

第 119 期

2020年3月31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)
- ❖ 美国专家国内集中讲学
- ❖ 美利华医疗之家
- ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 《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

在开机世界里学会关机

周内平常的一天，我在客厅的餐桌前写着文案，先生在用他的手机看新闻，两个儿子一人一台电脑在他们的学习桌前上着网课，婆婆在做饭的空余拿出手机下单让二条街以外的超市小哥送两袋面上楼，住在隔壁的我的母亲开着大门通风，手机蓝牙接通的音箱里放着听她喜欢的小说……三家人合睦生活在一起，我们拥有一碗汤距离的理想团聚，但在这一刻我们却没有任何交流，甚至彼此像断了联系。趁着喝水的功夫我环顾身边每个人的面孔，心中感叹，这些大大小小的电子玩意儿，已经如此改变着我们的生活。

其实也不乏研究说互联网的使用有助于促进大脑的功能，所以我乐见自己的母亲熟练操作微信与她的孙女互动；轻松于我的婆婆是个网购达人，可以在数个平台间满足自己小到针线的需求，但我会担心这些现代的网络技术在不断侵蚀着孩子们的思维——这段时间，我家的两个男孩需要每天对着电脑屏幕进行三小时以上的学习，还不算周末在线的数学课、编程课和钢琴课，他们已经在这段时间里变成了小小的“电脑通”，自己学会处理一些跳出来的弹窗与信息提醒，在各种平台里查作业、对答案，特别是当作业中需要他们完成一些资料收集时，我看到他们不断地寻找新的网页、新的信息中有些还夹杂着“颜色不明”的图文提醒，天呐，我在想，这比他们上课说闲话开小差的概率不知道大了多少，一些潜在的可怕又大了多少！

其实即使没有疫情，技术也总在改变着我们。电视里“表演的娱乐”替代了我们撒欢疯跑的游戏体验；钟表结束了我们对自然节奏的依赖，开始接管我们的时间管理与感受；甚至纸张最早出现的时候也在改变着我们口耳相传的文化遗产。我曾在某一本书上看到过说哲学家苏格拉底就曾担心书写的发展反而会让人类变得健忘。这段日子互联网的使用增多，让我切实感受到对情绪的影响。在一夜呼啸而来的新冠肺炎面前，比疫情更汹涌的是海量的信息，在最初的那段日子里，我自己都有种大脑被挤瘪了的感受，每时每刻都盯着新闻和数字的变化、变化、变化，信息刷新的速度超前，迫使我感觉浸泡在大量无过滤的、裹挟他人大量情绪当中，无法安静，无法思考。不得不说，真是令人心烦意乱。最后我不得不关掉电脑，关掉手机，强行让自己下线，空出时间来进行缓慢但使人平静的读书与写字，或者会和儿子一起比赛看看谁会先背完一首古诗。是的，使用人脑比使用电脑更令人愉悦，思考本身就是一剂抗压的良方。

春暖花开开了，审视一下我们对网络的依赖吧，努力规划好时间，让自己能够完全下线，让科技也稍作休息，找回那块属于我们私人的、安静的部分。

走出家门，走进世界，让肉身亲临我们已经非常魔幻的2020年。

愿以书卷气，行我路万里。



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】	5
一例适应障碍的临床访谈	
● 案例报告示范	
● 访谈实录及分析	
● 讨论及答疑	
【访谈理论篇】	17
愿每一种爱都不被伤害	
【心理学人】	21
哀伤，写给生命里最后的情书	
【全科医学】	26
一例高血压合并广泛性焦虑障碍的远程会诊	
● 案例报告示范	
● 访谈实录及分析	
● 会诊后的总结与回顾	
【全科科普】	30
高血压	



精神医学临床访谈

如果把爱情比作山峰，那可能对有些人来说失恋就是从山顶上摔下来，坠落的过程可能会被树枝划伤皮肤，可能会被荆棘刺伤手指，最后跌落在某处……亲密关系是人生最难修行的功课之一。在爱情当中双方除了重叠和个性，还有更重要的一点：冲突时的磨合能力和彼此的合作。我们看到哭泣的人会说他们抑郁，看到烦躁的人会说他们焦虑，依据症状的诊断总令人感觉扑朔迷离，特别是再加上恋爱对象的“与众不同”，面对这样的临床患者，究竟如何解读？请看本期案例——

一例适应障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生

绵阳三院 医生

责编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别	女性	年龄	27岁	宗教信仰	无
民族	**	文化程度	**	婚姻	未婚
病史提供者	本人及患者母亲	职业	室内装修设计师	病史可靠性	可靠

主诉：“因为情绪低落、兴趣减退3年，复发两个月。”

现病史：三年前患者与相恋6年的女朋友分手之后，出现情绪低落，高兴不起来，觉得人生没有意义，工作也没有意义，找不到奋斗的目标，睡眠质量差。痛苦的时候就觉得活着都没有意义，不如死了算了。曾经想过跳楼，但想着母亲只有自己一个孩子，自己死了母亲也活不下去，就没有采取行动。并有阵发性的心慌、心烦，手发麻，没有引起重视，未进行治疗。患者找到新的女朋友之后上述症状就自行好转。两个月前患者再度失恋后，前述症状加重，情绪低落、高兴不起来，不想做事，工作不能集中注意力，脑子里一片混乱，食欲差，夜间睡眠差，以入睡困难为主，睡眠质量差，早醒，日间昏昏沉沉不愿意出门，让母亲陪着自己。

2018年8月底，在医院门诊治疗，诊断为中度抑郁发作，给予草酸艾司西酞普兰5毫克QD，坦度螺酮5毫克TID，阿普唑仑0.4毫克QN等药物治疗，睡眠稍好转，但情绪没有明显的好转。为求进一步诊治，门诊以适应障碍收入院。

既往史：无特殊。



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



个人史： 母亲怀孕期间正常，自小生长发育正常。患者平素性格追求完美，除了自己专业方面，其他事情不愿意拿主意，比较依赖周围人，需要别人为她拿主意，缺乏独立性，总感到自己无助、无能，缺乏精力，怕被人遗弃，将自己的需求依附于女朋友，过分顺从女朋友意志，要求和容忍女朋友安排自己的生活，当与女朋友分手的时候，有被毁灭和无助的体验。患者1岁半时患病，而父亲却将母亲辛苦一年挣的钱赌博输光，因此事父母离异，母亲很痛苦。患者2岁多上幼儿园，上学后，在班上朋友里都是老大，对母亲说我保护你，我朋友多。从小母亲在外面上班，患者由外公外婆带着，后来在小姨家还住了一段时间。上学时母亲回来一起生活。初中时母亲再婚，继父不喜欢患者，继父与母亲住四楼，母亲把患者搬到一楼值班室一个人居住；继父不高兴，母亲就把患者搬到旁边的小仓库里面住；继父仍不满意，母亲就把患者搬到一间出租屋里一个人住。继父觉得患者考不上大学，患者与继父赌气考上了，期间因为继父对患者不好，患者母亲和继父分居了一段时间，后来患者工作后继父对患者态度改变，母亲与继父关系复合。患者从小一直和男同学玩，上小学四年级时发现自己女性同性恋者，母亲和亲戚对患者的性取向都比较理解。

家族史： 患者的亲生父亲性格外向，喜欢玩、好赌博，对家庭缺乏责任心。患者的母亲性格较为固执、比较能干强势。继父的性格内向、自恃、爱钱，不喜欢患者，对患者挑三捡四。

精神检查：

一般情况：患者营养良好，身材匀称。时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量正常少，语速慢，表达能力差。

思维活动：正常。

感知觉：正常。

情感活动：正常

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：部分存在

辅助检查： 未做

【病历小结及概念化】

患者很小的时候就与生父分离，生父对她不好，花光钱不负责任，劣迹斑斑，她成长中没有生活上的支持，后来有了继父，但继父也是对她不好。患者在这样的家庭环境长大容易没有安全感，所以她就变成了一个爱焦虑的孩子，见到生人就害怕，容易拿不准主意，遇事容易焦虑、六神无主。这种成长经历下依恋关系不稳定所带来的创伤感强，也考虑是她比普通入失恋后的情绪表现严重的原因。

初步诊断：适应障碍



治疗方案:

1.生物: 目前服用草酸艾司西酞普兰5毫克QD, 坦度螺酮5毫克TID, 阿普唑仑0.4毫克QN等药物治疗后, 情绪较前好转, 逐渐减停阿普唑仑片, 再减停坦度罗酮, 可维持单一药物治疗。嘱咐患者加强运动、音乐疗法。

2.心理: CBT能改善患者认知, 把焦虑水平控制得低一点, 帮助患者走出阴影 (一是她感情投入很多, 二是纠结、焦虑)

3.社会: 谈恋爱注意重点先与对方沟通好家长同性关系有接受度的女伴, 再去谈恋爱, 找一个幸福的伴侣。

主诊医生: 绵阳三院

2018-09-13

【访谈实录】

1. Z医生: 你好, 每次跟女朋友分开的时候, 会有情绪起伏这些情况。在一起的时候有这种情况吗? 还是在一起也是这样情绪高高低低的?
2. 来访者: 在一起没有。
3. Z医生: 哦, 在一起是相反的, 是这样的吧?
4. 来访者: 嗯。
5. Z医生: 你有自残行为吗? 就是经常在自己胳膊上划一下, 撞墙, 在一起的时候有这种情况吗?
6. 来访者: 在一起没有。

简单的行为确认? 进行中的鉴别诊断。

问什么? 怎么问? 得到的回答该怎么理解! 这是新手咨询师常见的困惑, 我们总在说的“咨询中没有无用的对话”, 是需要临床工作者在问诊/咨询中对于来访者种种表现进行分类、理解并从中概念化出他的行为模式。基于访谈中已知的资料, 如何理解“模式”我们常常说是要基于临床经验, 但实际上这样的经验并非散乱和个人化的, 而是扎实积累的专业知识架构中进行的鉴别。比如在开场白的几句话里:

- 1、第一段中: 情绪变化有没有明确的时间点 (触发事件的存在) ——适应的问题;
- 2、第一段中: 情绪是受外在影响的突发的波动, 还是慢性的内在感受——情绪模式的问题;
- 3、第三段中: 有没有自伤自残——典型行为的问题?

案例报告中基于来访者及家属说的“情绪差、眠差、想自杀, 无意义感”显而易见这都指向“抑郁问题”, 假如基于这些症状就开点抗抑郁药显然从医疗的角度上做了处理, 但来访者对自己问题的发生发展所产生的迷惑实际上仍是难以理解和应对的。美利华的培训中张道龙医生一直不断强调“理解你的病人, 再理解他得了什么病”这个临床核心——她为什么会在“此时此刻”抑郁, 她目前的一系列不适症状究竟有什么样的意义? 服药可以缓解症状上的问题, 但作为对这个人的理解, 仅凭当下的症状显然是不够的, 所以对来访者的病历进行把握, 相信这些信息, 但同时还要“双声道”的去想想哪部分需要补充, 还不足以了解来访者本人的, 换句话说就是概念化中缺乏的信息, 开场的提问恰恰体现了这个核心, 每个问题都服务于督导医生所要进行的鉴别诊断工作。



7. Z医生：我知道你是同性恋，问一下你们性关系，希望你不要忌讳。在性关系中，你是被动方、是被带领的那个角色吗？就是等着对方告诉你做什么，怎么做，是这样的情况吗？
8. 来访者：开始的时候是她们主动，到最后一半一半吧。
9. Z医生：哦，好了，在这个过程中，你有没有跟正常人很明显不太一样的，比如说，你愿意被打一下，被折磨一下，或者是被暴力一下，有这样的模式吗？
10. 来访者：（低声咕哝着）不...不喜欢打痛。
11. Z医生：不喜欢被虐待那种？
12. 来访者：嗯。
13. Z医生：有没有这种情况呢，就是愿意这么去做，比如说打你呀、骂你呀，发生过这种情况吗？
14. 来访者：没有，不打。
15. Z医生：哦，不是具体的打了，比如说用语言，相对比较粗暴一点，你是属于比较弱的那方，有没有这方面的表现？
16. 来访者：.....欺负我。（声音很低，说话含混）
17. Z医生：一会我来告诉你，为什么要问这些事。
18. 来访者：.....（无声）
19. 来访者妈妈：老师，我是她妈，是这样的，她跟她女朋友在一起，她女朋友不欺负她，但是她妹妹爱欺负她，她女朋友走了以后，跟妹妹在一起，妹妹老欺负她，打她呀，经常刺激她之类的。
20. Z医生：妹妹跟她在一起，比如说欺负她，打她，她对妹妹还是很好的呢，还是说她也打回去？
21. 来访者妈妈：她跟妹妹很好，关系很好。
22. Z医生：哦，关系很好。那她的女朋友欺不欺负她？在你观察来看。
23. 来访者妈妈：不欺负。不会。她女朋友不欺负她，她女朋友特别顺从她，说什么都是她说了算。
24. Z医生：她说了算，那女朋友为什么走？为什么离开她？谁离开谁？
25. 来访者：她们离开我。
26. Z医生：那听起来就有问题了。[在你看来是什么原因离开你呢。](#)
27. 来访者：6年那个因为她要结婚，她父母不同意。



28. Z医生：父母不同意同性恋，她跟异性恋结婚，是这意思吗？
29. 来访者：对。
30. Z医生：OK。那第二个呢？
31. 来访者：第二个因为她觉得我对她不好，觉得我不喜欢她。
32. Z医生：她觉得你对她不好。
33. 来访者：嗯。
34. Z医生：你呢，你认为你自己对她挺好的？
35. 来访者：我对她不好。
36. Z医生：你对她不好？
37. 来访者：嗯。
38. Z医生：你确实对她不好？
39. 来访者：我确实对她不好。
40. Z医生：哦，对她不好表现在什么方面呢？
41. 来访者：不……不喜欢她。
42. Z医生：哦，不喜欢她，但不是说语言虐待她，说一些粗话，或者是肉体上虐待对方，不是这样？
43. 来访者：没有没有。
44. Z医生：但是你妹妹虐待你。你这病史听起来有点什么问题。你说你总是需要对方来帮你做决定，除了专业问题。然后又说你在亲密关系中你是处于做决定的角色，这听起来不矛盾吗？
45. 来访者：在一起之后我做，能做决定。
46. Z医生：哦，比如同事，或者是家里的关系，妈妈呀，妹妹呀，继父都是他们来替你做决定，是这意思吗？
47. 来访者：有女朋友之后，我就像另外一个人。
48. Z医生：你有女朋友之后就像另外一个人？意思是跟原来不一样是吧？
49. 来访者：对。
50. Z医生：那你跟我讲讲哪一部分变了？
51. 来访者：就很有劲，就……像……就很厉害。
52. Z医生：什么方面很厉害？



53. 来访者：都很厉害。
54. Z医生：什么叫厉害？厉害本身中文有不同的意思了。是语言暴力，把妹妹继父对你的不好来对女友这也叫厉害，还是别的什么样？
55. 来访者：能做决定，能工作，能保护她，就是除了不会做家务，什么都可以。
56. Z医生：对。我看你说话特别费劲似的，跟你妈妈不太一样。你平常说话就这样吗？
57. 来访者：不是。
58. Z医生：对。那你今天为什么说话是这种感觉？
59. 来访者：感觉……话……到嘴边说不出来。
60. Z医生：在公共场所说不出来，是这意思吧？
61. 来访者妈妈：（她）见了陌生人就紧张。

问与答之间发生着什么

问诊中的沟通风格

我们在对话中了解来访者的依恋、抛弃、爱和恐惧，不但需要听他们的语言在“说”什么，“交流风格”也至关重要。这些基本情感过程是从婴儿早期发育阶段就已形成，与这些内心的需要与长期的行为习惯有关，表达情绪的语言也通常会用非常本色的语言表现，因此访谈时我们试图让来访者多表述，围绕其自身的展开话题。我们在上面这段不短的对话中发现访谈中多次“提问-确认”，但行进有些困难，来访者的表述总是过短甚至有点含混，对话展开不顺畅。可见在访谈中不是根据已知信息急着下结论或给问题贴标签——关注你的来访者，远比急于想出什么妙语或共情重要。花时间去表达愿意了解对方，不但需要耐心，更需要概念化的能力。

把自己作为一把尺子

面对关切与提问，来访者的含混与噤声意味着什么？直接下定义为对方的阻抗吗？还是检视自己的问题……要如何处理这种对话当中切实发生的困难，往往是令不少咨询师头痛的事。我们在这里想要提示的是更多在对话情境当中语言之外的，作为咨询师的情感、想法甚至身体感受，可能都在传递着咨访关系这种“人际关系”中体现出的来访者的应对模式。提供这一信息有很多形式：信息形成的人设——一个抑郁症状明显的人；听觉形象——嗓音略粗偏男性风格，但语气胆怯，思路不顺畅；收集到的信息——积极的、人缘好的、有主见的、在关系当中占有主动方的人；还有作为访谈者的情绪或经验等，这里所有的信息，都可以成为仔细考虑的对象。我们看到督导医生的访谈中也看到，道龙老师选择以开放的心态来探究，而不拘泥于自以为是的观念，进行确认，去询问变化、询问日常模式。



62. Z医生：哦，那让你妈妈说，我再观察一下。除了在公共场所说话是这样的，在你看来这孩子哪方面，还跟你不一样？
63. 来访者妈妈：她就是见了陌生人就紧张，最近发病了以后，就是见了陌生人就紧张，全身都僵硬，手也握成拳头紧紧的就这样，就很不自然。
64. Z医生：很不自然。
65. 来访者妈妈：对，头也抬不起来。
66. Z医生：如果在家里，跟你们家里人也这样吗？
67. 来访者妈妈：平常不是的。
68. Z医生：平常不是的？
69. 来访者妈妈：平常不是的。她平常语言表达还好，也不结巴，说话也爱笑，但是自发病以后就这个样子，浑身都僵硬，也紧张。
70. Z医生：对的。在你家里妹妹欺负她，她也是唯唯诺诺的人？
71. 来访者妈妈：不是。不是唯唯诺诺，她在家里就是很好相处，她不会跟别人计较，就她妹妹欺负她，她觉得好玩，就两姊妹在一起玩嘛。妹妹经常打她，骂她丑什么之类的，就是那种互相之间调侃，觉得好玩。但她不会去欺负她妹妹，她不会说她妹妹丑，她会说她妹妹漂亮，会说她妹妹好，就这样子的。在家里就说，她一般不会跟别人计较什么东西。
72. Z医生：对的，就是逆来顺受了，等于是大家都说她，她能接受。是这意思吧？
73. 来访者妈妈：不是逆来顺受，比较随和吧。
74. Z医生：那不是正常的随和了。她一说话就紧张成这样，那肯定会容易变成被取笑的对象了，从小到大都是别人可以跟她说一些事，但很少反抗回来，跟大家去打，跟大家去暴力，是这意思吧？
75. 来访者妈妈：不是取笑那种，是她们之间开玩笑那种。
76. Z医生：是，但她不能拿别人开玩笑？
77. 来访者妈妈：她也会拿别人开玩笑，就是心情好的时候会拿，但一般不会拿别人开玩笑，她跟朋友、跟同学相处都很愉快的，她在同学、朋友圈子里边认可度也比较高，不是那种自卑型的，不是那种不被人接受的那种人。她在朋友圈的，包括我的朋友圈都很接受她。
78. Z医生：是，接受是一方面。



79. 来访者妈妈：她说她“很厉害”就是说这方面，别人给她都是好评，就是觉得能干，做事情也行，为人处事也可以，在朋友面前让别人觉得跟她在一起比较愉快，有面子之类的，她就觉得这个“很厉害”。
80. Z医生：相处通常是这样两种情况，一种是跟你相处，觉得你这个人比较开事，像个领导，比较智慧……
81. 来访者妈妈：（插话）对，就这种。
82. Z医生：我听起来不像这种了，另一种就是，说话都大气不敢喘，完了见着陌生人就紧张，你之所以跟别人相处好是因为你不去找事，不去跟人家打架，都是你说特别随和这种，就是我们北方人叫唯唯诺诺了……
83. 来访者妈妈：（插话）不是唯唯诺诺。她就是现在嘛，她一犯病了，就是这个样子，就是紧张、害怕、怕羞，她平常不是这样的。

“六月天穿着冬衣的来访者”

在这个案例当中，来访者的表现与母亲口中描述的来访者似乎总不像是同一个人——在访谈中我们明显看到来访者的被动、回避与少语，但在来访者母亲的口中，来访者是活泼的、有主见的，究竟哪一种状态才是来访者的真实面貌呢？访谈中我们能看到督导医生会在需要问诊中来访者对自己的描述与来访者的表现看起来总是不太一致，因此从62到83段督导医生开始专门就这种“不一致”进行比对。哪些方面、什么时间、在什么情况下的不一致。这就像我们看到了一位夏季穿棉衣的来访者，先不去定义正常或异常，而是要先了解，这么做的起因，背后“他的道理”，对来访者的情况更深入的进行了了解。

84. Z医生：平常不是这样的，**这描述听起来好像有点不大对了**。她是做什么工作的？
85. 来访者妈妈：她是设计师，是室内装修设计师，做设计画图的。
86. Z医生：跟人打交道吗？
87. 来访者妈妈：要，她平常要跟别人交流，跟别人谈案子、谈设计理念、出图，谈房子怎么设计，都是要跟客户交流的，交流也还好，也不困难。
88. Z医生：**听你讲我都感觉听得稀里糊涂的，到底问题在哪里呢？为什么想把她送精神病院来？**
89. 来访者妈妈：她问题就是最近一段时间情绪低落，什么都不想做，也不想起床，对什么都没兴趣，饭也不想吃，觉得挣钱也没意义。因为她的前女友要结婚了嘛，她看到别人幸福，她就自卑，她觉得别人也结婚了，带小孩了，她想有一个家，有自己的小孩，有



自己的爱人呀之类的，但是她没有，然后她就自卑，难受，就觉得生活无意义，就觉得好像生无可恋了。

90. Z医生：她没谈朋友之前，觉得生无可恋吗？
91. 来访者妈妈：没谈朋友之前挺好，有追求嘛，想得到自己想要的东西嘛。她现在想的东西得不到了，好像就觉得无意义了，挣钱也没用了，买大房子也没用了。
92. Z医生：**你的意思就是她平常完全正常的一个人，然后因为失恋打击成这样了？**
93. 来访者妈妈：对对，就是这种。
94. Z医生：OK，因为听你的描述和她的表现是不太一样的，但你比较熟悉她的情况我们也会信了。还有谁了解她，你们俩在一起住吗？
95. 来访者妈妈：在，我们是最近才在一起住，以前没有。
96. Z医生：你看，这就对了嘛。所以我说你不太了解她。好了，我再问她一下，让她回答。就是在她小的时候，生父就是把家里的钱都花了，有了病也不去养，平常也不照顾她，继父对她也不好，她自己跟没跟你说过她怎么看待这个问题。她自己还有这样的性取向，肯定是会受到别人歧视，继父对她不好，或者是挑三捡四。她自己有没有过说，我为什么摊上这样的家庭，为什么生活在这种环境等等，跟你们家长交流过吗？类似这样的，有跟家长讨论过她的感受。（澄清技术）
97. 来访者妈妈：讨论过。这个问题讨论过，她就是不想看到她的继父，她就觉得她继父对她不好嘛，她是想做得更好，让她继父说自己看错了，她想做给她继父看。比较想考大学，想做得更好，想挣更多的钱，就让她继父看得起她。
98. Z医生：对。能接受她，她现在能接受她继父吗？已经毕业了，工作了。
99. 来访者妈妈：能。因为她毕业以后，她继父对她好了，态度也转变了，现在我们住在一起，她继父和我，和她外婆，我们四个人住在一起，现在关系都很好。
100. Z医生：都很好，**就是这一次失恋带来这么大打击？**
101. 来访者妈妈：她不是一次失恋，是两次。第一次是那个女朋友6年了嘛，那次失恋对她打击特别大，后来这一次，就算是过渡吧，但这个女孩也离开她了，这个女孩是我们大家不认可的，根本就不认可这个人，但是她也离开她了，她就觉得自卑，她觉得这样的人都看不上我，都离开我了，她觉得她不行了，就是这种。
102. Z医生：但是刚才听她讲的意思是第二个女朋友是她看不上人家，对人家不好，不是人家看不上她了。



103. 来访者妈妈：对。
104. Z医生：那这是什么情况？跟她说的矛盾呐。
105. 来访者妈妈：就是她认为她看不起的人都抛弃她了，但她又离不开她女朋友，她需要有人照顾、需要有人在一起，对她女朋友依恋，她觉得她身边没有人了。她虽然看不起她女朋友，但是那个人愿意陪着她。现在她看不起的人，都不愿意陪着她了，她就觉得自己特失败。
106. Z医生：这两次失恋到底是什么原因，第一次我听明白了，是她想跟那个女孩好，女孩也跟她也挺好，但是人家家里不同意她同性恋，结果给她找了个异性恋，结婚嫁掉了，是这意思吧？（澄清技术）
107. 来访者妈妈：对。
108. Z医生：第二个女朋友，她说她对人家不好，后来女朋友自己选择离开她，是因为她对人家不好，那下次对人家好点不就完了吗？那问题出在哪？（澄清技术）
109. 来访者妈妈：就是因为她从第一次，6年那个女朋友分手的抑郁中走不出来，所以她没办法对别人好。
110. Z医生：OK，那就是6年还走不出来。如果你说的是对的，她是一个健康、快乐、阳光的孩子，所有受过的创伤都恢复了，没有任何问题了，继父也都原谅了，全家是幸福的家庭了，就是因为失恋带来了今天这么大损伤，她所有的情况都是因为失恋触发，这是你们家的解释。我高度表示怀疑了，可以在治疗过程中我们再慢慢探索。如果真的是这样，那治疗就不是以药物治疗为主了，用不着吃三个药，甚至吃一个药就可以了，未来一个药也不需要吃。心理咨询，目前她还是陷在第一个女孩的失恋里，就说明那个女孩有不可替代性的，那我们下一步得怎么办？下一次就得找一个对方家庭能接受同性恋的，圈子里她都知道怎么找，这个女孩也不是唯一的，但是感觉是唯一。然后你挑一个你认为能对她好的，你对她再好点，不就好了。

好了，我再说一个版本，你看像不像，她一两岁的时候生父就不在了，最后也没有支持她读书，也没有去对她好，而且还劣迹斑斑，把钱花光了，不负责任，小孩就容易没有安全感，妈妈挺好，能接受小孩这种性取向，妹妹看来也不错，但是她继父也对她不好，这个创伤在21岁以前就形成了，一般都18岁以前。她变成了一个爱焦虑的小孩，见到生人就害怕，内心容易焦虑，容易拿不准主意，遇到事容易焦虑，容易六神无主，容易受了伤就比较重，这是解释为什么她失恋会比普通人失恋重，因为她



已经有了所谓的心理阴影，这阴影是与焦虑有关，所以变成了今天这种情况。我是30年行医第一次看见因为失恋见到别人说话紧张。一般都是她原来就紧张，就有焦虑，与熟悉的人在一起比较好，看着陌生人就紧张，容易对失恋反应重，就是因为六神无主嘛，焦虑的人就不容易做决定，容易纠结，所以就容易拿不起放不下，可是你们完全都否认，那我就接受你们的否认，按照你们的想法去治就好了。按我对她的理解把焦虑水平控制得低一点，让自己走出阴影，一半的原因是因为人家不接受，她感情投入很多。第二就是她还在纠结，这纠结就是焦虑中的一部分，就是容易拿得起放不下。

111. 来访者妈妈：老师，我认为你说得对，是容易焦虑、容易六神无主这种。

112. Z医生：对的，那要对了就好办。心理咨询，帮她把焦虑降低，帮她调整策略，帮她走出这一条路。现在您已经做出榜样了。该离就得离，该好就得好，就是得有妈妈这种角色，所以才不会有这个问题。我们得在咨询师的帮助下把她变成类似你这样。谈恋爱注意重点取向，先找她家同意的，再去谈恋爱，重点找一个幸福的伴侣，特殊的人群就特殊的处理，这样你就一辈子就幸福了。看起来很结实的孩子，但心理上很弱势。今天她整个表现出来的状态不能单独用失恋解释，也不是说医生们吓住了她，是她长期成长过程中成长我们得争取帮她解决心理困扰，走出这个心理阴影。她得了这个病不是很重，也能很快治好，但是这是个慢性病。这样清楚吗？

113. 来访者妈妈：好的，好的，谢谢。

114. Z医生：不客气，我们能帮助你这孩子，她没有什么更大的病，是常见的病。

115. 来访者：好的，非常感谢。

行云流水对话中的组合拳

面质技术 (confronting skill) 旨在对来访者的特定思维方式或呈现出的矛盾之处提出异议，以推动来访者重新审视其面临的生活挫折与心理困惑，克服其认知中的片面性与主观性。面质的意义不在于否定对方或贬低对方，而在于开启对方、激励对方，使来访者辩证地看待当前的所面临的问题。文中84、88、92、100段都是使用了面质的方法。面质力求的是“问而不审，质而不压”，所以比如94段中医生对家属的答案采取的是相信的态度，而不是否定。

探讨技巧 (exploring skill) 是为了帮助来访者积极思考其面临的挫折与困难的临床对话技术。通过提问题，多启发，鼓励对方多谈谈情况为基础，启发来访者自己去作归纳总结，以强化其思考并面对问题的能力。探讨并不意味着完全要认同来访者说的每一句话，而是通过提问、重构来表达自己的不同意见与看法，以讨论来加深或帮助来访者认识对特定行为潜在动机的认识。第96、102、108段都是采取了中立的态度来探讨现实状况。

解析技巧 (interpreting skill) 用于帮助来访者了解其妨碍自我认识与人格发展的种种不利因素，并加以重新认识，推动来访者层层深化对自我情感、认知、行为背后的精神动力进行理解，实现自我领悟上的飞跃。解析往往不是一开始就使用，而是运用探讨、面质、澄清等技巧，第110段的后半部分是非常典型的解析。

这位来访者从访谈中即可见言语少而且模糊，需要母亲代言的部分很多，情绪状态不好，这些情况都是不利于访谈的，而督导师看到她的特点之后，用了一整套包括澄清技术在内的几种方式来与来访者及其母亲沟通，最终在第111段中呈现出来访者的母亲对女儿的情况“恍然大悟”，自发地认识到偏差部分的目的，堪称访谈中的点睛之处。

【督导小结】

诊断是适应障碍，甚至达到重性抑郁，想自杀。在鉴别到底有没有人格障碍时，家长对这部分全都否了，她人际关系方面的困难没有什么表现，所以可能是没有人格障碍。但她明明在会诊时讲话不顺畅，有点唯唯诺诺，听起来这么焦虑，怎么就一点问题没有？精神动力学听起来就不太对。第二个根据她的状态得问问在关系当中她的地位，关于虐待或被虐做出鉴别，同性恋跟异性恋除了性取向以外在大多数情况实际上是一样的，他也有我们正常人的困扰，也是一样男性化的一方可能会欺负女性化的这方，她的状态如此无力，言语又含糊，所以要想到在关系当中可能出现的问题。

作为医生得理解你的患者，让她带着你跳一会儿舞，然后融合共舞一段，最后我带着她跳，一定是这三段的感觉。或者是这样比喻：在对方的鞋里走一段，知道问题在哪，探讨那个“问题”感受。所以我们要相信精神医学训练，相信精神动力学，要做好诊断、鉴别诊断。

【现场答疑】

问题一：这位患者虽然没有人格障碍，但是性格这方面是有些问题，可以这样理解吗？

Z医生：因为小的时候有不安全感，受过虐待，所以在这种过程中，她安全感就不够，不像她妈这么有信心。所以说她不是人格障碍。但是她不代表着没有这类的问题，她的拿不起放不下，都是小时候不安全感带来的。那当然就是处理人际关系一定会有问题，但是达不到人格障碍诊断标准。具体用CBT帮她，需要调整她的认知。作为同性恋者通常比较麻烦是在于家长不接受，她本人不存在这种困扰这是好事。

问题二：对于这个案例有个困惑，就是她的精神动力学，更多是带有C类人格障碍的特征，所以诊断是下不下特质呢？治疗上，给她找替代的一些依赖的对象，对于她来说能很快得到改善和解决吗？

Z医生：不会的，她不是依赖人格，但我知道她有不安全感、容易纠结，容易放不下。总体来说人格方面带有C类特征我能接受这样的理解，但别忘记了，她刚在访谈的时候说，一旦与人建立了关系自己就能做主，所以所谓的依赖表现可能更像是一种人际交往中的策略。真正的依赖人格凡事需要别人帮助，包括对同事、上司等等面对很多问题都不能做决定，这种没有主心骨式的依赖依靠容易让人嫌弃，也因此关系不稳定，依赖型人格不只是字面上对人唯唯诺诺听话的表现。



访谈理论篇

2018年一套儿童的性教育资料问世其中关于同性恋平权的文章引起关注。同年4月15日人民日报发表评论文章称：“性不可耻，爱更是。希望更多人能放下偏见、消除误解、包容他人，愿每一个人都能活出内心的色彩。”本期我们想面对同性恋人群说——

愿每一种爱都不被伤害

作者：王剑婷 张道龙

同性恋，又称同性爱，是性取向之一，是指只对同性产生爱情和性欲的人，这种性取向的个体被称之为同性恋者。即便是在社会宽容度日益提高的今天，在世界范围内不得不说同性恋话题仍有相当的敏感性，在不少国家和地区同性恋者还是被当作异类看待。于是他们被迫隐匿于真实的自己之内，倾心之爱对于他们来说也成了一件不可公开谈论的秘密。虽然有越来越多的公众人物通过自我暴露（即所谓的出柜）来表明自己的同性立场，不过一项研究显示，为了避免受到歧视或招致不必要的麻烦，超过半数的性少数人群选择在职场中隐藏自己的性取向。性取向并不可以从外貌判断，所以通常只有通过本人主动声明才能算，那么这个群体究竟有多大呢？

目前国际上比较通行的说法是，同性恋者占人群的比例约在2%到5%之间，仅就比例而言看似的确可称为“少数群体”，不过以中国14亿人口来计算，可推算的同性恋者的数量在2800万至7000万之间；据国内学者张北川的估算中国15岁至60岁的同性恋人数约为3100多万。干巴巴的数字听上去没有什么实际感受，让我们来换算一下3100万人，那是——瑞士+瑞典+比利时+丹麦四国人口之和！更不要说加上隐匿人群的数字。要知道世界上人口超过5000万人口的国家已经是“超人口大国”！

了解性心理问题专业人士中的普遍共识是，同性恋和异性恋并不是泾渭分明的两个群体，两者之间有很多交集。比如并不限定同性为相恋对象的、同性间的性活动从古至今一直存在。中国古来有之如“龙阳之好”、“断袖之癖”等成语就是描述同性之间爱慕之情的。中国古代对于同性恋的态度是变化的，或者说对于同性性行为的态度是变化的，不同的时期态度不一样，但总体上看较为宽容，甚至在某些时代成为一种风尚。国外如苏格拉底、柏拉图等人本身就倡导同性恋文化，为之发声，因此也并非什么现代病。美国性学界的先驱金赛教授发表的《金赛性学报告》有着惊人的报道：在美国社会，有三分之一以上的男人表示在他们的一生中，曾有过一次以上的同性性行为。英国一家咨询公司曾



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



经用调查问卷的方式研究过新一代英国青少年的性取向，结果发现仅有48%的人认为自己是100%的异性恋。

同性恋究竟是先天还是后天养成

早在1980年美国精神病学协会（American Psychiatric Association）在综合了大量研究文献后指出，**无论是遗传、荷尔蒙、神经发育、社会变化和文化因素等等都不能完全解释同性恋的发生，这是多种因素共同作用的结果，这些因素的影响力因人而异，甚至和时代都有很大的关系。**在该学会主编的《精神疾病诊断与统计手册》第三版(DSM—III)不再视同性恋为精神疾病。随后于1990年，世界卫生组织正式将同性恋从疾病名册中去除；2001年，中华精神科学会也将同性恋从精神疾病分类中删除。

事实上近几十年来，认为个体的性别身份在出生之时就已确定的人数正在逐渐增长，而非后天教养所成，从目前的研究结果来看，也似乎有更多的证据显示同性性行为是基于个体的基因，而且绝大多数的同性恋者也认为自己的性取向别无选择。总体而言目前全世界的主流趋势都是理解同性之间的性取向与先天的遗传关系更大，因而对同性恋逐渐变得理解和包容。

在2007年美国进行的民意调查中显示，如果人们认为性取向是人类出生就具有的特性就更可能宽容同性恋——认为同性恋是一种可以接受的生活方式；而如果人们认为同性恋是因为后天养育才成为男同或女同，则更倾向于不宽容这样的行为。

事实上不论国内国外，新一代青少年当中同性恋的比例似乎有所升高，这样的现象传递着两种信息，第一，现代社会对待同性恋人群的态度比过去更加宽容，让此前有同性恋倾向的人在青春期性心理方面不再的需要刻意隐瞒和回避自己的性取向所致。第二种可能，同样是由于现代社会对于同性问题的宽容，年轻一代也可能会把“同性相恋行为”作为一种恋爱的选项，这种出于赶时髦的心态出柜令不少家长忧心忡忡，但是关于不加限制的包容同性恋行为会“引导”青少年成为同性恋的说法并没有得到任何科学实证的支持。

关于性取向表达的隐蔽性，在张道龙老师的督导案例集中也有所体现。在《短程心理咨询与督导实录：情感篇》中不乏对自己性取向犹疑的不同年龄阶段的男性和女性，甚至一位女士与丈夫结婚多年，孩子都上高中了，突然发现丈夫长期出轨同性的咨询案例。这些真实存在的案例除了需要我们思考同性恋群体在性取向表达当中所遇到的阻力，另外也



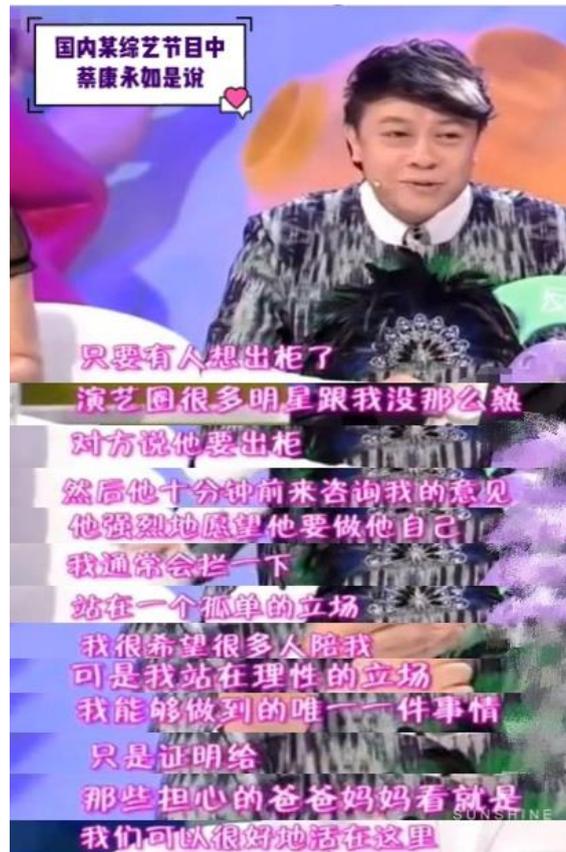
向我们提示金赛性向理论中的另一种可能：人的性向是一个光谱，而不是明显的两级；人们在这个光谱上移动，并非固定不变。作为咨询师只有以开放的、接纳的心态来看待这个部分才有可能真正与来访者探讨他们的真实状态。

同性恋者面对的困难与误解

毫无疑问，出柜这件事如果说很难，在不同文化背景之下就可能就是难上加难。国内某综艺节目中曾有一期讨论同性恋话题，其中作为固定嘉宾蔡康永时隔出柜十几年后仍直言“哪怕不相熟的娱乐圈人出柜前都会先来问问我的意见”，被迫成为“出柜导师”的他也有许多的不堪重负。蔡康永直言自己被当作某个群体的代表，凡涉及此话题时必被提及总是会感觉孤独与无奈，说到动情处当场泪崩。

笔者也曾在了一本杂志上看到过类似的话，是一段父母的心声，大意是：“孩子，我希望你明白，当我听你亲口告诉我，你是同性恋时，我流下眼泪，并不是我拒绝接受你，而是我深知这条路太难走，我能想象你未来的生活多不安。但我希望你明白，这并不是你的错，你有你的美好，无论这世界怎么对你，请你爱自己。”所以熟悉跨性别群体心理服务的专业人员都了解这样一种可能，当事人出柜的那天，是父母入柜的那一天——当事人作为新一代可以选择新的生活方式甚至换个城市生活、甚至哪怕换国家开始自己的新人生，但作为他们的父母并不都可以如此自由，因此他们还生活在自己原来保守的社交圈当中，为了减少对生活各方面的影响他们开始帮着子女保守柜中的秘密……

形成对同性恋的偏见当中推波助澜的还有关于艾滋病的部分。艾滋病的正式名称叫做“获得性免疫缺陷综合征”，英文缩写AIDS，被正式发现并公布于1981年，比前文所说的DSM-III中对同性恋的非疾病化晚了一年。我们得说说为什么艾滋病会与同性恋扯上瓜



葛这件事——艾滋病的零号病人是位有着异常活跃的性行为男同性恋，基于对最早死于AIDS的19人中显示，有8位跟他有直接或间接的性关系，而另一项针对最早的248名AIDS患者的调查显示，这位零号病人与其中的至少40人有关。因此为艾滋病流行之初，同性恋群体的生活方式更开放，不加防护的性生活方式让他们逐渐成为艾滋病传播的对象成为较公认的现实。但某种意义上说这二者之间有多少必然的联系，和不洁性活动（包括异性恋）、吸毒人群等相比是不是主要对象截止目前还没有结论。

因此试问一下，如果是自己的亲人或朋友，你是否能包容他们的性取向，你能否愿意与他们共担柜外的风风雨雨？

关于权力的思考

其实，我们有没有认真的想过，**异性恋也是一种性取向**，但它被默认的“存在的正当性”，早就超过了一种性取向所能涵盖的意义，变成了人类的一种“出厂模式”，是人类共有的默认状态，一种绝对不被质疑的正确行为，它成为社会讨论的前提和根基，这种绝对话语权，创造了异性恋正统主义（heteronormativity）。因此从没有人会对异性恋感到奇怪，因为每个人仿佛天生就应该是异性恋。没有异性恋需要自省，他们不需要出柜，因为他们天生就在柜子外面，而且没有人质疑是什么给了异性恋者把别人关进柜子里的权力。

人类思想的不断开放，人们对性的态度标志着一个社会的文明、科学与开放的程度，但这并不意味着每个人都能够接受同性之间的爱情，这也导致了同性恋者没有社会的认可，他们亦没有婚姻的保障。

曾经看到过一个网络调查问卷，其中有这样的问题：同性恋对社会没有危害，人们应该接纳同性恋者。我当然同意这个看法，然而他们除了被接受和包容，或许他们还需要更多的与异性恋一样的**同等保障**，不只是相处形式的问题，而且附着着许多彼此的权益，比如婚姻合法化。目前，在公开承认同性恋的人群当中，共同生活后他们也需要买房子，这将产生共同财产的分配问题；有可能他们还希望领养孩子，但不能获得合法资格；此外，一些突发状况，例如做手术时，一方无法为另一方签字等等我们默认不是问题的部分对于没有法律保障下的他们都将成为问题。这也是缘何同性群体一直在争取同性婚姻合法化的原因。从当下的社会情况来看，同性婚姻合法化在我国似乎还有些遥远。但最起码，我们不应该把同性恋群体打上异化的标签，这，是底线！



心理学人

记得欧文亚隆曾在书中写道，不管我们是否赞同，直面死亡本身就像直视骄阳一样，是一件既痛苦又困难的事情，不过任何人想要充分觉知的活着，真正了解人类生存的处境、人生的有限性以及享受到这短暂的生命之光，就需要去尝试着让自己先觉醒出自己的这份对死亡的恐惧，不能只是等待它的降临，需要在我们活着的时候，在健康的时候，在我们心态平静的时候去看、去听、去说、去感受。所以，关于哀伤的学习，关于生命教育不单是为了帮助他人面临丧痛时的心理平复的技术，更是帮助我们自身作为人，对死、对生都更早的进行觉知与学习的一个过程。这与心理学当中“先自助，再助他”的理念也有所相通。只有我们自己先仔细的去思考了死亡的恐惧，能够面对人生有尽头的存在孤独，我们才能够有同理心帮助未来我们可能要去帮助到的人。2020年的特殊不言而喻，谨以此文献给疫情之下的我们。

||2020年清明节||

哀伤，写给生命最后的情书

作者：王剑婷

哀伤，是我们不能回避的心理工作。在哀伤这个情绪当中不仅仅是失去亲人，比如失业，比如失恋，比如这次的新冠肺炎疫情让我们失去正常的生活，其实都会带来哀伤。哀伤，可能或长或短，可能或轻或重，但多数时候那些悲伤失落的情绪往往是起缘于我们一心认为“拥有”才是常态，未来都“应该”如期而至所导致。因此哀伤，特别是某些突然而来的冲击带来最为强烈的痛苦——不愿接受、不能接受、不忍接受，对“失去”这件事的否认和拒绝，比单纯遭遇的痛苦更让我们纠结与崩溃。

只要生活在这个世界上，我们就会不断地希望自己达到某种设定的目标，甚至期待世界能如我们期待的一样，按照自己的大脑中的规定来运行，当我们一再的去抗拒这份不可控而形成执念，“失去”发生时就容易固执在哀伤当中。所以看似痛苦和无奈是身不由己的，而“身不由己”是由更早开始的、对可能会发生的那些意外与失去的回避心理与毫无防备开始的。

所以，哀伤的工作，不是等着哀伤来了再做工作，而需要更早一些时候开始。首先要敢于面对丧失，去思考“不能永恒对于生命的意义”而开始的。当我们了解了丧失是不可回避的现实，真心的接受自己作为一个生命需要臣服于那些无法抗拒的痛苦，接纳它，体会它，思考它.....这时候，痛苦也许还会存在，但终究，你会看到思想当中能量的转化。痛苦本身甚至会帮助我们一点点变得强大起来，所以即使它会一直都在，但是它不再只是痛、只是苦，它会像一位诤友，让你更愿意关注和珍惜当下的每时每刻。



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



爱与别离之后还有什么

家公去世的时候儿子们问了我一个问题：“妈妈，世界上真有天堂吗？人真的有灵魂的吗？”我想了想说“可能不同的人有不同的答案，因为在咱们生活的国家里，大多数人没有相信神佛的存在，所以更多的时候我们会说人死后是没有灵魂，也就没有什么天堂了。不过，妈妈自己觉得，希望我喜欢的，我爱的人死后都还能看到我，希望他们也一直都好好的，开心的，所以我自己的心里会有一个叫天堂的地方，我把他们都放在那里，我记得他们，他们也一直记得我”。令我意外的是这段偶然的回答却在一部动画片里找到了注解——《寻梦环游记》。

在那个遥远的国度，类似于我们清明节，墨西哥人通过亡灵节来与家族中逝去的亲人重逢。重逢，因此他们是种庆贺而不是祭祀，取代悲伤的是鲜花、是歌声、是用最艳丽的色彩来欢庆。故事运用技术的奇幻描绘，记录了一场关于生与死、爱与忘记、梦想与选择的灵魂旅程。孩子们透过鲜艳的色彩与美好的情感，看到一个和解、安宁、有力量的家庭故事，从剧中人的眼中尝试理解心爱之人死后对于生者的意义等等，是一部非常特别的动画片。

如片中描述人之死亡，物质上看似消失了，不存在了，却是另一种生，生在彼岸，带着家人对他们的爱与思念，一直存在于另一处我们看不到的世界罢了。直到我们作为生者也没有一个人记得他，没有一个人再惦记他的时候，他才会化做一道金光去向不知道哪里，那也许才是真正意义上的死亡。所以，对一个人的爱包括记得，记得他们的存在，用温柔的目光看待他们，不管他们去向何方。

主动选择，直视骄阳

回国这几年来，我自己的家庭也经历着从扩大再变小的过程，扩大是因为我自己孕育子女，缩小是因为我送走亲人。从前自己年轻，家中父母体健业忙，各自安好。后来渐渐地才发现他们真的是老了，子女归来常在身边，他们会表现出不同程度的踏实与依赖。亲历几次生死大事对我来说触动颇大，更加感觉生死是没有任何人可以回避的话题。多年来人们却囿于局外，让人无奈。大约所谓人生勇敢，就在敢于要去探索，要去敢于面对、敢于主动吧。年少时，我也怕过的话题现在我会主动选择去看、去听、去说，**这不是经验赋予我的勇敢，恰恰是思考带来的勇气。**

讲讲我经历的第一次哀伤。小时候哥哥和我多数时候都与奶奶同吃同住。我的奶奶一



生育子四人，我父亲是最小的一个，所以奶奶带我们兄妹时已经60岁上下，前面带过8个孙子孙女了。她是个很爱干净的老人，穿自己做的衣裳，全是大襟的，有仔细的盘扣，扣子头是小小拳头样的，很是精细。当时进入80年代，生活渐渐好了，我开始看到奶奶为自己一点点的做“老衣”。从里到外，从上到下，从单到绵，一件件的，跨度很长时间的密密缝制……然后她还用手给自己绣了一个大红色彩色羽毛的大公鸡型枕头。奶奶一生育子持家是个相当低调朴素的人，我对她至今的印象都是大襟的白绸衣衫、浅灰色的裤子、雪白的袜子配上一双黑色带祥的布鞋，或许对个大红色公鸡枕头以及所谓的金银装裹（大红色和金黄色的死后用的铺盖）是我对奶奶最鲜艳的记忆。

老衣缝好之后，她用白色的包袱皮把这些宝贝都包起来，一层层置好樟脑，专门放进柜子的最上层。每年夏天，她都会拿出来晾晒。不只是为了让阳光穿透衣裳，她自己还会穿上试试，对着镜子照照，后来我的妈妈也会好奇穿上试试，再后来，我十二三岁，个子长大了，也会一件件的穿上试试，据说这是会让子孙绵延的好事，在我们住的院子里被其他的老人们羡慕。从她攒着衣料一点点做，一件件准备、一次次试这些衣服，我们全家上下从内心或许都在准备着关于她死的事情，但关于死亡，我从来没有听到他们真正谈论过什么。

我的奶奶出身农村上过私塾，是个有文化的女子，不过思想里还是有相当守旧的部分，比如她能接受死亡，但是她非常拒绝火化，在她的观念里一是怕痛，二是认为人只有完整入土才能安。所以虽然早已开始施行火化，她的儿子们还是从她进行死后准备的时候为她在近郊物色好了墓地，同时开始打造棺木了。我对棺材的印象是相当不好的。首先我不喜欢那个形状，而且它非常非常巨大，板材厚实，我当时也有160公分了，但站在高的那头仍旧感觉很威压。第二是我不喜欢那个颜色，黝黑黝黑的外表和大红色的内里形成了相当大视觉反差，让内心很难接受。对待这个大家伙我心存畏惧，所以不能像试奶奶的寿衣一样平静甚至喜悦，匆匆看上一眼，我就赶紧跑开了，似乎是试图远离和死亡、和幽闭相关的内容。

奶奶身体经年劳累，呼吸系统不大好，70多岁后几乎每年冬天都要去医院休养些时间。奶奶每年临去时都交待我们说：“去上上油，我就回来了”，结果在我18岁的那年冬天她又去休养时，一个晚上睡着了却再也没有醒来。

下葬那天，下着瓢泼大雨，我凌晨三点被母亲叫醒，和她一起坐上面包车的后排颠簸着往乡下赶，二天多前奶奶离家时还依旧鲜活，可忽然一通电话里他们就说她“去世了”，



我走在路上一直止不住的想象所谓死了，是什么样子的？去世了，是去哪了？天太黑，路太远，雨大得看不见车前的景象，我觉得冷，也觉得怕，妈妈看我那副样子最后决定不让我上前去看最后一眼。于是下葬的整个过程对于我来说都是撑着把大伞站在人群外围向里张望的印象。雨声中，我的奶奶就再也没有了，地面上多了一个圆圆的新土包。

我对死的理解在童年一长串的生活化的、无悲痛的回亿中漫然度过又在青春少年时戛然而止，被扔给了一个终局。在那之后，我接触的死亡越来越多，但从没有一次是有这样精心的准备却突然的收尾的，更多的是无准备的奇袭，或者充满痛苦与纠结，然后撕心裂肺的分离.....都是终局，但通向终局所需要的究竟是什么，终局之后究竟是什么，我其实至今也无答案，或者，在寻找那个答案。

哀伤是爱

哀伤是生活的一部分。它是应对死亡、离异、失业、迁居或疾病的一种强烈的、有时让人感觉压倒性的反应。我们对待这个“出现本身很正常”的情绪可以采取倾诉、宣泄、纪念、回忆等多种方式来处理，假以时日，这些负性的情感会慢慢地好转。经历这个哀伤的过程以及从损失中走出来并不代表你会忘记那些离去的所爱之人，你依然可能感觉你与丧失的人深深的联系着，因为，**哀伤缘自于爱！**

平时我们总认为时间很长，总是认为父母、爱人不会和我们计较，也没有必要道歉，总是认为对父母、对爱人还有很长的时间足够让我们道谢、道爱、道歉！曾以为这世上有的是来日方长，什么都有机会，经历的多了才知道，其实人生是减法，有的人见一面就会少一面，有的事现在不去做，以后就会来不及。所以尽可能多的去陪陪父母、孩子和爱人吧，趁他们尚在，趁他们还记得，趁我们还来得及！

道谢

谢谢你来当我的孩子，谢谢你当我的爸爸/妈妈，人生能够有这样一场相逢，我很感激。

道爱

说出心里一直想说的“我爱你”。每个人都需要爱和被爱，特别是最亲的人之间。

爱意也需要用心来体会，也许是一句“多吃点儿”、“早点睡”。

道歉

生命中难免会有许多的冲突，那些说错的话、做错的事，也许都是很久以前的事，但也可能是亲人之间难解的“心结”。化解掉这些曾经的冲突、矛盾、或者无意的伤害，彼此都能得到释怀，这是很重要的一门功课。





报名学习 督导会诊

4000-218-718

道别

生命是一个过程。尽头并不是“再见”这两个字就可以道尽别离的，道别甚至也不是某一天，而是要花很长时间慢慢的陪伴的过程。是“祝你快乐”“祝你平安”、“祝你开心”。

道谢、道爱、道歉的过程，都是为了做好道别。“四道”听起来很容易，做起来却并不简单，哀伤工作中无论是助人还是助己我们还是要努力去完成这人生中最有深意、最有温度、也是最难忘的功课。

最后，想到那句很可爱的话：“睡的时候不辜负床；忙的时候，不辜负路；爱的时候，不辜负人”。我会还想再加上一句：“失去的时候，不辜负痛”。

\\华佑美利华热线\\

在这场你我共同参与的疫情大战中，
如果困顿在家使你感觉焦虑惶恐，
如果你有家人奋战在医疗前线，你日夜牵挂，
如果你就是那逆行英雄中的一员，
不愿让普通人知道你的心伤，
请拨打**4000-218-718**来找我们吧！



华佑&美利华
心理援助公益平台



疫情下的家庭危机

援助电话：4000-218-718

400多位心理咨询师和精神科医生
面向社会提供心理帮助



主办单位：
美利华在线健康大学&北京华佑医院
网址：www.mhealthu.com



北大出版社官方微信
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



全科医学

一例高血压合并广泛性焦虑障碍的远程会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

患者: 72岁, 老年男性, 已婚, 退休机械工程师, 中专文化

主诉: 1、目前的诸多疾病对未来生活的影响多大, 希望能得到美国专家的帮助。

2、易激动, 爱着急, 事情总往坏处想, 该怎样诊断治疗。

现病史: 2000年诊断高血压病, 血压最高达180/90mmHg, 口服络活喜(苯磺酸氨氯地平) 5mg每日; 近期监测血压在130-140/80 mmHg左右。同年因伸舌左偏, 左侧口角歪斜在B医院住院, 诊断“腔隙性脑梗塞”, 经治疗后缓解, 无后遗症。2003年诊断“冠心病”后口服阿司林肠溶片100mg1/日, 辛伐他汀10mg/晚”。改为阿托伐他汀调脂治疗。2009年出现晨起头晕脑胀, 伴耳鸣, 精神差, 无视物旋转, 肢体活动障碍。平时间断口服丹参片治疗, 自觉有效果。2012年发现胃溃疡, 现口服“泮托拉唑钠肠溶片40mg/日”抑酸保护胃黏膜。2014年发现颈动脉硬化伴斑块形成。2014年诊断前列腺增生伴结节囊肿, 行穿刺检查, 确诊为前列腺癌。2016年于A医院行手术治疗。手术前, 自己感觉压力很大, 出现心悸、进食后心率快, 医院诊断为“焦虑状态, 强迫人格特质?” 给与口服舍曲林50mg/日”治疗, 患者感觉不如丹参滴丸效果好, 1年前因去外地生活, 购药不便, 自行停药。2018年9月, 因胆管结石, 考虑胆囊癌, 于A医院行胆囊、胆管及部分肝脏切除手术, 术后病理结果为胆囊炎、胆结石, 除外胆囊癌。

随着疾病诊疗的明确, 患者逐渐认识到自己目前并无特别严重疾病, 应该把这些问题看的淡一些, 改善自己的生活质量才是关键。患者目前虽仍有头晕症状, 但自己已经能够接受; 认为自己现在也想开了, 不再关注这些疾病, 心情也变得好了很多。

既往史: 15年前右前臂内侧皮肤瘙痒, 经常搔抓至破溃脱屑, 曾多次诊治, 效果不佳; 5年前因胃病吃泮托拉唑1个月后右前臂皮肤瘙痒缓解, 皮损痊愈。腰椎间盘突出症、膝骨关节病病史。否认肝炎、结核等传染病史。否认外伤史。过敏史: 青霉素过敏, 否认食物过敏史。

家族史: 父亲农民, 做过村干部, 71去世; 性格外向, 脾气暴躁, 能力强, 一个养活全家,



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



没有清洁秩序要求，吸烟（具体不详）；对患者要求严格，兄弟们都很害怕他，生气时会打骂患者。母亲，89岁，农民，性格内向，脾气温和，勤劳，爱干净、闲不住；患糖尿病，偶尔吸烟。兄两个脾气急，二弟弟患高血压病。妹妹脾气急，在国外生活。儿子45岁，公务员，心理素质好。女儿，性格外向，要强。

个人史：包四行一，兄弟三人，一个妹妹。27岁结婚。自卑，易激动，爱着急，事情总往坏处想。做事追求完美，谨小慎微。上学时没有压力，学习好，不焦虑。结婚生子后就开始出现焦虑情况，担心孩子的健康、学习、工作等。社会道德感强。从不巴结有权有势的人。特别注意自己的形象，很自律，不给别人添麻烦，教育孩子不能捡别人丢的东西。人际关系好，喜欢帮助别人；跟弟弟妹妹关系好。无清洁秩序要求，无囤积情况。吸烟史20年，每日10支左右，已戒烟19年。

诊断思路：

1、患者高焦虑特质，存在罹患高血压病的高危因素；发现血压升高19年，血压最高达180/90mmHg，高血压病诊断明确。患者脑梗死病史19年，颈部动脉硬化伴斑块形成，双下肢动脉硬化伴斑块形成；考虑患者存在动脉硬化及血管事件发生高风险。前列腺癌术后5年，目前未发现转移情况。胆管结石，胆囊炎，胆囊切除术后1年。患者头晕病史10年，呈持续性，不伴神经系统定位体征，晨起重，活动后减轻，结合患者高焦虑特质，考虑为焦虑所致躯体症状，患者感觉舍曲林不如丹参滴丸效果好，也说明其头晕主要是由于心理因素所致。患者有持续10年的右前臂皮肤搔抓情况，考虑皮肤搔抓障碍，目前完全缓解。患者存在多系统疾病，但目前病情均有效控制。

2、患者父亲、患者及其弟弟、妹妹均脾气急躁，考虑有高焦虑家族遗传基因。父亲对患者及其弟弟、妹妹要求严格。患者做事追求完美，谨小慎微，社会道德感强，考虑强迫型人格特质。患者结婚生子压力大后就开始出现焦虑情况，担心孩子的健康、学习、工作等，逐渐变得自卑，易激动，爱着急，事情总往坏处想。近遭到疾病、手术打击，20年不断出现头晕、心悸等躯体症状，也罹患高血压、胃溃疡、皮肤搔抓障碍等情况。考虑患者广泛性焦虑障碍 强迫型人格特质 皮肤搔抓障碍 完全缓解。

诊断：

- 1、高血压3级
- 2、广泛性焦虑障碍 强迫人格特质
- 3、皮肤搔抓障碍 完全缓解



- 4、颈动脉硬化伴多发斑块
- 5、胆管结石、胆囊炎切除术后
- 6、胃溃疡
- 7、前列腺癌术后

干预方案:

一、生物: 1、运动适量以缓解焦虑。2、药物治疗: 患者高血压、动脉粥样硬化, 存在血管事件高危因素, 监测血压变化, 低盐低脂饮食, 继续口服肠溶阿司匹林片100mg/日, 阿托伐他汀钙片20mg/晚, 苯磺酸氨氯地平片(络活喜) 5mg/日, 可以联合血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI) 或血管紧张素II受体阻滞剂(ARB) 类药物控制血压。患者有明显焦虑情绪, 但仍有晨起头晕症状, 可以给与艾司西酞普兰(来士普) 10-20mg抗焦虑治疗。胃溃疡也与焦虑有关, 焦虑控制好了, 胃溃疡也就随之会有所缓解, 继续口服泮托拉唑治疗。建议监测幽门螺旋杆菌感染情况, 复查胃镜。白内障眼科随诊, 必要时可以行人工晶体置换手术治疗。

二、心理: CBT+正念减压。向患者诠释其躯体及心理疾病成因。其所患躯体疾病均属心身疾病。目前主要是控制好血压、血脂, 定期复查。焦虑来自于家族遗传, 虽然基因不能改变, 但是可以通过改变自己的认知和生活方式、练习正念来缓解焦虑, 防止躯体疾病的加重。儿女们也都很有成就, 自己也不必操心他们了; 现在家庭经济条件好, 儿女孝顺, 趁着自己身体条件还好可以多培养业余爱好、出去旅游, 享受晚年生活。既可以改善自己的身体状况, 又可以减少他们的负担。

三、社会: 家庭经济条件好, 儿女也不需要自己操心, 只要照顾好自己就可以了, 不必再为他们操心。健康维护交给医生来帮助自己。

会诊意见总结:

钟丽萍医生从全科视角中:

(1) 积极降血压。因为患者曾患中风, 血管已有粥样硬化病变, 所以对患者来说血压控制非常重要, 一般要求达到130/80mmHg以下。如果患者没有其他疾病, 72岁的年龄150/90 mmHg尚可。但因为患者有这些疾病, 还有并发症, 所以血压要求要严格一些, 要求不高于130/80mmHg。建议继续服用钙离子通道阻滞剂, 需再加一个降压药。血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI类) 降压药对患者的心脏、肾脏都有保护作用, 可以把血压控



制得更好。定期监测血压，早晚各测一次血压。人们对药物的代谢速度是不一样的，有的人代谢快需要一日服用两次降压药。

(2) 血管粥样硬化及脑血管病变的防治。血脂的控制非常重要，虽然没有发现患者的冠状动脉明显病变，但是周围血管已经有改变、曾患中风，需要使用他汀类药物。患者的血脂虽然在正常范围，但对于有高血压、中风高风险的人，血脂应该降得更低。阿司匹林也很重要，因为患者曾有中风，所以必须服用阿司匹林每天100毫克。锻炼也必不可少，加强锻炼，可以改善动脉硬化，对预防中风，降低血压会有帮助。如果经常运动，即使血管有阻塞，也会促进形成侧枝循环，绕过堵塞的地方改善供血。运动效果明显，但需要循序渐进。建议完善心脏运动实验，检查心脏的功能。

(3) 定期复查胃镜，检查溃疡愈合的程度。检查是否存在幽门螺旋杆菌感染。胀气问题可通过作饮食日记，查看吃哪些食物会让腹胀症状加重，尝试减停这些食物，判断症状是否消失。有些人对食物不耐受，甚至过敏都可能导致腹胀。

张道龙医生从精神心理角度：

患者有前列腺癌5年，目前对身体没有大的影响。虽然当时怀疑是胆囊癌，但是手术后做病理未见异常。患者今年是72岁，中国人的平均寿命也就是76岁。所以凭借现在的状态，超过平均寿命没有问题。患者家庭条件挺好，儿女们经济条件都挺好，都有自己的事业，经济上也没有什么负担，现在的主要任务就是颐养天年。曾经服用舍曲林，虽然患者感觉没效果，但是儿子反映有效。一旦焦虑缓解了，头晕、想事多、担心这些问题都会解决。未来可继续心理治疗，心理治疗就是改变患者对事物看待的方式。还可以练习正念减压，它是一个减压的方式。这样患者压力减少小，血压也控制好了，心脑血管事件也就减少了，身体整体状态就会好转，最终胃病也会随着好转。

问答环节

问题一：考虑由于焦虑情绪导致出现这些躯体不适的可能性有多大？

Z医生：如果我们把这些症状归因于是心理、精神因素引起的，首先要排除生理性的问题。只有把生理性的问题排除，才考虑是心理的问题。需要完善运动实验，判断在心脏负荷加重的时候供血是否足够。



问题二：体检发现幽门螺杆菌阳性，但是没有症状，如何治疗或者预防？幽门螺杆菌阳性的人可以从事餐饮行业吗？

Z医生：对幽门螺杆菌是否筛查没有达成共识。但对于有症状的人，查出阳性一定要治疗。但是作为一个人群，要不要做普查，没有相关推荐，具体问题具体分析。我们没有禁止幽门螺旋杆菌感染者从事餐饮业的相关法律法规。但如果他有症状又有感染，肯定是要治疗的。目前没有循证证据说明感染的人接触到食物，就会引起幽门螺旋杆菌传播。

科普知识

高 血 压

责编 | 肖 茜

高血压 (hypertension) 是指以体循环动脉血压 (收缩压和/或舒张压) 增高为主要特征 (收缩压 ≥ 140 毫米汞柱, 舒张压 ≥ 90 毫米汞柱), 可伴有心、脑、肾等器官的功能或器质性损害的临床综合征。高血压是最常见的慢性病, 也是心脑血管病最主要的危险因素。

一、病因

1. 遗传因素

大约60%的高血压患者有家族史。目前认为是多基因遗传所致, 30%~50%的高血压患者有遗传背景。

2. 精神和环境因素

长期的精神紧张、激动、焦虑, 受噪声或不良视觉刺激等因素也会引起高血压的发生。

3. 年龄因素

发病率有随着年龄增长而增高的趋势, 40岁以上者发病率高。

4. 生活习惯因素

膳食结构不合理, 如过多的钠盐、低钾饮食、大量饮酒、摄入过多的饱和脂肪酸均可使血压升高。吸烟可加速动脉粥样硬化的过程, 为高血压的危险因素。

5. 药物的影响

避孕药、激素、消炎止痛药等均可影响血压。

6. 其他疾病的影响



肥胖、糖尿病、睡眠呼吸暂停低通气综合征、甲状腺疾病、肾动脉狭窄、肾脏实质损害、肾上腺占位性病变、嗜铬细胞瘤、其他神经内分泌肿瘤等。

二、高血压分类

临床上高血压可分为两类：

1.原发性高血压

是一种以血压升高为主要临床表现而病因尚未明确的独立疾病， 占所有高血压患者的90%以上。

2.继发性高血压

又称为症状性高血压，在这类疾病中病因明确，高血压仅是该种疾病的临床表现之一，血压可暂时性或持久性升高。

三、高血压临床表现

高血压的症状因人而异。早期可能无症状或症状不明显，常见的是头晕、头痛、颈项板紧、疲劳、心悸等。仅仅会在劳累、精神紧张、情绪波动后发生血压升高，并在休息后恢复正常。随着病程延长，血压明显的持续升高，逐渐会出现各种症状。此时被称为缓进型高血压病。缓进型高血压病常见的临床症状有头痛、头晕、注意力不集中、记忆力减退、肢体麻木、夜尿增多、心悸、胸闷、乏力等。高血压的症状与血压水平有一定关联，多数症状在紧张或劳累后可加重，清晨活动后血压可迅速升高，出现清晨高血压，导致心脑血管事件多发生在清晨。

四、高血压检查

1.体格检查

(1) 正确测量血压。由于血压有波动性，且情绪激动、体力活动时会引起一时性的血压升高，因此应至少3次在非同日静息状态下测得血压升高时方可诊断高血压，而血压值应以连续测量3次的平均值计。仔细的体格检查有助于发现继发性高血压线索和靶器官损害情况。

(2) 测量体重指数（BMI）、腰围及臀围。

(3) 检查四肢动脉搏动和神经系统体征，听诊颈动脉、胸主动脉、腹部动脉和股动脉有无杂音。

(4) 观察有无库欣病面容、神经纤维瘤性皮肤斑、甲状腺功能亢进性突眼征或下肢水肿。

(5) 全面的心肺检查。



(6) 全面详细了解患者病史。

2. 实验室检查

可帮助判断高血压的病因及靶器官功能状态。常规检查项目有血常规、尿常规（包括蛋白、糖和尿沉渣镜检）、肾功能、血糖、血脂、血钾、超声心动图、心电图、胸部X线、眼底、动态血压监测等。

可根据需要和条件进一步检查眼底以及颈动脉超声等。24小时动态血压监测有助于判断血压升高的严重程度，了解血压昼夜节律，监测清晨血压，指导降压治疗以及评价降压药物疗效。

五、高血压诊断

根据患者的病史、体格检查和实验室检查结果，可确诊高血压。诊断内容应包括：确定血压水平及高血压分级；无合并其他心血管疾病危险因素；判断高血压的原因，明确有无继发性高血压；评估心、脑、肾等靶器官情况；判断患者出现心血管事件的危险程度。2017年11月公布的美国心脏协会/美国心脏病学会（AHA/ACC）高血压指南（见表1），由原来的140/90 mmHg更改为130/80 mmHg，并改变了高血压分级，将130-139/80-89 mmHg列为高血压1期， $\geq 140/90$ mmHg则被列为高血压2期。

表1：AHA/ACC高血压指南血压分级

分类	收缩压	舒张压
正常血压 (Normal)	< 120mmHg	< 80 mmHg
血压升高 (Elevated)	120-129mmHg	< 80 mmHg
高血压1期 (Stage 1)	130-139 mmHg	80-89 mmHg
高血压2期 (Stage 2)	≥ 140 mmHg	≥ 90 mmHg

备注：若患者收缩压和舒张压对应其中两个类别，选择较高的血压分类级别

欧洲心脏病学会（ESC）年会上，ESC/欧洲高血压学会（ESH）高血压指南也相继公布（见表2）。ESC/ESH指南仍然坚持以 $\geq 140/90$ mmHg为高血压的标准，并保留了原有高血压分级。



中国新指南中指出(见表3), 高血压的定义不变: 在未使用降压药物的情况下, 非同日3次测量诊室血压, 收缩压 ≥ 140 mmHg和(或)舒张压 ≥ 90 mmHg。患者既往有高血压史, 目前正在使用降压药物, 血压虽然低于140/90 mmHg, 仍应诊断为高血压。在血压测量方式中(见表4), 诊室血压是临床诊断高血压和分级的常用方法。有条件者应进行诊室外血压测量, 用于诊断白大衣性高血压及隐蔽性高血压、评估降压治疗的疗效、辅助难治性高血压的诊治。动态血压的监测可评估24小时血压昼夜节律、体位性低血压、餐后低血压等。家庭血压监测可辅助调整治疗方案, 基于互联网的远程实时血压监测是血压管理的新模式。精神高度焦虑的患者, 不建议频繁自测血压。

表3: 《中国高血压防治指南2018年修订版》高血压分级

分类	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
正常血压	<120和	<80
正常高值	120~139和 (或)	80~89
高血压	≥ 140 和 (或)	≥ 90
1级高血压 (轻度)	140~159和 (或)	90~99
2级高血压 (中度)	160~179和 (或)	100~109
3级高血压 (重度)	≥ 180 和 (或)	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140 和	<90

注: 当SBP和DBP分属于不同级别时, 以较高的分级为准。

表4 不同血压测量方法对应的高血压诊断标准

血压测量方法	诊断标准
诊室血压	$\geq 140/90$ mmHg
动态血压	24h平均SBP/DBP $\geq 130/80$ mmHg 白天平均SBP/DBP $\geq 135/85$ mmHg 夜间平均SBP/DBP $\geq 120/70$ mmHg
家庭血压	$\geq 135/85$ mmHg



六、高血压治疗

(一) 原发性高血压的治疗

1. 治疗目的及原则

高血压治疗的主要目标是血压达标，降压治疗的最终目的是最大限度地减少高血压患者心、脑血管病的发生率和死亡率。降压治疗应该确立血压控制目标值。另一方面，高血压常常与其他心、脑血管病的危险因素合并存在，例如高胆固醇血症、肥胖、糖尿病等，协同加重心血管疾病危险，治疗措施应该是综合性的。不同人群的降压目标不同，一般患者的降压目标为140/90mmHg以下，对合并糖尿病或肾病等高危患者，应酌情降至更低。对所有患者，不管其他时段的血压是否高于正常值，均应注意清晨血压的监测，有研究显示半数以上诊室血压达标的患者，其清晨血压并未达标。

(1) 改善生活行为 ①减轻并控制体重。②减少钠盐摄入。③补充钙和钾盐。④减少脂肪摄入。⑤增加运动。⑥戒烟、限制饮酒。⑦减轻精神压力，保持心理平衡。

(2) 血压控制标准个体化 由于病因不同，高血压发病机制不尽相同，临床用药分别对待，选择最合适药物和剂量，以获得最佳疗效。

(3) 多重心血管危险因素协同控制 降压治疗后尽管血压控制在正常范围，血压升高以外的多种危险因素依然对预后产生重要影响。

2. 降压药物治疗

对检出的高血压患者，应使用推荐的起始与维持治疗的降压药物，特别是每日给药1次能控制24小时并达标的药物。

(1) 降压药物种类：①钙通道阻滞剂；②血管紧张素转换酶抑制剂；③血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂；④利尿药；⑤β受体阻滞剂。

应根据患者的危险因素、靶器官损害及合并临床疾病的情况，选择单一用药或联合用药。选择降压药物的原则如下：

1) 使用半衰期24小时及以上、每日一次服药能够控制24小时的血压药物，如氨氯地平，避免因治疗方案选择不当导致的医源性清晨血压控制不佳；

2) 使用安全、可长期坚持并可控制每一个24小时血压的药物，提高患者的治疗依从性。

3) 使用心脑血管获益临床试验证据充分并可真正降低长期心脑血管事件的药物，减少心脑血管事件，改善高血压患者的生存质量。

(2) 治疗方案治疗应从小剂量开始，逐步递增剂量。单药效果不佳时可联合用药临床实



际使用时，患者心血管危险因素状况、靶器官损害、并发症、合并症、降压疗效、不良反应等，都会影响降压药的选择。

（二）继发性高血压的治疗

主要是针对原发病的治疗，如嗜铬细胞瘤引起的高血压，肿瘤切除后血压可降至正常；肾血管性高血压可通过介入治疗扩张肾动脉。对原发病不能手术根治或术后血压仍高者，除采用其他针对病因的治疗外，还应选用适当的降压药物进行降压治疗。

七、高血压预防

高血压是一种可防可控的疾病，对血压130~139/85~89mmHg正常高值阶段、超重/肥胖、长期高盐饮食、过量饮酒者应进行重点干预，定期健康体检，积极控制危险因素。

针对高血压患者，应定期随访和测量血压，尤其注意清晨血压的管理，积极治疗高血压（药物治疗与生活方式干预并举），减缓靶器官损害，预防心脑血管并发症的发生，降低致残率及死亡率。

参考文献：

- 1.中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南2010[J].中华心血管病杂志,2011, 39 (7) : 579-616
- 2.中国高血压防治指南（基层版）编撰委员会.中国高血压防治指南（2009年基层版）[J].中华高血压杂志,2010,18 (1) : 11-30
- 3.中华医学会心血管病学分会高血压学组.清晨血压临床管理的中国专家指导建议[J].中华心血管病杂志,2014,42 (9) : 721-725
- 4.陆再英, 钟南山.内科学（第7版）[M].北京：人民卫生出版社，2008：251-266
5. 李晶,田海涛,王鸿燕,许如意,牛绍莉,王庆,华参,干卓坤.《2018欧洲心脏病学会妊娠期心血管疾病管理指南》妊娠期高血压疾病解读[J].转化医学杂志,2020,9(01):53-56.
6. 陈凯.《2019 NICE成人高血压的诊断和管理指南》解读[J/OL].中国全科医学:1-5[2020-03-13].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/13.1222.R.20191230.1023.020.html>.



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

