



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

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)
- ❖ 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》





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

Editor's Letter 写在卷首

滚烫的温州

出发去温州的时候，我所在的北方城市天气已经转凉，查了天气预报，温度显示看起来似乎也只与北方相差个 3-5 度，所以临行时我的箱子里除了背着厚厚的 DSM-5，还有预备了外套和长裤，然而一下动车，被笼罩进那一地金子般的阳光，我就知道自己判断有误，9 月底的温州远无秋日里的萧瑟，温州不温，还在炙热。

历经 20 多年深耕，康宁医院今年也在拔地而起的新医院大楼里迎接着我们，以精神医疗为核心的主要医疗单位向世界展示着国人终于可以在如此开放、阳光的环境里从容地为自己的身心疗伤。康宁集团为美利华集训提供了充足的人力、物力保障，各种各样丰富的临床案例，谦和好问的医人团队，迎来送往的后援体系，无不让人见识到作为全国最大、实力最雄厚的精神医疗集团的专业投入与专注热忱。

为期四天的集训密集而丰富。从 DSM 到临床干预技术，从 ICD 的前世今生到国内医疗的提升前景，道龙老师把最近美国精神医学前沿的知见不遗余力的向与会者宣讲，台上的他挥汗如雨却乐此不疲；台下从各地奔赴而来的学员们一边为学术的收获而喜不自胜，一边利用间隙津津乐道与学友们交流近期的体会与生活。眼见得道龙老师一心想要打造的“专业社群”日渐成熟——凡进入中美班学习者，无不待医术至臻，待病人至诚，待专业至笃，这样的气氛在时下医者、病者戚戚自危的社会风气里如一片净土，总让人感到温暖、看到光明。

一群人，一辈子，一件事，九月的温州，美利华沸腾着！





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】4

一例强迫型人格障碍的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录
- 与主诊医师讨论及答疑

【温州集训特辑】22

通过行为特点关注自杀评估与预防工作的关键点

【DSM 课题讨论】26

如何书写及解读案例资料

【全科医学】29

不要让《药神》的故事重演——一例慢性乙型肝炎患者的全科临床会诊

【科普内容】 乙型肝炎病毒

【学习园地】37

践行正念，不忘初心——浅析正念学习与应用



精神医学临床访谈

一例强迫型人格障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生

杨文君 医 生

责 编 | 王剑婷 心理咨询师

【人口学资料】

姓名	LHC180710	性别	女性
年龄	36 岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	本科
婚姻状况	已婚	病史提供者	本人
职业	市场营销	病史可靠性	可靠
访谈时间	2018-07-10 10:30	联系电话	XXXX

主诉：“敏感多疑，感觉邻居故意针对自己有 1 年。”

现病史：1 年以前自己的孩子和其他孩子一起玩的时候，对方说自己的孩子是小偷，患者就多瞅了那个孩子几眼，和对方孩子的父母也发生了一些小冲突，后来这个患者觉得小区棋牌室的一些人看她的眼神有问题，也觉得那些人在背地里议论自己，说了一些不好的话，逐渐觉得小区打扫卫生的保洁员和自己的邻居们都在故意针对自己。患者住在二楼，但是她觉着三楼的住户故意说话声音很大，吵得她没办法休息，影响晚上睡眠。但是问她丈夫的时候，丈夫并没感觉到这个声音会影响到自己。患者认为这个邻居制造噪音主要是针对她一个人，所以对丈夫没有影响。有时候觉得小区里的保洁员在跟踪她、偷听她说话，走在小区里面，从那些人的眼神里面能够看出来他们在故意的议论自己。起初这种现象让患者非常的烦躁焦虑，睡眠差，曾经在医院就诊，具体诊断不详。服过一些抗焦虑药物，但是具体药物名想不起来了。她觉得服用药物以后也没有什么帮助，也不想通过吃药来解决这个问题，所以自行停药。这种情况持续了有一年的时间，无显改善；两个月以前患者想做一些事情，比如在家画画、看书，觉得分散注意力以后听到的声音少了一些，也没有那么烦躁了。最近 1 个月觉得每天都被邻居打扰，自己外出坐公交车，那个人也会派两个人跟踪自己上公交车；自己在家说话声音大一点邻居就能听到，还会故意也放大声音，以什么嗯、啊之类的这些声音回应她。搬到自己老家去住以后，觉得老家邻居的保洁员和自己小区的保洁员通过网络联系，又来打扰自己的生活，



偷听她的说话。患者想通过物业来解决这个问题，但是觉得只是小事情，物业也不会管那么多，自己也不知道怎么去解决，所以非常苦恼。

既往史：身体健康，没有什么特殊的情况。

个人史：姐弟两人，排行老大，比弟弟大 5 岁。2 岁前和父母一起生活，2 岁以后因为断奶的问题，和爷爷奶奶一起生活，4 岁以后再次和父母一起生活。小时候母亲要求严格，经常因为把地踩脏，或者是卫生清洁方面的问题而被母亲责怪，家里的事情主要是妈妈来管理，爸爸很少管。儿时朋友比较多，平和，成绩中等。五年级的家长会上，老师说自己是话匣子，妈妈很不高兴。小升初的时候没有考上重点，父母觉得丢人，整个暑假没让她出门。14 岁的时候，担心自己和同桌的书放在窗台上会掉下去，从此就开始纠结和担心。童年有一次见父母的同事没有开口说话，当时被父亲认为没有礼貌，更加让她难以自如的跟人交往。大学的时候，她有时担心灯会不会掉下来，桌子上的茶杯会不会掉下来等。从青春期开始，对喜欢的异性会敬而远之、避而不谈。来访者适龄婚育，通过网恋结识了丈夫以后结婚。婚后觉得丈夫沟通方式比较简单粗暴，经常在家挑她的毛病，夫妻关系一般，长期分居。丈夫从事计算机行业。现在患者只有几个朋友，但总是害怕说错话而难以敞开心扉。没有饮酒以及精神活性物质使用史，也没有脑外伤以及感染史，平时容易担心，遇到事情总是想到负面的比较多。

家族史：母亲是高中学历，会计，做事非常认真、追求完美、爱清洁。在家脾气暴躁，经常要求家人按照她的要求做，做不好就会责备。父亲是师范院校毕业，中学的一个领导，性格平和、工作能力强，但是在家中都是听母亲的话，和母亲没有经常争吵的现象，整个家族中也没有精神疾病史。

【体格检查】

电话访谈未查。

【精神检查】

一般情况：患者意识清，时间、地点及人物定向力正常。接触合作。

语言功能：语量、语速适中，但目标导向明显，有逻辑性。

情感活动：焦虑明显，反复纠结、担心。

感知觉：正常。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

思维活动：否认妄想。无思维奔逸，没有明显思维逻辑障碍。





【病历小结及概念化】

患者为青年女性，病史 1 年，症状持续存在，没有明显的缓解期。自幼母亲要求严格，刻板，经常因为一些小事而被责备，患者变得做事谨小慎微，顾虑比较多。在严格要求的背景下出现反复的担心，例如担心灯会掉下来，书会掉下去等。小时候被父母责备也不敢反驳，得到的肯定少，否定多，在人际交往中担心自己说错话、做错事而变得回避，和丈夫在一起的时候，丈夫要求比较多，经常挑毛病，所以生活中一直比较压抑。婚后育有二个孩子，最近 4 年因生育二胎没有工作，一直在家带孩子，所以生活重心一直在孩子身上。因为孩子的问题而发生了一些不愉快，自己不知道怎么解决，整个焦点就会聚焦在邻居的眼神上，每天琢磨邻居是不是因为哪件事情议论自己，继而出现了感觉他人故意偷听自己说话，甚至觉得是通过网络互相联系而跟踪她、打扰她的生活。在既往生活中患者因为一些小事情不知道任何处理同事间的关系也出现反复纠结，和丈夫相处也因无法沟通出现纠结，所以整个患者的模式是谨慎，担心，敏感，刻板，不会变通。

初步诊断：强迫型人格障碍

主诊医师：杨文君





【访谈实录】

1. Z 医生：你好，讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：说我的困扰？
3. Z 医生：对的。
4. 来访者：哦，感觉跟人老是容易发生冲突吧。
5. Z 医生：哦。你比较容易跟邻居发生冲突是吧？
6. 来访者：嗯。
7. Z 医生：主要因为什么事发生冲突？
8. 来访者：嗯……也不是啥大事，可能就是因为解释不清楚，或者别人误会了吧。
9. Z 医生：哦。你是说，你误会别人了，还是别人误会你了？
10. 来访者：别人误会我了，本来我过去了可能有的都忘了。但是人家就觉得好像我是故意的，或者是什么的。
11. Z 医生：好像旁边有小孩是吧？
12. 来访者：因为我两个孩子，我弄不开，我在带着呢。
13. Z 医生：哦。你怎么有两个小孩，没听懂。刚才好像我记得说你有一个小孩，你自己有两个小孩？
14. 来访者：嗯，一个小孩，一个小孩。
15. Z 医生：OK。老大几岁？
16. 来访者：老大 8 岁。
17. Z 医生：哦，已经都 8 岁了。那个小孩呢？小的呢？
18. 来访者：小孩 3 岁。

1、访谈开始

4、“感觉”与人有冲突和“与他人发生冲突，两者之间的差异在来访者的认知层面有何不同？

5、确认来访者所表达的含义

8、来访者表述中对具体状况的不确定性。

9、澄清问题。

10、来访者讲述自己视角下问题的表现及自己的感受。

现代认知行为治疗并不把情绪问题看作个体头脑中孤立的产物，而是认为个体一些无益的想法和观念会加剧不利事件的影响（比如本案例中来访者表达出的：别人觉得我故意针对他们而对我表现也不友好），通常我们假设这种认知会妨碍其建设性地解决问题。

11-18，通话过程中有外界干扰（背景吵闹），适时确认来访者所处的实际环境和状况。





19. Z 医生：8 岁、3 岁。然后你说你在家待了多长时间了？

20. 来访者：在老家吗？

21. Z 医生：不是，我就说你是不工作在家里待着是吧？

22. 来访者：嗯。现在不工作，在家里待了有三四年了吧。

23. Z 医生：哦。那是因为你生二孩所以在家，是这意思吗？

24. 来访者：嗯，是的。

25. Z 医生：OK。这两个小孩都是你的？

26. 来访者：对。

27. Z 医生：OK。你这些问题在生小孩之前有吗？比如说在工作的时候你也跟别人处不好关系，也容易挑剔这类的？

28. 来访者：嗯……有。

29. Z 医生：能举一个例子吗？跟同事什么情况处不好关系？因为什么处不好关系？

30. 来访者：哦。我是做讲师的，底下两个业务员之间吧，一个业务员看不上另一个业务员，他们之间的。有一个业务员就经常在我面前说那个业务员不好什么的。然后我就表现出对那个业务员不耐烦。

31. Z 医生：我想问一下，你跟小区的邻居处不好关系。你总怀疑小区的人背后整你，或者是背后能够听到你讲话呀。有这种表现吗？

32. 来访者：有，这个是有证据的。

19-26、确认具体生活现状及其维持的时间。

27、除外当下的生活现实，考察来访者一贯的情绪状态以及对问题的“赋意”习惯。

29、事件本身是什么并不重要，而是通过这样的问题看到来访者如何对类似事件做出反应。

30、来访者讲述其在人际交往过程中的一贯策略，有“非黑即白”的思维模式，并表现出不会变通、缺乏弹性。

31、基于初次访谈内容进行确认。

“相信+确信”





- ### 33、正面化认知问题。

34-38、场景化、具体化工作。

在进行治疗之前，需要对来访者生活中的具体事件发生场景进行讨论。这样做一方面是为了找到思维-感觉之间的关系，一方面可以看到问题一贯的存在模式，为后续建立明确、具体的目标而打好基础。

39-46、进行评估。

良好的评估是建立治疗关系的开始。医生此时在持续性的对来访者的问题进行详细理解。到目前为止的访谈涉及了来访者的想法、感觉、行为以及和当下问题相关的外界刺激资料,比如 39 句中询问具体事件的存在,另外也是在鉴别来访者有无精神病症状。

42、“看到”来访者的认知形成模式：

A: 我看他孩子了:

B: 他觉得我有敌意, 是故意的:

C: 他就开始的抱负我, 并找其他人帮忙

43、鉴别来访者的现实感，以区别妄想带来的不正常认知。

44、人物具体存在，虽然不认识，但排除了虚构妄想的可能。



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthis.com

公众号：美利华在线精神健康



45. Z 医生：哦，就是在这里的人。那你平常跟他们发生过冲突，是这样的吧？
46. 来访者：没有没有，我都根本都没说过话，到目前为止也没有直接说过话。
47. Z 医生：那好了，我知道你是大学毕业，是一个有知识的女性，我想要从你这个客观的角度分析一下，就是一个你毫不相识的人，也没有互动过的人（总与你冲突），这个可能性有多大？
48. 来访者：因为他在我们家楼后住，经常因为我们声音大一点，他就不乐意了。觉得好像一直在跟他作对似的。然后每次声音大的时候，他们就会出来，然后棋牌室的人就会出来，然后在底下坐成一排，也不说话，就是那样。我们也不理、也不说，还继续。他们还会挑拨周围我们邻居的关系，然后楼下的，今年开始弄很大的声音，以前是一点声音都没有，弄很大的声音。
49. Z 医生：那这个事你出去跟他们对峙了吗？说你为什么在我的楼旁边，你为什么要来骚扰我？说过吗？
50. 来访者：没有没有。因为我觉得跟他们不认识，你说我跟他，因为啥生气我都不知道，好长时间了，我老疑惑，为啥最近老是这样弄我。
51. Z 医生：对。在你看来什么原因？为什么他们要骚扰你？
52. 来访者：那就是因为我看他家的孩儿了嘛。因为他家的孩儿在门口玩。然后当时我就看了，在那看了一会嘛。

45、再次确认人物的真实性，鉴别来访者的现实感。

46、人物具体存在，但没有更多互动。

47、用苏格拉底式提问来引导来访者发现现实。

贝克在认知行为疗法中提出“问题的措辞应该能激发思维和加强意识，而不只是要求一个正确的回答。”

例如医生在这里向来访者提问：“一个与自己不相识的人，却时常发生冲突的可能性有多大”？这里并不存在批评甚至评价，而是基于来访者提供的事实来请她自己来引发思考，并在来访者的认知中得到答案。

48、提问的目的是引导来访者自行提供他们的答案，这里呈现出来访者对待具体问题时的消极的自动思维。

49、确认来访者解决问题的策略和具体能力。

50、来访者自身的认知困惑呈现。

51、医生在这里并没有急于给出解决的方法或评论症状的原因，而是启发其自身进行思考。

52、来访者的思维表现她固有的认知和局限性。





53. Z 医生：哦。你经常看人家小孩，不经过人家同意吗？就是在那块盯着人家，做这些事吗？
54. 来访者：没有经常，就那一次。因为那一次他说我家小孩是小偷，所以我不满了嘛，我就站那。没跟他说过话，他家小孩在那站着呢。然后我去看了一会，我就进去了，进屋了。然后这事我都给忘了，我就在楼上跟小孩一块唱儿歌，那一段时间声音比较大，唱儿歌、高兴、笑什么的。然后就听见他楼后好像就出来了，好像就接受不了我们高兴。因为他们可能不高兴，他们当时可烦了。因为我当时就想着过去就过去了，我就没再想那事，然后随后还会唱歌什么的，反正是.....
55. Z 医生：你经常带小孩在家里，因为你两个孩子，全职在家，是这样的吧？
56. 来访者：嗯嗯。
57. Z 医生：你经常带着小孩做运动，完了吵吵闹闹，或者是练音乐、唱歌，做这些活动吗？
58. 来访者：这两个孩子确实有时候有点闹。然后两个人老是打架，但是都是正儿八经的白天的时间，没有晚上那么（吵闹）。
59. Z 医生：哦。那邻居都是挨着你的邻居吗？还是隔一个楼的邻居？
60. 来访者：我说了，棋牌室是楼后，隔一条小路，直接就到。
61. Z 医生：那你在家唱歌什么的，在后边能听见吗？

53、继续进行评估。

这里医生是通过一个纵向的视角，试图从来访者的思维、行为来具体理解当下认知形成的特点，并且如何持续的影响来访者的生活。

55-62、评估适应性。

55、评估问题的长期性。

57、具体化确认来访者的行为，观察来访者能否接受自己需要为自己的行为负责。



62. 来访者：能听到，因为我们楼几乎都没啥隔音的。本来有隔音的，也能听得很清楚，是二楼嘛，九几年的老房子。
63. Z 医生：OK。那就是说大家确实能听到你家小孩在闹。因为我刚才听到你小孩好像确实也挺能吵的，但是他确实能听到？是这样的。所以你跟邻居之间就是很冲突，完了你就很较真？
64. 来访者：以前我们没有经人挑拨的时候，我们声音比那吵多了，而且晚的时候也吵，虽然都是无意的，但是邻居也没谁说啥，也都相安无事。但是一经过这个，因为我其实看见了，他们就是跟那个一楼的女的在底下说什么，从那以后三楼的就开始闹腾了，因为一楼跟三楼的关系好，他们经常出去玩。从那以后三楼就开始可生气，就好像被谁说的，对我可生气。我听见他们在上面的声音，他就大声的呵斥他的孩子，从那以后，我们在睡觉的时间，他往底下扔砖头，搬砖，开始的时候声音可大可大了，我上去找过他。然后之后他就不弄声音大了，专门改成晚上，然后弄得声音小，然后隔一会一弄，隔一会一弄。
65. Z 医生：哦，是这样的。那就说，他确实扔砖头什么的，你看到了？
66. 来访者：我看不到，但是我能听到，因为他是在我楼顶。
67. Z 医生：OK。那你等于是很快与这几个邻居都处得不是很好了，不管是谁的原因，是这样的吧？
68. 来访者：嗯，反正冲突了。因为我这个人了不善于说话，我也解释不清楚，我也不喜欢说，所以说干脆啥都不说。

62-68、来访者通过向医生陈述过往的具体经历，也展现了她的家庭与外界一贯的互动模式。

家庭内部孩子们吵闹



被邻居嫌弃



其他邻居间互动，感到被针对



矛盾升级



对立、孤立



69. Z 医生：哦，就是不太容易跟人相处，是这意思吧？
70. 来访者：反正有矛盾的话，我都采取不沟通的那种态度。
71. Z 医生：OK，那我清楚了。我听说你最近还睡不好觉，是这样的吗？
72. 来访者：确实。因为他们这些保洁都是联网的，特别是年轻的管保洁的。我就判断，我回老家了还有这种情况。然后我就跟我妈说了，我妈跟保洁的一个小头目认识。然后我妈昨天就去，就去劝解地说了说。然后那些保洁就老实，然后都忙各自的，什么也不看。但是到晚上 11 点钟的时候，像他们那些年轻的孩儿嘛，一大群，就开始跑到我们的小区里面闹腾。也不知道找哪个老师还是干啥，从 11 点闹腾到 1、2 点，然后声音很大。我还听见他跑到我们小区这来说有毛病还是啥东西，意思就是对我们不满嘛。因为我妈去找他们那个保洁的头说了，反正也没直接说，然后他们就开始闹腾，再加上那个关系吧，确实我们家处理的有时候也不大好。我们是二楼，前天回老家，三楼的往下扔钱，他那个钱掉俺家阳台上了。然后那个女的在底下喊了一下，扔钱的那个是她老公。然后他扔到阳台上了，掉不下去了。然后她就喊我，让他敲俺家的门。但俺妈比较厉害嘛，那个男的好像不敢。最后好像听见了那个男人在敲俺家的门。然后他敲了俺家的门以后，我一开门，然后我说你别敲了……

69、确认来访者想要表达的具体含义，避免误读。

71、询问生理性变化。

72、学会从冗长的诉说中识别“关键的自动思维模式”。

来访者在这一大段陈述中描述自己在回到父母身边生活时也依旧面临着诸多的“被针对的现实”，然而我们通过倾听这部分内容，可以看出多少来访者的情绪与行为之间的关联呢？

事实上如字面所表达，她更多的不是在回答医生的提问，而是用一连串的“实际情况”来向医生表述

“在这样的情况下，我还能怎么样？”（焦虑）

“对这样的局面我并没有太多的办法”（抑郁），

“所有的事情都不顺利”（痛苦），

因此，看起来来访者似乎在通过一些陈述在语言上遮掩、修饰她的意思，更加需要咨询者敏锐的辨识来访者在这些信息背后所带有的**负性的自动思维模式**，并且加以处理。

比如续督导医生将进行的——



73. Z 医生：OK。我听懂了。我现在想问一下，你说的这些情况如果在休息好或者换个环境的时候还对这些都敏感吗？对声音敏感吗？
74. 来访者：他要没有人专门闹腾，而且还是一会一闹腾，或者声音非常大的话，我基本上都没啥问题。
75. Z 医生：都没啥问题？
76. 来访者：没啥问题。
77. Z 医生：对的，好了，我听清楚了。今天你想让我们帮你解决什么问题？
78. 来访者：呃.....关键我就是，现在搞得现在就是人际关系矛盾。
79. Z 医生：对的。
80. 来访者：老是牵绊嘛。
81. Z 医生：对的。那好了，现在有这么几件事，你看你能不能做，不知道你用没用过这药，你用瑞美隆吗？就是记得过去用过抗焦虑药里有个叫瑞美隆的药吗？或者叫米氮平。
82. 来访者：没有。
83. Z 医生：OK。我一会让杨文君医生跟你讨论怎么治。你得这个病我们就叫强迫型人格障碍，跟你妈妈得那个病都是类似的，就是比较认真们。
84. 来访者：强迫？
85. Z 医生：叫强迫型人格障碍。
86. 来访者：哦。

73-76、鉴别诊断来访者的知觉敏感性，排除精神病性问题前趋期的可能。

另外，接 72 句中来访者大段的自动思维，进一步确认问题影响的范围，环境变化对来访者心情的影响（询问例外）。

来访者否认个人持续性的过敏反应，强调外界刺激的变化自己也可随之好转。

77、个案概念化完成。

78、再次强调自己的主诉——关于人际关系的困扰。

81、确认既往史中的用药情况。

83、明确诊断。



87. Z 医生：跟你妈妈一样，是焦虑的一种，就是妈妈小的时候对你们要求非常严格，所以你展现的是人际关系方面的问题。为什么会跟邻居、跟丈夫、跟同事、跟父母，在关系处理上都比较容易紧张。因为焦虑到一定程度人就容易激惹嘛。那治疗有这么几件事，第一个就是生物治疗，用一些抗焦虑药，像米氮平这类的。

88. 来访者：嗯嗯。

89. Z 医生：第二个可以运动，有时候运动人就能睡得踏实，睡得踏实对这些噪音就不敏感。（通过做）心理咨询得知道，自己比较容易较真、缺少弹性，不容易让自己放松，所以要做一些认知行为疗法。社会的方面，肯定不能够总是在家里带小孩，天天生活在嘈杂的环境中，你不能够正常休息，这闹来闹去的，得有谁让你换换手，让就变成你总也休息不好；。那么能不能让自己工作去呢，完了挣了钱雇个人来看小孩，通过这种方式把你“换出来”。你这天天面对着丈夫、小区的这些人，再就是自己的孩子，本来你最不擅长跟人打交道，结果周围都是人，这就很麻烦。建议去做一些事比较静的，与人打交道少的，哪怕你挣 1000 块钱给别人了，但是你的精神状态好了。现在整天就是陷到这些人际关系里，这就是你这的病会加重的原因

90. 来访者：我不能回去。因为一回去，他们就对我采取进攻，然后我也不想跟他们天天那样弄。

87、能过简单语言向来访者一元论的解释她问题形成的主要原因，并给出生物-心理-社会三方面的解决方案。

生物方面：可以考虑用药控制焦虑，加强用动

心理方面：以调整认知为目的的心理咨询

社会方面：改变生活计划，为自己创造一个人际压力小的生活环境

90、听到建议，来访者的思维发生动摇并由于固化习惯性表示拒绝改变并放大困难。



91. Z 医生：不是。

92. 来访者：不去矛盾还没有激化，一回去又激化了，我都没法回去，我在老家他就这样。

93. Z 医生：对。我说的不是让你去激化矛盾，这都是未来的事了。

你在人际关系少的地方比较舒适，甚至值夜班的活对你来说都挺好，晚上上班一个打扰你人都没有，家里、外边都没有，就是说你躲开人总是没问题了，就类似这样。但现在还不涉及这个部分，现在的问题需要先治病，从多增加一点运动开始，吃上药，把你的焦虑水平降低一个数量级，再跟咨询师聊聊天就行。我听你的背景都很闹腾，一个 8 岁小孩，一个 3 岁小孩，在这种环境下 和小区邻里又搞得这么紧张，人家也休息不好，时间长了就会出现这种越来越麻烦的局面。你是好多年积累下来的病，未来也不大容易短期内好，但是你用了这些药睡觉好、休息好，以后再找一个回避跟人有关系的工作。刚才我说的作夜班的工作虽然说的是玩笑，但就是为了表达这个意思。像你丈夫，搞计算机的，就不太跟人打交道，这样的工作也比较适合你。不过这些都是后来的事，现在主要是把睡眠调整好，把焦虑降低了。会诊结束让杨文君医生再跟你讨论。这样好吗？

94. 来访者：行，好的。

95. Z 医生：谢谢你今天参加访谈，我知道带两个孩子很不容易。

96. 来访者：谢谢你。

97. Z 医生：不客气。

92、来访者呈现出焦虑与对问题固化的认知模式，陷入在特定情景下的自动思维当中。

93、给出前瞻性的建议，提示来访者分步骤的解决问题。

“帮助来访者如何合理的认识他们的消极思维，合理区分具体的、对现实的解释和扭曲的、特殊的解释之间的差别”。这也是认知行为疗法当中助人者重要的工作之一，因为这有可能是来访者多年以来第一次对自己的问题有了建设性的解决视角，他们需要从听到建议到发生“心理变化”之间获得必要的时间。助人者此时的主要工作并不是抓住来访者的认知错误或自动思维加以替换或对峙，而是耐心的对其表现的模式给予接纳，并尝试在自然的推进过程中保持良好的协作关系，以期待来访者感受到咨询师的耐心与不否定的态度，在合作的前提下将新的认知模式加以内化。

95、基于整个咨询中的情况描述，在结束时体谅来访者生活中的困难，接纳来访者的现实并给予共情。



\\ 督导医生的概念化及诊疗思路 /

这个病人的诊断是强迫型人格障碍，重点表现出跟她各时期的人际关系方面：她与她父母的关系有问题；谈恋爱的过程中从网恋开始，对象是计算机行业的男性，还不能很好的和对方互动，结后双方关系也有问题；跟单位同事相处不好，两个同事有矛盾自己也难以处理；回到家跟小区的人搞得这么紧张，带着两个孩子不是唱就是闹，刚才我们听到电话里都没完没了地闹，我要是邻居我也会烦。明知道今天需要从芝加哥不远万里的打电话会诊，至少得把这个事安排好，可是她完全没有社会线索，所以我怀疑扔砖头、吵闹，都是邻居想让她抓紧搬走，因为很烦人。这些都是指向她有强迫型人格障碍——较真儿，没完没了去找人家麻烦。怎么来的呢？小的时候，父母严格管教，妈妈特别焦虑，就把这小孩变成这样。一般小孩这样都是跟训练有关，凡有人格障碍的人都跟小时候的成长环境有关。一个大学毕业的人不知道任何社交线索，打个电话都时断时续的，把事情处理不好，这就是很麻烦的事情，所以能理解这些所谓的邻居有可能真的是合伙起来要把她气走，这都可能发生的。

今天患者描述的情况，不像精神分裂症那种具有非常特异性的，尤其看似幻听妄想的部分并不明显，更没法用一元论来解释。一个 30 多岁的人，为什么生了小孩以后突然就变成这样？精神分裂症往往在发病之前是正常的，可她发病之前就是不正常的，从小就异常，包括临时认识她的医生，也觉得这个人非常有问题，所以这就不是精神分裂症。精神分裂症是在他的世界里非常奇怪，说的这些事都不可能发生，我刚才跟她访谈，所有的事反复追问，那些“怪”的成分都没有，听到所有的这些事都可能现实发生，也知道为什么邻居抱团起来去整她。而精神分裂症不是这样的，尤其是精神分裂症并不影响睡眠。

治疗方面：生物学治疗首先是需要运动。焦虑到了一定的时候，就有点多疑了，因此药物方面米氮平是首选。如果之后还是认为她介于神经症、精神症两者之间，建议下次一定要选思瑞康这类的药。所以，要么就选米氮平抗焦虑，要么就选思瑞康抗焦虑，因为同时还能纠正多巴胺。不能用部分激动剂，尤其焦虑的人不能用部分激动剂，会让他更焦虑。先把焦虑解决了，再加上心理咨询。最后，社会治疗，既然跟人都处不好关系，只好上图书馆，做财会等等不跟人或少与人打交道的工作就会好一点。



、与主诊医师及学员们的讨论 /

主诊医生回顾：昨天我在进行访谈的时候，她也说是自己带孩子，也是一会儿断线，一会儿电话那端特别吵，很难把访谈进行下去。对这个来访者刚开始访谈的时候，我就有一些困惑，比如她说自己上公交车以后，会有小区的人，派小区的另外两个人跟踪自己到公交车上，听她说话。甚至在她们家里，她说话声音大，下面就会有其他人用嗯呀啊呀这样很简单的语言去回应她的吵闹。甚至她回到老家跟她妈妈一起住的时候，她觉得这些保洁员之间会用互联网的方式来相互沟通，然后去监视她。根据我自己的生活经验，我觉得这些内容好像确实是妄想，因为她就是一个普通的人，而且也是跟小区的其他住户不去打交道的人，别人很难去关注或者在意她；而她与邻居也不曾发生过特别大的冲突，她也没有伤害其他的孩子，就是多看了对方的孩子几眼。我们正常的一个思维就不可能有这么大的一个反应。

督导解答：我现在不是认为这是个重大问题，为什么她刚才说的可信？是她妈妈说找人家，结果是人家白天会好一点，晚上又去整她。我有一种感觉，这样的邻居太烦人了，她丈夫都不会在家里，人人都烦她，所以没准小区就使坏，想把她给气走了，这种可能性是有的。因为她说的内容都还是比较基于现实了。至于保洁员情况，当然有可能认识了，看她是多远的家了。现代社会用微信联系，谁知道也许真的是一个公司介绍的。她这些事我都不知道真伪，包括说保洁员跟她上公共汽车、看她上哪去、要气她或者干点啥坏事都是有可能发生，也可能不发生的事情，但这些不特别特殊。我特意问她是不是一个小区的？她说是一个小区的。如果她说“我们的市长调动了全市的这些小区的保洁都到我们家来闹”。那听起来好像不对，怎么市长还能处理你这个事，还需要调动那么多人，就不自然也不正常了。而她描述中的这些人和事都住在一个小区，还是在她家楼后很近距离的住户，甚至我还特意跟她说“你的这个声音带着小孩唱歌、闹，旁边邻居能听到吗”？如果她回答说“隔着四层楼他们都能知道，不知道他们怎么弄的，也许给我们家放个窃听器啥的”，这听起来就有问题，我在寻找这种异常答案。而她说的是“我们这个墙隔音不好”，这就是我说的现实的解释。她说我们的小区隔音不好，所以他能听到，这是完全可能的。她还提到住她们三楼的那个人，而我这时候仍在鉴别，但是她提供的解释都是基于现实的。刚才我说了，如果有听起来非常怪的，比如她说：“我们家后来到处都是窃听器，他们就把这东西给我放大出去，然后还上电视台给播出去了，一



看就是我们邻居干的！”那才是说我们找到了“异常的答案”。她说的这什么“我们家隔音不好，我们三楼的邻居吵我，因为我先吵他。最后我晚上不闹，就白天闹，完了人家白天也睡不好”，那邻居家可能白天有老头老太太，睡不好觉，大伙都烦他。这个很正常的。因为招人烦的人，大家烦他，说明别人是正常的。

主诊医生：她妈妈就明显有强迫的问题，患者本人小时候受到的压抑比较多，但是而且患者表达能力比较差，不会去表达自己的情感。包括她自己感觉跟邻居会针对她，但是她也不会去解决这个问题，然后她就自己在那想，焦虑到一定程度就变得只是关注这个问题，就像刚才老师说的，她有强迫人格，反复的纠结这些细节，抓住某一点，每天去想，每天都去关注别人，变得特别敏感了。

督导解答：对的。所以一元论的来考虑，我认为她妈妈是强迫型人格特质，她是强迫型人格障碍。妄想障碍是不影响睡眠的，也不会出现场面选择式的来妄想，比如白天妄想，回到家不妄想；在马路上觉得不安全，在公共汽车觉得通过别人在监视我，但回到家就觉得挺好的。这个患者是在自己家里睡不着觉，跟邻居打架，这像妄想吗？我跟她谈完之后，发现她说的每一句话都是像是不会说话，很焦虑，睡眠不好，容易发脾气，特别敏感、特别强迫，妈妈也这样。这些总体不都像是焦虑吗？我没有体会到她说得有多“怪”，我也不害怕她，精神分裂症那些妄想的人，你看着眼神都害怕，就觉得要杀人那种感觉。

关于症状的特点与鉴别

学员提问：老师您在访谈这个患者进行对话的时候，她的那种较真，比较挑剔这种感觉表现的比较明显，所以我感觉她应该是一个强迫型人格障碍。但是我又想到一点，您原来讲过，像强迫症的患者到了症状很严重的时候，也会出现那种精神病性的症状，所以我想以此类推那么是否强迫型人格障碍到了比较重度的时候也会出现类似的精神病性的症状呢？

督导解答：是这样的，因为她已经是中到重度的 OCPD，所以症状也介于神经症、精神症之间，工作也不作不了，长此以往两个小孩也会被她培养成人格障碍。为什么我劝她抓紧上班去，也是为了保护小孩，当然这不能当她面讲“你在家那么长时间，俩小孩都不正常了”。所以不管是强迫型人格障碍还是强迫症的妈妈，小孩都不正常，是后天环境给培养出来的。就像我爱辩论，我的女儿成为律师，这惊奇吗？当然不惊奇了。是因为我天天跟她这么讲，天天问她，为啥这个，为啥那个，从小就跟她这样聊，她就总



是问，三问两问她就有逻辑了呗。我的妈妈也跟我这样聊，她就是天天这么训练我，所以把我变得思辨力强，我们总说苹果掉下来离树不远嘛。但是一个人有人格障碍，小孩也会离此不远！做的好点的话，这些有问题的父母知道自己得离孩子远点，不好的父母那就闹呗，一直把孩子都整坏了，这就是悲哀。她在上班的时候没有 EAP，就辞职回家了。丈夫跟她发生冲突，他们也不知道啥是心理咨询，她爸爸妈妈也不知道及时调整，那就变成今天这样的状态，这就是悲剧，这是一个缩影，家庭不是社会的缩影嘛。

学员提问：是的。纵观病史，除了看出她的焦虑以外，就单单看她现在的症状，她现在的多疑也没有达到妄想的程度，只是一种疑心比较重。

督导回答：对的。现在焦虑达到诊断标准了，因为她睡不着觉，易激惹，整天担心别人搞她，这都是焦虑。但是妄想还不够。

关于用药选择利弊的讨论

学员提问：关于这个患者的用药，如果是我来选择的话，我会想先选择喹硫平。因为我

督导回答：不能首先选择喹硫平，因为喹硫平影响多巴胺。对正常人不要阻断别人的多巴胺。一个 30 多岁的女性，她没准还需要用计算机，没准还能做什么分析员的工作，先阻断别人多巴胺不合适！得想到先保护她这些能力，因为现在并不确定问题跟多巴胺有关。如果用了米氮平病人就好了，那问题不就解决了吗？她已经是 30 多年有问题了，这一个月还是值得等待的。记住，医生不要急，患者都没急，医生急什么。如果米氮平不行，她还多疑，虽然睡眠不错，焦虑明显也比这次低了。4 到 6 周以后却还是怀疑邻居，“我现在越发确认实际上是其中三个人在害我”，那就听起来是有问题了。到时再用也不迟，何必一开始就阻断别人多巴胺，多巴胺是个有用的东西，你怎么知道她的工作不需要多巴胺？很少有工作不需要多巴胺的？

这是为什么不能出手就给人黛力新道理一样，说我把抗焦虑、抗抑郁、抗精神分裂三个药都用上！可是凭什么病人也没有这些病，却吃那么多药呢？这能对了吗？看病得是正确的诊断，导致正确的治疗。诊断如果是人格障碍，那首先要知道药本身不是主要的治疗手段，就更不能用抗多巴胺的药物了。临床上如果选用喹硫平那你要说明白你为什么选它，你要首先说选米氮平这类的药物，我能给你 90 分。麻烦的是诊断还说不明



白，明明诊断她是人格障碍，说病人是焦虑，是 C 类人格障碍，却首选抗多巴胺药，我不能接受这样的人给 90 分，所以这是差别。作为医生用药出手太狠，当然这么用药也不会死人。

在考察一个医生的时候，得让上级医生感到你是一个有人文思想的人，是一个用药比较谨慎的人。基于概念化再去诊断的人，理解生物心理社会模式，那才能是 90 分以上的状态。这些是非常重要的逻辑，就是因为西医是要基于逻辑、基于实验、基于实证，实证的意思就是说，有一分证据说一分话。

线上问题答疑

提问一：偏执型人格障碍的所谓偏执与强迫型人格障碍的缺乏弹性、强迫思维该如何区分的？

督导回答：偏执是多疑的意思，只有多疑；她多疑这件事可以是偏执，感觉别人在整她，但是她不是 A 类人格障碍。因为偏执的人并不很焦虑，而今天的病人这么焦虑，家族整体成员表现也不是多疑的家庭，而是焦虑的家庭。A 类跟精神分裂症谱系一样，基于鉴别之后我们发现她的妄想并不存在，所以考虑她是 A 类的人格障碍很牵强。

提问二：如果鉴别偏执的话，偏执的内容是泛化的还是聚焦的？

督导回答：各种不同的类型都有，有的时候就表现为被害妄想型的，怀疑所有的人都搞他，一般不只是邻居了，会觉得单位的人也在整我、背后给我挖坑；丈夫也肯定是想把我气走，他好找别人；不会只是针对邻居。只是针对邻居是基于她的现实性，主题也不泛化。所以她的的问题反而是可以解决的——因为只是她烦邻居，离别人远点烦不着人家了也就缓解了。偏执说的意思是说，在人际关系的背景下，总认为别人有恶意、有不良企图；强迫是以焦虑为主的表现，刚才案例中的患者大家都同意她是 C 类，说明她表现的以焦虑为主，焦虑能解释多疑，多疑解释不了焦虑。还得联系她生长环境，哪怕是偏执型人格障碍，也不能无缘无故 35 岁才突然偏执了。18 岁以前就该有症状，可咱们今天并没有发现这些 18 岁以前多疑的蛛丝马迹，但是 18 岁以前焦虑我们都看到了，她甚至都不能谈恋爱，要通过网恋才能结婚；跟同事处不好关系；甚至强迫到认为灯都掉下来……从头到尾有这么多证据都是焦虑，不能视而不见却专说她多疑。只是精神科一般都有“跨界”表现，不会按照教科书去得病。我们地球上有六七十亿人，怎么可能就 10 种人格障碍，都是交替的，就算她有多疑，也得看像哪一个为主，毫无疑问这个病人像 C 类，我不可能把这样的人诊断 A 类了。



温州集训特辑

据统计，每年世界上有数以百万计的人因自杀而丧生。作为专业人员，如何正确的评估自杀风险，对企图自杀者如何施以有效的面询技术多年以来一直是临床工作者们不断探索的课题之一，本次集训，道龙老师就此话题展开讨论，向我们提供了许多临床工作中所需要的实用经验。结合培训内容为蓝本，我们搜集资料整理出自杀评估及预防需要关注的重点内容。

关注自杀评估与预防工作的关键点

责编 | 王剑婷 心理咨询师

自杀前的预兆性表现

自杀往往并不是突发奇想的结果，而是一个非常漫长和潜在的心理过程，一直到具体采取行动之前，有许多行为或思维都已经成为当事者相对固化的模式，而这样的模式当周围人都开始习以为常时，突然由于某些看似并不严重的事件发生或情况变化而成为自杀行动的导火索，引发众人的震惊，因此我们首先要学会关注当事人是否有下列情况发生：

- 容易伤感、容易落泪，脾气不稳定，时而易怒时而烦躁；
- 有深深地绝望感，孤独感，否定自我价值，容易自责；
- 一改贯常的阴郁气质，一反常态的表现出开朗明快；
- 性格突然发生很大变化；
- 对周围人施以援手的行为和访谈表现的淡然和拒绝；
- 开始变得不修边幅；
- 对一直喜欢、关注的内容突然失去兴趣；
- 职业表现出现波动，容易请假缺勤；
- 不能集中注意力；
- 社交活动减少，变得孤僻；
- 与人有激烈的争吵或争斗；
- 会出现一些过激的危险行为，比如引发出交通事故、火灾等较为严重的情况；
- 食欲严重下降或体重骤减；
- 容易失眠；
- 身体出现各种各样的不适感；



- 突然出现离家出走或不告而别的行为；
- 失去支持体系。被至亲至爱者抛弃或遭遇至亲者近期离世；
- 出现酒精或药物依赖；
- 整理、处理自己一直珍爱的物品，开始赠与他人；
- 说一些与“离开、消失”相关的内容，比如“去一个没有认识自己的地方”，“睡着了不想再醒来”等，或者与此相反，去拜访久未联络的朋友或亲人；
- 明确的谈论关于自杀的话题；
- 准备遗书；
- 制订自杀计划；
- 准备自杀工具；
- 去准备实施自杀的现场查看；
- 实施自杀行为。

上述内容，单一起来看可能在我们一生当中谁都会出现那么一次两次，而且也并不是说以上这些条目像诊断标准一样，超过了上述情况中的多少条就可以断定当事人必然有自杀行为，除了行为上的这些显著的特点，还会有一些需要在更长的时间背景下考虑的风险因素，也就是我们所说的风险因素在起效：

自杀十大风险因素

风险因素之一：类似抑郁倾向的表现

消沉易感，不能着手于工作或工作效率下降，拖延一些重大事项，不能决断，对自己一贯关注的事情开始变得不感兴趣等具有典型抑郁特征的情况需要加以注意；

风险因素之二：不明原因的、持续的躯体症状

说到抑郁，大家较为关注的是情绪或者心理层面的变化，而其实躯体方面也会有许多症状化问题显现，比如失眠、食欲下降、疲劳感、头疼或眩晕感、心悸、便秘、腹泻、关节痛、性欲低下等许多症状出现。这当中尤以失眠、体重下降、易疲劳为常见，但是一般情况下普通人很难将这些情况联想到抑郁或心理问题，因此多就诊于医院的其他科室，特别是在中年人群以上的年龄层，身体出现的其他问题也有可能与此些症状混淆在



一起，而导致忽略由于心理问题所引起的不适感或某种不适感的增效作用，因此特别呼吁大家当出现这些症状时及时就诊并在排除器质性问题后仍不能缓解症状的及时到心理或精神科就诊。

风险因素之三：酗酒

人群中出现一点一点酒量增加当事人往往会有很多不同的解释：工作或社交需要；为了助眠；感觉喝酒之后心情会好一些等等，然而具有抑郁倾向再随着酒精的摄入量增加，会进一步加重症状，借着醉酒而失去自控能力，出现自杀情况的也并不鲜见。同时，不仅是酒量增加，当进一步发展为酒精依赖，身体出现更多症状，人际关系受到影响，情况将更加复杂而难以控制。

风险因素之四：不能进行良好的健康及安全管理

自杀并不是完全没有任何苗头就突然出现的，而会在自杀之前出现一系列的在健康管理及安全意识方面行为上的变化。比如，糖尿病患者本来一直在健康管理方面很注意，突然开始疏于运动，饮食和药物方面也不再按时按量服用，甚至会出现过量服用药物，停止透析等。安全方面还需要关注性格方面的骤变——老老实实的人突然开始借钱、玩失踪、出现一些不安全的性活动；一贯性情温和的人饮酒且酒后失控等这些情况在自杀人群中都并不少见。

风险因素之五：工作压力变大，遭遇重大失败，失业等

在日本有调查显示，当一年总工作时间超过 3000 小时（每月超过 250 小时），过劳死或由于过劳而导致自杀的风险会增加 3—5 倍。一方面企业有用工合理性方面需要提起关注，另一方面还有人群的特殊性。对待工作严谨、完美主义的人当遭到重大挫折或失败时，往往感觉丧失或被否定了自身价值、应激性的出现厌世及自杀行为也时有发生。

风险因素之六：失去家庭或职场的支持

在精神医学领域，自杀甚至也被称为是孤独之病。调查显示未婚、离异、丧偶人群



与有家庭的人群相比自杀率要高出 3 倍。当职场、家庭都出现动荡，需要支持却缺乏这样的资源，常常会增加自杀的概率。

风险因素之七：对于个人来说失去价值或意义

对于每个人来说都有一些与众不同、具有特殊存在意义的事或物，即便失去亲人或者面临事业上的重大失败可能会与否定自我、打击生活的信心相关，但这也并不通用于所有的人，对每一个人来说，具体的事情所具有的具体的意义需要我们作为临床工作者不断的发现并思考。

风险因素之八：罹患重大身体疾病

除了如前述所提到的由于抑郁及相关躯体症状所致问题，正当壮年却罹患重疾后，对一个人造成的打击或对看待人生的方式都具有极其重大的改变意义，这种情况下也有可能增加自杀的风险。

风险因素之九：谈论自杀

前述的很多情况下可以看到在不同的情况下人们会有关于自杀的思考或行为被观察到，然而当自杀被清晰明白的从口头表达出来时，其自杀的风险是非常高的。从前有一种误解觉得把死吊在嘴上的人舍不得死，其实存有很大误区。自杀的人在死前都会向其他人传达自己的想法，能不能明确的捕捉这个信号是自杀预防的第一步！自杀者也并不是对谁都可以轻易表达自己的想法的，考虑一直以来相处的模式，是在判断“他可以理解我绝望的感受”之后才会表达自己的痛苦。被倾诉的人能做的首先是不回避、不批评、不要试图通过简单的鼓励或安慰了事，做好倾听的工作，接纳当事人的情绪最为关键。处理不了的情况下，需要及时介绍当事人到专业医疗或心理门诊接受治疗。

风险因素之十：有过自杀未遂的经历

有过自杀未遂经历的当事人需要高度关注他们的后续的康复状况，因为即便一时间被求助、被阻止，但其后如果跟进治疗不能持续或不够专业，仍然有极高的风险使得他们再次尝试自杀行为。我们通常情况下会把注意力放在上吊、割腕等较为明显的自杀行为上，但同时也不能忽略一些看似较轻的自伤、小量的超量服药等行为，遇到这样的情况必需及时转介至专业的门诊进行治疗。



DSM 课题讨论

前言：总有学员会问如何写出一篇合格的病案？也有学员发出自己的案例资料后看者却疑惑重重，感觉缺漏多，或是看到别人的病案不知该如何分析信息。

鉴于此，特邀请中美班首期出镜学员回秀清医生的一篇案例背景为例，进行分析说明，括号中文字是她本人为案例思路或要点信息做的注释，希望能对学员们在书写及解读案例信息时有所启示和帮助。

如何书写及解读案例资料

作者 | 回秀清 医生

20180424 案例背景资料分析

患者，女性，17岁，汉族，中专休学2年，
主因“是睡病还是精神病”的困扰来访。

现病史：**（围绕困扰访谈并呈现资料）**患者在2013年上初二时开始出现生气或紧张时双腿膝盖会打弯，偶尔会控住不住的跪在地上**（猝倒发作---发作性睡病诊断标准 B1）**。同时表现白天控制不住的进入睡眠状态，上课时常常要睡觉**（发作性睡病诊断标准 A）**。但夜间睡眠差，后半夜要觉醒2-3次**（夜间睡眠被频繁的觉醒打断---发作性睡病支持诊断的有关特征）**，在醒后半清醒状态闭着眼时会看到各种画面，并听到有男性声音和自己说话**（幻视、幻听---刚觉醒后幻觉---发作性睡病支持诊断的有关特征）**。早晨起床后仍瞌睡明显，头脑不清醒，上课常迟到，不能坚持听课，成绩下降明显**（功能受损情况）**。在白天清醒状态时患者也常听到有人和自己讲话而看不到人，质问她“XXX（她的名字）您能不能不这样干？”**（幻觉---言语性幻听）**，患者变得脾气暴躁，有时会和这些声音争吵**（对幻听的态度）**。同时感到自己的手脚被控制，想走快不能走快，想走慢也不能走慢**（妄想---影响妄想）**。照镜子时感觉自己的脸过几天就发生变化，变得很圆或是很方，眼睛时而变得好大时而变得好小**（知觉障碍---感知综合障碍）**。认为不是自己的脸，被别人换了脸**（妄想，继发）**。2017年4月在亲戚家和表姐上下铺睡觉时感到有男性生殖器插入自己的身体**（内脏性幻觉）**，次日患者要报警被家人阻拦**（妄想，继发）**。当时患者还被无形的力量控制着莫名其妙的坐在床栏杆上。**（总结：幻觉、妄想/大于6个月/现实检验能力受损---符合精神分裂症诊断标准）**家人曾带患者四处就医，做甲状腺彩超、头颅CT、MRI、脑电图等均正常**（有助于鉴别诊断的检查结果要记录---大致除外癫痫及其他脑器质性问题）**。2016年11月在某三甲医院精



神科住院，诊断“精神分裂症”，给予维思通 6mg/d 治疗，住院 1 个月脾气有改善，但上述症状无改善。（既往治疗经过：诊断，用药，剂量、疗效及值得关注的药物副反应）出院后不久又住某精神专科医院，诊断同前，继续给予维思通治疗并尝试合用奥氮平、奋乃静、氯氮平等治疗，最后给予维思通 4mg 及氯氮平 200mg 治疗仍是效果不明显（**缺漏：未问及关于 ECT 的治疗情况，因为涉及治疗计划**）。2017 年 11 月至北京某中医院住院，诊断“发作性睡病”，停用上述抗精神病药给予中药治疗 3 个月仍无明显效果，但出院后至今一直坚持服用中药（**做了诊断而相当于未做治疗，信息至此：未进行过发作性睡病的治疗**）。2018 年 3 月在北京某知名医院做多导睡眠图及多次睡眠潜伏期时间实验（MSLT）结果显示符合发作性睡病的 PSG 表现（**确定诊断---诊断标准 B3，信息至此满足发作性睡病的诊断**）。患者母亲认为近几个月来患者病情加重（**近期表现---精神病性症状表现加重**），自语自笑明显，言语紊乱，常诉被控制，不仅控制自己走路，自己眨眼、音调的变化也被控制。有时感觉自己脑子被挖走了，心脏被换了，还去医院检查心脏。常听到不同的声音恐吓、威胁自己：“你不能治心脏病啊！”、“你就是试验品，在替别人治病喝药”，患者会变得情绪激动的争辩“我不做试验品，永远都不做！”来院前一天早上患者莫名其妙的喝了中药，然后听到有声音告诉她是母亲想害她，患者当即打了妈妈一耳光并踹了一脚，但患者认为自己是被控制的（**对幻听不能辨别并继发被害妄想---评估有暴力风险，在干预中注意暴力风险的防范措施**）。在来医院的路上等公交或是坐车时，患者会随时进入睡眠状态（**目前发作性睡病的严重程度---中-重度**）。访谈时与患者交流困难，注意力不集中，沉浸在自己的思维当中，仍然感觉被控制，不知道现在心脏还在不在，有自言自语表现，解释自己在和声音对话。（**精神现状检查情况---目前的精神病性症状明显而充分，无自知力。认知功能明显受损与病情及症状均有关**）

既往史：1 岁多时坠过床，当时大哭，没有外伤、昏迷、抽搐等。（**有过坠床史，但未发生特殊情况**）

个人史：独生女，足月顺产，幼年发育正常，擅长跑步。上学时成绩中等（**没有神经发育障碍的线索**），病前性格活泼、外向，朋友多（**没有 A 类人格障碍诊断基础**）。初二患病后逐渐不与人交往，成绩下降明显，中考后进入一所中专学校，经常上课睡觉不能坚持学习，一年半后休学（**从社会功能方面反应疾病的持续性和严重性**）。12 岁初潮，月经规律，没有爱好。



家族史：父母均是高中文化，打工者。母亲脾气急躁，父亲性格温和。从小对患者要求不高，属“放养型”，从不打骂。家族其他成员无患发作性睡病、精神疾病者（**关于这两种疾病的家族史情况要特别交代，是进行诊断和评估预后的重要信息**）。

初步印象：1、发作性睡病 2、精神分裂症

（**督导后诊断：1、发作性睡病 2、R/O 精神分裂症**）

治疗计划：1、生物：①药物：针对发作性睡病给予莫达非尼治疗（**因精神病性症状明显而不能选择利他林、安非他命等**）。针对精神病性症状，患者既往用过多种抗精神病药效果不佳，可考虑 ECT 治疗，症状减轻后恢复维思通治疗。②运动：规律运动，改善睡眠节律并降低焦虑水平。2、心理：给予支持治疗，稳定情绪。尝试 CBT 治疗，帮助患者检测她的想法和感知的现实性，从而管理症状。3、社会：规律作息，形成规律睡眠时间表，避免机器操作，外出有人陪伴防止意外发生。争取当地的大病救助扶贫项目，以减轻家庭经济负担。

书写案例框架小结：（以论文的思路去讲述，以故事的形式去呈现）

- 1、明确患者或家属困扰（论点）
- 2、现病史中围绕困扰进行诊断鉴别诊断的论述。（论据-精神病理学）
- 3、与诊断相关的精神动力学不仅必要的呈现在现病史中，更包括在三史（既往史、个人史、家族史）中的呈现（论据-精神动力学）
- 4、做出诊断（结论）
- 5、给出基于生物心理社会的治疗计划

督导体会：二者共病还是精神病性症状继发发作性睡病？小概率诊断（即二者共病概率）不如一元论解释少见的情况（发作性睡病伴有片段幻觉很常见，但伴有持续幻觉、妄想很少见）更优先考虑。发作性睡病症状控制后再评估幻觉妄想情况，精神病性症状随之减轻或仍是继续存在。

感悟：真诚的跟随每一个来访者走进她的故事，理解她的故事，然后经过我们的治疗帮她把后面的故事变得更好。而和每个来访者的有缘相遇，都丰富和启迪着我们自己的人生。感谢每一位来访者对于我们的期待和信任，他（她）们促进着我们不断的进步和成长。



全科医学

本期全科的案例是一位慢性乙型肝炎的中青年男性，他正在积极寻求治疗。慢性乙型肝炎到底是一种什么样的疾病？该疾病美国的最新治疗方案是什么？权衡利弊，该花大价钱，学“药神”从海外购药吗？患者还准备生二胎，这个决定明智吗？人生种种决策还在等待结果……

不要让《药神》的故事重演

——一例慢性乙型肝炎患者的全科临床会诊

会诊 | 张道龙 医生

钟丽萍 医生

作者 | 肖 茜 医生

下面我们首先来看看本期的患者基本情况：

患者是一位 39 岁的男性，是本科毕业，目前的工作是私企管理人员，性格开朗，做事追求完美。因发现乙肝大三阳，尿酸轻度升高，希望解决这两个问题来诊。

2003 年患者体检发现“大三阳”，肝功能正常，未行特殊治疗。2008 年考虑要孩子，担心 HBsAg 阳性遗传，到专科医院咨询，希望 HBsAg 阳性能够转阴，于 2010 年底行肝穿刺，结果提示 1、病毒性肝炎，乙型，慢性，轻度，G1，S0。2、免疫组化：HBsAg（++）、HBcAg（++，浆/核型）。

2013 年初，带母亲和两个舅舅和姐姐去医院检查，均为乙型肝炎病毒携带者，母亲和姐姐是小三阳，大舅是乙型肝炎病毒携带者和早期肝硬化，小舅是乙型肝炎病毒携带者、肝硬化、肝癌。此时来访者心情极其低落，开始接受系统的药物治疗。2013 年-今年，先后使用利可君、双环醇、赛诺金、胸腺五肽、阿德洛韦、拉米夫定、恩替卡韦、替诺福韦。在使用赛诺金（国产干扰素）时，出现全身乏力，精神状态欠佳，食欲不好，低热等症状。2017 年 9 月至今单用替诺福韦 300 毫克。

12 岁之前家庭条件比较富足。12 岁时，父亲为孩子接受更好的教育，全家搬到某四线城市生活。1997 年和 1999 年父亲出现两次开货车撞人事故，涉及赔偿问题让家庭不堪重负。患者当时正处在大学期间，只能让他回家照顾伤者，无奈办理休学。此时家庭生活雪上加霜，家里负债 100 万左右。到 2002 年来访者来到了 A 市打拼，为家



还债，直到 2008 年成就了自己的事业，经营和管理着自己的门店。

2009 年结婚并生育一健康男婴，遵医嘱出生时注射乙肝免疫球蛋白进行乙肝阻断，并按照计划免疫程序接种乙肝疫苗。目前爱人和孩子均复查 HBsAg 阴性，HBsAb 阳性。夫妻生活是使用避孕套，家庭是分餐制，没有输血和静脉注射史，不吸烟、不饮酒，少运动，很少在外面就餐。睡眠可，知道熬夜对身体不好，尽量做到不熬夜。

美国全科钟丽萍医生和美国精神科张道龙医生会诊患者后，结合该患者的实际情况，从治疗药物、生活健康保健、人生策略、家人的预防及监测等诸多方面给出了**美国乙型肝炎的标准治疗方案**：

1. 治疗的指征：并非是患有乙肝就要开始治疗，需要同时满足几个条件：

(1) 转氨酶高于正常值的两倍。该患者的 ALT86 (参考值 9-50)，正常均值约为 35，所以可以认为患者指标已经高出正常值两倍。

(2) DNA 拷贝值大于 2 万，该患者是 2.99 乘以 10 的 8 次方，所以该患者指标值很高。

(3) 活检如果有纤维化，不管什么情况都要治疗。患者的活检结果 G1 表示有一些炎症的反应，比如淋巴细胞的浸润，细胞的变化、坏死，S0 表示没有纤维化。

综合考虑该患者的情况，年龄小于 40 岁，ALT 高于正常值两倍，DNA 拷贝数又大于 2 万是**一定要治疗的**。

2.最新的药物治疗方案：

乙型肝炎的治疗是全世界一个非常大的难题。目前世界上还没有很好的药可以治愈乙肝。

治疗药物基本上有两种类型，一种是干扰素，患者曾经使用的是赛诺金。赛诺金是中国研发的干扰素，美国研发的长效干扰素是 α -2b，中国研发的是 1b。根据中国文献的资料， α -2b 比赛诺金好，所以用长效干扰素比赛诺金要好。患者过去用的干扰素副作用比较大，所有像流感的症状，全身痛、低烧、乏力、胃口差等都是干扰素的主要副作用。一般干扰素治疗是 48 周，患者用了 60 周，已经足疗程。

患者目前服用的抗病毒药替诺福韦是最好的，耐药性最低的一个药，是最新的抗乙肝的药。该药的用药时间还没有定论，需要综合考虑转氨酶、DNA 拷贝数这些指标。



事实上，用干扰素治疗比用替诺福韦治疗表面抗原和 e 抗原转阴的可能性要高，但是几率也仅是 10%到 30%。替诺福韦转阴的几率不到 10%或 6%。如果转不了阴，仍需要接着服药，我们的目的是使得肝功能恢复正常。直至今年，患者肝功能转氨酶仍超过两倍。结果显示表面抗原和 e 抗原的降低并不理想，但是对 DNA 拷贝的控制较好。此时不可停药，否则反弹会很严重，有病毒数骤升的风险，而且有的会有生命危险。如果今后要停药，也要非常严格的观察，监测转氨酶、DNA 的拷贝数、抗原、抗体等。一般一到三个月，或者起初是每三个月，然后可以推迟到每 6 个月，如果一年以后仍稳定，就大概 6 到 12 个月。如果有肝硬化，一直坚持服药。另外需要警惕药物的副作用，要严密的观察肾和肝功能。像乙肝患者日常服药都要特别注意肝损，像泰诺这些退烧药不可服用。

现在还有一种新药叫 TAF—替诺福韦二代，是替诺福韦的新一代。TAF 在美国的价格特别高，要 1000 美元一个月。TAF 药物剂量较低，约 25 毫克/日。新型低剂量药物的好处是副作用会少一些。患者现在服用的替诺福韦是合适的，价格明显低得多，跟新药 TAF 没有太大的区别，只是一个副作用的问题。国际上目前尚没有其他更好的方案来治疗。

3. 饮食生活需要调整：

该患者尿酸较高，尿酸的调节与调节饮食有关，需要少食红肉，尤其是猪肉、牛肉和羊肉。白肉，比如鸡肉和鱼肉稍好一些。这里有一个误区，不是所有海鲜都不能吃，海鱼是可以的，但不要吃蛋白含量特别高的，比如虾、龙虾及螃蟹。还需要多进食蔬菜及蓝莓、黑莓、草莓等水果，这些莓类水果糖分低，且含大量抗氧化剂。坚果之类也可食用。饮食结合锻炼应该能够很好地调节。

临床中可以观察到，同样被乙肝病毒感染，有的人得了乙肝却没有转成慢性，有的人转成慢性以后，他不是大三阳，而是小三阳。由此可见，每个人对病毒的反应是不一样的。如果把自己的锻炼、饮食、心情及睡眠整体调整好，对乙肝的控制将有帮助。

4. 大三阳、小三阳都要定期监测

患者多位家庭成员，像妈妈、姐姐、两位舅舅都是 HBsAg 阳性。虽然他们是小三阳，但是乙肝是一个动态的过程，身体跟病毒在斗争，它中间会转变的，比如表面抗原



转成表面抗体，e 抗原变成 e 抗体，它也可以再变回来，会有一个动态的过程。所以家人都需要常规监测乙肝抗原、抗体、ALT 转氨酶的指标、DNA 的拷贝值这些指标。有肝硬化的舅舅甚至要做 B 超检查。光有大三阳不是进行治疗的标准，可是一旦有肝硬化，不管什么情况都要进行治疗。

5. 心理调整：

首先承认患者确实遇上了不幸的事，第一、因为祖辈没有科学文化知识，全家都传染上了乙肝。第二、针对乙肝暂时没有特效药。然后运用积极心理学提出优势和资源，并做认知调整。第一、患者有科学文化知识，懂得预防。生小孩的时候遵从医嘱，接种了抗体和疫苗，没有传染给下一代。第二，患者运气好，没有将疾病传染给妻子。因为患者 e 抗原及 DNA 拷贝数高，妻子既往有很大概率被传染上。但现在双方已经注射了疫苗，有了抗体，就相对比较安全了，所以这与患者拥有较高的文化知识有关，懂得如何阻止传播。未来需要继续使用安全套，给全家注射疫苗，并坚持分餐制，防止有牙龈出血而引起传播。第三，患者的舅舅虽然变成肝硬化、肝癌，可是也活了 50 多岁，到现在身体还不错，患者最糟糕的结果也不过如此。一个人正常寿命，其实 60 岁左右也差不多了。指出患者该有的都有了，有一份好的工作、一个好的家庭，一个健康的儿子，还能活过 50 多岁，得病与不得病都区别不大了。舅舅都没被病毒杀死，患者的情况只会更好。然后用积极心理学，再次总结患者的优势、鼓励患者看到闪光点。受了大学教育，给家里还债也尽孝了，父母的愚昧也给阻断了，小孩也没被传染，还有一个好妻子，现在还有钱去买药，事业上也有成就感，这已经是他人难以达成的人生夙愿。

从人生策略上指出，其实美国的药也不可能出现奇迹，TAF 与替诺福韦是同一类药，同一个机制，基本上没有什么本质的区别，但是 TAF 的副作用可能少一些。不建议把过多的时间、精力和金钱放在一个效果差异不大的药物上。患者目前情绪焦虑明显，如果焦虑难以控制，可以用一些不损害肝脏的抗焦虑药，如加巴喷丁。经济条件允许就去国外买药，但不要倾家荡产，能治就治，不能治抓紧做那些有意义的事。

在访谈过程中，患者表示准备生二胎。Z 医生指出患者需要决定自己的人生，需要和妻子商量，但明显这是一个不理性的做法。乙肝患者比正常人群高出 100 倍患肝癌的风险。在接下来尚健康的时间里，需要考虑孩子未来的学费和培养。毫无疑问人人有生育的权利，可万一患者自己健康恶化，留下两个孩子，妻子将如何负担？最好能集中精



力培养孩子，留下时间多陪伴孩子，然后再帮太太留下一些储蓄，让他们后半生都能更幸福，这才是更理智的选择。作为医生需要给患者忠告，帮助活着的人，而不是抓紧再生一个病孩子出来，见好就收就是人生的大智慧。最后不忘鼓励患者，给予希望。指出药物的研发是日新月异的。以后说不定也有治愈的可能，抗原转成阴性也有可能性。

学员提问

问题一：注射乙肝疫苗后如果不产生抗体，加强以后还是阴性，该怎么办？

Z 医生：这种情况就重复再打三针。有时候可能要换疫苗，有的人对某种疫苗可能反应不好。因为每个公司制作疫苗的时候，产生的那个抗体会有一点不一样的。需要跟踪随访，三针都打完以后，至少是一到两个月以后再查抗体，如果查太早抗体还没有生成，或者是打的疗程不够，都是有可能的。然后还有中国有假疫苗的问题。

问题二：在美国有没有乙肝病毒携带者的定义？国内认为是属于一种健康携带状态，患者的病毒拷贝数低，肝功能正常，认为不具有传染性。在美国是什么样的看法？

Z 医生：美国没有这种定义，不说不具有传染性，不是身体的病毒拷贝低就没有传染性。因为这是一个动态的过程，所以虽然现在它拷贝数低，不一定以后不会变化、不会升高。尤其是 e 抗原，它是复制的一个指标。但是 e 抗原是阴性的，不等于它就没有传染性，这个概念跟以前是完全不一样的。

问题三：像乙肝病毒的携带者，比如说小三阳，有没有什么办法可以保护他的肝功能，延缓他肝脏的受损？

Z 医生：肝脏是我们最大的一个排毒器官，不要随便去服药，哪怕是泰诺这种降体温的、退烧的药，都要特别得小心。然后酒精是完全要戒掉的，所有对肝脏有损害的药物和物质都不能碰。这是最好的保护办法。



[扩展科普介绍]

乙型肝炎病毒

编辑 | 肖 茜 医生

乙型肝炎病毒 (hepatitis B virus, HBV) 是引起乙型肝炎 (简称乙肝) 的病原体 , 属嗜肝 DNA 病毒科 , HBV 感染是全球性的公共卫生问题 , 随着基因工程疫苗的生产 和投入 , 乙肝疫苗的普及率逐年上升 , 感染率呈下降趋势。

\ 乙型肝炎病毒致病性和免疫性 /

1. 传染源

急性乙肝患者、慢性乙肝患者和乙型肝炎病毒携带者是主要传染源 , 乙型肝炎病毒 感染者无论在潜伏期、急性期或慢性期 , 其血液都具有传染性。慢性患者和病毒携带者 作为传染源的意义最大 , 其传染性与病毒复制或体液中乙肝病毒的 DNA 含量呈正比。

2. 传播途径

HBV 主要的传播途径是血液传播 (输血和血制品) 。其次是母婴传播 , 即分娩前 后及过程中由带乙型肝炎病毒的母亲感染新生儿 , 母乳喂养也可导致母婴传播 , 该传播 途径在中国占很大比重 , 慢性乙型肝炎患者中 , 40% ~ 50% 的患者均来源于母婴传播。 第三是密切接触传播 , 如通过精液和阴道分泌物传播病毒。第四是医源性传播 , 如消毒 不彻底、不安全注射等。

(1) 血液、血液制品等传播 : HBV 在血液中大量存在 , 极少量含有病毒的血液或 血制品进入人体即可导致感染 , 除输血外 , 血液透析、器官移植等均可传播。

(2) 母婴垂直传播 : 主要是指宫内感染、围生期传播以及分娩后传播 , 携带有 HBV 的母亲可以通过血流感染胎儿。

(3) 密切接触传播 : 目前已证实涎液、汗液、阴道分泌物、精液、乳汁等体液中 均含有乙肝病毒 , 密切的生活接触 , 尤其是性接触传播是常见传播方式。

(4) 医源性传播 : 在医疗或预防工作中 , 由于未能严格按规章制度和操作规程而 人为地造成病毒传播 , 包括使用受污染或消毒不严的针管、针头、采血器等。



3.致病机制

肝细胞受损程度与机体免疫应答的强弱有关，HBV 引起免疫病理损害的机制有以下几种。

(1) 病毒致机体免疫应答低下：HBV 感染时,对外膜抗原的体液抗体应答利于清除血液中的病毒颗粒,对核壳和复制酶抗原的细胞免疫应答清除病毒的同时也损害肝细胞。大多数免疫功能正常的成年人感染 HBV 后可通过天然免疫及适应性免疫应答的协调作用清除病毒,并产生 HBV 抗体,若不能有效清除病毒如免疫功能低下或受到抑制,则导致病毒持续感染及在肝细胞内复制,形成慢性感染。HBV 感染人体后也可抑制机体免疫功能,免疫功能低下者不能有效清除病毒,使感染迁延不愈继而慢性化。对病毒抗原的免疫应答与病毒消除和致病机制相关。

(2) 病毒变异产生耐药：HBV 感染持续的原因通常是机体对病毒抗原的免疫应答低下,常见于病毒变异后的免疫逃逸,病毒可通过该机制逃避机体的特异性免疫应答使感染转为慢性。HBV 有高变异性的原因在于病毒有反转录复制过程, RNA 聚合酶和反转录酶缺乏校正功能,容易发生错误。HBV 在感染过程中由于人体免疫压力和抗 HBV 药物的影响易诱发变异, HBV 变异后,可造成病毒不易清除并引起耐药,降低抗病毒治疗的疗效。S 基因的变异可发生 HBsAg 阴性的 HBV 变异株感染,出现“诊断逃逸”。前 c/c 区基因变异使 HBeAg 合成受阻,患者 HBeAg 阴性,但其病毒复制并不受影响,故可检测到 HBV DNA,甚至病毒载量较高;P 区基因的变异则可直接影响抗病毒治疗效果。

(3) 抗体介导的免疫病理损害:HBV 感染后血清中特异性抗体如 HBsAb、PreS1-Ab 和 PreS2-Ab 可直接清除血循环中游离的病毒,但抗原抗体形成的免疫复合物可沉积于肾小球基底膜、关节滑液囊等处并激活补体,引起Ⅲ型超敏反应。免疫复合物也可沉积于肝细胞内,引起肝毛细血管栓塞,导致急性肝坏死,表现为重症肝炎。HBV 感染可使肝特异性脂蛋白抗原暴露,并作为自身抗原诱导机体产生自身抗体,通过直接和间接作用损伤肝细胞。

(4) 细胞介导的免疫病理损害：免疫细胞通过识别细胞膜上的 HLA-I 类分子和病毒抗原发挥特异性 CTL 的直接杀伤靶细胞作用。细胞免疫是彻底清除病毒的重要因素,但对于机体来说是把双刃剑,过度的细胞免疫反应可引发大面积的肝细胞损伤,导致重症肝炎,但细胞免疫功能低下则不能有效清除病毒,易导致感染慢性化。





\\ 乙型肝炎病毒临床常用检测方法 /

1. HBV 抗原、抗体检测

表面抗原(HBsAg)、表面抗体(抗 HBs)、e 抗原(HBeAg)、e 抗体(抗 HBe)和核心抗体(抗 HBc)称为乙肝五项,是常用的 HBV 感染的检测指标,可反映被检者体内 HBV 水平及机体的反应情况,粗略评估病毒的水平。乙肝五项检测分为定性和定量两种,定性检查只能提供阴性或阳性结果,定量检查则可提供各项指标的精确数值,对乙肝患者的监测、治疗评估和预后判断等方面有更重要的意义,动态监测可作为临床医师制定治疗方案的依据。

2. HBV DNA 检测

乙肝五项检测并不能作为判断病毒是否复制的指标,而 DNA 检测通过扩增病毒核酸,对体内低水平的 HBV 病毒敏感,是判断病毒复制的常用手段。DNA 是乙肝病毒感染最直接、特异性强和灵敏性高的指标,HBV-DNA 阳性,提示 HBV 复制和有传染性,HBV-DNA 越高表示病毒复制越多,传染性越强。乙肝病毒的持续复制是乙肝致病的根本原因,HBV 的治疗主要是进行抗病毒治疗,根本目的是抑制病毒复制,促使乙型肝炎病毒 DNA 的转阴。DNA 检测对确诊 HBV 和评估 HBV 治疗效果也具有十分重要的作用,可了解机体内病毒的数量、复制水平、传染性、药物治疗效果、制定治疗策略等并作为评估指标,也是唯一能帮助确诊隐匿性 HBV 感染和隐匿性慢性 HBV 的实验室检测指标。



学习园地



赵全宇 心理咨询师

中美班二年级学员

国家二级心理咨询师

哈尔滨石油学院心理健康中心 总督导

加州健康研究院 (CIH) “智慧之心” 正念导师

在从事心理咨询第三个年头，我遇到了正念减压（MBSR）疗法，可能是得益于我过去对佛法的认同和认知行为心理咨询取向，正念理念瞬间赢得了我的心。从那时起，我便开始了系统的正念疗法学习，包括体验短期出家培训、正念减压工具课程、正念减压八周课程、葛印卡十日内观、觉知的力量七周课程、“智慧之心”正念导师培训、“智慧之心”正念 8+2 课程、“智慧之心”正念督导课程等。经过为期三年的学习和践行，关于正念我也有了一些自己的领悟，在此愿与大家分享。

践行正念，不忘初心

——浅析正念学习与应用

翻看自己的学习资料和文章，看到 2015 年参加的第一次正念工作坊——由中国心理卫生协会、麻省大学医学院正念中心、加州健康研究院联合主办——《正念减压工具课程》的中我曾这样写到：“学习正念是一来是为了过上充实、平静、幸福和有意义的人生，二来是要让更多的人了解、接受并实践正念。”而这一信念我至今未曾改变。

1

正念，英文 Mindfulness，梵语 Sati，又被翻译为“专念”、“静观”，在佛教语境中有三层意思：

- （1）觉悟：即作为人，对过往和现在的经历进行真实的感知。
- （2）专注：即聚焦于某处的觉悟。



(3) 回忆：即一种时时刻刻都能专注的体验。

从这个最古老的含义中我们发现，正念的根本内涵就是“时刻聚焦于当下体验的觉知”，后经过麻省大学医学院的乔·卡巴金（Jon Kabat-Zinn）博士将这一智慧引入医学治疗领域，开创了“正念减压（Mindfulness-Based Stress Reduce, MBSR）”疗法。MBSR 开创地运用结构式训练方式，通过多种形式的练习，让参与者体验正念的内涵和益处，同时又将正念去宗教化，形成了一套经过科学研究验证有效的心理疗法。卡巴金博士在 MBSR 体系的基础上提出了正念的操作性定义：有意识地、非评判地对此时此刻身心现象充满爱意的觉察（1979）。在这个定义中，包含了以下四个成分：

(1) 有意识的觉察：即专注，将你的注意力全部集中在要观照的对象上。

(2) 非评判：不是不允许有评判，而是对评判本身保持觉察，意识到评判是如何影响你的，当你越来越少地被自己的评判左右，你就能越来越清晰地看清事物的真相。

(3) 此时此刻：我们只能生活在此时此刻，当下是最真实的呈现，这意味着你需要以回归事物本源来感知事物的存在，唯有如此，你的体验才是有效和真实的。

(4) 充满爱意：即以慈悲喜舍的心去面对任何呈现出来的体验，当我们能够真正的爱自己、接纳自己，一切烦恼和痛苦都会烟消云散。

卡巴金博士创立的 MBSR 八周课程，包括正念进食、身体扫描、正念冥想、正念瑜伽、正念行走等练习项目，这些项目穿插在每节课中，通过课上学习、课后练习相结合的方式，使学员逐渐将正念融入生活，成为减压的不二法门。

随着科学研究的深入，正念在各个领域都大放异彩，比如正念亲子、正念分娩、正念抗癌、正念企业及正念国家。即便只是在心理咨询与治疗这个领域，以正念为基础的疗法就包括正念减压疗法（MBSR）、正念认知疗法（MBCT）、辩证行为疗法（DBT）、接纳承诺疗法（ACT）等。而我在临床工作中，一般会从两个方面运用正念与来访者工作。

2

正念的临床应用也要根据不同的目的采用不同的形式，不过所有的形式都是为内容



服务的，这些内容被卡巴金博士称之为“态度”，他认为，培育正念就好比种一棵大树，土壤的质量直接关系到树木的成长，而正念的土壤就是态度。在《多舛的生命》一书中，卡巴金博士归纳了七种核心态度，分别是：初心、耐心、非评判、接纳、放下、无为、信任。当然，在后续的版本中，卡巴金博士又提到诸如感恩、慷慨、宽恕等态度。无论是七种还是十种，或者更多，无非是想说明，正念离开这些态度，是冰冷无情的，而这些态度离开了正念，是空中楼阁的。所以，在临床工作中，我所运用的两个方面，一个就是正念的训练形式，一个就是将这些态度融入形式之中，也就是说，形式是态度的载体，态度是形式的灵魂。

例如，在正念吃葡萄干的练习中，我让来访者先假设，他是一个外星人，刚刚来到地球，从来没见过这个小东西，要带着好奇之心用看、听、触、嗅、味来感知这个小东西。将注意力尽可能地放在这些感觉上，同时留意伴随感觉而来的评价、解释和判断，再进一步地觉察因评价、解释和判断而升起的情绪和感受。

有的来访者在用手指挤压、揉搓葡萄干的过程中，会将手上的灰尘粘到葡萄干上。而当咨询师说要把葡萄干放入嘴里时，来访者会认为这个被蹂躏的葡萄干是脏的，进而产生恶心、不情愿、抗拒的反应。但葡萄干真的脏到不能吃，或者吃了会生病的程度吗？很显然是来访者的想法出现了歪曲，夸大了不良后果的严重程度，而这种歪曲直接导致其情绪表现与葡萄干实际的情况不符，而这种不合理的情绪反应，真正的原因并不是葡萄干本身的特点所致，而是来访者对这个葡萄干情况的灾难化评价和判断，以及对这个灾难化想法的确信。

这个确信尤为重要，因为人一旦确信一个想法，那这个想法就会产生力量，会影响与之相关的 N 多条想法，这些想法互相印证，形成一套有逻辑关系的假设系统，而一旦这些假设被现实中的某一事件证明是有功能性的，那么，这套假设系统便稳固地变成了这个人的信念，从而指导其认识自己、他人和未来。

熟悉认知行为疗法的人应该能看出来，上面这一段讲的就是自动思维、中间信念（假设）和核心信念三层认知结构。在正念吃葡萄干的体验中，我就是让来访者去觉察这个过程中有哪些想法是一闪而过、自动自发的，一旦找到“滚烫的想法”（hot thought，





即激活不良情绪反应的想法)，就可以向来访者指出，这些想法是如何影响其情绪的。一般情况下，来访者都会有比较深刻的体会。

这时，再引导来访者尝试不要去相信这个想法，而是回到吃葡萄干的体验中来，此时培养其放下的态度。虽然一开始很难，但在这个过程中，反复提及这个放下，以及前面提到的好奇，一般来说，在经过 20 分钟的练习后，来访者都会体验到不同的轻松。

正念的练习有很多种，每一种都侧重不同的态度培养，综合起来，就能让来访者形成交叉体验，巩固其对不同态度的理解和内化。虽然正念适用领域很广，但在实际应用中还是需要因人制宜，面对不同精神障碍的来访者，需要在引导上做出一些调整，并且在带领练习的过程中，要时刻紧跟来访者，节奏、语气、引导语等都要根据咨询师与来访者之间的关系和互动特点而调整，这需要不断地尝试和总结。

卡巴金博士曾经说过：要想讲授正念，首先要体验正念。因为正念不是知识和道理，而是体会和感受，只有感受深刻了，才能感悟深刻、共情深刻。与各位共勉之！



主创团队



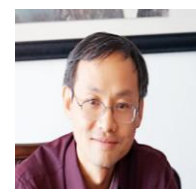
主编 | 王剑婷, PH.D
日本中央大学心理学系临床心理方向
中国心理学会心理测量专业委员会主试



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



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



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
《DSM-5》中文版工作委员会副主席

- 张心怡** • 留美心理学硕士, 中国注册心理咨询师
- 许思诺** • 留美生物医药信息硕士, 美利华在线健康大学电子工程师
- 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

