伴自己聊天，烧饭等。

主诊咨询师：张心怡

2018-08-18

【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲您的困扰吧？
2. 来访者：我觉得好像依靠没了，总是疑惑别人以后对我不会特别尽心。
3. Z 医生：您目前有证据吗？比如我知道您跟儿子住在一起，您想花自己的钱，儿子会控制您吗？
4. 来访者：不控制。
5. Z 医生：那您在家里住的时候，儿子给您脸色看吗？比如您指示他倒个垃圾，他不听指挥呀？
6. 来访者：有时候我自己就倒，不用他倒。有的时候，他也往外带。
7. Z 医生：我的意思是，他能听您指挥吗？
8. 来访者：支使他的时候，反正他要不乐意就不言声，总觉得我啰嗦。
9. Z 医生：我还想说的意思是，您们两个一起生活，肯定生活习惯不一样，比如您觉得



他不节俭，他觉得您总是管着他，这些是表面的冲突，但是从本质上说，您在家里受到虐待吗？

10. 来访者：没有。

11. Z 医生：只是您看不惯他的一些事，他也看不惯您的管教，这样说比较公平吗？比如您看不过他不节俭，他看不惯您爱罗嗦，是吗？

12. 来访者：对。

澄清：在目标上达成一致

在心理咨询的过程中，咨询师并不是自动跟随来访者选择的目标，因为有时候来访者可能选择一个无法控制的模糊目标，如第2句中来访者说“我需要他们尽心”，某些达不到的目标，（例如“我想让老伴回到我身边”）或者不现实的目标（例如“我想让有人天天陪着我”），为了使这些目标变得可操作化，治疗师需要询问来访者那些具体、明确的信息，因此我们能看到咨询师在询问的过程中聚焦于如何测量和评估这些“感受”的具体表现。从经济方面的、生活照料方面的，到感受方面进行确认，然后咨询师运用概括性总结为第11句中的澄清式问句。

13. Z 医生：那就是代差的事情。现在能自己出去找街坊邻居，去社区活动室玩吗？我看您身体挺好的。

14. 来访者：他是允许的，但是出门的时候必须给他留一条，让他知道我去哪里了。

15. Z 医生：您现在会用智能手机吗？

16. 来访者：用得不太好。

17. Z 医生：国内有没有那种一键报警的，能够带 GPS 定位的手机？能让儿子、女儿定位吗？

18. 来访者：不会。

19. Z 医生：那要让孙女教您，也就是说这些都可以通过技术来解决，关于儿子，就是生活习惯上和您不太一致，也不是大毛病，至少很关心您，怕您走丢了。但我刚才跟您对话，觉得您的思维不太像 70 多岁的人，很有能量。关于手机定位，可以让孙女来教您。

20. 来访者：哦。

21. Z 医生：这样您出去玩的时候，不想接他们的电话，就可以直接发定位。

22. 来访者：哦。



目标设定的SMART模型

现在短程认知治疗的评估当中常常借助商界管理中的SMART模型来设定行为目标。设定一些对于来访者来说可以积极投入去完成的目标则至关重要。

明确 (specific) —— “能自己出去找街坊邻居，去社区活动室玩”

可测量 (measurable) —— 想去玩的时候就能去，不受限制与制约

可达到 (achievable) —— 来访者有没有能力或通过他人的帮助来实施目标导向的行动，如使用简便的方法达到通知家人自己的所在方位。

现实性 (realistic) —— 来访者当下的目标源于现实生活，并不是不可实现的臆想或梦想。

时间量程 (timescale) —— 未来这些目标在治疗时间内都可试行并达到。

以上这些目标都由积极的条目组成，如“我希望自己有更多的机会与他人交流”，而不是消极条目，如“我不想一个人呆着”。目标也通常是灵活而不是固定的，可根据指环王为的信息发生改变，但通过这样具体的讨论可以帮助来访者修正最初目标的高远和不可实现问题。

23. Z 医生：根据您现在的对话水平和智力，说话像 50 多岁的人。

24. 来访者：那我挺高兴的。

25. Z 医生：听您的思维，您这都没有啥问题的。

26. 来访者：我现在就是有点害怕以后自己不能自立的时候，会遭受不好的待遇。

27. Z 医生：别着急，您这实际上是焦虑，现在不是还没有嘛，看您现在的身体状况，估计能有 10 到 15 年没问题。

28. 来访者：是吗？

29. Z 医生：有问题的时候再说，现在这 10 到 15 年这么愁，不就变成把自己愁没了嘛。

您现在还有儿子、女儿，外孙子和孙女都在长大了。另外国家养老院慢慢都变得好了，以后都搬出去住，现在不用去想那些事。听起来就放心多了，开始我还以为是有矛盾冲突，比如说儿子不让您在家里住，想把您赶走，那不行。

30. 来访者：没有。

认知调整+积极正向的引导

在认知行为治疗理论当中，核心观点在于认为人的心理不是被动地接纳对环境和生理的感知及其所产生的影响，而是个体主动参与建构自己所处的现实。例如同样是“丈夫高龄患病去世后，自己与子女同住”，有些人可能会觉得丈夫从病痛中解脱了，自己也完成了照顾的义务，下来就是安心把自身照顾好；而本案例来访者处在担心害怕儿女对自己不好的焦虑状态当中，询问之下实际这些情况并未发生，因此帮助来访者看到自己那些担心的想法和观念会加剧对情绪的影响

（如子女们都对我不关心，我无依无靠），会妨碍她建设性的解决问题。咨询师通过帮助来访者建设替代性的、更具适应性的观点来处理问题“思维对话都很好，身体也没问题，儿女都长大自立了，现在没有本质矛盾，未来还有养老院等替代性的解决方案”，这些内容统合在一起即了认知行为治疗的原则，即看待事情总不止一种方式，无论这些事情多么令人不愉快。



31. Z 医生：没有这些就很好。我现在跟您说说大致是什么问题，您刚才说的第一句话就是跟儿子的事。在我看来，您是小的时候，养尊处优、无忧无虑习惯了，又非常幸运的找了一个好老伴，他愿意多照顾您，不知道您听没听过一句老话，说“小时候享福多了的人，老了就找平了”。
32. 来访者：我就怕晚年不好嘛。
33. Z 医生：问题就是这样的，儿子和女儿肯定起不到老伴和父母的作用，他们是被您带大的，他们没认为您应该像小孩一样被照顾，别人也不会像父母和老伴一样那么哄着您了。我觉得您这是美丽的困扰，事实没有您想得这么严重，只是适应障碍。您现在半夜醒来，会想老伴、会掉眼泪吗？还是都还好？
34. 来访者：还好吧，我现在是能不想就不想。

把无序的痛苦感受加以整理

认知理论当中的信息加工整理模型认为一个人在处于心理痛苦期时，想法会变得僵化、歪曲，判断也会变得泛化、绝对，关于自己和世界的基本信念也会变得固化。因此在这一阶段的对话当中我们能看到咨询师首先对**全或无的思维**进行了调整，“家人要么是照顾我的，要么是不管我的”，可儿女与父母、丈夫从角色上本来就不同，“不能把自己当小孩一样来照顾”和“不照顾”是不同的，改变老人内心对子女行为的情绪化推理。

教来访者识别和纠正这些思维上的错误和偏见，有助于把他们的信息加工方式转变为事实为依据的，灵活的方式。“自己从小到大一直被人呵护惯了，现在处在刚刚失去老伴的无助时期，所以才会觉得儿女不够关注自己。”

第33段中就丧痛带来的情绪问题进行了鉴别，可以发现来访者主要的关注点并不在此，或者说对此具备较好的调整能力，主要的焦虑还是集中在对自身未来生活的担忧上。

35. Z 医生：第一个是人已经走了，想多了没用，您看起来心挺宽松的，说明心理素质好。现在看来，您有这么多的能量，是个容易焦虑的人，已经 70 多岁了，脑袋的焦虑水平还在 50 多岁，心灵太年轻了，一点都不糊涂，反而因为不糊涂，所以容易焦虑。
36. 来访者：我怕糊涂的时候**没人管**。
37. Z 医生：人家都说人生“**难得糊涂**”，您这是太明白了，就容易产生焦虑。第一，加强运动来消耗您的能量，让您疲劳，当焦虑降低了，就不再想这些事了。如果晚上有偶尔睡不着觉的时候，可以用一点点催眠药来保证睡好觉，但主要的还是靠运动。心理咨询是得找一个咨询师聊一聊，尤其您家外孙女还是学心理咨询的，您现在就得看着儿子视而不见，您说儿子不争气，也是您养出来的，争气，也是您养出来的。跟他生气不等于和自己生气嘛，都已经变成这样了，就需要睁一只眼闭一只眼。他只要花



自己的钱，爱咋造咋造，您愿意自己过日子就自己过，不是还有退休金嘛，可以自己改善伙食，不主动去纠正儿子，因为他也都成人了，这能改了吗？我一点不担心您的未来，您说儿子也没有虐待您，儿子也没有控制您的钱财，外孙女和孙子还都来看看您，这已经是修来的福分，还生在一个非常好的家庭。您需要一个面巾纸吗？我看您哭了。

38. 来访者：（哽咽）是不是觉得我**不知足**啊？

39. Z 医生：不是不知足。我在跟您讲您的问题是哪来的，就是小的时候，**父母都照顾您**，您就认为人际间的关系就应该这样，大家应该围着我、照顾我，幸运的是**找了一个老伴也是这样做的**，现在需要找个咨询师帮助您调整一下认知，70 多年都是认为大家应该照顾您、呵护您，疼您，现在的问题是后代都长起来了，人家没把您当成孩子一样呵护，您就产生了适应障碍。您得调整，知道想让儿女们像老伴、父母一样不太容易，下面的任务就是在接下来的 10 年到 15 年自己找乐。我举个自己的例子，我妈妈 80 多岁了，老爸走了之后，她就背一个包，参加夕阳红旅行团，全球的去转悠，您看起来比老伴身体好，能比他多活 20 年，这是好事。问题是**这 20 岁怎么活**？就得自己找乐，爱旅游就旅游，爱看电影就看电影，年轻时擅长啥，喜欢干什么，现在有大把的时间去做。**您这 20 年是人生的第二春，是前世修来的福**，不能白白浪费了，以前的事尽量不去想，想了就容易痛苦，希望越低，人生越装糊涂，快乐感和幸福感就越强。没事就想想**子孙现在生活幸福，工作顺利，多有成就，这都跟您的功劳有关系，您这太接近完美了，您还生在首都里，还可以去看看各国的大使馆，看看博物馆，逛逛公园，把自己的生活安排得满满的**。那些生在农村的老太太啥资源都没有，出门就是广阔天地，相比之下，您真的是太幸福了。

40. 来访者：对。

41. Z 医生：您和儿子的生活方式不一样，这都很正常，跟子孙相差那么多岁，生活方式一模一样是不太可能的，既然生活方式不一样，就去找跟咱生活方式一样的人去玩。

42. 来访者：我就是**多余**想那些是吧？

43. Z 医生：对的，但问题是您控制不住焦虑，心理咨询的目的就是帮助您把多余的焦虑给抑制住，把自己的日子排满，整天想快乐的事，过好之后的 20 年生活。

44. 来访者：我**见到他们的时间太少**。

45. Z 医生：现在不是通讯手段多嘛，不一定非要去见，可以通过电话来交流，一个人轮流带您一趟，剩下的时间自己忙活自己的事，身体这么好是福气，千万不要把这么好



- 的身体，把这前世修来的福，浪费在天天琢磨跟人家提意见，天天表达不满，这样清楚吗？
46. 来访者：明白了。
47. Z 医生：对的，您这像是一个美丽的困扰。
48. 来访者：可是我觉得他们跟我谈话时间少。
49. Z 医生：那就找别人聊，因为儿女忙自己事业，可能不会天天陪着您，儿女天天喜欢跟妈妈讲话的都是不正常的，中年人年富力强，需要做事情，没时间跟您聊天，说明他们有出息，不是天天就泡着您，如果子孙天天盯着您钱包都是不孝子孙，这清楚吗？所以儿女能忙，能忙正事，都是非常之好。看起来您儿子、女儿都有工作，您教育得很成功。
50. 来访者：我觉得社会上骗老人的推销太多。
51. Z 医生：现在的问题在哪？咱不是有这些聪明的儿女嘛，钱归您管，决定归您做，但是多参谋自己孩子的意见，而不是参谋骗子意见，咱们是儿女双全，又是外孙子、外孙女双全，所以不怕骗，这样清楚吗？
52. 来访者：明白了。
53. Z 医生：好的，您回去跟外孙女商量，有什么问题再找我们的咨询师。
54. 来访者：好。
55. Z 医生：好嘞。谢谢您到我们医院来访。
56. 来访者：也谢谢您对我的关怀。

审视和应对自动化消极思维

从26段开始，来访者与咨询师的每一句对话都是以“不行，不能，害怕、担心”为主题的内容，我们能看到咨询师在这一连串的对话中在帮助她区分对事件的现实和解释和扭曲的特殊解释，促使来访者思考怎样合理应对自己的消极认知。

26段中，怕不能处理时得不到照顾→→目前身体很好，保持15-20年没问题，太焦虑了。

32段中，怕晚年不好→→子女能做到的和父母丈夫有所不同，合理期待。

36段中，怕没人管→→焦虑带来的负性思维，对已经成人的子女用“难得糊涂”的心理相处。

38段中，我是不知足？→→列举人生中的诸多正性经历，把余生定义为“20岁”“第二春”，不是不知足，是美丽的困扰。

42段中，多余的想法→→想法和你本人是两回事，多余的想法是焦虑，可能通过运动、用药、咨询等多种途径得到帮助。

44、48段中，见面和谈话的时间太少→→孩子们都在忙正事，这是父母教育的成功，而且还有许多现代的沟通手段能够解决问题。

50段中，怕被骗→→自己的生活虽然自己作主，但有一大群可信赖的儿女的意见可参考。

这一系列的对话教会来访者以更多的视角看待既定情境，与原始信念大不相同，形成明显的对比。让来访者形成对一个情境的替代性解释，并对每一个解释建立现实的可能性，这是一种强有力的调整技术。



访谈理论篇

2019年9月起，由肖茜博士主讲的美利华中美班图书馆案例导读课程于每周四下午三点开播。每期当中肖博士花费大量时间重新翻看美利华视频图书馆把过去2年多来同类型典型案例以划重点的形式进行仔细回顾与总结，生动的把每种障碍多样的呈现特点出其总体异同进行归纳、整理。本期案例中的来访者被诊断为适应障碍，我们也特别再次将肖茜医生2019年9月26日关于《适应障碍》的总结搬上期刊，期待大家借助文字及案例中对同一诊断的各案例所呈现的核心特点再次学习与体会，加强理解与记忆。

美利华中美班适应障碍案例导读之——

适应障碍

主讲者：肖茜

截止2019年9月，适应障碍在中美班的视频图书馆中有将近70多个案例，适应障碍的核心特点可归纳为：

- 随应激源压力而呈现出焦虑、抑郁情绪或行为变化的模式。
- 具有社会功能损害。
- 需要不满足其他精神障碍的诊断，不是先前已经存在的某种精神障碍的加重。

适应障碍的概念化要点：

- 1.遗传：父母容易焦虑或存在抑郁情绪
- 2.家庭养育方式：与家庭排行、过度严格要求、过度照顾、父母未有良好的人际示范、不足感等因素相关。
- 3.应激源：发病时间点与应激源高度相关，例如：学业、工作、家庭、婚恋等
- 4.症状特点：焦虑、抑郁、可伴记忆力、注意力下降，可伴转换症状
- 5.大部分患者病程是发作性的，随应激源而波动
- 6.需要鉴别是否有强迫症的问题。因若已经达到强迫症的诊断标准，诊断需要升级！
- 7.“暗合”因素如专业、婚恋关系可做佐证，便于全方位了解患者人格

其中前三点组合起来就是精神动力学的重要组成部分，而适应障碍的产生常常与**应激源+人格底色**相关。

治疗方针：

1.生物：规律运动

药物：

SSRI类药物：若无明显睡眠问题，可首选，基本不增重（参看18年2月5日案例，简写为180205，学员如需观看视频，可登录网址后按简写输入搜索栏内，即可找出案例观摩回



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



放。下同)。

SNRI类药物: 焦虑、抑郁均突出, 特别是伴有躯体疼痛, 没有高血压的患者 (171106)。

其他几种常见药物选择:

米氮平: 有睡眠不好, 胃肠道不适明显者, 可首选米氮平 (171219)。

喹硫平: 抗抑郁药效果不佳时可以升级使用 (171219)

加巴喷丁: 与喹硫平同属二线用药, 有焦虑、失眠伴疼痛的患者考虑使用

2. 心理咨询方法: 诠释疾病模式。动机面询、CBT、正念

3. 社会干预: 因为发病与应激源相关, 在适应障碍中外环境调整尤为重要, 其中具体包括降低压力、减轻应激源。一方面通过心理咨询提高适应能力, 一方面减轻外界压力。具体方法在案例中讨论。

从适应障碍的核心概念到干预思路能够发现该疾病常常涉及到有关健康等四大主题, 因此下面将通过案例试图当中的12个案例, 展现督导医生在认知调整与社会干预的技术与艺术。

健康篇

1. 死亡

适应障碍伴焦虑: 如何缓解患者“死亡恐惧”? 对癌症患者的认知调整——“改变能改变的, 接受不能改变的”, 步骤4点如下: (171031) 癌症患者的寿命必然缩短, 这是一个事实。但是中国人的平均寿命也就是70多岁, 你人生过了一大半了, 每多活一年就算赚了一年。2.预后方面, 每隔5年就上一个“台阶”, 下一5年的存活率更高。3.人生经历大部分已经拥有了, 工作、结婚、生子、培养孩子上了大学。若运气好, 下一个5年可能就有孙子了。就算没有达成, 人生也十之七八美了。4.越着急、越不利于饮食和睡眠, 癌症复发的比率越高。

2. 爱人死亡

适应障碍伴焦虑 (190612): 患者50岁, 目前最大的问题是自己和原生家庭的关系, 平日爱干净、失眠, 有OCPT。智慧: 已经失去的, 就不想他的好。“好人不全好, 坏人不全坏”。爱人有乙肝未告知, 也不是全好。比妹妹幸福, 你已经是完美的人生, 孩子出国读大学了, 拿着丈夫留下钱, 未来可能再谈对象、旅游。

3. 养老

适应障碍+依赖型人格特质 (180828, 也是本期期刊中的案例): 年轻时被父母、丈夫呵护, 儿女没有虐待, 却陪伴不够。人生智慧: 降低期望, “不能用要求父母的标准来要求儿女”。1.接受与儿女间的“代沟”, 管好自己, 不管儿子; 2.人生已经算完美, 找事情忙, 把脑子占住; 3.学着使用带定位功能的手机。



职场篇

1. 升官

适应障碍共病OCPT (170905) : 业务强的技术人员被升为领导后抑郁欲自杀。社会层面的策略分析: 1. 下下策: 自杀, 家庭损失大。2. 中策: 找一个心脏功能问题的借口辞去领导岗位, 退回原来的岗位。3. 上策: 放权, 给副手实权。4. 上上策: 放下面子, 找“导师”指导。

2. 与领导相处

适应障碍伴焦虑共病C类人格特质 (依赖+回避) (171219) : 精神动力学: 遗传+家庭排行最小、姐姐哥哥都照顾他。临床表现: 长期与母亲同住、与妻子关系不佳、学IT及数学、长期饮酒, 在应激源下 (领导关系紧张+母亲去世后) 焦虑加重。与咨询师讨论未来如何与领导相处IPT+CBT。换另一个领导手下工作。

3. 职业规划

适应障碍共病OCPT (190107) : 台湾留学经验+普通卖水果+国家大势+新闻专业=卖台湾水果, 借势炒作

4. 找工作

适应障碍共病回避型人格障碍 (171227) : 教育学硕士, 原生家庭为农民出身。社会干预极具个体化: 1. 同学里开私企的人手下打工; 2. 人际压力小的公务员, 利用表弟的考试经验; 3. 老师, 教初中以下的孩童。患者自己提议去幼儿园。

学业篇

1. 留学

适应障碍共病OCPT (180212) : 青年女性, 缺乏弹性, 在国外适应困难。理解父亲恨铁不成钢的原因, 把未实现的梦想放在孩子身上。要母亲和父亲沟通, 患者已经到达上限, 接受本来不是最优秀的孩子, 基因和父母有关。心理: 调整认知, 放松自己, 澳洲不是一流国家(故意如此说), 本来周围不是最优秀的, 没有想象中的那么难, 第1年最难, 后将慢慢适应。父亲不是坏父亲, 但可以不同意他的观点。社会策略: 利用资源, 向上一级中国留学生取经或组成学习小组。

2. 名校压力

适应障碍共病OCPT (170904) : 顶级高效的顶级专业, 降低50分被录取的高材生。精神动力学: OCPT+动力低。社会干预: 找到自己的动力源头, 爱情、兴趣、赚钱等。策略: 1. 找家教; 2. 父母陪读; 3. 换容易一些的专业。重中之重: 一定要把本科学位拿到手!



婚恋篇

1. 婚姻

适应障碍共病OCPD (171225)：人际关系普遍受损，道德感强，较真，缺乏弹性。丈夫肝硬化，乙肝可经过性传播。问诊中重要提问：为何婚前知道丈夫乙肝，却选择结婚？3次恋爱均有重大选择问题，模式显示情商有问题。最近加重的原因：1.对丈夫的躁脾气特别敏感。2.患者较真，强迫丈夫配合治疗。风险提示:乙肝！

2. 婚姻+职场

适应障碍 (181212)：“伏弟魔”的培训师。要求房产证写自己名字，婚姻中看到夫家的好处，结合心理学专业及岗位，做EAP。

3. 恋爱

适应障碍共病OCPD (180205)：初诊医生原本诊断为BPD。但老师发现不一致的地方：1.因感情问题而引起焦虑、抑郁、失眠；2.人际关系青春期都不错。3.一直耿耿于怀。4.患者估计若感情顺利就没有情绪问题了。5.本身愿意交朋友、结婚的。人际中一直分对错、在访谈中好辩论。



华佑·美利华

10月脱产训练营留念



说说那些对认知行为疗法的质疑

作者：王剑婷

初看本期案例内容，较之其他一些生理心理问题交织、沉痾多年的复杂案例显得格外明快，我们能充分观察到道龙老师在咨询当中跟随与引导的切换，以及在行云流水的对话中施展的一系列调整技术，看起来酣畅淋漓。但同时作为技术方面，会使部分不熟悉认知行为治疗的人们产生错觉，似乎这样的咨询无非就是“劝”，把坏事说成好事，让人不要那样想等等，看起来这和普通人之间的聊天也没有什么区别？！因此，我们需要在这里澄清一些大家容易对认知行为疗法产生的误解。有些误解自认知行为疗法诞生以来就存在，但经过多年以来大量的实证检验发现，CBT技术的原理并不复杂，然而如何娴熟的应用，始终是摆在每一位咨询师面前的课题。

认知行为疗法不过就是提供积极思维？

“老伴去世了，自己也解放出来了，别想了。”

“别管儿女那些事儿，自己活高兴就好。”

假如你看到这里会觉得这些积极的想法自己也会说啊，为什么自己说了没有用，甚至招致来访者的反感，而在道龙老师这里看起来总是能得到来访者的认同，形成良好的治疗关系？

道龙老师反复强调从精神动力学的角度上**理解我们的来访者**，然后再看看他们遇到了什么问题，因此他总是先向来访者揭示当下困扰形成的原因，如31段及39段当中“先来说说问题是哪儿来的”，通过把概念化兜售给帮助来访者，促使他们看到自己的**认知习惯**。因此并不是一听到困扰，就急于把消极想法用积极想法给抹去、覆盖掉。我们并不是要成为简单鼓吹积极想法的拉拉队长，因为所谓积极思维是集中在“我总能得到我想要的”这种盲目乐观的视角下，而我们需要为来访者**提示的是积极的预期**是：“无论生活中发生多么糟糕的事，我都有力量面对和解决。”这是**建立在准确评估**的行为基础上才能形成的。因此才会有访谈中一系列的澄清（儿女都做了什么）、确认（有没有钱，有没有自由）、揭示（思想年轻，身体好）及反证（儿女忙是父母教育的成功）。

作为初次访谈，这一切都发生在行云流水的对话当中，于无形之中化解了来访者的焦虑，咨询师娴熟的带领及思维引导可以建立来访者的信心，松动原本那些多年形成的负性思维习惯。但也并不意味着就此结束，作为治疗的必要环节在今后的咨询中可以更加细致



的通过心理教育、认知调整练习、家庭作业等多种方法来逐步帮助来访者巩固这些积极信念的有效性，因此首次访谈也是建立咨访关系非常重要的一步。在任何一种咨询技术当中，**懂得，都是最高级的共情。**

认知行为疗法是技术导向的方法？

相比其他的心理咨询技术，认知行为疗法具有很强的操作性，比如上述提到的布置家庭作业，进行图表式的行为或认知分析，为了便于开展学习和咨询还有一系列的由咨询师或来访者使用的“操作手册”，给初学者一种感觉——这个技术像某种器械一样冷冰冰的，不关注情绪，不需要了解来访者，只关注症状，下手解决这个问题就万事大吉了。然而这恰恰是错误的，因为在认知行为疗法当中情绪常常是治疗的起点——毕竟来访者寻求咨询帮助都是受到情绪困扰开始的，他们谈论的情绪当中包含着他们的想法，如果来访者不涉及自己的痛苦情绪，他和咨询师也就无法揭示出需要关注的消极想法，因此不考虑情绪的认知治疗始终无法取得进展的。道龙老师的访谈中，从“你有什么困扰需要我们帮助解决”的提问方式就是通过开放的问题收集来访者的情况，在治疗步骤当中辨识、记录情绪，调整认知，改善应对策略，这样的模式始终贯穿于道龙老师的访谈当中。

利用具体的治疗手册也是对来访者的问题进行概念化结束之后才会使用，或者说是在咨访双方已经明确了该如何“对症下药”之后才开始进行的，在个案当中，这些步骤都会提前与来访者进行解释与说明并取得理解，而如此这样的操作仍旧是建立在“互信”关系之下的双方配合，不存在纯粹单向的技术操作。

在道龙老师的访谈当中我们能够看到的是对来访者情况深度的理解，从来不曾脱离开当事人的状况进行任何技术套用。虽然基于文字，我们无法传递老师在咨询时语言的温度、情绪的控制以及其他非言语性表达所传递出的感受，但来访者的回答以及在访谈中展现出来的变化都展现着一次咨询起到的各种变化及收到的改善效果。

认知行为治疗是只关注表面的简单方法？

认知行为治疗背后遵循的简单原理叫奥卡姆剃刀定律 (Occam's Razor)。这个定律始于公元 14 世纪，来自奥卡姆的威廉 (William of Ockham) 对当时无休无止的关于“共相”、“本质”之类的争吵感到厌倦，于是著书立说，表示**只承认确实存在的东西**，认为那些空洞无物的普遍性要领都是无用的累赘，应当被无情地“剃除”。他所主张的“思维



经济原则”，概括起来就是“**如无必要，勿增实体。**”即“简单有效原理”。人们为了纪念他就把这句话称为“奥卡姆剃刀”。

认知行为疗法也秉承这个理念，如果存在着一个比较简单而且有效的一种途径能够诠释和理解这个来访者的具体症状，那我们就不需要把这个问题搞得复杂化。比如在这个案例当中我们能看到来访者对当下生活的担心与不满，我们还有没有必要去深挖她的潜意识、她的梦境、她的创伤，更无须通过画画或沙游工具来试图捕捉她的情绪加以解读。我们看到在案例当中通过精神动力学分析，了解来访者的成长过程，发现“总觉得无人照料自己”的自动化思维可以被视为是表面化的问题，由于这个扭曲的想法所以当面对生活里的事情，如外出儿女要求留言、或者不能时时陪伴时她都会产生不满和抱怨，就可以看到她的认知模式，更容易明白她为什么会有这样的感受与痛苦。假如需要更复杂的概念来解释这件事，那么也一定是因为来访者需要我们去解读她的深层心理，而不是为了显示咨询师自己的高明与权威，凌驾于来访者的需要之上进行的深挖。从某种意义上说了解太多过去也并不能证明真的对问题解决有帮助。

当然奥卡姆定律的**简单化并不是过份简单化**，比如仅仅靠看症状来代替对人的理解。现代社会对奥卡姆定律的研究特别关注于两种方法对比或对同一现象有两种或多种不同的假说时，倾向于应该采取比较简单或可证伪的那一种，世界客观存在即是建立在客观实践之上，正所谓实践是检验真理的唯一标准。这无疑也更符合循证医学的思路。因此以奥卡姆剃刀定律为背景的认知行为疗法原则正是大道至简，招式看似简单，想要熟练掌握需要花费的时间与经历并不少于任何一种咨询技术。

如上所述，多年来对于认知疗法的批评主要来自于只关注当下突出的问题，对治疗关系的不强调而更关注技术、症状等，然而实则这些问题在认知行为疗法发展的早期即被提出，也随之不断进行着调整，早已经不再成为问题，至少在中美班我们每位学员亲眼目睹着道龙老师 500 例访谈中所施展的 CBT 技术，无一例不重视咨访关系，无一例不是为来访者解决其困扰，我们还从未在中美班案例当中发现由于技术当中倡导进行的“引导、心理教育、建设性对峙”等技术本身会给咨询带来矛盾或冲突，反而总是在大多数时能看到来访者心悦诚服的接受访谈内容。因此，作为临床实践已经超过几十年、有充分循证基础的咨询技术，大道至简的认知行为疗法已经是当今心理咨询工作不可或缺的有力工具，不是之一。假如，你还在犹豫是不是这个疗法本身是否有效，那首先也应该先问问自己对这个技术的了解和掌握程度.....任何时候，用“术”解决问题等于找到了一把钥匙，而用“道”解决问题等于找到了万能钥匙。



全科医学

一位进入花甲之年的老年男性，因为躯体上的心脏和心理两方面都出现困扰而来寻求会诊。请看两位医生如何从全科和精神科的角度来联手合作，为他提供基于生物-心理-社会的综合性治疗方案，缓解他的“双心”之痛，请看本期全科案例——

双心之痛

——一例冠心病患者的远程联合会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

患者：59岁男性，已婚，小学校长，已经退休。

主诉：发作性胸部不适，伴有心悸、气短两年，加重一年来就诊。

现病史：患者2017年3月出现心前区的疼痛，伴有心慌、气短，并有腹胀的感觉，含三粒速效救心和口服心律平以后症状可以缓解，当时没有进行进一步的检查。2018年1月26日，患者饮二两白酒以后，出现心前区压榨样的疼痛，并且伴有心慌、胸闷，当时没有肩背部和下颌部的放射痛，随即满头大汗、脸色苍白，30分钟后就送到当地医院。当时测心率是140次/分，心电图提示快速房颤，当时化验血糖是正常范围。30日下午患者感觉到左肩背部开始出现疼痛，呈压榨样的闷痛。心电监护显示快速房颤，超声心动提示左房扩大、左室扩大，右房扩大，心瓣膜退行性改变，主动脉瓣、二尖瓣和三尖瓣轻度的反流，左心室功能减低，BNP是730.9。肌钙蛋白还有D二聚体都是在正常范围。心电监护显示一个快速的房颤，给予吸氧，阿司匹林和氯吡格雷抗血小板治疗，还有肝素抗凝，给予硝酸甘油扩冠，地高辛强心，合并利尿剂治疗。治疗后胸闷胸痛的症状明显减轻，复查BNP是310.5，肌钙蛋白正常，心电图提示窦性心律，II，III，avF导联ST段下移，V1到V3导联R波纤细、递增不良，V5、V6导联ST段下移、T波低平，当时做动态心电图（Holter），显示平均心率是60次/分，最慢心率是50次/分，最快是77次，可见房早7个，有ST-T的改变，当时Holter没有发现房颤，也没有成对的早搏出现。2月6号进行冠脉造影，术中发现左冠状动脉主干没有异常，左前降支近端开口处可见斑块，第一狭窄50%，左回旋支中间动脉狭窄70%，右冠状动脉未见异常。继续口服阿司匹林，他汀类降脂，倍他乐克缓释片23.75毫克每天口服，单硝酸异山梨酯20毫克BID，贝那普利5毫克QD口服，并使用沙格列汀和阿



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



卡波糖降糖治疗。

2018年3月23号患者因为情绪的问题再次出现了心前区的疼痛，并且伴有憋气、心慌，有惊恐的感觉，再次住院，住在当地医院治疗。治疗上将依那普利改成了缬沙坦40毫克每天QD口服，并且加用曲美他汀20毫克TID口服，其他治疗不变。出院以后患者仍然感觉到有阵发性的心慌、心悸，并且出现有盗汗现象。

既往史：2014年发现血糖升高，空腹血糖是7.61毫摩尔/升，当时没有三多一少的症状，当地医院考虑有糖尿病，但是没有用药，只是给予饮食和运动的干预。在去年2月住院的时候开始服用降糖药物沙格列汀和拜糖平，最近一次血糖是去年的11月，空腹血糖是6.94，糖化血红蛋白是6.2。否认高血压病史，否认肝炎和结核病史。

个人史：家庭生活比较和睦，经济条件比较好。吸烟35年，每天大概3盒左右。性格比较追求完美。

家族史：患者父亲长期吸烟，73岁的时候由肺心病去世。母亲54岁去世，原因不明。有一个姑姑60岁左右的时候发现有糖尿病，兄弟姐妹一共6个人，大姐患有糖尿病、肺癌已经去世，二姐患有高血压，余姊妹均身体健康。

诊疗概念化：

躯体疾病方面：病人存在冠心病的危险因素，患者是60岁左右男性，有长期吸烟，有糖尿病病史。病人发病的时候有典型的心绞痛的症状，心电图有缺血样的改变，冠脉造影也证实左回旋支狭窄70%，提示患者有冠心病不稳定心绞痛的诊断。患者休息的时候没有症状，活动以后出现疲乏、心慌的感觉，因此心衰判定为二级。不管是心电监护还是心电图上都显示了房颤，所以患者心律失常，阵发性房颤成立。二型糖尿病，血脂异常，胆囊结石的诊断也明确。

心理疾病方面：患者兄弟姐妹6人，患者是老小，家长、兄弟姐妹对患者更多的给予呵护，患者对自己要求是比较高的，而且是比较追求完美。患者情绪波动以后，心口的不舒服会加重。患者自幼怕黑，常常要两到三次小便以后才能入睡。平时患者并不担心自己会得大病去世，也没有反复的就医，也不愿意过多的去开药。考虑该患者存在焦虑水平偏高的问题。

诊断：1.冠心病；2.心衰；3.房颤；4.糖尿病

治疗方案

生物方面：



(1) 合理的饮食，低盐、低脂饮食，少食红肉，少饮酒。保持大便通畅，多喝水、多进食蔬菜和粗纤维的食物。生活要有规律，避免情绪激动。建议完善肺功能的检查。建议患者冬季注射流感疫苗。

(2) 在药物上，a继续抗血小板药物阿司匹林，建议使用抗凝药物。b使用他汀类药物，通过ASCVD的风险评估，患者属于极高危的人群，建议低密度脂蛋白控制在1.8毫摩尔/升以内。c倍他乐克缓释片长期应用。d使用沙坦类的药物。e合理使用降糖药物。

心理方面：焦虑予以加巴喷丁治疗。

社会方面：带着症状享受当下的退休生活。

会诊患者后的意见总结

钟丽萍医生：

(1) 关于完善检查。若需查明心悸的原因，可做加长时间的动态心电图。原来只做了24小时的监测，可以把这个时间加长，监测48个小时或者1周，查看是否有其他类型的心律失常问题，这是一个建议。因为吸烟时间长，要做肺功能的检测，排除肺气肿。可完善低剂量CT肺部扫描，进行肺癌的筛查。因患者体型肥胖，脖子较粗，心悸等症状基本上发生在晚上，所以要完善多导睡眠图，用于排除呼吸暂停综合征。这些检查结果会指导进一步治疗。

(2) 关于药物。患者CHA₂S₂VASc Score达到2分，每年的中风发病率超过2.2%，需要增加抗凝药。患者心衰2级，虽然二甲双胍没有绝对禁忌，但在随访条件不好的情况下，建议使用SGLT-2的抑制剂，可以减少他尿液里血糖的回收，帮助他降低体重，而且可以降低血压。若患者有肺部疾病，β阻滞剂的使用需要谨慎。长效的硝酸甘油是没有必要的。还有中国的指南，把缬沙坦放在ACEI之前，但是像美国总是先用ACEI抑制剂，如果病人不耐受，比如有慢性的咳嗽，有干咳、有副作用，才考虑换成ARB，中国的指南是相反的。

(3) 关于生活方式。运动方面，坚持每天走3公里。饮食上面，以清淡为主的，蔬菜选择各种各样颜色的，带叶子的，增加纤维的，像碳水化合物、米饭，面粉一定要少吃。因为已经有糖尿病，饮食控制非常重要。果汁和饮料绝对不要喝，香蕉、西瓜等水果也要控制，因为含糖量挺高的，像黑莓、草莓、蓝莓等较好，但是也不能过多的吃。肉类多吃白肉，比如鱼肉和海鲜类的，少吃红肉，比如像猪肉、牛肉、羊肉，尽量多吃植物的蛋白，比如说像豆类，这样减轻他的体重。食品的加工方面，多吃没有经过工厂里处理的，越原



始的东西越好。如果他的体重能够减掉5公斤，糖尿病及心脏的负荷会得到很大的改善，而且血脂改善了，对他的心血管斑块都会有改善。患者已经戒烟了，然后酒也要彻底的戒掉。

张道龙医生：

(1) 分析患者的心理状态。一般是家里是老小的，平常特别爱焦虑的人，爱焦虑就容易放大心脏的信号，心脏肯定是有早搏，但是感觉到比你实际的危险还要大。我们得先除外器质性的，防止真的是心脏问题。患者小的时候受到父母的呵护，兄弟姐妹又特别多，都照顾你，所以会养成这种所谓的妈宝、姐宝。第一个我们不诊断这样的病人是人格障碍，因为没提到他明显的人际关系的问题。第二个我们也不诊断他是躯体症状障碍，因为他讲的这些东西都听起来是有一些根据，所以等我们查完之后再说，躯体症状障碍一般都是查无实据，到处是症状。他听起来2/3有证据，1/3有焦虑，医疗之家先让全科医生把生理的因素处理好，然后再判断有多少心理因素在加重症状。

(2) 抗焦虑药物的选择。无论哪一种尽量不要吃中药，容易出现药物相互反应。如果检查需要等很长时间，先予以加巴喷丁这样安全的药物降低焦虑，它不干扰你的其他治疗，不能用有交互药物反应的、使症状加重的药物。

提问环节

问题一：患者冠脉造影左回旋支的狭窄程度为70%，是否考虑搭桥或者介入治疗？

钟丽萍医生：搭桥不需要，搭桥不是一个小手术，它的指征是很严格的。70%的狭窄完全可以用药物，而且要看位置，如果太远端也是不主张支架的，这都有严格的指征。如果能够用保守治疗，千万不要用有侵犯性的治疗。

问题二：抗焦虑药为何选择加巴喷丁，而非SSRI？

张道龙医生：第一加巴喷丁不影响其他的药物反应。第二患者存在躯体发麻，该药能阻断神经传递，糖尿病早期会有感觉异常，像蚁走感、腿发麻，若损害神经的血管就出现疼痛，所以要用加巴喷丁。为什么不用SSRI？因为它会干扰抗凝的治疗，因为它改变五羟色胺，所以当你用了抗凝药，尽量不使用SSRI，离开五羟色胺的通道。



科普知识

何 谓 冠 心 病

责编 | 肖 茜

冠状动脉粥样硬化性心脏病是冠状动脉血管发生动脉粥样硬化病变而引起血管腔狭窄或阻塞，造成心肌缺血、缺氧或坏死而导致的心脏病，常常被称为“冠心病”。但是冠心病的范围可能更广泛，还包括炎症、栓塞等导致管腔狭窄或闭塞。世界卫生组织将冠心病分为5大类：无症状心肌缺血（隐匿性冠心病）、心绞痛、心肌梗死、缺血性心力衰竭（缺血性心脏病）和猝死5种临床类型。临床中常常分为稳定性冠心病和急性冠状动脉综合征。

危险因素和诱因

冠心病的危险因素包括可改变的危险因素和不可改变的危险因素。了解并干预危险因素有助于冠心病的防治。

可改变的危险因素有：高血压，血脂异常（总胆固醇过高或低密度脂蛋白胆固醇过高、甘油三酯过高、高密度脂蛋白胆固醇过低）、超重/肥胖、高血糖/糖尿病，不良生活方式包括吸烟、不合理膳食（高脂肪、高胆固醇、高热量等）、缺少体力活动、过量饮酒，以及社会心理因素。不可改变的危险因素有：性别、年龄、家族史。此外，与感染有关，如巨细胞病毒、肺炎衣原体、幽门螺杆菌等。

冠心病的发作常常与季节变化、情绪激动、体力活动增加、饱食、大量吸烟和饮酒等有关。

临床表现

1. 症状

（1）典型胸痛 因体力活动、情绪激动等诱发，突感心前区疼痛，多为发作性绞痛或压榨痛，也可为憋闷感。疼痛从胸骨后或心前区开始，向上放射至左肩、臂，甚至小指和无名指，休息或含服硝酸甘油可缓解。胸痛放散的部位也可涉及颈部、下颌、牙齿、腹部等。胸痛也可出现在安静状态下或夜间，由冠脉痉挛所致，也称变异型心绞痛。如胸痛性质发生变化，如新近出现的进行性胸痛，痛阈逐步下降，以至稍事体力活动或情绪激动甚至休息或熟睡时亦可发作。疼痛逐渐加剧、变频，持续时间延长，祛除诱因或含服硝酸甘油不能缓解，此时往往怀疑不稳定心绞痛。



心绞痛的分级:

I级: 日常活动, 如步行, 爬梯, 无心绞痛发作。

II级: 日常活动因心绞痛而轻度受限。

III级: 日常活动因心绞痛发作而明显受限。

IV级: 任何体力活动均可导致心绞痛发作。

发生心肌梗死时胸痛剧烈, 持续时间长(常常超过半小时), 硝酸甘油不能缓解, 并可有恶心、呕吐、出汗、发热, 甚至发绀、血压下降、休克、心衰。

(2) 需要注意一部分患者的症状并不典型, 仅仅表现为心前区不适、心悸或乏力, 或以胃肠道症状为主。某些患者可能没有疼痛, 如老年人和糖尿病患者。

(3) 猝死 约有1/3的患者首次发作冠心病表现为猝死。

(4) 其他 可伴有全身症状, 合并心力衰竭的患者可出现。

2. 体征

心绞痛患者未发作时无特殊。患者可出现心音减弱, 心包摩擦音。并发室间隔穿孔、乳头肌功能不全者, 可于相应部位听到杂音。心律失常时听诊心律不规则。

检查

1. 心电图

心电图是诊断冠心病最简便、常用的方法。尤其是患者症状发作时是最重要的检查手段, 还能够发现心律失常。不发作时多数无特异性。心绞痛发作时S-T段异常压低, 变异型心绞痛患者出现一过性S-T段抬高。不稳定型心绞痛多有明显的S-T段压低和T波倒置。心肌梗死时的心电图表现: ①急性期有异常Q波、S-T段抬高。②亚急性期仅有异常Q波和T波倒置(梗死后数天至数星期)。③慢性或陈旧性期(3~6个月)仅有异常Q波。若S-T段抬高持续6个月以上, 则有可能并发室壁瘤。若T波持久倒置, 则称陈旧性心肌梗死伴冠脉缺血。

2. 心电图负荷试验

包括运动负荷试验和药物负荷试验(如潘生丁、异丙肾试验等)。对于安静状态下无症状或症状很短难以捕捉的患者, 可以通过运动或药物增加心脏的负荷而诱发心肌缺血, 通过心电图记录到ST-T的变化而证实心肌缺血的存在。运动负荷试验最常用, 结果阳性为异常。但是怀疑心肌梗死的患者禁忌。



3.动态心电图

一种可以长时间连续记录并分析在活动和安静状态下心电图变化的方法。此技术于1947年由Holter首先运用于监测电活动的研究，所以又称Holter。该方法可以观察到患者在日常生活状态下心电图的变化，如一过性心肌缺血导致的ST-T变化等。无创、方便，患者容易接受。

4.核素心肌显像

根据病史、心电图检查不能排除心绞痛，以及某些患者不能进行运动负荷试验时可做此项检查。核素心肌显像可以显示缺血区、明确缺血的部位和范围大小。结合运动负荷试验，则可提高检出率。

5.超声心动图

超声心动图可以对心脏形态、结构、室壁运动以及左心室功能进行检查，是目前最常用的检查手段之一。对室壁瘤、心腔内血栓、心脏破裂、乳头肌功能等有重要的诊断价值。但是，其准确性与超声检查者的经验关系密切。

6.血液学检查

通常需要采血测定血脂、血糖等指标，评估是否存在冠心病的危险因素。心肌损伤标志物是急性心肌梗死诊断和鉴别诊断的重要手段之一。目前临床中以心肌肌钙蛋白为主。

7.冠状动脉CT

多层螺旋CT心脏和冠状动脉成像是一项无创、低危、快速的检查方法，已逐渐成为一种重要的冠心病早期筛查和随访手段。适用于：①不典型胸痛症状的患者，心电图、运动负荷试验或核素心肌灌注等辅助检查不能确诊。②冠心病低风险患者的诊断。③可疑冠心病，但不能进行冠状动脉造影。④无症状的高危冠心病患者的筛查。⑤已知冠心病或介入及手术治疗后的随访。

8.冠状动脉造影及血管内成像技术

是目前冠心病诊断的“金标准”，可以明确冠状动脉有无狭窄、狭窄的部位、程度、范围等，并可据此指导进一步治疗。血管内超声可以明确冠状动脉内的管壁形态及狭窄程度。冠状动脉造影的主要指征为：①对内科治疗下心绞痛仍较重者，明确动脉病变情况以考虑旁路移植手术；②胸痛似心绞痛而不能确诊者。



诊断

冠心病的诊断主要依赖典型的临床症状，再结合辅助检查发现心肌缺血或冠脉阻塞的证据，以及心肌损伤标志物判定是否有心肌坏死。发现心肌缺血最常用的检查方法包括常规心电图和心电图负荷试验、核素心肌显像。有创性检查有冠状动脉造影和血管内超声等。但是冠状动脉造影正常不能完全否定冠心病。

治疗

冠心病的治疗包括：①生活习惯改变：戒烟限酒，低脂低盐饮食，适当体育锻炼，控制体重等；②药物治疗：抗血栓（抗血小板、抗凝），减轻心肌氧耗（ β 受体阻滞剂），缓解心绞痛（硝酸酯类），调脂稳定斑块（他汀类调脂药）；③血运重建治疗：包括介入治疗（血管内球囊扩张成形术和支架植入术）和外科冠状动脉旁路移植术。药物治疗是所有治疗的基础。介入和外科手术治疗后也要坚持长期的标准药物治疗。对同一病人来说，处于疾病的某一个阶段时可用药物理想地控制，而在另一阶段时单用药物治疗效果往往不佳，需要将药物与介入治疗或外科手术合用。

1. 药物治疗

目的是缓解症状，减少心绞痛的发作及心肌梗死；延缓冠状动脉粥样硬化病变的发展，并减少冠心病死亡。规范药物治疗可以有效地降低冠心病患者的死亡率和再缺血事件的发生，并改善患者的临床症状。而对于部分血管病变严重甚至完全阻塞的病人，在药物治疗的基础上，血管重建治疗可进一步降低患者的死亡率。

- (1) 硝酸酯类药物，短效制剂帮助缓解心绞痛症状。长效的硝酸甘油是没有必要的。
- (2) 抗血栓药物，包括抗血小板和抗凝药物。抗血小板药物主要有阿司匹林、氯吡格雷（波立维）等，可以抑制血小板聚集，避免血栓形成而堵塞血管。阿司匹林为首选药物，维持量为每天75~100毫克，所有冠心病患者没有禁忌证应该长期服用。阿司匹林的副作用是对胃肠道的刺激，胃肠道溃疡患者要慎用。冠脉介入治疗术后应坚持每日口服氯吡格雷，通常半年-1年。抗凝药物包括普通肝素、低分子肝素、磺达肝癸钠、比伐卢定等。
- (3) 纤溶药物，溶血栓药主要有链激酶、尿激酶、组织型纤溶酶原激活剂等，可溶解冠脉闭塞处已形成的血栓，开通血管，恢复血流，用于急性心肌梗死发作时。
- (4) β -受体阻滞剂即有抗心绞痛作用，又能预防心律失常。在无禁忌证时， β 受体阻滞剂是冠心病的一线用药。常用药物有：美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔和兼有 α 受体阻滞作用的卡维地洛、阿罗洛尔（阿尔马尔）等，剂量应该以将心率降低到目标范围内。 β 受



体阻滞剂禁忌和慎用的情况有哮喘、慢性气管炎及外周血管疾病等。

(5) 钙通道阻断剂 可用于稳定型心绞痛的治疗和冠脉痉挛引起的心绞痛。常用药物有：维拉帕米、硝苯地平控释剂、氨氯地平、地尔硫卓等。不主张使用短效钙通道阻断剂，如硝苯地平普通片。

(6) 肾素血管紧张素系统抑制剂，包括血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素2受体拮抗剂（ARB）以及醛固酮拮抗剂。对于急性心肌梗死或近期发生心肌梗死合并心功能不全的患者，尤其应当使用此类药物。常用ACEI类药物有：依那普利、贝那普利、雷米普利、福辛普利等。如出现明显的干咳副作用，可改用血管紧张素2受体拮抗剂。ARB包括：缬沙坦、替米沙坦、厄贝沙坦、氯沙坦等。用药过程中要注意防止血压偏低。

(7) 调脂治疗 调脂治疗适用于所有冠心病患者。冠心病在改变生活习惯基础上给予他汀类药物，他汀类药物主要降低低密度脂蛋白胆固醇。常用药物有：洛伐他汀、普伐他汀、辛伐他汀、氟伐他汀、阿托伐他汀等。最近研究表明，他汀类药物可以降低死亡率及发病率。

2.经皮冠状动脉介入治疗（PCI）

经皮冠状动脉腔内成形术（PTCA）应用特制的带气囊导管，经外周动脉（股动脉或桡动脉）送到冠脉狭窄处，充盈气囊可扩张狭窄的管腔，改善血流，并在已扩开的狭窄处放置支架，预防再狭窄。适用于药物控制不良的稳定型心绞痛、不稳定型心绞痛和心肌梗死患者。心肌梗死急性期首选急诊介入治疗，时间非常重要，越早越好。

3.冠状动脉旁路移植术（简称冠脉搭桥术，CABG）

冠状动脉旁路移植术通过恢复心肌血流的灌注，缓解胸痛和局部缺血、改善患者的生活质量，并可以延长患者的生命。适用于严重冠状动脉病变的患者，不能接受介入治疗或治疗后复发的病人，以及心肌梗死后心绞痛，或出现室壁瘤、二尖瓣关闭不全、室间隔穿孔等并发症时，在治疗并发症的同时，应该行冠状动脉搭桥术。手术的选择应该由心内、心外科医生与患者共同决策。



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
河北京医科大学客座教授
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
河北京医科大学客座教授
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
- 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

