

第 124 期

2020年6月16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
哈尔滨医科大学精神卫生学院

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

静读方可沉思

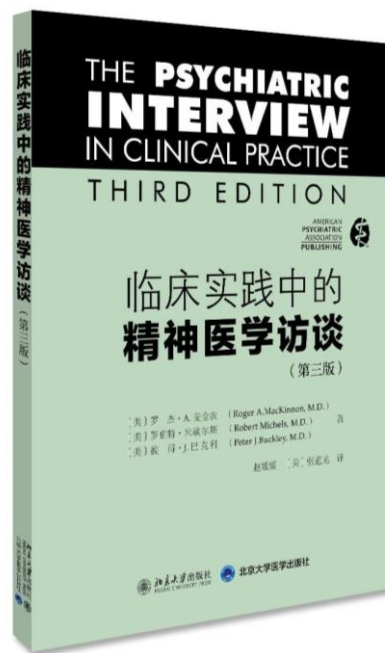
6月了，世情重启，下楼忘记戴口罩，保安大叔也不怎么阻拦了。早起送走上学的两小儿，去运动场跑步，一分钟不到就开始呼吸粗壮起来，伴有久不活动的筋骨发出的，细小的异响。天呐，我是桃乐丝还没给添上油的铁皮人吗？面色故作镇静，心里苦笑。

陪孩子过儿童节，我觉察到自己已是人到中年（竟然就到了中年？！）一场疫情确实让人有了些不同的价值观，原来极看重的渐渐不那么在意了，比如所谓的精致生活。或者说以前认为精致总是以物质为基础的，到了现在，觉得精致更是与心思心意相关的。生命的滋味，管它阳春白雪，还是青菜豆腐，都要自己亲自去尝一尝的。在每一刻，好好去享用那个滋味本身，就是精致。想要快乐，除了要找寻快乐，更需要自己去创造快乐。特别是当遭遇困境、生活逆境之时，不断把脸朝向有光的地方，不断地感恩仍拥有的东西，时间久了，自然就有喜悦的习惯。

曾在一本书里看到过这样一句话：刻苦读书，谦卑做人，养得深根，日后才能枝叶茂盛。出处不可知，但读时颇以为然，记在心里。读过的书，如同吃过的饭，日后形迹不可知，但长成了精神的骨肉，让人拥有不同的心境，疗愈自己的愚蠢与粗糙，帮助自己去去除一些无知。持续读书，让人无事时心静，有事时心定。

过几天就能收到道龙老师新译出版的《精神医学访谈》，十年磨剑，书未至心有感。生活总有突如其来的别离，会有从天而降的幸运，有横空出世的奇迹，更有万般辛苦后的心愿成就。热爱生活，不是坐等暴风雨过去，而是在风雨中跳舞！

世界和我们，都在这个夏天里继续长大！



新书
购
读
链
接





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例神经性贪食症的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【心理学人】 14

吃到吐，为哪般？——浅释暴饮暴食背后的心理机制

【全科医学】 21

妨碍治疗的焦虑症

- 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】 27

干燥症



精神医学临床访谈

“我不关心好不好吃，我只是想把东西填进嘴里！”

“我不关心吃的什么东西，我只关心好不好吐！”

她把大量的食物机械地塞进嘴里，而食不知味，直到肋骨撑得疼、呼吸变得沉重，才会停止进食。然后，就是考虑怎样将所有的食物从嗓子眼里抠出来。恶心、呕吐、酸腐中带血的呕吐物，镜中头发枯燥、眼睛充血、牙齿腐蚀、手指因长年抠吐留下的齿痕……

24岁的女孩，奋进的生活背后竟然如此惨烈……

一例神经性贪食症的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生

林冬梅 医生

责编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

| | | | | | |
|-------|----|------|--------|-------|----|
| 性别 | 女性 | 年龄 | 24岁 | 宗教信仰 | 无 |
| 民族 | 汉族 | 文化程度 | 专科 | 婚姻 | 未婚 |
| 病史提供者 | 本人 | 职业 | 药品分销经理 | 病史可靠性 | 可靠 |

主诉：“暴食及催吐行为两年余，加重半年而来访。”

现病史：该患者于两年多前的冬天因为自觉天气冷、工作压力大、单身孤单等原因，出现间断的暴食行为，表现为会卯着劲地吃，半小时内进食自己平时两到三天的食物量，吃完后自己进行催吐，开始时进食的是自己平时常吃的东西，以后放纵了就吃自己平时不敢吃的东西，认为吃之后吐掉就不会长胖的，那个冬天有一到两次这样的行为。经常浏览网上专门的催吐吧，看各种方法，先吃什么、后吃什么，什么时间段吃可以吐得干净等内容。近两年单身后，暴食行为次数逐渐增多，尤其在喝酒后、休息不好后、胖了、瘦了，体重变化幅度大时，以及自己一个人身边没有人、在房间闲着的时候会明显。暴食当时心情比较坦然，觉得吃多了没有关系，可以吐出来的，也不会胖，但是催吐后第二天心情消沉，影响自己的工作效果。有的时候开始不想吐，越吃越多就要吐了，边吃边盘算吐的情况，不能吃太贵的东西，不能吃不好吐的东西，根本不在乎食物的味道，吃了好吐就行。一开始需要两个手指辅助催吐，然后需要三个手指来催吐，手指、手背都有呕吐时牙齿弄破的伤痕。要是连续两天、三天出现催吐行为，就会不好吐，用手指、纸巾一起刺激催吐。今



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



年5月，来A市工作后压力大、孤单、无人陪伴，暴食次数明显多，一个月发生10次以上，每周两到三次，有时会连续发生，自己感觉控制不了。催吐的过程中有过伴随呕吐物出血的情况，出血量不多；有过窒息的感觉。每次之后都告诉自己，这是最后一次了，以后再也不会了，但就是控制不住。没有行为发生的时候回想自己的暴食及催吐行为都觉得不可理喻。近一到两年患者月经会推迟，月经量有时多有时少，查过激素水平孕酮低，无其他异常，脱发明显。一个月前自己主动到医院就诊，医生建议服用百忧解，但患者想通过不服药物的方法控制行为。患者意识到这样的行为对身体不好，影响月经、工作状态。自己也在努力找方法来控制，如不要熬夜，尽量不去饭局，吃饭时不看电视、不看电话，而要专心吃饭，不分散注意力，找父母倾诉，这些办法对患者自己的情况有改善。两周前是最后一次暴食及催吐行为，那次吐完的第二天起开始每天去健身房锻炼。现在会担心自己的这种暴食催吐行为会再次发生，睡眠尚可。

既往史：患者眼睛因麦粒肿而做过手术，对于头孢类、左氧氟沙星类药物过敏。否认其他躯体疾病。

个人史：胞二行末，足月顺产，自幼身体健康，略微胖。6岁上学，成绩中上等，从小与父母一起生活，小学、初中都有几个好朋友。初中结束时，父母离婚而开始自己一个人生活，觉得自己变得孤单、任性，不怎么愿意接触人，父母都给生活费，但没有人陪伴自己。高中后起没有新交的朋友，都是小学、初中顺延下来的朋友。从高中起开始注意自己的外貌、体重，从当时的150斤逐渐减到120到130斤左右。高二开始谈恋爱，经常与男朋友及他的朋友在一起交往。服用过减肥药物左旋肉碱，因出现心跳快而停用。经常会使用酵素等润肠通便，也会到店里去减肥，最明显的一次是两个月内瘦了20斤。进食量少，会经常食用清水煮菜的方法，想吃的东西忍着不吃。目前身高173厘米，体重57.5公斤，体重指数为18.6，认为自己目前不算胖，只要维持不长胖就行，当然瘦一点更好。自述性格开朗、上进、焦虑，对自己在意的东西追求完美，比如外貌、皮肤、身材等，理想是像明星和模特那样的身材，对自己的学习、挣钱、业绩也比较看重。否认烟酒毒品接触史。

家族史：母亲脾气暴躁、焦虑，吵架时就会“发疯”，得不到自己满意就要发泄出来，控制欲强，能干什么、不能干什么都要按照她的要求，不按照她的要求就会愤怒。母亲对患者要求高，打过患者，无洁癖及固定摆放要求。父亲脾气暴躁，睡眠不好，焦虑、消极、强势、控制欲强，但较妈妈控制欲稍弱，经常对患者是看这不顺眼、看那不顺眼，你该怎样、不该怎样。父母做生意，开过饭馆，卖过服装等。哥哥比自己大6岁，哥哥从小在老



家生活，患者只有在初中有两到三年的时间与哥哥在一起。哥哥性格内向，吵架时会有极端，社交不正常，几乎没有朋友，但已结婚有孩子，与哥哥的关系不像亲人，几乎没有联系。舅舅家的表姐有抑郁的表现：不想干活、消极，不工作，经常吃，变胖，目前在服用抗抑郁药物治疗，具体不详。

精神检查：

一般情况：时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量正常，言语流畅，目标导向明显，有逻辑性。

情感活动：正常。

感知觉：正常。

思维活动：无明显思维逻辑障碍。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

辅助检查：未做

【病历小结及概念化】

从遗传角度讲，她来自一个高焦虑的家庭，父母特别挑剔，脾气不好，控制欲比较强，在这种环境下成长的孩子就容易“被训练得”比较苛刻。因为是女孩，会把对自己的苛刻转向对身体的追求完美，工作要认真负责等。假如只是停留在这个阶段还好，但是很不幸，继续向前发展到与饮食有关的问题了。因为高焦虑无处缓解与释放，所以用暴食及催吐来起到降低焦虑、舒缓减压的作用。食管靠近胃的部分叫贲门，贲门的肌肉如果被撕裂或者黏膜下的血管被撕裂就会出血，更严重的时候能形成穿孔，人会因为大出血而当场死亡。诱发呕吐是逆生理的过程，而且呕吐出的物质因含有胃肠道的消化液会损害牙釉质，可能会出现腮腺肿大，严重者甚至出现牙齿腐蚀和脱落。在用手指诱发呕吐的时候，牙齿也会咬到手指或者手背，所以在手上会留有老茧或者疤痕。在吐的过程中，营养物质也随呕吐物丢失，所以会出现毛发减少，衰弱，皮肤缺乏光泽，月经不规律、量少等营养缺乏的情况。另外，呕吐也会造成脱水、电解质紊乱，继发出现心律失常，严重的心律失常就会发生死亡。有专家认为这类疾病就是强迫在进食、喂食方面的表现，准确的说，是特化成了神经性贪食。

初步诊断：神经性贪食症。

治疗：

1、生物性：继续锻炼身体、坚持运动，通过运动来降低焦虑，减少压力。药物治疗：择



性五羟色胺再摄取抑制剂，如来士普，能够抑制暴食的冲动，控制进食，降低焦虑，这样帮助尽快恢复。服用六个月到一年的药物就能把疾病稳定。

2、心理咨询：认知行为疗法是一个好办法，可以降低高焦虑，通过认知调整知道自己的病是与父母的焦虑遗传有关，与他们的养育方式特别苛刻有关。到了今天这种程度，不能让它继续进行下去了，要适当的放松自己在工作上的要求，放松生活上的要求，放松对身体上的要求，经过这样调整，压力就会缓解，焦虑就会减轻。如果仍然有焦虑，还可以做正念减压。经过这样的治疗，转移了注意力，你就不关注食物了，很快你就可以与大家一起吃饭，需要多少就吃多少。

3、社会方面：暂时不能做压力大的工作，暂时也不适合谈恋爱。在这半年到一年的养病时间，放松自己，不熬夜，不给自己增加销售量及工作目标。

主诊医生：林冬梅

2018-10-30

【访谈实录】

1. Z医生：你好，讲讲你的困扰吧！
2. 咨客：您好，老师。我的困扰主要是，最近几个月暴食、催吐情况加重，我想彻底改善、解决这个问题。
3. Z医生：对的。你知道自己得的是什么病吗？知道这个病潜在的危险吗？
4. 咨客：我大概有概念上的意识，但不是很清楚。
5. Z医生：对的。你想知道自己得的是什么病，怎么治，大致是这样的吧？
6. 咨客：嗯，是。
7. Z医生：好嘞，你的病是神经性贪食，我来帮你分析一下疾病成因。

遗传角度讲，你来自一个高焦虑的家庭，父母特别挑剔，脾气不好，控制欲比较强，在这种环境下成长的孩子就容易被训练得比较苛刻。因为你是女孩，你会把对自己的苛刻转向对身体的追求完美，要求不能胖也不能瘦，注意皮肤是不是完美，身材像不像电影明星，工作要认真负责，这些听起来好像都是好的品质，假如只是停留在这个阶段还好，相对还都是健康的、升华的方式来释放焦虑和强迫。但不幸的是焦虑继续向前发展了，因为高焦虑无处缓解与释放，所以你用暴食及催吐来起到降低焦虑、舒缓减压的作用。



思考：食物为什么会成瘾？

对食物的依赖有时听起来不可思议，但其实有一点值得我们思考的是，食物中的很多成份与精神活性药物或某些非法物质的成份是相同的。比如巧克力当中含有的苯乙胺是摇头丸中的主要成份，酪胺和吡嗪是坚果、咖啡、腌制食物、酸奶酪及陈年奶酪当中普遍存在的物质，但同时也是抗抑郁药和治疗哮喘药物中的基础成份之一。因此，我们常常会发现食欲失控早期偏向吃甜食、巧克力及奶油等物质非常常见，而大量摄取食物在早期不需要承担道德、社会和法律上的责任，甚至某种意义上说，食品是人们赖以生存的物质，比起毒品或药品更易得，因此一旦成瘾食物的戒断也同样并不容易，因为它时刻诱惑着人去吞食以化解情绪。

你的情况有些严重，因为在呕吐物中已经带血了。食管靠近胃的部分叫贲门，贲门的肌肉如果被撕裂或者黏膜下的血管被撕裂就会出血，更严重的时候能形成穿孔，人会因为大出血而当场死亡。人体的消化道是单向的，食物是从食道到胃，再从胃到肠道的消化过程。在诱发呕吐时，腹部压力增加，把胃内容物以冲击的形式从下往上冲出来，返到食管，再通过口腔而吐出来。所以诱发呕吐就是逆生理的过程，而且呕吐出的物质因含有胃肠道的消化液会损害牙釉质，可能会出现腮腺肿大，严重者甚至出现牙齿腐蚀和脱落。在用手指诱发呕吐的时候，牙齿也会咬到手指或者手背，所以在手上会留有老茧或者疤痕。你自认为是吃多少然后吐出来多少就会保持体重不变，比如吃一斤东西吐出来一斤，这指的是重量，但是在吐的过程中，营养物质也随呕吐物丢失，所以会出现毛发减少，衰弱，皮肤缺乏光泽，月经不规律、量少等营养缺乏的情况。你不是把月经血吐出来了，而是因为物质来源去产生月经，能吐到内分泌紊乱的程度。另外，呕吐也会造成脱水、电解质紊乱，继发出现心律失常，严重的心律失常就会发生死亡。不幸是得了这个病，但是幸运的是这个病是有办法可以治疗的，而且多数人都恢复的很好。有专家认为这类疾病就是强迫在进食、喂食方面的表现，准确的说，是特化成了神经性贪食。

以上咱们谈了疾病成因及风险，下面再来说说治疗情况，首先是生物学治疗：第一，你要继续锻炼身体、坚持运动，把认真、仔细的精神用在做运动上，就是用升华的方式锻炼，通过运动来降低焦虑，减少压力，而不通过暴食、呕吐来缓解压力。第二，现在需要服用药物治疗，要想快速见效必须吃药，使用选择性五羟色胺再摄取抑制剂，如来士普，能够抑制暴食的冲动，控制进食，降低焦虑，这样帮助你尽快恢复。服用六个月到一年的药物就能把疾病稳定。心理咨询：毫无疑问认知行为疗法是一个



好办法，可以降低你的高焦虑，通过认知调整知道自己的病是与父母的焦虑遗传有关，与他们的养育方式特别苛刻有关。那现在到了今天这种程度，不能让它继续进行下去了，要适当的放松自己在工作上的要求，放松生活上的要求，放松对身体上的要求，经过这样调整，压力就会缓解，焦虑就会减轻。如果是仍然有焦虑，还可以做正念减压。经过这样的治疗，转移了注意力，你就不关注食物了，很快你就可以与大家一起吃饭，需要多少就吃多少。社会方面：暂时不能做压力大的工作，暂时也不适合谈恋爱。在这半年到一年的养病时间，放松自己，不熬夜，不给自己增加销售量及工作目标。虽然你这神经性贪食的毛病现在已经达到中度水平，但经过这样生物、心理、社会治疗，就能够变好，能够回到你的基线水平。

所以我说你得了一个美丽的困扰，这个疾病的诊断非常清楚，而且有特效的治疗方法。你在这么多次暴食、催吐之后还没有出现很严重的问题，是因为你是一个仔细的人，你把这强迫精神用到催吐上，所谓“科学”的催吐是你研究什么时候吃、什么时候吐、什么时候吐的劲儿别太大，所以才使你没出现那些最严重的后果，但一定要注意，你已经到了危险的边缘。我们得让它马上逆转，经过6到12个月的规范治疗就能恢复到基线，最快三个月就能见效。我这样讲，你清楚吗？

进食障碍的成因及治疗

进食障碍的成因目前尚不明确，总体而言与生物心理社会相关，是多因素作用下的疾病。国内外文献报道，进食障碍者中女性居多，发病年龄在12-35岁当中。而治疗也同样需要根据不同患者的情况多学科合作、多种治疗方式相结合进行综合治疗才能达到比较好的效果，所以，督导医生在这里提示的治疗内容不单纯是戒断治疗，更需要从营养、生物性调整、药物治疗和心理治疗多方面入手。

8. 咨客：嗯，清楚。
9. Z医生：幸运的是，你是一个高知的人，身材好，人也漂亮，工作做的也好，所以你得把研究科学催吐的精神，用到研究如何科学养生，那你就会很快没有问题了。你是属于预后非常好的人，原因是你的悟性非常好，就是干坏事你能够干得非常地道，你干好事也能干得非常的明白。我说干坏事指得是伤害自己身体了。你马上进入谈恋爱的黄金年龄，咱得把身体调整好。这样清楚了？
10. 咨客：嗯嗯。
11. Z医生：还有其他问题吗？



12. 咨客：我觉得这个病还是需要我自己主观的、有意识的调节，有的时候，突然有那种想吐的一个意识，然后很强烈、控制不住，有怎样的自我调节方法，能够帮助我在那三、五分钟内控制住欲望和冲动？
13. Z医生：对的，你现在病情已经达到中度，不能单纯只用这样办法去治疗，因为再不规范治疗就会有生命危险。所以要服用选择性5-羟色胺再摄取抑制剂类药物去治疗，也要做以认知行为疗法为主的心理治疗。当冲动出现的一瞬间，可以采取正念的方法来进行调整。正念当中就有“正念饮食”的练习来帮助患者增加对此时此刻的觉察，控制自己思绪的蔓延，增加对情绪的觉知和掌控能力，这样慢慢就可以调整过来了，用正念来控制冲动是有效的。

拖着不治疗的时间越长就越伤身体，用这种慢性的办法拖一年，还不如用三个月或者是半年时间治好，之后可以安心的做其他事情，比如工作、谈恋爱等等，人生还有很多其他的事要做，所以不能因小失大。你的基础焦虑这么高，我非常担心的是，仅仅控制了催吐的行为，但焦虑也还有可能变成其他形式来伤害自己，比如变成失眠、容易发脾气，影响恋爱，影响对工作的努力程度等。医生总希望患者全方面健康，所以你要明白这个道理。我们不能只把某个行为减掉或把焦虑的情绪给堵住，堵，它就会到别的地方冒出来。我们目的是帮你降低焦虑，如果你一直焦虑明显，你将来有了小孩，很有可能你也把小孩训练成焦虑、强迫，就像你妈妈、爸爸训练你一样。我们让你降低焦虑之后你的下一代就没有这毛病了，别让不幸再向下一代传递了，好吧？

暴食是由于自制力差的表现吗？

不了解进食障碍的人听到“暴食”，会把这个行为简单的归类于自控力差，自我放纵的表现，但是并非如此。暴食的起点常常是从在意自己的形象，在意自己的体重而开始的，行为背后有着不断循环维持的机理，并不是用简单的自控或自我管理就能解决的问题，甚至相反，暴食—清除的行为背后正是出自于“自控”心理。（本期内将另作讨论。

一些时候我们会把“暴食”与“成瘾”的行为联系在一起。

- 14、咨客：好的，好的。
- 15、Z医生：没问题，那谢谢你今天来参加访谈。
- 16、咨客：谢谢您，张教授

【督导小结】

从精神动力学的角度讲，咨客的妈妈那么焦虑，严格的控制她，她爸爸容易发脾气，也严格的控制她，只是比妈妈控制的程度轻，这个也不行，那个也不允许，这样的结果就



容易让孩子焦虑，时间久了人就会变的强迫了。咨客是个女孩子，女孩子自然都是注意身体，所以很多强迫症就变成了躯体变形障碍，天天琢磨自己的躯体。咨客在躯体方面的要求是胖了也不好，瘦了也不行，差不多就行，没有那么过分的要求和挑剔，她也没有像她哥哥变成人际关系的障碍，她的焦虑是到另外的地方寻找出口了，就是工作中的要求自己，身体上的要求自己，还有平常对自己的严格要求。但这样也仍然不能够完全处理她的焦虑，结果她就转化成神经性贪食，用暴食和催吐的方式来调节冲动、降低焦虑。这也是很多的精神病理学家认为神经性贪食是强迫症的一种表现形式的原因，会认为进食障碍是强迫特化或者聚焦于进食和喂食方面的表现。她工作的要求完美，天天的健身，对自己严格要求，这都是焦虑的表现，都是追求完美，她自己都说我比较追求完美，我需要身体上像电影演员一样，但是她没有并真的那么做，如果只是聚焦于身体那就是强迫症。强迫症不致命，但神经性贪食可致命，需要引起临床医生的广泛注意，有时候强迫会发展为神经性贪食。。

【现场答疑】

提问一：在以往的案例当中也会遇到用催吐为自残行为表现的边缘型人格障碍的患者，她会不会是边缘型人格障碍？

督导回答：我没有考虑她是边缘型人格障碍，因为她没有情绪的高高低低，而且人际关系挺好，她还当个小领导，没有人际关系障碍，就不存在着人格障碍。你得先了解她是什么人，然后了解她是什么病，再研究她得了什么症状，不是因为自残就诊断边缘型人格障碍，首先要有人际关系障碍，接下来才考虑会不会诊断为边缘型人格障碍。

学员补充：考虑以下几方面因此不诊断边缘：第一，她的主诉不是人际关系为主的问题。第二，她的问题是高中之后才出现，而且每次是一有压力事件就会有症状的凸显，并不是长期以往的蔓延问题。第三方面，她没有特别大的情绪问题。因此暂时不考虑她边缘型人格方面的问题。

提问二：老师在访谈中提到神经性贪食其实是类似于特化的强迫症，她有很明显的强迫思维，总是想着吃了就要吐，吃一些容易吐的食物，也会有强迫行为，但是老师依旧是没有诊断强迫症，是不是因为她的情况并不是随时都出现的？而只是在有压力源刺激的时候才会有这种强迫思维和强迫行为？

督导回答：认为她有强迫，刚才说的追求完美，像电影演员的锻炼身体，这都是强迫。但是强迫症的意思是说一天花一小时以上的时间琢磨与现实生活不相关的事情，比如脏不脏？是不是对称？如果我不这么做我就焦虑，这是强迫症，但是她没有这样的。我问她有什么困扰？她说我现在就是控制不了暴食和催吐，这是她的困扰，而不是花一小时以上时



间琢磨事情：比如你看我身体这么完美，我昨天吃点肉，肚子这明显有点膨胀，别人看着我以为怀孕了呢等等内容，她没说这些内容，所以还是这句话：我们得掌握疾病的病理模式，了解病理模式后再研究她的症状，用精神动力学的模式来解释她的行为。

提问三：她不是神经性厌食（暴食--清除型）的原因是不是因为她的体重并不是特别的低，也并没有特别严苛的要求去减体重？

督导回答：对的，神经性厌食通常会因严格的限制能量摄入而导致明显的低体重，这样的患者对体重指数（BMI）有非常苛刻的要求，BMI达到17、16，重度的患者可能更低，她们总是认为自己不够瘦，即使是在人们眼中她们已经瘦成皮包骨了。咨客的BMI长期在18以上，虽然她也减肥，服用过减肥药物等而控制体重，但她对于能量的摄入限制并不是十分苛刻，也没有对于自己体重的感知紊乱。所以排除神经性厌食。

提问四：老师在督导的过程提示她“危机点”，比如食管撕裂造成出血，会引起生命危险，现在内分泌出现问题，月经不调，脱发等，这一系列的问题是促进患者积极治疗的动机，是这样吗？

督导回答：对，要注意，现在患者呕吐物含血丝只是食管或胃部的黏膜损伤，如果呕吐时食管撕裂或者食管的血管被腐蚀就会出现大出血而导致死亡。因为呕吐上来的物质有时候偏是酸性，有时候也有碱性，食管不耐受酸碱性，而胃能承受酸性，肠道承受碱性。当呕吐物冲上来的时候，就会把肌肉、血管破坏，造成穿孔或者撕裂，或者是大出血死亡。

提问五：老师，边缘型人格障碍的空虚感和孤独感怎么区分？

督导回答：慢性的空虚感是指大家都看不出你有空虚，比如你有男朋友，家里也有钱，什么东西也都不缺，但是你却总是定期的、没有原因的感到不快乐，也没有外部的原因刺激你，觉得生活没有意义，自己就是情绪高高低低的波动变化，因此人际关系也不好，这种叫慢性的空虚感。孤独感是说经常感觉孤独、感到孤立，觉得自己一个人受不了，希望有人陪自己在一起，希望自己身边经常有人在，否则自己生活觉得很困难。而边缘型人格障碍的慢性空虚是不管与谁在一起都空虚，即使是全家天天在一起，即使是天天有各种活动如结婚等、天天有好事发生可是还想自杀，是因为这样的患者内心自发的感到无聊、没有意义，无论外界怎么改变也不能让其真正开心，空虚是种主观感受，因为自己的内心不快乐。而孤独是可以过别人跟你在一起来解决孤独。



心理学人

我对“食欲”最初的深刻记忆并非来自于个人体验，而是多年前读《夹边沟纪事》。书中描写在自然灾害岁月当中一个个生命个体为了活下去，拼命挣扎的苦难记述触目惊心。某种意义上，那已经不是食欲，而是生存的欲望，发自灵魂最深处的本能的风暴。可现在我们的国人大都已经生活在物质富足的环境当中，大多数人至少不会为吃不饱饭而发愁，但为什么有时候我们表现的依然如字面那样“饿得要命”……

吃到吐，为哪般？

——浅释暴饮暴食背后的心理机制

作者：王剑婷 心理咨询师

食欲，是想要进食的生理需求。所谓需求，即说明是不可抗的客观现实，是我们生存的基本。然而，当所谓的“客观”失控，你会发现你自己如一架高空飞翔中的飞机，整个驾驶舱红灯闪烁，那些仪表盘上的信号明明灭灭中都在不断地向你发出警告：需要关注、需要处理、需要补充……需要！需要！需要！

想吃，是因为自制力差吗？

拥有健康的、正常的食欲和良好的饮食习惯是个食欲愉快的感受。上网搜索“食欲”二字，你会发现大量的关于食欲不振的信息跃出，也就是说，通常我们更关心“茶饭不思”的影响，因为那代表活力不足、低落等低能量的状态，旁人看到这样的字眼会产生的往往是担心或怜惜之情。而面对类似“暴饮暴食”或“饮食冲动”的时候，我们常常想到的是“肥胖”、“贪婪”、“无节制”等字眼，受多种因素的影响，我们对这些反健康的、亢进的表现会自然而然的反感，难免内心会对这些行为本身厌恶并由此厌恶有这样行为的人，哪怕有这个行为本身的人，是自己！

做过父母的人都知道，现代育儿理论当中越来越多提倡的不是“定量喂养”而是“按需喂养”，也就是说，不管喝母乳还是配方奶粉，我们都鼓励让婴儿自己决定要进食多少来满足自己的欲望。而这个欲望当中，就不仅仅是“食欲”，我们会发现婴儿期开始我们都会同样使用“进食”行为来满足自我的需求，其中把进食与情绪上的慰藉联系在一起的现象没有人会否认，但同样也更少有人会拒绝去安抚婴儿渴望被喂养、被关心、被填满的情绪需求。这种用食物，特别是以甜食来进行**情感链接**的行为甚至也同样出现在儿童早期



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



的养育过程中——大人们会用糖果、巧克力、冰激凌来奖励行为乖巧的孩子，以至于形成一种条件反射形式的链接“甜食=积极的情感”。包括文化层面，在对待爱人的称呼上，我们都会在近代东西方文化中发现用“honey”、“sweet”、“糖糖”、“小桃子”、“糯米”等甜食的来昵称那些我们深爱之人。人与人之间那些各异的链接——恋爱、家庭聚会、朋友相邀，最常见的亲近方式也都以“聚餐”。因此食物本身与爱、与情感联系的关系可以说是从一出生就不断地发生、发展，并影响着我们的方方面面。

对食物的依赖有时听起来不可思议，但其实有一点值得我们思考的是，食物中的很多成份与精神活性药物或某些非法物质的成份是相同的。比如巧克力当中含有的苯乙胺是摇头丸中的主要成份，酪胺和吡嗪是坚果、咖啡、腌制食物、酸奶酪及陈年奶酪当中普遍存在的物质，但同时也是抗抑郁药和治疗哮喘药物中的基础成份之一。因此，我们常常会发现食欲失控早期偏向吃甜食、巧克力及奶油等物质非常常见，而大量摄取食物在早期不需要承担道德、社会和法律上的责任。甚至某种意义上说，食品是人们赖以生存的物质，比起毒品或药品更易得，因此一旦成瘾，食物的戒断和毒品不同，戒断食物对任何人来说是根本不可能的，因此停止暴食的行为并不容易，因为充斥着食物的当今社会，时刻诱惑着人去吞食以化解情绪。

所以，一方面，我们渴望某种食物是因为身体本身需要这些营养物质，比如碘、蛋白质或维生素。当能量不足时，我们渴望吃喝的某种食物恰好说明我们的身体本身就有确保机体得到满足的神奇能力，而这种源自于生理的渴望背后也充满了情绪的需要！在同样提供前述微量元素的食物当中，人们往往渴望某种特定的食物，暴食者也是如此，他们并非不加控制的吃进去手边能得到的任何食物，一如本期督导期刊案例当中的女性一样，他们专门花大量时间来研究、挑选、购买那些食物，甚至谙熟于食物的营养信息，其中“控制——失控”的界线其实已经非常模糊。所以，用“没有自制力”这种观念来定义暴食者往往不够客观。这种在严格控制下的暴饮暴食其实更多的是提示我们，在生理性的需求之外，那些不可遏制的吃的念头，更多数来自于“情绪性饥饿”。

情绪性饥饿：暴饮暴食背后的四种情绪

回想在我自己的成长的历程中，也有一段与饮食纠缠的记忆片断。那是初入东瀛的第一年，初成人，离父母，一向快人快语的我如同在异国新生，孤独进出，口不能言，还未开学，没有工作，4月天，乍暖还寒中困坐东京一隅的小公寓中，看着电视机里呜里哇啦



的电视节目，没来由的觉得“太糟糕了”，为了驱逐那个糟糕的情绪，顺手拿起一袋早餐面包，涂上黄油烤了烤吃起来，“嗯，好吃！”——至少在国内时我并没有试过这个口味。沉浸在“好吃、好吃”自由落体式体验中，我竟然就那样一片一片吃掉了六片厚实的面包。饱，带来了满足，但似乎哪里还有点不够，又拿出一包饼干吃下去；饱，但似乎哪里还有点不够，再来一包威化饼……开学前的那十几天里，一个人独自在家吃东西的记忆伴随着并不晴朗的天气至今记忆犹新。不用说，都是一个人的时候才那样吃，而停止是伴随着开学、打工、全天跃入新生活后，不再需要用吃来填满时间或填满自己，再也很难找出时间体验那种空荡荡的情绪。而当初更没有想到会有一天进入心理学领域当中，再回想起这段经历的时候已经是多年后在与督导进行分析时：原来，那些面包和饼干，是我的寂寞、失败感、失语的代偿、异文化中的应激状态……

情绪，其实很多时候是不需要思考的自动思维，与成长经历、外在压力、自我评价关系巨大。多年后，在阅读一本美国临床工作者Doreen Virtue的书¹时，看到她在自己研究中详细讨论了暴饮暴食背后的四种情绪：

害怕 (Fear)、愤怒 (Anger)、紧张 (Tension) 和羞愧 (Shame)。她把暴饮暴食的主要诱因定位于这四种情绪中。

| 情绪 | 内 含 |
|----|---|
| 害怕 | 缺乏安全感、广泛性焦虑；担心被抛弃，害怕自己丧失存在的意义，害怕生活失控，害怕不能拥有美好的亲密关系；担忧、焦虑、抑郁 |
| 愤怒 | 对他人、不公正的处境和自己感到愤怒，感到被他人欺骗、虐待和背叛 |
| 紧张 | 遇到挫折、压力过大，愤怒转化为痛苦与怨恨；急躁、嫉妒、过度疲劳且负面情绪无法宣泄 |
| 羞愧 | 自责、低自尊、自我厌恶，对自己的能力或长处缺乏信心；认为自己不如人，认为自己不可爱，不值得拥有美好的事物或体验 |

而以上四个词的首字母拼写起来恰好是**FATS，意为脂肪、肥胖**。

暴饮暴食行为多发生在年轻女性群体当中，因为受时尚文化的影响，年轻的女孩们一边在乎自己的身材和外表，通过节食、过度锻炼等方式来体现自我管理；另一方面过度的自我评价带来以上甚至更多的敏感情绪，更倾向于用可控的方式来实现“自制”，而体重变化也成为阶段性成果可视化、刻度化的代表行为。

因此，情绪差或生理饥饿都可能会促使个体通过进食行为来化解，就像前文我提到自己那个短期出现过的反应——食物味道不错，同时还带来了满足感，但随后为了不断追求



这种速效的满足，食物的量可能会不断加大。幸而我那时的“闲暇”极其短暂，并没有迁延下去，因为往往在口腹之欲短暂的被满足之后，会加剧**自责、罪恶感、羞愧和自我厌恶**（即使短，彼时的我也的确体验了上述的失败情绪）。而为了不让自我评价恶化，停止行为本身并不容易，更加可能的是开始选择用另外的**补偿性行为**，如催吐、滥用泻药或过度运动来重拾“控制”。所以暴饮暴食往往和节食结成对，交替出现。有文献中提到这样的机制：



图1：暴食行为的恶性循环图解²

拿回掌控感，从找回“感觉”开始

人们习惯性的回避情绪远不是只有少男少女人群才有的行为。第120期督导期刊中《情绪，身体不会忘记》一文中我们就介绍过人们如何把诸多不愉快的负面情绪通过对食物的渴望、身体疼痛、某种疾病、抑郁焦虑、睡眠问题等途径“表演”出来。这些躯体化的问题当中，用吃的办法可谓最简便易得，实时也最不易被责备或被他人察觉的行为。

有暴饮暴食行为的人可能多次告诉自己说“我不再多吃了！”但正如前文提到的，往往“多吃的行为”并非出自于生理需要，而更多的是来自于自动产生的某些情绪当中。因此停止行为本身，首先要先学会主动识别自己的情绪，这种识别的练习就构成了当今对进食障碍最主流的心理治疗手段——认知行为疗法（CBT）的核心内容。在这里我们且不讨



论具体CBT中对个体化情绪的分辨技术，而首先来讨论如何学会分辨“情绪性饥饿”和“生理性饥饿”。

表1：情绪性饥饿和生理性饥饿的八个特征¹

| | 关键词 | 情绪性饥饿 | 生理性饥饿 |
|---|-----------|---|---|
| 1 | 突发VS逐渐 | 情绪性饥饿往往突然袭来，前一秒还在想与食物无关的事，下一秒就感到自己要饿死了，这种饥饿感来的快而且难以忍受。 | 生理性饥饿的出现是循序渐进的。是由肠胃逐步向大脑发出的信号，比如肚子咕咕叫告诉你该吃饭了。 |
| 2 | 特定VS皆可 | 情绪性饥饿对食物是有偏好或特定的，比如只想吃蛋糕或巧克力等，其他食物无法替代。 | 只要能吃饱肚子就行，偏好总体是灵活可变的，可由其他类型的食物替代的 |
| 3 | 脑饿VS胃饿 | 情绪性饥饿渴望的食物往往是那些吃了让自己感觉更好的食物。如甜甜圈、汉堡等，而且满脑子都会充斥自己想吃的食物 | 吃的行为本身比吃什么更重要，因为胃肠会不舒服，感觉自己饿了，吃什么都可以。 |
| 4 | 急迫VS可耐 | 情绪性的饥饿非常急迫，一旦出现必须尽快吃到渴望的食物以缓解情绪上的痛苦感 | 生理性饥饿虽然也会通过胃痛来催促你快点进食，但总体没有命令性，是可等待的 |
| 5 | 与外界压力有无关联 | 情绪性饥饿的出现往往与烦躁的情绪同时出现，比如加班加点、失恋、孩子与自己的争执，糟糕的事情总会刺激到情绪性饥饿 | 与情绪本身无关，更多的是足够长的进食时间间隔后产生的自然感受，而且一般的饥饿感也不带来烦躁感 |
| 6 | 是否机械进食 | 机械性的，心不在焉的进食更多，根本没有注意到自己吃的食物的味道或已经过量了 | 生理性饥饿会让你觉得吃得很香，体验进食带来的放松与愉悦感 |
| 7 | 是否能停止 | 情绪性饥饿实际上是通过用食物来化解情绪，因此胃的感受已对被忽略，更多的来自于情绪的支配 | 感觉吃饱了会自然而然的停下来，身体能量一旦满足就知道自己什么时候应该停止进食行为 |
| 8 | 食后是否内疚 | 情绪化暴食的矛盾在于吃完东西之后不会快乐，而充满了自责与罪恶感，甚至会发誓再也不如此了 | 生理性饥饿是一种不可缺少的行为，吃东西非但不会有罪恶感或羞愧感，还会伴随着满足感。就像没有人会因为呼吸而自罪。 |

上述差别多数时候可能并不会全有，只由其中某一个或某几个情绪导致饥饿感产生，因此，当自己产生想要囤积食物、进食或思考食物的时候，学会让自己从认知层面仔细的思考一下，练习如何分辨“此时此刻”自己的饥饿感受属于以上哪种逐步的，有可能会帮助我们重新拿回掌握权，而不是被支配。



本期案例中张道龙医生建议来访者进行**正念练习 (Mindfulness)**，也是除认知行为疗法 (CBT) 之外，近年来较为常用的情绪调节练习。正念练习的基本思路并不是让你自己的情绪作对，而是学会退后一步，调动觉察与觉知，对自己的情绪加以体会，而非评判。因此，正念最核心的两个部分包括**“是什么 (What)”**和**“怎么样 (How)”**³。

“是什么——我在经历什么”

- **观察。**注意当下“正在经历、体验”的事情，但不要局限在已经发生的。仅仅去观察和觉察到你的心理感受和身体感觉。让思维和想法被观察到、然后允许他们离去，如同天空中漂浮的云朵或水流中浮游的树叶。
- **描述。**当你观察自己的体验，需要练习去“描述”它们。例如，你可能会在你的心里说，【我注意到在我呼吸时，我的胸口觉得有些紧，然后我就觉得**“我很紧张”**】。只用去注意和描述你的想法，而不用去评价或内容。
- **参与、投入。**当你做某事，全神贯注地去做。不要在“下意识”的支配下做事，而是带着**主动意识**参与到活动中。例如，当你用吸尘器吸地时，不要想做晚饭的事。注意到真空吸尘器的声音，操作机器时用到的肌肉。如果你的注意力在逐渐分散，就轻轻地把它集中回到手头的任务。

“怎么样——看到存在”

- **不评判。**接受每个时刻本来的样子，而不是你认为的它“应该”是什么。正念只关注事实，而不是评判它的价值”，不是说什么是“好”还是“坏”。这样确实有些难，因为我们都倾向于评判而不是描述事物。比如窗外阳光明媚，所谓评判就是我们很可能会说“阳光真好啊！”，这就是由事实带来了情绪，而非评判性的表达可以是：“我的脸可以感受到阳光的温度”。要吧关注什么是有益的并且均衡的，以及什么可能是无益的或失衡的，但不都做评判！而且更重要的是，即使你发现自己在评判，也可以提醒自己，不因为自己的评判而批评或检讨自己，因为那也成了评判！你只用温和地提醒自己，“我走神了”再让自己回到非评判的状态中去。
- **一次关注一件事情。**一次做一件事！一次关注一件事意味着我们能够全神贯注地做一件事。所以，走路时，就专心走路；吃东西时，就专心地吃；看电视时，把注意力集中在你看的东​​西上。全神贯注地做每一件事。如果感觉或想法（例如，记着你等下要做什么）分散了你的注意力，尽你所能去撇开那些让你分心的念头，让你的注意力重新回到你在做的事上。（接下页）



- **做必要的事。**这意味着在任何情况下都只做**必要的事**。有时我们会去做我们觉得自己“想要”做某些事。例如，比赛中足球运动员可能认为裁判员的判罚不公平，他想争辩，但最终决定放下怒气并专注于进球得分。注意这个过程：觉得恼火→发现自己有像这样的想法，“这不公平”或“这是不对的”→察觉念头→让它们淡去→把注意力集中回手头的任务。

特别是正念练习本身当中就有正念进食 (Mindful Eating) 的练习。通过这样充满觉察的练习过程，可以帮助你从进食行为本身体验满意感和满足感，而不是忽略情绪，被行为本身吞没（详见：美利华公号中2019年12月18日推送《正念练习》）。

结语

包括暴食症在内所有的进食障碍在心理治疗当中都被认为与“关系障碍”有关，即当亲密关系有创伤或受到挫折时，由于安全感的缺失带来的痛苦使人不能自我接纳，进食问题产生的概率就要更高一些。因此不论是何种技术，在针对进食障碍的治疗当中，关系的修复，用爱的感受来替代FATS（害怕、愤怒、紧张和羞愧）这四种情绪，都会有助于我们找到幸福、安全和被爱的感觉。

困难的情绪来临时，请一遍再一遍的告诉自己：

“我原谅、接纳和相信自己。我是可爱的！”

参考文献

1. Doreen Virtue (2011) Constant Craving-What Your Food Cravings Mean and How to Overcome Them, USA: Hay House Inc.
2. <http://www.cci.health.wa.gov.au/Resources/Looking-After-Yourself/Disordered-Eating>本材料翻译自西澳洲临床干预中心（“战胜进食障碍——第一部分”）。这一版本由Food Freedom (ID: beateatingdisorder) 翻译，但并未经过临床干预中心的审查。
3. Fursland, A., Byrne, S. & Nathan, P. (2007) Overcoming Disorder Eating. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions. ISBN: 0-975799525. Created: March 2007. Revised November 2010. 翻译版本由Food Freedom (ID: beateatingdisorder) 翻译。
4. Debra L Safer, Sarah Adler, Philip G Marson著, 张钰, 朱卓影主译 (2019) 告别情绪性进食的DBT方法, 上海科学技术出版社。
5. 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册 [M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅, 等译. (2015) 北京: 北京大学出版社。



全科医学

在本期的全科案例中，是一位78岁的老年女性，因为自身免疫性疾病和心脑血管疾病同时存在而来求治，同时她的高焦虑对躯体疾病的治疗造成了干扰。请看两位医生如何从全科及精神心理科的角度会诊该患者，为她的整体健康状况“出谋划策”。请看本期全科案例——

妨碍治疗的高焦虑

——一例干燥综合征（待确诊）的远程联合会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

一般情况：患者78岁，女性，已婚，退休公务员。

主诉：

- 1、患者干燥综合征如何正确治疗和具体用药？
- 2、患者反复发作眩晕，脑梗死该如何防治？
- 3、患者担心药物副作用而抵触用药，该如何向其解释？
- 4、家属该如何更好的照料患者安度晚年？

现病史：

患者先后于2016年9月，2018年2月，2019年7月发作三次腔隙性脑梗死。主要表现为突发头晕、恶心，视物旋转，无头痛，无言语障碍及肢体活动障碍，于当地医院急诊治疗，症状缓解后离院。未出现明显功能损伤。前两次医生都给予处方了肠溶阿司匹林，但患者都未坚持服用，自行停药。第三次脑梗死开始坚持口服肠溶阿司匹林100mg/晚。

2017年5月患者出现口干，眼干症状；化验检查白细胞低，血沉增快，口腔科医生建议行口腔组织活检，由于害怕损伤未行检查。后于当地医院风湿免疫科就诊，考虑为干燥综合征，但是未进行免疫相关检查。患者害怕西医让自己做各种检查，并让自己吃激素，担心激素的副作用。中医给予白芍总苷等中成药物治疗，患者感觉没效果。2018年8月口干加重，唾液减少，讲话时需频频饮水，进食需要饮水帮助下咽；出现猖獗性龋齿，口腔



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





溃疡，口腔科建议保持口腔清洁。患者口干症状越来越重。现在吃中药汤剂治疗1个月。干燥综合征口干问题是患者现在最想解决的问题。患者自发病以来未发现其他系统损害表现。

目前口服药物：阿司匹林肠溶片100mg/日，奥美沙坦 20mg/日。患者第一次患脑梗死时应用过他汀类药物调脂治疗，后来出现转氨酶升高，医生就让停了他汀（具体肝酶变化情况不能详述）。

既往史： 58年前患梅尼埃病，鼻窦炎，已治愈。发现血压升高28年，血压最高达190/80 mmHg，间断口服氨氯地平等降压药物治疗。5年前开始口服奥美沙坦20mg/日，血压控制在110-140/50-70 mmHg。血脂升高病史10余年。颈椎病，腰椎间盘突出症病史。子宫肌瘤子宫全切术后3年。否认肝炎、结核等传染病史。否认外伤史。

家族史： 父亲生前做西餐厨师；性格外向，脾气急躁，做事认真，遵循原则，社会道德感强；讲究清洁秩序；对女儿管理严格；吸烟，很少喝酒；患冠心病和心肌梗死去世。母亲农民，性格外向，脾气温和，做事干脆利落，喜欢清洁秩序。患高血压病，因脑出血瘫痪9年后去世。否认其他传染性及遗传性家族疾病史。否认精神疾病史。患者大哥患有高血压病，结肠癌；二哥患有高血压、糖尿病；大弟弟患有阿尔采默病。

个人史： 胞六行三，两个哥哥，三个弟弟，一个妹妹。足月顺产，发育正常。17岁参军，后从事文职工作，工作能力强。转业后从事政府公务员工作，55岁退休。性格外向，脾气急，工作认真，责任心强，追求完美，工作必须及时完成。在家干活也很着急，干净利落。喜欢清洁秩序，现在还是自己打扫卫生。人际关系好，朋友多。社会道德感强，年轻时看不上当时人们花钱买学历，自己凭能力生活很安心。怕小虫子、小动物。否认抠指甲，抠皮肤拔毛等。无烟酒嗜好。爱人是军人，性格内向，脾气倔强，不善言辞，工作认真，人际关系较差；夫妻关系一般。患糖尿病、多脏器衰竭于3年前去世。婚育史：18岁初潮，月经规律，49岁闭经。27岁结婚。育有3个女儿。大女儿因乳腺癌去世，其余两个女儿均体健。

体格检查：

患者身高：156cm，体重：56kg，BMI 23。电话访谈，无其他查体信息。



诊断思路:

- 1、患者7年前出现持续口干，眼干症状；症状呈进行性加重，唾液减少，讲话时需频频饮水，进食需要饮水帮助下咽；并出现猖獗性龋齿、口腔溃疡，牙齿破坏明显。化验检查白细胞低，血沉增快；曾于当地医院诊断为干燥综合征。但患者目前缺乏以下检查：①Schirmer(滤纸)试验②角膜染色③泪膜破碎时间；口腔：①涎液流率②腮腺造影③涎腺核素检查④唇腺活检组织学检查；血清免疫学检查:抗SSA抗体、抗SSB抗体等检查结果对诊断的支持。建议进一步检查以明确诊断。患者目前尚无其他脏器损害表现。
- 2、综合因素：
 - 1) 患者父亲患冠心病心肌梗死、母亲及两个哥哥均患高血压病，母亲因脑出血瘫痪后去世，存在高血压及心脑血管病的高危遗传因素。患者具备了高血压、心脑血管疾病的生物遗传因素。
 - 2) 患者发现血压升高28年，血压最高达190/80 mmHg，坚持口服降压药物治疗，血压控制在110-140/50-70 mmHg，高血压病3级诊断明确。
 - 3) 血脂升高病史10余年，结合2019-9-9血脂检查，胆固醇、低密度脂蛋白水平升高，考虑高脂血症。
 - 4) 患者反复发作头晕，头颅CT提示腔隙性脑梗死，颈部超声提示斑块形成，考虑患者诊断脑梗死。
- 3、结合患者既往病史诊断颈椎病，腰椎间盘突出症、子宫肌瘤子宫全切术后。
- 4、患者父亲脾气急躁，做事认真，遵循原则，社会道德感强；讲究清洁秩序；考虑存在OCD和OCPT倾向。存在高焦虑遗传基因。患者遗传了父亲的焦虑基因，脾气急，喜欢清洁秩序，较真，做事追求完美，考虑存在OCPT。患者的高焦虑特质也是其高血压、脑血管病发病的危险因素。
- 5、患者促甲状腺素水平升高，但患者目前无临床症状，需进一步复查监测其水平变化。

综合以上考虑，初步诊断如下:

- 1、干燥综合征?
- 2、高血压病3级
- 3、脑梗死
- 4、高脂血症





- 5、OCPT
- 6、颈椎病
- 7、腰椎间盘突出症
- 8、子宫肌瘤子宫全切术后

干预方案:

一、生物:

- 1、适当运动，缓解焦虑。
- 2、低盐低脂饮食；监测血压、血脂水平，颈部及颅内血管病变情况。
- 4、药物治疗
 - 1) 口服阿司匹林肠溶片100mg/日抗血小板治疗；
 - 2) 患者目前肝功能正常，可给予瑞舒伐他汀片5mg/日调脂治疗，监测肝功能，如肝酶未超过正常值的3倍可继续使用。
 - 2) 根据《中国高血压防治指南2018》，建议病情稳定的高血压合并脑卒中患者降压目标为<140/90mmHg。建议继续目前降压药物治疗，奥美沙坦 20mg/日控制血压。
 - 3) 干燥综合征治疗

建议患者进一步完善眼部、口腔及血清免疫学检查，以进一步明确诊断。患者目前虽无其他系统损害表现，仍需监测其他脏器功能情况以指导进一步治疗。建议风湿免疫科随诊。

目前主要给予对症治疗:

干燥症: 可采用人工唾液，如：羧甲基纤维素、黏液素、聚丙烯酸或黄胶原等成份的多种人工唾液制剂。缺点是作用时间短，口感较差。长效口腔滋润凝胶制剂是胶状物，可延长作用时间，建议夜间使用。保持口腔清洁，勤漱口，减少龋齿和口腔继发感染的可能，避免服用引起口干的药物如阿托品等。患者还可以使用含氟的漱口水漱口，以减少龋齿的发生。

干眼症: 补充泪液，营养滋润角结膜。可选用人工泪液（玻璃酸钠滴眼液等）、成纤维细胞生长因子（重组牛碱性成纤维细胞生长因子眼用凝胶或滴眼液）、小牛血去蛋白提取物眼用凝胶或含有非甾体类抗炎药的滴眼液等。



二、心理：

认知行为治疗（CBT）+正念减压。患者目前主要困扰来自于干燥综合征的口干症状；但患者因害怕进一步检查和西药治疗的副作用，而不敢找西医治疗。向患者诠释该疾病的严重性，首先需要明确诊断，并除外继发性因素。该疾病会导致多系统损害，应该做好监测和预防性治疗。患者目前心理状态和身体条件都不错，预期寿命还比较长，所以一定要把自己的身体维护好，积极配合诊断治疗。建议到风湿免疫科进行科学系统诊疗。

三、社会：

目前患者两个女儿经济条件都不错，二女儿亲自照顾自己，就听从女儿的管理，不要再独自生活。患者生活在一线城市，医疗资源丰富，可以帮助患者有效的控制病情发展。

两位医生会诊患者后，意见总结如下：

钟丽萍医生：

(1) 关于脑梗塞。患者有发生过三次脑梗了，如果再发生一次，就有可能瘫痪的。所以对患者来说控制血压血脂，锻炼是非常重要的，要避免再一次发生中风。**阿司匹林一定要吃，他汀类的药，我们可以选一个最强有力的，剂量又是不高的。**然后定期复查肝功能。但是患者的血脂一定要降下来，如果说一种药不够，可以服用两种药。如果他汀类不能吃，现在有很多别的药，还有一种针剂，一个月打一次或者是每两周打一次。可以把低密度胆固醇降得很低，这个是非常重要的。因为已经有中风病史，已经有动脉粥样硬化。

(2) 关于眩晕。至于眩晕是不是跟中风有关系，看来还不是直接的有关系。患者一直就有眩晕的问题，有时候改变体位会让眩晕加重，有点像体位性的，一过性的眩晕症。但是如果中风影响到小脑的话，就会导致眩晕加重。目前结合病史分析跟中风没有太大的关系。判断中风是不是急性的和慢性的或是以前旧的中风，一定要做一个核磁共振才看得出来。CT有的时候看不出来。

(3) 关于干燥综合征。其实最重要的还是口干的问题，补充必要的检查是非常重要的，只有这样我们才能确诊是不是干燥综合征。根据你的临床表现是很像的，这个病我们最好的治疗方法就是对症治疗，还没有一个根据病因来治疗的方法，因为它是一种自身免疫的疾病。**我们用抗自身免疫的药对它的效果其实并不是很好，所以最好的办法就是用一些人造的眼泪，人造的唾液等等，保持口腔的湿润。**还有一定要保护口腔，比如说每次吃了任何东西，立马要刷牙，还有最好是用牙线，这样可以预防龋齿，经常要去看牙医。如果



有经济能力去洁牙，要经常要去洁牙，这是保护牙齿的一个最好的办法。平时可以多喝一点点水，每次少喝一点，我们主张用一个小的冰块放到嘴里，这样保持口腔的湿润。因为有时候喝水喝多了人也受不了，尤其是晚上要起来的次数也多，睡眠也不好。而且要避免吃甜的东西，甜的饮料、水果、甜食，因为甜的吃的越多对牙齿损害越大。还有就是带酸的食物，比如碳酸水，柠檬；这些可能对患者的影响还是比较大的。另外，经常逛逛街，保持心情的快乐，有女儿照顾还是很不错的。

张道龙医生：

(1) 如何对患者进行认知调整。很明显患者像是一个身心疾病，家族史中都是有强迫、焦虑，做事认真。这类的毛病都是高焦虑的，再看患者很犹豫，担心药的副作用。**当用这个药物的副作用跟疾病比较起来忽略不计的时候，就用不着担心了。**比如现在患者已经出现三次中风了，未来的5年之内发生大中风概率超过75%，大中风已经在路上了。基本上离脑出血、脑梗死不远了，很快就来了。所以用这些治疗是为了让自己后面的生活好一点，因为患者的家族史疾病非常严重，都有高血压，都差不多活70多岁，等于已经到了尽头了，这个时候再担心副作用等于是完全没有意义的，这是第一。第二，中药对干燥综合征效果不明确。干燥综合征是水通道蛋白或者是其他的自身抗体出现问题，做个腮腺活检才能确诊。患者有免疫病，又有高血压的问题，又这么焦虑，所以这些问题都搁到一块，没有必要去担心某一个药有没有副作用。心理咨询学一学正念，因为有的时候连女儿打电话来都很烦，得去做正念减压。

(2) 如何从生物学上调整情绪。重点是第一从生物角度锻炼身体，如果是特别焦虑，需要放松一点，就用副作用非常少的药，**比如加巴喷丁之类的抗焦虑药。最安全的就是加巴喷丁这类的药，它基本上没什么副作用。也可以选择像舍曲林这类的药物。用舍曲林、来士普等稍稍有劲一点的抗焦虑药，让焦虑降下来。但不能用文拉法辛、度洛西汀之类的，因为它容易让血压变化。**SSRI类的药不影响血压。能让焦虑降低一个数量级，患者就能够配合治疗了。患者本来是军人出身喜欢运动，所以这样就能放松。

这样心理和生物干预相结合，中风的风险就减少，因为腔梗是高血压引起的中风，它不是血栓形成，不是斑块掉下来把它堵住了。是血管透明变形，它发生在基底节附近。高血压引起的中风都在基底节，都是腔隙性脑梗塞，叫血管透明变性，它是大脑的深穿支出现变化。焦虑能使血压增加、使干燥综合征增加。焦虑降低了干燥综合征就能缓解一点，



腔隙性脑梗塞就能得以预防，所以这是最好的。

与主诊医师讨论

张道龙：从这个案例中可以学到怎么去做认知调整和动机面询。患者是军人的身份，享受了相应福利，上战场打仗与这个药物副作用比起来算啥，连针都不用打，做做正念，服用加巴喷丁，中药汤药副作用小得多。意思说把这事说小，不然患者总担心副作用。我的意思是无所谓了，已经70岁岁了，每个人都会死亡的，她就放松了，即来之则安之，把它看的轻，把它说的轻描淡写，越看的重的人你说得越轻，越是年轻人想死你得说的重，不能那么死，好生活还没开始，越是到患者这时候风轻云淡无所谓，阅遍四海使从容的阶段，不用害怕了，是这个意思。

学员：因为爱人和女儿的去世对她影响比较大，后来她自己调整的还算不错。但是患者对于干燥综合症的药物治疗依从性比较差，包括脑梗死的药物治疗依从性也比较差。她怕有副作用，所以今天老师调整非常的好，而且结合她自身的特点，她当过兵，你就把军人气概拿出来，不要因为这点事而影响了治疗和将来寿命的延长，所以说老师做的非常恰当。

张道龙：只有先有背景信息，后边干预中才能更有针对性，如果背景介绍前不知道是军人，那么后面干预的时候就会有些空洞。因为军人里活到75岁，这是命比较大的了，军人都是保家卫国，很有可能会出现年轻时阵亡的事，以此来调整信念，一方面减少当下的痛苦感，另外会调动起她作为军人的自豪感。当兵随时准备打仗，没打仗是巧合了，怎么现在“变成胆小鬼了”。就是调动她的内存动力，所以患者自己在会诊现场都笑起来了。

科普知识

干燥症

责编 | 肖茜

干燥综合征(SS)是一个主要累及外分泌腺体的慢性炎症性自身免疫病，又名自身免疫性外分泌腺体上皮细胞炎或自身免疫性外分泌病。临床除有唾液腺和泪腺受损功能下降而出现口干、眼干外，尚有其他外分泌腺及腺体外其他器官的受累而出现多系统损害的症状。其血清中则有多种自身抗体和高免疫球蛋白血症。本病分为原发性和继发性两类。

原发性干燥综合征属全球性疾病，在我国人群的患病率为0.3%~0.7%，在老年人群中



患病率为3%~4%。本病女性多见，男女比为1:9~20。发病年龄多在40岁~50岁。也见于儿童。

一、临床表现

本病起病多隐匿，临床表现多样。

1.局部表现

- 1) 口干燥症 因唾液腺病变，使唾液黏蛋白缺少而引起下述常见症状：①多数患者诉有口干，严重者因口腔黏膜、牙齿和舌发黏，以致在讲话时需频频饮水，进固体食物时必须伴水或流食送下。②猖獗性龋齿是本病的特征之一。约50%的患者出现多个难以控制发展的龋齿，表现为牙齿逐渐变黑，继而小片脱落，最终只留残根。③成人腮腺炎，50%患者表现有间歇性交替性腮腺肿痛，累及单侧或双侧。大部分在10天左右可以自行消退，但有时持续性肿大。少数有颌下腺肿大，舌下腺肿大较少。④舌部表现为舌痛，舌面干、裂，舌乳头萎缩而光滑。⑤口腔黏膜出现溃疡或继发感染。
- 2) 干燥性角结膜炎 此因泪腺分泌的黏蛋白减少而出现眼干涩、异物感、泪少等症状，严重者痛哭无泪。部分患者有眼睑缘反复化脓性感染、结膜炎、角膜炎等。
- 3) 其他 浅表部位如鼻、硬腭、气管及其分支、消化道黏膜、阴道黏膜的外分泌腺体均可受累，使其分泌较少而出现相应症状。

2.系统表现

除口、眼干燥表现外，患者还可出现全身症状，如乏力、低热等。约有2/3患者出现系统损害。

- 1) 皮肤 可出现过敏性紫癜样皮疹，多见于下肢，为米粒大小边界清楚的红丘疹，压之不褪色，分批出现。每批持续时间约为10天，可自行消退而留有褐色色素沉着。
- 2) 关节 关节痛较为常见，多不出现关节结构的破坏。
- 3) 肾 约半数患者有肾损害，主要累及远端肾小管，可出现肾小管酸中毒。小部分患者出现较明显的肾小球损害，临床表现为大量蛋白尿、低白蛋白血症，甚至肾功能不全。
- 4) 肺 大部分患者无呼吸道症状。轻度受累者出现干咳，重者出现气短。肺部的主要病理为间质性病变，另有小部分患者出现肺动脉高压。有肺纤维化及重度肺动脉高压者预后不佳。
- 5) 消化系统 可出现萎缩性胃炎、胃酸减少、消化不良等非特异性症状，患者可有肝脏损害。



- 6) 神经 少数累及神经系统。以周围神经损害为多见。
- 7) 血液系统 本病可出现白细胞计数减少或(和)血小板减少,血小板低下严重者可出现出血现象。本病淋巴瘤的发生率远远高于正常人群。

二、诊断

目前公认的诊断标准是2002年干燥综合征国际分类(诊断)标准,具体如下:

干燥综合征分类标准的项目:

- I.口腔症状 (3项中有1项或1项以上)。
 - 1.每日感口干持续3个月以上;
 - 2.成年后腮腺反复或持续肿大;
 - 3.吞咽干性食物时需用水帮助。
- II.眼部症状 (3项中有1项或1项以上)
 - 1.每日感到不能忍受的眼干持续3个月以上;
 - 2.有反复的砂子进眼或砂磨感觉;
 - 3.每日需用人工泪液3次或3次以上。
- III.眼部体征 (下述检查任1项或1项以上阳性)
 - 1.Schirmer I 试验 (+) ;
 - 2.角膜染色 (+) 。
- IV.组织学检查: 下唇腺病理示淋巴细胞灶
- V.唾液腺受损 (下述检查任1项或1项以上阳性)
 - 1.唾液流率 (+) ;
 - 2.腮腺造影 (+) ;
 - 3.唾液腺同位素检查 (+) 。
- VI.自身抗体 抗SSA或抗SSB (+) (双扩散法)

上述项目的具体分类:

- 1.原发性干燥综合征 无任何潜在疾病的情况下,有下述2条则可诊断:
 - a.符合表1中4条或4条以上,但必须含有条目IV(组织学检查)和(或)条目VI(自身抗体);
 - b.条目III、IV、V、VI 4条中任3条阳性。



2.继发性干燥综合征 患者有潜在的疾病（如任一结缔组织病），而符合表1的 I 和Ⅱ中任1条，同时符合条目Ⅲ、IV、V 中任2条。

3.必须除外颈、头面部放疗史、丙肝病毒感染、AIDS、淋巴瘤、结节病、GVH病，抗乙酰胆碱药的应用（如阿托品、莨菪碱、溴丙胺太林、颠茄等）。

三、鉴别诊断

1.系统性红斑狼疮

干燥综合征多见于中老年妇女，发热，尤其是高热的不多见，无颧部皮疹，口眼干明显，肾小管酸中毒为其常见而主要的肾损，高球蛋白血症明显，低补体血症少见。

2.类风湿关节炎

干燥综合征极少有关节骨破坏、畸形和功能受限。类风湿关节炎者很少出现抗SSA和抗SSB抗体。

3.非自身免疫病的口干

如老年性外分泌腺体功能下降、糖尿病性或药物性口干则有赖于病史及各个病的自身特点以鉴别。

四、治疗

本病目前尚无根治方法。主要是采取措施改善症状，控制和延缓因免疫反应而引起的组织器官损害的进展以及继发性感染。

1.改善症状

- (1) 减轻口干症状，保持口腔清洁，勤漱口，减少龋齿和口腔继发感染的可能。
- (2) 干燥性角、结膜炎可给以人工泪液滴眼，以减轻眼干症状，并预防角膜损伤。
- (3) 肌肉、关节痛者可用非甾类抗炎药以及羟氯喹。

2.系统损害者应以受损器官及严重度而进行相应治疗

对合并有神经系统疾病、肾小球肾炎、肺间质性病变、肝脏损害、血细胞低下，尤其是血小板低的、肌炎等则要给予肾上腺皮质激素，剂量与其他结缔组织病治疗用法相同。对于病情进展迅速者可合用免疫抑制剂，如环磷酰胺、硫唑嘌呤等。出现有恶性淋巴瘤者宜积极、及时地进行联合化疗。

参考文献：

- (1) 赵岩, 贾宁, 魏丽, 王治国等.原发性干燥综合征2002年国际分类(诊断)标准的临床验证. 2003
- (2) 董怡. 论2002年干燥综合征分类(诊断)标准. 《中华风湿病学杂志》, 2003
- (3) 唐福林. 原发性干燥综合征的发病机制. 《中华风湿病学杂志》, 2000



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

