



美利华在线精神健康大学

07

Meilihua eMENTAL HEALTH UNIVERSITY

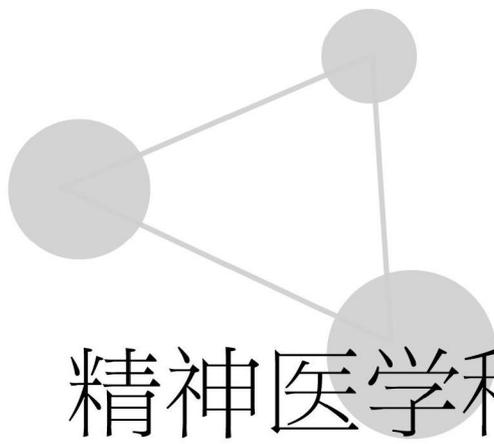
2017.7.25

(7月第1期/总第63期)

主 编：张道龙

副主编：刘春宇

常务副主编：夏雅俐



精神医学和临床心理学 督导与研究

中美班—心理咨询师与精神科医生的黄埔军校，火热招生中！

足不出户，像美国心理咨询师
和医生一样，接受训练！



美利华在线精神健康大学

主办单位

美中心理文化学会

北京大学出版社

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

温州康宁医院股份有限公司

电话：+86-18911076076

邮箱：zaixiandaxue@126.com

教育服务项目

- 中美远程督导培训班
- 学生帮助计划（SAP）
- 美国专家国内集中讲学
- 短程访美学习与交流
- 《督导与研究》杂志

欢迎登录美利华在线精神健康大学网站[免费](#)查阅和下载

如需转载，请注明

“美利华在线精神健康大学”《督导与研究》

精华导读

1) 从小爱生气，跟谁都处不好，年轻女子成带刺玫瑰？

好好的女孩成天不高兴，经常缺少女性的天然美容品——笑容，人际关系也有问题。原来，边缘型人格障碍就是这样折磨人的。但是，仍有希望……

2) 美国精神科住院医师规范化培训系统介绍

完整说明美国医生规范化培训的系统安排，并与国内医生进行讨论和借鉴。

3) 失恋后感到丢了心脏，还能找回来吗

失恋的人总感到“从此找不到自己的心”，没想到在今天的故事里，真的有个女孩感到心脏麻木，这是怎么了？

栏目

咨询 · 督导

◇ “咨询与观察”看台

◇ 张医生点评 · 督导

◇ 现场头脑风暴

理论 · 研究

◇ 前沿临床热点

大众 · 心理

◇ 应用热点

在线精神健康大学简介

中美班招生

咨询·督导

“咨询与观察”看台

嗨！大家好！中美班规范化培训已经启动！本栏目内容取自张医生的现场咨询和督导。所有学员保持安静，禁止录音录像，积极聆听，并在咨询结束、个案离开后，进行热烈讨论。

案例

从小爱生气，跟谁都处不好，年轻女子成带刺玫瑰？

主诊：苏龙
督导：张道龙
编辑：苏龙



故事：

这是一位 25 岁的职场女性，本科学历，出生在母亲脾气暴躁、父亲性格温和的家庭。她有一个妹妹，比她小 8 岁，比较开朗，很爱笑，也很爱交流，性格比较像父亲和爷爷，跟她完全相反。她的性格比较像母亲。父母感情不和，母亲觉得父亲很无趣。她幼年由爷爷、奶奶抚养，8 岁后由母亲照顾，自幼与母亲关系不好，初中尤为明显，比较叛逆，经常通过把自己的生活搞得很乱、与母亲的期望背道而驰来惩罚自己，以反抗母亲的控制。她母亲与她关系时而疏离，时而亲近，最近一个月完全不理她，把她电话拉进黑名单。她声称不知该怎样处理自己与家人、男友、同事的关系，认为自己的工作由于人际关系差而遇到了瓶颈，脑子里全是负性的想法，需要花太多的精力来调整。她曾经在 A 医院被诊断为双相抑郁，最高兴的状态就是觉得世界都很美好，对未来充满了希望，但没有明显情感高涨、精力充沛、意志增强等表现，相反，大部分时间都容易生气，渐渐变得比较悲观。她处理不好人际关系，感到很累，想通过咨询，了解怎样处理好人际关系。交谈过程中她善于理解咨询师的对话和指导建议，诉自己学习过 CBT，试图解决自己的困扰，但效果不理想。在交谈到后期时有疲惫感，语声变得沉闷、压抑。她否认有物质滥用史。她在小学 6 年级时

患鼻炎，一直治疗无效，大二自行好转。无手术史。无药物过敏史。据她说体格检查无明显异常。否认家族精神病史。

初步诊断：边缘型人格障碍

会诊目标：确诊，并了解如何干预。

第一步，初步评估咨客的“易怒”是怎么回事。

1、在之前苏医生收集的信息基础上，进一步了解咨客男友认为她是什么问题。

2、确认咨客易怒、情绪容易变化，两三天就有一次情绪波动。

3、通过问答，鉴别排除双相障碍。

4、了解到咨客的情绪不稳定是从初中开始的，但从小就不合群。

5、了解咨客家族史和成长环境，发现咨客情绪波动像妈妈，而妹妹性格开朗像爸爸。

1. Z 医生：你好，我是 Z 医生，讲讲你的困扰吧。

2. 来访者：好，昨天我跟苏医生讲了一遍我的情况，现在要重新讲一遍吗？

3. Z 医生：我已经听过苏龙医生的汇报，你可先讲一讲你的主要困扰，不需要重复一模一样的。

4. 来访者：主要是人际关系方面，有一些不够理性的想法，困扰自己。

5. Z 医生：好的，你主要的问题是人际交往比较困难，也就是说自己不知道怎么处理，是这意思吗？

6. 来访者：是的。

7. Z 医生：我想先问一下，你已经描述了很多人际关系的问题，不需要重复跟昨天一样的，回答我几个问题，在所谓的“人际关系困难”过程中，你可以讲一下你交了几个男朋友，感到很累或者没维持下去

是什么原因？最近和男朋友的交往情况。以及在男朋友看来，你主要是什么问题呢？

8. 来访者：在他看来，我太敏感了，有些东西不应该触发情绪，却也会触发，特别敏感。我想太多，他可能没有表达那个意思，我却能理解很多。

9. Z 医生：他认为，一点小事儿不该引起你发火，你就发火，是这意思吗？

10. 来访者：对，不值得发火，正常人可能不会发火，我就会发火。

11. Z 医生：这是你最近的男朋友，在他之前的其他男朋友，如果认为你有问题或你们之间有困难，是否指的是同一种问题，也就是你易怒、爱发火吗？

12. 来访者：之前觉得很难真正地了解我，我比较多变，让人琢磨不透，不知道什么时候又生气了或不

知道什么时候又触发到了我情绪的
点，很难猜透我。

13. Z 医生：你在跟人交往的过程中，
情绪总是容易发生变化？

14. 来访者：是的。

15. Z 医生：一周之内，你的变化频率
是多少呢？是每天都在变化，还是一
周高高低低，情绪起起伏伏？

16. 来访者：这个频率应该是不是一
周一次，一周里面两三次都这样，两
三天就有一次，而且我发现自己在两
个极端上，有的时候特别开心，有的
时候特别低落，之前有一个医生怀疑
我双相、抑郁，作为双相、抑郁去治
疗。

17. Z 医生：你的情绪高高低低，最高
的时候能到什么程度？

18. 来访者：高兴的话，就觉得世界
都很美好，对未来充满了希望。

19. Z 医生：但也没有高到需要一周
以上不睡觉的程度？

20. 来访者：没有。

21. Z 医生：没有高到把自己的钱都
花了，把信用卡都用掉了，没有这样
？

22. 来访者：最近没有，这种情况在
大四的时候出现过，但那时是抑郁，
不是高兴。

23. Z 医生：总的来说，你描述自己
是一个不快乐的人的时候居多，一年
365 天，大部分时间是不快乐，人
生比较悲观还是相反的？

24. 来访者：应该大部分时间都比较
悲观吧。

25. Z 医生：好的，你的这些人际交
往困难什么时候开始的，在你的记忆
里，初中、高中、大学？

26. 来访者：初中就不太合群，我应
该是从小就这样子，我从小就不合群
，不喜欢朋友，不喜欢跟别人在一起
玩。

27. Z 医生：我听说你妈妈是一个脾
气比较暴躁的人，容易发怒，是这样
的吧？

28. 来访者：是的，有一点这样。

29. Z 医生：你像妈妈一样脾气比较
暴躁，还是像妹妹一样？

30. 来访者：我应该也比较易怒，我
觉得我抑郁的时候跟不抑郁的时候是
两种状态，我不抑郁的时候性格还挺
好的，也跟别人一起玩儿。我情绪不
好的时候才会易怒，一件小的事情就
生气，这些是指情绪不好的时间内，
但我情绪低落的时候比较多。

31. Z 医生：在小时候，你就出现了
这种脾气不是很好、跟妈妈经常顶撞
的情况？

32. 来访者：是的。

33. Z 医生：妹妹呢，你跟妹妹差几
岁？

34. 来访者：差 8 岁。

35. Z 医生：妹妹在你的记忆中，是
像你那样易怒、不高兴，还是跟你

相反的性格，开朗、笑，容易控制自己情绪？

36. 来访者：她是比较开朗的，很爱笑，也很爱交流，跟我完全相反的性格。

37. Z 医生：刚才你说到妹妹跟你的性格相反，特别开朗，比较乐观，是这样的吧？

38. 来访者：是的。

39. Z 医生：在你看来，什么原因使你俩不一样呢？是不同的人带你们长大的，还是你也不知道为什么？

40. 来访者：好像成长的环境差不多，而且她是跟我一起长大的，我只是比她大，但我们一直生活在一

起，只是在我很小的时候，她还没出生，我是跟着爷爷奶奶的，到了小学，她出生了之后，我妈妈带着我们俩。

41. Z 医生：爸爸爱吵架吗？

42. 来访者：爸爸性格还挺好的，不怎么爱吵架。

43. Z 医生：爷爷奶奶呢？

44. 来访者：奶奶去世了，爷爷的性格也非常好。

45. Z 医生：那就是说，你的性格真实性比较像你妈妈，如果两个人做一个对比的话，二选一，你比较像妈妈，你的妹妹比较像爸爸和爷爷，是这样的吗？

46. 来访者：是的。

第二步，确诊边缘型人格障碍，讨论干预方案。

1、鉴别排除双相、抑郁，确诊咨客为边缘型人格障碍，并说明可能的形成原因。

2、讨论生物-心理-社会的干预方案。生物学上，用药物减轻一过性的情绪症状，用运动减少冲动；心理上，用辩证行为治疗（DBT），包括认知调整、正念减压和心情日记等；社会方面，避免刺激性的工作环境和恋爱关系。

3、用动机面询让咨客看到不改变可能会影响到未来很多年，以促进咨客的改变。

47. Z 医生：我现在想问一下，你今天要跟我讨论什么问题？

48. 来访者：我觉得还是讨论人际关系吧，包括我在公司或者我与男朋友，与人交往，我跟我妈妈的关系，现在我跟我妈妈是完全不说话的，她把我的联系方式都拉黑了。

我觉得这些关系让我很累，我处理不好这些。不知道您有什么建议或有一些我需要改进的思维方式？

49. Z 医生：好的，首先知道自己的这些困难是什么病，第二个，咱们怎么治疗，第三个，问一下预后，未来你会变成什么样？大致是这

样的问题，对吧？这是 95% 以上的病人都关心的。

50. 来访者：是的。

51. Z 医生：首先，先说你得的病是边缘型人格障碍，你得的不是双相，也不是重性抑郁障碍，尽管你的情绪高高低低，尽管你有的时候抑郁到可达到重性抑郁障碍的诊断标准，但核心问题是边缘型人格障碍。人格障碍是从小到大慢慢发展出与人交往的问题，爱冲动、顶牛，也巧了，跟你的生长环境也有关系，你是老大，容易受到冲击和影响。这个病不是今天得来的，也不是你交往男朋友以后才来的，是因为你有了这个问题，所以你才有了交往男朋友的问题，先把自己改进了，未来下一个男朋友就没有这个问题了。

怎么治疗这个病呢？生物、心理、社会的综合治疗。从生物学的角度，需要使用抗抑郁药，尤其是 SSRI 类的药物，像百忧解、左洛复、来士普这类的药来调节你的情绪；有时候还需要用心境稳定剂，像丙戊酸钠，尽量少用碳酸锂这类副作用比较大的药物。你这个病本身不是靠药物治疗，药物只是一过性地帮助你。生物学治疗可以用这些药作为辅助，运动对你比较好，因为运动的时候，人的冲动减低，情绪容易受控，生物学治疗除了药物以外还要运动，这两个都不是主要的，都是辅助的。这类病的主要治

疗是用辩证行为治疗（DBT），首先，从认知的角度帮助你理解你的病是怎么来的，你跟妈妈相处时，她激怒你的时候，你怎么化解激怒，怎么能够调整自己，不受他们的刺激，这是认知行为疗法部分。

第二个，DBT 辩证行为治疗的部分叫正念，让你聚焦一些阳性的东西，我的人际关系不好，但是我可以聚焦好的这部分，这叫正念减压，就是相当于普通老百姓说的冥想、瑜伽，以及和尚的打禅。我的情绪容易失控，但我想办法注意当下正性的东西，当下娱乐的东西，当下蓝天白云，甚至本体感觉，注意自己的呼吸、躯体，不注意那些负性的东西，不想男朋友为什么对我不好，为什么领导找我的麻烦，为什么妈妈把我拉黑，不想这些东西，聚焦于正性的就好一些，这就是 DBT 疗法的第二部分：正念减压。

第三个，我出现情绪高高低低的时候怎么办呢？做一个心情日记，有的时候男朋友惹我生气，10 次只有 2 次让我恼羞成怒，只有 1 次让我暴跳如雷，那几次就是不高兴，但我怎么做就变得好一些了？把它记下来，我们进行微行为分析。今天男朋友说了什么话，早晨起来挺好的，中午他说了一句话还可以，下午就开始发怒了，早晨阳光灿烂，到中午情绪低落，到下午沾火就着。这相当于心情日记，你把它治好了，总结出来跟咨询师进

行讨论，整个搁到一块是辩证行为治疗。

接受你是谁，你就是这样，一部分是遗传，一部分小时候成长环境带来今天的你，肯定不是完美的你，也不是最惨的你，你不是双相，也不是精神分裂症，也不是自闭症这些严重的精神障碍。同时学会怎么调整你的认知，来对待惹你的人，所谓惹你生气的人，不要聚焦于关系带来的不好，而聚焦正性的点，生活中让你快乐的事儿。假如说养个小猫让你快乐，你就养个小猫，养个小狗让你快乐，你就养个小狗，不去想那些负性的东西，这叫辩证行为治疗。

社会学干预，暂时这段时间里，至少给自己6个月到一年的静默期，别找新的男朋友，别换新的工作，别熬夜，容易让你的情绪不好，等到把这些东西都学会了，管理你自己的情绪，再找男朋友，你现在年龄也没有问题，有大把的青春，才25岁，再浪费五年问题不大，但是你不能浪费十年、二十

年，那就麻烦了。所以推迟6个月到12个月，静下心来好好接受治疗，找一个人际关系相对简单的工作去做，把自己搞健康了，这些东西就都能改善。如果需要你妈妈跟咨询师讨论，也可以告诉她，你不是故意这样跟他们耍脾气，之所以这样做，是因为你有这样的问题，这问题一部分跟你有关，一部分跟她本身也有关，把家庭问题解决好。拉黑不是长远的方式，这是一个恶果，拉黑很容易，你男朋友失去的也可以回来，也可以找新的，这都好办，但你人格障碍如果不治好就很麻烦。

你得的是人格障碍，生物学上适当地用心境稳定剂、抗抑郁药配合运动，我们的心理咨询用的是辩证行为治疗，是长程的心理咨询，社会干预，则要创造人际关系比较简单的环境，不要不断谈男朋友，这会刺激你，大致是这样，听得清楚吗？

52. 来访者：可以。

第三步，根据咨客的需要讨论辩证行为疗法（DBT），赋予信心。

- 1、咨客提出难以聚焦快乐，医生提醒她正念减压，聚焦于正性事物。
- 2、通过科学分析，告诉咨客她的预后属于比较好的一类，予以鼓励，赋能。
- 3、医生告诉咨客，不能通过看书给自己治病，需要与DBT咨询师工作。
- 4、让咨客了解，本团队会对她的情况持续关注，有需要可以回访。

53. Z 医生：你还有什么其他问题要讨论吗？

54. 来访者：我特别容易纠结于去问为什么，就像您刚才说，聚焦于

去分析不愉快的事情，怎么可以把它替换成聚焦于快乐呢？

55. Z 医生：对的，这就需要正念减压，因为你聚焦于负性事物，人都有负性，拿我自己来说，我为什么这么胖？我为什么过了 50 岁？这不是黄土都埋腰了吗？我长得不如那些帅哥好，我天天早晨想这个，你看是啥结局，我很快情绪就完了，正念的意思是这些事儿还在，但我要聚焦我自己的阳性，是什么道理呢？我现在有个医生的职业，这是铁饭碗，很明显这辈子不会失业，我性格挺开朗的，我能容忍不同的人，我胖一点，但是冬天来了，不用穿棉袄了，比较好。我选择在北方工作，人家还得取暖，咱不用取暖了，额外的取暖费都省下了。体型胖，人家不觉得我是个骗子，不怕抓，也不会出事儿，这样就挺好。所以大家都对你评价是正性的，你就挺好，类似像这样的。我天天想这事儿不就高兴了吗？在事实不改的前提下，你有不完美的地方，男朋友有不好的地方，妈妈也有有问题的地方，你不聚焦这些，而聚焦一件高兴的事，而把另一件不开心的事忘了，这是由咨询师带着你做认知行为疗法，慢慢你自己学会了。你这个情况不是一年养成的，至少十五年以上的病史，总得给自己 10 到 15 个月，

这样就变好了，就这么简单，而不是聚焦男朋友为什么不好，不是聚焦于我们自己有什么问题。

在我看来你的预后会属于好的，有几个原因，第一，你很年轻，第二，你相信科学，第三，你还有抽象思维能力，你张嘴就问是不是有人际关系的问题，自己都成半个咨询师了，能总结出自己的模式，很多咨询师都看不出别人有模式，你这样等于是无师自通了，那就好办，容易接受咨询师训练。最惨的什么情况呢？年龄很大了，不认为自己有病，总认为别人有病，那完了，怎么可能改变周围的一切呢？那就属于预后不好的，你这属于预后好的，这样清楚吗？

56. 来访者：清楚，您的意思，我应该去接受长期的正念或者认知行为治疗，来改变自己的认知模式，做长期的心理咨询会比较有用是吗？

57. Z 医生：对的，长程心理咨询的方法叫 DBT 辩证行为治疗，辩证行为治疗里含三部分，含你刚才说的认知行为疗法、正念减压、还含情绪管理，搁到一块叫辩证行为治疗，这个程序专门治疗边缘型人格障碍，为你这种病特殊设计的。

58. 来访者：我之前了解过认知行为疗法，伯恩斯的理论，我也曾按照他的方法去尝试，包括您说的这

些记录心情，对某一个事件去做细微的分析，去做反驳，把自己错误的认知跟正确的认知做对比。

59. Z 医生：但这些东西不能自己治疗，不能自己给自己治病，因为你本身就是问题始作俑者，你是问题的制造者，得由咨询师从客观的角度评判，你这种认知是不是扭曲的，是不是有问题，而不是自己通过自省的办法来做。参与咨询半年、一年以后，学会这东西了，那才可以，就像一个人滑冰，不能自己拿一双冰鞋去滑冰，最大的可能是把自己的脚崴了。你通过看书治疗自己，这个精神虽然很可嘉，但这个做法极不科学。你得自己找一个会 DBT 的咨询师来帮你做，我们

有人给你打电话跟踪你，告诉你怎么做，这样好吗？不论生物学治疗还是心理咨询，都有专家指导你，后面怎么做，这样让你少走一些弯路。结束以后，我们的苏龙副主任医师，指导你下一步怎么治疗，告诉你下一步怎么做。

60. 来访者：好的。

61. Z 医生：刚才说的指导原则，具体怎么做，我们有人帮助你。

62. 来访者：打电话的方式联系我吗？

63. Z 医生：对，给你打电话。你今天访谈做得挺好，谢谢你。

64. 来访者：谢谢。

小结

看来在国内边缘型人格障碍被当成双相障碍治疗很常见。希望更多医生和咨询师学会相关的诊断和鉴别诊断，也期待更多会做 DBT 辩证行为治疗的咨询师成长起来，这样，要转介也能找到合适的专业工作者了！

7 月规范化培训已如期展开。想亲眼看到更多精彩实用的现场咨询和督导，快来吧，参加一年期规范化培训，天天看现场，想不进步也难！



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！

概念化病理模式

第一，我们评估她说的人际关系障碍是不是咱们说的人格障碍，人格障碍都有人际关系的问题，但人际关系的问题不代表都是人格障碍。她达到了临床诊断标准，而且是边缘型人格障碍的病理模式。

第二，我们要学会解释她这症状，为什么她有这个病，但亲妹妹却没有这个问题？边缘型人格障碍的产生是冲突带来的，有特别高压的父母，不管是忽视来访者还是严厉管教来访者，来访者处于不断反抗的过程中，才会形成人格障碍。她说性格像妈妈，而妹妹受遗传因素影响的部分却是开朗、乐观的，妈妈对她俩一样，但她与妹妹本身不同。她情绪高高低低，但上限是不是咱们说的躁狂？在鉴别诊断过程中澄清了，不是躁狂，所以不是双相。实际上，患者大部分时间是空虚的、不高兴的，情绪高高低低，人际关系也不好，有时候还想到轻生，这些都指向边缘型人格障碍，这样一个病就解释了所有症状。

这个案例不是为了证明病理模式而去设计的，但只要试着分析病

人的病理模式，就能发现可以一元化地解释清楚。

对这例边缘型人格障碍的干预

生物学治疗，可以用心境稳定剂，尽量不用碳酸锂，因为她不是双相，要选副作用小的，丙戊酸钠之类，还可以用 SSRI 控制抑郁、冲动，像百忧解、左洛复、来士普。

心理治疗，DBT，含有正念，DBT 就是 CBT+正念+情绪控制。

社会方面，她已经交往了五个男朋友，重点不是抓紧找第六个，而要搞清楚这么多的关系，跟妹妹的关系、跟父母的关系、跟同事的关系、跟男朋友的关系，都带来了挫折感，所以要保持人际关系相对简单一点的环境，暂时不要发展新的关系，抓紧时间治疗自己，才能变好。

我们在访谈过程中，感受到病人基本处于一种抑郁状态，一开始较为正常，后面有点唉声叹气，很明显前后不一致，更像情绪失控，她当然没有理由跟我们怒了，这就能看出来，我们咨询师就是评估工具，是量尺，可看出她仍然有人际关系障碍。

所以不能靠症状来诊断病，要了解你的病人，再了解她得什么病。

访谈要点

第一，首先“我是 Z 医生，讲讲你的困扰吧”，动机面询，减少阻抗。另外，讲她关注的问题，讲她急于解决的问题，她会感受到，这医生是来帮我解决问题的。假如反过来，她说人际关系问题，我们

问，你为什么跟老板吵架？她就急眼了：我现在说人际关系，没说跟老板的问题，这就麻烦了，怎么扯的呀？这阻抗就产生了，很明显，你想讲男朋友，就讲男朋友，想讲妈妈，就谈你妈，这就化解了阻抗。这就是访谈能有效的原因。

第二，用倒叙法效率最高，你有五个男朋友，别从第一个讲，讲讲你的初恋吧，整个访谈结束都还没讲到第四个，倒叙的意思，就是让你讲讲最近这个事儿。再问到和男友分手的原因，若是最近男朋友偷偷把我的房产证改了，或是前一个男朋友把我妈骨头打断了，那当然跟爱发火不是一回事。因为她易怒，还是跟病理模式有关。

第三，一元论解释，框架清晰，所以胸有成竹。最后发现，边缘型人格障碍能解释“易怒”，也能解释她跟妹妹不同，我们成了内行就能看出门道。中间可以用 CBT，可以用 SFBT，还可以用苏格拉底式诘问，比如，我当然知道她跟她妹妹一定不一样，但我还故意问，为什么不一样呢？她就会动脑筋，等于她替我访谈她妹妹了，就能凸现她的模式。

人格障碍人群发病率 10%

人格障碍总的来说人群中发病率 10%，人格障碍一般不主动来寻求帮助。在生活中不断受挫折，不断有事儿，挫折到一定程度，受不了才来，总的来说，他们不是求医意愿很强的人。由于人群中发病率 10%，我们在督导中会发现，这远远高于目前国内社会中的诊断。我国大型三甲医院对人格障碍的识别率非常低，未来的学习过程中教会

大家怎样做出正确的诊断，这也是规范化培训的目的。只有规范化才能达到专业化，只有规范化才是通往专业化的必经之路。我们现在做的就是 100 年前协和医院的做法，当年协和医院的住院医师规范化培训是由洛克菲勒家族做的，非常好。国家卫计委已明确规定，到 2020 年，全国所有的精神科医生和专科医生要完成规范化培训。EAP、SAP 的领域，还不知道什么叫规范化，甚至还没有基本的思路，这就是国内的现状。

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

现场头脑风暴

张医生咨询、督导的现场，有精神科、大内科医生护士，也有心理咨询师、心理治疗师、老师和人力资源经理，以下问答，值得慢慢品味。

问题一：听完老师的问话，听出鉴别诊断的要点以及问话的技巧，提高了鉴别诊断能力。我希望老师解答，来访者小时是跟爷爷奶奶在一起的，您问了爷爷奶奶性格怎么样，她说挺好的；妹妹是她上小学之后才出生的，跟爸爸妈妈一起生活。我有点疑问，为什么跟她妈妈生活在一起变成那个样子了，她妈妈对她的影响会足以把之前五六年的好的影响都盖过去吗？

Z 医生：这是遗传，爸爸性格相反，妹妹性格像爸爸。因为边缘型人格障碍的成因中，大多是被虐待、被强奸这类。为什么大部分孩子没问题，少部分有问题？科学家总结发现都是在冲突模式下或者被忽视的情况下长大的孩子容易出问题，相当于有创伤体验了，容易形成边缘型人格障碍，不幸的是她妈妈的暴烈脾气遗传给她了，再跟她不良互动，加深影响。而她妈妈的基因没有给她妹妹，所以妹妹像爸爸。同一个妈妈，对孩子的影响不一样。

爷爷奶奶只抚养她到 5 岁，良性作用对她没有什么影响。我们不是分析为什么爷爷奶奶脾气好，到了妈妈这里一笔抹消，而是说外因起作用，内因也起作用。内因已注定她是冲突型的、冲动控制不良，成人以后特别易怒，这个基因一直都有。妈妈有没有人格障碍，我没问，不知道，但妈妈肯定有脾气暴躁的问题。患者是老大，一个脑子有毛病的妈妈逮着老大拼命对付，就对老大成长影响大，只有妈妈有

这么多的精力，所以老大跟父母冲突最厉害，原因就在这儿。

问题二：其实以前学精神分析的时候，总是强调一个孩子性格基本上是6岁以前形成的。现在才知道，人格障碍实际上在整个18岁之前都是有可能的。

Z医生：正确的，这是行为科学的结果，为什么精神分析偏向艺术而非科学。

问题三：继发性的抑郁跟原发性的抑郁区别在哪里？继发性的抑郁由一个生活事件的刺激所导致？

Z医生：继发抑郁，就是，比如我有焦虑障碍的背景，反复焦虑，最后都抑郁了，往往先有焦虑后有抑郁。人格障碍也能继发抑郁，尤其边缘型人格障碍以抑郁为主，在不断跟别人冲突的过程中，感到无限挫折感，就变成抑郁了，这些原因不一定是刚才说的失恋、失业，还可能有内在的冲突，本身就不高兴，是一个不高兴的人，内在不断冲突。咨询师则不跟她冲突，而是治疗她。

C类人格障碍耗能，B类也耗能，A类的分裂样人格障碍——快乐的孤独者，就不耗能。比如我的一个来访者，晚上看门的，可高兴了，挺好，没有抑郁，原因是不耗能，不跟人交往，你们不搭理我就是了。边缘型人格障碍不一样，情绪起起伏伏，要跟别人斗、打、闹，本身就已经耗能，加上男朋友再闹别扭、说点狠话、刺激你，时间长了，人就麻烦。

但从症状本身来说，边缘型人格障碍的抑郁，物质滥用的抑郁，喝酒带来的抑郁，吸毒带来的抑郁，抑郁本身就是抑郁，就是情绪低落的状态，本身没有什么区别。举例说，外源性胰岛素，诈病，给自己打胰岛素，一查是血糖低，现在就有基因检测，能看出胰岛素是自己打的，还是体内分泌的，有标记物可查。然而，抑郁症状不一样，目前还不能标记出来，分不清是继发性还是原发性的，症状就是症状，不能通过症状来鉴别，而要通过病史来鉴别，通过核心特征来鉴别。这个病人的核心特征是：不知道为什么有人际关系的困难。这就可以区别了。

问题四：人格障碍的来访者难以跟别人建立正常的关系，生活中带来的痛苦，也会伤害别人，这种人怎么办？我刚才听到综合应用方法，一个是认知疗法，一个是正念疗法，第三个好像跟焦点有关系，写心情日记，是不是跟焦点，而且从中可以找例外，画曲线，找到自己规律性的东西。

Z 医生：可以这样理解，但不完全一样，原始提法是 CBT+正念+情绪管理，情绪管理是发现你情绪的高高低低，不叫例外，但实际上跟例外一样，还不止例外，有的病人到什么程度呢？每次割自己的时候，喝了半瓶酒不割了，我鼓励他喝酒活命，再解决成瘾的问题，例外肯定不能总是通过喝酒，但实际上也是一种例外。而写心情日记，进行微行为分析，这跟 SFBT 是同时代发明的，没有互相借鉴，微行为分析，指的是了解什么时候好、什么时候坏，学会管理情绪，你总

有好的时候。早晨情绪挺好，你说了一句话，就不好了，下午开始割自己了，哪个导致哪个？在自杀自残前找出来，进行干预，这个叫链式分析。

问题五：有没有达不到边缘型人格障碍诊断标准的人格特征？是否也有达不到障碍水平的其他人格特质，不那么符合人群生活规范，导致经常出现这样、那样的问题？人格障碍有十种，不知道其他人格障碍是否都能够找到一个早年生活的模式、不恰当的养育方式而导致的一些特殊的人格障碍？我做青少年咨询，经常遇到学霸不敢考试的情况，如果能够搞清楚早年生活模式带来后天人格当中的某些特质，以及到了压力特别大的时候出现的异常行为，那样会更好。

Z 医生：挺好，首先，统计发现，45 岁以上，生活会当你的策略师，撞来撞去，总有一天变得很好，然而，18 岁到 45 岁是最黄金的时间，结婚、生子、找工作，都错过了，让生活来做策略师，经过风雨才见彩虹，当然不合理，效率低。所以提倡对人格障碍比较积极地干预治疗。

其次，DSM-5 讲的是维度概念，没有达到的时候怎么办，就叫边缘型人格特质——TRAIT。在美国每一个医院里都有专门做人格障碍咨询的老师，大家把这类患者都转给你，你就变成这方面的专家了，人群中 10% 的人格障碍发病率，不是 1%，精神分裂症占 1%，过去严重过低诊断。是不是每个人格障碍都能找到原因呢？答案是不能。精神障碍往往不知道是什么原因得的，人格障碍更不知道了，所以现在

不能一对一解释它，科学家只能说，你容易得哪些人格特质。像 C 类人格特质，基本上都跟焦虑有关。父母严格管教，不让孩子亲自动手，孩子的焦虑就容易很高，总是这个做得不对、那个做得不完美，当然就焦虑了，长大了就会想，我是不是有问题，总担心自己做得不够好。严格的管教容易导致 C 类人格障碍或特质。

而 B 类的都是情绪化、戏剧化，比如孩子本身跟你顶牛，父母本身也情绪化、戏剧化，就对上了。如果父母是一个兼容并蓄的人，变成了一个包容的海洋，什么来了都可以容忍，什么都是好的，小孩怎么会有问题呢？很多专家学识渊博，但人格一塌糊涂，他们的小孩就会有问题。这就能解释过去那些大家闺秀，虽然都是没工作的人，但是极具修养，小孩培养就非常之好，成功的小孩一批一批都跟母亲有关。小孩生下来都不同，还有男女的区别，但妈妈如果极具弹性，如果是咨询师这样的人，等于给他免费心理咨询了。

A 类人格障碍总是多疑，比如家里天天跟你讲，“我认为这次改革开放有目的，是为了整咱们这些有钱人”、“你不知道，现在食物都是有转基因的吗？”家里天天在这种环境中讨论，小孩能不多疑吗？你怀疑外面的世界很无奈，外面的世界都是坏人，天天给孩子灌输这个思想，当然形成 A 类人格，这跟遗传有关系，跟成长环境有关系，除了父母的影响，还有姥姥姥爷、保姆的影响，到 7、8 岁走向学校了，还有其他影响，这个阶段老师就很重要。在美国选比较适合做老师的人，尤其是特殊教育老师，不看本事大，不看学识高，要找超级有爱心和耐心的人。家挺成长环境再好，如果老师选的是脾气不

好的、不想当老师的，保姆选的是没文化的，这样不是把优秀的人都送给他们毁掉吗？这不是个人家庭能解决的，需要靠系统的教育。教育做得好的国家有德国、日本，美国也能进入前 10 名。

问题六：精神科医生需要督导吗？医生如果本身要作为患者的标尺，是不是要更深地了解自己？

Z 医生：不是调查自己，是专业。我评估他基于 DSM-5，不是我的个人的喜好，我就是根据标准来。你刚才提的问题有它的合理性，如果没有好的督导或者精神科医生，神经内科医生本身不学心理学，心血管医生不学心理学，没有专业的评估工具，当然更麻烦了。所以精神科医生、神经内科、心血管医生未来要进行心理学的训练。不是拿自己的好坏做标准，我有关节炎，就看关节炎，而是说，知道患关节炎的人什么样，心肌梗塞的人什么样，按照专业评估，把自己训练成专业评估工具，这就是为什么要求精神科医生本身进行生物、心理、社会模式的学习。

问题七：双相发病率 1%，您说人格障碍 10%，实际临床当中很少诊断人格障碍，通过昨天和今天的案例，我认识非常多，但有一点点疑问，双相在不发作的时候基本处于一个正常状态，人格障碍在整个病程中，也有正常的时间，你怎么看？

Z 医生：人格障碍就是人际关系障碍，永远跟人交往有困难，除非治好了，没好的时候，啥时候交往都有困难，让人感觉这人比较怪。

反之，抑郁发作的时候没人靠近你，好了就没有问题。绝大部分双相都没有人格障碍，没发病的时候都很好。这两个核心特征完全不一样。人格障碍不是发作性的，他的危机是发作性的，但如果不经过治疗，一直都会有这些问题。双相障碍是情绪高高低低，高的时候有问题，低的时候还有问题，而平常则没问题，高低之间还有几个月没问题。

问题八：哪些精神障碍在临床中很多被误诊？

Z 医生：国内容易误诊两个病，过度地诊断双相，过低地诊断人格障碍。

问题九：刚才的案例，我跟道龙老师有点理解不一样，我的理解是按两个思路来想的，第一个，从家庭模式里边，在关键的时候跟她妈妈分离了，这时可能跟她的妈妈关系不太好，她8岁时，生了她妹妹，又是一个女孩。

Z 医生：你的解释都是伪科学，基于这个理论解释都是伪科学，没有科学基础，没法令大家都认可地、清晰地解释人格障碍。有时候，人们所说的伪科学是非科学。

你不能拿没有经过实证检验的理论去解释，就像释梦，有人跟我说，左边的偏舅舅，右边偏母系，我说哪儿来的？他说占星术来的，这种解释我们无法证明是对的，不能成为共识，也不是统一的理论，那只是你个人所相信的，或者是教你的人所相信的。

目前我说的这些东西，包括其他人问我、我回答的，没有一个是

我发明的，我说的都是共识，以行业的实证为基础。关于人格障碍的理论非常复杂，但专业工作者统一认可，DSM-5 里面的内容都是共识，1500 名顶尖专家的共识，是最大的共识。DSM-5 中的每个精神障碍最少查阅 12200 篇文献，是查这些文献总结的共识，从事这项工作的，不是一个人，而是一个工作组。如果你不信就很麻烦了，如果北京信一套理论，上海信另一套理论，那是北京、上海等某个区域的共识。DSM-5 是全世界大部分人的共识。你刚才说的理论在 DSM-5 中找不到，那是你个人的共识或某个人的共识或历史上的共识，DSM-5 是现在的共识。

精神障碍诊断标准为什么要每隔 20 年更新一次？这要求不过分，科学家都是每年更新，咱们临床医生要求 20 年，你不能用 40 年前 CCMD-3 来解释，也不需要医学史来解释，医学史上提出理论者都具有伟大的贡献，例如弗洛伊德，卡尔·罗杰斯，都是划时代的贡献者，但不能把那个时代的标准拿到今天来解释。就像释梦，那是当年用的，不是现在的，这跟时代发展有关，我们现在不用释梦的方法来评估。我一般用共识来看病，而我个人的经验则是另一回事。

问题十：边缘型人格障碍继发抑郁、焦虑障碍，如果服药的话，用药时间和单纯的焦虑障碍用药时间一样吗？

Z 医生：不一样，重点用 DBT 进行自我情绪管理，用药的目的是为了改善病人的治疗关系，迅速用 SSRI 类的药物，既能治疗抑郁还能治疗焦虑、冲动控制，脑内增强五羟色胺，如果情绪还不稳，就用

丙戊酸钠，治疗抑郁、焦虑的症状，病人对你提高依从性，就能增进治疗关系。这跟治疗原发性的抑郁和焦虑不是一样的。

一般这种患者用药的原则都是整月用，既然用了，就用6个月，最少6到9个月，有的人到12个月。而普通抑郁则是整年的用，不同于整月的用。对于边缘型人格障碍，更主要是通过6个月获得宝贵的缓冲时间，抓紧做6个月DBT，6个月以后DBT能控制他的情绪，这是用药的目的，而不是仅仅拿药物治疗症状。

问题十一：边缘型人格障碍和社会变化是不是有关系？

Z医生：总的来说有关系，我们还不能明确人为什么会得人格障碍。大体上有三类，第一，最主要跟遗传有关。多疑的人多巴胺功能明显有问题；特别焦虑的人，去甲肾上腺素系统跟遗传因素有关。很明显这是主要的因素。第二，跟家庭的教养方式有关。有人发现，爱焦虑的人养出的猫也焦虑，因为没事儿他就刺激猫，今天找虱子，明天剪毛，教养方式对人和动物都有影响。第三，跟环境有关。你发现文革时期，多疑的人多，大家互相搞。当代社会，焦虑的人多，明显是环境把焦虑者筛选出来了。因为你不得不焦虑，不知道生一个病能不能让你破产，是不是今天高兴，明天就倒霉，总是处在焦虑状态，就把这类焦虑特质筛选出来。因此，这是遗传、家庭和环境的综合影响，而不仅仅跟环境有关，甚至遗传和教养方式与环境相比，作用更强一点。

问题十二：老师讲了人格障碍患者有人际关系问题，但有人际关系的问题不一定有人格障碍，怎么理解？

Z 医生：为什么人格障碍一定有人际关系问题？设想一下边缘型人格障碍，人际关系不稳定，有慢性的空虚感，担心被别人抛弃，而A类的分裂样人格障碍则喜欢一个人独处，这怎么搞人际关系？跟人类都有问题，对非人类感兴趣，就不可能有好的人际关系。如果是追求完美的强迫型人格障碍 OCPD，同事关系不行，亲密关系更有问题。所以人格障碍一定是人际关系问题。

但是导致人际关系不好，很多其他精神障碍也可以是原因，另外，还别忘了社会的价值观问题，宗教的冲突。假如核心认知都不一致，肯定会影响人际关系。所以影响人际关系的问题错综复杂，人际关系问题不一定代表人格障碍，人格障碍只是其中一类。

问题十三：听了老师整个访谈过程，对于精神动力学，包括病理模式的提炼，诊断、鉴别诊断更清晰了，对于以后的工作我觉得帮助很大。谢谢。

Z 医生：非常好，这就是为什么通过集训能体会怎么来学习，集训相当于导读，未来能帮助自己。在这里可以看到年轻一代，你旁边的学员是北师大的心理学硕士，因为我们是私立的三级甲等医院，提供很多这样的案例，能接触真正的病人，知道真正的病人说什么，而不是XX大学心理咨询中心，看到的都是学弟学妹们，讲的都是生活中的这些事儿，基本接触不到真正的病人。这样实战，你就能理解为

什么在美国都是综合大学的附属医院来训练，知道为什么要这样训练才行。经过系统的培训，把理论用到实践中，才能学会怎样进行规范的诊断、评估和治疗。

学员反馈：收获非常大，而且我觉得集训效果跟在外面听还是不一样的，跟道龙老师直接谈，听别人发言，你坐在这儿也想提点什么问题，就进入状态了，在外面听，一方面有干扰，另一方面不在现场，被那套老的东西束缚着，一直质疑，还没有质疑完，新的问题又来了，似信非信，我在线听了很长时间没有听出门道来，现在集训两天就听出了门道。

Z 医生：在线效果不如集训，集训不如脱产。

学员反馈：我们能看到这两个星期，几位住院医老师跟着道龙老师变化也非常大，苏老师坚韧的学习精神值得学习，不但病历写得非常清晰，而且诊断非常准确。回老师解析得也很清楚，郝凤仪老师也说得非常好。我在学精神分析的时候，觉得好像预想得太多，猜测得太多，有点像有意自圆其说，但人家是大咖，这么多人学，你的疑问就对吗？郝凤仪总结精神动力学，把精神分析或者精神动力学的这套系统短程化了，把精髓、有用的、与诊断治疗有关的那部分浓缩出来，直接可以在访谈当中用。很多问题来自早年生活，但早年成长期不像弗洛伊德说得那么短。今天还听懂了 DBT，虽然不知道创始人是谁。

Z 医生：是华盛顿大学的 Marsha Linehan 教授，她本身就是边

缘型人格障碍最重的人，自己用 DBT 有效，教给别人，她还健在。

学员反馈：我们过去诊断边缘型人格障碍的比较少，凡是人格障碍的都诊断比较少，人格障碍一诊断就给人家判死刑了，能不诊断就别诊断，实在诊断不出来也不跟别人说，这是过去的观点。这次听了，发现不是这样的，其实一个人了解自己有问题，若是有动力解决的话，总是能够改变的，这是积极的。这样我们做心理咨询的时候就不必回避了。过去看到人格障碍心里就慌，特别是边缘型人格障碍，经常做陪伴式咨询，他难过时跟你说说就好一些，也就这样了，这辈子改不了。现在觉得不是这样的。还有，40 岁以后，人格障碍本身会随着社会成熟度增加而变得更加适应人群生活。如果治疗，这个时间会缩短，本身痛苦也少，对别人伤害也少，这给我们进行了很好的示范，感到施展本领的余地变大。

上次道龙老师很好地解释了边缘型人格障碍是怎么形成的：硬碰硬，你小时候是暴脾气，妈妈也是暴脾气，由于教养方式不当，早年生活非常混乱，导致了边缘型人格障碍，道龙老师又解释了另外一个：她妈妈很凶，她全听，可能变成依赖型人格。我倒并不要求每个解释都是对的，但要有一个思路，使我们容易鉴别一个人有什么问题，也知道在抚养孩子的时候如何注意，治疗孩子时也更有思路。

Z 医生：是的，这样思考就会有收获，重要的是学习概念化思路。

（参加讨论，欢迎发邮件给 zaixiandaxue@126.com，或致电：

+86-18911076076）

前沿理论热点

主讲：张道龙 编辑：许倩



美国精神科住院医师规范化培训系统

介绍

欢迎来到在线精神健康大学，今天我们要讲的是美国精神科住院医师培训系统。我们国内如火如荼做住院医的培训，今天我想谈一下美国芝加哥大学，我曾经读过的住院医规范化培训系统是怎么设置的，这样能够跟国内做一个对比和借鉴。

100 多年以前，中国协和就有住院医培训，后来停下来了，美国 100 多年都没有改变，在摸索中前进。具体的设置如下：

第一年：

①4 个月内科训练，4 个月中至少 1 个月在急诊室。精神医学的基础是内科，不管你是内外妇儿，至少出 1 个月的急诊室。全科医学、儿科，都涉及跟内科的知识。

②神经病学训练，必须 2 个月的时间，在门诊、病房中接触器质性疾病。

③剩下 6 个月做精神医学住院医师，接触重症住院患者。了解什么样的病人有真正的危险，什么样的病人真正有自杀危险。此时是住院医的最低一级，叫做 PGY1，上面还有 2、3、4。你的主要工作是写

病历，你上面的住院医还有三级。

美国有主诊医生，是住院医+主诊医生体系。下面还可以有医学院的学生打打下手，查查心电图，跑跑实验室结果。第一年基本上是生物学训练，见识最重的病人，但没有太体会心理咨询是什么，社会资源是什么样。在这段学习中，我们看到上级医生管病人的过程确实跟纯生物学不太一样，是生物、心理、社会模式。此时还不能独立处理病人。

第二年：

①有了6个月住院的精神医学训练，理解了精神疾病的轻中重度，知道什么需要叫内科会诊，什么时候请求神经内科帮助，就开始做12个月精神医学的门诊，并在各个亚专科去训练，如焦虑门诊、抑郁门诊、精神分裂症门诊。

亚专科的门诊，在美国一般按照发病率高的来，有物质使用、物质滥用门诊，美国60%的人吸过毒，40%的人吸毒比较严重，亚专科一定要接触这类病人什么样、怎么办，带教者不仅是精神科医生。也有进食障碍门诊，运用CBT，老师是心理学博士，告诉你为什么CBT能帮助进食障碍。焦虑障碍门诊，精神分裂症门诊，老年精神医学门诊，联络会诊门诊等等，当年还有一个神经精神医学门诊。刚才说的那些不是强制要去的。这样12个月下来，把各个亚专科不就学会了吗？

②从二年级开始连续三年的心理咨询训练，每周半天心理咨询培

训,有专门的一对一督导,将心理咨询技术用在剩下的四天半时间里。至少每一年换一个督导老师,防止流派的单一性。每个督导老师也懂多个流派的理论和技术,在美国不按照流派雇医生,因为没法承担教学任务。三年下来可以学5种到10种技术,并学会实际应用。

咨询之所以能助人,是共情起了作用,是访谈的作用,不必成为某个流派的门徒,或者强调流派的纯洁性。无门无派,哪个实用学哪个,从实证的角度、客观的角度理解每一种技术。

第二年毕业,基本上接受了生物、心理、社会的导向,不接受者基本上被淘汰了,如果你传达错误的信息,如果你是刚愎自用的人,就不能接受现代精神医学。历史上经常是20%的淘汰率。

第三年:

①指导低年资的住院医。不管第一年、第二年的住院医,都受第三年住院医的领导,相当于资深的住院医。在美国做完第一年、第二年、第三年就能完成大内科、神经病学、住院医的12个月住院精神医学训练(速度快的情况下2.5年即可完成必修部分),剩下的6个月就可以是门诊了,这样把没学过的补上来。

②在学习的过程中,觉得自己哪方面需要加强,你可以申请去做不同的训练。有的人选择儿童精神病学,我们要求学6个月的儿童精神病学,有的人放在第四年,有人第三年拿出半年做儿童。大内科、神经病学、儿童精神病学是必修的。完全可以第四年不读成人了,转入儿童,儿童是两年,用五年的时间,前三年学成人精神病,后面学

儿童精神病，以后拿两个执照。

第四年：

如果不喜欢儿童精神病学，继续完成第四年，你可以挑你自己最喜欢的去做，如果喜欢搞科研，可以选择6个月科研，剩下6个月可以选择临床。还有的人愿意从事科研、写文章、当教授，可以选择9个月，剩下3个月有的当总住院医或其他抉择，不能12个月纯做科研，最高上限9个月。还有的人想当领导，要做系主任，就要求做9个月的住院总，专门领导第三年的住院医、二年的住院医、一年的住院医，跟系主任打交道，在系主任旁边学习怎么管理别人，领导力就提升了，剩下3个月就做临床工作。也可以选择其他亚专科的训练，成为这方面的专家。

第五年：

如果有一天后悔亚专科的选择，可以再返回来，读第五年，选择其他亚专科，这没有硬性规定，也不一定在原来的学校，但是你可以单独学12个月，让你变成某个领域非常专注杰出的人。在美国平均读四年，有的人读了五年，因为前三年是成人精神病，后来是儿童精神病；有的人觉得临床基础比较好，来的时候不是应届毕业生，不需要做那么多；还有的人学完之后，学身心医学。其实三年、四年、五年不是问题，问题是这几年怎么设计、要做什么，这样才能变成比较平衡的、相信生物、心理、社会的现代精神医学的精神科医生，这才

叫精神科医生的训练结构，这是最低要求，而不是最高要求。

刚才我介绍了美国住院医的训练，很明显我们现在做的是规范化培训，不叫住院医规范化培训，只叫精神科医生和心理咨询师或者内科学精神医学部分的规范化训练。我们不是从本科生开始训练，否则训练至少美国的四年或者中国的三年。

【现场讨论】

回秀清医生：听道龙老师讲了美国医生培训过程之后，我们中国和美国之间确实差别还挺多，培训的内容和设置还是很不一样，因为你刚才讲的是芝加哥大学，这是精英式教育还是所有美国医生都是这样的？他们培训出来的人岂不是很少吗？中国的人也多，医学生也很多，需要培养大批的人。

张道龙医生：少的精英6个人，大的项目20多个人，100多年都坚持这么做，我们建国以后停下来了，医生的数量跟人口是同步增长的，规培突然停下来，相当于欠账似的，现在在补欠账。

回秀清医生：每一年毕业的学生也比较多，从我的成长过程来讲，中国做的肯定不是这样的培训，我们毕业之后一般都是经过实习，进入医院，会有一个老师代教，你的习惯风格都跟老师是比较像的，一年之后可以取得处方资格，开始自己独立工作。在期间，你的上级医师或者主任指导你的工作，但不会像第一年，代教医生关照你那么多或者指导你那么多，有一些进修机会或者开会机会。我觉得国内很多

医生都是这样培训出来的,所以跟美国的住院医培训相比还是缺乏一些系统和规范,这也是我们国内也在努力改变和想去进一步发展的事情。

道龙老师的培训出现,很好地补充了我们国内培训的缺憾,是我们作为精神科医生、咨询师需要的东西。借鉴美国规范化培训模式,这样生物、心理、社会,综合培训,还是会给医生带来很大的提升,很好地弥补以前的培训方式的缺憾。

张道龙医生:师傅带徒弟的方式,这师傅如果非常全面,非常均衡,是一个理想的代教老师,那也可以。但如果在同一个医院,下一个医生跟他完全不一样,这样质量就没法控制。假如一个省都做得比较不错,下一个省则不知道好坏了,这样医生变成了没有最低标准和统一的培训模式、统一的教材,培养医生完全失去了它的模式化。哈佛大学当然比其他大学好,最低标准能保证,但规培要求均值化,而不是差异化,差异化是在一生的职业生涯过程当中能做多少做多少,但我得保证你的起点尽量一样,而不是起点做得对不对都不知道,若干年以后才发现彻底做错了。所以规范化的意思是,大家要一致,为什么规定最低标准,甚至要做多少天的病房管理的硬性规定,原因是怕你不达标,每年进行多少培训,看多少案例,都有规定。

在美国,大内科医生也要经过训练,神经内科到精神科来培训,我们也到神经内科学习,我们每个人得病并不是按照科的分类来进行,要保证一个医生都知道生物、心理、社会,这样才能均衡。

李志梅医生:我听了道龙老师讲的内容,心里有一种震撼,震撼

在哪儿呢？系统培养的一个好处，系统对医学生的塑造，并不是说师傅带徒弟。所有的医学生进行这样的系统培训，从大内科的基础到生物学的基础，到心理、人文、社会这么一层层来培养，最后还要综合地揉到一起。

这样下来，最开始是死脑筋的人，自然而然学到了新观念，我们国内双心、整合只是一个提法，这种提法如果没有落实，没有这么一层一层地实施，那就是假的、空的，不会真正做到。所以整个系统的培训，就像道龙老师曾经说过，如果说我个人，我作为一个内科医生，对心理感兴趣，那是我对个人的自我培养，但如果说整个社会要提倡，要培养这样大批量的人才，一定要靠系统了，那不是说个人单独的问题。所以我觉得这样一个培训系统，如果能够引进到国内，或者哪怕不能完全引进，引进多少算多少，对我们的同行来说，对我们国内，不仅仅是精神科，精神科首先是最获益的，因为精神科就是您的本行，甚至对我们内科来说同样是获益的，因为内科系统也同时要面临着生物、心理、社会的整合，我们如何做到整合，不能光天天这样喊，而是确确实实地做，我们的学生、我们的人员，在这样一层一层培训当中，确确实实去做了，去见习了，实实在在把它运用到生活当中了，这样才是踏实做事。这样的培训不仅仅对我个人，对我身后的内科系统的背景，对我们的同行、从业人员，都是一个福音。非常感谢道龙老师，还要感谢美利华。

张道龙医生：谢谢志梅主任。我们今天介绍了美国精神科医生住院医规范化培训的情况，美利华也是从7月第一周开始，每周五由李

志梅主任主持，美国的全科医生越洋规范化培训，精神科医生需要全科医学的基础，我们也身体力行拿出一天给大家做全科医学的培养，不仅仅志梅能够体验到，同时也能够让其他那些没有经过规范化培训的心理咨询师也能受益。

郝凤仪：老师您好，我想说一下，在中国我们心理咨询师没有参加精神科的规范化培训，但没有医学基础的咨询师永远都是最底层的，如果你想做任何躯体问题相关的咨询，是没有资质的。多汗、胃肠道不适，神经内科的那些症状，面肌痉挛，所有的这些疾病、这些症状都要有医学的知识，要知道整个精神、内科学内容，才能干预和治疗。临床中这些疾病也都需要心理治疗师一起来做，没有规培的基础，这些疾病就做不了，肾病的终末期、心血管问题的惊恐发作以及失眠症、糖尿病这些问题，科室都会要求治疗师一起来帮助患者看到希望，进行行为管理，实施健康的生活方式，如果没有规范化培训背景，这一切都做不了。

同时，除了会诊以外，还有医生集团，其他科主任、其他医院精神科主任都跟我提过，有这样医学背景的治疗师一定要给他们做推荐，整个行业对我们的要求是心理咨询师一定要有医学知识，这是我的体会。

张道龙医生：好的，谢谢凤仪。我们今天理论部分就到此结束。谢谢大家收看。

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

大众·心理 应用热点

编辑 夏雅俐

本栏目致力于传播科学的心理健康常识。

失恋的人总感到“从此找不到自己的心”，没想到在今天的故事里，真的有个女孩感到心脏麻木，这是怎么了？

欢迎联系我们，既可参加规范化培训，也可推荐案例进行免费教学咨询。可致电+86-18911076076

大众心理，欢迎开放性的观点！因为这是一个多元的期刊社区，包容多元的想法！敬请拍砖！

失恋后感到丢了心脏，还能找回来吗

女孩1年多以前与男朋友分手，从此入睡困难，整夜难眠，不停地想，服用中药、针灸理疗，睡眠好一点了，也不再纠结感情问题。去年9月前她又感到胃不舒服，感觉“胃下垂到腹部”，还腹胀，后来逐渐小便费力、月经紊乱，接着再次服用中药，进行针灸理疗，感到好些了，月经、小便也恢复正常。

可是，3个多月前，女孩又有了新的症状，觉得头部发黑、心胸不开阔、心脏空虚，在心情烦躁、思忖事情时出现，就对妈妈说：“我是不是心脏坏了，要不要换一个心脏”，感到头昏、疲乏、倦怠、不想做事，家中就请神念经，症状缓解。但没过多久，1个多月前，她开始在傍晚感觉不到天黑，以为下午17点至18点是凌晨2:00-3:00，莫名恐惧、害怕，到医院查心电图、心脏彩超，都未见异常，诊断轻度

抑郁症，用艾草熏治头部，感到缓解，又服用妈妈熬制的龙眼水后，感到像“吃了春药”样飘飘欲仙、困倦，并再次感“心胸不开阔、胸闷，心里压了一块大石头般透不过气，想到开阔的地方待着”，十分想向他人倾述，说了话后心里就舒畅一些。曾有一次在已经检票上了飞机后，感到胸闷而无法继续乘坐飞机，下了飞机回到家中，再次请神念经后，飘飘欲仙症状缓解，又到外婆家休养，感到心胸开阔、心情好转，不再总想找人说话、倾述。她与其外婆买机票准备回家，听说买不到机票后，立即将手中的包和帽子扔掉，并坐在一边，不顾身边众多旁人而放声哭泣，后来说当时控制不住想发脾气、哭泣，冷静后又十分后悔，对外婆说“我这样要害死我爸妈的”。

10多天前她回到老家后，如果反复思考问题、心情烦躁，则感到头皮麻木，家人发现她情绪更不受控、更易激惹、更易生气发脾气。妈妈买菜时，她喊妈妈“回家回家”，并发出“哼哼”冷笑，家人让她不要乘坐电瓶车，还是要走路锻炼身体，她立即生气跳下车，并说“走路就走路，不要惹我”。

失恋以来近一年女孩没再工作，还曾多次对妈妈说“活着没意思”，吃不好睡不好，近一个月体重下降两斤多。

感到“失心”，缘于适应障碍伴焦虑

失恋了，就会丢了心脏吗？没有心脏，是什么感觉？

女孩回答医生：就像你手麻了之后，怎么打都没感觉那种。她补充说，是一种心脏麻木，像被抽掉了一样，像梦境，像在梦里。她一直有这样的感觉，同时还感到头很僵，感觉混乱，但说话并不混乱，听上去依然伶牙俐齿。

女孩承认自己心脏还有，也不觉得晚上会被人偷走。医生跟她确认这一点，是为了排除妄想。为了进一步排除妄想，医生问她：脑袋做了什么检查，感觉混乱，里面有什么？觉得脑袋里头都是浆糊？

女孩回答，脑子检查也没问题。这说明女孩关于心脏和大脑的想法中并无妄想。

医生了解到女孩爱焦虑，就问她：从什么时候开始爱焦虑？她回答，前两年，从学校里出来，人变得很焦躁。这是因为在学校里很舒服，出来工作就有压力，之后又失恋，带来新的压力。

女孩说在家焦躁，在外面也焦躁，医生问她是否在焦躁时拿刀划一下自己、撞撞墙，女孩说没有，只是发火而已。医生问这个问题，是为了排除边缘型人格障碍，这种人格障碍的患者情绪高低起伏，总是心情不好，还容易有自残行为。

女孩的焦虑似乎来源于适应不良，她的爸爸开麻将馆，妈妈在超市工作，他们在家都不爱焦虑，比较善于处理人际关系，而女孩则不擅长，没有经过太多训练。但她也有一些朋友，并没主诉人际关系问题，明显并无人际关系障碍。

因此，医生判断这个女孩患的是适应障碍，由于在家被照顾惯了，在学校里也生活得舒舒服服，走上社会，没适应好，工作、感情都有问题，焦虑就增加了，所以她是适应障碍伴焦虑。而感到“失心”，是焦虑带来的转换症状，心理疾病躯体化，从心理感受转换到了躯体感受，就觉得心脏麻木、飘飘欲仙，这些都像是转换成了分离症状，仿佛与现实、与本体隔离。

缓解焦虑，让“心”回来

既然女孩是由于适应障碍伴随焦虑导致了分离症状，感觉心脏麻木等等，那么，就要帮助她缓解焦虑，改变适应不良的状况。当然，离不开生物-心理-社会的综合干预。

首先，生物性的治疗。她喜欢跑步，那就要每天跑到出汗，一个礼拜至少三次。要调一下抗焦虑药，不仅缓解焦虑，而且改善睡眠，米氮平一类药物是较好的选择。

其次，心理咨询，用认知行为疗法。医生告诉女孩她的病是怎么来的，不是大病，就是有点焦虑，出现点转化症状，控制好就行了。这样可以在一定程度上缓解她的焦虑。

第三，社会干预。可以讨论怎么运用社会资源，听女孩妈妈说，以前她的工作还好，老板还表扬她了，未来可以把把工作技能、与人打交道技能都补充一下，就会好起来。

这个女孩的生活刚开始，有了生物、心理、社会的干预，

这种小毛病在几个月以后就会恢复到原来的基线。焦虑会缓解，“失心感”也会好转。

回到基线就是胜利

其他医生问到，为什么不诊断女孩是边缘型人格障碍？因为她的核心症状不是人际关系不好、自己的情绪失控。如果她跟家里经常打架、吵架，所有交友都出现困难，跟老板也有问题，未来就可以往边缘型人格障碍解释。

而且，边缘型人格障碍通常不会出现这么多转化症状，这种人格障碍指的是在压力情况下，会处于精神症和神经症间这么一个边缘，比如，有了严重压力，她就认为有人要害她，有人来偷她的心脏，昨天是这样的感觉，今天感觉变了，心脏又回来了。

这个女孩的现实感完全保留着，只是出现了心理疾病躯体化，在她身上表现得比较泛化，最多认为她有一定的边缘型人格特质。

经过生物、心理、社会治疗，看她能否回到基线，也就是她发病前的情况。回到基线就是胜利，证明不是人格障碍。但如果这些焦虑、转换症状都治好了，她的人格特征逐渐显现出来，未来的生活中都是以人格障碍为主，那就可能是人格障碍。

这个案例难点是适应障碍还伴随出现了转换障碍，不是

十分的典型。适应障碍能解释她的病，就不要打其他标签。

也有人问是否可诊断重性抑郁障碍？我们说，这个女孩假如由于失恋出现适应障碍，不高兴了，不吃饭了，掉十几斤肉，没事儿想自杀，或者想要杀男朋友及其家人，还想反社会，到社会上捣乱，就可以诊断重性抑郁障碍，但通过概念化，可以解释整个问题的形成过程，仍是适应不良所致，所以即使发展为重性抑郁障碍，与之前的适应障碍诊断也不矛盾。但只有通过清晰的概念化，才知道女孩的情绪问题从何而来，才能更准确地干预，而不是仅仅给她一些抗抑郁的药物。对她的概念化是，由于家里从小没教育她，爸爸开麻将馆，妈妈开超市，她未形成很好的社会适应能力，出了学校难以适应社会，又经受了失恋重创，导致适应障碍伴随焦虑，且出现心理疾病躯体化，出现分离障碍中的躯体转换症状。病历上既写了适应障碍的诊断，又显现概念化过程，且知道下一步怎么治，其他医生接手，就都能明白。

（参加讨论，欢迎发邮件给 zaixiandaxue@126.com，或致电：

+86-18911076076）

《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阅读和下载，美利华在线心理健康大学网站 www.mhealthu.com，微信公众号：在线心理健康

2017 年中美规范化培训班，报名已开启！进入会议系统，整整一年，每周六天，天天看现场咨询、督导！随时视频回放！报名热线+86-18911076076

杂志工作团队



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

美利华在线精神健康大学

站在精神健康远程教育的最前沿

美利华“在线精神健康大学”，美国精神医学专家张道龙医生带领团队在国内进行公益培训 16 年后，于 2015 年在中国正式建立。旨在为全国医生、心理咨询师、学校咨询老师提供规范化培训，线上线下结合，提供专业支持，帮助助人者开拓职业空间，为中国人的心理健康做贡献。

2017 年，已有百家医院和大学进入“在线精神健康大学”合作体系。在北京、上海、广州、深圳等各大城市，以及内蒙古、新疆、西藏、云南、贵州、广西等全国各省市，只要有互联网，就能获取在线精神健康大学无微不至的专业支持。“在线精神健康大学”为中国各个省、市、自治区的精神科医生、心理咨询师、学校咨询老师，提供精神医学国际标准的培训；并将为国内有心理困扰的普通人和精神疾病的患者，提供符合国际标准的规范服务。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、四川省精神卫生中心、绵阳三院、温州康宁医院股份有限公司、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、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。并与北京大学出版社、北京大学医学出版社结成战略合作伙伴关系。

■中美咨询师及精神科医生规范化培训班（中美班）

正式开课时间 2017 年 7 月 1 日--2018 年 6 月 30 日

全年滚动招生！

培训时间：每周一-五 9：00-11：00 14：00-16：00

周六上午 9：00-11：00（北京时间）

远程培训系统：CISCO WEBEX MEETINGS 随时视频回放

报名热线：+86-18911076076

◇ 全年每周都能学习

◇ 现场咨询、督导，全部真实案例；理论学习与讨论，不仅前沿而且实用。

周一到周四讲授心理咨询或精神医学，周五请华人医生讲授全科医学和神经内科医学，周六请中国知名心理学专家讲解心理咨询实务。

◇ 既能看视频直播学习，又可随时回放，不受时间和地点限制。

◇ 规范化培训所采用的教材，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》系列书

《整合式短程心理咨询》与《短程心理咨询与督导实录》是国内最早的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 2013-2017 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。

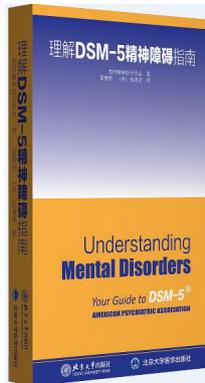


《DSM-5 鉴别诊断手册》（2016 年）

《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。

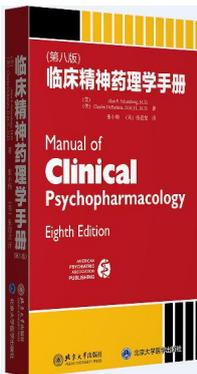




《理解 DSM-5 精神障碍》(2016 年)

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。

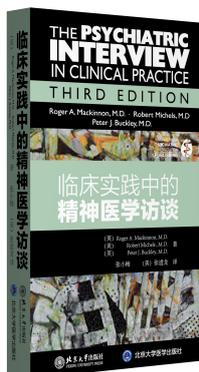
本书采用深入浅出、通俗易懂的语言，帮助未接受过系统训练的非精神医学专业的人，在学习《精神障碍诊断与统计手册》(第五版)时更容易理解和掌握，是内科医生、心理咨询师、临床社工、精神障碍患者家属及心理学爱好者，学习精神障碍相关知识的好助手。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，已于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



《临床精神药理学手册》(2018 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)(2018 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. Minkovitz, 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。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。

欢迎参加中美班！正式开课时间 2017 年 7 月 1 日--2018 年

6 月 30 日，全年滚动招生！

您可扫描二维码获取免费试听！



加入我们，您将成为——美中心理文化学会（美国）会员、
在线心理健康大学校友！

享有的福利是：

- 1、专业成长得呵护——临床执业技能与智慧培养，一路高人扶持，督导无忧，更可与中美心理学大咖面对面；
- 2、就业机会任你选——如合格则可以被转介来访者，享多点执业支持平台，签约助人轻松搞定；
- 3、全国专业资源网——百家精神专科医院，数十万心理咨询师资源，你不是一个人在战斗！
- 4、推广、会友不停步——在线心理健康大学网站线上线下，全国和区域性活动样样有，温暖手牵手。

您咨询实操能力的提升将涵盖：

- ①简单心理问题的处理；
- ②情感咨询、夫妻关系、家庭关系及亲子教育；
- ③学生帮助计划（**Student Assistance Program, SAP**），
各类学生行为、心理、性、成长、发展、人际关系、家庭问题的咨询；
- ⑤员工帮助计划(**Employee Assistance Program, 简称 EAP**)，各类职场问题的咨询，如就业咨询、创业指导、职场情绪与心理问题干预、职业生涯规划；
- ⑥伴精神障碍、心理障碍或服药患者的心理咨询与治疗；
- ⑦伴各种躯体疾病患者的心理咨询与治疗。

张道龙教授简介：

知名华人精神科医生，心理学家。毕业于美国芝加哥大学精神医学系。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。美中心理文化学会（CAAPC）、美利华在线精神健康大学创始人，北京美利华医学应用技术研究院院长。获得美国精神医学学会“少数族裔特殊贡献奖”及中华人民共和国芝加哥总领馆嘉奖，为两万多中美病人和咨客（包括留学生）提供 10 万次以上的心理治疗，是华人界在国内采用整合式短程心理治疗方法，为千万名医生、临床心理咨询师和 EAP 咨询师做督导的第一人。

张教授临床精神医学从业近 30 年，并首次将世界先进的精神障碍诊断系统 DSM-5 系列著作翻译为简体中文版，引入大陆；并著有《整合式短程心理咨询》及系列案例集。