

第 91 期



精神医学和临床心理学  
督导与研究

[www.mhealthu.com](http://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》





# 督导与研究

Editor's Letter 写在卷首

## 个人有价值，团队有效率

任何团队都是由个体组成的。个体，是团体的精神以及由这种精神制造的高效率的基础。假如是一支球队，如果是由不擅踢球的人组成的，那么无论如何精诚合作，也不可能战胜训练有素的对手。所谓好的个体，当然不仅仅指某个人的技术或知识，更重要的还有他独立自由的心灵，这样的心灵才是最稳定和最强大的。

“人生不设限，抵达一种自由的状态”，这是大多数人心之向往的境界。但是，限制与自由从来都是生命的终极话题，有时穷尽一生也找不到标准答案。因为自由有好多种“面孔”——有知识赋予的，有财力赋予的，也有天赋能力给予的，而这都需要我们突破这些事物后才会获得。印度哲学家克里希那穆提认为，有一种自由是无须摆脱什么就存在的，没有缘由，是自然而然的自由。他说“自由实际上是一种心灵状态，是一种心性，而我们要探索的就是这种心性，没有这种心性，无论你做什么，无论你多么努力地培养性格，都不会给你带来自由。”这种心性，则出处于高度的自律。当能够刻意的为自己营造“不自由的世界”时，外部条件则不再束缚自己，个体，就此自由。

写诗，功夫在诗外；高品质的团队精神，是高品质个体相遇的结果，犹如恒星列阵，照彻寰宇，团队不断追寻着突破，以抵达集体之自由。



## \\ 本期导读 //

<b>【精神医学临床访谈】</b> .....	<b>5</b>
<b>一例边缘型障碍患者的临床访谈</b>	
● 案例报告示范	
● 访谈实录及分析	
● 与主访咨询师讨论及答疑	
<b>【访谈理论篇】</b> .....	<b>21</b>
<b>主诉，由谁来决定？</b>	
<b>【全科医学】</b> .....	<b>24</b>
<b>一山有四季，十里各不同——记一例全科临床会诊</b>	
<b>【科普内容】血管性神经认知障碍</b>	
<b>【学习园地】</b> .....	<b>31</b>
<b>发现美国！近观芝加哥！</b>	



# 精神医学临床访谈

**边缘型人格障碍 (Borderline Personality Disorder, BPD)** 的基本特征是呈现出人际关系、自我形象和情感不稳定以及显著冲动的普遍模式, 起始于成年早期, 存在于各种背景之下。“边缘型”患者的特征是行为表现古怪、情绪化、易激动。正是这些临床表现使得医生们既迷惑又受挫, 甚至曾有临床医生如此描述: “当心理临床工作者讨论让他们最受挫, 最头疼的案例时, 通常那都是边缘型的患者。”接近这样的患者是怎样的一种人生体验, 让我们来听听今天的案例故事。

## 一例边缘型人格障碍患者的临床访谈

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	ZCC180717	性别	女性
年龄	32 岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	研究生
婚姻状况	已婚	病史提供者	本人
职业	老师	病史可靠性	可靠
访谈时间	2018-07-17	联系电话	XXXX

**主诉:** 不知道如何处理和丈夫的关系, 不知道自己以后的职业方向。

**现病史:** 来访者自述小时候, 五六岁的时候受过性侵, 当时是同村的一个十多岁的男生总是蹲下看她的裙底, 然后引诱发生了性关系, 次数不记得。小学二年级的时候被动看过黄色影碟, 当时是村里有的人关门在放, 很多小孩在一起看, 然后有一些男性一起评论女主角的胸、阴部等, 语气很猥琐, 这两个事情导致来访者一直以来对性观念不正确, 觉得性是很恶心、肮脏和罪恶的, 所以非常影响和丈夫的性关系, 很少能享受性生活, 基本不愿意和丈夫亲热, 丈夫稍微拥抱或者亲的时候就立即觉得他是想发生性关系, 然后就很讨厌他, 觉得很龌龊、恶心。现在来访者有两个孩子, 后来学了心理, 知道过去的事情不是她的错, 也知道性是人的本能, 是美好的事情, 但是仍然无法说服自己, 依然一看到丈夫就进入全身戒备的状态。对于丈夫生活中也有很多的不满, 比如说



北大出版社官方旗舰店  
购书请扫码

美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

www.mhealthu.com  
公众号: 美利华在线精神健康



丈夫不讲究卫生、不上进，没有更高的追求。家里很多事情也是由来访者安排、做决定的，这样让来访者觉得很累。有的时候会害怕丈夫出轨，但又不断的安慰自己，觉得就算出轨了自己也能过得很好，希望能给小孩一个充满爱和温暖的大家庭，但现在觉得自己越来越无法控制自己的情绪，也开始无视大女儿，不管她了。目前二宝出生7个月，放不开手，大女儿3岁半，很反叛，所以经常吼大女儿。小女儿经常哭闹的时候会有有一种万念俱灰的感觉，会生气、愤怒，会幻想把孩子狠狠的摔死、一巴掌打死等，但只是一闪而过的念头，也担心自己真的会哪次失控，因为有时候大女儿一吵，会一气之下就会猛推她，过后又非常的后悔自责，觉得自己真不是个好母亲，无法管教、无法呵护自己的孩子。对于父亲和母亲，她一直都试图的说服自己理解他们，尊重他们的选择、感恩他们，供自己读了书，帮她照顾了小孩等。特别是有时候嫌弃母亲，也立即让自己接纳和包容她，因为近几年已经看开了很多事情，不去想曾经的经历，感觉就会好很多，但是觉得自己似乎很多事情都处理不好，不知道什么原因。工作方面，来访者现在是护校的心理学老师，要代很多的心理学方面的课程，比如说精神病护理学，护士人文心理学等，这些专业自己以前也没有系统学习过，涉及到一些医学知识自己更不知道，所以讲课的过程中会有压力，以前学校不重视心理学，觉得还好，现在想认真做一些事情，也报了心理学的一些班进行学习，还要面临升职称的问题，家里又有两个孩子，又要照顾孩子，不知道到底怎样去规划自己的工作，非常困扰。平日和同事关系一般，表面上还是很好的，但是自己觉得非常自卑。

**既往史：**既往体健，没有躯体疾病史。

**个人史：**来访者在小学三年级的时候，父母在外地打工并定居，随爷爷奶奶长大，经常被堂兄妹和别的小朋友欺负，从来不敢吭声，奶奶则每天骂她，有时候受不了就独自一人回曾经的家睡。五六岁的时候被同村的男性猥亵，低年纪接触了黄色影片。父亲在来访者小学的时候开始不停地出轨，三年级左右母亲还离家出走了一年的时间。小学四年级开始住校，早餐没人送，经常饿晕倒，回到家偶尔买了肉，奶奶也不让她吃。高一的时候父母秘密离婚，因为父亲的小三怀孕了，整个初中到高中期间，来访者内心是抑郁的、自卑的，想过自杀，想过买枪把父亲的女人打死，想过去滥交，然后报复父亲，但都没有行动，只是内心极度的灰暗，但来访者表现出给大家的另外一面是完美



的、乐观的、开朗的、成绩好，人又漂亮，能力强，所以在每一个班的时候都有很多追求者，但她毫无感觉，也谈过几次恋爱，都没有让她心动的感觉，没有被爱的感觉，总觉得他们喜欢的都是她的外在。父亲出轨让来访者不相信男人、不相信婚姻，觉得男人都是不可靠的、不忠诚的，所以害怕丈夫出轨，无法原谅父亲，觉得父亲没有管好她们，又和各种女人有染，最后因为小三而离婚。父亲和小三结婚后，又生了一儿一女，他最小的儿子比来访者的女儿大8岁。父亲婚姻期间一直出轨，经常夜不归宿，也是经常家里吃饭会打包，然后拿去给小三，大年三十的时候这样就会光明正大，遇到这些事情的时候心都在滴血，非常生气，但发不出来，觉得父亲充满了各种缺点，没有责任心、不讲信用，满嘴谎言。每次过年又能坦然的面对父亲一家，会带着小孩去家里坐，给他们小孩红包，其实自己的心里是很不愿意的，同时也埋怨母亲的软弱无能，一直就这样由着父亲夜不归宿，在饭桌上打包给小三的同时，也没有管好自己的弟妹，天天自己出去打麻将。后来来访者读大学以后，母亲扔下弟妹外出打工，弟弟妹妹去父亲、小三家里住，也是心中充满了伤害，最后在初一、初二的时候就辍学了。自己小的时候会经常生气，然后失控，狂打妹妹，会拿烧火的火钳恐吓哭闹的妹妹，然后失控就真的会烫过去。辅导妹妹作业的时候，生气的时候会把铅笔砍成两截，后来长大，与人相处都是展现很美好的一面，没有再失控，但平时自己一些小事情做不好就会暴怒。来访者一直憋着一股气，觉得不能便宜小三，要让父亲出钱供他读书，所以一直读到研究生毕业，都是父亲赞助他一切费用。

**家族史：**父母自由恋爱，奉子成婚，然后家族中重男轻女。生了来访者后，母亲紧接着自然流产一个孩子，然后夭折一个孩子，然后生了弟弟和妹妹，一共三个姐妹。父亲做生意很少回家，从小没有一家温馨团聚的画面，懂事后经常见妈妈哭泣，父亲带过两个女人回家。寒暑假去和父母团聚，家庭经济拮据，听母亲说经常买菜的钱都要借。父母离婚以后弟妹都和父亲一起生活，从此无心上学，极度的叛逆，弟妹也是辍学以后打工。

## 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，烦躁。

感知觉：正常。

注意力：集中。

思维活动：否认妄想。无思维奔逸，没有明显思维逻辑障碍。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

## 辅助检查

未查。

**初步诊断：**边缘型人格障碍

### 【病历小结及概念化】

来访者是个32岁的女性，自幼成长过程中遇到了很多的不良事件，比如说性侵，看到一些黄色影碟，父亲的出轨，对家庭的不负责任等。这些不良事件让来访者在和异性交往的时候会有种心理阴影，所以会认为男性是不好的，男性和自己交往就是为了性等。幼年对性的感觉是肮脏的、不好的，所以会出现内心的排斥、不接受。导致来访者现在和丈夫在交往过程中对性的厌恶和敏感。幼年父母外出打工，跟爷爷奶奶生活，期间父亲出轨，父母离婚，然后母亲又外出打工等，给来访者的生活是不安全的、没有依靠，形成了一种自卑，被人不接纳的感觉。长大以后，为了掩饰这种感觉，也就是怕别人看不起，通过学习、注重自己的外表等表现得非常优秀，但她的内心又是不安全的、自卑的。在和丈夫的生活中，表现出不安全感，担心被抛弃，小的时候这种不安全感会让她出现情绪的不稳定，然后自我情绪的这种控制能力差，甚至出现情绪失控的情况。因为现在她一直在学习心理学，然后通过自助，从精神动力学来看的话，她这种自我情绪的调节方面得到了比较大的帮助，但是她小时候的经历给她的是一种痛苦的感受。现在她自己也做了母亲，又是一个高知分子，在道德上又会觉得要对自己的父母好，内心非常矛盾，这种矛盾也是让她情绪不稳定的因素。所以诊断考虑是个边缘型人格障碍。

主诊医师：杨文君

2018-07 -17



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





## 【访谈实录】

1. Z医生：你好，讲讲你的困扰吧。
2. 来访者：嗯。老师您好，我现在主要是有两个问题，一个是职业发展的，一个是跟我老公的关系。我先讲我的职业发展方向吧。我现在是一个高校的医学院系，就是二级学院里面护理系的心理老师，主要上的那些课程都跟我的专业连接不是特别密切，像护理心理学、医学心理学、精神科护理学、护士人文素质素养。然后跟我自己心理学比较相关的就是心理健康教育，但这块的学习很少，一年才七八个学时。我上那些课程的时候，自己会觉得特别心虚，因为本科是应用心理学专业的，研究生是心理健康教育专业的，医学背景是很少的，涉及过一些，但不是很多，所以这里面它都涉及一些临床的知识，我自己就觉得上这个课程上得很心虚。这是关于这个教师岗，因为我又是专职的，所以都要去上课。然后现在又是学习的不同学校的心理咨询这方面的工作。因为一直都是只有我一个是心理专业的，但是学校对心理咨询这块工作其实不是很重视，都没有专职的心理咨询师去负责，我们都是兼职，包括很多辅导员都是兼职去值班，一个星期就值两个小时，每个人一个学期下来就是分段去值班。我现在这工作，就去年下来我可能接的学生的个案也没有超过100个，因为以前学生也不重视，我自己也不重视，所以今年开始我就在6月份想去提升一下自己的专业能力，特别是心理咨询这一块的，所以我就固定每周最多也就两到三个个案的学生去做。按照学院的发展，心理咨询也不会在短期内成为一个岗位，以后我是否能够专职的去做学校的心理咨询师也不是很清楚。第三个就是说我在这两年一直在思考，觉得上这些课程我也很辛苦，所以现在就是说要去全新的发展我的心理方面的一些能力，或者说不要丢了我这个专业，所以现在都是去网络上去学习，现在也是参加什么两年的规培，然后也想在社会上接一些咨询。因为我也还是医学院校的老师，可以通过我们的一个附属医院，有可能可以去报一个心理治疗师。这些都需要花费大量的时间，这个就跟学校教师的竞争可能就会有冲突，因为教师的竞争需要做科研、需要写论文，我现在是，已经是中级的心理老师，在生小孩之前评上了这个中级，还是比较简单的，就发三到五篇的省级的论文就能够评了。所以要评那个副教授的话，是要组织一个省级的科研和论文，这也是需要很多的时间，我就觉得很冲突，不知道我自己的职业应该怎么去发展。

主题很明确：职业咨询+夫妻关系咨询。

职业方面：

- 1、自身的学习经历中没有医学背景，但是目前在医学院系里教授心理健康方面的课程，心里没底；
- 2、想发展心理咨询方面的能力，但是目前校内咨询不太受重视，想专业的发展又需要较长的时间参加规培，自己还有晋升副教授的压力，不知道要如何平衡。



3. Z医生：好的。先帮你分析一下，很明显你是我们国家现在的心理学培训系统的一个最真实的写照，就是把所有问题像铁路警察各管一段式的，推到了这个市场上。前面的每一段都做得不对，所以最后就变成这样的结局了，没人给你做职业生涯规划。你所说的“应用心理学”其实没有什么应用成分，研究生时学习的心理健康教育心理学也不是咨询心理学，所以变成了里7年下来没有学能应用的东西。结果你现在做的这个工作跟7年的培训之间有没有什么必然联系，所以你免不了力不从心，这是根本所在，就是学非所用了。但是人生没有吃后悔药的，就得想怎么去解决它。现在可以通过两条路来解决，**第一你要能够调整工作**，那毫无疑问不能够在医学背景的院校里，因为这些一定得有医学知识了，护理学院的这些都是医生、护士，没有医学背景的人当然就会遇到困难，这会是你的痛。咱们假设你能调整，那是最简单的，比如说上高中做这个心理学就好办了，因为它本身跟教育有关，你在本科硕士学的东西都能对付健康教育，教高中生、初中生、小学生都没问题，就变得非常容易了，等于是你换了战场了。**第二**，这个护理学院条件也不错，另外这也是国家热门的专业，可能福利等各方面比教高中生要好，**假如你不能换岗的话，那就得多补充医学知识、多补充心理学知识**。学心理自学的这方面，学短程心理咨询，医学知识多学点全科医学，就像我们这个中美班里每周五就有专门的全科医学，这类内容学了之后，你就知道原来内外妇儿是这样的，从零开始学。当你有了这些医学的基础知识，再跟护士们在一起讨论这些事，就容易对话了。以后在这里再看你能做什么课题。我假设你现在这个工作节奏比较好，离家比较近，你也比较满意等等，那么花在学习上需要一到两年时间，所以提级可能晚一到两年，但是你别用换工作。这么**两种策略**，一种是不用再费太多劲了，换一个合适的，不是医学院，不需要医学背景的普通学校去做心理学健康老师，那么咨询的时候也比较简单。或者是提高两方面，补充医学知识，再补充短程心理学的技能。我们曾经有一个员工，在学习心理学的同班同学里，除了他一个人以外，其他人都没干与心理学有关的工作。你是做心理学工作的，但是由于教育现状就是这样承担着系统性偏差带来的结果。我们的国家正在调整，把这100多万咨询师的证书都取消，再准备重新建立培训系统。所以未来的可能还好一点。因为你当年学非所用，但不是你的错，是系统的错，这就是摸着石头过河带来的代价。我这样说清楚吗？可以有这样两种选择。

4. 来访者：嗯

职业生涯规划建议：

1、发挥现有学业前景优势换岗位；2、发挥现有岗位优势自我提升。

心理方面：

梳理职业中遇到的困难，指明方向后为来访者解压：目前面临的问题与其说是个人的问题，不如说是系统的问题。



5. Z医生：比如举个例子，你想做关于护士三班倒带来的心理冲击这样的课题，涉及到睡眠觉醒障碍，有两班倒和三班倒，在护士不愿意多班倒的情况下，哪一种东西对他们影响最大？做这样一篇论文出来难度不大，你有医学知识做这东西很简单，发表个省级论文、核心期刊，提个副教授，这都是分分钟就能做出来的事，但是你既不知道什么是睡眠觉醒障碍，也不知道护士为啥三班倒，又不知道他们的痛苦在哪里，就无法开展这个工作，所以说“**难者不会，会者不难**”，这就像一种智力游戏。你现在等于是不会玩这套逻辑，赶鸭子上架，所以你得想“能不能通过努力让自己变得会玩？”，或者“干脆不做”，不会打扑克，还不会下军棋嘛？那就好办了，就干别的去。是换个专业，还是在这个专业内继续投入，得根据你的自身情况，这样清楚吗？这是关于你第一个职业选择的问题。

6. 来访者：是。但我想着，学心理咨询或者是就在外面，因为也有同学朋友是辞了的，有时候也是比较矛盾，就觉得自己要不要也像他们一样，不在学校里面工作了。

7. Z医生：是，那你得自己做决定，我们不能帮你做决定了。你不会在医学院里做咨询，在护理学院里做咨询，但可能你会在高中应对高中生。因为你做过教育，学过教育心理学，那“糊弄”一帮初高中孩子就容易了，再不行做特种教育，所以就那么两种可能，**一种是你提高自己的技能，在原单位工作，或者换一个工作环境，要求简单的，哪一个更适合你，你得去试**。假如你现在不想投入，不想学这些技能，时间又长，又花费精力、花费财力的，那你就先去试一试，利用假期的时候，去高中做个兼职，看看“对付”这帮小孩行不行。你在试的过程中兼职，发现自己这个还行，再去找，不要先辞了职再找工作，骑马找马，总是有你能干的。但是你根本没有任何训练，直接做咨询的问题，尤其在医学系统里做科研，就会有这些问题。所以你有这些问题是正常的，换个环境就能好，或者是你提高自己，这两条路可以选。

8. 来访者：嗯嗯。

9. Z医生：清楚吧？

10. 来访者：好。

在这一段的讨论中，督导医生做了两件事：

- 1、第5句中对研究能力的讨论。为了晋升来访者需要撰写专业论文，那么从选题到调研，督导医生向来访者提示“难者不会，会者不难”的辩证思路，提示来访者不要被事情本身吓倒；
- 2、第7句中，面对来访者对择业的犹豫，不是直接给出答案，而是再次分析利弊得失，引导来访者思考自己“意愿”与“能力”，同时为了规避职业风险，还提醒来访者可以先用“兼职”的方式来体验再做抉择。



11. Z医生：我们讨论、做咨询就只是讨论策略了，讨论你该怎么想，怎么做，至于你选哪一条路肯定是你自己的事了。专业不对口的人面临这个选择，而我们来提供策略。当然还有一种就是通过再读书的办法，把自己纠正过来，你现在不存在这种选择了，年龄大了，有两个小孩，最小的孩子那么小，你再读书的成本更高了。一般都是大学毕业没整好，完了读个硕士把专业调过来。比如说我本科学个心理学，给别人做咨询时，发现做不了，那硕士读个人力资源，毕业干人力资源去，就是通过读书改专业。你这本科硕士都是读的跟你目前做的不一样，不能再去读博士，代价太大了，不具备这个条件。所以只好是换个工作，或者是在你原有的工作基础上提高一些技能，这样清楚吧？
12. 来访者：嗯，好的。现在这个比较清楚了。
13. Z医生：好嘞。

第11句：来访者是一名心理工作从业者，面对咨询、教学、研究却都对自己没有信心，想要寻求直接的答案，这时督导医生的心智化工作在这里有三个层面：

- 1、心理咨询不是直接给出答案，而是给出策略，这不但是给来访者个人解说，更是对心理工作原则的说明，是对来访者的职业提醒；
- 2、提示“在关系中的自我”。个人发展在不同时期、不同维度都需要调整，这些需要综合考虑才能最大程度的促进个体发展，因此进一步就她当下的家庭状况进行心智化教育，付出最小的“代价”解决当前的问题；
- 3、心智化的核心工作，是发展反思功能：涉及自我反思和个体间因素，包括1) 从外部世界中区分出内部——是改变自己？还是改变环境？2) 从现实中区分出想象——难度究竟有多大？究竟如何开始改变？等等；3) 从个体间互动中区分出内部的情绪过程——我的不好与系统的不好？改变能改变的，接纳不能改变的。

14. 来访者：那还有一个，比较生气的，就是很嫌弃自己老公，他不上进，自己又邋遢，又不主动，又不承担，感觉现在看到他就觉得很生气。其实跟他拍拖的时候，就觉得是没有那种心动的感觉，是不喜欢的，但是因为我可能跟异性会比较难建立一段关系吧，所以觉得就这样吧，也就不去换人了。后来感觉自己好像被自己家人嫌弃都挺多，上次我妈妈也是觉得他很懒散，不主动去做事情。还有就是，自己对性也会很排斥，只要一感觉到老公好像有这方面的想法，或者是过来搂一下、摸一下，我就会很警觉，会去责备他、打击他。这方面我自己觉得好像有一些障碍，但是他也不会说去强迫我，所以我们也是很久（才有一次），像现在第二个孩子已经一岁两个月了，这两年可能加起来都没有超过5次。但是我们之间，怎么说？离婚应该是不会的，因为



我们看起来还是非常和谐，他也会带孩子，我们相处平时也是打打闹闹的那种。然后我老公他自己也觉得关系挺好的，虽然说这个身体需求方面比较少。但是我自己就是很冲突，也会比较矛盾。好像没办法去很好的跟丈夫去心理和生理方面融合。

进入咨询的第二个话题：夫妻关系问题：

- 1、嫌弃丈夫：因为生活习惯差，懒散不上进；
- 2、性冷淡：总想回避，内心排斥。

虽然提到上述情况，但这仅仅是来访者的内心体验，在实际生活当中，她与丈夫的关系尚可，并且暂时没有离婚的打算。

15. Z医生：对的，你的问题刚才文君医生汇报了，我同意文君医生的诊断，性的问题是其中一部分原因，你得的病我们叫**边缘型人格**，基本上到达障碍的这个程度了。因为你不仅仅是跟丈夫的事，也不光是性（方面的问题）。**性关系是人际关系的一种，最亲密的关系，这个没有处理好（以外），你跟同事也不是最热的打成一片，跟妈妈的关系也是有问题，跟3岁的小孩你也处理不了，跟你的兄弟姐妹想拿烙铁又烫什么的，跟你父亲关系也一般了，这些所有的人际关系都有问题，所以可以诊断你是轻度的边缘型人格障碍（心理教育）。这个病最大的特点就是不高兴，自己的内心高兴不起来。**男人是因为可以通过性达到爱一个女人，我看你长得漂亮我就愿意性，慢慢我就喜欢上你了。有人喜欢上小三就娶小三，因为我喜欢她，就因为年轻貌美这一条。开始也不知道为什么。男人是通过性到爱，女人是因为爱一个人才有性，因为你有人际关系的问题，你没爱上老公，所以你没有心动的感觉，别人结婚你也不得不结婚——这家庭也不错，老公对我挺好，人缘也挺好，公公婆婆也不错，基本上是这样，就说服自己，通过智力化的办法让自己结婚。

16. 来访者：对。

诊断：有依据的判断来访者问题的核心来自于BPD问题所致

心理教育：揭示人格障碍对人际关系的广泛损害

概念化：来访者为什么可以结婚却感受不到爱

➡来访者接受这个“解释”

17. Z医生：你是因为一直都没有爱起来，所以自然就不会有性的冲动了。女人都是这样的，是因为爱才有了性的要求，男人是有爱没爱都可以性，先有性后有爱。相反，**你治疗的时候就不是治疗与老公性的问题，这是其中一部分，更主要的是怎么去调整你这个人际间的认知关系。**刚才文君医生说，要涉及到DBT，叫**辩证行为治疗**，这是针对你这个病最好的治疗办法。**辩证行为治疗主要是两个方法了，一个就是正念减压，让你想一些愉快的事、愉悦的事，不想这些操心的事，有压力的事，人就会放松。**我在这里不讲了，到时候你大概也能查书，或者可以问问



文君医生怎么做正念减压。还有一个方法是做认知调整。举个例子，比如说，跟老公的关系，现在一年最多跟他1次到5次性生活，但会觉得内疚。他假如需要50次，而只给他5次，早晚有一天他得找别人去解决那45次，结局是他去找小三，他要跟别人怀孕，要跟我离婚，我愿意接受这种结局吗？如果不接受，我得适当的妥协。可能5次他不答应，50次我不答应，那取中间值给他个惊喜，我算一下时间，给他15次，20次，稍稍告诉他，你能理解我这个心情不是很好，我在想法努力改进中，但是我也适当的满足你，他需求强烈的时候，尽量别破坏他，关照一下他的情绪变化，你要这样去想自己，**认知决定情绪，情绪决定行为**。想到老公也不容易，之所以他的父母对我好，因为他的原因才有他父母嘛。我家重男轻女，看来我给他生两个姑娘，他们家还不重男轻女，那这家庭比我好很多。老公在这样的家庭中长大，所以我没有生儿子，他才没嫌弃我。不像我爸那样，重男轻女，就找别人去了。这样一想这个老公也挺可爱的，他卫生不好，我帮他做做卫生，他不追求上进，那你在家多带点小孩，我去追求点上进呗，我去当教授，你在家多照顾点小孩。这样一想，他也不是一无是处，就是他家的好都是因为他的原因，他跟你关系这么好，是他的原因。他原谅你，不给他性生活，他也不抛弃你，打个六七十分，我们再慢慢看怎么办。你这样一想，对这个人的憎恶就少了，慢慢爱上他，看能不能这样，这是一个事。**关于妈妈**，你看我小的时候她虽然又抛弃我，又做这个，又做那个。你看妈妈现在还能主动帮我，可能也认识到问题了，她也真是不容易，这个女人生了我们姐仨，到现在都没有一个安定的生活。爸爸那么早就把她抛弃了，经常看到她哭泣，遭了这么多罪，我们三个才拉扯大。她也没有工作，也没有文化，出去也不容易，小时候能适当的借我点钱，照顾我们，现在还帮我照顾小孩，所以你看她就是一个农村老太太，在那种环境下，她这一辈子的幸福在哪里？跟我比较起来可差多了。我有一个老公60分，有个90分的公公婆婆，我还能够学习心理咨询，还能读个研究生，有个不错的工作，要跟她相比我比她好多了，看起来她有点毛病那不正常嘛。我毕竟是读了硕士，她啥也没弄，我的一生比她要幸运得多。如果她当时生下来一看我不是儿子，把我送人呢，不更麻烦嘛？**关于爸爸**，爸爸为什么不喜欢妈妈这件事，公说公有理，婆说婆有理了。一个农村人，他还经常借钱买东西，很不容易生活，能够供我到研究生毕业，弟弟妹妹也至少读到初中，而且我怀疑弟弟妹妹不是逼的不让他们读，是他们自己就不愿意读。同样是你父母养的仨孩子，为什么你能读到硕士，他们连本科都上不了，这不一定光是你父亲的事，除非是父亲只喜欢你，恨那两个人。听起来一定是各有各的道理，你不能都责备父亲了，父亲支持了你，却没支持自己的儿子，这么一想他也不是完全可恶的人，毕竟弟弟妹妹初中毕业之前，能打工之前，能自己活下来之前，在那样一个贫瘠的土地上，父亲还养了两个人，还把你供出来。你现在不过是养了一个3岁的小孩，一个7个月的，就准备把孩子摔死了。你做父母的时候，跟你父亲比，我不知道谁更合格？我觉得一个人受了7年的高等教育，第一个想法是把孩子摔死了。和一个没有文化的，都能找小三的，养5个孩子，还把一个孩子送去读研究生，我不知道谁更好。**人生就是这**



样，没有人是完美的，我们每个人都是历史的产物，都是环境的产物，穷乡僻壤生刁民。在那种环境下，刁民就多。咱们受了这些教育，变成知识分子，那我们就应该做良民，不能跟弟弟妹妹一样，不能像爸爸那样，更不能像妈妈那样，不养儿不知父母恩了。这样去想，他们好像在那种环境下做得也行，至少我还能有这么个正常人的生活，还能够想到提什么副教授，你问问你妈副教授和正教授哪个大，我怀疑她都搞不清楚副跟正谁大谁小。一般得三代人才能变富或变穷，一个农村人能够到你今天这样的地位，你的下一代就会变好了。你的孩子能比你更优秀，那就更好了。因为他生活的环境比你父母还要好，你这样去想，对他们的憎恶感就低了。不是说他过去做的事有多么的对，而是说我现在能够容纳你、能够接纳你，能够原谅你，你是在那个时代就是那样去做，反正父母没让你活下来了，也没有让你营养不良，你的脑袋变得很聪明，还能读完研究生。这样调整认知，你的那些负性情绪，对老公、对妈妈、对爸爸、对弟弟、妹妹的负性情绪就会少，负性情绪少，你的行为上就好了，就会不会那么憎恶他们，甚至还愿意主动聊聊天，关心一下。假如你的认知上认为老公是最无能的，你这辈子倒了八辈子嫁给他。你认为这辈子倒了八辈子霉出生在父母家。你看着他们就会憎恶，那你跟老公就不会做爱，也不会孝敬父母，你也不会管弟弟妹妹。我在说的意思，不是说一夜之间就能变，慢慢跟咨询师讨论这些事的时候，你今天能有这种幸福的生活，不光因为你是一个聪明漂亮的人，肯定是父母的基因也不错，你才能脑子那么好使。老公不上进，你上进，你的智力好能跟父母没关系吗？你的长相漂亮怎么会跟父母没关？这些都使你从现在开始人生走得比原来好，而不是当自己变得好一点的时候，说原来他们为什么差。所以我们经常有一句话叫儿不嫌母丑，狗不嫌家贫，这样的我们才能做好。当我们自己的心灵变得健康了，你这个边缘型人格障碍变好了，意思就是憎恶感少了、情绪稳定了，人变得快乐了，你才能帮助更多其他的人。你如果是一个这么不快乐的人，认知上有这么多负性的东西，怎么能帮助那些跟你一样成长环境的人，那些人也是特别难过也找你帮忙，不管是职业上的，还是情感上的，你会觉得很烦呐。你再找一个老公那样的人来找你帮忙你怎么办？你更狠铁不成钢了，“你这么不知道上进，你是纯粹坑你太太”。这种感觉出来了，那不反移情了吗？所以说我们自己得健康才能帮助其他人。这样清楚吗？

18. 来访者：嗯，比较清楚。

**“在行云流水的对话中”对来访者的现实生活进行认知调整及重构。**

认知行为治疗的理论核心在于认为，人的心理不是被动地接纳对环境和生理的感知及其所产生的影响，而是个体主动参与建构自己所处的现实。为了理解来访者对生活中特定事件，特定人物的情绪反应，督导医生在一边找出她赋予这些内容的意义，即她对现实的主观建构同时，也在不断的对其进行重构。

建立替代性观点是认知行为的治疗原则，即看待事情总是不止一种方式，无论事实多么不令人愉快。整个谈话中贯穿对来访者生活中诸多方面问题的涉及，全面示范“新思路”。



19. Z医生：所以你自己得的是边缘型人格障碍轻度到中度，达到诊断标准了。你需要做的是**辩证行为治疗**，这里是**CBT加正念**，然后生物学主要靠运动、听音乐。社会学的，给自己减压，叫**生物心理社会**，清楚吧？这个不会是一天就变好的，因为你是20多年变成这样，一定需要几年的时间才能变好，两三年大致就会走出这个阴影。然后才能使你的孩子不会再走上你的方式，否则你就跟你妈一样，你现在也是负性的，小孩比你还惨，所以最后都变成一代一代遗传，我们可以在你这代就终止它。尤其你是冥冥苍天下好像有神明似的，安排你学心理学，有机会彻底了解自己、了解家庭，学会怎么改变它。这样清楚吗？

20. 来访者：嗯嗯，好，现在比较清楚。

21. Z医生：好了，还有别的问题吗？

22. 来访者：刚才说了**认知的调整**，那对孩子，对她的**愤怒怎么去调整**？

23. Z医生：2岁到3岁是最难带的，有点脾气的小孩一旦管过来，有冲劲，蔫头蔫脑的小孩，什么事都社交焦虑，前怕狼后怕虎，这样的小孩以后难以成才。你看千里马哪有几个听话的？野马训练出来之后才能变成战马，傻吃蔫睡的马就完蛋了，这就变成了马驹了。所以小孩怎么去引导她，学了这么多的心理学技术，带着小孩一起去做运动，跟你一起做运动两个人都变好，你治疗边缘型人格障碍，她治疗这冲动控制，慢慢就调回来了。她都搞不定，你怎么能搞定你的咨客。7个月的小孩，假如吵得让你睡不着觉。让你老公天天陪他，你住另一个房间，带着能睡着觉的大女儿，他睡得比较好。这样清楚吧？

24. 来访者：嗯。**但关键就是我自己感觉**，好像自己总会揽很多事情去做，不相信别人能够做好，做得很累了，自己就会发脾气、发怒。

25. Z医生：是，这得调整，所以你得重新学咨询。你现在连一份工作能不能保住都是问题，所以你不是什么都能行。找自己能做的就好了。认知一旦调整，不做那么多事，你就不会被压垮。**这就是调整认知**——你不能一边累得不行，喘不上气了，还要多干活，那你不是自己折磨自己嘛。明显看出目前你是没有咨

19、动机面询：给出诊断和进行认知调整之后，督导医生进一步对来访者进行动机面询——抚养好孩子，打破世代间的不良循环影响，增强来访者的治疗动机。

20、接纳督导医生的建议。

21、例行问询补充要求。

22、希望调整对待孩子时自己的状态与情绪。

23、正性赋意——不好带的大孩子有冲劲，能成为“战马”，通过运动一方面降低自身的焦虑，另一方面增加和孩子的有效互动；对更年幼的孩子可以由丈夫辅助来喂养，为自己减压。

24、自身的思维、行为模式带来一贯的问题。

25、提醒来访者正视自己的能力边界，为所可为、为所当为，而不是折磨自己。





询技能，才变得今天这样。帮不了你自己，帮不了孩子，也帮不了别人，所以你当然就会有压力了，咨询变成是个痛苦的事了，我们每一天帮助人变得快乐，是因为每个人的认知都去调整，你会觉得这个工作更有趣味。所以熟能生巧得慢慢去学这些东西，这样清楚吧？

26. 来访者：嗯，好的，现在比较清楚了。
27. Z医生：对的，没问题。我们会诊完之后让医生给您反馈，完了再看怎么去做，好吧？
28. 来访者：好的，谢谢老师。
29. Z医生：不客气。
30. 来访者：好，再见。

26、清楚的接收到督导医生的诊疗建议，谈话中情绪明显愉快起来。

21-30、互相致谢，结束访谈。

### 【与主诊医师讨论】

世界上没有什么岁月静好，如果有的话也是因为有人为你负重前行。为什么想到这句话？你看这个人能考上硕士，长得漂亮，那不是跟父母一点关系没有的，我们不能总觉得“做好的都是自己的，做坏的都是怨他们”，这种认知跟周围的人都会打仗。受了那么多的创伤，那么多的虐待，慢慢的变成了心里高兴不起来，跟老公做爱也不高兴，养小孩总行吧。有的人性冷淡，但养孩子挺好，生出孩子玩。她工作也不高兴、同事也不高兴，小孩想摔死，妈妈也不咋的，老公也不咋的，那这世界上没有什么人让她高兴了，很明显是有人格障碍的问题。所以假如没有这个训练，不知道什么样是人格障碍，当然就不会作出诊断。所以这个病人是边缘型人格障碍，轻到中度，不需要吃药，但需要咨询。同时还要帮她做职业规划。一个案例涉及到两方面、三方面怎么办？这是为什么你要天天训练，天天听课，要认真读书，不是光开个药，懂 SSRI 就能当精神科医生。我们遇到病人就是这样，什么样问题都可能有，是因为你不知道怎么做，就会根据症状把他给诊断成抑郁了。心理咨询师也是策略师。这次主诊医生的大方向对的，只是治疗上不具体，也没给人家做示范，怎么做职业生涯规划，更没给人家做认知调整。我们需要给她做示范，不是给他讲课，告诉她问题的症结在哪，需要指出来。同样用刀子、用斧子，那木匠跟骨科能一样吗？让一个木匠去当骨科医生，他当然觉得力不从心，那么多压力累积到一块人就变成崩盘了。要问问自己真的能理解你的来访者吗？



**【主诊医生感受】** 非常感谢老师。这个案例昨天在咨询的时候困惑就会比较多。从她的整个精神动力学来说，感觉偏向于边缘性人格障碍，但是她咨询的主题，最主要的还是职业方面的问题，所以刚开始我就是没办法把这两个整合。我的指导就是让她暂时不换工作，因为我觉得她目前状况，并不是工作压力非常大。一旦换工作，在种种心理冲突下，可能情绪就更糟糕了。在学校里的时间也不是很紧张，也有业余的时间，所以我当时就建议她可以在外面做一些兼职，然后做一些自己的这种专业方面的提升。

**【督导医生回答】** 但问题是她做不好工作是因为她职业训练有问题，那不是兼职能解决的。她刚才说了想提副教授，她这样的情况下不更形成一种慢性压力吗？我们没解决她要解决的问题，只是暂时让她不换工作，那她未来想当副教授怎么办？不能只对付今天，明天怎么办根本不理会。要站在来访者一生的角度上想到怎么帮助她，怎样帮助她利益最大化。患者主要的困扰是什么，咱就先帮她解决什么。你看人家先谈职业，我就没谈病的问题，这样她才有依从性，后边说的话才能听进去。假如前边说的不对，驴唇不对马嘴，后边她就会说“我没问题了”。有的患者经常这样，“记得你刚才说还有第二个问题？”“我没有了，谢谢你。”你就会知道他对咨询失望了。

### 【现场答疑】

**提问一：** 这个患者在诊断方面，好像现在也没说有明显的自残，社会功能也基本上可以维持工作，婚姻关系也能够基本维持，为什么不能够诊断为边缘型人格特质？

**督导医生：** 你再仔细想一想，一个人硕士毕业了，学心理学的，还恨她爸为啥有小三，完了又恨她妈妈为什么小时候不照顾她。感到老公挺恶心的，又觉得小孩气她，同事我还得假装强装笑脸，就这种功能还不算受损？有没有工作不是判断是否有人格障碍的标准，我们不是说的人格障碍有没有影响到工作，是说你影没影响人际关系功能。今天的病人明显影响功能了——她是假装跟同事很热情，假装跟老公能做爱，假装有高潮，通通都是假的。妈妈给她带小孩，还恨妈妈，这是功能没受损？还觉得活着没啥意思，还想把自己家小孩摔死了。这是正常的？职场、社交还有个体的功能都受损了，这当然更是受损。今天的患者因为是轻到中度了，但已经达到诊断标准。相反她的妈妈没受太多教育，出去打工，生了5个孩子，2个流产，把3个养下来了，最后还能回来替她带小孩，她妈才叫没有受损。那么为什么没有自残？首先一般漂亮姑娘不想自残。第二个她毕竟学了7年心理学，也会有所帮助。再者现在的家庭支持系统比较好。所以说不能以有没有自残作为诊断标准，总得来讲，她有慢性的空虚，情绪不稳定，易发怒，人际关



系不稳，有这么多的创伤史，这些东西都符合边缘型，得这样整合直起来诊断。为什么我说在中美班一年的学习主要是跟我学“怎么看病，怎么看诊疗”。而不是怎么“看诊断标准”，只拿诊断标准，是永远不会用的，无所谓 DSM—5 还是 ICD 了。看清楚她的创伤史——这么高的起点，变成这么低的功能，现在甚至功能都可能保不住了，怎么还能副教授有问题？

**提问二：**这个来访者是一个边缘型人格障碍的母亲，还是要建议这个来访者亲自带两个小孩子吗？

**督导医生：**我们怎么能剥夺别人做母亲的权利？毫无疑问我们没有这些权利，不存在这个问题。不是给病人诊断个病，就剥夺别人抚养权，那是法庭要做的，如果她真是残害小孩了，丈夫去起诉了，由法庭来决定，我们咨询师哪能干这个事，这属于伦理道德的事，所以不涉及剥夺别人抚养权的问题。

**提问三：**像类似这样的案例，像早年的经历，尤其是有些性骚扰引起的，他们很多长大以后能交男朋友，接触的时候就会感觉到恶心，或者是像这个案例一样影响性生活，治疗方案中，对既往的创伤进行处理，比如说用催眠，或者结合认知调整是否可以，意义有多大？

**督导医生：**催眠没什么效果，更需要认知调整，甚至对她情绪方面用这些 SSRI 调节都会有效。一般受过性侵的人，不一定泛化为人际关系障碍，今天的患者是性格方面也受到创伤，和创伤后应激障碍一样问题，可以尝试延迟暴露疗法，但她还不只是性虐待，她还受了其他的精神虐待，就像不给吃饭，挨饿之类，是精神虐待加躯体虐待，不只是性虐待，所以她为什么变成人格障碍。如果仅仅是被强奸，那就是创伤后应激障碍，就按照那个去治疗就好了。

**提问四：**这个患者其实不需要跟她提小时候这些创伤经历了，因为我们考虑到已经对她目前没有持续的影响了，是这样吗？

**督导医生：**不是咨询师主动去提，而是患者自己提，她如果说：

“面对我爸爸，我又想起小时候的事”，或者说

“我昨天看着我妈，我又想起来她小时候扇我耳光了。一看到肉，我想起小时候奶妈不给我吃肉”。

“你知道奶奶为什么不给你吃肉吗？”

“是因为她重男轻女对吧？”





“对的。”

“她把这东西自己吃去了吗？”

“不是，她是给弟弟吃了。”

“这明显就是她农村老太太想有人接户口本，是肥水不流外人田的想法。养咱弟弟，那这个事是不是比她单纯吝啬，比不给孩子吃而她自己偷吃要容易理解？这样的奶奶算不算是坏人？好像不全是。但是她确实是没给你吃肉，现在我们能理解是重男轻女的思想不对，可如果我们成年了应该这样对待奶奶行吗？” .....

像这样就是对认知的调整，是等她说起之后再去调她。而不是我们主动让她说奶奶还对你怎么了？除了不给你吃肉的事。奶奶打没打你？再回忆回忆，奶奶是不是抽你了？这属于给来访者二次创伤了。



北大出版社官方微店  
购书请扫码



# 访谈理论篇

## 访谈，由谁来决定

作者| 王剑婷 心理咨询师  
张道龙 医 生

在心理访谈中，我们最常说的话就是：“要关注来访者的主诉！”在细腻的倾听中准确的找到来访者的实际需求，很自然的和患者构建信任关系，成功实现从初访到连续咨询的转化，仿佛是一个咨询师的致胜法宝，然而，即使不去功利的计算所谓“留咨率”，一名优秀的咨询师也需要懂得倾听主诉，分析主诉并找出关键词，并且围绕主诉针对性问诊——来访者当下最想要解决的问题是什么，想如何解决，最担心的是什么，当下来访者的心理状态是什么等等，咨访关系的建立由此才能开始。

### 治疗联盟的建立

DSM-5是我们在临床工作中界定来访者问题的一种方式，在进行评估时我们通常强调必须要充分考量来访者在治疗中谈及的问题以及理解它的方式，这些洞察和理解继而可以转化为很有可能解决来访者问题和治疗目标的相关治疗方案。我们关注来访者所描述的**现有困难**，同时也关注将这些困难**置于当下的情景中**，比如在本期的心理访谈案例中，由于养育环境，创伤性体验等来访者的人格特征较为明显，人际关系受损也呈现出较为广泛的状态，然而，当访谈开始，她所聚集的当下的“困难”则更倾向于在职业发展，访谈也随即就来访者的话来展开，这种弹性与灵活，正是我们在整合式心理访谈中所要强调的——在评估的过程中采用**跟随、联合**的方式，才能贴近并向来访者展现咨询师的共情与接纳。初次访谈中不存在所谓“无关内容”，从来访者诉说的每一句话中我们都可以随着对这些信息，观察到他们思维-行动相互作用下的不同侧面，咨询师的雷达始终处于开启状态，以发现最明显以及最细微的线索。

研究者们已经在临床中发现，医生/治疗师与来访者的匹配度也是与治疗效果相关的重要部分，建立在不同理论思想之下所产生影响而导致对来访者问题接纳程度上的不同，首先影响的即是工作联盟的建立。而在咨询技术中我们首先要考虑的核心问题之一就是要把心理治疗关系本身建立起来，在此基础之上再去实现评估与治疗。可以说，治



美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

[www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)

公众号：美利华在线精神健康



疗联盟建立是横跨所有的心理治疗方法之上，是有助于达成积极结果的关键因素。

## Person-center Therapy

熟悉心理咨询理论的读者看到这里可能会想到罗杰斯的人本理论，然而在这里我们的目的不是为了深究人本主义心理咨询的技术核心，而是试图借用这个词汇来表达在临床访谈工作中让大家体会的理念——充分看到**人具有自我成长的本性**，人们试图创造性的把自己的潜力发挥出来并**向着他们特定的方向发展**。我们在访谈中所做的一切努力都是**把关注的焦点投注在来访者的需求中，以及如何更好的满足这种需求**。

在中美班的案例中，我们常常可以看到督导医生即使在听完了主诊医生的报告，了解了来访者大致的状况之后，也仍旧在访谈伊始鼓励或者等待来访者用他们自己的语言谈论他们前来做咨询的原因。这种保持not knowing的状态就好像我们刚刚踏上一个陌生的国度，最好的融入办法就是不套用自己熟知的文化背景和价值观对眼前的人进行评价，而是努力去观察“当地”的风俗习惯，并且。这种关注与倾听不代表我们需要“装聋作哑”的一言不发，相反，对来访者投注进我们的兴趣，让他向我们告知他所掌握的自己的信息正我前述发展工作联盟至关重要的第一步，要知道，没有任何来访者会喜欢一个对自己以及自己所讲述的生活故事毫无兴趣的人。然而有另一个非常重要之处在于，在咨询关系的初期阶段，**不要去问“为什么”**。

“为什么你不提你幼年的伤害？”

“为什么你会有那种感觉？”

给出这些问题的答案不但需要来访者对自己行为背后的动机本身有所觉察，还需要有更深的洞察力以升华提炼自己的感受。试想，在心理咨询工作刚刚开展的时候，抛出这样的问题，我们的来访者也许根本无法回答，因为在此之前他本身可能从未思考过这样的问题，而我们理所应当的发问会使他们窘迫，而更为糟糕的可能还有这种问题的答案本身就是他们一直试图回避的内心的冲突本身，他还并没有做好准备要告诉你.....

因此，初期治疗关系当中的进程并不取决于医生/咨询师本身对来访者刨根问底式的搜集病情，或试图在早期就促进他“触及自己的灵魂”，这也许对于医生/咨询师会有一种引领成长和促进深度探索后的美妙感，但来访者会因为缺乏必要的心理准备而和盘托出自己的秘密而懊恼或羞怯——你得到了好奇心的满足或深入的机会，却有可能再也看



不到这位来访者出现在咨询室中。结合我们在本期期刊中的案例，需要了解的是，来访者有权利，医生/咨询师也有义务，保护来访者的隐私过早的、非本意的被打开，因为我们在此时还无从了解这种暴露对她的自身的社会功能有何种影响。

## 整合式心理咨询的实质

在一些疾病的治疗效果指南中，我们可以看到某一种疗法被认为是有实证基础可以帮助人们有效的进行治疗干预的，比如2007年英国在关于抑郁进行的调查报告中就明确指出认知行为疗法切实有效可以缓解抑郁症状；与之相对应的是，辩证行为疗法的诞生本身就是直奔心理疾病当中的某一个具体问题——边缘型人格障碍而被研究与实践得出的。因此，随着研究进展，心理咨询诸领域当中的原有格局已被打破，更加高效、经济的为来访者解决当下的困扰已经是一个刻不容缓的临床需求。另一方面当世界范围内人们都开始迫切需要心理支持，来访者已经不再满足于自己亲身一个个，一种种的去体验各流派咨询对自己的助益，在保证疗效的前提下，如何在时间经济上最大化满足个人需要也成为临床工作者必需要面临的现实。因此，除了借鉴实证研究的结果有的放矢的开展咨询工作以外，以not knowing为基本心态，愿意能够阐述并操作不同治疗理论的基础定义及技术，始终保持对不确定性的兴趣及多角度，即在可能会为来访者创造出一个连续的整合的体系。整合在心理咨询当中的意义不但是对各种上心理疗法的理论、概念、技术的融合，更是把个人从情感、认知、行为、肉体和精神的整合性视角来才行理解观察之意。最后，一如我们在美利华正在实践的一样，临床工作者把基于实证的几种方法应用在不同的精神心理问题当中，而同时也肩负着对实践过程有效性的关注与研究，这种发展和完善反思实践的过程成为我们临床工作及教学时的核心。

## 结语

**生物-心理-社会**的去看待来访者的问题，理解他们所处的位置和内心想要到达的新境界，用我们掌握的多种临床理论与技术，把每一位来访者以person而不再是client的角色定位，强调在临床工作和研究中基于现象的反思和整合，策略性的给予每一个人帮助，时而等待、时而引领、时而跟随，是为访谈的决定。



# 全科医学

本期的患者是一位 82 岁的老年女性，因记忆力明显下降来寻求帮助。可是在会诊现场，我们却观察到她打扮异常讲究，衣服的配色特别协调。是曾经身为舞蹈演员的她天生有艺术细胞？还是“另有蹊跷”？下面请看看美国全科钟丽萍医生和精神科张道龙医生的联合会诊：

## 一山有四季，十里各不同

### ——记一例全科临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

#### 【患者情况简介】

初中文化，汉族。18 岁成为舞蹈演员，38 岁调到一线城市某国企做行政工作，主要是组织演出。48 岁调到某政治思想工作研究会行政工作至退休。

因“如何减慢记忆衰退进程，如何调动自己的主观能动性”来访。

**现病史：**2000 年始丈夫发现来访者不能完全复述故事情节，老同事的名字叫不上，近记忆明显减退，未做特殊处理。怕黑，不敢独自在家，需要陪伴。2008 年丢三落四，做事情拖延、效率低、急躁、心烦、睡眠尚可，给予西肽普兰治疗。急躁情绪大部分改善嘱其去做头颅核磁检查。

2011 年 5 月 26 日一线城市 A 医院神经科就诊，反应力、计算力、理解力、自知力尚好，情绪尚稳定。听力轻度下降，偶有头晕。头颅核磁提示：1、双侧基底节区和双侧半卵圆中心腔隙性脑梗塞。2、右侧腮腺囊性改变。3、双侧上颌窦炎。脑电图正常。MMSE27 分。诊断 1、轻度认知功能损害。2 海马大致正常，需要追踪。3、多发腔隙性脑梗塞。治疗给与尼麦角林和银杏叶片治疗。

2016 年至 2017 年走丢 2 次，现在问其这两件事均不能记忆。在 B 医院神经科就诊诊断血管性痴呆给予美金刚每早 1 次每次 1 粒。茴拉西坦、尼麦角林等治疗。知道自



北大出版社官方旗舰店  
购书请扫码

美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

[www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)

公众号：美利华在线精神健康





己记忆力不好，主动跟随丈夫外出活动。

2018年因为近记忆力减退显著，爱人要求每天要看相应的学习资料，并且复述内容，但效果甚微。喜爱各式各样的瓶子，和爱人在超市里看到外包装好看的瓶子就去买，至于瓶子里边装的是什么并不关心。2018年8月就诊在诊室里看到水培养花的矿泉水瓶子而爱不释手，希望医生如果不养花了，可以将矿泉水瓶送给她。追问此环节，爱人叙述2008年喜爱收集喜欢的可乐瓶、酸奶瓶、树叶、矿泉水瓶、拿回家洗干净后放着，家里整洁。2017年之后捡东西的数量和行为显著。记忆力减退显著，比如家里12个兄弟姐妹，能说出一半的姐妹的名字。为了明确诊断和治疗以及未来如何看护参加会诊。访谈过程中，问答切题，语速较慢。偶尔说“记不得了”“不知道了”，患者饮食、二便较病前无明显改变。

**既往史：**无高血压、无糖尿病、有高血脂。

**家族史：**父亲性格温和、对家人体贴、工作认真。89岁时跌倒头部外伤后去世。无高血压、无糖尿病史。母亲的性格较有韧性和做事有条理性，认真有原则，有痴呆病史，86岁去世。未发现父母有囤积的现象。家里12个兄弟姐妹，四男八女，患者排行老二，有一个双胞胎妹妹。

**个人史：**母孕期情况正常，自小生长发育正常，3岁至6岁由二伯父抚养，照顾很细致。6岁时回到父母身边。父母都是教育工作者，父亲也是当时的地下党员。全家跟随者父亲的调动而上学。父亲调动到哪里，上学就直接插班到哪个年级，这样一直到初中毕业后（1950年）参军。来访者平素性格温和、安静、做事认真有原则。工作中人际关系好，文化大革命中分配看管审查对象，之后出来的审查对象对她关系都很好，甚至成为朋友。

婚后育有二女。爱人对来访者照顾较多，非常关心来访者，外出一定由爱人陪同，基本不做家务。无吸烟及饮酒史。来访者以清淡素食为主。

**诊断：**1.血管性神经认知障碍；2.高脂血症；3.强迫症；4.依赖型人格障碍

### 对患者的概念化分析：

这位患者不是单纯的躯体疾病，她有一些未被诊断的精神障碍，年轻时起就有强迫症。从哪些线索可以看出患者有强迫症？比如她爱囤积物品、注重搭配打扮，配色很协



调。在来访谈时，头发、衣服、眼镜都是灰色，这不是偶然，而是一种强迫症的表现。家里收拾得比邻居们都干净。怕黑，不敢独自一人都和焦虑高有关。患者之所以一直未被发现是强迫症，可能是因为她原来是舞蹈演员，越强迫跳得越好，所以她隐藏到了她的专业里，变成一种升华。此外，患者还有依赖型人格障碍，因为从小对家人依赖多，事情都靠家人安排，全家人对其照顾比较多，患者动脑筋少。根据精神动力学，患者又找到了一个像父母一样同样对其照顾多的丈夫，现在年老了又依赖女儿。强迫症和依赖型人格特质都是属于焦虑，是焦虑不同的表现。

患者腔隙性脑梗塞发生在基底节区，出现了记忆力的明显减退，考虑的诊断就是血管性神经认知障碍。我们知道强迫症也与基底节的发育异常相关。“脑梗塞”的发生相当于在先天基底节异常的基础上予以“二次打击”，加重了原已存在的强迫症状，并出现认知损害。

因为依赖型人格障碍的问题，患者对家人依赖多，不愿动脑筋。加之听力从40岁就不好，眼睛也出现老花症状，更加依赖家人处理问题，所以大脑得不到锻炼，痴呆恶化得就更快。而双胞胎妹妹从小是一个比较靠自己努力的人，打拼得多，所以两人虽是同样的遗传基础，妹妹却没有出现痴呆的表现。预防痴呆，大脑训练很重要。因为患者有依赖型人格障碍，不愿主动去锻炼大脑，容易使得病情加重，故需要克服自己的性格弱点，主动训练脑功能。

### 基于“生物-心理-社会”、融合“全科医学”及“精神心理”的全方位干预策略：

(1). **生物**：坚持运动，比如散步，练习太极。通过读书、写字及唱歌等训练大脑。

药物方面运用胆碱酯酶抑制剂，多奈哌齐（药物名：安理申）治疗血管性痴呆。美金刚不是被美国治疗指南推荐的治疗血管性痴呆的首选用药。深海鱼油含有丰富的Ω3，对改善认知功能、降低血脂有一定功效。使用SSRI类药物比如来士普治疗强迫症状、缓解焦虑。

控制血糖、血脂和血压，做好这些指标的控制能够减少再发脑梗塞的风险。因为患者长期吃素食，B12含量虽然是在正常的范围，但是在正常的低值，需要补充维生素B12，防止出现贫血或者脊髓亚急性联合变性。血脂水平高，可以服用他汀类降血脂的药物。还可以服用小剂量阿司匹林100mg/日，用于抗血小板，减少再发脑梗塞的风



险。患者长期吃素还容易导致维生素 D 的缺乏，导致骨质疏松，需要常规每日补充 1000IU。食物上可食用白肉、蔬菜及坚果，少吃红肉及高脂肪类食物。

(2).**心理**：用认知行为治疗，减少焦虑和强迫症状。

(3).**社会**：社会学因素用音乐的办法教她唱歌，慢慢使大脑得到刺激，进行跳舞练习，这样能保持体能，减缓痴呆加重。建议使用定位手环，防止再次走失。

### 对此例病例的反思与体会

该患者的精神障碍导致她容易焦虑、被动，依赖他人，还出现了许多囤积物品的强迫行为，在 DSM-5 中囤积障碍属于强迫及相关障碍那一章节。不仅如此，患者是一个 82 岁的老太太，她却有着和年龄不相符合的讲究衣着搭配，这些都是强迫的症状，故符合了强迫症的诊断。另外她有一些人际、行为模式，表现为一种过度需要他人照顾以至于产生顺从或依附行为并害怕分离的普遍模式，叫做依赖型人格障碍，在人格障碍这一章节是属于 C 类人格障碍，我们知道 C 类人格障碍都是偏焦虑的一些人格障碍。所以这位患者的核心就是一个焦虑的人，但是她的焦虑朝两个方向发展，一个是强迫症，一个是依赖型人格障碍，所以她有两方面的表现。

那么，这些精神障碍对躯体疾病有何影响？这位患者确实有脑梗塞，头部磁共振显示在基底节区有腔隙性脑梗塞，记忆力明显下降的临床表现也符合基底节区有腔隙性脑梗塞的表现。但是奇怪的是，患者没有明显高血压、高血糖等脑梗塞的高风险因子，血管性痴呆症状如此重。而且她的同卵双胞胎妹妹没有明显类似问题，理论上两人的遗传基因是一模一样的，比起妹妹，为什么该患者的记忆受损要严重得多？也就是患者的症状表现比原本应有的认知下降要更严重，是什么原因？其实是因为精神障碍的原因！因为患者有依赖型人格障碍，她什么事情都依靠他人来帮助，不自己动脑筋。大脑要越用才越灵活。患者的大脑不使用，退化得就更快，所以比“能干”妹妹的症状要明显重得多。

从本案例中，我们可以体会到躯体和心理是一个整体，是相互交织影响的。依赖型人格障碍加重了血管性痴呆的症状，导致病情恶化加剧。另一方面，发生于基底节部位的脑梗塞又加重了强迫症状，导致认识受损，发生脑梗塞后囤积物品等强迫行为更加频繁。所以我们既需要全科的知识又需要精神心理科的知识才能完整地理解这一个患者，



并提出基于“生物-心理-社会”的全方位治疗方案，真正帮助到我们的患者。这一案例再次提醒我们临床工作者全科-精神心理联合会诊的重要性。

## 【科普知识】

### 血管性神经认知障碍

血管性神经认知障碍，原来的名称是血管性痴呆（VD），是指由缺血性卒中、出血性卒中和造成记忆、认知和行为等脑区低灌注的脑血管疾病所致的严重认知功能障碍综合征。我国 VD 的患病率为 1.1%~3.0%，年发病率在 5~9/1000 人。

#### 病因

缺血性卒中、出血性卒中和脑缺血缺氧等原因均可导致脑血管性痴呆。而高龄、吸烟、痴呆家族史、复发性卒中史和低血压者等易患血管性痴呆。

#### 1. 临床表现

根据病因、累及的血管、病变脑组织的部位、神经影像学 and 病理学特征可将 VD 分为多种类型，以下根据起病的形式简述几种主要的类型：

##### 1.1 急性血管性痴呆

(1) 多梗死性痴呆（MID）由多发性脑梗死累及大脑皮层或皮层下区域所引起的痴呆综合征，是 VD 的最常见类型。表现为反复多次突然发病的脑卒中，阶梯式加重、波动病程的认知功能障碍，以及病变血管累及皮层和皮层下区域的相应症状体征。

(2) 关键部位梗死性痴呆（SID）由单个脑梗死灶累及与认知功能密切相关的皮层、皮层下功能部位所导致的痴呆综合征。大脑后动脉梗死累及颞叶的下内侧、枕叶、丘脑，表现为遗忘、视觉障碍，左侧病变有经皮质感觉性失语，右侧病变空间失定向；大脑前动脉影响了额叶内侧部，表现为淡漠和执行功能障碍；大脑前、中、后动脉深穿支病变可累及丘脑和基底节而出现痴呆。表现为注意力、始动性、执行功能和记忆受损，垂直凝视麻痹、内直肌麻痹，会聚不能，构音障碍和轻偏瘫。内囊膝部受累，表现为认知功能突然改变，注意力波动，精神错乱、意志力丧失、执行功能障碍等。

(3) 分水岭梗死性痴呆 属于低灌注性血管性痴呆。影像学检查在本病的诊断中有重要



作用，表现为经皮质性失语、记忆减退、失用症和视空间功能障碍等。

(4) 出血性痴呆 脑实质内出血、蛛网膜下腔出血后引起的痴呆。丘脑出血导致认知功能障碍和痴呆常见。硬膜下血肿也可以导致痴呆，常见于老年人，部分患者认知障碍可以缓慢出现。

## 1.2 亚急性或慢性血管性痴呆

(1) 皮质下动脉硬化性脑病 呈进行性、隐匿性病程，常有明显的假性球麻痹、步态不稳、尿失禁和锥体束受损体征等。部分患者可无明确的卒中病史。

(2) 伴有皮质下梗死和白质脑病的常染色体显性遗传性脑动脉病 是一种遗传性血管病，晚期发展为血管性痴呆。

## 2. 检查

### 2.1 神经心理检查

常用简易精神状态量表、长谷川痴呆量表、blessed 痴呆量表、日常生活功能量表、临床痴呆评定量表等确立痴呆及其程度；Hachinski 缺血量表 $\geq 7$ 分支持 VD 诊断。

### 2.2 神经影像学检查

脑 CT 显示脑皮质和脑白质内多发的大小不等的低密度梗死灶，可见皮质下白质或侧脑室旁白质的广泛低密度区。脑 MRI 可见双侧基底节、脑皮质及白质内多发性长 T1、长 T2 病灶，病灶周围可见脑萎缩。

## 3. 诊断

VD 的诊断标准很多，诊断要点为：

- (1).神经心理学检查证实的认知功能明显减退，并有显著的社会功能下降。
- (2).通过病史、临床表现以及各项辅助检查，证实有与痴呆发病有关的脑血管病依据。
- (3).痴呆发生在脑血管病后 3~6 个月以内，痴呆症状可突然发生或缓慢进展，病程呈波动性或阶梯样加重。
- (4).除外其他痴呆的病因。

## 4. 鉴别诊断



### (1).阿尔茨海默病 (AD)

AD 起病隐匿，进展缓慢，记忆等认知功能障碍突出，可有人格改变，神经影像学表现为显著的脑皮层萎缩，Hachacinski 缺血量表 $\leq 4$ 分（改良 Hachacinski 缺血量表 $\leq 2$ 分）支持 AD 诊断。

### (2).Pick 病

进行性痴呆，早期即有明显的人格改变和社会行为障碍、语言功能受损，记忆等认知功能的障碍相对较晚。CT 或 MRI 主要是显著的额叶和（或）颞叶萎缩。

### (3).路易体痴呆 (DLB)

波动性的认知障碍、反复生动的视幻觉、锥体外系症状。但影像学上无梗死灶，神经系统检查无定位体征。

### (4).帕金森病痴呆

帕金森病痴呆早期出现锥体外系受累症状如静止性震颤、肌强直等表现。以注意力、计算力、视空间、记忆力等受损为主。一般无卒中病史。

## 5.治疗

### (1).治疗原发性脑血管疾病

高血压治疗，一般认为收缩压控制在 135 ~ 150mmHg 可改善认知功能；抗血小板聚集治疗，阿司匹林等可改善脑循环；2 型糖尿病是 VD 的一个重要危险因素，对糖尿病患者的降糖治疗对 VD 有一定的预防意义；用他汀类药物可以降低胆固醇，对预防脑血管病有积极意义。

### (2).认知症状的治疗

胆碱酯酶抑制剂多奈哌齐（安理申）对 VD 可能有效；对患者出现的精神症状、各种不良的行为、睡眠障碍等，应进行相应的药物治疗。患者的康复治疗亦很重要，关系到其生活质量。

## 6.预后

VD 的预后与引起血管损害的基础疾病和颅内血管病灶的部位有关。通过改善脑循环、预防脑血管病复发可减轻症状、防止病情进一步恶化。



# 学习园地



## 王剑婷

留日心理学博士 Ph.D

美利华一期学员

美利华首届诊疗技能大赛冠军

## 发现美国！近观芝加哥！

这是一次精神之旅，跟随内心寻找和热爱之心。

游学的神奇在于，体验都是更加私人化的，你是什么样的人，决定你看到什么；你跟随什么样的团队，决定你感受到什么。游学之丰富在于避免了走马观花的“上车睡觉，下车拍照”，精神之旅最棒的在于让你感受到自己是来到这异国他乡进行修习——正如法国作家保尔·穆杭以“迷你人生”来解释旅行：从开始、过程到结束，给我们提供了口味一段不同于日常生活的机会，更是让我们看到了逃避重复活动的一种移动。相较于“真实的人生”，旅行本身就是将我们固化的生活熔化为流动的状态，正是借用那异常、短暂却尖锐的体验，让我们稍稍锉去一点日积月累的惯性的钝角，为灵魂吹进一丝新鲜的风。

## 处处风景

Chicago 很繁华，却不仅仅只有都市的喧哗和吵闹，建筑群中不乏自由的设计，又织入巧思令城市错落有致。步出城内主路即可看到令人叹为观止的天际线；在城市边际一端坐着盛产诺贝尔奖的

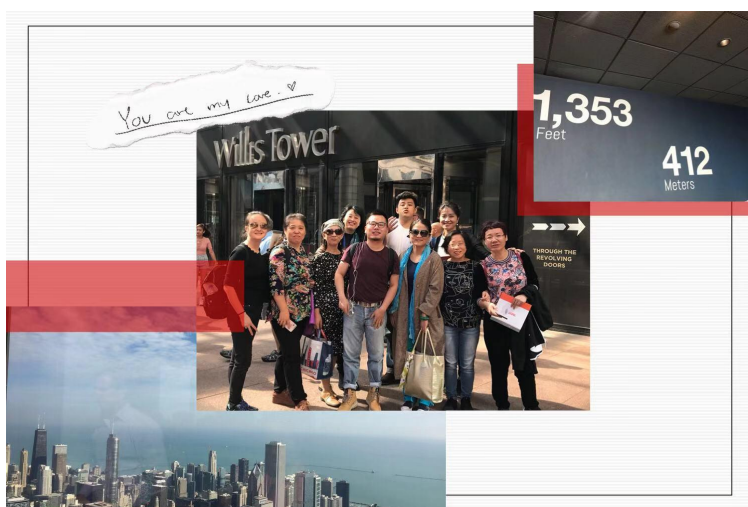


美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

[www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)

公众号：美利华在线精神健康





芝加哥大学，另一端坐落着浪漫自然的西北大学，二者遥相呼应把拼搏奋斗、独树一帜与人和自然融为一体演绎淋漓；尽管 Willis Tower 第一高楼的美名已不存在，但仍是芝加哥城市中不可忽视的高点，25 层等同于纽约自由女神像，86 层与巴黎埃菲尔铁塔同高，102 层比肩纽约帝国大厦。站在 103 层透明玻璃观景台，眺望芝加哥，整

个城市的景致都尽收眼底，颇有些像诗人登高望远一般；千禧公园左牵最繁华的密歇根大街，右拥风景秀丽的密歇根湖，置身公园，现代风格的建筑、精巧的云门和皇冠喷泉无不令人印象深刻！

芝加哥之美不在于旖旎风光，而在于满满的人文氛围和科学技术之美！船游芝加哥河，河岸两旁鳞次节比的建筑，不知者只道是哪里都有的城市街景而已，细听船上大叔用浑厚的美音娓娓道来芝加哥大火之后的城市再建故事，那一座座拔地而起的高楼大厦竟然建立在半个世纪到一个世纪之前，想想现在 20 多岁的孩子们坐在百年前的建筑里竞争着最新的技术，坐在世纪恒久的河岸边看着风云变幻，所谓新与旧，过去与未来，不曾交替，而如梦似幻毫不违和的交织在一起景美故事更美，人文城市，现代智慧，期待发现.....

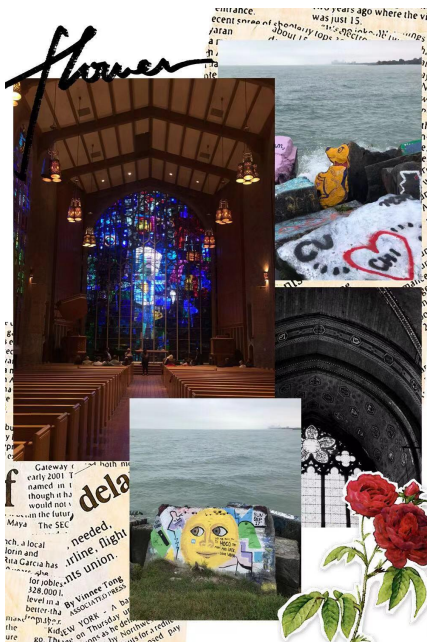
## 大学行记

所谓游学，游只是前哨，学方为重点！赴美第四天我们一行游历位于芝加哥的两所名校——芝加哥大学和西北大学，建筑风格迥异，学风更有千秋，不禁感叹如果时光倒流 20 年重新来选可走之路.....

芝大之美在于传承！百年校园自为一城，历史上







90 位诺贝尔奖得主的发源地，徜徉走过李政道、杨振宁、林巧稚也穿行过的庭院；围坐在哈利波特主题电影中的食堂吃顿美式午餐，回眸某处映入眼帘的廊下的青年；笑看满园灵动越过的小松鼠.....在这样的环境下，成长和进步仿佛是每个人的空气一般，不需要任何人鼓舞，自是带着骄傲主动的发展自我。这里的人血液都仿佛是滚烫的，迎面走过的学生们都会微笑着颌首给目光相遇的我们，高大的、老师模样的人甚至会招招手说：“have a nice day!” 三三两两结伴的我们如同进入梦国，每个瞬间都正与未知结识奇缘！

而西北大学地处密西根湖边，临水而建自是浪漫，湖水清澈平静，岸边巨石被学子们逐一进行艺术加工，缤纷多彩宛如献给大自然的糖果 在雨后湿润的空气中散步各处，亦不知这里是温和的气息撩动人心还是新锐的建筑使人产生新鲜感，总觉得脚下每步都是时光在倒流，魂中那个我正一步步靠近学生时代，回到小时候.....

短暂的离开自己熟悉的环境，到另一个全新的环境里进行“探险”，既不是单纯的旅游也不是简单的学习，而是在学习之中潜移默化的体验人生，在体验当中吸收能量，扩容眼界。此次感受别有一番风味！不得不说人生需要“饥饿感”，因为只有不断的努力打破自己



所在的生活状态，才有可能接触到不同的世界.....回去，我想对我的孩子们说： stay hungry, hungry for what' s next!

**后记：**说起根源，我的芝加哥之旅始于18年前留学的那天吧！感谢可爱青春挥洒在东瀛的10年；不负左往右晃回国的7年；奔赴美利华参加精神医学技能大赛的1年前.....斩获第一届大赛冠军，方始足下之旅。人生，还是要有梦想的，一不小心，它就实现了呢！获奖后曾自赋打油诗一首，名曰

### 《赢·得》

回归专业领域，得到认可不易；  
不为赢了别人，而是找到自己。  
一年收获良多，良师益友汇聚，  
教书咨询写话，今后岁月写意。  
感谢美利华人，接纳肯定承起，  
顿感天地一宽，信心百倍独立。  
再谢家人朋友，多年支持不弃，  
宽严相济两家，其乐融融如一。  
三谢所有相遇，不论得失分离，  
十年又复七载，方有如今多趣。  
职业生涯未来，发展需要合力，  
生物心理社会，终将三位一体。



**感铭生命中最美好的事情都发生在恰当的时间里！**





# 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



**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  
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

