

第 110 期

2019年10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

实事求是的自恋

DSM-5越来越多的出现在业界大会上，道龙老师的名字也越来越多的被提起。各方要求合作的，到华佑观摩者更多，这样的消息传过来道龙老师还是照旧呵呵一笑，说说他想做的、正在做的事，一声谢谢带过，并不大回应对个人的追捧。名，大约就是这样，不是因为想出而出，而是一个人把一件事往极致里做，到了领先处，所做的事能不能被看懂要看看客自身的水平，但做事人的名字被记住则是水到渠成。

冯唐曾说，任何领域做到最好之后，人只能相信自己的判断，只能自恋。是啊，通常我们不喜自恋之人，往往是因为其浮夸，明明逐利若鹜，却非要标榜清高；明明胸无点墨，却非要故弄玄虚，所以很快就被弃若弊屣。细想来，让我们厌恶的哪里是自恋，而是那份言过其实的夸大。在美利华，听道龙老师笑谈自恋并不奇怪。可他为了实事求是的自恋，持续不断地耕耘了30年，这份自恋更像是目标笃定者自我勉励的兴奋剂，令我这样散漫的人心生敬畏。我不认得冯唐，但我看道龙老师，似乎懂了这“自恋”二字另外的深意。

当一些人以为精神医学不过是手持标准看症状打钩诊断时；当另一些人还在冷眼质疑所谓美国标准能否衡量中国人时，道龙老师已经带着中美班学员日复一日的夯实专业技术，培养职种之间协作共进，力图打造一套更为完善的规范化培训体系，探索着如何能够持续、正确、安全地把事情做好。

一个人确定了自己所追求的目标，他的人生态度就会为此服务，所有的行动也会与这个目标相一致。看到这样言出必行的自恋，想起李白名句：**高山安可仰，徒此揖清芬。**





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

像野草一样活着——一例生活资源贫乏的女性来访者的访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【全科医学】 21

桑榆未晚 ——一例老年慢性病的临床会诊

- 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】 28

新型抗癫痫药物的精神科临床应用



精神医学临床访谈

曾经有过文章说，心理咨询是奢侈品，受到业内外一致抵制；也曾经有人说心理咨询无用，又换来一众哗然。心理咨询到底是什么，如何助人，有流派解说，有个人经验解说，在今天的国内并没有形成行业共识。美利华中美班倡导的临床咨询以医者仁心为本的理念，“主动去救人，而不是袖手旁观；不是以自我为中心，而是以来访者为中心；以来访者的困扰为困扰，以解决他们的困扰为目的才叫白衣天使”。即使是面对生活资源匮乏、领悟能力并不优异的来访者，如何尽可能的与他们一起面对生活中的种种不利，与他们一起摸索跟从前不一样的步伐，这正是心理咨询的价值所在！

像野草一样活着

——一例生活资源贫乏的来访者的访谈

主讲者 | 张道龙 医 生
肖 茜 医 生
责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别	女性	年龄	29岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	初中	婚姻	已婚
病史提供者	本人	职业	售楼员	病史可靠性	可靠

主诉：“不知是否和丈夫离婚，明确是否自己有心理问题”

现病史：患者近2年和丈夫自从谈恋爱交往以来，经常吵架，频率是一个月1-2次。患者感到两人脾气都不好，自己比较毒舌，会气死人，争吵时会有冷暴力，或咬一口、用手拍打一下的情况。但是没有真正打伤及明显家暴情况。丈夫在与其严重争吵时会开快车，并说“去死”。生气了会用手打墙，偶尔出血，只是没有达到要去医院或严重受伤的情况。患者个人没有自伤自残的行为，多用“冷战”的办法。感到丈夫经济上小气，对自己不大方，比如微信红包发的钱少，但是仍会为自己还车的贷款，与丈夫沟通后，丈夫也能做一些调整。

近4个月，在筹备婚礼、准备要孩子期间，两人矛盾加剧，患者怀疑丈夫外遇，用手



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



机定位，曾真的发现丈夫去按摩店，丈夫解释后也能接受，但心中有担心。目前与丈夫的矛盾集中在以下几点：1.怕自己怀孕、生产没有收入时，丈夫不给自己足够的钱，但也认为其实60%的几率会给钱；2.怕丈夫的乙肝及家族遗传情况会对孩子有影响。经常有要离婚的想法，也在纠结到底要不要现在生子。吵架时想分手的想法很强烈，等平静下来这种想法又会减少。

患者从未有过自残、自伤行为。情绪也没有出现过自发性的情绪波动，仅仅和丈夫及前男友们吵架后才会出现暴躁、脾气大，不吵架时心情好。与同事、朋友、客户、家人（父亲除外）及婆家（共同生活过一年）的关系都好，没有冲突的情况，有多个长期相处、维持多年友谊的朋友。患者的姐姐是心理咨询师，曾参与过美利华的督导咨询（可参看美利华2018年7月17日案例访谈），患者与姐姐多年未生活在一起，通过电话沟通后姐姐也推荐患者来咨询解决当前的困扰。想解决的问题有2个：

- 1.和丈夫关系不好是不是自己有问题，还是丈夫的问题导致的；
- 2.是不是应该继续这段婚姻？如果自己有问题，是否下一段亲密关系仍然会有问题。

既往史：患者已经注射过乙肝疫苗，表面抗体阳性。妇科有支原体感染。

个人史：月经规律正常，在来月经前1周脾气暴躁，容易生气，来月经后好转。患者人工流产过3次，去年怀孕期间，胎儿停止发育。患者已经领取了结婚证，预计2019年1月办喜酒。与丈夫是初中同学，丈夫家境较为贫困，个性一直内向。感到压力大，脾气大，偶有和朋友喝酒，但是未达到酒精依赖的程度。丈夫有慢性乙型肝炎，未做复查，不清楚肝功能、病毒载量、乙肝三对的情况。但是也认为丈夫还是有优点的，比如努力、勤劳；有时仍比较关心自己。丈夫的奶奶，堂妹都有系统性红斑狼疮，丈夫的奶奶因系统性红斑狼疮过世。

患者的原生家庭是单亲家庭，有一姐一弟，父亲常年不在身边，并频繁出轨。父亲欠债多，儿时每逢过年，就有人来追债，在家里打砸，患者感到特别恐惧。儿时父母曾要把自己送人，后来母亲又舍不得，没有实施。读初一时父母离异，患者和父亲及“小三”一起居住，矛盾多，患者感到没有安全感，自卑又自尊心严重，15岁就辍学独立去打工。与母亲、姐弟、周围同事、朋友的关系都好，自诉个性“外向”。但和历任男朋友相处时，感到没有安全感，倔强，脾气暴躁，易起争执。回忆曾经交往过的5个男朋友中，除了第一任男朋友对自己不错外，其余都觉得他们对自己不好，主要因为贫穷、欺骗或者有暴力倾向而分手。



家族史：患者母亲情绪焦虑，姐姐脾气大，曾诊断“边缘性人格障碍”

精神检查：

一般情况：患者营养中等，时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语言较快，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

写在病历小结之前

不知您发现了没有，本次案例标题我们没有按照常规写出来访者的诊断，原因就在于希望大家看到如上所述的病史后，对这样一位女性，结合她的成长环境、病史、当下的困扰，请大家对来访者的问题进行自己的归纳总结。希望您根据自己的临床判断写下对案例的思考。看资料您觉得这位来访者属于哪类问题？需要如何鉴别？请您来像督导师一样根据病史进行初步的判断，接下来面对患者时，您还需要澄清哪些问题？哪些部分“相信”，哪些部分“确信”？

因为事实上初访后，根据以上病史，肖医生及咨询师均考虑这位女性“可能没有精神心理障碍的问题”。与您的思路有哪些异同呢？经过梳理在下面的概念化中会发生怎样的改变？

【病历小结及概念化】

这位患者从精神动力学角度来看，生长在一个不稳定、冲突多的家庭中。父亲的频繁出轨、父母的冲突争吵、经济的贫困，追债人员的恐怖等，让患者从小不安全感明显。患者初三就辍学去打工，环境的困顿和艰难，形成了患者在自卑心理下更自尊好强的性格特点。患者平日大部分时间情绪是比较平稳的，没有情绪自发性波动，除了亲密关系外，人际关系好，也没有自杀自伤自残等行为。在亲密关系中，发生矛盾时才暴躁、冲动，明显影响夫妻关系。在月经期前烦躁明显加重，来月经后情绪好转。符合1.间歇性暴怒障碍；2.经前期烦躁障碍的诊断标准。患者是由于童年干扰了安全感的形成，父亲的出轨又使她不信任男性，造成亲密关系中遇到困难。而且患者的矛盾是双方面引起的，既有她个人缺乏安全感，脾气大，又有丈夫易冲动，焦虑，文化经济水平低有关。患者历届男友都是贫穷、有暴力倾向的人，这是患者的择偶模式。患者自卑及思维惯性使得她容易找和父亲类似的人，因为觉得配不上更好的人，所以患者找的对象都是文化经济水平较低阶层的人。



写在整理后的概念化及访谈之后

每次在督导期刊中呈现的初访报告概念化部分是经过督导会诊后重新梳理的版本，通常对照原有版本改动并不大，今天来看看从“没有精神心理问题”的判断增加了哪些条目形成了二个诊断的：

“即使在亲密关系当中，没有争执时情绪也平稳，有矛盾时才暴躁”改为↓↓↓

“在亲密关系中，发生矛盾时才暴躁、冲动，明显影响夫妻关系。”

在这里我们看到的症状本身并没有改变，但原先明显对易激惹的表现一笔带过了，明显看出医生们可能“对同样症状有不同理解”。

另外还多了一句：“在月经期前烦躁明显加重，来月经后情绪好转。”而事实上这句在个人史中第一句就是。显然初诊医生看到这个情况了，但也并没有关注太多。

临床工作当然不能“唯症状论”，但对“症状视而不见”的情况就是这样发生着……具体对讨论见访谈实录及问答部分。

初步诊断：1.间歇性暴怒障碍；2.经前期烦躁障碍

治疗方案：

1.生物：建议运动，提高免疫力。若情绪烦躁明显，可使用氟西汀等SSRI类药物改善情绪，情绪改善后才能对未来生活做出理性选择。做决定前，先做好避孕措施，防止再次流产对身体产生影响。患者曾经发生过怀孕时胎儿停止发育的情况，考虑与支原体感染可能相关，需要妇科门诊就诊，检查支原体特异DNA情况，可予以妇科敏感抗生素治疗（四环素或大环内酯类）。

2.心理：进行认知行为治疗及问题解决法，具体来解决患者面临的困境和潜在风险。提醒患者丈夫的乙肝问题，可能会具有传染性及性行为是主要传播途径，患者丈夫需要做乙肝DNA病毒载量等相关检查，在低传染风险时受孕，才稍微安全一些，一定要接种好疫苗和做防护措施。如果准备怀孕，介绍可能会面对的风险及预防方案。系统性红斑狼疮有遗传倾向，需要告知相关的可能性。与患者讨论如果真遇到经济问题，有哪一些应急预案，比如有自己的储蓄。提前预防出现最糟糕的结局，就是：1.离婚；2.带着孩子；3.自己和孩子都被传染上乙肝。如果那样，到时候就会陷入绝境。指出丈夫舍不得花钱、易冲动等特点不太容易婚后改变，他对父母的态度就是未来对你的态度，江山易改本性难移。如果决定维持这段婚姻，就要学会接受丈夫改变可能性不大的事实。

3.社会：患者家庭经济条件不佳，患者也需要自食其力，不建议长期不参与工作。

主诊医生：肖茜

2018-09-04



【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧！
2. 来访者：哦，我想下一下，记不太清了，然后，嗯……我的困扰就是现在跟未婚夫的关系。还有我自己的自身原因。
3. Z 医生：对。我的意思说你不用重复太多，现在的主要困扰是说跟他如何处好关系，然后分析一下这是什么原因引起的，是这意思吗？
4. 来访者：嗯，差不多。
5. Z 医生：好。我先问一个问题，你说每次来月经之前那一周都比较容易烦躁，然后来了月经以后变好，每次月经都这样吗？
6. 来访者：在我回想的时候，那样的频率比较多一些，但也不是说每次都是这样子。
7. Z 医生：对的，就是大部分是跟未婚夫吵架是不是在那一周的概率多一点，或者沾火就着，或者没人惹你都易激惹，是这样的吗？
8. 来访者：嗯……也不是没有人惹我，反正就是那个概率会多一些。
9. Z 医生：会多一些，好嘞，这是一个问题。

相信+确信

道龙医生的督导特点，通过初访资料，通过提问对存疑的症状表现进行确认，由来访者更准确的对问题加以表述。

10. 来访者：嗯。
11. Z 医生：第二，你劝丈夫去做乙肝三项，评估一下他现在是不是极具传染性，这些他会配合去看病，应该没有问题对吧？
12. 来访者：嗯。之前有检查过，叫他去复查的话，他一直就说没有空。然后还让他做一个那种精子的什么检测，我们不是想要宝宝嘛，他也老是说没空，本来他去检查了，第一项去检查了，没有问题，然后第二项让他过几天再去，他又一直拖着。
13. Z 医生：对的，但是你跟他说，你要不去检查这东西，我们没法怀孕，对小孩有影响，大概他能够想通，或者跟他妈妈讲这些，他过去的可能性比较大是吧？
14. 来访者：嗯，我有跟他这样说过，但是好像感觉都没什么，不懂他怎么想。
15. Z 医生：对的。因为是为了有个健康的小孩，这是第一。第二点呢，传染性特别强的时候，虽然你打了疫苗，那不是 100%的事，尤其他还处于性欲比较旺盛的年轻阶段，



所以这个事就更麻烦了。那我们知道他至少从原则上能够妥协，坚决不做是另一回事了。你今天想来知道自己得了什么病，我们下一步怎么治疗，是这意思吧？

16. 来访者：嗯，对，而且他可能这个意识不是很强。

Tips:

乙型肝炎病毒 (hepatitis B virus, HBV) 是引起乙型肝炎 (简称乙肝) 的病原体，属嗜肝 DNA 病毒科，HBV 感染是全球性的公共卫生问题。

急性乙肝患者、慢性乙肝患者和乙型肝炎病毒携带者是主要传染源，乙型肝炎病毒感染者无论在潜伏期、急性期或慢性期，其血液都具有传染性。慢性患者和病毒携带者作为传染源的意义最大，其传染性与病毒复制或体液中乙肝病毒的 DNA 含量成正比。

HBV 主要的传播途径是血液传播 (输血和血制品)。

其次是母婴传播，即分娩前后及过程中由带乙型肝炎病毒的母亲感染新生儿，母乳喂养也可导致母婴传播，该传播途径在中国占很大比重，慢性乙型肝炎患者中，40%~50%的患者均来源于母婴传播。

第三是密切接触传播，如通过精液和阴道分泌物传播病毒。

第四是医源性传播，如消毒不彻底、不安全注射等。

——关于乙肝问题的案例及科普详见第 88 期督导期刊

17. Z 医生：好的。我先说这一件事，第一，你是有我们叫做**间歇性暴怒**的问题，这种发脾气跟其他人不一样，是说在有刺激的前提下才这样，没有外界刺激相对好一点，同时你还有**经前期烦躁**这类的问题，这两个病都容易让你易激惹、容易发脾气，但一个是跟月经有关，一个就是跟外界刺激有关，得的是这个毛病。

关于诊断：治疗的总体目标

认知治疗的总体目标是通过解决当下最急需解决问题和减轻症状来帮助患者获得缓解，而为了达到这一目的需要咨访双方合作，并用实证的方法来完成。明确诊断，通过调整患者歪曲的核心认知，更为清晰地看待现实，需要开展几方面的工作。

你总得来说比丈夫健康，而且你这些问题都能治。先说你为什么会变成今天这样？回顾一下你交的男朋友，基本上要么是贫穷的，要么就是爱骂人的，要么就是爱打架的，要么就是不体恤你的，要么就是比较愚昧、自己得了传染病还不检查这样的，这和你的成长环境有关，因为你的第一任男性教练就是自己的父亲，从小就是在这种



吵架、无知的、不稳定的、没有安全感的环境下生活，每天都在为这些事烦恼，吃了上顿没下顿，有了这个月，没下个月，爸爸也不知道什么时候给你钱，妈妈也不在身边，等于人生的第一对教练培养你变成一个这样的队员了。有什么样的教练就产生什么样的队员了。但说这句话的意思不是责备父母，你现在是成人了，得知道你为什么会这样选男友和丈夫，相当于选爸爸这样的人，因为在你的周围没有什么其他的人，没有什么像姐姐这样硕士、博士毕业的教授之类了，所以你周围看到的都是（爸爸、丈夫）这样的人，在你看来这就是正常人，这就是人生，这就是你能选择到的所有的人，所以你没有意识去想办法嫁一个好人。那这种环境就使你贫穷、发脾气，得传染病，都是贫穷环境带来的。除非像你姐姐那样，想法儿努力学习。

心理教育

在上一段话中我们可以看到督导医生对患者当下的境况首先进行了“外化”：遇人不淑多数与环境所致有关。

我们多次强调，在认知行为疗法当中心理教育是关键要素，临床工作者教给患者有关治疗的很多方面，如疾病症状，认知治疗如何开展、对现实状况的认知反馈及重构。

这都已经是后话了，现在说既不是让你后悔，也不是责备他们，问题是咱以后怎么做，现在能想到的做法就是：

第一、从**生物学角度**说要运动，这没有问题了，第二个这个病不管是经前期烦躁，还是间歇性暴怒，都有特效药，百忧解或者左洛复之类的，都是短期使用，如果这个东西折磨你太厉害了，举个例子说，比如最近总吵架，心情总是烦，那么得有那个好心情备孕，虽然也不会马上怀孕，那就先吃6个月药，什么时候想怀孕了，甚至怀上孕了，再停药，避免在这种情绪下做出这种决定。**有必要去改变你的现状，那你就去用药，要是能容忍，那就不用。**这个药本身是相对比较安全的，能治这两个病。另外，当你心情好的时候才能理性做出下面的重大决定，你已经是结婚了，已经不存在嫁与不嫁，那么下来怎么做。在你的身心都是健康的前提下才能做决定，不能本身处于易激惹，想不明白事的时候去决定这些事，像你说的一吵架就想离婚，静下来又不想，就变成了“也不知道离婚对，还是不离婚对！”你只有把情绪搞正常了，在理性状态下，再参考一下家里父母和其他人的意见。

所以**你要知道这个病是哪来的，为什么变成今天这局面。**生物学治疗就是运动，



没准是当了爸以后就好一点，我们不知道，但是我们经常看到“江山易改本性难移”，他连他妈妈爸爸给他工作都斤斤计较，你毕竟还不是他的父母，没有养育之恩了，所以高度怀疑这个人靠不靠谱，心情好的时候能给你钱，可能人也不坏，努力工作，有好多品质，但就这一件事上，跟你一样是成长在那样的环境下，基本上认为女人的付出是应该的，她妈妈怎么做也没落下太多好，他也不会拿金钱报答。一个人如何对待他的父母就知道如何对待未来的女人，就是在他的周围没有更好的榜样了，他已经养成了，我不认为他能短期之内改变如何对待女人，尤其你这还是个陌生的人，在一起认识这么一段时间，往远了说是初中毕业，往同居关系说结婚也就是一年半载的，所以这样突然改变对你的看法不见得，因为他的妈妈这么多年，20多年都没让他改变，所以我们得准备好他不变的前提下，你得怎么有这种自我救援的能力，你自己先养活自己看来没问题，但这是在你健康、没有小孩的前提下。要是不健康，再带着个病孩子，那就不知道是什么样的人生了，所以你得是先做好这种应急的预案，劝他怎么去做检查，就是不能把你再传染上，性生活就可能有问题，虽然打了疫苗，去看看把身体控制在病毒的滴定比较低的时候，传染性比较弱的时候，选择这个时间怀孕或者是怎么做，找医生去。告诉他“你不能拒绝做这些事情，如果你还想当爸，那这不纯粹是想害我？我们就是屋漏，但别赶上连夜雨”。所以说两个人都贫穷、都是天涯沦落人，一起抱团取暖还能好，就不要再互相伤害了，尤其不要出现相爱相杀这种情况。实际上想在一起过日子，婚也都结了，想要小孩，这本来是人间美好的事，目的挺好，手段是采取这种办法，不然就变成了你继续在重复你小时候的经历了，他也在重复他的小时候，这就不是什么好事了。所以你现在的命运还能控制在你这里，到叫天天不应、叫地地不灵那天就比较麻烦。我这样说你听得懂吗？

18. 来访者：嗯，大概听得懂。

治疗性访谈结构

道龙医生在美利华督导会诊中的访谈结构通常包括这几方面：

- 治疗方案的初始设定
- 衔接需要优先解决的问题
- 讨论治疗方案主题和教授技巧
- 动机面询与积极心理学框架下的重构
- 总结与反馈

督导医生首先把当前的困扰和环境的不理想挂钩起来，通过外化当前的困境，肯定她个人的努力来增加患者的心理动力。同时，作为医生不放过那些可能将给身心健康带来巨大隐患的问题给出预警和防范措施，在这个案例当中如病毒感染、经济困境、关系破裂等都需要引起咨访双方的关注。



19. Z 医生：你还有什么其他的问题要讨论吗？
20. 来访者：您说的我，就大概就是这些了吧？
21. Z 医生：对的。
22. 来访者：暂时没想到。
23. Z 医生：好，那我就让初诊医生给你汇报一下，下一步怎么去治疗，好吧？
24. 来访者：嗯，好的。
25. Z 医生：好。谢谢你来参加访谈。
26. 来访者：好，谢谢老师。

作为教学访谈结束，来访者离开后，督导医生补充：

过去一直强调，为什么心理咨询不是对贫穷阶层去做的，就是他们更需要的是实质的帮助，是工作、是现金，是其他，不是说这样的人没有痛苦，而是他们可能不明白心理咨询个中道理，你的干预对于他们也就是耳旁风。对于你说的怎么锻炼身体，吃点药能理解，但不知道你说的这些病和她个人成长有什么关系，甚至说解释“间歇性暴怒是什么”，可能说了跟没说是一样的。为什么心理咨询从创建那天开始就是对中产阶级以上的人，就是富裕阶层实现的，在弗洛伊德时代，后来就落到中产阶级，贫困阶层也需要帮助，但基本上都是民政局运用社会资源、帮助找工作等，都是这类的公益性服务，他们没有办法用抽象思维、没有办法理解心理的东西哪来的。

【督导小结】

这个病人达到了间歇性暴怒的诊断标准，因为她都是在有外在的环境下刺激下容易发脾气，时间也达到了连续三个月以上，表现都跟经前期烦躁有关，这两个病都是五羟色胺有关系，所以这时候就说要补充五羟色胺再吸收抑制剂，用这种药物，对间歇性暴怒，对经前期烦躁都有好处，所以用百忧解也可以，用左洛复协调也可以，运动要坚持。心理咨询需要调整认知，一个女人总是刚出虎穴又入龙潭，琢磨“我怎么总是摊上这样的男朋友？”她不懂了，她的第六个男友可能也会是这样，咨询师得让她看到病理模式——爸爸是教练训练你这个队员，爸爸打什么球你就打什么球一样，爸爸快攻你也快攻，所以你看到的就是贫穷，就是没有钱，就是不安全感，就是自私自利，因为你的容忍度变高了，你再碰到这样的男人，没有觉得有什么不一样，我为何不能接受呢？第二个，自尊心低会导致自己感觉“我哪能值那么好的男人，人家都大学毕业生，我不可能的了”，“我这种事哪能，不可能大于高中毕业”，“我什么也不是，我就配找这样的”。她的低自尊，别人看起来的“作”，继续受虐，是因为她已经被“培训”出来了，正常人对她来说太奢侈了，



一定碰到这样的人才觉得“这才是我的生活”。比如在美国一个黑人为什么不去做工程师、做医生、做律师，我的一个患者跟我说过这样一句话，他说：

“张医生我不知道你家有没有工程师，我们家祖祖辈辈我是第一个高中毕业生，我的所有的亲戚里没有高中以上的，没有工程师，没有医生，连个护士都没有，我去追求学问？我哪根筋不对呀？我就是因为不追求学问才变成今天这样。”

当我们生活在一个阶层，首先看到的已经习以为常的，她不知道什么叫心理咨询，什么叫间歇性暴怒，经前期烦躁，更不要说五羟色胺了。为了教学我在访谈中提起这些名词。理解像这些内容需要有抽象思维能力，受好的教育，越是知识分子越理解这些。为什么中产阶级做咨询为主就是这个原因，需要有生物心理社会的看待来访者。当你受到良好的教育，那么可以以【心理咨询】为主；当你教育程度低一点那要以【生物社会】为主，因为他需要的是具体的吃药，因病申请救济等，而不是听你讲这些道理，她甚至还不理解，我选男友为什么跟我爸有关系？她会这样说，“医生你不知道，我都离开我爸了，好几年不在一起，我们俩都不经常见面”，所以可能都听不懂你在说什么。

讲授这些是希望大家别把我的话误解了，不是说贫穷的人不需要心理咨询，教学案例为什么和普通案例不一样，教学的目的是为了更多人理解心理咨询、学习心理咨询技术，而不是讨论社会问题“谁是不是更可怜”，我们都得帮助各种不同的人，特殊情况特殊处理。

【现场讨论及答疑】

问题一：首先在诊断方面，昨天我们没有下任何的精神障碍诊断，因为考虑到她那种发脾气的程度好像并没有说非常的达到那种把丈夫打伤，或者是非常的严重的一个程度。其实我也看到这个女士，她有的时候会跟她的先生发生一些矛盾、冲突、发脾气等。我有疑问如果她是间歇性暴怒的话，她为什么就只对她的亲密关系发脾气，她跟其他周围的人不怎么发脾气，这怎么解释？

督导回答：诊断标准里没有这一条，必须打伤。我还说这句话，临床医生如果对诊断感觉没有把握的时候怎么办？如果是考虑到用药，就是写成“未特定冲动控制障碍（冲动控制障碍NOS）”“未特定经前期烦躁（经前期烦躁NOS）”，这样就不影响后面的治疗，否则没法用药，至少在美国是不可以的。哪怕你不知道用NOS就是不确定、非特定的、未特定的，那你也不能够说她完全正常，她正常为什么要找你看病，涉及到要离婚，涉及到社会功能受损，还涉及到换了这么多男朋友，这么多困扰怎么会完全正常？在美国假如这是



我的病人，碰到这样需要治疗的，可以先诊断一个未特定的，和其他特定的冲动控制障碍，在过去的诊断里就叫冲动控制障碍NOS，是因为他没有很具体达到间歇性暴怒，但是我考虑的因素有两个，第一是因为她是女性，第二个她离家比较早，如果她爸再训练训练就彻底达到诊断标准了。

间歇性暴怒相对女性跟男性的表现就不一样，我怀疑她丈夫也可能是这病，老百姓叫怒路症，她自己可能不太开车，也不去吵架，也不去闹，男性要到这种程度一定会出现这种事，女性显得是温柔，所以女性因素在这里起作用，是因为这样做不显得破马张飞，因为女孩子这样好吗？女性能表现成这样已经是很严重了，她不会像男性那样，已经影响她的功能了，而且跟人家吵来吵去，打来打去的，只是不打伤，可她还咬人家，这程度已经足够了。

问题二：在用药方面，因为她没有打算会要离婚，还在纠结中，而且准备要备孕，虽然SSRI在整个孕期是风险很小，也可以到时候再停药，但对一个准备怀孕的妇女，咱们建议用药的风险到底高不高？

督导回答：不高。第一SSRI不太影响。第二个，她丈夫都这种情况了，对小孩的影响远远是大于SSRI药物了。第三个主要看她什么时候怀，人家准备下个月就怀孕，那当然不能现在用药了，她说“我年底之前估计办酒席，明年再要”，注意我的对话是说，“你现在能耐受到什么程度？”、这期间觉得要不要把自己这个痛苦程度、状态改一改，如果天天觉得没意思，度日如年，那就吃药。要是觉得没事，反正嫁鸡随鸡嫁狗随狗，那就不用。所以冲动控制就是这样，毕竟是每个月发作，不是说每天发作，那干嘛用药。比如路怒的很频繁，好几次都差点跟人撞车，那就得用；想一想没事，我就停下车消消气就好了，抽根烟，那就不用药。这些东西都跟据患者情况，不是我们单方面定。医生跟患者去商量，这些情况药物能帮助你。别忘了，这样的病人哪一天控制不了情绪，很容易崩盘。

你这样设想一下，如果她跟丈夫谈怀孕备孕，而丈夫坚决说不给她钱，不给保证，也不去做检查，她特别气急败坏的时候，想到医生提过可以用药来帮自己减少痛苦，所以至少你得给她做一次精神健康教育。利用这个机会，讨论不代表用，跟患者讨论，吃不吃药这种事患者决定，不是我们来决定，医生提供建议。

问题三：也就是说，对这个患者可以暂时不用药，把这个想法先跟她说一说，然后她如果烦躁情绪加重的时候，可以预先给她这样的选项，是不是这样？



督导回答：是这样的，另外让她做心理咨询。她什么时候怀孕这很重要，一两个月之内，那当然就不用药。她说“现在我不避孕，随时准备怀孕”，也要告诉她，这是非常不好的决定。原因是我们得先查丈夫的健康状况。因为同样是乙肝，有的是高传染性，有的是低传染性，不能在对方是高传染性就去“走钢丝”，人生中有的时候有的人愿意走钢丝，记住你要对自己的行为负责，你这么干了，有一天别再后悔，需要把丑话说在前边，作为成人，你得知道为结果负责。

有的时候患者确实不知道，有很多人不知道这些健康信息。我接触的美国病人都有说：“我是HIV携带者，没得艾滋病”，作为HIV携带者还说没得病，我也不知道还要怎样才算得病，做父母的听了孩子感染HIV是什么感觉？作为兄弟姐妹的不心疼吗？可患者真的不知道。就觉得没啥事，有点风险，甚至同居者都是患者死了才发现，“他怎么死了？”再查自己，都不知道他反复得病是什么情况。以前还有个患者觉得自己眼睛有问题，这么年轻，怎么眼睛反复感染？这是什么情况？赶紧查，HIV晚期了他都不知道，浑身都感染，他就觉得是普通感染，无知到这种情况。

人生总是你得要知道一些事了。但是不同的阶层会有不同的要求，我们不是责备来访者，是说医生有的时候不是天使，天使能帮助所有人就好，有的时候你感到痛、有的时候无奈，因为这不是我们的人生，是另一个人的人生，你尽到你该尽的责任，救死扶伤，但是得有对方的知情同意权，不是你来决定好坏，是这样的。

问题四：如果说要选择用药，左洛复跟百忧解比较的话，我可能会有点想选左洛复，原因是百忧解、氟西汀的半衰期比较长，如果说她万一怀孕了，要停的话，那个药物从体内排出时间会长一些，这样考虑对吗？

Z医生：不对，应该首选百忧解。经前期烦躁，忘了吃几次没有问题，因为它半衰期长，所以通常经前期烦躁患者不会天天吃药，她忘了的时候，半衰期等于全部都覆盖了，而且FDA首先批准的是百忧解治疗经前期烦躁。以FDA批准的药物为准了，尽量不先去做其他的，但这两个答案都可以。忘了吃一天，忘了吃两天，忘了吃三天，别告诉患者，就是她忘了也没什么事。作为医生，假如患者说：“我上个月两次忘了吃药。”实际上没关系，但是医生别跟他说没关系。而是嘱咐说：“行，我知道了，下次认真对待就是了。”这个患者现在怀孕的话，她的小孩要经过乙肝病毒的洗礼，还要经过支原体的挑战，你都没觉得是问题，却纠结SSRI不成比例的焦虑，是医生对药物认识的问题，不是药的问题。



问题五：老师跟她说了这些疾病的由来，以及现在困境的这些因素都是原生家庭的一些影响。给出了这些生物心理社会的三个方案，我在想老师是不是根据访谈，以及看来访者的这些意愿的时候发现，虽然冲突很多，虽然跟丈夫的这些关系也并不是特别和谐，甚至连婚礼都还没有举办的情况下，这个来访者并没有考虑到目前想要离婚这个选项，所以老师才建议她做好后续的这些准备，才做好现在存好钱，无论是自己的钱，还是别人给的，以防止以后有了孩子之后，丈夫不愿意养育的这种情况。我在想，老师是不是评估到这些了？

督导回答：两个都有，更主要的是因为我问她你讲讲你的困扰，她没说“我现在准备离婚。”那就是说她犹豫不决的时候不要强迫她去做决定。记住，医生不能一着急，说你怎么还不做决定？我帮你做决定，不要那样的。我们分析了离婚的利弊，你想把他说成是优点多还是缺点多？你不能变成教唆犯，心理咨询不是教唆犯。是说关心该关心的，改变能改变的，预防最可怕的结局，所以现在她得预防最可怕结局是什么？就是高度传染性，病毒特别多。所以“能预防”这事患者得知道，有一天咱们不要后悔，本来能帮助她预防，结果没预防，病人在我们手上误诊，这是医生最大的失职！所以你要改变能改变的，现在她不能选择离婚的前提下，要看这个病人是不是传染性最高，看e抗原这类的东西是不是高，就得告诉她怎么做。第二要防止“最惨的结局”，不管婚姻怎么做决定，她离不离婚都有可能是自己得了乙肝，小孩得了乙肝，还丢了工作，丈夫家还不养你，如果准备好了，那没问题的。但是患者自己想到了吗？还是她想的都是最好的结局。当你已经尽了医生的职责，别人离不离婚是别人的事情，但是患者问我们，“你给一个痛快话，我该不该离婚。”那这不是我们要解决，不是帮她当场做决定，这不是我们医生该做的，也不是咨询师应该做的。

问题六：老师今天给我们做了一个很好的演示，就是说对于这种不同层次的来访者，我们不同的处理方式。老师今天首先是肯定了她，她出生在这样一个家庭环境，还没有出现人格问题，而且目前的生存能力还很好，十五六岁出来之后还能养活自己，用这些内容在前期给她做了一个肯定和铺垫，再往后，提示她现在和你丈夫这样的状况，可以做什么，可以改变什么，给她一些信息，做认知的调整，但同时老师还会告诉她，说她丈夫这样的状况，是与他的家庭环境以及性格都有关系，做了一些提示和提醒，也许未来她自己回头考虑婚姻关系的时候也能减少冲突。实际上我觉得，老师对于这个应急预案这一部分是非常精彩的，就是说包括钱的问题，未来生活的问题，都给她做了提示，还包括夫妻生活对健康影响的部分，需要做好防护工作，以后以及你们有了孩子之后，对于孩子这个健康的



状况，生存环境等等都相当于打了预防针，提醒她不管在什么情况下，做好准备是最重要的。类似于让这个来访者“进可攻退可守”多找到一些出路，所以我觉得在这一部分我收获还是很大的。

Z医生：对的，还是那句话，别误解我的话。美利华开展的是教学咨询，所以提示需要患者受教育程度高，因为教育程度高的人通常抽象思维能力强，能体会得越多，学到得也越多，访谈的效果也更好。但是普通咨询中，咱们平常看病什么样的病人都有，你不能选择来访者了，他们会有受过高等教育的，也有只接受中低等教育的；有抽象力好的，也有抽象思维能力不行的，甚至还有痴呆患者，那咱们都要会看病，这不是问题。从今天这个案例中你们能有收获和感悟并不奇怪，因为这样的来访者真实存在。

问题七：由于成长环境这个患者有低自尊的情况，所以在判断她病与非病的时候，我们担心诊断本身会不会更影响她的自尊心，虽然丈夫家里有又是乙肝，又是红斑狼疮，这个时候再告知她，让她觉得自己也有病、不够好，会不会使她感觉自己与夫家半斤对八两了，您觉得会不会出现这种情况？

Z医生：这又是哲学式的考虑问题了。你要想象这样的一个人，她的爸爸当年没有为她创造好一点的生活，最初已经是生活在最底层了可还能够靠自己的努力去养活自己了，有一个相对好的生活，也许她的下一代会比她要好一些，可是她不断地换男朋友，不断地流产，不断地得传染病，只是支原体感染还不够，还有个没法治疗的乙肝问题，这已经是在自毁前程了，你还不告诉她、不去帮助她，不防止她再次去做，那你为什么要当医生，要当咨询师呢？

告知，当然是双刃剑。目的是要阻止她下一次不要这么去做，跟她结婚注意尽量别被丈夫传染上，或者是懂得保护孩子，至少她要努力工作，让孩子有吃有穿，不像当年她的爸爸那样临时送点吃喝什么的。然后如果她要再找男朋友，你这样告诉给她，让她知道问题的根源在哪儿了，注意能不能找一个不是那么贫穷的，那不是在帮助她吗？防止她完全是随机的碰上谁是谁，那是自生自灭了。那才20多岁，甚至都不懂几次流产还能不能怀孕这件事。她现在的这种判断力和自知力已经严重影响她的社会功能了。另外说她是冲动控制的问题，没说她有道德品质的问题，因为通常我们认为自私自利是道德品质的问题，我们是说她因为恶劣的环境带来了这些冲动控制不好，跟月经周期有关的病，那为什么不能说？说她支原体感染打击她？这对吗？再者，她现在的问题都有办法治，还能通过咨询阻止继续恶化，慢慢改变，没有说她现在到了最后“破罐子破摔”的程度。人家已经主动上门求帮助，你还考虑“不能这么说，还得尽量保护自尊心”，最好说她没病，说多了怕冒犯你。这是什么逻辑呢？我们考虑问题需要从这个角度出发：100个人里能有1个有机会来



找你寻求帮助，你再把拒之门外，那可以吗？

吃不吃药看患者的意愿程度了，不管当下她选择怎么做，当有困扰的时候，还可以再回来寻求帮助，得是这样的才行。肝炎的问题，生孩子前完全不知道对方的健康状况这就比较麻烦，你让她至少保证小孩安全，给她提醒，让她能够做得更好，别眼看着自己往火坑里跳，做出一个又一个错误的决定才是“应该”。就因为怕冒犯，因为咱们中国90%多没有大学毕业，因为教育程度不高，民智没有开启，想想算了吧，这也不是最惨的就什么都不说了？助人工作，持有的是“有一个救一个”的心态，医生就是救死扶伤的人，我们是仅次于天使的这样一个位置，我们的主动性，我们的热情，我们的专业技能能够主动去助人这件事比任何学位和其他都重要。主动想去救人，而不是袖手旁观，不是以自我为中心，要以来访者为中心，记住以来访者的困扰为困扰，以解决他困扰为目的才叫白衣天使。看到病人痛苦的时候，我为你哭，我给你点钱，那不叫共情，那叫同情。我们的专业需要共情，看到了她的困难，思考“我得怎么能帮他”，能帮多少是多少，在同情的基础上运用专业技能帮助他，这是我们首先需要考虑的。



美利华人，会学，会玩，会生活！！

华佑·美利华

9月下半月脱产训练营留念



全科医学

在本期的全科案例中，患者是一位75岁的老年女性，退休前非常能干，是总会计师。人到老年的她现在全身具有多种慢性疾病，疼痛难忍。加之老伴又刚刚过世，更可谓“雪上加霜”。两位医生将如何从全科及精神科的角度来联合会诊，既治疗躯体疾病，又缓解心理上的痛苦？请看本期全科案例——

桑榆未晚

——一例老年慢性病的临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

患者：75岁老年女性，丧偶，大专学历，已经退休，退休前是总会计师

主诉：因“反复腰背部疼痛”而来诊。

现病史：1年半前，患者因摔倒出现腰背部疼痛，经过休息疼痛略改善，此后疼痛逐渐加重，经过休息无法改善，就诊当地医院A，核磁示**胸椎11压缩性骨折**，给予支具固定药物治疗，效果差，后因疼痛明显加重，住院治疗。双能X线吸收法（DXA）骨密度检查示：股骨颈T值：-1.1，高度骨折风险。体格检查示：脊柱轻度后凸畸形，胸腰段压痛叩痛阳性，腰部活动受限，四肢末梢感觉减退，双下肢肌力尚可，生理反射存在，病理反射未引出，末梢血运尚可，各足趾可见活动。在强化麻醉下行胸11椎体强化术，佩戴支具固定3个月，并予以钙尔奇（碳酸钙D3，含钙600mg，维生素D3：125IU）1片，QD。目前，患者连续站立或坐2-3小时感觉腰疼需要卧床休息，休息10分钟后可以缓解。天气变化时膝盖疼痛明显，无法下蹲，半蹲时膝盖会吱吱作响，上下楼梯也困难，平路行走可以。除钙尔奇外，患者服用维骨力（move free）5个月。目前身高160cm，比年轻时变矮4cm。

自述糖尿病20年，2011-2016年期间因血糖控制效果欠佳曾7次住院调理。目前服用格列齐特（早1片，30mg，QD），二甲双胍（格华止，0.5g，TID）、长秀林胰岛素（重组甘精胰岛素注射液，每天晚上注射9U）。**右侧二脚趾，有针刺般钻心痛（编者注：提示糖尿病周围神经病变）**，服用甲钴胺（0.5mg，早晚一次）症状有缓解。眼科检查示：双眼结膜充血、晶体混浊，**眼底左下方网膜可见白色条状病灶（编者注：提示出现糖尿病视网膜病变）**，网膜未见明显出血渗出。



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



高血压10余年，既往高压150-160mmHg，低压40-50mmHg（编者注：脉压差大，舒张压压过低），近年听到大的声响有心惊的症状。无心前区不适，无活动能力下降，无劳力型呼吸困难。目前服用缬沙坦胶囊（代文，80mg，1次/日，晨服）、左旋氨氯地平片（施慧达，25mg，下午三点服用1次）、美托洛尔（倍他乐克，25mg，早晚各1次/日）、拜阿司匹林（100mg，晨服，1次/日）、阿托伐他汀（立普妥，20mg，晚1次/日）。心脏超声（2018-11）：左房轻大，左室舒张功能减低，EF：72%。冠状动脉CT（2019-4）：1冠状动脉粥样硬化改变：①冠状动脉钙化总积分为597.3分；②左冠状动脉主干近远端官腔局限性轻度狭窄；③左前降支近中段官腔局限性轻度狭窄，远端浅肌桥；④右冠状动脉近端管腔局限性轻中度狭窄。2心脏增大，肺动脉增宽。心电图未见异常。BNP、凝血项、血常规、24小时尿微量白蛋白未见异常。

表1 检验结果：

项目	结果	参考区间
总胆固醇	4.24mmol/L	< 5.18
HDL-c	1.1 mmol/L	≥1
LDL-c	2.5 mmol/L	< 3.3
甘油三酯	1.49 mmol/L	< 2.83
谷草转氨酶	14U/L	13-35
谷丙转氨酶	12 U/L	7-40
肌酸激酶	50 U/L	40-200
碱性磷酸酶	53 U/L	50-135
肌酐	65.7umol/L	41-81
血钙	2.32mmol/L	2.11-2.52
血磷	1.43 mmol/L	0.85-1.51
25-羟基维生素D	40.02ng/ml	20-100
血糖	7.91mmol/L	3.9-6.1

既往史：1996年腰椎管狭窄，腰椎间盘突出。2012年脂肪肝，2018年指标恢复正常。2015年甲减、甲状腺结节，2016、2019年复查正常。2016年脑膜瘤手术，2019年复查正常。2017年颈动脉剥脱术。

家族史：母亲高血压，脑溢血死亡（64岁）。姐姐糖尿病（85岁）、高血压、心梗（支架）；大弟弟糖尿病、脑梗后脑溢血死亡（69岁）；小弟弟高血压（61岁）。子女目前正常。（编者注：根据家族成员的躯体疾病及死亡年龄可以预估到患者的寿命，为后续心理干预做准备）



个人史: 13岁初潮, 54岁闭经。适龄结婚, 育有两子一女, 配偶年初去世。**个性要强**、对工作认真负责、**追求完美**。喜欢参加老年大学课程, 不爱体育活动。

体格检查: 体格检查是远程访谈, 没有进行体格检查。就近医院的检查信息: 身高1米60, 体重70公斤, BMI 27.34, 心率63次/分, 血压126/55毫米汞柱, 心律齐, 未闻及杂音。

诊疗概念化:

患者年龄75岁、BMI27.34、有血脂异常、糖尿病、冠心病、早发心血管疾病, 10年心血管事件风险高危。随着血糖、血压、血脂等水平的增高及体重增加, 并发症的发生风险、发展速度以及危害将显著增加。因此, 特别适合进行**慢性病管理**, 治疗以降糖、降压、调脂、抗凝、控制体重和改善生活方式等治疗措施。

患者有脆性骨折史, 骨密度检查示骨量减少, 根据中国《原发性骨质疏松症诊疗指南》(2017), 符合骨质疏松症的诊断。患者骨折风险大, 骨痛明显, 影响生活质量。短期目标是**缓解疼痛**, 促进功能恢复。长期维持或减缓骨密度减低, 防止再发故障的风险。

在心理层面, 患者既往的焦虑水平高, 比较较真的性格, 在老伴去世后情绪问题加重, 需要积极心理干预, 引导患者**一方面积极治疗, 一方面不过度纠结疾病, 把注意力放在有意义的老年生活上, 过好余下的时光。**

诊断:

重度骨质疏松症、糖尿病、高血压、血脂异常、胸十一椎体压缩性骨折、脑膜瘤术后、颈动脉内膜剥脱术后

治疗方案

生物方面:

1、骨质疏松:

患者老年性骨质疏松, 骨痛明显。可考虑缓解疼痛的治疗。维持或减缓骨密度减低, 防止再发故障的风险。患者教育方面, 建议充分休息, 但不主张绝对卧床, 疼痛减轻后可行背部过伸练习和提臀锻炼。建议每日钙摄入量1500mg, 低脂、低盐饮食, 多吃奶制品、鱼肉和新鲜食材。适当日照, 每日维生素D推荐剂量400-800IU。注意家庭环境的安全检查, 防止跌倒, 浴室增加扶手和防滑措施, 卧室有夜灯等。

2、降脂

根据2014年中国胆固醇教育计划LDL-c目标值 < 1.8mmol/L, 阿托伐他汀可以调整至每日40mg, 密切观察药物耐受性和副作用。调药4-8周检查肝功、肌酸激酶、血脂。如果能



耐受他汀剂量6-12个月随访监测。教育患者，坚持血脂达标可以进一步减少心血管事件发生的风险。

3、降糖

维持目前的治疗方案，健康管理的目标控制血糖，监测血管病变和神经病变，筛查对心、脑、肾等器官的危害。

4、降压

调整降压药物，权衡利弊，防止舒张压过度降低。

5、抗焦虑

患者老伴刚去世，睡眠质量欠佳，病前焦虑特质，考虑到患者还有糖尿病神经病变，可以选择**加巴喷丁或普瑞巴林**睡前服用，降低焦虑，缓解纤维肌肉痛，改善睡眠。这两种药物不经肝脏代谢，与其他药物没有严重的相互作用。

心理方面：

调整认知，儿女都已经成家立业，没有需要老人家操心的地方了。其人生时间所剩不多，用对药，**把注意力放在积极的事情上。**

社会方面

征求患者的个人意见来规划老年生活，以**老人的好恶来调整方案。**

会诊患者后的意见总结

钟丽萍医生：

第一，还可以让血压降一点，现在的目标是**以舒张压为调整目标**。如果降得太低，会头晕，对其他身体器官的供血会有影响。**因为没有办法平衡收缩压和舒张压，只能两害取其轻。**把舒张压控制在60-65左右，若没有症状，就保持这个水平。如果收缩压还高，也没有办法，必须要做一点点牺牲。药物一定要在医生的指导下调整。

第二，完善进一步检查，来判断是否有冠心病，是否存在冠状动脉的狭窄。根据检查结果来制定治疗方案。

第三，关于关节及疼痛。因为曾有压缩性的骨折，慢性疼痛的可能性非常大。需要**坚持锻炼**，把腰肌、腹肌及躯干的肌肉练强壮，起到支撑作用。需要在物理治疗师的指导之下进行运动疗法，不要自己随便去运动，因为好多人在家做运动的姿势都是错的。必要时可服用**止痛药**。骨胶原若服用数月没有效果，基本上就不会有太大的帮助。若疼痛严重，可以



打封闭及应用激素，但是血糖有可能一过性的升高。最后考虑做关节置换，现在置换的关节有10到15年的生命周期。

第四，减轻体重，把体脂指数降到正常，比如18到25。若能减重7-8斤，对关节都会有很大的帮助。胰岛素本身增重，患者目前血糖稳定，可以把胰岛素尝试减量。

张道龙医生：

(一) 心理层面：患者是当总会计师的，做会计师的人一般是**非常挑剔的人**，非常焦虑水平高的人，这样她才不出错。所以一方面让患者工作做得好，一方面让你容易焦虑（**编者注：分析患者既往的心理及情绪问题**）。所以现在到了这个年龄，**达到了中国的平均年龄**，兄弟姐妹加上父母也如此，患者的年龄已经基本上平均线了，**生命预期没有太大的遗憾了**（**编者注：此处做认知调整，告诉患者根据中国人的平均寿命和遗传，已经达到了预期寿命**）。听医生的管理，进行**认真治疗，但是不用天天去纠结**，不要把当总会计师的精神来对付疾病，用不着那么认真了，稀里糊涂过日子就好了，否则就容易睡不好觉。（**编者注：进一步提出行为层面的干预方案，一方面认真治疗，一方面不过度纠结，防止过度焦虑**）把剩下的钱计划好，计划剩下的5年到10年做什么，不再去纠结，不再去较劲，越较劲越睡不着。

我跟我妈妈都这样，过了80岁后，我说比你的妈妈爸爸都活得长了，你别活太长了，你活太长了我追上你怎么办？你就得后悔了。给她说得哈哈大笑，她说是这是人生自然的过程。意思是到了老年就尽量放松，治疗积极主动，但是心态上放松。（**编者注：医生的自我暴露，借母亲的例子给患者作认知调整，说明这是人人都需要面对的自然规律**）

(二) 生物层面：糖尿病开始破坏这些周围的器官，所以这样就容易疼痛。有一种特效药叫**普瑞巴林**，这个药确实降低她的敏感、降低她的疼痛，改善睡眠，还降低焦虑，所以是目前为止糖尿病合并症在美国首选药，跟神经精神有关的首选药，如果国内没有普瑞巴林，那就选用加巴喷丁。唯一区别是普瑞巴林是有实证，加巴喷丁的效果是推测，这两个药物是同一个机制，与GABA有关，所以推测它应该是同样的药理作用。

(三) 社会层面：患者的认知功能未见明显受损，但是她的情绪不佳，因为老伴刚过世，你们儿女不在身边。患者不一定非要跟你住在一起，**需要询问患者本人喜欢和子女同住，还是更喜欢自己独立活动。不能光凭假设而单方面安排患者的老年生活方式。**有的老人觉得儿女烦，生活习惯不一致，在一起居住反而增加她的负担。有的老人喜欢参加一些夕阳



红的旅行团，有的老人觉得子女是她的小棉袄而喜欢和子女同住，每个人的好恶不同。需要让患者和医生沟通，因为她有时不好意思直接和你说，老人经常有自己长期养成的生活习惯。她原来是会计师，一辈子干事认认真真，有可能看不惯你们儿女散漫的生活方式。总之，需要尊重他们，去适应他们，千万别好心办坏事。

医生再次以自己母亲的**举例**，有时老人喜欢自己一个人去旅行，只需要儿女接送机，因为生活方式本来不一样，老人也会嫌儿女烦，。只要老人能定期汇报行程、确保安全就好。以美国养老院为例，有一位男性的老人住了三个月后坚决不回家了，因为谈恋爱了（**编者注：通过举例子来向患者及家属展示更积极的老年生活方式，把谈话引向“正性”。通过老人谈恋爱的例子来引导患者打开脑洞，提供多项选择，把握最后时光、享受生活。老伴去世了，剩下的时光可按照自己的意愿来生活**）。

提问环节

问题一：患者是否需要调整降血糖的药物方案？

钟丽萍医生：是的。因为她有时候出现低血糖的情况，可以考虑降低她的胰岛素。监测血糖1-2周，找到血糖变化的规律，这样就可以调整她的胰岛素。她服用磺脲类药物，又注射了胰岛素，所以她出现低血糖的可能性比较大，胰岛素和磺脲类本身让她增加体重，所以难以成功减肥，需要调整药物方案。二甲双胍的商品药比普药的副作用更小，因为商品药的制作更加精细，惨杂物少。

问题二：是否需要用药改善睡眠？

张道龙医生：因为她是会计师，有容易焦虑的背景，突然老伴又过世，她有情绪上的问题。因为一个人刚死，她首先想到自己也快死了，所以她焦虑特别重。短时间让她自然调节太慢了，已经70多岁了，万一下个月死了，等于一个月好日子都没过人就过世了。如果与老伴感情深，许多人在配偶过世后的半年内也将过世，所以需要尽快调整情绪。使用加巴喷丁、普瑞巴林，又解决她神经敏感的问题、又解决焦虑的问题，又解决睡眠的问题，又解决疼痛的问题，何乐而不为，没什么太大副作用。生命的质量大于生命的数量，所以此时你不能保守，得让她尽量舒适。这就是为何用药一定要个体化，我们要有非常好的人文精神。

问题三：该患者若使用褪黑素药物助眠，效果如何？



张道龙医生：一般没有用。褪黑素一般运用于时相障碍，比如值夜班或出差。对该患者来说效果太弱了，褪黑素不治疗焦虑，该患者与焦虑及哀伤有关。

编者对本案例的总结

本案例中的老年女性患者，具有多种常见的老年慢性疾病，并且疼痛非常明显。需要有一位全科医生整体把握病情、调整内科用药，在治疗躯体疾病的同时，也要注重患者的生活质量，减轻疼痛，减少痛苦。另外，该患者原本就容易焦虑和较真，在刺激源“老伴去世”的影响下，焦虑情绪更加重。深层的原因：一方面是思念故人，一方面是出现了“死亡焦虑”。所以该患者精神和心理上的调整尤为重要，使用普瑞巴林治疗焦虑、疼痛及失眠。在认知调整上，让患者认识到已经达到了预期寿命，不再过度纠结疾病，从心态上放松下来。社会层面的干预是需要尊重老人自己的意愿，而不是由子女凭空揣测。通过举例子，打开患者的脑洞，看到更有意义的老年生活的可能性。本案例完美向我们展示了“医疗之家”全科-精神科联合会诊的重要性，从更人文的基于生物-心理-社会的思路来关爱我们的患者，才是医生的价值所在。



科普知识

在本期全科案例中，两位医生提出可以给这位焦虑、受疼痛和失眠困扰的老年女性以普瑞巴林治疗。普瑞巴林是属于一种新型抗癫痫药物，是否也可以用于焦虑和疼痛？请看本期的全科科普，为大家介绍新型抗癫痫药物的新临床适应症。

新型抗癫痫药物的精神科临床应用

责编 | 肖 茜 医生

1. 加巴喷丁和普瑞巴林

加巴喷丁(Neurontin)于1994年在美国上市，先是作为治疗局部癫痫的辅助用药。在动物模型中，加巴喷丁和其他的抗惊厥药一样，有降低焦虑的作用，也被探索用于治疗双相障碍。加巴喷丁的作用机制曾经被认为是通过增加脑内的GABA浓度，是通过怎样的途径完成GABA浓度的升高仍不清楚。加巴喷丁影响钙通道在抗惊厥和镇痛方面是重要的。加巴喷丁及其化学近亲普瑞巴林，在治疗焦虑方面比治疗心境方面更乐观。普瑞巴林和加巴喷丁已知在脑内和脊髓内与电压控制的钙通道的亚单位结合，其结果是在去极化的时候减少钙离子流入到神经元，从而减少神经元的神经递质释放。普瑞巴林被批准治疗癫痫、纤维肌肉痛和神经痛，并正在考虑用于治疗广泛性焦虑障碍（GAD）。此项研究显示普瑞巴林治疗GAD疗效显著，普瑞巴林最后有望被批准为焦虑的治疗药物。

普瑞巴林的优点是能够更精确地吸收，因此血药浓度优于加巴喷丁。

(1)临床适应症

如同所有的除了双丙戊酸钠和拉莫三嗪以外的抗惊厥药在精神科的使用，FDA只批准加巴喷丁和普瑞巴林作为复杂部分癫痫的辅助用药，这两种药物都被用于治疗疼痛，普瑞巴林是治疗纤维肌痛的首选药物，两种药物都被证明在治疗神经痛方面有效。

加巴喷丁一经上市，被报告可用于多种精神或非精神的疾病。大部分关于加巴喷丁在精神障碍方面的研究在过去的7年间集中于双相障碍的治疗。加巴喷丁温和的副作用和药物相互作用的概貌使其成为其他心境稳定剂的诱人的替代药物。然而大部分关于加巴喷丁在双相障碍治疗方面的资料是轶事性的，更严格的研究表明加巴喷丁仅有中度的心境稳定剂效应。研究显示，加巴喷丁（典型剂量是900~2700毫克/天）可以帮助双相抑郁、混合状态、躁狂及轻躁狂。不幸的是，在更精确的加巴喷丁作为添加剂加入锂盐和丙戊酸钠的对照实验中，研究者发现加巴喷丁不比安慰剂更有效。



迄今为止的加巴喷丁的研究中可以得出结论，它的心境稳定剂作用是中度甚至忽略不计的。加巴喷丁可能对双相障碍的抑郁和躁狂相有一些帮助，其耐受性良好。然而，使用加巴喷丁治疗躁狂或快速循环型看起来是不合理的。

和加巴喷丁一样，支持普瑞巴林治疗双相障碍的证据大部分局限于小样本的开放标签的研究以及案例报告。普瑞巴林也可能帮助诸如阿立哌唑类药物所致的静坐不能。

加巴喷丁治疗焦虑的作用可能比治疗双相的作用大。案例报告与双盲研究支持加巴喷丁治疗焦虑障碍，特别是社交恐怖症和惊恐障碍。在治疗社交恐怖症对抗抑郁药仅有部分反应的患者中，加巴喷丁被证明作为添加剂也是有帮助的。

普瑞巴林剂量在150-600毫克/天时，在治疗GAD方面与苯二氮卓类相同有效却没有依赖的风险。特别是在治疗GAD时作为SSRI的辅助用药特别有帮助。在对SSRI单药治疗无效的GAD患者中使用普瑞巴林150~300毫克/天治疗。根据轶事性经验，普瑞巴林比加巴喷丁在治疗GAD方面更有效，但是没有对比研究。

另一项加巴喷丁对精神障碍的使用是治疗神经阻滞剂所致的运动障碍。有研究报道迟发性运动障碍的伴有不同心境障碍的患者中，在服用加巴喷丁超过900毫克/天后有好转。在加用加巴喷丁后，眼睑痉挛和下颌运动障碍也得以缓解。

最后，小样本的系列研究表明，加巴喷丁可能帮助减轻可卡因和酗酒的戒断症状。近年来研究报告使用900~1800毫克/天的加巴喷丁时在降低酒精摄入量方面有效。超过900毫克/天，剂量越大越有效。加巴喷丁对大麻滥用也有效。

加巴喷丁和普瑞巴林现在通常用于治疗神经痛的疾病。大量研究证明，加巴喷丁在改善三叉神经痛、疱疹后神经痛和糖尿病神经痛方面有效。也有人认为加巴喷丁在预防偏头痛方面有帮助。2007年普瑞巴林作为第一种治疗纤维肌痛的药物被批准，普瑞巴林在纤维肌痛患者中的研究表明，药能够改善疼痛、睡眠和焦虑，但不能改善抑郁心境。

(2)副作用

加巴喷丁和普瑞巴林通常耐受性良好。最常见的加巴喷丁和普瑞巴林的副作用是嗜睡和头晕以至于停药。这些症状可通过在晚间使用高比例的用量来解决。

加巴喷丁和普瑞巴林其他可能的副作用包括共济失调、震颤、恶心、复视和头痛。普瑞巴林可能比加巴喷丁更易导致体重增加。我们的经验是副作用和剂量相关，是轻度的和可控的。如果可能，在停药之前可以先尝试减低剂量。头痛经常对非甾体类抗炎药有效，经常随着时间而改善。患者使用加巴喷丁时可能体重增加，但明显比大多数潜在的心境稳定剂轻微。



性功能方面的副作用不常见。

加巴喷丁和普瑞巴林都不是从肝脏代谢，排除时很大程度上并没有改变。因此，这两种药物仍然能够在有严重肝病的患者中使用。没有单用加巴喷丁或普瑞巴林自杀成功的报告。药物过量时除了昏睡以外一般没有特殊的副作用。

(3)药物相互作用

加巴喷丁或普瑞巴林没有明显的严重的药物相互作用。加巴喷丁或普瑞巴林不抑制细胞色素P450酶，也不改变锂盐或其他抗惊厥药的药代动力学。抗酸剂可以减低加巴喷丁和普瑞巴林约20%的生物利用率，因此抗酸药不能与加巴喷丁同用。酒精和其他CNS抑制剂与加巴喷丁和普瑞巴林合用时，理论上能够增加嗜睡和认知困难。

(4)孕期用药

加巴喷丁和普瑞巴林是C类药物，它们在孕期的致畸效应没有被充分研究。在老鼠暴露于比人类使用剂量更大的剂量时，加巴喷丁可抑制胎鼠的骨化。神经管缺陷不常见。像所有抗惊厥药一样，加巴喷丁停药的风险与孕期持续用药的未知风险需要综合考量。如果可能，在怀孕前或怀孕的头三个月停用加巴喷丁。直到我们有额外的孕期使用此药的安全性的资料。

(5)剂量与用法

加巴喷丁一般在晚间服用300毫克起始。如果耐受，次日剂量可增加到300毫克每日2次。对一些焦虑的患者，我们从300毫克每日2次或3次开始。如果患者抱怨嗜睡或头晕。大部分物可在晚间一次性给，最大剂量1200毫克。一次用药大于1200毫克的，一般吸收不好。为达到最大的依从性，我们建议继续每日2次给药直到1200毫克每日2次。之后，每日3次给药直至3600毫克 / 天。一些患者在900—2400毫克 / 天时反应良好。对于治疗疼痛的患者，剂量可一直加大到3600毫克 / 天。

普瑞巴林一般从75毫克每日2次起始，剂量最大可以达到450毫克 / 天分次服用（每日2次或3次）。一周以后，剂量可以增加150毫克每日2次。目标剂量是300 ~ 450毫克 / 天，治疗GAD与治疗癫痫和纤维肌肉痛的剂量相同。研究表明剂量达到600毫克 / 天时并不比低剂量更有效。有疱疹后神经痛和糖尿病神经痛的患者，经常受益于150 ~ 300毫克 / 天。

2. 托吡酯

托吡酯在1998年被FDA批准，在所有的心境稳定剂中，它有一种独特性，使用此药的20% ~ 50%患者体重不升反降。前期的报告显示，托吡酯作为双相障碍、环性心境障碍和

分裂情感性障碍的辅助用药，有心境稳定作用。不幸的是，在4项双盲研究中没有一个显示出托吡酯在治疗躁狂、混合状态或双相障碍的任何方面有作用。开放实验和案例报告都显示，在标准的心境稳定剂中，加用托吡酯可能帮助快速循环型以及双相障碍共病酒精滥用和攻击行为的患者。托吡酯也可能帮助那些独立于双相障碍的物质滥用问题。

也许，托吡酯在目前的临床实践中，最常作为厌食剂使用，以减轻心境稳定剂如奥氮平所致的体重增加。在一项前瞻性研究中，在奥氮平中加用托吡酯一年，看似可以减轻奥氮平所致的体重增加。另一项对照研究表明，有双相障碍同时有暴食障碍的患者会受益于在锂盐中加入托吡酯。托吡酯也可以减少在儿童和青少年中锂盐所致的体重增加。即使在非精神病的患者中，托吡酯也可以在许多患者中引起体重减轻。根据我们的经验，50毫克/天经常是托吡酯帮助体重减轻的最佳剂量。

托吡酯最常见的副作用是嗜睡、感觉异常、眩晕、视力问题、厌食和认知问题。认知副作用最为麻烦，一些患者报告有迟钝和记忆问题。这些问题一般出现在剂量超过100毫克/天时，但我们曾在老年患者中发现即使剂量减到25毫克/天时也可能出现。此药的副作用在停药后消失。托吡酯的停用大部分继发于精神运动迟缓、记忆问题、疲劳和镇静。托吡酯有增加肾脏结石的风险，特别是患者在生酮饮食和（或）服用碳酸酐酶抑制剂时。患者需要大量饮水。

高氯的代谢性酸中毒是我们尚未观察到的理论上的副作用。出现此类状况的风险会由于同时服用碳酸酐酶抑制剂（如乙酰唑胺）、肾脏疾病和腹泻等状况而增加。建议在托吡酯使用期间监测血清中的碳酸盐。

与托吡酯相互作用的药物包括卡马西平和丙戊酸钠，它们分别降低50%和15%的托吡酯血液浓度。反之，托吡酯可以降低15%的丙戊酸钠血液浓度，酒精看似可以增加与托吡酯有关的嗜睡和共济失调。

托吡酯通常从12.5~25毫克/天的剂量起始，剂量一般每周增加25毫克。根据轶事性经验，剂量低至50毫克/天添加到标准的心境稳定剂或奥氮平中，可以抵抗与这些药物有关的体重增加。我们发现，使用50~150毫克/天是一个有帮助的策略。对于心境效应平均剂量是100~200毫克/天，分次服用。托吡酯的通常最大剂量是400毫克/天。

3. 奥卡西平

奥卡西平(Trileptal)的化学结构与卡马西平相关，于2000年进入美国。奥卡西平在欧洲使用多年，20世纪80年代就用于治疗双相障碍。然而研究其治疗双相障碍的有效性的试验



却不多。在儿童双相的对照研究中并未发现奥卡西平特别有效。一些小样本的研究和案例报告表明，奥卡西平作为添加剂治疗急性躁狂及双相障碍的其他问题有效。奥卡西平随机对照试验加入锂盐与加入丙戊酸钠一样有效，且比卡马西平的耐受性更好。然而，有限的安慰剂对照研究没有确认奥卡西平在治疗双相障碍上的有效性。我们使用奥卡西平治疗那些不能耐受卡马西平的或担心会出现药物相互作用的双相患者。和卡马西平一样，我们有使用奥卡西平治疗激越。

奥卡西平与它的化学类似物卡马西平相比，主要优势是它能够更好地被耐受不会诱导自我代谢，且药物相互作用较少。重要的是，奥卡西平不会显著诱导血液改变，例如再生障碍性贫血等，这个问题在卡马西平中偶有报告。然而，也有一例报告与奥卡西平相关的中性粒细胞减少症。

奥卡西平与卡马西平相比是一个轻度的细胞色素3A3/4酶的诱导剂。然而，奥卡西平可以降低口服避孕药的效应，并降低丙戊酸钠、苯妥英钠以及其他药物的血清浓度。因此，非常重要的一点是，建议服用口服避孕药的患者要服用高效的避孕药，或除了口服药以外还要辅以屏障避孕法。

奥卡西平通常以300毫克每日两次起始，剂量逐渐加大到2400毫克/天。在奥卡西平治疗双相的临床研究中，大部分研究使用的平均剂量是600~1200毫克/天。我们的经验是治疗精神障碍所需的奥卡西平的剂量比卡马西平高50%。一个与奥卡西平和卡马西平有关的研究药物即艾司利卡西平可能在治疗双相障碍中也有效。

参考书籍

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, 2018:236-242.



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
- 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

