

第95期

2019年1月15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 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》



精神医学和临床心理学

督导与研究

Editor's Letter 写在卷首

新年·成长

成长，泛指事物走向成熟，摆脱稚嫩的过程。简而言之，就是自身不断变得更好、更强、更成熟的变化过程。曾经有人这样说“成长一看就是种特别孤单的存在。一如这两个字，连个偏旁都没有。”然而人，恰恰是因为成为独立的自己，从内部撑起自我，才不用再担心受到外力的抛弃，而形成真正在精神上的独立。

早在20年前我们就说这是个信息爆炸的时代，爆炸了这么多年，时间早已经被撕裂的没有了成形的模样，所以，不由自主我们就陷入碎片化生活——手机里诸多的群和圈，叮咚提示的网络推送，电话簿里只增不减的号码，然而，这些真的让日子过得充实了吗？我们真的因为每天清晨花六十秒收听了一条干货总结而得到知识的扩容了吗？疲于奔命般四处搜罗所谓“干货”时，你是否忘记了在过去，那些别人提炼、精粹过的东西我们叫“嚼过的馍”！

成长，既然为的是学会独立，那么放弃轻松的无用的社交，把别人花在手机浏览上的时间拿出来分给自己的专业，有意识的把自己现在这一秒和下一秒里串连起来，有选择的让知识从点到面，从干货生长成富有弹性的沃土，有一天你会发现，不再为独处而恐惧，因为你已经为自己创造好了支撑的力量！

我们知道对许多人来说在中美班的学习并不轻松，而我们始终认为专业学习的本质就是如此，唯有坚持才能制胜。投入的学习总能发现属于自己的成长的节律，而过程本身会越来越充满乐趣！中美班想要提供的是源源不断地养料，让每个人都可以享用更全面的知识盛宴！因此，有意识的投入时间和精力去夯实已知、扩容新知、思考未知，把一个个生硬的名词听清、看见、吃透、灵活机动的调动时间来学习，相信你曾经学习到的名词终会成为属于你的知识，转化为power支持你在职业的道路上坚实、自信的走下去！

只为成功想办法，不为失败找理由。年末岁初又是总结过去放眼未来的时候，2019年首月，给自己立一个FLAG：

把今后的时间用在值得的事情上，结实成长！



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

一例边缘型人格障碍合并转换障碍的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【心理学人】 16

浅谈人格障碍的临床诊断标准与治疗方针

【全科医学】 24

不愿忘记这一生！——一例轻度血管性神经认知障碍患者的临床会诊

- 案例报告示范
- 会诊后的治疗计划
- 答疑环节

科普：如何鉴别血管性痴呆与老年性痴呆



精神医学临床访谈

人格，在漫长的成长过程中逐步形成而来，我们的身边一直有这样一些人——他们情绪开合都很大，时而表现的热情激烈，时而又委屈痛苦的像个孩子，抱怨自己被不公正的对待，控诉被他人伤害，初始相遇你甚至会觉得这样很是率真可爱，久了，这份波涛汹涌、无休无止的拉扯最终让人感觉无力招架……即使是资深的临床工作者在处理边缘型人格障碍患者时也时常感到“具有挑战性”、“无休无止”，甚至是无从下手的，究竟如何形成，又该如何面对，且看本期访谈——

一例边缘型人格障碍合并转换障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生
肖茜 医生
责编 | 王剑婷 心理咨询师

【人口学资料】

| | | | |
|------|------------|-------|-------|
| 姓名 | W0813 | 性别 | 女性 |
| 年龄 | 31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 | 本人及家属 |
| 职业 | 出纳 | 病史可靠性 | 可靠 |
| 访谈时间 | 2018-08-13 | 联系电话 | XXXX |

主诉：“为求明确诊断、解决与丈夫、婆婆沟通问题，缓解躯体不适”

现病史：患者初二时得知自己非父母亲生，初三时出现反复“过敏性鼻炎，鼻炎”等情况，心情有波动。高中起住校特别是升到高二时感到高考压力大，加之养父生病，出现心情不好，经常哭泣，逃课，一周80%的时间都感觉压抑、焦虑且睡眠状况不佳，出现如撞墙，用拳头砸东西等自残行为。反复情绪爆发，感到这样能释放自己情绪。注意力明显不集中，人际关系也受到影响，想放弃学业，成绩下降明显，后通过参加成人高考进入大学。

上大学后心情仍不稳定，有时不想出门会整个下午睡觉，精力不佳，养父因病过世



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



后受到较大打击，脾气暴躁，常无故和同学争吵，有一次拿着玻璃杯直接摔到地上，把周围同学们都吓坏了。时常感到内心压抑，沸腾，会用哭泣来缓解情绪。养父的过世便利患者开始对自己的健康问题也非常担心，反复就医，称“担心自己得病会对家庭造成负担”。曾因“心脏不适”在当地住院，排除了躯体方面问题被诊断为“焦虑抑郁”，但未行抗抑郁药治疗。

人际关系一直不稳定——虽然相熟很快，但是总是关注他人缺点，敏感多虑使得友谊难以维持。较真执拗，开不了玩笑，管得多，会说一些不该说的话而得罪人。时常思考父母、丈夫对自己的不好。如果达不到自己要求就选择哭泣、制造冲突，半夜把丈夫叫起来聊天，不达目的不罢休。反复诉说自己身体不适，为小事也爱纠结，买东西自己做决定都感觉困难。患者喜欢把家中整理的特别整齐，物品一定要按规律摆放。爱与同事比较，对自己要求高、追求完美。目前饮食、睡眠可。

从未服用过任何精神药物。进行过4个月的心理咨询，特别是感觉正念疗法很有效，能使得自己从纠结中“跳出来”。通过心理咨询，现在身体的不适感可以控制，能够认识到自己是“小毛病”不用反复就医了。另外，患者自诉照顾自己1岁小孩时，情绪就能平稳一些。

目前想解决二个问题：①如何与丈夫、婆婆改善关系能好好的沟通。感到自己很难拒绝家人的要求，总想讨好别人，害怕拒绝别人要求会导致关系破裂。认为这与自己的原生家庭相关，是养母从小不让她表达自己的想法所致。②想到不开心的事情时，身体不适感强，头晕脑胀，喘不过气来，胸口有压迫感。想了解这种状况是否需要用药？

既往史：从小学起反复荨麻疹，初三后过敏性咽炎、鼻炎加重。

个人史：出生情况不详，1岁时被抱养，后又被寄养到别人家半年，出现了反复皮肤过敏。养母是工人，强势，脾气暴躁，幼年时常对自己“吼叫”，从小特别严厉，挨打时也不许哭泣，令患者感到很压抑。养父是农民，有“慢性乙肝”，身体一直不好，患者大学期间过世。回忆小学时心情尚可、人际好。初二时得知自己非亲生。目前结婚10年，丈夫在做生意，婚后育有二女，分别是10岁和1岁，大女儿基本是养母带大的。除了曾因经济问题与丈夫产生过有一些大的矛盾，大部分时间丈夫对自己比较好，也很依赖丈夫。但总体还会时常与丈夫、婆婆有冲突、处理不好关系。

家族史：因属于抱养患者不清楚生身父母的家族及遗传方面情况。





体格检查：电话访谈未查。

精神检查

一般情况：患者营养中等，时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语言速度正常，有良好的目标导向及逻辑性。

情感活动：情绪显焦虑，烦躁明显。

感知觉：否认错觉、幻觉及感知综合障碍。

思维活动：否认思维内容及形式障碍。

智力和记忆力：正常。

注意力：集中。

自知力和判断力：存在。

辅助检查

未查

病历小结及概念化：这个患者从小和养母间冲突大，养母严厉、苛刻，相当于受到“虐待”。父亲体弱，又让患者没有安全感。初二时得知自己非亲生，更加重了患者焦虑、情绪波动，压抑、自残等问题。患者诸多“过敏性疾病”属于身心疾病，与患者情绪不稳定相关。症状一直持续，人际关系明显受损，做“正念”有明显效果，符合“边缘型人格障碍”的诊断。另外患者对躯体过分关注、焦虑，出现了心理疾病躯体化的一些转换症状。该患者有两个诊断一是边缘型人格障碍，二是转换障碍。

初步诊断：1.边缘性人格障碍；2.转换障碍

主诊医师：肖茜

2018-08 -13



【访谈实录】

- 1.Z医生：你好，讲讲你的困扰吧！
- 2.来访者：我的困扰就是这么多年，结婚也有10年了，我觉得跟老公，婆婆，还有自己的妈妈关系都处得不好。然后还因为情绪控制不好，身体方面出现了很多不舒服，包括心脏，觉得是不是需要服用什么药物？
- 3.Z医生：你主要是两方面有困扰来找我们帮你会诊。一个是说跟亲属之间人际关系处理得有问题。第二个是经常会有一些躯体症状，是这样的吧？
- 4.来访者：对对。
- 5.Z医生：OK。好了，那先讲讲这个关系不好，讲一下你主要是跟谁的关系不好，严重到什么程度？
- 6.来访者：小时候跟爸爸妈妈之间的关系，主要是跟我妈妈，因为我妈妈脾气比较暴躁，**比较强迫**，我就觉得从小跟妈妈的沟通就不好。然后结婚以后吧，跟我老公，还有公婆之间的关系也处得不好。比如说因为我婆婆的观念，稍微有一点点焦虑嘛，然后很多时候沟通方面，或者说她说一句看起来不是特别严重的话，但我就觉得心情会不好。然后有些事情有自己的意见，很难跟他们去沟通，也从来没有去沟通过，然后一点点小事情就会不高兴。
- 7.Z医生：哦。那就说，那我们一个一个讲，**你说妈妈有一些强迫**，在你看来跟你的关系有问题，你说的强迫指的是什么？
- 8.来访者：强迫的话，比如说小时候无缘无故会过来吼我，然后我犯了很小的错误，比如说小时候衣服扣错了，她就会打我，打了以后不许我哭，就属于这样子。然后大的事情的话，很多事情她会帮我做主，很少来问我的意见。
- 9.Z医生：哦。**这不叫强迫了**，意思说她很武断，就是经常帮你做一些事，告诉你怎么弄，这是为什么你后来不太容易自己做决定，因为她都帮你做决定，你没有那么多练习的机会，所以

2、来访者表达自己的求助目的。

3、简单进行摘要确认。

6、童年期的问题+ 婚后与老公婆婆的关系+自己的心情波动，来访者对于当下自己的情况进行描述。

【相信+确信】

来访者通常对自己当下的问题都有自己的解释或理解，问诊全程是“相信”来访者对病情的描述，但同时也是“确认”病史的鉴别过程。因此学会

7、来访者理解的“强迫”是不是精神医学定义的强迫？在此处进行鉴别。

9、从专业的角度给出解答。在这里进行了一次“**过渡式摘要**”，旨在把来访者提供的重要信息汇总提炼后作为理解来访者“真意”的总结，并过渡到后面的内容上去。



现在做起决定来比较容易纠结，是这意思吗？

10.来访者：对对，小事情也很难自己做决定。

11.Z医生：好嘞，那我听懂了，这是一个事。你说和婆婆关系处得不好，跟婆婆主要冲突在哪里？

12.来访者：因为我婆婆我感觉比较焦虑，比较会唠叨，有时候付出多，就是观念方面跟我们不一样，然后她也不会说话，有时比较客气，有时候特别会命令性的，然后一句话我就要不高兴，遇到大的事情，大家也没有说一起坐下来商量，遇到事情就要这样僵掉。

13.Z医生：等于是妈妈比较强势？

14.来访者：对对。

15.Z医生：对老公也是这样指手划脚的，是这样习惯了对吧？

16.来访者：对对。

17.Z医生：好嘞，那我听明白了。因为你对你妈妈小的时候，替你决定一些事很反感，所以你很自然的对婆婆这样也反感。现在好不容易出现个温柔的丈夫，挺好，那咱怎么还跟他也有问题？

18.来访者：我觉得他有些事情就要有自己的主见，比如说我跟我婆婆有矛盾或者怎么样，因为我毕竟是媳妇，我觉得有些事情应该他去说，他去做，如果我到处去做的话，会引起不必要的矛盾，但是我老公的个性就是比较弱，就不会去说，看着你们起矛盾，他也不会中间调节一下，是这样的个性。

19.Z医生：哦，那是这样理解，是嫌他妈妈特别强势武断，嫌老公特别窝囊。

20.来访者：对对。

21.Z医生：意思说不能够顶得起来，是说这个意思？

22.来访者：嗯嗯。

23.Z医生：好了，那我听明白了，是这样的。你对这些东西都比较敏感。但是你的情绪也是经常这样，即使他们都不在的时

10、来访者重新看待母亲对自己行为上的影响——爱替自己做主，影响自己现在遇事爱纠结。

11、开放式问题。

12、来访者叙述：婆婆焦虑爱唠叨，观念不同，婆婆会命令而不能商量等等细节。

13-15、督导医生：反映式倾听。确认对来访者在现状的理解正确与否——“确信”。

17、**联结式摘要**。把上下两段对话中的内容相关联，呈现给来访者她经历过的情况是否如实？

询问现在例外？“明明有个不强势的人，为什么也处不好？”

18、来访者陈述她自己的理由

19、反映性倾听。抓住核心反映来访者的“心声”。

20、推测来访者想表达的“心里话”——“确信”。

23、特定情境分析。来访者往往会概括性的谈论自己的问题，此时需要消除潜在歧义，尝试进行更清楚的鉴别。



候，也是高高低低，也会不高兴，容易发怒，是这样的吗？

24.来访者：对，跟外面的人，比如说单位里面有时候人家一句话或者说一个事情，我心比较急，一说最好别人就要来回应我，给我一个结果，是属于这样的个性。然后跟人相处起来的话，有时候也比较困难。

25.Z医生：对的，看起来是这样。你有过长时间治疗过吗？给自己吃过药，或者是医生建议你吃了什么？

26.来访者：就像是2018年，2017年的时候，我二胎怀孕之前，就10月份的时候诊断出来焦虑症嘛，那我就吃了一个多月还是多久的黛力新。

27.Z医生：哦。吃了黛力新好使吗？

28.来访者：黛力新我觉得，可能因为我那段时间不稳定，一个礼拜可能一两次要哭吧，然后吃了黛力新以后感觉心脏也舒服了，哭的症状好像也缓解，好像人就是开心一点。

29.Z医生：哦。你现在没有吃药了？

30.来访者：哦，我没有吃药。后面因为二胎怀孕了，药就停掉了，就一直没再吃过药。

31.Z医生：哦，那现在呢，晚上睡觉行吗？

32.来访者：睡觉还行，就是有时候起来的话，或者说听到声音什么的话，心脏有时候会蹦蹦跳，会不舒服，然后有时候很闷。

33.Z医生：OK。平均来说，一个礼拜是7天，有几天睡不好？

34.来访者：我睡眠每天倒是还可以，就是心脏基本上每天晚上就有点不舒服。

35.Z医生：哦，睡觉还可以，但是心脏不舒服，那这就好办了。你是想跟我讨论一下，知道自己得什么病，然后咱怎么治疗是吗？

36.来访者：嗯嗯，对。

37.Z医生：好嘞，你这个病确实是叫边缘型人格障碍，还伴有明

24、来访者把自己的模式更清楚的表达出来：不单单是与家人，与其他人相处也感觉有困难——此处也可以理解是对疾病模式的鉴别，特定阶段下的问题可以是“适应障碍”。泛化的模式，更广泛的人际关系损害为“人格障碍”。

25、了解既往就医及用药经历。

26、服用药物后病情症状的改善。

28、提供有效的药物治疗史。这一点为治疗及诊断都有贡献。

31、关注情绪波动可能引起的其他临床症状表现。

32、诉有躯体化表现。

33、再次确认来访者的主诉，为提供解决方案达成聚焦目标做准备。



显的焦虑，就是主诊医生说的这个病。这是怎么来的？就是小的时候，父母比较强势，冲突比较多，你又知道了自己是被抱养的等等不愉快，慢慢地你就变成了一个不欣赏生活、没有感激之情，然后也不快乐。

38.来访者：对。

39.Z医生：好了，先说怎么治疗比较好。第一从生物学的角度，很明显要运动，运动是百益而无一害了，多运动就能够让你情绪恢复，另外小孩才1岁，说明你刚生完小孩才一年嘛，就是越锻炼越容易恢复状态，你属于身体素质不好的人了，各种免疫系统的毛病，不管是鼻炎、荨麻疹，又连续生两个小孩，所以这都对你也是个损伤了，所以抓紧恢复锻炼。你达到了用药的标准。这期间首先选一个SSRI我觉得比较安全，焦虑比较多的，在SSRI和SNRI上选一个都可以。因为考虑到你刚才说的这些焦虑，这些发脾气，所以我们就在这种抗抑郁药和心境稳定剂之间要做这么一个选择，但试一试才知道，哪一种药对你有效。我认为你这种人应该首选的是叫思瑞康，就这种心境稳定剂，因为你是发脾气，不高兴为主，还不是影响食欲、睡觉，也不是抑郁障碍，到处找茬，到处挑，心境不稳定，你的心境易激惹，别人说就生气，所以我要首选的药会选择思瑞康这类的药，但是如果医生会选百忧解、文拉法辛都可以理解，因为是从不同的角度考虑适应症的。心理咨询是主要治疗，就得这样去想，你1岁是被抱养了，我的意思肯定是你生母放弃你了。

40.来访者：对。

41.Z医生：有这么两个原因放弃：第一个咱是女孩嘛，一般咱中国重男轻女是路人皆知的。

42.来访者：对。

43.Z医生：第二个就说你很幸运，咱不说养母的脾气要多好，就是从一岁好好把你养大，现在据说你养母还帮你带10岁那个小

37、告知诊断将成因简明扼要的进行描述。

38、从生物-心理-社会三个方面进行调整：

药物：目前情绪波动大，二孩还小，躯体症状可以用药调整，保证身心状态的及时恢复。

←常规药物选择范围是以抗抑郁焦虑首选的SSRI或SNRI类的药品。

←督导医生在这一段中回顾了来访者的行为特点是以“心境不稳定”为主，因此建议药物可以锁定为二代非典型抗精神病药物思瑞康，以此来解决来访者抗焦虑及稳定心境的问题。这样用药也是考虑到了来访者曾用黛力新后药物感受好这一信息证明间接于说明来访者在“抗精神分裂症+抗抑郁”的双重作用下状况能够有效缓解。但由于黛力新的临床安全性不佳，因此需用更安全稳妥的药物。

41-43、认知重构。运气差的点：被人遗弃 VS. 运气好的点：养母一手养大自己，现在还在照顾孙女。



孩对吗？

44.来访者：对对。

45.Z医生：所以这就是刀子嘴豆腐心，你的生母并没帮你，是重男轻女，但养母却抚养你长大。

46.来访者：对。

47.Z医生：你看那一家是对你遗弃，这一家是接管过来行父母职责，最后当姥姥也当得不错，我相信你没有按照保姆去付她钱了。她当姥姥也尽职了，给你养这小孩，让你去养二胎，我的意思是一个农村老太太，或者是教育程度不高，努力去做这件事。做妈妈、做姥姥做到这种程度我看不出她主要的毛病是什么，**但是我看出来你应该对这样的人抱一个感激的心情**，因为你完全可以被送到孤儿院，完全是被别人抛弃，甚至可能都活不到今天。我听说南方还有那样的地方，放一个什么安全岛，直接把孩子放篮子里就给扔在公家门口让给收回去。父母把孩子放到篮子里给扔掉，这种事你说对人的打击多大？你的养母给认真接过来了，好好尽着责任，尽管能力有限，你要这样去想，咱这个妈，看起来像亲妈，不像后妈，不像虐待你的妈，那就行了。你以后能不能做成这样我不知道，她做的这个我看是合格了，虽然可能不完美。你这合不合格现在还不知道，你这10岁的小女孩，以后结婚生小孩你能保证去替她照看，你保证能去替她做事不发脾气，也很难讲。明显你这个身体跟你这个焦虑看起来确实有关系，所以你还有第二组症状，就是你是非常容易出现这些躯体症状，尤其一生气的时候，你就心脏突突地跳，我认为这是心脏的转换障碍。什么意思呢？就是**心理疾病躯体化**，在这种心理疾病的基础上引起的。你的很多疾病都属于身心疾病，我们说的荨麻疹、鼻炎、浑身过敏这类的，多少是跟焦虑有关，所以你是个焦虑水平非常高的人，但你重点痛苦不是鼻炎等。你是说一生气晚上就心脏突突，一生气浑身就有各种各样的问题，所以你这听起来像是一个转换障碍。

45、认知重构：养母是一个“刀子嘴豆腐心”的好妈妈。

47、摘要+反映式倾听+认知重构。

←在这一段的叙述中督导医生从案例报告中了解到的来访者的家庭支持情况、成长史以及来访者自身在会诊中的困惑以及性格特征进行了综合性的重构。

生恩没有养恩重

↓

举例社会现状：安全岛

↓

提示养母持续性付出的可贵之处

↓

与来访者自身性格特点与养母付出的比较。

←谈及来访者的性格特点，自然的导入到对其心理状况的说明。

易焦虑

↓

躯体化显现：转换障碍



尤其边缘型人格障碍会带来很多焦虑，但是你以转换障碍为突出，都变成这些躯体症状。所以这是我用思瑞康的原因，降低你的焦虑。这焦虑水平降低了，就不跟妈妈，跟婆婆，跟丈夫吵架。心理咨询刚才说，你用感激的办法理解妈妈，才能做到。这个婆婆现在是这样的，这个婆婆管自己儿子，很明显婆婆就是强势了，婆婆管儿子，现在还想管你，恰恰说这个婆婆是本色出演，不是说见着你对你就横，对先生崇拜得把他像皇上一样伺候。你这个先生这么好的脾气也是被她训练出来的，**所以妈妈特别强，小孩就特别弱。**这个弱的好处在哪？你是比较强的人，你要再找一个跟你妈一样的，你要再找一个跟婆婆一样的丈夫那你就惨了，就变成天天打架了，所以恰恰是你婆婆的这种培养方式，让你的先生比较能够承受你的打击、发脾气，看起来像是他拿不了主意，恰恰是在动力上能够承担你这样的，来自于不完美的家庭，你的脾气也不小了，我不知道你跟婆婆谁脾气大，但是你这脾气明显是不小了。如果没有她那些辛辛苦苦的训练，咱接管了之后还管不下去，幸亏她的培养好。丈夫也没有什么重男轻女，那不挺好的吗？不嫌弃两个女儿，就是因为他没脾气才这样，如果你遇到脾气大的人就麻烦了，就打、闹，跟你重男轻女，这日子更难过，现在这个家就比较好、适合你。

48.来访者：对。

49.Z医生：他不能反对他妈妈，是因为他一直没反对，我们合理的时候，提出合理的要求，得告诉先生为什么这样说，把自己理顺好了，把丈夫争取过来了，一起去跟婆婆要求一些合理的建议，那听起来就挺好。如果要倒过来了，说你婆婆是个没脾气的人，但是先生像你婆婆现在这样的和你打来打去，那你这日子就过不下去了。

50.来访者：嗯。

←人格底色之下突出的症状表现，因此说明用药的意图。

反映性倾听+认知重构+动机面询：

←在一段的叙述中，督导医生很巧妙的把来访者在前面对丈夫软弱，不能与婆婆很好沟通的抱怨，总结概括为家庭“母强子弱”的格局来，而且来访者认为自己深受其害，却是“不知不觉中的受益者”。

解说：丈夫的家庭母强子弱

↓

呈现：来访者人格的不完美

↓

呈现：丈夫的宽容与接纳

↓

升华：适合的才是最好的！

49、动机面询：

理解丈夫的性格特点，从对立到争取，让自己的目标通过与丈夫的联盟而成功。

（来访者此时在访谈中情绪有明显改善，回应语气轻松，不时笑着回应督导医生的发言）。



51.Z医生：所以你从这个角度去想，找个咨询师，找一些策略，就是先把自己调整好了，然后用更感恩的心情对待妈妈，用另一种办法来调节，说婆婆现在看起来不是说不管咱们的孩子，也不是说想把咱们给踢走，不是要丈夫赶紧跟你离婚，说你没生儿子，这才是本质的冲突。你和婆婆根本没有本质冲突。你理解了多亏她这样才把丈夫训练成这么温柔，要是老太太当年太温柔，那咱的丈夫不就凶神恶煞了？就是因为她凶神恶煞，所以咱先生变得温柔了，所以你摊上好人了。这边摊上个妈，做姥姥都尽职尽责，那边碰上一个老婆婆给你培养出来一个温柔似水的丈夫，咱们这个熊脾气人家还能接受，所以这就挺好的了，所以咱的运气不算太差。那这样去想，跟咨询师聊一聊，咱的日子就好过下去，这样清楚吧？

52.来访者：对对。

53.Z医生：社会资源方面，这期间小孩还小，焦虑水平高，别做那些影响睡眠的工作，别熬夜，你选的工作也挺好，看起来能够按时上下班，但是注意不要加班，不要突击，假如月底报账都提前做好，按规律去计划做事，因为你是焦虑水平高的人，一旦你是这么焦虑，一旦跟别人起冲突，一旦睡不好觉，你这全身所有的症状，包括你的荨麻疹、过敏性鼻炎都会加重，这不值嘛。

54.来访者：对对。

55.Z医生：尤其你还容易出现转换症状，就是包括整个躯体状态都会变坏，你得尽量管好自己，别那么大脾气，对咱自己就好。所以大致是这样的，通过运动，吃思瑞康这类药物。心理咨询找一个人用认知行为疗法，社会资源就暂时做这些工作，别涉及到熬夜，所以你的疾病大致是这样，诊断就是边缘型人格障碍，再加上转换障碍。之后我们讨论结束医生会再给您反馈电话。这样好吗？

56.来访者：嗯，好的。

51、综上所述进行摘要+动机面询：

调整自己的情绪问题；感恩养母；婆婆与自己没有本质的冲突和对立；婆婆还造就了一位适合自己的柔和的丈夫

↓↓

看似种种不好的生活史、环境反而对来访者来说有诸多的好处。

53、社会方面在工作方面的减压策略。

55、总结性摘要：

生物-心理-社会综述向来访者总结治疗方案。

（访谈在愉快、轻松的气氛中结束）



案例讨论 /

【督导医生的概念化思路】

来访者说话很干脆，头头是道，尽管有的时候讲的是歪理，但是她说的内容全部都是神经症，没有什么精神障碍，而神经症为主的意思就是以焦虑为底色的。别人一刺激她，她心脏就突突地跳，要不然就会等等浑身出现一大堆症状，这些都是明显的转换症状。所以说明她是以边缘型人格障碍为底色的，出现的多以神经症为主，而不是那种多巴胺非常多越界发展为精神症的患者。这个病人又是心境不稳定，又是焦虑，SSRI类药物起不到心境稳定的作用，只是治疗焦虑。所以我会选用一个既能稳定心境同时还能抗焦虑的药，当然首选就是思瑞康了。心理咨询方面，我今天给大家现场展示了一下怎么做心理调整——告诉她怎么去看待妈妈，怎么去理解丈夫，怎么去对付婆婆，自己怎么做能让自己高兴，所以可以看到咨询在没结束的时候，她已经哈哈地笑起来了。通过咨询师的“再解释”，给她带来的全是力量。我们不是煽动仇恨，不是让她离婚，相反是接受这三个人，因为这些都是她的挚爱亲朋。比如会谈到：

- ❖ “曾经可能只因为是女儿，所以生身父母把你抛弃了，可是现在你也生两个女儿，丈夫、婆婆都并没说什么，这多好？”
- ❖ “你的养母还在继续帮助你，养了你还在养你的孩子，你还不需要付费给妈妈！所以人不能够总是对别人那么多的要求，对自己没有要求。”

今天总体是给大家示范怎么在行云流水的对话中完成诊断、鉴别诊断，和认知的这些评估等等。

从鉴别的角度上来考虑，人格障碍的重点落脚虽然都在人际关系问题上，但今天这个病人很明确表现出躯体症状的问题，从最临床观察来看出现躯体症状的类别中边缘型会远远多于强迫型，所以需要思考哪个诊断更合理。一方面这也相当于是我的一种扩展理解，但是我仍然遵循着一元论的原则。通过案例报告和访谈我强烈的认为她属于神经症，心境不稳定，所以我才会用更强的心境稳定剂，都没选用SSRI。再加上她用黛力新有效。试想黛力新的成份是抗精神分裂加上抗抑郁的复合药物，所以听起来暗示她应该不是纯粹抗抑郁药能起效的，而是需要具备心境稳定作用的用药更合适。所以这些都在支持我做临床决策。



心理学人

浅谈人格障碍的临床诊断标准与治疗方针

作者| 王剑婷 心理咨询师

张道龙 医 生

在我们的学习系统中人格障碍的案例不少，近期临床诊疗技能大赛中连续出现的边缘型人格案例也再次引起学员们的热议。我们总结大约存在这样几种可能：

1、临床思路的差异。就我们了解到的情况而言，国内临床工作中对人格障碍的诊断还存在一些误区，比如认为人格障碍没有特效治疗的药物治疗，也有专家认为人格是流动和变化的，人格障碍需要在不确定的症状之间区分有较大的困难，所以或多或少都会刻意回避这一诊断。这种问题我们相信随着未来ICD-11在国内的全面推广，精神医学临床也将逐步在诊断依据和思路上更与国际化接轨；

2、治疗思路的差异。目前精神医学临床在国际上公认人格障碍并非依靠药物作为首要治疗手段。这使不少医生误认为人格障碍既然“药物治疗不好，那就放弃这五诊断”，因此国内临床面对人格障碍患者多以“抑郁”、“焦虑”或者“躁狂表现”等片断的、从症状化的角度去解释患者出现的问题。而恰恰是由于这种过于简单的“对症诊断与治疗”，不能帮助患者从精神心理上理解自己的“疾病模式”，反复出现“吃药见好，遇事加重”的情况，加剧内心的悲观情绪，使得问题长期化，也难治化，同时他们的家人朋友也难以理解患者真实的疾病原因，反而会责怪患者的主观能动性或情绪波动等，造成症状越治越多，越治越麻烦的感觉。

在这两种前提之下，中美班作为由全国各地医生及咨询师推荐案例的会诊型教学系统，就会出现这类顶着双相障碍诊断而来的边缘型人格障碍，顶着抑郁障碍诊断而来的回避型人格障碍，顶着焦虑抑郁障碍诊断而来的强迫型人格问题等等。其中尤其以边缘型人格障碍，精神病性的问题与神经症类型的问题想交织，症状多样，且很多患者自年少起就经历家庭环境方面的巨大变化或创伤，多种问题叠加在一起患者反复就医，却反复感觉难有起色，因此更加表现出临床诊断与治疗的难度，迫使临床工作者们不得不需要督导会诊，因此最后形成汇聚到中美班而来的状况。

实际我们发现，往往经过中美班案例会诊之后，患者才首次重新去回顾自己的生长



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



史及病史，真正站在原点上看待自己的状况，因此，我们的会诊中多次出现患者“被贴标签”反而如释重负的奇妙现象。试想，一位久治不愈的患者终于能够看到医生能够把自己那些奇奇怪怪的症状合理的解释清楚，并且给出应对策略，这种得到理解和接纳从实质上来说根本不可能是对来访者的冒犯，反而能够使得他们从单纯的“思想问题”中解脱出来，从源头上综合性的“对症治疗”，更加全面的帮助患者走出困境。因此我们坚持与国际化的诊断标准接轨，以科学而客观的态度该诊断就诊断，将病人真实呈现出的问题通过一元论进行概念化理解，最大程度的尝试帮助他们解决困扰。因此，这种非人为的案例集中，反而从某种程度上说印证了我们之前的判断——人格障碍从来都不是太多了也不是太少了，只有掌握规范化的诊疗思路才能有效识别且有效助人。藉此，我们以DSM-5为蓝本来看看，究竟何谓人格障碍。

人格障碍，患者是谁？

看到美利华的临床诊疗技能大赛，有一些朋友会发来信息向我们咨询究竟什么是“人格”？它怎么就“障碍”了呢？！也还有朋友直接会说：“我/我的朋友/我身边的某个人就会像会诊案例中的那人一样，很难相处！”

人格障碍从流行病学的统计上来说，其实是种挺普遍的存在。在美国的调查显示，约有15%的美国成年人至少有一种人格障碍——“至少有一种”的意思是说在不少人身上可能还会有很多复合型的表现！大家不要觉得这只是在美国，我们有美国的数据是因为他们对于疾病管理和筛查的能力、调查本身的科学系统化能力目前都要高于我们和世界上的大多数国家，所以，他们在多种领域中有累积的统计数据可查可对比，而我国调查统计的水平与对相关疾病的重视程度还有待于进一步的提高，因此遗憾的是我们现在并没有有效的统计数据，还在一片空白当中。

想想过去这近40年以来中国的巨大变化，高速发展的社会及生活水平分层，会使得一代甚至二代人同时经历来自于经济、文化等多方面的冲击，不同于以往的生活压力和竞争局面会促使人们在生活中呈现不同程度的心理变化，而这一切，并没有多少前人经验可以学习、参考，加之我们的精神卫生体系尚在建设与完善当中，所以在国内，可能存在大量原生态的、各种未经过干预的人格障碍患者。这个人群当然也会寻求帮助，可更无奈的是如前所述，在国内的精神卫生系统，人格障碍的诊断属于近几年才开始导入的观念，所以长久以来患者被大面积的误诊误治不可避免。人格障碍，更不是因为有了诊断标准而被“生造”出来的病，而是一直存在，但被我们视而不见罢了。



2013年最新出版的《精神障碍诊断及统计手册》第五版（DSM-5）是由美国精神病学会对相关精神障碍的分类工具书，随着问世 60多年以来的不断改订、讨论，可以说是专业领域人员目前系统化学习并在临床诊断中辨别精神疾病的最好的参考工具（注意，这里没有之一）。在DSM-5中，人格障碍被如此定义：

“明显偏离了个体文化背景预期的内心体验和行为的持久模式，是泛化和缺乏弹性的，起病于青少年或成年早期，这种问题长期存在并导致个体的痛苦或损害。”

目前人格障碍被分为三个大类十种主要问题

A组人格障碍：奇特-古怪性

- 偏执型：对他人普遍的不信任和猜疑以至于把他人的动机解释为恶意的心理行为模式
- 分裂样：一种脱离社交关系，以及情感表达受限
- 分裂型：对亲密关系感到强烈的不适感，且认知或感知扭曲以及行为古怪

B组人格障碍：戏剧-情绪化和不稳定

- 反社会型：漠视或侵犯他人权利的心理行为模式
- 边缘型：人际关系，自我形象和情感不稳定以及表现出显著冲动行为
- 表演型：过分情绪化和追求他人注意的心理模式
- 自恋型：自我夸大的，需要他人赞扬且缺乏共情的心理行为模式

C组人格障碍：焦虑-恐惧性

- 回避型：社交抑制，自我感觉能力不足和对负性评价极其敏感
- 强迫型：专注于有秩序，完美以及控制的心理行为模式
- 依赖型：过度需要他人照顾相关的服从和依附行为

图1 人格障碍的分类（参考DSM-5）

可能你会存疑，中国有14亿人口，世界上有70亿人口，我们仅用这10条标准就能描述几十亿人的性格特点！？与此浩瀚的数字相对而言，不能忘记的是科学从来都是在一个有度的范围内工作，人格障碍的研究并不是为了描述人类总体的人格，而是从妨碍社会生活或患者适应社会的功能的受损模式来思考“最异常”的数种问题，不断地总结、归纳成为现在的模式。这些问题不排他也并不为唯一，只是最具代表性的人类人格方面需要关注的问题的一个总结与集合。



人格障碍，问题在哪？

中文里有【性格】和【人格】两个词，但就如语感中传达出的那样，我们想到“人格”的时候常常还会想到的是“高洁的人格”等与道德相关的意思，而并非“性格”一词完全中性的表达。与此类似，心理学中的【性格】也更代表着不易变化的无关于好坏的“个人化的特点”，相对而言，【人格】一词中含有认知功能、态度、兴趣、价值观等比性格更广泛的概念在其中。

人格障碍患者不管是离群索居还是与人争斗，他们的异常都能被他们身边的亲人、朋友、正常社交范围内的人感知到。比如在美利华的临床案例中我们可以看到，强迫型人格障碍与强迫症相比，前者是除了对自己以外，对人事物同样的刻板、教条和高要求，希望所有事都能做到尽善尽美，会因为过分注重细节、墨守成规，反而影响工作效率。在生活中这类人群对周边事物也眼光挑剔，容易使自己和身边的人陷入紧张焦虑的氛围，或者因为达到人少而无法与周边的人好好相处；与此相对，强迫症的人不关心外界的人事物，而对自己有在某一方面严格有要求或不合理的规范，并因为这些侵入性的思维需要得到放松而不得不机械性的重复或仪式化某些行为，并因此干扰到正常的生活内容而痛苦。因此，虽然都是“思维行为的刻板教条”，但是影响的范围、对象、程度都不相同。再例如边缘型人格障碍，在于由于内心的不稳定和空虚而出现的各种情绪变化，有可能对自我进行不断的否定与攻击，同时对外界也会提出各种要求，索取爱与承认等等，呈现出多变及极其两极化的人际关系模式，而并非抑郁或焦虑问题可以解释的单纯性情绪问题……这里限于主题不能一一列举每个障碍的表现特征，但如前所述，每一种人格障碍都有其或主动或被动的出现在人际关系当中的问题及不恰当思路。内核看似不同，但所有人格障碍最主要核心问题在于对其在“人际关系”的困扰。

人格障碍，如何产生？

我们都知道人格的形成不是朝夕之功，与其生活环境、家庭养育、互动模式，甚至所处的文化都密不可分。同理，人格障碍也不是一朝一夕所致。我们常会发现某个人因为外界环境的刺激产生性情上的变化，比如由于失恋而变的不自信或内向，再比如由于经历了车祸而变得胆小怕事，失眠多梦等，这些都属于外界压力或创伤所带来的性格和行为模式改变，有可能是一过性的，也有可能由于病情迁延缠绵，而发展成为慢性的心理疾病，但这些对人格造成的损伤往往较少，在精神医学中把这部分问题归类于“适应障碍”或“创伤性应激障碍”——突发性事件对成年人的人格的影响小，主要是对情



绪、行为等产生较大的震动。或者应该这样说，越在幼少时期发生的种种问题越容易影响到人格形成，比如长期经受各种形式的虐待，在校遇欺凌霸凌问题，家庭中的重大变故等，这些人生早期发生的创伤性事件，不经过任何干预会持续性对人格的形成产生较大的隐患。因此，人格障碍虽然没有明确的“发病时间”或者说“分水岭”事件，但所有人格障碍的行为表现及思维异常往往自青少年时期就有迹可循，而且是这个人在他的生活中一直维持着的基本连续的处世模式。如果在生活中有人自幼年时期就总是与周围格格不入，从小就表现出行为、思想乖张或者心境的不稳定等明显异于周围人群的行为模式，那么即便不是百分之百，他/她罹患上述某种人格障碍的可能性就会高于其他人。

人格障碍，如何治疗？

人格障碍被收录进精神医学的诊断用书当中，那么就首先肯定了一点，这十种人格障碍都是“堂堂正正”的精神疾病，而并不是我们单纯意义上理解的“性格不好”。人格障碍与其他精神类问题同样，最大的特点是虽然是一种“疾病”，器质性的病变却几乎不可见。所以做任何的生理解剖检查都无助于发现或解决问题。比其他精神类疾病更为特殊的是，人格障碍连神经递质之间的异常或内分泌的紊乱都不明显，因此任何一种精神类药物都不具有特别的治愈或治疗效果（在情绪波动特别大的时期，如产生自杀或暴力问题明显时可以服用一个时期的心境稳定剂，但，这也只是治标并不治本）。这种障碍更像是思维模式引起的行为问题，更多的需要患者本人通过自我了解，加强自我控制，增进自我效能进而得到改善，这句话不大好理解.....好吧，核心意思是“人格障碍是无药可医，心师协助，自救为上”。医生，主要是诊断并且在情绪波动特别大的时候给一点药品帮助患者渡过难关，从长远来说能帮到人格障碍患者的只有患者本人并辅以心理咨询师的协助。

药品都治不了，靠谈话可以做什么呢？简单的说，心理咨询师在这里承担的就好像是一个康复训练中的教练角色，是以“科学指导、从旁保护、督促鼓励”为目的的存在。这个辅助干预的道理和人格障碍的形成也密切相关——养出一个人格障碍患者，他的生长环境、父母的养育方式、家族性的遗传问题、人际交往沟通的模式，是一个系统性问题，单独靠患者一个人开始改变是非常困难的。就算当事人已经脱离了原先的生活环境，但已经固化了的行为模式及情绪易感性很难自然而然的得到改善，需要一个长期的过程来形成新的模式，建立有效的机制来处理原先患者不能处理好的问题。此时，经过



专业化训练的咨询师在很大程度上对人格障碍者进行认知上的调整，在情绪危机时给予保护，在低迷受挫时给予陪伴，在不稳定的波动中给予边界.....根据每种问题的不同，用不同的方法来处理与解决，提供行为范本，探讨可供当事人自己选择的不同于以往的处理办法等等。这不是简单看一两本书就能获得的信息和技术。所以，无论是患者还是其家属，包括心理咨询师等多方，在充分建立信任并合作的前提下，以充足的心理准备和足够的意愿为前提，通过至少1-2年的努力及持续性的工作，在一定程度上对人格障碍患者的思维校正、行为纠偏、以及增强心理能量起到助益。

人格障碍，彼此关联？

人格障碍的种种问题既不是通过正常行为来抑制，也不是通过某种特定的行为来夸张表现，而是通过相互矛盾的行为与思维在震荡中呈现出来的综合的精神状态和行为模式。从医学诊断的需要来说，利用可观察的行为进行锚定诊断无疑是临床工作中的需求与必要。但是这样的方法同时也会有其局限。比如说同样的人际交往回避问题在回避型人格障碍及分裂样人格障碍中都存在，冲动控制的问题在反社会型人格及边缘型人格当中都可以看到，因此单从个别行为层面理解人格问题是不足以证明其成立的。人格形成的重要因素，行为背后的相关信息都是需要了解和掌握的内容，也正是因此才有了开篇所描述的15%的美国人“至少有一种”人格障碍的提法。

作为心理专业对于人格障碍的理解，在这里我们可以利用一张图来描述关于人格障碍各个问题之间的关系。这个图的构思来源于《边缘性人格障碍的移情焦点治疗》这本书对边缘型人格障碍理解的原型。但由于书籍当时还参考的是DSM-4-TR版本，较现在的研究有了许多变化，因此在原版之上做出改动与调整，便于我们作为临床心理工作者理解各障碍与其背后情绪、行为、症状之间的关系。这个图示力图将DSM-5中的人格障碍分类与其背后的精神维度结合在一起，构建出一个理解人格的领域地图。

从左至右表示了人格障碍的内显—外显程度，由上至下的表示了其精神病性及行为对社会功能影响程度。



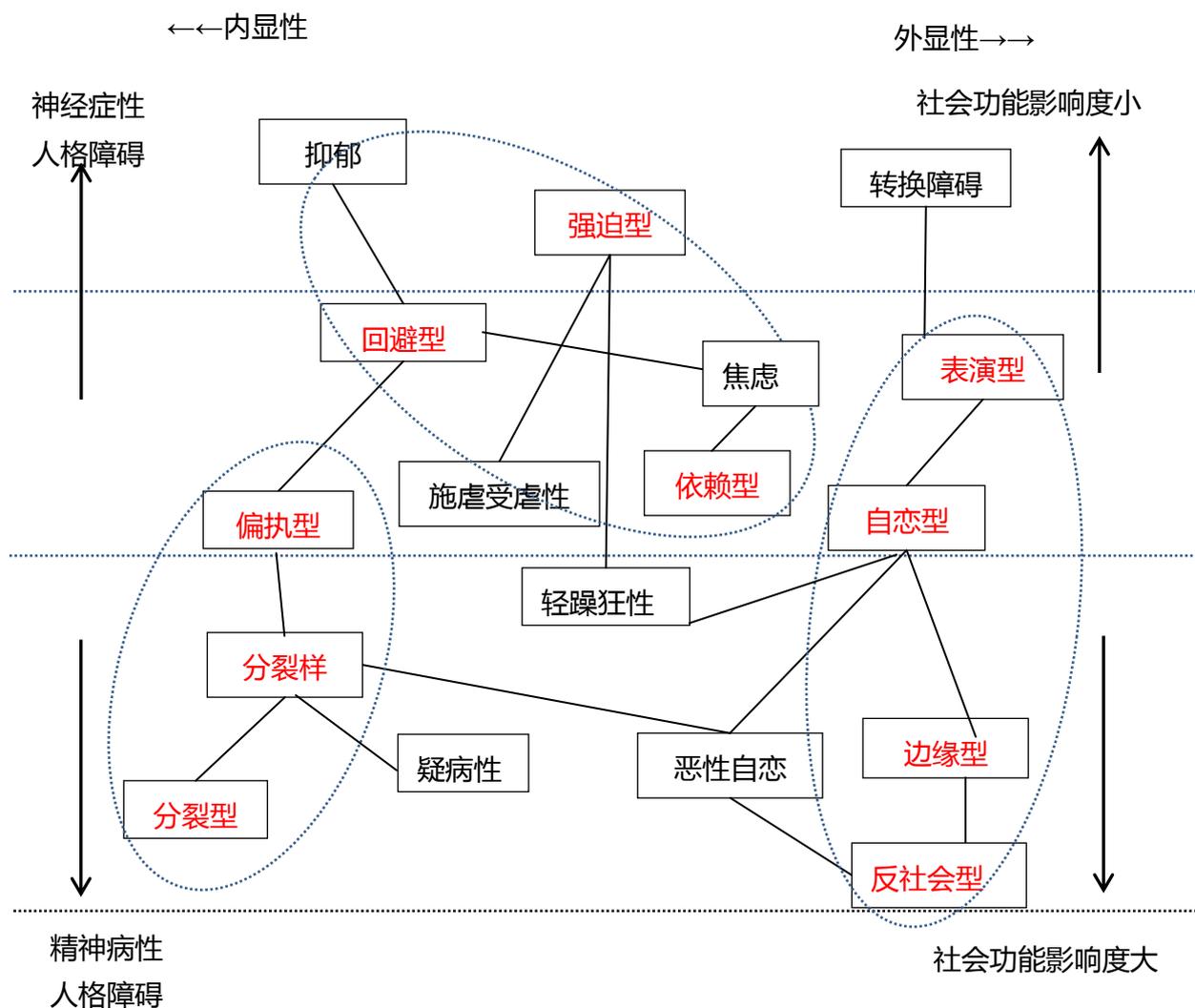


图2 在人格障碍中的连续性与临床相关的关系
(参考《边缘性人格障碍的移情焦点治疗》一书，有改动)

结语

人格障碍在精神医学及心理临床中属于对患者精神模式的高度概念化诊断，实质上这些人格障碍患者还常常伴有焦虑、抑郁、摄食障碍、物质滥用、创伤后应激障碍等多种显性的共病问题，特别是边缘型人格障碍，一直以来都被视为精神医学当中较为难治的几种重性精神心理疾病之一。心理临床中至今常有“珍爱生命，远离边缘”之无奈。



值得庆幸的是尽管难度很大，但医者仁心，仍有大量的医务工作者、临床心理工作者、社会工作者结伴为了这个人群进行临床探索和实证研究。即使无药可医在相当长的一段时间里都还是我们需要面临的现实，但随着不断被实证的临床干预方法出现，以及对建立健全人格持之以恒的科普工作推进，或长或短，人格障碍治疗这一被喻为是精神治疗领域的“心脏移植”的难症也许终有一天会成为历史。

参考文献：

- [1] 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, 译. 北京: 北京大学出版社, 2015: 351-421
- [2] 美国精神医学学会. 理解DSM-5精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京大学出版社, 2016: 148-165
- [3] 亚伦·T·贝克, 丹尼丝·D·戴维斯, 阿瑟·弗里曼[M] 人格障碍的认知行为疗法(第3版), 王建平, 辛挺翔, 朱雅雯译. 人民邮电出版社, 2018
- [4] 约翰·克拉金, 弗兰克·约曼斯, 奥托·科恩伯格[M] 边缘性人格障碍的移情焦点治疗. 许维素译. 中国轻工业出版社. 2012:14



全科医学

在今天的全科案例中，一位 71 岁的老年女性前来求助，她炒菜忘记放盐、出门也找不到回家的路，是什么样的疾病影响了她的记忆力？有药物可以恢复智力吗？如何帮助她进行大脑训练，提高生活适应能力？本期全科请看美国全科医生钟丽萍博士和精神科张道龙医生的如何携手共同帮助患者。

不愿忘记这一生！

——一例轻度血管性神经认知障碍患者的临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生 张道龙 医生
责编 | 肖 茜 医生 谢兴伟 医生

人口学信息

| | | | |
|-------|------------|--------|------------|
| 姓名： | XXX | 宗教信仰： | 无 |
| 性别： | 女性 | 文化程度： | 初中 |
| 年龄： | 71 岁 | 民族： | 汉族 |
| 婚姻： | 已婚 | 病史提供者： | 本人 |
| 职业： | 厨师（退休） | 病史可靠性： | 可靠 |
| 访谈日期： | 2018-09-07 | 记录日期： | 2018-09-26 |

主诉：

以“想事情慢，记不住事，怎么办”来诊。

现病史：两年前患者家属发现患者记性变差，早上给孙子做的早饭，中午儿子问起，就答不上来了，自述使劲想想，或者老伴提示一下也能想起来。患者在家一直为全家人做饭，经常找不到常用物品、丢三落四，如炒菜忘放盐、做西红柿鸡蛋忘放鸡蛋。家属带其到 A 三甲医院老年科就诊，MRI 检查提示陈旧性腔梗，医生说达不到认知障碍的诊断标准，未做特殊处理。

近一年，这种情况加重，问早上吃的什么，有的时候使劲想或者他人提示也会想不起来。爱看的电视剧，能分出人物的好坏，复杂的人物关系看不懂。

近三个月，搬家后，在新小区走失两次，均发生在上午，后被熟人送回家。患者自述，一直以来自己的方位感就不好，出门都是跟着老伴走，现在记住新家房前房后的一些标志，能找回家。新家买的滚筒洗衣机，儿媳一步一步教完，过会儿就不会使用了。



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



两个月前，经B三甲医院精神专科医生诊断为“阿尔兹海默症”，给予盐酸多奈哌齐，5mgQd，不规律服药，两周后自行调整至10mg，出现头晕、恶心、出汗，停药后症状消失。

半个月前，在C社区医院进行了痴呆筛查：AD8痴呆筛查访谈（3分）、简明社区痴呆筛查量表（CSI-D）（9分）、简易精神状态检查量表（MMSE）（27分）、画钟试验（3分）。

两周前，在A三甲医院复查头颅MRI，提示“多发腔隙性脑梗死、软化灶；脑白质脱髓鞘改变”。

自起病以来，患者焦虑情绪加重，做饭之前用较长时间把需要的佐料都摆在眼前，在做饭这件事上，要花费较病前明显长的时间，做完一步需要想一段时间进行下一步。访谈过程中，问答切题，语速较慢。家属反映，患者饮食、二便较病前无明显改变，无人格改变。

以上信息，由患者本人及家属提供。

既往史：

1. 手指骨关节变形10年余、晨起疼痛明显，活动后缓解，遇冷水加重。
2. 自年轻时，就有胃肠不适，自述胃浅，看到恶心的镜头或事物，胃口就会很差，吃不下饭，对油腻或肉类没有胃口，偏好腌制的酸菜。
3. 高血压病史8年余，口服苯磺酸氨氯地平片（施惠达）5mgQd，诊室血压（140/80mmHg），家中自测（<130/80 mmHg）。
4. 多发腔梗2年，曾服用银杏叶片及脑心通，近期搬家时发现腿上、手背有淤青，担心药物引起皮下出血，自行停药。
5. 老年性骨关节病1年，服用硫酸氨基葡萄糖胶囊1粒/日。
6. 总胆固醇异常2年，未服用降脂药物。
7. 既往无重大疾病或外伤史。

家族史：

父亲高血压，73岁去世。

患者述母亲体质弱，胃口浅，56岁去世，死因不详。

否认两系三代有精神障碍史。



个人史：足月顺产，29岁结婚，30产子。老公对患者照顾较多，患者很少单独出门，外出多由家人陪同，患者主要承担全家人的做饭、收拾屋子等不出门的家务，买菜及其他采购由老公打理。现老两口与儿子、儿媳、孙子（初中）同住，家人都超重或肥胖。儿子儿媳均从事精神心理方面的工作，孙子乖巧懂事，家庭和睦。

无吸烟及饮酒史；患者以清单素食为主，爱吃酸菜粉丝。遇到重要的事情，晚上会通宵睡不着，反复琢磨即将发生的事情，生怕遗忘。基本每天都会和老伴去公园待半天，老伴吹黑管，患者晒太阳、遛弯、和其他老人一起打牌等。

【体格检查】

身高162cm，体重69.7kg，BMI 26.2。

腰围：98cm

臀围：102

血压（2018.05体检）：117/70mmHg

心率：65次/分，律齐，未闻及无病理性杂音。

体检报告显示：体格检查及神经系统检查无异常。

【辅助检查】

糖化血红蛋白：6.5%（4.5-6.3%）

胆固醇：5.97（2.90-5.68mmol/L）

同型半胱氨酸：18.1（0.0-15.0μmol/L）

头颅MRI（2018-8-25）：

多发腔隙性脑梗死、软化灶；脑白质脱髓鞘改变。

钟丽萍医生及张道龙医生会诊后诊断：

诊断：血管性轻度神经认知障碍

诊断依据：

- 1、患者有高血压家族史及患病史、肥胖、高胆固醇、高同型半胱氨酸血症等VD的风险因素；
- 2、神经影像学证据：MRI提示多发腔隙梗塞、脑白质脱髓鞘改变。



【会诊后形成的治疗计划】

1、内科疾病管理：

①血管性神经认知障碍是由脑血管梗塞、大脑缺血所引起，所以会影响记忆力和各种神经认知的功能。需要从疾病病因上解决问题，患者血压、血脂有异常，需要对血压、血脂进行控制。目前药物对血压的控制效果不错，在家自测没超过130/80mmHg，降压药物可以继续用施慧达。使用他汀类降脂药及Ω3含量高的深海鱼油类保健品，来调整血脂。

加用阿司匹林抗血小板聚集，小剂量100mg/晚，睡前服用，患者反映曾经服用阿司匹林后痰中带血，考虑更可能和牙龈炎相关。阿司匹林一般是导致胃肠道出血，患者的症状不符合消化道出血的临床表现，比如黑便、呕吐物为咖啡色或黑色等。可监测凝血功能，连续做3次大便潜血检查排除消化道出血。

②减缓认知缺陷的进程：认知受损是不可逆的，但可尝试延缓进一步下降。在经济条件允许的话，安理申5mg可以维持3-6个月。安理申的药物名是多奈哌齐，是一种胆碱酯酶抑制剂，它治疗血管性神经认知障碍其实是有争议的。因为血管性神经认知障碍的发生跟乙酰胆碱没有直接关系，但是现在也没有更好的药物，相当于尝试性治疗，给她保护乙酰胆碱，因为乙酰胆碱跟智力有关。如果吃完之后出现胃肠道副反应，出现肝的变化，出现恶心呕吐，那就是不能耐受这类药，予以停用。但是大部分人耐受非常好，所以下次可尝试用原研药的安理申，不用仿制药。

③需要进一步完善的检查：维生素B12、甲功三项等。

2、健康教育：

①锻炼活动：健步走、太极、广场舞都可以，5天/周，30分钟的锻炼强度。出门要带防丢失卡片或手机设定GPS定位。

②营养方面：推荐DASH饮食，全麦类、绿色蔬菜、水果、蓝莓、鱼、禽类、豆类、干果、橄榄油；减少红肉、糖分、黄油、奶酪；减少腌制类蔬菜，增加新鲜绿色蔬菜。

3、精神心理：

①认知训练及调整：要每日进行大脑功能的训练，多用脑才不会退化。丈夫建议可以教患者弹电子琴，锻炼大脑功能。医生肯定了丈夫的好建议，鼓励坚持每日训练。还可进行认知行为治疗，调整焦虑情绪。患者爱操心，全家以后定个规矩，凡是家里负性新闻，大事的事都不跟她说，减少她的担心。



②偶发失眠：进行呼吸放松训练，缓解焦虑，改善睡眠。予以褪黑素等药物改善睡眠。因为患者目前焦虑不非常明显，可以暂不予以SSRI类药物。若焦虑明显时可以考虑SSRI；因为血压已经控制平稳，若躯体疼痛症状明显还可选择SNRI类药物。

③日常生活中的行为训练：在家里通过一些电子设备、语言提示，手机闹铃等提醒患者记得关火、放钥匙地点、做菜放盐等，通过这些提示提高生活中的便利性。在外出时，可以在手机上设置便捷按键，用简单的数字就能呼叫家人。另外家属帮助手绘一幅便于识别的地图，帮助患者找到家的位置。

4、社会层面：患者丈夫支持、儿女孝顺，家庭支持系统良好，这是患者的优势资源。

答疑环节

一、血管性痴呆与阿尔兹海默病的鉴别？

张道龙医生：因为患者现在的临床资料都提示是血管性神经认知障碍，比如高血压、肥胖、血脂高，还有头部磁共振提示腔隙性脑梗塞灶。支持老年性痴呆（阿尔茨海默病）的证据是没有的，既没有家族史，也不是隐袭性，也不是进展性，非常明确的以记忆为损害为主。患者今天会诊时说话的表现看起来更像血管性；阿尔兹海默病的患者整个大脑皮层都萎缩了，是全大脑的损伤，说话都是糊涂的。再结合患者核磁共振影像是脱髓鞘、腔隙性脑梗塞灶来考虑，所以是非常明确的血管因素引起的痴呆。血管性痴呆的进展慢，呈台阶式，再得一次梗塞记忆更严重一次，中间都比较稳定，不像老年性痴呆持续的，就是越来越重。这位患者听起来好像这两年都差不多，脑梗塞的变化不多，除非下一次梗塞，每一次脑梗塞都会让你的记忆或者功能损害下一个台阶，所以说这是坏事也是好事。好事是说能找到原因，这些脑血管风险因素还能治疗。坏事是如果风险因素不干预治疗，还可能再发生脑梗塞。

二、血管性痴呆与阿尔兹海默病延缓智能减退的用药区别？

张道龙医生：不清楚人为什么得老年性痴呆，只知道在脑内出现了淀粉样变，出现了这些淀粉蛋白的沉淀，神经细胞被杀死了，所以用药有两个机理，第一、老年痴呆可以用谷氨酸的受体拮抗剂，NMDA拮抗剂，就是美金刚，阻止那些兴奋性神经递质进入脑细胞，把脑细胞杀死。第二、用安理申，它是胆碱酯酶抑制剂。阿尔兹海默病这些淀粉样的沉淀，沉淀在乙酰胆碱的通路上，最终的结果让乙酰胆碱不能够运到大脑的皮层来改善记忆。所以并不是乙酰胆碱的异常直接引起老年性痴呆，是老年痴呆的那些斑痕化，



北大出版社官方旗舰店
购书请扫码



沉淀和坏死，它阻断了乙酰胆碱的转运。安理申这个药物把胆碱酯酶给抑制住，乙酰胆碱就不水解了，乙酰胆碱浓度就提高了，对智能不进一步恶化有帮助。这就是针对老年性痴呆的第二类药物，能延缓病情发展。

血管性痴呆是病因治疗为主，控制好血压和血糖、血脂。把血压控制好就不血管闭塞了，也没有血管透明变性了，就减小了再发脑梗塞的风险。血管性痴呆的发病跟乙酰胆碱没有关系，跟转运也没有关系，但是为什么可尝试使用安理申？安理申它治疗血管性痴呆是有争议的。可是它能增加乙酰胆碱，因为乙酰胆碱跟智能有关，可能会有一定效果。血管性痴呆不推荐使用美金刚，因为已经证明美金刚对血管性痴呆没有效果。

三、神经认知障碍根据疾病严重程度如何划分等级？

张道龙医生：神经认知障碍只分两级，轻度和重度。区别就是轻度不需要别人照顾他，重度就是他日常生活都不能自理。这位患者明显日常生活没问题了，属于轻度。她的行为训练不够充分，需要进行训练。

四、患者有失眠，除了老师提到的褪黑素，这位患者是否可以考虑米氮平、曲唑酮或者佐匹克隆类助眠药物？

张道龙医生：不用米氮平，因为BMI指数她已经是26，超过25了。她的诊断是血管源性的痴呆，体重就是她的风险因素，米氮平平均让病人增重5磅，所以不适合该患者。曲唑酮因为作用于去甲肾上腺素神经能，会加重心血管负担，不宜使用。不用佐匹克隆，因为佐匹克隆这类的都是抑制苯二氮卓类，因为它本身又损害她的记忆，她本来记忆就有问题了，不能用损害记忆的药物。

五、阿司匹林类药物是否可以用于镇痛？

张道龙医生：临床上很少用阿司匹林镇痛。阿司匹林，国内一般100mg/日，美国是80mg/日，是抗血小板生成，抗血栓形成。一般疼痛的话，考虑用其他的非甾体类的抗炎药。

六、这位患者是否考虑有维生素B12的缺乏导致的脑、脊髓脱髓鞘病变？

张道龙医生：维生素B12的缺乏导致的急性联合变性，是脊髓后索脱髓鞘，考虑患者是吃素的人要去检查维生素B12，是没有问题的。但不能基于这个就去诊断，因为患者的



临床表现不像，核磁共振影像也不像。腔隙性脑梗塞是脑深动脉的、小动脉的梗塞，不是大的动脉，等于供血的末端，一般都是高血压引起的血管透明变性造成的血管闭塞，所以MRI有特殊的表现。像动脉硬化这类的造成的缺血带来的脱髓鞘，与维生素B12引起的脊髓后索的脱髓鞘不一样。但是你考虑病人吃素的时候需要排除这个可能性，很简单，抽血做检查就可以明确，查完回来再去确定，不能用影像学去定，她现在这些资料不指向这个疾病。

另外需要注意，维生素B12如果查出来偏正常范围的低值的话，那就要考虑补充了，虽然它还是在正常范围，因为身体里储存B12的能力是很大的，可以让你储存很长的时间，所以达到这个正常低值的时候，就证明已经缺乏很严重了，就应该补充了。

科普：

血管性痴呆与老年性痴呆的区别

老年性痴呆与血管性痴呆都有着语言、记忆、认知等智能障碍的共同特征，但两者的病因病理与临床表现都有着很大的不同。在病因方面，老年性痴呆目前尚不完全清楚，但已证实与老龄化和遗传基因以及脑内乙酰胆碱神经元减少等相关；在病理上，老年性痴呆在脑神经系统有特征性病理变化，如老年斑（淀粉样蛋白沉积）和神经纤维缠结。血管性痴呆则因脑动脉供血障碍所致，其病因通常为脑卒中引起，既可以是由大面积梗死引起，也可以由多发性小卒中引起。卒中发作阻断了部分大脑的血液供应，进而破坏脑组织。破坏的脑组织区域即梗死灶。很多微小的卒中或数个大面积卒中都可以导致血管性痴呆。其中一些卒中很轻微或可能不会引起注意，仅导致很少肌肉无力或无影响，不会引起瘫痪。然而，患者可能持续出现小面积卒中，并在破坏足够多脑组织后出现痴呆。因此血管性痴呆的发生可能早于可引起严重或显著症状的卒中发作。血管性痴呆的风险因素有高血压、糖尿病、高脂血症和动脉粥样硬化损伤脑血管。房颤患者易发生心源性卒中。与其他类型痴呆不同，及时合理的治疗危险因素能预防血管性痴呆的发生。

从临床表现看，老年性痴呆起病缓慢，渐进性发展，常无明显起病期，多无特殊自觉症状，呈全面痴呆，其人格障碍显著，对病的自知力早期就已丧失；而血管性痴呆常有高血压史，起病急剧，阶段性进展，症状可能突然恶化但随后有部分停滞或减轻。数月



或数年后当又一次发生卒中时，症状随即再次恶化。常在痴呆出现时已有上肢或下肢可能无力或瘫痪。患者可能说话困难。例如可能言语不清。视力可能模糊或部分或完全丧失。协调功能可能丧失，导致行走不稳。患者可表现为不适当的大笑或哭泣。患者可能膀胱控制功能下降，导致小便失禁。如果痴呆患者存在卒中的病史或卒中的危险因素常首先考虑血管性痴呆。进行计算机断层扫描（CT）或磁共振成像（MRI）检查卒中证据，这些检查的结果可支持诊断。

分清老年痴呆的类型在于指导治疗和认识疾病的预后，老年性痴呆的药物治疗主要是使用乙酰胆碱酯酶抑制剂，增加脑内乙酰胆碱。血管性痴呆是从疾病病因上作调整，控制血糖、降压和降血脂治疗能预防或延缓血管性痴呆的发生和发展。临床上对血管性痴呆患者经常使用阿司匹林，可降低再次卒中的风险。建议心房颤动患者服用华法林（一种抗凝剂）可帮助降低再次卒中的风险。

老年性痴呆是一种进行性病变，病情持续发展，为不可逆的病变，预后不佳。血管性痴呆呈阶段性进展，如无再次脑梗塞，病情可保持稳定。早期控制卒中的危险因素能延缓或预防卒中以及血管性痴呆的发生。

综上所述，大家现在应该可以清楚的了解其实老年痴呆和老年性痴呆是两种完全不同的疾病，所以如果我们身边的家人患上其中的一种疾病，一定要弄清楚是哪一种，不然很容易耽误病情，导致严重伤害。





主创团队



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



副主编 | 肖茜, MD,
 中南大学湘雅医学院
 附属湘雅医院心理卫生中心 主治医师



顾问 | 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D
 美国纽约上州医科大学精神医学系教授
 中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授
 河北京医科大学客座教授
 美中心理文化学会联合创始人



督导 | 张道龙 Daolong Zhang, MD
 毕业于美国芝加哥大学精神医学系
 美国伊利诺伊州芝加哥退伍军人医学中心精神医学系主
 管精神科医师
 美国伊利诺伊大学精神医学系临床助理教授
 河北京医科大学客座教授
 北京美利华医学应用技术研究院院长
 美中心理文化学会创始人、主席
 《DSM-5》中文版工作委员会主席、主译

- 夏雅俐** • 副教授，管理学博士，心理学硕士，心理咨询师，美中心理文化学会成员
- 张心怡** • 留美心理学硕士，中国注册心理咨询师
- 陈天润** • 留俄心理学硕士，心理咨询师
- 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

