

第 122 期

2020年5月16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
哈尔滨医科大学精神卫生学院

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

“发”自心声

5月，从5.4青年节，到5.20网络情人节，再到5.25大学生心理健康节，春末夏初的这个季节里到处充满着我们对青春的讴歌、对爱的召唤、对自我的关照。

过去的五个月，我们有时间充分的思考了过往的生活——忙碌，不一定代表充实的生活，也可能暗藏着心灵的空虚和关系的疏离。停顿和长时间的贴身相处，父母惊觉逐渐成人的孩子们如困兽一般，既出不了家门找不到自己的族群，又无力改变父母和彼此的关系，所以悲鸣、呼叫，把愤怒化成利器朝向彼此？当城市重启，工作渐多，复元的躁动似乎也不都带来生机一片，过去的几天里，禁锢后的绝望下，各地新闻都有报道关于青年人、少年人的心理危机问题：遗言中他们说自己不够好，遗书里她们写下“自己什么也做不成”，负气之下青年的他们用生命让父母接受着不当管教的惩罚！看得人心心发凉。

好在前夜，一则微信温暖了我的手心。那是个有边缘倾向的女孩，久不联系，突然发来了自己的照片，原来的黄绿毛发变成了温顺的栗色，对着镜头微笑着比着可爱的手势。她说，这段时间在家感觉妈妈像变了个人，耐心了也不怎么吼自己了，那天娘俩一起上街去美容院做了头发，妈妈在那和她一起排排坐着说：“王老师说了那么多，我就记得一句：再不改变，失去婚姻已然罢了，还会失去女儿！你看她多能吓人。”原来，女孩是要来告知我“恐吓”的后果！好吧，这个后果严重的……让我开心。一个闹得那么花样百出的母女，原来只要心存彼此，不放弃这份关系，总有个柳暗花明！和迷茫中的家庭一起变通、再变通，和他们一块翻滚，可能换来总有那么一下，会跃出泥潭！

头发，心境最直观的表达，五颜六色的发色是各种情绪“你方唱罢我登场”的客串和演绎，现在肯把主角请回来，我知道，这孩子的**春岚已过，花期正好！**





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例分裂型人格障碍的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【心理学人】 18

525，送你提升幸福感的5个关键词

【全科医学】 23

到底是“肿”么了

- 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】 28

下肢水肿



精神医学临床访谈

分裂型人格障碍应该算是所有人格障碍里症状表现最多最严重的一种问题了，因为它和精神分裂症的相关性最高，甚至在某些时候被看作是分裂症发作的前兆。*且看本期——*

一例分裂型人格障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生

绵阳三院医生团队

责编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别 男性	年龄 20 岁左右	宗教信仰 无
民族 汉族	文化程度 本科在读	婚姻 未婚
病史提供者 本人	职业 学生	病史可靠性 可靠

主诉：“因为情绪差，乏力紧张6个月而入院。”

现病史：6个月之前患者出现紧张、担心、心慌，阵性高兴不起来、烦躁、食欲下降，容易担心、焦虑、乏力，社交活动减少，整日不出门，话少，基本不与家属交流，整日待在家里玩手机，动作缓慢，整日没精打采，白天睡觉较多，夜间不睡觉，什么事情都不想做，对什么都不感兴趣，动力缺乏、懒散，吃饭睡觉需人督促，感觉注意力不集中，上课没法听进去，整日待在宿舍，不出宿舍，吃饭就点外卖，遂休学在家。

三个月前于上级医院就诊，具体诊断不详，建议予以博思清治疗，后患者家属较为担心，遂于医院门诊就诊，诊断不详，予以博思清、氟伏沙明治疗，后停用博思清。患者症状较前好转，较前活跃一些，能主动学习，能与家属交流，话变得比以前多了，但服用一个半月后，症状反复，再次于门诊就诊，具体诊断不详，予以舍曲林1到2片QD治疗，感到症状改善，情绪低落好转，能高兴起来，但较为懒散，不出门，不怎么说话，早上起床困难，为求进一步诊治住院治疗。予以舍曲林2片QD治疗，目前情绪较前好转，但仍较为懒散，在家里状态较好，能和父母沟通，并且沟通时逻辑性很强，能做喜欢做的事情，但不出门，不怎么与人交往，即使出门也闷着一个人不说话，对未来没有打算。阵性有诉脑子里有音乐旋律，并跟着旋律打拍子。

既往史：患者自幼生长发育正常，无外伤、手术史，无癫痫病史。



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



个人史：患者从小跟父母长大，性格比较孤僻、内向，很少与人沟通，较为沉闷压抑，人际交往不主动，跟熟悉的人能进行一些沟通，跟不熟悉的人不会主动交流。对人际关系不渴望，总是选择独自活动。成长过程中朋友很少，无亲密友人或异性关系，也不会主动与他人联系，外人来到家里时就会感觉紧张。从小逻辑性强，成绩优异，做喜欢做的事情可能非常专注，尤其喜欢奥数，因参加奥数比赛的银奖提前保送上大学。对不喜欢的事情就不会做，比如不喜欢文科，文科成绩就很差。

家族史：患者的父亲是一个机械工程师，较为内向，与人沟通较差，做事情认真，但不急躁。患者母亲从事管理工作，性格也是内向，与人沟通能力一般，对患者较为溺爱，包办较多。**患者的表叔有精神分裂症的病史。**

精神检查：

一般情况：时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量少，言语流利。

情感活动：平淡。

感知觉：正常。

思维活动：有明显的思维逻辑障碍。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：部分存在。

辅助检查： 未做

【病历小结及概念化】

这个患者有遗传的素质——父母两人均是较为内向、孤独的人，家族中有精神分裂症发病史，从概论上讲这样的组合中生养小孩在遗传受可能存在易感因素，同时患者的成长环境也有其特点——因为从小表现孤僻，只跟父母打交道比较多。成长过程中患者一直数学成绩优异，且爱好音乐，而这些学科能力跟多巴胺活跃有关，可能也是多巴胺系统异常的一个证据。患者当前处于精分发病年龄，情感表现平淡，情绪体验肤浅，表现出对人对事的无所谓反应，无社交需求，生活上懒散无动力，抑郁情绪有所缓解时上述行为特征依旧持续存在，虽然症状上还达不到精神分裂症的诊断标准，但各方面的表现像没有完全发作的精神分裂症，因此综合考虑各方面因素及当下的表现，判断他为精神分裂症谱系障碍的前驱期症状，达到了分裂型人格障碍的诊断标准。

初步诊断： 分裂型人格障碍。

治疗：



- 1、生物治疗：规律运动。药物治疗：非常值得试验一下药物治疗，最快6-8周，慢的两三个月就能知道药物治疗有效没效。可以使用维思通，因为患者都是阳性症状，可以在目前舍曲林的基础上用维思通。
- 2、心理治疗：需要长期进行，用认知行为疗法，支持疗法。
- 3、社会干预：暂时别上学，充分的治疗时间，患者喜欢听音乐，喜欢编程，这期间喜欢什么就做什么。

主诊：绵阳三院

2018-10-11

【访谈实录】

1. Z医生：讲讲你的困扰吧！就说你在生活中有没有什么问题，或者家属为什么带你来看病？是你自己主动选择来看病的吗？
2. 来访者：（声音极微小）不是。
3. Z医生：哦，不是。那你认为你自己有没有什么问题呀？
4. 来访者：（声音极微小）我可能有问题。
5. Z医生：你可以大点声吗？讲讲你认为你有什么问题？
6. 来访者：是.....（25秒钟左右的沉默）
7. Z医生：你平常讲话就这么费劲吗？还是说觉得在这个人多的场合比较压力大？
8. 来访者：（5秒钟沉默后，以极含混的声音）压力大吧。
9. Z医生：哦，压力大。对，我听你说话声音很小，好像也不是很爱说话。你不愿意出门，那你出门是担心什么呢？
10. 来访者：（5秒钟沉默后，以极含混的声音）没什么担心的。
11. Z医生：还需要稍稍大点声音。你出门是担心有人害你，或者是说没有必要出门？
12. 来访者：（声音稍大了些）嗯.....没有必要。
13. Z医生：哦，没有必要。
14. 来访者：没有必要。
15. Z医生：哦，好的。在家里寂寞吗？
16. 来访者：嗯.....还好吧。
17. Z医生：听到过什么声音，或者什么有人背后议论你，跟你说什么话？
18. 来访者：没有。
19. Z医生：但你脑袋里听到音乐是怎么回事？
20. 来访者：（含混的说）我不是听到音乐。就是.....（沉默）



21. Z医生：哦，不是听到音乐。那是什么呢？
22. 来访者：（沉默）
23. Z医生：他们提到说，有时候你听到音乐的旋律，还能合着打拍子什么的，是什么情况？
24. 来访者：嗯。我不是听到音乐，就是脑子里有旋律。
25. Z医生：能解释一下，你脑子里为什么会有旋律呢？
26. 来访者：（含混的说）反正就是歌听多了就有旋律。
27. Z医生：你说听音乐听多了有旋律，还是说睡着了有旋律？
28. 来访者：音乐听多了。
29. Z医生：哦，音乐听多了。你自己会作曲吗？
30. 来访者：（含混的说）……不懂。
31. Z医生：哦。就说你那个旋律都是你听过歌的旋律，还是你自己脑子里不断的产生别的旋律。
32. 来访者：都有吧。
33. Z医生：哦，都有。好的。你认为你有特殊的能力吗？
34. 来访者：没有。
35. Z医生：好嘞。你有什么事情需要我们帮忙吗？或者需要帮助治疗吗？
36. 来访者：没有吧。
37. Z医生：好的，你旁边坐的是你的什么人？
38. 来访者：我父母。
39. Z医生：你睡觉、吃饭还好吗？
40. 来访者：嗯……还好。
41. Z医生：那你父母谁讲普通话比较好，了解你的情况，可以把话筒给他吗？
42. 来访者：嗯……我妈。

听话听音，听不到话，还要读“空气”

本期案例访谈单纯从书面去理解症状及诊断思路其实是有困难的。笔者在编辑本文时，初期文稿完全没有任何标注，乍从字面的一问一答看，读者很容易产生“患者没有问题”的错觉。为此重听案例后笔者特别就其表现进行了文字标注，以使大家理解本案例患者在远程问诊中的思维表现尤其值得大家在阅读之外调出图书馆案例来观摩体会。更是想借助这样的案例提示学习心理咨询的临床工作者们在实际开展工作之前，一定需要我们拿出时间与精力调动资源深入到医疗及相关领域的现场当中去实习实践。这在当下的制度当中虽然没有硬性的规定，也有提供制度上的保证，但规范化培训当中，拥有这样的经历是从业者的必经之路。也正是为此，美利华的真实病例访谈也更显得弥足珍贵，期待大家不满足于阅读的快捷，而更多的从具体的病人身上“看、听、说、学”。



43. Z医生：好嘞，那让你妈妈讲，你是什么原因带小孩来看病。
44. 来访者妈妈：医生您好。就是孩子情绪不好，然后我们也很焦虑，很着急。他就是从半年前突然在家里不说话，也不和我们交流，就是这个状态让我们很担心，然后我们就带他到医院里看一下。
45. Z医生：对。我听他们说，孩子的父亲也不太愿意跟别人交流，是这么回事吗？
46. 来访者妈妈：嗯。父亲也比较内向吧，父亲比较内向，然后我年轻那会也比较内向。
47. Z医生：有点内向。
48. 来访者妈妈：小时候也内向。
49. Z医生：父亲到什么时候开始比较容易跟人交往，知道吗？大致的年龄。
50. 来访者妈妈：一直都有点吧。就是跟陌生人那些，就是还是朋友比较少那种。
51. Z医生：对的。父亲是做什么的？
52. 来访者妈妈：父亲是机械工程师。
53. Z医生：机械工程师，就是天天跟机器打交道，跟人打交道比较少是吗？
54. 来访者妈妈：嗯。跟人也要打交道。
55. Z医生：对，就相对跟机器打交道的时候多是吧？
56. 来访者妈妈：应该跟人打交道也挺多吧，就是单位上的人也挺多的。
57. Z医生：不是挺多了，就是他的工作性质是跟人打交道，还是跟物打交道，那应该能区分了。
58. 来访者妈妈：嗯.....跟人和物都要打交道。
59. Z医生：这没有量的概念，比如说医生肯定跟人打交道多于跟物打交道，看你HR跟人打交道多。他父亲的工作是说需要在台子上工作，或者是做什么事，还是天天要人讲话，像人力资源之类的。
60. 来访者妈妈：嗯。他是在车间里嘛，车间里要做机器那些嘛。然后机器回来要跟，因为他是做工艺的，要为下面人和工人服务的。
61. Z医生：对。但他本身是做技术工作的，是吧？不是管理。
62. 来访者妈妈：对对，技术。
63. Z医生：他那工作需要很多创造性吗？比如说想一些工艺流程。
64. 来访者妈妈：不需要，都是比较成熟的。
65. Z医生：好的。这是你们的唯一的儿子吗？
66. 来访者妈妈：对，我们唯一的儿子。
67. Z医生：OK。那你愿意跟人打交道吗？
68. 来访者妈妈：我年轻那会儿不愿意跟别人打交道，现在也好多了。
69. Z医生：现在好多了？
70. 来访者妈妈：嗯对。



71. Z医生：你是做什么工作的？
72. 来访者妈妈：我之前是在单位搞计划管理的。
73. Z医生：就是做案头工作多，是具体的工作多，是吧？
74. 来访者妈妈：嗯嗯，对。
75. Z医生：好的，那我知道了。那对于你这个小孩，你有什么问题呢？
76. 来访者妈妈：就是现在他这个状况，我看了几个医生，医生就是说的都不一样，我想就是具体他到底是什么原因，什么病。
77. Z医生：好嘞。对的。
78. 来访者妈妈：他现在有这个特点，是在家里很好，我们觉得很正常、很懂事、听话，就是说话什么，对我们大人很关心、很照顾，就是一出门以后，就状态完全变了。他小的时候就有这个毛病，小的时候就是带他出门就不一样。
79. Z医生：对的。你看他今年跟去年变化有区别吗？
80. 来访者妈妈：去年他回来要活泼一些，喜欢唱歌，特别喜欢音乐，然后自己录歌唱。

精神分裂症患者的情绪的改变

情绪或者说情感上的改变是精神分裂症最普遍和最常见的症状。发病早期表现为抑郁、恐惧、罪恶感以及情绪的猛烈波动，而晚期情绪无能更为常见，常使人感觉病人根本无法体会到情感。特别是抑郁症在病程早期是较为常见的症状而又最容易被忽视，有研究曾指出“有81%的病人表现出典型的拥有情绪”，半数以上的病人会在错觉和幻觉出现前抑郁发作。大部分拥有是由生理病变导致的，大脑中的神经生化物质的变化或许是原因之一。

——《精神分裂症-你和你的家人需要知道的》P38页

81. Z医生：有时自己唱。他现在是休学呢，还是在继续读书？
82. 来访者妈妈：现在在休学。
83. Z医生：在休学。那应该有变化啊，你说一直都这样，听起来不对，那为什么突然就休学了昵？
84. 来访者妈妈：就是今年寒假的时候嘛，他**状态不对**的时候，然后他有一个月没上课，然后我们就到学校给他接回来了，办理休学。办理休学完了治疗了这段时间，就是在家里状态还是很好。

评估中“背景因素”的作用

评估是整个咨询进展的基础，它在信息、心理教育及动机调动方面对治疗过程有着重要的作用。评估在诊断标准的概念下似乎是围绕症状开展的，但同时评估工作除了症状之外，也包含了对求助者以及信息提供者所描述问题的鉴别，因此评估是贯穿于治疗过程的始终。

本案例患者在与督导师的对话中表现出来的交流特点是非常显著的异于常人，而在78、80、后面84段的谈话中，母亲描述中总是强调他“在家很正常，这种问题是从小就的，持续的”。这样的信息需要如何理解，考验的即是临床工作者对患者问题概念化的能力及具体在个案中的思路。关于这部分督导师的概念化思路详见督导小结及【提问三】的解答部分。

85. Z医生：对的，那好了，那我就说说这病。您说医生们的想法不一样，但大体看起来多数医生的想法都类似了。首先第一个，这是精神分裂症谱系障碍里的某个病。为什么？因为你原来在这个医院之前，有人建议你用博思清，又有人建议你用那阿立哌唑，不管用哪一个药了，那就说好像都建议你用这一类的药，这类的药都是抗精神分裂的药物了。他看起来.....
86. 来访者妈妈：因为他当时在XX医院看了一下，但那个医生很匆忙，5分钟都不到吧，就给我们判断了。然后我们就到这边医院来看一下。
87. Z医生：对的。
88. 来访者妈妈：但是这边的几个医生反正诊断的也不一样。
89. Z医生：是的，他们没有给您详细的解释，但是听起来是这类的问题了，所以我同意这个医院的诊断。是有点像没有发作出来的精神分裂症，现在达不到精神分裂症诊断标准。这有好事有坏事了，好事就说第一他现在还没有达到精神分裂症的诊断标准，相当于精神分裂症的前驱期症状，更像是人格障碍，就是说达到了人格障碍诊断标准，分裂型人格障碍。这很明显有遗传的因素，发病年龄也对，用药能够治一治看，现在是非常好的时机试验一下药物治疗，看有没有效？如果没有效，更像是人格障碍了，那我们得采取长期的心理咨询的办法了。如果在这个过程中发现药物治疗有效，那是完全值得试一试。我看出你们家属比较犹豫，假如是我的孩子我就一定会建议他试试药。因为假如药物见效，他的情况就能够稳定下来，但是稳定也不会超过他小时候的情况，大概就跟小时候一样。用药有6到8周就知道了。正好你在休学嘛，很容易治疗，看看他的治疗效果能不能回到基线。这个疾病，一部分是跟遗传有关，就是两个内向的人，比较孤独的人，生的小孩、培养小孩很容易就受家属的遗传的影响。在人格上遗传，还有就是成长环境，因为他正好跟父母打交道比较多。第二，他正好是数学、音乐这类东西比较好，这类的东西比较好就跟多巴胺有关了，就是多巴胺系统有点异常，所以说他是精神分裂症谱系障碍的一种，谱系的意思是这里有十多个病了，不是一个病了，从轻到重，他看起来是在轻中度阶段，没有达到重度的情况，那是好事，但是你要错过这治疗时期，真的发作出来得了精神分裂症那就变成终生的病了。生物治疗要运动，暂时别逼他跟别人互动，是因为他本身不行。抓紧用药，如果家属同意用药，我们会尽量用一个作用比较强的药物，看看能不能把病情稳定住。心理咨询，那肯定得长期进行。他的智力看来挺好，聪明，用认知行为疗法，支持疗法的心理咨



询都可以。社会资源方面，暂时别让他上学，给他几个月的治疗时间了，治疗两三个月就能知道药物治疗有效没效。这期间喜欢听音乐，喜欢编程，喜欢什么就做什么。经过治疗，应该能够见好，尤其是一开始发作的时候，这个病是越轻越早越好治。这样说清楚吗？

精神分裂症的尽早思路

从20世纪90年代起，精神分裂症最显著的改变之一是关于早期，即病人刚刚出现症状时（前驱期）进行治疗的思路。虽然不是全部的研究者认同，但不少研究指出早期治疗对于改善症状和功能更有效，而延迟治疗会导致病情加重且远期预后更差。显然在这个案例当中督导师读到了家属对于治疗的犹豫，而在向家属说明早期治疗的重要性。

90. 来访者妈妈：嗯，大概清楚。
91. Z医生：这类病即使他有才华，也使他有问题的。不幸的是得了某个病，幸运的是这类的病有药物治疗，还有心理咨询。但是会是个慢性的过程，他如果同意了那我们就用药。这样好吧？
92. 来访者爸爸：（突然插入谈话）那个老师，我们想请问一下，他这个忧郁症的可能性。
93. Z医生：抑郁症的可能性不太大。
94. 来访者爸爸：我们现在吃了半年都是吃的忧郁症的药。
95. Z医生：他更像是继发的，不是原发的，他现在达到分裂型人格障碍的诊断标准，他没有达到的是精神分裂症的诊断标准。
96. 来访者妈妈：但是他吃了抑郁症的药吃了这么久，效果还是挺明显的，就是家里，还是挺明显的就好转，情绪、状态，各方面都有很大的好转。
97. Z医生：你说的是情绪，我刚才跟他谈话，他的表现也不太像正常人。
98. 来访者妈妈：是。他从小在外面就是这个状态，就是从小的时候就是这样，就是在外面的，不熟悉的人面前，他就不说话。
99. Z医生：对。
100. 来访者妈妈：然后在家里就还是很活泼的。
101. Z医生：你这样说，那这个表现就更像人格障碍了，但是目前还是一个有病症的状态，你得看一下用药能不能帮助他更进一步获得缓解。我不知道你担心什么，你是不是担心药物会有副作用？
102. 来访者妈妈：嗯，这可能也担心吧。然后我还担心如果不是这个病，再吃药是不是会



加重的，加重他的其他方面的情绪或者什么。

103. Z医生：加重的可能性没有，只有见好或者没效，有效的可能性非常大，就是因为他是早期嘛，刚发病容易有效，或者最多是没效。长期的副作用还暂时涉及不到，但是要决定长期用药以后才涉及到长期副作用，你的担心都是焦虑了。这样说吧，这个药不比高血压、糖尿病用药的副作用更大，所以等于都是类似的，就是西药了。副作用往往都是长期吃，不会说今天吃，突然之间就是出现了致命性的副作用，没有这种可能。所以短期用药看一下有没有效果，这样对你厘清诊断比较好，否则就容易耽误下去。

疾病污名化与心理教育的重要性

妈妈强调的“正常”，爸爸突然插话来确认是不是“抑郁问题”，作为家属，不愿意接受、不想承认、怕诊断的不对等这些心思才让他们带着成年的儿子辗转多地看病。原因当然是多方面的，101段督导医生就用药顾虑进行了询问并有相关讨论，而围绕精神分裂症患者及家属可能有更多方面的担忧。

污名化：精神分裂症的污名化问题可以说是长期一直存在的问题。虽然相比一百多年前人们对精神分裂症认为是中邪了，性格缺陷等等相比，人们能接受该病是一种大脑疾病的观点，但在公众的视野当中“精神疾病病人的暴力问题”伴随着新闻事件的传播有增无减，因此面对疾病的负面印象在国风外都有增无减。形成对待疾病的正确态度往往是个体和亲属熬过自责与羞愧、担心的关键步骤。在86、88段中患者母亲也描述了接受他院诊疗时的状况，试想一个只有独生的儿子，而且一直学业表现不错都能够得奖被保送上大学的儿子突然被诊断精神分裂症，对父母的冲击不可谓不大。

心理教育：作为医生，帮助患者及家属尽可能地了解疾病，了解治疗思路及预后，可能越能够使他们对待疾病有所洞见。因此围绕病症医生常常以“SAFE原则”来对患者及家属心理教育。

SAFE原则

希望感 (Sense of perspective) 接受疾病 (Acceptance of the illness)

家庭平衡 (Family balance) 合理的期待 (Expectations that are realistic)

基于以上原则，大家可以再回顾一下89-107段督导师与患者父母的对话，看看具体在哪些方面对父母进行了心理教育工作。

104. 来访者妈妈：您的建议是他抑郁症还吃不吃，抑郁药还吃不吃了？
105. Z医生：抗抑郁药现在可以不动，在这个基础上再加一点药物，比如维思通，这样可能很快知道效果，至少也能印证诊断了。西医都得先了解病人，再了解他得什么病，然后再用药，不能乱用药，因为误诊必然导致误治了。您说他用药变好，我怀疑他是情绪变好了，焦虑在降低。因为他用的舍曲林本身就是治疗情绪的药物，可能舍曲林使他的焦虑轻一点，抑郁好一点，但是功能并没恢复，基础的症状并没有得到治疗。



刚才我跟他讲话，也不是我在他身边或者我在吓唬他，但基本无法正常对话，这样的状态肯定是上不了学的，比如他的教授这样的情况下与他是无法交流的。用舍曲林见效肯定是好事，那么再加上一些维思通看看他的功能恢复情况。得病是不幸的，但得病能够有治疗方法这是幸运的，反而隐藏病情就容易耽误治疗的时机。那么治到什么情况呢？要达到他父亲和你这样的程度，可以说我不爱交往，但是我出去能找工作，能结婚、生子这些，不能是连读书也读不完，什么都做不了的话，这样是要考虑能不能正常的生活。这样清楚吗？

106. 来访者妈妈：嗯，可以，知道了。

107. Z医生：这个药物在市场上已经15年多，接近20年，所以不是什么新药了。那我们一会跟医生商量一下怎么去治疗这个患者，然后你们家属在我们的会诊意见好吗？

108. 来访者妈妈：好的好的，谢谢您。

109. Z医生：不客气，谢谢你们来访。

110. 来访者妈妈：好。

111. Z医生：好嘞。

辨“症”能力

医生，特别是精神科医生，长期与精神症状的患者打交道，因此常常会谈到说精神分裂症患者特有的“精分的味道”，当然，这并不是指说有什么嗅觉相关的味道，而是精神分裂症患者身上表现出来的特殊的一些变化所带给专业人士的感觉，或者叫直觉。

普通人在生活过程中对各种进入大脑的信息能够及时迅速的进行分类、解读，然后做出正确的反应，而精神分裂症的一个基本缺陷就是无法正常的分类、解读和反应，教科书会把这样的表现描述为“思维障碍”，但实际上有可能具体包含的内容远超过“思维”，从视觉、听觉刺激，到情绪和行为都与思维一样出现了问题，而这些与大脑功能的缺陷可能都相关。

假如说精神科医生在长期的临床工作中接触病人案例较多，可以很好的总结出一种“味道”，“直觉”，那对于非精神科的医生，特别是目前三甲医院开设了双心医疗、精神心理门诊、青少儿心理门诊的医生，以及没有医学临床经验的心理咨询师、社会工作者来说，能够及时辨症就尤为关键了。

我们在这个案例前期的用药当中可以明显的看出不同医生给出处方时对患者表现在诊断上的差异，以抗精神病性药物治疗为主的以及后期处方舍曲林以单独改善情绪为主的思路，这些“诊断不详”的治疗其实也间接可以看到医生们对于其主要问题的解读不同。



【督导小结】

这个病人达到了分裂型人格障碍的诊断标准，他确实是精神分裂症前驱期。如果为了要用药方便，诊断他是特定的精神障碍也没有问题（初诊医生在督导前的案例报告中是按此诊断的），整体诊断的大方向是对的。家人说他在家“完全正常”，可出去就完全不正常，有特别多的心境症状，患者用了舍曲林能变好等等情况都提示，这个患者可能是在进展的过程中，可能他会重于上一代，这当中往往有遗传因素，最后就不仅仅是停留在人格，很快还在往下发展，而且现在正好是到了高发的年龄。这个患者诊断人格障碍没有问题，诊断精神分裂症现在不够。生物治疗：运动和药物治疗。如果家属好不容易同意用药了，那得是用“猛药”，例如用维思通这样的，因为他说的症状都是阳性症状，所以别再给多巴胺受体部分激动剂。我更愿意在舍曲林的基础上用维思通，这样可以专门来改善他的阳性症状，这样会更可靠的能看到药物疗效，不要动舍曲林，这样一次只改变一件事，能看到究竟在治疗中是什么在发挥作用。心理咨询：他的认知功能看来还能完整，所以能够用认知行为治疗，支持疗法当然也可以。社会资源方面：暂时别给他压力。

【现场答疑】

提问一：这个病人听起来更接近分裂样人格障碍？以前好像也有案例出现过分裂样人格障碍可以出现很明显的情感症状的？

督导回答：这个患者他的心境症状、情绪症状特别多，又出现什么音乐旋律，就是往精神分裂症方向去了，更接近这两者之间的是分裂型人格障碍，而不是分裂样，分裂样人格障碍更偏向阴性，比如喜欢自己独处，像是快乐的孤独者，谁也不去搭理，也没有那么多心境的症状。

另外诊断病尽量不要靠某个症状。这个患者的妈妈表述他在学校里跟人家交往的过程中，出现心境变化，舍曲林治疗有效，这个病人又这么胆小，一说话就这样，但是自己在家就完全正常，他这听起来进展得特别快，突然出现这么一个高峰，有严重的变化连学校都不能读了，所以我是从这个角度看，他像是在移行的过程中，往精神分裂症方向发展。所以分裂样的人要比这“静”很多，是这个A类人格障碍里面最静的一个了，长期不发展，在那静止。

想想之前的医生诊断，考虑他心境症状比较多，还考虑是其他未特定的精神分裂症，



现在我们也考虑要用抗精神分裂症的药物，你再说他有分裂样人格，这诊断思路就不是很清楚了，所以要一元论的角度考虑问题

提问二：精神分裂症前驱期的治疗，就是他药物的剂量怎么去把握？？

督导回答：与精神分裂症一样，比如说维思通开始都是用0.5毫克，一天两次，但是区别是上限，根据他的反应，因为没有达到精神分裂症，肯定上端不需要达到精神分裂症的平均剂量，但是每个人都有个体差异了，初始剂量是一样的，但是最后的剂量往往不一样。精神分裂症谱系的焦虑，基本上是不安全感成分比较高，精分基础上的不安全感、觉得恐惧，和我们说的那种焦虑障碍中与人交往起来不舒服那种焦虑感受不一样。

提问三：如果诊断分裂型人格障碍的话，好像他病程只有半年，以前他好像比较内向、孤僻，接触不太好，但是他的社会生活功能以前是没有受到影响的，而在半年发生了明显变化，这样诊断还是考虑分裂型人格障碍吗？

督导回答：分裂型人格障碍就是精神分裂症的前驱期了。但是现在他在移行中，他的病可不是半年，是加重半年，他妈说他小时候就跟正常人不一样，所以那个时候就是特质。父母亲所说的“正常”不能全信，因为本身他们也带有异常的特质，他们看来的正常可能在别人看来一直都是不正常的，不然怎么短时间上不了课的问题就直接导致休学了？这半年连学都上不了了，与人交流也有问题了，脑袋里还出现旋律了，各种表现越来越离谱，所以这样的变化显示他可能正在往精神分裂症方向发展，就更比分裂型人格障碍有症状上的进展，作为医生咱们不能坐等他发病。临床上诊断为其他特定的精神分裂症谱系，以及其他精神病性障碍从思路上说是没问题的。只是考虑父母的描述，这患者听起来从一开始就像是持续性的状况，更像人格障碍，他爸爸也不完全正常，但是可能都达不到障碍的诊断标准，所以总说苹果掉下来离树不远。两个聪明的人生出小孩聪明，两个漂亮的人生出来漂亮小孩，这都很正常嘛。

提问四：药物的治疗时间，这个患者也是治疗大概9到12个月？

督导回答：如果使用药物后他的病情好转了，那肯定是需要这样的时间了，得巩固，不能停的，精神活性药物一般都是这样。但是如果他有人格障碍，那药物就基本没有作用了，有一点点降低焦虑的作用，其他不会有根本性的改变。用药后6到8周就可以观察到



药物有没有作用了，但是所谓没有作用，用药过程中我也肯定要从低剂量加到每天6毫克的，如果还不行我就不会再往下试了。要看病理模式来了解你的来访者，其中包括他的家族史、发病过程，以及他是什么病，不能只靠症状。

医生永远记住：不卑不亢、实证为主。所以为病人好，不代表强迫病人，所以得知道怎么去说服病人，然后还要与家属互动，去说服家属，跟家属去交流。

【编后记】

“分裂型人格障碍”在DSM-5当中既是独立诊断，又分别出现在【精神分裂症谱系】（P84-86页）及【人格障碍】（P645-648页）两个章节中，字面上我们能够看到解释之间的关系，但正如初诊医生的困惑，在具体问题当中如何辨别、如何区分、如何向患者及家属解释，都是不那么容易的问题。借助本次案例，作为精神分裂症的“阈下诊断”，其症状性表现的识别，及作为人格障碍的长期行为、人际模式理解相信都能获得更具体的认识。

行文至此，把DSM-5中对分裂型人格障碍概述的原文拿来放在此处，大家可以对照理论描述再来回顾本案例患者的症状表现（访谈中的、初诊收集的），家属对过往成长情况的回顾（他们认为“正常和异常”的）。

分裂型人格障碍的诊断包括广泛的社交和人际关系缺陷，包括亲密关系能力的降低，认知和知觉扭曲和行为怪异，通常起病于成年早期，但在一些案例中，在儿童期和青少年期就开始出现明显症状。信念、思维和知觉的异常低于精神病性障碍诊断标准的阈值。

——见DSM-5P84-85页



心理学人

5月25日是全国大学生心理健康日，定在“5·25”，意取“我爱我”的谐音，主旨在于呼吁青年学生们关注自身心理健康，提醒大学生人群“珍惜生命，关爱自己”。因此心理健康日的主题虽因学校略有不同，但核心主要都围绕关爱自我，了解自我，接纳自己，关注自己的心理健康和心灵成长，提高自身心理素质，进而爱别人，爱社会的内容。又逢525，特以此篇送上美利华对大学生群体及所有人的祝福与祝愿——

525，送你提升幸福感的5个关键词

作者：王剑婷 心理咨询师

疫情下的国内生活正在逐步恢复中，隔离的日子、对未来的恐惧随着我们外出的步伐的加大，似乎离“正常”越来越近——城市开始堵车，超市开始排队，地铁开始分流，人们为了生活、社会为了GDP都需要启动；3月份起从初高中毕业班，到普通的初高中生、再到小学的高年级学生、低年级学生，不同批次下学生们也已经回到了校园里，现在散落在社会上的除了幼儿园小朋友，就是大学生了。学龄前儿童不能复学，在家开心玩耍，大学生远离熟悉的同学朋友恋人，重回家庭，不少学生的受困感与不复学的日子成正比增长，百爪挠心一般。

近来可以看到大量的减压类课程，似乎大学生们在家不用工作只需要学习，相对可以自由的玩游戏而不用因为谁来照顾孩子与伴侣起冲突，吃着父母做好的饭菜而不用在宿舍里泡杯面，都不能增加幸福感。父母或其他的成年人总是觉得是青年人的不满足不感恩造成了这样的状况，但其实并不只是青年人如此，幸福与快感、快乐本身就既有联系而又不同。它们之间相仿的是“得到些什么”的确会给人带来快感、快乐甚至幸福感，比如更大的房子，更好的工作、获奖的论文等待，可无论奖励有多大，区别仅在于维持时间的长短。快感、快乐与幸福感终将褪色。它们之间的差别在于【快感】经常发生于身体的某一个部位，比如足浴、按摩或其他身体接触，短暂的快感能引发一个相对时间跨度的快乐，比如饱食美味之后的一个或数个小时。当然也有人会把这个叫做幸福，但如果有一人总把吃、身体接触叫做幸福，我们反而会对他怜悯。因为我们所认识的【幸福】是一种时间边界并不精确的“状态”式存在，我们说一个人过了幸福的一生，也并不是说他在特定的时间很幸福。

幸福不仅仅是一种依靠感观来维持的具体体验。本质上说，幸福是一种立场、一种现实感，幸福感可以使动物在它的环境中很悠然：幸福的婴儿开放、爱交流；幸福的人把世界看作一个光明、充满希望的地方。为此，我们试着给出当下人们幸福的支柱，大量的临床案例向我们证实关于幸福，有5种不可缺少的需求：**被爱、感到自由、与他人联结、自我愉悦能力和拥有希望感**。或许对于个体还会有这样那样带来幸福感的秘诀，但对于每个



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



人而言，持久感受幸福，五者缺一不可。

被爱

大学重要的人生经验是关于恋爱的，区别于中学时代的百般禁忌，工作之后的财政问题，大学生活是在远离父母之后，可以长久与同性、异性同龄人稳定连接的重要时期。然而恋爱的前提是感觉爱并被对方呼应，被爱。心理学中对于依恋关系的研究中，孩提时代我们与母亲之间的无条件回应被打破就是发现母亲并不能满足自己的全部愿望，而自己也不是母亲幸福的唯一源泉是对爱与被爱的首次认知，伴随着这样原始的失恋，我们开始感觉原来自己有可能“不可爱”，进而感觉心灵受到伤害。因此在后续人生当中的每次失恋，都容易激发出自己出这些原始的被抛弃感。“我被他甩了”，“我被他扔了”，失恋激发的是人的深层次缺失感或者说安全感。他人的爱满足了我们的“自恋”——我是足够好的，我是可爱的，我是值得拥有美好事物的。因此爱一个人相比要容易，但被爱会有些困难，因为被爱需要一个稳定的、愿意反馈的“他人”（心理学中称之为客体）。因此恋爱当中表现的模式与我们在母婴关系当中的依恋关系也有不少雷同之处，一样可分为：

- 容易在亲密关系中感觉舒适惬意的安全型，
- 一边渴望而一边由于焦虑容易产生负面关系甚至伤害对方的焦虑型，
- 面对亲密关系感觉不自在甚至恐惧的矛盾型等。

因此，被爱看似是一个自己与他人的关系问题，但更重要的是激发出自己对自我认知的感受问题，一个人的自尊程度是否是度，开放与接纳是否是度，都会在被爱当中被检验。当我们与一个人相互爱恋时，这种爱会使我们变得更积极、更开放、更有责任感。因此，恋爱重要，但被爱，在被爱体验中自我认知、自我强大、自我成长，更为重要。

● 小贴士：如何帮助自己增强被爱的能力？

更好的认识自己以达到首先能接纳自己并修复自尊、提升安全感——这就是我们要做的功课。实现这样的目标好的方法之一就是接受心理咨询师的帮助。是的，不是只用精神疾病患者治病才找心理咨询师的，助人成长本身就是心理咨询工作当中的重要任务。

内心自由



内心自由是一种什么状态？或许可以这样来比喻，它像是我们的一座心灵建筑，你允许自己住多大？是 30m²，还是 500 m²，如果就内心自由就是扩展自己内心的建筑边界，也更多的找回完整的人格。

从幼儿时说出第一个“不”开始，到青春期的叛逆，再到成年后的重大选择，我们都会有种对自己内心满足的需求。谈到“限制”，你可能最容易想到来自于父母或者说原生家庭的束缚，但其实从我们出生的那一刻起，性别角色、道德标准、社会压力等等我们总是面临着各种各样有形无形的**外在限制**，还有多种多样的**内心约束**——生理上的抑制、自我认识能力边界，因此我们往往容易害怕造成伤害、担心面对选择、不敢行差踏错……或许某种意义上这些限制、约束会让我们显得更自律，毕竟这个时代连能不能管理好体重都成为衡量人的一个标准。但另一种可能是，你在种种“限制”之下，内心被压抑的自由感变成各种情绪，而情绪又在你的身体及精神舞台上以各种形式表达出来（参见 120 期及 121 期督导期刊关于情绪与身体密码的文章）。

● 小贴士：如何解锁内心自由？

觉知是第一步。正念练习当中通过不评判的积极觉察练习，帮助我们更好的看到、理解自己的心理状态。正念练习能够增加人的效能感，提升创造性。具体的练习方法可以从观呼吸、到正念进食、身体扫描等不同的阶段还提升感知能力。逐步的练习会帮助我们去真正的接纳自己，进而过到悦纳自己。

与他人联结

互联网的发展不断地扩展着我们对联结互助的渴望与可能。虽然不少声音会批评指责互联网的出现影响了我们在真实场景中的交流，但形式上虽然发生了改变，但此刻是比过去任何一个时代都重视社交。互联网底层的逻辑是：互联互通是人类社会的重要愿景，与他人联结，甚至只是“被看到”也会让我们感知幸福。

温尼科特曾在书中写到：婴儿离开母亲的怀抱就什么也不是！从出生起，我们就需要依赖他人，比起动物，人类终身都在与母亲与家庭有着相互依赖的属性。我们知道自己属于某个人、某个家庭、某个城市、某个地区、某种文化、某个宗教信仰，族群意识本身构建着我们的安全感。如果说我们从幼儿园到养老院都需要与他人联系，这不仅是为了让我们感觉不那么孤单，让我们有同伴可以一起打发时间、玩游戏或看电影，还因为他们的存在让我们知道自己与他人拥有同样的兴趣、价值观，这说明自己的兴趣价值是有意义的，是正常的，这也是为什么青少年会在互联网上交几百个网友而自豪，为什么罪犯也要结成团伙，为什么专业加持过自己之后我们还要加入各位协会与联盟……我们不断地渴望独立



与自由，但尝试一下脱离——不用太决绝，只用去留学或把自己置身在异文化当中相对长的一段时间，那种滋味就足以让你了解“联结”的重要意义。

小贴士：实现联结的小方法

- ◇ **放慢速度**：过度疲劳？抽出时间来冥想和闲逛，让自己在慢生活中恢复一下，然后再来赶任务；
- ◇ **发出邀请**：扩充与你共进餐的人数，介绍你喜欢的人互相认识，鼓励大家来找你玩。参加聚会去认识你的邻居（其他宿舍的同学、其他班的人）。
- ◇ **与他人合作**：用善意亲切的态度来替代令人头疼的竞争，从“我”过渡到“我们”，试试集体智慧的力量。
- ◇ **积极参与**：了解各种与你爱好、志向相通的社团，花时间参与这样的联结与聚会。

自我愉悦

一个在成长环境中受到持续鼓励的人，可以安心去追求快乐，懂得享受生活，那么基于对生活的热爱与自由，自我愉悦时时都发生在行动当中。比如，安心把自己描述为“吃货”的那群人，热衷于公开表达口腹之欲带给自己的满足，这种对取悦自己的坦然是基于自信，也是基于自我愉悦的能力。他们感谢在生活中乐享每一种小确幸，哪怕是微小到一份美食也不放过，这样的能力本身就更容易让生活丰富起来。

或许有一部分人会说，我们活得可没有那么轻松愉悦，成长的过程中有太多的不完美——父母的严苛、家庭内的争执、忽视、生活里大小的创伤等等，那么多的痛苦哪里顾得上什么愉悦。那么请大家认识这个人——奥地利的维克多·弗兰克尔，他被称为“从集中营爬出来的心理学家”，当全家都被关进了奥斯维辛集中营，他的父母、妻子、哥哥，全都死于毒气室，只有他和妹妹幸存时，他仍旧选择“学会主动感知幸福”。哪怕妻子已经去世，他发现只要自己愿意，对爱的感知也丝毫不受影响，甚至这份主动感知的能力支撑弗兰克尔不但超越了这炼狱般的痛苦，更将自己的经验与学术结合，开创了意义疗法，替人们找到绝处再生的意义。他撰写的《活出生命的意义》中提出“归根到底，其实不是你询问生命的意义何在，而是生命正在向你提出质疑，它要求你回答：你存在的意义何在？你只有对自己的生命负责，才能理直气壮地回答这一问题。”所以无论身处何种境况，学会主动感知幸福，自我愉悦是一种可以刻意训练的能力，用主动关爱来保护自己不再只经历折磨感受。所以，那些有不快乐过往的人也完全有可能为了自我补偿，在成年后更积极地去体验快乐。



小贴士：如何自我愉悦？

◇ 承认自身的特性，卸下周身的防备

回顾曾经有过的快乐，肯定能在其中找到一些童年的片段，这些专属个人的快乐不用与任何人进行比对，看到自己是用自己的方式把这些快乐转化为自己的一部分的。【这个提供给自己快乐的资源是不带给自己后悔的内容（比如沉浸游戏这件事，可能一时快乐，但它消耗自己对自己的自尊感或因父母家人反对而消耗关系）】

◇ 从享受点滴快乐开始

不用大目标来束缚自己，比如“等我XX了，我就XXX”，这样自我愉悦就容易被一拖再拖，所以首先要允许自己在当下可能的范围内“先”拥有哪怕一点点快乐，这样自我内心不断填充进快乐才能与幸福感相连接。

拥有希望感

希望 (hope) 这个词很常见，但由于它似乎既不能为我们解决生活中的实际问题，也不为我们指明什么前进的具体方向，所以不少时候人们都会把希望归类于鼓励人的心灵鸡汤，当成一种虚幻的空谈。

积极心理学把人们心中最盼望的期待和愿望称之为**希望感理论**，其中包括“意志”和“策略”两部分，一个有希望感的人不光要有意志去实现自己希望的目标，更要有一些实现自己目标的策略和方法。所以希望感首先是取决于我们的认知。与希望感有关的主要认知是学习目标，希望感能够让我们不断进步并得到提升，而越是拥有目标的人则更可能形成长期和稳定的行动策略来实现自己的目标，并随时观察自己的进步。反之，缺乏希望感的人则容易呈现目标失控或不敢接受挑战的状态，没有希望支撑人们更容易对自己的生活环境缺乏主动控制的能力，也不相信自己有这样的工作能力。因此希望感也对适应水平产生着巨大的影响。有希望感或许不能保证人不经历失败，但同样是经历失败，负面事件的发生对希望感强的人影响更小，怀有希望本身就可以帮助人提高自尊水平，恢复自信状态，让人带有强烈的主动性自我修复并开始行动。

小贴士：培养希望感的具体方案

- ◇ **Step1：培养目标导向的思维。找一个中近期的明确的目标，比如考研，找工作等，用SMART原则来设定内容：具体的 (specific)，可测量的 (measurable)，可实现的 (attainable)，相关的 (relevant)，有时效的 (time-bound)；**
- ◇ **Step2：找到成功的方法。目标确定会，试想一下为了实现会有哪些路径和方法，选择当下最可能成功的方法来试行。**
- ◇ **Step3：落实行为的改变。心动不如行动。希望不是空想而是强调个人的主动精神，因此一旦选定了目标，就尽早开始行动吧！**



全科医学

在本期的全科案例中，是一例76岁的老年男性，因为长期双下肢水肿痛苦难忍，以及情绪不良而来访。两位医生该如何合作帮助患者解决心理和躯体的双重困扰？请看本期的全科案例——

到底是“肿”么了

——一例双下肢水肿查因的临床会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

一般情况：患者76岁男性，退休公务员，已婚。

主诉：

- 1、双下肢水肿什么原因，该怎样治疗？
- 2、失眠、抑郁该怎样更好改善？

现病史：2年前患者无明显诱因出现双下肢水肿，从脚面肿到膝关节。轻度指凹性水肿，右下肢稍重。双腿无紫绀、破溃，无静脉曲张。足趾无紫绀、坏死等。1年前双下肢感觉减退，麻木感，走路就像踩着棉花一样，走路7-8米即受限。曾于当地多家医院就诊，均考虑老年下肢静脉血管退行性变所致；医生建议患者每日抬高双腿3次，每次20分钟，患者感觉有点效果。

1年半前患者出现心律失常（具体情况不能详述）。半年前出现卧床后轻度发憋喘息，活动后胸闷，休息几分钟后自行缓解，但未针对此症状进行诊疗。无胸痛，无夜间阵发性呼吸困难。无进食后饱胀感。

患者爱人10年前患脑梗死遗留偏身瘫痪，生活不能自理，需患者伺候。6年前患者出现失眠，主要是入睡困难。2年前开始每晚口服艾司唑仑1mg助眠治疗；服药后能在半小时内入睡，不用药入眠时间1-2小时。后患者出现情绪低落，不想说话，脾气急躁，发愁老伴的病怎么能尽快治好。曾于当地医院心理科就诊考虑“抑郁症”，给与米氮平7.5mg/晚，草酸艾司西酞普兰10mg/早治疗。患者感觉情绪低落较前好转，夜间做梦少了，但是还得口服艾司唑仑才能入睡，每晚睡-6-7小时。



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



目前口服药物：肠溶阿司匹林片100mg/日，左旋氨氯地平片（施惠达，2.5mg/片）2.5mg/日，氯沙坦钾氢氯噻嗪片（50mg/12.5mg）1片/日，米氮平7.5mg/晚，草酸艾司西酞普兰10mg/早，艾司唑仑1mg/晚。

既往史：慢性支气管炎病史10余年，时有咳嗽，无喘息。脑梗死病史7年余，目前口服肠溶阿司匹林片100mg/日抗血小板治疗；周身动脉粥样硬化病史5年余，曾口服瑞舒伐他汀钙片，停用1年。颈椎病、腰椎间盘突出症病史6年。前列腺增生病史5年余，夜尿频，4-5次/晚，对睡眠有影响，未系统治疗。高血压病史4年，血压最高190/110mmHg，近2年一直口服左旋氨氯地平片（施惠达，2.5mg/片）2.5mg/日，氯沙坦钾氢氯噻嗪片（50mg/12.5mg）1片/日治疗。平时血压控制到130/70左右。晨起及低头活动后会有头晕。左膝关节外伤史半年，当时检查关节腔少量积液、无骨折。否认糖尿病、冠心病病史。否认外伤史、手术史；否认肝炎、结核等传染病史。

家族史：父亲农民，脾气急躁，做事认真，年轻时爱打架，讲究清洁秩序；对女儿管理严格；吸烟，饮酒；80多岁去世(生前疾病及死因不能详述)。母亲农民；性格内向，脾气温和，喜欢清洁秩序。95岁去世(生前疾病及死因不能详述)。姐姐弟弟均体健。否认其他传染性及遗传性家族疾病史。否认精神疾病史。

个人史：胞五行三，两个姐姐，两个弟弟。足月顺产，发育正常。初中肄业参军；转业后于企业工作，57岁退休。性格内向，脾气温和，工作认真，责任心强，追求完美，达到自己的要求。不挑剔别人，人际关系好。喜欢清洁秩序，房间打扫的比别人家都干净。吸烟史20余年，平均20支/日，已戒6年，饮酒史40余年，最多能喝半斤白酒，现在偶尔饮酒。爱人73岁，患脑梗死病史10余年，患病初期需患者照顾生活起居，目前基本自理。夫妻感情好。2个女儿，均体健。

体格检查：患者身高：170cm，体重：77kg，BMI 26.6。

诊断思路：

1、患者双下肢水肿2年。主要累及膝关节以下，指凹性水肿，右下肢稍重；双腿无紫绀、破溃，无静脉曲张；足趾无紫绀、坏死等。1年前双下肢感觉减退，麻木感，走路受限。曾于当地多家医院就诊，均考虑老年下肢静脉血管退行性变所致。

1) 患者心脏超声、冠脉CTA检查未见明显异常，NT-proBNP正常范围，心电图无明显缺血性改变、左心及右心衰竭相关改变。但患者出现心律失常（具体情况不能详述）1年半，卧床后轻度发憋喘息，活动后胸闷，半年；不出外心功能减低及心绞痛情况。且



患者高血压病史4年，慢性支气管炎病史10余年，需进一步复查患者心血管相关检查以明确心脏功能情况，除外心源性水肿。

2) 患者既往否认肝肾疾病史，肝肾功能检查基本正常，腹部CT肝肾结构未见异常改变。患者蛋白水平偏低，如因低蛋白血症导致水肿，应该是弥漫性表现，甚至出现浆膜腔积液，不应仅局限于双下肢。患者饮食正常，BMI26.6，无明显体重下降，不存在营养不良情况。

3) 患者双下肢静脉未见管壁异常及血栓形成；无浅静脉曲张。需进一步评估下肢静脉瓣膜功能改变情况及双下肢动脉情况。

2、患者脑梗死病史7年余，5年前诊断周身动脉粥样硬化病，高血压病史4年，血压最高190/110mmHg，平时血压控制到130/70左右。考虑高血压病3级。

3、结合患者既往病史诊断颈椎病、腰椎间盘突出症、前列腺增生症。

4、患者父亲脾气急躁，做事认真，遵循原则，社会道德感强；容易冲动，讲究清洁秩序；有烟酒嗜好；考虑存在OCD和OCPT倾向，冲动控制问题及物质使用障碍；均指向基底神经节发育问题。患者母亲讲究清洁秩序存在OCD倾向。家族中存在高焦虑遗传基因。患者遗传了家族的高焦虑基因，工作认真，责任心强，追求完美，社会道德感强，讲究清洁秩序，考虑存OCPT。患者爱人生病后一直由其照料，随着年纪的增大，体力下降，对爱人的照顾力不从心，经常纠结爱人病情的恢复，逐渐出现失眠；后因双下肢水肿影响活动能力导致患者出现情绪低落，脾气急躁等焦虑抑郁表现。考虑患者存在适应障碍伴焦虑抑郁。

综合以上考虑，初步诊断如下：

- 1、双下肢水肿原因待查？
- 2、高血压病3级
- 3、脑梗死
- 4、适应障碍伴焦虑抑郁 OCPT
- 5、颈椎病
- 6、腰椎间盘突出症
- 7、前列腺增生症

干预方案：

一、生物：



- 1、可应用弹力袜，间断抬高双腿等措施增加回流缓解下肢水肿。
- 2、低盐低脂饮食；监测血压、血脂水平。
- 3、药物治疗
 - 1) 口服阿司匹林肠溶片100mg/日抗血小板治疗；
 - 2) 给予他汀类药物如：瑞舒伐他汀片5mg/日调脂治疗。
 - 3) 根据《中国高血压防治指南2018》，建议患者降压目标为<130/80mmHg。考虑患者下肢水肿情况，建议停用左旋氨氯地平片，使用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素II受体阻滞剂（ARB）类药物联合袢利尿剂降压治疗。
 - 4) 继续使用草酸艾斯西酞普兰10mg/早，将米氮平增至15 mg/晚缓解焦虑。
- 4、双下肢水肿

患者所提供的检查结果考虑下肢静脉瓣功能不全的可能性较大，需进一步复查相关检查了解下肢血管病变情况，及心、肺及肝肾功能，神经系统相关检查，甲状腺功能等以指导诊疗。

二、心理：

CBT+正念减压。告诉患者自己年事已高，目前也有病在身，要对自己放低要求，把照顾爱人及家务事交给女儿们来处理。可以雇保姆来帮助自己料理生活。进一步完善相关检查，尽力找到发病原因，以针对性治疗。

三、社会：

患者生活在一线城市，医疗资源丰富。而且女儿就在医疗系统工作可以继续寻找资源来帮助自己诊治。

两位医生看会诊后，意见总结如下：

钟丽萍医生：

(1) 下肢水肿的成因和处理方案。水肿的问题可能还要做一些检查，判断是不是静脉瓣出了问题。因为深静脉和浅静脉之间是有一个瓣膜，像阀一样的结构，允许静脉血往一个方向走。如果瓣膜受到损伤，血流有时候会倒流，从深静脉就流到浅静脉，会造成水肿。如果是下肢静脉引起的水肿，一般情况下穿弹力袜，把脚抬高就会有帮助，还有适当吃一点利尿剂。但是如果动脉有问题，就不能靠抬高下肢、穿弹力袜，因为这样会进一步影响到动脉循环，所以要查清楚，才能给患者治疗的方案。目前可以服用一些利尿剂，可以



进一步减少盐的摄入。

(2) 心血管方面的检查和处理方案。该患者还需要完善静脉血流图，做心脏相关的检查。虽然已经完成了心脏的CT血管造影，但是这个不是很准，所以建议患者找心血管专科医生进一步检查心脏。患者的症状可能还有心绞痛，所以一定要把它查清楚，看看心脏的冠状动脉有没有阻塞，这会导致全身有没有力气的症状。因为看起来患者心脏的功能在下降。血压一定要控制，还有血糖控制在正常范围。从现在开始饮食治疗，减少糖、碳水化合物即大米、面粉之类的摄入。同时予以降血脂的药。右肾动脉已经出现狭窄，也要做进一步检查，看狭窄到什么程度，直接影响是否使用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI类）降压药。

张道龙医生：

患者说话没有力气，拿着东西也没有劲，第一可能与心衰有关系。第二可能是睡眠不佳，白天就没有劲。所以需要把药物调整一下，米氮平现在使用的剂量是7.5毫克，可以增加剂量，但尽量不用阿普唑仑。阿普唑仑相当于肌松剂，服用后使肌肉松弛，还能成瘾、抑制呼吸。所以虽然睡着了，但是氧气不够，肌肉处于松弛状态，这样容易导致呼吸抑制。现在服用的药物组合是艾司西酞普兰和米氮平，这两个抗焦虑药挺好。因为睡眠不好，米氮平可以直接加到15毫克，这样就解决了睡眠问题，肌肉也不会松弛，不会觉得乏力，焦虑也会减轻。

讨论环节

钟丽萍医生：

脂蛋白A（LPA），目前已经证实，血浆Lp（a）浓度的升高与早期冠心病，脑卒中、心脏手术后血管狭窄等动脉粥样硬化性疾病的发生密切相关。存在家族遗传升高。目前无有效药物改善其升高。事实上患者该指标有差不多800，如果高于300就已经超过限额了。该患者有全身性的动脉粥样硬化的可能性较大，可能要做造影才能确诊。患者所有检查都显示主动脉有粥样斑块，颈动脉有斑块，但他的下肢没有做检查。他应该首先查下肢静脉瓣膜的功能是不是完整。第二完成下肢动脉的超声检查，看有没有下肢动脉的栓塞，供血不全等。第三是要搞清楚右肾动脉到底狭窄多少？因为直接影响到是否能用ACEI。

另外，患者慢性支气管炎病史有10年了，他有长期的大量吸烟史，症状符合慢性阻塞性肺疾病（COPD）。要查肺功能，然后根据严重程度给与抗胆碱能药物治疗。对他的呼



吸有帮助，也可以改善他的精神状态。如果他喘息那么厉害，说不定COPD已经是很严重，需要判断是否需要用氧。如果他的氧分压很低，就需要用药物。相关检查都需要尽快完善。

张道龙医生：

该患者使用思瑞康是禁忌的，因为患者有脑血管病，记忆力很差，在访谈过程中他不断说重复话，这个病人有轻度的神经认知损害，所以这时候阻断多巴胺会更加严重。

科普知识

下肢水肿

责编 | 肖 茜

下肢水肿指小腿血管外的组织间隙中有过多的体液积聚，发生水肿的组织，体积增大，颜色苍白，镜下可见水肿液积于细胞和纤维结缔组织之间或腔隙内浮肿状。

一、常见病因

- 1、心力衰竭及腿部静脉炎是造成腿部慢性(长期)肿胀的两大主因。据临床实践表明，静脉炎常常会造成患者的一腿肿胀，而造成充血的心力衰竭则会使得两条腿都肿胀起来;静脉炎会引起疼痛，心力衰竭引起的肿胀则不会痛;造成腿部肿胀的各种疾病都有各自不同的发病机制及特征。
- 2、心脏病、高血压、病毒感染或是心瓣膜病变等疾病使心肌变得衰弱无力，这时心脏无法将血液顺利送入肺部，血液便开始倒流入静脉当中，然后就会汇流入位于心脏下面的器官-肝脏，使得肝脏充血而肿胀起来。如果情形未见改善，最后血液甚至会回流腿部的静脉里而形成腿部肿胀。
- 3、患有严重肾脏疾病的人，全身各处都会出现肿胀的现象，腿部、脸部或是手指无一幸免，之所以会发生全身性的肿胀，是因为蛋白质从尿液流失太多所致。
- 4、后期阶段较严重的肝病，会因两种机制而引起腿部肿胀。一种是因为肝细胞受到破坏无法制造足够的蛋白质，所造成的结果就像肾脏病变致使蛋白质流失所引起的状况一样;为了平衡血管内和血管外围组织的蛋白质含量，血液里的液体会流入组织内而造成组织肿胀。另一种就是肝脏有瘢痕(结疤)，使得从腿部流往心脏的血液无法通过肝脏，造成血液回流的现象。另外，腹腔里肿大的腺体或是肿瘤也可能会压迫到静脉，因而造成腿部的肿胀。
- 5、饥饿造成腹部肿胀及腿部现象是因为饮食中缺乏蛋白质，造成血液里的液体从血管中渗出、



进入身体的组织中，当腹部肿胀时，就是腹腔里容纳有这类的液体，这和肾脏、肝脏发生病变时的情况相同。

6、严重的甲状腺机能不足也会引起全身性的身体浮肿，当然也包括了腿部。形成此种症状的原因和前述肾脏及肝脏发生病变时的情形一样，都是为了平衡蛋白质在血管及组织内的含量，使得液体自血管中流出，进入组织内而引起肿胀。

7、药源性腿部肿胀：甲睾酮(Testosterone，最常用作治疗阳痿的药物)，长期使用类固醇，雌激素，口服避孕药，降血压药剂以及钙离子通道阻滞剂等等。

8、心包膜受到病毒或其他感染，或是施以心脏手术之后而发生病变，变得又厚又硬，这种情形会阻碍心肌的正常收缩与放松。结果造成血液无法充分流回右心室而溯流进入静脉，造成颈部静脉及腹部的肿大、最后则是造成腿部的肿胀。

9、如果脸部和腿部同时都有肿胀的现象，那可能是由于：甲状腺功能不足、某些导致全身性不适的过敏反应、心包病变而压迫到心脏、吃了经旋毛虫感染却又因烹煮不当的肉而引起的旋毛虫感染(旋毛虫病)，或是肾脏方面的疾病。

10、如果肿胀的腿部有棕色的色素沉淀现象，尤其是沉淀的位置是在脚踝周围时，则这种肿胀情形通常是慢性静脉曲张、下肢静脉瓣膜功能不全所造成的某种长期性疾病所引起的。棕色的色素沉淀是因为血液经过血管壁进入附近的组织里所形成的。

二、检查

诊断性穿刺组织液分析：皮下水肿组织液的分析，有助于疑难病例的鉴别诊断。淋巴水肿液蛋白含量通常很高，一般在1.0~5.5g/dl，而单纯静脉郁滞、心力衰竭或低蛋白血症的水肿组织液蛋白含量在0.1~0.9g/dl。检查通常用于慢性粗大的肿胀肢体，只需注射器和细针即可操作，方法简单、方便。但不能了解淋巴管的病变部位及功能情况。其他检查还有血常规，肌电图，心电图等。

三、治疗

1、积极治疗原发疾病。

2、缓解办法。包括抬高患肢、穿弹力袜、限制水盐摄入、使用利尿剂、预防感染以及捆绑疗法。



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

