

内观行为疗法治疗强迫症一例报告

东振明

(上海盖德神经症研究中心, 上海 200063)

【摘要】 目的:探讨内观行为疗法对强迫症患者的治疗效果。方法:以 1 例强迫检查患者为对象,进行为期 12 周共计 24 次的内观行为治疗。采用症状自评量表(SCL-90)和耶鲁-布朗强迫症严重程度量表(Y-BOCS),对患者进行治疗前和治疗后测评。结果:治疗后患者的 Y-BOCS 得分从治疗前的 34 分降低到 9 分,患者花费在检查上的时间和遍数显著减少,主观痛苦程度明显减低。在症状自评量表(SCL-90)上的多项指标的得分也均有显著降低。结论:内观行为疗法能够有效治疗该强迫症个案,缓解其症状,降低其主观痛苦程度,恢复其社会生活功能。

【关键词】 强迫症;内观行为疗法;个案

中图分类号: R395.5

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2011)05-0703-05

Vipassana Behavioral Therapy of Obsessive-compulsive Disorder: A Case Study

DONG Zhen-ming

Gaide Neurosis Research Center, Shanghai 200063, China

【Abstract】 **Objective:** To investigate the effect of Vipassana Behavioral Therapy on patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). **Methods:** One patient with severe OCD received total 24-time Vipassana Behavioral treatments for 12 weeks. In order to investigate the effect, the patient completed Symptom Check List 90 and Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (SCL-90 and YBOCS) at pre-treatment, and post-treatment. **Results:** After treatment, the patient's scores YBOCS reduced from 34 to 9. He reported that his inspection time and frequency reduced obviously and his distress decreases obviously. The patient's scores of SCL-90 also evidently reduced. **Conclusion:** Vipassana Behavioral Therapy could treat the patient with OCD effectively.

【Key words】 Obsessive-compulsive disorder; Vipassana behavioral therapy (VBT); Case study

强迫症(OCD Obsessive-Compulsive Disorder) 是以无法控制的强迫思维和强迫动作为主要特征的神经症性障碍^[1],伴随自我强迫和反强迫的激烈内心冲突,由此给患者造成极大的精神痛苦。被世界卫生组织(WHO)认为是十大影响人类社会生活功能的疾病之一。在过去的很长一段时间里,强迫症被认为是无法治疗的疾病。但在过去 30 年中,有两种疗法已显示出在治疗强迫症方面是有效的^[2]。一是 1966 年 Meyer 首次报告的“暴露与反应阻止法”(Exposure and Response Prevention, ERP)。二是选择性五羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)被证实对强迫症有效^[3]。ERP 的疗效得到了很多研究的证实,但 ERP 也有其局限性:很多人因为不愿承受暴露治疗带来的痛苦而拒绝接受 ERP 治疗。在 ERP 治疗中有 20% 的脱落率。那些完成 ERP 治疗的病人之中,很多人也只取得了部分进步,治疗结束后仍然还存在残余症状^[4]。对于药物治疗的研究发现,虽然 60% 的病人服用 SSRIs 有反应,但是所取得的疗效最多达到中等水平,而且,强迫症症状的改善需要药物的维持,停药后复发率较高。有鉴于此,如何整合现有疗法发展新疗法以提高强迫症的治疗效果成为重要课题。1979 年 Jon

Kabat-Zin 博士在麻省大学医学中心附属的减压门诊开设了“正念减压”课程(Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR),以协助病人用正念禅修处理压力、疼痛和疾病^[5]。开始把东方佛教的内观禅修技术正式引入到西方主流医疗界。此后,正念技术不断地被整合到认知行为治疗当中,用以治疗人格障碍、焦虑障碍、抑郁症的防复发等。这种整合被 Steven 博士称为认知行为疗法的第三浪潮^[6]。1992 年,美国加州大学洛杉矶分校的 Jeffrey 教授等人将正念技术与认知行为疗法结合起来,设计出强迫症的四步疗法,用于治疗强迫症。研究表明,四步疗法对于强迫症的疗效显著,不仅表现在临床多项指标上,还表现在大脑葡萄糖代谢水平上^[7]。Marijke Hanstede 等人在荷兰蒂尔堡大学进行的一项研究表明:对于那些没有达到强迫症临床诊断标准但有强迫症症状的大学生正念技术可以有效地减少他们的强迫症状^[8]。美国加州大学洛杉矶分校的韦斯特伍德焦虑障碍研究中心把正念和行为疗法相结合发展出正念行为疗法(Mindfulness-based behavioral therapy, MBBT)用以治疗强迫症,结果显示 MBBT 对那些对传统疗法没有反应的严重强迫症患者有较好的疗

效^[9]。哥伦比亚大学纽约州精神病研究所的 Sapan 等人用正念减压程序 (MBSR) 治疗了一例拒绝接受 ERP 治疗的强迫症病人取得了明显的效果^[10]。综上所述, 正念技术和认知行为疗法的整合是治疗强迫症的一个新方向。然而国外目前治疗强迫症的正念技术都是基于正念减压程序 (MBSR), 这是一个基本的正念程序, 虽然研究显示对强迫症有一定效果, 但其在治疗设置方面缺乏对强迫症的针对性。Schwartz 的四步疗法虽然是针对强迫症而设置的, 但其缺乏一套切实可行的训练程序, 使得其在可操作性方面略显不足。因此, 笔者以 ERP 和 MBSR 为基础, 结合佛教中的其他内观技术发展出一套专门针对于强迫症的内观行为疗法 (Vipassana Behavioral Therapy, VBT)。本文结合一例强迫检查个案, 报告采用内观行为疗法对其进行治疗的过程及效果。

1 症状及病史

患者 L, 男性, 28 岁, 未婚。由于对门窗、水、电、煤开关是否关好以及是否丢东西等有强烈的不确定感, 需要长时间的反复检查问题前来求助。患者自述从小行事谨慎, 父母管教严格。初三时, 一次父母到外地参加婚礼。临走前父亲特意叮嘱 L 每晚要关好门窗和煤气, 尤其要注意煤气, 因为邻居前几年发生过煤气中毒事件造成一人死亡的悲剧, 所以再三叮嘱他要特别注意关好煤气。父母走后, L 因为害怕煤气中毒死亡, 每晚都要检查煤气好几次。父母回来后, 这种情况也没有得到改善, 而且愈演愈烈, 两个星期后发展到每晚要站在厨房看着煤气开关达半小时之久, 以确定煤气确实已经关好。中考之后的暑假, 在卖垃圾时把母亲夹在课本里的 1200 元钱连同课本一起当垃圾卖掉了, 因此被母亲打了一顿。从此做事更加小心谨慎, 害怕因为自己的疏忽大意带来损失。扔垃圾的时候都要检查几遍, 以免把有用的或者值钱的东西扔掉, 后来发展到干脆不敢扔垃圾。慢慢地出现了离开一个地方都要仔细地检查几遍, 以免落下东西的症状。其他怀疑和检查的症状也接连不断的产生。用在检查上的时间越来越多, 回避行为也越来越多。严重地影响了他的正常学习和生活。

求治时患者的主要强迫症检查行为表现在以下几个方面: ①每次离开家之前要仔细的检查所有的电源、水龙头、煤气开关和窗户。②出门前仔细检查自己所有的口袋和随身携带的包, 以确定自己到底带了多少钱。③锁门后, 反复检查门是否已经锁好。④离开任何一个地方都要检查是否落下东西。⑤看

到地上有纸片卡片类东西时需要长时间检查, 以确定是不是自己的身份证、银行卡或者现金。

患者的回避行为主要表现在以下几个方面: ①尽量避免外出。②已经有 5 年没有自己扔过垃圾。③尽量避免带钱出门。

患者的父母在患者发病后半年意识到问题的严重性, 开始带领患者求治。在过去的 12 年中先后服用过氯丙咪嗪、百忧解和赛乐特。断断续续地接受过认知治疗、暴露治疗和催眠治疗。由于这些治疗的效果都不理想, 患者对治疗失去了信心, 加之患强迫症的时间很长了患者已经开始屈服于强迫症状了, 所以最近一年没有主动求治过。最近因为在网上看到了作者关于强迫症的公益讲座深受触动, 又看到了希望, 所以前来求治。

2 理论模型及治疗原理

根据强迫症的症状及特点, 笔者总结出强迫症形成的二阶段理论模型。第一阶段: 思维认同阶段。根据强迫症的认知模型: 造成强迫症的真正原因不在于闯入性思维本身, 而在于个体对闯入性思维错误的认知评价。在一项经典研究中显示 90% 没有强迫症的正常人也会出现和强迫症病人的强迫思维相似的闯入性思维^[4]。之所以大多数人没有成为强迫症是因为这部分人对闯入性思维没有进行错误的认知评价。思维认同分为两种情况, 一种是个体直接认同了闯入性思维的内容, 认为他们所想到的就是有可能发生的, 所以有必要通过各种方法 (如回避行为和强迫行为等) 来阻止那些不好的事情的发生。如果个体不认同这些闯入性思维的内容, 而是认为这些想法都是不太可能发生的, 都只是一些发生在头脑里的心理事件而已, 那就不会去通过行为加以避免, 也就不会发展成强迫症。另一种情况是个体并没有直接认同闯入性思维内容本身, 而是认为这些思维是不必要的, 不该出现的, 需要排除的。因此对闯入性思维努力的排除和抵制, 结果越抵制这些想法出现的频率越高, 越高越抵制, 陷入恶性循环, 发展成强迫症。这里的思维认同指的是个体认同了对闯入性思维的评价, 即: “不必要的, 不该出现的, 需要排除的”。只有个体认同了这种评价才会采取抵制行为而发展成强迫症, 如果个体认为这些闯入性思维都是正常的干扰性想法, 根本不需要理会也不需要排除而是任其自由的来去, 那就不会发展成为强迫症。可见, 思维认同是从正常演变为强迫症的第一个阶段。在我国的诊断标准 CCMD-3 中强调患者需要意

识到强迫症状没有意义,但实际情况是大多数病人只是在平静的时候才能认识到这一点,在其正处在强迫状态之中时是很难认识到这一点的。而在 ICD-10 和 DSM-IV 中则有所不同。ICD-10 中强调的是病人必须对至少一种思想或动作进行徒劳地抵制,并没有强调病人必须认识到其思维或者行为是不合理的或者没必要的,抵制更多的是因为情绪上的痛苦或者对社会功能造成的损害。DSM-IV 中强调的是在患病过程中的某一时候,病人能认识到强迫观念或强迫行为是过分的和不合理的。所以,笔者把强迫症患者的状态分为健康成人模式和强迫模式,病人在健康成人模式中时可以认识到症状的不合理性,而在强迫模式中就很难认识到这种不合理性了。

第二阶段:情绪驱动阶段。在第一阶段的基础上患者产生了焦虑情绪,这时患者的行为受这种情绪的驱动,为了缓解这种情绪患者采取了回避行为或者强迫行为。如果能够不受情绪的驱动,而是能和这种情绪和平共处的话,那么就不会产生回避行为和强迫行为。

根据上面的二阶段理论模型,内观行为疗法的目的在于打破这两个阶段的错误模式。用内观想法(复述想法和给想法贴标签)来打破“思维认同”模式。用内观情绪、内观冲动、内观暴露和行为阻止来打破“情绪驱动”模式。此处所谓内观想法是指按照想法的本来面目去观察想法,把想法看做是发生在头脑里的心理事件,而不是客观事实的真实反映,并且根据客观事实对想法进行恰当的分类。内观情绪是指按照情绪的本来面目来观察情绪,把情绪分为想法和躯体反应两部分,如实的观察并安住于躯体反应。内观冲动是指觉知到实施强迫行为之前的冲动,并且根据客观事实对这个冲动进行“适当性”判断,然后根据判断结果选择是否按冲动去行动。内观暴露和行为阻止是指有意的使患者反复长时间的处在其焦虑的情境中,当他感到焦虑时要求其内观焦虑,直至焦虑程度降低到 20 分以下,之后严格的阻止其实施强迫行为。

3 治疗过程

3.1 治疗和测评设置

为了更好地评估内观行为疗法对该例强迫症的治疗效果,笔者对本个案进行了治疗前的基线期测评,在正式开始治疗前 6 周,每两周用“耶鲁-布朗强迫症严重度量表(Y-BOCS)”和“症状自评量表(SCL-90)”对其进行一次测评,共三次。在第一次治

疗前、第 24 次治疗结束后和治疗结束 3 个月后用上述两个量表再分别进行三次测评。

在基线期内不做任何治疗。具体的治疗设置为:1+1*8+5*3=24 次会谈,即第一周进行一次会谈。接下来是每周 1 次持续 8 周的内观练习阶段。然后是每周 5 次持续 3 周的内观暴露和行为阻止阶段。共 24 次治疗,在 12 周之内完成。在这 12 周的内观行为治疗期间要求患者不得接受其他形式的治疗。

3.2 治疗过程概述

3.2.1 心理教育及疗法介绍阶段(第一次会谈) 第一次会谈的主要任务是对患者进行必要的针对于强迫症的心理教育;评估患者的信念强度(strength of belief);并且就内观行为疗法的治疗原理和实施程序进行详细说明(该患者的症状表现,病史及治疗史在基线期测评前已经了解清楚,故第一次会谈不再进行过多的了解。)。心理教育的主要目的是使其明白:强迫症是一种心理障碍,是在诸多因素共同作用的结果下产生的。如上所述,大多数病人只是在“健康成人模式”中时才能认识到其症状的不合理性,心理教育的目的是使其能够认识到即使是当其处在“强迫模式”中时其症状也不是客观事实的真实反映。而其反复检查确认的强迫行为是在此基础上产生的错误行为。并且教会病人识别和区分“强迫模式”和“健康成人模式”。强迫模式是指一种以没必要的过度担心怀疑和由此产生的焦虑情绪以及相应的回避行为和强迫行为为主要内容和特征的存在模式。健康成人模式是指能够根据客观事实进行合适的认识和推理,产生符合当下内外部客观环境的情绪反应和行为反应的存在模式。尤其要注意评估患者在“健康成人模式”中的信念强度,如果在“健康成人模式”中患者极端固执的认为他们的强迫思维和强迫行为是必要的和理性的,甚至是接近了妄想的程度。那么可能预示着治疗效果不好。本案例的信念强度很低,在“健康成人模式”中他清楚地知道自己的强迫思维和强迫行为都是没必要的。然后向患者详细地介绍了前面提到的理论模型和治疗原理以及疗程安排。教会患者对焦虑程度(Subjective Unit Distress Scale,SUDS)进行评分,并初步建立焦虑等级表。家庭作业是如实的记录自己的强迫症状。

3.2.2 内观练习阶段(第二到九次会谈) 内观练习部分包括 8 个课程,分别是内观呼吸、内观上嘴唇、躯体扫描、内观情绪、内观想法(包括复述想法和给想法贴标签)、内观冲动、日常生活中的内观。这八个课程是循序渐进的培养患者的觉知力、和情绪和平

共处的能力、客观正确的判断力和推理能力。这期间每周进行一次会谈,每次一小时。每次会谈教给他一个内观技术,并在会谈期间和他一起练习半小时,之后讨论其感受和解答疑问。家庭作业是每天坚持内观练习。第一周每天进行4次每次15分钟的内观练习。第二周是每天3次每次20分钟的内观练习。第三周是每天2次每次30分钟的内观练习。第四周是每天1次每次60分钟的内观练习。每两次会谈之间要求他听笔者录制的关于内观和强迫症的录音。从第3次会谈开始,每次会谈都要教会患者如何把内观练习中学到的东西应用到应对强迫症中来,并进行练习。

3.2.3 内观暴露和行为阻止阶段(第十到二十四次会谈) 从第十次会谈开始进行内观暴露练习,本阶段被设置为强化治疗期,每周5次持续3周的练习。按照焦虑等级表逐级进行内观暴露练习,在暴露练习同时严格阻止相应的强迫行为。从焦虑等级表中分数为40分的项目开始进行内观暴露练习。家庭作业是每天治疗结束后患者自己重复当天治疗过程中的练习内容。本案例的患者愿意直接进行现场暴露,所以之前没有运用想象暴露。下面是本案例第十二次会谈的治疗过程。这次治疗的主要目的是在公共场所停留之后离开时不检查。开始在治疗室内向患者说明本次治疗目的和具体的治疗过程以及可能遇到的问题。之后让患者在裤子口袋里装一张一百元的钞票,笔者也同样的带了一百元钱,和他一起到附近的一个公交车站,坐在凳子上5分钟。然后要求患者和笔者一起起身离开,不得检查钱是否从口袋里滑了出来。患者认为坐在凳子上钱有可能从口袋里滑落出来,如果不检查这一百元钱就有可能真的丢了,因此感到焦虑。所以他虽然从凳子上站了起来,但却不敢离开。这时笔者询问其焦虑程度(SUDS),患者报告为40分,笔者坚持让其离开并且不准回头检查。当他开始离开的时候,笔者再次询问其SUDS,患者报告为90分。(下面的焦虑分数都是笔者询问,患者当场报告的)。想法是:“这一百块钱真的丢了”。这时笔者要求对这个想法进行内观,他在头脑里觉知这个想法,并且进行了复述和贴标签,

“想法认为:‘这一百块钱真的丢了’,这是强迫模式”。内观想法的目的是区分想法和事实,把想法当成是发生在头脑里的心理事件,而不是客观事实的真实反映。第一步是在觉知到想法之后对想法进行复述,并且在复述之前加上“想法认为”这四个字,之后再给这个想法贴上一个适当的标签。经过内观想法之后患者的焦虑水平从90分降低到70分。但仍然有想要回头检查的冲动,这时笔者要求他对冲动进行内观。内观冲动是对冲动的原因和按照冲动行动的后果进行正确的认识和判断。患者能够认识到这种想检查的冲动是因为对强迫思维的错误认同,并且是受焦虑情绪驱动的。同时也能认识到如果按这个冲动去行动的话,自己的强迫症就好不了,所以决定不回头检查。但其焦虑情绪仍然在70分左右波动。这时要求他内观情绪,把注意力完全放在情绪的躯体反应上。该患者焦虑的躯体反应主要是心跳加快、胸闷、头部有紧箍感。笔者让他把注意力放到这些躯体反应上,并且安住于这些反应,不得主动通过任何方式逃避或者缓解这些反应。在对情绪进行内观20分钟之后,焦虑水平从70分下降到20分。患者自述,这种练习并没有想象中那么可怕,焦虑也并没有一直持续下去。这使他明显的体验到了成功感和喜悦感,对治疗的信心也进一步增加。

之后11次治疗的过程和这次的基本相仿,不同的只是练习项目的分数不断提高。遇到的阻抗和困难也不断增加。而且出现过几次新的替代式的强迫行为。这些都得到了及时的处理。

经过这一阶段的治疗,患者的整体焦虑水平下降,强迫行为也基本消除。最后一次会谈中对整个治疗过程进行了回顾和总结,在对以后可能遇到的一些问题进行讨论和提供建议之后结束了整个治疗。

4 治疗结果

本案例经过上述一个完整的治疗程序,取得了非常大的进步。强迫思维出现的频率和用在强迫行为上的时间都显著减少。而且自我觉知能力得到了显著提高。社会生活功能基本恢复正常。在治疗结束后的3个月里,患者保持了这种进步,并且仍然在坚持内观练习。该患者治疗前后的测评得分见表1和表2。

表1 患者在治疗前和治疗后 SCL-90 各个因子上的得分

时间	躯体	强迫	人际	抑郁	焦虑	敌对	恐怖	偏执	精神	其他
基线1	1.58	3.7	2.89	1.77	3.4	2.33	3.43	2.33	2.2	1.43
基线2	1.5	3.6	2.89	1.69	3.5	2.17	3.29	2.5	2.1	1.57
基线3	1.5	3.7	2.78	1.85	3.6	2.17	3.43	2.5	2.2	1.71
前测	1.5	3.7	2.89	1.92	3.6	2.33	3.29	2.17	2.3	1.57
后测	1.0	1.6	1.67	1.31	1.6	1.17	1.57	1.67	1.5	1.29
追踪	1.0	1.8	1.56	1.23	1.5	1.17	1.57	1.33	1.2	1.14

表2 患者在治疗前、后耶鲁-布朗强迫症严重程度量表得分

时间	强迫思维	强迫行为	总分
基线1	18	15	33
基线2	17	16	33
基线3	17	17	34
前测	18	16	34
后测	5	4	9
追踪	5	4	9

5 讨 论

结合该案例的治疗可以看出,内观行为疗法(VBT)与其他治疗强迫症的方法主要有以下区别:①内观行为疗法(VBT)中的内观与正念减压程序(MBSR)的区别。首先,MBSR中对想法的态度重点强调不判断不评价,任其自由的来去。而在VBT中加入了复述想法和给想法贴标签,强调对想法进行客观合理的判断和分类。这样可以更好的使患者和想法相分离。其次,VBT中加入了对冲动的内观和对情绪的内观,这在MBSR中是没有的。②内观行为疗法(VBT)中的暴露与暴露和反应阻止法(ERP)中暴露的区别。ERP中的暴露成分强调的是使患者反复完整的经历其焦虑情绪,以形成习惯化。在VBT中的暴露强调的是观察者立场,使患者站着客观中立的第三者立场来观察并安住于自己的情绪,不参与其中,以达到和情绪和平共处而不受其驱动的目的。③内观行为疗法(VBT)和Schwartz四步疗法的区别。这两种疗法在基本理念方面是一致的。不同的是,VBT提供了一整套可操作性很强的培养觉知力的内观练习,尤其是对情绪和冲动的内观,这在四步疗法里是没有的。另外,四步疗法没有专门的暴露和行为阻止部分,而在VBT里这是非常关键的组成成分。

参考国内外已有的治疗研究,把内观和认知行为疗法相结合用来治疗强迫症是强迫症治疗的一个新方向,并且可以提高强迫症的治疗效果。内观行为疗法是这其中的一种,通过本案例可以认为内观行

为疗法对某些强迫症是有效的。但由于这仅是个案治疗,能否推广到其他强迫症患者身上,还需要进一步的研究。

参 考 文 献

- 1 季建林. 强迫症的治疗现状. 世界临床医药, 2010, 31(4): 199-201
- 2 Kozak MJ, Foa EB, 著. 孙宏伟, 侯秀梅, 译. 战胜强迫症治疗师指南. 北京: 中国人民大学出版社, 2010. 19-20
- 3 Barlow DH 编. 刘兴华, 等译. 心理障碍临床手册. 北京: 中国轻工业出版社, 2004. 229-281
- 4 Menzies RG, Silva P. Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, research and treatment. Hoboken: John Wiley and Sons, Ltd, 2003. 275-290
- 5 Williams M, Teasdale J, Segal Z, 等著. 谭洁清译. 改善情绪的正念疗法. 北京: 中国人民大学出版社, 2009. 102-143
- 6 Fairfax H. The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: Uggestions for its application and integration in existing treatment. Clin Psychol Psychother, 2008, 15: 53-59
- 7 刘兴华, 梁耀坚, 段桂芹, 等. 心智觉知认知疗法: 从禅修到心理治疗的发展. 中国临床心理学杂志, 2008, 16(3): 334-336
- 8 Hanstede M, Gidron Y, Nyklíč'ek I. The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. The Journal of Nervous and Mental Disease, 2008, 196(10): 776-118
- 9 Gorbis E, Molnar C, O'Neill J. Mindfulness-based behavioral therapy (MBBT) for severe obsessive compulsive disorder improves therapy outcome for people who were previously unresponsive to traditional interventions. 5th annual conference of the center for mindfulness in medicine, healthcare, and society. Worcester, MA, March 28 - April 1, 2007
- 10 Patel SR, Carmody J, Simpson HB. Adapting mindfulness-based stress reduction for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case report. Cognitive and Behavioral Practice, 2007, 14: 375-380

(收稿日期: 2011-03-19)

(上接第 693 页)

罹患抑郁等主要心理疾病的危险性要高于男性。再者,与男性相比,女性社会地位相对较低,社会交往能力及机会相对较差^[6]。丧偶或离异的低保居民,会有更多的社会孤独感和情绪体验,导致心理功能和社会功能下降,进而影响到生活质量。经济因素是影响生活质量的一个重要因素,本研究也发现,经济因素通过影响环境领域得分影响低保居民生活质量^[7]。此外,本研究还发现社会关系领域得分受居民低保年限及医疗保障状况影响。

参 考 文 献

- 1 张训保, 卓朗, 周益跃, 等. 城市低保与非低保人员的心理卫生状况. 中国临床康复, 2006, 10(42): 53-54
- 2 方纪乾. 生存质量测定方法及应用. 北京: 北京医科大学出版社, 2000. 3-17, 113-143
- 3 陆汉文. 生活质量研究的两种取向. 西北人口, 2008, 5(29): 8-11
- 4 何资桥, 曹中平. 湖南农村空巢老人生活质量及其影响因素分析. 中国临床心理学杂志, 2006, 14(5): 532-534
- 5 王玲凤, 傅根跃. 农村老年人心理健康状况的调查分析. 中国临床心理学杂志, 2003, 11(2): 128-129
- 6 戴静, 刘协和, 马渝根, 等. 老年人生活质量及影响因素调查. 中国临床心理学杂志, 2002, 10(4): 246-248

(收稿日期: 2011-04-20)