

· 心理治疗与心理咨询 ·

森田疗法门诊操作规则的专家意见

李江波¹ 王祖承^{2*} 崔玉华^{3*} 路英智^{4*} 曲伟杰^{5*} 张海音^{2*} 毛富强^{6*} 郑凤卿^{7*}
施旺红^{8*} 张勤峰⁴ 潘令仪² 张玲⁹ 李荐中¹⁰ 崔光成¹¹ 陈统猷¹² 马秀青⁴ 戎伟¹³
张建军¹⁴ 钟庆芳¹⁵ 张延赤¹⁶ 张伯全¹⁷ 王心蕊¹⁸ 马文有¹⁹ 任清涛⁴ 井永法²⁰
刘寰忠²¹ 于振剑¹⁹ 赵来田²² 韩天明²³ 韩雪²⁴

(¹ 简阳市人民医院, 四川简阳 641400 ² 上海交通大学医学院附属上海精神卫生中心, 上海 200030 ³ 北京大学第六医院, 北京大学精神卫生研究所, 国家卫生健康委员会精神卫生学重点实验室(北京大学), 国家精神心理疾病临床医学研究中心(北京大学第六医院), 北京 100083 ⁴ 淄博市精神卫生中心, 山东淄博 255100 ⁵ 哈尔滨市曲伟杰心理学校, 哈尔滨 150007 ⁶ 天津医科大学第二医院, 天津 300070 ⁷ 东京瘵心健康研究所, 东京 160-0021 ⁸ 空军军医大学, 西安 710000 ⁹ 南宁市第六人民医院, 南宁 530031 ¹⁰ 南京一民医院, 南京 211100 ¹¹ 齐齐哈尔医学院精神卫生学院, 黑龙江齐齐哈尔 161006 ¹² 台州市第二人民医院, 浙江台州 317200 ¹³ 华东师范大学附属芜湖医院, 安徽芜湖 241000 ¹⁴ 合肥市心理咨询师协会, 安徽合肥 230001 ¹⁵ 笑脑(上海)心理咨询有限公司, 上海 200035 ¹⁶ 长春市第六医院, 长春 130052 ¹⁷ 山东省精神卫生中心, 济南 250014 ¹⁸ 青岛市精神卫生中心, 山东青岛 266034 ¹⁹ 开滦精神卫生中心, 河北唐山 063000 ²⁰ 邯郸市精神病医院, 河北邯郸 056000 ²¹ 安徽医科大学附属巢湖医院, 安徽巢湖 238000 ²² 铜陵市第三人民医院, 安徽铜陵 244000 ²³ 海南省安宁医院, 海口 571000 ²⁴ 上海市安肯心理咨询, 上海 200000 通信作者: 李江波 1015950973@qq.com)

【摘要】 森田疗法已诞生 100 余年, 住院森田疗法可操作性强、易掌握, 通过 4 期治疗就可改善许多难治神经症, 但更多神经症是在门诊治疗, 无法使用住院森田疗法, 因此门诊操作专家意见的制定尤为重要。本文结合国内外文献, 经国内森田疗法专家多次讨论, 起草了第 1 版门诊森田疗法操作的专家意见, 制定门诊三阶段的森田疗法操作规则: 病因分析阶段, 通过森田疗法理论指导, 分析发病因素, 提高对治疗依从性, 降低抵抗; 作业阶段, 指导患者投入建设性意义行动, 实现顺其自然为所当为原则, 达到治疗目的; 陶冶性格、充实生活阶段, 注重正面信息关注, 扩大行动范围、内容, 提高适应复杂生活的能力, 预防因能力不足导致的复发。该规则为国内门诊森田疗法的推广, 使更多神经症等心理疾病患者在门诊就可得到森田疗法治疗奠定基础。

【关键词】 门诊森田疗法; 神经症; 抑郁症; 精神分裂症; 心身疾病

中图分类号: R749.3, R749.09 文献标识码: A 文章编号: 1000-6729(2024)001-0068-05

doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2024.01.010

(中国心理卫生杂志, 2024, 38(1): 68-72.)

Expert opinions on operation rules of Morita therapy outpatient service

LI Jiangbo¹, WANG Zucheng², CUI Yuhua³, LU Yingzhi⁴, QU Weijie⁵, ZHANG Haiyin², MAO Fuqiang⁶, QIE Fengqing⁷, SHI Wanghong⁸, ZHANG Qinfeng⁴, PAN Lingyi², ZHANG Ling⁹, LI Jianzhong¹⁰, CUI Guangcheng¹¹, CHEN Tongxian¹², MA Xiuqing⁴, RONG Wei¹³, ZHANG Jianjun¹⁴, ZHONG Qingfang¹⁵, ZHANG Yanchi¹⁶, ZHANG Boquan¹⁷, WANG Xinrui¹⁸, MA Wenyu¹⁹, REN Qingtao⁴, JING Yongfa²⁰, LIU Huanzhong²¹, YU Zhenjian¹⁹, ZHAO Laitian²², HAN Tianming²³, HAN Xue²⁴

¹ People's Hospital of Jianyang City, Jianyang 641400, Sichuan Province, China ² Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao-Tong University, School of Medicine, Shanghai 200030, China ³ Peking University Sixth Hospital, Peking University Institute of Mental Health, NHC Key Laboratory of Mental Health (Peking University), National Clinical Research Center for Mental Disorders (Peking University Sixth Hospital), Beijing 100083, China ⁴ Zibo Mental Health Center, Zibo 255100, Shandong Province, China ⁵ Harbin Quweijie Psychology School, Harbin 150007, China ⁶ Second Hospital of Tianjin Medical University, Tianjin 300070, China ⁷ Tokyo Usin Health Institute, Tokyo 160-0021, Japan ⁸ Air Force Military Medical University, Xi'an 710000, China ⁹ Nanning Sixth People's Hospital, Nanning 530031, China ¹⁰ Nanjing Yimin Hospital, Nanjing 211100, China ¹¹ School of

* 共同执笔人。

Mental Health Qiqihar Medical University, Qiqihar 161006, Heilongjiang Province, China¹² Taizhou Second People's Hospital, Taizhou 317200, Zhejiang Province, China¹³ Wuhu Hospital Affiliated to East China Normal University, Wuhu 241000, Anhui Province, China¹⁴ Hefei Psychological Counselors Association, Hefei 230001, China¹⁵ Happy Mind (Shanghai) Psychological Counselling Co, Shanghai 200035, China¹⁶ The Sixth Hospital of Changchun, Changchun 130052, China¹⁷ Shandong Mental Health Center, Jinan 250014, China¹⁸ Qingdao Mental Health Center, Qingdao 266034, Shandong Province, China¹⁹ Kailuan Mental Health Center, Tangshan 063000, Hebei Province, China²⁰ Handan Psychiatric Hospital, Handan 056000, Hebei Province, China²¹ Chaohu Hospital of Anhui Medical University, Chaohu 238000, Anhui Province, China²² The Third People's Hospital of Tongling, Tongling 244000, Anhui Province, China²³ Hainan Provincial Anning Hospital, Haikou 571000, China²⁴ Shanghai An-ken Psychological Consultation, Shanghai 200000, China

Corresponding author: LI Jiangbo, 1015950973@qq.com

【Abstract】 Morita therapy has been born for more than 100 years. Inpatient Morita therapy is highly operable and easy to master. It can improve many refractory neuroses through four-stage treatment. But more neuroses are treated in outpatient clinics, and Morita therapy cannot be used in hospitalized patients. Therefore, the formulation of expert opinions on outpatient operations is particularly important. This paper is based on domestic and foreign references, and after many discussions by domestic Morita therapy experts, and then drew up the first version of the expert opinions on operation of outpatient Morita therapy. Meanwhile the operation rule of Morita therapy in three stages of outpatient treatment was formulated: in the etiological analysis stage, under the theoretical guidance of Morita therapy, analyze the pathogenic factors, to improve treatment compliance and reduce resistance; during the operating stage, guide patients to engage in constructive and meaningful actions, realizing the achievement of letting nature take its course principle; in the cultivating character and enriching life stage, pay attention to positive information, expanding the scope and content of actions, improving the ability to adapt to complex life, and preventing recurrence caused by insufficient abilities. It will lay a foundation for the promotion of Morita therapy in domestic outpatient clinics, so that more patients with neurosis and other psychological diseases could receive characteristic Morita therapy treatment in outpatient clinics.

【Key words】 outpatient Morita therapy; neurosis; depression; convalescent schizophrenia; psychosomatic disease

(Chin Ment Health J, 2024, 38(1): 68 – 72.)

门诊森田疗法是通过指导其投入建设性意义的行动, 逐渐打破被束缚精神病理, 因此改善心理症状和身体、社会功能的一种心理疗法^[1]。长期以来门诊森田疗法的实施路径一直困扰临床, 阻碍森田疗法的推广, 许多专家都在探索和积累经验, 但迄今尚无一致的专家意见。日本于 2009 年制定了门诊森田疗法操作指南, 而我国此方面存在空白^[2], 上海精神卫生中心王祖承教授提议建立我国门诊森田疗法操作的专家意见刻不容缓, 中国心理卫生协会森田疗法专委会经过多次讨论后达成共识: 导入森田疗法后, 分 3 阶段治疗, 践行顺其自然, 为所当为原则; 实现打破被束缚精神病理, 激活生的欲望, 使精神能量逆转到有意义的精神活动中, 达成使以往困扰的负性情绪和非器质性躯体痛苦症状逐渐改善、社会功能不断完善的目的。

1 森田疗法适应证、禁忌证

适用于森田神经质症即焦虑症、强迫症、恐惧症、躯体痛苦障碍(躯体形式障碍)、神经衰弱等, 也适用于轻中度抑郁症、康复期精神分裂症和慢性酒精中毒、各种心身疾病、失眠症等, 还包括希望得到心理治疗帮助的各种心理问题者和神经质性格者等。有自杀行为、兴奋冲动、行为紊乱的抑郁症、躁狂症、精神分裂症、器质性精神病等不适合森田疗法^[3-4]。

2 森田疗法的导入

森田疗法(包括森田式心理咨询)适合于接受过森田疗法理论培训、有森田疗法实践经验的各科医师(医师中应用最多的是精神科、心理科、心身科医师)、心理治疗师、心理咨询师在临床中

应用。

2.1 评估

经过病史采集、躯体各种检查以及心理测验和整体的评估,明确为森田疗法的适应症以后,进一步明确病症严重程度以及被束缚精神病理的程度[可以使用神经症被束缚自评量表(Selfrating Scale for the TORAWARE state of Neurosis, SSTN)^[5-6]],对被束缚精神病理总分>60分者,要注意对治疗的抵抗是否也比较严重,抵抗严重者对治疗的依从性会受到影响,那么进行建设性意义的行动就比较困难,就会影响疗效。设定第1阶段次数时抵抗越强,次数要相对增加。

2.2 确立治疗/咨询目标

森田疗法导入还要明确治疗或者咨询目标,比如治疗目标是解决强迫思维、强迫行为、各种恐惧、易紧张、阵发性心慌、各种躯体不适、食欲不好或过盛、人际关系问题等。这些需要在采集病史时了解清楚,还需了解与症状相关的不良生活习惯,有无无法接受或放不下的重大事件,比如失恋、离婚、被骗钱财、亲人离世、被欺负等,这些都可以作为森田疗法解决的目标。对于目标问题特别多者,最好能让患者把这些症状和烦恼根据其排斥的程度排队,有益于抓住重点(注意:导入时建立的目标,不等于让患者一直围绕这些想解决的目标转,而是要按照指导者指导的方向行动)。心理治疗师、心理咨询师有时间充足的优势,要把治疗疗程、次数、每次时间、费用、注意事项解释清楚。这一过程中建立良好的医患关系,有益于强化求助动机和对医师、心理治疗师、心理咨询师的信任,减少抵抗,以便顺利导入森田疗法有重要意

3 治疗第1阶段(1~4次)

该阶段为病因分析阶段,一般1~2周1次,病情较重者2~4d1次,每次20~50min。

3.1 目标

①懂得单纯对抗和排斥症状不仅没有好处,反而加重症状;②懂得关注症状会加重症状;③懂得对情感的干预反而会违背情感法则,加重不良情绪的发展;④懂得情绪本位不利症状改善;⑤懂得过度追求完美反而适得其反;⑥懂得看待事物时只看负面就容易产生思想矛盾和陷入负性情绪中。

3.2 分析病因从治疗重点入手

治疗任何病都需要了解病因或发病相关因素,门诊接待各种适应症时用森田疗法理论解释症状发生因素、机制^[7-8],比如对恐惧或者强迫、疑病症状、过度关注躯体不适症状的患者,讲解“死的恐惧和生的欲望”理论,这些症状与其过度围绕死的恐怖思考和行动有关,死的恐怖对人有一定的保护作用,是人人都有的一种本能。但若过度围绕死的恐怖去行动,不仅不会得到安全保障,还会出现负性情绪和身体不适症状。既然如此应该怎么办,先让患者思考,这就容易激起患者想知道解决办法的欲望,为进入下阶段引导患者去围绕激活生的欲望的行动打下基础。

3.3 分析病因时重点找出患者存在的问题

消除以往围绕排斥症状的做法如不断诉说、躲避、脱离生活等,注意放在分析症状诱因、患者在其中存在的问题,如有些失眠者白天睡到中午,晚上就睡不着,指出这是晚上失眠的因素;以此类推想解决非器质性肚子胀,一定要先解决常暴饮暴食或剩饭都吃下去的问题;想解决常口渴,一定要先解决不喜欢喝水的问题,想解决脖子肩膀痛先解决长期低头看手机和书的问题,帮助纠正一些不良习惯有益于增加疗效。患者若对被指出不良生活习惯抵抗强烈,可以把这些问题挪到第2阶段纠正,让患者把注意焦点放在发病因素分析和森田疗法理论的理解而不是放在对症状的排斥上是重点,做到了让症状顺其自然,是向成功迈出了第一步,只停留在懂而不按指导行动(这阶段的分析、挖掘问题)还是等于零。

3.4 正常化法帮助患者解决对症状的排斥

害怕(焦虑、恐惧)是常见症状,患者对其越排斥,越不利于治疗,要解决此问题,一定要知道它是人的正常情感之一,正常的情感是不需要干预和排斥的,比如考试时怕考不好、面试时怕说错话、众人面前讲话怕紧张等都是正常的,正常的事不应该去干预、排斥它,该干什么还干什么,这样下去慢慢就会习以为常,而总是躲避害怕(焦虑、恐惧)并不能解决上述问题,反而由于过度干预、对抗、排斥和躲避它,违背情感法则,使焦虑、恐惧情绪不断被加强,既然害怕是正常的情感,即使是不喜欢它,也不去排斥它,选择做当下最该做的事情才是应对之最佳策略^[9]。

3.5 让症状顺其自然是治疗前提

许多患者总是不厌其烦地诉说症状,指出了为了

治好这些症状,森田疗法的策略是先把它放下,重点放在为所当为,不同时期为所当为的内容不同,此阶段主要是弄清发病机制、弄清应该怎样应对病症,弄清在症状的发生过程中自己存在哪些需要解决的问题。比如让患者了解自己神经质性格对症状形成的负面影响,指出因为神经质性格非常容易过分追求完美,对不完美过度排斥,因此看问题、看事物、看待人喜欢关注负面信息,而忽视正面信息,易产生疑病素质,由于关注信息不对称发生思想矛盾,使负面情绪容易被扩大,促使各种身心症状形成。指导者可以根据需要讲解患者症状发生的精神交互机制,认真讲解对症状的过度关注、排斥或放不下(受容性低下)的负面影响,违背情绪法则的致病作用。分析患者的情绪本位对症状形成的影响,症状形成的被束缚机制,思想矛盾在病症形成中的影响等^[10-12]。在这一阶段建设性的行动方面的指导不作为重点,或者可以不提,但可以让患者写日记,关于学到的森田疗法理论,分析出来的发病相关因素和不良生活习惯等。患者询问解决办法时可以让其自己思考懂得这些以后该怎么办为好。重点提倡对森田疗法中关于发病因素理论的理解和认识,吸收和消化。弄清自己症状形成过程中存在的问题,提高想要获得解决问题方法的欲望,并且使自己的这种欲望越来越迫切。

4 治疗第2阶段(5~15次)

该阶段为作业阶段,每1~2周1次,每次20~50 min。

4.1 目标

使第1阶段找到的发病相关因素(如被束缚精神病理等)通过各种建设性意义的作业行动不断增加,而逐渐得以改善。

4.2 让症状顺其自然,重点放在行动的为所当为

作业是指导者为实现森田疗法目标而布置给患者去做的各种行动和任务。上阶段的结尾或这个阶段开始就指导患者把治疗症状的任务交给医师,让患者放弃总是想消除症状的事,按照医师指导去行动。若心理治疗师或心理咨询师单独工作,则要求患者把过去无论怎样努力都无法消除的症状先放一放(顺其自然),重点循序渐进地投入有建设性意义的行动中(为所当为),指导内容要具体包括运动类(散步、慢跑、快走、打乒乓球羽毛球等)、娱乐类(唱

歌、跳广场舞、朗诵、听歌、旅游等)、生活类(扫地、打扫卫生、洗衣、做饭等)^[13-14]。

4.3 不断强化作业行动的意义,检查行动效果

疗效也是在患者按照指导去不断行动中获得的。增加每天行动的时间和有意义的行动内容就等于减少了胡思乱想的时间,也等于减少了强迫动作或者排斥病症的时间、减少了围绕死的恐怖行动的时间,此消彼长。指出这是一条尽快帮助患者改善目前症状的捷径和解决第1阶段分析的病因相关因素的好办法,让患者懂得增加建设性行动可以激活生的欲望、使精神能量流向建设性意义的行动、减少能量对症状的供应、减少对症状的排斥、提高受容性、打破注意和身体不适感觉以及观念之间的精神交互作用,这样可以进一步打破被束缚精神病理,达到改善症状的目的。

4.4 变被动行动为主动行动

通过指导患者正确的行动,扩大有意义的行动范围、时间,多讨论患者每天都是怎样的生活,行动重点都放在哪里等,使患者逐渐自觉参加作业行动。不仅让患者懂得应该怎么做才是对治愈目前病症最有利的,更重要的是使患者会做而且由被动地去做逐渐变为主动地去做建设性的行动。最大目标是把这种行动方式融入自己的生活,讨论哪些行动容易进行,应该先去做,哪些行动不可以进行,分析从哪里入手去做比较好。

4.5 帮助解决作业行动中遇到的问题

经常讨论在行动中可能遇到的问题,询问停止行动的原因,指出这些问题的解决方法。大力表扬、夸赞执行比较好的行动,并把这种行动的增加与症状的改善联系起来,让患者认识到自己最近症状的改善是与自己付出的行动分不开的,也认识到没有达到自己理想的治疗目标是因为自己所付出的行动还不够,讨论上次治疗或咨询中布置的任务的执行情况和遇到的问题,比如患者容易懒惰、被情绪本位影响而中断行动,指出这种情况可以理解,但是对治疗的成功容易起到负面影响,在继续这样下去可能会疗效不佳和付出一点努力和代价(如不愿每天散步也去散步了)实现治疗目标之间进行选择。遇到情绪本位特别强或对建设性行动有明显抵抗者,除上述方法外可以与日记疗法、内观疗法、沙盘疗法、气功疗法、冥想疗法、棋盘森田疗法、生活发现会等整合运用。在整合治疗中使抵抗逐渐减弱后,有利

于继续实施有建设性意义的行动计划。

4.6 灵活机动的行动策略

森田疗法主张不问技法，这并非不问任何症状，而是不围绕症状反复诉说、讨论，不让患者总想着症状。虽然一些患者倾诉有减轻不良情绪的作用，但是往往效果很短，然后又想倾诉，这样影响治疗效率，又不符合“不问疗法”的原则。但对于不听倾诉就很难建立良好的关系甚至容易导致关系破裂的患者来说，适当允许倾诉，然后巧妙地把话题转向指导其他更有意义的行动是灵活的策略。

4.7 由浅入深地行动、再行动

减轻各种心身症状最有效的行动往往是使身体活动起来，如散步、慢跑、打球、游泳等，开始时让患者选择简单、容易坚持的作业行动。逐渐不仅扫地擦桌子，扩大到做日常家务、写字、画画、绣花、织毛衣、养花草、唱歌等。选择原则是从简单、容易做并能够做并容易坚持做的事开始，一点点扩大范围。那些身体不动的事情如读书报、看电视不特意作为作业内容。患者长时间各种活动以后感到疲劳时可以适当安排这些内容。这阶段若与药物治疗一起进行或患者依从性很高，可能相对加快治疗进程，减少治疗次数。

5 治疗第3阶段（8~15次）

该阶段为陶冶性格、充实生活阶段，每3~4周1次，每次10~30 min。

5.1 目标

尽量扩大行动范围、内容，提高行动质量，力求巩固和提高第2阶段的成果，不仅是治好病而且是治好人。使患者由被动变为主动去做有建设意义的行动，更加乐观，更乐于看事物的正面信息而对生活充满信心，树立良好的生活习惯，明确生活和人生的目标。通过改变行动的方式实现目标，或适当降低过高欲望，把目标分解成几步实现。

5.2 为充实学习、工作、生活而努力

病症基本上得到很大改善时进入这一阶段，治疗处于巩固提高阶段。每次咨询，了解生活中的行动包括日常工作、生活、学习等的时间安排、不良生活习惯是否得到改善、遇到的问题等，并商讨解决办法，注重指导改善这些问题的行动，而不是懂了就可以了，有条件的可以继续参加生活发现会，

在活动中把自己的经验分享后参加生活发现会的成员，在分享中即教育了别人也从别人分享的内容中吸取经验来提升自己。

5.3 陶冶性格

注意指导患者陶冶神经质性格。改变性格不易，但改变看问题角度，增加正性信息的关注，可以有助于改变不正确的判断和行为方式，正确的判断和行为方式可以陶冶性格。经常提醒患者为了使目前疗效得到进一步改善和巩固，为了使服药量减少也不至于使病情复发，那么坚持第2阶段的行动，并且不断扩展难度和范围，比如认真地练习书法、绘画、社交、跳舞、太极拳、唱歌、玩乐器等娱乐活动，可以参加学习、工作，鼓励改善人际关系等，目的是不仅能做而且越做越好^[15-16]。

参考文献

- [1] 李江波. 森田心理疗法解析[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2019: 1-294.
- [2] 中村敬. 北西宪二, 丸山晋, 他. 日本森田疗法ガイドライン[J]. 日本森田療法雑誌, 2009, 20(2): 91-103.
- [3] 崔玉华. 强迫障碍[M]. 2版. 北京: 北京大学医学出版社, 2016: 1-342.
- [4] 高良武久. 森田疗法指导-神经症克服法[M]. 王祖承, 陆谢森, 译. 上海: 上海交通大学出版社, 2016: 1-158.
- [5] 李江波, 刘培培, 戎伟, 等. 中文版神经症被束缚自己评价量表的信度、效度[J]. 中国健康心理学杂志, 2016, 24(6): 897-900.
- [6] 李江波, 黄举坤, 久保田幹子, 他. 神経症のとりわれ自己評価スケールの有用性に関する研究[J]. 日本森田療法雑誌, 2003, 14(2): 167-177.
- [7] 李振涛. 临床实用心理治疗-中国式森田疗法[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2017: 1-229.
- [8] 施旺红. 战胜自己-顺其自然的森田疗法[M]. 3版. 西安: 第四军医大学出版社, 2015: 1-311.
- [9] 李江波. 抑郁症实用森田疗法[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2022: 1-193.
- [10] Sugg HVR, Richards DA, Frost J. What is Morita therapy? The nature, origins, and cross-cultural application of a unique Japanese psychotherapy [J]. J Contemp Psychother, 2020, 50, 313-322. <https://doi.org/10.1007/s10879-020-09464-6>
- [11] Nakamura M, Niimura H, Kitanishi K. A century of Morita therapy: what has and has not changed [J]. Asia Pac Psychiatry, 2023, 15(1): e12511. doi: 10.1111/appy.12511.
- [12] 久保田幹子, 松浦隆信, 今村祐子, 他. 外来森田療法の効果研究[J]. 日本森田療法雑誌. 2018, 29(1): 67-75.
- [13] 崔光成, 张嘉伟. 门诊森田疗法治疗神经衰弱疗效的对照研究[J]. 神经疾病与精神卫生, 2002, 2(2): 95-96.
- [14] 时雨欣, 夏仲, 戎伟. 门诊森田疗法与认知行为疗法辅助治疗慢性失眠的对照研究[J]. 中华全科医学, 2021, 19(8): 1318-1321.
- [15] 吴天诚. 门诊森田疗法治疗癌症所致创伤后应激障碍的个案报告[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(1): 772-775.
- [16] 路英智. 门诊森田疗法与药物治疗神经症的对照研究[J]. 中国心理卫生杂志, 1994, 8(6): 265-266, 281.

编辑: 靖华

2023-03-14 收稿