

第 102 期

2019年6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

领跑与致敬

六月初至，晨间华佑的园子里伴着昨夜的雨水，氤氲着些许湿气。鸟啼不绝于耳，坐在一片凉爽里回想过去的二十多天中，美利华按计划完成了多项大事记：

上海年会，北京集训，绵阳讲学，学员赴美游学，SAP 高考志愿早知道公益活动.....时光流水总无言，满载着星辉的畅快还未散去，洋洋洒洒红红火火顺顺利利的我们已经驶入“绿树阴浓夏日长”的六月。

在这片世外桃园里，万物浸润在悠然的自然环境当中，缓慢而坚韧的生长。院子里有几棵挂满了果子的杏树，外形并不高大，树枝亦不张扬，静静地弯下枝条稳稳地承托住满树的果实。回想我们在年会上看到群星闪耀的专家团队，当我们抱着各种心情求签名、求合影，用各自不一的语言水平请求答疑解惑时，他们也都同样用谦和与耐心满足我们的亲近之心。所谓桃李无言下自成蹊，大约就是这个景象吧.....

传统的六月，属于儿童，属于父亲，属于学子，属于龙舟粽叶，更属于灿黄的麦香；美利华的六月，是学期终月更是在将感恩与传承一脉相连，不断向未来积累新的能量。

曾有人说：成功，是出了名、挣了钱，被一些俗人羡慕；成事，是把事儿做完，有头有尾，且保证质量。事实证明在美利华：

功成不为名，名名出名。

成事不是事，事事成。





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例分裂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

【全科医学】 21

维持治疗的“天平”——一例心律失常、高血压合并C类人格特质患者的临床会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

【心理学人】 26

C类人格障碍的分型和临床特点

【心理学人】 32

2019, 我的双城计



精神医学临床访谈

DSM-5分裂型人格障碍中关于发展与病程部分中这样写道：分裂型人格障碍的病程相对稳定，只有小部分人会发展成为精神分裂症或其他精神病性障碍。分裂型人格障碍可能首先在儿童和青少年期表现出孤僻、不良的伙伴关系、社交焦虑、学业不佳、高度敏感、独特的思维和和言语，以及古怪的幻想。这些孩子可能表现得“奇怪”或“古怪”并易遭受奚落。

一例分裂型人格特质的临床访谈

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	男性	年龄	13岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	初中	婚姻	未婚
病史提供者	本人及母亲	职业	初二在读	病史可靠性	可靠

主诉：“和同学冲突增多，老师要求其去看医生。”

现病史：患者从小表现出和同龄孩子的明显区别，不依恋主要抚养者，与亲人不亲，几乎不主动要求拥抱，家人拥抱会反感推开，也不会与家人分享、展示喜欢的物品。喜欢自己玩自己的，对其他小朋友不感兴趣，即使把他和其他孩子放在一起，也无法做互动性游戏，会自己独自找一个角落看书。3、4岁时就表现出说话多用书面化的语言，说话文绉绉的，并喜欢玩“华容道”、魔方等玩具，对常规孩子喜欢的玩具不感兴趣。父母很高兴，认为孩子是“神童”。喜欢撕纸，可以重复撕纸数小时。读小学后，对书籍更感兴趣，喜欢历史、地理、自然、菜谱等，成绩上等水平。仍不与同龄孩子玩耍，说话方式书面语多，但喜欢和成人交流，能向成年人讨教问题。有自言自语的现象，沉浸在自己想象的情境中，一下扮演A角色，一下扮演B角色。小学高年级后，因为无法理解别人的笑话、说话方式古怪，而引起同学的嘲笑。与同学冲突增多，通过大声喊叫来解决问题。患者凡事要自己拿主意，不愿听从指令指导，不能听到批评，老师及父母都顺着患者的情况居多。患者很少和父母讲述学校里面发生的事情。会要求自己的衣服领口的扣子一定要扣上，拒绝穿短裤，要求父亲一定要穿着上衣。



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



近2年升入初中后与同学冲突明显加剧，发展到每个学期激烈冲突3-4次，同学们说患者是“神经病”。觉得同学们太无趣、无聊，太LOW了，觉得同学们不能理解自己、难以沟通。自己像一个孤独的“金字塔”，认为同学们会好奇，忌惮自己。有一些奇怪的举动：不盖“毛巾被”，因为不清楚这个东西到底是“毛巾”还是“被子”。成绩由30/1000下降至100/1000名。开始逐渐怀疑人跟着自己，不信任别人，特别是空旷的地方，要回头看看才能放心。有时听错了同学的话，会上前质问是否在说自己坏话。看到窗帘会感到里面有一些不合理、不真实的东西，但仔细看又没有。觉得自己有一种“直觉”，一眼能确定对方是怎么样的人。脑子里能“接收”到一些信息，但觉得是自己的直觉，而非外力加入大脑。看到学校拍摄的照片因为受不了自己在笑，而一定要求重照，会跪在地上请求老师。近期因和同学动手打架、称要炸死同学而被老师建议去看精神科。父母带其去心理咨询，未诊断明显异常，予以沙盘治疗一次。

初诊现场情况：无法深入沟通具体的感受、交流停留在抽象的表面，患者反映很难表达自己，难以组织语言。疑心重，进到诊室便四处张望，怀疑后面有人在看，因电视机里反射有人影而下座位查看设备。查看后就放心下来。否认幻觉、被害妄想

既往史：患者5岁时患有“过敏性紫癜”，治疗后未复发。

个人史：母亲孕期前3个月感染“风疹”病毒。因羊水不足，足月行剖腹产，出生后Apgar评分10分。10个月时能说话，1岁半母亲要去工作时，会说出“都是为了生活啊”。不愿与父母亲近，与家人交流少。2岁时血铅含量处于正常上限值，予以排铅治疗后追踪血铅含量恢复正常水平。前5岁都由外公外婆抚养，父母1周来看他一次，5岁后才回到父母身边。

家族史：父亲和母亲都为高中老师，分别教音乐和美术。母亲对其要求高一些，脾气稍急躁。外公有洁癖，有收集很多废品不舍得丢弃的情况。否认两系三代内精神病史。

体格检查：未见明显异常。

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：语量少，多问少答，说找不到合适语言回答。

情感活动：显焦虑，警惕。

思维活动：疑心重，有明显思维逻辑障碍。

感知觉：正常。

注意力：集中。





智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

【病历小结及概念化】

患者为13岁青少年男性，因“和同学冲突增多，老师要求其去看医生”来访。患者母亲怀孕前3个月期间，出现“风疹”感染，这是患者生长发育中的高危因素。患者的发育过程中出现了一系列超常及异常表现：超常部分如说话早，书面语言多，喜欢有难度的智力游戏，成绩优异等；另一方面又有对同龄孩子感兴趣少，有反复撕纸等重复刻板的行为，对衣着有特殊的穿着要求，理解不了常规概念等异常问题。自从小学高年级以来，社会功能明显受损，与同学冲突多，有攻击行为，在老师要求下就诊。近2年来，患者还出现了一些精神病性“阈下”的症状，如疑心加重和一些古怪的感知觉异常，求诊时具有一定现实感，未达到幻觉、妄想的程度。初步判断患者已经达到了分裂型人格特质的诊断标准。需要警惕患者未来发展为精神分裂症的可能。

初步诊断：分裂型人格特质

治疗计划：

- 1.生物：鼓励患者多运动。可暂不使用抗精神病的药物！先进行行为治疗治疗后患者精神病性症状突显，再考虑使用利培酮。
- 2、心理治疗：建议认知行为治疗为主。对有疑心的情况进行讨论分析，讨论存在的其他可能性。进行正念练习。
- 3、社会：帮助患者做未来学业、职业的规划。训练社交技能，减轻人际压力。

主诊医师：肖茜

2018-08-06

【访谈实录】

1. Z 医生：请讲讲你的困扰吧。
2. 来访者 1：这个问题我想是不是已经告诉您了？
3. Z 医生：对的。我听医生给我简报了一下你的情况，但我想听听你自己的这个看法，你认为自己有问题吗？
4. 来访者 1：我自己的看法吧.....

- 1.询问患者本人的主诉。
- 2.反问的语气中带有某种情绪？
- 3.有耐心的解释并带有关切的表达出想要了解对方的愿望。
- 4.犹豫不决。



5. Z 医生：对。问你更具体的。就第一个，你怎么看待你经常跟同学冲突这件事？
6. 来访者 1：这个问题我觉得.....如果说根本没有共同的话题,冲突是很自然的事吧？
7. Z 医生：哦。你认为跟同学冲突是因为没有话题，那没有话题可以不说呀，怎么能够打起来？按老师的说法让你来做一下鉴定，看看病，好像你跟同学打起来，老师认为是你有点问题。他为什么会认为你有问题？
8. 来访者 1：大约是，他可能认为别人没有敌意的时候，我已经**先把敌意给理解**出来了。
9. Z 医生：哦。你认为你有这能力吗？把别人的敌意给**逼出来**？
10. 来访者 1：不是。不是，我的意思是，我有的时候看到别人，我可以从他身上**感受到**一种敌意，当然不是所有时候。
11. Z 医生：哦。那你教我一下，我还想学这些技能，怎么能看出一个人有没有敌意？
12. 来访者 1：在某些时候就是突然就感觉。
13. Z 医生：哦。比如说现在你看看你面前的医生有敌意吗？
14. 来访者 1：没有。
15. Z 医生：哦。看看我有没有敌意？
16. 来访者 1：目前是没有。
17. Z 医生：目前是没有。那我听说昨天你到我们的诊室里来，还看一看设备，看一看有没有人藏着，感到不安全，有这种感觉吗？
18. 来访者 1：就是昨天吧，电视屏幕是黑的，结果看着我这个位置好像有个什么东西，好像是这样，所以我看。

- 5、把问题更加具体化。
- 6、来访者的解释：
没有话题=起冲突。
- 7、建设性对峙：普通来说并不会因为没有话题而冲突，换个视角看待问题——老师会怎么看待的这个行为（**导致人际关系缺陷是谁的主诉？**）
- 8、“我能看到别人看不到的敌意。” **神奇的“第六感”**
- 9、澄清：是感受到对方还是自己在激怒对方？
- 10、**古怪信念或魔幻思维**
- 11、以非知的心态“求教”，即带有幽默感而又不冒犯对方。
- 12、**不寻常的感知觉体验。**
- 13、澄清：来了解患者是否具备现实感。
- 15、澄清现实感，评估风险。
- 17、相信+确信，并不只被症状带走，而是去了解来访者行为背后的感受、情绪、思考等。



19. Z 医生：哦。今天呢？
20. 来访者 1：今天现在没有啊。
21. Z 医生：哦，那挺好。那我现在还想听听妈妈说说情况。
(请妈妈进来坐在旁边)。你这小孩说，他之所以起冲突，是因为他经常能看到别人的敌意，发生冲突，老师认为他有问题了。另外我们昨天观察到，他认为这房间里不安全，需要去确认或者检查，不过今天他感觉还好。我想问一下，你认为这小孩有什么问题？为什么带他来看病？
22. 来访者 2：因为我觉得孩子现在不是很快乐，他小时候是特别愿意笑的，然后是很机灵的一个孩子，眼睛都是亮亮的，然后也每天唧唧喳喳其实挺愿意说话的，但是自打上了初中之后，一点一点的很少和我们交流，然后我会和从老师偶尔的交流，或者同学的偶尔的交流当中知道他会和同学发生冲突，或者在学校发生一些事情。所以我觉得孩子不太快乐，我希望孩子能够快乐健康。
23. Z 医生：哦。对的。现在他经常怀疑别人有敌意，怀疑别人做一些事好像针对他，你在家看到这现象了吗？怀疑邻居、怀疑周围有没有人跟踪这类的？
24. 来访者 2：那倒没有，因为我们在家，我们和邻居什么交流的也不是特别多，但是孩子会有什么问题？比如说，说一个事，或者说一句话，他就是可能，比如说开玩笑的一句话或者怎么样，他总是引申到很深，就是你不是这个意思，我们看来就是简单的一句话，但是他会看到的是另一个角度，他会这样。
25. Z 医生：哦，会是这样的？
26. 来访者 2：嗯。
27. Z 医生：好，那这是一个现象。第二个就是他出现跟周围的人关系就是不如小的时候容易合群，现在有点不太合群是吧？

21、确认监护人怎么看待来访者的表现。了解家庭的困扰和主诉。

22、母亲此时反应的担心不是儿子“怪异”表现，不是精神症状，而是“快乐”这样的情绪。

设问：这反应出家长什么样的心态？

23、接纳家长的同时，继续澄清关键点——孩子有没有多疑的表现？

24、字面上予以否认。但同时说到“引申理解别人的话意”，“思路有不同于常人的角度”——这是患者/患者家属的解释。

27、对于病情发展过程的核实。



28. 来访者 2：他小时候他和同学关系也都一般，从我这个角度看，我作为妈妈来看他自己玩会更快乐，然后所以就是小时候和同学也会多少有冲突，但是还好，但是现在可能是冲突比较明显一些。我是这么看的。
29. Z 医生：对。他有朋友吗？
30. 来访者 2：他很少和我们提学校的事。
31. Z 医生：不是，就在你家里周围，比如在小的时候，在幼儿园里有请小朋友，家里一起出去玩，也跟别人在一起。
32. 来访者 2：有，小时候我们会经常性的会组织同学到我家，小朋友到我家来玩，或者我们跟小朋友一块出去玩。
33. Z 医生：他没问题是吧？
34. 来访者 2：对，没有问题。
35. Z 医生：他什么时候开始不愿意交朋友，或者是跟人家冲突的？
36. 来访者 2：应该是最近吧，就是从初二之后吧。
37. Z 医生：哦。他现在初几？
38. 来访者 2：对。他刚刚上完初二，该开学到初三了。
39. Z 医生：刚上完要初三了？
40. 来访者 2：对对。
41. Z 医生：好，那大致是这样。所以你想了解一下这小孩得的是什么病？以后得怎么治疗，是这样的吧？
42. 来访者 2：是的。我希望能够寻求帮助，知道我们怎么能让小孩快乐健康的成长，能把他自己的优势发挥出来，然后至少要让他是快乐的、健康的就好。
43. Z 医生：对的。你这个孩子现在还没有达到诊断标准，目前看来属于阈下症状，我们叫分裂型人格特质，分裂型人格特质的意思就是如果不治疗，慢慢就可能变成精神分裂症这类的病了，现在暂时不是。早诊断早治疗可能还好，快不快乐那件事都已经是次要的了。这个病不干预之后就

- 28、妈妈看到的情况是：“幼年尚可，现在冲突更多。”
- 29、相信+确信。询问人际关系如何。
- 30、给出模糊信息。
- 31、用更具体化的内容来进行鉴别。
- 32、反应出一个事实：“自发的交友行为少，但是也能够适应安排”。
- 35、澄清：人际关系是一直如此？还是发生着某些变化？
- 36、确认是有变化。
- 37、小时候问题少，越大问题越多的情况浮出水面。
- 41、鉴别诊断完毕，进入概念化整理及反馈阶段。再次确认主诉。
- 42、全是与“病”无关的期待。主题是快乐、健康、优势。
- 43、诊断：分裂型人格特质。



会很麻烦。有这么几条支持诊断，第一个就是说你们家里父母都属于搞艺术的人，这都属于脑内多巴胺高的，这个小孩现在你能看出他走向多疑，有不安全感，刚才跟我说话的时候就是总是怀疑对方有敌意，每句话都想跟你反驳，就像你说的他都觉得你有深层的意思有这种东西。

44. 来访者 2：对。

45. Z 医生：这些东西都是精神分裂症的阈下症状，所以这都是非常不好的一个表现。但是他还没有到发病年龄，还不算严重。第二个，为什么说他是分裂型人格特质，意思就是说，人格的意思就是跟人不合群，他不是自闭症这类的病。自闭的孩子通常是小时候不合群，长大经过训练慢慢会好转，而咱们的孩子是小时候还可以，长大不行。也不像自闭症儿童智力会受损，受你们的遗传他智力比较正常。所以更像精神分裂症谱系障碍这样的病，但是现在是个阈下症状，还没达到诊断标准，如果不治疗的话，未来就变成精神分裂症谱系障碍这样的病了。现在是最轻的一种，所以咱们得去治疗他。这个病最大的特点就是行为古怪，要求古怪，刻板，比如要求爸爸穿衣服不能穿短裤，这些要求都不是一个孩子应该关心的事，得有人去帮他做治疗。首先要多做点运动，然后心理咨询方面得找医生慢慢来调整他的认知，说：“你知道吗？你怀疑别人有恶意，万一别人没有呢？你这样说别人会接受不了。那我们能不能换个方式去确认，比如问问妈妈，我总觉得那个人有恶意，你觉不觉得到他有恶意？”还可以去跟咨询师、跟老师去说，而不是直接跟人家采取冲撞的方式来应对。那么，这种方法就是“认知行为疗法”。社会方面可以减少跟别人的互动，因为他不信任别人，不能合群嘛。如果病不再加重了，就这样，暂时还不需要用药，但是如果比这个再进一步，就是冲突更多了，没法上学了，然后

43、有遗传方面的风险，行为表现中有“多疑、猜疑和偏执观念”。

44、母亲并未否认。

45、把人际关系中遇到的问题与自闭症相鉴别，向患者的母亲进行说明。

生物+心理方面的调整办法。



到处都觉得不安全，甚至吃饭也怀疑别人下毒了，假如出现这种症状或者是听到声音了等等，那可能比这再重点点就得需要吃抗多巴胺的药物了。现在他没有达到诊断标准是好事，目前感觉就是有点行为古怪，还没有达到病。父母都是老师，又相信科学早看早观察他，就能够有效防止他最后变成病。这个病如果是治疗得好，能接近和正常人一样，另外不影响智力，脑子还会好使。这是好事，坏事是多巴胺太多了人就变成异常，变成多疑、妄想了，现在已经接近这之间了，变来变去的，这是为什么他会有这些表现。在他看来做的这些事好像都不古怪，在老师、在同学的家长眼里就觉得“咋这么怪？”那些情绪的变化是继发的，更主要的是说他本身这些表现是一个相对比较奇怪的，符合这类病的特点，所以我们得盯着他，现在病得不重，但是往这方向发展了，就是最早要阻断他，后面才会好。诊断是这个病，治疗就是生物心理社会，大致是这样的。他好像有什么问题要问吗？

46. 来访者 1：您能否阐释一下病因？

47. Z 医生：病因就是脑内多巴胺系统比较活跃，这类的人都聪明，但是多巴胺多到一定的时候就使人变得多疑了。有部电影叫《美丽心灵》。《美丽心灵》的男主角纳什头脑非常聪明，但是他总怀疑别人害他，总怀疑半夜有人来抓他，最后他就精神上出问题了，可这个人是个数学家，还得了诺贝尔奖。这类人都是多巴胺系统比较活跃，人比较聪明，但是也很怪，不合群，在搞艺术的人群中常见。我们常说“天才跟疯子就是差一线之间”，说的就是这个意思，越聪明的小孩越容易跟大家不一样，好处就是脑子比较好使，坏处就是控制的不好就会出问题，和大家也不能相处了，别人会觉得你怪，觉得你不正常，甚至有的人会用这种话来形容你，叫“神经病”，所以我们得帮他。有

药物治疗的时机：观察进展，及时防止恶化。

46、男孩本身对于病因的询问。

47、举例说明。



部分天分的小孩，在正常的范围之内怎么别去跟别人总闹矛盾，这样清楚吗？

48. 来访者 1：那我这算是因福得祸，还是因祸得福？（流泪）
49. Z 医生：两个都有，看控制的范围了。多巴胺多是让人聪明的，但一味任它发展下去，就变成怪孩子、变成“神经病”了，这不正常。可是另一方面要是个完全正常的人，却没有艺术天赋，甚至还特别笨，什么也做不成，就未必是你期待的了。所以这两者之间不能走极端，既不能多巴胺太少，也不能太多，**控制在中间的状态最好**。你现在就往偏多的方向去了，但好在还年轻，没有发病，所以我们得关注病情，让你别再加重。如果现在这状态，再高一个数量级，就得药物治疗了，否则容易失控。你的聪明才智放到读书上，而不是跟人辩论或怀疑别人，不然大家就不愿意做你的老师，不愿意做你的同学朋友，是因为你总怀疑别人有敌意。你还特别能辩论，讲这些逻辑在你看来很有道理的，可普通人未必能理解。
50. 初访医生：我还想问妈妈一点，就是您昨天跟我们访谈时谈到儿子在三四岁的时候，是不太跟其他小朋友玩的，但是您刚才跟张医生描述时又说他小时候并没有这方面的问题，所以我想再核实一下当时的他到底是怎么样的表现。
51. 来访者 2：他小时候，如果说我们设计让幼儿园的同学来玩，尤其是有一个女孩，他们俩在一块玩得特别好，但是我们重新认识新的朋友的时候，再带来了一个男孩子，那个男孩子到我们家玩的时候，他就不和人家在一起了，就这样的。如果说一对一的，两个孩子，只限于和 XXX（具体的人名）出去的时候.....
52. 来访者 1：你能不能不用别人的汉语名字。
53. 来访者 2：好的好的。就是只有两个孩子在一起的话，他

48、男孩自身流露出悲伤的情绪，无声落泪。继续询问医生。

49、不是非黑即白的二选一思路，而是这两种偏向于任何一个极端都不算理想，因此，关键在“控制”。

50、初访医生的澄清。当访谈资料发生不一致时，意味着什么？

51、母亲关于细节的说明：不是完全没有交流，而是只能与特定的人，或者少数的人在一起游戏。

52、制止母亲说到朋友的姓名。说明患者的敏感，也说明能够换位思考到不冒犯他人。



会和人家玩，但是如果是3个以上的，玩一会之后他就不会和人家一起玩了，他就会自己独处了，是这样的。我可能昨天说得不太清楚。

54. Z 医生：说得非常清楚，这就是典型的人格问题的表现，没有达到标准的，而不是说你真的不喜欢人类了。那到时候我们会诊一下，完了再回去让初诊的医生给您反馈一下治疗方案。这样好吧？你还有别的问题要问吗？

55. 来访者 1：我还有一个问题就是，那您觉得我这个脑内多巴胺是怎么多出来的？

56. Z 医生：对。现在的学说有那么几种，第一个因为父母都很有才能，有艺术细胞，所谓的人有艺术细胞其实就是脑内多巴胺多的一个表现。第二个跟他出生时的孕产程有关系，妈妈怀孕时候说得过风疹感染，风疹感染可能会让胎儿受到感染而影响发育。当然这些都是假说，没人能跑到脑袋里能去看究竟是什么原因。从提供的病史来看看，说有过风疹感染，然后父母亲是双双搞艺术，孩子本身说起来话思维快，像个多巴胺多的人，所以综合来看像是这样几个因素所致的问题。目前看来说“人多了不能相处”，这恰恰是人格障碍的核心特征。不过现在你年纪还小，我们并不诊断人格障碍，到18岁才够上诊断标准。人格出现问题但它不影响智力，所以说咱们智力正常。目前更像是精神分裂症谱系障碍中最轻的那个阈下症状，还没有达到“疾病”的标准。这个时候早期干预阻止发病就有可能让孩子变得跟正常人一样，这样才安全。放任自流不干预的话，我们会担心多巴胺完全失控，多疑、被害妄想爆发出来，演变成真正的精神分裂症了，那就没法跟正常人一起相处了，所以我们得多关注。但不用太悲观，人群中经常有这样的人——比较聪明，能接受、配合治疗，父母又比较重视防治、相信科学。假如相信那些伪科学，比如没有什么科学根据的偏方乱治，就容

53、母亲的澄清反应了他只是不擅于，还并非完全不能处理人际关系。

54、接纳患者母亲的描述。

55、患者本人继续追问原因。

56、把当下对病因的考虑浅显易懂的讲给患者听。

第一与家族遗传有关，第二有过孕期感染，使大脑受到影响。第三，并没有是最终的结果，还是一个发展的过程当中，有许多方法可以扼制病程进展。

提醒患者及家属重视病情，科学干预。



易把小孩治坏了。清楚吧？咱们的目前的病情要相信西医，找西医看病，再说的直白一点。**不要信偏方**，不要信那些没有根据的这种方法，容易耽误事。

57. 来访者 2：好的，谢谢您。

【个案概念化】

第一我首先除外他是自闭症。因为自闭症是 2 岁左右就可以观察到病情，不到 6 岁基本 100%能诊断，而且一开始就非常重。这个小孩是上初中以后变重，听起来病理模式上不像。我们反复强调“看病要看病理模式”。

第二，自闭症会影响智力的多，这个小孩并不影响智力，而且还很聪明，更像是多巴胺多了。他现在成绩 1000 人里竟然能排前 100 名，假如是自闭症早就被甩到后边去了，自闭症只是数学特别好，或者是音乐特别好，某个东西特别好，其他全线都崩溃，但某一个方面某部分的大脑没受损。

第三，与一个小孩玩没事，多了不行，这是有人格障碍的表现。精神分裂症谱系所谓的阈下就是分裂型人格障碍。所谓分裂型是说总感觉他表现怪异，多疑，为了辩论而辩论，所以用“精神分裂症”能解释他所有的症状，只不过现在是阈下。

用自闭症能解释他小时候的一些刻板问题，但其他更多的部分不能解释，比如人际关系困扰当中与一、二个人能交往，只是人多了不行；不能解释他还天天跟人打架；不能解释智力方面 1000 个人里能排名前 100；同样不能解释小时候症状轻，长大了病情加重；不能解释他会疑心看桌子后面有没有东西这种感受；所以仅仅有 10%刻板能解释，剩下的 90%都解释不通，这明显不对。反过来，用分裂型人格来理解就都能够解释的通，所以这个明显是分裂型人格特质。如果他已经 18 岁了，那今天就诊断为分裂型人格障碍，目前没到 18 岁，所以先不诊断。但如果不治疗的话，很可能就发展成精神分裂症。治疗上要多运动，心理咨询用 CBT 来告诉他，慢慢得知道怎么调整。

另外刚才的访谈过程中说他多巴胺高，他反问你“那这是为什么？我这自闭症怎么回事？”一个自闭症的小孩是绝无可能的，而精神分裂症的人是绝对可能准备用自己的逻辑来理解他自己。感染病毒我们认为可能是跟疾病发生有关，自闭症没说是跟前三个月孕期有关，而是大脑皮层的问题，且还不知道确切与哪里有关，但精神分裂症有可能是大脑受感染，影响神经管的发育变成这样的，所以不能只看症状，这些情况综合来看，这个病人是精神分裂症谱系方面的问题。如果是我的小孩，已经基本上可以考虑给他用药物了。而他现在才 13 岁，也可以再等一下，等到十五六岁前再用药，阻断他多巴胺继续往上



升，否则最后就出问题，或者成绩继续往下滑，或者行为更加异常。当下不会用，是相对保守的观察，但大致得知道么时候开始用药，所以他现在是用药或不用药之间的状态。如果用药的话首选维思通之类的药物。

【现场讨论及答疑】

问题一：关于孤独症谱系障碍这一系列，是不是可以理解为他们与人交流的意愿比较少，而昨天这个男孩的困难小一些，与我们能坚持沟通一个多小时，因此还算正常？

督导解答：自闭症患者交流意愿少的这个理解是正确的。但我们不能用“困难”这种词来形容，因为会变成哲学式的讨论。看病不是哲学！自闭为什么叫自闭，是不想参与话题！兴趣狭窄，和外界都没什么关系，只想自己呆着。他妈妈说他小的时候如果是两个小朋友就还好，人多了不行，这不恰恰是人格障碍的特点吗？你们对母亲的质疑在于说昨天的信息中她有误导，可是除了关注自闭症相关的这些症状以外，人家说父母搞艺术情况你们考虑了吗？跟智力有关的问题你们考虑了吗？你们辩论“他是高功能自闭”，那自闭症的小孩没有意愿跟人家交往，而这个孩子又是小时候有朋友，又是和人打架，他至少是有交往啊。你们又辩论“自闭症小孩也可以父母学艺术”，那他多疑、怀疑安全这些事是不是可以理解为“自闭症的小孩也不见得觉得安全”，是为了除外而除外。你再倒过来想一想，说精神分裂症的人首先多巴胺多了，就不容易感到安全。多巴胺多的人很多都是搞艺术的人多，这个患者家里姥爷也不太正常，妈妈也有些脾气暴躁，胎儿期母体还有过风疹感染，这样去概括，当然就容易诊断分裂型人格特质。他那个所谓的自闭症社交困难，他能和一个人玩，三个人不行，一群人更不行；他喜欢张三，不喜欢李四；总爱跟人家打架，起冲突，怀疑别人“你有没有恶意？你是不是在说我？”总之，听起来用“自闭”理解都太主观，不管不顾就给他诊断这个病，只说因为初访的时候信息不对，被信息误导了，这是不对的。

问题二：患阿斯伯格的这些孩子，他跟人的交流，也是不感兴趣的吗？

督导解答：不是。他没有主动的意愿去跟人家交往，能不能不烦我？自闭不就是这么来的？就是你把自己跟外面的世界隔绝，所以你得多少有这种感觉，而不是主动说，我就是跟一个同学好，加入另一个孩子后不好。自闭一般不管高功能、低功能，主要感觉是跟这个世界脱离的，所以才叫自闭。假如整体表现不是自闭，而是怪——想法也怪、做法也



怪、行为也怪，那用精神分裂症谱系更容易理解。

问题三：像我们孤独谱系障碍，还特意标注了，有的人他是不会伴有智力功能受损的。这个患者有这种可能性吗？

督导解答：不是。自闭症的功能高，只是说他智力不损害就是高功能，大家总是糊涂这个，高功能的自闭症也还是自闭症。自闭症中所说的“智力不受损”只是说“不受损”，而不是优于普通人。这个病人现在病到这个程度了还能在年级 1000 名当中排在前 100 名，这是很不错的程度了，是普通人都要努力的水平。自闭症不能是智力水平高到这个程度，而有可能某处比如掌管音乐的部分没有受损，所以相对保留功能，而不会说是普遍的好。大脑皮层发育有问题，是结构性异常，所以它分到第一章。但是精神分裂症被认为是多巴胺这种神经递质的问题，容易产生的是思维障碍。初访中男孩说“不用毛巾被，因为不知道是毛巾，还是被子。”这怎么可能是自闭症？只有有思维障碍的人才有这样的疑问。这“毛巾被”不就是个形容嘛，意思是“毛巾做的当被子用”，这怎么能不理解呢？正常人能这样想问题吗？自闭症不是思维障碍，是大脑皮层没发育起来，是智力的问题，是不知道怎么跟人相处的问题，是没有兴趣的问题。

问题四：他的妈妈完全把他现在的问题理解为是性格、是青春期中的一些问题，所以其实不管是自闭症的解释，还是我们今天说的分裂型人格特质，她都有些受不了，心里似乎不愿意面对或接受。

督导解答：医生就是干这个工作的，不是总说好的。患者不想得病我就说你没病，患者觉得自己有病就有病。医生的职业决定了我们该用药就用药，不该用药就不用药。

问题五：用药方面我们能够理解到他从小到大都是个多巴胺旺盛的状态，现在人际关系也开始出现问题了，那现在有没有可能从最低剂量开始用药，让他感受到自己的变化，有这种可能性吗？

督导解答：那要看作为医生用药的思路激不激进了。刚才你们提问时谈到的正好是我犹豫用药时间的原因——因为当下家长都可能接受不了这个诊断，怎么就开上药了？再回去一查说这是抗精神分裂的药，并没有抗人格障碍、人格特质，那更不能接受了。建立治疗关系起始点很重要。让她知道比这再重一点就需要用药了，给她一个接受的时间，表明



你预测到了后面病情的发展。知道“我这小孩现在开始听到别人讲他坏话了”，人家一年前曾经告诉过我，小孩可能出现这个情况，那她可能就会回来找医生。建立治疗关系、建立信任关系再做处理，患者或者家属才会容易接受。我们不能超越病人的阶段，他本身不承认自己有病的时候，你给他药开了，他们也没有依从性。所以再观察 6 个月，病程已经都那么长了，再等等也恶化不到哪里去。家长是治疗系统的一部分，不可能抛开妈妈。看病，学看病，就是这个病人在这个条件下，在这个家庭中如何。何况他是未成年人，根本不存在“抛开家长”这个选项。

【小编手记】

如果说在我脱产培训的这一年里哪些案例印象深刻，那这个案例要位列前十了。

一则缘于来访者年纪之小——通常美利华团队都是以 18 岁以上成人为会诊对象进行案例筛选的，最小也会是 16 岁以上，往来访者年纪低于这两个级别的，疑难杂症指数就会很高，通常是家长苦于无解决良策而多次协商后才得以参加访谈。这个少年的案例即是如此。曾经，儿子是“神童”似的存在，早慧，语言能力强，学习成绩好，比起同龄小朋友好静不好动，玩的游戏都具有智力挑战性的……这些都是为人父母期待，且能够引以为傲的优点。然而，期间伴随着的“不寻常”却也越来越超乎家长所能理解与接纳的范围。男孩在校园生活中与同龄人之间的摩擦已经令人无法忽略，暴露出种种思维与行为上的异常，最终被班主任要求就医。这种“神童”与“神经”之间的巨大落差任凭是谁估计都不好接受。因此，即使在来之不易的会诊访谈当中，我们都能察觉到母亲或多或少、有些许避重就轻的态度，她甚至不愿意用“看病”，“解决问题”这样的字眼来描述此行的目的。似乎还想尽可能的想把情况向“好”的方面表达。可怜天下父母心，从前一天的初次访谈到第二天的会诊直播时，她内心惧怕却又不得不来面对现实的矛盾感呼之欲出。甚至使得初访医生被母亲这种躲闪的态度而影响，不得不在督导时再次进行面质（见对话之第 50 段），这样的局面在咱们的督导系统当中可以说是史无前例的。而恰恰正是这样的一些现象，使得督导医生更加清晰化了这个男孩的问题，包括后续用药时机的把握有了更具个体化的考量：

【澄清细节】：社交功能是原本就像自闭症儿童所表现出来的“低功能”？还是原本就具备一些交往能力，只是后来越来越差了（对话第 50-54 段）；

【来龙去脉】从病因，现状，未来可能的状况，到以后要注意的事项督导医生表达的



极为清晰，在直言相告的前提下，考虑如何使未成年的患者及家庭都更好的接受现实，留下观察的空间可谓思虑缜密（对话第 56 段的蓝字部分）

这个案例给我印象深刻的关键点之二在于对神经发育障碍中“自闭症”与“分裂型人格”之间的鉴别。

DSM-5 的问世，由于取消了高功能自闭症“阿斯伯格综合征”的诊断条目，使得临床医生、那些曾经被诊断过这个疾病的患者、以及许多从事自闭症疗愈工作的心理工作者和临床社工都产生出概念上的混淆和疑问，这其中甚至也包括我自己。在我接触过的高功能自闭症的青少年当中，不乏一些人的临床表现与本案例的来访者有近似之处，比如情绪上的困扰，特立独行的语言方式等，但又缺乏细致讨论的机会，在很多异同点上并没有掌握的太清楚。因此，当本案例中出现某些症状上的近似时，我发现初访医生也好我自身也好确有迷惑，为此重读 DSM-5，我们可以在这两者的鉴别说明当中看到这样的描述：

从孤独、古怪的行为和带着显著的社会隔离、离奇或独特的言语，以及诊断中可能包括轻度自闭症谱系障碍或语言交流障碍的病因各异的儿童中，区分出分裂型人格障碍个体，可能极其困难。

交流障碍可以经由语言障碍的首要性和严重性加以区分，也可以经由特殊的语言评估所发现的语言受损的特征加以区分。轻度孤独症谱系障碍也可以由社会觉知和情感互动的更明显缺失以及刻板行为和兴趣来加以鉴别。

--摘自DSM-5中人格障碍章节P648中段

将以上较容易加以区分的三点拿到本案例当中再议，能够看到：

- 1、**语言功能**从来都不是本案例当中男孩子的困扰，他甚至是一个“潜词高手”——在仅仅 1 岁多时就慨叹母亲需要离开自己去工作“都是为了生活啊”这样的“名句”（见案例报告中个人史部分）。在小学时，他从来都是作文、朗诵能手，因为喜欢书面语而显得超越同龄人的老气横秋。
- 2、**社会觉知能力与情感互动**：病，任谁都不想要。可是自闭症患者由于缺乏与外界的互动以及兴趣的狭窄，很少自发的表现出对自己病情的好奇心，往往对于自身的情况浑而不觉。反观本案例中的男孩，听到诊断后，先于母亲向督导医生发问（见第 46 段），自发的想知道病因，明显具备较好的线索捕捉能力与分辨力，这与自闭症是有较大差异的。听



到督导医生讲述中以诺贝尔奖得主做比喻，反问医生“我是因祸得福还是因福得祸？”

（见第 48 段），他脸上无声地淌着泪的那个场面即使是半年后的今天我也历历在目。他的情感与外部刺激互动程度及速度都并未显示出有任何缺失与匮乏。甚至当母亲顺口说出幼年玩伴的名字，他不满母亲的不拘小节而微怒制止（见第 52 段）都是恰如其分的表达着自己的情绪与要求。而这些是我们在自闭症谱系患者身上都难以找到的。

再结合督导医生在概念化及答疑过程中反复阐述的要点，我们更加能够清晰地分辨这个案例当中的男孩从①生物遗传风险，②病程中人际关系越来越差的情况，③聪明才智与思维紊乱之间的混乱，④日常生活中以及在初访中显著的多疑表现都将他的病理模式指向了分裂型人格障碍。这个过程期待大家通过回放案例以及借助本次的分析，仔细体会其中差异。

最后，关于医患关系建立的讨论在答疑部分也格外的精彩。我们能够看到督导医生对于患者及患者家庭对病情病状的通盘考虑，有张有弛的进行调整：

不幸的是得了这样的病——现实不可逃避；

幸运的是目前还不算重——常常去安慰；

当前最需要关注的是防止加重——有具体的解决方案；

善意的提出忠告——科学诊治，勿偏听偏信。

答疑部分道龙老师最后谈及：

“家长是治疗系统的一部分，不可能抛开妈妈。看病，学看病，就是要考虑这个病人在这个条件下，在这个家庭中如何处理。何况他是未成年人，根本不存在“抛开家长”这个选项”。

这是对我们全体临床工作者的提醒——理解我们的病人再去理解他的病，只有不断地从生物-心理-社会的全方位资源进行准确评估，才能更好的学会找到他们自助的动机，协助他们走出困扰，开始真正的转变。

全科医学

这是一例有心血管疾病合并偏焦虑人格特质的中老年女性，她所用的心内科药物已经造成了明显药物副反应，而焦虑的症状也在恶化她心血管的疾病，针对这位患者该如何调整心内科药物？如果要使用抗焦虑药物，哪种药物对心血管副作用小？如何把患者身心疾病的成因诠释清楚给患者？下面请看本期“医疗之家”精神科与全科联合会诊案例——

维持治疗的“天平”

一例心律失常、高血压合并C类人格特质患者的临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖茜 医生

患者：患者58岁女性，离异、中专学历。已经退休、原来是仓库保管员。

主诉：主因睡眠差，胸前区不适，室上速，心房纤颤，由心内科转入。

现病史：22年前，患者35岁时，在情绪激动、疲劳的时候多次出现头晕、心悸、胸前区不适，多汗，失眠等症状，卧位躺着、打哈欠或打嗝后可减轻，工作未受明显影响，检查资料不详，诊断为高血压、室上性心动过速、阵发性房颤，曾先后间断服用心律平（普罗帕酮）、稳心颗粒，效果不佳。因脾气暴躁，经常与丈夫争吵，于14年前离婚，工作未受明显影响，离婚后头两年，情绪压抑，在家中不停干家务活，多次出现心悸、气短、面色苍白、后背疼、浑身无力，除急诊就诊10多次外，患者有时坚持不去医院，发病时，在床上躺3-4小时自行缓解。曾考虑实施射频手术，后因血管位置不对，未实施。9年前，因血压持续高，收缩压150-180mmHg，舒张压70-100 mmHg，心率86-100次/分，彩超多普勒心动检查示心脏结构及功能未见明显异常，改用胺碘酮、拜新同、络活喜、安博维、倍他乐克，后因降压效果欠佳，自行减药至胺碘酮（200mg，每天一次，每周5天）单药治疗，自述犯心脏病的次数减少，因更年期反应，脾气更加急躁，在家里与家人常因小事争吵，不按她的意思办就会很生气，夜间睡眠差，多恶梦，两小时起夜一次。

1年半前，因头晕、睡眠差、情绪不好、尿频，就诊精神科和肾内科，颈动脉超声未见明显异常，诊断为焦虑状态、睡眠障碍，处方盐酸帕罗西汀、奥沙西洋、艾司唑仑，情绪有缓解，睡眠改善效果欠佳。8个月前，因睡眠和血压改善效果不佳，除胺碘酮外，



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



精神药物改为博乐欣（盐酸文拉法辛缓释片150mg，1/日）、施慧达（苯磺酸左旋氨氯地平片2.5mg）。在医生建议下，随访胺碘酮长期使用是否影响甲状腺功能，发现TSH升高，诊断为甲状腺机能减退（硒缺乏）开始服用优甲乐和硒酵母胶囊。4个月前，因眼睛干涩、发痒、看灯泡/路灯/车灯时有彩虹样光晕，就诊某眼科医院，考虑胺碘酮所致的视网膜及视神经病变。患者在家自行停用胺碘酮后，于次日凌晨出现心悸伴胸闷，无憋气胸痛，随后在凌晨4、7时分别口服胺碘酮200mg，未见明显缓解，10时又口服胺碘酮200mg后出现头晕、冒汗和一过性心率减低（50次/分），自行引吐后症状缓解，1小时后又再次出现心悸症状，遂去急诊科，入院诊断“心律失常、室上速、高血压病”，入院检查示心率148次/分，血压128/86mmHg，静脉输液后，入院4小时心电图监护示窦性心律，心室率73次/分，血压100/73mmHg，拒绝继续住院治疗，遂出院。自发病以来，无血脂血糖异常，饮食尚可，便秘，夜间尿频，户外活动喜好快步走，最多连续走2小时达2万步。神经内科查体未见明显异常。

既往史：

- 1、小学5年级时曾患过脑炎或脑膜炎，具体不详，病愈后自觉脑子变慢，不能跟上学习进度，另外也由于班上男孩多，害怕被欺负，不愿继续上学。
- 2、31岁时脑垂体泌乳素瘤，后通过伽马刀治疗痊愈。
- 3、乙肝小三阳病史18年，未做处理。
- 4、过敏性鼻炎10年，每年立秋后，鼻炎发作，持续两个月。

过敏史：

- 1、青霉素过敏
- 2、过敏性鼻炎，过敏原不详。

家族史：

父亲，县城中担任干部，脾气急躁，小脑萎缩，63岁病逝。
母亲，脾气急躁，80多岁，健在，70岁左右诊断为高血压。
家族中无其他慢性病及精神疾病史。

个人史：

胞五行二，上有一个姐姐，下面有一妹妹两个弟弟。自幼家境相较于那个年代的周围人比较殷实，父母非常重视子女的教育，患者5年级想退学的时候，母亲把她绑起来打也没能改变她的主意。



从小父母管教严厉，患者自幼比较依赖父母，自述母亲基本上给她把所有事情都打理好了。适龄结婚，25岁生育一女。结婚后家里大小事务主要由丈夫处理，自己做一些家务。丈夫性格豁达，对患者照顾细致，患者经常因为小事情与丈夫吵得不可开交。比如，丈夫有打麻将的爱好，最晚11点回家，患者就会丈夫吵闹，如果丈夫带她一起去打麻将，即使打通宵，患者也会很高兴。离婚后，对女儿比较依赖。

胆小，爱操心，一个人的时间经常想东想西，情绪悲观，害怕蛇，晚上经常做噩梦，梦到蛇追得自己走投无路。对卫生和物品摆放比较在意，女儿述家里比其他人都干净，但达不到洁癖程度。患者想做的事就必须得立即去做，仓库保管员这个工作别人看来很繁杂，她做起来很轻松。眼里容不下活，如果不做就会着急上火，发脾气。目前，主要帮女儿照顾5岁外孙，外孙淘气的时候，如果说话不听，就会大发脾气，掐他。与外人接触，比较谨慎，对于合得来的人相处还可以，心肠软，看到朋友邻里有困难，就会竭尽全力去帮助他们。合不来的比如领导或者第一眼看不上的人就会拒绝交往。

体格检查

身高：169cm，体重：70kg，BMI：24.5，血压138/78mmHg，心率61次/分，心、肺、腹等体查及神经系统检查未见明显异常。

实验室检查：

2018年6月急诊入院时心电图提示：室上性心动过速；右心室肥大；ST段和T波异常，考虑心肌缺血。

概念化及诊疗思路：

患者自幼焦虑明显，一方面对家人依赖明显；另一方面脾气倔强，较真，不善与人交往，缺乏沟通以及情绪控制技巧，最终导致总和丈夫吵架而离婚。工作上做仓库管理员的工作，此岗位与人交往比较少，而且工作要求细致和循规蹈矩，患者的个性反而特别适应这个工作。30岁以后，在情绪激动、疲劳（心累）时诱发心律失常、高血压、失眠。家族中，情绪波动与血压、心率问题的相关性明显，小弟和小妹与患者类似，心里搁不住事，脾气急躁，在患者相似年龄出现血压、心律、睡眠等问题。兄弟姐妹中，均无房颤病史。患者服用胺碘酮8年余，非一线抗心律失常药物，没有正规降压治疗，目前出现甲减、视网膜病变等问题，停用胺碘酮后有缓慢恢复的可能。

患者目前夜尿多，考虑为精神性因素引起，因失眠、精神较为敏感，膀胱产生尿意反射，导致频频排尿，并形成习惯。尿多反过来促进精神紧张加重失眠，成为恶性循环。





过敏性鼻炎也属于身心疾病，和焦虑相关。

两位美国专家会诊后考虑诊断为：

- 1、室上性心动过速、高血压、房颤（待排查）
- 2、C类人格特质
- 3、过敏性鼻炎
- 4、乙肝

【干预方案】

在临床实践中发现，焦虑水平高的人，常有心脏心率失常，血压高和过敏，该患者三种疾病都有，所以经常晚上起夜，睡不好觉，需统一治疗，才会比较有效果。药物的方案制定也需要兼顾精神科和内科疾病，权衡利弊来作出“通盘考虑”，制定综合性治疗方案。治疗效果上考虑到焦虑缓解后，身心疾病的严重程度也会改善，所以心内科和抗焦虑药物同时使用，并在选择心血管药物时考虑哪一种降压药物能够对缓解焦虑也有帮助。副作用上则要反过来考虑，选择的抗焦虑药物不可额外增加心血管负担。此处也显示出“医疗之家”——精神科与全科联络会诊的重要性。具体调整方案从生物、心理、社会三个层面来进行：

生物：

1、心血管及其他内科疾病：转介心内科，做一步检查，完善为期1周或1个月的动态心电图监测，判断是否有房颤，明确病因及诊断，评估药物治疗方案。患者出现胺碘酮引起的视网膜病变、甲状腺功能异常等副作用，可以考虑停胺碘酮，换用β受体阻滞剂，抗心律失常同时缓解焦虑。若一种药物控制效果不佳，抗心律失常、降血压方案可选择联合治疗。在β受体阻滞剂基础上，联合非二氢吡啶类钙离子通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体阻滞剂等，将心率、血压控制在正常范围。考虑到她有尿频的问题，就不主张利尿剂，患者还未出现高血压所致的明显器官损伤，这是好消息，但是不能继续如此。因有高血压、心律失常病史，可以考虑小剂量阿司匹林，预防栓塞，是否存在房颤等检查结果回报后确定。

患者过敏性鼻炎发病季节性比较明显，每年立秋时发作，持续两个月，可以考虑在立秋前3-4个月服用抗组胺药，比如苯海拉明，缓解过敏症状，晚上服用，其嗜睡副作用可以帮助睡眠。也可以用洗鼻液早晚冲洗鼻腔，减轻过敏原刺激。乙肝方面缺少病毒DNA复制数、肝功、B超等检查结果，现在不确定是否有传染性，需完善相关检查。



2、精神科：坚持规律运动。文拉法辛对心率、血压均有影响，不建议继续使用。可以考虑睡前加用米氮平，缓解焦虑抑郁情绪，改善睡眠。患者很多疾病都是身心疾病，比如心血管的问题、过敏等，把焦虑降低了，身体整体状态也会好转。

心理：

心理咨询方面，通过心智化技术，向患者及家属诠释疾病的来龙去脉及精神动力学模式。向患者解释你的C类人格特质具有双面性，一方面有依赖型人格特质，凡事依赖丈夫和女儿；一方面有强迫型人格特质，比较较真、追求完美和固执。所以选择讲究规矩、与人打交道少的仓库管理员工作是一种“暗合”。这种人格特质使得你在工作上得心应手，但它同时又是一把“双刃剑”，导致了你和丈夫争吵、离婚。CBT治疗，学会控制情绪，缓解焦虑，改善和周围人的关系。基于患者既往的特点，倔强，经常会按自己的方式行事，不会与医生或家人沟通，估计到治疗依从性差。因此，在咨询过程中，指出患者的模式，并予以动机面询和认知调整，增加依从性。

社会：

鼓励多参与社区活动，比如之前喜欢的十字绣、太极拳，相当于做正念了，减少一个人闷在家里胡思乱想。

【案例讨论】

张道龙医生：非常有趣的是这个病人她涉及到了既有心脏的问题，既有室上性心动过速问题，又可疑有房颤的问题。还有肝炎的问题，过敏性的问题，甲状腺的问题，精神科焦虑的问题，所以单单考虑精神科来说，正常的治疗焦虑，文拉法辛很好，可是当你心脏需要保护的时候，当然不能给文拉法辛了，会升高血压及心率。所以这就是为什么需要医疗之家，一个病人有焦虑单用这个药物是对，但是如果焦虑是在心血管疾病的背景下就不对了。胺碘酮也是，它不是没有价值的，可是这个患者出现了眼睛的副作用，又有甲状腺异常，那就得用别的药物。那她为啥焦虑？病人有C类人格特质，第一个很明显她有强迫，所以她为什么能做图书管理员，她为什么会离婚，为什么她喜欢干净？这都跟强迫有关。第二个有依赖，打麻将也离不开丈夫，后来离不开女儿，可是年轻的时候漏诊了，漏诊至少20年以上，没人知道，没人治疗，没人在她离婚之前去解决这问题，不知道这是C类人格特质变成这样。她往那一坐看起来就不正常，一个仓库保管员应该灰头土脸的才对，那个年代的怎么能打扮得这么干干净净的？就是因为她平常就是喜欢干净，就是强迫的人才这样，所以很明显她自己不知道这问题，又焦虑、又怕



蛇，睡不着觉，没人知道应该联系起来考虑。另外，躯体疾病方面，过敏性皮炎、心率失常、血压高，通通都跟焦虑有关系，包括她泌乳素升高，也都跟神经内分泌有关，所以你得用一元论模式、病理模式去分析，这些病都是互相相关的，所以这是典型的身心疾病，典型的医疗之家服务范围。

钟丽萍医生：该患者有一个奇怪的现象。既然她的血压已经高这么多年，她的心脏壁居然没有增厚，这个是非常罕见的，如果她的血压持续高了这么多年她的心壁是会增厚的，但是我看她的那个心电图，其实她已经达到了血压升高的阈值，QRs波已经是在V5，都已经超过了至少是40小格了，根据心电图的话已经看出有心肌的增厚。需要核实心电图、心脏的B超的检查和报告是否准确，这也是牵涉到诊断的准确性，这是一个疑问。她的肝炎，要进一步查她有没有活动期肝炎，乙肝病毒的复制，做一个DNA的拷贝数，而且做一下肝炎的E抗原，还有抗体，这样你可以知道到底是带菌状态，还是说有活动性的肝炎，因为如果不治疗，久而久之可以发展成肝硬化、肝癌，结局会不佳。

【现场答疑】

学员提问：患者的体重接近于正常和超重的这个范围，米氮平是否会增重？可不可以选加巴喷丁这一类的药？进一步心内科检查若确实有房颤，是否运动量需要限制？

张道龙医生：患者BMI小于25，米氮平先仅用7.5毫克，一般不会体重明显升高。加巴喷丁催眠和抗焦虑的效果不如米氮平，为什么你得统一考虑，医疗之家需要这种综合考虑的思维。你总是要平衡它的好处和坏处，如果你用这个药，它的唯一副作用就是有可能让体重升高，有可能让她的胃口增加，它的副作用相对来说还不是太大，没有像你用文拉法辛，对心血管造成的这种影响坏处比较大。所以有时候你不能十全十美的時候，你得选择一个相对来说副作用比较小，对整体的影响不是很大的。还有体重增加，别忘了可以用排油丸减肥，用运动和饮食控制。对运动量方面，即使患者有房颤，因为已经在 β 受体阻滞剂等降低心率、抗心率失常的药物的保护下运动，所以一般不会明显心率增高，这也是需要权衡利弊来综合考虑的。另外，你已经给患者用了米氮平降低焦虑，用了心理咨询，她的焦虑水平已经降低了，这种引起心律失常的植物神经系统紊乱会随之好转，所以要把患者作为一个整体来统一考虑。



心理学人

C类人格障碍的分型和临床特点

编辑整理 肖茜

人格障碍又称为病态人格或异常人格，是指人格的畸形发展，形成了一种特有的、明显的、偏离所处的社会文化背景，及多数人认可的认知行为模式。人格特征的偏离对环境适应不良，明显干扰了其社会和职业功能，导致此人不能保持和谐的人际关系和难以适应社会生活。不但给别人带来伤害，而且其本人也深受其害或引起痛苦。在DSM-5中C组人格障碍包括强迫型、回避型和依赖型人格障碍。

一、强迫型人格障碍

(一) 强迫型人格障碍的心理症状

1. 他们内心深处有不安全感，导致优柔寡断、怀疑，不一定是怀疑别人，首先是怀疑自己，过分谨慎。很早对活动作出计划，而且不厌其烦，反复核对，因对细节的过分注意，以至忽视了全局，影响了效率，影响了有效性。

2. 经常被讨厌的思维和冲动所困扰，但不是强迫症状，这些东西也不固定，不像强迫症状，在一个阶段中间出现的冲动和讨厌的思想是固定的。过分的谨慎多虑。过分关注工作而不顾个人消遣和人际关系。刻板、固执，要求别人按自己规矩办事，因循守旧，缺乏表达温情的能力。如果用一个字形容强迫型人格障碍，那就是“拧”或者南方人的说法“倔”。

(二) 强迫型人格障碍的基本特征

过分的谨慎，谨小慎微、严格要求和完美主义，及内心的不安全感。凭心而论，作为个人，强迫型人格的心理特征对工作有正相作用。但他们在工作中常常是麻烦者，为了完美和次序，以至干扰了任务的完成，从而降低了工作效率；由于固执和刻板，他们的人际关系可能受到影响。

强迫型人格障碍的人致力于工作，他们担心别人不按照自己的方法办事，不愿意将工作交给别人，他们也许认为自己是努力的、勤勉的和认真的，但这种努力工作的优点正是他们的问题所在。



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



(三) 强迫型人格障碍的症状特点:

1. 过分专注于细节、规则：清单、次序、组织或日程安排计划，因此可以贻误工作的主要目的。
2. 追求完美以致干扰了任务的完成。
3. 过分致力于工作和成果，以致排除了业余活动和友谊。
4. 过分谨慎小心，对有关道德、伦理、或价值等采取不灵活的态度。具体表现是可能对某些道德价值观猛烈地抨击，批评别人，但不是反社会。
5. 不能舍弃用旧了或不值钱物品，即使它们没有情感价值。所以他们经常会被别人称作废品的收藏者。
6. 除非别人完全顺从他或她办事的方式，否则不想将事情托付给别人或与别人一块工作。
7. 对自己和他人采取吝啬的消费方式，将钱视为省下用于将来的灾难之物。
8. 刻板和执拗。

强迫型人格障碍的人经常和别人发生矛盾，如第六条，他要别人按照他的方法办事，否则就不希望别人一起做事。强迫型人格障碍的人遇到一个糊涂的人就比较好办。因为一个强迫型人格障碍的人，什么事情都要按照他的方法进行，如果他和一个糊涂的人共事，两个人要承担三份工作，第一份是强迫型人格障碍要做的，第二份是糊涂者需要做的，第三份是他们共同要做的事。这个糊涂者其实很容易和强迫型人格障碍的人搭档，就是把共同的事全部交给强迫型人格障碍的人去做，因为强迫型人格障碍者觉得你做他不放心，他做才是放心，所以共有的事只有他做才行。这样三份工作，强迫型人格障碍的人可以做两份，而且这样可以相安无事。

强迫型人格障碍的人最怕遇到强迫型人格障碍的人，你要按照你的方法行事，我要按照我的方法行事，两个人就会有冲突。强迫型人格障碍的人交流上是好的，这些人格障碍的特征很多都是问出来的，他都可以说出来，不像反社会者。但这个诊断条目里面反映了一个字，就是“拧”和“倔”。

二、回避型人格障碍

回避型人格障碍又称为焦虑性人格障碍，是一种广泛的社交抑制，不恰当感和对不好评价过分敏感的行为模式，主要表现为害怕与人交往。其实，回避型人格障碍内心渴望



和别人交往。需要鉴别的是分裂样人格障碍，分裂样人格障碍也不和人交往，他们是不屑于和人交往，而回避型人格障碍是想和别人交往，又怕别人不接受他。

（一）回避型人格障碍的心理症状

回避型人格障碍一贯自我敏感、不安全感、自卑，对遭到排斥和批评过分敏感。不断追求被别人接受和受到欢迎。除非得到保证他人接受自己不受到批评，否则拒绝和他人建立人际关系，惯于夸大生活中存在的危险。达到回避某些活动的程度。因“稳定”和“安全”的需要，生活方式受到限制。

（二）回避型人格障碍的基本特征

认为自己社交上很笨拙，没有吸引力，不如别人。表面上看，他们和分裂样人格障碍都是心理的内向者，不与人交往，其实不然，分裂样的本质是冷僻，根本不希望和人交往。回避型人格障碍是渴望和人交往，又害怕批评和拒绝，因而回避这些交往。如果大家保证不批评和拒绝，他肯定乐于和别人交往。分裂样是不屑于和人交往，反正我不理你。

由于害怕别人的羞辱和嘲笑，他们压抑自己与别人的亲近，在生疏的人际情景他们容易显得拘谨和过度的腼腆。总的说来，回避型人格障碍者是渴望与人交往又害怕与人交往的人。

（三）回避型人格障碍的症状特点；

1. 由于害怕批评，得不到赞许或遭到拒绝而回避需要有人际接触的职业活动。
2. 除非肯定被人喜爱，否则不愿与人们打交道。这个和第一条很接近，第一个讲的是职业行为，第二个是和人打交道。
3. 由于害怕别人的羞辱和嘲笑而压抑自己与别人亲近。这点不管是职业活动和打交道都需要，这里谈到的主题是和别人的亲近行为。
4. 在社交场合对遭到批评或拒绝感到忧心忡忡，他们很看重别人的批评和拒绝。
5. 由于不适当感而在生疏的人际情景中感到拘谨。这个和前些都有根接近的地方，但是它描述的是拘谨。
6. 认为自己社交方面笨拙，个人无吸引力，或比别人差，自我评价低，涉及到社交方面。
7. 通常会因为感到不好意思而不想承担个人风险或从事任何新的活动。



三、依赖型人格障碍

C组最特殊的一个是依赖型人格障碍，依赖型人格障碍很少见，是一种广泛的对得到照顾的过分要求，导致顺从和依附以及害怕分离的行为模式。这种人格障碍主要表现为退缩和顺从，他们的举止像孩子对成人的仰仗。依赖型人格和自恋型人格是完全极端的两个，自恋型人格很自傲，依赖型人格就要顺着他人。依赖型人格和回避型人格不一样，回避型人格是害怕社交场合，依赖型人格是依赖某些特殊的人。

(一) 依赖型人格障碍的心理症状

要求别人为自己生活重要方面承担责任。将自己的需要附属于所依赖的人，过分地服从所依赖人的意志，不愿意对所依赖人提出要求，即使是合理要求，感到自己无助、无能或者缺乏精力。

他总是幻想被遗弃的恐惧之中，不断地要求别人作保证，一个人呆着的时候就感到难受。当与他人亲密关系结束的时候，就是和他依赖这个人关系结束的时候，会感到毁灭和无助，经常把责任推给别人，用这种方法来应对逆境。

(二) 依赖型人格障碍的基本特征

基本特点是失去自尊的依赖。依赖型人格障碍者是具有一定社会能力的成年人，可是他们对社会责任的态度却有儿童的特点，他们像长不大的孩子，他们的这些态度与他们具有的社会能力极不相称，这些问题会严重的影响他的社会功能，感到非常痛苦。

为了得到另一人情感上的支持，他们常常委曲求全，甚至损害他们的尊严，他们对独自做计划感到困难，担心别人会离开他。

(三) 症状特点：

1. 在没有得到他人指导和安慰时，难以做出日常的决定。
2. 需要别人为他或她在生活中的大多数重要问题承担责任。
3. 由于害怕失去支持或赞许而难以表示与别人不一致。
4. 对独自计划或做事感到困难。
5. 自愿做自己不乐的事，以从他人那里得到扶助和支持。
6. 由于过份害怕不能照顾自己而在独处时感到难受或无助。
7. 当密切关系终止时，为得到照顾支持而急于寻求另一关系。
8. 不现实地反复担心别人会离开他，而让他自己照料自己。



四、关于人格障碍的诊断

由于人格障碍至少在认知、情感、控制冲动以及满足个人需求、人际关系四个方面中至少有一项它出现持续的问题，对人格障碍的检查应该着眼于这些问题。对这些问题的了解需要知道被检查者内心的感受，需要耐心地倾听被检查者的表达，了解被检查者言语中间隐藏的含义。各种心理测量的方法有助于人格障碍的检查，但是心理测量不能代替临床检查，不能成为临床诊断的直接依据。

人格障碍的诊断首先应该了解被检查者的情况，这对人格障碍的诊断非常重要。检查者隐瞒一些被社会主流文化否定的东西，是常见的。只有掌握了诊断方法的精神科医生，通过充分地了解情况，经过认真的精神检查晤谈，才能作出确切的人格障碍的诊断。然而，要作出人格障碍的诊断，对诊断条目一定要很清楚。

关于人格测验的方法：

1. MMPI是临床使用最多的心理测查工具之一，但它并不是用来测查人格障碍的工具，不是为评定人格障碍设立的。卡特尔十六项人格因素测验对16种心理特质进行测评，是较著名的人格测验，这些心理特质针对病理人格提出的；其他人格测验，如艾森克人格问卷、NEO等，对人格障碍诊断的帮助同样十分有限。

2. 人格障碍检查工具有根据DSM-5制定的DSM-5人格量表（PID-5），它可以通过患者自我报告的方式来完成，也可以通过了解患者的知情者（例如配偶）来完成。详细的临床评估可能包括收集所有患者和知情者对人格特质模式25个方面的报告资料。如果时间有限，当只需要对患者一般的描述时，聚焦于五个领域的评估是可以接受的临床选择。对于人格功能水平评级，临床工作者使用人格功能水平量表（LPFS）能够评定目前患者总体人格功能损害的严重程度。还有根据ICD-10制定的《国际人格障碍检查表（IPDE）》。学习这些检查工具的使用，是初学者掌握人格障碍检查方法的最好途径。值得注意的是，即便是专门为人格障碍设立的问卷，只能成为筛选人格障碍的工具，而非诊断工具。



学习园地

肖茜医生在过去的一年里用自己的勤学好问赢得了以张道龙老师为首的美利华专家团队的一致认可，也收获了中美班大批学员的喜爱。作为第二届诊疗技能大赛的冠军暨18-19年度出境学员，她如期赴美参加了第175届精神医学年会，完成了美利华游学之旅，本期我们特别请她撰文讲述这次丰富多彩的双城见闻……



肖茜

中南大学 精神医学博士M.D
湘雅医院心理卫生中心 主治医师
美利华第二届诊疗技能大赛冠军
美利华高级学员

2019，我的双城计

“天使之城”洛杉矶

经过十多个小时的航程，我们的游学团在美国洛杉矶汇集。一到洛杉矶，就感受到加州阳光的灿烂，大地万物都仿佛镀上了一层浪漫的金黄。在细心周到的思诺的全程带领下，我们先后参观了洛杉矶“纸醉金迷”的比弗利山庄，欣赏顶级富豪和明星们的豪宅。在格里菲斯天文台俯瞰整个洛杉矶市、远眺著名的“Hollywood”字母山脉。在圣莫尼卡海滩，与同游的老师们在沙滩上奔跑跳跃，在欢笑中享受摄影的乐趣。在唐人街品尝中华美食，了解当地华人的生活面貌。Staples中心是洛杉矶湖人队的篮球主场，在此任凭想象驰骋，仿佛目睹了球星约翰逊在赛场的英姿。在星光大道看玛丽莲梦露、成龙大哥的手足印和签名，那里云集了来自全世界的俊男靓女，不知是否他们心中怀揣着各自的明星梦。在环球影城，体验了最刺激、逼真的3D过

（我们毕业啦！）

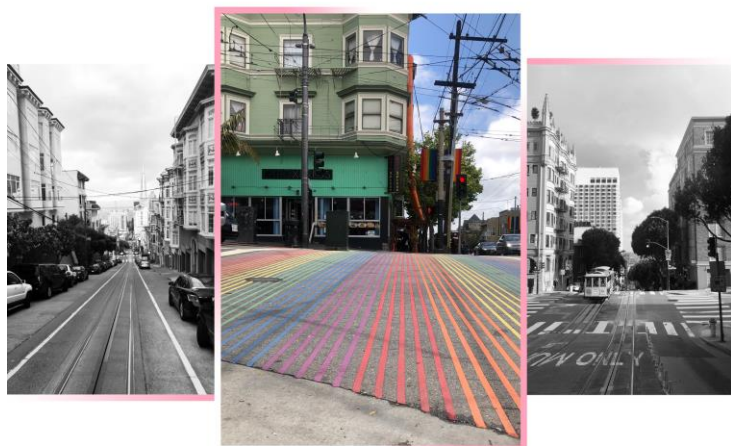


过山车项目“变形金刚”和这些庞然机械大物一起战斗；领略了哈利波特的魔法世界、跟着哈利坐着飞行扫把在天空翱翔、一会冲下万丈深渊、一会儿凌空飞过波光粼粼的湖面。

“自由之城”旧金山

旧金山，一座自由奔放的美国城市，独特的市容与充满文化冲击的历史，让它有着难以取代的迷人吸引力。在旧金山我们参加了美国精神病协会年会APA的175届年会、参观了斯坦福大学及其附属医院，以及大名鼎鼎的“硅谷”。其他诸多景点，如金碧辉煌的旧金山市政大厅、联合广场、九曲花街、梅西百货、westfield购物中心、极具特色的橘红色金门大桥也让人流连忘返。真的如同马克·吐温所说：“我所经历过的最寒冷的冬天，它在旧金山的夏天”，站在金门大桥上这里的海风特别大，凉意十足。放眼望去，海岸线一览无余，蔚蓝的渔人码头，红色的金门大桥，仿佛是上帝打翻了手中的调色盘，为旧金山添上了色彩。我们一行人搭乘着叮当车，游览了旧金山这座高低起伏的“山城”，感觉每一条道路都能通到天上。在鳞次栉比的现代化都市里，百年前的轨道依然贯穿而过，交错的轨迹仿佛这个城市历史的延伸，叮当车在繁华的都市里悠悠地穿梭着，伴随着惬意的叮叮当当的声音，置身其中，恍然有种古老与现实交织的感觉。美国之行让我体会了优美的人文环境、友好热心的美国市民。我们经常能看到小鹿在山林中奔跑，小松鼠在草地上跳跃，海边的天空中有洁白的海鸥飞过，懒洋洋的海狮成群地在甲板上睡懒觉，它们不时用上肢拍打着腹部，发出欢愉的叫声。我感觉这里人和动物都和谐相处，其乐融融。而这里居住和游玩的人们也是如此，来自于不同国家、肤色各

异的人们在同一个地域生活，熙熙攘攘好不热闹。其中卡斯楚街是世界著名的同性恋街区，到处都是随风飘舞的彩虹旗，由6种颜色组成，是同性恋的标志旗帜。它象征着旧金山的文化，蕴含着开放、自由与包容，不同文化能和谐共处。



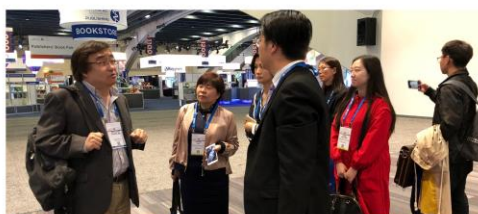
APA 年会见闻

道龙老师在APA年会上全程陪同我们，为我们讲解APA的历史来源。APA年会从起源至今约有175年的历史。学会最早期的杂志被命名为《精神错乱者》，可见那时人民对精神病人的理解还是比较片面粗浅的，治疗方法也较原始和粗暴，但这是事物发展的必经初期阶段。经过历代学者们不懈的努力，才逐步发展为具有循证的现代精神医学模式。精神医学仍在不断发展之中，正从神经递质、遗传学、医学影像学等新领域入手，继续往前迈进。我们在参会时领略了美国制药公司研发的大量新药物，比如针对药物副作用迟发性运动障碍，此乃精神科多年难以攻克的难题，竟然已有对治的新药出现，名为Ingrezza。用于治疗帕金森患者伴发精神病症状的新药Nuplazid(匹莫范色林)也已经运用于临床。艾司氯胺酮(Esketamine)有注射和鼻吸入制剂，帮助快速缓解抑郁症状和自杀观念。抗精神病药帕利哌酮出现了3个月的长效针剂，是依从性不佳患者的福音，大大降低复发率。最新被FDA批准用于治疗抑郁症和强迫症的经颅磁刺激(rTMS)在也有展示平台，同行的老师已经亲身体会它的便捷。还有运用于做宠物治疗、安抚患者的人工智能机器人，外观被设计为海豹毛绒玩具，憨态可掬、非常可爱，让人忍不住就想抱一抱。它能够给孤独的老人、疾病中的儿童带来疗愈。这些新的药物和治疗方式都是最前沿的，大大开阔了眼界和作为医生的治疗思路。

道龙老师亲自带我们参加了两场学术会议，是关于自恋型人格障碍和强迫型人格障碍的研讨会。教授们从精神病理模型、影像学、遗传学新发现，探讨到发病影响因素、循证心理治疗方法。这些美国最顶级的专家学者，用简明扼要、极度概括化的语言为我们阐明特别容易混淆的两种精神疾病OCPD和OCD，并分享了自己的咨询案例、与参会者分享他们宝贵的临床经验。

斯坦福大学及“硅谷”之行

在斯坦福大学及周围“硅谷”的参观，同样令人终身难忘。斯坦福被誉为“硅谷”的科技奠基石，正是这座大学不断的开拓创新，源源不断输出一流高尖人才，才让它周围的“硅谷”有蓬勃



的生命力。微软、Google、亚马逊、苹果这些全球最具创新、影响力的企业纷纷兴起、逐渐发展壮大。斯坦福大学内有长达2英里长的线性加速器，用来揭露物质和反物质物理法则的微小区别。这种崇尚理性、科学、自由开放的思想，以及一百多年来的不断科研、文化积累，是斯坦福成为全球排名前十大大学的根本原因。但推动斯坦福的命运转折点、则是1951年在工程学院院长特曼的指导下，允许创新企业在校内开厂，秉承“学以致用”的学术精神，将最新的科研成果、最新的创意思路转化为生产力，才以此孵化了全球著名的“硅谷”，而斯坦福也随之跃升为全球一流的大学。

那么，美国大学水平整体如此之高的原因就仅仅是科学及理性吗？我觉得似乎还不止如此。在斯坦福校园的核心区中央位置是一座教堂，是师生们每周来做礼拜的地方，从这里我或许能找到一些答案。在教堂大门有4根圆柱，刻有四个英文单词，分别是“爱”、“信仰”、“希望”和“慈善”。这是基督教义中的核心思想，或许也是学校想借此传达给学生们的。在4个“精神支柱”中，排位第一的就是“爱”。同时，我们发现在教堂的石壁上刻着学校创立者之一，斯坦福夫人的话：献给我的挚爱，我的丈夫斯坦福，愿爱的回忆永存。这句话中蕴含了斯坦福大学成立的故事。1891年，斯坦福夫妇是铁路富豪。但不幸地是，他们的儿子因旅途中患“伤寒”而离世，这对悲痛欲绝的父母没有自暴自弃，他们决定把悲痛“升华”，决定用2000万美元来创办一所大学，这就是斯坦福的创校起源。后来经历了重重磨难，丈夫离世，存款也被银行冻结，在这最困难的时期，斯坦福夫人也没有放弃建立大学的梦想，并最终突破万难而实现。乔丹校长说“这所大学的生死命运，千钧一发全系于一个善良夫人的爱”。了解这段历史后，我在思索使斯坦福夫妇坚持下去的是一种什么样的精神？这次的美国之行，我频繁地体会到了这一种友善、正直、诚实、乐于行善，尊重科学的精神，我想正是这一种精



神让大学长远发展、同时也是一个民族和国家能做大做强、长治久安的力量源泉。我们美利华在线健康大学不也是秉承了这样的精神内涵？道龙老师在课上不仅仅把美国的精神科和临床心理的规范化培训引进中国，更是带来了这种人文精神和科学素养，让我们体会到整个美利华团队的深情厚意。

之后我们还参观了斯坦福附属医院，这里与国内大医院的环境完全不同，这里环境整洁安静、人文气息浓厚，许多艺术作品在医院内展出，钢琴声余音绕梁。这些是得益于医疗分级诊疗制度的完善，层层转诊制度，使得医疗资源合理分配。大医院负责攻克科研和最精专的医疗技术，基层群众的医疗服务由社区全科医生解决，令人鼓舞的是现在我国的医改方向也正是如此。

最后，我自己改写了一句来自日本小说家东野圭吾的话，作为本次游学感言的结尾：“在逻辑的尽头，不是理性与规则的理想国，而是如海般深沉的爱。”



San Francisco



See You Again



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

