

第 86 期



精神医学和临床心理学 督导与研究

www.mhealthu.com





☎ 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
常务副总编 夏雅俐
顾 问 刘春宇
督 导 张道龙

联办单位

美中心理文化学会 北京大学出版社
四川省精神卫生中心 温州康宁医院股份有限公司
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》





督导与研究

Editor's Letter 写在卷首

专业与责任

当人们的阅读越来越碎片化，当大家都越来越习惯于在手机上阅读文字，做期刊大约是一件吃力而不讨好的事情——用逐字稿记录访谈内容并加以解读已经需要投入时间和人力，再扩展相关专业内容，还需要在保证有深度的前提下提高可读性，并且，高频出刊！接到任务的时候真心觉得这是件 impossible mission！但是在美利华，这不是，也一定不被允许成为“不可能完成的任务”，因为美利华一直都把一次次的不可能在变为可能。

凡与美利华结缘者无不感叹美利华搭建起的专业社区优势——秉承生物/心理/社会理念，将医生/咨询师/社工/教师等多业态人员组合起来，使得在全国范围之内各领域之间拥有了共同的对话平台，知识资源可以体系化共享，线上线下同时拥有了自由接触与交流的机会，平日里埋头单干的专业领域工作人群在这里找到朋辈、拥有督导、共享着精神家园。特别是 2017 年对于每个从事心理工作的人而言，职业考试被废除，内心的归属感与工作的专业性、合理性都受到冲击，而就在这时候，美利华的领头人坚信并号召：与其等待或抱怨，与其观望政策，都无助于在短期内改变现状，更是白白浪费掉自己的时光，最能让我们重拾信心的，还是把目光投注于自身，从自己做起，做有内涵的学习者，做有担当的专业人员！因此美利华团队始终带着对理想的执着，夜以继日的为学习者打磨高质量、精品化的各版块内容！而正是这样一步步的努力，也让美利华收获着更多的信任与追随，更多的人们被鼓舞、被吸引，有越来越多的人愿意与美利华一起不断的超越自己！

美利华，在严格自律中完成着一次又一次的迭代升级。因为我们坚信：这，才是最接近理想实现之路！带着对专业的自信与热爱，携手中美两国精神医人与心理学人，中美班 2018 年度《督导与研究》期刊再起航！





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】.....	4
一例强迫型人格障碍患者的访谈与咨询督导	
● 案例报告示范	
● 访谈实录	
● 与主诊医师讨论	
● 在线答疑	
【访谈理论篇】	16
回归咨询的本质：接纳与中立	
【DSM 课题讨论】	21
ADHD：从 Only One 到 One of Them 中的困惑	
【心理学人】	26
从儿童精神障碍诊断进行的延伸思考	
【全科医学】	29
你入了中国式体检的“坑”了吗	
【学习园地】	35
致学友们的一封信——听秀清医生谈网络学习体会	
附录：美利华临床访谈记录表	



一例强迫型人格障碍患者的访谈与咨询督导

主讲者 | 张道龙 医 生

肖 茜 医 生

责 编 | 王剑婷 心理咨询师

从事临床工作的人，绝大多数都会心怀“大爱”面对自己的工作——支持来访者多年不能得到认可的情绪，承接他们对社会、对生活、对人群诸多的不愉快体验，因此不论是资深还是新手，都在内心对这样的人群怀有一份感情，发自内心的期盼：“如果可以，请让我帮你走出这样的困难感受，更好的面向未来生活！”然而，真实的工作场面中，我们却不难发现，许多来访者并非出自本意的来访，特别是在青少年咨询中，“被动”来访常常成为令咨询师们头痛的开始：

“我没有困扰！”

“我根本不想来，有问题的不是我！”

“和你说有什么用，解决不了任何问题！”

“为什么要跟一个陌生人说这些？”

咨询师们被教育学会“倾听”，然而倾听的前提是先有“说”才可“听”，面对一个不想谈话，不想交流的来访者，如何倾听，如何工作，如何诊断是我们不少新手医师/心理咨询师非常困扰的一件事。本次访谈美利华就迎来了这样一位“有个性”的来访者，让我们来听一听，张道龙医生如何出招：

临床访谈记录表 /

姓名	LYX180704	籍贯	XX
性别	男性	住址	XX
年龄	19 岁	宗教信仰	/
民族	汉族	文化程度	初中
婚姻	未婚	病史提供者	本人及母亲
职业	高一学生	病史可靠性	XX
访谈时间	2018-07-04	记录时间	
主诉	不愿意去上学		
现病史	5 年前患者初二时，因和班主任老师发生矛盾，老师不理自己，当众批评自己，感到老师对自己“语言暴力”，家长尝试和老师沟通，但老师拒绝缓解关系。同学也疏远他。这种情况持续了半年（患者称不愿回忆过去不开心的事，上述情况由母亲提供）。后患者逐渐出现心情时好时坏，有时突然很压抑，有时又好一些。间断出现身体不适，如头痛、头晕、拉肚子的情况。烦躁，感到没干劲。觉得同学和老师都很烦，不愿意和他们相处。并未觉得有同学欺负、议论，否认凭空闻声等。也否认害怕负性评价。2013 年起干脆休学在家，2013-2017 年间，考上高中，曾经尝试 2-3 次返回学校，但又因拉肚子、不喜欢老师和同学而反复不想去。问及为什么不去上学，患者回答有各种原因，自己也答不上来，反正不想去，称老师同学不好相处。基本没有朋友，不与同学		

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



	来往。患者对父亲比较反感，基本不交流，有冲突，曾有一次因要钱不给用剪刀刺中父亲，后未再出现上述情况。心情烦躁时，有砸枕头的情况，反映这样心情能缓解。偶有自杀想法及行为，说自己生活像一坨“屎”，但目前没有自杀观念了，现在很怕死。曾有一段时间殴打家养小猫，诉可以发泄，但称目前已经不会这样做。 患者近 2 年出现一组强迫症状：比如突然想到“哪里都很乱”。一定去做很长时间卫生，频率 1 周 1 次。1 年前有洗澡多情况，一日 3-4 次。感到洗澡后放松。近 1 年洗澡情况减少至一日两次。但东西一定要摆放整齐，看到哪里乱就一定要放整齐，一日数次。在 2013 年、2017 年及今年春节，多次在当地医院就诊，诊断有“抑郁症”、“双相障碍”，曾先后两次服用过舍曲林 75mg Qd，自觉服用后效果不佳，且嗜睡明显，均在坚持服药 2 月后自行停药。最近一次诊治是今年春节，为预防自杀在咨询师建议下，入当地精神专科医院住院 2 周，诊断不详，予以喹硫平 400-500mg/日，ALT、尿酸“轻度增高”，具体值不详，予以护肝治疗，患者感到效果仍不明显，且体重增加明显，增重 30 斤。遂减少剂量至喹硫平 200mg/日，患者间断服用，持续至今。近 2 月患者母亲要求患者去参加了减肥运动班，每日运动 5 小时，体重下降到原来水平。患者感到做自己喜欢的事情、运动后情绪能缓解。睡眠不好，易醒，一夜醒来 3-4 次。有时突然凌晨暴食，称就是有一股冲动，但无催吐、过度在意体型情况。目前身高 174cm，体重 83kg。近 4 年间，腹泻的情况一直间断出现，和心情有关，心情烦躁时腹泻加重，严重时 1 周 5 日，1 日 2-3 次，稀便，胃镜检查示慢性浅表性胃炎，肠镜 (-)。患者在整个交流过程中，交流稍显困难，被动少语，显得烦躁，不耐烦，说以为 10 分钟就够了，不想继续咨询。
既往病史	慢性浅表性胃炎，余无特殊
个人生活史	母孕期情况正常，剖腹产，从小发育正常。休学前成绩中上。患者 6 岁前由外婆抚养，比较宽松。父母繁忙，患者回忆夜班多，一个人独自在家的时间多。讨厌父亲，因为父亲抽烟喝酒，对自己态度不好。与母亲关系也一般。小学时朋友少，从不带同学回家，但心情尚可，成绩好。否认烟酒、毒品接触
家族遗传病史	父母关系一般。患者的父亲是房产经纪人，情绪低落，曾服用过一段时间抗抑郁药，后停药。曾一段时间有赌博，欠高额债务后欲自杀。现否认赌博情况，目前也未表现出轻生想法。患者的母亲是保健养生业工作人员，在本次访谈前反复交代医生，千万不要给患者人格障碍的诊断，不要提父亲赌博的事，诉会影响孩子。表示更相信精神异常是量子能量等原因所致，医生解释后母亲仍反复争辩。母亲表示已经忘记本次咨询，把患者送至外地减肥训练了。与患者商议后才同意本次咨询。母亲朋友少，不善于和人交往。患者的姨外婆有不详精神病史。
体格检查	患者营养中等，身材偏胖



精神检查	仪容仪表：电话访谈不可见； 情感表达：感觉语量少，言语中显烦躁、不耐烦； 思维活动：有强迫思维，爱较真，缺乏弹性； 注意力：集中 智力：正常 记忆力：正常 自知力：保有 定向力：正常 感知觉：正常
病历小结及概念化	这是一位休学在家的 19 岁高一男生。他的妈妈是很明显有焦虑的，担心、反悔，经常犹豫不决。爸爸赌博，爱跟他争斗。大人跟小孩争斗，既有小孩的问题，也有大人的问题，能够动刀动剪子，明显是冲动控制有问题，这都跟焦虑有关系。这个小孩非常较真，因为跟老师争吵，就不上学。很容易发脾气，非常的不耐烦。出现过强迫性的症状，讲究对称也好、要洗手也好，搞卫生也好，但都没达到 1 个小时每天。他曾经有过晚上起来要多吃，这实际上也是一种强迫行为，只是不是强迫症。还经常有浅表性胃炎、胃肠道这些症状，所有的这些问题用“一元论”概念化就是强迫型人格障碍。一个儿童的强迫型人格障碍，不像成人那样追求完美，但他就较这个真，沉湎细节
诊断	初诊：边缘型人格障碍；会诊确诊：强迫型人格障碍
治疗计划	生物：因为 SSRI 最常见的副作用就是腹泻，在腹泻不加重的前提下才能用。如果出现腹泻加重，只能用苯二氮卓类，让他降低焦虑，抓紧建立信心、耐心，届时才能接受心理咨询。喹硫平剂量不变。运动对焦虑缓解有效，鼓励继续坚持 心理：CBT 治疗。等焦虑情绪好转再进行 社会：需加强与母亲的沟通，增进与医生之间的互信和对疾病的理解

记录者： 肖茜

访谈实录 /

- 1.Z 医生：你好，我是 Z 医生，请讲讲你的困扰吧？
- 2.来访者：没什么困扰啊。
- 3.Z 医生：哦。没什么困扰？那妈妈为什么认为你应该找医生咨询一下？知道妈妈担心什么吗？

- 1、按照惯例询问主诉
- 2、呈现“被动来访”的不配合
- 3、促使来访者换个视角对当下自己的状况进行描述



4.来访者：因为找了一堆医生，他们都说我有一些问题。

5.Z 医生：哦。医生们说你有什么问题？

6.来访者：什么反正就是那些什么症什么症的。

7.Z 医生：你不知道你有什么问题，医生说你有什么问题？

8.来访者：没有，一堆症呀什么的，反正每个医生诊出来都不一样。

9.Z 医生：都不一样。你现在过了一段时间了，觉得现在比不治疗之前好一些吗？还是变化不大？

10.来访者：变化不大吧。因为我以前的那些事情都忘掉了，也不是很在乎了。

11.Z 医生：哦。我听 X 医生讲，还有妈妈讲，说过去大家都认为你的焦虑水平很高，容易发脾气，不耐烦，这个症状还有吗？

12.来访者：还有。

13.Z 医生：哦，还有。我听报告说因为现在你是胖了嘛，去减肥，但是运动完以后，你这焦虑就减低一些，是这样的吗？

14.来访者：嗯……没怎么觉得，觉得家里待着还开心一点嘛。

15.Z 医生：哦，你这次在外地减肥需要多长时间的治疗？

16.来访者：两个月。

17.Z 医生：哦，两个月。现在多长时间了？

18.来访者：今天正好到期了。

19.Z 医生：哎哟，那真好。那今天要回家了，还是要毕业了？

20.来访者：明天回家。

4、并没有直接回答问题，显现出来访者对自己被诊断的问题并不认可或回避。

5、确认既往的临床诊断

6、模糊答案，呈现内心的拒绝

7、接纳来访者的态度。尝试引导看他能接受哪一种说法来描述自己目前的状况

8、仍然给出模糊回答。这种躲闪既是一种回避也是一种拒绝。

9、改变策略，利用焦点解决中的技术“询问改变”。

10、继续否认

11、改变策略，利用病史中的情况使用闭合式提问，确认当下的情况。

12、首次有了明确答案，证实情绪上的问题仍然存在。

13、探讨转变的过程、目前所处阶段以及改变的状况

14、回避，但开始表达情绪和意愿

15、捕捉来访者的话题，关注当下“在外培训”的生活

16、正面答复

19、共情来访者的“回家”愿望





21.Z 医生：哦，那真好。如果医生建议你吃一些降低焦虑的药，然后坚持锻炼，再去找人咨询，治疗你的焦虑，这些你愿意做吗？

22.来访者：那药也吃了，但是锻炼这个东西其实很难坚持，说实话。

23.Z 医生：是不容易。但我听说你效果挺好，锻炼完你体重恢复到了原来的水平，是那样吗？

24.来访者：它就是一个减肥训练营。

25.Z 医生：有效果吗？

26.来访者：减肥肯定是有效果了。

27.Z 医生：那蛮好的。在运动完之后，你的焦虑会比运动前小一些吗？

28.来访者：应该小一些吧。

29.Z 医生：哦，那还是好事。因为你本身有这个问题，可能这就是一箭双雕了，又能减肥，又能够降低焦虑。回去之后，你妈妈来管你的这些药物治疗，怎么调整药物，是这样的吧？

30.来访者：对，是。

31.Z 医生：对的，我们到时候让 X 医生跟你妈妈去沟通一下，治疗你这些明显跟焦虑有关的毛病。把药物再适当的调一下，不光是用这个喹硫平，还配其他的，然后再去做心理咨询降低焦虑。

21、共情并确认来访者的依从性。

22、正面答复。同时表明了自己的困难。

从23句后这一段对话中，可以看到医生尝试共情，并不断的关注积极因素进行反馈，提醒来访者已经取得的“成果”。

这样的方式一方面促进来访者意识到自己正在经历的治疗中出现的进步，鼓励他能够有所坚持，另一方面能够确认当前临床方法的有效性，形成诊断性理解以帮助完善后续治疗方案。

在第29、31句的对话中进行心智化工作。通过确认到的信息形成一元论解释，并把它清晰的反馈给患者。





32.来访者：春节的时候跟我爸闹点矛盾，然后把我送到精神病院以后开了一些比较狠的药。

33.Z 医生：对。好像你用舍曲林效果不好，是这样的吧？没啥效果？

34.来访者：我感觉用什么药都没啥效果。

35.Z 医生：都没啥效果？

36.来访者：也没有什么太大的对比。

37.Z 医生：哦。那用舍曲林之后腹泻加重吗？

38.来访者：我以前有胃病，腹泻不腹泻都一样的。

39.Z 医生：就是吃这些药你的腹泻并不加重，如果吃舍曲林什么的，不加重你的腹泻？

40.来访者：感觉都差不多。

41.Z 医生：你现在还有腹泻吗？

42.来访者：有。

43.Z 医生：每周一次，还是每天都有？

44.来访者：每周五六次吧。

45.Z 医生：哎哟，那很严重。你这明显跟焦虑有关，不管是睡不好觉，发脾气，这都跟焦虑有关，但是我待会让 X 医生跟你妈妈沟通一下，听起来像是个有焦虑的孩子。你能够配合治疗，是吧？

46.来访者：嗯。

47.Z 医生：那挺好的。谢谢你今天接受我们访谈。

48.来访者：好好。

从第 32 句开始的这段对话当中，着重关注了患者用药情况的了解及调整。

1、关注药物的临床效果，考虑对症情况。

2、关注药物副作用。鉴别是由 SSRI 类药物副作用引起的腹泻？还是由焦虑所致的植物神经紊乱导致的转换症状引起的腹泻？前者需要停药，而后者需要继续用药以助焦虑减轻，所以同样的临床表现，导致不同的处理方案，鉴别是何种原因导致的腹泻非常重要。这一点不但是医生需要把握也需要来访者及家属了解，因此这一段也是心智化工作当中的一环，有助于澄清对药物的误解及正确使用。

45、帮助不合作的来访者解决当下具体的困扰：排除药物副作用之后，对来访者提出的躯体状况进行，告知身体的诸多表现都是由焦虑所致的转换症状。

47、结束访谈，表达谢意。



与主诊医师讨论 /

通过前一天的访谈,作为主诊的肖茜医生认为患者有可能是“边缘型人格障碍”,但是从肖医生提供的访谈资料,以及完成会诊访谈后,张道龙医生诊断患者为“强迫型人格障碍”,以下是张道龙医生与肖茜医生的讨论,通过对几个关键点的澄清可以清晰看到道龙医生对本案例的一元论思考。

关于本案例的重新概念化思路:

道龙老师:初诊后肖茜医生判断患者为“边缘型人格障碍”,现在我们来重新来概念化这个案例。患者的妈妈很明显是有焦虑的,督导开始之前就叮嘱医生不能说这个,不能说那个。经常担心,反悔,遇事犹豫不决。患者的爸爸赌博,赌博过去叫冲动控制障碍,还曾经与跟患者争斗,试想大人跟小孩的争斗就不单纯是小孩的问题了,大人也有问题,更有甚者两人竟然能够动刀动剪子,那肯定是双方打起来了,这明显是冲动控制有问题,都和焦虑有关系,不是吗?过往经历显示这个患者非常较真,因为老师吵自己就可以不上学,证明他缺乏弹性,不会从另一个角度想——

“换个班,换个学校,我还得继续上学。不能因为你想让我失败,我就放弃学业,那我不完了!”但是他做不到这一点。他还显现过强迫症状——讲究对称、反复洗澡,搞卫生,但很明显没达到每天1个小时;曾经有过晚上起来要多吃,神经性贪食虽然不是强迫症但也也可以理解为一种强迫表现。这个病人除了刚才说的这些强迫症状以外,还睡不好觉,经常有浅表性胃炎、胃肠道这些症状,包括刚才在和他沟通时也能感觉到他非常不耐烦。明显也是焦虑,对吗?那么为什么不在概念化中考虑强迫型人格障碍?儿童的强迫型人格障碍,当然不像成人那样追求完美了,他的主要表现就是“较真”。想想年轻人的强迫是什么表现?“我明明没错,你跟我这样说,我就不跟你相处了”。假如他没有这个强迫型人格障碍,最后就可能变成强迫症了,因为焦虑无法处理,就会释放成为强迫症。在妈妈焦虑、爸爸冲动的情况下,他应该会成为典型的强迫症,结果没发展出来,变成了在成长的过程中与人相处的问题。患者整个概貌都是焦虑,全家都是焦虑的人,才会出现这种冲动控制不好的问题。这类冲动不好的人就可以变成强迫症,可以变成进食障碍,可以变成反社会人格障碍,比如他曾虐待小动物,但是在这个过程中他就没往下发展,所以他没有变成反社会人格障碍。



关于强迫型与边缘型表现的差异点：

肖茜医生：他父亲有冲动的问题，母亲有焦虑，这个孩子有这些胃肠道植物神经功能紊乱的表现，又有一点强迫的症状，确实这个患者的焦虑是很突出的，但我跟他讨论的时候，他还很生气的说：“我不是强迫症”。还有他对猫进行虐待后感觉发泄了情绪所以心情能好，这些串起来概念化时，考虑要聚焦到哪一块——是强迫症，还是强迫型人格，还是广泛性焦虑障碍？昨天访谈中我首先感觉到他会是人格障碍，因为我跟他整个交流的过程中，他就不是很爱搭理我的那种感觉，像今天的访谈也是一样，有那种很不耐烦的感觉，考虑他又有冲动，又有情绪波动，我就在想他会不会是边缘型？至于为什么我没想到他是个强迫型人格障碍？因为我觉得这个孩子好像也不是那种对自己要求高，要做到尽善尽美，很多强迫型人格障碍应该是很想上学，或者是在学校里面追求完美，实在是受不住了才回来的，而他到现在还不太想上学，整体给我的感觉无论是较真或追求完美的感觉都不是那么的明显，反过来给我的感觉是有点边缘型那种“恨叨叨”的感觉。

道龙老师：边缘性是对内的——觉得空虚，对自己的身体宣泄，要去打、去自残；这个来访者是对外的——给他爸一刀，给他家猫一刀。再有就是较真，“你为啥不给我钱？给我钱是正确的，我又不会乱花，为啥不给我？”是这种缺少弹性的表现。他对老师也是，嫌老师说自己太多了，认为是老师恶毒加暴力，所以这算较真儿。记住，追求完美是指“升华”，有更高的要求，本来就是没有要求的人，他的所谓“追求完美”就变成了“较真”了。别把所有的“追求完美”都理解成我们学者的这种要创作更好的文章、更好的着装，对这类患者来说不同，得根据不同的人有不同的判断和理解。

关于焦虑的表现形式：

肖茜医生：还有他表现出的焦虑也是不一样的，不是那么反复担心，想事情。

道龙老师：他的焦虑转变为烦躁、爱发脾气。通常发脾气是宣泄最直接的途径，最多说话 10 分钟，然后就发脾气了。我们可以想象一下爱说理的人，参加辩论赛的人，包括路怒症都是一种宣泄途径。比如说我自己焦虑水平也高，但我在讲课的过程中就彻底宣泄完了，通过一小时把焦虑情绪释放出去了；参加辩论赛的人，赢



得辩论之后很爽；而路怒症是很快情绪就达到顶点了，不都是一样在宣泄吗？这个患者既没有什么语言，也没有什么文化，就变成集中爆发式的发火，只是宣泄焦虑的方式不一样。宣泄焦虑时有人喜欢弹琴、有人跳舞，有人游泳，不能说因为是通过弹琴就不是宣泄焦虑，就都只是方式不同而已。今天的患者是爸爸爱冲动，妈妈易焦虑，所以他的宣泄方式总是非常快速，以不耐烦、烦躁为特点。女性的焦虑通常会表现为爱纠结，担心，就拿这位妈妈来说，她倒是在头一天和你们联系时不发脾气的，但就是没完没了的焦虑，担心这个、担心那个，纠结到底看不看病？然后犹豫不决要反悔，她是通过这种方式表现出来的焦虑。男性，加之文化程度不高，就变成访谈中的方式来表现焦虑，所以哪种形式并不重要，重要的是在于这些都是在焦虑的驱使下体现。

讨论男性边缘型患者的核心特征：

1. **肖茜医生**：还有个问题，关于男性的边缘型人格障碍患者，会不会他的攻击表现也不一定是内化的，而是外化的行为？
2. **道龙老师**：一般都是内化，自己感知的空虚、难受，根本没有外界刺激他，没人惹他也没人批评他，自己总觉得难受，活着没意思，整天琢磨想自杀，要么就琢磨着出家，就觉得生活没啥意义，不知道为什么要多活一天？并不需要别人刺激他，比如“因为你我不给我钱，我就跟你怒”，这不是边缘。
3. **肖茜医生**：是的。所以这个患者虽然原来有自杀想法，但是我昨天询问的时候，他说他还怕死。
4. **道龙老师**：是的，所以他基本是发脾气，受到挫折、受到外部的压力，像定时炸弹一样沾火就着，这都是焦虑。边缘型是不沾火也着，他整个内心自己在那里翻江倒海，有没有外部环境也觉得难受，没法享受平静的生活，自己在那波澜壮阔，焦虑的人都跟外面波澜壮阔了。
- 5.

关于会诊结果反馈的注意事项：

肖茜医生：稍后需要跟患者的母亲进行会诊反馈。这位母亲昨天说，她不太想接受人格障碍这样的诊断。我该如何更好的跟她进行沟通？

道龙老师：我会对他们说患者是有焦虑类问题，但是这种焦虑已经严重影响到人格



了，以致于大家都不愿意与他交往。可以先反馈他的焦虑问题，然后告诉他“焦虑已经演化成像强迫型人格障碍这类的病了，所以我们得按照这个方向加以治疗”。告诉他们生物、心理、社会等多种因素怎么调节。承不承认是人格问题这由患者决定，但是可以换个方式去传达，侧重点不是强调“他是人格障碍”反复与他们辩论，而是说明当下的情况是：以焦虑为驱使，明显跟遗传都有关系，现在演化成他跟谁都没法相处了。所以需要咱们作为医生如何锻炼自己跟家属反馈专业意见。比如一个人得肿瘤，怎么向当事人去说。我不是天天在做示范嘛，他不爱听是不爱听，但是得怎么把要说的话包装到对话当中去，而不是点到为止，我们诊断肯定是不变的。跟她反馈的时候，你可以说“这是焦虑的问题，主要表现为植物神经紊乱——睡不好觉，暴饮暴食，爱发脾气，都跟焦虑有关，但是他现在还影响到了人际交往，往人格障碍方向发展了，就相当于强迫型了”，所以大致是这样把诊断包装进对话中。

\\ 在线答疑 //

线上问题一：访谈过程中这个患者并不合作，如果仅凭访谈信息，道龙老师会如何考虑他的病状？他的不耐烦是焦虑，但不愿意接触医生能看出 OCPD 的什么内容？

Z 医生：昨天通过看案例报告，我大约知道需要鉴别该患者是 B 类中的“反社会型”或是“边缘型”，亦或是 C 类中的“强迫型”。他本身有没有强迫症？有没有冲动控制问题？所以在我脑海里大致就有那么两三类病需要去鉴别。我很少看到一个案例后，还需要在超过 3 个以上的病里面去鉴别，范围就缩小在那么两三个中，然后只需要去问一下，感受一下。因为医生本身就是一个评估工具，我在问他的时候，谈话内容听起来就不是强迫症，所以马上就除外了。而边缘型人格障碍是没事就折磨人，没事给别人打 40 个电话之类的空虚寂寞，没有什么不耐烦，就害怕别人对自己不耐烦，拽着人没完没了的磨。我们这个患者不是这样的感觉，所以我感受一下，确实像强迫型的人格障碍，就可以了。基本读过案例报告之后我再听一下就知道，明显患者的焦虑很高，显得不耐烦。而且焦虑的病人经常否认，边缘型是不否认什么的，更多的是责备——“别人总是要抛弃我，总是爱上别人不爱我”，“我都不高兴了，他也不来哄我”等等说的都是情感上的需求。强迫型的人是直接就否认。所以说我本身是做评估工具，我认为评估完他是这个，就结束了。



线上问题二：听起来这个患者有很明显的易激惹和很强的阻抗，这该怎么解释？

Z 医生：不需要解释。今天是给他评估，提出治疗方案。如果是治疗的话，就需要这样进行心理教育：“所有的事都按照你的想法去做，那就只好不上学了，其后果就是以后没工作。那家长接着跟你过不去，你情绪不好就伤害别人，如果伤害的是自己的亲人那他们不会起诉你，假如是伤害到了别人，别人就会报警，而你则成为少年犯……所以按照你现在的规则来做，人生的结局就可想而知。现在不是自不自杀的问题了，就是不自杀别人也可能会有一天把你关起来了。因为你总是控制不住，所以我们得把这种强迫控制到最低，所以需要有点苯二氮卓类药物迅速控制焦虑”。他说你这些东西我都用了并不起效，我会尝试让他先试一种苯二氮卓类药物就行，以保证让他一周之内就感到好转。感受到真的可以迅速减少焦虑，这是建立治疗关系的第一步，然后再说怎么去做后面的工作。当然也不能总用这种药物，因为容易成瘾。无论如何作为医生，要学会用一点点耐心。

线上问题三：这个患者有人际关系的障碍，有神经症、有冲动控制问题，小时候的抚养是以忽视为主，经常跟老师、父母有冲突，为什么不是边缘呢？

Z 医生：诊断并不是根据他的抚养过程来做的，抚养过程不是诊断标准。患者焦虑的时候就去与人发生冲突，变得特别强迫，他的妈妈很焦虑，而焦虑的妈妈就容易把小孩也训练的很焦虑，这是他们的模式。边缘型的人是从来没找到幸福感，不知道人生幸福是什么，总觉得没有意义，而且女性偏多，多采取自残的办法，今天这个患者不符合其中任何一点。他从来没说他有慢性空虚感，他是不耐烦，“不耐烦”和“慢性空虚感”是两回事。所以说人格障碍都有抚养方式的问题，但不是根据他的抚养方式来诊断人格障碍，而且也不是某一种抚养方式就导致某一种人格障碍那样有一一对应的关系。



线上问题四：他似乎并没有强迫型人格所呈现的沉湎于细节、追求完美等问题？

Z 医生：并不能说他“不沉湎于细节”，他特意强调“那个人对我是语言暴力，那件事根本就是他说得不对”，试想老师就说一件不对的事，导致他较真到了不上学！这就是沉湎于细节的表现。他的妈妈说“不能提强迫症”、“不能说有人格障碍”，这还不叫细节？我们理解患者的状况时，不能按照对科学家的标准谈论“注重细节”，细节跟细节不一样，患者不是实验员，不能按照知识分子标准谈论细节，那是两回事。得懂得灵活应用原则。

线上问题五：个案中的母亲如果是柔情似水的性格，患者是否容易出现反社会型人格？

Z 医生：我没有说他一定出现反社会型人格问题，焦虑减弱，患者可能就不往这个方面发展，但也有可能出现别的问题。比如同样是焦虑，但他和爸爸天天争斗，成了“一个冲动控制培养另一个冲动控制”的模式，那可能变成路怒症或者去赌博了等等。看患者受父母影响多与少。这个孩子应该是受妈妈的影响大，遗传因素也明显，所以就是变成了今天这样的状况。不是说“妈妈柔情似水了孩子就成反社会，而较真就成强迫型”，不能这么去理解精神医学，并不是一一对应的关系。精神医学不是精准医学，需要得先理解人格障碍是什么症状，然后他是怎么来的。不要总希望找到一个公式来解释问题。比如想说“凡是 OCPD 通通用 SSRI”，却忘了这个病人他有腹泻症状，是不是药物引起腹泻还需要了解一下。这才是真正当大夫的时候要思考的，得综合考虑。



回归咨询的本质：接纳与中立

——面对初次访谈中不配合的来访者

作者 | 王剑婷 心理咨询师

当“来访者”并非“求助者”

在本期期刊中我们看到了一位并非自愿而来的来访者——他的情绪或某些行为被家人视为异常或是问题，而且这些问题已经影响了他的正常社会功能，如求学或交友，从而迫使他不得不来面对会诊。对于这样不出于本人意愿的“被迫”来访，我们能够清晰的在两位医生的访谈记录及对谈中，看到来访者消极的态度、逃避正面回答问题的模式以及情绪上的抵抗。作为专业的临床工作者，我们当然能够通过这些表现觉察到来访者的阻抗。在咨询中，我们会下意识的把这些表现理解为破坏咨询“顺利”进行的行为，而通常当我们产生类似有什么东西被“破坏”的感觉时，都会不自觉的对产生反感、抵抗或制止，希望回到“顺利”的轨道，并收到“预期”的访谈效果，这时我们的情绪从某种意义上说既是反移情，也显示出我们作为“个人”在情绪上与来访者产生了微妙的对立。

在这里，我们需要思考的是：治疗关系尚未建立或者还在初期就出现阻抗，特别是非个人意愿求助的来访者的阻抗，真得是针对访谈者而来的吗？我们当然都知道责备来访者的不配合于治疗无益。跳出个人感受试着在脑海中俯瞰这个场面——在人际关系交往初期以不合作、不接纳来表现，更可能是“以自我为中心的个人规则与外界接触时，由于缺乏弹性而产生的无意识反应”，因此这是来访者自身人格或性格中一直存在着的模式或者叫作特质，此时“看到”并评估他们的阻抗行为本身就具备了意义。另外，一如本案例中的少年，被动来访者在生活中往往总是被身边的人认为自己是“坏的、差的、需要改变的”——这个少年被家人要求减肥、被老师否定言行等等，他自身还来不及让改变从内向外自然发生，而是不断的被人外面“打破”。因此当“求助者”——他的父母，再次试图从外面打破来访者的“自由感、安全感、自我形象”时，来访者的反抗、对立与拒绝也可能是他面对管理时出现的一种情境性的自然反应，或者叫做应对方式。这也恰恰是我们在初次访谈中比起“解决”阻抗更早期需要做好的“评估”阻抗的工作。



初次访谈我们在评估什么

通过去年一整年中美班 300 多个案例的访谈我们可以发现，我们的会诊访谈呈现了临床咨询中最为核心的部分——**做出临床诊断和确定治疗方案**。从前一天的主诊医生访谈到会诊时的问题确认与鉴别，我们能够发现访谈的主体结构集中在收集信息，而信息收取的数量、质量以及方向受医生或咨询师整体水平左右。访谈主线一方面随着来访者的主诉自然呈现，另一方面也随着主诊者的提问与鉴别，谈话目的或重心随之不断的发生变化。当然这种访谈并非随机而来，而是按照我们临床诊断依据 DSM-5 做出推断，并且随着来访者提供的线索而调整评估优先等级，比如当我们在询问当下困扰时得知来访者近期有过自残或自杀行为，那么明显我们的评估中将加入对自杀行为的风险评估，并由此影响状态评估及后续干预方针、用药等诸多方面。因此，首诊访谈我们需要对以下的几个情况做出判断：

- ✧ 来访者的精神病诊断或心理状况：病与非病？
- ✧ 来访者的人格类型，文化适应能力或当下的压力水平
- ✧ 评估来访者的智力或认知水平、行为模式
- ✧ 自杀风险或暴力的可能性
- ✧ 成长史，既往史，家庭状况以及教育背景
- ✧ 生物/心理/社会各层面适合的治疗建议

上述评估工作的诸多要点中，作为临床工作者，我们需要的首要任务是能够区分正常、健康的心理表现和非正常的、混乱的表现。坐在我们对面的来访者，即使是主动、自愿的前来寻求帮助，也需要在有限的时间内把他长久以来的困扰展现出来，供专业人员帮助鉴别自己的问题“来自何方而又去向何处”。手握诊断标准等多种专业知识的我们，需要在诸多疾病谱系当中进行一系列行云流水的对话，以便能够动态的贴近面前的这位求助者。专业人员不容易，来访者更是不容易。他们要克服的困难，从踏入诊疗室前就已经开始，譬如哪怕是选择就诊或开始心理治疗就已经不是一件简单的事，无论是主动还是被动来访，通常我们至少需要为所有的来访者在访谈中提供最少两个方面的安慰与支持。

首先，对其表达能力给予重视和肯定。我们最常看到的是主动求助的来访者，在面谈中倾尽全力的让专业人员“听到”、“看到”自己。他们在长期的生活中，经



历着糟糕的情绪、混乱的关系、多次的失败，而种种不成功的过往之后他们开始尝试挣脱并且挑战自己去“面对”问题，这本身就有打破自我认识的过程而引发新的焦虑的可能，因此给予他们正性的鼓励是建立关系的第一步，也是对来访者不安的一种安慰。对于非自愿的来访者，当他们还未萌生“改变”的念头即被推进诊疗室，他们只能用自己一贯的行为模式去“表现”自己，而这里出现的不合作也是他们无意识的自由呈现。因此面对来访者我们通常会在张道龙医生的会诊中看到这样的方式表达：

“你对自己的情况表达的挺清晰的”；

“你很坦率”；

“你很能看到自己目前的状况”；

“能坚持运动（或其他的好的习惯）挺不容易的”；

这些正面肯定不论是对努力表达了主动来访者，还是对被动来访的人，首先从求助者当前呈现的状况开始，表达出积极的关注与关切本身，就是为他们的自我表达重建信心，并促使他们有信心加入与专业人员的协作。

另外一方面，无论是否自愿来访，全程参与访谈本身就是一种努力，“我看到你的努力了”，是作为访谈者需要擅于觉察并提醒自己及时反馈给来访者的。例如督导案例中时常出现的对话：

“谢谢你能告诉我们这么多情况”；

“你能选择来就医/咨询是个正确的决定”；

“感谢你今天的参与，访谈进行的不错”；

在本期督导中我们也可以看到道龙医生贯彻了这样的“接纳”，不对抗来访者的“对抗”，而把他所有的表现、情绪都做为评估的内容接收，并感谢来访者全程参加的努力——毕竟再不情愿，我们的来访者不但没有主动的挂断电话，并且在先后两天全程完成了访谈，这种对抗中的“配合”也完全需要并且应该给予支持。

综上，我们期待大家体会这样一个原则：在初次访谈中，包括拒绝在内的所有“主动与被动”情绪都是一种呈现，来访者自发展现出的所有情绪都是我们评估的内容。而医生/咨询师本身的感受，正如道龙医生反复强调的也是一种评估工具。如何把我们在案例当中感受到的内容不作为个体进行抵抗，而是作为来访者的一种“呈现”，退一步去观察、接纳与评估成为诊疗关系建立的关键。



为来访者留下希望

实际上无论主动还是被动，大多数的来访者在初次访谈前并不特别清楚“心理治疗/咨询”会如何帮到自己。因此我们常听到督导案例时道龙医生这样向患者描述就诊/来访的目的：

1. 想了解自己生了什么病？
2. 应该如何治疗？
3. 治疗的结果会是什么样？

面对主动来访、细述状态的合作者，无疑我们会有充分的余地做好相对平衡的诊断面谈。而面对如本期案例中的来访者，一方面临床报告中记录着诸多方面的症状，另一方面是整场充满着拒绝的访谈，作为专业人士虽然观察到了不配合的来访者诸多的行为模式、情绪特点和表达方式，但如何把手头已经掌握到的资料进行整合，并能够在一定程度上为来访者做出治疗方案始终会让多数医生或咨询师感觉困惑。我们坚信每个人都有他自身成长的力量与选择的权利，有抗拒但又坚持配合访谈直到结束，对这样一位少年生硬的塞给他一个并没有心理准备的“诊断”是否是我们唯一的目的需要我们作为临床工作者去思考（同时可参看本期督导后与主诊医生的问答讨论最后部分：关于会诊结果反馈的注意事项）。

面对一位被动的来访者我们更需要强调，首先仅就来访者当下的情况做出一、两点积极的干预，哪怕是梳理来访者目前的困境，或者给予一点小小的干预措施，也可能使得来访者在“不经意中”感受到关怀或者解决掉某些具体的困扰。比如：

“我们到时候让医生跟你妈妈去沟通一下，治疗你这些明显跟焦虑有关的毛病。把药物再适当的调一下，不光是用这个喹硫平，还配其他的，然后再去做心理咨询降低焦虑。”（本案例第 31 句）

你这明显跟焦虑有关，不管是睡不好觉，发脾气，这都跟焦虑有关，但是我待会让 X 医生跟你妈妈沟通一下，听起来像是个有焦虑的孩子。你能够配合治疗，是吧？”（本案例第 45 句）

在心理咨询理论当中，“保持希望”早已被证实具有影响治疗效果的积极作用。因此针对他们在生活当中的某一个具体的困扰，比如本期案例当中这个困扰是“药物副作用”，作出简短的、容易实现的调整，并对症状给出解释并提出可行性解决





方案，这些内容可以引导来访者感到自己并不是“被诊断”而是“被帮助”，对于非自愿的来访者，这样的帮助比起对质与挑战则更加容易接受，通过消除令人不快的症状收到治疗效果从而建立改变的信心，都可能为促进他对后续治疗加入与配合留下希望。

阻抗即动力

不论我们多么想避免给来访者的行为贴标签，当咨询过程中出现一些对立或不配合咨询进程的言行时，我们还是会下意识的感觉到来访者的抵抗。在心理咨询实践中，弗洛伊德认为“阻抗不可避免”，或者说不论从哪种理论基础着眼，阻抗都似乎是无处不在的。咨询工作中的“阻抗”是一个复杂的现象，并不能通过几种简单的情景假设用一二句话来勾勒清楚。因为这个定义本身与咨询师所持有的理论密切相关，解决处理之道也各不相同。而本期我们更想强调的是，在考虑如何定义阻抗、解决阻抗之前，重新回归初次访谈中“不配合”的意义：初次访谈中的阻抗究竟是什么？是否真的只是阻碍咨询进程的“阻力”？当我们用不抵抗的态度，换个思路重新定义初次访谈中的“阻抗”，阻抗是否有可能开始具有积极的意义？

欢迎诸位，重回初次访谈的核心——熟练掌握诊断工具，同时把自己作为评估工具，保持中立心态，用接纳的态度面对出现在我们面前的每一位来访者。在那里，阻抗即动力。



ADHD：从 Only One 到 One of Them 中的困惑

作者 | 王剑婷 心理咨询师

肖茜 医生

\ 由个体走进集体生活 /

现代社会中的儿童大多数从 2-3 岁起就开始入幼儿园或保育园生活，很多家长认为这个时刻开始孩子就进入了社会，认为孩子开始加速成长，而这从心理学或者教育学的角度上加以考量，往往是一种过度的解读——幼儿园生活，特别是第一、二年入园生活的基本都是以“家庭的延长”，园内的教师职能也多数还处于“家长的延长”这一原则上，园内生活的主要目的都是为了教给孩子们基础的生活处理、练习用语言表达要求或感受等基础阶段，甚至儿童之间的相处或自发的群体活动都尚为少数，因此孩子们在此时仍处于自我状态之下，仍是 Only One。

这种情况到进入小学就开始发生质的变化，校园生活对于共性的要求远远高于幼儿园，生活也逐渐从“我与他人”的双向单纯结构发展成为“我与他人-他人与他人-他人与团体”之间更复杂的关系网。一切的秩序都建立在“竞争与协力”、“对立与妥协”、“主张与让步”、“自爱与爱他”之上，儿童们是真正从这个时期开始才逐步感受到半身为孩童，半身为社会人的这种割裂，从而需要发展出适合的应对机制。很多家长认为“我的孩子上幼儿园时候一切都挺好的，是上了小学才出现这样那样的问题。”这种认知中存在的即是家长对团体生活中所需的能力的理解趋于扁平化，更是对关系中的孩子们面临困难的认知不足所造成的。

\ ADHD 是什么样的问题 /

DSM-5 中叫作注意缺陷及多动障碍 (attention deficit/hyperactivity disorder; ADHD)，我们一起来看看 DSM-5 中关于 ADHD 的描述：

A. 一种持续的注意缺陷和/或多动—冲动的模式，干扰了功能或发育，以下列 A1 或 A2 为特征。

A1. 注意障碍：下列症状有 6 项（或更多）持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性地影响了社会和学业/职业活动。

注：这些症状不仅仅是对立行为、违拗、敌意的表现，或不能理解任务或指令。年龄较大（17 岁及以上）的青少年和成年人，至少需要下列症状的 5 项。

a. 经常不能密切关注细节，或者在作业、工作或其他活动中犯粗心大意的错误（例如，忽视或遗漏细节，工作不精确）。



- b. 在任务或游戏活动中，经常难以维持注意力（例如，在听课、对话或长时间的阅读中难以维持注意力）。
- c. 当别人对其直接讲话时，经常看起来没有在听（例如，即使在没有任何明显干扰的情况下，也会显得心不在焉）。
- d. 经常不遵循指示以至于无法完成作业、家务及工作中的职责（例如，可以开始执行任务，但是很快就失去注意力，容易分神）。
- e. 经常难以组织任务和活动（例如，难以管理有条理的任务；难以把材料或物品放得整整齐齐；凌乱，工作无头绪；不良的时间管理；不能遵守截止日期）。
- f. 经常回避、厌恶或不情愿从事那些需要精神上持续努力的任务（例如，学校作业或家庭作业；对于年龄较大的青少年和成人，则为准备报告、完成表格或阅读冗长的文章）。
- g. 经常丢失任务或活动所需的物品（例如，例如学校的资料、铅笔、书、工具，钥匙、钱包、手机、文件、眼镜等）。
- h. 经常容易被外界的刺激分神（对于年龄较大的青少年和成人，可能包括不相关的想法）。
- i. 经常在日常活动中忘记事情（例如，做家务、外出办事，对于年龄较大的青少年或成人，则为回电话、付账单、约会等）。

A2. 多动与冲动：下列症状有 6 项（或更多）持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性地影响了社会和学业/职业活动。

注：这些症状不仅仅是对立行为、违拗、敌意的表现，或不能理解任务或指令。年龄较大（17 岁及以上）的青少年和成年人，至少需符合要这些下列症状的 5 项。

- a. 经常手脚动个不停或在座位上扭动。
- b. 当被期待坐在座位上时却经常离开座位（例如，离开他/她在教室、办公室或其它工作的场所，或是在其他情况下需要保持原地的位置）。
- c. 经常在不适当的场合跑来跑去或爬上爬下（注：对于青少年或成人，可以仅限于感到坐立不安的主观感受）。
- d. 经常无法安静地玩耍或从事休闲活动。
- e. 经常“忙个不停”，好像“被马达驱动着”（例如，如在餐厅、会议中无法长时间保持不动或者觉得不舒服；可能被他人感受为坐立不安或难以跟上）。
- f. 经常讲话过多、喋喋不休。
- g. 经常在提问还没有讲完之前就把答案脱口而出（例如，接别人的话；不能等待交谈的顺序）。
- h. 经常难以等待轮到他/她（例如，当排队等待时）。



- i. 经常打断或侵扰他人（例如，插入别人的对话、游戏或活动；没有询问或未经允许就开始使用他人的东西；对于青少年或成人，可能是侵扰或接管他人正在做的事情）。

DSM-5 诊断标准：

- A. 一个持续的注意缺陷和/或多动——冲动的模式，干扰了功能或发育，以上述 A1 或 A2 为特征。
- A1. 注意障碍：6 项（或更多）的上述症状持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性的影响了社会和学业/职业活动。
- A2. 多动与冲动：6 项（或更多）的上述症状持续至少 6 个月，且达到了与发育水平不相符的程度，并直接负性的影响了社会和学业/职业活动。
- 注：这些症状不仅仅是对立行为、违拗、敌意的表现，或不能理解任务或指令。年龄较大（17 岁及以上）的青少年和成年人，至少需要这些症状的 5 项。
- B. 若干注意障碍或多动——冲动的症状在 12 岁以前就已存在。
- C. 若干注意障碍或多动——冲动的症状存在于 2 个或更多的场所（例如，在家里、学校或工作中；与朋友或亲属的活动中，在其他活动中）。
- D. 有明确的显示这些症状明显影响了社会、学业和职业功能。
- E. 症状不是由精神分裂症或其他精神病性障碍引起，也不能由其他精神障碍来解释（如心境障碍、焦虑障碍、分离障碍、人格障碍、物质中毒或戒断）。

对以上问题进行总结可分为如下图所示的三大特点：



以上表现的强弱程度虽因人而异，但不论是注意力、多动或者冲动性都有不能自控的显著特征。观察幼童，其实会发现他们中的大多数会有注意力分散、多动及冲动的表现，从生存适应角度上考虑，能够对外界刺激迅速加以注意并有所反应是我们人类进化及自我保护的一种需求，然而随着成长，学会控制这种冲动，更加能够专注于某件事并进行自我控制也是成长适应中必要的能力，当这种能力发展出现缺失，并且明显干扰或降低了社交质量，影响到学业或职业功能，即被归类为 ADHD。

\\ ADHD 问题的研究历史 /

从很早期的时候“坐不住的孩子”就受到了关注。一方面“孩子本来就是坐不住板凳或者静不下来的”是一般人常有的意识，并不将此视为是什么大问题。将这种情况作为一种问题来对待与我们的公共教育越来越普及有密不可分的关系——进入集体教育，能“坐得住”是前提！

最早这样的问题被认为是孩子本人的自觉性差或者家庭管教方式有问题，随后，由于脑外伤、脑部病变所致后遗症而产生的静坐不能问题被临床工作者发现并报告，比如 1902 年由英国儿科医生 Still.J 的首例报告及后来于 1914 年前后爆发甲型脑炎后在人群中出现的静坐不能、某些行为不受控制的停不下来等后遗症被作为脑部病变所致问题而进入医疗视野。

二战后，战争中由于脑损伤所致的多动、情绪不稳定、注意力分散以及知觉过敏等各类问题受到关注并被作为临床研究的对象，行为异常被考虑为脑部特定部位损伤所产生的“结果”，医学界曾提出过“轻微脑功能损伤(minimal brain damage; MBD)”的概念，但这个所谓的“功能脑区”其实一直不能特定，而位置不能确立的前提之下被称为“损伤”有欠准确，这个概念又转变成为“轻微脑功能不全 minimal brain dysfunction; MBD”在 60 年代医学界盛行了一个时期。后来促使这个概念落幕的一是由于脑部病变区域一直不能确立，另外，教育者和医疗者同时发现了另一批在行为上、学习意愿上都没有明显问题但无论是读写能力还是计算能力、学业表现都欠佳的人群——后来的学习障碍(Learning disorder; LD)，由此脑部损伤学说逐渐被淘汰成为一种“临床假设”，而学者们更专注于行为表现分型上的研究，逐步衍化成为今天我们所知的几种发展教育中的问题。



\ ADHD 的疗育问题 /

神经发育障碍中许多问题的解决目标并不是为了“治愈”。ADHD 也是同样，除了从医疗的角度出发考虑“治疗”的有效性，更需要从“教育、养育”的角度思考如何帮助孩子本人以及他们的家庭，提供适合孩子的生活环境使他了解自己、接纳自己，同时也能够顺利融入群体当中，是为“疗育”理念。

1、关于服用药物

由于行为问题而导致儿童不能正常参与课堂活动，引起一些不必要的与老师、与教学管理以及其他儿童之间的冲突。服用药品在一些情况下也是必不可少的手段之一。特别是在被临床医生确定为“中到重度”以上问题或面临重大考试及其他学业压力期间，服用药品可以说是较为快速而有效的治疗办法。在美国，ADHD 是少数几种美国食品及药物管理局（Food and Drug Administration; FDA）批准为可以合法使用兴奋剂的疾病之一（其他两种疾病为发作性睡病及肥胖症）。在 70%-80% 的儿童中，兴奋剂类药物的疗效都要显著优于安慰剂，30% 可以达到明确的临床症状改善效果，40% 有行为调节作用。因此我们有理由相信，需要用药时，现有临床药物是可以有效帮助治疗或缓解临床出现的问题。另一方面，临床药物的使用所具有的优缺点也需要引起临床工作者的注意：

优点：在日常生活中由于行为问题一直被贴上“不听话、不服管”的儿童以及那些被认为是管理或教育不到位的家长可以由“明确诊断”到“有药可医”的可选择措施中被拯救出来——问题产生是因病所致而并非自己的意识或态度不好，这样或多或少都可减弱当事者的心理压力，从而提高能动性配合治疗，积极的改变问题。

缺点：ADHD 作为一种临床疾病的标签也会或多或少的引起当事人及家庭的心理负担，“孩子因此被差别化对待”、“作为病人只能依赖药品”等这样的无力感与担心也较为常见。

因此，对于被明确诊断为轻度 ADHD 的患者或低龄儿童，我们首选通过运动来释放行为中的冲动表现并适当的行为训练；对中到重度人群斟酌用药并辅以必要的心理支持及心理教育。



刹车：限制、忍耐

例：“别做 XX 事”
“不要 XX 行为”

警告：控制、对抗

例：“再 XX 样不可以”

油门：鼓励、目标、启动

例：“做喜欢/擅长的事吧”



2、关于临床支援

(1) 设立小目标，增加成就感

把行为要求拆解成可以完成的阶段性目标，比如上课需要 45 分钟的静坐与专注，不论用药与否立即向 ADHD 儿童提出这样的目标是不大容易做到的，因此建议在校或在家，将时间缩短为 10 分钟或 15 分钟不等来逐步实现，这样使儿童自身更容易获得成功体验并增加自我效能感受。

(2) 面临挑战或困难问题时从旁协助

在学业方面由于专注力缺失等问题，儿童在课堂上及家庭中对讲授内容的吸收能力有限，对知识处理的策略和方法可能都不足以支撑其独立完成课题，此时不论是在校及在家，适度从旁指导会有助于儿童弥补其学习中的欠缺点并由此形成新的学习策略以助其在后续学习时加以应用。

(3) 保护儿童的主观能动性

自我控制是具有主观能动性的行为。与此相对应“忍耐”和“坚持”从心理动力上说更多的是被动体验，单纯强调忍耐与坚持未必能有效增加自我控制能力。因此，面对儿童的行为不单纯是要减少“不好的行为”，更重要的是如何鼓励和促进“好的行为”，从而增加儿童自己的成就感，培养其自身的自信心和主观能动性。

心理学人

04

从儿童精神医学的诞生思考精神医学的本源

作者 | 王剑婷 心理咨询师
张道龙 医 生

儿童精神医学的诞生并不与成人精神医学齐步，甚至精神医学的发展也都有着相当一段曲折的历程，并非我们所理解的那样——人类社会无论中医还是西医都有着悠久的历史，精神医学作为医学分支的独立与发展，充满着人类社会进步对人性的理解，对人权的关注和对自我意识的探索。



我们都知道西方文艺复兴运动带来辉煌的科学与艺术革命发展，揭开了近代欧洲历史的序幕，被认为是中古时代和近代的分界。而随着文艺复兴所启示的人文精神，到了十八世纪法国启蒙思想家们从人文主义进一步理论论证专制制度的不合理，从而提出一整套哲学理论，政治纲领和社会改革方案，要求建立一个以“理性”为基础的社会。他们用政治自由对抗专制暴政，用信仰自由对抗宗教压迫，用“天赋人权”摧毁天主教权威和宗教偶像，反对“君权神授”的观点，而随着启蒙运动高唱理性赞歌实行的“反王权，反神权和反特权”，也使医学界对精神疾病的解读从宗教思想为主导的“神学到心学，再到脑科学”，形成了逐步成熟的自然科学观念。具有进步思想的医生们开始试图拯救那些被闭锁在封闭高墙内的精神障碍者们，把“发狂”这一问题从“中邪、被神明抛弃”的宗教式、命运式理解转为从医疗角度观察并分析其病状及生理性成因。形成精神医学在医学史上的逐步独立，而与此同时，“天赋人权”所不能合理解释的三种问题被重新进行了划分并转由相应领域进行关注与主导：

不能合理解释的三种现象	医疗的对象 过去被认为是“发狂”“中邪”的人群，他们那些不合理的思维及行为开始被从“疾病”的角度理解，成为医疗的对象。
	犯罪行为 公然违反社会公序良俗、向法律发起挑衅者，出于其自身的利益判断，自愿主动的进行的那些不合理、不合法的行为，成为法律惩戒的对象。
	教育的对象 少年儿童，由于其正在成长过程当中出现的那些不合理，不合规范的行为，成为需要管教与教育的对象。

如图所示，与精神疾患所表现的特异性相似，当时提出了对犯罪问题和儿童行为问题的分化，在当时这样的问题被分门别类的从“医学、法学和教育学”三个门类进行研究。对于儿童期所表现出的诸多问题更多的还是从教育的角度进行观察与理解。把行为上的不合理更多的理解为成长中的“必然”，而较少的从“病”的角



度加以关注。

打破这一情况的并非是由思想家们的凭空想象，而是来自于医师们对临床真实案例的诊疗与救治。这其中最有名的或者说先驱性的案例是法国十八世纪初的“阿维罗野孩子”事件。这个推算大约 12 岁的男性少年被发现时全身赤裸，行动敏捷，靠树上的野果子、松榛等为生。起初，他被带回人类社会后，不能接受穿衣、吃熟食及任何肉类食品，不会说话，不能理解人的表情及其他任何的情绪表达。后被送至巴黎市内的聋哑学校进行教育。当时在聋哑学校工作的 25 岁的医生依塔德对他所表现出的状态给予了极大的关注与关心，并与自己的恩师皮奈鲁一起对这个野孩子进行了诊察。依塔德当时受进步哲学思想的启发，相信人的认知能力并非天生，而是通过后天的学习与养育才逐步获得的，因此他主张对野孩子进行行为训练及干预。而他的老师彼奈鲁则通过诊察断定这个野孩子是天生的“白痴”（即我们现在所说的神经发育障碍），并推测很有可能是由于这个问题才被遗弃至山野，因此，并不存在后天习得这些知识体系的能力。依塔德并没有因为老师的判断而改变自己的看法，借助同一所学校中另一位女老师的帮助，他对这个野孩子开始了长达数年的语言、行为等训练。通过不断的尝试，最终这个少年可以通过部分肢体语言与外界沟通，能够把非常简单的一些词汇与实物联系起来，并对照顾他的女教师表现出依恋情绪来，但这个孩子终身对医生给自己取的名字“维克多”不能回应——他并不聋哑，但是不能理解名字与自己之间的关系，并且几乎在语言上没有太多的进展，依塔德医生最期待他能通过训练得到的语言交流能力并未实现，并由此中断了对他的治疗。

而这例对野孩子进行的医学活动成为了儿童精神医学以及特殊儿童教育的原点。从依塔德医生一系列对于野孩子的临床尝试中，我们也可以发现，其内容已经不单局限限于“医学”或“医疗”，而是从教育、养育等一系列与儿童成长相关的领域当中进行的干预，也许这正是奠定了儿童精神科从来都不是单一化起源的特性。

一如依塔德医生与他恩师在临床上的意见分歧一样，直到今天，我们依然对精神障碍是先天的问题、还是后天的影响？是生物性的异常、还是环境使然？是可以治愈的，还是无法复原的……等等一系列的问题有着不同的视角与争论，而关于精神医学的探索将随着我们对儿童精神医学的深入理解得到更多的启发。



一名叫理查德的美国家庭医生，在中国经历 6 次体检，然后他抛下这样的话：

“这里不像是一家医院，更像是一家工厂，一家高效的工厂。而我就像一头屠宰场里的牛，穿行在流水线上。”



你入了中国式体检的“坑”了吗？

——美国全科医师为你讲解美国的疾病筛查

主讲者 | 钟丽萍 医生

责编 | 肖茜 医生

相信很多人都进行过体检，那么你的体验如何呢？你可能需要排着长长的队伍，穿梭在各个检查室，做大量检查，然后得到很多增高或降低的数据。接着怎么办？没有人帮你解释这些数据的意义。你怀揣着无比焦虑、恐惧的心情，开始奔波于各种专科医生的诊室，被要求做更多检查。最终可能仍然不明白自己有什么问题...这种经验你可能并不陌生，中国式体检到底有哪些“坑爹”的乱象呢？

1. 体检也有“套餐”，成为医院的一门生意。

在体检最开始时，没有医生或护士询问健康问题，做风险评估。医院的工作人员没有专业的能力根据客户的健康需求推荐体检项目。你站在体检中心，面对的是一张长长的价目表，体检套餐一般被分为由字母 A-J 开头的十个类别。价格从 A 类的 300 多元，一直到 J 类的 2000 多元，其中并无性别、年龄段等区分提示。

2. 不必要的检查项目“一箩筐”

在体检中心会进行许多不必要的检查，比如很多体检套餐中就包括了肿瘤相关抗原检查，腹部、颈动脉、心脏、前列腺、子宫等所有重要器官的超声波检查，X 射线照片，还有更高级的经颅多普勒及 CT 检查。检查的泛滥其实是在浪费公共卫生的投入。另外，对于健康的年轻人，CT 是有害的，一个年轻人如果每年都做一次 CT，反复把自己暴露在辐射中，会增加患癌症的风险。



3. 检查报告不严谨

在体检套餐里，还有一项肿瘤标记物的血液检查。很多人都非常喜欢并在意这项检查，但针对健康人的癌症标记物检查是非常不准确的。美国癌症协会认为，肿瘤标记物主要用于已经患有癌症的病人，评估他们对治疗的反应，或是用于检测癌症病人是否有复发的迹象。而中国普通群众并不清楚这一点，他们看到正常的或者异常的检查结果时，错误地安心或者被错误地惊吓，其实这项检查对健康的人是非常不准确的。

中国式体检就像流水线一样，人们分门别类地进入各种 B 超室、CT 室，体检大多是由仪器来完成的。而医学专家介绍，其实数据的价值并没有想象中那么大，抽血、彩超、心电图都只能反映身体那一瞬间的状态，不能说明之后的问题。而中国没有真正的全科医生，中国的医生是被训练来治疗疾病，而不是帮助人们如何预防疾病。

那么面对这么多的体检乱象，我们该怎么办？怎么做才能让中国老百姓真正受益呢？所谓他山之石，可以攻玉。在 20 世纪 60 年代，美国就已经建立起来了全科医学制度。美国是怎么解决国人体检的问题呢？我们特别请到了美国华人全科医师钟丽萍，解除你对健康体检和疾病筛查的疑惑。

美国全科医师钟丽萍的讲解

美国人也有年度体检，但他们没有像中国那样有一个巨大的体检套餐。美国人会先去咨询自己的家庭医生，然后根据医生的建议，决定需要做的检查项目，通常是胆固醇、血压、血糖的检查，没有必要每年做心电图、CT、超声波。

在美国，体检通常需要提前一个月预约，并要求提供体检者的个人资料，包括基本情况、病史、用药史等。随后，体检中心会给体检者一份详细的回执，包括为其量身定制的体检项目、精确到每一个体检项目的体检时间表，以及饮食、穿着等方面的注意事项等。体检结束后，医生不仅会告诉体检者身体存在哪些问题，还会详细地解释这些问题的成因和后果，以及日后如何调整生活方式。

美国很多疾病都有筛查指南，美国和中国的体检观念差异是很大的。我的很多病人来自中国，美国的医疗条件其实很好，但是奇怪的是还有很多人跑回中国去体



检。我觉得不理解，因为中国医院很拥挤，而且要做各种各样的检查。患者却说因为在中国我做的检查更加全面，给我从头到脚扫一遍，跟我做各种各样的癌症指标，B超，CT扫描，全套给我做一遍。美国体检太简单，就问问病史，做体格检查，量量血压、身高体重，及抽血化验。美国体检可比中国差远了！可是，真的有必要做这么多检查吗？在美国，不同性别，不同年龄，不同情况的人需要做的筛查项目是不一样的，全科医生会根据具有循证的操作指南给不同患者开具个性化的筛查。

我的一个朋友最近因为在中国体检，检查出了肝癌。但目前有治疗吗？对他有帮助吗？都没有。唯一的就是他变得非常焦虑，接下来的日子很难熬，到处寻医找药，给自己和家庭造成沉重的经济负担。肝癌现在没有太有效的治疗办法，如果你的癌症病灶很小，可以注射酒精，或者阻断局部的血液供应，但是仍然愈后不佳，仅能稍微延长生命，不能最终改变预后。如果一个疾病有筛查的意义，那就证明这个疾病是能够早期诊断、早期治疗的，是可以治愈的。比如像乳腺癌、结肠癌等，如果早期诊断，就能治愈，这样才有筛查的意义。有一些病人通过扫描，发现肝脏或肾脏里有囊肿。有的囊肿是与生俱来的，我们一般都不需要治疗，对身体没有任何影响。但是如果查出来就不能不管，就需要做进一步的检查，势必带来的后果是什么？那就是病人本人、保险公司都需要更大支出，对社会造成的经济负担也重，还会造成病人的焦虑，让他觉得世界末日来了，得了重大疾病了。过度检查就有这些弊端。

\\ 癌症的筛查 /

下面来看看癌症的筛查，这是我们最重视的检查，很多人都谈“癌”色变，因为癌症的发病率近年有上升的趋势，随着经济水平的提高，人们对健康长寿也越来越重视。恶性肿瘤是早期还是晚期发现，愈后完全不同。所以如何早期发现肿瘤很重要。现在国内的体检套餐里有肿瘤标记物全套，这一定能够筛查出肿瘤吗？指标升高了就一定是癌症吗？

在美国大部分的肿瘤标志物，不是用来做筛查的，而是用于跟踪随访，用于评估治疗的效果。如果肿瘤标志物的指标值一直持续增高，就提示癌症在扩大。如果指标值明显下降至无法测出，就提示治疗有效。而且肿瘤标志物没有特异性。比如CA129，很多癌症它都有增高。如果测出来仅比正常值高一点，该怎么办？全身扫



描吗？有的癌症早期就几个细胞异常，还没有形成一个病灶，是查不出来的，所以在美国不用肿瘤标志物作筛查工具。

然后也需要跟病人探讨筛查的好处和坏处，决定是否做筛查。若查出来是阳性，又需要进一步做其他检查。做决定时，也要结合病人的一般身体状况及寿命。一个 90 岁的人，再跟他做乳腺癌的筛查，真的有必要吗？我们现在有发达的网络，可以很方便查阅这些信息。美国预防服务工作组（USPSTF）的网站

（<http://epss.ahrq.gov/PDA/index.jsp>）把这些最新指南都罗列出来了，并会不断地更新，与时俱进，可以去查看。

下面列出的是各种常见癌症的美国筛查指南：

【结肠癌】

结肠癌需要做筛查的年龄是 50 到 75 岁，最近指南调整到了 45 岁。筛查的指标是用粪便的免疫化学，脱氧核苷核酸的检查。这个癌症指标是特异性的，大概每 1 到 3 年查一次。最重要的是结肠镜，每 10 年查一次，在两次结肠镜之间，每一年做大便的隐血检查。结肠镜虽然繁琐，但是最有效，不仅可以取到病理标本，也可以达到治疗目的。比如在结肠镜下发现一个息肉，就顺便切除这个息肉，然后送病检，非常方便。肿瘤标志物 CEA 没有特异性，指标高低没有意义，指标升高无法诊断肿瘤；指标不高也无法排除肿瘤，所以 CEA 做为筛查工具是毫无意义的。所以结肠癌具有循证的筛查工具是用结肠镜，而不是非特异性的指标。

【乳腺癌及宫颈癌】

乳腺癌的筛查有些争议，像美国预防服务工作组（USPSTF）与放射协会，所推荐的年龄和频率也是不一样的。有指南推荐 40 到 74 岁，都是每两年做一次钼靶的检查来筛查。但在美国的临床实际中 40 岁以上的人都是每年做一次钼靶的检查。因为有时候仅隔了一年没查，或者即使每年都在查，都仍有乳腺癌的发生。

对于宫颈癌，21 到 29 岁的人群，一般每 3 年做一次宫颈癌筛查 TCT（宫颈液基薄层细胞学检查）。30 到 64 岁的人群，也是每 3 年查一次 TCT，但还要加上一个 HPV（人类乳头瘤病毒）。我们知道宫颈癌最大的敌人，就是 HPV。但这个病毒在



你身体内待一定的时间以后，身体是可以把它清除掉的。如果每年都检查势必造成不必要的焦虑，所以没有必要每年都查，而且宫颈癌的进展是一个非常缓慢的过程。

【前列腺癌】

前列腺癌的筛查也是有争议的。以前认为前列腺特异因子可以筛查前列腺癌。但前列腺特异因子在前列腺癌、前列腺肥大都可以升高，就是它的假阳性率特别高。如果查出来异常，病人会很焦虑，而且需要做B超、活检等一系列的检查。事实上大部分前列腺癌的发展是非常缓慢的，大部分得了前列腺癌的人往往不是死于前列腺癌，而是死于其他疾病。所以现在主张跟病人讨论，综合评估是否有家族史，是否有担心，是否有症状。如果病人年龄超过50岁以上，表示很担心，并且愿意接受发现阳性结果以后的种种麻烦，就可以筛查。

【肺癌】

肺癌的筛查是最近几年才加入推荐指南的，以前肺癌是不主张筛查的。改变的原因是因为随着医学进展，目前发现了有效的治疗办法。尤其是小细胞肺癌，因为发现了基因突变，所以我们有靶向疗法，不但副作用很小，而且效果不错，现在已经诞生第三代药了。所以现在延长肺癌患者3-6年的生命没有问题，于是肺癌的筛查被纳入指南。筛查的年龄范围是55岁到79岁，抽烟史达到30包/年，持续抽烟，或者戒烟没有超过15年，都可以纳入筛查对象。筛查的方法，是用低剂量的CT胸部扫描，辐射剂量仅是常规CT的1/4。

\\其他内科疾病的筛查\\

对于成年人心血管疾病的筛查，第一个要查的就是血压，常规每个人都要检查。收缩压在120到139mmHg之间，是每年复查一次；舒张压80到89mmHg之间，也是每年复查一次。如果低于这个值，可以每两年查一次。但是临床实际中，成人每年来做体检时，都会常规检查一次。

腹主动脉的血管瘤，65到75岁的男性，既往或现在有抽烟病史，一生中可以做一次B超。如果发现主动脉瘤，还需要完善CT检查，准确测量动脉瘤的大小，追踪增长幅度，决定是否手术治疗。



内分泌系统中的糖尿病，可以通过糖化血红蛋白、空腹血糖或者是葡萄糖的耐受实验这三个检查来诊断。45 岁以上的成人我们都要筛查。45 岁以下，如果体重超标，也要检查。青少年有肥胖或者是体重过重，也要筛查。现在青少年的肥胖率越来越高、糖尿病也越来越高，所以把年龄从成年人的 45 岁降到了青少年，这是一个新的变化。关于高血脂，35 岁以上的男性属于高危人群，每 5 年检查总胆固醇，高密度胆固醇及低密度胆固醇。

对于 65 岁以上的女性，我们要检查是否存在骨质疏松。65 岁有以下危险因素也要检查，比如既往骨折史，骨质疏松家族史，偏食，体重偏低及亚洲女性。检查内容包括髋关节和腰椎的骨密度。65 岁以下女性，可以计算一下骨折分数，上这个网站“10 年骨折风险计算器”(<https://riskcalculator.fore.org/>)，把年龄、身高、体重、人种及骨密度输入，可以计算出 10 年以内骨折的可能性及危险因素。如果说风险大于数值 9.3 的话，就属于高风险，不仅要每两年监测骨密度，还建议服用抗骨质疏松的药。

对于丙肝等传染病，尤其是近 4、5 年有静脉注射史、输血史的人群需要重点筛查。丙肝现在是可以治愈的，在美国成年人一生中至少筛查一次丙肝。对艾滋病毒的筛查，所有成年人也是一生一次，但是如果有持续性的危险史，比如用静脉注射毒品，男性的同性恋者，可以根据情况增加检查次数。随着现在性观念开放，人们的道德水准的改变，所以拥有多个性伙伴，或者早期性生活的人越来越多，衣原体、淋病、梅毒及艾滋病等感染也就越来越多。年龄 26 岁以下的，有性生活的，或者有多个性伙伴的高危人群都要筛查。社交问题和物质滥用也要进行筛查。成人还要做一个抑郁症的筛查问卷，初步筛查抑郁情绪。

从中、美两国关于病前筛查的情况可以看出，因为我们国家是一个发展中的国家，所以中国的“套餐式”体检，在提高全民族的健康水平方面起到了重大贡献。但是随着我国国力、经济水平的不断发展，我们的居民需要更高水平的预防医疗服务，对质量的追求在提高。现在我国正在推进“医改”，也在推行全科医生的规范化培训。所以不妨学习一些发达国家的经验，进行基于循证、依据指南的筛查，用最少却最有效的检查最大限度地筛查出患者的疾病。这样既节省了整个社会的健康经济成本，又能够使得每一位国人受益，使我国的居民全面健康水平迈向新的台阶。





回秀清 医生

中美班第一届出镜学员
河北省荣军医院 副主任医师
精神医学硕士

提到中美班的“大师姐”，相信学员们都不陌生。在 2017-2018 年度美利华的在线培训中，来自河北荣军医院的回秀清医生用她智慧的提问，精妙的总结，严谨的学习态度赢得了众多学友的关注与喜爱。现在，结束了一年的“住院医”规范化培训，回医生回到了原工作单位并转入在线学习。我们经常在学习群中能够看到大师姐积极带领大家分析案例、参与讨论、并解答大家的一些问题。今天我们专门有请大师姐来与大家分享她近期在线学习的感受及心得，供大家学习参考。

致学友们的一封信

——听秀清医生谈网络学习体会

亲爱的学友们：

大家好！我是回秀清，是中美班第一届出镜学员。结束一年的出镜培训后我已经回到单位上班，同时也开始了第二年的在线学习生活。跟随网络学习后才深刻体会到一直在线坚持学习的同学们的不易，但也正因为如此，更需要有效利用时间并保证得到最佳的学习效果。

出镜学习，效果自然最好——自己前一天访谈案例并写出背景资料，对案例有着最深入的思考和理解，第二天接受督导时又可以对疑问点进行探讨，一系列的过程使得自己对知识掌握的牢靠而且印象深刻。因此转入在线学习后我就开始考虑，“如何才能使学习效果有所保障，学习成果最大化？”通过这段摸索，后来我发现其实难也不难——还是要对案例进行督导前的思考，再看案例直播或回放，对自己思考过的问题才能理解深入。而不能像看电视剧似的走马观花样的看热闹。所以每天早晨群里发出背景资料后，我会先看一遍再去上班，此时脑子里已经开始进行自己的“概念化”。在督导开始前，找时间写出自己的诊疗思路发到学习群里，这样做的目的是可以督促自己加入思考。然后看直播或是回放，比较和老师的思路差距





在哪儿，都是哪方面存在问题，这个过程下来其实相当于间接“被督导”了一遍。这样呈现的问题自己很容易发现并纠正，也容易对案例的一些细节印象深刻。如果再把和老师思路上的差异和课上的知识点补充在自己的资料里，将是不错的学习资料，也有利于再翻阅复习。需要澄清的是，并不是什么资料都可以进行这样的分析，原则上这类似于“代询”了，但中美班的出镜学员都有着比较规范的训练，能详细而全面的呈现患者信息，尤其是精神病理和精神动力学信息，因而有讨论和分析的基础。

有不少同学私信给我讨论学习方法，我都建议大家尝试这样去写，也有越来越多的同学在督导前发出自己对案例的概念化，所以每天课前的群里也很热闹，每个人看案例的角度都不尽相同，这对于更全面分析和理解案例是有益的。

我们每个人的时间有限，既然决定要学习，就需要让时间发挥更大的效率和效果。除了找到好的老师和好的学习系统以外，适宜自己的学习方法也是很有必要的，这样才能保证在同样的时长下可以获得更多的知识和技能。

欢迎大家交流更多的学习方法和体会，祝同学们学习进步！

回秀清 敬启

2018年8月仲夏

另附 2018年7月31日督导前关于案例我的思路整理：

案例既往诊断：精神分裂症

督导后诊断：强迫症

今天案例的“葡萄串”比较散，不好拎起来。不好确定是什么，但能确定不是什么——患者不是分裂症的表现。在主诊医生概念化里列举的分裂症诊断依据中，除了可能存在妄想（也不是持续的），其他都不是分裂的诊断依据。而且病人似乎是发作性的病程，不是分裂症的特点。并且既往用药上：维思通效果不好，而喹硫平和阿普有效，也不是分裂症疗效的特点，是抗焦虑有效。案例满篇体现的都是焦虑情绪为主，惊恐发作，并有强迫思维，甚至可能达到妄想状态。可以分析大方向是和焦虑强迫有关的疾病，考虑 OCD 或 OCPD（如果存在人际关系障碍）可能性大。

支持的精神动力学因素：来自父母焦虑的遗传，性格具有 OCPD 特点。工作性质：数学老师→档案管理。屡次主动看病，在看病的模式上似乎也有强迫的特点（提供的资料详细，感觉出唯恐漏掉信息）。感觉浮现出来的焦虑太多了，应该有个焦虑障碍的诊断，比如 GAD 等。





【附录资料】

4000-218-718

临床访谈记录表

姓名		籍贯	
性别		住址	
年龄		宗教信仰	
民族		文化程度	
婚姻		病史提供者	
职业		病史可靠性	
工作单位		联系电话	
入院时间		记录时间	
主诉			
现病史			
既往病史			
个人生活史			
家族遗传病史			
体格检查			
精神检查	仪容仪表： 感知觉： 智力：	定向能力： 思维活动： 记忆力：	情感表达： 注意力： 自知力：
病历小结 及概念化			
初步诊断			
治疗计划	生物： 心理： 社会：		

记录者：_____

