

第 105 期

2019年7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》



Editor's Letter 写在卷首

归来

每期督导期刊基本上都有2-3万字，认真码字很有成就感，最为随性的却是这卷首不足千字之文中。因为，抛开技术、抛开专业，在这里说说日子、谈谈感觉，语言看似轻淡，却最有我们这群人本来的属性——每个倾心于精神/心理工作的人，在致力于技术的学习当中，都是在不断地升华自己的“倾听”和“叙述”能力。我们期待自己成为一个充满魅力、人际关系良好的人，其中很重要的一个关键，更是来自于理解“沟通”的重要性。

从北京回到西安，很快就要一个月了，有时候看着训练营里大家风声水起的学习场景，不由得焦虑和懊悔“真应该再多呆些日子”，而实际上面对正在暑假当中的两个孩子，别说按照训练营的日程进行学习，哪怕是正常的听课也不时的被打断，尤其是刚重逢的几天里，我能明显的感觉到，他们不愿让我出门，自己也不怎么愿意出门玩，期待的哪怕只是与我同处一室……他们恨不得与母亲日日耳鬓厮磨的退行，让我突然察觉到内心被震撼：温柔的陪伴，需要倾听，更需要看到那些非言语的诉说；温柔的陪伴，是一种允许，允许情绪流淌，也允许自由表达；温柔的陪伴，是不管能不能解释行为出于什么原理，都真诚的接受对方需求的存在。所以，第三天起我试着放下矛盾的心情，摘下耳机，合起书本，每次都积极回应他们的呼唤：“是的，我在。”

生命中总要面对某些丧失与分离，真正的沟通就是承认失去的那些时间、感受、经历，承认不完美，并学会怎样活在当下，而不是填补那些过去的缺失。因此马歇尔·卢森堡提出的《非暴力沟通》，用以转变我们聆听和谈话的方式。不条件反射般地回应，而是去明了自己的观察、感受和愿望，有意识的使用语言。既诚实、清晰的表达自己，又尊重与倾听他人。这样的交流就不仅仅是沟通，更让我们专注于可能满足我们人生追求的方向。

咨询如是，生活亦如是。



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

一例广泛性焦虑障碍的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【全科医学】 23

抑郁的真容——一例其他特定的强迫及相关障碍、OCPD 共病脂肪肝的远程会诊

- 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】 33

碳酸锂的主要副作用



精神医学临床访谈

焦虑是我们生活的一部分。更多的时候我们会大声告诉人们，如果你对潜在的失败、威胁、损失都毫无焦虑，那倒是出问题了，因为焦虑在很多时候确实是能够保护我们的合理情绪，不论是在嘈杂纷扰的当今，还是农耕狩猎的远古时期。然而，今天的案例中，我们看到这样一位年轻的女性，她经历多年精神分裂症治疗，表现出的却没有太多精神分裂患者的典型症状，只是反复向医生们强调“我有幻听、我有幻听、我有幻听！”OK，我们听出来了，这是一种症状。但，这是哪种症状？且听今日访谈及解析——

一例广泛性焦虑障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生
杨文君 医生
责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别	女性	年龄	28岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	专科会计专业	婚姻	未婚
病史提供者	本人及哥哥	职业	宾馆服务员	病史可靠性	可靠

主诉：不知道自己到底是抑郁症还是精神分裂症，然家属觉得患者的社交以及人际交往能力有问题。

现病史：患者出生后一直和姥姥生活，6岁以后和父母一起生活，上初一的时候父亲出轨，当时经常看到母亲哭泣，患者开始变得不愿意讲话，每天只知道学习，她觉着学习好一切就会好，但是一闲下来的时候就会胡思乱想，但是具体想些什么自己也想不起来，后来听到别人对她讲说，你长大了，她就开始心里难受，拒绝长大，每天节食，不愿意和人交往，见到别人以后就低头不说话，经常想着怎么才能不让自己长高、不长胖，也怕被别人嘲笑自己长胖，所以也没有食欲，当时她也节食，每天只吃一顿饭，有晕倒了一次，是低血糖反应，口服葡萄糖以后好转。中学的时候学习成绩下降明显，感觉心烦，非常抵触自己身体的青春期的变化，整天不开心，不与别人交流，显得自卑，没有自信。2007年的时候，在某医院诊断为抑郁症，服用药物不详，服用半年以后，患者觉得情绪好转，自己停药，



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



服药以后她的体重明显增加，增加到50多公斤。患者仍然不愿意与人说话，显得非常胆小，也非常在意别人对她的看法，总是担心别人会嘲笑自己。

2008年的时候出现敏感多疑的情况，上学的时候觉得同学们在议论自己，说自己的坏话，主要是感觉到班上的三个男生说自己，觉得他们在说她长得胖、能吃，这种声音走到哪她都能够听到，所以患者不敢吃饭，总是担心自己发胖。有时候感觉同学们高科技的东西接收到自己的信号，比如说自己想到什么同学们就知道了。到某家医院去治疗，诊断为“精神分裂症”，当时服用药物“利培酮和舒必利”，服用半个月后病情好转，出院后她担心自己病情波动，一直坚持服用“舒必利是0.2qd”，患者觉得自己的心情比以前好了，能够主动和同学交流，但是有时候会莫名的心理难受，心情不好，心情不好的时候，她就觉得听到同学讲自己的坏话，听到说是她长胖。服药以后晚上睡上一觉，第二天醒来以后就感觉这种情况明显好了很多。后来医生告诉她，这种感觉是她自己想出来的，她就对这种幻听的内容不是很担心。

2013年的时候，她又到一家私立医院就诊，当时诊断“精神分裂症”，换用药物是“氯丙嗪是50毫克qd，氯氮平是89.5毫克qd，舒必利是0.2qd，苯海索是2毫克qd，”这些药物从2013年到现在一直在服用，她觉得自己的病情好转不是很明显，现在隔上四五天就会心里很难受，心里一难受就会感觉到能听到那种声音，但是具体的内容自己也说不清楚，现在通过运动，然后吃一些东西，这个声音也就明显没有了，自己不好的心情也会好转。患者听别人说是吃香蕉能够治疗抑郁症，所以她每次心情不好的时候就会吃点香蕉，吃完以后就感觉会好很多。患者觉得自己也是非常的自卑，做事没有自信，想做很多的事情，但是都坚持不下去，什么也没有学会。她的同龄人也认为是患者的行为和说话有时候比较幼稚，她很少和同龄人一起交流，但是她和那些小朋友们在一起的时候，觉得是比较轻松愉快一些。上高中以后，她有想过交男朋友的情况，但是害怕对方拒绝自己而不敢去见面，到现在也只谈过一个男朋友，后来觉得不合适而分手。患者对自己的描述是自己是个悲观主义者，很多事情都往坏的地方想。这一次来访，家属觉得她有时候会发呆，进食比较多，工作能力差，思想幼稚，正常人际交往比较困难。

既往史：无特殊。

个人史：她自幼因为计划生育的原因，一直在姥姥家生活，6岁以求和父母一起生活，家中排行老二，有一个哥哥。父亲要求比较严格，自幼患者和哥哥都非常害怕父亲，曾经也被父亲惩罚跪在自己家门口，当时有很多一起的小伙伴都看到，觉得自己很自卑。上了大



治疗计划：生物方面：逐步停用以前吃的抗精神病药物，选用SSRI类药物，因为她晚上睡眠不好，有时候会有明显的焦虑、担心，有幻听的症状，选用喹硫平，鼓励她加强运动，培养一些运动爱好。**心理方面：**心理治疗方面，主要用CBT正念减压，认知调整，改善情绪。**社会方面：**患者因为长期服用抗精神病药物，明显的出现镇静作用，所以家人觉得她有时候眼神比较发呆，情感比较淡漠，停用以前的药物，观察恢复情况。现在患者主要从事的服务员的工作，难度并不大，可以继续做下去，但是要避免人际交往复杂的这些事情。

心理咨询师：杨文君

2018-08-14

【写在督导开始之前】

在初诊后，文君医生主要聚焦在来访者的症状表现介乎于“神经症”——如焦虑、担心、怕这怕那等；另一方面又有“精神症状”——一直强调自己有“幻听”问题，加上童年时养育环境动荡，父亲暴力的教育方式，造成自卑进而可能引起空虚和无价值感，因此推断为可能是**边缘型人格障碍**。现在，我们一起阅读完案例，请大家掩卷思考一下，是否同意这样的思路，为什么？或者您持不同意见，那是为什么？

接下来我们一起来看看督导访谈时的鉴别点——

【访谈实录】

- 1.Z 医生：我看你们来两个人，你们两个是什么关系？
- 2.来访者(哥哥)：是兄妹，我是哥哥，她是我妹妹。
- 3.Z 医生：哦，你俩差几岁？
- 4.来访者(哥哥)：差 1 岁。
- 5.Z 医生：哦，就差 1 岁？
- 6.来访者(哥哥)：对。
- 7.Z 医生：好嘞，那先让妹妹讲吧。讲讲你的困扰吧！

28岁的女性，由兄长陪同前来，这意味着什么？聚集于来访者，就像是理解以她为中心的同心圆，在她的生活中出现的每个人物都可能会扩张这个故事。保持我们对来访者的聚集，同时要关注那些引起我们注意的特点。



8. 来访者：小的时候由于计划生育比较紧，超生，我就几个月的时候一直住在乡下姥姥家，一直到上幼儿园的时候我才回到我们家里那个县城里上学。2003年（13岁）的时候因为我爸爸出轨了，我经常看见我妈妈在哭，我也知道这件事了，我就开始变得自闭，不讲话，不跟任何人说话，那个时候我在上初一，每天把心思放在学习上。然后有一次，我跟我妈妈在街上走着，碰到了一个熟人，那个熟人就看到我了，他说了一句话，他就说，你女儿长这么高啦？都快长成大人。然后我就被他这句话刺激到了，我就觉得是不是长矮一点，别人就认为我是小孩子，没长大。后来之后我就不想长高，我就不吃饭，节食，那个时候也怕长胖，然后我一天只吃一顿饭。那个时候我也不与人交往，也不跟人说话。上学的时候，我们那个时候有好几门课，有的课像英语、语文、数学，是比较重要的课嘛，要考试。然后一上这些重要课的时候我就很认真听，然后副课比如历史、政治不怎么重要的课的时候，我就胡思乱想，就想怎么不长高，怎么不长胖，就想这些。后来，节食时间久了，开始就没有食欲了，不想吃饭，感觉好几天不吃饭都没有什么食欲。2007年（17岁）的时候，我爸爸带我去医院，医生说是抑郁症，给我开了药，吃了半年，情况好转了，感觉心里不难受了，也开始想讲话，但是那个时候我在上高一嘛，虽然好转了，但是比较胆小，想说话可不太敢跟同学说话。我就自己把药停掉了。2008年的时候突然有一天感觉能听到同学在说我，说我坏话，感觉我那个班有六七十个人嘛，我感觉他们大部分都在议论我，讲我坏话，就是很敏感、多疑……

1、“讲讲你的困扰吧”引出的是来访者自幼开始的大段的回忆，讲故事似的开始叙述小时候如何如何，长大一点了如何如何。如果说咨询师本身就是一种评估的工具，面对这样的特点，你能感觉到来访者什么样的特征呢？

理解要点：她担心漏掉一点点信息；怕自己表达的不够不准确，反复确认和补充为了避免自己忘事儿，还会提前准备些记录或备忘什么的这些往往通通都指向来访者的情绪——**焦虑**。

2、咨询训练中，我们常常说到“倾听”与“跟随”来访者，而在第9段时我们能听来督导医生**打断**了来访者的陈述，这种打断的意义在哪里？

理解要点：在临床工作中，特别是对精神动力学感兴趣的人会认为一切的答案都在童年的故事当中，这样的情形或许在理解来访者状况时是有用的信息，但这样就很难准确的确定疾病的开始。在精神医学访谈中我们要去确认来访者目前不良的适应模式或者功能丧失问题的起点，思考为什么来访者是“此时此刻”来寻求帮助，所以并不是只听来访者讲故事，而更需要从来访者诸多的杂乱的故事线索中抓住核心需要了解的问题——哪些功能水平相比而言没有达到健康水平，致病的直接因素、加重因素、症状与之关联的部分等等。

此时打断，恰是医生看到了关键点要开始进行鉴别之时。



- 9.Z 医生：现在先停一下，我知道。因为你这些情况，昨天都是跟初诊的医生都讲了一遍了，不用都重复。我先问一下关于你说“**听到别人在讲话**”，因为你现在是一个受过大学教育的人了，也有这么多的经验了，你现在觉得你听到的那些声音是真的吗？还是你只是感觉到人家在说你？
10. 来访者：感觉，应该是感觉到别人说话。
11. Z 医生：是**感觉**，对的。你知道不太可能。就说你在房间里，现在只能听到咱俩在说话，其他人没有在说话对吗？
12. 来访者：对呀，是。
13. Z 医生：周围没有人的时候，你是听不到另一个人跟你讲话的，对吗？
14. 来访者：对。
15. Z 医生：对。完了都是有人，就是跟我们，跟这个不同的医生，只有人讲话的时候，你才能讲话，这事你分得开，是这意思吧？
16. 来访者：是。

幻听，是这位来访者在前期多年被以“精神分裂症”诊断治疗的关键症状之一，作为精神分裂症的主要阳性症状，医生做了这样的鉴别：

关于现实感：声音是真实的吗？有没有一些不存在的人？

关于幻听：所谓听到声音的时候身边都是有人存在的，没人的时候也就听不到声音。

Tips

精神分裂症以三组症状为典型：**阳性症状**、**阴性症状**和**精神运动症状**。

1、**阳性症状**就是患者明显表现出来的行为，是显著思想、情绪都有古怪的部分，包括：

- 幻觉：在没有任何外界刺激的情况下能够听到、看到、闻到、触摸到其他人感受不到存在的东西；
- 妄想：认为自己是重要人物或疑人害等妄想的部分；
- 感知觉异常：对声音、光线的敏感，受不了一点点刺激。
- 不恰当的情感反应

2、**阴性症状**：如果说阳性症状是比正常人多一些的行为表现，那阳性症状就是比正常人少一些的表现，包括话量少且说话的质量也不高，表情贫瘠，无目光接触、面部无表情没有情感表现；整个人感觉缺少能量且有明显的社交退缩。

3、**精神运动症状**：表情特殊或姿势很奇怪，极端表现的话可以出现紧张症——一动不动的僵硬。还可以出现相反的抑制不住的运动兴奋状态等。

三组症状并非均等的出现在同一个病人身上，有的人可能表现为阳性症状多一些，有些则阴性症状多一些，不一而足。而且患者对人极不信任，多疑，因此可能还需要家属提供病史。

今天的来访者除幻听之外，在病历当中10年来还呈现过以上的哪个问题？



17. Z 医生：好嘞。我现在想问一下，你有没有其他胆小的事，比如说晚上睡觉关灯，敢吗？
18. 来访者：有，如果房间关了灯之后比较亮的话还好，如果比较黑，就是伸手不见五指也会有一点害怕。
19. Z 医生：哦。你敢看恐怖电影吗？比如说把人吃了呀，大卸八块呀？
20. 来访者：其实我心里是喜欢看的，感觉比较刺激嘛，但是我不敢看，就是怕看了之后害怕，或者是夜里做梦，或者是睡不着，夜里光想着那个事。
21. Z 医生：哦。那比如说一个人在宿舍，一个人住。你现在是一个人住吗？
22. 来访者：现在不是，跟我妈妈，跟我哥哥住在一起。
23. Z 医生：哦。你敢一个人住吗？在其他房间里就一个人租个房子住。
24. 来访者：房间比较大的话我不敢，如果就一间，只能住两个人还好，还可以。
25. Z 医生：哦。就是在酒店里一个人住大房间啥的，还是害怕是吧？
26. 来访者：因为自己没有单独住过酒店。
27. Z 医生：哦，你没有单独住过酒店？
28. 来访者：嗯，没有这种经验。
29. Z 医生：但是如果让你住，你敢住吗？就想象一下。
30. 来访者：就是小一点的话应该可以。Z 医生：哦，小一点可以，担心这个事。
31. 来访者：嗯。

很明显，督导医生并没有把所有的关于精神分裂症的问题逐一进行询问和鉴别，“你有没有妄想？”“你有没有表现的很奇特？”

这里正是我们常常提到的“**相信+确信**”的部分——

已经有了详细的初诊记录，那里面对病史、个人史、成长史及家庭史都有了描述，“**相信**”是基于那些情况之上信息真实依赖的默认状态，因此不是围绕着精神医学检查的大纲再来组织新一轮的全面问诊，而通过确认关键问题，如上一节对幻听的询问；更重要的是基于督导医生对来访者问题的推测与概念化，询问那些初访时若隐若现但尚不明确的信息，对问题进行“**确信**”。

在17到31段的对话里这里开始了新一轮的问题，关于“害怕、恐惧和担心”的询问。这部分对诊断有哪些意义呢？

32. Z 医生：那你为什么这么大一一直跟他们在一起住？那不影响谈恋爱吗？
33. 来访者：因为我没有谈呀，所以就跟他们住在一块啊。



34. Z 医生：是的。但是我想说的意思，是因为住到一块你就不方便谈恋爱了，还是说现在不想谈恋爱？
35. 来访者：不是，是因为我现在也没有谈。然后其他也没有房子，我就跟我哥和我妈妈住在一起呀。
36. Z 医生：哦。那想谈恋爱吗？没谈是事实了，想谈吗？
37. 来访者：想。
38. Z 医生：哦，想？那蛮好的。好了，跟同事关系好吗？
39. 来访者：还可以吧，我在宾馆上班嘛，他们都比我年龄大，也有比我大几岁的，也有大几十岁的嘛，有时候他们在那聊天，我也能插上一两句，跟他们聊一下。

从居住形态的问题涉及到了关于恋爱、同僚关系等问题讨论，来访者在这一段谈话当中表现为：

- ✓ “没有恋爱当然是和家人同住”——亲缘关系没问题；
- ✓ “我想恋爱”——虽然没有谈恋爱，但想与异性有接触；
- ✓ “我和同事有沟通”——适度社交尚可；

这些人际关系方面的话题并没有引来这位健谈的来访者更多的主诉“人际关系”方面的困扰，相处模式基本正常，至少从本人对话题的急迫程度来看并非当下主要的问题。

还记得初诊医生对来访者的最初的临床诊断吗？

40. Z 医生：哦。如果领导让你讲话，代表经理讲几句话，上台紧张吗？
41. 来访者：紧张。我小的时候就比较紧张，就是我上小学的时候嘛，比如说我作文写得比较好，然后老师让我拿作文在那读嘛，我站那个走道读，就感觉腿在发抖，就很紧张那种，人多的地方就会紧张。

来访者不仅仅是现在睡觉不敢关灯，不敢一个人住，还会有表演焦虑的问题，上台紧张，甚至在童年期就会出现同样的问题。这些问题都更明确的传达着焦虑情绪一以贯之对来访者的影响。

不被症状牵引，对话中时时注意话题的结构和关系并且越来越能够看到细节，是为“在行云流水的完成访谈”。

42. Z 医生：好的。那你今天来想跟我讨论什么问题？



43. 来访者：就是我刚才那个没说完，现在我不是吃药嘛，我在一家私人医院看病，每天都要打吊水。出院之后按照他给我开的药吃，从 2013 年吃到现在。我每隔几天，上午 8 点到 10 点间就很困，什么都不想干，就想睡觉。
44. Z 医生：对的。
45. 来访者：下午的时候不困了，就会心里难受，然后有幻听，难受和幻听是同时出现的。
46. Z 医生：对。你这幻听刚才说是认为别人在说你。
47. 来访者：我这个幻听，就是说我**感觉**能听到别人议论我呀，说我。
48. Z 医生：对，**感觉到**，但是你知道别人没议论你对吧？
49. 来访者：不是，以前没有，就是我不知道是什么病的时候，刚开始没看医生的时候，我以为，**我就真的以为别人说我，我确实觉得是这样**，但是后来看病，医生跟我讲，这个是病态心理，是假的，我才知道。
50. Z 医生：哦，你实际上并没有看到别人，旁边有其他的人？
51. 来访者：我跟您讲是这样，我不是说 2008 年的时候，就算当时有幻听嘛，回家跟我妈讲，我就说，我说我班同学都在议论我，说坏话。然后我妈就跟我讲，是因为你太老实了，人家欺负你。然后我听她这个不是误以为是的嘛，然后早读的时候，我就站了起来说，我说你们都说我坏话干嘛，我说我是有抑郁症，不过已经吃药好了，就是站起来说了几句，然后说着说着我还哭了，但是感觉他们也没什么反应，听了之后还是那样读书，就是那样。**(为了“幻听”所做的努力，向周围人群辩解和声明)**
52. Z 医生：对。但是你刚才说了以为别人说，完了别人说我们没说呀，没什么反应啊，那也就过去了。
53. 来访者：好像是有几个说，他说“我们说你什么了”，就是这样。
54. Z 医生：哦。那意思别人不承认这些事对吗？
55. 来访者：那肯定啊，因为本来就是假的。
56. Z 医生：对，**你知道这本来就是假的，只是感觉到别人在说你**。
57. 来访者：但是当时的时候我觉得是真的，是现在因为看了很多医生了我才知道。
58. Z 医生：我还说这句话，你刚才用的语言是“**我觉得是真的**”，但实际上你自己知道那个不会是真的，是这样的吗？
59. 来访者：**当时的时候自己觉得是真的**。



60. Z 医生：是，你分得开什么叫“觉得”和“就是”，就是任何人告诉你，我们没人说你，医生也告诉你不会有这种情况，你坚决不会同意，你就觉得就在那，为什么跟他打呢。还是你觉得别人一说，你觉得也有道理，可能没有人吧。
61. 来访者：不是。
62. Z 医生：我再换个方式说，你 100%的确信你真的听到了，还是你觉得你听到了，那不一样了，我现在跟你说话这叫声音，你听到的是这种声音吗？当时。
63. 来访者：我也分不太清了，就是感觉。
64. Z 医生：好了，那现在我知道了。那我还是这句话说，你今天想让我们帮你解决什么问题？

42-64段这一部分的谈话回到了来访者的“幻听”困扰上，情况变得有些复杂，来访者“坚持”诉说自己的“幻听”，诉说自己过去因为幻听问题所做出的行为——向周围人辩解和声明（第51段），督导医生在澄清你是认为被议论这件事的真实性的时候，来访者时而说“真的相信”就是有人议论自己（第57段），另一方面又对医生的提问表示犹豫，自己也说不清楚（第63段），这些内容让我们看到了什么？

这个“幻听”真的是精神分裂症的阳性症状吗？

65. 来访者：我也不知道到底是抑郁，还有分裂？
66. Z 医生：好了，那就是说你想知道你自己得什么病，然后怎么给你治疗对吗？
67. 来访者：（抢话）还有这个药感觉也不适合我吃，好像不对症。
68. Z 医生：我同意，我们一会再讨论。我的意思你想知道你得的是什么病，然后我们怎么去治疗对吗？
69. 来访者：嗯，是。
70. Z 医生：好的，你把话筒交给你哥哥，问他有什么要补充的？刚才妹妹说了这些问题，你有什么问题要补充吗？或者有什么问题让我们帮你们回答？
71. 来访者哥哥：是这样的，老师。她这次来主要就是情感淡漠，与人交际，还有工作能力都缺失。然后平常比较懒散，比较邋遢，反正跟同龄人相比的话，就比较幼稚，不具备工作能力。就想来解决一下她这个药物到底对不对症，我觉得是没有对症。

来访者哥哥的补充用了不少“术语”似乎又把问题与精神分裂症联系在了一起，而且加上了阴性症状的内容。来访者真的是精神分裂症患者吗？来访者的哥哥反应她“情感淡漠”，为何如此能量十足？



72. Z 医生: 好的。那我这一并回答, 先说你是什么病, 你妹妹得的病叫广泛性焦虑障碍。它是怎么来的? (精神动力学分析→) (遗传影响) 可能父亲那个时候容易焦虑, 做事比较严格, 比较苛刻, 都是这类高焦虑的家庭容易这样。(幼年影响) 然后她非常不幸的是比你年龄小, 然后又赶上计划生育这件事, 所以东躲西藏藏起来, 这种长大的小孩有一种不安全感, 就是总有一些容易焦虑。(成长经历中各方面的表现→) 那她到了班上, 又出现这种情况, 自尊心比较低, 比较容易焦虑, 担心别人说她胖、说她不好, 都跟焦虑有关, 跟担忧有关, 所以她也就变得胆小, 公共演讲的时候不敢去讲, 俩腿都颤, 黑屋子也不太敢睡, 屋子太大了也不敢睡, 空荡荡容易危险嘛, 紧凑的她才能睡, 到现在也是跟你们三个人在一起等, 所有的这些表现都是焦虑障碍的表现, 所以她得的是焦虑障碍中一个最常见的病, 叫**广泛性焦虑障碍**。(对幻听的解释) 那些声音也是, 担心别人说她不好, 并不是她真的听到, 不是听到咱们这样对话的声音, 她分得开哪是真人说话, 哪是她想象出来, 所以她没有精神分裂症。(对家属提出的症状的解释) 可是, 用了这些抗精神分裂的药物人就变呆了, 她不能够跟人交往, 感觉比较幼稚, 这都是焦虑带来的这些后果了。所以她得的是女性的一个常见的病, 最好治的一个病。没得精神分裂症, 也不用吃那些抗精神分裂药, 很快就会好。
- (讨论治疗方案) 那现在她需要治疗是什么? 生物学治疗: 第一个得让她运动, 运动能降低焦虑。你说你要练胆, 那没法练了, 你说你别怕黑, 那没法练, 你都可以一个一个练太麻烦了。怎么办? 运动, 这运动能起到减肥, 还能起到她焦虑降低这么一个作用, 这样效果会比较好。药物要调一下, 要继续使用抗焦虑药一段时间, 但是不需要纯抗精神分裂, 她用的那几个药都太重了, 最多能用到思瑞康这类的药, 轻一点的, 来帮她睡觉, 不能用那么重的抗精神分裂的药物, 因为她本身没有精神分裂症。第二, 就是找一个咨询师, 用认知行为疗法调整她, 你说她幼稚, 但是你俩就差 1 岁, 感觉到你明显比她成熟、稳定。为什么? 就是焦虑的人都显得幼稚嘛, 因为她胆小。这些事情你得用心理咨询的办法来帮助她, 知道那个声音不是真的, 也没人说她不好, 那些东西都是因为焦虑带来的, 是得有人帮她去解释。你看医生一说, 她就能够接受, 所以就要用认知行为疗法来治疗她的焦虑了。那社会的这些, 很明显她不能从事公共演讲, 人比较复杂, 不能做 HR, 暂时不能了, 多做一些跟体力有关的工作, 所以她就在宾馆里比如收拾卫生, 管运动器材呀, 管摆桌子、摆凳子, 反正协助别人做一些体力上的事, 做得越多焦虑就容易越低, 只要不是人多的地方。



(把访谈中观察到的情况呈现给来访者及家属→) 她得这病叫广泛性焦虑障碍，不只一个领域的焦虑，长期焦虑的人，如果没有治她就变成抑郁了，所以她有一些抑郁的感觉在里面，但刚才跟她谈话这件事不像是个低能量的人，说话还能跟我辩论，还能着急，一看就很焦虑，怕自己说得不好，我估计她是怕忘了，还得拿着纸去念，她自己的事她自己都怕说错了，我这样一说她就笑，我就知道她抑郁不重的了，这样的病人都是焦虑，焦虑的人一说她能听得明白，抑郁的人是你咋说都不行，也没有食欲。她不是，肯定有食欲，可是怕吃胖，担心，睡不好觉，这都是焦虑的人，所以我们要治疗这些事。遗传方面似乎更偏向父亲那边，焦虑比较高。一般两到三个月就能见效，六个月到一年基本上就会彻底变了，所以大致是这么一个病程，没有问题的，这个病既不需要住院，也不需要点滴，大致是这样。这样说的能听清楚吗？

督导医生并没有再去纠结于家属所提出的“症状”，对来访者的病因进行概念化，逐一通过家族史、病情发展进程、当下所能看到的表现等几方面进行讲解，从一元论的角度解释病情，并传达给来访者及家属。

73. 来访者（哥哥）：能听清楚。刚才我妹说她，以前有幻听，她说她以前感觉那个幻听就是实实在在的，然后就好像听见了同学在说她胖，说她吃东西多。
74. Z 医生：对的。我刚才已经说了，她那个幻听不是幻听，以后不要用这样的字，她是感觉到，她最后说也是我以为，我觉得，我感觉，真正的幻听不是这样的，真正的幻听是什么样子的？你偷偷观察她，自己跟自己对话，说得可来劲了，“你为什么这么说我？你明明知道我不胖。”完了再听那人说。是跟一个不存在的人在对话。

家属再一次回到对幻听的纠结，认为妹妹当年“真的”听到了别人在议论自己。这时候督导医生对“真假幻听”进行了说明。

真性幻听：与现实脱节，看到不存在的人，听到不存在的声音，并且坚信不移，这种声音的内容往往给患者带来被害感，因此会去争辩或对抗。

来访者所谓的幻听，发生在有人在侧的情况下，感觉到的是被负性评价，这与幻听有着本质的不同。（详细的解释在现场答疑的问题二和问题三中还有讨论）

75. 来访者：（打断医生的话）是这样的，我想起来了，我是想去说来着，但是我忍住了不说，因为我觉得一说话别人就会觉得我是神经病了。



76. Z 医生：是的，所以我们说你这是假性幻听，焦虑到一定程度人就会犯嘀咕，所以你没有精神分裂症也没有真正幻听，家里也没有这方面的毛病，都是焦虑的遗传为主……
77. 来访者：**(打断医生的话)**对，我想了还有另外一个，我表哥有抑郁，我大姐的女儿好像有抑郁，也是个女孩，说话不理人，我不知道她是什么病，不过现在也好了。
78. Z 医生：是的，所以我说你们没有精神分裂症的遗传，你没有精神分裂症。别给自己总套这种严重的疾病，我不知道你们说自己有精神分裂症有什么好处吗？你有精神分裂症就嫁不出去了。有病了那是没有办法，咱们有病为什么想当背锅侠呢？你就是有焦虑的问题，所以治好焦虑就行了。你大姨的孩子能治好，你也能治好啊。好的，会谈会我们给你们会诊意见，告诉你们治疗的方案。

来访者两次打断督导医生的话，一会儿说自己的“幻听是真的”，以致于自己都要忍不住要去争辩；一会说自己家里的病史中有不明之处，似乎拼命想让医生看到自己的“病”，这样的场景象像那个家属口中描述的“懒散的，情感淡漠的，没有能力”的精神分裂症患者？（第71段）

这种喋喋不休，无法停止的思维状况无不体现着来访者的情绪状态——焦虑。（与第8段时的表现类似）

此时督导医生看到来访者的表现，展开动机面询——有严重的病，当然需要治病；没有病，为什么非要让自己做“背锅侠”，及时进行心智化的工作，鼓励来访者不再纠结那些本不严重的症状，治好并不严重的问题，面对生活。

79. 来访者：好好，谢谢老师。
80. 来访者的哥哥：谢谢老师。

【督导医生的个案概念化】

访谈中提到：一讲话就两腿哆嗦，担心别人说自己胖，睡觉有问题，怕黑，门不锁也不行，屋子大了也不行，这些东西没有哪一个是像精神分裂症的症状。那会是人格障碍吗？主诉里根本就没说有人际关系的问题。所以怎么给诊断那些问题？你得想这是什么模式。这个患者的病理模式可以这样来思考——

从小因为计划生育的原因，家里要被抓住之后就要被扣公粮、罚款，所以就像逃难一样要把自己藏起来，可能见了家长也会被说：“你可不能跟人家说你是我的孩子，你可干



万别当着别人面我叫妈妈，你可千万别把你哥叫哥，人家可能来查，跟姥姥在一起，千万别出来。”在这种环境下成长就容易没有安全感。这不明显就是焦虑吗？爸爸苛刻，饮酒——焦虑的人容易喝酒；哥哥胆小——也是焦虑，她所有的症状——还是焦虑。而焦虑时间长的人会变得抑郁，这样就都能解释了。

但还有一件事，患者反复说她“有幻听”，我们得搞清楚，这个幻听是什么样的幻听？结果她说“我怀疑同学说我”，而且是看到同学了，感觉同学说自己，这叫幻听吗？她说“别人说我胖”，为什么要长大——这些东西都在描述她一种状态，有不安全感，都是没有自信心。所以她想的事都缺少精神分裂症中所谓的“怪”的成分。假如是总怀疑谁要害他，怀疑自己被布置窃听器？这就像是精神分裂方面的问题了——怀疑你们背后是不是准备害我？出去之后你们不是要控制我吗？那你为什么刚才摸我一下干嘛？！你真没放控制器？类似像这样。可她来说去，就是同学们说我长得不漂亮、丑，那都是她自己给自己说的这些事。一个丑姑娘不认为自己丑吗？对呀。一个胖姑娘不认为自己胖吗？对呀。这些东西是自己的脑子里给自己想出来的，对吗？所以我反复确认，她怎么描述那个声音的情况，可很明显表现的都是焦虑的问题了，这不就叫概念化一元论嘛。

看病不是对症状，不是她说有声音你就诊断精神分裂症，她说她朋友不多，你就说她人际关系障碍、人格障碍，不能那么下诊断了。第二，既然是焦虑的问题，从精神动力学解释，这些焦虑哪来的，一个是遗传，一个是她那种成长环境带来的。

治疗以运动和 SSRI 类药物为主。我同意病人目前仍要用思瑞康，原因在于，第一治疗焦虑，第二这么长时间阻断多巴胺受体，不能突然停药否则会导致戒断症状，那可真是让幻听、妄想都冒出来，所以得有个移行期，这期间思瑞康既治疗焦虑，又能阻断多巴胺，那肯定比较合理了，所以要用思瑞康是这个原因。所以用抗精神分裂症的药物并不是认为她有精神分裂症。心理咨询用认知行为疗法来调整她的认知。

【现场讨论及答疑】

问题一：初访时虽然也看到了她的焦虑，但首先觉得焦虑不能解释她拒绝长大、拒绝成长这件事，后来听到她说发现爸爸出轨以后，从性格到人际交往都发生了一些变化，就从创伤的角度去考虑认为这是对自己成长的否定，不接纳自己的变化，包括在人际交往方面也跟同学之间，就觉得自卑，因此最初考虑为边缘型人格的问题。

督导解答：你得反思：一个人告诉你从小因为可能政府来抓就不能在家里正常生活，想家



且表现出明显的焦虑；回了家突然又被说“长大了”，担心的是“假如父母要我去工作呢，还要嫁人呢，可我都干不了这些事！”那还不如别长大，就当小孩嘛，这都是焦虑情绪在背后。之后爸爸出轨的意思就是潜在的表示着爸爸会上别人家不要你们了，他喜欢上别人家的小孩了，原来还能每周见见父母的面，现在家里两个大人，爸爸要溜走，妈妈在家哭，感觉是更加的不安全感被激发，自卑感重等等，所以焦虑是她一贯的模式。

问题二：关于她到底是不是精神分裂症，昨天在问诊的时候她说得很肯定——确实她就听到班上的很多同学在说她，而且她也想去对峙，但是她因为胆小，不敢对峙，她感觉这些都是真实的。甚至她说有一次她还听到同学在门口说她，她就专门跑出去到门口看了，发现并没有人，所以她说“感觉有什么同学拿了一种特殊的仪器能够接收到她的心理的一些想法”。我当时就对于这个症状感觉也不能用焦虑来解释，感觉很困惑。

督导解答：昨天到今天，我们都没有发现这个病人出现“思维障碍”，她并不是精神分裂症这是肯定的。她的成长是在一种创伤的条件下，东躲西藏甚至还会被父母警告听着点门外的声音等等，所以想想所谓的幻听可靠吗？通过询问“你真的跟声音会对话吗？知道那个幻听的声音跟我说有什么不一样吗？”她说：“我也是觉得这事看起来不太可能。”这不就是思维上的松动吗？所以90%都是由于没有安全感，总感觉到别人说我不好，而还有10%我们怀疑她是某种精神障碍，可能是思维或者是幻视幻听，有可能是这类的，现实感有问题，而且还不是坚定的妄想，诊断只考虑这10%的部分行了吗？她的成长用“风声鹤唳”形容是最合适的，所以是极度的焦虑导致的担心和不安全感。而且诊断了精神分裂症之后使用三线药物氯氮平导致的发呆、迟缓等等，这完成能看来是由于药物导致的，错误的诊断+错误的治疗。

问题三：有没有一种可能这个病人的幻听消失、思维上可以松动是在她长期用药的情况下病情缓解的表现呢？

督导解答：理论上用药起效了当然可能会使症状缓解，但是我们知道“用药缓解”会是全线的症状减轻和好转，这个女孩除了说幻听的问题现在减轻了，还是那么幼稚、发呆、胆小，来看病就紧张的要拿着纸拿怕自己忘记内容，不敢出门、担心一大堆的事儿，焦虑更重了，难道她吃的抗精神分裂的药物是“靶向药物”专门指向幻听的，有这样的药物吗？另外，精神病性的幻听带有强烈的情绪支撑，是很难动摇的，不是“感觉”谁在说我，而



是坚信“有人在说我”、“有人要害我”，不会被别人三言两语的问题所软化或反思自己的事实，因此她这不是我们真正意义上的“幻听”。

问题四：可不可以认为广泛性焦虑障碍或者强迫症患者在高焦虑的前提下也会短暂性的有听到声音幻听的情况？

督导解答：可以的。我高度怀疑她可能是由于生活事件的高压之下，是一种应激反应。很有可能与爸爸外遇问题爆发的时间吻合，当然这是我的一种预测，好奇的话你们可以去向患者了解一下。

问题五：想知道老师在阅读整个案例而没有接触患者之前，从哪一部分的资料当中判断对“边缘型人格”的诊断

督导解答：我有几点迷惑：她们来看病的主诉，哥哥说她幼稚、家里面觉得她发呆，她的表现这么焦虑，这些特点都不太像边缘型人格的特点，此为其一；其二，她的问题发展了这么多年，我们假设是她的边缘重到都出现了“幻听”这样的精神病性症状，那为什么整个病程里没有出现过一次自伤、自残、入院治疗等问题。如果想要解决她所说的“人际关系的困扰”而考虑诊断为边缘的话感觉病程不对，表现不对，严重程度不好解释等等，那会不会是C类人格的问题呢？可其中除了回避的问题她小的时候出现过，她的情况看起来是与焦虑有关的，但那些神经症与精神症之间的问题要怎么理解呢？因为这个特点并不是C类人格常见的。所以我个人会觉得需要理顺一下才能明白究竟这个女孩生了什么病。边缘的所谓空虚是内心，她这个感觉是焦虑多的无处安放，这些都是让我不能理解的地方。

【编后记】

【相信+确信】

乍看之下，我们把访谈定义为“初次访谈”或“督导访谈”，但就像今天的来访者，实际上在遇到我们之前，已经有了若干年求诊求治的经历，他们对自己有一部分原始的理解，也往往加进了许多在治疗过程中被影响的部分，比如对于病情的恐惧和担心，表现出许多并不“原始”的症状，因此对于医生“相信+确信”的能力有更高的要求——能够系统性的看待问题，理解疾病并提供有效的治疗方案。



【剖析焦虑】

我们认为焦虑是人类生存必要的情绪，因为它所提供的“战斗—逃跑”能够有效的保护我们减少外部侵袭所带来的创伤，然而如果这种情绪过度，开始莫名其妙的时刻影响你的生活，那我们就关心“究竟为什么是我被选中了？”

从结论上来说，原因非常多——遗传、养育模式、家庭背景、生理机能、外部压力源、心理力量等等复合在一起，绝不是单因素所能解释的，但不同层面的研究为治疗及干预提供了更多的选择，这一点今天的研究已经证明都可能引起焦虑。而今天这个案例也很好的验证了这些因素。

焦虑在我们许多的案例当中都能见到。它们的表现形式不一，但至少有两点是相同的：

- ◇ **无法自控：**患者都无法打消焦虑的感受，他们会为了一些不确定的或不可预知的问题而感觉无助，这种无助更加重了痛苦；
- ◇ **影响社会功能：**有的人因为紧张焦虑不能自如表达以至于影响工作晋升；有的人因为回避人群而不能上学；还有人会每天花费大量时间重复一些不必要的行为，无论他们的诊断是什么，这些情绪带来的行为均使其正常生活受到影响。

篇幅所限，我们无法——罗列焦虑在各种疾病中的呈现模式，但今天这个案例当中来访女性所呈现出来的焦虑为“总感觉有人在议论自己”并使她不断地主诉自己感觉有相关内容“幻听”，十年间这是她被按照精神分裂症治疗的主要原因，而这种“因为有幻听，所以被诊断精分”反过来更影响她对自己的信心与判断，会在访谈中反复的对这个感觉进行讨论，甚至让人都分不清她是想“确认”还是想“澄清”，恰恰这种反复的琢磨与讨论本身也带有部分强迫思维的味道。

我们都不喜欢负面情绪，恐惧、愤怒更是声名狼藉。我们会不由自主的把愤怒情绪和愤怒行为联系在一起，虽然这是二回事；我们也常常不明所以的害怕担心起来，但其实我们需要知道，这里面哪些是由焦虑带来的，哪些并不是。所谓恐惧，如果你害怕的事物是非常具体的，比如害怕马上要面临的考试会失败，走夜路时碰到有攻击性的动物感觉害怕，那这就是相对确实的恐惧；所谓愤怒，是由于某件具体的事或人超出平均底线使你产生不快，认为不能原谅，那它也基本就是愤怒；这两点与焦虑最大的不同在于，有时候当你处于焦虑状态时，常常分不清楚自己内心到底是担心什么或惧怕什么，或者完全掺合在一起，似乎是些模糊的、遥远的或者不可辨识的对未来的恐惧反应。你会不断地被这种情绪攥住，并不因为这件事情解决掉而感觉如释重负，因为总是感觉还会有事情发生，无穷尽也不可控。

焦虑使得个体在生理、心理和行为上都受到影响，今天心身医学已经明确了过度的焦虑使得人们心跳加快、肌肉紧张、导致内分泌失调等等；心理上使你感觉失去自信，认为自己处理不好那些别人轻易可以驾驭的事，似乎会低人一等；行为上主观体验的不安和恐惧带来的濒死感和大发作令人可能使人失去身体的控制能力，另一方面也由于过度焦虑而容易被激发出并不相称的愤怒影响人际交往甚至导致一些恶性事件，因此，若干年来，我们对于焦虑的理解也在不断演进。



【关于精神医学访谈】

我们提供的访谈风格也许不是您所喜欢的或感觉最具吸引力的，甚至我们的初衷也并不是为了让咨询师或医生完全模仿而展示咨询实录，更重要的是我们意识到在目前的培训体系下，国内的临床工作者很少有机会观察到有经验的临床工作者的访谈或者接受被观察。尽管咨询实录不能替代临床教学，但是我们期待能过一个一个真实的案例访谈，向大家提供一个看到高年资医生是如何进行访谈、如何与来访者互动、如何理解并解释病情病况等具有现实意义的窗口。

为了解决由于阅读本身缺少人际互动时许多非言语信息的弊端，美利华更一直致力于建立慕课系统，集数年之力建立起以真实病人为基础的案例库，现在已经拥有超过500多例访谈的音视频录像，便于帮助大家更立体的理解和掌握咨询访谈技术。当然，您在这里并不是为了找到百分之百的正确，而是跟随经验丰富的临床工作者学习综合诊疗的思维——我们的每一个案例都始于精神病理学、临床问诊、建立于精神动力学之上的个案概念化，最后形成一整套相对完整的生物-心理-社会的诊疗方案。

初期的时候，也许您会由于督导医生的工作身份而认为我们这里进行的都更偏重于“诊断性访谈”，但实际上张道龙医生秉承的理念从来都不是把来访者当成一个被检查的治疗标本，机械的搜集症状或促使他们暴露出问题，而是反复强调如何如何在“行云流水的对话”中完成与来访者的交流，在有限的时间内收集有效信息完成诊断并把对个案的概念化理解与治疗的思路“兜售”给来访者，因此，每一次的访谈都不是只为了下诊断这件事，同时会一并提出治疗性的方案，会充分聆听来访者的困扰以期建立良好的医患/咨访关系。三十年来这是他总结出的经验，并一直无保留的教授给我们。

假如，临床工作有金科玉律式的技术，我相信那一定是：

常常去帮助，有时去治愈，总是去安慰。

To cure sometimes, to relieve often, to comfort always.



华佑·美利华训练营 七月结业合影

美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com
公众号：美利华在线心理健康



全科医学

这是一位20岁的年青男性，症状有焦躁不安，悲观抑郁，他经过多次调整药物，甚至动用了精神科的最强手段—ECT却一直治疗效果不佳，而且药物还导致了严重副反应，年纪轻轻的他甲状腺、肝脏及血象都出现明显问题。疗效不佳的原因究竟是误诊还是误治？他究竟患有什么“疑难杂症”，导致如此难治？下面请看本期的全科案例—

抑郁的真容

——一例其他特定的强迫及相关障碍、OCPD共病脂肪肝的远程会诊

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20岁男性，本科在读，未婚。

主诉：因“急躁、精力集中困难，不会和同学交往”而来访。

现病史：患者高二时有急躁，精力集中困难，不会和同学交往，容易发生冲突，偶尔动手打架，也不愿和父母沟通。当时经常入睡困难，白天尚能坚持学习，成绩中上水平。高三时急躁加重，感觉达不到心中的目标，烦躁时撕卷子、踢椅子发泄情绪。胸口好像有一股“火”，一阵阵特别难受，打嗝增多。注意力集中困难，学不进去。差3-4个月临近高考时，脑子里想法很多，比如从“西欧”联想到“罗马”，心中有一种说不出的难受感。凌晨3点还未入睡，起床困难，会晚一点到校。甚至有跳楼的言论，说太难受了，烦躁又压抑，母亲来校陪同患者，直至高考结束。成绩不稳定，在中等和下等之间徘徊，但高考成绩有中等水平。

高考后仍心烦、不愿和人交流，但是压抑明显好转。天天玩游戏，可以借此放松自己。和现实中的朋友来往少，只有1-2个朋友，偶尔才来往，长期相处容易起冲突。更喜欢网上的朋友，感觉可以聊一些自己更感兴趣的专题，更投缘。平日一直追求完美，有自己的标准，对自己的要求高，较真明显。读大学后，心烦及人际的问题更加重，不能去上课，大脑也变迟钝，思考困难，烦躁，难受，全身不舒服。喜欢收集一些物品，比如奥特曼、飞行器，一定要收集齐全的一整套。买书时，连引用的文献也要全部买回来，已经有满满一个书柜都是自己的书。上述强迫行为不是频繁出现。在当地精神科门诊，诊断“双相障碍”，予以坦度螺酮4片Tid, 艾司西酞普兰20mg/日，丙戊酸钠缓释片500mg Bid及中成



北大出版社官方旗舰店
购书请扫码

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



药治疗。患者起病以来，一直否认出现过持续数日的兴奋、话多、高能量的情况。治疗2个月后，情绪稍有好转，但效果不太明显，医生加用瑞波西汀半片/日治疗，加药后患者感到烦躁有好转，但加至1片/日后，出现心悸、P达到200次/分，全身出虚汗，感到自己不能动了，停用瑞波西汀。停药后症状反弹加重，感到“整个人都混乱了”。医生予以米氮平半片/晚治疗，全身有束缚感，像被灌铅了一样重，体重猛增了30斤，又停用了米氮平。重新恢复艾司西酞普兰、坦度螺酮及丙戊酸钠的组合，但是效果不如之前。出现进食差、起床困难，不自理个人卫生，全身像灌铅一样，不和家人交流的情况。遂于2017年4月至当地精神病医院住院治疗，诊断“双相障碍”，予以7次ECT，利培酮2ml/日，碳酸锂750mg/日，九味镇心颗粒治疗。患者有好转，能起床活动了，住院10余日后出院，继续门诊复诊。近1年基本能正常生活，但是烦躁、急躁、压抑等情绪每隔2日就会出现，能坚持上学，但是感觉脑子不灵活，与同学们较少来往。目前服用的药物方案为碳酸锂1000mg/日，丙戊酸钠缓释片1000mg/日，思瑞康200mg Bid，安非他酮1片/日治疗。身高176cm，体重81kg，BMI指数26.9（正常值18.5-23.9），处于过重水平。目前患者一直坚持少吃高脂肪食物，多吃蔬菜水果。饮食、睡眠尚可。

既往史：患者从小学开始反复间断出现湿疹，已经10余年，药物效果不佳。初一时有搔抓皮肤的现象，现在已经没有这种现象了。患者头皮屑较多，已经在补充维生素B2。

个人史：母孕期及生长发育未见明显异常。从小在父母身边长大。小学时成绩好，人际可。否认烟酒、毒品接触史。

家族史：患者父亲是机关干部，情绪稳定，人际好，较少回家，经常出差和应酬，与患者沟通少。患者的母亲急躁，朋友较少，平日追求完美，工作较真。外婆也急躁。否认其他家庭成员精神异常史。

检查报告：2018.4.17腹部B超报告脂肪肝。2018.09尿常规、血电解质钙、钾、钠、氯、磷在正常水平。

(见下页)



值得临床关注的检验	2018.09	2018.05	参考值范围
ALT	38.1	39.6	9-50
AST	27.1	21.2	15-40
白蛋白	49.9	50.5	65-85
总/直接胆红素	13.8/4.1	6.3/2.4	3.4-17.1/0-6.8
葡萄糖	4.66	4.40	3.90-6.10
甘油三酯	1.53	1.36	< 1.70
高密度脂蛋白	0.82↓	0.78↓	1.16-1.42
总胆固醇	3.77	3.81	< 5.18
尿酸	551↑	450↑	208-428
尿素氮	2.41↓	2.88↓	3.10-8.00
肌酐	59	58	57-97
丙戊酸钠血药浓度	79.6	66.4	50-100
碳酸锂血药浓度	0.63	0.95	0.4-1.20
中性粒细胞	8.73*10 ⁹ ↑	4.82*10 ⁹	2.00-7.70
中性粒细胞百分比	79.3%↑	66.3%	45-77%
血小板计数	288*10 ⁹	286	100-300
TT4/FT4		52.31↓/12.06	62.68-150.84/9.10-19.24
TT3/FT3		1.28/4.26	0.89-2.45/2.63-5.71
TSH		2.9216	0.35-4.94

概念化：患者没有发作性躁狂及抑郁的表现，不符合双相障碍的模式。但是遗传上，母亲焦虑、追求完美。皮肤湿疹的反复出现也和焦虑导致免疫功能失调有关，可以“一元论”解释。从初中开始焦虑情绪出现，高中加重，高三达到高水平，并反复持续至今，表现为烦躁、脑子里想法多，易激惹，并继发出现抑郁情绪和自杀观念。人格方面，符合追求完美，较真、高标准的强迫型人格模式，人际受损明显，与父母不沟通，朋友少（仅和网友交流），基本不与同学来往，达到强迫型人格障碍标准。读大学后，因为强迫型人格的问题，患者适应学校困难，又加重了焦虑水平。患者虽然有一些收集物品等强迫行为，但是偶尔出现，没有达到强迫症的标准，加之反复思考想关联的问题，达到了强迫症的阈下表现，符合其他特定的强迫及相关障碍的诊断。患者药物的副反应方面，因为用碳酸锂影响了甲状腺功能及升高白细胞，显示药物对患者躯体的影响大，故需要停药。



诊断: 1.其他特定的强迫及相关障碍; 2.OCPD; 3.脂肪肝; 4.甲状腺功能减退

治疗:

1、**生物:** 不要再服中成药, 减少肝脏负担。已经出现甲减和白细胞升高, 需要停止使用碳酸锂。对 SSRI 效果不佳, 将安非他酮换用 SNRI 类药物。

全科方面, 要减少肝脏负担, 虽然目前肝功能基本正常, 但是仍需要定期复查。减轻体重, 饮食上坚持白肉、蔬菜、坚果、水果。少红肉、高脂高糖食物。坚持规律运动, 1 日 30-40 分钟以上, 中等强度运动, 1 周 4-5 次。

2、**心理:** CBT。患者焦虑水平高, 有强迫思维, 需要认知调整, 看到自己负性、缺乏弹性的认知模式会影响自己交友, 变得只能交“网友”。认识到自己容易长湿疹, 也和焦虑水平高有关, 长期焦虑高会影响健康。自己反复焦虑、抑郁情绪和自己的思维、人格模式有关。

3、**社会:** 坚持上学, 暂时维持现状, 单独居住。先不给自己太高的人际压力, 等心理治疗、药物调整起效后再逐渐增加和同学来往。未来选择人际压力小的专业。

【会诊实录节选】

下文中蓝色标记为道龙医生的重点问诊, 红色标记为来访者的关键回答, 绿色标记为编者的点评

1. D 医生: 你好像有些焦虑的表现, 现在脑子里还容易想来想去, 溜号, 不想不行, 还有这毛病吗? (就目前症状, 开展鉴别诊断)
2. 来访者: 可以说是很常见的 (证实医生推断, 引出“强迫思维”的线索)。
3. D 医生: 哦, 可以说非常常见。好嘞, 那你什么时候能想得少一点? 比如说晚上睡觉的时候还在想吗? (焦点解决, 寻找例外, 并评估严重程度)
4. 来访者: 什么事都不做的时候最容易出现这种情况。
5. D 医生: OK。但是做了一件事, 这个想法就会少一点? (寻找例外, 试图寻找干预点)
6. 来访者: 也有可能更多一些。
7. D 医生: 哦。你想这些东西不是有什么主题的了? 就是随机的发生。不是说只想一件事, 比如说我只想手干不干净, 要不要洗手, 要不要关门, 是这样的吗? 还是什么都想? (鉴别诊断, 是强迫 vs 广焦)



8. 来访者：一般都是有**一定关联性的**。（患者的回答为强迫的诊断提供重要线索）
9. D 医生：**举个例子**？（具体询问，证实诊断）
10. 来访者：比如说**如果是学数学，我可能就会从线性代数跳微积分，或者从微积分跳到别的东西**（在医生细致跟进询问下，“强迫症状”浮出水面）。
11. D 医生：哦。都是**按照线去走**，就是说到数学就是数学，说到游戏就是奥特曼什么的，是吧？（再次核实强迫症状）
12. 来访者：也有可能**会出现不同主题之间转换，但是它们之间还是会有联系的**。
13. D 医生：OK。这是一个事，不是说害怕晚上锁没锁门，查查窗户，害怕什么动物，不是这种东西？（此处鉴别 GAD）
14. 来访者：不是。（鉴别完毕）
15. D 医生：哦，不是。都是有主题的，**一段时间是一个主题。你愿意洗手吗？嫌公共厕所脏什么的吗**？（此处询问是否合并其他强迫症状，是否是典型强迫症？）
16. 来访者：以前有，但是现在很少了。
17. D 医生：**现在很少了，原来有（已经不是目前主要困扰）**。摆的家具对不对称对你有困扰吗？这东西怎么摆得不太对？好像挂的相片你要去整理一下，有这种毛病吗？（鉴别是否是典型强迫症）
18. 来访者：没有。
19. D 医生：好了，我还听说你好**攒书**，一套一套的，把你那家里的地方，或者你的房间里都摆上很多东西不舍得扔吗？（询问病史中提及的囤积问题，该症状也属于强迫这一章节）
20. 来访者：有。
21. D 医生：有？实际上你家里摆很多东西的时候，就是说不是那东西有多值钱，但是你要扔就像割肉一样，你愿意留着它，不管是**有用没用的时候都愿意堆一堆**，是这样的吧？
22. 来访者：对。
23. D 医生：在宿舍有没有别人给你提意见，说你摆了这些东西把别人的位置都占上，或者你自己的那个房间里**一大部分都摆这些没用的东西，妈妈或者同学有没有说你？说这破烂你都给扔了，我们都**不好进屋。（此处是询问严重程度，看是否达到囤积障碍的诊断标准）



24. 来访者：目前**没有**超过这样的冲突。（只是囤积问题，可归为其他特定强迫及相关障碍，无需另加囤积障碍的诊断）
25. D 医生：哦，但是你有这个毛病？
26. 来访者：没有因为这件事产生这样的矛盾。
27. D 医生：OK。但是还有是这样的。我听说你有的时候比较追求完美，就是说什么事你都有一个很高的想法，处朋友也是这个朋友必须道德方面比较对，跟你三观比较合，是有这种要求吗？（判断是否合并 OCPD）
28. 来访者：确实是对自己想要的东西，就是要求很高，然后总想做到特别好。
29. D 医生：哦，是有追求完美这个问题。好了，这个是一个问题。你今天来想让我帮你解决什么问题？让你随便想，刚才 Z 医生讲了你关于身体的、躯体的那部分。你想找精神科医生解决什么问题？（评估结束，准备提出治疗方案）
30. 来访者：嗯……精神科，我主要就是想摆脱现在这样的困境吧。
31. D 医生：哦，好嘞。想知道自己得了什么病，然后怎么去治。听起来你像是得了一个跟焦虑有关的一组疾病，强迫这类的毛病。无论那些囤积障碍，这是强迫症的一种了，就说什么东西都攒，或者你脑袋进来的东西你一直都放不下，而且非常有逻辑的去想这些事，就一旦闯进脑子里，刚才说了数学到微积分到其他，你总是 follow 这么一个东西，然后追求完美，年轻的时候还爱干净等等，这些东西搁到一块，都是跟强迫有关的这么一类病（概念化患者疾病的模式）。但是你有优点有缺点了，其实你每个病都不是很重，就是你现在**唯一的应该达到强迫型人格障碍的诊断标准，叫 OCPD 了**，因为你不但是强迫，你还追求完美，你还朋友少，这个肯定是了。你下面还有很多 OCD 的症状，就是**没有达到标准，但是有这些强迫性的症状**，这两个等于是都跟焦虑有关的一组疾病了。因为你很焦虑，所以你注意力不集中，易激惹、爱吵架，这容易让人家认为你有双相。你**不像双相障碍**有这么两点（提出双相鉴别点：1 是治疗反应；2 是临床表现），第一个你用了这么多的药都治疗双相，最有效的比如说丙戊酸钠、思瑞康，你没有什么效果。另外几乎很少有双相障碍做 ECT 没效果，所以基本上可以除外你是双相，就是临床表现也不像、治疗也不像，但之所以让大家认为你有这疾病，因为你爱发脾气、爱急躁，像妈妈一样，所以现在看起来，你是跟焦虑有关的这一组疾病。怎么治疗？（以下从生物-心理-社会提出整体治疗方案）第一个生物治疗得要靠运动，药物治疗需要调调药，锂盐



很明显不需要用了，两个原因，第一你出现了锂盐引起的甲状腺改变，再吃下去甲状腺就吃坏了。第二出现白细胞增加，推测你这白细胞增加跟你这个锂盐有关系，不是感染，因为你现在也没感染，这类的就像锂盐引起的这两个症状你都有，可以直接停掉了。（碳酸锂已经引起两大副作用：甲状腺功能减退和白细胞升高，需要停药）其他的药物得慢慢调整，第一个思瑞康先别动，因为它治疗焦虑，帮你睡觉，暂时先别动。锂盐减掉，然后丙戊酸钠暂时也别动，我们就一次动一个就行了，丙戊酸钠先暂时放在那，但是估计以后也得减掉，用处不大，对肝脏有影响，本身你也不是双相。那抗焦虑的药要用一个，SSRI 没有效果，就用 SNRI 可以，度洛西汀这类的药可以用一下，但这时候要盯着你的心脏，你有一个毛病就是一增加去甲肾上腺素你就心跳快，所以我们得看你这个心跳，那就是先从最低剂量开始，20 毫克开始。这时要监测你的心跳，因为你对去甲肾上腺素敏感（药物治疗的艺术性和不机械，一线强迫治疗药物 SSRI 效果不佳，改用 SNRI）。这时候我们得看一下，如果它这条道不通，我们用别的办法来治疗焦虑，就没法用 SSRI 或者 SNRI 这类的东西。本来 SSRI 应该好使，但是你属于不好使那类的。用 SNRI 试一试，慢一点试，但那两个药先不要动，先只把锂盐减掉。中药这类东西不要吃，因为它不治疗你这类的病，这样只能增加你这些副作用，搞不清楚你那个副作用是哪来的。如果这个药你不能耐受，下一个就是要用加巴喷丁这类的药（在一次会诊中主动提出次选方案，万一不耐受 SNRI，提供给患者其他选择，这也是专家会诊的细致和高明之处!），因为它既不增加心跳，同时也不增加肝脏负担，本身还抗焦虑，抗焦虑效果多于丙戊酸钠了，因为他不是双相，所以说用弱一点的抗双相药没问题，加巴喷丁抗焦虑效果优于丙戊酸钠，但先用 SNRI 再试一把，因为不想放弃这个药。因为你不是双相，所以你用 ECT 就效果不好，但是你带有强迫性质这样的焦虑 rTMS 好，美国 FDA 批准用 rTMS 治疗强迫有关的焦虑的，这是关于生物治疗。心理咨询用认知行为疗法或者正念减压，只有这个是有效的，一旦用了这个东西你脑子就不去想了，所以你得用这个办法去治。那社会学的这类的东西，那就做尽量别引起你焦虑的，别熬夜的，别跟人打交道多的工作和学习。你现在在大学里学什么专业？

（此处询问专业，为社会层面干预作准备）

32. 来访者：机械工程。

33. D 医生：记住学完之后，找工作的时候尽量别跟人打交道比较多的，多跟机械接触，



(此类工作适合 OCPD 患者，避开人际短板) 人机对话，在你没有好之前，尽量选跟器械打交道多的工作，少跟人打交道，大致是这样。学机械还好，学人力资源什么就比较麻烦了，学旅游、学管理都麻烦。你不太擅长跟人打交道，容易让你焦虑更重。好处是说你得的不是重性精神障碍，缺点是这个病涉及到慢性，不是一天两天了，就是你这从中学就有这类的问题了，这种东西都是听起来有 10 年左右的病史，至少 5 年以上才能形成这人格的问题，也就是 18 岁以前你就有这个毛病了，那个时候没有治疗，就让你这强迫没有一个出口，结果就变成跑到这冒出来了。这个焦虑根源肯定跟你母亲爱急躁、追求完美都有关系了。但是我们现在过去已经发生就发生了，之前没治，现在别乱治就可以了。焦虑跟湿疹的关系特别大，抠皮肤，身心疾病里最常见的是跟焦虑有关，我还没看到任何一个双相的人跟湿疹有关系。另外双相的遗传倾向特别重，就是家里总是有那么一个人有类似这类的病，你们家里听起来没人有双相。大致是这么一个情况。你还有没有其他问题？或者是你妈妈有没有其他问题？

34. 来访者：嗯……我的问题是，我在这几年内经常有大量的沮丧，以及那个就是，嗯……缺乏行动能力，大量的这个情况。那这是？（患者提出另一个关注的症状：抑郁，看老师如何“一元论”解释？）
35. D 医生：对的，是这样的，焦虑的人有 2/3 发病 5 年以上会伴有继发性抑郁（解释继发性抑郁的成因），所以这就是你为什么沮丧抑郁，你不止是 5 年的病史，所以你是这个原因来的。双相也可以抑郁，抑郁的时候什么都不想干，没劲儿，大部分情况两周就过去了，最多一个月，缓解期完全正常了，你躁狂的时候更想干事了，恨不得把全天下的事你都抢着干，所以你的表现不像是这样，你用的字是沮丧，是没有能量、没有劲，就把你折磨得变成慢病，所以你是一个慢病。你不是一天形成的病，你是 5 年以上的老病号了，所以你得去慢慢治才行。抑郁的人不一定焦虑，焦虑的人 2/3 都抑郁，就是因为它是慢病，折磨人，很耗能的一个过程。双相这类的病是发作性的，每隔一段发展，一年最多那么 4 次，除了发作其他时间都正常，如果是躁狂的话，发作的时候比别人都能干，不是这种没有劲。你现在属于一种无奈的状态、一种沮丧的状态，一种没有劲的状态，一种拖延的状态，所以这都像是慢病，像是人格障碍，而不是像那种发作性的疾病（诠释：鉴别双相 vs 继发性抑郁和人格障碍）。清楚吗？你的表现是你的病的一部分，病好了这些事就变好了。



36. 来访者母亲：哦，是，我觉得您说得很对，他确实是长期的，因为以前不知道他这是病，只是觉得这孩子毛病多，但是听您这么一说了，我觉得确确实实是。他的双相也不是很明显的，吃了三年的药了，确实怎么都不管用，甚至越吃越厉害，但今年住院以后吃这个药，药量少了以后，反倒好了一点，他能像正常人一样生活，但是学习上还依然很困难。我倒挺倾向于您说的这一些，我也很愿意尝试一下（患者家属接受了医生的诠释）。他长期碳酸锂吃了有快一年了，他猛一下停下来，会不会有其他什么副作用？
37. D 医生：一般不会，因为有这么大副作用，我们一般都是直接停下来，你要是想慢慢停，就每一次减 300。因为你现在出现这个副作用，时间长了会把甲状腺治坏了，病没治好，一个病变成两个病了。这个药也不治疗非双相以外的病，除非你认为他是双相，如果他不是双相你用这个药，就把甲状腺给杀掉了。第二，他白细胞这么高会有问题，它毁坏你白细胞的功能，像毒药一样（指出停用碳酸锂的必要：副作用已经非常明显。打消患者疑虑）。
38. 来访者母亲：是！是！

张道龙医生对本案例的总结

张道龙医生：我们先说一下诊断。第一个我们认为这病人是 OCPD 了，另外他还有其他特定的强迫及相关障碍，所以抠皮，囤积，过去在意卫生的事，肯定跟这有关。**为什么患者的强迫症不典型？**是因为他被 OCPD 给消耗走了，若拿 100 个定量是焦虑，如果你的 OCPD 消耗掉你 60%，那你剩下的就不太容易变成典型强迫症，你不会各 50% 了，所以他是因为带走了那么一大部分，剩那小部分集中了，但是偏强迫。他亲口说家里要摆很多东西不舍得扔，亲口说他有收集的这些问题，那不是囤积障碍吗？但是他又不是以囤积障碍为主，没把所有的家都给摆上东西谁都进不去，那他为什么不能变成纯囤积？是因为他有个 OCPD 把能量消耗没了。所以他不典型，是因为有那么一个东西天天折磨他，就变成强迫症阈下的表现了。另外，患者还有继发抑郁的表现。**2/3 焦虑的人，长时间焦虑就变成抑郁**，所以他现在是后面这种状况，我们看到病史至少是 5 年以上。

这个病人治疗已经都说过了。给我们一个什么启示？今天给你说一个概念，医疗之家有两个版本，我跟 Z 医生，以 Z 医生为主的医疗之家这是正向的，因为最早是儿科医



生发现的很多病人有这些精神障碍，能达到 25%左右，让家长去看精神科医生又不看，所以再请个精神科医生来加入这个团队，这就变成儿童医疗之家。后来全科和内科说我们也可以做成人的，也是这道理，我们成人中也有很多人不愿看精神科的，那我们请个精神科医生来，这叫**正向的医疗之家**。我们精神科发现，很多精神科的人也出现大内科的问题，所以我们也请一个大内科医生加入我们，这不也是医疗之家嘛。记住，正方向的医疗之家是，我们差不多是内科医生多，精神科医生和心理咨询师少。我们这个反向的，也叫医疗之家，我们的医疗之家是精神科和心理咨询师多，只有两个全科医生，我们全系二十多个人，只有那么一到两个全科医生，所以如果有正向的，就有**反向医疗之家**，我们也叫医疗之家。你今天看这个案例，就是在精神科建的医疗之家，所以你明显看到有这些问题，你到底什么药物引起的？副作用怎么办？吃了米氮平变成脂肪肝了怎么办，你都得知道，你怎么用排油丸，这病人万一有糖尿病，这个甲状腺、白细胞增加，需要高度怀疑是锂盐引起的。另外，治疗的时候要知道，除了 SSRI 不好使，SNRI 也可以。万一患者回去不好使的时候，是不是用点加巴喷丁之类的？可以。你看跟患者解释完这病程，一句话“苹果掉下来离树不远”，他们家的树都只有焦虑，没有双相，他们家的树有强迫，妈妈追求完美，他也追求完美，你不能把这些东西都不管，非要用双相去解释，所以一定要想想这是个什么情况，这样你才能不断的去思考。

科普文章

碳酸锂的主要副作用

整理编辑| 肖茜

碳酸锂是一种比较常见的精神科用药，在用药上一定要听从医嘱。本案例的患者出现了由碳酸锂导致的一系列副反应，包括甲状腺功能低下，白细胞升高等。那么作为精神科的常见用药，碳酸锂的常见副作用有哪些？如何防治？本期将为大家作逐一介绍。

➤ 主要副作用

常见副作用有口干、烦渴、多饮、多尿、腹泻、恶心、呕吐、上腹痛，体重增加、皮疹、脱发。神经系统不良反应有双手细震颤、萎靡、无力、嗜睡、视物模糊、共济失调、认知放缓。可引起白细胞升高。甲状腺功能减退，肾功能下降、心脏窦房阻滞也是其不良



反应。上述不良反应加重可能是中毒的先兆，应密切观察。孕期使用碳酸锂可能会导致胎儿非常严重的心脏畸形（Ebstein 畸形）。碳酸锂片的禁忌主要为：肾功能不全者、严重心脏疾病患者禁用。

➤ 适应症

主要治疗躁狂发作，对躁狂和抑郁交替发作的双相障碍有很好的治疗和预防复发作用，对反复发作的抑郁症也有预防作用。也用于联合治疗精神分裂症谱系疾病如分裂情感性障碍。对愤怒和易激惹症状有控制作用。作用机制可能与平衡神经递质的兴奋性与抑制性作用，或通过影响第二信使活性来调节信号活性。

➤ 注意事项

由于锂盐的治疗量和中毒量较接近，应对血锂浓度进行监测，帮助调节治疗量及维持量，及时发现急性中毒。治疗期应每 1-2 周测量血锂一次，维持治疗期可每月测定一次。6-12 个月的稳定之后，每 6 个月检查一次，或按照临床需要来检查。取血时间应在次日晨即末次服药后 12 小时。急性治疗的血锂浓度为 0.6-1.2mmol/L，维持治疗的血锂浓度为 0.4-0.8mmol/L。

1.4mmol/L 视为有效浓度的上限，超过此值容易出现锂中毒。脑器质性疾病、严重躯体疾病和低钠血症患者慎用本品。服本品患者需注意体液大量丢失，如持续呕吐、腹泻、大量出汗等情况易引起锂中毒。服本品期间不可用低盐饮食。长期服药者应定期检查肾功能和甲状腺功能。

➤ 药物过量的治疗方法

若出现碳酸锂过量使用，需保持液体/电解质平衡很重要。进行洗胃、甘露醇利尿，更高血药浓度时需行血液透析治疗。



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

