

整体疗法的理论基础及方法探析

洪显利

重庆师范大学特殊儿童智能康复与教育重庆市哲学社会科学重点实验室 重庆

【摘要】在现代医学高度专业化的背景下，以“头痛医头、脚痛医脚”为特征的还原论思维逐渐暴露出对慢性病、心身疾病及亚健康状态的干预局限。整体疗法以“生物-心理-社会-灵性”整合为核心理念，通过多维度协同调节恢复人体动态平衡。文章追溯其从古代整体医学雏形，历经近代边缘化与理论重构，到现代整合与循证化的发展历程；剖析生物-心理-社会医学模式、系统论、身心交互作用理论及自然疗愈理论四大理论支柱；并详细介绍涵盖生理调节、心理与认知调节、社会与环境干预、灵性与存在主义关怀等多维度的干预方法，为健康管理研究和实践提供参考。

【关键词】整体疗法；生物-心理-社会医学模式；系统论；身心交互作用；多维度干预

【收稿日期】2025年9月19日 **【出刊日期】**2025年10月13日 **【DOI】**10.12208/j.sdr.20250234

Analysis of the theoretical basis and methods of holistic therapy

Xianli Hong

Chongqing Key Laboratory of Philosophy and Social Sciences for Intelligent Rehabilitation and Education of Children with Special Needs, Chongqing Normal University, Chongqing

【Abstract】 Against the backdrop of the high specialization of modern medicine, the reductionist thinking characterized by "treating the head when the head aches and the foot when the foot hurts" has gradually exposed limitations in intervening in chronic diseases, psychosomatic diseases, and sub-health states. Holistic therapy takes the integration of "biology-psychology-society-spirituality" as its core concept and restores the dynamic balance of the human body through multi-dimensional coordinated regulation. This article traces its development process, from the embryonic form of ancient holistic medicine, through the marginalization and theoretical reconstruction in the modern era, to the integration and evidence-based development in the contemporary era; analyzes the four major theoretical pillars, namely the biopsychosocial medical model, general system theory, mind-body interaction theory, and natural healing theory; and elaborates on the multi-dimensional intervention methods covering physiological regulation, psychological and cognitive regulation, social and environmental intervention, as well as spiritual and existential care. It aims to provide references for health management research and practice.

【Keywords】 Holistic therapy; Biopsychosocial medical model; System theory; Mind - body interaction; Multi-dimensional intervention

在现代医学高度专业化的背景下，以“头痛医头、脚痛医脚”为特征的还原论思维逐渐暴露出对慢性病、心身疾病及亚健康状态的干预局限。世界卫生组织（WHO）2020年报告显示，全球70%的疾病与生活方式、心理压力及社会环境相关，传统单一生物医学模式已难以应对复杂健康挑战。整体

疗法（Holistic Therapy）作为一种强调“生物-心理-社会-灵性”系统整合的健康干预模式，通过多维度协同调节恢复人体动态平衡，正成为现代医学的重要补充。本文将结合国内外相关文献，从理论溯源与实践方法两方面系统梳理整体疗法的核心框架，为健康管理研究和实践提供参考。

作者简介：洪显利（1976-）女，重庆北碚人，硕士，副教授，主要从事发展与教育心理、艺术疗法方面的教学与研究。

1 整体疗法的界定

整体疗法是基于“人是生理、心理、社会及自然环境交互作用的有机整体”这一核心理念，通过整合医学、心理学、社会学及自然疗法等手段，针对疾病根源而非单一症状进行干预的健康管理模式^[1]。其核心特征包括三个方面：系统性，拒绝割裂看待人体功能，认为疾病是整体失衡的外在表现（如长期焦虑可通过神经-内分泌系统诱发消化功能紊乱）；整合性，融合传统医学（如中医、阿育吠陀医学）与现代科学（如循证医学、神经科学），形成跨学科干预体系；个体化，强调“千人千方”，根据个体基因、生活史、心理特质定制方案^[2]。与传统西医的本质区别在于：整体疗法以“促进自我疗愈能力”为目标，而非单纯对抗病原体或消除症状，其临床价值在慢性病管理、心身疾病及亚健康调理中尤为显著^[3]。

2 发展历程：从古代哲学到现代科学的螺旋演进

整体疗法并非现代医学的独创，其理念源远流长，在历史的长河中经历了不同阶段的发展与变革。

2.1 古代整体医学雏形（公元前 3000 年-17 世纪）

早在古代，人类就开始探索健康与疾病的的整体关系，不同文明孕育出各具特色的整体医学思想。人类最早的医学体系均体现整体观：中国《黄帝内经》提出“天人合一”“五脏相关”理论，通过经络、气血阐释身心关联^[4]；古印度阿育吠陀医学以“三体液平衡”为核心，强调饮食、瑜伽与自然节律的协调^[5]；古希腊希波克拉底创立“四体液学说”，主张“自然疗愈力”与生活方式干预^[6]。这些体系共同奠定了“疾病是整体失衡”的认知基础。值得注意的是，这一阶段的整体医学多与哲学、宗教思想深度融合，例如中医的“阴阳五行”理论既指导医学实践，也承载着古代中国的宇宙观，而阿育吠陀医学则与印度教的生命观紧密相连，使整体医疗兼具健康维护与精神滋养的双重功能。

古代整体医学雏形展现了人类早期对健康和疾病的深刻思考，不同文明从各自的文化和实践出发，形成了具有整体观的医学理念。这些早期思想虽然带有一定的经验和哲学性，但为整体疗法的发展提供了丰富的思想源泉，证明了整体观在医学领域的悠久历史和强大生命力。同时，古代整体医学多

以“个体化干预”为核心，医生会根据患者的体质、生活环境甚至季节变化调整方案，这种注重个体差异的思维，也成为现代整体疗法“个性化治疗”理念的重要源头。

2.2 近代边缘化与理论重构（18 世纪-20 世纪 70 年代）

随着近代医学的发展，整体医学的发展轨迹发生了巨大转变。随着解剖学、药理学的发展，西医走向还原论主导的生物医学模式，整体医学被视为“经验医学”逐渐边缘化。尽管还原论主导下整体医学被边缘化，但其对生物医学局限性的反思催生了理论突破——1977 年，美国医生 George Engel 提出“生物-心理-社会医学模式”（Biopsychosocial Medical Model），批判单纯生物医学的局限性，为整体疗法提供了现代理论框架^[7]。同期，自然疗法、整骨疗法等非主流医学通过强调“人体自愈机制”，推动整体理念的复苏^[8]。这一阶段，生物医学在急性病治疗、外科手术等领域的显著成效，进一步挤压了整体医学的发展空间，但工业革命带来的慢性疾病高发、精神压力增大等问题，也让生物医学“只治病症、不治病因”的缺陷逐渐凸显，为整体医学的理论重构创造了现实需求。

近代是整体医学发展的低谷期，但也是理论重构的关键阶段。生物医学模式的兴起使整体医学受到冷落，然而这一时期的反思和探索，催生出了更具现代科学意义的理论模式。George Engel 的理论突破为整体疗法在现代医学语境下的发展奠定了基础，非主流医学的实践也为整体疗法的复兴提供了实践支撑，体现了整体医学理念顽强的生命力和适应性。此外，这一阶段的医学教育也开始出现微妙变化，部分医学院校开始开设心身医学、医学社会学等课程，为后续整体疗法的回归培养了一批具备跨学科思维的医学人才。

2.3 现代整合与循证化（20 世纪 80 年代至今）

进入现代社会，整体疗法迎来了新的发展机遇，逐步向科学化、循证化迈进。1992 年，美国国立卫生研究院（National Institutes of Health，缩写为 NIH）成立“补充与替代医学中心（National Center for Complementary and Alternative Medicine，缩写为 NCCAM）”[现更名为国家补充与整合健康中心（National Center for Complementary and Integrative

Health, NCCIH)], 标志整体疗法进入科学的研究阶段。针灸对慢性疼痛的疗效、正念冥想对焦虑的改善等被纳入循证医学体系，推动其从“替代医学”向“整合医学”转型^[9,10]。如今，许多发达国家的大型医院已设立整合医学门诊，将中医针灸、营养咨询、心理疏导等整体疗法与传统西医治疗结合，例如在癌症治疗中，通过正念减压缓解化疗副作用，通过营养支持提升患者免疫力，形成“治疗-康复-预防”的全周期健康管理模式。

现代阶段整体疗法实现了从经验向科学、从边缘向主流的重要转变。循证化和整合化的发展趋势，使其能够更好地与现代医学相结合，提升了整体疗法的可信度和应用范围。这一阶段的发展成果表明，整体疗法在适应现代医学发展需求的同时，保持了自身的特色和优势，为其在未来健康领域发挥更大作用奠定了坚实基础。同时，数字技术的融入也为现代整体疗法赋能，如通过可穿戴设备监测生理数据、借助线上平台开展正念训练，让整体干预更精准、更便捷，进一步拓展了其服务场景和受众群体。

整体疗法的发展历程是一个螺旋式上升的过程，从古代的萌芽，到近代的挫折与重构，再到现代的整合与发展，体现了医学理念不断演进的规律。其发展既传承了古老的医学智慧，又融入了现代科学的成果，展现出强大的生命力和发展潜力。

3 理论基础：多学科融合的认知体系

经历了漫长的发展，整体疗法形成了坚实的理论基础，这些理论是其开展实践的重要依据。整体疗法并非简单的经验堆砌，而是有着深厚的理论支撑，融合了多学科的智慧成果，为其干预模式提供了科学解释与逻辑框架。

3.1 生物-心理-社会医学模式（Biopsychosocial Model）

在整体疗法的众多理论基础中，生物-心理-社会医学模式占据核心地位。Engel（1977）提出的这一模式是整体疗法的核心理论，强调疾病由生物因素（基因、生理）、心理因素（情绪、认知）、社会因素（人际关系、文化）共同作用所致^[7]。例如，高血压的发生不仅与血管弹性有关，还与长期压力（心理）、高盐饮食（社会文化）密切相关，干预需同时调节生理指标、心理应激反应及生活环境^[11]。此外，该模式还注重不同因素间的动态关联，比如长期孤

独的社会状态会引发焦虑、抑郁等心理问题，进而导致神经内分泌紊乱，加剧糖尿病等生物性疾病的发展，这要求整体疗法在干预时需同步追踪多因素的交互影响。

生物-心理-社会医学模式打破了传统生物医学模式的局限，将心理和社会因素纳入疾病发生和治疗的考量范围，为整体疗法提供了全面的理论视角。它使整体疗法能够更准确地分析疾病的成因，制定综合的干预策略，体现了整体疗法对健康和疾病认识的全面性和科学性。同时，该模式也为医患沟通提供了更广阔的维度，医生不仅需关注患者的生理症状，还需倾听其心理困扰与社会困境，构建更具人文关怀的治疗关系，进一步提升干预的有效性。

3.2 系统论（General System Theory）

系统论从更宏观的角度为整体疗法提供了理论指引。贝塔朗菲（1968）的系统论指出，人体是由器官、组织、细胞等子系统构成的复杂系统，各子系统通过物质、能量、信息交换维持动态平衡^[12]。整体疗法的实践逻辑与此高度契合——通过调节“心理-神经-免疫”轴（如正念降低 IL-6 炎症因子水平^[13]），实现“牵一发而动全身”的系统级改善。值得注意的是，该理论还强调系统的“涌现性”，即人体整体功能并非各子系统功能的简单叠加，比如大脑神经系统与内分泌系统的协同作用，会产生远超单一系统的情绪调节与代谢调控能力，这提示整体疗法需重视各子系统协同作用下的整体健康状态。

系统论为整体疗法提供了重要的方法论指导，使整体疗法能够从系统的高度理解人体的生理和病理过程。它强调各子系统之间的相互关联和相互作用，有助于整体疗法在实践中把握干预的整体性和协同性，避免只关注局部而忽视整体的问题，进一步强化了整体疗法的系统性特征。例如在慢性失眠治疗中，不仅需调节神经系统（改善睡眠节律），还需同步干预心理状态（缓解睡前焦虑）与生活习惯（调整作息规律），通过多子系统的协同调节，恢复人体睡眠系统的整体平衡。

3.3 身心交互作用理论（Mind-Body Interaction）

身心交互作用理论则深入剖析了身体与心理之间的内在联系。神经科学与心理学研究证实，心理状态可通过边缘系统-下丘脑-垂体轴影响激素分泌，进而调节免疫功能（如慢性压力导致皮质醇升高，

抑制 T 细胞活性)^[14]。反之，身体机能变化（如低血糖）也会诱发情绪波动，形成“身心互馈”机制。整体疗法中的正念冥想、情绪释放技术（EFT）均以此为基础，通过心理调节改善生理功能^[15]。此外，该理论还在慢性疼痛管理中发挥关键作用，研究表明，通过认知行为疗法调整患者对疼痛的心理认知，可降低疼痛感受阈值，减少镇痛药物的使用，充分体现身心调节的双向价值^[15]。

身心交互作用理论揭示了身体和心理之间的紧密联系，为整体疗法中的心理干预提供了科学依据。它使整体疗法能够通过调节心理状态来改善生理功能，实现身心同治。这一理论的应用，体现了整体疗法在解决心身疾病和亚健康问题方面的独特优势，丰富了整体疗法的实践内涵。同时，随着脑科学的发展，该理论也得到了更精准的验证，如功能性磁共振成像（fMRI）显示，正念训练可改变大脑前额叶皮层与杏仁核的连接，进一步佐证了心理调节对生理结构的影响^[15]。

3.4 自然疗愈理论（Natural Healing Theory）

自然疗愈理论回归人体自身的能力，强调医疗的辅助作用。该理论认为人体具备自我修复能力，医疗的核心作用是移除阻碍自愈的障碍（如毒素、心理创伤、不良生活方式）^[16]。中医“扶正祛邪”、自然疗法“水疗排毒”等均遵循这一逻辑，现代研究也证实，人体免疫系统可清除约 90% 的早期癌细胞，合理干预可激活这一机制^[17]。例如，在术后康复中，整体疗法会通过营养支持补充身体修复所需的蛋白质、维生素，同时结合心理疏导缓解术后焦虑，减少心理压力对免疫系统的抑制，为身体自愈创造有利条件。

自然疗愈理论体现了整体疗法对人体自身潜能的尊重和信任，强调医疗应辅助人体自我修复，而不是过度干预。这一理论为整体疗法采用自然、温和的干预手段提供了理论支持，如营养疗法、运动疗法等，使整体疗法更符合人体的生理规律，有助于提升患者的长期健康水平。此外，该理论还倡导“预防优于治疗”的理念，通过调整生活环境、优化饮食结构等方式，提前消除阻碍自愈的因素，从源头维护健康，这与现代健康管理的预防医学理念高度契合，进一步拓展了整体疗法的应用场景。

整体疗法的理论基础融合了多学科的精华，从

不同角度为其提供了理论支撑和实践指导。生物-心理-社会医学模式提供全面视角，系统论强化整体思维，身心交互作用理论聚焦身心联系，自然疗愈理论突出人体自愈能力。这些理论相互补充、相互印证，共同构建了整体疗法科学、完整的理论体系，使其在现代医学中具有坚实的理论根基和独特的学术价值。

4 主要方法：多维度协同的干预体系

基于上述理论基础，整体疗法衍生出丰富多样且相互协同的干预方法，这些方法共同构成了其独特的实践体系。

4.1 生理调节技术

生理调节是整体疗法干预体系的重要基石，通过对身体机能的调节，为整体健康奠定基础。

（1）功能医学检测与干预

通过检测肠道菌群、激素水平、营养代谢等指标，识别生理失衡的根源（如甲状腺功能减退可能引发抑郁）。干预手段包括：营养疗法和运动处方。

营养疗法以“个体需求精准匹配营养素”为核心，针对炎症调节与神经递质合成需求，制定标准化补充方案。如针对慢性炎症相关疾病患者（如类风湿性关节炎、抑郁伴炎症状态）、神经认知功能减退风险人群，每日 1.2-2.0g 混合 Omega-3（含 EPA600-1000mg+DHA400-800mg），优先选择鱼油制剂（纯度≥85%），随餐服用以提升吸收率。补充 8 周后，受试者血清 C 反应蛋白（CRP）水平平均降低 38%，肿瘤坏死因子-α（TNF-α）水平降低 29%，其中类风湿性关节炎患者关节肿胀指数（SJC）降低 41%；神经情绪改善：患者（CRP≥3mg/L）服用 12 周后，汉密尔顿抑郁量表（HAMD）评分平均降低 32%，优于单纯安慰剂组（降低 15%），抑郁伴炎症状态降低^[18]。针对维生素 D 缺乏（血清 25-羟维生素 D <20ng/mL）、神经递质相关心理问题（如抑郁、焦虑）、免疫功能低下人群，补充维生素 D 初始负荷剂量（缺乏者）为每日 5000IU，连续补充 8 周后，转为维持剂量每日 800-1200IU；补充期间每月检测血清 25-羟维生素 D 水平（目标值 30-50ng/mL）；搭配每日 15-20 分钟日晒（10: 00-15: 00，暴露手臂/腿部皮肤），促进内源性维生素 D 合成。补充 12 周后，血清 5-羟色胺（血清素）水平提升 27%，多巴胺水平提升 21%，对应抑郁量表（SDS）评分降低

35%；维生素D缺乏人群补充8周后，外周血T淋巴细胞活性提升34%，呼吸道感染发生率较干预前降低42%，免疫功能显著提升^[18]。

运动处方，如以“降低中枢敏化、缓解肌肉疼痛”为目标，为纤维肌痛患者设计阶梯式温和的水疗与拉伸运动方案，12周干预后，患者血清P物质（中枢敏化关键神经肽）水平降低45%，压痛阈值（通过压痛计测量）提升38%，表明中枢疼痛感知敏感性显著下降；采用视觉模拟评分法（VAS）评估，干预后疼痛评分平均降低52%（从干预前平均7.2分降至3.4分），其中73%患者VAS评分降至4分以下（临床疼痛缓解标准）；纤维肌痛影响问卷（FIQ）评分降低48%，其中“日常活动能力”“睡眠质量”“情绪状态”维度得分分别提升51%、49%、46%，患者自主生活能力显著增强，疼痛与功能明显改善；干预前患者平均运动耐受时间为18分钟，干预后提升至42分钟，运动中疼痛发作频率从每周6次降至每周1.5次，表明身体对运动的适应性显著改善^[19]。

功能医学检测与干预体现了整体疗法的精准化和个体化特点。通过先进的检测技术深入了解个体生理状况，能够准确找到健康问题的根源，从而制定针对性的营养和运动方案。这种基于科学检测的干预方式，既发挥了现代医学的优势，又符合整体疗法从整体出发调节生理功能的理念，有助于提高干预效果。

（2）传统医学技术整合

传统医学——针灸和阿育吠陀体质疗法，蕴含着丰富的智慧，与现代医学相结合，为生理调节提供了多元手段。如针灸，通过刺激穴位调节神经-内分泌网络，以视觉模拟评分法（VAS）评分下降≥30%或数字评价量表（NRS）评分降低≥2分为疗效判定标准，对慢性疼痛的有效率达60%-70%，（NCCIH, 2020）^[20]。阿育吠陀体质疗法，根据“瓦塔（Vata）、皮塔（Pitta）、卡法（Kapha）”三种体质，定制饮食与作息方案。如针对瓦塔（Vata）体质，平衡“轻、干、冷”特质，重点通过“暖”与“规律”稳定能量，缓解焦虑、手脚冰凉、消化紊乱等问题；针对皮塔（Pitta）体质，平衡“热、锐、燥”特质，重点通过“凉”与“缓”平复内热，缓解皮肤敏感、易怒、口苦、便秘等问题；针对卡法（Kapha）体质，平衡“重、湿、慢”特质，重点通过“动”与“燥”驱散湿气，

缓解体重偏重、疲劳、鼻塞、消化缓慢等问题^[21]。

传统医学技术的整合展示了整体疗法的包容性和创新性。针灸和阿育吠陀体质疗法等传统技术经过长期实践验证，具有独特的疗效。将其与现代医学相结合，既传承了传统医学的精华，又赋予其新的时代内涵，为生理调节提供了更多元、更有效的方法，体现了整体疗法在实践中博采众长的优势。

4.2 心理与认知调节技术

心理与认知对健康有着深远影响，整体疗法通过一系列技术帮助个体调节心理状态，重塑认知模式。

（1）正念与觉察训练

正念与觉察训练旨在提升个体对自身心理状态的感知与调节能力。具体方法包括正念减压疗法（MBSR）和认知行为整合（CBI）。

正念减压疗法（MBSR），以“身体扫描”“呼吸锚定”为核心训练，搭配正念行走、正念冥想，形成标准化的八周干预流程。通过功能性磁共振成像（fMRI）监测显示，8周干预后受试者杏仁核活跃度降低19%-22%（杏仁核为焦虑情绪核心脑区，活跃度降低直接关联焦虑水平下降）；以汉密尔顿焦虑量表（HAMA）或广泛性焦虑障碍量表（GAD-7）为评价标准，8周干预可使量表评分平均降低35%，其中重度焦虑（HAMA≥29分）受试者评分降低幅度达41%，焦虑状态显著得到改善；匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）评分平均降低2.8分（PSQI总分≥8分为睡眠障碍，干预后约68%受试者降至8分以下），夜间觉醒次数减少1.2次/晚，睡眠显著得到改善^[22]。

认知行为整合（CBI），聚焦“灾难化思维”“非黑即白思维”等抑郁相关认知偏差，通过识别-挑战-替代三步骤突破认知偏差，结合行为训练以“小目标阶梯式推进”为核心，要求受试者每日完成1项低难度积极行为（如“整理书桌”“散步10分钟”），每周将目标难度提升10%-15%（如第二周“散步20分钟”“做1道简单菜肴”），通过行为反馈强化积极认知，打破“低动力-负性情绪”的抑郁循环。以抑郁自评量表（SDS）或贝克抑郁量表（BDI）为标准，8周干预后，受试者量表评分平均降低40%，其中中度抑郁（BDI14-28分）受试者临床缓解率（BDI<14分）达59%，抑郁症状显著改善；每日

积极行为完成率从干预第1周的42%提升至第8周的89%，行为功能显著提升；受试者报告“自我效能感量表（GSES）”评分平均提高28%，表明行为激活对自我价值感的正向促进作用；通过“认知偏差问卷（CBQ）”评估，“灾难化思维”条目得分降低52%，“非黑即白思维”条目得分降低47%，认知模式的合理性显著提升^[23]。

正念与觉察训练从心理和认知两个层面进行干预，具有较强的科学性和实用性。正念减压疗法通过调节大脑神经活动改善情绪和睡眠，认知行为整合则针对认知偏差进行矫正，两者相辅相成。这些技术帮助个体增强自我调节能力，从根本上改善心理状态，体现了整体疗法在心理干预方面注重内在机制调节的特点。

（2）情绪释放与表达技术

情绪的释放与表达是心理调节的关键环节，包含叙事疗法和艺术疗法，这些技术为个体提供了多样的情绪出口。

叙事疗法，以“个人经历重构为‘问题解决史’”为核心逻辑，通过故事外化-例外事件挖掘-新叙事构建3个阶段打破创伤叙事垄断，建立积极自我认知，提升自我效能感，适用于创伤后应激障碍（PTSD）。以创伤后应激障碍检查表（PCL-5）为评价标准，12周干预后，受试者量表评分平均降低42%，其中中度PTSD（PCL-531-49分）受试者症状缓解率（PCL-5<31分）达63%，重度PTSD（PCL-5≥50分）受试者评分降低幅度达38%，PTSD症状显著改善；采用一般自我效能感量表（GSES）评估，干预后受试者评分平均提高35%，其中71%的受试者报告“在面对类似创伤相关场景时，更有信心控制自己的情绪”，自我效能感显著提升；通过社交功能评定量表（SFS）监测，受试者“社交参与频率”“人际关系满意度”两项维度得分分别提升29%和32%，表明叙事疗法对创伤后社会功能受损的修复作用^[24]。

艺术疗法，以绘画、音乐、戏剧等非语言形式为载体，通过情绪投射-情绪梳理-情绪调节三阶段释放潜意识情绪，适配儿童语言表达能力较弱的特点。根据美国心理学会（APA, 2019）发布的临床研究数据，艺术疗法对儿童心理问题（含焦虑、抑郁、行为障碍、创伤后情绪问题）的总体有效率达82%，其中对“儿童分离焦虑”“创伤后情绪障碍”两类问题

的有效率分别高达87%和85%；采用儿童抑郁量表（CDI）、儿童焦虑量表（RCADS）评估，干预后抑郁量表评分平均降低39%，焦虑量表评分平均降低41%，其中68%的焦虑儿童报告“对分离、陌生环境的恐惧程度明显减轻”，情绪症状得到改善；通过儿童行为量表（CBCL）监测，受试者“攻击行为”“多动冲动”“社交退缩”等问题条目得分分别降低36%、33%和38%，教师反馈“课堂纪律遵守度”“同伴交往积极性”提升显著，行为问题得到修正^[25]。

情绪释放与表达技术为个体提供了独特的心理调节途径。叙事疗法通过语言表达重构个体对经历的认知，艺术疗法则突破语言限制，以直观的艺术形式释放情绪。它们尤其适用于难以通过传统方式表达情感的人群，如创伤患者和儿童，丰富了整体疗法心理干预的手段，增强了其在不同人群中的适用性。

4.3 社会与环境干预技术

人生活在社会与环境之中，社会关系和环境因素对健康有着不可忽视的作用，整体疗法重视从这两个维度进行干预。

（1）家庭系统治疗

家庭作为个体生活的重要场所，其动力关系深刻影响着个体健康，家庭系统治疗旨在优化家庭互动模式。家庭系统治疗以“揭示家庭动力+重构互动模式”为核心，针对家庭系统失衡引发的个体健康问题（如青少年躯体化、夫妻关系冲突导致的焦虑），采用标准化技术干预如“循环提问”“角色互换”

“家庭任务布置”等技术，揭示家庭动力对个体健康的影响（如父母过度控制可能导致青少年躯体化症状），调整互动模式以重建支持系统。研究发现，针对“父母过度控制导致的青少年躯体化”群体，12周干预后，躯体化症状（如腹痛、头痛）每周发作频率从4.2次降至1.1次，发生率降低74%；其中83%青少年报告“症状发作时，家庭不再过度关注‘症状本身’，而是一起分析背后的情绪”；采用儿童躯体化量表（CSCL）评估，评分平均降低52%，青少年躯体化症状显著改善；青少年焦虑量表（RCADS）评分降低48%，抑郁量表（CDI）评分降低45%，情绪问题与躯体症状的关联性显著减弱；通过家庭沟通量表（FCS）评估，“积极沟通”维度评分提升58%（如“主动倾听”“表达感受而非指责”），“消极

沟通”维度评分（如“打断他人”“回避问题”）降低 63%；家庭成员间“每周有效沟通时长”从 2.1 小时增加至 6.8 小时，有效促进家庭沟通^[26]。针对“过度控制型家庭”，12 周干预后，父母“控制行为量表”评分降低 57%，青少年“自主决策满意度”评分提升 62%；针对“沟通回避型夫妻”，“冲突解决能力力量表”评分提升 59%，夫妻关系满意度量表（DAS）评分提 47%，沟通和冲突解决能力明显改善^[26]。针对“照顾年迈父母的家庭照护者”，16 周干预后，照护者倦怠量（MBI）评分降低 49%，其中“情绪耗竭”维度降低 53%，“去人格化”维度降低 51%；家庭“照护责任分担公平性”评分提升 65%，避免单一成员承担过重压力；家庭功能评定量表（FAD）评分降低 43%，“问题解决”“角色分工”“情感支持”三个核心维度改善最显著（分别降低 48%、46%、45%），家庭应对危机的能力显著增强^[26]。

家庭系统治疗将个体置于家庭系统中进行考量，体现了整体疗法的系统性思维。家庭关系对个体身心健康有着潜移默化的影响，通过家庭系统治疗能够从根源上改善个体的家庭环境，减少不良家庭动力对健康的负面影响，为个体的康复和成长提供良好的家庭支持，展现了整体疗法在社会干预层面的深度和全面性。

（2）自然与社群整合

自然环境和社群支持能为个体健康带来积极影响，这两种干预方式从不同角度为个体提供滋养。如日本森林医学协会（2018）的森林疗法（Shinrin-yoku）以“自然环境五感激活”为核心，通过标准化场景设计与体验流程，降低应激水平、增强免疫功能。4 周干预后，受试者早晨空腹血清皮质醇（应激激素）水平平均降低 26%，唾液皮质醇水平（更易监测的应激指标）降低 22%，其中高应激状态人群（皮质醇 > 25 μg/dL）降低幅度达 31%^[27]；采用知觉力量量表（PSS-10）评估，干预后评分平均降低 34%，82% 受试者报告“焦虑、紧张感明显缓解”，应激水平显著降低；干预后外周血自然杀伤（NK）细胞活性提升 43%，且该效果可维持 7 天以上；NK 细胞数量（每微升血液）平均增加 28%，对病毒感染与肿瘤细胞的杀伤能力显著增强，血清免疫球蛋白 A（IgA）水平提升 30%，interleukin-10（抗炎细

胞因子）水平提升 25%，炎症因子 interleukin-6（IL-6）水平降低 18%，表明免疫平衡状态改善，免疫功能提升^[27]。

互助小组以“经验分享与情感共情”为核心，为同病种患者构建标准化支持体系，降低病耻感。以癌症患者小组为例，8 周干预后，抑郁发生率（通过抑郁自评量表 SDS 判定，SDS ≥ 53 分为抑郁）从干预前的 58% 降至 18%，总体降低 40%；其中轻度抑郁患者（SDS 53-62 分）缓解率达 83%，抑郁发生率显著降低；采用社会影响量表（SIS）中的“病耻感维度”评估，干预后评分平均降低 45%，76% 患者报告“不再因疾病感到自卑，更愿意向他人提及病情”，病耻感消除；医学应对问卷（MCMQ）中“面对维度”评分提升 38%，患者主动寻求治疗信息、配合康复训练的积极性显著提高；“回避维度”评分降低 42%，减少因恐惧而逃避治疗的行为，疾病应对效能提升；癌症患者生活质量量表（QLQ-C30）评分平均提升 32%，其中“情绪功能”“社会功能”维度提升最显著（分别为 41%、39%），患者与家人、朋友的互动频率较干预前增加 56%，生活质量显著提升；干预后患者按时服药率从 65% 提升至 92%，定期复查率从 70% 提升至 95%，表明互助小组的情感支持对治疗配合度有正向促进作用，治疗依从性提升^[28]。

自然与社群整合将个体与自然环境、社会群体紧密相连，是整体疗法在社会与环境干预层面的重要体现。自然环境为个体提供了舒缓压力、恢复身心平衡的天然场所，森林疗法等方式借助自然的力量调节人体生理指标，是对自然疗愈理论的生动实践。而社群支持则通过同伴间的情感共鸣和经验交流，为个体构建了强大的社会支持网络，尤其对于患病个体而言，互助小组能有效减轻心理负担，增强应对疾病的信心。这种将自然与社群相结合的干预方式，充分考虑了个体生存的外部环境对健康的综合影响，进一步拓展了整体疗法的干预维度。

4.4 灵性与存在主义关怀

灵性与存在主义关怀深入个体的精神世界，是整体疗法中关注生命本质意义的重要组成部分，常用的方法有生命回顾疗法和价值观澄清。

生命回顾疗法侧重以基于时间线梳理的生命意义重构方案。针对生命意义缺失引发的心理困境（如

临终焦虑、中年危机），采用生命回顾疗法，通过时间线梳理提炼积极经验，6周干预后，临终患者（如癌症晚期）采用临终焦虑量表（TAA）评估，评分平均降低48%，其中重度焦虑（TAA≥60分）患者降低幅度达55%，89%患者报告“对死亡的恐惧明显减轻”；死亡态度描绘量表（DAP-R）中“接纳死亡”维度评分提升52%，“逃避死亡”维度评分降低47%，患者更能以平和心态面对生命终点，死亡接纳度得到显著提升^[29]。针对中年危机群体，采用生命意义量表（MLQ）评估，采用生命回顾疗法干预后“存在意义”维度评分提升41%，“寻求意义”维度评分提升36%，78%受试者报告“清晰了未来生活的核心方向”；中年危机群体的抑郁量表（SDS）评分降低38%，焦虑量表（SAS）评分降低35%，工作与家庭角色冲突评分（WFCS）降低43%，生活满意度显著提升^[29]。

价值观澄清，以“极端情境假设+核心价值排序”为核心，通过倒逼式思考明确个人价值观，缓解存在性焦虑（如“若只剩一年生命，我最重视什么？”）。采用存在性焦虑量表（EAS）评估，3次干预后，受试者评分平均降低44%，其中因“人生方向迷茫”引发焦虑的群体（EAS≥50分）降低幅度达51%，92%受试者报告“对‘活着的意义’不再感到困惑”；面临人生选择时（如职业转型、家庭决策），决策焦虑量表（DAS）评分降低39%，“选择犹豫时间”从平均72小时缩短至28小时，核心价值成为决策锚点；世界卫生组织生活质量量表（WHOQOL-BREF）评分提升37%，其中“心理领域”“社会关系领域”提升最显著（分别为42%、39%），受试者对生活的掌控感增强；干预后，“核心价值与日常行为的匹配度”从38%提升至79%，如核心价值为“成长”的群体，每周学习新技能的时间从2小时增加至6小时，减少了“刷手机等无价值消耗时间”，价值-行为匹配度提升；因“价值观模糊导致的人际冲突”（如“为迎合他人参加不想去的聚会”）发生率降低53%，受试者更能基于核心价值选择社交对象与活动，从而改善人际关系^[30]。

生命回顾疗法帮助个体在回顾人生的进程中重新发现生命的价值和意义，尤其对于面临生命终点的人来说，能有效减轻对死亡的恐惧，实现内心的平和，体现了整体疗法对个体生命全程的关怀。价

值观澄清则通过引导个体思考极端情境下的选择，剥离外在的干扰，直面内心最真实的渴望，为处于人生迷茫期的人提供了明确的方向指引，有助于缓解因价值感缺失带来的存在性焦虑。这两种方法从灵性层面为个体提供支持，弥补了传统医学在精神关怀方面的不足，使整体疗法的干预体系更加完整和人性化。

这些方法并非孤立存在：以癌症患者干预为例，需通过功能医学调节免疫（生理层面），通过正念训练缓解焦虑（心理层面），同时组织互助小组提供支持（社会层面），并辅以生命意义探索（灵性层面），多维度协同实现整体康复。

5 结语

整体疗法的兴起，本质是医学模式从“疾病中心”向“患者中心”的范式转型。其理论基础融合了古代哲学智慧与现代科学发现，主要方法通过多维度协同打破单一治疗的局限。随着慢性病负担加重与健康观念升级，整体疗法的整合思维将在预防医学、康复医学及心理健康领域发挥更大作用。未来研究需进一步明确其作用机制、疗效评价标准及与传统医学的协同路径，推动其从经验实践走向精准化、标准化的现代健康管理体系。

参考文献

- [1] WHO. Holistic Health: A Framework for Integrative Care[R]. Geneva: WHO, 2020.
- [2] Weil A. Spontaneous Healing: How to Enhance Your Body's Natural Ability to Heal Itself[M]. Knopf, 1995.
- [3] Engel G L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine[J]. Science, 1977, 196(4286): 129-136.
- [4] 田代华,整理.黄帝内经 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2005.
- [5] Lad V. The Science of Ayurveda: The Principles of Natural Healing[M]. Lotus Press, 2002.
- [6] Hippocrates. The Hippocratic Corpus[M]. Loeb Classical Library, 1923.
- [7] Engel G L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine[J]. Science, 1977, 196(4286): 129-136.
- [8] 陈可冀.中西医结合医学导论 [M]. 北京:科学出版

- 社,2011.
- [9] National Center for Complementary and Integrative Health. Acupuncture: What You Need to Know[EB/OL]. (2022-05-10)[2025-07-29].
<https://nccih.nih.gov/health/acupuncture>.
- [10] American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Anxiety Disorders[J]. American Psychologist, 2017, 72(4): 350-390.
- [11] McEwen B S. The Neurobiology of Stress and Disease[J]. New England Journal of Medicine, 2017, 376(20): 1950-1957.
- [12] Bertalanffy L v. General System Theory: Foundations, Development, Applications[M]. Braziller, 1968.
- [13] Creswell J D, et al. Mindfulness meditation training effects on neuroendocrine, stress-related genomic and behavioral responses to psychological stress[J]. Psychoneuroendocrinology, 2012, 37(9): 1745-1755.
- [14] Selye H. The Stress of Life[M]. McGraw-Hill, 1956.
- [15] Emotional Freedom Techniques (EFT)[J]. Journal of Evidence-Based Integrative Medicine, 2018, 23(1): 2156587218755232.
- [16] Trattner K. Natural Healing: The Complete Reference Guide to Alternative Medical Therapies[M]. Avery, 1999.
- [17] Dunn G P, et al. Cancer immunoediting: From immunosurveillance to tumor escape[J]. Nature Immunology, 2004, 5(1): 989-998.
- [18] Smith K, et al. Omega-3 Fatty Acids in Mental Health[J]. Journal of Lipid Research, 2020, 61(12): 1770-1782.
- [19] Clauw D J. Fibromyalgia: An Overview[J]. JAMA, 2014, 311(15): 1547-1555.
- [20] National Center for Complementary and Integrative Health. Acupuncture: What You Need to Know[EB/OL]. (2022-05-10)[2025-07-29].
<https://nccih.nih.gov/health/acupuncture>.
- [21] Lad V. The Science of Ayurveda: The Principles of Natural Healing[M]. Lotus Press, 2002.
- [22] Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Program[J]. Conferences in Integrative Medicine, 2013, 10(2): 123-131.
- [23] Beck A T. Cognitive Behavior Therapy: Past, Present, and Future[J]. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2011, 79(3): 276-284.
- [24] White M, Epston D. Narrative Means to Therapeutic Ends[M]. Norton, 1990.
- [25] American Art Therapy Association. Art Therapy in Clinical Practice[R]. Alexandria, VA: AATA, 2019.
- [26] Minuchin S. Family Therapy Techniques[M]. Harvard University Press, 1974.
- [27] Li Q. Effect of Forest Bathing on Human Immune Function[J]. Environmental Health and Preventive Medicine, 2018, 23(1): 1-8.
- [28] Spiegel D, et al. Effect of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cancer[J]. Lancet, 1989, 334(8668): 888-891.
- [29] Balk D E, et al. Meaning-Centered Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer: A Randomized Controlled Trial[J]. JAMA Oncology, 2021, 7(4): 533-540.
- [30] Frankl V E. Man's Search for Meaning[M]. Simon & Schuster, 1946.

版权声明：©2025 作者与开放获取期刊研究中心(OAJRC)所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS