

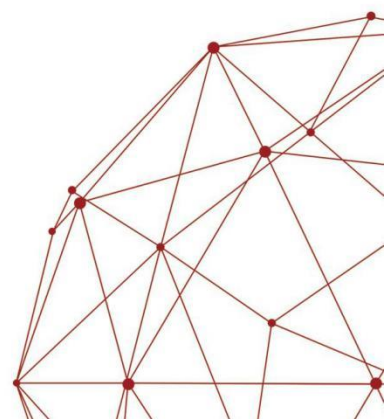
第 113 期

2019年11月30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 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

盈盈落雪等你来

2020，似乎本应只存在于科幻小说中或未来水世界什么的，可是过了今天，我们向2020年说只剩下30天了。未来已来，原来不是句客套话.....

回想从出生向未来世界迈进的这四十年，人可真的是变懒了——汽车、高铁解放了双脚；洗衣机、扫地机器人解放了双手；美团和跑腿儿代替了厨房；眼看新闻里不断倒计时，汽车也要全智能化，驾驶都要无人了；更多知觉体验似乎逐步可以通过VR感受而不用身临其境了；一度火热的知识付费揭开面纱原来学习不仅是碎片化还变成了“代消化”，任你什么书都不再是读，而成了缩略的“讲故事”，大佬扮书僮笑眯眯地说“替你节约时间”，Are you kitting me？那不就是大人们最为批评的“吃别人嚼过的馍馍”吗？！这凡事不用事必躬亲自己做的未来，我们到底还应该期待点什么？

回头想起我刚入美利华队友群，第一次开会就感觉惊吓——因为一众人和老师争论反驳，大洋彼岸传来老师焦虑的声音：第二年学费不升要降，已然密集的课程不减反增、比起拉人头更需要好内容.....我那时一言未发，却突然明白美利华、张道龙从头就是奔着把事做对、做好，不惜工本。奇巧并非不懂，原本就是不屑。

从16年到19年，从全国免费诊疗到技能大赛，从门诊到日间医院，从临床到科研，美利华在不断践行突破，下个月张道龙、刘春宇二位带头人将再次回国主持新的会议：**光照治疗和人格障碍治疗科研合作筹备会议**，会议就几天，没人付他们酬劳，他们却仍旧远涉重洋，不辞辛劳，想想每次急行军似的日程，冬夜似乎也变得不平静。昨日，北京西安皆已初雪，古老的城市也都将等来自己的心太阳。

有些人，有些事，值得让我们为之跋涉并为之融化！

12月，华佑见！



\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】	5
一例精神分裂症的临床访谈	
● 案例报告示范	
● 访谈实录及分析	
● 讨论及答疑	
【访谈理论篇】	16
美利华中美班图书馆案例导读之——精神分裂症	
【心理学人】	21
文献介绍 综述：良好的精神医学管理（GPM）	
【全科医学】	25
内科诊断看“模式”——一例神经性耳聋患者的临床会诊	
● 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】	29
感音神经性耳聋	



精神医学临床访谈

“你要知道，对我而言如果有选择的话，我绝不会选择精神病。”凡高在给他弟弟的一封信中如是写到。那是1889年他正被限制在圣雷米精神病院进行康复治疗……这一百多年来对精神分裂症的研究取得了不小的进展，人们不再相信那些怪异的行为是由于中邪，不再把患者当作怪物圈禁起来，然而令人沮丧的是我们对这个疾病依然还有许多的不了解——比如病因，比如根治的方法等等。医学，总是带着不确定性，医疗工作者也总是面临着未知的挑战，而患者和他们的家人所渴望的，却往往是飞跃所有的“不可能”，回归正常……这样的期待究竟能否达成，请看本期案例——

一例精神分裂症的临床访谈

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 男性	年龄 36岁	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 初中	婚姻 未婚
病史提供者 本人及患者父亲	职业 无业	病史可靠性 可靠

主诉：“求明确诊断并判断预后，询问婚育可能。”

现病史：患者20多年前初中时就表现出交流少，孤僻，内向，成绩差，难以及格，班级排名末尾。患者2001年16岁进入足球训练学校后，一直往家里跑，并说不清原因。夏天光着身体，盖棉被。表情木讷、发呆、离群索居，不愿去上学，但不能说明原因，不能遵守纪律。有时感到脑子停不下来。逐渐加重，表现为常站着发呆、不说话，不参与训练，身体发僵的情况。学校要求去看病，患者在当地心身科，诊断为“精神分裂症”，具体治疗不详。治疗后效果不佳，仍然发僵、反应迟钝。会买许多影碟、画报一大箱子存放在家中。头部CT等检查(-)。2004-2005年行ECT治疗16次，无明显改善。后改用思瑞康、奥氮平治疗，具体剂量不详，木僵有好转，说话增多，人变得灵活一些。一直坚持服药。2012-2015年为减轻经济负担，换用氯氮平50mg/日治疗，服药不规律，效果一般，仍有说话慢，吃饭慢，自笑自语的现象。上厕所1-2个小时、感到便秘、排尿困难。有时生气打墙，会反复把手打肿。和母亲有争执，会一个人跑到外地而出现迷路，被好心人送回。



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



2016年骂人、摔东西、踢东西的现象增多，易冲动，在当地精神卫生中心，诊断“精神分裂症”予以氨磺必利400mg/日，氟伏沙明100 mg Qd，丙戊酸镁250mg Bid，氯氮平50mg Qn治疗。2017年下半年开始出现打人、骂人的情况，肢体僵硬、行走缓慢的情况明显好转。但是洗澡、刮胡子仍需要父亲帮助。不能外出工作，自理生活在辅助下完成。眠差，晚上入睡困难，白天睡到4、5点才起床。对母亲有一些违反人伦的性想法，但是没有行动。在楼下看到老婆婆有想脱掉对方裤子的行为，现在想找女友。目前用药的方案为：氨磺必利400mg/日，文拉法辛75mg Qd，丙戊酸镁 250mg Bid，氯氮平50mg Qn。2018.04复查血常规BR (-)，心电图ECG:P88次/分。患者家属来访目的：

- 1、希望再次明确诊断，判断预后；
- 2、指导是否能结婚生子。

既往史：患者6岁时曾患“肝炎”，住院10天后好转。后复查肝功能未见明显异常。

个人史：患者足月、难产，出生时没有呼吸，医生拍击臀部后有哭泣，未行特殊治疗。语言、生长发育均正常。3岁前由外婆抚养。小学前能认识很多字，入学后成绩不佳，从低年级起成绩不及格，注意力不集中，有多动现象。否认物质滥用史。

家族史：其舅爷有类似精神病史，未行诊治。其余两系三代内亲属均未有明显精神病史。

精神检查：

一般情况：患者营养中等，身材偏胖。时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语言量少，不主动发起对话。交流被动尚合作。

思维活动：目前否认幻觉，仍有牵连观念，怀疑别人议论自己，但不确定。否认被害妄想。 感知觉：正常。

情感活动：情绪平淡、诉情绪波动减少。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：缺乏

辅助检查：未做

【病历小结及概念化】

患者有难产史，有短暂窒息，家族中其舅爷有不详精神病史。从读小学起，患者就表现出注意力不集中、好动、成绩不及格的表现，是大脑前额皮质、基底节等脑区发育落后的体现，这个患者病前的功能就较低。在初中后出现精神分裂症前驱期表现，交流少，孤僻，内向，16岁后症状加重，出现自语自笑，阴性症状，行为紊乱，思维异常及紧张症的症状。



多次诊断“精神分裂症”，调整精神病药物后紧张症症状有好转，但阴性症状仍明显且持续。

患者目前性需求明显，对年长女性有性幻想，需要警惕。

初步诊断：精神分裂症

治疗方案：

1.生物：鼓励合理范围内运动。调整患者药物剂量：将氯氮平增量至75mg-100mg /日，目标剂量为200mg/日。氨磺必利可重叠一段时间后减量。文拉法辛可考虑停用，换用SSRI类药物，如来士普，可起到抑制过高性欲、减少冲动、改善阴性症状的作用。药物需要缓慢减量。丙戊酸镁需要监测血药浓度，根据血药浓度及氯氮平增量后的效果再调整剂量。

2.心理：加强对疾病的心理健康教育。支持治疗为主。鼓励患者坚持服药、运动。

3.社会：与家属沟通交代预后的合理期待。患者目前有性需求，需要警惕性攻击行为，可用替代性的性工具解决性欲问题。患者不太适合马上结婚，即使结婚，恐怕维持婚姻也会有困难。如果同样找一个有智能缺陷的女子结婚生子，孩子未来的遗传风险将比较大，这些风险需要告知患者及家属，供患者做选择。可积极治疗 6-12 个月，等待日后社会功能恢复更好一些时，再做结婚打算。

主诊医生：肖茜

2018-08-1

【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：（长长的沉默后缓慢地开始说）我现在……困惑就是有时候……心里、精神上比较难受。

对疾病症状的描述与观察

虽然针对所有的病人督导医生都会用同样的问话，但来访者的应答却各种各样不一而足。我们需要特别观察他们的行为，仔细的聆听他们所描述的体验，并且注意到那些特定的异常情况，比如仅仅是文字不容易感受到的，但在视频中可以清晰的捕捉到来访者的“缓慢”。

3. Z 医生：你具体点讲，难受说的是什么？
4. 来访者：就是心理感觉、精神上痛苦得很。
5. Z 医生：哦。哪方面？痛苦是一个感受了，就是说哪方面让你痛苦？还是说不清道不明的痛苦？
6. 来访者：就是一种痛苦。



7. Z 医生：哦。得具体点，痛苦对每个人的意义不一样了，你能给我们举个例子，什么是痛苦吗？
8. 来访者：心里感觉难受。
9. Z 医生：你说的难受不是心跳慢、快，不是这种？
10. 来访者：难受的时候，我感觉好像心跳也变快了。
11. Z 医生：还有其他痛苦吗？你的痛苦是心理上的，还是跟心脏有关系？
12. 来访者：跟心脏可能没有关系，就是一难受的时候，我感觉心跳也跟平常不一样了。
13. Z 医生：哦。还有呢？除了心跳跟平常不一样，还有什么？
14. 来访者：再一难受的时候，我出去的时候，腿都有点抖开了。
15. Z 医生：腿有点抖？还有呢？
16. 来访者：再就没有了。

这就是精神分裂症？

上面的对话听起来并不完全脱离话题，似乎没有太大的问题，不是吗？

无论我们在诊断手册当中罗列多少种症状条目，也没有哪个症状或征兆在所有的患者身上出现。有些人会表现出其中一种症状，有些人会表现出别的某些问题，在精神医学的领域里，几乎没有任何一种单一症状是只出现在特定疾病中的，因此，美利华教学体系当中我们反复听到张道龙医生所强调的也是“**总体症状的模式**”。文面中反应不出来的是患者在现在表现出的“慢”，恰恰在精神分裂症中，感觉可以**增强**，出现包括听觉、嗅觉、视觉等多方面的敏感及扭曲，即我们所说的阳性症状；但也有可能出现**钝化**，即阴性症状，包括理解和反应方面的迟缓（精神医学把这样的情况称为思维障碍、思维断裂等），另外还有表情贫瘠（特有的面具化表现）、社交退缩等多种情况，这种钝化在不少案例中会在多年病程后更明显的出现，而增强则是早期阶段的诸多症状之一。

访谈时的对话恰恰是道龙老师常说的“**双声道**”的体现，**相信**信息的可靠性，参考初访资料中的内容了解基础病史，通过现场观察及访谈进行**确信**，二者的有机结合**概念化**患者情况的过程才是每次督导案例所呈现的核心。访谈无论长短，这种模式几乎无一例外。

17. Z 医生：我听说你有时候发脾气，想打人，有这样的事吗？
18. 来访者：嗯……有时候看有不顺眼的人有些想打。
19. Z 医生：想打，但是你并没有把谁打伤、打坏，是吧？
20. 来访者：是。
21. Z 医生：那还好。**知道对跟错**，就是不能把人打坏了，打坏了你要负责的，要蹲监狱的，这事都知道是吧？



22. 来访者：知道。

确认自控力和安全性

无论是对患者本人还是家属，精神分裂症当中的一大难题就是安全问题。因为这一疾病的特征当中行为紊乱、被害妄想、冲动性、幻听幻视的干扰等等都造成了患者的不稳定性，作为成年人，社会规范要求每个人要对自己的行为负责，前提是设定每个人都有能力负责。而面对精神分裂症患者，事实情况是会更复杂多变一些，因为往往这些问题并非全或无，而是可能会随着病情的变化、治疗的跟进及支持系统的状况而波动，作为一个**安全的医生**，特别是面对曾有过行为冲动及过激反应的病人，进行**安全性评估**至关重要。

Tips

- 精神分裂症患者的行为责任问题错综复杂，最早的历史可以追溯到13世纪，那时的理论认为只要人像野兽一样，就不能被追究责任，为此这种理论被叫作“野兽理论”。
- 英国1843年的迈克纳顿安中法官认为只要人不能区别对与错，他们就不能被追究责任，为此这一原则被称为迈克纳顿规则(M'Naghten Rule)，也叫对错测试。
- 美国近年来不同的州采用不同的方式。其中包括“结果测试”，即认为只要人们的行为是一种精神疾病的结果，就不能被追究责任。或介于对错测试和结果测试之间的修订折中方案。大多数时候引入了意志元素，需要了解当时的行为是否有某种不可抗拒的冲动而导致了不当行为。
- 中国《刑法》第18条规定：精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果，经法定程序鉴定确认的，不负刑事责任。但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗。间歇性的精神病人在精神正常的时候犯罪，应当负刑事责任。尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人犯罪的，应当负刑事责任，但是可以从轻或者减轻处罚。

23. Z 医生：好的。把话筒递给你父亲，让你父亲补充一下。你现在带他来看病，你认为他哪儿有问题？或者你有什么问题需要大家会诊？

24. 来访者父亲：现在就是对这个确诊，到底属于哪一类的病？我认为我们走了很多地方，不是很清楚的。

25. Z 医生：好的。

26. 来访者：第一次在 A 医院诊断属于精神分裂，第二次在 B 精神卫生中心，那个医生说，说不清，他不认为是这样，但认为是哪样，他也没确定。今年去的时候问他，他说又偏向于前边那种说法。我对药物又不懂，他现在用的这些药，是针对哪一方面为主的。

27. Z 医生：现在困扰你的就是说，想通过这次会诊，知道小孩得了什么病，然后咱们怎么治疗对吧？

28. 来访者父亲：对。我还有小小的要求，我对咱们的团队和您都充满了信心，希望通过这



次会诊能把我们作为典型案例，经常能深入跟进随访，直到我们完全康复为止。

29. Z 医生：哦，后面这个我们可能不太能满足您的要求，咱要先说这小孩是什么诊断。我听肖医生访谈报告之后，描述的病情表明他是符合**精神分裂症**的诊断的，所以这小孩诊断应该是没有什么问题，是以阴性症状为主的精神分裂症。第二，这个药物确实有改进的空间，从生物学的角度，多锻炼身体，药物有三个方面需要调整。第一就是他的主要药物是得用氯氮平，又便宜，效果又是目前为止最好的，以这个药物为主，现在是把这个药当辅药了。第二，刚才病历中说容易发脾气，有攻击行为，能够用的就是丙戊酸钠，或者丙戊酸镁，现在的剂量太低了，而且没有测血液浓度，所以这个剂量要调，它是能够控制人的攻击行为的。第三，他有强烈的性的要求，所以我们得加第三个药，那就是左洛复或者来士普，这类的药物能够控制他的性冲动。用这三个药的组合，要比你在这三个药组合要好得多，其他的药可以不吃，**这些药不贵而且你们生活的地区也肯定有**，到时候肖医生会给你解释，这是我们考虑怎么才能把他这病**治得稳定，治愈不太可能了**。同时，他得需要一个心理咨询，就定期把他这些稀奇古怪的想法，发怒的想法，以及合理的要求找一个心理咨询师跟他说一说。长期来看他这个病不能治愈，能稳定，也不会再重了，这是他最重的状态，应该不会再重了。长期随访目前我们团队还做不到，但我们也会有后续建立这样的团队准备来做，这个要等到后面咱们再联系再说。
30. 来访者：好的。
31. Z 医生：还有别的问题吗？诊断是精神分裂症，用的是三个药，叫氯氮平、丙戊酸镁或者丙戊酸钠，再加上来士普，心理咨询加上，随访的问题咱们后续才能联系看。

谈诊断时，究竟我们在谈什么？

相比其他疾病的器质病变带来的可见性，精神分裂症等病因不明确的精神疾患很难得到人们的理解与接受。形成对待疾病的正确态度，是个体或亲属面对疾病所就做的最为重要的一件事。家属的病耻感中很大可能既有自责的部分也有因此而产生的愧疚——自责是来源于家属觉得亲人得病与自己的养育方式或照料不周有关，这也可能是外界对于他们不公的指责，但无论是来自于内外的压力，出于这些病耻感我们会发现家属对病人会出现隔离、隐藏，或对人己都选择不承认病人患病也就不足为奇了。为了解决这样的情况，学界提出了面对疾病的正确态度包含被称为“SAFE”的四个要素：

希望感 (Sense of perspective)：保持乐观心态，面对变化与症状减少愤怒与对抗。

接受疾病 (Acceptance of the illness)：接受不代表放弃，只是承认疾病是真实存在的。

家庭平衡 (Family balance)：平衡患者和其他家庭成员之间的关系，不造成自我牺牲式的看护。

合理的期待 (Expectations that are realistic)：过高的期待会增加患者与家人的摩擦及对立，放弃不合理的期待，可以使大家都放松下来。

60多岁的老父带着36岁的儿子20年来的求医与治疗，还在苦苦要一个诊断，还在期待完全康复，这些都是会诊中需要面对的情况，29段中督导医生的告知、治疗调整、预后预判，这也秉持一贯的原则——只有正确的诊断才有正确的治疗，只有对疾病有所了解，才有可能持有正确的应对态度。



32. 来访者父亲：好。我还想问个问题，他可不可以结婚、生子？
33. Z 医生：哦，目前这个状态不行。有两个事，第一，除非那个姑娘也有点智力的残疾，否则，跟他过一段就会跑了，因为会受不了他，不像父母有什么孩子你都会跟一辈子。第二，他现在在病情发作期，没有调整好，所以近期不能考虑这个问题。他不好的话，就会影响下一代。假如找一个有病的人，两个都有病的人生下的下一代就麻烦了，等于是你反而给自己惹了更大的麻烦。我们先把他的病情稳定了，然后再考虑下一步，**至少今年不适合结婚生子了**。病情稳定后我们再看他是不是能够更进一步的获得功能，然后再决定下一步。但是**从人权的角度**，我毫无疑问得尊重患者、患者家属的选择，**从医学的角度目前不适合**，是这样的。这样清楚吗？
34. 来访者父亲：清楚了。

疾病之外的人生规划

关于生育及遗传

传宗接代在传统观念当中有着非常的重量，让家庭、种姓得以延续是普通人朴素的要求。到目前为止已经被广泛认可的是单靠基因是无法引发精神分裂症的，但基因与养育环境等其他多方面的问题会增加精神分裂症的易感性。为此近年来，从人权的角度上说，不能因为患有精神分裂症而阻止患者生育，但生育以及养育过程当中所面临的风险不容忽视，因此先控制病情，看看患者自身的恢复情况，综合考虑工作、生活自理等各方面能力再来讨论是否生育更为合适。

关于性

性对所有人来说都是重要的话题，精神分裂症患者也不例外。有研究表明2/3的精神分裂症患者一直保持着活跃的性生活。性的需求很明显也是今天这个案例当中男性较为明显的需求。然而他在性欲旺盛的同时，暴力行为的多发，药物治疗并不得当，一直以来治疗效果不理想等问题不容忽视。在无治疗的情况下，本案例患者产生性相关暴力或身体暴力有可能很难避免（这也是家人的隐忧），这样的情形下，进入婚姻家庭生活或维系两性关系当然面临巨大的困难。因此，及时规范的治疗是先决条件，性生活可以通过其他补充途径来进行，在控制冲动及暴力行为的前提下规划后面家庭计划方为上策。

35. Z 医生：好的。是不是小伙子还有问题？
36. 来访者：我现在感觉就是脑子不行？
37. Z 医生：对的，因为你这病是脑子的病，所以我们换完药、调整了之后，争取让你脑子行一点，然后再去做那些正常人做的事，这样好吧？
38. 来访者：好。



心理教育

无论是神经生化理论还是脑部结构改变，近年来的多种证据都表明精神分裂症是一种大脑病变，因此患者的感觉到的“脑子不行”，听起来是心理上的迷惑困惑，但本身也是病情的一种表现，因此及时进行心理教育，对增加患者对治疗的配合，提高依从性都有所帮助。

39. Z 医生：好嘞，谢谢你们今天来访。

40. 来访者：谢谢，再见！

【督导小结】

判断这个患者的预后不良，有以下几个原因：

- 1.病前功能低下，
- 2.发病年龄早，
- 3.阴性症状为主，
- 4.情感症状不明显，
- 5.做ECT效果不佳，

6.氯氮平等抗精神病药效果也不佳。尽管剂量没有达到最高，因为他中间还加了氨磺必利，总量够了，患者都没有缓解，说明他本身的预后是不好的。

治疗上，ECT不好使就换用氯氮平，氯氮平不好使再换别的。他有攻击行为、有暴力，给他丙戊酸镁250毫克BID，对于任何一个人都没有什么治疗效果，必须查血液浓度50到100，我们起始剂量就是500毫克，一天两次，再去量血液浓度，现在是起始剂量的一半，还是这么大的小伙子，而且病人目前还有攻击行为，不但要监测血常规，还要去做血药浓度化验。这个病人有冲动，又有性的要求，你要首选SSRI，因为又控制他的冲动，又治疗他潜在的阴性症状，阴性症状都跟五羟色胺系统有关，同时又能降低性欲，SSRI的副作用就是降低性欲，用SSRI作为辅药，不好使再用利培酮。

药物调整方面第一个他用的氟伏沙明剂量低，第二个用了文拉法辛也剂量不够，就是说SSRI的剂量不够，因为文拉法辛再高给的是去甲肾上腺素。这个病人需要用五羟色胺抑制他的性欲。所以我愿意用来士普或左洛复，假如只是加大文拉法辛的用量到300mg，作用也不是五羟色胺了，所以肯定不行。因为我们现在认为阴性症状与五羟色胺系统的关系多于与多巴胺，这是为什么二代的抗精神分裂药物治疗阴性症状优于第一代，因为是二代



同时又调节五羟色胺，是这个原因。

当病人问能不能生育的时候，我们作为医生肯定不能决定这件事，从人权的角度，从法律的角度，毫无疑问肯定是由患者家属决定，医生不能决定这个事。但是从医学的角度这是不适合的，即使找到了对象，对方容易离开。男性精神分裂症娶妻，和女性精神分裂症嫁人相比，女性成功率是男的2倍。因为有些男性找女性，从最基本的要求上说只要能做饭、完成性生活，再生个小孩就可以满足了，除非他有更高的要求，大城市里的人可能要求不一样。但在偏远农村完成基本功能可能就够了。女性有个传统的角色的设定，可以不需要出去工作，但男性不出去工作这在大部分的国家，即使发达国家都不多见。女性对男性的要求就不一样，男人得有趣，得持家，能挣钱，不是仅仅完成性交即可，要求像个男人样。所以从医学的角度，从人权的角度，或者从法律的角度没有问题，但是男性会保不住自己的婚姻关系，是这个原因。所以通常来说患精神分裂症的女性预后稍好，有案例能看到说女性的精神分裂症没有接受什么治疗，生过两个小孩，跑到另一个村子还可以嫁人。因为那个村子缺女人。但是你没听说过男患者生出三个小孩，再到另一个村子女的围着他抢，这不可能的，这就是现实情况，全世界都这样，我们得怎么去理解这个现象。

如果要随访这样的人，你得考虑到他们家目前这种情况，达到医保的水平。这个病是一辈子，所以一定要想个长期的办法，凑点钱他就能把这病治一治，药调好了再回去。因为平均住院是要按周算，就是一周到四周之间，这样他们负担得了，费用多很多患者无法负担。

今天这个案例大家能学到的是精神分裂症的预后是什么，以及当家属或患者有特殊的要求咱们怎么去处理，能学会精神分裂症的阴性症状。这就是为什么不能参考书上的案例讨论，任何一个病人他都有不同的角度学习，比如我们学习这个案例并不是讨论治愈，只有失恋的人能够治愈，其他的都治愈不了。绝大部分的精神障碍治愈不了，但是经过治疗他们可以跟正常人一样生活，病人教我们的是在这些方面，这就叫慢病管理，因为他多数时候不会是急性发作，打人肯定是急性，但是他本身就是慢病，慢病管理的时候怎么跟家属工作，考虑他们的需求、收入及种种现实情况。作为一个好的医生不能只是诊断和开药，除了悬壶济世的技能，还要考虑到方方面面，有医者仁心的境界，这样才能做好医生。

【现场答疑】

问题一：后续如果进行一段时间的治疗之后，老师会考虑让他进行一些工作吗？如果是



工作的话，什么样的工作比较好？

Z医生：我们得去治疗他才知道，现在什么也不适合了，这个事都得是走一步看一步。精神障碍治疗以康复为主，不是治疗症状为主，不是说不幻视幻听就算成功，他能做多少就做多少，但是我们得去做，这是为什么美国规定政府单位要雇5%的残疾人，就是必须要雇他们，那就是跟胳膊腿残疾是一样的，他残疾到什么程度，需要按照美国标准来鉴定。

问题二：其实在临床上我们也遇到这样的农村患者，问“以后不能生孩子”，“我们家以后就断了香火”，有时候我们医生就不知道怎么给建议。今天老师讲了以后，给他找一些社会资源去讲，他如果结婚以后会出现什么，他为什么不适合结婚？这样的话，我觉得家属就能理性的去接受。

Z医生：对的，断香火不是件好事了，但是你让一个满大街跑的精神病继承香火，不是更麻烦？这些事都得要具体评估，不是笼统地说“为了香火”，得看患者是什么情况。医者仁心说的就在这，既考虑到人家说的这种情况，不是从纯科学角度，同时你要积极治疗，但是我一定不能告诉他“行或不行”那么简单。

问题三：像在医院里面，您如果碰到这样的一些问题，在功能恢复的时候，您会在医院里面有这样的一些后续的干预的方法或者组织能够介入吗？

Z医生：没有，在美国都是在社区里做，就是专门有社区的精神卫生中心，因为是长期的过程，医院不要承担这些东西，但历史上是都在医院里平均住院大约一年嘛，那个是60年代、70年代，后来我们就叫去机构化运动，从那时候开始住院就变成7到10天了，当然就不要做这些事。在社区里去做，比如说怎么谈恋爱、怎么写情书、怎么做饭，怎么照顾自己，去训练他，反正在社区里。我认为在中国，正常的小孩，现在都是爷爷奶奶给他变成这样了，他最后上大学之前自己都不会照顾自己，那不等于也是一种残废吗？社会功能残疾，不是脑子有残疾，是他没有训练过，你训练这些东西，那不就跟训练精神病一样，他什么也不会，自己都不能照顾自己，你给他钱他也不知道怎么去弄。所以你想你这个社会赋能多好？咱们现在独生子不都有这个问题吗？没有什么社会功能，只是脑袋好使，爱好多，但是这些事都不会做。在美国正常人会做，精神病不会做，我们专门训练他，一般都是由临床社工去训练他，教给他做这些东西，买菜算账，但是不是在医院里进行。现在是平均住院7到10天，住1个月是上限，没有能超过1个月的。生物治疗、心理治疗在医院做，社区的复健都在社区做，我们走的时候都是一条龙了，咱们国家现在是都不太连着。

学员反馈：住院治疗结束之后，医院会给他有介绍信，或者一些导入的后续机构，他在那里进行康复训练？



Z医生: 在美国一般都在家庭附近, 就是根据他们的邮政编码, 上网一查就知道这是哪一个社区中心负责, 医院负责给联系好了, 才能让患者出院。还把这个治疗的过程, 给那边的社区医生寄过去, 他就能看到了, 在医院里吃什么药, 怎么去做, 他们就接力了。假如这病人病情再重了, 那再返回来专科。美国是以社区为准, 基于社区的治疗, 美国在六七十年代就开始了, 不再是以医院为主。六七十年代以前完全是以医院为主, 社区非常弱。现在把大的医院都关上了, 床位减少了, 美国平均床都是二三十张, 芝加哥大学都是28张。就是把这些资源都放到社区里去, 这样他又能离家近, 又不用在那住院, 相当于你在家住, 在社区治疗, 就相当于日间医院了。晚上在医院里住, 护士、医生都得花钱的, 在家里住不用收费的, 这样从经济的角度更符合美国的运行模式。

问题四: 精神分裂症程度较重的时候, 就会出现各种问题, 比如说精神病性症状, 冲动、行为异常, 这个患者考虑到他目前的药物还没有进行充分的治疗, 为什么不先把氯氮平加大量, 进行充分治疗之后, 再评估他的冲动性行为? 而是现在就开始针对各个症状治疗。我们可不可以先只把氯氮平增大剂量, 因为氯氮平同时可以发挥多个症状缓解的作用, 然后再考虑是不是需要加SSRI、丙戊酸镁?

Z医生: 我是这样做的, 我没说一起加, 刚才告诉你这几个药要用, 减药要慢慢减, 这是基本原则。当然不能三个药一起上, 首先去增加氯氮平, 这是对的, 丙戊酸镁先不增加, 但是你要知道有一天你要增加, 为什么增加, 怎么增加, 你不能不知道。如果氯氮平都治好了, 那就没这问题, 他过去用过这些药都没有解决, 所以显然不可能了, 我不会等待, 我会直接加SSRI, 这个我不需要等, 先给他加上10毫克的来士普, 或者是50毫克的左洛复, 因为氯氮平本身并不降低性欲。我不会先增加他的丙戊酸镁, 是因为氯氮平一个药就能治了, 是这意思。我目的是这两个药一起会用, 但是我不会三个药物一起加, 在你脑子里得知道, 这个药跟血液浓度有关系, 我目标剂量是多少。我讲三个药的药理不代表三个药一起用, 那是基本原则, 加逐渐的加, 减逐渐的减。

问题五: 这个患者是不是直接就可以排除他的神经发育障碍?

Z医生: 对的, 这些不是为主。这个病人这么明显的精神分裂症, 已经符合标准了, 而且很重。他可能多少有一些神经发育的问题, 其中包括小的时候有ADHD, 已经不重要了, 这个病人加ADHD诊断并没有好处, 所以就已经不去说这些事, 我们就直接诊断精神分裂症, 但至少这个病人不是自闭症, 所以我们不说他是自闭症。诊断不是越多越好, 先治疗, 再看看他后面是怎么回事, 然后再去观察。



访谈理论篇

本期案例中的来访者被诊断为精神障碍，借助2019年10月28日肖茜医生的总结及案例呈现的核心特点，帮助大家加强理解与记忆。

美利华中美班图书馆案例导读——

精神分裂症

主讲者：肖茜医生

精神分裂症的定义和核心特征

精神分裂症根据以列五个功能异常中的一个或多个而确定：妄想、幻觉、思维/言语紊乱、紊乱的行为及紧张症和阴性症状。

从技术上说症状上的一阳一阴或二阳就可以诊断。

精神分裂症的概念化要点

1、遗传：

- 精分家族史，父母等亲属中存在 A 类人格障碍/特质。
- 家族内成员表现天赋高、聪明、艺术性强，考虑有多巴胺紊乱的倾向，或反之表现如反应慢、认知功能不良。

2、发育过程：

- 怀孕与分娩中的异常，难产、紫绀。
- 发育过程中可能有落后的表现，但未达到神经发育障碍的严重程度。

3、发病年龄：

精神病性特征通常出现于青少年晚期到35岁之间，精神病性发作的第一高峰男性为20-25岁，女性在20多岁末。青春期的发病是罕见的。老年发病者不多见，需要看是否有内分泌、压力源等诱发因素。发病之前一般智力在正常水平。

DSM-V中有关精神分裂症的诊断标准

A. 特征性症状：具有下列2项（或更多）症状，且均应存在1个月以上（如已经过有效治疗，病期可较短）。或其中的1项，但必须是第1到3项症状之一。

1. 妄想
2. 幻觉
3. 言语紊乱（即“思维散漫”）
4. 很异常的行为，例如紧张症木僵
5. 阴性症状，例如情感淡漠、意志减退等

B. 社交或职业功能不良：自从起病以来的大部分时间里，大部分功能（包括工作、人际关系、自我照料等方面），均显著低于病前水平（如起病于儿童或少年期，明显低于预期的水平）。

C. 病期：此病症表现至少持续6个月以上。此6个月，应该至少包括A项（特征性症状）1个月之久（如已经过有效治疗，病期可较短），也可以包括前驱期或残留期的时间。

D. 排除情感性分裂及心境障碍：如果（1）在急性期没有同时出现抑郁或躁狂发作的表现，或（2）在急性期出现了心境障碍发作，但其显著地较急性期和残留期的时间短；便可排除“伴有精神病性症状的情感性分裂及心境障碍”。

E. 排除精神物质或一般躯体情况：确定此病症表现并非由于某种精神物质或某种躯体情况的直接生理效应所致。

F. 与广泛性发育障碍的关系：如有孤独症或其他广泛性发育障碍或别的儿童期起病的交流障碍的病史，除非出现明显的妄想或幻觉至少1个月，才可另加精神分裂症的诊断（如已经过有效治疗，病期可较短）。



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



4、症状：

幻觉（需要看看发生幻觉时是白天还是睡前或中途梦醒时）、妄想、言语/思维障碍、阴性症状、行为紊乱/紧张症症状。

5、脑部核磁共振（fMRI）、脑CT：可能发现脑萎缩倾向，如侧脑室扩大、皮层变薄等。

6、病前人格特点：可能病前存在A类人格问题。

7、病前的社会功能水平、寻找提示多巴胺过高或低的证据：

➢ 表现为学业、人际困难等。

8、敏感：对声音敏感。伴强迫症状（用药前/用药后）。心境症状不超过病程的一半。人际关系受损。

9、是否为毒品/躯体疾病的直接效应所致：排除标准

10、在精分发病10年后可出现认知功能下降

11、预后的预测因素：

预后良好	预后不良
相对正常的童年	童年期有严重问题
女性	男性
无精神分裂症家族史	有精神分裂症家族史
起病时年龄大	起病年龄小
急性起病	慢性起病
偏执或紧张性症状	以阴性症状为主
有正常的情感	情感平淡
对疾病有好的觉察	对疾病的觉察差
脑CT及核磁共振结果正常	脑CT及核磁共振结果异常
最初对药物反应良好	最初对药物反应差

治疗方案

一、 生物：

➢ 主张多运动。

➢ 药物：二代抗精神病药物首选。

1、利培酮：2-6mg/日。强，效价最高，多巴胺（DA）拮抗强，达60-80%。对阳性症状



强效。锥体外系副反应，性欲下降，催乳素升高，影响月经

2、奥氮平：5-20mg。强，DA拮抗效率比利培酮稍弱。嗜睡，增重，代谢综合征

3、齐拉西酮：20mg Bid-80mg Bid。弱，完全拮抗剂，不增重，可体重减轻，EPS发生率低，QT间期延长。

4、喹硫平200-800mg/日，分两次服用：弱，抗焦虑强，嗜睡，体重增加（体重增加氯氮平 > 奥氮平 > 喹硫平 > 利培酮 > 齐拉西酮、阿立哌唑）

5、阿立哌唑：10-15mg/日，30mg以内。弱，部分激动剂，对阳性症状明显的患者效果不佳。不增重，不升高催乳素。抗抑郁。

6、氯氮平：200-400mg。多种神经递质受体阻断作用，是最强王牌药物！防自杀首选！两个药物效果不好，就考虑它。嗜睡、增重、代谢综合征最严重。与卡马西平不建议合用，因引起骨髓抑制；与苯二氮卓也不建议合用，抑制呼吸。粒细胞减少，监测血常规，惊厥、心悸、QT间期延长

➢ 两种抗精神病药物合用原则：高-低效价合用。同源药物不合用（氯氮平、奥氮平、喹硫平）

➢ 抗精神病药物+SSRI：一般二代抗精神病药物本身就有抗抑郁作用。若单用不佳，合用SSRI可治疗焦虑、抑郁，缓解阴性症状

➢ 抗精神病药物+丙戊酸钠等抗癫痫药物：减少攻击行为。丙戊酸钠要测血药浓度，50-100。

7、针剂：依从性不好的患者选用。

➢ 长效针剂氟哌啶醇（每月一次）、

➢ 利培酮（2周一次）、

➢ 帕利哌酮（每月一次）。

8、无痛电抽搐治疗（MECT）：先做影像学排除是否有大脑影像学异常。癫痫发作达到30-60s。1个疗程6-8次。维持治疗可1月1次。相当于“大脑开机重启”，很多失效的药物可重新有效。对阳性症状效果好，对阴性症状稍逊。副反应有短暂的记忆力丧失，但一般2周内记忆可恢复。

9、药物副作用：

1) 锥体外系反应（EPS）：可能出现呼吸困难、吞咽困难、眼脸上翻、手抖、肌张力增高等问题，可使用苯海索、东莨菪碱来对症处理。



- 2) 成人迟发性运动障碍症 (TD) : 17 年美国一生物制药企业宣布, 该公司旗下产品 INGREZZA (valbenazine) 胶囊获得美国食品及药物管理局 (FDA) 批准, 用于治疗成人迟发性运动障碍 (tardive dyskinesia, TD) 。该药通过 Ingrezza 囊泡单胺转运体 2(VMAT2)可调节多巴胺从细胞浆摄入囊泡, 降低胞浆内的多巴胺含量。是目前 TD 的唯一获批适应症用药。
- 3) 需要定期复查血常规、肝功能、血脂血糖。控制BMI。

二、心理：对患者以支持性治疗为主，适当调整认知，增加治疗动机。

- 动机面询：为家人不饮酒、配合服药 180922。
- 认知调整：顺着患者的病理思维作调整 180923。
- 家属不刺激患者，学会如何与之相处。

三、社会：先治疗，维持做力所能及的、抽象思维要求少的工作，减少压力。

鉴别诊断

- 分裂情感性障碍：180419 情感症状占病程大部分，精神病性症状独立存在 2 周以上。
- 双相障碍伴精神病性症状：有双相遗传史，精神病性症状仅仅在躁狂和重度抑郁发作的情况下出现。
- 神经发育障碍：可在神经发育障碍的基础上出现精神病性症状，只有精神病性症状特别典型，达到精分诊断标准的时候才作共病诊断 180122。
- 神经认知障碍：是在智力原本正常的情况下，因为一些病因而智能出现下降。在此疾病的病程中也可出现精神病性症状。
- 谵妄：存在注意和意识紊乱，在意识波动的同时出现一过性精神病性症状，幻视常见。
- 强迫症：精分可伴随强迫症状。可能是用药后，或是来自父母一方的强迫基因而在用药前出现强迫症状。若强迫不是特别突出，不合并诊断。用药先单用抗精神病药物 190103。
- 精彩案例解析
- 精神分裂症 180923：看老师如何对精分患者作认知调整。患者理解吃大便是有“悟性”，老师调整为：吃大便是增加了“阴间的悟性”、大小便是通往阴间的。



- 精神分裂症 180924: CBT: 运气的方面是弟弟生意不错, 得了个能治的病。
- 精神分裂症 180922: 动机面询: 为了减轻父母的压力而愿意坚持服药、不再饮酒。
- 精神分裂症共病紧张症: 180712。紧张症的治疗: 苯二氮卓、ECT
- 颞叶癫痫+精分待排 190121: 发作性失忆+幻觉, 反复跌倒、情绪化、乱跑, 脑电图异常。但意识清醒的时候也有幻觉, 精分也有可能。奥卡西平+喹硫平
- 未特定的精神分裂症谱系及其他精神病性障碍 180118: 33 岁男性, 离婚压力+升副高+节食减肥, 在本来大脑结构异常的基础上发病。完善血液 B12 检查、脊髓后索影像学、运动及深感觉。
- 未特定的精神分裂症谱系及其他精神病性障碍 180111: 53 岁女性, 脸部变形。症状是焦虑 vs 精神病性症状? —观察患者的内省力。寻找压力源: 压力、月经、感染? —找到尿路感染的可疑及家庭压力源。寻找核磁共振结果及家族史异常。

华佑·美利华 11月脱产训练营留念



心理学人

边缘型人格障碍 (Borderline personality disorder, BPD) 患者, 由于情绪波动性较大, 因此早期就诊期间患者由具备精神医学资质的医生从生物层面进行处方解决用药问题, 再通过心理咨询帮助患者进行自我管理 with 情绪控制, 开展心理咨询工作, BPD 已经从一种不可治愈的疾病转变为有多种基于实证心理治疗效果的疾病。

自 Linehan 博士在心理咨询领域创立了辩证行为疗法 (Dialectical Behavior Therapy, DBT) 至今已成为边缘型人格障碍治疗的金标准, 但由于需要大量的心理咨询人员, 24 小时不间断的跟踪保障等实际困难, 医院临床开展起来总会遭遇各种困难。近年来哈佛大学医学的临床干预过程中发现, 即使 BPD 患者是以每二周或每月一次的频率约见精神科医生, 就近期的变化、用药效果、心理调适中遇到的状况等各方面问题进行交流, 接受医生的建议与调整, 在很大程度上也能够平稳推进边缘型人格障碍患者的治疗过程。他们把这种模式称为 Good Psychiatric Management for BPD, 即 GPM 模式。目前, 美利华团队在北京华佑医院已全面试行 GPM 模式, 管理了多上病例并取得了令人欣喜的结果。在此我们特向国内同仁介绍 2018 年哈佛大学团队就 GPM 模式进行的综述文章, 便于大家了解 GPM 方式在临床上的特点。

||文献介绍||

综述：良好的精神医学管理 (GPM)

编译 | 王剑婷 心理咨询师
张道龙 医 生

【良好的精神病学管理(Good Psychiatric Management for BPD, GPM)】是一种每周一次的对精神障碍进行医学治疗的全方位模式, 强调心理教育和关注社会适应。这个方法被提议作为医院临床对BPD的主要干预手段。

对BPD患者的治疗始于20世纪60年代末, 由精神分析师奥托·科恩伯格(Otto Kernberg)的著作推动。Kernberg介绍了一个了解这些患者的对象关系模型和一个治疗他们的移情焦点治疗(TFP)模型。从这些经验当中我们知道了哪些是不该做的事情。临床医生了解到非结构化的治疗、低回应的治疗师和不明晰的边界会导致患者行为化 (acting out) 升级, 产生精神病性移情, 常常会引起更大治疗损耗。因此, 临床医生通常介入时会注意更具支持性, 也对运用反移情来工作更加谨慎。

治疗学的第二浪潮始于20世纪90年代, 当时Marsha Linehan介绍了一种事例证实的治疗方法, 辩证行为疗法(Dialectical Behavior Therapy, DBT)。DBT挑战了日益扩大的关于BPD患者无法治疗的共识。这种治疗侧重于稳定内省力和不安全依恋的心智化治疗 (MBT)也确立了其对BPD的有效性。第二代研究将这些指标疗法(DBT、MBT和TFP)与强度较低、更具支持性的全能型替代疗法进行了比较(见表1)。令人惊讶的结果是, 哪怕是一些



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



低效价的方法几乎也能达到同样的效果。这一结论促使人们重新考虑强调治疗BPD只有一种模式是否可以满足这些患者的重大公共卫生需求。

表一

专业治疗与一般模式的对比			
研究	专业治疗	一般模式	结论
[2]	焦点移情治疗 (TFP)	支持疗法 非BPD特效; 建议常规问题; 教育; 激励; 实证的; 有所限制	-均可改善愤怒、抑郁、焦虑、整体功能和社会适应 -TFP改善自杀效果>支持疗法
[23]	基于心智化的治疗 (MBT)	结构化的临床管理 (SCM) BPD特效, 治疗方案驱动, 心理教育, 危机计划, 治疗同盟	-均可改善自杀意念, 自伤, 住院治疗, 症状严重程度, 抑郁、人格结构, 社会适应 -在MBT中改变速度高于SCM
[18]	辩证行为疗法 (DBT)	一般精神治疗管理 (GPM) BPD特效, 个案管理, 精神分析信息, 心理教育, 此时此刻聚焦, 实证的	-均可改善自杀事件和非自杀性自伤事件的频率; 边缘症状, 抑郁, 人格结构, 忧虑, 愤怒 -无显著差异

良好的精神病学管理(GPM):

描述GPM结合个案管理和支持性心理治疗, 同时使用心理动力学和认知行为策略。个案管理侧重于解决生活中的困难, 而心理治疗侧重于提高对自我的了解和改善压力适应。精神分析流派的策略包括对攻击性的解释、对反移情的监控以及对实证的界限。来自认知行为疗法的策略包括家庭作业、问题解决和偶发事件。临床医生应该灵活、务实、兼收并蓄。

表2总结了指导临床干预的6个原则。

表2

GPM的原则

1. 积极 (反应迅速, 好奇), 而非不积极——挑战被动, 回避, 沉默和偏离; 你是“容器” (谨慎, 深思熟虑, “持有” 预测)
2. 通过倾听、兴趣和选择性实证提供支持——(您和患者) 将患者的描述视为正当和可被理解的
3. 专注于“获得生活”——工作是第一要务, 其次是人际关系
4. 这段关系是真实的 (二元) 和专业的——有选择地表述 (例如, “你吓到我了”, “那会让我生气”)
5. 变化是意料之中的——恶化会引发对治疗价值的质疑
6. 责任感-患者需要在治疗过程中成为积极的合作者, 以控制他们的生活 (代理) (此问题将复发、安全、药物、医院等)

GPM在治疗这一疾病时首先进行包括诊断、常规发展和遗传倾向的心理教育。这本身就被认为是具有治疗性的, 因为它允许边缘型患者视自己为一个并不孤独的人, 虽然在基因层面可能有着严重的缺陷, 但他们有能力充分掌控这种缺陷。这些自我观察和可预期的变化可能会深刻地改变BPD患者与家人的关系, 并调动他们在治疗中的合作意愿。



心理教育的一个间接效果是，病人会相信临床医生是一个拥有有用知识的专家。这不同于通过长程的心理治疗，依靠临床医生的有效性、可靠性和同理心才能培养形成的信任，就诊频率和疗程取决于治疗是否有效。对于频繁自残、自杀、入院的患者，GPM提倡医生们思考治疗的有用性，并且利用病人对被抛弃的恐惧来激励他们改变。通过这种与临床医生的关系模式，反映了这样一个信息：**对于BPD患者来说，为了获得稳定和关爱的关系，他们需要成为积极的治疗的合作伙伴。**与一直以来的临床见解一样，GPM模式也认为边缘患者药物是辅助的，治疗中需要帮助患者评估药物的有效性。必要时还可以开展各种类型的团体或家庭治疗。

GPM鼓励患者追求更长期的目标，即拥有富有成效和令人满意的生活。GPM临床医生认识到，缺乏职业或学业成就的患者完全康复的机会更有限，因此始终鼓励患者们及时开展或回归到学校或工作中去。过于专注获取排他性的人际关系，以至于患者本身的贫困会影响他们的治疗效果。与人际关系相比，工作提供了一种更有效、不稳定因素更少的支撑结构和自尊来源。

GPM的理论

GPM的临床实践遵循BPD主要是一种人际超敏性障碍的概念。在这个理论中，边缘型患者的情绪、行为和认知症状都是由他们的人际关系所触发的。当他们感觉受到现实的威胁、感觉到敌意或拒绝时，他们会变得愤怒和贬低。这种愤怒转向自我，导致自杀冲动和自我伤害行为。如果他们在受威胁状态下要做出反应时得到支持，他们就会迅速回到焦虑被控制住的基线。如果受到威胁的反应是敌意或退缩，他们就会感到孤独，进入第三种心境。这时在药物或酒精的影响下，分裂、偏执或极度冲动的行为开始了。同样，如果这些症状获得支持性反应，患者就会回到基线水平。否则，绝望和更严重的自杀倾向就会出现。

这一理论框架意味着临床医生可以帮助患者预测在他们的支持下如何促进症状反应的变化发生(例如进入较低水平的护理)，帮助临床医生考虑是否需要更多的支持，并在出现新的症状时积极寻找人际关系中的困难。

同样这个理论框架也可以用来帮助病人了解他们的人格障碍是如何发展的——他们是高度敏感的孩子，父母的愤怒或分离会让他们非常痛苦，鼓励他们以更宽容的眼光看待父母所谓的错误与失败。

GPM适用于何处？

由于BPD患者占精神病患者的20%以上，所有的精神卫生专业人员都会多次遇到这类患者。不幸的是，出于对BPD患者的误解许多临床医生显示出的严重的反感、共情意愿弱并且为此而回避治疗，这可能会降低治疗的有效性。



进一步损害BPD患者治疗的是目前主流的针对BPD的基于实证的训练（EBTs）的往往需要广泛而昂贵的培训，这些都是非BPD专家的临床医生不应承受之重担。相比之下GPM的训练模型相对简单。仅一天的教学课程通常对有心理健康训练的临床医生就有所帮助。在过去的5年中，超过4000名临床医生（精神病医生、心理学家、社会工作者和精神科护士）接受了GPM培训。一项对近300名临床医生的研究显示，标准的一天GPM训练降低了临床医生对BPD患者的厌恶和回避动机，提高了他们对自己治疗这种疾病的能力的信心，纠正了对边缘型病理的负面误解。我们最近发现，在为期一天的GPM培训之后，这些态度变化通常会持续至少6个月。

GPM是两种具有实证疗效综合治疗BPD的方法之一。另一个是结构化临床管理(SCM; 查看[17])。迄今为止，在一个大型多位点随机对照试验中，GPM与DBT进行了比较。经过一年的治疗和两年的治疗后随访，GPM和DBT在各种结果测量中表现相同。有理由相信，类似GPM的方法可以很好地与DBT技能训练组结合，成为一个有效的模型。现在有证据表明通过10次访谈GPM可以呈现出显著改善。

目前致力于在培训下一代精神科医生时将GPM作为基本的护理标准。在过去的3年里，76个北美地区的住院医师培训项目已经派出了教员去学习如何教授GPM。制定了将GPM教学与BPD相结合的培训计划指南。目前，正在进行的调查将进一步测试GPM培训对临床医生的影响。

遗传学、良好的预后、有效治疗可能性的研究进展，正在改变精神卫生专业工作者对这些患者的态度。我们知识层面的变化促进了这一疾病的医疗化进程，免于使医生们在做出诊断时带着无奈与歉意。GPM的医疗模式使患者认为他们的临床医生拥有对这一疾病治疗应有的知识和技能，从而更易于信赖医生，而临床医生站在这一立场通过心理教育来强调BPD患者有能力可以对自己负责，这种相互信赖与促进可以有效避免强化患者角色而导致他们自身功能的退化。

GPM提供了一种低密集性、更容易扩展的全科护理作为主要的模式，而为那些对GPM反应较弱的患者当然可以回归或进入更为密集和更专业化的个体治疗中去。

GPM的壁垒在于需要有经验的临床工作者。而在这方面，已经有多年管理经验的精神科医生或其他专业人士报告说，他们发现GPM很熟悉。早期的职业临床医生通过GPM培训获得更乐观和开明的态度。对研究者们来说，进一步研究评估GPM方式对公众健康和治疗的价值更为重要。

原文文献：

J.Gunderson, S. Masland, L.Choi-Kain *Good psychiatric management: a review* Current Opinion in Psychology 2018,21:127-131.<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>



患者两耳均存在闷堵感，右耳听力有恢复，但是分辨率不够，声音过敏，不能到嘈杂的环境中。右耳在治疗后期出现了持续耳鸣的症状，左耳没有耳鸣的症状。

既往史：近两年患者易疲惫，自觉免疫力下降，容易感冒，说话有鼻音、嗅觉不好。近两年患者偶尔白天会出现心前区不适，伴右侧下后牙疼，发病持续10到20秒，有时可持续1分钟。2018年4月初心电图大致正常，行心脏彩超显示，房间隔膨出瘤，左室收缩舒张功能正常。2018年1月份患者因耳石症做过复位。10月前做过尿道修补手术。有颈椎增生病病史，浅表性慢性胃炎病史，有高脂血症病史，曾口服利普妥，后来自行停药。患者否认高血压、糖尿病、心脏病、脑血管病病史，否认有肝炎、结核、疟疾病史，否认外伤输血史。

个人史：无特殊。

家族史：姐姐患有肌萎缩侧索硬化症

【初步诊断】

1. 右耳神经性耳聋
2. 颈椎增生
3. 浅表性胃炎
4. 高脂血症

【治疗方案】

第一，合理饮食，食盐方面要小于2克每天。生活有规律，保证睡眠，避免过度紧张、疲劳。

第二，完善脑血管造影，明确是否为血管因素所致的耳聋。因耳聋可能与血管栓塞或血栓形成有关，患者检查显示血脂高，建议继续服用降脂药物。

第三，患者如果有进一步提高听力的需求，可以根据损失程度选用助听器或人工耳蜗等听觉辅助装置。

第四，运动耐量试验，明确是否存在心血管疾病。

第五，予以加巴喷丁来进行抗焦虑治疗。

两位医生会诊患者后意见总结如下：

钟丽萍医生：

(1) 脑血栓的可能。如果是单侧听力下降，听神经瘤是很常见的症状，但已行头部的核磁共振，所以可以排除。然后听神经这些没有太多的问题，所以这个方面也可以排除。但是患者没有做脑血管造影。**因为患者的发病这么突然，而且对治疗脑血管的药物也有反应，所以**



血栓的可能性比较大。通过血管造影判断是否存在一过性的脑血栓，因为患者发病非常快，基本上一个月以内听力从35分贝就降到了88分贝，有点像是血管性的。治疗方面，如果是血管性的，血脂控制非常的重要，以后可能就要吃一些抗血小板的药，比如阿司匹林或者氯吡格雷，预防下一次再发生这种情况。如果是一过性的，还有恢复的可能。但是如果它造成了永久的伤害，比如听觉神经造成了损伤，患者完全恢复的可能性不是很大。

(2) 美尼尔氏综合征的可能。如果是血栓造成，有一个不太能解释的问题，患者有耳塞的感觉。一般如果是血栓引起起来的，不会影响到这些问题。**患者的眩晕出现在听力丧失之前，然后有耳塞及耳鸣的感觉，是一过性的单侧听力丧失，这跟美尼尔氏综合征非常相似。**如果我们找不到别的原因的话，有可能就是这个原因。但是听力下降有一个时好时坏的过程，而患者现在变好，到底是因为药物引起起来的，还是本身这个病情的发展就是时好时坏，要跟踪看看。如果是美尼尔氏综合征，事实上只是对症治疗，没有什么好的办法可以逆转听力的丧失，最后可能就是要靠助听器改善。

(3) 患者其他躯体疾病的筛查和干预。患者在劳累及休息时均有心悸、胸痛，伴随牙齿疼痛，需做运动耐量实验，排除是否存在冠状动脉的问题。患者胃部反酸、胀气，完善幽门螺旋杆菌的吹气实验及胃镜检查。患者血压高，每日饮食中的食盐小于2g。55岁要做一下结肠镜，筛查结肠癌。还有乳腺的检查，在美国是用乳腺的钼靶检查，每年都要做的。因为绝经了以后，可能钙、维D都会有问题，然后影响到骨质疏松，所以有必要检查，比如骨密度，然后查维生素D的水平。不能补充太多，尤其像钙，补充太多可以造成血管的钙化，所以一般总的每天的需求量大概1000毫克，但是要包括饮食里的含量。所以要补充一般也要不超过一半，比如500毫克。还有维D，依照患者的年龄至少要服用1000个国际单位，如果要判断维D是否缺乏，需要抽血化验。

(4) 关于健康生活习惯。自然的蔬菜、水果都是最好的。现在这些肉类，都是人工饲养的，给好多激素和抗菌素，所以主张尽量吃海鱼，吃有机饮食。这些营养品之类的都是浪费钱，还不如把这些钱花在健康的饮食上，然后少吃这些油炸的，少吃这些半成品的，少吃甜食和碳水化合物。

张道龙医生：

(1) 患者的姐姐有肌萎缩侧索硬化症，需要完善基因检测。因为该病是常染色体显性遗传，如果是家族性的，两个小孩有一半的概率会患病，男女都可能。虽然大部分患者没有家族史，



仍然需要检测。

(2) 患者明显是焦虑的人，应该用抗焦虑药，能够把患者的焦虑降低，看焦虑降低后是不是耳鸣或者其他的症状减少。至少做正念及心理咨询。患者的浅表性胃炎，心脏疼，牙疼等明显跟焦虑有关。

(3) 心血管问题牵涉到牙，牙痛不会牵扯心脏，但是心脏有毛病的人，它确实可以造成牙痛。患者在平静的时候也有胸口疼痛，像不稳定的心绞痛，与心血管的供血有关，建议完善运动耐量实验，判断是否能查出心肌缺血。

(4) 患者的听力下降突然，桥脑及以上部位出现病变都是交叉的，右面耳朵跟左侧的身体有关系，说明患者的病变在桥脑附近。**只有血管问题才能时好时坏，患者的危险因素确实有血脂异常，疾病模式像血管的问题。**

美尼尔氏病的可能性较小。第一患者与该病的发病年龄不相符合。第二该病反复发作的过程中往往伴随着听力的下降，最后出现耳聋时无眩晕及耳鸣了。因为它是一种迷路水肿，把整个迷路消灭，反而症状消失。该患者的听力下降与眩晕没有分离。**既往椎动脉血流检查，发现两侧椎动脉的供血不太对称，一侧比另一侧严重，整个大脑后部都是由椎基底动脉供血，整个病情都符合一种模式，因为椎基底动脉供应着耳部供血，患者的临床表现正好为一侧耳朵聋，而且症状能恢复。在血管不完全堵死的时候可以重新开放，病理模式符合该疾病。**美尼尔氏病的病情虽然是高高低低，总体是越来越重的。美尼尔氏病没有特效治疗，但是血管病及焦虑可以治疗，先治疗能治疗的疾病。

张道龙医生总结

患者的耳聋明显是神经性耳聋，无论是血管性的，或者美尼尔氏，均属于神经性耳聋，是神经系统受损，所有的临床表现都支持该诊断。

患者的精神障碍称之为适应障碍。患者突然聋了，如何适应生活？容易产生心理障碍，难以接受现状，非常痛苦。患者需要药物治疗，心理咨询可以用认知行为疗法（CBT）。患者胃疼，五羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）刺激胃肠道，度洛西汀（属于双通道的SNRI类药物）也不合适，因均增加了五羟色胺，引起胃肠道反应加重。另外，度洛西汀还增加去甲肾上腺素，患者现在心血管有问题，需要避免使用。而药物米氮平容易引起血脂升高。综合考虑最合理的选择是加巴喷丁，既解决了焦虑，也不增加心血管负担。



科普知识

感音神经性耳聋

责编 | 肖 茜

人体听觉系统中的传音、感音或分析综合部位的任何结构或功能发生障碍，都可表现为听力不同程度的减退，轻者为重听，重者为耳聋。由于螺旋器毛细胞、听神经、听觉传导经路或各级神经元受损害导致的声音感受与神经冲动传递障碍造成的听力减退，临床上统称之**感音神经性耳聋**。

（一）病因

- 1.先天性耳聋：指出生时或出生后不久就已存在的听力障碍。
- 2.遗传性耳聋：指基因或染色体异常所致的感音神经性耳聋。
- 3.非遗传性耳聋：妊娠早期母亲患风疹、腮腺炎、流感等病毒感染性疾病所致。
- 4.老年性耳聋：是人体老化过程在听觉器官中的表现，主要特点为由高频向语频缓慢进行的双侧对称性耳聋，可伴高频耳鸣，言语识别率与纯音测听不成比例等。
- 5.传染病源性耳聋：指由各种急、慢性传染病产生或并发的神经性耳聋。主要有流行性脑脊髓膜炎、猩红热、白喉、腮腺炎等。
- 6.全身系统性疾病引起的耳聋：最常见的是高血压和动脉硬化，此类疾病造成内耳供血障碍，血液黏滞性升高，内耳脂质代谢紊乱而引发听力改变。其他还有糖尿病、肾炎、甲状腺功能低下、白血病等等。
- 7.耳毒性耳聋：指误服某些药物或长期接触某些化学制品所致的耳聋。发病率近年有所增多。常见药物有链霉素、卡那霉素、庆大霉素等，这些药物进入内耳首先损害内耳血管纹，血-迷路屏障遭到破坏，进而内淋巴囊受损，听觉和前庭诸感觉细胞发生退行性改变而使听力下降。耳聋呈双侧对称性，多由高频向中、低频发展。
- 8.创伤性耳聋：头部外伤、颞骨骨折、潜水速度过快、爆炸等等可导致内耳损伤，迷路震荡引起听力下降。
- 9.特发性耳聋：指无明显原因瞬息间突然发生的重度感音性耳聋，目前认为本病的发生与内耳供血障碍、病毒感染或圆窗膜、前庭膜破裂有关，大都单耳发病，先有耳鸣，部分病人同时伴有眩晕、恶心、呕吐和耳周围沉重麻木感等，听力损害大都较严重，少数病人可自愈，大多数病人不能获得完全恢复。
- 10.自身免疫性耳聋：多发于青壮年的双侧同时或先后出现的、非对称性、波动性、进行性的听力下降，多伴有眩晕。



(二) 诊断

详细的病史、临床表现，严格的听力学、前庭功能和咽鼓管检查，必要的影像学 and 全身检查是诊断和鉴别诊断的基础，客观的综合分析则是诊断的前提。

(三) 治疗

1. 药物治疗：多在排除或治疗原发疾病的同时，尽可能及早选用可扩张内耳血管，降低血液黏稠度和溶解小血栓、糖皮质激素等药物，必要时可应用抗病毒及抗细菌药物。

2. 助听器：一种帮助聋人听取声音的扩音装置。语频平均听力损失在35~80dB者均可使用，听力在60dB左右效果最好。

3. 耳蜗植入器：又称电子耳蜗，是目前帮助极重度聋人获得听力，获得或保持言语功能的良好工具。

(四) 预防

1. 大力推广新生儿听力筛查，积极防治妊娠期疾病，减少产伤。

2. 提高生活水平，防治传染病，积极治疗高血压、糖尿病等全身疾病，减慢听力老化过程。

3. 严格掌握应用耳毒性药物的适应证，尽可能减少用量和疗程，发现有中毒者应尽快停药治疗。

4. 避免颅脑损伤，尽量减少噪声和其他有害因素的接触，戒烟戒酒，加强个体防护观念和措施。

(五) 鉴别诊断

耳聋分为两类：即传导性耳聋（又叫传音性耳聋）和神经性耳聋症状（又叫感音性耳聋）。进一步了解耳聋的分类和症状，有利于患者早一步诊断和治疗。

(1) 传导性耳聋：传导性耳聋与神经性耳聋的区别可以用电话机来作比喻。凡是送话器、受话器、及两者至电话机之间的电话线损坏，影响到声音向电话机传送的称之为传音性故障，在人体上就称为传音性故障，具体在人身上指的是鼓膜，听关节，听骨链损坏而影响声音传入内耳而引起的耳聋称之为传音性耳聋，如先天性外耳道闭锁、鼓膜穿孔，听骨破坏，听骨链中断、固定，耳硬化症、渗出性中耳炎等引起的耳聋均属于这一类。

(2) 神经性耳聋：是由于内耳耳蜗螺旋器发生病变引起的听力障碍。（临床上还将内、外淋巴及基底膜病变引起的内耳导音性聋亦概括在感音性耳聋中），神经传导通路发生病变引起的耳聋称神经性耳聋。但临床上通常不易鉴别两者间的异点，故常将两者合并称为感音——神经性耳聋症状。所以，临床上各种急慢性传染病的耳并发病、药物或化学物质中毒、迷路炎、膜迷路积水、颞骨骨折、听神经瘤、颅脑外伤、脑血管意外、脑血管硬化或痉挛等引起的耳聋及老年性耳聋均可概括在感音神经性耳聋之中。



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

