

+

COGNITIVE  
THERAPY OF  
PERSONALITY  
DISORDERS  
Third Edition

人格障碍治疗领域的  
经典之作

+

# 人格障碍的 认知行为疗法

(第3版)

[美] 亚伦·T. 贝克 (Aaron T. Beck)  
[美] 丹妮丝·D. 戴维斯 (Denise D. Davis) ◎ 主编  
[美] 阿瑟·弗里曼 (Arthur Freeman)  
王建平 辛挺翔 朱雅雯 ◎ 译

+

+



中国工信出版集团

人民邮电出版社  
POSTS & TELECOM PRESS

COGNITIVE THERAPY OF  
PERSONALITY DISORDERS

Third Edition

# 人格障碍的 认知行为疗法

(第3版)

[美] 亚伦·T. 贝克 (Aaron T. Beck)

[美] 丹妮丝·D. 戴维斯 (Denise D. Davis) ◎ 主编

[美] 阿瑟·弗里曼 (Arthur Freeman)

王建平 辛挺翔 朱雅雯 ◎ 译

人民邮电出版社  
北京

## 图书在版编目 (CIP) 数据

人格障碍的认知行为疗法：第3版 / (美) 亚伦·T. 贝克 (Aaron T. Beck), (美) 丹妮丝·D. 戴维斯 (Denise D. Davis), (美) 阿瑟·弗里曼 (Arthur Freeman) 主编; 王建平, 辛挺翔, 朱雅雯译.  
— 北京: 人民邮电出版社, 2018. 10  
ISBN 978-7-115-49353-8

I. ①人… II. ①亚… ②丹… ③阿… ④王… ⑤辛… ⑥朱… III. ①人格障碍—精神疗法 IV. ①R749.910.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第210999号

## 内 容 提 要

本书阐释了人格障碍的性质,也说明了其较难治疗的原因。书中共列出12种人格障碍,分章节具体讲述,行文生动,临床案例翔实。书中有关各障碍的知识内容都是最新的,同时,本书针对鉴别诊断、个案概念化、实施个性化的认知行为疗法干预以及克服治疗阻碍等方面,提供了有效的策略。

本书是以认知行为疗法视角来理解和治疗人格障碍的一部权威性著作,内容翔实全面,可作为治疗师的实操资源及培训工具书。本书不仅适合心理学专业人士阅读,也适合心理学爱好者及患者家属阅读。

- 
- ◆主 编 [美]亚伦·T. 贝克 (Aaron T. Beck)  
[美]丹妮丝·D. 戴维斯 (Denise D. Davis)  
[美]阿瑟·弗里曼 (Arthur Freeman)  
译 王建平 辛挺翔 朱雅雯  
责任编辑 柳小红  
责任印制 焦志炜
- ◆人民邮电出版社出版发行 北京市丰台区成寿寺路11号  
邮编 100164 电子邮件 315@ptpress.com.cn  
网址 <http://www.ptpress.com.cn>  
涿州市京南印刷厂印刷
- ◆开本: 787×1092 1/16  
印张: 26.5 2018年10月第1版  
字数: 520千字 2018年10月河北第1次印刷
- 著作权合同登记号 图字: 01-2016-4641号
- 

定 价: 108.00 元

读者服务热线: (010) 81055656 印装质量热线: (010) 81055316

反盗版热线: (010) 81055315

广告经营许可证: 京东工商广登字20170147号

### 关于人格障碍

人格障碍，顾名思义，是指一个人的性格模式明显偏离其所在的文化标准，且持久、普遍而僵化，并给个体造成学业、工作或人际方面的功能损害，同时还可能引发个体或其周围人的痛苦与困扰。从实践的角度说，人格的这种“持久性与普遍性”，可能会让心理咨询或治疗工作趋于复杂化，仅举三点为例：（1）与诸如抑郁或焦虑这类症状性障碍的发作性相比，人格问题的发展更为缓慢，因此可能让来访者或其周围人“习以为常”“不以为然”，但人格障碍对患者功能的损害也是持久而广泛的；（2）人格障碍可能增加个体罹患抑郁或焦虑等症状性障碍的风险，也可能与之形成共病，同时还会影响针对抑郁或焦虑的干预效果；（3）某些类型的人格障碍，对咨询（或治疗）关系的破坏性冲击非常大，来访者（或患者）的合作性与依从性可能都不佳，脱落率较高，同时也会给临床工作者造成较大的压力。因此，识别及理解人格障碍，学习相应的关系建立策略，是不同设置下的心理健康工作者都需要具备的。当然，对于治疗人格障碍的临床工作者而言，则需要进一步掌握具体的概念化模型和相应的干预技术。

从理论角度看，DSM-5 中变化最大的内容之一，就是提出了“人格障碍的替代性模型”。人格障碍从旧时的分类模型，推进到了维度性、谱系化的研究范式中，即将人格问题放在“人人皆有，只是程度不同”的连续体（维度）上加以审视与思考。这一变化大大提高了人格及人格障碍的“像素”，不但解决了旧时人格障碍诊断中“非此即彼”“症状重叠”“不能反映个体差异性”的现象，而且还可以基于一个统一的模型，描述所有人群（包括普通人群与患者群体），理解芸芸众生性格的多样性——这无疑拓展了人格及人格障碍领域的学术研究空间。

所以，我们需要一部有关“人格障碍”方面的、与时俱进的权威性专著，以此丰富理论细节，指导实践工作。

## 关于本书

由贝克、戴维斯与弗里曼主编，学界若干位知名专家联合撰写的《人格障碍的认知行为疗法（第3版）》，正是这样一部好书！该书分为三大部分。第一部分为“理论、研究与临床方法”，阐述了认知行为疗法在人格障碍领域的实证发展与整合、人格障碍理论、评估诊断、神经机制、干预技术、关系建立以及相应的文化议题。特别是认知疗法的创始人亚伦·贝克教授亲自执笔的理论部分，从人类进化的角度理解人格障碍的起源，解释了“图式与模式”的形成，强调策略的“适应意义”及其“发展过度/发展不足”在人格障碍中的作用。这种理论上的拓展与 DSM-5 的“人格谱系化”考量可谓异曲同工，彼此呼应，对于全书的认知行为疗法视角也是一种提纲挈领。而病理评估一章，则纳入了 DSM-5 替代性维度模型的新内容，并总结了其他常用的测量工具，同时附上“人格信念问卷-简版”，便于认知行为疗法取向的临床工作者实践应用。第5章和第6章详解了具体的干预方法，并针对各种人格障碍的特点给出了关系建立的策略与技巧，对临床实践颇具指导意义。

第二部分“临床应用”分为十章，分别针对各种人格障碍进行讲解，从评估、概念化、目标建立、关系建立、具体的干预实施，到怎样安排结束咨询（治疗）工作，再到探讨这个过程中可能遇到的常见问题、临床工作者的压力管理等，内容非常全面，而且资料新颖、案例翔实。其中第14章与第17章详述了“图式疗法”的临床应用。第三部分“共病与临床管理”侧重于个案复杂的临床表现，第18章提醒临床工作者关注人格

障碍与症状性障碍的高共病现象，而第19章则以一个具体的案例展示了临床管理、风险管控方面的复杂性，并提出了相应的解决思路。

鉴于认知行为疗法的循证性与实操性已经获得了全世界范围的广泛认可，而且更为可贵的是，其与主流诊断系统（如DSM）的人格病理模型匹配良好，再加上这些享誉全球的作者们通力合作，《人格障碍的认知行为疗法（第3版）》可谓是博采众长，对于读者充实理论、提升专业或在工作中进行参考，都极具价值！

## 关于翻译工作

本书的翻译难点在于：（1）大量的新资料、新模型；（2）作者们来自不同国家，其本国文化或英语语言文化都与中国文化及汉语语言文化存在差异；（3）对很多心理学术语的中文翻译，学术界自身也存在不一致的现象。以上问题如果得不到统一的考量与处理，都可能让翻译品质大打折扣，平添歧义，影响读者的阅读体验。

术语上，我们采取了以下处理办法。（1）不同的英文术语，尽量翻译为不同的中文词汇，分别对应，便于区分，如“解离”（dissociation）、“疏离”（detachment）与“分离”（separation）。（2）不同的英文术语，如果在中文中实在找不到相应的区别译法，则只能译为同一个中文词汇，此时，会在文中标注英文，如“模式”（mode）或“模式”（pattern）。（3）同一个英文词汇，可能会因为上下文语境而翻译成不同的中文词汇，如Detached译为疏离或超脱、Attachment译为依恋或依附、Emergency译为急诊或应急，以便读者理解。（4）有的术语，学界已经更新了译法，如Agoraphobia已从“广场恐惧症”更新为“场所恐怖症”。（5）一些术语，我们虽然综合参考了中国香港地区和中国台湾地区的翻译，但最后仍采用了内地学界最为习惯和接受的译法，如将Empathy译为“共情”。<sup>①</sup>

新术语、新模型及文化上的一些差异，我们在翻译时查阅了大量相关的中、英文文献，如果有人已经翻译过，我们会审慎地参考，在确定已有译法本身合理，并且符合本书中含义的前提下才会采用；如果没有可借鉴的译法，我们也会根据原文的含义，推敲

<sup>①</sup> 因为考虑中文阅读习惯，也为了让图书不那么厚重，参考文献和专有词汇两个部分没有体现在本书的中文版中。有需要这两部分内容的专业读者可以联系编辑单独索取。

出妥帖、合适的措辞，力求信、达、雅。

本书的翻译工作主要由我的学生辛挺翔承担，他翻译了大部分章节、对其他译者的稿件进行了初校并统一了全书的语言风格。我对全书术语进行了统一与订正，并审读了全书，就一些翻译问题做出了最终的确认。本书的译者还包括：第四章，张迎黎；第九章，邹晓丹；第十章，沈可汗。朱雅雯、邓昱旻、许菲、高艳敏、沈艳红、张迎黎、宋晓莉、刘洋参与了部分章节的翻译工作；李婉君、邓昱旻、李静雅参与了部分校对工作；朱雅雯、徐谦参与了统稿工作。

此书的翻译与审校工作，历时近两年，可以说是倾注心血、力求精品、以飨读者。在此要感谢所有的译者，还要特别感谢人民邮电出版社柳小红编辑的帮助与支持！

希望本书能成为心理健康及相关领域专业工作者们的重要参考资料。同时，鉴于水平与时间所限，译本仍难免出现错漏之处，诚请各位同行专、家及每位读者不吝指正，以便今后进一步修订完善。我的邮箱是 [wjphh@bnu.edu.cn](mailto:wjphh@bnu.edu.cn)。

王建平

2018年8月22日

从定义上看，人格障碍深植于一个人对自己的看法中，障碍不但会造成患者本人的生活痛苦，还会影响其社会网络，包括他们的照料者。临床工作者在治疗人格障碍患者时，常感到“困难”“成问题”“具有挑战性”“无尽无休”，甚至是“难治的”。当编著完成《人格障碍的认知行为疗法》的第3版之后，我们深谙这些基本事实。但是，我们同时也相信：认知行为疗法治疗人格障碍，无论是其过往的发展，还是今后的前景，都是“鼓舞人心的”“合作性的”和“充满希望的”。

1988年，亚伦·贝克（Aaron Beck）首次邀请阿瑟·弗里曼（Arthur Freeman）合著了一本有关人格障碍治疗的书籍。那时，针对这一备受关注但难治的患者群体，相关的治疗手册屈指可数。当时的大部分文献也都是心理动力学视角的，将人格障碍概念化为“神经症”或“神经质”。《抑郁的认知疗法》（*Cognitive Therapy of Depression*）以及《焦虑障碍与恐惧症：一种认知视角》（*Anxiety Disorders and Phobia: A Cognitive Perspective*）两本书面世后，引起了非同寻常的反响，作者们受到了鼓舞，继而尝试将“贝克的认知模型”应用在人格障碍的治疗中，并予以检验。同时，在治疗抑郁或焦虑等症状性障碍的临床试验中积累的证据，也进一步推动了此项工作——因为总会有患者脱落，或对治疗方案的应答不典型。通常，这类患者就是确诊或疑似人格障碍的患者。鉴于临床上的



需求很明确，但经过实证检验的疗法却又不足，所以拓展认知模型的应用范围，做出调整以适用于人格障碍的治疗，是大势所趋。在那时，颇具挑战性的案例并不少，认知疗法的早期践行者们为了克服困难、取得治疗进展，可谓是费尽了心思。治疗师们在案例研讨期间，思维碰撞，灵感迸发，集思广益，然后，他们会将这些见解带回咨询间，检验其临床价值。

贝克与弗里曼决定，将这些临床观点进行归纳总结，以便开展范围更广的临床检验。他们先是找了几位一流水准的治疗师，这些治疗师在宾夕法尼亚大学认知治疗中心（Center for Cognitive Therapy at the University of Pennsylvania）接受过贝克的培训指导，都深受贝克的影响。他们总共只有九人，都是贝克中心的早期会员（现已成为认知法学院的首创院士），他们相互合作，彼此启发，调整认知模型以适用于治疗人格障碍。在这些治疗师的共同努力下，《人格障碍的认知行为疗法》第1版于1990年问世，在这部开山之作中，针对DSM-3-R中每种类型人格障碍给出了全面的认知干预方法。同行对这部作品的评价是“实用”“学术性”“有临床价值”“推动了这类难治型人群的疗法进步”。认知行为疗法是问题取向的、主动的，这给复杂型或难治型患者带来了新的选择，随着治疗师队伍的增长，认知行为疗法也受到了更广泛的认可。

在第1版广受好评之后，贝克与弗里曼再次受邀编纂本书的第2版。他们认真思考，如何基于读者对第1版的评价和该领域不断涌现的研究发现，做出修订、更正、调整？他们继续发扬合作精神，决定邀请第1版中的撰稿人之一——丹妮丝·戴维斯（Denise Davis）担任第2版的撰稿人兼主编。戴维斯制定了修订的大方向，确保了从第1版到第2版的顺畅过渡，并在第2版中整合了“各家之言”，使之具有连贯性。我们组建了10人的撰稿团队，其中几位就是第1版的撰稿人，他们为本书奠定了基础，但同时也有新的撰稿人加入，他们为本书贡献了新的视角与新的研究维度。所以，第2版不是14年前第1版的简单翻新，而是在理论及临床上都有新的推进。与第1版时的工作经历一样，我们再度投入到彼此启迪、灵感迸发的合作之中，对成书充满了期待——我们的成果也再次获得了专业人士的大力肯定。

2012年，吉尔福德出版社（Guilford Press）邀请我们编纂《人格障碍的认知行为疗法》的第3版。旧版是否需要增补？是否出现了新的数据资料，用以对治疗进行概念化？有哪些议题关系到进一步改善人格障碍患者的护理，但在旧版中却未曾提及？团

队经过慎重考虑后，决定接受出版社的邀请，着手第3版的编纂工作，仍由戴维斯任主编。

我们当时遭遇了一个巨大的挑战。鉴于DSM-5即将出版，而关于DSM-5的内容，特别是其中的人格障碍部分，学界充斥着各种猜测、争论，具有不确定性。DSM工作组究竟会保留哪些内容，又会删掉哪些内容呢？我们四处探问，然而，即便是那些知情人士，其实也是一头雾水。因此，我们决定，保留我们的临床关注点，第3版仍旧聚焦在一线治疗师的日常工作上。根据对DSM-5新内容的预测，我们着手了第3版的工作，而一旦DSM-5出版，我们会立即将新内容整合到第3版中来。同时，基于撰稿团队的背景——临床工作者、研究者、编辑、学术文献的研读者——我们根据自身经验，将多年来逐渐归入DSM附录部分的几种障碍，以及一些已被DSM彻底删掉的障碍，保留或增补到了第3版之中。例如，根据团队集体的临床实践经验，我们都遇到过许多符合“被动-攻击型人格障碍”诊断标准（在DSM先前的版本中有描述）的患者。因此，我们在第3版中保留了这一类型的人格障碍，以帮助临床工作者理解、概念化及治疗这类患者。同样，我们也决定，在第3版中增加“抑郁型人格障碍”，从而填补文献上的空白。

自工作伊始，我们就致力于保持本书的丰富性与翔实性，这也是第二版广受好评的原因之一。同时，我们还为第3版全面增补了重要的新内容，将之很好地整合融入各章之中。因此，第3版大约有65%是新内容。第3版在形式上沿袭了第2版的“两大部分”划分（第一部分讲理论、研究与临床方法，第二部分讲对特定人格障碍的临床干预），但同时增加了全新的第三部分“共病与临床管理”。与先前两版相比，第3版共计增加了五章全新的内容，分别是：“人格障碍适应不良图式及模式（modes）的神经机制”“多样性、文化与人格障碍”“抑郁型人格障碍”“与症状性障碍的共病”以及“临床管理”。而“治疗概述”“病理评估”“依赖型人格障碍”“自恋型人格障碍”“表演型人格障碍”及“反社会型人格障碍”各章都由新作者或联合作者进行了重新编写。“偏执型人格障碍”与“分裂样及分裂型人格障碍”合并为一章。另外，“人格障碍理论”“一般原则和特定技术”及“治疗联盟”三章也都更新了大量的内容。

那么，我们具体增补了哪些内容呢？我们又是如何让书稿保持了合理的篇幅，不至于分成上、下两册呢？首先，我们决定删掉诊断标准列表，因为读者很方便就能在别

处查询到这类内容；其次，我们简约化了历史性的回顾，而聚焦于临床干预成功的新案例，给出演示与细节。在针对特定人格障碍临床干预的各章中，所有作者都在文中增加了“治疗的主要目标”“治疗进展、毕生发展及结束治疗的考量”“常见问题挑战”及“临床工作者的自我关怀”这些内容。与临床干预各章一样，我们对人格障碍理论与基本临床方法的基础性章节也做了更新与补充，从而把那些与认知疗法兼容的、与人格障碍有关的新技术整合起来：动机性访谈、正念、图式角色扮演及其他的体验式练习、图式反馈、培养功能性的核心信念和心理弹性的个体模式（personal models）、价值澄清以及管理治疗联盟的各种具体策略。需要特别指出的是，亚伦·贝克更新了人格障碍理论一章，他所提出的假设不但表述清晰，而且也比上一版更加翔实。该假设涵盖了贝克最新的领悟与洞察：原始需求如何催生出行为策略，行为策略又如何形成了人格的基本特质，以及人格障碍又怎样从发展过度的、不灵活的激活状态的图式与模式（modes）中产生？一如既往的是，在第3版中，贝克的慈悲立场、将理论与临床演示方面所做的高超结合，这些都启迪着我们，给我们希望，也为他的认知疗法模型夯实了基础。我们认为，若想对个案进行有效的概念化，并灵活运用本书介绍的临床方法，那就一定要扎实理解上述基础理论。

自本书第1版问世，距今已有25载，认知疗法在全世界范围也已得到了广泛的接受与认可。所以，第3版撰稿人的名单长度也拉长了不止两倍。鉴于我们的撰稿团队如此庞大，我们决定让他们在具体的章节中分别署名，这样做才是最有意义的。原先两版的作者，其中有一些并未给第3版撰稿，但我们仍要感谢他们的努力与付出——帮助提升了本书的质量与整个领域的水平。我们还要特别感谢为本书1、2、3版都撰稿的三位作者：朱迪斯·贝克（Judith Beck）、克丽丝汀·帕德斯基（Christine Padesky）和卡伦·西蒙（Karen Simon）。在第3版的编纂过程中，我们增补了一些前文提及的新内容，所以，撰稿团队也有新作者加入。这些临床工作者与科学家都享有很高的国际声誉，更难能可贵的是，他们来自不同的国家（除了美国，还有五个国家），文化上的细微差异，也有助于我们更加深入地理解人格。与此同时，我们也有机会看到，认知模型在全球不同国家中的应用都是非常稳定的，这为认知模型的跨文化可行性提供了证据。

本书从第1版到第3版，一路走来，是许许多多辛勤工作、努力耕耘的结果，在微观上，他们推动了认知疗法的发展，在宏观上，则促进了心理治疗的整体进步。对他

们的感激之情，无以言表。吉尔福德出版社的远见卓识也让我们深受启发；而书中对我们的学生以及我们的学生之学生的文献引用，也让我们自愧不如。我们也始终能从患者身上学到东西，始终被他们的反馈鼓舞。资深主编亚伦·贝克先生德高望重，他有着坚韧不拔的意志品质、卓越杰出的才华以及善良慈爱的心灵，跟他一起共事，我们都深受启迪——这是撰稿团队的心声。毋庸置疑，亚伦·贝克是这个时代的巨匠与天才。我们希望，读者能对本书的内容感兴趣，能学得知识，运用于实践，而最重要的还是能从中看到希望，进而帮助人格障碍患者摆脱病症。

## 第一部分

### 理论、研究和临床方法

- 第 1 章 | 人格障碍认知行为疗法概述 // 2
  - 针对人格障碍的认知行为取向 // 3
  - CBT 治疗人格障碍的实证支持 // 10
  - 结论 // 15
  
- 第 2 章 | 人格障碍理论 // 17
  - 人际策略的进化 // 19
  - 遗传与人际间的交互作用 // 25
  - 失功能信念的起源 // 27
  - 信息加工与人格 // 28
  - 图式的特性 // 30

人格与模式	// 32
情感在人格中的作用	// 34
内部控制系统	// 34
转变为人格障碍	// 36
认知的变化	// 37
认知侧写	// 38
发展过度及发展不足的模式	// 39
特异性的认知侧写	// 44
思维风格	// 54
特点总结	// 56
结论	// 57

### 第3章 人格病理评估 // 59

正式定义	// 59
概念问题	// 62
替代性的 DSM-5 特质取向	// 64
评估工具与策略	// 66
认知系统	// 69
结论	// 73
人格信念问卷 - 简版	// 75

### 第4章 人格障碍适应不良图式及模式的神经机制 // 79

人格障碍的功能性神经网络异常：选择性概述	// 80
认知行为治疗：当前应用与未来方向	// 85
结论	// 87

### 第5章 人格障碍认知疗法的一般原则和特定技术 // 88

基于资料的个案概念化	// 90
识别图式	// 91

明确患者的潜在目标	// 94
强调治疗师 - 患者的关系	// 96
特定的技术	// 99
认知策略与技术	// 100
行为技术	// 106
体验法	// 108
结论	// 113

## 第 6 章 | 与人格障碍患者的治疗联盟 // 114

治疗关系上的困难	// 117
针对患者适应不良的信念与行为的概念化	// 118
识别和解决治疗关系问题	// 121
治疗师的信念及对患者的反应	// 123
通过治疗关系来达成治疗目标	// 124
结论	// 126

## 第 7 章 | 多样性、文化与人格障碍 // 127

文化和诊断的准确性	// 128
文化与疗效	// 130
对人格障碍特定临床组的误诊	// 130
特定群体对心理健康服务使用不足	// 132
个案文化概念化的重要性	// 133
针对人格障碍的文化性认知疗法	// 134
结论	// 136

## 第二部分

### 临床应用

- 第 8 章 | 依赖型人格障碍 // 138**
- 临床体征与症状 // 139
  - 鉴别诊断 // 140
  - 概念化 // 140
  - 治疗的主要目标 // 143
  - 合作策略 // 144
  - 临床干预 // 145
  - 治疗进展、毕生发展及结束治疗的考量 // 151
  - 常见问题挑战与临床工作者的自我关怀 // 152
  - 结论 // 154
- 第 9 章 | 回避型人格障碍 // 155**
- 临床体征与症状 // 156
  - 鉴别诊断 // 158
  - 概念化 // 159
  - 治疗的主要目标 // 164
  - 合作策略 // 164
  - 临床干预 // 170
  - 治疗进展、毕生发展及结束治疗的考量 // 178
  - 常见问题挑战与临床工作者的自我关怀 // 180
  - 结论 // 181
- 第 10 章 | 强迫型人格障碍 // 182**
- 临床体征与症状 // 183
  - 研究及实证资料 // 185
  - 鉴别诊断 // 187



概念化	// 188
治疗的主要目标	// 189
合作策略	// 191
临床干预	// 193
治疗进展、毕生发展及结束治疗的考量	// 198
常见问题挑战与临床工作者的自我关怀	// 199
结论	// 199

## 第 11 章 | 抑郁型人格障碍 // 200

临床体征与症状	// 202
患病率	// 203
鉴别诊断	// 203
概念化	// 204
治疗的主要目标	// 209
合作策略	// 210
临床干预	// 211
治疗进展、毕生发展及结束治疗的考量	// 213
常见问题挑战与临床工作者的自我关怀	// 215
治疗的效力和与结局	// 217
结论	// 217

## 第 12 章 | 偏执型、分裂型和分裂样人格障碍 // 219

治疗的主要目标	// 220
偏执型人格障碍	// 220
临床体征与症状	// 221
合作策略	// 224
分裂型人格障碍	// 230
分裂样人格障碍	// 239
常见问题挑战与临床工作者的自我关怀	// 246
结论	// 246