



在线精神健康大学
eMental Health University

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 39 期) 期刊序号: 2016 年第 39 期(2016 年 12 月 16 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

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”！

本期主角都只有十几岁。15岁女孩被诊断为强迫症，临床访谈却发现是精神分裂症谱系障碍！而高三男孩，则从小被诊断注意缺陷/多动障碍，吃药就成“学霸”，不吃药却成“学渣”，这时可以停药吗？

这次“前沿理论热点”，学习焦虑及相关障碍，下期接着回顾强迫及相关障碍，请提前预习。

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

医生和咨询师们，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 控制不住担心灾难发生，是强迫还是精分前驱期

这孩子有明显妄想！
不同于强迫观念和行为。

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
焦虑及相关障碍。

3. 大众 · 心理

应用热点

3 ADHD 学霸男孩抖擞闯高考

从小诊断注意缺陷/多动障碍，吃药成“学霸”，不吃成“学渣”，面临高考，要停药？



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。

控制不住担心灾难发生，是强迫还是精分前驱期

美国精神科医生：张道龙

编辑：姚立华

故事：

来访者，高一学生。父母都是大学学历，母亲之前在医药公司工作，生二胎后离职，父亲为工程师。来访者两年前因听见别人说她很幸运，脑子里开始间断地想很多事情，想幸与不幸的问题，担心不好的事情会发生在自己身上，担心不好的物体会带来灾难，但仍可正常上学。初三因换校区更换老师和同学，感觉不适应环境，常发呆，敏感多疑，感觉同学间有人故意针对自己，讲自己坏话。今年年初症状加重，影响上课，内心痛苦，主动要求看病。去医院诊断为强迫症，住院半月，服



用舍曲林 50mg/日，奥氮平 1.25mg/日，服药一个月后症状好转自行停药。上高中后总是发呆，完不成作业，做事拖延，因脑子停不下来，所以上课总迟到，上课听不进去。担心不好的事情或灾难发生在自己或家人身上，不敢上楼，只能走某个楼梯，否则会有灾难，不敢写作业，怕写作业后发生不好的事情。在学校每天早上参加完早锻炼感觉好一些，但因脑子停不下来总是不能去锻炼。饮食睡眠无影响。无家族史。

目前住院三周，服用舍曲林（从每天早上 50mg 逐渐加量到现在的早上 100mg，中午 25mg）劳拉西洋每晚 0.25 mg。

第一步，咨客的困扰透着“古怪”。

1、咨客认为灾难和不好的事，能以她为介质，传递给自己的家人。

2、这种认识已持续一年多。

3、咨客否认有其他古怪表现。

1. 张道龙医生：讲讲你的困扰吧。



2. 来访者：我每天脑子里都在想那些事儿，但现在不太影响我的生活了，原来每天非常影响。

3. 张道龙医生：每天都想什么？

4. 来访者：不要把别人抽象的不太好的东西给我或者给我的家人。

5. 张道龙医生：把什么给你的家人？

6. 来访者：我脑袋里想的就是把别人抽象的不太好的东西，抽象的就是别人的幸运与不幸或灾难，灾难不是指大街上的车祸，而是每个人一天别人对他有什么看法，原来不太倒霉的现在都太倒霉了。

7. 张道龙医生：怎么把这些东西给你的家人呢？

8. 来访者：我觉得他们都是有一种情况的，在我脑子里想，潜移默化地传到我家人身边。

9. 张道龙医生：你同学或学校通过你传给你家人是吧？

10. 来访者：对。



11. 张道龙医生：每天都这样想吗？还是睡觉前不想
了？

12. 来访者：睡觉的时候不想。

13. 张道龙医生：醒来了就想是吧？这有多长时间
了？

14. 来访者：一年多。

15. 张道龙医生：你今年多大？

16. 来访者：16岁。

17. 张道龙医生：除了这个以外，有没有周围没人的
时候，你能听到有声音或对话啊？

18. 来访者：这个听不到。

19. 张道龙医生：还有些什么事儿，别人看起来很稀
奇古怪的？

20. 来访者：我在学校的时候，每天从早上起来就一
直在想那些把我妈的好命变苦命这些东西。



21. 张道龙医生：你说话听起来很有逻辑，有没有别人觉得你说话没有逻辑的时候？

22. 来访者：没有。

23. 张道龙医生：着装上有没有人说过这个孩子跟别人穿衣服不太一样，看上去有些怪，这种情况有吗？

24. 来访者：这个没有。

第二步，深入询问咨客困扰的体现，进一步概念化她的问题。

- 1、咨客提到脑子里的想法令她注意力不集中。
- 2、咨客进一步提到，脑子里有声音命令她做一些事，但没有叫她伤害别人。咨客必须做一些动作来取消那些倒霉的可能性。
- 4、吃了舍曲林和奥氮平后，咨客的症状缓解。
- 5、咨客认为家里没有人出现类似情况。



6、咨客认为父母都有朋友，只有她由于表现古怪，所以没有朋友。

7、咨客以前成绩不错，数学比较好，现在不上学。

8、咨客提到自己从小多疑。没受过外伤，没生过其他疾病。

25. 张道龙医生：除了这个，还有哪些事儿困扰你呢？

26. 来访者：就是每天从早到晚，脑子里总有那些想法。

27. 张道龙医生：这影响你学习吗？

28. 来访者：现在影响，学一小时不行，只能看进半个小时。

29. 张道龙医生：注意力不容易集中了？

30. 来访者：对。

31. 张道龙医生：你在班上现在大概能考到什么程度呢？排榜的话，大致处于什么位置？



32. 来访者：从高中开始就特别严重，上课根本听不了，有时还得强迫自己做一些动作，因为有时脑子里想的那个事儿如果你不做那些动作，有可能变成真的了。

33. 张道龙医生：所以你必须做个动作，做什么动作呢？

34. 来访者：就是有时回头看别人，一直低着头，强迫做这些。

35. 张道龙医生：你回头看同学干什么，怀疑别人控制你还是干什么？

36. 来访者：不是，因为我脑子里会说如果你不回头看别人就怎么着了。

37. 张道龙医生：是脑袋里有声音告诉你，你回头看一下？

38. 来访者：就是脑子里的声音。

39. 张道龙医生：脑子里的声音命令你做，对吗？

40. 来访者：对。



41. 张道龙医生：有没有声音命令你干别的，让你打人或干什么坏事儿有吗？

42. 来访者：没有去打人，有时早晨起床跑操，脑子里的声音就说你不能去跑操，到他们上课的时候你才能去。

43. 张道龙医生：这是一个问题。还有其他问题吗？

44. 来访者：没了。

45. 张道龙医生：你现在用了这几种药，用了药之后这些命令或者想法变好了吗？

46. 来访者：变好了，现在用这个药后基本上没什么了。

47. 张道龙医生：现在用两种药，一种是舍曲林，一种是奥氮平，那两个药搁在一起，哪个药帮你更多，还是两个搁到一起都帮你？

48. 来访者：两个搁到一起吧。

49. 张道龙医生：我想问一下，你家里爸爸妈妈有这个毛病吗？看精神科医生或吃精神活性药物药，有吗？



50. 来访者：没有。

51. 张道龙医生：你是老大，有兄弟姐妹是吗？

52. 来访者：有兄弟姐妹，还有一个弟弟。

53. 张道龙医生：弟弟多大了？

54. 来访者：4岁。

55. 张道龙医生：弟弟有问题吗？

56. 来访者：没有。

57. 张道龙医生：你愿意跟同学交往吗？有这个问题，跟同学交往有没有困难？

58. 来访者：就是因为有这个问题，我不太愿意跟他们说话，让他们以为我性格很古怪。

59. 张道龙医生：你爸爸朋友多吗？

60. 来访者：多。

61. 张道龙医生：你爸爸朋友很多，是吗？

62. 来访者：对。



63. 张道龙医生：妈妈呢？

64. 来访者：也多。

65. 张道龙医生：就你朋友少？

66. 来访者：我从小性格有时内向，有时外向，有时比较自私，有时比较容易怀疑别人，有时还幻想，抗压能力比较低。

67. 张道龙医生：你说你小时候容易怀疑别人，总是怀疑别人使坏，不怀好意是吧？

68. 来访者：嗯。

69. 张道龙医生：你今天讲得挺好，配合得也挺好。你有没有什么堂兄堂弟，其他亲属，有类似的病？知道吗？

70. 来访者：没有。

71. 张道龙医生：你学习上全面的都不好了，还是有些东西学得好，有些东西学得不好。

72. 来访者：上高中基本什么都没学。



73. 张道龙医生：我没听明白是哪门课学不进去？

74. 来访者：哪门课都学不进去。

75. 张道龙医生：过去有没有什么学得很好，比如数学比较好。

76. 来访者：过去学习都非常好。

77. 张道龙医生：有没有偏科，哪些科更好的，哪些科不好的，还是过去都好，现在都不好了？

78. 来访者：过去英语好，数学好，现在没学了，我也不知道好不好。

79. 张道龙医生：你过去的数学明显比其他的好是这样吗？

80. 来访者：对。

81. 张道龙医生：现在都不好了是吧？

82. 来访者：嗯。

83. 张道龙医生：你有没有受过外伤或其他什么？



84. 来访者：没有。

85. 张道龙医生：得过其他病吗？

86. 来访者：没有。

第三步，诊断咨客是精神分裂症谱系障碍，并非强迫症。

1、告诉咨客，第一次复发，大约治疗一年能稳定下来。

2、回应咨客“换环境”的问题，新环境如有压力，容易复发，所以尽量不要改变环境，每到一个新地方，必须要有精神健康服务机构。

3、回应咨客用药问题。

4、咨客妈妈进入对话，张医生与其澄清孩子的用药、目前症状是否减轻、有无家族史等情况，并告知早期诊断、早期治疗，整个一生都能得以改善，但对于孩



子的情况，必须“盯着”，一旦在压力环境下复发，就得立即找医生调药。

87. 张道龙医生：你今天想跟我讨论什么问题呢？

88. 来访者：这个病什么时候才会痊愈？

89. 张道龙医生：你这是第一次发作是吧，我看用药效果比较好，一般平均要治疗9到12个月，现在用药一共多长时间了？

90. 来访者：断断续续用了半年了。

91. 张道龙医生：一般治疗9到12个月，大概一年就能稳定下来，但你要配合治疗，不断回来看病，即使出院了，也得每3个月看一次医生，现在得每个月看病，把病情抑制住，复发概率就比较低。如果不断复发，最后就不太好治了，大致是这样。

92. 来访者：如果到了新的环境，出现一些新的事儿，会不会引起这个问题？



93. 张道龙医生：会的，因为你本来就多疑，到了新环境，就会更不信任别人。尽量不要换学校、城市、工作，这是原则。但有时必须离开家上大学，就得找好医生，你未来得总是跟精神科医生打交道了，到哪儿都得有精神健康服务，有医生定期给你开药、检查。三分之二的病人一生中反反复复，三分之一的人治得比较好，前几次最容易治，越到最后越不容易治疗，你这次治好，彻底一些，复发的可能性变小，基本上可以跟正常人一样生活。这样清楚吗？

94. 来访者：清楚。

95. 张道龙医生：还有别的问题吗？

96. 来访者：我现在用的这两个药可以吗？

97. 张道龙医生：这两个药可以，你有精神分裂的症状，又有焦虑的症状，所以这两个药搁到一起是可以的，继续观察你后面的反应。我今天通过跟你讲这些话，你要不说你有病，我听不出来，这点非常好。



98. 来访者：好的。

99. 张道龙医生：不知道你还有其他问题吗？

100. 来访者妈妈：张教授你好，我是孩子的妈妈，孩子现在吃的这个药，她说的有些不太恰当，现在舍曲林两片半，早上 100mg, 中午 25mg ，没有奥氮平。

101. 张道龙医生：她自己说她变好的事儿可靠吗？确实这些想法变少了，甚至没了，变得不困扰她了，这事儿对吗？

102. 来访者：基本上挺好的。

103. 张道龙医生：你妈妈说你的药物没吃奥氮平，只吃舍曲林了，但你中间肯定吃过一段奥氮平，是吧？

104. 来访者：对。

105. 来访者妈妈：今年年初吃了一小段奥氮平。

106. 张道龙医生：现在是年底，刚才说的这些症状用了舍曲林就变好了，是这意思吗？



107. 来访者妈妈：对，那时候舍曲林是一片，到目前为止，舍曲林加到了两片半。

108. 张道龙医生：刚才说的这些事儿你都听到了，有什么声音在命令她回头，控制她做什么事儿，担心别人害她，担心把不好的想法带回家，你发现她这些东西在变少吗？

109. 来访者妈妈：这些想法她自己描述得很好，因为在医院里，这种环境也是很宽松的，这两天回家了一下，也还行吧，现在没回到学校那种环境，也不知道会怎么样。

110. 张道龙医生：对的，她现在说得挺好，因为你是她的妈妈，应该了解她，她说的这些事儿，在你看来是对的吗？不是为了抓紧出院故意把症状说轻，确实回到家也跟你讲这些想法变少。学校还没试验过，不知道会怎么样呢，回到学校的压力下是不是又开始犯了，我的预测是她一定会犯，但是她犯了后调整药就好了。



111. 来访者妈妈：好的，她说的这些症状是很真实的。
112. 张道龙医生：是，我不是说她真实不真实，我是说小孩说的这些症状，在你看来，变好还是变坏。
113. 来访者妈妈：是在变好。
114. 张道龙医生：变好是在离开学校的前提之下，是吧？
115. 来访者妈妈：对，她在学校是从早到晚一直想这些事情，回到家里就好多了，来到医院她说更好了。
116. 张道龙医生：再回学校还不知道什么样，你们还得盯着她，我预测她回到学校还会加重，这些东西又跑出来了，我们还要再去治疗。你说有了第二个小孩，第二个小孩没什么问题吧？
117. 来访者妈妈：没有没有。
118. 张道龙医生：你和先生，还有你们两边的亲戚，兄弟姐妹，都没有精神分裂症，需要住精神病院，吃类似的药，对吧？



119. 来访者妈妈：我姨妈家的孩子有癫痫。

120. 张道龙医生：癫痫不算，都没有看精神科医生，住精神病院或用药，对吧。

121. 来访者妈妈：没有，都很好。

122. 张道龙医生：你得盯着她，回去后如果加重马上报告医生，这时还得调整药物。她得的是精神分裂症谱系障碍这类的病，需要药物治疗，未来需要加上奥氮平这类的药物，舍曲林不能解决这些问题。现在是因为她没有在那个压力环境下，医院轻松，别人关心，她的焦虑症状在减轻，脑内精神分裂症症状没有了，在压力环境下不知是否会诱发。一开始症状就是不稳定，压力大就出现，压力轻就没有，慢慢病情就会稳定下来，如果不断出现，那就有问题了。越早期治疗，整个一生都会改善，早期诊断、早期治疗，她的一生会变得很轻，跟正常人一样，越反复发作越不好。我们得盯着她回到学校的状态，现在还没到高三考大学的阶段，压力才刚开



始，从概率上还会复发。如果需要用药，马上调药，不能让这个病反复复发。

123. 来访者妈妈：好的，谢谢。

124. 张道龙医生：不客气。

通过访谈，才发现原本被诊断为“强迫症”的女孩，居然体现出精神分裂症的前驱期症状，她的强迫行为来自脑子里的命令，她从小多疑，他人看来则是性格古怪……如果没有早期发现早期干预，她很容易症状加重，一生都会变得很麻烦。

医生和咨询师们，不仅要认真阅读《DSM-5》和《整合式短程心理咨询方法》，还需要进行规范化培训，才能训练临床思维，正确评估、诊断，给予来访者更合适的帮助哦！

（参加讨论，欢迎发邮件给 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！
- ◇ **诊断“精神分裂症前驱期症状”**

这个病人如果是成人，就可诊断精神分裂症，因为是孩子，尽量保守一点，给她诊断为精神分裂症前驱期症状。她有明显的被害妄想、关联妄想，加上幻听、错觉。精神分裂症的早期症状经常有抑郁、焦虑，伴有强迫思维，我会说是“精神分裂症的前驱期”或者“其他特定的精神分裂症谱系障碍”，在美国一般这样下诊断。到了18岁以上，如果再发作一次，就可直接诊断精神分裂症。治疗用两组药，可用抗焦虑的药物对症治疗，但更主要的是在复发时，症状出来时，用抗精神分裂药物，这样能防止病情继续加重，否则大脑的化学递质环路出现问题就麻烦了。现在没有压力，症状减轻。还得看她回到学校是否复发。（参加讨论，欢迎发邮件给 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：她刚才描述症状，提到脑子里出现的那个声音，在学校，她早晨起来跑操，就会想，如果现在去参加跑操，怕妈妈有不好的命运，就拖一段时间。这种不好的想法持续存在，使她在学校没法去参加跑操或上课，她的解释是：我去了，这种不好的事儿可能就会发生。她这算是强迫思维里面的强迫联想吗？

张道龙医生：这就是关联妄想，她说担心周围不好的东西带到妈妈那儿去。强迫症的病人从来没有这种表现，她说的所有东西都是属于跟精神分裂症谱系障碍症状有关的。“强迫症”是什么意思？是担心这个东西脏，所以回家多洗洗手，比如公共厕所确实脏，正常人也觉得脏，但他们把这种脏夸大了。还觉得什么东西摆得没对齐，接受不了，得摆放整齐对称，这叫强迫症。

“妄想”的意思是这东西不存在，怎么可能上了楼梯，你家里人就生病，自然界存在这种事儿吗？这就叫妄想。怎么叫“关联妄想”呢？别人不好的东西通过我影响家人，我总觉得很快灾难就会发生在我或家人身上，



这都是最典型的精神分裂症谱系症状的妄想系列症状，不能解释为强迫。她的确有一部分强迫思维，焦虑的人都有强迫思维，更主要的是她既有妄想还有幻觉，只是幻觉没发展得非常明显，还没有声音、对话之类，因为她只是个十几岁的孩子，又是第一次发病，没有家族史，所以我说她是精神分裂症谱系障碍前驱期症状。

问题二：药物方面，目前给的舍曲林 125 毫克每天，还需要再调整一下药物吗？

张道龙医生：舍曲林治疗焦虑挺好。如果出院了，告诉她一旦有那些古怪的想法，得赶紧回来看病，下次要给维思通一类的药，因为这是阳性症状。舍曲林+奥氮平没问题。这小孩很快就会发病，因为 15 岁到 25 岁是这个病的高发期，表现都符合精神分裂症谱系障碍，只是现在诊断尽量保守一点，你说的“强迫”，偶尔有是对的，但妄想太明显了，她说的完全是不相关的事儿，跟强迫症一点关系也没有。

注意看病永远不能只是逐条对症状，要看她的概貌，或者叫心理画像、心理概貌、一元论、概念化，我想，你肯定是发现她脑子有想法控制不住，你把这个当



成“强迫”了，这是对的，强迫的确是控制不住自己的想法。问题是——“想什么”比较重要，总想多洗手，洗完手症状就轻了，这是强迫症。她是有妄想。伴点强迫没问题，很多精神分裂症都有强迫症状，得看她主要的核心症状符合哪个。

为什么一定要概念化，看概貌，不能看症状，因为精神障碍很多症状都是跨界的，比如失眠，精神分裂症的人睡不着觉，双相的人睡不着觉，抑郁的人睡不着觉，睡眠觉醒障碍的人睡不着觉，疼痛的人也睡不着觉，很多障碍都睡不着，焦虑也是一样，很多疾病都有焦虑的表现，很多疾病也有强迫的表现，问题是这个病人的主要概貌是什么？怎么用一元论解释？这小孩 15 到 25 岁，进入精神分裂症的高发期了，她数学又好，说明脑内多巴胺水平高；最核心的症状是关联妄想，把不相关的事儿都扯到一块。

问题三：我们在临床上遇到一些诊断为妄想障碍的病人，妄想障碍和精神分裂症在症状上如何鉴别，他们治疗疗程上是否有不同？



张道龙医生：妄想障碍的疗程更长，治疗效果更不好，精神分裂症疗程比较短，效果更好。鉴别上得符合诊断标准，妄想障碍是除了妄想没有其他的，这个小孩有妄想，甚至都可能有幻觉，但仅仅是前驱期，还说小时就多疑，跟周围人不一样，大家看着我比较怪，不愿意跟人交往。诊断精神分裂症，是A类症状里必须有五项症状中的两项或更多，其中一项必须是前三项中的，这个小孩都达到诊断标准了，只是因为年龄原因，我们再稍稍延后一点。已经出现了这么多症状。妄想障碍往往只是妄想，除了妄想，其他都挺好，这个小孩学习也学不下去了，原来爱学数学，这都是不正常的。这么年轻就住院了，天天有这些想法，不可能是妄想障碍，她的表现更泛化，大脑功能异常更多，这就像精神分裂症。

妄想是高选择的，比泛化的精神分裂症更难治。我总认为有权威的人爱我，我总觉得他们要跟我谈恋爱，其他都挺正常，那用药物治疗效果就不好，因为是选择性异常，没有一个药专门治疗色情妄想，专门治疗被害妄想。异常越多，药物治疗越好。往往症状越多，病越重，大脑异常更广泛，就越容易纠正，这病人要么死了，要么活回来了。车祸把脑袋撞坏了很容易修，而脑



袋里头最深的地方长了小肿瘤怎么做手术？找都找不着。

总的来说精神分裂症比妄想好治，高选择的妄想障碍，得通过心理咨询治疗，药物治疗效果不好。但从功能上说，精神分裂症患者肯定不如妄想障碍患者。

问题四：一个症状的确要有规范化的标准，按照美国诊断标准，妄想怎么来进行确诊，有哪些标准，我怎么确认这个症状是妄想？这个患者如果我们在门诊第一眼看的话，不太像精神分裂症，达不到重性疾病的状况，比如精神分裂症诊断需要认知情感行为的综合表现。这个患者诊断分裂症或者前驱期症状，我感觉临床很难确定。

张道龙医生：你得看 DSM-5 了，上面一条一条写得很清楚，美国诊断疾病靠诊断标准，规范化培训就学这些标准。你刚才说的根据情感、行为、心境、协调性，跟诊断标准一点关系都没有，都是老夫的经验，不是现代国际标准，与 ICD 也毫无关系，都只是经验之谈。

普遍来说，重的精神分裂症，尤其行为紊乱，确实都有刚才说的综合表现，但有的患者是高功能的，在前



驱期只有幻视幻听，其他症状都没有，但只要符合诊断标准，仍然就是精神分裂症，不是按照认知、情感情绪来诊断。

“妄想”，就是不存在的固定的信念，没法辩论，不可动摇，她认为电梯就是影响我家安全，那就是妄想，定义很容易。为什么规范化培训出来的人诊断病都很容易，没有加那么多主观随机经验的成分？就是看概貌、一元化，你说具体的标准怎么写的，DSM-5 列得最全，预计 2018 年出版的 ICD-11 跟它一样，你提前学了一年半的规范化培训，我们国家百分之百会采纳 ICD-11，这不是精神科的问题，而是全体医学科室。

问题五：您提到可以用维思通来治疗，维思通会比其他第二代药物引起药源性强迫症状的可能性更大，这个说法对吗？

张道龙医生：但它作用性强，剂量多、时间长，劲儿也最大，维思通介于第一代、第二代之间，技术是第二代，对早期发病、反应明显的患者作用很快，同样副作用也大。维思通容易引起月经紊乱，那么我们就用奥氮平。



问题六：有时患者前驱期症状比较单一，达不到诊断标准，尤其患者还没满 18 岁，要进行药物治疗吗？

张道龙医生：我们按照她的症状治疗，达到用药标准就用药治疗。这个病人已经达到诊断标准了，我只是保守一点，定一个“前驱期症状”或“其他特定的精神病性症状”，再观察一下看怎么回事。拿不准就选“其他特定的”，拿得准的就直接诊断，这个病人一旦幻听明确出现了，直接诊断即可，这个病人达到用药标准了，跟年龄没关，跟症状有关。

（参加讨论，欢迎发邮件给 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。请预习强迫及相关障碍哦。

DSM-5 理论讲授

主讲：张道龙 编辑：许倩

焦虑障碍

在中国，焦虑障碍患者多于抑郁障碍患者；而在美国，抑郁障碍患者则多于焦虑障碍患者。

从精神动力学角度来看，人类的焦虑总体上可以分为两种形式：一种是心理上弥漫性的焦虑，通常由于长期、慢性的不安全感带来的过度担忧所致，以广泛性焦虑障碍为代表。另一种是生理上的强烈反应，通常由于自主神经系统突然放电所致，以惊恐障碍为代表。

临床工作者接受规范化培训之后，才能理解各种疾病之间病因学上的关联；才能在访谈过程中，理解患者的症状是什么？症状的起源是什么？为什么患者会在生



命的这个阶段来求助？在此基础上，才能为患者提供诊断与鉴别诊断，以及基于生物-心理-社会的针对性治疗方案。

【广泛性焦虑障碍】

人群中约 2%的个体有广泛性焦虑障碍，其患病率高于精神分裂症，是相对常见的疾病。

一、核心特征

第一，病程：至少 6 个月。

第二，出现以下 6 种症状中的至少 3 种，儿童仅需 1 种：

1. 坐立不安；
2. 易疲劳；
3. 注意力难以集中；
4. 易激惹；
5. 肌肉紧张；



6. 睡眠障碍。

第三，此障碍引起有临床意义的痛苦或功能损害。

二、风险因素

第一，遗传的：一级亲属有焦虑、抑郁问题的个体，儿童期对陌生的环境和人采取退缩状态的个体。

第二，环境的：父母过度保护、总是强调外界的危险性，在这种教养方式下长大的儿童。

三、治疗

第一，心理咨询：首选 CBT，用以改变患者的不良认知和不健康的行为，治疗效果较好。

第二，药物治疗：

1. 选择性五羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs），代表药物有百忧解、左乐复，整年使用不会成瘾。



2. 选择性五羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂 (SNRIs)，代表药物有文拉法辛、度洛西汀，整年使用不会成瘾。

3. 有时，可以短期（不超过 6 个月）使用苯二氮卓类药物，代表药物有劳拉西泮、安定。此类药物见效快、副作用可控，但长期使用容易成瘾。

第三，在药物治疗和心理咨询无效的情况下，还可以考虑 ECT、经颅磁刺激等方法。

【惊恐障碍】

一、核心特征

第一，反复出现不可预期的惊恐发作，发作期间出现以下 13 种症状中的至少 4 种。

第二，一次惊恐发作之后，总是担心再次发作，持续一个月以上。

第三，此障碍引起有临床意义的痛苦或功能损害。

1. 心悸；



2. 出汗；
3. 浑身震颤；
4. 窒息感；
5. 哽噎感；
6. 胸部不适或疼痛；
7. 腹部不适；
8. 头昏；
9. 发冷或发热；
10. 麻木或针刺感；
11. 现实解体；
12. 感到失去控制；
13. 濒死感。

二、风险因素

第一， 遗传的：易焦虑、易受惊吓的个体，一级亲属有与焦虑相关的疾病的个体。



第二，环境的：儿童期受过躯体虐待或性虐待的个体。

三、治疗

参见广泛性焦虑障碍的治疗。

【场所恐怖症】

一、核心特征

第一，患病率约 1.7%，对以下情况中至少两种感到显著的恐惧或焦虑：

1. 乘坐公共交通工具；
2. 处于开放的空间；
3. 处于密闭的空间；
4. 排队或处于人群中；
5. 独自离家或离开亲密的人。

第二，病程：至少持续 6 个月。

第三，这类担心超出了正常的范围。

第四，此障碍引起有临床意义的痛苦或功能损害。



二、风险因素

第一，遗传的：场所恐怖症的遗传性高达 61%，其与代表恐怖倾向性的遗传因素的关联最强。

第二，环境的：儿童期经历过创伤事件（例如，父母死亡）的个体，儿童期家庭呵护减少或过度保护的个体。

三、治疗

参见广泛性焦虑障碍的治疗。

【社交焦虑障碍】

一、核心特征

第一，非常害怕社交环境，例如，在公共场合发言。

第二，害怕自己的言行使得别人对自己产生负性评价。



第三，这种担心超出了正常的范围。

第四，这种害怕、焦虑持续至少 6 个月。

第五，此障碍引起有临床意义的痛苦或功能损害。

二、风险因素

第一，遗传的：此障碍有较强的遗传性。

第二，环境的：儿童期遭受虐待和压力的个体。

三、治疗

参见广泛性焦虑障碍的治疗。

【学员问题与解答精选】

Q1：一位男性患者突然有惊恐发作的症状，心慌，到心内科就诊，没有经过特殊的治疗。住院十几天期间也没有再次发作，患者本人对这个症状也不是很担心。但是，患者即将出院时，看到一个病友因心脏病去世，突然再次出现了症状。症状消失之后，患者没有对心脏疾病表现出担心，也没有再次发作。当时被诊断为惊恐障碍，请问是否正确？



张道龙医生：精神障碍的诊断不能因为出现某一个症状就给予诊断，还必须有技术参数，以及病程方面的时间要求，否则过多的人会被诊断为精神障碍患者。

惊恐障碍是不明原因、没有预警、不合理的发作，并且总是担心再次发作，担心自己的生命不受控制。如果该患者仅有一两次发作，则不能诊断为惊恐障碍。该患者因为看到旁边的人得心脏病去世，担心患心脏病。遇到这种情况，任何人都可能受到刺激，这是基于现实的、合理的、正常的担心和焦虑。因此，该患者目前没有达到惊恐障碍的诊断标准，也达不到任何一种焦虑障碍的诊断标准，需要继续观察患者未来病情的发展情况。

Q2：焦虑障碍比较强调家族遗传因素，那么治疗时，是否药物治疗更为重要？

张道龙医生：认为某种疾病对应某种疗法，这是非常不科学、缺少规范化训练带来的误解，事实上，生物、心理、社会三者同等重要。但是，从使用范围的角度



度来说，心理咨询使用得最多，所有精神障碍的治疗，都可以使用心理咨询；药物通常用于治疗中度到重度的患者；ECT 可用于治疗重度到极重度的患者。但是，如果患者处于精神分裂症发作期，当然不能使用心理咨询，因为患者听不进去，需要先用药物控制症状，再使用心理咨询。

为什么强调焦虑障碍的生物学因素呢？客观而言，焦虑障碍确实有较强的生物学因素。在所有精神障碍中，遗传因素最强的前三类疾病依次为双相障碍、物质使用障碍和焦虑障碍。其中，焦虑障碍排在第三位。了解焦虑障碍的遗传基础和生物学基础，是为了选择药物。例如，SSRIs、SNRIs 首先与去甲肾上腺素有关，其次与五羟色胺有关，所以可以选择这些药物来治疗焦虑障碍。

Q3: DSM-5 中，对于惊恐障碍的发作时间是否有比较具体的要求？



张道龙医生：第一，惊恐发作是在数分钟内达到高峰，一般都在 5-10 分钟。第二，结构性访谈对于发作时间一定要具体，是为了防止科研结果出现偏差。但是，临床问诊不需要这么具体，超过一次以上的发作，持续超过一个月就可以诊断为惊恐障碍。之所以强调一次以上的发作，是因为半数患者一次发作之后再也没有第二次发作，另外半数的患者变成了持续的担心，从而达到惊恐障碍的诊断标准。这明显与风险因素有关。

Q4：现在很多小学生被送到学校寄宿。有的孩子寄宿一两个月后出现极度的厌学或恐惧，不愿意去学校，回到家里跟父母在一起时就没有焦虑情绪。这些孩子的年龄基本在 7 到 12 岁之间，被当地医院诊断为焦虑，这种诊断是否正确，是否可以使用药物治疗？

张道龙医生：首先，这些孩子不是厌学，而是分离焦虑，厌学是分离焦虑的结果。如果不经正规治疗，长大后容易变成社交焦虑障碍。



第二，小学生由于年龄太小，如果离家太远就容易产生分离焦虑，这属于社会问题，需要社会干预，通过系统解决。例如，建议学校配备 SAP（学生帮助计划），请专业心理咨询师在学校里给孩子们进行治疗，这些学校的咨询师等于替代了孩子父母的功能，帮助孩子们变成兄弟姐妹的关系，孩子的心理才能健康。此外，在条件允许的情况下，父母尽量不要离孩子太远，否则容易产生分离焦虑。

Q5：适应障碍、伴焦虑的患者，在什么情况下有可能转化为焦虑障碍？

张道龙医生：适应障碍与焦虑障碍是两种不同的疾病。适应障碍是外源性疾病，是在有应激源（例如，创伤）之后出现的问题。焦虑障碍则是内源性疾病，是自发的，创伤和压力都是后天获得的影响因素。

（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

这个高三男孩小学时曾被诊断为 ADHD，服药效果很好，学习努力，稳当学霸，可是一不服药，就变得注意力不集中。他想继续服药，父母反对他服药。在这个问题上，亲子冲突，令人烦恼。如何给孩子合适的支持，鼓励他更好地闯关高考？如何做，才更有策略呢？

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！

ADHD 学霸男孩抖擞闯高考

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

这位高三男生来自理科班，独生子，父亲从事人事工作，母亲做审计工作。小学五年级时男孩被诊断为注意缺陷/多动障碍，当时有多动和注意力不集中的问题，开始服用盐酸哌甲酯（利他林）缓释片，但平时不服用，考试前服用。随着年龄增长，男孩变得不那么多动



冲动，但一旦不服药，注意力还是难以集中，会抖腿，话也多。

男孩从小兴趣广泛，尤其爱研究计算机和物理学知识，学校教的内容对于他并不难，有些物理知识他小学阶段就已经掌握，还经常解出别人眼里的难题。但吃药和不吃药时差距很明显。他很多基础知识掌握不牢，不吃药时最差考过年级倒数！而吃药以后，学习成绩则可以考到班级前十名，按这样的学霸成绩，可以考上一本！可是每次在药效接近消失的时候，就会长时间头疼，食欲不佳，还紧张焦虑。

父母觉得孩子对药物有依赖，国内知名医院的医生判断他的病好了，不用吃药，但孩子认为还需要靠药物度过考试，自己并没好。他希望以学霸的成绩报考传媒学校的数字媒体技术/艺术专业。

高考倒计时，并非停药良机

道龙老师了解孩子的情况后，明确告诉他：调整药没问题，可以换不同的药，减少副作用，但不能停这类



的药，因为距高考只有六个月，考不上大学一生都会后悔。一般生病的小孩到高考最后一年，大学毕业的最后一年和研究生最后一年，该吃药就吃药，只要表现好就行。如果把高考搞砸了，就是最不理性的选择。

因为根据孩子自己的描述，用药和不用药显示出不同结果，对照他从前的诊断，可以予以采信，所以他的病是真实的，需要治疗。

再说副作用和成瘾两件事。关于副作用。孩子吃药之后，药效最高时感觉很好，药效快结束时就会头痛，早上吃完药中午吃不下饭，还有焦虑症状。这是因为他用的是“缓释剂”。缓释的意思是慢慢释放药效，有人耐受有问题，也有人用冲击剂量时有问题，这个男孩不适合用缓释剂，到尾声副作用就出来了。道龙老师建议他不使用缓释剂，改用立即释放的制剂，下午1点钟吃了，晚上6点钟完全离开体内，食欲都回来了，也不影响睡眠。



关于成瘾。现在明显已经成瘾了，在遇到困难时，孩子首先想到用药，这可以在高考完之后慢慢戒掉。而礼来公司出的非成瘾性的药物——盐酸托莫西汀，在中国叫作择思达，还可以缓解焦虑，也是一个好选择。可以趁放寒假的时间，测试一下盐酸哌甲酯（利他林）缓释剂、立即释放的制剂和盐酸托莫西汀，看哪个更适合他。

高考前复习阶段，孩子不吃药，就难以跟上同学上课的思路，吃了药却又觉得别人思路太慢。道龙老师建议他就减少一点用药量，避免带来不适应和新的焦虑。当他问到是否要到校外补课时，老师让他根据对自己是否有利而定，但不可能用药物来提高成绩，而只是通过药物提高注意力。

全家都需要心理咨询

男孩提到现在跟父母也有矛盾，主要由于用药上的分歧。接着他就觉得跟父母沟通太浪费时间。



由于孩子父母也在电话旁边，道龙老师同时也提醒他们：还有6个月就要高考，不是应该停药，甚至可能还要考虑更多用药。这种时刻，停药是不理性的讨论，除非副作用令他没法忍受。这个期间，是非黑即白的选择，高考结束后，就属于“灰色地带”，可以商量怎么戒掉利他林或改用择思达。

上大学四年间，学业不紧张时可换不易成瘾的药，也可试不用药，看可否通过其他办法，比如心理咨询，改善注意力。但大四又是“冲刺那年”，很关键，突击找工作、考研，也类似高三、研三状态，要保证效率。

家有ADHD患儿，孩子和父母都需要心理咨询。父母只是担心孩子心理上对药物有依赖，一有问题就寻找快速简洁的办法，寻找药片，不去主动解决。但父母跟孩子没有什么利益冲突。孩子需要缓解焦虑，包括吃药和原本的“要求完美”所带来的焦虑，而父母也需要更好地支持孩子，学会应对策略。



孩子目前最好的缓解焦虑的方式就是运动、听音乐自我放松，还要做心理咨询，进行认知调整，看开一些事儿，当别人刺激自己时，学会新的应对方式，而不一气就着，也避免与父母争吵，避免影响家庭氛围和个体状态。另外要学会不追求完美，因会以健康为代价。

而父母则适合通过心理咨询，了解怎么跟有病的子女相处，尤其是这个孩子还正处于高考的高压下。父母要避免刺激孩子，找找吵架的导火索，找找提起什么事儿能让孩子高兴。在6个月之内学习怎么不刺激孩子，这需要与擅长认知行为疗法（CBT）的咨询师聊。

这样下去，就避免大家互相埋怨，孩子不埋怨父母给他带来这个跟神经发育有关的病，父母不埋怨他高考时需要吃药、吃完药还发脾气。互相容忍，就会发现，父母和子女之间没有根本利益冲突，父母希望孩子好，孩子也希望父母好。



况且，ADHD 属于神经发育障碍的一种，是大脑没发育好带来的，症状会随着年龄增长而变轻，逐渐变好，变得几乎和正常人一样。

选专业必须基于现实

孩子想考中国传媒大学的数字媒体艺术或者设计专业。道龙老师提醒他：选择学校不重要，选择专业重要。第一个原则是你喜欢什么就学什么，在能被录取的情况下，感兴趣的专业更容易坚持学下来，毕了业就容易就业。但不要选择需要特别集中注意力的、一个小时不能动的专业，那就麻烦，要靠药物维持。应选择注意力时间需求短暂的，能够想一下停一下，干一下停一下，而非需要持续状态的专业。比如说，美国很多 ADHD 的小孩打棒球，击球快；菲利普斯也是 ADHD 患者，他选择游泳，不需要使用持续的注意力。

孩子说想学这个专业，因为对设计、摄影的兴趣，那个专业需要创造性思维，有灵感就能做得快。



道龙老师又提醒：在个人有爱好、不需要持续专注之外，还要看就业的难易程度。三方面结合，就能找到正确的答案。

ADHD 诊断要结合父母和老师的报告以及医生的观察

孩子的母亲提出对以前 ADHD 诊断的怀疑，道龙老师认为结合孩子叙述，可印证以前诊断，距今 6 年以上，在此并不质疑。

一般在美国诊断 ADHD 都要几方面配合，包括父母的观察、老师报告，还有孩子在医生办公室的表现。父母是非常了解孩子的人，在家里通常都能观察到问题。如怀疑他没说实话，可问学校老师，看孩子成绩是否没吃药就易下降，吃了药就变好。若相反，就说明他撒谎。

在美国，诊断 ADHD 会重视老师的意见，老师较为中立，还经常由学校护士发药，护士会发现，孩子吃药之前板凳也坐不住，吃完药一会儿就好了。这就能证明孩子的确有 ADHD。

（参加讨论，欢迎发邮件给 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》。

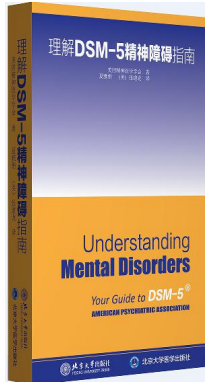
张道龙医生担任简体中文版工作委员会主席和主译。第五版《精神障碍诊断与统计手册》（案头参考书）和《精神障碍诊断手册》（全书），由张道龙医生率领的翻译团队翻译完成，由北京大学出版社分别于2014年、2015年在国内正式出版。

《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。

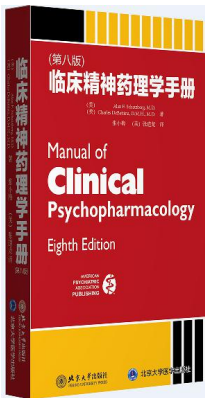




《理解 DSM-5 精神障碍》（2016 年）

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。

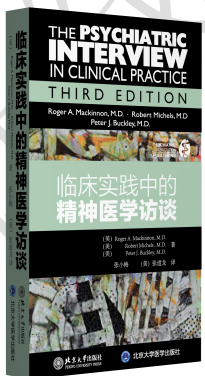
本书采用深入浅出、通俗易懂的语言，帮助未接受过系统训练的非精神医学专业的人，在学习《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）时更容易理解和掌握，是内科医生、心理咨询师、临床社工、精神障碍患者家属及心理学爱好者，学习精神障碍相关知识的好助手。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，已于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



《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，在线精神健康大学网站 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！**