

第 112 期

2019年11月15日出刊



精神医学和临床心理学
督导与研究

www.mhealthu.com





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

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

美利华：你的心太阳

我最喜欢的日本女作家向田邦子在书里常常写到昭和冬日的风景——半卧在电热桌下，剥着桔子，看着书报，耳边响着水壶煮茶的噗噗声，说不尽的是那股慵懒。回国后每年11月15日，北方开始供暖，可与渐热的地面一起到来的，是接下来四个月长长的冬季：光照不足，霾天笼罩，果蔬不鲜……逐渐地我发现伴随而来的不只慵懒，身边人群也显现出消沉的心境，身体的懒动以及对霾天的怨怼。北方城市里越来越多的人变成候鸟一族，为了越冬飞向沿海诸城，带动的是一方的地价，牵动的却是我们这群关“心”的人。

早在上世纪末，研究者们发现许多的抑郁症患者冬季会在病情加重，在冬季漫长的北欧，甚至更有部分人群只在冬天罹患情绪障碍，为此有了一个名词叫做：季节性抑郁 (Seasonal Affective Disorder, SAD)。事实上即使不到抑郁障碍这个程度，情绪本身受到环境因素的影响也是极为常见的。尤其是对于老人、学习压力大的青少年、围产期的女性以及长期熬夜的青壮年人群，光照不足会带来更多的情绪影响已是不争的事实。现有的研究表明，昼夜节律紊乱就会造成情绪忧郁，所以光照治疗在一些地区已经被应用于失眠治疗当中，对患者按照既定的觉醒睡眠节律时间和周期进行光照治疗，从而改善其工作时的精神状态。

美利华团队自17年开展国内义务诊疗及教学活动开始，接触了大量的临床案例，对国内病人的生物-心理-社会状况有了深入的了解。19年起美利华与中信集团旗下北京华佑医院开展合作，导入美国医疗体系中的先进思路，从网络远程会诊到日间医院、短期训练营式住院治疗，不断深入探索，期待打造出一套适合于国人的，高效可靠、具有临床实证证据的临床干预思路。

19年冬季的来临，也是美利华新项目——光照治疗与人格障碍治疗科研合作联盟的启动。2019年12月20-21日将由刘春宇教授与张道龙医生在京主导科研会议，届时就光照治疗的原理、适应症、数据采集与管理、操作方法以及临床诊疗的联合治疗等话题进行讨论；也会讨论在良好的精神医学管理 (Good Psychiatric Management, GPM) 模型下对人格障碍进行临床治疗。

你是医生，在华佑美利华，总能看到最具疗效的医疗行为；
你是咨询师，在华佑美利华，总能感受最人性化的心理治疗理念；
你是患者，在华佑美利华，合理的经济付出之下总能得到正确的治疗。
你是研究者，在华佑美利华，与先进且有实证依据的课题即将实现零距离！

美利华，给你一束光，驱走心霾，引入晴朗！





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例转换障碍合并强迫型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

【访谈理论篇】 15

美利华中美班图书馆案例导读之——转换障碍

【心理学人】 25

关注自伤自残：为了活着，无声呐喊

【全科医学】 31

一例脑外伤患者的全科-精神科联合会诊

- 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】 35

创伤性脑损伤



精神医学临床访谈

生活，有的时候像是一部戏，我们每个人的确都是自己家庭的主角，不过有一点需要明白的是，如果认为“主角就是人在C位头顶自带光环”，那容易演着演着就成悲剧了。有人一出生就在罗马，有人需要用几代人的力量来改变家族的命运，在美利华的案例当中，我们多次看到的就是咨询师与来访者关于现实话题的交谈，理解以什么样的姿态来完成中立的对话，请看本期案例.....

一例转换障碍合并强迫型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	36岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	中专	婚姻	已婚
病史提供者	本人	职业	出纳员	病史可靠性	可靠

主诉：“为明确自己的诊断、如何缓解身体的不适”

现病史：患者在7年前生完第一个孩子后，与丈夫的关系不佳，因生活中的琐事而起矛盾，并没有大的矛盾点。患者抱怨丈夫对自己不关心、不沟通。生产后与自己母亲一起带娃，认为丈夫下班后就玩电脑不理自己，感到很压抑。要求丈夫都要听自己的，不听就会争吵，最后一定会按照自己的意思来办。和丈夫易争吵，脾气大，转不过弯来，严重争吵后，会突然出现心烦、头晕、烧心、头痛、面部发麻的现象。发生矛盾时才心烦、大部分时间不心烦。出现症状时，躺一会、放慢呼吸可以使症状好转。2012年在当地医院就诊，诊断“抑郁症”，当时否认轻生观念、饮食、睡眠尚可，予以左洛复100mg/日-150mg/日治疗，间断服用，最长时间坚持服药过2年，自行减量至50mg/日，服药后头痛、发晕、心烦的情况有好转。但是严重吵架后，仍有出现情绪激动、发抖、说不出话、面部发麻的情况，1小时及服用“牛黄清热丸”后好转，2012-2018年期间反复出现上述情况。近2周在医生指导下，已经将左洛复增量，增加至100mg/日。患者人际关系好，朋友多，对外人不发脾气。对工作认真负责、对自己要求高、追求完美。目前饮食、睡眠好。否认持续存在的反复担心、焦虑等情况。



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



既往史：患者体健，否认躯体疾病史。

个人史：患者是家中独女，父母从小对患者教育方式偏宽松。正常生长发育，读书期间及工作后，人际、情绪未见明显异常。与父母关系好。2010年结婚，2013年离婚，同居1年后2015年复婚。丈夫比来访者大9岁，平日不爱说话，内向，情绪不好，感到工作压力大，朋友少，有酒精使用问题，每日喝白酒2杯，有高血压问题，未服药，现在全家收入都靠他。婚后育有1子，现在7岁，2017年底再育有一女，现在11个月龄。患者辞职1年带小孩，因为职业是出纳，未来再找工作并不难。月经有推迟现象，无痛经、月经量正常。但长年以来，在月经期间情绪更烦躁、更易发脾气，要求丈夫在这个时间不要惹自己，但是丈夫不听，还是在刺激自己，引发争吵。与婆婆间也有一些矛盾及正面冲突，患者对外人不发脾气

家族史：父亲大专学历，财务工作，母亲工人，小学学历。父亲易焦虑、担心，一直有失眠，服用安眠药助眠，父亲2012年前后因患者夫妻感情不合非常着急，导致“中风”。母亲强势、脾气大、性子急，患者感到自己个性像母亲。父母都否认洁癖的情况。患者的7岁长子，读二年级，经常有情绪不高兴、脾气大、哭泣多的情况，在家里多，在学校不会发生，患者认为自己的行为也会影响到孩子。患者的小姨也容易着急，看到患者夫妻不和，会认为自己也要崩溃了。患者的外婆10年前有压抑、不开心，幻听、幻视、自杀倾向。

精神检查：

一般情况：来访者时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语言正常，有良好的目标导向及逻辑性。

感知觉：正常。

情感活动：情绪显焦虑。

思维活动：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：未做

【病历小结及概念化】

在遗传上，患者的外婆、小姨、母亲都有焦虑、脾气大的倾向。父亲也易焦虑。患者一直对自己要求高，追求完美，又是独生子女，人际上对自己母亲、丈夫、婆婆都较真，要求他们听自己的，符合OCPT的诊断。在这个性格底色下，近7年来患者在婚后琐事中与丈夫冲突增多，不满情绪多，每次严重吵架后就会出现转换症状：面部发麻、发抖、说不出话来。



符合了转换障碍的诊断。患者间断工作，一心想带好2个小孩，但是丈夫一个人工作经济紧张，还需要靠老父亲打几份工贴补家用，和丈夫常因为钱而争吵。患者不是富裕阶层，却想当全职太太，显然会让全家陷入危机，丈夫的过量饮酒、压力大、血压问题，老父亲容易再次“中风”的问题，都是未来潜在风险。

初步诊断：1、转换障碍；2.OCPT

治疗方案：

1.生物：规律运动。左洛复在原方案基础上增加50mg/日。

2.心理：CBT。调整认知，现在的夫妻矛盾和自己的较真个性有关，也和未参与工作，家庭经济压力大有关。如果继续不工作，丈夫压力会大，两人争吵多，又会加重酗酒，一旦丈夫身体出问题，家庭经济就会崩溃。家庭争吵不和，小孩也会受到不良影响，达不到“给孩子更好教育”的目的，还不如去工作，给孩子更好的物质基础，夫妻关系改善，虽然母亲陪伴减少了，但是仍然可以每天见面教育，对孩子的益处会更大。动员双方父母给自己带小孩，换自己去工作。对父母进行动机面询，自己父母从保住女儿婚姻角度，公婆从为了儿子健康，减轻经济负担的角度出发，让双方父母都愿意帮助自己。

3.社会：风险提醒：患者的丈夫45岁，有高血压及酒精使用问题，有较高的健康风险，患者丈夫是家里的顶梁柱，妻子现无收入，家中有2个小孩，一旦丈夫身体出现问题，将带来家庭危机。如果再离婚，带着两个孩子找更好的对象困难。老父亲也不适合再工作，一旦中风瘫痪，女儿自己就更不能工作了，除了照顾小孩，还要照顾父亲，家庭将雪上加霜。鼓励患者积极参与工作，这是解开问题的切入点。总之，在什么阶层过什么样的生活，现在是为了生存而战，不要身在中下阶层，却过着“公主”般的生活，缺乏智慧的选择将会带来更大灾难。

主诊医生：肖茜

2018-09-10

【访谈实录】

1. Z 医生：你好，讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：我的困扰就是感觉这么多年，跟我爱人的婚姻可能出现了一些问题，然后导致我心情不好。还有就是我们俩经常吵架，我觉得影响到了孩子。
3. Z 医生：OK。能跟我讲一下，经常吵架的主题是什么？或者说因为什么事吵架？



4. 来访者：主要是**因为钱的问题吵架**，还有是因为**家庭琐事**吧。
5. Z 医生：主要是经济收入，因为他是你们家唯一的收入来源了？
6. 来访者：对。是因为我们俩结婚以后，我生我们家老大了，然后就一直就断断续续地没怎么去上班。然后他呢，在经济方面，就是比较抠的那种，管他要钱、要生活费，他总是问你有什么用啊，或做什么的，就是这样，然后就是老为一些经济问题吵架。

现实性的主诉：

第2段中“婚姻当中总吵架，导致来访者心情差”是本次咨询当中的主诉，而问及吵架的原因，“钱”和“家庭琐事”看来是这个家族的主要矛盾。

通常，摆在咨询师面前对于生活与感情的讨论，无外乎一些基本的话题，爱与恨、付出与回报、钱财与家务等等，然而所不同的是，如何述说，如何阐释这种痛苦并赋予它多大的意义，认为自己在多大程度上幸与不幸，才是我们“感知”痛苦，“感受”压力不同的真相。面对眼前的来访者，听到主诉后尝试去了解 and 询问她带有什么样的生活逻辑，是咨询真正的起点。

7. Z 医生：哦。那为什么你自己看着也挺结实的，生小孩，好像小孩最小的也 1 岁了，尤其老大都 7 岁了，那这中间为什么不工作呢？
8. 来访者：中间也断断续续工作过，有的时候是**因为身体原因，就是觉得身体不舒服什么的，然后就是辞职了**。有的是因为孩子问题，我得接送孩子，然后辅导孩子作业什么的，然后现在就是导致**又看老大、又看老二，就没有时间去上班**，孩子太小，作业都得由我来辅导。
9. Z 医生：对的，但是你身体说这不好、那不好，查出什么具体的病了吗？
10. 来访者：就是 2012 年左右，刚开始生完老大几个月的时候，我母亲说我脾气不太好，就说让我去看一看，有可能是抑郁，然后我不太认同，然后就一直拖着，拖了有一两年，然后我爱人跟我母亲两个人，把我拉到精神病专科医院，然后医生诊断我就是抑郁。然后当时给我开的是那个左洛复，一下吃三片，还有一个是治睡眠的药，我忘了叫什么名字了。
11. Z 医生：这个药有帮助吗？
12. 来访者：刚开始吃的时候，没觉得有什么帮助，后来慢慢吃的时候，觉得有一些帮助。
13. Z 医生：OK。那现在呢，还在继续吃这药是吗？
14. 来访者：还在吃这药，吃了很多年，就是刚开始的时候，医生一直让我吃三片，然后我



就觉得离那个医院挺远的，我就到离家近的医院去开药，他就说你这个年龄这么小，你不用吃太多，你减两片看看。然后那个治睡眠那个药也没让吃了，然后就停了，然后睡觉也没有什么特别大的障碍。

15. Z 医生：哦，就现在睡得还行。然后你刚才说这疼那痒的，也没有查出哪块有大的问题，胃溃疡什么的这些严重的病？

16. 来访者：就是我胃有点不太好，然后就是最近查出幽门杆菌感染，我们也是从网上查的，然后就说抑郁也可能会导致胃部不适，我也不太清楚。

Not Knowing技术：

在心理咨询技术中“非知”是对来访者现状进行梳理时非常重要的态度或者说技术。我们都知道在**情绪ABC理论**当中，外部事件和人的情绪反应之间还有一个中间环节就是人的信念，正是这个信念对于正在发生的事情进行解释着在这样的内部机制之下做出行为、行动。**我们对于外部世界的可控性有限，而唯一能控制的就是内部对外部的信念。**

“没钱→去工作挣钱”是个常识，而为什么在这位缺钱的来访者身上不能如此？询问理由的过程恰恰是关注她的“认知”的过程。“健康因素”与“照料孩子”是目前她的主要原因。而对健康情况的确认正是这个案例当中的核心工作之一。

躯体上的不适究竟是有真正的器质性问题还是不明所以的不舒服？督导在9-16段的问题中进行了一步步的澄清。结果呈现出“比起身体不适情绪的问题更多，曾用药，现在已经停了，睡眠饮食目前无碍，现在的菌群感染导致的胃部不适并不明确”。

Tips:

幽门螺杆菌感染检查现在是体检的常规项目之一。目前已知幽门螺杆菌感染可能增加胃部疾病的患病风险。幽门螺杆菌感染与社会经济水平，人口密集程度，公共卫生条件以及水源供应有较密切的关系。1、幽门螺杆菌感染的症状主要是反酸、烧心以及胃痛、口臭。2.能够引起慢性胃炎。3.患者感染幽门螺杆菌后产生多种致病因子，从而引起胃黏膜损害，临床疾病的发生呈现多样性。幽门螺杆菌感染现在主要靠抗幽门螺杆菌药物联合用药进行治疗。

17. Z 医生：对的，是这样。那小孩呢，如果你要上班的话，你妈妈退休了能帮帮你，还是什么其他人能帮帮看，他的父母？

18. 来访者：现在我母亲一直帮我看着老大。然后老二现在还是我母亲一直看，我们两个人帮着看着，现在老大上二年级了，有课外班什么的，小的还小，然后我爱人就是上班特别忙，他也辅导不了孩子作业，有些内容他也辅导不了，只能我辅导他，然后那孩子也



是听我得多，然后我现在就不能上班。

对问题的澄清

照料孩子也是来访者目前生活当中的主要内容之一。这种照料是在什么程度上的付出，有没有援手？除了是理解来访者压力大小的一项参考，同时也是对后期进行调整和改善时可以着力的点。

19. Z 医生：这是一个问题，听明白了。然后再说一个问题，关于你月经的事，每次你发脾气是来月经以后马上就见好，月经以前加重吗？
20. 来访者：不是。
21. Z 医生：还是说来了月经也有问题？
22. 来访者：就是我一有月经的时候，脾气就大，然后心情就不好。然后不知道为什么，这几个月，到月经期的时候，就老是有各种各样的问题，他一跟我说点什么事，然后我们俩就为这事争吵，就吵架。
23. Z 医生：哦，对的。那月经来完之后呢？
24. 来访者：我觉得月经没什么特别大的关系，反正就是生活中一有点什么事我们就吵。

经前期烦躁

来访者提示有“抑郁病史”和躯体症状，容易与家人发生口角、冲突，这些内容是否可以想到DSM-5中最新收录的抑郁问题的一个亚型——经前期烦躁，是考虑临床工作者业务能力和知识储备更新的要点之一。

25. Z 医生：好的。那今天你想让我们帮你解决什么问题？
26. 来访者：我就是不太明白我们俩为什么老是吵架，老是说不到一块，然后心里挺郁闷的，老是为这些家庭琐事吵架。
27. Z 医生：OK。
28. 来访者：反正我很多年前就意识到我们的婚姻好像有些问题，在沟通上面。然后我就想改变一下生活方式，或者我们俩进行一下沟通，或者让他觉得我们这个婚姻好像出现一些问题，让他改变一下，他就不想改变。
29. Z 医生：对的。
30. 来访者：然后我跟他说了，他老觉得是我有抑郁，是我找事。然后我就说，我们婚姻出现一些问题，我也买一些书籍看了，我说你看一看，因为他的性格，反正就跟别人不太



一样似的。我觉得婚姻出现问题了，我想改变，也想让他改变一下，可是我给他买的书，他一眼都不看，然后我就不知道怎么办了，我就特别抑郁。

31. Z 医生：对的，听懂了。你现在平常还做做运动什么的吗？

32. 来访者：没有。

33. Z 医生：OK，好了，是这样的，我刚才同意初诊医生给你的诊断，你是这样的问题，可能从小是独生子女这一代慢慢长起来，就有这一种人格方面的问题，我们叫强迫型人格特质了，爱较真，爱理论，什么事都是对错观点比较强。

34. 来访者：对。

现有解决问题的“模式”

心烦——吵架——让对方改变，在婚姻之中她与丈夫的问题一直持续发生，她的模式也是执拗的一再要求对方改变，达不到效果就发生心境上的变化且伴有明显的躯体化的问题。来访者“认为”自己需要做好贤妻良母，面对生活她的直觉反应是“照道理应该是……”，并以此为要求丈夫、要求自己。第33段这里并不是考虑对错，而是看到她的模式。

35. Z 医生：就是这种责任感比较重，小孩学习不好怎么办，家庭作业怎么办，总之你这种道德感比较强，脑子里有这么一个潜在的对与不对的这些观念比较强。如果是找到一个跟父母一样的人，能容忍你问题就不大了，像现在丈夫他不听你的，因为他不是你的父母，也没有必要容忍你，能容忍最好，但他就是没做到这一点，所以就变成天天“顶牛”了。像肖医生说的这种人格的底色跟焦虑有关，较真到一定的时候就容易生气，生气到一定程度时就出现我了转换障碍，所以你得这个病确实是转换障碍。就是你躯体的这些病，实际上你查什么胃，查睡眠，查其他的病，都没有什么真正的大病，但是气得说不出话来，这类的病不是真的躯体疾病，不是说你失语了，中风了，是**心理疾病躯体化**。那怎么去治疗呢？

开始对疾病的诠释

33段：一贯的行为模式表现出的是“人格特质”所带来的模式化表现；

35段：查无实证的身体不适，是心理冲突带来的躯体化问题。

第一是运动能降低你的焦虑，改善你的抑郁情绪，能改善睡眠。药物可以继续吃你刚才说的这类药，但是剂量可能还得要再加一点，到时候我们讨论完再给你反馈，告诉你怎么做。

心理咨询就是用认知行为疗法。你身上有这种超然的道德感，就是像铁肩担道义这



种意思，你看丈夫有哪方面做得不好，容易挑剔，因为你自己比较追求完美，你看小孩我万一不辅导他，万一影响学习怎么办？这两个小孩，你不照顾他们，万一妈妈照顾不了呢？问题是，看你生在什么人家了，如果你的经济条件非常好，没有这些后顾之忧，当然小孩的教育是非常重要的。但问题是我们生活在一个看起来不是百万富翁的家庭，也不是有很多经济资源了。然后丈夫就有这么一份工作，身体还有问题，据说血压还比较高，还爱喝酒，在这种情况下之后，经济上等于你没有任何替补的东西，你吵架的主题都是跟经济有关，你看你从他那里要钱，他万一是个抠门的人，万一是个不通情达理的人，只有他一个人工作，你也没多少钱了。**你的重点不是培养小孩**。理论上是得把小孩培养得非常优秀，但是你们具体的情况是属于经济收入中下层的阶层，这个时候是**以生存为主**，我怎么样让家里的经济缓解，因为经济缓解了我就不跟他吵架了，因为出去工作了，就没时间跟他吵架了，因为有这个钱了，可以给小孩雇个家教，或者做点什么其他的事，而不是你自己放弃这一份非常重要的收入在家里，然后因为这事变得天天吵架，气得自己出现这些转化症状，这些就是一种心理的问题了。这种状态下，也培养不出什么好的小孩了，因为小孩看到妈妈又喊又叫又哭，爸爸也反对，他怎能学好我就知道了。一般看到妈妈得是另一种妈妈，遇事气定神闲的去做，意思我在家里小孩也需要我。可是你的那些以身作则的事，并没有起到这个作用，所以我不认为你天天跟他在一起，能使小孩变得优秀，你可能离开孩子，他会更好。我说的离开孩子不是不要他，是说你正常工作，妈妈不能天天陪着你，姥姥陪着你，姥爷陪着你，奶奶、爷爷、妈妈就得挣钱，因为家里有经济问题，否则爸爸压力特别大。

你这样就**变成家庭的主要矛盾是为生存而奋斗**，你这好像是为了未来而奋斗，在我看来，如果生存都出现问题，因为你刚才谈到已经离过一次婚，现在又这么吵，丈夫又高血压，再喝了酒，再得了脑血管病，再中了风，这家就垮掉了。所以说我们生存都困难的时候，就谈不上未来了，一个没有现在的家庭是不存在未来的，把现在弄好了，再想未来，所以这个主要顺序搞错了，尽管你们俩都没做错。但是你得跟他讲了，你这个身体这么不好，血压还高，你还喝这么多白酒，那不是最后就是中风和心血管病吗？我不能在家里，小孩是需要我照顾，但问题当我们家里的经济这么的揭不开锅，这么困难的时候，天天吵架的主题是经济，我还一分钱不挣。你随便找份工作，一个兼职，我的意思你的收入也比丈夫给你的零花钱要多。因为公司都需要出纳，看着你的形象很好，又这么年轻，小孩又都生完了，二胎了，你不可能再想生三胎、四胎了，所以把身体锻



炼好，然后去工作，这一下就化解了。

可是如果你一定要说，不行，我的主要任务就是把小孩抚养成人，那这个家庭在 18 年之内丈夫是不是脑血管病、心血管病，你是不是还能有 18 年的婚姻，你是不是能健康的工作 18 年，都是很值得怀疑的事。所以你得倒过来，就是以健康为主、以经济收入为主，这是你主要的，而不是以教育小孩为主。尽管从理论上教育小孩重要，因为他们可以等那一两年，不会如何，但是你这一两年得把这东西都调顺了，再去说（这些事）。

妈妈要知道你这样做这些事，也会主动帮助你，爸爸或者其他的人也可以帮助，你好在有资源，家里的独生女儿，没有那些弟弟妹妹都需要爸爸妈妈关照，你就相对好一点，家庭的主要矛盾是为生存而战的时候，我们就得重点放到这上面，这样就缓解了，

这是我说的关于你**怎么去跟丈夫相处。他也得改进，你也得改进**，刚才你觉得好像都是他有毛病，你没问题似的，在我看来像各有一半的问题，那我们怎么去做，但问题不一样，你是抚养小孩没时间工作，他是嫌烦所以只好多喝酒，就不听你讲话了，所以一般都是性格有点问题的家庭主妇，男人都会去喝酒来处理了，两个渠道，要么离婚，要么喝酒，他都做了，所以就是知道这个婚姻已经是亮了红灯了，就这两个方式，再一个方式就跟你打，第三种更不健康了。所以我们目的不是把对方逼成酒鬼，把对方逼得离婚，而是说这怎么弄这件事，你既然生了两个小孩，就是重点把他们的经济问题解决，因为长大了他们都需要钱，如果现在经济上都有问题，你这两个小孩上大学的时候，那钱从哪来？那不麻烦了吗？所以你不但是工作了，还得是长期工作！给他们攒这些钱，现在随便小孩入学都是几万块钱，光入学的第一天就交几万了，他不是免费读书，跟你那个时代不是同一个概念了，所以现在就说我们未来怎么办。在我看来，你得走这条路，**调整自己的认知——丈夫有问题，我也有问题，我先解决我的问题，他解决他的问题，在医生或者咨询师的帮助下，就叫认知行为疗法。**

社会资源，现在你说的是非常现实的问题就是小孩。1 岁以后，甚至 2 岁上幼儿园，先给他挣这个钱。那第二个这期间得动员妈妈、爸爸了，你婚姻不好，爸爸就更着急，甚至还能吓得中风，说明他爱你，独生女儿，谁愿意自己的女儿离婚？你就利用这个资源，有工夫别跟老人们吵架打仗，尽管你可能是对的，而是说跟你爸爸说，说你看我为了保住这个婚姻，那你得跟我妈妈都帮我照顾一下小孩，你说：“没办法，我生出两个孩子，不能两头顾，得出去挣钱，缓解家里经济困难，就麻烦你们二老帮我多照顾一些”。你拿婚姻调动你家里的积极性，你想你家人得多高兴，这个孩子是为了这件事，否则我就担心他婚姻，他说这个我帮他伺候小孩，他的婚姻就保住了，家里就调动起动机了。



你跟婆婆说的时候，别跟他打架，得这样说：“我丈夫这么工作不容易，一个人要照顾全家这个事，着急上火还得喝酒，血压还这么高，我得努力工作，这样我挣了钱，他压力就轻了，他就不用喝酒了，他血压就低了，所以你看你有空能不能帮我也看一看孩子”，比如说“我妈妈负责带他平时生活，你负责接送辅导班就行。”你通过要缓解他儿子健康的这个角度，来调动婆婆的积极性，把婆婆这个资源就调动起来了，**跟你妈妈说**是**保住婚姻**，**跟你的婆婆说**是**为了保护丈夫的健康**，这样我俩好少吵架，他好少喝酒，他身体好健康，要不把他压垮了就麻烦了，但你得帮我做事，然后我好帮丈夫，所以**这样全家就都好了**。

你这样去做，假如有一天你在咨询师的帮助下能这样看问题，你家的矛盾就缓解了。看起来明显有矛盾，但没有根本的矛盾，就是别再出现危机。我刚才讲的这个策略，就是说你的那些“小病”跟焦虑有关，跟你的人格有点关系，我们怎么改变自己，改变对方不是难嘛，江山难改本性难移，那就从自己改起，再谈对方，这样一步就把扣解开了，否则现在就相当于顶牛的状态，没事就吵架，来了月经更找丈夫吵架，他气够呛，你也气够呛，最后想达到什么目的？他多喝酒，你没有钱，变成这样的了。但倒过来，他少喝酒，你还挣钱，多好？他爸他妈也拉到你这里来，你的父母也到你这里来，用不同的方法，找咨询师研究怎么去说这件事，最后变成谁也不跟谁吵架，把这个劲都用到财会上、都用到出纳上、多用到挣钱上，到家里累了，你也不想吵了，进门就想睡觉，这样就好了。这样清楚吗？

36. 来访者：清楚。

短程咨询看重“策略”

与传统疗法（精神分析与人本理论）的观点不同，并不是挖掘过去经历找原因，而是看重当下呈现的“结果”。认知行为疗法的基本策略是，发现来访者现在认知层面的不合理之处，进行**建设性对峙或通过苏格拉底式诘问等，以启发并最终尝试改变一个人的负性想法和信念，从而矫正不良行为**。在这个案例当中，抱有“做贤妻良母”观念的女性试图通过让一个人挣钱养活全家的丈夫通过读两本书籍来改变心情与态度，认为只有自己带孩子才能让孩子幸福，认知行为疗法会去质疑这些信念：

“家庭的经济状况允许这样的安排吗？”

“丈夫的健康状况能够支撑到孩子长大吗？”

“双方的家长如何才能转为支持自己出去工作？”

然后帮助来访者发展一种新的、更现实的信念，以取代之前认知。因此在这里督导师提出一系列的策略从生物-心理-社会三个角度给出新的方案。



37. Z 医生：对的。
38. 来访者：现在我明白了，但是家里现实有一些事情是他父母帮不了，只能我母亲来帮，现在是我父亲也在上班，然后他是退休以后也在上班，他是觉得我没有上班，然后他就上好几份班，然后来贴补我们。他的父母，岁数都大了，身体也不好。然后他父亲倒是每天都来，然后帮着我们一块看孩子，倒是每天都来，但是他母亲来不了。
39. Z 医生：对的。
40. 来访者：然后父亲也是身体不好。
41. Z 医生：这是具体的问题。我的意思也不是说你明天就上班，也不是说下个月，但是你在脑子上要有这种想法，做出决定，那就几个月以后，甚至一年以后，不能像现在这样耗下去，结局把整个系统全都给整崩溃了，这是第一。第二，你看这安排就有问题，你是一个年轻的姑娘，又受过教育，爸爸打好几份工作，贴补家用。这不整反了，你应该打几份工作贴补工作，爸爸替你看小孩，我说的不是道德层面，是说具体层面。因为你是负性的对待这些事，其他人都调动起来，就变成了都是另一种负性的了，爸爸打几份工作，把自己给整中风了，先生不得不喝酒，不得不闹，变成这样，但是你要是把这事解决，那父亲正好帮你看看小孩，你去打两份工回来，整个家庭的整体收入增加了，他们的关系慢慢就捋顺了，不是说具体他们挣多少钱，也不是说让你婆婆做什么。
42. 来访者：但是我不上班这事，是我爱人说的，他说等孩子，那个老二，上幼儿园以后再让我去上班，他说让我先顾孩子。
43. Z 医生：是。
44. 来访者：但是完了以后，他又不高兴。
45. Z 医生：我不跟你讲嘛，不是他怎么说的，得看最后的结局是什么，你们家有几个矛盾——爸爸都打几份工作，宁可自己累中风，那是爱；丈夫也是关心你，说“你带带小孩，我去做！”可问题是说要有金刚钻才能揽瓷器活，我们不能主动不把这个责任承担起来，最后变成大家都崩盘了。是，他说过这句话，我们拿这句话挟着他有什么好处？到最后的结局他跟你吵架，而是说我知道你这是好心，但现在我试了，我也按照你说的事去做了，结局是不好，怎么办？那只好我再次出山了，说的不是一定要这个月、下个月，或者这半年，而是说你得往这方向努力，这“扣儿”才能解开，一定不能够三十几岁的人在家里，让六十几岁的人去努力工作，打好几份工，把他们都整垮了，最后再出现一个瘫痪的、中风，我们不麻烦了？得学会倒过来做事，先生也说谢谢别人的好心，关心你



这不是坏事，但是你一定没这能力，我看出来了，那我就只好这样做，人总是这样的嘛，你有多大的能力，做多大的事，听起来你们每个人都是对的，但是结局不好，我们得把这结局改过来，这样清楚吧？

46. 来访者：明白。

47. Z 医生：你今天的访谈做得挺好，我们一会把会诊意见反馈给你，好吗？

48. 48. 来访者：好，谢谢您，老师。

咨询中“我明白……可是……”的陷阱

假如咨询都能够第36段停止，那实在是太太好了，【发现原有模式——心理教育——完成认知调整】，问题就在于事实上心理模式的形成远不是一天、二天的结果，任何人对事情的解释常常是从童年期就开始接受的观念和信条，慢慢内化成我们自己的观念和信条，所以通常情况下即使它经常出错，让自己痛苦，从一个不那么合理的角度对我们自身和生活做出评判，所以听到新的策略感觉“有道理”，但大脑立刻会弹出一系列的“可是”，显示出固执于原有的模式，负性思维的惯性等等，这是心理咨询工作的常见情形。所以我们看到督导师并没有进入到来访者的套路中，而是快速的指出在“固执于现有情况下”可能遇到的“危机”，以及如何应对。

这部分的工作既有对峙的性质，实际也包括有心理教育的部分。因为我们需要看到来访者本身的局限，帮助她扩容认知范围。

【督导小结】

首先，督导时需要看看她不是有经前期烦躁的问题，她说“不完全跟月经有关”。第二，这样那样的问题究竟是转换障碍还是个冲动控制障碍？冲动控制一般都是对外，打人或者把家具破坏掉。她不是那种对外的、立即发脾气。她是自己气得有这些躯体症状，尤其出现失语，胃难受到怀疑自己有胃病，但没查出任何问题来，很明显这都是转换障碍的问题。这个来访者的**诊断是转换障碍加上强迫型人格特质**。

关于治疗，生物治疗既然左洛复有效，就调整剂量，在现有基础上药量不到200mg的话就加50mg，如果超过200了，再加别的药。运动这件事毋庸置疑了。心理咨询，这样的病人怎么调整认知？**这是概念化里最重要的事，因为正确的诊断导致正确的治疗，诊断正确了，可是概念化不准确，那认知疗法没法下手。**

从哪儿找切入点？三十几岁的年轻人，没有任何躯体疾病，让爸爸做几份工作贴补家用，自己在家培养未来的“公主和王子”，然后丈夫不是离婚就是喝酒。她这个理念对吗？你看英国乔治王子，一天的课程表，选11门课，又学文学、又学艺术、又学辩论、又学计算机，可问题我们是王室吗？所以“理念对”，但是不一定适合你。理论上孩子其实



都应该只生一个，就是说，妈妈就只能给你生命了，我没办法给你经济上那些支持，那我就努力工作，让你能够健康成长。到18岁以后，你得靠自己了，明明是这样的一个生活在中下阶层的人，打着培养小孩的名义，打着辅导孩子做作业的名义在家做太太，这种“良好的意愿”会得到好的结果吗？答案一定是四分五裂的。你不能倒过来说“他说过让我好好在家做全职太太”。是，他说过，他还说爱你一万年呢，那不是说不到一万年人都先死了嘛，所以凡是说“海可枯、石可烂，爱你的心永不变”，“爱你一万年”，说的都是真话，因为肯定是不到一百年人就先死了嘛，所以死了以后他爱你一万年，没听明白在哪边爱。他说这句话你就当真了，你就认为是对了，你拿这个事挟着对方，对吗？搭火过日子，抱团取暖才能够度日，还能挑剔啥？

这样的家庭需要的是“**众人拾柴火焰高**”。我们要求对方完美，那自己得接近完美呀。离婚，现在这样的一个年龄，这种教育程度，带着两个小孩，能找到比现在的丈夫还好的？老父亲说他得打好几份工作才能贴补我家用，那为什么不倒过来，妻子去打几份工，让老父亲在家看小孩。至于为什么要这么做，就用婚姻说事儿，告诉父母：“为了保住婚姻，你们来帮我带孩子，就保得住婚姻。”婆婆为什么难受，她看自己的儿子养了这么一大家，还有这媳妇天天吵架，看着你在家待着她就来气，又没法说，对吧？那倒过来说服她：“我为了不让你儿子生病，为了他血压降低，为了他不喝酒，为了他永远孝敬你，请你帮我做点这个、做点那个……”这样不就容易点了。

访谈中她机械地问，“他们都说了不让我工作，你看我婆婆身体不好……”。咱们不是在跟来访者讨论具体的问题，我怎么知道你们家谁身体好、谁身体不好，谁是主动帮你，谁是不主动，这不是我们应该关心的。作为咨询师、医生，需要听懂这些“事”，你能看到她还是缺少弹性，这就是人格的毛病。独生子女这一代比较麻烦，父母就这么一个孩子，培养成“土皇上”，所以认知上得怎么去说，我们不能批评一个受害者，你看她自己也落泪、也有不幸，怎么换个方式去说，这就叫**认知行为调整**。

得运动，得找工作，但没让你明天上班，可也别指望三五年以后上班，因为三五年以后估计婚姻都不保了，也谈不上上班了。想想看如果她父亲做几份工作，可突然中风了，躺在床上，她三年以后照顾三个人，两个小孩加一个瘫痪的父亲，就更不能上班了。所以我还是说这句话，女性可以做全职太太，但像这样的人和家庭情况我会反对，因为没有那么好的支持系统，得为了生存而战。所以怎么做生物心理社会，怎么调动资源、怎么换个方式去做，才能解开这个扣。



【编辑后记】

道龙老师很犀利。犀利的背后是对生活的洞见与思考。你可以惊讶，可以赞叹，但我都希望不论赞否，请你首先细细去读他在咨询中的思路，因为在那里你能够在直击痛处的话锋当中看到他对人生深刻的理解，以及表达出的对来访者深切的忧虑。

美利华中美班的咨询当中出现过多次资源并不算太好的来访者的案例，老师曾多次做过这样的比喻：家境贫寒一样可以逆袭生活，但对这样的人群来说生活如攀岩，登顶景虽美，但过程险恶且一旦下跌则损失过于惨重可能再难翻身，所以在合理的目标下，努力前行，通过二代甚至三代人的努力来完成家族命运的改变。这样的成功例子有《含泪活着》中的丁尚彪一家人，大家有兴趣也可以去上网查找相关的报道及纪录片，看看这个看似平凡的男人怎么用20多年的勤奋努力把一家人的生活带上了理想的跑道。（影评：一个中国人的“含泪活着”，感动了无数日本人http://www.sohu.com/a/243710026_648969）

随着2019年诺贝尔奖的揭晓，《贫穷的本质》这本书走入大众视野。两位麻省理工大学的经济学教授揭示出“穷人思维”的可怕。《贫穷的本质》最精妙之处在于，并不是讨论在某种文化或地域经济当中即存的经济现象所导致的物质贫穷，而是更加关注深入了解穷人的生活，去了解他们的思维方式，了解他们生活当中存在的非常细微的点。例如书中举例在南非一些贫穷的国家，为了防止由蚊虫叮咬所发生的疟疾传染会免费提供给穷人蚊帐，然而这并不能提升蚊帐的使用比例，甚至有人把这些免费提供的“必需品”进行了令人匪夷所思的“改造”，比如用蚊帐做了婚纱，拿免费的马桶做了花盆，用免费的避孕套当气球吹……通过对这些现象的观察及研究，学者们了解到这样的事实：很多时候穷人思维导致他们认知层面相当狭窄，他们没有意识到生活应该有所改变，更喜欢把眼前得到的东西用在让自己开心上面，始终只能想到“活在当下”。为了将来的利益，做出的长远规划对他们来说已经突破了认知的限度。



书中还提到了另一个概念，即**贫穷的陷阱**，比如在印度某地研究者们发现一些穷人靠贩卖果蔬为生，但他们连进货的钱都没有，所以他们需要从进货商那里“借货”出售，然后用售贷款的50%作为回报给进货商。这笔交易换算下来高到了日息5%，也就是说用这个利率借款5块钱，一年后需要还得是1个亿！那么问题来了，这些小贩应该可以自己攒下1000卢比去进货——因为研究者们观察到他们每天会花费5卢比给自己或家人孩子



买点小东西吃喝，而如果省下这5块，200天下来也可以实现有1000卢比存款；或者如果按复利计算，他们只用每天少进这5卢比的货，那么50天就可以实现完全用自己的钱来进货。但事实上，他们都做不到。可能和我们的恻隐之心一样，研究人员同样觉得如果每天5卢比的“小需求”也不能被满足，生活太过于苛刻！于是他们甚至干脆给其中一部分小贩提供了这样的一笔启动资金，让这些人不用借贷的去进货，然而不到一年就发现，最终小贩们又回到了借贷销售的原点。因为事情并没有那么简单：并不是他们挥霍掉了那笔钱，而是他们的生活中充满着太多的突发事件，家人生病，亲戚结婚，因为房屋漏雨需要维修等等，一旦这些情况发生，他们当然最容易选择的就运用这笔做生意的钱来填补。所以这样的模式让我们看到了一个可怕的景象——**当你一点余钱都没有，每天都在应对各种突发情况，坠入这样的陷阱，就没有精力对未来进行长远规划。**

书中描写的情景其实对于中美班学员来说应该并不陌生——仅就本期案例当中的家庭看，我们也不难发现，至少在来访者的认知当中就存在这样那样的不合理：她意识到了教育的重要性，却忽略了教育需要的不仅仅是陪伴，更重要的是经济上的、长久的投入；她的家庭需要钱，所以她自己的父亲不顾老迈病弱，打好几份工去帮助她来贴补家用，却忽略了很有可能老父在工作中倒下，这只会更加增添她的看护、医疗等各种投入；她看到了丈夫与自己的矛盾，但她希望丈夫看书学习改善与自己的矛盾，却忽略了丈夫的经济压力、借酒浇愁都不是看书能解决的问题；她埋怨丈夫的抠门，但是她说丈夫承诺自己不用出去工作，还又生了一个孩子期待改善夫妻关系、养儿防老……这其中各种不合理之处，让我们感觉生活正在一步步扼紧她的喉咙，而她却毫无准备。读至此处，大家再来看看访谈过程中道龙老师对于这一家人生活所进行的调整，帮助她想象如何梳理家中关系以便未来能够各就各位，不知道会不会另有一番体会。（类似情况的案例还有180904督导案例及第110期的期刊分析，全网公开的诊疗技能大赛191026案例等）。

怀揣助人理想进入咨询行业者众多，但能不能深刻的理解人与环境，看懂世相与社会，所需不仅是善意与慈心，更需要我们自身的智慧。

大道至简，知易行难。一切起始于正确的诊断，落实于准确的概念化。



访谈理论篇

2019年9月起，由肖茜博士主讲的美利华中美班图书馆案例导读课程于每周四下午三点开播。每期当中肖博士花费大量时间重新翻看美利华视频图书馆把过去2年多来同类型典型案例以划重点的形式进行仔细回顾与总结，生动的把每种障碍多样的呈现特点出其总体异同进行归纳、整理。本期案例中的来访者被诊断为转换障碍，我们也再次将肖茜医生2019年10月31日关于《转换障碍》的总结搬上期刊，期待大家借助文字及案例中对同一诊断的各案例所呈现的核心特点再次学习与体会，加强理解与记忆。

美利华中美班图书馆案例导读第七讲—— 转换障碍

主讲者：肖茜医生

转换障碍分属于躯体症状及相关障碍这一章节，它们的本质都是焦虑，患者聚焦于对躯体的担忧，但初始就诊通常集中在普通内科等医疗单位而不是精神卫生服务场所。

核心点的不同：

躯体症状障碍：有各种不舒服（以疼痛为主），但是会聚焦于他的症状本身，比如担心他的胃痛或头痛等。

疾病焦虑障碍：没有什么症状或只有很轻微的躯体症状，但总是认为或担心自己患有某种严重的疾病而没有被诊断出来。

转换障碍：心理冲突躯体化，不以关注身上的痛苦或得了什么重大疾病，会主诉于心理上的问题。其症状与躯体疾病之间不一致。引起社会功能损害或痛苦但相比躯体症状障碍又没有过度的想法、感受或行为。随着这些躯体化问题的存在，有一定的继发性获益。

转换障碍的概念化要点：

- 1、遗传：父母及同胞存在偏焦虑的情况
- 2、环境：培养焦虑及不安全感的养育方式
- 3、症状：躯体症状，包括各种神经系统和植物神经系统均有可能，症状本身没有特异性。模式为：心理冲突躯体化。
- 4、症状与躯体疾病的证据是否一致？
- 5、加重和缓解因素：外源性的压力心理化，比如自己是老师的子女却成绩不佳、母亲过度高压、子女残疾、失去房子、夫妻感情不和、继发性获益得到父母关爱……等等，还可以了解一下既往患者是否看到过家人有类似症状，因为许多的病情症状本来无从了解，但



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



由于家人中曾经出现过这样的疾病，因此得到了某种“学习效应”。

6、既往是否本身就存在偏焦虑的特点。爱担心、怕这怕那，紧张等

7、患者目前可能存在情绪的问题，比如焦虑和继发性的抑郁情绪。这些症状也可能存在有明显的应激源，需要与适应障碍相鉴别；也可能存在强迫思维，需要与强迫症鉴别——看核心特征和主诉是关键。

8、人格问题：判断增加人格诊断的标准是概念化患者整体情况时看一看人格方面是否也成为主要困扰，人格模式是否一直存在于患者的生活当中并真正的影响到他的社会功能。

9、是能力与期望不匹配的问题。

治疗方针：

1、生物方面：

加强运动。药物方面以5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRI）或5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）为主的治疗思路。

在案例库中使用SNRI的案例：180530，181227

在案例库中使用SSRI 的案例：171114

米氮平：180718，180906：胃肠道不适问题明显

安非他酮：患者肥胖、胃肠道不适，不适合用SSRI和米氮平。动力缺乏及疲乏，用一些多巴胺（DA）激动成分的药物。

喹硫平：180718，181204（胃肠道敏感的患者选用）：

苯二氮卓类：181204（腹泻症状，若单用米氮平/喹硫平效果不佳时选用）

心得安：190424、190425、171009：考前焦虑、呼吸困难、心悸明显、疼痛等其他植物神经系统症状紊乱的患者

2、心理方面：

要点在于诠释病情的来龙去脉，将潜意识转为意识层面并进行以认知行为疗法为主的认知调整，引导患者聚焦于正性力量，改变引导其纠正不现实或不正确的观念。正念练习。

例如在本期案例当中发现对其整个家庭资源分配时出现的不合理性，动机面询患者“自救救人”，自己去工作换回在外辛苦工作的父母在家带孩子，以保证老人身体健康不给自己增加未来看护的负担；分解丈夫的压力，让他也不用因为经济压力过大累垮身体或买醉解压，获得婆婆的理解与帮助，同时用自己的力量为孩子创造有保障的未来。

另外在181204、190424的案例当中，为了谈恋爱、事业等来访者自身关注的内容也对他们当下的困局进行了有效的动机面询，大家可以自行体会其中力量

3、社会：减少压力、缓解心理冲突。比如在181204案例中调整患者认知，尽量不参与引起焦虑的活动，比如炒股票。



转换障碍的其他精彩案例解析

- ◆ 180530: 该案例精神动力学是什么? 认知调整: 患帕金森的可能性不大, 已用抗帕金森药物治疗没有明显效果。
- ◆ 180718: 奥氮平+米氮平联合用药。社会层面的调整, 如何请保姆, 家人排班轮流消耗老人精力。
- ◆ 180906: 失忆为主诉的症状。寻找精神动力学, 找病前后与丈夫的关系改变。起病点: 食蘑菇后, 为何? 不用苯二氮卓和DA受体拮抗剂, 避免影响记忆。
- ◆ 181227: 如何理解精神动力学、“一元论”? 遗传: 全家焦虑+成长环境: 与家庭养育方式、奶奶父亲过度关注躯体有关。躯体症状+转换症状两组症状均存在。“瘫痪”症状时, 肌注劳拉西洋

共病: 什么情况下需要额外下一个诊断?

- ◆ 转换障碍+OCD: 180306
- ◆ 转换障碍+OCPD: 181204
- ◆ 转换障碍+回避型人格障碍: 180627
- ◆ 转换障碍+边缘型人格障碍: 190424
- ◆ 适应障碍+转换障碍+OCPT: 190425

在类似疾病当中如何鉴别诊断:

- ◆ 转换障碍vs躯体症状障碍180908: 从精神动力学鉴别, 聚焦点不一样
- ◆ 转换障碍vs做作性障碍181227: 是否喜欢看医生? 愿意住院吗? 诱因?
- ◆ 转换障碍vs诈病: 故意装的吗?
- ◆ 转换障碍vs真正的躯体疾病: 有没有受伤? 人多的地方? 影响运动和活动? 大小便失禁?



心理学人

关注自伤自残：为了活着，无声呐喊

作者 | 王剑婷 心理咨询师

2003 年日本著名的文学奖颁给了金原瞳的处女作《裂舌》（日文名称：『蛇にピアス』）。作品借女主人公路易之口道出了部分叛逆的当代青年人的心声：“在这阳光普照，没有一丝一毫阴暗角落能容我藏身的世界上，起码我得找到一个方法，能够把自己的身子当作影子来遮住自己”。文中的年轻人们执著的自我“作贱”身体，不遗余力的进行“身体改造”，路易说“我实实在在感到自己活着，只有在我感到疼痛的时候”。在极度的痛苦中，最终路易把舌头一割为二，内容之“惊世骇俗”，当时在日本引起广泛争议。



- 我们收到过右边这样“控诉的呐喊”。
- 19 年初美利华的一个大赛案例当中也见到过一位长发飘飘的美少女，访谈中谈及她用刀片划手腕的自残行为，少女一边笑着一边流着泪说：“伤口，那当然痛啊，但是，很爽！”十几岁的孩子面貌姣好，泪容凄美，情绪表现却如此背离，目睹时不禁心如刀割一般，令人印象深刻。

父母一吵架我就把自己关起来，用刀子划自己的胳膊，我恨他们，但我无能为力，疼痛能让我感觉舒服一些。

他们总是说让我加油、努力，我已经很累了也没有退路。我的血就是我的眼泪。

这样的情况并非个例，临床工作者或多或少都曾见到、听到自残的情况。来诊的另一位高三的女生曾说，身边不少同学都有过这样那样的自残自伤行为，因为，大家都过得好辛苦……

自伤自残一直是公共卫生领域的重要课题

关于自伤自残，翻看过往的研究资料，不少的研究集中在一些特定领域，比如在司法犯罪领域的研究中，会看到犯人的自残自杀问题或在成瘾戒毒人群中存在的自伤自残等；在精神医学领域中我们也能看到一些以精神疾病的重症患者及重度神经发育障碍人群所出现的严重的自残行为有不少的研究及应对策略的报告，似乎有种印象自残自伤问题都是“特殊人群中的特殊问题”。



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



上网在搜索引擎以自伤自残为关键字搜索一般信息，我们发现情况似乎并非如此，会有不少的信息弹出关于青少年的自伤自残的提问及讨论。其中特别显眼的还有2013年前后俄罗斯出现的，曾在网络上向世界各地蔓延「蓝鲸游戏」。该游戏透过心理暗示来诱骗青少年一步步从轻度的自残自伤直至自杀的恐怖活动，参加者加入后以通关为名目执行游戏管理员发出各种疯狂指示，游戏入口通过摆布与威胁操控青少年，诱导儿童和青少年必需听从指令，据说一旦参与这款游戏就没有人能够活下来，后来随着俄罗斯抓捕了游戏发明者事态才得到遏制。



自伤自残，远不是现在这个时代的新产物，笔者渡过青少年期的八十、九十年代就亲眼见过男孩女孩用烟头烫自己，用小刀在手臂上歪歪扭扭的刻上个“忍”字的情况，可在那时他们往往被认为是“二流子”，被划为异类，因此，少有人去关注他们的行为出自于什么样的情绪，甚至他们自己也把这种行为当成是小团体之间彼此认同与接纳的信号。而其实，在心理学的研究领域，对这样的现象不断地进行着临床的总结与研究。

早在1935年Menninger,K.A.就深入的研究过自伤行为并把这些行为划分为6个种类，从神经症性的自伤比如咬指甲、抠皮、拔头发等问题到宗教性的，如苦行僧式的自伤和精神病患的自伤行为，但这个分法当中甚至把普通人刮胡子、剪指甲行为以及宗教性的割礼也编入在内，引起后来研究者的争议。80年代前后，研究者们对自伤的研究从行为上进行了分类，包括：

- 1) 切割 (cutting)
- 2) 咬 (biting)
- 3) 擦伤 (abrading)
- 4) 切断 (severing)
- 5) 插入异物 (inserting)
- 6) 灼烧 (burning)
- 7) 吞/饮异物 (ingesting/inhaling)
- 8) 击打或撞击 (hitting)

一如所见，这样的分法更注重“行为”本身，而对这些行为背后所存在的精神层面的问题、非主流文化的存在等并未进行说明，而作为我们恰恰是想要知道这些行为前后的心



理原因，否则行为也好、症状也好，犹如无根之水无从下手，何谈干预。1988 年美国研究者 Barent, W.W.和 Paul,M.R 从行为层面所造成的对身体改造从：1) 身体损伤的轻重程度；2) 行为发生时的心理状态；3) 社会对行为的容忍程度进行了考量，对自伤进行了这样的分类（见下页表 1）。

表 1：自伤行为的分类

类型	行为	身体损伤程度	心理状态	社会容忍度
I 型	打耳洞、咬指甲、由专业人员进行的纹身或整形手术。	浅表~轻度。	良性。	全部或被大多数社会成员所接受。
II 型	受摇滚文化影响进行的身体各部位的带体环（鼻环、唇环等）；波里尼西亚或非洲部落所进行的仪式化的自伤行为；船员、赛车手等人群中所见的大面积的纹身。	轻度~中度。	良性~带有兴奋或冲动性质。	只在一部分非主流文化中被接受。
III 型	切割手腕或身体、用烟头自烫、由自己进行的纹身行为，剥或抠既有的伤口。	轻度~中度。	精神危机。	通常不被任何社会层面所接纳。只在极少的同伴当中可能被接纳。
IV 型	自我去势、抠出眼球、切断四肢等。	重度。	精神病性的。	完成不被任何群体或社会所接纳。

因此我们能看到本段前述的青少年们自行操作的烫伤、非艺术性的刺字等行为一方面可能是受当时社会条件所限有无法上升到副文化层面的缓兵之计，另一方面也的确显示出可能存在的通过轻度的自伤自残来缓解情绪痛苦，并且在小集团内部达到互相认同、产生连带感的目的，介乎于 II 型与 III 型之间。而本文开头所呈现的青少年们所表达的**用身体上的“痛”还表现和缓解心理上的“痛苦”**这一信息则更加明显。这一部分也正是临床工作者忧虑且更为关注的部分。

自伤究竟在表达什么

作为一种掺杂着暴力与死亡味道的行为，很多时候我们看到自残自伤者本身就会涌起强烈的感受。作为家人，目睹伤情或伤痕首先可能暴发的就是震惊、愤怒或者恐惧情绪，因为不能理解为什么要用这样的手段来“示威”、“作”、“演戏”等等，这种反应带来的后果包括质问或镇压，我曾经听到一位母亲告诉我说，看到女儿的伤口，她气得心口疼，觉得孩子“实在太不懂事，做事太过分了。”而恰恰在随后与女儿的访谈中会发现，孩子正



是因为得不到父母的理解，为了控诉与释放那份压力才会采取这样的手段。

1、**自残自伤本身就是一种“无声的呐喊”**。自伤者通常由于成长环境及压力所致，并不善于通过语言来表达或排解自己的情绪，甚至与他们的内心体验相比，语言表述既冗长复杂还容易招致更多的误解与伤害，因此对于这个人群来说，身体层面的“痛”本身能够把内心感受到的“痛苦、孤独、愤怒”迅速而鲜明的传递出去，一旦体味这种“简单明快”，他们往往无法自拔，因而会在下一次负性情绪袭来时冲动性的选择重复使用这种方式令自己平静或得到释放。

2、**自残自伤是向外界施予的“血淋淋的惩罚”**。自伤者由于成长过程中不够好的依恋关系所带来的不安全感，本身对人际关系就缺乏依赖与满足感，因此往往在人际交往中极其敏感并容易感觉受到伤害。日常生活中遇到同伴、亲友、家长所表现出与自己的不同频或不理解，产生哪怕是一些小的误解也有可能引发其愤怒的情绪，这些情绪用自伤的方式表达出来，一方面是转化是自我的情绪，另一方面也是对给自己造成伤害者的强烈的示威与抗议，因此部分时候我们在临床见到的由于家庭冲突，孩子愤而自残的事例不但不能引起父母的重视，反而如前所述的母女一样可能更加深亲子之间的误解与怨怼。

3、**自残自伤是活着的“真实体验”**。许多自伤者的陈述中我们可以听到他们对生活的无助与空虚感——不知道自己存在的意义，看不到希望，找不到目标等等……这样的感受除了在不理想环境当中成长的青少年当中存在，也同样可能存在于一些品学兼优的学生身上——他们是可能是校园里最乖、最好的学生，甚至他们享受着优越的物质条件，成长中也并没有什么创伤体验，但多年枯燥而高压的学习生活却榨干了他们的内心，像漂泊在大海上的孤岛一般，由于找寻不到自己的目标，因此重则看破人世尝试轻生，轻则通过自伤这种痛感体验来让自己麻木的心灵、空洞的躯体感受到“真的活着”。

诸如此类，每个自残自伤的人也许都有着各自的成长经历，有着各种明确的或模糊的伤害自己的理由，但终其一点，**没有一个人是因为快乐而自残自伤！**那些伤都是在悲伤、抑郁、恐惧、愤怒、折磨、内疚、无助、羞耻、绝望等等排山倒海的负性情绪中一次次无奈的逃生。

正式名称：区别于自杀的“非自杀性自我伤害”

自伤自残中最常见的表现就是割手腕，这很难不让我们联想到“割腕自杀”。眼看着



少男少女们用刀片不断地、多次切割动脉部位留下的伤痕，可受伤程度都没有危及生命，把这样的行为应该理解为一种逐步深入的、试探性的自杀行为？还是带有表演兴致的“作”和“闹”？，不仅让家人们困惑，有时让临床工作者也感觉棘手。因此在自杀研究领域中，究竟割手腕算是自杀还是自伤也是非常受关注的研究内容之一。有关自杀意图

(attempted suicide)、割腕征候群 (Wrist-cutting syndrome)、自杀样行为 (Parasuicide)、微小自伤征候群 (Delicate self-cutting syndrome) 等名词也在不同时期成为焦点。

研究者们对这两种行为加以比较发现：

身体损伤的程度/致死性：自残行为中自残部位主要集中在手腕、大腿内侧等靠近动脉部位，其他的自残形式多样而程度各不相同，因此通过自伤的方式单一条件还不能有效区别自伤与自杀。而青少年中常见的自伤行为大都集中在身体的浅表层，通常伤口的致死性都较低，在程度是有显著的差别。

反复性/慢性化：治疗前后，类似的自伤行为都有至少 5 次以上，且开始实施的时间集中在少年-而在有明显自杀意图的人群当中这一现象并不多见。

行为的意图：自伤者由于愤怒、紧张、抑郁以及人际关系中的苦恼实施自伤的行为最常见，这些情绪虽然在自杀者中也同样存在，但临床工作者们发现青少年自伤者一开始只有极少数人抱有自杀的念头。这听上去像是不幸当中的“好消息”，值得警惕的是之后通过纵向研究发现，随着行为数量的增加及情绪问题的加深，在某个特定情况下以致死为目的的自杀行为也有可能突然出现。因此，初期反复的自伤长期来看招致自杀的概率绝不可掉以轻心，对自伤行为的临床及时的干预与关注是阻止情况恶化的必要手段。

2013 年 DSM-5 出版，其中虽然尚未把自伤问题正式收录进诊断名目，但把自伤自残行为正式以**非自杀性自我伤害** (Nonsuicidal Self-Injury, **NSSI**) 定名，作为需进一步研究且深切关注的问题收录进第三部分 (同时收录的还有关于自杀行为障碍)。(见下页表 2)：

其中对 NSSI 的诊断特征描述为

“个体反复造成浅表的，但痛苦的躯体表面损伤。” (损伤程度及反复性)

“最常见的目的是减少负性情绪，如紧张、焦虑、自责或解决人际困难，某些案例中还被想作应得的惩罚。个体经常报告出现在自我伤害的过程中立即的缓解感。当该行为发生时，可与紧迫感 and 渴求感有关，该行为模式类似于成瘾，造成的伤口可以变得更深、更多。” (行为的意图)



表 2: DSM-5 对非自杀性自伤的建议诊断标准

非自杀性的自我伤害

建议的诊断标准

- A. 在过去一年内，有 5 天或更多，该个体从事对躯体表面的可能诱发出血、瘀伤或疼痛的（如切割伤、灼烧、刺伤、击打、过度摩擦）故意的自我损害，预期这些伤害只能导致轻度 或中度的躯体损伤（即没有自杀观念）。
注：缺少自杀观念可能是由个体本身报告，或是通过个体反复从事那些个体知道或已经学到不太可能导致死亡的行为而推断出来。
- B. 个体从事自我伤害行为有下述预期中的 1 个或多个：
1、从负性的感觉或认知状态中获得缓解
2、解决人际困扰。
3、诱发正性的感觉状态。
注：在自我伤害过程中或不久后能体验到渴望的缓解或反应，个体展现出的行为模式表明依赖反复从事该行为。
- C. 这些故意的自我伤害与下述至少 1 种情况有关：
1、在自我伤害行动的不久前，出现人际困难或负性的感觉或想法，如抑郁、焦虑、紧张、愤怒、广泛的痛苦或自责；
2、在从事该行动之前有一段时间沉湎于难以控制的故意行为。
3、频繁的想自我伤害，即使在采取行动时。
- D. 该行为不被社会所认可，例如体环，纹身、作为宗教或文化仪式的一部分），也不局限于揭疮疤或咬指甲。
- E. 该行为或其结果引起有临床意义的痛苦，或妨碍人际、学业或其他重要功能方面。
- F. 该行为不仅仅出现在精神病性发作、谵妄、物质中毒或物质戒断时。在有神经发育障碍的个体中，该行为不能是重复的刻板模式的一部分。该行为不能更好地用其他精神障碍或躯体疾病来解释（如精神病性障碍、孤独症谱系障碍、智力障碍、自毁容貌症、刻板运动障碍伴自我伤害、拔毛障碍、皮肤搔抓障碍）。

如 DSM-5 的收录方式所呈现，非自杀性自伤作为独立诊断仍不成立。这一问题背后，一方面与研究推进不足相关，另一方面也与长久以来把自伤行为视为边缘型人格障碍的特有“症状”有关，但实际上边缘型人格并非总是在非自杀性自伤的个体中被发现，大多数有自伤行为的个体也有符合其他诊断的症状，比如进食障碍和物质使用障碍的问题也容易被在这个人群中被检出。作为临床工作者在遇到 NSSI 问题的来访者时还需要特别给予关注与鉴别。

自伤行为的成因

虽然自伤可能出现在各年龄阶段，但临床发现通常起病集中于 10 岁之后的青少年人群当中。多项研究发现，自伤行为往往并非如天外来客一般降临，这种行为的背后，往往与成长经历当中诸多的创伤性经历或体验相关，从大的方面可以分为在幼年阶段和青少年阶段两个时期来剖析对自伤行为产生的影响。

从那些自伤行为者的幼年时期我们常常可以发现不少损害适应功能的问题，例如：



- 1) 由于从小与家人的分离生活、经历父母离婚、丧亲等分离或丧失体验，使得安全感不足，长期对丧失体验带有过分的敏感度；
- 2) 部分自残者患有某种重大的或慢性疾病，在儿童时代就常常需要接受多种外科手术，影响其身体的完整性或外观，对身体以及健康抱有某种歪曲或自卑心理。
- 3) 在许多的研究中还可看到部分自残者自幼受到过身体或性方面的虐待；
- 4) 如果他们的家庭成员曾有人出现冲动控制方面的问题、酗酒或暴力行为等情况，他们自身的冲动性以及自我破坏性的行为也都较其他同龄人更为突显，并为此变成暴戾的或同样容易沉溺于物质滥用，以此来实施自虐或自暴自弃者。

当然并不是说以上这些不良环境/体验就一定直通向自残行为本身，最终导致自残行为的也还需要关注成长过程中青年甚至成年早期的某些体验，包括下列几项都有可能成为自残行为的扳机点：

- ①少年-青年期遭遇的丧亲体验；
- ②校园中的欺凌/霸凌问题，
- ③其他人际关系中的孤独体验等

至于为何要实施自残自伤，除了上述列举的背景性原因之外，还存在这样一种解释：**通过自残这一个行动，自残者可以把从小到大那些痛苦的生活经历都予以展现**——一方面自己是那个无人理会的、孤独的、身体残缺的**被虐者**；另一方面自己也扮演着那个愤怒的、冲动的、失控的**施虐者**。**自己感受伤害的痛苦，自己目睹伤害发生，自己重演伤害的惨状，自己体验愤怒的滋味……**

如何面对自伤自残

假如是你正在经历着自伤自残，首先，我希望给你一个温暖的拥抱——一个人扛了那么久，辛苦了！过去的经历虽然不能改变，但你所感受的痛苦完全可能改变。我们会尝试着与你在一起，倾听你的心事，陪伴你面对生活，当你感觉痛苦时咱们一起去寻找一些别的办法来替代自伤，比如试试改为用冰块来刺激自己；把皮筋套在手腕上，当内心痛苦时可以弹拨它来感受皮肤的疼痛；假如你愿意听听音乐或写写情绪日记那当然就更好了，那一定会是你送给自己情绪的一份大礼。总之，请你记得，只要你愿意，我们离你并不会比手机更远！

假如是你的孩子有自伤自残情况，请不要觉得愤怒或羞耻！调整好心态，尝试与他们进行语言交流。是的，我特别强调是**用平和的语言交流**，不是责备或质问，不是让步或恐惧，更不能是训斥或暴力。我们已经**看到了**他们的“呐喊”，那么就一定要尝试理解“呐



喊”当中的具体言辞是什么！面对他们，**倾听，等待他们的表达吧**.....如果你觉得自己缺乏勇气或者没有耐心，那么同样也请你记得一定要求助专业人士，这既是必要的干预措施，更是给孩子提供面对困难时的示范——不用在痛苦中挣扎，让专业的人来做专业的事，办法总比困难多。专业人士决不是为了替代父母的角色，而是帮助所有人回归自己的角色。和孩子一起来面对生活中的问题，建立一些新的沟通交流模式，学习处理问题的新方法，这些对孩子有益，也必然能更好的帮助整个家庭。

假如你是专业工作者，请首先自省一下，对待这样的群体，你，有没有足够的心理力量去面对他们的伤口？对于自伤你有没有偏见？你有没有掌握一些能帮助这个人群的技术，如辩证行为治疗，特别是其中的痛苦耐受技巧。对于自伤自残行为的青少年，你是不是愿意尝试启动家庭治疗？你会向这些既渴望关注又不会用更好的途径来表达的青年人或少年人开展有效的团体治疗吗？来访者在期待我们能够给予帮助，做好多方面的准备，储备更多对于这个群体的认识，当他们到访时建立安全的、尊重的关系，倾听他们无声的呐喊。

小结

即使自伤自残行为本身承载或转化了许多令人痛苦的情感，貌似坏情绪一时被转移了，却是一个“**低效高代价**”的投入，利用这种途径匆匆带走的坏情绪，一定使得它再匆匆地回来，因为痛一次伤一次，伤一次又留下一次痕迹，那些伤痕会引发自暴自弃、羞愧感，更容易使自伤自残行为逐步升级，进而导致自杀等不可挽回的结果.....因此无论是何状况之下发现身边有人存在自残自伤行为，我们都强烈呼吁请不要轻视问题的严重性！

自伤自残者中多是青春少年，我们期待有更多的人关注到这个隐性的群体，帮助他们愈合成长之痛，莫负韶华。

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] 高橋祥友. 自殺の危険-臨床的評価と危機介入. 3 版. 金剛出版. 53 - 73.113 - 121
- [4] 松本俊彦監訳. 鈴木剛子. 近藤正臣. 富田拓郎訳: 自殺のリスクの理解と対応; 「死にたい」気持ちにどう向き合うか. 金剛出版.
- [5] 中国青年网: 蓝鲸游戏发明者终入狱 http://news.youth.cn/jsxw/201705/t20170515_9764738_2.htm
- [6] 金原瞳《裂舌》: <https://baike.baidu.com/item/%E9%87%91%E5%8E%9F%E7%9E%B3>



全科医学

本期全科案例的患者是一位中年女性，在车祸后出现了认知功能下降的症状，她是真的因为车祸后导致痴呆了吗？还是另有缘由？且看两位医生如何从全科及精神心理学的角度共同工作，像侦探一样，发现扑朔迷离的病情背后的隐情。请看本期全科案例——

一例脑外伤患者的全科-精神科联合会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

患者：女性，43岁，本科，某国企职员。

主诉：为“明确诊断”来诊。

现病史：患者10个月前发生车祸，因远程访谈无法确认具体受伤机制和受伤部位。患者自述，自己现在无法回忆当时受伤的经过，事后看交通录像，自己被一个路边停靠的私家车，在启动准备左拐时，**自诉先压到右脚，随后被原地撞倒**，左后脑勺着地。倒地后失去意识几分钟，感觉好像灵魂脱壳一样，看到自己死了一样倒在地上。**被车主唤醒后，大喊大哭**，虽然心里告诉自己“能不能别这么哭”，但是控制不住。醒后自觉头痛，恶心无呕吐，无抽搐，被他人送急诊。查体：右足足背及胫骨前侧局部淤青肿胀，压痛阳性，活动时疼痛加重。X线未见明显异常。**CT示顶枕部软组织密度肿胀影，颅内未见出血及骨折。头颅核磁示双侧半卵圆中心缺血灶、脑沟、裂、池及脑室系统形态信号未见异常，中线结构居中（结果显示未见明显异常）。**颈椎CT：颈2-3、颈3-4、颈4-5间盘突出。血尿常规、肝功、肾功、血压、血糖、心电图、胸片未见明显异常。

受伤一周后，停流食后正常吃饭，发现**反复咬腮帮，注意力不能长时间集中**，超过10分钟后对方说话就听不到了，自我表达困难，词不达意，左耳听力下降，**认识近十年的熟人会认混，出门没有方向感**，在家附近也出现迷路，时常出现不知身处何处。头痛、眩晕，后脑勺麻木感自述像一块木头，遂在某医院神经外科住院治疗两个月，予以神经保护（中成药具体不详），改善循环、高压氧、抗精神类药（曲唑酮、来士普），对症治疗。出院后，患者抗拒服用精神活性药，进行针灸、高压氧治疗，症状改善不明显。

自受伤以来，白天容易疲劳，后脑勺麻木感，肩胛骨以上时常感觉麻木疼痛。返回工作岗位后，原先从事很简单的文字工作做起来都困难。**在人群里时常莫名感到害怕，会有怪怪**



美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com
公众号：美利华在线精神健康



的感觉，好像看到自己胸口出来一团东西似的（反复各种出现“症状”）。后来申请到单位的疗养院疗养，同时接受心理咨询，自述在疗养院症状能改善，一回到工作岗位就又会感觉很疲劳（提示心理因素参与病程中），晚上噩梦较多，醒来记不清楚内容，剧烈头痛。

病前性格开朗，车祸后人际关系疏离，不愿意与陌生人交往，不愿意去不熟悉的陌生环境，对新鲜事物不感兴趣，情绪心境变化快，容易发脾气，反应迟钝，自述做事比原来困难无数倍，畏难情绪重，易疲劳易困，自述疲劳时大脑像死机状态。病后缺乏运动，体重增加了6kg。发病以来，无大小便失禁，无对噪音/光敏感。。

既往史：否认精神神经疾病史。无高血压、高血脂、糖尿病、心脑血管疾病。20岁左右，没有先兆地早晨起不来床，头疼，感觉大脑像豆腐脑一样，稍一动就剧烈的疼痛，针灸治疗一周好转。5年前与丈夫生气，凌晨因胸口憋闷醒来数次，浑身无力，头疼，起不来床，心电图提示心律不齐，持续半年喘不上气，后吃中药好转。与丈夫离婚后就未再出现症状（既往史中的信息提示既往存在“症状”随心理应激源而出现的模式）。

个人史：12岁初潮，适龄结婚，育有一子。个性要强、对工作认真负责、追求完美。2年前，儿子初二时叛逆，沉迷网络游戏，后休学。患者及丈夫带儿子到某机构A进行心理辅导，进行沙盘治疗。后患者在某机构B报班学习心理咨询的课程并取得心理咨询师资质，通过学心理咨询与儿子的交流顺畅了，但患者认为儿子的好多问题都是丈夫导致的，遂与丈夫离婚。丈夫及其家人经常发生冲突。生气、运动过量及工作压力大时会有心前区不适。人际关系尚可。

家族史：否认家族遗传病史。父母小学学历。父亲脾气急躁、易怒，文革期间，因成分不好，耽误了前途，对事物时常抱有负性认知。

体格检查：远程访谈，没有进行体格检查。

以下为2018-9住院时的体格检查信息：身高：164 cm 体重：60kg，BMI：22.31kg/m²。入院查体：神志清楚，能正确回答问题，左顶部头皮压痛阳性，颈后棘突压痛阳性，双侧瞳孔直径3.0毫米，光反射灵敏，视力视野正常，额纹对称，双侧鼻唇沟对称，无吞咽困难，无声音嘶哑，四肢肌力肌张力正常，双侧巴宾斯基征阴性，颈项强直阴性。

诊疗思路

患者脑部受伤倒地后，在数分钟至数小时内出现短暂意识模糊，恶心无呕吐，头晕头痛，情绪失控，数日出现说话困难，记忆问题，难以集中注意力，噩梦多，符合创伤性脑损伤。脑部影像学检查排除脑器质严重受损。一般脑震荡不需要治疗，自行好转。患者病前性格要



强，追求完美，符合强迫型人格特质。原先应对起来很容易的工作目前出现很大困难，继发焦虑抑郁（情绪低落、兴趣减退、体重增加、嗜睡、社交退缩、易激惹、疲劳、注意力不集中等），脱离工作环境在疗养院疗养能明显缓解，因此补充适应障碍的诊断。

诊断

- 创伤性脑损伤（TBI）
- 适应障碍
- 强迫型人格特质
- 颈椎间盘突出

治疗方案

一、生物

（1）加强锻炼，控制体重。（2）因患者脑创伤、心律不齐，考虑使用加度洛西汀降低焦虑，稳定情绪，缓解肩背疼痛。（3）后背发麻发疼主要是颈椎椎间盘突出造成的，可以考虑就诊康复科进行颈椎牵引、物理治疗等。

二、心理：认知行为疗法：经历车祸是不幸，脑部的各项检查都提示大脑的“硬件”没有损伤，这是不幸之中的万幸。如果把脑袋撞坏了，偏瘫了怎么养儿子。通过积极的运动，降低焦虑，可以有所改善。诠释给患者自己感觉到“认知下降”，其实和焦虑水平有关。

三、社会：（1）在工作方面，患者病前与同事及领导关系不错，所在单位是大型国企，对职工心理帮扶比较重视。患者经历了这次事故和儿子的变化，亲身体会到心理咨询的力量，而且患者非常喜欢心理咨询工作。可以考虑顺势借势，与领导协商一下症状缓解后，能否到疗养院开展心理服务，自己既可以养病，还可以发挥自己的心理咨询技术。（2）职称晋升方面，尽力而为，顺其自然。

两位医生会诊患者后意见总结如下：

钟丽萍医生：

患者存在创伤性脑损伤（TBI）。关于治疗，一般最开始要完完全全让大脑休息，不要做任何的事情，不能有任何的刺激，像读书、看报、看电视，甚至打电话都不主张的。主张稍微做一些轻微的运动，比如走路，不做伤害颈椎的运动。高压氧治疗现在差不多一年了，基本上不会有太大的帮助。你这些症状基本上是越来越好，但是到了一定的时候会稳定，达到一个平衡点。所以你还是注意多休息，可以做做瑜伽，调整自己内部的状态。



张道龙医生：

如果轮胎真从脚上压过去后不可能仅造成淤青，最少是肌肉碾碎的挫伤。关于病情有好消息有坏消息。第一，好消息是你没有神经认知障碍，达不到诊断标准了，也达不到创伤后应激障碍的临床诊断标准，有脑震荡是有可能的。我是精神科医生，同时我是美国司法精神病鉴定专家，很明显你没有神经认知障碍。但是这病是怎么来的？都是巧合了，你在受外伤之前就有颈椎病，所以一倒地的时候，颈椎病加重了，所以确实跟外伤有关。你受到有明显是轻度的伤，但是表现出中度的症状，基本上都跟颈椎病有关，跟外伤的诱因有关，跟神经认知障碍没有关系，跟其他的后遗症也没关系。没有任何科学证据的疗法使你变好，是心理暗示起作用，所以更说明没有神经认知的问题。尤其你去疗养院里好，工作忙就不好，就说明这跟减压有关，**所以这些情况都是跟你的两件事有关，第一个在发病之前有颈椎病，第二个自身是一个焦虑水平非常高的人。**看起来有这种强迫型人格特质，像你父亲一样，追求完美、爱发脾气、焦虑高，遇到点事就没完没了，这种情况下就容易对疼痛特别敏感。这些都像是适应障碍，跟你的人格特质有关，跟神经认知障碍没关系，因为所有的CT、MRI都没证明与大脑有关，刚才你跟Z医生的访谈对答如流，所以没有任何神经认知的问题。

你的治疗是不能够小病大养、无病呻吟，否则你自己把自己搞残废了，变成了永远都治不好。第一是按照颈椎病去治疗，做牵引等保守治疗。第二，得使用度洛西汀。需要判断是原发性获益，还是继发性获益，为什么一个轻的车祸造成中度的损伤？甚至都不能正常上下班，临床的表现不对，我们需要判断是不是焦虑引起的，在外伤的情况下，在颈椎病的情况把它放大了，因为焦虑的人都头痛，焦虑的人都睡不好觉，焦虑的人都针扎火燎，焦虑的人都大哭大叫，所以叫歇斯底里症状，一旦出车祸的时候又哭又闹的，明显是高焦虑诱发的。**如果用了度洛西汀封闭了你这些症状，说明你真是生物学的，不是心理的，那我们用了度洛西汀很快你就会好，先20毫克两周以后调到40毫克，因为它又是抗焦虑，又是镇痛，所以你若是生物学的损伤，很明显药物能减轻你。如果我们用完之后你毫无变化，那很明显是心理因素造成的。（道龙医生的智慧，反过来说，患者经过暗示会按照医生预测的方向发展）。**心理咨询做正念，相当于禅修，把脑子练安静，你的焦虑水平就降低。社会学方面，能调到疗养院当然最好，能提上副教授再调去更好，如果不行就到疗养院去工作。领导还比较关心你，又是国企，允许长期泡病号，在私企单位不能让你那么养了，最好到疗养院上班，治疗连同看病，所以疗养院都是养闲人的地方，上工会、疗养院去工作，不要去那种需要你动脑、用脖子的地方。写一篇文章，关于颈椎病车祸后正念为什么有效，写这么一篇论文你就提上副



高职了，然后到疗养院去当副主任医师去，这样把自己的病也解决了，把工作也解决了，但是不要天天去想这件事，容易把自己小病变大病。不要在这医疗系统上转来转去的，消耗人生没有什么意义。

两位医生对该案例的总结

张道龙医生：我同意钟医生说的她是脑震荡，但是她为什么是头皮发麻，而不是有不对称的损害，CT、核磁共振正常，颈椎病在外伤的情况下它会一过性的加重，然后她的外伤绝对是刮倒的，而不是撞坏的，因为不可能从脚上压过去，这些都指向非常轻度的外伤，她也没有昏迷，她自己感觉到昏迷，因为起来又喊又叫又痛、又害怕，这是明显一过性的发懵，是惊吓反应，不是真正的昏迷。治疗上全部都是暗示治疗有效，而不是正儿八经的科学疗法，说明是高焦虑的人，**现在因为属于司法鉴定期，需要严重地警惕继发性获益，警惕诈病的可能性。**药物可以用度洛西汀治疗。正念是属于减压的，不要小病大养、无病呻吟，逮着机会调一下工作，不能再反复讨论病，否则让她越来越聚焦这个病，强迫思维越来越重。所以我赶紧打断，告诉她讨论健康、讨论其他问题。但是她有脑震荡和颈椎病，所以嘱咐她不要做打羽毛球等对颈椎有损害的运动。

钟丽萍医生：判断她有没有神经方面损伤，可能还要进一步做检测，测量她的神经认知功能，有的车祸以后会有各种各样的改变，如果说她脖子后边有点痛，可能跟她的车祸有关系，但是不是因为神经压迫的，可能还要具体看MRI的检测结果，所以我同意张医生给她服用度洛西汀，然后观察减轻她的焦虑的情况下，对她的疼痛是否有帮助，这是我要补充的。

科普知识

创伤性脑损伤

责编 | 肖 茜

1、流行病学特征

创伤性脑损伤（TBI）是导致世界范围内死亡和残疾的主要原因，带来了巨大的经济后果。创伤性脑损伤（TBI）相关死亡90%发生在低收入和中等收入国家，因此创伤性脑损伤（TBI）发病率的上升部分反映了低收入和中等收入国家的**道路交通事故和创伤相关暴力事件**的增加。据报道，来自一些国家的TBI的发病率范围为200-600/100,000人。根据世界卫生组织（WHO）的数据，道路交通事故是15-29岁患者群体中的头号死因，每年造成约



1300,000人丧生，遇难者中大约一半是行人、骑自行车和摩托车者。只有28个国家包括449,000,000（约7%世界人口）有相应的法律来解决导致伤害和过早死亡的前五大危险因素，包括超速和酒后驾驶、缺乏头盔、安全带和使用小孩约束装置。

使用机动双轮车辆的人是最有可能遭受TBI的人群。与戴头盔者相比，不佩戴头盔的车辆使用者在撞车事故中受伤的几率要高出3倍。在头盔佩戴率略高于零的中低收入国家，受伤几率差异的影响最大，小孩乘客往往极少佩戴头盔，即使佩戴了头盔往往也是不能为孩子提供充足保护的成人头盔。因此全世界迫切需要针对头盔使用的强制性法律条文，通过强有力的强制执行可以使死亡风险降低40%。年龄大于65岁的死亡患者中，近80%是由于跌倒所引起的。另外，考虑到中低收入国家跌倒的发生率可能被大大低估，因此跌倒相关的全球创伤性脑损伤（TBI）的发病率可能远远高于目前的估计。因为跌倒的原因和背景是受多因素影响的，包括年龄的两个极端在内都将受到影响，因此需要有创新的预防策略。

TBI 后脑组织和神经细胞经历缺氧、氧化应激、炎症反应、细胞凋亡、组织坏死等多种因素的作用，这些因素及其潜在的分子机制形成了一个复杂而有序的网络。20 世纪 80 年代以来，随着急救医学及危重症监护技术的迅速发展，各项救治指南的相继出台和完善，极大促进了 TBI 临床救治水平的全面提高,救治成功率大幅提升，TBI 总体病死率已由50%降至30%，其病理机制和神经再生修复的基础研究也取得可喜成果，为临床救治提供了充分的理论依据。然而，TBI病死率仍高居各类创伤之首，其中重型 TBI (severe TBI,sTBI)患者仍有30%病死率，10% 轻型 TBI 患者会遗留永久性神经功能障碍。

2临床救治指南和治疗

近十余年来,各国神经外科医师和科研人员对TBI 的病理生理进程和临床救治方案进行持续探索，陆续颁布和完善了**一系列救治指南和规范**,主要包括:2007年美国 sTBI 救治指南(第三版)、2012年日本sTBI救治指南、2012年美国轻型TBI救治指南、2017年美国sTBI 救治指南(第四版)，以及 2018年美国儿童轻型 TBI 诊断治疗指南。该系列指南逐步健全了全球 TBI临床规范化诊治体系。在此期间,我国学者和临床医疗工作者也积极开展了结合我国 TBI 特点的临床规范化救治技术。随着救治指南的不断修订，不同版本的救治标准也不尽相同，这充分表明TBI 诊治的复杂性，我们只有对最新指南进行充分理解和合理应用才能有效地指导临床工作。

TBI的预后不佳与损伤后数小时乃至数天内发生的继发性神经损伤密切相关。进而继发性脑损伤成为多种药物治疗的焦点。当前关注较多的**药物主要包括：用于降低颅内压的高渗**



透性泻药，用于治疗脑内深静脉血栓形成的抗凝药物，预防或控制癫痫的药物。另外，预防感染、镇静镇痛和甾类激素治疗也多受重视。近年来，有不少新药逐渐被应用于临床研究，也有多种治疗其他疾病的药物正在尝试用于TBI。早期的研究结果显示它们中有些具有提高TBI患者生存率的作用。

对于TBI，**永远都是预防重于治疗**。首先，所有的利益相关者必须制定和执行针对各方面进行预防的最佳实践策略，包括采取强制措施以解决每个国家造成道路交通事故伤害和死亡的前五大风险因素，同时也应有足够的道路和车辆维护。其次，需要制定全面的指导方针，以便在各种各样的情况下对创伤性脑损伤（TBI）进行最佳管理。目前，在计算机断层扫描（CT）或磁共振成像（MRI）不可用的情况下，不存在资源分层算法可用来指导基于可用基础设施、供应及训练有素人员进行TBI的管理，这些是迫切需要解决的。第三，医院需要在基础设施、设备和供应方面进行提升。第四，需要扩大培训计划，以增加合格的创伤管理工作的人员的人数，包括经过认证的神经外科医生以及在某些情况下通过任务转移增加中级服务提供者。

参考文献

- [1] GBD 2016 Traumatic Brain Injury and Spinal Cord Injury Collaborators. Global, regional, and national burden of traumatic brain injury and spinal cord injury, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [J]. Lancet Neurol, 2019, 18(1): 56-87.
- [2] Jiang J Y, Gao G Y, Feng J F, et al. Traumatic brain injury in China [J]. Lancet Neurol, 2019, 18(3):286-295.
- [3] Brain Trauma Foundation, American Association of Neurological Surgeons, Congress of Neurological Surgeons. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury [J]. J Neurotrauma, 2007, 24 (Suppl 1):S1-106.
- [4] Shigemori M, Abe T, Aruga T, et al. Guidelines for the management of severe head injury, 2nd Edition guidelines from the guidelines committee on the management of severe head injury, the Japan society of neurotraumatology [J]. Neurol Med Chir (Tokyo), 2012, 52(1):1-30.
- [5] Barbosa R R, Jawa R, Watters J M, et al. Evaluation and management of mild traumatic brain injury: an eastern association for the surgery of trauma practice management guideline [J]. J Trauma Acute Care Surg, 2012, 73(5 Suppl 4): S307-314.
- [6] Carney N, Totten A M, O'Reilly C, et al. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury, Fourth Edition [J]. Neurosurgery, 2017, 80 (1):6-15.
- [7] Lumba-Brown A, Yeates K O, Sarmiento K, et al. Centers for Disease Control and prevention guideline on the diagnosis and management of mild traumatic brain injury among children [J]. JAMA Pediatr, 2018, 172(11): e182853.
- [8] 中国医师协会神经外科医师分会, 中国神经创伤专家委员会. 中国颅脑创伤病人脑保护药物治疗指南 [J]. 中华神经外科杂志, 2008, 24(10): 723-724.
- [9] 中国医师协会神经外科医师分会, 中国神经创伤专家委员会. 中国颅脑创伤外科手术指南 [J]. 中华神经外科杂志, 2009, 25(2): 100-101.
- [10] 中国神经外科医师协会神经创伤专家委员会, 中华医学会创伤学分会神经创伤专业学组. 神经外科危重昏迷患者肠内营养专家共识 [J]. 中华创伤杂志, 2010, 26(12): 1057-1059.



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
- 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

