

人格障碍 1 例

黄守芳¹ 谢良勇²

1.贵州省遵义市遵义市精神病院, 贵州 遵义 563100

2.贵州省绥阳民康精神病医院有限公司, 贵州 遵义 563300

摘要: 为了增强基层医院医师对人格障碍的早期识别, 早期诊断能力。本文对 1 例 32 岁男性人格障碍病例在本院住院过程中的诊断思路, 会诊结果, 治疗过程进行报道。针对本例复杂的症状表现, 运用 ICD-11 对患者进行系统, 规范的诊断及治疗, 同时注重心理治疗与药物治疗的联合运用, 让患者能及时认识自己的疾病并积极配合治疗, 提高治疗依从性, 从而对患者社会功能的恢复及时得到有效干预, 治疗提供了必要条件, 对人格障碍患者管理具有临床参考价值。

关键词: 人格障碍; 早期识别; 联合治疗

人格或称个性, 是一个人固定的行为模式及在日常活动中处事待人的习惯方式。^[1]人格障碍通常是指在自我、人际关系和社会定位方面存在持续的困难, 对患者及其周围环境造成负面影响^[2], 包括身心健康的损害、生命安全的威胁和生产力的缺失等^[3]。临床人群中, 精神科患者的人格障碍患病率达 45% 以上^[4]。本案例报道 1 例人格障碍患者的诊断及治疗经过, 为人格障碍患者的治疗问题提供全新的视角和解决思路。

1 病例介绍

颜某, 男, 32 岁, 职高毕业, 未婚, 无业, 因反复言行异常、情绪不稳 10+ 年, 于 2024 年 11 月 11 日 10 时 56 分入院。患者自幼父母外出务工, 在爷爷奶奶身边长大, 爷爷奶奶对其疏于管束。自小学三, 四年级起, 经常顽皮, 不遵守学校纪律, 逃学, 欺负同学, 乘同学不注意, 悄悄往同学的饭盒里撒尿; 在女同学书包放小动物惊吓女生等。职高毕业后入伍, 临退伍时, 拒绝部队挽留, 拒绝家人建议, 于 10+ 年前回到家乡。谈及此段经历时, 认为“我只计划做到这一步”。退伍后, 应聘在当地某特警队任职, 因与领导、同事不和及不认同单位办事程序便自行辞职; 后找的工作均因与同事们关系不合或其他原因辞职。此后 8 年时间, 均待业在家, 不再外出找工作, 生活尚能自理, 能做饭洗衣, 但与家人交谈时好争辩, 如果观念不一致, 便会大发雷霆; 并常常胡言乱语, 诉“自己手受伤, 政府高官们手也会受伤”、“人间不可能有善”。不满意当今社会, 诉自己什么懂, 已经看透了一切; 看不惯现在政府的办事风格, 自己当初辞职就是认为脱下来一身警服才能对得起老百姓等消极言语。常常埋怨父母没给自己买房, 诉所有人对自己都不好, 要害自己, 如果家人们反驳

他说的话, 患者便开始情绪激动, 与家人争执, 甚至有打砸家具行为。期间交一女友, 但因其不让女友与别的异性说话等原因发生争执, 并动手打女友, 导致两人分手。分手后诉所有女人都是“小三”, 长期将自己关在房间, 没有亲密朋友, 不与外人交流; 喜独处, 懒散, 不修边幅, 不注重个人卫生, 进餐不定时; 生活时有昼夜节律颠倒, 常于夜间发数条朋友圈, 所发内容均为对社会不满言论; 并自己评论, 留言大多写繁体字; 并删除所有家人的微信。家属觉管理困难, 由多人哄骗入院, 门诊以“精神分裂症”收住院。病来无昏迷、抽搐、高热等, 精神、饮食可, 二便如常, 体重较前无明显增减。病史: 既往史, 家族史无特殊; 个人史方面, 童年际遇不良, 父母离异, 由爷爷奶奶养育长大, 缺乏父母关爱, 陪伴。32 岁仍未婚未育, 无亲密朋友, 无固定工作, 无找工作意向。精神检查: 认知存在关系妄想(“政府官员与我同步受伤”)、泛化偏执(“所有人要害我”) 情感: 情绪不稳定(BAS 评分 78 分), 易激惹 行为: 对峙时持械自伤威胁(危险评估 5 级) 自知力: 缺乏(SUMD 评分 5 分)

2 诊断及治疗经过

患者入院后, 对被哄骗入院极端抵触, 出现了持械寻逃行为。在场医护人员及时采取应急措施: 疏散围观患者, 以保证其人生安全; 及时寻求安保人员协助; 心理疏导对患者进行安抚, 无条件接纳其激动情绪, 满足其要求家属来院陪护等心理需求; 向上级汇报紧急情况, 报警。在多方人员共同协作下, 将患者转入躁动间。患者在躁动间独处 4 小时后, 仍情绪激动, 叫嚣辱骂不停。经医师现场评估, 疏导沟通无效, 为防止患者因体力透支出现衰弱状况, 临时予氟哌啶醇针剂 5mg 肌注处理, 约半小时后, 患者

安静。

次日接触患者,其情绪较入院时稍平稳,但仍对被动住院耿耿于怀。不承认自己有精神方面的疾病,希望能出院,常以拒食,拒药相威胁,扬言出院后会告医院,医师及自己的家人。医师选择了安静环境,在患者表示愿意配合后,医师对其详细询问病史,系统的精神检查,耐心倾听,无条件关注,鼓励等技术支持患者。患者很乐意地静下心来与医师交流,讲述自己的成长经历,工作性质,交友恋爱等。患者住院期间时有情绪波动,不稳,随时以拒食,拒药相威胁,由医师及护士及时针对其进行健康宣教,让其客观认识到自己在思维模式及情绪控制方面的异常,同意服药治疗观察。同时,组织院内专家会诊,专家组全体成员经系统回顾患者个人成长史,详细的精神检查,提出在诊断上应考虑为:人格障碍。诊断依据:早年存在行为问题:逃学、欺凌同学、恶作剧(如往饭盒撒尿;在女同学书包放小动物惊吓女生)等,提示可能存在品行障碍或反社会行为倾向,但需排除注意缺陷多动障碍(ADHD)共病。因当时家人未予重视,故未得到及时干预。人际关系与职业功能损害:难以维持工作(与同事冲突、辞职)、亲密关系破裂(对女友的控制欲、暴力行为;没有亲密朋友,不与外人交流);无明显的神经系统形态学病理变化检查结果。患者入院诊断“精神分裂症”,经会诊专家详细精神检查,指出患者虽有妄想、言语紊乱、社会功能衰退;但缺乏典型幻觉、思维形式障碍,且症状波动可能与应激相关;住院期间也主要表现为情感和行为异常(对被哄骗住院及想出院极端不满)。治疗方案:1.碳酸锂片0.25 po bid;2.心理治疗。经会诊专家与家属沟通,告知其患者的病情特点,系统规范治疗的必要性,建议与患者共同协商去上一级医院再次确诊。患者表示,如果省级医院也维持我院诊断,患者将在医师及心理治疗师的协助下,接受系统,规范的治疗。

3 总结

人格障碍主要依据病史进行诊断,应尽可能从多方面采集病史资料,并采用临床访谈、标准的评估、自评问卷等手段辅助诊断。本例主要采用了详细的病史采集,临床晤谈方式。传统心理治疗倾向于针对正常人的一般性心理问题。随着心理治疗技术的发展,与临床各科的联系日益密切。该例治疗沟通过程提示在精神科临床中,心理治疗方式无处不贯穿于工作的各个方面。患者住院过程紧张,被哄骗入院,治疗依从性差,在我院住院期间,经历了持械寻逃,否定治疗,拒药等冲突。经院内专家会诊,让其得到及时正确的诊断;综合运用精神科及心理疏导沟通技巧,让患者愿意对自己的精神行为状态进行合理认知,不再固执己见,愿意到省级医院继续就诊,从而让患者主动配合治疗。患者及家属有时更期待两家以上医院的诊断结果一致性;省级医院在对患者再次会诊后,支持了我院的诊断,使患者获得了正规,有效的治疗,对患者日后社会功能,家庭功能的康复,人格的完善起到了积极的作用。此诊断经过值得基层医师借鉴。

参考文献:

- [1]郝伟,陆林.《精神病学》第八版[M].北京:人民卫生出版社,2018.
- [2]Zimmermann J,Hopwood C,Krueger R. The DSM-5 level of personality functioning scale[M]. Oxford. Oxford Textbook of Psychopathology,2023:579-603.
- [3]Sharp C.Personality disorders[J]. N Engl J Med,2022,387(10):916-923.DOI:10.1056/NEJMra2120164.
- [4]Newton-Howes G,Tyrer P,Johnson T,et al. Influence of personality on the outcome of treatment in depression:systematic review and meta-analysis[J]. J Pers Disord,2014,28(4):57-593.

作者简介:黄守芳,女,汉族。贵州省遵义市人,大学本科毕业,现就职于贵州省遵义市遵义精神病院,精神科副主任医师,研究方向:精神心理科临床。