

第 131 期

2020年11月1日出刊



精神医学和临床心理学
督导与研究

www.mhealthu.com





报名学习 督导会诊

4000-218-718

精神医学和临床心理学

督导与研究

美利华在线健康大学出品并版权所有

总编辑 王剑婷

副总编 肖茜

顾问 刘春宇

督导 张道龙

协办单位

美中心理文化学会 北京大学出版社
四川省精神卫生中心 华佑医疗集团
哈尔滨医科大学精神卫生学院

教育服务项目

- ❖ 中美心理咨询师及精神科医生规范化培训项目
- ❖ 学生帮助计划 (SAP)
- ❖ 员工帮助计划 (EAP)
- ❖ 美国专家国内集中讲学
- ❖ 短程访美学习与交流
- ❖ 美利华医疗之家
- ❖ 《督导与研究》杂志

邮箱: meilihua@mhealthu.com

欢迎登录美利华在线健康大学网站免费查阅和下载

如需转载, 请注明“美利华在线健康大学”《督导与研究》



Editor's Letter 写在卷首

说吃苦

古来我们都把能吃苦看作是一种美德。

所谓吃苦本身看似相同：我们身边不乏有人一天打几份工，有人生活很节省，看起来又苦又累又受罪，但在苦累背后有些人期待的是富贵与名声，幻想的是有朝一日不再劳，甚至不再动，成为躺赢的“人上人”；而另一种人，他们早已拥有满足自身这些基础的要求的能力与生活，却依然选择恪守自己内心的愿望，为了达成某种理想而回归朴素的生活本身，忍耐某种单调、寂寞甚至艰难的“苦”……为财富吃苦，这当然没有错，甚至是人生必需的努力。可只对安全、生活物资占有这样的需求追逐，毕竟是我们人生中非常原始的需求，没有人会否认后者那份坚持与忍耐才更容易赢得我们的敬重。

学习是苦的，创业是苦的，生活是苦的，几乎每个人都吃过苦头。“故天将降大任于是人也，必先苦其心志，劳其筋骨，饿其体肤，空乏其身，行拂乱其所为，所以动心忍性，曾益其所不能。”要有多少痛苦、思考、煎熬、等待、寂寞和孤独的时刻，才迎来一个理想的实现？没有人知道。

道龙老师最近换工作、搬家、每天依旧在两份工作中切换中美时间，三餐多是一份汉堡或三明治，镜头前明显清瘦了不少，这样的“苦”对于我们来说或许难以忍受，可他满眼映来的却是日日新的案例，天天助人的乐趣、天天传道授业的成就感，对这份生活简朴而忙碌的苦总是幽默着一笑而过。从旁看他，这份真心的喜欢来自于他的理想，给了他精神寄托，凡人以为的“苦”是他的忽略不计。此刻，我说不清楚对于他来说真正“成功”是怎样一份具体的模样，但我知道整个过程中，他每一天的经营都铺向他心中的那个成果。

“苦”不是看你做了多少事，流了多少汗，有些苦是不必吃，有些苦是自讨着吃。吃不同的苦，有不同的结果。每个人都有一块田，这块田可以是我们的生命、时间、精力、天赋、志趣、注意力——这也是每个人最根本的资源。有没有把自己的资源用在正确的地方？是为利己而吃苦还是为了利他而苦？你今天吃的苦于人于己有什么价值？

吃苦，苦只是过程而不是目的，不是为了自我感动自欺欺人的耐苦，人生一场所有的苦不过是想把所有的资源高效用在自己认为最有价值的事情上。

这其中对吃苦的选择不同就是人生的耕耘之道了。

今之所为，皆有结果。



本期主题

寒冬临近话抑郁

中文的【抑】从字形来看，一边是一只大手（爪），一边的原始字形是半跪的一个人，表示为用手压服一个人之形，后来由压制的意思引申为贬低，意指压制、抑制。

【郁】，意指文采丰盛、香气馥郁、浓密茂盛、和暖聚合，显然这些都是正性正向的感知，而且都有一个倾向，那就是“多”；满则溢，因此过多，致“郁结”，郁本身也就有了堵塞、苦闷的意思；

中文一个抑郁二字其实已经把形态描写出大半，而本期，我们就来进一步从精神医学与临床心理的发生发展角度讨论【抑郁症】的预防、诊断与治疗。

现代生活中，抑郁话题既熟悉又陌生。熟悉的是我们会时不时的听到报道、巷议，甚至很多时候有人知道你是做心理工作的人，都会说句“现在抑郁的人太多了！”，但其实人们又都怕被抑郁粘上，不少来看过门诊，见过咨询师的人都会胆战心惊的问一句：“医生，我只是焦虑，没有抑郁吧！”是的，人们怕抑郁，但抑郁究竟是什么？说抑郁，我们究竟在谈什么？

作为《督导与研究》的新探索，除了原本对美利华案例的分析、课程的梳理，还基于精神医学及临床心理的视角开展话题性的讨论。重性抑郁障碍（俗称的抑郁症诊断名）在美利华的案例库中反而为数甚少，这让不少新学员感到不解，这其中可能的原因包括：

1、看到症状还是看到人。抑郁症在国内目前的精神医学临床工作中诊断率远高于其他精神问题。甚至由于缺乏对病人整体问题的概括，除了定性为“抑郁症”之外，只要发现有抑郁情绪，作出“抑郁症状”、“抑郁情绪”、“单向抑郁”、“青少年情绪问题”等非正规、以症状描述为主“临时诊断”情况不在少数。而这部患者如果到美利华会诊后基于 DSM 及 ICD 系统进行评估及鉴别诊断则按照其实际情况明确为其他诊断。因此“了解你的病人，其次再了解他得了什么病”是一直以来督导医生张道龙老师向学员们强调并在临床中向我们展现的临床思路——基于对患者情况的全面把握，基于一元论进行个案概念化，然后进行诊断。因此当然患者的最后诊断当然就不局限在抑郁这症状层面。

2、就诊率本身的差异。抑郁症本身患者进入低能量、低价值感的状态，就诊意愿与行动本身远低于受其他问题困扰的患者。这样的情况在临床及研究中皆有证明，且跨文化下情况类同。

看似少，却很重要。为此，本期我们率先锁定“抑郁”这个话题。



\\ 本期导读 //

专题:

- P06 关于抑郁症，那些不可不知的事
- P11 各类抑郁障碍的诊断、鉴别诊断及治疗原则
- P17 特殊的存在——季节性抑郁
- P21 光照治疗在临床中的多种应用

特别介绍:

- P23 心太阳，开创治疗方面的新实践

本期内容主要来源:

美利华中美班张道龙医生的视频讲解内容的文字整理

- 1、《DSM-5 诊断与鉴别诊断》第7讲【抑郁障碍】
- 2、《ICD-11 诊断》第13、14讲【抑郁障碍】
- 3、《精神药理学》第2讲【SSRI类抗抑郁药物】及第21讲【基于实证的抑郁障碍用药】。



通过本文期待您能掌握关于抑郁症的必知必会：

- 理解抑郁症的主要症状，把握目前对病因、病情结构的理解；
- 理解抑郁症的诊断标准，重症/迁延状态下的症状表现及相关躯体症状表现；
- 抑郁症的大体治疗思路

关于抑郁症，那些不可不知的事

主讲者 | 张道龙 医 生

内容责编 | 王剑婷 心理咨询师

什么是抑郁

抑郁症，正式名称：重性抑郁障碍（Major Depression Disorder, MDD）。病名中的“重性”本身与病情的轻中重度无关，而是为了区别于一般意义上我们人人都有可能出现的短暂的忧郁情绪而言形成一种对比，真的抑郁是一种严重的医学问题，会对一个人的安全和健康产生深刻而复杂的影响。因此，需要首先注意的是即使病名是“重性抑郁障碍”，但也同样也有疾病严重程度上的差异，诊断时对病人及家属的说明，这一点往往很关键。

抑郁症的主要症状表现为抑郁感受，对周围的兴趣及关心减低，初期症状有不少是以躯体化表现呈现，包括睡眠障碍，倦怠感/疲劳，便秘/腹泄，体重下降，性欲低下，心悸、眩晕、头痛/头部闷胀感等。如果出现这样的感受可以先做身体疾病的排查，如果没有明显的器质上的问题，可以询问以下几个问题，而且下列问题所呈现的状态不是仅仅出现2-3天这样的短时间，而是持续2周以上每天都存在的情况下，可以初步考虑是不是抑郁症。

- ✓ 感觉情绪压迫，情绪低落吗？
- ✓ 原本觉得有意思的、感兴趣的事现在觉得无聊，提不起兴趣了？
- ✓ 工作也好家务也好，变得越来越来不想做了？
- ✓ 最近感觉注意力不能集中吗？
- ✓ 这段时间感觉对自己越来越没有自信了？

病因及症状

抑郁问题古来有之。古希腊时代起就有对抑郁状态的记载，希波克拉底在其体液学说中用 melancholia 来描述“黑胆汁质”多所造成的抑郁状态。虽然体液学说后来被否定



了，但进入 20 世纪后，一系列临床的偶然发现对抑郁的产生有不小的揭示作用。比如在治疗结核时所用的药物“异烟肼”会增加人体的单胺酶而使人体产生神经兴奋作用，相反在一些治疗高血压的药物使用过程中能看到部分患者会有抑郁症状产生，而他们的单胺酶都有不同程度的减少。因此单胺类递质的增减被推测与抑郁症的发生有所关联。从 60 年代开始在应对抑郁情绪方面的药物进展至少有这样几点发现：

- ① 抑郁问题的发生与去甲肾上腺素、五羟色胺等脑内神经递质密切相关；
- ② 与神经传导物质的吸收与抑郁功能变化有关系；
- ③ 与神经递质间的传导路径变化所产生的影响有关。

另外，抑郁症患者血液中皮质醇的增加，下丘脑-脑垂体-肾上腺皮质轴的功能紊乱以及对海马功能的研究也都引起研究者的关注，当然，以上所有的研究进展也仍是在推论阶段。关于抑郁症的器质性研究、脑神经相关研究仍有太多的未知。

诊断标准

以 DSM-5 为核心的诊断标准如下表。

主要症状
1) 抑郁心境或悲伤
2) 对于曾喜欢的活动失去兴趣或愉悦感
3) 突然/近期体重增加或减轻，食欲改变
4) 失眠（入睡困难）或嗜睡（睡得过多）
5) 感到不安或烦躁（例如走来走去、搓手）或言语和运动迟缓
6) 疲乏或失去能量
7) 感到无价值或内疚
8) 难以集中注意力或做决定
9) 经常想死亡或自杀，计划自杀或企图自杀

当一个人有以上 5 种或更多的症状，而且症状几乎每天、至少 2 周持续的出现，症状至少包含第 1 或第 2 项中的一项，且症状不能用物质摄入或其它躯体疾病来解释，那就可以诊断为重性抑郁障碍。



妄想与自杀

国内比较精炼的把抑郁症患者的认知观念总结为【三无】和【三自】。其中三无指的是无助、无望、无用；三自是指的自罪，自责，自杀。如果抑郁症迁延不愈，随着病情加重可能就会导致一些不理性的、与现实不符，但被患者坚信的错误信念，比如较为典型的有“反正我这是治不好的病”，“穷困潦倒自己一文不值”，“犯了错不能被饶恕”，甚至没有什么具体原因“就是想死”的感受。据一些文献研究显示，抑郁患者半数以上有过自杀想法，实际尝试有过自杀行为的约占患者人数的15%。从“一死了之”，“能遇上什么事故死了就好了”这种思想层面的，到有具体计划、有实施准备的等等，对于抑郁患者的自杀评估和危机干预显得格外重要。然而，某种意义上说，要强调的是抑郁症中有强烈自杀观念的患者是其中的一半！因此，**不把抑郁症等同于自杀者的考虑方向也很重要**——这有助于减少患者及其家属的病耻感及心理负担。

伴随着躯体疾病的抑郁症

正如前述对抑郁症的病理解解中所提到的，抑郁症与甲肾上腺素及五羟色胺相关，那么由于罹患某种躯体疾病或服用药物都有可能导致抑郁问题的发生及加重。内分泌问题致郁可能的有库欣综合症、甲状腺功能低下；药源性可能致郁的包括使用治疗高血压的药物、部分抗癌药物、类固醇、干扰素等；而脑梗、癌症、认知症等问题则常伴有情绪方面的改变。

治疗的基本思路

确诊之后进入治疗阶段，无论是对患者还是家属，有这样几件事需要务必告知。

1) 告知疾病的来龙去脉。抑郁问题在现代社会普遍存在，普通人即使看着诊断标准可能从理解上也有这么多困难的地方，而这些看似简单的“思想”问题不单单是由于疲劳，更不是由于倦怠造成的，临床工作者需要让患者及家属理解除了意愿、意志之外，抑郁症是一种切实的**心身问题**很重要。可以解释的语言方式包括“抑郁因为身心疲惫导致的能量下降”，“在压力状态下引起的脑部的病变”，“压力导致脑神经的运转失衡”等更加通俗易懂的语言。

2) 以**生物心理社会为基础的整合式治疗方案**。首先要保证能得到**休养**，特别是精神层面的休养。就算当下不能立刻休学或向工作单位请假，其他途径的“减压”也必不可



少，比如降低原来的学业目标、减少出差、调整任务内容等。实在本人或环境难以配合的，还可以考虑通过住院来实现休养调整的目的。因此实现“减压”，少不了需要从社会层面请周围人群对患者给予更多的理解与支持。而治疗方面还要分为**药物及心理治疗**两方面考虑。如果患者或家属对药物治疗怀有顾虑，要进行细致的病理及药理说明。即使是配合用药的患者，用药或定期复诊时也要注意说明药物突然的减停、加量可能带来的不适以及应激反应，也要提前向患者本人及家属给予充分的知识普及。进行心理治疗时，治疗师基于何种考虑，将采用哪些方法与患者开展心理咨询工作也需要有所说明。

3) 患者及家属须知的相关注意事项。患者能否保证有足够的休养环境，需要强调减压的重要性；关注患者及家属对用药态度及使用方法上的理解与配合程度，在保证安全的前提下，**足量足疗程**的使用药物；为防止病情反复需要关注患者的焦虑情绪及家属的态度，及时开展**心理教育**；重大决定可以等待病情稳定或得到一定程度的**改善之后再决策**，避免冲动行事。

4) 关于预后的说明。合理把握病情的预后，对患者本人也好、家属也好都有一定的心理安抚作用。精神上的痛苦程度减少不可能是以用药后“立即”就期待消失的，抑郁症的**康复总体而言需要以月为单位来考察**。见效起效可能在2-4周，但急性问题总体以3-4个月缓解为目标。治疗过程中存在各种个体差异，可能在病情、症状上有所反复，而且假如病情本身较重，那么即使一段时间看起来缓解了也不可忽视复发的可能，诸如此类的病情讨论及告知在治疗的不同阶段都可能要与患者及家属进行充分的讨论。

纵观当前世界主流对于抑郁症的治疗，对于轻症问题有强调单一开展以认知行为疗法为主进心理治疗的指南，也有可以就部分患者的临床实际困扰进行药物干预的指南，如出现食欲、睡眠问题时结合患者本身的情况酌情对症用药。而对于中度以上，有自杀意念、出现精神病性症状的患者则需要以用药治疗为核心的干预策略，药物包括的范围有抗抑郁药、抗焦虑药、助眠药物以及少量的抗精神病药物等对症处理。对于重度以上且有危及生命症状的患者、难治性的复杂病例还可以结合经颅磁刺激、无痛电抽搐治疗等方法。

心理工作者在抑郁症治疗中的作用

抑郁症看似症状集中，但每个个案背后都有关从遗传因素、成长环境、素质个性等多方面的影响，基于生物-心理-社会方方面面进行综合干预过程中心理咨询工作者也可能需



要关注多方面情况。

首先,更新关于抑郁症的最新知识及干预技术。从心理学起源就有着诸多针对神经症、抑郁问题的理论与临床方法,因此一直以来心理咨询工作者在专注钻研治疗抑郁症的诸多治疗方法、掌握技术本身上投入的精力与热情都更多。随着时代的进步以及神经科学的发展,临床工作者除了和心理技术层面要不断地学习并更新知识内容外,更需要拓展对于疾病理解及脑科学的认知边界,包括在治疗中可能采取的药物治疗时,结合患者的不同情况,心理工作者也承担着心理教育、缓解患者对治疗本身的焦虑、调整某些因个体或文化所带来的对治疗方案的认知偏差的临床介入能力。这其中不可避免的不要注意言语行为都需要基于当前的法律法规、符合伦理的去工作。

其次,会评估。特别是在目前国内的医疗环境下,医疗资源有限,而心理/精神卫生方面的需求却日益增长。心理工作者有更多的灵活的机会接触到家庭、学校、企事业单位、养老或特教机构、社区人群等,掌握相关的鉴别诊断知识、学会使用一些必要的筛查工具是当下在国内进行临床工作时必不可少却又相对薄弱的部分。如果有更多的心理临床工作者能接受规范化的、系统的临床精神医学及心理学训练,能对抑郁问题的发生、发展及预后相关的掌握,可以掌握除了抑郁症以外的有关精神分裂症、双相、神经发育问题、认知障碍等等精神心理临床的常见问题,从鉴别诊断及发现合并症的角度充沛自己的知识无疑将对临床工作大有助益。

最后,掌握基于评估之上的持续性的介入能力。医疗也好心理干预也好,效果本身并非都能立竿见影,在治疗的过程中可能出现的各种状况还需要心理工作者具有一定的协调统筹能力,面对患者、家属、医疗工作者、患者所涉及的周围环境等跨领域的进行支持、协调也可能在一个时期内成为国内心理临床工作者必不可少的工作事项之一。

参考文献:

1. 美国精神医学学会. 精神障碍诊断与统计手册 [M]. 5版. 张道龙, 刘春宇, 张小梅等译, 北京大学出版社, 2015。
2. 美国精神医学学会. 理解DSM-5精神障碍. 夏雅俐, 张道龙译, 北京大学出版社, 2016, 53-65
3. 小此木啓吾. 深津千賀子. 大野裕編 (改定) 精神医学ハンドブック. 創元社. 2005 212-222ページ
4. 下山晴彦. 中嶋義文編集 精神医療臨床心理の知識と技法 医学書院 2018 65-66 ページ



各类抑郁障碍的诊断、鉴别诊断及治疗原则

主讲者 | 张道龙 医生

内容责编 | 肖茜 医生

抑郁障碍包括重性抑郁障碍、持续性抑郁障碍、经前期烦躁障碍和破坏性心境失调障碍。抑郁障碍有时由于某些药物、酒精和毒品、一些躯体疾病（如甲状腺疾病）所致。人群约有7%患有重性抑郁障碍。年龄18-29岁的年轻人中，比起60岁以上的人群，患此障碍的比例可能高3倍。自青春期早期开始的抑郁，女性患病几率比男性高1.5-3倍。

一、风险因素

- 1.气质的。**有低自尊或有悲观的态度，有更高的风险患此障碍。
- 2.环境的。**有压力的儿童期或生活事件，例如暴力，忽略，虐待，或低收入，可导致重性抑郁障碍。
- 3.遗传的。**有重性抑郁障碍近亲（如父母、兄弟姐妹或孩子）的个体，患此障碍的风险增加2~4倍。
- 4.生物化学。**尽管人们并不太了解有关大脑中的化学物质是如何导致抑郁的，仍相信两种化学物质即5-羟色胺、去甲肾上腺素，可能起到了作用。

二、DSM-5对抑郁障碍的诊断

抑郁障碍谱系的共同特点是抑郁或易激惹，并伴随认知改变和躯体不适，显著影响社会功能；这些障碍之间的差异是病程和病因。

1.破坏性心境失调障碍

破坏性心境失调障碍的核心特征是慢性的、严重而持续性的易激惹。这种严重的易激惹有两个显著的临床表现：一是频繁地发脾气，通常是对挫折的反应，可能是言语的或行为的，这些情况的发生必须是频繁的，一般每周三次或以上，至少持续一年，至少在两个不同的情境，而且必须与发展阶段不适应；其次表现为在重度发脾气的期间，存在慢性、持续性的易激惹或发怒的心境，儿童所特有的易激惹或发怒的心境则必须存在于一天中大部分时间，几乎每一天，而且能被处境中的其他人观察到。



其他特定的抑郁障碍指的是由于未达到任何一种抑郁障碍的诊断标准,但具有明显抑郁典型症状的情况。未特定的抑郁障碍指的是由于信息不足而无法明确是何种抑郁障碍的情况。

三、重点鉴别诊断

1.适应障碍伴抑郁: 基本特征是针对可确定的应激源出现的情绪或行为上的症状,临床表现包括情绪低落、焦虑或行为紊乱。这些症状能引起患者显著的痛苦和功能损害,且痛苦的程度与应激源的程度不成比例。这些与应激相关的症状不符合其他精神障碍的诊断标准,且不是先前存在的某种精神障碍的加重。一旦应激源终止,这些症状不会持续超过6个月。

2. 双相障碍, 目前为抑郁发作: 除了出现重性抑郁发作, 双相障碍还曾出现躁狂/轻躁狂发作。躁狂发作的症状包括感到极度快乐、易激惹或活跃; 需要很少的睡眠来做更多的事情, 或比平时说话更多、更快。

3.丧痛: 亲人死亡的丧痛可以引起空虚和失落感, 通常像波浪一样时高时低, 随着一周周、一月月时间流逝, 变得不那么频繁。这些感受的浪潮有时被称为“丧痛之苦”, 经常聚焦于失去的亲人。通常也会有积极的想法和快乐的回忆。作为对比, 有重性抑郁障碍的个体、悲伤和绝望的感受持续地更久, 即使有喜悦或愉快的想法, 也很少。丧痛通常不引起低自我价值感或内疚, 而它们经常与重性抑郁障碍同时出现。如果这些感受伴随丧痛出现, 可能聚焦于对死者有亏欠, 例如, 没有更经常地去看望死者, 或不曾告诉死者自己有多爱他(她)。在这样的案例中, 内疚感与没有采取特定的行为相关, 而不像抑郁中出现的整体的低自尊。经常想到死, 希望死去, 因为感到无价值或无望, 这不会经常发生在丧痛中, 而会经常发生在重性抑郁障碍中。当丧痛的人有重性抑郁的4种或5 种症状(相对于丧痛的症状), 至少2周, 则此人应该考虑去看医生了。

图1. 存在抑郁情绪精神障碍的主要鉴别点



四、抑郁障碍的治疗原则

重性抑郁障碍是最可治疗的精神障碍之一。绝大多数人对治疗反应很好，几乎所有人的症状都有所减轻。重性抑郁障碍伴妄想或自杀想法，需要紧急治疗。

在医生建议某些治疗之前，需要完整评估患者的问题和症状。包括对问题和症状进行询问，进行体检，可能还要与患者的基础治疗医生进行讨论。心理治疗和药物，在治疗中度和重度重性抑郁障碍时是有用的。轻度重性抑郁障碍往往只需要心理治疗。

1、生物治疗

1) 药物

药物能帮助减轻重性抑郁障碍的症状。**抗抑郁药**可用于调整因抑郁而“失衡”的脑部化学物质。最常使用的抗抑郁药的类型如下：

- 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)
- 5-羟色胺、去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)
- 多巴胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂
- 三环类抗抑郁药
- 单胺氧化酶抑制剂(MAOIs)

这些抗抑郁药以略微不同的方式起作用。当选择最可能起作用的药物时，医生要考虑如症状、其他健康问题、特定的担心（如体重增加）、副作用和费用等因素。另外，**二代抗精神病药物**可作为增效剂应用于单独用抗抑郁药效果不佳、或者精神病性症状明显的情况，其中阿立哌唑是获得FDA批准的抗抑郁增效剂。

1.1) 关于药物常见的副作用：

抗抑郁药可能引起一些副作用，例如，恶心、体重增加、乏力、性欲丧失。如果这些副作用变成了问题，医生可改变药物的剂量或类型。对于一些抗抑郁药，剂量必须缓慢减少，因为突然停药可导致抑郁恶化。当躯体适应药物之后，副作用可能消失或减轻。

1.2) 抑郁症的急性期治疗：

大多数人在开始治疗的2~4周之后开始感觉变好，但只用药2~3个月不一定令患者充分受益，老年人甚至需要更长一些时间。如果数周后成效较小或没有成效，医生将改变药物的剂量，或是增加或更换为其他抗抑郁药。重要的是，即使在症状开始改善之后，也要按医生处方服药，假以时日，令其发挥作用以避免抑郁复发。医生们经常建议患者，一旦症状改善，还需持续用药6个月或更久。



1.3) 关于维持治疗:

曾有过抑郁发作,大大增加了另一次发作的风险,但是治疗可降低这种风险。心理治疗可降低抑郁复发的几率或复发时的强度。对于那些至少有过两次抑郁发作的个体,在第二次抑郁发作后用药,降低了抑郁复发的风险。在重性抑郁两次或三次发作后,建议长期维持治疗。维持治疗的目标,不像治疗的第一阶段那样致力于帮助个体变得更好,而是令个体保持现在较好的状态。通过服药、心理治疗,或两者共同使用以达到这个目标。在维持治疗期间,使用这些方法,个体可以更少地去看自己的精神卫生专业工作者,与此同时,患者及其家庭成员、朋友,对两次就诊之间可能的复发迹象应保持警觉。

2) 规律运动

尽管有重性抑郁的个体很难有动机去锻炼,但规律的锻炼可帮助应对抑郁。大部分类型的锻炼,例如,步行、慢跑、跳舞和瑜伽,改善了躯体战胜痛苦的能力,可减轻压力,提高自尊,帮助不同年龄的人改善睡眠。

2、心理治疗

- 1) 认知-行为治疗。寻找和改变无助的思考和行为模式。行为激活是治疗初期重要干预手段,能够通过从行为层面增加活动量来改善情绪,治疗模型包括“螺旋下降和上升模型”(见下页图1、图2)。
- 2) 正念减压。缓解情绪和伴随的躯体不适、改善睡眠。
- 3) 动机面询。提高患者的求治动机,提高依从性。
- 4) 人际关系治疗。目标是改善人际关系和人际间技能。
- 5) 家庭或配偶治疗。可帮助解决出现在家庭或配偶之间的问题。
- 6) 支持治疗。目标是保持或重建高水平的功能,尽可能解决问题,给予建议和其他方法。
- 7) 团体治疗。支持性团体成员可彼此鼓励,得到如何应对抑郁的建议并分享类似的经历。

3、社会层面

家庭和朋友的支持可帮助个体预防或克服抑郁。鼓励有抑郁的亲人坚持治疗,并使用他们通过治疗学到的应对技术和解决问题的技能。与他人一起处理抑郁,可对减轻“完全孤独”的感受大有裨益。尽管独处可能感到更舒服,但离群索居会令抑郁更糟糕。与家人和朋友的密切关系可以提供安慰,参与社交活动能够获取一些愉悦或乐趣。



图1: “螺旋下降”模型

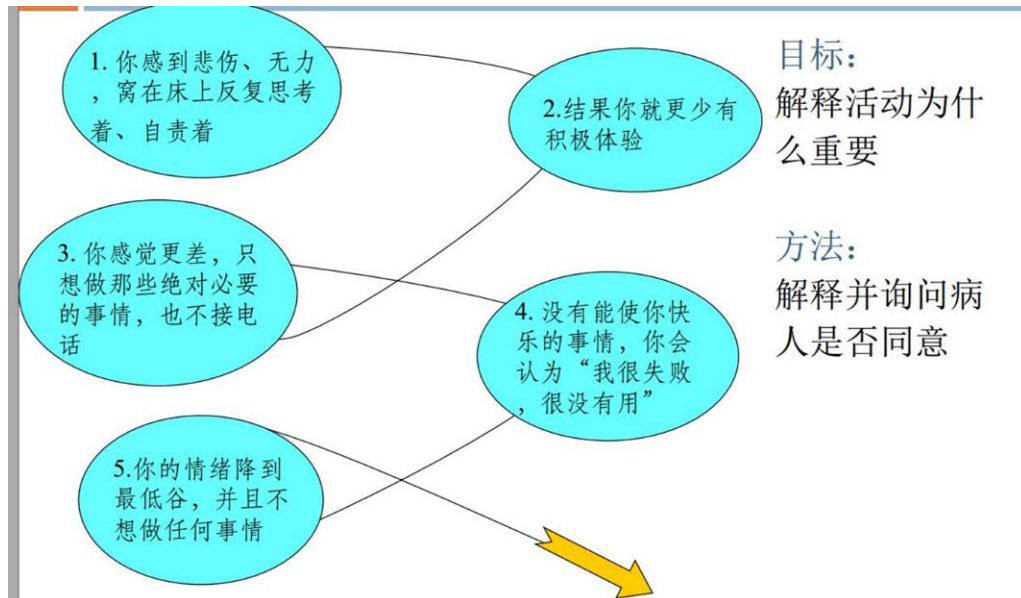
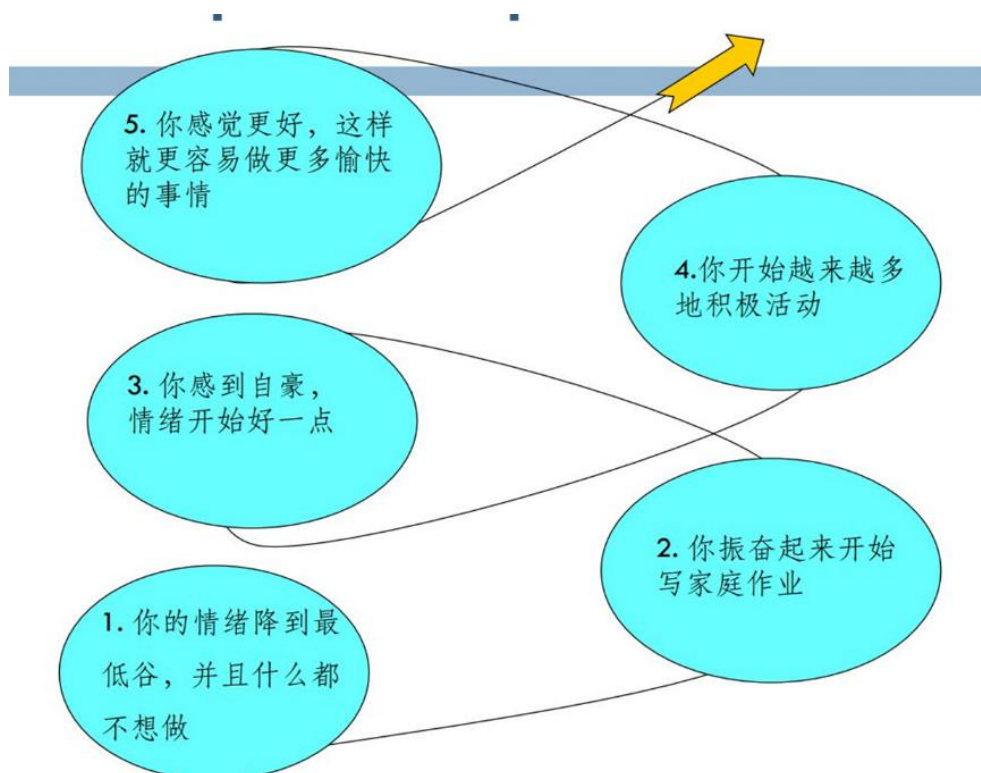


图2: “螺旋上升”模型



||话题介绍||

特殊的存在——季节性抑郁

20 世纪初，全球各国的研究者们开始渐渐意识到季节变化(seasonal variation) 与情感之间的关系并加以调查，相关研究结果表明季节变化与抑郁、躁狂、自杀率及自杀倾向间有着密切联系。1984 年，Rosenthal NE 经过一系列研究调查后正式提出季节性情感障碍(seasonal affective disorder, SAD)的病名，并描述了季节性情感障碍的主要症状，设计了以光疗为主的治疗季节性情感障碍的实验，成为了现代研究季节性情感障碍的开端。

1、SAD 的症状与诊断标准

在《国际疾病分类第十版(ICD-10)》中，季节性情感障碍被分类于“反复性抑郁障碍”条目下(ICD-10 代码: F33)，其中并未详细描述季节性情感障碍的症状与诊断标准，只是在反复性抑郁障碍的模式中有所提及，并且英文版的相关词条为“seasonal depressive disorder(季节性抑郁障碍)”。而在《精神障碍诊断与统计手册(第五版)》(DSM-V)中，季节性情感障碍被归于抑郁障碍的标注中，对于季节性情感障碍的描述方法为“伴有季节性模式”。

从中我们可以看出，对于季节性情感障碍尚具有完全统一的定义。直至近年的研究文献中依然可见“MDD with seasonal pattern(MDD-s, 具有季节性模式的重度抑郁症)”和“seasonal variation(季节性变化)”、“winter depression (冬季抑郁)”等描述。一些研究者根据国际诊断标准的表述或是具体研究的特性并未直接采用“SAD”来描述研究内容。很多研究者发现某些抑郁或躁狂症状与季节有着明显的相关性，但是又无法严格归类于 ICD 或者 DSM 的季节性分类中，所以只能在标准分类的基础上添加描述来提示其季节性的特征。

表 1、DSM-V 中抑郁障碍伴季节性模式诊断标准(摘自第 179 页)

诊断标准
A 重性抑郁障碍的重性抑郁发作的起病与一年中的特定时间之间，存在规律性的时间关系(例如，秋季或冬季)。 注: 不包括与季节性相关的明显的心理社会应激源影响的案例(例如，每年冬天都常规性失业)
B 完全缓解(或从重性抑郁到躁狂或轻躁狂的改变)也发生于一年中的特定时间(例如，抑郁在春季消失)



- C 在过去的两年中，两次重性抑郁发作的出现能够证明时间的季节性关系，并且在同一时期内没有非季节性的重性抑郁发作出现。
- D 在个体的一生中，季节性的重性抑郁发作(如上所述)明显多于非季节性的重性抑郁发作。

2、相关流行病学调查

有关季节性情感障碍的大规模流行病学调查报道较少，多数研究中都发现在高纬度地区季节性情感障碍的发病率会更高。北欧地区的一则回顾性研究指出：日照时长和季节性情感障碍有着显著的关联性，日照时长越短季节性情感障碍的发病率就越高。另外一项研究表明，美国佛罗里达州和阿拉斯加州的季节性情感障碍发病率为 1% 和 9%。Magnusson A 的回顾性研究指出在北美地区季节性情感障碍的发病率约为 1.4% -9.7%，而欧洲和亚洲分别为 1.3% -3.0% 和 0.9%。

研究认为未报告和确诊的季节性情感障碍病例也不在少数，因为季节性情感障碍的症状中嗜睡、暴食、抑郁、双相障碍等很难与其他疾病相鉴别，所以在门诊临床中常常被忽视。同时季节性情感障碍与其他精神疾病(如酒精滥用等)的共病也增加了鉴别诊断的难度。就患者年龄而言，早在 1984 年的研究中 Rosenthal 等就发现了儿童中季节性情感障碍的发病更有规律性。DSM-V 中也指出年轻人在冬季抑郁发作的风险较高。同时季节性情感障碍的好发人群也可能与职业相关，一项研究表明护士、保姆等长期进行室内工作并较易感受精神压力的人群季节性情感障碍发病率也相对较高。

3、季节性情感障碍的生理学与病理学机制

目前针对 SAD 的生理学机制研究主要是各类神经递质的临床观察和假说。SAD 可被视作在人体的生物节律和心境两方面同时发生的损害，而后的研究中证实 SAD 的病理机制包括了在生理节律与光周期方面的改变。褪黑素分泌受光照影响较大，被视为内分泌系统中一个重要的授时因子，所以研究者们首先提出了褪黑素分泌量改变导致 SAD 的假说。相关理论最早见于 SAD 的命名者 Rosentha 等的研究中。褪黑素的主要来源是色氨酸被松果腺细胞摄取后，在色氨酸羟化酶的催化下，转变成 5-羟色胺，随后在各种酶的作用下合成褪黑素。由松果体和视网膜分泌并选择性激动褪黑素受体后，通过进入细胞内启动第二信号传导作用，再通过细胞核的第三信使影响神经营养因子的表达，进而对睡眠起到调节作用。有研究发现：在光疗前，女性 SAD 患者血清褪黑素水平显著高于对照组，而在光疗后褪黑素水平差异消失。且褪黑素水平与抑郁症状严重程度及对碳水化合物的渴求度显著



相关。Lewy AJ 等的研究发现 SAD 患者的褪黑素分泌时相出现了延迟，并指出可以通过口服褪黑素对这一时相进行调整，以减轻 SAD 的相关症状。

由于 SAD 的主要症状为抑郁，而近年来 5-羟色胺的水平被认为与抑郁症密切相关，所以 SAD 的研究者们提出了有关 5-羟色胺的假说：认为 5-羟色胺的减少也是导致 SAD 发病的重要因素。该理论由 Rosenthal 等最早提出：在冬季，SAD 患者的 5-羟色胺能系统功能减弱而发病。Rosenthal 通过研究证实：在与抑郁症有关的所有神经递质中，只有 5-羟色胺与季节变化密切相关。在春夏季，脑内 5-羟色胺系统功能最强，而在秋冬季最弱。McMahon 的研究也发现 SAD 患者冬季的 5-羟色胺转运体水平要高于夏季，因此影响冬季五羟色胺水平导致 SAD 发病。

4、季节性情感障碍的治疗方法

光照不足被认为是导致季节性情感障碍的最大诱因，所以 Rosenthal 等确立 SAD 概念时同时也提出光照治疗是最有效而直接的手段。光照治疗被认为可以同时解决 SAD 在人体的生物节律和心境两方面的问题。近年来的光照治疗通常是由患者持续接受 30 至 45 分钟照度为 10000 勒克斯的亮光照射，对于改善 SAD 症状效果明显。研究显示光照调节能明显调节褪黑素分泌，短期见效较快，对于改善进食异常也有一定的疗效。一项研究显示，经过光照治疗后 SAD 患者体内的 5-羟色胺转运体水平在经过光照治疗后会回降至基准线。同时光照治疗在实验中不仅对 SAD 患者有效，对一般的 MDD 患者也有着显著效果。

其他用药方法原则上参照 MDD 的诊断及治疗思路，采用药物+心理治疗的生物心理社会模式部分不变。

5、对季节性情感障碍未来研究的探讨

2017 年诺贝尔生理学与医学奖被颁与了从事生物体昼夜节律分子机制的研究者们，说明相关研究在现今生理学与医学领域是一个值得进一步探索的方向。

SAD 作为人体与季节节律相关的一种疾病，其研究价值并不会因为发病人数较少而降低，反而更应引起重视。SAD 的相关研究在生理学方面的进一步深入很可能为人们揭示人体与季节、气候、光照等各方面的联系，从而为人类生理学与医学研究做出独特的贡献。中国气候类型复杂多样，不仅地处温带、亚热带、热带各种气候带，同时纵跨纬度近 50°，包括寒温带、中温带、暖温带、亚热带、热带和赤道带等 6 个温度带和一个特殊的青藏高



寒区。由于地理环境的巨大差异，又可分为高山气候、高原气候、盆地气候、森林气候、草原气候和荒漠气候等多种气候类型。同时中国约 60% 地区受季风影响，四季分明。大面积的季风气候使得季节性情感障碍的发生更容易被认知和划分，而纬度和地貌的巨大差异可以为揭示 SAD 与自然环境间的联系提供一个良好的基础。据研究表明，近年来的全国日照时数呈现下降趋势，同时各地雾霾频现，光照条件的直接影响也可能会导致更多的 SAD 患者出现，从而为中国开展相关研究提供条件。从人口层面来说，中国人口基数大，老龄化愈发严重，概率角度上相对欧洲国家会有更多的 SAD 研究案例出现。

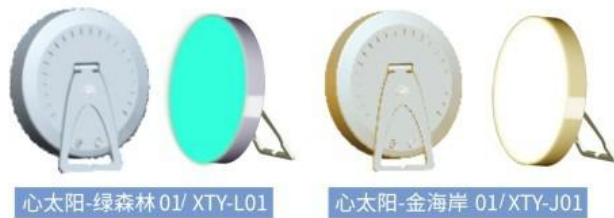
文章来源：

王海舫 马淑然等 季节性情感障碍研究进展综述 环球中医药. 2019 年 02 期 第 307-314 页

美利华独家出品 光照治疗产品·心太阳



可在咨询过程中使用



可在办公室里使用



光照治疗在临床中的多种应用

光，是人类生活中极为重要的元素之一。光不仅产生相应的能量，提供给我们视觉可能，还对人类具有生物学效应。四季当中不同季节的光照时长、温度变化都有很大的不同。随着季节时令变化光的强弱对生物体产生影响，由于光照的缺乏或不合理会导致人体产生一系列的问题，其中最典型的例子就是季节性情感障碍。

光疗就是指利用人工光或天然光防治疾病的非药物治疗方法。具体而言，光疗是通过发光装置产生不同波长和强度的光线，刺激神经系统和脑干网状结构，调节营养代谢、血液循环和内分泌功能，调控生理周期，以期改善相关症状。在北美和欧洲，从上世纪八十年代开始就有学者尝试用光照治疗季节性情感障碍，随后又有学者开始把光疗应用于非季节性情感障碍的治疗中，积累了大量的光疗使用经验。

在精神及情感障碍中的应用

近年来随着环境气候变化，季节性情感障碍(Seasonal Affective disorder, SAD)的研究也在不断地增加。这类患者往往于每年秋季或冬季陷入抑郁，而春季或夏季转为轻躁狂或恢复正常，其特征性症状为睡眠增加、食欲增高、体重增加、喜食碳水化合物等非典型症状，多见于女性，属于重性抑郁障碍中的一个亚型。季节性情感障碍是在国内外的报告渐多，逐渐引起精神医学界的注意。

由于季节性情感障碍的发病与季节有密切关系，从提出这一疾病概念开始就有学者认为其发病与冬季的日照时间较短有关，因而进行了大量的研究。Kripke 等 (1983) 最先发现光照能缓解季节性抑郁症患者的抑郁症状。Sakamoto (1993) 研究发现，SAD发病率与日照时间数呈显著负相关。Terman 等 (1998) 发现光照的强度和治疗的有关，强光治疗的疗效优于一般弱光。Rastad对 50名季节性抑郁患者的随机对照研究也证实了光强与治疗有关这一结论。实践上，从1993年来，采用光疗治疗SAD使越来越多的患者受益。

光疗改变了昼夜的时间节律，延长了光照时间，明显减少早醒，改善抑郁情绪，减少自杀的发生率，其治疗效果经过抑郁量表的测验得到了证实。现在普遍认为光疗是治疗SAD的首选治疗手段。同时，大量学者还针对光疗对于非季节性情感障碍的治疗效果进行了研究。Even通过既往光疗对非季节性抑郁症治疗的研究进行系统评价后认为，光疗对非季节性抑郁症有肯定的辅助治疗作用，并且对部分非季节性抑郁症患者能发挥单独的治疗作用。



在睡眠问题中的应用

时下越来越多的人工作时间不规律,长期或间歇性的日夜颠倒式工作影响了人正常的生理周期,导致神经衰弱和睡眠障碍等疾病。研究表明,参与睡眠的生理结构和机制相当复杂,目前已知的情况是能引发松果体节律性分泌褪黑素,白昼静止状态,夜晚合成增加。同时,褪黑素作用视交叉上核等部位,诱导睡眠产生。当这种节律被打乱时,就会导致睡眠障碍。

对于睡眠障碍的治疗,传统的镇静催眠药物中不少都有明显的副作用而不能长期使用。光疗在改善机体内源性生物钟和生物节律的前提下能够大幅免除那些对身体内部产生的副作用隐患。1993年, Campbell 等发现,光疗(4000 lx)可作用于昼夜节律系统,改善老年人的睡眠。Philip 等人研究采用弱强度的白光同样取得了好的效果。Avery 用强度为2500 lx明亮光和强度为350 lx的绿光治疗夜间频醒、再入睡困难的失眠患者,研究发现可明显减少频醒次数,同时减少失眠患者在床上的非睡眠时间,使睡眠效率提高90%,即增加了15-20分钟的睡眠时间。同时,用光疗慢性睡眠障碍及与年龄相关的睡眠失调,可提高睡眠效率但并不增加睡眠时间。

光疗的方式与原理

光疗时,病人眼睛暴露在不同的可见光下,光线通过视觉信号刺激视网膜,作用于非视锥细胞,非视杆细胞的视觉光受体,通过视神经的非感觉传导通路来调节松果体的功能,促进松果体释放褪黑素,通过眼与中枢神经系统的相互作用,经视丘下部路径调节免疫系统治疗各种疾病,这一神经传导通路已被跟踪证实。

结语

光疗作为一种无创性的物理治疗手段,具备有效、方便、安全、副作用轻微等优点。经过近30年的研究和发 展,目前已成为精神和情感障碍以及睡眠障碍等疾病,特别是季节性情感障碍的主要治疗手段,有着积极的治疗意义和广阔的治疗前景。目前已知的研究证明,光疗在治疗精神和情感障碍、睡眠周期紊乱、自身免疫性疾病、认知功能障碍、皮肤病等方面都有不错的效果。





特别介绍

||美利华临床应用产品||

心太阳，开创治疗方面的新实践

抑郁、焦虑、以及临床常见的多种睡眠问题越来越成为公共卫生事业关注的焦点。精神心理问题病因涉及方面多，具体病理生理机制多不明确。针对上述各种问题的主要治疗方法以“生物+心理+社会”结合模式为主。而生物治疗中，临床应用通常可再分为【用药】、【运动】与【物理治疗】相结合的方案。其中，囿于文化原因，往往人们对用药会有所顾忌；而运动习惯见效慢也非朝夕之间可以养成，因此相较之下物理治疗因其副作用低，见效快等特点而更易受患者青睐。当前临床常用物理治疗主要包括以下几种：

1、重复经颅磁刺激疗法 (rTMS)

作用机制：重复经颅磁刺激 (rTMS) 主要用于轻度至中度抑郁发作，是目前最活跃的物理疗法。它是利用特殊设计的磁线圈，将其放在头部附近，通过产生快速变化的磁场，在大脑某一特定皮质部位给予重复的磁刺激，从而在颅内形成的恒定的立体叠加电场，作用于脑微循环系统，对大脑进行电刺激，干预脑内生物电活动，激活处于抑制状态的脑细胞，从而影响脑神经细胞的功能以达到治疗目的。

优点：rTMS在美国已经通过 FDA 的认证，是得到公认的高效、安全、无痛、无创的治疗方法，抑郁症的治愈率为20%，治疗有效率可接近100%。

缺点：1) 属于专业设备，不要说普通人，就是专业的医务工作者在设置电位、刺激时长等细节上也需要经过专门训练并拥有一定的临床经验，因此只能在医疗机构内进行治疗；

2) 仪器本身有家用消毒柜大小，昂贵且占地，不便于开展家庭康复。

2、无抽搐电休克治疗 (MECT)

作用机制：MECT是重度抑郁症的首选物理治疗方法，治疗时需要首先给患者注射适量的肌肉松弛剂，然后在短时间内，将适量的电流通过患者的大脑，使患者的意识丧失但不产生癫痫发作，这种办法对伴有严重自杀企图、剧烈兴奋躁动及有严重攻击冲动行为的患者，可使症状迅速消除。



优点：相对于症状的严重程度而言效果迅速且高效。

- 缺点：**
- 1) 相对于其他物理治疗，MECT有禁忌症并常伴有短暂的意识混浊和记忆丧失，虽然绝大部分患者在6个月后可恢复至最初的认知水平，但是在治疗过程中对记忆损害是无法避免的。
 - 2) 需要完全在医疗环境中才能进行。
 - 3) 只适用于重度极重度的临床患者。

3、经颅微电流刺激疗法（CES）

作用机制：经颅微电流刺激疗法（CES）是一种微观生物电流，可将独特设计的波形和频率直接通过踝关节或耳垂传递到大脑。刺激体内啡肽、乙酰胆碱、5-羟色胺的释放，改善异常脑电波并使之回归正常，降低应激激素分泌并改善心律、血压等生理信号，从而有效地调节情绪状态。哈佛大学公共卫生学院所做的统计分析证实了CES的有效性。

优点：治疗过程无痛、设备简单易操作、据统计有效率可达90%；

- 缺点：**
- 1) 国内没有正规生产销售的渠道，完全依赖美产，且无正规销售渠道，产品真伪及售后毫无保障。
 - 2) 主机+常规消耗品的配件，一台配置下来近万元，性价比差。

电针疗法

作用机制：目前在国内一些医院会采用电针治疗抑郁等问题，这种方法是我国中西医结合的产物，主要是通过电流刺激穴位代替针刺，并根据电流大小调节针刺强度。据国内一些理论研究表明有一定治疗效果，但总体而言目前临床治疗研究结果报告较少，尚不能轻易地判断电针对抑郁症治疗的有效性。

- 缺点：**
- 1) 适应症及安全性、有效性尚不明确；
 - 2) 只能在医疗机构中进行。
 - 3) 可能有一定的痛感刺激？

由此可见，相较于药物治疗和心理治疗，目前国内常规使用的抗抑郁的物理治疗既展现着一定的优势，又各有明显的劣势。而其中便携的、自助式的非药物治疗仪器在一定程度上既能节省资源，安全高效，而且对于患者及一些未进入到医疗临床当中的潜在患者都非常具有易得性，可以更早一步的实现干预治疗目的。



为此，由北京心太阳健康科技有限公司技术团队历时3年，总结国际1758篇临床研究文献，研发出技术与性能更优于欧美的、对失眠与抑郁有治疗作用的光照治疗设备——**心太阳健康动能灯**。

如前文所示，光照治疗针对治疗失眠、抑郁均有临床疗效。在欧美已拥有30年成熟的使用经验，作为安全有效的干预工具被美国精神医学学会（APA）连续数年推荐并在年会上进行示范展示。广泛用于医院、心理咨询中心等临床机构，其中包括如哈佛大学、斯坦福大学、芝加哥大学、西北大学等诸多美国名校的学生中心也引进这样的设备提供给学生使用。



心太阳适用人群：

- ✓ **抑郁心境人群。**可以改善抑郁等心境低落的问题。尤其针对每年因季节变冷、雾霾、梅雨等情况，而引起的心情低落或抑郁，治疗效果尤其显著。
- ✓ **睡眠节律紊乱的学生和上班族。**可显著改善由于晚睡晚起造成白天状态欠佳，影响学习和工作的状况。对各种因素造成的睡不着睡不好睡不醒等症状均有疗效。
- ✓ **孕产妇。**孕产期容易失眠焦虑或感到抑郁，却又担心影响孩子所以回避药物，采用光照治疗完全不必担心对胎儿及授乳造成影响。



- ✓ **老年人，行动不便者。** 缺少户外活动，或没机会充分的接受阳光照射，更容易造成心情低落等抑郁问题，使用心太阳可以有效改善心情和睡眠。
- ✓ **倒夜班和倒时差的人。** 可以使用心太阳调整睡眠节律，缓解疲劳。
- ✓ **罹患双相障碍、有神经发育方面问题的儿童及青少年，神经认知障碍患者。** 可在专业人员指导下使用心太阳做辅助治疗。

使用方法：

- 只需每天早晨或上午的固定时间，置于面部侧前方一个手臂的距离，使用 20-30 分钟即可。
- 不论是化妆、早餐、学习、看手机或运动，都可以像照台灯或落地灯一样同时进行，连续使用大约 10 天左右见效。

可能出现的副作用及注意事项：

光疗通常是安全的，如果发生副作用通常也是轻度或暂时性的，如目眩或头晕等症状，可能与光照时间过长或距离过近有关，而且，副作用一般会在停用后几天内自行消失。另外还可以通过缩短光照时长、调远光照距离、隔一天照一次等降低剂量的方法来减轻和控制副作用。

使用当中的Q&A：

问题一：光照治疗一年四季都可以使用，还是夏天阳光充足时停用，主动去晒太阳？

回答：一般最多三个月，症状改善了就没必要每天光照治疗。比如季节性抑郁往往每年秋季或冬季陷入抑郁，而春季或夏季转为轻躁狂或者恢复正常。光照治疗是治疗季节性抑郁的首选治疗手段。症状缓解可以停用光照治疗，等再到秋冬季节的时候再使用光照治疗调整生物节律。

问题二：请问光照治疗对于房间大小有要求吗？

回答：对于房间没有特殊的要求。

提问三：光照治疗主要是紫外线还是红外线还是混合的？

回答：既不是紫外线也不是红外线，更不是混合光线。心太阳健康动能灯是光谱成分不同的、有缓解作用的一组可见光。





提问四：如果光照治疗和太阳一样，那光照治疗是不是可以治疗骨质疏松和缺钙呢？

回答：不可以。因为晒太阳是在紫外线的作用下促进体内维生素D合成且有助增加钙吸收，可增强骨骼和肌肉强度，有助预防骨质疏松。而心太阳健康动能灯使用的是LED灯，LED灯是不产生紫外线，因此没有治疗骨质疏松的作用。

提问五：团体治疗时，有背对着的，和正对着的效果一样吗？背面可以避免眼睛直视，是否有些作用。想着早上吃饭时放餐桌上可以吗？

回答：无论是团体治疗还是个体治疗，光照治疗需要遵循的原则是（1）光照治疗时，避免直视灯盘，以免损伤眼睛；（2）光照治疗时睡眠或长时间闭眼，则光照治疗无效（3）光疗灯弱档距离眼睛应在30cm至100cm之间，强档距离眼睛应在45cm至100cm之间，过近可能会导致眼部损伤，过远则降低治疗效果。（4）建议每天早晨或上午的固定时间，在使用中找到自己最佳光照时间的方案，进行时长为20-30分钟的光照治疗，建议可以一边用早餐一边光照治疗。

提问六：请问睡眠增多的中学生使用能获益吗？

回答：首先在医生指导下准确的评估中学生睡眠增多的原因。而青少年最常见的一个原因是存在延迟性昼夜节律睡眠障碍，也就是晚睡晚起。因此可以考虑在学生起床后用光照疗法来提前睡眠节律，可以尝试作为有效的辅助治疗手段。

医生、心理咨询师、学校心理老师等专业助人者使用，请加客服微信 anewsun1

北京心太阳健康科技有限公司

官网：www.anewsun.cn

热线：4000-122-199

公众号：心太阳

客服微信：喜阳阳 暖阳阳



心太阳™ 公众号

如果愿意关注心太阳公众号，还有健康助理可以帮助使用者记录每天情况，有健康教练提供心理学科普知识、疗愈音乐、心理咨询为使用者提供指导。



北大出版社官方旗舰店
购书请扫码





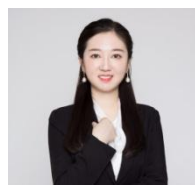
报名学习 督导会诊

4000-218-718

主创团队



主编 | 王剑婷, Ph.D
日本中央大学心理学科临床心理方向
中国心理学会心理测量专业委员会主试



副主编 | 肖茜, MD,
中南大学湘雅医学院
附属湘雅医院心理卫生中心 主治医师



顾问 | 刘春宇 Chunyu Liu, Ph.D
美国纽约上州医科大学精神医学系教授
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



督导 | 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精神医学系主
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

- 夏雅俐** • 副教授，管理学博士，心理学硕士，心理咨询师，美中心理文化学会成员
- 许思诺** • 留美电气工程及生物医药信息硕士，美利华网络运营总监
- 黄菁** • 留美电气工程硕士，美利华在线健康大学电子工程师
- 许倩** • 心理学硕士 美中心理文化学会成员
- 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



北大出版社官方微店
购书请扫码

美利华在线健康大学
Meilihua Health University

www.mhealthu.com

公众号：美利华在线精神健康

