

第 128 期

2020年9月1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

乘风破浪

不知道从什么时候起，开始不愿意听时下的新歌，不愿意穿带有 Logo 或 Slogan 的衣服，不愿意尝试新奇的活动，故步自封于几个人的小圈子，安静地喝茶，以一种淡淡的，悠远的语调跟周围人说“看开，往下，自在”，美其名曰是因为咨询师这个职业不怕老，只怕新，似乎不做点参禅悟道的样子对不起咨询师这个头衔，..... 其实，和那个有没有关系，是不是只是放任自己老去？

或许在每个人的心中，都有一个永远不和年轻说再见的梦，因此，当你看到那些加龄却不加老迈，反而褪去了青涩，在时光的雕刻中日渐散发成熟韵味的同龄人的时候，心里会有一个声音也清晰的响起：那么，我也可以。

虽然没有人能让岁月永远停留在年轻时光，但，拥有一颗充满活力的、积极的心，却是我们自己能够左右的。年龄并不是年轻唯一的标尺，身体状态也不是健康的唯一标尺，只要我们心怀阳光，一切老气横秋都会变得活力盎然，而人生，会在每个阶段美丽绽放，一路芬芳。

不是明星的我们并非要去追求那个肌肤如何，体型如何的年轻。年轻，更重要的是心态，不要为一些所谓的规矩来约束自己的想法，是眼神清澈，愿意行动，是对生活保有的激情和对自我保持的活力。

这个月，美利华正念课程优雅上线，大西洋彼岸的道龙老师新赴征程开始硅谷生涯。活力，或许正是这种心动则身行，身行则意定的能力。

道龙老师的乘风破浪身后，有我们成千上万学员的守望！



上图：老师硅谷新家的内外景。

下图：大到新车，小到垃圾筒，一切全新



上图：斯坦福和金门大桥，老师已经游学路线上温故知新；

下图：从医院外到医院内，带我们领略美国体检。



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



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例适应障碍合并C类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

【文献述评】 18

为边缘型人格障碍患者提供良好的精神医学管理

【全科医学】 23

一例荨麻疹合并冠心病的联合会诊

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 会诊后的总结与回顾

【全科科普】 28

荨麻疹



精神医学临床访谈

我们不得不承认人格障碍在临床中越来越多见，这与对人格理解，从诊断标准维度性、谱系化的研究密不可分。有说法认为某种意义上说人格特征是人人都具备的，然而障碍层面的人格问题，其功能或僵化的程度与普通人有着数量级的不同。另外，个体及周围人的痛苦感也更为显著。显现人格障碍特征的当事人在性格模式上可能明显偏离其所在的文化标准，从个体层面其学业、事业及人际方面的功能损害也都更为显著。今天这个案例中的来访者已接近半百，提及工作、生活的方方面面都似乎带有长久的痛苦感以及明显的症状加重模式，究竟是情绪导致的问题还是，问题导致的情绪功能不良，请看本期——

一例适应障碍合并C类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	女性	年龄	47岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	本科	婚姻	已婚
病史提供者	本人	职业	康复科医生	病史可靠性	可靠

主诉：人际交往困难，先后两次乏力、眠差、难以维持工作，不知道未来职业方向。

现病史：患者1998年当时27岁，由当地监狱系统医院调到县城医院工作，因收入要靠自己工作效益来赚，而非“大锅饭”，与同事发生矛盾，感到压力大。又因要照顾小孩，只有30%的精力用于工作，引起主任不满。觉得自己不适应那里，心情不好，但觉得不特别严重，饮食睡眠不受影响。为求更好的发展，又调到该医院康复科，因为被牵涉进入新老主任的权利斗争再次感到适应不了。2004年出去进修1年，表示不想回到原科室。

2005-2007年生活负性应激事件增多：1、由进修医院重新返回原来科室。2、婆婆搬到附近，与婆婆关系一般，丈夫责怪自己不给婆婆做饭，说自己不孝顺，感到压抑难过，心里憋闷，觉得丈夫不理解自己的繁忙。丈夫开始打麻将次数增多，觉得丈夫对自己淡漠，只关心老母。3、孩子成绩下降至倒数，孩子心情也不好。4、娘家父亲脾气大，负性情



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



绪多，多有抱怨指责。2007年春节，父亲因“脑梗塞”住到自己医院半个月，期间母亲甲亢加重。将父母送回老家后，就出现早醒，每天凌晨3、4点就睡不着了，心情不愉快，不想去上班，不想做饭，精力差，感到疲乏感明显。胃口差，但无轻生观念。去看内科，血压、血常规等生化检查均正常。想请假休息，但未被批准。后去看精神科，被诊断“抑郁症”。患者认为自己没有抑郁症，但因为可以休息，就拿到病假条去住院2月，在精神科未服用抗抑郁药，予以输液维生素，服用谷维素治疗。后又转至内科以“心肌炎、妇科炎症、胃溃疡”治疗，效果均不佳。出院后继续休息，回娘家爬山、骑自行车明显好转。可是返回工作岗位后，症状又出现，表示不想看到病人，想清闲一些。后又至A市看中医，诊断“内分泌紊乱”，服用中药，效果一般。又至某知名精神专科医院，诊断“神经衰弱、轻度抑郁症”。患者未服用抗抑郁药。症状持续。

后医院领导介绍去车管所做收费工作，因为一些内部员工“走后门”及经济利益相关现象，心理矛盾，帮忙内心不安，不帮会被排挤。觉得乌烟瘴气，干脆申请调至车管所体检中心，一呆就是8年，觉得压力小，人际单纯，没有利益冲突，休息时间多。心情明显好转，经常去爬山、游泳。

2016年因孩子去上大学了，压力减轻，申请重回医师岗位。在半年进修期间，人际关系又被搞砸。在合租期间，因打抱不平、失眠夜间看书而引起矛盾，焦虑加重，感到被孤立。尽量早出晚归、周末也去听课，避免和室友碰面。后护士长来进修时，又看不惯护士长染头发、与院长独处时间长。自己评论护士长的言论被传到护士长的耳朵里，发生矛盾，受到不公平对待。再次出现乏力、精神差，食欲差，不想上班等情况。

从2017年3月休息至今。目前情绪好转，运动多。饮食睡眠好转。患者目前又在考虑是回医院工作还是调回车管所的问题。

既往史：10岁曾患“疟疾”，未复发。目前否认明显躯体疾病，既往诊断过的“胃溃疡、妇科炎症”等，复查时均未见明显异常。

个人史：患者月经不规律，有时推迟7天左右，稍有痛经，月经量减少。从小父母争吵多，父亲是乡村教师，母亲是农民，不认识字。患者在家中排行第二，有一个比自己1岁的兄长和比自己2岁的弟弟。母亲有适应问题，在婆家呆不惯，去娘家居住。后返回婆家后心情不佳，难适应，有外遇。父亲发现后从此不得安宁，父亲变得越发脾气暴躁，殴打母亲和哥哥，有把母亲打晕的情况。母亲称父亲为“阎王”。患者非常害怕父亲，性格变得内向，不敢和人说话。10岁时村民盗砍家中树木，被发现后却反过来说母亲偷人。当时印象



很深，感到羞耻。从小成绩一直中等，与人交流较少。非常害怕回家，离家越近越恐惧，怕听到争吵声，噩梦多，常常在夜里哭泣，担心家里。成年工作后想离父母远远的。

25岁结婚，丈夫是公安警长，基层领导，较强势，对父母孝顺。丈夫对自己要求高，特别是孝顺婆婆方面。回家只要看到婆婆不开心，便对患者发火，并不说明原因。婚后育有一子，目前在读大学。否认毒品、烟酒接触史。

家族史：父亲脾气暴躁，发火多。患者多次想带父亲看精神科，但难以开口。母亲能忍耐，情绪基本平稳。兄长情绪平稳，但反映很害怕父亲。弟弟眠差，心情差，未去看过精神科。

精神检查：

一般情况：时间、地点及人物定向力正常，接触合作。

语言功能：语量多，言语急迫，但目标导向明显，有逻辑性。

思维活动：否认妄想。无思维奔逸，没有明显思维逻辑障碍。

情感活动：焦虑明显，反复纠结

感知觉：正常。

注意力：集中。

自知力和判断力：存在。

智力和记忆力：正常。

辅助检查：电话访谈未查

【病历小结及概念化】

患者为中年女性，从小在父母争吵多，父亲有家暴的环境中长大，因母亲“出轨”遭到村人羞辱，性格逐渐变得敏感内向，不愿与人交往。在遗传上，父亲也有情绪不稳定、暴躁的特点。父母教育少，患者又在农村环境长大，故形成C类人格特质（强迫+回避）+情商低的特征。工作上，多次与人发生矛盾，几乎每次换岗位后都会与不同的人发生冲突。明显的应激源有两次，第一次是父亲住院，第二次是得罪护士长。患者出现了心情差，眠差，乏力的症状。患者只要压力缓解，情绪就马上好转。比如休假做运动时，换到人际压力小、轻松的工作时，都有上述规律。综上，我认为这个患者是在C类人格特质的基础上，在压力增大时，出现的适应障碍。

初步诊断：1.适应障碍；2. C类人格特质

治疗：

1、**生物治疗：**运动，坚持平日爱好的体育运动，保持每周4-5次以上，每次40-60分钟。暂时不予SSRI类药物治疗。



2、心理咨询：

焦点解决疗法 (SFBT)：什么情况下，你焦虑、失眠不那么明显？建议写心情日记-骑自行车、爬山时，工作轻松时。

认知行为疗法 (CBT)：调整认知，快50岁了，现在最重要的是“保养”身体了。工作上的压力一定要放一放。你现在什么都有了，当领导的正派的丈夫，读大学的儿子，体面的工作。而且你有念头想调动别人刚好就退休了，这些都是别人想得到却得不到的，是“奇迹”。下一个人生阶段，最重要的就是身体健康、准备带孙子，给儿子帮忙。这样你丈夫也不抱怨了，和儿子关系好了，他管你后半辈子。不想婆婆、父亲对自己不好的事情了，父亲恐怕没几年了，不管是非对错，尽你该尽的孝，日后不愧疚。对婆婆好，丈夫才能对你好。当医生辛苦又有“医闹”，万一被打不值得。最近两个月不要再想调回医生岗位了，那样再出来就难了。可做一些正念练习。患者调整岗位症状就缓解，且快50岁快退休了，不需做长程CBT调整人格了。

3、**社会因素**：申请工作调动，换回轻松岗位，建议回到车管所体检中心。

主诊医生：肖茜

2018-6-26

【访谈实录】

- 1.Z医生：你好，我是Z医生，讲讲你的困扰吧？
- 2.来访者：哦。我从2017年开始就一直发了这个症状。您那边能够听得清楚吗？
- 3.Z医生：我听得清楚。医生昨天访谈后内容详细报告给我了。我想听听你想让我们帮你解决什么问题？
- 4.来访者：哦。我现在就是心里感到很困惑，就是经常容易疲劳，情绪不高，然后想去上班的话内心里感到很纠结。
- 5.Z医生：纠结什么？
- 6.来访者：去上班，我现在跟那个人相处不是太愉快。
- 7.Z医生：对的。我观察了一下你那个工作经历，好像是说，跟护士长，跟那些老主任、新主任的这些冲突，好像你都不知道怎么办。但是你到车管所体检中心的那一段好像相对的就简单一点，那个症状轻一点，是这样的吧？
- 8.来访者：嗯嗯。



明确诊断

适应障碍的出现大多是因为有明显的生活改变或者环境变化时，产生短期和轻度的烦恼状态以及情绪方面的失调，还会伴有一定程度的行为变化。一般发病都在应激事件发生后的三个月内，或者压力源一直不能解除的情况下。可观察到的主要表现包括焦虑不安、烦躁、有抑郁情绪等，影响工作生活及人际交往。

- 9.Z医生：对的。这样的，为什么不选择回到车管所体检中心？因为年龄也差不多了，现在想学这些改善人际关系的东西也不太容易。如果我说得不好的地方您可以纠正，听过医生的汇报，似乎和父亲的关系有问题，跟丈夫的关系也有问题，跟婆婆的关系也有问题，跟那个护士长的也有问题，跟这些主任们也有问题，跟同事们也有一些问题，这个问题看起来有很长时间了，你两次加重也都是跟护士长或者跟同事相处不愉快，你最长一段的时间就是那车管所体检中心，不知道那里是什么原因，可能那里的人际关系相对简单有关。其实你利用那个时间好好养身体就好了，反正家里也不需要你挣钱，小孩也挺争气的。另外你还有个好事，就是说你虽然有了这么多的毛病，小毛小病，检查都没查出什么大事来，胃溃疡也好、妇科炎症，但是都没有留下后遗症，你这样再继续养一养就好了。好像你比较要强，只要身体一好，你又要上那个压力大的单位去工作，又想当大夫，就好像还有点雄心似的，身体一不好你就抱怨，身体一好你就马上好像想要满血复活似的，但是看起来效果不好。如果不吃药的话，因为你用药就很麻烦。什么意思？听说你生物学疗法有效，就是登山、游泳、散步，这个好像能帮助你改善心情。第二就说知道自己跟人际关系相处比较困难，跑到一个人际关系相对简单的地方。第三，我想象你那儿的体检都是一年查一次，都是健康人做体检，因为那不是医院，所以等于是你都不是应对这些真正有病的人，那就是压力会轻，可能是那里的社会环境比较好，所以听起来好像你的解决方案就是继续去到那里，让你继续去恢复身体，也快退休了，都到50岁了，女的好像到55就退休了，再享受个5年，把身体养好，退休之后享受生活，这不挺好的吗？
- 10.来访者：我的领导看着我这个样子，他也是有这个想法，也曾经给过我这个建议。我2016年，离开车管所以后，我们单位有个同事去接了我的位子，他可能到9月份退休，退休以后，我们单位领导可能考虑让我过去。
- 11.Z医生：你看这多好？这简直天赐良机，你利用退休前这几年养好身体，儿子不是刚上大学嘛，4年以后他就结婚生孩子了，把身体养好，好好去养孙子去，这多潇洒？你上这里闹啥闹？把身体闹坏了，最后脾气也都发了，也帮不上儿子的忙，那不亏死了嘛。所以你



看，这简直是我不知道你前辈子怎么积德的，摊上好丈夫，摊上一个好儿子，现在你想回去找工作人家就退休，把身体养好了，完了正好孙子就有了嘛。你这简直是太完美了，好像是冥冥苍天有神明给你设计好了，这听起来多好的事？

12.来访者：天呐！教授，有这么好吗？

13.Z医生：你看我听起来都不敢相信，这怎么回事？搞不好都是你丈夫在后面偷偷给你安排的吧。怎么能这么巧？你想找工作那人就退休了，不是他拿枪放那人脑袋上让他退休吧。

14.来访者：（笑）他到年龄了呀。

15.Z医生：怎么你想去人家就给你倒位置，你走了人家就来接班，你想不干了，去找回来，人家就退休。小孩上大学，十个月以后得交女朋友，最后你想想，你的婆婆可能没帮上你很多忙，那咱们得想办法帮帮儿子的忙，所以你这样子多潇洒？非常之好，你儿子能管你一辈的事，你得好好攒住精力，哪能一旦儿子有了孙子的时候，你身体垮了，那不惨了嘛。所以你得想法在这地方彻底的把病养好，然后抓紧退休，集中精力去帮助儿子，那才是聪明的人。所以我觉得听起来这是非常完美的计划，这样清楚吗？

16.来访者：哦，听得清楚。

17.Z医生：对的，所以我认为你这是最好的，听起来是比较正确的选择，别跟自己较劲，一看你就是个追求上进的人，只要身体一好，抓紧去上别的地方再找个什么事干。你就是把身体彻底养好了，别让它反复复发。虽然没有大病这是好事，但是你还经常复发，压力一大就复发，已经复发两次了，所以咱们这次争取别复发。孙子、孙女前两年都是最麻烦的事，大学毕业，工作他没办法弄，管不过来，正好需要老人帮忙的时候，你别到时候帮不上忙，我就担心你这个事，所以你这5年下来，好好把身体养好了，然后抓紧就做这件事，你想你帮儿子的事，你丈夫就不能抱怨你了，所以这个就非常之好。要不全家奋斗这结果不白干了嘛？所以你这非常好，这面把丈夫给推到领导岗位，那面把儿子给送上大学，剩下唯一的任务就是管孙子、孙女的事了，所以你这基本上就完美收官了，咱们就别闹了。这样清楚吧？

18.来访者：哎哟，您这一说（笑）。明白，我明白。

19.Z医生：对的。所以觉得你这事是前辈子积德了，肯定都做对了，好不容易赶对了，就别再闹了，见好就收。人生的满足都是十之七八美就行，别这么一闹，尤其像康复科，再整个椎间盘脱出，然后后边就麻烦了。所以咱不干那些事，加紧继续弄最好的那个。所以我觉得你回去想一想，就这么去做，我觉得非常之好。看起来你这个选择是非常清晰的路径，



就是拿了医生的荣誉，咱还不用尽那么多力了。现在的人都不太好伺候，谁一发怒，咱也不太会跟人相处，再整出个医闹来，被人打一下就更不值了，到哪都跟他说你丈夫是警察，所以大家都躲你远远的，没人敢欺负你，这多好？所以我觉得这挺好的事。清楚了吧？我们一会会诊完，让医生再给你报告一下我们的会诊意见，然后有什么详细的事再讨论。好吧？

20.来访者：哦。那我就是想问一下教授，我这种状态也在家里休息了一年，因为我从来没有吃过西药，没有吃过这种精神疾病方面的药物，我只是吃过单位的中药。

21.Z医生：对，这病吃中药没什么用，我认为你现在不需要吃药，就是抓紧到一个轻松的工作环境，然后锻炼身体，就不用吃药。如果吃药的话，可以吃一点SSRI之类的药，因为西药都比较可靠，那些中药都没有什么根据了。因为你没有一个明确的病，听起来通过休养就能达到，那咱们尽量不用药。老百姓有一句话叫是药三分毒嘛，等你重了的时候再告诉你用哪一类药，肯定是用抗抑郁药、抗焦虑药这类的，就是你的内心不够强大，容易在人际交往过程中变成一种压力而出现这些症状，并不是真的哪块胃要穿孔了、哪块长出肿瘤来了，不是这类的，所以暂时可以不吃药。到需要吃药的时候，就吃那比较轻的药，就是百忧解、左洛复、来士普这类的药，但是现在不用就好。

多锻炼身体，然后抓紧换一个环境，做点开心的事。做做正念，就是能够让自己压力比较缓解的，或者是X医生说的，用焦点解决短程治疗，意思就是找一些例外，你干一些什么事的时候心情容易好，做一个笔记，比如说遛弯的时候，那就多遛点弯，爬山的时候那就多爬山，把它做一个笔记记录下来，做一个心情日记观察一下，然后就集中精力让你继续康复，继续养，但是总在家待着也不是个事，那就上你那个车管所的体检中心，不是也比较轻松嘛。快到退休的年龄了，正好等儿子毕业到那去，然后你换个城市了，这边彻底就退了，就到那边去了。所以你就先准备好这件事，把身体弄好了，别到时帮不上忙，这样比较好。所以我建议你生物治疗先多锻炼，心理咨询就做焦点解决短程治疗，正念这些办法。社会学因素，调到车管所体检中心，然后如果还有什么问题咱们再讨论。但目前这种情况我不建议您用药，这样清楚吧？是药三分毒，需要的时候咱们再用，用也用西药，比较靠谱。

22.来访者：哦是，我一直没有吃过西药。我也感觉我好像吃这个药应该效果不会太明显。

23.Z医生：对的。所以你不乱吃，就是身体好好的，别把它搞坏了，只要不有意把它搞坏了，你就能不错。这么多年下来了，你没有查出实质的病。好吧？稍后再给您反馈，好吧？



夸张且戏剧化的访谈？不，这才是短期疗法在初次访谈中的精髓

以短程志向工作的临床工作者形成的共识是“心理治疗的本质是让来访者得到帮助，进而使他们的生活出现一些改变”，所以与其他心理疗法不一样，并不会过多的对既往史进行回顾或挖掘问题部分，治疗过程会在首次访谈中就立即开始。

因此在9-23段的对话中，我们可以看到督导医生与来访者谈论遇到的问题，然后聚焦着眼在当下的资源上，用稍显夸张的“奇迹对话”（11、13段）鼓励来访者从困在原地的感受中跳出来，发掘更多可能的未来，用创造性思维来帮助来访者做发展计划。在焦点解决疗法当中“聚焦在会出现什么新的改变而非阻止已经发生的事情”使用策略疗法，用非指责的、充分尊重来访者的合作性态度，聚焦在来访者本身的“语言”上。用从来访者那里获得的信息进行工作，也就是说，这需要临床工作者有着更特别的知识结构与思考能力，把来访者所诉说的信息进行重构来匹配自己已有的想法和假设。看似简单，与来访者语言的匹配以及临床工作者对技术本身的熟练是行云流水访谈得以实现的关键所在。

- 24.来访者：哦，好。教授我想问一下您，关于我父亲的这种状况，其实现在应该说，比我严重的应该是他。
- 25.Z医生：对的，你把身体养好了，你就能帮他了。我不知道父亲什么样，但以后有机会再讨论了，但是你身体不养好不能照顾他，我的意思你省下这精力不是什么也不干，未来帮助儿子，现在正好能帮助父亲，他不得脑梗塞了吗？帮他锻炼，带他出去散步，做点什么事，就是你去多帮他，这样贡献才重要，不是忙活你自己的工作了，这样清楚吧？
- 26.来访者：嗯，是的。
- 27.Z医生：对，你自己没有什么大病的时候，就抓紧尽孝，帮助爸爸、帮助婆婆做这些事，身体不好的时候没办法，身体好的时候抓紧做这些事，然后再继续保养身体，你能做这一件事已经了不得了，能帮助婆婆就等于是帮助你丈夫了，他就能安心工作；能帮助爸爸，万一有一天他不在了，你心里就没有歉疚嘛，你是唯一的女儿嘛，跟你哥哥弟弟还不太一样，女儿是爸爸的小棉袄嘛，所以你去了帮他做一点事，他心里就能高兴一些，做这些有建设意义的事，不去聚焦自己其他的事，这样清楚吧？
- 28.来访者：我与我爸爸的关系其实就是一种，只是因为他是我父亲嘛，我在道义上是必须要对他尽孝，但是实际上也是一种回避型的，我不太愿意跟他在一起，因为觉得自己是.....
- 29.Z医生：你现在不用考虑这些事，因为他得脑梗塞了，跟原来不一样了。第二个不管别人对你好与不好，你现在主动对父亲好没有问题的了，不是要跟他改善关系了，这太晚了，他已经来日无多了，所以你抓紧利用他剩下这些时间做你该做的，不管他做得对不对，你



做对了以后，你就没有遗憾了，脑袋不去想过去那些事，那都是脾气不好，年轻时做的事情。你想去做你就尽孝，不想去做就去孝敬婆婆，婆婆那边也不想去做，那你就锻炼身体，未来帮助儿子，做这些有意义的事，不是到这个年龄还去改善关系，那已经太晚了，这样清楚吧？

人生过半，放下的怨念

我们每个人都有自己的人格特质，正是这份特质让我们每个人独一无二，不同于他人。而人格部分的异常是个体表现出“明显不协调的态度和行为”且多个功能方面都表现出与社会文化环境典型的不同。

来访者已经47岁，在内对自己的父母、在外对单位同僚都呈现出不相容的人际模式，而且还倾向于把问题归因于他人，这些看似“不懂事”的部分恰恰是人格之所以是一种障碍的重要部分。人格障碍的个体在他们的思考和行为方式当中经常倾向于机械、极端和紧张的状态，而不能以健康的方式对生活的改变和要求做出反应。

30.来访者：哦。就说不管是对我的父亲，还是婆婆，还是我的母亲，还有我的儿子，我都必须要去尽我的责任呀。

31.Z医生：对，你就做你自己该做的事，因为你要这样去想，你就倒过来了，你跟儿子处理好了以后儿子才能养你老，你对婆婆好，丈夫才能对你好，除非你想跟丈夫离婚，你只要想让丈夫对你好，那你得对婆婆好，因为她是他妈。对爸爸也是，因为尽孝嘛，尽孝不代表着父亲好不好，父亲就是个最坏的人，你该尽孝尽你的孝，跟他是好人坏人没啥关系，他现在坏人也不会变好人了，好人也不会变坏人了，最后好人坏人都分不开了，脑袋梗塞，再梗塞一次就啥都没有了，所以分不开好人坏人了，你不用去计较那些事，就是抓紧做你认为对的事，这样清楚吧？

32.来访者：哦，清楚。就是我还想说一下。

33.Z医生：对。还有什么问题？

34.来访者：哦。您说的车管所上班的事情，因为不是还要到9月份嘛，现在这事情还没有批下来。

35.Z医生：对，现在是已经7月份了，所以得抓紧这期间继续休假、继续锻炼，继续做你刚才说的能够做的事，差两个月了，不用去想换工作的事，抓紧申请，想办法活动活动关系，最后能把这个位置搞定，所以这是你需要动脑筋的事，不用去考虑别的事。这样清楚吧？你换一个新的单位，两个月压力更大。



- 36.来访者：哦。我没有考虑去换新的单位，教授，我是准备回我那个科室里面去上班，上班以后看情况，如果感觉还是不太好的话，我就准备到您说的那个地方去。如果感觉很好的话，我就准备继续下去了。
- 37.Z医生：感觉好不好你也应该到那个最轻松的地方，因为你不会感觉好，只是暂时的，过两天感觉又不好了，因为那人际关系比较复杂嘛，你这容易复发的人，得抓紧去找最容易的，这样清楚吧？我到时候会完诊之后让请初诊医生再跟您详细地聊，好吧？
- 38.来访者：哦，好好，感谢您。

【督导小结】

这个病人的诊断叫适应障碍，适应障碍是什么意思？有个具体的压力源，每次都遇到这些压力源就出现这些躯体症状，有实实在在的压力源。转换障碍是自己不知道明确原因，比如被提离婚后不知道怎么突然有一天就偏瘫了，甚至她自己都不知道自己为什么会变成这样。记得我跟你们讲过很典型的那个煤矿塌方的案例，女人被救出后看到丈夫，突然就失明了，原因是她在煤矿里跟别人有性行为，结果出来之后，不知道怎么面对丈夫，所以发生了失明。所以转换障碍的发生常常不知道是什么原因出现的躯体症状，实际上有强烈的心理冲突，是心理疾病躯体化。我们这个患者是有实实在在的外在的压力源，所以这叫适应障碍，不叫转换障碍。而且她总是不擅于处理总是，要么是规矩挺多的，融通少而出了问题回避，有些人格模式方面的特征。

【问答部分】

提问一：这个病人需要诊断她人格障碍吗？

督导回答：我一般都叫人格特质，因为我不太详细知道她跟领导到底怎么处，她不是非常明确的追求完美，较真倒是有一点，但是她就是有一点点特质，比如认为妈妈偷人不对，她看护士长看不下去，整天关心这些不该关心的事，不该她操心的操心，所以有点挑剔，精神洁癖。但是她又没有明显的说，每次都是因为她管同事，要诊断“障碍”需要更详细一点的东西，但是说她具有这样的“特质”基本没问题，所以我愿意诊断这个病人是适应障碍，强迫型人格特质。在我看来有的时候她是情商低，像刚才我给她说得这么明白了，告诉她，你要上车管所，你犯病最少的就是那个地方，犯病最多的是这康复科，你还一定要回康复科，剩两个月。



再告诉她该怎么“看”这个问题——你不是孝敬公婆，是因为你明说，对你的婆婆不好，丈夫就会跟你闹。你是为了跟丈夫好，所以才跟婆婆好。这些教给她，她还听不懂。

“我心里有这个结，我爸爸怎么怎么的”，都50岁的人了，还不能原谅父亲做的这些事，这不都是小时候做的嘛。知道父亲来日无多了，还不抓紧时间孝敬，我也不知道她听没听懂我的笑话，“再过一段时间，好坏都无所谓了，人都死了，脑死亡了，还分好坏吗？”所以她可能都听不懂这些东西，是悟性的问题，情商低的人就容易跟人发生矛盾，所以我不知道她到底是人格障碍，还是情商低。

区别在于，人格障碍是争这件事，因为有洁癖，或精神洁癖，要求他人也必须这么做，这样容易把人得罪了。情商低是好心办坏事，不觉得咱应该走后门，咱好好的工作为啥走后门？人家都走后门，到她这儿就一点都不行，那不是同事会恨她了嘛，所以搞不清楚她是情商低还是什么，另外她家里是不是重男轻女，她是老二还是女性，有可能父亲对她不好，没教会她这些技能。想一想他们家的精神动力，在这种环境中长大，可能造成不知道怎么去培养情商，反正有点问题，眼下她现在明显的适应障碍，每次适应不好的时候，都出现巨大的症状。

这个患者她换过好多次的工作，她在每一个工作场景中，都跟人起冲突，然后待不下去，这肯定是一个模式，最低是人格特质，但是她主要的是适应障碍，就是有发作期，整个病情的加重减轻，呈发作期，两次都非常明显，都有分水岭性事件，而有发作期的表现不是人格障碍的特点，所以考虑主要是适应不好，先治疗适应不良的问题，然后再看。我认为适应不良的情况改善了，她症状就轻了，那么人格方面的问题可以不治——因为45岁以后不论好坏人格的问题都变轻，但是这些适应不好，她又回到了那个能使她产生适应障碍的地方，就还是会有麻烦。

提问二：访谈这个病人时，感觉她追求完美的部分并不是非常的明显，所以也是我的一个疑惑，如果理解她是情商低带来跟周围人都不知道该怎么相处之类的问题，但是诊断标准里面并没有涉及情商低这个诊断，要怎么处理呢？

督导回答：你得理解她这个人，“从骨子里”理解这人怎么回事。你看她一有事就采取回避的办法，逃避，所以这是**应对机制**，她并不是强迫的，意思就说必须大家按照我的去做，我本身对自己要求特别高，其实就是所谓的精神洁癖这类的人。她是什么特点？一跟人打仗，就出去进修，再不行，躲到车管所。她采取的都是这种办法，这并不是强迫型人格障



碍。强迫型人格障碍一定不走，我一定整到底！因为我是对的，你是错的，为什么对的人走！她是惹不起我躲得起，所以听起来就不太像纯粹的强迫型人格，但肯定是C类人格了，所以我不诊断她为人格障碍，更准确地应该属于C类人格特质。当下先治疗她的适应障碍，治好了之后再看她的特质是哪一样，她不是个纯粹的强迫型，但是**病人并不按教科书得病**，她跟我在好几遍解释的过程中，能听得出她情商有问题，做事总是好了伤疤忘了疼。同时从成长环境考虑，她父母不跟她相处，没人教她，因此一个女人长到现在还不知道怎么跟人相处。标准的人格障碍，人际关系会更加不可理喻，但她好像还不是这样，所以我宁愿你说是特质。

在做访谈的时候，提出来她生活里许多的正性资源，这个患者自己都感觉到很奇迹，丈夫又挺好的，儿子也很好，她想要的岗位原来的还准备退休走了，这时患者自己都会很惊叹，确实自己是这么好的运气，这就叫认知重构，认知重构就是利用来访者原本对生活的描述，重构她的生活故事，素材还是这些，用比喻来说就是你给我土豆，辣椒，花生米这三样东西，我给你做个宫保鸡丁，所以你就觉得神奇。

问题三：这个来访者的两个诊断适应障碍和C类人格特质都主要依靠心理咨询，也不是依靠药物，她主要是情商比较低，跟人交往比较困难，特别是跟同事和父亲的这些交往不太会去弄。像DBT，涉及到正念和人际关系的技能这一块，是不是挺适合她的？

督导医生：可以。但是主要你得说清楚，不是因为DBT，因为有人会想到治疗边缘型人格障碍，应该给她正念和CBT去调整她，但主要是生物治疗，因为她说过自己通过运动、爬山状况就可以好转。然后更主要的是社会资源，就说她适应障碍的意思是这个环境压力源给你这问题，我躲开这压力源我就没这个问题，所以你就直接让她到车管所那去，自然就会变好，这样就能看出生物心理社会不是均等的，这病人以社会为主，生物为辅，再次的才是DBT或者认知行为疗法就可以了。

学员反馈：这个患者的躯体症状，只有精力差，感到疲乏，胃口差，我们一般诊断转换障碍的话，她除了有一个心理冲突，她的症状一般都是这种神经系统的症状。人在抑郁情绪的时候会容易伴有一些躯体不适，这些躯体症状是没有什么特征性的。从她的症状上，她也并不是一个转换症状。然后我同意老师说的，他有适应的问题，但是因为描述的似乎他有很多人际关系的问题，我当时觉得根据资料的话，可能这个来访者到达一个障碍的诊断，我们以前的思路一般都是，如果他要是人格障碍他一定是有适应的问题的，所以如果要是



障碍的诊断，那就一般就不诊断适应障碍了，但是后来听老师的解释就是，考虑她还是一个特质的问题，因为不好看出她有一个什么明确的人格障碍的问题，而且在这个人际关系的问题里，她这个情商低导致人际关系的一些适应不良的问题，就是说她总是有适应问题的话，她也会导致显得她人际关系是有问题的。

问题四：不知道这个来访者是哪一种人格的问题，或者是特质的问题，老师是觉得没有必要去进一步纠结，还是说跟她的访谈里头并不太好确定，她具体的哪个人格特质？

督导医生：对，不太好确定，她不是单一为主的，比较散稀，那这里头很明显两个是非常明显的，就是强迫的，同时还有回避，因为她没事就出去进修，没事就躲开，不是为了学习业务，比如就像你们这样进修，明显是为了提高，那不是适应障碍，那不是回避，那正好相反，是想挑战自己，想去提高，她是想挑战吗？更像是溜了。到了车管所就好，如果这个病人主要的问题是个人格障碍，人格障碍不可能不突出，她主要的问题哪都适应不好，爸爸妈妈没教会他，所以我得仔细分析这病人的精神动力，谁是因谁是果。转换障碍一般都是神经系统的运动或者是感觉，不是这些植物神经系统的问题，适应障碍经常是植物神经，伴抑郁、伴焦虑，都是这些非特异性的，所谓的胃也是都是胃炎什么的，没有什么特殊的。转换因为她心里剧烈的冲突，下意识的转换成躯体，她就非常突出，不是瘫痪就是大小便失禁，就是哪块麻木，不是那么非特异的。这就叫概念化。



心理学人

2014年Gunderson和Links根据他们的临床经验出版了《Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder》(Gunderson&Links, 2014) (此书暂无中译本), 介绍了该方法的基本知识、具体的临床技能以及实践该方法的一些案例。但同时, 由于方法中使用了psychiatric (精神医学) 这一词汇, 也影响了心理学家及其他临床工作者对此方法的参与及使用。因此, 在其后2015年的论文当中, 以Links为第一作者, 临床工作者们通过回顾**良好的精神医学管理 (GPM)** 相关的基本原则和方法, 向我们说明了除去药物, 心理学家如何有效的对边缘型人格障碍 (BPD) 患者进行综合精神医学管理。本文对我们理解GPM模式在心理治疗工作中对BPD人群如何发挥作用以及具体操作方法有更为具体的指导意义。限于篇幅, 本文中对案例的讨论暂未收录。未来随着对GPM内容的理解加深, 我们将另篇介绍。

||文献述评||

为边缘型人格障碍患者提供良好的精神医学管理

编译 | 王剑婷 心理咨询师
张道龙 医 生

过往的研究表明, 对自杀问题的管理困难以及心理健康工作者对 BPD 人群治疗方法的熟悉程度这两个因素成为许多 BPD 患者无法获得适当的护理的重要原因。甚至对其中一些人来说, 某些过去的治疗方法可能会恶化他们的病程和预后。在过去的十年中, BPD 患者的预后和预后似乎正在改善(Bateman, 2012)。这一改进的部分原因是发展了已被证明对 BPD 患者有疗效的多种治疗手段, 如支持性心理治疗(Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007)、良好的临床护理(Chanen 等, 2008)、结构化临床管理(Bateman & Fonagy, 2009), 以及与本报告最为相关的**综合精神医学管理**。

面对症状, 进行靶向性的药物治疗虽然被认为是 BPD 管理的重要组成部分, 但药物治疗在 BPD 治疗中仍然是一种辅助工具, 其目的主要是使病人更容易获得更重要的心理社会干预并改善人际交往功能。在这篇文章中, 我们将回顾与一般精神病管理相关的基本原则和方法, 并举例说明心理学家及其他的心理临床工作者如何为他们的患者提供和提供综合精神医学管理。



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



2001年，美国精神病学协会(APA)制定了一项治疗BPD患者的实践指南，该指南代表了一套全面的循证的临床实践干预建议(APA, 2001)。该指南指出，“BPD的主要治疗是心理治疗，辅以针对症状的靶向药物治疗。”在我们的研究中，我们在综合医院精神病门诊设置中实施了指导方针，并将其称为“general psychiatric management”（综合精神医学管理）。依据BPD的治疗指南，综合精神医学管理也涵盖了包括心理治疗、病例管理和症状靶向药物治疗。最终经过一系列的临床研究，将综合的精神医学管理general psychiatric management，改名为“良好的精神管理”good psychiatric management (GPM)。

GPM中的心理治疗部分是基于从 Gunderson 在对 BPD 研究中得出的心理治疗/心理动力学方法(Gunderson, 2001; Gunderson&Links, 2008)，在此研究中 DBT 策略被禁止使用。心理治疗部分强调了这种疾病的在关系层面的超敏性，认为 BPD 患者的心理模型侧重于不稳定的早期依恋关系的后果(Gunderson, 2001)。该疗法的重点是探讨人际过敏对患者关系和患者情绪处理的影响。而治疗关系被认为具有中枢调节功能。在治疗过程中体验情绪，并由治疗师在关系环境中验证和调节这些情绪，是帮助个人发展自我调节情感和自我抚慰能力的一种非常有效的方法。

GPM 还包括基于 APA 指南中提出的症状针对性方法的药物管理。针对 BPD 患者具有反复发生的自杀和/或自残行为，药物治疗的主要结果之一是通过针对情绪易性和冲动/攻击性来预防这些行为。GPM 的典型治疗合同包括：每周的个别会议，在此期间对药物管理进行监督。大多数情况下，疗程持续了 50 分钟，治疗师可以在工作周期的间隙期间应对可能出现的危机。病人通常被鼓励使用社区提供的危机干预服务，以及治疗师用于其他病人的常规服务。

GPM 的功效

2009年，McMain 等人针对 180 名被诊断为 BPD 的患者为研究对象，在过去 5 年中至少有两次自杀或非自杀自伤发作，被随机分配接受一年的 DBT 或综合精神管理，发表了一份随机对照试验的报告，表明良好的精神治疗的临床疗效与 DBT 的疗效相当。良好的精神医学管理小组的治疗成员大多是精神科医生（有一名心理学家、一名社会工作者和一名护士），他们有专业能力、对治疗有兴趣，平均拥有 5 年的工作经验，与被诊断



为 BPD 的患者一起工作。他们每周与该项目的共同调查人员(PL)会面，为期约 6 个月，在项目前详细讨论综合精神病管理的原则，然后在评审期间每周进行同行监督。

DBT 干预组的治疗师主要是在 DBT 中接受过培训的心理学家，并每周与该项目的首席调查员会面。

两组患者在各种临床结果测量上表现出**相似程度的改善**，包括自杀和非自杀性自我伤害发作的频率和严重程度显著降低；医疗保健利用率显著降低，包括急诊室就诊和精神病院入院天数；BPD 症状、症状困扰、抑郁、愤怒和人际功能显著改善。在这两种治疗方法之间没有发现显著的差异显现。

两年的随访表明，患者至少在自杀和其他自我伤害行为、健康核心利用和精神病理学方面取得了进展(McMain 等，2012)。

在三年的时间里，两组患者中 62%的患者在一年或更长时间内都低于 2 项诊断标准，这一比率比没有接受这些 BPD 特异性治疗的 BPD 患者高 20%(Gunderson 等，2011)。

以上的结果均表明，由有经验的临床医生在 GPM 原则的指导下提供的适度、明确的治疗是非常有效的；**特别值得注意的是，综合精神医学管理几乎与高质量 DBT 的治疗一样有效。**

综合精神医学管理原则

提供综合精神管理的临床医生在坚持对 BPD 患者进行良好的精神管理时，需要遵循以下六项原则。

首先，临床医生必须积极主动，避免在治疗过程中被动反应。作为一个有效的治疗师需要了解病人并理解他，对保证病人持续的参与治疗负责。治疗师的可靠性、倾听技巧、无条件的积极关注和确认是核心的治疗因素。

第二，支持和确认是关键因素，特别是在治疗的最初阶段。

第三，病例管理 (case management) 是综合精神医学管理的重要方面，临床医生要关注病人在治疗之外的生活，而非主要关注病人在心理治疗中的表现。通过减少症状和实现自我控制使患者能够从稳定的工作和有意义的人际关系中取得成功是主要的治疗目标。



第四，基于真实的专业的治疗关系且注意维护治疗框架。在某些情况下，选择性地披露临床医生的即时情绪和个人经历，或提出假设，比如换位式的谈谈说“如果是我，我会……”在咨询中也是可以的。

第五，当一个病人被接受综合精神医学管理的治疗，改变计划本身也是治疗合同的一部分。GPM 没有规定具体的治疗时间或强度。如果没有相应的治疗进展发生，那么临床医生将邀请病人合作审查目前方法的有效性。

第六，病人被视为一个完整的成年个体，我们期待他积极参与治疗的各个方面和阶段，治疗的目的是促进和支持病人在生活中的自我管理。

GPM 治疗方法

为了有效地提供 GPM，临床医生必须使用以下方法来照顾 BPD 患者。

关于 BPD 的心理教育，包括讨论疾病的遗传倾向和其他可能的原因，其诊断特征，以及不同治疗方法的病程、预后和相对优点。患者家属应纳入教育，除非临床情况排除了家属的参与。

一般来说，当患者被告知他们的 BPD 诊断时，他们感到被证实知道他们的病情真的存在，他们被认真对待；他们感到安慰的是，他们知道自己在斗争中并不孤单。心理教育中还需要谈及病人自我中更健康和有价值的部分，以使其更客观地对待个人经验提供了可能。当提供有关疾病过程的信息时，患者应该理解 BPD 是治疗的主要目标，因为共同发生的疾病，如主要抑郁障碍，在 BPD 本身的疾病特征得到治疗之前不太可能缓解 (Gunderson 等，2011)。

GPM 方法是多模式的。这一原则符合“边缘患者的治疗计划应经常涉及至少两个治疗者，两种模式或任何两个组成部分”的综合性建议(Gunderson, 2001)。GPM 鼓励伴随治疗 (concomitant treatment)，要求与这些治疗的提供者进行直接的协作沟通。当特定症状被认为是必要的治疗目标时，精神药理学管理被支持作为治疗的辅助手段。临床医生鼓励病人参加可用的团体治疗和家庭辅导。

GPM 的临床医生虽然提供的是以心理动力学为主的心理治疗，但必须仔细注意移情与反移情的处理，因为往往患者是从带有某些缺失的角度来理解的，特别是在处理情绪和不稳定的依恋方面，因此过早的解释可能会产生一种责备感，特别是当稳定的工作关系还未建立好的前提下。我们可以预计到来访者会出现的敌意和负性的反移情，在早期由治疗



师进行积极的应对。最常见的方法是通过与同事或督导讨论来处理(Gabbard & Wilkinson, 1994)。与可信赖的同辈进行事先讨论被认为是 GPM 的支柱,这也是避免边界越轨和对病人造成伤害和冒诉讼风险的最佳方法。

关系问题的讨论是 GPM 方法的核心。临床医生一贯将治疗重点放在病人的关系上,并将病人的情绪和行为与人际压力源联系起来。人际交往的重点包括与治疗师的互动,临床医生通常可以在这些充满情感的互动中自我发现。最重要的是,临床医生必须认识到错误的干预是不可避免的、有用的和可逆的。

在 GPM 中,慢性自杀个体的一个重要任务是准确地衡量自杀意念和/或行为的强度和潜在致命性,因为对自杀即将死亡的担忧会导致临床医生的严重焦虑和损害治疗。由于这一人群可能会有某种程度的慢性自杀意念,有人建议,致命性评估应集中在存在“急性慢性”自杀风险(Gunderson&Links, 2008; Links, Mercer&Novick 出版)。对急性慢性风险的评估侧重于确定和确定环境风险因素增加患者基线以外自杀行

为风险的时期(Gunderson&Links; Links, Mercer&Novick 出版)。GPM 采用 Stanley 和 Brown (2012) 开发的安全计划干预(SPI)协议。SPI 作为一种简明易行的干预,旨在评估自杀的直接风险,通过合作制定一个相互商定的应对计划。可定期对该计划进行评估和修订,以确保其保持相关性。SPI 通常提高治疗师的舒适度,同时仍然保持协作和个性化的方法。

临床经验和经验证据都表明,患者应该在治疗过程中做出有意义的改变。

- 经过 6 周的治疗,病人应该表现出较少的痛苦和焦虑症。
- 经过 6 个月治疗,患者应该表现出明显减少自我毁灭和自杀行为的频率和严重程度。病人应该采取更好的解决问题的策略并表现出更高的自我意识。
- 在 12 个月的治疗结束时,病人的人际功能应该得到改善;此外,他或她应该更多地意识到他人的意图和情绪,并在人际关系中更加自信。
- 到 18 个月时,病人应该有与工作、学校或其他有意义的活动有关的改善社会功能的客观证据。

如果 GPM 中的患者没有达到这些预期的变化,那么临床医生和患者应该仔细地重新评估目前的方法是合适的还是足够的。某些患者可能需要转诊更强烈的 BPD 特异性治疗,如 DBT,基于精神化的治疗,或转移集中的心理治疗。



全科医学

本期期刊中全科案例的来访者是一位50岁的中年男性，他并未意识到自己冠心病的严重程度，也对普普通通的荨麻疹竟然用精神心理药物舍曲林来治疗而困惑不已。请看两位医生如何从全科及精神心理的角度联合会诊患者，为他解除心中疑惑——

荨麻疹竟然用抗焦虑药物有效为哪般

——一例荨麻疹合并冠心病的联合会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖茜 医生

患者：50岁男性，高中文化，已婚，安保工作。

主诉：因“1、患荨麻疹1年多，治疗无效；2、治疗冠心病的药物需要吃多长时间？”而来访。

现病史：2017年底睡眠中突发胸闷，发憋。急于当地医院就诊。诊断为：冠心病 急性前壁心肌梗死 心功能I级（killip 分级），住院并行介入治疗。冠脉造影显示：左主干未见明显狭窄；前降支发出后完全闭塞，血流TIMI0级；回旋支近中段阶段性狭窄70-80%，钝缘支弥漫性狭窄50-60%，血流TIMI3级。右冠近中段可见散在斑块，后降支中段狭窄85%，血流TIMI3级。并于前降支病变处植入支架。患者出院后休息一个月就恢复工作。患者对自己的心梗病情并没有多大担心。目前心梗马上就两年了，一直在配合吃药，复查，病情稳定，无心绞痛发作。最近1个月，有4-5次心绞痛发作；主要表现是憋气，无胸痛、出汗、心悸等；每次持续几分钟到二十分钟不等，均自行缓解。最后一次发作持续20分钟左右，到急诊后症状缓解，查心电图无特异性变化，心梗三项在正常范围。运动时没有发作过心绞痛。患者现在感觉自己体力不如以前；无夜间阵发性呼吸困难。现在想知道是不是需要终身服药？以前降脂药是吃进口瑞舒伐他汀10mg/日，4个月前因为购药不便，就改为国产瑞舒伐他汀5mg/日口服治疗。

1年前患者母亲腿关节炎加重，父亲手骨折，搬到患者家住。患者那段时间很忙碌，比较操心。当时情绪也没太大变化，但出现失眠，每周3天左右，间断口服思诺思四分之一片到一片，饮食不受影响。2个月后患者周身出现风团样皮疹，此消彼长，瘙痒难忍，而且越来越严重。在当地多家医院就诊，诊断为荨麻疹，使用抗组胺药物治疗，效果不好；只



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



有使用糖皮质激素起作用，但是又不能常吃。有时候嘴唇上，眼皮上都起。荨麻疹总治不好，自己情绪就不好了。出现心烦，做什么事都没心情，平时爱做饭也不想做了；皮疹起的全身都是，有时候都不想去上班。因为情绪不好，就到心理科就诊，医生建议用舍曲林改善情绪。患者服用舍曲林 50mg/日，荨麻疹很快就消失了，情绪也很好，把其他治疗荨麻疹的药物都停了。患者吃了 2 个月舍曲林后自行停药。后因家里有事，自己生气，又出现了荨麻疹。半月前服用舍曲林后荨麻疹也明显改善。目前口服药物：阿司匹林肠溶片 100mg/日，瑞舒伐他汀片 5mg/日，富马酸比索洛尔片 5mg/日，缬沙坦氨氯地平片 80mg/50mg /日，左洛复（盐酸舍曲林片）50mg/日。

既往史：高血压病史 11 年，最高 160/100mmHg，间断口服络活喜等降压药物治疗，血压控制不理想。血脂升高 6 年左右，未治疗。痛风病史 7 年，发作时口服药物治疗（具体药物不详）。否认肝炎、结核等传染病史。否认外伤史。否认药物、食物过敏史。

家族史：父亲对子女管理严格，做事认真，遵循原则，社会道德感强，人际关系一般，有高血压病，房颤。母亲性格外向，脾气急躁，爱干净，做事认真，追求完美，对子女要求严格，患高血压病，血压最高 200/110mmHg。否认精神疾病史。

个人史：胞二行二，一个姐姐。高中肄业工作，后来参军。27 岁结婚。性格外向，脾气急躁，容易冲动，爱干净，没有秩序要求。年轻时较真，现在不愿意跟人发生矛盾。十年前因夫妻感情不和，经常吵架离婚；七年前再婚，现在的爱人很包容自己，夫妻关系好。吸烟史 30 多年，每日 20 支左右，已戒 2 年。饮酒史 30 余年，遇事才喝，近一年多很少喝酒。

患者身高：178cm，**体重：**89kg，**BMI** 28。

诊断思路：

1、患者父母均患高血压病，两个舅舅均在 50 岁左右患心血管病去世，存在高血压及冠心病的高危遗传因素。患者母亲脾气急躁，爱干净，做事追求完美，考虑存在强迫症（OCD）和强迫型人格特质（OCPT）。患者遗传了母亲的高焦虑基因，脾气急躁，容易冲动，较真，爱干净。高血压、冠心病均属于身心疾病。患者具备了高血压、冠心病、高焦虑的生物遗传因素，加之长期吸烟、饮酒的不良生活习惯；发现血压升高 11 年，血压最高达 160/100mmHg，未规范控制血压；血脂代谢异常。这些危险因素导致患者最终出现冠心病急性心肌梗死。患者经介入治疗后未发生心绞痛。1 月前患者休息状态下出现发作性胸闷，憋气 4-5 次，经急诊查心电图无特异性改变，心梗三项正常范围，考虑患者不稳定型



心绞痛。

2、患者遗传了母亲的高焦虑基因，患者在父母生病后操心焦虑出现失眠。后来出现荨麻疹，久治不愈，患者出现心烦、兴趣感降低，情绪不良。考虑患者适应障碍。患者荨麻疹病情迁延，虽使用抗组胺药及糖皮质激素治疗，但效果并不理想。患者使用舍曲林抗焦虑治疗，却发现荨麻疹明显减轻。

3、结合患者既往病史及尿酸升高情况，考虑诊断痛风。

综合以上考虑，初步诊断如下：

- 1、冠状动脉粥样硬化性心脏病
心肌梗死
不稳定型心绞痛
- 2、高血压病 2 级 极高危
- 3、慢性荨麻疹
- 4、适应障碍伴焦虑
- 5、痛风

干预方案：

一、生物：

- 1、适当增加运动，缓解焦虑，改善代谢障碍，降低体重。
- 2、低盐低脂饮食；监测血压、血脂水平；因患者冠脉造影提示回旋支近中段阶段性狭窄 70-80%，钝缘支弥漫性狭窄 50-60%，右冠后降支中段狭窄 85%，近期发作心绞痛，建议其复查冠脉造影或者冠脉 CTA，以明确病变变化程度及进一步处理措施，避免再次发生心肌梗死。
- 3、戒烟酒。患者已经戒烟酒，但应严格防止再次使用，以降低心脑血管事件发生风险。
- 4、药物治疗
 - 1) 口服阿司匹林肠溶片 100mg/日抗血小板治疗，瑞舒伐他汀片 10mg/日调脂治疗，富马酸比索洛尔片 5mg/日降低心肌氧耗，单硝酸异山梨酯缓释片 60mg/日扩张冠脉预防心绞痛发作。
 - 2) 根据《中国高血压防治指南 2018》，建议高血压合并冠心病患者降压目标为



<140/90mmHg, 如能耐受, 可降至 130/80mmHg, 但 DBP 不应低于 60mmHg。建议继续目前降压药物治疗, 缬沙坦氨氯地平片 80mg/5mg /日控制血压, 根据血压调整剂量, 达到降压目标。

3) 监测尿酸水平, 低嘌呤饮食, 必要时给与药物降尿酸治疗。

4) 患者慢性荨麻疹治疗效果不理想, 目前应用舍曲林有效, 可继续应用, 建议与抗组胺药联合治疗。

6) 左洛复 (盐酸舍曲林片) 50mg/日口服缓解焦虑。

二、心理: CBT+正念减压。向患者诠释其躯体及心理疾病成因, 帮助患者认识到其焦虑和躯体疾病的相关性。目前主要是控制好血压、血脂, 尿酸水平, 定期复查。积极处理冠脉病变, 预防心血管事件。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。高血压、冠心病均属终身性疾病, 药物治疗需要持续终身, 接纳疾病, 学会带病积极生活。

三、社会: 目前夫妻感情好, 妻子对自己很包容, 尽量减少生活和动作压力。培养业余爱好, 提高生活质量。

主诊医师: 凌永红

2019年10月25日

两位医生看会诊后意见总结如下:

钟丽萍医生:

一、需要做心脏搭桥术。

现在我觉得您最重要的问题是心脏的问题。**您有 4 根血管都有问题, 而且阻塞的程度都是 60-70%以上, 你是符合做一个心脏搭桥术的指征的。**因为你的前降支放了一个支架, 其他 3 根血管是广泛的病变, 是没有办法放支架的, 所以你这就像一个定时炸弹, 随时容易发生大面积心梗。再加上您现在有不稳定型心绞痛, 这是一个预示, 告诉你一定要到医院去看心血管医生和心血管外科医生, 像您这样绝对是需要做心脏搭桥术的情况。像你这种情况, 右前降支是有广泛性的病变, 所以支架是没有用的。支架一般就是你有一个部位是狭窄, 我放个支架把它撑开是可以的。但是如果病变的长度比较长, 影响的血管范围比较广泛, 那放支架是解决不了问题的。

二、降血脂、降血压的, 降低心血管的危险因素。



瑞舒伐他汀片需要重新加至 10mg/日调脂治疗。你血脂的甘油三酯也高，所以饮食是非常重要的。您可能吃碳水化合物，像大米或者是面食比较多。这些一定要控制，要把甘油三酯降下来。因为您血管已经很不好了，所以需要把它降到正常范围。**只能通过把所有的危险因素降到最低，才能减少你心血管疾病的发病率。**

血压一定要控制在 130/80mmHg 以下。目前像您的体育活动可能不要去做了，要做比较轻微的活动，因为你的心脏的问题没有解决，我们不能让你的心肌承受更大的负担。首要的事情，把你心脏的问题解决好，把心血管供血的问题解决了，把血脂和血压控制到最佳的范围。尿酸也是要控制的，你没有痛风，但是你有高尿酸血症，这个可以通过饮食，或者是通过药物来治疗，因为所有因素都可以升高你所有心血管疾病的风险，所以是非常关键的。

张道龙医生：

一、身心疾病与焦虑情绪相关。

荨麻疹是身心疾病，跟你的焦虑水平有关。你的血压高、心肌梗塞，还有荨麻疹都是身心疾病。你会感觉到疼痛、焦虑，甚至有时睡不好觉。你还有家族史，妈妈都是爱焦虑的人，喜欢干净，这些都是有非常明显的家族史，也提示跟焦虑有关。**所以这是为什么使用抗焦虑的药，你荨麻疹竟然能变好，因为都是跟焦虑有关，所以用舍曲林 50 毫克是正确的。**如果用到了 4 周以上你荨麻疹还有，那你需要增加到 75 毫克，这次就不能停药了。你现在是属于特别危险的时期，容易出现心肌梗死，这时候高焦虑对你没有好处，只有坏处，所以你这次不要停药，至少把心脏问题缓解后再停。

二、心脏的问题需要引起高度重视。

因为冠状动脉是在心脏内固定的区域给你供血，血管要是全部都打通了，那当然没有问题了，问题是有些地方不能放支架，这是第一。第二点，刚才钟医生反复讲，可能你是没有意识到：**心肌好的时候你去治疗，心脏功能才会变好。如果再次发生心肌梗死，即使你血管再通了，但是心脏功能也丧失了，因为肌肉坏死它不会修复。**

实际上你现在躺着的时候、睡觉的时候心脏疼痛是非常不安全的信号。原因是那个时候你用心脏用的最少，你一旦都没有动，它仍然会出现疼痛，就说明这已经是严重的情况。身心疾病都跟家族史有关，你们家的两个舅舅都在 50 岁左右去世，妈妈这家族都是高血压，你非常可能在心血管系统出问题。你已经有过心肌梗塞，下一次你就难有这么好的运气了。



科普知识

荨麻疹

责编 | 肖茜

荨麻疹是由食物、药物、各种感染、内脏疾病、昆虫叮咬和许多其他原因引起的过敏反应和非过敏反应，对一些体质过敏的人来说，表现为皮肤和粘膜血管扩张、通透性增加和血清渗出引起的局部水肿，即风团。

一、病因

荨麻疹的病因非常复杂，约 3/4 的患者找不到原因，特别是慢性荨麻疹。一般包括：

1. 食品：鱼虾、蟹、贝类、鸡蛋、柠檬、芒果、李子、杏子、草莓、核桃、可可、大蒜、西红柿、乳制品、食品中的腐败食品添加剂等。
2. 药物：青霉素、磺胺、呋喃唑酮、血清制剂、各种疫苗、咖啡、可待因、可卡因、奎宁、阿司匹林等。
3. 感染：细菌、真菌、病毒、寄生虫、幽门螺杆菌。
4. 吸入：花粉、动物羽毛和皮屑、灰尘、烟雾、气溶胶、挥发性化学物质。
5. 物理因素：摩擦、压力、冷、热、阳光、运动等。
6. 风湿热、系统性红斑狼疮、甲状腺疾病、淋巴瘤、白血病、传染性单核细胞增多症。
7. 精神因素：如精神紧张可引起乙酰胆碱释放。

二、临床症状

基本损害为皮肤出现风团。常先有皮肤瘙痒，随即出现风团，呈鲜红色或苍白色、皮肤色，少数患者有水肿性红斑。风团的大小和形态不一，发作时间不定。风团逐渐蔓延，融合成片，由于真皮乳头水肿，可见表皮毛囊口向下凹陷。风团持续数分钟至数小时，少数可延长至数天后消退，不留痕迹。皮疹反复成批发生。风团常泛发，亦可局限。有时合并血管性水肿。

部分患者可伴有恶心、呕吐、头痛、头胀、腹痛、腹泻，严重患者还可有胸闷、不适、面色苍白、心率加速、脉搏细弱、血压下降、呼吸短促等全身症状。如果喉部水肿，可能会出现误吸困难甚至窒息。若伴有高热、寒战、脉速等全身中毒症状，应特别警惕有无严重感染如败血症等可能。

三、诊断

本病根据临床上出现风团样皮疹，即可确诊。诊断一般不困难，但引起荨麻疹的原因



比较复杂，确定引起荨麻疹的原因常很困难，因此，必须通过详细采取病史，详细体格检查，以及有关的实验室检查，尽可能的明确荨麻疹的原因。

四、治疗和护理

荨麻疹的治疗应遵循以下原则：

1. 病因治疗：

(1) 去除病因：对每位患者都应力求找到引起发作的原因，并加以避免。如果是感染引起者，应积极治疗感染病灶。药物引起者应停用过敏药物；食物过敏引起者，找出过敏食物后，不要再吃这种食物。

(2) 避免诱发因素：如寒冷性荨麻疹应注意保暖，乙酰胆碱性荨麻疹减少运动、出汗及情绪波动，接触性荨麻疹减少接触的机会等。

2. 抗组胺治疗：如苯海拉明、马来酸氯苯那敏(马来酸氯苯那敏)、赛庚啶等。第二代非镇静药或镇静药较少的抗组胺药，如氯雷他定和地氯雷他定、咪唑斯汀等。应作为治疗荨麻疹的一线药物。

3. 对传统使用的抗组胺药物无效的荨麻疹患者，抗焦虑抑郁药物（SSRI、SNRI 等）是较好的选用药物。

4. 抑制肥大细胞释放介质：在遵医嘱的前提下，使用硫酸间羟异丁肾上腺素、酮替芬、曲尼司特等抑制肥大细胞释放介质的药物。

5. 糖皮质激素

为治疗荨麻疹的二线用药，一般用于严重急性荨麻疹、荨麻疹性血管炎、压力性荨麻疹对抗组胺药无效时，或慢性荨麻疹严重激发时，静脉滴注或口服，应避免长期应用。

五、预防

由于消除刺激因素或可疑因素在荨麻疹治疗中是最重要的，患者可以使用日记法来寻找刺激因素或可疑原因，这是一个强烈推荐的方法。也有必要尽可能多地注意可疑的食物和药物，以便尽快找出疾病的原因。

参考文献：

1. 党倩丽，陆学东，张小艳. 慢性荨麻疹患者血清 IL-4、IFN- γ 及 IgE 水平观察. 《临床皮肤科杂志》，2000
2. 杨勤萍，陈连军，徐金华等. 氯雷他定治疗慢性荨麻疹 93 例临床疗效观察. 《临床皮肤科杂志》，2004
3. 郝飞，李惠，鲁元刚，尹锐等. 左西替利嗪与西替利嗪治疗慢性荨麻疹多中心随机双盲对照研究. 《中华皮肤科杂志》，2004
4. 百度百科：荨麻疹[EB/OL]
5. 爱科普. 荨麻疹是什么？[EB/OL]
6. 李巍. 荨麻疹科普知识[EB/OL]



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** • 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

