



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 22 期) 期刊序号: 2016 年第 22 期(2016 年 7 月 21 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

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”！

本期现场，30多岁的男性有明显的惊恐障碍，非常焦虑，却不知道自已为什么会变成这样，仿佛全无缘由！世上真有这等怪事？“编”个故事去探探究竟……

本期“大众·心理”主角——高中男孩，爱好物理、生物，却不了解这些学科最接地气的部分，需要进一步引导！而父母的感情纠葛，别带给孩子！“前沿理论热点”中，继续讲授 DSM-5，讨论抑郁障碍。

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，2016，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 几年来没缘由的心慌、胸闷，停药就犯

30 多岁男性结婚生子后还与父母住在一起，上面有两个姐姐。两年前突然得了惊恐障碍，怎么解释才通？怎么帮他才好？

2. 理论 · 研究

前沿理论热点

2 DSM-5

本期讲抑郁及相关障碍，具体为重性抑郁障碍、持续性抑郁障碍和经前期烦躁障碍、破坏性心境失调障碍。

3. 大众 · 心理

应用热点

3 善用资源，打开孩子大视野

高二的孩子挺聪明，爱好物理、生物，但说起想考的大学专业，却很空洞。家长的引导有问题？



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。

几年来没缘由的心慌、胸闷，停药就犯

美国执业精神科医生：张道龙

编辑：刘金雨

故事：

咨客，男性，30 几岁，大专，医疗工作人员，已婚已育。咨客从小在家庭中受到照顾比较多，结婚后也是一直和父母生活在一起。

咨客最近几年来反复无明显原因地心慌、胸闷。曾因此到多家医院做过多项检查，症状发作时心电图表现为窦性心动过速约 120 次/分。心脏彩超正常。甲状腺功能正常。也曾某机构做过长期的催眠治疗，感觉效果差。



目前服用黛力新（氟哌噻吨美利曲辛片）一年余，服用时心慌发作明显减少，停药后复发。

第一步，讲讲你的困扰——咨客描述了症状。

- 1、几年来莫名其妙心慌气短。
- 2、无明显规律，单独时或恐惧时加剧。
- 3、出门担心犯病没人救自己，所以不敢出门。

这不仅仅是“惊恐发作”哦，对照这样的教学咨询案例，“惊恐障碍”大致的诊断标准就出来了。

1. 张道龙：你好，我是张医生，讲讲你的困扰吧！
2. 咨客：我的困扰就是从几年前开始总是莫名其妙地心慌，后来发展到胸闷、气短，一直到现在。其他的症状倒不是很明显，主要是这方面。
3. 张道龙：心慌、气短有没有规律性？比如每天一次，每周一次。



4. 咨客：没有规律性，主要是跟环境有关系，比如说，在单独的情况下或者在恐惧的情况下，好像心慌的频率高一点，平常的情况下低一点。
5. 张道龙：你都恐惧些什么呢？
6. 咨客：我也说不出来恐惧什么，反正是心里莫名其妙地恐惧，好像怕这怕那的，我害怕一个人出门。
7. 张道龙：害怕一个人出门是因为怕出门被害了，还是害怕一个人出门，心慌的时候没有人救你？
8. 咨客：对，是后者，担心犯病。

第二步 询问咨客犯病的频率和用药的情况。

1、现在服药情况下，半个月犯一次惊恐发作，以前每周犯两三次。

2、降低心率的倍他乐克吃了几年，黛力新吃了半年。现在两种药都在吃。



3、做咨询的目的是不想长期吃药，担心未来黛力新的副作用。

4、检查了血压、心脏，目前都没问题。

9. 张道龙：你这个犯病的频率是怎么样的，一天大概有几次呢？

10. 咨客：有时候也不那么频繁，现在服用药物。

11. 张道龙：没那么频繁，是什么情况？是在家里没问题，出门就有问题吗？

12. 咨客：频率没那么频繁，有时候偶尔犯一次，不是像您说的那么频繁。

13. 张道龙：偶尔犯一次，偶尔是什么概念呢？

14. 咨客：您说的是服药前还是服药后？

15. 张道龙：现在是什么情况？

16. 咨客：现在服药后，差不多半个月犯一次。



17. 张道龙：那效果还不错，服药前呢？
18. 咨客：服药前感觉每个礼拜都犯两三次。
19. 张道龙：服药多长时间呢？
20. 咨客：药吃了好几年了。
21. 张道龙：天天吃药吗？
22. 咨客：对，天天吃药，每天早晚两次，一直吃倍他乐克（琥珀酸美托洛尔缓释片），降低心率的。后来又吃了黛力新。
23. 张道龙：过去试过只吃其中一种药是什么样吗？
24. 咨客：试过，一开始没有吃黛力新，只吃控制心率的，好像控制不住。
25. 张道龙：加上黛力新好一些？
26. 咨客：加上之后效果很明显。
27. 张道龙：现在效果好了，为什么想起来做咨询呢？



28. 咨客：因为我不想长期吃药，我看到黛力新这个药，副作用比较大，我今年 30 几岁，不想每天吃药，想把这个药停了。

29. 张道龙：你现在是担心它的副作用，不是现在已经有副作用了？

30. 咨客：现在还没有副作用，药吃了大约有半年左右了。

31. 张道龙：你刚才说吃这个药好几年了，现在又说半年？

32. 咨客：我吃倍他乐克好几年了，吃黛力新半年了。

33. 张道龙：心脏、血压有问题吗？

34. 咨客：查了，没有器质性的病变。

35. 张道龙：血压也不高？

36. 咨客：不高。

37. 张道龙：血压低吗？



38. 咨客：不低，正常。

第三步，询问咨客还想讨论什么，试图寻找焦虑背后的原因。

- 1、咨客提到无缘由的焦虑。
- 2、咨客觉得自己两年前都还好，并没发生什么事情，就突然变得焦虑。
- 3、咨客认为自己没有焦虑的家族史。
- 4、咨客儿子上小学了，他也并不觉得自己因此而焦虑。

各位医生、咨询师，遇到这样“铁嘴钢牙”，什么都说不出的咨客，你会焦虑吗？

39. 张道龙：你还有其他什么困扰吗？

40. 咨客：好像很焦虑，我内心感觉很焦虑、很恐惧。



41. 张道龙：焦虑什么呢？

42. 咨客：我也说不出来，莫名其妙地焦虑，所以才服用黛力新，黛力新是抗焦虑的药品。

43. 张道龙：对，对焦虑有所帮助。还服用其他药吗？

44. 咨客：没有，别的没吃过。

45. 张道龙：先说你刚才说的心慌、胸闷这种恐慌发作，有几年了？

46. 咨客：两年了。

47. 张道龙：你的焦虑有多长时间了？

48. 咨客：焦虑也得有半年左右了。

49. 张道龙：两年前都很正常，什么事也不焦虑，突然之间恐慌了，现在又焦虑了？

50. 咨客：对，对。

51. 张道龙：两年以前没有焦虑这个毛病？比如，有时候爱琢磨事、想不开。



52. 咨客：没有，两年前没有，这个焦虑症大约有两年左右了。

53. 张道龙：两年前突然有这个毛病，之前都没问题，这种事你相信吗？

54. 咨客：我也很迷茫。

55. 张道龙：一个没有焦虑的人，突然 30 几岁开始有焦虑了，这听起来很奇怪。家里人有焦虑的吗？

56. 咨客：没有。

57. 张道龙：工作上这两年有变化吗？

58. 咨客：没有，一切正常。

59. 张道龙：有兄弟姐妹吗？

60. 咨客：我上面有姐姐。

61. 张道龙：有几个姐姐？

62. 咨客：两个。

63. 张道龙：你是唯一的一个儿子？



64. 咨客：对。

65. 张道龙：你的姐姐有这个毛病吗？爱焦虑，爱寻思事儿？

66. 咨客：没有，我都打过电话问过她们，都说没有。

67. 张道龙：也没看过精神心理疾病，也没吃过药？

68. 咨客：没有。

69. 张道龙：父母也没有过这个问题吗？

70. 咨客：没有。

71. 张道龙：这听起来很奇怪，你的小孩几岁？

72. 咨客：8岁。

73. 张道龙：上小学了。工作上的这些事儿让你很焦虑吗？

74. 咨客：没有。



第四步，看似“编故事”，其实依据精神动力学原理，咨客接受了，进一步讨论治疗方案。

1、咨客是家里的唯一男孩，有两个姐姐，结婚生子后还与父母住在一起。根据这个情况，张医生“编了一个故事”，来解释咨客为什么会焦虑，会惊恐发作。

2、咨客接受了这个故事。看来他以前没有思考过这些，也没有做过重要的决定。即便故事的细节可以推敲，大概的模式却有了印证。

3、张医生告诉咨客，焦虑是慢性的，不像心肌梗塞或脑出血，所以后面必定有慢性的原因，这是需要探究的，需要心理咨询与用药结合，生物-心理-社会地干预。

4、讨论发现，做心脏能承受的运动、听相声，或许能降低咨客的焦虑。



5、原本的两种药物使用可能存在问题，需要与主治医生商量调整。张医生把原理大致跟咨客解释，提高他调药治疗的依从性。

75. 张道龙：我帮你总结一下，你看可信不可信，你刚才说的事情，不管你信不信，我是不信了。一个正常的男性，30岁以前完全正常，不爱寻思事儿，什么事儿都没有，太太、小孩和父母一切正常，工作上一切正常，突然莫名其妙地开始焦虑，而且不断地伴有惊恐发作。这样一个故事讲给别人，你觉得会有人信吗？

76. 咨客：我信。

77. 张道龙：对的，看来就你一个人信了，呵呵。类似情况下，肯定有有什么其他的事情让你担忧，因为你说的惊恐发作是跟焦虑有关，一个人焦虑到一定的时候受不了，就会出现这些心慌、胸闷的症状。这不像是心脏突然心肌梗塞，你再去解剖或是造影，会发现原来有点狭窄，病人不知道，感到是突然心肌梗塞了，这个情况是能够突然发生的。脑出血的病人也是，脑子完全正常，



突然脑子出血了，但是一检查发现原来血压高，一般都有这样的医学逻辑，有器质性的病变。你现在这种情况是精神障碍，这种精神障碍一定是逐渐演化来的，它不会像你刚才讲的这样一个故事，听起来不对。患者一般都不是故意撒谎的，肯定是因为不知道，所以没注意这些事。

78. 咨客：对，对，我说的都是实话。

79. 张道龙：是的，我是在跟你讲这个道理，你得尊重科学，尊重医学，你刚才讲的版本明显一半真、一半假了。我跟你说说我的想法，你看看哪个情况更像你。

在我看来，你的问题跟家庭环境有关系。往往家里有两个姐姐，你是老小的时候，姐姐都得让着你，照顾你，小的时候是小弟弟，大了是老顽童。当家里上面都是女孩，有你这么一个男孩的时候，你想想得有多珍贵，不知道你有没有听过一个相声里讲的“截住”，相当于你的出生就把家里生孩子的事截住了，因为生出男孩了。



80. 咨客：嗯。

81. 张道龙：这相当于你出生的时候就是含着金钥匙出生的，家里所有的资源，所有的事儿都得向你倾斜，因为你是家里接户口本的，唯一的男孩。家里非常重视你，含着怕化了，放着地下怕碰着，基本上是温室的花朵，父母、姐姐都非常操心、保护着你。你现在逐渐走向人生的成熟阶段，当丈夫、做爸爸，工作上的事儿也需要独立去应对，原来在家里是“小不点”，在外面没人把你当小不点，都把你当成男人了，明显在这个阶段，很多事情你处理不好，因为小时候没有培养出这样的技能。现在你已经是当爸爸的人，当然有好多事需要你处理，这些事应对不好的时候，就慢慢出现焦虑了。你刚才讲的版本故事一半是假的，你可能没意识到，你得仔细想一想，有没有这种情况，就像你 30 岁以前处理很多事情，自己都不知道怎么去做，变成总像是夹到中间不知道怎么办，既不会当爸爸，也不会当儿子，也不会当丈夫，因为都是第一次，而大家替你做了很多事情。当



让你独立去做事的时候，当然就感到慌张了，不知道该
怎么弄，不断地出现困难。因为年龄大了，角色转变
了，自然挑战会逐渐增加。过去大家都让着你，但是当
你成家立业以后，太太、孩子、同事都不会再像父母、
姐姐那样照顾你，这种下意识的恐慌就一直存在着，至
于为什么焦虑在两年前达到顶峰，我不知道。

长期生活在慢性的不确定感、没有能力感之下，有
压力不知道该怎么处理，达到一定程度就会诱发惊恐发
作了。你不知道该怎么办，只好求助药物，但是药物解
决不了你内心的这些问题。现在又担忧药物副作用的事
情，因为你不知道该怎么办。你焦虑不知道怎么处事，
不知道怎么当丈夫、做爸爸，现在又焦虑药物副作用。
说明你整个儿是一种焦虑状态，一定不会是两年前才开
始，很可能十几岁就开始了，这种事儿没有十年的病程
都是奇迹。我这样讲，你想一下，有没有什么问题？

82. 咨客：对，对，听你讲的这些事有道理。



83. 张道龙：我的意思不是你有错，而是你不知道该怎么弄，稀里糊涂到今天，现在需要明明白白地走向未来了，否则一生都会糊里糊涂的。你现在肯定担心自己得什么病？该怎么治？感兴趣这两个问题，对吗？

84. 咨客：对，对！

85. 张医生：我刚才帮你分析的这些，你能接受吗？

86. 咨客：能接受。

87. 张道龙：对，你刚才讲的故事有一半不合理，我把那一半给你补上就对了。往往 30 几岁的时候容易到达这个病的最顶峰，因为这时候上有老、下有小，还有工作。但是我怀疑你 10 几岁就有这些问题，很可能更小的时候就不正常了，一直到现在，这个病不可能从 30 岁才开始。因为大家都照顾你，是温室里的花朵，现在经历风吹雨打，就使得这个问题更突显出来。好的方面是你现在意识到要相信科学、相信医生。我怀疑你如果当年知道自己的焦虑水平，控制在一定的范围之内，你在工作 and 生活上会做得更好。这种焦虑容易影响到人的脾气，



容易让你着急、六神无主，你一着急就睡觉，这是最简单的应对方式，实在处理不了了，就睡觉，说明应对技能弱，逃避，把眼睛闭上就不烦了，问题是睁开眼睛怎么办呢？

88. 咨客：嗯，对，对。

89. 张道龙：你要把自己治好了，小孩就不会受影响了，你变得焦虑低了，跟小孩在一起也容易解决一些问题。毫无疑问，在我跟你讨论具体的建议之前，再问你一下，你喜欢什么样的运动吗？在心脏能容忍的情况下，喜欢一种运动，比如，游泳、打球。

90. 咨客：我喜欢打篮球。

91. 张道龙：现在能打吗？

92. 咨客：现在不能打，心脏加速。

93. 张道龙：用到这个 β 受体阻断剂（指倍他乐克）后还是不能打球？

94. 咨客：对，不能打。

95. 张道龙：游泳呢？



96. 咨客：不会。
97. 张道龙：如果练练仰卧起坐、杠铃，做一些心脏可以容忍的运动，可以吗？
98. 咨客：可以。
99. 张道龙：乒乓球呢？
100. 咨客：最基本的运动可以。
101. 张道龙：喜欢听什么样的音乐让你放松呢？
102. 咨客：喜欢听相声。
103. 张道龙：现在工作压力大吗？
104. 咨客：工作上没压力。
105. 张道龙：正常的饮食和睡眠有影响吗？
106. 咨客：没有。
107. 张道龙：吃得饱，睡得着？
108. 咨客：对。
109. 张道龙：这是好事，看起来你的工作压力确实是不大。首先，毫无疑问，你达到了焦虑障碍的诊断标准，而且还伴有惊恐发作，这是一类的病。你过去的药物治



疗有两个，一个是治疗症状的，因为焦虑的人容易给心脏带来压力，你吃上这个 β 受体阻断剂后能让心脏跳动放慢一些，所以你会感觉舒服一点。第二种药，你用的是黛力新，它本身不是抗焦虑药，可以帮助干预焦虑。它是合剂，其中一部分是抗精神分裂的药物在里面，你没有精神分裂的症状，第二部分是三环类抗抑郁药。你查说明书看到副作用大，因为这是老的药物，是几十年前常用的药物。这个药不是治疗焦虑的，很少有专科医生使用这种药，都是综合科的医生爱使用这种药。现在怎么办呢？你说现在用药后效果还挺好，但是长期用，担心有副作用，未来得逐渐减量了。除了药物以外，你得通过运动、听音乐这类的办法来降低你的焦虑，焦虑低了，药就可以慢慢减下来，不能一下子减掉。考虑到副作用，也可以换成另一种抗焦虑药，副作用比较小的。

110. 咨客：其他抗焦虑药我也试过，对我来说没有吃黛力新效果好。



111. 张道龙：这应该是心理作用，黛力新是最不好的药，你感觉最好，最好的药反而感觉不好，这很可能是心理作用。

112. 咨客：内心来说效果很好。

113. 张道龙：对的，症状被控制了，但是这个药长期用有副作用。你没有精神分裂症，所以不需要用抗精神分裂的药。你明白这意思吗？因为你用了最重的药，当然效果好，比如，一个人感觉焦虑、烦躁，打上麻醉药睡觉了，当然不烦了，问题是以后怎么办呢？不能长期服用这种药，才 30 多岁不能整天吃这种副作用最大的药。你说用过其他的药，用过什么药？

114. 咨客：记不准了，我找精神科医生开的药。

115. 张道龙：试了几个？

116. 咨客：试了两种都吃了，吃了以后引起血压不稳定，我就没敢吃。

117. 张道龙：药物能引起血压不稳定？

118. 咨客：对，血压高了。



119. 张道龙：这个药叫什么名，你不知道？

120. 咨客：我记不准了。

121. 张道龙：吃了多长时间？

122. 咨客：吃了一个礼拜。

123. 张道龙：一个礼拜还没发挥作用了，一般的药物都得四到六周，最少三到四周才能看到效果。这方面，我跟你主治医生讨论吧，换一个有用的、副作用小的药，通过刚才说的运动、音乐疗法，把焦虑降低一些，然后能集中精力减药。这种药吃了半年多了，对吗？

124. 咨客：对。

125. 张道龙：你得用一到两个月的时间才能把它减掉，不能突然停下来，容易出现戒断症状。逐渐停，换成另一种药，安全一点的药，然后再去减下一个药。你的症状看起来需要用抗焦虑药，但是不能长期使用黛力新。今天的讨论让你知道你的病因是什么，你得明白这个病是哪里来的，这就是心理咨询，而不是光靠药物解决。因为你逐渐走向中年，逐渐得自己拿主意了，小的时候



没有把你训练成特别有自信的男人，特别能解决问题的男人，而是家里最小的一个，依赖别人生存的一个人，当这种像温室的花朵见阳光的时候就会出现这种情况，我们得把这些事儿都处理了。知道焦虑必须降低，但应对的能力也必须提高，看明白是怎么回事，因为离开父母、离开姐姐，处理不了这些矛盾复杂的事儿，这些事儿都做好了，焦虑自然低了，不需要药物治疗了。现在如果心理上不接受这些训练，直接减药，症状就又回来了，当恐慌的原因没有去掉的时候，不能把抑制恐慌的药物去掉，最多能把副作用大的药变成副作用小的药。我跟你的医生讨论，你之后得把之前用的两个不好使的药名告诉我们。类似情况下，一般首选的是 SSRI 类，像百忧解、左洛复这类的药。

126. 咨客：没有服用过这样的药。

127. 张道龙：好的，我之后跟你的主治医生讨论具体用药的问题。用 SSRI 这类的药去治疗你的焦虑，短期内还可以考虑苯二氮卓类的药，比如劳拉西泮，用它辅助过



渡期，一般是两周之内用两个药，两周之后，下一个药起作用了，就可以只用一种了。因为黛力新是抗精神分裂的药物加上三环类抗抑郁药，这两个对心脏影响非常大，这就是为什么你的心率会有问题，后面还得用第二个药治疗第一个药带来的副作用，你等于吃了三个药，实际上吃一个药就好了，用不着吃那么多的药。但是在药物的调整之前，同时还得知道刚才说的你的焦虑从哪里来的，或许是因为不能独立处理这些事儿，比如说跟太太关系处理不好，跟父母的关系也困扰，把这些学会处理了，焦虑就低了，惊恐发作就少了，用药也就少了。类似情况下，在调整的过程中把黛力新换成 SSRI 加上苯二氮卓类，把你对原来药物的依赖去掉，之后我和我的主治医生讨论后，让她再指导你用药的事情。

根本问题在于如何降低你的焦虑，如何在认知上知道你的焦虑根源在哪里，怎么去和别人相处。凡是有惊恐发作的人，可以随身带上劳拉西泮，真的惊恐发作的时候，把这个药吃上一片，四十分钟到一个小时以后缓



解了，这样就安全了。慢慢发现你也能处理这些事儿，不用那么焦虑了。你需要药物治疗加心理治疗。这样讲，能明白吗？

128. 咨客：能听明白。

129. 张道龙：我再跟你的主治医生讨论你具体怎么换这个药，哪个效果好。现在的药既然效果这么好，你暂时先用着。但是你整个问题的根源在于你与人相处，工作能力，处理家庭琐事的能力太弱带来的焦虑，把这些能力补齐了，焦虑自然降低，把副作用大的药换成副作用小的，最后病好了，副作用小的药也可以不用。这样讲，清楚吗？

130. 咨客：清楚。

131. 张道龙：谢谢你参加我们的访谈，还有其他问题吗？

132. 咨客：没有。

133. 张道龙：今天就到这里，谢谢你参加访谈。

134. 咨客：好。



换了其他咨询师，当咨客“一问三不知”时，可能会有挫败感，不知道该如何进行下去。而张医生却正好从中验证咨客的病理模式：思考较少，糊里糊涂，下意识的慢性焦虑。并且张医生居然还能“编”出一个有关咨客的“故事”，说给咨客听，咨客还能接受！咨客不是阻抗，而是糊涂！张医生用精神动力学方法探究到咨客焦虑背后可能存在的原因，如同突然驾驶喷气式直升飞机，绕过一团迷雾，抵达轮廓清晰的草原。

看来，我们既要学习 DSM-5，更要通过不断地做案例、接受督导，才能提升自信，强化概念化能力，遇到再迷茫的情形，也尽量不再手足无措。

（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！
- ◇ “故事”是根据精神动力学来“编”的
- ◇ 这位咨客没想明白自己究竟怎么回事，我是根据精神动力学来“编”故事的，他听了，觉得是这么回事。
- ◇ 一个人不可能 30 几岁以前完全正常，35 岁生日过完了就焦虑了，焦虑两年，还出现惊恐发作，这能对吗？人生是游戏吗？一定不是这么来的。所以要了解这些精神障碍，知道这个病是怎么来的，前因后果。问他姐姐有没有这个毛病，他说没有，爸爸妈妈有吗，也没有，突然就焦虑了，这能信吗？
- ◇ 所以我告诉他应该是怎么回事。他可以讲出另外一个版本的故事，假设他说两年前出过车祸，把这事儿都忘了，骨折了，醒来以后发现跟原来不一样了，



这样的故事是对的。我告诉他，你这个版本故事不可能是真实的，你讲的都是真的，不是撒谎，只是你不知道。当我把我的分析告诉他的时候，他认为有道理，一个 30 几岁的大男人不能独自领着太太过日子，这正常吗？你再看他的原生家庭，是家里唯一的儿子，上面都是女孩，那就对了，这就是为什么要学习精神动力学的的原因。

✧ 一般这样的咨客很可能从小就有焦虑的问题，也许小的时候不愿意上学，这不就是分离焦虑嘛。这些信息都是慢慢补充的，不是一次就能讲全的。但是他不是撒谎，他是真糊涂，我们让他真明白。

✧ **他的焦虑障碍达到诊断标准**

✧ 咨客的惊恐障碍也是焦虑障碍的一种，我相信他比这表现得更广泛。因为今天时间的关系，他也不想说那么多，在很焦虑的状态下，最关心药物副作用，如果不解决他会更焦虑，先把这事儿解决了，建立起治疗关系了，其他的未来再慢慢去做。但我认为他不



可能只有惊恐发作，有的人还可能有特定恐怖症，比如怕蛇。我的直觉是，这样的病人的焦虑更广泛一些，现在有了惊恐发作，就用这个诊断去治疗就可以了，因为焦虑到最极点无非就是惊恐发作。今天的询问和评估，知道他的问题是焦虑，伴惊恐发作，这样就不影响治疗了。没有必要再问他恐不恐高，目的不是这样，不是为了打标签，他已经达到了焦虑障碍的诊断标准就可以了。

- ◇ 有的时候，诊断和鉴别诊断不是为了发现更多的病，而是达到诊断标准就可以用药了。医生的目的是知道他是什么问题，需要抓紧去治疗。这个患者应该是广泛性焦虑障碍，如果问他有没有恐高，都有可能有的，因为惊恐到一定程度，这些都会害怕的。

遇到这样“一问三不知”的咨客不用心慌

- ◇ 有的咨询师遇到这种“一问三不知”的咨客会觉得比较心慌。但实际上，临床上碰到什么样的病人都有，因为咨询师和医生不能挑患者，慢慢建立起治疗



关系，逐渐把话匣子打开。有时候患者就会给你反馈：还真有这么回事，上学尿裤子的事儿你都知道，回去问我妈真有这么回事；从小怕虫子，20多岁才发现。这些事儿都是慢慢补充的。为什么不一次逼着都说完，因为需要快速地诊断、鉴别诊断，再去讨论治疗，达到目的就好了。

- ✧ 非常重要了解这个患者，并非不爱说话就有问题，他少说，你就多说点儿，他多说，你就少说点儿，重要的是这个病人有没有病、是不是大病，他如果有病，是哪个病，这个病有没有特效药，需要生物、心理、社会综合治疗。有的人咨询半小时，有的人咨询一小时，就是这个原因，说话少的可能快一点，面对躁狂的患者，你可能都插不进去嘴。什么样的人都有，病人来了，做医生、咨询师不能选择病人，你帮助他就可以了。面对这个患者也是一样，不爱说话不要紧，该说的说了就可以。

（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：刘金雨

以下问答，非常精彩，值得慢慢品味哦！

提问一：这个咨客的惊恐发作与药物使用有关吗？

张道龙：应该不是，因为他本来就是一个非常焦虑的人。他说自己 30 几岁才开始惊恐发作，之前完全正常，这是不合理的，临床上没有这样的病人。他的焦虑很明显是长期以来的问题，刚才用的是精神动力学的办法，帮助他分析这个问题是怎么来的。家里是那样的成长环境，一直都没有单独地顶门立户，一直到现在还不能单独过日子。这种情况下，人当然容易焦虑了，焦虑到一定程度的时候就惊恐发作。同样是焦虑，为什么年龄大了人就有问题？因为不像年轻的时候抗打击。他之所以发病会这么晚，是因为随着年龄的增加，压力不断地加码，加到最后就崩溃了，这不是药物引起的。两个药物的组合明显不合理，因为给没有精神分裂症的人用上了抗精神分裂的药物，同时，用三环类对心脏冲击比较大的药物，再用上 β 受体阻断剂去放慢心率，这样的用药是不合理的。



提问二：您觉得咨客目前这两个药实际在作用上是有矛盾的？

张道龙：不是矛盾的，这病人惊恐发作，心率快，给他用上一个药，本身三环类药对心脏负担重，我们再用一个阻断剂把心脏放慢，为什么不直接选择一个对心脏冲击小的，比如像 SSRI 这类的药呢？不要人为地令第一个药造成副作用，第二个药治疗第一个药的副作用，这不是合理、规范的用药。

提问三：这个咨客是不是可能有依赖型人格特质或者是障碍？

张道龙：一定有 C 类的，但他已经有这么明显的焦虑障碍作为主要诊断，另外还有惊恐发作，就没必要再诊断人格障碍了。如果有，肯定是 C 类，但是他依赖到什么程度呢？他说他工作没有问题，当爸爸没有问题，当丈夫没有问题，这是他说说的，我们相信咨客，尽量不诊断别人为人格障碍。因为人格障碍本身不好治疗，而且我们的目的也不是为了给病人更多地诊断病。因为他已经有非常明确的疾病，并且是可以治疗的，他能够吃饭睡觉，还能够工作。



提问四：老师您不相信患者所讲的故事，患者认为他说的是实话，这个患者是揣着明白装糊涂，内心有戒备不愿意讲，还是真糊涂？

张道龙：真糊涂，我跟他讲完了，我问他能接受吗，他说可以。

提问五 是否原来原因不明的焦虑，与现在对药物副作用的焦虑混合，产生交替性的焦虑？

张道龙：因为他本身是焦虑，才会焦虑药物的副作用，焦虑是一个状态，只不过用了药担心副作用，假设他明天要参加晋升考试，他也会焦虑。因为焦虑，所以这些事儿都变得有问题，不是恐惧药物副作用，是一个疾病，我认为他有焦虑，药物只是撞到他这个问题了，没有药物也有别的焦虑。

提问六 这个咨客回答问题的时候否定得特别快，似乎什么都不愿意承担，也不动脑筋，这是不是也符合他的模式呢？

张道龙：我不知道，因为我总觉得他是真的不知道这些事。因为他的家里有陆海空司令，爸爸、妈妈、姐



姐都比他大，他基本上不属于经常有意见、拿主意的人，不是意见领袖。假设换一个人是家里老大，家里一堆事儿都要管，家里六个小孩，他是老大，往往长子代父，那就不一样了。所以这个咨客已经习惯了这种模式，咱们要改变引起他困扰的方面，让他能够很好地生活和适应，不是彻底地改变一个人，那太晚了。

提问七 您咨询开始的时候问了一个问题：患者怎么突然出现了这样的症状，您是不是想找创伤性事件？

张道龙：是的，假设地震之后就恐慌了，天天焦虑会不会死亡，这些惊恐发作都很明显是 PTSD 这类问题。如果患者告诉你有时间上的分水岭，就要有机会让他解释。30 几岁之前完全正常？我不相信，到底发生什么了，我得去问询、寻找。例如，患者讲原来挺好的，后来离婚受到打击，开始有这些症状，这就是心理疾病躯体化。我不知道，得去问，要有一种不知道、未知的心态去问。当患者说的事情不符合规律、常理的时候，我得告诉他，这听起来不对，再去重新帮他分析、解释，他就知道了，会朝这方面寻找消息了。一个大老爷们 30 几岁什么变化也没有，突然焦虑了，这是不合理的。



提问八 许多焦虑的人说话都很着急，但是这个咨客说话感觉不那么着急，这都是焦虑的不同表现吗？

张道龙：对，有的时候恐惧多了，表现为一句话不说了，还有的人尿裤子，什么表现都有，有的人焦虑了愿意说，但还有选择性缄默症呢，一句话不说。

提问九 为什么您认为这个病至少是十年的病程，逐渐发展到今天？会不会因为成家以后，外在环境的改变使患者不能够适应现实的生活，是适应障碍？

张道龙：首先，30多岁应该是什么都强的时候怎么会变成这样，肯定不会一天两天形成，至少十年，我认为他可能是二十年的问题了。第二，适应障碍是怎么回事呢？原来是完全正常的人，遇到一个巨大的冲击、压力，比如，地震、失业、失恋，陷在里头了，这叫适应障碍。这个咨客不能用适应障碍来解释，一元论，他的问题听起来像是一个过程，病人都有惊恐障碍了，已经是这么严重的焦虑，不能再用适应障碍来解释。这个人是普通人做的事他都做不了，不是遇到什么打击了做不了事，这往往跟家里的养育方式有关，今天的问题往往



是五年前、甚至更早的时候养成的，而临时有事带来的适应问题往往不是养育方式带来的。

提问十 今天的案例诊断有惊恐发作，一般咨询的时候询问第一次发作的情景和诱因，您没有问这些，很快找到家庭成长环境的原因，我们咨询师面对患者的时候，如何具体掌握咨询的方向，找到准确的病因？

张道龙：不是惊恐发作，是惊恐障碍，因为已经不是一次发作。不一定要寻找病因，没有病因本身就是病因，因为他没有病因，所以我认为跟小时候的成长环境有关，这是基于精神动力学的分析。如果患者说是因为车祸带来的变化，那就不是家庭的原因了。怎么能够迅速知道这些原因呢？要多读 DSM-5，看鉴别诊断，多实践才能找到。

提问十一 这个咨客的言语表达总体上比较少，主要因为心智化能力比较差，还是主要因为焦虑呢？

张道龙：焦虑，我刚才跟他讲，你这个版本的故事，不管你信不信，我是不信，我又给他补充了另外一半的故事，他很快纠正过来，说觉得有道理。咨客明显



知道这些笑话和背景，而说话少主要是因为焦虑，不善于表达和言谈，唯唯诺诺。在强大的气场和压力场下，更容易焦虑，这更符合我刚才说的他的病理模式。假如面对面和这类的患者咨询，有时候访谈完之后，可以去和他们握手，焦虑多的人整个手心都是汗。我认为这人不是心智化能力弱，是情商低、社会交往能力弱。

提问十二 以躯体症状取向为主，对社会心理因素无觉察的患者不接受诊断与治疗的话，如何做动机面询？

张道龙：当患者强调躯体症状，对其他因素都没有觉察的时候，我一般都会这样去讲，“我知道你肯定是特别难受，躯体症状很明显，哪儿都疼，疼得不得了，毫无疑问是因为你有关节炎，但更重要的是你的脑子变得非常敏感。比如，同样是车祸，有的人疼得龇牙咧嘴，有的还笑呵呵，听说过关公刮骨疗毒吗？这些事说明人的意志、心理韧性对疼痛和躯体症状起到很大的作用。咱们之前一直聚焦于治疗躯体症状，效果不太好，现在开始既用药物治疗你的躯体症状，再把心理的症状同样控制一下，双管齐下，效果会更好。现在你坚决不承认自己有心理问题，就是认为谁也治疗不好你的躯体症状，如果你希望医生和你都感到挫败，没问题，已经



达到了，但如果你想变好，咱们就需要换个方法。”这种情况下，很多患者就会讲，我当然不想让医生失败了，就是确实疼。没问题，咱们让大脑的焦虑降低一点，疼痛就会轻一点，还会疼，但是能够忍受。一旦大脑不那么敏感了，疼痛感受就会变轻了。这样去调动患者的动机，用一些抗焦虑药、正念或是生物反馈等方法去帮助他，这样就把患者的注意力吸引到别的地方去。患者不承认的时候，看你怎么去说服，作为精神科医生、心理医生都要有强烈的说服能力。

提问十三 咨询师需要非常好的抽象思维能力，而且需要不断地练习，老师您是在做了多少个个案之后变得这么迅速能看出问题了呢？

张道龙：5000 个个案，5000 个个体，平均每人咨询四至五次，也就是咨询 2 万次左右。

提问十四 这个咨客在社交能力上明显有问题，比如在咨询结束的时候，他都不会去说感谢和再见的话，这跟他一直被保护有关系吗？



张道龙：因为焦虑，总是控制不了，电话里都紧张。在家里是老小，两个姐姐在上面，像东北话说的“不够爷们儿”，什么样的家庭塑造什么样的小孩，逐渐把他改过来，有意识地改，不能 30 几岁了还是原生态病人。

提问十五 帕罗西汀一直宣称有双抗作用，既能抗焦虑，也能抗抑郁，百忧解和左洛复这两个药在抗焦虑作用上是不是比帕洛西汀差？

张道龙：它们都属于 SSRI 类药物，这类药物都有双抗作用，不是只有帕罗西汀有，要注意认清商家炒作。这类药物的终极作用是一样的，都是抑制五羟色胺再吸收，但是化学结构和半衰期不完全一样。在临床上，确实有少部分人群，对于半衰期不一样的药品反应不同，这是个体差异带来的。比如，有的人用百忧解没有效，再用一个西酞普兰就有效了。但是另外的大部分病人对于一类药物的反应比较一致。帕罗西汀普遍容易出现戒断症状，但也有人没有戒断。对于短效的药物容易出现戒断症状确实是一个普遍的现象。相反，行医 20 多年中，我没有看到过百忧解的戒断症状，这跟半衰期的长短有关。



提问十六 黛力新这个药物在国内还在使用，而且比较多，学术界也没有听到有异议，这个药物在欧美临床上是否还在使用？

张道龙：在美国没有人使用这个药物，在国内的绝大部分专科医院也都不使用了，都是一些没有学过精神药理学、非专科的医生在使用。因为他们不知道药物的区别，而是看哪个药物在历史上用得就选择，没有思考能力和专业水准。相反，SSRI、SNRI 这类的药现在用得更多，用来治疗焦虑。而黛力新都淘汰了。很多人对精神药理学不太熟悉的，都不知道这个药的一半是抗精神分裂的药物。所以，要用高选择的药物。

提问十七 在临床上遇到服用黛力新一两年的患者，停药非常困难，停药反应特别明显，这类的患者该如何处理呢？

张道龙：首先，在专业医生的指导下用药、调药。当病人没有精神分裂症的时候，用抗精神分裂药物本身就是问题，长期以来就形成依赖了。有几种情况和相应的方案。其一，针对患者对黛力新中抗抑郁、焦虑药物有依赖，我们一般都用另一种药物来治疗，比如经常用



的 SSRI 更安全一些，但是过渡的过程中还有焦虑，暂时用上劳拉西泮这样的苯二氮卓类，过渡两到四周，四周以上就只使用 SSRI 了。其二，还有一组病人是对黛力新中的抗精神分裂的药物有依赖，这时候可以用思瑞康来调整，这个药物的副作用小于黛力新，之后再去做减思瑞康。其三，有的时候患者还是心理上的依赖，这药本身没什么作用，为什么觉得症状变轻了，因为他本身就是焦虑的人，对任何风吹草动都很敏感。所以，作为医生需要搞清楚患者属于哪种情况的依赖，换药的时候用不同的方案来解决。把黛力新这个药物减掉，长期来看是好的，因为不能长期用一个老药，副作用大，而且还有抗精神分裂的药物在里面。对于没有精神分裂症的人，用抗精神分裂药有问题。黛力新中的抗精神分裂药和三环类抗抑郁药都是老药，副作用大，长期使用容易有依赖，这样用药长期来讲对患者是有害的。

提问十八 这位咨客做催眠治疗有意义吗？

张道龙：没有意义，催眠几乎对什么都没有意义，除了对慢性疼痛的患者。长期慢性疼痛的患者，用其他的方法怎么治都不好，用催眠效果还可以。催眠对其他的问题几乎都没效，对失眠都没有效果，千万不要认为



催眠就对失眠症有效，其实认知行为疗法和正念是对失眠最有效的疗法。一年一千多个病人做心理咨询，只有一两个做催眠。催眠不是循证医学的疗法，而是看患者是否容易接受暗示，只对慢性疼痛有些效果，是一个非常弱的、边缘化的疗法，不是主流的疗法。

提问十九 您刚才提到这个咨客可以换用百忧解，患者目前服用黛力新比较有效，这两个药同时服用一段时间以后再把黛力新逐渐减量，还是直接增添新药？

张道龙：黛力新逐渐减少，百忧解或左洛复逐渐增加，停药太快容易出现戒断症状。如果已经停了可以用下一个药，没停的话过渡一段时间比较好，一般的精神活性药物都要逐渐减量，防止出现戒断症状。

这个病人现在对药物的效果比较满意，当然不需要马上换药，把其他的那些治疗，刚才说的运动、音乐、心理治疗加上，治疗的过程中再逐渐调药。当患者的症状轻了，就会有动机愿意减药，这样依从性比较好，如果直接换掉了，依从性不那么好，就更麻烦了。把引起患者焦虑的问题治好，药物逐渐减量，医生这样做才叫服务，跟患者商量着来，从他的角度考虑，患者一般会



愿意去调整。不是现在一定让他换药，如果他感到满意，又没有副作用，当然可以暂时不换。但是当治疗的过程中，用认知行为疗法或是正念，令患者的焦虑降低了，这时候跟患者讨论下一步准备给你加另一个药，把现在的药减掉。因为生物、心理、社会的综合干预使焦虑水平总体降低，这样调整药物效果会比较好，患者就会愿意用新的药物，因为新的用药方案长期来看更好。

提问二十 惊恐发作的患者随身带上了劳拉西泮，心慌的时候服用，多久能起效呢？

张道龙：四十分钟到一小时。惊恐发作不像心肌梗塞那么紧急，一般人都知道，不对劲了，赶紧吃上药，效果很好，等于是给他们一个定心丸，但咱们的目的不是让他永远吃药。他说自己不敢出门，担心惊恐发作，惊恐障碍的意思就是不断地担心惊恐发作以致变成障碍。咱们把他的焦虑水准降低，他就觉得自己能控制了，不惊恐了。除了药物，还需要心理咨询，刚才还说到要运动，要生物、心理、社会综合干预。他工作压力不那么大，社会资源不需要调整，生物、心理就必须调整。不能由内科医生来治疗精神障碍，误认为治疗完症状就好了，问题的根源没有解决，咨客不知道焦虑障碍



从哪里来的，到现在为止都是原生态病人。基本什么也没治，只是治疗一点症状，现在症状变好了点，但患者说药物不能总吃，副作用那么大，得停下来，那么症状不就又回来了？我们要从生物、心理、社会全方位角度干预病人，用药不是目的，治病是目的。

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



前沿理论热点

张医生开讲 DSM-5，目的是训练临床工作者的临床思维，而并非教大家死记硬背诊断标准。

今天，张医生引导我们了解抑郁障碍。

DSM-5 理论讲授

主讲：张道龙 编辑：许倩

抑郁障碍

【重性抑郁障碍】

一、核心特征

在两周内，出现下述 9 种症状中的至少 5 个，其中 1 种症状必须是抑郁心境或兴趣丧失：

1. 抑郁心境；
2. 兴趣丧失；
3. 体重减轻或增加；
4. 失眠或睡眠过多；
5. 精神运动性激越或迟滞；



6. 精力不足；
7. 无价值感；
8. 注意力难以集中；
9. 自杀想法或企图。

二、风险因素

1. 气质的：消极情感，特别是儿童期低自尊是重性抑郁障碍明确的风险因素。

2. 环境的：儿童期负性生活事件也是重性抑郁障碍的风险因素，例如，童年经常受虐待，父母离异，家庭经济条件差等，这类人群再次经历应激事件则容易被促发抑郁发作。

三、治疗

1. 药物治疗：第一，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。第二，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。第三，多巴胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂，代表药物有安非他酮。



2. **心理咨询**：循证医学已经证明一些心理咨询方法对重性抑郁障碍有治疗效果。例如，轻度重性抑郁障碍可以使用人际关系治疗，中度重性抑郁障碍可以使用认知行为治疗；此外，还可以使用家庭治疗和团体治疗。

【持续性抑郁障碍】

一、核心特征

持续性抑郁障碍是过去的慢性重性抑郁障碍和恶劣心境障碍的综合，其患病率低于重性抑郁障碍，也可与重性抑郁障碍共病。

在两年（儿童和青少年则为一年）内的多数日子里出现抑郁心境，并且，存在抑郁心境期间有下述 6 种症状中的至少 2 种：

1. 食欲不振或过度进食；
2. 失眠或睡眠过多；
3. 缺乏精力；
4. 低自尊；



5. 注意力难以集中；
6. 无望感。

二、风险因素

参见重性抑郁障碍的风险因素。

三、治疗

参见重性抑郁障碍的治疗。此外，在心理治疗的方法中，CBT 对于持续性抑郁障碍的治疗效果较好。

【经前期烦躁障碍】

一、核心特征

经前期烦躁障碍是 DSM-5 中新增的女性疾病。病名中使用“烦躁”一词，说明其症状不同于单纯的抑郁或焦虑。

经前期烦躁障碍的核心特征是在月经周期的经前期反复出现心境不稳、易激惹、烦躁不安和焦虑症状。这些症状有明显的规律性，通常在月经来潮前后达到顶



峰，在月经来潮后数天内缓解，在月经来潮 1 周后消失。

二、风险因素

1. 家族性：半数以上的经前期烦躁障碍患者存在家族史。
2. 环境的：生活中的压力事件，人际关系创伤史，季节更替以及女性的性别角色都与经前期烦躁障碍的表现有关。

三、治疗

1. 心理咨询：主要目的是通过心理咨询帮助经前期烦躁障碍的患者应对压力，从而减轻症状。
2. 药物治疗：可以使用 SSRI s 进行治疗，例如，百忧解。

【破坏性心境失调障碍】

一、核心特征



破坏性心境失调障碍是 DSM-5 中新增的儿童疾病，它在病因上更接近抑郁障碍。许多过去被诊断为儿童双相障碍的患者，现在更可能被诊断为破坏性心境失调障碍。

破坏性心境失调障碍存在两个显著的临床表现：其一是频繁地发脾气，其二是慢性、持续性的易激惹。诊断破坏性心境失调障碍要求这些症状持续至少一年，且不能连续 3 个月没有症状。首次诊断不适用于发育年龄 6 岁以下的儿童。

二、风险因素

气质的：患有破坏性心境失调障碍的儿童通常有复杂的精神疾病病史，例如，经常有慢性易激惹的病史。

三、治疗

药物治疗首选 SSRI s，而不是情绪稳定剂，辅以心理咨询。

【小结：如何理解抑郁障碍】



面对生活中的压力或创伤事件，并不是所有的个体都会达到抑郁障碍的诊断标准。究其原因，临床研究发现儿童早期的“失去”对个体一生的影响深远。例如，儿童期经历父母离婚或死亡、家庭财务危机，罹患严重疾病、生活资源匮乏等事件，都可能使个体（例如，留守儿童）对抑郁有更强的易感性。

其次，早期的“失去”使个体长期缺乏对快乐的体验，如果成人后再遭遇学业、职业、恋爱、婚姻等方面的压力就容易促发抑郁障碍。

但是，这种对于抑郁障碍的理解不能走向另一个极端，不能将患者的任何问题都归因于早年创伤事件。

【学员问题与解答精选】

Q1：在破坏性心境失调障碍的诊断标准中，提到使用应该限制在一定的年龄范围内，并且有效性已经建立，请问什么是“有效性已经建立”？



张道龙：破坏性心境失调障碍是在儿童中诊断的疾病，成人一般不诊断为该疾病。因为破坏性心境失调障碍于 2013 年在 DSM-5 中第一次被列入，关于被诊断的儿童未来会如何发展，预后怎样等问题，目前尚不清楚，通常至少需要跟踪研究五年后才有结论。但是，如果做一个大胆的假设，此类患者有可能会变成双相障碍或抑郁障碍，变成精神分裂症的可能性则非常小。如果 18 岁以后，80% 的患者都变成了双相障碍，则说明先前破坏性心境失调障碍的诊断是错误的，那么诊断标准也可能随之被修改。通常，一种疾病需要 12000 到 20000 篇文献的支持才具有可靠性，推测等到 DSM-6 的时候应该能够得出定论。当然，这种不可预知性，正是科研的魅力所在。

Q2：针对破坏性心境失调障碍的患者挫折耐受性低的特点，有哪些具体的应对方法？



张道龙：首先，可以使用 SSRI s 控制患者的冲动，提高耐受性。其次，可以通过积极心理学等心理咨询方法提高患者的抗挫折能力。

Q3：在重性抑郁障碍患者的心理治疗方面，为什么您把人际关系治疗作为一种比较重要的方法？

张道龙：许多个体由于人际关系问题造成挫折感，循证研究发现人际关系疗法对于轻到中度的患者比较有效。但是，不适合治疗重度重性抑郁障碍患者。

Q4：如果重性抑郁障碍与 C 类人格障碍共病，治疗难度会不会加大？

张道龙：首先，需要区分患者是由于人格障碍而逐渐变得抑郁，还是原本就存在抑郁障碍。其次，由于人格障碍是“稳定的异常”，凡是有人格障碍的患者治疗难度都会比较大。第三，人格障碍可以使患者走向抑



郁，但抑郁不会导致人格障碍。与 A 类人格障碍相比，B 类和 C 类人格障碍更容易使患者变得抑郁。

Q5：为什么破坏性心境失调障碍在 6 岁以下的儿童中不能被诊断？

张道龙：诊断破坏性心境失调障碍要求症状必须与儿童的正常发育年龄不匹配。年龄太小的儿童大脑发育还不完善，本身缺乏控制力，因此，应该允许孩子一段时间内想哭就哭、想笑就笑，这是很随性、很正常的表现，不能过度诊断。

Q6：在抑郁障碍的几种疾病中，自杀风险最高的是重性抑郁障碍吗？

张道龙：相对来说，重性抑郁障碍患者的自杀风险最高。双相障碍患者一般都是在抑郁发作时自杀，尤其是抑郁状态出现好转的时候，而不会在躁狂或轻躁狂发作期间自杀。持续性抑郁障碍可以伴有重性抑郁，即双



重抑郁，自杀要区分是由于持续性抑郁障碍还是重性抑郁障碍所致。

Q7：在大脑中，抑郁和焦虑是怎样发生相互转化的？

张道龙：大脑中有 100 多种神经递质，它们之间的交互作用还不太清楚。从病因和病程来看，焦虑和抑郁明显是两种不同的疾病。临床观察发现，长期焦虑的患者可能变得抑郁，但抑郁转化成焦虑的并不多见。

Q8：许多漫画把抑郁画作黑狗，总是在阳光之外，您认为艺术疗法治疗抑郁有效吗？最佳疗法是 CBT 吗？

张道龙：艺术疗法对任何疾病的帮助都十分有限，在美国，所有的艺术疗法都是辅助治疗，不能起到主要的治疗作用，不是主流的治疗方法。循证医学已经证明 CBT 对抑郁、焦虑都很有效，是比较主流的治疗方法。



Q9: 您刚才在讲到如何理解抑郁障碍的时候，主要强调了儿童期的失去或创伤对个体的影响很大，但是没有谈到遗传因素的影响，是因为遗传因素的影响相对来讲比较弱呢，还是说它改变起来几乎是不可能的？

张道龙: 是因为遗传因素的影响比较弱。遗传因素对双相障碍、物质使用障碍这些疾病的影响较强，对抑郁障碍的影响最弱。

Q10: 天生遗传了抑郁的孩子，6岁以后会表现为哪些症状？

张道龙: 可能表现为高兴不起来，对任何事情都没有兴趣，总是从负性的角度看问题等等。

Q11: 某心理平台上有一个概念叫“微笑型抑郁症”，这类患者内心十分痛苦，但在家人和同事面前装作有说有笑，虽然不一定认识到自己有心理障碍，但承认自己是强颜欢笑，如果不诉说自己内心感受，旁人不



可能想象得到，这种疾病如何识别，治疗上什么药物更合适？

张道龙：首先，DSM-5 中没有这种疾病的分类，也没有对应的治疗药物。但是，专业人士能够帮助这类人群，帮助他们走出伪装的生活状态。其次，国内心理平台的专业性和规范化水平参差不齐，许多平台甚至还有大量伪科学的内容，因此，全民族都应该提高鉴赏水平和科学素养。

Q12：破坏性心境失调障碍的治疗方法是什么？

张道龙：破坏性心境失调障碍是抑郁障碍的一种，可以遵照抑郁障碍的方法进行治疗，即抗抑郁药物治疗和心理咨询，药物治疗首选 SSRIs。这是 DSM-5 按照病因学对疾病进行分类的目的和好处。

Q13：经前期烦躁障碍的诊断标准 B 中有一条，“站在悬崖边的感觉”，该如何理解？



张道龙：它描述的是在来月经来潮之前一种极度焦虑、紧张、恐慌、好像要掉下去的感觉，实际上并没有站在悬崖边，月经来潮之后感觉就从“站在悬崖边”变为“站在平地上”了。

Q14：如何理解产后抑郁症？

张道龙：DSM-5 中没有产后抑郁症这种疾病，不能做出这个诊断。产后是人体内激素变化最快的阶段，加上女性产后离开原有的工作和社会环境，以及照顾新生儿的劳累，几乎已经不是一个女性的正常状态了，这期间可能出现抑郁问题，一般一个月后就会好转，多数女性不会达到抑郁障碍的诊断标准。对于少部分达到抑郁障碍诊断标准的患者来说，她们通常在产前就不是完全正常，生育造成的压力导致产后达到了临床诊断标准而已。所以，产后抑郁症不适宜作为一个独立的病名被列出。



Q15: 妊娠期女性患重性抑郁障碍，除了 ECT 以外，怎样给予药物治疗？

张道龙: 没有绝对安全的药物，只能选择相对安全的药物。基本原则是怀孕前三个月尽量不用药，能晚用药就尽量晚用。但是，假如患者有自杀风险，则不得不考虑用药。如果不能选择 ECT 或 ECT 无效而必须用药时，相对安全的药物还是 SSRIs。对 SSRIs 长达十年的跟踪研究尚未发现明显的导致胎儿畸形。

Q16: 使用百忧解治疗经前期烦躁障碍，多久能够起效？如何预防下次经前期烦躁障碍的发作？

张道龙: 百忧解的半衰期长，慢性起效，一般在体内持续使用之后才会达到稳态。临床发现经前期烦躁障碍的女性除了经前期烦躁以外，平时还有抑郁等其他问题，只是没有经前期表现得那么严重而已。因此，半数以上的经前期烦躁的患者会持续用药，三分之二的患者甚至每天用药。



Q17: 男性服用抗抑郁药物对生育有影响吗?

张道龙: 男性一次射精会产生超过 10 亿个精子，一个精子就足以使女性怀孕，通常药物不会导致所有精子畸形，所以，抗抑郁药物对生育没有直接的影响。但是，经常使用 SSRI s 会导致男性性欲低下，从这个角度来看，可能间接影响生育。

Q18: 心境稳定剂和抗抑郁药停用多久怀孕比较安全?

张道龙: 这个问题与所用药物的半衰期有关，药物的半衰期不尽相同，短则几天，长则数周（例如，百忧解）。通常来说，停药一个月以上再怀孕比较安全。

（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

周日督导中的孩子很聪明，喜欢物理，却没得到很好的引导，对于大学想考什么专业特别不具体，妈妈后续要努力给孩子寻找资源，挖掘动机，燃起孩子学习热情。

至于说到妈妈和爸爸的感情，在高考前的关键一年，他们必须达成共识，先别耽误孩子，同心协力帮助孩子实现目标。

我们都很高兴：这孩子没什么大毛病，成绩也还好，只是需要带他扩大眼界，具体地思考未来想做的事，不论是科学还是实业。不过，也会不由得反思我们教育中的缺憾：能不能教孩子一些有用的呢？

一家之言，或有谬误，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！



善用资源，打开孩子大视野

这位周日来访的高中男孩喜欢物理，数理化成绩都不错，在 70 多人的班级里排前十名，跟妈妈一起来的。他觉得自己厌学，最近经常旷课，成绩并没落下，只是说到未来考什么专业，他的方向太大而不清楚。妈妈由于早几年跟爸爸关系不好，跟孩子比较亲密，会把一些心事跟孩子说，她担心自己这些做法对孩子有不好的影响，担心孩子现在不积极的状态都是自己导致的。虽然妈妈现在跟爸爸关系比以前好，但在电话中谈到这些，禁不住激动地掉泪。

聚焦核心问题：还有一年就高考

现场许多听咨询的专家很好奇：既然孩子的问题与原生家庭有关，为什么不问孩子，这些对他有什么影响？

张医生跟这位妈妈说：你是护士，你知道什么是最紧急的。比如一位心肌梗塞患者来了，他又说身上有点



痒。你肯定先处理救命的事情！心肌梗塞在当时是最重要的，其他都是次要的，必须按等级去处理问题。

因此，张医生建议这位妈妈，先改善引导孩子的事，她的婚姻感情问题缓一步找机会解决。假设这一年里因为别的事情影响小孩，就是糊涂的选择。妈妈要抓紧把自己的情绪调整健康，否则很难照顾好孩子。万一情绪不好，满脑子想小孩的事儿，作为护士，看病人的时候一激动，关键的事情没看出来，再整出医疗事故来，这都是人命关天的事儿。因为这位妈妈的工作很重要，很多人的生命、健康掌握在他们手里。

目前最重要的事，是先帮小孩解决一个大致的专业方向，一旦解决了这个事就好办。

要知道，富二代孩子上进，就像坐电梯，坐错了，可以下来重新坐，中产阶级孩子上进，就像攀岩，错了就很麻烦，而教育又是改变他们命运的重要途径，因此，高考是孩子上进的重要关口，不能耽误了。



医护人员的小孩不懂生命科学，有问题

孩子的好处是他所说的“基本上考一本没问题”，这是好事儿。这期间需要把孩子的动机调动起来，有了动机和方向，就能够按时上下学。

孩子现在很明显不愿意去学习，不是厌学，厌学是结果，更重要的是跟家庭的教养方式有关。到目前为止，孩子已经高二，高三就要上大学报志愿，他竟然不知道进大学要学什么，学物理只知道“黑洞”，学生命科学，更对此一无所知。妈妈是一个医护人员，毫无疑问对生命科学非常了解，了解医生、护士、人体科学的这些事，而孩子却说不清道不明，只是喜欢。

可以考虑带孩子上少年宫，讨论科学，去医生办公室看看怎么看病，放假的时候到妈妈那里，看看怎么治病救人，这些事情目前都没有完成，所以到高二还不知道生命科学到底包含什么，就麻烦了。

从这个层面反映出，这个孩子在成长过程中没有人给予明确的指导，这跟有没有父亲在身边没关系。妈妈不是不关心孩子，毫无疑问她已经把主要精力放在孩子身上，但是教养方式有明显的问题。



同时，孩子说喜欢物理，物理喜欢什么？谁引导的？似乎是看小说看来的，想搞天体物理，认为天体物理就是研究黑洞，还能比这更“假大空”的吗？黑洞有没有都是个疑问，他想研究这个，生活中有那么多跟物理有关的事都不关心，进一步说明引导方面有严重的问题，说的东西都太虚了。

当然这个引导不止是来自家庭，也有来自学校和社会的。大部分研究科学的人首先得知道科学是什么。现在没有把小孩引导明白，他不知道为什么而学，想干什么，而是靠小说引导，靠自己琢磨，这都是问题，是不好的方面。所以家长要赶紧引导。

不跟孩子讨论父母关系，不挑拨孩子与原生家庭关系

妈妈要跟爸爸说好，先集中精力把孩子的问题解决，12个月之内咱俩别冲突，一切先保小孩，引导孩子找到明确方向，让他发觉内在的动力，解决厌学的问题。他喜欢物理、生物，说明他是聪明的孩子，但妈妈不能把自己的问题、爸爸的问题、原生家庭的问题搅在一起。

关于这位妈妈跟爸爸的感情问题，现在有好转，这是好消息。过去妈妈跟孩子相处的方式可能也有问题，



把儿子当成同伴了，什么事都跟他讲。但他是儿子，跟丈夫的事不能跟他说，不能作为同伴、同事来讨论，宣泄不该宣泄的，妈妈已经意识到这个。

负性的情绪找咨询师、丈夫、同事去说，孩子解决不了妈妈的感情问题，在孩子面前宣泄，就把负性的东西都带给他了。

要知道，孩子就是孩子，不跟孩子讨论父母的感情问题，例如，父母是不是真爱，怎么认识的，是不是经常吵架，爸爸有什么问题，妈妈哪里不好，跟孩子灌输和讨论这个，没有任何益处。孩子就要像孩子一样被对待。

但既然过去已经讨论过了，这个孩子成了高中生了，生米做成熟饭了，就不需要再去纠结过去的问题，现在起，不给孩子负性的东西就对了。

跟小孩不去讨论原生家庭的不完美，不能挑拨孩子跟原生家庭的关系。如果有可能选择父母，在美国，绝大多数的孩子都不选择自己的原生家庭，因为总是看到别人的家庭好，但是对父母来说，都是选自己的孩子，觉得自己的孩子是一朵花。重要的是家长过去没有做好的这些事，从现在开始做好。现在夫妻感情变好了，长



经验了，下面知道怎么办了，也知道找医生了，这是好事。如果有机会，可以帮助孩子找找资源。

善用资源帮助孩子

可以帮助孩子找找资源，比如孩子说喜欢物理，找个物理学家跟他讲讲物理都是干什么的。也许有个物理学家到妈妈所在的医院看病，就跟他说一下，“我的儿子喜欢物理，你能跟他简单聊聊这个专业的事情吗？”这些事情都好办。

喜欢生命科学，就找一个生物学家。在大城市里生活，只要有大学就会有生物系，有机会碰上这种人，找个机会有意识地物色这样的人。

如果孩子喜欢看病救人这个行业，妈妈还可以带他到医院看看，看一看医生怎么看病，了解这些生命科学的事。把精力放在这儿，这样去引导。

现在妈妈个人的感情问题变好了，就好办了，即使感情不好，也要坚持 12 个月，孩子考上大学之后，再去解决妈妈的问题。坚持这么多年了，再多 12 个月没问题。目前重点工作是善用已有的资源帮助孩子。

（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，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、伊春人民医院等。

在线精神健康大学

站在精神健康远程教育的最前沿

■ 在线精神健康大学周末督导班

督导时间：每周六 9：00-11：00（北京时间）

督导系统：CISCO WEBEX MEETING

报名热线：+86-18911076076

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。



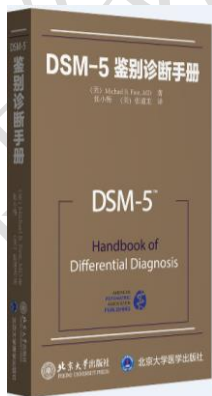
《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）（2014年/2015年）

《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》。

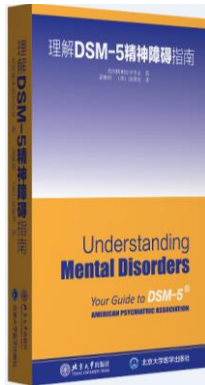
张道龙医生担任简体中文版工作委员会主席和主译。第五版《精神障碍诊断与统计手册》（案头参考书）和《精神障碍诊断手册》（全书），由张道龙医生率领的翻译团队翻译完成，由北京大学出版社分别于2014年、2015年在国内正式出版。

《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。



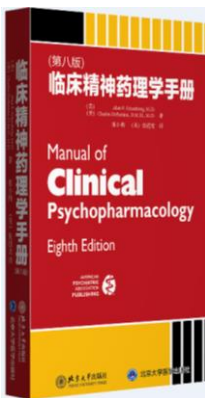
本书是国际最具权威的精神障碍鉴别诊断手册，精神科医生、临床心理医生和内科医生通过学习《DSM-5 鉴别诊断手册》，能更熟练掌握《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）的内容，以达到更准确诊断各种精神障碍的目的。目前，该书已于2016年由北京大学出版社正式出版。



《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。

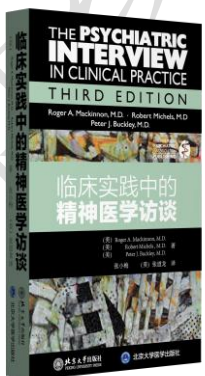
本书采用深入浅出、通俗易懂的语言，帮助未接受过系统训练的非精神医学专业的人，在学习《精神障碍诊断与统计手册》（第五版）时更容易理解和掌握，是内科医生、心理咨询师、临床社工、精神障碍患者家属及心理学爱好者，学习精神障碍相关知识的好助手。目前，该书的全部翻译工作已完成，进入全书校订阶段，已于 2016 年由北京大学出版社正式出版。



《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. Maelkinono, 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。



在线心理健康大学

三大途径，与在线心理健康大学亲密接触：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。《在线心理健康大学》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，在线心理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

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



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



《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

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，进入会议系统，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！