



普通高等教育“十一五”国家级规划教材



卫生部“十一五”规划教材

全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

医学心理学

第 5 版

主 编 姚树桥 孙学礼

 人民卫生出版社

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

1. 医用高等数学 / 第5版
2. 医学物理学 / 第7版
3. 基础化学 / 第7版
4. 有机化学 / 第7版
5. 医学生物学 / 第7版
6. 系统解剖学 / 第7版
7. 局部解剖学 / 第7版
8. 组织学与胚胎学 / 第7版
9. 生物化学 / 第7版
10. 生理学 / 第7版
11. 医学微生物学 / 第7版
12. 人体寄生虫学 / 第7版
13. 医学免疫学 / 第5版
14. 病理学 / 第7版
15. 病理生理学 / 第7版
16. 药理学 / 第7版
17.  医学心理学 / 第5版
18. 法医学 / 第5版
19. 诊断学 / 第7版
20. 医学影像学 / 第6版
21. 内科学 / 第7版
22. 外科学 / 第7版
23. 妇产科学 / 第7版
24. 儿科学 / 第7版
25. 神经病学 / 第6版
26. 精神病学 / 第6版
27. 传染病学 / 第7版
28. 眼科学 / 第7版
29. 耳鼻咽喉-头颈外科学 / 第7版
30. 口腔科学 / 第7版
31. 皮肤性病学 / 第7版
32. 核医学 / 第7版
33. 流行病学 / 第7版
34. 卫生学 / 第7版
35. 预防医学 / 第5版
36. 中医学 / 第7版
37. 计算机应用基础 / 第4版
38. 体育 / 第4版
39. 医学细胞生物学 / 第4版
40. 医学分子生物学 / 第3版
41. 医学遗传学 / 第5版
42. 临床药理学 / 第4版
43. 医学统计学 / 第5版
44. 医学伦理学 / 第3版
45. 临床流行病学 / 第3版
46. 康复医学 / 第4版
47. 医学文献检索 / 第3版
48. 卫生法 / 第3版
49. 医学导论 / 第3版
50. 全科医学概论 / 第3版
51. 麻醉学 / 第2版
52. 急诊医学

策划编辑… 窦天舒 潘 丽
责任编辑… 潘 丽
封面设计… 郭 森
版式设计… 郭 森 陈 旻



ISBN 978-7-117-10043-4



9 787117 100434 >

定价(含光盘): 28.00 元

普通高等教育“十一五”国家级规划教材
卫生部“十一五”规划教材
全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

医学心理学

第5版

主 编 姚树桥 孙学礼

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 伟 (浙江大学医学院)

方建群 (宁夏医学院)

王高华 (武汉大学人民医院)

孙学礼 (四川大学华西医院)

许秀峰 (昆明医学院)

卢 勤 (成都大学)

刘少文 (汕头大学医学院)

李 茹 (武警医学院)

汤艳清 (中国医科大学)

刘破资 (清华大学医学院)

朱熊兆 (中南大学湘雅医学院)

陈 力 (哈尔滨医科大学)

吴大兴 (中南大学湘雅医学院)

吴均林 (华中科技大学同济医学院)

张 岚 (四川大学华西医院)

赵旭东 (同济大学医学院)

洪 炜 (北京大学医学部)

胡佩诚 (北京大学医学部)

姚树桥 (中南大学湘雅医学院)

姜乾金 (浙江大学医学院)

施琪嘉 (武汉市心理医院)

钱 明 (天津医科大学)

唐峥华 (广西医科大学)

傅文青 (苏州大学医学院)

学术秘书 吴大兴

人民卫生出版社

医学心理学
姚树桥
PDG

图书在版编目 (CIP) 数据

医学心理学/姚树桥等主编. —5 版. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 6
ISBN 978-7-117-10043-4

I. 医… II. 姚… III. 医学心理学-医学院校-教材
IV. R395. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 038660 号

本书本印次封底贴有防伪标。请予识别。

医学心理学
第 5 版

主 编: 姚树桥 孙学礼
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)
地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮 编: 100078
网 址: <http://www.pmph.com>
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
印 刷: 北京市后沙峪印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 16.75
字 数: 463 千字
版 次: 1991 年 4 月第 1 版 2008 年 6 月第 5 版第 41 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-10043-4/R · 10044
定价 (含光盘): 28.00 元
版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394
(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



全国高等学校五年制临床医学专业 第七轮 规划教材修订说明

全国高等学校五年制临床医学专业卫生部规划教材从第一轮编写出版至今已有30年的历史。几十年来,在卫生部的领导和支持下,以裘法祖院士为代表的一大批有丰富临床和教学经验、有高度责任感的老教授和医学教育家参与了本套教材的创建和每一轮的修订工作,使我国的五年制临床医学教材不断丰富、完善与更新,形成了一套课程门类齐全、学科系统优化、内容衔接合理的规划教材。本套教材为推动我国医学教育事业的改革和发展做出了历史性巨大贡献。正如老一辈医学教育家亲切地称这套教材是中国医学教育的“干细胞”教材,由她衍生出了八年制和研究生两套规划教材。今天,全国一大批在临床教学、科研、医疗第一线的中青年教授、学者继承和发扬了老一辈的优良传统,积极参与了本套第七轮教材的修订和建设,并借鉴国内外医学教育学的经验和成果,不断完善和提升编写的水平和质量,已逐渐将每一部教材打造成了精品,使第七轮教材更加成熟、完善和新颖。

第七轮教材的修订从2006年5月开始,其修订和编写特点如下:

●在全国广泛、深入调研基础上,总结和汲取了前六轮教材的编写经验和成果,尤其是对一些不足之处进行了大量的修改和完善,并在充分体现科学性、权威性的基础上,更考虑其全国范围的代表性和适用性。

●依然坚持教材编写“三基、五性、三特定”的原则。

●内容的深度和广度严格控制在五年制教学要求的范畴,精练文字压缩字数,以更适应广大五年制院校的要求,减轻学生的负担。

●在尽可能不增加学生负担的前提下,提高印刷装帧质量,根据学科需要,部分教材改为双色印刷、彩色印刷,以提升教材的质量和可读性。

●适应教学改革的需求,实现教材的系列化、立体化建设,本轮大部分教材配有《学习指导与习题集》、《实验指导》、《教师用书》以及配套光盘等,且与教材同期出版。

第七轮教材共52种,新增1种,即《急诊医学》。全套教材均为卫生部“十一五”规划教材,绝大部分为普通高等教育“十一五”国家级规划教材,分两批于2008年出版发行。

第七轮教材目录

1. 医用高等数学 / 第5版 主编 张选群
2. 医学物理学 / 第7版 主编 胡新珉
3. 基础化学 / 第7版 主编 魏祖期
4. 有机化学 / 第7版 主编 吕以仙
5. 医学生物学 / 第7版 主编 傅松滨
6. 系统解剖学 / 第7版 主编 柏树令
7. 局部解剖学 / 第7版 主编 彭裕文
8. 组织学与胚胎学 / 第7版 主编 邹仲之 李继承
9. 生物化学 / 第7版 主编 查锡良
10. 生理学 / 第7版 主编 朱大年
11. 医学微生物学 / 第7版 主编 李凡 刘晶星
12. 人体寄生虫学 / 第7版 主编 李雍龙
13. 医学免疫学 / 第5版 主编 金伯泉
14. 病理学 / 第7版 主编 李玉林
15. 病理生理学 / 第7版 主编 金惠铭 王建枝
16. 药理学 / 第7版 主编 杨宝峰
17. 医学心理学 / 第5版 主编 姚树桥 孙学礼
18. 法医学 / 第5版 主编 王保捷
19. 诊断学 / 第7版 主编 陈文彬 潘祥林
20. 医学影像学 / 第6版 主编 吴恩惠 冯敢生
21. 内科学 / 第7版 主编 陆再英 钟南山
22. 外科学 / 第7版 主编 吴在德 吴肇汉
23. 妇产科学 / 第7版 主编 乐杰
24. 儿科学 / 第7版 主编 沈晓明 王卫平
25. 神经病学 / 第6版 主编 贾建平
26. 精神病学 / 第6版 主编 郝伟
27. 传染病学 / 第7版 主编 杨绍基 任红
28. 眼科学 / 第7版 主编 赵堪兴 杨培增
29. 耳鼻咽喉-头颈外科学 / 第7版 主编 田勇泉
30. 口腔科学 / 第7版 主编 张志愿
31. 皮肤性病学 / 第7版 主编 张学军
32. 核医学 / 第7版 主编 李少林 王荣福
33. 流行病学 / 第7版 主编 王建华
34. 卫生学 / 第7版 主编 仲来福
35. 预防医学 / 第5版 主编 傅华
36. 中医学 / 第7版 主编 李家邦
37. 计算机应用基础 / 第4版 主编 邹赛德
38. 体育 / 第4版 主编 裴海泓
39. 医学细胞生物学 / 第4版 主编 陈誉华
40. 医学分子生物学 / 第3版 主编 药立波
41. 医学遗传学 / 第5版 主编 左伋
42. 临床药理学 / 第4版 主编 李俊
43. 医学统计学 / 第5版 主编 马斌荣
44. 医学伦理学 / 第3版 主编 丘祥兴 孙福川
45. 临床流行病学 / 第3版 主编 王家良 王滨有
46. 康复医学 / 第4版 主编 南登崑
47. 医学文献检索 / 第3版 主编 郭继军
48. 卫生法 / 第3版 主编 赵同刚
49. 医学导论 / 第3版 主编 文历阳
50. 全科医学概论 / 第3版 主编 杨秉辉
51. 麻醉学 / 第2版 主编 曾因明
52. 急诊医学 主编 沈洪

全国高等学校临床医学专业第五届教材评审委员会

名誉主任委员 裘法祖

主任委员 陈灏珠

副主任委员 龚非力

委员 (以姓氏笔画为序)

于修平 王卫平 王鸿利 文继舫 朱明德 刘国良 李焕章 杨世杰

张肇达 沈悌 吴一龙 郑树森 原林 曾因明 樊小力

秘书 孙利军

第5版 前言

根据2006年8月全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室组织的全国高等学校临床医学专业五年制第七轮规划教材主编人会议精神,我们编写了第五版《医学心理学》。

本版教材充分考虑了以往四个版本发展中所形成的医学心理学课程的核心内容,基本保留了姜乾金教授主编的第四版《医学心理学》的框架。但是,为了体现医学心理学的新进展和五年制本科临床医学专业的特点,以及强调基础理论、基本知识、基本技能的训练,并反映教科书特定的内容与形式,我们对教材内容进行了精选。与第四版教材一样,全书内容从“纵”、“横”两个方向展开。绪论至第六章以介绍医学心理学基本理论与方法为主,第七章至第十三章则着重于医学心理学理论与方法在医学领域的应用。本版教材也进行了部分调整,其中增加了“健康行为”一章(第七章),病人心理(第八章)、医学领域人际关系(第九章)、心理干预(第十二章和十三章)均增加了字数;为了尽量避免内容重复,将第四版教材中的“医学心理咨询”内容分别整合到“心身疾病”、“异常心理问题”及“心理干预”各章节之中。各校可根据教学时数和专业特点,选择适当内容开展教学。

在教材的整体配套方面,同步出版了五年制《医学心理学学习纲要与习题集》(第3版),该配套教材与本版教材内容匹配,与职业医师资格考试大纲要求一致,相信对教学和职业医师资格考试有所帮助。

参加本教材编写的老师们均是我国医学心理学教学与科研第一线的专家学者,为编写本教材做了很大努力,并分别在北京和汕头召开了两次编辑会议,对稿件进行了认真互审、互校。虽然如此,本版教材仍难免不存在各种缺陷或错误,我们诚挚地希望使用本教材的老师和同学们提出宝贵意见。

在本教材编写过程中,中南大学、四川大学、汕头大学等单位有关领导给予了多种支持,张亚林教授和汪勇教授对部分章节进行了修改,在此一并表示诚挚的谢意!

编者

2008年2月29日

第一章 绪论	1
第一节 医学心理学概况 / 1	
一、定义、范围、性质及目的 / 1	
二、医学心理学的相关学科 / 3	
第二节 医学模式的转变 / 5	
一、西方医学与生物医学模式 / 5	
二、生物—心理—社会医学模式 / 5	
三、医学心理学与我国医学模式的转变 / 6	
四、医学心理学对疾病与健康的思考 / 6	
第三节 医学心理学研究方法 / 7	
一、方法学的特殊性 / 8	
二、基本研究内容和方法 / 9	
第四节 医学心理学的现状与发展 / 11	
一、我国医学心理学产生的背景 / 11	
二、我国医学心理学科的现状 / 11	
三、我国医学心理学科发展趋势 / 12	
四、我国医学心理学工作者的培养 / 13	
第二章 心理学基础	15
第一节 认知过程 / 15	
一、感觉和知觉 / 15	
二、记忆 / 17	
三、注意 / 18	
四、思维与想象 / 20	
第二节 情绪和情感过程 / 21	
一、情绪和情感的概念 / 21	
二、情绪和情感的关系 / 22	
三、情绪的功能 / 22	
四、情绪和情感的分类 / 23	
五、情绪的维度与两极性 / 24	
六、表情 / 25	
七、情绪的理论 / 25	
第三节 意志过程 / 26	
一、意志行动的基本过程和特征 / 27	
二、意志的品质 / 27	
第四节 人格 / 28	
一、概述 / 28	
二、需要 / 30	



三、动机与挫折 / 31

四、能力 / 33

五、气质与性格 / 34

第五节 心理的生物学与社会学基础 / 37

一、心理的生物学基础 / 37

二、心理的社会学基础 / 40

第三章 心理发展与心理健康 42

第一节 概述 / 42

一、人的发展与生命周期 / 42

二、健康与心理健康 / 43

第二节 儿童心理健康 / 44

一、胎儿期及婴幼儿期 / 44

二、幼儿期 / 46

三、儿童期 / 47

第三节 青少年与青年心理健康 / 48

一、青少年期 / 48

二、青年期 / 49

第四节 中年期心理健康 / 50

第五节 老年期心理健康 / 52

第四章 主要理论流派 55

第一节 精神分析理论 / 55

一、主要的理论内容 / 55

二、精神分析理论评述 / 58

第二节 行为学习理论 / 58

一、主要的理论内容 / 58

二、经典条件反射理论 / 59

三、操作性条件反射理论 / 60

四、社会学习理论 / 60

第三节 认知理论 / 61

一、认知理论的主要内容 / 61

二、认知理论的评述 / 63

第四节 人本主义理论 / 64

一、主要的理论内容 / 64

二、人本主义理论评述 / 67

第五节 心理生物学理论 / 68

一、主要的理论内容 / 68

二、心理生物学理论评述 / 70

第六节 其他有关理论 / 71

一、中医的医学心理学思想 / 71

二、人性主义理论 / 71



第五章	心理评估	73
	第一节 心理评估概述 / 73	
	一、心理评估的概念及作用 / 73	
	二、心理评估的方法 / 73	
	三、心理评估的一般过程 / 76	
	四、心理测验的发展 / 76	
	五、标准化心理测验的基本条件 / 77	
	六、应用心理测验的基本原则 / 78	
	七、心理测验的类型及应用 / 79	
	第二节 智力测验 / 80	
	一、智力、智商和智力水平的分级 / 80	
	二、常用智力测验和发展量表 / 82	
	第三节 人格测量 / 84	
	一、明尼苏达多项人格调查表 / 84	
	二、艾森克人格问卷 / 86	
	三、卡特尔 16 项人格因素问卷 / 86	
	四、其他人格测量方法 / 87	
	第四节 神经心理测验 / 88	
	第五节 评定量表 / 91	
	一、概述 / 91	
	二、自评量表 / 91	
	三、他评量表 / 96	
第六章	心理应激	98
	第一节 总论 / 98	
	一、应激与心理应激理论 / 98	
	二、心理应激意义 / 100	
	第二节 应激源(生活事件) / 103	
	一、应激源(生活事件)分类 / 103	
	二、生活事件研究 / 104	
	第三节 应激心理中介因素 / 106	
	一、认知评价 / 106	
	二、应对方式 / 107	
	三、社会支持系统 / 109	
	四、个性特征 / 110	
	第四节 应激反应 / 111	
	一、应激的心理反应 / 112	
	二、应激的生理反应 / 113	
	三、应激与疾病 / 115	
	第五节 应激的控制与管理 / 116	
	一、应激管理的切入点 / 117	
	二、“应激易感模型” / 119	
	三、系统的应激管理方案 / 121	



第七章 健康行为 123

- 第一节 健康行为概述 / 123
 - 一、健康行为 / 123
 - 二、影响健康行为的因素 / 123
 - 三、改变损害健康行为 / 124
 - 四、促进健康行为的医疗政策与社会健康计划 / 126
- 第二节 成瘾行为 / 127
 - 一、药物成瘾 / 127
 - 二、酗酒与问题饮酒 / 128
 - 三、吸烟 / 128
 - 四、过度使用网络 / 129
- 第三节 饮食行为 / 131
 - 一、肥胖 / 131
 - 二、合理饮食 / 132
- 第四节 性行为与艾滋病 / 132
 - 一、什么是性行为 and 性传播疾病? / 132
 - 二、艾滋病 / 133
 - 三、安全性行为与预防艾滋病 / 134
- 第五节 锻炼和防止意外 / 135
 - 一、锻炼 / 135
 - 二、防止意外 / 136

第八章 病人心理 137

- 第一节 病人心理概述 / 137
 - 一、病人概念与病人角色 / 137
 - 二、病人的求医与遵医行为 / 140
 - 三、病人的心理需要 / 141
- 第二节 病人的一般心理特征与干预的基本方法 / 142
 - 一、病人的一般心理特征 / 142
 - 二、病人心理问题的基本干预方法 / 143
- 第三节 各类病人的心理特征 / 144
 - 一、不同病期病人的心理特征 / 144
 - 二、临终病人的心理特征 / 146
 - 三、手术病人心理问题及干预 / 147
 - 四、癌症病人的心理问题及干预 / 148

第九章 医疗行为中的人际关系 151

- 第一节 人际关系与医疗行为 / 151
- 第二节 医生的角色及其心理特征 / 152
 - 一、医生角色 / 152
 - 二、医生的心理特征 / 153
- 第三节 医患关系 / 156



	一、医患关系定义 / 156	
	二、医患关系的特点 / 156	
	三、医患关系的类型 / 157	
	四、医患关系的影响因素 / 158	
第四节	在医疗行为中建立良好医患关系的基本原则 / 159	
	一、医患关系应该建立在现行法律和法规的框架内 / 159	
	二、处理好医患之间的职业和非职业关系 / 160	
	三、处理好“移情”和“反移情”的问题 / 160	
	四、理解和正确应对患者的心理防御机制 / 160	
	五、正确应用沟通的技巧 / 161	
第十章	心身疾病	163
第一节	心身疾病的概述 / 163	
	一、心身疾病的概念 / 163	
	二、心身疾病的发病机制 / 166	
	三、心身疾病的诊断与防治原则 / 168	
第二节	常见心身疾病 / 169	
	一、原发性高血压 / 169	
	二、冠心病 / 170	
	三、糖尿病 / 172	
	四、支气管哮喘 / 174	
	五、消化性溃疡 / 175	
	六、溃疡性结肠炎 / 175	
	七、经前期紧张综合征 / 175	
第十一章	异常心理问题	176
第一节	正常心理与异常心理概述 / 176	
	一、正常与异常心理的概念与判断 / 176	
	二、异常心理的理论解释 / 179	
	三、异常心理的分类 / 180	
第二节	若干异常心理问题 / 180	
	一、神经性厌食与贪食 / 180	
	二、自杀行为 / 182	
	三、性心理障碍 / 184	
	四、人格障碍 / 186	
	五、睡眠障碍 / 189	
第十二章	心理干预	192
第一节	心理干预概述 / 192	
	一、概念 / 192	
	二、心理干预的内容与方式 / 192	
	三、心理咨询与心理治疗的关系 / 194	



- 第二节 心理治疗 / 195
 - 一、概述与简史 / 195
 - 二、心理治疗基本过程和原则 / 197
 - 三、心理治疗的基本技术 / 201
 - 四、心理治疗的范围 / 204

第十三章**心理干预各论** 205

- 第一节 精神分析疗法 / 205
 - 一、概况 / 205
 - 二、方法 / 205
 - 三、适应证与评价 / 208
- 第二节 行为治疗 / 208
 - 一、概况 / 208
 - 二、方法 / 208
 - 三、适应证和评价 / 211
- 第三节 认知治疗 / 212
 - 一、概况 / 212
 - 二、方法 / 212
 - 三、适应证与评价 / 215
- 第四节 以人为中心疗法 / 215
 - 一、概况 / 215
 - 二、方法 / 215
 - 三、适应证与评价 / 217
- 第五节 森田疗法 / 217
 - 一、概况 / 217
 - 二、方法 / 218
 - 三、适应证与评价 / 219
- 第六节 暗示和催眠疗法 / 219
 - 一、暗示疗法 / 219
 - 二、催眠疗法 / 220
- 第七节 松弛疗法 / 221
 - 一、概况 / 221
 - 二、方法 / 222
 - 三、适应证与评价 / 223
- 第八节 生物反馈疗法 / 224
 - 一、概况 / 224
 - 二、方法 / 224
- 第九节 支持疗法 / 226
 - 一、概况 / 226
 - 二、方法 / 226
 - 三、适应证和评价 / 227
- 第十节 家庭治疗 / 228
 - 一、概况 / 228



二、操作方法与流程 / 230	
三、适应证与评价 / 232	
第十一节 集体心理治疗 / 232	
一、概况 / 232	
二、方法 / 233	
三、适应证和评价 / 235	
第十二节 危机干预 / 235	
一、概况 / 235	
二、方法 / 236	
三、危机干预中的相关问题 / 237	
第十三节 临床心理联络会诊服务 / 238	
一、概况 / 238	
二、方法 / 238	
三、适应证与评价 / 240	
参考文献	241
中英文名词索引	243

第一章 绪 论

什么是医学心理学？其学科性质、特点、应用范围如何？医学心理学这一学科为什么会在我国医学教育中产生和发展？它的过去、现在、将来是一幅怎样的景象？这一学科研究方法是什么？在本章中，将一一回答这些问题。

第一节 医学心理学概况

一、定义、范围、性质及目的

(一) 定义

医学心理学 (medical psychology) 是研究心理现象与健康 and 疾病关系的学科，是根据我国医学教育发展的需要而建立起来的新兴交叉学科，它既关注心理社会因素在健康和疾病中的作用，也重视解决医学领域中的有关健康和疾病的心理或行为问题。

所谓心理现象，主要包括人们的心理过程和人格特征。大量研究结果表明，心理现象中与健康和疾病关系密切的有心理过程中的认知、情感、意志过程和人格特征中的能力、气质和性格 (详见第 2 章)。

世界卫生组织 (WHO) 把健康定义为人们身体、心理、社会适应和道德品质的良好状态，而健康的反面便是疾病。健康和疾病 (精神和躯体的) 是一连续链的两极，可以在生物、心理和社会因素作用下发生相互转化。数千年来，人们在健康和疾病研究过程中形成了不同的医学模式，用以指导医学理论研究和临床实践。在医学史中，生物医学模式 (biological medical model) 曾长期占据统治地位，但自 20 世纪 70 年代以来，开始向生物—心理—社会医学模式 (biopsychosocial model) 过渡。此时，我国众多学者为使医学教育适应这种医学模式的转变，综合了国内外多种与健康 and 疾病有关的心理和行为科学理论、方法和技术，开创性地提出并形成了医学教育中的一门新兴课程，即医学心理学。显然，这是一门在特定历史条件下形成的具有我国医学教育特色的课程。

与医学心理学一样，也有其他一些学科 (见后) 研究心理或行为因素在健康和疾病中的作用问题，但侧重点不同。例如，医学心理学侧重于研究心理因素在躯体疾病中的作用和用心理学技术来诊断和防治疾病与促进健康；而精神病学侧重于生物、心理和社会因素在精神疾病中的作用，显然二者的研究对象明显不同。

(二) 研究范围

医学心理学研究范围介于医学与心理学之间内容广泛的课题。因此，它既是心理学的分支学科，也是医学的分支学科。从医学的分支学科来看，医学心理学研究医学中的心理或行为问题，包括各种病人的心理或行为特点、各种疾病或不同疾病阶段的心理或行为变化等；从心理学分支学科来看，医学心理学研究如何把心理学的系统知识和技术应用于医学各个方面，包括在疾病过程中如何应用有关心理科学知识和技术来解决医学问题。归纳起来，医学心理学的研究范围主要包括：

- (1) 研究心理或行为的生物学和社会学基础及其在健康和疾病中的意义；
- (2) 研究心身相互作用关系及其机制；



- (3) 研究心理社会因素在疾病过程中的作用规律;
- (4) 研究各种疾病过程中的心理和行为特征及变化规律;
- (5) 研究如何将心理学原理及技术应用于人类的健康促进及疾病防治。

(三) 学科性质

医学心理学一方面是涉及多学科知识的一门交叉学科;另一方面,从基础和应用的_角度来看,它既是医学的一门基础学科,也是一门临床应用学科。

1. 交叉学科 首先,医学心理学不仅要有自然科学还要有社会科学知识基础,所以它是自然科学和社会科学相结合的交叉学科。其次,医学心理学是医学与心理或行为科学的交叉学科。就医学来说,医学心理学涉及基础医学(如神经生物学、病理学等)、临床医学(含内、外、妇、儿、传、神经精神等各科)、预防医学和康复医学等学科知识。就心理或行为科学来说,医学心理学涉及了几乎所有心理学科各分支学科(相关内容详见第二章)以及人类学、社会学等众多学科领域的相关知识。以心理社会因素与心脑血管疾病关系研究为例,心理社会因素本身涉及人格特征、生活方式及工作、家庭、婚姻、语言、交际、习俗、社区、居住、工业化等多方面的生活事件,这又与人类学、社会学、生态学等知识密切相关;而心理社会因素影响心脑血管疾病发生和转归的机制,又涉及生物学、神经科学、基础与临床医学等学科知识。

由于医学心理学这种交叉学科的性质,所以在_学习过程中应该加强与有关课程知识之间的整合。医学心理学也只有与各交叉学科加强协同研究,才会发展壮大。可喜的是,近十几年来医学心理学科与各相关学科的合作越来越多,显示了医学心理学科的勃勃生机。

2. 基础学科 医学心理学从其工作内容上看也是医学和心理学的_基础学科。它揭示人类心理或行为的生物学和社会学基础,心理活动和生物活动的相互作用,及其对健康促进和疾病防治的作用,从而为寻求战胜疾病、维护健康的手段提供基础研究的依据,也为整个医学事业的发展提供心身相关的辩证的科学思维方法。

3. 应用学科 医学心理学科具有解决医学和心理学问题的知识与技术,因而具有应用学科的属性。首先,医学心理学的理论与技术可以应用于临床医学各个领域的实践工作。例如,心身相关的知识和技术可为临床各科提供更符合现代医疗模式的诊疗思路和有效的辅助治疗方法如缓解手术焦虑、减轻疼痛等方法与技术。实际上,医学心理学知识与技术已经在包括医院、疗养院、康复中心、防疫机构、健康服务中心、各种保健部门等领域中得到了广泛应用。其次,医学心理学的知识与技术,可以独立应用于社会人群,以帮助人们解决与健康有关的心理问题与痛苦,以及增进人们心身健康,防止有关疾病的发生。目前在我国大型或中型医院已逐步开展的心理咨询服务工作,各大专院校及部分中小学校也已普遍开展了学校心理健康教育实践,这些工作都是医学心理学知识和技术广泛应用的体现。

(四) 开设医学心理学课程的主要目的

1. 培养医学生的整体医学观 近代医学教育主要为生物医学模式所导向,它片面地强调人的生物属性方面,而忽视人的心理和社会属性方面,在医学实践上往往是“见病不见人”,使医学的发展受到了限制。因此,传统的生物医学模式需要向生物—心理—社会医学模式转化。在医学院校为医学生开设医学心理学课程,就是应对这种医学模式转变的需要,其首要目的是为了树立医学生的整体医学观。让学生了解基本心理学原理与知识,知道生理和心理的相互作用,心理社会因素在健康和疾病时起怎样的作用及如何起作用。因此,医学生除了具有良好的生物医学知识和技能外,还补充了必要的心理学和社会科学知识,其医学知识体系更为全面,以此作导向,将对其未来的医学理论思维和医疗实践产生有益影响。



2. 掌握一些医学心理学研究和实践方法 在医学心理学体系中,心理评估(psychological assessment)和心理治疗(psychotherapy)与心理咨询(counseling)属于其自身较为特殊的用来作研究或实践的方法,这些方法大多也可用于临床各科的研究或实践,这对医学的发展有重要意义。反过来,临床各科运用医学心理学方法所取得的成果,也将极大地丰富医学心理学的知识体系。

3. 掌握应对和处理个人可能出现的人生难题的方法 人的一生中,难免会出现一些问题,包括各种心理冲突、挫折以及各种困境如增龄、婚姻家庭问题、急重威胁生命的疾病、慢性疾病等。医学生不仅应该自己知道如何应对和处理这些问题,而且还应该教育病人和身边的人了解应对这些困境的方法,以帮助人们提高生活质量,促进心身健康,预防疾病的发生。

二、医学心理学的相关学科

医学心理学是应我国医学教育的需要而逐渐形成的具有我国特色的新型交叉学科,与国外多门学科虽存在一定的联系,但又不尽相同。因此,无法用国外某单一学科来替代。这些学科的出发点、理论依据、应用侧重点等均与我国的医学心理学存在一定的联系但又不完全一致。有的与医学心理学属于交叉学科;有的是医学心理学的分支学科;有的是相似学科;还有的则与医学心理学基本上属于独立学科。

1. 临床心理学(clinical psychology) 是指根据心理学原理、知识和技术,解决人们心理问题的应用心理学科。该学科主要借助心理测验对病人的心理和行为进行评估,并通过心理咨询和心理治疗等途径调整 and 解决个体的心理问题。“临床心理学”这一术语由美国心理学家 L. Witmer 在 1896 年首次提出。到目前为止,临床心理学已经成为美国最大的心理学分支,从事这项工作的人很多,称之为临床心理学家或心理治疗师。临床心理学服务的人群也很广,工作范围遍布学校、医院、机关、政府、军事、商业和法律等。一般而言,临床心理学是医学心理学中的最大临床学科分支,属于应用心理学范畴,但在某些专著中,医学心理学与临床心理学的内容很接近,可将两者视为相似学科。

2. 咨询心理学(counseling psychology) 是研究心理咨询的理论观点、咨询过程及技术方法的学科,它与医学心理学有很大的重叠和交叉,可将其看作是医学心理学的应用分支学科或交叉学科。

咨询心理学作为一门独立的学科的历史并不长,该学科起源并发展于美国,现已成为仅次于临床心理学的心理学第二大分支学科。心理咨询在我国虽然起步较晚,但发展迅速。心理咨询的从业人员主要是心理学专业工作者和社会工作者,通常被称为咨询者或咨询心理学家。咨询心理学与临床心理学有很多相似的培训要求,但咨询心理学家倾向于解决个人的烦恼,对基本正常的人提供职业咨询以及专业测试,而临床心理学家则更多地从事心理治疗以及个人情绪或行为异常的诊治工作。

3. 异常心理学(abnormal psychology) 又称病理心理学,研究的是病人的异常心理活动与病态行为,即心理学原理和方法研究病态心理与行为发生、发展、变化的原因与规律,并探讨其机制,其研究成果是医学心理学某些理论和证据的重要来源,因此一般认为异常心理学是医学心理学中的一个重要的基础分支学科。但在某些异常心理学论著中,其内容范围可能囊括甚至超过医学心理学的很多领域,此时的异常心理学与医学心理学则为交叉的两门学科。

4. 健康心理学(health psychology) 是美国新建立的一门心理学分支学科,它侧重应用心理学知识与技术来增进心身健康和预防各种疾病。从事健康心理学工作的人员为健康心理学家,他们主要从事:①探讨心理因素在人们维持健康、生病及生病后反应中的影



响,强调健康的促进和维持,例如:如何让儿童养成良好的健康习惯,如何推广常规性体育活动、如何让人们健康地调整饮食;②研究疾病防治中的心理学问题,尤其重视高应激职业人群如何有效地处理应激,从而使应激不会对健康产生负面的影响;③关注健康、疾病及功能不良的病因学和行为或社会相关因素,如饮酒、吸烟、体育锻炼及应对应激的方式等;④分析并尝试改进健康保健系统和卫生政策。

由于健康心理学涉及良好心理状态的保持和心理疾病的预防等问题,因而健康心理学在预防医学中的分支,是大公共卫生的重要组成部分。但在某些心理卫生或健康心理学专著中,内容涉及了几乎与健康相关的所有心理学分支学科,此时,健康心理学与医学心理学属于相似学科。健康心理学核心内容将在本书第七章加以介绍。

5. 行为医学 (behavioral medicine) 是将行为科学技术与生物医学技术相结合的一门新兴的边缘学科。1977年,耶鲁大学和美国国家卫生研究中心的心、肺、血液研究所举办研讨会,对行为医学做了如下定义:“行为医学是关于发展行为科学知识和技术的一门科学,它将有助于对身体健康和疾病的进一步理解,并运用这些知识和技术进行疾病的预防、诊断、治疗和康复。精神病、神经症和身体缺陷,只是当它成为引起生理性障碍的主要原因时,才包括在内”。根据这一定义,行为医学研究内容近似或甚至超过了医学心理学的范围,故可将两者看作是相似学科。然而,目前,很多研究者主要是将行为治疗方法应用到医学临床以及常见的不良行为(烟瘾、酒精滥用、贪食、A型行为、自杀等)的研究上,即将行为医学的内容重点置于相对狭义的范围之内,从这一角度而言,行为医学则是医学心理学的一个分支学科。

6. 心身医学 (psychosomatic medicine) 从狭义上讲,是研究心身疾病的病因、病理、诊断、治疗和预防的学科,因而可被认为是医学心理学的一个重要分支。而从广义上讲,心身医学主要是研究人类在健康和疾病中的生物学、心理学和社会学等因素的相互关系,其内容几乎涉及目前整个医学心理学所包括的各个领域,在这种情况下,心身医学与医学心理学成为了相似的学科。

7. 心理生理学 (psychological physiology) 与生理心理学 (physiological psychology) 研究心理活动与各种行为引起某些生理变化的机制的一门学科。严格而言,心理生理学研究的自变量是心理和行为活动,因变量是生理或生物学变化过程,因而不同于神经生理学和生理心理学。生理心理学则着重探讨生理活动尤其是脑神经活动所导致的心理功能的变化。心理生理学和生理心理学研究成果为医学心理学的心身中介机制提供了许多基本理论依据,是医学心理学的重要的基础分支学科。

8. 神经心理学 (neuropsychology) 脑的神经过程与心理活动的关系是神经心理学研究的基本问题。传统的神经心理学侧重探讨脑损伤的定位、定性与行为的关系,主要采用行为学研究方法;而当前的神经心理学吸收了神经科学与认知心理学的最新研究成果,关注人类大脑在正常和病理状态下与外在行为变化的关系。神经心理学的研究成果为医学心理学提供了理论知识。

9. 护理心理学 (nursing psychology) 将心理学原理和方法运用于现代护理领域,在心理学中就形成了一个新的应用学科——护理心理学。它侧重研究护理工作中心理学问题,是医学心理学在护理工作中的分支,但在某些护理心理学的专著中,则包括了大部分医学心理学的基本知识、理论和方法。

(姚树桥)



第二节 医学模式的转变

所谓医学模式,是指医学的主导思想,包括疾病观、健康观等,并影响医学工作的思维及行为方式,使之带有一定倾向性,也影响医学工作的结局。

一、西方医学与生物医学模式

人们对疾病病因的认识是随历史和科学研究的发展而变化的。现代西方医学是自然科学冲破中世纪宗教黑暗统治以后发展起来的,随着西方近代自然科学的飞速发展,医学家们不断采用物理的和化学的研究手段,探索人体的奥秘,从整体到系统、器官,直至现今的分子水平,并将研究成果应用于医学临床和疾病的预防。在这一时期,医学界主要采用自然科学的“实证加推理”的认识论和方法论来认识疾病和健康,因此,医疗活动也往往反映出明显的生物科学属性,故有人将其称为生物医学模式。

由于人类疾病在较早的历史时期主要是生物因素所导致的,而且给人类留下了深刻的影响,如历史上的鼠疫、黄热病等,20世纪初世界上大多数国家的主要死亡原因还是传染病,死亡率高达580/10万;而此后的几十年里,生物医学得到快速发展,逐渐认识到传染病是由生物病原体导致的,同时抗生素的发明和广泛使用,大多数国家传染病死亡率逐渐下降,直至30/10万以下,使长期危害人类健康的传染病得到控制。因此,生物医学为人类健康水平的提高做出了历史性贡献。目前,生物医学技术还在不断地发展,比如器官移植、基因工程等,并将进一步为提高人类健康水平做出贡献。

但生物医学模式也存在某些缺陷,主要是其坚持的心身二元论和自然科学的分析还原论所带来的负面影响。因为生物医学在认识论上往往倾向于将人看成是生物的人,忽视人的社会属性。在实际工作中,只重视局部器官,忽略人的整体系统;重视躯体因素而不重视心理和社会因素;在医学科学研究中较多地着眼于躯体生物活动过程,较少注意行为和心理过程,忽视心理社会因素对健康的重要作用。正如1977年Engel GL在《科学》杂志上发表的《需要一种新的医学模式——对生物医学的挑战》一文中形象地指出,经典的西方医学将人体看成一架机器,疾病被看成是机器的故障,医生的工作则是对机器的维修。

二、生物—心理—社会医学模式

20世纪70年代,医学界曾掀起有关生物医学模式必须转变的大讨论,提出必须建立一种新的生物—心理—社会医学模式。

关于医学模式的转变问题,讨论主要涉及以下几个方面:

(1) 随着生物因素疾病如传染病得到控制,人类死亡谱的结构已发生根本变化,心脏病、恶性肿瘤、脑血管病、意外死亡等取代传染病成为人类主要死亡原因。

(2) 这些致死性疾病与吸烟、酗酒、滥用药物、过量饮食与肥胖、运动不足和对社会压力的不良反应等生活方式或行为方式有关,心理社会因素则是上述各种行为问题直接或间接的原因。

(3) 现代社会的发展,使生活节奏加快,知识更新迅速,社会竞争加剧,这些都对人类的内部适应能力提出了挑战,如何保持健全的心理状态,如何调节不良情绪成为现代人面临的主要问题。

(4) 通过几十年的深入研究,人们对心理社会因素与健康 and 疾病的中介关系已有较深入的了解。许多实验和临床证据也证明,心理活动的操作和调节对维持健康具有不可忽视的作用。



(5) 随着人类物质文明的发展,人们对心身舒适的要求不断提高,迫切需要医生在解决其身体疾病造成的直接痛苦的同时,也帮助他们减轻精神上的痛苦。

上述种种分析表明,原来的生物医学模式已不足以阐明人类健康和疾病的全部本质;疾病的治疗也不能单凭药物或手术;人们对于健康的要求已不再停留在身体上的无病,而是更追求心身的舒适和协调。因此,医学模式的转变已是不可避免。

所以,Engel GL认为生物—心理—社会医学模式是一种系统论和整体观的医学模式,它要求医学把人看成是一个多层次的、完整的连续体,也就是在健康和疾病的问题上,要同时考虑生物的、心理和行为的,以及社会的各种因素的综合作用。

三、医学心理学与我国医学模式的转变

自古以来,我国传统医学——中医对中国人的健康水平起到至关重要的作用,中医坚持的就是整体论,强调“阴阳平衡”,“天人合一”,“辨证施治”的系统论。但从19世纪末,西医作为一门现代科学传入我国以来,在相当长的一个时期内,对人们威胁最大的疾病谱序列决定了生物医学模式在我国医学界也占据着支配的地位,这种局面持续至今。但近年来也出现可喜的局面,许多医学工作者意识到,心理社会因素对疾病和健康有重要的影响。

在20世纪前期,排在疾病谱首位的基本上是传染病、营养不良性疾病、寄生虫病等。随着经济条件的改善和科技的发展,我国的疾病谱发生了根本性变化,接近于发达国家,已逐渐由传染病向慢性非传染病转变,如心血管、心脑血管、肿瘤、糖尿病等,传染病只排到第四位。传统的传染病如结核、麻疹已得到有效控制,不再是威胁人类生命的主要因素;但另一方面,人们生活方式的改变使慢性非传染病,如心脑血管疾病、癌症、慢性病等成为现代人健康的主要威胁。同时我国广大人民群众对医疗的需要也已开始向高层次发展,由于处于社会急剧变化的社会转型期,各种社会矛盾突显,从而导致人们生活和工作压力明显增大,各种应激和心理行为障碍增加,为适应形势发展的需要,我国医学模式也必须尽快地向生物—心理—社会医学模式转变。

为了促进我国医学模式的转变,从20世纪80年代初开始,国内医学院校已陆续设置医学心理学课程。医学生和医学工作者通过各种途径系统地学习医学心理学有关知识,将有助于推动我国医学模式的转变。相信随着我国更多的医务工作者接受医学心理学知识,我国总体医疗服务水平将会发生质的变化。到时,各种心理行为技术将会在临床上得到广泛应用;综合医院中长期缺乏心理行为科学人才的局面将会改变;临床医学的研究范围也将大大拓宽,我国的医学管理模式也将随新的医学模式的确立而发生转变。全国各地许多医学工作者在自身的工作领域正在积极促进医学模式的转变,并取得一定成效。

由于医学模式的转变涉及整个医学体系和全体医学工作者,而且还涉及整个社会群体的思维意识的转变,但就现状看来,我国的社会经济发展水平,特定的历史和文化背景,医疗体制等等因素,决定了我国医学模式的转变需要经历较长时间,甚至还有很长的曲折道路要走,任重而道远。

四、医学心理学对疾病与健康的思考

综上所述,作为一门新兴的交叉学科,医学心理学始终坚持用生物—心理—社会医学模式来看待健康和疾病关系,坚持整体观和系统论的观点,把人看成是一个与社会环境、自然环境相互作用的多层次的、完整的连续体(见图1-1)。医学心理学对疾病与健康的认识主要有如下四个方面:

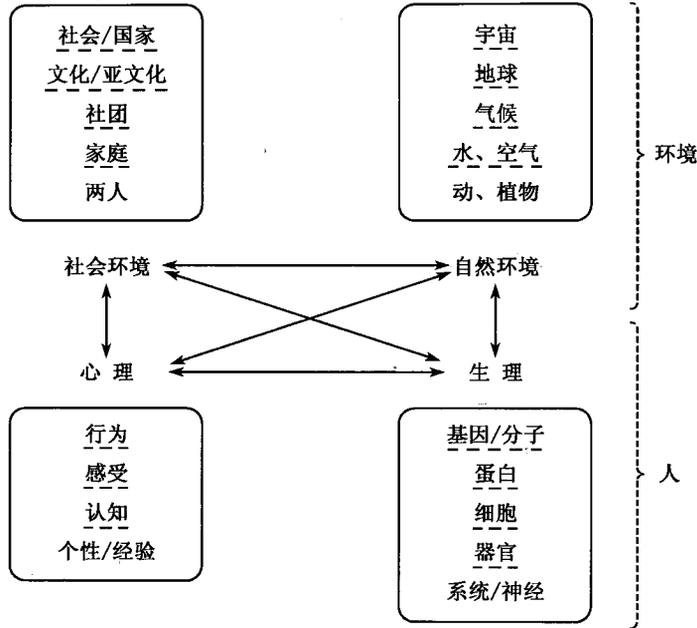


图 1-1 人与自然相互作用整体观示意图 (修自姜乾金, 2005)

1. 人是一个完整的系统, 大脑通过神经系统将全身各系统、器官、组织、细胞、蛋白质、分子、基因等部分统一起来。如果只重视被分开的各个器官和系统功能, 或将各个器官和系统割裂开来看待, 忽视它们之间的整体联系, 都是不恰当的, 有害的, 容易导致在临床工作中只见树木, 不见森林的被动局面。

2. 人同时有生理活动和心理活动, 心、身之间相互联系、相互作用。心理行为活动通过心身中介机制影响生理功能, 同样生理活动也影响个体的心理功能。因此, 在对待健康和疾病的问题上, 应同时注意心身之间的相互影响。

3. 人与环境是密切联系的, 人不仅是自然的人, 而且也是社会的人。社会环境和自然环境的细微变化都会对人的心身健康产生剧烈影响。

4. 心理因素在人类调节和适应内外环境活动中具有一定的能动作用。人可以作为一个整体, 对社会环境、自然环境和个体的内环境的变化可随时作出一些主动的适应性调整, 以保持自身的健康水平。

因此, 有专家认为, 医学心理学科的发展促进了传统的生物医学模式向生物—心理—社会医学模式的转变, 同时这种新的医学模式也对医学心理学的发展具有重要指导意义。作为医学生应在头脑中树立以上四个方面的认识, 这对于今后的临床和科研工作大有裨益。从现代医学教育的角度, 开设医学心理学课程, 是生物医学模式向生物—心理—社会医学模式转变的需要。

第三节 医学心理学研究方法

医学心理学的研究对象是具有心理活动并受社会因素制约的人, 除了可观察到的外显行为, 还涉及内隐行为。因此, 作为医学生要想科学客观地认识心理社会因素对健康和疾病的影响, 必须重视和了解医学心理学研究方法, 并有意识地应用, 这样才能加深对生



物—心理—社会医学模式的理解,自觉应用医学心理学的研究方法解决临床工作中遇到的疑难问题。

一、方法学的特殊性

一方面由于医学心理学是多学科的交叉学科,既有自然科学属性,又有社会科学属性,其研究方法也涉及多种不同性质的学科。另一方面,与某些方法学已被熟知的成熟学科不同,医学心理学作为一门很年轻的交叉学科,如果在研究或临床工作中不重视方法学的学习,可能会在某部分医务人员头脑中出现由“常识心理学”代替科学心理学的情形,从而轻视和否认医学心理学重要性。

(一) 医学心理学方法学的主要特点

1. 基础理论的多样性 医学心理学有关的理论很多,理论的多样性反映了对心理实质认识的不一致,同时也使研究和工作方法不统一。

2. 心理因素的主观性 与某些自然现象不同,许多心理现象的定量难度更大,常带有主观成分。这就需要在实际工作过程中更要注意方法学问题。

3. 研究对象的多学科属性 在医学心理学工作中常同时涉及社会、心理、生物等多学科的有关因素和变量。为了保证结果的科学性,需要我们同时掌握这些学科的一些基本研究方法和手段。

以上特点导致医学心理学研究方法学具有自身的特殊性,可出现宏观和微观并重,实证与思辨同行,形态与机能结合,单因素与多因素分析并存的特殊现象。

(二) 医学心理学的量化方法

现代科学的成就就在于对研究对象作量化的分析,物理化学等学科量化非常精确。但心理现象非常复杂,因此在医学心理学领域,对研究对象心理特征的量化工作,有时还显得粗糙,医学生在学习时应予以客观的分析。为便于理解,可将医学心理学的量化方法分为四类:

1. 描述 对研究对象之间的差别和特征进行语言的记载,以便读者理解。例如咨询门诊个案的症状报告,有关鉴定语或评语等。临床病程记录主要也是采用描述的形式。描述的科学性不在于方法的本身,而取决于描述的水平。描述实际上不是真正的量化,描述的结果也不便于进行统计分析。

2. 序量化 是指在现象学观察基础上,由被试或研究者对某些心理行为现象作等级评估。常分为3、4、5、7或10级予以记录。目前许多心理变量可以采用这种序量化的方式。例如让被试对自己的疼痛程度分10级作出评估,从无疼痛0分到极度疼痛10分。这种方法只能给予粗略的估计,其信度和效度较难把握,可能会影响研究的准确性。

3. 间接定量 是指采用各类心理调查问卷和评定量表对某些心理现象作定量的分析。这是一类间接的定量方法,例如“抑郁”无法直接定量,需要采用“抑郁量表”进行量化,但并不能随便使用一个“抑郁量表”。合格的抑郁量表的编制需要经过一定的心理测量学的检验和分析,例如首先定义什么是抑郁,应包括哪些症状条目,有哪些“因素”,量化等级确定等,确保该量表的有效性和可靠性,即效度和信度符合心理测量学要求。故使用这类定量方法时必须特别重视其心理测量学分析结果。

4. 直接定量 是指对某些心理物理变量作直接测定。心理物理学中的声、光、电、机械等刺激或反应,如感觉阈限、反应时、皮肤电阻等的测定,以及动物实验时的行为活动次数和强度,某些心理治疗手段的实施时限和频率的记录等,都可以直接测量。但在医学心理学工作中,能使用直接定量的并不多。

在医学心理学临床实践和科学研究中,往往综合使用上述各种量化手段。



二、基本研究内容和方法

医学心理学所涉及的研究内容可概括为如下几大类：病因学研究、心理社会因素作用机制的研究、临床心理评估方法的研究和心理干预方法及其疗效的研究。此外，还包括医患关系、病人心理等其他问题。

一般来讲，医学心理学研究过程包括提出问题和假设、收集资料、检验假设、建立理论四个步骤。具体到医学心理学临床研究，研究过程可细分为六个步骤：提出假设、选择关键变量及其检查方法、确定临床研究范式、选定研究样本、检验假设、结果的解释和发布。

研究分类方法有多种，如根据研究目的分为基础研究和应用研究，根据研究性质分为描述性和控制性研究。常见的分类方法是按照研究所涉及的时间特点，将研究分为横断研究（cross sectional study）和纵向研究（longitudinal study），前瞻性研究（prospective study）和回顾性研究（retrospective study）。

回顾性研究是以现在为结果，回溯到过去的研究，是目前医学心理学最常见的研究方式之一。这一研究方式由于条件限制较少，有其优点，但其缺陷是被试目前的心身状态会影响对过去资料报告的真实性和准确性。例如，一位患严重疾病者往往将目前的病况归因于自己的过去，结果可能会报告较多的既往负性生活事件，对负性事件的严重程度估计也可能偏高，从而造成了生活事件与现患疾病有关的假阳性结果。

前瞻性研究是以现在为起点追踪到将来的研究方法，可弥补回顾性研究的缺陷。例如在临床心理实验中，对一批 A 型行为类型者使用自我行为管理策略指导，并追踪此后整个行为干预策略实施过程中研究对象 A 型行为的改变情况，从而证明这种治疗技术的实际效果。但由于前瞻性研究条件限制过多，实施比较困难，使用并不很普遍。

医学心理学的基本研究方法可分为观察法、调查法、心理测量法、个案法、实验法和相关研究法。

（一）观察法

观察法（observational method）是通过对研究对象的科学观察和分析，探讨心理行为变化规律的一种方法。自然观察法（naturalistic observation）是指在自然情景中对人或动物的行为作直接观察、记录和分析，从而解释某种行为变化的规律；控制观察法（controlled observation）是指在预先设置的情景中进行观察。观察法的优点是可以取得被试不愿意或者没有能够报告的行为数据，缺点是观察的质量很大程度上依赖于观察者的能力，而且观察活动本身也可能影响被观察者的行为表现。观察法在心理评估、心理治疗、心理咨询中广泛使用。观察法常用的定量方式是描述法，或者序量化法和直接定量法。

（二）调查法

调查法（survey method）是通过晤谈或问卷等方式获得资料，并加以分析研究。

1. 晤谈法（interview method）通过与被试晤谈，了解其心理信息，同时观察其在晤谈时的行为反应，以补充和验证所获得的资料，进行记录和分析研究。晤谈法的效果取决于问题的性质和研究者本身的知识水平和晤谈技巧。晤谈法应用于临床病人和健康人群，在心理评估、心理治疗、心理咨询和病因学研究中均被广泛采用。科研中常在访问调查过程中完成预先拟定的各种调查问题并作记录。晤谈法常用的定量方式是描述法，或者序量化法和直接定量法。

2. 问卷法（questionnaire method）是指事先设计调查表或问卷，当面或通过邮寄供被调查者填写，然后收集问卷对其内容逐条进行分析的一种方法。例如调查住院病人对护理工作是否满意，哪些满意，哪些不满意等等。问卷调查的质量决定于设计者事先对问题



性质的理解,对问卷目的、内容的明确要求程度,也决定于问卷内容设计的技巧性以及被调查者的合作程度,例如问卷中的问题是否反映了所要研究问题的实质,设问的策略是否恰当、对回答的要求是否一致、结果是否便于统计处理以及内容是否会引起被调查者的顾虑等等。问卷法常用的定量方式是序量化,某些客观指标也可以直接定量。

调查法优点是简单易行,不受时间和空间的限制,不需要任何复杂的设备,在短期内获得大量自我的报告资料。缺点也不容忽视,主要是调查法结果的可靠性受被调查者影响大,不合作态度会降低研究效度。如果采用晤谈法,研究者需要投入较多的人力和时间。

(三) 心理测量法

心理测量法(psychological test method)是指以心理测验或评定量表作为心理或行为变量的主要定量手段,采用经过信度、效度检验的测验工具或量表,例如人格测验、智力测验、症状量表等,以达到医学心理学临床和科研的工作要求的一种方法。心理测验和量表种类繁多,必须严格按照心理测量规范实施,这样才能得到正确的结论(见第五章)。心理测量作为一种有效的定量手段在医学心理学工作中普遍使用。

(四) 个案法

个案研究法(case study method)是对单一案例的研究。包括收集被试的历史背景、测验材料、调查访问结果,以及有关人员做出的评定和情况介绍。这种研究方法在医学心理学中经常出现,主要用于了解和帮助有心理问题或障碍的病人,在此基础上进行调查,做出诊断,设计治疗方案,并对治疗效果进行评估。例如,行为主义心理学家华生对一个名叫小艾伯特的男孩的研究,观察到恐惧症的习得过程。传统的个案法以个案史的回溯性调查为主,但也可用于前瞻性研究。个案法还特别适用于少见案例例如狼孩、猪孩、无痛儿童等心身问题的研究。个案研究通常需要追溯个案的历史和各方面的背景资料,所以具体可采用观察、交谈、测量和实验等方法。

个案法的优点在于研究对象少,便于进行全面、系统及深入的研究,个案研究重视从一个个案结果推出有关现象的普遍意义,因此在临床研究中典型病例的个案研究意义重大,有时则作为大规模抽样研究(sampling study)的准备阶段。其缺点主要有四点:第一,个案研究缺乏代表性,总体推论时特别要慎重;第二,研究是非控制性观察,结果属于描述性的,比较粗糙;第三,主观偏见降低了个案研究的效度;第四,个案研究结论容易被错误应用于仅仅是有联系但不是因果关系的事件。

(五) 实验法

实验法(experimental method)是在控制的条件下观察、测量和记录个体行为的一种研究方法,是科学研究中因果研究的最主要方法。实验法可分为实验室实验法、现场实验法和临床实验法。最简单的实验设计是两个组,其中之一是实验组(experimental group),另一个是对照组(control group),除要研究的影响因素外,两组间在其他方面都相似。实验研究必须严格控制无关变量,即便不能排除,也要求在实验中保持恒定。

临床实验研究范式在医学心理学具有重要意义,例如在医学临床,通过神经科脑部实验(在脑手术允许下)可取得许多宝贵的神经心理学资料,通过对有关心身疾病的临床研究可认识心身的相关性和心理治疗的疗效等;在医学心理学临床研究中,某些实验研究设计可在生活情景中进行,例如对一组幼儿实施连续三年期的行为干预,同时记录其有关心身变量并与未干预组做比较,证明该干预方法对幼儿的心身发展各项指标有重要意义等。临床实验研究也可采用观察、交谈、测量和实验等方法。

近年来,随着自然科学的飞速发展,医学心理学领域的研究工作也越来越多地借鉴分子生物学和神经生物学的新方法。在分子遗传学方面有DNA重组技术、聚合酶链反应(PCR)技术和基因识别、测序、基因组作图,在脑影像技术方面有计算机辅助断层摄影



(CT)、磁共振成像 (MRI)、无创性的功能磁共振脑成像 (fMRI)、正电子发射断层摄影 (PET), 在神经电生理方面有多导脑电图 (从 32 导到 256 导不等) 及相应的睡眠脑电图、脑地形图、诱发电位、脑认知电位等, 以及用于脑信息处理的计算机理论和技术的发展, 这些新方法和新技术正在为探索心理或行为的生物学基础、心身相关性和心理病因学等医学心理学的深层次问题提供新的研究手段。

(六) 相关研究法

相关研究法 (correlation study method) 是考察两个变量间是否有联系的一种研究方法与技术。相关研究法与实验法不同, 不需要操作自变量, 也不需要控制环境, 是在自然环境中对两种以上变量进行观察。相关系数大小在 -1.00 至 $+1.00$ 之间, 相关系数的绝对值越接近于 1.00 , 说明两个变量关联程度越大, 越接近于 0.00 , 关联程度越小。如果相关系数为正值, 叫做正相关; 相关系数为负值, 则为负相关; 相关系数为 0 , 则无相关。

相关研究既不能指明因果关系, 也不能直接得到变量间因果关系的推论, 但能为实验研究确定要研究的变量, 以便作进一步的研究。相关研究在医学心理学研究中占有相当大的比例。

(吴大兴)

第四节 医学心理学的现状与发展

一、我国医学心理学产生的背景

在西方国家, 德国学者 Lotze RH 于 1852 年首先采用医学心理学一词命名其著作。以后近一百年里, 与医学心理学相关的大事件不断出现, 其中各种心理诊断和心理治疗方法的诞生, 奠定了医学心理学工作的基础。1977 年, Engel GL 在《科学》杂志上发表了《需要一种新的医学模式——对生物医学的挑战》一文, 直接推动了传统的生物医学模式向新的生物—心理—社会医学模式的转变, 这是医学心理学相关工作普遍开展的国际大环境。此后, 国外的少数在医学院校工作的心理学家也成立了医学心理学系 (教研室)。但是在欧美国家, 无论是在心理学科还是在医学学科内, 均未设立独立的医学心理学分支学科, 而只有相关类似的分支学科, 如临床心理学、咨询心理学、健康心理学和心身医学等。20 世纪 70 年代末, 我国众多老一代医学心理学专家根据我国医学教育的实际情况, 为应对医学模式发展的需要, 在推动心理科学与医学相结合从而产生医学心理学这一门新生的医学和心理学分支学科方面做出了开创性贡献。虽然该学科历史较短, 但发展迅速, 逐渐完善, 且颇具中国特色。我国的医学心理学吸取了心理学科中所有与健康相关的分支学科内容, 尤其是生理心理学、异常心理学、健康心理学、临床心理学等, 将心理学知识与技能应用于对人类健康的促进, 以及疾病的病因探索、诊断、治疗及预防之中。医学心理学不仅丰富了心理学理论体系, 而且在维护人类健康、防治疾病方面发挥了重要的实际作用。因为医学心理学科是我国的特色学科, 所以这里仅就我国医学心理学现状和发展趋势做一介绍。

二、我国医学心理学科的现状

20 世纪 70 年代末, 在卫生部领导下, 全国各重点医学院校开始通过培训班形式培养医学心理学师资, 逐步为医科生开设了医学心理学选修课程, 并尝试编写医学心理学讲义



和教材。20世纪80年代中期，卫生部将医学心理学纳入了医科生必修课程，使医学心理学学科建设步入快速、规范发展的轨道。至今，各医学院校均成立了医学心理学教研室（所、中心或系），各单位师资编制通常是5~10人不等，从事医学心理学教学、科研及临床实践工作。同时，在卫生部教材办公室和全国高等医药教材建设研究会的组织下，针对不同层次医科生的特点，编写了系列的《医学心理学》卫生部规划教材。

20世纪80年代，我国医学心理学的兴起与发展，在医学心理学研究领域也有相当的反映。最先得到医学心理学研究者重视的是临床心理评估方面的研究。早期主要是引进和修订一大批国际上著名心理测验，如韦氏智力量表、明尼苏达多相人格调查表等量表的修订，并得以广泛应用；中期则开始探索研制具有我国自主知识产权的心理评估方法，如临床记忆量表的编制；目前，重视现代测量学理论的指导作用，注意吸收实验心理学和认知神经科学最新研究成果，研制具有自主知识产权的、应用前景广泛的心理评估方法。在心理评估研究的同时，心理治疗与咨询方法研究也得到了广泛的重视，国际上主要流派的心理治疗方法相继在我国广泛应用，具有我国特色的心理治疗方法如道家认知疗法也开始应用于临床。此外，在病理心理、神经心理、心理健康等领域，我国医学心理学工作者也取得了丰硕的研究成果。

中国心理学会在1979年成立了医学心理学专业委员会。1985年，中国心理卫生协会成立。20世纪80年代中期以前，医学心理学科论文大都在国内几家心理学杂志和医学杂志上发表。1987年，《中国心理卫生杂志》创刊；1992年，《中国行为医学科学》创刊；1993年，《中国临床心理学杂志》创刊。目前，全国相应的专业刊物已有近十种，标志着我国医学心理学科研究工作有了良好的开端。

近些年来，我国的医学心理学工作已逐渐扩大到基础医学、临床医学及预防医学各个领域，全国医疗、健康保健及相关机构建立了更多的医学心理咨询门诊，解决临床各科及健康领域的心理问题，反映了我国医学心理学科应用的广阔前景。

三、我国医学心理学科发展趋势

今后，我国医学心理学科将继续以生物—心理—社会医学模式作为指导思想，贯穿于理论与实践之中。加强医学心理学课程建设和学科自我生存能力，提高医学心理工作者专业素养及专业水平，力争更多高水平的科研成果，扩大应用领域及提高临床服务的能力，均是我国医学心理学面临的主要挑战，并呈现出如下发展趋势：

1. 该学科队伍人数将快速增长，学历层次会进一步提高，教育结构会有相应的变化。围绕着医学心理学国家精品课程建设，教材将进一步优化，课程进一步规范化，教学质量进一步提高。

2. 具有我国自主知识产权的适用临床的心理测验和计算机辅助的心理测验数量大幅增加；具有某种法律效应的测验管理法规有可能产生，从而为我国心理测验的研究和开发提供了基本的保证。

3. 利用我国病理心理研究对象（包括脑损伤患者）资源的巨大优势，在心理障碍和脑损伤的病因和发病机制方面做出国际领先的成果。目前，医学心理学家通过基因、大脑、行为及环境多层面研究，极有可能阐明常见心理障碍的病因及发病机制，也有可能澄清心理应激与生活方式相关的躯体疾病的相互作用关系。

4. 通过对危险人群进行多方位的、有针对性的早期干预，非传染性慢性疾病和与人类生活方式关系密切的艾滋病、成瘾行为等发生率将大幅度降低。

5. 健康领域工作的医学心理学家将广泛参与旨在促进人们身心健康，减少损害健康的心理社会危险因素，提高人们（包括病人）生活质量的各项研究和实际工作，工作范围



将扩大到基础医学、预防医学和内、外、妇、儿各临床学科以及老年医学和康复医学各个领域；在社会上产生越来越大的影响。

四、我国医学心理学工作者的培养

医学心理学是心理学与医学相结合的交叉学科，不仅涉及几乎所有的心理学分支学科，如基础心理学、异常心理学、神经心理学、生理心理学、临床心理学及健康心理学等；也涉及基础医学（如神经生物学、病理生理学）、临床医学（含内、外、妇、儿、耳鼻喉、皮肤、神经精神等）、预防医学和康复医学有关知识和技能，还涉及人类学、社会学、生态学等人文社科领域广泛知识，例如语言、交际、习俗、婚姻、家庭、社区、居住、工业化等方面社会文化背景及相关的心理学问题。因此，要成为一名专业的医学心理学工作者，需要在医学、心理学及相关的人文社科领域进行正规的、长期的学习和训练。目前，我国职业的医学心理学工作者工作场所很广，大多数在大专院校尤其是医学院校从事教学、科研和临床等方面工作，少数人在医院、卫生保健单位从事临床和科研工作。预计可能和美国临床心理学家一样，在发展到一定阶段后，越来越多的人走向社区，开设心理诊所，开展心理疾病的诊治和预防工作。不管在什么场所从事何种工作，职业的医学心理工作者都需要接受正规训练，取得一定的资质，才能从事专业性工作。医学心理学工作者培养途径和方式甚多，其中短期培训与进修班、本科及研究生培养方式最为常见。

1. 短期培训和进修班 在20世纪80年代，医学心理学科尚处于初期发展阶段，专业人员极为缺乏。当时一大批来自相关学科（如基础医学、心理学、精神病学、公共卫生学、神经科学及社会科学等）人员进入医学心理学领域。为了在短时间内提高这些人员专业素养和业务水平，国内几所医学院在卫生部支持下，开展了医学心理学业务骨干和师资的培训，并接受半年至一年的进修生。至20世纪末，中南大学湘雅医学院（原湖南医科大学）、北京大学医学部（原北京医科大学）及中科院心理研究所等部门为我国培训了近万名医学心理学工作者，从而建立了一支有相当规模的专业队伍。值得一提的是，以原北京医学院为主要发起单位，连续10余次召开全国医学心理学教学研讨会，每次都有几十所院校教师参加，交流医学心理学工作尤其是教学工作的经验，这一活动对于我国医学心理学学科建设，特别是教学工作，产生了积极的作用。

2. 医学心理学专业本科生培养的尝试 近年来，国内部分医学院校（至2007年底，已有近百余所院校）开始招收和培养医学心理学专业本科生。培养模式主要有两种，一种按心理学科本科生培养模式进行培养（应用心理学专业医学心理学方向），教学内容侧重心理学知识和技能，学制4年，毕业时授予理学或教育学学士学位；另一种按医学本科生培养模式进行培养（临床医学专业医学心理学方向），教学内容侧重医学知识和技能，兼顾医学心理学知识和技能的训练，学制5年，毕业时授予医学学士学位。目前，各医学院校招收该专业方向本科生人数预计已达到万余名，这对我国未来医学心理学的发展将会产生深远的影响。

3. 医学心理学专业方向研究生的培养 按现行我国学科分类系统，医学心理学科属于心理学科（一级学科）中的应用心理学（二级学科）的分支学科（三级学科），也有部分医学院校自主将医学心理学科作为二级学科设置在基础医学或临床医学（一级学科）之中。学科分类的不统一，导致了目前我国医学心理学专业方向研究生毕业时的学位名称不一致，有的授予教育学或理学学位，有的授予基础医学或临床医学学位。但是，各院校医学心理学专业方向研究生培养模式大同小异，均强调了医学心理学科科研能力和实践能力并重的培养模式，即科学家——实践家培养模式。目前，我国医学心理学专业方向研究生培



养分为硕士研究生和博士研究生两个层次。医学院校中有医学心理学专业方向硕士学位授予权的较多，招收研究生数量也较大，学制通常是3年；但是，具有医学心理学专业方向博士学位授予权的院校很少，每年招收人数不到50名，还有极大的发展空间。通过医学心理学专业方向研究生的培养，为我国医学心理学科的发展培养了一大批高素质的学术人才和业务骨干，这必定是将来我国医学心理学工作者职业化发展的主要途径。

（姚树桥）

第二章 心理学基础

人的心理或心理现象分为基本的心理过程和个性两个方面，并且具有生物和社会的双重属性。作为医科生，应该首先掌握基本的心理学概念和知识，为进一步学习医学心理学知识和方法打下基础。

第一节 认知过程

认知过程 (cognitive process) 是心理过程中的最重要和最基本的部分，它是指人们获得知识或应用知识的过程，或信息加工的过程，是情绪、情感过程和意志过程的基础。它包括感知觉、记忆、思维、想象和语言等。

一、感觉和知觉

感觉和知觉是人的认识活动的开端。

(一) 感觉

1. 感觉的定义 感觉 (sensation) 就是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的个别属性的反映。如，看到了大千世界的五光十色；听到自然界美妙的鸟语虫鸣；品尝着世间百味儿；闻到物质的芬芳等等。人体具有多种感觉器官，不同的感觉器官具有不同的功能，分别接受不同的感觉刺激，能够产生不同的感觉。

感觉是个体最简单最初级的心理活动，是一切较高级、较复杂心理现象的基础。尽管感觉很简单，但是对个体的生活和工作却有着非常重要的意义。一方面，感觉为人们提供了内外环境的信息；另一方面，感觉保证了机体与环境的信息平衡。人们无时无刻不从周围环境中获取感觉信息，正是这些感觉信息维持着人们正常的心理生活，信息超载和不足都会对人们的正常生活产生不利的影响。“感觉剥夺”试验就是很好的证明。

2. 感觉的种类 根据刺激的来源可把感觉分为外部感觉和内部感觉。外部感觉是由外部刺激作用于感觉器官引起的感觉，包括视觉、听觉、嗅觉、味觉和皮肤觉。内部感觉是由有机体内部的刺激所引起的感觉，包括运动觉、平衡觉、内脏感觉（包括饥渴、饱胀、窒息等）。

(1) 视觉：视觉是光刺激于人眼所产生的感觉。是人类对外部世界进行认识的最主要途径，人类所接受的信息有 80% 是来自于视觉的。视觉能使人们快速意识到环境中刺激物的变化，并做出相应的行为反应。视觉的适宜刺激是波长为 380~780nm 的可见光波。

(2) 听觉：听觉是声波作用于耳所产生的感觉。听觉是人类另一重要感觉。听觉的适宜刺激是声波 (16~20000Hz)。

(3) 嗅觉：嗅觉是由有气味的物质作用于鼻腔黏膜中的嗅细胞所引起的。研究人员发现不同的气味对人体可以产生不同的作用。比如，有一些芳香物质可以使人精神振奋，减轻疲劳，提高工作效率；天竺葵花的香味具有镇静作用，能使病人安然入睡。

(4) 味觉：味觉的感觉器官是舌头上的味蕾，能够溶于水的化学物质是味觉的适宜刺激。一般认为，人有酸、甜、苦、咸四种基本味觉，其他味觉都是由它们混合产生的。实验证明，人们的舌尖对甜味最敏感，舌中部对咸味敏感，舌两侧对酸味敏感，而舌根部则



对苦味最为敏感。

(5) 皮肤觉: 皮肤觉的基本形态有四种: 触觉、冷觉、温觉和痛觉。皮肤觉的感受器在皮肤上呈点状分布, 称触点、冷点、温点和痛点, 它们在身体不同部位的数目不同。皮肤觉对人类的正常生活和工作有着重要意义。人们通过触觉认识物体的软、硬、粗、细、轻重, 盲人用手指认字, 聋人靠振动觉欣赏音乐, 都是对皮肤觉的利用。

3. 感觉的特征

(1) 感受性和感觉阈限: 感受性也叫感觉的敏锐程度, 是感觉器官对刺激的感觉能力。感觉总是由一定的刺激引起, 但并非所有的刺激都能让人感觉到。例如, 落在手背上的灰尘, 我们是感觉不到的, 但是一个小石头落在手背上, 我们就能感觉到。

感觉阈限则是衡量感觉能力的客观指标。每种感觉都有绝对感受性与绝对感觉阈限以及差别感受性和差别感觉阈限。我们把刚刚能够引起感觉的最小刺激强度称为绝对感觉阈限, 人们对最小强度的刺激的感觉能力叫绝对感受性。绝对阈限越小, 则感觉越灵敏, 感受性越高, 反之亦然。也就是说, 感受性和感觉阈限之间呈反比的关系。各种感觉的绝对感觉阈限并不相同, 同一感觉的绝对感觉阈限也因人而异。

人们除了能够对单一刺激产生相应的感觉外, 还能分辨出刺激物之间存在的差异。对刺激物之间最小差异量的分辨能力, 叫差别感受性。刚刚能够引起差别感觉的最小刺激强度, 叫差别感觉阈限。

(2) 感觉后像: 刺激作用停止以后, 感觉印象的暂时存留现象, 叫感觉后像。感觉后像分为正后像和负后像。在视觉上有明显的感觉后像。例如, 在注视电灯之后闭上眼睛, 眼前会出现电灯的光亮形象, 位于黑色背景之上, 这叫正后像; 在注视电灯之后, 把目光移到白色背景上, 那么在白色背景上则会出现一道黑色的电灯形象, 这叫负后像。

(3) 感觉的适应: 由于刺激物对感受器的持续作用使感受性发生变化(感受性提高或降低)的现象, 就是感觉的适应。在各种感觉中, 嗅觉的适应性最强, 而听觉和痛觉的适应现象较为少见。

(4) 感觉对比: 同一感觉器官由于不同刺激物的作用, 会使感觉在强度上和性质上发生变化, 这种现象叫做感觉对比。

(5) 联觉: 当一种感觉器官受到刺激而产生一种特定感觉的同时又产生另外一种不同的感觉。我们感觉到的“沉重的乐曲”、“甜蜜的笑容”等就是联觉现象。

人的各种感受性并不是一成不变的, 能在生活实践中得到提高和发展。如音乐指挥家具有高度精确的听觉, 能听出上百人的乐队中某一个人演奏错了一个音符。当人们的某种感觉缺失后, 其他的感受性会高度发展起来弥补其缺失的感觉功能, 这种现象叫做感觉的补偿。如, 盲人的听觉和触觉, 聋哑人的视觉都非常灵敏。

(二) 知觉

1. 知觉的定义 知觉(perception)是人脑对直接作用于感觉器官的客观事物的整体属性的反映。例如, 我们看见一个红红的苹果、听到一首动听的歌曲, 而不是仅仅看到红色的、圆形, 听到高音或低音、乐音或噪音, 这些就是知觉现象。

人们通过感觉可以认识事物的个别部分或个别属性, 而通过知觉能够把由各种感觉通道所获得的感觉信息进行整合以获得对事物整体的认识。

人的感觉的产生更多地受客观刺激的影响, 而知觉的产生除了受客观刺激的作用外, 还很大程度上要受个人经验等主观因素的制约。

2. 知觉的特性

(1) 知觉的相对性: 当我们看到绿叶丛中一朵红花时, 在知觉上就与看到摘下来单独的一朵红花是不一样的; 同样颜色、款式的衣裙, 穿在高、矮、胖、瘦、美、丑各异的人



身上，给人的知觉体验也是完全不同的，这就叫知觉的相对性。

(2) 知觉的整体性：知觉系统具有把感觉到的个别特征、个别属性整合为整体的功能，这就叫知觉的整体性。知觉的整体性与过去经验有关，还与知觉对象本身的特征有关，如对象的接近性、相似性、连续性、封闭性等等。

(3) 知觉的理解性：我们在知觉事物时，不仅依赖于当前的信息，还要根据自己过去的知识经验来理解它，给它赋予一定的意义，这就叫做知觉的理解性。知识经验不同，对知觉对象的理解也不同。例如，对一件破旧的古董，普通人和考古学家对其知觉就不相同。

(4) 知觉的恒常性：在一定的范围内，当知觉的条件或对象发生变化的时候，而知觉的映象仍保持不变，知觉的这种特性称为知觉的恒常性。在各种知觉中，视觉的恒常性最明显。视觉的恒常性包括大小恒常性、形状恒常性、明度恒常性、颜色恒常性等。知觉的恒常性对于我们现实生活有着重大意义。它可以使我们保持对事物本来面目的认识，保持对事物的稳定不变的知觉，从而更好地适应不断变化的环境。

3. 知觉的种类 根据知觉反映的客观事物的特性的不同，我们可以把知觉分为空间知觉、时间知觉和运动知觉。

(1) 空间知觉：空间知觉是对物体的形状、大小、远近、方位等空间特性的知觉。它包括形状知觉、大小知觉、距离知觉和方位知觉等，是多种感受器协同活动的结果。

(2) 时间知觉：是对客观事物的顺序性和延续性的反映。

(3) 运动知觉：是个体对物体空间移动以及移动速度的反映。例如，鸟在天上飞、鱼在水里游等等。通过运动知觉，人们可以分辨物体的运动和静止，以及运动速度的快慢。

4. 错觉 错觉是在客观事物刺激作用下产生的对刺激的主观歪曲的知觉，是不正确的知觉。在生活中常见的错觉有大小错觉、形状错觉、方向错觉、形重错觉、倾斜错觉、运动错觉、时间错觉等。下图为“左氏错觉”(见图 2-1)。

研究错觉有重要的理论和实践意义。从理论上来看，有助于揭示人们正常知觉客观世界的规律。从实践来看，既有助于消除错觉对人类实践活动的不利影响，又可以将错觉规律在艺术、军事、体育等各个领域加以运用。

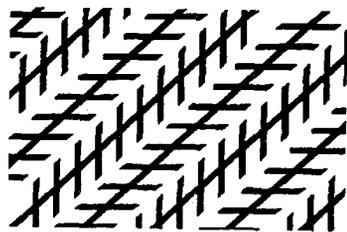


图 2-1 “左氏错觉”示意图

二、记忆

(一) 记忆概述

记忆 (memory) 是人脑对过去经历过的事物的反映。记忆是一个复杂的心理过程，包括识记、保持、再认和再现三个基本环节。

记忆是人们熟悉的心理现象。如果没有记忆，个体将一直处于新生儿状态，难以适应一切活动。所以说记忆是个体发展的重要条件。

(二) 记忆分类

1. 按记忆的内容分类

(1) 形象记忆：是以感知过的事物形象为内容的记忆，这些具体形象可以是视觉的、听觉的、嗅觉的、味觉的或触觉的形象。例如，对事物的大小、形状、颜色、声音、气味、软硬、冷热等的记忆都属于形象记忆。

(2) 逻辑记忆：是对概念、公式、判断、推理等抽象内容的记忆，这些记忆不是事物的具体形象，而是以语言或符号的形式表现出事物的意义、本质和规律，这种记忆形式是人类所独有的。



(3) 情绪记忆: 是对体验过的情绪、情感的记忆。例如, 失去亲人后的痛苦心情很长一段时间难以忘怀, 就是情绪记忆的表现。情绪记忆比其他记忆更持久, 甚至终身不忘。

(4) 运动记忆: 是以曾做过的运动或学习过的动作为内容的记忆。一般来讲, 运动记忆比较困难, 但不易遗忘。

2. 按记忆信息加工的方式或保持时间的长短分类

(1) 感觉记忆: 又称瞬时记忆, 是指个体的感觉器官感应到刺激时所引起的短暂的记忆。它是直接以信息材料所具有的物理特性编码, 有鲜明的形象性, 信息存贮的时间极短, 为 0.25~2 秒, 它只存在于感官层面, 如不加注意, 转瞬即逝。

(2) 短时记忆: 又叫初级记忆, 是指感觉记忆中经过注意能保持到 1 分钟以内的记忆。短时记忆容量有限, 记忆的广度是 7 ± 2 个“创克”(chunk)。短时记忆是信息处理的中间站, 来自感觉记忆的信息可以在短时记忆中得到加工而进入长时记忆。

(3) 长时记忆: 又称二级记忆, 是指能够长期甚至永久保存的记忆, 一般来源于短时记忆的加工和重复。这种记忆的容量非常大, 构成了个体关于外界和自身的全部知识经验; 保持时间长, 从 1 分钟以上到几天、几个月、几年甚至终生难忘。

(三) 记忆的心理过程

记忆是一个复杂的心理过程, 它包括识记、保持、再认和重现(回忆)。

1. 识记的心理过程: 通过对客观事物的感知与识别而获得事物的信息和编码, 并在头脑中留下映象的过程。识记是记忆的开端, 是保持的前提。

2. 保持的心理过程: 指识记过的材料(经验)和获得的信息在头脑中得到储存和巩固的过程。它是实现再认和再现的重要保证。保持是一个动态变化的过程, 表现为保存信息的数量和质量会随着时间的推移而发生改变。

3. 再认与再现的心理过程: 这是记忆的两种表现形式, 都以识记为前提。当以前感知过的事物或场景重新呈现时能够识别出来, 这就是再认; 当以前感知过的事物或场景不在眼前时大脑将它们的反映重新呈现出来, 这是再现。

(四) 遗忘

对识记过的事物不能再认或再现, 或是错误地再认或再现, 称为遗忘。遗忘是与保持相反的过程。遗忘规律如下:

1. 遗忘进程先快后慢 遗忘的进程是不均衡的, 有先快后慢的特点, 德国心理学家艾宾浩斯(Ebbinghaus)首先发现了这一现象。

2. 遗忘的多少与记忆材料的性质和长度的关系 从记忆材料的性质上说, 抽象的材料遗忘快于形象的材料; 无意义的材料遗忘快于有意义的材料; 言语材料遗忘快于形象材料; 熟练的技能遗忘最慢。从记忆材料的长度来说, 记忆材料长度越长, 就越容易遗忘。

3. 遗忘的多少与个体的心理状态的关系 能满足个体需要或对个体有重要意义的材料容易保持, 不能满足个体需要或对个体没有意义的材料容易遗忘; 能引起个体愉快的情绪体验的材料容易保持, 能引起个体不愉快的情绪体验的材料容易遗忘。

4. 遗忘与个体的学习程度和学习方式的关系 从学习程度方面来说, 学习重复的次数越多, 就越不容易遗忘, 但从经济高效的角度来看, 超额学习百分之五十最佳; 从学习方式方面来说, 反复阅读与试图回忆相结合比单纯的反复阅读记忆保持的效果好。这是因为, 反复阅读与试图回忆相结合能加强注意力, 充分利用时间。

三、注意

(一) 注意的概述

1. 注意的概念 注意(attention)是指个体的心理活动对一定对象的指向和集中。指



向性与集中性是注意的两个基本特性。

注意的指向性是指心理活动或意识在哪个方向上进行活动。指向性不同,人们从外界接受的信息也不同。注意的集中性是注意时的心理活动或精神的紧张程度。当心理活动或意识指向某个对象的时候,它就会在这个对象上集中起来,即全神贯注起来,这就是注意的集中性。例如,医生在做复杂的外科手术时,他的注意高度集中在病人的病患部位和自己的手术动作上,与手术无关的其他人和物,便排除在他的意识中心之外。注意的指向性和集中性是密不可分的。

2. 注意的功能 注意的基本功能是对信息进行选择。周围环境给人们提供了大量的刺激,这些刺激有的对人很重要,有的对人不那么重要。人要正常地生活与工作,就必须选择重要的信息,排除无关刺激的干扰。

3. 注意的外部表现 注意是一种内部心理状态,可以通过人的外部行为表现出来。人在注意时,血液循环和呼吸都可能出现变化,当注意高度集中时,还常常伴随某些特殊的表情动作,如托住下颌、凝神远望等。

(二) 注意的分类

根据注意时的主动程度,可以把注意分为无意注意、有意注意和有意后注意三种类型。

1. 无意注意 没有预定目的,无需意志努力的注意,是一种被动的注意。引起无意注意的条件有两个:客观事物具体特征和主体的状态。

2. 有意注意 有预定目的,也需要意志努力的注意,这是一种主动的注意。它是注意的一种积极、主动的形式。保持有意注意的条件有:活动目的与任务;兴趣;活动组织;过去经验;人格等等。

3. 有意后注意 有预定目的,又无需太多意志努力的注意。有意后注意是注意的一种特殊形式。它同时具有无意注意和有意注意的某些特征。培养有意后注意关键在于发展对活动本身的直接兴趣。有经验的教师在课堂上常常通过生动有趣的例子和各种学生参与的课堂活动来促进学生的有意后注意。

(三) 注意的特征

1. 注意的广度 又称注意的范围,是指单位时间内能清晰地把握对象的数量。在十分之一秒时间内,正常成人能注意到4~6个毫无关联的对象。

2. 注意的稳定性 注意的稳定性是指注意能较长时间保持在感受某种事物或从事某项活动的特性。保持的时间越长,表明注意的稳定性越好。注意集中时间长短与个体差异、兴趣和状态有关,同时与训练有关。一般人的注意集中时间为10分钟左右,但经过严格训练的外科医生可以集中注意在手术部位达数小时之久。注意的稳定性并不是一成不变的,而是在间歇性地加强和减弱,这种现象叫做注意的起伏,是注意的基本规律之一。

3. 注意的分配 是指在同一时间内,将注意指向不同的对象或活动上。注意分配得以实现的前提是只能存在一个注意的中心。驾驶汽车时,驾驶员对车的操作是熟悉的,因此注意路况就是注意的中心。注意分配的能力可以通过训练得到提高,例如通过长期的针对性训练,足球运动员在比赛中的注意分配情况可谓眼观六路、耳听八方。

4. 注意的转移 是指个体有目的地、主动地把注意从一个对象转移到另一个对象。注意转移的速度主要取决于注意的紧张性和引起注意转移的新的刺激信息的性质。通常原来注意的紧张性越高,新信息越不符合引起注意的条件,注意转移就越困难。



四、思维与想象

（一）思维

1. 思维的概念 思维（thinking）是人脑对客观现实概括的、间接的反映，是认识的高级形式。它能揭示事物的本质特征和内部联系，并主要表现在概念形成和问题解决的活动中。间接性和概括性是思维的重要特性。

所谓思维的间接性，是指它借助其他事物为媒介来进行反映。例如，医生通过脑电图波形可以间接地了解病人脑的活动。正因为思维具有间接性，人们才可能认识那些没有直接作用于人的感官的事物和属性，从而揭示事物的本质和规律。

所谓思维的概括性，是指个体对客观事物的本质特征和内在规律的反映。一方面，思维所反映的内容既不是事物的个别属性，也不是个别的事物，而是对一类事物共同的本质特征进行反映，例如，苹果、梨、橙、桃等水果的外形、性状各异，但大都有甜、酸、富含水分的特点，甜、酸而多汁就是对多种水果的共同本质特征的概括认识。另一方面，思维是对事物之间规律性的内在联系的认识，例如精神分裂症的患者一般都有幻觉和妄想，这是医生对精神分裂症与幻觉、妄想之间规律性联系的认识。

2. 思维的种类 思维的分类方式有多种。

（1）根据思维方式来分类，则有：①动作思维，是以实际动作或操作来解决问题的思维，即思维以动作为支柱，依赖实际操作解决具体直观的问题，在个体心理发展中，此种思维方式是1~3岁幼儿的主要思维方式，在实际的生活中成人也常常依赖实际操作来解决一些问题，但这种直观动作思维要比幼儿的直观动作思维水平高。②形象思维，是利用具体形象解决问题的思维，思维活动依赖具体形象和已有的表象，在个体心理发展中，它是3~6岁儿童的主要思维方式，也是许多艺术家、文学家及设计师较多运用的思维方式。③抽象思维，是以抽象的概念和理论知识来解决问题的思维，这是人类思维的核心形式，例如，学生运用公式、定理、定律解答数、理、化的问题的思维方式等。

（2）根据思维探索答案的方向（思维的指向性）来分类，则有：①聚合思维，也称求同思维，就是把解决问题所能提供的各种信息聚合起来，得出一个正确的答案或一个最好的解决问题的方案。②发散思维，又称求异思维，是指解决一个问题时，沿着各种不同的方向去进行积极的思考，找出符合条件的多种答案、解决方法或结论的一种思维。

（3）根据思维的独立程度来分类，可分为：①常规思维，是用常规的方法和现成的程序解决问题的思维。这种思维不创造新成果，创造性水平很低。②创造性思维，是指在思维过程中，在头脑中重新组织已有的知识经验，沿着新的思路寻求产生一些新颖的、前所未有的、有创造想象参加的且具有社会价值的思维。

3. 思维的过程 在头脑中对事物进行分析、综合、比较、抽象、概括的过程。

（1）分析与综合：分析是指在头脑中把事物的整体分解为各个部分或各个属性，而综合则是在头脑中把事物的各个部分、各个特征、各种属性结合起来，了解它们之间的联系，形成一个整体。综合是思维的重要特征，只有把事物的部分、特征、属性等综合起来，才能把握事物的联系和关系，抓住事物的本质。

（2）比较：比较是把各种事物和现象加以对比，确定它们的相同点、不同点及其关系。比较过程必须有两个前提：一是对象之间确实有联系才能比较；二是要在同一标准下比较。有比较才有鉴别。通过比较，才能看出异中之同或同中之异。

（3）抽象与概括：抽象是在思想上抽出各种事物与现象的共同的特征和属性，舍弃其个别特征和属性的过程。概括是在思想上把抽象出的各种事物与现象的共同特征和属性综合起来，形成对一类事物的概括性本质属性的认识。这不仅扩大了人对事物的认识，而且



加深了人对事物本质的认识。

(二) 想象

1. 想象的定义 想象是人们对头脑中已有的表象进行加工改造并创造出新形象的过程。想象是在记忆表象的基础上形成的,如孙悟空、猪八戒等形象就是想象的成果。想象的源泉和内容都来自客观现实,是人脑对客观现实反映的一种形式。

2. 想象的功能 爱因斯坦曾经指出“想象力比知识更重要,因为知识是有限的,而想象力概括着世界上的一切,推动着进步,并且是知识进化的源泉。严格地说,想象力是推动科学进步的有力因素。”想象具有以下几种主要的功能:

(1) 想象具有预见的作用。它能预见活动的结果,指导人们活动进行的方向。

(2) 想象具有对认识的补充作用。当认识对象的客观信息不足或很难直接感知认识对象时,想象可以弥补对对象认识的不足。考古工作者就是在发掘出的文物的基础上,根据历史发展的逻辑,充分发挥其想象功能,而勾画出古人的社会生活场景。

(3) 想象具有对情绪的调节作用。例如一个常常受人欺负的孩子,会因为自己在想象中战胜了对手而笑出声来。

(4) 想象具有代替作用。当人们的某些需要不能实际得到满足时,可以利用想象的方式得到满足或实现。在游戏中,儿童正是凭借着想象来满足自己的多种需要的。

(5) 想象对机体的生理活动过程也有调节作用,它能改变人体外周神经的机能活动过程。如人们可以经过一定的练习而控制自己的呼吸和心跳等。

3. 想象的种类

(1) 有意想象:根据一定目的,自觉地进行的想象活动,叫有意想象。有意想象又分为再造想象、创造想象和幻想。

(2) 无意想象:没有预定目的,不自觉的想象被称为无意想象,这是一种简单而初级的想象,例如“青春期白日梦”。在日常生活中,梦是很常见的一种无意想象。

(卢 勤)

第二节 情绪和情感过程

人在认识和改造客观世界的实践活动中,以及在人与人的交往的过程中,必然接触到自然界和社会中的各种对象和现象,也一定会遇到得失、顺逆、荣辱、美丑等各种情境,从而产生喜、怒、哀、乐、爱、恨等情绪、情感体验。正是各种情绪、情感的不同变化,才使得人们的心理活动丰富多彩,各具特色。

一、情绪和情感的概念

情绪和情感过程则是对客观事物与人的需要之间关系的一种反映。客观事物与人的需要之间关系,又决定了人对客观事物的态度。人对这种关系进行反映的形式则是体验和感受。所以,情绪(emotion)和情感(affection)是指人们对客观事物是否符合自身需要的态度的体验。情绪与情感是人们对客观事物的一种反映形式,客观事物是产生情绪、情感的本源,离开了客观事物,情绪、情感就成了无源之水,无本之木。当客观事物满足了人的需要和愿望时,就会引起人的诸如高兴、愉快、满意、爱慕等积极肯定的情绪和情感;当客观事物不能满足人的需要和愿望时,会引起人的诸如生气、苦闷、不满、憎恨等消极否定的情绪和情感;当客观事物只能满足人们一部分需要时,则会引起诸如喜忧参半、百感交集、啼笑皆非等肯定与否定、积极与消极相互交织的情绪与情感。



二、情绪和情感的关系

情绪和情感在历史上曾统称为感情 (affection), 它既包括感情发生的过程, 也包括由此产生的各种体验, 因而用单一的感情概念难以全面表达这种心理现象的全部特征。在当代心理学中则分别采用情绪和情感来更确切地表达感情的不同方面。所以情绪和情感是既相互联系又有区别。情绪主要是指感情过程, 也就是脑的神经机制活动的过程。情绪代表了感情的种系发展的原始方面, 所以情绪的概念可用于动物和人。情绪和情感又是人类社会历史发展的产物, 而且情感是人才具有的高级心理现象, 情感的概念是感情性的“觉知”方面, 集中表达感情的体验和感受。经常用来描述那些具有稳定的、深刻的社会意义的感情。其区别还表现为, 情绪是和有机体的生理需要能否得到满足相联系的体验, 例如, 饮食需要是否得到满足所引起的愉快或不愉快的体验; 而情感是指人在社会历史发展过程中产生的, 与社会需要相联系的体验, 是比较复杂的体验。情绪带有情境性, 变化快, 某种情境的消失就会使得某种情绪消失; 而情感是对事物的稳定态度, 受到情境的影响小。情绪往往由事物的表面现象引起, 因此带有冲动性; 情感的产生则与对事物的深刻认识相联系, 因而冲动性较少。情绪和情感虽然有区别, 但事实上很难将二者截然分开, 情绪情感总是彼此依存、相互交融的, 稳定的情感是在情绪的基础上发展起来的, 同时又通过情绪反应得以表达; 情绪的变化往往反映情感的深度, 在情绪发生的过程中, 常常蕴涵着情感。

三、情绪的功能

1. 情绪是适应生存的心理工具 情绪是进化的产物。在低等动物种系中, 几乎无情绪而言, 只有一些具有适应性的行为反应模式。当动物的神经系统发展到皮质阶段时, 生理唤醒在头脑中产生相应的感受状态并留下痕迹, 这就是最原始的情绪。当特定的行为模式、生理唤醒及相应的感受状态三成分出现后, 就具备了情绪的适应性, 其作用在于使机体处于适宜的活动状态。所以, 情绪自产生之日起便成为适应生存的工具。

人类继承和发展了动物情绪这一高级适应手段。情绪的适应功能在于改善和完善人的生存条件。例如, 婴儿在出生时, 由于脑的发育尚未成熟, 还不具有独立生存的基本能力, 他们靠情绪信息的传递, 得到成人的抚育。人们常通过快乐表示情况良好; 通过痛苦表示急需改善不良处境。由于人生活在高度人文化的社会里, 情绪适应功能的形式有了很大的变化, 人用微笑向对方表示友好; 通过移情和同情来维护人际联结, 情绪起着促进社会亲和力的作用, 但对立情绪有着极大的破坏作用。总之, 各种情绪的发生, 时刻都在提醒着个人和社会去了解自身或他人的处境和状态, 以求得良好适应。

2. 激发心理活动和行为动机 情绪构成一个基本的动机系统。它能够驱动有机体发生反应、从事活动, 在最广泛的领域里为人类的各种活动提供动机。情绪的动机功能既体现在生理活动中, 也体现在人的认识活动中。

内驱力是激活有机体行为的动力。情绪的作用在于能够放大内驱力的信号, 从而更有力地激发行动。例如, 人在缺水或缺氧的情况下, 产生补充水分或氧气的生理需要。但是这种生理驱力本身并没有足够的力量去驱化行动。而此时产生的焦虑感起着放大和增强内驱力信号的作用, 并与之合并而成为驱动人行为的强大动机。

内驱力带有生物节律活动的刻板性。情绪反应却比内驱力更为灵活, 它不但能根据主客观的需要及时地发生反应, 而且可以脱离内驱力独立地发生作用。情绪的动机功能还体现在对认识活动的驱动上, 认识的对象并不具有对活动的驱动性, 促使人去认识事物的是兴趣和好奇心。兴趣作为认识活动的动机, 导致注意的选择和集中, 支配感知的方向和思



维加工，从而支持着对新事物的探索。

3. 心理活动的组织作用 情绪是独立的心理过程，有自己的发生机制和活动规律。作为脑内的一个监察系统，情绪对其他心理活动具有组织作用。它包括对活动的促进或瓦解两方面，正性情绪起协调、组织作用，负性情绪起破坏、瓦解或阻断作用。研究证明，情绪能影响认知操作的效果，影响效应取决于情绪的性质和强度。愉快强度与操作效果呈倒“U”型，即中等唤醒水平的愉快和兴趣为认识活动提供最佳的情绪背景，过低或过高的愉快唤醒均不利于认知操作（图 2-2）。对于负性情绪来说，痛苦、恐惧的强度与操作效果呈直线相关，情绪强度越大，操作效果越差。

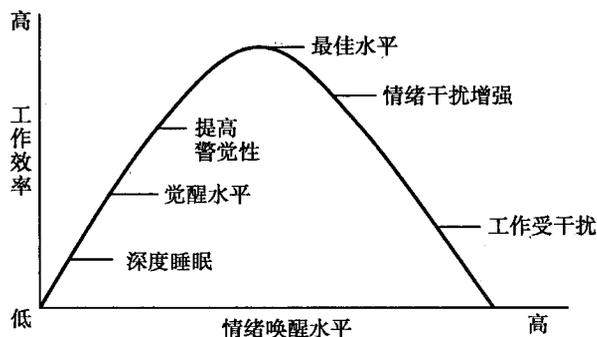


图 2-2 情绪与工作效率关系示意图

情绪的组织功能也体现在对记忆的影响方面。人在良好情绪状态下，容易回忆带有愉快情绪色彩的材料；如果识记材料在某种情绪状态下被记忆，那么在同样的情绪状态下，这些材料更容易被回忆出来。情绪的组织功能也表现在对人行为的影响。人的行为常被当时的情绪所支配。当人处在积极、乐观的情绪状态时，倾向于注意事物美好的一面，而在消极情绪状态下则使人产生悲观意识，失去希望和渴求，更易产生攻击性行为。

4. 情绪是人际交往的手段 情绪和语言一样，具有服务于人际沟通的功能。情绪通过独特的无言语沟通形式，即由面部肌肉运动、声调和身体姿态变化构成的表情来实现信息传递和人际间相互了解。其中面部表情是最重要的情绪信息媒介。在许多情景中，表情能使言语交流的不确定性和模棱两可的情况明确起来，成为人的态度、感受最好的注释；在人的思想或愿望不宜言传时，也能够通过表情来传递信息。表情信号的传递不仅服务于人际交往，而且常常成为人们认识事物的媒介。例如当面临陌生的不确定的情景时，人们常从他人面孔上搜寻表情信息，然后才采取行动。这种现象称作情绪的社会性参照作用（social referencing of emotion），其有助于人的社会适应。情绪的沟通交流作用还体现在构成人际之间的情感联结上。例如婴儿对母亲的依恋就是以感情为核心的特殊的情感联结模式。此外，情感联结还有许多其他形式，如友谊、亲情和恋爱等都是以感情为纽带的联结模式。

四、情绪和情感的分类

关于情绪的分类，我国古代《礼记》中提出人具有“七情”，即喜、怒、哀、惧、爱、恶和欲七种基本情绪。从生物进化的角度来看，人的情绪可分为基本情绪和复合情绪。基本情绪是人与动物共有的，每一种基本情绪都具有独立的神经生理机制、内部体验和外部表现，并有不同的适应功能。复合情绪则是由基本情绪的不同组合派生出来的。20 世纪 70 年代初，美国心理学家伊扎德（Izard CE）用因素分析的方法提出人类的基本情绪有 11 种，即兴趣、惊奇、痛苦、厌恶、愉快、愤怒、恐惧、悲伤、害羞、轻蔑和自罪感等。由



此产生的复合情绪有三类：第一类是基本情绪的混合，如兴趣—愉快、恐惧—害羞等；第二类是基本情绪与内驱力的结合，如疼痛—恐惧—愤怒等；第三类是基本情绪与认知的结合，如多疑—恐惧—内疚等。

(一) 情绪状态的分类

情绪状态是指在某种事件或情境的影响下，在一定时间内所产生的某种情绪，其中较典型的情绪状态有心境、激情和应激三种。

1. 心境 (mood) 是指微弱而持久，带有渲染性的情绪状态。心境不是对于某一事物的特定体验，而是以同样的态度体验对待一切事物。心境对人的生活、工作、学习以及健康具有很大的影响，积极、乐观的心境可以提高人的活动效率，增强信心，对未来充满希望，有益于健康；消极悲观的心境，会降低人的认知活动效率，使人丧失信心和希望，从而有损于健康。

2. 激情 (intense emotion) 是一种迅猛爆发、激动短暂的情绪状态。这种情绪状态通常是由对个人有重大意义的事件引起的，例如重大成功之后的狂喜、惨遭失败后的绝望、亲人突然死亡引起的极度悲哀、突如其来的危险所带来的异常恐惧等等，都是激情状态。激情状态下人往往出现“意识狭窄”现象，即认识活动的范围缩小，理智分析能力受到抑制，自我控制能力减弱，进而使人的行为失去控制。

3. 应激 (stress) 也是一种特殊的情绪状态，当人们遇到某种危险或面临某种突然事变时，身心处于高度紧张状态，即为应激状态，例如飞驰的汽车，刹车突然发生故障等，在这种情况下人们所产生的一种特殊紧张的情绪体验。本书第三章将详述有关应激问题。

(二) 情感的分类

情感是指与人的社会性需要相联系的主观体验。人类高级的社会性情感主要有道德感、理智感和美感。

1. 道德感 (moral feeling) 是在评价人的思想、意图和行为是否符合道德标准时产生的情感。由于不同历史时代、不同社会制度、不同的民族具有不同的道德标准，所以人的道德感具有社会历史性。

2. 理智感 (rational feeling) 是在认识和评价事物过程中所产生的情感。它是人们学习科学知识、认识和掌握事物发展规律的动力。人的理想、世界观对理智感有重要的作用。例如求知欲、好奇心等都属于理智感的范畴。

3. 美感 (aesthetic feeling) 是根据一定的审美标准评价事物时所产生的情感。人的审美标准既反映事物的客观属性，又受个人的思想观点和价值观念的影响，美感具有一定的社会历史性，不同历史阶段、不同文化背景的人们对美的评价不同，例如在唐朝时，认为女性以胖为美。

五、情绪的维度与两极性

情绪的维度 (dimension) 是指情绪所固有的某些特征，主要指情绪的动力性、激动性、强度和紧张度等方面，这些特征的变化幅度又具有两极性 (bipolarity)，即每个特征都存在两种对立的状态。

1. 情绪的动力性有增力和减力两极 一般地讲，需要得到满足时产生的肯定情绪是积极的，可提高人的活动能力，对活动起促进作用；需要得不到满足时产生的否定情绪是消极的，会降低人的活动能力，对活动起瓦解作用。

2. 情绪的激动性有激动与平静两极 激动是由一些重要的刺激引起的一种强烈的、外显的情绪状态，如激怒、狂喜、极度恐惧等；平静的情绪是指一种平稳安静的情绪状



态,它是人们正常生活、学习和工作时的基本情绪状态,也是基本的工作条件。

3. 情绪的强度有强、弱两极 在情绪的强弱之间有各种不同的强度,如从愉快到狂喜,从微愠到狂怒。在微愠到狂怒之间还有愤怒、大怒、暴躁等不同程度的怒。情绪强度的大小决定于情绪事件对个体意义的大小,较重大的情绪反应强烈,较小的则情绪反应弱。

4. 情绪的紧张度有紧张和轻松两极 人们情绪的紧张程度决定于面对情境的紧迫性,个体心理的准备状态以及应变能力。如果情境比较复杂,个体心理准备不足而且应变能力比较差,人们往往容易紧张,甚至不知所措。如果情境不太紧急,个体心理准备比较充分,应变能力比较强,人就不会紧张,而会觉得比较轻松自如。

六、表情

情绪和情感本是一种内部的主观体验,当这种体验发生时,又总是伴随着某些外部表现,并可观察到。人的外显行为主要指面部可动部位的变化、身体的姿态和手势,以及言语器官的活动等等。这些与情绪情感有关联的行为特征称为表情(emotional expression),它包括面部表情、身段表情和言语表情。

1. 面部表情(facial expression) 是指通过眼部、颜面和口部肌肉的变化来表现各种情绪状态。达尔文在他的《人类和动物的表情》一书中认为,表情是动物和人类进化过程中适应性动作的遗迹。例如,悲伤时的嘴角下拉,可能源于啼哭时的面型,其功能是在苦难中求援。这种求援行为的痕迹世世代代遗传下来,就自然成为不愉快的普遍表情。正因为人的表情具有原始的生物学的根源,所以,许多最基本的情绪,如喜、怒、悲、惧的原始表现是通见于全人类的。一些心理学家提出人面部的不同部位在表情方面的作用是不同的。艾克曼经实验证明,眼睛对表达忧伤最重要,口部对表达快乐与厌恶最重要,前额能提供惊奇的信号,眼睛、嘴和前额对表达愤怒情绪都是重要的。

2. 身段表情(body expression) 是指情绪发生时身体各部分呈现的姿态,通常也称“体语”。如兴奋时手舞足蹈,悔恨时捶胸顿足,愤怒时摩拳擦掌等身体姿势都可以表达个人的某种情绪。

手势(gesture)是一种重要的身段表情,它通常和言语一起使用来表达人的某种思想感情。在一些情况下,手势也可以单独使用,如人们在无法用言语进行沟通时,往往是通过手势等肢体语言进行交流,表达个人的情感,传达个人信息,它为人们提供了非言语信息和感觉反馈。近年来,人们发现通过身体的反馈活动可以增强情绪和情感的体验。

3. 言语表情(language expression) 是指情绪发生时在语音的语调、节奏和速度等方面的变化,是人类特有的表达情绪的手段。言语中音调的高低、强弱,节奏的快慢等所表达的情绪是言语交际的重要辅助手段。例如喜悦时语调高昂,语速较快;悲哀时语调低沉,语速缓慢,此外,感叹、激愤、讥讽、鄙视等也都有一定的语调变化。

由于外部表达方式具有习得性,人们往往为达到某种目的而故意隐瞒或装扮出某种情绪表现,因此表情常常带有掩饰性和社会称许性,所以我们在观察个体的情绪变化时,只注意他的外在表现是不够的,还需要注意观测个体的一些生理变化的指标。

七、情绪的理论

关于情绪理论的研究,由于不同学派的观点不同、采取的研究方法各异,导致研究结论也各有所不同。

1. 詹姆士-兰格的情绪外周学说 美国心理学家詹姆士(James W)和丹麦生理学家兰格(Lange C)各自于1884年和1885年提出了观点基本相似的理论。詹姆士认为情绪



是由内脏器官和骨骼肌肉活动在脑内引起的感觉,情绪是对身体变化的知觉。在他看来,悲伤是由哭泣引起,而愤怒是由打斗所致。兰格还特别强调情绪与血管变化的关系。在这一理论中,他们认为情绪产生的方式是:刺激情境→机体反应→情绪。詹姆士-兰格理论提出了机体生理变化与情绪发生的直接联系,强调了自主神经系统在情绪产生中的作用,因此也称为情绪的外周学说(图2-3)。

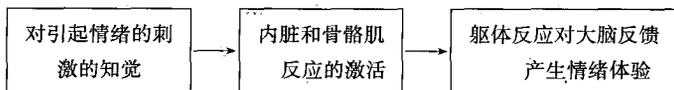


图2-3 詹姆斯-兰格的情绪外周理论示意图

2. 坎农-巴德的情绪丘脑学说 坎农(Cannon WB)认为情绪产生的中心不在外周系统,而在中枢神经系统的丘脑。坎农和巴德于20世纪20~30年代提出了情绪的丘脑学说,他们认为由外界刺激引起感官的神经冲动,通过感觉神经传至丘脑,再由丘脑同时向上向下发出神经冲动,向上传至大脑产生情绪的主观体验,向下传至交感神经引起机体的生理变化(图2-4)。

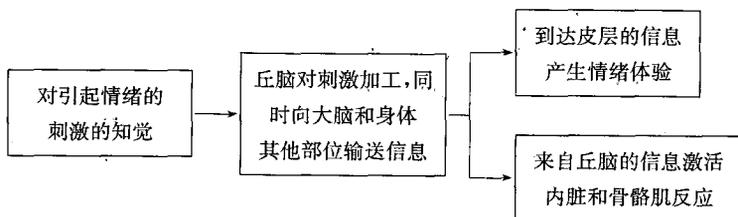


图2-4 坎农-巴德的情绪丘脑学说示意图

3. 阿诺德的评定-兴奋学说 美国心理学家阿诺德(Arnold MB)于20世纪50年代提出了情绪的“评定-兴奋学说”,强调情绪的来源是大脑皮质对刺激情境的评估,大脑皮质的兴奋是情绪产生最重要的条件。刺激情境并不能直接决定情绪的性质,同一刺激情境,人对它的认知和评估不同,就会产生不同的情绪。例如人们在森林里看到虎会产生恐惧,而在动物园里看到关在笼子里的虎却不产生恐惧。阿诺德认为情绪产生的具体模式是:外界刺激作用于感受器,产生神经冲动,通过感觉神经上传至丘脑,进而传至大脑皮质,在大脑皮质刺激得到评估,形成一种特殊的态度,这种态度通过皮层的冲动传至丘脑的交感和副交感神经,并进而将冲动下行传至血管和内脏组织,引起血管和内脏反应。血管和内脏的反应进一步反馈到大脑皮质,大脑皮质进行再次评估,使认识经验转化为情绪体验。

4. 沙赫特-辛格的情绪三因素学说 20世纪60年代美国心理学家沙赫特(Schachter S)提出情绪的产生是受认知过程、环境刺激、生理反应三种因素所制约,其中认知因素对情绪的产生起关键作用。沙赫特和辛格(Singer J)1962年用实验来验证他们的理论,证明情绪状态是由认知过程、环境刺激、生理反应在大脑皮质中整合的结果,即环境中的刺激因素通过感受器向大脑皮质输入外界信息;同时生理因素通过内部器官、骨骼肌的活动也向大脑输入生理变化的信息;认知过程是对过去经验的回忆和对当前情境的评估,来自这三方面的信息经过大脑皮质的整合作用之后,才产生某种情绪体验。沙赫特-辛格理论认为认知评价在情绪产生中起着关键作用,故亦称为情绪认知学说。

第三节 意志过程

意志(will)是指人们自觉地确定目标,有意识地支配、调节行为,通过克服难以



实现预定目标的心理过程。

意志是人类所特有的一种极其复杂的心理过程，是和人类所独有的第二信号系统的作用分不开的。意志使人的内部意识转化为外部的动作，充分体现了意识的能动性。意志具有引发行为的动机作用，但比一般动机更具选择性和坚持性，因而可以看成是人类特有的高层次动机。

意志过程和认识过程、情绪情感过程共同构成了人的心理过程，它们从不同方面反映了心理活动的不同特征，三者之间是相互联系、相互影响的，一方面认识过程是意志活动的前提和基础，认识协助意志确定目的、制定计划、采取克服困难的合理办法，而情绪情感对意志具有动力作用，表现为情绪情感既能激发又能阻碍人的意志行动；另一方面意志过程又可以推动认识活动的不断深入，同时意志对情绪情感具有调节和控制作用。

一、意志行动的基本过程和特征

（一）意志行动的基本过程

人的意志是通过行为表现出来的，受意志支配的行为称为意志行动。意志行动的基本过程包括采取决定阶段和执行决定阶段。采取决定阶段是意志行动的初始阶段，它包括确定行动的目标，选择行动的方法并做出行动的决定；执行阶段是意志行动的完成阶段，一方面它要求个体坚持执行预定的目标和计划好的行为程序，另一方面制止和修改那些不利于达到预定目标的行动。只有通过这两个阶段，人的主观目的才能转化为客观结果，主观决定才能转化为实际行动，实现意志行动。

（二）意志行动的基本特征

意志的首要特征是具有明确的目的性，这是意志活动的前提。人不同于一般动物，不是消极被动地适应环境，而是积极能动地改造世界，成为现实的主人。人为了满足某种需要而预先确定目的，并有计划地组织行动来实现这一目的。人在从事活动之前，活动的结果已经把行动的目的以观念的形式存在于头脑中，并用这个观念来指导自己的行动。人的这种自觉的目的性还表现在能发动符合于目的的行动，同时还能制止不符合目的另一些行动。意志的这种调节作用也是意志的能动性表现。

意志的第二个特征是意志是与克服困难相联系的，这是意识活动的核心。在实际生活中，并不是人的所有目的的行动都是意志的表现，有的行动虽然也有明确的目的，如果不与克服困难相联系，就不属于意志行动。意志是在人们克服困难中集中表现出来的，这种困难包括内部的困难和外部的困难，内部的困难指来自于自身内部的困难，如缺乏信心等；外部困难是指来自于外部环境的困难。所以，个体的行动需要克服的困难越大，意志的特征就显得越充分、越鲜明。

意志的第三个特征是以随意活动为基础。人的活动可分随意活动和不随意活动两种。不随意活动是指那些不以人的意志为转移的、自发的、控制不了的运动，主要指的是由自主神经支配的内脏运动。随意运动是指可以由人的主观意识控制的运动，主要是由支配躯体骨骼肌的躯体神经控制的躯干四肢的运动。意志行动是有目的的行动，这就决定了意志行动是受人的主观意识调节和控制的。

二、意志的品质

意志的品质是指构成人的意志的某些比较稳定的心理特征。意志品质是人格的一个组成部分，它具有明显的个体差异。良好的意志品质是在人生中逐渐形成的，需要从小进行培养和自我锻炼。

1. 自觉性 它是指能主动地支配自己的行动，使其能达到既定目标的心理过程。个



体具有明确的行动目的,并能充分认识行动效果的社会意义,使自己的行动符合社会、集体的利益,不屈从于周围人的压力,按照自己的信念、知识和行动方式进行行动的品质。与自觉性相反的有意志的动摇性、受暗示性、盲从、随波逐流、刚愎自用和独断性等。

2. 果断性 意志的果断性是指人善于明辨是非,迅速而合理地采取决断,并实现目的的品质。这种品质以深思熟虑和大胆勇敢为前提,在动机斗争时,能当机立断,在行动时,能敢作敢为,在不需要立即行动或情况发生变化时,又能立即停止已做出的决定。与果断性对立的是优柔寡断患得患失和草率从事,都是不果断的表现。

3. 坚韧性 是指一个人能长期保持充沛的精力,战胜各种困难,不屈不挠地向既定的目的前进的品质。与坚韧性相悖的品质是做事虎头蛇尾、见异思迁、急躁、轻浮、疑虑和执拗等。

4. 自制性 是指一种能够自觉地、灵活地控制自己的情绪和动机,约束自己的行动和语言的品质。这种人具有克服懒惰、恐惧、愤怒和失望等干扰因素的能力。善于使自己做与自己愿望不符合的事情,执行已确定的目的和计划。与自制性相对立的是任性和怯懦。易冲动、易激惹、感情用事则是自制性差的表现。

(陈力)

第四节 人格

传统的方法把人的心理现象划分为心理过程和人格(也有称为个性心理)两大部分。人格部分又可分为人格倾向性和人格特征。本节将着重介绍其中主要的人格倾向性和人格特征:气质、能力和性格。

一、概述

(一) 人格的概念

人格(personality)一词来源于拉丁文“面具”(persona)。人格是一种十分复杂的心理现象,由于研究者理论观点及研究侧重点的不同,解释也不尽相同,目前尚无统一的和为大家都能接受的定义。一般认为,人格是指一个人的整个精神面貌,具有一定倾向性的、稳定的心理特征的总和。

在心理学中,还有一个与人格的含义相似的同义词个性(individuality)。从广义的角度,两者没有大的区别。但严格地说,个性与人格还是有一定不同。个性着重强调人的独特性,强调人与人之间的差异性。而人格则强调人的整体性。值得注意的是,人们在日常生活中常说:“你不要污辱他的人格”,“我以我的人格担保”等等,这里的人格涵义并不是心理学中人格的概念,而是带有法律和社会伦理道德的意味。人格是一个复杂的内在组织,包括人的思想、态度、兴趣、气质、人生哲理以及体格和生理特点等。

(二) 人格的特征

尽管对人格的理解不尽一致,但都强调了人格概念所具有的重要特点:

1. 独特性与共同性 人的人格千差万别。俗话说:“人心不同,各如其面”。人们常说“世界上没有两片相同的树叶”,心理学家认为,“世界上没有两个相同的人”,个体之间的区别,不在于外貌长相,而在于人格特点。独特性除了人的遗传因素外,还表现出成长过程中的各种特色。人格还存在着共性,这种共性是在一定的群体环境、社会环境、自然环境中逐渐形成的,并具有稳定性和一致性,它制约着个人的独特性特点。

2. 社会性与生物性 人格是在一定社会环境中形成的,人格既具有生物属性,也有



社会属性。因此，人格必然会反映出一个人生活环境中的社会文化特点，体现出个人的社会化程度和其角色行为，说明了人的人格的社会制约性。脱离了人类社会实践活动，不可能形成人的人格。“狼孩”的故事就是最有力的例证。

3. 稳定性与可塑性 由各种心理特征构成的人格结构是比较稳定的，它对人的行为的影响是长期、一贯性的。日常生活中在某些场合中所表现出的一时偶然的心理特征不能被认定为其人格特点。例如，有人在某种刺激下，表现的比较冲动。并不表明这个人具有暴躁的性格特点。所谓“江山易改，秉性难移”其实在心理学中并无贬义，只是说明了人格的稳定性。人格并非一成不变，随着现实的多样性和多变性而发生或多或少的变化，只是这种变化是比较缓慢的。

4. 整体性 人格由许多心理特征所组成，这些心理特征相互影响，相互制约组成个体复杂的人格结构体系，使人的内心世界、个体动机与外显行为之间保持和谐一致。否则将会导致人格分裂的病态特征。

(三) 人格心理结构

人格心理结构包括倾向性、心理特征和自我调节系统。

1. 人格倾向性 它是决定人对客观事物的态度和行为的基本动力。是人格心理结构中最活跃的因素，主要是在后天社会化过程中形成。人格倾向性主要包含需要、动机、兴趣、理想、信念和世界观等。人格倾向性的各种成分之间相互影响和相互制约。

2. 人格心理特征 它指个体心理活动中所表现出的比较稳定的心理特点，它集中反映了人的心理活动的独特性。人格心理特征主要包含能力、气质和性格。

3. 自我调节系统 自我调节系统的核心是自我意识。它是指个体对自己作为客体存在的各方面的意识，通过自我感知、自我评价和自我分析、自我控制等对人格的各种心理成分进行调节和控制，使人格心理诸成分整合成一个完整的结构系统。

(四) 影响人格形成的因素

人格形成的影响因素，在心理学界曾存在着争论，不同心理学派给予不同的解释。当今人格形成过程中先天遗传素质、社会生活环境和教育等因素的作用成为众多心理学家的共识。人格是在个体先天遗传素质的基础上，在后天社会环境的社会实践中逐渐形成和发展起来的，其中教育发挥了主导作用。

遗传素质是人格形成和发展的自然基础，在能力、气质和性格三者中以气质受其影响最明显。

社会生活环境和实践活动是人格发展的决定因素。它包含家庭、学校教育、人际关系和社会文化背景等因素。值得注意的是家庭中父母行为和教育方式对早期儿童人格的形成影响极大。

(五) 人格特质理论

在心理学科的发展过程中，人格作为一种复杂的心理现象，历来是许多心理学家研究的重要问题之一，受其不同心理学派的理论体系影响，形成了众多的人格特质理论。其中具有代表的观点主要有以下几个方面：

1. 卡特尔的特质理论 卡特尔 (Cattell RB) 是美国著名的人格心理学家和特质论者。卡特尔通过群集分析法和因素分析法将人的特质分为表面特质与根源特质。

表现特质是指能够直接从外部观察到的个体的特质，其特点是经常发生，可以外部直接观察到的外显行为，卡特尔通过研究提出人的表面特质共有 35 个。根源特质则是隐藏在表面特质背后并制约着表面特质的特质。它是人格结构体系中最重要的一部分。例如，日常生活中一个人经常表现出独立、大胆和坚韧的人格特点，这些就是表面特质。通过对这些表面特质进行统计学的研究，发现彼此间具有很高的相关性，经过因素分析可以得出它



们的共同根源特质是“独立性”。卡特尔认为,根源特质之间相关性小,彼此各自独立,并且相当稳定;但其强度却因人而异,这就决定了人与人之间人格的差异性。卡特尔及其同事通过对35个表面特质的因素分析,得出了16个根源特质,以此作为“卡特尔16种人格因素问卷”(16PF)建构的基础(详见第五章),该问卷已广泛应用。

2. 艾森克人格维度理论 英国心理学家艾森克(Eysenck HJ)运用精神病学、心理问卷测验、客观性动作测验和身体测量等多种方法分析人格结构,并对这些材料进行了因素分析。艾森克认为人格是由两个基本维度构成,它们分别是外向——内向维度(简称内外向维度,用E表示)和情绪稳定——不稳定维度(简称情绪维度,用N表示)。他以这两个基本维度构成人格的32种基本特质,并以此与胆汁质、多血质、粘液质和抑郁质四种气质类型相对应,从而构成了著名的艾森克人格二维模型。多年后艾森克还提出人格的第三个维度即精神质维度,但其含义尚待充分阐明。艾森克根据上述理论编制出人格测验问卷(简称“EPQ”,详见第五章)。

二、需要

(一) 需要的概念

需要(need)是个体对生理的和社会的客观需求在人脑的反映,是个体的心理活动与行为的基本动力。由于个体存在着各种需要,才推动着人们以一定的方式,在某些方面进行积极的活动。人的需要是多种多样,非常复杂的。一般把需要分为生理性需要(机体需要、自然性需要)和社会性需要。

生理性需要是指个体对维持其生存和种族延续所必需的条件的要求,如充饥解渴、避暑御寒、睡眠及性的要求等等。生理性需要在于维持个体生理状况的平衡,需要从外部获得一定的物质来满足。当个体的生理性需要不能满足时,就会引发个体的行为,朝着满足这种需要而努力,使个体的生理状况趋于平衡。

社会性需要是指个体对维持社会发展所必需的条件的要求,如人们对劳动、人际交往、获得成就、符合道德规范等方面的需求。人们所处的经济、社会生活制度、生活习惯不同,所受的教育程度以及周围生活环境的不一樣,社会性需要也就存在着很大的差异。社会性需要受社会发展条件的制约,多为精神性的,比较隐讳不易直接察觉且具有连续性。社会性需要如果得不到满足,虽不会危及生命,但却会因此而产生不愉快的情绪。

根据需要的对象,还可以把需要分为物质的需要和精神的需要。物质的需要主要指个体对物质文化对象的欲求,如对衣、食、住、行有关物品的要求,对劳动工具、文化用品的需要等等。精神性需要则表现为对精神文化方面的欲求,对掌握社会意识产品的欲求和对美的享受的需求及对创造发明的欲望等等。

(二) 马斯洛的需要层次论

美国人本主义心理学家马斯洛(Maslow AH, 1908~1970)曾提出需要的层次论(hierarchy of needs theory)。认为每个人都存在一定的内在价值。这种内在价值就是人的潜能或基本需要,人的需要应该得到满足,潜能应该得到释放。

1. 生理的需要 生理的需要是个体生存必不可少的需要,具有自我和种族保存的意义。其中以饥饿和渴的需要为主。生理的需要是人类各种需要中占有最强的优势,当一个人被生理的需要所控制时,其他的需要均会被推到次要的地位。

2. 安全的需要 当人的生理需要获得一定程度满足之后,随之便产生新的需要,即安全的需要(包括对生命安全、财产安全、职业安全和心理安全的需要),以求免受威胁、免于孤独、免受别人的侵犯。当这一需要获得满足之后,才会有安全感。

3. 归属和爱的需要 随着上述需要获得满足后,人类就会产生进一步的社会性的需



要：归属和爱的需要。归属的需要就是参加一定的组织，依附于某个团体等。爱的需要包括接受他人和给予他人爱的需求。马斯洛指出，这一层次的需要缺失就像机体缺乏维生素一样，会抑制人的健康成长和影响到人的潜力的发展。

4. 尊重的需要 尊重的需要是个体对自身价值的认同。前三个层次的需要获得满足后，尊重的需要才会充分地发展起来。尊重的需要包括自我尊重 and 他人尊重两个方面。尊重的需要包括渴望实力，获得成就，独立和自由以及渴望名誉或声望，希望受到他人的尊重，受人赏识两个部分。一个人在人际交往中，如果得到社会认同，受到他人的尊重，就会产生自信、自强的心理体验，反之则会产生自卑、虚弱和无能的感受。

5. 自我实现的需要 在前四种需要获得满足的基础上产生的最高层次的需要。指个体的潜能和天赋得到充分的发挥。不同层次需要的发展进程，一般与人的年龄增长相适应，它与社会的经济背景、受教育的程度有关。对于多数人而言，自我实现的需要是人们追求奋斗的目标，只有少数人才能达到真正的自我实现。

马斯洛对达到“自我实现”境界的人刻画了15个特点：①能更有效的意识到现实；②认识自己和认识别人；③自发性；④集中处理问题；⑤独立性；⑥自立性；⑦有不断新鲜的鉴赏感觉；⑧有不受束缚的想象力；⑨对社会有兴趣；⑩与有同样自我实现需要的人有深厚友谊；⑪民主的性格；⑫能辨别目的和手段；⑬幽默感；⑭创造性；⑮有反潮流精神。马斯洛晚年在“自我实现”需要的基础上，又提出了“灵性需要”、“超个人需要”等。在现实社会中，人的高层次需要是自我实现。人们通过工作实践，将自己的潜能现实化。现代人应该不断地希望、向往和有所追求，使自己成为一个比较完善的自我实现的人。

以上需要不是并列的，而是按次序逐级上升的。最基本的生理、安全需要得到满足以后，后面的三个层次的需要才能依次出现并得到满足。当下一级需要获得基本满足以后，追求上一级的需要就成了驱动行为的动力。但这种需要层次逐级上升并不遵照“全”或“无”的规律，并非一种需要完全满足后，另一种需要才会出现。社会中的大多数人在正常的情况下，他们的每种基本需要都只有部分得到了满足。高层次需要比低层次需要广泛，实现的难度大，满足的可能减小。从心理学角度看，难度越大则激励力量越强，个体追求自我实现的愿望也最强。

需要层次理论揭示了人的需要存在着不同的层次，重视人的自我价值和内在潜能的实现。但忽视了社会因素对人的成长起着决定性的影响，忽视了人的多种需要往往是同时存在、互相制约的。如临床病人虽然是以安全需要最为迫切，但同时也有归属和获得他人爱与尊重的各种需要。

三、动机与挫折

(一) 动机的概念

动机(motivation)是引起和维持个体的活动，并使活动朝着一定目标的内部心理动力。动机和人们的需要有着密切的联系，需要是动机的基础和根源，动机是推动人们活动的直接原因。当人的需要具有某种特定的目标时，需要才转化为动机。内驱力、情绪和诱因也可激发活动的动机。积极的情绪会激发人们设法去实现某种目标，而消极的情绪则会阻碍或降低人们实现某种目标。

动机具有激活、指向、维持和调整三个功能。激活功能是人的积极性的一个重要方面。如饥饿和渴的动机激发人们通过活动来实现其目标。动机的性质与强度不同，激活作用的大小也不同。指向功能是指在动机的引导下，有机体的活动朝向一定的对象或目标。动机不一样，有机体活动和追求的目标也有区别。维持和调整功能则表明在活动过程中要



受到动机的调控。当活动过程受到其他因素的作用影响时，动机的调控作用便发挥作用，表现为与其相一致的得到强化，相反则进行调整，以保障目标的实现。

（二）动机的种类

人类的动机是非常复杂的，在生活、工作和社会实践中，常常会受到各种动机的支配。根据动机的内容、性质、作用和产生的原因，可以将其进行不同的分类。

根据动机的内容，可以分为生理性的动机（物质方面的动机）和心理性的动机（精神方面的动机）。

根据动机的性质，可分为正确的动机和错误的动机，一般依据人们的社会道德观念和行为准则为评价标准。根据动机的作用，可以分为主导动机和辅助动机。主导动机是一个人动机中最强烈、最稳定的动机，处于主导和支配地位。而辅助动机则往往与一个人的习惯和兴趣相联系，对主导动机起补充作用。

根据动机维持时间的长短，可分为短暂的动机和长远的动机。从引起动机的原因，还可分为内部动机和外部动机。内部动机是人们从活动的本身得到满足，活动对个体自己的奖励或报酬，不需要外力的推动。外部动机则是活动外的动机，是个体受到刺激而诱发出来的动机。

（三）动机冲突

动机反映了一个人主观的、内在的心理状态。人的动机以需要为基础，同时又受理想、信念、世界观、道德观、人格特征等因素的制约。人需要在不断地发生变化，兴趣、理想、信念和价值观也在不断地发生变化。动机的强度会随着内外环境的变化而改变。在同一时间内人们常常存在着两种或多种非常相似或相互矛盾的动机，这就是动机斗争，或称为动机冲突。动机冲突有四种基本形式：

1. 双趋冲突 也称接近—接近式冲突。两个目标具有相同的吸引力，引起同样强度的动机。但由于受条件等因素的限制，无法同时实现，二者必择其一，即所谓“鱼和熊掌不可兼得”。

2. 双避冲突 也称避—避式冲突。指一个人同时受到两种事物的威胁，产生同等强度的逃避动机，但迫于情势，必须接受其中一个，才能避开另一个，处于左右为难、进退维谷的紧张状态。所谓“前有狼，后有虎”的矛盾冲突。

3. 趋避冲突 也称接近—避式冲突。指一个人对同一事物同时产生两种动机，即向往得到它，同时又想拒绝和避开它。

4. 双重趋避式冲突 亦称双重接近—避式冲突。人们常常会遇到多个目标，每个目标对自己都有利也都有弊，反复权衡拿不定主意所产生的冲突。临床上对某一疾病有两种治疗方案，一种风险高疗效快；另一种风险低但疗效不显著，选择哪种方案，难以拿定主意。

（四）挫折

动机会引导个体的行为指向目标。在实现目标的过程中并非都是一帆风顺，往往会因各种原因使之不能实现。动机受到干扰阻滞、被迫暂时放弃或完全受阻所导致的需要不能满足的情绪状态，都称为挫折（frustration）。在实现目标过程中受到阻碍时，可能会产生以下几种情况：①经过自己加倍努力，提高克服障碍的能力，达到目标；②改变自己的行为，绕过障碍，达到目标；③如果障碍难以逾越，寻求替代目标；④如果障碍难以逾越，又无法寻求替代目标，走投无路，不能实现目标。前三种情况都不会产生挫折感，只有第四种情况时才会产生挫折感。在现实生活中，挫折总是难免的，只要正确地对待并且实事求是地分析，就可以使个体的认识产生创造性的发挥，提高解决各种问题的能力和提高忍挫力，以更好的方法和途径实现动机，达成目标，满足需要。如果挫折太大、过于频繁、



超过了个体的耐受能力或者个体不能正确对待,就会产生紧张状态,情绪消沉低落、行为偏差,对个体的生理、心理造成影响,甚至导致躯体及精神的各种疾病。有关挫折的原因、行为表现及处理措施请参见第六章。

四、能力

(一) 能力的概述

1. 能力的概念 能力(ability)是人格的重要组成部分。当今科学技术的飞速发展对人的能力提出了更高的要求,能力成为多学科研究的一个领域。目前心理学家趋向于将能力理解为是人顺利地、地完成某种活动所必备的心理特征。能力是在活动中形成和发展,并在活动中表现出来的。能力的高低影响活动的效果。例如,一名医生要对患者做出准确诊断,除了具备必要的医学知识外,还要具备敏锐的观察力,良好的沟通与影响病人的能力,以及具有一定的医疗器械的操作能力等。

2. 能力与知识技能 能力、知识与技能都是我们保证任务顺利完成的重要条件,但能力并不等于知识和技能,三者之间关系是既有区别,又紧密联系。能力不等于知识、技能。能力是人的一种个性心理特征,知识是人类社会历史经验的总结和概括,技能则是通过练习而巩固了的已经“自动化”了的动作方式。以临床病人的诊断为例,在诊断过程中所用的定理、公式属于知识范围,诊断中所进行的思维活动的严密性和灵活性则属于能力范围。相对而言,能力的形成和发展要比知识的获得慢得多。能力虽不等于知识、技能,但又与二者有着密切关系。能力是掌握知识、技能的前提。能力表现在掌握知识、技能的过程中,从一个人掌握知识、技能的速度和质量中,可以评定出一个人能力的高低。能力是在知识、技能的基础上发展的。

(二) 能力的分类

1. 一般能力和特殊能力 一般能力是指在任何活动中都必须具备的能力。具体表现为观察力、注意力、记忆力、想象力和思维能力五个方面,也就是人们通常所指的智力。特殊能力是指在某种专门活动中所表现出的能力。它是顺利完成某种专业活动的心理条件。如音乐活动中必须具备音乐表象能力和节奏感的能力。而在美术活动中则需要色彩的鉴别力、形象记忆力和空间比例关系的辨别能力,缺乏这些专业能力就无法保证它们的顺利完成。

一般能力与特殊能力是互相影响,互相制约的关系。人们要顺利进行某种活动,必须既有一般能力,又要具有与其活动有关的特殊能力。一般能力的发展,为特殊能力的形成和发展创造了有利条件。在各种活动中发展特殊能力的同时,也将促进一般能力的发展。

2. 实际能力和潜在能力 能力有两种涵义:一是已经表现出的实际能力,二是潜在的能力,通过个体的发展成熟和学习实践,潜在能力有可能转变为实际能力。

(三) 能力的形成和发展

能力的形成和发展是许多因素共同作用的结果,这些因素在不同时期起着不同作用。

1. 遗传素质 素质是有机体生来具有的某些生理解剖特性,它是能力形成和发展的自然前提。先天或早期聋哑的人难以发展音乐能力,严重的早期脑损伤或脑发育不全的缺陷是能力发展的障碍。

2. 营养状况 营养状况对能力形成和发展有很大作用,尤其是在胎儿期和早期儿童的成长过程更为突出。严重的营养不良将影响脑细胞的发育,影响有机体的心理功能的发展。

3. 教育 包含早期教育和学校教育等方面。有学者经研究后提出,如把17岁时人所能达到的一般能力看作100%,那么从出生到4岁就获得了50%;还有30%是4岁至8岁



获得;其余20%是8岁至17岁获得。因此,儿童早期生活环境和教育应当在遵循儿童身心发展规律的基础上安排和进行。

4. 社会实践 社会实践活动对能力的发展起着重要作用,不同职业的劳动实践因其特殊要求的不同,制约着人的能力发展的方向。

(四) 能力发展的个别差异

心理学研究表明,人的能力的个别差异可以以质和量两个方面来分析。质的差异表现为能力类型等方面;量的差异表现在能力的发展水平和表现早晚。

1. 能力发展水平的差异 人口统计学研究表明,能力在人群中表现为两头小,中间大的常态分布,即能力很高或很低的人都很少,绝大多数人能力都接近平均水平。

2. 能力表现早晚的差异 人的能力发挥有早有晚。有些人较早就表现出其能力的发挥,称为“早慧”。如我国古代李白5岁通六甲,7岁观百家。奥地利作曲家莫扎特5岁开始作曲,8岁试作交响乐,11岁创作歌剧。古今中外都不乏其人,尤其在音乐、绘画等领域能力表现得较早。而有些人年轻时并未显现出众的能力,但到后期才表现出惊人的才智,被称为“大器晚成”。如齐白石40岁才表现出绘画才能。达尔文年轻时被人认为智力低下,直到50岁才开始崭露头角成为“进化论”的创始人。

3. 能力的类型差异 能力由各种不同的成分或因素构成,它们可以按不同方式结合起来,构成了结构上的差异。能力的类型差异可以表现在两个方面:一是不同的人在完成同一活动时可能采取的途径不同;二是不同的人在完成同一种活动时能力的组合因素不同。

(五) 智力

智力(intelligence)属于一般能力,是指认识方面的各种能力的综合,其核心是抽象逻辑思维能力。智力的重要性在于获得知识、技能的动态方面。即表现为对复杂事物的认识、领悟能力和在分析解决疑难问题的正确性、速度和完善等方面。因此,智力主要集中于人的认识活动和创造活动上。

就智力的个体发展而言,从出生到青春期智力伴随年龄而增长,以后逐渐减缓。到了20~34岁时达高峰期,中年期保持在一个比较稳定的水平;到了老年时开始逐渐衰减。

就群体而言,智力在人群中呈正态分布。即智力非常优秀和较差的处于两个极端,绝大多数人处于中间水平。通过智力测验程序,可以对个体的智力水平作出间接的测量,用智力商数(intelligence quotient, IQ)来反映智力水平的高低(参见第5章)。

能力和智力是个性心理特征的重要方面,在一定程度上决定了一个人的成就。承认能力(智力)的差别并对其进行鉴别,才能使人各有所用,各尽其能;对不同的人也能因材施教。从医学的角度看,能有助于了解脑功能和器质性疾病方面有关的问题。

五、气质与性格

(一) 气质

1. 气质的概念 气质(temperament)一词来源于拉丁语,原意是掺和、混合,按比例将作料调和在一起。现代心理学将气质理解为典型的、稳定的心理活动的动力特性。

它主要表现在人的心理活动的动力方面,如心理活动过程的速度和灵活性(如知觉的速度、思维的灵活度、注意集中时间的长短等);强度(如情绪的强弱、意志努力的程度等);以及心理活动的指向性(倾向于外部事物或倾向于内部体验)。即一般所说的一个人的“性情”、“脾气”或“秉性”。气质对个人活动的各个方面都有重要的影响。

心理活动动力性特点的表现并不都属于气质特征。气质具有明显的天赋性,是较多地受稳定的个体生物因素制约的。这一点可以从婴儿身上发现,如有的总是喜吵闹,好动,



反应灵活；有的却比较平稳，安静，反应缓慢。因为气质的心理活动动力特征不依赖于活动的时间、条件、目的和内容，所以它不具有社会评价意义。

气质与性格、能力等其他人格心理特征相比，更具有稳定性，但气质在生活环境和教育的影响下，在一定程度上也会发生某些变化。

2. 气质的特征 气质类型是心理特征的结合，其特征可概括为以下几点：①感受性，即人对外界刺激的感觉能力；②耐受性，这是指人在经受外界刺激作用时表现在时间和强度上的耐受程度；③反应的敏捷性，主要指不随意注意及运动的指向性，心理反应及心理活动的速度、灵活程度；④行为的可塑性，这是指人依据外界事物的变化情况而改变自己适应性行为的可塑程度；⑤情绪兴奋性，它包括情绪兴奋性的强弱和情绪外露的程度两方面；⑥外倾性与内倾性，外倾的人动作反应、言语反应、情绪反应倾向于外，内倾的人表现则相反。

3. 气质的类型 关于气质类型及其划分依据不同的观点提出各种类型学说。如日本学者古川竹二提出的血型学说；德国精神病学家克瑞奇米尔提出的体型学说等。现在较为流行的气质类型是在古希腊著名医生希波克拉底（Hippocrates）提出的气质体液学说。他认为人体内有血液、粘液、黑胆汁和黄胆汁四种液体，根据在人体内四种体液的不同比例将气质分为多血质、胆汁质、粘液质和抑郁质。这种提法虽然缺乏严谨的科学依据，但在日常生活中确实可以见到这四种气质类型的人，以后心理学家在此基础上进行了研究和完善，因此该气质类型仍沿用至今。但在实际生活中，典型的气质类型是不多见的，多数是两种或多种气质的混合型。

根据气质的体液学说，经过历代心理学家的补充完善，其四种气质类型的典型外在表现特征如下：

(1) 多血质：注意力容易转移，志趣容易变化，灵活好动，有较生动的面部表情和语言表达能力，感染力较强，直爽热情，容易适应环境的变化。活动中行动敏捷，精力充沛。

(2) 胆汁质：动作迅速，情绪易于冲动，自我控制能力较差，心境变化大。活动中缺乏耐心，可塑性差。

(3) 粘液质：安静稳重，注意力稳定但难以转移，喜怒不形于色。动作反应慢，不灵活，对工作有条理，易于因循守旧，缺乏创新精神。

(4) 抑郁质：对事物体验深刻，善于觉察他人难以发现的细小环节，对事物和他人羞怯，孤僻内向。动作迟钝，多愁善感。

4. 气质类型的生理机制 有关气质的生理机制，目前最推崇的是著名的俄国生理学家巴甫洛夫提出的高级神经活动类型学说。该学说认为高等动物大脑皮质神经活动的基本过程是兴奋和抑制过程。它具有三种基本特性：强度、灵活性和平衡性。由于这三个基本特性的不同组合，构成高级神经活动的四种基本类型：

(1) 兴奋型：也称为不可抑制型，兴奋过程强于抑制过程，是强而不平衡的类型，类似于气质体液学说的胆汁质型。

(2) 活泼型：强而平衡、灵活型。其特点是热情活泼，反应敏捷，类似于气质体液学说的多血质型。

(3) 安静型：强而平衡，但不灵活型。其特点是较易于形成条件反射，但不容易改造，行动缓慢，类似于气质体液学说的粘液质型。

(4) 弱型：兴奋与抑制过程都很弱，亦称抑制型，持续和较强的刺激都能引起他们精力的迅速消耗，类似于气质体液学说的抑郁质型。

巴甫洛夫关于高级神经活动类型学说，阐明了人的气质类型的生理基础，验证了不同



气质类型的个体之间在解剖和生理机制上的个体差异，从一定意义上阐明了气质是高级神经活动类型在人的外显行为和活动中的表现。

5. 气质的意义 气质对于社会实践活动具有一定影响，正确认识气质与职业活动对指导社会实践活动具有积极的意义。任何一种气质都有其积极和消极的两个方面，不能简单地评价某种气质类型好与坏。如抑郁质类型的人虽然有其孤僻、动作迟钝的一面，但是他具有善于观察，对事物体验深刻的另一面。在活动中各种气质特性之间可以起互相补偿作用。

因此，气质不决定一个人社会活动的价值及其成就的高低。各种气质类型的人都可以对社会作出杰出成就。但是不同职业活动根据其工作性质和特点对人的气质有着不同的要求，在特定的条件下，选择气质特征合适的人员从事某项工作，可提高工作效率，减少失误。这对于职业选择和工作调配等具有一定的意义。

此外，也有一些研究表明，不同的气质类型对人的身心健康有不同的影响。情绪不稳定、易伤感、过分性急、冲动等特征不利于心理健康，有些可成为心身疾病的易感因素。

（二）性格

1. 性格的概念 性格（character）是个体在生活过程中形成，对客观现实稳固的态度以及与之相适应的习惯了的行为方式。它是一个人的心理面貌本质属性的独特结合，是人与人相互区别的主要方面。

个体在社会生活过程中受到各种事物和信息的影响，在这些影响的作用下，不断地积累丰富和充实了人的内心世界。个体生活中那种一时偶然的表现不能被认定为一个人的性格特征。例如，一个人在某个场合发了脾气，不能就此认定其具有暴躁的性格特征。

性格是个体中鲜明表现出来的心理特征，也是人格中最重要的心理特征，它反映了一个人的本质属性，具有核心的意义。例如，文学家正是抓住个体最有代表性的性格特征对人物进行塑造，使读者感到如见其影，如闻其声的现实人物。如鲁迅笔下的阿Q；曹雪芹笔下的王熙凤；莎士比亚塑造的哈姆雷特等。

2. 性格的特征 性格是十分复杂的人格心理特征，主要有以下四个方面：

（1）对现实态度方面的性格：现实态度的性格特征主要表现在对各种社会关系的处理上，包括：一是对社会、集体、他人的态度。如爱集体，善交际有礼貌，还是孤僻、粗暴等。二是对工作、学习、生活的态度。如勤劳、认真、首创精神，还是懒惰、马虎和墨守成规等。三是对自己的态度。如自信或自卑，羞怯或大方等。其中对社会、集体和他人的态度起主导作用，它影响和作用了其他两个方面的态度。

（2）性格的情绪特征：一是情绪活动的强度，表现为一个人受情绪感染和支配的程度，以及情绪受意志控制的强度。二是情绪的稳定性，它表现为一个人情绪起伏和波动的程度。三是情绪的持久性，表现为情绪被激发后持续时间的长短程度。四是主导心境，是对现实态度所形成的稳定而持久的主要情绪状态。

（3）性格的意志特征：这是个体对自己行为自觉调整和控制的水平特点。性格意志特征的个体差异，表现在意志品质的自觉性、果断性、坚持性和自制力四个方面。

（4）性格的理智特征：它指人们在感知觉、记忆、思维和想象等认知过程中所表现出来的个别差异。

以上四个方面的性格特征是相互联系，构成一个统一的整体。其中对现实态度方面的性格特征具有主导意义。

3. 性格的形成和发展 人的性格是在社会生活环境中，通过社会实践活动在外界生活条件和人的心理活动的相互作用之中形成发展起来。

（1）家庭作用：一个人出生后首先是在家庭中成长的。社会对儿童影响主要是通过父



母亲和家庭中人与人之间的关系和实际行动来实现的。研究表明,从出生到7岁,这是个体身心发展,尤其是高级神经系统发展旺盛的时期。家庭中一定的教育方式,尤其是父母在日常生活的现实态度和行为方式,都对儿童性格形成产生潜移默化的作用。

(2) 学校教育:学校教育不仅使学生掌握知识技能,还将通过三种方式在学生性格发展中起重要作用。一是班集体,班级中师生关系,同学之间关系产生的影响;二是学校的团队教育对性格形成和发展的影响;三是学校的风气,校风、班风以潜移默化的方式影响作用于学生,良好的校风培养着学生勤奋、求实和创新等性格品质。

(3) 社会信息的作用:社会信息对个体性格的影响更为迅速。如网络、电视、电影和文艺小说中的人物,现代社会信息能激发人们丰富的情感和想象,引起学习和模仿的意向,不同的社会信息会影响人们性格特征的差异。

4. 性格与气质的关系 性格与气质的概念容易混淆。两者既有区别,又有联系。

气质是生来俱有的心理活动的动力特征,受到先天遗传素质的影响,它反映了高级神经活动类型的特性。而性格是在后天的社会生活环境中逐渐形成发展起来的。其次,气质形成早,不易变化。而性格形成晚,虽然具有稳定性,但比气质变化要快。

气质影响着性格的动态方面以及性格形成的速度。例如,对于自制力的形成,具有胆汁质的气质类型的人需要作出很大的努力和一定的时间,而对于粘液质的人就显得较容易和自然。

(吴均林)

第五节 心理的生物学与社会学基础

如何认识人的心理现象?心理的本质是什么?心理现象是怎样产生和发展的?历来是人类科学探究的问题。随着科学研究的不断深入,大量的事实证明:心理是脑的机能,是人脑对客观现实主观能动的反映。人与动物在种系发展上具有连续性,人的心理是随着人类进化过程中脑的发展而产生的,神经系统和脑是心理产生的器官,心理现象是脑的产物。但人的心理与动物心理有本质差别,这是因为人的心理具有动物所没有的“意识”,具有社会制约性和主观能动性。所以人的心理同时具有生物性和社会性基础。

一、心理的生物学基础

心理是以脑的神经反射活动形式存在的,这种神经活动是一个生理的、生化的变化过程。所以,学习心理与行为的生物学基础,就必须了解脑的结构和机能,了解神经内分泌系统对心理行为的调控以及遗传因素的作用。

(一) 神经系统的主要结构和机能

人的神经系统可分为中枢神经系统和周围神经系统。中枢神经系统由脑和脊髓组成。其主要功能是传递、储存和加工信息,产生各种心理活动,调控人的全部行为。周围神经系统可分为躯体神经系统和自主神经系统,它们从中枢神经系统发出,导向人体各部分,担负着与身体各部分的联络工作,起传入和传出信息的作用。通常认为,躯体神经系统是受意识调节控制的,而自主神经系统则调节相对平衡和有节律性的内脏活动,内脏活动一般不由意识直接控制。

中枢神经系统包括脑和脊髓。脑又分为延髓、脑桥(背部为小脑)、中脑、间脑和大脑两半球五大部分。除大脑半球和小脑外,其他部分统称为脑干。它们在结构和机能上是不可分割的整体,但各个部分又有特定的机能。脊髓的活动受脑的控制,来自躯干、四肢



的各种感觉信息,通过感觉神经传送至脑,进行高级的分析和综合;脑的活动也要通过运动神经传至效应器。脊髓本身也可以完成许多反射活动。

大脑由对称的左右两个半球所组成。分隔左右两半球的深沟称为纵裂。纵裂底部由胼胝体相连。大脑半球外侧面,由顶端起与纵裂垂直的沟称为中央沟。在半球外侧面由前下方向后上方斜行的沟称为外侧裂。半球内侧面的后部有顶枕裂。中央沟之前为额叶。中央沟后方,顶枕裂前方,外侧裂上方为顶叶。外侧裂下方为颞叶。顶侧裂后方为枕叶。胼胝体周围为边缘叶。每叶都包含很多回。在中央沟的前方有中央前回,后方有中央后回。大脑半球深部是基底神经节,主要包括尾状核和豆状核,合称为纹状体,其机能主要是调节肌肉的张力以协调运动。

(二) 脑的机能系统与心理活动

人脑是一个极其复杂的机能系统。我们的一切心理活动都是脑的机能。我们可以通过讨论脑的三个主要的机能系统来加以理解。

1. 脑的感觉机能系统 人脑通过感受器(如眼的视网膜、内耳的柯蒂氏器等)接受内外环境的刺激,并发放神经冲动由感觉神经传入中枢神经系统,再分别经特异性传入系统和非特异性传入系统达到大脑皮质。大脑皮质对这些传入信息进行加工,便产生相应的感觉。感受器发出的神经冲动由两条神经通路传入大脑皮质,一条是特异性传入系统,另一条是非特异性传入系统。这两个系统的作用是不同的。每种感受器都有其特异的传入径路,以传导感受器发放的神经冲动,并传送到大脑皮质的特定投射区(特异性传入系统)。其作用是引起特定的感觉,包括皮肤感觉、本体感觉、视觉、听觉、味觉和嗅觉等。丘脑是这个系统中重要的转换站,除嗅觉外,所有的感觉纤维在到达大脑皮质之前都终止于丘脑,在此更换神经元后,发出纤维将各种感觉冲动分别投射到大脑皮质的特定区域。丘脑对感觉信息进行初步加工,但它不能确定感觉的性质和强度。特异性传入系统的神经束经过脑干时发出侧支,与脑干网状结构内的神经元发生突触联系,然后经丘脑内侧部弥散性地投射到大脑皮质的广泛区域,不产生特定的感觉,因此称为非特异性传入系统。正常情况下的感觉机能是特异性传入系统和非特异性传入系统机能整合的结果。推而广之,人的各种心理活动都必须有网状激活系统的参与,因为人的绝大多数心理活动都是在清醒状态下进行的。而下行网状系统则对效应器官的活动具有激活和抑制作用,它是大脑皮质对行为、活动控制必不可少的脑器官。

2. 脑的运动机能系统 人的一切随意活动,是由大脑皮质调节的。中央前回是躯体运动的皮层代表区。大脑皮质运动区的机能特征是:①对侧支配,即一侧运动区主要支配对侧躯体肌肉活动;②精细的定位,一定的区域支配身体一定部位的肌肉;③身体不同部位在大脑皮质的代表区的大小和运动的精细复杂程度有关;④刺激该区引起的肌肉运动,主要是少数个别肌肉的收缩,甚至只引起某块肌肉的一部分发生收缩,不发生肌肉群的协同收缩。

人的一切随意运动都是经锥体系统和锥体外系统的协同活动完成的。大脑皮质相当广泛的区域都与随意运动有关。由于随意运动是为满足个体的需要和保证种系生存而进行的。因此,行为动作必然受到周围环境和体内环境传入信息的控制和影响。有关维持内环境稳定和种系生存的需要,反映在脑干网状系统、下丘脑和边缘系统,其中一部分行为可能是通过额叶皮层和扣带回而实现。根据客观情况的变化,对动作进行更细微调节则主要通过顶叶、颞叶和枕叶来实现。至于根据预先的意图进行有目的、有计划的行动,前额区起着十分重要的作用。

3. 大脑皮质的联络机能 在大脑皮质,除了特异感觉投射区和运动区之外,还有更广大的区域。这些区域一般称为联络区,主要的有:



(1) 感觉联络区：各感觉投射区的神经元严格保持着模式特异性，其邻近区域有大量的短轴突联络神经元。它们与各感觉区的特异神经元有着广泛的联系，其功能是组织进入感觉区的神经冲动，以便获得更精确的信息。

(2) 运动联络区：运动的组织与意义性，则是由运动前区赋予的。例如，写字时所需要的手指和手臂肌肉的运动是人对于这种运动方式和程序经过多次练习而学得的。这种经验包括手与臂运动的方式与文字意义的关系。学习、保持及运用这种经验等，是与控制手指和手臂运动区有关的运动联络区的功能。如果这一运动联络区受损坏，病人虽仍能握笔作书写状运动，却不能写出他以前所熟悉的文字。

(3) 前额联络区：该区为规划、调节和监督复杂活动形式的联合区，位于大脑半球额叶的最前端。前额联络区在人形成意向、运筹规划、调节和监督自己的行动使之与目的、计划相适应的活动中起决定性作用。将前额区破坏后，此类能力即丧失。在临床病例中曾发现，前额区损伤者虽仍能表现简单的智能活动，但不能从事综合性与推理性的思考活动。

(三) 大脑两半球机能的分工和协作

大脑两半球之间的神经纤维连合主要是胼胝体。胼胝体内神经纤维往返频繁地传递大量的信息。在正常情况下一侧大脑半球任何皮层区进行的活动都能非常迅速而有效地传至同侧半球皮层区和对侧大脑半球。整个大脑是作为统一的整体十分有效地进行活动。

如果切断两半球之间的连合纤维，两个半球各自关于对侧半球所进行的活动全无所知，称为分裂脑 (split brain)。左、右半球都可独立地进行活动，各有其独自的感觉、知觉、思想和意念，对于对侧半球的这些相应活动则是隔绝的；它们各有其自己的记忆和体验而不能为另一侧半球所利用。正常人的大脑两半球既有特定的机能又是协同工作的。

(四) 内分泌系统

内分泌系统是机体对行为起重要调节作用的重要系统。它由不同部位的多钟内分泌腺体和组织细胞所组成。内分泌腺所分泌的物质称为激素。激素不是通过特殊的分泌管道分泌出来，而是由腺细胞直接释放进入血液或淋巴液，然后再运输到全身各处的器官组织，从而对人体的许多重要生理机能起调节作用。在作用方式上，神经系统一般是通过神经纤维上传导的去极化波来实现其调节功能，而内分泌系统则是通过血液运输使激素作用于某些细胞组织来实现其调节功能的。这两个调节系统在结构和机能上是密切联系的。一方面，几乎所有的内分泌腺都直接或间接地接受神经系统的控制，研究表明，所有内分泌腺的分泌均受垂体的影响，而垂体是受下丘脑调控的；下丘脑是脑的一部分，它又受其他神经中枢的控制。另一方面，激素也影响着神经系统的功能，因为激素是经过血液传布到全身各处，脑中也有血管，因而它也能传布到脑中对神经细胞产生兴奋和抑制作用。总之，神经系统控制内分泌系统，而内分泌系统也调控许多生理现象和行为。

(五) 遗传与心理

遗传 (heredity) 是指父母的形态特征、生理特征、心理特征和行为特征可通过遗传基因传给子代的生物学过程。个体的身体特征，如身高、骨骼结构、皮肤颜色和眼珠的颜色等生理特征，主要是从父母那里遗传下来的。研究证明情绪稳定性、气质、能力等心理特征以及人类行为方式也与遗传有关。

心理学家为了研究心理与遗传的关系，采用寄养儿童和两种双生子对比研究。双生子可分为同卵双生子与异卵双生子。同卵双生子是从同一个受精卵发育而成的，染色体内的基因完全相同，遗传基础完全相同。异卵双生子，是从不同的两个（或三四个）受精卵发育而成的。其兄弟姐妹虽很相似，但不相同。研究同卵双生子的特征，并与不同血缘关系的人比较，可以推论遗传对心理特征的不同影响。研究表明，在智力方面同卵双生子即使



不在同一社会环境中成长,其智力水平也是相近的,异卵双生子次之,同胞再次之,堂兄弟姐妹相关更小。从小分开抚养的同卵双生子在智力、人格、职业兴趣等方面也有明显的相似性。同时心理学家还发现,与养父母比较,孩子在许多方面更像生父母。

许多心理和精神疾病都与遗传有关。孤独症的单卵双生子同病率为82%;精神分裂症单卵双生子的同病率高达86.2%。抑郁症具有遗传倾向,调查发现双相障碍的一级亲属同病率为14%,血缘关系越近,患病几率越高。如双亲都患心境障碍,子代患病几率可高达75%。单卵双生子同病率比双卵双生子高,寄养子研究也发现与遗传关系密切,与环境关系不大。此外同性恋、窥阴癖等性心理障碍也有遗传倾向。

二、心理的社会学基础

(一) 环境与心理

环境是指与有机体发生联系的外部世界。个体生命的开始,就通过合子、胚胎和胎儿的发展,置身于母体的特定环境。这种环境对有机体身体和出生后行为的发展会产生深刻的影响。如果怀孕的头三个月母亲感染风疹常会使婴儿智力落后并且造成身体上的缺陷。母亲的疲劳或吸烟会刺激胎儿活动。母亲长时期的情绪激动,还会影响出生后子女的情绪特征。出生后,人所处的环境纷繁复杂。人和环境不断地相互作用,与其相应的生活环境保持平衡,这叫生态平衡。

通常,心理学上提到的环境有两种分类方法:自然环境和社会环境;物理环境和心理环境。自然环境包括有机物的各组成因素和无机物的各组成因素,例如,动物、植物、矿物、空气、噪音等等。社会环境包括经济环境、政治环境、教育环境、伦理环境、文化环境等等。物理环境除包括自然环境诸因素外还包括人为的物理环境因素,如人际空间、建筑物等。心理环境是指人与人、人与物相互作用时所形成的环境。

(二) 文化环境对人心理和行为的影响

1. 人类文化与人性 人类创造了自己的文化,又把自己置身于一定类型的社会环境之中,它是人类心理产生的决定性条件。一个身体健康的儿童,虽然有继承人类文化财产的可能性,但是,如果出生后由于某种原因,不与人类文化环境接触,就不可能形成人的心理。所谓“狼孩”的事例,就充分说明人类文化是形成人的心理和行为即人性的决定性条件。人类文化使人类的心理和行为具有共通性。

2. 民族文化与心理 民族文化是一个民族经过世代积累起来的文化。民族文化是民族心理形成的原因。在相同的环境中受相同文化影响的成员之间,有某种共同的心理特征;如果地理条件大致相近而文化类型不同,则可形成不同的心理特征。文化人类学家把每一种文化中人们共同具有的心理特征,称为群体人格(group personality)。

社会文化通常仅指构成总体文化的诸种文化要素的共同部分,特别是在现代社会中文化是多元化的。在社会某一群体中形成一种既包括民族的一些主文化特征,也包括某些独特的文化特征的生活方式,这种群体文化称为亚文化。如人种亚文化、年龄亚文化、生态学亚文化等。亚文化的影响可形成亚文化群体的心理特征。

3. 拷贝世界与心理 拷贝世界是指大众传播媒体包括书、报、杂志、广播、电影、电视、录像、网络等文化现象。拷贝世界不同于我们直接感知到的现实世界,它向我们展示的是一个精神世界,向我们提供消息、知识、思想、见解、娱乐、广告等等。因为它不是媒体对现实世界的简单复制,而是作家、画家、记者以及其他从事精神生产活动的人依据一定的信念、态度和价值观对现实世界进行改造加工的结果,是精神文化产品。

在现代社会中,大众传播媒体对人的心理和行为的影响是强有力的;有的是直接的,但主要是潜移默化的。它能帮助人们极大地改善这个社会,也能帮助人们去摧毁这个社



会；它能使人受到教育，获得知识、陶冶情操，也能使人犯罪、堕落。

(三) 人的心理和行为的社會化

社會化是指一个人在社会环境的影响下掌握社会经验和行为规范成为社会人，同时也积极地反作用于社会环境的双向过程。人类的生物遗传素质为个体发展成为一个社会人提供了可能性。社會化开始于婴儿脱离母体，以后通过各种人际接触和社会影响，学会了把自己看作独立存在的个体，掌握了语言和知识经验，学会了建立社会关系，形成了道德观念等等；与此同时，对各种社会影响以其自身的独特方式做出种种反应，反作用于社会环境，表现出人的主观能动性，从而成为社会的人。

由于社会环境、社会关系系统性质的不同，也由于个体在社会环境、社会关系系统中所处地位的不同，个体社會化的内容是有差别的。例如：不同的国别、民族以及不同性质的社会制度对其社会成员的行为规范、道德标准的要求是不同的；即使在同一社会环境下处于不同社会关系和社会阶层的人们对其子女教育、影响也是不同的。社会环境、社会关系对个体的影响可能是有意识、有目的、有步骤地进行的，也可能是无意识的、潜移默化地进行的。个体对社会影响的反应，可能是积极地自觉地去认识，去掌握的；也可能不是主动的，而是不知不觉地受影响的。每个人的社會化的方式不完全一样，即使在同一社会里，由于各个体在遗传素质和以往生活实践基础上所形成的将要被社會化的心理现象也具有一定的差异性。因此，个体总是以自己所具备的条件对社會化的力量有选择地接受，体现了社會化的多元性。经过社會化之后，个体形成了自我观念，学到了社会所期待的社会规范、知识经验、理想信念、生活方式、社会态度和价值观等。使个体的心理和行为朝着社会期待的方向发展，成为与社会环境相适应的社会人。

(陈 力)

第三章 心理发展与心理健康

人的一生都在发展，每一发展阶段都有其特定的心理发展任务及相应的心理健康特征。心理健康是人类健康的重要维度，医学生应该了解心理发展与心理健康的关系，以及如何保持和促进个体的心理健康。

第一节 概述

一、人的发展与生命周期

(一) 人的发展与生命周期的概念

人的发展有两层涵义，其一是指人类种族在地球生物种系发生中的有关过程；其二是指个体从生物学受孕到生理死亡所经历的一系列的生命阶段，即从婴幼儿、童年、少年、青年、中年、老年到死亡的发展过程，这种从生到死的过程也被称之为生命周期 (life cycle)，其中包括生物学意义上的成熟和变化过程，个体年龄结构的过渡，以及不同年龄阶段社会经历的变化过程。对于每一个健康发展的个体来说，随着其生物意义上的成熟，每一阶段也有着不同的心理上的任务和心理特征。本节主要讨论个体生命周期中的几个重要的发展阶段及其心理健康特点。

(二) 发展的基本观点

长期以来，哲学家、宗教学者、社会学家和科学家对人的发展问题争论不息，直到 20 世纪 70 年代以后，心理毕生发展的观点才被人们普遍接受并重视。其主要观点有：

1. 发展是毕生的 人的整个一生都在发展，人从胚胎到死亡始终是一个前进发展的过程，人的发展除了在生物意义上的发育、成熟以外，其行为的变化过程贯穿整个一生。这是一个在时间、顺序和方向等方面各不相同的种种变化的体系，个体的发展受多种因素的影响，是年龄阶段、历史阶段、社会环境等多种因素共同作用的结果。生命的每一阶段都受前一阶段的影响，同时也影响以后的发展阶段，个体一生的经验都对发展有重要意义。

2. 发展是多维和多向的 发展的形式具有多样性，是多维度的，发展的方向也因发展内容的种类不同而有所不同，如行为的各个方面或同一方向的各个成分、特性，其发展的进程各不相同。心理发展存在着很大的个体差异和可塑性，不同的个体有不同的形式，没有一条单一的曲线能描绘个体发展的复杂性。例如：在智力领域，有晶体智力 (crystall intelligence，指人通过掌握文化知识经验而形成的一种能力) 与流体智力 (fluid intelligence，指不依据于人的文化知识经验的能力，表现为空间定向、知觉操作等方面)，两者都随年龄的增加而增长，但晶体智力到成年后继续增长，不过增长的速度减慢，而流体智力在成年早期就开始衰退了。

3. 发展是获得 (成长) 与丧失 (衰退) 的结合 发展是一个有序变化的过程，不是简单地朝着功能增长方向的运动，生命过程中任何时候的发展都是成长和衰退的结合。任何发展都是新适应能力的获得，同时包含着以前存在的部分能力的丧失。



二、健康与心理健康

(一) 健康的概念

健康是一个不断发展着的概念,在不同历史时期,人类对健康的理解不尽相同。传统医学和世俗观念一般把健康理解为“健康就是无病、无伤、无残”。但这种认识并不全面。实际上,健康和疾病是人体生命过程中的两种状态,这两种状态是连续性的,是一个由量变到质变的过程,而且健康水平也有不同的等级状态。

随着第二次世界大战的结束,人类的疾病与死亡谱发生了重大的变化,许多心身疾病(近年来也称为生活方式疾病)已成为人类健康的主要杀手。人们的不良生活方式、行为或心理、社会和环境因素成为影响健康的不可忽视的因素。因此,1948年,世界卫生组织(WHO)为健康提出了一个三维的定义,这就是“健康,不仅仅是没有疾病和身体的虚弱现象,而是一种在身体上、心理上和社会上的完满状态。”健康的内涵在不断地发展,1990年世界卫生组织进一步对健康的定义作了补充,提出健康还应包括道德健康,即:健康是指,一个人在身体健康、心理健康、社会适应健康和道德健康四个方面皆健全。

(二) 心理健康的概念

心理健康(mental health),也称心理卫生,要对什么是心理健康做出定义,则是一个较为复杂而困难的问题,到目前为止心理健康与不健康之间还没有一个确定的、绝对的界限。由于心理涉及的范围广泛,包括思维、情绪、兴趣、能力等各个方面,心理学家们从不同的角度提出不同的观点,给出不同的定义。而且心理健康的概念随时代的变迁、社会文化因素的影响而不断变化。例如English(1958)认为“心理健康是指一种持续的心理状态,当事人在那种情况下,能有良好的适应能力,具有生命的活力,而能充分发挥其身心潜能。这乃是一种积极的、丰富的情况,不仅是免于心理疾病而已。”一般认为心理健康就是以积极的、有效的心理活动,平稳的、正常的心理状态,对当前和发展着的社会、自然环境以及自我内环境的变化具有良好的适应功能,并由此不断地发展健全的人格,提高生活质量,保持旺盛的精力和愉快的情绪。

(三) 心理健康的标准

由于到目前为止仍没有一个全面而确定的心理健康的定义,不同的理论学派、不同专家从不同的角度给予心理健康的定义不完全相同,因此用来判断心理健康的标准也各不相同。其中影响比较大的有马斯洛(Maslow)和米特尔曼(Mittelman, 1951)提出的心理健康的十条标准:①有充分的自我安全感;②能充分了解自己,并能恰当估价自己的能力;③生活理想切合实际;④不脱离周围现实环境;⑤能保持人格的完整与和谐;⑥善于从经验中学习;⑦能保持良好的人际关系;⑧能适度地宣泄情绪和控制情绪;⑨在符合团体要求的前提下,能有限度地发挥个性;⑩在不违背社会规范的前提下,能适当地满足个人的基本需求。

我国的一些学者也提出了自己的心理健康的标准,包括如下内容:

1. 智力正常 包括分布在智力正态分布曲线之内者以及能对日常生活作出正常反应的智力超常者。

2. 情绪良好 包括能够经常保持愉快、开朗、自信的心情,善于从生活中寻求乐趣,对生活充满希望。一旦有了负性情绪,能够并善于调整,具有情绪的稳定性。

3. 人际和谐 包括乐于与人交结,既有稳定而广泛的人际关系,又有知己的朋友;在交往中保持独立而完整的人格,有自知之明,不卑不亢;能客观评价别人,取人之长补己之短,宽以待人,乐于助人等。

4. 适应环境 包括有积极的处世态度,与社会广泛接触,对社会现状有较清晰正确



的认识,具有顺应社会改革变化的能力,勇于改造现实环境,达到自我实现与社会奉献的协调统一。

5. 人格完整 心理健康的最终目标是培养健全的人格。包括人格的各个结构要素不存在明显的缺陷与偏差;具有清醒的自我意识,不产生自我同一性混乱;以积极进取的人生观作为人格的核心,有相对完整的心理特征等。

心理健康与不健康之间并没有绝对的界限。同时,心理健康是一个动态、开放的过程,心理健康的人在特别恶劣的环境中,可能也会出现某些失常的行为。判断一个人的心理是否健康,应从整体上根据经常性的行为方式作综合性的评估。

(四) 心理健康与疾病的关系

研究与临床观察已经一致证明,心理和社会因素在健康和疾病中具有十分重要的作用,不健康的心理可导致疾病的发生(详见第六章、第十章)。例如,长时间紧张的工作、经济压力、家庭矛盾等慢性应激,产生情绪的压抑,可引起体内内啡肽、儿茶酚胺等激素的分泌增加,导致胃肠道运动功能紊乱与胃粘膜供血不足,胃酸分泌增加,最终导致胃粘膜腐蚀、溃烂,形成胃十二指肠溃疡。躯体的疾病和痛苦又可影响个体的情绪,反过来可以影响心理的健康,心身的交互作用是影响健康的一个重要的因素。因此,保持健康的心理,建立积极的应对方式和健康的行为方式,是保持身心健康的重要条件。

(五) 心理健康的维护和促进

环境的变化及来自社会各方面的压力,都会使得个体出现心理紧张,严重时甚至会出现心理障碍;由于生活中需要不能得到满足,目的不能实现,使得个体出现挫折感或各种心理冲突,心理失去平衡,甚至于精神崩溃。因此,心理健康需要维护和促进。一般来说,心理健康维护的目标有两个方面:第一是一般目标,即治疗心理疾病及处理适应不良行为,并设法尽早发现疾病的倾向,及时矫正或预防疾病的发生;第二是高级目标,即保持并增进个人和社会的心理健康,发展健全人格,使每个人都有能力适应变动的环境,同时应设法改善社会环境及人际关系,以防止或减少心理不健康的发生。健康促进是目前一种普遍的观点,既是个人的成就,也是集体的成就;健康促进是使人们能增强自我控制感并能改善他们的健康的一个过程。健康促进可以通过个人的努力,也可通过与医疗系统的配合,还可通过制定某些健康保健的政策来实现。

第二节 儿童心理健康

一、胎儿期及婴幼儿期

按照人类发展心理的年龄划分,将个体发展分为若干相对独立而又相互联系的阶段。从怀孕到出生为胎儿期。胎儿出生后开始了人生的第一个阶段,直到上小学时(6、7岁)结束,这一阶段被称为婴幼儿期。婴幼儿期可进一步分为婴儿期(0岁~1岁)、婴幼儿期(1岁~3岁)、幼儿期(3岁~6岁、7岁)。

(一) 胎儿期心理健康

生理发展是心理发展的物质基础,人的生命是从胎儿期开始的。个体是否心理健康,其先天素质和胎儿期的发育起着重要的作用。有研究证明胎儿期营养不良与终生患精神病的风险相关。因此,怀孕母亲的健康状况、情绪状态、习惯嗜好等对胎儿的健康,以至胎儿一生的健康都会有影响。

1. 孕期营养及保健与胎儿健康 胎儿期是大脑发育的关键时期,而胎儿的营养完全依赖于母体的供养,因此孕期的营养状况,将严重地影响胎儿的健康。研究证明孕妇营养



不良，食物中蛋白质、维生素、钙、磷及其他微量元素的缺乏会影响胎儿脑的发育，使婴儿易患克汀病、身体矮小及智力低下等。而营养的过剩或者不平衡也会影响胎儿的发育，如孕妇过多地进食动物肝脏，体内维生素 A 含量过高，可能会影响胎儿大脑和心脏发育。

孕妇吸烟、饮酒会影响胎儿身心健康。据美国卫生、教育、福利部报告，吸烟的孕妇产下体重不足孩子的比率大致是不吸烟孕妇的两倍。孕妇吸烟过多还可导致自然流产、死胎、早产及胎儿畸形，吸烟可使胎儿宫内窘迫及新生儿窒息率增加。不仅如此，据日本学者调查证实，丈夫吸烟也会影响胎儿健康，婴儿畸形发生率与父亲每日吸烟数量成正比。

孕妇大量饮酒与药物的使用是影响胎儿的重要因素之一，孕妇大量饮酒可造成“胎儿酒精中毒综合征”。胎儿出生时矮小，体重轻，长大后智力低下，动作迟缓；有的还会出现畸形，如小头、心脏缺陷、关节骨骼变形、脊髓膜膨出等。另外，孕妇使用药物也应特别谨慎，不少药物可致胎儿畸形。例如四环素可致胎儿骨骼发育障碍，牙齿变黄；某些抗组胺药、抗癫痫药、抗精神病药及激素类药等都有可能致畸；链霉素、卡那霉素、磺胺可致耳聋等。还有，孕妇妊娠 2~6 周受 X 射线辐射也会影响胎儿发育造成胎儿畸形，故应特别注意。

许多临床研究表明，妇女妊娠头 3 个月感染风疹、流行性感、腮腺炎、猩红热等病毒或弓形虫等，容易造成胎儿发育畸形或死胎；孕妇内分泌失调、甲状腺机能低下，易使新生儿患痴呆症。孕妇患肺结核或尿路感染、糖尿病等疾病都会影响胎儿发育，她们所生的孩子有更多的先天畸形或缺陷。因此，孕妇应特别重视保持身体健康。

2. 孕妇的情绪与胎儿健康 孕妇情绪的好坏，不仅直接影响其自身的健康，对胎儿的健康也有很大的影响。现代科学研究表明，情绪波动可影响内分泌功能，减少脑的供血量。孕妇情绪过度紧张，可使与应激有关的激素水平明显增高，包括肾上腺髓质和皮质激素分泌的增加。肾上腺髓质激素分泌增加，可使孕妇心跳加快，血压升高，从而影响胎儿脑的发育，影响小孩出生后的智力；而肾上腺皮质激素分泌增高，会影响胎儿上颌骨发育，容易造成胎儿腭裂、唇裂畸形等。另外，情绪不稳定孕妇发生难产及子痫的比率较高。因此，孕妇应保持稳定、愉快的心情。

（二）婴儿期心理健康

婴儿时期的心理健康，不仅影响婴儿的生长发育，对其今后的成长都有着重要的影响。婴儿期的心理健康被认为是心理健康的起点，如儿童时期出现的心理疾病包括发育迟缓、情绪不稳定、睡眠障碍等多数是因为在婴儿时期抚养不当所致。许多有关心理健康素质因素是在婴儿时期奠定的，婴儿所经历的事件或者会直接表现在其心理活动中；或者留下“痕迹”对成年以后的生活产生深远的影响，而婴儿时期是极易受外界影响的年龄阶段。因此，提高对婴儿期心理健康的认识，有助于对婴儿心理健康的培养，对其以后的发展具有至关重要的作用。

1. 母乳喂养的重要性 有人把物质营养、信息刺激和母爱称为婴儿期的三大营养。母乳营养充足、适合消化吸收，含有抗体和胱氨酸，可增加乳儿的免疫力和智力发展。而且，通过哺乳可增加母亲与孩子在看、听、触摸、语言和情感的沟通，使孩子获得心理上的满足，有助于神经系统的发育和健康情感的发展。

2. 增进母爱 母亲的爱抚对婴儿的心理健康发展至关重要，而帮助婴儿建立依恋关系、减少分离焦虑是婴儿期心理卫生的重要内容。依恋是指婴儿与主要照顾者之间的情感联结，这也包括对他人或宠物，甚至是一件物体如毯子、浴巾等的情感联系。婴儿形成对母亲依恋的关键期是出生 24 小时到 3 个月。很多研究结果表明，孩子与父母早期的依恋关系与他将来社会及情绪发展的顺利与否有直接的关系。分离焦虑是指婴儿离开了熟悉的环境，或他所依恋的人时所经历的紧张和不安全感。在 8~12 个月时更明显，有的可延续



到更大的年龄。因婴儿尚未发展到能预期未来的认知阶段,无法预测在新的环境时会发生什么且无求助的对象,所以婴儿对分离充满焦虑。帮助婴儿减轻分离焦虑的方法有:①玩捉迷藏游戏,让婴儿逐渐适应照顾者的暂时消失,并学会认识到照顾者会再次出现;②在安全的环境下,与婴儿保持适当的距离,观察婴儿的行为;③在必须分离时,可给婴儿一两件柔软的玩具或小毯子,让婴儿将依恋感转移到寄托的物品上,使婴儿适应与母亲的分离。

3. 保证充足的睡眠 新生儿大脑正在快速发育之中,充足的睡眠是保证大脑发育和心理健康发展的重要条件。

4. 促进运动与智力的发展 适宜的信息刺激能促进婴儿运动、感觉器官和智力的发展,因此,应有意识地为孩子提供适量视、听、触觉刺激。婴儿动作发展顺序是口、头、四肢、躯干。故此,2~3个月的婴儿可帮助他做被动体操,空腹时可训练俯卧和渐渐俯卧抬头;4~5个月的婴儿可在俯卧的基础上训练四肢运动,爬行不仅是一项全身运动的好方法,还能促进大脑的发育,可利用玩具引逗他学爬行,或帮助他学翻身。半岁以后应训练他用手握东西;10个月以后可训练他站立、迈步走路。研究认为婴儿的动作训练有益于脑的发育和动作的协调。

游戏对婴儿来说是一件重要的事情,通过游戏活动不仅可增强体力,更重要的是促使他们运用感官来认知世界,促进大脑发育,有利于儿童的创造性、社会性和认知能力的发展。游戏有如下几种主要的功能:①促进婴儿心身的健康与发育,游戏时要兼用各种感官,可以训练婴儿的知觉能力,增进婴儿的手脑并用,肢体灵活,感官敏锐;②游戏可以增进婴儿的知识,从玩积木中认知形状、空间及大小的关系,儿歌中了解事物及词汇并感受到愉快;③游戏可培养婴儿的注意力及自信心,因为婴儿对有兴趣的东西能保持长久的注意,从而增进记忆,游戏中的成功感可增强对事物及环境的探索,增强自信心;④游戏可消除紧张和忧虑,游戏可释放内心的冲突和负性情绪。婴儿的游戏大多是独自游戏,如独自玩玩具,玩自己的身体,观察别人,随着年龄的增长,游戏的方式也发生变化。

二、幼儿期

(一) 幼儿期的生理心理发展特征

3岁~6岁称幼儿期。3岁幼儿脑重已达成人的四分之三,7岁时已接近成人。神经纤维髓鞘已基本形成,神经兴奋性逐渐增高,睡眠时间相对减少,条件反射比较稳定,语言进一步发展,掌握词汇量增多,大脑的控制、调节机能逐渐发展。皮亚杰将2岁~7岁儿童的认知发展称为运算前期。此期认知特点有:①自我中心,以自我中心观点来推测周围事物,无法站在别人的立场角度从事思考,假定每个人的思考都与他一样,以为自己喜欢的东西别人也喜欢。不能理解别人会有不同的想法。②万物有灵论,幼儿相信自然界的事物都和他一样,是有生命、有意识、有目标的,如“太阳公公为什么不到我们家来玩一玩”。③符号功能,指2岁~4岁的幼儿以某物、某字或某种心理表象来代表未在眼前出现的另一种东西,也称表象功能。它与符号游戏有关,符号游戏是一种装扮游戏,即幼儿假扮扮演的一类游戏,如将凳子作为一辆汽车,扫帚装扮成大炮以及过家家游戏等。

幼儿的语言发展经过了单字时期、称呼时期、构句期和好问期。幼儿的智力因素及环境因素影响幼儿语言的发展。

幼儿的感知觉迅速发展,能有意识地进行感知和观察,但不持久,容易转移。记忆带有直观形象性和无意性。无意想象主题多变,以形象思考问题,5岁、6岁后喜欢提问题,开始出现逻辑思维,但由于知识经验和认识能力有限,判断推理能力还有限。

幼儿的情感强烈、易变,容易受外界事物感染,别的孩子笑,他也笑,别人大声叫



嚷，他也大声叫嚷，6岁、7岁时情感的控制调节能力有一定发展。

意志行为也有进一步发展，活动的目的性、独立性逐步增长，能使自己行动服从成人或集体的要求。但自觉性、自制力仍较差。

幼儿个性初步形成，自我意识逐渐发展，3岁左右开始出现自主行为，表现不听话，对事物的评价常带有极大的主观性。开始发展性别认同，已能区分男孩、女孩。

(二) 幼儿期的心理健康

1. 促进幼儿言语的发展 对幼儿提供辅导有助于幼儿语言的发展。如：父母为幼儿提供良好的语言示范，语音正确，语速适中，尽量使用各种不同的词汇；不要再使用婴儿期的儿语；提供幼儿会话的机会，培养幼儿良好的语言习惯，如礼貌用语；鼓励儿童多讲话，不厌其烦地回答儿童提出的各种问题。

2. 对幼儿的独立愿望因势利导 这一时期的儿童有强烈的好奇心和独立的愿望，无所不问，常要自行其是，表现不听话，学会了不论是对还是错都说“不”，心理学上被称之为“第一反抗期”。这是自我意识发展的表现，有积极的意义，应该因势利导，培养他们的自我管理能力和自我控制能力。例如，引导幼儿自己起床、穿衣、吃饭、系鞋带和大小便等，做得好时应立即予以肯定和表扬，以利好的行为得到强化；同时不要对孩子求全责备，不要因孩子完不成自己的设想而加以责备或讥笑。

3. 玩耍与游戏 玩耍与游戏是幼儿的主导活动。也是儿童身心健康发展的重要途径，可以帮助幼儿走出自我中心的世界，学会与人交往，与人合作，建立群体伙伴关系。玩具和游戏是幼儿增长知识、诱发思维和想象力的最好途径。小孩子在一起愉快地玩，有利于社会交际、道德品质、自觉纪律、意志、性格和语言表达能力等的培养。

4. 正确对待孩子的无理取闹和过失 幼儿偶尔无理取闹，其动机常是为了引起大人的注意，以达到某个目的。对此，应很好地说明道理，不能无原则地迁就或哄劝，这会对哭闹行为起到强化作用。

5. 父母言谈举止的表率作用 家庭的气氛、父母的言谈举止对幼儿心理发展有重要影响，幼儿评判是非对错常常以父母或老师的言行作标准。因此，父母及老师应给幼儿作好表率。

三、儿童期

(一) 儿童期的生理心理发展特征

儿童期指6岁~12岁，这个时期正是小学阶段，故也称为学龄期。此期儿童除生殖系统外其他器官已接近成人。脑的发育已趋成熟，是智力发展最快的时期，感知敏锐性提高，感知逐渐具有目的性和有意性；有意注意发展，注意稳定性增长；口头语言迅速发展，开始掌握书写言语，词汇量不断增加；形象思维逐步向抽象逻辑思维过渡，大脑皮质兴奋和抑制过程更为协调，行为自控管理能力增强。其言语、情感、意志、能力和个性也得到不同程度的发展。表现为对事物富于热情，情绪直接、容易外露、波动大，好奇心强，辨别力差。个性得到全面的发展，自我意识与社会意识迅速增长，但性格的可塑性大，道德观念逐步形成，喜欢模仿。

(二) 儿童期的心理健康

1. 科学合理安排学习 这是一个由游戏活动为主导转变为学习主导活动的时期，需要一个适应的时期，根据这一时期儿童的特点，老师和家长对新入学儿童应多给予具体的指导帮助，要重视新生各项常规训练，如课堂学习常规、品德行为常规等；学习时间不宜过长，内容上应生动活泼，要注意教学的直观性、趣味性；培养和激发儿童好学的动机、兴趣和坚强的意志。



2. 组织社会劳动 儿童在劳动中不仅能增加对周围事物的认识,而且能增加与家人以外的成人及小朋友相处的机会,从中学会人际交往,发展友谊感和责任心,培养热爱劳动、助人的人格。

3. 培养开拓创造性思维 成年人容易把多年积累的经验 and 知识灌输给小孩,容易出现说教式教育,对小孩的行为加以干预,诸如“这是对的,那是错的”,这样会影响小孩探索和创造性思维的发展。比如小孩用茶杯盖子喝水,大人会说“这是盖子,不能用来装水喝”,其实这说明孩子的探索和好奇心。儿童的教育不但要强调传授文化知识,还应注意儿童思维的灵活性、多向性、创造力和想象力的培养。

4. 注意“情商”的培养 “情商”即非智力因素,也就是良好的心理品质,应着重从这三个方面加以培养:①良好的道德情操,积极、乐观、豁达的品性;②良好的意志品质,困难面前不低头的勇气,持之以恒的韧性;③同情与关心他人的品质,善于与人相处,善于调节控制自己的情感,并给人以好的感染。

第三节 青少年与青年心理健康

一、青少年期

青少年期一般是指12岁~18岁,是介于儿童与成年之间的成长时期,是从不成熟走向成熟的过渡时期,这一阶段的个体在生理上和心理上要经历很大的变化。

(一) 青少年期主要的生理心理发展特征

青少年时期是生长和发育的快速阶段。生理方面发生巨大的变化,其身高、体重快速改变。在内分泌激素的作用下,男女少年第二性征相继出现,性功能开始成熟。男性表现为喉结的出现,声音变粗,生长胡须,出现遗精等;女性出现声音变尖,乳房发育,月经来潮。这时脑和神经系统发育基本完成,第二信号系统作用显著提高。

青少年期的认知活动具有一定精确性和概括性,意义识记增强,抽象逻辑思维开始占主导,思维的独立性、批判性有所发展,逐渐学会了独立思考问题。同时,自我意识存在矛盾,一方面青少年逐渐意识到自己已长大成人,希望独立,强烈要求自作主张,不喜欢老师、家长过多的管束,好与同龄人集群;另一方面由于阅历还浅,实践少,在许多方面还不成熟,经济上不能独立,从而出现独立性与依赖性的矛盾。想象力丰富、思维活跃、容易理想化,出现理想与现实的矛盾。可塑性大,易受外界的影响,情绪容易波动。性意识开始觉醒,产生对异性的好奇、关注和接近倾向,由于社会环境的制约,出现性意识与社会规范之间的矛盾。

(二) 青少年期心理健康的特点与促进

1. 发展良好的自我意识 学校应开展青春期的自我意识教育,使青少年能够认识自身的发展变化规律,学会客观地认识自己,既看到自己的长处也看到不足,能客观地评价别人,学会面对现实,从自己的实际出发,确立当前的奋斗目标。

2. 保持情绪稳定 青少年的情绪容易受外界的影响,不稳定、容易冲动,易从一个极端走向另一个极端。应帮助他们找到合适自己的对付挫折的方法。父母与老师应以中立的态度接受他们的倾诉和宣泄,让他们学会在遭遇挫折或失败时怎样去获得社会支持,以缓解应激。

3. 预防性意识困扰 性是青少年最为困扰的问题之一,特别是青春发育期。应及时地对青少年进行性教育,包括心理和生理两个方面。让青少年对性器官及第二性征有正确的认识,以消除他们对之产生的神秘、好奇、不安、恐惧感;培养高尚的道德情操,提高



法制观念，自觉抵制黄色影视书刊的不良影响；使青少年正确认识和理解性意识与性冲动，增进男女的正常交往，通过心理健康教育解决一些特殊的问题，如手淫、性梦、失恋等。

4. 消除心理代沟 代沟是指两代人之间心理上的差异和距离，一般是指父母与子女在思维，行为上尤其是在看待事物的观点上的差异。由此可以引起相互之间的隔阂、猜疑、苦闷，甚至是青少年离家出走等问题行为的原因。代沟具有两重心理意义，一方面它意味着中学生自我意识的发展，心理已趋向成熟，具有积极的社会化倾向；另一方面它使家庭关系紧张，会影响两代人的心身健康，导致个别子女离家出走甚至更严重的后果。因此，对于严重的“代沟”应予以重视，应该设法通过心理咨询等方式促进双方及早进行心理调适，其目标是指导子女应尊重、体谅父母，理解父母时有的唠叨啰嗦；同时指导父母尊重、理解和信任孩子。

二、青年期

青年期是介于青少年与中年期之间的阶段，是人生中最宝贵的黄金时期，生理与心理都已达到成熟，精力充沛，富于创造力，开始走向完全独立的生活，生活中也面临着许多挑战。

（一）青年期的生理心理特点

1. 生理特征 青年在 22 岁左右生长发育已经成熟，各种生理功能已进入青壮年的最佳状态。身体素质包括机体在活动中表现出来的力量、耐力、速度、灵敏性和柔韧性等，在青年期进入高峰。脑的形态与功能已趋成熟。

2. 心理特征 青年期的个体在心理的各个方面得到了全面的发展，主要表现在：①认知能力趋于完善，青年人的词汇已很丰富，口语及书面表达趋于完善，抽象逻辑思维能力 and 注意的稳定性日益发达，观察的概括性和稳定性提高，并且富于幻想。②情绪情感丰富、强烈，但不稳定，同时其情感的内容也越发深刻且带有明显的倾向性。随着年龄的增长，其自我控制能力会逐渐提高。③意志活动控制力日渐增强，表现在自觉性与主动性的增强，遇事常常愿意主动钻研，而不希望依靠外力。随着知识与经验的增加，行为的果断性也有所增强。④人格逐渐成熟，其一表现为自我意识趋于成熟，一方面对自身能进行自我批评和自我教育，做到自尊、自爱、自强、自立，另一方面也懂得尊重他人，评价他人的能力也趋于成熟；其二，青年人生观、道德观已形成，对自然、社会、人生和恋爱等都有了比较稳定而系统的看法，对自然现象的科学解释、对社会发展状况的基本了解、对人生的认识与择偶标准的逐步确定，表明其社会化的进程已大大加快了。青年人各种能力发展不一，但观察力、记忆力，思维能力、注意力等均先后达到高峰。

（二）青年期心理健康

1. 培养良好的适应能力 青年期是自我摸索、自我意识发展的时期，而且必须走入社会独立生活，在其社会生活中常常会遇到各种挫折与人际关系的矛盾需要应对。当个人对客观事物的判断与现实相统一时，就能形成自我认同，否则，就会产生心理冲突。有些青年由于种种原因造成人际交往失败时会感到苦闷、自卑，以至影响了身心健康。因此，应让青年寻找到相应的对策来应对，以增进其心理健康。使青年正确地认识自己，了解自己的长处与不足，正确地进行自我评价。同时，要帮助青年人树立适当的奋斗目标，从而避免不必要的心理挫折和失败感的产生；促进青年之间的相互交往，提供更多的交往机会。

2. 及时解决情绪情感问题 青年人富有理想，但容易在客观现实与理想不符时遭受挫折打击，出现强烈的情绪反应，表现为怨天尤人，自尊也可能会转化为自卑、自弃。青



年人虽然懂得一些处世道理, 但却不善于处理情感与理智之间的关系, 以致不能坚持正确的认识和理智的控制, 而成为情感的俘虏, 事后又往往追悔莫及, 苦恼不已。长期或经常的情绪情感困扰, 将严重影响个体的心理健康和事业的发展。对此, 可采取以下对策来及时调整好情绪情感, 尽早摆脱困扰: ①期望值适当, 应该根据自己的能力调整期望值以便在自己的能力范围之内。同时, 对他人的期望也不宜过高。②增加愉快生活的体验, 每一个人的生活中包含有各种喜怒哀乐的生活体验, 对于一个心理健康的人来说, 多回忆积极向上、愉快生活的体验, 有助于克服不良情绪。③找适当的机会及时宣泄自己的情绪, 人在情绪不安与焦虑时, 不妨找好朋友说说, 或去心理咨询, 甚至可以一个人面对墙壁倾诉胸中的郁闷。④行动转移或者升华法, 可以用新的工作、新的行动去转移不良情绪的干扰。

3. 防止性的困扰。青年时期是发生性及相关心理卫生问题的高峰期, 与婚姻、家庭的幸福密切相关。如何处理性及随后遇到的问题, 是有一定难度的。但首先应该对性有科学的认识, 对性有正确的知识与态度是性心理健康的首要问题。性既不神秘、肮脏, 是自然与合理的; 也不能自由、放纵, 违反伦理和法律法规。应该增进男女正常的交往, 两性正常、友好交往后, 往往会使青年男女更稳妥、更认真地择偶, 会在交往中加深了解, 逐步发展, 会减少因空虚无聊而恋爱的比例, 美满婚姻的成功率也会更高。

(朱熊兆)

第四节 中年期心理健康

中年期, 又称为成年中期, 一般是指 35 岁~60 岁这一阶段。由于中年期时间间隔较长, 约二十余年, 所以研究者又将 35 岁~50 岁称为中年前期, 50 岁~60 岁称为中年后期。在中年前期, 个体处在生命的全盛时期, 体力好、精力旺盛、工作能力强、效率高, 知识经验和智力水平都处于高峰期; 而在中年后期, 个体的体力和心理发展状态开始呈现下降的趋势, 但随年龄增长, 个体的经验越来越丰富, 知识面更宽广、深厚, 故工作能力和效率依然较高。

随着生活和医疗条件的改善, 人类的平均寿命不断延长。因此对中年期的年龄划分是相对的。对于不同个体来说, 应因人而异。

(一) 中年期的生理心理特点

1. 生理功能逐渐减退 中年期的生理发展介于青年期和老年期之间, 青年期是生理功能日趋成熟和生理功能旺盛的时期, 老年期是生理组织器官的老化期和生理功能的退行期, 中年期则是生理成熟的延续阶段, 又是生理功能从旺盛逐渐走向退化的转变期。

进入中年期后, 人体的各个系统器官功能逐渐从完全成熟走向衰退。身体发胖, 体重增加, 头发逐渐变白变疏, 颜面部皮肤渐显粗糙, 各种感觉器官的功能开始减退, 大脑和内脏器官系统也逐步走向退化。中年期易患的多种疾病正偷偷向他们袭来。

2. 心理功能继续发展, 并呈现如下特点:

(1) 中年人的认知特点: 中年人的智力发展模式是晶体智力继续上升, 流体智力缓慢下降, 智力技巧保持相对稳定, 实用智力在不断增长。中年人积累了较多理论知识和实践的经验, 思维能力达到较高水平, 因而善于作出理性的分析, 具有较强的解决问题的能力。

(2) 中年人的情感和意志特征: 中年人情绪趋于稳定, 较青年人更善于控制自己的情绪。做事具有更强的目的性, 自我意识明确, 意志坚定, 个性稳定, 是事业上最容易成功



的阶段。

(二) 中年期的心理健康问题

人到中年,大致走完人生旅途中的一半。中年人不论在社会、在家庭,都处于一个承上启下的中坚地位。他们经历了半生奋斗,闯过了人生的风风雨雨,在事业上已有一定成绩,但肩上仍继续承担着事业的重担;在家庭中,既要抚育尚未完全独立的儿女,还要赡养年迈的父母,有“操不完的心”、“做不完的事”,成为负荷最大的人群。中年人往往心力交瘁,容易产生心理健康问题。面对这些问题,中年人应注意以下方面:

1. 注意身心健康,避免心理负荷过重 中年期任务繁重,压力很大,加之个体意识到人到中年,此时不搏更待何时?因而常常主动找事情做,由于本身工作生活紧张,感到时间紧,又有很多想做的事情做不了,容易产生焦虑、紧张不安的情绪。

中年人的烦恼也超过其他年龄阶段。据有关研究结果表明,“引起中年人烦恼”的因素依次排列为:身体不好、社会分配不公、想做的事做不了。此外,还有子女成长不称心、工作不理想、个人价值被否定、人际间的内耗(猜忌与摩擦)、真诚不被人理解等,也是引起中年人烦恼的因素。

紧张感、焦虑和过多的烦恼均容易引起心理和躯体疾病,严重者还可导致自杀。研究表明,30岁~40岁年龄阶段的个体自杀率明显增高,40岁~60岁是自杀高峰期。60岁以后即开始下降。尽管自杀者在同龄人中毕竟是极少数,但根据自杀发展的年龄趋势来看,从另一个侧面说明了成年人中期的社会适应、情感适应和承受压力的情况。

关注中年人的身心健康尤为重要,可采取以下的方法:

(1) 合理安排时间: 中年人合理地安排自己的时间,注意劳逸结合,避免超负荷的工作,避免心理疲劳。充分运用这一年龄阶段特有的智慧,设法取得智力和体力之间新的平衡和协调。

(2) 保持平和心态: 注意保持心态的平和,学会心胸开阔地面对现实,凡事要有所为,有所不为,量力而行。不是凡事都和人比较,学会适当的放弃,不要为眼前利益而牺牲身心的健康。

(3) 学会缓解压力: 中年人有着诸多的压力,学会自我调整和缓解压力显得尤为重要。当压力过大时,学会适当地宣泄和放松自己,定期参加体育运动,保持身心的健康。

2. 处理好家庭中各种关系 中年人是家庭中的一家之主。家庭是中年人事业成功的坚强后盾,家庭的稳定是影响中年人心理健康的重要因素。步入中年,随着孩子逐渐长大成人,关心照料孩子的负担逐渐减轻,但在孩子离家自立之前,无论父母的教育观念和方式怎样,他们的情感指向主要是孩子。当孩子离家自立时,家庭中出现了“空巢家庭”。夫妻在情感上,需要重新调整,把注意力再次转移到对方身上,此时的情感体验也较青年期更加深刻。夫妻在这一阶段,要相互沟通,相互体谅,特别是在教育子女问题上,多讨论,避免态度的不统一,采取一致的态度对待孩子的问题。

在中年期,随着孩子年龄的增长,亲子间的关系也在发生相应的变化,中年人应注意这些变化,并适时进行调整。子女在未成年之前,绝大多数孩子都是与父母生活在一起,亲子之间交往的次数和相处的时间都较多,相互影响也比较明显。随着青少年期的到来,孩子追求独立与自主的倾向尤为明显,对父母不再言听计从。此阶段如果父母未认识到孩子的发展变化,仍以原来的方式对待他们,把他们仍当作“小孩子”看待,那么就很容易和孩子产生冲突或隔阂。在孩子即将离家自立时,他们已有相当大的独立性和自主能力,他们希望按自己的意愿选择职业,建立家庭。此时,做父母的一方面要尊重孩子自主权,不宜过多干涉,更不能包办代替,否则易引起亲子矛盾;另一方面,父母还要用自己的知识经验与生活阅历,给孩子以指导和帮助。当孩子离家后,由于空间上的限制,再加上孩



子已经成为成年人,他们在各方面都已基本成熟,思想观念、人格特质等都趋于稳定,父母对他们的影响相对减少、减弱,亲子关系也不同于以前了。一方面父母和孩子都是成年人,在许多方面都是平等的、相同的,比如都有工作和家庭等;另一方面,此时情感投入也不同以前。在孩子成年前,父母情感投入与指向在孩子身上占有很大比例;在孩子成年离家后,中年父母的注意力开始转向配偶或第三代身上。而进入成年期的孩子,他们的注意力主要指向自己的家庭与事业。中年人逐渐适应亲子关系的变化。

在孩子离家独立生活以后,中年人的家庭负担并没有因此而减轻。因为此时父母年岁已高,赡养老人的问题又摆在面前。照顾老年人,尤其是身体状况欠佳经常患病的老人,不仅经济上要承担责任,而且心理上也要承担一定的压力。中年人需要多和老年人进行情感交流和沟通,解除寂寞孤独造成的心理障碍,保持身体健康,免受疾病的困扰。

3. 顺利渡过更年期 更年期是生命周期中从中年向老年过渡的阶段,是生育能力由旺盛走向衰退的时期。女性在45岁~55岁左右,男性则为50岁~60岁之间,由于人们逐步走向衰老,身体各器官和各个组织都发生退行性变化,其功能和代谢上也产生相应的改变,其中尤以性腺功能的减退更为明显。

在更年期,个体第二性征将逐步退化,生殖器官慢慢萎缩,与性激素代谢相关的其他组织也随之退化。对女性来说,在卵巢分泌激素减少的同时,下丘脑、垂体和卵巢之间的平衡关系也发生了改变,因而产生了丘脑下部和垂体功能亢进,表现出自主神经系统功能紊乱等一系列症状,如面部潮红、出汗、头痛、眩晕、肢体麻木、情绪不稳定、小腹疼痛、心慌、失眠、易怒,甚至多疑等,症状可以多种多样。学者们统称这组症状为妇女更年期综合征。在男性,性器官逐渐萎缩,性功能也出现由盛到衰的变化过程,主要表现为性功能减退、伴有自主神经功能障碍,在医学上这个时期称为男性更年期综合征。

更年期综合征是由生理内分泌的改变引起的,另外家庭、社会地位及复杂的心理社会因素,也参与了整个病理过程,对更年期综合征所出现的时间和反应的程度都有重要的影响。

更年期是每一个体生命过程中必然经历的一个阶段,它的出现属于自然生理现象,任何人都无法抗拒。但是由于更年期的个体心理比较脆弱和不稳定,容易发生心理障碍和器质性疾病。因此在更年期应更加注意心理卫生和保健工作。

首先,加强宣传和教育,说明更年期的到来是符合人生客观规律的过程,使处于更年期的个体以科学的态度、正确认识和对待这种生理的变化,消除顾虑,减少思想负担,消除不必要的紧张、焦虑和恐惧情绪。同时避免或尽量减少不必要的刺激,保持精神愉快、心情舒畅,有利于减轻或消除不舒适的感觉。对于躯体的不适感,及时就诊,做到无病放心、有病早治和及时调理,及早预防器质性疾病的产生。注意心理卫生保健,合理安排时间,劳逸结合,维护良好的人际关系。扩大交往,坚持体育锻炼,顺利地度过生命历程中的这一转折期。

第五节 老年期心理健康

老年期,也称成年晚期,是指60岁至死亡这段时期。进入老年,个体的生理、心理和社会诸方面都会出现一系列变化。

根据联合国教科文组织规定,在一个国家或地区人口的年龄构成中,60岁以上者占10%或65岁以上者占7%,则成为人口老龄化的国家或地区。我国在20世纪90年代进入老龄化人口结构中,我国60岁以上的老年人已经超过1.2亿,是世界上老年人口最多的一个国家。不断提高老年人的心理健康水平,使老年人幸福、愉快地欢度晚年,已成为我



国的一个重要卫生课题。

(一) 老年期的生理心理特点

1. 生理功能衰退 步入老年,各系统机能趋向衰退。脑细胞减少,细胞功能减弱,心血管功能下降,心脏病、高血压等疾病的发病率增多。肺的肺泡部分相对地减少,由20多岁时占肺的60%~70%降至50%以下,肺活量下降;肾脏重量减轻、老化,因而控制能力下降;前列腺肥大现象增多。甲状腺重量减轻,甲状腺功能减弱,肾上腺重量也减轻,男性激素的合成能力明显下降;甲状旁腺分泌功能下降;性腺萎缩,分泌功能下降。骨的含钙量减少,脆性增加,容易骨折。皮肤的组织萎缩,弹性下降;皮脂腺萎缩、汗液分泌减少,皮肤干燥、无光泽、皱纹多;肌肉萎缩,弹性减弱,肌力下降。

2. 心理特征发生变化

(1) 感知觉功能下降:感知觉是个体心理发展过程中最早出现的心理机能,也是衰退最早的心理机能。老年人视力减退,出现“老花眼”,听力也出现了下降。

(2) 记忆的变化:记忆力下降,无论是识记,还是再认、重现能力均不如中青年。近期记忆差,易遗忘,表现为常忘事;远期记忆保持效果好,常能对往事准确而生动的回忆。理解记忆尚佳,机械记忆进一步衰退。

(3) 情绪和人格的改变:情绪趋于不稳定,表现为易兴奋、激惹、喜欢唠叨,情绪激动后需较长时间才能恢复。人格上表现出以自我为中心,猜疑、保守、情绪性、内倾性和顺从性等特点。两性出现同化趋势,男性爱唠叨,变得女性化,女性更爱唠叨,变得更加女性化。

(二) 老年期的心理健康问题

1. 适应退休的生活,享受老年生活 离退休后,老年人的工作、生活环境和社会角色都会发生一系列变化。从为生活奔波的谋职者变成了旁观者,从以工作为重心转为以闲暇为中心,从工作单位为核心转为家庭为核心,从紧张的生活转为清闲的生活,从接触的人多事多到接触的人少事少,从关怀子女者变成接受子女赡养者,从经济比较富裕者变成收入微薄者,从而思想上也会由积极状态变为消极状态,精神上由有依赖感变为无依赖感,在思想、生活、情绪、习惯、人际关系等方面出现不适应,出现“退休后综合征”。

多数退休的老年人存在着或多或少的失落感和自卑感。老年人对退休的现实有一个逐渐适应的过程,帮助他们进行自我调节十分重要。

首先,把退休看作是一个成功生活历程的一部分。对于老年期出现的各种衰退现象,要有思想准备。改变其认知,以乐观的态度,面对人生中“有钱有闲”的这段时间,尽情地享受退休后的时光。

第二,坚持学习,活到老,学到老。进“老年大学”一类的学习场所,不仅可以改善老年人的心理活动能力,特别是记忆力和智力,延缓和推迟衰老,还可以使老年人紧跟时代的车轮前进,放宽眼界,生活于集体之中,将学习所得,加上自己过去的知识和经验,做些有益于集体和公众的事,体现个人的价值,也使生活过得有意义,减少孤独感和失落感。

第三,培养和坚持各种兴趣爱好,做到“老有所乐”。既可丰富生活,激发对生活的兴趣,又可以协调、平衡神经系统的活动,使神经系统更好地调节全身各个系统、各个器官的生理活动。因此,对推迟和延缓衰老起积极作用。

第四,保持必要的人际交往,积极投身社会生活,对生活中的各种问题,面对现实,以切实的方法解决,不退缩,不逃避;参加体育锻炼,保持身体健康;学会寻找快乐,学会享受老年生活。

2. 正确面对疾病和死亡 步入老年期,个体常患有一种或多种老年疾病,越来越深



刻地意识到死亡的临近,并由此产生心理波动。研究表明,老年人出现死亡念头的频率较高,特别是那些患有一种或多种慢性疾病,给晚年生活带来痛苦和不便的老年人,常会想到与“死”有关的问题,并不得不随时做出迎接死亡的准备,表现出恐惧和焦虑。老年人的生死观的一个重要方面是希望“暴死”,不希望卧病不起,给别人添麻烦。死亡也是生活的一个部分,只有对死亡有思想准备,不回避,不幻想,才能让老年人克服对死亡的恐惧心理,从容不迫的生活。同时,子女应在生活上积极照料老人,对老人多关心多体贴,多进行情感上的交流,老人有病及时医治,使老人感觉温暖和安全。

(张 岚)

第四章 主要理论流派

人们的心理发展及某些异常心理的形成，通常难以被一般“常理”所解释，而百余年来形成的心理学领域众多相关理论，则可能具有独到的见解和解决问题的方法，本章将介绍与心身问题密切有关，且对疾病发生、诊断、治疗、康复和预防有普遍指导意义的几种理论。

第一节 精神分析理论

精神分析学说 (psychoanalysis) 又称心理动力理论，由奥地利维也纳的精神病医生弗洛伊德 (Freud S, 1856~1939) 在 19 世纪末创立。精神分析理论的产生来源于临床观察，弗洛伊德将观察到的材料进行整理和解释，形成了有关心理结构和功能的一系列设想，主要内容包括潜意识、人格结构、性心理发展理论、防御机制理论和心理障碍的心理病理学理论等。

一、主要的理论内容

(一) 潜意识理论

弗洛伊德经典精神分析理论的最重要的发现是潜意识。弗洛伊德以一种“心理地形学” (psychical topography) 的观点，把人的心理活动分为意识、潜意识和前意识三个层次。

1. 意识 (conscious) 是指与语言 (即信号系统) 密切相关，是心理活动中与现实联系的那部分，能被自我意识所知觉。它是人们当前能够注意到的那一部分心理活动，如感知觉、情绪、意志、思维等，以及可以清晰感知的外界的各种刺激等。意识使个体保持对环境和自我状态的知觉，对人的适应有重要的作用。

2. 潜意识 (unconscious) 是指个体无法直接感知到的那一部分心理活动，主要内容是不被外部现实、道德、理智所接受的各种本能冲动、需求和欲望，或明显导致精神痛苦的去事件，如已经被意识遗忘了的童年时期不愉快的经历、心理上的创伤等。潜意识是整个心理活动中最具动力性的部分，在正常和变态心理机能中均占有非常大的优势，在精确性和复杂性方面完全可以与意识过程相媲美。表面上看，似乎人的心理生活是不连续的，各种念头、某种情感、一个梦或某个病理症状之间似乎并无联系，但在时间背景上，这些心理活动之间的联系存在于心理历程的潜意识部分，而不是在有意识地进行。

3. 前意识 (preconscious) 是指当时意识不到但随时可以意识到的那些心理要素，即意识的边界以外的某些心理内容，一旦注意的焦点扫描到那里，前意识的内容就可被意识到了，此时前意识也就转变为意识状态。前意识的功能是在意识和潜意识之间从事警戒任务，阻止潜意识的本能冲动到达意识中去。前意识的存在保持了个体对欲望和需求

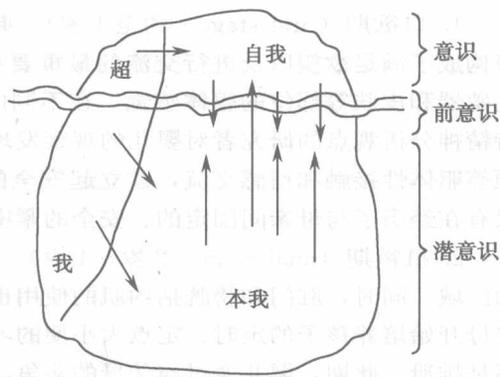


图 4-1 心理动力理论简单示意图

(自姜乾金, 1993)



的控制,使其尽可能按照现实要求和道德准则来调节,成为意识和潜意识之间的缓冲地带。

(二) 人格结构理论

精神分析学说认为,人格是由本我、自我和超我三部分构成。

1. 本我(id) 又称伊的、原我。存在于潜意识深处,是人格中最原始的部分,代表人们生物性的本能冲动,主要是性本能和攻击本能,其中性本能或称为力必多(libido,意指欲力或性力)对人格发展尤为重要。人格中的本我遵循所谓的“快乐原则”(pleasure principle),全部能量用于一个目的——追求快乐,从不考虑是否合适或是否正当。婴儿及儿童的行为中体现出更多的本我的表现。随着人格的发展及社会化的过程,本我的活动逐渐在自我的管理和控制之下。

2. 自我(ego) 自我在婴儿期由本我产生,是与外部世界交往的唯一源泉,是人格中最重要的部分,自我的一部分是意识的,也有一部分处于潜意识水平。从动力角度看,本我的愿望和力必多能量充填到自我,自我成为本我或内驱力的执行者。在现实层面,自我是现实生活的承担者,其活动遵循现实原则(reality principle),通过延迟满足的方式以现实原则替代本我的快乐原则,如成人的自我包括了许多与环境要求有关,必须承担相应的功能包括合理愿望的满足、维持生活习惯、经受社会压力(如高考)、学习和研究、审美或其他艺术上的兴趣等。因此,自我经常要努力协调本我和超我不合理的要求以及外部现实的要求。自我是否对环境有良好适应体现着心理健康的水平,也是判断人格成熟水平的重要标志。

3. 超我(superego) 类似于良心与道德,具有良知、理性等含义,大部分属于意识的。超我是在长期的社会生活过程中,由社会规范、道德观念等内化而成的。超我的特点是能按照社会法律、规范、伦理、习俗来辨别是非,分清善恶,因而能对个人的动机行为进行监督管制,使人格达到社会要求的完善程度。超我按“至善原则”(principle of ideal)行事。

弗洛伊德认为人格是由本我、自我和超我三部分交互作用构成。人格是在企图满足潜意识的本能欲望和努力争取符合社会道德标准两者间长期冲突的相互作用中发展和形成的。即“自我”在“本我”和“超我”中间起协调作用,使两者之间保持平衡。如果两者之间的矛盾冲突达到“自我”无法调节时,就会产生各种精神障碍和病态行为。

(三) 性心理发展理论

精神分析理论认为人的心理在性本能驱力和环境的影响下,经历了五个发展阶段,形成了一些与各阶段相关的心理特点。

1. 口欲期(oral stage, 约至1岁) 弗洛伊德将婴儿期称为口欲期,因为嘴和口腔黏膜构成了满足欲望以及进行交流的最重要身体部位。心理的性指的是口腔、肛门、肌肉、生殖器和皮肤等部位的躯体感觉,在不同的发展阶段,快感集中在不同的部位。近年来,持精神分析观点的研究者对婴儿的观察发现,婴儿有强烈的交流需要,母亲通过喂奶和照顾等躯体性接触和情感交流,建立起安全的母子关系,形成幼儿最初的信赖感、安全感。只有在经历了与母亲间固定的、安全的紧密相连的体验,个体化过程才能顺利发展。

2. 肛欲期(anal stage, 2岁~4岁) 进入生命的第2年,肛门也成为—个快感集中的区域。同时,肛门和膀胱括约肌的使用也是对权利和意愿的一种躯体表达方式。在此期父母开始培养孩子的定时、定点大小便的习惯,孩子则根据自身的快感需求决定,是保留还是排泄。此期,婴儿通过与父母的斗争,发展了灵活性、独立性和自主性,形成了一些心理特点。肛欲期留下问题的人,在成年时表现的人格特点是:洁癖、刻板、施虐和受虐、过分注意细节、嗜好收集和储藏、强迫、权利欲强等。



3. 性器期 (phallic stage, 性蕾期, 俄狄浦斯情结期, 4岁~6岁) 在性感带的发展中, 继口腔黏膜及肛门之后, 儿童开始表现出对生殖器刺激的兴趣。相对于青春期的性冲动, 称此时躯体的性冲动为“婴儿的性”。此期, 男孩会幻想父亲要阉割他, 产生阉割焦虑; 女孩则潜意识地感觉到来自母亲的焦虑和威胁, 害怕母亲约束她的乳房, 嫉妒她的身材。为了解决这种冲突, 男女孩童只好认同父亲和母亲, 将父母形象内化发展出成熟的超我, 并在心理上进入潜伏期阶段。

4. 潜伏期 (latency stage, 6岁~10岁) 此时, 儿童的性心理活动进入一段安静的时期。儿童对动物、运动、自然界的好奇心和学校的学习、同伴的交往等活动日益增加。

5. 生殖期 (genital stage, 10岁~20岁) 此期躯体和性发育成熟, 与原始家庭客体产生心理社会性分离, 建立家庭外的亲密客体关系, 个性已初步形成, 认知功能继续得以发展, 这些心理功能与文化和社会价值观进行同化和适应。

弗洛伊德认为, 儿童时期的基本经历、未解决的冲突和精神创伤, 在成年期重新活跃起来, 对神经症、心身疾病甚至精神病发生有重要致病作用。

(四) 自我防御机制

自我防御机制 (ego defense mechanism) 是自我为了对抗来自本能的冲动及其所诱发的焦虑, 保护自身不受潜意识冲突困扰, 而形成的一些无意识的、自动起作用的心理手段。精神分析理论着重描述了如下几种。

1. 压抑 (repression) 是最基本的防御机制, 因为它包含在其他各个防御机制中。每当自我受到来自本我的冲动的威胁时, 就通过压抑这些冲动来保护自己; 即它强迫某些具有威胁的情感 (如性心理活动) 进入潜意识。

2. 反向作用 (formation reaction) 被压抑的冲动进入意识的另一种表现形式是通过采用某种与它本来面目完全相反的伪装。这种防御机制叫做反向作用。如一个怨恨自己母亲的女孩因社会要求儿女必须爱双亲, 所以如果她意识到自己怨恨母亲, 就会产生强烈的焦虑。为了避免焦虑, 这个女孩就会表现出相反的冲动——爱。但是她对母亲的爱是不真实的。这种爱往往很做作, 很夸张和过分。

3. 置换作用 (displacement) 是指将不能接受的欲望转移到其他各种各样的人和物身上, 从而使原始冲动伪装或隐藏起来。例如, 一个对室友生气的女子会将她的愤怒转移到她的雇员身上, 她的宠物猫或一只玩具动物身上。她对她的室友仍然很友好, 但与反向作用不同的是这种友好并不夸张也只不过分。

4. 退行 (regression) 力必多在通过某个发展阶段之后, 如果遇到紧张和焦虑, 还可能恢复到早先的阶段, 这种恢复现象被称为退行。例如, 一个已经断奶的儿童, 在母亲生了小弟弟或小妹妹后可能要求用奶瓶喝奶。在极端紧张的情况下, 有的成人可能采取一种胎儿的姿势, 有的可能回家找母亲, 有的可能卧床不起, 似乎在逃避充满威胁的世界。

5. 投射 (projection) 当一种内部的、本能的冲动太令人焦虑时, 自我可能把这种冲动归之于某个外部对象, 用这种方式摆脱焦虑, 这就是投射机制。投射的本质是在别人身上看到实际上存在于自己心理上那些不能接受的情感或念头。

6. 升华 (sublimation) 是一种以文化的或社会的目的代替对性爱的生殖目的的压抑。升华是对个人和社会都有好处的防御机制。升华的目的最明显地表现在诸如艺术、音乐和文学等创造性文化造詣上。

(五) 神经症的心理病理学

精神分析认为潜意识里的神经症性冲突是导致神经症性心理障碍的重要原因。潜意识冲突主要指童年时形成的, 没有得到解决的冲突。所谓冲突是这样一个过程: 本我的冲动 (力必多愿望) 在寻求释放时受到自我的防御机制的阻碍, 防御的作用使得本我的冲动不



能通过自我适当的释放以获得满足或直接进入意识领域获得满足。自我何以要防御本我冲动并阻碍其释放？这是因为超我扮演着禁止本能冲动进入自我的角色。神经症症状爆发的原因是，自我因不断地把能量消耗在企图阻止危险驱力进入意识和产生行动上，最后导致自我的相对不足。最终，被耗竭的自我已无法再继续其防御或抵抗，不得不允许一些本能在某种程度上的释放。当本能的冲动不得不以伪装的和歪曲的形式释放时，就是以神经症的症状形式表现出来。

二、精神分析理论评述

弗洛伊德通过把临床观察的方法与哲学思辨结合起来，对资料进行整理和解释，形成了精神分析理论。精神分析是一个宏大的理论和实践体系，其中潜意识理论是最重要的发现，现在精神分析的很多观点已成为普通心理学的一部分。一百多年来，经典精神分析理论和技术在深度和广度上不断发展，后来形成的许多心理学派都直接或间接地受到它的影响。目前精神分析取向的客体关系理论、自体心理学等也已经成为主要流派。弗洛伊德创立的精神分析疗法被认为是现代心理治疗的开端。精神分析理论的局限性也很明显，因理论的依据主要来自临床观察和个案研究，有关本我、自我与超我以及潜意识、力必多等概念主要依靠逻辑的推断，缺乏有力的实验验证和数据支持。特别是弗洛伊德学说过多地强调早期性本能的压抑是人格发展不健全和心理疾病的主要原因，过分强调了潜意识心理冲突的作用，忽略了意识的能动性作用。弗洛伊德的研究对象主要是病人，与正常人的心理状态有很大区别，因此结论的代表性也受到质疑。

(傅文青)

第二节 行为学习理论

一、主要的理论内容

一般认为，“行为”是指个体活动中可以直接观察的部分。新行为主义心理学家斯金纳等人通过大量的研究，扩大了人们对行为含义的理解，将“行为”理解为个体内在的和外在的各种形式的运动，也包括主观体验、意识等心理活动和内脏活动。行为学习的理论是不同的学者在不同的时期建立和发展起来的。其主要观点是把发展视为以奖励、惩罚和模仿为基础的学习。

行为学习的理论来源主要有三个方面：经典条件反射理论、操作性条件反射理论、社会学习理论。这三种理论的一个共同点就是学习，它们都是关于有机体的学习的发生机制和条件的理论，其中每种理论各说明一种学习形式。因此，学习概念是行为疗法的核心。在行为主义者看来，除了遗传和成熟的有限作用外，学习是获得行为和改变行为的主要途径。无论是适应的行为还是不适应的行为，都产生于学习。既然心理治疗就是消除和改变不适应行为，获得适应的行为，学习就是实际治疗目标的主要手段。行为治疗技术实际上是一些获得、消除和改变行为的学习过程。

对人类行为的发生及其机制的阐述是行为理论的主体内容。对人的行为的理解有这样几个要点：行为就是人们所说和所做的；行为具有一种以上的测量尺度；行为可以观察和记录；行为对外界环境产生影响；行为是受自然规律支配的。行为主义者对人类本性的观点是：人是被环境和遗传决定的反应或有机体，人既是环境的生产者，也是环境的产物，人的行为是有规律的，人的行为是学习得来的。



二、经典条件反射理论

俄国生理学家巴甫洛夫 (Pavlov IP, 1849-1936), 在 20 世纪初发现了经典条件反射 (classic conditioning), 又叫反应性条件反射, 它是以无条件反射为基础而形成的。一个中性刺激通过与无条件刺激配对, 最后能引起原来只有无条件刺激才能引起的反应, 这就是初级条件反射。在初级条件反射的基础上又可以引起一个新的中性刺激从而建立次级条件反射。由于人具有概念和语词能力, 可以用概念和语词替代任何具体的刺激物, 所以人能够以语词建立极其复杂的条件反射系统。华生 (Watson, JB, 1878-1954) 曾经认为, 经典的条件反射是一切行为的基本单位, 意思是一切行为都可以通过分析还原为一个一个条件反射。这一看法后来由于对操作性条件反射和其他学习形成的发现被提出质疑, 但经典的条件学习的确是许多行为的获得途径, 这一点是毋庸置疑的。图 4-2 清晰地显示了经典条件反射的建立与消退过程。

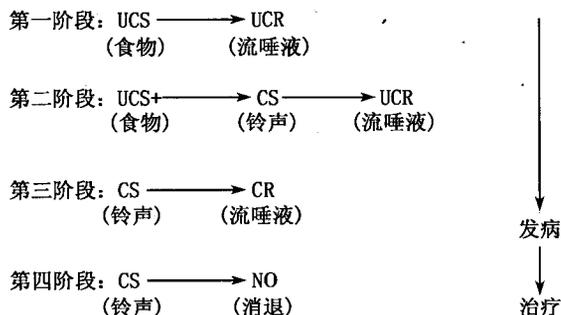


图 4-2 经典条件反射的建立与消退过程

影响经典条件反射的因素: ①非条件刺激 (US) 与条件刺激 (CS) 的性质, 越强的刺激, 其效果越显著; ②US 和 CS 之间的时间关系: CS 必须先于或同时与 US 发生; ③CS 和 US 之间的一致性, 在每一次试验中 CS 与 US 要同时展示; ④共同作用的次数, 随着 CS 与 US 共同配合的次数增多, 条件反射增强; ⑤以前对 CS 的体验, 如果主体以前在没有非条件刺激的情况下已受过某种刺激, 那么, 当这种刺激与一个非条件刺激共同作用时, 就不太可能成为条件刺激。

心理学家华生进一步说明人的行为, 不管是正常或病态的行为, 适应性或非适应性的行为, 都是经过“学习”而获得的。华生跟他的同事于 1920 年曾发表他们的临床实验。他们让一个九个月大的男孩跟一只白老鼠接近, 每当男孩看到白老鼠时他们就制造不悦的噪声 (如猛击铁棒), 经过这样的几次结合后, 每当白老鼠出现时, 男孩就会哭闹, 出现紊乱的表现。此后观察这男孩不但怕老鼠而且还泛化到白兔等有毛的动物身上去了。对本来他不怕的对象, 如兔、狗、有毛的玩具, 甚至棉花也发生了恐惧或消极的反应。可以说这是经过实验制造的人为的“恐惧症”, 也证实了“惧怕”的行为 (或非适应性的精神症状) 可经过“学习”而产生。

1924 年, 临床心理学家 Jones MC 运用学习的原理治疗了一个惧怕白兔的小孩。琼斯让这个患有恐惧症的三岁小孩跟其他的孩子一起, 处于能让他安心的环境之后, 一方面给他喜欢吃的食物, 另一方面按程度逐渐由远而近地让小孩与白兔接近。如此逐步把恐惧白兔或其他类似的物体恐惧症治好。可说是, 这是行为治疗首次报道的案例。华生认为不论如何复杂的人类行为都是学习的结果。复杂的学习行为遵循两条规律: ①频因律, 即对某一刺激的某一行为反应发生的次数越多, 那么这一行为就越有可能固定保留下来, 并在以



后遇到相同的刺激时很可能再次发生；②近因律，即对某一刺激发生某一行为反应在时间上越接近，那么这一行为反应越容易固定下来，并在以后遇到相同的刺激时越容易发生。

三、操作性条件反射理论

美国心理学家斯金纳 (Skinner BF, 1904~1990) 通过一系列实验证明操作性条件反射理论。在一个后人以他的名字命名的斯金纳箱中，安放有一个食物盘。把一只饥饿的鸽子放入箱中，它在寻找食物时可能啄红灯的窗户而获得了食物。如果这种操作偶然重复若干次，鸽子就会主动啄红灯的窗户。也就是说它学会了获得食物的行为，食物是对啄红灯的窗户的奖励，因此也称为“奖励性的学习”。操作性条件反射的实验有力地说明：行为的后果直接影响该行为的增多或减少。

虽然许多与情绪反应相联系的行为和习惯可能是应答性条件作用的结果，但人们普遍认为，人类更大范围的行为类型是通过操作性条件反射过程获得的。

操作性条件反射 (operant conditioning) 又叫工具性条件反射 (instrumental conditioning)。它的关键是描述了有机体 (动物或人) 做出一个特定的行为反应，这个行为反应导致环境发生某种变化，即发生了一个由有机体引起的事件。这个事件对有机体可能是积极的，没有适应价值的。不管是哪一种，这个事件都会对有机体继后的反应有影响。如果事件具有积极价值的话，有机体会更倾向于作出同样的行为，如果具有消极价值的话，则会抑制该行为。显然，这是一种学习过程，通过这种过程，有机体“知道”了行为与后效的关系，并能根据行为后效来调节行为。

既然人们的行为是由行为的后效来塑造的，那么，有意识地设置一些环境条件，使特定的行为产生特定的后效，就可以有效地控制、塑造行为。操作性条件反射的治疗原理就在于此。

在操作性条件反射中，我们还会遇到一个十分重要的理论，这就是行为强化。所谓行为强化是指：一个具体的行为的发生，有一个直接结果紧随着这个行为，导致了这个具体行为在将来被加强的过程。行为强化分为正性强化与负性强化。所谓正性强化是指具体行为之后，出现了刺激结果的增加，导致具体行为的增强；所谓负性强化是指具体行为之后，出现了刺激结果的移除，导致了具体行为的减弱。

影响行为强化的因素：①直接性：当刺激物在行为配合直接发生，强化刺激效果更大；②一致性：刺激与行为发生的一致性越大，强化效果越大；③已形成事件：在刺激发生之前环境与个体的实际状态具有直接的关系；④结果的特征：强化刺激，因人而异。

四、社会学习理论

美国心理学家班杜拉 (Bandura A) 是社会学习理论的创建者。社会学习理论提出了另一种学习形式，称作观察学习或模仿学习。社会学习理论家认为，人类的大量行为的获得不是通过条件作用的途径进行的。例如：没有哪位成年人去为一位少年设计一套学骑自行车的强化训练程序，绝大多数孩子都是先观察别人如何骑车，由别人告知一些要领，然后自己进行模仿练习而学会骑车的。按社会学习理论的说法，构成人的模仿对象的范围极其多样，不仅有别人的行为，而且像书籍、电影等均是模仿行为的来源。这就难怪他们要宣称模仿学习是人类学习的主要途径了。

班杜拉认为观察学习包括四个具体过程：首先是注意过程，即集中注意观察所要模仿的行为示范，这是后面过程的基础；其次是保持过程，指把观察得到的信息进行编码并储存在记忆中的活动；再次是运动再现过程，即通过自己的运用结合再现被模仿的行为；最后是动机确立过程，这是使一项模仿实际实行与否的制约因素，这一过程会影响前面三种



过程。多数有目的的模仿行为都需某种动机力量的支持。观察、记忆和重现，如果没有动机推动和支持，都有可能不发生。当然也有无意模仿的情况，但这种模仿往往是零散的、随机的，且往往对个体不具有明显的意义。

社会学习在社会化过程中的作用是班杜拉一直特别重视的方面。所谓社会学习是社会引导社会成员用社会认可的方法去活动。在此方面，班杜拉作过许多方面的研究，比如攻击性的社会化。如果当儿童用合乎社会的方法表示攻击性时，如球赛或打猎，父母和其他成年人就奖励儿童；当他们用社会不允许的方式来表现攻击性时，如打小孩，则父母和成年人就惩罚他们。儿童就会根据被强化的模式来调整自己的行为。班杜拉认为，男女儿童的性别品质的发展较多的也是通过社会化过程的学习，特别是通过模仿而获得的。

(胡佩诚)

第三节 认知理论

一、认知理论的主要内容

心理学中凡是侧重研究人的认识过程的学派都称之为认知心理学派。所谓认知就是接受、编码、操作、提取和利用知识的过程，它包括知觉、语言、智力、表象、思维、推理、问题解决、概念形成和创造性。心理学家们在各自具体的研究领域提出关于认知的假说。1967年，美国心理学家 Neisser 综合了许多不同领域内相互渗透的观点撰写了《认知心理学》一书，该书的出版标志着认知心理学正式登上了心理学的历史舞台。对医学心理学影响比较大的是信息加工心理学的理论，也就是狭义的认知心理学。它用信息加工的观点和术语说明了人的认知过程，揭示了人的认知特点，为心理咨询和治疗开辟了另一条途径。

(一) 认知心理学

认知心理学借助通讯工程、信息论、计算机科学以及语言学的概念来解释人的认知过程。认知心理学把人的高级心理过程作为研究的对象，把人脑视为一个信息加工器，心理过程就像计算机那样将输入的感觉信息加工成神经和心理事件。尽管人脑的神经结构与计算机的硬件不同，但人的认知过程与计算机的程序所表现的功能具有相似性。它们以一种方式从外界接收信息（计算机：键盘或鼠标；人类：感官）而以另一种方式将之贮存，其信息加工的原则是相同的。在信息加工过程中，人脑已有的知识和知识结构，即所谓的认知图式就相当于计算机程序语言中的数据安排形式。这些形式限定了信息能否得到加工或怎样加工，信息若与认知图式适合，则信息就能得到加工，若不合适，则被忽略或歪曲。但是大脑与计算机也有不同之处，计算机每次只能做一件事，而人的大脑能同时做许多事。因此，有人提出在人身上模拟认知过程的尝试必须以平行加工为基础，因为大脑与认知系统都是以平行机制进行工作，而非计算机工作的系列机制。

(二) 认知与情绪的关系

研究认知，不能无视情绪的存在。心理学家认识到情绪的产生是直接受认知和思维活动调节的，但积极的认知和思维并非解决人生问题的唯一方法。因为思维、情绪和行为几乎是同时的。没有不伴随思维的情绪，也没有无情绪的思维，因为情绪总是被某个情境的知觉激发出来的。有学者认为情感反应并不是孤立存在的，它们不仅与认知过程密不可分，而且还影响着所有其他认知—情感元素。例如，一个人的自我概念编码含有某种积极的和消极的情感。“我认为自己是一个有能力的人，这使我高兴”，“我不擅长学数学，这



让我烦恼”。同样,人们的能力、信念、期望、价值观念以及目标等都有情感反应的色彩。认知和情感似乎总是交织在一起。但是 LeDoux 在情绪记忆的研究中发现,情景记忆与情绪记忆来自大脑两个不同的区域。情景与其他记忆一起储存在大脑皮质上而情绪记忆贮存在杏仁核里。LeDoux 说“情绪记忆使那些情景记忆具有情绪的品质,大脑融合了二者,使它们看起来好像出自同一个地方。”因此,尽管在理性上人们知道自己对事件的解释是错的,而情感上仍然“感觉”事情就是这样。愤怒的人会觉得他们在受伤害,抑郁的人会觉得他们生活多么不幸,而焦虑的人会觉得危机四伏。事实上,情绪越强烈,输入的信息越狭窄,认知就可能走向极端,因为强烈的情绪很可能使我们扭曲、低估或不理会与情绪相冲突的信息。

(三) 与心理治疗有关的认知理论

认知心理学强调认知对于人的整个心理活动有重要作用的思想被应用到临床上,从而形成了认知治疗这一种独特的治疗方法。基于人们对事件的解释和思考方式决定了它们的情感和行为反应的观点,认知治疗理论认为各种心理障碍都与认知曲解有关。因此,矫正功能障碍的认知是治疗各种心理障碍的关键。

1. Ellis 的 ABC 理论 Albert Ellis 认为人生来就具有理性与非理性两种潜在性质。当人们按照理性去思维、去行动,他们是愉快的、富有成效的,反之则是烦恼的、自我挫败的。在人的一生中,任何人都可能或多或少地有一些非理性信念。Ellis 认为非理性信念和行为是神经症的典型特征。早在我们如一张白纸的孩童时代,我们的头脑就不断被灌输各种观念,其中有些是非理性的,但为社会所推崇。自我暗示和自我重复不断加强了这些非理性观念,最后形成各种机能性障碍。Ellis 认为不合理信念主要为三大类,即人们对自己、他人、周围环境及事物的非理性信念、绝对性思考和错误评价。人们若拥有这样一些信念体系,就会陷入情绪困扰状态,而且可能花很大的精力试图对现实世界施加一种不现实的控制。

Ellis 根据自己的基本观点提出了所谓 ABC 理论。A 是指刺激性事件 (activating events), B 是指个体的信念系统 (belief system), C 是继事件之后,个体的情绪和行为反应的结果 (consequence)。一般人们认为情绪和行为反应 C 是事件 A 引起的。Ellis 说“人不是被事情本身所困扰,而是被其对事情的看法所困扰”。也就是说 B 是引起人的情绪和行为反应直接的原因。人们的信念有合理的,也有不合理的。当人们坚持某些不合理的信念,长期处于不良情绪状态中,心理障碍就可能产生。Ellis 认为情感疏导可以消除情绪障碍,但最迅速、最深刻和最持久的办法是改变一个人的思维模式和生活态度。

2. Beck 的认知行为治疗假说 Beck 的理论基于临床经验,很大程度上是描述性的。Beck 认为人们早年经验形成了“功能失调性认知假设”,即关于自己、他人或世界的绝对看法。它决定着人们对事物的评价,成为支配人们行为的规则,在不知不觉中影响人们的行为,而又不为人们所察觉。这些假设是个体与环境相互作用的产物,并不一定都与现实相符合。但由于形成在童年时代,很少受到质疑和检验,因此一直到成年仍保持它们的绝对性。人们对解释特殊体验方式上存在的系统偏差和身临其境时立刻出现的自动思维的根源就在于这些假设。受到某种生活事件刺激,大量负性自动思维就会被激活,使你不加分析地接受了它所提示的评价信息,由此导致情绪抑郁、焦虑和行为障碍。情绪和行为障碍反过来又加强了负性自动思维,形成恶性循环。因此,要使情绪和行为障碍好转,一是识别和改变负性自动想法,打破恶性循环;二是识别和改变潜在的功能失调性假设。

Beck 认为负性自动想法和功能失调假设缘自错误的逻辑推理,他提出以下六种错误:①极端思维,即用全或无、非黑即白的方式来思考和解释,或用不是/就是两个极端来对经验分类;②主观臆断,即没有支持性或相关证据就武断做出消极的结论;③选择性概



括,即仅凭某一局部细节作出总体的结论;④过度引申,即由一个偶然的事件取得的信念不恰当地应用于其他情况;⑤夸大和缩小,即用一种比实际上大或小的意义来感知事件或情境;⑥个性化,即在没有任何根据的情况下将一些事件与自己联系起来倾向。

3. Kelly 的个人构念理论 Kelly 的个人构念理论是对人们如何建构其世界的假说。所谓个人构念就是个人对事物理解与解释的方式,在 Kelly 看来,它是真正预测其行为的关键。

Kelly 认为每个人都像科学家那样试图主动预测和解释这个世界。在面对新的情境时,首先是观察,然后推断事物间的关系,形成理论、提出假设,检验看似可能的东西,最后从实验中得出结论。心理健康的人依据现实经验来确认他们的个人构念。他们像称职的科学家检验合理的假设一样不加歪曲或否认地接受结果,然后欣然地根据所掌握的资料修正他们的理论。健康的个体不仅能做出预测,而且还能随情境的变化作出适当的调整。心理不健康的人也拥有一个复杂的构念系统,但他们的构念可能太坚固,新经验不能渗入。他们像蹩脚的科学家检验不合理的假设那样,拒绝接受或歪曲合理的结果,拒绝修正或放弃已不再有用的旧理论,因而不能适应现实世界,或者他们的构念过于松散或灵活,使人感觉混乱,个体没有一致的行为模式,其价值观也飘忽不定。

Kelly 认为人类体验到的威胁、恐惧、焦虑和内疚是认知不协调的结果,也是个人构念太坚固或太松散的反应。Kelly 认为威胁是个体对个人构念的稳定性可能被动摇的反应,恐惧则是对个人构念偶然发生重组的反应,它比威胁更具体,也更具偶然性。当威胁或恐惧使人感到不安时,心理失调就会产生。Kelly 认为人们经历新事件之所以会感到焦虑,是因为该经验在他们的构念适用范围之外。但这是正常水平的焦虑,不会导致无能。当个体不能忍受矛盾的构念或个体的构念系统崩溃时,就会出现精神病理性焦虑。当人们的行为表现与他们对自己身份的感觉不一致时,他们就会感觉到内疚。当人们在证实他们的个人构念、预测未来事件、控制环境上有困难时,心理困扰也就产生了。当人们难以驾驭困扰时,就需要诸如心理治疗之类的外在帮助。治疗者的角色是帮助患者修正他们的个人构念系统以便提高预测的效果。Kelly 创建的“固定角色治疗技术”就是让患者假设自己是另一人,在角色扮演过程中发现原有构念的问题,找到新的个人构念,减少自己生活中的不确定性。

二、认知理论的评述

认知心理学采用信息加工的观点来解释人们的认知过程,为心理学研究和应用开辟了新的途径,对心理学的发展可谓是功不可没。认知理论借用了计算机科学的模型,或模拟认知神经过程,揭示了人们在环境中是如何获得信息,这些信息如何作为知识得以再现和转换,它们如何被贮存,以及如何运用于指导我们的行为。这些认知理论对心理治疗领域产生了深刻的影响,它启迪了临床心理学家从认知的角度来考虑心理障碍的成因、干预与治疗,提出了认知治疗假说及方法和技术。认知疗法是目前发展最快的一种心理治疗方法,它吸收了行为治疗、患者中心疗法等合理内涵,在治疗抑郁症、恐惧症、成瘾行为、人际关系等各种心理和行为问题上取得了令人瞩目的效果。

认知理论同许多其他心理学理论一样也不能解释或解决所有的心理问题,尤其是把人看成是计算机式的信息加工系统,用计算机的信息加工原则解释人的认知很难体现人的自然属性和社会属性。

(李 茹)



第四节 人本主义理论

一、主要的理论内容

人本主义心理学（humanistic psychology）是20世纪中期美国兴起的一种心理学流派，被认为是心理学的第三势力，其中马斯洛和罗杰斯等是主要代表人物。

（一）马斯洛的需要与自我实现理论

马斯洛（Maslow A.）在早期曾研究行为主义，但随着研究的深入，他认为传统的心理学如精神分析和行为主义，关于人性的看法过于狭窄，两者对正常、健康的人都没有进行充分的研究。弗洛伊德的心理学思想主要来自对精神障碍患者的研究，马斯洛对此持有批评的态度：“如果一个人只潜心研究精神错乱者、神经病患者、心理变态者、罪犯、越轨者和精神脆弱者，那么他对人类的信心势必越来越小……，只能产生畸形的心理学和哲学”。马斯洛也反对行为主义把心理学建立在对动物行为的研究上。他指出，行为主义者关于人只有遗传的生理冲动的结论可能是因为大多数研究都是在老鼠身上进行的，而老鼠除了生理动机之外显然很少有别的什么动机，人并不是更大一些的白鼠，既然动物有其独特的天性，人类也应有自己的特点。研究精神病患者是有价值的，但是不够的；研究动物是有价值的，但也是不够的，人与其他物种是有深刻区别的。

马斯洛的研究对象主要是有自我实现倾向的人或者自我实现者，如贝多芬、爱因斯坦、林肯等。马斯洛认为人类行为的心理驱力不是性本能，而是人的需要（needs）。他把人的需要称为“似本能”（instinctoid），需要有先天的遗传基础，但人的需要的满足与表现要取决于后天的环境，“似本能”不像动物的本能那么强烈，人的“似本能”与理性不存在不可调和的对立。人的需要分为两大类、七个层次，好像一座金字塔，由下而上依次是第一类需要包括生理需要、安全需要、归属与爱的需要和尊重的需要，这些属于匮乏性需要；第二类需要包括认识需要、审美需要、自我实现需要，这些属于成长性需要或存在需要。人在满足高一层次的需要之前，至少必须先部分满足低一层次的需要。

匮乏性需要具有似本能的性质，是人的基本生存需要，为人与动物所共有，必须从外界获取，可激发匮乏性动机并推动人的行为，促使人去获取他所缺乏的某种东西，如食物、安全的场所、爱或尊重，一旦得到满足，紧张消除，兴奋降低，便失去动机。马斯洛认为，长期处于基本需要缺失状态中的人会产生心理疾病，而缺失性需要的满足则可以避免疾病。

第二类需要是自我实现等成长性需要，可激发成长性动机，为人类所特有，是一种超越了生存满足之后，发自内心的渴求发展和实现自身潜能的需要。满足了这种需要个体才能进入心理的自由状态，体现人的本质和价值，产生深刻的幸福感，马斯洛称之为“高峰体验”（peak experience）。马斯洛认为人类共有真、善、美、正义、欢乐等内在本性，具有共同的价值观和道德标准，达到人的自我实现关键在于改善人的“自知”或自我意识，使人认识到自我的内在潜能或价值。人本主义心理学的目的是促进人的自我实现，但并不是每个人都能发展到最高层次，很多人的发展都只能停留在归属与爱和自尊的层次上。马斯洛指出，成长性需要得到满足可以促进人的心理健康和个人成长，需要受挫则会导致无意义感和空虚感。否认真理，易患妄想症；没有正义和秩序，人们会感到恐怖和焦虑；缺乏幽默感，人们会变得陈腐、僵化和忧郁。

（二）心理健康与心理治疗

马斯洛在12年的临床实践和20年研究的基础上，提出了与正统心理学家和精神病学



家很不相同的健康观和疾病观。他认为精神疾患可以看作是病人没有能力认识并满足自己的需要，没有能力达到心理健康状态，因此精神疾病是一种匮乏性疾病。他指出，神经症是由于患者得不到安全感所致，在与他人的关系中得不到尊重和承认，没有归属感。马斯洛建议：“最好把神经症看作是精神错乱、丧失意义、对生活产生怀疑、对失去的爱产生悲伤和愤恨情绪、对未来感到失望、不再自爱、认为自己虚度一生或意识到不再会有欢乐等联系在一起。所有这一切都是充分的、健全的人性的丧失”。假如成熟可以被解释成为充分的人性，那么精神疾病可以解释成人性的退缩。神经症患者从身体上可以说是成熟的，但心理上迟钝的，思想上是贫乏的。

马斯洛指出，弗洛伊德早就发现，害怕及罪恶感是大多数精神疾病的根源。借助人本主义的观点，马斯洛区分了两种罪恶感：一种是真正的罪恶感，它是因人们没有正视自己的心理需要而引起的，这种罪恶感是必要的、有益的，它能引导人们发展自己，其作用犹如良心所起的作用一样；另一种是神经症的罪恶感，弗洛伊德注重研究的就是这种罪恶感，它指某人具有害怕别人意见和反对的倾向。如神经症患者充满了不安全感，在他们眼里世界是危险的，充满了威胁、屈辱和冷漠。他们行事的方式使人们不喜欢或排斥他们，这往往使他们的不安更趋恶化，以至形成一种恶性循环。马斯洛指出满足合理需要与满足病态需要之间有重大区别，病态需要是“无法控制的、固执的、强迫的、无理性的”。它不是人的内在核心的一部分而是对内在核心的一种侵入或者对它的防范。满足病态需要不会使人有所发展，反而使他能力丧失。“对安全和爱这类需要，情况就完全不同了。满足这类需要确实会使人健康。这种需要得到满足后就会平息，而受到挫折就会使人生病”。马斯洛的结论是，真正的罪恶感不是家庭或社会的清教徒式的教育所引起的，不是别人没能满足他的愿望引起的，而归根到底是患者没能发挥其潜力而引起的。

马斯洛的心理治疗的基本观点是，满足基本需要对成功的治疗或减轻神经症具有首要的作用。马斯洛通过对接受过心理治疗的人调查发现，各种类型的、成功的心理治疗都能使患者进一步认识自己，增强、鼓励他们的基本需要，减少和消除他们的病态需要。患者越是了解自己的动机、需要、欲望和心理障碍，就越能解决自己的问题。满足自身需要就必须有与人交往的能力，因为没有人际交往就很难满足自己对安全、和谐相处、爱情和尊重的需要。父母、挚友、师长、牧师、恩爱夫妻和好的职业都能帮助患者获得人格的深刻变化和成长并消除病症。同样，治疗者要以感情和慈爱之心对待患者，使他们能给人以爱，受人之爱。一个成功的心理治疗就是帮助患者发展他自己满足基本需要的能力，从而使他走上自我实现的道路。

（三）罗杰斯的主要理论

1. 人的主观性和人性观 罗杰斯将个人内部的主观意识状态、体验称为现象域、经验域。每个人都存在于以他自己为中心的不断改变的体验世界中，它包括被机体体验到的一些经历，无论这些体验是否被意识觉察到。知觉域对个体来说就是“现实”，人所得到的感知觉是对真实世界感知、翻译的结果，每个人都有对“现实”的独特的主观认识。罗杰斯强调人的主观性是在心理咨询与治疗过程中要注意的一个基本特性，来访者作为一个人也有自己的主观的目的和选择，这也是导致来访者中心一词出现的原因。

罗杰斯认为，人基本上是诚实的、善良的、可以信赖的。这些特性与生俱来，而某些“恶”的特性则是由于防御的结果而并非出自本性，每个人都可以作出自己的决定，每个人都有着自我实现的倾向。若能有一个适宜的环境，一个人将有能力指导自己，调整自己的行为，控制自己的行动，从而达到良好的主观选择与适应。

2. 自我与自我实现倾向

（1）实现倾向：罗杰斯以人为中心的理论有一个假定，即实现倾向。实现倾向是存在



于所有生命身上趋向完善或完美的潜能,具有引导、调整、控制自己的能力,并可以作为区分一个有机体是有生命的还是无生命的鉴别标准。心理成长和心理成熟的根源来自个体内部而不是外部力量。并不是只有人才有实现倾向,一些动物甚至于植物也具有先天的实现它们遗传潜能的生长倾向,只要具备某种条件。由于只有人类才具有自我的概念,因此人类才有自我实现的潜能。

(2) 自我、自我概念与自我实现:刚出生的婴儿并没有自我的概念,随着与他人、环境的相互作用,开始慢慢地把自己与非自己区分开来。当婴儿的部分经验成为他私有的经验,即在婴儿的知觉域中,那些感觉起来能被自己控制的一部分客体或体验,才被认为是自我的一部分并被结合进自我结构。自我(self)有两个子系统:自我概念和理想自我。自我概念(self concept)包括个体意识中知觉到的所有关于他的存在和他的经验方面的东西,是一个人对他自己的知觉和认识。自我概念与机体自我不同。机体自我的某些部分可能在个体的意识范围之外,或者根本不为个体所拥有。理想自我(ideal self)是个体对希望自己是一个什么样的人自我看法。理想自我包括人们渴望拥有的那些品质,它们通常是积极的。理想自我与自我概念之间悬殊的差距表明人格的不协调和不健康。心理健康的人知觉他们的自我概念与他们理想的自我之间没有什么差异。

一旦婴儿建立起自我结构的雏形,他们实现自我的倾向就开始激活起来。自我实现是实现倾向的子系统。实现倾向指的是整体的人,包括意识与无意识,生理与认知,而自我实现则是指意识知觉到的自我实现倾向。当有机体和知觉的自我(即自我概念)一致时,这两种实现倾向几乎是相同的;但是当人们的机体经验与他们的自我概念不一致时,实现倾向与自我实现倾向便有了差异。

(3) 有机体的评价过程及其作用:有机体评价过程是指有机体对体验的估量以及这种体验能否满足实现倾向的评价过程。例如,一个婴儿的行为表现出他更喜欢诸如新奇感和安全感等体验,他依靠这些经验来维持其有机体并使之得到发展;他对于诸如疼痛和饥饿的感觉体验,对那些不利于他维持有机体自身及发展的东西,会采取拒绝的态度;这一对自身的体验、经验评估的过程,是在无意识的有机体水平自发进行的,而不是有意识借助于语言符号进行的。当人们长大一些之后,他们的有机体评价过程在帮助他们达到自我成长方面就会变得更为有效了,他们不但能及时地感觉到自己的经验和体验,并能有意识地评价这种经验和体验。但意识层面或者语言符号与有机体的评价过程究竟是如何组织联系起来的现在并不清楚。

(4) 价值的条件化(conditions of worth):在婴儿早期发展中有一种对来自他人的积极评价的需要。当其行为得到他人(如父母)的好评时,儿童的积极的评价的需要就得到了某种满足。罗杰斯举过一个例子:一个男孩觉得打他的小弟弟使他感到很快活,但他的父母却对他这样说:“你很差,这种行为很坏,你这样做一点也不可爱。”这个男孩打小弟弟的行为没有得到积极的评价,却体验到了消极的评价,这样,他可能产生不正确的、歪曲的言语评价,如“我觉得这种行为是不能令人满意的”,此时,不正确的评价不是建立在有机体的评价过程之上的,而是建立在他人的评价之上的,这就被称之为价值的条件化。价值的条件化这一现象在自我概念形成中起了很重要的作用,因为这意味着个体存在两种评价过程。第一种是有机体的评价过程,这种过程可以真实地反映实现的倾向。第二种是价值的条件化的过程,这是建立在对他人评价的内化基础之上的,这一过程并不能真实地反映个体的实现倾向,相反却在妨碍着这种倾向。当过多地采取第二种评价过程时,就会产生错误的知觉,并被吸收到自我概念中,从而在自我意识层面歪曲自我的实现倾向。

3. 自我概念与心理失调 罗杰斯不主张使用精神疾病诊断中的术语表示心理失调。



他常用“不一致、脆弱、防御或解体”这类术语描述心理失调的现象。罗杰斯认为人是一种处于实现其自我概念过程中的人，心理失调与无效的自我概念密切相关。有效的自我概念允许人们真实地感知其经验或体验，而当经验遭到否认或歪曲时，自我概念与经验或体验就不一致了。罗杰斯用潜识或前知觉（pre-perception）这一概念，来解释与实现倾向相联系的自身感觉及本体体验被歪曲的机制。因为，潜识是本体体验与自我概念之间的一个有机体的防御性中介过程，它负责对自我概念构成威胁的那些经验或体验作出反应。心理失调的常见症状是焦虑，这种特殊的紧张状态就是有机体对潜识中自我概念和本体体验之矛盾的一种模糊反应。适应程度低的人，一旦遭遇某种重大的经验不协调的情况，防御过程就可能失灵，这种感觉或体验就可能被意识到，其结果就出现了紊乱的状态，甚至于可能出现精神崩溃的情况。

既然无效的自我概念不能使人正确地感知其经验、体验，就应该尽快的被个体的自我结构调整过来，但事实上无效的自我概念很难被改变。这是因为无效的自我概念中包含有许多价值的条件作用，它们深深地植根于自我概念之中，成为人们接受或拒绝他们经验的标准。最终，人们开始相信别人那些同他们消极的自我概念一致的评价，忽视了他们自己的感觉和内脏知觉，从而逐渐地疏离了他们真正的自我或机体自我。即使个体主观上想努力改变自己，也往往因意识到这种状况又激发了自我概念与体验的不一致而产生焦虑，从而积重难返形成恶性循环。

4. 罗杰斯的心理治疗思想 自我概念与有机体的自我经验的不一致主要源于自我概念受到外部教化因素的影响，个体把他人的价值观内化为自己的价值标准。但以人为中心的治疗相信个体中蕴藏着实现的倾向的强大动力，相信积极的成长力量，相信人有能力调整和控制自己，相信人是能够发现其自我概念中的问题的，他们会评价自我经验对自我实现的作用，不断地使自我概念适应于新的经验，朝着自我实现的方向迈进。基于这种认识，罗杰斯提出了以人为中心的心理治疗。他强调心理治疗者如果能为来访者创造一个真诚一致、无条件积极关注和设身处地的理解的氛围和条件，使来访者能够自由地表达自己、了解自己 and 自身的体验，来访者的自我成长和实现倾向就会发生，最终产生整体的改变。

二、人本主义理论评述

马斯洛通过对有自我实现倾向的人的研究，建立了以自我实现为核心的人格发展动机理论，罗杰斯则通过心理治疗实践逐渐形成了以人为中心和以潜能发展为主旨的现象学人格理论。马斯洛与罗杰斯殊途同归，从不同的研究方向出发，形成了具有相同内涵的人格发展观，从而共同领导了以人的发展为中心的人本主义心理学运动。人本主义心理学突破了行为主义和精神分析的理论范式，在心理学的研究对象、内容、方法和心理治疗诸方面独树一帜，建构了一个新的心理学理论体系。人本主义理论在方法论上主张实现实验和经验（或主观）两种研究范式的统一。人本主义理论还促进了以人为本的心理治疗的发展，将治疗的着眼点放在人的成长和自我实现上。有评论认为，弗洛伊德为我们提供了心理学病态的一半，而马斯洛则将心理健康的那一半补充完整。人本主义理论也有其局限性和误区。如人本主义心理学过分强调人性自然因素的作用，忽视宏观社会环境和社会实践在形成和发展现实人性中的决定性意义，具有个人本位主义倾向。个人在实现自己的努力中，“自我”的努力固然重要，但也必须有良好的社会条件。人本主义心理学过分强调主观经验的重要性，缺乏有力的实验分析与佐证。

(傅文青)



第五节 心理生物学理论

一、主要的理论内容

自古希腊开始,心理本质一直是哲学家们争论的中心问题。集中表现为心身关系及物质与意识谁为第一性的问题。随着达尔文生物进化论的提出,一批生理学者对大脑功能、视觉、听觉、心理物理学进行了广泛研究,逐渐在心理学研究中建立了探讨心理的生物学基础,主张生物因素对心理起决定作用的人类心理的生物学并在心理学研究中占据了极其重要的地位。心理生物学研究是目前心身相关研究中的最前沿部分,也是今后医学心理学研究的一个重要方向。不同时期的生理学家的研究成果为心理生物学的发展奠定了基础。

有关感觉障碍的脑机制的心理学研究最早是英国神经病学家 Hughlings Jackson 于 20 世纪 20 年代开始的。前苏联 Luria AR 对大脑功能的分层定位进行了深入的研究,这些研究都肯定了大脑皮质中央沟后部区域的损伤与感觉障碍的发生有关,即大脑皮质功能定位理论。这就为感觉障碍的脑机制研究奠定了心理学基础,并为临床中对感觉障碍进行精确定位提供了有利的依据。

对记忆的解剖学基础的研究主要来自对脑损伤个体的研究和对正常个体的认知研究。研究者试图发现与不同种类不同形式的记忆以及不同的记忆过程相应的神经生理解剖学的位置。虽然研究者们对边缘系统包括海马结构在记忆中的关键作用达成了共识,然而对其他脑区在记忆中的作用仍有争论。

情绪心理通常由情绪体验、情绪表现和情绪生理三种因素所组成。早期的情绪理论主要有:詹姆斯-兰格 (James-Lange) 情绪理论、坎农-巴德 (Cannon-Bard) 情绪丘脑说、精神分析学派的情绪理论、行为学派的情绪理论、情绪的激活理论、认知理论等。其中坎农-巴德的情绪丘脑说体现了心理生物学的研究特点。

早在 20 世纪 20 年代,美国生理学家 Cannon WB (1871-1945) 在总结当时生理学实验研究成果的基础上,提出了情绪的丘脑假说。该理论认为情绪的控制中枢在丘脑。另外提出了紧急反应概念 (emergency reaction) 和机体内平衡 (homeostasis) 理论,即当个体处于恐慌、饥饿等紧急状态时会引起肾上腺皮质激素的分泌,同时通过交感-副交感神经的协调调节使机体保持内环境的平衡。与此同时,俄国巴甫洛夫学派经过长期的研究提出了情绪的动力定型和高级神经活动学说,认为高级神经活动控制情绪并调节内脏功能,进而提出了皮层内脏相关学说。

20 世纪 30 年代,加拿大生理学家 Selye H 从实验中总结出当机体遭受外界各种有害刺激时都会产生一系列的非特异性反应,即一般适应综合征 (general adaptation syndrome, GAS),由此创立了著名的应激学说。根据这一假说,个体对外界紧张性刺激首先表现为警戒反应,之后是适应或抵抗期。如果应激源持续存在,则进入衰竭期,个体出现头痛,血压升高等症状,并可导致心身疾病的产生。

20 世纪 40 年代, Hess W 首先利用电刺激方法研究动物的情绪反应,他发现使用微电流刺激猫下丘脑特定区域可引发出恐惧、发怒等情绪反应和攻击行为。他的研究带动了寻找“情绪中枢”的热潮。紧随其后,美国生理心理学家 Olds J 和 Milner P 意外发现了“愉快中枢”,已证明位于下丘脑有“性中枢”、“摄食中枢”、“饱食中枢”和“兴奋中枢”等等。这些“情绪中枢”的发现为中枢控制情绪的假设提供了丰富的证据。

上述几位学者都是从动物实验来进行心理生物学的研究,而美国精神科医师 Wolff HG 是人类心理生物学研究的代表人物。他在 1943 年出版的《Human Gastric Function》



这本书中阐述了人类心理变量和生物学变量之间的关系,探讨了心理社会因素与生理因素相互作用对人类健康的影响。其最大的贡献在于:在研究中对心理变量定量化,并客观地测量所观察的生理和病理学变化。他的研究在心身医学的发展中起了重要作用。

现代科学技术的发展特别是医学基础学科如神经解剖、神经生化、病理、内分泌学和免疫学的发展,使人们对脑的结构和功能及人类的心理与行为活动的了解越来越深刻。近年来,迅速发展的分子生物学和各种成像技术使人们对心理的生物学基础有了更为精细和直观的认识。

1. 中枢神经递质的研究 目前的研究证明多巴胺(DA)、去甲肾上腺素(NE)、5-羟色胺(5-HT)、乙酰胆碱(Ach)、 γ -氨基丁酸(GABA)、谷氨酸等经典的神经递质在正常和异常的心理活动中发挥了作用。

中枢DA功能与人类的心理活动关系非常密切,中枢特别是中脑边缘系统DA功能过高可能与精神分裂症的阳性症状有关,而前额叶DA功能不足则可能与精神分裂症的阴性症状有关。

而在重性抑郁障碍时可能有中枢NE功能不足,尤其是双向情感障碍的抑郁状态时有NE代谢产物MHPG的排泄减少。

5-HT正常功能对维持人类精神活动正常有重要作用,药理学研究提示重性抑郁障碍、强迫性神经症、焦虑症和惊恐障碍以及进食障碍都与中枢某些通路5-HT功能不足有关,而精神分裂症则可能是中脑边缘系统和前额叶5-HT功能过高。

中枢Ach参与大脑的学习和记忆功能,在阿尔茨海默病时中枢Ach神经元发生退行性改变而导致其功能不足。

2. 神经内分泌的研究 心理行为与神经内分泌调节之间的关系非常密切,人们把神经内分泌的改变作为认识大脑功能的窗口。其中下丘脑、垂体和靶器官之间构成的几个轴起到了重要的调节作用:下丘脑-垂体-肾上腺(HPA)轴;下丘脑-垂体-甲状腺(HPT)轴;下丘脑-垂体-性腺轴。

HPA轴由下丘脑所释放的促肾上腺皮质激素释放激素(CRH),垂体所释放的促肾上腺皮质激素(ACTH),外周器官肾上腺皮质释放皮质醇都与应激调节有关。现代研究已证明处于紧急状态时血中ACTH的升高主要是由于下丘脑的室旁核释放CRH引起。脑对应激的调节主要通过:①激活脑干青斑核交感神经-肾上腺髓质轴而释放儿茶酚胺;②兴奋下丘脑-腺垂体-肾上腺皮质轴而增加糖皮质激素的合成和分泌;同时,脑边缘系统,如海马、内嗅皮质、扁桃体等也参与应激的调节。

HPT轴中由下丘脑所释放的激素是促甲状腺激素释放激素(TRH)对神经元的兴奋性、行为和神经递质的调节,特别是对中枢隔、海马带胆碱能系统和黑质-纹状体DA系统的调节有直接作用。

下丘脑-垂体-性腺轴所释放的性类固醇在个体出生后与心理和社会因素共同作用于性的发育。各种雄性功能不足状态使攻击性和性动力不足,而补充雄性激素可提高攻击性和性行为。而月经前及产后的情感改变可能与雌激素水平的改变有关。此外维持生理水平雌激素还具有神经保护作用,能够增强乙酰胆碱神经元对皮层和海马的投射,减低胆碱能神经元损害所伴随的认知障碍。

此外催乳素(PRL)、生长激素(GH)、缩胆囊素(CCK)、血管紧张素(VAP)等也具有重要的神经内分泌功能,影响着正常与异常心理的发生发展过程。

3. 神经免疫学的研究 现在已经在几乎所有的免疫细胞上发现神经递质和激素的受体,同样,大多数神经递质和激素的受体都已在免疫细胞上发现。心理因素和神经-内分泌-免疫系统有着很密切的关系。神经内分泌系统在机体应激过程中对免疫功能进行着调



节: 早期关于应激反应的研究发现长久的应激可严重影响免疫功能, 引起肾上腺增大, 伴随胸腺和淋巴结的退化。应激过程中 HPA 轴可以改变外周糖皮质激素水平, 从而可以进一步改变各种主要免疫细胞的反应性。几乎所有激素, 包括神经激素和神经调节激素都在应激的作用下进一步影响免疫功能的不同方面。

心理因素对免疫系统的影响很大, 如丧偶这样的负性生活事件可使 T 细胞对植物血凝素的转化反应和 NK 细胞的活性受到抑制, 是使恶性肿瘤发病率升高的部分原因。

许多重性精神疾病也常伴发免疫功能的改变, 如情感障碍、精神分裂症、酒中毒、Alzheimer 病、孤独症等。使用精神药物也可使免疫细胞数目和功能发生改变, 许多精神药物对各种免疫功能都有不同程度的抑制作用。

4. 遗传学的研究 现在一般认为, 许多精神疾病属于多基因遗传病。如果某种疾病是由一系列遗传易感基因的积累而发病, 那么与患者的血缘关系越近, 可能带有相同易感基因的概率必然越大, 发病率也越高。反过来, 如果某种疾病在患者亲属中的患病率随亲属级别升高而升高, 也可以作为该疾病遗传背景的证据。

目前常用的遗传学研究技术和方法包括: 分子杂交、聚合酶链式反应 (PCR)、基因组扫描、关联分析和连锁分析、基因芯片及动物模型等。可用于对阿尔茨海默病 (AD)、精神分裂症、情感障碍和注意缺陷障碍等多种精神障碍的遗传基础的研究。

疾病遗传学研究的最终目的是为了对疾病的预防和治疗。基因治疗在精神疾病中的应用还处于非常初期的探索阶段, 但随着技术的发展, 它有可能变为对付精神疾病的重要手段。

5. 脑影像技术 目前用于进行脑定位、脑功能、脑代谢及某些精神异常机制研究的脑影像技术主要包括磁共振成像 (MRI)、功能性磁共振成像 (fMRI)、磁共振弥散张量成像 (DTI)、磁共振波谱成像 (MRS)、正电子发射断层摄影 (PET) 和单光子发射型计算机断层仪 (SPECT) 等。

MRI 广泛应用于医学领域, 在心理学领域中, 也得到了运用。这种技术可以用来测量大脑灰质的体积和密度等。

fMRI 是一种以 MRI 研究活体脑神经细胞活动状态的新技术。此技术可以应用于很多心理活动的脑功能研究, 如语言、感觉、运动、情绪等。目前已在很多领域开展了此类研究。

DTI 研究的是脑白质的连贯性, 即其用途不仅在于研究健康组织的结构及功能, 而且对探讨某些影响组织结构连贯性的疾病也有重要意义。比如对精神分裂症、抑郁症等, 目前都逐步开展了大量的研究。

另外 MRS 提供了进行非侵入性研究组织的生物化学成分的能力, 而 SPECT 和 PET 仍然是受体配体研究的重要手段。

6. 神经电生理及其他研究 目前的神经电生理研究方法主要包括脑电图及相应的睡眠脑电图、脑地形图、诱发电位等, 主要用于探索各种复杂的心理活动 (如准备、期待、注意、动机及觉醒等) 的神经电生理的基础。

另外还有心理应激测试术 (MST), 即以心理作业 (如问题解决、信息处理、心理运动、情感状态、厌恶或痛苦等作业) 为应激源, 同时配合各种生物参数的记录, 主要用于各系统的心理生理学研究。

二、心理生物学理论评述

随着现代医学和生物学的发展, 心理生物学研究正在医学心理学中起到越来越重要的作用。心理生物学研究的特点是采用严格的实验设计、客观的测量手段和可靠的数理统



计,能准确地揭示心身之间的某些本质联系。另外由于技术的先进性,心理生物学的研究也更加具有前沿性。

心理生物学越来越丰富的研究成果及其相应的有关理论和方法,有助于阐明多种疾病特别是心身疾病的发病发展机制,并为其诊断、治疗、康复和预防提供科学依据。但是,由于人的心理活动是生物-社会和多种其他因素交互作用的产物,而心理生物学侧重于生物科学的研究手段,试图以心理生物学的研究结果和生物学的理论观点来全面解释复杂的心理现象和心身关系还是有一定的局限性。所以,采用社会因素和生物因素并重的多层次多学科的综合研究将逐渐成为一种趋势。

第六节 其他有关理论

一、中医的医学心理学思想

中医的历史源远流长,其中有关心理学的内容极其丰富,并有相当的系统性。中国是世界心理学思想的发源地之一。在现代心理学的数千年孕育过程中,中医心理学以中医理论为基础,受到中国古代哲学思想的巨大影响,以东方哲学认识世界的独特方法为核心,在理论和实践上都熠熠生辉,形成了自己独具特色的理论体系和实践模式。

《黄帝内经》(以下简称《内经》)是我国现存最早、最系统的古典医籍,是中医基本理论的奠基之作。在辩证法和朴素唯物主义的哲学思想指导下,《内经》中蕴含着丰富的心理学和医学心理思想,表达了我国古代医学家的精辟的医学哲学思想,对疾病的防治提出了全面、系统、具有一定科学性的论述。对人的心理作用的阐述贯穿在该书的各章节之中。

自《内经》算起,在其后两千多年的历史长河中,各类中医著作和理论中无不包含着对中医心理学思想的发展和完善,如华佗的《神医秘传》、张仲景的《伤寒杂病论》、巢元方的《诸病源候论》、孙思邈的《备急千金要方》以及一系列对《内经》的整理和修饰等。总之,在几千年中国传统文化的沉淀中,大量蕴藏于中国古代哲学中的中国心理学思想与中医学互相渗透,互相影响,逐渐形成了丰富的中医心理学思想的理论基础,促进了中医心理学理论体系的形成。

在漫长的发展过程中,虽然是自成体系而客观存在于中医学之中,但中医心理学一直未能明确分化出来形成一门独立的学科。直至20世纪80年代初,王米渠等人才明确提出“中医心理学”这一学科概念。而1985年在成都召开的首届中医心理学学术会议标志着中医心理学作为一门新兴学科正式形成。在此之后,经过不断的发掘、整理、提高,中医心理学逐渐建立起了较为系统的理论体系,并出版了一批专著,使中医心理学的理论和实践得到了不断完善和深化。

中医心理学源自中医学,现代心理学对它也有着影响,因此它有着不同于其他心理学的独特的理论体系和实践模式,这使其在治疗一些心身疾病中取得了良好的临床疗效并展现出一定优势。中医心理学的发展不论是对中医学还是对医学心理学都有着重大意义。

二、人性主义理论

人性主义,即人性主义心理学,是有关人的属性即人性的理论,是20世纪90年代由我国李心天教授提出的。它认为人性由三个方面的属性构成:生物属性、精神(心理)属性和社会属性。这三种属性相互依存、相互制约、相互影响、相互转化,融为一体而不可分割。其中生物属性被社会属性和精神属性所制约;社会属性以生物属性为基础和以精神



属性为表现形式；精神属性以生物属性为前提和以社会属性为内容。三者之间的相互作用形成三组紧密联系的矛盾，三组矛盾的对立统一即构成了产生并推动心理活动的动力。

人性主义理论对人性的三分法体现了“生物—心理—社会”医学理念，并在此基础上提出了“整体医学模式”的概念，以这种模式思考、诠释健康和疾病问题。该理论认为人的个性只是人性在个体身上的具体体现。而人性是个性的一种抽象，抽掉了个体之间在精神、生物和社会属性方面的差异以及三者之间关系的个体差异。因此，在讨论个性时，不但要讨论个体在生物、社会和精神方面的特点，同时还要讨论精神、生物和社会属性之间的关系在该个体身上如何表现。

人性主义理论在人性的层面上整合了几大心理治疗理论取向。例如，人性主义借鉴了精神分析的潜意识动力理论，将动力系统进行辩证地细分，提出悟践决定论的心理动力体系，具有极强的逻辑思辨性和科学性。又如，人性主义对行为主义和社会学习理论的吸收，在充分肯定社会性在人性中地位的同时，也强调了认知因素在人性及健康中的作用。

人性主义同时带有浓厚的中国传统文化的特色，其整体观念和辩证思维体现了中国文化的明显特征。通常被视为中国传统文化三大主流的儒家、道家和佛教思想，它们在各自发展成熟过程中逐渐形成了不同的侧重点。其中，道家注重养生保健，偏生理；佛教注重明心见性，偏心理；儒家注重克己复礼，偏社会。传统的整合思想促成了三教合一、兼容并用的趋势。人性主义的人性三分法和整体医学模式正是以上观念的直接体现。

(汤艳清)

第五章 心理评估

心理评估的目的是对心理现象进行定性和定量的客观描述，是医学心理学研究与临床实践的重要方法之一，医科生有必要了解心理评估的基本理论和基本方法。

第一节 心理评估概述

一、心理评估的概念及作用

(一) 心理评估的概念

心理评估 (psychological assessment) 是依据心理学的理论和方法对人的心理品质及水平所作出的鉴定。所谓心理品质包括心理过程和人格特征等内容，如情绪状态、记忆、智力、性格等。

在医学心理学中有时用“心理诊断”(psychological diagnosis) 的概念。“诊断”一词是医学常用的一个术语，目的是要对病人的病情作出性质和程度的判定。心理诊断则是要对有心理问题或心理障碍的人作出心理方面的判断和鉴别。显然，心理评估与心理诊断的概念在某些方面是一致的，不过心理评估的范畴比心理诊断更广泛。

(二) 心理评估的作用

心理评估在医学心理学中的作用是非常重要的，医学心理学的一个大的领域是临床心理学，而临床心理学的两个基本任务：一是临床心理评估，另一个是心理干预（如心理治疗或心理咨询等）。显然心理评估是心理干预的重要前提和依据，同时心理评估还可对心理干预的效果作出判定。

在医学心理学的其他领域如护理心理学、心身疾病的研究、健康心理学等方面，心理评估的作用也是很大的。无论是心身疾病还是由理化和生物学因素引起的躯体疾病，病人在患病前及发病过程中都会存在不同程度的心理问题或心理障碍，对这些问题的把握及了解对于作好心理护理工作是至关重要的，也是预防和治疗心身疾病的一个重要方面。对于维护和促进正常人群的心理健康来说也需要心理评估的帮助。首先，了解不同个体的心理特征可借助于心理评估的方法，这样才能有的放矢地对不同人群进行心理卫生方面的指导；其次，对于一些不健康行为的研究和评估以及对个体心理方面的影响也需借助心理评估的方法，这对于改变一些人的不良健康行为、促进他们保持自身的心理健康有很大作用。

二、心理评估的方法

(一) 观察法

观察法 (observation method) 是通过对被评估者的行为表现直接或间接（通过摄录像设备等）的观察或观测而进行心理评估的一种方法。观察法的依据之一是人的行为是由其基本心理特征所决定的，因此是稳定的，在不同的情况下也会有大致相同的反应。在观察下得到的行为表现和印象可以推测被观察者的人格特征及存在问题。但也有人认为，观察时的情境十分重要，实际上人的行为反应离不开对情境的确认和调试，即有什么样的情



境就会有相对应的反应。这两种看法都支持需要在情境中观察和了解人的行为反应及表现。

观察法可分为自然情境中的观察和特定情境下的观察两类。自然情境指的是被观察者生活、学习或工作未被干扰下的原本状态。在自然情境下对被评估者进行观察有时是十分必要的,因为当事人或其周围的人所提供的情况很可能与实际情况不一致,而需要评估者在实际情境中进行观察,加以判断。例如,一个学生被认为上课不守纪律、不注意听讲。但在课堂的实际观察中却发现,有些老师的课讲的实在是糟糕,许多学生都不爱听、在下面玩闹,这个学生也经常被他周围的人干扰,不得不卷入其中。自然观察虽然有效,但也面临着一些困境。一是评估者到被评估人的自然生活情境中去观察实际上有许多困难和麻烦,同时也在干扰及影响被观察者的反应,失去了一定的自然真实性。如果偷偷地观察,不让其发现,又面临着道德和法规的约束,有时是不被允许的。目前,在一些场所如教室、车间及一些公共场所加装监控录像设备似乎是一个比较可行的方式,但也需谨慎从事。观察的另一种方法是特定情境下的观察。

特定情境的含义有两个方面,一是平时很少遇到的、比较特殊的情境,如遇到大的灾难、身处战场、面临重大的考试或比赛等,在这样的情境下,一个人面临重大的考验,往往会表现出比较典型的、特殊的行为反应,对考察一个人的心理品质十分有意义。但这样的情境比较难遇,也较难控制。另一个含义是心理评估者人为设置的、可以控制的情境,在这样的情境下观察并记录被观察者的反应。此种方法用的较多,如对儿童行为的观察,以及对一些特定人群的行为观察,如入院的精神障碍者、需要司法鉴定的犯罪嫌疑人等。观察的方式可采用比较传统的“单向玻璃室”,即被观察者在一间房间活动,观察者在另一间房间可以通过一个单向的玻璃窗看到他们的活动,而被观察者却看不到观察者。目前,摄录像技术(监视器)在此种方法中的应用也较为普遍,对被观察者的行为可以进行重演、分析和研究。但必须要注意到,除了一些特殊的情况,如被观察者有犯罪的嫌疑、或不具备自知能力,一般被观察者需要被告知他(她)正在被观察。对那些不具备自知能力的被观察者也需要告知其监护人或家属。这是心理学的伦理道德规则所规定的。

(二) 会谈法

会谈法(interview method)也有称作“交谈法”、“晤谈法”等。其基本形式是主试者与被评估者面对面的语言交流,也是心理评估中最常用的一种基本方法。会谈的形式包括自由式会谈和结构式会谈两种。前者的谈话是开放式的,气氛比较轻松,被评估者较少受到约束,使他们有更多的机会表述自己的想法。所不足的是用时相对较多,有时会谈内容可能较松散,影响评估的效率。在会谈中主试者的主观印象甚至偏见有时也是不可避免的。这些主观印象及偏见有时也会影响到会谈的结果评价,需要加以注意。结构式会谈是根据评估目的预先设计一定的结构和程序,谈话内容有所限定,效率相对较高。一般可编制一个评估大纲或评估表,在会谈时逐项提问,再根据受试者的回答进行评定。在应用结构式会谈法时检查者既可以根据自己的经验对受试者的反应作出评定,也可以简单地依据一份详细的评估记录单记分。结构式会谈的最大优点是节省时间、效率高,但有时也会使被评估者感到拘谨,有例行公事的感觉。

会谈是一种互动的过程。在会谈中评估者起着主导和决定的作用。因此,评估者掌握和正确使用会谈技术是十分重要的。言语沟通中,包含了听与说,听有时比说更重要。评估者要耐心地倾听被评估者的表述,抓住问题的每个细节,还要注意搜集被评估者的情绪状态、行为举止、思维表达、逻辑性等方面的情况,综合地分析和判断,为评估提供依据。听的过程同时也是观察的过程。说也有许多技巧,如重述(verbatim play-back)、释



义 (paraphrasing)、澄清 (clarifying)、概括 (summarizing)、通情 (empathizing) 等。在非言语沟通中, 可以通过微笑、点头、注视、身体前倾等表情和姿势表达对被评估者的接受、肯定、关注、鼓励等思想感情, 促进被评估者的合作, 对被评估者进行启发和引导, 将问题引向深入。

(三) 调查法

调查的含义是当有些资料不可能从当事人那里获得时, 就要从相关的人或材料那里得到。因此, 调查是一种间接的、迂回的方式。当然, 有些资料即便可以从当事人那里获得, 但可信度不够时, 也需要再进行调查以便印证资料的可信程度。根据调查的取向可分为历史调查和现状调查两类。历史调查主要是了解被评估者过去的一些情况, 如各种经历、表现、所取得的成绩或惩处、以往的个性、人际关系等。调查的方式一般侧重于档案、书信、日记、各种证书、履历表以及与当事人有关的人和事等。现状调查主要围绕与当前问题有关的内容进行, 如在现实生活中的表现如何, 适应能力的水平等, 以与当事人关系密切的人 (如同学、同事、父母、亲友、老师、领导、兄弟姐妹等) 为调查重点。尽管从周围的人那里获得信息是十分必要的, 但有时忽视了信息提供者与被评估人之间的关系也会使调查的结果有很大偏差, 影响最后的结论。如信息提供者与被评估人之间的个人感情很好, 或者有个人利益的关系, 他就会倾向于提供对被评估人有利的资料; 相反的话, 他就会倾向于提供不利的资料。因此, 在向周围人进行调查时特别要注意这一点, 间接的旁证也并不总是客观的。调查方式除一般询问外, 还可采用调查表 (问卷) 的形式进行。调查法的优点是可以结合纵向与横向两个方面的内容, 广泛而全面。不足之处是调查常常是间接性的评估, 材料的真实性容易受被调查者主观因素的影响。

(四) 心理测验法及临床评定量表

我们去医院看病, 常要对一些生理指标 (如血压、血细胞数、尿蛋白含量等) 进行测量, 以判定身体是否健康。人的心理现象也可以通过测量而进行鉴别。所谓心理测量就是依据一定法则, 用数量化手段对心理现象或行为加以确定和测定。从语义上讲, 测验 (test) 是名词, 而测量 (measure) 是动词。心理测验是一种心理测量的工具。人们往往将这两个概念混用, 但这并不影响对测验实质的理解。为了使测量结果便于比较和数量化分析, 心理测量主要采用量表的形式进行。量表是由一些经过精心选择的, 一般能较正确而可靠地反映人的某些心理特点的问题或操作任务所组成。测量时让受试者对测量内容做出回答或反应, 然后根据一定标准计算得分, 从而得出结论。

在心理评估中, 心理测验 (psychological test) 占有十分重要的地位。尽管前述的一些基本方法 (会谈法、调查法、观察法) 应用普遍, 但是这些都无法取代心理测验的作用。因为测验可对心理现象的某些特定方面进行系统评定, 并且测验一般采用标准化、数量化的原则, 所得到的结果可以参照常模进行比较, 避免了一些主观因素的影响, 使结果评定更为客观。心理测验的应用范围很广, 种类也十分繁多。在医学领域内所涉及的心理测验内容主要包括器质和功能性疾病的诊断中与心理学有关的各方面问题, 如智力、人格、特殊能力、症状评定等。目前, 人们对心理测验的应用与解释尚有许多不同意见, 对此我们应有辩证的认识, 不可夸大测验的作用, 也不可滥用测验, 而应在一定范围内结合其他资料正确发挥测验适当而有效的作用。关于心理测验的内容将在后面详细介绍。

目前在临床和心理卫生工作中还应用许多精神症状及其他方面的评定量表。评定量表与心理测验有许多相似之处, 如大多采用问卷的形式测评、多以分数作为结果的评估、以标准化的原则为指导等。但评定量表与心理测验的显著不同在于评定量表强调简便、易操



作、使用方便,因此其在编制的理论指导方面要求并不严格,测验的材料也无须严格保密,允许出版发行,量表使用者无须经过特殊培训就可以使用量表,评定量表的应用也比较广泛。

三、心理评估的一般过程

心理评估的目的不同,其一般程序也有所区别。但无非是根据评估的目的收集资料,对资料和信息进行加工处理,最后做出判断这样一个过程。以临床心理评估为例,它与医学诊断的过程十分相似,包括:

1. 确定评估目的 首先要确定来访者或提出评估要求的人首要的问题是什么,进而确定评估目的。如要了解学习困难的原因就需要鉴别学生的智力水平或人格特征;在临床进行心理咨询时首先也要对来访者做出有无心理障碍的判定。

2. 明确评估问题与方法 详细了解被评估者当前的心理问题;问题的起因及发展;可能的影响因素;被评估者早年的生活经历、家庭背景以及当前的适应、人际关系等。这与医学病历的书写包括主诉、现病史、既往史、家族史等内容很相似。当然关注的中心是心理问题,所涉及的内容也更广泛。在这一过程中,主要应用心理评估的调查法、观察法和会谈法。

3. 了解特殊问题 对一些特殊问题、重点问题的深入了解和评估,这类似于医学诊断过程中的生理生化检查。除进一步应用上述方法外,还主要借助于心理测验的方法,有时还用“作品”分析法。

4. 结果描述与报告 将前面所收集资料进行分析、处理。要写出评估报告、作出结论,并对当事人及有关人员进行解释,以确定下一步对问题处理的目标。

四、心理测验的发展

关于心理测验的思想,应追溯到对人的个别差异的研究。我国古代史书上很早就有许多关于评定人的个性、才能等心理品质的详细记载。《孟子》一书中写道:“权然后知轻重,度然后知长短。物皆然,心为甚”。指出了人的心理特征的可知性。我国民间的习俗“周岁试儿”(又称“抓周”),将一些常用的物品如纸笔刀钱或针线剪尺之类摆放在刚满周岁的儿童面前,观察儿童的兴趣所在。借以推断孩子的智愚、职业选择乃至贪廉等心理品质。这些也具有一些“心理测验”的味道。但是,严格意义上的心理测验是伴随着科学心理学的诞生,特别是借鉴了实验心理学的方法和手段才出现的。1879年科学心理学奠基人冯特(Wundt)在德国莱比锡建立了第一个心理学实验室,从事人的感知觉和反应时的研究。他的学生卡特尔(Cattell)发现不同人的反应时间具有特征性差异,这启发他开始从事对人的个别差异的研究。英国学者高尔顿(Calton)对推动测验运动起了重要作用。1884年他在英国国际博览会上建立了一个人类学测量实验室,测量了近一万人的各种生理、心理特质,为人的个别差异研究积累了大量资料。高尔顿的另一个贡献是将统计学方法用于心理测量。他的工作对卡特尔具有很大启示和影响。1890年卡特尔发表了“心理测验程序”一文,首先使用了“心理测验”这个概念,并指出心理测验应当建立在统计学与实验室的基础上。

与此同时,由于社会需要的推动,使心理测验向着实用与普及的方向发展。1905年,法国心理学家比奈(Binet)和助手西蒙(Simon)受教育当局委托,为甄别入学儿童的智力,编制了一个包括30个项目的智力测验,即著名的比奈—西蒙量表“Binet-Simon scale”。这一量表的出现标志着人们对智力的鉴别进入了数量化阶段。比奈—西蒙量表引起了全世界的注意,很快被转译成多种文字出版。美国斯坦福大学 Terman 在其修订本中



提出了智商的概念，使不同年龄的受试者智力衡量有了统一的尺度。

比奈—西蒙量表是一种个别的心理测验。第一次世界大战期间，为了筛选大批入伍的应征者，出现了可对许多人同时测量的“团体测验”。到了第二次世界大战时，美国心理学家韦克斯勒（Wechsler）进一步提出了离差智商的概念。离差智商不是以一个人的年龄为标准，而是以其所在团体平均水平为标准来衡量他的智商高低。后来许多心理测验的评分方法都是根据这一原理设计的。韦克斯勒还编制了适用于不同年龄阶段使用的一系列成套智力测验、记忆测验，在国际上广泛使用。

除了智力测验以外，在测量心理的其他方面如记忆、注意、思维以及人格等方面，近半个世纪以来也有很大发展。如20年代出现了墨迹测验，30年代后出现了主题统觉测验等。此外，临床中还出现了许多评定量表等。到目前为止，国际上大约有上千种心理测验在应用。

五、标准化心理测验的基本条件

我们强调心理测验的标准化是因为在测验中由于测量误差的影响会极大地干扰着测量结果的正确性和可靠性。所谓测量误差（error）是指与测验目的无关的因素所引起的测验结果不稳定或不准确的效应。由于心理测验所要测量的是人的复杂的心理现象，因此能够带来测量误差的因素较物理、化学测量和生理学测量更多、更复杂，应该引起我们的注意。心理测验的误差来源主要有三个方面。

（一）施测条件

测量环境的好坏及各种条件是否一致会给测量结果带来很大影响，显然，在一个嘈杂、有许多意外干扰，过冷（或过热）的环境中测量，会使受试者的注意力不能集中，感到不适和厌烦。如果测量的标准不一致，有时限制时间而有时又不限制时间，或者随意调换测验程序等都会使结果出现较大偏差。

（二）主试者因素

主试者是测验的主持人，前面提到的施测条件和方法都要靠主试者来掌握。因此测量的准确与否与主试者有很大关系。主试者的主观因素也会影响到测验误差。如主试者对受试者的偏好态度、对结果的预期等，都会影响到受试者的反应；主试者情绪的好坏、疲劳与否以及前后对比效应等也会影响到对评分标准的掌握。因此主试者需要经过标准化的训练以避免这些干扰因素。

（三）受试者因素

1. 应试动机 受试者应试动机的强弱会直接影响测验成绩。如果一个受试者对测验毫无兴趣，只是被动作出反应，甚至消极对抗，其结果如何是可想而知的。所以一般在做心理测验之前，要使受试者明确测验的意义，充分发动其应试动机，以保证测验顺利完成并得到真实结果。

2. 测验焦虑 测验焦虑是受试者在测验前或测验中的一种紧张体验。这种紧张体验在一定强度下有助于测验成绩的提高，但过分强烈则使注意力不能集中而影响测验结果。

3. 生理状态 受试者在施测过程中的机体状况，如疲劳与否，有无其他不适等也会影响测验成绩，带来误差。所以测量应选在受试者身体健康、体力充沛时进行，每次测量时间也不应过长。

（四）信度、效度及常模

由此可见，心理测验的标准化是减少测量误差，使测量结果可靠和有效。测验的标准化涉及到几个方面：一是在测验的编制过程中需要按照一套标准的程序建立测验内容、制定评分标准、固定实施方法；二是所编制的测验需要具备心理测量学的技术指标，并且达



到一定标准；三是在测验实施过程中施测人员要严格按照测验的操作规程执行。标准化心理测验的技术指标主要有信度、效度及常模等。

1. 信度 (reliability) 是指一个测验工具在对同一对象的几次测量中所得结果的一致程度。它反映工具的可靠性和稳定性。在相同情况下, 同一受试者在几次测量中所得结果变化不大, 便说明该测量工具性能稳定, 信度高。就像我们测量一个物体的长短, 如果用钢尺量, 则几次量的结果都会是一样的; 但如果用松紧带来量, 则可能有时量长, 有时量短。松紧带作为量具不可靠。

2. 效度 (validity) 指一个测量工具能够测量出其所要测东西的真实程度。它反映工具的有效性、正确性。如测量一个人的智力, 如果选用的工具不是一种公认智力测验, 而是某门功课的考题, 这样几次测量, 虽然得分可能一致 (信度高), 但得到的却是一个人的掌握某门功课的知识而不是智力 (尽管二者有些关系)。所以我们要对一个人的心理品质进行测量, 首先要选用效度高的工具。

信度和效度是一个测量工具好差的两项最基本指标。信度、效度很低或只有高信度而无效度的测验都会使测量结果严重失真, 不能反映所测内容的本来特点。因此, 每个心理测验工具编制出来后都要进行信度和效度检验 (一般以相关系数来衡量), 只有这两项指标都达到一定标准后才能使用。

3. 常模 (norm) 是指某种测验在某种人群中测查结果的标准量数, 即可比较的标准。有了常模, 一个人的测验成绩才能通过比较而得出是优是劣, 是正常还是异常。如正常人的体温一般不超过 37°C , 血压范围在 $120/80\text{mmHg}$ 左右, 这些参数可以称作为生理常模。

由于人的心理现象较生理活动更为复杂, 所受影响因素更多, 所以每一种心理测验工具都要建立自己的常模, 甚至同一量表在不同国家、地区应用或随着时代的变迁, 都要重新修订, 建立新的常模。

建立心理测验的常模是一个繁琐而复杂的过程。首先是选择有代表性的样本, 也称为标准化样本, 它是建立常模的依据。取样原则一般是依据测验对象按人口实际分布情况分层取样, 并且要有相当数量。标准化样本的来源应该和测验的使用范围相一致。如果样本选的不合适, 必然会影响常模的参考价值, 最后导致测量失真。第二步是对标准化样本采用心理测验工具进行测量。所使用的工具也应和最后实际应用的工具相一致。测量得出的结果还要进行统计处理。应该注意的是不同测验的常模具有不同涵义和不同形式。平均值是最简单的常模形式, 而大多数标准化测验采用标准分 (standard score) 形式。如智力测验的常模常采用正常人群正确得分的均数和标准差, 对个人的智力进行评估时再转换成智商 (一种标准分形式) 的形式; 而人格测验的常模通常不是所期望的或正确的成绩, 它无所谓正确和错误, 只是“典型的”或多数人的答案。采用较多的评估形式是 T 分数 (也是一种标准分形式)。此外常模的形式还有 Z 分数、百分位、标准九分、划界分等。关于这些分数的相互关系如图 5-1 所示。具体应用时要根据实际情况而定。

六、应用心理测验的基本原则

尽管心理测验有用且有效, 但在实践过程中却不能滥用。因为心理测验是一种比较严谨的科学技术手段, 它从理论的提出、工具的制定, 都要经过大量反复的论证和修订, 到最后实际应用时, 也要不断修订常模和验证效度。有权使用心理测验的人, 应具有一定的心理学知识, 并经过专项测验工具的使用培训。心理测验不是娱乐的游戏手段, 也不同于一般的生理学的测量方法, 因为它涉及人的更高级的心理功能, 使用时稍有不慎, 都会产

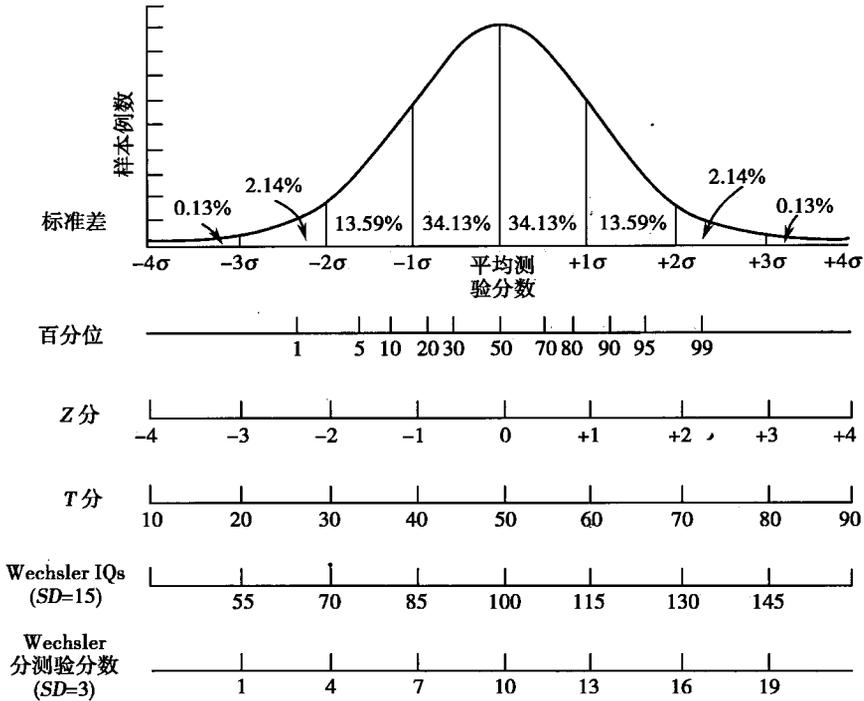


图 5-1 正态分布与标准分的关系

生不良后果。因此在应用心理测验时，应坚持下述原则：

1. 标准化原则 因为心理测验是一种数量化手段，因此标准化原则必须坚持。测量应采用公认的标准化的工具，施测方法要严格根据测验指导手册的规定执行，这是提高测验结果的信度和效度的可靠保证。

2. 保密原则 这也是心理测验的一条伦理道德标准。关于测验的内容、答案及记分方法只有作此项工作的有关人员才能掌握，不允许随意扩散，更不允许在出版物上公开发表，否则必然会影响测验结果的真实性。保密原则的另一个方面是对受试者测验结果的保护，这涉及到个人的隐私权。有关工作人员应尊重受试者的利益。

3. 客观性原则 心理测验的结果只是测出来的东西，所以对结果作出评价时要遵循客观性原则，也就是对结果的解释要符合受试者的实际情况。如两个被试智力测验的结果，智商都是 85，一个受试者是山区农民，结合他所受教育程度和生活环境等条件，可考虑他的智力水平基本上是正常的；而另一个是某大学教授，测量时严格遵守了测验的要求，结合其他的表现则考虑到该人的大脑有退行性改变的可能。此外，还要注意不要以一两次心理测验的结果来下结论，尤其是对于年龄小的儿童作智能发育障碍的诊断时更要注意。总之，在下结论时不要草率从事，在做结果评价时应结合受试者的生活经历、家庭、社会环境以及通过会谈、观察法所获得的各种资料全面考虑。

七、心理测验的类型及应用

心理测验根据其功能、测量方法以及测验材料的性质等可以有不同的分类。

(一) 根据功能分

1. 智力测验 临床上智力测验主要应用于儿童智力发育的鉴定以及作为脑器质性损害及退行性病变的参考指标，此外也可作为特殊教育或职业选择时的咨询参考。常用的工



具有比奈-西蒙智力量表、韦克斯勒成人和儿童智力量表、丹佛发育筛选测验(DDST)等。

2. 人格测验 常用的量表有明尼苏达多项人格调查表(MMPI)、洛夏墨迹测验、主题统觉测验(TAT)以及艾森克人格问卷(EPQ)等。这些测验目前在临床上多用于某些心理障碍病人的诊断和病情预后的参考,也可用于科研或心理咨询时对人物的评价等。

3. 神经心理学测验 主要包括一些个别能力测验,如感知运动测验、记忆测验、联思维测验等,还有一些成套测验,主要以H-R神经心理学测验为代表。这些测验可用于脑器质性损害的辅助诊断和脑与行为关系的研究。

4. 评定量表 目前在临床和心理卫生工作中,还应用一些评价精神症状及其他方面的评定量表,如抑郁量表、焦虑量表、生活事件量表、认知功能量表、生活质量综合评定量表、心身健康调查表等,这些量表对临床工作以及科研等具有特殊的意义和应用价值。

(二) 根据测验方法分

1. 问卷法 测验多采用结构式问题的方式,让被试者以“是”或“否”或在有限的几种选择上作出回答。这种方法的结果评分容易,易于统一处理。一些人格测验如MMPI、EPQ及评定量表等都是采用问卷法的形式。

2. 作业法 测验形式是非文字的,让受试者进行实际操作。多用于测量感知和运动等操作能力。对于婴幼儿及受文化教育因素限制的受试者(如文盲、语言不通的人或有语言残障的人等),心理测验中也主要采用这种形式。

3. 投射法 测验材料无严谨的结构,如一些意义不明的图像、一片模糊的墨迹或一句不完整的句子。要求受试者根据自己的理解随意作出回答,借以诱导出受试者的经验、情绪或内心冲突。投射法多用于测量人格,如洛夏测验、TAT等,也有用于异常思维的检测,如自由联想测验、填词测验等。

(三) 其他分类

根据一次测验的人数,可分为个别测验和团体测验。根据沟通方式,可以分为言语测验和非言语(或称操作)测验等。

第二节 智力测验

在教育、临床医学、司法鉴定、人事管理等诸多领域中,往往需要对智力进行评估。在教育方面,常常需要判断儿童的智力水平,进而对智力落后儿童采取特殊教育和训练;在职业培训的人事管理中,应了解被试的智力结构特点,扬长避短,人尽其才;在司法鉴定工作中,要根据被试的智力水平来判断被试有无责任能力。智力测验是评估智力的主要方法,其结果用智商(Intelligence quotient, IQ)来表示智力水平。

一、智力、智商和智力水平的分级

(一) 智力

介绍智力测验必定要涉及智力的定义,有关智力的定义很多,目前尚无统一的定义。就智力的功能来说,只有通过智力活动,才能使人们达到积极地适应环境,包括自然环境和社会环境的适应。人们在适应环境时需要学习知识和掌握技能,需要运用所学的知识和技能来解决所面临的实际问题。因而,智力是人们在获得知识和掌握技能(学习)以及运用知识和技能来解决实际问题时所必备的心理条件或特征。

智力活动就其机制来说是神经系统,特别是大脑的高级神经活动的某种特性,其活动过程包括了全部认知过程,是一种最复杂、综合的认知过程。智力活动就其结构来说包括



了多种因素（心理特征），人们在通俗用语中常用聪明（耳聪目明，即感觉敏锐）、过目不忘（记忆力好）、举一反三（逻辑推理强）、别出心裁（创造力丰富）等来描述智力。心理学家们提出了智力结构的多因素学说，其中 Galton 提出智力由一般能力（General ability, G）和特殊能力（Spacial ability, S）所构成。所有智力活动均有 G 的参与，是智力水平的基础；S 参与某一项智力活动；人们参与某项活动的的能力由 S 与 G 共同决定。R. B. Cattell 提出了流体智力和晶体智力学说，流体智力是指人的一种潜在智力，主要与神经生理的结构和功能有关，不大受环境影响，晶体智力主要是后天获得的，与知识经验的积累有关，受文化环境影响很大。

由于目前尚无统一的智力定义，研究者往往根据自己对智力定义的理解来编制智力测验。因此，在使用某一智力测验时必须熟悉编制者所采用的智力定义。本节重点介绍的韦氏智力量表的作者 Wechsler 的智力定义是：“智力是个人行动有目的，思维合理，应付环境有效的聚集的或全面的才能”。第一个正式智力测验比奈—西蒙量表的编制者 Binet 和 Simon 对智力的定义描述是“在我们看来，在智力中存在某种基本才能，它的改变或欠缺，对于实际生活至关重要。这种才能包括判断力、辨别力、主动性和适应能力。善于判断、善于理解、善于推理，这些都是智力的基本活动”。

（二）智商

智商是智力的量化单位，即通过智力测验将智力水平数量化，用数字的形式表达出来，以便于人们的理解与比较。计算智商的公式有比率智商和离差智商二种。

1. 比率智商由 Terman 提出，其公式如下： $IQ = (MA/CA) 100$ 。

公式中，MA (mental age) 为心理年龄（又称智力年龄），是某一儿童在智力测验的成绩所达到的水平，该成绩的分数以一群同龄儿童（称样本）在该测验的平均成绩为标准而计算出来的。CA (age) 为实际年龄，即该儿童在测验时的实际岁数。例如，某儿童智力测验时的 CA 为 10 岁，他的智力测验成绩达到了 12 岁儿童的平均水平（MA 为 12），由比率智商公式计算出该儿童的 IQ 为 120。另一个 10 岁儿童在智力测验的成绩为 8 岁儿童的平均水平（MA 为 8），则 IQ 为 80。

比率智商公式建立在儿童的智力水平随着年龄增长而增长的线性关系的基础上，但智力中大多数成分发展到一定年龄阶段便停止了发展，呈平台状态，而且老年人智力水平还有所下降。因此，比率智商计算方法用于成年人不准确。

2. 离差智商 Wechsler 为了改进比率智商的缺陷而提出了离差智商公式，他认为人类智商在任何年龄阶段均呈常态分布，可以用标准分的方法计算智商，其公式为： $IQ = 100 + 15(X - \bar{X})/SD$ 。公式中， \bar{X} 为该年龄阶段样本在智力测验的平均成绩，X 为某受试者在智力测验的成绩，SD 为样本成绩的标准差。在该公式中 $(X - \bar{X})/SD$ 是标准分 (Z) 公式，该公式中，如果 X 等于 \bar{X} ，则标准分 (Z) 为零。为了不使 IQ 为 0，当受试者的智力测验成绩与其所在年龄组样本的平均成绩恰好相等，规定该受试者的 IQ 为 100。即 $X = \bar{X}$ 时，其 IQ 为 100。同时规定每个标准差为 15，如果 IQ 为 115，则受试者 IQ 高于平均智力水平一个标准差；如 IQ 为 85，则表示低于平均智力水平一个标准差。离差智商计算方法克服了比率智商计算方法受年龄限制的缺点，成为目前通用的 IQ 计算方法。

（三）智力水平的分级

智力量表编制后，经过标准化的采样（样本必须代表性好，其测验成绩呈正态分布），可以将智力水平根据 IQ 值进行分级，通常是将智商平均值（IQ 为 100）和其上、下一个标准差（15）的范围定位为“平常智力”，其余依据高于或低于平常智力水平依次分级，其分级方法如下：



表 5-1 智力水平的等级名称与划分 (按智商的标准差划分)

智力水平	IQ 值	标准差范围
天才	145~160	+3~4SD
极超常	130~144	+2~3SD
超常	115~129	+1~2SD
平常	85~114	±1SD
边界	70~84	-1~2SD
轻度智力低下	55~69	-2~3SD
中度智力低下	40~54	-3~4SD
重度智力低下	25~39	-4~5SD
极重度智力低下	<25	-5SD以下

以上介绍的是国际常用的智力水平分级方法,有的智力量表编制者使用自己的分级方法,应用时要仔细阅读该智力量表的使用手册。例如,有些智力量表将标准差定为 16,这时平常智商为 86~116,其他级别以此类推。

二、常用智力测验和发展量表

(一) 智力测验

国际上通用的智力测验有斯坦弗-比奈智力量表 (Stanford-Binet Scale, S-B)、韦氏智力量表 (Wechsler intelligence scale, W-S) 和 Kaufman 儿童能力成套测验 (Kaufman assessment battery for children, K-ABC) 等,在临床中应用最多的是韦氏量表。因此,重点介绍韦氏量表,对 S-B 和 K-ABC 仅作简单介绍。

韦氏智力量表包括成人 (16 岁以上)、儿童 (6 岁~16 岁) 和学龄前期 (4 岁~6 岁) 三个年龄版本。最早版本是 Wechsler 在 1939 年出版的 W-B,先后几次发展和修订,建立了“韦氏成人智力量表”(Wechsler adult intelligence scale, WAIS, 其修订本为 WAIS-R)、“韦氏儿童智力量表”(WISC, 修订本为 WISC-R) 和“韦氏学前和初级小学儿童智力量表”(WPPSI)。这三套量表现在又都完成了最新的一次修订。我国已有 WAIS、WISC 和 WPPSI 的修订本,而且其中的 WISC 和 WPPSI 还有多种修订本。在此只以 WAIS 为例作介绍。

1. 韦氏成人智力量表 (WAIS): 中国修订本称“中国修订韦氏成人智力量表 (WAIS-RC)”,全量表 (full scale, FS) 共含 11 个分测验,其中 6 个分测验组成言语量表 (verbal scale, VS), 5 个分测验组成操作量表 (performance scale, PS)。根据测验结果,按常模换算出三个智商,即全量表智商 (FIQ)、言语智商 (VIQ) 和操作智商 (PIQ)。WISC 及 WPPSI 的结构与 WAIS 相当,但言语量表和操作量表所含的分测验数目和内容各有不同。

· WAIS 的言语量表各分测验及其主要功能:

- (1) 知识 (I): 由一些常识问题所组成。测量知识及兴趣范围、长时记忆等能力。
- (2) 领悟 (C): 由一些社会价值、社会习俗和法规理由等问题所组成。测量社会适应和道德判断能力。
- (3) 算术 (A): 由一些心算题组成。测量数的概念、数的操作能力、注意集中能力以及解决问题的能力。
- (4) 相似性 (S): 找出两物 (名词) 的共同性。测量抽象和概括能力。
- (5) 背数 (D): 分顺背和倒背两式。即听到一读数后立即照样背出来 (顺背) 和听到



读数后,按原来数字顺序的相反顺序背出来(倒背)。测量短时记忆和注意力。

(6) 词汇(V):给一些词下定义。测量词语的理解和表达能力。

WAIS的操作量表各分测验及其主要功能:

(7) 数字-符号(DS):9个数字,每个数字下面有一个规定的符号。要求按此规定在数字下面填上所缺的符号。测量手-眼协调、注意集中和操作速度。

(8) 填图(PC):一系列图片,每图缺一个不可少的部件,要求说明所缺部件名称和指出所缺部位。测量视觉辨别力、对构成物体要素的认识能力以及扫视后迅速抓住缺点的能力。

(9) 积木图案(BD):用红白两色的立方体复制图案。测量空间知觉、视觉分析综合能力。

(10) 图片排列(PA):把无秩序的图片调整成有意义的系列。测量逻辑联想、部分与整体的关系以及思维灵活性等能力。

(11) 拼物(OA):将一物的碎片复原。测量想象力、抓住线索的能力以及“手-眼”协调能力。

完成全部项目测试后,分别查相应的换算表,可得到各分测验量表分及三个智商。分测验量表分反映各所代表的心理功能情况,而全量表智商(FIQ)可代表被试者的总智力水平,言语智商(VIQ)代表言语智力水平,操作智商(PIQ)代表操作智力水平。根据因素分析发现不同的分测验负荷三种主要智力因素,即言语理解因素(A因素),知觉组织因素(B因素)和记忆/注意因素(C因素)。言语量表大多负荷A因素,操作量表大多负荷B因素,算术、背数和数字符号分测验负荷C因素。对被试者作智力诊断时,不仅根据三种智商的水平,而且还要比较VIQ与PIQ的关系,以及分析各分测验量表剖析图等做出判断和评价。

2. 斯坦弗-比奈智力量表(S-B) 1905年法国比纳(Binet A, 1857~1911)和西蒙(Simon T, 1873~1961)编制比奈量表(B-S),是世界第一个智力量表。1916年美国Terman在美国斯坦弗大学对B-S进行了修订,此次修订中提出了比率智商的概念,量表修订后称为斯坦弗-比奈量表(Stanford-Binet Scale, S-B)。该量表项目沿用B-S方法,难度按年龄组排列,每一年龄组包括6个项目,每通过一项计月龄2个月,6项全部通过,说明被试者的智力达到了这个年龄水平。S-B分别作了四次修订,1960年改为离差智商算法,测验项目改为按功能相同的项目组成分测验,不按年龄组分段。现已有S-B第四版(S-B₄),它共有15个分测验组成四个领域,即词语推理、数量推理、抽象/视觉推理以及短时记忆。我国陆志韦于1937年修订了S-B的1916年版本,1986年吴天敏根据陆氏修订本再作修订。最初B-S为预测儿童学习能力而编,因此该量表一直在教育上使用较多。

3. 考夫曼儿童能力成套测验(K-ABC) 考夫曼儿童能力成套测验(Kaufman assessment battery for children, K-ABC)是Kaufman根据Luria信息处理理论和Sperry大脑特异性功能理论于1983年编制而成,主要适用于2~12.5岁儿童,是目前国外比较新颖的儿童智力量表,在临床、教育评估及心理学基础研究领域有一定应用价值。

(二) 儿童发展量表

儿童早期发展量表,主要包括身体生长和心理发展两大内容,其中心理发展又以适应行为为重。婴幼儿时期所观察到的主要是一些本能和动作以及一些初级的智力活动,虽与以后的智力水平相关程度不高,但临床需要了解这一时期的智力发展水平,因此,发展量表具有一定的应用价值。发展量表很多,常用的有贝利(Bayley)婴幼儿发展量表(2~30个月)、丹佛(Denver)发展筛查测验、盖塞尔(Gessell)发展诊断量表(2.5岁~6岁)。国内各有相应的修订本。



(三) 适应行为量表

适应行为 (adaptive behavior) 也称社会适应能力 (social competence), 是指个人独立处理日常生活与承担社会责任能力达到他的年龄和所处社会文化条件所期望的程度, 也就是个体适应自然和社会环境的有效性 (effectiveness)。适应行为主要是个体在后天环境下的获得性行为技能, 适应行为量表则用于评估个体适应行为发展水平和特征, 广泛应用于智力低下 (mental retardation, MR) 的诊断、分类、训练及特殊教育等领域。例如 MR 的诊断标准为智商低于平均 2 个标准差, 适应行为受损, 二者在未成年前出现。可见适应行为评定在 MR 诊断上与智力测验具有同样的重要性。

从人生的早期到成人至老年, 在不同年龄阶段有不同的适应行为特点, 所以有各种适应行为评定量表。早期有 Doll 编制的 Vineland 社会成就量表, 随后有美国智力低下协会 (AAMD) 的适应行为量表 (1969~1981), 以及其他一些适用于不同年龄的适应行为量表。我国有姚树桥、龚耀先 1991 年编制的儿童适应行为评定量表, 该量表包括感觉运动、生活自理、语言发展、个人取向、社会责任、时空定向、劳动技能、经济活动等 8 个方面, 用适应能力商数 (adaptive quotient, ADQ) 表示儿童适应行为发展的总体水平。该量表适用于 3 至 12 岁智力正常或低下儿童的适应行为发展水平和特征的评估, 为智力低下儿童诊断性工具之一。

(刘少文)

第三节 人格测量

人格是指一个人的思维、情绪和行为的特征模式, 以及这些模式背后隐藏或外显的心理机制, 即每个人身上都存在的一些持久、稳定的特征。每一种人格理论都假定这种个别差异的存在, 并假定这些差异是可以测量的。而测量手段包括熟练评价者的评定资料、自我评定资料和实验情景或测量资料等。

测量人格的技术和方法很多, 包括观察、晤谈、行为评定量表、问卷法、投射测验等, 最常用的方法为问卷法 (即自陈量表) 和投射法, 前者包括明尼苏达多项人格调查表、艾森克人格问卷、卡特尔人格测验等; 后者包括洛夏墨迹测验、主题统觉测验等。人格心理学家认为投射法和问卷法反映了两个完全不同的动机系统: 前者是潜意识的, 后者是意识的、自我归因的。人格体现的内容主要属于意识层面, 而语言涵盖了人格中很重要的内容, 心理学家则确信人格可以通过语言这种媒介来测量。

一、明尼苏达多项人格调查表

明尼苏达多项人格调查表 (Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI), 为 Hathaway SR 和 Mckingley JC 等于 1940 年初编制, 最初只作为一套对精神病有鉴别作用的辅助量表, 后来发展为人格量表。自问世以来, 该量表应用非常广泛, 为美国出版的《心理测验年鉴》第 9 版 (1985 年) 中最常用的人格量表。MMPI 主要用于病理心理研究, 协助临床诊断, 在精神医学、心身医学、行为医学、司法鉴定等领域应用十分广泛。

MMPI 适用于 16 岁以上、至少有 6 年教育年限者, 1980 年初我国宋维真等完成了 MMPI 中文版的修订工作, 并已制定了全国常模。1989 年 Butcher 等完成了 MMPI 的修订工作, 称 MMPI-2。MMPI-2 提供了成人和青少年常模, 可用于 13 岁以上青少年和成人, 最近也已引入我国。该量表既可个别施测, 也可团体测查。

MMPI 共有 566 个自我陈述形式的题目, 其中 1~399 题是与临床有关的, 其他属于



一些研究量表，题目内容范围很广，包括身体各方面的情况、精神状态以及家庭、婚姻、宗教、政治、法律、社会等方面的态度和看法。被试根据自己的实际情况对每个题目做“是”与“否”的回答，若的确不能判定则不作答。可根据被试的回答情况进行量化分析，或做人格剖面图，现在除手工分析方法外，还出现多种计算机辅助分析和解释系统。MMPI 常用 4 个效度量表和 10 个临床量表。

1. 效度量表：

(1) Q (Question)：被试不能回答的题目数，如超过 30 个题目以上，测验结果不可靠。

(2) 掩饰 L (Lie)：测量被试者对该调查的态度。高分反映防御、天真、思想单纯等。

(3) 效度 F (Validity)：测量任意回答倾向。高分表示任意回答、诈病或存在偏执。

(4) 校正分 K (Correction)：测量过分防御或不现实倾向。高分表示被试对测验持防卫效度。

2. 临床量表

(1) 疑病量表 (Hypochondriasis, Hs)：测量被试疑病倾向及对身体健康的不正常关心。高分表示被试有许多身体上的不适、不愉快、自我中心、敌意、需求、寻求注意等。条目举例：我常会恶心呕吐。

(2) 抑郁量表 (Depression, D)：测量情绪低落、焦虑问题。高分表示情绪低落，缺乏自信，自杀观念，有轻度焦虑和激动。条目举例：我常有很多心事。

(3) 癔症量表 (Hysteria, Hy)：测量被试对心身症状的关注和敏感，自我中心等特点。高分反映自我中心、自大、自私、期待更多的注意和爱抚，与人的关系肤浅、幼稚。条目举例：每星期至少有一两次，我会无缘无故地觉得周身发热。

(4) 精神病态性偏倚量表 (Psychopathic deviation, Pd)：测量被试的社会行为偏离特点。高分反映被试脱离一般社会道德规范，无视社会习俗，社会适应差，冲动敌意，攻击性倾向。条目举例：我童年时期中，有一段时间偷过人家的东西。

(5) 男子气或女子气量表 (Masculinity-femininity, Mf)：测量男子女性化、女子男性化倾向。男性高分反映敏感、爱美、被动等女性倾向，女性高分则反映粗鲁、好攻击、自信、缺乏情感、不敏感等男性化倾向。条目举例：和我性别相同的人最容易喜欢我。

(6) 妄想量表 (Paranoia, Pa)：测量被试是否具有病理性思维。高分提示多疑、过分敏感，甚至有妄想存在，平时思维方式为容易指责别人而很少内疚，有时可表现强词夺理、敌意、愤怒、甚至侵犯他人。条目举例：有人想害我。

(7) 精神衰弱量表 (Psychasthenia, Pt)：测量精神衰弱、强迫、恐怖或焦虑等神经症特点。高分提示强迫观念、严重焦虑、高度紧张、恐怖等反应。条目举例：我似乎比别人更难于集中注意力。

(8) 精神分裂症量表 (Schizophrenia, Sc)：测量思维异常和行为古怪等精神分裂症的一些临床特点。高分提示思维古怪，行为退缩，可能存在幻觉妄想，情感不稳。条目举例：有时我会哭一阵笑一阵，连自己也不能控制。

(9) 躁狂症量表 (Mania, Ma)：测量情绪紧张、过度兴奋、夸大、易激惹等躁狂症的特点。高分反映联想过多过快，情绪激昂，夸大，易激惹，活动过多，精力过分充沛、乐观、无拘束等特点。条目举例：我是个重要人物。

(10) 社会内向量表 (Social introversion, Si)：测量社会化倾向。高分提示性格内向，胆小退缩，不善社交活动，过分自我控制等；低分反映外向。条目举例：但愿我不要太害羞。

各量表结果采用 T 分形式，可在 MMPI 剖析图上标出。一般某量表 T 分高于 70 则认



为存在该量表所反映的精神病理症状, 比如抑郁量表 ≥ 70 就认为存在抑郁症状。但具体分析时应综合各量表 T 分高低情况解释。

二、艾森克人格问卷

艾森克人格问卷 (Eysenck personality questionnaire, EPQ) 是由英国心理学家 Eysenck HJ 根据其人格三个维度的理论, 于 1975 年在其 1952 年和 1964 年两个版本的基础上增加而成, 在国际上被广为应用。EPQ 成人问卷适用于测查 16 岁以上的成人, 儿童问卷适用于 7~15 岁儿童。国外 EPQ 儿童本有 97 项, 成人 101 项。我国龚耀先的修订本成人和儿童均为 88 项; 陈仲庚修订本成人有 85 项。

EPQ 由三个人格维度量表和一个效度量表组成。

(1) 神经质 (Neuroticism, N) 维度: 测查情绪稳定性。高分反映易焦虑、抑郁和较强烈的情绪反应倾向等特征。举例: 你容易激动吗?

(2) 内-外向 (Introversion-extroversion, E) 维度: 测查内向和外向人格特征。高分反映个性外向, 具有好交际、热情、冲动等特征, 低分则反映个性内向, 具有好静、稳重、不善言谈等特征。举例: 你是否健谈?

(3) 精神质 (Psychoticism, P) 维度: 测查一些与精神病理有关的人格特征。高分可能具有孤独、缺乏同情心、不关心他人、难以适应外部环境、好攻击、与别人不友好等特征; 也可能具有极其与众不同的人格特征。举例: 你是否在晚上小心翼翼地关好门窗?

(4) 掩饰 (Lie, L) 量表: 测查朴实、遵从社会习俗及道德规范等特征。在国外, 高分表明掩饰、隐瞒, 但在我国 L 分高的意义仍未十分明了。举例: 你曾经拿过别人的东西 (哪怕一针一线) 吗?

EPQ 结果采用标准分 T 分表示, 根据各维度 T 分高低判断人格倾向和特征。还将 N 维度和 E 维度组合, 进一步分出外向稳定 (多血质)、外向不稳定 (胆汁质)、内向稳定 (粘液质)、内向不稳定 (抑郁质) 四种人格特征, 各型之间还有移行型。

EPQ 为自陈量表, 实施方便, 有时也可以作团体测验, 是我国临床应用最为广泛的人格测验。但其条目较少, 反映的信息量也相对较少, 故反映的人格特征类型有限。

三、卡特尔 16 项人格因素问卷

卡特尔 16 项人格因素问卷 (16 personality factor questionnaire, 16PF) 是卡特尔 (Cattell RB) 采用主成分分析方法编制而成, 他认为 16 个根源特质是构成人格的内在基础因素, 测量这些特质即可知道个体的人格特征。16 PF 用来测量以下特质: A 乐群性, B 聪慧性, C 稳定性, E 恃强性, F 兴奋性, G 有恒性, H 敢为性, I 敏感性, L 怀疑性, M 幻想性, N 世故性, O 忧虑性, Q1 激进性, Q2 独立性, Q3 自律性, Q4 紧张性。

16PF 有 A、B、C、D、E 式五种复本。A、B 为全本, 各有 187 项; C、D 为缩减本, 各 105 项。前四种复本适用于 16 岁以上并有小学以上文化程度者; E 式为 128 项, 专为阅读水平低的人而设计。16PF 主要用于确定和测量正常人的基本人格特征, 并进一步评估某些次级人格因素。我国已有相关修订本及全国常模。

A、B、C、D 式均有三种答案可供选择: A、是的; B、介于 A 与 C 之间; C、不是的。凡答案与记分标准相符记 2 分, 相反记 0 分, 中间给 1 分; E 式有两种答案可供选择。条目举例: 我感到在处理多数事情上我是一个熟练的人。

16PF 结果采用标准分 (Z 分)。通常认为 < 4 分为低分 (1~3 分), > 7 分为高分 (8~10 分)。高、低分结果均有相应的人格特征说明。



四、其他人格测量方法

(一) 维度型测量

一个人最有特点的一部分,即人格的特质(trait),它是一个人在不同的时间、环境下表现出来的一致行为特点或倾向,代表了个体差异。在各语种中都能找到很多描述特质的词,比如,Allport GM找到了成千上万的特质描述词,Cattell RB也曾全面地选择了很多描述特质的词汇,使用主成分分析方法可计算出被试中各变量的相关系数,再将这些词删减为为数不多的“幕后变量”或底层变量。这就满足了人格理论的研究方向,即在无限的个体差异中确定出最重要的方面。这种使用主成分分析方法获得特质相关量表的测量方法被称为维度型测量。该测量把神经质、情绪波动、焦虑等这些相似又有差别的称呼定位在同一个维度上。大部分的人格量表都可以测量特质群的一部分,而量表设计的好差,则需经过心理学及数学模型的双重检验。

维度型测量方法除上面提到的EPQ(大三因子模式)、16PF(十六因子模式)外,还有七因子模式,以及目前国际上广泛使用的大五因子模式人格问卷。

1. 七因子模式 此模式为Cloninger CR设计,相应的量表为气质和性格量表(temperament and character inventory, TCI)。它用来测量四类气质和三种性格。测量的气质尺度有:新奇寻求(Novelty Seeking),伤害躲避(Harm Avoidance),回报依赖(Reward Dependence)和坚持性(Persistence);测量性格的尺度有:自主性(Self-Directedness),合作性(Cooperativeness)和自我超越性(Self-Transcendence)。

2. 大五因子模式 如果将上述的十六、三或七因子等人格量表同时实施在一个样本中,根据主成分分析方法,会筛选出最主要的特质变量。经过近二十年不断重复的量表调查测试,科学家们发现了重复最多的五因子结构,即大五因子模式(the big five model),它们的信度和效度也已经在多种语言文化中被证实。大五因子模式的量表有许多种,它们在心理咨询、临床心理学、精神病学、行为医学、健康心理学、职业规划、工业(管理)心理学等领域,以及教育研究和人格研究等方面得到了广泛的应用。这里我们只介绍最常用的两种:Costa和McCrae的NEO人格量表修订版(The Revised NEO Personality Inventory, NEO-PI-R)以及Zuckerman和Kuhlman的人格问卷(Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, ZKPQ)。

NEO-PI-R有240个条目,为美国的Costa和McCrae设计,要求被试根据与自身相似程度做5个回答。主要测量5个因子:①神经质(Neuroticism),包含焦虑、敌意、自知、冲动、脆弱等表面特质;②外向性(Extraversion),有热情、合群、自信、活泼、刺激寻求、正向情绪等表面特质;③经历开放(Openness to experiences),包含幻想、审美、感觉、活动、意向、价值等经历的开放;④责任心(Conscientiousness),包含竞争、自律、成功动机、责任感、秩序感、审慎等表面特质;⑤宜人性(Agreeableness),包含信任、适度、妥协、利他、爽直、温和等表面特质。在中国文化中,此量表的结构、信度和效度已经得到了检验,结果比较理想。另外,加拿大的Paunonen设计出一套旨在在这五个人格特质的漫画式非语言量表,也一样适用于中国文化。

Zuckerman-Kuhlman人格问卷为美国的Zuckerman M等设计,共99个条目,要求被试根据自身情况做“是”、“否”两种回答。它包括5个因子:①冲动感觉寻求(Impulsive Sensation Seeking),表示在缺乏思考、计划的情况下做事的倾向,及寻求危险、刺激、新鲜感的趋势;②神经质-焦虑(Neuroticism-Anxiety),指情绪低落、紧张、担心、恐惧、处事犹豫不决、缺乏自信、对批评敏感等特性;③攻击-敌意(Aggression-Hostility),指语言表达粗鲁、轻率、挑衅,行为表现反社会、报复心重、损人不利己;④活跃性



(Activity), 指保持活跃的需要, 无法停止忙碌、精力充沛, 喜欢高强度、高挑战性工作的倾向等; ⑤社交性 (Sociability), 指喜欢陪伴、集体聚会, 而不愿意独自一人的特性。在中国文化中, 此量表的结构、信度和效度也已得到了检验。

(二) 投射测验

洛夏测验 (Rorschach test) 是现代心理测验中最主要的投射测验, 也是研究人格的一种重要方法。所谓投射测验, 通常是观察个体对一些模糊的或者无结构材料所作的反应, 通过被试的想象而将其心理活动从内心深处暴露或投射出来的一种测验, 用于了解被试的人格特征和心理冲突。洛夏测验为 1921 年 Rorschach H 设计和出版, 目的是为了临床诊断, 对精神分裂症与其他精神病做出鉴别, 也用于研究感知觉和想象能力。然而, 直到 1940 年, 洛夏测验才被作为人格测验在临床上得以应用。1990 年龚耀先完成了该测验修订工作, 现已有我国正常人的常模。

洛夏测验材料由 10 张结构模糊的墨迹图组成, 其中 5 张黑色墨迹图, 2 张黑、灰外加红色墨迹图, 3 张彩色墨迹图。测试时将 10 张图片按顺序一张一张交给被试, 要求说出在图中看到了什么, 不限时间、回答数目, 尽可能多地说, 直到被试停止回答时换另一张, 每张如此进行, 该阶段称联想阶段。看完 10 张图后, 再从头对每一回答进行询问, 问被试看到的是整张图还是图中的哪一部分, 问为什么这些部位像他所说的内容, 并将所指部位和回答的原因一一记录, 该阶段称询问阶段。这两个阶段后进行分析和评分。美国 Exner J 于 1974 年建立了洛夏测验结果综合分析系统, 目前常用于正常和异常人格的理论和临床研究。

虽然洛夏测验结果主要反映个人人格特征, 但也可反映对临床诊断和治疗有意义的精神病指标, 如抑郁指数、精神分裂症指数、自杀指数、应付缺陷指数及强迫方式指数等, 但这些病理指数都是经验性的。洛夏测验是一个颇有价值的测验, 但记分和解释方法复杂, 经验性成分多, 实施起来有相当的难度。

(王 伟)

第四节 神经心理测验

神经心理测验是神经心理学研究的重要方法之一, 用于人类脑功能的评估, 包括感知觉、运动、言语、注意、记忆、思维等。它可用于正常人, 更常用于脑损伤病人的临床诊断和严重程度评估。

按测验形式, 神经心理测验有单项测验和成套测验两种。前者只有一种项目形式, 测量一种神经心理功能, 常用于神经心理筛选; 而后者有多种项目形式, 能较全面地测量神经心理功能。

(一) 神经心理筛选测验

该类测验用于筛查患者有无神经病学问题, 并初步判断是器质性或功能性问题, 以决定患者是否进行更全面的神经心理功能和神经病学检查。

1. Bender-Gestalt 测验 (Bender-Gestalt Test) 为 1938 年 Bender L 编制, 主要测查空间能力。要求被试临摹一张纸上的 9 个几何图形, 根据临摹错误多少和错误特征判断测验结果。目前此测验常作为简捷的空间能力测查和有无脑损伤的初步筛查工具。我国已有该测验的较大样本常模。

2. Wisconsin 卡片分类测验 (Wisconsin card sorting test, WCST) 它所测查的是抽象思维能力, 即根据以往经验进行分类、概括、工作记忆和认知转移的能力。检查工具



由4张模板和128张卡片构成。4张模板上分别为一个红三角形，二个绿五角星，三个黄十字形和四个蓝圆。卡片上有不同形状（三角形、五角星、十字形、圆形）、不同颜色（红、黄、绿、蓝）、不同数量（1、2、3、4）的图形。要求被试根据四张模板对128张卡片进行分类，测试时不告诉被试分类的原则，只说出每次测验是否正确。该测验已在我国广泛应用。

3. Benton 视觉保持测验 (Benton Vision Retention Test, BVRT) 为 Benton AL 于 1955 年所编制，适用年龄为 5 岁以上。本测验有三种不同形式的测验图 (C、D、E 式)。我国唐秋萍、龚耀先于 1991 年修订了该测验。此测验主要用于脑损伤后视知觉、视觉记忆、视觉空间结构能力的评估。

4. 快速神经学甄别实验 (Quick Neurological Screening Test, QNST) 为 Mutti M 等所编，主要用于测量与学习有关的综合神经功能。主要测量运动发展，控制粗大与精细肌肉运动的技巧，运动和计划的顺序性，速度和节奏感，空间组织，视知觉和听觉技巧，平衡和小脑前庭功能，学习相关功能等。程灶火、姚树桥 (1994 年) 初步应用该测验结果表明，QNST 对学习困难儿童具有较好的鉴别作用。

5. 皮肤电反应 (Galvanic Skin Response, GSR) 测量的是全身最大的器官——皮肤的电阻。GSR 是衡量个体内部状态的较可信参数，从生理角度而言，它能反映汗腺活动及交感神经系统的变化。交感兴奋导致汗腺活动增加，进而引起电阻的增加，电阻的微弱变化，都能通过手掌或指尖的电极反映出来。由于交感神经活动和情绪唤醒之间存在着联系，因此 GSR 也被用于许多有趣的领域，如 1967 年 Fenz & Epstein 将它用于焦虑和紧张水平的研究，而 1973 年 Raskin 把它用作测谎仪的一部分。

6. Stroop 测验 (Stroop test) 要求被试看着一系列色彩词，说出这些词的实际色彩。第一阶段，词语和色彩是匹配的；第二阶段，词语和色彩是不匹配的，比如蓝笔写的“红”字。该测验通过记录两个阶段的反应时间、两者之差、第二阶段的错误率，来测查被试注意力的灵活性、选择性。

Stroop 试验中，命名色彩所花的时间比阅读花的长。该效应称为 Stroop 效应，是 Stroop JR 于 1935 年阐述的，它表明大脑接收到矛盾信息时，信息间的相互干扰会影响信息处理速度。对于 Stroop 效应产生的原因，有以下两种解释：①信息处理速度理论，认为大脑阅读单词的速度比命名色彩的速度要快；②注意选择理论，认为命名色彩比阅读单词需要更多的注意力投入。

影像学检查表明，Stroop 试验中，前扣带回区域处于激活状态。该测验常用于注意缺陷多动综合征、阿尔茨海默病 (Alzheimer Disease) 等的粗略筛选。

7. 线段中分试验 (Line Bisection Test)，要求被试在没有尺子、不把纸对折的条件下，画出 A4 纸上数条水平线段的中点，往某侧的偏移往往指示存在对侧空间的相对忽视。临床研究证实，在某些特殊情况下，单侧大脑病变患者会持续地犯某种方向特异性的错误。比如右顶叶病变患者，存在对左侧空间的忽视，在试验时会把中点标在实际位置的右侧。因此，该试验能区分大脑右侧病变、左侧病变、双侧弥漫性病变患者及健康对照，还可作为对疾病预后的评估手段，如急性卒中。

测试前须考察被试的利手。另外，被试的年龄、性别、文化背景，实验时目测方向（从左到右或反之）、所用的手（利手或非利手）等因素都会影响对中点的判断。

(二) 成套神经心理测验

成套神经心理测验一般含有多个分测验，各分测验形式不同，分别测量一种或多种神经心理功能，从而可以对神经心理功能作较全面的评估。

成套神经心理测验品种较多，其中 H-R 成套神经心理测验 (Halsted-Reitan neuro-



psychological battery, HRB), 为 Halsted 编制; Reitan 加以发展而成。用于测查多方面的心理功能或能力状况, 包括感知觉、运动、注意力、记忆力、抽象思维能力和言语功能等。此测验有成人、儿童、幼儿三式, 我国龚耀先等分别于 1986、1988 及 1991 年进行了修订。这里只介绍我国修订的 HRB 成人式。

1. 范畴测验 (the category test) 要求被试通过尝试错误, 发现一系列图片 (156 张) 中隐含的数字规律, 并在反应仪上作出应答, 测查被试分析、概括、推理等能力。此测验有助于反映额叶功能。

2. 触摸操作测验 (the tactual performance test) 要求被试在蒙着双眼的情况下, 凭感知觉将不同形状的形块放入相应的木槽中。分利手、非利手、双手三次操作, 最后使之回忆这些形块的形状和位置。此测验测查被试触知觉、运动觉、记忆能力, 手的协同与灵活性, 而左右侧操作成绩比较有助于反映左右半球功能差异。

3. 节律测验 (the rhythm test) 要求被试听 30 对音乐节律录音, 辨别每对节律是否相同, 测查注意力、瞬间记忆力和节律辨别能力。此测验有助于了解右半球功能。

4. 手指敲击测验 (the finger tapping test) 要求被试分别用左右手示指快速敲击计算器的按键, 测查精细运动能力。比较左右手敲击快慢的差异有助于反映左右半球粗细运动控制功能差异。

5. Halsted-Wepman 失语甄别测验 (Halsted-Wepman aphasia screening test) 要求被试回答问题, 复述问题, 临摹图形, 执行简单命令, 测查言语接受和表达功能, 以及有无失语。

6. 语声知觉测验 (the speech-sounds perception test) 要求被试在听到一个单词或一对单词的发音 (录音) 后, 从 4 个被选词中找出相应的词, 共测 30 个 (对) 词, 测查被试者注意力和语音知觉能力。

7. 侧性优势检查 (the test of lateral dominance) 通过对被试写字、投球、拿东西等动作的询问和观察, 判断其利手或利侧, 进一步判断言语优势半球。

8. 握力测验 要求被试分别用左右手紧握握力计, 尽其最大力量, 测查运动功能。左右握力比较有助于反映左右半球功能和运动功能差异。

9. 连线测验 (trail making test) 此测验分甲乙两式, 甲式要求被试将一张 16 开纸上散在的 25 个阿拉伯数字按顺序连接; 乙式除数字系列外, 还有英文字母系列, 要求被试按顺序交替连接阿拉伯数字和英文字母。测查空间知觉、眼手协调、思维灵活性等能力。

10. 感知觉障碍测验 (test of sensory perceptual disturbance) 此测验包括听觉检查、视野检测、脸手触觉辨认、手指符号辨认和形状辨认等 6 个方面, 测查有无周边视野缺

左半球功能障碍	弥漫性障碍	右半球功能障碍
(1) 智力: VIQ < PIQ	普遍降低	PIQ < VIQ
(2) 记忆: 言语记忆成绩特别低	普遍降低	TPT 记位, WMS 记位特别低
(3) 思维: A、S 成绩下降明显	范畴, C、S 成绩低	BD、PA 成绩特别低
(4) 运动: 敲击、TPT 时间、握力, 右手力量低于左手	连线 B 低	前述测验成绩左手明显低于右手, 定型性运动能力低
(5) 感知觉: 右手, 右侧有阳性体征发现		左手, 左侧有阳性体征发现, 节奏性感知觉能力低
(6) 失语检查: 言语困难, 语言知觉能力低		有结构性失用



损、听觉障碍、触觉和知觉障碍，以及了解大脑两半球功能的差别。

每一分测验有不同的划界分常模，即区分有无病理的临界分。根据划入病理范围的分测验数可计算出损伤指数 (impairment index)，即属病理的测验数除以总测验数，临床上依据损伤指数的大小来协助判断脑损伤的严重程度。

(王 伟)

第五节 评定量表

一、概述

关于“评定量表”(rating scale)概念的界定，目前尚无统一认识。有人认为“评定量表”仅限于那些不能合作进行测验的受试者(如严重的智残者、精神病人、重病病人和婴幼儿等)，而必须采用由主试者进行评定的量表。从这个意义上说，评定量表不是严格的“心理测验”。也有人认为目前在医学以及社会科学界所广泛采用的一些量表，也具有心理测验数量化、标准化这样一些基本特征。虽然在基本理论背景、难易程度等方面有些不同，但二者在形式上常常混淆，也不必过分强调它们的区别。尽管概念上难以界定，但我们还是可以从二者的特征找到评定量表与严格意义上的心理测验的一些不同之处。

首先，评定量表多是以实用为目的，强调实用性，理论背景不一定严格，多是在一些问卷的基础上进行结构化、数量化而发展起来。另一个突出特点就是简便易操作，如对病人的检查常用作筛查工具(而不作诊断用)，评价也多采用原始分直接评定。此外，评定量表也不像心理测验那样控制严格，有些可公开发表，许多评定量表非专业工作者稍加训练就可掌握。具有上述特征的评定量表既有他评的，也有自评的(如SCL-90)。在医学心理学中常用的评定量表有许多种类，包括精神症状评定量表、与心理应激有关的生活事件量表、应对方式量表和社会支持量表等。

二、自评量表

所谓自评量表是指受试者根据量表的题目和内容自行选择答案做出判断的评定量表。这里仅介绍一些医学心理学常用的自评量表。

(一) 90项症状自评量表

90项症状自评量表(symptom check list 90, SCL-90)测查10个心理症状因子:躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌意、恐怖、偏执和精神质;以及附加因子。因子分用于反映有无各种心理症状及其严重程度。每个项目后按“没有、很轻、中等、偏重、严重”等级以1-5分5级选择评分,由被试者根据自己最近的情况和体验对各项目选择恰当的评分。评定结果分析总平均水平、各因子的水平以及表现突出的因子,借以了解病人问题的范围、表现以及严重程度等。SCL-90可进行追踪性测查,以观察病情发展或评估治疗效果。

SCL-90的具体分析指标有:①总分:将所有项目评分相加,即得到的总分;②阳性项目数:大于或等于2的项目数;③因子数:将各因子的项目评分相加得因子粗分,再将因子粗分除以因子项目数,即得到因子分。

根据总分、阳性项目数、因子分等评分结果情况,判定是否有阳性症状及其严重程度,或是否需进一步检查。因子分越高,反映症状越多,障碍越严重。

10个因子的定义、项目数及其含义:



躯体化: 包括 1、4、12、27、40、42、48、49、52、53、56、58 共 12 项, 主要反映主观的身体不舒适感。

强迫: 包括 3、9、10、28、38、45、46、51、55、65 共 10 项, 主要反映强迫症状。

人际敏感: 包括 6、21、34、36、37、41、61、69、73 共 9 项, 主要反映个人的不自在感和自卑感。

抑郁: 包括 5、14、15、20、22、26、29、30、31、32、54、71、79 共 13 项, 主要反映抑郁症状。

焦虑: 包括 2、17、23、33、39、57、72、78、80、86 共 10 项, 主要反映焦虑症状。

敌意: 包括 11、24、63、67、74、81 共 6 项, 主要反映敌对表现。

恐怖: 包括 13、25、47、50、70、75、82 共 7 项, 主要反映恐怖症状。

偏执: 包括 8、18、43、68、76、83 共 6 项, 主要反映猜疑和关系妄想等精神症状。

精神病性: 包括 7、16、35、62、77、84、85、87、88、90 共 10 项, 主要反映幻听、被控制感等精神分裂症症状。

附加项: 包括 19、44、59、60、64、66、89 共 7 项, 主要反映睡眠和饮食情况。

[附]

90 项症状自评量表 (SCL-90) 内容

1. 头痛	29. 感到孤独
2. 神经过敏, 心中不踏实	30. 感到苦闷
3. 头脑中有不必要的想法或字句盘旋	31. 过分担忧
4. 头昏或昏倒	32. 对事物不感兴趣
5. 对异性的兴趣减退	33. 感到害怕
6. 对旁人责备求全	34. 我的感情容易受到伤害
7. 感到别人能控制您的思想	35. 旁人能知道您的私下想法
8. 责怪自己制造麻烦	36. 感到别人不理解您, 不同情您
9. 忘性大	37. 感到人们对您不友好, 不喜欢您
10. 担心自己的衣饰整洁及仪态的端正	38. 做事必须做得很慢以保证做得正确
11. 容易烦恼和激动	39. 心跳得很厉害
12. 胸痛	40. 恶心或胃部不舒服
13. 害怕空旷的场所或街道	41. 感到比不上他人
14. 感到自己的精力下降, 活动减慢	42. 肌肉酸痛
15. 想结束自己的生命	43. 感到有人在监视您, 谈论您
16. 听到旁人听不到的声音	44. 难以入睡
17. 发抖	45. 做事必须反复检查
18. 感到大多数人都不可信任	46. 难以做出决定
19. 胃口不好	47. 怕乘电车, 公共汽车、地铁或火车
20. 容易哭泣	48. 呼吸有困难
21. 同异性相处时感害羞不自在	49. 一阵阵发冷或发热
22. 感到受骗、中了圈套或有人想抓住您	50. 因为感到害怕而避开某些东西、场合或活动
23. 无缘无故地突然感到害怕	51. 脑子变空了
24. 自己不能控制地大发脾气	52. 身体发麻或刺痛
25. 怕单独出门	53. 喉咙有梗塞感
26. 经常责怪自己	54. 感到前途没有希望
27. 腰痛	55. 不能集中注意
28. 感到难以完成任务	56. 感到身体的某一部分软弱无力



续表

57. 感到紧张或容易紧张	74. 经常与人争论
58. 感到手或脚发重	75. 独自一人时神经很紧张
59. 想到死亡的事	76. 别人对您的成绩没有作出恰当的评价
60. 吃得太多	77. 即便和别人在一起也感到孤单
61. 当别人看着您或谈论您时感到不自在	78. 感到坐立不安心神不定
62. 有一些不属于您自己的想法	79. 感到自己没有什么价值
63. 有想打人或伤害他人的冲动	80. 感到熟悉的东西变成陌生或不像是真的
64. 醒得太早	81. 大叫或摔东西
65. 必须反复洗手、点数目或触摸某些东西	82. 害怕会在公共场合昏倒
66. 睡得不稳不深	83. 感到别人想占您的便宜
67. 有想摔坏或破坏东西的冲动	84. 为一些有关“性”的想法而很苦恼
68. 有一些别人没有的想法或念头	85. 认为应该因为自己的过错而受到惩罚
69. 感到对别人神经过敏	86. 感到要赶快把事情做完
70. 在商店或电影院等人多的地方感到不自在	87. 感到自己的身体有严重问题
71. 感到任何事情都很困难	88. 从未感到和其他人很亲近
72. 一阵阵恐惧或惊恐	89. 感到自己有罪
73. 感到在公众场合吃东西很不舒服	90. 感到自己的脑子有毛病

(二) 抑郁自评量表

抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) SDS 由 Zung 于 1965 年编制。量表包含 20 个项目, 采用四级评分方式, 该量表使用方法简便, 能相当直观地反映病人抑郁的主观感受及严重程度。使用者也不需经特殊训练。目前多用于门诊病人的粗筛、情绪状态评定以及调查、科研等。

评分: 大多数项目为正向评分: ①1分: 很少有该项症状; ②2分: 有时有该项症状; ③3分: 大部分时间有该项症状; ④4分: 绝大部分时间有该项症状。但项目 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 为反向评分题, 按 4-1 计分。由被试者按照量表说明自己进行评定, 依次回答每个条目。

总分: 将所有项目得分相加, 即得到总分, 如果总分超过 41 分可考虑筛查阳性, 即可能有抑郁存在, 需进一步检查。抑郁严重指数: 抑郁严重指数 = 总分/80。指数范围为 0.25~1.0, 指数越高, 反映抑郁程度越重。

[附]

Zung 自评抑郁量表 (SDS) 内容

1. 我觉得闷闷不乐, 情绪低沉	11. 我的头脑跟平常一样清楚
2. 我觉得一天之中早晨最好	12. 我觉得经常做的事情并没有困难
3. 我一阵阵哭出来或觉得想哭	13. 我觉得不安而平静不下来
4. 我晚上睡眠不好	14. 我对将来抱有希望
5. 我吃得跟平常一样多	15. 我比平常容易生气激动
6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快	16. 我觉得作出决定是容易的
7. 我发觉我的体重在下降	17. 我觉得自己是个有用的人, 有人需要我
8. 我有便秘的苦恼	18. 我的生活过得很有意思
9. 我心跳比平时快	19. 我认为我死了别人会生活得好些
10. 我无缘无故地感到疲乏	20. 平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣



(三) 焦虑自评量表

焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS) 由 Zung 于 1971 年编制, 由 20 个与焦虑症状有关的项目组成。用于反映有无焦虑症状及其严重程度。适用于焦虑症状的成人, 也可用于流行病学调查。

评分: 每项问题后有 1-4 四级评分选择: ①1 分: 很少有该项症状; ②2 分: 有时有该项症状; ③3 分: 大部分时间有该项症状; ④4 分: 绝大部分时间有该项症状。项目 5、9、13、17、19 为反向评分题, 按 4-1 计分。由被试者按量表说明自己进行评定, 依次回答每个条目。

总分: 将所有项目评分相加, 即得到总分。总分超过 40 分可考虑筛查阳性, 即可能有焦虑症状, 需进一步检查。分数越高, 反映焦虑程度越重。

[附]

Zung 自评焦虑量表 (SAS) 内容

1. 我感到比往常更加过敏和焦虑	11. 我因阵阵的眩晕而不舒服
2. 我无缘无故感到担心	12. 我有阵阵要昏倒的感觉
3. 我容易心烦意乱或感到恐慌	13. 我呼吸时进气和出气都不费力
4. 我感到我的身体好像被分成几块, 支离破碎	14. 我的手指和脚趾感到麻木和刺痛
5. 我感到事事顺利, 不会有倒霉的事情发生	15. 我因胃痛和消化不良而苦恼
6. 我的四肢抖动和震颤	16. 我必须时常排尿
7. 我因头痛、颈痛和背痛而烦恼	17. 我的手总是温暖而干燥
8. 我感到无力且容易疲劳	18. 我觉得脸发烧发红
9. 我感到很平衡, 能安静坐下来	19. 我容易入睡, 晚上休息很好
10. 我感到我的心跳较快	20. 我做噩梦

(四) 应激相关 (生活事件) 量表

国内外有多种生活事件量表。这里介绍由杨德森、张亚林编制的生活事件量表 (life event scale, LES)。该量表由 48 条我国较常见的的生活事件组成, 包括三个方面的问题: 家庭生活方面 (28 条)、工作学习方面 (13 条)、社交及其他方面 (7 条), 另外有 2 条空白项目, 供填写被试者已经经历而表中并未列出的某些事件。

LES 是自评量表, 由被试者自己填写。填写者须仔细阅读和领会指导语, 然后逐条一一过目。根据调查者的要求, 将某一时间范围内 (通常为一年内) 的事件记录。对于表上已列出但并未经历的事件应一一注明“未经历”, 不留空白, 以防遗漏。然后, 由填写者根据自身的实际感受而不是按常理或伦理观念去判断那些经历过的事件对本人来说是好事或是坏事? 影响程度如何? 影响持续的时间有多久? 影响程度分为 5 级, 从毫无影响到影响极重分别记 0、1、2、3、4 分。影响持续时间分三月内、半年内、一年内、一年以上共 4 个等级, 分别记 1、2、3、4 分。

统计指标为生活事件刺激量, 计算方法如下:

(1) 单项事件刺激量 = 该事件影响程度分 × 该事件持续时间分 × 该事件发生次数

(2) 正性事件刺激量 = 全部好事刺激量之和

(3) 负性事件刺激量 = 全部坏事刺激量之和

(4) 生活事件总刺激量 = 正性事件刺激量 + 负性事件刺激量

生活事件刺激量越高反映个体承受的精神压力越大。负性事件刺激量的分值越高对身心健康的影响越大; 正性事件的意义尚待进一步的研究。



[附]

生活事件量表 (LES) 结构与内容

家庭有关问题	(26) 家庭成员死亡
(1) 恋爱或订婚	(27) 本人重病或重伤
(2) 恋爱失败、破裂	(28) 住房紧张
(3) 结婚	工作学习中的问题
(4) 自己(爱人)怀孕	(29) 待业、无业
(5) 自己(爱人)流产	(30) 开始就业
(6) 家庭增添新成员	(31) 高考失败
(7) 与爱人父母不和	(32) 扣发奖金或罚款
(8) 夫妻感情不好	(33) 突出的个人成就
(9) 夫妻分居(因不和)	(34) 晋升、提级
(10) 夫妻两地分居(工作需要)	(35) 对现职工作不满意
(11) 性生活不满或独身	(36) 工作学习压力大(如成绩不好)
(12) 配偶一方有外遇	(37) 与上级关系紧张
(13) 夫妻重归于好	(38) 与同事邻居不和
(14) 超指标生育	(39) 第一次远走他乡异国
(15) 本人(爱人)做绝育手术	(40) 生活规律重大变动(饮食睡眠规律改变)
(16) 配偶死亡	(41) 本人离退休或未安排具体工作
(17) 离婚	社交与其他问题
(18) 子女升学(就业)失败	(42) 好友重病或重伤
(19) 子女管教困难	(43) 好友死亡
(20) 子女长期离家	(44) 被人误会、错怪、诬告、议论
(21) 父母不和	(45) 介入民事法律纠纷
(22) 家庭经济困难	(46) 被拘留、受指控
(23) 欠债500元以上	(47) 失窃、财产损失
(24) 经济情况显著改善	(48) 意外惊吓、事故、自然灾害
(25) 家庭成员重病、重伤	

注：若受试者认为有表中未列生活事件对其造成较大影响，可以自己填入所留的空栏中，并作出相应评价。

(五) 特质应对方式问卷

应对(coping)是心理应激过程的重要中介因素，与应激事件性质以及应激结果均有关系。近十年来应对方式受到广泛的重视，出现许多应对方式量表，特质应对方式问卷(trait coping style questionnaire, TCSQ)是其中之一。

特质应对方式问卷是自评量表，由20条反映应对特点的项目组成，包括2个方面：积极应对与消极应对(各含10个条目)。用于反映被试者面对困难挫折时的积极与消极的态度和行为特征。被试者根据自己大多数情况时的表现逐项填写。各项目答案从“肯定是”到“肯定不是”采用5, 4, 3, 2, 1五级评分。评价指标包括：

积极应对分：将条目1, 3, 5, 8, 9, 11, 14, 15, 18, 20的评分累加，即得积极应对分。一般人群的平均分为 30.22 ± 8.72 。分数高，反映积极应对特征明显。

消极应对分：将条目2, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 17, 19的评分累加，即得消极应对分。一般人群的平均分为 23.58 ± 8.41 ，分数高，反映消极应对特征明显。

实际应用中，消极应对特征的病因学意义大于积极应对，其原因有待进一步研究。



[附]

特质应对方式问卷 (TCSQ) 内容

1. 能尽快地将不愉快忘掉	11. 旁人很容易使你重新高兴起来
2. 陷入对事件的回忆和幻想之中而不能摆脱	12. 如果与人发生冲突, 宁可长期不理睬对方
3. 当作事情根本未发生过	13. 对重大困难往往举棋不定, 想不出方法
4. 易迁怒于别人而经常发脾气	14. 对困难和痛苦能很快适应
5. 通常向好的方面想, 想开些	15. 相信困难和挫折可以锻炼人
6. 不愉快的事很容易引起情绪波动	16. 在很长的时间里回忆所遇到的不愉快事
7. 将情绪压在心底里不表现出来, 但又忘不掉	17. 遇到难题往往责怪自己无能而怨恨自己
8. 通常与类似的人比较, 就觉得算不了什么	18. 认为天底下没有什么大不了的事
9. 将消极因素化为积极因素, 例如参加活动	19. 遇苦恼事喜欢一人独处
10. 遇烦恼的事很容易想悄悄地哭一场	20. 通常以幽默的方式化解尴尬局面

三、他评量表

所谓他评量表是由评估者根据对被评估者的行为观察或访谈所进行的量化评估。一般对使用者的专科知识以及量表使用经验等要求较高。他评量表方式在情绪和外显行为定量评估中广泛应用, 这里以汉密顿抑郁量表为例加以介绍。

汉密顿抑郁量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD) 由 Hamilton 于 1960 年编制, 是临床上评定抑郁状态时应用得最普遍的量表。本量表有 17 项、21 项和 24 项等 3 种版本。利用 HAMD 作一次评定大约需 15~20 分钟。这主要取决于患者的病情严重程度及其合作情况, 如患者伴有严重阻滞时所需时间将更长。

1. 项目和评分标准 HAMD 大部分项目采用 0~4 分的 5 级评分法, 各级的标准为: 0 分: 无, 1 分: 轻度, 2 分: 中度, 3 分: 重度, 4 分: 极重度。少数项目采用 0~2 分的 3 级评分法, 其分级的标准为: 0 分: 无, 1 分: 轻~中度, 2 分: 重度。

2. 评定注意事项

(1) 适用于具有抑郁症状的成年病人。

(2) 应由经过培训的两名评定者对患者进行 HAMD 联合检查。

(3) 一般采用交谈与观察的方式。检查结束后, 两名评定者分别独立评分。

(4) 评定的时间范围: 入组时, 评定当时或入组前一周的情况; 治疗后 2~6 周, 以同样方式, 对入组患者再次评定, 比较治疗前后症状和病情的变化。

(5) HAMD 中, 有的项目依据对患者的观察进行评定; 有的项目则根据患者自己的口头叙述评分; 尚需向患者家属或病房工作人员收集资料。

3. 结果分析 总分: 能较好地反映病情严重程度的指标, 病情越轻总分越低, 病情愈重总分愈高。而且治疗前后总分的变化情况可用来评估患者病情的变化情况。

按照 Davis JM 的划界分, 总分超过 35 分, 可能为严重抑郁; 超过 20 分, 可能是轻或中等度的抑郁; 如小于 8 分, 病人就没有抑郁症状。一般的划界分, HAMD 17 项分别为 24 分、17 分和 7 分。

4. 应用评价 HAMD 评定方法简便, 标准明确, 便于掌握, 可用于抑郁症、躁郁症、神经症等多种疾病的抑郁症状之评定, 尤其适用于抑郁症。HAMD 在抑郁量表中, 作为一种最经典的方法, 如果要发展新的抑郁量表, 往往采用 HAMD 作为平行效度检验的工具。



[附]

HAMD 条目及具体的评分标准举例

-
1. 抑郁情绪：①只在问到时才诉述；②在访谈中自发地表达；③不用言语也可以从表情，姿势，声音或欲哭中流露出这种情绪；④病人的自发言语和非语言表达（表情，动作）几乎完全表现为这种情绪。
 2. 有罪恶感：①责备自己，感到自己已连累他人；②认为自己犯了罪，或反复思考以往的过失和错误；③认为目前的疾病，是对自己错误的惩罚，或有罪恶妄想；④罪恶妄想伴有指责或威胁性幻觉。
 3. 自杀：①觉得活着没有意义；②希望自己已经死去，或常想到与死有关的事；③消极观念（自杀念头）。
 4. 入睡困难（初段失眠）：①主诉有入睡困难，上床半小时后仍不能入睡（要注意平时病人入睡的时间）；②主诉每晚均有入睡困难。
-

(洪 炜)

第六章 心理应激

心理应激作为一种系统理论，不但有助于认识心理社会因素在疾病发生发展过程中的作用规律（心理病因学），还在维护个体心理社会因素的动态平衡（心理卫生）、降低各种心理社会因素的负面影响（应激的控制与管理），乃至整个医学工作领域，都有理论与实践指导意义。

第一节 总 论

一、应激与心理应激理论

应激（stress）概念的提出和心理应激（psychological stress）理论的发展经历了较长的历史过程。自 20 世纪 30 年代以来，各个时期关于应激和应激理论的认识，是由早期的分别重视应激反应或者应激刺激，到以后重视应激作用的“过程”，而近年的发展趋势则是越来越关注应激多因素作用的“系统”。在这个过程中，不同学科出于其不同的研究和应用目的，对应激和心理应激理论的认识和关注程度也不同。

（一）医学界所关注的应激

关于应激的概念，首推加拿大病理生理学家塞里（Selye H, 1936）提出的应激学说。20 世纪前半叶，医学界关于病因学的研究，还集中在对生理病理过程的一对一关系的探讨。塞里通过对病人的观察发现，许多处于不同疾病状态下的个体，都出现食欲减退、体重下降、无力、萎靡不振等全身病态反应，通过动物实验也注意到，处于失血、感染、中毒等有害刺激作用下以及其他紧急状态下的个体，都可出现肾上腺、胸腺、脾及淋巴结等结构上的反应性改变，胃肠道溃疡、全身性出血等生理病理反应现象。塞里认为，每一种疾病或有害刺激都有这种相同的、特征性的和涉及全身的生理生化反应过程。他将其称作“一般适应综合征”（general adaptation syndrome, GAS）。塞里认为 GAS 与刺激的类型无关，而是机体通过兴奋腺垂体-肾上腺皮质轴（后来发展为下丘脑-垂体-肾上腺轴）所引起的生理变化，是机体对有害刺激所作出的防御反应的普遍形式。他将 GAS 分为警戒（alarm）、阻抗（resistance）和衰竭（exhaustion）三个阶段。①警戒期：是机体为了应对有害环境刺激而唤起体内的整体防御能力，故也称动员阶段。②阻抗期：如果有害刺激持续存在，机体通过提高体内的结构和机能水平以增强对应激源的抵抗程度。③衰竭期：如果继续处于有害刺激之下或有害刺激过于严重，机体会丧失所获得的抵抗能力而转入衰竭阶段。

显然，塞里的应激理论主要是从医学或病理生理学的角度提出来的，其所关注的是应激的反应。塞里应激理论的积极意义在于首先在现代病因学认识中体现出一种系统论的思想，同时也启动了广泛的应激理论探索。此后许多应激研究都是在此基础上的修正、充实和发展。但塞里的经典理论随后被证明存在不足，主要是该学说忽略了应激的心理成分，另外，该理论也缺少对应激刺激方面的深入认识。

由于医学科学的特殊历史背景，有关医学领域至今仍然侧重于从应激反应方面来认识应激和应激现象。例如精神病学界一直关注应激的病理症状方面，强调应激属于有机体对有害刺激的反应，将应激作为因变量或是反应变量来研究。在国内外各种版本的精神病学



诊断标准中,关注的中心点是应激的心身症状(反应)方面,而不是引起这种反应的心理社会原因。同样,作为医学的另一重要领域,病理生理学也重视应激,但至今仍然比较多地重视应激状态下的机体生理病理反应的分子生物学机制方面,而不重视应激的刺激特别是心理社会刺激。故从医学心理学的整体观和系统论角度,这样的理论认识有局限性,因为它只反映应激的某些“方面”。

(二) 心理学界关注的应激

几乎与塞里同时,心理学界就已经关注社会生活中的紧张事件对人的影响。同样是由于学科特点所决定,这类研究往往重点在社会生活和心理因素方面,而较少深入研讨紧张刺激下的机体生理机制问题。也就是说,早期心理学界对应激的研究更多侧重于应激的刺激方面。

随着研究的深入,心理学家越来越认识到许多中间的心理社会因素如个人认知评价、应对方式在应激中的意义。20世纪60年代,Lazarus R等提出认知评价在应激中的重要性,Lazarus R曾指出,应激的发生并不伴随特定的刺激或特定的反应,而是发生于个体察觉或估价一种有威胁的情景之时。此后 Folkman S和 Lazarus R等进一步研究应对方式在应激过程中的重要性,形成了所谓的认知应激作用理论。

值得注意的是,国内教育心理学界的一些权威人士至今仍遵循生活事件就是心理应激的学术理念。

(三) 医学心理学对心理应激的定义

如上所述,应激是不断发展着的概念,相信在今后相当长的时间里,不同学术领域和不同专业工作者对应激的认识差异还会继续存在。但医学心理学界至少在一个方面的认识是较一致的,这就是应激是由应激刺激(应激源)、应激反应和其他许多有关因素所构成的多因素的概念。但这些因素之间到底是怎样的关系,则在不断的探索之中。

1. “过程模型”对心理应激的定义

根据应激学说的发展历史和20世纪70~80年代国外各种应激有关研究成果,当医学心理学课程在我国逐渐成形时,需要提出一种具有一定概括性的心理应激定义。20世纪80年代,国内医学心理学教材中开始出现有关心理应激的专门章节。姜乾金等总体上倾向于将心理应激看作是由应激源(生活事件)到应激反应的多因素作用过程,即“应激过程模型”。(图6-1)

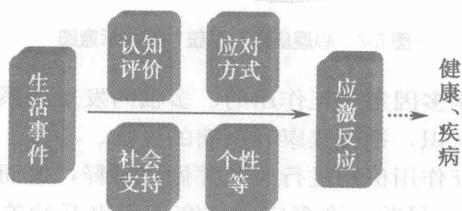


图6-1 心理应激“过程”模型(之一)

根据过程模型,心理应激可以被定义为:个体在应激源作用下,通过认知、应对、社会支持和个性特征等中间多因素的影响或中介,最终以心理生理反应表现出来的作用“过程”。

该定义强调,应激是个体对环境威胁和挑战的一种适应过程;应激的原因是生活事件,应激的结果是适应的和不适应的心身反应;从生活事件到应激反应的过程受个体的认知等多种内外因素的制约。

这一定义符合人们通常的因果逻辑思维习惯,便于理解也便于对某些疾病发生的病因



做出解释 (本章就是根据该定义安排各节内容)。

2. “系统模型”对心理应激的定义

应该说, 将心理应激看成是作用“过程”只是反映应激各有关因素之间的部分关系。国内姜乾金等自 1987 年以来, 通过大量的有关应激因素之间相互关系的理论与实证研究, 证明应激 (或者压力) 有关因素之间不仅仅是单向的从因到果或从刺激到反应的过程, 而是多因素相互作用的系统。例如, 病人可以对应激刺激做出不同的认知评价, 从而趋向于采用不同的应对方式和利用不同的社会支持, 导致不同的应激反应; 但反过来, 应激反应也影响社会支持、应对方式、认知评价直至生活事件; 同样, 认知评价、应对方式、社会支持甚至个性特征等作为过程论的中间因素, 也分别受其他各种因素的影响和制约, 既可以是因, 也可以是果。也就是说, 应激其实是有关因素相互作用的系统, 即“应激系统模型”。

应激系统模型的基本特征 (法则) 包括: ① 应激是多因素的系统; ② 各因素互相影响互为因果; ③ 各因素之间动态的平衡或失衡决定个体的健康或疾病; ④ 认知因素在平衡和失衡中起关键作用; ⑤ 人格因素起核心作用。(限于本章篇幅, 有关应激系统模型的基本法则与临床意义的详细论述, 参阅姜乾金主编的教材《心身医学》, 人民卫生出版社 2007)

根据系统模型, 心理应激可以被定义为: 个体的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和心身反应等生物、心理、社会多因素构成相互作用的动态平衡“系统”, 当由于某种原因导致系统失衡, 就是心理应激。(图 6-2)

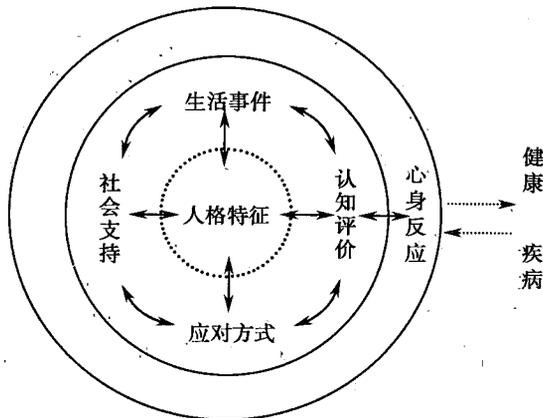


图 6-2 心理应激“系统”模型示意图

该定义主要强调应激是多因素交互作用的、多轴向发展的系统。

这种对应激的系统论认识, 符合健康和疾病的生物、心理、社会整体观, 有利于对各种应激有关因素之间的相互作用机制进行研究并做出解释, 进而有利于促进研究个体整体心身健康的保持 (见下文)。目前, 许多应激研究工作也开始关注应激多因素的数学建模问题, 也许不久的将来我们对于心理压力或心理应激的认识会更加深入。

顺便指出, 本章第四节 Chrousos 和 Gold 提出的“应激系统 (stress system)”概念, 是指应激生理中介过程的神经系统、内分泌系统和免疫系统的联系, 本质上属于应激反应范畴, 应与这里的应激多因素系统模型区别。

二、心理应激意义

(一) 心理应激理论与医学

不论“应激过程模型”或者“应激系统模型”, 都为医学心理学研究提供了某种框架思路, 同时在临床医学、预防医学和健康促进教育等领域具有多方面的理论与实际指导



意义。

首先,在医学认识论方面,心理应激理论特别是“系统模型”,使我们认识到个体实际上是生活在应激多因素的动态平衡之中。例如,心理社会因素与健康的关系,很大程度上可以看成是心理应激多因素作用过程与健康的关系;与现代人类死亡密切相关的不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、少运动、肥胖及对社会压力不良反应等,均与心理应激因素有关;随着工业化、现代化和竞争越趋激烈、人际关系越趋复杂,心理应激程度也正在不断增强,由此而引起的生理和心理反应和形成的症状和体征,正成为当代人们身体不适和精神痛苦的根源。这种从整体上对健康和疾病的认识,有助于我们的健康工作决策,也有助于医学的模式转变。

在临床医学的病因学方面(心理病因学)，“过程模型”有助于我们清晰地认识心理疾病和症状的发生发展过程。例如近些年来在国内外许多研究中,将心身健康的变异情况(如情绪反应、心身症状)作为应激作用的结果或应激反应来看待,而将与健康和疾病有关的各种心理社会因素,例如生活事件、认知因素、应对方式、社会支持、个性特点和某些生物学因素悉数作为应激有关因素进行多因素的分析研究,取得了较好的研究成果。

在临床医学的治疗学方面,根据“系统模型”,可以通过任何消除或降低各种应激因素的负面影响,促进系统因素之间的良性循环而实现新的平衡,达到治疗的目的。如所谓的应激干预模式或压力自我管理计划(self-management program)等。这些干预策略包括了应激“系统”的多个环节,例如:①控制或回避生活事件,②改变认知评价,③改善社会支持,④应对指导,⑤松弛训练等。

在预防医学方面,“系统模型”有助于认识和指导合理调整应激各有关因素的动态平衡,促进个体在不同内外环境下的健康成长或保持适应(心理卫生)。如应对指导训练、社会支持系统的建立、人格健全的促进等都是可用的心理保健措施。

在医学心理学临床实际工作中,应激系统模型及其基本法则具有广泛的应用价值。以下简述应用于临床个体心理咨询(治疗)程式、应用于压力管理和应用于家庭婚姻咨询。

(二) 应激系统模型与临床心理咨询

临床心理咨询是医学心理学的重要构成部分。但心理咨询工作的模式并不统一。利用应激系统模型,可以为临床心理咨询工作设立一套运作程序。

首先,根据系统模型,对患者的心身问题以及相关因素做出评估。分析患者的应激反应和心身症状情况,做出问题的第一层次的评估,可能符合医学临床诊断(如恐惧症),或者以现象学做出“问题”诊断(如学习困难、失眠、行为退缩、心理障碍);通过进一步分析生活事件、认知评价、应对方式和社会支持程度,做出问题的第二层次评估,确定应激各因素在“问题”中的地位以及因素之间的互动关系;通过分析人格特点特别是观念方面的如求全、完美主义倾向,可做出问题的第三层次评估,以确定人格因素在整个“问题”系统中的作用。

然后,在系统模型的评估基础上,以系统论与整体观的水平做出干预决策,可以决定采用心理教育、心理指导、系统心理治疗等心理干预技术,或者结合使用药物等方法。其中心理教育和心理指导等方法,往往是针对第二层面的问题。例如,通过分析和具体指导,帮助来访者解决、缓冲或者回避生活事件;通过再评价、暗示、安慰、激励、调整思想方法等,帮助来访者改变消极认知评价;通过指导转移、发泄、升华、放松、利用自然环境等,帮助来访者提高应对效能;通过提供客观支持、改变主观支持、加强家庭支持,帮助来访者改善社会支持水平;通过压力系统分析和讲解,使来访者在平时生活中重视对自己人格(如完美观念)的修正。至于第三层面的问题,则需要有关心理理论指导下实施心理治疗(如认知治疗)。而改善第一层面的各种症状往往是各种干预方法的最终目标。



(三) 应激系统模型及压力控制与管理

压力管理是医学心理学工作者的重要临床课题之一。根据系统模型,正常人群生活在生物、心理、社会多因素的系统之中。就个体而言,他处于应激多因素系统之中;就社会群体而言(如工作单位),是由各种个体的亚系统所构成的更大系统;个体应激系统的平衡受制于单位系统的平衡,但又影响单位系统的平衡。在社会转型期,人们普遍感受到压力(应激)。当事人往往总是以自以为正确的认知方式生活、工作、待人,这样难免出现系统的失衡,容易产生压力反应的感受(或症状),使许多人诉说现在的压力太大了。因而,出现了所谓的压力管理(stress management)的说法。

压力控制与管理通常分为个体压力管理和单位(群体)压力管理。

在个体压力管理方面,对处于生活和工作压力之中的个体,可首先实施应激系统模型指导下的评估,分析其各种应激有关因素情况及互相影响规律,然后促其进行合理管理。

压力管理的策略同样是分层次的,但重点是通过心理指导,也包括必要的心理治疗技术来实现。例如:

在认知方面,首先通过分析讲解压力系统的结构,促其承认“系统”中的各种差异并予以接纳,愉快地参与社会竞争,即“接纳差异,快乐竞争”。或者采用说明、暗示、激励等心理指导方法促进其做出“再评价”、辨认负性自动思维,甚至观念的调整。但许多具有自动性思维特点的认知方面问题,因涉及太多的人格因素,需要用认知治疗的方法。

在应对方面,实行所谓的应激无害化训练,如指导“回避”、“否认”、“升华”、“幽默”、“发泄”、“祈祷”。

在社会支持方面,可通过指导交友、谈心、集体活动、家庭联系,以提供客观支持、改善主观主持。

在控制生活事件方面,可指导不去制造“问题”,或提供“问题解决”的方法和策略,以解决、缓冲或回避应激源。

在缓解心身反应(症状)方面,可采取倾诉、移情、转移注意、指导行为调节如“走出去”、音乐、运动等方法,在某些情况下可使用松弛训练、生物反馈、药物等。

环境因素,包括利用空气、阳光、森林、泥、温泉浴的作用。

(四) 应激系统模型与婚恋适应指导

婚恋问题也是医学心理学临床工作中常遇见的问题。根据系统模型,良好的婚姻是双方组合成的多因素平衡系统,包括各自家庭背景等亚系统。

许多情况下,人们会认为“爱”这一因素能解决婚姻中的一切问题。但实际上,婚姻的基本条件除了需要双方在情感上的爱之外,更需要双方在系统中的其他许多因素方面的差异上达到“适应”。这些因素就包括生活背景、认知特点、应对方式、社会支持、行为反应方式、习惯、观念等。这里的“适应”不是指对差异的忍受或掩饰,更不是指对差异的改造,而是对差异的接纳。在承认差异、接纳差异基础上,通过在“爱”的感受基础上的长期互动过程,最终也许双方的差异缩小了,但更多的情况也许仅仅是双方对差异的“适应”。反之,如果这种多因素差异的“适应”处理不好,那么“爱”的感受就会慢慢被破坏,最终导致婚姻的变质。

在婚恋与家庭的多因素系统中,最隐蔽的差异往往是人格深层的观念上的差异。例如,一对夫妻均赞成“丁克”,不准备生养孩子,结果与双方父母在婚姻和家庭观念上存在差异,因不能“适应”而来门诊。但在解决了与家长的“适应”问题后(家长不反对了),夫妻双方在一起生活过程中,却仍然不能“适应”。原来,双方虽然在家庭观念上都赞成“丁克”,取得认识上的一致,但在为什么要“丁克”上,各自的观念基础并不相同,包括:人生是享受、人生是奋斗、人生是自由、甚至是人生太痛苦(不能再制造新的痛



苦)等——所以不应该有孩子。由于不能接纳这种生活观念上的差异,致使双方在接下来的生活过程中仍然不能适应。也就是说,早期双方都不要孩子的一致认识和行为表象,掩盖了在不要孩子背后的观念上的差异。

系统论模型基础上的有关婚姻问题中“爱”与“适应”原则,可用于指导恋爱问题、婚姻问题、离婚后问题以及家庭问题。

根据本版教材大纲,后文将按“过程模型”设置各节,包括应激源(生活事件),认知评价、应对方式、社会支持和个性特征等重要的应激有关中间变量,以及应激反应等节。最后一节将整体讨论应激的控制和管理问题。与应激有关的其他心理、社会和生物学因素如文化、环境、体质等因素则从略。

第二节 应激源(生活事件)

一、应激源(生活事件)分类

(一) 应激源和生活事件的定义

从应激过程模型的角度,所谓应激源(stressors)就是引起应激的刺激,也就是应激的原因,在目前的动物实验中,常用的应激源或应激刺激包括电击、水浸、捆绑、拥挤、恐吓等。在人类,特别是从应激系统模型的角度,应激源就是各种生活事件(life events),包括来自心理的、社会的、文化的和生物的各种事件。在许多医学心理学文献中,往往将生活事件和应激源作为同义词来看待。探讨生活事件与健康的关系,是心理应激研究最先活跃起来的领域。

(二) 按生活事件的现象学分类

生活事件的内容很广,许多事件还相互牵扯交织在一起,要做出准确而又避免重复的分类较困难,因而目前各种生活事件评估量表对事件的分类也不尽相同。以下几类仅是从现象学角度对生活事件内容进行归类。

1. 工作事件 很多现代化的工作环境或工作的本身就具有极强的紧张性和刺激性,易使人产生不同程度的应激。①长期从事高温、低温、噪音、矿井下等工作。②高科技、现代化需要高度注意力和消耗脑力的工作。③长期远离人群(远洋、高山、沙漠)或高度消耗体力及威胁生命安全或是经常改变生活节律无章可循的工作或是长期从事单调重复的流水线工作,或是社会要求和个人愿望超出本人实际能力限度的工作,都可成为心理应激的来源。

2. 家庭事件 这是日常生活中最多见的应激源。多次恋爱不成功、失恋,夫妻关系不和、两地分居、有外遇被发现、情感破裂、离婚,爱人患病、配偶死亡、本人患病、外伤、分娩、手术,子女管教困难,住房拥挤,经济拮据,有长期需要照顾的老年人、残疾人、瘫痪病人或是家庭成员之间关系紧张,都可成为长期慢性的应激事件。

3. 人际关系事件 包括与领导、同事、邻里、朋友之间的意见分歧和矛盾冲突等。

4. 经济事件 包括经济上的困难或变故,如负债、失窃、亏损和失业等。

5. 社会和环境事件 每个人都生活在特定的自然环境和社会环境当中,无数自然和社会的变化,包括各种自然灾害、战争和动乱,社会政治经济制度变革、工业化、现代化和都市化所带来各种环境的污染,交通住房的拥挤、人口的过度集中以及下岗待业、加快的生活节奏、知识的更新、竞争的加剧,物质的滥用吸毒、酗酒以及由此引起的卖淫、嫖赌偷盗等犯罪行为所造成的人为事件,都会成为某些人的应激源。研究证明,在和平稳定时期,个体与同事、领导之间的人际矛盾和冲突是很重要的生活事件。



6. 个人健康事件 指疾病或健康变故给个人造成的心理威胁,如癌症诊断、健康恶化、心身不适等。

7. 自我实现和自尊方面事件 指个人在事业和学业上的失败或挫折,以及涉及案件、被审查、被判罚等。

8. 喜庆事件 指结婚、再婚、立功受奖、晋升晋级等,需要个体作出相应心理调整。

(三) 按事件对个体的影响分类

目前对生活事件的研究,包括了所有人类的内外环境变化。按生活事件对当事人的影响性质,可分为正性和负性生活事件,是以当事人的体验作为判断依据。

1. 正性生活事件 (positive events) 是指个人认为对自己具有积极作用的事件。日常生活中有很多事件具有明显积极意义,如晋升、提级、立功、受奖等。但也有在一般人看来是喜庆的事情,而在某些当事人身上同样出现消极的反应,例如结婚对于某些当事人却引起心理障碍,成为负性事件。

2. 负性生活事件 (negative events) 指个人认为对自己产生消极作用的不愉快事件。这些事件都具有明显的厌恶性质或带给人痛苦悲哀心境,如亲人死亡、患急重病等。

研究证明,负性生活事件与身心健康相关性明显高于正性生活事件。因为负性生活事件对人具有威胁性,会造成较明显较持久的消极情绪体验,而导致机体出现病感或疾病。

(四) 按生活事件的主观和客观属性分类

1. 客观事件 (objective events) 某些生活事件的发生是不以人们的主观意志为转移的,是无法掌握无法控制的,多为突然发生的灾难如地震、洪水、滑坡、火灾、车祸、空难、海难、空袭、战争等,当然也包括人的生老病死事件。灾难事件或者创伤性事件可以引起强烈的急性精神创伤或延缓应激反应或创伤后应激障碍 (post traumatic stress disorder, PTSD)。国内外诸多研究表明,该障碍往往病程迁延,严重影响患者的心理和社会功能。这类具有客观属性的事件在评定时其重测信度较高。

2. 主观事件 (subjective events) 实际上,很多人就处在应激性环境之中,如居住条件差、工资收入低,父母、子女、夫妻、邻里、同事、上下级之间长期关系紧张,晋升提级受到挫折,工作学习负担过重,对职业不满意而又无法改变等等。但这些事件相对地是可以预料和可以被个人所控制的,并具有一定的主观属性。主观事件在评定时其重测信度较低。

二、生活事件研究

(一) 生活事件与健康 and 疾病

早期国外各种研究结果显示,伴有心理上丧失感的生活事件,例如配偶的死亡,对健康的危害最大。有人对新近配偶死亡的903名男性作了6年的追踪观察,结果发现,居丧第一年对健康的影响最大,其死亡率为对照组的12倍,而第二、三年的影响已不甚显著。当代的研究则进一步阐明了生活事件的质和量与健康 and 疾病的关系。

我国科学工作者早期在生活事件与疾病关系方面也进行了很多工作。北京医科大学曾对北京市10,000多人进行调查;中国科学院心理研究所和北京医科大学协作,对钢铁工人也进行了调查,结果发现有三种刺激因素对疾病发生的影响最大,它们是:①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快的情绪,容易得病;②工作中或家族中人际关系不协调,容易得病;③亲人的意外死亡或者突然的意外事故,是造成应激和致病的重要原因。姜乾金等(1987)通过临床对照调查分析,结果也同样显示,在癌症病人发病史中,“家庭不幸事件”、“工作学习过度”和“人际关系不协调”等生活事件可能有重要意义。这与上述结果



相一致。郑延平等(1990)调查证明,引起痛苦体验而且与疾病关系密切的大多数是负性生活事件,最严重的是丧偶、家庭成员的死亡。最大的生活事件是被人误解、错怪、子女管教困难,生活环境受噪音干扰,家庭主要成员患急、重病,家庭经济困难等。这些结果与国外的调查是一致的。他们还调查研究了不同群体中突出的生活事件是:学生是考试失败和失恋;农民是婆媳关系不和;工人是不安心现职工作;科技干部是夫妻不和。不同年龄阶段引起心理应激的生活事件也各不相同:青年人主要是学习、婚姻恋爱、人际关系、工作与经济问题;中年人主要是夫妻关系和家庭关系;而老年人主要是健康问题和经济问题。范振国等(1993)研究发现,老年期抑郁状态的生活事件发生率与对照组有显著性差异,也高于老年期情感性精神障碍发病前的生活事件发生率。研究还表明生活事件单位分值越高,生活事件越多、性质愈严重对老年人的情绪影响越大。对老年人抑郁情绪影响较大的负性生活事件有重病外伤、家庭纠纷、经济收入减少等,与国外Murphy等(1982)的报告基本一致。另一些学者研究表明,不可预料、不可控制的负性生活事件对人威胁更大。

(二) 生活事件致病机制研究

关于生活事件如何导致机体发病的详细机制还不清楚。显然,生活事件不是直接的致病因素。Rahe认为,生活事件仅是引起疾病的危险因素,类似血清胆固醇升高与冠心病发病之间的关系。一些学者通过研究生活事件对人体免疫功能的影响,提出亲人病故、夫妻离异、事业受挫、遭受歧视等事件,是经大脑的认知评价后引起悲哀、抑郁、孤独等负性心理体验,进而导致一系列生理生化及免疫系统的改变。Bartrop等首先报道丧偶后细胞免疫功能低下。随后Schlaif等分别检测了受试者在丧妻前后淋巴细胞对丝裂原植物血凝素(PHA)、刀豆蛋白A(ConA)、美洲商陆(PWM)的反应性,发现在丧偶前细胞免疫水平没有显著的改变,丧偶后的2个月则明显低下,一年后才恢复到丧偶前水平。家庭的破裂也可见到相似的结果,经历婚变后的妇女,她们有严重的情感障碍,其淋巴细胞的反应性、TH细胞、NK细胞的百分率皆显著降低,而EB病毒抗体滴度增高,反映离异者细胞免疫受损。所有的研究证明,生活事件是通过各种中间环节包括身体的生理、生化变化过程而影响健康和疾病的。

(三) 生活事件与其他应激因素关系的研究

根据应激过程论,生活事件是作为应激源导致应激反应直接影响健康的。但实际上,生活事件既不是单因素能影响健康,也不只是单向引发应激反应。其实,生活事件本身也受应激反应等因素的“反作用”。除了较早认识到认知评价在生活事件和健康疾病中起重要作用外,近年来研究证明应对方式、社会支持、人格特点等因素也会影响许多生活事件的发生、发展、性质和程度,甚至决定生活事件是否成为“应激源”导致应激反应。在应激系统模型启发下,目前许多研究正在转向探索生活事件是如何与其他多种应激有关因素相互作用、通过何种机制而影响健康和疾病的。

(四) 生活事件的量化研究

1967年,美国华盛顿大学医学院的精神病学专家Homes和Rahe通过对5000多人进行社会调查和实验所获得的资料编制了“社会再适应评定量表(SRRS)”。量表中列出了43种生活事件,每种生活事件标以不同的生活变化单位(life change units, LCU),用以表示事件对个体的心理刺激强度。其中配偶死亡事件的心理刺激强度最高为100LCU,当事人需要去重新适应所需要的努力程度也最大,与健康的关系也最为密切。其他有关事件LCU量值按次递减,如结婚为50,微小违规最低为11。利用这个量表可以检测一个人在某一段时间内所经历的各种生活事件,并以生活变化单位LCU的总量来表示。



Holmes 早期研究发现, LCU 一年累计超过 300, 第二年有 86% 的人将会患病; 若一年 LCU 为 150-300, 则有 50% 的人可能在第二年患病; 若一年 LCU 小于 150, 第二年可能平安无事身体健康。Rabkin (1976) 研究发现生活变化单位的升高与突然的心源性死亡、心肌梗死、结核、白血病、多发性硬化、糖尿病、运动创伤和交通事故有类似的相关性。

SRRS 发表以后, 世界各国学者纷纷致力于生活事件的性质、种类、发生频度、持续时间等因素与有关疾病如神经症、躯体疾病和心身疾病之间关系的调查。国内张明园 (1987) 编制了同类生活事件量表。

但是, 国内外的一些研究者也逐渐发现, 类似 SRRS 这种客观量化的生活事件单位与疾病的相关程度较低 ($r=0.30-0.40$), 有的研究还证明没有相关 (Byrnt, 1980)。这说明评定生活事件所致的应激强度和应激反应的类型还应考虑许多其他因素的影响, 如个体的认知评价、应对方式、人格特征和生理素质等。其中特别是认知因素的影响。因而在 Holmes 以后, 不断出现各种以被试者自己估计应激强度的生活事件量表。在这些量表中各种生活事件由被试按事件对自己的影响程度作出认识评分, 并以事件的正、负性质分别计分和统计。这些量表所获的生活事件分与健康 and 疾病的相关性有明显的提高。目前使用的量表大多属于这一类。国内杨德森 (1988) 等也较早编制了这类生活事件量表 (LES)。

不过, 上述由被试自己通过认知评价来计分的量化方式其实也存在问题, 例如对主观事件的自我估分其信度较低, 即估分的高低受心情好坏的直接影响等。另外, 由于追求条目数量致使目前许多量表存在重复计分现象, 例如夫妻不和、分居、外遇、离婚等条目在事件性质和内容上有很大的重叠。作者曾经比较过, 这种重复计分导致的失真程度, 并不低于使用简化量表而造成某些事件被漏计。因此, 生活事件量表条目并不是分得越细、条目越多越好。目前一些作者在研究生活事件时使用简化归类的方法, 试图避免同一事件重复计分的问题, 是值得探讨的; 也有作者仍注重对具体的生活事件作病因学方面的研究而不使用量表。

第三节 应激心理中介因素

一、认知评价

(一) 认知评价的概念

所谓评价 (evaluation or appraisal) 是指个体对遇到的生活事件的性质、程度和可能的危害情况作出估计。Folkman 和 Lazarus (1984) 将个体对生活事件的认知评价过程分为初级评价 (primary appraisal) 和次级评价 (secondary appraisal)。初级评价是个体在某一事件发生时立即通过认知活动判断其是否与自己有利害关系。一旦得到有关系的判断, 个体立即会对事件的是否可以改变即对个人的能力作出估计, 这就是次级评价。伴随着次级评价, 个体会同时进行相应的应对活动: 如果次级评价事件是可以改变的, 采用的往往是问题关注应对; 如果次级评价为不可改变, 则往往采用情绪关注应对 (图 6-3)。

可见, 认知评价在生活事件到应激反应的过程中起重要的中介作用, 也是 20 世纪 70 年代 Folkman 和 Lazarus 等提出的认知应激作用理论的核心中介因素。这一理论认识在国内一直影响至今。

(二) 认知评价的研究

1. 认知因素在应激中的作用 对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和心身反应, 因而是生活事件到应激反应的关键中介因素之一。上一节提及的以客观计分标准

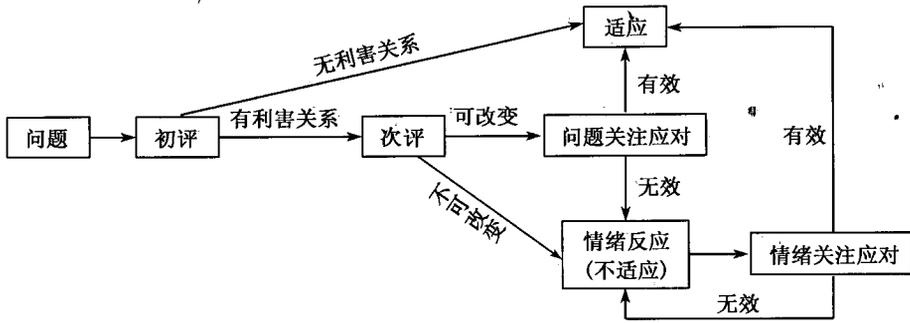


图 6-3 认知、应对与应激过程

研究生活事件和心身健康关系所存在的问题，其原因之一就是未考虑个人对事件的真实评价。

Lazarus 早期曾认为，应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时，具体的说是关于对需求以及处理需求的能力的察觉和评估，甚至认为应激不决定于具体的刺激和反应。

认知评价本身也受其他各种应激有关因素的影响，如社会支持一定程度上可以改变个体的认知过程，个性特征也间接影响个体对某些事件的认知，而生活事件本身的属性不能说与认知评价无关。所以，在近年的许多实际病因学研究工作中，虽然仍将认知因素作为应激的关键性中间变量来对待，但毕竟还要考虑其他有关应激因素的综合作用。

2. 认知因素的量化 认知评价在应激过程和心理病因学中的重要性与其量化研究程度两者之间并不相称。虽然 Folkman 本人曾对认知评价活动进行过定量研究，但至今尚缺乏经典的用于对生活事件作出认知评价的测量工具。不过目前一些自我估分的生活事件量表，实际上已部分结合个人认知评价因素。在临床心理研究工作中，也可以采用问卷或访谈的方法，让被试对有关事件的认知特点——做出等级评估。国内包括作者在内近年有不少研究就是采用这样的方法，并且结果都证明认知评价在生活事件与疾病的联系中确实起着重要的中介作用。

二、应对方式

(一) 应对的概念

应对 (coping) 又称应付。由于应对可以被直接理解成是个体解决生活事件和减轻事件对自身影响的各种策略，故又称为应对策略 (coping strategies)。目前一般定义为，应对是个体对生活事件以及因生活事件而出现的自身不平稳状态所采取的认知和行为措施。

顺便指出，心理防御机制 (defense mechanism) 与应对比较相近。但两者理论基础不同，前者是精神分析理论的概念，是潜意识的；后者是应激理论的概念，主要是意识的和行为的。但两者也存在着一定联系，例如两者都是心理的自我保护措施；目前应对量表中也包含着许多心理防御性质的条目如合理化、压抑、迁怒等。

应对概念的内涵、外延、性质、种类与其他心理社会因素的关系以及在应激过程中的地位等问题至今仍不统一，在具体讨论过程中均易引出歧义和异议，是应激研究中颇具争论性的问题。

实际上，应对概念的涵义是很广的，或者说应对是多维度的。

姜乾金 (2002) 以“过程”论为基础，以国外应对量表中出现的各种因子为分析对象，发现应对活动实际上涉及到应激作用过程的各个环节 (图 6-4)。

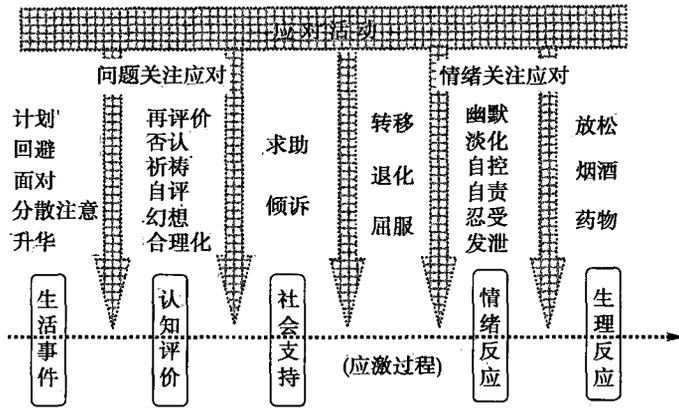


图 6-4 应对与应激过程的关系

(二) 应对的分类

如果从应对的主体角度看, 应对活动涉及个体的心理活动 (如再评价)、行为操作 (如回避) 和躯体变化 (如放松)。目前多数应对量表兼有这几方面的应对条目内容。

从应对的指向性看, 有的应对策略是针对事件或问题的, 有的则是针对个体的情绪反应的, 前者曾被称为问题关注应对 (problem-focused coping), 后者为情绪关注应对 (emotion-focused coping)。目前多数应对量表兼有这两方面的应对条目内容。

从应对是否有利于缓冲应激的作用, 从而对健康产生有利或者不利的影晌来看, 有积极应对和消极应对。目前这方面的理论和具体研究较少。

从应对策略与个性的关系来看, 可能存在一些与个性特质 (trait) 有关的、相对稳定的和习惯化了的应对风格 (coping styles) 或特质应对。例如, 日常生活中某些人习惯于幽默, 而有些人习惯于回避 (借酒消愁)。与前述的过程研究相对应, 以特质应对理念进行的应对研究曾被称为特质研究 (trait-oriented approach)。

(三) 应对研究

目前, 关于应对是应激事件和应激心身反应的重要中介变量的观点已被广泛接受。有关应对在心理应激过程中的作用及其在心理病因学中的意义的研究已成为心理应激研究中很活跃的一个领域。

1. 应对与心理病因学研究 在应对研究领域, 许多是围绕应对在心理病因学中的意义的。以癌症研究为例, 作者在内的许多资料证明癌症的发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会因素的影响。由于癌症本身作为一种严重的生活事件, 对患者又起着心理应激源的作用, 使癌症患者往往采用更多的应对策略, 癌症的转归、预后、患者的生活质量、康复等 (可看作应激结果) 也就明显受患者各种应对策略的影响。因此, 通过对癌症患者应对活动特点、影响因素和作用规律的研究, 除了可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据以外, 也可以通过癌症患者应对策略及其与应激有关因素相互关系的认识, 从临床实际研究的角度揭示应对和应激过程之间的理论关系。

2. 应对与其他应激因素关系的研究 包括作者在内的许多研究证明, 应对与各种应激有关因素存在相互影响和相互制约的关系。应对与生活事件、认知评价、社会支持、个性特征、应激反应等各种应激因素相关, 还与性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

3. 应对的量化研究 由于应对分类尚无统一的认识, 故应对的测定方法也多种多样。Folkman 和 Lazarus 1980 年编制, 1985 年修订的应对量表 (Ways of Coping) 将应对



分为8种：对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评，分别被划归为问题关注应对和情绪关注应对两大类。这是经典的应对过程研究问卷。从早期的背景资料中可以看出，在不同事件和不同对象中，该问卷条目的主成分筛选结果一致性较低。

国内肖计划等（1995）筛选出包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化6种应付方式的应付方式问卷。

卢抗生等（2000）修订自 Folkman 等的老年应对问卷，包含5种应对方式：面对、淡化、探索、幻想、回避，分别被划归为积极应对和消极应对两类。

姜乾金等（1987, 1993; 1999）以应对的特质研究思路，采用因素筛选与效标考察相结合的办法，将一组与一定的个性特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对，最后形成特质应对问卷（TCSQ）。特质应对反映的是个体内部某些相对稳定的、具有习惯化倾向的应对方式或应对风格，其中一些问题还需要深入探索。

沈晓红等（2000）修订的 Feifel 医学应对量表包含病人的3种疾病应对策略：面对、回避和屈服。这3种应对方式代表了人们在遇到疾病威胁时的基本行为方式。

由于人们对应对的认识还在不断发展。因此，目前在应对研究领域应提倡从多角度入手，并采用不同的应对量表。可以从“广义”的应对角度展开研究，例如上述 Ways of Coping 及其各种修订本，均试图将个体在生活事件中的各种可能应对策略尽数列入研究范围。也可以从相对“狭义”的应对角度进行研究，例如上述 MCMQ 只选择研究针对疾病这一特定事件的应对策略，Levine 的否认机制问卷（LDIS）更只选择研究心肌梗死病人对待疾病的否认应对策略，TCSQ 只选择那些与个性有关、与个体健康有关的特质应对条目等。

三、社会支持系统

（一）社会支持的概念与分类

社会支持（social support）是指个体与社会各方面包括亲属、朋友、同事、伙伴等以及家庭、单位、党团、工会等社团组织所产生的精神上和物质上的联系程度。在应激研究领域，一般认为社会支持具有减轻应激的作用，是应激作用过程中个体“可利用的外部资源”。

社会支持所包含的内容相当广泛，可从多个维度进行分类。例如客观支持与主观支持。客观支持指一个人与社会所发生的客观的或实际的联系程度，例如得到物质上的直接援助和社会网络。这里的社会网络是指稳定的（如家庭、婚姻、朋友、同事等）或不稳定的（非正式团体、暂时性的交际等）社会联系的大小和获得程度。主观支持指个体体验到在社会中被尊重、被支持、被理解和满意的程度。许多研究证明，个体感知到的支持程度与社会支持的效果是一致的。

（二）社会支持的研究

社会支持与心理病因学研究 研究证明社会支持与应激事件引起的心身反应成负相关，说明社会支持对健康具有保护性作用，并进一步可以降低心身疾病的发生和促进疾病的康复。

有证据表明，幼年严重的情绪剥夺，可产生某些神经内分泌的变化，如 ACTH 及生长激素不足等。Thomas 等研究 256 名成人的血胆固醇水平、血尿酸水平及免疫功能。通常应激会使血胆固醇水平升高，血尿酸水平升高，免疫机能降低。他们发现，社会相互关系调查表（ISSI）的密友关系部分社会支持得分高，则血胆固醇水平及血尿酸水平低，免疫反应水平高。这与年龄、体重、吸烟、酗酒、情绪不良体验等因素无关。

、动物实验也证明社会支持与身心健康之间的肯定联系。有人发现在实验应激情境下，



如果有同窝动物或动物母亲存在、有其他较弱小动物存在或有实验人员的安抚时,可以减少小白鼠胃溃疡、地鼠的高血压、山羊的实验性神经症和兔的动脉粥样硬化性心脏病的形成。相反,扰乱动物的社会关系,如模拟的“社会隔离”可导致动物行为的明显异常。

(三) 社会支持与其他应激因素关系的研究

研究证明个体的社会支持程度与各种应激因素存在交互关系。例如,许多生活事件本身就是社会支持方面的问题;认知因素影响社会支持的获得特别是影响主观支持的质量;社会支持与应激反应程度也有关系。Sarason等(1981)发现社会支持数量(SSQN)与艾森克个性问卷的外向分呈正相关,而社会支持数量(SSQN)和社会支持满意程度(SSQS)二者均与神经质分呈负相关,说明社会支持与个性有一定的联系。

(四) 社会支持保护健康的机制研究

有两种理论解释:

1. 缓冲作用假说 该假说认为社会支持本身对健康无直接影响,而是通过提高个体对日常生活中伤害性刺激的应对能力和顺应性,从而削减应激反应,起到缓冲生活事件的作用。例如Blumenthal(1987)证明,社会支持能改善A型行为者的冠心病临床过程,然而却对B型行为者无意义。

2. 独立作用假说 该假说认为社会支持不一定要在心理应激存在下才发挥作用,而是通过社会支持本身的作用以维持个体良好的情绪进而促进健康。例如有资料显示,与世隔绝的老年人比密切联系社会的老年人相对死亡率高。社会支持低下本身可能导致个体产生不良心理体验,如孤独感、无助感,从而使心理健康水平降低。这说明充分利用社会支持和提高个体被支持的主观体验对健康有直接的意义。

(五) 社会支持的量化研究

由于社会支持涉及面广,除了采用多维的分类方式外,而且形成了不同的社会支持量表。

肖水源(1987)总结文献将社会支持分为主观支持、客观支持和利用度3类,并形成一项社会支持量表。

Blumenthal(1987)等在其介绍的领悟社会支持量表(PSSS)中,将社会支持分为家庭支持、朋友支持和其他人支持3类。该量表已由姜乾金等引进。

在Wilcox(1982)的社会支持调查表(SSI)中,社会支持分为情绪支持、归属支持和实质支持。

Sarason等(1981)的社会支持问卷(SSQ)有两个维度:社会支持的数量,即在需要的时候能够依靠别人的程度;对获得的支持的满意程度。

四、个性特征

(一) 个性与应激因素的关系

作为应激系统中的诸多因素之一,个性与生活事件、认知评价、应对方式、社会支持和应激反应等因素之间均存在相关性。因而,应激系统模型将个性看成是应激系统中的核心因素。

个性可以影响个体对生活事件的感知,偶尔甚至可以决定生活事件的形成。许多资料证明,个性特征与生活事件量表分之间特别是主观事件的频度以及负性事件的判断方面存在相关性。

个性影响认知评价。态度、价值观和行为准则等个性倾向性,以及能力和性格等个性心理特征因素,都可以不同程度影响个体在应激过程中的初级评价和次级评价。这些因素决定个体对各种内外刺激的认识倾向,从而影响对个人现状的评估,事业心太强或性格太脆弱的人就容易判断自己的失败。个性有缺陷的人往往存在非理性的认知偏差,使个体对



各种内外刺激发生评价上的偏差, 可以导致较多的心身症状。

个性影响应对方式。前文已述及, 个性特质在一定程度上决定应对活动的倾向性即应对风格。不同人格类型的个体在面临应激时可以表现出不同的应对策略。笔者近年来的资料显示, 个性中的情绪不稳定性和内外向维度与特质应对问卷中的条目有相关性。Folkman 曾根据“情绪关注”类应对的跨情境重测相关高于“问题关注”类, 认为情绪关注类应对更多的受人格影响。Glass 等(1977)的研究发现: 当面对无法控制的应激时, A 型行为模式的人与 B 型行为模式的人相比, 其应对行为更多的显示出缺乏灵活性和适应不良。而 Vingerhoets 和 Flohr 的研究却提示: 面临应激环境时, A 型行为模式的人较 B 型行为模式的人更多地采用积极正视问题的应付行为, 而不是默认。同时还发现 A 型行为模式的人不像 B 型行为模式的人那样易于接受现实, 对问题的起因他们更多地强调自身因素而不是环境。

个性与社会支持有联系。个性特征间接影响客观社会支持的形成, 也直接影响主观社会支持和社会支持的利用度水平。人与人之间的支持是相互作用的过程, 一个人在支持别人的同时, 也为获得别人对自己的支持打下了基础, 一位个性孤僻、不好交往、万事不求人的人是很难得到和充分利用社会支持的。

个性与应激反应的形成和程度也有关。同样的生活事件, 在不同个性的人身上可以出现完全不同的心身反应结果。

(二) 个性在心理病因学研究中的意义

个性是最早被重视的心身相关因素之一。个性与健康的密切联系早有研究, 早期精神分析论者甚至试图说明不同的人格与几种经典的心身疾病之间存在内在联系。近几十年有大量的个性调查研究, 证明某些个性因素确与多种疾病的发生发展有关; 但其特异性并不高。

其实, 个性与疾病的关联, 很难说是两者之间的直接因果关系。倒是人们早已注意到, 个性-情绪-疾病之间存在联系。许多资料证明, 特定的个性确易导致特定的负性情绪反应, 进而与精神症状和躯体症状发生联系。这说明情绪可能是个性与疾病之间的桥梁。但这一认识并未能进一步解释个性与情绪之间的联系又是如何的。心理应激研究为此提供了解释: 在应激作用过程中, 个性与各种应激因素存在广泛联系, 个性通过与各因素间的互相作用, 最终影响应激心身反应的性质和程度, 并与个体的健康和疾病相联系。笔者曾利用多因素分析方法, 证明个性确与其他应激因素互有相关性, 并共同对应激结果(如疾病、心身症状)作出“贡献”。

关于是否存在某些特定的应激或疾病易感性人格, 尚有待于进一步研究。

(姜乾金)

第四节 应激反应

所谓应激反应(stress reaction)是指个体因为应激源所致的各种生物、心理、行为方面的变化, 常称为应激的心身反应(psychosomatic response)。

不过, 由于各种应激因素存在交互关系, 在应激研究中要对应激反应概念作严格的界定, 实际上有一定的难度。例如, 个体由于生活事件引致的认知评价活动, 其本身就是事件引起的一种心理“反应”。同样, 许多应对活动也可以被看成是对生活事件的“反应”, 甚至许多继发的事件也仅仅是个体对原发事件的进一步“反应”。还要提及的是, 即使目前人们已普遍接受应激具有“刺激”和“反应”两个方面, 但由于历史或职业的缘故, 在



某些心理学或医学学术领域,其所涉及的“应激”概念,往往近似于这里的应激反应。

一、应激的心理反应

应激的心理反应可以涉及心理和行为的各个方面,例如应激可使人警觉水平提高,注意力集中,但也可出现认识偏差、情绪激动、行为刻板,甚至可以涉及个性的深层部分如影响到自信心等。下面从情绪、认知和行为三方面分别阐述应激的心理反应,但是这三方面的反应不是孤立的,通常是互相作用,构成一个反馈系统。

(一) 情绪性应激反应

与健康 and 疾病关系最直接的是应激的情绪反应。常见的应激情绪反应包括焦虑、恐惧、愤怒、抑郁等,实际上应激能唤起焦虑、恐惧、愤怒、受挫感、冲突、压力、伤害、悲伤、迷惑、力不从心、内疚、羞耻、孤独、抑郁等几乎所有种类的负性情绪。负性情绪反应还可与其他心理行为活动产生相互影响,使自我意识变狭窄、注意力下降,判断能力和社会适应能力下降等。

(二) 认知性应激反应

应激时唤起注意和认知过程,以适应和应对外界环境变化。但应激较明显时,认知能力下降是非常普遍的现象。常见的认知性应激反应表现为:意识障碍,如意识朦胧、意识范围狭小;注意力受损,表现为注意力集中困难、注意范围狭窄等;记忆、思维、想象力减退等。认知能力下降的一个解释是应激下唤醒水平超过了最适水平,会影响认知功能,此外,情绪性应激反应如焦虑、抑郁等,也会影响注意、记忆、思维等认知过程。

一方面认知性应激反应对应对方式(行为层面)产生负面影响,促使行为性应激反应的出现。人在应激下认知世界往往退行太远,视野狭窄,思维偏激,容易“钻牛角尖”。“灾难化”(Catastrophizing)是一种常见的认知性应激反应,主要表现为过度强调负性事件的潜在后果,有人认为这也可看作一种强迫思维。

某些认知性应激反应对有效的应对过程构成阻碍。如反复沉思(Rumination)是对应激事件的反复思考,可以使具有适应性的应对过程如宽恕受到阻碍。关于负性事件的想法具有一定的闯入性特点,反复出现,而且“越是不想就越想”,使自我关注增强。而自我关注即将注意力用于内部世界——自身的感受、想法、信念等,而不是用于外部世界,也是阻碍有效应对过程的一种认知特点。

另一方面,某些认知反应可以是心理防御机制的一部分,如否认、投射等等,还有某些重大应激后可出现选择性遗忘。

(三) 行为性应激反应

应激下机体在行为上也会发生改变,这些行为改变对于人来说可影响社会适应性。

主要包括——

逃避与回避(如拖延、闭门不出、离家出走、离校、辞职等)

退化与依赖(如就地打滚,退化到孩子的反应方式)

敌对与攻击(如毁物、争吵、冲动、伤人、自伤、自杀等)

无助与自怜(如不采取能够采取的行动来积极应对)

物质滥用(如平时不吸烟的人一天之内连续吸烟几十支、酗酒、吸毒)等等。

例如,Overmier & Seligman(1967)对动物行为的实验性研究发现,暴露于不可控制的电击的动物在之后不能学会做出穿梭盒躲避反应,而正常情况下穿梭盒躲避反应是很快就能学会的。这个动物实验以及后续的一些实验证实了是对应激刺激(如电击)的缺乏控制导致了行为上的缺陷(如不能学会正常情况下很快就能学会的穿梭盒躲避反应)。这些研究发展出了一个用于研究抑郁的动物实验模型,因为抑郁症患者常诉无助感,无法应



对或控制事件，而且行为表现消沉和内心焦虑不安。

二、应激的生理反应

塞里的“一般适应综合征 (GAS)”，本质上就是应激的生理反应。目前来看，应激的生理反应以及最终影响心身健康的心身中介机制 (Mediating Mechanism) 涉及到神经系统、内分泌系统和免疫系统。必须指出，这三条中介途径其实是一个整体，而且其中有关细节问题正是目前深入研究的领域。各种刺激通过脑干的感觉通路传递到丘脑和网状结构，而后继续传递到涉及生理功能调节的自主神经和内分泌的下丘脑以及涉及心理活动的“认知脑”区和“情绪脑”区。在这些脑区之间有广泛的神经联系，以实现活动的整合；另一方面通过神经体液途径，调节脑垂体和其他分泌腺体的活动以协调机体对应激源的反应。应激的生理反应最终可涉及全身各个系统和器官，甚至毛发。

(一) 应激相关的生理基础

为了具体阐述应激的生理反应，首先简介应激相关的生理基础。

1. “应激系统 (stress system)”的概念 传统上应激的生理基础划分为神经系统、内分泌系统和免疫系统三条中介途径，但这三条途径之间有千丝万缕的联系。Chrousos 和 Gold (1992) 在综述过去 10 年人体及动物研究文献提出“应激系统”的概念，作为应激综合征的效应器。“应激系统”包括促皮质素释放激素 (CRH)、蓝斑-去甲肾上腺素 (LC-NE)/自主神经系统，以及它们的外周效应器 (垂体-肾上腺皮质轴和自主神经系统支配的组织)。这里引入应激系统的概念，来强调应激相关的生理基础是一个复杂的、互动的整体，然而应激相关的生理基础包括但不限于 Chrousos 和 Gold 提出的成分，由于本书目的和篇幅限制，下面仅对某些成分作粗略描述。

2. 应激相关的生理基础的一些成分

(1) 交感-肾上腺髓质系统：急性应激下，尤其是个体认为具有威胁性的情形下，交感神经末梢释放去甲肾上腺素，肾上腺髓质释放去甲肾上腺素和肾上腺素。

(2) 自主神经系统：自主神经系统经由下丘脑的调节，通过交感神经和副交感神经的平衡调节机体的放松和应激水平。没有紧急情况时副交感神经活动处于优势，机体处于“休养”过程，而紧急情况下交感神经活动处于优势如心率加快保证防御时骨骼肌所需的血液供应、瞳孔扩大以改善视觉等。

(3) 下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴：这个系统受中枢神经系统控制。作为对来自中枢神经系统的刺激的反应，下丘脑释放促肾上腺皮质激素释放激素，传送到腺垂体，引起腺垂体分泌促肾上腺皮质激素，进入血液循环，引起肾上腺皮质分泌肾上腺皮质激素。在无应激情况下，肾上腺皮质激素对下丘脑释放促肾上腺皮质激素有直接的负反馈效应而达到稳态，而在应激情况下这种负反馈效应和稳态受到破坏。应激情况下肾上腺皮质激素的分泌对于某些代谢性的应激反应 (如发热、炎症等) 有启动作用，构成一种减少应激源的危害的机制。

(4) 内源性阿片系统：内源性阿片系统也可能在应激时起到积极应对的作用，通过减少恐惧、镇痛，以及抑制和疼痛有关的退缩行为，对搏击和其他应对反应有一定意义。但有趣的是这个系统也可能与经历不可控的应激刺激之后的行为表现消沉有关。例如 Millan & Emrich (1981) 对人体使用吗啡不仅可以镇痛，还能减少在不利条件下的焦虑感和预期的疼痛。

(5) 性腺轴：Christian (1971) 发现，啮齿类动物的“人口密度”的增加会产生应激，伴随下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴的激活，来自这个轴系的反馈作用于下丘脑，导致促性腺激素释放的减少，繁殖能力受损，从而出生率下降；最终使“人口密度”降低。在人



身上观察到应激对性腺轴作用的典型例子是心因性闭经现象。

(6) 肾素-血管紧张素-醛固酮系统: 应激下肾脏可分泌肾素, 肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活, 使血压升高, 通过肾脏排泄水、钠减少。

(7) 免疫系统: 免疫系统对应激的反应可概括为: 暴露于不可控制的应激刺激(如丧偶、睡眠剥夺)一开始使人体免疫功能抑制, 对疾病的易感性提高, 而随后可能反应为免疫功能增强或紊乱。

(8) 关于“情绪脑区”: 情绪的一些基本属性是: 情绪有潜意识成分, 例如 Zajonc (1980) 有实验证明“偏好不需要推理”; 情绪还有很强的动物性成分, 例如跨文化和跨物种的基本情绪识别没有困难。

一般认为边缘系统为“情绪脑区”, 近年来研究指出, 下丘脑内存在防御反应带 (defense zone), 位于下丘脑中线两旁的腹内侧区, 该区与情绪反应有关的生理活动的控制有关。下丘脑内控制情绪行为反应的中枢, 也参与对心血管活动的调节。实际上, 当情绪发生变化时, 例如发怒或恐惧时, 往往伴随心悸、血压和呼吸等交感神经性改变。新的脑影像学技术如功能核磁共振在研究中的应用扩展了对情绪脑区的理解。目前有学者认为, 不同情绪下神经活动的模式不同。没有特殊的大脑皮质部位构成特殊的情绪脑区, 情绪的生理基础似乎比传统预想的要处于更核心的部位, 涉及的范围更广, 不止一个情绪中心, 而是很多中心。LeDoux (1996) 提出的脑功能模型里, 下丘脑和杏仁核在处理传入信息中起了关键作用, 对潜在威胁做出反应, 并向新皮层传递信号。

神经科学的新研究方向将情绪过程作为思维过程的一个整体成分而不是将思维和情绪分离进行研究。

(二) 应激的生理反应模式

目前认为, 应激的生理反应不是一个均质的整体, 不能一概而论, 而是在不同条件下有复杂的反应模式。具体的反应模式与诸多层面的变量有关, 包括应激刺激(如是否伴有负性情绪, 实验条件下心理应激的任务种类等)、是否可以积极应对(如能够“搏斗或逃跑”, 或不能避免的反复电击下反应模式不同)、个体差异、时间进程等等。

例如, 经典的“冷刺激试验 (cold stressor test)”中, “冷”的刺激成分伴随的心血管反应主要为外周动脉收缩、循环阻力上升、血压小幅度上升, 而心脏前负荷、心率和心排血量不变; 而“痛”(观念中的疼痛, 包含了心理应激因素)的刺激成分伴随的心血管反应主要为心脏前负荷、心率、心排血量增加, 血压大幅度上升。又如, Frankenhaeuser (1983) 的研究发现, 伴有负性情绪 (Distress) 的努力伴随儿茶酚胺上升和肾上腺皮质激素分泌增加, 而不伴有负性情绪的努力伴随儿茶酚胺上升和肾上腺皮质激素的抑制。Dimsdale & Moss (1980) 研究发现, 不伴有负性情绪的适度努力如上楼梯可引起去甲肾上腺素在外周血浆中的释放, 而伴有负性情绪的努力可以引起外周肾上腺素的释放。

下面介绍两个较成形的应激的生理反应的模块。

1. “应急反应” 最经典的应激的生理反应模块是 Cannon 描述的“应急反应 (Emergency Reaction)”, 是个体在感受到威胁与挑战时机体发生的“搏斗或逃跑”反应。应急反应是一种“内置的”, 对情绪刺激的先天反应, 这种反应的自主成分使机体做好搏斗或逃跑的积极准备。应急反应时涉及的生理变化有: 交感-肾上腺髓质系统激活, 交感神经兴奋; 心率加快, 心肌收缩力增强, 回心血量增加, 心排血量增加, 血压升高; 呼吸频率加快, 潮气量增加; 脾脏缩小, 脑和骨骼肌血流量增加, 皮肤、黏膜和消化道的小动脉收缩, 血流量减少; 脂肪动员为非酯化脂肪酸, 肝糖原分解为葡萄糖; 凝血时间缩短等。

应急反应在对动物研究中的防御反应 (Defensive reaction) 和对人的研究的积极应对反应 (Active Coping Reaction) 中能观察到。



2. 伴有负性情绪且个体认为没有应对可能性的应激反应 这里描述的是一种慢性应激状态下的生理反应,该慢性应激状态以环境中存在应激源、伴有负性情绪、对环境控制的缺乏或个体认为没有应对的可能性为特征。例如经历丧亡(失去亲人,伴有负性情绪,无法改变失去亲人的事实),以及伤残、某些与工作有关的慢性应激等。动物实验的一个例子是设置无法回避的反复电击。

伴有负性情绪而且个体认为应对没有可能性时的应激反应中,下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴激活,极度警惕,运动抑制,交感神经系统激活,外周循环阻力增加,血压升高,但是心率和心排血量在副交感神经系统介导下减慢。

肾上腺皮质激素分泌的增加在临床抑郁患者中很常见,在经历丧亡者中也很常见。后者情况下,地塞米松抑制试验对于抑制肾上腺皮质激素的释放是无效的。动物实验还发现,对环境的控制与肾上腺皮质激素水平的关系可扩展到在群体里的统治等级与肾上腺皮质激素水平的关系,统治等级越低的个体的肾上腺皮质激素水平越高。

三、应激与疾病

(一) 应激与疾病的伴随关系

首先必须看到,应激反应是个体对变化着的内外环境所作出的一种适应,这种适应是生物界赖以发展的原始动力。对于个体来说,一定的应激反应不但可以看成是及时调整与环境的契合关系,而且这种应激性锻炼有利于人格和体格的健全,从而为将来的环境适应提供条件。可见,应激反应并不总是对人体是有害的。

但毕竟各种应激反应涉及到个体的心身功能的整体平衡。例如,急性应激情形下交感神经兴奋具有一定适应性,但是如果应激反应过于强烈、持久或频繁发生,或个体处于不良的躯体健康状态,交感神经兴奋可能加剧已有疾病或引发新的疾病。如,伴有负性情绪的应激或有威胁性的重大应激下,血浆中肾上腺素水平的升高使心肌敏感性升高,可能诱发心律失常,尤其是在伴随心肌缺血的时候。又如,肾上腺皮质激素水平升高与交感神经兴奋互相协同对动脉粥样硬化形成具有促进作用。

心身医学中的许多问题实际上就是平衡与不平衡的关系,例如生理与病理、健康与疾病。研究证明,应激反应与一些功能性疾病的症状,即与所谓的功能性症状或心身障碍之间,常常具有直接联系。更有许多证据显示,目前严重影响人类健康的疾病当中,多数与心理应激因素的长期作用有关,这些疾病即心身疾病。从应激的心身反应,到心身障碍的心身症状,再到心身疾病,在逻辑上显然存在某种联系。这就是病因心理学的重要研究领域,也是心理应激理论和实际研究中的重要课题。

应激相关的心身疾病包括心血管并发症和高血压、消化道溃疡、肌肉痛、强迫性呕吐、哮喘、偏头痛和其他健康问题,还包括糖尿病、脑血管病、多发性硬化等。例如,Siegrist(1996,2001)对工作有关应激的研究提示,高度的个人努力(竞争性、工作相关的过度投入、敌意)与低度的获得(晋升前景不好、职业封锁),也就是“努力—回报失衡模型”,伴随的心脏病风险较高。又如,在高血压、高脂血症等病因学研究的动物模型中,对喂以高脂饮食的啮齿动物施以不可预测的足部电击,比仅仅喂以高脂饮食的动物,其动脉、肾脏和血浆中胆固醇水平更高。

(二) 对应激与疾病的伴随关系的解释

1. 共同的生理反应(如自主成分)假说 对应激与疾病的伴随关系的解释,一种假说认为后天学来的情绪行为的自主成分是由促成应急反应这样的内置的先天反应的神经“集成电路”来介导的,换句话说,具有相同的“神经结构和功能模块”基础,后天学来的情绪行为,如对社会心理刺激的反应,具体如准备一个令人紧张的演讲时唤起的心血管



反应,一般来说其自主成分是与对情绪刺激的先天反应的自主成分(不一定局限于伴随应激反应的自主成分)相同的,但这些自主反应成分对于这个演讲任务来说在新陈代谢上并不需要。这些超越任务需要的反应可能构成应激相关疾病的病因成分。

现代社会中大部分应激刺激是象征性的,而不是物理性的,通常并不需要躯体做出物理上的反应如逃跑,但与物理性的应激刺激相同,社会生活中象征性的应激刺激会唤起人体同样的生理反应,将人体“动员”起来,但通常并没有行动的过程,甚至连语言的攻击都不会发生,但这个“象征性”的动员过程可能对躯体造成危害。

有很多证据支持共同的生理反应这种假说,一个具体的例子是应激如何促使高脂血症发生。

情绪应激时的交感神经兴奋和不伴情绪应激的有氧运动时的交感神经兴奋都引起儿茶酚胺的释放,从而动员脂肪储备转化为非酯化脂肪酸,为骨骼肌活动的能量来源做准备。有氧运动时非酯化脂肪酸能够得到有效利用,很快从循环中清除,而相比之下,情绪应激时产生的非酯化脂肪酸并未伴随躯体运动而得到消耗利用,而是在肝脏里转化为三酰甘油,又以极低密度脂蛋白和其改造物低密度脂蛋白的形式进入血液循环。而低密度脂蛋白是动脉硬化斑块里脂类的主要来源。

2. 薄弱部位假说 现代社会中通常不可能通过“搏斗或逃跑”来对待困境,在过于强烈的、频繁的或慢性的应激下,随着消耗的加深,问题就会发生在躯体最弱的部位或环节,因此有人出现高血压,有人患溃疡病,有人则出现偏头痛。薄弱部位假说能够解释在应激的作用下身心疾病种类的个体差异性这种普遍现象。

一方面,遗传易感性的个体差异从逻辑上支持薄弱部位假说,如有心血管疾病家族史的人在应激下倾向于比没有心血管疾病家族史的人更容易患心血管疾病。另一方面,后天生活方式(行为因素)的个体差异也支持薄弱部位假说,如饮食非常不规律的个体在应激下倾向于比饮食规律的个体更容易患溃疡病。某种身心疾病的发生通常在病因学上有诸多因素的协同和累积作用,如遗传易感性、饮食、运动、吸烟、应激等,构成“拔萝卜效应”。应激因素在这个过程中起的作用可能类似于“拔萝卜的小老鼠”(或“拔萝卜的大象”,因为应激因素的权重不一定很小),当其他致病因素在前面的作用已累积到一定程度,形成了“薄弱部位”的局面,应激才容易致病。

Donatelle等(1988)认为,每个人都具有不同程度的适应能量储备,这种适应能量以深、浅两种形式存在。深层能量被浅层能量所包裹。深层能量水平受遗传影响,浅层能量比较容易动员和更新并有保护深层能量的作用,理论上深层能量储备耗竭时机体会死亡。应激处理取决于更新浅层能量储备,从而保存深层能量储备的能力。浅层能量可以通过下列活动加以补充:有氧运动、劳逸结合、良好的饮食习惯、建立和维持社会支持网络等。这个理论与薄弱部位假说是互相补充的,因为更新浅层能量储备的活动有助于加强薄弱部位,使从应激到身心疾病的过程不易实现,从而保护深层能量不被动员。

第五节 应激的控制与管理

应激是一个多因素的集合概念,涉及应激刺激、应激反应、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征等等因素,应激被看作是一个作用过程,一个系统。应激系统模型中的各因素不是孤立的、静止的,而呈现互动的关系和动态的发展平衡,其中认知评价和人格特征是关键因素和核心因素。因此,应激的控制与管理也是一个系统,是多维度的,针对应激涉及各个因素和作用过程的环节,有诸多具有可操作性的管理“窗口”。根据应激系统模型,针对某一因素的应激管理,可能“牵一发而动全身”,打破恶性循环链条,促



进恶性的动态平衡向良性的动态平衡转化。而从不同层面同时针对多种因素的应激管理是一个系统工程,收效可能更大。本节就应激的管理问题,首先从应激涉及的各因素入手列出诸多具有可操作性的应激管理窗口,然后系统的阐述,提出一套具有可操作性的应激管理方案的思路供参考,并重点引入“应激易感模型”的概念。

一、应激管理的切入点

(一) 针对应激刺激的管理

应激刺激(生活事件、慢性压力)包括生物、心理、社会和文化等方面的刺激,按时间性可分为生活事件和慢性压力,按现象学分类包括疾病问题、职业问题、家庭问题、人际关系问题 and 经济问题等。

虽然“必要的”应激刺激是不可避免的甚至可能是有益的,但“不必要的”应激刺激在一定程度上是能够减少的。如针对某些职业应激的健康促进项目,能够减少特定人群中特定的“客观”应激刺激,如工作时间制度相关的慢性紧张、与家人共处的活动减少等,从而减少应激相关的心身疾病。

在针对应激刺激的管理中,尤其值得一提的是发生在一个人身上的生活事件通常不是单个的生活事件,而是一系列生活事件,或一个生活事件之后的一系列相关生活事件。例如在经历“确诊为乳腺癌”这个生活事件之后,很可能经历“手术切除乳腺”、“化疗进一步损害形象”、“从工作状态变为住院状态(角色转换)”、“治疗期间与家人分开(家庭问题)”、“住院费用支出(经济问题)”等一系列相关生活事件。有研究提示,生活事件在时间上的累积效应对健康是有害的。根据Pearlin(1989)的观察,角色限制,例如一个人被困在不愉快的工作或婚姻之中,能够对人产生重大作用,因为这些角色是非常重要的,尤其是工作、婚姻和为人父母方面的角色。所以在个人层面上的应激管理上,能够看到应激刺激的全貌和全程,而不是孤立的只看到某一个生活事件或忽略慢性压力的存在,这就需要首先对一个人的生活现状有系统的了解和全面的理解,将个体的人置于大的生活框架中,获得包括家庭生活、工作情况、人际关系、经济状况、健康状况等方面的详细信息。

(二) 针对认知评价的管理

对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和最终的心身反应性质和程度,是生活事件到应激反应的关键中间因素之一。

认知评价作为应激易感模型中的重要的一环,是具有可操作性的对应激易感个体的筛选窗口之一。个体的认知层面相对易评价和干预,对于筛选出来的应激易感个体,可进行认知层面的干预,以减少应激给个体带来的危害。如对初次确诊为乳腺癌的患者人群进行应激相关认知评价的量化,从中筛选出应激易感个体,进行重点干预如认知行为心理治疗、团体治疗等,从预防的高度增强个体适应性的应对能力,减轻应激给个体带来的危害。

目前一些应用比较成熟的心理测查工具如明尼苏达多项人格测试(MMPI)能够对个体的一般性认知特点有很好的反映,如偏执分对绝对化思维、僵化、“非故意的把个人的不幸归之于外部的情况”这类认知倾向的识别。

(三) 针对应对方式的管理

应对可以被直接理解成是个体解决生活事件和减轻事件对自身影响的各种策略,故又称为应对策略。应对是多维度的,应对活动实际上涉及到应激作用过程的各个环节,包括生理反应(如烟酒药物、肌肉放松)、认知评价(如否认、自评)、情绪反应(如焦虑、发泄)、社会支持(如求助、倾诉)等层面。

从应对策略与个性的关系来看,可能存在一些与个性特质有关的、相对稳定的和习惯



化了的应对风格或特质应对。例如,日常生活中某些人习惯于幽默,而有些人习惯于回避(借酒消愁)。个体通常具有相对稳定的和习惯化了的应对风格,如果其应对风格是破坏性的,该个体更具有应激易感性。例如,有些人习惯于用烟酒或其他精神活性物质作为应对方式,来调节情绪,这种应对方式对情绪改善可以具有即刻的生理心理效果,但从长远效果来看,对个体的身心健康、社会功能等是具有破坏性的。

利用特质应对问卷一类的量化工具筛选出习惯于破坏性的(消极)应对方式的个体,通过有针对性的干预使他们用建设性的(积极)应对方式代替破坏性的应对方式,能够降低个体的应激易感性,达到预防应激相关心身疾病的目的。因此,针对应对方式的管理是具有可操作性的管理窗口之一。

(四) 针对社会支持的管理

社会支持是个体与社会各方面的联系程度,是应激作用过程中个体可利用的外部资源。社会支持系统好的个体倾向于比没有社会支持或很少社会支持的个体健康问题少。自从20世纪70年代起,社会支持对躯体健康的影响开始引起行为和医学研究者的兴趣,尤其是 Berkman & Syme (1979) 一个9年的前瞻性研究发现“社会整合”指数,包括婚姻状况、朋友、邻里关系、参加正式或非正式团体等内容,与死亡率有关。

一方面,社会支持,包括主观体验到的支持,具有减轻应激的作用。如, Cockerham (2004) 对经历失业、应激性生活事件、性侵犯和职业应激、无家可归和自然灾害的人群的研究表明社会支持能起缓冲应激的作用。另一方面,社会隔离、缺少社会联系或社会规范控制本身可以成为慢性应激刺激。如, Trower, Bryant, & Argyle (1978) 发现缺乏社交技能或缺乏社会支持,可以导致孤独、无望、焦虑和抑郁,以及持续的误解和失望。

Moss (1973) 强调了小组对个体的社会支持作用,在小组中个体能获得归属感、被接纳感、被需要感,这些主观感觉对健康感和减轻紧张症状是至关重要的,有助于减少应激带来的心身疾病和问题。另外, Cockerham (2004) 发现成员较少的小组容易就应对方式达成共识,形成小组规范,从而减少不确定性给个体带来的焦虑。

针对社会支持的管理:筛选缺少社会支持的应激易感者作为重点干预对象;架构针对特定应激刺激的社会支持平台,如促进乳腺癌患者自助/互助小组、特定职业相关应激自助/互助小组的形成和运行、提高心理咨询服务的可获得性等。侧重于社会技能技巧训练的团体治疗(如应用于大一新生中缺少社交技能和社会支持的个体)、针对特定危机事件的团体治疗(如应用于自杀者自杀后周围相关小群体的团体治疗)等形式的团体治疗可以成为系统的应激管理中的重要管理模块。

(五) 针对个性特征的管理

这里的个性特征是指个体的人格层面。无数的个案已表明个性特征与应激管理有千丝万缕的联系,人格特征在应激系统模型中是核心因素,是个体层面的应激管理需要考虑的重要内容(参见姜乾金在本章前半部分阐述的“应激系统模型基本特征”和“应激系统模型实际应用”)。

(六) 针对应激反应的管理

Moss (1973) 指出,处理应激性的信息的过程能够带来中枢神经系统、自主神经系统和神经内分泌系统的改变,这些改变使某些人对疾病的易感性增加,而最脆弱的是那些生理反应很容易唤起并且反应较强烈深入和持久的个体。从生理层面的易感性入手,可以利用客观的测量,如测量心率、血压、手掌皮肤湿度、尿17-羟基皮质酮水平等,来筛选出在实验条件下处理应激性的信息的过程中生理反应较强烈深入和持久的个体,为干预创造条件。



临床经验提示很多精神科疾病与内科疾病共病者，如精神科门诊患者中同时患有原发性高血压、高脂血症和/或糖尿病患者，在经过恰当的精神科药物和/或心理治疗后，原有的内科疾病病情得到好转。例如伴有原发性高血压的患者的血压水平下降，可以减少降压药的种类或剂量，甚至停用降压药也能使血压维持在恰当的水平。这种现象在没有使用具有降低血压副作用的精神科药物的时候也能观察到，可能与患者焦虑水平下降有关。这些临床观察提示，在系统的应激管理方案中，记录常见心身疾病的病情变化对于监测评价应激管理的干预效果可能是一个有应用价值的变量。

二、“应激易感模型”

应激易感模型是一个概念，简言之就是通过各种定性定量的方法（如对生理指标的客观测量、各种心理测量量表等）在人群中筛选出应激易感者（或者叫做脆弱的个体）并进行多种途径的干预。“应激易感性（vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli）”这个概念是20世纪70年代提出来的，根据Cassel（1976）的假设，个体的抵抗能力对于应激对健康的影响来说是一个关键因素。

在应激系统模型里，应激是一个多因素的集合概念，应激易感性也涉及到诸多层面，下面具体说明。

（一）生理层面的应激易感性

1. 生理层面的应激易感性的存在 生理层面的应激易感性的一层含义是，生理反应可能作为从社会心理应激源到躯体疾病的中间环节或中介机制存在。

例如Undén, Orth-Gomér, & Elofsson（1989）研究发现，工作中社会支持程度低的人的平均心率明显高（平均每分钟高出15次），这种效果不仅在工作时间存在，在休闲时间和睡眠时间也存在，还发现社会支持程度和血压的关系也类似。如果将这些研究结果与其他研究发现拼接起来看更有意义，如在Framingham心脏研究中，对5000名研究对象长达30年的随访研究发现，对于男性而言，如果平均每分钟心率大于85次，心血管疾病死亡率会上升。这些研究提示工作中社会支持低与心血管疾病之间的相关性可能通过心血管反应如心率、血压的变化来介导。

生理层面的应激易感性的另一层含义是，个体差异性使得某些个体在生理层面表现出比其他个体更容易患应激相关的躯体疾病。从遗传学角度看，与基因多态性有关的中枢神经系统5-HT功能下降可能是一种应激遗传易感性素质。

临床经验提示，精神科药物对提高个体对应激的“心理承受能力”（包括情绪、认知、行为等方面）是有效的，如很多以抑郁、焦虑为主要临床相的病人在门诊经药物治疗2~4周后常述“遇事心情平和多了”，“有事不容易起急了”，“感到遇事想得开了”，“遇到事情能够该做什么做什么”。精神科药物是通过个体的生理层面发生作用的（有趣的是临床观察到的“心理承受能力”提高发生在心理层面，包括情绪、认知、行为方面的改变），这个临床观察对于生理层面的应激易感性的存在有一定提示作用。

2. 生理层面的应激易感性的反映指标（生物标记） 应激相关的生物标记由于其客观性，能够与相对主观的测量如心理测量量表的使用结合起来，互相印证。下面介绍的几个生物标记的共同特点是测量的简易性和无创性，在实践中有可操作性。

心率和血压：持续的心率或血压升高可能是慢性的自主神经活动唤起的迹象。临床经验提示，精神卫生科门诊患者与一般体检人群相比，在连续2~3次测量血压时更倾向于被观察到第2~3次的测量值明显低于第1次的测量值的现象，特别是在有焦虑素质的患者观测到。提示精神卫生科门诊患者这个群体在“被医生测量血压”这个事件刺激下的生理反应更容易唤起，因此可能比一般体检人群在生理层面上更具有应激易感性。记录连续



3次测量血压的差值,可用于应激易感者筛选的指标之一。

心率变异度 (Heart Rate Variability, HRV):指逐拍RR间的微小涨落。HRV分析对一些疾病的早期诊断、治疗及预后评估等均具有重要意义。HRV是目前临床上能定量评价患者自主神经功能状况的方法。现已证明,许多疾病如心肌梗死、心源性猝死、冠心病、糖尿病、高血压疾病的HRV都发生了改变。此外,有研究证实,抑郁与反映迷走神经功能的HRV指标成反比,提示抑郁症状的严重程度与心迷走神经的调节功能下降有关。

(二) 心理层面的应激易感性

1. 心理层面的应激易感性的存在 心理层面的应激易感性涉及到认知、情绪、行为、人格特点多方面。一个人通常有相对固定的认知、情绪、行为模式,与应激易感性密切相关,举例说明如下。

在认知层面,绝对化倾向如“非黑即白”、追求完美的倾向,愤世嫉俗倾向如“这个世界对我不公平的”,负性偏倚倾向如对应激源的过度反应、“灾难化”等等,在对应激的认知评价环节作用于整个应激过程和系统,影响应激的结果。反复沉思倾向、自我关注倾向这些认知特点阻碍有效的应对过程和积极的应对结果。

在情绪层面,很多证据表明情绪的不稳定性倾向与躯体疾病相关。如应激时常见的情绪——抑郁、焦虑、愤怒,均能促使心血管疾病发生。

在行为层面,应激时吸烟、过度饮酒、过度进食、缺少运动等不良行为方式可以作为一种中介机制促使应激相关躯体疾病的发生、发展。

在人格特点方面,如“神经质”倾向的人常情绪不稳、容易体验到负性情绪如焦虑、抑郁、易激惹等,在认知特点上倾向于把模糊的中性信息理解为负面的信息等。这样的人格特点可以置个体于更多的应激刺激之中,例如经历或仅仅是“感受到”更多的人际冲突;在面临“相同”的应激刺激时由于对应激刺激的认知评价特点等原因而比一般人体验到更多的负性情绪;从应对的角度看,社会支持资源可能不够。

2. 心理层面的应激易感性的测量 明尼苏达多项人格测试(MMPI):临床经验提示,MMPI能很好地反映患者的某些认知模式,与临床获得的印象相符。MMPI与90项症状自评量表(SCL-90)、心率变异度测量结合起来,反映出的模式对指导临床工作有重要意义。

Wiuiams等(1980,1983)发现MMPI的敌对分(Ho)与血管造影显示的冠状动脉粥样硬化的严重程度呈正相关,与冠心病和各种原因死亡率呈正相关,甚至Miller等(1996)综述发现,敌对分(Ho)与任何躯体疾病的风险都呈正相关。

其他有实践意义的心理测量量表:如焦虑、抑郁自评量表、SCL-90,以及用于自杀风险评估的量表等。

(三) 社会层面的应激易感性

1. 社会层面的应激易感性的存在 对生活事件和社会经济因素的研究显示,处于社会经济标尺低端的人在负性生活事件的情感效应方面尤其脆弱。人群中社会经济地位较低伴随冠心病风险和各种原因死亡率上升。社会经济地位较低的阶层不仅常经受更多的应激,而且应对的资源最少。

不同性别之间也有重要差异,男性更容易受工作和经济问题的影响,而女性更容易受家庭相关的负性事件的影响。

社会支持的情况也能体现社会层面的应激易感性。例如Orth-Gomér & Johnson(1987)对整个瑞典人群的流行病学研究证明,除去年龄、初始病情、社会阶层这些混淆因素的影响之后,低度的社会支持与中度或高度的社会支持相比,心血管疾病死亡风险仍



提高 40%。

2. 社会层面的应激易感性的测量 社会层面的应激易感性测量涉及的变量可包括人口学特征,如性别、年龄、受教育年限、婚姻状况等;社会经济因素,如工作状态(失业/不充分就业/就业)和居住地(农村/城市)等;社会心理因素,包括生活事件和社会支持等。

需要指出,这三个层面的应激易感性倾向于集中在同一些个体上,而显得格外有临床或预防意义。例如生理反应的个体差异性可以与某些心理层面的个体差异性(如敌对倾向)呈伴随关系,提示应激易感性的具体体现并不局限在某一层面,至少可以体现在生理和心理两个层面。如在实验条件下诱发愤怒时,明尼苏达多项人格测试中敌对因子分(Ho)高的受试者(Ho分能预测冠心病风险和各种原因的死亡率)与Ho分低的受试者由交感神经系统介导的心血管反应强烈。还能观察到敌对倾向较高的人白昼尿儿茶酚胺水平较高,以及beta肾上腺素受体下调,表明他们在日常生活中交感神经活动水平较高。

三、系统的应激管理方案

应激管理方案作为一个系统工程,整体框架上应包括群体层面和个体层面。系统的应激管理方案的具体成分包括针对生活事件、认知评价、应对方式、社会支持和应激反应各种相关因素的控制与管理,全面涵盖应激易感模型中的生理层面、心理层面和社会层面。从过程程序来看,至少应包括干预前评估、干预、干预后评估(干预后可能不止一次)三道程序。

“管理模块”和“系统管理”是非常重要的理念,是指将一个系统工程一层一层的分解为不同层面的模块,直至最后成为可操作可执行的模块。例如,“筛选应激易感者”可作为一个大而模糊的模块,可分解出“确定具体的筛选工具和指标,开发筛选系统”这个更具体的模块,可能进一步分解出“培训人力资源、开发计算机软件、建立远程管理系统”等更接近执行层面的模块;又如“培训人力资源”这个模块最终可分解出一个“编写教材”的可执行模块。

(一) 群体层面的应激管理

群体层面的应激管理包括识别特定问题和需要干预的特定群体(易感者)并进行有针对性的干预;以及从物理环境、制度环境、资源环境等途径进行可以看作“健康促进”的宏观干预。群体层面的应激管理作为一个系统工程,超出精神卫生和心理咨询工作者的常规工作范围,参与者应包括政策制定者、其他医学工作者、社会工作者等多种成分。

例如,20世纪90年代起,中国农村计划生育工作中一些与节育手术有关的身心症状问题凸显出来,如有些地区接受节育术的农村妇女术后出现群体癥症性下肢瘫痪。国家计划生育委员会委托包括作者在内的精神卫生工作者进行干预,并且随后开展了一系列计划生育相关身心症状研究和系统的预防性干预工程。刘破资等(2002)研究表明,接受节育手术的女性术前评估筛选得出的个性中的情绪不稳定倾向性、心理因素中的暗示性高、生理因素中的疼痛敏感性高、过多的负性生活事件等,能在一定程度上预测节育术后身心症状的严重程度和持续时间。实践证明对筛选出的这些具有应激易感素质的个体进行干预是非常有意义的。研究还发现较差的手术环境和选择产褥期进行手术是影响节育术后身心症状恢复的主要因素中的两个。通过对改变节育手术的地点、时机选择,通过培训提高医护人员手术的技术水平和改善医患互动方式等可能减少接受乡村计划生育工作中接受节育手术的女性的和节育手术有关的身心症状。

刘破资等人进行的避孕节育身心症状检测咨询技术研究、开发、推广项目,可作为对应激易感模型概念的应用和系统的应激管理方案的一个实例说明。该项目的设计、实施过



程可能并不十分完善,但作为一种开拓性、雏形性的实践,是对应激易感模型和系统的应激管理方案理念在操作层面上的具体化体现和现实性检验。

(二) 个体层面的应激管理

个体层面的应激管理是分层次的,包括“医学干预”和“自我调节”。医学干预是专业人士对“个案”的处理,自我调节是没有专业人士介入的个体层面管理。

临床经验表明,医学干预从精神卫生科临床管理角度可分为“医学指导性咨询”和“医学干预性咨询”两种模式,两者的差异主要在于前者的模式下给予患者和家属较大范围的自主性,而在后者的模式下在建立和维持高质量的治疗关系基础之上,对患者和家属的依从性要求较高。根据个体的具体情况选择进入哪种临床管理模式。前者如根据患者病情给患者提供一些治疗干预的选项,由患者自主决定;后者如在良好治疗关系基础上,尽量使患者和家属接受配合药物治疗(此时认为药物治疗对该患者非常必要、利远大于弊)。

自我调节方法有很多,如合理休息、饮食,通过运动缓解焦虑、抑郁情绪,动用社会支持等。自我调节对于非精神障碍者和处于稳定期和康复期的精神障碍患者的身心健康有重要意义。

(刘破资)

第七章 健康行为

全球疾病死亡谱和患病率排行在第二次世界大战前后有很大变化，原来排在前列的结核、肺炎、肠胃炎等传染性疾病，让位于心脑血管疾患和癌症等，行为方式在其中发挥了重要作用。本章先介绍健康行为及影响因素，然后依次介绍成瘾行为、饮食行为、性行为、锻炼和防止意外。

第一节 健康行为概述

一、健康行为

1. 什么是健康行为？ 行为（behavior）是机体在各种内外部刺激影响下产生的活动。Kasl 和 Cobb 于 1966 年将健康相关行为分为三类：第一类是健康行为（health behavior），指有助于个体在生理、心理和社会上保持良好状态的行为，包括健康的饮食习惯、不吸烟、规律运动、维持合理体重等；第二类是疾病行为（illness behavior），指寻求医疗机构治疗的行为；第三类是疾病角色行为（sick behavior），指按医嘱服药和休息等康复行为。

在心理学中，研究行为与健康关系的领域属于健康心理学，它主张采用心理学方法来改变或矫正有碍身体健康的生活方式和行为习惯，研究内容涉及应激、药物滥用、疼痛的心理方面、疾病心理等。

2. 健康保护行为的分类 健康保护行为是对健康发挥积极作用的行为，诸如刷牙、系安全带、接受健康信息等。美国加利福尼亚人类人口研究室的 Belloc 和 Breslow 经过十五年研究，总结出七种健康保护行为，分别是：从不吸烟、有规律地体力活动、晚上睡 7~8 小时、保持正常体重、适度饮酒或不喝酒、吃早餐、两餐之间很少吃零食。他们的研究表明，对于 45 岁男性，拥有 6 至 7 项健康行为者比 0 至 3 项拥有者的预期寿命多 11 岁。为预防心脏病，国际心脏健康会议于 1992 年在加拿大的《心脏健康的维多利亚宣言》中提出了四类健康保护行为，即：促进健康的膳食习惯、戒烟生活方式、经常运动和建立支持性心理社会环境。

3. 损害健康行为的分类 损害健康行为是指偏离个人、团体乃至社会健康所期望的方向，是一组相对明显、相对确定的、对健康有不良影响的行为，或称行为病因，诸如吸烟、高脂饮食、酗酒等。

四类损害健康行为包括：①不良生活方式与习惯：饮食过度、高脂、高糖、低纤维素饮食、挑食、嗜好致癌性食物。②不良病感行为：病感行为是指个体从感知到自身有病到疾病康复全过程所表现出来的一系列行为。不良病感包括疑病行为、恐惧、讳疾忌医、不及时就诊、不遵从医嘱、迷信、放弃治疗而自暴自弃等。③日常损害健康行为：主要包括吸烟、酗酒、吸毒、不良性行为等。④致病性行为模式：它是导致特异性疾病发生的行为模式，例如，A 型行为和 C 型行为。

二、影响健康行为的因素

行为受观念约束，健康行为也因健康和疾病观念而形成，健康行为与观念除受医学模



式影响外, 还受民间医学、文化、社会地位、经济条件等因素的影响。

1. 民间医学 为了应对危险环境, 人类的祖先用不同的植物反复试验, 通过观察动物对疾病和创伤的反应, 不断从错误中汲取经验和教训, 形成民间医学, 体液学说、印度草医学和中医等是其中的代表。

虽然民间医学的影响范围往往局限于某一特定地域、人群或时间范围内, 但民间医学影响人们的健康和疾病观念。在印度草医学中, 胸痛就被认为是情绪烦乱的症状, 而不是机体功能受到器质性损害的迹象。在南亚, “精液丢失”一般被认为是症状, 而这在西方则无伤大雅。明朝顾起元的“恼一恼, 老一老, 笑一笑, 少一少”, 解释了情绪与健康的关系。我国民间有“饭后百步走, 活到九十九”、“行如风, 坐如钟, 站如松, 睡如弓”的行为规范。

2. 文化环境和文化适应 文化环境是社会环境的重要方面, 由存在于社会生活各个领域及至人们意识中的各种形态的文化因素构成, 包含着一整套由一个国家、社区或特定人群持有的信念、道德价值观、传统、语言和法律(或行为准则)。

人类学家和流行病学家识别出许多文化、习惯与健康之间的联系。由于宗教原因而戒茶、咖啡、酒精和香烟的人, 患消化道和呼吸道肿瘤的风险小于相同社会经济背景和居住情况的人。习惯割礼的犹太男性比非犹太人生殖器癌症的患病率和死亡率低。

香港学者邦德(1985)将中国儿童社会化的培养方式归纳为依赖性、顺从性、谦虚品德、自我克制、自我满足感、接受羞耻与处罚、以父母为中心、以长辈为父和中庸之道的培养九个方面。在社会取向方面, 中国人传统的心理特点为集体取向、他人取向、关系取向、权威取向、服从、自我抑制与女性化。传统东方患者担心自己生病会给家庭带来负担, 因此不愿说出症状的性质和历史, 以及有问题的健康行为; 因为害怕招致羞耻。另一方面, 受家庭意识和合群观念影响, 亲朋好友视抛弃成员为耻辱, 因此, 他们会向患者提供更多的支持。

3. 教育、职业、收入、社会地位和城乡差异 教育、职业和收入影响人对世界的认识、接受新观念和改变观念的程度。受到良好教育的白领职员更能有意识地接受锻炼有益的信念, 更多地亲身参加运动, 而不是坐在电视前观看比赛, 当然, 他们往往拥有足够的收入, 能购买昂贵的运动装备。

社会地位能显著影响疾病的传播。在非洲, 经济需要的考虑造成个体选择威胁健康的行为方式。由于受教育有限, 外出打工者与妻子和家庭长期分居, 切断了传统家庭的纽带, 男人寻找其他人做性伙伴。而在家生活的妇女, 由于社会和家庭地位低下, 她们无权要求丈夫使用避孕套。即便她们明知道无保护性交的危险, 出于对经济和社会生存的需要, 也不得已而顺从。

4. 落后习俗 文化因素也会改变女性身体, 造成畸形。在中国古代, 妇女缠足在相当长的时期内, 被认为是正常行为, 而大脚女人才属异常。十九世纪西方女性采用硬质材料制作的胸衣束胸、现代女性穿高跟鞋和瘦鞋, 危害健康, 也属于不良习俗。

5. 工业化和媒体宣传 现代工业社会出现一种新的年轻人文化, 它鼓吹对成人权威的反叛和蔑视, 造成一些年轻人吸烟、吸食毒品, 将他们自己置于危险之中, 形成不健康习惯。有些宣传误导公众, 宣扬使用改变情绪的毒品、性乱交。时装业和媒体喜欢“骨感”模特, 引起大量女性模仿, 不当节食, 以降低体重, 提高了神经性厌食症的患病率。男性在二十世纪后叶, 为追求强健体形, 不惜服用类固醇激素以增强肌肉, 或移植肌肉来增粗胸部和小腿肌肉。

三、改变损害健康行为

损害健康行为, 或直接破坏健康引起疾病, 或间接损害健康。如何改变损害健康行为



或某种习惯呢?自我效能理论和健康信念理论为代表的理论解释了行为的形成,是改变损害健康行为的理论基础。

(一) 自我效能理论

自我效能(self efficacy)是个体对自己的行为能力及行为能否产生预期结果所抱有的信念。班杜拉指出:人同时是环境的产物和营造者,当面临不同的环境时,个体选择自认为能加以有效应对的环境,而回避自感无法控制的环境,即:趋利避害。同时,环境会反过来影响人的行为和人格发展,“任何影响到选择行为的因素,都会对个体的发展产生深远的定向作用”。

1. 自我效能来源于成功的经验、替代性经验、言语劝导和生理状态。

(1) 成功的经验:成功经验是获得自我效能的最重要、最基本的途径。反复失败会削弱自我效能。

(2) 替代性经验:指通过观察其他人的行为而产生的自我效能。在榜样成功的情况下,有相似性的榜样则具有积极意义。单位有人成功戒烟,会形成示范效应,会使周围的人增强自我信念,认为自己也能戒烟。若榜样是通过特殊手段而戒烟,别人会觉得“可望而不可及”,这就不能形成激励。

(3) 言语劝导:切合实际的劝导能培养人对自己能力的信念,鼓励他们努力达到成功,而消极、不切实际的赞扬降低自我效能。因此,恰如其分的赞扬,能够转化为学生的自我奖励和自我效能,从而能持久地激励其学习。

(4) 生理状态:焦虑、紧张、疲劳和情绪状态能影响自我效能。在面临压力事件时,人们往往根据自己的心率、血压、呼吸等生理唤醒水平来判断自我效能。平静的反应使人镇定、自信,而焦虑不安的反应则使人对自己的能力产生怀疑。不同的身体反应状态会影响到活动的成就水平,从而又以行为的反应指标确证或实现活动前的自信或怀疑,由此决定个体的自我效能。

2. 维持健康相关行为和改变损害健康行为 自我效能感在制定健康生活目标的意向阶段、具体行为改变阶段、防止复发过程中都具有重要的调节作用。各种外部因素及自身的经历等内部因素都能通过自我效能对行为起作用。改善自我效能可以提高健康生活水平。

(二) 健康信念理论

健康信念理论(health belief model, HBM)是建立在心理学理论基础之上的、用于解释和预测健康行为的理论。

HBM由三位社会心理学家 Hochbaum、Rosenstock 和 Kegels 在 1952 年提出,经过不断完善,成为第一个关于健康行为的系统理论,用于探索各种长期和短期健康行为问题,包括性危险行为与 HIV/AIDS 的传播。

HBM 建立在需要和动机理论、认知理论和价值期望理论之上,关注人对健康的态度和信念,重视影响信念的内外因素。其理论假设是:个体感觉可以避免患病,积极采取适宜行动有助于避免患病,相信自己能成功地采取推荐的行动。HBM 由六部分构成。

1. 感知到的易感性 个体对行为会危害自己健康或患病可能性的敏感程度。对疾病高易感性是促使个体产生行为动机的直接原因。对疾病的易感性存在个体差异,极端者贬低威胁而否认患病,或者过于敏感而感到大难当头,居于中间的人群敏感性比较适中。行为转变过程中,首先要确定危险人群和危险程度,要根据个人特点做工作,如果个体的易感性太低,就要提高他们的易患感。

2. 感知到的威胁 它是指个体对疾病会给自己身心和他人造成多大程度危险的认识。疼痛、不适、耽误工作、经济负担、家庭困难和对未来的担忧,影响着个体对问题严重性



的认识。强调特殊的危险或问题的严重后果,能提高个体对严重性的认识,同时,情绪和经济负担是调节因素。

3. 感知到的益处 个体对将采取的减少患病危险行为好处的预期。宣传人员要讲清楚将采取的行动、说明何处和何时行动、澄清预期的积极效果会提高个体对行动好处的认识。

4. 感知到的阻碍 个体对将采取行动的代价和障碍的认识。即使个体认识行为改变能带来好处,他们也未必采取具体行动,一定会考虑到阻碍因素。治疗方法或预防手段昂贵,操作不方便,甚至造成个体难受、疼痛和烦恼,都会造成个体不考虑采取行动。通过识别阻碍因素、做出保证、给予激励和支持,能帮助个体减少阻碍。

5. 行动线索 实现行为改变的行动策略。易感性和严重程度的认识能促使个体行动,行为转变的好处大于代价的考虑,为采取行动打开了大门,但是,还必须告诉个体如何行动。大众媒体宣传、他人劝告、医生提醒、家庭或朋友患病、报纸或杂志文章中涉及的症状和健康教育,可以向个体提供行动信息,提高行动意识。

6. 自我效能 个体对自己采取行动能力、取得期望结果的信心。高自我效能者采纳建议、实施有益于健康的行为转变的可能性高。通过提供训练和指导会提高个体的自我效能。

HBM 理论的优点是能激励个体采取行动,提出明确的接受成本的行动路径,增强采取行为的能力感。

四、促进健康行为的医疗政策与社会健康计划

医疗服务体系为居民提供了健康保障,但同时也造成各国财政不堪负重。美国 1970 年花在健康保健方面的费用达到 730 亿美元,而 2003 年估计达到 16000 亿,而到 2007 年时,预计将达到 221330 亿美元。因此,各国为减少开支,促进国民健康,采取包括法律或法规在内的措施,不断推出健康促进项目,鼓励人们维持健康行为,消除损害健康行为,早期及时就医,积极预防人群疾病。

在艾滋病日中,红丝带成了一个全球对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人给予爱心的“世界语”。它象征着人们对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的关心和支持、对生命的热爱和对平等的渴望、鼓励人们要用“心”来参与预防艾滋病的工作。红丝带是对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的关爱,对艾滋病的卫生教育、治疗研究的支持,全球一起为制服艾滋病而努力。

《烟草控制框架公约》是 2003 年在世界卫生大会上通过公约,是全球第一部限制吸烟的全球性公约。要求各国至少应该以法律形式禁止误导性的烟草广告,禁止或限制烟草商赞助的国际活动和烟草促销活动,取缔烟草走私,禁止向未成年人出售香烟,在香烟盒上用 30% 至 50% 的面积标明“吸烟危害健康”的警示,以及禁止使用“低焦油”、“清淡型”之类欺骗性词语。《公约》还要求各国的烟草税收和价格政策应该以减少烟草消费为目标,禁止或限制销售免税香烟;室内工作场所、公共场所和公共交通中应该采取措施,以免人们吸二手烟。中国也是签约国之一。

从 20 世纪 60 年代末开始,许多国家的政府发起“促进锻炼”的政治号召,包括“全民运动”,大规模兴建运动中心,增加运动设施,如游泳池等。主要措施包括:①中央政府或地方政府资助大众体育运动。②提供更多体育设施,特别是室内运动器材,消除不平均现象。③与以前向精英体育(或竞技体育)投资不同,现在,政府已经将大量资金直接用于全民体育锻炼。同时,政府呼吁采取简单易行的锻炼方式,在日常生活中锻炼,例如,爬楼梯而不是使用电梯。各国政府的一系列措施,为促进锻炼提供了良好氛围。另外,政府强调了锻炼好处,鼓励个人采取适宜锻炼方案和设计有利于健康的锻炼计划。



第二节 成瘾行为

一、药物成瘾

这里，药物（drug）一词特指能够影响人类心境、情绪、行为、改善意识状态，并有致依赖作用的一类化学物质，人们使用这些物质的目的在于取得或保持某些特殊的心理、生理状态。50年代世界卫生组织专家委员会将药物滥用（drug abuse）或依赖定义为：“由于反复使用某种药物所引起的一种周期性或慢性中毒状态”。成瘾药物的特点是具有不可抗拒的力量驱使个体使用；个体为获取而不择手段；使用剂量逐渐加大；易产生心理和身体依赖；危害个人和社会。

除了传统的烟草和酒等成瘾物质外，其他著名的成瘾药物有吗啡，“白粉”海洛因，解除吗啡类成瘾的药物美沙酮，危害最大的可卡因，称为冰毒的甲基苯丙胺，大麻制剂，催眠镇静剂，致幻剂等。

1. 滥用药物的危害 滥用药物的最常见并且危害最大的是急性中毒乃至死亡。阿片类依赖者的死亡率常高于一般居民的15倍，苯丙胺过量产生类似精神分裂症的偏执症。致幻剂PCP超量则可出现攻击行为。

成瘾的生理依赖是由于反复用药所形成的一种适应状态，表现为耐受性增加和停药或减药后出现戒断症状。戒断综合征是指停止使用药物或减少使用药物后或使用拮抗剂占据受体后所出现的特殊的心理生理症状群。戒断综合征是由于长期用药后突然停药引起的适应性的反跳性反应。不同的药物所致的戒断症状因其药理特性不同而异，一般戒断症状表现与药物的急性激动作用相反。阿片类戒断时出现类流感综合征，周身疼痛、焦虑与惊恐发作。可卡因戒断以疲乏、嗜睡、心境恶劣为主或偏执状态。各种催眠镇静药物戒断症状常为失眠或焦虑症状的反跳、恶心、出汗、无力、共济失调，可致惊厥发作。

心理依赖是吸食者服用药物后产生的一种愉快满足的或欣快的感觉，驱使使用者为满足这种感觉反复使用药物，呈现渴求状态。在这种无从制止的驱动力促使下，成瘾者形成难以矫正的成瘾行为，人格也逐渐随之改变。这是各种药物成瘾的共同的特征，也是成瘾难以戒除的原因。

因滥用药品导致的局部与周身感染。大麻与致幻剂可引起认知功能的障碍和意志颓废。医疗中时常使用的各种颠茄制剂滥用可产生耐受性，重者产生精神错乱、高热、谵妄，甚至昏迷死亡。

药物滥用与社会功能丧失。家庭解体和随之产生的子女受虐待或失学。迫于经济窘迫，为获取成瘾药物，会令成瘾人群走向社会犯罪，破坏社会稳定，阻碍经济发展。

2. 药物滥用的原因 造成药物成瘾的原因是多方面的，涉及生物、心理和社会等诸多因素。药物成瘾主要是由药物本身的性质和药理作用所决定，人类和动物都可以习得这一行为，并产生药物依赖。人的心理状态则促进了药物滥用，而药物滥用反过来加重心理障碍。除药物的生理作用外，药物滥用包括如下原因：

（1）心理原因：药物滥用和药物依赖患者大都是在好奇心驱使下，接受了社会暗示，并同顺从、模仿和逆反心理有关，也是为了应付体内外的种种心理紧张性刺激，缓解身心紧张，回避现实而采取的一种方法。患者的人格倾向，如反社会性人格等也使他们容易滥用药物以致成瘾。

（2）社会文化因素：成瘾药物的易获得性是重要原因，我国新疆、云南等省份与种植罂粟国家接壤，国际贩毒组织借道我国运输毒品或直接贩卖，造成国内吸毒人口增加，成



瘾者低龄化。信奉伊斯兰教的民族受教义约束不准饮酒。

(3) 家庭因素: 家庭矛盾、离婚家庭、家庭成员缺乏交流和支持、父母过分保护、放纵或虐待等, 是滥用药物的危险因素。家庭成员滥用药物, 会令其他成员模仿或顺从。而良好的家庭环境可以防止个体滥用药物。

(4) 同伴影响: 凡接近和结识有反社会行为者, 接近少年犯罪行为或烟、酒、毒品滥用者, 极易形成药物滥用。同伴间的影响是导致接近并开始滥用烟、酒、毒品的最具有决定性的因素。青少年同伴间有相近的信念和世界观, 不成熟且分辨是非的能力差。他们好奇心强, 易寻求刺激, 追求时尚, 把使用成瘾物质作为人成熟的标志, 不惜一试。

3. 成瘾治疗和预防 成瘾治疗属于系统工程, 需要采取医学、心理与社会学多学科方法的综合治疗。治疗原则是: 在脱毒阶段, 重点是中止滥用毒品, 治疗戒断症状, 初步摆脱对毒品的依赖; 在康复阶段, 矫正个体对药物的依赖, 防止复吸, 训练或扶植成瘾者参加劳动, 助其重新回到社会。

二、酗酒与问题饮酒

酗酒 (alcohol abuse) 或酒精滥用指过度饮酒造成躯体或精神损害, 以及带来的不良社会后果, 或称为问题饮酒。酗酒者表现为持续的或周期性的对饮酒不能自控, 饮酒不顾后果, 甚至出现思维障碍。

1. 酗酒的危害 酗酒直接损害健康, 女性和胎儿是直接受害者。长期酗酒引发营养问题, 造成各种消化系统和代谢系统疾病, 导致酒精性肝硬化和癌症, 影响脂肪代谢, 出现“啤酒肚”体态。酗酒会损害大脑神经组织, 慢性酗酒者的高级认知功能呈渐进性衰退, 学习和利用新知识及解决问题的能力下降。女性体内脂肪所占比例高, 她们饮酒后体内残余的酒精比男性多, 更容易受到酒精损害。女性饮酒导致胎儿流产, 低体重儿出生率高, 特别是胎儿酒精综合征。患儿表现为低智商, 警觉性低, 多动, 精细动作和大运动障碍, 不可康复。美国疾病控制中心调查发现胎儿酒精综合征的患病率从1979年的0.1%上升到1992年的3.7%。酗酒造成的交通事故和自杀等问题构成死亡的重要原因, 酗酒还造成严重的社会问题和家庭冲突。

2. 酗酒原因 除了遗传学因素外, 引起酗酒的原因还有心理社会因素。压力、获得性学习、期待效应和人格因素是重要的心理因素。心理依赖学说认为, 个体在饮酒后可体验到欣快感、缓解焦虑、轻松感等诸多阳性强化因素, 奖励个体不断地饮酒, 一旦个体中止饮酒行为, 血液中酒精含量下降, 导致个体产生一系列不快的生理和心理体验, 出现戒断症状, 这种负性强化促使个体继续饮酒。

社会学说认为酗酒与家庭环境因素、同辈影响和榜样示范作用等因素有关。2006年爱荷华州大学医学院儿童心理学研究中心库伯曼认为儿童时期的心理阴影、学业上的不成功、业余生活的单调以及对于生活满意度的下降等是酗酒的危险因素。

3. 酗酒的预防和治疗 早期干预是针对潜在的酗酒易感人群进行有关饮酒方面的健康教育, 包括适量饮酒的概念及安全饮用量。制订严格的饮酒法律, 控制青少年饮酒。美国《青少年饮酒法》规定, 未成年人没有权利饮酒, 向未成年人出售含酒精饮料者要负法律责任。《中华人民共和国预防青少年犯罪法》中的第十五条规定应当教育未成年人不得酗酒, 任何经营场所不得向未成年人出售酒精饮料。

心理治疗是预防和治疗酗酒的有效方法, 详见本书第十二章和第十三章。

三、吸烟

烟草 (tobacco) 最早产于中南美洲的安提斯群岛 (多巴安岛), 由当地印第安人最先



种植并吸食。哥伦布把烟草籽带回了西班牙，烟草开始在欧洲扩展。1573~1619年间，我国明朝开始引进并种植烟草。当爱因斯坦认为吸烟“可使人能够以平静和客观的方式判断一切与人相关的事务”时，他可能没有考虑吸烟的危害。

1. 吸烟危害 吸烟可导致肺癌、口腔癌或食道癌，膀胱癌；也可导致心脏病、慢性支气管炎和肺气肿、高血压。孕妇吸烟导致胎儿发育障碍，易娩出低体重儿，导致胎儿慢性缺氧。

被动吸烟孕妇小胎龄儿、早产、新生儿窒息发生率显著高于无被动吸烟孕妇。被动吸烟导致出生婴儿平均体重比正常婴儿体重低107g，而且还有一定数量的新生儿致畸。儿童因被动吸烟而患哮喘病的风险增高2倍，患白血病和淋巴瘤的人数是不吸烟者子女的2倍，患脑瘤的比例一般高出40%，损害儿童智力，导致行为问题。不吸烟妇女因被动吸烟而患肺癌的死亡率比丈夫不吸烟的妇女高，而且，丈夫吸烟量越大，倍数越高。被动吸烟者也易出现血管硬化及患上心脏病。

2. 心理学关于形成烟瘾的理论解释 吸烟成瘾的主要原因是香烟中的尼古丁发挥的作用。尼古丁随血液流入中枢神经系统，和乙酰胆碱受体结合，代偿性地产生更多的结合尼古丁的乙酰胆碱受体。一旦体内尼古丁含量降低，使脑内的乙酰胆碱受体无法与尼古丁结合，就会产生一系列的生理和心理反应，并产生强烈的吸烟渴求，即烟瘾发作。

3. 预防吸烟

(1) 预防青少年吸烟：自从1964年公开报道吸烟危害健康以来，人们试图在学校开展预防吸烟活动。

(2) 改变吸烟环境：国际《烟草控制框架公约》是世界第一个旨在限制全球烟草和烟草制品的公约，各缔约国须严格遵守公约的各项条款：提高烟草的价格和税收，禁止烟草广告，禁止和限制烟草商进行赞助活动，打击烟草走私，禁止向未成年人出售香烟，在香烟盒上标明“吸烟危害健康”的警示，并采取措施减少公共场所被动吸烟等。

中国《烟草专卖法》、《未成年人保护法》、《预防青少年犯罪法》和《广告法》中都列入了控烟的条款。全国已有84个城市出台了《公共场所禁止吸烟的规定》，40个城市成为无烟广告城市。

提高烟草税收和售价能减少烟民。烟价每上升10%，烟民就减少4%。鼓励受害者索赔，威胁烟草公司。例如，2001年洛杉矶高等法院作出了一项创纪录的判决，责令菲利普公司向某一罹患肺癌和脑瘤的56岁烟民赔偿30多亿美元。

4. 戒烟 目前，治疗烟草依赖的最佳方案是药物结合行为治疗。心理治疗与心理咨询可以提高治疗的依从性，增强戒烟动力，帮助吸烟者改善处理日常生活和工作压力的技巧，提高戒烟成功率。此外，还可以根据不同吸烟者的特点，制订个体化咨询方案，使一些吸烟者从药物治疗中获益，而另一些人则从行为治疗中受益。自我管理技术、正强化法、刺激控制法用于消除成瘾症状。

尼古丁替代治疗是WHO推荐的最主要的药物治疗方式。治疗的方法是在停止吸烟的同时使用尼古丁制剂，以减轻戒断症状，提高戒烟的成功率，降低复吸率。对于成瘾性极强的尼古丁依赖者，给予较长时间的尼古丁维持治疗，减少对自身和他人影响，直至成功戒烟。

医务工作者的劝告能有效帮助吸烟病人戒烟，也能有效劝告父母戒烟，以免危害孩子的健康，尤其应向准备生孩子的父母或其他人提供尼古丁替代治疗。

四、过度使用网络

网络成瘾综合征(Internet addiction disorder, IAD)是指慢性或周期性的对网络的着



迷状态, 不可抗拒的再度使用的渴望与冲动, 上网后欣快, 下网后出现戒断反应, 出现生理或心理的依赖现象。最早由美国纽约市心理学家 Goldberg (1986) 提出。根据网络成瘾的内容, 分为网络色情成瘾、网络交友成瘾、网络交易成瘾、网络信息收集成瘾、计算机游戏成瘾。美国心理学会调查了近二万名网络使用者, 发现其中 6% 的被调查者有成瘾现象, 主要是青少年和从事技术专业的人。

1. 网络成瘾诊断标准 美国心理学会确定的网络成瘾的诊断标准包括七项: ①耐受性增强; ②成瘾症状; ③上网频率总是比事先计划的要高, 上网时间总是比事先计划的要长; ④企图缩短上网时间的努力, 总是以失败告终; ⑤花费大量时间在和互联网有关的活动上; ⑥上网使病人的社交、职业和家庭生活受到严重影响; ⑦虽然能够意识到上网带来的严重问题, 仍然继续花大量时间上网。标准规定, 如果网络用户在 12 个月中的任何时期有多于所列的三种症状出现, 即为网络成瘾。

2. 网络成瘾危害身心健康 网络成瘾对身心主要有如下危害:

(1) 心身障碍: 成瘾者睡眠节律紊乱, 自主神经功能失调, 机体免疫功能降低, 诱发心血管疾病, 胃肠神经官能症、紧张性头痛、焦虑症、抑郁症等。也可导致视力下降等眼疾, 腰背肌肉劳损, 脊柱疼痛变形。

(2) 人格障碍: 在虚拟的网络世界中人人平等, 成瘾者在匿名的保护下可以畅所欲言, 不需要直接面对他人, 不用担心会受到他人的批评和惩罚, 而且观点越奇特, 可能得到的反响越大, 这样成瘾者容易自我表现, 自我主导权增加, 满足了其心理需要。然而, 成瘾者在虚拟的网络世界遨游, 与现实生活的距离就越来越远, 甚至分不清现实与虚拟世界的界限, 心理适应能力也会越来越差, 反过来更趋向网络逃避, 最后形成一种恶性循环, 最终导致人格偏差或人格障碍。

(3) 社会功能损害: 一部分成瘾者最初上网是为了逃避某些社会问题, 如: 寂寞、婚姻问题、工作压力、无聊沮丧的心情等, 或者由于生活压力大, 拒绝承担责任和义务, 从过去的研究结果可得知, 网络成瘾者在当前的实际社会生活中正经历着较大的困难, 而网络似乎是他们一个发泄的出口。网络成瘾反过来导致成瘾者社会功能的进一步缺损。成瘾者现实生活中多有社会功能失调和个人生活的破坏, 包括人际障碍、生活适应不良、学习适应不良、家庭适应不良等, 严重时会出现违法乱纪等反社会行为。

3. 网络成瘾原因 主要有如下三方面:

(1) 成瘾的精神运动刺激理论: Wise 和 Bozarth 提出成瘾行为均有精神激动剂的作用, 能激活一种共同的奖赏机制, 这种内部的奖赏机制比任何环境刺激更有力地影响和控制着成瘾。

(2) 成瘾的强化理论: 强化理论是基于条件反射的基本原理而提出的, 认为成瘾行为的强化机制包括正强化和负强化。前者把网络成瘾作为一种正强化物, 能给成瘾者奖励并产生愉悦, 成瘾行为的主要动机即是寻求成瘾行为满足所致的欣快感觉, 后者是指网络成瘾可减轻或暂时免除个体的痛苦和不快, 使其产生重复的成瘾行为。

(3) 成瘾人格: 成瘾人格的探索大约有 40 多年的历史。他们发现网络成瘾者像其他的药物滥用者一样会形成一种生活风格, 而这种风格会微妙地影响个体的人格。成瘾者常常逃避广泛性的社会关系, 而与其他沉溺于相似成瘾行为的人群发生联系。很多网络成瘾者以前是或同时是酗酒者和其他物质的上瘾者。

4. 网络成瘾的预防和治疗 网络成瘾治疗的根本宗旨是预防为主。心理治疗采用警示卡、团体治疗和家庭治疗。采用药物+心理治疗+行为规范+家庭治疗的综合疗法帮助患者戒除网瘾。



第三节 饮食行为

一、肥胖

肥胖 (obesity) 是指体内过量脂肪堆积而使体重超过某一范围, 当肥胖影响健康或正常生活及工作时才称之为肥胖症。肥胖症是遗传因素与环境因素共同作用所导致的营养代谢障碍性疾病, 是慢性疾病发生的主要诱因。肥胖增加了高血压、冠心病等相关伴发疾病的危险性, 它与艾滋病、吸毒、嗜酒并列为世界性四大医学社会问题。

测量肥胖的方法以体型指数 (Body Mass Index, BMI) 较常用。它源于比利时数学家 Quetelet 提出的公式, $BMI = \text{体重 (千克)} / \text{身高 (米)}^2$ 。中国 BMI 的判断标准是: $BMI < 18.5$ 是体重过低, BMI 在 $18.5 \sim 23.9$ 之间是正常, $BMI \geq 24.0$ 是超重, $BMI \geq 28$ 是肥胖。

(一) 肥胖对健康的影响

1. 肥胖是诱发或加重心血管、内分泌等系统疾病的重要原因 肥胖并发脑血栓与心衰的发病率比正常体重者高一倍, 患冠心病者多 2~5 倍, 高血压发病率多 2~6 倍; 肥胖者脂肪肝的发生率也较高, 男性为 60%, 女性为 50%。肥胖患者血尿酸增高, 痛风患者明显增多。女性肥胖患者甚至会出现闭经不育。此外, 肥胖者也易患乳腺癌、卵巢癌、大肠及前列腺癌等等。

2. 肥胖的心理效应 人们常常对肥胖者有歧视和偏见, 容易使肥胖者有自卑感和精神压力, 影响他们的人际交往和心理健康。Gortmarker 等 (1981、1993) 研究发现, 与正常女性相比, 肥胖女性的结婚率、收入和文化程度等均较低, 贫困程度则比较高。肥胖男性在经济、职业上受影响较少, 但与正常体型男性相比, 也存在结婚率低的问题。

(二) 肥胖的原因

1. 家庭、同伴的影响 Bruch 曾发现厌食症患者父母具有过于要求女儿顺从和有成就、控制欲强的特点。这类家庭中成长的女孩, 只能顺从和满足父母或他人的要求与愿望, 克制食欲, 实现体型的“完美”达到所谓的“成功”, 进而导致进食障碍。

同伴对青春期女孩外貌的议论和对减肥的鼓励, 都会影响女孩产生饮食失调。个体的身体不满意和饮食失调也深受同伴本身的饮食失调行为影响。

2. 心理应激 当遇到升学、搬迁、参加工作、父母离异、亲人死亡、青少年到异地求学等, 个体自觉无法应对, 需要他人赞许以提高自尊时, 容易发生进食障碍。当个体出现消极情绪后, 可能会通过暴饮暴食来消除这种情绪, 而在暴饮暴食后又可能采取清除行为 (如催吐) 来补偿。

3. 人格特点 有研究发现进食障碍是由于患者对日益丰满的身材难以接受, 拒绝成熟, 希望保留儿童时期的身体和心态, 是儿童期的退化机制或对青少年期情绪问题的逃避。患者性格具有拘谨、刻板、强迫的特点。

4. 社会文化因素 在中国传统文化里认为胖是孩子健康的象征, 因而过度喂养儿童, 造成儿童健康问题。我国唐代文化中以胖为美, 而太平洋西南部的汤加国也一度以胖为美, 越胖越美, 加上汤加人饮食热量极高, 人们不爱活动, 造成肥胖者很多。

(三) 肥胖机理

1. 生物学学说 进食障碍和遗传有关。Treasure 等 1989 年报道神经性厌食症在同卵双生子中有 55% 的同病率, 异卵双生子中有 5% 同病。Klump 等在关于暴饮暴食、自我诱导式呕吐、饮食限制的双胞胎研究中发现, 46%~72% 的饮食问题行为都有遗传可能性。



分子遗传学研究已证实进食障碍与基因有关,患病和未患病之间在等位基因分布方面存在显著差异。影响饮食问题的主要基因是:复合胺基因、多巴胺基因和与体型控制、喂养、能量消耗有关的基因。神经性贪食症受到基因的影响最大,54%~83%变异都可以由基因解释。

2. 定点理论 在肥胖病因的研究中,多数学者同意遗传对体重起很大影响,瘦素、神经肽Y和其他分子之间的相互作用,为一个人的体重和食欲确立了一个调定点,大致决定了一个人是胖是瘦,是胃口不佳还是食欲旺盛。肥胖是因为这个调定点较高。

(四) 控制体重

预防肥胖能够降低肥胖及其相关疾病的发病率。目前,很难找到一个对所有人都适用的预防措施,因此,预防肥胖最好的方法是针对特定的人群,设计适合的肥胖预防方案。无论是控制饮食、健康教育、集体训练、授课、身体锻炼和行为治疗等都是有效措施。

减肥最常用的心理疗法是行为矫正法,目的在于纠正肥胖者不良的饮食和生活习惯,这种治疗在轻、中度肥胖治疗中应用很广。

二、合理饮食

饮食行为包含特殊饮食、计划性、家庭/社会影响、零食、食物特性、饮食健康意识、食物购买、食物准备、外出就餐、情绪性饮食十方面的内容。合理饮食应注意如下事项:

1. 饮食成分均衡 《中国居民膳食指南》指出,合理饮食包括食物多样、谷类为主;多吃蔬菜、水果和薯类;常吃奶类、豆类或其制品;经常吃适量鱼、禽、蛋、瘦肉,少吃肥肉和荤油;食量与体力活动要平衡,保持适宜体重;吃清淡少盐的膳食;限量饮酒;吃清洁卫生、不变质的食物。

2. 合理的食品加工方法能保护健康成分 不同烹饪方式,对食物中成分的影响不同。焖煮会令绿叶菜中所含硝酸盐还原成亚硝酸盐,而后者是致癌物质。油炸产生大量的致癌物质,因此油炸食品被世界卫生组织评为十大垃圾食品之首。勾芡、多加醋少加碱,会增加食物的保护层,避免维生素破坏。

3. 食品间搭配适当 食物搭配不当对健康造成影响。牛奶和橘子若同食,或者是刚刚喝完牛奶就吃橘子,牛奶中的蛋白质与橘子中的维生素C相结合而凝固成块,影响消化吸收、造成腹胀和腹痛。食品适当搭配可以促进营养吸收。鱼加豆腐不仅味鲜,而且可补钙,预防骨质疏松等多种缺钙造成的疾病。

4. 良好的进食方式 三餐搭配合理,早吃好,午吃饱,晚餐要吃得少。少食多餐能降低胆固醇总量和低密度脂蛋白水平。饮食宜缓宜节制,细嚼慢咽有利于消化,反之则会增加胃的负担。同时,要避免不良进食习惯,例如不吃早餐、暴饮暴食、挑食、进食过快、进食时从事其他活动和烫食。

第四节 性行为与艾滋病

一、什么是性行为 and 性传播疾病?

人类性行为 (sexual behavior) 是指所有与性有关的行为 (接吻、抚摸、性交等)。波曼特和戴维森从生物学角度认为性行为是“任何增加生殖细胞结合 (精子和卵子结合) 可能性的行为”。海德和德拉马特将性行为定义为“产生性唤醒并且增加性高潮机会的行



为”。

人类性本能和性活动方式部分与高等动物相似，具有性器官、性欲和进行性活动，能够表达性的要求，具有传宗接代的生物本能。然而，人类性行为与动物存在很大的不同，人类性行为因为直立而能够进行面面交媾，双手也能参与性活动，雌性动物特有的发情周期在女性身上消失。人类性行为具有心理学意义，包括追求快乐、表达爱情、满足心理需要。另外，人类性行为也受家庭、宗教、人际关系和文化道德等社会因素的影响和制约。

通过性行为或类性行为传播的疾病，统称为性传播疾病。这类疾病涉及可传播的病原体多达 30 余种，最常见有梅毒、淋病、软下疳和性病性淋巴肉芽肿等。美国疾病控制中心统计，每年新增 100 万淋病患者，300 万衣原体感染病例。全世界每天有 100 万人感染性病，每年淋病病人达到 6200 万，梅毒病人 1200 万，其他性传播疾病病原体感染病人达到 1.5 亿，发展中国家是性病重灾区。

二、艾滋病

1981 年，美国洛杉矶的一名医生报告说，在几名同性恋男子身上发现了一种神秘而可怕的新病种。1982 年正式将此病命名为“艾滋病”，即获得性免疫缺陷综合征（Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS）。三年后，美国人 Gallo 和法国人 Montagnier 几乎同时宣布发现了致病病毒 HIV。截至 2004 年底，全球累计有 6900 万人感染，近 3000 万人死亡。2004 年全球估计尚存活的 HIV/AIDS 患者 3940 万，其中 220 万为 15 岁以下儿童。2003 年，据中国疾病预防控制中心估计中国现有 HIV 感染者 84 万。

HIV 的主要传播途径是性传播、血液传播、污染针头传播和母婴传播。美国有 51% 的感染者是男性同性性行为造成的。而我国目前还处于静注毒品传播（61%）为主的阶段，但经吸毒传播和非法采血传播所占的比例开始下降，性传播所占的比例上升，今后可能会成为中国艾滋病流行主要形式。因此，人群感染艾滋病的可能性基本上取决于个体性行为。

（一）艾滋病危害

艾滋病病毒进入人体后要经过数年，甚至长达 10 年或更长的潜伏期以后才发病。艾滋病病毒严重破坏人体免疫功能，使机体丧失了抵抗疾病的能力，抵抗能力的极度下降，使病人容易重复感染。晚期常常发生恶性肿瘤。最终因长期消耗，全身衰竭而死亡。至今还没有治疗艾滋病的特效药，也没有可用于预防的有效疫苗，一旦发病，AIDS 患者都会在不长的时间内死亡。所以目前艾滋病还是一种病死率高达 100% 的极为严重的传染病。同时，艾滋病感染者将承担巨大心理压力，其家庭和社会负担增加，AIDS 儿童将面临虐待、忽视及丧失各种权利的风险。总之，AIDS 是“公民健康的头号敌人之一”。

（二）心理社会因素与艾滋病流行

行为因素在 HIV 感染的发生中起着决定性作用。个人改变自己的危险行为，则能够防止感染；群体改变危险行为，则可以预防和控制 HIV 感染在人群中的传播流行。社会因素则是艾滋病流行的温床，家庭和社会支持间接影响 HIV/AIDS 的发展速度。

1. 心理因素 情绪、人格、社会支持和应对策略也影响着 HIV/AIDS 发展变化。HIV 恶化的比率与他们是否隐瞒他们的同性恋倾向之间存在联系。在对感染 HIV 但无症状的男性同性恋研究中发现，AIDS 更快的进展与累积的应激生活事件、累积的抑郁症状和较少的社会支持联系在一起。多数学者认为良好的社会支持有利于健康。

2. 个人生活方式 共用注射器静脉吸毒行为是我国目前 HIV 的主要传播途径。卖淫



嫖娼、无金钱交易的非婚性行为, 夫妻中一方已感染 HIV 或性病情况下发生的无保护性夫妻性行为等不安全性行为则是目前全球 HIV 感染的主要传播途径。

3. 社会因素 性别歧视和偏见、贫困、家属态度、社会公众和媒体、医护人员态度。

三、安全性行为与预防艾滋病

性传播疾病是公众健康的敌人, 预防不良性行为, 控制性伴侣的数量, 避免肛交和性交时采取保护措施, 能有效切断传播途径。对 HIV/AIDS 患者进行有效的心理社会支持干预和治疗, 提高患者的生活质量, 提升其责任感和义务感, 杜绝危险行为的发生; 从而将 HIV 传播和危害减小到最低程度。

(一) 减少不安全性行为

1. 使用安全套 在 HIV 严重流行的美国, 随着 HIV 的预防教育活动的开展, 改变了人们使用安全套的态度, 使用率提高, 性伴侣减少, 令新感染人群的数量开始明显下降。

使用安全套是预防 HIV 传播的主要手段, 同时, 也预防了其他性传播疾病。但是性行为是持续进行的过程, 包含着性唤醒、激情甚至超越理智, 如何在此情景下, 与性伴侣商量讨论使用安全套呢? 因此, 在推广安全套使用的健康教育中, 除了告知民众 HIV 知识外, 还要教育人群说服性伴侣使用安全套的技巧。

2. 减少性伴数 对有些人来说, 保持彼此忠贞的单一性关系可能很困难, 因此可以通过减少性伴的数量来减少感染 HIV 的机会。特别是对那些每天都更换性伴的人, 减少性行为次数。

3. 减少与危险性伴发生性行为 性伴的安全性, 决定着性行为者感染 HIV 或性病的危险性大小。我国吸毒者感染 HIV 比较高, 同吸毒者发生性行为也是非常危险的。

4. 同性恋人群的预防 同性恋是性病、艾滋病的高危人群, 活动高度隐秘, 易把艾滋病病毒传播给普通人群。男性同性恋艾滋病感染率在中国艾滋病高危人群中居第二位, 仅次于吸毒。男性同性恋者多性伴侣、安全套使用率低等现象, 使艾滋病感染率可能进一步上升, 并加速向一般人群扩散。因此, 应正视和承认同性恋人群的客观存在, 加大向这一人群普及艾滋病预防知识的力度, 推广安全套的使用。

(二) 减少共用注射器吸毒行为

吸毒方式由口吸转变为注射, 增加了 HIV 传播的危险。要告诫吸毒者, 一定要使用新的注射器或消毒注射器, 不要与他人共用注射器。有些地方采取政府出资, 让吸毒者免费用旧注射器换新注射器, 也取得成效, 或用口服美沙酮替代疗法, 都能有效地控制 HIV 经注射毒品传播流行。

(三) 控制母婴传播

母婴传播是 15 岁以下儿童艾滋病病毒感染的最主要途径。阻断传播要保护育龄期妇女, 免受艾滋病病毒感染。在法律许可的地区采取措施终止妊娠, 以确保妇女避免非意愿的生育。

(四) 向病人提供心理治疗

在治疗方案中, 要重视心理支持和治疗、爱心引导和避免传播他人的方法, 以及为病人家属提供信息, 帮助病人面对问题, 帮助病人作出合适的决策, 激发患者的社会责任感, 提高治疗的依从性, 尽量减少 HIV 感染对个人、家庭、社会的不良影响。治疗也使患者能够重返工作, 并尝试找回正常人的感受。人际关系治疗、支持性心理治疗、应对效能训练与增强自我效能、认知行为应激管理、团体(小组)治疗等都适合对艾滋病病人的心理治疗。



第五节 锻炼和防止意外

一、锻炼

锻炼(exercise)是一种通过有效的身体运动方式达到促进健康目的的活动。与一般的活动不同,锻炼具有循序渐进性、稳定性和长期性的特点,它是当代重要的一种生活方式。

(一) 锻炼的形式

锻炼包括运动、功能锻炼和休闲。运动是通过有意识、有目的、有计划的体育运动达到强身健体的目的,包括田径、游泳、滑冰、球类等竞技运动,以及走路、骑自行车、爬楼梯等健身活动。功能锻炼是通过特定的运动方式来恢复身体某一特定部位的功能,起到健康促进的作用,常见于疾病康复。而休闲则是在闲暇时间内从事与个人兴趣、爱好相投的、有益身心健康的活动。

锻炼方式与个人生活的环境、生活习惯、传统文化等都有很大关系。国内的特色锻炼有气功锻炼;太极拳、八卦掌、形意拳等武术活动;易筋经、五禽戏、八段锦、香泉功、练功十八法等。此外,琴、棋、书、画也是颇具浓厚中国色彩的休闲锻炼方式。在国外,印度的瑜伽与中国太极拳一样,风靡世界。健美、社交、跳伞、攀岩、露营、自助游等是带有浓厚个性色彩的锻炼方式。

(二) 锻炼对个体心理影响

适度锻炼具有积极的生理意义,能延缓器官老化、增强心血管系统的功能、增强呼吸功能、增强消化和吸收功能,保持适度的体重,以及预防疾病。锻炼也具有积极的心理学意义。

1. 缓解抑郁 研究表明,无论是激烈运动还是缓慢运动都可以有效地降低临床抑郁;所有年龄的男女参与者及不同健康水平者,都能体验到运动的抗抑郁效果;有氧与无氧运动都有效,但有氧运动效果最好,所谓有氧运动是指最大心率较平常增加60%~70%、持续30~40分钟、每周进行2~5次的运动,包括散步、慢跑、骑自行车、轻快的绕行运动及举重运动;锻炼计划持续越久(17周以上)抗抑郁效果越好。

2. 降低焦虑与应激反应 运动能降低中小程度的焦虑,其中有氧运动效果更显著。有人用肌电图证实,仅仅15分钟中等强度的练习,可降低神经紧张,相当于至少1小时的休息。有氧运动尤其可降低与生活方式或工作有关的应激反应。

3. 维护自尊心与自我形象 自尊心常被视为唯一最重要的心理良好感指标。桑斯特罗姆等人发现参加有氧舞蹈的成年女性对她们自身的身体状况有着更为积极的评价。参加运动的孩子有更高的自尊。

4. 增加积极情绪与自我良好感 持续30分钟左右的一次性身体活动可产生积极的短期情绪体验,而持续8~10周或更长,每周2~4次的体育锻炼可产生长期的积极情绪。自我良好感标志着个体对自己生活的满意程度,是心理健康的重要标志。规律锻炼的最重要益处就在于改善身体状况,从而增强自我良好感。

5. 改善工作能力 如果长期锻炼能改善身体素质的话,那么参与者就会体验到工作能力的增加,在日常工作中精力充沛,耐疲劳,提高了工作效率。

然而,过度运动会损害健康,它超过了正常人的运动负荷,使身体严重不适,出现浑身疲倦无力、食欲不振,同时也会因为超过了运动负荷而出现血压骤升、抽筋等现象。有时甚至会产生昏厥、休克等极为严重的后果。



(三) 影响锻炼的因素

锻炼行为是一个过程而不仅仅是一个单独的行为。锻炼生活方式的确立受到多重因素影响。

1. 个人因素 个人因素是影响锻炼行为的最直接因素,它可以分为不可控制和可控制因素。不可控制因素包括年龄、教育背景、经济条件、自我动机和性别。年轻、受过良好教育、经济条件好的个体(特别是男性)会更倾向于选择锻炼作为生活方式。

2. 态度与信念的影响 坚持锻炼的人对疾病的易感性降低。在知识和归因等方面,锻炼者与不锻炼者也存在很大的差异,锻炼者有更多的知识,更强的健康动机和控制感。锻炼的持久性与锻炼障碍少、锻炼知识和锻炼效果的感受相联系。

二、防止意外

意外伤害和死亡已成为许多国家儿童期死亡的第一原因,我国中小學生意外伤害死亡率达到9.8/10万~75.36/10万,占中小學生总死亡率的44.32%~60.53%,成为这一年龄段青少年的第一死因,也是致病和致残的主要因素之一。

造成中小學生死伤的交通事故大多数发生在上学或放学途中。学校交通的便利程度、道路是否畅通、校门前是否设交通缓冲地带、道路设计是否有人行道、校门前车辆管理是否得力等,都可以造成对学生健康的潜在威胁。

(一) 意外伤害的影响

意外伤害的心理影响和经济损失巨大,儿童意外事件通常给家庭带来了灾难性打击,这种心灵创伤是无法用经济损失和潜在寿命损失来衡量的。

意外因素包括交通意外、溺水、中毒、跌落、烧烫伤、意外窒息和砸伤等。对于1岁以下婴幼儿来说,意外死亡主要由于窒息,例如,被子盖过头面部,嘴里含有奶头或其他细小物品。稍大的儿童,交通事故是主要意外。

(二) 意外伤害的预防

加强意外伤害的教育,培养健康行为,消除家庭和学校安全隐患。婴幼儿与父母分床睡觉,避免儿童含奶头或被被子盖过头而窒息。提倡使用汽车安全带,提醒家长安全驾驶机动车。学习意外伤害后的紧急处理,以及如何求助于医疗机构。

社区建造时,要考虑到儿童的行走安全。建造的学校要靠近社区,安排校车接送儿童。健全法律制度,规范行为,防止滥用枪械和刀具。

(钱明)

第八章 病人心理

古希腊名医希波克拉底说过：“了解什么样的人得了病比了解一个人得了什么病更重要”。病人的心理状态受疾病本身的影响，反过来又影响疾病的发生和发展。因此，熟悉各类病人的心理特征，并进行有效的心理干预，能够促进病人康复，提高病人的生活质量，是临床医疗工作重要的环节。

第一节 病人心理概述

一、病人概念与病人角色

(一) 病人

患病的个体即为病人。患病包括机体组织器官的器质性病变和生理功能的损害、个体主观体验的病感以及社会功能异常三个方面，但这三方面可以不同时出现。传统的生物医学模式认为只有生物学病变并有求医行为或处在医疗中的人才称为病人。随着社会的发展，健康和疾病的概念也发生了转变，当代的生物-心理-社会医学模式对健康与疾病有了全新的认识，均应从个体的生物、心理、社会三个方面考虑健康与疾病的问题。

病感是个体患病的主观体验，往往表现为各种躯体或心理不适的临床症状，但在疾病早期或病情轻微的情况下，也可以没有病感。病感可以源于躯体疾病，也可以由心理与社会功能障碍引起。病人患病的主观体验与医生对疾病的实际判断在性质和程度上可能会有所不同，在临床工作中应注意这个差异。

患病的个体通常会去寻求医疗帮助，但是并非所有患病的个体都有求医行为；同时，有求医行为的人不一定是病人。现实生活中，有些人患有某些躯体疾病，如龋齿、皮肤病，他们可能不认为自己有病，而和健康人一样照常工作，担负相应的社会责任，社会上也没有把他们列入“病人”行列。另外，有些人由于一些不良动机而诈病，如为了获得赔偿，利用病人身份获取某些利益等，临床上也常将这些人误列为“病人”。

健康的实质是人体与环境统一、心身统一和机体内环境的相对稳定性。因此，对“病人”概念的较全面理解应该是：患有各种躯体疾病、心身疾病、心理障碍或精神性疾病的人，不论其求医与否，均统称为病人。

(二) 病人角色

1. 角色理论 角色源于戏剧术语，指在舞台上所扮演的人物。角色理论是用角色的概念来研究人的社会行为的一种理论，主要包括角色期望、角色扮演和角色冲突等多个方面。上世纪 20 年代，美国心理学家 Mead GH 首先将角色这一戏剧术语引入社会心理学，称为社会角色 (social role)，用社会角色来说明人际关系中预期存在的互动的行为模式。社会角色指的是与个体的社会地位和身份相一致的行为模式、心理状态以及相应的权利和义务。社会角色包含两层意思。首先，社会中的一切行为都与各自特定的社会角色相联系，根据个体所处的角色可期望其发生与角色相适应的行为；同时，一定的角色又具有相应的权利和义务，如病人既有配合医疗护理的义务，又有获取健康教育和治疗护理的权利。



社会角色强调角色期望和角色扮演。角色期望是指社会、他人或自我对某一社会角色所应具有的一组心理与行为特征的期望,担当某一角色的人应该符合他人或社会对该角色的要求,否则就会被认为是不恰当的。例如医生的社会角色被期望是救死扶伤、治病救人,其行为应该符合医生角色的行为规范。角色扮演是指行为者根据自我对各种社会角色观念的理解,按照他人或社会的期望采取的实际行为。个体在社会活动中扮演多种角色,其行为应随时间和环境的不同而进行调整,这就是角色转换,例如一个人在单位的角色是一位领导,回到家里的角色又转换为丈夫和父亲,当到商店去购物的时候,其角色又转换为顾客。角色冲突是指当个体的角色行为与角色期待产生不协调状态时的内心体验。一个人可以同时扮演多个角色,并能保持各角色间和谐一致,但有时不同角色的要求之间会发生矛盾,此时就会发生角色冲突;另外,当个人的期望与角色要求冲突时或不同的人对某个角色期待不同均会产生角色冲突。

2. 病人角色 个体在生活中要承担很多社会角色,每一种社会角色都有一定的特征性,不同的社会角色必须承担相应的义务或责任。病人角色(patient role)又称病人身份,是一种特殊的社会角色,是处于患病状态中同时有求医的要求和医疗行为的社会角色。具有了病人身份,在心理和行为上也产生了变化。病人角色被期望采取切实行动来减轻自身的病状,如按医嘱服药、卧床休息、接受医生治疗等,努力使自己恢复健康。

患病时的个体被疾病的痛苦所折磨,有治疗和康复的需要和行为,个体需要从其他社会角色转换到病人角色。Parsons(1951年)从社会学的角度,观察病人与周围人的互动,提出了病人角色的四个要素:①病人可从常规的社会角色中解脱出来,减轻或免除原有的责任和义务。患病后,由于精力和活动的限制,病人可以减免平日社会角色所承担的责任,减免的程度视疾病的性质和严重程度而定。②病人对陷入疾病状态没有责任。患病是超出个体控制能力的一种状态,不是病人所愿意的,病人本身就是疾病的受害者,无需对患病负责。③负有恢复健康的责任。患病是一种不符合社会需要的状态,也不符合病人的意愿,因此病人必须有使自己尽快康复的动机和行动。④负有寻求医疗协助的责任。患病的人不会因为自己有恢复身体健康的意愿,就能达到健康状态,必须依赖周围人的协助,才能使其愿望得以实现,在一定程度上需依赖他人的帮助,包括家庭、社会等;同时,病人必须寻求使自己康复的医学技术的帮助,必须同医务人员合作,尽快恢复健康。

3. 病人角色的权利和义务 作为一种社会角色,病人角色享有其特殊的权利,并承担相应的义务。我国的学者将病人的权利和义务概括如下:

病人角色的权利:①享受医疗服务的权利;②享有被尊重、被了解的权利;③享有对疾病诊治的知情同意权;④享有保守个人秘密的权利;⑤享有监督自己医疗权利实现的权利;⑥享有免除病前社会责任的权力。

病人角色的义务:①及时就医,争取早日康复;②寻求有效的医疗帮助,遵守医嘱;③遵守医疗服务部门的各项规章制度,支付医疗费用;④病人要和医护人员合作,配合诊治护理工作。

4. 病人角色的转换和适应 人的一生都有进入病人角色的可能,甚至与病人角色终身相伴。病人原来的社会角色的特征与病人角色的特征越接近,如个性比较依赖和顺从、愿意接受别人的帮助、能相信别人的人容易接受病人角色;反之,病人原来的社会角色与病人角色差别越大,越容易产生角色适应的困难。当个体从其他社会角色转化为病人角色以及在承受病人角色的过程中,有角色适应和适应不良两种类型。

角色适应是指病人与病人角色的期望基本符合,如承认自己患病,积极接受治疗,主动采取各种措施促进恢复健康,疾病痊愈后能及时地从病人的角色再转换到原来正常的社会角色。



病人角色适应不良是指病人不能顺利地完角色转变的过程。由于种种因素病人在角色转换过程中会出现一些适应不良,从而影响疾病状态向健康转化。角色适应不良时会引起一系列的负性心理反应,包括恐惧、焦虑、易激惹、自责、抑郁等,甚至绝望的行为表现。常见的角色适应不良有以下几种情况:

(1) 角色行为缺如 (role scarcity): 病人未能进入病人角色,不承认自己是病人。虽然医生已做出疾病的诊断,但病人尚未意识到自己已患病或不愿承认自己是病人。由于患病意味着社会功能下降,与求学、就业及婚姻等涉及个人利益的问题有关,致使病人不愿接受病人角色;另外,部分病人可能使用了“否认”的心理防卫机制,以减轻心理压力;这类病人不易与医护人员合作。

(2) 角色行为冲突 (role conflict): 当多种社会地位和多种角色集于一人时,在其自身内部产生的冲突。个体在适应病人角色过程中,与其病前的各种角色发生心理冲突而引起行为的不协调。从健康人变为病人时,如果病人不能从平日的社会角色行为进入到病人角色,其行为表现不符合社会预期时,就会引起心理冲突,病人常表现为焦虑不安、愤怒、烦恼、茫然和悲伤。冲突的程度随患病种类及病情轻重而有不同;正常角色的重要性、紧迫性及个性特征等也会影响角色转变的进程。

(3) 角色行为减退 (role reduction): 个体进入病人角色后,由于某种原因又重新承担起本应免除的社会角色的责任,放弃了病人角色去承担其他角色的活动。如出于某种强烈的动机或对某种需要的迫切追求,超过求医治病的动机,病人可能会走出病人角色去承担其正常时角色的责任和义务,这常常会使病人的病情出现反复。如一位生病住院的母亲不顾自己的身体尚未康复而毅然出院,去照料患病的女儿。

(4) 角色行为强化 (role intensification): 随着躯体的康复,病人角色行为也应转化为正常的社会角色行为。如果这种转化发生阻碍,个体“安于”病人角色的现状,角色的行为与其躯体症状不相吻合,过分地对自我能力表示怀疑、失望和忧虑,行为上表现出较强的退缩和依赖性,这就是病人角色行为强化。导致角色行为强化是由于某些病人惧怕很快回到充满矛盾和挫折的现实的社會角色中,以退化机制来应对现实环境;另外,病人角色满足了病人的某些心理需要,如需要他人关注等,这些都可以使病人角色强化。

(5) 角色行为异常: 这是病人角色适应中的一种特殊类型。病人无法承受患病或不治之症的挫折和压力,对病人角色感到厌倦、悲观、绝望,由此而导致行为异常:表现出绝望,冷漠,拒绝治疗,直至以自杀手段来解脱病痛之苦;对医护人员产生攻击性行为。多见于慢性病长期住院病人或治疗困难的病人。

5. 影响病人角色适应的因素 许多因素影响病人角色的适应,如病人的年龄、文化背景、自身的经历和社会环境等都会影响到病人的角色适应。疾病的性质和严重程度是影响病人角色适应的最常见因素,如果症状明显常促使病人能及时就医,反之病人常漠视疾病,不易进入病人角色。另外,医院的各项规章制度对病人也是一种约束,会对病人的角色适应带来一定影响。

病人角色适应过程因每个病人的情况而各异,但一般情况下,在病情的演变和治疗过程中,病人会慢慢地适应这一角色。许多病人开始时不安心扮演病人的角色,往往急于求成,对医疗的要求不切实际,认为很快就能根除疾病,需要在病情的演变和治疗过程中,病人才能慢慢适应;从而规范自己的角色行为,如关注自己的疾病,遵照医嘱,采取必要措施减轻自身疾病或症状等。

医护人员应帮助病人完成从正常人角色向病人角色的转换,建立良好的医患关系,帮助病人熟悉环境,适应病人角色;当病人康复后,要帮助病人从病人角色向正常人角色的转换,具体指导病人逐渐增加活动,从身体上和心理上逐步脱离病人角色。



二、病人的求医与遵医行为

(一) 求医行为

1. 求医行为的类型 当个体感觉不适时其可能反应是: 忽视或否认、自我治疗和求医。求医行为是指在人们感到某种躯体不适或产生病感时寻求医疗帮助的行为。求医行为是人类进行防病、治病和保持身体健康的一种重要行为, 可分为主动求医行为、被动求医行为和强制性求医行为。主动求医行为是指人们为治疗疾病、维护健康而主动寻求医疗帮助的行为, 是人们通常的求医行为; 被动求医行为是指病人无法和无能力作出求医决定和实施求医行为, 而由第三者帮助代为求医的行为, 如婴幼儿病人, 处于休克、昏迷中的病人, 垂危病人等, 必须由家长、亲友或者其他护理人员的帮助才能去求医; 强制求医行为指公共卫生机构或病人的监护人为了维护人群或病人的健康和安而给予强制性治疗的行为, 主要对象是有严重危害公众安全的传染性疾和精神病病人。

2. 求医行为的原因 病人察觉到自己有病时是否有求医行为, 与个体的生理、心理和社会等方面的因素有关。①生理性原因: 因身体某些部位发生病变, 病人主观感受到身体不适或疼痛难忍而求医。实际上不论病人所患的疾病性质或严重程度如何, 病人的主观感受常常是促使病人产生求医行为的重要因素。②心理性原因: 因某些生活事件, 使个体精神遭受刺激而导致心理紧张、焦虑、恐惧, 为缓解负性心理反应和精神痛苦而求医。③社会性原因: 因某些疾病对社会产生现实的或潜在的危害而求医, 如传染性疾、性病等。

3. 影响求医行为的因素 求医行为是一种复杂的社会行为, 受到诸多因素影响, 如对疾病性质和严重程度的认识水平、对症状或不适的心理体验及耐受程度以及社会地位和经济状况等, 都影响病人是否寻求医疗帮助。概括起来, 求医行为的影响因素主要有以下方面。

(1) 年龄: 一般婴幼儿和儿童在人群中处于被保护的社会角色地位, 这个年龄段的人群的求医行为相对较多。青壮年是一生中疾病抵抗力最强、患病率最低的时期, 这一阶段人们的求医行为相对减少; 老年人由于机体抗病能力的下降以及孤独、寂寞及害怕死亡等心理因素, 导致患病机会增加, 其求医行为也相应增加。

(2) 对疾病的认识水平: 主要是指病人对疾病性质和严重程度等方面的认识。例如伤风感冒是人们最常患的疾病, 由于危险性小, 人们对其后果有可靠的判断, 往往不求医。但被蛇、狗等动物咬伤以后, 由于这种状况对生命威胁较大, 人们往往采取求医行为。

(3) 个性因素: 敏感多疑、依赖性较强的个体求医行为相对较多; 孤僻、独立性较强的个体求医行为相对较少。

(4) 文化教育程度: 在多数情况下, 具有较高文化水平的人更能认识到疾病带来的危害, 意识到早防早治的重要性, 所以他们的求医行为较文化程度低的人高。知识水平低、缺乏医学常识、对症状的严重性缺乏足够认识、对于医生及医疗手段的恐惧都可能讳疾忌医。

(5) 社会经济状况: 经济富裕、社会地位高的人往往更关心自己的身体健康, 且就医较一般人更容易, 所以其就医率较高; 而社会经济地位低下的贫困人群多为被动求医或短期求医。所以, 医疗卫生的体制及医疗保险业务的开展与否会对求医行为带来影响。

(二) 遵医行为

遵医行为是指病人遵从医务人员开列的处方和遵照医嘱进行检查、治疗和预防疾病复发的行为。病人只有和医生密切合作, 严格遵守医嘱, 才能使身体尽早康复, 否则即使医生的技术高超、医院的设施先进也达不到预期的治疗效果。所以, 是否有良好的遵医行为



是影响疾病疗效和疾病转归的决定性因素。

影响遵医行为的因素 遵医行为是一个具有生物学意义和社会意义的过程，影响病人遵医行为的因素是多种多样的，主要有以下几方面：

(1) 与病人对医生的信任和满意程度有关。医生的知名度、服务态度和服务质量，直接影响病人对医生的信任和尊重程度，也影响着病人对医生发出的信息和劝告等医嘱的遵守程度。

(2) 与疾病种类、严重程度及病人的就医方式有关。慢性病病人、轻症病人和门诊病人不遵医嘱的情况较多；急性病人、重症病人和住院病人对医嘱改变较少，遵医率较高。

(3) 与病人的主观愿望和医生治疗措施的吻合程度有关。例如，病人希望用中药治疗，而医生开的是西药；病人希望做理疗，而医生却给他打针吃药等类似的情况，当两者发生矛盾或差异时，不遵医行为就不可避免地发生了。

(4) 与病人对医嘱内容的理解和记忆及治疗方式的复杂程度有关。医嘱中的一些医学术语可能会让病人产生理解偏差；或服用的药物多、服用方法复杂且剂量不一致以及治疗方式复杂，往往使遵医行为发生偏差。老年人、文化水平低、智力低下者尤其如此。

三、病人的心理需要

人们在健康时往往能够自己主动去满足各种需要，而患病后往往无法按照通常的方式去满足需要，而且因社会角色的变化还会产生新的需要。所以，医护人员应了解并帮助病人满足其心理需要，促进疾病的康复。

1. 患病期间的生存需要 人们在身体健康时对饮食、呼吸、排泄、睡眠及躯体舒适等生存需要很容易被满足，患病后这些基本生存需要的满足则受到阻碍或威胁。不同种类的疾病及病情严重程度对生存需要的影响程度不一样。例如，吞咽障碍病人对食物需要的满足受到影响、呼吸困难病人对吸入氧气和呼出二氧化碳的需要受到影响等，不仅直接影响生理功能，对情绪也有极大影响。病人最基本的生理需要还包括解除疾病痛苦和恢复身体健康。

2. 患病期间的安全需要 疾病本身就是对安全需要的威胁。患病时日常生活秩序受到干扰，病人会产生不安全感，丧失安全感常使病人害怕独处，唯恐发生意外，从而体验到深深的孤独，热切期盼亲人的呵护。

3. 社会联系和交往的需要 病人需要被关心和接纳。患病住院后与亲友分离，接触新异的检查与治疗，病人特别需要医护人员和亲人的关怀、同情和理解；同时，病人入院后改变了原来的生活规律和习惯，进入到一个陌生环境，病人需要尽快地熟悉环境，被新的群体接纳，需要与病友沟通，在情感上被接纳。另外，病人需要社会联系和交往。除了与医护人员和病友交往，病人还需要与家庭成员沟通、与同事和朋友保持联系和交往。

4. 患病期间尊重的需要 疾病可能干扰病人尊重需要的满足。病人常感到成为别人的负担或累赘，自信心降低，因而可能对尊重的需要会强于健康人。病人需要得到人格的尊重，需要保密隐私；另外，向病人提供与疾病有关的诊治信息及病人的知情同意，也体现了对病人的尊重。病人入院后在适应新环境中需要得到有关信息，包括了解住院生活制度、自己疾病的诊断和预后、治疗计划、手术效果以及如何配合治疗，主管的医生和护士的技术水平等。了解这些信息会增强病人战胜疾病的信心，与医护人员更为合作，从而有利于治疗和康复。



5. 患病时的自我成就需要 患病时,最难以满足的就是自我成就的需要,主要表现在表达个性和发展个人的能力方面感到力不从心,成就感下降,特别是有些意外事故致残者,其自我成就需要受挫更严重。因此鼓励病人战胜病痛,对生活充满信心就显得尤为重要。

病人的心理需要会以各种方式表现出来,若得不到满足便会产生一些抵触行为。所以,医护人员应认识和了解病人的心理需要,根据具体病人的心身特点加以引导和解决。

第二节 病人的一般心理特征与干预的基本方法

在患病状态下,病人会出现一些和健康人不同的心理反应。健康人的心理活动主要是适应社会生活,而病人的心理活动则更多地指向于自身与疾病。不同年龄、性别及不同种类疾病的病人其心理变化都有不同的特点,研究表明,病人在患病期间普遍会有以下几种心理特征。

一、病人的一般心理特征

(一) 病人的认知活动特征

1. 感知觉异常 在感知方面,病人的注意力由外部世界转向自身的体验和感受,感知觉的指向性、选择性及范围都相应地发生了变化。进入病人角色后,由于疾病的反应和角色的变化,病人的主观感觉异常、敏感性增强。病人对自然环境的变化,如声、光及温度等特别敏感,稍有声响就紧张不安;对躯体反应的感受性增高,尤其对自身的呼吸、血压、心跳、胃肠蠕动及体位等感觉都异常敏感,对症状的敏感性增强。由于主观感觉异常,病人还会出现时间知觉异常和空间知觉异常,有的病人甚至会出现味觉异常等现象。

2. 记忆和思维能力受损 在记忆方面,病人存在着不同程度的记忆力异常。一些躯体疾病伴发明显的记忆减退,如某些脑器质性病变、慢性肾衰竭等。另外,病人的思维活动也受到一定的影响,判断能力下降,猜疑心理明显,也常常影响病人对客观事物正确的判断。

多数脑血管疾病的病人均伴有不同程度的认知功能损害,血糖的波动可直接影响糖尿病病人的注意力、定向力、记忆和思维等,慢性阻塞性肺疾病的后果是呼吸衰竭和脑缺氧,对病情严重的病人在病情缓解时做神经心理成套测试表明:注意测验、语词性及视觉记忆、一般智力及数学问题解决等认知功能均有损害。

(二) 病人的情绪特征

情绪不稳定是患病后普遍存在的情绪反应,病人控制能力下降,易激惹。如甲状腺功能亢进的病人几乎都伴有情绪变化,表现为紧张、易激动及情绪不稳定。临床上常见的病人的情绪问题有焦虑、抑郁及愤怒。

1. 焦虑 焦虑是个体感受到威胁或预期要发生不良后果时所产生的情绪体验。产生焦虑的原因主要是病人对疾病的担心,对疾病的性质、转归和预后不明确;对带有一定危险性的检查和治疗怀疑其可靠性和安全性;对医院陌生环境或监护室的紧张氛围感到担心和害怕,尤其是目睹危重病患者的抢救过程或死亡的情景。

2. 抑郁 抑郁是以情绪低落、兴趣缺乏等情感活动减退为主要特征的一组症状。严重的器官功能丧失、预后不良的疾病、危重疾病及某些对工作和生活影响较大的疾病更容易使病人产生抑郁情绪;另外,抑郁情绪的产生还与病人的个性及社会经济因素有关。

3. 愤怒 愤怒是个体在追求某一目标的道路上遇到障碍,受到挫折时所产生的的一种



紧张情绪。病人往往认为自己得病是不公平的、倒霉的，再加上疾病的痛苦，使病人感到愤怒；同时，由于各种原因使病人的治疗受阻或病情恶化，或发生医患冲突，都会使病人产生愤怒情绪。愤怒常伴随攻击性行为，愤怒可指向外部，病人会向周围的人如亲友和医护人员失去理智地发泄不满和怨恨的情绪；愤怒还可能指向自身，表现为病人的自我惩罚和自我伤害，如拒绝正当的治疗，甚至破坏正在采取的措施和已经取得的疗效。

（三）病人的意志行为特点

治疗疾病的过程对病人来说也是一个以恢复健康为目的的意志活动，患病后病人主要表现为意志行为的主动性降低，对他人的依赖性增加，如有的病人意志力减退，不能按医生的要求完成治疗，使疗效受到影响。许多病人有行为退化的现象。行为退化指的是病人的行为表现与年龄、社会角色不相称，显得幼稚，退回到婴幼儿时期的模式。如躯体不适时发出呻吟、哭泣，甚至喊叫，以引起周围人的注意，获得关心与同情。自己能料理的日常生活也要依赖他人去做，希望得到家人、朋友、护理人员无微不至的照顾与关怀。

（四）病人的个性改变

一般来说个性是比较稳定的，通常不会随时间和环境的变化而发生改变，但在患病情况下，部分病人会出现个性的改变。病人可表现为独立性降低而依赖性增强，被动、顺从，缺乏自尊等。尤其在一些慢性迁延疾病或疾病导致的体像改变，疾病对病人的生活影响很大，病人常常很难适应新的行为模式，以致改变了病人原有的一些思维模式和行为方式，使个性发生了改变。如一些病人患病后变得自卑、自责等；部分截肢病人可能会变得自卑、冷漠；脑卒中后可致人格衰退，病人可能变得孤僻和退缩。

二、病人心理问题的基本干预方法

心理干预主要针对病人的认知活动特点、情绪问题以及行为和个性改变；同时还要考虑不同疾病、不同年龄和性别病人的心理生理反应特点，采取综合性的干预措施，临床上主要采用以下几种方法。

（一）支持疗法

了解病人的不良精神因素及各种应激，要充分理解和尊重病人。鼓励病人倾诉，耐心倾听病人的痛苦与忧伤，帮助病人疏导负性情绪，鼓励病人培养积极乐观的情绪；帮助病人建立社会支持系统，树立战胜疾病的信心；给病人提供有关的信息，建立良好的医患关系，指导病人调整各种不良的生活方式与饮食习惯，帮助病人科学地安排生活，消除各种心理社会压力。

（二）认知治疗

病人会有怎样的心理反应，强度如何，取决于病人对疾病和症状的认识与评价。而认知模式又和病人的个性特征及社会文化背景有关，错误的认知会歪曲客观事实和阻碍疾病康复过程的进行。

首先，帮助病人识别自己的不良情绪和认知系统里的问题，然后，通过各种认知治疗技术，帮助病人改变观察问题的角度，赋予问题不同的解释，使病人的情绪和行为问题有所改善，努力达到纠正错误的认知，重建合理的信念和认知模式。临床上常常采用 Ellis 理性情绪疗法和 Beck 认知治疗技术，纠正病人的不良认知，将科学、客观和正确的康复知识介绍给病人，促进不良认知的改变。

（三）行为治疗技术

患病后出现各种情绪问题及生理功能失调在临床上非常普遍，及时应用行为治疗技术，可有效地帮助病人减轻这些症状，促进疾病的康复。有关行为治疗技术详见第十三章。



(四) 健康教育和咨询

健康教育可增加病人对疾病和自己身体状况的了解,减轻焦虑,增强战胜疾病的信心。健康教育的内容广泛,包括疾病的基本知识、紧急情况的处理和应对策略、病情的监测及生活管理等;为病人提供有关疾病和康复的医学知识,还可以帮助病人了解和解决患病后可能出现的婚姻和性生活的问题,提高生活质量。如冠心病病人及其配偶常常会有一些心理问题,主要是焦虑和忧郁,配偶有时还会夸大医生在病人出院时的各项嘱咐,往往过分地对病人加以保护,助长了病人的依赖性和无用感,影响病人康复。

第三节 各类病人的心理特征

临床各科疾病种类繁多、病因复杂、病情轻重不一,病程长短各异。有些疾病呈急性起病,病情危重,如外科创伤、脑出血等;另一些疾病起病隐匿,病情呈慢性经过,如恶性肿瘤、糖尿病等。不同病期的病人的心理变化有不同的特点,以下主要介绍临床上常见的几类病人的心理特征。

一、不同病期病人的心理特征

(一) 急性期病人的心理特点

急性期病人大多病情危重,需要紧急处理,病人的心理反应往往非常强烈。常见的主要为情绪反应和相应的行为反应。

1. 焦虑 由于起病急骤,疾病发展迅速,病人对突如其来的疾病缺乏足够的心理准备,加上疾病本身带来的痛苦,并且病人没有时间安排工作和家庭生活,导致病人产生严重的焦虑。

2. 恐惧 绝大多数急、重病人需进入抢救室接受治疗,神志清醒病人目睹了紧张的抢救过程或死亡的情景;同时,对抢救室的各种医疗设备也会产生恐惧心理。有些疾病本身已对病人产生了心理压力,如心肌梗死,病人可因持续性剧痛而产生濒死的恐惧心理;消化道出血病人看到自己大量呕血、便血时精神极度紧张,更加重了病人的恐惧心理。

另外,由于突发事件引起的损伤,病人可出现情绪性休克,表现为无主诉、冷漠、呆滞甚至昏厥。还有,急性期病人常会出现行为退化,病人表现为行为情感幼稚,哭闹不安,易激惹,不配合医护人员的治疗措施等。

医务人员心理素质和技术水平对急性期病人的心理反应起关键作用。医护人员积极、快速和有序地投入抢救和治疗,可以减轻或消除病人的紧张心理;医务人员沉着、冷静和果断,可以增加病人及家属的安全感。对于急性期病人主要是给予支持治疗,要理解和尊重病人的情绪和行为反应,耐心地安慰和鼓励病人,向病人提供有关的信息,帮助病人正确对待疾病,积极配合各种检查和治疗措施,促使病情稳定和早日康复。

(二) 慢性病病人的心理特征

慢性病指病程超过3个月、症状相对固定、常常缺乏特效治疗的疾病。如原发性高血压、冠心病、糖尿病、慢性阻塞性肺部疾病及类风湿性关节炎等。慢性病的发病率在我国呈逐年上升的趋势,严重危害人们的身体健康,给社会经济的发展造成巨大的损失。包括心理干预在内的慢性病的综合治疗对控制慢性病的发展有重要意义。慢性病病人的心理特征主要有以下几个方面。

1. 主观感觉异常 慢性病病人常常将注意力转向自身,感觉异常敏锐,对自己身体的细微变化感受性明显增高,尤其对疾病的症状反应明显,病人常会诉说自己的各种不适。并且总是思虑着自己的疾病,而对其他事物很少关心。



2. 抑郁心境 慢性病长期迁延不愈,使病人的生活和工作受到了很大的影响,甚至丧失劳动力,经济也蒙受巨大的损失。慢性病给事业、家庭、社会活动带来的负面影响,使病人感到沮丧、失望、自卑和自责,对生活失去热情。有的病人经受了长期的疾病的折磨,对治疗缺乏信心,悲观失望,甚至产生“生不如死”的轻生念头。

3. 怀疑心理 慢性病病因复杂、病程长及见效慢,病人常因对疾病缺乏正确认识,或因疗效不明显而怀疑治疗方案或医生的治疗水平,有的病人会到不同的医院去检查和治疗;有的病人会反复要求会诊或改变治疗方案,甚至自行更换药物。这都会影响医患配合,严重影响治疗效果。

4. 病人角色强化 慢性病病人长期休养、治疗,已习惯于别人的照顾,行为上表现出较强的依赖性,更强烈地需要他人关注;另外,长期处于病人角色使病人心理变得脆弱和社会退缩,回避复杂的现实,这些都使得病人角色行为强化。

5. 药物依赖和拒药心理 许多慢性病病人由于长期服用某种药物,有时因病情稳定需要停用或因病情需要换用其他药物,病人会变得非常紧张和担心,甚至出现一些躯体反应;有些慢性病病人则担心药物的副反应大,对药物产生恐惧心理,甚至干脆拒绝执行医嘱或偷偷地将药扔掉,导致治疗困难。

慢性病病人的综合治疗是一个长期的过程,要有一个科学合理的治疗计划。除了常规的医学治疗以外,首先,要对病人进行健康教育,帮助病人进行自我健康管理,包括学习与疾病和健康有关的常识、饮食管理和运动锻炼等;其次,对病人进行心理健康辅导,并对心理问题进行干预,主要包括以下几个方面:①支持性心理治疗,慢性病病程长、病情容易反复,所以,要充分理解和尊重病人,给予心理支持和安慰,帮助病人建立社会支持系统,树立战胜疾病的信心。②情绪管理,帮助病人学习识别和觉察自己的情绪变化,培养积极乐观的情绪,让病人意识到保持积极乐观的情绪,有利于机体的康复。③认知行为治疗,以更加合理的思考模式来评价自己的疾病、生活和工作,发展有效的应对策略来应付生活中的变化,学习适应性的行为,使病人保持良好的心态,提高病人对慢性病综合干预计划的依从性。

(三) 康复期心理问题及干预

病残使病人在上学、就业、婚姻和经济等方面遇到重重困难和障碍,同时还面临周围人态度的改变,由此导致一系列心理行为问题。

1. 康复期的心理问题

(1) 错误认知:伤残病人常见的错误认知有:否认、认同延迟、失能评价等,这些错误认知将严重影响对病残的适应以及对康复计划的执行。

(2) 不良情绪:多数躯体病残的病人都普遍存在焦虑、抑郁、愤怒等负性情绪。

(3) 不健全人格:伤残病人比较普遍的性格特点是孤僻和自卑。同时,病前人格特征对患病后的人格改变有重要影响。医务人员应充分了解病人的人格特点,耐心细致地做好解释工作,指导其正确对待自己的疾患。

2. 康复期心理问题干预的原则

(1) 培养积极的情绪状态:通过心理支持和一定的指导措施,鼓励残疾人和病人培养乐观、自信和顽强的心理状态,促进机体的抗病能力和发挥器官的代偿功能,帮助病人顽强地生存下去。

(2) 动员心理的代偿功能:人类的心理活动功能有很大的潜力,当人们不幸丧失了某种心理功能,其他心理功能则会予以代偿。因此,应充分重视代偿功能的训练。

(3) 纠正错误的认知:通过各种认知治疗技术,如 Ellis 理性情绪疗法和 Beck 认知治疗技术等,纠正病人的不良认知,将科学、客观和正确的康复知识介绍给病人,促进其不



良认知的改变。

(4) 积极进行康复运动锻炼,合理地使用运动锻炼程序,对残疾人和病人有良好的身心康复作用。

(5) 调动各种积极的社会因素来帮助病人的康复,如家庭、社会、各有关专业人员均参与伤残病人康复工作,给予全方位的支持和帮助。

二、临终病人的心理特征

(一) 临终病人的一般心理特征

医学将人的死亡过程划分为三期:濒死期、临床死亡期、生物学死亡期。“临终”是指死亡过程中的濒死期,对病人来说,这是一个充满痛苦、遗憾和恐惧的过程。所以,医护人员应了解临终病人的心理特征,满足病人的心理需要,尽可能地减轻临终病人躯体和心理上的痛苦,提高临终病人的生活质量,维护临终病人的尊严,让病人平静安详地面对死亡,帮助他们安然地度过生命的最后时刻。

美国精神病学家、著名的临终关怀心理学创始人 Kubler Ross 在她的著作《死亡与垂危》中,阐述了她的观察和研究,提出了临终病人心理的5阶段理论,包括:

1. 否认期 当病人得知自己的疾病已进入晚期时,最初的心理反应就是否认。病人不承认自己患有无法逆转的疾病,表现为怀疑诊断是否出了差错,这是病人面临严重应激时的心理防御机制,有其合理性;可以暂时成为掩盖事实的积极的心理屏障。病人的这种心理一般持续时间短暂,但个别病人会持续否认直至死亡。

2. 愤怒期 否认期是短暂的,随着病情的进展,疾病的症状越来越明显,病人会产生焦虑、愤怒、怨恨和克制力下降。病人的愤怒源于他们的恐惧和绝望感,其愤怒的指向可能是多向的:他们会怨恨命运对自己不公;因疾病痛苦得不到缓解、各种治疗无效而抱怨医务人员;因亲人语言不当、礼节不周而大加指责;也可能因后顾之忧、家庭牵挂而怨恨自己。

3. 协议期 当病人感到愤怒怨恨于事无补,相反可能加剧疾病进程,病人试图用合作的态度和良好的表现来换取延续生命或其他愿望的实现。此时病人积极配合治疗和护理,情绪较平静,他们把希望寄托在医务人员的同情、支持与治疗上,期望得到及时有效的救助,达到一定的效果,期待能奇迹般地把病治好。这个时期对病人是有益的,因为他们正在尽量用合作的表现来推迟死亡的来临。

4. 抑郁期:随着身体状况日益恶化,病人逐渐意识到现代医疗技术已无力回天,自己即将丧失生命,因而陷入深刻的悲哀和绝望。绝望期的病人常有一种无所适从的失控感,有强烈的孤独感,忧郁愁闷,万念俱灭,巨大的心理压力常会引起食欲不振、眩晕、呼吸困难及极度疲乏,以致排泄失禁、精神涣散、疼痛不适。

5. 接受期 死亡已是即将发生的事,病人被疾病折磨得虚弱无力,病人无可奈何地默认了残酷的现实。此时病人面临即将来临的死亡,显得既不痛苦也不害怕,心理上有所准备,他们认为已经处理好他们想要处理的事宜,等待着与亲人的最终分别。一般情况下,此时病人的体力处于极度疲劳、衰竭的状态,常会表现出平静,原有的恐惧、焦虑和最大的痛苦已逐渐消失。

Kubler Ross 关于5阶段的临终心理的理论具有重要的价值,突破了人们对死亡研究的禁忌,促使人们开始科学和理性地研究死亡现象。但这个理论没有明确指出如何区分死亡的不同阶段。有些病人可能不会经历上述的某个特定的阶段;有些病人可能会交替体验几个阶段,如从否定到愤怒,随后变得抑郁;愤怒阶段的病人又会出现否定等。另外,焦虑也是临终病人的非常普遍的心理反应,研究发现许多病人最担心和恐惧的是疼痛,因惧



怕疼痛,有的病人甚至期待死亡;其他一些难以忍受的症状也让病人非常焦虑和恐惧,如呼吸困难、腹胀、呕吐等。

(二) 临终关怀

临终关怀以提高病人临终阶段的生命质量为宗旨,体现了对人的生命价值的尊重。临终关怀包括医学、心理学、社会学和伦理学等多方面的内容,要求医护人员用科学的方法、高超精湛的临床治疗和护理手段,最大限度地帮助病人减轻痛苦,提高临终病人的生存质量和死亡质量,使其平静而有尊严地离开人世。所以,医护人员要了解并尽可能帮助病人满足各种生理需要、控制疼痛,尽可能使病人处于舒适状态;了解和理解病人及家属的心理需要,用切实有效的方法使临终病人正视现实,减轻消极的心理反应;尊重病人的人格,指导临终病人认识生命的价值及保持弥留之际形象的社会意义。

另一方面,由于临终关怀重视的是生命质量而不是通过消耗大量卫生资源来延缓病人的生存时间,可以大大减轻医院负荷,节约有限的卫生资源,减轻国家、集体和家庭的经济负担。

三、手术病人心理问题及干预

手术对于病人是一种严重的心理应激,不仅有身体的创伤性刺激,而且会产生一定的心理反应,会影响病人正常的心理活动,严重的消极心理反应可直接影响手术效果并增加并发症的发生率。因此,医护人员应了解手术病人的心理特点,采取相应的措施,减轻病人的消极心理反应,帮助其顺利渡过手术期,并取得最佳康复效果。

(一) 手术前心理反应

1. 手术前焦虑 (preoperative anxiety) 手术前病人的心理反应最常见的是手术焦虑及相应的躯体反应。主要表现为对手术的担心和恐惧,躯体反应表现为心悸、胸闷、尿频、腹痛、腹泻及睡眠障碍等。病人在手术前后出现轻度的焦虑是可以理解的,但严重的焦虑往往干扰康复的进程。

2. 手术前焦虑反应的原因及影响因素 术前焦虑的原因很多,主要包括以下几个方面:①病人对手术的安全性缺乏了解,特别是对麻醉不了解,顾虑重重,90%以上的病人会产生焦虑和恐惧。②手术前的心理准备不足,常不能对手术作出客观的分析和评价,担心手术效果。③对医务人员过分挑剔,对手术医生的年龄、技术和手术经验反复思考,并为此感到焦虑。④对手术疼痛的恐惧。⑤过去的经验。如病人有过住院或手术的经历特别是伴有负性的情绪体验,或听说过某些手术意外的议论等。

3. 手术前焦虑对手术的影响 在临床实际工作中发现许多手术前焦虑的病人在手术过程中全身肌肉紧张,麻醉效果不佳,手术疼痛剧烈,这是由于术前焦虑常常降低病人的痛阈和对疼痛的耐受性。有的病人尽管手术非常成功,但术后病人自我感觉欠佳,主要原因是术后仍然保持了手术前的焦虑反应,仍然担心许多因素会影响手术的效果。Janis (1958) 认为术前焦虑程度与术后效果存在着倒“U”字型的函数关系,即术前焦虑水平很高或者很低者,术后心身反应严重而且恢复缓慢;术前焦虑水平适中者,术后恢复效果最好。但有些研究结果认为术前焦虑与术后焦虑、疼痛程度及恢复存在线性关系,也就是术前焦虑水平高的病人,其术后疼痛程度高,机体康复的速度也慢。

(二) 手术后病人心理反应的特点

一些手术可能引起部分生理功能丧失和体像改变,容易导致许多心理问题如自卑、焦虑及人际关系障碍等。反复手术而久治不愈者术后心理反应强烈,有的病人可能因术后一时不能生活自理、长期卧床以及术后不能继续工作等原因,而继发严重的心理障碍。

1. 手术后常见的心理障碍



(1) 术后意识障碍多在手术后第二至五天出现, 表现为意识不清, 一般在 1~3 天消失, 少数可继发抑郁; 伤口疼痛、失血缺氧、代谢障碍及继发感染等生物学因素均可诱发术后不同程度的意识障碍。

(2) 术后精神疾病复发常因心理压力过重所致。

(3) 术后抑郁状态多由于心理的丧失感所致, 如乳腺癌切除术、截肢和脏器移植术等。

(4) 术前焦虑水平高的病人, 一般术后仍维持较高水平的心身反应。

2. 术后病人心理反应的影响因素 许多因素可以影响手术病人的预后, 除了疾病的严重程度、手术操作技术、术后护理及有无并发症等因素外, 心理因素也可直接或间接影响手术病人的预后, 这些心理因素主要包括:

(1) 对手术的恢复过程缺乏了解, 对手术结果的期望不切实际。

(2) 病人与医护人员之间缺乏有效的沟通, 病人对医护人员的信任下降, 降低了治疗的依从性。

(3) 情绪不稳定、焦虑反应过高或过低以及抑郁情绪等。

(4) 治疗和康复的动机不足, 缺乏自信心。

(三) 手术病人心理问题的干预

及时有效地干预和处理手术前后的各种心理反应, 增强病人对手术的心理应对能力, 使之具有良好的心理状态, 有利于手术病人的躯体和心理康复。

1. 心理支持与指导 首先, 要建立良好的医患关系, 与病人进行耐心的交谈, 听取病人的意见和要求, 以估计病人的心理反应、手术动机及应对方式; 其次, 医务人员应及时向病人和家属提供有关手术的信息。详细耐心地介绍病人的病情, 阐明手术的重要性和必要性, 尤其要对手术的安全性作出恰当的解释; 术后要及时反馈手术完成的情况、及时处理术后疼痛; 还要提供有关医院规章制度及个人生活料理等手术前需要准备的信息; 另外, 要加强病人的社会支持, 尽量安排病人与手术成功的病人同住一室, 安排家属和朋友及时探视和安慰, 能减轻病人术前焦虑, 增强战胜疾病的信心。

2. 行为控制技术 及时应用行为控制技术, 能最大限度地减轻病人的术前焦虑, 顺利渡过手术期, 促进疾病的康复。常用的减轻焦虑的行为干预技术主要有放松训练、分散注意法、示范法、催眠暗示法和认知行为疗法等。示范法是让病人学习手术效果良好的病人是如何克服术前焦虑和恐惧, 调动病人克服术前焦虑的积极心态; 催眠暗示法可以降低病人的心理应激程度。在临床实际应用时, 往往把上述心理支持及行为控制技术综合使用, 减轻病人的心理应激水平, 帮助其顺利渡过手术期, 达到最佳康复。

四、癌症病人的心理问题及干预

癌症的发病率和死亡率正在逐年上升, 已成为当前最主要的死因之一。癌症的病因十分复杂, 许多发病机制还不十分清楚。有关的研究提示, 心理社会因素和癌症的发生发展密切相关, 而且癌症病人的不良心理反应和应对方式对其病情的发展和生存期有显著的影响。

(一) 癌症病人常见的心理变化

尽管现代医学已经对癌症的诊断和治疗有了很大的进展, 但是多数癌症仍然因转移和复发而难以治愈, 这使得人们往往谈“癌”色变。所以, 当病人得知癌症的诊断消息后, 会出现显著的心理变化, 其心理反应大致分四期。

1. 休克-恐惧期 当病人初次得知自己身患癌症的消息时, 反应剧烈, 表现为震惊和恐惧, 同时会出现一些躯体反应, 如心慌、眩晕及昏厥, 甚至木僵状态。



2. 否认-怀疑期 当病人从剧烈的情绪震荡中冷静下来时,常借助于否认机制来应对由癌症诊断所带来的紧张和痛苦。所以,病人开始怀疑医生的诊断是否正确,病人会到处求医,希望能找到一位能否否定癌症诊断的医生,希望有奇迹发生。

3. 愤怒-沮丧期 当病人的努力并不能改变癌症的诊断时,情绪变得易激惹、愤怒,有时还会有攻击行为;同时,悲哀和沮丧的情绪油然而生,病人常常感到绝望,有的病人甚至会产生轻生的念头或自杀行为。

4. 接受-适应期 患病的事实无法改变,病人最终会接受和适应患癌的事实,但多数病人很难恢复到患病前的心境,常进入到慢性的抑郁和痛苦中。

另外,癌症治疗的过程中所伴随的副反应常会对病人构成暂时或持久的心理冲击。如化疗及放疗所致的恶心呕吐,使病人感到焦虑和恐惧,脱发也是许多化疗药物常见的副反应,会使病人感到苦恼,影响病人的自信和自尊心,部分病人变得社会退缩,不愿与人交往。

一些肿瘤手术会切除某个器官或造成病人体像的改变,如颜面部外观的改变,截肢、内脏造瘘等都可构成心理创伤,使病人对自己的身体或外观不能认同,产生自卑、悲观和抑郁的情绪变化。观察发现,乳癌病人术后约 1/3 有中度以上的焦虑及抑郁,病人在获得装饰性乳房后,抑郁症状可减轻,信心增加;另外,结肠癌手术或癌性截肢等,因体像毁损或功能丧失而损害病人的自尊,病人的反应常常取决于躯体的应激水平和对自尊心冲击之间的复杂的相互作用。

(二) 癌症病人心理问题的干预原则

及时给予癌症病人适当的心理干预,可帮助病人尽快适应自己的心身变化,配合抗癌的综合治疗,同时可帮助病人减轻心理痛苦,提高生活质量。

1. 告诉病人真实的信息 目前,多数学者主张在恰当的时机将诊断和治疗的信息告诉病人。让病人了解治疗过程中出现的各种副作用和并发症,并进行解释和心理辅导,这有利于病人配合治疗,使病人对治疗有一个较好的心理适应。在告诉病人诊治情况时,应根据病人的人格特征、应对方式及病情程度,谨慎而灵活地选择时机和方式。

2. 纠正病人对癌症的错误认知 病人的许多消极的心理反应均来自于“癌症等于死亡”的错误认知;帮助病人了解自己疾病的科学知识,接受癌症诊断的事实,及时进入和适应病人的角色,配合治疗。

3. 处理病人的情绪问题 大多数癌症病人有情绪问题,而躯体疾病和心理因素的交互影响会导致恶性循环:得知癌症诊断,出现消极的情绪反应,进一步影响生理功能,症状加重,从而使得情绪进一步恶化……,而阻断这种恶性循环的关键在于解决病人的情绪问题。对于处在否认-怀疑期的病人,应允许病人在一段时间内采用否认、合理化等防御机制,让病人有一段过渡时间去接受严酷的事实。但是,长时间的“否认”则可能延误治疗,应加以引导。研究表明,对于癌症病人,真正意义上的“否认”并不多见,大多数属于情感压抑。支持性的心理治疗,可帮助病人宣泄压抑的情绪,减轻紧张和痛苦的情绪。

由于对死亡、疼痛和残疾等后果的担心,癌症病人常常会产生焦虑和恐惧情绪,可采用认知疗法纠正病人的错误认知,如“癌症是不治之症”等歪曲的观念,再结合支持性心理治疗、放松技术、音乐疗法等治疗,有助于降低焦虑和恐惧的情绪。对于严重焦虑恐惧的病人,可适当使用抗焦虑等药物治疗。

抑郁是癌症病人又一常见的消极情绪,严重者可能不配合治疗,甚至产生自杀意念和自杀行为。通过对病人进行深入地晤谈等,并对抑郁的程度进行评估,根据病人的抑郁程度,采用多种治疗方法如支持性心理治疗、运动疗法和认知治疗等进行心理干预;同时鼓励和强化病人保持人际交往,进行力所能及的活动,尽可能提供社会支持资源,帮助病人



改善情绪；对于严重的抑郁病人，使用抗抑郁剂是必要的。

4. 减轻疼痛 应高度重视癌症病人的疼痛问题，癌症病人的疼痛常伴有恐惧、绝望和孤独的心理反应，这会更加重疼痛的主观感受。由于疼痛可以加剧病人心身交互影响的恶性循环，所以，处理的原则首先是要采用各种措施减轻和消除疼痛，然后再考虑疼痛出现后的心理问题。晚期癌症病人的疼痛宜尽早用药物控制，不必过多考虑止痛药物的各种禁忌。

5. 重建健康的生活方式 宣传健康知识，倡导人们建立健康的生活方式，树立防癌意识，切断生活方式与癌症的通道。

(方建群)

第九章 医疗行为中的人际关系

医疗行为中的人际关系是指在医疗行为中所发生的人与人之间的关系，涉及到医务人员、患者及其亲属以及社会的其他人员，而医生和患者的关系是核心。建立良好的医患关系是医疗行为是否得以顺利开展的重要前提，在医疗实践中与医疗技术具有同等的重要意义。

第一节 人际关系与医疗行为

人际关系是指在社会生活中人与人之间所建立起来的关系。从目前情况来看，广义的社会生活包括了人们的工作、社交、家庭等方面，所以广义的人际关系包括了人与人之间的工作关系、家庭关系等。人际关系无论对于个体还是群体都相当重要，良好的人际关系可以为个体创造一个适合于自己各方面都得到顺利发展的氛围，从而促进工作的进行、家庭的和谐以及个体的身心健康，人际关系不良则会给个体的社会生活和家庭生活造成障碍，有的时候甚至还可以带来灾难性的后果。人是社会动物，每个个体的发展总是离不开群体，处理好人际关系是每个个体所必须面临的问题，能否处理好人际关系与个体的个性、社会经验、阅历、认知水平等多种因素有关。

医疗行为 (medical behavior) 中的人际关系则是指在医疗行为中以医疗方和患者方为基础所建立起来的关系。这种关系涉及到三个主要的方面，即医务人员、患者及其亲属以及社会的其他人员。因为每个人都可能生病，所以每个人都可能成为“候选病人”或“候选病人的亲属”，因而目前的医患关系的各种情况以及目前的社会保障系统等均与社会的所有成员有关，因此目前医疗行业中所出现的任何问题不仅牵扯到目前的医患双方，同时也必然牵扯到在此处所提到的“候选病人”或“候选病人亲属”。从上面的描述可知，医疗行为中的人际关系所涉及的面是相当广泛的，而这一关系的核心是医务人员和当前的患者，再具体一点说，这种关系的最核心部分是医生和患者的关系。医疗行为的人际关系内容具体大致包括：医生和患者、护士和患者、医疗行政管理人员和患者、医护人员和患者亲属、医护人员和医疗行政管理人员、患者和亲属、医务人员和社会其他人员等。在医疗行为中的医务人员、患者、患者亲属等既在医疗行为中承担特殊的角色，而同时也是普通的个体，因此医疗行为中所体现的关系也会分为两种情况，一是职业关系，即医务人员进行职业行为时和患者及其亲属所发生的关系，如医生询问患者病史、医生对患者进行体格检查、医生要求患者接受各种化验检查、医生给予患者药物治疗、医生对患者施行手术、护理人员对患者进行护理、医务人员要求患者亲属陪伴、要求协助医护人员看护患者、医护人员要求患者及其亲属对各种有一定风险的检查或治疗措施充分知情并在充分知情的情况下自己作出接受或者拒绝某种检查或治疗的决定，同时承担这些决定的风险，患者对医生业务水平的审视，患者及其亲属对医护人员治疗和护理的依从性等均属于这种关系的具体体现。除了以诊断和治疗疾病作为主干建立起来的关系以外，因为从事诊断和治疗职业活动的医务人员、患者及亲属同时也是普通的人，他们有不同的经历、不同的教育背景、不同的个性、不同的年龄、性别、外貌，在进行职业活动的过程中还必然会建立起超出职业活动以外的一般的人与人之间的关系，如有的医护人员和患者及亲属在职业活动正在进行的同时或职业活动结束后可以保持密切的联系，成为朋友、恋人、夫妻，或成



为从事其他社会活动的伙伴。在此过程中,或成为友好的合作伙伴,也可能成为不友好的两方。由于两种不同性质的关系同时发生,可以构成相互的影响。可以设想医患之间的“亲密无间”或相互猜疑、埋怨对于职业行为的顺利进行必然是有害的,如何区分和处理这两类混合在一起的关系是值得注意的又一个问题。

和普通的人际关系一样,在医疗行为中正确处理和保持良好人际关系对于执行医疗行为十分重要,如果没有良好的医患关系对于医疗行为来说将会产生十分不良的影响,有时甚至对于医患双方来讲可能产生灾难性的后果。如前所述,关系各方的个性、经历、教育背景、兴趣爱好等均对人际关系产生影响,因此要在医疗行为中建立良好的关系,就应当首先了解关系中各方的心理特征以及关系中各方的责任、权利、义务等情况,并从中找出建立这种关系的连接点。有关病人的心理特征已在第8章详述,本章着重就医务人员心理特征及其相关问题,医患关系的内涵及如何增进医患关系等问题逐步展开讨论。

第二节 医生的角色及其心理特征

一、医生角色

与患者角色相对应的是医务人员角色(role of medical practitioner),很显然这是一种社会角色。这里所要介绍的医务人员角色,主要是指医生的角色。虽然社会对于医生角色的界定,在不同的社会背景或不同的历史时期,内容方面有所不同,但总的说来,当前社会对医生角色的看法大同小异。

(一) 医生角色的责任

医生的责任应该总结为三个方面,一是诊断和治疗的责任,这种诊断和治疗的责任不仅是对于个体,也可以是针对整个群体。二是预防和保健的责任,预防的责任所强调的就是对于可能发生的疾病作出各种提前反应。而保健的内容就更广泛一些,首先是对于群体进行健康教育的问题,此外也包括对于个体进行躯体和心理的保健工作,如健康体检、对于工作和生活起居的建议、对于不同年龄组饮食结构的建议、进行保健性的心理咨询等。三是为社会提供安全感,这是医生这一行业存在的重要价值之一,在一个群体中,患病的个体必然是少数,甚至是极少数,但可以想象如果在某个居住地区没有医院或从业的医务人员,这个地区就不会有人愿意居住或在此工作,因为谁都不敢保证今天的健康个体就不会成为明天的患者,而正因为如此,医院以及医生的存在就为群体的健康和生命提供了心理上和现实中的安全保证。

(二) 医生的权利

1. 诊断的权利 对于这一点,有时可能会觉得非常普通,甚至认为是理所当然的,但一个医生的成长过程包括了正规医学院校的5-8年的基础理论教育和见习,然后通过国家的正规考试,才能够获得通科医师的执业资格,然后再进行4年或更长的时间的医疗临床实践和培训,再通过国家的另一次考试,才能够获得专科医师的执业资格,这也并非意味着获得了永久的执业资格,许多国家,包括中国在内越来越强调终生的继续教育。从医生培养的历程可以清楚地理解到医生的诊断是社会赋予的一种权利,特别是当这种诊断在某些病例中可以改变或影响个体的生活走向(如性病的诊断),或影响到个体能否顺利的获得工作的权利(如精神病的诊断)、或决定个体是否可以享受到社会所提供的特殊照顾(如各种职业病的诊断),或决定个体的活动范围甚至自由是否必须受到限制(如某些重要传染病的诊断)等情况的时候更是如此。

2. 了解患者隐私的权利 这里所说的了解患者隐私的权利并不是说患者没有权利保



守自己的隐私，也不是说医生就有权利强行让患者讲出自己的隐私，而是患者在医生面前的一种自然反应，为了治疗和康复的目的，医生理所当然地可以问到患者各方面的隐私，而患者自然地，甚至感到是天经地义地向医生暴露自己的隐私，无论现在或过去，无论是在何种医患关系模式内进行医疗行为均是如此，所谓“有病不瞒太医”就是说的在医生面前患者什么事情都可以暴露，而医生为了诊断和治疗的目的，什么都可以询问患者，这实际上是社会以及患者方面给予医生的又一种权利。

3. 对患者进行各种检查的权利 这种权利实际上也是社会以及患者所赋予的，特别是医生可以为了诊断和治疗的目的而检查患者躯体的任何地方，包括隐秘的部位，当然检查敏感的部位前，应保证患者知情同意权。

4. 对患者进行创伤性治疗的权利 从某种意义上讲，医疗过程中，有的治疗也可以给患者带来暂时的或永久性的躯体伤害（如截肢）或/和精神上的伤害（如某种治疗过程给患者所造成的恐惧），但为了诊断和治疗的目的，医生有权力对患者进行创伤性的治疗，而权衡这种伤害的利弊得失，进而决定是否为了诊断和治疗的目的进行某种创伤性诊断和治疗的权力主要方也在医生。这是社会以及患者给予医生的又一种权利。

5. 决定患者能否从事某种职业以及是否能够回归社会生活的权利 医生的诊断有时决定着一个个体能否从事某种职业，如航空航天、医学行业、军警等，有时医生的诊断可能会决定个体一生的发展走向和命运。此外，决定一个个体是否在病后可以继续从事某种工作，或是否有能力进行某方面的活动的判断权力也在医生。

6. 参与司法活动的权利 司法活动有许多地方要借助于医学的知识和医学界的专家，有时，医学界的判断结论可以起到非常重要的作用。如某人因意识障碍或智能障碍失去自控能力，或在幻觉、妄想等症状支配下出现了伤人毁物行为，此时决定该当事人是否具有民事或刑事责任能力的判断权力在具有相应知识的专科医生；此外，为了责任的判定、诉讼、刑侦、解决纠纷等目的所进行的毒理分析、伤残鉴定等都是医疗行为介入到司法活动以及其他社会活动的例子。

7. 获得较高报酬的权利 与社会经济水平的整体发展相一致，医生的收入也在逐步提高，而且无论是在经济发达的社会还是在比较贫穷的地区，医生的收入总是比较稳定的，大多处于社会人群平均收入以上。这是社会的现状，从社会群体对医疗行业的需求来看，医生也有权利获得较高的报酬，这实际上也是社会给予医生的权利。

（三）医生的义务

既然社会和患者给予了医生的许多权利，医生就应该承担相应的基本义务，这就是，在执业行为需要的情况下，应该不计时间、不计报酬的工作，这种情况最常出现在重危患者需要抢救的时候。而在一些灾难、疫情发生，影响到群体的健康，甚至危及到群体生命的时候，对于医生来讲，不仅仅是时间的花费以及收入与付出不平衡的问题，有时可能还会危及到自身的健康，甚至是生命。在预防、治疗疾病以及保健方面，对于医生不存在“高尚”，也不存在“奉献”，而是一种责任和义务。明确这一点，是医生行业所应该具备的基本素质。

二、医生的心理特征

（一）医生的生存需要

和任何行业一样，医生的生存需要就是医生从业的最根本动机。也就是说，医生从事医疗行业最原始动机和其他行业一样，是为了通过诊断、治疗患者而获得相应的报酬，满足自己的生存需要。这本来是很简单、明了的问题，但由于总是患者求医，再加上社会从各种不同的角度对于医疗行业提出要求，就使有的从事医疗行业的个体产生了一个错觉，



感到患者乃至全社会总是求助于医生,有的医生甚至以自己的当时的感受来决定对患者的态度,感觉良好的时候,以患者的“救世主”自居,而在感觉不好或者患者的综合情况比较棘手的时候,就将患者视为“麻烦”。但他们没有想到的是没有患者,就没有医疗行业,也就没有他们这些医疗从业人员,也就谈不上将医疗作为一种谋生手段的问题。如果不能明确这一点,医患关系的定位就会出现明显的偏差。

(二) 接纳、被接纳及尊重、被尊重的需要

医生的在医疗行为中的接纳与被接纳和尊重与被尊重需要体现在两个方面,一方面是需要同行的接纳和尊重,另一方面是需要患者的接纳与尊重。前者主要是指需要同行对自己个体的接受以及对自己医疗水平的认可,而后者则是指需要患者及其亲属对自己本身的接受以及医疗水平的认可。有这样一个例子,某位年轻医生平时工作非常努力,希望尽快积累经验,成为患者和同行都尊敬的医学专业人员。他在实际工作中进步也很快,领悟能力很强,在工作半年以后就有一批患者指名要其诊治。某一天在门诊坐诊的时候,他很快处理完了医院规定数量的患者,这时一位患者进门对他说,其他的诊断室非常拥挤,他这里反正没有事情,能否顺便给诊治一下。这位医生没有直接拒绝,而是要求患者去将所挂的号换成自己诊断室的,当患者去挂号室以后得知这位医生的号已经挂完而要求加号的时候,医生坚决拒绝,说自己已经完成诊断任务,不愿意再诊治病人,弄得患者很不愉快。这个例子是医生在患者面前接纳及尊重的需要没有得到满足后所出现的情感反应,而这种反应又反过来影响医疗行为中人际关系的很好说明,同时也反映出医生,特别是医疗资历较浅的医生的不自信。医生之所以产生较为强烈的反应,并且在有条件给患者诊治的情况下而拒绝给患者诊治的关键在于患者在要求给予诊治的时候对其所说的“反正没事”、“顺便看一下”等话,因为医生感到这些话是患者没有真正重视自己和承认自己能力的表现。所作出的反应是先不直接拒绝,而是让患者去挂号,表面上看,是要求患者履行就诊手续,无可挑剔,实际上是让该患者知道还是有许多患者愿意找自己求治的。当该患者发现医生的号已经挂完而要求加号的时候,这位年轻医生坚决拒绝的行为所希望向对方传递的信息是自己虽然资历浅,但也是有“份量”的,不是拿“顺便”就可以打发的。此外,在医疗行为中,有的医生之间在医疗行为中的相互嫉妒和诋毁,以及有的下级医生不愿听取上级医生的正确意见,或对于自己所出现的差错采取回避的态度等除了有职业道德、行为规范等诸多因素以外,对于同行的接纳与尊重的需要也是重要的原因之一。

(三) 自我实现的需要

任何人均有自我实现的需要,医生当然也不例外。自我实现主要是个体需要体现自己的存在对于别人、对于社会的价值。医生的自我实现的需要当然主要体现在通过治疗好患者来证明自己存在的价值,正是由于这种需要促使医务人员不断地从医疗实践中去探索,不断地去积累经验,而使医疗水平不断地提高。这本来是很自然的事情,但在某些情况下,也可以出现偏差,如为了追求治疗某种疾病成功的体验而忽略患者的感受,或者忽略患者的综合情况,或无视患者的权利等,最终可能会危及到患者的利益以及患者的健康。

(四) 优越感

医生在患者及其亲属面前的优越感是显而易见的,这种优越感来自两个方面,一方面首先是来自健康人对于患者的优越感,这种优越感往往会从和患者及其亲属的一般交流中不经意地流露出来,有时甚至不为本人所察觉,但却可以明显地影响到患者一方的心态。例如在询问病史或进行治疗性谈话的时候,可以通过对于疾病症状的评论,或通过与自己优越情况的比较,或通过对于一些事件的惋惜,如对于患者及其亲属由于作出的决定不当所造成的病情延误的惋惜,或对于患者以及亲属对于医学常识的不足所提出的“无知”问题的感叹等均表现出这种优越感。另一方面,是作为专业人员的优越感,这种优越感更为



突出。产生这种优越感的前提是医生提供了病人所急需的医疗服务，而这种服务对于患者方面来说是一种强制或被迫的需要，所以容易使医方产生患者是有求于自己的感觉，这种感觉就是产生优越感的根源所在。由于有这种优越感，使医方总是有一种高于患者方的感觉，在这种感觉的影响下，即使患者是以对等的方式与医方交流也会使医生产生不好的感受，只有在患者自觉地将自己的位置降到从属地位的时候，医方才容易与患者接近，而以这种情况作为建立医患关系的基础又和共同参与模式框架内进行的医疗行为格格不入。

(五) 主宰欲和控制欲

医生的主宰欲和控制欲是以自身的优越感作为基础，主要表现在医疗行为中希望自己有绝对的权威，希望患者及其亲属完全服从自己。当门诊或住院患者没有按照或者没有完全按照医生的指令行事，部分或完全没有遵从医嘱，或根据自己所了解的医学知识提出自己的疑问和看法的时候，有的医生，特别是有的颇有名望的医生会感到非常恼火，甚至非常愤怒，出现训斥患者及亲属，或出现扬言不再为该患者进行诊治等现象。这种现象的表面似乎是为患者着想，为患者的固执、“不听话”而可能造成的病情延误而担心，在许多情况下，这种反应为患者和亲属所理解，但深入反省这种现象则是医生的权威受到挑战所产生的情感反应。

(六) 医生所存在的自卑和心理防御机制

每个人都存在自卑，不可能在任何人或任何事情面前都表现得完全自信，而问题的关键是应该及时领悟到自己在医疗行为中的自卑问题，才能够更好地调整好 and 患者及其亲属的关系。有的自卑表现得很明确，如对于社会地位特别显赫的患者，或者对于“财大气粗”的患者所表现出的过分谦卑，以及作为反差对于社会地位较低的患者，或者对于“穷困”的患者所表现出的过分地“不屑一顾”的态度；有的自卑则表现得相当隐晦，或者是以其他的方式表现出来。有位患者在入院以后，因为觉得医院的膳食不好，亲属希望带患者外出就餐，但由于病情的原因，医生未能同意，此时其亲属向医生说明自己是该院上级主管行政部门的领导干部，希望能够给予照顾。本来此事很简单，只要医生向其亲属交代不能让患者离院是为患者的健康和安全的考虑，同时也是自己的责任就行了，但当时医生的反应相当激烈，认为这位亲属是利用自己的地位“摆谱”，搞特殊，于是发生了争吵。这反映了医生的自卑，因为如果将向对方表明身份不理解为“摆谱”，而是理解为寻求沟通的通常途径，结果就会完全两样，设想该亲属的身份不是主管单位的干部，而是医生的同行或者与医疗行业完全无关的普通人，医生就不会出现这样的反应。自卑可以发生在每个人身上，重要的问题是在具体事件发生后的自我反省，只有这样才能做到自我的不断完善。

此外，在医疗行为中医生的心理防御机制也随处可见。当同事之间有矛盾和不愉快事件发生的时候，当家里遇到烦心事情的时候，或当出现差错受到上司指责或训斥的时候，医生可能在自己的执业行为中，出现对病人的冷漠或不耐烦的情况，这是替代；当诊断和治疗遇到困难或受到挫折的时候，而这种困难或挫折实际上可能是医生的诊疗水平有限或受到当前医学界认识或技术的局限，有的医生很容易抱怨患者的不合作或不理解，甚至毫不犹豫地将在诊疗中遇到的挫折或失败的主要责任归于患者一方，这是投射；当遇到一个求医的患者不合作，不遵医嘱，而这种不遵医嘱直接造成了治疗的目的不能够顺利达成，医生的治疗意图不能够顺利地贯彻，此时，按理性来说，医生应该首先使患者与自己很好的合作，从而使自己的专业技术水平能够得以很好的发挥，因为使患者具有良好的治疗依从性也是医生综合素质的重要体现，而有的医生在自己的治疗意图不能很好地贯彻从而使自己的治疗水平不能很好体现的情况下作出了愤怒的反应，甚至可能对患者或亲属扬言自己不再愿意为患者治疗，理由是患者或亲属“不听话”，这就是退行，即无意识地采用发育



早期的行为方式来应付目前所出现的危机。在医疗行为中,医疗方承受着很多压力和冲突,出现心理防御现象理所当然,而防御的方式与医生的神经类型、经历、教育背景甚至幼年时期的生活模式等多种因素有关。而在医疗行为中,值得注意的问题是经常的自我反省,才能够不断的提高。

(七) 社会环境对于医生心态的影响

虽然每个历史时期都会有病人和医生,也都会有医疗行为。但社会环境对于医生的心态产生会重大的影响,进而影响到医疗行为中的人际关系和医疗行为本身。例如,由于对于未婚同居的不认同,可以对未婚而前来进行人工流产的个体表现出冷漠,甚至使就诊者难堪;由于对商业性行为的蔑视,可以表现出对于患有性病而前来就诊个体的嫌弃;由于对于刑事犯罪行为的憎恨,进而出现对于有刑事犯罪的患病个体的憎恨;由于有不同的政治或宗教信仰,可表现出对于与自己或与社会群体大多数的政治和宗教信仰不一致的患者治疗中的不投入或不尽心等。同样,在社会环境的影响下,医生可以对于自己或社会所关注的个体给予更多的医疗或医疗以外的照顾,关注的对象又随着社会的变迁而不断变化,如对于劳模、英雄人物、社会名流等。以上情况客观存在,但又与医生角色所要求的行为相冲突,值得每个执业人员思考和认真分析。

第三节 医患关系

随着医学模式由传统的生物医学模式转变为现代的生物—心理—社会医学模式,人们的健康期待水平也在不断提高,由单纯意义上的没有躯体疾病转变为身心健康和良好的社会适应性,在这种社会和医学背景下,医疗服务质量的内涵也更加丰富和广泛,影响医疗服务质量的因素也日渐增多。因此临床医生在提供医疗服务中除了不断提高技术水平和能力外,更需要在与病人沟通交往中建立相互信任、尊重、融洽的人际关系,才能给病人提供满意的医疗服务。

一、医患关系定义

医患关系是指医务人员在给病人提供医疗服务过程中与病人建立的相互关系。它有广义和狭义之分。广义的医患关系是指提供医疗服务的群体与接受医疗服务群体之间的相互关系。其中提供医疗服务的群体包括医生、护士、医技科室人员及医院的行政代言人;接受医疗服务的群体包括病人、病人家属及监护人、病人的工作单位代言人。狭义的医患关系是指医生个体与病人个体之间的相互关系。本节主要讨论狭义的医患关系相关内容。

二、医患关系的特点

医患关系也是人们在社会交往中发展起来的,它符合一般性人际关系的特点,同时它又是一种专业性人际关系,和其他类型的人际关系比较起来,有其自身的特点,可概括为如下4点。

(一) 明确的目的性

病人有了求医的需求和行为,才可能与医生建立相应的人际关系,而医生在医患交往中给病人提供特定的医疗服务,医生和病人的所有交往活动都以病人疾病的治疗、康复及健康的维护为目的,以满足病人的生理和心理需要为中心,因此医患关系有明确的目的性。

(二) 医患双方的地位是平等的

医生作为一种社会职业,从个体的生存和发展的角度考虑,医生在给病人提供医疗服



务过程中,既可以满足医生的生存需要,同时医生也会在职业活动中获得成就和成就感,也满足了医生的被尊重及自我实现的需要。病人作为医生职业活动的主要对象也是一个有人权、有价值、有情感、有独立人格的人,理应得到尊重、理解和接纳。另外在我国当前现有社会医疗保障制度下,病人在接受医疗服务过程中,需要承担相应的医疗成本,从市场经济角度考虑,医生应满足病人相应的医疗需要,给予病人与其承担医疗成本相应的医疗服务。因此在医疗服务过程中建立起来的医患关系双方的地位是平等的。

(三) 医生是医患关系的主要影响者

医患关系的融洽程度取决于医患双方需要的满足情况。在医疗服务过程中,虽然双方的地位是平等的,但医生相对处于主导地位,因此医患关系的密切融洽程度主要取决于医生一方。如果双方在交往中需要得到了满足,则相互间产生并保持亲近的心理关系,例如,医务工作者在与病人接触中,能够理解病人的感受,并尊重关心病人的体验和需求,在交往中就会满足病人的心理需要,双方就会建立良好的人际关系。相反,如果在医生与病人的人际沟通中,医生对病人表现不友好,不真诚,不尊重病人,不考虑病人的心理需求,就会引起病人的不安或反感,病人的心理需要得不到满足,双方就会产生疏远甚至产生敌对的关系。

(四) 医患关系有时限性

从病人的求医行为到疾病治疗结束,医患关系也经历了建立、发展、工作及结束不同时期。与其他类型的人际关系比较起来,医患关系有一个明确的特点就是有时限性,也就是病人的疾病治疗结束后,医患关系也就不存在了。因此医生在给病人提供医疗服务过程,不要与病人建立超出医患关系范围以外的人际关系。

三、医患关系的类型

根据病人的个体差异及所患疾病的性质,双方在医患关系中扮演的角色以及在双方的交往活动中所发挥的作用不同,美国学者 Szasyt 和 Hollander 提出了医患关系的三种模式。

(一) 主动-被动型 (active-passive mode)

这是一种受传统生物医学模式影响而建立的医患关系模式。这种医患关系的特点是:“医生为病人做什么”,模式的原型是“父母-婴儿”,在医疗服务过程中,医生处于主动的、主导的地位,而病人完全处于被动的、接受医疗的从属地位。所有的医疗活动,只要医生认为有必要,即可施加于病人,无需征得病人同意。

这种模式过分强调了医生的权威性,忽视了病人的主观能动性。但这种医患关系的模式可适用于某些特殊病人,如意识严重障碍的病人、婴幼儿病人、危重或休克病人、智力严重低下病人及某些精神疾病病人。

(二) 指导-合作型 (guidance-cooperation mode)

这是一种以生物-心理-社会医学模式及疾病治疗为指导思想而建立的医患关系。这种医患关系的特点是“医生告诉病人做什么和怎么做”,模式的原型是“父母-儿童”。在医疗服务过程中,医生的权威性在医患关系中仍然起主要作用,但病人可以向医生提供有关自己疾病的信息,也可以向医生提出自己对疾病治疗的意见和观点。

这种模式较主动-被动型医患关系前进了一步,允许病人参与到自己疾病的治疗过程中,尊重了病人的主观能动性。这种模式适用于急性病人的医疗过程。

(三) 共同参与型 (mutual participation mode)

这是一种以生物-心理-社会医学模式为指导思想而建立的医患关系。这种医患关系的特点是“医生帮助病人自我恢复”,模式的原型是“成人-成人”。在医疗活动中,病人不



仅是积极的合作者,而且能够积极主动地参与到自己疾病的治疗过程之中。

这种模式的医患关系与前两种类型相比,更加重视尊重病人的自主权,给予病人充分的选择权。这种模式适用于慢性疾病且具有一定文化水平的病人。

四、医患关系的影响因素

在医疗服务过程中,建立和发展良好的医患关系是适应医学模式转变的需要,现代医学模式更注重心理社会因素对健康和疾病的影响,良好的医患关系可使双方保持积极的情绪状态,增强病人对医生的信任,提高病人对医嘱的依从性,减少消极情绪状态对疾病的不良影响,有利于病人疾病的治疗和康复,也有利于医生以积极的情绪状态从事临床医疗工作。因此需要分析和了解医患关系的影响因素,利用其中的积极因素,减少和避免消极因素对医患关系的不良影响。医患关系的影响因素是多方面的,既有社会文化因素,也有医患双方的个人因素。

(一) 病人权利

尽管近年来医院总体服务质量上升,就医环境、设备及医技水平也有了明显的改善和提高,但医患之间的矛盾、纠纷并没有因此而减少。随着公众法律意识的提高,在就医过程中的维权意识也日渐浓厚,如果临床医生在给病人提供医疗服务过程中损害到了病人的基本权利,就会发生强烈的医患矛盾冲突。“病人”作为一个社会角色有其相应的权利与义务,病人的基本权利包括:免除一定社会责任和义务的权利;享受平等医疗、护理、保健的权利;知情同意的权利;隐私保密的权利;监督医疗权益实现的权利;自由选择的权利。

在一些报道的医患冲突案例中,有一部分是因为当事者缺乏对病人基本权利的认知而在不知情的情况下损害了病人的基本权利,这就需要从业的医生加强相关法律宣传和教育的;而另一部分医患冲突案例显示医生在知情的情况下损害到病人的基本权利,这是由于医生缺乏职业道德造成的,因此需要加强从业医生职业道德的教育。

(二) 责任冲突

医生与病人之间建立了医患关系后,在对待疾病的治疗和康复问题上,从病人的角度往往期望医生承担更多的责任,而对自己应该承担的相应责任缺乏清晰的认识。引发医患之间的冲突的另一原因就是责任冲突,它表现在对于病人的疾病发生原因和改变病人的健康状况该由谁承担责任,双方意见不一致。如肥胖是由于过度进食造成的,因此肥胖者应负的责任是加强意志锻炼,停止放任饮食以减轻体重;癌症病人对致癌原因不负责任,但在接受治疗时应承担积极的责任。

当病人希望的责任水平与医生的要求相一致时为最佳状态,而当病人和医生在责任方面存在分歧时会产生医患之间的冲突。有效的沟通与交流可以帮助病人和医生解决有关责任冲突的问题,如明确双方的责任,强调病人的参与和主体意识;另外医疗过程中应根据病人的能力或病人对责任的认识而采取不同的方法。

(三) 信任和理解

人际关系的双方在交往过程中,如果能有充分的信任和理解,就会化解许多矛盾和冲突。受社会环境因素的影响,在一些医生和病人之间缺少必要的信任和理解,一旦言语不和或期待愿望没有实现就导致激烈冲突。医患之间缺乏信任、缺乏理解,不能换位思考是导致这类冲突的主要原因。部分医生不能设身处地的替病人着想,而是较多地考虑医疗机构和自身的利益。而病人对医生也缺乏理解,不了解医学和疾病的复杂性。

在医患交往过程中,医生不能只是抱怨病人不理解,而应坚持以病人为中心,多给病人一些人文关爱,多替病人着想,多与病人进行一些沟通与交流,从完善自身做起,这样



才能形成和谐的医患关系。

(四) 沟通态度

按照马斯洛的需要层次理论,人有被尊重的需要,进入病人角色后这种需要会更为敏感。在与病人沟通、交流中,有的医生对待病人态度冷漠,不尊重病人的人格,这就不能满足病人的被尊重的需要,也是引发医患矛盾和冲突的原因。

在与病人沟通中良好的沟通态度体现在尊重病人。尊重人意味着把每个与自己沟通的人都作为一个有人权、有价值、有情感、有独立人格的人;尊重也意味着以一种开放的心态接受不同价值观的沟通对象;尊重还意味着一视同仁,医务人员的工作对象有各种各样的人,有年轻的、年老的,男的、女的,贫穷的、富裕的,文化水平高的、文化水平低的,善于交流的、不善于表达的,对医务人员而言,他们都是其工作的对象,都应予以尊重,不能厚此薄彼,不能有轻视或奉承;尊重意味着以礼相待,与病人沟通时不说粗话、脏话,不对病人发脾气,要克制、不嘲笑、不动怒、不贬抑,即使病人的言语举止有些失礼,医务人员也应始终以礼相待。

第四节 在医疗行为中建立良好医患关系的基本原则

正如前面已经讲过的那样,在医疗行为中存在各种各样的关系,而医生和患者的关系是诸多关系中的最重要环节,因此,首先必须关注这种关系。如何建立和维持良好的医患关系是诊断和治疗得以正常进行的前提,在建立和维持良好的医患关系中,应注意的问题有以下几个方面:

一、医患关系应该建立在现行法律和法规的框架内

在此所谈到的“在法律、法规的框架内”包含着两层意思,其一是医生的行为方式应该在法律、法规的框架内。现代社会的医疗行为不是个体的行为,而是社会行为,既然是社会行为,其规则当然就是现行的法律、法规以及行业的各种规章制度。但医疗行为作为个人行为存在了很长时间,以往将医生称为“自由执业者”就是表明了医疗行为的个体化和随意性,因此,主动—被动型和指导—合作型医患关系强调医生的个人道德。而共同参与型医患关系强调的是角色行为,也就是说合格医生,或者说“好医生”的关键在于是否能够遵守现行的相应规则,并且能否完成相应的角色所界定的责任、义务和权利去执行医疗行为。例如,一个医生也许在临床医学各个亚专业都较为优秀,从知识层面来看,他或她可以诊断和处理多个亚专业中的问题,但社会给其所界定的执业范围仅仅限于某一个特殊的领域,这可以从每个医生的执业资格证上反映出来,执业医师的注册表明了社会赋予每个医生进行医疗行为的范围,而在资格证规定以外的医学领域是其所不被允许进行执业活动的范围。因此,当患者的问题不属于某医生执业的范围时,即使是该医生能够处理这类问题,而且也许能够处理得很好,但他不能那样去做,因为社会没有赋予他相应的权利,如果真的这样做就是违反执业的有关规定。

“在法律、法规的框架内”所包含的第二层意思是医生对待患者及其亲属的态度应该在法律、法规的框架内。过去人们习惯性强调是医生应该首先对患者投入情感,强调对于患者的关心、爱护,处处为病人着想,正所谓的“急病人所急,想病人所想”,“把病人当亲人”;而现在人们越来越清晰地认识到,医生和患者的角色模式界定的范围之内建立关系,亲人就是亲人,患者就是患者。对于亲人有对于亲人的责任、义务和权利,如对于子女、丈夫、妻子的权利和义务等;而对于患者也有相应的责任、义务和权利。两者是不能混淆的,如果混淆,医患关系就会变得非常难以把握。可以设想子女发烧,医生在家里顺



便给予治疗和在医院里治疗患者有本质的区别，前一种情况是利用自己的医学知识给亲属顺便的医学照顾，所表达的内容除了医学的援助以外，更多的是扶助和亲情，因此对于医学的照顾来说，只要根据自己的经验和知识办事就行，不必按照医院的常规模式行事，诸如必须每天进行常规查体、每天接触几次患者或每隔几天进行常规的实验室检查等。而在后一种情况中，医生则是在充当代表社会为民众提供医疗援助的角色，因此必须按照当前的相应规则办事，而无论这种规则对于某个患者在某一时间段是否肯定必要。

二、处理好医患之间的职业和非职业关系

医生和患者都是普通个体，医患关系是以医疗行为作为桥梁所建立起来的特殊关系，但在此同时，其他与医疗行为无关的内容也会同时产生。例如，以医患关系开始，可以以恋人、夫妻、合作伙伴或者棋友、牌友等关系作为结果，或者作为关系的新起点，这是可以理解的，很自然的事情。但应当注意的是如果非职业关系占主导地位以后，医患关系本身就受到影响，因为这可以出现角色行为的混淆，出现责任、权利、义务的混淆。这个问题的主导方是医方，解决好这个问题的关键是非职业关系应该出现在医疗行为完成以后，或将关系的其他内容留待医疗行为结束以后再发展。

三、处理好“移情”和“反移情”的问题

通俗一点说移情（transference）是患者无意识地将自己对亲人（父母、姊妹、兄弟、恋人等）的情感，如爱、憎、愤怒、依恋等指向医生或其他治疗者的情况，而反移情（countertransference）则是医生或其他治疗者将自己对亲属的情感无意识地指向患者的情况。Freud认为移情中患者对于治疗者的情感有其象征意义，因此在一定的范围内，通过患者的移情可以了解患者真正的情感指向对象，从而了解到患者心理障碍的心理根源；此外患者和医生之间的移情和反移情，在一定程度上可以建立起真正的信任关系，有利于某些治疗，特别是某些心理治疗的进行。但是，移情和反移情发展到一定的程度，就会改变医疗行为中的医患关系，对治疗产生严重的妨碍。除此之外，在移情和反移情的背景下，医生和患者如果建立起其他的非治疗性关系，如在此基础上医患之间出现恋情进而建立恋爱或婚姻关系还会影响到医生和患者将来的日常生活，因为移情和反移情并没有将情感真正的指向对方，而只是将对方作为实际对象的象征。所以在医疗行为中，医生应该首先意识到患者对自己的移情，同时及时意识和克制自己对患者的反移情。在临床工作中，有的时候医生会体会到对有的患者特别关注，特别想接近，或特别想对其帮助；相反，对于有的患者医生会无缘无故地感到特别厌烦，不想过多地理睬。当出现这些感觉的时候应该首先自我反省或请相关专业的同行帮助进行分析，当暂时不能分析清楚原因的时候，最好是采取回避的方式，即更换别的同行来直接诊治该患者，以避免由于治疗关系的错位而造成负面的影响。

四、理解和正确应对患者的心理防御机制

正确应对患者及其亲属的心理防御机制主要应该注意这样几个方面，一是应该认真分析患者和亲属的心态，正确地理解患者及亲属心理防御机制。二是正确地疏导，以免危及到良好的医患关系。如患者由于对家庭的照顾、单位的福利、社会保障系统的不完善等不满而无意识地将愤怒指向医院或直接参与诊治的医生、护士，此时医方应在准确掌握患者或亲属心态的情况下将患者或亲属的替代目标从自身或医院转移到无关的目标。三是引导患者及其亲属正确应用心理防御机制。有这样一个例子可以作为借鉴，有位患者对单位的领导不满，认为自己的晋级、加薪、住房等问题所遇到的障碍都是领导所造成的，同时患



者当年和这位上司关系不错，而且还多次帮助过他，因此患者认为这位上司在自己升迁以后“忘恩负义”，所以非常气愤，致使病情极不稳定，并和医生、护士以及其他病人关系紧张。入院以后，除了治疗本身存在的疾病之外，为了消除患者的愤怒，让患者静静地坐在一张床垫上，并在其面前放了一大叠报纸，启发其想象这叠报纸就是自己的上司，然后让其向“上司”倾诉自己的苦闷，患者当时相当激动，对“上司”说了许多过火的话，并在激动的时候拿着塑料棒对着报纸猛抽，直至筋疲力尽。在患者情绪平静以后，后悔自己对上司的刻薄，并认为在与上司的关系中自己也有责任，此后患者与医方以及其他患者均能保留较为正常的关系。

五、正确应用沟通的技巧

沟通技巧是任何人际交往中的重要手段，建立良好的医患关系也不例外。

(一) 沟通的定义

沟通 (communication) 是信息的传递和交流的过程，是个体与个体之间的信息的交流以及情感、需要、态度等心理因素的传递与交流，是一种面对面的直接沟通形式。

(二) 沟通的结构

沟通的结构包括：①信息源（指具有信息并且启动沟通的个体）；②信息（可以是文字、声音、表情、姿势、动作等）；③通道（指接受信息的渠道，主要是个体的各种感觉器官，其中视听器官常常为主要的通道）；④信息的接受对象；⑤反馈（接受信息的个体在接受和理解信息以后对发出信息的个体输送信息，使沟通过程变成一个互动的过程）。

(三) 沟通的分类

1. 正式和非正式沟通 前者是按照一定的规范，在一定的场合，遵循一定的程序所进行的沟通。正式沟通所传递的信息准确。医生正式向患者或亲属交代有关疾病的诊断、治疗的情况并达到对方知情的目的就属于这种形式的沟通；非正式沟通内容多样，形式灵活，传递信息快速，但信息不一定十分准确。医患之间也存在非正式的沟通，主要是用于在医疗行为中交流个人的感受，了解各自的基本情况等。在医疗行为中主要注意的是应该分清楚什么信息必须通过正式沟通的形式传递，什么信息应通过非正式沟通的形式传递。

2. 上行沟通、下行沟通和平行沟通 这是按照信息流通的方向来进行的分类，上行沟通主要是针对下级对于上级信息的传递，而下行沟通则是上级对于下级所传递信息的方式，目前的医患沟通一般属于平行沟通。

3. 单向和双向沟通 一方始终作为信息的发出者，而另一方始终作为信息的接受者的沟通属于单向沟通；如果双方互相作为信息的发出者和接受者的沟通就属于双向沟通。在医疗行为中，医患双方的沟通有时是单向沟通，而有时是双向沟通。如医生在公众场合向患者或患者亲属群体讲解有关健康或疾病的知识，医生向患者交代某些疾病的注意事项，或提出一些配合的要求，或抱怨一些患者和亲属在配合治疗方面做得不尽如人情的事情等均属于单向沟通；而在进行许多类型的心理治疗或在其他一些要求患者参与的医疗行为中所进行的沟通则属于双向沟通。

(四) 沟通的功能

沟通的功能包括信息的获取，个体之间思想的交流和情感的分享，改善人际关系和协调特定群体内部的统一行动等。从以上所列举的沟通的功能来看，理所当然的应当认为其在建立医疗行为中人际关系的重要意义。



(五) 沟通中应注意的问题

1. 正确选用沟通的形式。

2. 正确使用沟通的渠道 传递信息可以通过言语(书面和口头)和体语。体语包括目光的接触、面部表情、身体的动作和姿势以及躯体的接触等。有的时候必须通过言语传递信息,而有的信息最好或必须通过体语传递,如躯体的接触表达了关怀、问候,一个眼神传递了关切或不安,一个表情传递不满等。在实际的沟通中应根据不同的对象,不同的场景或当事人的不同心态加以正确应用。

3. 保持各种类型沟通时应有的距离 这里所指的距离是沟通过程中信息发出者和信息接受者的距离,距离的不恰当很可能成为沟通的障碍和沟通失败的原因之一。设想两个陌生的异性之间在沟通时一方过于靠近另一方本身就传递了歪曲的信息。从实践中各种不同关系的个体之间沟通时应保持的距离通常是:①在正式场合进行单向沟通,比较合适的距离是3~7米,如在对公众讲课或演讲的时候,这称为公众距离(public distance);②相互认识的个体在进行沟通时比较合适的距离是1~4米,这称为社交距离(distance of social contact);③朋友之间在进行非正式沟通时比较合适的距离是0.4~1米,这称为个人距离(personal distance);④亲人之间(如夫妻、母子、父子等)在进行沟通时的合适距离是0~0.5米,这称为亲密距离(intimate distance)。在医疗行为中经常用到的沟通距离有公众距离(如对患者及亲属群体进行健康教育)、社交距离(如在对于患者或亲属传递有关医疗信息的正式沟通中)和亲密距离(如对于儿童患者的沟通)。

沟通的各种技术只是一个大的原则,在具体的沟通过程中,总是因人而异的。此外,沟通还受到个体的个性特征、文化背景、群体的生活习惯等因素影响。

此外,在建立良好的医患关系中,医生的个人素养、人格魅力、知识面、职业道德水准等也是非常重要的因素。

(孙学礼)

第十章 心身疾病

医学心理学工作者通过参与心身疾病的诊断、治疗与预防的全过程,把生物—心理—社会医学模式具体应用到临床各个学科,从而体现出医学心理学的特殊价值。本章将系统介绍心身疾病的概念、发病机制及诊断原则,重点是心理社会因素如何影响躯体疾病的发生、发展,以及心与身如何相互作用,从而进一步加深对心理社会因素的作用及心身关系的理解。

第一节 心身疾病的概述

一、心身疾病的概念

(一) 心身疾病的定义

心身疾病 (psychosomatic diseases) 或称心理生理疾病 (psychopsysiological diseases), 指心理社会因素在疾病的发生、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和躯体功能性障碍。心身疾病有狭义和广义两种含义。狭义的心身疾病是指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病, 如冠心病、原发性高血压和肠道易激综合征等。广义的心身疾病范围要广些, 指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和功能性障碍。以前有人将心身关系分为三类: ①心身反应 (psychosomatic reactions), 指精神性刺激引起的生理反应, 当刺激除去, 反应也就恢复; ②心身障碍 (psychosomatic disorder), 指精神刺激引起的功能障碍, 但没有器质性变化; ③心身疾病 (psychosomatic diseases), 指精神刺激引起的器质性病变, 但是一般都将心身疾病和心身障碍混合使用, 因为这种区分在理论上易理解, 但实践中难以明确界定。自从世界卫生组织的《国际疾病分类》第 10 版 (ICD—10) 建议用“disorder”取代“disease”以来, 上述分类就没有实际意义。按现在的疾病分类系统已无心身疾病、心身障碍的提法, 但实际中仍在使用。

许多年来, 在人们的心目中, 疾病有两大类, 即一类是躯体疾病, 另一类是精神疾病。自 1818 年德国精神病学家 Heinroth 在关于失眠的论文中提出了“心身概念”之后, 直到 1948 年美国精神病学家 Dunbar 在《心身诊断和治疗纲要》一书中, 才对心身概念进行了系统的论述。自 20 世纪 70 年代以来, 健康领域工作者不但从生物医学观点去思考问题, 而且也应用生物—心理—社会的医学模式去指导医学理论研究和临床实践。随着心身关系的深入研究和不断实践, 已经确认有些躯体疾病在其疾病的发生与发展中心理社会因素起了重要作用。美国心身医学研究所于 1980 年将这类躯体疾病正式命名为心身疾病。从此, 心身疾病即成为并列于躯体疾病和精神疾病的第三类疾病。

长期以来, 心身疾病对人类健康构成严重威胁, 是造成死亡率升高的主要原因, 已日益受到医学界的重视。门诊与住院患者中约有 1/3 患有心身疾病, 人群的心身疾病的患病率在 10%~60% 之间。心身疾病在内科病人中所占比例很高, 徐俊冕 (1993 年) 研究表明, 内分泌科占 75.4%, 心血管内科占 60.3%, 呼吸内科占 55.6%, 普通内科占 30.8%, 而皮肤科的比例达到 26.6%。

(二) 心身疾病的特点

心身疾病一般具有以下几个特点:



1. 以躯体症状为主, 有明确的病理生理过程。
2. 某种个性特征是疾病发生的易患素质。
3. 疾病的发生和发展与心理社会应激(如生活事件等)和情绪反应有关。
4. 生物或躯体因素是某些心身疾病的发病基础, 心理社会因素往往起“扳机”作用。
5. 心身疾病通常发生在自主神经支配的系统或器官。
6. 心身综合治疗比单用生物学治疗效果更好。

(三) 心身医学和心身疾病

现代心身医学已经存在70年了, 它是生命科学探索的一个集合体, 以研究心理社会与生物因素相互作用对健康与疾病的影响为目的。心身医学反对二元论的观点, 存在的时间并不很长, 但人们对心身(mind-body)关系的关注, 可以追溯到公元前古希腊, 也可以从中国古代医书中发现相关论述。早在公元前400年的古希腊文明中就提到了治疗躯体疾病应进行心灵治疗, 应把患者作为一个心身合一的统一体来看。而祖国医学也一直视“形”与“神”为生命的统一体, 提出“七情致病”等理论。中世纪时代(公元500~1540年), 因为神秘主义和宗教统治医学, 心身相关思想受到压制。文艺复兴时代(1500~1700年)由于自然科学应用于医学, 解剖学得到发展。19世纪现代实验基础医学迅速发展, 主要以巴斯德(L. Pasteur)和魏尔啸(R. Virchow)学说为主的生物医学基础, 他们认为:“疾病基本上源于细胞病变。”由于纯生物学的影响, 导致不少临床医学家只注重治“病”而不注重治“病人”。不注重心身相关的研究, 这一倾向一直影响到20世纪初, 使心身医学迟迟不能形成体系。

心身医学发展的早期可以定在1930年~1960年之间, 最初主要受到心理动力学的影 响, 按Freud的理论和研究方法研究健康与疾病问题。到了20世纪50~60年代以后, 心身医学开始转向研究健康与疾病中的心理状态与躯体功能间作用的生理机制, 研究对个体有意义的生活事件, 以及这些事件造成的心理生理反应及与生理疾病的关系。心理社会应激、心理生理反应、应对、适应和社会支持成为主导心身医学理论研究中的焦点, 尤其是应激的研究。这时的心身医学, 无论是方法或是手段都是早期研究无法比拟的, 而且涉及的课题、内容也更广泛, 并大量应用于临床, 或者以咨询和促进行为改变形式出现。

总之, 当代心身医学反映了人们对健康或疾病研究中心理—社会—生物因素相互作用的认识, 是医学心理学研究的重要主题之一。

(四) 临床心身疾病概念的演变

随着对心身相关研究的深入和心身疾病概念的无限扩展, 造成疾病分类方面的混乱, 于是各种疾病分类系统的观点也在不断的改变中。从权威的美国精神疾病诊断治疗手册(DSM)来看, DSM-I(1952)设有“心身疾病”一类; DSM-II(1968)更名为“心理生理性自主神经与内脏反应”。DSM-III(1980)及DSM-III-R(1987)均用“影响身体状况的心理因素”分类。DSM-IV(1994)将与心身疾病有关的内容列入“影响医学情况的心理因素”中, 是指对医学疾患起不良影响的心理或行为因素。这些因素会引起或加重疾患, 干扰治疗和康复, 或促使发病率和死亡率提高, 心理因素本身可能构成疾病的危险因素, 或者产生放大非心理危险因素的效应。

像DSM一样, WHO制订的ICD也曾有过“心理生理障碍”及“精神因素引起生理功能”的分类。目前ICD-10(1993)将传统的“心身疾病”分别纳入不同分类, 归为“神经症、应激相关的及躯体形式障碍”, 还有一些内容分散在“伴有生理及躯体因素的行为综合征”及其他分类中。

我国1958年的精神疾病分类中没有心身疾病。《中华医学会精神病分类-1981》将“心身疾病”列为第十三类。1995年的《中国精神疾病分类第2版修订版》(CCMD-2-R)



取消了心身疾病的分类,但把相关内容放进“与心理因素有关的生理障碍”(分类5)和“神经症及与心理因素有关的精神障碍”(分类4)中,另有一些放在“儿童少年期精神障碍”,这种情况一直延续到CCMD-3。

德国及日本等国对心身疾病很重视。日本心身医学会(1992)经过修订,把心身疾病定义为“躯体疾病中,其发病及经过是与心理社会因素密切相关的,有器质或机能障碍的病理过程。神经症(如抑郁症)等其他精神障碍伴随的躯体症状除外。”

以前精神疾病的分类使精神病学家忽视躯体障碍,而其他专科的医生又轻视心理障碍。现在DSM-IV的诊断分类反映了心身相互作用的关系,是“心身的设计”,要求人们同时兼顾心、身两个方面。而ICD-10对心身医学有关概念的变更有如下说明:①不使用“心身的”(psychosomatic)一词,理由是各国使用的含义并不统一,应用也不同;②“心因性”(Psychogenic)一词也不主张多用,因为容易被误解为只有少数疾病与行为才有心因性影响。因此,从积极意义上来理解精神病学分类系统中的这一变化,那就是现代医学模式推进的一大成果。

总之,心身疾病概念在目前的权威性心理障碍分类体系中已经消失,被其他概念取代,然而,心身相关的精髓却已渗透到了医学临床。

(五) 身心反应——特殊医学障碍中的心理因素

心身疾病的研究比较注重“心—身”的联系,实际上,躯体疾病本身作为应激源同样能导致心理反应,即所谓的身心反应问题。有些心身障碍是由躯体疾病通过认知、行为或生理反应引起,也就是继发性心身障碍或身—心反应。这些心理反应不但影响患者的社会生活功能,还可以成为继发性躯体障碍的原因。要关注的心理反应如下:

1. 躯体疾病引起患者的心理反应 包括:①自我意识转变;②对疾病的认知反应;③情绪反应。

2. 躯体疾病对患者生活质量的影响 包括:①原发性心理障碍,是指机能障碍引起的心理后果,如视力、听力或运动机能的丧失,任何机能障碍都可能对个体心理产生限制。②继发性社会后果,是指患病后社会关系改变引起的后果,如患病后与家人的关系、学习、工作受到的影响等。

3. 不同的躯体疾病可以通过对神经系统的直接、间接作用而影响心理活动 如脑血管意外或心脏病引起的脑缺氧;电解质代谢紊乱导致的精神障碍,如高血钾可致意识障碍和知觉异常,高血钙可致淡漠、幻觉等。

(六) 心身疾病的分类

为了便于理解,本教材将心身疾病按器官系统分类如下:

1. 心血管系统的心身疾病 冠状动脉粥样硬化性心脏病、阵发性心动过速、心律不齐、原发性高血压、偏头痛、原发性低血压、雷诺病(Raynaud disease)等。

2. 呼吸系统的心身疾病 支气管哮喘、过度换气综合征、神经性咳嗽等。

3. 消化系统的心身疾病 胃、十二指肠溃疡、神经性厌食、神经性呕吐、溃疡性结肠炎、肠道易激综合征等。

4. 皮肤系统的心身疾病 神经性皮炎、瘙痒症、斑秃、银屑病、多汗症、慢性荨麻疹、湿疹等。

5. 肌肉骨骼系统的心身疾病 类风湿性关节炎、腰背疼、肌肉疼痛、痉挛性斜颈、书写痉挛等。

6. 泌尿生殖系统的心身疾病 过敏性膀胱炎、勃起功能障碍、早泄、性欲低下、慢性前列腺炎、性欲减退等。

7. 内分泌系统的心身疾病 甲状腺功能亢进、糖尿病、低血糖、艾迪生病(Addi-



son's disease) 等。

8. 神经系统的心身疾病 血管神经性头痛、肌紧张性头痛、睡眠障碍等。

9. 妇科心身疾病 痛经、月经紊乱、经前期紧张征、功能性子宫出血、性功能障碍、功能性不孕症等。

10. 外科心身疾病 术后神经症、器官移植后综合征、整形术后综合征、肠粘连症等。

11. 儿科的心身疾病 遗尿症、夜惊、口吃等。

12. 眼科的心身疾病 原发性青光眼、眼睑痉挛、弱视等。

13. 耳鼻喉科的心身疾病 梅尼埃病、咽部异物感等。

14. 口腔科的心身疾病 特发性舌痛症、口腔溃疡、颞下颌关节紊乱综合征等。

以上各类疾病, 均可在心理应激后起病, 情绪影响下恶化。心理治疗有助于病情的康复, 这种对疾病的整体观念有助于正确评价生物、心理和社会因素之间的联系, 已成为临床上认识和处理疾病的方向。

二、心身疾病的发病机制

心身疾病的发病机制比较复杂, 相关研究途径主要包括心理动力学、心理生理学和行为学习三大理论。

(一) 心理动力学理论

心理动力学理论重视潜意识心理冲突在心身疾病发生中的作用, 认为个体特异的潜意识特征决定了心理冲突引起特定的心身疾病。心身疾病的发病有三个要素: ①未解决的心理冲突; ②身体器官的脆弱易感倾向; ③自主神经系统的过度活动性。心理冲突多出现于童年时代, 常常被压抑到潜意识之中, 在个体成长的过程中, 受到许多生活变故或社会因素的刺激, 这些冲突会重新出现。如果这些复现的心理冲突找不到恰当的途径疏泄, 就会由过度活动的自主神经系统引起相应的功能障碍, 造成所支配的脆弱器官损伤。

目前认为, 潜意识心理冲突是通过自主神经系统功能活动的改变, 造成某些易感器官的病变而致病。例如, 心理冲突在迷走神经功能亢进的基础上可造成哮喘、溃疡病等; 在交感神经功能亢进基础上可造成原发性高血压、甲状腺功能亢进等。因而, 只要查明致病的潜意识心理冲突即可弄清发病机制。心理动力学理论发病机制的缺陷是夸大了潜意识的作用。

(二) 心理生理学理论

心理生理学的研究侧重于心身疾病发病过程, 重点说明哪些心理社会因素, 通过何种生物学机制作用于何种状态的个体, 导致何种疾病的发生。Cannon 用“应急反应”(emergency reaction) 描述“搏斗或逃跑”(fight or flight) 状态时所出现的一系列内脏生理变化。被誉为“医学爱因斯坦”的加拿大学者 Selye, 提出了“应激”学说, 带动了内分泌学家及心理学家的参与(参见第六章)。不过, Selye 的理论过于强调“非特异”生物学过程的作用, 低估了心理因素的作用。心理不适在生理应激反应中发挥重要作用, 内分泌系统对心理影响极为敏感, 一切有效的应激源都伴有心理成分(认知评价), 心理社会刺激也能引起生理的应激反应。

心理生理学理论认为, 心理神经中介途径、心理神经内分泌途径和心理神经免疫学途径是心身疾病发病的重要机制。在免疫方面, 心理社会因素通过免疫系统与身体健康和疾病的联系, 可能涉及三条途径。①下丘脑—垂体—肾上腺轴: 应激造成暂时性皮质醇水平升高, 后者损伤细胞免疫功能, 但持久应激与短期应激对免疫系统的影响效果不同, 有时可使细胞免疫功能增强; ②通过自主神经系统的递质: 交感神经系统通过释放儿茶酚胺类



物质,与淋巴细胞膜上的 β 受体结合,影响淋巴细胞功能改变;③中枢神经与免疫系统的直接联系:免疫机制可形成条件反射,改变免疫功能。有研究发现,免疫后的大鼠下丘脑内侧核电活动增加,推测抗原刺激与下丘脑功能之间存在着传入联系,实验性破坏下丘脑可以阻止变态反应。

心理生理学研究也重视不同类别的心理社会因素,如紧张劳动和抑郁情绪,可能产生不同的心身反应;心理社会因素在不同遗传素质个体上的致病性的差异等。

(三) 学习理论

巴甫洛夫经典条件反射的著名实验是狗的唾液分泌反射,说明条件反射是一种独立的生理反应。心理神经免疫学奠基人之一 Ader,通过厌恶性味觉实验证明免疫系统可以形成条件反射。他和同事(1975年)用具有免疫抑制作用的致呕吐剂环磷酰胺为非条件刺激物,用大剂量糖精为条件刺激物制作条件反射动物模型,消退期只给糖水,不给予环磷酰胺强化,动物死亡率反而上升,说明经过学习,糖水具有了环磷酰胺的免疫抑制作用,中枢神经系统能够影响免疫系统功能。

行为学习理论认为某些社会环境刺激引发个体习得性心理和生理反应,表现为情绪紧张、呼吸加快、血压升高等,由于个体素质上的、或特殊环境因素的强化,或通过泛化作用,使得这些习得性心理和生理反应可被固定下来,而演变成为症状和疾病。例如先把动物置于一封闭箱内给予反复电刺激,然后进行逃避学习训练,会发现动物不逃避电击,即使示意逃避过程,动物的训练成绩依然不好,说明它固守无效的应对方法而不做新的尝试,是一种类似抑郁症的情绪状态,这就是习得性无助(learned helplessness)。

心身障碍有一部分属于条件反射性学习,如哮喘儿童发作会获得父母的额外照顾而被强化,也有是通过观察或认知而习得的,如儿童的有些习惯可能是对大人习惯的模仿。Miller等关于“植物性反应的操作条件反射性控制”的实验,说明人类的某些具有方向性改变的疾病可以通过学习而获得,例如血压升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的舒缩等。基于此原理提出的生物反馈疗法和其他行为治疗技术,被广泛地应用于心身疾病的治疗中。

不论是巴甫洛夫的经典条件反射,还是斯金纳的操作条件反射,都将强化作为学习过程的一个要素来说明。但人类心身障碍症状的形成,还包括社会学习理论中的观察学习(observational learning)及模仿(modeling)。

(四) 综合的心身疾病发病机制

目前心身疾病研究不再拘泥于某一学派,而是综合心理动力学、心理生理学和行为理论,互相补充,形成了综合的心身疾病发病机制理论,其主要内容可概括为:

1. 心理社会刺激物传入大脑 心理社会刺激物在大脑皮质被接受,并得到加工处理和储存,使现实刺激加工转换成抽象观念。该过程的关键问题是诸如认知评价、人格特征、观念、社会支持、应对资源等中介因素的作用。认知评价的作用特别受到关注,因为心理社会刺激不经认知评价而引起应激反应的情况很罕见。

2. 大脑皮质联合区的信息加工 联合区将传入信息通过与边缘系统的联络,转化为带有情绪色彩的内脏活动,通过与运动前区的联络,构成随意行动的传出。

3. 传出信息触发应激系统引起生理反应 包括皮质素释放激素(CRH)的释放、蓝斑-去甲肾上腺素(LC-NE)/自主神经系统变化,进而影响垂体-肾上腺皮质轴及自主神经支配的组织,表现为神经-内分泌-免疫的整体变化。

4. 心身疾病的发生 薄弱环节由遗传和环境因素决定,机体适应应激需求的能量储存有限,过度使用就会导致耗竭,强烈、持久的心理社会刺激物的作用就会产生心身疾病。



未来心身疾病研究将会有很大的发展,特别是心理神经免疫学和计算机图像处理与影像技术的快速发展与应用,将帮助人们更加清楚地认识心理、情绪与疾病的通路。

三、心身疾病的诊断与防治原则

按生物心理社会医学模式,人类的任何疾病都受到生物因素和心理社会因素的影响。心身疾病的诊断和预防原则,都应该兼顾个体的心理、生理和社会三方面。

(一) 诊断原则

1. 心身疾病的诊断要点

- (1) 疾病的发生包括心理社会因素,其与躯体症状有明确的时间关系;
- (2) 躯体症状有明显的器质性病理改变,或存在已知的病理生理学变化;
- (3) 排除神经症性障碍或精神病。

2. 心身疾病的诊断程序

心身疾病的诊断程序包括:躯体诊断和心理诊断,前者的诊断方法和原则与诊断学相同,这里只介绍心理诊断部分。

(1) 病史采集:对疑有心身疾病的病例,在采集病史的同时,应该特别注意收集患者心理社会方面的有关材料,例如个体心理发展情况、个性或行为特点、社会生活事件以及人际关系状况、家庭或社会支持资源、个体的认知评价模式等资料,分析这些心理社会因素与心身疾病发生发展的相互关系。

(2) 体格检查:与临床各科体检相同,但要注意体检时患者的心理行为反应方式,有时可以观察患者对待体检和治疗的特殊反应方式,恰当判断患者心理素质上的某些特点,例如是否过分敏感、拘谨等,以及不遵守医嘱或激烈的情绪反应。

(3) 心理行为检查:对于初步疑为心身疾病者,应结合病史材料,采用晤谈、行为观察、心理测量或必要的心理生物学检查方法。所选取的心理测验应着重患者的情绪异常的测查(详见第5章)。还可以采用适当手段评估心理应激、应对能力、社会支持等。评估结果有助于对患者进行较系统的医学心理学检查,确定心理社会因素的性质、内容,评价它们在疾病发生、发展、恶化和好转中的作用。

(4) 综合分析:根据以上程序中收集的材料,结合心身疾病基本理论,对是否是心身疾病,是何种心身疾病,有哪些心理社会因素起主要作用及可能的作用机制等问题做出恰当评估。

心理诊断往往伴随心身疾病治疗的全过程。在治疗过程中,患者旧的心理问题解决了,新的问题又会出现,这就要求医师针对变化了的情况,重新评估和采取新的干预措施。

(二) 心身疾病的治疗原则

1. 心理干预目标 对心身疾病实施心理干预主要围绕以下三种目标:

(1) 消除心理社会刺激因素:例如因某一事件引起焦虑继而使紧张性头痛发作的患者,通过心理支持、认知治疗、松弛训练或催眠疗法等,使其对这一事件的认识发生改变,减轻焦虑反应,进而在药物的共同作用下,缓解这一次疾病的发作。这属于治标,但相对容易一些。

(2) 消除心理学病因:例如对冠心病患者,在其病情基本稳定后指导其对A型行为和其他冠心病危险因素进行综合行为矫正,帮助其改变认知模式,改变生活环境以减少心理刺激,从而从根本上消除心理学因素,逆转心身疾病的病理心理过程,使之向健康方面发展。这属于治本,但不容易。

(3) 消除生物学症状:这主要是通过心理学技术直接改变患者的生物学过程,提高身



体素质,促进疾病的康复。例如采用长期松弛训练或生物反馈疗法治疗高血压病人。

2. 心、身同治原则 心身疾病应采取心、身相结合的治疗原则,但对于具体病例,则应各有侧重。

对于急性发病并且躯体症状严重的患者,应以躯体对症治疗为主,辅之以心理治疗。例如对于急性心肌梗死患者,综合的生物性救助措施是解决问题的关键,同时也应对那些有严重焦虑和恐惧反应的患者实施其后的心理指导。

部分患者虽然以躯体症状为主但已呈慢性过程的心身疾病,则可在实施常规躯体治疗的同时,重点安排好心理治疗。例如原发性高血压、糖尿病的患者,除了给予适当的药物治疗外,应重点做好心理和行为指导等各项工作。

心身疾病的心理干预手段,应视不同层次、不同方法、不同目的而决定,支持疗法、环境控制、松弛训练、生物反馈、认知治疗、行为矫正疗法和家庭疗法等心理治疗方法均可选择使用(详见第13章)。

(三) 心身疾病的预防

心身疾病是心理因素和生物因素综合作用的结果,因而心身疾病的预防也应同时从心、身两方面进行;心理社会因素通常需要相当长的时间作用才会引起心身疾病,故心身疾病的心理学预防应从早做起。

具体的预防工作包括:对那些具有明显心理素质上弱点的人,例如有易怒、抑郁、孤僻及多疑倾向者应及早通过心理指导健全其人格;对于那些有明显行为问题者,如吸烟、酗酒、多食、缺少运动及A型行为等,用心理行为技术予以指导矫正;对那些工作和生活环境里存在明显应激源的人,要及时进行适当的调整,减少或消除心理刺激;对出现情绪危机的正常人,应及时进行心理疏导。至于某些具有心身疾病遗传倾向的患者(如高血压家族史)或已经有心身疾病先兆征象(如血压偏高)的患者,则更应注意加强心理预防工作。

总之,心身疾病的心理社会方面的预防工作是多层次、多侧面的。

(王高华)

第二节 常见心身疾病

一、原发性高血压

原发性高血压是最早确认的一种心身疾病,近年来其发病率有上升趋势。目前普遍认为,此病由综合性因素所致,心理社会因素与其发生有密切关系,患高血压的个体易出现某些心理反应,对高血压患者、尤其是早期高血压患者进行心理社会干预,效果较好。

(一) 心理社会因素在高血压发生和发展中的作用

1. 慢性应激 应激性生活事件与高血压有关。在第二次世界大战期间,被围困在列宁格勒达三年之久的人,高血压患病率从战前4%上升到64%,长期慢性应激状态较急性应激事件更易引起高血压。

城市居民的高血压发病率高于农村,发达国家高血压发病率高于发展中国家,在城市高应激区及低应激区(按社会经济状况、犯罪率、暴力行为的发生、人口密度、迁居率、离婚率等因素来区分)进行的流行病学调查发现,高应激区的居民原发性高血压发病率高。

注意力高度集中、精神紧张而体力活动较少的职业,以及对视觉、听觉形成慢性刺激



的环境,可能是导致血压升高的因素。例如,在高应激水平下工作的空中交通管理员及纺织工人高血压发病率较高。

较多的证据提示,某些个体在面对一系列应激源(实验应激源和现实环境应激源)时,比一般人具有更敏感的血压反应性。然而,将正常状态的血压反应性与高血压相联系的证据目前尚不确定,但至少可以肯定的是,高血压患者的血压反应性可能会恶化病情或使疾病病程进展加速。

2. 人格特征 顺从、愤怒的扭曲表达等人格特质与高血压的发病有关。针对个体对愤怒的应对方式的研究,其结果较为一致,即受压抑的愤怒表达和过分的愤怒表达与高血压发病有关。流行病学研究还发现,在不良环境下(受教育程度低、社会经济地位低),采用不成熟应对方式的人容易患高血压。

3. 婚姻状态 有研究表明寡妇和鳏夫的血压高于配偶健在者。对此的解释很多,也许在丧偶前已有高血压。这方面研究也多,其中有一项研究结果发现,离婚者在离婚前10年的平均血压水平要显著高于未离婚者的同期相应血压水平。

4. 不良行为因素 流行病学调查发现,高血压发病率与高盐饮食、超重、肥胖、缺少运动、大量吸烟及饮酒等因素有关,而大量调查和实验研究结果证明,这些不良行为因素又直接或间接地受心理或环境因素的影响。

(二) 高血压患者的心理反应

由于原发性高血压常常隐匿起病,病程较长,早期血压可波动在正常与异常之间,患者在刚发现高血压时常紧张焦虑,随后常见的反应是忽视疾病,这与人们对疾病的认识不足、症状轻、疾病初期对患者社会功能的影响小和身体对高血压状态的代偿性适应有关。当疾病导致机体代偿能力下降而再次产生症状时,会再度呈现紧张焦虑。

(三) 高血压的综合心理社会干预

高血压的综合心理社会干预是高血压的基础疗法,这是在内科生物学治疗的同时,采用心理疗法、运动疗法及改变生活习惯等多种方法相结合的综合治疗性干预。

在心理干预方面,松弛训练和生物反馈治疗最为常用(详见第13章);运动疗法较适用于轻型高血压患者,耐力性运动训练或有氧训练均有较好的降压作用,其中快走、跑步、骑自行车、游泳等运动训练,在我国都已广泛开展。运动训练结合生活习惯改变,如减轻体重、戒烟和控制饮酒等,会产生更好的降压效果(详见第7章)。高血压综合心理社会干预的特点是系统、规律、长期坚持。

二、冠心病

冠心病是最常见的心身疾病之一,目前已成为成年人的第一大死因。众多的深入研究结果表明,心理社会因素在冠心病的发生和发展过程中起着重要作用;同时,患冠心病后,患者会有明显的心理反应;对冠心病患者开展综合心理社会干预已越来越受到临床工作者的重视。

(一) 心理社会因素在冠心病发生和发展中作用

1. A型行为模式(type A behavior pattern, TABP) 是美国两位心脏病专家Friedman和Rosenman提出的概念,他们发现冠心病患者大都有较高的成就欲望,富于挑战和竞争精神、争强好胜、不耐烦、有时间紧迫感等,容易发生恼火(aggravation)、激动(irritation)、发怒(anger)和不耐烦(impatience),Friedman称之为“AIAI反应”。相对缺乏这些特点的行为被称为B型行为,具有耐心的、谦虚的、放松的、有安全感的、有适当自尊的心理特征。

多年来,A型行为是否是冠心病的危险因素一直存在争议,其中最引人注目并被引用



最多的是西方协作组 (western collaborative group study, WCGS) 的研究, 他们从 1960~1969 年对 3154 名 39 岁~59 岁的健康男子进行了追踪随访, 发现 TABP 个体发生冠心病的危险性是 B 型个体的两倍, 而且 TABP 是预测再次心肌梗死的较好指标。Ragland 和 Brand 重新分析了 WCGS 中 231 名冠心病人的资料, 发现 TABP 者冠心病死亡率反而低于 B 型者。Matthewvs 对 80 年代以来发表的有关研究进行了分析也未能继续支持 TABP 与冠心病之间的相关。但是, 随后的研究发现, 相对于 A 型行为, 患者的愤怒与敌意在冠心病的发病中可能具有更重要的作用。还有研究者发现, 男性人群的愤怒和敌意是冠心病预测因素, 愤怒特质与总死亡率呈正相关。因此, 现有的研究结果提示 A 型行为中愤怒和敌意可能更具有病因学意义。

此外, 最近研究结果表明, 减少 A 型行为的心理治疗可以改善冠心病的预后, 即当 A 型行为减少后, 冠心病的预后显著改善; 患者生活方式的改变 (包括体育锻炼、危机应对以及小组治疗) 也可以促进血管再造, 改善心脏病患者的预后。

在 A 型行为中, 有研究结果提示支配特质和时间紧迫感特征与冠心病的发生、发展有一定的关系, 但尚未得到肯定性结论, 仍有待进一步深入研究。

2. 生活事件 有 1/2~2/3 的心肌梗死病例有诱因可寻。其中情绪激动、精神紧张及体力劳动最为多见。许多回顾性调查显示, 心肌梗死患者出现症状前的 6 个月~1 年内, 其生活事件明显增多。处于应激环境中的移民比具有相同饮食习惯的原籍居民的冠心病发病率要高。

关于日常烦恼和生活事件对冠心病危险因素的影响有两种不同的观点。第一种观点认为, 日常烦恼和生活事件的次数很重要, 而另一种观点则认为, 对日常烦恼和生活事件的主观评价和应对方式才是主要影响因素, 日常烦恼和生活事件对冠心病的影响是以不同的应对方式和冠心病倾向行为模式 (如 A 型行为) 为中介的。

3. 损害健康行为 吸烟、缺乏运动、过食与肥胖、对社会压力的适应不良是冠心病重要的危险因素, 它们往往是在特定社会环境和心理环境条件下形成的。例如, 一定的经济条件、饮食习惯、文化背景易造成肥胖; 特定的工作条件和技术的进步常造成运动的缺乏等等, 从而进一步通过机体的生理病理作用促进冠心病的形成 (详见第 7 章)。

(二) 冠心病患者的心理反应

1. 对诊断和症状的反应 许多患者常常在不知不觉中患上冠心病, 在没有症状和被诊断前通常无心理反应。出现胸痛、胸闷而被诊断为冠心病后, 患者的反应与其病前的人格特征和对疾病的认识有关。倾向于悲观归因思维模式的患者常常紧张焦虑不安, 甚至出现惊恐发作, 在他们的生活中充满对预期死亡的焦虑, 部分患者继发抑郁, 整个生活方式发生重大的改变, 疾病行为成为他们生活中的主要行为, 这样可能加重冠心病, 诱发心肌梗死。部分患者则采用“否认”的心理防御机制, 导致就诊的延误。Carney 等 (1988) 发现, 在患有新诊断的冠状动脉疾病的患者中, 在冠状动脉造影期间, 17% 的患者合并重性抑郁障碍, 抑郁障碍的冠心病患者在以后的 12 个月发生心肌梗死及死亡的可能性 2 倍于非抑郁障碍的冠心病患者。Shapiro 等 (1997) 发现, 在心梗后的患者中 16%~22% 出现重性抑郁障碍。心境障碍明显增加了短期及长期的死亡率, 这主要是由于心律失常引发的心源性猝死所致。

2. 心肌梗死患者急性期心理反应 国外对冠心病监护病房患者的研究发现, 至少 80% 患者有不同程度的焦虑, 58% 出现抑郁情绪, 22% 产生敌对情绪, 16% 表现不安。通常第 1 天为焦虑; 第 2 天有部分患者呈现“否认”的心理反应; 第 3~5 天主要为抑郁, 其持续时间比焦虑长。在冠心病病房中约 33% 患者进行过临床心理或精神科会诊, 其原因有焦虑、抑郁、敌意、谵妄、躯体的功能性影响、睡眠障碍、征求用药意见等, 这些心理



问题对疾病的发展又起着重要的作用。焦虑情绪主要是由于担心突然死亡、被遗弃感和各种躯体症状。在监护病房,由于患者突然处于一个陌生环境,并被当作一样“物体”固定在床上接受治疗,一系列监护仪器连续记录他身上的各种数据并以此评价病人的医学状态,这一切都无法被自己所控制,若周围有患者死亡或接受抢救,情绪反应可能更加严重。心肌梗死急性期患者常采用“否认”机制,这可能有利于患者对当前特殊情境的适应。

3. 心肌梗死患者康复期心理反应 患者康复期最常见的主诉是疲乏、抑郁、睡眠障碍、对性生活的担心、不敢恢复工作等。因此,对大多数病例,主张在恢复早期就指导其进行渐进性活动锻炼,必要时进行抗抑郁治疗。

(三) 冠心病与抑郁

近年来的研究发现重性抑郁与冠心病的患病率及死亡率有关。冠心病患者中抑郁症的时点患病率为17%~22%,是普通人群的3~4倍。心导管术后1年以内出现重性抑郁发作是以后出现严重心脏疾病发作的最强指征,而与现有心脏病的严重程度、左室射血分数以及吸烟没有关系。最近的一项对已经发生了心肌梗死患者的前瞻性研究发现,重性抑郁是心肌梗死患者6个月内死亡的独立的危险因素。对这些因心肌梗死而住院的患者进行18个月随访研究,发现抑郁症的发作是以后因心脏疾病而致死的预测指标,在大多数冠心病患者中,抑郁症并非是机体对严重躯体疾病的暂时性适应性反应,而是一种具有临床意义的冠心病的共病(comorbidity)现象。对这些发现的解释包括:①抑郁症导致的自主神经功能失调可能加重心脏本身的负担;②抑郁症患者存在神经内分泌—免疫系统功能的紊乱,通过神经内分泌—免疫系统的相互作用,包括与5-HT有关的血小板聚集,导致机体产生细胞因子介导的冠状动脉阻塞;③抑郁症患者多伴有疑病先占观念、躯体症状的夸大,这些症状对患者因本身的心血管疾病所导致的功能残疾具有附加作用,进一步降低其社会功能。此外,抑郁可导致患者治疗心血管疾病的动机和对用药的依从性降低,阻碍心血管疾病的康复。目前,对冠心病人的抑郁障碍进行积极的治疗,其临床意义已普遍得到医务人员的共识。

(四) 冠心病的综合心理社会干预

1. 患者教育 在不同的临床阶段,针对患者的不同症状和心理反应,作好针对性的患者教育指导工作,这些措施对患者认识疾病、减少焦虑有良好效果。

2. 损害健康行为的矫正 矫正A型行为一般采用综合方法:松弛训练,改变期望,时间管理指导,人际交往训练等(详见第13章)。吸烟、酗酒、过食和肥胖、缺少运动等不良生活方式的改变需要长期的、逐步的改变(详见第7章)。分阶段康复训练计划可帮助患者逐渐克服恐惧。

3. 焦虑抑郁的治疗 如果患者出现明确的焦虑、抑郁,则需要针对性的药物和心理治疗。抗抑郁药首选选择性五羟色胺受体抑制剂(SSRIs),如氟西汀、帕罗西汀、舍曲林等。抗焦虑可选用苯二氮草类。

三、糖尿病

尽管糖尿病的发生和遗传因素密切相关,但肥胖、都市化的生活方式、应激性生活事件也与糖尿病的发生、发展和预后关系密切。同时,不同类型、不同病情阶段糖尿病患者有不同的心理反应。综合心理社会干预也是糖尿病重要治疗手段之一。

(一) 心理社会因素在糖尿病发生与发展中作用

流行病学和回顾性研究均发现,糖尿病的发生与应激性生活事件有一定关系。急性应激可使正常人在饱餐后血糖反应峰值延迟,心理应激后糖尿病患者和正常人均可出现短暂



性血糖增高。调查发现,地震、重大火灾后,糖尿病的发病率较灾前明显增加。Stein等(1985)对38名青少年糖尿病患者与38名患其他慢性疾病的患者进行对照研究,结果发现糖尿病组双亲去世和严重的家庭破裂等生活事件远较对照组多,且77%发生在糖尿病发病前。有资料表明,在美国的贫困人群中糖尿病是常见的,美国黑人死于糖尿病者比白人高一倍多,原因是黑人经历了比白人更多的生活事件。

心理应激可以使正常人显示糖尿病的某些症状,如血糖升高、尿中糖和酮体含量增多。与糖尿病人不同的是,正常人在消除应激后很快恢复正常。Goetsch等(1990)对6例2型糖尿病患者在自然生活环境中给予实验性的应激事件(心算),结果显示在心算期间,患者的血糖水平显著增高,而且应激强度越大,血糖升高越明显,说明应激事件能引起糖尿病患者的血糖变化。大量的临床研究资料表明,生活事件与糖尿病的代谢控制也密切相关,一些糖尿病患者饮食和治疗药物不变的情况下,由于生活事件的突然袭击,病情在一夜之间迅速加剧,甚至出现严重的并发症。其他研究证实,稳定的情绪常常可导致病情缓解,而忧郁、紧张和悲愤等常常导致病情加剧或恶化。

糖尿病在历史上曾被Dunbar(1936)看作是一种经典的心身疾病,她认为大多数糖尿病患者性格不成熟,具有被动依赖、做事优柔寡断、缺乏自信、常有不安全感。这些人格特点被称作“糖尿病人格”。但目前缺乏前瞻性研究来证实糖尿病患者是否有特征性的人格。大量研究表明,糖尿病患者具有内倾型、不稳定型及掩饰型个性特征,这些人格特征与糖代谢紊乱有显著性关联,血糖控制水平差与社会支持利用度下降、消极的应对方式存在显著性关联,有研究发现社会支持和应对方式在糖耐量减低与糖尿病状态相互转化中具有一定的作用。

(二) 糖尿病患者的心理反应

糖尿病是一种慢性疾患,治疗的任务是长期的,有赖于患者的密切配合,常常要求患者改变多年来养成的生活习惯和行为模式。在疾病的后期,可能出现多器官的损害,并发症多,病情易波动,有时甚至可发生酮症酸中毒和昏迷,这就需要患者更加密切地与医生合作;严格遵守医嘱。

青少年患者往往更难以适应糖尿病所带来的变化。青少年发作的糖尿病病情更易波动,对饮食和药物治疗的要求特别严格。这对于正在成长中的孩子来说是一个沉重的负担。身患糖尿病,影响了他们与同龄人之间的交往,妨碍了他们完成这一年龄阶段的心理发展过程。因此,在青少年期发作的患者中常可见到激动、愤怒、抑郁与失望的情绪反应,也可见到孤僻和不成熟的性格特点。Lloyd等(1993)对80例16岁~25岁1型糖尿病患者对照研究表明,糖尿病患者孤独明显,少有亲密的社会关系,并且很少对其社会关系发表意见,表现出对密切关系的恐惧。

成年期发病者心理反应的性质、强度和持久性取决于许多因素,包括病情的严重程度、既往的健康状况、生活经历、社会支持、对疾病的认识和对预后的评估以及应对能力和性格等。需要特别指出的是,由于糖尿病患者的病情易于发生波动,所以患者的应对努力和预防病情波动的措施不一定总是导致病情稳定或好转。患者就会感到失望、无依无靠、无所适从、悲哀、忧愁、苦闷,对生活和未来失去信心,对付外界挑战和适应生活的能力下降,甚至导致自杀行为。自杀意念的发生与抑郁严重程度和治疗依从性差相关,不良的情绪对糖尿病的糖代谢控制和病情转归又会产生消极的影响。

糖尿病对心理方面的影响,除了情绪和性格外,还可由于血糖的波动而直接影响患者的注意、定向力、知觉、记忆和思维等。认知功能受损又会影响患者照料自己的能力,进而严重影响患者的社会功能。

这里特别值得一提的是,糖尿病与抑郁的关系。Lustman等(2000)综合数十个研究



结果后认为,糖尿病患者抑郁发生率 $>25\%$,并发现抑郁和高血糖显著相关。糖尿病发生抑郁的机制可能为:与神经内分泌功能改变有关,Lustmen等(1992)的实验表明高血糖与血浆皮质醇增多有关,他认为高血糖可引起血浆皮质醇、高血糖素、生长激素的增多,长期高血糖可能引发皮质醇活性改变,从而导致抑郁。Cardoso(1995)发现糖尿病患者甲状腺素水平低下。有研究表明,糖尿病和抑郁症都有生长激素过度分泌以及下丘脑—垂体—肾上腺(HPA)轴的功能失调,皮质醇分泌紊乱、胰岛素抵抗。皮质醇分泌紊乱可引起脑内高亲和性盐皮质激素受体和低亲和性糖皮质激素受体间激素作用失衡,致使5-羟色胺(5-HT)系统功能障碍,从而发生情绪障碍。此外,抑郁也可增加患糖尿病的风险。Eaton等(1996)对患抑郁症但无糖尿病的人群随访13年,认为重度抑郁增加了发生2型糖尿病的危险性,抑郁心理状态可影响体内糖代谢,使机体对糖代谢的调节能力降低,他还证实了2型糖尿病的临床抑郁症的发生早于糖尿病的发生。有研究表明抑郁可使空腹血中胰岛素水平降低,血糖升高。目前,抑郁引起糖尿病的机制不明,可能是抑郁时皮质醇分泌增加,降低了葡萄糖的利用,促进糖异生;皮质醇还可拮抗胰岛素抑制血糖的利用,使血糖升高。另外,情绪障碍可引起免疫功能异常,引发糖尿病。

(三) 糖尿病患者的综合心理社会干预

心理社会干预的主要目的是改善患者的情绪反应和提高他们对糖尿病医疗计划的依从性。

1. 糖尿病患者及其家庭的健康教育 要让患者和家属了解糖尿病的基本知识,学会注射胰岛素和尿糖测定技术,帮助患者科学地安排生活、饮食和体力活动,避免肥胖和感染的发生。

2. 改变生活方式 饮食控制是糖尿病的基础治疗措施,必须长期坚持。为了提高患者对复杂的治疗计划的遵从程度,可以采用一些行为治疗方法。例如,先同病人订立一个“行为协议”。在行为协议中,为医生和患者规定一系列责任和相互期待的行为;医生和患者相互配合,共同为患者负责。医生的责任是依患者的病情为患者安排治疗(包括食谱),而患者的责任是执行医生的嘱咐,严格按食谱进食、按处方用药。这种协议可以采取口头和书面两种形式,都可提高患者的遵从性。协议要根据病人情况不断地修正和检查,协议中也可规定必要的奖罚措施。此外,让患者每天记治疗日记,对行为作自我检测,也可提高患者的遵医行为。日记中应包括每天的饮食、活动、用药和尿糖等详细情况。医务人员定期地检查和复核。

3. 治疗不良情绪 研究表明,焦虑和抑郁均影响糖尿病的稳定,糖尿病患者通过生物反馈松弛训练后血糖水平明显下降,糖耐量明显改善。可用苯二氮草类和SSRI治疗焦虑和抑郁。

4. 对出现复杂并发症、病情反复者应当及时向患者提供心理支持和有效的药物治疗。

四、支气管哮喘

支气管哮喘是一种变态反应性疾病,心理因素可以诱发和加重哮喘发作。现有的研究结果认为:①虽然部分支气管哮喘病人表现出依赖、强烈需求别人照顾和关心的特点,但一直未发现有特异性人格类型特征。精神分析学家发现约1/3哮喘病人具有强烈地乞求母亲或替代者保护的潜意识愿望,这种愿望使病人对母子分离特别敏感,病人的母亲常表现出过分牵挂的、审美的、统治的、助人的人格特征,因此认为病人的乞求保护的愿望是由母亲人格特点所引起,一旦病人的需求得不到及时满足时,就有可能出现哮喘发作。精神分析学家这一观点尚需进一步研究结果证实。②实验证明,心理应激可引起支气管平滑肌收缩和哮喘症状,暗示和条件反射也可影响气管阻力,例如有的由花粉所致的外因性哮喘



病人，仅看见花粉图片时就可出现哮喘发作。③系统性心理治疗如系统性脱敏治疗有时可取得意想不到的疗效。

五、消化性溃疡

人们很早就注意到消化性溃疡，特别是十二指肠溃疡与心理社会因素的作用关系密切。

1. 人格特征 精神分析学说强调儿童早期母子关系作用，认为如果婴儿“口部需要”过于强烈，而母亲又难以满足，从而产生挫折，使胃酸和胃蛋白酶原分泌增加，导致溃疡病的发生，但这一观点一直未能得到实验性研究结果所证实。在溃疡病人格特征描述方面，过去研究结果认为溃疡病人具有保守、依赖、顺从、过度自我抑制及不能表达自己的敌对情绪等人格特征，但近年来研究结果发现具有任何人格特征者均可发生溃疡病，因而溃疡病很可能无特异性的人格特征。

2. 生活事件与心理应激 调查结果表明，溃疡病人经历了较多的生活事件，如家庭矛盾、经济压力、司法纠纷、失业等，溃疡病人中吸烟、饮酒者人数也远高于一般人群，说明溃疡病人承受较高水平的心理压力。事实上能导致心理应激的各种应激源均可能增加发生溃疡病的危险性。例如，第二次世界大战期间，受到严重空袭的英国伦敦与克拉克地区居民，胃、十二指肠溃疡穿孔的发生率上升；可促使部分胃蛋白酶原高水平的新兵发生溃疡病。实验研究结果发现，愤怒时胃酸分泌增加，抑郁、失望、退缩时胃酸分泌减少；过去有高胃蛋白酶原血症者，心理应激时容易产生溃疡病，因而认为胃蛋白酶原水平很高可能是易感溃疡病的生理基础。

有学者认为，个体出现应激反应时，通过下丘脑—垂体—肾上腺轴通路，促使肾上腺皮质激素大量分泌，使胃酸分泌增加，从而抑制胃粘膜上溃疡面的愈合过程，产生胃、十二指肠溃疡。同时，血管活性肠肽、胃抑制因子和胃动素等内分泌激素改变也是应激在溃疡病发生中作用的主要中介机制。

六、溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎的发生及转化过程与心理社会因素有密切关系，是较早公认的心身障碍之一。本病患者大都表现有强迫、压抑、自卑及不安全感等人格特点，心理应激可引起疾病复发或加重病情。综合心理社会干预有时可起到令人满意的效果。

七、经前期紧张综合征

经前期紧张综合征是妇女于月经前1~2周出现情绪不稳定、抑郁、焦虑不安，易于激怒，头痛、水肿、乳房胀痛、睡眠障碍，往往在月经开始后数小时消失。虽症状周而复始，但每个周期的症状可有变化，围绝经期出现的经前期紧张征症状可持续至月经后。

本病发生与女性激素分泌失调有关，黄体酮可能起重要作用。有研究表明心理社会因素与经前紧张综合征发生与发展有一定关系，但二者确切关系尚在研究之中。

利尿药氢氯噻嗪、螺内酯等可缓解水肿；孕激素治疗可能有效。SSRIs能显著缓解其焦虑、抑郁等精神症状。

(许秀峰)

第十一章 异常心理问题

过去的医学，主要关注人体生理方面的正常或异常状态，如今，在新的医学模式倡导下，医学越来越关注人的心理是否正常。

生理和心理的正常与异常，在每个人身上都可以看到，随着医学科学的发展，人类生理正常与异常之间的辨别，已经逐渐清晰明确，比较容易做出判断，但心理的正常与异常却仍然难以明辨。

第一节 正常心理与异常心理概述

一、正常与异常心理的概念与判断

(一) 概念

人正常的心理活动是一个完整的统一体，各个心理过程之间互相联系、相互影响，协调一致地在实践活动中发挥作用。正常的心理活动是具备正常功能的心理活动，或者说不包含有精神病症状的心理活动。它具有三大功能：①能保障人作为生物体顺利地适应环境，健康地生存发展；②能保障人作为社会实体正常地进行人际交往，在家庭、社会团体、机构中正常地肩负责任，使人类赖以生存的社会组织正常运行；③能使人类正常地、正确地反映、认识客观世界的本质及其规律性，以便创造性地改造世界，创造出更适合人类生存的环境条件。

但是，在人类的体内外存在着各种能影响人心理状态的因素。在有害因素的影响下，人的心理活动会出现不同程度的创伤，心理活动的完整性、心理与外界环境的统一性会遭到破坏，这就可能出现心理活动的偏离，从而丧失正常心理活动的上述三大功能，从而无法保证人的正常生活，而以其异常的心理特点随时破坏人的身、心健康。

那么，具体什么称之为异常心理？时至今日，给异常心理下一个明确的定义仍非常困难，因为研究的角度不同，各家对异常心理的看法和定义也不一样。

目前，近代的学者们对心理异常的一般性解释是：心理异常是指个体的心理过程和特征发生异常改变，是大脑的结构或机能失调；或是指人对客观现实反映的紊乱和歪曲。从此概念上理解，异常心理既包括了个人自我概念和某些能力的异常，也包括了社会人际关系和个人生活上的适应障碍。

以上是对正常心理活动和异常心理活动这两个概念内涵的阐述。在临床实践中，或在实际生活中，人们更需要对人类的正常心理和异常心理作出可操作的区分和判断，以便进行相应的干预和帮助。

(二) 正常心理与异常心理的区分和判断

人类心理的正常与异常是相对的，绝对的健康和正常很难找到，即便是有心理障碍的人，他们的心理活动也并不是全异常的。而且，异常心理与正常心理之间的差别常常是相对的，两者之间在某些情况下可能有本质的差别，但在更多的情况下又可能只有程度的不同。所以判断一个人心理是否异常以及心理异常的程度如何等问题，目前还没有完全统一和简洁的标准。

但在进行区分时，一般的方式都是：把某人的心理状态和行为表现放到当时的客观环



境、社会文化背景中加以考虑，通过和社会认可的行为常模比较，以及和其本人一贯的心理状态和人格特征加以比较，从而判断此人有无心理异常，以及心理异常的程度如何。

如果一个人能够按社会认为适宜方式行动，其心理状态和行为模式能为常人所理解，即使他有时出现轻度情绪焦虑或抑郁现象，也不能认为他的心理已超出正常范围。换言之，心理正常是一个常态范围，在这个范围内还允许不同程度的差异存在。比如常说的“心理问题”，就是人们在生活中经常遇到的、与个人发展有关的心理方面的困惑，像求职择业、社会适应、感情婚恋、人际纠纷、家庭关系等等，虽然个体也会为这些问题感到苦恼，同时对自己的生活、学习和工作造成一定的影响，但因其持续的时间短、程度较轻而易于解决，并且多数人并未伴随躯体症状，无需药物治疗，故这种暂时的心境不佳尚不属于疾病的范畴，不称之为心理异常。

由于不同的学者，从不同角度，按照不同的经验，在不同学科领域中，按照不同的标准去看待心理的正常和异常，所以，各有自己不同的区分方式。这里介绍几种近年来我国较常用的对心理异常进行区分的方法和判断标准。

1. 常识性的区分 即非专业人员对正常与异常心理的区分，主要依据日常生活经验。尽管这种做法不太科学，但也不失为一种方法。假如出现以下几种情况，可考虑为心理异常：

- (1) 出现离奇怪异的言谈、思想和行为时；
- (2) 呈现过度的情绪体验和表现时；
- (3) 自身社会功能不完整时；
- (4) 影响他人的社会生活时。

2. 心理学的区分 我国著名的临床心理学家郭念锋教授根据科学心理学的定义，即“心理是客观现实的反映，是脑的机能”，提出三条原则，作为确定心理正常与异常的依据：

(1) 主观世界与客观世界的统一性原则：因为心理是客观现实的反映，所以任何正常心理活动或行为，必须就形式和内容上与客观环境保持一致性。不管是谁也不管是在怎样的社会历史条件和文化背景中，如果一个人说他看到或听到了什么，而客观世界中，当时并不存在引起他这种知觉的刺激物，那么，就可认为，这个人的精神活动不正常，他产生了幻觉。另外，一个人的思维内容脱离客观现实，或思维逻辑背离客观事物的规律性，这时，就可认为他产生了妄想。这些都是观察和评价人的精神或行为的关键，心理学上称它为统一性（或同一性）标准。人的精神或行为只要与外界环境失去同一性，必然不能被人理解。

在精神科临床上，把有无“现实检验能力”作为鉴别心理正常与异常的指标。因为若要以客观现实来检验自己的感知和观念，必须以认知与客观现实一致性为前提。

(2) 心理活动的内在协调性原则：人类的心理活动被心理学家们人为的分为认知、情绪情感、意志行为等部分，但它自身是一个完整的统一体，各种心理过程之间具有协调一致的关系，这种协调一致性，保证人在反映客观世界过程中的高度准确和有效。比如一个人遇到一件令人愉快的事，会产生愉快的情绪，手舞足蹈，欢快地向别人述说自己内心的体验。这样，就可以说他有正常的精神与行为。如果不是这样，一边用低沉的语调，向别人述说令人愉快的事；或者对痛苦的事，做出快乐的反应，就可以说他的心理过程失去了协调一致性，称为异常状态。

(3) 人格的相对稳定性原则：每个人在长期的生活道路上，都会形成自己独特的人格心理特征。这种人格特征一旦形成，便有相对的稳定性，在没有重大外界变革的情况下，一般不易改变。如果在没有明显外部原因的情况下，一个人的个性相对稳定性出现问题，



也要怀疑这个人的心理活动出现了异常。这就是说,可把人格的相对稳定性作为区分心理活动正常与异常的标准之一。如,一个用钱很仔细的人,突然挥金如土,或一个待人接物很热情的人,突然变得很冷淡,而在他的生活环境中,找不到足以促使他发生改变的原因,那么,可以说,他的心理活动已偏离正常轨道。

3. 心理异常的判断标准 虽然正常和异常心理是一个渐变的连续体,其区别往往是相对的,同时异常心理的表现受到多种因素如客观环境、个体的心理状态、人际交往和社会文化等的影响。但是,既然我们认为两者之间存在着相对的界限,那么,区分心理正常或异常就是可能的了。通常按以下几条标准进行判断:

(1) 内省经验标准:这里的内省经验指两方面,其一是指病人的主观体验,即病人自己觉得有焦虑、抑郁或没有明显原因的不舒适感,或自己不能适当地控制自己的情绪或行为时,因而主动寻求他人的支持和帮助,或在专业人员的帮助下能明了自己确实存在问题,其特点是有主观的“自知之明”。但是,在某些情况下没有这种不舒适感反而可能表示有心理异常,如亲人丧亡或因学业不及格而退学时,如果一点没有悲伤或忧郁的情绪反应,也需考虑其有心理变态。其二是从观察者而言的,即观察者根据自己的经验作出心理正常还是异常的判断。当然这种判断具有很大的主观性,其标准因人而异,即不同的观察者有各自判断行为是否正常的参照体系。但由于接受过专业教育以及通过临床实践的经验积累,观察者们也形成了大致相近的评判标准,故对大多数异常心理仍可取得一致的看法,但对少数病人则可能有分歧,甚至截然相反。

(2) 统计学标准:判断一个人心理是不是正常,最明显的标志就是拿他的心理活动和大多数人的心理活动进行比较和对照,看他在某些情况下的心理活动同大多数人是不是一致的。在普通人群中,对人们的心理特征进行测量的结果常常显示常态分布,居中的大多数人属于心理正常,而远离中间的两端被视为异常。因此决定一个人的心理正常或异常,就以其心理特征偏离平均值的程度来决定。心理异常是相对的,它是一个连续的变量,偏离平均值的程度越大,则越不正常。所谓正常与异常的界限是人为划定的,这是基于心理测验的结果来进行判断的。

统计学标准提供了心理特征的数量资料,比较客观,也便于比较,操作也简便易行,因此,受到很多人的欢迎。但这种标准也存在一些明显的缺陷,例如,智力超常或有非凡创造力的人在人群中是极少数,但很少被人认为是病态。再者,有些心理特征和行为也不一定成常态分布,而且心理测量的内容同样受社会文化的制约。所以,统计学标准也不是普遍适用的。

(3) 客观检查标准:客观检查标准就是将症状数量化,以数字来表示,是比较客观和可靠的指标。它包括两方面的内容:一是生理和组织的检查指标,主要反映了大脑的生理功能和结构特点。因为大脑是心理的器官,大脑的生理功能和组织结构有损伤就必然要影响到心理活动。如果经过检查发现了某一方面的阳性证据,同时发现有相应的心理异常表现,那就要用大脑生理和组织的检查指标作为标准来肯定心理异常的存在。二是心理的检查指标,通常可以用心理测验工具和心理实验仪器来进行检查。到目前为止,比较能为大家所公认、所接受的是使用智力测验、记忆测验和人格量表来进行检查。然而,由于人的心理活动十分复杂,心理检查指标也只能作为参考,如同大多数医学实验室检查结果一样,只具有辅助诊断价值。

(4) 社会适应标准:人总是生活在特定的社会环境中,会依照社会生活的需要来适应环境和改造环境。一般情况下,心理正常的人能够调整自身的需要、动机、情感和愿望,以适应社会准则、伦理道德、风俗习惯等社会要求,达到人与社会生活环境的协调一致。如果一个人由于器质的或功能的缺陷或两者兼而有之,使得个体能力受损,不能按照社会



认可的方式行事,导致与社会不相适应的行为后果,则认为此人有心理异常。这里正常或异常主要是与社会常模比较而言的。

可见,上述每一种标准都有其根据,对于判断心理正常或异常都有一定的使用价值,但不能单独用来解决全部问题。因此,应互相补充,并通过大量的临床实践,对各种心理现象进行科学分析,还应考虑其他的因素如年龄、地域、时代、社会习俗及文化的影响等,才能比较准确地判断是否有心理异常。

二、异常心理的理论解释

对心理异常的研究各有不同的观点与途径。各种理论学派分别以不同的观点探讨和阐述异常心理产生的原因、机制和治疗问题,形成了各自的理论学派。主要有以下几种理论模式:

1. 医学理论模式 认为人类心理异常与身体疾病是很相似的,心理失调者有其个人的心理基础,但主要是因身体的某些生物因素改变才引发心理疾病。确实,脑疾病、身体的感染中毒、代谢障碍、中枢神经递质的改变、遗传等因素,都可引发心理和行为的异常。但是,尚有相当一部分异常心理至今尚无生物学证据,故此模式有局限性。

2. 行为理论模式 认为各种行为均在其内外环境的需求下学习而来,良好适应或偏差病态的行为皆由学习而来,如神经症的行为,乃是在焦虑情境中学习而导致的不良适应习惯,治疗目标在于使个案不再学习不恰当的行为,转而学习其他恰当的行为。这一理论模式在理论和实践中都有重要意义,但其过分强调可观察的行为,而忽视人类思维、情绪情感等丰富内心活动对异常心理与行为的影响作用。

3. 心理动力学模式 认为个人心理异常或精神疾病,是建立在其意识与无意识之间的冲突上。处于无意识中的本能欲望经常要求获得满足,但又因社会的制约而不得被意识压制下去,于是形成内心冲突,往往引起焦虑。为了减轻或消除焦虑,以保障内心的安宁,在人的心理活动中存在着一系列心理防御机制,各种变态心理就是各种防御机制单个的或多个组合起来发生作用的外部表现。心理防御机制(如压抑)的过度运用,常引起明显的精神异常和人格缺陷。该模式还强调童年的生活经历、心理压力或创伤经验,强调本我、自我、超我三者的平衡关系。认为一个人的心理疾病乃其本身内在心理冲突的结果,也是以上三个“我”之间的挣扎现象,心理疾病不过是个人企图减轻焦虑时显现的症状。

4. 人本主义理论模式 认为心理异常是个体没有充分发挥出作为人的巨大潜能,是一种对个体朝向健康和个人成长的自然倾向的阻断和歪曲,而不是变态或偏离常规。因此,治疗不是作为把个体从不适应转变为适应的手段,而是协助个体以一种朝向创造性和个人自我实现的方向成长的一种方式。其中心概念是自我概念、自我实现、高峰体验、情意、创造、开放教育等,发展了新的治疗方式,如完形治疗等。但批评者认为此学派经常不能找到科学的准则。

5. 认知理论模式 认为认知(人的思维和信念)是异常行为的核心,认知问题常导致心理疾病、异常行为,良好的适应行为皆取决于当事人的知觉和诠释他们的世界和经验的方式。

6. 社会文化理论模式 强调社会文化因素的作用,认为大多数心理行为异常是社会文化因素的结果。一个人如果能得到社会支持与同情,遇到的挫折就少,心理就会处于正常状态,反之,就会出现社会文化关系的失调。这里的社会文化因素是指社会或环境中的应激事件,如污染、噪音、人际关系、社会变动、民俗民风、宗教信仰、伦理道德等。

7. 生物-心理-社会理论模式 该模式认为心理行为的异常与生物、心理、社会因素均



有关系,它们相互影响、相互制约,不可分割和偏重。只有综合考虑它们的相互作用,才能避免其他理论模式的不足和片面性。

三、异常心理的分类

心理异常的表现多种多样,可以是严重的也可以是轻微的。根据世界卫生组织的估计,在同一时期,几乎可有20%~30%的人有不同程度的心理行为异常表现。那么,人类心理行为的异常表现都有哪些类别和如何称谓它们呢?这就是医学心理学、精神病学等学科一直在思考研究的有关异常心理的分类问题。为了更好的认识人类的心理,为了科学研究的总结和临床经验交流的需要,都必须有共同的语言把心理行为异常进行详细的归类,但其归类工作非常复杂,至今,仍然有许多不同的分类方法,这里仅介绍一种医学心理学分类方法。

国内的医学心理学领域主要根据心理偏移常态的程度不同,将心理异常从轻到重大致分为以下几大类。

1. 轻度心理障碍 是一类与心理社会因素密切相关的、程度较轻的心理障碍,如各种神经症、创伤后应激障碍等。说这类疾病“较轻”,是因为这些病人虽然有着程度不同的心身不适感,但生活能力和社会功能基本完好,可以照常生活、工作,从表面上看与正常人区别不大。这部分病人往往需要采用心理和药物的联合治疗。

2. 严重心理障碍 是因各种因素,使人的精神活动功能严重受损而导致的一类精神疾病。如精神分裂症、反应性精神病、情感性精神病等。这类疾病既可表现为自身精神活动诸方面的不协调,也可表现为人与外部现实环境之间不能正常地接触和反应,因而无法进行正常的社会生活。

3. 心理生理障碍 是由于心理社会因素的作用而导致的躯体功能性障碍和躯体器质性病变的一类疾病,这类疾病在疾病的发生、发展以及转归过程中都与心理社会因素的刺激有关,如各种心身疾病。

4. 躯体器质性疾病伴发的心理障碍 即由大脑损害或一些躯体疾病伴有的精神障碍,如内分泌紊乱导致的心理障碍等,这类障碍以治疗其躯体疾病为主,同时辅以心理治疗。

5. 人格障碍、性心理障碍:本章第二节将详述这两种障碍。

6. 损害健康行为和不良的行为习惯 即影响健康的行为习惯。对身体、心理、社会各方面带来危害的、常见的不良行为有:烟瘾、酒瘾、药物依赖、厌食和贪食、网络成瘾等等(详见第7章)。

7. 特殊条件下产生的心理障碍 包括在药物、催眠、航空等特殊条件下产生的心理障碍。如海洛因、烟草和酒精等状态下的精神障碍。

第二节 若干异常心理问题

一、神经性厌食与贪食

绝大多数时候,厌食和贪食是一对刻薄的孪生姐妹,临床心理学家把这两种症状都叫做进食障碍,称为神经性厌食症和贪食症。

(一) 神经性厌食症

是一种多见于青少年女性的进食行为异常,特征为故意限制饮食,使体重降至明显低于正常的标准,为此采取过度运动、引吐、导泻等方法以减轻体重。病人大都过分担心发



胖,甚至已明显消瘦仍自认为太胖,即使医生进行解释也无效。部分病人可以用胃胀不适、食欲下降等理由,来解释其限制饮食。也常伴有营养不良、代谢和内分泌紊乱、闭经等,青春期前的病人性器官呈幼稚型。有的病人可有间歇发作的暴饮暴食。本症并非躯体疾病所致的体重减轻,病人节食也不是其他精神障碍的继发症状。

CCMD-3 对其的诊断标准是:

1. 明显的体重减轻,比正常平均体重减轻 15% 以上,或者 Quetelet 体重指数(体重/身高²) 小于 17.5,或在青春期前不能达到所期望的躯体增长标准,并有发育延迟或停止。

2. 自己故意造成体重减轻,至少有下列 1 项:①回避“导致发胖的食物”;②自我诱发呕吐;③自我引发排便;④过度运动;⑤服用厌食剂或利尿剂等。

3. 常有病理性怕胖,这是指一种持续存在的异乎寻常地害怕发胖的超价观念,并且病人给自己制订一个过低的体重界限,这个界值远远低于医生认为是适度的或健康的体重。

4. 常可有下丘脑-垂体-性腺轴的广泛的内分泌紊乱。女性表现为闭经(停经至少已 3 个连续月经周期,但妇女如用激素替代治疗可出现持续阴道出血,最常见的是用避孕药),男性表现为性兴趣丧失或性功能低下。可有生长激素升高,皮质醇浓度上升,外周甲状腺素代谢异常,及胰岛素分泌异常。

5. 症状至少已持续 3 个月。

6. 可有间歇发作的暴饮暴食(此时只诊断为神经性厌食)。

7. 排除躯体疾病所致的体重减轻(如脑瘤、肠道疾病等)。

(二) 神经性贪食症

也是一种进食障碍,特征为反复发作和不可抗拒的摄食欲望及暴食行为,病人有担心发胖的恐惧心理,常采取引吐、导泻、禁食等方法以消除暴食引起发胖的极端措施。可与神经性厌食交替出现,两者年龄、性别分布情况与病理心理机制相似。多数病人是神经性厌食的延续者,发病年龄可能较神经性厌食晚。本症并非神经系统器质性病变所致的暴食,也不是癫痫、精神分裂症等精神障碍继发的暴食。

CCMD-3 对其的诊断标准是:

1. 存在一种持续的、难以控制的进食和渴求食物的优势观念,并且病人屈从于短时间内摄入大量食物的贪食发作。

2. 至少用下列一种方法抵消食物的发胖作用:①自我诱发呕吐;②滥用泻药;③间歇禁食;④使用厌食剂、甲状腺素类制剂或利尿剂。如果是糖尿病人,可能会放弃胰岛素治疗。

3. 常有病理性怕胖。

4. 常有神经性厌食既往史,二者间隔数月或数年不等。

5. 发作性暴食至少每周 2 次,持续 3 个月。

6. 排除神经系统器质性病变所致的暴食,以及癫痫、精神分裂症等精神障碍继发的暴食。

(三) 防治

上述病症形成的原因有遗传、心理和社会因素及不良的家庭教养方式。因此,预防很重要,社区、家庭、学校的健康教育一定要持久、深入。

治疗方面,主要采用饮食行为疗法、认知疗法,配合体力劳动、体育锻炼、药物等疗法。其中家庭的积极配合相当重要。对于贪食和厌食的重症患者,需要住院综合治疗。



二、自杀行为

(一) 概述

目前认为,自杀行为 (suicide behavior) 的发生是生物、心理、社会因素相互作用的结果。据 WHO 估计,全球约每 3 秒钟有一例自杀未遂,每 1 分钟有一例自杀死亡,每年死于自杀的人数在 50 万以上,自杀未遂者约是自杀死亡者的 20 倍。在各国自杀均被列为前十位死因之一,而在 15 岁~35 岁年龄组中则被列为前三位死因之一。

在中国,1993 年部分地区精神疾病流行病学协作调查结果显示,自杀率为 22/10 万。每年至少有 25 万人自杀死亡,每年 200 万人自杀未遂。自杀是我国人群第 5 位死因。1995~1999 年,在我国 15 岁~34 岁的年轻人中,每 10 万人有 26 人自杀死亡,自杀成为这个年龄段排在第一位的死亡原因。

1. 自杀的定义 《大不列颠百科全书》简单地将自杀定义为:有意或者故意伤害自己生命的行为。这个定义强调个体致死的动机。

2. 自杀的分类 自杀作为一个复杂的社会心理现象,学者们对其分类有不同的看法。美国国立精神卫生研究院 (NIMH) 将其分为:完全性自杀 (CS)、自杀企图 (SA)、自杀观念 (SI)。

国内学者将其分为:①自杀意念 (suicide idea):有寻死的愿望,但没有采取任何实际行动。②自杀未遂 (attempted suicide):采取了有意毁灭自己生命的行动,但并未导致死亡。③自杀死亡 (committed suicide):采取有意毁灭自己生命的行为,并导致死亡。④类自杀 (parasuicide)、蓄意自伤 (deliberate self-harm) 或自杀姿态 (suicide gesture):死亡愿望不很强烈,只是想伤害自己。

(二) 自杀的原因

自杀问题涉及到多个学科,如医学、社会学、心理学、伦理学等。各学科对自杀原因的研究切入点不同,一般认为,自杀是生物、心理、社会因素复杂的相互作用的结果。

有学者认为,我国的自杀率较高与传统文化有一定关系。在中国历史上,最高尚的政治道德原则是杀身成仁,舍生取义;最高尚的友谊是刎颈之交;最凄美的爱情故事是讲述自杀殉情的如梁祝、孔雀东南飞。中国传统提倡献身性的“利他型”、“殉国型”自杀,宽容和同情一些不得已的自杀行为。这给自杀提供了丰厚的情感土壤。可以比较的是,日本文化更加崇尚自杀,而现代日本的自杀率也一直居高不下。

根据自杀的不同原因,可将自杀原因归为如下几种类型:

1. 精神障碍导致的自杀 据 2000 年 WHO 资料,精神障碍自杀占有自杀个案的 30%~40%。其中,抑郁障碍自杀占全部精神障碍自杀的 1/4,精神分裂症自杀占全部精神障碍自杀的 27%~30%。自杀死亡者中 80% 以上的人患有不同程度的精神障碍。

2. 躯体障碍为主的疾病导致自杀 某些预后不良的疾病如恶性肿瘤,由于躯体痛苦的折磨,再伴随有其他心理社会因素困扰时,患者很容易走向自杀。

3. 非疾病 (普通) 人群自杀 普通人群中也存在一定比例自杀者。有学者认为,这部分人群有一些特殊的心理特点:①喜欢从阴暗面看问题,对全社会、特别是对周围人群抱有深刻的敌意,戒备心理较强。②社交能力差,从思想上、感情上把自己与社会隔离开来,缺乏归属感。③适应能力差,应付困难的技能较差。④缺乏理性的生活态度,在挫折和困难面前或倾向于夸大负性事件的危害性,倾向于自暴自弃;或过分追求绝对化、肯定化,不能忍受生活中的不确定性。⑤人格不成熟,情绪不稳定,对自己的定位不准确,等等。

4. 宗教信仰自杀或集体自杀 宗教信仰自杀是在某种邪教思想的笼罩和奴役下,出



现的一种集体无意识的冲动性行为。如邪教教主声称：若在某年某月某日某时在某地轻生（死法可不一），即可承蒙上帝耶稣接引上升天堂，享有一切快乐。结果，参与该活动的该派宗教人士全部自杀罹难，唯独教主自己没有自杀，随后即将金钱财物全部带走。对此，政府部门需要干预。值得注意的是，集体自杀多发生于青少年。有学者认为，从心理病理学的角度分析，集体自杀实际上属于癔症的一种，主要是指在暗示的作用下引起的精神错乱和/或转换症状。

（三）自杀者常见的心理动机

对自杀者进行自杀前的心理动机调查，发现常见的有：

1. 摆脱痛苦、逃避现实、实现精神再生；通过死后进入天堂以获得人世间得不到的东西。
2. 为了某种目的或信仰牺牲自己。
3. 自我惩罚，即惩罚自己的罪恶行为。
4. 追求完美，通过自杀达到自己道德上和人格上的完满。
5. 呼救求助，遇到困难时，通过自杀来向外界寻求帮助和同情。

（四）有关自杀的误解

对于自杀，人们有时缺乏正确的认识和判断，常存在一些误解。

1. 常见的误解 与想自杀的人讨论自杀，将诱导其自杀；威胁别人说要自杀的人，不会自杀；一般人永不会有自杀的念头；“一件小事也足以令人寻死？”，自杀者都有精神疾病；想过一次自杀的，就会总是想自杀；下决心自杀的人都是坚决想死的；一个人自杀未遂后，自杀危险可能消失；自杀未遂者并非真正想死；一个想自杀的人开始表现情绪好转、慷慨和分享个人财产，表明这个人有好转和恢复的迹象；有自杀行为者不需要专业人员的干预等等。

2. 有关儿童自杀的误解 六岁以下的孩子不会自杀；近年来儿童自杀非常罕见；从心理动力和发展的观念来看，真正的儿童抑郁症是不可能的；儿童不可能理解自杀的结局；从认知和躯体的角度看，儿童不可能成功地完成自杀计划，等等。

我们需要对这些误解进行澄清和正确认识，否则，会影响自杀干预的效果。

（五）自杀的基本线索

研究证实，自杀并非突发。一般而言，自杀者在自杀前处于想死而又渴望被救助的矛盾心态时，从其行为与态度变化中可看出蛛丝马迹。大约 2/3 的人都有可观察到的征兆。如果我们能注意到这些自杀线索，就会将一些自杀边缘者挽救过来。

对于绝大多数经受过心理的巨大痛苦而想自杀的人来说，自杀前常会出现一些迹象作为征兆。

1. 言语上的征兆 直接向人说：“我想死”，“我不想活了”。间接向人说：“我所有的问题马上就要结束了。”“现在没有人可以帮助我。”“没有我，他们会过得更好。”“我再也受不了了。”“我的生活毫无意义。”

谈论与自杀有关的事或开自杀方面的玩笑；谈论自杀计划、自杀方法、日期和地点；流露出无助或无望的心情；突然与亲朋告别，说如果他/她走了，不要想念他/她；等等。

2. 行为上的征兆 以前有过自伤行为、或自杀未遂；出现突然的、明显的行为改变（如学习成绩突然显著好转或恶化、或中断与他人的交往或出现很危险的行为）；出现抑郁的表现；将自己最珍贵的东西送人；有条理地安排后事；频繁出现交通事故；饮酒或吸毒的量增加；出现一些如进食障碍、失眠或睡眠过多、慢性头疼或胃疼、月经不规律等症状，等等。



(六) 自杀干预

对于自杀,一个都太多!因为研究发现,一个人自杀至少要让周围5个人的情绪和生活受到严重的、长期的影响。而且及时的干预能有效地阻止自杀者的自杀行为发生或自杀死亡发生。针对自杀干预,其具体干预要点有:

1. 真诚的关心 通常,一位企图自杀者表现不会十分活跃、主动,工作人员与当事人建立初步关系时,必须忍耐其较为被动、沉默,甚至漠不关心的表现,因为他是非常需要别人的支持的。工作人员的真诚关心和友善态度是与求助者建立良好工作关系的重要基础。

2. 初步接触 在接触有自杀危机求助者的初期,必须清楚地、肯定地表明工作人员的身份及帮助求助者的意图。同时亦应向他申明病人有接受援助的权利,亦应对自己的生命负全责,而工作人员亦应尊重病人的个人选择。学者 Birtchnell (1983) 认为:若有自杀意图者经过工作人员一段时间的帮助后,仍选择终结个人生命,工作人员应接受个人在此项工作上的限制,无须因此而有负罪感。

3. 直接询问 学者 Metto (1980) 认为最直接了解一个人自杀危机的可能性,就是直接询问其个人的自杀意向。但这种工作手法特别强调在询问时要针对事实、要清晰、不具批评性,在直接查询时,必须表现出同情、理解及真诚关怀的态度。

4. 寻找自杀的原因 若能找到引发自杀的原因,有助于制定相应的干预方案。引致自杀的因素很多,可是当事者面对突发危机时所作的一种冲动行为;也可是当事者面对一连串压力而无法克服的结果;或可能基于心理上或生理上的问题。

5. 分析致命危险程度 了解其自杀的方式,自杀方式的选择反映出求助者求死的决心,亦可以预计被救的可能性。若求助者认为自杀是唯一解决其问题的方法,其自杀危机将相应增加。

6. 分析其支持的资源 一般认为,较难与人相处和建立关系的个体,自杀危机会较高,因为自杀企图多由人际互动关系中出现矛盾而直接产生,而这种矛盾涉及病人在心理上的一种特有的关联。亲人及重要他人对自杀者的求生意愿极具影响力。

7. 自杀危机与入院干预 自杀者的自杀意念可随着每分钟而改变。若自杀者与工作人员有良好的工作关系,当其自杀意欲增加时,工作人员的介入会发挥很大效用。在实施干预时,若求助者的情况达中度至严重程度,工作人员必须进一步评估其自毁的冲动,并按需要与自杀者订立不自杀协议,或联络家人及重要人物提供紧密的照顾,若有需要亦须作入院的预备。

入院干预,可视自杀者的情况而定,若自杀者处于极度抑郁的状态、或其配偶或亲友刚死亡、或感到非常无望无助等,此时安排入院对自杀者有帮助。

有学者言:“自杀就是身边没有人”。如果始终有人陪伴自杀者的话,可有效地阻止其自杀行动的实施。

三、性心理障碍

(一) 概念

性心理障碍 (psychosexual disorder) 又称性变态或性欲倒错,泛指在两性行为方面的心理和行为明显偏离正常,是指一组以性对象歪曲和性行为异常为特征的心理障碍。其寻求性欲满足的对象与性行为的方式与常人不同,或有变换自身性别的强烈愿望,有违反社会习俗而获得性欲满足的行为。不包括单纯性欲减退、性欲亢进及性生理功能障碍。此外,与性心理障碍无关的精神活动均应无明显障碍。

性心理障碍的原因至今尚无一致认识,各学派都倾向于认为是性心理发育过程中出现



的异常，与生物、心理、社会因素都有一定联系。

(二) 判别标准

对性心理和性行为正常与否的判别，只能使用相对的标准，以生物学属性和社会文化特征为基础，结合变态心理的一般规律和性变态特殊性进行评价。目前对性变态的界定具体包含以下三方面。第一，其行为不符合当时社会认可的正常标准，但不同的社会和历史时期这种标准并不相同。例如，同性恋在我国认为违反习俗，是一种性变态，但在欧美、阿拉伯国家的某些地区同性恋却是合法的。第二，其行为对他人可能造成伤害，如诱奸儿童和严重施虐狂(sadism)。第三，本人体验到痛苦，这种痛苦与其生活的社会态度有关，其性欲冲动与其道德标准之间发生了冲突或认识到对他人带来了痛苦而体验到痛苦。性心理障碍应排除器质性精神疾病、精神发育迟滞及其他精神疾病伴随的性行为异常，也要与流氓和性犯罪相区别。

性变态，由于其行为违反社会习俗，常引起法律问题。一般认为，他们是性行为偏离正常，性心理发生障碍，并无其他精神异常。因此，如果他们的性行为触犯刑法，是要负法律责任的。

(三) 分类

在世界卫生组织颁布的《国际疾病分类》(ICD-10)中规定，性心理障碍包括性身份障碍、性偏好障碍和与性发育、性取向有关的心理与行为障碍。一般根据性心理障碍患者的性行为表现可以将其分为：

1. 性对象的障碍(性指向障碍) 还可分为不以成熟异性为性对象的障碍，如同性恋、恋童癖、恋尸癖、恋兽癖；不以性器官为性活动对象的障碍，如恋物癖。
2. 性偏好障碍 异装癖、露阴癖、窥淫癖、摩擦癖、施虐癖、受虐癖。
3. 性别认同障碍(性身份) 易性癖。
4. 其他 口淫癖、恋污秽癖、乱伦癖等。

(四) 常见的性心理障碍

1. 恋童癖 是以儿童为性活动对象的性变态。多见于男性，常为儿童的亲戚或父母的熟人、朋友。其性欲要求针对同性或异性儿童，以抚摸及强奸等形式表现出来，对儿童身心健康危害很大。恋童癖者常是意志薄弱者，对性冲动不能控制，选择弱小的对象进行发泄。对此，需要承担法律责任。行为治疗特别是厌恶疗法可以帮助纠正。

2. 恋物癖 是指以接触异性穿戴或佩戴物品引起性兴奋的性心理障碍。多见于成年男子。他们通过抚弄、嗅、咬某些异性用过的物品而获得性的满足，这些物品大多直接接触异性肉体或明显与性有关，如胸罩、内衣、内裤、头巾、丝袜、发带等等。恋物癖者为获得这些物品，常采用盗窃的方式，以致触犯法律，但又屡教不改，本人也为此感到痛苦。

恋物癖的发病机制尚不明，较肯定的一点是由于童年环境与性意识混乱对人格发展所起的阻碍作用导致恋物癖。据临床了解，一些恋物癖者童年习惯抱着母亲衣物、头巾睡觉，否则不易入眠。

对恋物癖目前尚无特效药物，可施行心理治疗，如厌恶疗法和疏导谈话疗法，配合环境教育与约束。防治要从幼儿教育开始，重视环境对幼儿人格的影响。

3. 异装癖 又称异性装扮癖。指通过穿着异性服装而得到性兴奋的一种性变态形式，以男性多见，其形成原因有心理和家庭环境因素。有患者在不穿异性服装时性交出现阳痿，而穿了异性服装则无，认为这是异性装扮解除了患者潜意识中对性活动的忧虑或罪恶感的结果。另有父母本想生女孩，却生了个男孩，为填补心理上的缺憾，把孩子打扮成异性并给予更多的关爱，从而造成孩子的心理障碍。



异装癖在5~14岁开始萌生, 青春期产生与异性装束有关的色情幻想。开始一般在房间中穿异装, 通过镜子自我欣赏; 以后逐渐出现在公众场合。他们着异装时多体验到平静和舒适, 如不穿或被制止穿异装, 则会引起强烈的紧张不安。患者在穿异装后能引起性兴奋, 多数患者结婚后, 与妻子有性爱, 少数患者后来转换成易性癖者。异装癖、易性癖、同性恋这三者, 都有穿异性服装的癖好。但异装癖者多倾向于结婚, 且在妻子的理解下, 大都有美满的性关系和爱情关系; 而易性癖、同性恋者很难适应异性婚恋关系。

该症主要在于预防, 强调早发现早治疗。厌恶疗法, 对其有一定的疗效。

4. 露阴癖、窥淫癖、摩擦癖 露阴癖是指反复多次在事先毫无准备的陌生人面前突然显露自己外生殖器从而激起性幻想、性迫切愿望或行为的一种障碍。窥淫癖是指反复多次以观察一个事先毫无准备的人在脱衣服或从事性活动, 从而激起性幻想、性迫切愿望或行为的一种障碍。摩擦癖是反复多次以与不同意此行为者作触碰及摩擦, 从而激起性幻想、性迫切愿望或行为的一种障碍。

上述症状持续至少6个月, 且产生了临床上明显的痛苦烦恼, 或造成了患者在社交、职业或其他重要方面的功能缺损, 则可下诊断。这类患者多见于男性, 且大多性功能低下, 用认知转变、厌恶疗法等施治, 可收到一定效果。

5. 性施虐癖、受虐癖 性施虐癖是指反复多次以使对方受到心理或躯体痛楚(包括羞辱)而使自己感到性刺激的行为, 从而激起性幻想、性迫切愿望或行为。性受虐癖则是反复多次以被羞辱、被捆绑、被殴打、或其他受苦方式来激起性幻想、性迫切愿望或行为。

上述症状持续至少6个月, 且因此产生了临床上明显的痛苦烦恼, 或造成了患者在社交、职业或其他重要方面的功能缺损, 则可下诊断。

6. 性身份障碍 也称易性癖, 是对自身性别的认定与解剖生理上的性别特征呈逆反心理, 持续存在厌恶和改变本身性别的解剖生理特征以达到转换性别的强烈愿望, 并要求变换为异性的解剖生理特征(如使用手术或异性激素)。其性爱倾向为纯粹同性恋, 要排除其他精神疾病所致的类似表现, 无生殖器解剖生理畸变与内分泌异常。

(五) 性心理障碍的心理干预

由于性心理障碍患者通过异常的性行为可以获得快感的特点, 故一般不会积极主动求医, 多在亲人发现或异常性行为被揭露后才就诊。

性心理障碍的治疗主要是心理治疗。最常用的是行为疗法中的厌恶疗法。也可以配合药物治疗。对于轻度违法的病人, 可以由司法机关给予适度的处罚起到遏止作用。对于性别认同障碍患者主要进行心理治疗, 在使用变性手术时要慎重。

早期的性教育, 对于预防性变态和性功能障碍有一定作用。对已经发生的性变态或性功能障碍, 则以心理治疗和行为治疗为主。我国有些地区, 已开始进行性心理咨询, 这也是一种很好的形式。

四、人格障碍

(一) 概念

人格障碍(personality disorder), 是指人格特征明显偏离正常, 使病人形成了一贯的反映个人生活风格和人际关系的异常行为模式。这种模式显著偏离特定的文化背景和一般认知方式(尤其在待人接物方面), 明显影响其社会功能与职业功能, 造成对社会环境的适应不良, 病人为此感到痛苦, 并已具有临床意义。

病人虽无智能障碍, 但适应不良的行为模式难以矫正, 仅少数病人在成年后程度上可有改善。通常开始于童年或青少年期, 并长期持续发展至成年或终生。如果人格偏离正常



系由躯体疾病（如脑病、脑外伤、慢性酒中毒等）所致，或继发于各种精神障碍，则称之为人格改变。

人格障碍者一般能处理自己的日常生活、工作，但由于其人格组成成分的平衡性或性质发生改变，病人又缺乏对自身人格的自知。因此，在社会生活中，常与周围人发生冲突，从而使自己感到痛苦或使社会其他人受到损害，对个体或社会有不良影响，但其很难从错误中吸取应有的教训加以纠正。

临床上，多种精神障碍都有某种特定人格障碍的基础。例如，强迫症病人常有某种过于认真、追求完美、刻板、固执、自信不足的强迫性人格特征；癔症病人常有情感不稳、易受暗示、自我中心的表演性人格特征。

（二）诊断标准

CCMD-3 对人格障碍的诊断标准包括：

1. 症状标准 个人的内心体验与行为特征（不限于精神障碍发作期）在整体上与其文化所期望和所接受的范围明显偏离，这种偏离是广泛、稳定和长期的，并至少表现有下列 1 项：①认知（感知及解释人和事物，由此形成对自我及他人的态度和形象的方式）的异常偏离；②情感（范围、强度及情感唤起和反应）的异常偏离；③控制冲动及对满足个人需要的异常偏离；④人际关系的异常偏离。
2. 严重程度标准 特殊行为模式的异常偏离，使病人或其他人（如家属）感到痛苦或社会适应不良。
3. 病程标准 开始于童年、青少年期，现年 18 岁以上，至少已持续 2 年。
4. 排除标准 人格特征的异常偏离并非躯体疾病或精神障碍的表现或后果。

（三）分类

人格障碍的表现比较复杂，目前，对人格障碍的分类方法尚未统一，我国 CCMD-3 将人格障碍分为以下几个类型：

1. 偏执性人格障碍 其以猜疑和偏执为特点，始于成年早期，男性多于女性。其临床表现至少有下列 3 项：①对挫折和遭遇过度敏感；②对侮辱和伤害不能宽容，长期耿耿于怀；③多疑，容易将别人的中性或友好行为误解为敌意或轻视；④明显超过实际情况所需的好斗，对个人权利执意追求；⑤易有病理性嫉妒，过分怀疑恋人有新欢或伴侣不忠，但不是妄想；⑥过分自负和自我中心的倾向，总感觉受压制、被迫害，甚至上访、上访，不达目的不肯罢休；⑦具有将其周围或外界事件解释为“阴谋”等的非现实性优势观念，因此过分警惕和抱有敌意。

2. 分裂性人格障碍 其以观念、行为和外貌装饰奇特、情感冷漠及人际关系明显缺陷为特点。男性略多于女性。并至少表现出下列 3 项：①性格明显内向（孤独、被动、退缩），与家庭和社会疏远，除生活或工作中必须接触的人外，基本不与他人主动交往，缺少知心朋友，过分沉湎于幻想和内省；②表情呆板，情感冷淡，甚至不通人情，不能表达对他人的关心、体贴及愤怒等；③对赞扬和批评反应差或无动于衷；④缺乏愉快感；⑤缺乏亲密、信任的人际关系；⑥在遵循社会规范方面存在困难，导致行为怪异；⑦对与他人之间的性活动不感兴趣（考虑年龄）。

3. 反社会性人格障碍 以行为不符合社会规范，经常违法乱纪，对人冷酷无情为特点，男性多于女性。本组病人往往在童年或少年期就出现品行问题，成年后（指 18 岁后）习性不改，表现至少有下列 3 项：①严重和长期不负责任，无视社会常规、准则、义务等，如不能维持长久的工作或学习，经常旷工/旷课、多次无计划地变换工作；有违反社会规范的行为，且这些行为已构成拘捕的理由（不管拘捕与否）；②行动无计划或有冲动性，如进行事先未计划的旅行；③不尊重事实，如经常撒谎、欺骗他人，以获得个人利



益；④对他人漠不关心，如经常不承担经济义务、拖欠债务、不赡养子女或父母；⑤不能维持与他人长久的关系，如不能维持长久（1年以上）的夫妻关系；⑥很容易责怪他人，或对其与社会相冲突的行为进行无理辩解；⑦对挫折的耐受性低，微小刺激便可引起冲动，甚至暴力行为；⑧易激惹，并有暴力行为，如反复斗殴或攻击别人，包括无故殴打配偶或子女；⑨危害别人时缺少内疚感，不能从经验，特别是在受到惩罚的经验中获益。

其在18岁前有品行障碍的证据，至少有下列3项：①反复违反家规或校规；②反复说谎（不是为了躲避体罚）；③习惯性吸烟，喝酒；④虐待动物或弱小同伴；⑤反复偷窃；⑥经常逃学；⑦至少有2次未向家人说明的外出过夜；⑧过早发生性活动；⑨多次参与破坏公共财物活动；⑩反复挑起或参与斗殴。另外还有被学校开除过，或因行为不轨而至少停学一次，或被拘留或被公安机关管教过。

4. 冲动性人格障碍（攻击性人格障碍）以情感爆发，伴明显行为冲动为特征，男性明显多于女性。至少有下列3项表现：①易与他人发生争吵和冲突，特别在冲动行为受阻或受到批评时；②有突发的愤怒和暴力倾向，对导致的冲动行为不能自控；③对事物的计划和预见能力明显受损；④不能坚持任何没有即刻奖励的行为；⑤不稳定的和反复无常的心境；⑥自我形象、目的及内在偏好（包括性欲望）的紊乱和不确定；⑦容易产生人际关系的紧张或不稳定，时常导致情感危机；⑧经常出现自杀、自伤行为。

5. 表演性（癡症性）人格障碍以过分的感情用事或夸张言行吸引他人的注意为特点，并至少有下列3项表现：①富于自我表演性、戏剧性、夸张性地表达情感；②肤浅和易变的情感；③自我中心、自我放纵和不为他人着想；④追求刺激和以自己为注意中心的活动；⑤不断渴望受到赞赏，情感易受伤害；⑥过分关心躯体的性感，以满足自己的需要；⑦暗示性高，易受他人影响。

6. 强迫性人格障碍 其以过分的谨小慎微、严格要求与完美主义及内心的不安全感为特征。男性多于女性2倍，约70%强迫症病人有强迫性人格障碍。至少有下列3项表现：①因个人内心深处的不安全感导致优柔寡断、怀疑及过分谨慎；②需在很早以前就对所有的活动作出计划并不厌其烦；③凡事需反复核对，因对细节的过分注意，以致忽视全局；④经常被讨厌的思想或冲动所困扰，但尚未达到强迫症的程度；⑤过分谨慎多虑、过分专注于工作成效而不顾个人消遣及人际关系；⑥刻板和固执，要求别人按其规矩办事；⑦因循守旧、缺乏表达温情的能力。

7. 焦虑性人格障碍 以一贯感到紧张、提心吊胆、不安全及自卑为特征，总是需要被人喜欢和接纳，对拒绝和批评过分敏感，因习惯性地夸大日常处境中的潜在危险，而有回避某些活动的倾向。并至少有下列3项表现：①一贯的自我敏感、不安全感，及自卑感；②对遭排斥和批评过分敏感；③不断追求被人接受和受到欢迎；④除非得到保证被他人所接受和不会受到批评，否则拒绝与他人建立人际关系；⑤惯于夸大生活中潜在的危险因素，达到回避某种活动的程度，但无恐惧性回避；⑥因“稳定”和“安全”的需要，生活方式受到限制。

8. 依赖性人格障碍 以过分依赖为特征，并至少有下列3项中的表现：①要求或让他人为自己生活的重要方面承担责任；②将自己的需要附属于所依赖的人，过分地服从他人的意志；③不愿意对所依赖的人提出即使是合理的要求；④感到自己无助、无能，或缺乏精力；⑤沉湎于被遗忘的恐惧之中，不断要求别人对此提出保证，独处时感到很难受；⑥当与他人的亲密关系结束时，有被毁灭和无助的体验；⑦经常把责任推给别人，以应对逆境。

9. 其他或待分类的人格障碍 包括被动攻击性人格障碍、抑郁性人格障碍和自恋性人格障碍等。



(四) 人格障碍形成的原因

目前尚不清楚,且研究也不多,可能是由于这类研究特别困难之故。因为与人格障碍形成有关的事件发生于童年早期,而人格障碍为人注意时已是成年,此时要阐明早年的众多经历与成年后的人格障碍的关系是极为困难的。不过,现在人们通常认为,人格障碍可能是由生物、心理和社会文化诸因素共同作用的结果。

1. 生物学因素 家谱调查及遗传学研究表明,人格异常者亲属中,凡血缘关系越近者,人格异常的出现率越高。shields (1992) 对人格的正常变异进行研究,调查 44 对单卵双生子,其中有些出生后就分开生活,人格测验结果显示,分开长大的双生子测查结果的相关系数与那些生活在一起的相似,提示遗传有重要影响,或人格异常可能与孕期或婴幼儿期营养不良以及神经系统的损伤等原因有关。

2. 心理因素 在人格发育中,儿童早期的环境和家庭教育是非常重要的因素。有研究报道,儿童早期母爱被剥夺可形成缺乏感情的性格,往往对社会很冷淡,有些人直至青少年时期仍表现爱挑衅、易冲动和反社会行为,动作显得过分活跃,或显得过分被动。儿童人格的发展与父母的态度也有很大关系,父母过于严厉,或对儿童的要求缺乏同一性,儿童往往形成焦虑、无所适从、胆怯的性格;而过于溺爱,往往使儿童形成被动依赖的脆弱性格。

行为学者认为人格障碍是受环境影响而获得的适应不良性行为的模式。人格障碍是社会学习的结果。

3. 社会-文化因素 研究发现,恶劣的社会环境和不合理的社会制度是造成人格障碍的关键因素。少年儿童由于情绪波动大、行为自控能力差、伦理道德尚未形成等特点,极易通过观察、模仿、教唆等而习得不良性格与行为。

(五) 人格障碍的心理干预

人格异常一旦形成,纠正不易,所以特别强调预防,重视妊娠期心理卫生,注意幼儿期和学龄儿童的心理卫生教育。一旦发现行为障碍,要及时教育和纠正;一旦确定为人格异常,应着力重建他们的心理和社会环境,不歧视他们,热情关怀、帮助他们,指导其尊重他人及自己。

药物治疗对人格障碍的某些症状有一定的疗效。

心理治疗比较困难,但医生应通过建立良好的信任关系,启发他们认识和分析自己的人格缺陷,强调性格是可以改变的,鼓励他们寻找有效的途径改造自己的性格及人际关系。也可以通过团体心理治疗的干预方式,为患者创造一种良好的学习、生活和工作环境。自我控制疗法及自我松弛训练的合理应用对人格障碍有一定的疗效。

五、睡眠障碍

(一) 概念

睡眠具有恢复精力、体力的功能,可以帮助个体完成清醒时尚未结束的心理活动。正常人每隔 24 小时有一次觉醒与睡眠的节律性交替。睡眠可分为正相睡眠期(NREM)和异相睡眠期(快速眼动睡眠期,REM),健康人睡眠开始于正相睡眠期,维持 70~100 分钟后转入异相睡眠期,再维持 20~30 分钟后又转入正相睡眠期,如此重复约 4~6 次。睡眠量常依年龄不同而异,新生儿需睡 18~20 小时,儿童 12~14 小时,成人 7~9 小时,老年人一般只需 5~7 小时。

梦,是睡眠中在某一阶段的意识状态下所产生的一种自发性的心理活动。在此心理活动中个体身心变化的整个历程,称为做梦(dreaming)。

睡眠障碍,既是睡眠量不正常以及睡眠中出现异常行为的表现,也是睡眠和觉醒正常



节律性交替紊乱的表现。是一般门诊患者最常见到的主诉之一。美国精神医学会 DSM-IV 对睡眠障碍的定义包括两个要点：①连续睡眠障碍时间长达一个月以上；②睡眠障碍的程度足以造成主观的疲累、焦虑或客观的工作效率下降、角色功能损伤。

睡眠障碍有多种分类方法，根据 1979 年美国睡眠障碍协会制定的分类方法，将睡眠障碍分为四大类：①入睡和维持睡眠障碍（主要指失眠）；②白天过多瞌睡；③睡眠中的异常行为；④睡眠节律紊乱。

(二) 失眠

1. 定义 失眠是临床上最常见的睡眠障碍。通常指患者对睡眠时间和/或质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验。按病程分类：①一过性或急性失眠，病程 < 4 周；②短期或亚急性失眠，病程在 4 周~3、6 个月之间；③长期或慢性失眠，病程 > 6 个月。

2. 失眠的表现 有人入睡困难；不能熟睡；早醒、醒后无法再入睡；频频从噩梦中惊醒，自感整夜在做噩梦；睡过之后精力没有恢复；容易被惊醒，有的对声音敏感，有的对灯光敏感。失眠还会引起人的疲劳感、不安、全身不适、无精打采、反应迟缓、头痛、记忆力不集中。很多失眠者喜欢胡思乱想。

3. 失眠的原因 有生理上、心理上的原因，以及这两者之间的混合状况。从医学和心理学的角度大致会有：

(1) 精神障碍：如抑郁障碍、焦虑症、恐惧症、精神分裂症等，都可导致失眠。

(2) 心理社会因素：如家庭婚姻、升学就业、晋升、子女教育等问题会导致失眠；重大事件的心理创伤会导致失眠；对失眠的恐惧也会引起失眠；某些个性特点的人容易失眠。

(3) 反生理时钟引起：如上通宵网络、时差、倒班，等等。

(4) 某些药物、食物（茶、咖啡、酒等）和环境变化都可导致失眠。

(5) 其他疾病：如一些躯体疾病和脑部疾患，也会引起失眠。

4. 失眠的治疗

(1) 药物治疗：适当使用安眠药是治疗失眠的成功方法。但要根据情况按医生医嘱正确用药。

(2) 针对原发病治疗：可到医院进行检查，如没有器质性疾病，再从其他方面找寻失眠原因。

(3) 心理行为治疗：有睡眠障碍专家认为，对于心因性失眠，药物只是一种辅助治疗，只有心理行为治疗才能解决根本问题。这包括：

1) 端正对失眠的认识：有专家说“比失眠更可怕的是怕失眠”，对失眠的恐惧心理会使失眠的治疗更困难。失眠不是一种严重疾病，不要把失眠看得太重，1 天或几天少睡几个小时大脑能调节恢复。另外，没有绝对的失眠者，失眠的程度再严重，也或多或少能睡些时候，有些自称几个月没合眼的人，在实验室检查发现，他们一夜之间总会有一些短暂的睡眠存在。其实，许多失眠者都无意识的夸大了失眠的症状，这是睡眠感丧失的结果。

2) 养成良好的睡眠习惯：如睡前把该做的事情做好，喝杯热牛奶，洗个温水澡，听一曲轻音乐，使身心得到彻底的放松。如在床上睡不着而越来越烦躁，最好起床干点别的事，等有了睡意再上床。如在床上强迫自己入睡，往往事与愿违。另外，如哪个晚上睡不好，不要在第二天刻意补充睡眠，以免造成恶性循环。还要保持适度运动，借以灵活身体各器官，但剧烈运动睡前应尽量避免。

3) 创造美好环境：睡眠环境的好坏直接影响睡眠的质量。身居闹市的家庭尽量创造良好的居住环境，减少睡眠干扰。

4) 安抚烦乱心理：心理干扰是大多数人失眠的原因。保持平和的心态、宽容的对人



方式及积极乐观的生活态度等，对拥有良好的睡眠极为有益。

其他还有放松疗法、森田疗法、音乐疗法等对失眠都有一定的疗效。

(三) 其他睡眠障碍

1. 白天过多瞌睡 原因很多，除了不良的作息时间外，还包括某些中枢神经系统的疾病、抑制剂或兴奋剂的使用以及不典型抑郁症等。主要表现：白天出现无法克制的睡意，可有无意识动作、认知功能降低等表现，将影响工作与学习，如果发生在驾驶或特种工作时，可造成交通事故或意外。

2. 睡眠中的异常行为 主要指与睡眠有关的发作性躯体异常或行为异常，其特点与睡眠阶段或睡眠—觉醒的转变有关。认为是中枢神经系统激活的表现，如梦游症、梦呓（说梦话）、夜惊（在睡眠中突然骚动、惊叫、心跳加快、呼吸急促等）、梦魇（做噩梦）、磨牙、不自主笑、肌肉或肢体不自主跳动等。这些发作性异常行为不是出现在整夜睡眠中，而多是发生在一定的睡眠时期。

3. 睡眠节律紊乱 患者的睡眠模式与常规的作息时间不同，从而出现失眠，主要指睡眠时相迁移/延迟综合征。前者常见于老年人，夜间入睡和晨间觉醒时间均提前；而后者常见于青年人，表现为入睡和觉醒时间后移。

(四) 睡眠障碍的防治原则

1. 培养良好的生活习惯和睡眠习惯。
2. 创造良好的睡眠环境。
3. 积极查找睡眠障碍的原因，对症下药。
4. 心理治疗、药物治疗和其他疗法的综合运用。

(唐峥华)

第十二章 心理干预

心理干预是医学心理学重要手段之一，其目的就是根据一定的科学原理，采用特定的程序，帮助人们增进健康，消除或缓解各种心理障碍和心理烦恼。

第一节 心理干预概述

一、概念

心理干预（psychological intervention）是指在心理学理论指导下有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或行为问题施加影响，使之发生朝向预期目标变化的过程。一般认为心理干预的主要方法是心理治疗，但随着医学心理学的发展，心理干预的内涵和范围也在不断变化和扩展。我们至少可从两个角度上理解心理干预的内涵，一方面心理干预是各种心理学干预手段的总称，包括心理治疗、心理咨询、心理康复和心理危机干预等；另一方面，随着社会生活的发展和对心理服务需求的增长，心理干预的思想、策略和对象越来越社会化，逐渐深入到文化传播、公共卫生、保健、疾病控制等领域，甚至成为制订公共卫生政策的重要内容。因此，目前心理干预的形式已经从早期单纯的个体治疗的领域，进一步扩展到针对团体或特殊群体的多层次干预。具体包括：针对普通人群进行健康促进的教育；对心理障碍的高危人群进行预防性干预；运用心理治疗的手段对已经患有心理障碍的人进行临床干预。

二、心理干预的内容与方式

一般情况下，个体有了较明显的病感后才去医院求治。但从疾病发生发展的全过程看，很多严重的心理障碍如果在症状爆发前有机会得到治疗，可能效果要好得多。研究表明，对某些疾病的高危人群进行预防性的干预，能够显著降低发病率。我国中医理论早就提出“不治已病，治未病”的思想，如《黄帝内经》提到“是故圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱，此之谓也。夫病已成而后药之。乱已成而后治之，譬犹渴而穿井，斗而铸锥……”。过去医学界以“预防为主”来概括“治未病”的思想，但实际上这种观点强调的是“治”，即通过预防性治疗达到“防”的目的。显然，这也可作为心理干预的指导原则，如遵循健康的生活方式，就可能预防高血压、冠心病等疾患。因此，随着社会的发展，人们健康意识的提高，医学心理学需要认真思考应该对哪些群体进行心理干预、何时进行干预以及采取何种措施干预。

从整体上看，要想有效地预防和解决心理疾患，至少应对各类人群实行三个层次的干预措施：健康促进、预防性干预和心理治疗（见图 12-1）。

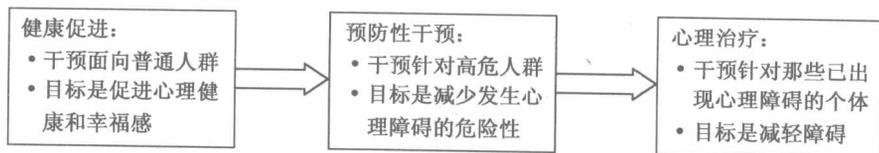


图 12-1 针对不同群体实行的不同的干预措施



(一) 健康促进与预防

健康促进 (health promotion) 是指在普通人群中建立适应良好的行为、思想和生活方式, 也称为一级干预。对于高危人群的干预被称为二级干预或预防性干预。在防止心理障碍的出现的各种措施中, 预防性干预是最有效的手段。三级干预是对全部或部分已经产生心理问题的人进行心理治疗。

在健康促进层面上, 可通过促进积极的行为模式和促进健康来预防心理问题的发生。因此, 健康促进包含着一些重要的概念, 如积极的心理健康、危险因素和保护因素以及与这些因素相应的预防性干预措施。

1. 积极的心理健康 积极的心理健康 (positive mental health) 对个体具有保护功能, 主要包括两个方面: ①保护个体免遭应激损伤的能力。学习正确应对急、慢性应激的方法, 可增进积极的心理健康。如应激管理就是一种主要的方法 (详见第6章)。②个体为增强自我控制感和促进个人发展而有意识地培养自己参与各种有意义活动的的能力。包括培养积极的信念或认知方式, 如对生活的控制感以及自我效能感 (self efficacy)。在应激时这些生活态度和认知模式会促使个体产生更积极的情感反应, 从而有利于身体健康。Seligman 等的研究表明, 要预防抑郁症的出现和发展, 一个行之有效的办法是在学龄期就应开始设置有关积极乐观思维方式的课程。为促进良好的发育和发展, 增强社交能力, 在儿童期和青春期可引导孩子学习一定的社交技能和解决日常生活问题的能力。如在一些发达国家, 很多中小学校已经开展了促进社会能力的计划, 最常用的干预计划是有关社交能力和生活技能的训练课程, 其重点一般是青春期适应技能的发展。在有些学校这些训练甚至成为学校的必修课。我国一些大城市的中小学校在积极开展学生心理咨询的过程中也正在尝试实践类似的训练内容。

2. 危险因素和保护因素 危险因素 (risk factor) 是指导致某一类个体较一般人群易感某种障碍的人格因素或环境因素。危险因素存在于各种情况中, 如在药物滥用的案例中, 危险因素可能来自个体本身、家庭环境、教育经历、同伴或社会环境的影响。研究还发现, 如个体所处环境中有多重危险因素, 其心理障碍的发病率高于那些接触单一因素人群发病率的总和, 说明各种危险因素之间存在协同作用。此外, 某一特定的危险因素会增加多种心理障碍发生的可能性, 如父母经常吵架不仅可以导致子女抑郁障碍的发生率增高, 而且也可导致其他行为问题增多。

保护因素 (protective factor) 与危险因素相反, 它是指能使个体发生某种心理障碍的可能性低于一般人群的人格因素、行为方式或环境因素。保护性因素的存在使个人对损害心理健康的抵抗力增加, 从而降低个体发生心理障碍的发生率。研究表明, 多种个体和环境因素具有保护作用, 使心理障碍发生的危险性减少, 如维持良好的社会支持资源, 就有可能减少心理问题发生的风险。养成健康的生活方式是增强保护因素的重要方式。生活方式 (life style) 是个体处理日常生活的外在行为模式, 具有一定的选择性和控制性, 个体日常行为模式综合在一起就形成了个人独特的生活方式。增进健康的生活方式包括有利于健康、适应良好及竞争力强等一系列行为模式。近十年来健康心理学 (health psychology) 的快速发展, 使得有关心理与行为健康的知识得到普及, 在我国有关锻炼、减肥、健康饮食、独生子女的养育问题等知识在互联网、报纸、电视等媒体上广泛传播, 各种心理咨询、心理保健的讲习班、培训班如雨后春笋般蓬勃开展, 养成健康生活方式的观念越来越得到重视和普及。Jessor (1998) 对青少年生活方式的研究表明, 某些能增进健康的行为方式是相互联系的, 这些行为方式包括: 锻炼、充足的睡眠、健康饮食、口腔护理、安全驾驶、积极参与社会活动等。同时, 研究还表明有些损害健康的行为模式总是伴随出现的, 如药物滥用、违法犯罪、不安全的性行为、酒后驾驶等。



从健康促进的具体措施上看，医学心理专业人员的任务是如何帮助人们养成健康的生活方式。如普及有关营养学的知识，使人们养成健康的饮食习惯。采用系统的行为矫正原理和方法对不良饮食习惯进行干预。制定促进儿童青少年心血管系统健康的干预措施，包括改善学校的学生饮食，加强学校体育锻炼的效果，开展对学生的禁烟活动等。结果表明，这些活动能明显的促进学生健康的生活方式的形成。

（二）预防性干预的方式

预防性干预（preventive intervention）是指有针对性的采取降低危险因素和增强保护因素的措施，预防性干预可以起到拮抗危险因素的作用，并促进保护性因素的形成，从而阻断心理障碍形成和爆发的过程。预防性干预有三种方式：普遍性干预、选择性干预和指导性干预。

1. 普遍性干预（universal preventive interventions）主要是面向广大普通人群，针对某些导致整个人群发病率增加的危险因素，进行心理教育或宣传性干预。如青少年后期抑郁症发病率相对增高，预防性干预就可以面对整个青少年人群，普及认知和行为技能教育，以减少抑郁发作的危险。

2. 选择性预防干预（selective preventive interventions）是针对那些虽然还没有出现心理问题或障碍，但其发病的危险性比一般人群要高的人，如离婚家庭其子女患抑郁症、PTSD的危险性明显增高，因此应该针对这类家庭的成员实施预防性干预。

3. 指导性预防干预（indicated preventive intervention）干预的对象是那些有轻微心理障碍先兆和体征的人群。研究表明，有轻度抑郁情绪的人在某些因素的作用下转化为重性抑郁的几率很高，因此，如能预先筛查出已经存在抑郁情绪者，并对其进行干预，能防止重性抑郁的发生。

研究表明，在处理各种心理问题和躯体健康问题方面，各种干预方式都具有同等的重要性，很多心理问题实际上需要多种层面的综合性干预。Ornish等（1998）研究了综合性干预措施在减少心脏病危险因素上的作用。干预内容包括低脂饮食、有氧训练、应激管理训练、戒烟、集体心理治疗等。结果表明，与对照组相比，干预组负性情绪和冠心病的症状有了明显改善，说明心理综合干预计划在身心两方面都产生了积极的效应。处理酒精滥用问题也需要在各个层面上进行干预。酒精依赖者不仅损害自身健康，而且往往导致家庭生活混乱、工作能力丧失以及子女出现行为和情感障碍的几率也远远大于普通人群。如果单纯治疗酒精依赖患者，并不能预防新病例的发生，反过来，如果单纯实行预防酒精依赖的措施虽然也能降低其发病率，但对正在遭受疾病折磨的患者本人及其家庭却没什么真正的帮助。因此，对酒精依赖进行多种形式的干预是十分必要的。

在发达国家，许多健康促进和预防性干预属于社区心理学工作的一部分。社区心理学（community psychology）作为心理学的一个分支，出现在上个世纪的60、70年代。社区心理学的出现与以下几个因素有关：①对精神病人的治疗从封闭的医院治疗转为在社区开办的心理健康中心继续进行康复治疗；②人们对心理健康问题的认识逐渐提高，不再认为心理问题仅是个人的问题而是将其与整个社会环境和社会问题联系起来；③逐渐认识到预防才是解决心理健康问题的有效办法。社区心理学家开创了许多预防性的干预技术，推动了医学心理学的发展。现在的问题是，我国健康保障体系的重点仍然是治疗疾病，而不是促进健康、预防疾病，这个问题在心理卫生领域尤其突出。

三、心理咨询与心理治疗的关系

心理咨询也是心理干预的重要组成部分，是实行健康促进、心理教育和心理指导的常用手段。从学科角度看心理咨询是咨询心理学（counseling psychology）的重要研究内容。



所谓咨询(counseling),意为商谈、征询。心理咨询(psychological counseling)是指受过专业训练的咨询者依据心理学理论和技术,通过与来访者建立良好的咨询关系,帮助其认识自己,克服心理困扰,充分发挥个人的潜能,促进其成长的过程。

从这个定义看,心理咨询与心理治疗似乎没有本质的区别。但两者之间还是有一定的差异,如心理咨询的对象主要是有现实问题或心理困扰的正常人,着重处理一般的情绪不快、人际关系问题、职业选择和教育求学的问题、恋爱婚姻问题、子女教育方面的问题等。心理治疗主要针对有心理障碍的病人如神经症、性变态、人格障碍、心身疾病及康复中的精神病人等。心理咨询主要遵循发展与教育的模式,侧重于对来访者的支持、启发、教育、指导,而心理治疗则遵循生物-心理-社会医疗模式,侧重于分析与矫正,消除症状,重建人格。

医学心理咨询(medical psychological counseling)是我国老一辈医学心理学家提出的,是心理咨询在医学领域中的应用。医学心理咨询与普通心理咨询不同,有自身的重点和任务,其主要对象是患者或寻求医学帮助的人,着重处理的是医学领域中的心理问题。因此,医学心理咨询是医学实践中的重要组成部分,它贯彻并体现了生物心理社会医学模式在临床实践中的应用。参加医学心理咨询的人员应既具备专业化医学知识和技能,又有一定的心理学、社会学的知识,这样才能承担起医学心理咨询的任务。

随着疾病谱的变化和生物心理社会医学模式的发展,心理咨询与心理治疗将变得日益重要,会被更广泛地应用到医疗领域的各个方面。在这里我们应该谨记一百多年前弗洛伊德说过的一番意味深长的话,大意是“现代的医生不能仅从解剖、物理和化学的观点来理解病人和疾病,不能漏掉心灵深层的东西,只有从深层心理的角度进行研究和理解才能达到对人和疾病认识的高峰……”。实事求是地看,正是由于弗洛伊德精神分析疗法以及其他心理疗法的出现,才使得在医学发展过程中,医生能够在药物治疗之外多一种选择,患者也第一次有机会在治疗时面对着自己的心灵。

第二节 心理治疗

一、概述与简史

(一) 概念

心理治疗是心理干预的重要手段之一,其应用的对象主要是那些已经发生了心理障碍的患者。心理治疗与临床上内科或精神科的药物治疗一样都是常用的治疗手段,所不同的是内科或精神科依靠药物干预人体的病理生理过程取得疗效,而心理治疗的工具主要是语言。西方心理治疗界为了将心理治疗与其他临床疗法区别,常把各种心理治疗统称为“talking cure”(谈话疗法)。什么是心理治疗,其基本要素是什么?我们可以从各种定义中分析。首先在词源上,心理治疗(psychotherapy)一词来源于希腊语,psyche意为“灵魂、心灵或生命”,therapy源于“therapeutikos”有为人服务及医治他的意思。因此,心理治疗含有医治他人心灵或灵魂的意思。美国精神科医师沃尔培格(L. R. Wolberg)认为从临床角度看,心理治疗是一种“治疗”工作,即由治疗者运用心理学的方法,来治疗与患者心理有关的问题。我国学者钱铭怡把心理治疗定义为:“心理治疗是在良好的治疗关系的基础上,由经过专业训练的治疗者运用心理治疗的有关理论和技术,对来访者进行帮助的过程,以消除或缓解来访者的问题或障碍,促进其人格向健康、协调的方向发展。”

综合以上观点,我们认为心理治疗是由受过专业训练的治疗者,在一定的程序中通过与患者的不断交流,在构成密切的治疗关系的基础上,运用心理治疗的有关理论和技术,



使其产生心理、行为甚至生理的变化,促进人格的发展和成熟,消除或缓解其心身症状的心理干预过程。

这个定义强调了心理治疗应包含的一些基本的要素:

1. 治疗者必须是经过正规培训,掌握了一定的专业理论和技能,具有合法身份的专业人员。如果治疗者不具备一定的能力和条件,则不能承担心理治疗的工作,否则会对患者造成伤害。为促进心理治疗的发展,2001年以来,我国卫生部主导开办了“心理治疗师资格考试”,劳动与社会保障部主办了“心理咨询师资格认证”。但从总体看,我国的心理治疗专业化水平还较低,从业人员还较少,专业水平参差不齐。

2. 心理治疗要按一定的程序进行 心理治疗的程序包括治疗者对心理治疗实际操作过程的具体安排,如有专门的工作场所、预约制度、签订治疗协议、会谈的时间、治疗次数和付费方式等。这些安排的重要性犹如外科做手术的程序,稳定地贯穿于整个治疗过程,是医患双方都要遵守的。治疗程序也是一个观察和理解的框架,治疗者可以根据患者对治疗程序要求的遵守状况评估患者的各种心理行为变化,如未准时赴约是否表明产生了阻抗等。另外,对患者来说稳定的规范的程序也是一种依托和平台,在这个框架内患者可以安全地表露其内心世界。

3. 心理治疗是建立在密切的治疗关系基础上的职业行为 所谓治疗关系是指在治疗者与患者之间为达到治疗目的而建立的一种密切的、有感情交流的职业性帮助关系。这种医患关系比临床其他领域中谈到的医患关系更具有特殊性和重要性。与药物治疗不同,心理治疗是一个人帮助人、人影响人的活动,是治疗师与来访者之间进行的人格碰撞,而技术的应用甚至都是次要的。一种稳定、深刻、信赖的治疗关系是治疗有效的重要因素。人本主义心理学家罗杰斯把治疗关系看作是来访者改变和成长的原动力,合格的治疗师都有一系列共同咨询特质(attributes of counseling),即治疗者在治疗过程中对疗效有直接影响的因素,是其表现出来的人际反应特点或态度。

4. 心理治疗要运用科学的心理学理论和技术 心理治疗是一项技术性很强的疗法,治疗者不能仅仅依赖人生经验、常识和帮助人的愿望进行一般的说教,而要以科学的心理学理论为指导进行规范化治疗,这包括有一套基本原理或概念构想,它能够解释症状形成的原因、心理变化的机制以及有相应的治疗技术。同时,心理治疗也是一门科学的艺术。在实际操作中,治疗者将自己的人格特征、人生经验和理论技术自然的融为一体,治疗者的理论素养在其心理活动的背景上起着潜在的指导作用,而技术性干预贯穿于双方交流互动的各个过程中。

5. 心理治疗的目的是通过引导患者对内心世界的探索、认识,适当的情绪宣泄和认知矫正,激起和维持其学习新经验和改变的愿望,增强自我效能感并促进其持续的自我成长,从而转变痛苦的、适应不良的心理、行为甚至躯体症状,恢复健全的心理、生理和社会功能。如精神分析法通过消除潜意识的冲突和创伤达到治疗目的,行为治疗中通过脱敏、暴露和塑造的方法矫正适应不良的行为,认知法则通过转变患者的思维方式进而消除不良的情绪。

(二) 简史

心理治疗这一形式自古以来就存在。早在氏族社会,部落中如有人生病,往往被认为是大自然中的“神灵”降灾所致,为此采取祭祀、还愿或赎罪的方式以求免除灾祸。这其实就包含有心理治疗的成分。我国中医的理论和实践包含了丰富的心理治疗思想。二千多年前,《黄帝内经》就已认识到心理治疗的重要性。所谓“形与神俱,乃成为人;形与神离,则人死亡。”、“精神不进,志意不治,病乃不愈”。我国古代的很多医术中,都少不了要谈到气功吐纳,其实当今的心理治疗界很多技术也都有气功吐纳的影子,比如说澄观静



默、呼吸法基本上可以说是粗浅的气功入门功夫。近代西方心理治疗的兴起与 19 世纪流行的“麦斯默通磁术”（Mesmerism）有一定的渊源。直到 1792 年在法国精神病学家 Pinel 的倡导下，去掉疯人院中精神病人的铁链与枷锁，用人道主义的方法对待精神病人，心理治疗才得到发展。现代科学的心理治疗主要是十九世纪末由奥地利的弗洛伊德创立了精神分析疗法开始的。随着上世纪五、六十年代行为治疗、人本主义治疗的产生，其他学科的知识和技术渗入，心理治疗的理论与技术流派众多、形式多样。目前影响较大的有精神分析学派、行为与认知治疗学派、人本主义学派、家庭治疗等。随着时代的发展各个学派开始不断分化和融合，衍生出多种治疗理论和技术。1973 年 NIMH 的一份报告就已经列出各种心理治疗方法有 130 种。1986 年卡拉瑟（T. B. Karasu）则报告有 400 多种心理治疗学派。通过实践经验的积累和对心理治疗疗效的科学研究，目前人们逐渐认识到没有任何一种单一的理论和方法能解决所有心理问题，应根据不同情况选择不同的方法，或同时采用几种不同学派的方法。因此，心理治疗理论与方法的兼容和整合已经成为一个总的趋势。心理治疗主要的形式有个别治疗、集体治疗和家庭治疗。

现代医学传入我国后，从上世纪早期开始就有少数精神科医生和心理学工作者在精神病院中曾对某些神经症和心理变态的病人进行心理治疗。上世纪 50 年代年起，我国心理学工作者曾对神经衰弱进行集体和个别的心理治疗，取得了一定疗效，从而形成了具有我国特色的“悟践心理疗法”。上世纪后期，钟友彬以弗洛伊德理论为基础创立了认识领悟疗法。上世纪 90 年代至今是中国大规模学习西方心理治疗的时期，各式各样的心理治疗师培训项目极大地促进了我国心理治疗的发展。

（傅文青）

二、心理治疗基本过程和原则

（一）基本过程

实际的心理治疗过程会因不同的患者而千变万化，但不管什么样的心理治疗都会按照一定的程序进行。虽然基于不同的心理治疗理论的目标、方法等有所不同，但实际操作的基本过程大致相同，包括初期、中期和后期阶段。每个阶段各有不同的任务。初期的主要任务是建立治疗同盟、收集信息、评估和确认问题及制定治疗方案；中期主要是帮助患者改变不良认知、情绪和行为，建立新的适应性认知、情绪和行为模式；后期主要是处理结束治疗所产生的问题及帮助迁移和巩固治疗所获得的成果。

1. 初期阶段 心理治疗以患者前来求助及患者与治疗者共同决定是否应该接受心理治疗为开始。实施治疗的一个先决条件是激发患者的动机与治疗者建立相互信任的治疗关系。人们常常错误地认为，患者前来求助显然是希望有所改变。实际上，许多患者常带着一些不正确的观念前来求助。有些患者是为肯定他们的状态无可救药或是由他们无法控制的因素造成而来，专业人员的肯定可以使他们自己不必为自己的行为负责。还有患者基于对通常医患关系的期望，认为自己是治疗程序的被动接受者，希望治疗者能治愈他们。因此有必要帮助患者使他们认识到自己是治疗过程的积极参与者，有责任提供信息并完成治疗期间的作业与练习，以及共同来思考适宜的治疗目标。事实上，对于那些惯常推诿责任和习惯依赖别人或对前景的改变心怀恐惧的患者来说，这可能是治疗的关键。

治疗者的角色是一个专业的帮助者，帮助患者进入双方都能接受、有助于患者改善的过程从而达到预期的治疗目标。治疗的成功与否在一定程度上取决于治疗者能否唤起患者的希望和获得患者的信任。要让患者感到治疗者是一个令人感到温暖并能进入他内心世界与他交流和引领他走出自己构筑的壁垒的人。因此，治疗初期的重点应放在建立一个适合



患者与治疗者交互作用的治疗同盟上。

在治疗同盟的建立和发展中,治疗者从与患者的互动中收集有关患者生理功能、心理活动、社会背景、人际关系等方面的信息,这些信息可以来自面谈、观察、问卷、心理测验、生理心理评估、医学检查和对患者至关重要的人提供的信息。收集信息应以时间、思维与情绪、思维与行为几个维度为主线。获取有关患者过去、现在、将来预期的信息有助于了解患者是什么样的人及为什么前来求助。注意患者对自身、他人及有关事件的看法和由此引发的情绪活动,便于了解患者的思维与情绪的相互作用模式及二者间是否协调。考虑患者对现实的理解和看法及相应行为方式和应对冲突惯用的手段,有助于了解患者对目前状况的不满和抱怨,他与社会和家庭的联系以及行为的全部组成。

要确认问题,首先要对收集的资料进行分析、整合。在分析资料时,治疗者必须区分患者的自我报告和实际的情形。将患者的问题与有关控制变量、患者的改变资源与治疗的潜在目标相结合而做出评估。患者可能有许多问题,治疗者在评估的基础上筛选出最重要的问题,也是治疗要解决的核心问题。例如,一位患者因婚姻危机来寻求帮助。这位患者同时还有情绪抑郁、酗酒、身体疲倦等问题。对这位患者来说他最关心、最痛苦、最需要改善的核心问题是什么呢?从表面看是婚姻危机,但导致婚姻危机的是酗酒,而酗酒是他应对抑郁的方式。由此可知,婚姻危机可能是初级问题,酗酒是次级问题,而情绪抑郁可能是核心问题。通常浮在表面的是初级问题,次级问题一般也比较明显。有效的治疗只有针对核心问题,才不会迷失方向。治疗者确认的问题要得到患者的认同,这样才能激发和维持患者参与和配合治疗的动机,以满足患者最大的需要。

问题确认后要提出治疗目标、切入点和治疗方式的假设。治疗目标要根据患者自身的潜力、水平及治疗者所具备的条件,双方协商制定。治疗目标分为总目标和分目标。总目标是治疗最终达到的理想的、积极的结果,而分目标是实现总目标的必经步骤。这时的工作重点是对不同分目标的先后次序达成共识并获得患者对投入预定改变程序的承诺,把治疗目标视为激励行动的动力。让患者参与和投入治疗目标的制定和方法的选择可以让他有一定的控制感,有助于减少潜在的阻抗和对控制的反抗。一旦在目标行为和改变步骤方面达成一致,即可采用由患者与治疗者签订协议的方式来建立行为规范和标准并由此产生一种动机功能。

2. 中期阶段 评估、达成治疗约定和治疗方案初步形成后,心理治疗就进入了中期阶段。中期阶段通常在心理治疗中占的时间最长。治疗者的主要任务是依据治疗方案,采取适宜的治疗措施帮助患者解决心理问题,达到预期的治疗目标。所谓适宜的治疗措施,是指针对目标行为的、患者需要的并能接受的,治疗者能熟练使用的措施。不管患者的问题具体是什么,都与他的认知、情绪和行为有关。因此经验情感、重组认知、矫正行为、学习积极的适应性行为是患者在这个阶段的主要任务。经验情感过程是为患者提供经验性学习的机会,让他学习深刻而充分地经验他的真实情感并能适宜地表达和有效地处理它们,产生新的情感体验。认知重组过程是为患者提供认识性学习机会,帮助他们改变对自我经验的否定、狭隘和僵化的推测,建立新的认知图式。认知重组的关键是扩展患者的自我概念,让他们学会承认和接受以前所恐惧和抵御的各种思想、情感和行为,将其容纳到自我概念中来并让自我概念成为一个开放的系统。心理治疗的一个主要目标是帮助患者改变适应不良的行为,使之更好地适应环境的要求。行为改变过程为患者矫正适应不良行为,尝试新行为提供了实践性学习的机会。

实施治疗的过程并非一帆风顺,治疗者会碰到某些阻抗或干扰,由此成为患者不愿意参与或中断治疗的原因。阻抗是指患者在治疗中表现出勉强和矛盾的态度。它由许多原因引起,如担心自己的患者身份或想改变自己潜在的忧虑(治疗阻抗),难以改变的、根深



蒂固的人格类型（性格阻抗）；对讨论的主题感到不快（内容阻抗）；不愿表达对治疗者的情感（移情阻抗）等。治疗者需要找到继续进行治疗的方法或者突破这些阻抗，还可以利用阻抗，因为阻抗提供了有关患者的人格类型、潜在态度、焦虑源等方面的信息。另外，患者对治疗者的感情和态度也是干扰治疗的一种潜在障碍。心理治疗要建立在患者对治疗者积极的现实态度上，只有这样患者才能与治疗者做到心理互通。然而，如果患者想从对方那里获得的不仅是帮助和理解，还有认可和关爱，他便会有意或无意地按照治疗者的喜好提供信息。如果治疗者没有给予患者想得到的慈爱和认可或者激发起来患者对某个重要的人物的消极情绪，患者会对治疗者产生消极情绪，从而不愿意配合或中断交流。然而积极和消极的移情反应也是一种有益的信息源，治疗者可以通过它来了解患者的心理冲突及人际关系问题。

另外，治疗者的态度也会导致心理互通性的交流障碍。治疗者也会对患者产生积极和消极的情感，这些情感有时是对患者的言行举止所做出的反应，有时是由于生活中的事件影响了他们的心境。治疗者需要认识和控制这些反移情反应，借此了解关于自己和患者无法用言语表达出来的感受和态度，以便防止自己对患者产生知觉歪曲或采取不正确的治疗策略。

3. 结束阶段 治疗的最后阶段是处理结束治疗所产生的问题并帮助患者迁移和巩固治疗的效果。虽然，我们强调患者做自己的治疗师，但随着治疗即将结束，患者可能还会怀疑自己能否独立前行。而且患者还会因治疗结束要与治疗者分离而感到难过、害怕。治疗者应谨慎从事，既不要超越治疗的界限，也不要把结束作为联系的终结。延长治疗的间隔时间，偶尔通信联络、定期回访等会减轻对结束的恐惧，也为后续的评估提供了机会。事实上，系统地帮助患者脱离治疗可能比在治疗结束后能否与治疗者保持联系更重要。

在这个阶段，治疗者应评估患者为完成治疗目标所负的责任，让他看到自己所做的努力和具备的能力。更重要的是，治疗者应确认患者已获得了一套行为改变策略并且能将它应用于未来的生活。患者生活中的改变可能会带来新问题。治疗者将其判断可能将会发生的问题情境呈现给患者，让他独自面对，以便了解患者掌握解决问题的一般技能程度，不足之处可通过讨论、示范、行为演练和其他方法加以改善。这样既能对患者作出评估，又能帮助患者实现迁移。

（二）心理治疗的基本原则

心理治疗是一项专业性很强的技术，其有效发挥受到很多因素的影响和制约。因此，实施心理治疗必须严格遵循心理治疗的基本原则，否则将很难收到预期的效果。虽然治疗者对心理治疗的实践和认识各自有所不同，但治疗的基本原则却大同小异。

1. 信赖性原则 这一原则是指在心理治疗过程中，治疗者要以真诚一致、无条件的积极关注和通情与患者建立彼此接纳、相互信任的工作联盟，以确保心理治疗顺利进行。真诚一致对治疗者而言就意味着成为他自己，做一个可信的人。治疗者的真诚会使患者变得诚实和自然，他会像治疗者那样以一种开放的、信任和毫无保留的方式呈现自己的想法和感受。无条件的积极关注是不附加任何限制或保留对患者表现热诚和认可，给他们提供一种放松、不受威胁并受关注的环境。不管患者是什么样的人，治疗者都以常人的态度对待，无条件接纳患者所说、所做的，把它作为患者本身的一部分予以充分的理解。通情是治疗者准确地体验患者的情感并能把这些感受与他分享、交流。通情可以促进患者的信赖，帮助他拓宽自我意识，更好地了解自己。

信赖原则不但是技术层面的原则，也是伦理方面的原则。2002年，英国咨询与治疗协会（BACP）提出诚信、自主、有益、无伤害、公正、自尊等心理治疗的伦理学原则，信赖原则正是其基本精神。信赖原则的实施要求治疗者要让患者了解心理治疗的程序、方



法、要求、费用、阶段性或长期可能产生的正面影响与负面影响,充分尊重患者的选择。对超出治疗者能力和范围的患者,治疗者应将其转介。在转介时,治疗者应该向患者诚恳地说明理由,如实介绍所转介的治疗者的情况并提供相关的资料。在实施信赖原则时,要尽可能避免双重关系的发生。所谓双重关系(dual relationships)指治疗师与患者之间发生的超越职业界限的非治疗关系,比如性关系、商务关系、金融关系或社会交往等。双重关系会破坏治疗同盟,削弱治疗者的职业客观性、治疗能力或治疗效果,还可能使治疗者滥用患者的信赖,为自己谋取社会或经济利益,侵害到患者的权益。

2. 整体性原则 这一原则是指在心理治疗过程中,治疗者要有整体观念。患者的任何一种心理和行为问题都不是孤立的,总是和他整个身心活动联系在一起。因此,治疗者要对患者的心理问题作全面的考察和系统的分析。治疗者在资料的整理、问题的确认、咨询目标的确定和治疗方案的制定和实施,都要考虑心理、生理和社会因素的相互制约和影响,把握各类要素之间的内在联系,这样才能抓住主要问题,找到解决问题的突破口。在实施心理治疗的过程中,针对患者心理的各个方面,综合运用各种治疗技术和方法,满足不同层面的心理需求,必要时还可以与临床医生配合,适当使用药物,这都是整体原则的体现。

3. 发展性原则 这一原则是指在心理治疗过程中,治疗者要以发展的眼光看待患者的问题,不仅在问题的分析和本质的把握上,而且在问题的解决和效果的预测上都要具有发展的观念。因为个体从出生到死亡,始终处在发展变化过程中,人的心理问题也是变化而来的。在心理治疗过程中,患者的需要、动机、态度、情绪、情感、思维方式、对问题起因的看法、对事件后果的预测以及行为表现总是随着治疗的进程不断发生变化。如果治疗者能用发展的眼光捕捉到患者细微的变化,因势利导或防患于未然,就会使治疗进程向着好的方向顺利发展。

4. 个性化原则 这一原则是指在心理治疗过程中,治疗者既要注意患者与同类问题的人的共同表现和一般规律,又不能忽视每个患者自身的具体情况,不能千篇一律地处理问题。也就是说,每个心理治疗方案都应具有它的特殊性。由于每个人的经历、心理特征和所处环境不一样,即使有相同的问题,其表现形式也不一样,即使表现形式相似,治疗方案也不能雷同。例如,两位同是抑郁症患者,都有绝望的症状,但甲的绝望是因为欺骗妻子20年的负罪感所致,而乙的绝望是因为奋斗多年还不是明星,甲将一切过错归咎于自己,而乙完全归罪于他人。显然二者的治疗不会完全相同。个性化原则要求治疗者要根据患者不同的年龄、性别、人格特征、文化背景等采取不同的治疗方法、步骤,因人因时因地因事制宜,灵活地制定不同的治疗方案。

5. 中立性原则 这一原则要求治疗者在心理治疗过程中保持中立的态度和立场。治疗者有自己的人生经历和人生价值取向。如果在治疗过程中,治疗者以自己的价值取向作为考虑问题的参照点或以某种固定的价值取向作为判断是非的参照点,就容易妨碍对事件判断的客观性,把个人情绪带入治疗之中,丧失应有的中立态度。治疗者对治疗中涉及的各类事件均应保持客观、中立的立场,不把个人的观点强加于患者。只有这样,治疗者才能对患者的情况进行客观分析,对其问题有正确的了解并有可能提出适宜的处理办法。

6. 保密性原则 这一原则要求治疗者尊重患者的权利和隐私。由于心理治疗的特殊性和患者对治疗者的高度信任,他们常常把自己从不被人知道的隐私暴露出来,这些隐私可能涉及到个人在社会中的名誉和前途,或牵扯到与其他人的矛盾和冲突,若得不到保护和尊重,会造成恶劣影响。因此治疗者应对患者负责,注意自己的言行,例如,不在任何场合谈论或在报刊上全文披露患者的隐私等。当然,对这一原则不能片面地、孤立地理解。当患者有自杀企图或蓄谋伤害他人、危害社会安全时,以及6岁以下未成年儿童遭受



乱伦、强暴、虐待、或类似困境以及患者需要紧急送医院治疗等情境治疗者应及时和有关人士和部门取得有分寸、负责任的联系。保密原则的前提是以患者利益为重的同时保护他人和社会的利益。

以上六个原则既有技术层面的，也有伦理方面的。每个治疗者要以患者的最大利益为前提，在遵守伦理道德规范的基础上，根据这些原则采取合理措施来解决问题。

三、心理治疗的基本技术

要想进行有效的心理治疗，治疗者需要掌握一系列基本的技术。所谓心理治疗技术是指为了实现心理治疗目标而使用的具体方法和程序。以下我们将介绍几种基本的治疗技术。

(一) 倾听技术

倾听 (attending) 是心理治疗的第一步，它不仅是了解情况的必要途径，也是建立良好的治疗关系和给予患者提供帮助的手段。倾听并非仅仅是用耳朵听，更重要的是要用心去听，去设身处地地感受患者的体验。倾听不但要听懂患者通过言语、行为所表达出来的东西，还要听出患者在交谈中所省略的和没有表达出来的，甚至患者本人都没有意识到的心理倾向。因为患者在叙述人和事时所使用的词语、结构、语气等有时往往比事件本身更能反映出一个人的特点，所以倾听技术要求治疗者注意患者的言行，注意他如何表达自己的问题，如何谈论自己及自己与他人的关系，以及对所遇问题如何做出反应。还要注意患者在叙述时的犹豫停顿、语调变化以及伴随言语出现的各种表情、姿势、动作等，从而对言语做出更完整的判断。

倾听不单是听，还要注意思考，要及时而迅速地判断患者的谈话是否符合常理，是否符合逻辑。比如，患者说，“我感觉活得没意思。有一次领导批评我，我差点从七楼跳下去…”领导批评就跳楼，这种事不合常理。倾听最重要的是听出不合常理和逻辑的关键点在哪里。另外，倾听不是被动地听，还要有参与，有适当的反应。治疗者常用某些简单的词、句子，比如“是的”、“噢”、“说下去”、“我明白了”等或像点头这样的简便动作促使患者把谈话继续下去。

在倾听过程中，治疗者要以理解的心态去对待患者并以患者为参考框架，设身处地地体会和接受患者在问题发生时的感受，接纳他痛苦的情绪。不要轻视患者的问题，因为患者的问题可能对大多数人来说不算什么，但却困扰着患者。也不要干扰、转移患者的话题，急于下结论或做出道德性的判断。治疗者耐心的倾听可以帮助患者宣泄情绪。当患者哭泣、指责，甚至谩骂，或者情绪激动地讲述自己的烦恼、委屈、焦虑和痛苦时，治疗者要鼓励患者释放出不良情绪，对他的心情或某些失态表示理解。当然，对患者过度或过分的反应也可做适当的引导或制止。

总之，治疗者要把自己置于患者的位置，对患者的方方面面都有深刻、切实的设身处地地理解而不是表面、片面的了解。可以说，倾听是治疗过程的基础，是一个主动引导、积极思考、澄清问题、建立关系、参与帮助的过程。

(二) 提问技术

提问是心理治疗最常用的方法。但是提问是一件比较复杂的事，问题提得是否妥当，关系甚大。问题提得好，可以增进交流，促进同盟关系；提得不好，会破坏交流，伤害同盟关系。通常提问方式有两种，一种是封闭式提问，另一种是开放式提问。所谓封闭性提问 (closed question)，是事先对患者的情况有一种固定的假设，而期望得到印证这种假设正确与否的回答。封闭性提问通常使用“是不是”、“对不对”、“要不要”、“有没有”等词，而回答“是”或“否”。这种提问常用来收集资料并加以条理化，澄清事实，获取重点，缩小讨论范围。在患者的叙述偏离正题时，用来引导其叙述进入正题。



封闭性提问不宜过多使用，因为它会压制患者自我表达的愿望和积极性，让患者置于被动状态，甚至会导致压抑感和被讯问的感觉。因此，为了让患者参与其中，治疗者要善于使用开放式提问。开放式提问（open question）通常不能简单作答，而是需要作出解释、说明或补充材料。通常使用“什么”、“如何”、“为什么”、“能不能”、“愿不愿意”等词来发问，不同的提问用词可导致不同的结果。一般带“什么”的询问往往能获得一些事实、资料，如：“你有什么问题？”；带“如何”的询问往往牵涉到某一件事的过程、次序或情绪性的事物。如：“你如何看待这件事？”；“为什么”的询问则用于对原因的探讨，如：“你为什么不喜欢上学？”；“愿不愿”、“能不能”起始的提问，可促进患者作自我剖析，如“能不能告诉我，你为什么害怕母亲？”

开放式提问应以良好治疗关系为基础，不然也可能使患者产生一种被询问、被窥探、被剖析的感觉从而产生抵抗。另外，提问要注意问句的方式、语气语调、要循序进行。

（三）鼓励技术

鼓励（encouragement）的作用是表达治疗者对患者的接纳，对所叙述的事情感兴趣，希望按此内容继续谈下去。所用的技巧就是直接地重复患者的话或说出一些肯定、赞许的话如“嗯”、“好，讲下去”、“还有吗”等和点头微笑强化患者叙述的内容。

治疗者对患者所述内容的某一点、某一方面作选择性关注可引导患者朝着某一方向作进一步深入的探索，这是鼓励的另一个功能。比如：一位患者说：“我谈恋爱已经1年多了，女朋友提出要结婚，否则就分手，可现在我既不打算结婚又不想和她分手，为此很烦恼，不知怎么办好？”这段话中，有许多个主题。治疗者可选择任何一个予以关注。一般患者长篇大论地描述其困惑的最后一个主题，可能最为重要。比如，治疗者选择“不知怎么办才好”作为重复，他一方面抓住患者现状的核心，展现出对患者的理解；另一方面又鼓励患者对其困扰的问题作更进一步的描述并加以分析。

（四）内容反应技术

内容反应，也称释义（paraphrase）或说明，是指治疗者把患者的主要言谈、思想加以综合整理后，再反馈给患者。治疗者选择患者所表达的实质性内容，用自己的语言将其表达出来，最好是引用患者言谈中最有代表性、最敏感的、最重要的词语。内容反应使患者有机会再次来剖析自己的困扰，重新组合那些零散的事件和关系，深化谈话的内容。使用内容反应技术要掌握三个要领：一是认真注意患者的基本信息；二是提纲挈领地患者复述概括、系统化的信息；三是观察患者的反应，客观的评估患者的肯定、否定和怀疑的反应。

（五）情感反应技术

情感反应（reflection of feeling）是治疗者用词语表达患者所谈到、所体验到的感受。它与内容反应很接近，不同的是内容反应着重于患者言谈内容的反馈，而情感反应则着重于患者的情绪反馈。它的作用是澄清事件背后隐藏的情绪，推动对感受及相关内容的讨论。情感反应的有效方式是针对患者现在的情感而不是过去的。情感反应有力的功用就是捕捉患者瞬间的际遇。要想捕捉到患者的情感并作出准确的反应，关键在于治疗者要真正进入患者的内心世界，与他的情感产生共鸣。由此可进一步澄清患者的真实思想和情感，从而帮助患者更加明了自己。

（六）面质技术

面质（confrontation）是对患者身上存在的矛盾当面提出质疑。常见的矛盾有患者的言行不一、理想与现实不一致、前后言语不一致以及治疗者和患者意见不一致等。面质的目的在于①协助患者对自己的感受、信念、行为及所处情境进行深入了解；②激励患者消除有意或无意的防御、掩饰心理，面对自己、面对现实并进行富有建设性的活动；③促进患者实现言语与行为、理想自我与现实自我的统一；④使患者明了自己潜在的能力、优势



并善加利用。

虽然面质是一种必要的治疗技术，但因其具有一定的威胁性，因此使用时务必谨慎、适当。治疗者要根据具体情境，选择适当的用词、语气、态度。过分小心、害怕使用面质，对患者的成长不利，而过分使用，则可能伤害患者的情感，影响同盟关系。一般说面质要与支持结合使用效果要好一些。

(七) 解释技术

解释(interpretation)即依据某一理论、某些方面的科学知识或个人经验对患者的问题、困扰、疑虑作出说明，从而使患者从一个新的、更全面的角度来审视自己和自己的问题并借助新的观念和思想加深对自身的行为、思想和情感的了解，产生领悟，促进改变。

解释是治疗技术中最复杂的一种。它要求治疗者凭借自己的理论和人生经验对不同患者的不同问题做出各种能让患者接受并信服的解释。因此要做到这一点，首先要了解患者的情况，准确把握，否则解释会不到位，其次要明确自己解释的内容，如果模糊不清或前后矛盾，就达不到预期的效果，再者要把握对什么样的人，在什么时候，运用什么理论怎样解释才好。解释的效果是多种因素决定的，它不仅取决于治疗者的知识经验和理论水平的高低，还取决于能否在实践中灵活、熟练和创造性的运用。运用解释技术应注意几点：①要根据患者的实际情况，从理论的高度给予系统的分析和科学的解释，不要使解释过于表面化、经验化，缺乏说服力。②要通俗易懂，根据患者的文化程度和认识水平，运用患者能理解的语言，予以恰当的解释，少用专业术语。③要循序渐进，在患者经过一定帮助，有了足够的心理准备后，再用恰当的理论给予解释。而且不能将患者不理解或有怀疑的解释强加给患者。④解释既要注意科学性，又要考虑对患者的积极影响，尽可能的消除和减少消极影响，不要让患者因接受解释而背上更沉重的心理负担。

(八) 非言语性技巧

心理治疗除了言语表达以外，还有非言语交流。非言语交流的途径包括：身体姿态、肢体运动、目光接触、面部表情、皮肤接触、言语表情等。治疗者运用该技巧主要是以此影响患者并通过对患者的非言语行为的观察和分析获得有用的信息。

非言语行为通常伴随着言语内容一起出现，对言语起着加强和削弱的作用。例如，声音所传递的信息与语言所表达的信息一致，则肯定、加强言语所传达的意思，反之则起削弱、否定的作用。因此，治疗者要学会辨别患者的言语表情，通过其声音的轻重缓急来判断其表达的错综复杂的思想 and 感情。而且还要善于运用言语表情，强调自己所表述内容以及情感。作解释、指导时，应尽量保持平和的语气，中等的语速，给患者以稳重、自信、可靠的感觉。作情感反应和情感表达时，应用与内容相吻合的情感语气。

治疗者和患者双方对各自的非言语行为通常是不自觉的，是态度和情绪的反应，因此比理性的言语表达更能传递真实信息。比如治疗者说“我对你说的很感兴趣”而他的眼睛却东张西望，这很难让患者相信治疗者的话。治疗者的非言语行为受其价值观、品德修养、信念等诸多因素影响，因此治疗者要提高内在修养，改变平时的一些不良习惯动作，让自己的非言语行为对患者产生积极的影响。患者的非言语行为也是治疗者搜集信息的重要渠道，因此治疗者要仔细观察患者的体态行为、面部表情，声音特征、自发的生理反应、个人的生理特征及个人的总体印象，才能了解非言语行为的含义，准确把握患者的真实思想和感情。然而准确把握非言语行为并非易事，需要多观察、多比较、多思考。同一种行为在不同的文化背景下有不同的涵义，在不同的人身上，不同的时间和地点所表达的涵义可能也不同。因此，治疗者对患者的关注是综合性的、言语或非言语、公开的或隐蔽的、瞬间的或经常性的，形成综合印象。

(李 茹)



四、心理治疗的范围

现代心理治疗主要是从临床实践中发展起来的,长期以来经过临床实践、实证性研究,人们对心理治疗的适用范围已有较为一致的认同。

(一) 综合医院临床各科的心理问题

1. 急性疾病的病人 此类病人的特点是起病较急,且一般病情较重,往往存在严重的焦虑、抑郁等心理反应,有时在给予临床医疗紧急处置的同时,需要同时进行一定的心理治疗,例如给予精神支持疗法、松弛疗法等,以帮助病人认识疾病的性质,降低心理应激反应水平,增强治疗疾病的信心。但有针对性的心理治疗一般应在疾病得到控制以后进行。

2. 慢性疾病病人 这类病人病程一般较长,由于无法全面康复以及长期病人角色的作用,往往存在较多的心理问题,并因此而导致疾病症状的复杂化,进一步影响了机体的康复过程。心理支持治疗和行为治疗等手段往往对他们有很大的帮助,例如慢性疼痛病人的行为矫正治疗、康复疗养病人的集体支持治疗等。

3. 心身疾病病人 由于病人的发病过程中有明显的心理社会因素参与,心理治疗是必不可少的。它包括两个方面:首先,针对致病的心理因素,通过帮助病人消除或缓解心理应激反应,以减轻疾病症状,改变疾病发展过程,并促进其康复。例如矫正冠心病病人的A型行为,紧张性头痛病人的认知治疗等。其次,直接针对疾病的病理过程而采取的心理矫正措施,例如对原发性高血压病人进行的松弛训练,对瘫痪病人进行的生物反馈治疗等。

(二) 精神科及相关的病人

这是心理治疗在临床医学中应用较早,也是较广泛的领域,包括各类神经症性障碍如神经衰弱、焦虑症、抑郁症、强迫症、恐惧症、癔症、疑病症等,以及其他精神科疾病如恢复期精神分裂症病人等。

(三) 各类行为问题

各种不良行为的矫正,包括人格障碍、过食与肥胖、烟瘾、酒瘾、口吃、遗尿、儿童行为障碍等,可选择使用认知行为矫正疗法、正强化法等各种行为疗法。

(四) 社会适应不良

正常人在生活中有时也会遇到难以应对的心理社会压力,从而导致适应困难,出现自卑、自责、自伤、攻击、退缩、失眠等心理行为和躯体症状。此时可使用某些心理疗法,例如支持疗法、应对技巧训练、环境控制、松弛训练、认知改变及危机干预等给予帮助。

(五) 其他问题

儿童行为问题、神经性厌食症和神经性贪食症,精神发育不全的技能训练等。

(傅文青)

第十三章 心理干预各论

与生物医学干预方法一样，心理干预也有各种各样的技术与方法。然而，要成为一种能够得到普遍承认的专业领域的心理疗法，不仅要有系统的理论基础，而且还要有可操作的治疗技术与操作程序，其疗效经长期临床实践所证实。本章将介绍目前临床常用的、国际公认的心理干预技术与方法。

第一节 精神分析疗法

一、概况

精神分析疗法 (psychoanalytic psychotherapy) 是由奥地利神经精神科医生弗洛伊德于 19 世纪末创立的，它对心理治疗的发展具有非常重要的作用。精神分析强调潜意识冲突对人的影响，澄清 (使之意识化) 并解决冲突是其中心任务。在精神分析的基础上又发展形成了不同的流派，引发出不同的治疗方向，它们也被称为深层心理学的方法或精神分析方向的心理治疗。

弗洛伊德最初要求他的病人每周进行 6 次治疗，以后缩减为 5 次，整个疗程要持续几年的时间。这种高频率、长时间，所谓的“标准的”或经典的方法，指的是“纯粹的精神分析”。另一些改良的方法：限定治疗间隔和疗程，降低治疗目标，以及治疗师行为态度的转变 (不那么被动)，则称为“精神分析性治疗”。

精神分析疗法的目的是帮助病人进行人格的重建，解决早年的心理冲突，扩展自我意识等。治疗师应使受治疗者明白，那些偏离正常的行为态度或“习惯”不是短时间内形成的，因此不会很快去除。受治疗者需要通过分析，逐渐达到认知上的领悟，进而促进人格的成熟。

二、方法

(一) 精神分析治疗的基本技术

经典的精神分析技术是从弗洛伊德让受治疗者做自由联想开始的，后来又强调了对移情的分析，除此之外还有释梦技术、阻抗分析等，本节将重点介绍这几种方法。

1. 自由联想 (free association) 按照经典的方法，受治疗者应躺在沙发椅上，治疗师坐在其后，以使目光不与受治疗者接触，使受治疗者完全放松，其内心体验及想法任意地涌出，而不受治疗师反应的干扰。这种形式对治疗师也是有利的：不需控制自己的表情变化即可达到“以同样的注意力”对待受治疗者讲述的内容。

此时受治疗者要讲出他所有的想法：正在想什么，包括突然出现的念头，完全不考虑是否有逻辑关系，是否符合道德标准，是否有意义或恰当，也就是说使自己“自由地联想”，这是精神分析的基本准则。

通常，受治疗者讲出一系列生活中的经历和各个不相关的情形，然后治疗师对这些资料进行分析，找出它们的内在联系。通过对行为态度的分析，可了解到无意识的精神活动，分析内容包括受治疗者对日常生活中行为的叙述，特别是与家人共同生活的叙述，以



及对治疗师所出现的行为态度。此时也要注意一些失误的行为方式,例如口误等,因这些失误也许并不是偶然的,有可能是受压抑的潜意识冲突的反映。

2. 释梦 (dream interpretation) 在自由联想的同时,也可建议受治疗者讲述自己的梦,在此梦被理解作为一种形象语言。弗洛伊德将梦的分析看作是精神分析疗法的重要手段,梦的研究不仅能了解一般情况下的潜意识心理过程和内容,而且能了解那些被压抑、被排斥于意识之外的、在自我防御活动时才表现出来的心理过程和内容。

在睡眠的时候,由于自我稽查作用的松弛,被压抑的冲动和欲望趁机混入意识,就形成了梦。但梦境仅是潜意识心理冲突与自我稽查力量对抗的一种妥协,并不直接反映现实情况。这就需要精神分析师对梦境进行解释,即运用自由联想等方法进行释梦,以便揭示梦境的真正含义。

3. 阻抗 (resistance) 按照精神分析的观点,阻抗是种无意识的心理过程,其目的是阻止受压抑的冲突意识化。弗洛伊德称:“那些总是妨碍治疗的就是阻抗”。对阻抗进行分析、解除阻抗,是治疗的中心任务之一。阻抗可表现为:受治疗者对治疗师的能力表示怀疑或批评精神分析的理论,在治疗谈话中沉默不语,不愿讲一些想法或念头,忘记某些重要的内容,以及出现某些失误的行为等。对治疗师表现出完全顺从,或强调躯体症状也可以是阻力的表现,通过阻止冲突的意识化使自己不怀疑现状,以便“维持”现状或神经症性症状。

精神分析理论认为患者出现的阻抗是有意义的,正是触及了患者心理症结之所在。因此精神分析师的任务就是在整个治疗过程中辨认并帮助病人克服阻抗,释放压抑在潜意识当中的情感。

4. 移情 (transference) 受治疗者有时在治疗中会重复地再现早年获得的、与他有重要关系的人(特别是他的父母)的行为方式。将这种对某人的体验、态度或行为方式自觉地转移到其他人身上的心理现象称为移情。这种移情是患者没有意识到的。在精神分析中,移情是治疗的重要环节,一些问题只有在移情中才能表现出来。移情使受治疗者重新经历、并在与治疗师的关系中(移情关系)重新处理早期未能解决的冲突,使问题有可能得到积极有利的解决。

在治疗中,对移情的处理很重要。此时,治疗师对受治疗者要以一种恰当的方式去反应,主要指克制、被动、友善、对病人讲述的内容给予同样的注意力等。治疗师不应表现出气愤、不感兴趣及过分同情等,这些不利的情感反应有损于疗效。反向移情被看作是治疗师对病人的移情表现出的非神经症性反应。

治疗师要使受治疗者重复表现自己的行为态度及对治疗师的行为态度,这要通过恰当的反向移情来达到。在此基础上提出问题,通过提问使受治疗者对那些表面上可以理解的行为态度产生疑问,之后再做出进一步的其他解释。这种解释只有当病人在感情上可以接受、在内容上可以理解的基础上才是有意义的。这一过程不可过急、过早,轻率的解释是有害的,是无治疗意义的。解释中应使病人看到无意识中受到压抑的内容,明白它是经历了怎样的变化而导致了现在的结果即神经症性障碍。解释时还应注意语言措辞及表达方式要与不同的病人相适应,不要使用专业术语,不是理智地去教导病人,而是诱导病人认识自己(领悟)。

(二) 精神分析治疗过程简介

1. 精神分析治疗的设置 精神分析治疗需要在较为严格的治疗设置中进行,主要包括治疗场所、治疗时间的安排及疗程、治疗费用。这些相对标准化的治疗设置有助于精神分析师更好地处理在分析过程中的治疗关系和移情等问题。按照经典的精神分析治疗需要的时间较长,每周3~5次,每次约50分钟,一般整个疗程需要300~500次。因此治疗



过程少则半年，长则 2~4 年。另外，精神分析师是要接受过严格的精神分析专门训练的。

2. 治疗的开始 受治疗者在安静的环境里斜躺在舒适的沙发椅上，全身放松，集中注意力进行回忆。治疗师坐在患者头顶方向，避免让受治疗者因看到治疗师的面部表情而产生情绪反应，并随时观察受治疗者。治疗师认真听取受治疗者的自由联想，仅作必要的解释和偶尔提问。

在开始阶段，治疗师要仔细检查病人的个人史，包括听取病人的家庭背景、亲子关系、早年的性心理发展及生活经验等。

3. 治疗的深入 经过一段时间的交谈后，治疗师对受治疗者的问题有一定了解，并对其自由联想和梦的内容等进行分析。随着分析的深入，治疗师跟随受治疗者走进其潜意识中，并使一些问题意识化。在治疗当中还要努力发现阻抗，体验受治疗者的移情反应，并予以适当的处理。同时治疗师自己也需要在治疗中不断反思自己的潜意识和反移情，努力维持治疗关系。

4. 治疗的结束 随着对受治疗者的阻抗和移情的修通和处理，逐渐帮助受治疗者从更加现实的角度接受自己，更加客观地认识自己，逐渐恢复内在的安全感，获得人格的成长。治疗师应考虑到在结束治疗时（或之前）会出现“分离焦虑”，并注意进行相应的心理治疗性处理。

（三）精神分析性短期焦点治疗

精神分析性短期焦点治疗采用了传统或长期治疗的许多基本原理和技术。不同的是传统方法致力于解决人格问题，而短期焦点心理治疗局限于患者的一个冲突，即问题的焦点。

1. 治疗时间与环境的安排 一般情况下，治疗时间在一开始就要计划好，即限定治疗的次数或小时数。总的治疗时间多数为 10~50 小时（一般在半年以内），每次治疗约一小时。治疗频率是每周一次为宜，最多不超过两次。当然也可有较长的间歇期，但这主要是在治疗临近结束的阶段。

2. 主要问题或焦点的确定 治疗中治疗师应采取相对主动的方式，主要问题或焦点在最初几小时内就要确定，或者说在短时间内就要识别出对受治疗者影响、干扰最大的心理冲突。

焦点问题不一定是最近刚出现的，但应是对病人目前的烦恼有重要影响的。主要针对某一病态体验，或特别重要的心理问题，而且是在一定的时间内能够解决的。一些无法支配的问题如失业等，则不能单靠焦点治疗来解决。

3. 焦点问题的处理 尽早地认清隐藏在症状背后的冲突，用通俗的语言做出使病人能够理解和接受的精神动力学解释；弄清来龙去脉，解释症状或障碍是如何产生和发展的，也包括对治疗中出现的移情和阻力现象进行解释。短期或焦点治疗不太强调对早年经历的追溯，而比较重视现实问题对疾病的影响。

4. 适用范围 短期焦点心理治疗的适应证与传统的方法基本一致，但也有不同的观点。一些人认为短期治疗比较适合于病情较轻、引起症状的冲突距现实生活不很遥远以及社会功能相对完好的患者。另一些人认为，对慢性的、症状较严重的神经症性障碍同样可取得较显著的疗效。同长期的方法相比，短期治疗对治疗师的要求更高一些，治疗师应能较熟练地掌握精神分析的理论与技术，拥有积极主动的治疗态度与技巧，需要更加敏锐的观察和判断以及能较快地做出治疗性反应。对治疗者来说，明确的治疗动机和确切的目标也很重要。适用范围往往还取决于治疗目标，目标越大、要求越高或越完美，则适用范围越受限。



三、适应证与评价

精神分析疗法适应证一般包括各种神经症、心境障碍、心身疾病以及某些人格障碍等。精神分析的目的在于使病人的人格趋向成熟,或者说使个性的不利方面有所转变,因此,病人至少要有“转变”的条件,即其自我功能相对的完整。精神分析不适合重性精神障碍患者,如精神分裂症、重性抑郁、双相情感障碍等。癔症发作期间伴自我意识障碍者不适合精神分析治疗,对行为障碍(例如:性取向障碍、成瘾)及使生活和社会角色持续受阻的疾病该疗法也很难取得好的疗效。

经典的精神分析疗法由于治疗时间较长,费用较高,且需要患者有较强的领悟能力,对治疗师的要求也较高,目前已较少使用。但随着分析性心理治疗,尤其是精神分析性短期焦点治疗的不断发展,这种方法正在逐渐得到更加广泛的应用。

(汤艳清)

第二节 行为治疗

一、概况

行为治疗(behavior therapy)是建立在行为学习理论(参见第4章)基础上的心理治疗方法。行为治疗首先要对病人的病理心理及有关功能障碍(即问题行为)进行行为学方面的确认、检查以及对有关环境影响因素的分析,然后确定操作化目标和制定干预的措施,其目的是改善病人适应性目标行为的数量、质量和整体水平。行为治疗始于1950年代末,并得到迅速的发展。近20多年来,由于认知心理科学的发展,行为治疗逐步借鉴和引入了有关认知改变的技术,在临床上更多的是采用行为与认知的方法,也称为行为认知治疗或认知行为治疗(cognitive behavior therapy)。

在行为治疗中,行为分析具有重要意义。通过行为分析,可以①明确治疗的问题和目标;②了解与问题相关的环境因素;③选择有效的干预技术;④测量和监察治疗过程。

行为治疗的基本原则包括:①通过行为分析确立病人的靶症状或靶行为,以便能够有的放矢地帮助病人解决其主要问题;②循序渐进,由简单到复杂,逐步给予一系列的练习作业,病人在处理比较简单的问题中获得信心后,再处理较严重问题;③强调实践或练习,通过自我练习,达到目的,表明治疗成功,没有达到目的则可能存在其他问题,需要进一步分析和认识,重新考虑治疗方案。

二、方法

(一) 行为的观测和记录方法

要做好行为治疗,应在实施治疗前,充分做好各种准备,包括定义问题行为、准备好如何观测与记录。

1. 定义目标行为 制定行为治疗的第一步就是要准确地辨认哪些内容构成了行为过度或行为不足。行为定义还须是客观和明确的。

2. 记录的准备工作 确认谁来观察和记录这个目标行为。可以是专业人员或助手,或与委托人具有固定关联的个体,如教师、父母、同事或主管。对行为的观察和记录可在自然环境或人为环境中进行。

3. 选择记录方法 ①连续记录:记录一个观察阶段中每一次行为的出现,可以用来



记录频率、持续时间、强度或潜伏期；②结果记录：记录行为发生带来的切实的结果或持久的结果；③间隔记录：在一个观察阶段里各连续的时间段中记录行为的出现或不出现；④时间样本记录：在一个观察阶段里，连续的时间间隔（时间样本）中记录行为的出现与不出现。

4. 选择记录工具 纸和笔是记录行为最常用的工具，其他记录工具有：①数据表，如频率资料表、持续时间资料表、间隔记录数据表；②计数器；③秒表；④硬币；⑤猎犬珠；⑥步数器。

5. 观察反应与观察者信度 有时行为记录过程，（特别是在做基础研究时）会引起被观测行为的改变，这种情况称作观察反应。减少观察反应的办法之一是等到被观察者习惯了观察者在场之后进行观察，或在观察对象不知道（如单向玻璃）的状态下进行观察。要能得到准确的观察记录，观察者的信度（两个观察者之间观察结果的一致性）应达到80%或90%以上最为理想。

（二）系统脱敏疗法

系统脱敏疗法（systematic desensitization）由 Wolpe J 所创立，他将“交互抑制”法与 Jacobson 的肌肉松弛技术和想象暴露（imaginary exposure）相结合，总结出一个基本的治疗模式，用于治疗焦虑病人。这是第一个可供临床医生使用的并具有逻辑程序的行为疗法。这一疗法成为后来许多行为治疗实践的基础。

系统脱敏疗法的基本思想是：治疗师帮助患者建立与不良行为反应相对抗的松弛条件反射，然后在接触引起这种行为的条件刺激中，将习得的放松状态用于抑制焦虑反应，使不良行为逐渐消退（脱敏），最终使不良行为得到矫正。

治疗程序

（1）设计和评定主观不适等级表：通常以5分、10分或百分制评定。以5分制为例，心情极度不适时评5分，平静没有不适时评0分，两者之间各种不同程度心情不适可以评为4、3、2、1分。让受治疗者懂得这种评分标准，并学会按这种标准衡量自己的主观感觉，给自己不同情景中的状况给予一个较为适当的分数（见表13-1）。

表 13-1 考试恐惧者的不适等级表

刺激	等级（5分制）
考前2周	1
考前1周	2
考前3天	3
考前1天	4
进入考场	5

（2）松弛训练：让病人坐靠在沙发上或藤椅上，双臂放于扶手，随意采取舒适的姿势。首先让病人握紧拳头，然后松开；咬紧牙关，然后松开。反复做几次，目的是让他体会什么是紧张，什么是放松。放松训练由前臂开始，因为前臂的松弛最容易掌握。然后依次练习放松面部、颈、肩、背、胸、腹及下肢。训练时要求周围环境安静，优雅，光线柔和，气温适宜。每次训练20~30分钟，每日或隔日一次。一般要经过6~8次训练才能学会松弛。要强调反复练习，除了正常训练以外，还要给受治疗者布置家庭作业。最终要求受治疗者能在日常生活环境中可以随意放松，达到运用自如的程度。

（3）系统脱敏：以社交恐惧症患者为例。由引起最低紧张等级的刺激（表13-2）开始脱敏。



表 13-2 社交恐惧症患者的不适等级表

刺激	等级 (5分制)
母亲	0
父亲	1
同事	2
上司	3
男朋友的父母	4

治疗者指令：请闭眼想象你正面对着你父亲。

(病人闭目想象，当想象中的表象逐渐清晰并开始身临其境后，以手势向治疗者示意已进入角色，治疗师计时 30 秒到 1 分钟，以下同) 时间到后，请患者睁开眼睛，

治疗者问：请你告诉我你的感受如何？

(患者以一个手指示意紧张等级为 1，表示有些紧张)

治疗者指令：抹掉头脑中的想象，放松全身肌肉。

(病人停止想象，放慢呼吸依次放松全身肌肉。几分钟后病人示意紧张等级为 0，表示心情恢复平静。)

治疗者指令：再次想象你正面对你的父亲。

经过想象；放松，再想象再放松……。如此重复多次以后，病人在想象中面对父亲的紧张感觉逐渐减轻。直到病人在想象中面对父亲已不再紧张时方算一级脱敏。然后想象与同事会面，与上司会面等等，逐步升级，如法炮制。最后在置身于与男朋友的父亲相处的想象中时仍无紧张的感觉时即算脱敏完毕。

在脱敏之间或脱敏之后，将新建立的反应迁移到现实生活中，即现场脱敏，不断练习，巩固疗效。

如果引起患者主观不适的有多种因素，那么不适层次表可以由各种刺激源组成。按其引起的主观不适的高低依递增次序排列，如社交恐惧症患者的不适层次表设计如下：

不同层次表的资料来源于病史，问卷检查结果及与患者的交谈。一般只列出了患者认为最重要，最常见的精神刺激，无须包罗求全。排列应由患者完成或得到患者认可。不适层次表的制定关系着治疗的成败。关键是：最低层次的精神刺激所引起的不适，应小到足以能被全身松弛所抑制的程度。而且各层次之间的级差要均匀适当。级差过小会拖延治疗过程，事倍功半；级差过大，欲速则不达，导致治疗失败。

系统脱敏疗法主要用于治疗恐惧症，也可用于癔症。脱敏过程需要 8~10 次，每日一次或隔日一次，每次 30~40 分钟。

(三) 冲击疗法

冲击疗法 (flooding therapy) 又称为满灌疗法，其基本原则与系统脱敏法相反。例如治疗恐惧症，不是使病人按轻重程度逐渐面对所惧怕的情况，而是让病人一下子面对最高等级惧怕的情况，甚至过分地与惧怕的情况接触。由于惧怕刺激的“泛滥性”的来临，个体面对过分的惧怕刺激，恐怖反应可能会逐渐减轻，甚至最终消失。即使没有放松的过程，只要持久地让被治疗者暴露在惊恐刺激面前，惊恐反应也终究会自行耗尽。

例如一个女青年来诊时，哪儿都不敢碰，怕把自己身上碰脏。她不敢坐，不敢碰周围的东西，碰就会全身不舒服。后来让她住院，护士一下子把她的衣服都换下来。住院的当天她就不怕碰周围的东西了。

在冲击治疗前，应向患者认真地介绍这种治疗的原理与过程，如实地告诉患者在治疗



中必需付出痛苦的代价。病人和家属同意后在治疗协议上签字,进行必要的体检,排除心血管疾病、癫痫等重大躯体疾病。冲击治疗不宜随便应用,应选择适合接受治疗的对象。

(四) 厌恶疗法

厌恶疗法 (aversion therapy) 是一种通过轻微的惩罚来消除适应不良行为的治疗方法。当某种适应不良行为即将出现或正在出现时,当即给予一定的痛苦刺激,如轻微的电击、针刺或催吐剂,使其产生厌恶的主观体验。经过反复实施,适应不良行为和厌恶体验就建立了一定的条件联系,以后当欲实施一定行为时,便立刻产生了厌恶体验。为了避免这种厌恶体验,患者只有终止或放弃原有的适应不良行为。

这种治疗基本上是“处罚”消除法,即依据“负性条件”消除目标行为。这里,负性条件的范围很广,包括治疗者的皱眉、摇头不赞成,口头的训诫,在皮肤上的刺痛,限制舒服行为的发生(如不准看电影、不准外出等等)。

对酒依赖的患者的治疗可使用阿扑吗啡(去水吗啡)。这是一种催吐剂,通常在注射后几分钟便引起强烈的恶心呕吐体验。治疗先注射阿扑吗啡,几分钟后让患者饮酒,几乎在饮酒的同时患者就会恶心、呕吐。反复几次之后患者的饮酒行为与恶心呕吐形成了条件联系,于是只要饮酒便会恶心、呕吐。为了避免恶心难受,只好弃酒不饮了。

厌恶疗法主要适用于露阴癖、恋物癖、酒精依赖及强迫症等。厌恶疗法应该在严格控制下使用,因为目前尚有两个争议的问题:一是技术方面的问题,从学习理论可知,惩罚是有一定的危险性,如临床案例报告,有露阴癖患者经电击治疗后而遗下阳痿,有些患者可能因惩罚而增加焦虑;二是伦理问题,惩罚作为一种治疗手段,可能与医学伦理学规范相冲突。

三、适应证和评价

行为疗法广泛适用于各种存在行为异常的个体。但对于边缘人格、人格障碍或抑郁症的病人治疗效果有限。行为疗法的适应证一般包括以下各方面:

- (1) 恐惧症、强迫症及焦虑症等。
- (2) 神经性厌食症、神经性贪食症、神经性呕吐及其他进食障碍,烟酒及药物依赖等。
- (3) 阳痿、早泄、性高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛等性功能障碍。
- (4) 同性恋、恋物癖、异装癖、露阴癖、窥阴癖、摩擦癖、性施虐与性受虐癖等。
- (5) 纵火癖、偷窃癖、拔毛癖等冲动控制障碍。
- (6) 注意缺陷障碍,品行障碍、儿童离别焦虑、儿童恐惧障碍、社交敏感性障碍等。
- (7) 儿童抽动症、慢性运动和发声抽动障碍等。
- (8) 遗尿症、遗粪症、异食癖、口吃等儿童行为障碍。
- (9) 学习障碍、考试综合征、电视迷综合征、计算机网络综合征。
- (10) 高血压、心律失常、胃溃疡等心身疾病。

行为疗法的着眼点是可观察到的外在行为或可具体描述的心理状态。如果病人的心理或行为问题能比较客观的观察和了解,就较适合采用行为治疗。例如病人只是怕坐电梯、怕上学、强迫洗手等比较明显的单一症状,就可以试着运用行为疗法。但如果病人觉得对人生没兴趣,或不知将来去向如何等等比较抽象的或性质模糊不清的问题,就不宜马上运用行为治疗。

(胡佩诚)



第三节 认知治疗

一、概况

认知治疗（cognitive therapy）是形成于 20 世纪 70 年代的一种治疗方法体系，它是矫正思维和行为的方法来改变不良认知，达到消除不良情绪和行为的短程心理治疗。认知治疗理论不同意早期行为主义观点，认为左右人的行为是人们对事物的看法而不是强化物；它也不赞同精神分析的潜意识的假说，认为人的情绪和行为不是受潜意识的本能支配的，而是受思想和认知制约的。因此，认知治疗理论认为患者的心理痛苦大多是认知过程发生机能障碍的结果，治疗的着眼点应放在患者的认知上。认知的改变需要患者与治疗师的合作，治疗师在针对具体的和结构性的目标问题采取短期和教育性治疗的过程中赋予患者更多的责任。

认知治疗自面世以来，发展相当迅速，与精神分析、行为治疗可谓是三足鼎立，平分秋色。认知治疗之所以能蓬勃发展是与它的哲学理念和它本身特点密切相关的。认知治疗的哲学思想与存在主义十分接近，即把人看作是有意识、有自由和能力改变自己或他人生活而作出选择的“存在物”。要了解一个人的存在现状最好是从了解他的观点入手。认知治疗假定患者目前的症状或适应不良行为本身就是问题，它不仅仅是潜意识动机或冲突的体现。基于这种假定，认知治疗集中解决使患者来寻求治疗的症状而不是早期的记忆、幻想和梦。因此，它不会像精神分析那样唤起患者的负罪感和害羞或遇到阻抗。另外，认知治疗集中解决症状问题与患者普遍信任的医学模式有些相似，患者容易接受。认知治疗以人的实验为基础，其科学的严密性也满足了不同群体的兴趣。

二、方法

“认知治疗”是各种认知疗法的总称，包含着不同的治疗观念、程序和方法。这里主要介绍 Ellis 的理性情绪疗法和 Beck 的认知行为疗法。两种疗法都是针对现在，即受治疗者目前的问题或困扰的情境。Ellis 采用与非理性信念辩论的方式，帮助受治疗者以理性的信念和思维方式取代非理性的信念，最大限度地减少非理性信念给他们情绪带来的不良影响。而 Beck 强调建立治疗性同盟，将受治疗者的负性认知当成尚待检验的假说或预测，采用类似科学实验的方式对假说或预测的真实性进行严格的检验。

（一）理性情绪疗法

该疗法旨在通过理性分析和逻辑思辨的途径，改变造成受治疗者情绪困扰的非理性观念，以帮助他解决情绪和行为问题。Ellis 认为，人们把童年时期习得的不现实和非逻辑的准则、价值观以及生活中的创伤事件“创造性”地加工成教条式的、严格的“必须”和“应该”，这是造成他们情绪困扰的原因。因此，理性情绪疗法以绝对化的“必须”为线索，帮助他们寻找并识别关键问题，对其质疑，与其辩论，使受治疗者最终放弃不合理信念，建立合理的、现实的信念体系和人生哲学。

1. 理性情绪疗法的程序 理性情绪疗法的实施分为四个阶段：

（1）心理诊断（psychodiagnosis）主要任务是：①建立良好的医患工作关系，帮助受治疗者建立自信心；②找出受治疗者情绪困扰和行为不适的具体表现（C），以及与这些反应相对应的激发事件（A），并对两者之间不合理观念（B）进行初步分析，找出他们最迫切希望解决的问题；③医生与受治疗者一起协商，共同制定治疗目标，一般包括情绪和行为两方面的内容；④向受治疗者介绍 ABC 理论，使其接受这种理论和认识到 A、B、C 之



间的关系,并能结合自己当前的问题予以初步分析。

(2) 领悟 (insight): 通过解释和证明使受治疗者在更深的层次上领悟到他的情绪和行为问题,是自己的不合理观念造成的,因此应该对自己的问题负责。要引导受治疗者把合理与不合理的信念、表层与深层错误观念、边缘与中心错误观念、主要与次要错误观念区分开来,从而对自己的问题与不合理观念的关系达到进一步的领会。一般来说,要帮助受治疗者实现三种领悟:①是信念引起了情绪和行为后果,而不是诱发事件本身;②他们对自己的情绪和行为问题负有责任,应进行细致的自我审查和反省;③只有改变不合理的信念,才能减轻或消除他们目前存在的症状。

(3) 修通 (working through): 治疗者的主要任务是采用各种方法与技术,使受治疗者修正和放弃原有的非理性观念并代之以合理的信念,从而使症状得以减轻或消除。这是整个理性情绪疗法的核心内容,后面将介绍其常用的方法和技术。

(4) 再教育 (reeducation): 主要任务是巩固治疗所取得的效果,帮助受治疗者进一步摆脱不合理观念及思维方式,使新观念和逻辑思维方式得以强化并重新建立起新的反应模式,以减少以后生活中出现的情绪困扰和不良行为。

2. 理性情绪治疗技术 理性情绪疗法强调人自身的认知、情绪和行为三个维度的功能统一性。理性情绪疗法主要的技术包括矫正认知、情绪和行为的方法。

(1) 与不合理信念辩论: Ellis 认为患者从不把自己的症状与自己的思维、信念联系,因此治疗师要积极主动地、不断地向受治疗者发问,对其不合理信念提出挑战和质疑。从提问的方式看可分为质疑式和夸张式两种。质疑式是治疗师直接向受治疗者的不合理信念发问,如“你怎样证明你的观点?”;夸张式提问是针对受治疗者信念的不合理处故意提一些夸张的问题,把对方不合理、不合逻辑、不现实之处以夸张的方式放大给受治疗者看。

(2) 合理情绪想象技术: 该技术是帮助受治疗者停止非理性信念的传播。其步骤是:①让受治疗者在想象中进入他困扰的情境,体验在这种情境中的强烈情绪反应;②帮助受治疗者改变这种不适当的情绪反应并体会适度的情绪反应;③停止想象,让受治疗者讲述他怎么想就使自己的情绪发生了变化,此时治疗师要强化受治疗者新的信念和体验,以巩固他获得的新的情绪反应。

(3) 认知家庭作业: 让受治疗者自己与自己非理性信念进行辩论,它是正式会谈后的继续。主要有合理情绪自助表与合理自我分析报告两种形式。让受治疗者填写合理情绪自助表,在找出 A 和 C 后,然后继续再找 B。自助表中列有十几种常见的不合理信念,让患者从中找到与自己情况相符的 B 或单独列出。受治疗者进而对不合理信念进行诘难 (D),最后自己评价诘难的效应 (E)。这实际上就是受治疗者自己进行 ABCDE 分析的过程。除认知作业外,还有情绪或行为方面的家庭作业。受治疗者对自己每天的情绪和行为表现加以记录,对积极的、适应性行为和情绪给予自我奖励。

理性情绪疗法还采用了一些行为技术,来根除不合理信念。例如,瓦解羞愧练习,即让受治疗者公开做一些他认为是可耻、愚蠢的和荒谬的事情,同时让自己不要感到羞愧,来瓦解受治疗者的羞愧心理。还可以采用角色扮演,即治疗师扮演一个受治疗者所害怕或敬畏的人,看受治疗者在面对这个人物的批评和挑剔时有何反应或医患间互换角色,目的是让受治疗者发现自己的认知歪曲和审视自己的情感。除上面的方法,理性情绪疗法的行为技术还包括采用自我管理程序的自我强化、放松训练、系统脱敏等。

(二) 贝克认知行为治疗

贝克 (Beck) 认知治疗的基本假设是: 有心理障碍的患者由于错误的信息整合或由于“逻辑性”的错误思维从而导致现实经验与其认知不符,尽管这样,他们仍然坚信自己的基本观点和信念。贝克为了改变患者的认知,提出了一套治疗程序和技术,其中也整合了



若干行为技术。

1. 治疗过程 贝克和 Young 把治疗过程分为三期。

(1) 治疗早期：主要任务是建立良好的医患关系；识别并指明受治疗者的治疗目标；集中选择一个主要问题开始解决问题；指导受治疗者的认知模式；活化受治疗者的行为；关于受治疗者障碍的宣传教育；指导受治疗者对其自动思维的识别、评估及应答方式；受治疗者社会化（做家庭作业，建立治疗日程表，给治疗师提供反馈）；指导受治疗者的应对策略。

(2) 治疗中期：治疗师应继续在高出目标之上朝前工作。但也要强调识别、评估和修正受治疗者的信念。治疗师要和受治疗者一起共同分析受治疗者的认知概念，应用“理智的”和“情感的”技术去促进信念的修正。除此之外，治疗师还要帮助受治疗者系统阐述自我目标，指导其获得达到目标所缺少但必需的技术。

(3) 治疗后期：重点转移到准备结束和预防复发。进一步挖掘与产生自动思维有关的认知方式并用新的认知方式取而代之，在实践中强化、巩固新的认知。

认知治疗不管在什么阶段，治疗师都要坚持固定的结构。治疗师要检查受治疗者目前的状况和情绪，要求受治疗者简要回顾一周情况、共同制定此次治疗议程，引导出对前次治疗的反馈，复习家庭作业、讨论议程中的每个问题，布置新的家庭作业，最后概括和反馈。这种结构在整个治疗过程中保持不变。

2. 治疗技术 贝克认知治疗是以雅典哲学家苏格拉底式对话和指导下的顿悟为核心的。苏格拉底式对话是让对方说出自己的观点，然后依据对方的观点进行推理，最后引出谬误，使对方心服口服的一种辩论方式。但是针对受治疗者的具体情况，治疗的焦点也有所不同。例如对广泛性焦虑应侧重于特定情景、危险的再评估及个人处理危险的手段而惊恐障碍的治疗主要集中于患者对躯体和精神感觉的灾难性曲解。在认知治疗实施时，着重把握两个主要环节，一是识别和检验负性自动思维，二是识别和改变其潜在的功能失调性假设，以减少复发的可能性。为此，Beck 设计了一些具体的方法。

(1) 识别负性自动思维：贝克采用 A—B—C 序列的方法帮助患者探查负性自动想法，A 为情境或事件，B 为信念或信念系统，C 为情绪和行为后果。当受治疗者描述自己情绪抑郁时，即看成有负性自动想法存在的信号，请他说明情绪不好时的情境，然后询问受治疗者感觉不好时头脑内的想法和想象。还可请受治疗者想象当时的情境、每天填写功能障碍性思维记录 (the dysfunctional thought record, DTR) 或采用角色扮演的方式，来帮助受治疗者发掘和识别负性自动思维。

(2) 识别和改变潜在的功能失调性假设：功能失调性假设是受治疗者多年经验形成的，是其行为的潜在规则，通常不为意识察觉。治疗师可以通过认知概念化、盘问追根法、行为试验等识别和改变失调性假设。例如，治疗者和受治疗者利用描述核心信念、中间信念及自动思维之间关系的认知概念化图表，展示治疗者心理病理学的认知图，并帮助受治疗者将提供的资料组织起来。盘问追根法是识别核心信念的一种常用技术。治疗师通过反复提出“假如那是真的，对您意味着什么”的问题，追索想法背后的一般信念。当受治疗者对功能失调性假设有所认识后，采用反复盘诘和行为试验的方法改变其潜在的功能失调性假设，以减少复发的可能性。

(3) 协同检验法 (collaborative empiricism)：即医患协作把受治疗者的负性自动想法和功能失调性假设视为一种假设加以检验。这种检验可采用言语盘问法和行为试验。所谓言语盘问法是通过系统而且敏锐的提问引导受治疗者重新评估自己的思考，寻找比较积极和现实的替代想法。帮助受治疗者寻找合理的替代想法还可通过三栏作业法（即自动想法、认知曲解类型、合理想法）来增强治疗效果。另外，治疗师和受治疗者共同设计一种



行为作业来检验观念的真实性,使受治疗者认识到他原有的观念是不符合实际的并能自觉加以改变。

三、适应证与评价

认知疗法广泛用于治疗许多疾病或心理问题,包括抑郁障碍(门诊及住院病人)、焦虑障碍(包括惊恐发作、恐惧症、广泛性焦虑症、创伤后应激障碍)、自杀及自杀企图、强迫症、精神分裂症、进食障碍(包括肥胖症、厌食症和贪食症)、睡眠障碍、情绪问题、婚姻家庭问题等。目前在国外心理治疗临床中,有60%的受治疗者接受认知治疗。

认知疗法关注受治疗者的现在,耗时少。治疗目标包括缓解症状、帮助受治疗者解决最紧迫的问题并教给受治疗者防止复发的方法。近年来,认知疗法也开始关注无意识、情感及存在成分了。认知疗法经过三十年左右的发展已日趋成熟,但无论是理论或操作上也还存在一些缺陷。例如在理论方面,未明确认知与症状的关系;在实际操作上,其疗效的评价尚存在某些不足。

(李茹)

第四节 以人为中心疗法

一、概况

以人为中心疗法是人本主义心理治疗的主要流派之一,由美国心理学家卡尔·罗杰斯(Rogers CR)创立。从上世纪四、五十年代到七十年代,罗杰斯式的心理治疗经历了发展变化的过程。最初,他把自己的治疗方法称为“非指导性治疗”,50年代又称为“来访者中心疗法”(client-centered therapy),70年代后定为“以人为中心的治疗(person centered psychotherapy)”。

二、方法

以人为中心疗法的治疗观与罗杰斯的人本主义心理学思想紧密相连,有关该疗法的理论基础详见第4章。

以人为中心疗法的实施必须满足如下条件:第一,来访者必须能与一位治疗师联系;第二,来访者必须感知到治疗师身上所具备的这种品质;第三,来访者与治疗师的联系必须持续一段时间。罗杰斯认为,心理治疗是一种过程而不是一套技术,只要治疗师营造一个真诚、积极关注和通情的氛围,形成来访者产生变化的“必要条件和充分条件”,就能使其认识、理解自己的问题并开始自我成长和改变。

(一) 治疗的条件和氛围

1. 真诚一致(congruence) 首先,治疗师必须是一个真诚一致的人,这是治疗的最基本条件。罗杰斯这样描述真诚一致:

在我与他人的人际关系中,我发现,当我真的生气和不满意时,我的行动却假装平静和愉快是无济于事的,当我的行为表现出我接纳某个人时,而在内心我觉得应该拒绝他,这是没有任何帮助的。

治疗师对来访者的关系越真诚,他的帮助就越大。真诚的治疗师不仅是一个仁慈友好的人,而且是一个有欢乐、愤怒、挫折、矛盾等各种情感的完整的人。在治疗关系中,当治疗师经验这些情感时,他既不否认,也不歪曲这些情感,而是让它们自然地流入意识并



且随意地表达出来。治疗师越是他自己,越是不戴专业面具或个人面具,来访者能够体会到治疗师是毫无保留的,便会对他产生信任感,来访者就越有可能发生建设性的改变和成长。

2. 无条件积极关注 (unconditional positive regard) 积极关注是指被别人喜欢、珍重或认可的需要。无条件积极关注是指治疗师要毫无保留地接受来访者,完全接受来访者的是非标准和价值判断,即使其说出一些“不可能被别人接受”的观点或行为,也能得到治疗师的积极关注。这样,来访者就会感受到一个安全的谈话氛围,一旦治疗师提供了一个安全的关系氛围并鼓励来访者展开自我探索,就能促进来访者的个性改变,形成自我成长的自然过程。

3. 通情 (empathy) 或设身处地的理解 是指治疗师能将心比心、设身处地地理解来访者,正确地体验到来访者的感情而且能够把这些感受和患者交流,使来访者知道有另外一个人不带成见、偏见和评价地进入他的感情世界中来。罗杰斯认为设身处地就是暂时地生活在别人的生活中,体贴入微、流连忘返,而不妄加批评。设身处地的理解之所以有效,是因为它能使来访者聆听自己的声音,于是来访者变成了自己的治疗师:“这个人似乎明白我的感情,他的理解帮助我回过来看看自己,把自己的感情分分类。我发现我的感情原来并不那么可怕”。但设身处地的理解并不意味着治疗师与来访者有相同的情感。相反的,治疗师一方面体验到来访者情感的深度,另一方面他要让来访者作为一个独立的人。

(二) 治疗过程

假如存在治疗师的真诚一致、无条件积极关注和设身处地地理解,治疗变化的过程就会发生。罗杰斯把治疗的变化分为七个阶段:

第一个阶段,此时来访者还不愿意把有关自己的任何事情与别人沟通。处于这个阶段的来访者通常不要求别人的帮助。如果他们因某种原因跑来求医,他们也是刻板僵化,抗拒改变。他们认识不到自己有什么问题,而且拒绝承认有任何个人的感情和情绪的干扰。

第二个阶段,刻板僵化状态有所松转。可以和来访者讨论外界发生的事情,也可以谈论别的人。但是对自己的感情则仍然不认识或不承认。来访者可能把这些个人感情当作客观现象来讨论。

第三个阶段,来访者可以自由地谈论自己的事,只是把这些事当作客观对象。如“我在工作中已经尽力而为,但是我的上级还是不喜欢我”。各种感情和情绪总是用过去时态或将来时态来谈论。对现在的感情则避而不谈,所有情绪似乎都与此时此地的情绪没有关系。

第四个阶段,来访者开始谈论深层的感情,但不是一些当前体验到的感情。例如,“当老师说作弊时,我真是气坏了”。此时,来访者虽然对当前能够体会到的情绪有一些模糊的认识,但是绝大部分的经验受到否认或歪曲。来访者开始对某些外界管束的价值标准提出疑问,并开始承认自我与经验之间都存在着不协调。

第五阶段,开始出现明显的改变和成长。来访者开始谈论自己当前的感情,但还不能正确地符号化。来访者开始根据来自内部的标准评价自己的感情,其感情有了更大的分化,更能区别这些感情的细微差别。自由选择、自我负责对来访者来说越来越显得重要。

第六个阶段,是来访者身上发生了重大的变化和成长。这个阶段的来访者坚定地向着充分发挥作用或自我实现的方面发展。原来被否定和歪曲的经验现在更加自由地进入意识中;更加深入和充分地体验到当前的感情。来访者变得更加协调一致,真实和诚恳。伴随着这个阶段出现的另一种现象是生理功能的明显改善。

第七个阶段,可以不再需要治疗性谈话。来访者可以把治疗室中概括的经验带到现实



世界中，不再需要治疗者。来访者已能在任何时候都对独立自主和深入体验自己的全部经验充满信心。

治疗的结果是，来访者变成了一个较少防御性和对经验抱着开发态度、协调一致的人；一个对自我有更清晰的认识，也更加现实的人；对自己的潜能有较正确的观点，这可以缩小理想自我和现实自我之间的距离。

三、适应证与评价

以人为中心疗法适用于治疗各种心理问题、正常人或轻度心理障碍患者，如人际关系问题、个人成长发展问题、社会适应不良、某些神经症的患者。以人为中心疗法对心理治疗领域的一个主要贡献是令人信服地提炼出良好的治疗关系是治疗变化的要素，这已经成为现代治疗实践的共同基础。以人为中心疗法相信来访者具有自我指导能力和自我负责能力，只要治疗者怀有这样的信念去对待来访者，这种氛围就会创造一种推动的力量，推动来访者发生改变。来访者中心疗法特别强调治疗者本人的人格和态度的作用，而不是方法技巧的作用。另外，在医学诊断方面，来访者中心疗法不主张对障碍进行分类，有排斥诊断和评估的倾向，这可能妨碍了其在临床实践中的应用。

(傅文青)

第五节 森田疗法

一、概况

森田疗法是本世纪 20 年代由日本的森田正马教授（1874-1938）创立的治疗神经症的一种心理治疗方法。这是一种超越言语和理性的治疗方法，有其独特的理论基础。

（一）神经质

森田在表达神经症时不使用神经症概念，而采用神经质。森田的神经质理论认为，神经质的倾向是自我内省、理智、疑病的，这种倾向任何人都有，而这种倾向强烈者才是神经质。森田认为神经质的根本原因是先天性素质变质。此素质虽然是先天的，但并非固定，可随着环境发生明显变化。

（二）疑病性素质

森田把神经症的发病基础称为疑病性素质。他认为具有这种素质的人对自己的心身过分地担心，在某种情况下，把任何人都常有的感受、情绪、想法过分地认为是病态，并对之苦恼、倾注，尽管实际上什么病也没有，却主观上渐渐构成病。疑病性素质是森田的一种假说式的概念，它是一种先天性的素质，但不是一成不变的，也能随着环境的变化而变化。

（三）生的欲望和死的恐怖

森田认为神经质的人“生的欲望”过分强烈，他所指的生的欲望包括从自我保存、食欲等本能的、到想获得被人们的承认、向上发展的那种社会心理的欲望。而死的恐怖中包括在对欲望追求的同时，怕引起失败，对死及疾病的恐怖，怕具有心理价值的东西失去等等。这种恐怖可以称为焦虑。

（四）精神交互作用和思想矛盾

森田认为神经症发病最重要的是疑病性素质，对症状发展起重要作用的是精神交互作用。精神交互作用是指在疑病基础上所产生的某种感觉，由于注意力的集中使此种感觉更



加敏感, 过敏的感觉使注意力更加集中并逐渐固定, 从而形成症状和疾病。思想矛盾是指人的主、客观, 情感与理智, 理解与体验之间常有的矛盾。如果用理智去解决这些矛盾就会导致精神交互作用。精神交互作用和思想矛盾在神经症的发病中占有重要地位。

二、方法

森田疗法的重点在于陶冶疑病性素质, 打破精神交互作用, 消除思想矛盾。“顺其自然, 为所当为”是森田疗法的精髓所在, 其目的是: 让患者尽快地摆脱自我中心观的思维; 对不以个人的主观意志为转移的情绪不必予以理睬; 重视符合我们心愿的行动。其治疗原则可概括为如下两点。

(一) “顺其自然”的治疗原则

“顺其自然”在森田疗法的理论中是指对出现的情绪和症状不在乎, 要着眼于自己的目的去做应该做的事情。森田疗法首先要求来访者对症状要承认现实, 不必强求改变, 要顺其自然。因此, 对来访者的苦闷、烦恼情绪不加劝慰, 任其发展到顶点, 也就不再苦闷烦恼了。

(二) “为所当为”的治疗原则

“为所当为”是要求来访者做自己应该做的事情, 坚持日常的工作和学习, 无论自己的心情如何, 这是森田疗法最关键的措施。森田疗法要求神经症来访者通过治疗, 学习顺其自然的态度, 不去控制不可控制之事, 如人的情感; 但要注意为所当为, 即控制那些可以控制之事, 如人的行动。

“顺其自然, 为所当为”的治疗原则反映了森田疗法的一个基本观点, 即意志不能改变人的情绪, 但意志可以改变人的行为; 可以通过改变人的行为来改变一个人的情绪, 陶冶一个人的性格。

(三) 治疗方法

1. 住院式 森田疗法的基本方法是住院治疗。对住院患者: ①简单说明疾病的状况性质和预后; ②概要说明治疗经过: 绝对卧床、轻作业、重作业直至出院; ③对患者的疑问, 医生回答是: 即使有疑问, 也要按说明那样去做; ④住院期间断绝与外界联系, 森田把住院时间定为 40 天。

第一期: 称绝对卧床期, 把患者隔离起来, 禁止患者做任何工作、学习与消遣的活动。除进食、大小便外几乎绝对卧床。其主要目的是使患者体验, 让苦闷任其自然, 那么烦闷和痛苦就会通过情感的自然规律逐渐消失。此期间 1 周~2 周, 森田认为绝对卧床期对失眠、焦虑和苦闷明显的病例有显效。

第二期: 称轻作业期, 患者尽可能卧床休息, 少活动, 但白天一定到户外接触空气和阳光。此期开始写日记。此期主要是促进患者心身的自发活动, 患者为了个人健康, 越来越渴望参加较重的劳动, 以此为标准转入第 3 期。此期大致 1 周~6 周为宜。

第三期: 称重作业期, 让患者可随意选择各种重体力劳动, 如拉锯、田间劳动、庭院劳动、手工等。与此同时可加上读书。此期主要指导患者在不知不觉中养成对工作的持久耐力, 有了自信心的同时, 使患者反复体验对工作成功的喜悦, 以培养其勇气, 唤起对工作的兴趣。此期以 1 周~2 周为宜。

第四期: 称恢复期, 此期进行适应外界变化的训练, 为回到实际的日常生活中去做准备。至此, 原来被病态所束缚的患者, 开始洞察到自己存在的顺其自然的常态, 从根本上促发其自然治愈力。

2. 门诊式 森田疗法的治疗原则是: 任其自然地接受情绪, 把应该做的事作为真正的目的, 行动的准则即所谓的顺其自然就是症状不管怎样都要像健康人那样去行动是最重



要的。门诊治疗也让患者写日记，治疗师用评语进行指导。日记上不要诉说主观的苦恼；仅仅具体地叙述每天的生活。

用上述原则进行门诊治疗，通信治疗，生活指导，都得到充分的效果。也有仅读森田疗法的科普书籍而治愈的患者。

三、适应证与评价

森田疗法适用的年龄为15~40岁，以住院为主，门诊治疗只适用于轻症。森田疗法的适应证包括强迫症、疑病性神经症、焦虑性神经症和自主神经功能紊乱。抑郁神经症最好合用药物治疗。目前在日本也用于治疗某些心身疾病，效果比较满意。

森田疗法和任何其他的心里治疗方法一样，也有其自身的局限性。例如，由于森田疗法不进行心理分析，所以对于有人格障碍或深层次创伤的来访者是不适用的。此外，有许多来访者由于无法忍受治疗期间的痛苦而放弃治疗。

(汤艳清)

第六节 暗示和催眠疗法

一、暗示疗法

(一) 概况

暗示疗法(suggestion therapy)是指治疗师有意识地使用暗示去影响或改变个体的行为，以消除或减轻疾病症状的方法。暗示治疗是最古老的助人方法之一，宗教仪式、念咒语从某种意义上说也属于暗示治疗。因为它们通过情景氛围或言语让人们不加批判地接受它们所要传递信息，从而对自己的观念、行为产生影响。暗示治疗之所以对疾病有治疗作用，其机制并未完全清楚，但众多研究证据表明暗示的确可引起人的生理和心理变化。

每个人都具有一定的可暗示性。但接受暗示的能力各有所不同。它取决于发出暗示和接受暗示双方各自的体力、智力、职业能力、社会地位等多种因素。对暗示治疗来说，接受暗示的条件一是患者对暗示的敏感性；二是治疗师的权威性。暗示的敏感性可因个体高级神经活动的特点和人格特征而异。治疗师的权威性由于其知识、能力、地位等对患者来说是天然的。暗示的敏感性和权威性是相互影响的，它们使暗示在人们不知不觉中产生作用。

人具有接受暗示的能力，同时也具有反暗示的能力。一般说，人的可暗示性有三道防线。一是逻辑防线，对于它印象上认为不合逻辑动因的，一概挡驾；二是感情防线，对于不能达到创造信任感和安全感的一律挡驾；三是伦理防线，凡是与个人的道德原则相矛盾的暗示不能被接受。所以暗示疗法不是要突破这三道防线，而是要与它们协调，引起心理上的共鸣。

(二) 方法

暗示治疗可利用的方法很多，有随意性暗示(“你可以”)和命令性暗示(“你必须”)；肯定暗示(“感觉良好”)和否定暗示(“不会头痛”)；直接暗示和间接暗示；言语暗示和非言语暗示等。暗示治疗既可在催眠状态，也可在觉醒状态进行。觉醒状态的暗示又可分为自我暗示和他人暗示。然而不管采用什么暗示治疗，都要依据暗示心理原理实施。因此暗示治疗应注意以下几条原理：

1. 建立和谐与合作的关系 这是暗示有效的重要前提。以温暖、理解、关心和尊重



的方式与患者相处会减弱防御并产生暗示所需信任气氛。治疗师行为举止要自信，慎用“也许”、“大概”、“可能”等让患者感觉你缺乏自信的词。

2. 重复暗示 多次重复是暗示的经典原理。反复集中注意于一个目标或想法，它就趋于实现。

3. 反作用定律 主要针对暗示产生的生理效应。该定律是指个人越是有意识地努力做某件事就越难获得成功。因此，暗示应强调想象而不是求助意志来引起治疗变化。

4. 支配效应定律 强烈的情绪倾向往往比微弱的情绪有优先权。因此，把暗示与优势情绪相联系会更有效。治疗师通过讨论患者期望的目标激发患者接受暗示的动机，采用“苏格拉底法”诱导患者形成心理上的接受定势或紧张和期望状态，将患者产生强烈的情绪与暗示联系起来。

5. 个体化原理 暗示治疗要考虑患者的自我概念、人格、价值观、兴趣和爱好等因素，灵活运用暗示。例如，暗示时，把患者的语言融入暗示中，让患者感觉这些观念更相容、更适宜，产生深刻持久的印象。灵活运用表示完全接受患者所发生的一切，然后使用、替换并改造这些事情的重要性。例如，患者以疲倦的方式打哈欠，治疗师可以说：“你是否注意到，哈欠过后你的全身如何更放松？”

二、催眠疗法

（一）概况

催眠疗法（hypnotherapy）是借助暗示使患者进入一种特殊的意识状态，控制患者的心身活动，从而解除和治疗患者的心身问题的心理疗法。催眠疗法作为一种治病技术，可以追溯到远古时代。那时僧侣治病，主要靠催眠和语言暗示。在心理学历史上，最早施行催眠疗法的是奥地利医生麦斯麦（Mesmer FA, 1734-1815）。他设计了著名的磁气桶装置，向病人输送磁气，达到治病的目的。19世纪上半叶，英国的 Braid（1795~1860）提出催眠是一种人为引发的睡眠状态。因此，他借用希腊语 Hypnos（睡眠）的含义，创建了催眠术“Hypnotism”一词。

催眠疗法现在广泛地运用于医疗和心理治疗。实验室和临床研究证明它在控制痛疼、消除恐慌和改变不利健康的生活习惯等方面有不同凡响的疗效。催眠为什么会产生如此效果？许多学者从心理学、生理学的角度提出许多理论假说。心理学方面的解释，有南锡学派的暗示说，即催眠是受暗示而产生的一种现象。还有 Charcot 医生的病理性神经活动的产物说，即催眠是人为地诱发患者的歇斯底里发作状态。精神分析对催眠的解释是一种精神倒退的表现。Ernest Higarard 提出，催眠是一种分离现象，是不能进入意识的一个意识过程。巴甫洛夫认为，催眠是一种条件反射。当个体置身于与睡眠相似的情境中就会出现与睡眠类似的反应。至于催眠与睡眠的区别就在于前者的高级神经中枢是一种选择性抑制，而后者是弥漫性抑制状态。

催眠看起来像睡眠，但其 EEG 模式却不同于睡眠的任何一个阶段。被催眠的人大脑始终保持清醒，只是正常的计划功能下降，精神高度集中，注意有高度选择性，他们对外界刺激不反应但对催眠师的一切要求，包括言语暗示都极端敏感。被催眠的人很容易做到角色扮演，往往沉浸在暗示给他的角色中。催眠之所以能够成为一种治疗技术，某些学者认为：第一，催眠与自然睡眠一样，是大脑的保护性抑制，是神经系统得到休息并恢复其张力的一种重要方法。第二，催眠通过激活或关闭特定的脑区，对整合信息进行筛选和解释，使机体接受催眠师提供的信息，从而达到改变认知和消除疾病的目的。

（二）方法

一般说，催眠疗效如何在很大程度上取决于患者对催眠的易感性。研究表明大约有



10%~15%的成年人容易接受催眠,而20%的人不易受催眠暗示的影响。其他的人则介于两者之间。一般爱幻想、空想、容易被任务吸引的人是催眠的理想人选。因此,首先要进行暗示易感性测试以确定人选。测试的方法很多,可用测量催眠感受性的标准化量表,也可采用嗅觉法、攥手指法、平衡法等操作。催眠师可以根据自己的需要或习惯选择。催眠治疗的环境要求安静、温暖、光线比较昏暗、陈设简洁。诱导催眠的方法很多,譬如放松法、凝视法、倾听法、抚摩法、观念运动等,催眠师选用何种方法,要考虑患者的人格特征。不管采用什么诱导方法,催眠师通常从描述患者正在进行的行为开始,以便让患者产生一种控制的印象。然后催眠师可能鼓励他希望的行为,以便诱发一种改变状态。诱导的实质是从描述转向暗示。

催眠治疗成效如何在于患者的参与。首先,患者的兴趣、爱好、建议以及他们认为最有效的方法是你必须掌握的。因为你的催眠风格与患者的期望是否一致决定催眠的成功率。其次,你可以用点头、手指意念致动或漂浮感这些形式获得患者非语言反馈,作为监测进步的信号。例如,催眠师暗示“如果你的无意识心理愿意接受这个观念,你的“是”的手指会漂起来向我示意”。以这种方式你能够确定暗示的接受性以及是否存在阻抗。最后,有些信息不能通过非言语反应传达,要求患者在催眠状态中与催眠师进行言语上的交流。为了防止言语会“减弱”催眠程度,可以使用暗示减少对催眠程度的“减弱”。例如,你暗示:“你可以在催眠状态中说话,正如你晚上梦中说话一样不会醒来”。

催眠治疗即将结束要将患者唤醒。唤醒的过程要按程序进行,首先要强化治疗时给予的关键性暗示,然后解除对机体的静止状态的暗示,再给予醒后身心愉快的暗示。患者清醒后,要与他进行谈话,了解他对催眠治疗的感受,检查催眠中给予的暗示信息是否起作用,唤醒前注意的事情是否已经注意了。

(三) 适应证

催眠治疗是一种经济而行之有效的心理疗法,主要用于治疗各种神经症、心身疾病、睡眠障碍、功能性疼痛、性功能障碍、心因性遗忘及嗜烟酒等不良行为。催眠疗法既可独立使用,也可与其他心理疗法联合使用。不但可以用于临床,也可以用于非临床,如改善个人的记忆力等。

(李 茹)

第七节 松弛疗法

一、概况

松弛疗法(relaxation therapy)是通过机体的主动放松使人体体验到身心的舒适,以调节因紧张反应所造成的心理生理功能紊乱的一种行为疗法。利用放松达到强身健体、治疗疾病在人类已有很长的历史,例如我国的气功、印度的瑜伽、日本的坐禅等。实践证明,松弛疗法不仅对一般精神紧张、焦虑等症状有显著疗效,而且对于与心理应激密切相关的各科疾病同样有效。松弛疗法通常不是单一使用,而是在一系列的治疗措施中起着特殊的作用。

松弛疗法提供的舒适体验不是以兴奋性增高而是以降低机体的能量基础代谢获得的。研究表明,交感神经活动过度是导致某些疾病,如高血压、冠心病、溃疡病等发展和恶化的重要因素。而松弛反应可降低交感神经活动兴奋性,对抗紧张的反应。人在深度放松时,大脑皮质的唤醒水平下降,交感神经系统及其有关功能下降。此时机体的能量和氧消



耗减少,血氧饱和度增加,血红蛋白含量及携带氧的能力提高,唾液分泌增多,唾液溶菌酶增加,指端血管容积增大,皮肤电反射减弱,血糖含量降低,血、尿儿茶酚胺含量下降,血中去甲肾上腺素及胆固醇都有明显降低。

松弛疗法不仅对机体的生理生化功能产生良好的影响,而且还会产生一定的心理效应。在感觉和动作效应方面,除有头脑清醒,心情愉快和全身舒适的感觉以外,有的人还感觉肢体有刺痛、麻木感、瘙痒感,甚至还会伴随肢体的不随意运动或出现眩晕、幻觉等异常感觉。这是一种由内稳态重新组合所引起的交感神经调控转向副交感神经调控的表现,也是中枢神经系统异常积蓄能量的一种释放。在高级心理活动效应方面,放松训练可以提高学习能力,改善记忆功能,提高智力效率和稳定情绪。

松弛是对各种心理生理状态的一种积极体验。如肌肉的松弛可描述为肌张力的下降(可用肌电图显示),而脑的松弛可表现为某种脑电图(同步性 α 波及 δ 波增多)。个体对不同肌群的松弛程度的感知不同,对前臂松弛的感知较差,而对面部肌群的感知较好。通常我们采用皮温测定、外周供血测定、脑电图和肌电图测定来监测松弛状态。

二、方法

常用的松弛疗法有渐进性肌肉放松、自主训练、冥想和瑜伽等经典松弛疗法。冥想是通过缄默、松弛和倾听内心世界来探究自我的方法。瑜伽同样可以视为冥想的一种。它们的目标在于达到无意念状态、敏锐的内省或高度的集中注意,以此达到躯体和心理的松弛。但严格说,冥想和瑜伽并非属于疗法的范畴。下面主要介绍渐进性松弛疗法和自主训练。

(一) 渐进性松弛疗法

渐进性松弛疗法(progressiverelaxation therapy)由美国生理学家Edmund Jacobson创建,是最常用的一种行为疗法。Jacobson发现,通过肌肉紧张和松弛的转变可明显降低肌肉的张力。患者在学会感受肌肉紧张和松弛的区别的前提下,随着肌张力的下降,患者将体验到深度的松弛。现在广泛使用的松弛训练涉及16个肌群,一般需要12个治疗小时的学习(包括家庭作业),每次训练需要20~30分钟。具体实施过程如下:

1. 实施的条件 应选择安静、舒适、光线柔和的房间作为治疗室。练习前,患者应脱鞋,宽松衣带,取下眼镜和手表,双眼闭合,取舒适的姿势在座椅、躺椅或软垫上进行肌肉松弛训练。

2. 准备工作 第一次会晤时应告知患者治疗的原则。治疗的目的在于使肌肉的紧张度低于平时的水平。随着训练的进程,患者将认识到他已往的肌肉紧张状态将逐渐消失并体验到与之相伴随的坦然自若。松弛训练一般说没有什么难度,但前提是不要向患者下达任何成绩指标。为了避免患者有主观上的任务压迫感,应向患者指出,这种方法没有起到效果并不是无能的表现,而是需要进一步的练习或者必要时改练其他松弛疗法。要让患者明白松弛疗法属于一种相对耗时的治疗技术,很少能获得快速、令人意想不到的效果。

3. 紧张-松弛周期循环过程 该疗法的中心环节是掌握紧张-松弛的周期循环。从手和前臂的肌群开始,依次转换到头面、颈部、躯干、下肢到脚16组肌群。每一肌群的练习应分散于几次治疗中完成。要求患者将注意力集中于某一肌群。例如“请注意您的右手”,接下来发紧张的指令:“现在请您握拳,尽可能地握紧”。紧张的时间大概为5~10秒(腿部的紧张时间应短一些,防止抽搐)。在紧张期内,治疗师提醒患者注意其感受有何不同并使其保持注意力。“请注意这块肌肉收缩时摸起来是什么感觉……感受一下这块肌肉的紧缩!”。接着发松弛的指令,松弛的时间持续30~40秒,此时同样提醒患者注意其感受。



对于某一肌肉群来说,上述过程只重复1~2次。松弛的时间由患者本人来决定,治疗师要求患者,“如果您感到完全放松了,请举手指示意”。治疗师记录下患者举手指示意的时间。然后再对这一肌群做3~4次练习,每次练习的目的都是让患者的感受集中于身体的某一部分。以后再做其他肌群练习时,都要与先前训练过的肌群作比较。

4. 松弛练习的结束 治疗者应在患者处于松弛状态时结束治疗。要求患者按顺序逐一活动双脚、双腿、双手、胳膊、头及颈部、然后睁开双眼。最后询问患者达到何种程度的松弛,有哪些肌群不能达到完全松弛,有什么不适反应及其程度。

5. 布置家庭作业 肌肉松弛训练需要通过家庭作业来充实。因为肌肉松弛对其健康状态的影响是逐渐显示的,只有通过系统的训练才有可能在实际情景中运用这种方法。受训者应将所学会的练习至少每天做两遍。

(二) 自主训练

被动性集中注意是自主训练(autonomic train)的目标状态,即将注意力积极地转向没有精神压力的意识内容。该方法是由德国精神病医生Schultz从催眠疗法发展而来应用自我暗示来达到松弛的一种方法。

自主训练也要求在安静舒适的房间进行。练习时取静坐姿势,即所谓的“马车夫姿势”。患者坐在没有靠背的凳子上,双脚轻度外展略超出座凳,前臂下垂至约大腿的中部,下垂的手形成“V”型平放在大腿上。背部向前弯曲,头向前方低垂,下巴支撑于胸骨之上。

该方法由6种训练组成,它们是肢体沉重感训练、温暖感训练、心脏训练、呼吸训练、腹部温暖感训练和额部清凉感训练。训练要在指导语的暗示下缓慢进行。首先从“我处于非常平静的状态”的指导语开始,到“我感到生命和力量流遍了全身,使我感到从来没有的轻松和充满活力”结束。治疗者发出指导口令“右上肢特别沉重”,而以后则由患者自己默诵指导语。训练先从一侧上肢松弛开始,接着是松弛另一上肢,松弛双侧上肢、松弛双侧下肢以及同时松弛双侧上肢和双侧下肢。每次练习持续约4分钟。最后以肌肉短暂收缩然后再伸展而结束。

每一种训练都有其特定的指导语,如心脏训练的指导语“心跳相当平稳和有节奏”;呼吸训练的指导语有“我的呼吸很慢、很深”;“前额令人舒适的凉爽”的额部训练。经过有效的练习之后,可将指导语缩减“平静,沉重,温暖,心跳呼吸平稳,腹部温暖,额部凉爽”,以迅速达到完全松弛状态。

三、适应证与评价

松弛疗法可适用多种障碍,对于心理紧张性焦虑和各种伴有紧张和疼痛的躯体不适有肯定疗效,并广泛用于头痛、高血压和睡眠障碍的患者。对高血压的治疗,松弛疗法与药物治疗联合应用以及单一使用药物治疗的疗效优于单一应用松弛疗法。

事实表明,对患者进行个别训练并向患者提供训练的录音磁带,其疗效会更好。此外,接受松弛疗法治疗的次数越多,疗效越明显。但松弛疗法并不是任何人都适用的。年纪较轻、症状较轻的患者最好不要使用松弛疗法。另外集中注意能力欠佳的患者可能效果不好。还有一些躯体疾病如呼吸道疾病、神经系统疾病也不适宜采用松弛疗法。例如,由肌肉松弛所致的呼吸缓慢会加重呼吸衰竭。

(李茹)



第八节 生物反馈疗法

一、概况

“反馈”（feedback）这一概念为许多学科所使用。心理学上是指对自己行为结果的了解。“我希望得到反馈”，这句话表示主体希望了解别人对自己的意见、行为的看法。

生物反馈疗法（biological feedback therapy）是指在电子仪器帮助下，将身体内部的生物电活动加以放大，放大后的机体电活动信息以视觉（如仪表读数）或听觉（加蜂鸣音）形式呈现出来，使患者得以了解自身的机体状态，并学会在一定程度上随意地控制和矫正不正常的生理变化。生物反馈仪可以反馈给人的信息包括肌肉的紧张度、皮肤表面的温度、脑电波活动、皮肤导电量、血压和心率等。

生物反馈像打字、打球一样，是一种学习过程。利用生物反馈技术控制某一生理活动的过程是一个学习过程。患者必须了解生物反馈的原理，仪器的使用方法，视觉形式或听觉形式反馈信号的意义，必须坚持练习，探索学习成功的经验、失败的原因。

生物反馈是20世纪60年代在实验心理学基础上发展起来的治疗技术。它的出现是历史的必然，是操作条件学习研究的深入，也是现代电子技术高度发展的结果。

常用的生物反馈仪有肌电反馈仪、皮温反馈仪、皮电反馈仪、脑电反馈仪、心率反馈仪、血压反馈仪。肌电、皮温反馈仪也可用于稳定心率和血压，所以这两种反馈仪又是所有反馈仪中最基本的仪器。在治疗中，各种反馈仪的工作模式是基本相同的。

生物反馈在医学上的应用可以分为两大类：一类是利用反馈仪的信号来补充、完善体内的反馈联系通路，以达到加强对骨骼肌运动的调节能力和内脏器官活动的随意性调节；另一类是间接作用，即通过反馈训练，改变个体的行为模式，以达到抗应激的作用。

并非所有控制失调性疾病都能使用生物反馈来治疗，只有因反馈联系障碍所导致的控制失调性疾病才能用生物反馈术治疗。也就是说，只有反馈仪信号能可靠地反映控制失调状态的那些疾病，才能作为矫治对象。有些反馈障碍找不到特异性反馈信号，只能通过非特异性信号的反馈训练，间接地获得治疗。例如皮温反馈仪治疗偏头痛，肌电反馈仪治疗高血压。

生物反馈训练是通过影响整个应激系统而发挥其抗应激作用的，因此由于长期过强应激反应而形成的疾病，例如大多数心身疾病和神经精神科疾病，都能通过生物反馈得到治疗或缓解。

二、方法

生物反馈治疗的操作程序包括填写调查表、确定治疗方案和实施治疗等三部分。

（一）填写调查表

调查表包括病史和心理社会因素的调查。例如，一般的健康状况，过去和最近的用药情况，工作习惯，睡眠和饮食情况，娱乐活动，体育锻炼和婚姻家庭情况。凡最近阶段没作过身体检查的，建议他们先去检查。医生通过调查表分析病人患病的心理社会因素，也要排除由药物和营养因素而引起的症状。从家庭关系、婚姻情况、最近发生的重大生活事件、职业情况、人际关系、生活方式，内心感受等方面最能反映致病的心理社会因素。调查表内应包括这些具体项目。也要注意病人对生物反馈方法的兴趣和选择这种方法的动机，询问病人对这种治疗方法的认识和期望。



(二) 测定基础值, 确定训练方案

向病人概要介绍生物反馈的原理之后, 测定几种常用的生理参数的基础值, 确定最佳生物反馈训练方案。

1. 脑电波基础值的测定 正电极置于左半球枕叶部, 负极置于额部。测定者须注意病人近视还是远视, 要病人将视线集中于治疗师手指上, 手指离病人鼻子的距离从 3 尺逐渐近到 3 寸, 然后再回到 3 尺处。接着让病人闭眼, 想象现在是一天工作的结束, 心情轻松。注意病人的姿势、呼吸。

2. 肌电值的测定 电极通常连在额肌, 也可依病人主诉, 放于应激时肌紧张最明显的部位。测定者应向病人说明仪器的性能, 肌肉活动和视、听反馈之间的联系。通常说“肌肉活动”, 而不要说“肌肉紧张”; 然后要病人作各种肌肉运动的动作, 如皱眉, 咬牙, 使其熟悉仪器。最后要病人闭眼, 尽量放松, 略等 3~5 分钟后记下肌电反馈仪或肌电图描记器所显示的值。

3. 皮温基础值 测定部位是利手中指末节指端, 皮温基础值测定时, 电极通常置于利手掌心, 如板形电极可套在食指与无名指上。

(三) 实施训练

第一次训练时, 主要观察病人的非言语行为和情绪, 注意建立良好的医患关系。特别要观察反馈训练时病人的姿势、呼吸、手动、肩动等的变化。要病人描述他的焦虑体验, 指出最感紧张的部位, 描述想象中松弛的人的样子, 这样治疗师能发现病人的态度和对松弛的想象能力。对于新近有重大生活事件(如丧偶)的病人, 应该隔一段日子再开始训练。

向病人讲述生物反馈基本原理时, 最好用非言语的学习经验作类比, 特别是儿童的学习(如学会用筷子吃饭, 走路), 使病人感到生物反馈是人人都能学会的技能, 也可把生物反馈训练比作弹钢琴, 使病人易于理解, 认识到学会生物反馈技能的关键只是时间和练习。

不管哪一种反馈, 所有病人一开始都学习一般的松弛反应。进行松弛练习时鼓励病人对自己的身体进行观察, 设想自己是公正的观察者, 正在客观地从一定的距离外观察着自己的身体。

治疗期间训练者应经常出现在病人面前, 当好病人的“教练”, 当病人在训练中达到一定程度再无进展时, “教练”的指导是很重要的。指导过程中的语言和态度对治疗结果有重要影响。例如在肌电反馈训练中, 训练者可以说: “你头的姿势使你产生了较大的肌肉活动, 我教你一个方法, 使你的头可以相当松弛, 看着仪器的指针, 让你的头在各种位置上移动, 当指针随着头的转动偏向读数低的一边时, 这个位置最好,” “好, 现在再调整一下躺的姿势, 使全身每一块肌肉都放松”。

每一次训练结束, 让病人作主观等级评定, 1 代表最松弛, 7 最紧张, 4 中度松弛。结束后治疗师要了解: 经过练习, 紧张度由几级达到几级。还要布置家庭训练, 嘱病人坚持每天 2 次, 每次 20~30 分钟的放松训练, 并填写放松等级表。

从第二次训练起, 开头都要谈谈上一次训练以来病人遇到的问题, 以及在家里作放松练习的体验, 为新训练目标的确定提供依据。生物反馈仪只提供病人身体变化的情况, 何种信息表示身体与情绪处于何种状态, 病人必须寻找适合自己的方法最有效地改变自身的机体状态。在抗应激训练中, 治疗师应教病人采取被动注意, 不要太用意志努力, 也可教病人进行渐进性松弛训练。

生物反馈训练场所应该布置得使人感到松弛, 使用暗淡的灯光。最好有专用的训练室, 排除噪音的干扰。不必设置特制的家具和令人注意的陈设, 普通的家具能产生家常化



和安全的氛围,训练者也不必用催眠的声音,生物反馈训练是一种学习,用催眠的声音,效果反而不好。

(胡佩诚)

第九节 支持疗法

一、概况

支持性心理治疗 (supportive psychotherapy), 简称支持疗法, 是基础性的心理治疗模式, 是指以精神支持为主要内容的心理治疗方法。其主要特点是供给支持, 善用病人的潜在资源与能力, 帮助病人去渡过危机, 应付困境, 以较为有效的方式去处理所面对的困难或挫折。当病人面临严重现实挫折, 产生应激性恶性情绪或心理创伤时, 不适合从病人的早期经验或成长经历中分析心理问题的源头, 需要由治疗师提供精神支持来帮助其应对危机, 渡过心理难关。支持疗法可以提高病人对现实刺激的适应力, 缓解心理压力, 保持心理平衡。

支持疗法的一个重要因素是支持资源。所谓支持资源指的是两个方面: 客观条件, 如是否具备所需的设备或人际关系等; 另外一种心理方面的, 如是否有人能够给予鼓励、安慰、支持、提供意见等。

二、方法

支持疗法的实施, 首要在于能与病人建立良好的关系, 能以共情的心态体会病人的处境, 并且关怀病人的困难, 让其感受到治疗师在关心她, 是可以信赖的。支持疗法主要包括解释、鼓励、保证、指导、促进环境的改善等五种成分。这些成分可以在概念上加区分, 而实际上却是互相密切联系着起作用的。

(一) 细听倾诉

从支持疗法的角度来说, 治疗师要能以共情的心态来听取并理解病人的处境, 这是一项很重要的工作。治疗师能让病人倾诉内心的痛苦与烦恼事, 可产生情感的“宣泄作用”。它引导或允许病人把压抑的情绪尽可能无顾忌无保留地流露出来。让病人在被保护的会谈环境里尽量倾诉发泄, 有治疗的功效。

(二) 支持与鼓励

在人面临心理上的困难或痛苦时, 最需要的莫过于他人的同情、支持与鼓励。特别是当一个人单独面对问题的时候, 其心理压力很大; 或者长期应付困难, 几近丧失斗志; 或者面对的应激很大, 疲于应对, 都特别需要别人的协助或鼓励。支持疗法的一个用处就是给予病人适当的支持与鼓励, 帮助病人振作精神, 鼓起勇气, 提高应付危机的信心。

(三) 说明与指导

对于某些由于缺乏知识或观念不正确而带来苦恼的患者, 治疗师可供给所需的知识, 纠正错误的想法, 可减少烦恼的程度。说明与指导多采用通俗易懂、深入浅出的道理, 讲清疾病或问题的性质, 必要时可书写下来交给患者, 让他们事后反复参照执行。

(四) 培养信心与希望

心理治疗的基本功能是帮助病人培养希望, 让病人有信心和动机去处理自己面对的困难。实施支持疗法特别要注意这一点, 经由鼓励与协助来培养希望。治疗师可以指出病人的优点, 问题的可解决性, 并给予支持, 共同去处理困难。这样病人就比较能够感受到生机的存在, 并产生动机去尝试。



需要注意的是不能夸大事实，但要让病人看到有解决问题的希望。

(五) 调整对应激的看法

由于应激反应的程度往往与个体对该应激的认知评价有关，挫折的轻重可由于主观看法的不同而有所不同，支持疗法的技巧之一就是帮助病人对应激或挫折进行重新的了解与评估，具体方法参见第6章。

(六) 控制与训练

有一些病人的情况是缺乏适当的自我控制，随心所欲，任性所为。特别是成长中的年轻人，容易不加思考，冲动行事，需要加以引导和训练，帮助他们自我管理，选择较为成熟的适应方式。另外也有些人缺乏生活经验，要帮助他们行动起来，进行适当的训练，从实际生活中获得处理问题的要领，以进一步改善行为。

(七) 善用资源

支持治疗不仅要治疗师提供支持，而且要帮助病人重新认识自己内在或外在的支持资源，鼓励其利用各种社会支持资源解决自身问题。鼓励病人检查自己是否充分运用了可用的资源，特别是别人可供的协助常常被忽略，或者不愿意去使用，这就减少了应对困难的力量与资源。这些资源包括自己的优势长处及潜在的解决问题的能力等内在资源，以及家人、朋友、同事、邻居、慈善机构、康复机构等社会支持系统。

(八) 改变环境

改变环境，指的是病人的社会环境，最常见的是人际关系紧张环境。当处在这种环境中所存在的困难超出病人的能力而难以处理时，治疗师可以帮助病人去改变外在困难，以便于让病人可以应付。从人际关系中除去不利因素，在病人的生活中增添某些新的有利因素，这两个方面是同样重要的。过分牺牲家属的利益而迁就病人，往往对病人来说适得其反，需要注意。

(九) 鼓励功能性的适应

不同的应对方式会导致不同的适应结果，支持疗法中应与病人一起探讨其应对困难的方式，指出其不当的应对方式，并鼓励病人采取积极的、解决问题的、成熟的应对方式。

三、适应证和评价

支持疗法的适用范围较广，包括如下各种情况。

1. 短期内遭受挫折或严重的灾难，以致产生抑郁、焦虑、惶惑不安、苦闷、紧张的病人。
2. 环境中长期存在矛盾、紧张或压抑，致使内心抑郁不安、心境不佳、感到前途渺茫，甚至产生消极观念的病人。
3. 患有各种躯体疾病，对疾病本质不了解，以致顾虑重重、消极悲观或长期治疗不愈，对治疗信心不足，甚至对医务人员产生抱怨、抵触情绪的病人。
4. 患有各种心身疾病，对疾病疑惧，而在治疗中又必须解决其心因，或与躯体病同时存在有心理紧张状态、焦虑抑郁者。
5. 各类神经症病人，通常要首先进行支持性心理治疗。在此基础上再配合其他心理治疗，结合药物治疗、物理治疗等，才能收到事半功倍的疗效。
6. 患有各种顽症、绝症，如恶性肿瘤等病人，为减少其痛苦及绝望心情，支持性心理治疗也是必不可少的。

总之，支持疗法是一种基本的心理治疗模式，理论和技巧都相对简单。不过在治疗中也需要治疗师善用各种理论与技巧，这样才能使得治疗更纯熟，也更加有效。

(汤艳清)



第十节 家庭治疗

一、概况

(一) 概念及发展简史

家庭治疗 (family therapy) 是以家庭为干预单位, 通过会谈、行为作业及其他非言语技术消除心理问题, 促进个体和家庭系统功能的一类心理治疗方法。

20 世纪 40 年代以来, 人们发现, 求助者家庭里常常还有其他更需要改变的成员, 个别式治疗有其局限性, 无法解决问题。由于扩大了观察和干预的范围, 既往注重个体内在心理过程和人格的心理治疗理论和方法显得不敷应用, 需要寻找分析人际系统内部关系的研究方法和理论参照系。于是, 大家注意到系统论、信息论和控制论对心理治疗领域的借鉴作用, 开始对研究人际系统内个体与个体间的互动影响感兴趣, 家庭作为最重要的人际系统受到了重视。

在 20 世纪 50 年代的美国, 逐步形成家庭治疗最初的几个流派。他们对家庭及家庭治疗有不同的研究角度, 对家庭结构、功能或家庭动力学提出不同的理论阐述, 发展了各自的治疗方法。他们具有的共同点是, 将家庭作为整体的系统进行观察、描述和干预。十年以后, 家庭治疗已经成为实力强大的心理治疗领域, 并向北美以外的国家和地区扩散。

1988 年, 系统家庭治疗由德国的 Stierlin 和 Simon 正式传授到中国。随后, 此种疗法在中国得到了越来越广的应用。进入 21 世纪以来, 家庭治疗仍在不断进步和发展。2007 年美国的一项调查显示, 家庭-婚姻治疗的早期代表人物虽然多已谢世, 但仍在“对心理治疗领域最有影响的人物”当中占据重要位置。

(二) 主要流派与种类

按工作目标, 家庭治疗主要可分为: ①解决家庭问题 (如策略式或行为家庭治疗); ②中间形式 (如结构式家庭治疗); ③重塑家庭 (如精神分析、系统式家庭治疗及家庭系统治疗)。

按治疗风格分类, 可以分为: ①理智型: 治疗师重视认知活动, 理智、相对不带情感色彩地讨论和解决问题; ②情感体验型: 又称“体验/人本主义家庭治疗”, 关注家庭内部交互作用中情感的敏感化、表达和解释; 强调个体和家庭的独特性, 通过治疗交流, 尤其是非言语性交流来扩大体验, 以促进成长; ③行动性: 偏好主动的扰动, 乐见家庭自身的行为改变, 喜欢布置家庭作业。

但在临床上, 以上流派的界限有时并不明显, 趋向于融合, 包括吸纳、融合家庭治疗以外的其他心理治疗的理论和方法。本节就重点介绍整合的、侧重促进家庭成员行动和重建家庭功能的系统家庭治疗。

(三) 人际系统的概念

系统 (system) 是自我组织、自我生产、自我修复、自我复制的生存单元。不仅指由物理、化学过程构成的生命体, 也包括由交流、互动构成的社会系统。心理治疗师所说的“系统”, 是指社会系统内各个成员之间的相互交流, 也包括由这些交流所引发的生理心理过程, 如思维、情感和相应神经-内分泌反应或疾病。

个体、个体之间的关系, 以及家庭以外的大系统, 制约着个人的行为及内在的心理过程; 个体之间以及个体与环境之间的基本联系机制是信息反馈机制 (包括言语及非言语机制)。因此, 个人的行为, 可以打破家庭系统的内稳态, 对另外的成员造成变化的压力。系统式的观察方法总要把个体行为与一种具体情境和整个观察框架联系在一起。



(四) 从系统角度看家庭与精神病理现象的关系

1. 家庭通过互动而构造现实 临床上可以看到, 家庭中存在着“有心栽花花不开, 无心插柳柳成荫”现象, 即越是担心发生的事越有可能发生, 而最想达到的目的却达不到; 被家人陪护来诊的患者, 很可能是家里最受照顾的人。例如, 如果妈妈害怕最受宠爱的子女晚上怕黑、踹被子着凉而倍加呵护, 长期与之共眠, 直至孩子青春期, 那么, 这样的孩子很可能就是怕黑, 经常表现出各种心理或躯体症状, 需要继续呵护的人。

其实, 这个现象相关的背景、前因后果可能很复杂, 对此可以提出多种系统假设: 孩子的病态既可以被视为家庭系统中互动关系模式的一种结果, 也有可能是“权力游戏”中有意无意使用的“策略”或“伎俩”。比如说, 母子间过度依恋, 有可能是对丈夫功能缺位的替代, 或是对母亲自己心理成长欠成熟的代偿; 而孩子出现症状, 正好是继续这种依恋的合理缘由。但孩子成长受影响, 在心身健康方面付出的代价是很高昂的。换言之, 个体的行为不是偶然的, 而是有系统意义的、有功能的。这些假设“正确”与否不重要, 重要的是, 家庭成员在随着治疗师研究、验证这些假设的过程中, 确实会意识到他们之间的互动性影响, 包括对当前成为问题行为的产生、维持和消长起到的作用, 继而从个体和系统层面做出矫正性的行动。

2. 系统式治疗改变整个系统的互动模式 家庭治疗师 C. Madanes 提出, 心理治疗一般目标是: 影响行动; 影响心灵; 控制愤怒与暴虐; 促进共情; 促进希望与幽默; 促进宽容与同情; 促进宽恕与仁慈; 促进和谐与平衡。她认为, 前面的几个目标, 都是为最后一个目标服务的, 那就是, 所有心理治疗的努力都是为了达到和谐与平衡。用系统观点看, 和谐不是简单地祛除冲突和矛盾, 而是谋求用最小的代价, 达到各种关系的动态平衡。上述例子正好说明, 忽略互动关系中的相互性, 针对呈现病理问题的个体, 即索引患者 (index patient), 进行一厢情愿式的直接操纵, 进行说教式、灌输式的矫治干预, 仅仅是谋求系统内部的局部变化。这种干预对许多临床问题效果有限, 有时甚至适得其反, 会增加失败的机会, 因为许多心理困扰、关系危机其实是自己不恰当的处理方式造成的, “再加一把劲”只是更加强化恶性循环。心理治疗并不一定要着力去改变个人, 而是可以通过改变人际互动机制、关系模式, 也即“游戏规则”, 来达到改变当事人(们)的目的。这样的变化是整个系统的变化, 谋求的是跳出恶性循环, 进入良性循环。

3. 治疗师角色及临床思维的改变 与包括躯体治疗、个别式心理治疗在内的其他治疗相比, 系统思想指导下的家庭治疗重新定义治疗师的角色——相对于求助的“问题系统”, 治疗师是“参与的观察者与扰动者”, 其任务是与对方构成“解决问题的系统”, 好似一篇长篇巨著的“共同作者”, 在过去的悲惨故事的基础上, 与主人翁们一起寻找新的创作主线, 撰写一个个新的生活篇章。这样的转变, 突出体现了临床思维的重大转变:

(1) 从注重单向干预个体到尊重人际系统的自我组织, 为系统中多个成员的发展、变化提供足够的“游戏空间”。个体的生命系统总在不断变化, 由个体通过人际交往构成的社会系统也在不断变化。治疗师不再扮演居高临下的权威角色, 而应该在系统自我组织的过程中与之合作相伴, 并促进其建设性地自我构建。心理治疗师作为“协同建构者”, 通过他的问话、评论和非言语性交流, 自己也参与了他所观察的系统的建构。

(2) 从线性思维到系统思维的转换, 由直线因果模式扩展到循环因果论。若要理解人际系统中的各种因素的交互影响, “公说公有理, 婆说婆有理”的直线式因果模式不够用了。索引患者呈现的问题只不过是家庭成员相互作用的结果, 其家庭本身才是“病灶”, 即问题系统。改变病态现象不能单从治疗个人成员着手, 而应以整个家庭系统为对象, 通过会谈和行为作业传达信息, 以影响家庭结构、交流和功能, 改善人际关系。

(3) 由缺陷取向或病理取向, 转向资源取向, 即健康取向。缺陷取向将某些有人际意



义的行为视为纯粹的障碍、病态,或是直线因果链上最后的、不可改变的人性结局。这种认识方式有促进病态、使症状慢性化,甚至“制造”病人的可能性。资源取向则在一种超然的背景中,重新认识病理症状的功能意义及“病人”的健康资源。这些功能和资源在我们习惯的临床思维中常被忽视,而资源取向意在促进病人自立性,开发其主动影响症状的责任能力,将个人和家庭导向积极健康的新的生活模式。

二、操作方法与流程

(一) 一般治疗程序

1. 澄清转诊背景 这是治疗的开始阶段,包括:①观察、诊断家庭动力学特征,了解家庭的交互作用模式,如:家庭成员间相互交流的方式与倾向;等级、权力结构及代际界限;子系统的结盟关系;家庭与外部世界的关系,等等。②家庭的社会文化背景。③家庭在其生活周期中的位置,如子女成年,离家求学、就业、成婚,父母出现“空巢综合征”。④家庭的代际结构:夫妻源家庭的结构,夫妻在各自原来家庭中的地位与体验;目前家庭的结构与交流受源家庭代际关系影响的程度;夫方或妻方是否有经历几代而下传的特点,以及是否在当前家庭中“复制”这些特点并对子女发生影响。⑤家庭对“问题”起到的作用:了解索引患者求助经历,已有的诊断、治疗,家庭与“症状”或“问题”的减轻或加重有何关系;在问题的消长变化中,家庭起到了什么作用等。⑥家庭解决当前问题的方法和技术:家庭成员针对问题或矛盾冲突时采用的方法、策略及其效能;是否存在不适当的防御机制或投射过程。⑦绘制家谱图:用图示来表现有关家庭信息。常采用家庭中三代的关系系统的结构示意图,从生物、心理和社会几方面提供信息。也可用于建立治疗关系、规划治疗方法、评价效果等。

2. 规划治疗目标与任务 引起家庭系统的变化,创造新的交互作用方式,促进个人与家庭的成长。具体目标有:①打破不适当的、使问题或症状维持不去的动态平衡环路,建立适应良好的反馈联系,以使症状消除。②重建家庭结构系统,消除家庭中回避冲突的惯常机制,引入良好的应付方式,改善代际关系与家庭成员间的相互交流。③引发家庭中可见的行为变化,优先于对问题的领悟。④提高解决问题、应付挑战的能力。给“问题”家庭提供新的思路新的选择,发掘和扩展家庭的内在资源。

3. 治疗的实施 系统家庭治疗是“长间隔的短程治疗”。治疗师每隔一段时间,与来诊家庭中的成员一起座谈。每次历时1到2小时左右。两次座谈中间间隔时间开始较短,一般二周左右,以后可逐步延长至一月或数月。总访谈次数一般在6到12次,亦有单次治疗后即好转而结束的情况。超过12次仍未见效时,应检查治疗计划并重新确定该家庭是否适合此种形式的治疗。

家庭治疗的时间长度一般在六到八个月内。如果仅仅以解决症状为主,治疗需时较短;而希望重新塑造家庭系统,则需要加长疗程。

4. 终止治疗 通过一系列的家庭访谈和治疗性作业,如果家庭已经建立起合适的结构,成员间的交流已趋明晰而直接,发展了新的有效的应付机制或解决问题的技术,代际间的等级结构、家庭内的凝聚力、成员中独立自主的能力得到了完善和发展,或是维持问题(症状)的动态平衡已被打破,即可结束家庭治疗。

(二) 言语性干预技术

1. 循环提问 系统家庭治疗中最重要的提问技术。由意大利的“米兰小组”发展成熟。具体做法是:治疗师向一位家庭成员询问有关其他家庭成员行为及相互间关系的问题,然后又向另一位成员如此提问,余类推。该种类型提问可以贯穿治疗性会谈的相当大一部分时间。基本形式为:



治疗师问 A: “B 对 C 的行为是如何反应和评价的?” (“每次你爸爸看到你妈妈表现出生气的样子时, 他会做些什么?”)

治疗师问 B: “A 对 C 和 D 的关系是如何反应和评价的?” (你儿子喜欢妈妈常常夸奖妹妹吗?)

这种提问是在治疗师对“系统成员之间因为存在差异而产生互相影响”的假设引导下进行的, 目的是了解家庭成员之间的差异, 并同时使他们注意这些差异。按照贝特生 (Bateson G) 著名的信息定义“信息就是造成差异的差异”, 这种技术的意义是多重的: 首先, 它不但使治疗师从回答的差异中得到信息, 其实提问的本身就在被提问者及其他听者那里制造了差异, 因此而向系统“输入”了信息, 也就是执行了干预的功能。更重要的是, 那些突显出差异的问题还使各当事人领悟到某种行为的出现是有情境条件性的, 并非总是所谓“内因性疾病”的不可自控的症状; 另外, 还可以教会各成员以循环因果的, 而不是以直线因果式的观点看待问题。

这样一种“拐弯抹角”的提问方法好似带领一家人当面议论人, 对他们有很大的影响力, 交流的关系层面和内容层面都可以产生大量信息, 有人称之为“循环催眠”。通过几轮提问, 便可勾画出一个家庭内的关系格局及其对不正常行为的影响。一般这种讨论所涉及的问题应尽量集中于积极的方面的意义。这种看似间接的方式对于治疗师保持中立也很重要, 在不直接与“行为当事人”直接对质、交锋的情况下, 就可以通过别人的话语传达自己要说的意思。循环提问也可以作为以下提问方法的基本形式。

2. 差异性提问 涉及压缩症状, 扩展无症状的时间、场合或人事的情景性问题, 使当事人受到启示, 即症状性行为的出现是有条件性的。尤其注意提问“例外情况”, 也即在某人生病后, 其他人因集中注意力于消极方面而不会积极留意的其他方面。如: “孩子在谁面前很少或从来没有那样暴怒过?” “请你比较一下, 你的孩子在哪些情况下容易烦躁不安: 是你一句话的意思重复说几次的时候, 还是你放心让他自己去做的时候?” “你估计一下, 你哥哥几分之几像 18 岁的小伙子, 几分之几像 3 岁的小宝宝?”

3. 前馈提问 未来取向的提问将有可能刺激家庭构想对于未来的人、事、行为、关系等的计划, 故意诱导这些计划成为将会“自我应验的预言”。如: “请你想象一下, 如果我们今天的会谈确实有效, 你明天会是什么样子? 你完全康复了又会像什么样子呢?” “以你们对这孩子的了解, 你们估计他为了得到那么些当病人的好处, 会在什么时候有下一次发作?”。后一个问题可称为“预防性提问”。前馈性提问常常是假设性提问。

4. 假设提问 基于对家庭背景的了解, 治疗师从多个角度提出有时是出乎意料的关于家庭的疑问。这些假设须在治疗会谈中不断验证、修定, 并逐步接近现实。治疗师通过假设给受治者及家庭照镜子, 即提出看问题的多重角度, 让受治者自己认识自己, 并有助于家庭行为模式改变, 促进成员进步, 或者让当事人将病态行为与家庭里的人际关系联系起来。如: “请你们二位设想一下, 要是这孩子没有那些阵发性的气喘症状, 你们在两年前提起的离婚问题今天大概会发展到什么地步了?” “假如从现在开始, 妈妈不再去麻将桌上泡, 你爸爸发火的机会是会更多呢, 还是会少一些?”

5. 积极赋义和改释 对当前的症状、系统从积极的方面重新进行描述, 所有形式的轻蔑、指责都不被提及而代之以一种新的看问题的观点。这个观点从家庭困境所具有的积极方面出发, 将家庭困境作为一个与背景相关联的现象来加以重新定义。例如, 在向一个存在多种心身症状, 成员之间情感程度分化较低的家庭提问完毕, 回馈印象时, 可说: “你们家在应付困难的过程中, 互相之间很团结, 让人敬佩。你们很在意是否伤害别人, 所以不直接用语言表达对别人的批评或者要求, 而是用身体上很微妙的变化, 例如出现不舒服, 来让别人觉察。在别人痛苦的时候, 你们家的人有非常敏锐的觉察能力和无微不至



的关怀能力。有人可能会觉得这样的生活太累,太封闭。但我觉得这是些长处。只是请考虑一下如何减轻代价。比如说,用那些非凡的优点来发现和促进大家寻求快乐、放松、向外扩展的能力。”“塞翁失马,安知非福”的典故,是另一个众所周知的例子。

6. 去诊断 医学诊断有时对患者及其亲属具有“标签效应”,使家庭系统进入“再加一把劲”的“无结局游戏”,导致过度诊疗,造成医源性损害,使症状慢性化。在遵循常规诊断学原则进行诊断的基础上,家庭治疗师有时故意淡化诊断的重要性,利用矛盾心理,促使有关成员尝试积极的解决办法。具体做法可以是告知诊断名词有其相对性,也有心理性意义,应该用动态观点对待,正像中医八纲辨证那样,随时变化。对明确有过度治疗后果的患者,可以让其选择减、停药物。

(三) 非言语性干预技术

1. 艺术性技术 如家庭雕塑、“星座排列”、心理剧、绘画分析等。

2. 家庭作业 让家庭成员共同完成。目的在于使治疗师的干预信息通过行动、通过隐喻深入人心,使家庭成员能利用自身的资源和动能,实现其家庭关系出现良性互动和发展。

治疗师为了将干预效应延续至访谈后,留给家庭较长的间歇期(可长达数周左右),使其有较充裕的时间发生变化。治疗师很郑重地要求家庭在会谈后至下次来前完成一些任务。家庭作业内容通常显得出其不意、荒诞不经、有悖常理,但愉快幽默、意味深长、直接指向靶症状,有的则似乎与当前问题没有直接关系,是通过影响家庭的认知、互动行为而间接起作用。

三、适应证与评价

家庭治疗最常用于儿童、青少年期的各种心理障碍,也适用于各种心身障碍、夫妻与婚姻冲突、躯体疾病的调适、精神病性障碍恢复期等。适合进行家庭治疗的具体问题有:①家庭成员有冲突,经过其他治疗无效;②“症状”在某人身上,但反映家庭系统有问题;③在个别治疗中不能处理的个人的冲突;④家庭对于患病成员的忽视或过分焦虑;⑤家庭对个体治疗起到了阻碍作用;⑥家庭成员必须参与某个病人的治疗;⑦个别心理治疗没有达到预期在家庭中应有的效果;⑧家庭中某人与他人交往有问题;⑨有一个反复复发、慢性化精神疾病病人的家庭。

重性精神病发作期、偏执性人格障碍、性虐待等疾病病人,不首选家庭治疗。

(赵旭东)

第十一节 集体心理治疗

一、概况

集体心理治疗(group psychotherapy)是指为了某些共同目的将多个当事人集中起来加以治疗的一种心理治疗方法。相对于个别心理治疗而言,集体心理治疗具有省时省力的特点,且集体中成员间相互影响,可起到积极的治疗作用,这一点是其他疗法无法比拟的。

集体心理治疗始自美国医生普拉特(Pratt JH)在1905年对结核病人实施的集体教育,他采用介绍医疗常识,激发病人信心,开展集体讨论等方法,帮助病人克服不良情绪,树立康复信心。在此后的30年间,集体心理治疗虽没有重大的发展,但是仍有一些



人对集体治疗发生兴趣，并分别创立了一些专门用于集体治疗的方法，为 20 世纪 40 年代集体治疗的大发展创造了条件，如 Burrow T 认为精神分析忽视个人与社会的关系而于 1925 年开始实施集体精神分析；20 年代 Marenco JL 在美国创立了心理剧（psychodrama）和社会剧，并提出了角色扮演（role playing）和团体成员之间情感互相作用的概念，1930 年他还第一次使用了集体治疗这一术语。第二次世界大战后，由于战争压力造成的心理问题骤增，有限的精神病学家和心理学家不能满足社会需要，促使经济、简捷、高效的集体心理治疗快速发展，出现了家庭治疗、交往分析、自我训练等多种集体心理疗法。1943 年一些集体心理治疗家在美国成立了集体心理治疗学会（AGPA），接着在 1950 年创办了集体心理治疗杂志。50 年代以后，专业集体心理治疗工作者大幅度增加，专业文献也大量增多，成为心理治疗工作中的一支重要力量。

集体心理治疗的治疗机制包括以下几个方面：

1. 团体的情感支持 团体的情感支持包括这几个方面：

（1）被他人接受和容纳：一个人生活在社会里，假如不被家人、朋友或他人所接受和容纳，会感到孤苦伶仃，心情无所依托。团体治疗的基本功能就是让参与者能感到自己被团体其他成员接受而产生归属感。

（2）倾诉与发泄：一个人内心常有许多苦闷和秘密，而没有机会向人倾诉或发泄。团体治疗的功能之一，就是制造被保护的环境，参与者通过倾诉而获得关心和安慰。

（3）共性的发现：当一个人有某种困难或犯了某个错误时，往往把责任归咎于自己，或以为只有自己一人有此遭遇，因而加重心理负担。而在团体治疗里，经过互相交换经验，很容易发现他人也经历过类似的事情，也有相似的自卑感和负疚感，经由这种共同性（universality）的发现而获得解脱。

（4）树立信心和希望：经过团体治疗，参与者可产生归属感，可被别人接受与关心，共同面对问题而感到放心，进而产生摆脱困境或解决问题的信心，对未来产生希望。这是团体心理治疗的基本治疗机制，也是重要的贡献。

2. 团体的相互学习 在团体治疗中，团体成员不仅可以交换认知的经验，还可以直接观察和模仿别人的行为举止。团体治疗的可贵之处在于成员间可直接表达自己的思想给其他人听，或体验别人的经验与技巧并与自己对比，这对于生活经验不多的人极为重要。

3. 团体的正性体验 对于没有体验过完整家庭温暖或亲密的亲友关系，对人际交往持负性态度的人，很需要尝试正性的群体体验。团体治疗能够帮助个人体会“三个和尚没水喝”的人生道理。肯帮助别人，为他人着想，以利人利己，获得和谐的共同生活。

4. 学习团体的性质与系统 通过团体治疗，团体成员能够体会团体的“系统”性质，即团体是由各个个体（团体成员）组成的整体，个体之间相互影响，而一个良性的整体需要个体协作以获得平衡。

5. 重复与矫正与“原本家庭经验” 团体心理治疗还有一些特殊的治疗机制，如重复与校正与“原本家庭经验”。所谓“原本家庭经验”指个人小时候的家庭关系的体验。因为家庭是个人最早体验的群体，因此称为“原本”的群体经验。

6. 支持体验“情感矫正经验” 团体心理治疗的另一个特殊机制就是让所有成员有“情感矫正经验”的体会。情感矫正经验认为单靠认知上的领悟不能改善问题，还必须加以情感上的矫正。最好让病人重复面对遭遇的心理创伤或面对处理的问题，在治疗师和团体的保护下重复处理，以便抛弃和纠正遗留的不良情感。

二、方法

团体心理治疗方法大致可以分为两大类。一类是着重于个体作用的集体心理治疗，另



一类是着重于团体作用的集体心理治疗。

多种心理治疗方法,包括精神分析法、行为疗法、催眠疗法等,都可以在团体条件下进行。在这类集体治疗中,虽然也重视利用团体内人与人关系相互作用的积极一面,但主要目的还是将治疗手段直接应用于团体中的每一个人。例如集体松弛训练,目的是使每一个成员学会这一技术;再如支持疗法也可集体进行,主要采用集体教育的方式,其直接目标也是直接针对每一个体所存在的具体问题。

另一类集体治疗主要通过团体成员之间的各种心理接触来实现,国外流行的各种问题小组,大都属于此类。例如 T 小组或训练小组 (T group)、相遇技术 (Encounter Techniques)、心理剧 (psychodrama)、格式塔小组 (Gestalt group) 等。这一类治疗方法是在治疗师领导下,重点通过团体内部的社会心理过程,使团体成员认识并改善各种情感、人际关系以及行为方面的问题。这类集体心理治疗特别重视治疗师的社会角色作用,在国外,治疗师往往要经过特殊的训练培养过程才能胜任此项工作。此外,家庭治疗和婚姻治疗也可包括在这类集体治疗之中。

(一) T 小组技术

训练小组的最主要的作用是帮助参与者明白他们自己作决定的过程。Jones 描述过这样一个练习:让参与者置身于一条远离陆地的游艇上,游艇正在下沉。给每个小组成员一张表,表上有 15 个条目,要求参与者达成共识,把表中对于他们能够幸存具有重要意义的条目列出来。然后,要求小组对他们的体验、领导方式的探索、冲突的解决和作决定的过程等内容进行讨论。

(二) 相遇技术

相遇技术用来增加参与者的自我意知,例如,“信任行走”(trust walk)用来扩展知觉意识的范围和对人际关系的信任程度。参加练习的有一个参与者和他的同伴,这个同伴的眼睛被蒙住,要求参与者用手和胳膊搀扶他的同伴,引导他以一种知觉探索的方式行走。引导的目的主要是保护同伴,让他避开台阶、树或墙之类的危险,并促使他以非言词的方式去探索各种各样的气味和物品的质地。双方调换角色,然后讨论他们的感受。

(三) 心理剧技术

心理剧利用多种多样的角色扮演技术,帮助当事人把他们的问题通过戏剧化的方式表现出来,这种方式有利于增加他们对自身冲突的理解。作为一种咨询技术,角色扮演常常帮助当事人更好地去透视自己和其他人。例如,它可以用来实地演练那些对当事人来说存在困难的社交场景。角色扮演甚至可以由指定的工作人员在某个小组场景中加以使用。

(四) 格式塔小组

格式塔小组治疗方法用来强化和澄清小组成员的意识体验。这类练习的做法之一是引出语言与人格二者之间的联系。例如,告知参与者,个人化的语言是使用“第一人称(我)的陈述”。治疗师可以帮助参与者意识到他们是怎样使用语言来贬损自己的各种体验的,比如,使用语言来否认他们在能力、强健和责任方面所具备的实力。使用“但是”这个词,通常把说话者先前的陈述打上折扣。为了增加咨客对语言的这种力量的意识,要求咨客用“不能”代替“不会”(这里的“不会”大致意思是:将不会发生某事或不愿发生某事),用“我需要”代替“我想要”,用“我选择”代替“我必须”。让咨客注意他们在改变语言模式时各种感受的差异。

以集体方式实施某些心理治疗技术,如松弛训练、生物反馈、催眠疗法等,其方法以各种心理治疗的要求为主。单独的集体心理治疗因其种类较多,方法各异,实施时应根据不同方法的具体要求进行。



三、适应证和评价

集体心理治疗的适应范围包括：神经症或神经症性反应，包括各种社交焦虑或社交恐怖；轻度的人格障碍，特别是人际关系敏感或有交往缺陷者；青少年心理与行为障碍；身心疾病，尤其是各种慢性躯体疾病患者；重性精神疾病缓解期，特别是社区中的康复期患者；各种应激性及适应性问题等。集体心理治疗已成为躯体疾病“综合性生物、心理、社会帮助”的一个重要组成部分。但是，集体心理治疗也存在针对性较低，难于进行量化、控制研究等问题。

(汤艳清)

第十二节 危机干预

一、概况

(一) 危机

所谓危机是指超越个体或者群体承受力的事件或境遇，以个体精神结构为媒介，最终导致个体处于心理失衡状态。换句话说，危机是指个体运用通常应对应激的方式或机制仍不能处理目前所遇到的外界或内部应激时所表现出一种偏离常态的反应。

从实用的角度出发，Brammer 提出了自己的危机理论，该理论将危机区分为三类：

1. 发展性危机 (developmental crisis) 是指在正常成长和发展过程中急剧变化所导致的异常反应，如子女的出生、大学毕业、退休等。发展性危机一般认为是正常的，但对具体的个案而言是独特的。

2. 境遇性危机 (situational crisis) 是指当出现罕见或超常事件，并且个体无法预测和控制时出现的危机。区分它和其他危机的关键在于它是随机的、突然的、震撼的、强烈的和灾难性的。

3. 存在性危机 (existential crisis) 是指伴随着重要的人生问题，如关于人生的自由、责任、意义等出现了内部冲突和焦虑。

由此可以看出，创伤性事件是导致个体陷入危机的因素之一，但是，导致个体处于危机的事件并不都是创伤性事件。所谓创伤性事件，是指那些危及生命、出乎意料的、让当事人无能为力的一些重大的负性事件，是一种境遇性的危机，几乎可使每个人都出现深深的痛苦。此时，个体的精神结构所起的中介作用相当微小。而在发展性危机和存在性危机中，个体的精神结构所起的中介作用非常重要。

随着科技信息的日益发达，全球一体化加速发展的同时，也出现了一些新的问题，比如文化多元性兼容问题；提高生活质量与环境污染问题；传统与现实的冲突与整合问题；不同价值观的碰撞等等。在这个过程中，人们一方面享受自己征服自然带来的自由，另一方面更多地感受到来自大自然的报复，同时，人们也付出了自己心灵的自由。比如，如今青年人是在不连续的文化中成长的，在这样的情境下，他们从前所接受的来自父辈的教育可能已经不适合当前的社会发展，在自我追寻上不可避免地遭遇更多的困惑与迷失。而且，随着更大的选择自由，更激烈的竞争，个体也会遭遇更多的焦虑。同时，也会让今天的人们更多地怀疑生活的意义。

相应地，危机干预的对象，从早期的主要是指遭遇创伤性事件的个体扩展到人生发展中陷入发展性危机和生存性危机的个体，甚至扩展到了群体，乃至社会、国家。比如，目



前的危机性事件也涵盖了灾难、重大社会事件和公共卫生事件。

(二) 危机反应

通常来说,不同种类的危机性事件所致的个体反应是不同的。

1. 创伤性事件所致的危机反应 创伤性事件的特征就在于它是危及生命、出乎意料的负性的重大事件,它势不可挡且让当事人无能为力。当个体遭遇此创伤情境时的人,更多地表现出人的生物属性,即此刻个体活动的目的只是为了帮助个体及其亲人活下来,因此也称“幸存反应”。此时个体会呈现不同的反应模式。比如痛感及情感缺失,伴随恰当的行为、非常清晰的意识、身体表现出前所未有的强壮和灵活等;而相对弱小的个体,也会出现麻木、冻住等一种“无反应”的状态,这就是所谓的分离状态(dissociative state),这通常会提示反应的严重和预后的不良。需要反复对当事人说明的是,所有这些都是作为生物的个体在面临危险时的必然反应,是脑部出现的自动反应模式,与其所受的教育、当事人是个什么样的人无关,也无须作任何道德上、价值上的评价。

2. 非创伤性事件所致的危机反应 包括情绪问题,如焦虑、抑郁、恐惧等;也包括各种各样危害自身和他人生命和财产安全行为(参见第7章)。

二、方法

危机干预就是对症状的解释,并给出一些应对的建议,告诉当事人怎么去处理,做什么等。它与心理治疗的区别在于,它是一种急救工作,是预防性的,必须在事件发生的短期内完成,其工作的形式可以是小组也可以是个体性的。

(一) 危机干预的心理机制

处于危机的个体,其核心的体验就是绝望感和无助感。此时个体可能感觉陷入无法解决的问题或不能改变的处境当中,体验到不可避免的痛苦,他们一般不能看到痛苦之外的情况,更不能领会即将到来的好日子。

每一次危机,其实也是一次分离情境的再现,因此,危机总是和丧失、变化、成长、哀伤相关联的,要经历一个失整合到再次整合的过程。需要注意的是,在非创伤性危机,特别是发展性危机中,危机其实是与转机并存的,Erikson人生八段的心理社会发展理论可以帮助我们理解这个问题(参见第3章)。

(二) 危机干预的一般原则

1. 安全 危机干预的首要职责就是要保护病人不受伤害。比如,将急性自杀的病人收入院;将遭遇家庭内性创伤或暴力的患者转移到安全的处所;让受灾人群迅速地尽可能撤离灾难现场,避免暴露于与创伤有关的情境;避免孩子与主要照顾者之间不必要的分离。在这个过程中,还要预防一些潜在的伤害。特别是对处于危机中的孩子,要仔细检查他们的身体,对烧烫伤、骨折、溺水、气管异物、中毒、心跳骤停情况要给予及时有效的处理。因此,危机干预是一个多学科专业人员参与协助的过程。

2. 支持 支持意味着危机干预人员,更多的像妈妈一样,给予患者理解和陪伴;支持也意味着在必要的时候,要帮助其寻求法律的援助;支持还意味着要帮助患者寻找其生活中积极的资源。除此之外,支持还意味着要关注到患者的家庭成员、朋友和其他重要的人,在需要的时候给予他们一些必要的关注和相关的健康教育(参见本章第9节)。

3. 确定干预的目标 对于危机中的个体,要准确地评估其目前的状态,并给予及时有效的处理。一般来说,危及生命的问题要先处理,如灾难中重大的躯体损伤、自杀等要紧急处理。随着危机的发展,个体的状态也会出现新的变化,相应地,干预的焦点也会随之进行调整。比如,在对自杀的干预中,我们首先要在自杀存在与否及其严重程度作出区分,然后就要评估自杀的风险因子。比如年龄、性别;自杀的行为特征;既往自杀的有



无；目前的精神科诊断和精神病症状；家族中是否有自杀史；以及患者人格成熟度等。除此之外，工作人员还要思考患者为什么自杀？为什么是现在？现在处于什么阶段？如果通过评估，患者的自杀风险很高，而且家庭支持系统不良，这时候，我们最紧急的干预就是要收其住院。如果患者自杀是因为重性抑郁的发作，那就要首先考虑药物的干预。但是，如果是因为一段感情的丧失，那更多的是要给予共情、陪伴。在患者度过急性期，不再自杀的时候，我们就可以建议转入下一步的心理治疗去处理其内心的丧失感、早年的分离体验等。

（三）干预技巧

面对处于危机中的病人，临床医师也会体验到很复杂的情感，包括无望、愤怒、焦虑、失望、矛盾、悲伤、拒绝。而很重要的一点是临床医师不能让这样的感受影响到他们对病人的专业评估和治疗。

在初步的评估中，你的评估可以以富有同情的、无威胁的陈述和询问开始。这会让他能够更容易的和你分享他们的感受和想法。比如，“能否告诉我这件事对你意味着什么？”“能告诉我发生了什么事吗？”从一般性问题开始，然后再集中到特殊的细节上面。

在与病人相熟的人那里获得附加的信息是非常关键的。对于临床医师来说，家庭成员、朋友、老师、同事都可能是完成评估的重要资源。

在与青少年的工作中，常会发现他们很忌讳讨论他们的私人信息，这可能是因为他们怀疑这会使他/她或他的朋友们“陷入麻烦”中，或者怀疑临床医生会把这些内容告诉他们的父母。因此，在工作中要给他们说明面谈中获得的信息是保密的，但那些属于危害性极大、可能伤害青少年的信息除外。

儿童处在身体与心理快速成长与发育的关键阶段，其身心的发展更容易受到各类自然与人为灾难的破坏。因此，在危机干预中要优先关注儿童。其次儿童面临灾难的反应有别于成人，他们常常会认为灾难的发生是他们自己的错。因此，需要反复向儿童说明，灾难的发生不是他们的错。还有，处于危机中的儿童，其表达方式也有别于成人。成人要反复向儿童承诺爱他，会照顾他免受伤害，鼓励儿童说出害怕，允许哭泣和表达悲伤；不要过分强调勇敢或坚强，不要批评儿童暂时出现的一些幼稚行为。也有些孩子常常不能用言语来表达他们内心的恐惧，可以鼓励儿童利用玩具、道具如玩偶、画笔、书，也可以就地取材用石头、沙子等，进行各种游戏活动。除此之外，成人要在恰当的时间，以儿童能够理解的方式，为儿童提供有关灾难的准确信息，鼓励儿童提问，给予积极的解释和引导。

三、危机干预中的相关问题

（一）伦理学原则

由于危机的个体常处于非常态的状态，而危机干预的原则就是生命第一。因此，在危机干预中，更多地会涉及到保密的解除，具体的可以参见前面的章节。由于危机中个体的反应可能是很混乱的，知情同意的签署可能最初是不太可能和当事人本人进行的，有时候甚至会直接代替患者作出决定。这种情况下，可以和其直接监护人签订，在情况适宜的时候，再和当事人补签。除此之外，工作人员应阻止媒体的不恰当采访，以保护当事人的利益。

（二）工作人员的耗竭问题

美国心理协会和加拿大心理协会明确强调心理治疗师为了保障咨客的利益而进行自我保健的重要性。耗竭的问题不仅需要治疗师本人的关注，还需要专业组织和机构的重视。这不仅仅是对治疗师本人尊重，也是对咨客利益的尊重，同时也是心理治疗事业得以发展的必要条件。



1. 耗竭的原因 危机干预需要高强度的体力劳动; 危机干预需要严密的智力活动; 危机干预需要很多的情感投入; 危机干预工作者也是创伤的感受者和接受者。

2. 耗竭的信号 在某天早上无法起床, 并且发现你的精力突然间耗尽了, 就像火焰熄灭了, 同时伴随的还有一种幻灭感; 不知道在接下来的工作中做什么, 而且对此毫不在意。失眠, 甚至要服药; 拖延; 不愿回电话; 在休闲时间, 明显地喜欢消极娱乐, 完全排除主动的社交生活; 白日梦和逃避现实的幻想。

3. 应对策略 要学会识别枯竭的症状和征象; 对个人问题和内心冲突保持警醒; 了解自己的压力状况; 关注心理治疗工作给自己带来的积极影响; 善于在治疗中发掘积极资源, 善于向我们帮助的对象学习。积极寻求各方面的支持。

危机干预经历了近 200 年的历史, 但是作为一门学科的发展始于 20 世纪 50 年代。就我国目前来看, 还有待于找到能快捷、高效地集中有效卫生资源的管理模式、完善危机干预的制度、加强危机干预的人才队伍的培养与建设。而且, 很重要的是, 危机干预要更多地朝向预防为主的方向发展。这些问题在我国已开始引起有关专业人员和政府管理部门的关注, 并开始行动了。

(施琪嘉)

第十三节 临床心理联络会诊服务

一、概况

(一) 概念与定义

“心理联络会诊”(psychological consultation-liaison service)指各科医生要随时注意预防和发现临床各科病人出现的心理问题。如果出现问题, 即使还未达到精神障碍的程度也要主动处理。自己不能解决的问题, 通过与派驻本科的精神科医生、临床心理学家合作进行处理(即“联络”服务), 或邀请他们来会诊处理。但不是单一使用生物医学方法, 而是同时处理躯体疾病与心理问题、精神障碍的“共患”或“共病”(comorbidity)问题。

本节是从临床角度介绍综合应用医学心理学的工作模式。内容与《精神病学》中的“联络会诊服务”衔接, 强调培养整体临床思维, 建立社会-文化-心理意识, 为开展和利用综合医院精神卫生服务打下基础。此种服务的学科基础之一是心身医学(参见第 10 章)。

(二) 心身医学问题对临床和管理的意义

心理问题及精神障碍与躯体疾病的共病非常普遍, 心身医学问题在临床上无处不在。但需要加以处理的情况多见于非精神科门诊或病房, 易被忽视, 常常直接或间接地导致医学、法律、经济和伦理问题。例如, 心理行为问题使日均费用增加, 住院时间延长, 原因多为临床信息复杂化, 提高了诊断的难度, 导致多余的检查; 治疗复杂化, 常在实施躯体治疗方案时出现非预期的治疗后果, 或由于合用精神药物而有副作用; 容易出现医患间交流、沟通困难, 影响治疗关系和依从性。

所以, 非精神科的临床领域实际上是一个筛查和处理心理、行为问题, 缓解患者心理痛苦的重要场所。

二、方法

整体论的医学观, 要求临床医师具有一种在所观察到的现象间建立普遍联系, 并对这些联系赋以意义的能力。例如, 观察、诊断和治疗疾病时, 常需考虑的关系包括: 心理—



生理,过去—现在,将来—现在、个体—环境、社会人文—心理行为—自然科学,等等。

(一) 临床心身医学的多维系统

1. 由宏观到微观的不同观察视野来认识心身问题

(1) 社会-文化背景: 社会文化背景因素对某些疾病有重要的影响。如汽车文化与交通事故, 饮食文化与心血管疾病, 全球化与新型传染病等, 都存在较直接的因果联系。所以, 应该注意社会经济地位、性别及家庭角色、习俗、政策、法律、传媒等因素对患者当前临床情况的影响。

(2) 人际系统: 社会文化大背景的影响, 要通过个体所在的密切交流网络才能实现。一个人能从中获取情感支持或资源的“社会支持系统”尤其重要, 它通常包括家庭、社区、工作单位、亲属网络, 朋友与伙伴圈子及各种社团组织。许多对于疾病过程有影响的积极或消极因素皆是起源于此, 如应激性处境或事件。

(3) 个体心理特征与行为: 临床上关注的心理特点及相关因素有: ①人格特点; ②应激性处境、事件; ③应对方式及心理防卫机制; ④社会支持资源的利用; ⑤情绪状态; ⑥认知特点。

各科临床工作及联合会诊服务中, 了解患者心理问题的最重要方法是观察、交谈; 必要时进行全面的精神状态检查, 或者使用心理评估工具进行量化测评。

(4) 躯体情况: 常规的生物医学检查、诊断必不可少, 其中尤为重要的是神经系统的检查。

2. 对心身医学问题要进行系统分析。

以上心理因素与生物学、社会学因素互动, 共同构成文化-心态环境、素质基础及准备状态, 在个体层面形成有规律性和特异性的心身反应模式, 影响个体对内外变化进行认知、评价、反应、缓冲和储存, 并通过神经-内分泌-免疫中介机制产生躯体后果, 左右着整体的健康状况。临床医生不可只从自己专科角度出发, 仅仅着眼于躯体问题, 而是要考虑具体患者的背景, 在对患者的社会、心理、生理功能的情况有整体了解之后, 对此时此地的问题做出综合的判断、解释, 进而制定全面的治疗方案。

(二) 综合治疗策略

心理联合会诊以多维诊断为基础, 强调对所有患者的治疗都必然是心理、生理兼顾的综合性治疗, 其医嘱一般包括以下内容:

1. 躯体治疗 积极治疗躯体原发病是解决心理障碍的前提。在处理躯体疾病的同时, 对有指征的患者应该合理使用精神科药物。但由于躯体方面的合并问题, 精神药物容易引起不良反应; 而由于其他科医师不熟悉精神药物, 不易保证足量、足疗程, 有时又会使用过量或形成药物依赖。所以, 心理学会诊医师应就医嘱与主管医师协商、交流, 并动态观察、指导使用的情况。

2. 心理治疗 心理治疗是一种以助人为目的的专业性人际互动(interaction)过程。治疗师通过言语和非言语的方式影响患者或其他求助者, 引起心理、行为和躯体功能的积极变化, 达到治疗疾病、促进康复的目的。

(1) 一般医患关系技术: 日常工作过程中的各种互动, 包括医务人员之间、医生与患者及其家属之间的交互影响, 能够发挥非特异性的心理治疗效果, 促进人际关系与环境的改善, 有利于调整紊乱的心身关系。医师在访谈、交流沟通中体现的专业素养和技能能使所有专业科室的患者受益。其中, 解释、支持性心理治疗很重要——针对与当前疾病有关的情绪、认知、行为和人际关系问题, 有意地进行解说、劝导、安慰、鼓励、承诺, 使患者增强信心, 改变对医疗环境、程序、措施、后果的错误认知或不良情绪反应, 增加对医务人员的信任和依从性。



。(2) 促进变化的技术: 针对特定心理问题, 较系统实施的特殊心理治疗。需要由接受过专门培训的人员实施。具体心理治疗技术参见前面内容。

3. 社会工作 针对患者与临床紧密相关的社会问题, 主要在以下方面提供协助性、咨询性帮助:

(1) 健康教育: 促进患者和周围环境中其他人健康行为的养成和保持。

(2) 改善患者的社会处境: 向有关机构、人员提供负责任的信息报告, 以利于康复。

(3) 获得社会支持: 促进社会交往, 扩大社交网络, 增加对于社会支持系统的有效利用。

三、适应证与评价

(一) 处理与生病、求医环境及诊疗流程相关的心理反应

许多患者对于生病有强烈心理反应, 急性发作的疾病、外伤迅速引起焦虑、恐慌、茫然, 慢性疾病常导致虚弱感、依恋、悲观、绝望。在诊疗过程中, 这些反应常受到医院环境、与医院员工间的人际互动、诊疗操作 (尤其是有创技术)、费用负担、家庭负担、工作任务等因素的影响。需要在所有医疗环节加以注意和处理, 通过友好环境、友善沟通, 娴熟、安全、有效、经济的诊疗安排和操作, 尽量减轻此类反应; 必要时提供抗焦虑、抗抑郁剂, 以缓解情绪问题。

(二) 神经症

神经症大量见于各科。他们可能因为神经症的躯体症状, 也可能因其他躯体疾病而求医; 常有与一般躯体疾病患者不同的额外主诉、需求。对前一种情况, 心理治疗是首要的疗法, 药物为辅; 对后一种情况, 躯体疾病治疗与心理治疗并重。

(三) 生理心理性障碍、心身疾病

对于有多种生理、心理、社会功能缺陷的此类障碍, 需要药物结合心理治疗、社会工作。以神经性厌食为例, 躯体治疗主要处理体重降低、营养不良、抑郁、强迫、焦虑等症; 心理治疗主要处理摄食行为、社交技能缺陷、家庭关系不良的交互影响等。

(四) 各种精神病

可以因躯体疾病而并发、诱发, 也可以因精神症状的躯体性内容而求助于各专科。重点是及时发现程度超出一般心理问题的精神症状, 按精神科诊疗常规处理, 或请求专科会诊。

国内越来越多的综合医院开始重视联络会诊服务工作, 其中, 有些医院在改善医患关系、预防或消解医患冲突、保障病人安全、预防患者自杀、缩短住院周期、降低医疗成本、提高医务人员心理素质与能力等等方面, 都取得非常好的成绩。

(赵旭东)

参 考 文 献

1. 李心天. 医学心理学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1991
2. 赵耕源, 黄铎香. 医学心理学概论. 广州: 广东高等教育出版社, 1991
3. 钱铭怡. 心理咨询与心理治疗. 北京: 北京大学出版社, 1993
4. 龚耀先. 医学心理学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1995
5. 徐俊冕. 医学心理咨询方法. 上海: 上海医科大学出版社, 1995
6. 张伯源. 医学心理学. 北京: 中国科学技术出版社, 1996
7. 岳文浩, 赵耕源. 现代临床心理学手册. 济南: 山东科学技术出版社, 1996
8. 梁宝勇, 王栋. 医学心理学. 吉林: 吉林科学技术出版社, 1998
9. 李心天. 医学心理学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1998
10. 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册. 北京: 中国心理卫生杂志, 1999
11. Best JB 著. 黄希庭译. 认知心理学. 北京: 中国轻工业出版社, 2000
12. 曾文星, 徐静. 心理治疗: 原则与方法. 北京: 北京医科大学出版社, 2000
13. 徐斌, 王效道, 刘士林. 心身医学. 北京: 中国科学技术出版社, 2000
14. 胡佩诚. 医学心理学. 北京: 北京医科大学出版社, 2000
15. 陈新, 严由伟. 心理咨询与心理治疗. 南京: 南京师范大学出版社, 2001
16. 吴均林, 林大熙, 姜乾金. 医学心理学教程. 北京: 高等教育出版社, 2001
17. 姜乾金. 医学心理学. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2002
18. 岳文浩, 张红静, 潘芳. 医学心理学. 北京: 科学出版社, 2002
19. 张培信. 心身疾病与心身治疗. 山东: 山东科学技术出版社, 2002
20. Jongsma AE, Peterson LM 著. 傅文青, 李茹译. 成人心理治疗方案. 北京: 人民卫生出版社, 2003
21. 龚耀先. 心理评估. 北京: 高等教育出版社, 2003
22. 郑延平, 姚树桥, 朱熊兆, 等. 生物反馈的临床实践. 北京: 高等教育出版社, 2003
23. 姜乾金. 医学心理学. 第4版. 北京: 人民卫生出版社, 2004
24. 姚树桥, 朱熊兆译. 临床心理学导论—科学与实践. 北京: 人民卫生出版社, 2004
25. 徐斌, 吴爱勤. 心理生理障碍—心身疾病. 北京: 中国医药科技出版社, 2005
26. 唐茂芹. 实用心身疾病诊疗学. 北京: 中国医药科技出版社, 2005
27. 李心天, 岳文浩, 顾瑜琦. 当代中国医学心理学. 北京: 科学出版社, 2005
28. 朱熊兆, 姚树桥, 王湘译. 健康心理学. 北京: 人民卫生出版社, 2006
29. 朱熊兆, 唐秋萍, 姚树桥. 健康心理学. 天津: 南开大学出版社, 2006
30. 姜乾金. 医学心理学. 北京: 人民卫生出版社, 2006
31. 姜乾金. 医学心理学—临床心理问题指南. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2006
32. Jongsma AE 著. 李茹, 傅文青译. 焦虑整合治疗方案. 北京: 人民卫生出版社, 2006
33. 姚树桥. 医学心理学与精神病学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2007
34. 姚树桥. 心理评估. 北京: 人民卫生出版社, 2007
35. 姜乾金. 心身医学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2007
36. Weiner IB 著. 周博林, 李悦, 等译. 心理治疗的法则. 成都: 四川人民出版社, 2007



37. Vingoe FJ. Clinical Psychology and Medicine. Oxford; Oxford Univ Press, 1981
38. Norton JC. Introduction to Medical Psychology. NY; Free Press, 1982
39. Herson M, et al. The Clinical Psychology Handbook. NY; Pergamon Press, 1983
40. Weiner IB. Clinical Methods in Psychology. NY; John Wiley and Sons, 1983
41. Garfield SL, et al. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. NY; John Wiley and Sons, 1986
42. Kent G, et al. Psychology and Medicine Care. Beilliere; Tidull, 1986
43. Worlberg LR. The Technique of Psychotherapy. 4th ed. Orlando; Grune and Stratton, 1988
44. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment. 2nd ed. New York; A Wiley-Interscience Publication, John Wiley & Sons, 1990
45. Frank JD et al. A Comparative Study of Psychotherapy. The Johns Hopkins University Press, 1991
46. Mc Manus C. Psychology in Medicine. Eng; Butterworths, 1992
47. Phares EJ. Clinical Psychology, 4th ed. California; Brooks/Cole Publishing Co, 1992
48. Nichols KA. Psychological care in Physical Illness. 2nd ed. Chapman & Hall, 1993
49. Livneh H, et al. Psychological Adaptation to Chronic Illness and Disability. Maryland; An Aspen Publication, 1997
50. Tulsy D, et al. WAIS-III and WMS-III; Technical Manual. San Antonio; The Psychological Corporation, 1997

中英文名词索引

90 项症状自评量表	symptom check list 90, SCL-90	91
A		
A 型行为模式	type A behavior pattern, TABP	170
艾森克人格问卷	Eysenck personality questionnaire, EPQ	86
暗示疗法	suggestion therapy	219
B		
Bender-Gestalt 测验	Bender-Gestalt test	88
Benton 视觉保持测验	Benton vision retention test, BVRT	89
保护因素	protective factor	193
暴露	imaginary exposure	209
本我	id	56
比奈—西蒙量表	Binet-Simon scale	76
标准分	standard score	78
表情	emotional expression	25
搏斗或逃跑	fight or flight	166
C		
操作量表	performance scale, PS	82
操作性条件反射	operant conditioning	60
侧性优势检查	the test of lateral dominance	90
测量	measure	75
测验	test	75
常模	norm	78
超我	superego	56
澄清	clarifying	75
冲击疗法	flooding therapy	210
抽样研究	sampling study	10
初级评价	primary appraisal	106
触摸操作测验	the tactual performance test	90
创伤后应激障碍	post traumatic stress disorder, PTSD	104
次级评价	secondary appraisal	106
刺激性事件	activating events	62
催眠疗法	hypnotherapy	220
存在性危机	existential crisis	235
挫折	frustration	32



D

道德感	moral feeling	24
调查法	survey method	9
动机	motivation	31
锻炼	exercise	135
对照组	control group	10

D

发展性危机	developmental crisis	235
反复沉思	rumination	112
反馈	feedback	224
反向作用	formation reaction	57
反移情	countertransference	160
范畴测验	the category test	90
防御反应	defensive reaction	114
防御反应带	defense zone	114
肥胖	obesity	131
分离状态	dissociative state	236
分裂脑	split brain	39
封闭性提问	closed question	201
负性生活事件	negative events	104

F

G

概括	summarizing	75
感觉	sensation	15
感知觉障碍测验	test of sensory perceptual disturbance	90
肛欲期	anal stage	56
高峰体验	peak experience	64
格式塔小组	Gestalt group	234
个案研究法	case study method	10
个人距离	personal distance	162
个性	individuality	28
工具性条件反射	instrumental conditioning	60
公众距离	public distance	162
功能障碍性思维记录	the dysfunctional thought record, DTR	214
共病	comorbidity	172
共同参与型	mutual participation mode	157
沟通	communication	161
鼓励	encouragement	202
观察法	observation method	73
观察法	observational method	9
观察学习	observational learning	167



H

Halsted-Wepman 失语甄别测验	Halsted-Wepman aphasia screening test	90
H-R 成套神经心理测验	Halsted-Reitan neuropsychological battery, HRB	89
汉密顿抑郁量表	Hamilton depression scale, HAMD	96
横断研究	cross sectional study	9
护理心理学	nursing psychology	4
回顾性研究	retrospective study	9
会谈法	interview method	74
获得性免疫缺陷综合征	acquired immunodeficiency syndrome, AIDS	133

J

机体内平衡	homeostasis	68
积极的心理健康	positive mental health	193
积极应对反应	active coping reaction	114
激情	intense emotion	24
疾病角色行为	sick behavior	123
疾病行为	illness behavior	123
集体心理治疗	group psychotherapy	232
记忆	memory	17
家庭治疗	family therapy	228
价值的条件化	conditions of worth	66
健康促进	health promotion	193
健康心理学	health psychology	3, 193
健康信念理论	health belief model, HBM	125
健康行为	health behavior	123
渐进性松弛疗法	progressive relaxation therapy	222
焦虑自评量表	self-rating anxiety scale, SAS	94
角色行为冲突	role conflict	139
角色行为减退	role reduction	139
角色行为强化	role intensification	139
角色行为缺如	role scarcity	139
节律测验	the rhythm test	90
结果	consequence	62
解释	interpretation	203
紧急反应概念	emergency reaction	68
经典条件反射	classic conditioning	59
晶体智力	crystal intelligence	42
精神病态性偏倚量表	psychopathic deviation, Pd	85
精神分裂症量表	schizophrenia, Sc	85
精神分析法	psychoanalytic psychotherapy	205
精神分析学说	psychoanalysis	55
精神衰弱量表	psychasthenia, Pt	85



- | | | |
|------------------|---|-----|
| 精神质 | psychoticism, P | 86 |
| 警戒 | alarm | 98 |
| 境遇性危机 | situational crisis | 235 |
| K | | |
| Kaufman 儿童能力成套测验 | Kaufman assessment battery for children, K-ABC | 82 |
| 卡特尔 16 项人格因素问卷 | 16 personality factor questionnaire, 16PF | 86 |
| 开放式提问 | open question | 202 |
| 客观事件 | objective events | 104 |
| 控制观察法 | controlled observation | 9 |
| 口欲期 | oral stage | 56 |
| 快速神经学甄别实验 | quick neurological screening test, QNST | 89 |
| L | | |
| 来访者中心疗法 | client-centered therapy | 215 |
| 理想自我 | ideal self | 66 |
| 理智感 | rational feeling | 24 |
| 连线测验 | trail making test | 90 |
| 临床心理学 | clinical psychology | 3 |
| 领悟 | insight | 213 |
| 流体智力 | fluid intelligenec | 42 |
| 洛夏测验 | Rorschach test | 88 |
| M | | |
| 心理年龄 (智力年龄) | mental age, MA | 81 |
| 美感 | aesthetic feeling | 24 |
| 面部表情 | facial expression | 25 |
| 面质 | confrontation | 202 |
| 明尼苏达多项人格调查表 | Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI | 84 |
| 模仿 | modeling | 167 |
| N | | |
| NEO 人格量表修订版 | the revised NEO personality inventory, NEO-PI-R | 87 |
| 男子气或女子气量表 | masculinity-femininity, Mf | 85 |
| 内-外向 | introversion-extroversion, E | 86 |
| 能力 | ability | 33 |
| P | | |
| 皮肤电反应 | galvanic skin response, GSR | 89 |
| 评定量表 | rating scale | 91 |
| 评价 | evaluation or appraisal | 106 |
| 普遍性干预 | universal preventive interventions | 194 |



Q

Q	Question	85
气质	temperament	34
气质和性格量表	temperament and character inventory, TCI	87
前意识	preconscious	55
前瞻性研究	prospective study	9
前知觉	pre-perception	67
潜伏期	latency stage	57
潜意识	unconscious	55
亲密距离	intimate distance	162
倾听	attending	201
情感	affection	21
情感反应	reflection of feeling	202
情绪	emotion	21
情绪的社会性参照作用	social referencing of emotion	23
情绪关注应对	emotion-focused coping	108
全量表	full scale, FS	82
群体人格	group personality	40

R

人本主义心理学	humanistic psychology	64
人格	personality	28
人格障碍	personality disorder	186
人类性行为	sexual behavior	132
认知过程	cognitive process	15
认知行为治疗	cognitive behavior therapy	208
认知治疗	cognitive therapy	212

S

Stroop 测验	Stroop test	89
社会内向量表	social introversion, Si	85
社会适应能力	social competence	84
社会支持	social support	109
社交距离	distance of social contact	162
社区心理学	community psychology	194
身段表情	body expression	25
神经心理学	neuropsychology	4
神经质	neuroticism, N	86
升华	sublimation	57
生活变化单位	life change units, LCU	105
生活事件	life events	103
生活事件量表	life event scale, LES	94



生理心理学	physiological psychology	4
生命周期	life cycle	42
生物—心理—社会医学模式	biopsychosocial model	1
生物反馈疗法	biological feedback therapy	224
生物医学模式	biological medical model	1
生殖期	genital stage	57
实验法	experimental method	10
实验组	experimental group	10
适应能力商数	adaptive quotient, ADQ	84
适应行为	adaptive behavior	84
释梦	dream interpretation	206
释义	paraphrase	202
释义	paraphrasing	74
手势	gesture	25
手术前焦虑	preoperative anxiety	147
手指敲击测验	the finger tapping test	90
衰竭	exhaustion	98
双重关系	dual relationships	200
思维	thinking	20
斯坦弗—比奈智力量表	Stanford-Binet scale, S-B	82
似本能	instinctoid	64
松弛疗法	relaxation therapy	221
损伤指数	impairment index	91

T

T 小组或训练小组	T group.	234
特殊能力	spacial ability, S	81
特质	trait.	87
特质研究	trait-oriented approach	108
特质应对方式问卷	trait coping style questionnaire, TCSQ	95
体型指数	body mass index, BMI	131
通情	empathizing	75
通情	empathy	216
投射	projection	57
退行	regression	57

W

Wisconsin 卡片分类测验	Wisconsin card sorting test, WCST	88
网络成瘾综合征	internet addiction disorder, IAD	129
妄想量表	paranoia, Pa	85
危险因素	risk factor	193
韦氏智力量表	Wechsler intelligence scale, W-S	82
问卷法	questionnaire method	9



问题关注应对	problem-focused coping	108
无条件积极关注	unconditional positive regard	216
误差	error	77
晤谈法	interview method	9
X		
习得性无助	learned helplessness	167
系统脱敏疗法	systematic desensitization	209
线段中分试验	line bisection test	89
相关研究法	correlation study method	11
相遇技术	encounter techniques	234
校正分 K	correction	85
效度 F	validity F	85
效度	validity	78
协同检验法	collaborative empiricism	214
心境	mood	24
心理测量法	psychological test method	10
心理测验	psychological test	75
心理地形学	psychical topography	55
心理防御机制	defense mechanism	107
心理干预	psychological intervention	192
心理健康	mental health	43
心理剧	psychodrama	234
心理联络会诊	psychological consultation-liaison service	238
心理评估	psychological assessment	3, 73
心理生理疾病	psychopsysiological diseases	163
心理生理学	psychological physiology	4
心理应激	psychological stress	98
心理诊断	psychodiagnosis	212
心理诊断	psychological diagnosis	73
心理治疗	psychotherapy	3, 195
心理咨询	counseling	3
心理咨询	psychological counseling	195
心率变异性	heart rate variability, HRV	120
心身反应	psychosomatic reactions	163
心身反应	psychosomatic response	111
心身疾病	psychosomatic diseases	163
心身医学	psychosomatic medicine	4
心身障碍	psychosomatic disorder	163
信度	reliability	78
信念系统	belief system	62
行为	behavior	123
行为医学	behavioral medicine	4



行为治疗	behavior therapy	208
性格	character	36
性器期	phallic stage	57
性心理障碍	psychosexual disorder	184
修通	working through	213
需要	need	30
需要	needs	64
需要的层次论	hierarchy of needs theory	30
酗酒	alcohol abuse	128
选择性预防干预	selective preventive interventions	194
Y		
压力管理	stress management	102
压抑	repression	57
烟草	tobacco	128
言语表情	language expression	25
言语量表	verbal scale, VS	82
掩饰	lie	86
掩饰 L	lie, L	85
厌恶疗法	aversion therapy	211
药物	drug	127
药物成瘾	drug abuse	127
一般能力	general ability, G	81
一般适应综合征	general adaptation syndrome, GAS	68, 98
医疗行为	medical behavior	151
医务人员角色	role of medical practitioner	152
医学心理学	medical psychology	1
医学心理咨询	medical psychological counseling	195
移情	transference	160, 206
疑病量表	hypochondriasis, Hs	85
以人为中心的治疗	person centered psychotherapy	215
异常心理学	abnormal psychology	3
抑郁量表	depression, D	85
抑郁自评量表	self-rating depression scale, SDS	93
意识	conscious	55
意志	will	26
癔症量表	hysteria, Hy	85
应对	coping	95, 107
应对策略	coping strategies	107
应对风格	coping styles	108
应激	stress	24, 98
应激反应	stress reaction	111
应激系统	stress system	100, 113



- | | | |
|----------|--|---------|
| 应激易感性 | vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli | 119 |
| 应激源 | stressors | 103 |
| 应急反应 | emergency reaction | 114 |
| 语声知觉测验 | the speech-sounds perception test | 90 |
| 预防性干预 | preventive intervention | 194 |
| Z | | |
| 灾难化 | catastrophizing | 112 |
| 再教育 | reeducation | 213 |
| 躁狂症量表 | mania, Ma | 85 |
| 真诚一致 | congruence | 215 |
| 正性生活事件 | positive events | 104 |
| 支持性心理治疗 | supportive psychotherapy | 226 |
| 知觉 | perception | 16 |
| 指导-合作型 | guidance-cooperation mode | 157 |
| 指导性预防干预 | indicated preventive intervention | 194 |
| 智力 | intelligence | 34 |
| 智力低下 | mental retardation, MR | 84 |
| 智力商数 | intelligence quotient, IQ | 34 |
| 智商 | intelligence quotient, IQ | 80 |
| 置换作用 | displacement | 57 |
| 中介机制 | mediating mechanism | 113 |
| 重述 | verbatim play-back | 74 |
| 主动-被动型 | active-passive mode | 157 |
| 主观事件 | subjective events | 104 |
| 注意 | attention | 18 |
| 咨询 | counseling | 195 |
| 咨询特质 | attributes of counseling | 196 |
| 咨询心理学 | counseling psychology | 3, 194 |
| 自然观察法 | naturalistic observation | 9 |
| 自杀行为 | suicide behavior | 182 |
| 自我 | ego | 56 |
| 自我 | self | 66 |
| 自我防御机制 | ego defense mechanism | 57 |
| 自我概念 | self concept | 66 |
| 自我管理计划 | self-management program | 101 |
| 自我效能 | self efficacy | 125 |
| 自由联想 | free association | 205 |
| 自主训练 | autonomic train | 223 |
| 纵向研究 | longitudinal study | 9 |
| 阻抗 | resistance | 98, 206 |