

心理疾病治疗

——理论与实践

徐俊冕◎著

 人民卫生出版社

心理疾病治疗

——理论与实践

丁 园

中国轻工业出版社

中国轻工业出版社

心理疾病治疗

——理论与实践

徐俊冕◎著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心理疾病治疗：理论与实践/徐俊冕著. —北京：
人民卫生出版社，2012.11

ISBN 978-7-117-16405-4

I. ①心… II. ①徐… III. ①心理疾病-治疗
IV. ①R395.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 240786 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询，在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导，医学数 据库服务，医学教育资 源，大众健康资讯

版权所有，侵权必究！

心理疾病治疗——理论与实践

著 者：徐俊冕

出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）

地 址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编：100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线：010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷：北京铭成印刷有限公司

经 销：新华书店

开 本：710×1000 1/16 印张：29

字 数：568 千字

版 次：2012 年 11 月第 1 版 2012 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号：ISBN 978-7-117-16405-4/R·16406

定 价：49.00 元

打击盗版举报电话：010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

（凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换）

前言

在我离开临床一线工作之前,我的同事和学生建议我写一本书,叙述我治疗心理疾病的临床经验,他们认为这对于进入这门专业的年轻医生会有很大帮助,有助于提高他们治疗心理疾病的技术和能力,对心理卫生事业来说也是一项很有意义的工作。我能理解他们的要求,但对我来说,接受这一建议无疑是一项艰难的挑战,因为至今我们对人类心理的知识了解很少,心理障碍或心理疾病非常复杂,临床表现形形色色,变化多样,其发生发展过程有许多问题还不清楚,治疗心理疾病更是困难,决定治疗效果和康复的因素常常是一些猜测或假设,因此,我内心迟迟委决不下。其时向我的一些同行专家和朋友谈及此事,他们也认为这是一项有意义的工作,现在发生心理障碍的人很多,虽然已有一些教材、译著,但还没有论述心理障碍或心理疾病临床治疗经验的专著。他们认为写这本书不但对进入这门专业的年轻同道会有帮助,而且对于面对心理疾病共同挑战的专业人员来说,治疗心理疾病临床经验的交流也是非常需要的,至少能唤起人们对心理疾病治疗的关注和研讨,改进或提高治疗的技术和能力,有效地促进人们的心理健康。他们热情鼓励我写这样一本书。诚然,50年精神科的临床诊疗和30年医学心理咨询的实践,我积累了比较多的临床经验,尤其是近30年来医学心理咨询、认知行为治疗和精神药理学的快速发展,在生物-心理-社会医学模式的指导下,加深了我对心理障碍治疗规律的理解,因此,采用临床经验事实阐述治疗规律是可能的。通过整理临床经验,有助于理清我的思路,进一步探索心理障碍治疗的规律和促进心理康复的方法,而回避挑战不可能获得新的知识,所以,我还是决定大胆接受挑战,尽管我深知个人的认知和实践必然有其固有的局限,而且未知的东西总比已知的东西多,我必须怀着“如临深渊,如履薄冰”的小心谨慎,力求避免片面和视野狭窄,努力准确地叙述我经历的临床事实,或许能部分满足年轻医生或治疗师的要求,激起他们对探索心理疾病治疗的兴趣。但书中对事实的理论解释或其中的一些结论性意见完全可能出现错误或包含错误,只能看成一些假

说和粗浅的见解。从科学观点看,一切理论都需要反复检验,不断淘汰其中的错误。我在书中引证了许多治疗的病例(为了保护患者的隐私,去掉了患者的姓名、身份),这些都是我的亲身经历,我把这些临床事实也看成是对现有治疗理论的检验,如果我的见解错了,我也希望能激起其他专业同道对心理疾病治疗的关注,从而提出更好的治疗方法。

我的专业追求是“医心助人,精益求精”。为了帮助患者解除痛苦,有效地解决他们的心理问题,使他们重获心理健康,赢回健康的生活,治疗师既需要对患者进行全面细致的观察,又要善于利用基础和临床研究的证据,设计治疗方案解决患者的心理问题和痛苦症状。和生物-心理-社会的综合模式协调一致,我提出“多维评估”和“多层次干预的整合治疗模式”作为治疗心理疾病的基本原则。在论述解决心理问题的治疗技术时按照“善医者先医心”的理念,详细论述有经验证据的认知行为治疗,而将药物治疗视为减轻或消除患者痛苦症状的重要或主要的手段。大家知道,到达目标的道路决非一条,所以,我在叙述治疗的理念和方法时绝不意味着忽略其他同道对心理疾病治疗的卓越贡献。而且,无论是心理治疗还是药物治疗都在不断地发展中,我们还需要以开放的心胸,不断更新我们的知识和治疗技术。

本书在我退出临床一线后开始动笔,断断续续写了三年,除了整理自己的临床经验,也努力吸收新的研究成果,阅读一些新近文献,以便使本书论述跟上临床实践的发展。

全书分为三部分:第一部分为绪论,笔者试图从一般医学的视野讨论疾病治疗的一般问题,着重说明治疗的目的应是为了整体和谐,强调治疗成功首先在于对患者全面、准确的了解,尝试说明如何找到目前最好的治疗,突出讨论“善医者先医心”的理由以及如何对待患者依从性的问题。

第二部分是总论,包括三章,第一章论述生物-心理-社会医学模式,其中讨论了心理和生理的相互作用,心身紧密相关、不可分割,说明了心理疾病的多因观点,论述了常见负性情绪的功能意义,深入阐述情绪的神经科学基础,根据生物-心理-社会医学模式提出对心理疾病的多维评估原则;第二章着重论述认知行为治疗的进展和多层次干预整合模式,其中讨论了治疗性医患关系和治疗同盟以及心理治疗的共同因素,介绍认知行为治疗的理论和操作方法,突出认知行为治疗的操作步骤与要领。第三章详细论述心理疾病药物治疗的进展,着重介绍各种新的抗抑郁药和抗精神病药、镇静催眠药的临床应用,如安全性、不良反应、疗效和用法等。对药物相互作用和 CYP 450 酶的研究进展也做了详细论述。

第三部分为各论,以九章论述抑郁障碍、双相障碍、惊恐障碍伴场所恐惧症、广泛性焦虑障碍、社交焦虑障碍、创伤后应激障碍、强迫症、躯体化与躯体形式障碍、进食障碍(神经性厌食与神经性贪食)的治疗。对每一种心理疾病的临床特征、发病机制、治疗前评估、认知行为治疗和药物治疗作了详细论述,并引证了笔

者亲身经历的治疗病例,既有成功的治疗经验,也有治疗困难与失败的教训。至于精神分裂症及其他精神病性障碍的治疗问题,本书没有专章论述,好在已有许多精神病学参考书。虽然近年来精神药理学迅速发展提供了很多新的抗精神病药,不良反应大为改观,但总体来看,对这类精神病性障碍的治疗结果仍不满意,读者可参阅有关的精神病学书籍。

本书得以写成要感谢许多同事和朋友的支持与鼓励。特别要感谢的有:复旦大学附属儿科医院高鸿云教授,正是她和我的几位研究生向我提出撰写本书的建议,她又对本书的出版事宜提供了很大帮助;天津师范大学梁宝勇教授、复旦大学上海医学院陈洁教授对撰写本书给予了热情鼓励和支持;王晶晶医师阅读了本书的部分书稿,提出了一些文字表达方面的修改意见与建议;我以前的研究生、现在美国工作的童慧琦副教授为本书提供了心理疾病影像学研究的文献;我的同事陈华医师、张红霞医师也提供了一些重要的资料,在此表示真挚的感谢。

徐俊冕

2012年7月9日于上海

目 录

绪论.....	1
第一节 关注心理健康,改进医疗技术	1
第二节 治疗是为了创造整体和谐.....	4
一、对健康和治疗的不同观念	4
二、开放系统和内稳态的调节	4
三、整体性与精细分析的结合	5
第三节 治疗的果实结在了解的树上.....	5
一、全面深入了解患者	5
二、多因观念与循证治疗	6
第四节 如何提供最好的治疗.....	6
一、最佳治疗的概念	7
二、临床医师作出最佳治疗三项决策的方法	8
第五节 善医者先医心.....	11
一、“先医心”的理由	11
二、认知行为治疗的脑影像学证据	12
三、简述心理治疗实践的若干要领	13
第六节 如何改善患者的依从性.....	14
一、依从性的重要意义	14
二、不遵医的原因	15
三、改善患者依从性的方法	16

总 论

第一章 生物 - 心理 - 社会医学模式	20
第一节 笛卡尔的错误.....	20

一、心身二元论的困境	20
二、心身关系的新见解	21
第二节 生物 - 心理 - 社会医学模式的概念	24
一、两种医学概念模式	24
二、人是复杂开放的巨系统	25
三、内稳态及其调节过程	26
第三节 心理疾病是如何发生的	28
一、基因组	29
二、个体生理与心理特征	31
三、应激	32
第四节 从进化角度理解心理疾病	35
一、焦虑和恐惧	36
二、悲伤和抑郁	37
三、愤怒	38
四、厌恶	39
第五节 负性情绪是心理障碍的中心	40
一、情绪与感受	40
二、情绪的功能	41
三、情绪的心理理论	42
四、情绪的分类	46
第六节 情绪的神经科学基础	47
一、情绪的神经机制	48
二、情绪的快、慢通路	49
三、情绪的神经化学机制	50
第七节 治疗以周密的多维评估为起点	50
一、全面准确评估的重要性	50
二、评估的维度	52
三、评估的目标	53
四、评估的形式	55
第二章 多层次干预的整合治疗模式	58
第一节 概述	58
一、多层次干预整合模式的提出	58
二、多层次整体干预的实施方案	61
第二节 治疗关系与治疗同盟	62
一、治疗关系的重要性	62
二、良好治疗关系的特征	63

三、建立良好治疗关系的方法	63
第三节 对治疗共同因素的关注	66
一、Frank 心理治疗的共同因素	67
二、Garfield 提出的共同因素	68
第四节 认知行为治疗的概念与历史发展	71
一、认知的定义	71
二、认知的特点	72
三、认知行为治疗的概念	73
四、认知治疗与行为主义的分歧	73
五、认知治疗与传统精神分析的分歧	74
六、认知行为治疗的历史发展	74
第五节 理性情绪行为疗法	76
一、REBT 原理	76
二、REBT 对理性与非理性的界定	77
三、REBT 的适合对象	78
四、不适合应用 REBT 的对象	78
五、REBT 操作	78
第六节 贝克认知治疗	85
一、为什么需要认知心理治疗	86
二、认知治疗的主要特点、适应证和疗效研究	86
三、认知治疗的基本原理	89
四、认知治疗的一般过程	94
五、Beck 认知治疗示例与评论	100
六、Beck 认知疗法和 Ellis 理性情绪行为疗法的不同点	103
七、认知疗法或认知行为疗法的限度	103
第七节 中国文化对认知行为治疗实践的贡献	104
一、心理治疗实践应从中国文化中汲取养料	104
二、我国传统医学中的心理治疗实例	105
三、中国文化与认知行为治疗实践的结合	106
第三章 心理疾病药物治疗的进展	112
第一节 单胺类神经递质和受体	112
一、单胺类神经递质	112
二、单胺类神经递质的受体	114
三、不同部位单胺类递质通路涉及的功能意义	116
四、共存递质及其意义	117
第二节 抗抑郁药的药理和临床研究进展	118

一、单胺氧化酶抑制剂和三环类抗抑郁药	119
二、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂	121
三、选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂	132
四、5-羟色胺和去甲肾上腺素双重再摄取抑制剂	136
五、去甲肾上腺素和特异性 5-羟色胺抗抑郁剂	139
六、5-羟色胺 2A 拮抗和 5-羟色胺再摄取抑制剂	140
七、去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂	143
八、其他新型抗抑郁药	144
第三节 心境稳定剂的临床应用	146
一、锂盐的临床应用及可能的作用机制	146
二、用作心境稳定剂的抗癫痫药	148
第四节 抗精神病药的进展	150
一、传统抗精神病药的利弊	150
二、非典型抗精神病药的临床应用	152
第五节 抗焦虑药与镇静催眠药	159
一、抗焦虑药的作用机制和临床应用	159
二、镇静催眠药的机制和临床应用	164

各 论

第四章 抑郁障碍	174
第一节 抑郁症是怎样产生的	175
一、生物学因素	176
二、心理学因素	177
三、社会学因素	178
第二节 治疗前临床评估	179
一、多维评估,确定诊断	180
二、询问全过程,注意双相抑郁症的可能性	180
三、了解病前应激性生活事件	180
四、注意心身共病	181
五、注意抑郁障碍和其他心理障碍共病	181
六、评估抑郁障碍的轻重程度	182
第三节 抑郁障碍的认知心理治疗	182
一、需要认知治疗的理由和适应对象的选择	182
二、自杀危机的干预方法	183
三、增强抑郁患者活动性的方法	184
四、识别负性自动想法的困难和解决方法	186

五、挑战负性自动想法有哪些方法	187
六、识别和盘诘功能失调性假设方面的常见问题	191
第四节 抑郁障碍的药物治疗	191
一、抗抑郁药在治疗抑郁障碍中的作用	192
二、急性治疗期的药物选择	193
三、抑郁症的三期全程治疗	197
四、关于停药	199
第五节 躯体疾病与抑郁障碍共病的治疗	199
一、卒中后抑郁	200
二、心脏病患者的抑郁障碍	202
三、糖尿病患者的抑郁障碍	206
第六节 产后抑郁症的治疗	210
一、评估	211
二、治疗	212
第七节 难治性抑郁症的治疗	212
一、难治性抑郁症的概念	213
二、难治性抑郁症的相关因素	213
三、难治性抑郁症的临床处理原则	214
四、难治性抑郁症的药物治疗策略	215
第五章 双相障碍	220
第一节 双相障碍简史	220
第二节 双相障碍的临床概述	221
一、双相障碍的概念	221
二、双相障碍的临床类型	223
第三节 双相障碍治疗前评估	227
第四节 双相障碍的治疗	228
一、双相障碍治疗的一般问题	228
二、双相障碍患者的心理干预	228
三、急性躁狂发作的药物治疗	230
四、双相障碍的药物治疗	233
五、双相障碍预防性维持治疗	235
六、快速循环性障碍的药物治疗	237
第六章 惊恐障碍与广场恐惧症	240
第一节 焦虑的概念及其适应功能	240
一、焦虑的概念	240
二、焦虑的适应功能	241

三、焦虑程序与症状	241
第二节 惊恐障碍与广场恐惧症的临床概述	242
一、惊恐障碍	242
二、惊恐障碍伴广场恐惧症	243
第三节 共病	244
一、惊恐障碍和广场恐惧症	244
二、惊恐障碍伴广场恐惧症和抑郁障碍	245
三、惊恐障碍和其他焦虑性障碍	245
四、惊恐障碍和其他精神障碍	245
五、惊恐障碍和物质依赖	245
六、惊恐障碍和躯体疾病	245
第四节 惊恐障碍的发病机制	246
一、生物学的易患性	247
二、心理学的易患性	249
第五节 治疗前的临床评估	252
第六节 认知行为治疗的原理与方法	255
一、PD 心理治疗研究的进展概述	255
二、PD 认知心理治疗的原理	255
三、PDA 认知行为治疗的方法	256
四、认知行为治疗的几种变式	268
第七节 惊恐障碍的药物治疗	269
一、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂	270
二、5-羟色胺和去甲肾上腺素双重再摄取抑制剂	271
三、选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂	271
第七章 广泛性焦虑障碍	273
第一节 广泛性焦虑障碍概念的争议	273
一、广泛性焦虑障碍概念的演变	273
二、共病	276
第二节 广泛性焦虑障碍的发病机制	276
一、GAD 生物学方面的研究进展	277
二、GAD 的心理机制	278
第三节 治疗前的临床评估	280
一、症状	280
二、共病	281
三、引起焦虑的躯体疾病和药物	282
四、对 GAD 患者的认知评估	282

第四节 广泛性焦虑障碍的认知行为治疗	283
一、GAD 的认知行为治疗原理	283
二、GAD 的认知行为治疗研究	284
三、GAD 的认知行为治疗方法	285
第五节 广泛性焦虑障碍的药物治疗	296
一、GAD 药物治疗的一般问题	296
二、焦虑障碍药物治疗观念的演变	296
三、GAD 药物治疗的原则与临床应用方法	298
第八章 社交焦虑障碍(社交恐惧症)	305
第一节 社交焦虑障碍概述	305
第二节 社交焦虑障碍的临床描述与病理心理分析	306
一、社交焦虑障碍的临床描述	306
二、社交焦虑障碍的病理心理分析	308
第三节 社交焦虑障碍的发病原理	309
第四节 治疗前临床评估	312
第五节 社交恐惧症的认知行为治疗	313
一、社交恐惧症认知行为治疗的研究进展	313
二、社交恐惧症的认知行为治疗方法	315
第六节 社交焦虑障碍的药物治疗	320
一、SSRI 类药物	321
二、SNRI 类药物	322
三、MAOI 类药物	322
四、苯二氮革类药物	322
五、抗癫痫药	322
六、 β 受体阻滞剂	323
第九章 强迫症	325
第一节 强迫症治疗进展简史	325
第二节 强迫症的临床描述	326
一、强迫症状的特点	326
二、强迫症状的临床分类	327
三、强迫症状和其他症状的鉴别	328
第三节 强迫症状分类概念的进展	329
第四节 强迫症与其他精神障碍共病	331
一、OCD 和抑郁症	331
二、OCD 和 OCPD	331
三、OCD 和抽动症	331

四、OCD 和焦虑症	332
五、OCD 和恐惧症	332
六、OCD 和精神分裂症	332
第五节 强迫症的病理生理学	332
一、神经化学研究	332
二、脑影像学研究	333
第六节 强迫症的认知行为模型	333
一、激起焦虑的强迫观念与冲动	334
二、减轻焦虑的强迫行为与仪式	334
三、回避	335
第七节 强迫症治疗前的临床评估	335
一、治疗前评估的目的	335
二、评估要注意的关键问题	335
第八节 强迫症的认知行为治疗	337
一、暴露和反应阻止法	337
二、没有外显强迫行为的强迫症的认知行为治疗	343
三、强迫症治疗过程中的困难问题与解决方法	345
第九节 强迫症的药物治疗	347
一、强迫症药物治疗的研究发现	347
二、难治性强迫症的药物治疗策略	348
第十章 创伤后应激障碍	352
第一节 创伤后应激障碍的概念	352
一、创伤的构成	353
二、潜伏期	354
三、创伤后应激障碍的典型症状	354
四、创伤后应激障碍的病程	355
第二节 创伤后应激障碍的诊断	356
第三节 创伤后应激障碍的神经生物学	357
第四节 创伤后应激障碍的发病机制	358
第五节 创伤后应激障碍治疗前评估	359
一、社会	359
二、心理	360
三、生理	362
第六节 创伤后应激障碍的治疗	362
一、认知行为治疗	362
二、药物治疗的进展	366

第十一章 躯体化和躯体形式障碍	370
第一节 躯体化的概念及其临床应用	371
一、躯体化的概念	371
二、躯体化的临床问题	373
三、躯体化与其他心理疾病的关系	374
四、躯体化的评估和鉴别诊断步骤	377
第二节 躯体形式障碍的临床特征、分类与治疗原则	379
一、CCMD-3 神经症诊断分类中增加“躯体形式障碍”	379
二、躯体形式障碍的概念及其共同特征	380
三、CCMD-3、DSM-IV、ICD-10 关于躯体形式障碍分型的比较	381
四、对躯体形式障碍诊断分类的争议	382
五、躯体形式障碍的一般治疗原则	383
第三节 躯体化障碍的诊断与治疗	384
一、躯体化障碍的临床特点	384
二、诊断与鉴别诊断	384
三、治疗的一般原则	387
四、认知行为治疗	388
五、精神药物应用	389
第四节 疑病症的诊断与治疗	390
一、疑病症的概念与临床特点	390
二、诊断与鉴别诊断	391
三、疑病症患者的处理原则	393
四、疑病症的认知行为治疗	394
五、疑病症的药物治疗	398
第五节 身体变形障碍的诊断与治疗	398
一、临床特征	399
二、鉴别诊断	400
三、治疗方法	400
第六节 躯体形式自主神经功能紊乱的诊断与治疗	401
一、临床特点	401
二、心脏神经症	402
三、功能性胃肠病	405
第七节 持续性躯体形式疼痛障碍的诊断与治疗	408
一、疼痛概述:定义和意义	408
二、疼痛的神经生理与疼痛心理机制概要	409
三、持续性躯体形式疼痛障碍的特征与诊断分类的进展	412

四、诊断与鉴别诊断	415
五、治疗目标和方法	416
第八节 其他躯体形式障碍	419
第十二章 进食障碍	423
第一节 进食障碍的临床描述	423
一、神经性厌食	423
二、神经性贪食	424
第二节 病因和发病机制	425
一、生物学因素	426
二、社会文化因素	427
三、心理因素	428
四、家庭因素	428
第三节 神经性贪食的治疗方法	429
一、神经性贪食治疗前评估	429
二、神经性贪食的认知行为治疗	430
三、神经性贪食的药物治疗	435
第四节 神经性厌食的治疗方法	436
一、神经性厌食治疗前评估	436
二、神经性厌食的认知行为治疗	437
三、神经性厌食的药物治疗	439
索引	441