



# 足不出户，像美国医生一样接受训练！

精神医学和临床心理学

## 督导与研究

(总 42 期) 期刊序号: 2017 年第 01 期(2017 年 1 月 3 日出刊)

主编:张道龙 副主编:刘春宇 常务副主编:夏雅俐



在线精神健康大学

主办单位

美中心理文化学会

河北医科大学第一医院 河北省精神卫生研究所

绵阳市第三人民医院 四川省精神卫生中心

电话: +86-18911076076

邮箱: [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)

网站:

<http://mhealthu.com>

教育服务项目

- 张医生远程督导培训班
- 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



主编寄语

## 将“无助”变成“希望”！

新年第一期杂志，展现了普通人的适应问题！每个人都要堤防！案例主角从娘家的娇娇女变身为婆家的主妇，从热闹的大家庭来到沉默寡言的老公身边，她开始头疼背疼失眠。

而本期“大众·心理”关注教育，从心理学角度讨论中关村二小校园霸凌事件，原来，每个当事人都是施虐者！

本期“前沿理论热点”，学习分离障碍，下期接着回顾躯体症状及相关障碍，请提前预习。

参加讨论，欢迎发邮件给 [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)，请致电：+86-18911076076。

**医生和咨询师们，2017，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：

评估与诊断——《DSM-5》、《DSM-5 鉴别诊断手册》、《理解 DSM-5 精神障碍》；

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 从“掌上明珠”到家庭主妇，不适应也会焦虑

头疼背疼……到医院一住就能放松，难道她是故意的吗？

---

#### 2. 理论 · 研究

前沿理论热点

2 DSM-5 理论讲授

本期讲解 DSM-5 中的分离障碍。

---

#### 3. 大众 · 心理

应用热点

3 成人，别做施虐者！

中关村二小的校园霸凌事件，正体现了成人用“不诚信不担当”向孩子施虐的过程！救救孩子！



## 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。

从“掌上明珠”到家庭主妇，不适应也会焦虑

美国精神科医生：张道龙

编辑：刘金雨

#### 故事：

来访者，女性，37岁，已婚已育，大专，财会工作。主诉一直以来睡眠质量不好。六年前，因照顾小孩，与老公关系不融洽等问题生气，开始出现睡眠问题，主要为早醒，醒后难以再次入睡，多梦，晨起后感精神差，心慌烦躁，反应迟钝，注意力不能集中。当时自行吃中药加运动，刚开始效果较好。后到医院就诊，考虑“焦虑症”，予以“舍曲林”等药物治疗，来访者服药后情绪睡眠有好转，但之后又觉效果欠佳，逐渐自行停药。



两年多以前，因为孩子上学、孩子总生病，以及和老公关系不融洽、工作压力增大等问题，来访者失眠明显加重，甚至通夜不眠，担心紧张，但次日精神较好，未影响正常生活及工作，会时常感到头部紧绷，全身多处不适，自行服中药效果不佳。脑子里总是控制不住不停地想问题，住院治疗，考虑“广泛性焦虑障碍”，予以“草酸艾司西酞普兰”等药物治疗，来访者睡眠改善，躯体不适减轻。出院后服药渐感效果欠佳，遂停药。停药后仍感睡眠欠佳，全身多处不适，但日间工作生活未受影响，未行特殊处理。

最近两个月，来访者感上述症状又加重，自觉头颈部发麻不适，门诊以“焦虑障碍”收入住院。来访者反馈现在即使吃了药，每晚只能睡三四个小时，注意力不集中。最近一年，小孩上学的问题已经解决，工作上也主动和领导沟通，减轻了压力，现在工作很简单，但还是会出错。生活上在好转，但是病情却没有改善。来访者家中有几个哥哥，自己是老小，哥哥在有压力的时候偶尔失眠，不像她这样持续睡眠不好。在住院前，一直坚持瑜伽、跳舞，感觉如果哪一天运动量大，当天睡眠时间可以增加一小时。目前医院考虑诊断：躯体形式障碍，予以度洛西汀肠溶片、氯硝西泮、曲唑酮等药物治疗，联合物



理治疗及心理支持，目前来访者病情较入院缓解不明显，仍感头部不适，夜间睡眠差，但情绪稳定。本次访谈，来访者想知道自己的病该如何治疗才能尽快好转。医生希望督导下一步治疗方案。

### 第一步，了解咨客的困扰。

1、咨客提到的是头部、背部、眼睛的不舒服，以及睡眠问题。

2、咨客平常都习惯忍耐，然而躯体症状越来越重，实在受不了才到医院求助。

3、咨客的病程是从工作压力开始的，曾使用中药。

4、咨客孩子读小学五年级了，咨客住院期间，由公婆和老公带孩子。

5、咨客婆家与娘家氛围完全不同，娘家热闹、爱说话，婆家人比较安静，老公话少。但无明显婆媳矛盾。



1. 张道龙医生：你好，讲讲你的困扰吧。
2. 来访者：我现在主要是头部不适，感觉头部每天都沉沉的，好像戴了一顶帽子的感觉；从背部以上到颈部觉得非常疲惫，大脑会不由自主地想事情，记忆力减退比较明显，每天觉得眼睛很干涩，主要是头部觉得很沉。
3. 张道龙医生：在过去的五年里，这些症状是逐渐加重还是减轻了？
4. 来访者：越来越重了，感觉很难受了才来医院，平时不是太重视，我都是忍耐。
5. 张道龙医生：这是发作性的，每隔一段时间有这个问题，还是持续存在的？
6. 来访者：一直都是这样，越来越加重。
7. 张道龙医生：你今年多大了？
8. 来访者：我今年 37 岁。





9. 张道龙医生：这个病有没有一个时间段，生小孩之后逐渐加重还是生小孩之前就这样？

10. 来访者：三年前，我们单位的工作量突然增加了，工作的时间也比较长，从那年开始加重，之前没有这种头部沉重。睡眠以前是早醒，早上4点到5点的时候醒了，那时候吃中药可以解决。三年前开始工作压力大了，越来越恼火，中药不能解决了，吃西药，头部一直发沉，实在受不了，来这儿做了一个月的治疗就好了，回去没隔两三个月，那些药吃了以后没有什么作用了，头又开始发疼，当时那个疼还能接受，但是到后来就不行了，我又来了。

11. 张道龙医生：小孩现在是什么情况，上几年级了？

12. 来访者：小孩上五年级了。

13. 张道龙医生：平常家里有人带吗？还是你带？



14. 来访者：现在我生病了，基本上我没有带，都是婆婆、公公、老公他们在带，我没有管了。

15. 张道龙医生：现在小孩也带不了，跟丈夫关系也不太好是吧？

16. 来访者：跟丈夫关系其实是这样吧，我们两个是性格上的不合，他人也挺好的。他是一个比较沉默寡言的，回家只会躺在沙发上，拿着摇控器看电视，而不会和我交流。我是大家庭出来的，比较好说话，比较喜欢人多的地方，喜欢凑一下热闹，喜欢和别人交流。

17. 张道龙医生：所以关系就处得不好，对你来说，这是压力吗？你跟婆婆在一起住吗？

18. 来访者：没有，我们在一个小区里面，但没有在一个房子里。

19. 张道龙医生：大家在一起交往，对你来说，会不会有压力？婆婆对你有没有抱怨？



20. 来访者：我和婆婆关系都挺好的，工作回家了，经常我丈夫就不说话，我们两个长期吵架，就为这个，你跟他说话，你叫他的名字，叫上三遍才答应。

21. 张道龙医生：工作有压力，这肯定是在家里也有压力，你想跟他说话，他不跟你说话？

22. 来访者：对，以前就是这样。

**第二步，进一步鉴别诊断，并运用精神动力学，概念化咨客问题是如何形成的。**

1、咨客的躯体症状一直集中在头部、背部、颈椎、睡眠等，并未时常转移或泛化。

2、到医院检查，没有发现躯体疾病，咨客就相信了，不再纠结于此。

3、咨客出嫁前在家里是掌上明珠，哥哥们都比她大很多，心疼她，她是跟侄女一起长大的。可见她出嫁前和出嫁后的环境发生了很大变化。



鉴别躯体症状相关障碍。并寻找焦虑来自何方。

23. 张道龙医生：你的躯体症状是越来越多了，还是越来越少了？有头疼，有腰部紧张，还有什么？

24. 来访者：背部以上到颈部都觉得特别疲惫，整个脊柱也不舒服，月经量也少了，大便的频次比较少，有点便秘，其他没什么。

25. 张道龙医生：这五年来没有一年比一年多，总是这几个症状？

26. 来访者：好像就这几个症状，没觉得有其他的症状。

27. 张道龙医生：到医院查了半天，也没查出有什么大问题？

28. 来访者：对。

29. 张道龙医生：你认为你自己有大问题吗？比如，哪块长个肿瘤了，有什么大病被漏诊了，有这种问题吗？

30. 来访者：当时没检查之前有这种问题，现在检查说我没有问题。



31. 张道龙医生：你就信了吗？
32. 来访者：当然信了，呵呵。
33. 张道龙医生：好的。你在家是老小，有几个哥哥？
34. 来访者：三个哥哥。
35. 张道龙医生：你是唯一的女孩子吗？
36. 来访者：对。
37. 张道龙医生：你肯定是父母唯一的掌上明珠了。
38. 来访者：爸爸挺爱我的。
39. 张道龙医生：在家里小时候什么也不用干？
40. 来访者：对，我哥哥他们都心疼我，我基本上什么也不干。
41. 张道龙医生：你有事儿经常跟他们抱怨吗？比如，身体哪疼了，什么事需要帮忙。
42. 来访者：我不会和他们说，我生病他们都不知道。



43. 张道龙医生：我不是说现在，你小的时候有什么事儿需要帮忙，你经常告诉爸爸、妈妈，告诉哥哥，让他们帮你来做事儿，照顾你？

44. 来访者：不会，我经常和我侄女说，我侄女年龄和我差不多，我会和她们说，因为哥哥年龄和我差距大，我小时候在家里，他们基本上都出去工作了，从小没怎么在一起。

45. 张道龙医生：但是在一起的时候，他们更像把你当作孩子来照顾？

46. 来访者：就是，我和他们没有更多共同语言，不会说太多。

47. 张道龙医生：他们没把你当成妹妹，你说总跟侄女讲话，侄女相当于哥哥的孩子吗？

48. 来访者：不是，我们家是个大家族，表姐家的孩子。

49. 张道龙医生：你是跟他们的孩子一起玩？

50. 来访者：对。



**第三步，这是“叫天天不应，叫地地不灵”而产生的“适应障碍”，需要生物-心理-社会的干预，而不是仅仅用药。**

**1、告诉咨客她是“适应障碍”，并分析其形成。**

**2、咨客需要生物-心理-社会的干预。生物上，调整用药，增加运动；心理上，进行 CBT 咨询；社会上，避免带来压力的工作环境。**

**51. 张道龙医生：好的，今天还有什么问题要讨论？**

**52. 来访者：我目前症状就是这样，主要是头部，头部不舒服了，就好像什么都觉得不舒服。**

**53. 张道龙医生：根据谈话，你的问题是适应障碍。适应障碍是什么呢？你从小在家里是老小，大家都比你大，平时照顾你。原来是家里的中心，现在到这个家里很明显大家没把你当中心了，当遇到问题的时候会有种“叫天天不应，叫地地不灵”的感觉，面临这么多的压**



力也都是人生中第一次遇到。嫁了人、生了小孩，做了母亲，不是给别人当小妹妹了，而是给人家当儿媳妇，当太太了，工作上又遇到压力大，适应起来就出现问题，不知道如何应对。你这些躯体症状没有查出什么大毛病，脑子没长肿瘤，神经也没坏，是精神的压力转成躯体症状，很明显是精神压力带来的，是适应障碍。现在的问题是如何治疗适应障碍带来的躯体症状和焦虑。第一个，你讲到运动的那一天，晚上睡眠时间多一个小时，未来得想着怎么多运动，还有怎么把担忧的事儿去掉。药物就是用抗焦虑药，像度洛西汀，你知道用多少毫克吗？

54. 来访者：我不知道，早上吃三粒。

55. 张道龙医生：我一会儿跟你的医生讨论治疗方案时再说药物的事情，用这些抗焦虑的药物会对你有好处。你的头疼并不是脑子有问题，是精神上有毛病带来的头疼。真正的头疼只是头疼，你不但头疼，还有脖子紧张，腰以上都有问题，这些都是神经系统刺激的，并





不是真的那地方坏了，也不是受外伤了，也不是关节炎，也不是风湿，是精神压力带来的。所以我们首先得用抗焦虑药去治疗。

生物学上用药物和运动，运动要比目前的强度还要大，强度越大，焦虑越低，躯体的症状随之越轻。因为不是真的关节炎，不是真的神经痛，所以，运动强度上去了，焦虑水平下来了，躯体症状也会随之好转。

第二，更重要的是要做心理咨询，得有医生跟你讲如何解决这些适应不良的问题，从认知上去调整，控制你的情绪。

第三，社会资源上，你自己已经做了调整，跟领导沟通，减少工作量，这是对的，适应障碍最害怕压力。除此以外，不能熬夜，不能做突击的事情，不能做让脑子压力特别大的事儿，尽量朝九晚五，做规规矩矩、重复性的工作。体力工作没什么关系，但尽量避免耗神的脑力工作和突击的事情，以免压力增大。



你这是心理疾病的躯体化表现，要从生物、心理、社会全方位干预。通过心理咨询来改变心理的问题，那些躯体症状才能逐渐消失，而不能强调用镇痛药，因为近几年症状加重与压力明显有关，这样听得懂吗？

56. 来访者：听得懂。

57. 张道龙医生：运动需加强，比现在强度多一倍，我跟你的医生研究一下药物的剂量，心理干预上找一个咨询师做 CBT（认知行为疗法），继续在工作中减压，这些都放在一起，你的病会逐渐好转。一旦有了应对机制，你的症状就会减轻，不是真的生理上有疾病，虽然表现为生理症状，但其实是心理疾病。这样清楚吗？

58. 来访者：清楚。

59. 张道龙医生：你还有别的问题吗？

60. 来访者：没有了。

61. 张道龙医生：今天访谈做得挺好，谢谢你。

62. 来访者：谢谢你。

63. 张道龙医生：不客气，再见！



从家里的“老闺女”、“掌上明珠”变为人家的太太、儿媳妇、孩子的妈妈，又加上工作压力，适应不良，情绪不佳，又带来躯体症状。咨客的困扰，在普通人群中随处可见!!!

为了帮助这些患者、咨客，精神科医生需学会心理咨询，心理咨询师也需要懂一些精神医学。而干预或治疗的前提则是准确的评估诊断，准确评估诊断呢，则必须通过规范的临床访谈才能实现！这就是在线精神健康大学启动中美精神科医生、心理咨询师规范化培训的初心和动力！

(参加讨论，欢迎发邮件给 [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)，或致电：+86-18911076076)



## 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！
- ◇ **第一步：了解患者的症状表现和困扰**

患者最近几年出现头部紧绷、背部以上到颈部感觉疲倦、不自觉反复琢磨事情、记忆力减退等症状，也影响了工作和家庭生活。而且每一次症状加重均与工作压力增大、与丈夫关系不融洽、小孩上学等生活压力事件有关。

### **第二步：运用精神动力学，寻找病理模式**

患者每当遇到压力、挫折，就会出现上述症状，这个问题是从哪里来的？

明显与从小的成长环境有关。排行家中老小，是家里唯一的女孩，与哥哥们年龄差距大，父母非常疼爱，从小到大受到大家照顾非常多，像温室里的花朵。对于



步入职场、为人妻、为人母之后面临的一系列压力难以适应。

### **第三步：诊断与鉴别诊断**

1) 综合第一、第二步，患者的疾病属于适应障碍。

2) 鉴别躯体症状障碍：患者虽然主诉躯体不适，但这些症状几年来没有什么变化，也没有增多。且躯体不适明显与压力有关，结合精神动力学分析，患者并非躯体症状障碍（详见“问题一”的解答）。

3) 鉴别“继发性获益”：因为生病，患者可以暂时不照顾孩子，减少工作量，确实下意识通过这种办法获得了以上好处，但这些更像是自我调整、减轻压力的一种方式，并非通过生病、住院有继发性获益（详见“问题一”的解答）。

### **第四步：生物、心理、社会的综合治疗**

1) 生物上，继续用抗焦虑药，如度洛西汀缓解患者焦虑和疼痛；加大运动量，焦虑降低，躯体症状会随之缓解。



2) 心理上，运用认知行为疗法（CBT）调整患者认知，使患者对疾病有客观的认识，提升应对生活压力的策略。运用动机面询，从夫妻关系、孩子成长、工作稳定性等角度调动患者动机，不过度依赖住院，采用运动、心理咨询等更积极的办法进行干预。

3) 社会资源上，寻找和摸索自己承受压力的上限，有意识、主动地减轻工作和生活中的压力。

（参加讨论，欢迎发邮件给 [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)，或致电：+86-18911076076）



## 现场头脑风暴 编撰：姚立华

以下问答，非常精彩，值得慢慢品味哦！

**问题一：**这个患者是第二次住院了。我感觉，她所有的治疗刚开始都有效，治疗一段时间之后，相同的治疗方案就没效了。我感觉她到这儿住院就像是度假，每天治疗完以后和同病房的人去逛街和瑜伽，感觉很放松，我担心有继发性获益的表现。因为这个病，她的工作状态发生了一些变化，孩子也由家里照顾，她不用管太多了，什么东西都不用她操心了。这次来住院也是开始几天好，过几天又没什么效果。现在度洛西汀每天用到 60 毫克。

**张道龙医生：**要用精神动力学来解读患者，这时一定要做鉴别诊断。这病人也不是躯体症状障碍，躯体症状障碍的人随着时间推移往往躯体的症状会越来越多，总是对健康特别担心，整天盯着这些症状。这个患者不是这样，是由于生活中不幸的事情，包括工作压力增大、老公不善于沟通，这些问题难以适应，变成躯体症状了。

如何知道她是适应不良呢？这是一元论。特意问家里是什么情况，其他家人和她的关系。她在娘家是掌上



明珠，被别人照顾惯了，像温室里的花朵。嫁人、做了母亲、儿媳妇，工作压力又增大，就受不了了。丈夫和婆婆都不能像父亲和哥哥那样呵护、照顾她。带着这样的心理，走向社会时一定会适应不良。

而适应不良的问题在教育程度低、家庭资源欠缺的人群中往往通过躯体症状表现出来，还有很多老人有了心理问题后，往往也通过躯体症状表现出来。

这个患者通过住院把孩子的负担减去了，婆婆突然上升到爸爸的角色，通过她下意识的手段得到了想得到的，压力就减轻了。由于适应障碍的发病本来就是压力带来的，当压力减轻后，症状当然好转。到医院来住院，在我看来更像是减压，药物本身起的作用不大。她说的头疼根本不是真的头疼，而是紧张性头疼，带动所有的肌肉都紧张。要是用度洛西汀这个药有效，若 60 毫克不好使，就可以调整剂量，使患者确实感觉到头痛减轻了，不把焦点聚焦在头疼上。

你必须知道站在你面前的是什么样的人——她是最小的妹妹，掌上明珠，她先生和婆婆都没把她当“娇娇女”来对待。在适应不良的背景下，心理疾病躯体化了。





躯体症状障碍则指的是，没有任何压力，整天把焦虑的事情转成注意为躯体症状，各种躯体症状一定层出不穷，今天四个疼痛，明天五个麻木，几乎所有躯体症状都注意到了。而这个患者是在有压力时就重，到医院来，没压力了就度假去了，装都不装，并不是有继发性获益。继发性获益的患者总是装得特别像，一定要掩着、藏着，还专门上网查资料，每天说的症状都特别符合规律。可是这个患者说自己没什么疾病，症状也就是那几个。

这样才能概念化，了解到，站在你面前这个病人就是适应障碍，因为符合精神动力学。很多患者都有病理模式，这个患者哪怕跟老公吵架，也跟原来的家庭环境有关，她自己说了，我们是大家庭，爱讲话，丈夫却总不说话。

这个案例也使我们看到：精神科医生不会心理咨询、不会精神动力学，就不会临床访谈和概念化，也不可能治好这样的病人。医生看病一定要双通道，精神医学要学临床心理学、神经病学、大内科，这些功底不好，就难以看好病。



**问题二：**您刚才讲躯体症状障碍没有任何原因，但是临床中发现有的转换障碍和躯体症状障碍，很多都是有一些原因的，比如转换障碍，吵架了或者受到刺激，马上双腿动不了了或者肢体感觉减退了。

**张道龙医生：**我刚才说的是躯体症状障碍，你又说到转换障碍上了。躯体症状障碍和转换障碍都同属于躯体症状及相关障碍这一章节里。躯体症状障碍指的是，可以没有躯体上的病因，因为它的原因是焦虑，在焦虑背景下患者特别注意自己的本体感觉，这叫躯体症状障碍，不是外部的压力造成的。

转换障碍是指外部原因使得心理有冲突了，变成躯体化，比如吵完架瘫了，心理疾病躯体化。转换障碍往往在教育程度比较低的人群中出现，所谓“一哭二闹三上吊”，这是转换障碍。

**追问：**以前叫躯体形式障碍的，病人跟自身性格有一定关系。

**张道龙医生：**跟焦虑有关，患者本身焦虑。注意本体感觉的这些人，往往会觉得胃也冒火，脑袋也疼，睡不着觉，都特别注意这些躯体症状，不讲别的事情。如果是原发性焦虑障碍，会担忧很多事情，孩子上学、老



公出差等。躯体症状障碍患者在这种焦虑背景下，特别聚焦于本体感觉，是焦虑障碍分化、特化出来的。特别注意本体感觉的这类人，变成躯体症状障碍，这就是原来说的躯体形式障碍。

还有一些人，在这种高焦虑的情况下，没有注意躯体症状，外界一刺激，心理特别难过，生着气，腿就瘫了，这个过程很明显，相当于心理疾病躯体化，这是转换障碍。

还有疾病焦虑障碍，是过去所说的疑病症，患者总是怀疑自己有病，不管做多少检查，都认为自己有病，这还是焦虑，不是妄想。

**追问：**躯体形式障碍把焦虑聚焦到躯体上，疾病焦虑障碍把焦虑聚焦到疾病上，而这个转换障碍与分离障碍还是有一定联系，对吗？

**张道龙医生：**不是，不能混到一起。分离障碍往往与创伤有关，转换障碍不是。转换障碍是在压力情况下出现，比如对方要跟自己离婚，心里难过，第二天早上失明了。同样是焦虑，既有原发性的，也有特化的。



为什么同样是焦虑，每个人表现不一样呢？这恰恰需要依靠精神动力学来鉴别，因为每个人原本就不一样。

“一哭二闹三上吊”的人和意志特别坚强的人不一样，有人吵架冷暴力，有人热暴力。鉴别诊断时，要看患者症状和表现是由什么原因带来的、平常是什么样的人、为什么会变成现在这样。不这样看病，不就都诊断成焦虑障碍了吗？

分离障碍是指在创伤和刺激的情况下，自身觉知发生了改变；转化障碍是心理疾病躯体化，两个不是一回事，同样面对压力，但应对机制不同。

**追问：**我们临床中，经常躯体症状障碍和转换障碍搞不清楚，这么一讲，从病理模式、精神动力学等各个方面综合考虑，就能清晰诊断了。

躯体症状障碍整个人焦虑值高，要比转换障碍的焦虑高很多，是吗？

**张道龙医生：**不能那么说，躯体症状障碍的焦虑显而易见，但是转换障碍的患者把情绪都内化了，不容易看到。



**追问：**焦虑分三个层次，认知层面的焦虑和体验层面的焦虑，以及躯体层面的焦虑。按照这个方面理解，躯体症状障碍可能就是既有体验层面的，又有躯体层面的焦虑，都比较重。

**张道龙医生：**不要这样分，这是为了写文章，为了讲课，我们看病不这样看。你这样说，我都被你带糊涂了。躯体症状障碍是在焦虑背景下特别聚焦于本体感觉；转换障碍是心理的冲突，心理问题躯体化了，心理上的问题说不清、道不明，慢慢转化为躯体障碍。因为躯体上的毛病往往能被贫穷、文化水平低的人所接受。比如，对方想离婚，我不想离婚，我只好瘫痪给你看，你就不走了，这类叫转换障碍。而疾病焦虑障碍，是在焦虑背景下，整天怀疑自己有病，这是过去说的“疑病症”，但这与妄想不同，而是把所有焦虑能量聚焦于认为自己有疾病。这样才能做好鉴别诊断。

**问题三：**这个患者住院脱离了应激源，感觉像在度假，我们如何给她做动机面询，让她症状减轻、抓紧出院呢？



**张道龙医生：**通过今天的访谈，我们了解到患者为什么会患病，明显与小时候成长环境有关，习惯被照顾了，现在做了太太、母亲、儿媳妇、雇员，面对压力没准备好，难以适应。心理咨询师帮助她，可以从以下几方面来做：

第一，合理化，告诉患者疾病是从哪里来的，是在压力下出现的反应。我们要研究如何解决这个问题，不能通过不断住院来解决。

第二，动机面询。你总来住精神病院，以后奖金就没咱的了；婆婆现在照顾你，而你在有求于人的情况下，还总给她儿子提意见，人家儿子也是妈妈掌上的宝，这样时间长了就容易出问题；你先生只是性格内向，但你却总住精神病院，亲友知道了，不是会认为你的问题更大吗？而小孩长大了，知道了这些事，也容易受到负面影响。所以，住院这个事要适可而止，不是长久之计，医院里住的都是病人，比外边病毒高十倍，有病的人没办法，只能来住院，可是没病的人在这时间长了，肯定有问题；需要心理咨询，还要用药把症状减轻了，既治疗焦虑，也治疗头疼，且运动必须加强。

**追问：**这样说会不会变成她新的压力源。



**张道龙医生：**这就要看对话的艺术了，我现在是在督导，跟你讲动机面询，讲如何调动对方，但运用时要适可而止，掌握一个尺度，就像外科医生做手术，刚开始开刀，总是不知道深浅，需要不断练习，多锻炼就有经验了。

（参加讨论，欢迎发邮件给 [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)，或致电：+86-18911076076）



## 前沿理论热点

本期继续进行 DSM-5 理论讲授。请预习分离障碍哦。

### DSM-5 理论讲授

主讲：张道龙 编辑：许倩

#### 分离障碍

分离障碍目前尚存较大争议，其明确的科学证据相对薄弱。从理论上说，个体的确有可能出现分离状态，而事实上，正常人都能够区分自己的身份、记忆和觉知。而处于分离状态的个体则无法将其身份、记忆和觉知进行有效整合，但这种状态不同于妄想。

创伤是分离障碍的风险因素，临床发现，反复经历创伤（例如，长期被虐待）的儿童的大脑右侧海马回体积会减小，因此，创伤后整合觉知、记忆和身份时出现障碍。





精神动力学认为，分离状态是个体面对不可抵抗的创伤、高压或痛苦时，出现的一种特殊的应对机制或防御机制。

### 【分离性身份障碍】

作为分离障碍的代表性疾病，“分离性身份障碍”即过去所说的“多重人格障碍”，通常会在创伤或极大压力下产生一过性的症状，女性患者多于男性。

#### 一、核心特征

**第一**，存在至少 2 个以上截然不同的人格状态为特征的身份瓦解。

**第二**，回忆日常事件、个人信息或创伤事件时，存在反复的空隙。

**第三**，这些症状引起有临床意义的痛苦，或导致社会、职业或其他重要功能的损害。

#### 二、风险因素



**环境的：**创伤或高压是分离性身份障碍的风险因素，躯体虐待或性虐待与该障碍的风险增加有关。

### 三、治疗

**第一，药物治疗：**可用选择性五羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）治疗此类患者的焦虑症状，代表药物有百忧解、左乐复。

#### **第二，心理咨询：**

1. CBT 对于此类患者的治疗主要是找出能够诱发症状的因素，运用建设性对质等技术，干扰这些因素，调整患者的认知。

2. 生物反馈：训练患者用一些愉快的想法替换不愉快的想法或那些与恐惧有关的分离状态，经过生物反馈的训练，让患者彻底放松、舒缓压力、治疗心理症状。

## 【分离性遗忘】

### 一、核心特征



**第一，** 没有能力回忆起重要的自我经历的信息。

**第二，** 这些症状引起有临床意义的痛苦，或导致社会、职业或其他重要功能的损害。

## 二、风险因素

参见分离性身份障碍的风险因素。

## 三、治疗

参见分离性身份障碍的治疗。

## 【人格解体/现实解体障碍】

### 一、核心特征

**第一，** 持久或反复发作的人格解体、现实解体或两者兼有。人格解体特征性地表现为：不真实的感觉，或与完整的自我（或自我的某方面）脱离，或感到陌生。现实解体特征性地表现为：不真实的感觉，或与世界脱离，或变得陌生。



**第二，在人格解体或现实解体的体验中，现实检验仍然是完整的。**

**第三，这些症状引起有临床意义的痛苦，或导致社会、职业或其他重要功能的损害。**

## 二、风险因素

参见分离性身份障碍的风险因素。

## 三、治疗

参见分离性身份障碍的治疗。

### 【学员问题与解答精选】

**Q1：分离障碍的阳性症状和阴性症状，与精神分裂症的阳性和阴性症状可以一样理解吗？**

**张道龙医生：**阳性症状一般指获得性症状，是患者原本并不具有的，而阴性症状一般指丧失性的功能。例如，在精神分裂症中，幻视、幻听都是获得的，属于阳



性症状。在分离障碍中，也是同样的道理，但具体症状表现与精神分裂症不同。

**Q2：**关于分离转换障碍的历史演变，最开始被称为歇斯底里（癔症），后来变成分离转换障碍，在 DSM-5 中又把它分为分离障碍和转换障碍，这样的转变是基于怎样的考虑？

**张道龙医生：**实际上，人类所患的精神障碍从过去到现在并没有越来越多的表现，大致就是这 200 多种疾病。之所以出现不同的分类，是由于科学家们或医学家们集体讨论，如何分类才更利于对这些疾病的评估和干预。在 DSM-5 中，我们所面临的仍然是这些疾病，只不过尝试将它们按照病因学重新划分类别，是以 DSM-IV 为基础，改动在 40% 范围内。尽管病因还不是非常清楚，但已经比 DSM-IV 有了巨大的进步。

深究这些历史演变，容易使人思路变得混乱，对于年轻医生尤其如此，所以完全没必要过度追根溯源。



**Q3:** 分离障碍在 DSM-5 被列在创伤及应激相关障碍之后，可见它与创伤及应激相关障碍的关系十分密切。一个人不会无缘无故出现分离障碍，总有原因，而且这个原因还是比较大的压力或创伤，例如，强奸、地震，这样理解是否正确？

**张道龙医生:** 正确，不会无缘无故就出现分离障碍。患者遭遇的应激源比适应障碍的要严重，与 PTSD 的应激源严重程度类似，但并非必须是强奸、地震之类的事情。

临床上，分离障碍和双相障碍最容易被过度诊断，这是未接受规范化培训所造成的问题。许多被诊断为双相障碍的患者实际上是人格障碍或心境转移；而临床上分离障碍的表现容易与 PTSD 混淆。此外，分离症状还是 PTSD 的风险因素，没有分离症状的 PTSD 患者预后较好；创伤后很快出现分离症状的 PTSD 患者，预后则较差。

**Q4:** 有些儿童因为父母管教比较严，就会出现双重身份的情况，儿童出现这种情况应该怎么理解呢？



**张道龙医生：**父母管教严格不会导致出现分离症状，这像是孩子的应对机制，父母来了装一装，家里是乖乖女，出去之后就胡闹。就像有些新闻所报道的，白天是国家干部，晚上去嫖娼，这不是分离症状，并不是有什么障碍。小孩也是这样，只是应对机制，不是分离障碍，不能随意用医学术语。

**Q5：**为什么不将分离障碍归到创伤及应激相关障碍一章中？

**张道龙医生：**分离障碍这一章倾向于纯心理的症状，是一个心理过程，客观证据薄弱，生物学指标最低。而 PTSD 这类疾病在神经环路、在遗传学方面都有许多证据，与海马回和创伤后的情绪反应有关。PTSD 可以伴有分离症状；但分离障碍不一定达到 PTSD 创伤的严重程度。

**Q6：**症状持续多长时间才可以诊断分离障碍？



**张道龙医生：**由于分离障碍很难客观判断，所以病程方面也难以规定，即使缺乏客观指标，也不代表临床工作者可以随意诊断。

从统计上来看，在创伤后、PTSD 症状出现之前，很快出现分离症状的患者特别容易发展出 PTSD，可见，分离症状是 PTSD 的风险因素。

客观而言，分离症状作为一种现象确实存在，但作为独立疾病来诊断，本身就存在很大争议。在这次 DSM-5 的讨论中，有半数专家建议将这个疾病删除，但最终还是被保留了下来。然而，分离障碍作为独立的一章，其内容越来越少，在将来的版本中很有可能被完全去除。

（参加讨论，欢迎发邮件给 [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)，或致电：  
+86-18911076076）





## 大众·心理 应用热点

一位妈妈在网络上发表了《每对母子都是生死之交，我要陪他向校园霸凌说 NO》，文中指出，11月24日儿子在学校如厕时，两名同班男生进入厕所。其中一人堵住门口，提出“我要开门看你的屁股”，另一人则将厕纸、尿液的垃圾筐扔下来，“正砸在儿子的头上，尿和擦过屎的纸洒了他一脸一身。那两个男生见状，哈哈一阵嘲笑跑走了，全程不到一分钟。”孩子被诊断为急性应激障碍，而校方则不作为，老师认为是“玩笑”，对方家长不认错，这位妈妈怒不可遏，干脆把事情闹大。当事人的纠结、不诚信不担当，围观者纯感性的义愤填膺，难道对孩子真的有好处吗？

**一家之言，或有谬误，欢迎开放性观点！多元的期刊社区，包容多元想法！敬请拍砖！**

### **成人，别做施虐者！**

美国心理学专家：张道龙

编辑：重庆医科大学附属第一医院精神科 郝凤仪



其实，这个事件中，每一方的大人都成为施虐者，而每一个孩子都成了受害者！为了救救孩子，我们从临床心理咨询的角度进行解读。

### 一、校长未负起教育家的担当，反而含糊其辞。

校园里发生这样的事件，一个孩子能把屎盆子扣到另一个孩子身上，第三个孩子笑嘻嘻地助威。校长却说这不是霸凌？

截至今天，中关村二小的校长还不明白霸凌是怎么回事，仍在强调这两个孩子之间就是打闹，说他们平常关系不错。很显然，校长不明白校园暴力事件对孩子人生的影响。

作为一名当代的教育家，他心中的价值观是什么？

是万般皆下品，惟有“考试”高，完成教学指标？

是三缄其口、明哲保身，是护住头顶乌纱帽？

今天的教育家、心理学家反复强调人性、人文、伦理。良好品质与健康心理的养成，离不开中小学阶段的



教育。这个时期的校园生活，孩子们学到的是价值观，是坚毅的品格。价值观与品格才是教育的目标。一个人的成功当然与智商、情商有关，但更重要的是 Grit，是坚毅的品格与健康向上的价值观。再聪明的人，持着“人不为己天诛地灭”的信念也是恶魔。希特勒是能干的人，为什么是恶魔呢？因为价值观不正确。

在整个事件中，三方孩子无疑习得了不良的价值观和情商。侮辱性的行为、嘻嘻哈哈袖手旁观，被霸凌又解决无门。这样的成长环境，即便有突出的成绩作为加持，孩子未来的路又能有多宽广呢？

孩子可以是无知的，但大人不能无知、无能、无为！校长不以人文精神办学，教育业与养殖业又有何区别？

**二、对方家长不买账，认为小题大做？包庇纵容不是爱！**



很明显，家长们没有意识到问题的严重性。自家孩子对他人施暴施虐，显然是不对的，必须公开检讨、集体道歉。家长首先要明是非、有担当，要有勇气承认错误，给自家孩子起到榜样作用。

此外，胆敢扣屎盆子的孩子一定还做过别的坏事，被揭发被举报的，一定只是冰山一角。纠正孩子的品行问题不能光靠学校，还需要家庭、社会的共同努力。强词夺理包庇孩子不是爱，是对孩子未来更大的伤害。孩子的品行障碍，往往就是从大人的纵容、不教孩子明辨是非开始的。

### 三、受害者家长情商堪忧，最终伤害了谁？

受害者家长能把这件事情报告老师、报告学校、对方家长，先寻求内部解决，这是正确的方向。如果校长和对方家长都是明事理的人，事件的发酵可能就止步于此了。然而校长和对方家长都没担当，激怒了受害者家长。



然而，对方家长强词夺理固然可恶，我们作为受害者也不应火上浇油、激化事件。危机事件的应对，最是体现情商的时刻——满城风雨对自家孩子的成长一样不利。且不说在校日子不好过，就算转学，哪家敢接盘？

理性的做法是，积极协商解决的同时，做自家孩子的心理成长工作：

帮孩子澄清事实：“你是受害者，理应受到保护，妈妈会支持你；同时你要坦白自己有没有做过类似的欺负人的事，如果有，那你也需要承担责任。”

教孩子解决问题：“你在什么情况下受了欺负，是发生口角在先吗？我们能不能学会一些智慧的应对，不打嘴架，避免类似情况发生？”

培养坚毅品格：“事情已经发生了，咱们把它当做一次考验，世界上没有解决不了的难题，你愿意努力寻找解决办法吗？你愿意坚强地面对吗？”

既然危机事件已经发生，家长不如借机培养孩子坚毅的品格和正确的价值观，培养孩子的情商和处理危机



事件的能力。若能对事件作出总结，给孩子带来成长，这次事件就没有白发生，孩子就没有白受罪。

#### 四、诊断急性应激障碍（ASD）？没那么夸张。

受害者家长写到：“带着孩子在某家知名医院忙了一天，做了脑电图等各种检查，还有一些量表问卷，医生最终诊断 ASD”。

是否有 ASD，要用临床评估和访谈，而不是脑电图和量表。ASD 有严格的诊断标准，一般是指直接经历或目睹亲近的人经历严重创伤或死亡的威胁。孩子之间打闹，没动武器，没有强奸，扔个筐就变成 ASD，这是不合理的。但适宜的心理咨询对孩子是有必要的。

五、所有的成人都是施虐者，所有的孩子都是受害者。家长的心理教育缺位。



不管扔还是被扔，或是旁边看热闹的孩子，他们都习得了事件中的一系列行为：可以欺负同学，可以作恶狡辩，看热闹不用负责，混淆是非，没有担当……

像实施霸凌的两个孩子，假如没给他们进行行为干预，让他们跟着家长一起撒谎、混淆视听，长大之后会怎样呢？而被霸凌的学生，顶着一个名不副实的 ASD 标签，又会怎样呢？

这么小的孩子，就让他们参与造假，参与胡说八道，误用精神障碍诊断标准，钻空子，这些恶的种子埋在心里，长大也会成为恶少。

培养问题少年最佳的办法，就是成人联手把丑恶加在孩子身上，用连续剧的办法展开。这种伤害是不可逆转的，这才是真正的可怕之手。相比之下，扔一个屎盆子，对人还真没有什么长远影响。

家长们应当教会孩子：诚信是为人之本。举两个例子：



在日本有了停车位才能买汽车，大部分人没有停车位，他们会去挤地铁。中国人问日本人，你妈妈那儿不是有停车位吗？把户口迁过去，用她的名字买一辆车，再迁回来！日本人告诉他，我们设计买车系统是基于人人诚实的。人人不诚信，车都开不动，大伙儿都堵在路上了。假如有一天我的同事发现我利用漏洞买了不该买的车，所有同事都不会搭理我。到欧洲坐地铁的时候，没有验票员，只有一个司机，逃票的不多，整个系统都可以运行。如果人人逃票，设置检票员，社会管理成本多高啊！

另一个例子，则是拿孩子炒作，最终坑了孩子，且社会影响恶劣。得了白血病的小女孩，父亲作为一名作家却用她的疾病来炒作，自家有三房两车，却号召社会捐款，美其名曰“房是留给儿子的，不能动”。自己养儿子，女儿却让社会来养，上演了新世纪中产阶级的“重男轻女”戏码。拿孩子的病造假炒作，三观不正。钱有了，出名了，病治了，结果却没有赢家，全部是输





家。炒作的媒体臭名远扬了，孩子的病不会有人关心了，整个社会的爱心被欺骗和利用，不会有人愿意再帮助其他人了。当类似的孩子真的需要帮忙时，却再难得到救助了。

环境的霾可以防控，精神的霾最难散去。人们一次次失去对医疗系统、慈善系统的信任。现在这次“霸凌事件”，又让人们教育系统产生了不信任感。这样下去，有一天全社会的信任度会降到零，对谁都不信任，这是一件非常可怕的事情。

因此，我们呼吁：成人们不要再继续用“不诚信”向孩子施虐！救救孩子！

（参加讨论，欢迎发邮件给 [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)，或致电：  
+86-18911076076）



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：河北医科大学第一医院、河北省精神卫生研究所、中国人民解放军第四军医大学、北京大学第六医院、北京安定医院、北京回龙观医院、北京和睦家医院、北京大学心理系、中科院心理所、上海市精神卫生中心、上海长征医院（中国人民解放军第二军医大学第二附属医院）、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、南京脑科医院、南京东南大学医学院、中南大学湘雅医学院、湖南脑科医院、广州市脑科医院、深圳康宁医院、东莞精神卫生中心、四川绵阳精神卫生中心、西安交通大学医学院、武汉大学医学院、河南驻马店精神卫生中心、大连医科大学、哈尔滨医科大学、陕西中医药大学、西南科技大学、伊春人民医院、好人生集团、百合网等。

### 在线精神健康大学

站在精神健康远程教育的最前沿

#### ■ 中美咨询师精神科医生规范化培训班

培训时间：每周一-五 9:00-11:00 14:00-16:00 (北京时间)

培训系统：CISCO WEBEX MEETING 随时视频回放

报名热线：+86-18911076076

由国际知名精神医学专家张道龙 Daolong Zhang MD 和美国知名教授培训、督导。张教授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。

张教授临床精神医学从业 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。详见下页内容。



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。



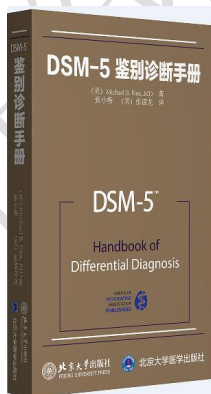
《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）（2014年/2015年）

《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》。

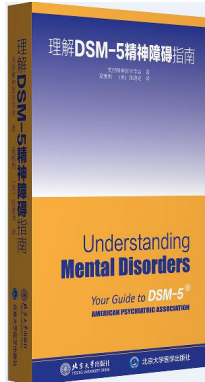
张道龙医生担任简体中文版工作委员会主席和主译。第五版《精神障碍诊断与统计手册》（案头参考书）和《精神障碍诊断手册》（全书），由张道龙医生率领的翻译团队翻译完成，由北京大学出版社分别于2014年、2015年在国内正式出版。

《DSM-5 鉴别诊断手册》（2016年）

《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。



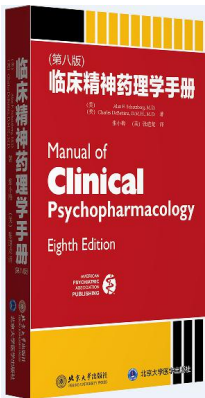
本书是国际最具权威的精神障碍鉴别诊断手册，精神科医生、临床心理医生和内科医生通过学习《DSM-5 鉴别诊断手册》，能更熟练掌握《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）的内容，以达到更准确诊断各种精神障碍的目的。目前，该书已于2016年由北京大学出版社正式出版。



### 《理解 DSM-5 精神障碍》（2016 年）

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。

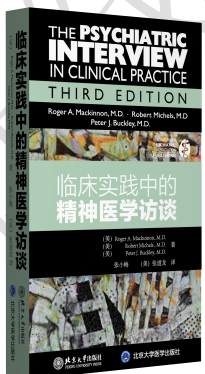
本书采用深入浅出、通俗易懂的语言，帮助未接受过系统训练的非精神医学专业的人，在学习《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）时更容易理解和掌握，是内科医生、心理咨询师、临床社工、精神障碍患者家属及心理学爱好者，学习精神障碍相关知识的好助手。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，已于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



### 《临床精神药理学手册》（2017 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 2017 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. Maeland, 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

**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！**



## 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

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



**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

河北医科大学客座教授

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



**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

**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



## 《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，邮箱 [zaixiandaxue@126.com](mailto:zaixiandaxue@126.com)，在线精神健康大学网站 [www.mhealthu.com](http://www.mhealthu.com)，微信公众号：在线精神健康

**明年中美规范化培训班，报名已开启！进入会议系统，整整一年，每周五天，天天看现场咨询、张医生督导！随时视频回放！加入温暖大家庭，成长路不孤单！**

**还等什么？赶快拨打报名热线+86-18911076076  
开启专业提升之路吧！**