

第 121 期

2020年5月1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

异·动

五月，春夏交接的时节里，刚刚好的灿烂阳光和盎然缤纷的草木花朵姿态迎来了充满爱和温馨暖意的母亲节。

今年的五月当然并不都是如此的艳丽与温情，经过了疫情的一番洗刷，无论身处任何行业，都已经开始明显的感受到所谓“不可抗力”带来的危机。庚子年之前，我们总喜欢假设的去谈论，“当一切剧烈变动时，该怎么应对？”的话题，现在变动真的来了。而且是地球上的每个人都身处其中、无人幸免时，无奈、恐惧、悲愤、怜悯……情感冲击剧烈而复杂，我们亲历着世界的晃动，似乎任何固执于静止的选择都会带来倾颓，唯有不断振翅飞行，才能在晃动中飞行前进！是的，以动治动，以飞行治变动才是此时此刻的对应之法吧。

我们心中往往存在对于安定的渴望和对变动的恐惧，或者说我们连所谓“期待变动”都总会不自主的预设变动是向前的、好的、优质的，所以当真正面临可能产生出的负性的变动，我们容易感觉折磨。而事实上痛苦与折磨之间并没有必然联系这件事有多少人能时时作为一种价值观提醒自己。正如我们在 ACT 理论当中的发现：通常是我们执着于自己的痛苦，对对自己生活的判断取决于自己感受到什么而不是做了什么才使得我们作茧自缚。

美利华在变动当中也迎来了许多的生机——疫情之下启动的心理援助热线走向平稳成熟；从观摩督导到可直接参与督导增加了更多的互动环节；危情之下的正念体验的分享式活动如同磁石一般汇聚着越来越多的人。

新一年课程，新一年的成长，美利华在变动当中持续前进，因为团队的灵魂人物知道什么才是有价值和有意义选择。

日新月异，动力生长！





\\ 本期导读 //

【精神医学临床访谈】 5

一例转换障碍的临床访谈

- 案例报告示范
- 访谈实录及分析
- 讨论及答疑

【访谈理论篇】 18

转换障碍：用身体为情绪打造舞台

【全科医学】 23

当全科医学面对“双心”医疗

- 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】 27

图文解说高血压



精神医学临床访谈

与上期的精神医学访谈来访者相似，本期也是一位年过六旬，在生活中遍尝了苦辣酸甜的初老女性，但对于她来说，情绪低落但心理之苦，说不出又道不尽，化作为躯体上的各种悲鸣。为了这里痛那里酸，她也看了不少病吃了不少药，但都似乎难以化解。究竟痛从何处来，病情真容如何，且看本期——

一例转换障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生

林冬梅 医生

责编 | 王剑婷 心理咨询师

【基础信息】

性别	女性	年龄	66岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	初中	婚姻	已婚
病史提供者	本人及丈夫	职业	库管员（已退休）	病史可靠性	可靠

主诉：“因躯体不适，记忆下降5年来访。”

现病史：患者于10年前出现连续白天打嗝10天，之后出现躯体不适，表现为从头到颈部、到胸部、腹部的紧缩感，像绳子勒着一样，往一起聚的感觉，两侧都有这样的感觉，但是左侧明显，伴有下颌左右摆动。发紧的感觉，让患者头晕，站立时有时向左侧倾斜，感觉发沉发紧，但不是无力感。胃口不好，因为发紧的感觉而吃不进去东西，因不适感而心烦，心情不好，夜晚入睡困难，但晚上入睡后上述症状全部消失。曾就诊于多家医院，到精神科诊断是躯体症状障碍、抑郁症，到神经内科诊断又不是抑郁症，多家诊断不一致，并且治疗效果不好。曾经服用过多种药物，如圣约翰草提取物、黛力新、盐酸多塞平、帕罗西汀、欣百达、舒必利、草酸艾司西酞普兰、富马酸喹硫平、盐酸舍曲林、利培酮、盐酸苯海索、美多芭等药物治疗均无效果，住院期间曾进行过3到5次心理治疗效果不佳，其中舒必利断续服用至一年前，每日0.2克，每日两次，服用欣百达的时间长达5到6年左右，开始是60毫克每日一次，后增加到120毫克每日一次，然后增加到120毫克每日三次，服用了7到10天，因为没有效果逐渐减为120毫克每日两次，服用了10到12天，又减为60毫克每日一次维持治疗。患者及家属坚持服药的理由是，虽然药物治疗没有效果，但是担心停药之后病情会加重，还不如现在，所以一直坚持服用。一年前又再次就诊于某医院，经会



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



诊后建议停用所有的药物，故停用。停药之后病情无明显加重，也无明显好转。半年前开始服用美多芭0.25克，每日两次，仍然无效，一个月前停用。近一个月服用两种药物：舒必利0.1克，每日两次；盐酸苯海索4毫克，晚口服。服用舒必利后食欲改善，目前晚上睡眠不需要辅助药物。自发病以来上述躯体不适没有一天消失过，整体感觉近10年是略有加重。

既往史：两次手术史(均是10年前，患者发病前):甲状腺良性肿瘤切除术，白内障手术。无药物过敏史。5年前开始出现记忆力下降，丢三落四，做事马虎，说什么事情一转身就忘记了，无找不到家及不认识家人的情况。记忆力下降的情况略有加重，近两到三年来经常出现腹泻，吃凉东西后会加重，中间停药一年的时间也经常发生，间断服用柳氮磺吡啶肠溶片，复方地芬诺酯片，具体剂量不详治疗，腹泻有所减轻，但会胃口不好。血压为正常的低值。做过多种检查，胃镜检查未见异常，多次头CT检查，有报告未见异常，有报告老年性脑改变，或者是脑萎缩。查MMSE显示是智力在正常范围，注意力、记忆力有减退的趋势。

头部核磁共振 (fMRI) 2012年，左侧额顶叶皮下及双侧脑角后角旁散在小腔隙灶、脑萎缩。颈部血管彩超提示双侧颈动脉内膜增厚，伴右侧斑块形成。

在2017年的时候，又做了一次头部fMRI，提示双侧大脑半球多发缺血灶，轻度脑白质脱髓鞘改变。

2017年血脂检查甘油三酯胆固醇都增高，2017年查维生素B12和叶酸均下降。

个人史：胞三行末，一哥一姐，出生正常，一般的爱干净、爱劳动、性格偏外向、急躁、爱发脾气。丈夫叙述其心大，不爱担心，但无兴趣爱好，街坊邻居关系比较好。

婚育史：患者适龄结婚，丈夫是技术工种，主要是自动控制和机械制图方面，已退休10年，退休后帮电视台做事情，近两年因患者身体不好而辞职。外向，对事情要求严格，追求完美，对工作尽职尽责，要求卫生高，希望家里是干干净净、整整齐齐，常在卫生方面发牢骚，但患者保持沉默，不吵架。兴趣爱好多，会做曲，好多剧团都找其改谱子，育有一子，性格马虎，10年前因车祸单侧下肢部分截肢，车祸两年后离婚，现已又再婚，一家5口在一起生活，目前儿子已经学了一个新的手艺，做按摩师，可以养活自己一家三口人，一个孙女，性格像爷爷，对自己要求严，并且井井有条，追求完美。

家族史：患者出生于革命家庭，父亲是公安局长，明显的爱清洁，要求特别严格，要求家人做事不能给家里丢脸，要求女儿做库管的工作不能出一丝一毫的差错，要求完美。母亲



是一般的爱干净、朴实、内向。哥哥和患者的性格比较相似，像妈妈一些。姐姐性格像父亲，要求严格、追求完美，偶有睡眠不好的情况，有过甲状腺的问题，具体不详。

精神检查：

一般情况：患者营养中等，身材匀称。时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量少，言语流利，有逻辑性。

情感活动：情绪低沉。

感知觉：正常。

思维活动：没有明显思维逻辑障碍。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

辅助检查：未做

【病历小结及概念化】

患者出生于一个革命家庭，父母要求极其严格，焦躁、追求完美，要求患者在工作中不能犯错误，做好出纳及库管工作，不能占公家一点便宜，患者受父亲遗传及教养方式的影响，在工作中认真，患者平时没有兴趣爱好，只是一日三餐做饭、弄家务，爱劳动，但人际关系较好，在退休后清闲了许多，老了的时候，突然小孩出了车祸，压力增加，同时不善于表达，苦水没有倒出来，变成只能聚焦身体，天天就是愁眉苦脸。心理的压力转到了身体上，使得心理疾病躯体化。

初步诊断：转换障碍。

治疗：

生物方面，首选运动和饮食改善。多做运动可以有效有效缓解患者的焦虑，同时让患者改为低脂饮食。药物治疗方面，逐渐停用舒必利和盐酸苯海索治疗，建议使用米氮平，主要考虑到患者现在BMI不高，食欲差，可以从小剂量开始逐渐增加剂量。富马酸喹硫平为次选择。

心理治疗：主要正念减压，在医生的指导下想一些东西。举个例子，吃葡萄干，别咽下去，就是嘴里含着，用舌头尖去数那葡萄干有多少褶，数啊数，数的过程中就聚焦在这上面到一定的时候，再用两个牙尖把它咬两个小孔出来，唾液就进去了，再慢慢挤出汁来。5分钟吃一个，不是吞下去，这样练一练脑袋就没有这问题了。不想吃葡萄干，可以跟老伴一起到园子里散步，去数杂草有多少根。在数草的过程中，这脑袋就注意到草。经过这样的反复练习，意念就被控制了，这就叫正念，让注意力注意到别的地方去，是心理咨询





的450多种方法中的一种。

社会层面：关于儿子的事情，可以让老伴多做一些，患者别着急上火。孩子已经残疾了，这是没办法改变的事实，但是人家现在有小孩，又再婚了，日子过得也不错，也有手艺了，能帮多少就帮多少。自己身体好，不需要他照顾就行了，那不要着急为他们的未来着想。

主诊医师：林冬梅

2018-09-18

【访谈实录】

1. Z 医生：我是 Z 医生，讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：就是这个躯体方面，沉得慌。
3. Z 医生：整个胸部以下都发沉，是这意思吧？
4. 来访者：嗯。
5. Z 医生：多长时间了？
6. 来访者：这时间不短了，有 10 年左右。
7. Z 医生：10 年是吧？
8. 来访者：嗯。
9. Z 医生：总是这一个症状吗？还是说除了这个还有其他症状？
10. 来访者丈夫：她主要症状就是头部、颈部、胸部、腹部，这一段的，是吧？
11. 来访者：嗯。
12. 来访者丈夫：身体左边厉害的，就像绳子绑住一样，感觉勒得特别受不了，难受，老是解决不了。
13. 来访者：胃这也那么沉重。
14. Z 医生：她说这个病是有 10 年左右了？
15. 来访者丈夫：有 10 年左右。
16. Z 医生：她是什么时候退休的？
17. 来访者丈夫：退休？退休有七八年了吧。
18. Z 医生：七八年。她退休之前这个问题重吗？
19. 来访者丈夫：没有。
20. Z 医生：没有？



32. Z 医生：在家里跟她互动多吗？因为你原来工作精益求精，很多能量。
33. 来访者丈夫：就一般吧，也没什么，就是一般过日子呗。
34. Z 医生：我的意思您过去什么事都爱精益求精、爱追求完美，爱好很广泛，那你在单位里头就消耗掉这些能量了。你现在退休在家，都做什么呢？
35. 来访者丈夫：在家里边也没什么，我搞摄像什么的。
36. Z 医生：你跟太太之间，对她有一些要求吗？
37. 来访者丈夫：没有。
38. Z 医生：你在家里帮收拾东西，没有这压力？
39. 来访者丈夫：没有。

来访者人格及气质上的特点

访谈开始不到几分钟，来访者的丈夫就开始替妻子回答各种问题，妻子语言也感觉含混无力，展现出夫妻两人不同的性格特点。从初访资料中可知，来访者自幼成长环境中父亲一丝不苟，对家人要求严格，母亲则内向少语，来访者自身的婚姻当中也有着父母婚姻的特点——丈夫严谨讲卫生，外向，而她则与母亲在家庭中的角色与母亲类似，某种程度上这可能都展现着来访者的人格特质，这部分对性格观察不但有助于理解来访者的行为模式，对诊断有效，在以后的心理干预当中也值得与来访者一起思考并讨论。

40. Z 医生：你的小孩出车祸是什么时候？
41. 来访者丈夫：小孩出车祸也就是 10 年以前吧。
42. Z 医生：也是 10 年以前？
43. 来访者丈夫：嗯。
44. Z 医生：小孩出车祸以后谁来照顾他？
45. 来访者丈夫：照顾孩子吗？那就是我们两个，以我为主。
46. Z 医生：以你为主，但是她的负担，是比她退休以前增加了？
47. 来访者丈夫：按说是不增加，没事。
48. Z 医生：但她着急上火吗？
49. 来访者丈夫：孩子出事了以后，她着急上火呗。
50. Z 医生：我听说孩子离婚了，重组家庭了，这事对你的打击大，还是对她打击大？
51. 来访者丈夫：打击都不小吧。
52. Z 医生：都不小，一般说，这么大年龄的孩子都出去了，你等于可以颐养天年了。



53. 来访者丈夫：嗯。

54. Z 医生：现在突然他得在家里需要人伺候，都是意外发生了……

55. 来访者丈夫：对。

56. Z 医生：那他有没有说过或者哭诉，比如哭诉一下“怎么会变成这样？”

57. 来访者丈夫：也没有说什么，她不爱表达。

58. Z 医生：她年轻时就不太爱讲话？

59. 来访者丈夫：她年轻的时候也爱说爱笑的。

60. Z 医生：那什么时候不爱说了呢？

61. 来访者丈夫：就是得了病以后。

62. Z 医生：退休了按理说应该人就放松下来了，在你的小孩出车祸这件事，让你还着急上火吗？

63. 来访者丈夫：当时上火。

64. Z 医生：那现在呢？

65. 来访者丈夫：现在也就这样了，也没有，着急也是这么两下，也没用了。

66. Z 医生：你跟你的丈夫年龄差不多对吧？

67. 来访者丈夫：差不多。

68. Z 医生：我感觉到你的状态就像是颐养天年那样的，她好像是愁眉苦脸的。

69. 来访者丈夫：她现在就是老是愁眉苦脸，振作不起精神，精神还不集中。

70. 来访者：我就是脑袋这儿、这一条这么拽得慌、抻得慌，这半部分像裂开。

概念化的形成

应激事件：退休+儿子车祸；长期性存在：性格内向不擅表达；这样的叠加使得来访者成为现在坐我们面前的这位：少言寡语，对躯体症状说的还没有丈夫表达的多，不是疼痛，也说不出具体问题，只是身体感觉难受，后面76段还提到胃不好时不时还有呕吐的问题，这听起来都更符合转换障碍中“精神性的”问题。而且应激源明显且持续，加上教养环境及性格特点，心理问题躯体化似乎更吻合于她的精神动力学考量。

71. Z 医生：我知道了。你老伴儿得的这个病是常见病，没有什么器质性的病变，所以你检查也检查不出来，你也查不出任何问题。

72. 来访者：对对。



73. Z 医生：这个病叫转换障碍，就是**心理疾病躯体化**。像你老伴他有很多爱好，比如作曲、摄影等等。像刘晓庆六七十岁看着跟“小姑娘”似的，越整越年轻，因为她总是快乐，看到这些演员们你就觉得特别好，为什么？是因为他精神快乐、爱好多。
74. 来访者：对对。
75. Z 医生：你实际上是有苦没说出来，退休以后你仍**不能放松**。你小的时候受父亲管，听起来你父亲是挺严格的一个军人，追求完美，让你别出错，你是在这么一个严格管教的家庭中长大。老了的时候，突然小孩出了车祸，这就像石头一样压在你的身上，你不像你丈夫爱表达、爱说，你没法说出来。**这心理的压力转到了身体上，就叫心理疾病躯体化**，这病叫转换障碍。它是个功能性的病，不是真的哪个神经有问题了，也不是哪个胃有问题了，通通都没有。你是苦水没有倒出来，变成你只能聚焦身体，天天就是愁眉苦脸。
76. 来访者：胃有时候吃东西往外吐。
77. Z 医生：跟植物神经有关。是因为你的病在脑子里头，这些都是植物神经过度活动的表现，所以得怎么治呢？第一个生物学治疗，从现在开始学会运动，运动降低焦虑，运动改善睡眠，运动就使你躯体的感觉都聚焦在运动上。还得用药，用药物来降低你的焦虑。第二心理咨询，比如正念减压，在医生的指导下你想一些东西。举个例子，像正念吃葡萄干，不是一下子咽下去，先在嘴里含着葡萄干，用舌头尖去数那葡萄干有多少褶，数啊数，数的过程中自己的心思就聚焦在这件事上面，体会葡萄干的味道、带给自己的感觉，然后到一定的时候，再用两个牙尖把它咬个小孔出来，这样一点点的咀嚼、品尝。练习花更长的时间吃一个葡萄干，而不是一下子吞下去，这样练一练的目的是让你有意识的把自己的思维拉回到当下，关注此时此刻自己的状态，而不是沉浸在过去，或某些痛苦的事情当中，这样慢慢地思维上那种焦虑、纠结往事就没有了。如果不想吃葡萄干，可以跟老伴一起到园子里散步，去数杂草有多少根，同样的道理，在数草的过程中，这脑袋就注意到草。经过这样的反复练习，学着控制意念、提高自我觉察，而不是任由自己低落或烦躁，这个过程的练习就叫正念练习，也叫正念减压，是当今心理咨询的 450 多种方法中的一种。社会层面，关于儿子的事情，可以让老伴多做一些，你就别着急上火。孩子已经残疾了，这是没办法改变的事实，但是人家现



在又有小孩，又再婚了，日子过得也不错，也有手艺了，能帮多少就帮多少。你自己身体好，不需要他照顾你就行了，那你就不要着急为他们的未来着想，你脑袋里要还是急他们，这一急就容易出现躯体症状。好了，还有别的问题吗？

78. 来访者丈夫：肠胃现在还不好？

79. Z 医生：我刚才说了，她没有肠胃的病，她是脑子有毛病带来的，这肠胃受脑袋控制，是脑子有病引起躯体变化。

80. 来访者丈夫：那现在主要一点什么呢？如果她这个勒得慌、拽的慌的感觉没有了，就算没病了，算好了？

81. Z 医生：正确的。但是她根本不是哪块肌肉有问题，也不是哪根神经有问题，是脑子有毛病了。你看她的精神状态，一看就是那种苦大仇深的感觉。实际上自己一辈子这么多贡献，把老公伺候得这么好，把小孩伺候得也不错，那车祸也不是你带来的，剩下的时间你得享受，你不能再苦大仇深了，要不一辈子不净吃苦了嘛。小的时候父亲管，长大了老伴、小孩管，你这一辈子没太享福。所以记住，生活好好去过。清楚了？

82. 来访者：嗯嗯。谢谢。

83. Z 医生：谢谢你来会诊。再见。

概念化为诊断服务，诊断是为了治疗服务

提问，是评估阶段必不可少的工作。然而提问的方向、引导的模式、对来访者问题的推测及考察等等一系列复杂的部分如何有效的完成，对每个临床工作者都是考验。临床中要求在1-2次的访谈中做到如下内容：来访者所呈现问题的本质，来访者的背景和成长史，临床工作者对于潜在的疾病模式的理解，并基于自己咨询师/医生等不同的职业身份给出评估结果。事情并不是到此结束的，评估的结果需要的不是临床工作者的思维游戏，而是为了向前来寻求帮助的来访者提供所在机构所能提供的服务，以及来访者所预期的治疗结果进行匹配的过程。因此，道龙老师曾经说过，概念化要“兜售”给来访者。而好的概念化，是对病人的理解，是对来访者更深层次的共情。

【督导小结】

这病人一进来的时候，就会明显的感觉到“苦大仇深”，一脸的愁容。年轻的时候，她在工作上追求完美，所以什么症状也都没有。自从退休以后，老伴回到家里，很明显老



伴是个要求比较高的人，无形中会给她增加一些压力。更不幸的是，儿子突然出车祸，还落下了残疾，儿子的婚姻也受到了巨大的冲击导致离婚。在这种压力下，就会容易出现症状。她本身文化水平不算高，教育程度也比较低，所以往往通过躯体化的症状来表现心理上的压力与打击。

生物学治疗：首先是运动，药物方面用米氮平、思瑞康类的药物，但是注意，我们的目标不是改善她的胃肠道功能，而是减轻SSRI类药物之前对胃肠功能引起的副反应。心理治疗方面，通过练习正念来帮助她更多的关注当下，而且正念练习不需要太多思考或学习，文化水平不高的人也同样适用。社会学因素：缓解她的压力，老伴和儿子的生活给她带来的压力看起来都太大，需要合理减压。只有这样综合治疗，转换障碍才能够变轻。

【初诊医生的反思】

回想我昨天采集这个案例的过程中，关于时间节点、有没有促发因素、有没有加重因素、压力源，其实我也是采集到信息了，但是在概念化的问题上出现了偏差。

通常来讲，在很焦虑的背景下，或者本身就焦虑水平高的情况下，在出现躯体症状障碍的时候，她会非常主动愿意倾诉，“我的症状是什么，我都是哪里不舒服”，会附着很多除了躯体症状之外的焦虑相关的表现。但今天这个患者并没有那么高的焦虑，反而就像老师说的就是苦大仇深的感觉，满脸的抑郁，不开心、不高兴的状况。还有一点体会，虽然在躯体症状障碍和转换障碍两个疾病当中，都可以出现关于躯体症状的表现，但患者面对压力源的解释，以及背后的精神动力是不一样的。在转换障碍当中，患者因为她本身性格内向，本身有很多东西无法诉说，等到她环境周围发生了巨大变化时候，她的压力无处释放，所以她会压力转换到躯体不舒服这样的状态。所以说，从精神动力上来看，躯体症状障碍和转换障碍之间还是有很大的区别和不同。

【现场答疑】

提问一：今天能看到一直都是患者的老伴儿在主诉，患者的话比较少，比较低沉的状态，一直耷拉着脑袋，也都不愿意说什么。我有一个疑问是，看起来她似乎不是那么焦虑的，是因此才不诊断为躯体症状障碍吗？因为躯体症状障碍的人，一般会更焦虑，一般说自己的这疼那痒，过了一段时间又转移到其他地方，或者说一些别的症状，老师是因为看到她这个状态才会觉得是转换障碍吗？



督导回答：不是状态，是她自己在描述些什么。来访者不太善于语言表达，其实是苦水倒不出来，感觉到她的精神压力很重，而且躯体症状一般没有时间节点，重点是说这疼那痒，可患者丈夫却明显的说出患者在“退休之前是个什么事都没有的人”，退休，加上孩子致残以后，她这些症状就都出来了，再加上她本身就是个不爱说的人，爱好不算广泛，文化水平不高，这样的病理模式我考虑更倾向于转换障碍。

提问二：老师有没有考虑她神经认知功能这个方面的问题？还是因为她的记忆力并没有太明显的问题的，所以不考虑是这方面的问题？

督导回答：是的，跟患者的对话过程中没有感觉到这是她的主要问题，先要把转换障碍治疗好。假如有痴呆，我认为也是假性痴呆，当然这个患者确实是有血管性的神经认知障碍的风险因素，我们暂时留着未来再去说，先治疗能治的。

提问三：老师建议患者使用米氮平或者是喹硫平，米氮平确实可以改善她的睡眠、改善她的躯体症状和焦虑了，但是我会担心米氮平会不会增加血脂方面继续升高的风险？

督导回答：米氮平没有这副作用，确实有人会增重，可是她现在胃口不好，胃肠道反应不好，用米氮平阻断五羟色胺3受体后，她会觉得胃肠道舒服一些。

提问四：使用喹硫平是否需要担心可能增加的对记忆力方面的影响问题？

督导回答：用药上首选是米氮平，次选喹硫平。她主要是血管病变风险因素更大，确实核磁共振看起来有很多腔隙性梗灶，有脱髓鞘病变，这些都是血管性的因素，她不是多巴胺少带来的，只要血管供血系统不破坏，就没有直接的影响，她没有家族史，她本身现在看起来也不痴呆。但是现在得解决睡觉的问题、植物神经亢进的问题、心理压力的问题。

提问五：这个病人如果加用加巴喷丁，您觉得如何？

督导回答：第一，加巴喷丁治疗的是以疼痛为主的焦虑。第二，对于缓解睡眠没有作用。第三，加巴喷丁没有改善食欲的作用。加巴喷丁只是治疗焦虑，抗焦虑作用不如米氮平和思瑞康，所以要根据具体的情况选，像这样的患者我不会首选了。



提问六：案例中患者的孩子车祸很多年了，现在生活上已经明显的好转了，也再婚了，一家五口现在又生活在一起，我是感觉到儿子的整体状况是在逐步逐步的好转，那为什么患者还是这么想不通？为什么会有明显的心理冲突导致她处于转换障碍？

督导回答：她的压力没有减轻，因为这些事还都没变：老伴退休了，在旁边找她的麻烦；孩子还是残疾。其实是添堵的事还在，只是比最差的情况好一点，所以说她的转换障碍没有自动解除，只是她的程度轻了，她的病并不跟她的程度成正比。

问题七：这个案例其实也很像适应障碍的模式，如果她不是更聚焦在身体的不舒服，要是以情绪为主，其实也可以说是一个适应障碍？

督导回答：正确。所以说这两个疾病需要鉴别，本质区别是什么？适应障碍是因为生活中有难以承受之重，变成了适应不了，出现的是心理的疾病，抑郁、焦虑，伴有行为障碍。但是这个患者是说不出的痛，变成了能够说明白的躯体症状，并没有说抑郁、焦虑，有行为障碍，她的主要过程就是一脸的苦水，不是强调自己的心理的变化，仍然是说躯体问题。

【编后记】

通过现有研究发现，作为个体，成长环境中的家庭内部矛盾、健康问题或丧失哀伤问题、不安全的依恋关系都可以成为转换障碍发生的影响因素。日后当个体遭受疾病困扰，或者同样在混乱无序的家庭环境生活都可能出现转换症状。通常，我们会观察到转换障碍的患者往往如本期案例中的来访者一样，或是儿童、或是缺乏顺畅的情绪表达者，其人格特质，以及长久以来对情绪的习惯性压抑不无关系。因此具备类似人格特质的患者在面对自己或亲密关系中的重要他人可能遭受威胁时，情绪信号之前就存在的持续警戒已经可能在躯体上“做好准备”，其结果就是应激会导致情绪信号的增高，从而形成转换症状。另外，如本期来访者一样，转换障碍患者在利用家庭环境作为支持系统方面可能一直存在某种困难，本期来访者父亲的严苛和婚后丈夫的一些强迫行为如出一辙，因此长久缺乏求助与释放的能力，当环境发生改变、应激事件一旦发生、女性，特别是心智化能力弱的人群更容易罹患转换障碍。虽然目前针对老年人转换障碍发病鲜见专项调查，但考虑老龄期所面临的各项因素，以及国内当前中老年人群所处的群体特征，不难推测老年人成为转换障碍的高危发病人群。

随着我国人口“老龄化”的到来，老年人在我国人口中所占比例逐年增大。据相关



部门数据公布，截至 2017 年底，在我国国家 60 岁及以上老年人口有 2.41 亿，占我国总人口的 17.3%。同时，我国的人均寿命也在不断延长，2015 年人均预期寿命已经达到 76.34 岁，预计在 2030 年，我国人均预期寿命将达到 79.0 岁。

与老年人身体的自然衰老相呼应，家庭状况、生活方式、养老模式等方面的诸多情况，都与老年人群的心理状况息息相关。首先身体状态的好坏就对老年人心理健康有着较大的影响。假如长期罹患某种身体疾病、面对逐步失能所带来的躯体上的痛苦和经济负担，对老年人造成了的心理影响则不言而喻。这在美利华的全科案例中我们已经有多次案例呈现。加之由于退休以后社会生活和收入两方面都在减少，抗风险能力不断减弱，生活中一旦因子女问题、健康状况、家庭矛盾等出现负性事件，就会直接激发老年人产生各种心理问题。据美国的一项调查发现，达到某些诊断标准的心理障碍者中，65 岁及以上者占了 23%。而在莫斯科，大概 11.6% 的老年人有情绪障碍。

改革开放加速经济与社会大踏步的前进，由于历史原因使得 50 后、60 后中有不少人在接受教育、思想观念等各方面与 70、80 后有较大差异，相较于之前的社会形态更容易造成代际间的思想碰撞与摩擦，这其中以婚姻观念、育儿理念、养老模式都有着不同程度的体现。因此，在生命的中后期，中国的老人一边拖着逐渐衰弱的躯体，一边为子女看孩子、特别是解决孕产期及孩子入托前三年的育儿问题，到了孙辈长大，和成年子女共同居住的老年人，由于思想观念、生活方式、生活习惯等方面的差异，彼此之间难免会产生矛盾、冲突，这种代际关系也会增加老年人的心理痛苦与孤独感。而自己开始不能自理的阶段又限于子女经济条件及生活布局的差异，需要彻底退回老老相护或干脆住进养老院的结局……而这一系列的过程演进无不与老人的心理健康高度相关。

老年人的身心健康已成为我国国家层面及健康服务领域所关注的话题。我们也期待更多的心理工作者能够关注老年人群的心理状况。针对老年人群的特征从咨询、治疗思维转入预防性的思路，针对全世代进行心理健康科普，使年轻一代更加了解、关注老年期心理特征及变化，从环境角度减少老年人可能发生的摩擦。发生问题，除现有的心理治疗思路之上，以支持性的，更具有人文关怀的心理策略对老年群体进行干预与治疗。



访谈理论篇

上期期刊中我们介绍了专栏文章《情绪，身体不会忘记》，意为揭示身心一体的诸多现象，提示我们心理与身体之间的转换发生在不知不觉当中，假如看到体检报告中健康指标上的变化，只把关注点放在躯体症状层面，容易忽略症状背后自己的情绪状况。而本期精神医学案例当中所展现的转换障碍问题，更可追溯至1000多年前即被精神医学先贤们发现其特殊的存在，今天我们就来看一看这个“老问题”是如何演进至今，并同样以我们的身体为舞台呈现的——

转换障碍：用身体为情绪打造舞台

作者：王剑婷 心理咨询师

张道龙 医 生

转换障碍 (conversion disorder) 乍一听可能感觉有些陌生，不过提起癔症，大约从来没有一种精神病症距离老百姓如此之近。在笔者生活的西北地区，连没有文化的老人们都知道“发癔症”这个词，那个情形大约是指人在梦醒时或受刺激情况下突然发生的情感暴发、躁狂性表现、异于常时的哭笑及情绪失控，某些时候还会出现某种意识上的混沌或朦胧状态，讲究点的人对这些状况会换上一个词说“歇斯底里”，但其实与癔症 (hysteria) 完全是一个词，只不过一个是音译，一个是意译。那么百姓眼中和癔症与精神医学专业领域对癔症的定义究竟有何异同？

何谓癔症

癔症原指由精神因素，如生活事件、内心冲突、心理暗示等作用于易病个体的精神障碍表现。这个名词从诞生之日起，就因表现形式丰富多样而令人眼花缭乱，临床诊断中较难把握。

癔症主要表现是指精神刺激的情绪反应，接着出现躯体症状，一旦躯体症状出现，情绪反应便褪色或消失，这时的躯体症状便叫做**转换症状**。

转换障碍最常见的症状为痉挛发作，又称假性癫痫发作，患者因为情绪激动或受到暗示突然发作，发作无一定形式，可以表现如四肢挺直、肢体抖动、抽搐、痉挛或角弓反张，呼之不应，发作过程中有时伴以肢体的各种动作或挣扎状，如揪衣服、抓头发、捶胸、抓人，在床上翻滚等，历时数分钟到数十分钟不等。转换症状还可以表现为肢体瘫痪、失明、失聪、色盲、失音；以及各种躯体症状，如腹痛、呕吐、头痛、心悸、气促、过度换气等。而转



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



换症状的确诊必需排查器质性病变，也就是说症状本身经过检查不能或不足以解释这些障碍表现及其严重程度。

学说演变

癔症在精神医学领域的出现由来已久，是精神医学诊断术语中最为古老的病名之一。

早期理论认为癔症属于器质性病变。由公元前 1900 年由埃及医生首先提出“hysteria”，意指子宫在妇女身体内游弋而引发疾病，只要让游动的子宫复位，病情就会好转，而这一说法被古希腊医学先哲希波克拉底接受，因此癔症的“子宫游走学说”被沿用了一千多年。

19 世纪的法国学者在实施催眠时发现癔症患者极易被催眠，而易被催眠的人群当中癔症的发病率又明显高于其他人群，因此研究者们逐步认识到暗示与症状之间的相关性。到了 20 世纪弗洛伊德的精神分析理论开始逐步占据精神治疗的主导地位，精分学说中通过安娜欧的病例，对癔症解释为幼年时代对性本能的压抑造成了成年后的发病，这种被压抑的本能冲动通过其他途径表达出来，被转换成为躯体症状或不适感，弗洛伊德把这类躯体障碍称为转换性神经症。症状包括偏瘫、昏迷、失聪等，至于躯体表现为何种形式取决于个体退行至哪一个心理发育阶段。这个时期癔症的主要病因被理解为精神动力学因素。

认知行为科学的研究发现，从行为认知的角度观察癔症所表现出来的症状和功能缺失类似某种习得性行为，这些行为在试图获得其他人的关注或者避免不愉快场景时得到强化，而这些发现与一直以来癔症人群在文化教育程度、性别、经济条件、居住区域等人口社会学因素也表现出一致性，间接的支持了这个理论角度。

而随着脑科学的发展，发现癔症患者虽不存在器质性的损伤，但存在大脑的功能性失调。神经学研究主要关注点在应激、压力、情绪等所导致的神经活动变化上。

(注：理论发展到不同时期癔症名称本身也在发生变化，在本段中暂且统一使用癔症一词以便于理解。)

病名的变迁

如上所述，由于癔症问题数百年来在跨文化中不断流传演进，引起了多范围的解读与歧义，这一疾病的污名化问题也逐渐被重视，因此在研究的不断推进当中，病名也逐步开始分化、变迁。

美国精神医学学会早期定义癔症是一种以分离症状和转换症状为主的精神障碍。《精神障碍诊断与统计手册（第三版）》（DSM-III）在 1980 年则取消了“癔症”这个疾病



名称，改为“**分离转换障碍**”。上世纪90年代初，DMS-IV将转换障碍放在焦虑障碍分类下，将分离障碍作为一个疾病单元单列成章节。自DSM-5起诊断名称正式变更为**转换障碍**，从焦虑障碍分类下划出，归类于躯体症状障碍及相关疾病的单元内。而分离障碍仍旧作为独立章节存在。

与此同时，世界卫生组织的《国际疾病分类（第十版）》ICD-10精神与行为障碍分类中去掉了“癔症”这个大的疾病单元，但在分离转换性障碍的诊断分类下还是存在带有“癔症性”的疾病名。在2018年发布的ICD-11中在多项诊断中与DSM-5显示出较高的一致性，但同时基于各种因素考虑，不再使用转换或类似描述。仍沿用**分离性障碍**（dissociative disorder）为名称形成独立章节，其中分离性神经症状障碍（dissociative neurological symptom disorder）的18种分型中也剔除了癔症性的病名。

症状描述与命名的不断变化也体现出转换障碍的复杂性。

当前**转换障碍 (conversion disorder)** 根据DSM-5的诊断标准包括以下四个方面：

- A、一个或多个自主运动或感觉功能改变的症状；
- B、临床检查结果提供了其症状与公认的神经疾病或躯体疾病之间不一致的证据；
- C、其症状或缺陷不能用其他躯体疾病或精神障碍不更好地解释；
- D、其症状或缺陷引起了有临床意义的痛苦或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害或需要医学评估。

转换障碍的风险及预后因素

气质性：适应不良的人格特质通常与转换障碍有关

环境的：可能存在儿童期受虐和被忽视的病史。经常存在应激性生活事件。

遗传和生理的：存在可引起类似症状的神经系统疾病，如非癫痫性惊厥在有癫痫的个体中更常见。

病程影响因素：症状持续时间短以及对诊断的接纳，是正性的预后因素。适应不良的人格特质，存在共病的躯体疾病，以及存在伤残的人士，可能都存在一些负性的预后因素。

性别差异：女性较男性高发2-3倍。

治疗思路

药物治疗：精神活性药物未显示出对此类障碍有特别的疗效，但选择性5-羟色胺再摄



取抑制剂 (SSRIs) 和5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRIs) 对于转换障碍患者表现出的焦虑、痛苦及易激惹都可能在一定程度上见效，而且抗抑郁药治疗对躯体形式的疼痛有效，因此如果转换障碍的患者中有报告疼痛者，SSRIs和SNRIs也可能有效。

总体而言，转换障碍的用药目的在于降低患者的当前的症状程度，以帮助其更容易接受心理治疗。

心理治疗：转换障碍作为“心理问题的躯体化呈现”，也就是说患者主诉的躯体感受、症状、障碍可能与实际的疾病的严重程度并不相称甚至并不存在，而这种心理上的冲突并不一定上升到患者的意识层面，因此医生往往处于两难境地：一方面需要让患者及家属充分理解躯体问题在疾病当中并非主要治疗目标，如果不去面对和解决心理冲突，“治愈”可能不容易发生；另一方面医生又必须承认个体的种种不适或功能丧失作为切实感受是存在的，愿意真诚而认真的对待患者的躯体问题主诉，否则患者容易产生被怀疑、误解的委屈心情，有碍于他们参与心理治疗的动机与愿望。

因此构建良好的医患关系是治疗转换障碍的必要前提。

目前能看到的心理治疗技术方面目前主流的有以下几种技术：

认知行为治疗 (CBT)：转换障碍基本假设是患者所表现出来的躯体症状或功能缺失可能是过去生活经历当中的习得性行为，这些行为本身曾经成功获得过其他人的关注或者避免不愉快场景，因此这些症状表现的“有用性”在患者的深层意识中得到强化。而通过认知分析可能对于患者理解自己的行为模式，了解经历与行为之间的关系有所助益。

辩证行为疗法的技巧训练 (DBT-ST)：针对转换性障碍中情绪失调的情况具有良好的完成度 (90%) 和明显的症状减轻

心理动力学取向治疗：精神分析理论认为转换障碍患者的压抑表现为了一种防御机制，因而在功能较为完整的转换障碍患者中，引导其用言语化的方式表达出被压抑的想法和情感，并逐渐加强对过往经历的心理冲突的觉知，是对转换障碍的心理动力学治疗基本思路。但从实证角度来说精神分析理论中“转换症状是由压抑造成”的临床证据尚难找到，因此研究多为个案报告，对于心理动力学取向或精神分析治疗有效性证据不足。

其他取向的治疗：目前可看到通过团体治疗中教授患者应对压力的建设性方法；利用正念冥想 (mindfulness) 及承诺与接受疗法 (ACT) 改变仅仅移除症状的干预思路，让患者跳脱出症状本身的痛苦感，觉察自己的症状，接纳身体及头脑中的感受，以此达到自我接受与控制的结果，起到治疗的作用。



结语

以身体为对象的身体医学与精神医学之间，我们始终无法划出一条清楚的界线。研究精神医学，无论是任何一种障碍都不能轻视身体状态与精神状态之间的关系。人类的感情会影响身体的健康，会使身体病情加剧甚至会制造疾病已是不争的事实。医学研究与技术革新不断交互影响，在时代的变迁中有着巨大的进步与跨越。转换障碍作为一个既老又新的疾病至今致病机制尚不能说明，但从已知的研究也足以提示我们凡涉及对心身症状的研究，其中必然包含着生理学和心理学学科交叉，对成长经历、社会环境、文化归属等多种跨领域研究与考察也必不可少。

【编后语】

美利华为提升中国精神科医生、全科医生、心理咨询师等专业人员的业务水平，赋予相关行业工作者国际化的技术能力；同时不忘帮助身体、精神、心理健康方面有困扰的国人得到有效的诊治与服务，平台开放三年多来积累超过 700 个案，完成了大量的临床诊疗及教育教学工作。作为患病率尚不明确，可能仅有百万分之 2-5 的持续发病比率的转换障碍，美利华也已经积累了单独或共病诊断的 20 余例临床案例数，且均可在慕课系统中公开收看，其中两例还发表在专业期刊杂志中，为广大临床工作者进一步通过实例学习、摸索包括转换障碍在内精神医学领域各疾病诊断的重要学习平台。

2020 新学年即将开启，张道龙医生携美利华团队全体成员愿与诸君持续共进！

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, 等译. 北京: 北京大学出版社, 2015.
- [2] 迈克尔·弗斯特. DSM-5鉴别诊断手册 [M]. 北京: 北京大学出版社, 2015.
- [3] 美国精神医学学会. 理解DSM-5精神障碍 [M]. 北京: 北京大学出版社, 2016.
- [4] 郝伟. 于欣. 精神病学 (第 7 版). 北京: 人民卫生出版社. 2013
- [5] 苏林雁. 儿童癔症[J]. 中国实用儿科杂志. 2007, 22-11, 818-820
- [6] 苏龙. 郝凤仪. 张道龙. 转换障碍的临床访谈与诊治[J]. 四川精神卫生, 2018, 31-1.
- [7] 谢兴伟. 张心怡. 张道龙. 躯体症状及相关障碍的核心特征与治疗[J]. 四川精神卫生, 2018, 31-3.
- [8] 熊玉倩. 施琪嘉. 转换性障碍: 关注青少年转换性症状[J]. 心理学通讯. 2018. 1-2. 141-147
- [9] 张心怡. 回秀清. 张道龙. 转换障碍的临床访谈与诊治[J]. 四川精神卫生, 2018, 31-4.
- [10] 世界卫生组织. 国际疾病分类 (第11版) <https://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>



全科医学

在本期的全科案例中是一位45岁患高血压的男性患者，因为血压、血糖、血脂“三高”问题而来访，同时惊恐发作也混在病史之中，增加了诊疗的难度。请看两位老师如何从全科及精神科的角度共同会诊该名患者、制定全方位治疗方案。

当全科医学面对“双心”问题

——一例高血压合并惊恐发作的远程会诊

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

一般情况：患者男性45岁，大专文化，已婚，公务员。

主诉： 1、血压、血糖该怎样监测、如何控制
2、想了解平时焦虑，开车头晕的原因何在

现病史：

- 1、患者3年前连续熬夜办事后感到头晕，无头痛、恶心、呕吐，无视物旋转，无肢体活动障碍等情况。当时到医院就诊，查血压高达220/170mmHg，诊断为高血压病，规律口服氨氯地平5mg/早，依那普利10mg/晚降压治疗，血压维持在140/90mmHg左右。
- 2、患者血糖升高病史2年，空腹血糖最高7.59mmol/L，糖化血红蛋白 6.2%，曾做过糖耐量试验在正常范围。无明显多饮、多食、多尿等糖尿病症状。目前未用药物治疗。
- 3、今年正月初三，开车回家，经过一个比较长的隧道，突然感到头晕耳鸣，眼前发黑，四肢活动无异常；无心悸、胸闷、出汗等不适。患者坚持将车开出隧道休息了一下后缓解。之后开车就会头晕，大概有一个多月没开车。因为头晕，同时也为了体检，3月份就于当地医院住院，诊断为“1、慢性支气管炎2、高血压病3级 很高危组3、颈椎退行性脊椎病4、脂肪肝5、右肾囊肿”给予对症治疗。出院后至今未出现开车头晕情况。住院期间未服用抗焦虑及镇静药物。

既往史：体健，否认肝炎、结核等传染病史。否认外伤史。

家族史：父亲71岁，初中学历，退休前做公务员；性格外向，脾气急躁，对子女要求严格，没有清洁秩序要求，有吸烟饮酒史，戒烟10来年，戒酒1年；舍不得丢弃废旧得东西；



北大出版社官方旗舰店
图书请扫码

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



患“高血压病，糖尿病”。母亲72岁，初中学历，退休教师；性格外向，脾气急；没有清洁秩序要求；患“糖尿病”，口服药物治疗。否认其他传染性及遗传性家族疾病史。

个人史：包三行三，有一姐一哥。足月顺产，发育正常。24岁结婚。性格外向，脾气急躁，容易冲动，没有清洁秩序要求。遇事爱着急，会早醒；没有失眠情况。教育孩子时爱发脾气。吸烟史20年，每日10-20至左右；饮酒史20余年，遇事才喝，最多饮白酒250ml左右。爱打牌，看书。不爱运动。以前有恐高情况，近几年好转。不怕小动物、虫子等。朋友多，人际关系好。爱人，42岁，中专学历，护理专业，肿瘤科技师；性格外向，脾气温和。夫妻关系好。大儿子20岁，学生。二儿子3岁。

体格检查：患者身高：175cm，体重：76kg，BMI 24.82。

诊断思路：

患者父亲患高血压，患者高焦虑特质，存在罹患高血压病的高危因素；发现血压升高3年，血压最高达220/170mmHg，高血压病诊断明确。经口服氨氯地平、依那普利治疗后血压在140/90mmHg左右。24小时血压监测其血压仍有达165/111mmHg情况。

患者父母均患有糖尿，具有糖尿病高遗传基因。患者发现血糖升高2年，空腹血糖最高7.59mmol/L，糖化血红蛋白 6.2%，达到诊断标准。

患者父母均脾气急，存在高焦虑的家族遗传因素。患者有恐高情况，脾气急躁，容易冲动，遇事爱着急，并伴有早醒情况，存在高焦虑特质。8个月前开车经过隧道突发头晕耳鸣、眼前发黑。后很担心再次出现相同情况，每于开车时即出现头晕；后来有一个多月时间不敢开车。考虑患者存在惊恐发作。

综合以上考虑，初步诊断如下：

- 1、高血压3级 属高危组
- 2、2-型糖尿病
- 3、高脂血症
- 4、惊恐发作
- 5、颈椎退行性脊椎病
- 6、脂肪肝
- 7、右肾囊肿



干预方案:

(一) 生物: 1、增加运动, 缓解焦虑。

2、药物治疗 1) 患者高血压病、糖尿病、高脂血症, 代谢综合征, 虽然目前无明显靶器官损害, 但仍需严格监测控制, 监测血压、血糖变化, 低盐低脂、低碳水化合物饮食, 严格控制每餐进食量。

2) 戒烟酒。

3) 根据《中国高血压防治指南2018》, 建议高血压合并糖尿病患者降压目标为 <130/80mmHg。建议患者调整降压药物氨氯地平5mg/日, 依那普利10mg2次/日, 或将依那普利更换为长效ACEI类药物, 根据血压调整剂量, 达到降压目标。

4) 严密监测血糖变化, 如果糖化血红蛋白>7%, 可以给予二甲双胍0.5g 2次/日起始治疗。

5) 患者高脂血症, 给予阿托伐他汀钙片20mg/晚, 积极调脂, 将LDL-C控制在2.6mmol/L以下。

6) 继续观察患者焦虑情况, 尽量减少工作和生活压力, 避免焦虑进一步加重, 必要时予以来士普10-20mg抗焦虑治疗。

(二) 心理: CBT+正念减压。向患者诠释其躯体及心理疾病成因。目前主要是控制好血压、血糖、血脂, 定期复查; 以预防发生靶器官损害而影响生活质量。焦虑来自于家族遗传, 虽然基因不能改变, 但是可以通过改变自己的认知和生活方式、练习正念来缓解焦虑, 防止躯体疾病的加重。患者目前正处于生活事业的巅峰时期, 上有老、下有小都需要其来照顾, 不能在这个时期出现重大的身心疾病, 所以必须维护好自己的健康水平。

(三) 社会: 适当减少自己的工作压力, 把工作交给下属去完成, 自己做监督工作。

两位医生会诊患者后, 意见总结如下:

钟丽萍医生: 新的证据证明, 如果血压在130-140/80-90 mmHg之间, 发生心血管疾病的可能性比一般人群要高, 需要把它降到130/80 mmHg以下。首先需要改变生活方式, 改变饮食习惯, 限制摄入盐的量, 每天限制在2克以下。少吃一些腌制的食物, 例如含盐比较高的罐头。多吃新鲜的蔬菜水果, 多吃豆类, 谷类要吃杂粮。

患者有三个不利的因素, 一个是血糖高, 一个是血压高, 还有一个血脂高, 只有40多岁就已经是“三高”了。脑血管核磁共振已经显示有一些改变, 现在如果不控制, 以后会得慢性的脑血管疾病, 心脏会有损伤, 肾脏也会有损伤, 主要的器官都会受到损伤, 后果



有这么严重。

对于血压的问题，可以增加降压药物剂量或者再增加服用次数。最好的办法是监测血压，在服药之前监测血压。一般药物作用能持续24小时，目的是在24小时之内血压都可以保持稳定。还有一种办法是服用两种降压药，一种早上吃，另外一种晚上吃。

最后要解决血糖问题。需要饮食控制合并锻炼。锻炼最好每天能够有半个小时，至少每周5到7天，锻炼需达到出汗和心跳增快的程度。先从走路开始，是最容易做到的，慢慢地加快速度、慢慢地增加时间，看身体状况而定。平时能够走路的时候不要坐车，可以把运动整合到日常生活中。可服用二甲双胍降血糖。目前结论不一致，很多人认为没有达到糖尿病水平的时候，就可以开始用药并调整生活方式，可减缓糖尿病的发生。有的人主张要达到一定的程度，比如糖化血红蛋白7.0以上。事实上现在有很多研究证明，在不造成低血糖的情况下，早期用药把血糖降到7.0以下是有帮助的。早期服药，再加上控制饮食和增加运动，身体状况会好很多。

张道龙医生：患者有很强的遗传因素，把爸爸的高血压，妈妈的糖尿病都遗传了。父母都爱着急，患者做的专业是财会，经常坐不住板凳，这都是焦虑的表现。访谈1个小时都坐不下来，半个小时都得活动，这都是焦虑水平逐渐在增加。高血压非常明显，已经三期以上，因为已经出现脑梗塞，左侧的基底节出现软化。必须要严格控制血压、血糖。焦虑的人容易使血压升高、使血糖升高。

需要做生物学的运动，心理学的办法用正念减压，学着让自己慢下来，得经过训练，不管用葡萄干也好，听音乐也好，喝茶也好。原则是把注意力聚焦到本体感觉上，人就慢下来了。正念减压是治疗焦虑、降压最有效的办法。焦虑级别逐渐增加的时候，很消耗能量。一般焦虑高的人都会血糖血压高，这几个病都叫身心疾病。

焦虑障碍分不同的等级，广泛性焦虑障碍（GAD）是低的，惊恐障碍属于中度的，更高级别的是强迫症或者是创伤后应激障碍（PTSD）。广泛焦虑障碍可单用心理咨询，例如正念、认知行为治疗（CBT）等。到达惊恐障碍的程度，又必须高空作业，不能够回避，不能够单独通过心理治疗解决的时候，就需要药物治疗。这位患者的惊恐发作是发作性的，没达到障碍的程度。惊恐障碍一般得超过两次以上，而且天天担心惊恐发作。他可先尝试用心理咨询的办法，但大部分患类似者很难单独通过心理咨询解决，需要生物治疗加心理咨询才能奏效。



科普知识

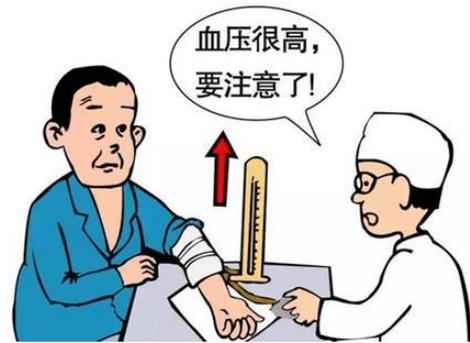
图文解说 “高血压”

责编 | 肖 茜

一、什么是高血压？

高血压是持续血压过高的疾病，是一种以动脉压升高为特征，可伴有心脏、血管、脑和肾脏等器官功能性或器质性改变的全身性疾病。

高血压疾病发展较为缓慢，不易被人体察觉，可能引发心力衰竭、肾衰竭、动脉损伤、动脉硬化、中风、心脏病及早产儿死亡。临床上高血压分为：原发性高血压和继发性高血压两类。



二、高血压如何判定？

单独一次的测量结果不能成为高血压的判断依据，正确的判定方式应该是：

在没有服用降压药物的情况下，连续3次非同日测量血压，如果收缩压 ≥ 140 毫米汞柱和/或舒张压 ≥ 90 毫米汞柱，就基本可以确认是高血压，需要引起重视。

三、高血压有什么症状？



•**早期症状**：头疼，部位多在后脑，并伴有恶心、呕吐等症状；眩晕，女性患者出现较多，失眠，肢体麻木，常见手指、脚趾麻木或皮肤如蚁行感，手指不灵活。

•**晚期症状**：左心室出现代偿性肥厚，肾功能逐渐减退，出现多尿，夜尿，肾功能衰竭而出现氮质血症或尿毒症；脑组织缺血，产生不同程度头痛，头晕，眼花，肢体麻木或者暂时性失语、瘫痪等症状。



四、高血压的致病因素有哪些？



1、遗传

高血压患者有60%有家族史。如果家族中有很多人都有高血压，那么我们一定要提高警惕，在日常饮食和生活习惯上多加注意。

2、血管老化

随着年龄的增长，血管壁胶原纤维中的胶原蛋白不断流失，血管弹性和韧性不断下降，导致血管机能老化退化。同时血液中的脂肪和胆固醇会慢慢沉积，使血管内皮慢慢变厚，血管腔变窄。老化的血管会失去弹性和柔韧性，血液变得不能顺畅地流动，血液输送困难，不得不加大血压使血液流得比较顺畅。

血液变得不能顺畅地流动，血液输送困难，不得不加大血压使血液流得比较顺畅。

3、高血脂

如果血脂肪、胆固醇太高，血管上就会沉积许多附着物，从而造成血液的粘稠度太高，导致血流的速度越来越慢。



4、不良的生活习惯

膳食结构不合理，如过多的钠盐、低钾饮食、大量饮酒、高胆固醇食物的摄入以及肥胖、熬夜等均可使血压升高。另外，吸烟可加速动脉粥样硬化的过程，为高血压的危险因素。

5、精神因素

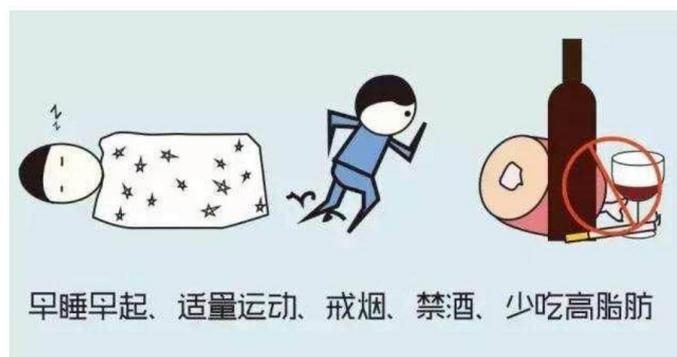
生理压力增大时，大脑会分泌加压抗利尿素和促肾上腺皮质激素，导致血管收缩。而肾上腺素会分泌更多的醛固酮，这种物质会进一步促使血压升高。此外，长期情绪波动较大（紧张、愤怒、压力、悲伤等），也会导致持续性的高血压。



五、高血压如何防治？

1、生活方式干预

- 饮食要清淡，每天的食盐摄入量最好不要超过6克，有高血压家族史的每天食盐摄入量最好在2-3克；
- 注意食物多样性、谷物为主；
- 多吃蔬菜、水果和薯类。
- 同时，还要戒烟酒、适量运动、规律作息、稳定情绪。



2、营养血管

通过营养补充剂的方式来滋养软化血管，延缓血管老化，恢复血管弹性和韧性，清除血液中的胆固醇和甘油三酯，从而来防治高血压。如：深海鱼油：降低胆固醇和甘油三酯，阻止黏附物形成，预防动脉血栓和高血压。

3、药物治疗

常用的降压药（如利尿剂、 β -受体阻断剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体阻滞剂等）可以通过药物刺激血管扩张快速达到降压的目的。

因此，一定要在医生的指导下用药，切记不可擅自做主服用药物。一旦确诊为需要服用药物的高血压患者就一定要坚持药物治疗，再配合非药物治疗作为辅助手段。一些初发病、年轻的高血压患者在早期通过生活方式干预、服药等方法，把血压控制到一定程度后，可以在医生指导下适当减药、甚至停药，但是高危患者应该坚持终身服药。



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

