



在线精神健康大学
eMental Health University

精神医学和临床心理学 督导与研究

(总 04 期) 期刊序号: 2016 年第 04 期

主编: 张道龙

执行主编: 张小梅

常务副主编: 夏雅俐

副主编: 刘春宇



在线精神健康大学

主办单位

教育服务项目

北京美利华医学应用技术研究院

美心理文化学会

电话: +86-18911076076

+86-13910082461

邮箱: caapc2013@126.com

网站: <http://mhealthu.com>

- 张医生远程督导训练营
- 张医生国内集中讲学
- 短程访美学习与交流
- 《督导与研究》杂志

欢迎免费索取

如需转载请注明出处

精神科医生和心理咨询师们, 我们坚信,

能将“无助”变成“希望”!

——在线精神健康大学



主编寄语

“无助”变成“希望”！

本期杂志，我们将看到一种临床中容易忽略的障碍——“做作性障碍”。把它当作焦虑障碍、抑郁障碍治疗，事实证明，是无效的。

本期开始，我们在“前沿理论热点”中学习“临床精神药理学”，并非学习“药物”本身，而是学习“临床如何应用”这些药物，很实用哦！而“大众·心理”则话题轻松——“爱情”，而内涵沉重——“爱情它是个难题”，也许会触动每个人的心弦。

医生和咨询师们，联合起来，2016 年的春天，我们要继续——正确评估，准确助人！

面对精神医学和心理咨询的现状，我们可以选择什么都不做，等待制度的完善，等待专业的发展，漠视着来访者的一筹莫展，等待青春逝去，梦想破灭，一事无成……

不！不！！不！！

我们是助人者！我们可以选择做些什么，来先救活自己！将“无助”变成“希望”！

在线精神健康大学，带着世界领先的精神障碍诊断系统，带着风行美国的“整合式短程心理咨询”，带着周周更新、现场可触、当场咨询的生动个案，带着经验丰富、易学易用的咨询方式，来到我们中间，吹来希望的清风，一扫阴霾！在这里，我们将轻松分享最专业的技能和运用：

诊断与评估——《DSM-5》、《DSM-5 鉴别诊断手册》；

临床心理咨询——《整合式短程心理咨询》；

精神活性药物——《临床精神药理学手册》；

科学和研究——美国最先进的科研方法与实践……

这些，就是我们在精神医学、临床心理学和 EAP 继续教育领域创办《督导与研究》的初心。初心相通，心手相牵，来吧，握住这一改变职业生涯的机会，我们将成为最亲密的伙伴，共同实现最初的职业梦想。

为了摆脱“无助”，执着追求；为了茁壮成长，义无反顾；为了助人的希望，坚持不懈；我们在一起，汇聚成专业和包容的力量！

张道龙



本期精华导读

栏目

1. 咨询 • 督导

“咨询与观察”看台

张医生点评 • 督导

现场头脑风暴

1 二十年头痛病治不好，大部分时间耗在医院，我该怎么啦？

宁愿将生命的三分之二用于看病住院，而无暇谈恋爱、结婚、生孩子……他，究竟是怎么啦！

“做作性障碍”？咋回事？且看正文。

2. 理论 • 研究

前沿理论热点

2 临床精神药理学

本期开始学习“临床精神药理学”。此次内容涉及精神药物治疗的基本原则（总论），将给我们打开一扇窗，了解继续医学教育、阅读文献、指南并非圣经、精神医学与艺术、知情同意权、专利药与仿制药、关注患者年龄等七个原则。

3. 大众 • 心理

应用热点

3 《这样的爱情鸟，还值得等待吗》

爱情它是个难题，令人目眩神迷。本期说的就是一个难题的故事。

情场难题——是心理咨询师经常遇到的故事。也许能叩响自助和助人的心弦。



咨询 · 督导

“咨询与观察”看台

嗨！大家好！本栏目内容取自每周张医生督导课上，“最新鲜”的个案咨询。与个案签订保密协议，并获授权，现场咨询内容可用于督导、教学、科研。所有学员在电话会议系统中保持静音，积极聆听，并在咨询结束、个案离开后，进行热烈讨论。

二十年头痛病治不好，大部分时间耗在医院，我是怎么啦？

心理医生：张道龙

编辑：刘金雨

故事：

咨客，男性，近40岁，高中毕业，退伍军人，未婚，无业，靠做小生意为生。17岁参军，20岁时无明显原因出现左边大脑异常难受。夜间睡眠差，主要表现为入睡困难、易醒、早醒，醒后不能继续入睡等。常感头昏、头重、头部紧绷等，继而出现情绪低落，心慌，烦躁，坐立不安，疲乏无力，胸闷、精神差，但与旁人可正常交流。曾有自杀行为（因大脑难受严重，吃了一整瓶氯硝西洋）。

17年前退伍后住院治疗，诊断为“抑郁症”，具体用药不详，症状有所缓解。此后咨客反复出现情绪低落，头昏，发胀，全身难受，心慌，烦躁等不适。咨客住院治疗10余次，均诊断为“抑郁症”，先后以“多虑平（剂量不详），百忧解20mg qd，阿米替林100mg qd，舍曲林150mg qd，文拉法辛（剂量不详），赛乐特60mg qd，西酞普兰（剂量不详）”等药物治疗，症状缓解均不明显。

半个月前，咨客先后两次住院，诊断为“抑郁症”，先后服用“拉莫三嗪100mg bid，度罗西汀120mg qd，氯氮平100mg qd，氯硝西洋1mg 午间，2mg 晚间，怡诺思、氯氮平”药物治疗，病情好转出院。入院前1周，无明显诱因，咨客再次出现情绪低落，心慌、焦虑，仍感头部不适，门诊以“复发性抑郁障碍”治疗。目前科室会诊诊断为“1、躯体化障碍；2、焦虑症”，予“文拉法辛缓释片150mg qd，坦度螺酮5mg tid，氯硝西洋3mg qn”治疗，病情较前稍好转。

咨客因两方面困扰前来咨询，其一，了解自己究竟是什么病。其二，想知道有什么办法可以让自己头昏缓解，不那么心慌、焦虑。

第一步，澄清核心抱怨——“头痛”的具体情况。

咨客这些年伴随始终的核心感受就是——“头痛”。我们不能听到风就是雨，究竟这个“头痛”意味着什么？好好问一问。

- 1、头痛的具体部位。
- 2、症状持续的时间和变化。
- 3、医学检查的结果。



4、头痛的具体感受。

5、头痛对生活 and 睡眠的影响程度。

1.张医生：你好！我是张医生，讲讲你的困扰吧！

2.咨客：这么多年我一直感觉自己的左脑相当难受，难以形容，经常有紧绷感，左脑疼痛，感觉有些发胀；感觉左边脖子有股气堵在那里一样，相当难受；头脑也不清醒；心情郁闷、焦虑，感觉要发疯了一样。

3.张医生：这么多年症状都集中在脑部是吗？

4.咨客：对。

5.张医生：症状总是集中在左脑吗？还是左右脑变来变去的？

6.咨客：主要在左边。

7.张医生：这样的情况有多少年了？

8.咨客：有十七八年了吧。

9.张医生：症状是时好时坏吗？还是一直都是这样发胀、疼痛、不清醒？

10.咨客：一直都是这样。

11.张医生：你今年将近 40 岁，也就是从 20 岁出头就开始有这个毛病了？

12.咨客：嗯，对。

13.张医生：你的大脑之前受过伤吗？

14.咨客：没有。

15.张医生：做过什么检查吗？比如核磁共振。

16.咨客：做过，都没有问题。

17.张医生：你的症状主要是以发胀、不清醒为主，还是主要以疼痛为主，还是两者都有？

18.咨客：主要是……脑部疼得相当难受，会有紧绷感，脑子转不动。

19.张医生：你在睡觉的时候，有把你疼醒或是难受醒的情况吗？

20.咨客：嗯……主要是在白天难受。

21.张医生：影响你睡觉吗？

22.咨客：还是有点影响。

第二步，澄清这些年的治疗情况——为何坚持无效的住院？

1、提问：既然无疗效，为何要住院？发现，咨客就是“需要”住院。



- 2、获知：咨客的治疗没有经济压力，现在可以报销。
- 3、了解咨客是否有家族病史。他说没有。
- 4、澄清咨客对治疗方法的理解程度。
- 5、确认咨客这些年症状并没有加重。
- 6、让咨客为自己的“头痛”打分，打了 5 分以下，按照疼痛的程度，似乎不足以令他如此困扰。
- 7、确认咨客无高血压、低血压，脉搏正常，甚至身体比常人还结实。

23.张医生：你在这期间经历了很多治疗，感觉这些治疗有效吗？

24.咨客：基本都没有什么效果。

25.张医生：治疗了将近 20 年没有效果，那你为什么还不断住院呢？

26.咨客：没办法，难受得要死，只有往医院跑。

27.张医生：对的。我看你的病历上写的你住过十来次院，但你觉得治疗基本上没什么效果，为什么还要再住院呢？

28.咨客：没有办法，只有往医院那边跑吧。

29.张医生：我知道你感到没有办法，因为病一直没治好，我的意思是你为什么不去门诊看医生，还要总去住院呢？住了这么多次院，没有效果，但你还继续去住院，是这样吧？

30.咨客：对，对。

31.张医生：你住院是免费的吗？还是要自己花销？

32.咨客：以前是自己花销，现在可以报销。

33.张医生：也就是说，长期看病、住院，对你来说，经济压力不大？

34.咨客：经济压力不大。

35.张医生：那还好。你有兄弟姐妹吗？

36.咨客：没有。

37.张医生：你的父母或是其他亲属，有跟你类似的毛病吗？

38.咨客：没有。

39.张医生：你还记得自己这个病是逐渐有的，还是突然就有了？

40.咨客：嗯……慢慢就有了吧。

41.张医生：你在做核磁共振的时候，知道是做的什么样的核磁共振吗？

42.咨客：我不知道，只知道是核磁共振。

43.张医生：有没有人跟你说过数字减影血管造影，或者叫 DSA(Digital subtraction angiography)？



44.咨客：没听过，我只听过核磁共振。

45.张医生：好的。将近 20 年来，你的症状就是一直不好，但是也没有越来越重，是这样吗？

46.咨客：对，对。

47.张医生：最难受的时候能疼到什么程度？如果让你给你的疼痛打分的话，0 分代表没有疼痛，10 分代表疼得一塌糊涂，甚至想要撞墙。你给自己能打几分？

48.咨客：嗯……虽然疼得也很厉害，但是……大致能打几分呢……

49.张医生：对，大致能打几分，5 分以上，还是 5 分以下？

50.咨客：5 分以下。

51.张医生：嗯，那还不是最重。你现在最主要的困扰是什么呢？疼痛并不是最重的情况，关于焦虑，你感到自己很焦虑，如果让你摸着心脏，你的心跳是那种跳得并不快，还是真的跳得很快的，属于哪一种情况？

52.咨客：嗯，我感觉跳得很快。

53.张医生：医生肯定给你检查过身体，脉搏是多少，知道吗？

54.咨客：不清楚。

55.张医生：血压呢？有人说你高血压或是低血压吗？

56.咨客：没有。

57.张医生：你现在把手放在脉搏上感受一下，现在的心跳速度是像跑步完那种跳得很快的，还是速度挺均匀的，心平气和的？

58.咨客：一摸还是比较心平气和的。

第三步，令咨客呈现模式——忙着看病，不做“正事”，问题在哪里？

- 1、确认旁人是否对咨客的“看病”行为有非议。
- 2、澄清咨客为啥不去找女友、结婚、生孩子——看病忙得没时间。
- 3、澄清咨客有多少时间放在“看病”上——一年有三分之二时间。
- 4、澄清咨客是否觉得自己有绝症——没有。
- 5、澄清咨客是否有化妆、换衣服到其他医院看病的情况——有。

似乎咨客的困扰并非聚焦在对身体的担忧，他知道自己没啥绝症，近二十年来头痛也并未加重。他的模式仿佛是与医护人员打交道而乐在其中。并不像躯体症状障碍、疾病焦虑障碍为主的个体那样，反复检查身体，不是一会儿这儿不舒服，一会儿那儿不舒服，就是担忧自己患有重症，甚至钻研医学知识，而他，只是一直抱怨不舒服，聚焦于反复寻求治疗的过程，哪怕无效。



59.张医生：有没有人问过你，“一个大老爷们，整天不干正经事，总往医院跑，也不是什么大毛病，为什么整天去看病”，有人问过你类似的问题吗？

60.咨客：有，有人问过我。

61.张医生：你现在是单身，是吧？

62.咨客：嗯，对。

63.张医生：为什么不去谈恋爱呢？

64.咨客：哎呀，没有那个闲情逸致吧，这些年一直挂心这个躯体的疾病。

65.张医生：你是因为聚焦在这个病上，没时间谈恋爱，还是看到女人就烦？

66.咨客：看病忙得没时间。

67.张医生：你是家里的独子，家里人没跟你说过，要抓紧有个小孩吗？

68.咨客：没有。

69.张医生：你自己想过要当父亲吗？

70.咨客：也没有。

71.张医生：你是不想当父亲，还是整天忙着看病，总是跟医生打交道了？

72.咨客：现在已经有点不想当了。

73.张医生：对的，看起来看病挺耗神、耗时的。你这么感兴趣疾病，当年想过学个类似护理专业吗？整天在医院上班，或是整个小卖部就在医院里，一边挣钱，一边还能看病，这事想过吗？

74.咨客：没有。

75.张医生：为什么不这么做呢？不是更方便吗？

76.咨客：没想过这个问题，没有那么大的必要吧。

77.张医生：好的。你认为自己是真的有什么病，只是医生没看出来吗？比如，可能是脑癌，医生没查出来。

78.咨客：没有。

79.张医生：你也没有认为自己得的是什么治不了的绝症，对吗？

80.咨客：对。

81.张医生：你总是来医院看病，跟医生、护士打交道，感觉挺愉快的吗？

82.咨客：嗯……也没有跟他们讲几句话。

83.张医生：一年 365 天，你大致有多少天用来去医院看病？

84.咨客：大部分时间，基本上三分之二的时间吧。

85.张医生：跟医生打交道的时候觉得烦吗？还是感觉没够，“你那么大一个主任，就跟我讲 5 分钟啊，讲 50 分钟多好呀”，你有这种想法吗？



86.咨客：没有。

87.张医生：你三分之二的时间都花在医院里，还不愿意跟医生、护士讲话？

88.咨客：我愿意跟他们讲话。

89.张医生：总去一个医院看病，感觉烦了，别人都认识你了，化化妆、换换衣服再去另一个医院看病，有这样的情况吗？

90.咨客：有。

第四步，聚焦咨客咨询目标——我究竟怎么了，以及我该怎么办

1、确定咨客的咨询目标：为症状而烦恼，不知道自己究竟怎么了，又该怎么办。

2、明确“怎么了”：做作性障碍，再加上轻微的躯体症状障碍。

3、讨论“怎么办”：理解自己“怎么了”，后续以心理治疗为主，药物治疗为辅。

91.张医生：你今天主要想跟我讨论什么问题呢？

92.咨客：一是这么多年，左脑一直疼得难受，有紧绷感，意识有点恍恍惚惚的，大脑不清醒，曾经难受得要死，左脑有点发胀似的，左边脖子感觉有气堵在那一样，相当难受。再有就是焦虑，焦虑得快要发疯一样，挺郁闷的。

93.张医生：对的，我听懂了你说的这些症状，今天你还要跟我讨论什么问题呢？

94.咨客：我这个病这么多年一直都被诊断为抑郁症，伴有焦虑，吃了好多药，但是一直都没有什么效果。

95.张医生：对的，所以你想首先知道自己得了什么病，对吗？

96.咨客：对。

97.张医生：还有其他想法吗？

98.咨客：还有就是有点绝望了，好像治不好了，呵呵。

99.张医生：呵呵，感觉好像治不好了。但是治不好，你也没怎么样，身体还挺健康的，又能当兵，又能开玩笑的，你心里也明白这不是治不好的绝症，对吗？

100.咨客：嗯。

101.张医生：你过去在部队里是做什么的？

102.咨客：空军。

103.张医生：空军里具体做什么业务呢？

104.咨客：做飞机导航系统。

105.张医生：空军一般都得要求身体素质好，所以，你的身体素质是很好的？



106.咨客：嗯，身体素质还可以。

107.张医生：你当了多少年兵？

108.咨客：三年。

109.张医生：当兵的这三年里，和去以前、回来以后相比，这个病是重了，还是轻了？

110.咨客：当兵的最后一年比较严重，只是当初没有查出来得了什么病，回来以后才查出来。

111.张医生：你当兵的时候有对操练的要求吗？比如要按时起床、跑步什么的。

112.咨客：有。

113.张医生：有没有感到锻炼完之后效果好一点的？锻炼之后，吃得饱、睡得着，不锻炼的时候，病重一点，有这种差别吗？

114.咨客：好像都这样的，没有什么差别，回来之后还是坚持每天跑步八公里。

115.张医生：跑完之后也没觉得有什么差别，是这样吗？

116.咨客：没感觉有什么差别。

117.张医生：好的，那我现在来帮助你分析一下。你之所以这么多年的病没有治好，是因为你既没有焦虑，也没有抑郁，这两个毛病都是继发的，不是原发的，也就是说你的疾病本身既不是焦虑障碍，也不是抑郁障碍。相当于一个人得了肿瘤，会感觉疼痛，吃了止痛药以后感觉不疼了，但是疾病本身没有得到治疗。那你的病到底是什么呢？有两种病，第一种叫做作性障碍，患这类病的患者一般是女性多，男性少，所以我问你家里其他人有没有类似的问题。你的症状表现主要是习惯于看医生、看病，去不同的医院，看不同的医生，不断地在这件事上消耗时间和精力，你自己讲了三分之二的的时间都用在这上面。看病成了你近二十年生活中的一部分，毫无疑问这是心理疾病中的一种，但不是焦虑障碍、抑郁障碍，焦虑继发于做作性障碍，而抑郁又继发于焦虑。第二种疾病，你还有一些躯体症状障碍的表现，就是你感受的疾病的严重程度大于这个病实际的严重程度，你自己也认可肯定没有得绝症。不仅没有得绝症，你年轻的时候还当了空军，每天跑八公里。空军肯定是有筛选标准的，一般智力特别好的去当火箭军，体力特别好的当空军。你能通过空军的考核，还做了三年，说明你的身体上起码没有什么缺陷，比如有人心脏不好，肯定不能当空军的。这么多年下来，别人看不出你有什么疾病，身体检查也没查出什么问题，可是你就是热衷于去医院看病，跟医生谈话，整得自己连谈恋爱、生小孩的时间都没有。所以，你的疾病是做作性障碍为主，还有一些躯体症状障碍，后者的表现就是你对疾病的感受特别重，但是客观上却查不出问题。但是，你并不是疾病焦虑障碍，也就是过去说的疑病症，因为你没有怀疑自己得了什么病。

118.咨客：嗯。

119.张医生：我们就得一起看看怎么解决你总想去看病这个问题，因为太消耗精力了，连恋爱、生小孩的时间都没有。除了每天跑八公里，剩下的时间基本都用来看病，好在还没有因为要花钱看病而倾家荡产。怎么治疗呢？首先，你得意识到自己患有心理疾病，而且在中度以上，因为患有做作性障碍和躯体症状障碍，又继发了焦虑和抑郁，不经过有效治疗，时间越长，病就会越重。所以，我们要转向以心理治疗为主，药物治疗为辅，具体是什么药物，怎么做心理治疗，我得跟你的主治医生去讨论，这样讲，清楚吗？

120.咨客：嗯，清楚。

121.张医生：你在上一周，平均每个晚上睡了几个小时？



122.咨客：吃了药会睡得好一点，不吃药睡不着。

123.张医生：好的，我之后跟你的主治医生讨论一下用药的事情，好吗？

124.咨客：好的。

125.张医生：感谢你来参加我们的访谈，还有别的问题吗？

126.咨客：没有了，谢谢您，张医生！

127.张医生：不客气，再见！

128.咨客：非常感谢您！

129.张医生：不客气！

咨客“头痛”等症状已持续将近 20 年，抑郁症、焦虑症、精神分裂症等等，能“沾边”的所有精神疾病都诊断过，可用了各种药物都无效，他的主治医生也开始怀疑他患有“躯体症状障碍”，但是不能确定，也不清楚该如何去治疗。

面对这样的“疑难症”，要求医生和咨询师更沉着冷静，并且将 DSM-5 了然于心，DSM-5 的简体中文主译——张道龙医生，凭着 20 多年丰富的临床经验，给大家揭开了“谜底”。最终，所有在场静音聆听咨询的学员都很惊讶：原来“做作性障碍”是这么一回事！**未经准确干预的原生态案例就发生在面前，我们却不认识它！**

哦，趁 2016 年的农历春节还没来临，抓紧学习 DSM-5 诊断系统和整合式短程心理咨询，一边实践，一边思考吧！



张医生点评·督导

- ✧ “生物—心理—社会”，说起来容易做起来难。
- ✧ 现场做完咨询，张医生带大家看到咨询过程中的知识亮点，今后我们自己也能用上哦！

“做作性障碍”，究竟是怎么“做作”的捏？

- ✧ 本案例中的患者在近二十年的时间里，不断地看病，更换医生、医院、化了妆地去看病、住院，但却没有什么需要住院的病，也没有什么能检查出的躯体疾病。一个大男人，不谈恋爱、不结婚、不生小孩，也不琢磨挣钱、发财，把生活中三分之二的时间都消耗在看病上，明显是做作性障碍的表现。这个疾病的女性患者一般还不是这种表现，大多都是把自己割伤了，或是把自己的孩子搞生病了；而这个男性患者则是说了一个根本查不清、说不明的疾病，长期寻求治疗。
- ✧ 这个病最大的特点有两个，其一，大部分的时间用来求医、看病；其二，不论治疗效果如何，患者一般都不会将医院和医生告上法庭。相反，对于正常人来讲，这么多年的病都看不到，通常会有强烈的不满，甚至搞“医闹”或是诉诸法律。咱们这个患者到今天为止，依然是非常谦卑的，看完中国医生，再看美国医生，只要不花钱，没破产就行，一般人都做不到这点。这就说明这个咨客“非常愿意当患者”，否则早就烦了。

✧

另有轻度的躯体症状障碍

- ✧ 除了做作性障碍，患者还有一些躯体症状：头痛、紧绷，但是当让他给疼痛打分的时候，他讲在5分以下；过去还当空军，现在还能坚持每天跑八公里，说明他的躯体症状所表现出来的、心理感受到的疾病和真正的疾病的严重程度是“不成比例”的。这就说明患者还有躯体症状障碍。

焦虑和抑郁都是“继发”的

- ✧ 在过去漫长的岁月中，患者都被当作焦虑障碍、抑郁障碍等来治疗，没有效果。这是因为他的焦虑、抑郁并非原发的，而是由于做作性障碍和躯体症状障碍而痛苦，因而继发的。“治标不治本”，当然没效果。以下给予鉴别：
- ✧ 1.与疾病焦虑障碍鉴别：“疾病焦虑障碍”在DSM-4中被命名为“疑病症”，DSM-5中修改了。本案例中的患者并不怀疑自己患有什么疾病，主要聚焦在躯体症状和寻求治疗上，因此不是疾病焦虑障碍。



- ✧ 2.与焦虑障碍/抑郁障碍鉴别：他虽然既有焦虑状态，又有抑郁状态，但并非是原发性的焦虑障碍或抑郁障碍，**焦虑是继发于做作性障碍，而抑郁是继发于焦虑，焦虑时间长的人必然会抑郁。**
- ✧ 3.与诈病鉴别：患者反复求医并非是为了某种外部犒赏或利益——比如金钱，所以不是诈病。

✧ **光用药效果不好**

- ✧ 这个案例中，正确诊断至关重要！对于临床工作者是如此，对于患者也是如此。各位在场的医生和咨询师都听到了，咨询尾声时，患者回应的声音变得如此轻松，因为——20年的“不治”，这一刻，终于找到了谜底！只有让患者清楚了自己的真实情况，才可能有效治疗。
- ✧ 同时，由于患者并非是原发性的焦虑和抑郁障碍，因此只针对焦虑、抑郁症状的药物治疗将收效甚微，这类患者需要进行“生物-心理-社会”的综合治疗，且**以心理治疗为主，药物治疗为辅**（具体操作方法，请参见学员互动环节）。

（参加讨论，欢迎发邮件给 caapc2013@126.com，或致电：+86-18911076076，+86-13910082461）



现场头脑风暴

编撰：张小梅

目前张医生在线督导的周六现场，有精神科医院、脑科医院的多名医生，以及来自北京、上海、深圳的心理咨询师，大家听了督导，可激动呢！以下问答，非常精彩，值得慢慢品味哦！

第一问 躯体症状障碍与做作性障碍如何鉴别？

Q1: 这个个案，我们之前考虑的是躯体症状障碍，今天您的评估是以做作性障碍为主，我还想再了解一下，这两个疾病该如何鉴别？

A1: 做作性障碍的患者是用自己的疾病去“忽悠”医生，寻求治疗，他们非常愿意做患者这个角色，英文叫 **sick role**。试想一下，对于正常人来讲，怎么可能愿意拿出生活中三分之二的时间来当病人呢！而对于做作性障碍的患者来说，不当病人就没办法正常地活着，性生活、结婚、生子等这些对正常人来讲极其重要而不可或缺的生活事件都变得不那么重要了，**必须要当病人**。怎么才能一直做病人呢？说一个永远也查不出来的病。如果患者说自己得肿瘤或是宫外孕，不是很容易就能查证嘛。本案例中的患者就是左脑头疼，感觉胀，医生怎么查也查不出来，而他特别享受和医生的互动过程。这种人的特点是，与医院、医护人员打交道就是他们生命中非常重要的部分。这类患者中，女性比男性更多，今天这个患者是对自身的做作性障碍，还有一种情况是对他人的做作性障碍。比如，有的女性患者，晚上不给孩子盖被子，把孩子搞得发烧，这种使另一个人表现出有病或是受损害的，叫做对他人的做作性障碍。做作性障碍患者的主诉经常以“头疼”和“腰疼”为主，因为在医学上很难查出腰疼和头疼是什么问题，这里指的不是“腰部骨折”或是“脑震荡”等可以明确检查、诊断的问题。所以，这样的患者经常被转到精神科会诊，因为左查右查都搞不清楚问题，还总是占用和耗费医疗资源。

躯体症状障碍是什么呢？患者身上确实有一些躯体症状，但是实际严重的程度并没有患者感受的那么严重。比如，患者就是浅表性胃炎，可是却疼得连腰都直不起来，话也不能说。问题是，浅表性胃炎一般不会有这么大的变化，不吃药都可以自行缓解。

今天这个患者为什么是以做作性障碍为主呢？很少有躯体症状障碍的患者生活中三分之二的时间都用来看病，连性生活和做父亲的机会都放弃了，也不工作了，也不想发财了，就是要跟医生没完没了。**躯体症状障碍的患者更多地聚焦在“躯体症状”上，而不是整天忙着跟医生互动**。今天这个患者不是这种情况，我刚才问他有没有化了妆去医院，让医生认不出来他，抓紧时间看病，他回答有。对于正常人来讲，即使看病不花钱也不想总当病人呀！有做作性障碍的人就是想看病、看医生，这么长时间治不好也不会告医院、告医生。所以，他不是以躯体症状障碍为主，两个病的内在动机不同。

当然，**做作性障碍和诈病也不同**，诈病的人跟医生讲一大堆疾病，是为了骗保险、骗钱，明显是为了获得外部犒赏的。



第二问 针对做作性障碍患者，如何用药？

Q2:您刚才说，这类患者还是要辅助药物治疗，那该用什么药呢？

A2:类似今天这样的患者，我会选用**思瑞康(富马酸喹硫平片)**。因为患者有这么强烈的寻求治疗的动机，都是与多巴胺有关，几乎达到了强迫的程度。毫无疑问思瑞康在阻断多巴胺、缓解焦虑上起到非常重要的作用。不能使用氯氮平之类的药，因为患者不是精神分裂症。

第三问 针对做作性障碍患者，如何进行心理治疗？

Q3:跟这个患者做心理治疗的时候，很难找到他的资源和变化，心理治疗显得很无力，怎么办？

A3:可以找到资源和变化，明显要使用**认知行为疗法(CBT)**，通过治疗，使得咨客不再愿意当病人，提出“当病人可以看到不同的医生，然而问题是——一辈子的大事就耽误了，再不去找点事干，找个太太，这辈子性生活都没有了，当然，每个人可以有不同的选择，但这样的选择你觉得值吗？”另一方面，培养患者一些其他的兴趣，愿意到医院来，没问题，参加一下我们的认知小组，一起讨论这类病对人的损害，逐渐使患者对疾病有个客观的认识。

针对这类患者，药物治疗都不是主要的，因为不管是焦虑，还是抑郁，都是继发的，不能不治疗疾病本身，光用药物治疗症状。之前，我有个20几岁的女性患者的表现是“瘫痪”，走不了路，每三个月就会发作一次，开始我认为她是转换障碍，治疗到第三次的时候发现误诊了，实际上是做作性障碍。怎么治疗呢？患者跟我讲，“上次您开的药效果特别好”，实际上我给她使用的药物是安慰剂剂量，因为医院不允许使用真正的安慰剂，就把药物稀释到完全没有治疗效果的程度。患者用上药后，半小时以后就能站起来走路了。因此，除了药物治疗，明显要给患者使用心理治疗了，“你第一次来看病的时候，各项检查都显示你的身体没有问题了，作为一个20几岁的年轻姑娘，打算就这样每隔一段时间来看病吗？还有没有别的事情想做的？”

像今天这样的患者，因为疾病的程度已经达到中度以上，且多年来没有得到过有效的治疗，今后一点都不想当病人的可能比较小，但是调整到三分之一的时间想当病人，三分之二的时间做其他的事是有可能的。

第四问 一味按“等级”或“症状”诊断，会导致什么问题？

Q4:今天这个案例让我收获非常大，因为过去遇到过类似的案例，都被我误诊为抑郁症了。目前，在国内，精神科医生受到的培训是按照“等级诊断”的原则来诊断。比如，某患者符合抑郁症的诊断标准，就要考虑等级较高的抑郁症，而不是下面的这些疾病的诊断。所以，我今天再次学习了按照“主题”诊断，而不是按照等级或症状来诊断的思路。

A4:好的，为什么一味按照等级或症状诊断是错误的呢？因为如果患者符合抑郁症，就治疗抑郁症，符合焦虑症就治疗焦虑症，那么当症状被治疗后，患者依然会感到痛苦，还得继续看医生。**相当于患者有脑瘤，医生给他用上麻药，解决了疼痛的问题，但是肿瘤却没有被治疗。**不仅诊断不能一味



按照症状来，用药也是如此。所以，我们要通盘考虑，患者是什么样的模式，在病因学上属于哪一类疾病，直接针对患者的病因治疗，才能把症状变好。而不能反过来，只知道患者是焦虑，却不知道患者为什么焦虑，问题是，疾病焦虑障碍会焦虑，焦虑障碍也会焦虑，这是不一样的两种病。

什么情况下运用等级原则诊断是对的呢？假设你判断一个患者为反社会型人格障碍，同时看到他还符合品行障碍的诊断标准，那就不需要再额外诊断品行障碍了。因为反社会型人格障碍比品行障碍还要严重，反社会型人格障碍的一条诊断标准就是讲“有证据表明品行障碍出现在 15 岁以前”，一旦诊断为反社会型人格障碍，就不需要再诊断品行障碍。这才是“等级诊断”的原则，你刚才讲的是对等级诊断的误解。所以，等级诊断和治疗症状（对症治疗）是正确的，问题是不能只针对症状治疗，而不知道患者的病因，不清楚患者是什么疾病。

第五问 对这样的患者长期使用苯二氮卓类药物，合适吗？

Q5：针对这类患者，我担心使用苯二氮卓类药物的成瘾性。

A5：这是我要使用思瑞康的原因，针对这种慢性病，因为要长期用药，使用苯二氮卓类药物就比较麻烦。基于同样的原因，我也不会选用安定类药物。使用思瑞康，阻断多巴胺，使患者想成为病人的欲望变低，同时缓解焦虑。人之所以会成瘾，都是跟多巴胺有关，把多巴胺阻断了，就不会出现成瘾了。

第六问 做作性障碍的病因是什么？

Q6：做作性障碍的形成是与患者的个性特点更相关，还是与患者在某个成长阶段的某些生活事件更相关？

A6：这个问题比较大，直接问到病因了，答案是没有人知道。从精神动力学的角度可以给予一些解释，当一个人总是被照顾、呵护习惯了，就总愿意处于被照顾的角色。问题是，当一个人已经变成成年人，不管是女人，还是男子汉、纯爷们的时候，还总让别人照顾，就难以被社会文化所接受。这种情况下，人们就会换一种方式，把自己搞生病了，病了去看医生，别人就不容易责备他们了。这些人一般会有比较强势的父母，而被呵护的娇娇女、小公子长大以后选择的配偶一般也是比较强势、照顾自己的，他们一辈子都愿意被人照顾。当病人自然也是被医生照顾。但是，如果你希望我用一些什么方法把这种解释加以证明，我是没有办法的。弗洛伊德说的所有的东西都是没办法通过科学证明的，因为它更倾向于艺术。这也是我们要学习精神动力学、认知行为疗法的原因，因为心理咨询除了科学的部分，本身还有艺术的成分，并不是全部都可以通过科学来证实。

（参加讨论，欢迎发邮件给 caapc2013@126.com，或致电：+86-18911076076，+86-13910082461）



前沿理论热点

编撰：张小梅 张道龙

从本期开始，我们要讲临床精神药理学啦！并非纯粹讲“药”，而是讲药的“临床应用”。

临床精神药理学

第一章 精神药物治疗的基本原则（总论）

对于精神科医生、心理咨询师等临床工作者而言，药物治疗并非是指药理学所涉及的所有药物，而是指与疾病有关的特定药物的使用。毫无疑问，掌握精神障碍的诊断与鉴别诊断是学习临床精神药理学的基础，选择和使用精神药物治疗需要全面、系统地评估和理解精神障碍患者。

“临床精神药理学”包括各类精神活性力药物的疗效、剂量和副作用等关键而实用的信息，其资料来源主要基于循证（evidence-base），同时结合了临床工作者的个人经验，旨在为精神科医生、心理咨询师等专业人士自身的临床实践提供指导。本章将概述精神药物治疗的若干基本原则：

一、继续医学教育

由于中国目前的医学教育水平与以美国为代表的发达国家之间存在数十年的差距，导致中国约 2.5 万名精神科医生和 60 多万心理咨询师的专业技能与服务水平良莠不齐。这一问题亟需通过参加继续医学教育来根本性地解决，而长期、系统地接受专业督导是精神科医生和心理咨询师的继续医学教育的重要途径和内容。

二、阅读文献

20 世纪 70 年代以来，精神医学在治疗方法上快速蜕变。生物学和精神药理学方面信息的激增，新的实验室检查不断涌现，计算机与互联网高度普及，美国食品和药品管理局（FDA）批准或可能获得批准上市的新药品数目不断增加，其适应症的范围也在不断扩大。这些都要求临床工作者经常阅读文献、追踪信息、与时俱进，不断更新本领域的知识和技能。

三、指南并非圣经

首先，任何一本指南从构思、写作到审校、出版至少历时一年甚至数年。即使是在最先进的美国，随着新的证据、适应症或治疗方法的出现，指南一经发表就已经过时。第二，指南的目标读者通常是初级医生等非专家群体，其指导原则对于初级临床工作者或许很有帮助，但很少能指导经验丰富的专家。第三，指南之所以能够成为指导原则，是由于参与编写者的专家身份，但并不意味着指南是精确无误的。甚至，临床实践中发现许多情况下，指南推荐的首选药物，对于治疗不典型的或有共病的患者并不是最有效的选择，这种状况在非发达国家往往更为严重。因此，指南作为专家的共识意见，不能将其等同于科学本身。总之，优秀的指南固然值得学习和参考，但绝不能奉为圣经而过度依赖。



四、精神医学与艺术

医学实践是一个先治人后治病的过程，临床工作者必须学会与人交流和共情，从这个角度来看，医学尤其是精神医学归根到底是一门艺术。由此，生物-心理-社会模式不仅仅是精神医学的模式，更是整个现代医学界的模式。

五、知情同意权

临床工作者必须谨慎对待精神医学领域内涉及的法律和伦理问题。标准的医学治疗程序要求医生告知患者其中的获益和风险，因此过去十余年来，知情同意权受到了越来越多的关注。虽然知情同意权与所患精神障碍的类别无关，但是，精神医学领域的患者的确有其特殊性。实施知情同意权要求精神科医生客观评估患者的能力，包括患者能否完全理解药物的获益和风险，能否以一种理性的方式考虑医生提供的信息并做出决定。有时，需要法定监护人的协助才能充分实施知情同意权，所幸这类患者只是少数。

然而，治疗总是存在风险，药物总有副作用。例如，长期使用典型的抗精神病药物可能导致迟发性运动障碍，这是一种严重的副作用。因此，在非典型抗精神病药问世前的许多年，何时、以及如何向患者说明发生迟发性运动障碍的风险是临床工作者面临的一大难题。如今，由于在美国使用典型的抗精神病药进行长期治疗的情况已经相对少见，这个难题对临床工作者的困扰也相应减轻。

六、专利药与仿制药

在美国，成本控制引发了以仿制药取代专利药的倾向。由于FDA仅仅要求药品制造商证明：指定剂量的仿制药产生的血药浓度达到专利药的20%—30%。对于一些药物（例如三环类抗抑郁药TCAs）而言，当使用传统剂量的仿制TCA进行治疗时，低血药浓度可能对患者无法起到治疗作用。并且，患者经过一定剂量的专利药治疗有效后，更换为相同剂量的仿制药也可能导致疗效丧失。可见，尽管在价格上存在优势，但仿制药和专利药之间的差异可能导致两种完全不同的治疗结果。因此，在条件允许的情况下，建议临床工作者优先选择专利药，其次是仿制药，最后考虑非专利药，并根据需要监测患者的血药浓度。

七、关注患者年龄

如无特殊说明，在科学文献和药物指南中，关于使用剂量的信息都是针对成人（18-60岁）患者。相对而言，成人患者用药的安全性较高，而18岁以下的儿童和青少年以及60岁以上的老年人选择药物时需更为谨慎。

（参加讨论，欢迎发邮件给 caapc2013@126.com，或致电：+86-18911076076，+86-13910082461）



大众·心理 应用热点

编辑 夏雅俐

“爱情它是个难题，让人目眩神迷，忘了痛或许可以，忘了你却太不容易”。在2016年初，你还记得这是哪首歌的精髓吗？——《当爱已成往事》，1993年张国荣、张丰毅、巩俐主演电影《霸王别姬》的主题曲、片尾曲，原唱林忆莲、李宗盛。巧的是，我手里正好有一本李碧华的《霸王别姬》，不由得想起“哥哥”的神态——为爱而生的神态。

爱让人目眩神迷，可也总会构成难题——纠缠，愤怒，迷失……本期讲的故事，有关爱与婚姻。

这里是大众心理，欢迎开放性的观点！多元的期刊社区，包容多元的想法！敬请拍砖！

这样的爱情鸟，还值得等待吗

男女之情恐怕是这世界上最令人费解的东西。见过许多恋爱中的男女、婚姻中的男女，快乐的时候那就是“只羡鸳鸯不羡仙”，折磨的时候，会说“但愿我不曾认识他”。

一年的春暖花开之际，30岁出头的露露却正陷入苦恼呢。

露露与小杰属于典型的姐弟恋，从最初的相识、相恋，到成婚、生女，一直是露露在操持着家里所有的琐事，小杰享受着太太的安排和服务，就如同从前在父母身边一模一样。而露露能干、理性，她也很享受为他人服务的过程，而在小杰抱怨时，她则愿意像母亲一样包容和退后一步。

爱情鸟曾经飞走

由于和小杰是彼此的初恋，所以露露对他们的感情深信不疑。在她的心目中，小杰优点很明显，那就是又帅又聪明，而且这些年也有所成长，能帮着做些家务了。

可是，露露一直在忍受着一种困扰，那就是小杰已经出轨多次！也就是说，那只甜蜜的爱情鸟曾经飞走过。

露露刚怀上女儿时，小杰感到恐惧：我还没准备好当爸爸呢！他甚至动员挺着7个月大肚子的露露堕胎。当然，露露没听他的。接着，小杰实在忍受不了，第一次出轨。

露露在以泪洗面一段时间后，迎接小杰回来了。她觉得那只爱情鸟还是回来了，为了女儿，希望能修复婚姻。

可是在之后三、四年里，小杰又出轨两次，跟不同的人。

跟最后一个“小三”，小杰觉得自己动了真感情，他要离婚，父母不同意，他硬生生被拽回来。

从此，露露不得不忍受小杰一会儿“回来”，一会儿“飞走”的状态。他与露露在一起，就惦记“小三”，与“小三”在一起，就对露露和女儿愧疚。



露露该怎么办？

等待成长是一种怎样的痛

我们等待过自己的孩子成长，充满希望，因为孩子每天都在进步，有了小错，能认识到就能改。而露露，她一心想等待老公成长。她一腔的爱，愿意去理解小杰：恐怕是因为他的父亲曾经出轨，给了小杰“不重视家庭”的影响？恐怕是父母一直包办过度，小杰从没承担起生活的责任？露露甚至还会反思自己：恐怕是我过去做得太多，给老公锻炼太少？

随着露露的一层层反思，她的内心似乎越来越老练，可是那份情感却越来越不通透。她用泪水去冲洗心上的血，越洗越痛。

公婆当然不想要自己的孙女面临家庭的破裂，他们告诉小杰，如果你离婚了，那个“小三”永远不能进我们的家门。

小杰则觉得跟“小三”在一起很轻松很快乐，他愿意为她做饭，他喜欢接受她的赞美，这是露露以前很少给他的，他觉得自己一次次出轨，就是一种“反叛”。父母管他，露露管他，似乎他青春期的那份反叛又扬起了头。他也怀疑过自己“有问题”，可是这种怀疑转瞬即逝，他还是愿意过那种轻松的、不需承担什么的生活。

反反复复，把“关系”锯得凹凸不平

小杰把自己的出轨，归因于露露“不给他认可”，把难以做决定归因于“父亲的压制”，把混乱的局面归因于“我也不知道怎么回事”。

小杰带着他的爱情鸟，去去又来来，或许前几个月他想要回归家庭，这几个月他又后悔了。

露露感到一颗心和这段关系都变得那么凹凸不平，毛毛糙糙。

最难受的，是女儿一天天长大，小杰对女儿的陪伴，更多的是买东西，偏物质层面，可是小女孩也很喜欢，毕竟是爸爸呀。于是，爸爸陪她玩，她就很开心；爸爸离开家了，她就问妈妈：爸爸呢？她告诉妈妈：我喜欢全家在一起。

害怕伤害女儿，是露露努力维持这段婚姻的重要原因。对于许多婚姻困境中的女子，这似乎成为了普遍的规律。

可是，女儿难道会对爸爸妈妈的关系没有感觉吗？不，小孩是最敏感的。露露能够构建表面的家庭和平与欢乐吗？

如果你是露露……

或许你有一份与露露迥然不同的婚姻，或许你也有类似的困扰。

如果你是露露，你是坚守这份婚姻，坚决不分开，给孩子一个完整的家庭，但是却一天天绝望于爱情鸟随意的来去，青春逝去？还是寻找到内心所想要的，采取另外一种痛苦但也许有新希望的解决方式？



咨询师的话

咨询师不会给露露出主意，也不会给任何一位站在离婚边缘的人出主意，告诉她说：你该离婚，或你不该离婚。但凡来到我的咨询室，绝大部分都是不想分开的。可是，婚姻是两个人的事啊。若是一定要支招，我想说的是：

首先，要有现实感。对面前婚姻的状态有所判断，对自己的男人要有清晰的辨别。男人出轨，他也处于不同阶段，有的是跃跃欲试，有的是浅尝辄止，有的是陷入太深，有的是毅然挥袖（当然是与原配道别）。男人出轨，也分不同的人，有人是随大流、尝新鲜，家里红旗不倒，外面彩旗飘飘，有人是习惯拿来炫耀，这些都属于人群中价值观比较“低格调”的。还有男人是本性上有“超我”的要求：不能背叛妻儿，可是由于婚姻陈旧空虚，难免马失前蹄。当然，也有像文中小杰那样，从来就没有方向，做事计划性不强，容易冲动，婚姻家庭上也无法对自己有要求。

第二，在现实判断的基础上，分析婚姻的“功能失调”。老公的功能无非是：性，经济，情感依赖，带孩子和家务时能搭把手，大事有人商量，给孩子有效的男性支持……若是他还有一两点功能在，那可以考虑，根据他所处阶段来挽回，要是他本身是个靠谱男，且处于想“回头是岸”的阶段，那么，最好的方法就是夫妻共同进行婚姻咨询，找到一团乱麻里的核心要素，解一解，理一理。要是这些功能渐渐都废了，他的心也“野”了，人想往外走，或是即便留在家里，也很冷漠，那么这个女人就只是在委曲求全了。这种女性很多，接着会导致情绪不良、脾气恶化，影响到各种方面，甚至导致躯体疾病。因此，对婚姻功能的期待和“功能失调”分析，以及“是否可挽回”的判断十分重要，寻找心理咨询师，可获得专业解决方案。

第三，不论婚姻如何，要转移足够的注意力给自己。在婚姻中呆久了，女性常常会失去以往的社交圈、兴趣爱好、职业规划，甚至失去曾引以为傲的女人味。全部倚靠着一个男人，日子长了，他感到乏味，身子一挪，女人就倒了，摔得很惨。所以恋爱、婚姻出问题的女子，最初会感到整个生活变得空空的，找不到自己的价值，但是一旦开始关注自我，那些陌生的能量就会回来。

第四，处理得好，离婚不会影响孩子。说到对孩子的担心，是许多离异前后女性的困扰。实际上，离异本身不会给孩子太多影响，关键在于，必要时告诉孩子客观情况，别让她将父母离婚的原因归到自己身上，尤其是10岁前的小孩子，需要注意。另外相当重要的是，妈妈本身要管理好情绪——乐观而淡定，是妈妈送给孩子最好的礼物。

（参与讨论，欢迎发邮件给 caapc2013@126.com，或致电：+86-18911076076，+86-13910082461）



在线精神健康大学
eMental Health University

张医生在国内精神科医生、心理咨询师、EAP 等培训督导领域，已经深耕近 20 年，在海外，作为美国医生，行医 20 多年，中国心永远不变！

部分合作组织包括：北京大学第六医院、北京回龙观医院、北京安定医院、北京和睦家医院、上海精神卫生中心、湘雅医学院、湖南脑科医院、西安交通大学医学院、南京脑科医院、南京东南大学医学院、武汉大学医学院、深圳康宁医院、广州市脑科医院、东莞精神卫生中心、河南驻马店精神卫生中心、四川绵阳精神卫生中心、大连医科大学、哈尔滨医科大学、伊春人民医院、北京大学心理系、中科院心理所、上海交通大学心理咨询中心、上海师范大学心理咨询中心、上海奉贤海湾五院校心理咨询中心、复旦大学心理系、中南大学等。

在线精神健康大学

站在精神健康远程教育的最前沿

■ 张医生远程督导训练营

督导时间：每周六 9:00-11:00 (北京时间)

督导电话：95057 (国际通用高品质全时电话会议系统)

报名热线：+86-18911076076, +86-13910082461

由国际知名精神医学专家张道龙 Daolong Zhang MD 亲自督导, 他是美籍华人临床心理学和精神医学专家，美国注册职业精神科医生，《DSM-5》简体中文版工作委员会主席和主译。

张医生从业 20 多年，采用《DSM-5》进行诊断与鉴别诊断，采用整合式短程心理咨询技术，亲自为两万多中美病人和咨客提供超过十万次以上的心理治疗，是华人界第一位在国内采用整合式短程心理治疗方法，为数千位医生、临床心理咨询师和 EAP 咨询师做督导的心理医生，督导时间达 5000 多小时。

督导训练营所采用的教材，与精神健康领域——全球最前沿临床研究成果接轨，全部由张道龙医生团队著作或翻译。详见以下内容。



采用国际权威精神医学、临床心理学教材《整合式短程心理咨询》、《短程心理咨询与督导实录》（2013 年）

《整合式短程心理咨询》与《短程心理咨询与督导实录》是国内第一本整合式短程心理咨询的专著和案例集，是张道龙医生率领工作团队依据临床咨询案例撰写的原创著作。书中全部案例由张医生亲自咨询，团队完成记录和整理，内容丰富，适用于婚恋情感、亲子教育、职业发展、精神疾病治疗多个领域。由北京大学出版社于 2013 年在国内出版。

《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）（2014 年/2015 年）

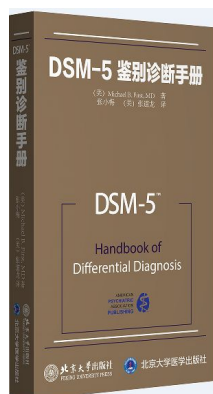
《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）于 2013 年由美国精神医学学会出版，是 1400 多位精神病学家和临床心理学家参与研究，经过十二年的努力集结而成的最权威的精神障碍诊断标准，被誉为精神医学诊断领域的《圣经》。

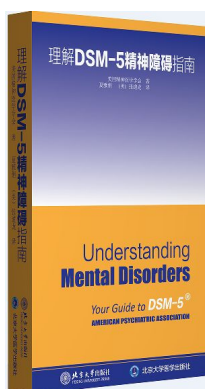
张道龙医生担任简体中文版工作委员会主席和主译。第五版《精神障碍诊断与统计手册》（案头参考书）和《精神障碍诊断手册》（全书），由张道龙医生率领的翻译团队翻译完成，由北京大学出版社分别于 2014 年、2015 年在国内正式出版。

《DSM-5 鉴别诊断手册》（2016 年出版）

《DSM-5 鉴别诊断手册》由美国精神科医生 Michael B. First, M.D. 著述，简体中文版由张小梅博士和张道龙医生翻译。

本书是国际最具权威的精神障碍鉴别诊断手册，精神科医生、临床心理医生和内科医生通过学习《DSM-5 鉴别诊断手册》，能更熟练掌握《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）的内容，以达到更准确诊断各种精神障碍的目的。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，将于 2016 年由北京大学出版社正式出版。

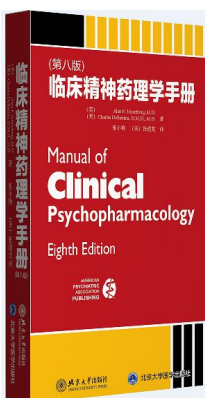




《理解 DSM-5 精神障碍指南》（2016 年出版）

由美国精神医学学会著述，简体中文版由夏雅俐博士和张道龙医生翻译。

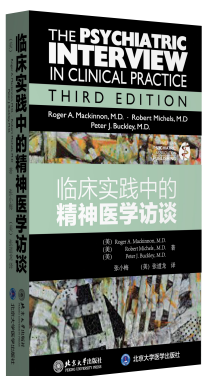
本书采用深入浅出、通俗易懂的语言，帮助未接受过系统训练的非精神医学专业的人，在学习《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）时更容易理解和掌握，是内科医生、心理咨询师、临床社工、精神障碍患者家属及心理学爱好者，学习精神障碍相关知识的好助手。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，将于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



《临床精神药理学手册》（2016 年出版）

《临床精神药理学手册》由美国精神科医生 Alan F. Schatzberg, M.D. 和 Charles DeBattista, D.M.H., M.D. 合著，简体中文版由张小梅博士和张道龙医生翻译。

本书是一本基于 DSM-5 精神障碍诊断的精神活性药物使用手册，是一本以通俗易懂的方式，指导医生正确使用精神活性药物的专业书籍，帮助已熟练掌握 DSM-5 精神障碍诊断与鉴别诊断的医生，对症下药，提高精神活性药物的治疗效果。计划于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



《临床实践中的精神医学访谈》（第三版） （2017 年出版）

《临床实践中的精神医学访谈》（第三版）是美国精神医学专家 Roger A. Minkowitz, M.D., Robert Michels, M.D., Peter J. Buckley, M.D. 三人合著，由美国精神医学学会于 2015 年 10 月出版的临床精神医学访谈的最新版本。简体中文版由张小梅博士和张道龙医生翻译。本书基于《DSM-5》对精神疾病的定义、分类和诊断标准，更新了对精神疾病诊断的访谈纲要。访谈提纲清晰明了，访谈语言简明扼要，是帮助临床工作者快速、有效做出精神疾病诊断的访谈力作。计划于 2017 年由北京大学出版社出版。



在线精神健康大学
eMental Health University

在线精神健康大学

三大途径，与在线精神健康大学亲密接触：在线督导培训-国内现场培训-短程赴美学习！

要知道，张医生每年都会邀请世界一流的精神医学领域、神经病学领域、遗传学领域、临床心理学领域专家，到中国来讲学。

2015 年中华医学会第十三次全国精神医学学术会议，就请来了美国伊利诺伊州精神医学学会主席 Dr.Jeffrey Bennett，与张医生一起，跟大家交流 DSM-5 系统如何应用于临床，天哪！几百位冷静的神内科医生变得热情似火，连会议主办方提供的免费晚餐都不去拿，只想要团团围住张医生团队，问个没完，可见，机会多么珍贵！！

张医生每年两次回国讲学，为国内学员进行集中授课与督导。《在线精神健康大学》在国内设有多个集中授课点：北京、上海、长沙。

每年会根据学员的分布情况，选择适宜的城市集中授课；每次集中授课都会安排现场个案咨询，学员可完整观摩张医生的现场咨询过程。



除了张医生在线督导、顶级专家来国内讲学之外，在线精神健康大学还经常组织——短程访美学习与交流！参加“远程督导训练营”两年以上的学员，经评审合格，会受到美中心理文化学会的邀请，赴美国芝加哥进行“整合式短程心理咨询实地训练”的短期学习，并有机会参加精神医学领域的科研学术活动或座谈会，与美国精神医学和临床心理学专家进行面对面的交流！



智慧的您，把握一切机会，快来与张医生、与高手们面对面吧！



在线心理健康大学
eMental Health University

工作团队



主编 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行为健康部主管精神科医师

美国伊利诺伊大学精神医学系临床助理教授

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



副主编 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D

美国伊利诺伊大学芝加哥分校精神医学系副教授

中南大学医学遗传学国家重点实验室特聘教授

美中心理文化学会联合创始人

《DSM-5》中文版工作委员会副主席



执行主编 张小梅

北京大学精神医学博士

美中心理文化学会医务总监

《DSM-5》中文版翻译与专业编辑



常务副主编 夏雅俐

管理学博士，文学硕士，心理学硕士，心理咨询师

副教授、MBA 职业导师

美中心理文化学会成员

《DSM-5》中文版翻译与专业编辑



编辑 张婉 Wan Zhang, M.A.

美国伊利诺伊大学芝加哥分校传播学硕士

美中心理文化学会成员

专业中英文编辑，视频制作

张燕·中南大学湘雅医学院博士，副教授·《DSM-5》中文版翻译与专业编辑

许倩·心理学硕士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》文字编辑

刘金雨·心理学学士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》文字编辑

姚立华·心理学学士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》文字编辑

杜思瑶·文学学士 美中心理文化学会成员·《督导与研究》策划与编辑

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



在线精神健康大学
eMental Health University

《督导与研究》杂志

《督导与研究》，是国内第一本精神医学和临床心理学领域的督导专业杂志，面向的读者群体是精神科医生、心理咨询师、内科医生、护士、临床社工和广大心理学爱好者。杂志由北京美利华医学应用技术研究院和美中心心理文化学会主办，编辑团队由精神医学和临床心理学专业人士组成，每期现场咨询案例皆来自张医生亲自咨询的真实个案，咨客真实姓名、身份均保密。为保证可读性和趣味性，文字内容进行了少许加工。

本杂志每期电子版都可免费获得！索取电话：+86-18911076076、+86-13910082461，索取邮箱：caapc2013@126.com。

您还等什么呢？赶快拨打报名热线，与张道龙医生面对面，开启专业提升之路吧！

您只需每周六 9：00，拨打 95057 进入全时会议系统，就可接受张医生的亲自督导啦！

加入温暖的大家庭，您的成长之路不再孤单！