

第 90 期



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 温州康宁医院股份有限公司  
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》



精神医学和临床心理学

# 督导与研究

Editor's Letter 写在卷首

## 我们的金九银十

哲学家周国平说，当一个人能够找到自己最适合的领域，在那里面深造、去发展和实现你的能力，享受智力活动的快乐，这个意义上的工作，就成为人生幸福特别重要的领域。事实证明，凡是做出巨大贡献的人物，都是热爱自己专业以及工作的，这种热爱的源泉绝不只是外来的责任，主要是真心的喜欢，通过创造性的工作享受自己的能力，实现自我的价值，从中获得莫大的快乐。

美利华的九月众人在温州相聚，十月小分队又远渡重洋，这里并不是职场，却比职场带给每个人更重要的营地——这里是与自我追求相遇的地方，是与同道共同成长的舞台，是自我呈现的平台，笔者与队友们站在密歇根河岸眺望百年建筑带来的震撼，心中有一首歌回响起来“在这灿烂的一瞬间，我的心悄然绽放，在这绽放的一刹那，像荒草一样燃烧……”

绽放，一种生机勃勃的力量感，而这也是中美班核心的动力，自我发动，在每一季。



## \\ 本期导读 //

<b>【精神医学临床访谈】</b> .....	<b>4</b>
<b>一例强迫症患者的临床访谈</b>	
● 案例报告示范	
● 访谈实录及分析	
● 与主访咨询师讨论及答疑	
<b>【访谈理论篇】</b> .....	<b>19</b>
<b>浅谈强迫症的治疗与干预</b>	
<b>【全科医学】</b> .....	<b>24</b>
<b>一例干燥综合症的临床会诊</b>	
<b>【科普内容】干燥综合征</b>	
<b>【学习园地】</b> .....	<b>30</b>
<b>美利华的年轻人——芝加哥游学侧记</b>	



# 精神医学临床访谈

据近年来的统计数据显示，强迫症的发病率正在不断升高，世界卫生组织（WHO）所做的全球疾病调查中发现，强迫症已成为15~44岁中青年人群中造成疾病负担最重的20种疾病之一。社会上关于“洁癖/精神洁癖”、“强迫症”的话题时常流传，却又有几个能够真正了解患者真实的痛苦？有多少人久被困扰甚至症状严重到无法正常生活也不知道要如何就医或者进入康复治疗。强迫症由于往往起病早、病程迁延时间长，起病与初次就诊间往往可能相隔十年之久，在无形中增加了治疗的难度，对患者的社会功能和生活质量也都造成较大影响，今天，我们就走近这样一个案例……

## 一例强迫症患者的临床访谈

主讲者 | 张道龙 医 生  
肖 茜 医 生  
责 编 | 王剑婷 心理咨询师

### 【人口学资料】

姓名	SY0716	性别	女性
年龄	33岁	宗教信仰	无
民族	汉族	文化程度	本科
婚姻状况	未婚	病史提供者	本人
职业	职员	病史可靠性	可靠
访谈时间	2018-07-16	联系电话	XXXX

**主 诉：**“控制不了反复思考。”

**现病史：**患者在18岁高考成绩发放后，由于成绩比自己预估的分数低很多，感到震惊并由此对自己产生强烈怀疑。高中毕业的暑假期间，偶然一次手指有伤口的状态下喂了野猫，又看到报纸上“狂犬病”的新闻，怀疑自己得了狂犬病，怕自己处于“潜伏期”，开始整天胡思乱想，就医后仍不放心天天害怕。上大学后一度分散了些注意力，恐惧疾病的焦虑感减轻了，但感到父母为自己读书花钱多而压力大，整日学习并出现反复抄写单词行为。毕业后，起初在老家的某机关部位工作，工作清闲但强迫行为明显增多，表现为反复洗手，可从下午2点洗到下午7点；反复洗澡，每日1个半小时；还会反复的关门、关灯；不敢在外面上厕所等情况。患者觉得都是由于工作太闲，闲出病来，遂调至A市某事业单位人力资源部门工作。在新单位追求自己的男生多，和同事们一起玩耍、聊



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



天，注意力有所转移，强迫行为明显减少甚至消失。后来因某次与领导相处时，说话着急吃了亏，纠结于“为什么我做不到和同事一样好好说话？”“我一定要记住这些教训”，从此开始反复思考，大量想法涌现，严重时从早想到晚，比如反复强迫自己在脑子里记住东西，“如果记不住，我就会做不好”，感到脑子里会有一个仪式化的过程，对某个记忆进行反复强化。不断回忆自己是否忘记了，如果记不住就很恐惧。会反复想“我怎么想才叫做正常？”医生要她转移注意力，做别的事，又反复想“什么是做别的事？”一定要想透彻，自己觉得可以了才能停下来。在脑子里反复默念“不想不想”，但想法反而越来越多。最近又在纠结“什么叫顺其自然？”感到非想明白不可。有时有两个想法在脑子里打架，“做事—不做事”，“想—不想”。“如果我想不明白，我就活不了，就干不成任何事情。我不能停止思考”。这些想法大量交替出现，每个时期以某一类想法为主。越闲的时候想法越多。停不下来，会焦虑恐惧有不安全感。感到什么都可以变成自己的强迫思维，跳不出这个循环，感到活的很痛苦，偶尔有轻生观念，暂无具体实施计划，觉得自己怕死。焦虑严重时，出现胸闷，喘不过气来的情况，先在脑子里想“呼气”这个词语，然后才呼气，刻意这样才能放松。目前工作能坚持，但感到对自己要求高，工作压力大，发现忙起来时，反复思考的情况会有所减少，比闲下来要舒服。饮食睡眠可，体重无明显下降。玩电游、和朋友聊天时可以缓解症状。

**既往史：**体健。

**个人史：**家中独女，未婚，无男友。患者儿时母亲常吓自己，比如大喊“不准动门把手，上面全是细菌”，回忆当时吓得全身发抖。母亲从小很少表扬自己，批评挑剔多。母亲自己做错事情时，会反过来指责女儿，从不认为是自己的错。小学三年级时因拿了同学的橡皮，而愧疚自责，说自己“怎么能这么坏”。整个小学4、5年级都在纠结，认为自己人生有了污点；小学期间就开始思考人生有何意义。初中无特殊。患者高中期间否认特别焦虑，高三时还交了男朋友。

**家族史：**患者母亲是老师，对卫生要求高，天天在家反复做卫生，但是并不为此感到烦恼，认为就是应该干净。母亲为人自信，控制欲强，家中事务由她做主。父亲公务员，爱焦虑，拿不定注意，遇到大事就慌了，不知道如何处理，求助于妻子做决定。

## 体格检查

电话访谈未查。



### 精神检查

一般情况：患者营养中等，身材中等。时间、地点及人物定向力正常。

语言功能：语量多，言语急迫，目标导向明显，有逻辑性。

情感活动：非常焦虑，反复询问不放心。

思维活动：强迫思维明显，无思维奔逸，没有明显的思维逻辑障碍。

感知觉：正常。

注意力：集中。

智力和记忆力：正常。

自知力和判断力：存在。

### 【病历小结及概念化】

患者因“控制不住的反复思考”来访。精神动力分析：这个患者具有明显的遗传倾向，母亲强迫，父亲焦虑（依赖型人格可能性大），从小学起就表现为纠结，多思多虑。在后天的培养环境中，由于母亲强势，爱批评人，即便是自己做错事情也会反过来指责女儿。把自身的焦虑情绪及不安全感转递给女儿，造成了患者对自己不自信，容易陷入自我批评，不确定感明显。在建立自信方面又与退缩回避的父亲比较相像，不如母亲强势外露，所以在患者身上既表现出母亲的强迫素质，又呈现出环境培养中形成的不自信、自我怀疑等特点。加上高考失利，伤手喂猫这两次事件激发，激活了原本已经存在的核心信念——“我不够好。外界是危险的”，加剧了强迫症状。所以患者表现出的强迫症状比母亲要重。

**初步诊断：**强迫症

**治疗计划：**

1. 生物：此患者需要坚持运动，比如跳街舞，每日1小时，一周5次以上。需要用药物SSRI类，如舍曲林、艾司西酞普兰，用至中高剂量。
2. 心理：正念练习，待焦虑下降再进行暴露与反应预防治疗（ERP）。进行心理健康教育。
3. 社会：增加有愉快感的活动，比如运动、社交等。建议从事有规律、朝九晚五、变化少的工作。

**主诊医师：肖茜**



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



## 【访谈实录】

1. Z 医生：请讲讲你的困扰吧？
2. 来访者：我其实是从 18 岁以后，症状就比较严重了。现在已经 33 岁了，所以这么多年一直时好时坏的，而且那个症状也千变万化，各种形态，我有的时候也觉得非常痛苦，所以想来寻求一些帮助。是不是应该从这个症状最初引发的那个事件开始说？
3. Z 医生：没问题，想说什么说什么。

以开放的心态鼓励来访者自由的表达对当下困扰的描述，引出来访者对于自己长久以来问题一段非常详细的描述。

4. 来访者：OK。是这样，最早的问题是，我 18 岁那年高考，高考可能对我产生了一些刺激，因为考完的那个成绩和我预期差别很大，所以当时可能对自己产生了强烈的怀疑、不自信，但当时我没有意识到这一点，一直以为没什么事，但后来一个小事件触发，高考之后的假期有两个月，因为救助了一只小猫，我一直跟我妈妈每天喂它，有一天我妈出去了，就我自己喂它。我那天早晨手划破了一道口子，晚上喂那个小猫，我就大着胆子把火腿肠递给它吃。后来我又觉得它咬得非常使劲，有点害怕，我又掰给它吃，本来这都没什么。我就洗了个手之后，拿起报纸来看，结果说什么夏天狂犬病多发。然后我就开始害怕，我那个手上有一道伤口，然后我又喂过小猫，我就觉得会不会得狂犬病？其实那个掰火腿肠的手是另一只手，不是受伤的那只手，但我就觉得两个手洗手的时候是碰在一起的，所以我就想得特别极端。然后从那以后每天都怀疑是不是得病了，不管别人怎么劝，去各种医院咨询都没有用。我就一直觉得仿佛已经得了这个病一样，非常恐惧（近似于疾病焦虑）。上大学之后是时好时坏的，因为上学期间是有注意力转移的。有的时候很严重，有的时候稍好一点。但是我不光是这件事情上，在别的方面其实也会体现出一些强迫症的症状，比如说我当时学语言，老怀疑自己记不住，老不相信自己（强迫思维），就会不停地记这些单词什么的，可能在纸上写个几十遍都不带停的（强迫行为）。上学期间一直这样。然后毕业之后，因为一开始是在老家的事业单位工作，非常





闲，又开始瞎想，又开始害怕各种病，什么艾滋病，各种病，跟我没有关系，但就是害怕，仿佛自己已经得了这个病一样，但是又没有什么渠道会得，就不知道为什么。后来，慢慢的变成就是凡事我都需要回想一下，干过什么事都要回想一下，想想这个事干不干净，有没有病菌，然后就产生洁癖，我的洁癖就是体现在洗手上，最严重的时候能从下午 2 点钟下到晚上 7、8 点钟不停的，就在那洗手（反复清洁的强迫行为）。而且我想到这个病毒，我好像浑身就充满这个病毒一样，当时是这样。现在不这样了，但当时引发的时候是这样。后来就变成不管做了什么动作，我都要回想一下。比如说我现在摸了个腿，我都要回想一下我刚才是不是摸了这个腿，还是干了别的，我有没有干很脏的事情，或者什么让手很脏的事情。然后就开始就在那纠结，我刚才摸腿了吗？还是干什么了？到底是不是干了这个事，就不相信，就开始一直在那想，想一些有的没的，根本没必要想的事（强迫思维）。当时是这样，后来受不了了，然后就从老家出来了。出来之后，慢慢的好一些了，一是要跟别人一起租房子，你的很多卫生习惯，不可能保持得那么干净，而且你会发现别人这样也能活，我就慢慢的就好一点。后来因为认识了一些朋友，整天叫我一起玩，注意力就被分散了，所以就更好一些（被动暴露，形成脱敏）。后来因为我这些朋友慢慢的离开这里，或者是去别的地方了。我这个人干什么事都比较被动，跟别人相处也是，别人叫我出去玩什么的，我才有事干。别人不叫我，我就在家宅着。他们都离开这里之后，我就发现我很长时间都在家宅着，没事干，又有大把时间胡思乱想。后来引发一些思维上的强迫，怎么引发的？就是在工作中，举个小例子吧，跟领导聊一些事情的时候，可能我会说，这个事这么做不合适什么的，我就会有点急。后来就发现，我这样其实对我自己很不利。其他同事都好好说，然后我就想，那我以后就好好说。结果下一次发生的时候我发现，我还是没有好好说。然后我就觉得是我没记住，从此以后就形成一个习惯，就是凡事我想到一些道理或者是一些什么方式，对自己有利的，我一定要让自己去记一下，因为生怕自己记不住，下一次又犯同样的错误。然后记一下这件事，反正到目前为止一直成为我的一个思维习惯，太难受了，就凡事都记一下，累死了（强迫思维）。然后好像记一下下次也并没有真的做到你想要达到的那个目的和结果。然后我就喜欢总结我这里面哪些做得不好，然后我下一次应该怎么办。我可能一件小事，都能总结出七八个点来，然后当场可能你没有那么多时间去记忆，可能就有人打断你，叫你去干别的事了，我就形成了一个习惯，就在本上记关键字，然后等晚上有时间的时候，我就开始去记，我下一次应该怎么办。这个也持续了一



段时间，后来我就发现这个好像是一种思维强迫。于是我就形成了反强迫，就让自己不记，然后就更严重了。然后就你不知道到底是记还是不记呀。然后慢慢的，这个再又发展的更严重一些。现在我的问题可能主要体现在，严重的时候，我不知道我到底下一步应该干什么，因为我老是爱想，我每天有很多时间是用在想上，最严重的时候，大概在两年前吧，我能从睁眼一直想到晚上睡觉，不干别的，也不是不吃饭、不上厕所但是就干不了别的什么大事，重要的事都干不了，就在那想（强迫思维）。我就觉得特别痛苦，这么活着有什么意思？但是也没有到敢去死的地步，想想死更恐怖。

在对话4中，来访者将自己若干年以来由最初偶然的“喂猫事件”触发焦虑情绪，开始担心自己染病发端，清晰的描述出这种情绪如何一步步的发展，在不同的环境中引发不同的强迫行为及强迫思维，贯穿在来访者整个的成长史中，她甚至自己也意识到了思维的不合理之处，并试图通过自己的努力去反抗头脑中的想法和做法，但一直未能成功，痛苦感不断加深，直到现在来访求助。

5. Z 医生：对对。
6. 来访者：其实我觉得有很多问题是因为太怕死了，太怕出问题，所以我觉得我还没有勇气去死。但就是很痛苦。
7. Z 医生：好的，我听懂了。那我想问一下，折磨你这么多年，想没想办法吃点什么药去治疗？
8. 来访者：我之前吃过，我今天带了那个药来，我之前吃了半年，有一个叫枸什么。
9. 主诊医师：枸橼酸坦度螺酮。
10. Z 医生：哦，枸橼酸坦度螺酮，那个不治疗强迫症。还有其他的吗？
11. 来访者：还有一个这种药。
12. 主诊医师：马来酸氟伏沙明，是兰释。
13. Z 医生：哦。氟伏沙明多少毫克？
14. 主诊医师：氟伏沙明，150 毫克到 200 毫克/日。坦度螺酮，30 毫克/日。
15. Z 医生：好，就这两个药是吧？
16. 主诊医师：嗯，是的。
17. Z 医生：好嘞，我知道了，这两个剂量都不对。其他的药没吃过是吧？



18. 来访者：其他药没吃过。

在对话5-18中，基于来访者所描述的内容可以看到她整个病程发展的模式及自我意识，但对就诊及医疗状况全无信息，督导医生就此信息及曾用药品进行了询问，为下一步对患者的诊疗做铺垫。

19. Z 医生：好。你刚才还说你喜欢宅，不喜欢交朋友。你跟同事之间相处有问题吗？

20. 来访者：没有问题。这样的，我不是喜欢宅，我这个人其实对于生活非常有追求，而且一般的有意思我还觉得不够，就是我非常喜欢有意思的生活，也非常愿意跟别人交流，但是我很被动，我需要别人主动来跟我交流，我就能很开朗的跟别人说话，别人不找我呢，我就在家宅着，就是这种。

此处的对话看似在询问来访者的行为，实则是在鉴别来访者的人际交往模式，确认患者强迫思维的泛化程度是仅限于对自己，还是对人对己都有所要求。而来访者在此处明确表示自己的“宅”在于不主动，而不在于挑剔因为别人无法相处。

21. Z 医生：好的，我听懂了。现在是这样的，你的诊断比较容易了，叫强迫症。

22. 来访者：嗯。

23. Z 医生：这个强迫症怎么来的？比你妈妈看起来重一点，有那么两个原因，第一个是很明显有遗传了，因为我不知道你的姥姥姥爷谁有这毛病了，比较明确的是妈妈是有这方面问题，所以她就会传给你。爸爸也有 C 类偏焦虑的人格障碍，听起来像依赖型人格了，遇事喜欢躲，然后让妈妈来做决定，我们管这叫依赖型人格特质，我们没法通过你给他诊断，但他自己不想做这种重大决定，遇事就慌，所以像是依赖型，根本也是缘于焦虑。所以等于你的父母都有焦虑，到你这变得重了（从生物学角度向来访者说明性格遗传的特点）。这是我说的诊断角度问题不大。治疗上，关于生物的治疗，第一个就是药物，得用高剂量的 SSRI，你这两个药其中一个 SSRI，就是氟伏沙明，但是剂量用得不够。另外一个药不是治疗强迫症的药，所以就更不对了，它虽然也治疗焦虑不过也是用的剂量不对。到时候跟肖医生会完诊给你个反馈，接下来不管是用氟伏沙明也好，或者我们常用的舍曲林、艾司西酞普



兰，高剂量的 SSRI，能够抑制你这个焦虑，如果不好使再合并其他的药（给出药物治疗方面的建议，并告诉来访者与之前的药物的异同点，这样的说明可以使来访者消解部分对用药无效的困惑）。第二，哪怕你不跟别人在一起，也要运动，越运动焦虑越低，你的症状就越轻，所以是生物治疗要运动，运动到出汗，再加上调整药物方案用大剂量的 SSRI，那个坦度螺酮是没用的可以停掉。第三就是心理咨询，听起来两种方法能有效。一个就是 ERP，就是暴露-反应治疗，你得找个咨询师做这个。另一个是你自己的亲身实践已经有所发现，实际上正念减压非常有效。这些年你反复不断地发现一个事——一旦你学习或忙起来，这个症状就变好；一旦同事来找你玩，你就顾不上这些东西了，症状就减轻；一旦你工作忙起来，你又觉得这个事就减轻；而如果总是家闲着，症状就加重；当年高考的时候，你的症状减轻，但考完了之后在家里一闲着症状又加重了，这是因为考试的时候忙活忘了。所以这些东西都相当于正念减压，说明你是个易受暗示的人，所以 ERP 加上正念减压对你的效果比较好（督导医生利用问诊中患者自身对于病情的描述发现，当其把自身精力投入到某件事上时，焦虑及强迫的问题均有不同程度的缓解，而当她面临挑战压力增大或空余时间多时，就会陷入到之前的思维模式中，无论是强迫思维还是强迫行为都会复苏或加重，因此，督导医生提示患者一直以来模式的存在，提醒来访者不用再去“挑战”，而是在自己的成功经验中找到对自己的生活方式。一点点新的：特效方法“ERP”+过往的成功经验：“正念生活”）。社会学因素，把强迫思维和行为降到一个数量级以下，别做那些总是新鲜的，别做反复需要检查的，创新型的、需要不断地核实，每天都有变化的工作。要找一个早九晚五的书呆子式工作，找一个每天重复一样的工作，如果外语比较好，就可以做资料翻译，一天翻译多少个字、多少页就行了。因为你是爱焦虑的人，总会纠结“我是不是又做错了，是不是不对，领导谈话是不是有别的意思”，不停的犯嘀咕，就会多疑多虑。如果你每天就做一个固定的事，就没有问题了，所以多跟资料打交道，多跟固定的工作日程打交道，按时工作，把一天排满。这样你回到家就睡觉了，不能回到家里去想。所以正念的意思就是说，怎么去把脑子用一种方法占满了，叫正念。网上有这些软件，参加正念班，或下载一些手机 APP，有正念减压相关的软件。或者是参加瑜伽，它都让你的焦虑放松，焦虑越轻这病就越好。不幸的是得了这个病，尤其是跟遗传有关。幸运的是它有特效的治疗办法，经过治疗大部分人都能缓解。所以你又受到这么好的教育，听起很明白，也积极



配合治疗，所以你的预后相对会好（心理赋能）。你其实从小学三四年级就开始发病，没有经过系统治疗，你要早治疗就不会到今天这么重了。因为你不知道这是病，妈妈有病也不知道，咱们中国都是这种情况，你要到其他的国家不会是这样，就是小学没发现，中学也发现，中学没有，大学一个也跑不掉。工作有 EAP，就是私人的医生也会发现。咱们中国一般到了 33 岁还处于原发的一种状态，整个精神健康水平比较低，所以折磨了几十年都没注意。但是现在治也不晚，肯定是早治更好，现在开始要抓紧治疗，否则就越来越重，会影响你后面的择偶，结婚生小孩，工作都会受影响。所以是得了一个常见的病、一个能治疗的病，但是这个病不容易根治，你得知道怎么去带病生活，这样就好（调整来访者对疾病的合理预期，并非“根治”，而是“带病生活”）。要跟妈妈一样的，跟爸爸一样，他俩都焦虑，只是你比他俩重而已。就是这样的，清楚吗？

个案概念化是治疗的基础，没有对来访者问题细致的概念化，技术和干预会变得漫无目的。好的概念化不但有助于来访者明白自己问题的来龙去脉，更是加强咨询联盟，增加来访者配合信心的关键步骤。

督导医生从生物-心理-社会的角度对来访者的问题进行了梳理与说明，紧扣来访者的行为模式以及当下的需求给出治疗方案。

本篇的个案概念化包含了三个部分：

- 1) 通过过往经历对其问题进行描述及梳理（贯穿全段）
- 2) 对问题的发生和发展作出解释（从遗传到教养模式）
- 3) 对强迫症状持续的过程进行分析（为什么症状没有有效缓解）

24. 来访者：明白。其实关于我近期的一些困扰，我没有讲。我觉得可能肖医生已经跟您讲过了，所以我就不用再说了是吧？

25. Z 医生：对，不管它是什么症状都是一个病，都是强迫症，强迫的内容会改变，但你本身是强迫症，你洗手的强迫和你这个思维的强迫都一样，那些都是症状，我刚才说的是病因，你得把强迫症控制住，后边那事自然就好了。这样清楚吗？

26. 来访者：大概清楚了。

27. Z 医生：对。就像一个人得关节炎似的，你说我游泳疼、走道疼、跳舞疼，跳皮筋疼，那就是因为关节炎，关节炎治好了，你就什么都不疼了。我们大脑有这种强迫



思维，强迫症没有经过规范的治疗，所以后边就衍生出这些症状，那些症状本身没有什么意义。

患者听到督导医生对自己问题的概念化之后，引发自动思维想要关注令自己不快的诸多其它“症状”上，而这时医生利用关节炎的比喻方法呈现出核心在于是“强迫思维”这一件事产生出多种感受，核心问题都是同样的。

这里再次进行症状说明可以帮助患者把关注点聚焦到症状以外，自己的一贯模式上，从更高一个层面来理解自己的认知偏差。

28. 来访者：其实昨天肖医生也跟我说了一些治疗的方法。我昨天晚上就已经在实践其中几个简单的，比如肖医生说，很多事情你就过一会再想，你带着它去继续做事，但是这一句话又变成了我的一个强迫症（思维的强度非常高）。
29. Z 医生：对的，你现在不能这样做，你现在需要用药，赶紧把症状降低一到两个数量级，否则你这样的治疗会没有有效的。因为强迫思维不改变，你不可能不去想。
30. 来访者：对，这句话我就反复去想，到底什么意思？我明白了没有？我想不明白我就做不了。
31. Z 医生：对的。所以你得去用药，像这种症状都是生物学治疗为主，等到这个症状降低一个数量级以上再做心理咨询。

焦虑的患者往往会急于尝试并急于效果，这里适时分辨患者的情绪并进行的心理教育，制订明确的治疗计划有助于降低患者的挫折感，在随后的治疗中提高患者的配合度，让她合理预期。

32. 来访者：嗯。这些药有激素吗？
33. Z 医生：没有激素。跟你过去吃的氟伏沙明是一类的，就是比它劲儿大，没有激素，叫 SSRI，五羟色胺再吸收抑制剂。
34. 来访者：我之前吃那个药的时候，虽然没有激素，但是我胖了 10 斤。
35. Z 医生：对的，多运动吧，就会减重，没有激素。总之你得把这个症状减轻，不减轻你就很难受，通过运动，把焦虑控制住，你就不用用很多的药物了，否则你不用药就难受，总是两者伤害取其轻了。这个药一般不会增重，但是如果确实有增重这



个事，你得从饮食上调节了，吃一些蔬菜多的，不行用点排油丸，就变成减肥的问题了，我比你胖，我也天天在跟体重抗争，每个人都有自己的问题要处理了，但是你得先把这强迫症处理完了。要不它影响你大事，影响你谈情说爱，影响你工作生活，这很麻烦。

针对来访者对药物的疑惑进行健康教育。允许患者表达疑问，并坦诚地与其讨论，同时纠正患者对药品的误解。通常这个过程中患者会增加参与感，感受到自己与治疗之间的关系更具有主动性。

36. 来访者：我还是很想说一下我最近的症状，能说吗？
37. Z 医生：这本身就是强迫，所以不需要说了。
38. 来访者：哦。
39. Z 医生：对，这本身就是强迫，抓紧治病，治完病再说，不让你说的原因，是不让你继续这样强迫。我们已经知道你是强迫症了，说更多的症状没有意义（**咨询中的ERP练习**）。
40. 来访者：OK，行。
41. Z 医生：只会加重你的症状，所以回去抓紧吃药。
42. 来访者：这么说也是，我就感觉不说了好像您就不够了解，我就一定要说似的，这其实本身也是一种强迫？（**反思；暴露在诱发焦虑恐惧情绪的情境中，以打破这种情景刺激与焦虑恐惧情绪的联系**）
43. Z 医生：对，这就是强迫。
44. 来访者：哦，明白明白。
45. 医生：所以我们不跟强迫症的病人反复讲强迫这事，跟他讲别的，做正念，讲瑜伽、讲世界杯，不讲你的强迫思维本身，是这样的。

- 1) 当来访者与医生的讨论形成catch ball式的协调感时，往往会引发他们想要“多做点什么”，此时督导医生的制止是引导来访者回到理性当中，反思和关注自己的行为与“强迫模式”之间的关系。
- 2) 面对强迫症患者，让他们大量谈论自己的强迫思维本身也是一种强化，我们更应该做的是让患者学会停止思考，这也更符合暴露与反应预防疗法（ERP）的思路



46. 来访者：那我其实最近想学个吉他，或者学个街舞什么的，这个会有帮助吗？
47. Z 医生：会有，尤其是街舞，吉他帮助倒不是最大，街舞会明显有帮助，因为它本身能降低焦虑。另外最好学正念，就像和尚念经似的，跟一个班天天去想，想的东西跟你正念本身并没关系。和尚为什么七情六欲都没有？和尚就是正念了，坐到那只想那个经文，我并非提倡宗教，正念减压就是让你关注当下而不去想强迫那些本身，就像做瑜伽一样，瑜伽也有正念的部分。
49. 来访者：哦。
50. Z 医生：做这类的东西你就会好。
51. 来访者：哦，我明白了。
52. Z 医生：好的，会诊后让主诊医生再给你反馈建议，好吧？
53. 来访者：好的，谢谢 Z 医生。
54. Z 医生：没事，今天访谈挺好，你的信息我都知道了，没问题，不会耽误事。
55. 来访者：OK。那先这样。

来访者表现出的能动性显示了她良好的认知基础及改变动机，因此督导医生鼓励来访者发挥自身的兴趣动力来进行运动减压，并在最后第53句中适时安慰来访者，表明了对她状况的积极关注及理解。

## \ 案例讨论 /

### 督导医生对案例的回顾与反思

较之父母，为什么这位患者的病状显得比较重？我们可以看到她父母都有焦虑，父亲可能有依赖特质，所以遗传倾向非常明显。通常发病越早越是遗传因素占比较大，这位患者小学三四年级起就有症状，如果早期诊断、早期治疗，可能结局就不会像现在这样症状全部都爆发出来，没有在发展的过程中抑制住。所以精神健康水平落后指的就是这种现象，如果这个小孩在校期间能够受到关注、接受治疗呢？结果中学没有做，高中也没有管，一直到现在 33 岁了还是原生态状态。即使曾经有过诊断，但在治疗过程中不能进行循证基础上的标准化治疗还会有问题——坦度螺酮根本不治疗强迫症，氟伏沙明的剂量又不对。如此一来常常导致我们大多数的案例都是原生态呈现。





### 对于处理思维异常案例时的注意事项

在心理咨询方面，患者反复在告诉我们，正念减压有效。患者说街舞，我马上说Yes。只要是做跟运动有关的就行，我们并不规定患者一定要做什么内容。所以治疗需要具有针对性，不是把我们以为正确的“塞给”患者，那会更折磨人。

刚才的案例中患者说“医生说了一句话让她又反复去想了”。比如一个病人正在处于妄想状态，你给她做心理咨询，结果她就想来想去“我怎么感觉我这个病是你把什么东西放到我脑子里了？！”因为她本身脑子正在幻视幻听妄想的时候，她把你都当成敌人了，把医生当成施虐者，所以我们不给这样的病人做心理咨询，而是先用抗精神分裂的药物，把异常症状控制住，然后再谈，因为她把你的话会整合进她的妄想系统。曾经我们有一个咨询师，给病人看了三年的精神分裂症，最后病人说“我终于明白了，我忧郁那么长时间，我的病确实是你给造成的，三年前你就来害我，到现在一直也不让我好，你就是我生病的罪魁祸首。”然后上去就把咨询师勒死了。当患者思维还在混乱的情况下，我们做得越多越危险，那时候患者根本分不开现实或幻想。

刚才的患者说“老师，我还有个事想说……”，比起听这些强迫的内容，我们要先让患者明白要抓紧用药治疗，这就是我们需要的临床经验——知道什么时候用什么方法来处理。

### 学员提问

**学员：**请问老师高考失利的那一次为什么会是她病情加重的点？是因为高考失利对于她的自信心产生了很大的冲击和打击吗？

**督导医生：**不是，性格当中她就是拿不起放不下的人，从小学三年级起就纠结，觉得自己是个坏孩子，因为偷人家橡皮了。而高考对人一生中影响很大，对每个中国人都是像PTSD一样，因为是一生中非常大的事，结果她没考好。通常快乐的事就容易忘记，没做好的事却会一直挫伤内心，所以面对这么大的失败，她就会不断地去想。患者本来就有强迫症，只是此时强迫内容换成高考了。假如高考考好了，她肯定还会因为别的事情爆发。所以你看她强迫的内容在不断地改变，但强迫这件事它本身并没变，我们不是靠内容来诊断。

**学员：**患者有一段时间被野猫舔了带伤口的的手指，当时的症状有一点像疾病焦虑障碍，



如果单看一个点的话，是否疾病焦虑障碍也是跟强迫症很类似的？就是说会反复琢磨、反复想？

**督导医生：**当然是这样的。因为她本身是焦虑的。那为什么不诊断疾病焦虑呢？回想整个她讲述病史的过程，我们并没有发现她总认为自己得了一个什么严重的疾病。她的手确实有个伤口，从理论上讲这是能让人得破伤风的，所以这不能叫疾病焦虑障碍，因为它有现实的可能性。只是因为强迫嘛，所以这个事就没完没了放不下。所谓疾病焦虑是感觉整个身体都不对，担心自己“有没有脑癌？我怎么感觉我有脑癌呢？”过两天又说，“你看看我的肺，我怎么感到最近好像有肺癌？”她所讲的这个事，这种焦虑都是怀疑自己得了什么病，这就是疾病焦虑障碍。这个患者的模式不是说焦虑于自己得了一个大病，被漏诊了，她是高考这事想完，闲下来的时候恰好又被猫咬一下，要是在忙的时候，猫咬了就咬了，没时间理会这件事的，所以看病不能看症状，要看病理模式。

**学员：**这个来访者的起病很早，三四年级的时候就有纠结和强迫思维，而且她的家族史很明显，但是老师在访谈当中的时候说她的预后会比较好。这是基于什么样的原因呢？

**督导医生：**有家族史，这是不好的表现。但是这位患者受过高等教育，而且相信医学，愿意配合治疗这都是预后好的重要因素。截止到今天她的病情还不影响她的工作，还能维持生活，应该也不会更重了。我鉴别她有没有强迫型人格障碍时，特意问她交朋友的情况，她说没有问题，别人追求她，她也能接受；她过往的生活经历中，发现其他人家也没那么打扫卫生不也活得挺好吗，自己的行为也随之有所缓解，并且说“我不是真宅，我是主动性差”，这都证明她的内省力没有受损。所以说受教育程度高，内省力好，在治疗的过程中还能够配合现在科学的治疗等等都是预后好的表现。

**学员：**如果用药一段时间后，用什么样的评判标准可以观察到她适合开始心理咨询呢？

**督导医生：**主要观察症状是否减轻了，要比现在的症状感受下降20%左右，这个病人就可以开始咨询了，否则的话，她会不断的强迫、纠结，所以判断是以患者个人的标准为准了。



# 访谈理论篇

## 浅谈强迫症的治疗与干预

作者| 王剑婷 心理咨询师

张道龙 医 生

强迫症（OCD）是由于出现强迫观念和强迫行为而使患者困扰的心理疾病。从某种意义上说很常见或常常能听说，但却不常被诊断出来，这其中的部分原因是由于患者本身对他们症状的刻意隐瞒——通常包括青少年在内的许多患者都会意识到他们的这种思维或行为极其古怪、疯狂，因此会尽力在朋友、家人面前加以掩饰。曾有资料显示OCD的平均发病时长在5-10年左右，如此长时间经受痛苦折磨却无法明言，更加值得我们作为临床工作者提起关注。

### 强迫症的主要症状

较为具有代表性的强迫症的症状是“总感觉手上沾有细菌或不够清洁而反复洗手”，“外出时总是担心忘记带钥匙、没有关煤气阀门而不停的检查”，“对物品位置摆放有特殊的要求，如果不能够整齐画一的摆放好就会焦虑烦躁”等。强迫思维是能引起焦虑的非意愿的想法或者冲动，而强迫行为作为对这种焦虑的化解行为可以是生理方面的，如洗手或洗澡，也可以是心理仪式化的行为，如计数等。

美国精神医学学会出版的诊断标准中强迫症在DSM-III至DSM-IV-VR中一直被列为焦虑障碍中的一部分，而在2013年最新出版的DSM-5中，强迫症从焦虑障碍的章节中被单列出来，与其他几种强迫相关的问题一起重新合并归入了新设置的【强迫及相关障碍】中。在新的归类当中包括有：

强迫症  
躯体变形障碍  
囤积障碍  
拔毛癖（拔毛障碍）  
抓痕（皮肤搔抓）障碍  
物质/药物所到的强迫及相关障碍  
由于其他 躯体疾病所致的强迫及相关障碍  
其他特定的强迫及相关障碍  
未特定的强迫及相关障碍



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



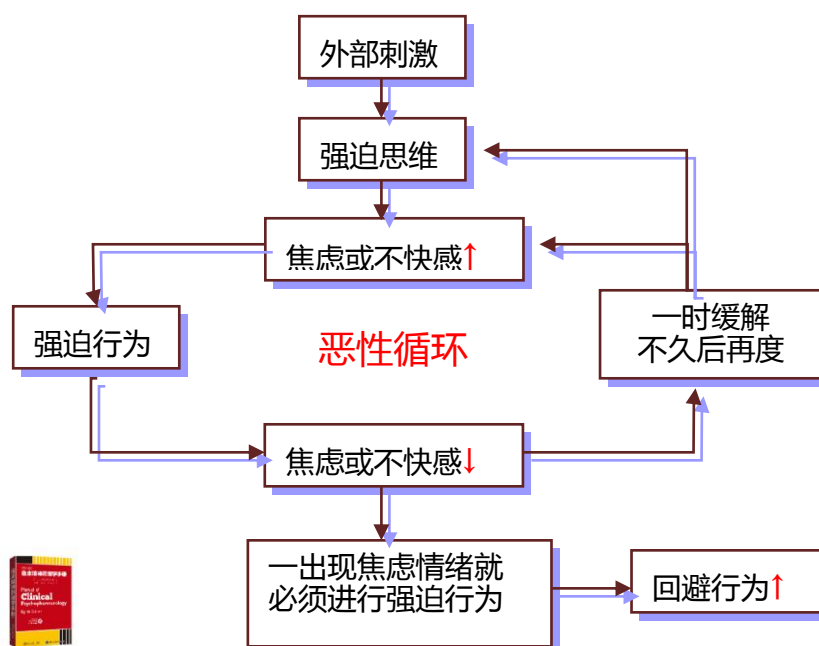
这种分类变化源自于研究者们发现OCD的病状中不仅存在焦虑，更与“对事物或状况有特定要求”，而且为了达成这种要求伴有明显的强迫及冲动性有关。

OCD的症状通常是正常思想或日常活动的某种极端表现，除了本文开头处所列举症状以外，对所谓幸运数字的极度强调或不吉利数字的极度回避，重复一些没有意义的行为，对性以及宗教类内容产生特定的强迫思维，临床当中可以看到诸多的形式的存在。患者当中许多人会对这种强迫思维感到极度痛苦，又常常为了缓解这种痛苦而进行某些特定行为来缓解这种思想上的强迫，常见的强迫行为和强迫思维的配对可如下表呈现：

强迫思维	强迫行为
污染	清洁
怀疑、担心	检查、确认
攻击性思维	忏悔或核对
对称	仪式动作

其中有一些人会为了不让周围人注意到自己的行为而刻意隐瞒或回避那些能够激发强迫思维和强迫行为的场合或事物，但也不乏强迫程度高到缺乏自知力、内省力，思维强迫到近似于妄想的案例。

在临床理论当中对OCD进行行为说明的最形象的是学习行为理论，根据这个理论研究，患者往往是由于外界的刺激而引起强迫思维，为了减轻随之而来的不安情绪而实施强迫行为，只不过这种缓解只是一时的感受，循环往复之中使得强迫思维和焦虑更容易被唤起，而强迫行为也在这样的恶性循环当中被逐渐固化起来。如下图所示



## OCD的诊断标准

根据DSM-5当中的规定，OCD的诊断有以下4条主线，即：

- 具有强迫思维、强迫行为，或两者皆有。
- 强迫思维或强迫行为是耗时的(例如，每天消耗1小时以上)或者写症状引起具有临床意义的痛苦，或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。
- 此强迫症状不能归因于某种物质(例如，滥用的毒品、药物)的生理效应或其他躯体疾病。
- 该障碍不能用其他精神障碍的症状来更好地解释

由于OCD有较为明显的症状分类，诊断本身并不是特别困难，然而在这个背景之下，如我们在中美班案例中所见，除了一些经典的表现为神经症类表现的病例之外，也会混杂一些自知力受损，与妄想需要仔细鉴别的特殊案例。强迫症个体在青少年时期有抽动障碍的既往史或现病史时还需要加以区别。

## OCD的临床治疗方法

### 治疗导入与心理教育

OCD症状的持续容易造成工作、学习方面的功能性受损，使得社会交往能力被强迫行为侵占或影响，甚至造成更长久的回避性问题。因此尽早发现病情，实现早介入早治疗是十分必要和关键的。在治疗过程中，对患者本人及家属就OCD这一病情的诸多表现要进行必要的心理教育；而且为了提升患者对治疗的动机，设定符合患者情况的治疗目标，描绘症状缓解后的生活状态都将十分有用。当强迫症状已经引起了抑郁方面的问题，影响到正常生活或已经无力应对强迫行为时，还可考虑入院治疗。患者及家属通常已经被症状困扰的疲劳不堪，特别是被强迫行为影响的越多越容易产生对立情绪，治疗者也需要让患者身边的人了解“当下的许多问题都是由于疾病所导致的，并不是患者本身的人格、性格或刻意为之的结果”，建立好以患者+家属+咨询师的联合治疗同盟。

### 药物疗法

许多研究发现氯米帕明——一种有明显5-羟色胺再摄取阻断特性的三环类抗抑郁药（TCA）对OCD有效，并获得美国食品和药品管理局（FDA）的批准成为临床用药。另





## 2) 在当下对患者及其家属的支持工作

国内当前CBT治疗还并未在临床工作中全面普及，多数情况下对OCD的治疗主要还是依靠药物来进行，然而令人无奈的事实是药物对OCD治疗效果还十分有限，用药能达到50%有效之说，也有停药后近80%患者将会复发的说法。众多的患者其家属由于病情所致，对日常生活已然产生多方面的影响，甚至由于病情的反复及患者的状态而影响到家庭关系，因此在当下即使由于临床技能还不能开展针对OCD的专项治疗工作，那么如何多方面的对患者及其家人进行关怀、支持也是刻不容缓的临床工作内容。

## 3) 努力学习有效的心理技术

早在2007年,美国精神病学协会就将ERP疗法推荐为治疗OCD安全有效的一线治疗方法。相对于传统的谈话治疗强调挖掘患者童年或以往人际关系，以期找到导致患者症状的原因而言，ERP疗法认为原因并不重要。ERP疗法旨在让学生在放松的基础上，在诱发焦虑恐惧情绪的情境或刺激中增加暴露,以打破这种情景刺激与焦虑恐惧情绪的联系；然后阻断强迫症的仪式化行为,打破这种行为与焦虑恐惧情绪的联系。随着治疗推进，患者最终面对特定情景刺激时,不再觉得有必要做出某种仪式化行为。多项研究表明，由于严重匮乏专长ERP治疗的心理工作者，加上地理因素和经济条件等限制，强迫症患者从出现症状起到得到对症治疗，往往要花数年甚至更长时间。而传统的谈话疗法非但无助于减轻患者病情，反而有可能加重他们的症状。因此作为临床工作者的我们，除了普遍性、常规的参加教育学习，更需要我们不断投身于新的治疗技术，让自己不仅仅是拥有爱心，更是拥有过硬的心理学技术能够切实的为广大来访者提供有效、可持续的服务。







## 会诊后的治疗方案 /

### 局部治疗：

因为患者牙齿破损严重，需要注意口腔卫生。进食后立即刷牙、使用牙线、勤漱口。良好的口腔卫生习惯，可以保证牙齿不再恶化。尽量避免食用含糖的食物，包括饮料和水果。针对粘膜干燥的问题，眼部干燥可以使用人工泪液。口腔干燥不可饮用过量的水，因为患者的水肿与饮用过量的水及合并使用激素有关。解决方法有口中含几块冰，一直慢慢融化滋润口腔，或者每次喝一小口水，但是饮水频率增加。改变生活方式，对局部的症状是有帮助的。

### 全身治疗：

患者已经出现并发症，需要继续服用免疫抑制剂。但患者目前使用了三种药物，包括羟基氯喹、甲氨蝶呤以及氢化可的松。联合三种药物使用将导致明显的副反应，比如疲惫、乏力。氢化可的松对体重增加的影响很大。患者的血肌酐、血沉、尿微量白蛋白值仍稍高，说明效果并不明显。一般很少这样联合使用，使用一种药就足够，建议单独使用甲氨蝶呤10-12.5毫克/周，可以找类风湿专科医生来帮助调整药物。减药后追踪血沉，肌酐等指标值，如果没有太大影响，就单服一种药物。而且并非只考虑指标值降低这一个维度，药物的毒副作用也需要综合考虑，这是一个权衡利弊平衡的过程。可以辅助服用高纯度的鱼油OMEGA—3，它具有抗氧化的功能，可以帮助机体恢复平衡。另外，服用甲氨蝶呤的时候，一定要合并叶酸1mg/日，预防贫血的发生。

### 指标追踪监测：

除了定期监测肾功能，因为干燥综合征本身及所使用的药物都可以导致淋巴瘤的发病率增加，有双重不良影响，所以需要定期监测。血压也需每日监测，如果持续达到140/90mmHg，就需要服用降血压药物，否则加重肾功能损害。

### 工作及活动调整：

精神科与其他科室相比，熬夜、影响睡眠的情况较少。尽量不值夜班、不去急诊工作。患者作为护士，可以在病房内组织团体咨询，行为治疗，药物副反应管理等，带领大家参与活动。个人体育锻炼也需要坚持。这些活动能有助于患者心理健康及减肥。



## \ 问题讨论 /

**Q1: 鱼油OMEGA—3在我们精神科，如精神分裂症的辅助用药里也被提到，OMEGA—3的药理机制是什么？为什么它会对我们的患者有帮助？**

A1: Z医生：OMEGA—3可以保护心血管，降低甘油三酯，稳定血管内膜，有非常强的抗氧化的作用。临床上很多方面都会使用它，能把正常的人体的条件调整到最好的状态。OMEGA—3对精神分裂症用处不大，现在有观点认为对抑郁、双相有辅助作用，因为一方面它本身降血脂，更主要的是跟稳定细胞膜有关，所以不能把它当成精神分裂症、双相、抑郁症的主要治疗药物。

**Q2: 什么情况下提示患者的药物使用得过多、过重？**

A2: Z医生：需要监测副作用，如果患者出现肝功能损害，血象的改变，就必须调整药物了。药物副反应需要不断的监测，因为免疫抑制剂、糖皮质激素的毒副作用都很大。用药的时候不能只想到降低指标值，药物的毒副作用也必须考虑，这是一个平衡的过程。

**Q3：本案例的患者血压升高、下肢水肿，引起异常的原因是什么？是跟肾脏的损害有关，还是其他方面的病理机制？**

A3：Z医生：这位患者的肾脏功能还未异常到引起水肿的程度，尿蛋白也不是很高，估计不完全是肾脏的因素。更可能原因的是她喝水多，再加上服用激素，这些都可以引起水分体内储留。这几天她的水肿明显好转也不支持是肾脏的问题，因为肾脏损害是永久性的，不可能在未服利尿剂的情况下自行好转。

**Q4：在患者未提及的情况下，医生为什么想到询问眼干问题？**

A4: D医生：她有口腔干燥，因为根据一元论，自身免疫攻击自身黏膜，不会只攻击口腔，虽然这是最常见的。第二位容易攻击的就是眼睛，可以使用人工泪液来改善眼干症状。

**Q5: 该患者的预后如何？**

A5：Z医生：患者起病早，有多脏器损害，还有遗传因素，母亲的甲状腺疾病也和自身免



疫系统相关，预后确实让人担忧。但重要的是要给病人希望，只要患者能定期随诊、监测指标，遵循医嘱就总有希望。

### Q6: 症状不严重的干燥综合征患者可以不予以全身用药吗？

A6: Z医生：当患者没有并发症的时候，一般主张局部用药，是针对症状进行控制，比如眼干可以滴眼药水，戴眼罩。如果口干，可以多喝水，或者吃一点酸梅类，刺激唾液分泌。因为免疫抑制剂及激素类药的毒性都很大，所以尽量不同时使用多种药物。只有症状得以控制，不造成严重影响，比如眼部角膜溃疡等，就可以选择局部用药，而非全身用药。

## 【扩展科普知识介绍】

### 干燥综合征

编辑整理 | 肖茜 医生

干燥综合征(SS)是一个主要累及外分泌腺体的慢性炎症性自身免疫病，又名自身免疫性外分泌腺体上皮细胞炎或自身免疫性外分泌病。临床除有唾液腺和泪腺受损，功能下降而出现口干、眼干外，尚有其他外分泌腺及腺体外其他器官的受累而出现多系统损害的症状。其血清中则有多种自身抗体和高免疫球蛋白血症。本病分为原发性和继发性两类。

原发性干燥综合征属全球性疾病，在我国人群的患病率为0.3%~0.7%，在老年人群中患病率为3%~4%。本病女性多见，男女比为1:9~20。发病年龄多在40岁~50岁。也见于儿童。本病起病多隐匿，临床表现多样。

#### 1. 局部表现

(1) 口干燥症 因唾液腺病变，使唾液黏蛋白缺少而引起下述常见症状：①多数患者诉有口干，严重者因口腔黏膜、牙齿和舌发黏，以致在讲话时需频频饮水，进固体食物时必需伴水或流食送下。②猖獗性龋齿是本病的特征之一。约50%的患者出现多个难以控制发展的龋齿，表现为牙齿逐渐变黑，继而小片脱落，最终只留残根。③成人腮腺炎，



50%的患者表现有间歇性交替性腮腺肿痛，累及单侧或双侧。大部分在10天左右可以自行消退，但有时持续性肿大。少数有颌下腺肿大，舌下腺肿大较少。④舌部表现为舌痛，舌面干、裂，舌乳头萎缩而光滑。⑤口腔黏膜出现溃疡或继发感染。

(2) 干燥性角结膜炎 因泪腺分泌的黏蛋白减少而出现眼干涩、异物感、泪少等症状，严重者痛哭无泪。部分患者有眼睑缘反复化脓性感染、结膜炎、角膜炎等。

(3) 其他 浅表部位如鼻、硬腭、气管及其分支、消化道黏膜、阴道黏膜的外分泌腺体均可受累，使其分泌较少而出现相应症状。

## 2.系统表现

除口、眼干燥表现外，患者还可出现全身症状，如乏力、低热等。约有2/3患者出现多系统损害。

(1) 皮肤 可出现过敏性紫癜样皮疹，多见于下肢，为米粒大小边界清楚的红丘疹，压之不褪色，分批出现。每批持续时间约为10天，可自行消退而遗有褐色色素沉着。

(2) 关节 关节痛较为常见，多不出现关节结构的破坏。

(3) 肾 约半数患者有肾损害，主要累及远端肾小管，可出现肾小管酸中毒。小部分患者出现较明显的肾小球损害，临床表现为大量蛋白尿、低白蛋白血症，甚至肾功能不全。

(4) 肺 大部分患者无呼吸道症状。轻度受累者出现干咳，重者出现气短。肺部的主要病理为间质性病变，另有小部分患者出现肺动脉高压。有肺纤维化及重度肺动脉高压者预后不佳。

(5) 消化系统 可出现萎缩性胃炎、胃酸减少、消化不良等非特异性症状，患者可有肝脏损害。

(6) 神经 少数累及神经系统。以周围神经损害为多见。

(7) 血液系统 本病可出现白细胞计数减少或(和)血小板减少，血小板低下严重者可出现出血现象。本病淋巴瘤的发生率远远高于正常人群。

## 治疗

本病目前尚无根治方法。主要是采取措施改善症状，控制和延缓因免疫反应而引起的组织器官损害的进展以及继发性感染。





# 学习园地

美利华游学活动伴随着10月8日学员们从芝加哥踏上归途而顺利结束，由中美班学员组成的首届游学队伍从全国各地集结而来，为期八天中体验了丰富多彩的行程，见学过科学+艺术完美结合的城市风景，众人无不为此行程而欣喜满足，本期我们特邀了参与本期游学的陈劲松老师撰稿，且听陈老师向我们讲述她在这次游学中的所感所获.....



## 陈劲松

美利华一期学员

国家二级心理咨询师

江苏省盐城市大丰区心理咨询师协会秘书长

西安叶舟心理健康有限公司特约咨询师

《人民作家》编辑。

## 美利华的年轻人

结束了在芝加哥九天的游学活动，在晨昏颠倒、昏天黑地的日子里熬了许久，充分认识了这个叫做“时差”的家伙。直到回国后的第四天，经过一个近十二小时的睡眠过程后，我终于可以勉强醒来，挣扎着换上运动服，回到出国前日日出现的跑道上，跟着伙伴们一起完成了归来首跑，随即就在朋友圈里秀了成绩：五公里三十分钟。

从发起报名到确认人员后建群开始，办理护照，签证，发邀请函，订购机票，活动内容安排，每一步，群里都会给予通知、建议，直至推荐合适靠谱的签证代理，卫星总甚至还贴心的给大家准备了单位请假函。群里每一个人的事项办理进展，都得到了及时的关注，当有谁提出问题遇到困难时，也是立即能够得到专业的帮助，让从未独立办理过这些事项的我有了一直往下进行的勇气。不得不佩服组织活动的美利华团队，因了全程精心的安排，我们一行在美期间，在紧锣密鼓的活动安排中完美度过全



美利华在线健康大学  
Meilihua Health University

[www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)

公众号：美利华在线精神健康



手握“美中心理文化学会”张道龙老师亲笔签名的邀请函，我们顺利地通过了传说中最难的美签，我更是顺利到几乎觉得被歧视——我煞费苦心准备了那么多的资料、问题解答根本就没用上！十月一日，我们分别从北京、上海出发，怀着兴奋又忐忑的心情奔赴芝加哥，尽管来自不同时间的不同航班，最终，在许思诺的接机安排下，我们所有人相聚在了芝加哥美利华研究中心，提前到达的张道龙老师和卫星总给了我们一个温暖的惊喜——饺子宴！无论是否见过面，大家都如同一家人，在欢声笑语中度过了像除夕夜一样的芝加哥第一晚，吃饱喝足后，回到团队事先预定好的酒店，酣然入眠。我们几个不时觉得有趣的是，这舒适的一切，几乎让人感觉就是在国内，毫无不便之感。



距离参加APA大会的前两天，我们的日程安排极其紧凑，一行人暴走在芝加哥街头，一开始对这样的安排我还怕自己吃不消，不过，随着映入眼帘的景色，我的疲劳也迅速消散的不知去了哪里——无论是曾经的世界第一高楼耸入云霄的Willis tower；还是一边上天一边入地的芝加哥铁路轨道；烟波浩渺的密歇根湖；两岸摩天大楼鳞次栉比的芝加哥河；商铺林立的“壮丽一英里”；展品浩如烟海的芝加哥自然博物馆；典故丰富的千禧公园；芝加哥马拉松赛的行经路线.....两天下来，我们白天奔走在目不暇接的场景里，晚上享受着预

定好的各色大餐中，回到酒店，自是各自满足的安然入睡，第二天又都神气活现的按时出现在酒店大堂集合，在国内准备好迎接的时差问题根本就没感觉，这时候才知道思诺这样安排的意义所在，连道龙老师看着大家这么快适应都夸奖“思诺把项目安排的项目很好啊！”

原来这每一处都最经典的代表着芝加哥的所在，每一个安排到分钟的时间节点，都是思诺——美利华团队的工程师用设计师的态度替大家精心选择安排的，并且，他还早早把做好的攻略提前就图文并茂的发了给我们。而且，在这游学的所有的日子里，许思诺，这个年轻活泼、24岁的小伙子，芝加哥大学的在读研究生，始终都以最饱满的热情和不厌其烦的耐心、事无巨细的贴心全程陪伴着大家，这个边读书、边工作还要承担美利华工程师的年轻人似乎早已习惯了身兼数职——既是我们的导游、导购，也是我们的翻译和领队，尤其难能可贵的是在各种事项面前，他的有条不紊、不急不躁都让我们这些年长他若干的人觉得安心可靠。

十月三号，APA年会如期举行，我们再添一名队员加入，见到了出境学员张心怡。这个总是未曾开口先微笑的姑娘一年前毕业于伊利诺伊理工大学心理学硕士，提前到会





的她替我们打探好了报到注册的流程和会议的各种场所安排，这样让我们一到就直接能够按要求注册打印出了自己的胸牌，然后就与思诺两人就分头带着大家到各自感兴趣的会场听课，APA大会安排了众多不同议题的分会场，分别在百年酒店 Palmer House 的各个楼层进行，事先做好准备而且行动敏捷的两个带队小老师可是帮了我们大忙，不然恐怕我们就要迷失在这诺大的酒店里了。而且这样的安排使我们每个人都能用同样的时间了解到两场报告的内容，这也是美利华一贯宗旨“让每一个学员在每一次活动都能物超所值的各自收获”。

在随后的日程里，只要心怡在，不论是在行进的车上，还是在漫步的路上，她总是在恰当的时机给大家介绍我们路过的各地的来龙去脉、前世今生，一旦换了位置，或者过了路口，她必定停下来默默地数下人数，确认无误后才继续她的脚步，仿佛天生自带教师天性。尤让我感慨地是在我们走的那天心怡的送机。我们赶早班机天还没亮，就在思诺安排好的司机带领下赶往机场，路上就收到了心怡的信息，她已经先我们一步在机场等候我们了！我们觉得抱歉可心怡却温柔的说：“反正我在倒时差呢，还不分昼夜”，人山人海的候机厅里，她有条不紊的带着大家办理各种手续，直至看着我们一个个过了安检，我们再三催促她回去后，她才一步三回头的离开，随后又在群里给大家各种细致的建议，关照换乘去纽约小伙伴，这个心细如发的姑娘在我们每个人心里都刻下了难以磨灭的印象。





这数日当中，在美利华研究中心工作室跟奥特曼老师座谈时；在华裔女作家程以克老师家里做客时；以及我们每个人录制个人感想视频时，还有机会与团队里另外一个年轻的工程师——黄菁稍作相处，这个话不多的文静姑娘可是毕业于伊利诺伊理工大学的工科硕士哦，也是身兼数职中承担着美利华的工作，看起来总是温文尔雅、低声细语地模样，一旦打开收录设备进入工作状态时，那种娴熟、镇定自若的模样，连着那敏锐的眼神，像极了一个久经考验的稳稳地舵手。

跟着大家一起游学的队伍中，还有2017年的“美利华诊疗技能大赛”冠军王剑婷博士，她辉煌的学习经历、镜头前挥洒自如的讲课风格已是让屏幕前的我们叹为观止，这次数日的朝夕相处中，更是领略了剑婷的快言快语、利落潇洒，还有活学活用的敏捷思维，真是让大家佩服之至。

停留芝加哥短短数日里，我们亲眼目睹并亲身体会了美利华在芝加哥天天与国内无缝衔接的团队工作流程。为了中美班的课程顺利进行，道龙老师自是日日辛苦劳顿，每日间结束了白天的工作，立即就要驱车来到研究中心的工作室讲课督导，而让老师的工作得以顺利进行的，正是许思诺他们这些幕后的美利华年轻人。

当国内多少同龄人还在为何去何从感到各种迷茫时，他们坚定不移的脚步已经奔走在前行的路上了。他们的脚下，是年轻的美利华在国内推广临床医生与心理咨询师规范化培训的漫漫前程；肩上，是国内数百家合作医院数千名学员的成长重担；心里，是执着的理想；眼前，是美利华的未来……

有道龙老师和卫星总这样的带头人，有思诺、心怡这样的年轻人，我们坚信，美利华的事业一定会如朝阳般蓬勃向上！





# 主创团队



**主编 | 王剑婷, Ph.D**  
 日本中央大学心理学系临床心理方向  
 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  
 河北京医科大学客座教授  
 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  
 河北京医科大学客座教授  
 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
- 张心怡 • 留美心理学硕士，中国注册心理咨询师
- 陈天润 • 留俄心理学硕士，心理咨询师
- 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

