



中华医学会心身医学分会全国第十四届学术年会

论文汇编

2008 年 · 中国 · 北京

中华医学会

中华医学会心身医学分会

北京医学会心身医学专业委员会

首都医科大学精神病学系

首都医科大学宣武医院

2014/04/08

目 录

✓ 亚健康研究与中国心身医学发展.....	1
心身医学：医学与精神病学的交汇点.....	9
✓ 与灾难心理救助有关的若干心身医学原理.....	10
✓ 功能性躯体疾病.....	16
✓ 心身医学与中医.....	19
抑郁与躯体化症状（纲要）.....	23
✓ 难治性抑郁症的临床特征及治疗进展.....	26
✓ 社会转型期与健康管理的（摘要）.....	29
✓ 慢性疼痛和抑郁.....	30
心身的分离与整合.....	32
✓ 关注儿童躯体形式障碍.....	35
16PF 服刑人员常模研制.....	39
113 例流浪精神分裂症共患躯体疾病的调查分析.....	44
113 例流浪精神分裂症使用精神药物的调查分析.....	46
CHRNA7 基因多态性与精神分裂症的关系.....	48
EPQ 的三维解释.....	51
MMPI 服刑人员常模研制.....	54
✓ PG-LPS 对心理应激大鼠巨噬细胞功能影响的.....	59
分子生物学机制研究.....	59
SCL-90 重刑服刑人员常模研制.....	62
癌症疼痛的研究进展.....	65
艾森克人格特质与中国成年男性的吸烟行为的关系.....	70
封闭式精神病房中骨折病人的观察与护理.....	75
辩证心物圆融观——心态保养之医学哲学新见解.....	77
冲突负波 N270 对海洛因依赖者脑功能评价*.....	81
从心身疾病治疗的有效性看其在消化系统中存在的普遍性.....	87
促进临床沟通与增强病人依从性.....	89
丁螺环酮治疗心肌梗塞患者伴发焦虑抑郁症状的临床研究.....	92
✓ 对动力障碍样功能性消化不良患者胃窦截面积的研究.....	93
发作性睡病 2 例临床报道.....	95

与灾难心理救助有关的若干心身医学原理

姜乾金

汶川地震灾难心理救助过程中暴露出了大量的争议性问题。本讲题将针对所谓的“苦笑不得”（即应该引导心理危机者哭出来还是应该笑出来）、“第三怕是心理援助者”（部分灾民语）等问题，从若干心身医学原理谈作者个人的看法。

一、坎农（Cannon WB）的稳态与应急说

直观地看，人体的每个细胞似乎都是一个独立生存单位，但却离不开内、外环境。例如虽然细胞大多不直接与外环境大气接触，但气候的变化同样会影响细胞的功能。显然人体的每一部分功能活动（不论细胞、器官、系统）都是在一定范围内波动，并通过各种自我调节（self-regulation）机制，在变化着的内、外环境中保持着动态平衡。20 世纪生理学家坎农（Cannon WB）将其称为稳态（homeostasis）。这种稳态在遇到严重干扰性刺激时会出现应急（emergency）即“战或逃”（fight or flight）反应。

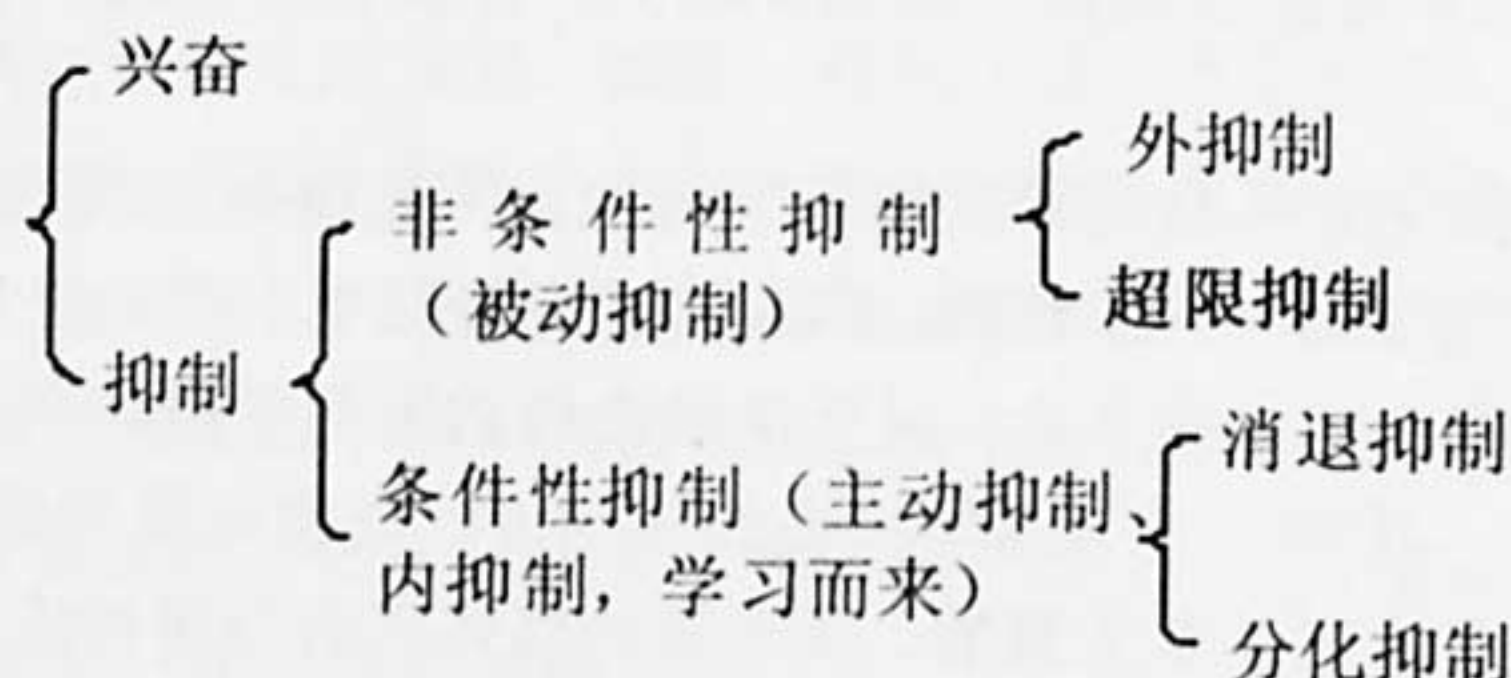
坎农的工作已经涉及到了内外环境刺激与机体功能反应稳定问题，是应激研究的起点。

评论：在灾难打击下，不同个体的

“战或逃”都是为了保持“稳态”

二、巴甫洛夫的“超限抑制”说

高级神经活动的基本过程：兴奋—抑制，相互依存，相互转化。



外抑制：巴甫洛夫解释是额外刺激的出现引起皮层相应部位较强的兴奋时，这个新的兴奋中心增强了它对周围皮层区域的抑制，使原来的条件反射被抑制。

超限抑制：当刺激过强、过多或作用时间过久时，神经细胞不但不能引起兴奋，反而使抑制发展，这叫超限抑制。这时，大脑皮层神经细胞的兴奋性降低或进入抑制状态，借以保护脑细胞，使其免受损坏，因此超限抑制又叫保护性抑制。人在过度疲劳时的睡眠，病儿的沉睡，动物的“假死”，突然得到亲人死亡的消息，有时会“发呆”，甚至昏倒等都是超限抑制的表现。抑制过程还可以保护大脑皮层神经细胞不致过度疲劳和破坏。

消退抑制：取消强化的结果。与神经类型有关（唾液分泌反射的消失）

分化抑制：只强化条件刺激，使类似刺激引起的反应被抑制（外语单词发音的区别）

评论：灾难打击所导致的超限抑制，是一种自我保护机制

三、弗洛伊德的心理防御说

人类在正常和病态情况下都在不自觉地运用心理防御机制（mental defense mechanism）是自我的一种防卫功能。它包括压抑、否认、投射，退化、隔离、抵消转化、合理化、补偿、升华、幽默、反向形成等形式。这些防御方式，如果运用得当，可减轻痛苦，帮助度过心理难关，防止精神崩溃，而运用过度则可以表现出焦虑抑郁等病态心理症状。

评论：多种文献特别强调“否认”机制在特定条件下的自我保护作用（见附件资料 1、3）

作者单位：

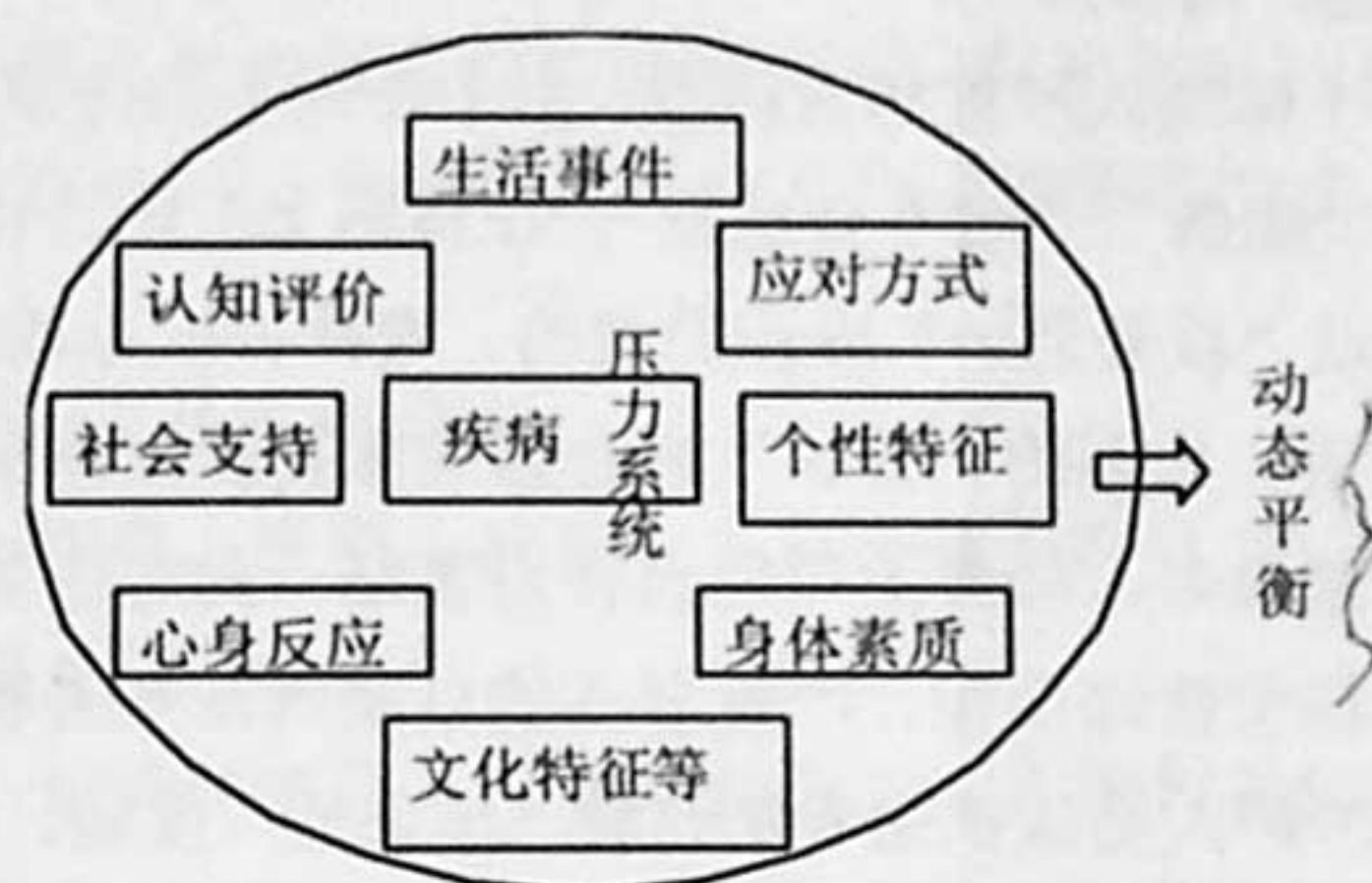
通讯作者：姜乾金

四、姜乾金的压力系统模型

(参阅姜乾金主编：心身医学。人们卫生出版社 2007 第三章)

1. 人是一个多因素的“压力系统”(图 1)

心理因素包括情绪、认识、人格(观念)等生理因素包括神经、内分泌、免疫机制
社会因素包括生活事件、社会支持、文化特点



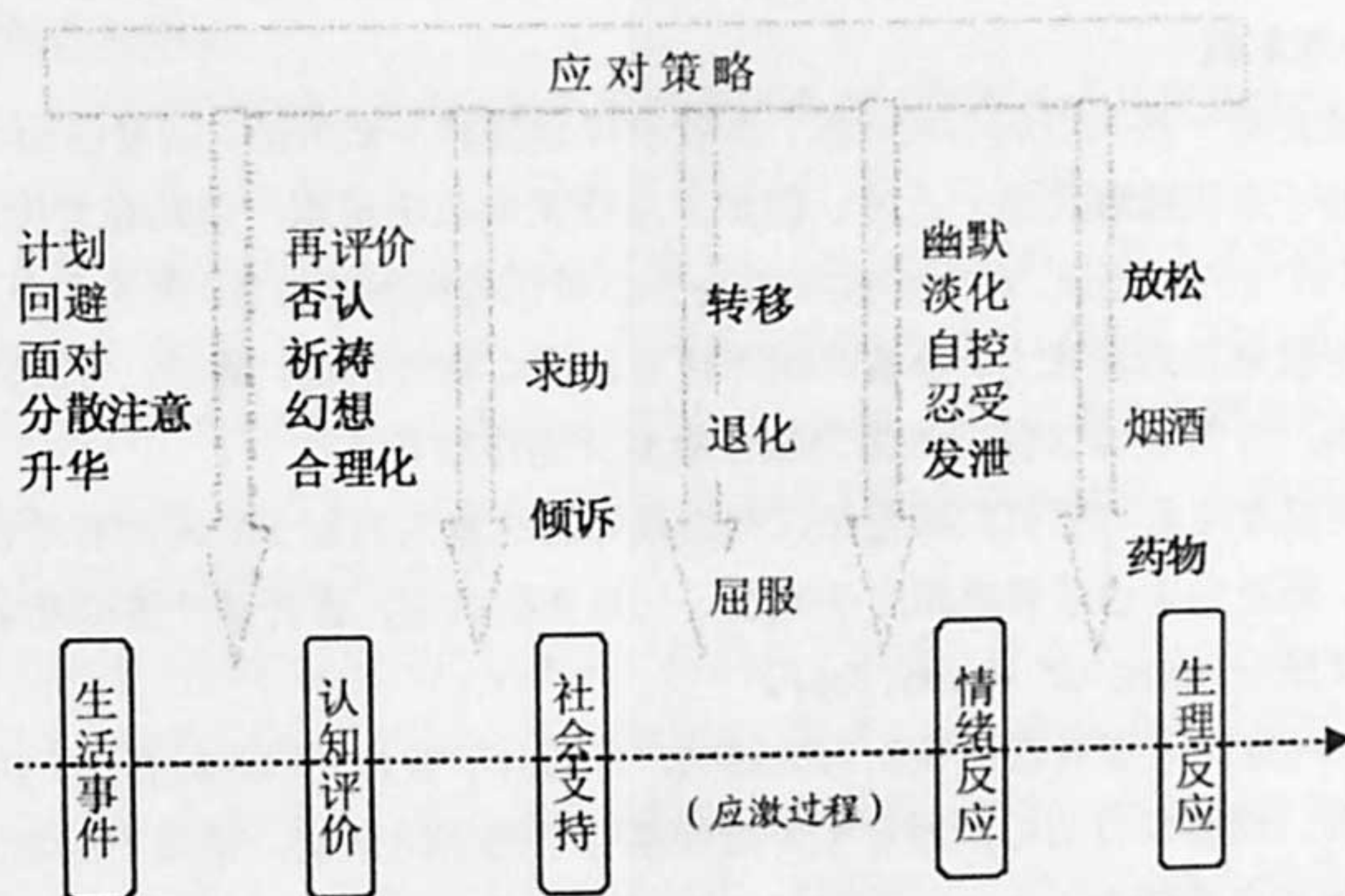
2. 多因素的平衡法则

- (1) 压力是多因素的系统
- (2) 各因素之间互动
- (3) 各因素之间是动态的平衡
- (4) 认知评价是关键因素
- (5) 人格特征是核心因素

钟应用：3. 从“压力系统模型”设计心理救助

解决与回避生活事件；认知策略；应对策略；社会支持；减压等措施均可使用。(人格因素则成为策略设计和实施的基础因素)

以应对策略为例：(图 2)



评论：灾难打击下，不同个体的应对策略可以是多样性的(需要与其它因素特别是人格因素结合考虑)

参考资料

资料 1：伤残与心理危机

(摘自姜乾金主编：医学心理学，浙江大学出版社 1988 第二十四章康复心理)

二、伤残引起的心理行为问题

伤残对个体心理的影响显而易见，在少数突然致残的患者中，这种影响甚至可以是致命的。但对大多数患者来说，因伤残引起的心理行为问题也有一定的规律。认识这种规律，对帮助患者顺利度过康复期有实际指导意义。下面根据阶段学说，对伤残的心理行为问题及其过程作简要的讨论 (Grzesiak RC、Zaretsky HH, 1979)。

突然发生的伤残事实，往往使个体陷入严重焦虑状态。由于心理上的防卫机制，不少患者会产生“否认”心理，觉得“这是不可能的”，“这不会是我”。在预后上，患者往往向好的方面想，即使只有百分之一的希望，也觉得这“百分之一”应该是我的。这种否认心理对应对情绪危机有一定好处，但是毕竟只是暂时起作用，长期的“否认”将会影响康复计划的实施。

当患者意识到伤残已成为不可避免时，心理上可能会转向愤怒。此时患者可表现焦虑烦躁，对自己、对他人，均可产生无名的怨恨情绪反应，严重者不能自制可发生毁物行为。不讲道理，不愿与医生合作等情况也可发生。医护人员认识患者的这种“愤怒期”反应，有利于正确处理医患问题。

患者的焦虑反应往往会很快被抑郁反应所取代。抑郁心理在大多数伤残病人中有所存在，主要表现情绪低落，自信心丧失。这一阶段时间较长，对康复的成功与否有重要意义，因为处理得好，患者心理上可进入适应期，处理得不好，不但影响躯体功能的恢复，而且可能产生严重后果，例如少数人出现自杀动机。因此，医护人员应及时地在心理上给患者以疏导和支持，激励他们振作精神，面对现实。

伤残患者经过一系列心理上的抗争，最后终于接受了事实，于是新的人生目标被确立，自尊心和自信心增强。严格说来，这一阶段主要不是心理功能的复原，而是心理行为上的一种适应。

三、伤残患者某些行为问题的处理

处理伤残患者的行为问题，应采用综合的心理行为措施。不论何类伤残，因何致残，医务人员都应认真负责的态度在精神上给以支持和鼓励，这是最基本的处理方案。

(一) 心理危机

突然致残会给一些人造成心理危机。患者表现恐慌和不知所措、态度被动、不思饮食、睡眠障碍，甚至处于意识朦胧状态。此时，医护人员应采取积极措施，帮助患者度过危机。

Fordyce WE (1971) 建议，对突然致残而处于心理危机状态的患者，可采用以下三种处理方式。

首先应分散患者的注意力，争取时间等待其积极心境的出现。此时，可鼓励患者进行一些简单的操作训练，并告诉他这种训练将为整个康复计划作准备。

其次，将患者注意力吸引到那些经过努力较容易达到的目标上。例如右手伤害，先不考虑其功能的恢复，而是先让患者训练用左手吃饭。一旦训练成功，患者易产生成功感，并容易得到周围人的注意奖励 (reward of attention)。

第三，心理危机时患者容易受别人的影响，并倾向于效仿周围人的行为，因此医生应在患者面前表现自然、镇静和有信心。对那些不能控制自己感情的亲友，暂时不应让其探望。

(二) 抑郁和自杀倾向

轻度的焦虑和抑郁，是伤残患者在一定时期内经常出现的一般性行为反应。但如果产生严重的抑郁而不能克服，常会产生自杀意念，必须及时发现和处置。

首先是辨别自杀倾向，患者重复叨念“我还是死了的好”，而且语调悲哀以及表现孤独等，应引起医生的重视。但要注意，有的人在一定时期内也会偶然讲这句话；相反，有的患者虽有自杀企图，却能伪装。

对有益杀倾向患者，要设法通过支持疗法使其建立起生活动机，使其对伤残条件下也能创造

良好的前景抱有信心。可以让同一类伤残患者住在一起，形成病房小组 (ward group)，通过与小组内心理条件良好的成员的经常性接触，能提高其他患者的康复动机和自信心。

自杀动机通常是抑郁的发展结果，因此关键是处理好抑郁情绪。医生应针对患者存在的各种问题作深入的解释，说明那些功能可在今后得到恢复或补偿，那些将会继续存在。这种实事求是的态度将会使患者对医生产生信任感。在此基础上医生应鼓励患者面对现实，提高信心。但必须注意，医护人员不能在患者面前经常提起或暗示有关自杀问题。良好的环境气氛对于克服抑郁心境也有帮助，明亮的光线，美好的图片等有利于消除孤独感。

(三) 依赖性

资料 2：外伤病人的心理反应

(摘自姜乾金主编：医学心理学，北京科技出版社 1983 第十五章外科心身问题)

1. 外伤初期的“情绪休克”

急性外伤者，若神智清楚，常可以表现为出人意料的镇静和冷漠，被称为“情绪休克”。这是一种心理防卫反应，实际上也是一种超限抑制。伤者的反应阈值提高，反应速度迟钝，强度减弱，结果答话简单，对治疗的反应也平淡。这种心理反应有时可以持续数天，直至转变为其他的心理反应。“情绪休克”可以减少因焦虑和恐惧而造成的过度心身反应。因而在一定程度上对个体起保护作用。但是，医务工作者应注意到，受伤者的这种“安静”行为表现，并不意味着伤势不严重，要防止被表面现象所迷惑，以致延误抢救时机。实际上，经验表明，在一大批受伤者中间，那些不喊不叫的人有时反而比某些叫声响亮者伤势更重些。

2. 外伤造成的焦虑和抑郁反应

由于缺乏思想准备，休克期一过，伤者可因面临一系列

资料 3：否认机制与心肌梗塞病人

(摘自王守谦、姜乾金：否认机制在心肌梗塞疾病中的临床意义。中国实用内科杂志 1992；6：287)

(一) 否认的概念和判定

所谓否认(denial)是指否定、漠视、淡化和回避应激事件的存在或其严重性的一种心理应对方式(见第三章)，可伴有一系列认识上、情感上和行为上的相应表现。

临床上，病人面对威胁性疾病的诊断事实(除 MI，还有癌症等)，首先采用的心理应对机制往往是否认。这时病人努力否定或低估疾病的严重性以降低焦虑反应水平，同时可以相应地表现出对疾病信息的不关心，或不能很好地配合医疗等行为反应。否认机制在客观上并不一定都有利于个体的心身健康。在 MI 临床上，否认机制在入院前易导致就诊的延误，在急性期有利于心身的适应，而在康复期又产生不利的影响。

由于不同的人具有不同的特质性否认倾向，以及由于环境、社会支持、经历、期望等因素的影响，所以一个人在不同事件中的否认水平差异很大，需通过使用否认量表或通过交谈分析才能作出评估。Levine 有一份已经过信度、效度检验的否认量表 LDIS(Levine denial of illness scale)比较简便，含 24 条目，采用 7 级客观评分法。在临床上，也可与病人作关于疾病问题的交谈，根据病人回答的内容、主动性和态度等大致判别其否认水平的高低。

据报道，经过一定实践，这种判别与使用量表的结果可有相当的一致性。

(二) 否认机制对临床各期 MI 人的影响

及时就医是降低 MI 病死率的重要前提。但是资料证明，MI 人从出现先兆症状到入院就医的时间间隔平均约需 3 小时。有一组报告至少有 50% 的病人在 24 小时以后才入院就诊。造成这种延误的很大一部分原因是心理方面的，其中病人的否认倾向起着重要的作用。先兆症状出现时，

有否认倾向的病人虽能感觉到症状，但否定其重要性，也不相信自己会患 MI，甚至将某些心脏症状理解成消化系统症状。有的资料显示只有 1/3 的病人在一开始就想到自己的症状是急性 MI 的表现，甚至在部分有过 MI 病史的病人中，当再次出现 MI 先兆症状时也会“否认”。相反，那些较担心生命受威胁、对疾病体验较深，以及以往有 MI 病史的冠心病患者，其“否认”倾向往往较弱，利于减少延误。因此，一般主张对隐性冠心病患者（特别是有否认倾向者）及其家属应进行常规的有关冠心病知识的教育指导，以缓冲否认机制的影响，例如告诉他们胸痛是急性 MI 最常见的症状，在遇有不明原因的呼吸困难、恶心，无力，向手臂放射痛等现象时，不能轻易放过，要及时就医等等。

否认机制在 MI 急性期具有保护意义，属于适应性应对策略。那些缺乏否认机制的病人，往往会表现较高的焦虑和抑郁反应，并影响到病程和病死率。例如 Levine(1987)的一组严格对照研究资料显示，MI 病人的否认水平，与住院期间的焦虑、抑郁和心身症状严重度，以及与住院时间，房性心律不齐、窦性心动过速和充血性心力衰竭的发生率等动态指标都有明显负相关 $\{r=-(0.35\sim0.50)\}$ 。

然而，MI 毕竟是一种严重疾病状态，绝大多数病人在 MI 急性期会出现较严重的焦虑和抑郁等心理应激反应。由于否认机制可降低急性期的焦虑和抑郁反应水平，所以主张在住院期间应及时对 MI 病人进行心理应对的指导。特别对那些缺乏否认机制的病人，应加强否认心理应对知识的介绍和诱导，帮助减轻或转移对自身的过分关注，阻断额外的心理应激的影响，使其顺利渡过急性期。

康复期 MI 病人的否认机制会降低对自身疾病的注意，在认识、情感、动机诸方面都可影响对医嘱的服从，包括有关康复期的摄生指导、关于运动锻炼的合理安排和各种不良行为的改造计划等等，因而是非适应性应对策略，不利于整个康复过程。在上述 Levine 这组资料中，病人的否认水平与出院后一年期间的复发住院天数成正相关 $(r=0.38)$ 就是明显例证。那些有明显“否认”倾向的 MI 病人，应在出院时以及在门诊随访过程中，不断给予相应的心理指导，以抵消否认对康复的影响。

顺便指出，前文提到的 MI 康复期病人常见的一些心理行为问题如依赖、抑郁、缺乏活动、难以恢复工作、性功能问题等，与此处提到的因否认机制而出现的行为问题有本质的不同。前者多发生在缺乏否认机制的病人身上，因此心理指导方法也不同，必须加以注意。

资料 4：美国研究称灾难后避免谈论感受或有益心理恢复
(引自 <http://www.sina.com.cn> 2008 年 06 月 09 日 09:38 东方网-文汇报)

新华社华盛顿 6 月 7 日电 传统心理治疗一般鼓励患者倾诉，但美国研究人员最新的研究报告指出，在经历集体性的巨大灾难后，亲历者选择对自己的感受和想法避而不谈，也许对心理恢复更为有利。

美国纽约州立大学水牛城分校的马克·西里等人在 6 月号的《咨询和临床心理学杂志》上发表报告说，他们在“9·11”事件两年后，对经历了这一事件的人们进行了网上调查，以了解这次恐怖袭击对他们身心的影响。

研究人员发现，相比选择倾诉和选择不倾诉的两种人群，“选择不倾诉的人心理恢复情况更好”。

西里认为，这一研究结果表明，认为治疗心理创伤一定需要倾诉的观点可能并不全面。对于部分患者来说，也许不倾诉是更好的选择，心理治疗的关键是根据各人特点制定不同的治疗方案。西里说：“我们应该记住，每个人处理事情的方式各不相同。”资料 5：促进恐怖情绪的表现或者仅进行心理创伤评估可造成二次伤害

■ 来信

前不久,日本心理援助支援队队长富永良喜教授,给我和中国心理学会理事长张侃先生等发来邮件,谈了对灾后心理援助的几点意见。

他告诉我们,1995 年阪神大地震时,在神户大学中井久夫先生的带领下,日本一共建立了 11 个救援站,自己曾负责其中的一个。这一次,他们在西南大学心理学院、成都、德阳等地,培训西南大学心理学院的教授和研究生、重庆的心理医生、志愿者。

结合灾区实际,他提出了三条灾后心理援助中的基本原则:

第一,不能保证持续援助灾民的心理援助者或团体,不可以和灾民直接接触。如果要接触,一定要和当地的援助者,包括心理援助人员和教师一起行动。

第二,不能促进恐怖情绪的表现。比如说,让孩子绘画或写作文描绘地震时的情景,如果在缺乏安全感的空间(例如在灾害刚刚发生之后,以及周围没有持续援助的人)下,会导致二次心理创伤。

第三,仅仅实施心理创伤的评估,也会给灾民造成二次心理创伤。因此,一定要是能持续援助的人,在对灾民实施创伤心理教育的同时,展开适当评估,并保证提供一对一的心理咨询援助。这些原则具有重要参考意义。现在,许多心理救援队伍匆匆赶到灾区,有的队伍缺少长期考虑与安排,如果后续工作不能及时跟上,今后将会出现很多新问题。