

综 述

失眠症的创新中医心理治疗—TIP 睡眠
调控技术简介

汪卫东 李桂侠 洪 兰 林颖娜 王 芳 赵 阳 李 涛 闫 雪 王志青

(中国中医科学院广安门医院心理科, 北京, 100053)

摘要 对 TIP 睡眠调控技术进行了较为全面的介绍。概要的介绍 TIP 睡眠调控技术的概念、内容、操作规范; 以及 TIP 睡眠调控技术的理论基础、核心原理和目前的临床、科研情况。

关键词 中医心理学; 理论; 失眠; TIP 睡眠调控技术

Innovative TCM Psychological Treatment for Insomnia—Sleep-regulating Technique (TIP3-2)

Wang Weidong, Li Guixia, Hong Lan, Lin Yingna, Wang Fang, Zhao Yang, Li Tao, Yan Xue, Wang Zhiqin

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

Abstract This paper thoroughly introduces Sleep-regulating Technique (TIP3-2) including its concept, content, operation specification, expounded theoretical foundation, core principle and the current clinical and scientific researches.

Key Words TCM psychology ; Theory; Insomnia; Sleep-regulating Technique (TIP3-2)

中图分类号: R229; R749. 055 文献标识码: A doi: 10. 3969/j. issn. 1673 - 7202. 2014. 02. 035

失眠, 中医学称为“不寐”, 又称“不得眠”“目不寐”, 是以经常不能获得正常睡眠为特征的一类病症, 主要表现为睡眠时间、深度的不足, 轻者入睡困难, 或寐而不酣, 时寐时醒, 或者醒后不能再寐, 重则彻夜不寐, 常影响人们的正常工作、生活、学习和健康。研究表明, 全球约有 27% 的人遭受睡眠疾患的困扰^[1], 失眠的患病率约为 30% ~ 35%^[2]。西医常常采用药物治疗, 但是长期服用会产生一些不良反应如成瘾性、依赖性、戒断性失眠、抑制呼吸、影响日间觉醒质量、行为和容易出现操作性事故等, 也同样成为严重的医疗、社会问题。中医治疗失眠症, 手段多样, 方法灵活, 不良反应小。目前中医内科和针灸对不寐的辨证论治思路体系现已较完善^[3]。然而不寐与情绪、心理的关系密切。早在《素问·上古天真论》就指出“恬淡虚无, 真气从之, 精神内守, 病安从来。”《金匱要略》记载了“虚劳虚烦不得眠”; 《中藏经》谓“虚烦少睡”。张景岳指出“若七情内伤, 血气耗损, 神以精亏而无依无寐者。”在西方认知行为治疗已经是临床上最普遍使用的治疗失眠的方法之一, 其临床操作规范而完善, 有可靠的临床证据表明, 认知行为疗法在急性期(4~6 周)治疗的疗效与镇静催眠药相当, 而长期治疗更为有效^[4-5]。

然而, 在中国传统文化背景下, 认知行为疗法目前还未得到普遍应用, 西方心理学的本土化治疗进程缓慢。不寐的中医心理学治疗方法散在于各家, 目前大都不够完善和规范。中国中医科学院广安门医院心理科(睡眠专题门诊), 经过全体职工和研究生经过 20 多年的不断探索, 形成了 TIP 睡眠调控技术, 近几年 TIP 睡眠调控技术已经非常的成熟, 下面将对此技术做较为完整的介绍。

1 TIP 睡眠调控技术的定义

TIP 睡眠调控技术又叫低阻抗意念导入性睡眠调控技术(Sleep-regulating Technique, TIP3-3), 是低阻抗意念导入疗法—“TH 技术”对症治疗技术之一, 本技术是建立在低阻抗学说和意念导入学说的基础上, 把中国的导引、气功疗法与西方的催眠疗法进行融合, 通过语言和行为的诱导使患者处于低阻抗状态, 在这种状态下对失眠患者进行中医心理治疗的技术。本技术具有两大特点, 其一, 根据目前的研究低阻抗或催眠的状态下能够更多的作用于内隐认知^[6], 产生持久和治疗本的效果, 符合中医治病求本和治未病的理念。其二, 低阻抗状态下的心理治疗融合传统的中医心理治疗和现代认知治疗、行为治疗、催眠治疗、放松治疗、精神分

析治疗等方法,能够更加灵活的根据不同类型的失眠进行针对性的和选择性的治疗,符合中医学整体观念和辨证论治基本特点。

2 TIP 睡眠调控技术的主要内容及操作要点

TIP 睡眠调控技术的主要内容包括六个方面:睡眠认知导入技术;睡眠环境适应技术;睡眠外归因剥离技术;睡眠信心增强技术;睡眠体验技术;减停药技术,具体内容如下:

2.1 睡眠认知导入技术^[7] 睡眠认知修正技术源于“睡眠认知信息导入技术”,TIP 睡眠调控技术早期只有前三项技术。后来随着我们研究的深入,发现了在催眠状态或低阻抗状态中,采用“暗示性说知治疗”的原理效果更好。即可以针对患者所存在对睡眠的不同认知问题进行分析,纠正患者对睡眠各种症状的错误认知,导入合理的认知,用新的理念和行为代替过去不合理的理念和行为,逐步矫正患者对睡眠的非理性信念和认知。关于睡眠问题的不合理认知千奇百怪,人人不一。但都一定有着共同的规律,这些规律的发现,是我们的重要研究成果之一。正因为这样,我们的治疗效果才得到了大大提高。睡眠不合理认知可能归结于以下几个方面:1)对失眠症发生、发展过程的认知;2)对睡眠生理心理现象认知;3)对睡眠的期待与后果;4)对完成睡眠的条件认知;5)对梦的认知;6)其他不合理认知。

2.2 睡眠环境适应技术 “睡眠环境适应技术”产生的基本观点是,患者在复杂的心理病理条件下,各种情绪反应使患者对外界的刺激如光线、声音、温度、湿度等外在的睡眠条件刺激过于敏感,对睡眠环境的适应能力降低,从而诱发失眠症状或疾病。因此,在某种状态下,增强其对睡眠环境的适应能力,便成为这种技术追求的目标。其主要操作要点:

2.2.1 使用常用的“睡眠环境适应诱导语”如:“你已经进入了入静状态,在这种状态中,外面的声音刺激慢慢地离你越来越远,你感到越来越放松,越来越安静,周围的各种干扰慢慢地离你飘然而去”等等。

2.2.2 “刺激—惊醒—安静—再入睡”诱导过程 在一般的睡眠状态下,一个较重的声音刺激很快会使其清醒,破坏其睡眠状态,并且难以恢复睡眠状态,对于一个睡眠质量差或患有失眠症的患者,这种刺激效应尤为明显。但在低阻抗状态下,这种情况则很容易改变。我们可以在低阻抗状态中,设计一个“刺激—惊醒—安静—再入睡”诱导过程,并且反复进行,最终使失眠患者完全适应睡眠过程中的环境刺激,降低了对睡眠条件的主观要求,增强了睡眠适应能力,改善了各

种失眠症状。这个过程有以下程序:1)预备程序:在低阻抗状态中进入上述第一个程序,即给予“睡眠环境适应”的“诱导语”,让患者早有准备。这个程序可以进行2~3次。2)刺激程序:即在患者进入低阻抗状态,甚至入睡状态后,然后出其不意地在其耳边或身边给予一个巨大的声音刺激;这种刺激既可以由重到轻,也可以由轻到重,关键看患者的承受能力与治疗者的控制能力。3)惊醒程序:患者在突如其来的巨大刺激中突然“惊醒”,表现为眼睛突然睁开,甚至出现全身“惊动”状态,有的完全进入清醒状态。4)安静程序:在患者清醒时,心理医生要站在患者身边,用手掌盖在离患者的眼睛上方约10 cm的地方,给患者以绝对的安全感,并迅速给予新的诱导:很好,你现在处在很安全的状态,请你轻轻的合上眼睛,你很快会再一次放松下来,保持原来的气功入静状态,而且进入更深的人静状态。你很快就会睡下去的。5)再入睡程序:在上述基础上,再一次进行诱导:你是安全的,你很快又再一次入睡了。而且睡得越来越得越沉,无论什么干扰都不会影响你的睡眠了。以上是一个完整的“刺激—惊醒—安静—再入睡”诱导过程,这个过程也可以在一次完整的治疗过程中,可以反复进行多次。

2.3 睡眠外归因剥离技术 在早期的TIP睡眠调控技术中,该项技术只有睡眠—情绪剥离技术一项,随着研究的深入发现,某些失眠常常由于其固有的人格特点引起某种情绪变化,或者常常归因于过去的某些事件或者现实引起,为了迅速改善睡眠症状,我们的临床经验说明,也可以采取把人格、事件、情绪或者其他睡眠外因素与睡眠进行短期剥离的手段进行治疗,也取得了较好的疗效,还能有效降低阻抗。因此,原来的单一的睡眠—情绪剥离技术也就演变成为现在的“剥离技术”,使这种技术内容更加丰富,可以用于各种不同的情况下所引起的失眠。主要包括:1)睡眠与情绪剥离技术;2)睡眠与人格剥离技术;3)睡眠与事件剥离技术;4)睡眠与其他剥离技术。

2.4 睡眠信心增强技术 程序1:当患者被诱导进入低阻抗状态过程中,或进入低阻抗状态以后,进行诱导:其实你的神经系统的功能是完全正常的,你看,现在一诱导你很快进入了放松、安静和宁静的状态,说明你完全有能力排除一切烦恼的事物,安心睡眠的。程序2:在上述“睡眠环境适应技术”的各种程序应用之后进行诱导:既然在睡眠过程中,如此巨大的刺激对你来说,你都能够很快入睡,你的神经系统的功能已经完全恢复正常了,你完全可以“先睡心,后睡眼”,你倒上床以后,会很快进入现在这种状态,很快会轻松放眠

的,以增强其睡眠信心。程序 3:在气低阻抗状态中,针对那些放松入静比较好甚至完全入睡的患者,可以在诱导过程中或结束前进一步诱导:“很好,你能在这样的环境中入静甚至入睡,你的神经系统的功能已经完全恢复正常了,你以后在家中自己的床上入睡时会睡得更好,下一次的治疗会在今天的治疗效果上增加更好的治疗效果”等等,以增强其睡眠信心^[8]。

2.5 睡眠体验技术 这是 TIP 睡眠调控技术中最新形成的一个技术。它主要针对两个方面来考虑设计的,而且这个技术在临床使用中效果非常之好。这个技术也可以用于其他“早醒”和其他症状的对症治疗当中,也可以有机结合其他治疗技术进行。而且往往是在用在其他治疗技术之后运用效果更好。主要包括:1)异常睡眠体验分析技术;2)正常睡眠体验分析技术;3)将来正常睡眠预体验技术。

2.6 减停药技术 相对于一般失眠的治疗而言,安眠药减药过程的干预有一定的特殊性。具体运用的技术和治疗流程如下:1)减药认知技术;2)减药替代技术;3)减药对症技术。

3 TIP 睡眠调控技术的临床操作流程

TIP 睡眠调控技术的操作流程主要包括:病史的采集,做相关的检查,诊断和辨证论治,治疗^[3]。具体介绍如下。

3.1 病史的采集 病史资料的采集包括两个部分。首先,按照规范的内科和心理的门诊病史资料采集过程和病历书写进行,包括患者的主诉、现病史、既往史等。然后主要对 TIP 失眠提空技术治疗不寐的相关病史资料进行采集,包括:1)失眠主要症状,如上床时间、入睡时间、早醒及早醒后的入睡情况、做梦情况、睡眠深浅等;2)最早出现失眠的时间、病因、病程、病情发展加重情况及治疗的过程、用药的情况等,尤其是第一次出现失眠的病因病史追溯为开展治疗的关键;3)患者的人格倾向性和精神心理状态,如属于强迫性、抑郁性、焦虑性、依恋性或胆怯性等人格类型,具备上述人格倾向性的患者往往有意识或无意识间把这个固有的人格倾向用在了睡眠这样一个最自然的生理心理过程之中;4)交代患者完成提纲式作业。

3.2 相关检查 同其他治疗方法一样,TIP 睡眠调控技术在对不寐的临床诊治和研究过程中,也借鉴了现代的评估方法和检查手段更准确地对不寐进行治疗。

3.2.1 睡眠检查 包括主观的量表/问卷检查,如失眠综合问卷、失眠相关生活事件问卷、匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)、阿森斯(Athens)失眠自测量表、SPIEGEL 睡眠量表、睡眠信心量表、失眠严重程度指数量表

(ISI)等。客观的检查包括多导睡眠监测(PSG)、睡眠日志等。

3.2.2 心理检查 包括抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、症状自评量表(SCL-90)、明尼苏达多项人格量表(MMPI)等。

以上检查可以根据患者个体症状表现的不同适当选用。

3.3 诊断和辨证论治 对疾病进行临床分类的主要目的是为了临床诊断和治疗的需要。我国的临床心理学并没有专门针对失眠心理治疗的规范,中医心理学过去也没有。从我们目前的临床研究和评估来看,汪卫东教授主张用一下以下方法进行诊断,这样更符合 TIP 睡眠调控技术临床心理治疗的思维。

3.3.1 按临床表现分类 大量的临床实践证明,失眠的临床表现并不复杂,一般分为以下几种:1)睡眠潜伏期:入睡时间超过 30 min;2)睡眠维持:夜间觉醒次数超过 2 次或凌晨早醒;3)睡眠质量:多恶梦;4)总的睡眠时间少于 6 h;5)日间残留效应:次晨感到头昏,精神不振,嗜睡,乏力等。从临床心理学和临床观察来看,这些临床表现大多由于事件刺激、认知、人格倾向等方面的原因所致。

3.3.2 按失眠的人格类型倾向分类 人格倾向在过去对失眠的临床研究中虽然有所触及,但研究并不深入。根据我们近年来的临床观察发现,许多失眠包括原发性失眠或继发性失眠如抑郁伴失眠、焦虑伴失眠、强迫伴失眠、恐惧伴失眠等等,往往都和这些患者的某种或某几种性格倾向密切相关,这才是失眠难治的根本原因。一旦针对对这些失眠的性格倾向进行调整以后,失眠的心理治疗已经变得比较容易。我们目前对临床失眠的性格倾向一般可分为以下几种:1)恐惧性失眠:源自于胆怯性人格倾向。这样的患者采用 TIP 技术中的意念诱导性脱敏疗法效果较好。2)依恋性失眠:源自于依恋性人格倾向。3)焦虑性失眠:焦虑性失眠往往与上述胆怯性人格倾向或依恋性人格倾向相关。在生活或社会某些事件刺激下造成了焦虑性情绪,从而导致失眠。这样的失眠如果事情明了,采用低阻抗意念导入疗法进行治疗,则比较简单。4)强迫性失眠:由于强迫性人格倾向导致的失眠我们称之为“强迫性失眠”。过去很多失眠之所以迁延难愈,则主要是跟其强迫性人格倾向有关。临床发现,强迫性失眠的患者非常多见,表现为入睡困难、早醒、多梦等等。特别是一些抑郁性失眠和焦虑性失眠为什么治疗效果不佳,则主要是这些抑郁和焦虑患者同时伴有强迫的人

格倾向。对入睡时间、入睡状态的强迫性追求,是导致药物和其他方法在这个方面难以取效的主要原因。如果能够针对这种强迫性的人格倾向进行调整,则往往事半功倍。5)复合性失眠:比较难治的失眠往往源自于这些患者有着某些复合性的多种异常人格倾向如同时具有胆怯性、依恋性、焦虑性、强迫性等。这样的复合性失眠临床治疗效果更差。

3.3.3 按失眠的情绪变化分类 各种原因引起的情绪变化是失眠的主要诱发因素,主要分为两大类:1)失眠前的各种生活事件引起的情绪变化往往是引起失眠的始动因素。而一旦失眠以后,这些事件则往往被“隐藏”或“掩盖”。挖掘这些事件并在低阻抗状态下进行析因领悟或认知治疗往往效果良好。2)失眠本身带来的焦虑情绪是加重失眠的另一个重要因素。

3.4 具体治疗流程 治疗的操作流程主要包括:1)营造“低阻抗状态”^[8],包括 a. 治疗前的准备过程;b. 抗干扰技术的使用;c. 音乐诱导或人工诱导;d. 深化诱导;2)采用低阻抗意念导性记忆与病因追溯技术(Memory or Cause-traced Back Technique)(TIP2-1)进行回忆,以追溯引起失眠的最早的始动因素和失眠发展过程;3)采用意念导入性分析领悟技术(Analytic Comprehension Technique)(TIP2-3)^[9]或意念导入性认知治疗技术(Thought-implanting Cognition Technique)(TIP2-5)^[10]进行析因领悟和认知治疗;4)采用意念导入性睡眠调控技术(Sleep-regulating Technique)(TIP3-2)进行情绪-睡眠剥离技术或睡眠环境刺激适应技术等进行治疗;5)按临床表现分类进行对症分析和认知治疗;6)按人格类型倾向分类和睡眠信心等问题进行认知治疗;7)巩固治疗阶段。

4 TIP 睡眠调控技术的理论基础、核心原理

TIP 睡眠睡眠调控技术的理论基础是中医基本理论、低阻抗学说和意念导入学说。其最为核心的原理是低阻抗状态下或者气功入境、催眠无意识状态下进行的心理治疗能够作用到内隐认知和人格等更深层次心理方面,从而能够产生持久的效果,使失眠症更不容易复发。达到治病求本和治未病的目的。另外近年来心理学研究比较热点与记忆相关的想象膨胀理论认为通过想象可以使没有发生的简单行为认为确实的发生过,想象的次数越多这样认为的信心就越大^[11-12]。TIP 睡眠调控技术通过睡眠体验可以使患者确实的相信自己可以获得良好的睡眠,这样的睡眠信心对于失眠症的治疗是非常重要的。

5 TIP 睡眠调控技术的临床、科研情况

TIP 睡眠调控技术在中国中医科学院广安门医院

心理科(睡眠专门门诊)得到了广泛的应用,取得了满意的临床疗效,随着 TIP 睡眠调控技术临床应用,TIP 睡眠调控技术在理论和临床上都得到了完善。1)信息模块:编制了 TIP 睡眠调控技术的信息模块导入词^[7],利于该技术的推广、规范的操作和临床推广;2)仪器和专利:研制了多功能医用催眠治疗仪,并获得了国家专利;3)论文:先后发表关于 TIP 睡眠调控技术的一系列文章^[3,7,13-14];4)科研课题:有 2 个国家级课题和 1 个所及课题对该技术进行了研究,分别是一项十一五国家科技支撑计划、一项自然科学基金课题和一项所级课题,验证了其有效性;5)培训推广:2012 年 7 月,北京市中医管理局批准“中医心理疗法治疗神志病的调神导引技术(TIP 技术)”为中医药新技术。TIP 睡眠调控技术作为其对症治疗技术之一,由于它的具有针对性强、治疗快速、疗效可靠,依从性好,治疗彻底,规范易学等优点,最先得到了推广,先后举办是三次 TIP 睡眠调控技术治疗失眠症的培训班,目前 TIP 睡眠调控技术已经在北京市,尤其是丰台社区和国内的部分地区得到了推广应用;6)编制量表:一些列关于失眠的诊断和治疗的量表正在编制中。

6 小结

总之,TIP 睡眠调控技术是一种产生于中国本土的中医心理治疗失眠的技术,它把中国的导引、气功疗法与西方的催眠疗法进行融合,使患者处于低阻抗的状态,从而更好的进行中医心理治疗。该技术符合中医治病求本和治未病的理念,融合了传统的中医心理治疗和现代认知治疗、行为治疗、催眠治疗、放松治疗、精神分析治疗等方法,具有中医学整体观念和辨证论治基本特点。并且最为重要的是它适合中国人文,社会等实际情况,是产生于中华文化为背景下,以中医理论为指导,并积极汲取现代科学,尤其是现代临床心理学和精神病学等营养知识的中医心理治疗方法。

参考文献

- [1] Taylor DJ, Lichstein KL, Durrence HH. Insomnia as a health risk factor [J]. Behavior Sleep Med, 2003, 1(4): 227-47.
- [2] Hossain JL, Shapiro CM. The Prevalence, cost implications, and management of sleep disorders [J]. Sleep and Breathing, 2002, 6(2): 85-102.
- [3] 杜辉, 洪兰, 汪卫东. 低阻抗意念导入疗法治疗不寐临床操作规范 [J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 20(4): 1-3.
- [4] Morn CM, Colecchi C, Stone J, et al. Behavioral and treatments logical therapies for late-life insomnia; a randomized controlled trial [see comments] [J]. JAMA, 1999, 281(11): 991-999.
- [5] Smith MT, Perlis ML, Park A, et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia [J]. Am J Psychiatry, 2002, 159(1): 5-10.

(下接第 260 页)

- 杂志,2009,15(12):924-926.
- [18]张永全.补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死的临床疗效及对血流速度的影响[J].中国中医急症,2010,19(8):1288-1289.
- [19]刘靖轩.补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性脑中风疗效观察[J].内蒙古中医药,2010,29(12):11.
- [20]蔡粉桃.补阳还五汤治疗气虚血瘀型中风后遗症34例[J].甘肃中医,2009,26(1):19-20.
- [21]郭健.益气逐瘀方治疗气虚血瘀型中风后遗症86例疗效观察[J].新中医,2012,44(9):9-10.
- [22]赵乃平,符金荣.黄七汤治疗中风恢复期的临床研究[J].现代中医药,2010,30(6):14.
- [23]张泉崇.益气通络法治疗中风恢复期经验[J].湖南中医杂志,2013,29(3):21-22.
- [24]王君胜,汤学宇,周国和.通窍健步汤对急性脑梗塞气虚血瘀证患者临床疗效观察及对超敏C反应蛋白、过氧化物歧化酶、丙二醛的影响[J].中医临床研究,2012,4(3):13-14.
- [25]李学荣,李荣亨,徐丹.复元胶囊对气虚血瘀证模型大鼠血液高凝状态的影响[J].中国老年学杂志,2013,33(1):140-141.
- [26]王立军,李倜,刘金五,等.抗栓胶囊治疗气虚血瘀型缺血性中风的临床研究[J].中医药信息,2010,27(3):54-55.
- [27]耿卫华.参茸振雍宁胶囊治疗气虚血瘀型中风临床研究[J].中医学报,2011,157(26):738-739.
- [28]黄龙彪.参麦注射液治疗老年缺血性中风气虚血瘀证39例临床观察[J].河北中医,2011,33(2):258-259.
- [29]任丁,黄龙坚,王凯华.加用丹参酮IIA磺酸钠注射液治疗气虚血瘀型缺血性中风78例[J].广西中医药,2010,33(4):11-12.
- [30]侯稀,梁枫,李爱剑,等.银杏叶提取物联合依达拉奉对气虚血瘀型脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织NO及NOS表达的影响[J].蚌埠医学院学报,2011,36(7):673-674.
- [31]任亚峰,刘黎明.针刺配合补阳还五汤治疗中风后遗症疗效观察[J].新中医,2012,44(1):21-22.
- [32]皮兴文,刘春梅,操良松,等.补阳还五汤配合捏脊疗法治疗气虚血瘀证脑梗死68例[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(15):28-29.
- [33]顾兆军,魏春玲.针刺结合补阳还五汤治疗缺血性中风气虚血瘀型疗效观察[J].山东中医杂志,2010,29(1):31-32.
- [34]张振山,秦艳梅,李英华.温通针法联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型缺血性卒中临床观察[J].河北中医,2012,34(11):1609-1610.
- [35]杨姣玲.捏脊疗法联合补阳还五汤治疗气虚血瘀型脑梗死30例临床分析[J].内蒙古中医药,2013,3(8):11-12.

(2013-06-16 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第256页)

- [6]陶沙,李蓓蕾.内隐认知:认识人类认知与学习的新窗口[J].北京师范大学学报:人文社会科学版,2002,172(4):12-19.
- [7]李桂侠,洪兰,汪卫东.TIP技术中导入睡眠认知的信息模块设计思路补遗[J].国际中医中药杂志,2013,35(2):143-144.
- [8]汪卫东.低阻抗意念导入疗法——“TIP技术”的理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2011:142-144.
- [9]闵妍,张鑫,汪卫东,等.低阻抗状态下的意念导入性分析领悟技术[J].国际中医中药杂志,2011,33(3):217-219.
- [10]汪卫东,张静霞,马彦,等.催眠状态下的意念导入性认知治疗[J].中国临床心理学杂志,2010,18(6):817-819.
- [11]罗家平,钟毅平.想象膨胀的发生与抑制[J].心理研究,2009,2(1):13-17.
- [12]Stefanie J. Sharman, Amanda J. Barnier. Imagining nice and nasty events in childhood or adulthood: Recent positive events show the most imagination inflation[J]. Acta Psychologica, 2008, 129(129):228-233.
- [13]李桂侠,洪兰,汪卫东,等.TIP睡眠调控技术联合西药治疗原发性失眠症的临床研究[J].世界中医药,2013,8(4):378-381.
- [14]Gui-xia Li, Yan-jiao Liu, Lan Hong. Clinical Study on Sleep-regulating Technique (TIP3-2) Combined with medication of Treating Primary Insomnia[J]. Sleep Medicine, 2013:355.

(2013-06-18 收稿 责任编辑:王明)

投稿须知:关于表格

凡能用文字说明者,尽量不用表格。一篇文章中,表格应控制在3~5个之内。表格均应有简要的表题。表序号一律用阿拉伯数字,分别按其在正文中出现的先后次序连续编码,并在正文中标示。即使只有1张表,也须标示“表1”。

表:表附在正文内,一律采用“三线表”,其内容不可与文字有差异。表内不设备注栏,如有需说明的事项(如P值等),以简练文字写在表的下方,表内依次用*、△、▲、□、■号标注在相应内容的右上角。表内参数的单位应尽量相同,放在表的右上方;如各栏参数的单位不同,则放在各栏的表头内。均值±标准差,用($\bar{x} \pm s$)表示,置于表题后的括号内。表内数据要求同一指标保留的小数位数相同,一般比可准确测量的精度多1位。统计学处理结果统一用*、△、▲、□、■表示 $P < 0.05$; **、△△、▲▲、□□、■■表示 $P < 0.01$, P为大写,斜体。