

第 125 期

2020年7月1日出刊



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 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](mailto: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

## 毕业啦！开学啦！

气温渐渐升高，深深浅浅的绿色交织成夏日的蓬勃生机。夏阳，耀眼与灿烂，一如每一年新旧交替中的美利华出境学员。

蓦然回望，时光有序，不负光阴，美利华三年积累数千节课时，数百个真实案例，几千人追随而来带着对精神医学领域的探索与分析，用辩证的思维思考问题，用实证的视角审视治疗。众人持梦，不知停息。

心有热爱，自信洋溢。课时里，有病人的诉说，有老师的引领，有学员的感悟，有家属的动情。我们看过的书目，身边的时事，世界的变化，都成为日积月累中的话题，内心深处的丰盈饱满，让我们怀揣最初的梦想，驶向未来。

这一节一节的课，如泉水般静静地流淌，化作学员们流利的思路，洞悉的感觉，专注的倾听，准确的共情，一份合格的报告，一次有效的诊疗。看似信手拈来的直播，需要的是台前幕后所有人的配合，每一堂课里，线上的认真与线下的坚守。慕课，募集着更多人的仰望。

夏，带着向阳的生命画卷，来了。目光所及之处都是热烈的生命气息。我们每一个人的生命，其丰厚都来自于耕作。而人生，所有喜悦的未来都有一个努力耕耘的当下。

有一种美好，叫等你来，

有一种喜悦，叫一起走！

美利华新学期开学，继续播种希望。愿你在小暑时节，热烈投入，持续学习，明年芒种，共获美好。





## \\ 本期导读 //

### 【精神医学临床访谈】 ..... 5

#### 一例经前期烦躁障碍共病间歇性暴怒障碍和强迫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】 ..... 14

#### 人格、人格障碍与童年发展

### 【全科医学】 ..... 25

#### 一例冠心病冠脉搭桥术后患者的远程会诊

- 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】 ..... 32

#### 心脏搭桥手术后注意事项





# 精神医学临床访谈

成长，是一个人一生的主题。个体如何才能快乐生活、健康生长、不断完善自我以及获得人生幸福，则是心理学一直渴望实现的终极目标。

幸福的人，有个可以治愈一生的童年；而不幸的人，用一辈子来治愈童年。

## 一例经前期烦躁障碍共病

### 间歇性暴怒障碍和强迫型人格障碍的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医生

张心怡 心理咨询师

责编 | 王剑婷 心理咨询师

#### 【基础信息】

性别	女性	年龄	34岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	本科	婚姻	离异
病史提供者	本人	职业	销售工作中层领导	病史可靠性	可靠

**主诉：**因“总是睡眠不好，焦虑，容易发火”而来访。

**现病史：**患者近2-3个月，因为压力相对较小，刚结束10次心理咨询，睡眠的问题有所改善，但是还是比较焦虑，容易发火，容易和别人产生争执，例如快递员送快递没有满足她额外要求，会和快递员争执。同时，患者也因为自己缺乏弹性，不会世故圆滑的为人处世而苦恼，也经常和客户产生争执。对于客户的小心思非要当面点破，得理不饶人，陷入尴尬的局面。患者举了一个访谈当天发生的事情：早上看到有一个人取共享单车，强行从两排单车中间走，把两旁的车都刮花了，患者看着那个人离开之后，非常懊悔没有及时制止指责这种不道德行为，一上午的时间都陷入纠结自责之中。

患者平时对自己的要求也较高，同事都说她的工作已经做得很好了，但是患者自己觉得还是这不好，那不好的感觉，晚上睡前还总是担心合同的细节以及第二天的工作等事情，也会担心孩子明年上小学的问题，选学校的问题等。但是有的时候，因为患者想把事情做好，总是纠结，却迟迟难以采取行动，所以会有拖延的问题。同时，患者每次在看微信的时候，总是喜欢把信息提示的红点点一下，即使不会去读信息，也无法忍受红点的存在。否认有爱整洁，爱对称，反复洗手等强迫行为。



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



患者自述从小到大就有睡眠差，注意力不集中。小时候父母在外务农，下雨的时候，就会担心母亲是否安全回家，是否被雨淋湿等焦虑表现。去年11月份，丈夫查出有肝硬化的情况，并且欠债较高，对患者打击较高，患者诉说平时对丈夫要求较高，给与丈夫的压力较多，自己比较强势，总是采取挑剔、讽刺的沟通方式，以至于丈夫有困难或者心里话的时候，不敢和患者诉说，所以那段时间患者失眠、早醒的情况较为严重，大脑不停的想事情，经常有失落感，在医院检查诊断为重度抑郁伴焦虑，服用氟伏沙明每晚100mg，奥氮平每晚2.5mg，艾司唑仑每晚1mg，使用之后的一天，睡了一天一夜，睡眠明显改善，但是服用一个月之后，出现胸口闷，感觉被堵住了，反应呆滞等副作用而自行停药。后于今年元月，与丈夫离异，拥有孩子抚养权，目前承担孩子所有抚养费，且自愿承担丈夫部分债务的还款。

患者还存在一组明显的症状，来月经前1周脾气暴躁，容易生气，易激惹的症状，来月经之后明显好转。除了月经前的烦躁，每个月患者有将近三分之一的时间处于焦虑烦躁的状态，但是患者自述月经前的烦躁与其他时间的焦虑烦躁不同，更加的易怒，易爆发，自我评价低，想哭，以至于和母亲协商，月经前的时间避免和患者争执，了解其易怒的规律，此外，患者在月经前的时间段也会刻意减少活动，减少激惹自己发怒的事件，来调节自己的正常生活。

**既往史：**无严重疾病史。

**个人史：**胞三行大，有两个弟弟，患者从小到大成绩不好，自述一方面是自己学习能力不强，另一方面，较为焦虑以至于上课时候无法集中注意力。患者自小带着两个弟弟跟着父母务农，有时也会独自带着弟弟们在家，照顾着弟弟们的生活，成年之后，在两个弟弟的找工作、结婚、买房等方面给与经济上的支持，近7-8年，除了弟弟来借钱，其他时间少有联系。父母一直是跟着患者生活，两个弟弟在过年过节时候，也少有和父母电话联系。

**家族史：**父母均为农民，母亲非常焦虑，总是担心没有发生的事情，夸大事情的严重后果，心情不好的时候，就无缘无故的打骂患者，曾经因为患者火生不好，就把她扔了出去，也因为一点小事，用锤子把患者的头部打破。母亲也常有失眠的问题，常常夜里两三点钟醒来，就要叫患者也起来看书，对患者要求较高。父亲脾气暴躁，常年家暴母亲和姐弟三人，经常是一种泄愤的状态，孩子逃跑的时候，也会漫山遍野追着孩子打，直到打到为止，有间歇性暴怒的倾向。父母晚年跟着患者一起生活，有一定的囤积垃圾的问题，因为一辈子经济拮据的原因，母亲对钱看得比命重要。大弟弟有路怒症倾向，经常下车对别人破口大



骂，别人不讲了，还逼着别人说。遇到任何事情都容易迁怒，发火，经常打骂老婆孩子。小弟弟较为正常，脾气一般。患者和弟弟们的关系都不是特别好。

### 精神检查：

一般情况：时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量正常，言语流畅，有逻辑性。

情感活动：正常。

感知觉：正常。

思维活动：无明显思维逻辑障碍。

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：电话访谈，未做

### 【病历小结及概念化】

患者自小生活在一个充满家暴和打骂的家庭氛围之后，安全感缺失，自尊水平较低，自我评价较低，此外，由于妈妈高焦虑的遗传因素，并存在囤积垃圾的问题，爸爸有冲动控制问题的遗传因素，疑似有间歇性暴怒障碍，大弟弟也有路怒症的表现，间歇性暴怒障碍与经前期烦躁都是与五羟色胺低有关，所以可以解释患者存在经前期烦躁障碍和间歇性暴怒障碍。妈妈对其要求严苛，和从小缺乏管理情绪，正确表达情绪的技巧，导致患者常以争执、挑剔等方法对待父母、丈夫、孩子、客户等。表现为思维缺少弹性，对自己及他人要求较高，存在一定的高道德标准，弟弟们成年后，与丈夫离婚后，还尽自己所能帮助他们解决经济问题。自己也在学业上和工作中，不断追求更高的水准。

初步诊断：1. 间歇性暴怒障碍 2. 经前期烦躁障碍， 3. OCPD

### 治疗：

1. **生物**：加强运动；药物治疗，可以选择百忧解等药物，因为患者没有乙肝，且百忧解是治疗经前期烦躁的首选药物，半衰期长，也可以避免患者忘记吃药，因为患者自述记忆力较差。同时，百忧解也可以降低焦虑，一举两得。

2. **心理**：认知行为疗法，正念疗法。

调整认知：（1）父母在自己小的时候，无论打也好，骂也好，部分是由于知识水平有限，表达情绪、想法的技能有限，父母暴力、脾气差，都是和生长环境有关，但至少父母给了自己生命、养育了自己，把自己培养成人、成才，自己接受了相比于父母多的教育，所以才没有暴力对待别人的问题，仅仅是语言上的争执。（2）家庭转型需要





三代人的努力，自己已经做的足够好了，帮助家庭脱离贫困，也帮助了弟弟们的生活，同时孝敬、赡养了父母，成为孩子的榜样，摆脱了贫困的阶级固化，自己做好现有工作就已经很棒了，不需要再苛刻自己，苛刻他人，自己为孩子创造的平台已经是更高的水平，之后的事情，不需要自己再这么拼命，也不需要强求高要求孩子。

正念疗法：患者可以在睡前采用正念或是冥想的方式，帮助自己练习回到当下，而不是去思考隔天工作的事情。可以选择无蔗糖的口香糖来作为正念辅助材料。在工作中，如果遇到特别想发怒，想争执的情况，先在嘴里塞一颗葡萄干，多次练习，一方面可以迅速找到情绪平缓的感觉，降低焦虑，另一方面，嘴里有东西，也不便于争执。

**3、社会：**患者在销售岗位上已经有十几年的工作经验，目前已经做到中层领导，有机会的情况下，建议调整岗位，减少加班、熬夜，避免去经常需要处理突击事件的岗位上。

主诊咨询师：张心怡

2018-11-28

### 【访谈实录】

1. Z 医生：讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：我的困扰？嗯……前一段时间是因为睡眠不好，最近睡眠有所缓解，比较容易发火，情绪波动比较大。
3. Z 医生：你发火是因为有人刺激你吗？好像跟你的月经周期有点关系，是吗？
4. 来访者：对。就是在月经前的两三天，这种烦躁的程度会特别严重，其他时候的话，如果跟别人正常交流不会有太大的情绪问题。嗯……但是就是跟家里的人，经常会有一些冲突，且容易发火。
5. Z 医生：对。我想说的意思，多数情况发火，都是别人刺激你容易发火，还是说不刺激你，你自己就跟自己发火，自己坐家里就不高兴，或者是没人来你刺激你，自己坐办公室就发脾气？
6. 来访者：不刺激就不会的。谈不上刺激，就是看到一些不顺心，不顺眼的事情，或者是一些不顺眼的行为，就可能会有火。
7. Z 医生：那对的。不是像你大弟弟那样，开车的时候人家刺激他，他就会下车跟人家吵架，假如说没人拿车别他，他就会好一点，是这样吗？
8. 来访者：我不会，我不会。
9. Z 医生：我不是说你，弟弟是因为有人惹他，他会把车停下来去发火，是这样的吧？





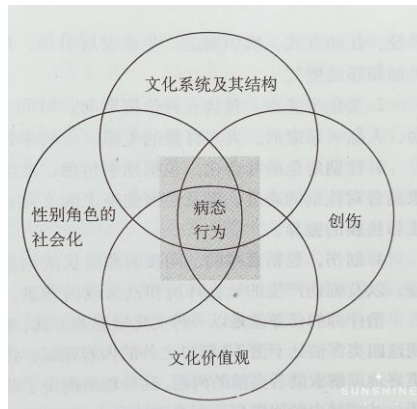
10. 来访者：您是说他，还是说我？

11. Z 医生：我说他。

12. 来访者：他会有这样子。

### 求助者的环境与背景

治疗当中个体求助者一个人出现在治疗当中，但他的经历会把影响他们当前问题的生态学和文化变量也带入到治疗当中。这里所谓的生态学变量包括个体与其所处的环境之间的关系。他们自身受到所处文化的影响，他的家庭系统具有自身结构和价值观，甚至在政治经济信仰等更大的社会和社团层面也受到影响，而对这些内容的评估也相当重要。概念化一位来访者时，我们可以从下面这四个类别角度进行评估：



- 文化系统及其结构。包括“社会结构、家庭、学校、互动方式、疾病概念、生命发展阶段等。
  - 文化价值观。包括五种价值取向：时间、活动、人际关系取向、人与自然的关系、人的本性。
  - 性别角色的社会化。包括性别角色，意义和求助者对性别的态度以及性别偏爱上的文化差异。
  - 创伤。包括直接的，间接的和潜伏的创伤体验，以及创伤产生的社会环境和社会政治环境。
- 如何以一种文化敏感的方式，考虑眼前来访者当前的问题，评估她处于以上四个方面当中的状态如何，在这个案例当中我们将不断看到访谈中的思路及涉猎。

13. Z 医生：对的，我就知道了。因为我得看一下你们一家人可能都是类似的问题；第二件事就是，我听说你丈夫是后来有肝硬化，你知道他为什么有肝硬化吗？

14. 来访者：嗯.....我觉得可能跟他个人的情绪有关系吧，他是一个不善言表，有什么事情愿意自己扛着，不愿意去讲出来，再加上我的个性有点强势，经常对他比较挑剔，然后他去年的时候检查出来，前两年，我一直觉得他的状况不太好，一直叫他去医生，他始终不去，还经常跟我吵架，他觉得他的身体没什么状况，从小到大都没有问题，但是我总觉得





27. Z 医生：那我们现在就分析一下，你得了什么病，下一步怎么治，是这样的吧？

28. 来访者：嗯，是的。

29. Z 医生：好嘞。第一，我认为你从小长大，从长期看，从发病的时间上来看，像比较挑剔、认真，比较追求完美，缺少弹性，道德高尚，例如说别人摆自行车把别的自行车撞坏了，你就要说几句，主动承担弟弟们的花销，不管是婚姻也好，还是生活上照顾他们，都表现出这种强迫型人格特质，这种特质的人一般都不会去经商、不去主动跟人打交道，学计算机或者财会。所以第一，你的底色是强迫型人格特质，性格当中容易焦虑。现在达到临床诊断标准的有两个病，第一个经前期烦躁，因为你跟月经周期有关，来月经之前重，月经后面轻。第二有间歇性暴怒的问题，跟你爸爸及大弟弟是一类的病，都是脑内五羟色胺少，人容易冲动，光用教育不好理解，你的爸爸没有教育，容易发怒，一般都是在人群中有多问题的多，你受过教育了应该就好了，可是你也容易发怒，很可能你有遗传倾向，这个遗传就是多巴胺系统或者五羟色胺系统出现了问题，经前期烦躁和这种冲动控制不好，间歇性暴怒，都是五羟色胺低的问题，所以听起来像个家族性的问题。

治疗方面第一个就是运动，多运动肯定是有好处，第二就是生物治疗必须使用一种 SSRI 之类的药物，首选是百忧解，左洛复这类的药。你上次用的三个药搁到一块，看来副作用比较大，只要用一个药就好，用左洛复也好、百忧解也好，然后试一下。很可能用了这一个药能让症状有所缓解。心理治疗方面现在已经证明间歇性暴怒、经前期烦躁最有效的治疗就是认知行为疗法，简单来说是对每一件事换个看法，比如说看到那自行车，那个人就是把它拿走了，把别的车撞坏了，你就生气地想：“你为什么把好好的自行车撞坏！”他们做的确实不对的，素质比较低了，但是你得换个角度去想，共享单车本身也是一个制造故事骗投资人钱的骗局（编者注：OFO 共享单车破产事件），他们这种生意模式早破产和晚破产区别不大，咱们不参与砸车，不参与违法，你干嘛要自己气？包括大弟弟路怒的事情也是一个道理——如果换个想法，抢道的人也许真的是有什么急事，那就让他先过去吧。这样想，当然就不容易在路上与人吵架了，这种转变思路的方式就叫调整认知。社会资源方面，你已经商业环境下工作了很多年，如果以后有机会调整工作，尽量选择跟人打交道少的岗位，商业也可以是进货、管理东西，像你这样比较追求完美、比较较真的人，可以统计报表、统计材料，而不是天天跟容易变的人打交道，得规避这些事，听说你还在学心理学，可能就更能理解这些事。你得的这个病很可能有遗传也有后天的因素，所以是间歇性暴怒的基础之上有经前期烦躁，还有这些强迫型人





格特质。

再简单总结一下来说，治疗就是运动加上五羟色胺再吸收抑制剂，例如：百忧解、左洛复；心理治疗是用认知行为疗法，调整认知、然后情绪就受到控制了；社会资源就是尽量做一个人际关系比较简单的，值夜班少的岗位，听得懂吗？

### 评估的作用

评估是整个咨询和治疗开展的基础。评估，依靠的是来访者提供的信息，但把这些信息如何梳理清楚，能够相对准确的描述依靠的是来访者概念化的能力。同时把评估的结果反馈给来访者，在信息沟通、心理教育和动机调动方面对于治疗过程也有重要的作用。所以我们可以看到在反馈评估结果的时候，督导医生会把问题进行操作性的、具体的考察，并且把当前问题的组成成分以及前因、后果的来源从行为的、认知的、背景性的和人际关系等各方面来进行分析，帮助来访者“看到”看到自己的模式，并且与此同时也关注到来访者个体的和环境资源以及潜力的部分。

30. 来访者：我听得懂，就是我在听你说共享单车的那个部分，我觉得咨询师应该是把我讲的写错了，不是共享单车，但是你所讲的意思，我听明白了。
31. Z 医生：对的，跟那个没有关系。
32. 来访者：对对，但是我就有这个毛病，会来挑，我明明讲的不是那样的，为什么你要讲那样的故事？我内心里面就是想去纠正这个事情。
33. Z 医生：对的，所以说你有强迫型人格特质，这就是你的病，太容易较真儿，控制不住，所以控制不住最大的特点就是发脾气了呗。
34. 来访者：对。
35. Z 医生：总体你是爱挑剔的，甚至说发微信那红点那儿就是强迫地要去点开，但细节不重要了。
36. 来访者：对对。
37. Z 医生：可是你这么去较真就容易有这问题，你还有什么问题需要我马上回答吗？
38. 来访者：我经常和别人去讨论一个问题，喜欢把问题一定要讨论得清清楚楚、明明白白。
39. Z 医生：对的。
40. 来访者：在工作中、生活中，经常会发现让我特别困扰的事情.....
41. Z 医生：这就是人格障碍了，我们现在暂时不给你诊断那么多病了，你回去查一下，三类人格障碍里的 C 类。





42. 来访者：好的。

43. Z 医生：清楚了？

### 理解来访者行为

在30段来访者的谈话中，为了咨询师报告中的出入而特地的“纠正”或者说“申诉”，这个行为本身的意义看案例的您是如何捕捉和理解？

虽然本案例是通过电话进行的会诊，但我们所能看到的“外显性”行为与来访者日常的行为如何联系起来是非常关键的部分。能看到“申诉”之后，在32、38段时来访者也开始对自己的行为特点进行总结，这一方面当然包括了对自己刚才行为的解释（可能有不好意思、道歉或说明的意味，我们且不去深究），更重要的是，那份“不得不去抓住细节纠正，很难自控”的思维和行为模式本身也已经呈现在来访者的意识层面。而如何处理这个行为模式也是临床工作者需要去根据自身对来访者的理解、自己所依据的理论以及评估标准来处理的。

因此，访谈始终是一个动态化的过程，评估也需要我们不断地思考并进行补充，同样是个动态化的过程。

44. 来访者：我想问一下这个病，其实我对药物是有一点排斥，所以我就是想了解，是不是要一直服下去？或者是服到什么程度，它有所缓解就可以停掉？

45. Z 医生：对的。一般得用一年了，6 个月以下没有效，平均是 9 个月，最快 6 到 8 周就能见效。我大胆地预测，这个药加上 CBT 两个结合起来，对你特别有效。

46. 来访者：就是说药物必须配合认知行为疗法一起来治疗？

47. Z 医生：对的，你还有其他的问题要问吗？

48. 来访者：没有了。

### 【督导小结】

患者的亲属中爸爸爱发脾气，弟弟有路怒症，也可能和贫穷有关但妈妈有囤积问题，她有经前期烦躁，间歇性暴怒，所以这家族的行为表现听起来都跟五羟色胺系统的异常有关了。另外我还怀疑她只是强迫型人格特质，最后她会在因为一些小细节特别来纠正了两次，所以也可以考虑升级诊断她是强迫型人格障碍。生物治疗首选五羟色胺再吸收抑制剂的药物，再加上运动，心理治疗是用认知行为疗法。

### 【现场答疑】

**问题一：**老师问她是否有传染上乙肝这个问题，是想在药物方面有哪些注意呢？假如她前夫是乙肝阳性，也不幸传染给了她，现在查她也有轻度肝硬化，那么抗焦虑的药物该



怎么选呢？

**Z医生：**如果她是乙肝，就必须要知道，使用SSRI类药物的时候，只能使用来士普这类短效的药物，因为长效的药物会出现代谢的问题，我们得保护她的肝脏，所以必须要问一下。我不能直接问你有没有乙肝，问诊得柔和，她以为你关心她丈夫，她自然就把这话讲了，问话就比较行云流水，不能让对方觉得你不关心她的病，只关心她有没有乙肝似的。

如果她已经有轻度肝硬化，抗焦虑的药物优选加巴喷丁，因为它不经过肝脏代谢，直接经过肾脏。

**问题二：**昨天访谈当中，她也说到了平时会有很多焦虑，包括晚上睡前都会在想很多事情，也担心得比较多，这个可以用强迫型人格障碍（OCPD）来解释吗？

**Z医生：**没有，OCPD是指人格障碍，并不影响睡眠，影响睡眠是因为她焦虑非常高。那为什么今天不诊断她为“广泛性焦虑障碍（GAD）”？原因是间歇性暴怒和经前期烦躁的诊断等级都高于广泛性焦虑障碍，不用那么多诊断了，已经是焦虑为主的疾病，就像一个病人有精神分裂症，你不说他再有偏执型人格障碍了。这个病人也是这样的，之前可能是GAD，最后就变成了间歇性暴怒和经前期烦躁，我们只诊断这两个足够了。又有强迫型人格障碍，已经是三个病，不能再多了。

**问题三：**对于这样的一个患者，她做销售工作会压力比较大。因为她已经做了十几年这样的工作，老师会建议她换工作吗？

**Z医生：**没有，销售有很多，在美国销售数据分析、销售培养、客户接电话，不见得非要跟人打交道，已经工作那么多年了，不愿意放弃，但是尽量找跟人打交道少的岗位。

**问题四：**这个患者的强迫型人格障碍是稍微明显一点，会不会是因为她生活中遇到的那些事情，都是因为刺激到了她的强迫型人格障碍的问题，比如说涉及到她道德的问题，她关心这个车是不是划了别人，是因为生活中那些事情刺激到了她这个强迫型人格障碍这个点，所以说她才会发怒？

**Z医生：**不是，两个事，第一个强迫型人格障碍跟月经没关，她跟月经有关，没听说诊断标准里跟月经有关，显然不能解释了。第二个强迫型人格障碍没说一定发脾气，因为女



性照样可以是温柔的，就是喜欢真理、洁癖，就认为你们做得不对，就爱生闷气，但是我不一定会付诸行动，她是付诸行动，喊出来、叫出来，所以不能用人格障碍来解释，人格障碍就是人际关系障碍了，自己跟别人交往有问题，那可以选择不交往，不代表一定要发作，她这是发作特别多。

**问题五：**这个患者确实有一些比较突出的问题，因为老师后来问她，你有什么想解决的问题，患者也说就是人际、还有发火、怒，她确实是有行为方面的问题，遇到一些不顺利的事情的时候就会很想发火、很想发脾气。我有一个有疑惑的地方，就是有时候一个人焦虑明显的时候，也会脾气不好，想发火、想发脾气，这个时候，这种想发火跟焦虑情绪是很相关的，路怒症、间歇性暴怒不是划在情绪障碍那一章节，而是划分在冲动控制章节，是不是因为它们不是情绪问题，而是一种很难控制住自己的冲动，比如别人惹到他的时候，他就会一下子就动怒了，就要出手打人了。会不会间歇性暴怒是更偏重于冲动控制方面的问题多一些？而广泛性焦虑更多的是情绪的烦躁？会不会有这样的一个区别？老师。

**Z医生：**是有区别，你看她刚才马上纠正这件事，就是控制不住自己，必须要说出来，所以她不光是焦虑这些问题，我还特意问她，每次是不是都有刺激的事情才发火，她说每次看不顺眼的时候就发火。一般焦虑的人还不发火，这也是为什么2/3焦虑的人都继发抑郁，你看她还没有抑郁，焦虑的人时间长以后会消耗能量，天天操心，这个病人重点在烦躁上，要出击。

另外，假如弟弟真有路怒症，爸爸真是有间歇性暴怒，妈妈又有囤积，那光用人格障碍来解释她的行为似乎不太对。用月经前后的情绪变化来解释？可是月经结束之后也有问题，她只是说这两个性质不一样，回家也照样跟她妈吵，不是光来月经之前吵，月经以后也有这些问题。所以从一元论的思路考虑，我是不愿意把她跟她弟弟割裂开，不愿意把她和整个家庭割裂开的思路，所以把他们的表现搁到一块考虑，就容易像现在这样来考虑患者诸多的临床表现，这就是所谓的概念化、一元论。





# 心理学人

本期精神医学案例中来访者的症状与困扰都表现为情绪与行动上的失调、失控。从她的个人史家族史中我们似乎能隐约看到她那些不良情绪的端倪，但作为成年人，回头了解自己，了解自己的心理，了解自己的爱憎与感情的成因又何其不易……至今为止，心理学理论当中，我们并不能有一个笃定的、线性的因果论把成年人表现出的人格特点“完全解释”，但我们知道的是今日呈现的每个个体，决不是单纯因为某个人某件事一蹴而就形成的，遗传因素、养育环境、经历经验等等统合塑造了我们面前的来访者。作为人格因素的“底色”，本次我们想讨论这样的话题——

## 人格、人格障碍与童年发展

作者：王剑婷 心理咨询师

这几年临床工作者们会发现“人格障碍”越来越多了。这个越来越多，有人会指责说是“人造病”——是因为有了这样那样的诊断标准，所以看谁都像生病，但其实业内人士都知道，“诊断标准”并不是用数据把人扁平化到了单一的区间概念，比如用什么行为量表考察，得60分以下是异常，80分以上是正常（即使用量表，也是参考数据，而不是诊断依据）。临床工作者们尽可能的选择用可辨别的、共识性的症状来界定与捕捉个体的特点，人格障碍的诊断更多的是对个体表现出的长期的功能模式进行评估后的结果。

### 性格与人格

关于性格，心理学中也有各种各样的定义。性格的英文是character。过去，人们会在土地的边界上放置标明所有者姓名的石块，而“刻印、雕刻”在古希腊语中的语源就是character。引申成为标识的意思，可以想见性格在某种意义上更偏向为静态的、固定的。其中共性的部分是把性格理解为通过个人行为可见的感情、意志等特征，具备一贯性与稳定性。

人格一词的英文personality，来自于拉丁语中peraona语源，意指当时在戏剧当中使用的面具，后来指代演员们扮演的角色，所以从语源上考虑，人格一词偏向于他人看到的自我，社会角色等含义。

性格与人格从意义上来说较为相近，但如上文从语源上所提示的一样，“性格”从某种意义上具有个人化的特征，更难改变；而人格是为了考察应对变化和适应环境时表现出的总体机能，涵盖了如智力、态度、兴趣、价值观等更为广泛的概念。人格特性可归纳为：



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





- ◇ **独特性**。人格的独特性表现出一个人典型的行为和特征。
- ◇ **稳定性**。人格的稳定性说明只有稳定的心理品质才能成为人格的元素，是指个体经常表现出来的稳定的心理与行为特点。
- ◇ **统合性**。人格的统合性体现了人格的组织功能、匹配功能和健康功能。
- ◇ **功能性**。人格是个体生活轨迹的根源，决定一个人的生活方式，甚至有时决定着一个人的命运。

《梅里亚姆-韦伯斯特辞典》(Merriam Webster' s dictionary)对人格的定义为：人格是辨别一个个体或一个民族或一个群体的特征联合体；尤其是个体行为与情绪特征的总和。

## 人格理论的流派

一如人格本身所具有的**多态性质**，对于人格的研究也有着各种各样的视角。就像盲人摸象故事中所阐述的道理一样，心理学的先贤们建立理论体系的过程，如同探索一个谁也不能准确描述的“漆黑的房间”，所以从最初的两眼一抹黑中他们无法不坚信自己摸到的才是事实的真相，但后来我们可能会发现，可能他们所描述的部分真的只是大象的一部分。比如弗洛伊德所创立的传统精神分析理论，会把人类所有的行为还原成本我、自我与超我的交互作用，而斯金纳的行为主义则更倾向于认为只要行为可以强化与消退人就能发生改变。但随着理论多元化的产生，我们会发现每一位理论家所提出的对人类行为的解读都有着独特而有效的视角，具备各自的优点与价值。

流派	人格结构	人格动力	影响因素	代表人物/学说
经典精神分析	自我、本我、超我	心理能量	童年经历	弗洛伊德、荣格
新精神分析	自我	寻求安全感	童年经历+环境	鲍尔比、克莱因
特质理论	特质	先天特性	遗传+环境	卡特尔、大五人格
行为主义	行为	奖惩	环境	斯金纳
人本主义	自我	需求层次	自我	马斯洛、罗杰斯
认知加工流派	建构	强化	认知因素	凯利

表1.不同人格理论的观点比较

在学习人格理论时，人生不同时期或不同领域的行为，不同的人格理论都呈现出不同程度的解释效力。比如相对行为主义理论，荣格关于象征、自性的阐述似乎更能解释跨文



化之间人们表现出的对艺术及宗教信奉的特性。对于不同理论所拼凑出的人格特点，我们似乎可以看到，人类除了生理上具有先天性的发育和成长模式外，在心理的发育与成长上也有一定的倾向。

## 人格障碍

如前所述，人格特质总体而言是感知、联系和思考环境及自身的持久模式，体现在广泛的社会和个人的背景表现出来的行为总和。如果说基于不同的人格理论研究，其功能不良的表现都可以用障碍的角度来考虑，比如精神分析理论当中会把自我发展中遇到挫折时发生的防御，描述为可能造成后期某种障碍的**不良应对策略**，而大五人格中本身就会把神经性作为**遗传机制当中的不利因素**来考虑，但当今最主流谈及人格障碍时的模型是通过认知行为范式及心理病理学中DSM系统来考虑人格障碍的。人格障碍是把人格特质理解为某种“增生”（hypertrophy），可能这些特质在最初产生时都具备其适应性，但在发展过程中变得更加夸张、突出。在最新版的DSM-5中，对人格障碍定义为：

**明显偏离了个体文化背景预期的内心体验和行为的持久模式，是泛化的和缺乏弹性的，起病于青少年或成年早期，随着时间的推移逐渐变得稳定，并导致个体的痛苦或损害。**

### 目前人格障碍被分为三个大类十种主要问题

#### A 组人格障碍：奇特-古怪性

- 偏执型：对他人普遍的不信任和猜疑以至于把他人的动机解释为恶意的心理行为模式。
- 分裂样：一种脱离社交关系，以及情感表达受限的心理行为模式。
- 分裂型：对亲密关系感到强烈的不舒服，且认知或感知扭曲以及行为古怪的心理行为模式。

#### B 组人格障碍：戏剧-情绪化和不稳定

- 反社会型：漠视或侵犯他人权利的心理行为模式。
- 边缘型：人际关系，自我形象和情感不稳定以及表现出显著冲动行为的心理行为模式。
- 表演型：过分情绪化和追求他人注意的心理模式。
- 自恋型：自我夸大的，需要他人赞扬且缺乏共情的心理行为模式。

#### C 组人格障碍：焦虑-恐惧性

- 回避型：社交抑制，自我感觉能力不足和对负性评价极其敏感
- 强迫型：专注于有秩序，完美以及控制的心理行为模式
- 依赖型：过度需要他人照顾相关的顺从和依附行为的心理行为模式。

表2：DSM-5中人格障碍的分类

由于个体所处环境不同，人格障碍的内在体验和行为差别很大。人格障碍包含个体回应他人的方式，以及个体如何受到严重困扰，所以某种意义上人格障碍可以简单的归纳为“**人格障碍是人际关系障碍**”。事实上，人格障碍人群在世界范围、各文化层中早已存在，他们根深蒂固的行为模式，对环境的适应不良经常影响自己的社会功能，甚至与社会发生



冲突，给自己或社会造成恶果，但令人为难的是人格障碍中有不少人并不承认自己有问题，他们拒绝治疗，将自己的困难处境归咎于他人，他们的家人及亲近他们的人常常体味到反复的、破坏性的关系困难，而本人的困惑与身边人的困惑往往不成正比，因此所谓“没有求诊者”的也就不足为怪了。

## 人格障碍的发展与病程

在任何人格理论当中我们都可以看到，人格具有渐近式形成的特性。人格障碍从思维、情感和行为的持久模式上说如果是长时间内相对稳定的话，那么也决不可能是“突然”变成或“由某个孤立的外力事件”可以导致的障碍，因此**多数人格障碍通常都在青少年期或成年早期即可观察并识别**。作为成长基础的、对原生家庭关注，近年在国内掀起巨大的浪潮，其原因也与人们更多开始关注自己的行为特点、人际互动模式的“来源”不无关系。当然，由于人格特质本身是某种适应不良，因此如儿童期出现人格障碍的部分特质，也并非说一定在成年后一成不变——有可能随着个人成长、环境变化等而变得特征不那么明显或者说从症状的角度有所缓解（特别是在反社会人格及边缘人格障碍中，这样的特点更为显著，相对而言变化并不明显的是强迫型人格与分裂型人格）。因此，讨论人格形成，考虑人格发生异化的内因与外因，显然是相当关键与必要的部分。

## 人格的童年发展

### 1、传统精神分析

弗洛伊德认为身体是所有意识的唯一来源。心理发展阶段的划分是依据心理能量所指向的身体部分来划分的，根据心理能量的走向，就可以得知心理发生了怎样的变化。婴儿出生时就已经具备了心理能量，随着关注点的转移，个体寻求满足感的类型和方式也在发生变化。

阶段	生存任务	身体	心理课题
口唇期 (0-1.5岁)	断奶	口唇	信任, 自恋
肛门期 (1.5-3岁)	大小便	肛门	自我控制
性器官期 (3-6岁)	识别男女差异	性器官	性别认同
潜伏期(6-12岁)	生活适应	无	防御方式
生殖期 (12岁以后)	异性交往	生殖器	亲密关系

表3：弗洛伊德对心理发展阶段的理解

如上所示，传统精神分析认为早期儿童经历对青少年、成年早期以及成年人的人际交





往模式有巨大的影响，核心家庭的人际关系决定着个体随后一生的人际关系模式。他把个体满足自我需求的方式与生理快感区域发展结合在一起，认为人类心理的最高目标就是在降低紧张和获得最大愉悦的动态平衡之间保持一个可接受的水平。个体的发展阶段首先需要经历口唇期、肛门期和性器期，俄狄浦斯情绪就出现在性器期；经历潜伏期后，个体到达生殖期，而如果个体过于陷在某一特定发展阶段时，就会出现固着。我们在弗洛伊德创立的理论当中发现他对童年极其关注，甚至对于人格形成缺乏青少年及成年期的描述，始终以男性为中心的论述而忽略掉女性心理的部分，缺乏对环境因素的考察，缺乏个体自我修复等等的讨论，种种作为开创者难以兼具的“缺陷”是其不少追随者后期与他分道扬镳的原因之一，但同时也因此有了更多基于传统精神分析的，关于人格形成的讨论。

## 2、个体心理学

阿德勒自身否认自己是弗洛伊德的学生，但精神分析理论对他产生的影响却是深远的，尤其是关于强调儿童早期经验和亲子关系的重要性这一点上。阿德勒不赞同弗洛伊德认为儿童时代那些被压抑的、与性有关的无意识内容是神经症的核心，认为性只是个体人格的表达而不是发展的根本动力。

阿德勒认为生物学因素对儿童的影响并非是那些本能性行为，而是儿童在成人世界中的弱小与无助。在他创立的个体心理学中认为，追求权力才是个体发展的根本动力，儿童会为此努力让自己的变得更强大，儿童早期适应环境的努力可能会导致他们将支配他人作为赢得自尊和获得成功的手段。阿德勒坚决的认为，心理健康必须是建立在健康的人际关系上——这一点与我们前述的人格障碍的核心定义何其一致“人格障碍是人际关系障碍”。阿德勒强调了三种不良的儿童经历对人格的影响：机体缺陷、纵容与忽视。

**机体缺陷：**受到病痛折磨可能会使儿童变成一个高度自我为中心的人。由于缺陷以及无力与其他健康儿童竞争，他们可能表现得退缩、不与他人交往。另一方面，也会有些儿童由于天生的缺陷而进行过度补偿，从而使他们的能力发展到非常高的水平。

**纵容：**纵容、溺爱都不利于儿童发展与他人合作以及社会兴趣的发展。由于他人总是帮助他们完成他们本来自己可以做到的事，因此造成他们对自身能力缺乏信心。相较于对他人，他们更多的倾向于单方面提出对家人、朋友的要求，社会兴趣水平通常很低，与对自己照顾有加的父母也很难产生真正的感情。

**忽视：**一个被忽视或不受欢迎的儿童在家庭中感受不到爱、体会不到合作，因此，他们没有办法适当的发展这些能力。这些孩子对自己的能力、对自己从他人那里获得感情与





尊重都没有信心，成年后他们可能更容易变得冷落而无情（这与本期案例当中来访者的情况类似）。

关于动力学方面，阿德勒关注**出生顺序**对人格与行为特征的影响，他解读了独生子女、长子、第二子、老么的心理状态，并在后期更进一步总结为：伴随着每个孩子出生家庭动力发生变化时出生顺序可能也并不是最重要的，而是心理情境的影响，因为每个人都并不是说出生在哪个顺序上就一定成为什么人格，而是对于自己出生的环境以及在该环境中的**解读方式**来影响着自己的行为与人格形成。

### 3、生命周期理论

生命周期理论的研究奠基人埃里克森受到两方面理论的重要影响，一个是精神分析理论，另一个是他多样的文化生活背景以及儿童养育行为的研究。他把自己对个体发展理论的研究称为**渐进论**，提出每当个体从一个阶段进入到下一个发展阶段，我们都会褪去一个保护性的结构，将一些不足、弱点和危机保留下来，它们存在且可能会以我们未曾了解的方式爆发出来。

阶段	性心理发展阶段与模式	心理社会性危机	主要人际圈	主要品质	病理学要素	社会法则
1、婴儿期 出生-1岁	口腔-呼吸 感觉-运动 合并模式	基本信任VS 基本不信任	母亲般的人	希望	退缩	宇宙法则
2、儿童早期 1-3岁	肛门-生殖器 肌肉（保持-排泄模式）	自主VS 羞怯与怀疑	父母般的人	意志	强制	法律与秩序
3、游戏期 3-5岁	运动（闯入、包罗模式）	主动VS 内疚	家庭成员	意图	压制	理想原型
4、学龄期 6岁-青春期	潜伏期	勤奋VS自卑	邻里、学校	能力	惰性	技术法则
5、青春期 12-18岁	青春期	同一性VS同 一性混乱	玩伴与其他 同龄人，领导 人员的典范	忠诚	批判	空想式世界观
6、青年期 18-35岁	生殖	亲密VS孤独	朋友、性伴 侣、竞争对手、 合作伙伴	爱	排外	合作与竞争模式
7、成年期 35-55岁	（生育）	创生VS停滞	部门同事	关怀	拒绝	传统与当代教育
8、老年期 55岁以上	感觉模式的普遍化	自我融合VS 失望	人类 类人物种	智慧	轻视	智慧

表4：人类发展的八个阶段



埃里克森认为不论在人生发展的哪个阶段，社会关系都处于核心地位。在个体发展的前5个阶段，个体与父母、家庭成员和同伴交往的作用最为关键。个体能否建立自我同一性在很大程度上**取决于他们能否获得同龄人的肯定，亲密关系的建立也为他们与别人建立更深层次的社会关系提供了机会**。而正如早期阶段与弗洛伊德理论当中对于个体在身体发育方面的相关一样，埃里克森认为个体在身体与智力上的发展情况决定了他们能否建立起对自己能力的自信，决定了他们是否有能力在复杂的社会中选择自己想要的职业。比如，儿童在变得强壮、高大的同时，也越来越灵敏、越来越有能力学习复杂的技能时，他们就可能建立起对自己的自信。因此相比弗洛伊德，他更强调**身体-心理-社会**三个方面的相互作用。

#### 4、个人中心式理论

弗洛伊德把带入到成年期的儿童期的创伤看成是神经性固着，而罗杰斯的人格理论认为人们在儿童时代必然会遇到各种挫折，这也是人生正常发展中固有的一部分。一个婴儿从开始有自我意识开始，就已经产生了对**爱或积极性关注的需要**。可是儿童并不能很好的将自我与所从事的行为区分开来，因此就常常将他人对行为的赞许看成是对他们自身的赞许。同理，他们也会将自己因为某一行为而受到的惩罚当成是自己没有得到他人的认可。

对于婴儿来说，爱无比重要，因此婴儿的行为不在于经验能够维持或提升自己的机体，而在于怎样获得母性的关爱。所以儿童期的行为有些甚至并不健康，但为了获得关爱或赞许而持续发生着。从这个理论上说，如果成人能够接受儿童的消极情绪，给予儿童无条件的接纳，让孩子们不需要再用讨好的、屈从的行动来迎合成人，那么儿童可能就不需要再被迫去否认或不承认自我人格中那些否定的行为或态度。具体而言，比如有人要求一个孩子“必须爱刚出生的妹妹。”这其中有一层的意思可能是：“一旦对妹妹有什么消极感受，就得压抑或否认它们的存在，不然有可能遭到父母的抛弃或责备。”因此通常孩子产生的嫉妒、不快都需要压制起来并否认它们、阻止它们进入意识层面。

随着儿童的成长，问题可能会继续存在。为了保持这种**虚假的自我意象**，个体就必须不断地歪曲自己的经验，对经验歪曲的越多，犯错以及发生其他问题的概率就越大。成年后越来越多的行为问题，过失以及精神上的混乱就是个体内心歪曲的表现。



## 结语

面对诸多案例中涉及人格障碍，我时常会收到一些提问与话题讨论——既然人格障碍“无药可医”，越来越多的临床工作者都意识到人格障碍“预防”的关键性，然而我们却很难找到一个笃定的说法告诉我们“人格、人格障碍是因为……所以……”。罗列的以上的几种理论，分别从儿童的成长发展角度思考了各个时期人格发展的重要课题以及发展不顺利时可能出现的一些异常转变，这些理论不管是基于观察总结也好，还是基于推理也好，在我们自身的成长、后来的工作当中，其实都不乏例证。因此虽然角度不同，解释可能也不尽相同，但作为理解复杂的“人”来说都提供了极好的视角。

没有任何人的成长是一帆风顺的，了解发展规律，重要的还不是为了“**诊断与治疗**”，而更多的是希望为大家（包括精神心理专业的人士及所有非专业的人士）提供思路，关照好我们自身，养育好我们的孩子，从“**预防与保健**”的角度更多的做好家庭与个体的工作。尤其是从事临床工作后，面对不同年龄，特别是青少年期开始出现的那些在人际关系中兜兜转转、不断挫折的来访者，我们多想能够更清晰的看到这样的机制来让正在养育儿童的父母、让正在成长中的青少年、让自我反思的大人们找到一些可信凭的依据，看到我们一路走来的成长之路中自己是如何发生、发展的，**改变能改变的，接受不能改变的。**

总结这样一篇小文不见得全面，也实难求全，通过集合各理论对于成长早期身体、心理、环境变化的思考，期待帮助我们能够“拼图”出一副关于早期人格的思路框架。涉及人格，书多且杂，写之不尽，唯请诸位开卷有益，以此为引，细读原典。

## 编后语

我们没有办法在一篇短小的文章中把所有理论及理论创始人的生平及其理论发展进行逐一介绍。假如大家感兴趣，可以在阅读不同的理论著作时发现，每个理论发展都与其创立者的原生家庭、早年经历、成长过程、个人体验有着密不可分的联系。弗洛伊德作为家中长子，拥有相对年老的父亲与年轻的母亲，享受多子女家庭当中最高的优待，他的理论从自我萌芽开始充满着男权式的、自我关注的成份，强调防御机制；阿德勒自身身材矮小，体弱多病，而他拥有一个高大、英俊、健美的哥哥，作为次子，他一生关注自卑带给个体的动力，强调父母教养方式对孩子未来人格的影响；埃里克森的出身环境更为复杂——对于种族的自卑，自身家庭的秘密，成为他一生关注自我同一性，追求自我定位研究的动力，包括从荣格、霍尼等人的生涯发展中都有相当多值得我们思考的部分。





每个理论的提出或完善都或多或少的受到了其他相关理论的影响，而且每个理论的发展也都与其历史时期及社会背景有着相当密切的关系。和考虑我们的来访者一样，思考人格形成，学习基础理论时，我们同样需要系统性、多元化的思考各种理论之间的相关及互补，兼容并序，而不固执于某种理论本身造成偏见。

### 参考文献

1. 罗伯特·弗雷格, 詹姆斯·法迪曼 著, 人格心理学: 人格与自我成长 (第7版) 胡军生译, 中国人民大学出版社, 2017
2. 亚伦·T·贝克, 丹妮丝·D·戴维斯, 阿瑟·弗里曼[M] 人格障碍的认知行为疗法 (第3版), 王建平, 辛挺翔, 朱雅雯译. 人民邮电出版社, 2018。
3. 阿尔弗雷德·阿德勒著 儿童的人格形成及其培养, 韦启星译, 北京大学出版社, 2017。
4. 美国精神医学学会. 理解DSM-5精神障碍[M]. 夏雅俐, 张道龙, 译. 北京大学出版社, 2016。
5. 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。
6. 诧摩武俊. 泷本孝雄. 铃木乙史. 松井丰著 性格心理学への招待 (改訂版) サイエンス社 2005



# 全科医学

在本期的全科案例中，是一位年近80岁的老年男性，因为行冠脉搭桥术后1个月，不知如何更好地调整心脏整体功能，提示生活质量而来访。两位医生分别从全科及精神心理科的角度共同会诊患者，为他制定基于生物-心理-社会的整体治疗方案。请看本期的全科案例——

## 冠脉搭桥术后，慢病管理需跟上

——一例冠心病冠状动脉搭桥术后患者的远程访谈

作者 | 钟丽萍 医生

张道龙 医生

责编 | 肖 茜 医生

**一般情况：**患者78岁已婚男性，已退休，因“反复活动后胸痛胸闷10年，心脏冠状动脉搭桥术后30天”而来会诊。

### 主诉：

- 1、患者干燥综合征如何正确治疗和具体用药？
- 2、患者反复发作眩晕，脑梗死该如何防治？
- 3、患者担心药物副作用而抵触用药，该如何向其解释？
- 4、家属该如何更好的照料患者安度晚年？

### 现病史：

10年前患者活动后出现阵发性胸骨后疼痛，伴有胸闷，休息后可缓解。今年6月初胸痛、胸闷症状发作频繁，活动中和安静时均可发作，平均3-5天发作1次，发作时伴有颈部放射痛，出汗，无心悸、呼吸困难，无恶心呕吐，口服丹参滴丸，胸痛持续15分钟可缓解。9月初胸痛每日发作1-2次，发作时伴有心悸、出汗，于9月18日在某三甲医院A就诊，心电图提示V1-V5导联ST段压低，V1-V4导联T波倒置，化验肌钙蛋白I 轻度升高，0.035ng/ml，肌酸激酶(CK)及血清肌酸激酶同工酶(CK-MB)正常，D-二聚体正常，考虑为冠心病，急性非ST段抬高型心肌梗塞，心功能I级（Killip分级），给予阿司匹林、氯吡格雷口服，硝酸异山梨酯静点，20日行冠状动脉造影提示冠状动脉三支病变（左主干钙化，狭窄20%，前降支近端严重钙化，开口狭窄95%；左回旋支钙化，开口及近端狭窄50%；右冠全程血管硬化，中段狭窄30-40%，远端分叉前狭窄70%）。心脏彩超提示二尖瓣中大量反流。当时建议手术治疗因患者不同意而出院。

2019年10月9日因要求手术而住某三甲医院B。10月16日在B医院行冠状动脉旁路移植



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



术，直视下冠状动脉内膜剥脱术，二尖瓣成形术，三尖瓣成形术，手术顺利，术后第二天出现心跳过速，口服阿替洛尔6.25mg tid，最高剂量为18.75mg tid，术后第三天开始服用可达龙200mg qd共6天后停用6天，从11月1日开始200mg qd至今。10月24日出院。出院时血压120/71mmHg，心功能II-III级（NYHA分级），心律70次/分，心律齐，双下肢无浮肿，切口愈合I甲。

出院后白天静息时心率在100-120次/分，多次心电图检查提示房扑，心室率110-120次/分。患者近10天每天晚上8-10点出现喘气费力，咳嗽，站起来走走症状减轻，平躺后加重，夜间出现过胸憋2次，坐起后减轻，夜间需高枕休息。目前因睡眠不好间断口服劳拉西泮。出院后用药如下：泰嘉75mg，QD；枸橼酸钾颗粒4g，TID；华法林钠片3mg，QD；阿替洛尔片12.5mg，TID；托拉塞米片10mg，QD；阿托伐他汀钙片20mg，QD。可达龙200mg QD

11月11日因心率快不缓解在B院调整药物,停用阿替洛尔、可达龙、改为倍他乐克25mg，BID；地高辛0.125mg QD；地尔硫卓90mg QD，服用2天后患者有心跳停跳感，心率100次/分。

**既往史：**1、2000年因头晕、天旋地转伴耳鸣就诊，确诊高血压，收缩压最高可达180 mmHg，口服富马酸比索洛尔2.5mg qd治疗，血压控制在130/70 mmHg左右。

2、2007年因胃部不适，就诊时发现二尖瓣脱垂，一直在B医院定期复诊，拒绝手术。

3、“青光眼”术后13年余；甲状腺结节10余年；前列腺增生20余年；

4、发现“颈动脉粥样硬化”6个月，口服阿托伐他汀钙20mg qn，长期口服阿司匹林0.1qd。

5、否认糖尿病、精神疾病史，否认外伤、输血史，否认肝炎、结核病史，否认食物、药物过敏史。

**个人史：**胞六行三，两个哥哥，三个弟弟，一个妹妹。足月顺产，发育正常。17岁参军，后从事文职工作，工作能力强。转业后从事政府公务员工作，55岁退休。性格外向，脾气急，工作认真，责任心强，追求完美，工作必须及时完成。在家干活也很着急，干净利落。喜欢清洁秩序，现在还是自己打扫卫生。人际关系好，朋友多。社会道德感强，年轻时看不上当时人们花钱买学历，自己凭能力生活很安心。怕小虫子、小动物。否认抠指甲，抠皮肤拔毛等。无烟酒嗜好。爱人是军人，性格内向，脾气倔强，不善言辞，工作认真，人际关系较差；夫妻关系一般。患糖尿病、多脏器衰竭于3年前去世。婚育史：18岁初潮，





月经规律，49岁闭经。27岁结婚。育有3个女儿。大女儿因乳腺癌去世，其余两个女儿均体健。

**家族史：**否认早发冠心病家族史。母亲患胆囊结石，96岁去世，父亲66岁因十二指肠肿瘤去世。

**个人史：**25岁结婚，育3女，配偶及子女均体健，生活和睦，经济条件好。不吸烟，不饮酒，每天活动，50岁之前喜进食油腻食品，偏咸，自诊断高血压后开始注意清淡饮食。

### 诊断依据及思路：

患者12年前发现二尖瓣脱垂，本次术前，二尖瓣中重度返流，心脏负荷增加，心肌代偿增厚，左心扩大，胸片提示有胸腔积液，术后夜间有憋醒状况，需抬高枕头才觉得舒服，无粉色泡沫痰，无颜面及下肢水肿，建议胸片及超声心动图检查。

患者50岁之前，生活方式上偏好油腻偏咸，20年首次诊断高血压时，患者体重超重，当时的症状是头晕、天旋地转并伴有火车鸣声的耳鸣，可疑高血压及颈动脉狭窄造成脑供血不足。家族遗传及生活方式造成的高血压及血脂异常可能早就存在了，但是患者正规降脂治疗还不到半年。在心脏结构异常的基础上，加上高血压、高血脂、年龄的因素，以及不当的急症处理方式，造成非ST段抬高型急性冠脉综合征。

TIMI (the Thrombolysis in Myocardial Infarction) 危险评分是临床上针对于急性冠脉综合征患者预后的危险评分。TIMI风险评分6-7分：年龄大于等于65岁、存在至少3个冠状动脉性心脏病的危险因素、既往冠状动脉狭窄 $\geq 50\%$ 、入院心电图检查有ST段偏移、在先前24小时内至少有2次心绞痛发作、血清心脏生物标志物升高、先前7日内使用过阿司匹林。较高的TIMI风险评分与14日时不良事件数目增加显著相关。因此进行血运重建和冠脉搭桥是最佳选择。

目前术后一个月，房扑，射血分数 $> 40\%$ ，心率虽然 $> 100$ 次/分，药物治疗还有调整空间，如果患者有症状、抗心律失常药物无效、出现房颤超过12个月，可考虑导管消融。患者目前没有射血分数降低及室颤的情况，可暂时不植入性心脏同步化治疗（CRT），至少接受3个月最佳循证内科治疗后，根据心电图、心功能分级以及是否需要心室起搏来确定CRT的指征。

### 诊断：

- 1.冠心病，冠状动脉搭桥术后
- 2.二尖瓣脱垂伴关闭不全，三尖瓣轻中度关闭不全，二尖瓣、三尖瓣成形术后



3.心功能II-III级 (NYHA分级)

4.高血压病3级, 很高危

5.高脂血症

6.双眼青光眼术后

## 治疗:

### 一、生物层面

#### 1.非药物治疗

- a) 完善心电图检查: 患者联合3种控制心率的药物, 目前感觉偶有心跳停跳感, 建议复查心电图是否转为窦性心律或出现房颤。
- b) 合理饮食: 患者高血压、心功能不全, 应适当限制钠盐的摄入, 食盐 $< 3\text{g/d}$ , 食用油 $< 25\text{g/d}$ , 食用富含Omega3 多不饱和脂肪酸的鱼类和鱼油可以降低甘油三酯水平, 预防房颤, 有可能降低心率衰竭病死率。
- c) 每天进食不宜过饱, 饭后不宜立即运动 (进食过饱, 腹腔脏器血流增加, 可反射性减少冠状动脉血流量, 诱发心绞痛)。
- d) 保持大便通畅: 用力排便可增加冠状动脉痉挛及心肌耗氧, 诱发心血管事件, 建议多进食蔬菜及粗纤维食物。
- e) 关于运动问题: 指南中建议患者病情稳定, 冠状动脉移植术后2-5周即可进行II期的心脏康复锻炼。首先要进行危险评估, 低危患者可以在无监护条件下进行锻炼。中、高危患者应延迟运动或在医生监护下进行锻炼。建议采用有氧运动, 运动强度在静息心率的基础上增加20-30次/分即可认为是患者合适运动强度。抗阻运动一般冠状动脉移植术后至少5周, 且应在连续4周有监护的有氧训练之后进行, 每次8-10个肌群, 每周2次。目前患者心率较快, 静息状态下超过100次/分, 建议暂缓有氧运动。
- f) 生活有规律: 保证睡眠, 避免过度紧张、疲劳。
- g) 健康教育: 患者需要了解有关冠心病的一些知识, 及如何急救。患者78岁, 建议注射流感疫苗和肺炎球菌疫苗。预防感冒。

#### 2.药物治疗

- a) 抗凝、抗血小板治疗: 患者冠心病, 冠脉搭桥术、二尖瓣、三尖瓣成形术后。需要抗血小板和抗凝治疗。目前应用氯吡格雷+华法林治疗, 凝血酶原时间国际标准



- 化比值 (INR) 1.51, 建议继续该治疗, 注意监测无胃肠道反应及出血征象如牙龈出血、皮下出血、血尿等, 可定期复查血常规及便潜血及INR等, INR保持在1.5-2.5。
- b) 阿托伐他汀钙片: 具有延缓粥样斑块的进展, 稳定斑块, 减少临床事件发生的作用。患者动脉粥样硬化性心血管病(ASCVD)风险评估属极高危人群, 根据指南要求应将低密度脂蛋白胆固醇降低在1.8mmol/L以下。目前血脂控制达标, 建议继续服用。服用期间应注意有无肌肉不适或无力, 可定期监测肌酸激酶谱和肌电图。
- c) 运用 $\beta$ 受体阻滞剂:  $\beta$ 受体阻滞剂可通过降低心率、心肌收缩力和动脉血压减少心肌耗氧量, 从而减少心绞痛发作, 还可减少心律失常、预防再次心肌梗塞和改善心功能。同时 $\beta$ 受体阻滞剂还有降低交感神经兴奋的作用。目前绝大多数临床研究采用美托洛尔缓释片, 该患者服用阿替洛尔控制心率效果不明显, 建议改用美托洛尔 25mgBID
- d) 地尔硫卓: 非二氢吡啶类钙离子拮抗剂, 可扩张冠状血管减轻心绞痛的发作, 同时减慢心率, 减少心肌耗氧, 增加运动耐量。常用于左室正常射血分数 (LVEF) 大于40%的房颤患者心室率的控制, 继续服用地尔硫卓90mgQD。
- e) 利尿剂的使用: 有促进尿钠的排泄, 消除水钠潴留, 有效缓解心力衰竭患者的呼吸困难及水肿, 改善心功能和运动耐量, 目前应用托拉塞米为高效髓袢利尿药, 建议继续使用, 长期应用注意电解质、血糖、尿酸、肌酐、血脂。每日监测体重变化。

## 二、心理层面

患者术后比较担心、失眠明显, 因患者血脂高, 不考虑米氮平; 减少对罗拉的使用, 避免跌倒及对认知的损害。可考虑使用依赖性较小的助眠药物, 如思诺思。

患者术后心动过速, 如果 $\beta$ 受体阻滞剂增加剂量, 心率降至110次/分以下, 没有不适症状是可以接受的, 降低心率可减少患者的焦虑反应。健康教育方面告知患者复发性缺血/梗死时可能出现的典型心绞痛情况, 以及正确拨打急救电话。心理服务方面, 认知行为治疗 (CBT)、正念放松技术、情感支持均会有帮助。

## 三、社会层面

患者3个女儿都工作在一线城市, 两个专业与医疗有关, 非常孝顺, 老伴体健, 患者具有良好的家庭支持系统。更多鼓励患者科学管理自己的健康状况, 在社区建立健康档案, 接受医疗之家的系统管理。

主诊医师: 谢兴伟





## 两位医生会诊患者后，意见总结如下：

### 钟丽萍医生：

**(1) 关于降心率、调整心脏节律的药物选择。**患者的诊断没有问题，关键是我们怎么管理。关于心率的问题，他现在吃三种药，其中地高辛不建议吃。一般地高辛是心脏的输出减低才考虑使用。而患者他的射血分数（EF）值78%，他的输出率还是挺高的，这个药物是可以增加耗氧量的，增加肌肉收缩。他没有这个肌肉收缩的问题，如果再用地高辛虽然可以减慢他的心率，但是增高他的耗氧量，这种情形是不主张用地高辛的。可以提高他的β阻滞剂或者钙离子阻滞剂的剂量，控制心率也是挺好的。他的血压不高，如果β阻滞剂、钙离子阻滞剂都加上，他血压有可能太低，就会有点受不了。他的收缩压/舒张压如果降到100/60mmHg以下，肯定就不行的。比如美托洛尔没有地尔硫卓降血压降的那么厉害，可以先增加美托洛尔的剂量。总之，药物还要进一步调整，他的心率一定要降到100以下，要不然他心脏的耗氧量太高，他会受不了的。同时控制节律也很重要，我们既要控制节律，又要控制他心率，用抗心率失常的药会比较好一些，但是心律失常的药也有很多副作用的。

**(2) 关于用射频消融来治疗心律失常。**目前是不是他需要消融？实际上这个射频消融有争议，因为他是有很严重的心脏结构的改变，有这么多年的二尖瓣脱垂，所以他的左心房很大，你要靠电复律或者靠药物要复律是很难的。其实像他这种情况有时候在做手术的时候，同时把他左心房的一部分就切掉了，就把左心房变小了，要不然他这个节律就很难控制的。但是现在已经做完手术了，在美国还有别的办法，可以在左心房填一个东西，把左心弄小，这也是一个可能性，是通过导管来做的，不要开胸的。还有一个办法是射频消融，只要他的左心房纤维化不是很严重，做射频消融都是很好的。需要找到做射频消融经验丰富的医院。

**(3) 控制高血脂、高血糖、高血压等危险因素。**他有三支动脉的狭窄，现在做的旁路手术是搭了两支，有时候他会有侧支循环，就是主要的动脉阻塞以后，心脏会有代偿，旁边生出一些小支来，就会促进他血液的供应，对他来说最关键的就是要控制这些危险因素，比如说血脂、血糖、血压，还有就是要吃抗血小板的药，这些都非常重要，千万不能停。

平时饮食要非常的注意，比如碳水化合物要吃很少，像甜的饮料、果汁都不能喝的，像甜的点心要尽量的少吃，还有面食、米饭都要少吃，最好是吃杂粮，即使这样也要少吃，肉类就是鱼是最好的。像卵磷脂有人说有效，也是效果不大的。然后这个鱼油，事实上我



们的研究是有冲突的，有的说是有好处，有的研究并没有好处。最好是吃自然的东西，如果能够吃到海鲜，三文鱼这些，里边欧米伽3是很高的。牛奶其实是不用喝的，尤其是全脂牛奶，里边含饱和脂肪酸挺高的。饮食里杏仁，谷物，还有很多蔬菜都含钙，像坚果里边含钙是很高的，你都可以补充的。然后维生素D可以另外给他吃，给他吃那么一千到两千国际单位，光吃维生素D就可以了，不用同时补充钙的。鱼里边有很多蛋白质的，还有你植物里边有很多蛋白质的，比如说豆类，植物蛋白很高的，红肉不一定吃。瑞舒伐他汀比阿托伐他汀效果要更好，是第一个最强的药，科研显示斑块可以缩小。

**(4) 监测下锻炼。**有监测情况下的锻炼是非常重要的，监测到他在什么情况下可以锻炼，什么情况下不会再发生心肌的缺血。现在关键是要把他的状态调整到最佳，比如说把他的心率先要降下来，他才能耐受锻炼，而锻炼对他来说又是非常关键的一个部分，我们是按照一步一步来的，先把这个病情稳定。一定要参加心脏的康复。我们在美国，你做完心脏搭桥和心脏支架以后，是要锻炼的，而且是在监护的情况下锻炼，戴着监护器，在走步机上我们都可以看到你心脏的节律变化。

### 张道龙医生：

**(1) 运用综合手段来调整睡眠。**需要判断是否是睡眠节律的问题。因为治疗方案不一样，睡眠节律有问题，得用光照治疗，但如果不是睡眠节律的事，那就第一个调整 $\beta$ 受体阻断剂。先按照医生的建议，先把 $\beta$ 受体阻断剂调上去，把地高辛降下来，这样消耗氧就少，你的心率就慢，这样就能支持你睡觉，我们睡觉前心率一定要慢，心率高了睡不着的，这是第一。第二训练做正念。正念就像打禅一样，教你怎么把脑袋慢下来，让你心跳变慢，那些药物都不起作用的时候，有焦虑的人就容易睡不好觉。正念相当于训练你如何打禅一样，这样你的脑袋就静下来就容易睡，所以先调心脏的事，从生物学角度去干预，如果不行再训练做正念，焦虑水平高的人不容易睡得深，对心脏负担更重。

**(2) 使用思诺思等不易成瘾的助眠药物。**因为别的药物容易有戒断症状，像劳拉西洋之类的时间长他有戒断。但是思诺思服用之后只有一种副作用，我们叫睡行，若出现睡2小时后起来乱走，有少部分的人（少于1%到5%），有这种情况，就不能服用。该患者的治疗原则是不多用药，因为他体内已经有那么多药。值得注意的是，正常人服用劳拉西洋之后，本应该焦虑降低，但是有5%左右的老年人吃完劳拉西洋之后开始有攻击行为、就开始闹，没有起到镇静作用，变成易激惹，它叫矛盾现象，主要跟你的大脑结构不一样有关。



该患者可先用思诺思等副作用小的药物，这是全球使用最多的睡眠药。

## 问答环节

**问题一：**二尖瓣成形术，抗凝药要服多长时间？如果他是持续房颤，我们需要终身抗凝吗？

**钟丽萍医生：**在美国也没有一个确定的答案，如果是生物瓣膜，基本上每个医生按自己的想法在做，还没有一个大型的研究得出一致结论。现在如果你看美国的心脏外科协会做的建议，二尖瓣和三尖瓣和主动脉瓣还不一样的，如果是二尖瓣，主张凝血酶原时间国际标准化比值（INR）在2.5左右，三尖瓣大概是2.5到3。如果说是机械瓣膜INR要高，但主动脉瓣事实上INR可以稍微低一点，但如果说都是生物瓣膜的话大概是2到2.5左右，而且这个多久也是没有一个统一的规定。如果有房颤是绝对要用抗凝药的，永远要吃下去的，而且抗凝的INR一定要在2.5左右。

## 科普知识

### 心脏搭桥手术后注意事项

责编 | 肖 茜

#### 一、首先是搭桥手术后的后续治疗和养护包括哪些方面？

心脏搭桥手术只是冠心病治疗的第一步，虽然这是最重要的一步，但其后续治疗和养护也是至关重要的。这不仅是保持和提高移植血管桥远期通畅率，维护术后良好心脏功能，预防冠脉血管的再狭窄所必须的，也是提高远期生存率，降低相关疾病的发生所必不可少的。

#### 合理的药物治疗：

1、抗血小板药物，如阿司匹林、波利维等。抗血小板治疗对于保持和提高移植血管桥远期通畅率至关重要，需要终生服用。如果患者因为胃肠问题不能服用阿司匹林，可以改用波利维。

2、 $\beta$ -受体阻滞剂，如倍他乐克、阿替洛尔等，其中倍他乐克偏重降压，阿替洛尔偏重降低心率。搭桥术后最好将心率控制在60 - 80次/分，过快的心率不仅对患者不必要，而且会增加心肌耗氧量，诱发心肌缺氧缺血，导致心绞痛。由于 $\beta$ -受体阻滞剂对提高患者远期





生存率有巨大帮助，一般建议所有患者终生服用，特别是对有过急性心肌梗死和急性冠脉综合症病史，以及左心功能不全的患者，应用的意义更大。

3、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI），如卡托普利或依那普利等。由于ACEI制剂除了有降压作用外，还有帮助心室重塑的作用，建议所有术后患者均应该常规服用，特别是对左室EF值小于40%，或者有高血压，糖尿病，慢性肾功能不全的患者。对于不能应用血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）制剂的患者，可以改用血管紧张素受体阻滞剂，即沙坦类药物，特别是有慢性心功能不全或心梗后左室EF值 $<40\%$ 的患者。

4、硝酸酯制剂，如硝酸甘油、消心痛、5-单硝酸山梨醇、长效硝酸甘油制剂等。对于没有心绞痛患者术后可以服用3-6个月，不需要长期服用。对于有症状患者，经检查后无法进行介入或手术治疗的患者，需要长期服用。

5、其他药物，如降压药、降低血脂药物和降血糖药物，需要根据患者的具体情况选用。

## 二、术后如果控制冠心病危险因素？

冠心病的主要危险因素有：高血压、高血脂、过度肥胖、高血糖、不良生活习惯和社会心理因素和家族遗传因素等。

1、**血压**：搭桥术后患者的理想血压应该在130/80mmHg以内，药物治疗以 $\beta$ -受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体阻滞剂、钙离子拮抗剂和利尿药为主，具体用药应听取高血压控制专家的意见。

2、**血脂**：搭桥术后患者理想的血脂应该是低密度脂蛋白胆固醇低于100mg/dL (2.5mmol/L)，对于高危患者，低密度脂蛋白胆固醇应该低于70mg/dL (2.0mmol/L)。推荐所有患者术后常规降血脂治疗，即使术后早期血脂检查不高，也建议降血脂治疗。降血脂药物主要以他汀类为主，也推荐应用贝丁酸类和叶酸类，以及 $\Omega$ -3脂肪酸等，特别是对于不能应用他汀类药物的患者。在应用他汀类药物过程中，应该观察肌肉组织和肝脏功能的变化情况。

3、**血糖**：糖尿病患者术后应该常规抗糖尿病治疗，通过调整饮食，适当锻炼，并加用必要药物治疗，目标是将糖化血红蛋白控制在6.5%以下。具体治疗方案由糖尿病治疗专家帮助制定。

4、**体重**：对于肥胖患者，术后初期的目标是通过调整饮食和适当增加运动量，将体重减少10%左右。长期的治疗目标是将体质量指数（BMI）控制在25kg/m<sup>2</sup>以下，同时男性腰围要小于94cm，女性小于80cm。（BMI是用体重公斤数除以身高米数平方得出的数字，



正常范围是18-24，大于24时即属于过重，大于27时即属于肥胖）。

### 三、心脏搭桥术后康复的三个阶段

1、病房康复：使用徒手或呼吸训练器，对患者进行深呼吸及有效咳嗽训练，为加快患者引流液排出，促进肺复张，改善肺活量以及促进痰液的排出。患者情况逐步稳定，可选择轻度低强度运动训练，包括靠坐在床头或独立坐在床上；

2、门诊康复：选择心脏康复医院进行，术后2-5周开始，除进行身体情况评估，健康宣教及不良生活习惯纠正外，需参加在心电及血压监护下的中等强度运动训练，包括有氧运动，抗阻运动和柔韧性拉伸，每次运动保持时间大约30-60分，每周3次；

3、社区康复：一般术后1年开始，维持已经养成的运动习惯，纠正不良生活习惯。

### 四、心脏搭桥术后的运动注意事项

临床中常有接受过心脏搭桥手术的人不敢干活、不敢活动，有的甚至不敢下楼、不敢挺胸抬头走路，而是刻意含胸，似乎要把心脏“保护起来”。提醒，搭桥术后，在自己能力的范围内适当活动，有助于早日康复。

心脏接受手术的地方被胸壁保护着，胸壁的外面还有肋骨，所以只要不过分，常规的体育锻炼和日常劳动是不会带来负面影响的，不必过于担心。患者最初可以在室内和房子周围走动，走动时要扶着东西。感觉没有困难时，可以开始散步，行走的速度、步伐以感觉舒适为标准。以后，逐渐加快步伐，以增加心率和呼吸频率。

可以每天三次，每次五分钟，从舒适的散步开始，然后逐渐增加散步的时间和距离，以能够耐受为准。一天多散步几次，比一次长距离散步更有益。坚持每天散步，并且把散步距离逐渐增加，只要能够耐受，可以慢慢上楼梯、上小山坡。若是在寒冬或炎夏无法在户外散步，可以使用慢步机(健身器)，每天锻炼二次，每次慢步30分钟。

在锻炼的过程中，如果出现胸疼，应立即停止，出现气短、哮喘和疲劳，也应立刻停止。这些症状消失了，可以用较慢的速度继续活动，然后逐日增加。在完全恢复体力之前，疲劳是不可避免的，活动时 would 感到心脏跳动非常强，但只要心跳规则不特别快，就不要有顾虑。少数情况下，有人感到心脏突然失控或跳数过快，可能感到轻度头晕、乏力、脉搏不规则，就需及时同自己的医生联系。

心脏病患者做了心脏搭桥术后，不是一劳永逸，后续有很多要注意的地方，否则病情会越来越严重，治疗难度也会越来越大，希望通过上述内容的介绍，您对心脏搭桥有了更深刻的认识。



# 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

