

1988 年版，1990 年重版 23000 册（由 word 转换为 PDF 格式）

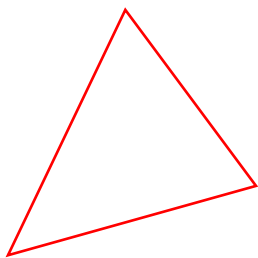
医学心理学

姜乾金主编



浙江大学出版社

医学心理学



主编：姜乾金

编委：(以姓氏笔划为序)

过慧敏 陈达光

张国粹 陈佩璋 陈演江 黄怀钧 梁宝勇

编写者：(以姓氏笔划为序)

王友平 邓明显

王 慧 刘小青 孙世维 过慧敏 李永宁

陈达光 何金彩 张国粹 陈佩璋 张晓琴

吴博亚 陈演江 单怀海 金承夏 姜乾金

胡福山 徐 云 黄汉津 黄怀钧 黄 丽

梁宝勇 潘尚玉

浙江大学出版社

内容简介

本书由全国 14 所高等院校 24 位作者分工编写而成。全书内容充实，包括：医学心理学基础和方法、心理卫生(保健)、疗养康复和护理心理学、临床各科的心身医学问题等 4 篇，37 章，35 万字。每章均附有参考文献；书末附有实验部分。本书是作者们多年从事教学、科研和临床工作的经验总结，同时广泛参考了近年来国内、外本学科的最新进展。全书具有理论与实践相结合，偏重于实际应用等特点。

本书可作为医学心理学、心理卫生、高级护理及各种卫生培训班的教本，也可供理工科院校作“大学生健康心理学”选修课教材。此外，还可供医学工作者开展临床心理学研究工作参考，具有中等文化程度和关心心身健康的广大读者也可从本书中得益。

医学心理学

主 编：姜乾金

责任编辑：张伟建

* * *

浙江大学出版社出版

浙江富阳印刷厂印刷

浙江省新华书店发行

* * *

开本 850×1168 1 / 32 印张 14 字数 340 千字

1988 年 7 月第 1 版 1990 年 4 月第 2 次印刷

印数 13.000—23.000

ISBN 7 — 308—00140 — 7

II. 00I 定价：3. 20 元

前 言

本书是部分作者所在院校近十年来《医学心理学》教材(讲义)的发展演变产物,特别是在 1986 年浙江医科大学等五所医学院校合编的《医学心理学》教材基础上,经调整、修改、补充后形成。

《医学心理学》作为新兴的交叉学科,其体系和范围尚未定论,国内广大医务工作者对它仍感陌生。为了促进我国《医学心理学》的发展,作者认为现阶段还是适当地将其范围放广一些为好。为此,我们在努力保持全书的系统性的基础上,将一般认为属于《医学心理学》范畴的内容,尽可能地编纂于书中。虽然,有些章节内容不很成熟,或者由于全书章节较多而可能影响某些内容的深度,但仍希望通过此书能给广大读者,特别是医学生和医学工作者以启发,以便引起更多的医务人员对本书涉及的各个领域的注意和探讨。作者相信,随着国内研究工作的全面发展和深入,《医学心理学》的体系和范围必将逐渐清楚。在这一发展过程中,本书如能起到某种抛砖引玉的作用,则作者就感到欣慰了。

本书在编写过程中还注意了对国内外有关参考文献的收集和引用,并将主要文献及作者列入文中。其目的也是希望在目前国内缺乏文献的情况下,给有兴趣于《医学心理学》工作的医学界同志们提供方便。

自然,作为教材使用,本书内容可能稍多了些。各校可根据课程性质和学时数,有选择地使用本书的若干部分,其余的则可供学生自学。

在本书编写过程中,曾得到李心天教授、王效道教授等多位专家的支持和鼓励。全书完稿后,承蒙严和駉教授(第一篇),徐俊冕副教授(第二篇),徐韬元教授(第三篇)和颜文伟副教授(第四篇)审稿。他们分别提出了宝贵的修改意见。在此表示深切感谢!

该书自 1988 年底出版发行以来,受到国内一些专家的好评。值此重印之机,作者对关心、鼓励和支持过本书的各位专家和广大读者表示谢意!

由于作者水平有限,本次重印虽对部分内容作了修订,但错误和不当之处仍难免,敬请读者批评指正。

编 者

1990 年 3 月



目 录

第一部分 基础与方法篇	
第一章 绪 论	姜乾金 2
第一节 心理学研究的内容和范围	2
第二节 医学心理学的任务和性质	4
第三节 医学心理学的分支学科	6
第四节 医学心理学简史	7
第五节 医学心理学与医学模式转变	9
第二章 理论和方法	姜乾金 黄丽 14
第一节 行为学习理论	14
第二节 精神分析理论	19
第三节 心理生物学研究	21
第四节 社会学研究	23
第五节 中医心理学思想	25
第六节 医学心理学的研究方法	26
第三章 心理与脑	何金彩 31
第一节 心理现象的脑基础	31
第二节 脑的局部系统与心理功能	34
第三节 神经心理学测验	40
第四章 认识过程	过慧敏 43
第一节 感知觉	43
第二节 记忆	46
第三节 思 维	51
第五章 情绪	徐云 56
第一节 情绪的概念和分类	56
第二节 情绪的现象学	59
第三节 情绪的评定	61
第六章 个 性	王 慧 67
第一节 概 述	67
第二节 个性心理特征	69
第三节 个性的形成及影响因素	73
第四节 特质论和个性测验	7?

第七章 心理应激	陈滨江 80
第一节 心理应激的概念	80
第二节 心理应激的原因	81
第三节 心理应激的反应	8-
第三节 心理应激的预防与应对	87
第五节 心理应激与疾病	91
第八章 心理测验总论	陈达光 98
第一节 心理测验的历史与现状	98
第二节 心理测验的条件	102
第三节 智力与智力测验(一)	105
第四节 智力与智力测验(二)	109
第九章 心理治疗	姜乾金 116
第一节 概 述	116
第二节 精神分析法	119
第三节 行为矫正疗法	122
第四节 暗示与催眠	126
第五节 自我松弛疗法	129
第六节 支持疗法和患者中心疗法	133
第七节 集体心理治疗	135
第二部分 心理卫生篇	140
第十章 儿童心理卫生	张国粹 141
第一节 孕期心理卫生	141
第二节 乳婴儿心理卫生	142
第三节 学龄前期儿童心理卫生	144
第四节 学龄期儿童心理卫生	146
第五节 独生子女心理卫生	148
第六节 有关儿童心理卫生的其它问题	150
第十一章 青年心理卫生	潘尚玉 153
第一节 青年期心理卫生的重要性	153
第二节 青年自我意识与心理卫生	154
第三节 青年的人际交往与心理卫生	157
第四节 青年的学习与心理卫生	160
第五节 青年的性意识与心理卫生	163
第十二章 中、老年心理卫生	张国粹 黄丽 李永宁 166
第一节 中年期心理卫生	166

第二节	更年期心理卫生·····	168
第三节	老年期心理卫生·····	170
第十三章	人格障碍····· 胡福山	177
第一节	什么是人格障碍·····	177
第二节	人格障碍的形成原因和分型·····	178
第三节	人格障碍的识别和防治·····	183
第十四章	不良行为及其矫正····· 胡福山	187
第一节	酒 癮·····	187
第二节	药物依赖·····	190
第三节	烟 癮·····	194
第四节	过 食·····	196
第十五章	性心理与性功能障碍····· 邓明昱	199
第一节	性心理学概述·····	199
第二节	性问题的临床心理咨询·····	201
第三节	性功能障碍·····	206
第四节	性心理障碍(性变态) ·····	211
第十六章	睡眠与梦 ····· 王友平 陈佩璋	214
第一节	正常睡眠与梦·····	214
第二节	失 眠 ·····	218
第三节	其它睡眠障碍·····	223
第十七章	医学心理咨询·····陈佩璋 王友平	226
第一节	医学心理咨询对象与内容·····	226
第二节	心理咨询医生·····	229
第三节	医学心理咨询过程·····	232
第三部分	康复和护理心理篇·····	236
第十八章	病人心理·····张晓琴 黄怀钧	237
第一节	病人的特殊心理需要·····	237
第二节	患病时的一般行为反应及影响因素·····	238
第三节	病人对疾病的心理反应过程·····	241
第十九章	医患关系·····黄怀钧 张晓琴	247
第一节	临床活动中的人际关系·····	247
第二节	交往——建立和维持良好的医患关系·····	250
第三节	与病人交谈的原则·····	253

第二十章 心理护理	过慧敏 257
第一节 心理护理概念.....	257
第二节 心理护理的实施.....	260
第三节 护士的心理素养.....	265
第二十一章 生物反馈	黄汉津 269
第一节 概 述.....	269
第二节 生物反馈方法和种类.....	271
第三节 生物反馈训练程序.....	272
第四节 生物反馈的临床应用.....	275
第二十二章 医疗气功与心身医学	单怀海 姜乾金 281
第一节 气功的心身效应.....	281
第二节 气功与心理治疗.....	283
第三节 气功偏差的心身障碍及治疗.....	287
第二十三章 疼痛心理学	陈滨江 290
第一节 疼痛的心理生物学.....	290
第二节 心理社会因素对痛知觉的影响.....	294
第三节 疼痛的心理治疗.....	297
第二十四章 康复心理	姜乾金 301
第一节 康复医学与康复心理学.....	301
第二节 伤残的心理行为问题及处理.....	303
第三节 康复运动锻炼的心理作用.....	308
第二十五章 老年心身医学	李永宁 312
第一节 老年人的心身反应特点.....	312
第二节 老年病人的心理行为反应.....	314
第三节 脑血管病的心理社会问题.....	317
第四部分 心理社会因素与临床医学篇	320
第二十六章 心理社会因素与高血压	姜乾金 321
第一节 心理社会因素与高血压病因学.....	321
第二节 心理社会因素致病机制.....	323
第三节 某些行为因素对离血压诊断的影响.....	325
第四节 高血压的心理行为治疗.....	326
第二十七章 心理社会因素与冠心病	姜乾金 331
第一节 心理社会因素与冠心病病因学.....	331

第二节	冠心病临床过程的行为问题·····	336
第三节	冠心病的心理防治问题·····	338
第二十八章	心理社会因素与癌症····· 刘小青	344
第一节	心理社会因素与癌症的发生·····	344
第二节	癌症病人的心理行为反应和处理 ·····	345
第三节	癌症的心理行为治疗·····	349
第二十九章	心理社会因素与溃疡病····· 王慧	352
第一节	心理社会因素与溃疡病发病学·····	352
第二节	发病机制·····	354
第三节	溃疡病的心理治疗和预防问题·····	356
第三十章	心理社会因素与糖尿病····· 梁宝勇	358
第一节	心理社会因素对糖尿病的作用·····	358
第二节	糖尿病对病人心理的影响 ·····	359
第三节	糖尿病病人的心理治疗·····	360
第三十一章	心理社会因素与头痛····· 梁宝勇	363
第一节	紧张性头痛·····	363
第二节	偏头痛·····	364
第三节	心理治疗·····	366
第三十二章	儿科心身医学问题····· 陈达光	369
第一节	概述·····	369
第二节	心理社会因素与消化系统疾病·····	369
第三节	心理社会因素与支气管哮喘·····	374
第四节	心理社会因素与遗尿症·····	375
第五节	心理社会因素与夜惊·····	377
第三十三章	外科心身医学问题····· 梁宝勇	380
第一节	外科疾病与心理社会因素·····	380
第二节	手术病人的心理反应及其影响·····	381
第三节	手术病人术前的心理(行为)准备 ·····	383
第三十四章	妇产科心身医学问题····· 胡福山	386
第一节	妇产科心身问题概述·····	386
第二节	妇科心身障碍·····	388
第三节	产科心身障碍·····	392
第三十五章	耳鼻喉科心身医学问题····· 吴博亚	396

第一节 言语障碍.....396

第二节 美尼尔氏症.....399

第三节 咽异感症.....400

第四节 功能性聋.....401

第三十六章 眼科心身医学问题..... 孙世维 404

第一节 概述.....404

第二节 原发性闭角青光眼.....405

第三节 其它眼科疾病.....408

第三十七章 皮肤科心身医学问题..... 梁宝勇 410

第一节 心理社会因素在皮肤疾患中的作用.....410

第二节 皮肤疾患的心理社会影响与心理治疗.....413

附录：实 验..... 黄丽 金承夏 415

第一部分

基础与方法篇

（医学中的心理学问题——基础与方法篇）

本篇内容大体可分成三部分：1，2章是总论部分，涉及医学心理学的一般概念，总体介绍医学心理学有关的理论和研究方法；3~6章是心理学基础部分，简要讨论心理活动的脑基础，介绍几种正常的心理现象及其临床测定方法；7~9章是临床心理学基础，重点介绍心理应激、心理测验和心理治疗的基本知识，基本方法。

第一章 绪 论

第一节 心理学研究的内容和范围

自从 1879 年冯特(Wundt W, 1832~1920)在德国建立第一个心理实验室起,心理学才开始进入科学心理学时期。这是一门较年轻的学科。

心理学是研究心理或心理现象的科学。由于目前许多人尚不了解心理学所研究的主要内容,故有必要先作一简单的分析和介绍。我们知道,医生给病人下诊断,必须用耳听、眼看、鼻闻,手触摸等,于是产生感觉(sensation)和知觉(perception)。感觉是客观事物个别属性在人脑中的直接反映。知觉则是事物的整体属性在人脑中的直接反映。例如医生听到了心脏的杂音和胸膜摩擦音,这是知觉,因为这是医生在感觉到声音以后,经过脑子的主动过程,产生对声音的部位、性质等的整体认识。在看病时,医生要记住诊断操作过程中病人的主诉,体征和数据,以便能在考虑诊断时应用。这就是记忆(memory)。记忆是过去经验在人脑中的反映。记忆与学习密切相关。在最后诊断时,医生将掌握的各种材料,用自己的知识进行分析、综合,判断这病象什么?应排除什么?还应做哪些深入的检查?……这就是思维(thinking)。思维是人脑对客观现实间接和概括的反映。例如病人被诊断为心脏“二尖瓣病变”,但医生并未直接摸到瓣膜,而是间接的判断,病人若被诊断为“伴有心衰”,也仅是对全身病理生理表现的概括。所以思维具有间接和概括的特性。医生在看病时,不论感知、记忆还是思维都要求有集中的注意力。注意(attention)是心理活动对一定事物的指向和集中。上面谈到的几种心理活动,都与人认识客观事物(诊断疾病)有关,因而心理学上称之为认知过程。

一个医生在处理疑难病例时,能够下定决心,持之以恒,不断摸索,克服各种精神和物质上的困难,这是因为这个医生有为人民服务 and 追求真理的需要(need)和动机(motivation)。个体在动机之后自觉地克服困难以达到目的的心理过程被称为意志(volition)过程。

经过不断努力,病人获得诊断,并被治愈。这样医生就达到了目的,“需要”得到了满足,他显示愉快和满意。人在认识事物的同时会采取一定的态度,如喜、怒、悲、欲、爱、惧等,这些都称为情绪(emotion)。因此情绪是人对客观世界态度的反映。人的情绪更多地与社会性需要是否得到满足有关,社会性情绪又称情感(feeling),如美感、道德感、理智感等。情绪和情感活动称为情感过程。

认知过程、意志过程和情感过程是每一个人都具有的心理现象。

人们在认知、情感、意志三种心理活动方面存在很大的个体差异。仍以医生为例,看病时有的医生感知觉灵敏,记忆力强盛、分析问题井井有条,而有的则相反。又如有的医生遇事有毅力,困难再大都不怕,有的却对疑难病人望而生畏,知难而退。再如,面对成功的诊断和治疗,有的医生洋洋得意,喜形于色,有的则较为内敛。这些人与人之间心理上的差异,即是个性特征或者称为个性差异(individual difference)。个性特征的有关概念很不统一,一般可分为兴趣(interest)、气质(temperament)、能力(ability)、性格(character)。

上述各种心理过程和个性特征都是普通心理学的主要研究课题。由于行为活动与心理活动密切相关,社会因素又对心理行为活动有直接影响,故心理科学也研究行为问题和某些社会问题。

心理学是一门范围广、内容丰富的学科。心理学作为 1 级学科还可以分成以普通心理学和实验心理学为主的许多基础分支学科。其中普通心理学主要研究心理现象的一般规律;实验心理学顾名思义是研究心理实验的设计和实施,并以此探索心理规律;发展心理学研究心理的发生发展;比较心理学可类比于医学的比较解剖学,是对动物和人的心理进行比较研究。还有社会心理学、生理心理学、变态心理学等。心理学与某些其他学科结合,还可派生出许多应用分支学科:如医学心理学、教育心理学、体育心理学、文艺心理学、航空心理学、工程心理学、司法心理学等。

据估计,美国近年从事心理学各领域工作的专业人员分布及人数比例为:临床心理学(29%);咨询心理学(10%);教育心理学(10%);实验、生理、比较心理学(10%);工业、人事、消费心理学(9%);学校心理学(9%);社会心理学(5%);发展心理学(4%);心理测验(3%);环境心理学(1%);及其它(8%)。这些人的工作单位分布情况为:大专院校(57%);医院、诊所、社区中心(15%);私人开业(7%);军事、司法或研究机构(5%);工商咨询(5%);政府机构(5%);中、小学校(6%)。但我国情况与其不同,当有区别,数据仅供了解。

第二节 医学心理学的任务和性质

医学心理学(Medical Psychology)是医学和心理学的交叉学科。它既是医学的分支,也是心理学的分支。作为医学分支它研究医学中的心理学问题,特别是各种病人的心理行为特点',包括大脑疾病和躯体疾病中的心理行为变化。由于病人是从正常人转化而来的,所以还研究心理卫生和心里防治等。作为心理学的分支,要把心理学的系统知识应用于医学各方面,包括研究心理因素对疾病的发生、发展和转归的作用。

目前,医学心理学的任务是:一方面,以科学的方法探讨心理活动和生物活动的互相作用和影响,行为的生物学和社会学基础,以及它们在临床中的规律,为从本质上认识健康和疾病提供理论上的依据。另一方面,从医学临床角度看,医学心理学要讨论心理社会因素对各种疾病的发生、发展、诊断,治疗和护理,以及预防的作用规律。医学心理学认为,人类疾病并不都是单纯由生物因素发挥作用的,心理社会因素诸如人的心理状态、情绪变化、人格或行为特点以及社会环境等也发挥了重要的作用。医学心理学就是通过自己的工作,进一步研究人类机能性疾病为重点的各种疾病的病因,发病机理和临床特征,从而更全面地揭露一般疾病(包括躯体疾病和精神疾病)的本质,总结阐明人类战胜疾病,保护健康的经验,寻求诊断、治疗和疾病预防的一套更完整、更有效的方法,以提高医疗质量、保障人民心身健康。

可见在医学科学中,医学心理学既属于基础医学的一门理论课程,同时又是临床医学的一门应用学科。就基础医学而言,医学心理学与生物学、神经生理学、神经生化学、神经内分泌学、神经免疫学和人类学,社会学、普通和实验心理学等学科密切联系。所以必须加强有关这些学科的协同研究,逐步为医学心理学建立更全面的基础理论。对于医务工作者,特别是医学生来说,学习一些医学心理学知识,将能扩大自己的知识面,更全面地认识疾病和病人,并遵循心理行为科学规律,在本职工作中作出更大的贡献。

就临床应用学科而言,医学心理学与任何内,外、妇、儿、五官、皮肤等科无不有密切

的关系。所以必须加强医学心理学在临床实践中的应用，同时，在临床实践中，探索和总结经验，不断地丰富医学心理学知识。近年来，医学心理学与临床各科协同工作，已取得了许多成果。可以预知随着医学心理学的普及，我国将会有不少临床工作者逐步对这些交叉的阵地感兴趣。同时，从实践科目角度看，医学心理学也能够独立开展临床工作，以解决人民群众日益增多的心身问题。开展医学心理学咨询门诊就是典型的一例。

第三节 医学心理学的分支学科

与医学心理学有关的学科名称很多，其中有些可算作医学心理学分支学科，大致有：

1. 临床心理学(Clinical Psychology) 它研究心理因素在临床各科疾病的病因、诊断、治疗、预防中的作用，是医学心理学中最大的分支。心理诊断学(Psychodiagnostics)、心理治疗学(Psychotherapy)、心理卫生(Mental Hygiene)、以及心身疾病(Psychosomatic Disease)、康复心理学(Rehabilitation Psychology)等都可以归入这个范围。其人员分布于各个部门和领域，包括医院、康复中心、学校、其他咨询机构等。医学生应重点学习这方面知识。

2. 病理心理学(Pathological Psychology)或变态心理学 变态心理学与精神病学关系密切。

3. 神经心理学和心理生理学(Neuropsychology and Psychophysiology)或心理生物学(Psychobiology) 这几个分支学科可被看成是医学心理学的基础理论学科，但神经心理学可分为实验神经心理学和临床神经心理学，后者与神经科关系密切。心理生理学研究心理或行为变化如何与生理学或生物学变化互相作用。

4. 护理心理学(Nursing Psychology) 护理心理学研究护理工作中心理学问题。

5. 缺陷心理学(Defect Psychology) 它研究心理或生理缺陷患者的心理学问题，与康复心理学联系密切。例如通过指导和训练，使伤残者能达到在心理和生理功能方面的部分补偿。

上述分类仅是大体上的人为分割，实际上各分支学科相互之间有许多交叉和重叠，且各家意见也很不统一。例如我们经常提到的心身医学(Psychosomatic Medicine)，行为医学(Behavioral Medicine)、健康心理学或卫生心理学(Health Psychology)等都是研究心理或行为与躯体之间的某些关系，都企图用整体和综合的观点解释疾病的发生、发展、治疗和预防问题，因而很难将其归属。有的实际上就是我们所说的医学心理学。另外上面分类中出现的概念，如“临床心理学”在不同场合的概念亦有不同。故这些分类仅供参考。

第四节 医学心理学简史

我们现在所说的医学心理学是在心理学和医学发展到一定阶段而结合发展起来的新兴交叉学科。但是关于心——身之间互相作用的问题，在远古时代人类科学还处于极端落后的条件下，就已经开始探索了。不论在我国古代还是西方文明古国，都有不少历史记载说明这一点，只不过那时的认识大多属于朴素唯物主义，没有更多科学的依据。

随着十九世纪以后自然科学的大发展，心理学开始成为一门独立的现代科学，并以飞快的速度发展，形成许多心理学派，同时也派生出许多分支学科，医学心理学就是其中的重要学科之一。1852 年，德国的 Lotze BH 首次以医学心理学概念命名其著作。1896 年美国的

Witmer L 第一次建立临床心理学的概念。随之，出现心理门诊，参加这一工作的人也逐渐增多。

在 19 世纪末和 20 世纪初这段时期，有两方面的工作值得指出。一是奥地利医生 Freud 提出心理冲突与某些疾病的发生(特别是精神疾患)有关，并创立用精神分析法治疗疾病。与此同时，一些生理学家如 Cannon、Pavlov, Selye、Hess 等人开始研究情绪的心理生理学问题以及心理应激机制。他们这些工作，都为心——身联系提供了不少证据，也为临床病人的治疗增添了不少新的方法。30 年代，美国成立了心身医学会，并创办了《心身医学》杂志。该杂志自 1939 年至今 50 多年，为医学心理学的发展作出了很大的贡献。

二次大战期间，由于战时需要，西方出现许多从事临床心理测验和心理治疗的专业人员。战后，这方面工作得到了较快的发展，涌现出许多咨询心理学家 (consulting psychologists)。他们的工作在某些国家现已达到家喻户晓的程度。其本人也享有很高的社会声誉。

医学心理学在最近几十年，特别是近 20~30 年来有了很大的发展。从事医学心理学工作的人越来越多。各项基础研究工作取得了很大进展，并形成许多既独立而又互相联系的理论体系，如行为医学。这些理论共同推动学科向纵深发展。在实际应用方面，也有许多成果。现在，不少国家的医院里有医学心理学家参加工作。医学心理学发展不仅从理论上丰富了医学和心理学的基础知识，而且也直接为人民防治疾病做了贡献。

目前，许多国家包括发达的和一些发展中国家在医学院校开设有关类型的医学心理学课程。七十年代以来，美国、加拿大等一些西方国家十分重视医学教育中开展有关社会科学和人文科学教育，其中主要的有医学心理学，医学社会学和其它行为科学等。多数院校将它们列为必修课，教学学时达几十到上百小时不等，并占有相当大比重的学分。有的国家还规定，医学生毕业应持有医学心理学学分才准予开业。

医学心理学在我国尚处于刚刚兴起阶段。我国虽然在 50 年代末短时间曾有部分医学家和心理学家结合起来，开展了以神经症心理治疗为主的综合快速疗法的研究，并取得了成果。但是，总的来说，各项工作还较落后，医务人员绝大多数未受心理学和医学心理学教育，综合医院里没有临床心理工作者，这种状况正受到卫生部门的日益重视。

几年来，国内已举办了多期医学心理学师资培训班。据统计，全国许多院校已开设了医学心理学课，并形成了教研组织。卫生部已将医学心理学列为医学专业 37 门必修课之一。中国心理学会在 1979 年成立了“医学心理学专业委员会”，不定期地出过刊物，并开过四次全国性学术会议。1985 年，经过有关学科一些著名学者的积极努力，在山东泰山成立了中国心理卫生协会，标志着我国心理卫生事业一个新的时期的开始。目前有关人士还正在酝酿建立我国的行为医学学术组织。近几年，国内多种学术刊物，包括几家心理学杂志，医学与哲学，以及各基础和临床医学杂志，也不断刊登医学心理学的有关论文。科研工作的局面已初步打开。

值得一提的是，我国近年来从事医学心理学工作的队伍，已逐渐扩展到基础医学和内、外、妇、儿各临床学科以及老年医学和康复医学各领域。参加各次学术年会的论文，心身医学所占的比重越来越大。这显示，我国医学心理学正向广阔的领域发展。同时，国内一些地方正在尝试或筹备建立医学心理学咨询门诊，或开展行为治疗的临床应用研究。这预示在不久的将来，医学心理学这一新兴学科将在我国大地全面开花结果。

第五节 医学心理学与医学模式转变

人是兼有生理活动和心理活动的统一体。但是，在健康和疾病这一医学根本问题上，一直以来人们的认识是很不一致的。

一、西方医学和生物医学模式

科学的西方医学是在自然科学冲破中世纪宗教黑暗统治以后随之迅速发展起来的。随着自然科学各个领域不断取得成就，医学家广泛地采用物理学、化学等学科的先进理论和技术，对人体进行了步步深入的研究。医学科学出现诸如 Harvey 的实验生物学和 Virchow 的细胞病理学，使得人们对自己身体的认识不断深入，从整体到系统、到器官，直至现在的亚细胞和分子水平。在这几百年里，人类对疾病和健康的认识大大地向前迈进。在防治某些生物性疾病诸如消灭长期危害人类的传染病方面，成绩尤为巨大。例如，在本世纪初，世界上大多数国家的主要死亡原因还是传染病(高达 580 / 10 万)，而目前，大多数国家传染病死亡率迅速下降至 30 / 10 万以下。

不过，西医在发展过程中也受到某些不利因素的影响。由于长期受心身二元论和分析还原论的影响，经典的西方医学习惯于将人看成是生物的人，忽视人作为社会成员的重要一面。在实际工作中，重视躯体因素多，重视精神和社会的因素少；在科学研究中较多地着眼于躯体的生物活动过程，很少注意行为和心理过程，忽视心理社会因素对人体的作用。正如 Engel GL 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。可见，经典的西方医学还是停留在生物科学方面，有关这种医学的模式，被称为生物医学模式(biomedical model)。

二、生物心理社会医学模式

近些年来，人类死亡率的结构已发生了显著的变化，诸如心脏病、恶性肿瘤、脑血管疾病等已取代传染病而成为人类死亡的主要原因。许多资料证明，上述这些疾病的发生，除了生物因素外，还与心理社会因素以及与心理社会因素直接联系的行为危险因素(behavioral risk factors)密切相关。据分析，在美国造成人类死亡的前十种原因中，约有半数死者直接或间接与生活方式有关，我国局部研究也有这种类似情况。

研究认为，随着现代社会节奏的不断加快，例如技术更新迅速，职业容易老化等，对人的内部适应能力即维持心理的健康和情绪的平衡提出了更高的要求。结果人体就不可避免地遭到不断增加的心理社会因素的挑战。这是近代某些疾病发病率升高的一个重要原因。相反，一些国家近年来认识到心理社会因素和行为因素在某些疾病中的重要作用，因而注意从各方面积极采取针对性措施，如重视进行心理社会环境的改造、生活方式的改变、人类行为类型纠正的尝试、以及将行为科学直接应用到临床等，使得有些疾病发病率由上升渐趋下降。

同时，一近几十年许多生物行为科学(biobehavioral science)研究资料，也使我们对心理社会紧张刺激造成躯体疾病的中介机制(mediating mechanism)有了较深入的了解和认识。行为科学的发展，例如生物反馈(biofeedback)、自我放松训练(self-relaxation response)、操作条件训练(operant conditioning training)等技术的发展，则从实验和临床应用等角度雄辩地证明，心理活动的操作和调节在一定条件下对维护躯体的健康具有不可忽视的作用。

凡此种种，使人们逐步认识到，以往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来解决。于是，新的生物心理社会医学模式(biopsychosocial model)被提出来。这是一种系统论的模式，它要求医学把人看成是一个完整的统一体，人不仅是生物的人，而且是社会的人。病人是有心理活动的，心理活动通过

神经，内分泌机制与躯体、系统、细胞、分子水平的生物活动相联系，从而影响这些水平的生理功能。心理活动又与社会环境相互影响。这样，由小到大形成一个有层次的连续体。(图 1·1)

根据这种医学模式，就能更全面更正确地认识人，认识健康和疾病的关系。

图 1·1 强调层次和连续体示意图

三、医学心理学在我国医学模式转变中的作用

十九世纪末叶，西医作为一门现代科学传入我国。在相当长的一个时期，生物医学模式在我国医学界也占支配地位。为使我国医学尽快地转变为生物心理社会医学，从现在起就有许多问题需要讨论，认识和解决。其中如何在我国医学界开展医学心理学学科工作，是这个问题的重要方面。

首先，要从医学教育抓起，要使医学界未来的一代从思想上能牢固树立起生物心理社会医学模式，并在将来工作中付诸于实践。

其次，要积极开展医学心理学等行为学科的科研工作，要用我国自己的大量研究成果来充实和提高教学内容，争取更多的人对新医学模式的信服和支持，推动行为科学理论在我国卫生保健事业中的直接应用。

其三，要改变现有的临床结构。目前我国综合性医院缺乏各类行为科学人才，广大在职医务人员大多缺乏医学心理学等方面知识，这种现状很难满足人民群众日益增加的心理社会及行为方面的医学需要。目前解决这个问题的方法只能通过举办各类专题讲座，专题讨论和学习班，通过互教互学来补充大家对这方面知识的不足。我国临床工作的概念和范围也有待扩大，医学心理学知识和技术以及传统的行为训练健身治病术应该应用到临床上来。

其四，改变管理模式。在我国，医学行政管理部门对医学发展有决定性作用，这包括管理机构和管理人员思想认识两方面。应创造条件逐渐建立独立的医学行为科学各级学术机构。行政干部要首先接受生物心理社会医学模式，学习一些医学心理学等学科的新知识。这些都有助于管理模式的改变。

总之，医学心理学在当前医学模式转变过程中任重道远，最终必会作出重大贡献。

(浙江医科大学 姜乾金)

主要参考文献

1. 曹日昌.普通心理学.人民教育出版社, 1981
2. 姜乾金.医学心理学的学科特点.医学教育研究(浙江医大)1985; 3: 4
3. 伍正谊.欧关的医学心理学概况.外国心理学(杭州大学)1984; 3: 32
4. 李心天.医学心理学三十年.心理学报 1980; 12(2): 135

5. 曹子芳.苏联心理学近二十年来的进展.心理科学通讯(华师大)1987; 4: 44
6. 姜乾金.我国医学模式的转变.华东高教管理研究会第三届年会论文选辑(福建省高教学会),1984
7. Jenkins CD. New horizon for psychosomatic medicine. Psychosom Med 1985; 47(1): 3
8. Kimball CP. The evolution of the biopsychosocial approach. in: Kimball CP ed. The Biopsychosocial Approach to the Patient. Baltimore / London : Williams/Wilkins. 1981

第二章 理论和方法

第一节 行为学习理论

医学心理学有关的理论多种多样，它们往往在特定的历史，地理、文化和不同的研究对象，方法等条件下形成。虽然它们备有特色，各能解释一部分心身问题，各有其应用成功之例，然而都不足以完全解释清楚心身的联系。对于这些理论，有的可能最终会被证明是正确的，或者是部分正确的，也有的可能被逐渐证明是错误的，或有错误的一面。因此，我们既不宜采取全盘否定的态度，也不宜不加思索地原封照搬。

本章主要介绍几种对医学心理学影响较大的理论或研究方向，包括行为学习理论，精神分析理论，心理生物学研究，社会学研究等。此外，普通心理学的基本理论及假说几乎贯穿于医学心理学的全过程，为此本书已安排了一定的章节介绍普通心理学的基本概念。

下面首先介绍行为和行为学习理论。

一、行为的概念

行为主义的创始人华生(Watson JB, 1878~1958)认为，心理和所谓隐藏在内心的欲望驱动力以及心理矛盾冲突是不能进行科学研究的，因为它们是看不见的，只有行为才是可观察、可研究的对象。因此，行为学派认为心理学应是研究动物和人类行为的学科。显然，早期行为学派的“行为”是指个体活动中可以观测的部分，也可说是狭义的行为定义。

随着行为科学(behavioral science)的产生和发展，人们对行为含义的理解也随之扩大了，把行为看成是个体的内在和外在的各种形式的运动，是个体或群体的活动，而且认为都可通过一定的途径观察或测量到。这是行为的广义定义。

二、行为学习实验和理论

行为学习理论的核心是强调行为可以习得。根据条件反射学说，可将行为简单地分为两种。一是先天性的反射，即非条件反射或称为本能，它决定于先天的素质，例如婴儿刚出生就有吸吮反应、拥抱反应等。另一种是由后天学习得到的，即条件反射，或称为技能，或为“习得性”行为。这是在本能的基础上“学习”形成的。习得性行为又可进一步分为两类，一类为不随意的，反应性行为，本世纪 20 年代在巴甫洛夫的经典条件反射(classical conditioning)实验中，狗受到铃声刺激能产生唾液分泌的反应，即属于不随意的反应性行为。另一类为随意反应，称为操作条件反射(operant conditioning)或操作性行为，它包括人类的一切意识活动，因而对人类有重要的意义。最早的操作条件反射实验是新行为主义领袖斯金纳(Skinner BF, 1953)完成的。在“斯金纳实验箱”里，饥饿的动物通过按压一下箱内特制的杠杆，就可以得到一枚食丸。开始时，箱内的动物并不知道如何去操作杠杆取食，只是在饥饿条件下不断地寻找食物过程中偶而碰压了一下杠杆，居然得到了食丸这一奖赏(reward)，结果触压杠杆的偶然行为受到了一次强化。在一次又一次这样的食丸强化下，动物逐渐学会了主动按压杠杆取食的操作性行为。这就是著名的斯金纳操作条件反射实验。在这类实验中，按压杠杆是随意肌综合运动的工具操作行为，故亦称为工具学习(instrumental learning)。人类学会骑自行车等活动都属于工具学习过程。

1967 年 Miller NE 进行的动物内脏学习(visceral learning)实验也是上述操作条件反射的一种形式，即“内脏操作行为”。Miller 用定向奖励的方法，成功地使老鼠学会选择性

地降低自身的心率以取得食物。由于心率等内脏活动在通常情况下被认为是不受意识支配的，是不可操作的，因而该实验与斯金纳工具学习过程存在明显的差异(图 2•1)。Miller 等人用类似的内脏学习方法还训练动物控制其血压及其它内脏平滑肌运动和腺体的分泌等，并且证明内脏学习与肌肉活动无关。

图 2•1 反射与学习示意图

行 为
(反射)
本 能
(非条件反射)
技能或习得行为
(条件反射)
反应性行为
(经典条件反射)
操作性行为
(操作条件反射)
工具学习
内脏学习

- (1)食物 唾液分泌 (非条件反射)
- (2)食物 唾液分泌 (反复强化)
 铃声
- (3)铃声 唾液分泌 (经典条件反射)

- (1)饥饿刺激
反应 1 动尾
反应 2 触及杠杆 给食丸(反复奖励)'
反应 3 动脚
- (2)饥饿刺激 按压杠杆 取得食丸 (工具操作条件反射或工具学习)

- (1)饥饿刺激
反应 1 动尾
反应 2 血压↓(或↑) 给食丸 (反复奖励)
反应 3 ...
- (2)饥饿 血压↓(或↑) 取得食丸 (内脏操作反射或内脏学习)

从行为学习实验中可以看出，强化是行为学习的重要条件。在经典条件反射例子中，铃声和食物的反复结合，即经过强化而形成条件反射。在操作条件反射的例子中，也是食物等奖赏的反复强化，促使工具操作行为或内脏操作行为的习得。在日常生活中，人们‘常会遇到威胁性的情景，这时刺激信号由感知觉传入，使人觉得危险的存在，引起人们的恐惧。恐惧又使人产生各种动机，如逃避或斗争，以消除恐惧。由于逃避行为结果脱离了危险，或由于斗争行为战胜了危险，恐惧被消除了，这样，逃避行为或者斗争行为就得到了一次强化。

经过多次反复的强化，入学会用了逃避或斗争行为对付危险情景。在这一过程中，除了躯体操作行为受到强化外，内脏反应性行为(如血压升高)也受到强化。

三、学习理论对心身的认识

从上述行为学习理论出发，人类的个性特征可以被理解成是一系列习惯性习得行为的综合。例如固执的性格特点可以在小时候从父母那里经过学习强化而获得，一种良好的习惯也可以经过反复强化固定下来等。疾病的发生也可以是“错误的习得性行为”，例如华生本人曾用实验使一小孩对原来喜欢的白鼠产生害怕，即在孩子接触动物时就立即给予人为的恐吓，经过反复强化，小孩在白鼠出现时就产生恐惧，接着继续用类似方法使小孩对白色物体也产生恐惧反应。行为主义认为许多恐怖症就是由于这类学习得来的。甚至可进一步设想，某内脏功能的异常以及相当多的疾病临床表现，也可能是错误的习得性行为。例如，在紧张情况下，人会出现心跳加速，血管收缩等内脏活动的改变，这种心血管变化在某些条件下可能被错误强化，而成为顽固的躯体症状。许多不良生活习惯和行为也可认为是通过强化而固定下来的。一个人无聊时吸一支烟或喝一些酒解闷气，久而久之，吸烟及饮酒行为被强化，导致了烟瘾、酒瘾等一类不良行为习惯的形成。一个儿童在课堂里作怪样，老师对这种行为就是对这一行为的正强化，久而久之，这个儿童就会常作怪样以引起别人的注意。同样，以学习理论为依据，可以通过行为矫正(behavioral modification)方法来改变不良行为，治疗某些疾病。

四、其它的一些学习理论

经典和操作条件反射理论模型来自动物的实验研究，单独用其中一种来解释复杂的人类行为有困难；自然界影响行为的各种中间刺激因素很多，有自然的、社会的、生理的、思想的等等，因而相应的反应种类也多，且这些反应还受各种机体因素如疲劳、药物、遗传背景等的影响。因此，针对上述问题，有人认为这两种学习模型过于简单化了，提出了所谓混合学习模型(mixed learning models)。这种学习理论认为人类行为是上述两种学习模型加上其它许多因素共同发挥作用的结果。举例来说，通过经典条件反射，病孩形成对治疗操作的害怕反应，这种习得性紧张害怕又促使病孩主动回避任何医疗操作，这种回避又可通过操作条件反射过程被固定下来。混合学习模型为行为矫正使用多渠道方法提供理论依据。

另一种学习理论是示范作用(modelling)。这实际上相当于榜样学习，如甲孩子看乙孩子接受注射并且乙表现很坚强，当甲孩子接受注射时-他很可能也表现坚强，这就是示范作用。据认为示范作用与条件反射一样，也是人类学习的一种基本方法。班都拉(Bandura A)提出示范作用包括四个过程，①注意：学习者观看某一榜样，注意辨认其中的特征，作学习依据；②记忆：记住这些特征行为，作为日后行动模型；③行动：行为者通过记忆，表现出这种行为来；④依操作条件反射的强化原则，增加或减少这种行为的再发生次数。示范作用对社会性行为的习得，以及解释人格的发展都尤为重要。据认为，某些病人表现出的疾病角色行为也与示范作用有关，同样，也可利用示范作用对此进行矫正。

行为自我调节理论(theory of self-regulatory behavior)。这一理论强调人类自己能调节自己的行为。当环境因素发生作用时，个体有能力通过调整自己一定的活动来作出反应，甚至去安排环境。在调整自己活动的整个过程中，认知因素也始终在起作用。人的自我调节能力会随着心理压力、机体损害等条件的影响而削弱，这时环境因素就很容易控制个体行为，这可以解释某些心身失常的发生原因。行为自我调节理论目前还被广泛应用于各种自我控制治疗方法(self-management of behavior)，如松弛训练和生物反馈。

此外，认知行为学习理论(cognitive behavior theory)也强调学习者个人认识过程在

学习中的重要作用，是一种重要的行为学习模式。

第二节 精神分析理论

一、心理结构

精神分析理论(psychoanalysis)由十九世纪末奥地利医生弗洛伊德(Freud S, 1856~1939)所创立。该理论认为，人的心理活动可分为三部分：潜意识、意识和前意识。意识(conscious)是与语言(即符号系统)有关的那一部分心理活动，换言之，就是人们注意到的清晰的感知觉、情绪、意志、思维等活动。潜意识(unconscious)是不能被人感知到的那一部分心理活动，例如本能的欲望，已经被意识遗忘了的童年的“记忆”等。这些欲望具有强烈的冲动性，人的大部分行为由潜意识的动机所左右着。潜意识的欲望只有经过前意识的审查、认可，才能进入意识。潜意识的概念是精神分析理论的主要前提。前意识(preconscious)则介于前两者之间，虽然当前尚未被注意所及，但一经提起和努力思索即可被知觉的那一部分心理活动。

二、人格理论

精神分析学派有其完整的-一套人格理论。他们认为人格构成有三部分：本我(Id)、自我(Ego)和超我(Superego)。本我存在于潜意识的深处，包括生物性的本能冲动，主要是性欲和破坏欲等。这些天生就存在的冲动被称为 Libido(欲力或原欲)。本我具有要求即刻满足的倾向，故遵循所谓的唯乐原则(pleasure principle)。本我是潜意识的，因而不为个人所知。自我一部分是意识的，一部分是潜意识的。一方面自我的动力来自本我，即为了满足本能冲动和欲望；另一方面，它又要顺应外在的现实环境，以保护个体的安全。故自我遵循现实原则(reality principle)而行动。自我可以说是人格的执行部门，它设法在外部环境许可情况下来满足本我的欲求。超我有些类似我们日常所说的良心、良知、理性等含义，大部分属于意识。它是在长期社会生活过程中，人们将社会规范，道德观念等内化而成。超我的特点是能辨别是非，分清善恶，因而能对个人的动机行为进行监督管制，使人格达到完善的程度。弗洛伊德认为人格是由上述本我、自我、超我三部分交互作用而构成。人格的形成则是企图满足潜意识的本能欲望和符合社会道德标准两者间长期冲突作用的结果。

弗洛伊德强调个人早期生活经验对人格发展的影响，认为一个人的人格发展要经过五个时期。包括口腔期、肛门期、性器期、潜伏期、两性期。在每一时期都可能发生人格三部分的冲突，解决得不合理就会产生人格障碍。例如，婴儿从初生到一周岁这段时期为口腔期，即个体的快感主要来自口腔的活动，如吃、吮吸。如果口腔的欲求因某种外部因素而遭受挫折(如断乳过早等)，可能会产生滞留现象(fixation)，以后虽然年龄已超过一岁，但仍可能以口腔活动(如过食行为)来减少紧张。这时该人可被称为口腔期人格。

在弗洛伊德以后出现了各种新精神分析学派，其代表人如阿德勒(Adler A, 1870~1937)，荣格(Jung C, 1875~1961)，霍尼(Horney K, 1885~1952)、苏利文(Sullivan HS, 1892~1949)等。他们保留了弗洛伊德学说中的一些最基本的概念，如潜意识、潜抑和抵抗等等，所不同的是他们把文化、社会条件、人际关系等因素考虑进了人格理论及治疗原则中。

三、对健康和疾病的认识

由于人格的三部分遵循不同的行为原则，因而各部分的冲突(conflict)是精神分析学派在解释和解决某些心身问题方面的一个重要论点。弗氏认为潜意识冲突可造成焦虑状态，个体则采取一系列自我防御机制(defense mechanism)以克服这种焦虑，其中潜抑(repression)

是最基本最主要的防御方法，此外尚有反向作用(reaction formation)、投射作用(projection)、合理化(rationalization)、升华(sublimation)、退化(regression)等。被压抑在潜意识里的心理冲突，在特定条件下，可以通过某种机制以病态方式表现出来。

弗洛伊德在多年治疗神经症病人中，发现患者有时将早已遗忘了的某一件事重新叙述出来，随之疾病症状亦得到了缓解。弗氏认为这种早期的“事件”实际上并未遗忘，而是被深深地潜抑在意识之下，通过转换作用(conversion)等方式，造成了行为的变态症状。他认为这种意识之下的心理冲突，只能通过梦境或者通过谈话，由病人自由联想(free association)和分析，才能被发掘出来。一旦这种压抑着的心理冲突被疏泄出来，病人的症状即可得到消除。

新精神分析学派亚历山德(Alexander FG, 1934)等更进一步提出，被压抑的心理冲突，还可以以躯体症状的方式表现出来。他们认为压抑着的愤怒，忧郁等可以引起心血管、呼吸、消化等内脏功能的紊乱和障碍，这就是某些心身疾病。同样，通过分析疏导的方法，将这些潜意识里的心理冲突和痛苦体验挖掘和暴露出来可以治疗这些疾病。

由于心理冲突对心身健康关系很大，因而从预防的角度看，处理好人格发展过程各个阶段所出现的困难，防止产生滞留现象，对于保持心身健康，发展和维持健全人格，是很重要的。

第三节 心理生物学研究

不少心理学家、生理学家以生物学的方法探索心身相互关系的规律，逐步形成了心理生物学的研究方向。

心理生物学研究使用解剖法、破坏法、电刺激法(可通过急性或慢性埋藏电极)、电记录法(如脑电、皮肤电、胃电)、生物化学法等生物学手段，同时也使用行为分析和记录等行为学方

近二、三十年，心理生物学研究为阐明心理活动的脑基础，其中包括脑的心理机能“定位”、脑的机能联合区、大脑功能偏侧化等问题，以及为我们认识各种心理过程如感知觉、行为目的、记忆、思维、注意、意识、睡眠、梦等的生物学基础提供了许多有意义的证据。在这些领域中，苏联神经心理学家鲁利亚做了许多工作。

与医学心理学关系最大的还是心身作用的生物学机制研究。这方面生理学家做出了重要贡献。早在本世纪 20 年代，著名生物学家 Cannon 通过大量的动物生理实验，提出情绪状态对机体的生理生化功能产生明显的影响，他特别指出下丘脑在这一作用过程中起着举足轻重的作用。与此同时，巴甫洛夫学派也通过生理实验，提出皮层内脏相关说，认为高级神经活动能左右内脏机能活动，直至可以引起内脏机能失调。到了 30 年代，Selye 提出应激学说，认为应激是机体对外界刺激的一种全身性应变反应，正常时，这种应变反应有利于体内的调整，并能够被机体所忍受，但在特殊情况下，如刺激过强过久，则可导致心身失常；1949 年 Hess 使用电刺激脑内某区域的方法来研究行为，发现轻度电刺激猫下丘脑特定区域可引起恐惧、发怒和其他生理反应，从而引起了一系列脑的电刺激对行为和生理变化的实验研究。1954 年，他又提出下丘脑前、后部分别属于向营养性系统和非特应系统的概念，为以后心身疾病的有关中介机制分析提供了神经系统的依据。Wolff 等人则经过几十年的努力工作，全面阐述了心理变量和生物学变量之间的关系，从而强调心理社会因素和生理因素互相作用对健康与疾病有重要意义。这些认识成为目前心身医学的理论基础。六十年代以后，在疾病

的发生、发展、治疗、康复等方面，开展了大量心理生物学研究，并且被直接应用于临床。七十年代以后，则进一步开展心理社会因素致病的生物学中介机制研究。

心理生物学的研究有其突出的优点。它使用严格的实验设计和数理统计。由于物理、化学、生物等基础学科的发展，特别是微电极、电子计算机和脑组织化学等技术的推广应用，使生物学研究手段能深入到细胞和分子水平，为探索心身关系的详细机理创造了有利条件。生物科学本身的发展，如电生理学、神经内分泌学、免疫学、分子生物学、遗传学等，也为心身关系的心理生物学研究指明了方向。心理生物学研究代表了今后医学心理学研究的一个重要方向。

但是，以心理生物学的研究结果(其中许多来自动物实验)来解释人的整个复杂心理现象存在着某些局限性。因此，为了克服这一弱点，要注意结合使用其它方法，如传统的心理学分析方法等，以避免将人的心理活动完全归为生物的、生理的东西；避免用比较低级的，局部的规律来解释高级而复杂的现象。

第四节 社会学研究

不少人从社会学和社会心理学的角度，探讨社会变量与身心健康(包括病因、病程、治疗、康复和预防等方面)的关系。社会变量涉及许多因素，如政治制度、经济状况、道德规范、宗教信仰、民族和民俗，以及地理、家庭、社会交往等等。由于人的心理受一定的社会生活的制约，因而社会因素必然影响和调节人的全部心理活动内容，也间接地影响心身的健康。

早在 20 年代就有人指出，多数变态行为和正常行为一样，是一个人一定文化生活的反应。有了社会环境的支持和帮助，个体就有可能保持身心健康。

社会学方向的研究，重视各种社会变量的宏观研究。跨文化研究是常用的一种方法。例如，对各种移民进行高血压发病率调查，将他们与原籍同等条件人群进行比较，可探讨社会地理环境对高血压发生发展的关系；有的人研究爱斯基摩人对疼痛的反应，发现与一般民族有很大差异，甚至有相反的结果，这为探讨疼痛的心理生物学实质以及社会文化背景对疼痛的影响提供证据，许多人研究不同民族之间心理变量的差异，寻找某些疾病发生的社会文化原因等。所有这些跨文化研究，为医学心理学的理论库增添了不少宝贵的资料。

从社会学角度入手，对某一特定社会中许多社会因素与人体健康关系的研究是医学心理学理论另一重要来源。近年来通过大样本调查统计研究已证明，近代西方疾病谱和死亡谱的变化跟许多社会因素有密切的关系。这些社会因素与心理因素一起被称为危险因子(**risk factors**)，除酗酒、车祸、滥用药物、缺少运动、过食等被称为行为危险因素外，社会适应不良、都市化、生活节奏加快、紧张单调工作、人际关系紧张、孤独、居住条件拥挤等社会因素也算重要的危险因子。人类健康明显地受这些因素的影响，因而需不断寻找认识和对付的办法。社会学研究还证明，强调改善社会环境，对身心健康，特别是对培养和保持大多数人的健全人格，对许多疾病的治疗、预防和康复都有重要意义。

为了对社会心理因素进行定量的研究，1967 年华盛顿大学医学院 Holmes 和 Rahe 等设计了所谓的生活事件评定量表(**life events scales**)，或称“社会再适应量表”，其评分单位被称为生活变故单位。据研究认为，一个人在一定时间内遭受的生活变故分数越高，其保持身心健康也越困难。此后，在这一量表的基础上，又发展了许多新的社会学自我报告量表。

与医学心理学有关的社会学理论有很多，如社会角色理论、人际关系理论等等。这些理

论对研究和解决医学工作本身存在的某些社会学问题(如医生、护士、病人相互作用),对提高医疗服务质量都很有指导意义。

第五节 中医心理学思想

整体观是中医理论的重要特点。中医强调人的心身统一。如《内经》写到“形与神俱,乃成为人,如形与神离,则形骸独居而终”。中医还非常重视心理因素在疾病发生发展、诊断、治疗、预防等方面的作用。

例如祖国医学把心理因素归纳为七情:喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。认为外感“六淫”内伤“七情”均可致病。《内经》中有“怒伤肝,喜伤心,思伤脾,忧伤肺,恐伤肾”的记载。宋代《三因极一病证方论》提到:“七情动之,内伤脏腑,外形于肢体”。这些都说明中医认识到心理因素对疾病发生发展起重要作用。中医在运用四诊望、闻、问、切时也重视心理社会因素,如《内经》提到:“凡欲诊病者,必问饮食居住。暴苦暴乐,始乐后苦,皆伤精气”。唐代孙思邈《千金翼方》有“人乐而脉实,人苦而脉虚,性急而脉缓,情缓而脉躁,此皆为逆。”的记载。

心理治疗历来是中医的一项重要治疗手段。《内经》写到:“精神进志意治,故病可愈。今精坏神去,荣卫不可复收”。《内经》中还强调了病人对待疾病及治疗态度对治疗的影响,如“拘于鬼神者,不可与言之德,恶于石者,不可与言至巧,病不许治者,病必不治,治之无功矣”。《内经》中还提出三种心理治疗方式:①开导式心理治疗,即“告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”。②以情胜情式的心理治疗,如怒伤肝,悲胜怒,喜伤心,恐胜喜。③刺激式的心理治疗。

中医还提倡心理卫生。如《内经》中有“精神内守,病安从来”即重视精神摄生,并还提出“治未病”的原则,“是故圣人不治已病治未病……夫病已成而后药之……不亦晚乎!”

由此可见,几千年的中医理论和实践始终贯穿了心身统一的原则,既重视疾病的躯体和外界因素,也重视心理因素的作用。

第六节 医学心理学的研究方法

理论的多样化与方法的多样化是医学心理学这一边缘学科的特点。对一种现象的研究可以采用几种具体方法,而各种方法之间有时又互相渗透。因此要将所有医学心理学的研究方法准确地分类,精确地描述是相当困难的。

一、观察法与实验法

按研究的手段将研究方法分为观察法与实验法。

1• 观察法 用内省法对心理进行研究存在很大局限性。所谓内省法,即个人对自身的心理进行分析研究,故亦称主观观察法。但这种方法只有当事人自己的体验,很难将结果进行验证,推广或互相交流,因而影响了科学的研究。科学心理学广泛采用客观观察法进行研究。所谓客观观察法就是研究者通过对个体或群体的外部行为的观察,来分析和了解其心理活动实质。只有将观察的行为严格按客观规律忠实地记录,才能真实地反映实际情况,也只有将观察的结果进行科学的分析,并用以解释心理实质,才算是一种有用的心理学方法。客观观察法与主观内省法互相配合,能进一步取长补短,是医学心理学研究的重要方法。

观察法根据方法、内容等可分为自然观察和控制观察,直接观察和间接观察、日常观察

和临床观察等。自然观察是在自然情景中对个体行为作直接的观察分析，如对某些 MBD 小儿的日常行为进行观察记录。控制观察则在预先设计的一定情景中作观察，例如将被试带到布置好的情绪气氛环境中，观察记录他们进入情景后的行为变化过程，以分析其心理生理变化情况。自然观察法的优点是不改变个体的自然生活条件，因而真实可靠，控制观察则快速，所得资料容易比较，但不易反映真实情况。直接观察是主试对被试行为的直接观察；间接观察则通过访问、交谈、分析行为结果，直至使用调查表进行间接分析，但要特别注意资料来源的真实性和可靠性。临床观察是医学心理学的重要研究方法。例如临床神经心理学可通过对脑局部损伤病人的行为观察来分析行为的脑基础，变态心理学主要通过对病人的异常行为观察和分析进行研究，心身疾病的许多资料也来自临床观察方法。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，缺点是观察结果的质量很大程度上依赖手观察者的能力。观察活动本身可能影响被试的正常行为，使观察结果失真。

心理测验和问卷调查可以看作是一类特殊的间接观察法，测验法在医学心理学研究中主要是作为心理(行为)变量的一种定量手段。由于心理或行为的复杂性，故心理测量的种类繁多，而且要严格按照心理测量科学规则的要求使用，才能得出科学的结果。这将在心理测验章详细讨论。

2·实验法 实验是对环境进行系统的操纵，从而观察这种操纵对于行为的效应的研究形式。实验中运用自变量和因变量来说明所操纵的环境变量和所观察的行为。实验的最大优点是能够对研究变量进行严格的控制，从而决定自变量的变化是否也引起了因变量的变化。医学心理学的实验法可分为实验室实验与现场实验。

实验室实验 这是使用实验室条件，严格控制各种无关变量，借助各种物理的、化学的、生物学的仪器，精确观察和记录刺激变量与反应变量之间的数量关系，进而分析心理的或生物学的内容。实验刺激变量可以是心理的(行为的)，如声、光刺激、心理紧张刺激，社会情景设计等；也可以是生物的，如刺激脑特定区域，注射某些生物活性物质或人为改变某些脏器状态等。反应变量也可以是生物的，如血压、体温、皮肤电、心电、脑电等反映内脏功能改变的指标，也可以是心理行为的指标，如记忆、情感活动的变化、操作行为的变化等。上述两者也可同时结合进行。实验室实验最大的缺点就是心理活动作为一种变量时易受许多因素的影响，人类被试更是如此。例如，特定的实验情景造成的心理紧张，本身就可能对实验结果发生影响。现场实验法则可以消除这方面的缺陷。

现场实验研究 这是在临床工作，学习和生活情景中进行的对某一变量进行操纵，观察反应变量的方法。例如临床实验就是现场实验研究之一。临床实验在医学中有极重要作用，如神经心理学通过临床的脑部实验(在脑手术允许下)取得了大量的资料，为该学科的发展作出很大的贡献。Sperry RW 关于割裂脑病人的研究为大脑优势半球学说作了重大修正。心身医学的许多资料也是通过临床实验法得到。Wolff 曾通过对胃痿病人的实验观察，阐述了不同情绪状态对胃粘膜供血，胃酸分泌和胃运动的影响。许多心身疾病的诊断和分型，以及心身互相作用的研究，亦可来自临床实验。近年来，由于临床检查技术的迅速发展，如电子计算机在临床诊断中的应用，为医学心理学的临床实验研究开拓了广阔的前景。

二、个案研究法与抽样研究法

1·个案研究法 个案研究(case study)法对于单一案例进行的全面、深入和详尽的考察和研究。个案研究可使用观察，交谈、测世、实验等手段。个案法还比较重视研究结果对于样本所属总体的普遍意义。如对狼孩、猪孩、无痛儿童的研究就是使用个案研究。又如对某一弱智儿童的行为特征进行全面研究，使用各种方法对其行为特征进行改造与教育，并

在此基础上进一步考察总体弱智儿童行为特征及改造途径，这也是个案研究。个案研究虽可以较深入地了解对象的情况，却因取样小，因而限制了研究结果的可应用性，并且较难重复研究。但个案研究特别适用于研究的早期阶段，从而为进一步的比较严密研究提供依据。

2·抽样研究法 抽样研究是针对某一问题进行较大样本的研究。如 A 型行为特征与冠心病的整体关系，这就要对大量的 A 型行为特征的人进行调查并考察冠心病的发病率。抽样研究法的关键环节是取样的代表性。抽样研究可使用问卷法、心理测量法、实验法，甚至观察法等多种手段。

三、心理行为变量的定量

心理变量定量的复杂性，往往使一些医学心理学科研究工作的设计遇到困难。心理科学既有自然科学的属性，又有社会科学的属性。因此，即使是从定量心理学角度，目前也还难以使所有的心理变量做到定量。为此我们提出将目前医学心理学研究中的各种心理变量的定量方式分为三类。

1·一般描述 这是现象学的心理学方法。例如咨询门诊的某些个案分析和报告，某些特殊症状的描述，精神分析法或支持疗法的交谈过程等。描述的结果往往不易进行统计和分析。但许多复杂的心理变量也许通过描述分析法更能被我们所认识。

2·间接定量 这是对某些心理变超，人为地给以分析、评分，然后将其转换成数值。主要指各类心理测验和临床问卷调查等方法的使用。实际上，这是一类“相对”定量的方法。之所以将测验等类归于相对定量法，是因为对一种心理变量，如“兴趣”给以定量时，首先要对该变量进行因素分析，例如有哪些“兴趣因素”，各用什么表示，如何数量化，各因素之间的数量关系等，而这种分析本身却是一种描述。描述的过程是否科学，将直接关系到定量的科学性。因而在使用这类定量法时，首先要考虑有效性和可靠性，即效度和信度。还值得一提的是，问卷定量的结果必须注意与其基本理论或主导思想相一致。例如“A 型行为”的定量，不宜直接理解成是“个性”的定量。

3·直接定量 这往往是属于一些自然科学的手段。心理物理学研究中声、光、电、机械等的刺激或反应，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，属于直接定量。直接定量时其记录的就是要记录的东西，但是医学心理学研究领域中，这种定量的使用范围有一定的限制。

在实际研究中，往往综合使用上述各种定量方法。

(浙江医科大学 姜乾金 黄 丽)

主要参考文献

1. (美)查普林·克拉威克(林方译)·心理学的体系和理论·商务印书馆，1984
2. (苏)斯米尔诺夫等·心理学的自然科学基础·科学出版社，1984
3. 姜乾金·医学心理学的学科特点·医学教育研究 1985: 3: 4
4. 姜乾金·心身相关的生理与病理学基础·徐斌、王效道主编·心身医学·中国医药科技出版社，1990(重版纳入)
5. Keefe FJ & Blumenthal JA·Behavioral medicine: Basic Principles and theoretical foundations·in Keefe FJ & Blumenthal eds. Assessment Strategies in Behavioral Medicine·NY: Grune & Stratton. 1992

6. Kimball CP • the Biopsychosocial Approach to the Patient. Baltimore / London: Williams / Wilkins, 1981
7. Sule J et al • Self--attention, life stress, and illness: A Prospective study • Psychosom Med 1985; 47(5): 466

第三章 心理与脑

第一节 心理现象的脑基础

随着现代神经心理学及神经外科的发展,尤其是近几十年,人们对脑的心理机能已有了比较全面的认识。

与人类心理活动关系最为密切的是大脑皮质,其次是边缘系统,脑干网状结构及丘脑。大脑皮质是人脑中形成最晚的结构。与其它动物比较,人脑的重量占体重的比例大大增加,而且皮层的颞区,下顶区及额区的面积显著地增大,而这些区域正是高级心理活动的重要部位,是对外界的信息进行加工,综合,拟定和储存最复杂的行动程序及控制心理活动有关的部位。从组织结构来看,低等动物以古皮质占优势,人类以新皮质占优势。人脑进化的主要特点是机能最复杂的皮质二级区及三级区的面积显著地增大。

一、皮质的三级区

苏联神经心理学家鲁利亚将脑分成三级皮质区。第一级又称投射区,包括额叶中央前回的运动中枢(Brodman 4区)、顶叶中央后回的躯体感觉区(3、1、2区),枕叶的视中枢(17区)和颞上叶的听中枢(41、42和22区)。一级区主要结构是皮质第Ⅳ、Ⅴ层细胞。一级区的机能具有高度的模式特异性,专门接受外周各种感受器传入的信息和专门发送出运动的指令。在皮层局部解剖上有规则的定位,如下肢的感觉投射到对侧中央后回的上部。皮质一级区对特定的感觉发生反应和指挥肌肉运动。此外,对保持皮质的觉醒状态亦有关。

在皮质的每一个一级区上增生着二级区,其结构主要是皮质Ⅱ,Ⅲ层细胞。这些短突触细胞能为皮质联合,联系打下基础。对皮质后部来说,其一级区与感觉有关,而二级区与知觉和认识有关。如果没行二级区,那么,对从各种感受器接受来的信息总是感觉成新异的,二级区则能对接受到的信息进行综合,对感觉经验进行加工和保存。二级区仍保存通道特异性,即当某叶二级区受损,只会引起某种感觉的认识和知觉障碍。对皮质前部来说,二级区与皮质下组织的投射联系形成锥体外系的重要部分,把不同躯体肌肉群引向协调的活动,从而保障有机体的活动对环境的指向性和协调。

第三级区(重叠区)。在皮质后部,它们位于顶(体感)、枕(视)、颞(听)二级区的交界处,在枕——颞——顶的重叠区。其功能是整合多种感觉模式的信息。在三级区中,模式特异性消失了,所以这些部位损伤时,听、视、触动的感受性仍保持完好,但在理解传给它们的完整的信息时感到困难,引起的是逻辑、空间定向等方面的障碍。所以说,皮质后部二级区是保证脑活动的局部形式的最高级器官,而三级区是组成了人的认识活动的最高形式的脑基础。

皮质前部的三级区位于运动区的上面和前部。鲁利亚将前额叶作为运动系统边缘系统的第三级区。它同时接受外部和内部的信息,并转化为最后的活动。所以前额叶的功能与有目的的指向性活动的最高级整合形式有关,负责组织、计划和实现随意运动,是心理活动的重要结构部位。前额叶的损害可致言语、智力、记忆和运动等方面的障碍。

第三级皮质仅见于人,约占整个大脑皮质的一半以上,其细胞主要来自皮质Ⅱ,Ⅲ层。在个体发生上这部分脑是最晚成熟的,约七岁以前它不能充分发展。

二、脑的三个基本机能联合区

人的心理过程是复杂的机能系统，它们不是局限在某些个别区域，而是由许多脑区共同工作之结果。目前认为实现复杂的心理过程是由脑的三个基本机能联合区来完成的。这就是保证调节紧张度和觉醒状态的联合区，接受、加工和保存外环境信息的联合区；制定程序、调节和控制心理活动的联合区。每个基本机能联合区都有着分层次的结构，并且至少是由彼此重叠的三种类型的皮质区所组成。

(一)保证调节紧张度和觉醒度的联合区

觉醒状态时保证各种心理活动进行的必备条件。为了实现有组织有目的的指向性运动，必须保持皮层的最适宜的紧张度。保证和调节皮层能力的器官是脑干网状结构或称网状上行激活系统，属非特异性投射过程。同时接受人脑皮层(尤其额叶)的调节作用，称下行网状系统，完成对皮质活动需要的觉醒状态的校正和调节，保证心理活动的顺利进行和完成。如果网状结构对大脑的调节作用受损害，就可导致意识障碍、记忆障碍，无法进行心理活动。

上行激活系统的激活有二三种来源：其一是有机体的内部代谢过程，即本能的食物行为和性行为，以及缺氧、激素水平等。其二是外环境的感觉传入冲动并导致定向反射，这是认识活动的基础。人对环境的任何变化(偶然或期待)，总是伴随着觉醒和紧张化。另外，人的有意活动，如与语言分不开的工作计划，展望，意图也可激活网状结构。

(二)接受、加工、储存信息的联合区

此区主要位于两半球后部，包括体感区(顶)、听区(颞)、视区(枕)以及相应的皮下组织。该联合区具有分层次结构。一级区的功能是接受特异信息，形成感觉。二级区(投射——联合区)是将各感觉的组织成份进行部分编码，形成知觉。三级区(重叠区)保证各感觉分析器协同工作。该联合区的机能具有“模式特异性”递减和“机能偏侧化”递增的原则，即一级区模式特异性比三级区高，而三级区两半球机能偏侧化远明显于一级区。这两个原则保证了脑工作的最复杂形式，也说明人类劳动历史和言语与第二机能系统的发展有密切关系。

(三)计划调节和控制复杂心理活动的联合区

此区位于皮质前部中央前回前方，特别是前额叶及与之紧密联系的皮质下结构。这一功能联合区的一级区是“运动输出口”即皮质运动区。基底神经节和锥体外系参与了维持运动张力的背景。二级区负责运动的“准备”，即运动前区。三级区形成意图和程序，在对人的最复杂的行为的调节和控制中起决定性作用，即脑的额叶功能。脑的额叶有着极为丰富的联系，它不仅与脑的下部和网状结构的相应部位相联系，而且与皮层其它区域相联系，因而，可以说额叶与所有的高级心理过程包括智力活动都有联系，是高级心理机能最主要的脑结构基础。

该联合区机能也服从于“模式特异性”递减和“机能偏侧化”递增的原则。与第二联合区不同的是神经过程是三级区到一级区。该区内不含感觉性皮层，而由外导性运动类型的器官组成。

意识活动的每一种形式都是一种复杂的机能系统，依靠脑的三个机能联合区的协同工作来实现。其中的每一个机能联合区都对整个心理过程的实现作出自己的贡献。知觉和运动都不例外。例如在知觉。复杂的对象时，不仅需第二机能联合区实现对进入脑的信息的分析和综合，也需第一机能联合区保证必要的皮质紧张度，而第三机能联合区则保证有目的的探索运动，如眼睛的积极探索运动，不动的眼睛是不能知觉由许多组成要素结构成的图象的。通过三个机能系统的密切配合而造成知觉活动的积极性质。

第二节 脑的局部系统与心理功能'

一, 额叶

额叶是人脑中形成最晚的部分, 约占大脑半球的三分之一。额叶有四个部分组成: 运动区(中央前回)(Brodmann4区)、运动前区(6、8区)、前额区(6、10、45、46区)和额叶底内侧部(9~13、24、23区), 后两者又称前额叶。运动区和运动前区主要与运动的传出及调节有关。前额叶与各种心理活动有着密切的关系。

(一)额叶对运动的调节

中央前回是运动一级区, 受损伤时可直接引起对侧肢体的单瘫或偏瘫。运动前区是运动的二级区, 不直接支配外周肌肉组织, 但通过皮质下的运动协作器官以实现把个别的运动冲动转变为连续的运动旋律, 从而保证了复杂的运动和运动的熟练的组织。运动前区受损伤可无瘫痪表现, 但运动的熟练程度明显遭破坏, 如病人的书法改变了, 每个字母的线条开始要求特殊的努力。若运动前区深部受损害, 使其对皮质下的运动核兴奋的抑制和调节作用消失了, 使已开始的运动不能停止下来, 出现单一运动反复症。若优势半球的运动前区受损, 这种运动反复症还可表现在言语及书写中。

前额叶是边缘系统和运动系统的三级区, 它通过与皮质下结构联系, 共同调节机体的警觉, 且可按照当前的任务来改变觉醒状态。通过与皮质各区的密切配合, 可以组织和执行人的最复杂的活动。所以前额叶的损伤对运动的影响是明显的。若严重而且广泛的病变可出现木僵状态(不动、不语、不吃)。尽管如此, 前额叶损害并非累及一切行为, 而主要是高级形式的意识活动的组织遭破坏, 而比较简单的活动水平依然保持完好。如次要的与意图无关的刺激定向反射完好, 而且一些原始反射如握握反射还可病理性增强。意识运动的运动调节的破坏, 首先是那些借助言语参与调节的动作, 对言语所要求的动作常被更为习惯的很巩固的其它动作所代替。例如要求额叶损伤病人点蜡烛, 他能划火柴, 但不点, 却放入口中当香烟大口大口地吸。

额叶损伤导致复杂动作的解体, 而以简单的模仿行动的动作以及惰性的定型——持续动作来代替指示所要求的动作。前额叶损伤出现的惰性的定型与运动前区损伤引起的不同, 后者只是侵犯了动作的执行环节, 并没有破坏整个程序的实现, 病人能够从一个动作转换到另一个动作。前额叶损伤时, 侵犯了负责形成动作程序的机制, 表现从一个动作转换到另一个动作时非常困难。这种病人能理解言语指令, 但失去了言语对动作的调节作用, 也失去了对这些动作的控制。两侧额叶受损严重者, 可能不能觉察自己动作的错误, 指出了也不能纠正, 但能发现别人犯的错误。此外, 额叶损伤者往往表现动作僵化、刻板, 在新的情况下仍做老的反应。

(二)额叶与智力

额叶损伤病人从最简单的和直观的思维形式到复杂的抽象推理的思维活动形式都有障碍。包含在智力活动中的动作的程序被破坏了, 病人要么以一系列冲动的零碎的猜测, 要么以惰性的定型再现来代替真正智力活动。用分析有某种复杂性情节的图画过程可以观察病人的最直观和简单的思维形式的破坏。额叶病变病人用简单的猜测和片断的估计代替仔细的思考。思维的破坏还表现在演算方面, 演算本身无障碍, 但连续演算却不能, 如 $100-7=93$, $93-7=84 \cdots \cdots$ 或 $100-7=93$, $93-7=83$, 73 、 63 等。这种病人在解决复杂的课题时表现更为明显。正常人在解决问题时分以下几个步骤: 初步分析、制定计划、计划的完成和核对以及最后的比较, 而额叶受损者在任何一步都可能失败。

(三)额叶与记忆

额叶病人多半有记忆障碍，尤其近时记忆，又称额叶健忘症。额叶损伤并不引起记忆的原发性障碍，主要破坏了建立识记的牢固动机和维持随意识记所必须的主动努力，所以病人对原来已经巩固的记忆能保持十分长久，对那些不用力就能直接铭记住的东西能十分容易地记住，但若想在此基础上增加记忆数量却有困难。如强迫他们多次复习材料时也能学习新知识。所以额叶损伤病人的主动识记活动受到损害。这种病人记忆的缺陷更明显地表现在干扰性活动的抑制对记忆的影响。要求病人从一组信息转换到另一组时，病人会惰性地重复后一组，而不再回到第一组去。如让患者先复述：屋——林——猫，再复述路——夜——桌，于是他不再复述第一组词，而继续顽固地复述第二组词。上述记忆障碍主要是左前额的凸面受损，若病灶累及前额内侧部，因该区与网状结构及边缘系统有密切联系，所以损伤后可致严重的记忆障碍症状群，同时常伴严重的意识障碍及虚构现象。

(四)额叶与言语

说话中枢位于额下回后部(Broca氏区)，该区损害可致运动性失语症。前额叶虽说不与言语中枢直接有关，但仔细检查仍可发现额叶损伤者有言语障碍，表现为持续性言语或模仿言语，如病人无困难地复述单词或短句，如猫，森林、房屋，但若把词的次序改变，则发生困难，他仍按原次序复述，即持续性言语。额叶病人言语的流畅性也有障碍，如让他复述黑黑白白、黑黑白白、黑黑白白……，他只能说黑黑白白、黑黑白白白白……等。此外病人还常有自发性言语贫乏，在会话中回答减少，常退化为对回答的被动反应，这些反应常有模仿性质。

二、枕叶

枕叶是视觉分析器的中枢器官，枕叶损伤可引起视觉信息的分析和综合过程的破坏。视觉一级区位于枕叶的 **Boadmann17 区**，与视感觉有关，一侧一级区损伤可引起对侧视野的偏盲或点盲，但不引起中枢性失明。右半球由于其机能的特殊性，一级区的损害可导致对侧“空间不识症”，而且不能发现自己的缺陷。一侧视觉一级区损害对心理过程的进行不具有多么重要的意义。视觉二级区是一级区的上层结构(**Brodman 18 区**)，主要实现视觉的综合机能。刺激二级区产生幻觉，如花朵、熟悉的面孔。视幻觉与以往的视觉经验有关，说明视觉二级区对视觉信息的加工和储存有关。视觉二级区损伤，不产生视觉障碍，主要是不能将个别印象综合成一个完整的形象，不认得真实物体和它的图象。如给病人看一副眼镜，他不认得它，而猜测：“小环、木棒还有横梁，想必是自行车？”即视觉不认症。左半球视觉二级区与言语过程有密切联系，损伤时表现阅读障碍，病人要么不认识字母，要么把形体相似的字母弄错。右半球二级区损伤不存在字母认知障碍，表现为物体不识及人面不识症。

三、颞叶

(一)颞叶与听觉

与听觉有关的是颞叶上部和外侧凸面。由内耳耳蜗的柯蒂氏器官发出的第八对颅神经终止于颞叶 **Heschl 横回**(听觉一级区)。由于听觉是受双侧皮层支配的，所以一侧一级区损害并不引起中枢性耳聋，唯一的症状是对侧耳朵的听觉阈限的显著提高。

听觉二级区位于颞上部外侧凸面，刺激该区引起比一级区复杂得多的有组织的听幻觉如音乐、说话声。优势半球的听觉二级区是专门用于语音的分析和综合的器官，即言语听觉器官。该区损害仍保留辨别简单声音的能力，但分析简单声音有困难；而分析复杂的声音是不可能的。临床上表现听觉感受性失语，对物体命名不能及听写的解体。但左颞区病变的患者音乐听觉完好。右半球颞区损伤表现与左侧完全不同，言语听觉完整无损，音乐听觉却受到严重损害，临床上又叫“感觉性失音乐感症”。

(二) 颞叶与记忆

颞叶与记忆的关系越来越受到重视。颞叶外侧凸面损伤，由于复杂的言语听觉认知形式遭到破坏，导致了言语听觉记忆的破坏或特殊声音的记忆障碍，主要表现为记忆中不能保持甚至不多的声音、音节或词的序列。若左颞中部损伤，记忆障碍主要表现为不能保持稍微长一些的声音或词的序列，构成听觉记忆性失语症。若病变位于左颞内侧甚至累及对侧，影响双侧钩回、海马时，则使有选择性的铭记和痕迹的保持均遭到破坏，记忆障碍就成为最早和最严重的症状，并可伴有意识障碍。

(三) 颞叶与视知觉

颞叶既不与视觉信息的初级感觉有关，亦不与将视觉信息形成有意义的整体有关。但下颞区与综合和解释视皮层已检知并处理过的视觉信息有关，所以颞叶损伤可引起视知觉障碍，特点是即使物体的全部组织成分完全“看得见”，但不能认识整个物体。两半球不同，右颞叶损伤表现对图画排列测验、认不熟悉材料、对无意义的视觉模式的识别、视觉间抽象推理作用等作业上有困难，而左颞对数字、熟悉的材料的认识有困难。

四、顶叶

顶叶位于额、枕、颞叶之间。可分为中央后回、顶上小叶、顶下小叶(角回和缘上回)，由于顶叶与其它脑叶有着密切的联系，所以它在结构上和机能上都不是独立的器官。人们就以顶——枕——颞的皮质三级区的机能来研究它。尽管其机能很复杂，但顶叶主要是保证认知活动。

(一) 顶叶与感知觉

中央后回是躯体感觉的一级区，接受外周传入的各种非特异性躯体感觉(痛、温、触、振动感等)。因这些感觉于丘脑即进入意识，所以一级区损伤可不引起感觉丧失或仅表现为感觉阈升高。在一级区上增生着二级区。二级区损伤主要破坏形式复杂的主动触觉，表现为“触觉不识症”，即不能靠触摸来认识提供给他的物体。

顶——枕——颞部三级区是皮质后部三级区，其通道特异性消失了，该区损伤的病例，视、听、触、动觉的感受性完好，而在获得的信息的意义和结构的加工上发生明显错误，病人在理解传给他们的完整的信息(视、听等)时感到困难，不能把印象的个别成分合成一个统一的结构。顶——枕——颞三级区损伤还表现在空间定向不能，如病人从病房走到走廊，回来时找不到病房。若为优势半球损伤，在符号关系的分析上亦有障碍，如不能口头表明手指名称。

(二) 顶叶与逻辑关系

优势半球三级区损伤时，病人对日常生活用语能理解，但理解较复杂的逻辑文法结构时有困难。如不理解“鸟巢在树枝上”。这种病人在计算操作方面亦有障碍。

(三) 顶叶与言语记忆关系

左顶——枕——颞三级区损伤的病人可出现遗忘性失语症，即存寻找物体的名称时困难，这种病人不是听觉言语记忆的原发性障碍，而是与对名称的正常追忆过程的分析障碍有关。说出物体名称，找到它的言语标志，需将该物体归入某种范畴之中，这种过程需要语义图式保存完好，而左顶枕区受伤时这种图式遭破坏。另外，与被命名的物体的视觉表象不完整性有关。

(四) 右顶枕区功能

右顶——枕——颞三级区损伤时，不会发生认知过程的高级形式的破坏，复杂的逻辑、文法结构理解和计算过程亦保持完好。但与言语系统无关的空间的认识和动作的过程则受到

深刻的破坏，表现为左边半个视野不能见物，无视左边，还不能发觉自己的错误和缺陷(即自我疾病不识症)。另外，对物体的熟悉感丧失，对面孔的知觉破坏(不识人症)，这种病人在空间定向上也有障碍。总之，目前对右半球研究尚较少，所以对症状的认识还不充分。

第三节 神经心理学测验

临床神经心理测验，目的在于了解脑器质性病功能障碍的程度和性质。目前国内外最常用的是 Halstead—Rietan 成套测验，简称 HR 成套测验，共有成人式、儿童式和幼儿式三种。HR 测验包括下列几种测验内容：

- (1)侧性优势检查 检查利手、足，判别优势半球。
- (2)失语检查 检查失语、失认、计算不能和构图不能的测验。
- (3)握力测验 比较利手和非利手的关系。
- (4)范畴测验 用图形卡片测验概念形成。
- (5)手指敲击测定 检查双手精细动作的速度，比较双手敲击速度，可提示病变在哪侧。
- (6)言语声音知觉测验 测验持久注意，听与视觉相联系的能力。
- (7)连线测验 测验识数和字母诸符号的意义和顺序关系，从一系列向另一序列转换的能力。
- (8)触觉操作测验 测验触觉鉴别、运动觉、上肢协调能力，手巧动作及空间结构的能力。
- (9)音乐能力 测定听觉鉴定力，持久能力，保持警觉能力和注意力。
- (10)感知觉障碍检查 测定手指认识不能，皮肤——书写认识以及触觉、听觉、视觉的缺失。

与 HR 成套测验相连使用的还有智力、记忆和学习成就测验。这些测验经过标准化能够数量化地测定病人的智力、感觉——运动技能，记忆能力、语言、思维能力和反应速度等。测验结果可提示有无脑损伤，定性和定位，更重要的是能评定脑与行为的关系。文献报导 HR 成套测验定性定侧正确诊断率在国外为 86~89%，国内未经修订的约为 62~87.5%。但这套测验尚存在一定的局限性，如费时长，结果处理复杂，并要求病人清醒合作和起码的智能，故对有些病人难以使用，影响了临床的应用和推广。国内龚耀先已主持完成我国 HR 测验的修订工作。

(温州医学院 何金彩)

主要参考文献

- 1. 姜乾金·心理与生理·医学心理学·浙江医科大学，1986：23-29
- 2. 北京医学院·医学心理学讲义，1984：20-30
- 3. 徐斌·神经心理学讲义·全军首届医学心理学习班，1984
- 4. 陈达光·心理测验·医学心理学·浙江医科大学，1986。108-107
- 5. (苏)鲁利亚 Ap(汪青等译)·神经心理学原理·科学出版社。1983
- 6. (澳)沃尔什 KW(汤慈美等译)·神经心理学·科学出版社。1984
- 7. Weiner IB·Clinical Methods in Psychology'·2nd ed·NY: John Wiley & Sons. 1983:282~

第四章 认识过程

第一节 感知觉

一、概述

感觉，是人脑对当前直接作用于感觉器官的客观事物个别属性的反映。例如，物体的形状、大小、颜色、软硬、气味、声音等这些个别属性，直接作用于人的眼、耳、鼻、舌、身等相应感觉器官而产生感觉。通过感觉，人们也能了解到机体本身的活动情况和状态。如手臂的弯曲、身体的倾斜、胃肠的剧烈收缩等。知觉，是人脑对当前直接作用于感觉器官的客观事物的整体及其外部相互关系的反映。任何事物的整体都是由许多个别属性以一定关系综合构成的。例如，广柑有其特有的形状，橙黄色、光滑带粗糙的表皮及特殊的柑子味等属性综合而成。

感觉和知觉既有区别又有联系。感觉是个别感觉器官的活动，而知觉是多种感觉的有机结合，多种感觉器官联合的活动。感觉是知觉的基础，感觉越清晰越丰富，知觉就越完整、越正确。但是，事物的整体和它的个别属性是不可分割的，人在认识事物时，各种感觉器官常常是同时活动的，很少有单纯的感觉孤立存在。人们都是以知觉的形式直接反映事物，因此，人们常把感觉和知觉联系在一起，统称感知。

感知觉在人们生活实践中具有重要作用。感觉是认识的开端，是一切知识的源泉。感知是思维的基础。感知虽然反映事物的表面现象，但只有掌握了外界形形色色的材料，才能透过现象去认识事物的本质。另外，感觉对维持大脑正常活动有着重要意义。动物剥夺感觉后处于昏睡状态。美国心理学者的“感觉剥夺试验”显示一个人被剥夺感觉后，会产生难以忍受的痛苦，各种心理功能将受到不同程度的损伤，经过一天以上的时间才能逐渐恢复正常。这说明人们日常生活中，漫不经心地接受各种刺激，以及由此而形成的各种感觉是很重要的。

二、知觉的一般规律

知觉的一般规律主要表现在知觉的选择性、整体性、理解性、恒常性等方面。

1· 知觉的选择性 人们周围的事物是多种多样的，但人总是有选择地把某一事物作为知觉的对象，这就是知觉的选择性，周围的事物则作为知觉的背景。对象在背景中突出出来，就使知觉更清晰。背景居陪衬地位，在当时虽然也被知觉到，但却很模糊。对象和背景可互相转换。如老师在黑板上写字时，黑板上的字是学生的知觉对象，附近的墙壁、挂图是知觉的背景。当老师讲解挂图时，挂图是知觉对象，黑板和墙壁又成了背景。

影响选择观察对象和观察效果的有主、客观因素。主观因素：凡与人的动机、需要、兴趣、情绪状态、经验有关的事物都会被优先选为知觉对象。如几张挂图，其中一张特别有趣，或特别重要，就会吸引你首先去感知它。客观因素：①刺激物的变化：如旧教室粉刷一新了或树长高了；②刺激物的对比：有形态、强度、颜色、好坏的对比，对比差别越大的对象越容易被区别出来；③刺激物的位置：距离接近，形态相似的刺激物易组合成知觉的对象；④刺激物的运动：活动的刺激物容易被选择为知觉的对象，如夜空的流星，忽明忽暗的霓虹灯广告等；⑤反复出现的刺激物易被选择为知觉的对象；等。

2. 知觉的理解性 人们知觉事物时总是用以前获得的知识和经验去解释它、理解它，以此认识事物，并用词把它标志出来，说明它是哪一类的事物。知识经验越丰富，对当前事

物的知觉就越深刻、越精确、越迅速。这就是知觉的理解性。例如医生对病人的观察要比一般人仔细、全面。

3. 知觉的整体性 知觉的对象具有不同的属性、由不同部分组成，但人们并不把知觉的对象感知为个别的孤立部分，而总是把它知觉为一个统一的整体，知觉的这种特性就是知觉的整体性。整体性还表现在对于知觉过的对象，以后只要知觉到对象的个别属性，也能产生整体映象。如对一块曾经知觉过的大理石，只要看见它，就能感到它是光滑的、坚硬的、冰冷的，而实际上当时并未触摸。影响知觉整体性的感知和对象方面的因素，有接近、相似、闭合、好的连续、好的形态等。

4. 知觉的恒常性 当知觉条件在一定范围内改变时，知觉的映象仍然保持相对不变，知觉的这种特性称为知觉的恒常性。在视知觉中，知觉的恒常性表现得非常明显。例如，看一个人的人头高矮，由于距离远近不同，投射在视网膜上的视象大小可以相差很大，但我们总是认为他的高矮没变，仍按他的实际大小来知觉，这就是高矮的恒常性。在视知觉中还有形状的恒常性，亮度的恒常性，颜色的恒常性。

三、观察与观察效果

观察是一种有目的、有计划、有组织的知觉。它还包括着积极的思维活动，也被称为思维的知觉。观察是人对客观现实进行感性认识的一种高级形式。观察对于任何工作都具有重要意义。一切科学研究、生产劳动、艺术创作、医疗实践，都需要对其对象进行系统、周密、深入的观察，以获得丰富的有价值的事实材料，从而找出它发展变化的规律。许多科学家、革新家的伟大成就都与他们努力观察、善于观察和敏锐的观察力分不开的。

良好的观察应具备以下一些条件：①必须有明确的目的任务；②必须有周密的计划；③观察必须客观、精密；④观察须有必要的知识准备；⑤要随时作好观察记录，及时总结观察结果，这样既能深化和巩固所获得的知识，又有助于以后的观察。

第二节 记 忆

一、概述

记忆是过去经验在人脑中的反映。具体说就是事物的映象在人脑中形成、巩固和恢复的过程。一般可把记忆的过程分为识记、保持、再认或回忆。

所谓识记，通常是一个反复的感知过程。识记是记忆的第一步，它是保持的必要前提。从信息加工的观点看，识记就是信息的输入和编码过程。

识记可分为无意识记和有意识记。无意识记是事前没有确定识记的目的，也不用任何有助于识记的方法的识记。无意识记具有很大的选择性，那些在生活中具有重大意义的、适合人的兴趣、需要的事物，能激起人们情绪活动的事物，对人的影响就深，常容易记住。生活中许多经验，一些学习内容，就是由无意识记获得的。但它常常有偶然性、片面性，单靠它不能获得系统的知识。

有意识记，是事先有明确的识记目的，并经过一定的努力、运用一定方法的识记。根据识记材料有无意义或学习者是否了解其意义，又可分为机械识记和意义识记。机械识记主要依靠机械重复的方法进行识记，即学习中的死记硬背。例如，外文单词中的字母、某些历史年代、门牌号数等缺乏意义联系的材料，大多数靠机械识记。意义识记是理解事物的意义和内部联系，运用已有经验的识记。意义识记的效果，无论是识记速度，保持时间，还是回忆效率，常远比机械识记好。平时，我们常把机械识记和意义识记二者结合起来，以互相补充。

所谓保持，就是对识记的进一步巩固，把识记的知识经验较长时间地保留在头脑中。保持不仅是巩固识记所必须，而且也是实现再认或回忆的重要保证。从信息加工的观点看，保持就是信息的储存和进一步编码的过程。与保持相反的过程就是遗忘。遗忘就是对识记过的事物不能再认或回忆，或者表现为错误的再认或回忆。遗忘的原因有两种假说。一是其它刺激的干扰，使记忆痕迹被抑制，如长时记忆的遗忘属这类，过去记得的东西一时想不起来也属这种原因。二是因得不到强化，记忆痕迹消退的结果，如感觉记忆，短时记忆的遗忘多属这类。

德国心理学家艾宾浩斯对遗忘规律作过系统研究。他以自己为被试，以无意义音节为材料，详尽地研究了遗忘发展情况，发现了遗忘先快后慢的规律，即在刚识记后短期内遗忘较多，遗忘速度很快，以后记忆保持材料虽然减少了，但遗忘速度也变慢了。他把这一研究数据用曲线描绘出来，称为遗忘曲线。(图 4·1)

遗忘受多种因素的影响，复习是避免与减少遗忘的主要手段。按照不同情况，组织有效复习能提高记忆效果。

图 4·1 遗忘曲线



再认和回忆是记忆的两种表现形式，都以识记为前提，又都是检验保持的指标。从信息加工的观点看，都是提取信息的过程。再认，是过去感知过的事物重新呈现在面前感到熟悉，确知是以前识记过的。正确的再认要靠良好的识记。回忆，是过去感知过的事物不在眼前，把它重新呈现出来(回想起来)。回忆的速度和准确性，决定于所掌握的知识经验是否概括成体系，是否经常应用。回忆发生困难时，须进行追忆。

二、记忆的分类

根据记忆的内容，可把记忆分为形象记忆、逻辑记忆、情绪记忆、运动记忆四种。

形象记忆是以感知过的事物形象为内容的记忆。形象记忆中的内容主要是事物的感知特征，它们可以是视觉的，也可以是听觉的、触觉的或味觉的。如看了电影对人物言行的记忆。

逻辑记忆是以概念、判断、推理与逻辑思维过程为内容的记忆。它保持的不是事物的具体形象，而是其本质和意义。如对数学公式的记忆。逻辑记忆是通过语词进行的，它具有高度的抽象性。

情绪记忆，是对体验过的某种情绪或情感的记忆。如对第一天上大学时愉快心情的记忆。这种记忆往往是一次形成的，经久不忘。

运动记忆，是对过去动作的记忆。如游泳时手脚配合的动作方式。这种记忆一旦形成，保持的时间很长。

三、记忆的三阶段模型

五十年代中期以后，许多心理学家用信息加工的观点解释记忆。根据记忆过程从信息输入到提取所经过的时间间隔的不同，编码方式的不同，可把记忆分为三个阶段(系统)，即感觉记忆(库)，短时记忆和长时记忆。(图 4·2)

图 4 • 2 记忆的三阶段模型

1 • 感觉记忆(感觉库) 感觉记忆也称感觉登记,是记忆过程的开始阶段。现实生活中,所有输入的记忆信息,都首先经过感觉登记。我们有这样的体验,有时,作用于感官的刺激已经消失,而感官中的印象并未消退,还会持续很短一段时间,如视觉后象、听觉刺激后象即回声记忆等。感觉记忆的材料保持时间很短,约为 0 • 25~2 秒,直接以材料所具有的物理特性编码,有鲜明的形象性,其容量由感受器的解剖生理特点决定。感觉记忆中登记的材料受到特别注意就转入第二阶段即短时记忆,如没受到注意,就很快消失。

2. 短时记忆(初级记忆) 这是一种具有有限容量的“工作记忆”(working memory),信息约在 15~20 秒之内就在这种记忆中失去,例如查到的电话号码。对脑损伤病人的研究提示有两种独立的言辞信息及视觉信息的短时记忆系统,分别位于左右半球。

3 • 长时记忆(二级记忆) 记忆信息经过复诵可进入二级记忆。与初级记忆相比,长时记忆的容量非常大,并主要根据其语义——联想(semantic-associative)特点来贮存信息。长时记忆的保存时间可以很长,甚至保持终生。

四、记忆表象

感知过的事物不在面前而在头脑中再现出来的形象,叫记忆表象,或叫表象。

表象具有直观性和概括性的特征。表象是感知留下的形象,所以它具有直观性的特征。但是,由于此时客观事物不在眼前,所以它所反映的通常仅是事物大体轮廓和一些主要特征,不如感知所得的形象鲜明、完整。另外,表象具有概括性,因为它反映的是同一个事物或一类事物在不同条件下所经常表现出来的一般特点,并不是每次感知的个别特点。例如,我们头脑中的树木,都有树根、树干、树枝和茂密的树叶。这是所有树木的概括形象,不是某一种树的具体形象。记忆表象不仅概括了感知结果,使它趋于一般化,而且也为思维和想象奠定了基础。它是从知觉过渡到思维的桥梁或中间环节,没有记忆表象,就不可能进行思维和想象活动。

五、记忆的生理学基础

按照巴甫洛夫的高级神经活动学说,记忆的产生是大脑皮层暂时联系的形成、巩固和恢复。识记就是形成暂时联系,保持是暂时联系的巩固,再认和重现是暂时联系的恢复。

近廿多年来的研究表明,与记忆关系最密切的是颞叶和皮层下的海马。颞叶区多半是视觉和听觉方面的形象记忆部位,海马与短时记忆有密切关系。

应用脑电图同时引导多个脑区域的电位,发现在大多数学习过程中,有许多皮层部位和皮层下结构出现脑电位的变化。这说明学习和记忆是由广泛的神经原的共同活动来完成的。有人提出众多神经元群的共同活动,可能是记忆的生理基础的假说。据美国心理学家克莱因斯报道,依据脑电波的波型,能说出受试者正在注意什么颜色。美国密苏里大学的研究人员约克和金逊,已能把一部分脑电波型翻译成词。据说,目前他们已能鉴别 27 个词的脑电波图形。人们据此而推测,由于信息不同,引起多种神经元群活动的改变,进而引起脑细胞膜构型的改变,导致脑电波型的变化,很可能是记忆的生理基础。

在生物化学的研究中,提出了 RNA 和蛋白质的合成是记忆的分子基础的假设。许多动物

实验表明，促进核糖核酸的合成，或直接注射核糖核酸，能提高记忆效率，动物的条件反射就能更快形成。反之，抑制核糖核酸的合成，记忆就发生障碍。

此外，还有人研究神经递质与记忆的关系，有人在超微结构水平上，研究脑细胞外膜微环境对记忆过程的可能作用等。

六、记忆的测量

国外 1945 年编制了韦克斯勒记忆量表。国内湖南医学院亦修订了韦氏记忆量表。下面仅介绍许淑莲等编制的适于国内应用的临床记忆量表。它的适用年龄范围为 20~89 岁(每 10 岁一个年龄组，共分 7 个年龄组)。量表包括联想学习、指向记忆，图象自由回忆，无意义图形再认和人象特点联系回忆五项分测验，同时编有相匹配的甲、乙两套。测试后将以上五项分测验所得的原始分查表分别换算成各项的量表分，再将五项量表分之和按年龄查表换算成记忆商(MQ)。记忆商分为七个等级，记忆等级的划分是：记忆商在 130 以上则很优秀，120~129 为优秀，110~119 为中上，90~109 为中等，80~89 为中下，70~79 为差，69 以下则很差。这一量表取样测试结果符合常态分配。甲、乙两套复测相关 0.85。量表所测记忆与学习成绩、记忆与年龄的关系与经验相符。以上结果表明这一量表有良好的信度和效度。这一量表目前已应用于脑肿瘤、精神分裂症、睡眠对记忆的影响、抗衰老药物效果的观察和记忆的年轻化研究等。但量表所用的测试时间略长(约 40 分钟)，有待改进。

第三节 思 维

一、概述

思维是人脑对客观现实的间接的、概括的反映。间接性和概括性是思维的重要特征。所谓间接性，即思维是借助已有的知识经验来理解或把握那些没有直接感知过的，或根本不能直接感知的事物或其属性，以及推测和预见事物的发展进程。例如，医生根据体温、血化验，胸部 x 线透视结果诊断肺炎，这就是间接地反映事物。思维的概括性，表现在两个方面：①思维是对一类事物共同的本质特征的反映，例如，医学上的猩红热、流脑，可用细菌性传染病一训把它们概括；②思维是对事物之间本质联系的反映，例如，幽门梗阻病人右上腹可有拍水音，这是在多次经验的基础上得出的结论。

由于思维的概括性和间接性，人们通过思维就可以认识那些没有或者不能直接作用于人的各种事物的属性，也可以预见事物的发展，预见事物的进程以及结果。医生根据医学知识和临床经验，通过询问病史，检查病人的体温、血压，通过望、触、叩、听物理检查，经过临床思维能了解不能直接观察的病人内部器官的状态，确定病因，制订治疗方案。

思维的概括是借助词来实现的，任何词都是已经概括化了的的东西。它是人类在历史发展过程中固定下来，并为全体社会成员所共同理解的一种信号。通过词(说出的词，听到的词或看到的词)，能把一类事物的本质及其规律确定和巩固下来。因此，人只有借助于词、语言，才能思考一般的东西。人的思维主要是词的思维。

思维不是在头脑中凭空产生的，思维的内容和源泉仍然是客观现实，它只能在感知材料的基础上才能产生和进行。思维无论多么抽象，也只能来源于实践活动中对事物的感知。而且，思维的结果是否正确，也只有通过实践的检验。

二、思维的过程

从感性认识上升到理性认识是通过一系列思维过程实现的。思维的过程主要有分析和综合、比较，抽象和概括、具体化和系统化。其中分析和综合是思维的基本过程。

分析和综合 分析，就是在思想上，把事物的整体分解为各个部分、各个方面，把整体的个别属性、个别特征区分出来。综合，就是把事物的各个部分、各种属性或不同方面结合起来。分析、综合是彼此相反而又紧密联系的过程，是同一思维过程的两个方面，是互相联系、互相制约的。只有分析，才能清楚地认识事物各个部分，各种属性的意义，只有综合，才能认识这些部分和属性的关系和联系。分析、综合贯串于整个思维过程。

比较 比较是在分析综合的基础上，把事物加以对比，从而找出事物之间异同点的思维操作活动。没有比较，就没有鉴别多没有比较，人就无法认识事物。在医生进行临床诊断时，鉴别诊断就是比较。

抽象和概括 抽象，是抽取同类事物的本质特征、舍弃非本质特征的思维过程。概括，则是把同类事物的一般特征加以综合并推广到同类其它事物的思维过程。例如，医生抽取肠梗阻各种表现中共同的特征，舍弃掉其它特征，再推广到其他病人身上，见到病人有腹痛、呕吐、腹胀、无大便、无放屁的症状时，可诊断为肠梗阻。概括有不同的水平，即感性的概括(经验的概括)和理性的概括(科学的概括)。前者是根据事物外部特征的概括，属于知觉和表象水平的概括，后者是根据事物本质特征进行的概括，属于思维水平的概括。抽象与概括的过程，实质上是在比较的基础上进行的更高级的分析综合的过程。

具体化和系统化具体化是在概括的基础上，将对事物的一般认识，应用到相应的个别事物上去。系统化是把已经理解的知识归入某种顺序(归类)，使知识构成一个统一的整体。学生所学的知识愈多，愈需要加以系统化，才便于应用。

三、解决问题和思维

人的思维是由问题引起的，没有需要解决的问题，也就没有人的思维活动。由于问题性质不同，思维的方式不同，所以解决问题的思维过程也是多种多样的，无统一的模式。这里主要谈谈影响解决问题的主观和客观两方面因素：

客观方面：

1. 问题的性质 容易的问题一般很快就能找到解决的方法，而困难的问题，则要经历一定的甚至曲折的过程才能解决。

2• 问题呈现的方式(情况) 即使同一问题，如果呈现的方式不同，其难度也就会发生变化。

主观方面：

1. 动机 只有当人具有解决问题的需要和动机时，他才可能以进取的态度寻觅解决问题的方法和步骤。但是，动机过于强烈，求成心切、害怕失败、情绪过度紧张也会影响问题的解决。

2. 知识 具备有关知识，是解决问题的基础，只有凭借有关知识，才能确定解决问题的方向，选择途径和方法。对某一知识领域一无所知的人，是不可能解决这个领域中的问题的。从这个含义上看，一个人的知识、经验越丰富，越有可能解决问题。但有时候已有的知识、经验对解决问题也可以产生消极的影响，这是因为传统的认识或老一套的方法束缚着人们从新的角度看问题。这就是思维定势。

3• 定势作用 这是心理活动的一种准备状态。这种心理准备使人以特定的方式进行认识或行为，或在解决问题时具有一定的倾向性。在相同相似的情境中，定势有助于问题解决，但在变化的情况下定势则可能会起消极作用。

4• 个性 解决问题的效率也受个性因素的影响。个性中智慧发展水平对解决问题有重要影响，另外，自信心、灵活性、创造精神、意志力、情绪稳定等品质也会提高解决问题的

效率。反之则会妨碍问题解决。

四、想象与创造思维

想象是在头脑中对原有表象加工改造形成新形象的过程。这种新形象称为想象表象。例如，鲁迅根据自己耳闻目睹，从许多劳动妇女的悲惨生活的形象(记忆表象)中，创造出祥林嫂这个典型形象。

想象是在实践活动中发生发展起来的。它和思维活动密切联系着，也具有间接性和概括性的特征，因此想象也是一种特殊形式的思维。

根据想象有无预定目的，可把想象分为无意想象和有意想象。无意想象也称不随意想象。例如，听着对敌斗争的英雄事迹，头脑中自然地浮现出那些斗争的场面。有意想象是有预定目的、自觉产生的想象，也称随意想象。

在有意想象中，又可以根据想象的独立性、新颖性和创造性的程度不同分为再造想象和创造想象。按图施工等属于再造想象，运用头脑里储存的记忆表象或感知材料作为原型或素材，经选择、加工、改组而独立地创造新的形象，例如，作家的写作、科学家的创造发明等，都是创造想象。创造想象具有首创性、独立性和新颖性，因此，它比再造想象更复杂，更困难。

幻想，是创造想象的一种特殊形式。它是一种与生活愿望相结合的并指向未来的想象。

想象对人的实践活动具有重大意义。创造想象是一切创造性活动灼必要因素，是任何创造性的工作、学习和研究活动所不可缺少的。

创造过程是十分复杂的，没有固定的模式。创造过程受创造课题性质、类型、创造者的主观条件、客观环境等多因素影响。创造者只有根据实际情况、制定创造方案，使其符合客观规律，才能使创造活动得到成功。创造性活动与创造者的个性特点也密切相关。许多研究表明，具有高度创造性的人在个性方面有许多共同的特点。例如，坚定的事业心和责任感；强烈的求知欲和探索精神；敢于向传统观念和权威挑战，不怕冒风险；独立性，在自己的研究领域内不顺从习俗限制和束缚；灵活性，最少保守、最无偏见；勤奋、顽强、自信等。

(广西医学院 过慧敏)

主要参考文献

1. 华东师范大学·心理学·华东师大出版社，1982
2. 张厚粲等·心理学·中央广播电视大学出版社。1986
3. 张景莹主编·大学心理学·清华大学出版社。1983
4. 伍棠棣等·心理学·人民教育出版社·1982
5. 韦曼 J(徐斌等译)，医用心理学大纲·苏州医学院，1986 ‘
6. 过慧敏·认识过程·医学心理学·浙江医科大学。1986
7. (关)汤普林 RF: (孙晔等编译)·生理心理学·科学出版社·1984
8. (美)爱肯 J 等·解决闯题与创造力·外国心理学 1982; 3
9. 潘洁等·试论创造性思维理论中几个问题·心理科学通讯 1982; 5
10. 陈达光·心理测量·医学心理学·浙江医科大学。1986

第五章 情 绪

第一节 情绪的概念和分类

一、概念

情绪(emotion)一般定义为人们对于客观事物是否符合自己的需要而产生的态度的体验。它与认识活动不同,具有独特的主观体验形式(喜、怒、哀、乐、悲、恐、惊等感受色彩),外部表现形式(面部表情、体态表情、言语表情),以及独特的生理基础(皮层、丘脑、边缘系统等部位的特定活动);情绪又具有很强的社会性,即与社会文化相联系的高级情绪(道德感、审美感等)。在心理学,常把前者定义为情绪,而把后者定义为情感(feelings)。

在日常用语中,常用感情(affection)一词,其为情绪、情感这一类心理现象的笼统称呼。在概念上不但表示情绪表现和情感体验,而且还包括人的愿望、需要的内驱力等。

由于情绪可以影响和调节认识过程,正如我们常所感到的在心境良好的状态下,工作思路开阔,思维敏捷,解决问题迅速;而心境低沉或抑郁时,则思维迟缓,反映迟钝。情绪似乎是我们工作是否顺利,生活是否适宜的反应和信号。

情绪还可以协调社会交往和人际关系,人与社会之间和人际之间的关系都可以通过情绪反映出来,如爱和恨、快乐和悲伤、期望和失望、羡慕和嫉妒等,这些情绪的表现如同语言一样调节着人际行为。

情绪健康还是身心健康的一个不可缺少的内容。前语言阶段婴儿的情绪发展是否健康,决定着其早期智力的萌发,影响他人格特质的形成,甚至儿童晚期或成人后的行为;另有大量研究发现,情绪压抑与高血压,情绪急躁、易激动、好与人争且不易满足与冠心病,情绪过度抑郁与癌症等有明显的关系。因此,认识情绪,研究和了解情绪的机制和规律,确定情绪状态,控制和调节情绪即为当今心理学研究之热点。

二、分类

由于情绪有着生物性和社会性的双重特点,增加了对情绪具体描述上的困难,为便于理解,常采用多种不同的分类方法。

1. 按对象分类 情绪可以指向现实中的客体(现实情绪),也可以指向想象或推断中的事物(非现实情绪);既可以是对自己,也可以是别人。故情绪(情感)的内容是多种多样的,例如家庭情感(夫妻,手足之情等),社交情感(即友谊),乡土之情等。

2• 按精神水平分类 伴随身体感觉(如疼痛、冷、热)或本能性行为而发生的情绪是最低水平的,其次是社会生活中个人利害直接激起的情绪,再其次是与现实处境直接联系的利他主义的情感以及形象的美感等,最高级水平的情感是与真善美一类抽象概念或人生理想相伴随的情感。

3• 按内容来分 我国古籍中分为:“喜、怒、哀、惧、爱、恶、欲”(《礼记·礼运》)或“喜、怒、忧、思、悲、恐、惊”(《黄帝内经》)。汤姆金斯(Tomkins SS)认为有八种基本情绪:兴趣、快乐、惊奇、痛苦、恐惧、愤怒、羞怯、轻蔑。伊扎德(Izard CE)在此基础上又增加了厌恶和内疚两种情绪。

4. 维度分析法 早在十九世纪,冯特就按情绪的两极性进行三维分类:

(1)愉快——痛苦(快感度)

(2)激动——平静(影响度)

(3)紧张——轻松(紧张度)

并且认为情绪的两极性为一个连续谱。

近年来，普拉奇克(Plutchik R)提出一个情绪的复合维模式，认为各种情绪都有三个基本特性：强度、相似性和对立性，并以此绘制了八个扇形的模型表示八种主要的情绪(如悲伤、悲哀、抑郁属于一个扇形)，见图 5·1。在图中，最强的情绪在扇形顶部，如悲伤、愤怒等，越往下强度越小。当两个情绪扇形互为对角时，情绪是彼此冲突的，如悲伤的对立情绪是狂喜。反之，两个扇形靠得越近，情绪越相似，如惊愕与恐怖、憎恨与悲伤等。

图 5·1 情绪的三维模式圈

5·按情绪表露的强度和持续性来分 可以分成激情、心境及应激。

激情 激情是由生活中有重大意义的事件所引起的一种暴发性的强烈而短暂的情绪反应。积极的激情可以成为动员人积极投入行动的巨大力量。情绪激动状态，有时使人的认知活动范围缩小，理智地分析问题和控制行为的能力减弱，可以使人“失去理智”而造成严重的后果。

心境 心境是影响人的整个精神活动的一种比较持久的的情绪状态，它具有比较平稳、持久和弥漫性的特点，而成为一段时间内一般的情绪倾向。

应激 应激是出乎意料的紧张情况所引起的生理反应和复杂的认知过程。后有专章论述。

在临床心理学中，焦虑症和恐怖症等神经症性障碍通常称之为情绪障碍(emotional disorders)，而躁狂和抑郁则通常你之为情感障碍(affective disorders)，这可能是约定俗成，后者实际上是心境(mood)的障碍。

6·按情绪的作用来分 有积极情绪、消极情绪和中间情绪。

积极情绪 如愉快、眷恋、骄傲、满意、安全感，幸灾乐祸、报复等属积极情绪，其常伴有植物神经系统副交感系统占优势的兴奋。

消极情绪 如悲伤、愤怒、怨恨、嫉妒、恐慌、怜悯、懊悔、怀疑、羞愧、急躁、厌恶等属消极情绪，常伴有交感神经系统的兴奋。

中间状态 即使人的愉快与痛苦的情绪一点也不流露的时候，他的一些心理状态还是可以区别开的，因为人处在这种状态时，对环境，对自我仍有自己的态度，如漠不关心、袖手旁观、好奇心等。

描写情绪的用词不下几百个，用单一的分类是无法描写情绪这个多面体的，只有从多层次、多角度、系统地对情绪进行剖析、分类，才能比较透彻地理解情绪的含义和内容。

第二节 情绪的现象学

正如前面所述，情绪是体验，又是反应，是冲动，又是行为。它是有机体的一个复合状

态，是以特殊方式来表现的一种心理活动。要研究情绪心理，一般认为应该从情绪体验，情绪表现和情绪生理三方面着手。

一、情绪体验

情绪体验是人在某种情绪状态下的主观感受的表述。克雷奇(Krech D)认为应从以下四个维度来描述情绪体验。

1·情绪的强度(intensity of feeling) 情绪的强度在强度上，其范围可以从不惹人注意的、瞬息即逝的情绪到强有力的激情。愤怒亦可由愠怒到暴怒，快乐可从适意到狂喜。强度愈大整个自我为情绪所支配的倾向也愈大。

2·紧张的水平(level of tension) 情绪的紧张水平是指情绪对人的行为的影响。高兴的情绪可以一笑了之，也可以欢呼雀跃。情绪的强度与紧张的水平平常是相关的。高度的紧张很可能意味着情感强度较大。

3·快感度(hedonic tone) 情绪有前述的两极性，情绪体验在愉快或不愉快的强度上有明显的差异范围，这就是快感度一词的涵义。悲伤、羞耻、恐惧是明显的不愉快情绪，而喜欢、骄傲、满意则是明显的愉快情绪。

4·复杂度(degree of complexity) 人对自己的情绪体验常会称为“不可名状”，而有时则体验十分清楚，或是高兴，或是悲伤。按人对情绪的判断清晰程度可以划分出种种水平，这或之为复杂度。复杂度越高，清晰度越低，也就越难描述。

二、情绪表现

情绪产生时，在人躯体表面产生一系列复杂而明显的变化，即情绪变化。达尔文曾精彩地描述过恐惧情绪时的表情变化：“在恐惧和惊骇时候，眼睛和嘴都是张得很大，眉头提起来，受惊吓的人起初站着象个石像一样，不动不呼吸或是蹲伏下去，好象自然而然要避免被看见的样子。心脏搏动得又快又剧烈，……皮肤发青，发冷，还出汗。身上的肌肉颤动，这往往最先见于嘴唇，因为嘴干，所以口音变成干哑或含糊，甚至完全失音……。”从人的较明显的表情动作来看，主要有面部表情，体态表情和言语表情。

面部表情 它以眼睛、眉毛、嘴巴的变化为主。有人研究认为人类有 25,000 种表情，面部表情最为丰富(Birdwhistell R, 1970)。

体态表情 又称动作表现，以手脚动作的变化为主。例如人在高兴时，手舞足蹈，挺胸阔步；在懊恼时，则捶胸顿足，垂头丧气。有人认为手的表达能力仅次于脸。手在肩部以上表示动作多半为表达胜利的喜悦，幸福的祝愿，殷切的希望，美好的前景，而手在腰部以下表示动作，则表达不悦，憎恶的情绪。

言语表情 口头言语亦具有表情的作用。同样一句话，由于语气和音调的不同，会表现出不同的情感和情绪。如人在高兴时，声音高亢，言语迅速，语音流快，(平常说话 120~180 个字 / 分)；悲伤时则音调低沉，言语缓慢，声音断续。

三、情绪生理

情绪的产生常伴内脏器官的明显变化，尤在呼吸系统，循环系统，消化系统和内分泌系统。人在紧张时，呼吸会加快而短促，在松弛时，呼吸会加深而延长；人在愤怒时，血管收缩，心跳加快，血压升高，激动时会使心跳和脉搏加快，而色变红；人在愉快时，胃肠蠕动和消化液分泌会加强，消化系统的活动会提高多而在悲伤时，泪腺分泌增加，消化系统活动受抑制，故食欲减退；人在惊恐和紧张时，肾上腺分泌大量肾上腺素，以致心跳加快，血液循环加速，皮肤充血、出汗。这些生理变化常可以通过一些生理学仪器如呼吸容积记录仪、血管容积记录仪、心电图、皮肤电反射等记录。多道生理仪(即测谎仪)的工作原理正在于

此。

第三节 情绪的评定

情绪状态的确定可以通过主观体验的口头报告，或躯体表情的评定，也可以用生理心理学的方法。前二种方法较为简便易行。

为了表示情绪状态的动态变化，苏联鲁陶什金制定了“心理气氛圈”的图示方法，见图 5·2。“心理气氛圈”分为四个象限，其中第一象限为“情绪饱满区”，第二象限为“不满意区”，第三象限为“悲观区”，第四象限为“愉快区”。

被测者根据一个 7 点量表确定自己某日的情绪状态后，可以在心理气氛圈上相应描出一个点。一周或一日后，将较密集的点用曲线圈起来，即构成“云状排列”，可以用它来直观地表示这一周或这一日的“心理气氛”。

例如图中的云状排列较集中地分布在第一象限，其次为第四象限，第二、三象限分布较小。可以认为，本周或本日内，被测者的情绪状态基本上是愉快而积极的。读者根据此类气象图编制法还可以创造出不少有价值的情绪评定办法。

图 5·2 心理气象图

自六十年代以后，临床心理学家对焦虑和抑郁两种情绪异常研究较多，随之有许多评定量表问世。由于评定量表(rating scale)有其全而、数量化、便于交流、简便易行等优点，而被称之为近代临床心理学的重大进展之一。有关量表的基本理论有专章论述，在此仅介绍常用的几种用于抑郁和焦虑的评定量表。

用于抑郁的他评量表：

(1)汉密尔顿抑郁评定量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HAMD) HAMD 是最早的抑郁量表，已有好几种文字的版本，是公认的、用得最广泛的量表。原先仅 17 项，后发展成 21 项和 24 项。以 17 项量表的总分计，若<6 分，为无抑郁症状，17~24 分为有肯定的抑郁，需要门诊治疗，而>25 分，则为严重抑郁，需要住院治疗。

(2)Zung 抑郁问卷(Zung Depression Inventory)共 20 项，是与后述的 Zung 抑郁自评量表(SDS)配套的量表。

用于抑郁的自评量表：

(1)Zung 抑郁自评量表(Zung Self-rating Depression Scale, SDS) 是由美国杜克大学医学院的 Zung WK(1965)所编制，为目前用得最广泛的量表之一，见表 5·1。SDS 适用于有抑郁症状的成人，也可用于流行病学调查。

(2)流调用抑郁自评量表(Center of Epidemiological Survey—Depression Scale, CES-D) 为美国国立精神卫生研究所在 1974 年编制，共 20 个问题，用 0~3 分的 4 级评分，是一种较有效的流行病学调查筛选工具。

用于焦虑的他评量表：

汉密尔顿焦虑评定量表(Hamilton Rating Scale forAnxiety, HAMA) 为英国学者 Hamilton M 所编, 共 14 项, 实际上包括了 83 项症状, 可以分为两个因子: 躯体性焦虑和精神性焦虑。可用于诊断焦虑症和确定病人的焦虑程度。为当今最被广泛接受的焦虑量表。

用于焦虑的自评量表:

(1)Zung 自评焦虑量表(Zung Self—rating AnxietyScale, SAS) 为 Zung 所编, 详见表 5•2。

(2)焦虑状态和特质问卷(State—Trait Anxiety Inventory, STAI) 为 Spielberger CD(1970)所编制, 共 20 个题, 作 0~3 分的自我评定, 除检查时间短外, 尚可区分焦虑反应还是焦虑素质。

表 5•1 Zung 抑郁自评量表(SDS)

1. 我觉得闷闷不乐, 情绪低沉	1	2	3	4
2. 我觉得一天之中早晨最好	4	3	2	1
3. 我一阵阵哭出来或觉得想哭	1	2	3	4
4. 我晚 J: 毗眠不好	1	2	3	4
5. 我吃得跟 Y 常一样多	4	3	2	1
6. 我与异性密切接触时利以}L 一洋感到愉快	4	3	2	1
7. 我发觉我 11, j 体蜃曲■?眯	1	2	3	4.
i l. 我有便秘的书: 1-l~i	1	2	3	4
9. 我心跳比平时快	‘	1	2	3 4
l o. 我无缘无故地感到伙之	‘	1	2	、`3 4
11. 我的头脑跟平常一佯清楚	‘	‘4	3	2 1
l 2. 我觉得经常做的事情并没有 12}4 难	4	3	2	1
l 3. 我觉得不安而平脖不下来	1	2	3	4
l 4. 我对将来抱确‘希紖	。4	3	2	1
l 5. 我比平常容易生气’嫩动:	1	2	3	4
l 6. 我 j 谴 f 寻 f1: 出决定足容易的	4	3	2	1
17. 我五《得自己是个人有用的人. 有人磁蛰我	4	3	2	1
l 8. 我的生活过得 iR 有意思	4	3	2	1
1 9. 我认为如果我死了别人会生潘.. }廿女 r 些	1	2	3	4
20. 平常感兴趣的率我 c} 5 然】_l {样感兴 JI!15	4	3	‘	2 1

表 5•2 Z u n g 焦虑自评量表(SA S)

1. 我蠓到比纯常义 JJII}III 经过敏 j fII 焦虑	1	2	3	4
2. 我无}袋另÷放!鹑到】f, l: -C.、	1	2	3	4
3. 我俗易心烦. 魏^1. 代!卷到恐 f 髓	1	2	3	4
4. 找感到我的身 f}.,: fr 象袱分心儿块. 支离妙碎	1	2	3	4
5. 我!感到. j 删渊洲(四; {利. 不会有倒霉 III 勺事 f- 发生	4	3	2	1
6. 我的川戢抖动和孺螂 i	1	2	3	4
7. 我因头 j f { . 劲 i? f j 桐 l=i l { {; 带 l fTj 烦 ‘噤 l	1	2	2	4
8. 我感到无力儿. 容易坡势	1	2	3	4
8. 我感到限平订争. 能安静坐下来	4	3	2	1

1).	我感到我的心跳}支伙	1	2	3	4
1.	我因阵 114; 1. 1 勾眩雅而不舒服	1	2	3	4
2.	我有 1: M: 裂昏倒的感觉	1	2	3	4
3.	我呼吸时进。• j 滞…卜滞 15 不狄 / J	4	3	2	1
1..	我 fl, J 予{j~1 1 11)tl'"" . 感到 J 徘术 jflI jI{IJ}m	1	2	3	4
5.	我田用}f『j jfn 消化不 1~t. iIIILl-l; }i	1	2	3	4
6.	我必须时常排尿	1	2	3	4
1 7.	我的于髓. 足溅吸川二 弛	4	3	2	t
1 8.	我觉得舱发烧发么 1:	1	2	3	. =l
1).	我祥片 VI 入峨. 晚.. L 体 m 舩-f.	4	3	2	1
2,).	我做怨梦	1	2	3	4

使用一个国外量表，尚须进行标准化的修订，我国上海精神卫生中心，中科院心理所，湖南医学院等单位已对上述量表进行了引进和修订。

(杭州大学 徐 云)

主要参考文献

1. 斯托曼 KT(张燕云译)·情绪心理学·辽宁人民出版社，1986
2. 湖南医学院主编·情感性疾病的进展·国外医学精神病学分册编辑部，1984
3. 詹姆斯(唐钺译)·心理学原理·商务印书馆. 1963
4. Krech D et al·Elements of Psychology·NY: Afred A Knopf, 1974
5. Sartorius N·Assessment of Depression·Berlin: Springer Verlag. 1986
6. Dunbar HF·Emotions and Bodily Changes·NY: Columbia. 1954
7. Spielberger CD·Anxiety Vol(1)·NY: Academic Press. 1972

第六章 个 性

第一节 概 述

一、个性概念

关于个性(individuality)的概念,众说纷纭,哲学、文学、社会学、人类学等等学科都把个性作为自己的研究对象。因此,个性的定义也随各学科的特点,各学派的理论观点而异。作为科学心理学研究的对象,个性的含义也不尽相同。美国心理学家阿尔波特(Allport GW)提出,个性是个体内在心理物理系统中的动力组织,它决定人对环境顺应的独特性。英国的艾森克(Eysenck HJ)给个性下的定义是个体由遗传和环境所决定的实际和潜在的行为模式的总和。我国心理学家潘菽则认为,个性差异是指人们之间的稳定的心理特点上的差异,如性格、兴趣或能力等方面的差异。个别差异不仅表现人们是否有某方面的特点,而且也表现同一特点的不同水平。概括起来说,个性是指具有一定倾向性的,比较稳定的心理特征的总和。

心理学中述及个性时常一并提到人格(Personality)。严格讲,人格与个性是有所区别的。人格是对人的总的、本质的描述,是从广义上来阐述的,它既能代表这个人,又能解释和说明这个人的行为。而个性是表示一个人的独特性和分开性。是从狭义上来阐述的,它给人以特有的色彩。故人格比个性有更多的内涵和外延。但是由于人格的研究也非常强调个别差异。故不少心理学家把人格看作是个性的同义语。

个性具有下列特征。①稳定性:一个人在其成长的过程中,不断接受这样或那样的刺激,并作出相应的反应,人们根据反应的结果,逐步形成比较稳定的观念,这种观念决定了他的思想、情感和兴趣,从而一贯持久地表现出对现实相对稳定的态度及与之相适应的习惯行为。当然,这种稳定性也不是一成不变的。②整体性:个性是个统一的整体,个性倾向性和个性心理特征是有机地联系在一起的。③独特性:个性具有民族、地区、阶级或集团的特点,每个人又都各具自己的个性特点。独特性赋予整体性以具体色彩。例如同样是坚持性,甲表现为坚韧不拔、百折不挠;乙表现为埋头苦干、任劳任怨;而丙可表现为墨守成规、顽固偏执。④倾向性:人对现实事物的看法都有一定倾向,倾向性是活动的诱因。

二、个性的心理结构

个性心理结构是复杂的、多层次多侧面的有机整体。它主要由个性倾向性(individual inclination)、个性心理特征(individual mental characteristics)和自我(ego)三部分组成。

个性倾向性是个性结构中最活跃的因素,是人进行活动的基本动力。它主要体现在心理活动的选择性,对事物的态度体验及行为的积极性上,对心理活动有明显影响。它主要包括理想、信念、世界观、需要、动机和兴趣等。

个性心理特征是个性结构中较稳定的成分,可表现一个人典型的心理活动和行为。主要包括能力、气质和性格。

自我是个性结构中的协调控制因素。自我就是人对自我的认识和评价,即对个性倾向、个性心理特征的认识和评价。人们通过自我意识(self—consciousness),对个性心理结构中的各个成分进行控制调节,使自己形成完整的个性,否则便会导致个性的分裂,甚至形成

双重人格。

第二节 个性心理特征

一、能力

能力是人顺利地完 成某种活动所必须具备的心理特征。它直接影响着活动的效率。能力可分为一般能力和特殊能力。一般能力包括观察力、注意力、记忆力、思考能力等。一般能力又称智力(详见第八章),是完成任何活动都需要的能力。特殊能力是完成某项专业活动所需要的能力,如画家的色彩鉴别力,音乐家的音色分析能力等。完成任何一项活动都需要多种能力的结合,这种在活动中,多种能力在质的方面的完备结合就叫做才能。

二、气质

1. 气质的定义 气质是人的高级神经活动类型特点在行为方式上的表现,是人的心理活动的动力特征。所谓心理活动的动力是指心理过程的速度(如知觉的快慢、思维的灵活程度)、强度(如情绪体验的强弱、意志努力的程度)、稳定性(如注意力集中时间的长短)和指向性(如内倾、外倾)等。气质与遗传有关,每个人生来就具有一种气质。这种心理活动动力特征上的差异使每个人的全部心理活动都蒙上了个人色彩。

2 • 气质的类型 关于气质的分型及其依据有各种不同的理论,如我国古代的阴阳说,德国精神病学家克瑞奇米尔提出的体型说,日本学者古川竹二等提出的血型说等。这些理论都是以观察生活现象为主,缺乏严密的科学依据,故未得到普遍认可。现在较为流行的气质分类,是古希腊著名医学家希波克拉底(Hippocrates)提出的气质分型法。希波克拉底认为人体内有四种液体:血液、黄胆汁、黑胆汁和粘液,根据在人体内占优势的体液类型,把气质分为多血质、胆汁质、抑郁质和粘液质。显然,希波克拉底的体液说也是缺乏科学根据的,但由于在日常生活中确实可见到这四种气质的典型代表,且此学说也被充实了新的含义,故此分型法仍被沿用。

3 • 气质的生理基础 希波克拉底的分型法之所以沿用至今,主要是因为高级神经活动类型学说为之揭示了生理基础。巴甫洛夫通过动物实验研究并结合日常观察,发现神经系统具有强度、均衡性和灵活性三种基本特性。强度是指神经细胞和整个神经系统经受强烈刺激或持久工作的能力。均衡性是指神经系统兴奋与抑制过程的力量对比。灵活性是指兴奋与抑制两种神经过程相互转化的速度与能力。这三种特性在个体身上存在的差异和不同的组合就形成了高级神经活动的不同类型。其中较典型的有:强、均衡而灵活的活泼型,强、均衡而不灵活的安静型,强、不均衡而灵活的兴奋型,及弱、不均衡、不灵活的抑制型。分别相当于上述气质类型的多血质、粘液质、胆汁质和抑郁质。故神经类型也就被看作是气质的生理基础。

4 • 气质的特点 气质具有下列几个心理特性:①感受性:人对身体内外适宜刺激的感受能力。②耐受性:人对外界刺激在时间和强度上的耐受程度。③可塑性:人根据外界事物的变化而改变自己适应性行为的能力。④反应敏捷性:一般的心理反应和心理过程进行的速度。⑤情绪兴奋性:情绪向外表现的强烈程度以及产生情绪反应的速度。⑥倾向性:外倾,心理反应与活动依赖于当前产生的外界印象,内倾,心理反应与活动依赖于过去和未来相联系的形象、表象和思想。上述四种气质类型具有不同的气质特性和外显表现,详见表 6 • 10

需要强调的是现实生活中的个体总是几种气质兼而有之,很少典型专一的实例。必须认识到:气质具稳定性和可塑性,气质渗透到人的情绪和性格中,使之带上个人色彩,但在外

部和内部条件的影响和要求下，原来的气质可被掩盖和转换，而非一成不变。此外，由于气质只表明一个人情绪和活动发生的强度和速度，并不涉及情绪和活动的方向、内容，故气质无好坏之分。当然，任何气质类型都有其积极面和消极面，但不同的气质并不决定一个人活动的社会价值和成就高低。

表 6•1 四种气质类型的基本特性及表现

言行敏捷，活泼好动，待人热情，粗心浮躁，注意欠稳定，兴趣易变换。
言语少而缓，动作稳而慢，情绪藏而不露。善忍耐。易冷淡颓唐，固执拘谨。
精力充沛，不易疲劳。性情急躁。办事粗心。易于冲动。自制力差。
动作缓慢，观察细微，情感体验深刻。稳定，敏感怯懦，孤僻多虑，不果断。缺乏信心。

三、性格

1•性格的概念 性格是个人对客观现实稳定的态度及与之相适应的习惯化的行为方式。性格是个性特征的核心，受意识倾向性的制约，能反映一个人的生活经历及本质属性。

性格和气质是二个较易混淆的概念，这二者是互有联系的。气质是性格形成的基础，如要形成自制力这种性格特点，抑郁质者较容易，胆汁质者则需经极大克制和努力。气质影响性格的表现方式，如同是勤劳的人，胆汁质者表现为情绪饱满、精力充沛，粘液质者表现为操作精细、踏实肯干。性格可掩盖和改造气质，如具胆汁质气质的外科医生，长期从事操作精细的工作，其备了沉着细致的性格特征，职业养成的过程就可能改造胆汁质的冲动、不可遏制的缺点。因此，气质和性格是互相影响，互相制约的。另一方面，气质和性格又是有所区别的：①气质主要是先天的，较多受个体生理条件、特别是高级神经活动类型的影响。而性格主要是后天的，更多地受社会生活条件的制约。②气质表现的范围较窄，它局限于心理活动的速度、强度、稳定性和指向性等，而性格表现的范围较广，几乎包括人的心理活动的一切稳定的特点。③气质可塑性小，变化慢，性格可塑性大，变化较快。④气质无所谓好坏，性格则有好坏之分。⑤在决定人的行为举止上，性格具核心意义，而气质只具有从属意义。

2•性格的特征 ①对待现实的态度特征，其中又包括三个方面，一是对社会对集体对他人的态度特征，如热情诚实、冷淡虚伪等。二是对劳动和劳动成果的态度特征，如勤奋与懒惰。三是对自己的态度特征，如谦虚与骄傲等。②情绪特征，表现在情绪反应的快慢，情绪表现的强弱及情绪保持的久暂等方面。如乐观与悲观，情绪稳定与喜怒无常等。③意志特征，一个人根据一定的标准，自觉地调整控制自己的行为，克服困难达到既定目的，这就表现了其性格的意志特征，如自制与放任。④智力特征，表现为认识活动的态度和认识方式上的心理特征，如感知、记忆和思维的深刻性、肤浅性。当这四方面的性格特征体现在具体人身上时就形成了这个人特有的性格结构。一个人的行为总是受其性格结构制约的。

3 • 性格的类型 性格类型是指在一类人身上所共有的某些性格特征的独特结合和表现。按照一定标准和原则把性格等加以分类，有助于揭示性格的实质，了解一个人的性格特点。性格分型复杂多样，至今无统一标准，择其主要的简介如下：①机能类型学说。一般可分为理智型——以理智的尺度来衡量一切并支配行动。情绪型——行为举止受情绪影响，具有浓厚的情感色彩。意志型——意志特征在性格中占主导地位，具较明确的目标，行为主动。②向性学说。按人们的心理活动的内外倾向划分为内倾、外倾和中间三种类型。③独立——顺从学说。按个人独立性程度分为顺从型和独立型。④A~B 型行为类型。按竞争性，时间观念和情绪反应的强弱来划分。此外，还有特性分析说等。(见下节)。

在现实生活中虽然能找到上述分类各类型的代表人物，但这些分类有很大的局限性和片面性，且难以反映人们性格的本质特性。由于性格结构的复杂性，性格的分类至今还没有一个为大家所公认的较科学的学说。

第三节 个性的形成及影响因素

个性是在个人的遗传、环境、社会实践和自我教育等因素的交互作用下形成和发展起来的。人的遗传素质是个性形成的前提，社会生活条件和环境的影响是个性形成的决定因素，教育与教化的过程是个性形成的主导因素，而个性形成的最终途径是社会的实践。总之，在独特的遗传素质的基础上，通过社会化过程，形成了一个人的个性。故个性受下列因素影响：

1 • 遗传素质 人的个性不是与生俱来的，但神经类型的特点，内分泌活动的水平等都可能与遗传有关。例如神经类型是气质的生理基础，故气顷主要是先天的。

2 • 生活环境 环境是指对人发生影响的自然界和人类社会。环境对个性的影响，一方面表现在制约个性形成的快慢和水平，另一方面表现在制约个性形成的方向和性质。

3.文化因素 文化的组成包括对一些重大问题的价值观念和解决问题的方法与行为模式。社会文化影响着社会成员共同的行为模式。在同一文化中，大多数人具有共同的心理特征，个性是寓于共性之中的。

4 • 社会阶层 在同一文化社会中，不同阶层的人对外界事物的认识及反应方式不同。如商人多保守，劳动者较激进，经济地位高者防卫机制较强等等。

5 • 家庭和学校的影 响 家庭因素是个性形成的最初根源。家庭中人与人的关系，儿童在家庭中所处的地位，父母对子女的教养方式，父母的个性等对孩子个性的形成都有很大影响。学校的教育对个性形成也起着很大作用，校纪班风，团队活动，课外读物、社会实践等在相当程度上影响着学生的个性形成。教师的个性和行为对学生的影响，常起到潜移默化的作用。

第四节 特质论和个性测验

一、有关个性的理论研究

现代心理学家对于人格的研究，学派众多。如弗洛伊德、荣格的精神分析人格理论，斯金纳的行为主义人格论，罗杰斯的人格自我理论，阿尔波特、卡特尔和艾森克的特质论等。其中特质论(trait theory)是人格理论中影响最大的一种，因此，本节主要介绍人格的特质理论。

(一)阿尔波特的人格特质论

阿尔波特认为人格特质就是人格中使行为具有一致性和倾向性的心理结构，它是人格的测量单元。特质组织了一个人的完整的人格结构，引发人的行为和思想，它除了对刺激作出反应产生行为外，还能主动地引导行为。

阿尔波特将人格特质分为个人特质(某个具体人身上的特质)和共同特质(许多人都具有的特质)。他强调个体化探讨，注重个人特质的研究。他还认为，不是所有个人特质都对人格具有同等的影响和意义。他把个人特质分为三类：①基本特质：影响个人一切活动的特质，它渗透性强，遍及活动的所有方面；②核心特质：由几个互相关联的特质构成的一个独特的人格。也是行为的重要决定因素，但渗透性稍差；③次要特质：是不明显的人格特质，渗透性很差。它与习惯、态度密切相关，包括独特的偏爱等。

该理论从个体本身行为的特点出发，直接探讨人格问题，为人格的研究提供了一个框架，使人们有可能将研究对象的各变量置于操作程序中，便于人格的测量。

(二)特质的因素分析

应用因素分析法来探讨人格特质的代表人物是卡特尔(Cattell RB)。他把人格特质分为表面特质和根源特质。前者是指从人的外部行为可能观察到的特质。后者是表面特质背后具有的特质，是构成人格的基本要素，是个人行为的最终根源。卡特尔通过因素分析法，从众多的行为“表面特质”中抽出 16 种根源特质，即乐群性、聪慧性、稳定性、持强性、兴奋性、有恒性、敢为性、敏感性、怀疑性、幻想性、世故性、忧虑性、实验性、独立性、自律性和紧张性。这 16 种因素是各自独立的，我们每个人的性格特征不同就是由于这十六种因素在各人身上的组合不同。

(三)人格维度

艾森克广泛采用了心理测验和因素分析法，研究特质理论，形成了艾森克的多维个性论。他于 1959 年提出人格特质包括二个维度，一个是外倾——内倾维，另一个是情绪稳定——不稳定维，又叫神经质维(1975 年又增加了精神质维)，他认为这二个维度足以标志一个人的人格特质模式，从而说明他的行为方式。

艾森克认为外倾——内倾性与脑干网状结构的唤醒阈值有关。外倾者具有一种固有的低唤醒水平，而内倾者具有一种固有的高唤醒水平。脑干网状结构要保持“驱动状态”(达到最适状况的动力)，就必须维持唤醒的最适水平。而外倾者长期处在适宜水平之下，内倾者长期在适宜水平之上。为了达到唤醒的最适水平，外倾者就设法寻找额外的多变的刺激，如寻求喧嚣刺激、新的体验和社会接触等，以增加感觉传入，提高脑干网状结构和皮层的唤醒水平。内倾者则采用回避刺激的方法或从事一些重复的无变化的活动，如厌恶刺激性活动，激动的事件和社会接触等，以减少感觉传入，降低脑干网状结构和皮层的唤醒水平。

二、个性测验

研究个性的方法很多，目前较有效的是行为观察法和测验法。观察法就是有计划地观察一个人的外部表现，收集其生活资料，如书信、日记等，访问熟知此人情况的人，了解这个人在各种情况下，对各种事物的态度和行为表现，进而分析整理获得的材料，归纳出他的个性特征和类型。测验法主要包括投射法和问卷法。投射法是给受试者看一些意义不明确的图片或照片(刺激性质含糊不清)，令其根据自己的体验说出看到的東西(回答不受限制，自由发挥)，然后根据受试者的反应给予计分，进行质和量的分析，揭示其个性特点。如罗夏墨迹测验(Rorschach Test)。问卷法采用自我报告的形式来收集有关人格的资料，进而进行人格分析。各种人格问卷往往是根据某一种人格理论而经标准化编制而成的。现把我国修订并使用的一些人格测验简介如下：

(一)内外向性格测验

此问卷系尼曼(Neymann)和科尔施太特(Kohlstedt)编制, 又称向性调查表。共 50 个题, 题后有“是”“否”二种答案供选择。要求按平时真实情况回答。结果评定: 按标准记分, 然后代入下列公式:

$$\text{向性指数}=\text{处宜垒士}\{ \geq \text{壅塑必} \times 100$$

若向性指数大于 115, 为外向型, 指数越高越外倾, 向性指数小于 95, 为内向型, 指数越低越内倾。捐数在 95~115 之间, 为中间型。

(二)艾森克人格问卷

艾森克人格问卷(Eysenck Personality Questionnaire, EPQ)是英国伦敦大学 Eysenck HJ 教授及其夫人 EysenckSBG 博士编制的。有成人(16 岁以上)问卷和儿童(7-15 岁)问卷二种。我国修订的有 88 个条目(龚耀先等修定)和 85 个条目(陈仲庚等修订)二种。被试根据自己的情况对每一条目回答“是”或“否”, 然后根据四个量表(即 P、E、N、L)的计分标准计分, 进而根据年龄、性别常模分析被试的个性特征。

现以 88 条成人问卷为例, 将 EPQ 的四个量表的意义及各维典型代表的表现分述如下:

E 量表(Extrovision-Introvision): 外向——内向量表, 计 21 条。分数高示外向, 反之, 为内向。典型外向者(E 分特高)表现为随和乐观, 喜欢谈笑, 爱交际, 喜冒险, 欠踏实, 易冲动等。典型内向者(E 分特低)表现为生活规律严谨, 踏实可靠, 安静离群, 内省保守等。

N 量表(Neuroticism): 情绪稳定性(神经质)量表, 计 24 条。分数高示情绪不稳定, 表现为焦虑紧张、易怒、抑郁。遇刺激情绪反应强烈且难以平复。N 分低示情绪稳定, 表现为平静、不紧张, 情绪反应缓慢、弱, 即使激起了情绪也易于平复。

P 量表(Psychoticism): 精神质量表, 计 23 条。分数高可能示孤独, 不关心他人, 缺乏同情心, 喜进攻, 适应环境困难, 喜欢干奇特的事等等。

L 量表(Lie): 掩饰性量表, 计 20 条。测被试掩饰, 假托或自我隐蔽倾向, 即不真实回答。同时, 也有测其纯朴性和幼稚水平的作用。一般来说, 成人的 L 分因年龄而升高, 儿童则因年龄而减低。

量表结果分析: 各量表得分高低的判定可参考年龄、性别常模(龚耀先等根据 6418 名正常成人和儿童的测验结果制定)。以 E 量表为例, 若被测 E 分等于或接近该年龄组样本中的 E 分的平均值, 为中间状态。高于均值+标准差, 为分数高, 外倾。低于均值-标准差为分数低, 内倾。倾向的程度, 依偏离平均数的大小而变。其它量表, 以此类推。

艾森克把 E、N 二维度综合在一个平面上, 据此可测知被试的气质类型。以 E 维为 X 轴, N 维为 Y 轴, 形成的两维座标系上的四个象限分别代表着四种气质类型, 如图 6·1 所示。外向、不稳定(I 象限)——胆汁质; 内向、不稳定(II 象限)——抑郁质; 内向, 稳定(III 象限)——粘液质; 外向、稳定(IV 象限)——多血质。图中圆周上的各移行点就代表了具有不同 E、N 特点的人。同理, 具有各种不同程度 E 和 N 的人, 还具有不同程度的 P 特点。

图 6·1 E. N 维与气质类型

(三)明尼苏达多相人格调查表(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI)

本调查表由美国明尼苏达大学哈特卫(Hathaway SR)和墨金莱(Mekinley JC)于 1943 年编制而成。我国宋维真等于 1980 年进行了修改和试用,试用证明此测验表在我国使用具有一定的信度与效度,用于精神病临床,效果尤其明显。该表共 566 个自我陈述式的题目(其中 16 题是重复的,以测验被试的诚实性),被试根据自己的实际情况作出“是”或“否”或“不能肯定”的选择回答。MMPI 的计分与解释相当繁杂,按被试的回答在 14 个量表上得到不同的分数后,其结果常采用图式(纵剖面图)表示,以利于对测量结果的解释与分析。14 个量表中有 4 个效度量表(考查被试作答的态度)和 10 个临床量表(用于多相个性的调查)。其意义如下:

效度量表:①Q(Question),疑问。指不能回答或用“?”作答的题数,大于 30,测验无效。②L(Lie),谎分。计 15 题,分数高表示答案不真实。③F(Validity),诈病分。计 64 题,分数高表示诈病或确系严重偏执。④K(Crrection),校正分数。计 30 题,分数高表示一种自卫反应。

临床量表:①Hs(Hypochondriasis),疑病。反映个人对躯体功能的不正常关心。计 33 题。②D(Depression),抑郁。示情绪低落,悲观绝望等。计 60 题。③Hy(Hysteria),癔病。测躯体或精神的转换倾向。计 60 题。④Pd(Psychopathic deviate),精神病态。主要测个人乏社交或反社会的倾向。计 50 题。⑤Mf(Masculinity-femininity),男子气,女子气。反映是否同性恋或其它性变态。计 60 题。⑥Pa(Paranoia)妄想狂。测是否有病态猜疑,过敏夸大,甚至妄想。计 40 题。⑦Pt(psychasthenia),精神衰弱。用以识别精神衰弱,强迫状态,恐怖症或焦虑。计 40 题。⑧Sc(Schizophrenia),精神分裂症。测是否有离奇异常的思维行为等。计 78 题。⑨Ma(Hypomania),轻躁狂。高分示情感多变,观念飘忽等。计 46 题。⑩Si(Social introversion),社会向内。测个人与人相处的退缩程度。计 70 题。

(扬州医学院 王 慧)

主要参考文献

1. 陈仲庚等·人格心理学·辽宁人民出版社,1986
2. 龚耀先·心理科学通讯 1984; 4: 11
3. MMPI 全国协作组·心理学报 1982; 4: 449
4. HHPI 全国协作组.《中国人使用明尼苏达多相个性测验表的结果分析》,心理学报 1985; 4: 346-354
5. Coles MGH et al·Psychophysiology·Elsevier·1986

第七章 心理应激

第一节 心理应激的概念

Stress 在生理学、医学上译为应激，在心理学上除了译为应激外，也常有人译为紧张刺激，紧张反应，紧张状态，心理压力等。

Stress 是加拿大生理学家和医学家汉斯·赛里(Selye H)首先提出的一个重要概念，以后又成为多门学科，包括心理学、内科学、精神病学、生理学、药理学、人类学、人类工程学等的重要研究课题。由于研究的队伍庞杂，所持观点各异，侧重点又不相同，因此对应激的看法也各持己见，至今也还没有一个公认的定义。’

经过几十年的研究和争论，现在已经逐渐趋向于认为：应激是机体与环境之间缺乏适应。以 **Lazarus** 为首的一群学者认为，人在生命活动过程中，不断地产生生理和心理上的需求，而人又必须通过自己的行为来满足这些需求。但是每个人满足自己需要的能力却是极其有限的。当人们的需求和满足这些需求的能力不相适应或者说发生矛盾的时候(这也可能来自识别和判断上的问题)，心理上就会出现不平衡。如果这种情况是轻微或短暂的，则可以迅速得到调整，但如果这种状态十分强烈持久，机体承受不了，于是必然地要出现心理应激(Psychological stress)。

既然心理应激是由于个体需求无法满足，也就是在应对(coping)失败的情况下引起的。所以它既没有特定的刺激，也没有特定的反应，而只是自身察觉到或估计到有威胁性的情境存在，心理上感到有压力。这就和以前的学者们所认为的应激是刺激物或应激是一系列反应过程之说不相同了。

个体对威胁性情境的估价，是在对需求以及自身处理能力的综合判断后作出的，这可以说明为什么在各个体之间，以及同一个体在不同的情况下，对相同的紧张性刺激可以有截然不同的反应。这里介绍 **Lazarus** 的一个很说明问题的实验，他以人作实验对象，将其分成三组，同时看一部电影，电影内容是极为严重的工伤事故。在看电影之前，告诉第一组，这部电影包括人物、流出的血都是假的。又告诉第二组，电影里的事情是真的，强调安全的重要性，主要的目的是进行教育。第三组则不作任何介绍。在看完电影之后，前两组人由于通过怀疑(“这不是真的”)或认为这是合理的(可以从错误中吸取教训)，能够适应影片中的恐怖镜头，生理应激反应比较弱，而后一组人则明显不同，出现了强烈的应激反应。可见同样的刺激并不都引起同样的应激反应，心理应激只有觉察到或者估计到对自己存在威胁的时候才出现。图 7·1 的模式可供参考。

图 7·1 应激的交互作用模式图

第二节 心理应激的原因

一、应激源

心理应激总是由一定的刺激引起的，这种刺激就叫做应激源(stressor)。应激在自然界和社会环境中大量存在，包括社会的、生物的、化学的、精神的等等。

1. 工作情景 现代化的工作环境，有时可成为心理应激的原因。机器运转，马达轰鸣，尘雾迷漫的车间、矿井，其本身就具有很高的紧张性。使人们产生不同程度的心理应激。长期工作在这样的环境之中，对健康十分不利。例如长期处在 80db 噪音下，对需精确感知和高速度、高精度操作的能力会下降，还可导致暂时性耳聋，也容易发生工伤事故。此外，噪音还能使头痛、焦虑、注意力不集中等神经精神症增多，高血压的发病率明显增高。有人模拟工厂内的情景，进行高度紧张对人影响的实验，受试者要在 2 小时内进行非常紧张、注意力十分集中的工作，要将 4 个大小稍有差别的球，放进 4 个相应的窟窿中。两组被试分别由不易紧张和容易紧张的工人组成，在进行工作的同时，都伴有 94~104db 的高噪音。结果发现，即使在不易紧张组，儿茶酚胺水平也升高，经统计检验两组无显著性差异，这说明即使不易紧张的人，在高度紧张和高噪音的刺激下，也会处于高度紧张状态。

2. 生活关系的突然变化 人们的生活环境，经常会出现各种各样的人际关系变化，如结婚、离婚、升迁、降职、亲人死亡等等，这些变化经常是造成心理应激的主要原因。Wales(1967)报导，丧失最亲近的亲人者，比年龄相仿的对照组，死亡率高 7 倍；若亲人死于外地，要比在家死亡的死亡率(指丧亲者)高 2 倍。又有报导指出，死去丈夫 6 个月以内的寡妇，死于心血管病的比例比对照组高。英国 5500 个 55 岁的寡妇，在死去丈夫的 6 个月内，有 213 人相继去世。另外有人报告，挪威一组 22~28 岁的海军官兵，在海上生活一年，结果发现没有病的只有 12%，而患两种以上疾病的高达 36%。这些都说明了生活关系的变化是重要的应激源。

3. 社会文化，地理环境 这方面的变化也常是心理应激的原因。例如在农业现代化、机械化以及城镇工业迅速发展的进程中，大批农民流入城镇，他们在生活上和工作上的改变，势必会引起心理上的不适应而增加了心理应激的发生。Prior(1977)曾研究发现，移民的高血压发病率比对照组高。

4. 无所依靠，失望情绪 社会不断老年化，大批离休退休人员的出现，以及子女待业、出走等等都可成为心理应激的重要原因。Engel 经过 6 年时间的研究，发现主要是由于失望情绪和无所依靠，造成不少心血管病人的死亡。相反，大量研究报告指出，良好的情绪可以延缓癌症病人的恶化进程。

5. 过量的烟酒与食物 人从幼年开始，其情绪就密切地和消化活动联系在一起。小时候，常常在哭的时候得到食物，哭是和消极情绪相联系的，成年后，也常常在紧张或不愉快的时候，用烟酒消愁解闷，分散注意力，调节自己的情绪。所以烟酒也是经常与紧张或不愉快相关联的。另外烟酒中的有毒成份，更对人类健康产生不利的影响。

二、个人评价作用

在人类信息加工过程中，大脑必然会根据以往的经验 and 认识，对外来的刺激作出带有主观意义的评价。正是这种评价，使得不同的人对同样的心理社会刺激可以有不同水平的情绪反应和独特的生理与心理方面的变化。例如同样是父亲去世，有人因失去亲人而非常悲痛，产生消极情绪；可是也有人会感到减少了一个负担、累赘，或者因此还可以得一笔很大的遗产而感到高兴。

人体对心理社会刺激的认识评价受以下的一些因素影响。

1. 遗传素质 例如某些人对一般强度的刺激能引起很强烈的反应，这就是所谓的脆弱性，常常是遗传素质造成的。

2. 人格特征 一定的人格特征能决定个体对环境的不同反应方式。暴躁的人，对各种情景易表现强烈的情绪，容易发怒、狂欢、恸哭；克制的人对各种情景则常常表现平静，善于压抑，内蕴。很自然，与这些情绪相联系的生理反应，也会因人格特征的不同而不同。

3. 年龄 随着年龄变化，对环境刺激进行反应的能力与水平也会改变。例如青年人富于进取创新精神，容易作出迅速过激的反应，听到流行歌曲，觉得轻松、愉快；而老年人，富于保守精神，容易引起缓慢低水平的反应，容易怀念故旧，对别人的死亡，容易引起伤感和害怕等等。

4 • 文化教育，道德观念，行为准则 人们在社会集体中生活，除了每人都必须具有一定知识和能力，为了维持大家共同的利益，协调彼此之间的关系，还必须具有都能遵守的道德和行为准则。人们既要依此评判别人的言行，也要依此约束自己对环境刺激的反应。对每个人来说，他的这一系列标准是在生活中逐渐形成的，要受文化教育和群体道德观念的影响。但是每个人所处的具体环境、家庭情况、社会经历各不相同，所接受的文化教育、道德观念的影响也难能一样，所以各人的行为准则自然也不可能完全相同了。因此，对各种刺激的认识和评价，个体间必然存在显著的差别。

5 • 健康状态 躯体和精神两方面的健康状态，都能影响机体对刺激的认识和评价。精神萎靡、体质不佳的人，往往会歪曲外界的刺激，对任何刺激都感到不愉快，随之则引起不利于机体的心理与生理反应。例如感染、中毒、创伤、劳累、月经期、更年期，衰老等等都能削弱对各种刺激的抵抗力，降低机体的反应能力。

第三节 心理应激的反应

由心理应激引起的反应是一个整体，包括生理和心理行为两方面。

一、生理反应

神经系统是机体生理机能的主要调节机构，根据 Hess 与 Fiely 提出的概念，作用于有机体的各种内外刺激，在神经系统的调控下，通过非特应系统(ergotropic system)和向营养性系统(trophotropic system)，以兴奋和抑制的形式实现对生理活动的影响。这两个反应系统的兴奋效应，可见于表 7 • 1。

图 7 • 1 非特应系统与向营养系统的兴奋效应

通常这两个反应系统在生理范围内互相协调，保持机体功能正常。在心理应激条件下，非特应系统兴奋性加强，向营养性系统兴奋性相对减弱，同时相应地引起一系列脏器活动的变化。如果应激源过强或持久地存在，则可造成这两个系统平衡失调，进而导致疾病。

机体内分泌系统受神经系统控制，也受激素本身的反馈调节，从而使机体的生理机能保持相对恒定。在心理应激条件下，内分泌系统也会出现相应的变化，从而引起一系列的生理

活动的改变。

应激的早期反应表现，是由肾上腺髓质分泌儿茶酚胺和交感神经活动增强所引起，在这两者的协同作用下，体力立即得到增强，这样机体可以迅速应对所面临的问题。如参加考试、住进医院、驾驶汽车等都可以引起儿茶酚胺含量的增加，而且，儿茶酚胺分泌的水平与受试者情绪唤醒程度相当。

如果应激源作用强烈或持久，则肾上腺皮质反应系统也会参与活动。强烈的信息经过中枢神经系统加工，被传送到下丘脑，引起下丘脑分泌促肾上腺皮质激素释放因子(CRF)，通过脑垂体门脉系统作用于腺垂体，使腺垂体释放促肾上腺皮质激素(ACTH)，这又促进肾上腺皮质分泌氢化考的松，由此又可以引起一系列生理变化，包括阻滞炎症、升高血糖、增加抵抗力等等。人们参加考试，住进医院，驾驶汽车等引起的应激，也可以从血浆和尿中的 17 羟皮质类固醇(17-OHCS)增高得到反映。

马森通过猴的实验，指出处于应激状态下，分解代谢类激素，如皮质激素、肾上腺髓质激素、甲状腺素和生长激素水平升高；而胰岛素、睾丸素等合成代谢类激素水平下降。而在恢复阶段，这些变化正好相反。不难看出在应激发生时，由于分解代谢类激素的水平升高，能促进糖原、脂肪和蛋白质分解，使血中的糖和游离脂肪酸含量增高，为机体在应激情况下的需求提供必要的能源。同样在恢复阶段，内分泌成份和含量的变化则能促进机体的恢复。

此外，根据近年来的研究表明，急性心理应激能激活机体的免疫系统功能，慢性心理应激则最终要损害免疫功能。(Baker CHB, 1987)

二、心理行为反应

在各种应激心理行为反应中，有些是有利于对应激的，如稳定的情绪状态，积极的思考，恰当的预期等等；也有是妨碍或干扰人们对应激的，如焦虑不安，情绪低落，愤怒，激动等等。

(一)焦虑

通常这是最早出现，也是最普遍的一种心理反应，是一种预期会出现不良后果的复杂情绪状态，包含着恐惧和担心。焦虑反应在对应激方面有积极的和消极的两方面影响。

(二)应对

面临具有威胁性的应激源，个体必须设法摆脱它，也就是需要通过各种适当的心理行为策略来消除或缓解当前的紧张状态，这被称之为应对(coping)。具体内容比较广泛丰富，所以留后面专节讨论。

(三)消极的心理反应

1·情绪低落、失望、抑郁 当一个人使用了各种办法都没能消除应激，情绪会趋低落，会感到失望，感到自己处于绝境，感到不能控制自己的生活，进而就产生抑郁，严重的时候甚至可能导致自杀。

2·愤怒、激动 由于应对的失败，可以引起情绪爆发，甚至可能导致攻击行为。攻击的对象可以是人或者物，也可以是自身。这种现象在临床上常可见到，往往成为医患关系紧张的一个原因。

3·习得性无助(helplessness) 这是一种不自觉的习得性情绪反应，是一种无能为力、无所适从、听之任之、被动挨打的情绪和行为。Seligman 认为当人感到对情境无法控制时，会产生无助。

4. 认识机能减退 在应激状态下心理内稳态的破坏也能导致认识机能的障碍。因此，一些病人由于疾病的应激影响，其智力会受到损害，往往失去正确的判断和决策能力。

第四节 心理应激的预防与应对

在日常生活中，经常会有考试、评比、检查、比赛等事件发生，使人感到紧张或有一定压力，给人以督促使之更认真而努力地去进取。实际上这种所谓的紧张或压力就是心理应激，在它推动下，人们能更好地去工作或学习，因而有积极意义。不过，在许多情况下一些过强或持久的紧张或压力往往起着干扰和妨碍的作用，甚至影响个人的心身健康。从这一角度看，心理应激必须加以防止或加以控制，或者使用妥善的办法来加以应对，实际上人们也总是自觉或不自觉地在这么做。

一、避免与应激源的接触

自然界和社会生活环境中，应激源比比皆是。因此，想用完全消除应激源的办法以防止心理应激是做不到的。但是，如果用回避或逃避(avoidance, or escape)的办法，不接触的办法，还是可以防止或至少可以减少某些心理应激的产生。例如在发生争吵时，某一成员可以暂时离开现场。又如一年老体弱的病人，可不让其参加朋友的遗体告别仪式，可以避免势必出现的心理应激。但是众所周知，这些办法并不能长期有效，而且有些时候也是行不通的。

二、自我防御机制

许多场合，人们往往采用自我防御机制(ego defence mechanisms)以摆脱困境。常见的防御机制例举如下。

1. 否认(denial) 这是一种比较原始的简单的心理防卫机制，是指一个人对某些客观现实不予承认，特别是把已经发生的悲痛，或者不愉快而令人难堪的经历加以否定，以减轻心理上所承受的压力。否认可以暂时起到缓解焦虑的作用。在一般常见病的病人中，有时也会采用否认的办法，拒不承认自己所不愿接受的现实。作为医生，对这种否认机制应该有充分的认识，以免他诊断和治疗受到干扰。

2. 隔离(isolation) 在意识的领域里把部分现实加以掩盖，避免自己的觉察，从而避免精神上的痛苦和不愉快。例如人死了，不说死，而说“仙逝”。在心理治疗时，医生应注意病人的

3 • 潜抑(repression) 日常生活中，时常有人将自己不愉快的经历，或认为见不得人的遭遇“遗忘”。这种“不记得”和因时间过久而发生的自然遗忘不同，是有目的地主动使它不从记忆里出现。

4 • 反向(reaction) 用“矫枉过正”形式处理一些不被允许的念头和行为。例如有些人对自己憎恨的对象反而特别温和或过分热情，这正是他在无意识中用反向作用去掩盖自己的本意，以避免或减轻心理应激。

5. 合理化(rationalization) 当一个人遭受挫折，或者他无法达到自己追求的目标，或者做了错事，举止不符合社会道德规范时，往往会找一些原谅自己的理由来进行解释。尽管有些所谓的理由往往不值一驳，甚至有时是十分的荒谬可笑，但本人却据此说服自己，从而免除精神上的苦恼。如伊索寓言里说，当狐狸吃不到葡萄的时候，就说葡萄是酸的。这就是所谓的“酸葡萄作用”，凡是自己得不到的或者没有的东西一律都不好。与此相反，在得不到葡萄只有柠檬的时候，认为柠檬也是甜的。这就是所谓“甜柠檬心理”，即凡是自己的东西都是好的。以这种方式可以减轻或平息内心的欲望和不安，以达到自我安慰的目的。

6 • 升华(sublimation) 这是一种积极的心理防御机制。人的某些行为或欲望，由于客

观上的原因不可能实现，例如考场上的落榜，情场上的失意，如果一定要表现自己的强烈需求，势必要触犯社会的行为道德规范，会产生不良后果，为大家所不容，但是如果能将这些较低层次的行为和欲望引导到较高层次，较为有建设性，有利于社会和本身的行动，这就是升华。一个人不因挫折而灰心丧气，也不因没有达到目的而进行越轨的行动，而是把自己的精力投向工作，创造出惊人的成就，使自己成为一个对社会更加有用的人，显然，这样的心理防御无论从哪方面看，都具有积极的意义。

7•幽默(humor) 这也是一种积极的心理防御形式。一个人遭到了挫折，往往可用这种办法使自己摆脱困境，维持心理上的稳定。例如据说大哲学家苏格拉底有位脾气暴躁的夫人。一次正当他与一群学生谈论学术问题时，听到夫人的叫骂声，接着她又提桶水过来，往他身上一浇，使他像个落汤鸡，这使在场的学生和他自己都十分难堪，可他只轻轻一笑说：“我早知道，打雷之后一定会下雨”。本来是一个十分尴尬的局面，经他用幽默的行为和语言，就把情况给转化了，使大家在心理上都得到了安宁。一些比较有修养的人，常常会在一定的场合，利用幽默的方法，将困难或窘迫一转而成为轻松和自然。许多国家领导人在回答记者问题的时候，经常采用这种办法来摆脱困境。

上述的自我防御机制，原是精神动力学派的基本概念，许多解释常源于精神分析等，是否正确还需要进一步的证明。此外，这些防御机制虽然经常地在人们身上有所表现，但并不都行之有效，即便奏效也只不过是暂时的缓解，再说，对现实经常地而又过分的歪曲，往往会导致适应不良和不受社会所欢迎。

三、增强自身的应对能力

1•态度和信念 人们对事物所采取的态度和所具有的信念，会影响应对能力，这是显而易见的。一个精神世界充实、乐观、有旺盛进取心的人，会更有效地处理各种紧张情境和事件，一个具有明确奋斗方向的人，在紧张的场合，会更快地恢复心理上的平衡。但是作为人的态度和信念不是一朝一夕的产物，而是在长期社会生活中受家庭、学校、社会文化、道德教育的影响，而逐渐形成的，形成之后也不容易轻易改变，因此应该从小就有意识地加以培养。

2•正确估计自己的应对能力 能否正确估计自己的应对能力，以及能否对应对的效果给予恰当的估计，也是应该重视的问题。因为估价过低会使人看不清光明的前景，从而泄气影响以后的斗志；估价过高，又容易使人挫折，导致失望，抑郁和沮丧。

5•社会支持 来向社会各方面的精神上或物质上的支持，对顺利地控制心理应激有很大的作用。有证据表明，幼年生活中严重的情绪剥夺，可以产生某些神经内分泌的变化，如ACTH及生长激素不足等等。因此，早年社会支持欠缺可引起躯体及行为异常并使应对能力下降。**Brown(1976)**指出，妇女若与他人有密切和依赖关系，不大可能患精神病。社会支持可以作为一种保护因子，它可以减轻一种应激源对个体的冲击。

第五节 心理应激与疾病

如果应激的全部生理、心理反应没有起到消除应激源的作用，则应激反应自然也无法消除，随着应激进程的不断深化，机体所承受的伤害也会继续增加，在某些人身上最终可引起疾病。本节主要说明以下几个问题：社会心理学研究证明应激源与疾病有关；试图说明从心理应激过渡到疾病可能存在的一些心理生理中介机制问题；简单地对心身疾病的概念及其所包括的疾病作一般性介绍。

一、心理社会因素与疾病

(一)霍尔姆斯对生活事件的研究

根据调查发现，生活事件是日常生活中主要的应激源，而且也是导致不健康的主要心理原因。

霍尔姆斯和雷赫(Halms TH & Rahe RH, 1967)把人们常遇到的生活事件罗列成 43 类，编制成“社会再适应量表”(SRRS)，以“生活变化单位”(LCU)予以评分，划分等级(表 7·2)。根据这个量表可以对一个人在一定时间里的心理应激经历进行定量的估算。根据他们测定的结果发现，生活变化单位和 10 年内的重大健康变化有关系。中等强度生活事件的人群中，37%有重大的健康变化；有重大生活事件的人群中，70%有重大的健康变化。霍尔姆斯提出一个人一年内生活变化单位累计超过 300 单位，预示两年内有重大的病患。后来又进一步提出，一年内生活变化单位累计不超过 150 单位，次年可能是健康平安的，若一年累计为 150~300 单位，来年有 50%可能要患病，若一年累计超过 300 单位，则来年有 70%的可能会患病。

表 7·2 社会再适应量表(SRRS)

自从 SRRS 问世以来，世界范围的许多研究者也进行了大量工作，调查结果普遍认为生活事件与疾病有相关，基本上都同意霍尔姆斯的结论。但是，通过这些研究，也发现这种相关的程度比较低，虽然有些人改进了测量方法，但仍然没有改变这种低相关性。因此，雷赫认为生活事件是引起疾病的危险因素，就象血清胆固醇升高和冠心病发作之间的关系一样，但没有必然的关系。就是说许多经历生活事件的人不发病，大多数疾病也并不由生活事件所引起。

国内张明圆等已编制了适合我国的生活事件量表(LES)，并形成了常模。

(二)国内的情况

我国科学工作者在心理社会因素与疾病关系方面也进行许多工作，北京医学院曾对北京市 10000 多人进行调查；中国科学院心理研究所和北医学院协作，对钢铁工人也进行了调查。结果发现有三类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；如果在学习中心情愉快，虽然很紧张，也不容易得病。
- (2)工作中或家庭中人际关系不协调，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”等生活事项有重要意义。这与上述结果是一致的。

二、心理社会应激的致病机制

大量研究资料表明，心理社会应激的致病机制，和神经系统、内分泌系统以及免疫系统等的功能改变有关系，而且往往是共同作用的结果，这部分内容在第三节已有一些讨论，此处仅从致病环节作些说明。

(一)神经系统的作用

在第三节已谈到,当机体处于过强或过久的应激状态时,非特应系统和向营养系统的平衡会失调,导致机体某些器官机能和结构的损害,于是引起疾病。在某些特殊的情况下,短时间强烈的刺激,也可以引起严重的后果。例如紧张情绪激发交感神经过度兴奋,可以使心脏室颤阈下降,导致猝死。**Carruthers(1969)**认为应激源引起的交感神经兴奋,可以使游离脂肪酸从脂肪组织中分离出来而使它在血中的浓度增加,这些脂肪酸如果不被用来作躯体反应的能量来源,就会被转变成甘油三酯,后者在动脉管壁粥样改变过程中起作用。

(二)内分泌系统的作用

心理应激如何通过内分泌系统的改变而发病,可以从总的和个别的两方面加以讨论。

(1)从总的方面看,**Selye**的一般适应综合征(**GAS**)可以作为代表。**Selye**认为,由应激引起的**GAS**可以引起瞬时的和比较长时期的不良躯体性变化,以这种方式产生的疾病称之为适应性疾病,因为这是在对抗应激源的过程中发生的。在**GAS**的警戒期,可以见到肾上腺皮质增大,胸腺萎缩和胃溃疡。在抵抗期,对特异性应激源抵抗力增加,而对其它刺激抵抗力降低。如果应激源持续存在,机体的反应也会延长,机体遭受的损害也会加重。因此,疾病过程是肾上腺皮质及垂体激素的机能或机体抵抗力降低的结果。作为总的模式,这可以说明许多疾病。

(2)从个别的方面看,就是如何由应激发展成特殊的病症。**Selye(1979)**在讨论应激在癌症中的作用时指出:伴随应激的情绪(恐惧、焦虑、抑郁)在边缘系统活动中得到反映,后者直接影响到下丘脑及垂体功能。垂体,这个机体的主宰腺,调节着几乎所有激素的活动。而激素活性的不平衡常常被证实与恶性肿瘤有关。**Friedman**及**Rosenman(1974)**提出,A型行为方式引起慢性儿茶酚胺分泌增加,由此又引起血中胆固醇水平增高和血液凝固成分的析出,这样就容易使冠状动脉阻塞,引起心绞痛和心肌梗塞。**Henry JP**提出,悲痛、绝望和失败等有害的情绪性心理因素,可以通过脑内海马状突起影响皮质激素的分泌,从而导致变态反应性疾病如类风湿性关节炎、肌萎缩等病的发生,愤怒,烦躁等心理因素,通过脑垂体影响体内儿茶酚胺水平,结果使血脂含量增加,而容易导致高血压、冠心病等。

(三)免疫系统的作用

心理应激之所以导致疾病,还与免疫系统的机能障碍有关,这已被近年来的研究所证实。应激会导致皮质类固醇升高,这可以降低巨噬细胞对异物消化能力,于是使病原体趋向扩散。皮质类固醇还可以对淋巴细胞再循环产生干扰,使淋巴组织退化。应激时引起的胸腺功能减退可以延缓或中止T淋巴细胞的成熟,结果T细胞释放淋巴因子或激活巨噬细胞来消除感染细胞的功能也因之而下降。此外,皮质醇还能抑制免疫球蛋白的形成使体液免疫的能力受到影响。除了上述内分泌对免疫机制有影响外,中枢神经系统也能对免疫机制产生影响。研究证明,损伤下丘脑会引起胸腺功能失调,影响T细胞成熟。这种包括杏仁核的损伤,还能对内分泌产生一定影响。背侧下丘脑的损伤会抑制基本的抗体反应,使血中长期存在抗原。也有研究指出,淋巴组织是受植物神经控制的,在免疫系统的许多细胞上,有各种激素的受体,当心理应激引起消极情绪时,可以通过植物神经和内分泌影响淋巴组织和免疫系统的功能。

有人在进行回避学习应激(**avoidance-learning-stress**)实验时发现:实验动物的胸腺、脾脏萎缩,白细胞减少,对移植皮片的排斥反应延迟,干扰素水平下降。**Tensen(1963)**和**Rasmosen(1957)**也分别证明,在类似情况下动物容易受病毒感染,并且容易由此而造成死亡。这些结果都表明,在应激状态下,可因免疫系统机能的减退而容易导致疾病。

三、心身疾病

在医学领域,心理社会因素常常在某些疾病中起重要作用,这些疾病被称之为心身疾病(psychosomatic disease)。它们与心理社会应激密切相联系。这方面许多问题还不清楚,争论比较多,哪些应该属于心身疾病,以及如何分类都还没有统一的看法。一般认为可包括下列各系统的一些疾病。

1. 循环系统 原发性高血压、冠心病、心律失常、雷诺氏病等。
2. 呼吸系统 支气管哮喘、过度换气综合征等。
3. 消化系统 消化性溃疡、溃疡性结肠炎、神经性厌食、神经性呕吐、习惯性便秘、幽门痉挛等。
4. 神经系统 偏头痛、植物神经功能失调症、痛觉过敏等。
5. 肌肉骨骼系统 类风湿关节炎、紧张性头痛等。
6. 泌尿生殖系统 神经性多尿症、阳痿、月经不调、痛经、经前期紧张综合征等。

此外,癌症也常被作为心身疾病来认识。

心身疾病在临床疾病中占有很大的比例,在某些发达国家的综合医院门诊病人中,有三分之一是心身疾病,其余的官能症与躯体疾病约各占一半。我国上海第一医学院等单位在大城市综合医院门诊的调查,也有类似的结果,心身疾病占 33.2%。如此数量的心身疾病,足见对心理社会应激的研究不但具有理论上的意义,更有实践上的意义。

(镇江医学院 陈滨江)

主要参考文献

1. 许淑莲·紧张刺激与应付反应·医学心理学讲义·杭大. 1983
2. 梁宝勇·心理应激·医学心理学概论·白求恩医大. 1985
3. 韦曼·应激情绪与疾患·医用心理学大纲·苏州医学院译, 1985
4. 阮芳赋、张伯源·紧张状态·科学出版社. 1984
5. 张明圆等·生活事件量表: 常模结果·中国神经精神疾病杂志 1987; 13(2): 79
6. 姜乾金等·症病人发病史中心理社会因素临床对照调查分析·中国心理卫生杂志 1987; 1: 42
7. 姜乾金·心理神经免疫学研究概况·浙江医科大学学报 1990; 19(1): 42 (重版纳入)
8. Bowden CL·Patterns of defence and adaptation. in Bowden CL & Burstern AG. Psychosocial Basis of Medical Practice, An Introduction to Human Behavior·Baltimore: Williams and Wilkins Co. 1979'
9. Norton JC·Stress·in Norton JC, Introduction to Medical Psychology·New York: Free Press, 1982
10. Frank JV·Conflict. stress and adaptation·in Vingoe FJ. Clinical Psychology and Medicine·Oxford. 1981

第八章 心理测验总论

第一节 心理测验的历史与现状

众所周知,测量就是用数字对资料进行描述即数量化。为了鉴别某物的长度,使用尺码来测量。要鉴别某物的重量,使用衡器来测量。对于血压,可用汞柱的高度来表示。这些都是物理或生理现象的数量化。心理现象和物理、生理现象一样,也是客观存在的,因而也可以作数量化的分析。心理测验(mental test)就是使用标准化心理测验工具,取得心理变化的量的数据,以此比较、鉴别和评定不同个体之间心理上的差异,例如应用智力测验来比较某几个学生中,哪一个比较聪明。不过心理现象与物理现象的数量化方法有所不同。心理测验是使用一经过选择的,加以组织的,可以反映一定心理特点的刺激,让受试者作出反应,这些刺激叫做测验材料,使受试者作出反应是进行测验,用来比较的标准叫常模。常模是经过大量取样,经过提炼然后获得的。

一、心理测验发展简史

我国很早便有与心理测验类似的活动内容,古代曾用七巧板、九连环之类测验一个人的智慧程度。近代心理测验从 1879 年冯特建立第一个心理实验室算起,那时主要是对感觉知的测验。以后由于社会需要,心理测验中的智力测验发展较快。在欧洲因需要识别低能儿童并对他们实施特殊教育,逐于 1905 年在法国教育当局委托下,比奈(Binet A)与西蒙(Simon T)首先编制出世界第一份儿童智力量表,它包括 30 个测量项目,从简单到复杂依次排列,简称比奈——西蒙量表。这一量表公布以后,便迅速流传到许多国家。1916 年美国斯坦福大学心理学家特尔曼(Terman LM)教授在对比奈——西蒙量表进行全面修订后,发表了斯坦福——比奈智力量表(Stanford-Binet Intelligence Scale),并提出智商这个概念。这个量表一发表便在西方许多国家掀起了测验热潮。1932 年美国纽约贝勒维(Bellevue)精神病院主任和心理学家韦克斯勒(Wechsler D)设计了另外一种量表,即韦克斯勒-贝勒维智力量表(Wechsler-Bellevue Intelligence Scale),并于 1939 年发表,被美国医院广为采用。1955 年韦克斯勒发表了成人智力量表(WAIS)。除此之外,韦克斯勒还编制了学前及初学儿童智力量表(WPPSI)和学龄儿童智力量表(WISC)。韦克斯勒智力量表采用“离差智商”的计算方法,就更能反映出不同阶段的人的智力状况。这一量表信度和效度都很高,故目前已被广泛采用。心理测验不仅限于智力测验,它还包括人格测验、记忆测验、特殊能力测验、美感测验、意志测验及行为测定等各方面的测验。精神科医师对人格测验更为重视。1921 年瑞士精神病学家洛夏(Rorschach H)就已经发表过墨迹测验,是适用于成人和儿童的良好的人格投射测验,对于诊断了解异常人格有一定实用价值。此外明尼苏达多相人格调查表(MMPI)产生于本世纪四十年代,由墨金莱(Mekinley JC)和哈特卫(Hal thaway SR)所设计,对精神科病人的分类诊断有更进一步的帮助。

我国的心理测验也有较长的历史。1914 年广东作过儿童记忆测验。1918 年在北京清华学校应用了美国斯坦福——比奈量表。1924 年陆志伟发表了修订的斯坦福——比奈量表,适用于江浙一带,1936 年陆志伟又和吴天敏再一次进行修订,使其也适用于北方。解放后,由于种种原因心理测验一直无人敢于问津。1979 年全国医学心理学专业委员会在天津开会,才又恢复了我国的心理测验工作,并在全国广泛展开。目前我国使用较多的心理测验项

目有龚耀先及林传鼎等修订的韦氏成人、学龄儿童和幼儿智力量表，吴天敏于 1981 年修订的比奈量表，宋维真等修订的 MMPI，龚耀先及陈仲庚各自修订的艾森克个性测验，许淑莲等编制的成人记忆量表和张伯源等修订的 A 型行为类型评定量表等。此外，儿科工作者在智力测验方面亦常采用适用于我国 6 岁以下小儿的丹佛智能筛选检查方法(DDST)，3 岁内的婴幼儿盖泽尔(Gesell)智能诊断法，学龄前儿童 50 项智能筛查等心理测验。

二、心理测验的应用

目前，世界各国随着工业的发展，对人才的需要也有具体不同的要求。为了了解录用人员的各种能力、性格与爱好等心理现象，以便更好地发挥各人的专长，增加社会效益，心理测验在西方国家的应用已越来越普及，各种专门用途的量表层出不穷。1972 年出版的《心理测量年鉴》中介绍了 1100 多种量表。在教育工作方面，智力测验对因材施教、人才选拔、评定教育质量和鉴别超常儿童等都是一种有用的方法。在特种才能的选拔方面，最明显的例子便是选择飞行员。因为有培养前途的飞行员，除了有合适的生理条件外，还应具备合适的心理条件。这就可以利用心理测验来加以区别。体育和工业等领域亦广泛应用心理测验。

在临床工作中，内科可应用 A 型行为问卷对冠心病进行研究。在研究性格与癌症及其它疾病发病因素的关系时，也应借助心理测验。整形外科为了达到最好的治疗效果和避免术后不必要的麻烦，亦有应用 MMPI 等心理测验以发现和治疗心理异常的病人。在神经科，亦有借助 HR 成套神经心理测验来定位的。精神科则使用 MMPI 和简易精神评定量表协助对精神病患者作诊断。在儿科保健和咨询门诊工作中，常应用智力测验以决定一些学习成绩不好的小儿，究竟是智力低下或其它原因所引起。轻微脑功能障碍综合征(MBD)亦可应用心理测验来协助诊断。1973 年美国智力迟滞协会(AAMD)认为韦氏量表智商在 55~69 之间的轻度智力迟滞儿童是可教育的，因此各种智力低下儿童为了入学接受弱智儿童教育，都请求医师进行智力测验以协助诊断。在科研和临床观察方面，为了比较疗效，了解病情和提示预后，都可借助心理测验，根据测验结果，将障碍程度数量化，以代替笼统的描述。有了统一的标准，便易于比较，呆小病的临床科研工作便是一个例证。1973 年 Jarrik 报告，心理能力的某些模式(Pattern)的变化能够预报死亡。他指出韦氏智力量表中有三种分测验：词汇——认字，相似性——判断词的相似点，编码——数字符号替代，其分数都突然降低时，有在五年内死亡的很大可能性。因此，有人认为某些心理测验在发现大脑机能障碍方面，比物理的或生理的测验更为敏感。

由此可见心理测验在医学临床上应用十分广泛，而且很有发展前途。不过，在使用测验和判断结果时，应强调标准化的测验和追踪测验，防止因一次测验不能正确地反映被试心理特点而造成判断错误。

三、心理测验的种类

心理测验量表数目甚多，而且测验的种类不一，但仍可归纳为以下几种类型。

(一)按测验目的分类

1• 智力测验 以测验智力为目的，如韦克斯勒幼儿、儿童和成人智力量表，比奈——西蒙量表等。

2. 人格测验 以测验人格为目的，如内外向人格测验，明尼苏达多相人格测验(MMPI)，艾森克人格测验和卡特尔十六种个性因素测验等。

3. 特种能力测验 以检查人的特种能力，如绘画、音乐、手工等能力的测验。

4. 诊断测验 指用于临床的诊断方法，如 HR 神经心理成套测验和明尼苏达多相人格测验，以及各种评定量表等。

(二)按测验材料的性质分类

1. 文字测验 测验项目和回答问题均用文字表达(口头或书写),如韦氏智力量表中的常识、相似、算术、词汇、领悟、背数均属此。

2• 非文字测验 如韦氏智力量表中的填图、积木、图画排列、图形拼凑、译码、迷津等均属此,适用于文盲被试者,但一般测验常包括文字与非文字两部分。

(三)按测验方法分类

1• 问卷法 这一类测验都是一些问答题,或一个命题,后面有几种回答,让受试者选择。例如内外向人格测验,艾森克人格测验和 MMPI 等。

2. 作业法 如前面提及的非文字测验。

3• 投射法、即使用一些模糊人形或墨迹图,让被试一边看一边叙述像什么东西,以便了解被试的内心世界,如洛夏测验,主题统觉测验(TAT)等。

(四)按测验方式分类

1. 个体测验 即一个主试只测验一个被试,通常临床测验都用个体测验法。

2• 集体测验 即一个主试同时测验多个被试,如使用绘人测验进行集体儿童智能筛查工作。

第二节 心理测验的条件

一、对测验工具的要求

一种良好的心理测验工具应具备下述几个条件,这些条件亦就是量表编制的原则,所以一并叙述。这其中最重要的是效度和信度。

(一)效度

即有效性,这是指测验实际上测量些什么?是否符合测验的目的。换言之,效度是指一个测验对于它所要测量的行为特征测到了什么程度。比如,智力测验的分数至少可以部分地预测儿童在学校中的成绩等级。如果我们发现,智力测验与学习成绩毫无关系,那么就会对这个智力测验的效度产生疑问。所以每一标准化的测验都要说明它的效度。又如一个算术测验由于设计编制上的缺点,所测量的结果不是数学能力,而是受语文水平的影响,那么该测验变成“张冠李戴”,效度当然极低。故在编制测验时,效度是要首先考虑的。

考验效度的方法因测验目的不同而异,现以智力测验为例说明如下:

1• 将测验结果与实际相验证 如智力测验说明被试的智力高,则可了解在校成绩和日常生活中的表现。一般说来,智力高的人,在学习、工作、生活和处理日常事务等方面都不会差。这是一种简易的验证方法。

2• 与已公认的标准化测验进行比较 如果相关系数高,说明这一测验的效度也高。例如儿科研究所张家健等 1985 年编制的学龄前儿童 50 项智能筛查量表的效度考验,便是随机选择 150 名 4~6 岁儿童,同时用 50 项量表及韦氏量表测查,两种方法智商的相关系数为 0.78,呈高度正相关。从而说明其效度亦较高。

(二)信度

又称可靠性,这是指重复测验的一致性,也就是指测验的稳定度。即在同样条件下,同一受试者两次测验的结果一致,便说明此测验的性能稳定,可靠性大,如结果不一致则可靠性小。当然,心理活动有其特点,虽然两次条件可以完全控制一致,但第二次有经验,也会影响测验的结果。每一标准化的测验都要说明它的信度,因此编制测验时要进行信度检验。

检验信度最常用的方法之一为重测法和劈半测验法，如在不同时间，其它条件相同的情况下进行两次测验。并求出它们的相关系数，相关系数高，则信度较高。信度高者则测验可靠，值得选择使用。故信度是判定测验是否可用的基本条件。例如龚耀先教授 1986 年修订的中国韦氏幼儿智力量表的信度检验，其中的一种方法便是对 120 和 5~6 岁儿童作了两次测验，两次间隔的时间范围为 2~6 周(平均 29.6 天)，两次测验的全量表智商的相关系数达 0.8 以上。因此可以认为量表重复测验的一致性良好，故信度亦高。

(三)鉴别力

即该量表区别个体差异的能力。如果编制心理测验时，量表的单位设计过粗，常常是影响鉴别力的主要因素。

(四)常模

所谓常模，就是比较的标准。它是从取样中求得的。我们编制一个测验，它能否代表全国三岁儿童的智力水平。只有对三岁儿童进行实地测验。我们无法对全国所有儿童进行测验，只有取样。取样要有代表性，数目要大一点。他们的性别、居住地(城市或农村)、家庭经济、文化、民族等，都应按我国人口统计比率来取样。这样的取样，便有较好的代表性，但在编制条目的内容时，还应考虑到适合全国各地的语言、习惯和一般教养水平，并应注意到不同性别的人的兴趣、习惯的差异带来的困难。通过样本测验，或者留下 75%样本能通过的项目(Binet 量表用此法)，或者求出所有受试的平均成绩(Wechsler 量表用此法)。这样得出的结果，便成为三岁儿童的一般智力常模。

不是所有测验都能按全国人口统计的比率取样。而且我国地广人多，智力测验的常模，可能有一定的局限性，因为有的样本来自城市，有的来自农村，有的只限于某一民族，所以选择测验时，要注意常模的样本来源与测验的受试者是否合适。

(五)测验方法标准化

就是要有标准的实施方法、指导语、内容、答案、计分方法，此外还要有适合我国或本地区的常模。

二、心理测验的实施

测验是一项严肃而细致的工作，在进行测验的过程中，忽略任何一个环节都会导致测验的失败。因此在心理测验的实施过程中，必须注意下述三方面的问题才能准确顺利地完成任务。

(一)测试环境

环境应当清洁安静，室内布置应不新奇，不华丽，避免分散被试(特别是儿童)的注意力。对儿童来说，测试最好在他熟悉的环境如幼儿园、学校或家庭中进行，以维持正常的心理状态。

(二)主试方面

主试必须经过严格训练和有一定的心理学基础。态度必须认真负责，并具有一定的智力水平和健康的人格。熟悉测验的内容、功用、适用范围和优缺点。严格按照标准化的程序进行并不做任何暗示。操作熟练，以腾出精力观察被试的表情和反应。搞好主试与被试的关系，以便密切配合完成测验，对测试内容和结果应适当保密。

(三)被试方面

被试在进行测验时应身体健康和情绪稳定，态度认真，没有顾虑，并能集中精力和努力完成测验。

目前在医学领域使用心理测验的报导日多。为了防止广大群众熟知测验内容，造成测验

失实，并保证只限专业机构使用，测验样本是严格控制的，不得翻印和扩散，所以这里亦只重点以智力和智力测验举例说明。使医学生对心理测验有一基本了解。有关人格测验、记忆测验、情绪测验、行为测验、及神经心理学成套测验等简单情况，则已在本书前面章节作了介绍。

第三节 智力与智力测验(一)

一、智力的一般概念

目前“能力”与“智力”一词常在某些文章混同使用。虽然“能力”和“智力”有很多相同点，但其含义亦不尽相同。现认为能力是足以使人成功地完成某种活动的心理特征。如观察力、记忆的准确性、注意的转移性、思维的敏捷性等等，都是一些不同的能力。能力与活动联系在一起，从事任何活动都必需具备相应的能力。能力的划分也是以活动为依据的，根据活动的领域可以分为一般能力与特殊能力。能力不是与生俱有的，而是在后天形成。素质为能力的形成与发展提供了基础与可能性。所谓素质是指人们生来具有的解剖生理方面的特点，它表现在内外感觉器官和运动器官方面，也表现在神经系统和脑的特点方面。至于对能力的形成和发展起决定作用的还是环境和教育。由于人们的遗传素质、环境影响、教育条件和实践活动的不同，人们的能力就表现出明显的个别差异。

智力(intelligence)一词，也就是通常所说的智慧，它是人的各种基本能力的综合，包括观察力、注意力、记忆力，想象力、思维力等，其核心是人的抽象思维能力和创造性解决问题的能力。智力的定义是心理学史上长期争论不休，至今仍众说纷纭的一个问题。最早给智力下定义的是德国心理学家斯特恩(Stern 1871~1938)，他认为智力是个体以思维活动来适应新情境的一种潜力。19世纪末，法国心理学家比奈提出推理和解决问题的能力是亨利智慧的标志。20世纪20年代美国“教育心理学”杂志开辟专栏探讨智力的含义和性质，许多心理学家发表了见解，最后仍未得出统一的结论。但大致可归纳为三种看法：特尔曼等认为智力主要指抽象思维能力；迪尔伯恩(Dearborn WF)等人则主张智力是学习的潜能；平特纳(Pintner R)等人认为智力是适应新情境的能力。1943年斯托达(Stoddard GD)认为智力是从事艰难、复杂、抽象、敏捷、创造性、有社会价值的活动和解决新问题及集中精力保持情绪稳定的能力。

二、智力的二因素和群因素结构论

英国心理学家斯皮尔曼(Spearman)是因素分析理论的创始人，1927年他提出了智力的一般因素和特殊因素(即G和S)的理论，被称为二因素学说。他从心理能力的测量中发现这两种因素的相关系数相当高，甚至接近于1。他还断言，在各种不同的智力活动中必然有一种共同的基本因素，即G。完成任何一个作业都是由G和S两种因素决定的。例如一个算术推理作业由G+S1决定，而一个言语测验作业由G+S2决定。两套测验的结果如果出现正相关，就是由于它们有共同的G因素；它们不完全相关，就是由于每种作业包括不同的无联系的S因素造成的。他认为在智力结构中，G因素是智能结构的基础和关键。各种智力测验就是通过广泛取样求出小G因素。

此后，美国心理学家塞斯登(Thurstone LL)提出了群因素学说，他认为能力由许多彼此无关的原始能力所构成。他总结出大多数能力可以分解为七种原始的因素，这七因素是：计算、词的流性、言语意义、记忆、推理、空间知觉和知觉速度。并从它们的相关系数说明一种能力因素并不是绝对割裂的，而是可以找到一般因素。以上两种学说虽然看到一般因素与

特殊因素的作用，却把两者对立起来，没有从人的实际活动中认识一般能力与特殊能力的辩证关系。

三、智力的层次结构学说

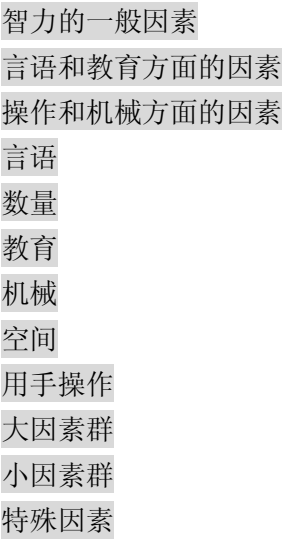
1960 年，英国心理学家阜南(Vernon PE)提出层次结构学说，如图 8•1 所示。

在这一模型中，阜南把斯皮尔曼的智力一般因素(G)作为最高层次；第二层分为两个大因素群：言语和教育方面的因素(或称言语和教育的能力倾向)及操作和机械方面的因素(称操作和机械的能力倾向)；第三层分为几个小因素群，即教育、数量、言语因素和机械、空间、用手操作因素等；第四层即指各种特殊能力，即斯皮尔曼的 S。因此，我们不难看出，阜南的智力层次理论不过是把斯皮尔曼的“两因素学说”加以深化，在 G 与 S 之间增加大因素群和小因素群两个层次而已。不过这一学说弥补了将一般智能和特殊智能对立起来论述的缺陷，指出了由特殊智能经过概括上升为一般智能的内在途径，这是阜南学说的特点。

四、智力结构学说

1967 年美国心理学家吉尔福特(Guilford JP)提出智力三维结构模型。他认为，智力的结构应该从内容(contents)，操作(operations)和成果(products)三个维度去考虑。例如，言语能力和非言语能力测验相比较，从内容上看两者是不同的，但当呈现图形给儿童，要求儿童把看过的图形名称回忆出来时，多数儿童不是单纯地记住图形的本身，而是记住并说出这些图形的名称。因此，这类智力测验的内容是“图形，所进行的操作(操作就是活动过程的一种性质)是“记忆”，而它的成果则是说出图形的名称(吉尔福特称它为“单位”)。他提出“内容”的项目有四种，“操作”的项目有五种，“成果”的项目有六种。把这些项目组合在一起可形成 120 种独特的智力因素。在这三维结构模型中(如图 8•2)共有 120 个立方块，每一个立方块代表一个独特的智力因素。因此吉尔福特提出智慧可能由 120 种因素组成。吉尔福特把上面提到的测验称为“图形——记忆——单位”。又如在字谜测验中，要求被试把 PANL、CEIV、EMOC 重新组合为成熟的词，即：PLAN、VICE、COME。这类测验的内容是“符号”，因为它含一组文字符号；它的操作是“认识”，因为被试必须从伪装形式的信息中认出熟悉的词来，它的成果是词(即“单位”)。这类测验称之为“符号——认识——单位”。

图 8•1 智力的层次结构模型



吉尔福特的智力结构理论在智能因素分析上十分复杂，且主观假设的成分较多，但多数人认为，他的理论是对智力结构认识的一个深入，并为心理能力的分析敞开大门。

图 8 • 2 智力的三维结构模型

总之，上述各种学说都认为智能是一个复杂的，多因素的组合的结构模型，每一个智力测验，都是编制者根据智力概念和智力理论来选择测验项目。现在的智力测验，大都是测验各种能力。

第四节 智力与智力测验(二)

由于智力是一种客观存在的现象，便可作数量化的分析，所以对智力进行客观测量是完全可能的。问题在于目前对智力的探索和测定还缺乏比较完善的方法，这不是智力本身的问题，而是方法学上的缺陷。所以，今后应多考虑方法上的改进，而不是智力能否测量的问题。

一、智力单位和计算方法

(一)智力年龄或智龄(mental age, MA)

这是指智力所达到的年龄水平。

(二)实足年龄或实龄(chronological age, CA)

这是指测验时的实足年龄。为准确起见，除年龄外，尚有月龄，不满 15 天者可略去，15 天以上按月计。

(三)智力商数或智商(intelligence quotient, IQ)

这就是智力年龄与实足年龄之比，可得如下公式：

$$IQ = \frac{MA}{CA} \times 100$$

这个公式是美国心理学家特尔曼(Terman)于 1916 年提出的。他设定：如果一个儿童通过了 6 岁的量表得到 100 分，那么他的智力年龄就是 6 岁，如果他的实际年龄也是 6 岁，那么 $IQ = \frac{6}{6} \times 100 = 100$ ，即属于这个年龄的中等智力水平。如果儿童的实际年龄是 6 岁，而通过量表的年龄是 7 岁，那么他的 $IQ = \frac{7}{6} \times 100 = 116$ ，即高于一般的智力水平；如果儿童的实际年龄是 6 岁，而通过量表的智力年龄是 5 岁，那么智商就等于 83，即低于一般的智力水平。

从上述公式求得的智商可称为比率智商，有其一定的局限性。它不能应用于实龄为 16 岁以上的成人。这是因为人们的实际年龄是与年俱增，而智力年龄并不是与年俱增，特别是到了一定年龄以后会产生稳定不前甚至下降的趋势，这样就会降低智力商数，而不能正确地反映出实际的智力水平。所以有人提出将公式中的实际年龄限制在 15 岁或 16 岁。为了解决上述问题，韦克斯勒提出另一种智商算法。这一智商的计算特点是放弃了智力年龄的概念，但仍然保留着智商的概念，不过已不是比率智商而是采用离差智商。

(四)离差智商(deviation IQ)

它是用统计学中的均数和标准差计算出来，表示被测验对象的成绩偏离同年龄组平均成绩的距离(以标准差为单位)。每个年龄组 IQ 的均值为 100，标准差为 15。这是依据测验分

数的常态分配来确定的。具体公式如下：

$$IQ = \frac{X - M}{S} \times 100$$

式中，X 为某人实得分数，M 为某人所在年龄组的平均分数，S 为该年龄组分数的标准差。因此，韦克斯勒智力量表中的 IQ，实际上不是一个商数。当被测验对象的 IQ 为 100 时，表示他属于中等智力，如 IQ 为 115，他便高于一般人的智力，相反，IQ 是 85 表示他低于一般人的智力。

二、韦氏智力量表

韦克斯勒智力量表是以 1939 年发表的韦克斯勒-贝勒维智力量表为基础，经多次修订而成。韦氏智力量表有三种：即 1955 年编成的韦氏成人智力量表(1981 年修订)，简称 WAIS(Wechsler Adult Intelligence Scale)，1949 年编成的韦氏儿童智力量表(1974 年修订)，简称 WISC(Wechsler Intelligence Scale for Children)和 1963 年编程德尔学前及初学儿童智力量表，简称 WPPSI(Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence)。由于韦氏量表的某些内容不适合我国的社会文化背景，直接引用尚欠妥当。因此，我国心理工作者付出了辛勤的劳动，除测验原则、程序、方法按照原量表精神外，在某些分测验和项目上作了必要的修改。目前，我国修订的韦氏智力测验并具有全国常模的有，1981 年龚耀先等修订的韦氏成人智力量表(分城市版和村版，适用于 16 岁以上的成人)，1986 年林传鼎等修订的韦氏儿童智力量表(适用于 6~16 岁的儿童)和 1986 年龚耀先等修订的韦氏幼儿智力量表(适用于 3 岁 10 个月 16 天至 6 岁 10 个月 15 天韵小儿，分城市和农村两种)。这对我国智力测验工作，起了积极的推动作用。

韦氏智力量表采用离差智商。所以，智商为 115 的占各年龄组中的百分位都相同。因此，智商意义清楚，容易解释。

韦氏成人量表为了测定各种能力，以便对智力作全面的了解，所以全量表包括 11 个分量表。按测验的顺序排列，即词语量表六个；知识、领悟、算术、相似、数字广度、词汇；操作量表五个：数符号、填图、木块图、图片排列、图形拼凑。在测验过程中，一般先进行言语测验，然后进行操作测验。现以我国修订的韦氏成人智力量表为例予以说明。以下为测验项目的内容，每项测验的内容一般均由易到难。

测验一、知识。了解被试的知识广度，共有 29 题，每题 1 分，都有标准答案，最高为 29 分。问题举例：17、人体三种血管名称是什么。

测验二、领悟力测验。这是测验受试的实际知识和理解、判断能力的分测验，共 14 题，最高分为 28 分。题目举例：7、“趁热打铁”是什么意思。

测验三、算术(心算)。以了解被试的计算与推理能力，计算速度和正确性，共 14 题，均有规定时限，每题 1 分，第 11~14 题如提前正确完成有奖励分，最高 18 分。计算举例：13 题，8 人在 6 天做完的工作，如果半天完成要多少人。

测验四、相似性。了解被试的抽象概括能力，共 13 题，每题 2 分，最高 26 分。题目举例：1、斧头——锯子。

测验五、数字广度。了解被试的注意力与机械记忆能力，分顺背和倒背两种测验，方法是主试按每秒二个数字的速度读出一组数字，令被试照背和倒背。

测验六、词汇。了解被试的词语知识广度，学习和理解能力，共有 40 个词汇，让被试说出每个词的意义，最高分 80 分。词汇举例：2、美丽。

测验七、数符号(译码)。是了解被试的一般学习能力，知觉辨别和书写速度。每个数字有一个相应的符号，让被试在 90 秒内在 90 个数字下面填上代表该数字的符号，每正确填

写一个符号记一分，倒转符号记半分，最高 90 分。

测验八、填图。了解被试的知觉组织和推理能力，共有图片 21 张，每张图片均缺少一个重要部分，需要被试提出。正确指出每一张图片的缺少部分得一分。最高 21 分。

测验九、木块图案。了解被试的抽象推理能力和结构分析能力，有 9 块正方形积木，每块两面白色，两面红包，另两面按对角线分成红白两色。另有 10 种图案，让被试用木块将图案摆出来，记分较复杂，并有规定时限，最高 48 分。

测验十、图片排列。了解被试对社会情景的理解能力，共有 8 套图片，每套有 3~6 张。如果将每套的顺序正确排列，可以说明一个故事，每套图片按规定打乱后交给被试，让被试将图片重新排列，排列正确可得分。计分比较复杂，均有规定的的时间限制。最高为 36 分。

测验十一、图形拼凑。了解被试概念思维和处理部分与整体关系的能力。共有四套图象组合板，每个图象被分割成若干部分，打乱后按规定交给被试，让被试重新拼凑以恢复原形。均有时限规定。计分比较复杂，最高为 44 分。

最后，每一分测验的原始分(粗分)总和，按年龄通过查阅编制好的量表并分别换算为每一分测验的量表分，然后将最表分总和按年龄换算为智商。智商与智力等级的关系见表 8 •1。韦氏智力量表由于信度和效度较高(如龚耀先的 WAIS 的信度检验中，重测的相关系数为 0.9，相关很高)，被国际心理学界公认为一个比较好的智力评定量表，常用于神经病和精神病的临床诊断。临床测验结果证明，韦氏智力量表可以检查人的大脑损伤情况。例如休森(Hewson)利用各分测验分数构成了 12 个不同的比率。一些学者用休森比率来诊断脑器质性障碍的符合率高达 71~81. 3%。戈奈(Gonen)用某些分测验组成的“退化商数”(DQ)公式，诊断脑萎缩，准确率也很高。可惜韦氏智力量表需用的测查时间较长，每次约需用两小时左右，不易进行大规模的智力普查。为此，1987 年我国残疾人的调查工作中，有将韦氏智力量表简式作为智力筛查之用。

表 8 • 1 韦克斯勒智商分等和分布

智商(IQ)	分等	理论分布(%)
130 以上	极超常	2. 2
120-129	超 常~	6. 7
110-119	. 高于平常	16. 1
100-09	平常	50. 0
80-89 i	低于平常	: 1 6. 1
70-79	边 界	6. 7
69 以下	智力缺损	2. 2

三、比奈量表

由于比奈量表采用比率智商，所以一般只适用于儿童，对于成人则可靠性就比较差，故目前此量表主要在儿童中使用。我国不少地区应用的比奈量表是吴天敏 1981 年第三次修订的。

1981 年修订的中国比奈测验试题一般都是由易到难，这次并改为每岁三个试题，从两岁到十八岁共五十一个试题。由于语言和操作测验混合进行(例如试题 9 为简单迷津，第 10 题则为解说图画)，因而小儿不易感到单调乏味，易于坚持做完测验。本测验并非 51 个试题都需进行，而是根据年龄不同，开始测验的试题亦不同。如七岁是从试题七开始的。在测验过程中，连续五题都不能通过即停止测验。因此对弱智商儿童进行测验时，较使用韦氏智力

量表可节省许多时间。

1981 年修订的中国比奈测验在评定成绩的方法上亦进行了修改,即以个人成绩与他所在的群体成绩相比较的结果为智商。因此本测验得到的智商是表明一个受试者在同岁儿童或青少年中的相对智力水平。这一量表可测试 2 岁至 18 岁的儿童和青少年,在学龄儿童中使用比较准确。其所测得智力水平仍按一般习惯,智商在 90~110 之间表示智力中等。

(福建医学院附属协和医院 陈达光)

主要参考文献

1. 湖南医学院主编·精神医学基础·湖南科技出版社, 1981: 469-527
2. 曹日昌·普通心理学·人民教育出版社, 1981: 134-157
3. 福建师大教育系编·心理学资料选编(智力问题专集)·内部资料 1980: 1-67
4. 龚耀先执笔·韦氏成人智力量表的修订·心理学报 1983; 15(3): 362-369
5. 吴天敏·中国比奈测验指导书·北京大学出版社 1982: 1-91
6. 林传鼎, 张厚粲主修·韦氏儿童智力量表中国修订测验指导书·内部资料, 1986
7. 龚耀先、戴晓阳·中国韦氏幼儿智力量表手册·湖南医学院, 1986: 1-28
8. Jeisild AT·Child Psychology·5th ed·USA: Prentice Hall, 1962: 373~390
9. Ziai M·Pediatrics·3rd ed·Boston / Toronto: Little. Brown: and Co, 1984: 42-50
10. Sameroff AJ et al·Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-environmental risk factors·Pediatrics 1987; 79: 343

第九章 心理治疗

第一节 概 述

一、定义

对心理治疗(psychotherapy)迄今尚无统一的认识。Reisman JM(1971)经过分析曾列出了 31 个不同的心理治疗定义。Kofchin SJ(1976)认为,“心理治疗就是一个临床工作者为了达到迫切需要的个性或行为改变的目的而有意识地使用任何心理学技术”。在医学临床,心理治疗目前可被理解为以医学心理学各种理论体系为指导,以良好医患关系为桥梁,应用各种心理学技术,包括通过医护人员的语言、表情、行动或通过某些仪器以及一定的训练程序,调动病人体内的代偿功能,增强抗病能力,达到改善或消除病理状态以及因此造成的各种心身症状,重新保持个体和环境之间平衡之目的。因此我们所讨论的心理治疗比以往所谓的“保护性医疗制度”,具有更广泛的含义和内容。

心理治疗可应用于医学临床各科病人,其中主要是各种心因性疾病和心身疾病,以及某些人的行为障碍和情绪反应。就是说心理治疗可作为心因性疾病的重要治疗手段和躯体疾病的辅助治疗手段。

二、发展简史

实际上,心理治疗并不是一项新的课题。我国古代医学文献中就有许多关于心理治疗的记载。几千年来,中医学家都十分重视帮助病人对其所患疾病的本质的认识,指导病人正确认识其中的有利因素和不利因素,指导他们如何正确地对待疾病。中医认为,不消除病人的不良心理因素,疾病是很难治好的,而采用的方法就是所谓“告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”(《灵枢》)。中医在长期实践中,还发展了许多具体的心理治疗方法和技术,其中阴阳五行相克和情志相胜理论就是典型的一例。该理论认为医者可以用悲胜怒、恐胜喜、怒胜思、喜胜悲、思胜恐的相胜原则,针对具体病人分别施行不同情景刺激,引发病人一定的情绪反应,用以治疗由于某一情志失常所导致的疾病。例如大喜之极而出现癫狂,用恐吓刺激而治之。

在西方,心理治疗也一直受到古代医学家的重视。早在古希腊和古埃及时期,医者就强调把“语言”也作为治疗疾病的工具。但是,由于西方中世纪时期宗教具有绝对权威,心理治疗变成了宗教的附属物,尤其是对精神病人,普遍采用肉体摧残的方法,从而阻碍了心理治疗的发展。只是在 1792 年法国医生 pinel 的倡导下,才开始用人道的办法治疗精神病,此后,心理治疗开始得到发展。十八世纪,催眠术在西方流行,十九世纪末精神分析疗法出现,并且至今仍在西方心理治疗学界中占有相当的地位。

近几十年来,心理治疗得到了较快的发展。除了一些古老的心理治疗方法如催眠、暗示、支持疗法,还出现许多新的方法,如根据行为学习理论发展起来的各种行为治疗法、生物反馈法等。目前,心理治疗方法已受到普遍的重视,在某些国家,已成为家喻户晓的事。由于学科的发展,出现许多专业学术机构和专门刊物。随着心理治疗各种理论和实施方法的逐渐发展和完善,心理治疗必将得到更广泛的应用,成为临床医学不可缺少的治疗手段。

三、形式与内容

影响病人心理的手段是多种多样的,对各种心理治疗手段的理论解释也不同,故心理治

疗的形式和内容很丰富。

从形式来看，有个别治疗和集体治疗。

个别治疗(individual psychotherapy)最被普遍使用。其实，医生在诊治病人过程中的一举一动，一言一行都包含着心理治疗因素，只是未被医生本人意识到而已。但一般所指的个别治疗，是指医生根据病人的不同情况，运用某种或几种心理治疗技术，进行一对一的治疗过程。个别治疗要求医生端正态度，彻底了解病人的种种问题，才能得到病人信任，有计划地给病人以指导和帮助。

集体治疗(group therapy)，选择类似性质的病人，或有共同问题的人，在一定场所由医生主持进行集体治疗，或者组织病人共同学习，彼此启发，互相帮助，以获得治疗效果。这种方法在精神科应用得较多，其实在心身疾病上也可采用。

此外，还有家庭治疗(family therapy)，心理危机干预(crisis intervention)、社会治疗(community intervention)等。

从进行的方式来看，可以单独使用一种心理治疗方法；也可结合其它物理、药物等疗法，作为综合疗法中的一个组成部分；也有多种心理治疗方法同时进行的。

从内容和种类上看，包括支持疗法、精神分析法、催眠疗法、行为矫正疗法、生物反馈疗法，以及音乐、艺术、运动、气功疗法等。

四、心理治疗应具备的条件

从病人角度，心理治疗最重要的条件是对医生的充分信任，并且相信治疗方法是有效的。这样，才能有效地发挥医生言语的指导作用，并且病人也能够真正按照医生安排的程序进行必要的心理操作活动，以取得预期的治疗效果。

从医生角度，在实施心理治疗时，应始终把病人看作是社会中的一员，要尊重和关心病人，以朋友的姿态帮助病人与疾病作斗争。对具体病人，应首先明确诊断，然后灵活地应用某一种或几种心理治疗方法，避免千篇一律。

另外应特别强调的是，各国的社会环境、风俗习惯、教育和学习方式等社会文化条件不同，在一个国家和民族有效的心理治疗方式方法未必能在别的国家和民族中取得相同的疗效。因此我们应避免盲目搬用国外的东西，即使某些方法在有的国家盛行，也不能一知半解，牵强附会，草率地在我国应用，否则将不易为我们的病人所接受，也不会收到良好的效果。

第二节 精神分析法

精神分析法(psychoanalytic psychotherapy)的理论基础是心理动力学(第二章)。在19世纪末产生，一直到现在，该治疗方法在西方心理治疗领域占有重要的地位。

精神分析疗法主张采用耐心长期的引导，包括在催眠条件下或用“自由联想”的内省方法，帮助病人将潜抑在潜意识中的心理冲突，主要是幼年时的精神创伤和焦虑体验挖掘起来，使之成为意识的东西加以认识和疏导。结果病人重新认识了自己，并改变原有的行为模式，达到治疗的目的。

精神分析一般有以下几种具体的内容：

自由联想(free association) 是精神分析的基本和主要手段，治疗者要求病人毫无保留地诉说他想要说的一切，包括近况、童年记忆、随想、对事物的态度、个人成就和困扰、思想和情感等。精神分析理论认为病人的焦虑来源于潜意识里的心理冲突，本人意识并不能察觉到。但通过自由联想，这些潜意识里的心理冲突可逐渐被带入意识，自由联想贯穿于整

个治疗过程。

抗拒(resistance) 是自由联想交谈过程中,病人在谈到某些关键的时刻,所表现出的自由联想困难。此时病人往往谈话中止,似乎没有什么东西可谈了;或者不按时参加预定的分析会谈;或者反复陈述某一件事,不能深入下去,扩展开来,或者甚至认为分析治疗没有意义,想中止治疗等等。抗拒的表现是意识的,但其根源却是由于潜意识中有阻止被压抑的心理冲突重新进入识意的倾向。当自由联想交谈接近这种潜意识的事实时,潜意识的抗拒就发生作用,阻止这种事实被真实表述出来,所以抗拒的发生,往往正是病人问题之所在。医生必须在整个治疗过程中不断辩认并帮助病人克服各种形式的抗拒。一旦潜意识所有的抗拒努力均被逐一战胜,病人在意识水平实际上已认识自己,分析治疗也已接近成功。精神分析法之所以需要长时间才能完成,据认为其原因就是潜意识的抗拒作用。

移情(transference) 被认为是分析治疗的很重要内容。在分析会谈过程中,病人可能将治疗者看成是过去与其心理冲突有关的某一人物,从而将自己的情感活动转移到治疗者身上。这样,治疗者可能成为病人喜欢的对象,也可能是憎恨的对象。因此移情又可分为正移情(positive transference)和负移情(negative transference)。前者是爱怜情感的转移,后者是憎恨情感的转移。医生通过对移情作用的分析,可以了解病人心理上的某些本质问题,以便帮助病人进一步认识自己,并给以疏导。

发泄(abreaction) 是让病人自由地表达被压抑的情绪,特别是过去强烈的情绪体验。事实上,这种发泄往往通过对医生的移情作用而表现出来。医生鼓励病人进行这种发泄。

释梦(dream analysis) 精神分析法认为梦是潜意识冲突或欲望的象征,因而病人有关梦的报告可以作为自由联想的补充和扩展,并认为有关梦境的分析结果更接近于病人的真正动机和欲求。但是,梦境仅是潜抑冲突与自我监察力量对抗的一种妥协,并不直接反映现实情况。这就需要医生对梦境作特殊的解释,以便发掘梦境中的真正含义。弗洛伊德《梦的解释》一书被认为是释梦者必读的工具书。

阐释(interpretation)和疏泄(catharsis) 医生在心理分析治疗过程中,对病人的一些心理本质问题加以解释,引导或劝阻,就是阐释过程。通过阐释帮助病人重新认识自己,认识自己与其他人的关系,从而达到治疗疾病的目的,这就是疏泄法。

现将精神分析治疗过程简单介绍如下:

精神分析治疗需时间较长,每次约 50 分钟,每周 3~6 次,累计总数可达 500 次。

接受治疗的病人在安静舒适的环境里躺卧,将身体放松。医生坐在病人头顶方向,目的是避免让病人看见面部而引起情绪反应,但医生则能够随时倾听和观察病人。

治疗开始,医生只认真听取病人的自由联想谈话,仅偶然提些问题或作必要的解释。当病人无话可谈时,医生适当给以引导,使之继续下去;直至约定时间。病人回去后,请其继续对自己进行探究。在下次约定时间,又继续进行自由联想交谈。

经过一段时间的交谈,医生对病人的问题有了一定的了解。这使医生在以后的分析交谈中能够正确地实施阐释,帮助克服抗拒,正确引导发泄,最终目的是帮助病人认识自己(包括意识的和潜意识的)。

随着分析的深入,病人将首先对自己的问题实质在意识上有所认识,产生了某种改变的需要。但这只是第一步,只有通过以后长时间的继续分析治疗,才能使病人在潜意识里也接受此一问题实质。这时,病人求医的原因即各种症状已经消失,个人感觉良好,整个治疗也告完成。

据介绍,精神分析疗法成功的病例通常是青年人和中年人。因为年纪越大,其潜意识里

的抗拒程度可能越高，使分析难度增加。

精神分析法大多应用于神经症病人，以及心身疾病的某些心理症状。这种治疗方法近年来受到不少批评，包括理论无法实证，缺乏评判标准，结果难以重复，以及时间太长，费用太大等(Hall CS, 1970)。

第三节 行为矫正疗法

行为疗法(behavior therapy)是近年来发展迅速的一类重要心理治疗方法。其理论基础是学习理论(第二章)。

行为疗法种类很多，每一种方法往往以某一种学习理论为基础。其使用对象也因此而有不同，主要用于各种不良行为的矫正。此外，有不少行为治疗方法虽然名称不同，但实际上是一回事或者基本相接近。例如系统脱敏法和对抗条件法(counterconditioning)及交互抑制法(reciprocal inhibitions)；行为排练(behavioral rehearsal)和角色扮演(role playing)，示范作用(modelling)、模仿(imitation)和观察学习(observational learning)等。下面选择介绍几种行为治疗方法。

一、系统脱敏法

系统脱敏法(systematic desensitization)主要用于克服某些恐惧和焦虑症状，如各种恐怖症、强迫症，及某些有较明确病因刺激引起的神经官能症。

据 Wolpe J(1966)认为，这种治疗方法应包括三个步骤。

1• 肌肉松弛训练(见该节) 医生先指导患者掌握松弛训练的要领。

2• 划分焦虑等级 不同的情景可引起患者产生不同程度的焦虑。治疗开始前，先按焦虑等级将这些情景顺序排列。以下是一位蜘蛛恐怖症病人不同的焦虑情景：

- ①打印“蜘蛛”字样的卡片
- ②读有关蜘蛛内容的书本
- ③看一幅静止的蜘蛛图画
- ④看移动的蜘蛛图画
- ⑤观看园子里 10 米远的静止蜘蛛形态
- ⑥5 米远
- ⑦观看 2 米远蜘蛛的快速移动
- ⑧观看蜘蛛结网
- ⑨让小蜘蛛在戴手套的手上爬行
- ⑩让蜘蛛在_{果手上爬行
- 11 大蜘蛛在裸手上爬行
- 12 大蜘蛛并让它向手臂上爬行。

3• 逐渐按上述等级次序进行脱敏训练 患者先接触第一等级焦虑情景，并针对该情景进行想象活动和松弛训练。当患者经过反复训练已经不再出现焦虑，或者焦虑程度大大降低时，可接着进行后一等级的情景接触相同样的松弛训练。如此顺序前进。如果在某一等级焦虑过于强烈，可以退回前一等级重新训练。如果患者胜利通过了所有的情景，治疗即告完成。

系统脱敏法也可应用于集体治疗(Suinn RM, 1970)。

二、厌恶疗法

厌恶疗法(aversion therapy)可以用于治疗性紊乱、酒瘾、烟瘾及其它某些行为异常。

厌恶疗法的治疗手段包括化学的、电击的刺激，也可使用短时隔离(time-out)以及厌恶想象法(见下)等方法。

厌恶疗法基本上是一种操作条件反射过程，通过条件训练，让病人形成一种新的条件行为，以消除原有的错误行为。因此这种新的习得行为必须与原有行为有关。

此处仅以酒瘾为例。个人的良好感觉属于阳性刺激，它导致不断的饮酒行为反应。如果每次饮酒时同时给以电击使造成痛苦或注射药物使产生呕吐，由于这些刺激属于厌恶性的，因此起负强化作用，而反应仍是饮酒。经过这样反复的训练，饮酒行为被消除。

厌恶疗法要掌握以下一些要领(Vingoe FJ, 1981):

- ①厌恶刺激必须在不良行为发生时始终存在
- ②治疗要持续到不良行为彻底消除
- ③刺激要达到明确的厌恶水平
- ④对不良行为的改变应随时进行鼓励强化
- ⑤使用逐渐消退法
- ⑥强化计划要适时改变
- ⑦家属配合
- ⑧逐渐由医生为主转为病人为主(即自我控带中)。

三、操作条件法

操作条件法(operant therapy)与厌恶疗法原理相似，但使用正强化，多用于精神科病人。

每当患者行为表现正常时，就给以适当奖励，例如记录成绩，最后根据总成绩给予物质或精神奖励(如看电影)。由于正常行为不断得到强化，便于塑造新的行为模式。

四、示范作用

示范作用(modelling)通常是各种治病过程中的一种成分，尽管这种作用表现不明显，并且医生也未必注意到。例如，当一个医生正在指导病人进行恐怖症的脱敏疗法时，医生的各种表现(如“不怕”的神态)对病人就是一种示范作用。示范作用通常用于克服病人的恐惧和焦虑症状，并且还能使病人获得某些原来没有的良好行为反应模式。据认为示范作用不一定需要强化(Bandura A, 1969)。

示范作用通常需要——一个活体模型或象征性模型，前者是指患者身边的某一具体人物，后者通常是电影或电视表演。活体模型比电影模型效果好，但后者便于重复使用。前者称为生活示范(live modelling)，后者称为替代示范(vicarious modelling)。

例如 Melamed BG(1977)为了帮助儿童克服对外科手术的不良行为反应，曾用电影人物模型对将要接受手术的儿童进行示范教育。电影内容包括某个儿童从入院、麻醉、手术到康复的全部住院过程，以及该儿童一系列正确的行为表现。结果这些接受教育的儿童在手术前后均获得许多心理生理上的好处。

五、厌恶想象法

厌恶想象法(aversive imagery)又称掩敏法(covert sensitization)，属于认识学习方法，是一种自我控制训练过程(Cautela JK, 1969)，主要应用于过食行为、肥胖、酒瘾、同性恋及其它行为异常。

该方法主要通过病人的厌恶想象进行负强化，以克服变态行为。例如，医生指导病人在见到不受欢迎的物体时，例如过食肥胖者的美食、烟瘾者的香烟等，病人得马上想象整个行为过程，同时病人在主观想象范围内产生越来越恶心的感觉。Cautela 主张每两个星期进行

10~20 次训练作为一个疗程，共需进行几个月。治疗间隙，让病人在家里继续进行训练，最后则主要由病人个人进行治疗。

六、自我控制疗法

自我控制法(self-control procedures)，属于认知行为矫正(cognitive behavior modification)范畴，强调病人个人的作用。自我控制疗法可用于许多行为异常的纠正，以及心理-生理失调甚至心身疾病如高血压的防治。

自我控制包括两方面内容，对环境的控制和对个人行为的调节。两者不可偏废。

对环境的控制就是刺激控制(stimulus control)。由于不良行为是在长期环境刺激作用下逐渐形成，这种环境刺激将激发这些行为的再现。例如对于过食肥胖者，厨房、饭店、食品店、餐桌等都可引起食欲。烟瘾者则见到别人吸烟就可产生烟念。因此控制环境刺激量，将有利于自我行为改造。这是一种自我预防技术。

以进食控制为例(Thoresen CE, 1974)，病人应做到：限制与吃有联系的各种暗示条件，如改变就餐时间、地点；不要怕浪费而吃；限制食物数；避免高热量食物出现；慢嚼、慢咽、慢进；取食高体积低热量食物以改变躯体对进食的感受和暗示；改变社会性暗示，如与适度进食者一起用餐；如果过食行为与情绪反应有联系(烟瘾、酒瘾常如此)，则应改造情绪的反应(如自我松弛训练)。又如，对失眠患者(Bootzin RR, 1972)，有些人是由于在床上进行活动如读书、看电视，或利用睡前对白天各种事情进行回顾而产生焦虑。刺激控制方法是取消这些活动，并在 10 分钟未入睡时离开卧室。

个人行为调节主要分自我监督和自我奖励(或惩罚)。

自我监督(self-monitoring)主要使用行为日记，患者每天按时将自己的有关行为活动记录下来(书写或自我回忆)，例如每天傍晚称一次体重或记录一天取食情况，或清点烟盒内剩余烟支数等。久而久之，就形成一张行为监督表。自我监督有两方面作用，一是为自我奖励做准备，同时该方法本身也有直接的行为矫正之作用(Kazdin AE, 1974)。

自我奖励(self-reward)或自我惩罚(self-punishment)目的是对自己的行为活动随时进行正、负强化，以巩固良好行为，消除不良行为。例如，在体重减轻时或饮食控制成功时给自己以物质或精神上的奖励，后者包括看电影听音乐等精神享受或在内部心理水平上进行自我安抚。当出现不良行为或自我监督未达要求时给以自我惩罚，如闻难闻的气味或撕掉一定的购物凭证等。

上述各种自我控制技术据认为都能产生一定的行为矫正作用，以自我奖励效果最好(Mahoney MJ, 1973)。

第四节 暗示与催眠

一、暗示疗法

暗示疗法(suggestive therapy)是一种古老而有一定效果的心理治疗方法。说古老，是因为一些原始的占卜，求神治病活动中就明显存在着暗示作用。自有医生职业以来，医生特别是影响大的医生对病人也具有暗示性的治疗作用。说有效，是因为通过心理上的积极暗示，能明显改善病人的心身反应过程，不论实验或是临床实际经验都证明了这一点，医务人员也几乎都能理解这一点。

暗示疗法可直接进行，也可在其它治疗过程中结合进行。直接暗示是医生以技巧性的言语或表情，给病人以诱导和暗示。病人接受医生的暗示过程，就是内心的逻辑活动过程，结

果，改变了原有的病态感觉和不良态度，达到治病目的。

暗示疗法也可通过对病人的躯体检查操作，或使用某一些仪器、或注射某些药物，以及使病人处在某些特定的环境之中，再结合医生的言语态度进行暗示，使暗示效果更好些。例如，医生：常用电刺激肌肉的方法，结合言语暗示治疗癔症性肢体瘫痪，用静脉注射 10% 的葡萄糖酸钙的方法，结合言语暗示治疗癔症性失语等。上述暗示治疗均属于“他暗示”。

另有一种“自我暗示”，即病人自己把某一观念暗示给自己。例如因过分激动、紧张而失眠者，选择一些能使人放松、安静的语词进行自我暗示，可以产生一定的治疗效果。许多松弛训练方法实际上是一种自我暗示过程(见下节)。

暗示疗法对于暗示性高的病人，效果较好。暗示性低的病人往往对暗示治疗反应差。

有一点应该注意，医生的言语、表情固然能作为暗示手段以治疗疾病，但不良的暗示却可产生或加重病人的症状。自我暗示也存在这一问题。

二、催眠疗法

催眠疗法(hypnotherapy)实际上可被看作是一种特殊的半清醒状态(即催眠状态)下的暗示疗法，故也称为催眠暗示(hypnotic suggestion)。

在实施催眠术之前，一般可先检查病人的暗示性高低。暗示性高者，催眠效果也好。检查暗示性高低的方法很多，例如可令被试者背向术者闭眼站立几分钟，术者可缓慢地说“你的身体正在前后摆动，感觉到了吗?……”。如果被试逐渐摆动，说明暗示性高。

催眠的实施过程大同小异。催眠术者一般让被试在安静、舒适的房间里躺下或处坐位。嘱其放松身体。凝视法(eye-fixation)要求病人注视近前方的某一样物体，同时注意听取施术者的声音。晚近则主张放弃凝视法，干脆就闭上眼睛(Vingoe FJ, 1980)。

催眠术者以简单的、柔和而又坚定的言语反复对被试进行催眠诱导。例如“你的手臂放松了，……你的腿也放松了，……眼皮发沉了，……你要睡了”。这是嗜睡和催眠的暗示。同时，催眠术者还要结合对被试进行集中注意的暗示过程，进而诱导其进入视象(Visual imagery)。例如令其“注意躯体某一肢体某一“肌肉”；令其“只听到催眠术师的声音，其它什么也没有听到”，“不论发生什么事情就让它发生吧”；“在你的面前是美丽的草原，风景如画……”(Kline MV, 1953)。

随着催眠诱导，被试逐渐觉得困倦、思睡，全身趋于弛缓，但仍有少量自主活动。此时被试进入轻度催眠状态。经过继续诱导，可进入中度催眠状态。此时被试对外周的感觉继续减少，意识趋于朦胧，同时变得顺从，容易接受施术者各种暗示和指令。Hilgard JR(1965)认为，典型催眠状态可有以下一些心理特征：①决策能力减退；②注意重新分配；③增加了对以往有益的视觉记忆的回忆和提高了幻想性；④减少对真实性的检验，结果对歪曲事实表示宽容；⑤增加暗示性；⑥角色行为表露；⑦对催眠状态挖掘出来的过去的问题容易宽容。

上述催眠条件下个体所具有的各种心理特征和松弛的躯体状态，都有利于心理治疗的实施。被试周围感觉减弱，但中枢某些局部的觉醒度反而提高，医生的暗示治疗就可发挥更大的作用。此时医生可以指出病人的疾病原因，暗示他症状很快就会消退等等，这就是催眠暗示疗法。

催眠疗法应用范围很广。例如 As A(1962)报告在催眠状态下可使病人重新经历和体验过去曾经发生的东西，从而恢复病人已遗忘的语言功能。由于催眠的特殊放松反应和暗示性，故也能使用于各种躯体疾病，例如心脏病，产科，癌肿，溃疡病等的疼痛(Vingoe FJ, 1981)。但一般地说，催眠疗法主要用于各种神经症和心身疾病的某些心理行为症状。

此外，催眠术可以与其它一些心理治疗法联合使用。例如精神分析可在催眠条件下进行，

此时“抗拒”作用相对较弱，病人容易谈出童年时的真实体验，易使分析治疗过程缩短。这一方法被称为催眠分析(hypnoanalysis)。还有人主张将催眠法与行为矫正疗法结合起来，认为可以促进行为矫正的治疗效果(Dengrove E, 1973)。

催眠疗法已有几百年的历史。它首先来自 18 世纪末叶麦斯麦(Mesmer FA, 1733~1815)的磁铁催眠术，以后逐渐发展成为现代催眠术，曾被国外医学界广泛应用。近二、三十年来，关于催眠的机制研究及对催眠术概念的认识存在争论，国外临床上单独使用催眠术治病的情况已减少(Vingoe FJ, 1981)。Paul GL(1969)认为，催眠作用与松弛训练治疗方法具有同样的认识过程和生理过程的改变，他还研究证明后者且优于前者。

第五节 自我松弛疗法

松弛疗法是一种在医生指导下，主要由病人自己控制的治疗方法，其核心是通过各种固定的程式，经过长期反复的训练，使全身发生条件反射性松弛反应(relaxation response)，从而对抗多种病理性的心身紧张症状。目前，松弛疗法已成为一种重要的行为治疗方法，广泛应用于各种心身疾病和心理生理失常，例如高血压、支气管哮喘，疼痛、焦虑、失眠、性功能障碍等的治疗。

松弛训练程式或称松弛训练技术(relaxation training techniques)种类很多。世界各种文化中的许多传统健身治疗方法或宗教仪式，例如各种冥想训练(meditation)，瑜伽训练，以及我国的气功等，都或多或少包含着松弛反应成份。在此基础上近代新创立了许多种自我松弛技术，例如渐进性松弛训练(progressive-relaxation training)、节拍器条件形成松弛法(metronome conditioned relaxation)(Brad JP, 1974)、自律训练法(autogenic training)、以及简单的心理放松法(psychological relaxation)等等。

一、渐进性松弛训练

1938 年 Jacobson E 描述了一种使肌肉逐渐放松的自我训练技术。该方法要求被试者首先学会体验肌肉紧张和肌肉松弛之间个人感觉上的差别，从而能使自己主动掌握松弛过程，然后进一步加深松弛训练，直至能自如地放松全身肌肉。具体过程大致如下：

(1)被试处于舒适位置。指导者先令其放松，并用深慢呼吸，在深吸气后屏息数秒钟，然后缓缓呼气同时放松全身。如此重复几次，使被试完全安静下来。

(2)指导者用缓慢的速度交替地令被试逐一收紧然后放松，身体各处的大块肌群。首先从手部开始训练，然后依次是前臂、二头肌、头颈部、肩部、胸部、背部、腹部、大腿、小腿、脚部。每进行一块肌群的收紧和放松，就嘱被试体验紧张和松弛的感觉差别。

(3)经过反复训练当被试学会了通过对简单的肌群放松感觉的回忆就能自动放松紧张时，上述交替紧张放松训练即可逐渐停止。此后，被试可以在任何情况下能凭个人对放松的感觉，反射性地使自己放松。

渐进性松弛训练法早年主要用于减轻肌紧张及因此而出现的某些症状，现在该方法已被推广使用于各种心理生理症状，如紧张、焦虑、以及高血压等心身疾病的治疗和矫正。

二、松弛反应

各种松弛训练技术往往内容繁杂，掌握不便。Benson H(1977)总结认为，各类松弛训练技术中，存在着某些共同的特点，比如重复的精神控制活动、沉静的姿势、安静的环境和全身放松等。因此，近年来出现了一种简单的松弛反应技术(relaxation response)。这种方法简便易行，主要掌握以下几点要求：①舒适安静环境和轻装静坐闭目；②排除杂念和保持

深慢呼吸；③主动放松全身每一部分肌肉。被试每次松弛训练 15~20 分钟，每天 1~2 次，为了治疗目的，一般应坚持训练 3~6 个月。随着训练时间的延长，被试对于自我放松的个人体会逐渐加深，从而使放松速度和自控程度加强。

Benson 证明，经过一段时间的松弛反应训练，被试在训练后可出现一种愉快感、轻松感、休息感或发热感。此外，松弛训练对躯体生理功能的影响也很明显。除了使血压降低，还表现氧耗量、心率、呼吸率、动脉血中乳酸盐含量下降，同时使骨骼肌血流量轻度增加。这些变化与普通静坐或睡眠时的变化不同。经过长期训练，还能使外周交感递质活性下降，表现在血浆多巴胺 B 羟化酶水平下降(Stone RA, 1976)。

Hess WB 曾用刺激下丘脑某些核团的方法，引起一系列与松弛反应训练类似的生理学变化，当时他认为这种反应与 Cannon WB 所报告的应激反应相反，是对机体应激的一种保护机制。很明显，由于下丘脑在应激和保护应激的生理过程中起重要作用，长期的松弛训练很可能是通过改变下丘脑的反应过程，从而改变了各种病理生理过程的发生和发展，成为治疗疾病的主要条件(Benson H, 1977)。

松弛反应可以使用于多种功能和器质性疾病的治疗和预防，也可用于矫正一般的职业性紧张和焦虑症状。

三、结合想象的松弛训练

有时候，可利用想象(imagery)过程促进全身放松。这实际上是一类自我暗示放松过程。

被试所处环境、体位、入静、放松次序均与上述放松训练类似。在顺序放松全身的同时，被试结合开展想象活动，例如局部肢体放松时，同时想象肢体发沉、发热，这种发沉、发热感分别按次序在全身出现。随着想象的加深，这发热感汇集成为一种暖流，这种暖流随之顺次地由身体的一个局部逐渐流通到各个部位，在暖流遍及的地方，局部进一步放松并觉舒畅轻松(或发沉)。想象还可进一步扩展到内部脏器，想象对脏器的良好感觉。另外，所谓的想象疗法(imagery therapy)，其想象范围还可以超出人体，如电影画面、风景等。活动障碍病人可想象舞蹈、癌症病人想象白细胞吞噬癌细胞、雷诺氏病人想象肢体在炎热的环境里等等。这一类治疗方法，显然已超出了松弛反应范围。

Luthe W(1969)的“自律训练法”实际上主要是一种结合想象的松弛训练技术。此外，在冥想(meditation)疗法、我国气功疗法、以及催眠疗法当中，也含有想象松弛训练的成分。其想象的内容有的更为丰富多采。

四、松弛训练的实施

由于这是一类患者自己控制的治疗方法，而且持续的时间较长，故在松弛训练开始之前，医生一般应先向患者介绍一定的心身放松知识以及整个治疗计划，使患者能自觉地参加训练，并在治疗全过程能够持之以恒，保持积极的态度。

不论哪一种方法，开始阶段最好在医院里进行。为了提高效率，可用集体训练法。早期训练过程中，医生要随时了解每一个患者掌握的程度，解释他们提出的问题。当患者已能一般掌握训练要领后，即可嘱其在自家继续开展定时训练。

此外，也可将有关的放松训练过程编成指导语，在一定的音乐背景中录制成盒带，分别交给每个患者使用。一盒质量好的放松训练指导语，将会使松弛训练治疗程序趋于简便和统一。

松弛训练和催眠疗法一样，在部分人身上可能产生一些不良的心身反应，如幻觉、失眠等，其原因较复杂，读者可参考第 22 章。

第六节 支持疗法和患者中心疗法

一、支持疗法

支持疗法(supportive therapy)是我国目前使用很广的一种心理治疗概念。支持疗法的内涵非常丰富,一般是医生合理地采用劝导,启发,同情,支持,消除疑虑、提供保证等交谈的方法,帮助病人认识问题,改善心境、提高信心,从而促进心身康复过程。

支持疗法要求医生首先建立良好的医患关系,医生要对病人的心身有全面的了解!其次要科学地运用语言。

支持疗法中,医生对病人来说不是绝对的权威,病人也不是处在绝对服从的地位。医生与病人接触时特别要注意自己的态度、动作,以及环境的选择,要注意认真听取病人的诉说,开展诚恳的交谈,在交谈过程中了解病人心理上的要求和存在的问题,为具体的言语支持提供依据。在交谈中,病人也会逐渐增加对医生的信任感,从而容易接受医生的言语支持。如果没有这种交谈和了解,或者在交谈中表现高高在上、态度生硬、心不在焉,就谈不上如何进一步对病人实施支持治疗了。实际上,一次成功的交谈,本身就是对病人心理的极大支持。

在掌握病人的心理状况以后,医生应善于利用心理科学知识,及时正确地给病人以同情、解释、鼓励和保证。一般来说,凡有丧失感的病人,对于医生的言语支持,都会有一定的积极的反应。由于病人的个性、经历、年龄、病种、病期等通常不同,支持的方式也应有所区别。例如,对一般的病人可给以解释和保证,对于预后较差的病人应有意识地以某些成功的病例给予鼓励,使其坚强起来多对年青的残废病人应多给些激励而避免一味地表示同情等等。

支持疗法必须注意充分调动病人心理上的积极方面,加以支持和发扬!对病人心理上的消极一面,应让其充分地表露和发泄,然后加以引导。从这一点上看,支持疗法与 Rogers 的患者中心疗法有一定的类似性。所不同的是,支持疗法中的医生多少还有权威的形象,他在治疗中的解释仍起很重要的作用,而患者中心疗法中的医生则完全是病人的朋友,他对患者的倾诉只作引导而不作任何解释。

支持疗法多用于某些遭受挫折、或感到环境的严重压力和紧张、或其它灾难如患了顽症和绝症造成精神上难以抵御和补偿的病例。这时,病人需要一种心理上的疏导和支持。

临床工作中医生给病人开出处方的同时,给以一定的解释或鼓励,也是一种支持疗法。

二、患者中心疗法

患者中心疗法(client-centered therapy)是人本主义心理学家 Rogers C 在四十年代后逐渐发展起来的一种新的心理治疗方法。这种治病方法的目的是帮助患者进入内省,即自我探索,使之从否定自己某些情感和体验的倾向,转到接受和体验个人此时此地的全部情感和思想。

早在 1940 年, Rogers 就曾提出,心理治疗应重视以下四个问题:①患者自身存在着一种趋向健康、调整行为的积极力量;②治疗中病人的情感比理智更重要;③病人的“此时此地”比过去的压抑冲突更重要;④治疗时的人际关系很重要。根据这种认识,此后发展起来的患者中心疗法强调医生在治疗中要以真心待人,与病人进行“心理接触”,是病人的朋友。治疗过程中要鼓励病人充分表达目前即此时此地所存在的消极情感,医生只认真引导听取病人的倾诉而不作任何解释。通过这种“移情理解”过程,调动病人内部的健康和积极的因素,让病人自己认识此时此地自己的问题,最终从困扰中解脱出来。可见,这种治疗方法与精神

分析法存在明显的差异。

患者中心治疗一般用于各种神经症病人，可以个别进行，也可用于集体治疗(Rogers CR, 1973)。

第七节 集体心理治疗

集体心理治疗(group psychotherapy)近年在西方越来越受到重视。我国在精神病领域也有不少应用。但是总的来说，集体治疗在国内应用尚很局限。

集体心理治疗所使用的方法多种多样，除前面讨论的各种心理治疗方法同样也可应用于集体治疗外，国外近四、五十年还发展了不少专门用于集体治疗的方法。本节仅对集体治疗有关问题作总体的讨论。

一、历史和发展

集体心理治疗最早可追溯到美国医生 Pratt JH，他在 1905 年曾对结核病人采用集体教育和鼓励，以及开展集体讨论的方法，帮助病人克服抑郁情绪，树立康复信心。此后，他和另外一些人又将这种方法分别应用于糖尿病、高血压、溃疡病、儿童营养不良症和精神病人。这是早期的集体支持疗法。

在此后的三十年间，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，为四十年代集体治疗的大发展创造了条件。例如：

Marsh 将 Pratt 方法加以发挥，在交谈基础上增加艺术课和舞蹈课，使之成为一种活跃的集体治疗方法。

二十年代 Moreno 在美国创立了心理剧(psychodrama)和社会剧(sociodrama)，在这一过程中他提出了角色扮演(role playing)和团体成员之间情感互相作用(sociometry)概念。此后，在 1930 年他还第一次使用了集体治疗(group therapy)这一术语。

在同一时期，Schilder P 对门诊精神病人开始使用一种带有精神分析框架的集体心理治疗方法。

Wolf A 主张在集体治疗中每个病人应该轮流谈自己的问题，他使用的方法被称为团体心理分析(psychoanalysis of group)。

二次大战期间，由于战争压力造成的心理问题骤增，促进了集体心理治疗的快速发展。1943 年少数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。五十年代以后，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。

二、方法与种类

所有集体心理治疗方法大致可以分为两大类。一类是重点放在个体的集体心理治疗，另一类是重点放在团体作用方面的集体心理治疗。

前几节介绍的多种心理治疗方法，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；此外，支持疗法也可集体进行，主要采用集体教育的方式，主持人的直接目标也是直接针对每一个体所存在的具体问题。这一类治疗方法随使用者的不同，也派生出多种类型。例如团体精神分析法就有多种方式，有的方法已接近于下面一类

(Ezriel H, 1950)。

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,大部属于此类。例如T小组或训练小组(T group)、交朋友小组(encounter group)、心理剧(psychodrama)、格式塔小组(gestalt group),以及罗杰斯的患者中心小组等。自我帮助小组(selfhelp group)也可归入这一类。这一类治疗方法是在医生领导下,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医生的社会角色作用,在国外,医生往往要经过特殊的训练培养过程才能胜任此项工作。

我国目前使用的集体治疗方法一般属于集体支持法(例如应用于慢性病人),或者通过集体方式实施某些心理治疗技术,包括松弛训练、生物反馈、催眠疗法等。

三、适用对象

早期的集体心理治疗大都是出于经济的考虑,主要为节省人力和物力。但近年则主要已不是考虑经济问题,而是将集体心理治疗作为心理治疗方法中的一种,成为某些特定群体的选择治疗措施。

目前,下列具有共同问题的特殊人群均可以接受不同种类的集体治疗:①住院和门诊精神病人;②儿童及其家长(包括学校和儿童医院儿童);③青年人(包括情绪紧张度过高过低、性问题等);④老年人(多种问题和多种形式);⑤烟瘾和酒瘾者;⑥躯体疾病病人;等等。

据报道,可接受集体心理治疗的躯体疾病有:支气管哮喘儿童及其家长、溃疡病、糖尿病、心血管病病人及其配偶、妇产科病人等。通过集体治疗可解决这些病人存在的许多共同心理行为问题。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(Lubin B, 1983)。

四、对集体心理治疗的评价

集体治疗较个别治疗有许多优点。首先,有同样性质心理问题的患者集中在一起,能使每一集体成员觉得自己的问题并不是最坏的,从而可减轻心理上的压力,有利于克服消极情绪。其次,在治疗过程中团体成员可从不同角度得到关于自己对他人的反馈信息,而这种反馈信息治疗者很难给予。其三,通过团体成员相互间直接的帮助,以及通过社会促进作用(social facilitation),有利于某些治疗技术(心理技术和行为技术)的迅速掌握。其四,集体治疗效率高、经济且影响范围也大。最后,有的心理治疗只能在团体中进行,如各种问题小组。

但是,集体心理治疗也存在一些问题。首先是针对性较低,团体的成员虽然有共同问题,但毕竟存在个体差异。另外,由于集体治疗时团体内部各种因素交织在一起,使得研究工作的设计、方法的实施、结果的评价等都发生一定的困难。

(浙江医科大学 姜乾金)

主要参考文献

1. 许淑莲·积极心理治疗·医学心理学文集(一)·中国心理学会医学心理学专业委员会. 1979
2. 姜乾金等·音乐松弛训练对高血压病人即时降压效应的实验研究·应用心理学 1986; 1:

3. 安乾金 • 外科手术病人的辅助行为治疗 • 外国心理学 1985; 2: 42
4. 姜乾金等 • 康复期病人的集体心理治疗(517 例) • 中国心理卫生协会特群专业委员会首届学术会议 • 苏州, 1987
5. 姜乾金等 • 集体心理咨询和行为训练对手术康复的影响 • 心理科学通讯 1988; 2: 134
6. Weiner IB ed • Clinical Methods In Psychology • NY: John Wiley & Sons, 1983: Part 1
7. Vingoe FJ • Clinical Psychology and Medicine, An Interdisciplinary Approach Oxford: Oxford Univ Press, 1981: part VI (Approaches to Treatment)
8. Mahoney MJ & Arnkoff DB • Self-management • in Pomerleau OF & Brady JP eds • Behavioral Medicine: Theory and Practice • Baltimore / London: The Williams & Wilkins Co. 1979
9. Benson H et al. The relaxation response. Psychiatry 1974; 37: 37
10. Garfield SL & Bergin AE eds • Handbook of Psychotherapy and Behavior Change • 3rd ed • NY: John Wiley & Sons. 1986

第二部分

心理卫生篇

（预防医学中的心理社会因素——健康心理学篇）

根据生物心理社会医学模式，现代健康的概念，不但是指躯体上没有疾病和缺陷，而且还要有健全的人格、良好的心理状态和社会适应能力。心理卫生(mental hygiene)就是通过各种有益的教育和训练，培养和保持个体的正常心理状态和健康的行为方式，使之适应发展的社会环境，促进心身的健康。心理卫生工作范围很广。广义的概念几乎包括医学心理学大部分的内容。本篇将集中介绍不同年龄阶段的心理卫生问题、睡眠和某些行为障碍问题，以及心理咨询。

第十章 儿童心理卫生

第一节 孕期心理卫生

一、优生与胎教

要使人口质量提高，首先要抓优生，杜绝遗传病的再生育，禁止近亲结婚。我国婚姻法规定，直系血亲和三代以内旁系血亲禁止结婚，因为近亲结婚往往可以造成难以挽回的严重后果，如可生葡萄胎，生出的小孩矮小、聋哑症、低能等。因此，作为心理卫生工作者，应该大力宣传，教育广大群众，杜绝近亲结婚。

胎教是一门新兴科目，在西方国家，如美国，澳大利亚和西欧等国均有报导，认为胎教对胎儿的生理和智力发育都有很大帮助。其形式是给怀孕 4~7 个月的腹中胎儿“上课”，分音乐课，语言课和体育课等三种。但因胎教效果须观察一段漫长时间，同时又是一个复杂而牵涉面广的问题，因此，要肯定效果，还须较长时间的观察才能定论。不过他们指出的研究方向，是值得今后探讨的。

二、孕期的心理卫生问题

1·保持情绪稳定，心境愉快 我们知道，胎儿生长发育需要的营养和氧气，由母体血液通过胎盘供给。有学者认为，母亲情绪的变化，会影响内分泌和血液成份从而影响胎儿。例如孕期情绪过度紧张时，肾上腺皮质会分泌过多的皮质激素，这种激素分泌过多，其影响很广，例如可能阻碍胎儿上颌骨的发育而造成腭裂。情绪不稳定的孕妇、'发生难产的机会比较高，往往产程过长或伴有不规则的宫缩。长期处于忧郁的产妇，常会引起早产或造成胎儿瘦小体弱。中医《妇人秘科》提到“受胎之后，喜怒哀乐，莫敢不慎”，这都说明，孕期的行为和情绪状态，对胎儿发育均有明显的影响。因此，要生育一个聪明、活泼、健康可爱的小孩，母亲在孕期一定要心情舒畅，情绪稳定，生活合适，有节奏，营养休息适度，保持良好的心理状态。

2·注意营养和避免不良因素影响 母体在胎儿发育阶段的营养和乳儿生后六个月内的营养，对胎乳儿脑的发育极为重要。若营养成份平衡失调，可使胎儿脂肪堆积，个体过大，会带来分娩困难，或者会影响各器官的协调发展，尤其可能影响智力的发展。同样，如营养不良，可能导致智力低下。因此，孕期要保证提供胚胎发育所需的一切高蛋白低脂肪与多种维生素以及足够的氧气。此外，诸如放射线的照射，某些药物的影响，母体感染疹病(如风疹，流行性腮腺炎等)，以及其他有害物质的损害，都可能影响胎儿的智力发育，均须加以注意。

第二节 乳婴儿心理卫生

在心理学领域，从出生到 1 岁称乳儿期，1 岁至 3 岁为婴儿期。此期儿童心身发展迅速，并对以后有很大的影响。乳儿由母体内的寄生转为独立生活，直接与外界环境发生关系，但到 1 岁后才能逐步学会走路，可以用言语进行简单的交际。因此在这段时期，母亲对乳儿是否经常接触以及接触是否正确(如是否过分溺爱)都会直接影响儿童的心身发展。

一、乳儿期要注意的几个问题

1. 喂奶问题 一般认为母乳喂养最为恰当，这不仅是因为其营养足够，更重要的是母亲抱着喂奶，使乳儿获得感情上的满足。这也是增进母子良好关系的桥梁。当母亲把孩子抱在怀里，孩子一边吃奶，一边瞧着母亲微笑的脸孔，母亲轻轻拍着孩子的背部，慢慢地抚摸着头部。此时，母子感情得到交流，孩子也饱尝到了母爱。

2 • 睡眠 睡眠也是乳儿的主要问题。要保证乳儿有足够的睡眠，同时要养成良好的睡眠习惯，要想办法让乳儿白天多玩点少睡一些，逐步养成晚上睡觉白天玩的习惯。

3 • 培养乳儿良好情绪 6~12 个月是乳儿心理发展的急剧时期，同时也是建立母子关系的关键时期。此期母子经常接触，孩子容易保持良好的情绪。如果孩子长期得不到母爱，即所谓“情感剥夺”，将会严重影响心理的发展和身体的发育，例如可能会产生夜惊、拒食、消化紊乱等症状，甚至长大后患病态人格。另一方面，要培养乳儿躺在小床里玩的习惯，白天适当抱抱，亲热一番，切不可一听哭声就去抱，抱多了，他就不愿在小床里玩了，一旦大人有事不能抱他时，会引起长时间的啼哭，影响情绪，有损健康。

舒适的环境，和谐的气氛，新式的玩具，柔和的音乐，良好的生活习惯都有利于儿童良好情绪的形成。

二、婴儿期的心理卫生问题

乳儿满 1 岁左右，已经可以站立，扶着墙或小床移动，不断探索，搜索每一个角落，这种精神是可取的，应该给予鼓励。两周岁左右可以行走自如，3 岁左右逐渐学会跑、跳、攀登阶梯等复杂的动作。2 岁至 3 岁婴儿开始具有控制膀胱和直肠的功能。存此一发展过程中，须要注意下面几个心理卫生问题：

1 • 断奶 婴儿断奶要重视，要有计划，不要搞突然袭击。应在断奶前 2~3 个月就适当喂些稀粥、蛋糕、奶糊等食物，逐渐增加，最后才完全断掉母乳。

2 • 言语训练 2~3 岁是儿童学习口语的关键时期，如果在这一时期言语得不到发展，将终生难以弥补，因此，要特别加以注意。父母尤其母亲是婴儿接触最多的人，在同婴儿接触过程中，应多同其说话，引导其发出声音。1 岁半以后，可给婴儿讲故事，教唱简单的歌，以及耐心纠正他们发音或用词的缺点和错误。

3 • 大小便的训练 对孩子进行大小便训练要耐心，和蔼，不要埋怨，不要斥责。斥责或打骂不但影响大小便的训练，且会给孩子留下心理创伤。必要时，婴儿大小便训练可适当采用正、负强化的训练程序(Agras WS, 1978)。

4 • 不要惊吓儿童 有时小孩哭个不停，成人便以“老虎来了”，“老鼠来了”，“狗来咬人了”等语言来吓唬小孩。那时，哭可能停止了，可就孩子因害怕而受了惊，这对儿童的个性形成会有不良的影响。

5 • 好奇 好发问是婴儿的求知动机的明显表现，这对一个人的知识积累和智力开发是十分重要的。父母要实事求是，认真地对其作出合理的解答，切不可因工作忙，而责骂儿童，或虚构事实欺骗他，因为，这样会影响儿童情感和知识的发展。

6 • 对做错事的孩子的态度 孩子年纪小，缺乏社会经验、知识和能力，往往分不清是非而做错一些事，如损坏了东西或拿了家中的钱等。此时家长的打、骂并不是好办法，也解决不了问题。遇到这种情况，家长应该心平气和，详细分析原因，进行耐心教育，使孩子认识错误，并帮助他找出发生错误的原因，鼓励孩子决心改正错误。

第三节 学龄前期儿童心理卫生

3~6岁为学龄前期或幼儿期，此期孩子与外界接触和受他人影响增多，心理发展也特别迅速。但此期的主要活动场所仍在家庭，父母和兄弟姐妹往往是活动的主要指导者。据认为5岁前是智力发展最快的时期，在3~4岁就初步奠定了人格健全与否的基础。

1•游戏 游戏是儿童最主要的需要之一，占去了他们大部分的活动时间。游戏对儿童的运动器官、感觉器官和心理发展都能产生积极的影响。儿童在游戏中，由于扮演角色的需要，必须自觉地、积极地，有目的地去记忆，做游戏可锻炼孩子们的记忆力。又因游戏要模拟社会生活，因此就必须观察生活，进行想象，这可促进孩子们的观察力、想象力的发展。儿童在游戏中要遵守游戏规则，处理人与人、个人与集体的关系，因而游戏能培养孩子们的性格。总的来说，游戏是促进儿童心身发展的最好活动方式。

有些孩子玩起来几乎忘记了一切，连饭也顾不上吃，父母往往为此斥责他们，甚至强夺他们的玩具，弄得孩子们哭哭啼啼。有些父母为了孩子早认字，早学算术，而限制他们的自由玩耍，这都是违反儿童年龄特征的。要支持孩子们在一起玩，成人不必干涉。要知道孩子们在一起玩，就是学习，就是交际，而且更能饱尝游戏中的乐趣，这对儿童的心身发展是有益的。不过，游戏要同德育、智育结合起来。游戏的过程，就是教育的过程。因此，游戏内容最好从正面反映生活，如团结友爱，解放军英勇保卫祖国等。其次游戏也要有丰富的知识。如各种智力游戏，教学游戏可发展儿童的思维。此外还有建筑游戏、活动游戏、娱乐游戏，音乐游戏等等。总之，儿童在游戏中，智力、体力方面均得到迅速发展。在游戏中还可培养儿童勇敢、敏捷、坚毅、关心集体等个性品质。

2•培养良好的习惯 培养良好的习惯，必须有良好的学习环境。儿童学习开始于模仿，逐渐发展而成为习惯行为，而且总是以最亲近的人为模仿对象。因此，父母对儿童的培养，要以身作则，身教重于言教。

为了培养良好的饮食习惯，必须从婴儿时期就训练儿童专心进食，要在一种安静、温暖的气氛下喂食。稍大的儿童，可以为他准备一个固定进食的位子，切不可追在后面喂食。另外，要注意坚持吃好正餐，零食适当，避免孩子因为随时可以吃到零食而不吃饭。

3•对儿童哭闹，要正确对待 儿童无理取闹的动机，是将哭闹行为作为达到要求的一种有效手段。同样，家里来了客人，某些儿童便唱、叫、跑来跑去、装相，这无非是想得到他人的注意。像这样的情况，父母要认真对待，因为处理的好坏，对儿童性格的形成有很大影响。前者应给以说理说法，但不应给予无限制的满足，后者应在适当的时候把孩子介绍给客人，然后鼓励其自己去玩。对儿童的不合理要求，如果给以迁就，总是任其满足，往往会造成达不到要求就哭闹的行为习惯，以后就很难纠正。相反，如果儿童做了好事，正确的事，父母就应在适当的场合给予适当的鼓励和表扬。若是经常对孩子们的优点不理不睬，易使孩子形成抑郁的性格。

4•应该培养儿童有独立的愿望，独立处理自己事情的精神 婴幼儿在3岁时就可表现出独立的愿望，往往要自己动手自己干，变得不太听话。其实，这正是孩子心理发展的一个明显标志，是独立性开始发展的表现。对此家长们应给予鼓励和引导，不应任意训斥和干涉，使儿童能沿着心理健康的道路发展。另一方面，儿童尝试新事物时，总是惧怕或信心不足，例如，学走路怕跌倒，交际时怕陌生人，吃饭要求家人喂，事事不主动，不肯自己去做。此时作为父母要及时耐心地予以纠正，但不应讥笑和讽刺。

5.培养儿童遵守纪律 要鼓励儿童过集体生活，遵守纪律。在幼儿园里，要培养儿童良好的卫生及生活习惯。要注意培养儿童与人和睦相处，建立友谊，助人为乐的精神。

第四节 学龄期儿童的心理卫生

6~12岁为学龄期,是长身体、长知识的主要时期。儿建入学,是他们一生中的一件大事。进入小学后,学习就成了孩子的主要活动,学校成为主要活动场所,教师成为学习的领导者,同学则为一起学习的伙伴。此一时期儿童开始有意识地过集体生活,慢慢认识到学习的目的和自己与集体的关系,开始有系统地学习文化科学知识。随着与社会的接触内容不断丰富,范围不断扩大,以及他们在家庭与社会中地位的改变,儿童的心理活动在许多方面都有了新的特点,如理智感、道德感等。

一、培养儿童正确的学习动机和态度

小学生学习成绩的好坏,对他们在集体中的地位,在教师心目中的地位均有很大的影响。学习成绩好的学生,在同学中受到尊敬。成绩差的学生,往往被集体疏远,易产生孤独和自卑,对学生个性发展不利。因此,老师和家长要经常教育儿童学习的目的是掌握文化和科学知识,有了它才能更好为四化服务及作出贡献。要激发小学生的学习兴趣,养成自觉学习韵习惯。

二、培养儿童良好的道德品质

1. 考试成绩对行为的影响 考试不及格或留级的儿童中,有不良行为者较多。家长要预先做好思想工作,防止孩子不良行为发生。

2. 逃学 孩子学习成绩不好或留级,受到老师或同伴非难或排斥,常会对学校产生适应障碍,失去上学的积极性,慢慢就会旷课。对此若老师或家长不注意,久之,就会成为逃学。另外,在小学的儿童,有时3~5人结成小集体,如果一个小朋友被小集体“开除”,会感到非常痛苦,甚至不愿上学而产生逃学。此时,若家长强迫儿童上课,有些孩子就会逃走或产生行为问题。因此,老师和家长应该分析儿童旷课逃学的原因,帮助儿童到校上课。此刻,教师要采取热情,欢迎的态度,并说服其他学生也这样做。

3. 偷窃 偷窃行为在儿童中不时发生,原因是 对物的羡慕和贪小便宜。若发现此种情况,应该坚持说服教育,切忌让其当众出丑或说成小偷,否则,会引起同学们的嘲笑,伤害儿童的自尊心。

4. 对性过分关心 儿童对性过分关心,原因主要由于内容不健康的电影,戏剧,黄色小说,书刊等的影响,而使其产生好奇心。此种情况,切忌公开的批评和斥责,以免损害儿童的自尊心,产生自卑感。解决的办法,最好是个别谈话,使儿童知道此种行为是错误的,应加以改正。

第五节 独生子女心理卫生

我国是一个地大物,人口众多的国家,提倡一对夫妇只生一个孩子,这是基本的国策。因此,今后独生子女的家庭会越来越多,有关独生子女的教育已越来越成为社会关心的问题,独生子女的心理卫生也引起人们的高度重视。

近年来,我国不少地方开展对独生子女的研究,获得了初步的成果。

一、独生子女积极因素方面

1. 独生子女的身体素质比非独生子女好 国内一些调查资料说明,独生子女身高 80%超过非独生子女。体重 90%超过非独生子女。

2. 独生子女智力发育一般优于非独生子女 据上海某幼儿园智力测验的资料,独生子

女的观察力，记忆力，思维能力平均得分比非独生子女好。

3•品质行为方面 独生子女的家长注意创造开发孩子智力的物质条件，如玩具用品、儿童读物等，使孩子开智早、思维活跃、知识丰富、胸怀开阔、性格开朗、处事果断、自信、在生活上富有想象力和创造力。

二、消极因素方面

独生子女消极因素，主要表现在个性特点和行为方面。据南京有关资料，独生子女和非独生子女儿童中存在的问题如表 10•1。

另外，某市曾调查少年儿童犯罪案例 55 例，独生子女占 41 例。其中偷窃、诈骗罪占 76%，他们共同的特点是吃喝玩乐，追求个人享受。从上述材料看，独生子女教育问题，应引起家长们的重视。对儿童个性品德形成的主要影响，最初来自家长。家庭不仅是社会经济单位，也是各种道德观念的集中点。因此，家长不能盲目于用溺爱代替理智教育，应该按儿童心理发展，有意识地对儿童进行严格要求，掌握正确的教育方法，注意德、智、体三育并举，要和蔼耐心，循循善诱教育孩子，使他们成长为天真，活泼、聪明、有礼貌，全面发展的孩子。

表 10•1 独生子女与非独生子女行为比较

三、独生子女教育问题

1•既要关心爱护，又要有要求：在日常生活中，要多结合启发教育，如衣服脏了，家长要给换洗，但同时提出孩子穿衣服要爱清洁的要求，并天天督促检查，逐渐养成习惯。三餐饭食应调配得好，以保证足够的营养，但不能迁就，不能想吃就给吃，不能让其挑食，要防止边吃边玩，或要求喂食等，以免形成不良习惯。

2. 不要给予特殊地位：要培养儿童习惯和别人平等生活，不能吃什么都要独占，而他人不能过问，家中玩的东西，都是他一个人的，别人动不得，成为家里的小霸王。要培养儿童尊敬老人和客人，有东西先给爷爷、奶奶吃或先请客人吃，最后才自己吃，养成礼让的习惯。

3•互相友爱，关心别人 独生子女要避免养成只要求别人照顾他而不知关心别人的习惯。父母及老师要教育孩早多给别人做好事。例如父亲劳动满身大汗，此时可让孩子给父亲送毛巾，只要孩子力所能及的，都要多鼓励他去做，养成关心别人的习惯。

4•注意教育形式 任性、自私、孤僻、依赖性大是独生子女身上常见的毛病。有个小学针对独生子女这些情况，组织同学们到解放军利民点参观，看看解放军叔叔如何利用休息时间为居民服务，在老师启发下，从中得到教育。针对独生子女自理能力差的弱点，老师又带孩子去参观军营内务，以后从来没叠被的孩子，也亲自动起手来了。这个小学还发动一次“克服一个缺点”的活动，要求孩子们把决心改正的缺点写在纸条上面交给父母，再由父母交给学校而进行表扬。总之，只要针对具体情况，正确引导，独生子女一定能健康成长。

第六节 有关儿童心理卫生的其它问题

一、如何诱导孩子自觉读书

如何诱导孩子自觉地读书，首先要使孩子们相信读书是件愉快的事，其次是要找适合他们阅读的书。

要使孩子们认为读书是件愉快的事，首先要从家长做起。家长要养成经常读书的习惯，每当你在读书、看报、或看杂志时，都是津津有味，兴致盎然，孩子就会感到读书不仅是学校里的的事，而且是大人的一种愉快的消遣活动。在不打扰孩子喜爱的活动情况下，或在星期天不外出活动时，或在不看电视的晚上，大人可短时的大声朗读，也让孩子找一本好书朗读几遍。这样久而久之，会使阅读成为孩子喜爱的消遣。

合适孩子阅读的书，一般应有以下一些条件：

(1)要寻找短小和浅显易读的书，初时找低于他课本水平的书。因为易读，故就有兴趣。以后才找比较难的书阅读。

(2)找孩子感兴趣的。如有意义的连环画小册，足球、体育明星等文学作品。

(3)选择小说时，最好选择情节简单，对话多的小说，书中最好有大量适合小孩看的插图，章节要短。这样小读者才有信心把书看完。

二，家庭教育与孩子的成长

家庭是孩子的第一个学习场所。在家庭中，父母是孩子最亲近的人。因此，孩子最早的老师就是父母。家里的老师和学校的老师在孩子成长过程中扮演同样重要的角色。在家里发生的许多事情，表面上看来同孩子的教育没有什么关系，但事实上，家庭生活中充满着很有教育意义的例子。例如：

(1)在家里，哥哥因为打弟弟被妈妈骂。哥哥不服说：“昨天弟弟打我，为什么妈妈不骂他？”妈妈说：“弟弟比较小，不懂事。”哥哥辩说：“爸爸打我为什么就可以？”妈妈说：“爸爸比你大，当然可以打你！”

哥哥让弟弟是理所当然，爸爸打孩子也是应该，上面的对话，无形中给孩子的思想造成了混乱。

(2)小妹妹今天特别高兴，因为爸爸答应带她去看电影。爸爸回家时，妹妹马上提醒他。爸爸说：“家里有电视还看什么电影？”小妹妹失望了，心里想：“大人总是说话不算数。

这时小妹对爸爸不守诺言感到不满，但是爸爸似乎没有觉察到。在上述简单例子中，父母对事情的处理不妥，给小孩带来了不良影响。因此，父母时时要想到，自己的一言一行都是在教育小孩，要以身作则，切实当好家庭中的启蒙老师。

(汕头大学医学院 张国粹)

主要参考文献

1. 北京医学院等·医学心理学·江苏科技出版社，1984
2. 吴凤岚编著．谈谈儿童心理发展．科学出版社．1982
3. 中国医大医学心理教研室．医学心理学基础．中国医大，1985
4. 张国粹．心理卫生．医学心理学．浙江医大，1986
5. Vingoe FJ·Clinical Psychology and Medicine·Oxford: Oxford Press, 1981: 24~41

第十一章 青年心理卫生

第一节 青年心理卫生的重要性

青年期(adolescence)是生理上、心理上和社会上渐趋成熟的阶段。处于新时期的青年,在生理发展方面的成熟程度普遍地有所提前,而在心理发展方面的成熟程度相对较晚,远没有达到完全成熟的水平,这就产生了生理发展与心理发展的“异时性”。受到“异时性”的影响,青年的心理变化是迅速,深刻而充满矛盾的:一方面随着独立自主需要的加强发展了自我意识,进入了心理上的“断乳期”,对自己的各种需要和行为进行独立的选择与思考,在社会活动中形成自己独特的个性,另一方面由于阅历不深,知识与经验不足以及青年期的心理特点等原因,对环境的适应往往会感到困难与矛盾重重,从而又有依赖性的特点。

现代文明带来了生活方式与价值观念的急剧变化,信息交流手段的高度发展(迅速、立体、随意而庞大的信息源的刺激)扩大了青年们的视野。新的学习,生活与工作环境,新的人际关系,新的学习内容与方式,新的生活方式以及性的要求等方面,均需要青年作心理的适应与调整,使个人抱负与社会期望,个人行为与社会规范达到积极的统一。一旦不能达到这种统一,就会产生种种心理冲突。

青年的需要、行为、评价无不染上情绪的色彩,理想与现实的矛盾引起的心理冲突又与情绪互为因果。情绪的易感性具有冲动、外显及爆发的特点,情绪体验的两极性,隐蔽性,易心境化以及好幻想等特点,又使青年的情绪容易被极化、夸张,或延时。因此,情绪困扰是青年心理咨询中的主要问题,作为青年生活的指导者及青年自己,应不单是象注意天气预报一样地注意情绪和心境的变化,考虑调适情绪的技巧,更重要的是探究情绪发生的内外矛盾因素,这是青年心理卫生的中心议题。要引导青年对内外因素作正确的认知,使情绪积极而适度地发挥,完善心理品质,增进心理健康,预防心身疾病及心理变态,防止行为偏离,使青年更好地适应环境,担负起历史赋予的承先启后,改造客观环境的使命。

据王幼平等(1987)一项将 SCL-90 换算成 17 个指标进行分析的随机抽样对照研究表明。心理不良者,大学生 5.6%;高中生占 9.4%;初中生 4.5%。因素分析显示主要是自我意识、学习、人际关系及性心理方面的问题。杭州市七院等(1989)对城乡不同类型学校 2961 名大中学生测查结果,比例更高,为 16.79%,其中初中生 13.76%;高中生 18.79%;大学生 25.39%,这表明心理不良者随年龄增长而上升。笔者从对选修心理卫生课学生的测查及心理咨询也发现大学生心理问题的严重性,从通过学习及心理咨询的效果来看,普遍地对环境的顺应能力及人格的健全发展上,不同程度地有所提高,说明对青年普及心理卫生知识的教育有必要性和重要性。

第二节 青年自我意识与心理卫生

一、自我意识的矛盾

青年自我意识(self-consciousness)开始分化为“现实我”与“理想我”二个部份。但理想和现实总有距离,这就产生了自我意识的矛盾,形成了心理冲突。青年的人际关系、学习、性心理等方面的适应与对自己的能力、品行、身体、容貌、自控力等的评价有关。这种

评价来自于青年在人际关系系统活动中观察与分析的体验。青年通过评价的结果来判别自己的形象与位置,形成相应的感觉。以自我感觉的满意与否决定取自我认可(self-affirmation)或自我拒绝(self-refuse)的态度。Douván(1970)提出把青春期看成自我探索(self-exploration)的时期。Erikson(1963)在《人的八个阶段》这一非常著名的书中指出:青春期最关键的阶段是自我认同与角色的混淆(identity vs role confusion)。他认为,自我认同只有在个人的认识真正与现实一致的条件下才能实现。

二、自我拒绝产生的心理卫生问题

自我拒绝者自我感觉不良,往往自尊心及自信心下降,自我贬低,轻视,怀疑,过分自责自罪,内疚、后悔、内心孤独、自卑退缩,人际关系不协调,学习被动,情绪低落、抑郁、沮丧、过敏、过激或自暴自弃,精神颓唐,行为偏离,不能很好地适应环境。

自我拒绝者表现为对自己一味苛求,不满意自己的能力,个性,外貌,人际关系等等,使自己陷入困境,或是在较大的精神压力面前束手无策。自我拒绝者认为自己任何方面都有缺点,不能给人以好印象。他们经常不赞成自己,甚至认为自己不该获得满足,不配有奖励或成功,更有甚者严重的自卑、内疚会把自己看成该死的人,不该活在世上。他们为自己定的抱负水平过高,超过了自己能力的限制,经常把与别人比较来作为衡量自己的唯一标准,不能扬长避短,发挥自己的潜能,设计一套符合自己特点的目标。他们的思想方法绝对化,不懂得失败是一种有益的教训,逆境能锤炼人等哲理。有的自我拒绝者对自尊及荣誉有需要,但这种需求与其自我拒绝的消极评价产生矛盾,会感到自尊心受伤害而与集体或他人对立,产生固执、好攻击甚至有反社会行为以致走上犯罪的道路。

心理问题可引起生理失调直至患心身疾病,心理失调由量变到质变也可导致心理变态,自我拒绝严重发展还可产生自杀动机。近年来青年自杀发生率有所上升。田秀梅(1987)统计469例自杀者中17~30岁青年人占421例。可见青年的心理问题如能及时发现并加以疏导,将能在一定程度上减少青年自杀发生率。

三、自我意识发展过程的心理调适指导

教育青年要懂得一个人真正认识自己并不容易。应看到自己受“异时性”的影响心理尚未完全成熟,认识水平受到阅历,经验的限制及情绪的左右,还受记忆容量及方法、注意的容量及选择的水平、语言发展等心理素质的制约。还应认识到评价自己并无直接的方法可用,只能依赖比较、推断,而其依据的标准常常又模糊不清,是一些不切实际的平均数或是自己的幻想,或是理想中的目标。个人对自己的正确评价要以正确的认知为基础。同样,只有全面分析主客观条件,并依据社会的规范,经过多次修正,才能保证心理反应适度。受别人评价否定多于肯定者,可能会造成自我评价降低,也可能形成代偿性自我评价过高。让青年认识到,别人的评价也可能仅用一种简单的分析来对待复杂的事件,在描述修辞上也不一定得当,所以不要人云亦云或摄于压力轻易地改变自己的看法。

让青年明白通过与周围的人比较或与某个理想的标准比较,有利于青年正确地认识自己。但不应把与别人相比较作为唯一的标准。由于各人自身的条件、环境、机遇等差异,使得很难有绝对公平的比较。与某个理想标准比较并不是与之成就相齐,而是效法其做人的准则,处世的态度、认真做学问及工作、不怕困难,逆境不动摇,运筹时间等意志力与勇气。要扬长避短按自身的条件发展,若把注意力过分地集中于欲达的目标,甚至任何事都想超过别人就容易体验到失败,结果反而易挫伤自尊心,带来心理的不平衡。

集体是青年自我意识发展的摇篮,鼓励青年通过参加集体活动来认识自己的潜能,发现自己的价值,扩大生活经验,增强自尊、自信、自知、自爱、自

控，培养高尚的情操，逐步确立稳定的人生观。

著名的詹姆士公式：自尊=成就 / 追求，追求水平越高，就越难以满足。詹姆士公式的正确性不仅为生活经验所证实，而且为许多专门试验所证实。这些试验表明，在某项活动中的成功和不成功对于个体自己能力的自我评价有重要影响。故青年人应建立恰当的抱负水平，对自己的能力与价值取现实态度加以肯定。应认识各人能力有局限性，要有勇气接受超过自己能力的现实，要承认理想与现实的差距，不苛求自己做到绝对完美，随时调整不合理的抱负水平。各人均有长处与短处，告戒青年不应以某方面高于人为傲，也不为某方面低于人为羞或自暴自弃。按自己的能力做适合的事才不易产生自卑退缩，又能防止自尊心畸形发展而产生对他人的敌意和嫉妒心理。不要把自己一事的失败看成全面的失败，而应把它作为有益的教训，用以提高自信心、增强意志力。

指导青年不掩饰自己的缺点，但应作恰如其分的自我批评；要理解自己的缺点，因为人是在矛盾运动中前进的，每个人均不可避免会有消极面。在个性心理发展中积极面与消极面是以连续体的形式存在的，克服消极面就意味着增加积极面。让青年认识只有喜悦自己的人才努力保护自己、爱惜自己，珍惜自己的品德和名誉，不把自己处于危机之中。同时他也会喜爱别人、关心别人，要求青年以真实的自我取得别人的尊敬、信任和接受，使自身能力得到充分的发展，并使得自身的个性不断健全和完善。

第三节 青年的人际交往与心理卫生

人际交往是青年适应社会的一个重要部份。交往是一种信息的交流与沟通，不仅需要交往的技巧与手段，而且需要相互间心理相容。交往障碍所致的适应问题会影响青年的整个情绪，并波及青年的学习、工作与身心健康诸方面。

一、青年交往障碍原因分析

交往障碍原因有社会历史因素、个人主观因素及客观因素等方面。在个人主观因素方面，首先表现在一般的条件诸如缺乏交友的欲望、交往的手段、言语表达能力，才能与兴趣等个人内在属性方面，或历史上有交友失败的阴影所致的焦虑、恐惧心理以及自我评价、仪表、人际距离等等方面的问题因素；其次是在个性心理品质方面缺乏人际吸引力，例如神经类型气质上不相符，不尊重他人、缺乏感情，“自我中心”明显，只关心自己利益而忽视他人的利益与处境，不拘小节，缺乏社会公德、虚荣心强常炫耀自己或过分使用防御机制为自己辩解，对人不真诚，交往要手段，怀敌对情绪，嫉妒、猜疑、偏激、报复性强，把自己的意志、感情强加于人，过分自卑缺乏自信、人际关系过敏，过分自尊固执偏见而不受规劝，过分依赖丧失自尊，过分服从取悦别人，对上惧怕权威对下不关心，自鸣清高孤芳自赏或盛气凌人，情绪孤僻不喜交往，好高骛远又以过高要求苛求他人，情绪常在波峰谷底大幅度跳动而使人无所适从，好忸怩做作引人注目等等，均为交往障碍原因。

二、青年人际交往的心理调适指导

1•“约哈里”窗户的启示 “约哈里”窗户反映了在人际交往心理过程中双向信息反馈的四个不同的作用区域(表 11•1)。这四个不同区域均是以语言及非语言的信息传递来进行情感交流的。由于这种交往关系是双向的，因此，要让青年懂得交往双方应建立在相互的，对等的权益和责任基础上，互相尊重、信任、愉悦、关怀、宽容、支持、帮助和合理的满足。尽管四个作用区域信息掌握的程度各不相同，但应是对等的，故要求青年明白以下几点。

表 11·1 约哈里窗户

自知
自不知
人知
人不知
开放区域
盲目区域
秘密区域
未知区域

相互交往最主要的是扩大开放区域，缩小盲目区域。一个人首先要适当地了解自己，才会有内在表现与交往行为的一致性。愈了解和接受自己，就愈容易和人相处。另方面还应尽可能客观地了解别人，当我们评价别人时除以客观事实为依据外，还要依赖于间接的推想与判断，其标准常是主观的。如果仅依据一般资料及第一印象或一事、一语、一个表情动作所捕捉到的信息来推断全貌，或是以自身的心理感受投射到别人身上，或以本身的需要和愿望来歪曲别人的形象，那么主观的评价有可能与实际大相径庭。

其次，不能随意地挖掘别人的秘密区域，要相互尊重各人的隐私权。秘密区域的开放与否、开放的大小均由个人自主。因此，交往双方应对双方关系的性质、程度有明确的认识，并且还要受到社会规范的制约。明确交往中自己所扮演的角色地位，才会有合宜的、有分寸的行为。各人涉及的深度、距离不可能一成不变，但是应有一定的限度。

就现时而论，交往时应承认存在着有待开发的未知区域这一事实，理解和保留双方都不能解释的行为。

2·增加交往的途径 鼓励青年首先要争取主动交往。个人要有愿望，更要有决心和勇气走出交往行动的第一步，在接到友谊信息后要及时有所反应；要有意识地进行锻炼，并且给自己以暗示鼓励来克服羞怯、焦虑，而不顾别人评论。重要的是真诚的愿望和态度，有礼而自信，不卑和不亢。并教育青年做到如下几点：

青年应关心他人的需要，但要建立在互尊的基础上，不是居高临下的施舍，也不是阿谀奉承。要经常有意识地从心理上与别人互换位置，设身处地为别人考虑，才能够促进情感交流，提高安全感、悦纳感并相应地提高自信心。

此外应不过分依赖别人也不拒绝别人真诚的帮助，对别人的帮助要输出反馈信息以巩固友谊，但不一定是同步、等量、等价。要注重情感的交流。

要真诚地赞美别人的长处，但同时也应对别人在原则问题上的缺点以坦诚的帮助，建设性的意见能增进交往。在展现自己才华的同时也应勇于承认自己的不足，但并不因此而自惭形秽，不以自己的长处去讥笑别人的短处、缺陷和无知。

要保持自身人格的完整，随和不等于无原则迁就，它只用在细节问题上。个人处于两难境地时要策略地加以摆脱，但不是圆滑或使人难堪。要尊重别人的人格、习惯、隐私，不干涉别人的自由，当别人公开自己隐私时绝对不能随便传播，失信于人。

要互相多沟通意见，要平等地讨论与协作，切忌自我意识扩张，强加于人、强求于人、强施于人；要耐心地倾听别人意见，求大同、存小异，严责己、宽待人，要注意情绪控制，不讲过头话，不做过头事。

言语风度要幽默大方、真诚，这是个人自尊、自信及有文化教养、热爱生活的表现，是

日久积累的生活经验中形成的心理素质。不修边幅有碍于心理相容；过分打扮，忸怩作态又会使人不屑接近。异性间交往牵涉到文明道德问题应有尺度，不应超出社会的规范。

第四节 青年的学习与心理卫生

青年期也是重要的学习时期，学习问题往往也是青年主要的压力之一。各种心理适应问题均可干扰学习活动而影响到学习质量，并互为因果形成恶性循环。轻者学习成绩摇摆或下降，重者导致各种心身疾病、神经症或精神病致使学业中断，更有甚者自暴自弃、行为偏离，走上犯罪道路或自杀以寻求解脱。

一、学习障碍的心理因素

1. 学习兴趣不足 兴趣是学习的直接动机，是一种复杂的个性心理品质。它形成一种内驱力推动学生探求新知识，发展新能力。社会生活及教育制度等特点均可影响学生的兴趣范围，教学内容、讲授技巧、教师的形象，以及作业负担等均可影响学生对某一学科的兴趣。此外，独立学习能力差，赶不上进度，体验不到获得知识的愉快感；课外兴趣过广的干扰或朝秦暮楚兴趣不断地转移影响到注意的分配，家长在学生选择专业时强加自己的意志引起学生的逆反心理，家长或教师对学生期望过高，不加分地过分地惩罚或态度冷淡又缺乏应有的指导，以及学生抱负水平不当等因素均可影响学生的学习兴趣。当学习成绩达不到理想的满意程度时又会使学生的自尊心，自信心受到打击而形成心理压力，导致焦虑、恐惧、畏难、自卑退缩，对再次成功缺乏信心，进一步失去了学习兴趣，甚至也可引发形形色色的不良后果。如浙江某大学的一位学生班长，进校考分高，因不满家长为他选择的专业，在学校正欲通知同意改换专业时走上绝路而自杀身亡。

2·学习的需要 某些学生学习的间接动机是为了获得奖励、得到尊重、满足虚荣心，而有的学生则成就动机过弱只求过关。前者求成心切注意力过分地集中于欲达的目标，结果因过分的紧张、焦虑而抑制了大脑的正常活动，忽视了学习过程中其它许多重要的因素，后者则不是把精力放在踏实的学习上，而是致力于投机取巧应付考试。这些学生缺乏社会责任感，不能将社会的要求内化为自己的学习需要，胸无大志、思想无压力、学习无动力，或想学又不肯认真刻苦下功夫，上课马虎随便，娱乐动机强烈又缺乏自制力。特别是一年级大学生，经过紧张的高考后，有的就想松口气，此时既无家长管束，时间又可自由支配，谈恋爱、游玩等吸引力大，学习则无暇顾及，破坏了学习的习惯，结果产生厌恶学习的心理。

3·学习的能力 这与智力及学习的动机等因素有关。在学习活动中，分析、推理、理解、记忆、想象、独立解决问题、技能熟练诸方面的能力以及学习方法等因素均起重要作用，而这些与智力高低并不完全成平行关系。例如，非智力因素的个人素质，以及接受教育的态度、自我要求、学习方式的差异等也在其中起作用，这些因素使学习在广度、深度、独立能力、批判能力、解决问题的灵活性、逻辑性、敏捷性等方面产生差异。心理定势效应对变化的新情况起消极作用，如新进大学的学生不能适应新的学习方式，结果成绩下降。

4·学习的情绪 对各种困难产生的适应不良会导致负性情绪，结果干扰了大脑功能的正常发挥。这与个性心理是否完善，是否得到指导和疏泄等因素有关。

5·学习风气 无论消极还是积极的风气均可扩散加深，以致影响到学习的习惯、动机、兴趣、态度等方面。

二、用脑卫生指导

青年处于智力高峰时，要青年抓紧大好时期发展多种思维，在对知识理解的基础上向多

维度扩展。保持一定的求知欲、成就欲、社会责任感有利于提高学习兴趣，增强信心。养成良好的学习习惯，保持适度的紧张状态，利于大脑发挥最佳功能。个人若有多种兴趣则要找出主导兴趣，合理地进行注意及时间的分配。

要找到科学的、适合自己的学习方法，记忆方法，思维方法和时间的运筹法，以节约用脑，保证自己的潜能得到最充分的发挥。

生活要有规律，保证睡眠，不开夜车，劳逸结合(持续学习不超过五小时)，中间要休息。各学科交叉进行学习，以保证精力充沛地投入新的学习。

加强体育锻炼，积极参加各种集体活动，拓宽知识面，既锻炼了思维又帮助恢复疲劳、调节情绪，使得能轻松愉快地进行积极的脑力活动。要注意营养平衡，饮食定时定最，戒除烟酒。此外，环境整洁、空气新鲜等对推动大脑积极而专注的工作有一定帮助。

经常做指压按摩穴位(百会、通天、太阳、印堂、风池、合谷及眼保健操)，有利于恢复脑疲劳。

第五节 青年的性意识与心理卫生

青年随着性器官的发育成熟，产生一系列形态和机能的变化(女性比男性要早些)。从而，由对性别角色的确认，发展为对性的社会意义朦胧的认识，进入了性意识的觉醒期。由于青年对性成熟缺乏思想准备，以及传统的旧观念的束缚，对“性”的偏见无识，“性”成了不能谈的问题。于是“无师自通”论，“封闭保险”论，“救急”论使得青年缺乏正规渠道来的性科学知识。若干秘密获得的知识往往是一些非系统的、非科学的甚至是变相黄色的东西。此外，青年往往不理解性行为一向都要受社会道德规范的制约。上海某中学对 112 名学生的性知识调查表明：性知识 29%来自书刊，57%是听小伙伴讲的，6%是听父母及老师讲的，8%来自其它方面。由于某些不正确教育的消极作用，导致青年精神压力增加，产生自责自罪、自卑恐惧的心理。青年在性动机问题上经受的挫折与困扰远比其它方面要多。但真正造成适应困难的不是挫折与冲突的本身，而是他们对遭遇到的挫折与困难的适应方式，这与个性心理差异及社会教育有关。

由于无知以及对自身健康的关心和疑虑，青年会产生一系列躯体性的暗示症状，干扰了青年的生活、学习与工作，并影响青年的抱负、理想，甚至陷入更强的心理冲突的恶性循环之中。严重者可发生精神病患，对自身价值观念失望者可产生自杀意念，更有甚者社会责任感丧失、道德感丧失、人际关系恶化，走上消极的自我解脱道路而堕落为性犯罪者。

一、青年性敏感与心理调适指导

“性”是个重要问题，也是生活中一个重要方面。让青年明白对性知识、生育现象有探求的欲望是正常的。这并不是无耻、罪恶，而是性心理发展的必然结果。但是，青年应当从家庭、学校获得系统的正确的科学知识来维护身心健康，使性心理正常发展，否则易导致心理损害。为此，应让青年了解如下几点。

遗精 1-2 周一次是正常的生理现象，不会伤元气或影响发育。对此如缺乏正确认识易引起惊恐心理并导致神经衰弱或更严重的问题。遗精太频繁者例如 1~2 天一次或一夜数次，则应找原因采取针对性的措施。同样，月经也是正常的生理现象，情绪波动、生活紧张等因素会造成月经失调、痛经及经前紧张综合征；月经期间可有情绪的变化，也会影响人际关系。这些均应加以认识。

关心异性，彼此向往与追求是青年性心理发展的重要和正常的表现，是内在激素和社会

影响作用下形成的，并受社会道德的制约。异性交往要相互尊重人格，建立在共同的社会责任基础上，要分清友谊与爱情，认清早恋的消极作用，摆正学习、工作与感情之间的位置。爱情是青年克服自身缺点，形成宝贵心理品质的重要因素之一，要有恰当的爱情标准，要有失恋的精神准备，防止精神空虚式冒险的爱情，如遇激情自己无力平息，应及时请长辈、老师或心理工作者帮助疏导。

青年男女在青春期有性欲望和性冲动是生理、心理发育中的正常现象，它是在外在刺激、想象与记忆等因素综合作用的结果，男性易因视觉所激起，女性易被触觉激发。青年应有意识地冲淡它，避免激发。

手淫是一种以自我性刺激来自慰的不良行为。据可靠研究，青年中有一定的普遍性。虽然偶而几次并不会影响婚后的性生活，不必过分忧虑，但是如不及时纠正此种不良行为，易形成习惯，而沉溺手淫，每次手淫前后心理冲突可引起高级神经系统功能失调，可能产生神经衰弱等一系列病症，女性还可导致盆腔长期充血，故应力求戒除。

二、维护性心理健康的途径

教育青年应树立高尚的情操，应把注意力转移到学习与工作上来。积极参加集体活动，包括运动及娱乐，扩展多种兴趣爱好，丰富生活经历，以充实的生活内容冲淡对性的敏感。在集体中与异性正当接触可满足对异性好奇与亲近的欲望，保持对异性的兴趣，培养与异性相处的技巧，发展自身性别角色。青年应避免早恋，这将能减少对异性的敏感，同时由于此时心理尚未稳定，故早恋的成功率很低，害大于利。

避免电影，电视，书刊中的色情刺激，增加自控力来克服过分的性敏感，树立信心努力从精神压力下解脱出来，生活要有规律，按时睡眠，按时起床。同时应注意性器官的卫生，及时治疗会阴部湿疹、霉菌病、尿道炎、包皮过长等。异性交往要遵守社会伦理道德，防止模仿西方某些生活方式，使自己平静地度过从性成熟到结婚这一漫长的青年期。

(浙江大学 潘尚玉)

主要参考文献

1. 王幼平等·全国第六届心理学术会议文摘选集·中国心理学会 1987: 404
2. 田秀梅·(同上)p374
3. 祝蓓里·青年期心理学. 上海人民出版社, 1986
4. 吴阶平·中国心理卫生杂志·1987; 1(3): 97~100
5. 潘尚玉·浙大教育研究 1987; 8: 87~89
6. 科恩 NC(董景韩等译)·自我论·北京三联书店. 1987
7. Vingoe FJ·Clinical Psychology and Medicine·NY: Oxford Press. 1981: 41~43

第十二章 中老年心理卫生

第一节 中年期心理卫生

一、中年期的一般特点

按一般习惯,把 30~50 或 60 岁划为中年期,这一时期是个比较长的个人经历阶段,是人生最重要的时期。归纳起来,中年期有以下几个特点。①中年具有稳定性的特点。中年的体力、精力,智力和性格趋于平稳,但中年后期有的方面如体力逐渐衰退。②中年具有出成果的特点。中年是工作进展,事业成功的主要阶段。人到中年其知识积累和思维能力发展到了一定的水平,善于联想,善于综合与判断推理,有自己独特见解,有成败之经验。③中年具有紧张性的特点,面临许多家庭,社会,事业、生活等各种问题。家庭中,上有老,下有小,要处理父母、夫妻、儿女等关系,要教育子女等问题。工作中,中年人常常是单位的工作骨干,能否胜任?能否适应?社会关系中,原来的同事,现在变成上级或下属,怎么相处?除了这些来自家庭、社会,事业等问题,矛盾以外,中年本身的特点也能引起矛盾。例如正因为它的稳定特点,使得其适应能力下降,包括情绪适应问题,体力适应问题等。由于中年人具有这许多特点,故中年人的心理卫生显得非常重要,其中中年知识分子更为突出,心身疾病的发病率甚高。有人调查发现,社会角色转变不适,生活习惯改变,人际关系冷漠,从事的工作与所学专业不一致等因素是中年知识分子心身疾病发病的重要原因(王效道等,1987)。

二、中年期的心理社会适应问题

1•情绪的适应性(flexibility)与情绪的贫瘠(impoverishment) Peck RC(1973)认为,中年时期情绪的适应特别重要,因为这一时期许多人际间的(如亲戚,朋友)关系减弱,儿女离家,同时中年人不易重新建立新的人际关系,不易变换工作,不易改变生活方式,因而在情绪上往往显得贫瘠。这种贫瘠易变为抑郁。为此,中年人首先应注意以主动,积极的态度来对待上述这些变化,去适应这些变化,其次应有意地去结交新朋友,把精力放在工作及业余爱好上。处理好情绪的贫瘠问题,必会有益于心身健康。

2•智慧与体力关系的协调 Peck 还将人分为两类,一类以体力为主要方式适应生活,另一类是以智慧或者说以智能的使用发挥来适应生活。他认为,当人到中年后期,那些以体力为主要方式适应生活的人,由于体力的衰退可能会产生自我价值的丧失感而变得抑郁。因此,他告诫这些人要注意智能的使用和发挥。就是说从某种角度看,体力的不足是可以用智力来弥补的。故这一时期发挥自己的智慧,处理智力与体力的关系颇为重要。

3•人际关系问题的解决 这也是中年期常见的问题。中年期的人际关系最为复杂,例如与上下级、同事的关系,原来的同事现在变成上级或下属,该怎么处理,这些常常是中年人感头痛,伤脑筋的事,并往往会影响工作,影响情绪,甚至有害于心身健康。产生人际矛盾的原因一般认为主要有两种。其一是彼此之间性格不合而产生的,其二是由于处理工作的观点、意见或看问题的角度不同而产生的。对第一种原因宜提倡相互谅解,尽量减少接触;对第二种原因宜提倡心理置换,即各自站在对方的立场上,设身处地地为对方想一想,这样容易理解对方的意见,同时还能从对方的角度来观察一下自己的意见与要求是否合情合理,从而做到辩证地看待自己与他人。

4•家庭问题的妥善处理 中年人多数上有父母，下有子女，能否处理好与父母、夫妻、子女的关系，对促进心理健康有很大意义。对爱人，婚后要更多地看到对方的优点，对缺点和不足之处，要谅解，善意地帮助其改正。夫妻之间，对抚育子女问题常会态度不一致，产生矛盾或发生口角。我们认为对孩子的教育，夫妻之间应该商讨，取得一致意见，切不可父亲从严，母亲放纵，或一方斥责，一方庇护。这样一方面使孩子得不到良好教育，另一方面增添夫妻之间的矛盾。夫妻之间良好的感情，需要双方共同来培养。

第二节 更年期心理卫生

一、更年期的心理生理特点

更年期是一个人从成熟走向衰老的过渡时期，是衰老过程的一个转折点。男女均有更年期，女性早一些，一般为45~50岁，男性晚一点，一般为55~60岁。男性不如女性突出及明显。可以说这个时期是人生中“多事之秋”。

妇女绝经前后的更年期，大多数人是能平稳地度过的，但也有相当部分的妇女会出现“更年期综合征”(climacteric syndrome)症状，主要表现为：

1•月经紊乱 多为月经逐渐不规则，周期紊乱和经量过多或过少，月经时有时无直至停止。

2•血管运动性症状 由于植物神经功能紊乱产生血管舒缩功能障碍。表现为突然自觉一股热气自上胸部向颈部、脸部上冲，随之出现面部发热感，可伴有出汗现象等。也可表现为怕冷，面色苍白。每次发作时间短暂，发作次数不等，可多可少，因人而异。这些症状使病人深感痛苦而影响工作，睡眠和心身健康。

3•大脑皮层功能失调 兴奋抑制过程不均衡，表现为易烦躁激动、心悸、失眠多梦、情绪低落、情绪不稳、喜怒无常，常可因小事而大吵大闹等。

4•生理心理特征 常有孤独、空虚、无聊、寂寞、敏感多疑、紧张、焦虑、恐惧等等。

更年期综合征的发生除了由于更年期的特殊生理因素外，心理因素及社会因素也起着一定的作用。张丽容等人(1984)用Eysenck人格问卷进行调查发现，更年期综合征病人的情绪不稳定特征比正常更年期妇女明显。她们还发现，更年期有较严重精神症状的病人，往往存在着明显的社会因素，如亲子关系紧张(26•80%)，夫妻关系不和睦(19•5%)，以及离婚、丧偶、亲死亡、工作不顺心等。

二、更年期心理保健

1•认识要正确、精神要愉快 进入更年期以后，由于植物神经功能紊乱及精神状况的改变，会产生消极、抑郁、沮丧、忧虑等不愉快心情。这些情绪对健康十分不利，长期下去会导致心身疾病。每一个更年期将至的人，应该及时掌握有关更年期的生理心理知识，认识更年期的到来是生命的规律。若能正确对待和注意保健，绝大多数人是可以潜隐而缓慢地度过的，不出现症状或症状非常轻微。就是有了症状，也应采取乐观主义精神，保持开朗舒畅的心情，切忌孤独，避免无病呻吟。同时主动配合医生进行治疗，是完全可以控制的。

2•生活要规律 在更年期，要保持良好生活习惯，不论起居饮食，娱乐爱好均有节制，饮食宜清淡，八分饱有利于保护肠胃功能，也可防止肥胖、高血压、冠心病。应尽量按时用餐，准时休息和起床，适当进行一些体育锻炼，参加一些有意义的活动，使生活充实有意义。

3.劳逸结合 古人云：“静以养神，动以养形，动静结合，形神兼养。此乃养生之道也”。这说明了动、静，劳、逸结合的道理及重要性。进入更年期之后，许多入特别是脑力劳动者

喜静、怕动。我们认为适当的体力活动，体育锻炼可以促进新陈代谢，活跃器官功能，增强体质，减少疾病，有利于心身健康。

第三节 老年期心理卫生

当今，随着医疗设施的进步，社会福利事业的发展，营养条件的改善，促成了老年人口数目的增加。因此，研究老年人的心理卫生问题，具有重要现实意义。

一、老年人的心理特点

1 • 感知觉减退 老年人的感觉功能减退，如视敏度降低，听力衰退。一般来说，视觉减退较早，60 岁老人的视力只有 20 岁的三分之一。由于听力的衰退，常常出现听力失真而影响语言交流及对外界的信息接收。此外，老年人的味觉也减退。由于感觉功能减退，故容易使老人产生丧失感、衰老感等等。

2 • 记忆能力下降 老年人的记忆具有下列一些特点。就记忆的目的性来看，老年人的有意记忆占主导地位，无意记忆的应用则很少，从记忆的内容来看，老年人的机械记忆能力下降，意义记忆较好，就记忆发生时间来看，老年人远期记忆的保存效果好，对往事的回忆准确而生动，但近期记忆的保存效果差。总的来说，老年人的记忆能力是下降的。老年人回忆能力较认识能力更易衰退，可见老年人的记忆力下降主要不是储存衰退而是难以提取。

3. 智力改变 一般人的晶化智力(与积累知识及经验有关的习得性智力)随年龄增长而增长，例如词汇和语言的理解能力的提高；而液化智力(指直接依赖于生理结构的智力功能)随着年龄增长而有所下降，如思维的敏捷性等。老年人的晶化智力易保持，而液化智力却下降。

4 • 情绪改变 老年人的情绪体验的强度和持久性随年龄的增长而提高，因而其情绪趋向不稳定，常表现为易兴奋、激惹，喜欢唠叨，与人争吵，一旦强烈情绪发生后又需较长的时间才能静

5 • 简单反应时延长 简单反应时可分为运动时和反应时。老年人运动时延长，其原因这是由于外周神经传导速度减慢，肌束减少，以及中枢神经系统功能的改变。老年人反应时亦延长，这主要由于感受阈提高和脑内神经纤维传导速度减慢。但是更主要的原因，似乎是由于中枢信息处理减慢(McGeer PL, 1977)。

6 • 人格特征 说明老年人的人格特征，一般广泛引用 Cavan(1949)的资料。他认为，由年龄增长所造成的行为、情绪的变化有以下特征：①健康及经济上的不安；②由生活上的不完全适应所造成的焦虑感；③在精神上由于兴趣范围变小而造成孤独感；④对身体舒适的兴趣增大；⑤活动性减退；⑥性冲动减少；⑦对新的情景学习和适应都有困难；⑧一个人孤零零地感到寂寞；9 猜疑心、妒嫉心加重；⑩变得保守；11⑨喋喋不休，爱发牢骚；12⑧总好回忆往事；13⑩性情顽固；14⑨不修边幅，邋遢；15⑩总喜欢收集破烂。

此外，用 MMPI 对老人进行的研究显示：在老年期，疑病、歇斯底里、抑郁、妄想症等倾向很明显(Galden and Hokanson, 1959)。用 Rorschach 测验发现，老年人对与己无关的事毫不关心，有自我为重的倾向，无法正确地掌握客观情况，无法控制自己的欲望，为细微小事而感到不满，容易产生误解，行为与思维十分刻板，情绪感受性衰减，缺乏想象力等(Ames LB, 1973)。

虽然老年人存在着某些共同的心理特点，但不同个体心理功能的衰老有明显差异，躯体衰老和心理衰老之间也不都是平行的。譬如有的人未老先衰，而有的人在古稀之年却能保持

旺盛的精力、较强的生活和工作能力。为此，甚至有人认为应从“本人主观上是否觉得已经老了”来评定老年期的开始。

二、老年人存在的心理问题

由于生理、心理特点及社会方面的原因，使得老年人存在许多心理问题，如孤独、忧郁、满意感降低等等。

1·孤独心理 据资料反映，约有三分之一的老年人有时或经常有孤独感；与子女住在一起的老人孤独感相对较少；有孤独感的老人女性多于男性；因孤独感而产生的烦躁无聊，在高龄老人中更为严重(时容华，1985)。老年孤独感的原因主要有三方面。①老年期病理或生理的变化。如动脉硬化，某些激素水平的变化等，可使有些老年人性格变得孤独、怪僻。②社会地位变化。老年人退休在家，生活节奏减慢，活动天地狭小，生活中出现许多空白点，使有的老人感到空虚，孤独。③家庭地位的变化。儿女婚后，组成了小家庭，有的老人即使与儿女住在一起，由于存在代沟，相互之间兴趣、爱好不同，共同语言少，家庭关系趋于松散。另外；丧偶等因素也会造成老年人心理上的孤独感。

2·恐惧，抑郁情绪 对死亡的恐惧感与抑郁感有着很高的相关(Templer, 1971)。老人由于年老多病，常受死亡威胁，故易产生恐惧，抑郁心理。

3.自卑心理 在一部分老年人中，他们真正的内心世界是悲观的，认为自己在世不长。对许多事均心有余而力不足，退休带来的社会角色改变，在社会和家庭中的地位亦随之下降等等，使他们产生自卑感。

4·多疑心理 由于老年人认识能力的下降，往往不能正确反应外界事物和自己的关系，喜欢想当然，产生多疑，甚至不能自拔。例如怀疑他人对自己不怀好意，担心有人损害自己，等等。这种多疑心理有随年龄增长而增加的倾向(时容华，1985)。

5·功勋思想 家庭的建立，子女的长大及其升学、工作、婚姻等问题都要家长操劳。因此，老年人的功绩是不可抹杀的。正因为这样，老年人，尤其是男性，权威思想严重，对小辈往往指手划脚，要听他们的话，否则就生气，发牢骚。但又由于老年人记忆力减退，精力不足，对家庭的管理不善，因而常造成矛盾，引起年轻人的不满。

6·生活满意感低 生活满意感(life satisfaction)是指一个人感到自己生活得很愉快。影响老年人生活满意感的因素主要是：①健康状况；②家庭中的地位；③婚姻状况；④月收入。老年人健康状况在衰退，家庭中地位在下降，月收入减少，婚姻生活中又常常失去配偶，故老人生活满意感趋于降低。

三、老年人的心理保健

如何搞好老年人的心理保健可从两大角度来考虑，一是从老年人本身来考虑，二是从社会角度来考虑。

(一)要懂得动、静、乐、寿的道理

老年人要健康长寿，就要懂得动、静、乐、寿的道理。有了动、静、乐，才有长寿。“动”就是运动，老人常发生心脏病，其原因很大程度上是由于缺少活动和精神紧张。事实上，不经常从事任何体力劳动和体育运动的人发生心肌梗塞的要比从事体力劳动和体育运动的人往往多几倍。因此，体育锻炼是保护心脏的主要办法。但老年人的体育运动，不能过于剧烈，最好是早上及晚饭后散步，或打太极拳，体力好的还可以进行慢跑，这样不但增加新陈代谢，同时可锻炼心脏并使大脑活跃和思维运转。

“静”，就是安静，遇事冷静，不急躁。我们知道，冠心病病因之一是A型行为，这种行为的其中一个特征就是急躁，精神经常处于紧张状态，致使血液成分改变，产生冠状动脉

硬化，供血不足而发生冠心病。因此要平静。要静，首先要排除杂念，对人、对事、对生活要有正确的态度，不要追求生活待遇，职位高低，不要不满足就发牢骚，发脾气。要冷静，就要锻炼和培养自己不轻易生气。

“乐”，就是乐观。“笑一笑十年少，愁一愁白了头”，“抑郁催人老”等俗语说明了乐观对健康的重要性。抑郁、怨恨、嫉妒等不良情绪，都会催人衰老的。因此，老年人应有乐观主义精神。

(二)养成良好饮食习惯

生活饮食习惯对老年人的心身健康也是非常重要的，必须注意下面几点。

1•不吸烟 吸烟是心脏最危险的敌人，吸烟的人产生肺癌的也多，因此，老年人一定要少吸烟或不吸烟。

2•少饮酒 酒精对心肌有损害作用，喝过量的酒，会提高胆固醇和脂肪在血液中的溶解度。因此，大量的胆固醇和脂肪沉积在血管壁上，会引起动脉粥样硬化，产生心脑血管病变。

3•不偏食 不偏食对老年人来说也十分重要。为了保持身体健康，饮食习惯也很重要，其中最基本一条，就是不能偏食。

4•食量适当 饮食过多，特别是脂肪过多，也会引起血中胆固醇增加。身体肥胖还会影响心脏功能。因此，饮食要适当，要进食高蛋白、低脂肪及含大量维生素的食物，以七至八成饱为度。

(三)要有和睦的家庭

“年轻夫妻，老来伴”，到了晚年老伴健在，家庭融洽，其乐无穷，有益长寿。

(四)要掌握“用进废退”的用脑原则

老年人在长期生活经历中，积累了丰富的实践经验。虽然此期大脑生理功能处于逐渐衰退，但是他们在思考问题时，还是比较周密细致的，尤其是一些老专家老科学家，在长期勤于用脑的情况下，到了老年他们的思维还是敏捷周密的。故此，若老年人能遵循“用进废退”的用脑原则，坚持学习，坚持用脑，他们仍然能够学习各种新事物，做好各种新工作。

(五)让老年人回到社会里去

社会疏远老人，老人退出社会，这是老年人产生心理问题的重要原因。有一些退、离休老人，从他们的工作能力，精力，思想感情因素来看，都还能发挥更好的作用。据调查有三分之一的退离休老人表示居中及不愿意退、离休(王极盛，1985)。有些老年职工在刚退休的时候，身体、精神仍相当好，经过二、三年的退休生活，心身状况反不如前，有的甚至觉得明显趋于衰老。可见，让老人不同程度地再职是保持心理卫生很重要的一个途径。社会应提供一定再职措施，如退休教授的反聘等。

Saltz R(1971)曾采用所谓“养祖父”(foster grandparent)的计划来减轻老年人经济的贫困和一些心理问题。他让老人们到各种不同的儿童机构中去，作这些儿童的“养祖父”，让他们每周工作20小时，使他们的注意，情感投入于儿童身上。两年后的调查证明，50%以上的老人由于满意的社会接触、良好的身体及经济上的保障而增加了生活满意程度。当然，让老年人回到社会中，在工作性质及工作强度方面应考虑到老年人的特点。

创办老人福利事业，如设置老人福利机构、养老院、敬老院等，也是老年心理卫生的重要工作之一。这将能使一些高龄老人和无依靠的老人回到“自己”家里，感受到“家庭”的温暖。此外，发展老年教育事业，让老年人接受健康教育及吸收新知识，使他们的经验、知识和技能在新环境中得到发挥。这也是值得称赞的事。

除了以上一些措施外，有人调查过老年人信教的问题，发现：①信教可以使老人寻求死后“幸福”的归宿，死亡对他们的心理威胁相对减少；②在新信教的老年人中，因病信教者占 70%左右，“生病信教，病好了感谢上帝，死了进天国，死活都在上帝怀里”，这是信教能减轻老年病人对死亡恐惧的原因；③信教还可以摆脱孤独心理。正因为这样，近些年，老年信教人数增长较快，宗教活动也较为频繁(罗伟虹，1985)。Wolff K(1971)也发现，与病人谈论宗教问题有利于减轻老年病人对死亡的恐惧。

(汕头大学医学院 张国粹)

(浙江医科大学 黄 丽)

(泸州医学院 李永宁)

主要参考文献

1. 王效道等. 中年知识分子心身健康调查·心理学第六届学术会议文摘选集·中国心理学会. 1987
2. 张丽容等·浅谈心理社会因素在更年期发病中的作用·医学与哲学 1984; 9: 28
3. 时容华等·退休老人某些心理感受的调查·老年学杂志 1984: 1: 40、
4. 王极盛·退休、离休老干部心理反应的探讨·老年学杂志 1985; 4: 14
5. 胡君辰·影响退休老年人生活满意若干因素的初步分析·老年学杂志 1986; 4: 18
6. 袁 辉主编.老年问题·复旦大学出版社,1986
7. 井上腾也编·老年心理学·上海翻译出版公司, 1986
8. Vingoe FJ Clinical Psychology and Medicine : An Interdisciplinary Approach Oxford University Press • 1981:43~62

第十三章 人格障碍

第一节 什么是人格障碍

人格障碍(personality disorder), 最早由 Pinel(1806)报告, 描述一个法国农民在一次愤怒发作时将一妇女投入井中。此人是“软弱而放纵的母亲之子。幼年期即有求必允, 乃至成年骄纵跋扈, 动辄引起强烈的愤怒, 狗近前踢死, 马不安时无情鞭打”。人格障碍至今尚未有确切定义, 有人说它是“一种异常的人格, 它或贻害自己, 或殃及社会”。人格障碍还被称为变态人格、病态人格、精神人格、人格异常等。

人格的常态与变态只能在一定社会历史条件下与其所处社会人群的均数比较而言。一个现实的人, 要求他在整个人格各方面或在所有心理活动领域内都完全美好、健康和毫无缺陷是不可能的。常常在某种性格的优点后面同时潜伏着其相对的缺点。富进取心、活动能力强的人常伴有武断, 冒进的缺点, 而规矩、谨慎的人又常伴随怯懦, 缺乏信心与被动, 办不成事的问题, 几乎每个人都存在人格方面的这样那样的欠缺与不足。所以, 我们在评价一个人是否属于人格障碍时还有一个量变到质变的问题, 不能把正常人格的一些差异或有些怪僻的正常人归入人格障碍。

人格障碍的表现和特点十分复杂、归类比较困难。一般认为有以下特征:

(1)人格严重偏离正常, 危害他人, 殃及社会。他们法纪观念差, 对他人感情淡漠, 甚至冷酷无情。行为常受偶然动机和本能欲望支配, 动机和目的不明确, 极易冲动。对别人不负责任, 对自己不道德行为没有罪恶感, 伤害别人而不觉后悔, 常为自己做自以为是的辩护。他们的行为后果常伤害别人, 给别人造成痛苦, 使左邻右舍鸡犬不宁, 自己却泰然自若, 因此与人难以相处。

(2)对自身人格缺陷缺乏自知力贻害自己。人格障碍者经常与周围发生冲突, 并处处碰壁, 身受其害, 却很难从错误中、从过去的生活经验中吸取教训, 加以纠正, 因此很难适应周围环境。

(3)他们无智能和意识障碍, 认识能力完整。一般能正确处理自己的日常生活和工作, 不丧失对事物的辨认能力。能理解自己的行为后果, 也能理解社会对自己行为后果的评价标准, 具有责任能力, (器质性疾病引起的类病态人格可减弱责任能力, 或无责任能力)所以拘留所、监狱、劳改劳教单位犯人中这种人占的比率较高。

(4)人格障碍一旦形成就比较恒定, 而不易改变。

(5)早年开始, 到中年后晚年期由于饱经沧桑以及精力不足, 而渐趋缓和。

第二节 人格障碍的形成原因和分型

一、人格障碍形成的原因

人格障碍形成的原因迄今尚未完全阐明, 一般认为它是在大脑先天性缺陷基础上, 遭受环境有害因素(特别是心理——社会因素)的影响而形成的。

(一)遗传因素

在家谱调查方面。卡尔曼(Kal lman, 1930)曾指出, 这类人的亲属中人格障碍的发生率

与血缘关系成正比，即血缘关系越近，发生率越高。脑电图研究证明，这类人的双亲中，脑电图不正常率较高。Poollin 研究 1500 对父母患有精神疾病的双生儿，发现人格障碍的一致率单卵双生儿为双卵双生儿的数倍。

在寄养研究方面。1972 年~1973 年期间，有三组关于寄养研究的报导(Schulsinger, 1972; Growe, 1972; Hutching 等, 1973)，人格障碍患者的子女从小寄养出去的与正常对照组相比，前者有较高的人格障碍发生率。

(二)病理生理因素

人格障碍的脑电图有 40~50% 显示与年龄不相符的不成熟型，常见的脑电图改变为散在性出现的 4~7 周 / 秒 δ 波和 / 或 14~6 周 / 秒阳性棘波。

神经系统急性疾病如镇静药中毒、脑炎、颞叶癫痫可增加人格障碍的发生率和严重程度。

Fenz 等(1974)对人格障碍者进行条件反射实验，发现这类人对有害刺激的信号不发生或延缓发生预期的心脏反应，事后也不易消去。临床心理生理研究也发现，这类人与焦虑相关连的植物神经功能(包括皮肤直流电反应)在没有应激时处于极低的基线水平。与对照组比较这类人由于应激所引起的焦虑不仅难以唤起相应的植物神经反应，而且出现的反应容易消失。这似能解释此类人不能吸取教训和无羞惭感的问题。

(三)社会、文化环境因素

社会——文化环境的潜移默化的影响，可能是形成人格障碍的关键性因素。恶劣的社会和不合理的社会制度是造成人格障碍的温床，人格障碍在资本主义国家特别多决不是偶然的。据美国某精神病院门诊和住院的一项统计，诊断为病态人格占 20%，(我国北京、上海等五市统计为 0.22~0.82%)这显然与资本主义国家中家庭结构的不稳定，偷盗、抢劫、卖淫和流氓活动等恶劣的社会风气和道德败坏现象的严重存在，以及对儿童和青少年一代心灵的腐蚀有关系。

在人格障碍的形成过程中，由于儿童处于成长和发育阶段，大脑的发育尚未成熟，特别容易受到有害刺激的伤害。

许多心理学家认为，儿童被父母抛弃和受到忽视是人格障碍发展的首要原因，被抛弃和受忽视包括两层意义：其一是父母对孩子情感上冷淡保持远距离，这就不可能发展人际之间温暖、热情和亲密无间的关系。随后儿童虽然形式上学习到社会生活的某些要求，但对他人的情感移入(empathy)得不到应有的发展。心理学中所谓情感移入是理解他人以及分担他人心情能力，或从思想情感上把自己纳入于他人的心境。其二是指父母行为或父母对孩子的要求缺乏一致性，父母表现得反复无常，好恶、赏罚没有定规和原则，使得孩子无所适从，由于经常缺乏可效法的榜样，儿童就不可能发展明确的自我同一性(self-identity)感觉，所谓自我同一性就是指个体对自己的界定和认识，把自己作为同一个持续的个体。

儿童期的不合理教养亦可导致人格障碍，对孩子粗暴凶狠、放纵溺爱和过分苛求，都会对孩子产生不良影响。某男性人格障碍者，是父母婚后多年得的独生子，早年丧父，母亲视其为“心肝宝贝”，百般宠爱，有求必应，使他渐渐形成了极为反常的个性，稍不如意就大发脾气，动辄打人毁物，一次发怒时将家中锅灶扒毁，更有甚者，三十多岁未婚，经常奸污老母，智力并不低下，且能认错，却难悔改。我国某些对独生子女行为的调查发现，任性妄为者较多，这同父母的宠爱放纵密切相关。

鲁宾(1966)发现成人人格障碍者在儿童时期的预兆性特征有：逃学、闲荡、懒散、偷窃、撒谎、缺乏内疚感、违抗父母及老师。

一般认为，家庭破裂，父母打骂或忽视儿童，早期情感性剥夺，社会的歧视，从小缺乏

对儿童身体和生活的照顾，爱护等等是人格障碍发展的主要社会因素，有报导 79 名人格障碍者有 60% 出生在破裂家庭中。

二、人格障碍的分型

人格障碍目前尚无一致公认的分型。这里介绍一些类型的特点。

(一)无情型人格障碍(affectonless personality disorder)

此型又称反社会型人格障碍，违纪型人格障碍，这是对社会影响较严重的类型。这类人经常违法乱纪，行为常受原始欲望所驱动，犯了错误缺乏罪责感、后悔感，也不能从中吸取教训，常归咎他人。他们常出现动机不明的行为，认识与行为常常脱节。一例 34 岁患者，因贩毒、抢劫、流氓、凶杀等多次被捕，每次认罪态度都很好，得到宽大处理。但释放后又犯，从 15 岁到 34 岁，在狱中度过 14 年，后来竟开枪打警察，说是寻求刺激和兴奋。

此型以男性为多，常在少年后期发展到高潮，到成年后期违纪行为即趋减少。

(二)爆发型人格障碍(explosive personality disorder)

此型包括易兴奋型、情绪不稳定型和攻击型。一般在学龄儿童开始，常因微小的精神刺激而突然爆发非常强烈的愤怒情绪和冲动行为，自己完全不能克制。间歇期表现是正常的，对发作时的所作所为感到懊悔，但不能防止再发。如有一个 23 岁女性，从小与小痞子一道偷吃扒拿、吸烟、酗酒，婚前就与同学有不正当男女关系，辍学后不愿工作，五年内换了七个单位，常爆发无节制的愤怒，动辄与人争吵殴打，曾一次与八人撕打，有毁物行为，但无悔改之意，不考虑社会义务。

(三)分裂型人格障碍(schizoid personality disorder)

主要表现为退缩、孤僻、胆怯、沉默和怪癖，对人对事缺乏起码的温和，不爱社交，几乎没有朋友，从不关心别人对他的批评或赞扬，他们对现实的认识能力并没丧失，但常做白日梦，沉溺于幻想之中，缺乏进取性，对事物采取漠不关心态度，很难适应人员众多的场合和需要交际来往的工作。Slater 和 Roth(1969)注意到患精神分裂症的人，其病前性格半数分为分裂型人格。

(四)癔病型人格障碍(hysterical personality disorder)

亦称戏剧化型人格障碍、寻求注意型人格障碍，女性较多。这类人的人格不成熟，情绪也不稳定，情绪反应浓厚而强烈，喜欢做作夸张引人注目，富暗示性、依赖性。以自我为中心，对人情感肤浅、表面化、不真诚、以致难以与周围保持正常的社会联系，往往把想象当成现实。这种人容易发生癔病。

(五)循环型人格障碍(cyclothymic personality disorder)

这种人格障碍的特点，是某种突出的情绪状态在患者生活中占优势，可以是持续的情绪低落压抑，或者是持续的情感高涨，也可以是两者交替出现。情感高涨型，表现乐观，精神振奋，好交往，急躁而不知疲倦，做事有始无终，常作出大量的计划和设想，但都不是经过深思熟虑的；情感低落型，表现情绪压抑，悲观，精神不振，自感精力不足，寡言少语，遇事感到困难重重和无能为力，他们的这种情绪变化不全是外界环境所致。此类人有的可发展为躁狂忧郁症。

(六)偏执型人格障碍(paranoid personality disorder)

偏执型人格障碍多见于男性。其主要特点是固执、多疑、心胸狭隘、好嫉妒、自我评价过高、对挫折或受到羞辱与阻碍的境况过度敏感、警觉，易于把别人本来中性的甚至是友好的表示看作蔑视或敌视行为。遇挫折推诿客观，不愿接受批评，自己的观点受到质疑时，往往进行诡辩，甚至冲动攻击，表现孤单，有不安全感，沮丧、阴沉，不愉快、死板、缺乏幽

默感，经常处于紧张状态之中，寻找偏见的根据，对前后左右关系失去正确评价；在生活和工作中容易与别人发生摩擦，难与领导相处，也容易与同事不和，别人常对他敬而远之。此型人容易发生偏执狂和偏执型精神分裂症。

(七)强迫型人格障碍(compulsive personality disorder)

这类人表现过分的自制和自我束缚，要求自己十全十美，过分自我关注和责任感过强。墨守成规、缺乏应变能力，由于谨小慎微，常常顾虑小事而忽略大事，常要求别人按自己的方式办事，以致妨碍别人的自由，过分注重工作，谨小慎微，遇事优柔寡断，平时拘谨，小心翼翼，自我怀疑，思想得不到松弛。一般认为强迫型人格较易发生强迫性神经症和抑郁症。

(八)衰弱型人格障碍(asthenic personality disorder)

这类人的特征是缺乏自信和主动精神，被动地服从别人的愿望，总感到自己能力低下，精力不足，易于疲劳；对心身刺激反应特别敏感，情绪较易波动，常为小事伤感，缺乏生活乐趣。这类人容易发生神经衰弱和焦虑性神经症。

此外还有冲动型、被动攻击型、自恋型、依赖型、否认型、创造型、边缘型、易变型、不适当型等人格障碍。各型之间重叠之处难于确切区别，这里不一一赘述。

第三节 人格障碍的识别和防治

一、人格障碍的识别

人格障碍一般于早年开始。人格的某些方面非常突出和过分发展，严重偏离正常，一旦形成即较为恒定。患者对自己人格障碍缺乏正确判断，意识清晰，智力正常。具有上述特征，排除器质性疾病和精神病所致的人格障碍，即可认为人格障碍。

人格障碍需与下列状况进行鉴别：

(一)正常人的不轨及犯罪行为

人格障碍者出现道德品行问题，违纪甚至犯罪行为较多，应与正常人的不轨及犯罪行为鉴别。以下几点可作鉴别参考：**(1)**正常人犯罪往往有计划、有预谋，人格障碍者多不能；**(2)**正常人犯罪违法目的明确，而人格障碍者犯罪动机常较模糊；**(3)**正常人犯罪作案手法隐蔽和狡诈，想方设法逃避罪责，人格障碍者常害人又害己，往往对自己危害更大；**(4)**人格障碍者犯罪要判处极刑的重案较少。

(二)大脑器质性疾病造成的人格异常

大脑病变，如脑炎、脑瘤、脑动脉硬化、脑外伤、癫痫及老年痴呆等造成的人格异常，被称为类病态人格，假性人格障碍。病人在发病前的人格与发病后显然不同，这种人格的改变是一种疾病的症状表现。这种人格障碍一般比较单调，变化少，常伴有意识障碍，智力、记忆障碍，经检查可发现相应疾病的症状和体征，应进行仔细的神经系统检查，及借助CT、脑电图等项理化检查进行鉴别。

(三)神经症

神经症一般认为是在心理因素的作用下，在机体素质的基础上，大脑机能削弱的结果，它与人格障碍有如下区别：**(1)**大多数神经症是在人格已形成后发展起来的，预后较好，而不象人格障碍早年开始，恒定顽固，难以改变；**(2)**神经症患者适应环境能力尚好，而人格障碍者严重受损。但是，在精神因素的作用下，某些人格障碍较易发生相应的神经症。

(四)精神分裂症

精神分裂症早期，因病情未充分发展，症状来充分暴露，可发现某些人格和行为改变，

如无故不上班，擅离工作岗位，情绪不稳定，易与人争吵，责任性差，学习工作效率降低等，其与人格障碍重要不同点，是并非一贯如此。

精神分裂症缓解不全可遗留缺陷，既往表现轻症未经诊治者往往不易识别，可结合个性特征及家庭史等加以判断。精神分裂症缓解不全病例，常常在人格障碍的同时伴有其它精神障碍，常缺乏自发性和自然性。

其它精神障碍也可伴有人格障碍，但各自的疾病的特征不难与人格障碍区别。

二、人格障碍的预防

人格障碍形成后即较难矫正，因此预防比治疗更具实际意义。一个人的人格障碍是在早年(一般在 15 岁以前)开始形成的，所以强调儿童的早期教育对预防人格障碍的发展极为重要。儿童出现行为障碍，应及早设法矫正。因过度宠爱孩子、放纵孩子个性的任意发展容易使孩子个性发展偏离正常，贻害下一代终身。年轻父母尤其是独生子女父母，懂得这一点是十分重要的，及早给予家庭、幼儿园和学校的良好教育，及时纠正儿童的不良行为，竭力减少家庭纠纷，避免父母离异，给孩子以充分的“母爱”，创造良好的人际生活环境，对人格障碍的预防具有重要意义。

三、治疗

人格障碍较难治疗，但也不是不可矫正，人格障碍者几乎没有主动要求治疗的，因此即使在强制治疗时也会欺骗医生，抵制治疗，施治者务须注意这一点。

(一)心理治疗

人格障碍发展的最重要和最关键的因素是社会化问题，那么矫正它也需要化费巨大力量重建他们的社会和心理环境。人们不应歧视他们，应热情关怀，照顾他们，训练他们做公益事业，教育他们尊重他人也尊重自己。治疗人员更应深入接触了解患者，与他们建立良好的关系，取得他们的信任，帮助他们认识自己个性的缺陷，进而指出个性是可以改变的，鼓励他们更好改变自己性格，培养他们健全的自我同一性和情感移入的心理状态，启发他们改善与家庭成员及周围同学之间的关系。在困难处境下，这类人易患心因性反应状态，此时予以精神治疗，尤为有效。

近年来推崇的行为矫正疗法对人格障碍的治疗是乐观的，自我控制疗法及自我松弛训练的合理应用对矫正一些行为障碍是有裨益的。Stuart 和 Trpodi(1973)介绍了应用习惯养成法矫正人格障碍，工作人员教给孩子们和他们的家长做生活记录，以便改变他们的生活方式，使他们使用暴力的次数逐渐减少。习惯养成法的示范如下：孩子迟到 20 分钟，第二天早晨必须要求他提前半小时到校；孩子很好地完成学习任务，即予以增加两小时娱乐时间。这样来矫正人格障碍，培养正常人格，有明显效果。

(二)药物治疗

药物不能改变人格结构，但能改善人格障碍。具冲动、攻击行为者及循环型人格障碍，用碳酸锂治疗往往能收效。情绪不稳者可给以小剂量噻嗪类药物，如奋乃静 2~4 毫克或氯丙嗪 100~300 毫克睡前一次服用。爆发型人格障碍伴有脑电图改变者可试用抗癫痫药物。有焦虑表现并因而妨碍与社会接触时可给以安定等抗焦虑药物。

(浙医大金华分校 胡福山)

主要参考文献

1. 翟书涛·人格障碍·临床精神医学·湖南科学技术出版社. 1984
2. 张伯源, 陈仲庚·变态心理学·北京科学技术出版社, 1986
3. 陈仲庚. 张雨新·人格心理学·辽宁人民出版社. 1985
4. 北京医学院·医学心理学·江苏科学技术出版社. 1984
5. 陈仲庚等译·变态心理学·人民卫生出版社. 1985
6. 贾谊诚·变态人格与性变态·上海精神医学 1983: 4
7. 李鸣皋等·医学心理学·辽宁科学技术出版社. 1987
8. 何武龙·关于人格障碍者责任能力问题的讨论·中国神经精神疾病杂志 1987: 3

第十四章 不良行为及其纠正

第一节 酒 瘾

酒瘾的概念近似于酒中毒(alcoholism)。据世界卫生组织(WHO)统计,1965~1980 年全世界商业性酒饮料消费量上升了 50%。酗酒对人类健康与社会安全的影响已成了严重的社会问题。为此,WHO 已专门成立酒精问题国际委员会。我国的情况也不例外,酒的生产销售量大幅度提高。酒瘾已成了十分值得重视的问题。

一、酒瘾的原因

酒瘾可看作是一种心理生物性和社会性失调的不良行为。造成酒瘾的因素是众多而复杂的。

(一)生物因素

对酒的反应有种族性差异,这与体内酒精脱氢酶含量及其影响乙醇代谢有关。

酒瘾者的家庭容易再出酒瘾者,这是公认的事实,经过双生子和嗜酒养父母子女研究证实这与遗传有关。

(二)心理和病理心理因素

虽并不存在每个嗜酒者共有的人格,但研究发现他们常有某些人格缺陷,如易于冲动,经不起挫折,自信过强,社会活动过多等。

社会文化压抑能诱发嗜酒,即由借酒消愁而引起。一些精神障碍者,如抑郁状态,精神分裂症,人格障碍者也会出现嗜酒。

(三)社会文化和环境因素

一个民族、一种社会环境,对饮酒的看法和态度,都与酒瘾发生有关。如崇尚以酒代礼,以酒助社交,以酒作为庆祝活动之类,势必强化嗜酒行为。经济条件宽裕,买酒方便,也都会促进酒瘾的形成。

二、酒瘾的表现

酒瘾者为了维持适当活动,必须每天饮酒,酒量越饮越大,次数越来越频,以致达到无节制的地步。有时甚至会不顾自身疾病喝非饮用酒精。曾有酒后事件遗忘现象,或者由于饮酒导致社交或职业功能削弱,如酒精中毒后的暴力行为,不能上班,触犯法律,与家庭或朋友发生争执或难于相处。他们的社会责任感越来越差,道德观念淡薄,为了得到酒喝,不惜欺骗、盗窃,甚至干更严重的坏事。常会出现停饮反应,在停止或减少饮酒后产生震颤、谵妄、痉挛发作、胃痛、恶心或其它不适。可因重饮酒类而消除。

三、酒瘾的危害

(一)对健康的影响

急性酒中毒抑制延髓呼吸中枢,可引起死亡。据报导,嗜酒者预期寿命比常人减少 20 年。饮酒者自杀率约占自杀中的四分之一。

酒对神经系统的损害最为严重。长期饮酒会导致维生素缺乏,引起周围神经炎。酒精可引起多种脑功能性和器质性障碍,如焦虑、抑郁、意识障碍、癫痫样发作、震颤性谵妄,酒精性幻觉症、偏执状态、小脑前叶退行性病变、Wernicke 氏脑病、皮层萎缩和以近记忆缺乏、顺行性遗忘与虚构症为特征的柯萨柯夫精神病。有些国家诊断为酒中毒或酒精中毒性精

神病者，占精神病院首次住院人数的 20~30%，有的医院甚至占住院病种的首位。新西兰 1982 年统计，精神病院首次入院的男病人中因酒中毒住院者占 43% ‘

酒对生育有显著的影响。酒精进入血液能损害男女生殖细胞，造成胎儿发育异常或笨拙低能。我国古代著名诗人李白、陶渊明、辛弃疾等均嗜酒，结果他们的后代愚钝无能，他们到年老方醒悟过来，追悔莫及。据苏联对饮酒母亲生产的调查表明，早产占 34.5%，妊娠毒血症占 26%，死产 25.5%，婴儿窒息 17.5%，难产 10.5%，畸型 3% (王祖新, 1987)。

同时，酒也会危害全身其它器官，可引起胃炎，胃及十二指肠溃疡，可引起酒精中毒性肝炎、脂肪肝和肝硬化。在西方国家约有十分之一肝硬化是酒精引起的。长期饮酒可使免疫功能降低，可增高肝、咽、食管和口腔癌的发生率。酒可影响机体代谢，加速动脉硬化和高血压。据报导，在法国酒中毒间接或直接引起死亡者占死亡率的第三位(许昌麟, 1987)。

(二)对社会的影响

酒精对社会造成影响，使工业、交通事故率激增，据报导工业化国家 30~50%致死性交通事故与司机饮酒或服用其它药物有关。美国资料统计平均每个饮酒者一年损失 22 个劳动日。由于节假日，工休日饮酒导致劳动生产率下降成了普遍规律。

酒瘾对家庭也是一种威胁，长期饮酒造成家庭经济开支增大，夫妻感情不和，使离婚率上升。

同时酒的危害还会使犯罪行为增加，如酒后肇事、偷窃、攻击行为、诈骗、流浪、凶杀等。苏联报导，半数以上犯罪与酒有关，在重大案件中占 75~90%。

四、酒瘾的治疗

(一)戒酒

对酒瘾者最有效的治疗莫过于戒酒，但对于这类人来说戒酒却是极不容易的事，可用厌恶疗法，以化学厌恶法效果最好。其厌恶刺激可以是吐根碱、阿朴吗啡和琥珀胆碱。阿朴吗啡最常用但因其具有镇静催眠作用，故对条件反射的形成有干扰作用。电刺激厌恶法、想象厌恶法配合短时期隔离对戒酒也有效果。此外也可应用行为自我调节疗法。

应帮助患者认识嗜酒的危害，解除焦虑情绪，解除现实困难鼓励他们坚决永久戒酒，用工作、文体活动充实其精神生活。应经常警惕复染。国外有人成立戒酒协会，通过戒酒成功者的现身说法，互相勉励，以维持戒酒。

(二)戒断症状的处理

患者戒酒会出现戒断症状，多数症状较轻，但也可出现痉挛发作与震颤谵妄等严重症状。可用苯二氮杂卓类药物，如安定等。有明显严重精神症状可用抗精神病药，如氯丙嗪等。应补充维生素、加强营养，注意病人的水电解质平衡。其它症状也应作对症处理。

五、酒瘾预防

- 1. 大力宣传酗酒的危害，提高自身的责任感。对酒类的商品广告应予限制。
- 2. 减少酒饮料的可获得性，通过行政、立法及经济限制，管制销售网点，增加税收等。
- 3. 开发推广各种健康益寿的非酒类饮料。
- 4. 改革聚会饮酒、敬酒、罚酒等习惯。
- 5. 限制烈性酒生产和销售。

第二节 药物依赖

药物依赖(drug dependence)也曾称药瘾(drug addiction)、药物滥用(drug abuse)，

用药成习(drug habituation)。

1974 年世界卫生组织提出的定义为：由于长期或反复用药造成机体精神和躯体改变，对药物产生依赖性，其特征为病人持续或周期性强烈要求用药。

一、药物依赖的成因

(一)环境因素

旧中国鸦片成瘾者很多，解放后短期内解决了这一问题。在不少战争的环境中都有过鸦片类的流行，美国的几次全国性药瘾大流行，就说明了社会——心理因素在药瘾发生上的重要影响。

某些病人需连续长期用某些药，医务人员易于取到某些易引起药物依赖的药物等，给药物依赖创造了条件。经济、文化条件，风俗习惯与药物依赖也有关。

(二)心理与躯体因素

患者人格往往有些某些缺陷，这些人往往意志薄弱，好依赖他人，自制力差，欲望不知满足，易焦虑、紧张，易感情冲动，有人谓之成瘾人格。这些人易对成瘾药物产生直接的快感，或因药物而减轻了精神和躯体痛苦，产生间接快感，从而造成对药物的依赖。

躯体的成瘾阈值剂量是因个体的特异性而有差异的。阈值低易成瘾；用药剂量大，成瘾快。

药物依赖形成的机制一般以神经递质学说解释。

二、各种药物依赖的共同临床特征

1• 心理依赖 这是药物依赖的最主要特征，患者强烈渴望用药，将得到用药作为第一需要，可不择手段，不顾后果去摄取药物。这种渴求可以是持续的，也可以是周期的。

2• 躯体依赖 停用已依赖的药物时出现的躯体症状，即停药症状或戒断症状，续用依赖药或应用与其药理作用相似的药物，可使之减轻或消除。

3• 耐药性 长期反复用药，效应减弱，即产生不同程度的耐药性，剂量越用越大，可高达常用剂量的数十倍。但耐药性也可以不明显。

4• 对个人及社会的不良影响 长期用药可造成营养不良，代谢障碍，慢性中毒，机体抵抗力削弱和易于产生各种躯体并发症。同时，也可造成心理活动的改变，特别是有关伦理道德的高级情感活动的障碍，甚至违反法纪。

三、几种常见的药物依赖

(一)镇静催眠药依赖

巴比妥类、水合氯醛和副醛、抗焦虑药、抗忧郁药及抗精神病药都有镇静催眠作用，且临床应用量大、面广。以巴比妥、安宁、安眠酮的依赖较多见。抗忧郁和抗精神病药较少发生依赖性。

本组药物依赖，精神和躯体依赖都较明显，耐药性的产生较缓慢，往往在连续或反复用药数月后，才产生依赖性。戒断症状大同小异。停药后一天内即可开始出现倦怠，焦虑不安，易激惹，出汗多，肌肉抽动，心动过速，食欲不振等。可出现癫痫发作，严重者可引起血压下降，直立性虚脱、意识谵妄状态，甚至死亡。

戒断症状及血、尿的药物测定，有助于诊断。

除抗焦虑药物依赖外，均应住院戒毒，严重者，可考虑递减撤药法，或以氯丙嗪作替代戒药法。

(二)吗啡类依赖

吗啡类药物包括吗啡、阿片、海洛因、可待因、美散酮、镇痛新、哌啶等。此类药物易

产生依赖，常用剂量连续使用 2 周即可成瘾。此类药物依赖，精神依赖性强，躯体依赖明显，耐药性极易产生。

成瘾症状主要有瞳孔缩小，皮肤潮红、嗜睡等。长期应用者可伴有营养不良、肝炎、仪态不整，手臂及臀部针剂注射痕迹，各种感染性疾病等。

戒断症状在停药 4~16 小时后即出现，第一天起至第三天最明显，表现失眠或嗜睡、倦怠、食欲不振、忧郁、焦虑、淌泪、流涎流涕、出汗、恶心、呕吐、闷栗、腹痛腹泻、肌肉抽动和皮肤感觉异常等。严重者可出现意识障碍、循环衰竭等。一周后可趋好转。

诊断主要靠病史及戒断症状，吗啡类药 10% 从尿中排出，服药后 24 小时内作尿液测定分析有助诊断。

本症依赖性强，以住院戒药为宜。国外盛行美散酮(methadone)替代戒药法，即以导致依赖作用较弱的同类药——美散酮替代已成瘾的吗啡、海洛因、阿片等，病人较易接受。但美散酮本身也可成瘾。行为治疗可试用于反复再染者，胰岛素低血糖治疗可作辅助疗法。’

(三)镇痛药依赖

阿司匹林、氨基比林、保泰松、消炎痛、去痛片、A·P·C·安乃近等镇痛药，长期应用可产生依赖性。患者开始时为止痛而用这类药，因疼痛解除而心情愉快，以后逐渐建立了镇痛药与心境愉快的条件联系，而持久服用。不服用就觉得全身无力，不好受，造成轻度心理依赖。有的无心理依赖，而在停药后，产生头痛、关节酸痛、发热、周身不适和烦躁不安等戒断症状。也有的无戒断症状。

其它还有天麻类、苯丙胺可卡因类、致幻剂类依赖，我国罕有报告，不一一细述。

四、药物依赖的预防

本病的预防，最根本的是禁止制毒与贩毒。对易成瘾的药物务须严加管理。同时，要普及药物知识，合理用药，以防医源性药物依赖的发生。在我国目前药瘾问题虽还不甚严重，但目前国外流行的教训值得我们借鉴。

五、物依赖的治疗原则

1. 戒断药物 戒断药物是治疗药物依赖的最根本、最重要的一环。轻症无躯体依赖者应立即停药，药瘾较重较深者，可采取缓慢减药法和替代停药法来戒断药物，以免引起过于强烈的戒断反应。替代停药法，指用一种与该药性能相仿，但无成瘾性或致瘾作用较弱的药物取代成瘾药。如用氯丙嗪代替巴比妥类，以美散酮代替吗啡。应争取病人的合作，严重者常不合作，应隔离戒断。

2· 戒断症状的处理 对戒断症状一般可作对症处理。戒断症状过于剧烈时可适当给予原先成瘾药物，以减轻症状。

3· 作相应的并发症处理

4· 防止再染 药物依赖颇易复染。应对病人讲明药物依赖的危害，要经常随访，予以鼓励，树立其信心，不断坚定他们戒断药物的决心。要了解病人发生药物依赖的生物-心理-社会因素，予以恰当的指导和处理。国外对反复再染者采用行为治疗，如厌恶疗法等。

第三节 烟 瘾

烟是极易上瘾的毒品。DSM—11I 对烟草依赖的诊断标准是：

A，持续地吸用烟草至少一个月。B、至少有下列中的一项：(1)郑重其事地企图停用或显著减少使用烟草量，未能成功。(2)停止吸烟而导致停吸反应(在 24 小时内发生下述 7 条

中的至少 4 条：①渴求吸烟，②易激惹，烦恼或愤怒，③焦虑，④注意力集中困难，⑤坐立不安，⑥头痛，⑦瞌睡，胃肠道障碍)。(3)不顾严重的躯体疾病(如呼吸系或心血管系疾病)，自知使用烟草会使其加剧，但仍继续吸烟。

一、吸烟的危害性

卷烟内含有 2000 余种物质，其中尼古丁占总生物碱的 95%左右，是作用最强的生物碱。尼古丁有两种作用：一是对胆碱能系统的作用，对胆碱能受体先引起兴奋，然后出现较长时期的抑制；另一作用是释出去甲肾上腺素、血清素及多巴胺等单胺类神经递质。尼古丁原物质在尿中排出。烟碱的致死量为 40~60 mg。吸烟可引起慢性支气管炎、肺气肿、心血管病、肺癌、喉炎、膀胱癌、消化道溃疡。母亲因吸烟吸入多种化学毒物，会导致体内一氧化碳血红蛋白增加，血氧含量降低，从而影响胎儿发育，引起婴儿智力发育不全。据估计，每 10 个吸烟者中，有 2·5~4 个人要死于吸烟的坏习惯；吸烟者比不吸烟者寿命缩短(Keefe FJ, 1982)。吸烟者呼出的烟雾对不吸烟者也有影响。父母亲吸烟的儿童在初期很容易患支气管炎和肺炎。

烟害所致的生产率下降，医疗费增加，以及火灾等项经济损失，这比烟税收入为高。

烟草依赖者戒烟，第一周内就会烟欲增长，易怒、不安、迟钝；吸气、头痛、便秘、腹泻；食欲增加，睡眠分段；注意力不集中，对须警醒的作业精力减低。戒烟后常常会体重增加，出现心率减慢及收缩期血压降低。

二、烟草依赖行为的矫正

(一)增强戒烟的愿望

1. 启发对烟害的认识 启发烟草依赖者对烟草危害的认识，可使患者产生戒烟的愿望，增强戒烟的自觉性。

2·抓住时机增强患者戒烟的愿望 吸烟者到一定程度一般总会遇到受烟害的时候，如因吸烟引起气管炎。医生应抓住时机，说明吸烟与气管炎的关系，坚决要求他戒烟。另外，患者在遭人歧视、招致火灾等情况下，较易接受劝告。

(二)采取一些治疗方法

1·药物治疗所用药物一般是尼古丁替代物或镇静剂。尼古丁替代物(如尼古丁胶姆戒烟糖)通过非吸烟式摄入，能使少数人戒烟成功。镇静药作用不理想。

2. 行为治疗及催眠术的应用 行为疗法中用以戒烟的以厌恶疗法为多用。以一配对的能引起患者厌恶的刺激与吸烟行为相匹配，引起对烟味的厌恶感，默想疗法也可应用。有人用热的烟气喷在吸烟者脸上，以引起厌恶感，也有人要求患者 6 秒钟吸一次烟以引起厌恶感。戒烟过程中所出现的焦虑等症状或与吸烟行为有关的焦虑情景，常用松弛训练和系统脱敏法来对抗。催眠疗法可单独应用取得疗效，也可作为一项有效的辅助治疗。

3·改变吸烟方法和烟草成分 训练吸烟者较低频率地喷烟，或者更加短促地喷烟，以减少烟的吸入量。对难戒断者，此法可减少对健康的危害(Frederickson & Simon, 1982)。同样的理由，也有人提出用烟筒吸烟。

另外，有人主张生产含有较少量尼古丁和焦油的烟，以减轻对人体健康的危害。

(三)预防

早期预防是消除吸烟行为的重要方法。吸烟常始于青春期。父母的影响，同龄人的压力和五花八门的广告，是引起吸烟的重要原因。对青少年进行关于吸烟危害的教育，是对抗这些影响的有效方法。以此为目标的实物教育收效更大。法国里昂一个禁烟活动委员会，制造了两个机器人。它们栩栩如生，跟真人一样大小。在电脑操纵下，它们模拟吸烟的一系列动

作，掏出香烟，叼在嘴上，点燃，一口口地吸进，吐出一阵阵烟雾。机器人胸部透明，烟流到肺部也能清晰地看到。尼古丁和烟焦油慢慢在肺部积聚起来，肺部变黑，然后开始一阵阵剧烈的咳嗽。接着红灯闪亮，表明它已重病缠身了。许多学生看后纷纷戒烟。

改变以吸烟为高雅的风俗，以敬烟作交际的旧习，也是减少吸烟的重要因素。

政府提高烟草税收，限制烟草生产，禁止在公共场所吸烟，成立戒烟组织，进行戒烟宣传，都对吸烟行为起有效的抑制作用。

第四节 过 食

过食及缺少活动的行为可引起肥胖，系由脂肪积聚过多所致。一般认为超过标准体重 10% 为超重，超过 20% 为肥胖，其中超过 20% 为轻度肥胖，超过 30% 为中度肥胖，超过 50% 为重度月巴胖。

一、肥胖对人体的危害

肥胖对人体健康、生活、工作的影响极大。它增加机体的额外负担，其耗氧量比正常人增加 30~40%。脂肪的大量沉积影响心脏和肺脏的活动，引起胸前区紧迫感，呼吸急促，易患高血压、动脉硬化、冠心病，易引起脂肪肝、糖尿病、胆囊炎。肥胖者对感染的抵抗力一般较弱。美国科学家科恩研究表明：45 岁以上的男子，当体重超过正常人体的 10%，体重每再超重一磅，寿命就要缩短 29 天。

二、肥胖的矫正

(一) 饮食行为疗法

实践证明，肥胖者勉强控制饮食，疗效往往不佳，绝大多数人不久就会复原，甚至更胖。因此，在制定饮食方案上，与医生、营养人员配合设计科学食谱更为有效。应适当减少高糖、高脂肪及煎油过多的食物，增加含纤维素多而能饱腹的食物。同时适当控制摄入量。

国外目前较常采用的肥胖矫正法是行为自我控制疗法，其具体实施可参阅心理治疗章。在行为自我控制治疗中，对于某种食物特别难以限制的，可结合厌恶疗法(尤其想象厌恶法)。

近年来，认为胰岛素的一个重要作用是使血糖转变为脂肪的速度加快，使脂肪在体内大量沉积。人体胰岛素的分泌一般在傍晚达最大值，而清晨分泌最少。因此，肥胖者早餐可多吃，而晚餐应少吃。

同时，对饭后即卧、喜吃甜食、嗜酒等习惯应加以改变。

在饮食治疗中，个人的意志极为重要。持之以恒，才能收效。

(二) 从事体力劳动和参加体育锻炼

参加体力劳动和体育锻炼，肌肉组织能消耗热量，消耗热量等于消耗体内糖和脂肪。并且，这种锻炼也可以预防动脉硬化、冠心病等的发生。锻炼不宜操之过急，以免影响健康，也不能“三天打鱼，两天晒网”。强度不一定大，要循序渐进。

(三) 药物治疗

药物在肥胖症的治疗中只能起辅助作用。一般饮食控制不易耐受的患者可服用苯丙胺，早、中餐前半小时各服用 10 mg，有抑制食欲的作用。此药有中枢兴奋作用，若有失眠，可与镇静剂合用。此外，也可用甲状腺制剂治疗。

(浙江医科大学金华分校 胡福山)

主要参考文献

1. 万文鹏等·临床精神医学(2)·湖南科技出版社, 1984
2. 王祖承、张明元·关于药瘾的若干问题·内科讲座(10)·人民卫生出版社, 1985
3. 张 湖. 张明元·酒中毒, 药物依赖·中国医学百科全书(精神病学)·1982
4. 王祖新. 酒生产、消费、酒依赖和有关问题·中国心理卫生杂志 1987; 5
5. 洪士元. 关于吸烟的医学心理学问题·全国第六届心理学学术会议文摘选集 1987:336-387
6. Keefe FJ & Blumenthal JA·Assessment Strategies In Behavioral Medicine·NY: Grune & Stratton. 1982: 227~287
7. Boudewyns PA & Keefe FJ·Behavioral Medicine In General Medical Practice·California: Addison Wesley Pub Co·1982: 237~262

第十五章 性心理与性功能障碍

第一节 性心理学概述

人类的性活动绝不仅仅是生物的本能反映，它包含着丰富的心理活动，并受着社会的制约。这是人类性活动区别于动物的根本点。性心理学，就是研究人在性行为中的心理活动及其规律的科学。

现代科学的研究表明，人类性行为除了性交活动外，还应包括性身份的塑造、性角色的进入、性意识的发展、性的社会化等，这些方面都有丰富的心理学内容。因此我们提出，性行为是一种旨在满足个体的性需要，并协调社会的性文明的行为活动。

一、从动物的性本能到人类的性心理

心理现象由一个从动物到人类的发生发展过程。动物的性行为中有没有心理反映呢？这是一个存在着争议的问题。

一般认为，动物的性行为活动是一种本能活动，主要受性激素水平的调整。也就是说，生理反应占主要地位。国外的比较心理学家们用动物作了大量的实验，证明了性激素与动物的性别分化、性行为差异、性活动的激发都有密切的关系。而动物的性心理活动，则处在萌芽阶段，可简单归纳如下：

(1)动物的性心理停留在低级心理阶段，主要形式是感觉活动，如嗅觉、触觉、听觉等在性行为中的体现。虽然一些高等动物如恒河猴、黑猩猩等，已出现了较高层次的性心理活动，但并没有反映在思维活动上。

(2)动物的性心理是对性行为的本能反映，没有自觉和主动的性心理活动。

(3)动物的性心理与季节的关系密切，有一定的季节限制和性周期的制约。

从动物的性本能到人类的性心理有一个漫长的发展过程，人类的性心理也经历了由原始人到现代人的发展。就个体而言，从出生、成长，到成熟、衰老，性心理也有一个发展过程。性心理活动受着社会因素和文化因素的影响，为性心理学的产生奠定了基础。

二、性心理学简史

性心理学作为一门独立的学科，一般以 1886 年出版的克拉夫特-埃宾(Richard von Krafft Ebing)所著的《性心理病》(Psychopathia Sexualis)为奠基性著作。英国医学家霭理斯(Elis H)对性行为的个案进行了系统收集，从 1896 年到 1928 年先后出版了他的巨著《性心理学研究》(Studies in the psychology of Sex)七大卷，被公认为性心理学的创造者。著名的奥地利学者弗洛伊德对性心理有不同于他人的研究，他把性心理作为生活的最基本动力，他在 1905 年撰著的《力性学三论》集中体现了他的观点。二十世纪五十年代，美国妇产科专家玛司特斯(Masters W)和心理学家约翰逊(Johnson V)开始了性反应的实验研究。从 1954 年开始，二十多年的研究成果集中体现在三部巨著《人类的性反应》(Human Sexual Response, 1966)、《人类性机能失调》(Human Sexual Inadequacy, 1970)和《同性恋》(Homosexuality, 1979)中，对性心理学的生理机制和临床应用进行了突破性的研究。

在我国，由于传统习俗的影响，性心理的系统研究一直处于空白，但在传统医学中，有丰富的性心理学思想。今天，这项工作的进行已得到越来越多人的承认。

三、性行为的生理及心理反映

人类的性行为活动有无规律可循?国外自五十年代以来进行的性实验研究得出了如下结论:人类的性反应,从性兴奋开始到重新回复至原有的状态,遵循着一个不同阶段的周期性规律,称为性反应周期。这个周期包括兴奋期、持续期、高潮期和消退期四个阶段。

兴奋期(excitement phase) 指在性刺激的作用下,性欲被唤起,身体开始呈现性紧张的阶段。兴奋期表现为性器官变化、副性器官变化和肌肉紧张,女性的主要标志是阴道有大量分泌物,男性则为阴茎勃起。

持续期(plateau phase) 指在性刺激的继续作用下,性的紧张度保持在一个较稳定的水平上。这个阶段的典型表现是,男女双方采用不同模式的性器官摩擦来充实他们性爱的情感交流。此时女性的阴道外三分之一明显充血,使阴道口紧缩,男性的阴茎更加坚硬,龟头周径增大,尿道口可有少量分泌物。

高潮期(orgasmic phase) 在这个阶段,男女双方的性紧张状态突然到达一个高峰,从而带来一种波浪式的欣快感。女性的主要特征为子宫、阴道前段和肛门括约肌的同时节律性收缩,此时阴蒂并不勃起;男性的主要特征是射精,这是由前列腺、会阴部肌肉、阴茎体同时有节律地收缩而完成的。

消退期(resolution phase) 这是身体的紧张状态逐步松弛和消散的过程,此时男女双方均产生一种十分舒适和康宁的感觉。在完全消退前,女性若再次受到性刺激可反复出现性高潮,男性则不能。

在整个性反应周期中,心理因素起着非常重要的作用。除了触觉、视觉、嗅觉、表象、联想、思维等心理活动的协同作用外,情绪的激发和情感交流往往起了决定性的作用。因此,人类的性行为活动是生理和心理的有机统一,即使在非性交的性活动中也是这样。

第二节 性问题的临床心理咨询

一、范围及内容

由于在很长一个时期内,人类自身的性活动并没有受到科学的对待,因此,性问题的生活中并非少见。在西方,性咨询已经成为临床工作中的一个重要组成部分。近年来,北京、上海、广州、长春、西安、成都、重庆等地已逐步开展了这项工作。

美国性教育及咨询学会近年出版的一个手册上,把性问题咨询分为以下九个主要方面:

- (1)帮助有性发育问题的儿童及青少年;
- (2)帮助有性发育问题孩子的父母;
- (3)咨询青年人性关系方面的问题;
- (4)咨询成年人有关妊娠的问题;
- (5)咨询已婚夫妇性关系的问题;
- (6)帮助夫妇双方了解性的表达及性要求的变异;
- (7)咨询老年人性适应的问题;
- (8)解释有关性与疾病之间的关系;
- (9)咨询性身份的问题。

富兰克(Frank, 1978)博士指出,在性咨询中除了一般的性问题外,夫妻之间性关系的问题主要有以下三方面:

- (1)性功能障碍。包括男性的勃起和射精障碍,女性的性兴奋及性高潮障碍。
- (2)性交困难。包括性交紧张、缺乏性兴趣、性厌恶、性交前过少调情、性交后阴茎不

软等(主要是心理因素影响，并非性交能力差)。

(3)对性关系不满意。主要包括女性得不到性兴奋和男性早泄。

综合国内外有关资料，将性问题心理咨询的范围及内容归纳如表 15 • 1

表 15 • 1 性问题心理咨询的范围

一般的
性问题
各年龄阶段的性问题
婴幼儿期及儿童期的性问题
青少年期的性问题
成年期的性问题
更年期的性问题
老年期的性问题
特殊群体中的性问题
慢性疾病及手术后的性问题
伤残者的性问题
一般伤残者
性器官伤残者
智残者的性问题
计划生育中的性问题
单一性别群体的性问题
有关性犯罪的性心理问题
性 疾 病
性畸形及性身份的咨询
性器官发育异常术后的心理社会适应
性病患者的心理压力及社会适应
性功能障碍
男性：阳痿、早泄、射精障碍等
女性：性感缺乏、性高潮功能障碍、阴道痉挛等
性心理障碍
(性变态)
性对象变异：同性恋、恋物癖、恋兽癖等
性方式变异：窥淫癖、摩擦癖、异装癖等

二、咨询的基本程序

从我国目前的情况来看，性咨询一般是包括在临床心理咨询的范围内。然而，性咨询有它的特殊性。因此，除了遵循心理咨询共有的基本程序外，还应注意以下几个方面。

(一)性问题的一般资料收集

如何在较短时间内常规收集性问题的一般资料，是临床心理医生首先要面临的问题。通过以下简单的问题，在临床上绝大多数的性问题都可被发现：

(1)近来你过性生活吗?假如过的话，那么间隔多少时间一次?

(2)你对性生活满意吗?如果不满意，你认为是什么原因呢?

- (3)对于男性问：在性交时能否勃起?勃起能否持久?在射精时有否障碍?
- (4)对于女性问：过性生活你是否有性欲?性交时有否疼痛?能否产生性高潮?
- (5)有关性生活方面你还有什么要补充谈的，或者还有什么问题要问的?

通过上述内容的询问，咨询者不仅掌握了来访者的主要情况，而且可进一步深入，同时也打破了来访者的心理屏障。

如果来访者开始不好意思或不愿意直接涉及性问题，可用“性障碍问卷”进行书面回答。

《性障碍问卷》

在下列问题中，找出合乎你或配偶的情况，在上面画一个圈。

女性：(1)阴道痉挛，致使阴茎无法插入

(2)性交疼痛

(3)性交恐怖

(4)不能获得性高潮，尽管有此愿望

(5)没有性要求，或者感到厌恶

男性：(6)阴茎不能勃起

(7)性交时勃起时间不够长，未能获得性高潮

(8)能勃起，但不能射精；或仅有射精的感觉，而无精液射出

(9)早泄

男女都适用：

(10)对我来说，与异性性交是次要的，我喜爱别的性活动(具体描述如下)。

通过这个简单的问卷，也可了解来访者的主要问题，然后再继续深入。

(二)性问题的深入咨询及观察

取得上述一般资料后，性咨询就可有针对性地深入下去。此时，来访者的顾虑基本打消，心理咨询可进入倾听、接受、支持的阶段，把自由式会谈和限定式会谈结合起来。除了会谈外，还要注意观察来访者的心理活动及行为表现，以便了解他们的心理素质。一般而言，在第二次咨询时，已婚者夫妻双方应在场。

在咨询过程中，应根据情况有针对性地作一些心理测验和症状评定，如 MMPI、16PF、EPQ、SCL-90、SAS、SDS 等。

(三)性问题的临床分析

1•区分是一般的性问题还是性障碍 在来访者中，一般的性问题约占三分之二，其中相当大一部份人是缺乏科学的性知识。对于这部分人，只需在心理咨询中针对不同的问题进行性教育和指导，就能取得较好的效果。对于性障碍者(包括性功能障碍和性心理障碍)，才需进行专门的心理治疗。

2•区别性障碍的类型及病因 在两大类性障碍中，性功能障碍的病因可分为器质性和心因性，由于处理的方法完全不同，所以需仔细鉴别，包括作一些特殊检查。性心理障碍的临床表现比较典型，但病因却非常复杂，此外，还要注意和一般流氓行为的鉴别。

3•判定来访者有无求治的要求 在性障碍患者中，有相当一部分人没有求治的要求，或者不相信心理治疗，尤其是性心理障碍者。一些人甚至想通过心理咨询来为自己的偏见找到证据。因此，判定来访者的动机，及时引导求治心理，对进一步治疗有非常重要的意义。

三、性问题处理的基本原则

对性问题的处理，包括性知识的教育，性心理和性行为的指导，以心理治疗为中心的性

治疗等。这些内容相互贯通，后一内容中往往包含了前一内容。虽然对不同的性问题有不同的处理方法，但基本原则是一致的。

1 • 咨询者和采访者认识的一致性 主要进行言语和情感交流，以促进彼此的角色发生转变，为同一目标而努力。

2 • 恢复性的自然功能 共同寻找病因，消除焦虑和抑郁，改变原有的认识和行为模式，防止形成“心理依赖性”。

3 • 夫妻共同治疗 防止在夫妻间造成一方是“病人”角色，另一方是“配合者”角色的局面，双方共同接受性知识的教育、情感的交流和性行为的心理疏导。

4 • 注意性外活动的影响 协调人际关系，加强家庭和社会的支持作用，不要单纯强调性心理和谐。

5 • 对性问题的保密原则 不能泄露性心理咨询和性治疗中具体内容，除科学研究或涉及法律问题外，不得向任何部门提供有关临床资料。

第三节 性功能障碍

一、概述

(一)什么是性功能障碍

性功能障碍目前尚无统一的概念。中华医学会 1984 年修订的精神疾病分类中，定义为“在性活动中主要表现为躯体功能障碍，但无病理形态学变化的基础，也无明显精神活动障碍的一组疾病”。在美国的 DSM—I 中，性功能障碍只列为泌尿生殖系统心理生理不适；DSM—II 中列为婚姻适应不良，DSM—11I 中才列为性功能障碍。

本章所指性功能障碍，是指在性交过程中，由于心理社会因素的不良影响，使其性反应周期的一个或几个阶段出现完全或部分性活动不良，以致不能圆满地完成性交的一组疾患。

(二)流行病学

性功能障碍在一般人群中的发生率，尚无大样本的流行病学资料。Ferman(1951)，Garde 和 Lunde(1980)分别报道，5%，8%和 4%的人无性高潮。Frank(1978)调查 100 对关系良好的夫妻，其中男性有 40%、女性有 63%缺乏性冲动和性高潮。

中山医科大学近年根据心理咨询 1000 例的分析，各种性功能障碍为 6 • 4%，笔者近年的临床心理咨询中，性功能障碍为 7 • 8%。

在我国，由于临床心理咨询尚不普及，部分病人到泌尿科或妇产科就诊，多数病人不知道在何处就诊。且由于缺乏科学的性知识，不少人并未把它当作病态，也不求治。

(三)病因

由于导致性功能障碍的原因很复杂，不同学派的解释也较多。生物学观点认为，性功能障碍的原因主要为躯体疾病的影响、植物神经功能紊乱、或增龄的影响；心理动力学观点认为，幼年的心理压抑或成年后对异性的敌意，都能对性生活产生负性情感，形成的心理冲突导致性功能障碍；行为理论认为，后天环境中的性无知，性压抑，性虐待等，使性活动的正常模型受到歪曲；人本主义理论认为，个人性经历中遭受的挫折和打击，使自我防御能力过度增强，而较为典型的表现就是性的压抑。

上述理论都从不同的角度进行了分析，事实上，性功能障碍的病因是多方面的。根据性心理形成和发展的过程，可从“生物-心理-社会”医学模式作多因素分析，可归纳如下：

1 • 个体发育中的性压抑 例如：幼年受到的传统性观念的影响，家庭关系中的心理冲

突，性角色培养的异常，儿童期性经历创伤，性身份错误，初次性交的创伤等。

2 • 对性的错误认识 例如：性知识缺乏，不了解性器官的解剖结构和男女性反应的差异，片面追求标准性生活，轻信某些性的传说，产生焦虑、自责等。

3 • 情感不和谐 如：性生活中的操作性焦虑、内疚自责感、恐惧紧张感、悲伤忧虑感等。

4 • 人际关系不协调 如：对方失去性吸引力、性爱好不一致、违反常例的性行为影响等。

5 • 其他心身因素的影响 如：紧张疲劳、各种瘾癖、药源性因素等。

在性功能障碍的原因中，还有疾病因素，如糖尿病、焦虑症、抑郁症，以及药物的影响，如利血平等。

(四)治疗

催眠暗示、行为疗法、对偶治疗、精神分析、性技术指导、生物反馈等，对性功能障碍都有一定的疗效。

“认知-行为疗法”在治疗性功能障碍中有显著疗效，包括：

1 • 准备阶段 解除抑郁与焦虑，调整心身机能的暂时平衡。在接受、支持、保证的基础上，进行心理疏导，并作神经肌肉渐进松弛训练。必要时配合小量抗抑郁和抗焦虑药。

2 • 治疗阶段——性感集中训练法 第一步，性知识的学习与焦虑的松弛，目的是为了破除性的神秘感，解除原有的对性活动的焦虑情绪；第二步，非性器官的身体及情感交流，目的是为了打破性抑制的屏障，使双方不断熟悉彼此间的生理和情感需要；第三步，治疗性手淫技术的应用，目的是使双方的性感都逐渐集中到性器官上；第四步，治疗性性交活动，针对不同类型的性功能障碍施行特殊的性交方式，以逐渐形成正常的性行为活动。

3 • 巩固阶段 上述两个阶段已形成了新的认识结构和行为模式。在巩固治疗阶段，用简易松弛训练及简易手法进行维持治疗。

在整个治疗过程中需注意：保持稳定的情绪、不要过分注意性活动、戒除不良嗜好。

二、阳痿

阳痿(impotence)是指阴茎勃起困难，或者虽能勃起而不能持久，从而导致性交困难或失败。在男性性功能障碍中居第一位。

阳痿绝大部分由心理社会因素所致。据有关资料分析，心因性阳痿约占 85~90%。在鉴别是否为心因性时，可用视觉性刺激反应(visual sexual stimulation, VSS)或夜间阴茎勃起试验(nocturnal penile tumescence, NPT)进行检查，亦可于睡眠 REM 期描记阴茎体积。

在进行性感集中训练治疗时，可用手法建立勃起反应，待阴茎勃起而坚硬时，停止手法让其自然消退，如此反复多次。

病例 15 • 1 男性，37 岁、干部。因性生活时阴茎不能勃起一年就诊。患者自幼受管教过严，记得 4 岁左右曾因玩弄生殖器而受到父母打骂。青春期后，多次听人说遗精会伤元气，因而恐惧。28 岁结婚，性生活时紧张。由于受到爱人的责怪，阴茎勃起越发困难，近一年来不能勃起。服用性激素及“壮阳”药等无效。

通过生理、生化和心理测查，未发现器质性病变。用“认识-行为疗法”进行治疗，三周后显效，巩固治疗八周，整个疗程中接受心理咨询六次。

三、早泄

早泄(premature ejaculation)是指性活动时，勃起的阴茎尚未纳入阴道，或者刚刚纳入就射精，从而影响性生活的快感。

早泄的时间界限很难有一个确切的标准，因为男性的射精时间有较大的个体差异。在初婚的首次性生活，或者久别重逢的第一次性交，射精过快是正常现象，不属于早泄。

绝大多数早泄的原因为心理社会因素。不少患者的首次性生活都是匆忙进行，且伴有焦虑的情绪反应。一些学者认为，早泄的根本原因在于射精时所需要的刺激太低，因此治疗时要设法提高刺激阈。在进行性感集中训练治疗时，可选用捏挤法(squeeze technique)，即通过手法建立勃起反应后，在即将射精前用手指面捏挤冠状沟两侧，使产生微痛以阻止射精，如此反复训练。此外尚有间歇法或牵拉阴茎法等。

病例 15·2 男性、27 岁、干部。因婚后早泄 10 个月就诊。患者 14 岁首次遗精后，一次偶尔玩弄牛殖器官感觉欣快，此后染上手淫的习惯。20 岁时在热恋中曾有性活动，但未能纳入阴道，患者因此而顾虑重重，担心自己有病。与女友断交后更认为自己性功能不行。26 岁结婚，婚后 10 个月来阴茎从未纳入过阴道，患者更加焦虑，多方求医无效。

通过生理、生化及心理测查，未发现器质性病变。用“认知-行为疗法”治疗七周后恢复正常性生活。治疗过程中接受心理咨询 7 次。

四、性感缺乏及性高潮功能障碍

性感缺乏(frigidity)是指女性对性生活没有要求，讨厌性交，即使不主动回避，在性交时也不能适当地作出性反应。性高潮功能障碍(anorgasmy)是指女性虽有性要求，也不拒绝性交，但在性兴奋后出现性高潮延缓或缺乏。性高潮功能障碍是女性最多见的性功能障碍。

性感缺乏和性高潮功能障碍是女性反应周期中不同阶段的性障碍，绝大多数为心理社会因素所致。在治疗中要注意的一个问题是，应该鼓励女性患者随时想到自己是有性欲的人。对于“从无性感”的女性，可试用震颤器使其体会性高潮反应。此外，可采用耻骨尾骨肌操练技术进行练训，同时应改变体位。

病例 15·3 女性，27 岁，医务人员。因性生活缺乏快感就诊。在青春期以后，听人说性生活是男子享乐女子受罪，因而一直害怕。25 岁结婚，在性生活中被动而迟钝。虽然也有性欲望，但几乎完全不能获得性快感。她害怕自己性功能衰退，而被丈夫认为是多余的人。曾接受中医治疗无明显疗效。

经生理、生化、心理等方面的测查，诊断为性功能高潮障碍。采用“认知-行为疗法”治疗三周后出现数次性高潮，八周后完全出现正常的性高潮反应。治疗过程中接受心理咨询 6 次。

五、阴道痉挛

阴道痉挛(vaginismus)是指女性在性交前环绕阴道口和阴道外三分之一部位的肌肉有不自主痉挛，从而影响了正常的性生活。由于这类患者的性兴奋和性高潮反应多与正常人一样，所以常因不能性交而苦恼。

阴道痉挛可看为对阴道口疼痛的一种条件性的防御反应。因此，凡能导致阴道口疼痛的情况都可能发生阴道痉挛。从临床资料分析，由心理社会因素引起阴道痉挛占大多数。

在临床上，患者一般以性生活时腹痛就诊。阴道痉挛是目前唯一可见临床体征的性功能障碍，结合病史则诊断并不很困难。性感集中训练治疗中，常在松弛训练的基础上采用系统脱敏治疗，用窥阴器及手法训练均可。

病例 15·4 女性、27 岁、中学教师。因性生活时腹痛伴全身紧张 3 月就诊。患者由于早年的性经历不幸而对异性怨恨，26 岁才开始恋爱。结婚 3 个月，在性生活时感腹痛不适，紧张不安，有时会身不由主颤抖。

经检查，未发现器质性病变。妇科会诊发现会阴部肌肉强直，环绕阴道外侧部分的肌肉

有非自主性痉挛。“认知-行为疗法”仅两周性交成功，五周后性生活正常，无腹痛不适等症状，治疗过程中接受心理咨询 5 次。

第四节 性心理障碍(性变态)

一、概念

性心理障碍是指一组与社会的性道德规范明显不一致的异常性行为，表现为经常以异常性行为作为满足性需要的主要方式，从而大部分或全部取代了正常的性活动。因此，又称为性变态(perversion)或性欲倒错(paraphilias)。在中华医学会 1984 年修订的精神疾病分类中，正式命名性心理障碍，属第十二条。美国 DSM-I 中，为社会病理人格障碍项下的疾病，DSM-II 中，仍放入人格障碍项下，DSM-III 中才单列为“精神性情欲障碍”。

二、病因

性心理障碍的病因尚无公认的定论。影响较大的学说有：生物遗传学说、心理动力学的学说、行为(学习)理论的学说、人本主义理论的学说、社会-文化关系失调学说、生物-心理-社会致病模型学说等。目前倾向于最后一种学说的较多。从临床资料分析，绝大多数患者有明显的心理社会致病因素。

三、临床类型

根据性心理障碍者的性对象和性方式异常，可分为以下三类：

- (1)不以成熟异性为性活动对象：同性恋、恋童癖、恋尸癖、恋兽癖(兽奸)等。
- (2)不以性器官活动达到性满足：恋物癖、异装癖、窥淫癖、露阴癖、易性癖等。
- (3)虽有性器官的作用，但性满足方式离奇异常：摩擦癖、施虐狂、受虐狂、性窒息等。

四、诊断及鉴别诊断

根据各类性心理障碍的临床表现，结合心理测验，诊断并不十分困难。在鉴别诊断中应注意：①除外器质性神经疾病、有病理障碍的精神疾病和精神发育不全而出现的性心理障碍；②鉴别性心理障碍者与流氓罪者的性活动。此外，还应对性心理障碍者的责任能力进行评价并提出参考意见。

五、治疗

对性心理障碍的治疗，精神分析法曾占有重要地位。近年来，行为治疗日趋增多。然而，从治疗的根本目的来看，还是在于改变原有的认知结构和错误的行为模式，因此，采用“认知-行为疗法”较好。

治疗的要点为：引导患者的求治心理，协调其社会环境；提高患者对疾病的认识，医患之间对治疗有充分的心理准备；用厌恶疗法抑制异常的性行为，用系统脱敏疗法消除患者对正常性活动的厌恶；治疗中有配合者监督，并记录治疗日记。

(重庆心理咨询研究所 邓明显)

主要参考文献

- 1. 吴阶平等编译·性医学·科学技术文献出版社，1983
- 2. 邓明显·试论我国性心理学的普及与研究·医学与哲学 1986；7(6)：41

3. 邓明昱 • 感觉集中训练法治疗性功能障碍 35 例. 乌鲁木齐精神卫生 1987: 3(1): 18
4. 邓明昱 • 性心理障碍临床案例报告 • 中国心理卫生杂志. 1987: 1(4): 177
5. 邓明昱 • 临床心理咨询中的性问题 155 例资料分析 • 中国心理卫生杂志 1987; 1(5): 210
6. Masters WH et al • Human Sexual Response • Little, Brown and Co. 1981
7. Masters WH et al • Human sexual Inadequacy • Little Brown and Co. 1981
8. Newman HF et al • Problems in male organic sexual physiology • Urology 1983; 21: 443

第十六章 睡眠与梦

第一节 正常睡眠与梦

早在远古时代人类就注意到了睡眠和梦这种神奇的经历，此后，对睡眠和梦的研究一直是令人感兴趣的。但至今许多人对占人生 1 / 3 时间的睡眠及其伴有的梦知之甚少，而且不少人还被睡眠障碍所困扰。

一、睡眠的有关基础知识

(一)睡眠时间

个体之间对睡眠时间的需要量有很大的差异，成人每天一般需要 6~9 小时，儿童要长一些，老人要短一些。以睡眠时间的长短来判断一个人睡眠的好坏是不全面的。深沉的，但较短时间的睡眠比起浅而易醒的，较长时间的睡眠效果并不差，有时更解乏。以睡眠时间的长短来判断一个人智力和工作效率的高低也是不对的，比如爱迪生睡眠很少，而爱因斯坦则睡眠时间很多，但他们都是当之无愧的大科学家。睡眠时间的个体差异与每个人的生理状态、个性、生活习惯有关。每个人的睡眠时间都是可变的。

(二)睡眠的节律

昼夜节律是人类睡眠的共有节律，一般认为这是人类在后天生活中为适应环境而形成的。有一些工作岗位要求人们晚上工作，所以，从事这些工作的人员常昼睡夜醒。这是正常的。

人类睡眠的另一节律是 REM—NREM 节律。REMS(快动眼睡眠：rapid eyemovement sleep)和 NREMS(非快动眼睡眠：nonrapid eye movement sleep)的主要特点见表-16 • 1。

表 16-1 REMS 和 NREMS 的对比

REMS	NREMS
命名	快动眼睡眠
快动眼睡眠	去同步睡眠
去同步睡眠	异相睡眠
异相睡眠	快波睡眠
快波睡眠	非快动眼睡眠
非快动眼睡眠	同步睡眠
同步睡眠	正相睡眠
正相睡眠	慢波睡眠
慢波睡眠	时相与脑电图
时相与脑电图	REM 阶段(重复出现的 S1 阶段)以弥漫、长程、低幅、杂乱、每秒 5~25 周的快波为特点
REM 阶段(重复出现的 S1 阶段)以弥漫、长程、低幅、杂乱、每秒 5~25 周的快波为特点	S1: 是睡眠的第一阶段(开始入睡)，Q 波渐消失，出现每秒 4-5 周的不规则】低幅波。
S1: 是睡眠的第一阶段(开始入睡)，Q 波渐消失，出现每秒 4-5 周的不规则】低幅波。	S2: 是睡眠的第二阶段(轻度睡眠)。出现每秒 12 — 14 周的睡眠纺锤波
S2: 是睡眠的第二阶段(轻度睡眠)。出现每秒 12 — 14 周的睡眠纺锤波	S3: 睡眠的第三阶段(中度睡眠)，睡眠纺锤波和 1—3 周的慢波、夹杂在一起。
S3: 睡眠的第三阶段(中度睡眠)，睡眠纺锤波和 1—3 周的慢波、夹杂在一起。	S4: 睡眠的第四阶段(深睡眠)。每秒 0. 5—2 周的慢波。
S4: 睡眠的第四阶段(深睡眠)。每秒 0. 5—2 周的慢波。	

眼动特点

快速转动

慢 动

肌肉活动

除眼肌外全身松弛。偶有部分抽动。

全身肌肉保持一定张力

生命体征

心率、血压。呼吸短暂地快而不稳

平 稳

躯体疾病

此期易诱发躯体疾病

不易诱发

梦

80%的人在此期做梦

少数人在此期做梦

生理作用

促进神经系统成熟

促进生长

睡眠障碍

梦魇

夜惊。梦游。梦呓

在整个睡眠中的变化

在每个周期中持续 9—34 分钟。随着睡眠时间延长。逐渐延长。

在每个周期中平均 90 分钟，随着睡眠时问延长。逐渐缩短。

在整个人生中的变化

随年龄增加在睡眠周期中的比例减少

随年龄增加在睡眠周期中的比例增加

一般入睡后首先进入 NREMS 的 S1，接着依次为 S2、S3、S4、S3、S2，接着进入 REMS，以后又进入 S2、S3，S4、S3、S2、REMS、S2……，一般从 NREMS 的 S1 自然清醒。

(三)睡眠的神经机制

现代科学认为睡眠是一个主动的、积极的过程。现有科研资料一般倾向于认为快动眼睡眠是由脑桥中部的兰斑细胞群所控制，这些细胞主要释放去甲肾上腺素，非快动眼睡眠是由中脑的中缝核细胞群所控制，这些细胞释放的 5-羟色胺阻碍了上行网状激活系统的活动。

二、梦的问题

现代生理心理学技术使人们对梦的了解比以往有所深入，那种认为梦是“灵魂出游”的观点已不值一驳，认为“做梦是没有睡好”的传统看法也已被证实是没有道理的…

所有的人，每天睡眠都要伴随着做梦，而且不止一个梦。但也不可能从入睡到醒来都在做梦，绝大多数人是在快动眼周期中做梦。

但是梦到底是如何形成的，意味着什么意义，人能否控制梦等问题，仍然没有最后搞清。下面介绍一些研究资料供大家开拓思路。

著名的心理学家弗洛伊德对梦的内容做了大量研究，他认为梦都是有意义的，是潜意识经过乔装改扮进入意识的结果。他把梦分为“显梦”和“隐梦”，他认为梦中的每一个事件，每一个物体都有一定的“象征性”。他从心理学的角度研究梦无疑开阔了心理学的研究领域，也使人们对梦的研究有了一个新的思考角度。但他的理论中不乏荒谬的主观设想，特别是大量地以“性”的角度去分析梦是缺乏科学依据的。

目前，大多数心理学家认为梦是一种无意想象或一种低级思维。梦中的一切情景都应是做梦者本人经历过的(包括见过、听过、想过、行动过、体验过等)，做梦时又在无意识中进行了重新修改和组合。梦的两个特点——真实感和离奇性并不难理解。真实感是由于在梦境中无法用客观验证，一旦清醒时绝大多数人立刻会明白自己是做梦，而不是真的。离奇性的原因正是梦境内容完全杂乱无章，而人又有很强烈真实感所致。

有研究认为夜间肌肉运动可能与梦的内容有关。例如，有人发现快速的水平眼动说明做梦者对梦中活动情景在进行繁忙的扫视；如偶尔有垂直眼动，睡眠者被唤醒后则称梦中有人或物正在上下移动。又如脑电图显示睡眠者已进入了快动眼周期，但眼电图显示睡眠者几乎无眼动，此时唤醒他，则称自己正在梦境中以旁观者身份注视着远方某一点。再如，某科学家在一例研究中记录出一个被试在快动眼周期中四肢肌肉的动作电位变化，这种电位变化先发生在右手，然后在左手，最后到腿上，此时唤醒被试，他称自己在梦中先用右手提一只桶，然后又换到左手，最后开始走路。

有人认为白天的某些事情，可在梦中显示出来，这在某些情况下是对的，但并无普遍意义。曾有人白天丢了一串钥匙，怎么也找不到，晚上梦见在大衣柜顶上，他醒来一看果然如此。一般认为这种情况是由于白天大脑的某些活动处于相对抑制状态，特别是情绪焦虑紧张，悲哀愤怒时，思维和记忆活动易被抑制，入睡后原来兴奋的大脑活动转入相对抑制，而白天抑制的部分则相对兴奋，使得白天忘记的东西在梦中浮现。事实上，更多见的情况是白天心境恶劣，晚上较易出现令人不愉快的梦，这是心理活动迁移的结果。也有人白天不愉快，梦中却很开心，据说这是心理的补偿。

也有人认为睡眠者所处的环境可影响梦的内容。有位科学家做了一个给睡眠者皮肤滴冷水的试验，15名被这种刺激惊醒的被试有6个说梦中有与水有关的事情，还有另外33名被试没有被滴水惊醒，科学家只得唤醒他们，他们中间有14人在梦中有关于水的情景。

有一点可以肯定，正常睡眠中大部分梦的体验是不能回忆的。虽然当一个人正在做梦时被唤醒多能清楚地描述梦境，但是在一个人的梦结束后，如不及时叫醒他，他睡的时间愈长，回忆的内容就愈少；如果叫醒他，不让他回忆梦，经历的时间越长，回忆的内容也越少。

第二节 失 眠

睡眠障碍一般分为两大类即失眠与睡眠过多，但近来“睡眠障碍中心学会”将临床睡眠障碍分成三个方面。①睡眠觉醒障碍：如夜惊、睡行症、梦呓、遗尿等属之。②过度睡眠障碍：如发作性睡病、睡眠窒息等属之。③入睡后睡眠维持障碍。其中第一类不一定需要临床治疗，第二类则多求诊于神经科，第三类即一般所说的失眠。

一、失眠是一种症状

失眠指睡眠时间减少的主观体验，也就是说失眠是一种症状而不是一种体征。有的人，特别是失眠时间较久的人，在别人看来他睡得很好，甚至叫不醒，但他自己醒来依然说自己彻夜未眠。

失眠绝不会是单一症状。一个人不可能一切都好就仅是失眠。失眠的人总是伴有各种其它心理和躯体症状或体征，如焦虑，抑郁、头痛、头昏、乏力等等。这些症状和失眠可以互为因果，形成恶性循环。

失眠的发生率很高，据调查，美国 15 岁以上的人中半数在一生里曾有过失眠。1970 年美国催眠剂的零售额为一亿七千万元。1977 年美国的专门催眠剂处方达二千五百万张，还有无处方零售催眠剂一千九百万次，临时用其它药物对失眠做对症处理的处方二千万张，可见失眠者人数之多。我国某地曾抽查大中学生的用药情况，发现 11·4% 的大学生，4% 的高中生，1·2% 的初中生曾使用过安眠药，这个数字也是不低的。

二、失眠的原因

失眠的原因大致有以下几类：

1. 心理因素 这是最主要的原因；各种精神疾病都常伴有失眠；正常人虽无精神病，但在焦虑、恐惧、抑郁、兴奋激动、愤怒时都可出现失眠。就是最初没有心理因素，由躯体问题直接导致的失眠，但失眠不久就会加入复杂的心理因素，使失眠久久难愈。

失眠者共有的心理特征是不良的自我暗示。在睡眠前总是想“今天可不该又睡不着”，“一定要睡着”，结果偏偏睡不着。有许多病人见床就紧张，生怕难以入睡。有的病人躺在床上脑子里天南海北地想来想去，一旦觉察到这一点后就责备自己，“怎么又乱想”，“赶快睡”，可是思维如脱缰的野马收拢不住，越不想想，越想得多。有的人在睡眠中，一觉醒来，马上想到“糟糕，怎么又醒了，赶快再睡”，可是难以重眠。早上起来，这些人常常想，“昨晚又没睡好，今天一定会头痛，乏力，搞不好工作与学习”。果然一天头脑不清。到了次日晚上暗暗叮嘱自己一定要把失去的睡眠时间补上，结果又是一夜难眠。上述自我暗示有时并不能被失眠者所认识，但的确存在，的确是失眠的主要原因，特别是长期失眠的主要原因。

2· 环境因素 嘈杂、光线太强、同室人太多、太冷、床铺不舒服，进入陌生环境等都易于发生失眠，特别是那些生活很规律化的老人，适应能力差的年青人和个性不良者。许多环境因素是通过心理因素导致失眠的。

3· 药源性 包括四种情况：①使用兴奋剂(如咖啡因)和有兴奋作用的食物(如咖啡、茶叶以及烟草)；②镇静剂的逆效果，有的人因催眠药或喝酒后反而兴奋难眠；③依赖性和适应性，一些长期用安眠药的人无药则失眠，时间长了药量小也失眠；④撤药反应，突然停用催眠剂，常导致失眠。

4. 双腿不宁综合征 多见于老年人，且常随年龄增加而加重，病人感到下肢深部有一种难以形容的不适，这种不适不是知觉异常，也不是疼痛，多发生在小腿，静止时比运动时更严重。病人常感到腿无处可放，什么样的姿势都不舒服，并使人难以入睡或频频觉醒。病因不明，有人认为可能与下肢血循环有关。有遗传倾向，可能属常染色体显性遗传。

5. 睡眠窒息 主要发生于男性，可在童年首次发生，是一种特殊的综合征。表现为白天睡眠过多，夜间烦躁不安，失眠和窒息，这种呼吸停止可持续 10 秒或更长时间，可伴严重的呼吸和心率异常。这种窒息仅发生在睡眠中，可分为阻塞性睡眠窒息和中枢性睡眠窒息。

6· 夜间间歇性肌抽搐 多发生于入睡之时，抽搐部位主要是双侧胫前肌群，也可是全身性。

7· 其它躯体疾病时常会导致失眠 例如心绞痛、心衰、哮喘、十二指肠溃疡、重感冒、外伤等。

此外过度劳累，卧床过久或睡眠过多，可导致失眠。由于工作时间的变化，实行倒班工作制，跨越时区的旅行等原因，也可由于生活节律紊乱，“生物钟”和“社会钟”不相适应

而致失眠。

三、失眠的表现形式

- 1• 入睡困难 这种形式最多见，特别是神经症病人和其它心理因素直接导致的失眠。
- 2• 易醒 不但心理因素导致失眠多见这一形式，而且躯体疾病时也很多见。
- 3• 早醒 这常常是抑郁症的标志。

以上三种形式可同时并存。至于彻夜不眠，不过是失眠的极端化表现，基本属于入睡困难范畴，但是连续三天以上的昼夜不眠十分罕见。

另外，我国失眠者常称有“多梦”，这是由于他们错误地认为作梦意味着睡眠不深，甚至认为做梦等于未睡眠所致。当然，也与他们伴有种种心理障碍，在易醒的基础上对睡梦内容记忆较多也有关。

四、失眠的治疗

(一)解释

失眠治疗的确不太容易，其原因在于患者有顽固的的不良的自我暗示，加上对睡眠和做梦有错误的认识。因此，治疗失眠的措施首先是使病人对睡眠和失眠有正确认识。对失眠者应做好以下一些解释：.

(1)睡眠好坏的关键在质量不在数量，即不在于时间的长短。人与人的睡眠时间不会相同；人一生中的睡眠时间也在变化。随着躯体和环境变化出现短暂失眠并不是病态。在这一点上的错误认识，一是年轻人必须睡够8小时，一旦少于8小时，就自认为失眠了，这种情况在大中学生里很多见，二是对老年人的认识正相反，以为老年人一天睡4~5小时完全正常。实际上，有资料表明，20~80岁之间的睡眠时间差异并不太大。有人统计一批健康的80岁老人，日平均睡眠也是8个小时，所以，老入睡眠太少应怀疑有抑郁和焦虑情绪。

(2)做梦是正常的生理需要，如果进行梦的剥夺试验，就会发现在以后的睡眠中会更多地做梦。

(3)失眠者往往夸大了自己晚入睡的时间，醒来的次数和梦的多少。、

(4)根治失眠的关键在解除心理上的焦虑，抑郁和不良的自我暗示，而不在药物。

(5)对许多人而言，特别对青少年而言，主动地去数数，听单调声音不但不能催眠，反而常加重失眠。原因是加重了心理上的不良自我暗示。

(6)躺在床上后脑子里无目的“乱想”不会导致入睡困难，倒是要克制这种“乱想”反而促使失眠。

(二)药物治疗

在解释性心理治疗的基础上可使用药物，使用药物的目的在于帮助病人克服睡前的焦虑情绪，增加病人战胜失眠的信心。所以说，巴比妥类药物最好不用。这类药不但无改善情绪的作用，而且抑制正常睡眠，还易成瘾。安定药物应在有经验的医生指导下使用，应该有一定的治疗计划。那种临时睡不着临时服几片药的做法最易导致病人逐渐成瘾。

(三)行为治疗

行为疗法(如松弛训练)对某些失眠患者有一定效果。

其它方法也可采用，如睡前一个小时或半小时不做高度紧张的脑力劳动和重体力劳动，不做令人兴奋的活动，在睡前适当地饮点糖开水或牛奶；热水洗脚；盖暖和些；保证室内通气良好；安静和光线柔和等。另外，有人采取剥夺睡眠的方法治疗抑郁症时的失眠有一定疗效。

第三节 其它睡眠障碍

一、睡眠过多

睡眠过多指超出一般人每日睡眠量的过多睡眠现象，而且病人和周围人都会清楚地感到这一点。有时在学习中、工作中、甚至走路和进行有危险的活动中也不可抑制地想睡眠。

除少数例外，过度的日间睡眠不是发作性睡病就是睡眠窒息。发作性睡病是突然的日间睡眠发作，通常至少可伴发以下 2~3 个症状：①睡眠麻痹；②猝倒症；③催眠幻想。在睡眠开始可见到 REM 睡眠。

睡眠窒息，前一节已谈及，病人睡眠变得浅而片断。由于持久的睡眠剥夺，日间常有小睡，长时间的缺氧可引起严重的心衰，及严重的认识减损，可被误诊为 Alzheimer 氏病。

此外，还可见到较长周期性的睡眠过多如 Kleine—Leyin 综合征，这时的睡眠过多可持续 2~3 周并伴有贪食，但可自发缓解。

睡眠过多的治疗，首先应作详细的检查，只有当排除了躯体疾病后才可按心理疾病或心理障碍治疗，如确属抑郁症，用丙咪嗪治疗常有显效。睡眠过多的器质性原因比心因性要大得多。

二、睡眠觉醒障碍

1. 梦呓 在睡眠中说话、唱歌、哭笑，甚至可与别人进行简单的对话叫梦呓，俗称说梦话。大多发生在非快动眼周期，醒来后绝大多数遗忘。可以发生于癫痫症、躯体疾病伴发的精神病和神经症中，但更多见于正常人。一个人偶有此情况并不足虑。

2. 睡行症 也叫梦行症，俗称夜游，也多发生在非快动眼睡眠状态。在此状态中，人常不由自主地起立行走或干一些白天常干的简单事情，如擦车子、烧开水、挑水、扫地等。常表现出面无表情，眼神迷惘，动作僵硬不灵活，问话不答或含糊其词，或文不对题。病人似乎可以绕过一些障碍物或危险区，但又会进入另一个危险区，或对突发危险不知躲避。患者可重新上床入睡，也可就地而睡，也可被强烈的刺激惊醒。惊醒后或次日自动醒来后对自己的行为多不能回忆。对此也应首先除外癫痫，然后考虑神经症，特别是癔病和儿童神经症，最后考虑白天有无心理压力。

3. 夜惊 多见于儿童(见 32 章)。夜惊对他人的惊吓很强，但患者在白天并无恐惧感。有的发生在集体宿舍中的夜惊会使许多人相继人喊或跑动。此时，实际上只有开始发作者才是真正的夜惊，其余人是受惊吓后的盲从。夜惊也发生在非快动眼睡眠期。

4. 梦魇 比夜惊常见，可发生于任何人，常被视为睡眠中焦虑发作。白天有强烈的心理恐惧感，有心血管和肺部疾患，仰卧且双手置于胸前者易发生。梦魇发生在快动眼睡眠期，此时全身肌肉松弛，但心率、呼吸、血压常不稳，患者常在恶梦中出现恐惧，但喊不出，动不了的情况，最后惊醒。此时表情恐惧紧张，不敢再睡。也有心动过速，呼吸困难等植物神经功能释放的表现，但不如夜惊明显。

对梦呓、梦行、梦魇、夜惊的治疗都应首先除外癫痫等器质性疾病，然后可使用小剂量安定类药，并注意排除患者在白天所受到的心理压力。对梦行症还要防止梦行中出现意外事故。

三、睡眠倒错

这是指应睡眠时兴奋不眠，不该睡眠时却头脑昏昏欲睡。睡眠倒错可见于正常人，常由于作息时间不规律所造成。有晚睡晚起的不良习惯的中小学生里也比较多见。上述都不是

病理情况，主要应从生活安排上加以纠正。

病理的睡眠倒错可见于癔病，颅脑外伤后综合征和脑动脉硬化的病人，但更常见于神经衰弱患者。治疗方法是心理治疗、生活指导和药物的联合使用。

除上述几种睡眠障碍外，以恶梦为主诉的病人也不少。人生难免有几次恶梦，但恶梦频繁说明此人在近一个阶段里心理障碍是存在的，说明内心有较为激烈的冲突。所以，虽可用药，但心理治疗更重要。主要是发现心理障碍的原因，给予支持和保证。国外有的心理学家曾试行指导好做恶梦者在梦中与恐怖境遇作斗争，据说有效。另外，对常做恶梦的病人要注意有无隐匿的躯体疾病。

(西安医科大学 王友平。陈佩璋)

主要参考文献

1. 朱维 H(段淑贞译) • 睡眠状态 • 生理心理学 • 科学出版社. t 98 1 t 3{3 3_364
2. 张沅昌 • 睡眠 • 精神病学 • 人民卫生出版社. 1 9 80 • l 6 — l 8
3. 冯应琨 • 临床脑电图学 • 人民卫生出版社. 1 980-80_90
4. Kaplan HL et al • Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore / London: Williams&Wilkins. 1983: 2014~2029
5. Gelder M et al • Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford : Oxford Univ Press, 1983: 342~346
6. Greist JH & Greist TH • Sleep Deprivation . Antidepressant Treatment-the Essentials • Baltimore: The Williams & Wilkins Co. 1979 ; 218~220
7. Bernstein DA & Nictzel MT • Sleepwalking. In interviewing In Clinical Psychology • NY: McGraw—Hill Book Co. 1980: 152~174

第十七章 医学心理咨询

第一节 医学心理咨询对象与内容

一、什么是医学心理咨询

“咨询”一词通常含有商量、会谈、征求意见、寻求帮助、顾问、参谋、劝告、指导等意思。

各行各业都常使用“咨询”一词，如“职业咨询”，“法律咨询”、“婚姻咨询”、“遗传咨询”等等。“心理咨询”在国外已有较长历史，国内是近几年才开展的。

“医学心理咨询”有其特定的含义，一般指医学心理学工作者与来访者进行会谈，双方交换看法，建立相互信任的良好关系，心理学工作者给来访者以劝告、解说、指导、帮助、教育、测验及实施有关心理治疗。这种会谈的目的是帮助来访者认识和解决心身健康问题，是心理卫生工作的重要窗口。尽管医学心理咨询不如心理咨询范围广，但比精神科咨询的范围却要大得多。发达国家不仅在综合医院设有心理咨询部，而且在工厂、学校等人群集中的机构里也往往设有医学心理咨询服务部，可见医学心理咨询是全社会所需要的。

我国精神科咨询(即设在精神病机构里的咨询)在1980年开始出现于北京、上海、福州。医学心理咨询由西安医科大学的陈佩璋教授于1982年首先在综合医院里开设，1983年广州中山大学的赵耕源教授在综合医院里开设了全国第二家医学心理咨询门诊，而且越办越好，在国内外报刊、广播、电视中予以了介绍和赞誉。目前，全国有医学心理咨询门诊的综合医院已不止四五家，但离社会发展和人民健康需要还有极大的差距，今后定会有更大的发展。

二、医学心理咨询的方式

通常有门诊咨询、访问咨询、驻勤咨询、电话咨询、通信咨询和专栏咨询。前三种咨询都要求医生与接受咨询者面对面会谈。门诊咨询是病人或有问题前来咨询的人访问医生；访问咨询是医生访问受咨询者，一般指反复多次，每次短时间的深入家庭和单位的咨询活动；驻勤咨询一般指在固定的地区或挂钩单位里进行较长时间咨询(可以是数月或数年)，专门解决某类问题。后三种咨询方式不是面对面的咨询；电话咨询适用于危机干涉，如对有自杀企图者的劝导和为其家属或其他在场者进行应变指导；通信咨询多用于远地患者；专栏咨询指在报纸、广播、电视、墙报、壁刊等面对众多读者的信息媒介上宣传有关知识。这三种方式共同的不足之处是不能很深入地了解具体个人的心理问题。

三、医学心理咨询的对象

1• 精神病人及他们的亲属、同事、领导和有关方面人士 在综合医院里进行心理咨询同在精神病院里进行心理咨询有很大不同。综合医院里遇到的精神病人以情感性精神病占多数。此外，各种神经症尤其是强迫症和人格障碍的病人较多。而且，对他们的咨询往往也不限于如何治疗。还要指导如何安排精神病人生活、学习、劳动、娱乐；要回答家属关于病人的婚姻、子女、生育等问题，要解释其同事及有关方面提出来的有关病人的职业能力和责任等问题。

2. 非精神科的其它临床各科病人及他们的亲属、同事、领导 因为一个人有任何一种躯体疾病时，往往比健康时易有心理问题，也会遇到更多的社会问题。

3• 正常人 就是健康的人，也会有许多短暂的情绪不良、人际关系矛盾、难以应付的

生活事件。在没有条件时，往往要靠当事者本人经过一定时间的磨难才能克服内心的矛盾，或靠其他人员的劝说和关心来度过心理应激期。但有了专门的医学心理学工作者的帮助，由于这些人具有专门的理论、熟练的技巧、广泛的知识，使得当事人能很快从心理矛盾中解脱出来。

4. 各医疗科室医务人员 医学心理学工作者可以从心理学的角度回答其他医护人员在临床工作中遇到的关于病人的心理卫生方面的问题。

5. 有关职业的人员 这是指一些经常要涉及到人的心理问题的职业人员，如教师、司法工作人员等。

总之，医学心理咨询的对象是广泛的，不限于精神病人(这一点与精神医师不同)；不局限于心理障碍的人(这一点与临床心理治疗家不同)；也不是包揽一切，不是把一切有社会问题的人都揽入自己的咨询对象，不是去解决一切社会问题(在医学部门工作的社会工作者重点解决社会问题)。

四、医学心理咨询的具体内容

1. 作出有无心理障碍的诊断。

2. 对有心理障碍者提供进一步的诊断方向，如指导进行心理测查，介绍给精神科医师或其他临床专家。

3. 通过咨询中的劝解、开导、告慰等方法使一些心理障碍病人的不良认识得到纠正，使压抑情绪得到宣泄，使不良的行为得到克服，从而达到治疗目的。

4. 指导心理障碍者的亲友配合医生进行治疗，如指导有性心理障碍者的配偶实行性行为训练，纠正病人异常的性行为模式。再如告诉恐怖症病人的家属，如何协助采用系统脱敏法等。这种对病人亲友的咨询还包括教育有关社会、团体、家庭人员，使他们对心理障碍者持同情、关心和帮助的态度。在有的情况下医学心理医生发现来访者有较严重的心理障碍，甚至有出走、自杀等危险性，此时应及时通知有关方面和病人的亲友，以防不测。

5. 向精神病人或其它心理障碍者及其亲友和有关方面提供精神病或其它心理障碍的预后、康复、遗传、生活、学习、职业等方面的咨询，并提出建议，有的还要回答某些能力或法律责任问题。

6. 帮助各种躯体疾病患者和他们的亲友及有关医务人员，使他们了解心理障碍与躯体疾病的关系。如告诉心肌梗塞病人有关A型行为与心肌梗塞的关系，劝告这些病人调整自己的生活节奏，改变自己的处世态度；告诉这些病人的亲友和医护人员，怎样从心理学角度预测和防止心肌梗塞的复发。

7. 指导人们处理生活应激事件。比如对亲友的逝世，应如何使情绪不至于过度悲哀，对意外事故的打击(如被窃、受伤、遇到火灾等)，如何保持冷静和寻求支持，人际关系矛盾(特别是两代人之间的感情危机，与领导和同志的不和等)如何化解；恋爱遇到挫折应采取哪些有利于心理健康的对策；性生活中怎样的行为才能避免出现障碍；如何克服学习困难；怎样选择适合于自己的心理特点的职业；在紧张的工作中如何松弛等。

8. 对不同年龄、不同职业、不同场合的人群，就有关不同的活动(如睡眠、饮食、劳动、学习、性生活)、不同的社会心理问题(如青少年出走、吸毒、酗酒、药瘾、自杀、犯罪)，进行有针对性的心理卫生宣传。

由上述医学心理咨询的对象、方式、内容使我们了解到，要从事这一工作，必须具备一定的条件。例如国外从事这方面工作的医师，除了要学习医学课程外，还要接受数年的有关专门训练。

第二节 心理咨询医生

一、应具备的知识

一般来说，心理咨询医生首先应具有广泛的知识，这里包括医学知识、心理学知识和社会知识。没有扎实的医学基础，就有可能只把注意力放在社会问题上，只去寻找“精神刺激”，使得由于躯体疾病，特别是由于脑器质性病变导致的心理障碍者得不到及时正确的治疗。没有专门的心理学理论，就不会对来访者的差别做出正确的分析；没有掌握心理测试的技术，就难以对心理状态进行量的分析；不懂得心理治疗的方法，自然不可能给病人以恰当的治疗；不了解社会习俗、民族风尚、政治经济文化形势、法律条例、道德伦理、某个职业的特点等，就难以理解来访者的心理问题从何产生，也就无法指导来访者如何去适应社会。这里所谓的知识还应该包括熟悉当地的方言和通常的手势、姿势的意义。所以，心理咨询医生所具备的知识，有些要通过专门的训练获得，有的则要靠平常的留心收集。

其次，医学心理医生自己应有良好的心理条件，这既包括有适应于此项工作的心理素质，也包括工作时的心情。性情急躁、思维不敏捷、不善察言观色、对人过分冷漠呆板、不善言语的人一般难于胜任此工作。自身健康不良或有一时排解不开的心理矛盾时，易于出现不良情绪，易于把自己的烦恼投射到来访者身上，这种情况显然不能开展工作。

另外，良好的医德是医学心理咨询工作者的重要品质。一般认为，这些医生应比其他医生待病人更加和气、更冷静、更热情、更耐心，决不应有厌烦、鄙视、不负责任的态度。即使是来访者因心理障碍而无理斥责或辱骂医生时也要善于克制自己，不能报以粗暴的态度。当病人谈到一些个人隐私时，决不允许以此为平日谈话的笑柄和话题，更不能以此要挟病人。遇到由于他人不理解或其它原因使心理障碍病人受到不合理对待时，应勇于为病人申张，不能为保全自己而置病人的利益于不顾。

二、咨询时应注意的事项

关于医学心理咨询中的具体方法和技巧，此处不可能一一详述，但其一般性的问题可以简单介绍一下。下面是有关面对面咨询的一些问题。

1. 良好的服务态度 与来访者应处于平等地位，不要企图支配来访者，亦不应被来访者所操纵。对病人和其他来访者应有热情的表示，但医生内心应很冷静，不能感情用事。不能在激动心情的影响下盲目相信来访者所谈的全部内容，做出不适当的解释，或对他人、对有关团体进行不准确的指责。不能在同情怜悯心情支配下表示出过多关心，更不能由此发展出超过工作关系的私人关系。当病人出现攻击医生的言行时亦应有所克制，以便从中发现病人心理障碍的敏感点。

2• 严格保密 诸多情况下咨询是一对一进行的。只要有利于病人，有利于了解病情的诊治，应该将病人与家属，病人与同事，病人家属与同事分开会谈。当来访者提出医生应予保密时，绝不能外传，即使是与其他医生交换意见或用于教学，也应尽可能将其姓名和住址保密。心理咨询常涉及个人隐私，没有保密的保证，来访者就不会吐露实情。为了保密，有时不能当面记录，只能先凭记忆，事后补记。记录本不应丢失。

3. 会谈中要掌握好分寸 要学会多听，不要随意发表意见，尽可能少打断来访者的话。要从来访者的诸多问题中抓住主要问题，一一解决，进行劝导和解释时不可强加于人，来访者一时不能接受医生的观点是许可的。

4• 不要追求即时的效果 不能期望一两次会谈就有重大的收获，要认识到心理障碍的

反复是常见的。每次会谈后应表示欢迎病人再来。

5• 在心理测查中要严守心理测查的纪律，不要完全依赖心理测查，要结合会谈和访问的结果

6• 在条件许可的情况下应积极出访，以获取更多的资料

7• 要善于与精神科医生，社会工作者和其他人员配合

8. 会谈的环境应舒适、干净、整齐 应使病人有安全感，使病人认为这样的环境可以讲心里话。

9• 会谈时间不宜太长 每次 45~60 分钟，每周一次或两周一次为宜。

10. 始终把握咨询的目的 建立和谐的关系，发现和了解问题，征求来访者的意见和要求，进行指导 and 治疗。与此目的不一致的言行都应避免。

第三节 医学心理咨询过程

一、咨询程序

1• 预期 当来访者进入咨询室时应迅速地从进来的人数、年龄、性别、外貌(包括长相、身材、衣着)等预测来访者的情况；当访问过一般项目之后(如年龄、职业、文化程度、住址、民族、婚姻状态)，对来访者有个全面的估计。这样，有利于迅速调整自己的咨询方案，有利于双方迅速进入融洽的会谈。

这里面有许多常识，要靠实际积累。比如同时进来许多人，可能有一位有严重的心理障碍；独自进来一人，并自行反锁门，可能来访者有什么不愿意让别人知道的事要咨询；有焦虑情绪的人往往连续几次叩门，急不可耐；对心理咨询有疑问的人常常迟迟唤不进来。

2• 会谈 有许多因素影响会谈过程的顺利进行，后面还要详细介绍。

3• 结束 应简单扼要地做一个小结，再次询问来访者还有什么重要问题要谈，约请下次再会谈，并且可对来访者提出某些要求，如希望下次能汇报什么情况，提供什么线索，约请什么人同道来等等。

二、咨询会谈的形式

医学心理会谈一般是由非标准会谈开始，逐渐转入半标准会谈。所谓非标准会谈(也叫非结构式会谈)，指的是不拘泥于固定问式的、双方自由进行的会谈。优点在于会谈双方易于融洽，医生易从来访者毫无戒备的谈话中获取一些真情。缺点是费时间，易于顾此失彼，遗漏重要内容。

标准会谈(也叫结构式会谈)一般采用事先编制好的会谈提纲或问卷来按固定的问式进行。这种方法在科研中较实用，但在一般医学心理咨询中不采用，特别是在初次咨询时不要用。因为这种方式易给病人感到厌烦和产生“受审问”感。

半标准会谈的方式介于上述两种方式之间。当一个有经验的临床心理学家经过预期和逐步的非标准会谈后，就会有意地、巧妙地把话题引入所要了解的情况方面来。心理咨询专家在会谈中常根据需要，将预先准备好的关于某类问题必须咨询的事项一一抛出。所谓预先准备实际上是以经验为基础对一些问题的条理化，以便于收集资料。如当发现一个病人有抑郁情绪时就要询问情绪、兴趣、思维、言语，睡眠、饮食、性生活、自杀等一系列问题，还要询问以往个性的特征，有无躁狂史，有无家族史等等。

到底采用什么方式应根据病人的具体情况、时间、场合来决定，还要根据心理咨询医生自己的业务水平来考虑。

三、注意会谈时交往信息的控制

关于交往的信息提示，将在 19 章专门讨论。此处仅从门诊咨询会谈时的信息控制问题作些说明。

(一)非语词性信息

1•完全无声的信息 在医学心理咨询中，医生的无声信息会影响来访者能否坦率谈话，也影响来访者对医生语言的理解。比如一般亲密的人谈话时距离较近，同向而坐或对面而立，常有一些躯体接触，如拍肩、拉手。在医学心理会谈时多选用半侧位对来访者而坐的方式，不宜太近或太远，一般不宜有躯体接触，特别是在对待异性时，太近会使某些来访者感到恐慌，不自在，太远使人觉得某些医生难以接近。对异性躯体的接触，特别是在初次会谈时易给人一种轻浮的体验。

如果双方距离较近时目光接触不可过于频繁，更不可盯住来访者看，但也不能长时间不看来访者，应该不时的正视一下来访者，以示正在认真倾听。其余时间最好以余光注意来访者的言行，以图发现其心理变化。比如来访者谈到某个问题时不敢看着医生说话，可能提示来访者对所谈的问题是内疚的或怕人知道的。如果医生说话时来访者根本不看医生，说明拒绝医生或对医生的藐视。

表情和姿势也是完全无声的信息，掌握和利用这些信息，可以使会谈顺利发展。微笑使人感到亲切；比较严肃的表情使人感到你在认真地倾听。来访者斜视，撇咀可能是对医生表示不满。频繁皱眉是反感的象征。不时的点头，表明理解或同意对方的观点，有鼓励对方讲下去的意思；来访者不停地玩手帕，钥匙或脚在地下蹭，这是焦虑不安或不好意思难为情的表现。

2•超语词性提示 超语词性提示包括双方口音、音调、语速、停顿及其它一些由口中发出的无词性音响的信息效果。抑郁苦闷的人说话常慢，音低，夹杂“唉”的长叹气。焦虑的人说话快而不畅，省略、失误较多。重复讲一件事表明强调。医生适量的“嗯、嗯”，来访者就会认为医生在认真听他讲话。把重要的内容安排在谈话初和结束时讲，也是一种超语词性提示，表示要求对方记住。

(二)词语性信息

主要指用词技巧的问题，比如在刚开始尚未会谈的预期阶段，医生用“请您坐”，“请坐”的语调就比“坐下”、“坐这儿”要好得多。在会谈开始非标准化漫谈时，使用中性的、开放性的语词，有利于关系融洽。所谓中性化语词指内容不直接涉及来访者的目的，不谈病，而代以谈天气、电视节目等。但是，不应过多谈这些话题，应很快转入开放性的询问，如“您来此有什么需要我帮忙的？”，“您有什么问题？”而不能一开口就提封闭式的问题。如“您头痛不痛？”致使来访者只能做出“是”或“否”的回答。

在谈话中要恰当地插入“好，有道理”，“继续说”，“还有什么要补充的”等话鼓励病人暴露内心的想法。要恰当地用“咱们讨论一下”，“您听听看有无道理”等话来使病人易于接受医生的观点。

医生的话要力求简短、明确、通俗，除适当的有意重复不要翻来复去地罗嗦；要避免用来访者厌恶的词语；要善于打破双方都沉默的情况；要利用自己的知识恰到好处地归纳来访者所谈的内容。

总之，医学心理咨询是个复杂的过程，我国在此方面的专业人才还很少，需要有计划地尽快培养。

主要参考文献

1. Abse DW et al • Marital & Sexual Counseling in Medical Practice • 2nd ed • NY: Harper & ROW, 1980: 474
2. Neill & Sandifer MG • Practical Manual of Psychiatric Consultation • 1st ed • Baltimore / London: Williams & Wilkins, 1980
3. Kimball CP • The Biopsychosocial Approach to The Patient • 1st ed • Baltimore / London: Williams & Wilkins, 1981: 3-22
4. Froelich RE & Bishop FM • Clinical Interviewing Skill • 3rd ed • Saint Louis: The CV Mosby Co, 1977

第三部分

康复和护理心理篇

（康复医学中的心理社会因素——康复心理学篇）

在康复医学和护理学中，存在着大量的健康心理学问题。随着人类物质生活水平的提高和寿命的延长，疗养、康复和护理工作保健系统中的重要性越来越大，而心理学在这个领域里的作用和意义也已越来越被人们所认识。

护理心理学和康复心理学涉及面都很广，许多内容已包含在本书其它三篇之中。本篇主要围绕“病人”和“康复”这两个中心，分列 8 个专题展开讨论。

第十八章 病人心理

第一节 病人的特殊心理需要

需要的种类复杂多样，按需要的起源可分为二类：一类是生物性需要，这是维持机体生命所必须具备的，如食物、水、感官刺激，睡眠等。生物性需要为原始、本能的需要，是由机体内环境所决定的，必须有物质的获取或存在方可满足，易被觉察。另一类是社会性需要，是后天习得性的、情感和理智的需要，为人类所特有，如探索、求知、荣誉与理想等。社会性需要一般以生物性需要为基础，由社会发展的各种条件所决定，较多地表现在精神方面的满足，较为内涵，不易觉察。

医务人员比较熟悉的是病人的一般性需要，例如饮食、睡眠、舒适、无痛、大小便和呼吸道通畅等，而病人的某些特殊的心理需要常被忽视，这些心理需要通常是些高层次的社会性需要。

一、需要被认识、被尊重

每个病人都希望被他人所理解、认识以及受到尊重，希望自己得到医务人员的格外重视，得到较好的治疗待遇。例如有一定社会地位的病人，可能有意无意地透露或表现自己的身分，让别人知道他的重要性；有的病员通过与医务人员亲切的感情交流以使自己被破格对待；有些不善交往的人则希望得到一视同仁的关照。因此，医务人员应该主动与病人建立融洽的人际关系，在情况许可的条件下，要与他们进行言语交流，从中满足他们的心理需要。

二、需要被接纳，而且有所属

医院是一个流动的环境，住院病人不断更换，不断有人加入这个小群体。对每一个新病人来说，都有一个适应新环境的过程，他们希望自己尽快地在感情上被接纳。因此，医务人员应该将病区内的人际关系协调好，组织好，使病员觉得生活在有益的集体中，帮助病人以积极的心理状态接受治疗。

三、需要提供信息

病员进入一个陌生的医疗环境，完全改变了原有的生活规律和特定的习惯，因而更需要及时了解有关的信息，如有关饮食特点、生活制度、诊断和治疗的安排、自身疾病的预后、如何配合治疗等等。当病人对这些有了充分的了解后，就会增强信心，密切与医生合作，从而为顺利的治疗奠定基础。

四、需要适当的活动与刺激

病房是一个狭小的天地，病人的活动受限，个人有关的工作、消遣、习惯、嗜好都被不同程度地制止或干扰。因而他们尤其需要刺激和新鲜感。医务人员可根据病人的具体情况、客观条件，适当地安排一些活动，以满足病人这方面的需要。否则，病人入院会初觉茫然，而后厌烦、焦虑、度日如年，特别是那些事业心较强或担负一定职责的人，更会如此。

五、需要安全感和早日康复

每一个病员都把安全感和早日康复视为求医的最终目的。因此，医务人员对病员所进行的任何医疗程序和行为，包括新的诊疗手段和治疗措施，都应事先对病人进行耐心，细致的解说以增强其安全感。

第二节 患病时的一般行为反应及影响因素

一、患病时的一般行为反应

(一) 依赖性增加

患病时，病人往往对自己日常行为、生活管理的自信心不足。被动性增加，事事都要依赖别人去做，或者因为难以胜任而不愿去做，希望有更多亲友来关心他，从中得到安慰和温暖。此外，病人的行为可变得幼稚，如见到亲友来访，会一反往常变得异常亲热，或病前表现较为大胆泼辣，此时却变得提心吊胆，小心翼翼，畏缩不前，犹豫不决。

(二) 自尊心增强

患病后，病人会认为自己应该受到别人的关怀和照顾，家里人应该为他而损失一些个人的利益。他们常常认为自己的被尊重将会引起医务人员对自己的特别重视和倍加关怀。

(三) 猜疑心加重

病人对周围的事物特别敏感，尤其是慢性病人。他们既想要了解有关疾病的信息，又耽心将来会残废，对听到的一些解释将信将疑，甚至曲解别人的意思；听见别人低声讲话，会疑心医生的诊断是否正确；怕得上癌症或害怕疾病已达不可救药的地步；担心服的药是否对症，怕服错了药后果不堪设想等。

(四) 情绪不稳定

病人患病后心境欠佳，遇事易怒，可能因微不足道的小事表现出勃然大怒或唠叨不休。有的病人对外周一些刺激反应较为敏感，如看到冤病人易产生一种恐怖感，经常处于焦虑，紧张状态，或者怕痛、怕开刀、怕留下后遗症，而终日惶惶不安。当病休或住院时间较久时，有的人会怕因此影响自己的事业前途，工资晋级、职务提拔；或者害怕别人议论自己装病或小病大养等等。沉重的精神压力有时会使病人处于忧郁状态。

(五) 孤独感加重

由于病人心事重重，敏感多疑，情绪低落或焦虑紧张，故平时难以与周围人融洽相处。尤其是住院病员，新入院时四周都是陌生病人，孤独感油然而生。此外，由于病房内的病种形形色色，病情千变万化，容易加重病人的不安全感，他们极盼望亲人陪伴，希望早日痊愈，以尽快解脱现状。

(六) 主观感觉异常

有些病人一方面对外界事物如声、光、温、触等特别容易出现感觉过敏，如怕光，怕嘈杂等，另一方面对自身躯体又过分注意，整日诉说这里不适，那里不好，这里痛，那里麻，有时会听到自己的心跳，呼吸和胃肠道蠕动的声音，在安静时更为严重，甚至影响睡眠或造成精神失调。

(七) 习惯性心理

有些一向健康的人，一旦患了急性重病后，在开始的一个短时期中总幻想自己并没有患病，可能是医生搞错了。由于这种否认心理反应，治疗时病人不愿合作，不肯住院，总认为自己休息一下就会很快地好起来的。可是当疾病好转后，有的病人又可能认为自己没有完全恢复，要求继续住院观察和治疗，并要求给予照顾。

(八) 适应性降低

一个人进入病人角色后，其社会行为也可能发生变化，尤其在精神上的适应性普遍降低。

例如对兴趣爱好、事物评价、行为表达形式等都要重新适应，而这种适应能力大为降低。

二、影响因素

以上所述的是患病时的一般行为反应，这些行为在疾病病程发展的各个阶段各有侧重。影响病人心理行为反应的几个因素大致包括：

(一)社会群体的影响

社会群体未能把病人视为社会中的一员。病人的躯体症状或行为障碍，除了病理生理性原因外，或多或少与人际关系不协调有关，例如致瘫、致残、精神病病人在社会上往往被歧视或被另眼相待，甚至受到社会上一些人的嘲笑和戏弄，结果引起或加重病人的心理反应。

(二)家庭结构的影响

了解病人的家庭结构状况有助于推测其行为反应的原因。比如，目前我国小家庭结构不断增多，病人在家庭中的地位大致相仿，特别是双职工的家庭，各人都承担一定的家务劳动。尽管劳动的多少和内容有所不同，但如果一个人住了院，便使家庭生活中的稳态受到破坏，焦虑反应可以由此产生。

(三)医患关系的影响

医患关系的好坏是影响病人心理反应的一个重要因素。良好的医患关系能对病人产生心理支持作用，从而减少其心理反应。

(四)其它因素的影响

不同民族、不同职业、不同文化素养、不同的历史背景、经济基础、政治状况等因素，以及个人对事物的态度、信念和评价等均可影响病人的心理反应。

第三节 病人对疾病的心理反应过程

一、一般的心理反应过程

健康的人，能经常调节自己的心身状态，以适应社会环境的变化。但是当一个人患了病，他的身分也随之改变，进入了社会角色中的病人身分，又称病人角色(patient role)。由于人在社会中的一切行为，都是与各自特定的角色相联系的，这种角色的转换就产生了相应的角色行为，如生病的人卧床休息是合理的，无力照料父母弟妹是合情的，反之，自己应成为被亲人所照顾的对象。为了有利于健康，采取某些行动以减轻症状(戒烟禁酒、按时服药等)这也可被看成是病人角色行为。

若是病情复杂，一时弄不清诊断，需要进一步检查和住院治疗，一般来说，这都是病人及其家属所要求的，并没有什么思想负担。但对有些病人来说，提到“住院”两字难免是一次较大的心理应激，可出现不同程度的心理反应——如敏感、多疑、焦虑、恐惧、被动依赖、害怕孤独等。此时医务人员必须谅解并给予同情，从心理上多加疏导，耐心地介绍有关医学知识以解除其疑虑。

进入疾病的恢复期，病人角色也随之发生改变。在医生指导下，有步骤地进行适当的活动和有益的功能锻炼，这被认为是恢复期病人的正常角色行为。但是，也有不少病人，此时仍维持重病期的行为特点，结果影响心身的恢复。

康复期内由于某些疾病的病程较长，产生的大量心理问题是不容忽视的，其影响因素也是多方面的，包括亲友谈话、社会习俗偏见等。有些病人无缘无故地感到内心苦闷，或突然不接受医生的劝告和医嘱，说明其心理上已产生反复。此时，医护人员应及时地给以注意，并应该有针对性地加以疏导。

二、门诊病人的心理社会问题

病人是指忍受着疾病痛苦的人，或者是正处在医疗中的人。但是，并非所有患病者都会寻求医疗而成为“病人角色”，也非所有寻求医疗的人一定是医学上的病人。许多人虽然已身患疾病但个人并不认识到有求医的必要，结果造成延误(delay)。这种情况多见于肿瘤病人。相反，在很多情况下，进入医院门诊就诊的“病人”实际上毫无疾病，仅因主观感觉上的不适而来；更有甚者有些病人是由于某种特殊原因而来的，这些“无病求医者”往往施展各种手法迷惑医生，企图谋取病假条或者为了在纠纷事件中获得赔偿而要求住院治疗。但是，医务人员所关切的是那些真正身患疾病，甚至是严重疾病的人，关心的是由于种种原因并没有求医行为，也没有得到应得的医疗帮助的病人。

影响病人采取求医行为从而决定其是否“延误”的因素大致有如下几种：

(1)对疾病或症状的主观感受不一致，可影响人们是否采取求医行为。例如，一个早期肝癌病人可能将上腹部不适当做消化不良，而采用敷衍的态度。

(2)症状的质和量可影响病人的求医行为。这取决于该症状在特定人群中出现的频度，即是常见的或是罕见的，是否被人所熟悉，取决于疾病预后所带来的威胁的大小。病人若因此而感到害怕，则可导致求医行为。

(3)心理社会因素的影响。除上述因素外，求医行为与个人心理体验，社会经济情况等密切相关。例如由于对医师的恐惧心理，对诊断过程的疑惑心理，对外科开刀的紧张心理，由于患了病而出现的羞耻感以及由于太忙，由于医疗费用太贵等等方面因素，可导致病人不求医。

三、住院期病人的心理社会问题

不同年龄、不同病种、不同病程的住院病人有着不同程度的心理社会问题。精神病病人无自知力，不承认自己有病，大多被强迫住院，这时心理反应非常强烈。一般住院病人由于离开熟悉的家庭环境，病房内种种规章制度限制了活动范围，不能随便会见亲人，整天除了同医生、护士短暂接触外，只能由自己默默忍受疾病的折磨，常常会产生焦虑不安。他们时时关注自己的疾病，担心自己的病能否治好，要多长时间，要不要作些难以忍受的检查，是否需手术治疗，效果和预后如何，会不会有后遗症，对今后前途事业会有什么影响等，随着住院时间的延长，不少人会产生抑郁情绪。这些情绪反应都有可能通过中介作用而影响疾病的临床过程。

但是，住院病人的心理反应和应适过程之差别是非常明显的。有些人随遇而安，遇事冷静，生性乐观，能较快适应环境的突变，并能与医务人员合作。而有些人则心情紧张，疑虑重重，内心压抑，容易悲观，对住院环境难以适应。

除环境突变所出现的疑虑心理外，生活方式的不适应也是住院病人心理问题的原因。病人住院后生活上的许多细节被医务人员监视并记录下来；个人行为为众人所察觉，也不得不受制于人；吃、喝、火小便、睡眠等均受医院的作息制度的限制；从早到晚所见所闻，使人陌生、孤独、苦闷和不安，例如其他病人的痛苦呻吟、病房内特有的气味、走廊上各种人员的走动、病房内出出进进的医务和工作人员等等，均使人心境紧张，久久难以适应。

病人住院后，实际上中断了工作和家庭生活，也造成一定程度的心理压力。如担心给家庭经济带来困难；担心配偶对子女照料不周；学生为考试升学问题而着急；新婚者则考虑对方怎样看待自己；一些工作负责、事业心强或担负领导工作的人，一旦无工作可做，整日被迫躺在床上，则心境更易趋于烦闷和焦虑。

各年龄阶段的住院病人所反映的心理社会问题有所区别。例如儿童住院与母亲分离后，

见人认生，表现恐惧、不作声、不合作、拒食、睡前哭闹等；青年人住院对疾病的反映较为强烈，由于活动受限，使注意力集中于自身而产生不切实际的幻想，想入非非，有“白日梦”倾向，有的怕难为情，其中尤以女青年为著，她们希望年长者检查自己的身体；中年人住院往往有“老已来临”，“未老先衰”之感，因为中年期是一生中最敏感、有成就的时期，又是一个应激时期，面临许多家庭、事业及生活中的各种问题，体力及心理的稳态常因住院而遭扰乱，成为焦虑的重要原因；老年人住院因常规生活受到扰乱而极难适应，孤独感、老朽感、被隔绝感、被抛弃感油然而生，轻者可以加速衰老，重者可以导致行为异常。

四、危重病人的心理反应

危重病人只要意识清楚，一般都有明显焦虑和恐惧。这是由于危重疾病起病急，心理上毫无准备，痛苦大，生与死的体验强烈。恐惧来自生命遭到威胁的不安全感，害怕丧失健康能力或造成肢体残缺。焦虑来自疾病突发，与家人分离，工作中断，经济损失等问题。

危重病人入院后，受到特殊的对待(如心、脑的特别监护)，这种特殊的环境因素是引起心理反应的重要原因之一。

监护环境中所出现的精神障碍发生率较高，据认为与睡眠紊乱有关。

希望延年益寿之心，人皆有之，身患“绝症”面临死亡时，总会产生一些心理变化，引起濒死感、无助感、丧失感。最强烈的莫过于患癌症，多数病人在痛苦的感受中受煎熬。随着疾病过程中伴发的躯体症状如疼痛、厌食、呕吐、节制力丧失、呼吸困难、大小便失禁、褥疮等，会引起更多的烦恼和苦闷，主观感受轻者可顺从地“接受”，重者可导致反应性抑郁。

五、濒死的心理反应

濒死是指趋向于死亡但尚未死亡。死亡是客观规律，人总是要死的，这是不可抗拒的自然法则。真正的死亡对人只有一次，但是随着医学事业的长足进步，抢救技术的日益提高，不少“不治之症”者濒死而又复生。这就是说人们的一生中，也许可以不止一次地濒临死亡。

一些医学家、心理学家们作了许多回顾性调查，发现人们对死亡的态度受到心理的、社会的、宗教的等种种因素的影响，例如各个人的个性特征、文化水平、地位、年龄、经济状况、生理状况及心理活动成熟程度，应付环境的本领的差异等等。有人认为人们对待死亡的态度一般可分两种类型。接受和不接受。

了解一个人对死亡的态度，有利于我们对濒死者的帮助和照顾。据研究，老年人最害怕孤独地离开人间，因此应尽可能使其亲人——朋友留在床边，尽力了解濒死者的实际需要和特殊需要，尽可能予以允诺。

有一位临床心理学家经过长期的观察、研究发现濒死者在临终期，其心理活动大改可表现出五个阶段：

震惊阶段。又称之为否定阶段。明知自己的病情进入晚期，大吃一惊，极力否认，希望奇迹般地得到另一种充满希望的，理想的诊断。

愤怒阶段。自己确信无可救药了，情绪烦躁不安，老是怨天尤人，无故发脾气，摔东西，纠缠医生和护士，提出过高要求，得不到全部满足时，又变本加厉，大发雷霆。

讨价还价阶段，又称为自我克制，自我安慰阶段。表面上突然变得安静而彬彬有礼，内心对生命抱有希望、幻想，各方面自我寻找安慰。

沮丧阶段，又称之为“准备不幸阶段”。整天哀叹，哭泣不止，泪流满面。有的开始写遗嘱“永别了”，准备和人类最后分手。

接受阶段，心情转为安宁，准备从容地和人生告别。此刻，不少濒死者不想看任何人，

只希望静静地躺在床上，有一个最知心的人陪伴着他，从而使心里感到安慰和满足。

(湖北医学院 张晓琴 黄怀钧)

主要参考文献

1. 陈仲庚主编·医学心理学浅谈·人民卫生出版社，1982
2. 王效道等编·医护心理学·江苏科技出版社，1986
3. 北京医学院等合编·医学心理学·江苏科技出版社，1984
4. 姜乾金等·住院病人的心理行为反应·医学与哲学 1986；3：33
5. Kimball CP·the Biopsychosocial Approach to the Patient·Paltimore / London: Williams & Wilkins,1981
6. Reiser DE·Patients Interviewing·Baltimore / London: Williams & Wilkins, 1980: 59~81
7. Norton JC·Introduction to Medical Psychology·NY: Free Press, 1982: 167~183

第十九章 医患关系

第一节 临床活动中的人际关系

一、人际关系的基本理论

人际关系(interpersonal relation)即个体之间的直接交往关系。它是社会关系的基本成份,外延很广,如政治关系、生产关系、经济关系、家庭关系,朋友关系、夫妻关系、亲子关系、师徒关系,同学关系等等。临床医疗实践活动中的人际关系也是一样,主要是医务人员(特别指医生)同病人的关系,即医——患关系。人际关系的理论解释众说纷纭,其影响较大的有如下几种

(一)认识理论(即认知平衡论)

人际关系是否和谐取决于人际双方的认知水平,组合结构以及文化结构的平衡。据此 Newcomb 提出认知平衡的 A-B-X 模式。

Newcomb 认为,认识的主体 A 与另一个认识主体 B 互相之间是否形成协调的关系,他们对 X(人或事)的认识和态度是否一致有密切联系。如果 A、B 的认识态度一致,他们之间的关系是协调的、平衡的,如果有分歧,他们之间的关系就会紧张,不协调。

这种因认知不平衡造成的人际紧张受多种因素的影响。例如: X 的重要性, A、B 与 X 发生作用的频度,对 X 态度的分歧程度, AB 之间原有肯定程度等越火,则 AB 间的关系越紧张。

为了消除认知不平衡造成的紧张,需要在双方加强沟通,只要有一方改变态度,即可消除紧张关系。在临床医疗过程中,医生与病人双方因认知不平衡造成的关系不协调时有发生。此时,通过沟通(即交换意见,或医生改变态度,或通过卫生宣传,咨询等使病人改变认识),可以达到医患关系的平衡。

(二)相互作用理论

人际关系和人际吸引力与交往双方的相互作用密切相关。这种交往中的相互作用有一个逐渐产生、发展的过程。首先是双方无任何接触;然后一方产生单方面的态度、印象;其次双方均持某种态度进行表面接触;最后双方互相亲近,成为一种发展着的交往过程。此时人际吸引力为最强。临床医患之间的交往也有这种相互作用的发展过程。

(三)强化理论(即强化情感理论)

人际关系的好坏既取决于人际吸引力,对客观事物和人的认识水,还取决于认知过程中引起的肯定或否定的情感反应程度。若以奖励方式促进肯定情感(正强化),则增强人际吸引力;以惩罚来加强否定情感(负强化),则削弱人际吸引力。

因此,在临床工作中,要求医务人员采取正强化来促进病人的密切合作,以建立良好的医患关系。

二、临床医学中的人际吸引力

人际关系的中心问题是人际吸引力(interpersonal attraction)。简单地说,人际吸引力就是个体之间在感情方面相互亲切的程度,是人际关系的一种积极状态。

根据人际吸引理论,人际吸引力有仪表性吸引、相似性吸引、接近性吸引、奖励性吸引

等，医学中的人际吸引力亦有同样规律。

(一)仪表性吸引

仪表在一定程度上反映了一个人的内心境界。医生的服饰、发型、神态、举动、姿势等综合表现而成为仪表。在初次接触时，一个人的仪表就会给人们留下一个好的或坏的印象，即所谓“先入为主”。如若医生服饰不洁，不修边幅，举止随便，就会给病人一种“这个医生治病不会太认真”的印象，若医生态度高傲自负或浓妆艳服，则使人有难以接近之感。作为一位人民医生，举止端庄、服饰整洁、态度和蔼，会使病人感到可亲可近和可信。

(二)相似性吸引

这是一种交往双方以态度、信念和价值的相似为主的人际吸引，体现在诊疗工作中，主要是医务人员的服务态度，道德观念，行为准则等。在医患之间的接触交往联系过程中，即整个诊断、治疗过程中，医生的形象应与病人所期待的形象相吻合，否则将会导致医患关系紧张。

(三)接近性吸引

生活中相互接近，相互熟悉，增进彼此间的了解容易互相吸引。接近包括两个方面：一是指接触的频度，二是指精神上的共同语言。

(四)奖励性吸引

人际交往过程中，常常涉及双方要求达到一定的目的，满足一定的需要。这种需要得到满足就是一种奖励。比起物质的奖励，精神的奖励更为重要，如鼓励，赞扬等。

三、医患关系模式

1978年美国学者萨斯和荷伦德提出如下三种不同的医患关系模式：

(一)主动——被动模式

乃指一个人对另一个人的行为作用，而不是相互作用，其特点是被动作用者不能主动起作用。如医生采用麻醉、手术、注射各种理化疗法等手段作用于病人时，医生属于主动地位，而病人处于被动地位。

(二)指导——合作模式

病人很有理智地向医生寻求帮助并乐于“合作”，医生处于权威性的地位，从病人的健康利益出发，经常以权威的和不加掩饰的姿态提出意见。目前临床上医患关系多数属于这种模式。

(三)共同参与模式

这种模式的特点是：以平等关系为基础，双方有近似的同等权力，从事对双方都满意的某些活动，又彼此互相依存，互相需要。例如在临床上医生和病人都是具有治好疾病的共同愿望并相互配合。这种模式较前两种大大前进一步，特别适合慢性疾病及神志清楚的病人。

第二节 交往——建立和维持良好的医患关系。

交往(communication)是建立和维持人际关系的手段和过程。欲想建立和维持良好的人际关系，必须相互交往，交往愈多，彼此认识愈深入，关系会变得愈密切，良好的医患关系也是如此。

一、交往的水平

人们的交往基本上是在语词性及非语词性交往水平上进行，亦可同时发生于两种水平的所谓转化交往(metacommunication)。

(一)语词性交往

语词性交往水平直接与说话有关,它随着儿童的认识过程的发展而发展。婴儿用视觉观察别人发声时的嘴唇运动以及用自己嘴唇运动时的动觉模仿发声;到2岁开始运用“词”的符号;学龄前言语主要是以自我为中心,表现在重复、独自;学龄儿童以提问、回答和指令等方式为主的社会性言语逐渐增多;在青春期大多数非交往性言语消失,而出现具备推理能力的社会性交往的语言。

(二)非语词性交往

人际交往在许多情况下是在非语词性水平上发生的,因为人类生活中许多方面的交往不能全部以言语来形容和表达。例如亲人丧亡时的悲痛心情,对病员的同情心等等。人的心理与外部行为基本上是统一的,一个人的思想、感情和态度,往往表现在外部行动上,甚至在细微的肌肉运动中流露出来。如面部表情,眼神、体态、手势、声调等统称之为“体势语言”或“意识信息”,这种信息的交流即是非语词性交往。非语词性交往的感知涉及到所有感觉机能,同时也包括语词性交往时使用的听知觉在内。

二、非语词信息的提示

非语词信息在交往中起重要的作用。此类信息有动态和静态之分。前者包括朝向、距离、姿势、态度、身体运动、面部表情、眼运动和目光接触、语言的音调、速度和流畅性等。后者包括面容、体格、噪音、衣着、眼镜、打扮、发型等。

1•朝向与距离 这在交谈接触开始时就起重要作用。两人谈话的距离与朝向取决于彼此问预期的是什么样会见。如果是亲密友好的会见则可近一些,甚至可以有躯体的接触。双方赌气则可以背对背诉说。正式会谈或争论性谈话则采取面对面的方式。国家外交场合中交谈也有一定的恰如其分的方式。

2•目光接触 这是体态语语言中最重要的一种。双方愈靠近,目光接触愈少。在谈话时,听者的目光接触要多于说者,说者只用短促的目光接触来检查信息是否被听者所接受。目光接触的多少反映听者是否喜欢听。持续的目光接触是强烈情绪反应的征象,这可能是积极的,也可能是消极的。目光转移可能提示内疚、恐惧和拒绝。当然,目光接触的动态提示与民族习惯、文化差异、仪宾礼节不同有关。

3•超语词性提示 它包括说话的声调、速度及流畅性,并可提供有关情绪状态及紧张度。用一句规定的语句可以表达各种不同的情绪,从激动、憎恨、绝望到欢乐、赞美和爱恋,或者焦虑、抑郁等。超语词性提示对了解一些特殊临床问题有着重要意义。

4. 身体运动 身体运动也可传递有关个体情绪态的信息。例如愤怒时,身体可根据个体表现愤怒的方式前移为袭击作准备,或者后退为防御作准备。

5•面部表情 面部肌肉的收缩可以表示情感的瞬时变化,反映着恐惧、惊讶、愤怒、厌恶与快乐。结合语词内容、音调以及身体运动的信息即成为交往的信息。

6•姿势 姿势往往反映一个人对他周围人所持的态度。另外还提示一群人中相互的关系。有些姿势还相当于无声的语言,如点头和摇头(赞同与否),耸肩(表示不肯定),耸肩加摊手(表示毫无办法)。

非语词性信息的运用可以通过学习训练而得到加强。这可作为一种社会能力专门训练方法而应用于性格内向、神经质、缺乏社会技能等难以应付社会情境的个体。以打破其社会退缩与精神障碍之间的恶性循环。

三、医患交往中存在的问题

在临床医疗实践中,医患相互作用中常常存在的问题,最主要的是交往不良。

从病人方面来看，这包括：

1• 缺乏信息 指病人不能从医生处获得足够的信息。

2• 交往障碍 指医患交往中未被理解或被错误理解。

3• 记不住医嘱 指病人记不住医生所给予的信息或劝告。

4• 顺从性低 指病人对治疗方案、生活指导等医嘱的执行程度降低。不执行医嘱的原因是多样的，交往不满意是其中之一，另外如给予的指令含糊或太复杂引起回忆不良，也使顺从性降低。

5• 主动性受限 指病人在与医生进行交谈时主动性受到限制，主要采用“封闭式”的方式回答，很少与医生采取“讨论式”的交谈。有些病人宁可承担这种被动的角色，完全受医生所控制，缺乏提示医生所应注意到的问题，而影响到治疗效应。

从医生方面来看，包括：

1. 同情心不够 病人是从技术能力和同情心两个方面来审评一位医生的，所以他们更愿意对理解自己的医生进行交谈和接受劝告。可是有些医生几乎对他们的病人的病痛毫不关心，完全违背古老的医训“倾听别人的诉说，他将告诉你问题所在”，病人可因难以表白自己所体验的苦恼而心神不定，不去注意倾听医生所讲的内容，有时，可因此而导致交往中断或破裂。

2• 信息量不足 病人迫切需要了解自己生的是什么病？会发生什么变化？应该采取什么治疗手段？预后如何？而医生应有足够的信息诚恳地传递给病人，使病人感到满意，即使濒死的病人也应是如此。但我们多数医生常主张“报喜不报忧”或者若没有喜讯则回避而支吾不说。而病人所领悟的是“没有消息就不是好消息”，对医生也缺乏信任感，从而影响进一步的交往。

在医患关系中另一个值得注意的问题是医源性疾病(iatrogenic disorder)。这里所说的医源性疾病是指医患之间在语词性或非语词性交往中，由于医务人员不良的语言或行为使病人的躯体或精神状态方面产生病态变化。其主要原因有：①医生对病人态度恶劣，恶性语言刺激；②不恰当的分析所造成的误解；③通过日常盲语动作不自觉地施予病人不良的信息暗示。

总之，在建立和维持良好的医患关系时，医务人员除了应具备高尚的医德医风外，还必须掌握好熟练的交往技巧，这样才能有效地防止医源性疾病的发生。

第三节 与病人交谈的原则

交谈(interviewing)可以说是临床医学中的基础科学。交谈的基本目标是获得病史资料并加以客观评价。同时交谈也是建立良好医患关系的一个重要环节。交谈是通过语言交往来实现的。下面提出与病人交谈的几项原则。

一、开始接触是交谈的重要时期

此期可以形成初步印象，一旦印象形成，对双方的态度将有持久的影响。在开始交谈时，必须注意个体差异，此外应该注意的问题有：

(1)要提倡礼貌性语言。尊重病人人格，决不因语言不当伤及病人的自尊心，切忌简单急躁、生硬使人难以接受。

(2)要提倡安慰性语言。关心病人病痛，决不刺激病人的情绪，应该使病人感到温暖体贴。

(3)要提倡解释性语言。尽可能使病人对自己的病情有所了解,要因人因病制宜,语言要明确、朴素、精练、易懂。

(4)要提倡鼓励性语言。特别是对长期卧床不起,恢复过程缓慢,信心不足,决心不大的患者,要多采用恰如其分的鼓励,语言深沉而富有感情。

在询问病史的方式上应该以“开放式”提问开始,应该让病人回答时有一定的范围,可以使病人用自己的词汇来描述问题,可以提出“您有什么不舒服?”“您为什么来医院呢?”建立起开始交往的气氛。如果一开始就采用直接式或“是”“否”式提问,很难进一步讨论和开辟新的讨论领域,使交谈进入“死胡同”。如果病人首次来院,环境陌生,心情紧张,为了促进关系融洽,可用一种“中性”的闲聊来松弛对方的紧张情绪。若病人的认识与交谈者看法不一致,宁可暂时处于“中立”态度,以缓僵局。

二、鼓励和促进交谈

在交谈过程中,由于交谈技术不佳或接受能力不良,往往出现缄默、窘困。此时可以更换话题,重新开始。要设法打破沉默,尽一切可能鼓励继续交谈,包括语词性和非语词性方式,使病人感到有兴趣。

在交谈时往往发现有些病人说个不停,唠叨不休,离题太远,内容零散,此时可以通过发问来实现对交谈的支配。交谈者可以发出一连串的直接问题来控制交谈的进行,这样可以促使转化到中心话题上来。

三、同时给予支持性心理治疗

许多疾病由于诊断不清楚,治疗不及时,病人长时间内情绪不佳,医生在交谈时应同时给予支持,帮助消除顾虑。给予支持的最重要时刻是在病人流露、宣泄、倾诉病情之后,在情感最激动的时候。当然医生在使用支持性语词时必须要有相应的态度,并要有合情合理的根据,不能简单地采用“平安无事”、“视而不见”的消除法,否则适得其反。

四、若干交谈技巧

通过实践表明,医务人员采用以下技巧时,可以起到费时少、收效快的作用。

(1)使用简短的语句,明确的词汇和果断的结论,可以改善病人对信息的正确理解并唤起回忆。

(2)明确分类、传递信息。交谈者把主要信息经归类、整理、分析后再传送给病人,如病情诊断、治疗措施、预后及切合实际的医嘱、劝告,有关的防治知识。

(3)信息反馈。反复交待有关信息,经病人重温,视认识程度、接受能力如何,再帮助其增强理解和增进回忆。

(4)事先提供信息。尤其是对病人施行创伤性检查和带危险性的治疗措施,应该使病人有一定的思想准备,如术前谈话等。

(湖北医学院 黄怀钧 张晓琴)

主要参考文献

1. 陈仲庚主编·医学心理学浅谈·人民卫生出版社,1982
2. (英)梅估-格罗斯等著(纪明等译)·临床精神病学·上海科技出版社,1963
3. 李心天·医学心理学三十年·心理学报 1980; 2: 135

4. 王效道等编 • 医护心理学 • 江苏科技出版社, 1986
5. 北京医学院等六校合编 • 医学心理学 • 江苏科技出版社, 1984
6. Kimball CP • The Biopsychosocial Approach to the Patient • Baltimore/London: Williams & Wilkins, 1981
7. Reiser DE • Patients Interviewing • Baltimore / London: Williams & Wilkins, 1980: 87~162
8. Vingoe FJ • Clinical Psychology and Medicine • An Interdisciplinary Approach • Oxford: Oxford Univ Press, 1981: 193~201
9. Weiner IB ed • Clinical Methods In Psychology • NY: John Willey & Sons, 1983: 3-58

第二十章 心理护理

第一节 心理护理概念

一、护理概念的转变

护理学已成为一门独立的学科，有其特定的研究对象和独立的学术领域。但是，长期以来在生物医学模式的影响下，整个护理工作都侧重于生物学的护理模式。六十年代提出、七十年代逐步形成并完善的“护理程序”学说，认为对病人的临床护理是一个有机的、能动的，包括决策和反馈功能的完整过程，必须实施计划护理。这种功能制护理制度要求按护理工作的职能来分工。其特点是以疾病为中心的“流水作业”护理，配合医疗操作、各种疾病体征的观测和对病人作生活料理。这种护理制度具有省时省力的优点，目前我国大多数的医院，仍然在实行着这种功能制护理制度。

随着生物医学模式向生物心理社会医学模式的转变，这种以疾病为对象、就事论事的护理已不能完成护理学的使命。护理工作的对象是人(包括患病的人与健康的人)。护理的目的是满足人的生命全过程——生、老、病、死的护理需要。护理的任务主要是维护人的心身健康、预防疾病、参与诊治、照护病人、指导康复等。因此，从护理工作范围来说应该把医院化护理引向社会化护理，使护理工作在预防医学、临床医学、康复医学中都发挥重大作用。从临床医学范畴看护理工作的体制，最好把分工制护理转变成责任制护理，使护理工作成为以病人为中心，由责任护理人员专门对病人的心身健康实行全面的、系统的整体护理。这样，护理人员既关心病人的疾病，又关心病人的心理社会影响。这是一场护理制度的大变革，我们各级医院的医疗护理工作，医院的管理工作，护理工作的体制，护理教育以及在职护理人员队伍的知识结构等，都应尽快地适应这一变革。

二、心理护理的概念和意义

心理护理至今尚无公认的定义。一般认为，心理护理即是在护理过程中，护理人员以科学理论作指导，以良好的人际关系为基础与病人交往，从而影响、改变病人的不良心理状态和行为，发挥医疗护理的最佳作用。

心理护理是护理的手段和方法之一，是整体护理中必不可少的重要组成部分。心理护理着眼于病人的心理与生理相互转化的因果关系。因此它有助于消除不良的心理刺激，防止心身疾病的恶性循环；有助于协调各种关系，使病人适应医院环境，增加对医护人员的信任；有助于对病人的检查和诊断，有助于医疗、护理操作的顺利进行；有助于发挥药物和手术的疗效；有助于调动病人的主观能动性，使其积极主动地做好“自我护理”，以利于病体康复、心理健康的保持。

总之，心理护理工作具有非常重要的意义。

三、心理护理的特点

1· 广泛性与连续性 心理护理的范围非常广泛，在医院环境中，医护人员与病人接触的每一阶段、每一事物和任何护理操作，都包含着心理护理的内容。

2· 复杂性与个别化 心理护理的复杂性在于它必须根据每个病人的特点，包括掌握每个病人的需要特点(物质的与精神的)，才能给予恰当的帮助。

3. 心身统一性与心理能动性 人是心理和身体的复合体，因此心理护理与生物护理是

相结合、相互依存、相互影响的。人对客观事物的反映是一个主观能动的过程，因此做好心理护理可使病人心理得到安抚和激励；使病人在情绪上由焦虑、不安变为安定；在意志上由懦弱变为坚强；在信念上由悲观变为有信心；在心理控制上由盲目变为自觉；在对待治疗态度上由被动到主动。结果使病人更好地配合治疗。

4·社会性 心理护理不可忽视社会环境对病人造成的影响。护理人员除了应有良好的医德和医疗作风外，还要注意病室环境的心理效应，必要时主动帮助病人调整环境，帮助病人改善人际关系，争取病人单位和家庭对病人的关心和帮助等等。

5·不可测量性与技术无止境性 心理护理主要依靠护理人员的信念、意志、力量而发挥作用，依靠这种力量给病人以实地的感受，因此它是不可测量的，也是无价的。心理护理内容十分丰富，其技术随着社会的发展而发展，故它的知识与技术是无止境的。只有掌握包括心理学、伦理学、社会学及心理治疗、心理卫生等多方面理论与技术的人才能做好心理护理工作。

四、心理护理的原则

1·交往的原则 心理护理是在护理人员与病人交往过程中完成的，通过交往可以交流感情、协调关系、满足需要、减少孤寂。交往有利于医疗护理工作的顺利进行，交往可以帮助病人保持良好的心理状态。护理人员在交往中应起主导作用。

2·启迪的原则 护理人员给病人进行心理护理，必须不断地用医学知识，医学心理学的知识向病人作宣传解释，给病人以启迪，从而消除病人对疾病的错误观念、错误认识，使病人对待疾病、对待治疗的态度由被动变为主动。

3. 针对性的原则 心理护理无统一的模式，它应根据每个病人在疾病不同阶段所出现的不同心理状态，分别有针对性地采取各种对策。要使护理工作有针对性，就要在交往中不断地观察、交谈、启发病人自述，必要时还可以使用心理测验等手段，以便及时掌握病人的病情和情绪变化情况。

4. 自我护理的原则 护理人员应帮助、启发和指导病人尽可能地进行自我护理。自我护理是 1971 年 Orem ET 提出的护理理论。这是一种为了自己的生存、健康及舒适所进行的自我实践活动。Ery 提出自我护理的四项职能是维持健康；自我诊断、自我用药、自我治疗；预防疾病；参加保健工作。

良好的自我护理被认为是心理健康的表现，坚持自护和争取自理权的病人，比那些由护理人员代劳的病人疾病恢复要快得多。

自我护理还有助于建立新型的医患关系，它与“共同参与型”的医患关系宗旨是一致的。病人在护理人员的指导帮助下，以平等的地位参与对自身的医疗活动，这无疑有助于病人的自尊、自信及满足病人的某些心理需要，为痊愈创造了有利的条件。

第二节 心理护理的实施

临床护理工作是一个完整的、系统的过程。它应包括对病人心身的整体护理。1967 年西部州际高护教育会议(Western Interstate Commission on HigherNursing Education)制订出护理程序的框架为 5 个步骤(图 20·1)。我们将其中第一、二步结合起来成为 4 步，即：①对病人需要的估计；②制订护理计划；③实施计划；④护理评价。

图 20·1 整体护理程序

心理护理自始至终贯穿在整体护理的过程中，贯穿在每个护理步骤中。

一、广泛收集和分析病人心理信息

护理人员在与病人交往中应尽快掌握病人疾病情况、病人个性特点、病人社会环境情况(包括工作单位、家庭方面及是否适应医院环境情况)等信息，有时也可借助于心理测验法等心理学手段去收集病人行为、思想、情绪等方面的信息。只有准确地掌握了病人的信息尤其是心理信息，对病人的心理护理才有针对性，才会收到较好的效果。

为了判断病人的情绪，心理学家 Sartain 曾归纳了下面几个方法：

1 • 根据自我报告：即通过病人直接的自我描述。但病人自我表达的能力各不相同，故对病人的自我报告要作适当的分析。医务人员不仅要重视病人说了些什么，还要了解病人为什么要这样说。例如，有的病人明明存在着恐惧和焦虑的情绪，可是对医生和护理人员说：“我不怕”、“我不过多考虑”等等，因为他怕说了实话会被人瞧不起。

2 • 根据生理变化 病人的睡眠障碍，食欲减退，肢体震颤等，反应了焦虑情绪；血压、脉搏、呼吸节奏的改变(血压升高，呼吸、脉搏次数增加)，以及病人出现尿频或常有便意等，都可能是情绪紧张、激动的反映。

3 • 根据行为改变 例如，双手握拳、咬牙切齿、坐立不安反映了愤怒的情绪特点；长吁短叹，楞神，反映了严重抑郁的情绪。又如，有的病人因病情严重而感悲观绝望，拒绝进食，拒绝治疗，而后又突然起床梳洗，或大吃一顿。这可能是病人陷入严重压抑，而突然决定逃避现实的行为表现。

4. 根据动机 情绪常常是动机的一种外显行为。在观察病人的各种情绪表现时，应进一步了解其为什么这样。例如，有的病人的动机是想得到医生和护理人员对他的重视和特殊照顾，结果对医务人员特别殷勤、热情，常常找机会去接近医务人员。

为了有针对性地制订护理计划，还必须将收集到的病人的各种心理信息，重点围绕如何对待疾病、对待治疗这个根本问题进行综合分析，找出病人主要的心理问题，以便作出护理诊断，提出护理措施(分清主次和先后)。

二、心理护理对策

1 • 建立起良好的护患关系 护患关系是护理工作的基础，是心理护理的重要保证。护理人员与病人之间应该为互相依赖、互相尊重、互相爱护的关系。病人患病需要护理人员的治疗、护理和帮助；护理人员的工作需要病人的信赖，支持和配合。在护患关系中，护理人员应起主导作用。除了婴幼儿、昏迷者等特殊病人外，护理人员都应与病人建立起指导合作型或共同参与型的护患关系。

2 • 促进病友间良好的人际关系 社会交往是人不可缺少的需要。新病人住进医院，而

临的不只是陌生的环境，还有生疏的集体。因此，护理人员应把新病人介绍给同病室的病人，也把大家介绍给他，让他尽快地与同室的病友熟悉起来；平时应引导病人互相关心、互相帮助、互相鼓励。对于那些文化较低的，不善于与人交际的病人，家属亲友少来探视的病人，病情有变化的病人，护理人员应引导病友多主动与他接触，以减轻他盼陌生感和孤独感。

3.争取家属及单位的合作与配合 病人住院治疗常常挂念着单位的工作，有的还担心领导和同志们会怎么看待自己；有的病人住院后担心着家务事和孩子管教问题；有的自费病人常担心会加重家庭的经济负担等。这些都是住院病人的后顾之忧。因此，护理人员应争取家属及单位的合作，妥善帮助病人处理和解决好这类忧烦问题。

4•加强护理宣传(心理支持护理法) 护理人员应经常对病人进行个别或集体的护理宣传，内容包括与疾病有关的医学知识、心理卫生、心理治疗(心理支持疗法)等方面的知识，从而使病人认识心理社会因素与疾病的关系，调动病人的主观能动性，使之用乐观的态度、坚定的信心，坚强的意志战胜各种困难，配合治疗。

5•创造良好的疗养环境 这可满足病人生理和心理两方面的需要。医院应有一个幽静、清新的环境。病区内外布局要合理。颜色、光线、声音、气味、自然环境等都会对病人的心理产生直接的影响。病室内外的颜色选择要适宜。走道的墙裙应为淡绿、淡蓝色，室内墙壁、天花板应为乳白色或白色。儿科病室应适当注意儿童特点，国外不少儿童医院病室墙壁都涂成孩子们喜爱的粉红色、淡绿色或乳色，既干净又漂亮。病室的光线要柔和，窗帘颜色冬天、夏天应有区别(冬天挂暖色，夏天挂冷色)。噪音也加控制，要保持病区的安静；疗养性的医院，可适当播放优美轻快的音乐，给病人愉快舒适的感觉。病人的饭菜食品要保证各类病人的营养需要，同时要注意色和味。病房应简朴、清洁整齐，窗户地面要干净、物品放置要整齐；病人的卧具(被、褥、床单、枕头)要保持洁净松软，使病人感到舒适，以利于健康的恢复。

6•合理安排病人的治疗生活 病人住院治疗，活动范围受到了限制。为此，除了重危病人外，一般病人应有适当的消遣和娱乐。护理人员应根据各人的情况作好安排，指导他们适当地看看书报，听听收音机、下下棋，看看电视、打毛线或帮助病房作敷料、捻些棉签等等。这些活动有利于分散病人对疾病的注意力，有利于调节情绪。

7. 让疗效理想的病人作亲身经验介绍 护理人员可利用疗效好的病人向病友作现身说法，包括怎样主动配合治疗，治疗中应注意的问题等，这对克服其他病人因疾病、手术或某种治疗操作而产生的恐惧心理，有相当积极的作用。

三、心理护理状况的评价

经过护理计划的实施即心理护理对策的执行，应及时进行效果评价。应留意经过了心理护理，病人的心理状况有何变化，小结一下已经达到了哪 护理目标、解决了哪些问题、还有哪些目标未达到、哪些未解决，可以再次列入护理计划重新采取对策，直至达到护理目标，解决问题为止。

四、心理护理中的言语性交往和非言语性交往

护理人员与病人交往，应提倡运用礼貌用语。称呼病人可称姓名、职业、职务，对老人可称大爷、大妈，对年纪小的病人称其小张、小李，不要用床号代替病人姓名。护理人员的语言要有科学性，表达要准确、清楚、贴切，回答病人询问、解释疑虑、谈及病人的诊断、治疗、预后要有科学根据，充分发挥语言对病人的治疗作用。语言要注意保护性，与病人谈话应多说安慰性语言，多给病人积极的暗示和鼓励。例如，给高烧病人降温处理时说：“你很快会退烧的!”“不要急，你的病会好的!”“我看你最近的气色好多了!”“你真坚强，在治

疗上配合的好”……。

护理人员要善于根据不同的对象、不同情境、不同问题来选择谈话内容与方式。病人性格不同、年龄不同、文化修养不同、所患疾病不同，护理人员语言也应随之而异。例如，“急性子”的人喜欢话话开门见山，直截了当。“慢性子”的人喜欢说话慢条斯理。老年人说话喜欢详尽、唠叨重复。青年人喜欢语言活泼。小儿喜欢滑稽。又如，对急性痛苦病人说话，语言要少而精，富于同情；对长期患病的人说话多带安慰、鼓励；对一些更年期病人或精神病人要随机应变、多予顺从。再如，当病人有不满时，要多解释，当病人忧怨悲痛时，要好言安抚，劝慰，当病人受挫折时，应婉言疏导。

另外，护理人员与病人谈话或听病人说话时，要注意着对方的面部，尽量放下手中的活计以示尊重、真诚地倾听病人的诉说。一般不要随意打断谈话，不要频频点头，当病人讲到一个段落时，可用“唔！”表示听到了或听清了，也可用“噢”来回答，以表示探究期待。在病人说话间歇中还可作简短的提问，以把话题引向预定方向，有的病人说话过于激动(哭泣)时，应设法把话题引开…护理人员与病人谈话切忌语言不慎、出口不逊、恶语伤人，这样会使病人苦恼、气愤而增加病人思想负担，引起医源性疾病。

心理护理中的非言语性交往，或称仪表性言语交往也是很重要的。

护理人员与病人交往，要着装整洁、朴素大方；精神饱满，态度和蔼；语言谦逊，文明礼貌；步履轻盈，动作轻柔；观察敏锐，反应灵敏；办事稳重、临危不惧。这将会给病人以庄重、大方、受过良好教育、可敬、可信的形系。护理人员热情、良好的服务态度，微笑的表情、会意的眼神、热情的招呼，能给病人带来温暖、安慰和鼓励。护理人员对长期卧床病人局部轻柔的按摩，对小病人的抚摸，能使病人感到舒适、安慰、亲密；护理人员熟练、干净、利落的操作也能使病人增加信心、提高护理人员在病人中的威信。

第三节 护理人员的心理素养

救死扶伤是人类最高尚的事业，护理工作是一项崇高的职业，从事这一职业的人也应该是高尚的。因此，每个护理人员都应树立献身于护理职业的志向，发扬社会主义的人道主义精神，加强良好心理素质的培养。

护理人员的心理素养可从情感、意志、能力、性格几方面作讨论。

一、情感

护理人员对病人有深切的同情心和责任感。这是一种职业情感，是对每个护理人员最基本的要求。如果缺乏这种高尚的素质，就不是一名合格的护理人员。

对病人的深切同情，就是要视病人如亲人，能急病人之所急，想病人之所想，对待病人态度和蔼可亲，语言热情温暖，使人容易接近。对病人的责任感，则表现在对待工作要极端负责，观察病情要认真细致，对有思想顾虑、不愿意配合医疗护理的病人，能耐心地做说服劝慰，即使反复多次，也不厌其烦。

二、意志

护理工作是一项平凡而伟大的工作，也是一项艰巨复杂的工作，有时候确实是又脏、又累，为了救死扶伤，护理人员个人还常要作出各种牺牲，因此，没有确立为护理事业而献身的志向和崇高的人道主义精神，没有克服各种困难的意志和力量的人是难以胜任的。

护理人员的意志素养表现在工作沉着、冷静、果断方面。这不仅直接影响医疗效果，而且对病人和家属情绪也有明显的影响。护理人员要养成在平时工作中能有条不紊，在危急复

杂情况下能善于抓住主要矛盾，分清轻重，临危不惧，迅速作出判断。面对心理变态病人，护理人员要能宽宏大量，善于容忍和克制，应能谅解病人的过错。这也是护理人员意志素养所不可缺少的。

三、能力

做好护理工作除需要有较好的观察力、记忆力、思维力等一般能力外，还必须具备丰富的知识、熟练的医疗护理技能和较强的组织能力。

1•观察力 护理人员的观察力，是高尚的情感、广泛的知识、熟练技巧的结合。它是护理人员心理素养不可缺少的一部分。

观察力又称“思维知觉”，护理人员对病人的观察必须配合积极思维活动。这种敏锐的观察力只能在医疗实践活动中逐渐形成。

2•护理人员的记忆品质 护理人员需要准确无误的记住每个病人患什么病、用什么药、作什么处置；记住各种治疗及护理操作的方法、步骤、部位、注意事项；记住病人的个性特点、嗜好习惯，有什么需要……。因此，平时要加强识记的敏捷性、保持的牢固性、回忆的准确性等记忆品质的训练。

3•护理人员应有的思维品质 ①护理人员需要学会全面而深刻地观察问题、分析问题、注意思维广度、深度的培养。②学会根据病人病情的发展变化，随机应变地处理问题，加强思维灵活性的培养。③要在日常护理工作中培养思维的逻辑性。如护理人员班次安排、护理计划制定、差错事故研讨、经验教训的总结等都应遵循严密的逻辑顺序。

4•丰富的知识，熟练的医疗护理技能 为了适应生物-心理-社会医学模式的转变，现代护理工作要求护理人员必须掌握充分的业务知识，包括：医学基础知识、临床医学知识、卫生学知识、医学研究知识、中间科学和人文科学知识(包括医学社会学、社会医学、医学统计学、医学逻辑学、医学辩证法、卫生经济学、医学法学、医学心理学、医学伦理学、行为医学、康复医学等)以及医学管理学等知识，并能运用所学知识指导工作。做好护理工作需要有娴熟的护理技能，各项技术操作都应达到稳、准、快、好。稳：即操作稳当，有条有理，动作轻柔。准：即一丝不苟、严格执行操作规程，操作准确、安全、恰到好处。快：动作熟练、灵巧、干净利落(几乎达到自动化的程度)。好：即效果好，病人和自己均满意。

5•此外，护理人员还必须具备较强的组织能力，才能完成自己的使命。

四、气质和性格

护理工作关系到人们的健康和生命，它的对象是患有各种各样疾病而同时又具有各种个性特征的人。因此，它要求从事这一工作的广大护理人员，在实践中不断改造自己的气质和性格中的消极面，使之更符合护理职业的需要。

根据护理工作的特点，一个优秀护理人员的性格品质应该包括：积极热情、忠实负责、平易近人、乐于助人、坚毅灵活、勤奋、实事求是等。

(广西医学院 过慧敏)

主要参考文献

1. 马文元等主编·实用护理心理学·江西科技出版社，1987
2. 中国医科大学·医学心理学基础·中国医大，1983

3. 王田福·护理心理学·护理心理骨干学习班. 1986
4. 天津市护理学会 南京精神病防治院·护理心理学与心理护理, 1986
5. 赵静轩·护士的素质·医院护理管理学术讲座讲义, 1987
- 6·袁雪·护理学的新进展·(同上), 1987
7. 过慧敏·心理护理·医学心理学·浙江医大. 1986

第二十一章 生物反馈

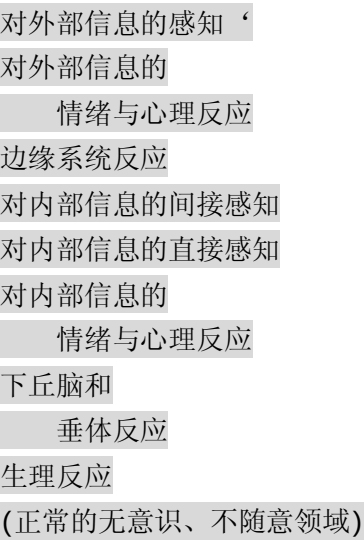
第一节 概 述

一、原理

所谓生物反馈,就是将通常自己不能觉察的生理活动(生物学活动),通过仪器显示出来,成为自己所能察觉的信号(反馈),以助于自我控制这些活动。

生物反馈的原理可以用图 21·1 来说明(Green EE, 1977)。图的上半部是受大脑皮层与脊髓控制的意识与随意活动领域。图的下半部分是受皮层下和植物神经系统控制的无意识和不随意活动领域。人对外界紧张刺激的感知,通过①>>>④引起了体内应激生理反应。此时,如果通过反馈仪⑤,很容易地使人间接感知到这一体内生理变化信息,经过有意识的随意控制活动(如放松)⑥,可以形成⑦◆③◆④新控制环路,完成对应激生理反应的修正。

图 21·1 对心理,生理事件自我调节过程示意图



传统的放松训练方法则是沿着⑦>③>④>⑨>⑩>⑦的环路进行的。虽然也是沿着随意控制途径实现对体内应激生理反应的修正,但是由于个人对体内信息的直接感知困难较大,因而其敏感远不如生物反馈法。随着生物反馈的反复应用,个人对体内信息的间接感知敏感度逐渐提高,并逐渐由间接感知转化为直接感知,此时可以不再使用生物反馈仪,仍能较好地随意控制体内的生理反应,新的控制环路得到了巩固。

神经心理学的研究证实了大脑前额叶是脑控制的最高级部位,与意向、思维、认知、计划等心理活动有关,并影响一个人的性格行为特点。尤其重要的是发现了大脑前额叶与下丘脑既有调节情绪作用,又有调节内脏器官功能之作用;前额叶与皮层下中枢之间存在着丰富的神经联系。这是内脏活动可以被随意调节的结构基础。内脏生物反馈就是利用操作性行为训练方法(参见第二章),将内脏活动的信息转换成个体能感受的刺激信号,经由感觉传导通路输入到皮层感觉中枢,利用皮层的意识作用,通过皮层和皮层下的广泛的物质联系,使人学会了对内脏生理活动的随意调节。这就是生物反馈的心理生理学机制。

二、生物反馈训练的目的和意义

生物反馈训练的目的大致有三种：①增加对体内生理功能或事件的知觉。②学会控制体内这些生理功能。③把从训练中所获得的技术泛化到全身其它方面。

生物反馈的研究具有多方面的意义。①提供了一种新的科学研究方法；②对传统理论上的随意和不随意界线提出了挑战；③卫生保健方面的展望：例如一定环境下使人处于最佳状态，用内脏学习方法控制内分泌活动、降低体内温度以延长寿命等的可能性；④临床医学上，找到了某些疾病发展机制的新资料，而且利用生物反馈法可使这些疾病得到纠正和治疗。目前，生物反馈被认为是一种重要的行为治疗技术，同时，也是一种重要的心理康复手段。因而本书将其按排在康复和护理篇进行讨论。

第二节 生物反馈方法和种类

应用于临床的生物反馈主要有三大类。

一、肌电反馈

肌电生物反馈就是利用肌电反馈仪将骨骼肌兴奋收缩时产生的肌电活动及时地加以检出，并转换成大脑所熟悉的感觉刺激方式加以显示。其灵敏度可以达到显示一个运动单位的肌电活动。患者根据反馈的信息对骨骼肌进行加强或减弱运动的训练。

肌电生物反馈训练可用于治疗各种肌紧张或痉挛、失眠、焦虑状态以及某些心理生理疾病如紧张性头痛、高血压，也可用于某些瘫痪病人的康复治疗。

二、自主神经反馈

自主反馈就是利用反馈仪揭示体内由自主神经控制的内脏生理功能的变化，如血压、心率、血管容积、胃酸浓度、括约肌紧张水平等等。把这些变化转换成反馈信号传递给个体，使之了解这些潜在的微小变化，并学会调节体内某些内脏的功能活动。

目前常用的自主反馈种类有以下几种：

1•皮电反馈 皮肤电活动可以通过皮肤电阻的大小改变或通过皮肤电压的波动来记录。利用皮电反馈仪就可以把皮电活动的变化反馈给个体。个体通过反馈训练可获得对皮肤电反应的随意控制。皮电反馈在临床中主要用于克服焦虑状态。

2•血压反馈和心率反馈 (见 26 章)

3•皮温反馈 体内的产热和散热的变化，外周血管的舒张和收缩，决定了皮肤温度的变化。以热变电阻式温度计记录个体皮肤温度变化，并转换成反馈信号显示给个体，使之学会控制外周血管的舒张和收缩，用以治疗神经血管性功能障碍如偏头痛、雷诺氏病等。

4•胃酸反馈 测定胃酸中的 PH 值，并把其改变的信息反馈给受试者，从而使受试者学会控制胃酸中的 PH 值。胃酸反馈主要用于治疗消化性溃疡。

5•括约肌张力反馈 通过在消化道内放置一个球形的压力传感器，测量并记录某段消化道运动产生的张力变化，并作为信息反馈给被试，使其学会控制腔内的张力。括约肌张力反馈可用于治疗返流性食道炎和直肠过敏综合症，并可用于治疗功能性和器质性大小便失禁，以及生殖道机能的调整训练。

6•小气道阻力反馈 小气道呼吸阻力测定技术的发展，已经被应用于生物反馈中。将气道阻力变化反馈给被试，通过学习，被试可达到随意调节自己的通气阻力，用以治疗哮喘病。

三、皮层反馈

用脑电图记录进行 Q 节律反馈训练，可治疗失眠和癫痫等疾病。

临床上为了治疗目的，有时可以同时使用多种信息反馈，例如为了降血压，可同时进行皮肤电，皮肤温度和血压反馈。

第三节 生物反馈训练程序

一、反馈仪和反馈信号的选择

反馈仪所能提供的反馈信号分为特异性信号和非特异性信号两种，一般地说非特异性信号反馈不如特异性信号反馈的效果好。在治疗过程中要设法寻找特异性生理变量，至少要找到与反馈障碍关系密切的生理变量作为反馈信号。例如用血压反馈仪为高血压病人提供血压变化信号；用肌电反馈仪为肌肉运动调节障碍病人提供肌电信号。这些都是特异性的反馈信号。另一方面，由于骨骼肌的电活动水平与机体的唤醒水平是一致的，而许多心身疾病与机体持续的高度唤醒水平有关。因而通过肌电生物反馈放松训练，可以在全身骨骼肌高度放松的同时，也使大脑皮层唤醒水平处于最佳状态。用此种方法治疗某些心身疾病，其肌电反馈信号就是非特异性的。通常，在缺乏特异性反馈仪的情况下，可用肌电生物反馈仪代替，同时结合放松疗法，用以治疗各种反馈障碍病例。

二、病种、病例的选择

选择适于生物反馈治疗的病种与病例是治疗成败的首要问题。生物反馈可以治疗许多疾病，但并非对所有的控制失调性疾病都有效。治疗前需要对病人做全面检查，对疾病的性质、病情和全身的生理机能状态及可能恢复的程度做出全面的估计。另外，病人的视听能力、智力、自我调整能力、注意力、记忆力和个性心理特征均影响生物反馈的学习效果。因此，对病人的心理也应该做全面的了解。在此基础上选出适合进行生物反馈训练的病例。

三、病人的心理准备

由于生物反馈是一种心理治疗，因此在训练前应该使病人有必要的心理准备。医务人员应使用医学心理学的观点首先向病人解释疾病与应激，疾病与认知、情绪、个性特征之间的关系，使病人了解进行反馈训练的必要性，从而能主动积极地参与训练多应向病人讲明和显示什么是生物反馈训练，并且充分地说明其优越性和安全感，使其对这种方法寄予希望；向病人讲解生物反馈训练的原理，学习成败的关键，要求他们坚持既用仪器训练，又能在家庭训练，以利于塑造新的行为模式；要向病人讲明训练必须持之以恒，训练需要一定的时间，半途而废是得不到效果的。

四、反馈训练过程

经过训练前的准备工作后，可以进入治疗阶段。现以肌电生物反馈放松训练和肌肉功能训练过程为例子，简要叙述生物反馈全过程。

1• 环境和体位 进行生物反馈训练要有一个较好的训练环境。不论治疗的目的是增强还是降低原有活动，都要保持治疗环境的安静，并尽可能地减少对病人听觉和视觉的刺激，以免分散病员注意力，影响训练效果。病员宽衣解带，处于一个舒适的体位，尽可能解除一切紧张情绪。良好的心境、和谐的医患关系均可提高疗效。

2• 电极安放位置 电极安放部位可以因人因病而异，可安放于全身各部位或易放松部位，也可按照解剖位置和根据体表标志放于靶肌的肌腹上。电极间距离将影响其接受电信号的范围和大小，电极间距愈大，其接受的电信号范围也愈大，但过大的间距也必然要记录到更多肌群的信号。电极安放前要用酒精纱布擦拭皮肤，除去油污和脱落的上皮细胞。电极膏的用量也要适当，过多时可因电极膏的外溢使附着不牢靠并可两电极间产生短路而干扰治

疗，过少会使电极接触不良。

3·训练步骤 用肌电生物反馈仪进行放松训练，一个疗程需要 4~8 周，每周训练 2 次，每次 20 至 30 分钟。训练应该在指导语的引导下进行。可采用自生放松法、三线放松法或神经肌肉全线放松法与生物反馈相结合。选择病人自己所喜欢的信号显示方式，通常用听觉信号方式显示。训练常从前臂肌肉开始，假如肌电值高于 1uv，则让病人在收紧左臂肌肉的同时放松右臂肌肉。反之亦然。继而让病人尽量放松全身肌肉，当病人能持续保持五分钟前臂肌电低于 1uv，即可训练病变肌肉。全身肌肉放松的标志就是前额肌肌电水平的下降，因而可采用前额肌电水平进行全身放松训练。

每次训练都先要找出病人的肌电基准水平值，加以记录以备参考。逐次观察基准电水平，作为证实疗效的依据。预置放松目标时，初次目标不宜过高，应使仪器能灵敏地测到肌电的微小变化，以增强病人参加训练的信心。当训练达到某一预置目标 5 分钟，就可进一步将目标调向更高的水平，使训练向更放松的方向前进。在训练中提供反馈信号和中断反馈信号要交替进行，这样做的目的是要病人学会在没有反馈仪的帮助下也能运用放松技术处理日常生活中的应激事件。一旦病员能保持肌电在 1uv 以下达 15 分钟，即请其回忆和总结经验，靠个人的体验继续主动引导肌肉进入深度放松状态，并最终取代肌电反馈仪。

用肌电反馈作肌肉功能训练时，与上述放松训练步骤稍不同。首先要确定训练目标，要确定需要进行训练的肌群，要鉴别肌肉是收缩还原不全还是松弛性。其次要确定训练的晋升等级，这种等级取决于临床医生的一般治疗手段、病人的特点及对训练的反应等。肢体运动训练通常用由近端到远端的训练方法。为了使病人在训练中早期见到疗效，增强信心，医生必须小心地选择第一块受试肌肉，该肌至少具有中等以上的随意控制能力，以便于操纵反馈信号。训练的进程应该从单一的肌肉开始，再逐步地进行复杂的运动神经的控制训练。实际上在功能训练之前，常首先训练放松关节周围的痉挛肌肉，然后再对病弱或轻瘫肌肉进行以恢复功能为目的的训练。痉挛肌肉的放松训练通常是先从休息时的放松开始，然后在分散注意运动时放松，再进行被动伸张及拮抗肌的等长收缩。当病人对肌肉控制的水平得到增强后，必须及时地进行功能活动训练，并逐步让病人在不用反馈仪器的情况下继续训练。经过上述的训练过程，肌肉功能往往可以得到明显的改善。

概括地说，生物反馈过程必须先做好准备工作。在治疗训练中应遵循顺序渐进，先易后难，从正常到异常，从放松训练到特异训练，从连续反馈到中断反馈，直至达到治疗目的。

第四节 生物反馈的临床应用

一、儿科

伤残康复 1976 年，有人对 3 例较复杂的残废儿童使用反馈训练，使其学会自己掌握操纵轮椅。同年，一种生物反馈训练系统被应用于电脑瘫痪患儿，借助一种所谓头位练习器，将患儿头部的精确视，听信息予以反馈，使患儿可以主动地改正他的头部位置。

儿童多动症(MBD) 1975 年，Braud 等人用前额肌反馈放松训练、使病儿在学校和家庭中的多动行为大有改善。Lubar 则用脑电反馈训练治疗 MBD。脑电反馈的目标是抑制 4~8 Hz 慢波，增加 12~15 Hz 的感觉运动节律(sensorimotorrhythm, SMR)，或 11~19Hz 或 16-20Hz 的快波活动。SMR 是一种由丘脑后腹核产生的独立于 0 的脑电节律，心身松弛状态下可以出现，在近中央沟处易引得。对那些运动过多为主要症状的儿童，训练使其增加 12~15Hz 的脑电波。对那些以学习低能为主要症状的儿童，则主要训练增加 16~20 Hz 的 B 活动。为了

能客观地对多动行为进行记录，Stevens 等还设计了一种生物运动描记器，戴在患儿腰部以记录其活动，并将活动次数通过耳机反馈给患儿，患儿经训练后活动次数减少。

二、内科

心律失常 用生物反馈治疗室性早搏、心动过速、心房颤动以及预激征候等心律失常症均已取得一定的成功。通常采用双向心率反馈信号(即心率快了或慢了都给以反馈信号)进行分阶段训练。其顺序为：减慢心率、增快心率，先减慢心率后加速心率和控制心率在某一范围内。每日训练 1 次，每次 40~60 分钟，每一阶段需 10 天左右。Engel 和 Bleecker 已成功采用心率生物反馈训练使阵发性房性心动过速得到控制。

高血压 (见 26 章)

哮喘病 用前额肌电反馈放松训练和呼吸功能参数反馈训练。后者包括时间肺活量反馈，气流速度反馈和总呼吸阻力反馈。

总呼吸阻力是一种测量呼吸道阻力的技术。在呼吸时，连续向呼吸道加上一个低振幅，频率为 3Hz 的压力变量，以此来计量呼吸周期中的气道阻力。其正常值为 25 毫米水柱 / 升秒。Feldman 1976 年对 4 名严重哮喘病人(3 男 1 女，年龄 10~16 岁)进行总呼吸道阻力测量，进行使其数值下降的反馈训练。医生给病人一个模拟的呼吸声(吸气 1.5 秒，呼气 1.75 秒)，让病人跟随这种声音进行呼吸，以耳机向病人提供总呼吸阻力变化的反馈信息。结果表明，这种训练使病人的肺活量、残气量、时间肺活量均有明显改善，但气流速度没有明显变化。这种治疗所引起的总呼吸阻力改善与平滑肌张力的改变有关，据认为通过训练后病人对支气管平滑肌张力有一定程度的随意控制能力，结果使哮喘的症状得到缓解。

控制胃酸 消化器官的生物反馈在技术上比较困难些。吞咽小型 PH 值计到胃内，测定 PH 值，并将数值反馈给病员，可以训练病员增加 PH 值。Welgan 于 1974 年报道了 10 名十二指肠溃疡病人用胃酸 PH 值反馈训练降低胃酸浓度，受训后患者胃液的 PH 值上升，胃液量减少，酸度下降。用生物反馈技术治疗消化性溃疡已成为事实。

消化道平滑肌和括约肌张力反馈 以大便失禁为例，将三球系统由肛门插入，使里面的一个球位于直肠，该球充气模仿粪块。另外两球分别位于肛门内，外括约肌处，调整充气量，使恰能压迫到两括约肌即可。其压力由连接管道传至体外描记系统。首先教病人学会对直肠充盈和即将排便产生感觉。然后再训练控制肛门内外括约肌的运动。Engel 报道用这一反馈训练方法使一个 6 岁女孩控制了大便。5 名大便失禁的成人经训练有 4 名完全能控制大便，1 名夜间能控制大便，白天偶有失控。追踪 5 年，5 名病人疗效巩固。

消化道平滑肌和括约肌的张力反馈对返流性食管炎，结肠过敏症也均有一定的治疗作用。

三、精神神经科

紧张性头痛 应用额肌肌电生物反馈结合放松训练已被公认为是治疗紧张性头痛的一种行之有效的办法。

偏头痛 用生物反馈技术训练病人增加手温，对偏头痛有较好的疗效。Sargent、Green 和 Walters 等人报道了在 110 例偏头痛病人中有 74 例完成了 270 天的反馈训练，其中 74% 的病人获得中等程度以上的控制。训练完成时，有的病人能在有头痛先兆时，使手温在一分钟内上升，成功地控制了头痛发作。

雷诺氏病 常用肌电反馈放松训练和皮温反馈训练相结合进行治疗。笔者曾在 1986 年用 SKF-1 型肌电反馈仪放松训练，成功地使一名 44 岁的女性雷诺氏病患者症状得到控制，追踪 2 年，情况良好。

癫痫病 主要采用 SMR 反馈、 α 节律反馈和 MU 反馈三种。癫痫病人脑电活动的特征性表现之一，是缺乏正常在前额区可记录到的 SMR 而代之以 4~7 Hz 的节律。生物反馈训练的目的就是增加脑电中 SMR 的成分，减少 4~7 Hz 以及频率更慢的脑电节律成分(Sterman, 1972)。

Cabral 和 Scott 等对癫痫病人进行 Q 节律训练，也获得良好效果。

此外，还有人使用 MU 节律(指 Polandic 皮层区所记录到的一种 7~9 Hz 的脑电节律)来治疗癫痫。Kaplan 甚至认为其效果优于 SMR 训练。

焦虑症或焦虑状态 尤其是一些慢性和难治性病例，常用额肌肌电生物反馈放松训练。

四、妇科

防止早产 多采用肌电反馈放松训练，也可采用皮肤电反馈训练。Gregg 报道了几名有早产史的孕妇，其中 7 名有明显的精神紧张，经过 6 周的训练，10 名孕妇的孕期均超过 38 周，胎儿体重均在 6 磅以上。

分娩焦虑 我国学者用生物反馈放松训练，使产妇学会放松技术，减少了临产的紧张和分娩痛苦。

五、外科和其它

痉挛性斜颈或家族性痉挛性斜颈 Brudny 等应用集成肌电图输出的视、听反馈信号，指导 9 例病人控制其痉挛性斜颈。在反馈训练过程中，有 7 例一直能维持控制颈肌；2 例能维持控制 1.5~2 小时。治疗结束后，其中 3 例仍能长期保持控制；3 例能控制数小时；3 例能控制 5~10 分钟。

假肢功能训练 对膝关节以上截腿病人，可使用一种简单生物反馈装置，当它的开关触及假腿的膝关节时，引起蜂鸣器发生声音，就表示该关节未能完全伸展。Zimnicki 用此法训练掌握假肢有困难的病人，获得成功。

骨骼肌功能的康复训练 生物反馈目前主要用于以下 5 种运动障碍：①上运动神经元的损害，主要是脑血管意外、脊髓的不全损伤；②下运动神经元损害，主要是周围神经损伤和中毒引起的神经疾患；③癱病性瘫痪；④原因不明的肌肉痉挛，如冻结肩，急性腰背痛等；⑤矫形方面的应用，如肌腱移植、固定术等。通过训练主要解决以下几个方面的肌肉功能问题：①痉挛状态；②松弛状态；③肌萎缩；④疼痛；⑤运动范围受限。一般最多见的是采用肌电反馈仪、皮肤电和皮温反馈仪等。在应用生物反馈进行功能训练治疗时，可以配合应用以下促进技术：①对抗训练，它是指在克服外力阻力下所进行的主动训练；②步态训练；③振动按摩法；④牵张反射；⑤反射作用；⑥触觉刺激；⑦痉挛作用，以促进训练，加速恢复残余机能。Basmajian 观察中风后偏瘫伴垂足后遗症病人 20 例，随机分成两组，每组 10 人，第一组应用医疗体操，疗程超过 5 周，第二组用医疗体操加生物反馈，疗程也在 5 周以上。结果生物反馈组在力量或活动范围方面均比单独医疗体操组高出两倍。其中 4 例病人能保持控制足背屈功能，其中 3 例不用拐杖可自行散步。

生物反馈还可用于治疗面神经瘫痪的后遗症，以训练恢复面部表情肌功能，用于矫正口吃，用于痛经、腰背痛、类风湿性关节炎、糖尿病、书写痉挛、湿疹、痤疮等的治疗。

此外，生物反馈还用于运动员的心理训练，以减少临场紧张。

(温州医学院 黄汉津)

主要参考文献

1. 张苏范等 • 生物反馈 • 北京科技出版社, 1987
2. 魏韧等 • 生物反馈讲习班资料. 1986
3. 张伯源、陈仲庚等 • 变态心理学 • 北京科技出版社, 1986
4. 周衍椒等 • 生理学 • 人民卫生出版社, 1985
6. Shapiro S & Suwit R • Biofeedback • in Pomerleau OF & Brady JP eds • Behavioral Medicine Theory and Practice • Baltimore: the Williams & Wilkins Co, 1979
6. BasmaJian JV • Biofeedback: Principles and Practice for Clinician • 2nd ed • Baltimore: Williams / Wilkins. 1983
7. Vingoe FJ • Clinical Psychology and Medicine • NY: Oxford Univ Press, 1981
8. Med Clin North Am 1977; Vol 63 N4
9. Marcer D • Biofeedback and Related Therapies in Clinical Practice • London & Sydney: Croom Helm, 1986

第二十二章 医疗气功与心身医学

第一节 气功的心身效应

气功在我国已有二千多年的历史，和西方的冥想、佛家的禅修和印度的瑜伽类似，是与我国传统文化有关的一种特殊的身心锻炼方法。把气功应用于防病治病称为医疗气功或康复气功。随着气功科学的研究和发展，人们已越来越认识到医疗气功在医学心理学中的重要地位。这主要有三方面原因：(1)气功训练过程始终离不开人的心理活动，如入静、意念集中，情绪稳定，内视假观和身心松弛等；(2)气功训练与西方某些行为治疗有相似之处；(3)气功训练方法应用不当，可产生特殊的心身障碍即气功偏差反应。

祖国医学认为气功是通过人体“精”、“气”、“神”的自我锻炼，平衡阴阳，营运气血，协调脏腑，通经活络，达到调整心身之作用。“精”，“气”，“神”是有心理生理基础的，气功锻炼时的心理生理变化，对人体各系统均有影响。

一、气功的生理效应

秦震等(1962)对练功者进行系统的脑电图观察，发现随着练功的进展，额部出现 α 波，波幅逐渐增大，周期逐渐延长并向半球后部扩散，与此同时，Q 节律也可有波幅增高，周期延长和频率减慢之变化。通过脑电功率谱分析表明，随着气功入静程度的发展， α 波功率逐渐增大，其发展的稳定性，在脑电功率谱陈列图上有明显的反映(吴祈耀，1987)。研究脑电波的多信息处理，认为在气功态下各种刺激所产生的诱发电位在不同程度上都受到抑制。所有这些结果都提示，练功能使大脑皮层进入较为广泛的抑制状态。

气功入静状态还伴有肌电和呼吸运动减弱等躯体功能减弱，以及心率、皮电、皮温和指端血管容积等指标发生与植物神经系统，特别是交感神经功能下降相一致的变化，这种特殊的“气功功能态”可能是人体多功能之间出现了同步性的整合效应(林雅谷，1987)。有作者研究发现气功入静能使体感诱发电波幅下降而且波形成分改变，这种变化与感觉主诉的改变明显相关。这是对感觉的传递产生了上行性抑制的结果(黄坤厚等，1987)。

气功锻炼对外周脏器的影响，一般认为是由于交感神经活动的下降和副交感神经活动相对加强的结果。但也有研究发现，在练功过程中，练功者的尿儿茶酚胺排出有增多倾向(汤慈美，1987)，说明气功训练也可能使交感-肾上腺素系统活动处于相对较活跃的状态，其中详细机制有待深入研究。练气功还可以使肺通气量减少，肺泡气中二氧化碳浓度增加，氧浓度减少。呼吸频率平均值可由练功前 16.5 次/分减少到 6.9 次/分(马济人)。练功可使心率变慢和高血压病人的血压下降。这些均是血管运动中枢的兴奋性趋于平稳的表现。练卧式松静功和盘坐式强壮功时，可使全身皮肤温度升高。许多观察证明，练气功还可以增进胃肠蠕动，胃液分泌增加，唾液淀粉酶增加，从而改善消化吸收功能。另外，呼吸运动时膈肌活动幅度增加，可促进胃的运动机能。气功锻炼还可使人体新陈代谢、内分泌和免疫系统功能产生改变。例如练功时代谢率降低和能量消耗减少。有人对练功前后免疫学作动态观察，发现气功对体液免疫功能有双向调节作用和提高免疫功能的作用。气功对肿瘤病人的疗效，可能与免疫功能的提高有密切关系(张勇，1987)。

二、气功的心理效应

利用现代科学方法探讨气功训练对人体的心理作用和影响是气功原理研究进展之一。气

功入静是一种特殊的心理状态。此时主动注意集中并增强，被动注意则削弱。在意识的控制下，练功者主动地运用思维和注意，使思想凝寂，有意识地将注意力高度集中在身体某种部位，排除来自周围环境和自身杂念的干扰，使自身处于一个不同于睡眠、觉醒和梦境的心理状态。在某些功法中，要求练功者在这种入静状态时对外界刺激“视而不见、听而不闻”，利用意识作用，逐渐进入“全神、虚无”之境界使身心高度协调。此时身心机能高度有序，甚至可以看到想象中的美好景象，或者看到自己的内脏以及与气功有关的奇异现象，即所谓“内视假观”。这说明，练功时可产生感知和情感等心理活动的变化，这是气功训练的直接效应。

通过气功训练，可以产生一系列对人体心理活动的促进作用。王极盛等(1987)进行禅密功的心理效应实验研究，发现练功后能使人的情绪稳定性、心情、自制力、脾气、动作灵活性、注意力、意志坚强性、思维灵活性和记忆等心理活动明显改善。还有发现，慢性病患者经过一年的大雁功训练后，指向记忆、联想学习和总的记忆情况比一年前明显提高(孙长华等，1986)。气功还可以调动和开发人体的潜在能力，特别是大脑的潜能。如利用气功中的“意守”作用，培养注意的集中。气功的入静可以提高学生思维能力，增强记忆力，掌握知识的内在联系且提高学习效率，还可发展想象力和提高自我控制能力(吴一，1987)。沈宏等(1987)通过心理生理学研究后提出，气功还具有对抗心理应激的作用。

总之，气功训练过程的生理心理活动和变化是极为丰富的，其机制则更为复杂。深入研究气功锻炼的特殊生理心理现象，具有重大的科学意义。

第二节 气功与心理治疗

由于气功的康复医疗作用与人的心理行为关系密切，因此，从治疗的角度，可以认为气功是祖国医学的一种心理生理康复技术。本节仅将医疗气功的主要成份与几种心理治疗作一比较，以探讨气功与心理治疗之间的某些本质联系。

一、气功与松弛反应

松弛反应是近些年创立的一种新的非宗教性的松弛训练程式，目前是一种主要的行为治疗方法。其主要内容是轻装、舒适、静坐和闭目，顺序放松全身肌肉，排除杂念和默数呼吸等。研究表明，这种松弛训练确能改变体内的某些生物学过程，用于治疗各种功能性和器质性疾病(见心理治疗章)。

气功中的放松功是静功的一种，主要内容是有意识、有步骤、有节奏地注意身体，结合默念松字，逐步松弛肌肉、骨骼，把全身调整得自然，轻松舒适，排除杂念，安定心神，解除心身紧张状态。可见，放松功与松弛反应有许多相似之处。虽然，放松功的全身松弛程度可能相对比松弛反应弱一些，但放松功结合呼吸的锻炼，结合以静为主的肢体节律的动作，以此促进全身机能的重新协调。在临床上，放松功对诸如高血压、溃疡病、哮喘病和焦虑失眠等疾病能取得较好效果，这也与上述松弛反应的疗效颇为一致。

二、气功与生物反馈

生物反馈通过仪器记录和转换，将人体内的某些生理活动信息，如血压水平、肠蠕动幅度等，反馈到本人的意识之中。经过本人有意识的主动学习训练，形成条件反射，学会相对随意地控制这些脏器的活动。目前研究证明，人类能在一定条件下通过这种生物反馈训练，学会控制某些脏器的功能活动，达到治疗之目的(见上一章)。

气功是具有一定程式的操作活动过程，虽然没有明确的生物信息反馈，但是体内体表都

有不同程度的反应感觉。气功以自身心理状态为注意对象，根据这种注意的感觉，用“意念”参与控制躯体和内脏的活动。对躯体病理症状的反应，则通过联想等思维活动，在意识的作用下，利用自身内部和外部的积极活动，主动地对抗或阻止这种病态的感受和反应。例如对肌肉和情绪的紧张，可想到放松和舒适，想到心率逐渐变慢或者默念这些字句等等。经过这样反复训练，逐渐形成一定的条件反射，最终在一定程度上学会控制部分脏器活动，从而使病理状态恢复正常。某些疾病如胃肠功能紊乱和内脏下垂，经过气功训练获得效果，高血压和焦虑情结可以通过这种意念控制训练得到缓解。因此，有人认为气功是一种不用仪器的内脏学习或生物反馈。国外对印度瑜伽术师的研究也证明，类似气功的瑜伽训练术确能使部分人学会调节身体某些部分的生物活动过程，例如使局部皮肤温度升降和心率减慢等。近年来，根据气功训练方法设计制作的气功信息治疗仪类似生物反馈仪，可以用此仪器控制练功的时间和强度，提高训练效果。国外学者也将我国放松功作为生物反馈治疗进行研究，可见，气功训练的某些方面具有生物反馈的性质。

三、气功与想象疗法和冥想

所谓想象疗法(imagery therapy)即病人主观想象体内某一部位或某种病理活动，并积极设想机体最终战胜疾病的过程。想象疗法并不是无中生有的幻想，而是通过有针对性和选择性，积极的想象以增强抗病能力。有人做过简单的实验，当一个人想象着骑自行车时，下肢血流量就相对增加。这是想象产生心身反应的具体表现。近年来，国外学者使用想象疗法结合药物治疗肿瘤病人取得效果。病人想象着体内的白细胞如何“奋起”和抗肿瘤药物协同对付肿瘤细胞，在想象过程中，并可伴随着绘画，将想象过程形象地画出来，结果使病人存活期相对延长。

冥想(meditaion)也是一种与想象有关的治疗方法。在欧洲和北美的健康服务机构和精神病学部门被采用，据说该方法已有 2500 多年的历史。冥想通常是训练者把注意力集中于单独的物体，声音，概念和体验，冥想训练中可产生一系列心理生理变化，与气功训练相似。

气功训练虽有许多复杂的心理现象，其中意念的控制和运用，实际是一种自我想象，与冥想、想象疗法及佛家的禅坐相似。意念活动包括注意的集中，意识的定向，但不是胡思乱想。如“调心”要素不仅使思维活动程度降低，且使杂念从无序到有序，也包括想象活动。例如病人想象着“贯气”，想象着将浊气从百会穴至涌泉排出体外，比拟将杂念排除出去。或者在想象中将“气”运行到患病部位，以便加强对病变的治疗作用。这就是气功训练中的重要心理作用“存想”即有意想象。气功治疗肿瘤就包含着这种想象“贯气”的训练内容。对情绪抑郁和烦恼的病人，也可在气功训练中通过想象美好景象和情境来改善情绪状态。

四、气功与催眠和暗示

气功的入静状态实际上处于一种类似催眠的心身状态。此时练功者最容易接受暗示，如静坐时经自我暗示产生的舒适感和休息感觉。在某些功法中，自发功动作可能在气功师言语行为和音乐的暗示下发生，表现为肢体有节律运动和优美的舞姿。有人认为超距气功疗法是气功师利用发放“外气”来调整病人生理功能而取得神奇效果，并不是暗示起作用，这有待深入研究。

总之，气功训练具有暗示成分，但不等同于暗示，类似催眠状态又不是催眠。气功有其独特的方法和理论体系，具有西方催眠所不具备的许多优点。

五、气功的情绪支持作用

对气功的心理效应研究证明，气功训练能改善练功者的心理机能，使情绪变化趋向稳定。对自制力和脾气也有改善作用。日常观察发现那些长期坚持练功者往往感受精神振奋，情绪

舒畅，心胸开阔，遇事不轻易冲动，表现为良好的心理素质。

气功具有一整套的训练程式，且已逐渐形成自己独特的完整的理论体系。正确参加气功训练的人，不论是健康者还是患者，在心理上都容易产生一种向往和一种希望。因而使人能够保持良好的情绪状态，并增强与疾病作对抗的意志力。临床调查证明，凡坚持参加气功训练的病人，均感受有这种良好的心理体验。这种良好的心理条件无疑会对疾病的康复产生积极的作用。

第三节 气功偏差的心身障碍及治疗

目前气功在治病防病中的作用日益扩大，气功治病的神奇效应，亦引起了众多国内外学者的兴趣。气功疗法用于治疗各类心身疾病，近年国内报道较多。例如，邝安坤等(1987)对高血压患者进行了 20 年的前瞻性研究，发现坚持练功者血压相对稳定，随增龄血压上升有所缓和，并发症减少和心血管老化情况有所减缓和减轻；一些作者报道了用放松功治疗哮喘病(黄桦等，1987)，用药物结合意守“丹田”治疗溃疡病(赵立明，1962)；等等。此外，还有不少研究证明，气功对某些心理生理障碍如睡眠障碍、短暂的抑郁和焦虑，以及神经症如神经衰弱(方启行，1960)，焦虑症(单怀海，1986)等，也有疗效。

但是，正如国外学者曾经报导的，过度冥想会产生严重的心身障碍和抑郁、自杀以及幻觉等(Lazarus, 1976; Otis, 1973)，气功训练和冥想等治疗手段一样，使用不当也可能出现偏离正常的现象，即气功偏差反应。气功偏差反应是指未正确使用气功方法，在练功中或练功后出现不应有的异常现象，有内气不止、外动不已和走火入魔等类型。按照医学心理学分析气功偏差反应主要表现躯体和心理障碍。轻者只有躯体不适，严重者不能自我控制，伴有心理或精神障碍。躯体症状主要是由于“内气”运行不止而引起的特殊内感不适，如气冲头部则头痛头晕，失眠多梦，气滞胸腹则有胸闷憋气和腹痛等症状。几乎各系统症状均可出现，但并非每个症状都会表现出来。心理障碍以情绪焦虑、紧张和抑郁较常见，严重者动作行为不能自主，如自发功动作不能控制，甚至出现附体感，幻觉妄想和自杀冲动行为。这种精神障碍大致分为抑郁型、焦虑型、癔症型和精神分裂发作等类型。

气功偏差反应心身障碍有三个临床特征：①气功偏差反应的出现与练功经历有时间的联系；②这种心身障碍往往缺乏相应的临床体征和实验室检查结果；③心身障碍的内容与气功文化密切相关，不同于其它心身疾病和心理疾患。

气功偏差发生的原因颇为复杂，根据临床资料分析与四种因素有关：①练功不当，盲目自练而未能掌握正确方法；②练功前个体心理素质不良；③某些功法本身的心理生理作用；④练功时主观心理作用和环境干扰等影响。

为预防气功偏差反应，应重视练气功的心理要求和心理卫生问题。包括完善各种气功疗法的适应证和禁忌症，加强练功前的心理指导，练功切忌情绪急躁，正确对待心理反应，注意集中，情绪稳定，避免各种刺激等。一旦发生偏差反应，往往需要气功师的特殊“纠偏”治疗。严重者要结合心理治疗和精神药物治疗获得疗效。

气功偏差心身障碍的防治不仅是心身医学研究的新课题，也是气功科学研究的重要内容，目前正作为一种跨文化心理学内容被研究。

(上海市精神卫生中心 单怀海)

(浙江医科大学 姜乾金)

主要参考文献

1. 马济人·气功的原理研究·中国气功学·陕西科技出版社, 1983: 67-83
2. 钱学森·当前气功科学研究的一项任务·建立唯象气功学·中国气功 1986; 2: 2
3. 夏镇夷等·行为治疗·精神医学·上海科技出版社, 1981: 134
4. 严和駉等·心理治疗·医学心理学概论·上海科技出版社, 1983: 226-227
5. 姜乾金、吴根富·对气功心理治疗成份的探讨·中国气功 1987; 3: 32
6. 单怀海等·松弛疗法治疗焦虑症的初步评价·心理科学通讯 1988; 3: 32-58
7. 中医药国际学术会议论文集·中国学术出版社, 1987: 491-514
8. 单怀海等·气功所致精神障碍的临床现象学研究·中国神经精神病杂志 1987; 13: 266-269
9. Marcer D·Biofeedback and Related Therapy in Ciinical Practice·London & Sydney :
room Helm Ltd. 1986: 12~28
10. West M·Meditation·Brit J Psychiat 1979; 5: 457~467

第二十三章 疼痛心理学

第一节 疼痛的心理生物学

许多人往往因为疼痛而开始注意自己的疾患。许多医生往往也根据病人的疼痛的程度、部位、表现来判断病变的位置以及性质和轻重。疼痛也是护理和康复工作的重要课题。但是疼痛并不只是由于机体受损害而引起，疼痛的程度和损害的程度也并不一致。实际上，疼痛是一种复杂的心理生物学过程。

一、痛知觉

从十九世纪开始，一直认为痛和触、压、冷、温等并列为原始感觉。但是痛和这些感觉之间有明显不同，痛觉有以下一些特征。

1·最突出的是它出现的时候，总是伴随着不愉快的情绪

2·没有特殊的适宜刺激，也没有特定的感觉结构 声波、光波可作为适宜的刺激，作用到听、视的特殊感受器，经过特定的中枢，引起特定的感觉，但痛则不然，它可由机械、温度、电或化学的刺激引起，只要达到组织损伤的程度，就产生痛觉。以温热刺激为例，当程度在 44°C 以下，温觉感受器受刺激，出现温觉。当温度达 $44\cdot9^{\circ}\text{C}$ ，开始刺激痛感受器(神经末梢)而激起痛觉。

3·常和其它感觉并存，构成复合的感觉 因此疼痛可以分为许多种，最主要的如刺痛、灼痛、酸痛等。

4·具有“经验”属性的刺激与所产生的痛觉之间不存在必然的关系 如经常与电打交道的电工，对 70 伏的电击无所谓，而普通人只能耐受 20 伏。许多相同的刺激，加于不同人体，甚至同一人体的不同状态，可以产生程度上，甚至性质上差别悬殊的痛觉。

5·不易适应 象嗅、触、温、冷等感觉都很容易适应。“入芝兰之室，久而不闻其香”，这是众所周知的事实。唯独疼痛，在致痛因素去除之前很难缓解或消失，甚至持续的疼痛还有敏感性加强的趋势。这种特征显然和它所具有的生物学意义有关，这样可以避免机体仍在受侵害时，丧失必要警报作用。

二、痛觉的传导途径

当伤害性刺激作用于皮肤，可出现两种性质不同的痛觉，一种是先出现的快痛，另一种是后出现的慢痛(这也就是所谓的双重痛觉)。快痛是一种尖锐而定位明确的“刺痛”(象针刺那样的疼痛)，在刺激时很快发生，撤除刺激后也很快消失。慢痛是一种定位不清的“灼痛”(象被火烫那样的疼痛)，在刺激后 $0\cdot5\sim1\cdot0$ 秒后才能觉到，痛感强烈，使人难以忍受，这时常伴有情绪和行为变化，撤除刺激后还要持续几秒钟才能消退。实验证明，传导快痛的主要是 A6 纤维，痛信号经脊髓丘脑侧束上行，到丘体感觉核更替神经元，然后经过特定的投射到达大脑皮层的体表感觉区，引起有定位特征的快痛，传导慢痛的是 C 类纤维。上行的信号通过脑干网状结构，到达丘脑髓板内核群更换神经元，再弥散投射到大脑皮层第二体感区的边缘叶，引起定位不清的慢痛和情绪反应。直到不久以前还一直这么认为，那就是当一个信息进入感受器，就完整地直接传入中枢，大脑皮层只根据刺激的物理特征产生固定的感觉。然而大量研究已经证明，从感受器开始，大脑皮层和皮层下各级中枢就通过包括突触前抑制在内的不同方式，对信息的传入进行控制，所以也必然会给疼痛的产生带来影响。

因此，如果说人体自身可以决定疼痛的产生和水平，也是有充分生理解剖基础的。

三、痛反应

与痛知觉相伴随的是与情绪密切相关的一系列反应，也就是心理上和生理上的反应。

1 • 心理反应 主观上感受到的一种难言的极不愉快的滋味，同时根据不同情况伴随着头晕、恶心、烦躁、焦虑、恐惧、抑郁、失望等。

2 • 外部行为表现 这是由于疼痛而出现的表情变化，如皱眉、咬牙、咧嘴、痛苦的面容；还有屈曲的躯干或肢体，强直的肌肉等等防卫的表现。

3. 内脏变化 如散瞳、出汗、心跳加强加快，血压升高、呼吸急促、血糖增高、凝血系统与纤溶系统处于激活状态等等。

由于痛刺激的性质、强度、持续时间以及作用部位不同，尤其是机体由于多种因素造成的反应水平不同，结果上述的心理和生理上所伴随的一系列变化也经常存在很大的差异。如急性危重病人(突发心绞痛、难产、严重外伤、出血等)心理反应主要表现是恐惧、紧张；内脏反应则以心血管、呼吸变化为主。心绞痛病人强烈的情绪反应往往会加重心血管系统的负担，从而使本来已经有病损的心脏病情更趋恶化，甚至可能造成猝死。慢性病人的心理反应主要表现是焦虑、抑郁；生理方面的反应则主要是植物神经系统功能紊乱，对消化吸收与代谢功能造成不良影响，致使身体营养状态恶化，影响健康的恢复。另外，由于长期慢性疼痛所造成的消极情绪，还可能引起内分泌紊乱和免疫机能低下。因此这样的病人如果疼痛始终不能缓解，情况会在不良情绪的影响下，越来越差，不断走向恶化。

大量实验工作证明，下丘脑、丘脑、边缘系统与情绪的发生和变化有密切关系，一般认为它们是情绪中枢所在。与此同时，痛觉的信息与这些部位也十分密切。所以不难看出，疼痛与情绪之间关系如此紧密是有其物质基础的。此外，上述的这些神经结构又是植物神经系统与内分泌系统的调整中枢。在产生痛觉及其情绪反应的时候，受植物神经和内分泌调节的一系列机能会出现相应的改变，这也是十分自然的。它们可以通过交感-肾上腺素系统、血管紧张素-醛固酮系统以及下丘脑-腺垂体-内分泌系统影响生理活动。

以上概略地从生理角度讨论了疼痛问题。正在这个基础上，人们习惯于用对待生理问题那样用刺激-反应的模式来对待疼痛，把损伤和疼痛之间用过于简单的办法来进行联系，以致造成许多对疼痛的模糊认识。就是这种损伤与疼痛的关系“1: 1”的看法，使许多问题都得不到解决。例如①心理性疼痛，这是一种没有任何器质性损害时感到的疼痛，绝非虚构或无关紧要，而是病人强烈感觉到的；②明显的躯体损伤而不感到或只感到轻微的疼痛；③安慰剂效应，痛觉可以被一些无关的物质所减轻或消除。如此等等。这些非常明显又大量在日常生活中或临床上出现的问题，使人不能不从生理范畴以外的更高水平来认识疼痛。也就是必须同时在生理与心理两方面来了解疼痛。

图 23: I 疼痛的闸门控制系统

四、闸门学说(gate control theory)

这是近年来比较热门的一种假说，它把生理学和心理学两方面的特征结合起来共同建立

疼痛模式。首先由 Melzack 与 Wall (1965) 提出, 经过 Wall (1978) 修改。尽管还存在一些缺点, 但是一般还是认为它符合可能存在的疼痛规律, 能解释比较多的疼痛问题, 尤其是比以前大大进了一步。

他们认为疼痛的产生主要决定于刺激所兴奋的传入纤维和中枢机能的特征。来自皮肤的疼痛信息, 可传至脊髓的三个系统: 即①后角中的胶质细胞区 (SG); ②后角中的第一级中枢传递细胞 (T); ③后索纤维向脑的投射。由这三个系统相互作用而控制疼痛的产生。传递疼痛信息的粗纤维 (L) 与细纤维 (S) 都可以直接投射到第一级中枢传递细胞 (T), 当粗纤维兴奋时, 可使 T 细胞发放冲动, 但粗纤维的侧枝同时使 SG 细胞兴奋, 反馈抑制粗纤维传到 T 细胞的冲动, 使 T 细胞放电停止。当细纤维兴奋时, 也使 T 细胞发放冲动, 同时通过侧枝使 SG 细胞抑制, 从而取消了对 T 细胞的抑制, T 细胞放电于是加强。因此细胞 T 就象一道闸门, 粗纤维兴奋使它关闭, 细纤维兴奋使它开放。此外, 中枢控制系统下传的冲动, 也能以突触前抑制的方式控制闸门的开关, 这样就可以理解心理因素对疼痛的影响。当 T 细胞的冲动发放达到阈值时, 就触发作用系统的活动。作用系统是接受 T 细胞冲动的较高级中枢结构, 包括两种成分, 即痛觉分辨系统与反应发动系统, 分别与痛觉和痛反应的产生有关。原作者的示意图可供参考 (图 23·1)。

第二节 心理社会因素对痛知觉的影响

从痛刺激阈值来看, 人和人之间几乎没有什么区别。当皮肤温度达到 45℃ 的时候, 大部分人都会引起疼痛, 47℃ 以上几乎都引起疼痛。不同人种, 如爱斯基摩、印第安和白种人之间的痛阈都没有显著差异。但是各人之间对疼痛能够忍受的程度, 以及所引起的反应则是显著不同的。其原因就是在于疼痛受心理社会因素的作用与影响。

一、社会学习

一个人在对疼痛的认识过程中, 社会家庭教育起着重要的作用。一个刺激会不会引起疼痛以及会引起怎样的疼痛, 往往和认识形成过程中所受的影响有关。一个家庭对外伤很重视, 轻微的破损就大惊小怪, 另一个家庭对外伤很不在乎, 甚至严重的外伤出不少血也认为没有什么了不起。这两种截然不同的观点, 必然会影响孩子对疼痛的认识以及感受和反应, 最能说明问题的是分娩, 这是人类繁衍后代的过程, 一般人都认为它伴随剧烈的疼痛。实际上, 至少在极大程度上这是被歪曲了的认识。正常情况下的人类分娩和哺乳类动物产仔应该一样, 都不伴随疼痛。但是在人类长期发展过程中, 由于各种原因, 分娩也常遇到困难, 分娩困难所造成的痛苦和危险, 给人们以可怕的印象, 也给正常分娩造成痛苦的错觉。经过社会的传播, 传统的教育, 逐渐就形成分娩疼痛的认识。就这样一次一次, 一代一代不断相传, 加上第二信号系统的歪曲, 有意无意的渲染与夸大, 再有不时出现的难产予以强化, 于是分娩伴随疼痛就成为公认不可动摇的信念。女孩子从小就接受分娩是疼痛的这种说教, 婚后又充分为此作好准备。一旦临产时, 子宫收缩很自然地就和预期的疼痛联系在一起, 并认为这就是“阵痛”, 接着就出现痛知觉和痛反应, 甚至又哭又闹, 喊叫痛得受不了。就这样, 本来和疼痛无关的正常分娩, 却紧紧地与疼痛联到了一起。显然, 这主要是由于被歪曲了的社会教育和错误的认识所造成。与此相反, 世界上也竟然有这样的民族, 在他们的传统影响下, 妇女分娩没有疼痛, 分娩完毕就立即下地劳动。更奇怪的是, 在分娩进行的时候, 她们的丈夫却感到是极大的痛苦, 在床上呻吟不止, 直到分娩完毕后很久, 还要继续在床上养息复原。从这些例子里不难看出, 疼痛和每个人所受的教育和影响有关。从某种意义上看, 疼痛是通

过学习得来的。

二、理解

在日常生活中，经常能见到这样的一些现象，同一或近似的刺激，由于对它含义理解不同，可以产生不同的疼痛体验。例如，孩子在游戏中，被人打了一下，他可以毫不介意，没有疼痛的感觉与反应。但是在另一个场合，因为做错了事，被父母同样打了一下，他会感到疼痛，哭泣，甚至逃跑。Beecher 在第二次世界大战时曾对重伤兵进行观察，当这些伤兵被送进医院时，只有 1 / 3 诉说非常疼痛，要求使用吗啡；其余的并不承认他们广泛的伤口有疼痛，或者只有很轻一点也不要镇痛药。可是在战后，象前面说到的伤势差不多的平民，有 4 / 5 感到有剧烈疼痛，要求注射吗啡，Beecher 认为，这是由于伤兵当时感到自己能从战场上死里逃生，已经是谢天谢地的了；而平民则认为自己倒霉透了，碰上了这样不幸的灾难。含义不同的理解，产生了对疼痛不同的感受。Pavlov(1928)用条件反射实验说明了一个很有意思的问题，他用强电刺激狗的一只前爪，狗出现剧烈的防御反应，但如果用食物和电刺激相结合，每次电刺激之后都给食物，逐渐地狗就会对电击作出完全不同的反应，电击之后狗不但不出现防御反射，相反，狗会流唾液、摇尾巴、热情地把头朝向食盘，电击不再引起疼痛而成为进食的信号了。含义的改变，体验和反应也都会相应改变。

三、注意

当注意高度集中于某一点时，其它方面包括疼痛即会处于抑制状态，这时候疼痛会明显减轻，或变得不明显。例如运动员在激烈的比赛中，不同程度的碰擦伤，往往都不引起注意，不感到有痛和不适，但比赛一结束，疼痛就开始出现，有时甚至到使人无法忍受的地步。再如脉管炎的病人和手术后的病人，他们的疼痛一般都是白天轻，夜间重，这也是注意被分散或集中起来的结果。

四、情绪状态

人的情绪状态在痛知觉中起重要的作用。焦虑常引起痛阈降低，这意味着疼痛更容易出现，更剧烈。相反在兴奋、欢快的情况下，疼痛会被抑制，甚至没有痛反应表现。如解放初期，浙南某些农村地区还流行一种所谓“扎肉灯”的迷信娱乐活动。用两盏灯笼，点上火，通过一根弯钉，扎挂在青壮年男子左上臂的皮肉里，然后平展双臂，进行长时间的游行，在兴高采烈十分欢快的气氛中，看不出有痛苦的感受和表现。同样类似的实例是，印度的某些偏僻山村，流行着一种“秋千钩(hook hanging)的活动。一个代表“神”的人物，用两把钢钩穿过他背部的皮肉，并借此用绳把他高高吊起，悬在一辆大车的木杆上，当车子在乡间小路上行进时，他可以用手把住悬绳以减轻钩子上的重量。当车子进入村庄，在欢庆的高潮中他伸开双臂向欢呼的人群祝福人丁兴旺，五谷丰登，看不出他有任何疼痛的表现，虽然他只有两把钢钩穿过背部的皮肉被吊在空中。

五、人格特征

人格也在痛知觉中起重要作用。一些较为脆弱或过于敏感的人，对弱的痛刺激，也能产生强烈的痛反应。Lynn R 与 Eysenck HJ 对一组学生进行疼痛耐性测定，发现外向性格，忍受性比较强。Eysenck G 对产妇进行研究，发现内向性格感受痛觉更早，更强。根据 Woudrow K 等人的研究，发现对疼痛的忍受，男性强于女性，白种人强于黑种人，黑种人又强于黄种人。说明疼痛和性别，人种也有一定关系。

第三节 疼痛的心理治疗

许多成功的经验已充分证明心理治疗对某些疼痛病例有十分显著的效果。由于心理治疗的种类很多，各有针对性，这里只作概略的介绍。

一、痛作为习得性行为的治疗

正如前面提到的，疼痛是在社会家庭环境中，在教育的影响下逐渐学会的。象分娩疼痛，就是习得性行为。既然疼痛可以通过学习得到，当然也可以通过学习改变或者消除。50年代初期，大举推行无痛分娩法的时候，用形象生动的宣传教育，使产妇分娩前充分了解生殖器官的结构与机能，胎儿在子宫中正常的位置，分娩过程中子宫的收缩，胎儿的推进以及产道相应的变化等等，使产妇事先作好了心理准备，同时也彻底推翻了原有的错误看法，重新建立了正确的认识。这样往往能取得满意的效果。经过教育和训练的产妇，可以不出现产痛。另外据文献报导，有许多“疼痛行为”，特别是慢性疼痛，可用各种行为训练技术进行治疗，特别是依情况而定法(contingency management approaches)。

二、暗示疗法

Beecher 曾经证明，严重的疼痛，象术后的疼痛，可以用“安慰剂”(通常是一些非止痛的物质，象葡萄糖溶液，生理盐水等等)代替吗啡或其它止痛药缓解痛苦，大约有 35%的病人在给予安慰剂之后，有显著效果。关于这方面的机制，还不很清楚，但是有许多证据表明其中很可能有内啡肽在起作用。一般认为，安慰剂效应就是暗示作用。国内许多医院在治疗中早已应用各式各样的安慰剂。使用中必须伴随足够的暗示，一定要使病人相信在使用了所谓的“镇痛剂”(实际上是安慰剂)之后，体内就会有镇痛过程在进行，这样才能有效。60年代初期，美国轰动一时的“听觉麻醉”(audio analgesia)也是一个很有趣的例子。当时风行使用一种仪器，发出一定频率的音波，通过耳机传送给牙痛患者，在这样的情况下拔牙或手术，可以不痛。但后来发现这种办法并不可靠，有人有效，有人无效。经过实验室研究证明，这样的音波并没有止痛的作用。最后终于发现，如果是有名望的医生或者能为病人所信服的医生，这办法就有效，而无名之辈，又不作任何说明或解释，就无效。实际上那有效的部分，就是暗示疗法的效果。对于暗示疗法的效果，人群之间也存在很大的差异，这主要取决于两方面：一是个人接受暗示的程度(与人的素质、性别、年龄、性格、文化程度、心境和健康状况有关)；另一是给暗示者的被信任程度(与地位、名誉、身份、威望有关)。因此，很好地运用这两方面的因素，通过暗示治疗疼痛也可能收到良好的效果。

三、生物反馈疗法

临床证明生物反馈对血管性偏头痛有较好的疗效。Olton(1979)报导一位 21 岁的女大学生，偏头痛已一年多，平均 1~2 周发作一次，每次持续数天，手温 74 o F。进行右手食指升温训练，给听觉反馈(于升温高时，音调升高)和视觉反馈(显示皮肤温度精确到 1 / 10 oF)，每次训练 20 分钟，每周两次，共 20 周，同时还配合每天 20 分钟放松训练。训练结束时，她自觉充实、放松、精力充沛，不但自己双手温暖，朋友们也认为她换了一双手。平时手温达 90 oF，通过训练 10 分钟手温可再升 5 oF。以后连续坚持家庭训练，一年后复诊，手温 94 oF，一年内仅发作两次偏头痛。Reading, Turin(1976)分别报导了有 40 年和 50 年偏头痛史的病人，服多种药物治疗无效，经过手温暖训练也取得满意的效果。Koppman(1974)报导用颞动脉搏动反馈技术治疗偏头痛。通过安放在颞动脉表面的传感器将搏动的振幅反馈给病人(通过光电容积描记器)，训练病人降低颞动脉搏动振幅(使颅外动脉回缩)，这样也可以缓解偏头痛发作。

四、松弛疗法

这是通过心身放松而达到治疗目的的方法。已证明它对因紧张、焦虑等情绪引起的发作

性头痛有效。这种头痛由头颈部肌肉持续性收缩而引起,因患者的情绪变化,头痛反复发作,止痛药很难奏效。Budzynski 等人对 18 名有 6~9 年头痛史的病人进行研究。受试者分成三组,一组经病因解释后,用肌电仪进行头颈部肌肉放松反馈训练。经过训练,头痛显著减轻。经过三个月的随访,发作频率和强度比训练前都有明显减轻,用药减少,而且可以不通过仪器使自己肌肉放松已成为习惯。而其余两组(作为对照)都未见好转。Cox(1975)报导了 9 名紧张性头痛病人,病史在 11~39 年,其它治疗都无效。经过前额肌放松训练(通过肌电反馈),每周 2~3 次,每次 30 分钟,并配合家庭训练,一般 1~2 月就见效。治疗前平均每周头痛 95 小时,治疗后可下降到 31 小时。

五、其它心理学控制疼痛的方法

除了上述常用的方法外,也可以通过自我控制、脱敏、奖惩等等办法来治疗慢性疼痛。同时也必须提出,心理学的方法并不排斥药物的止痛,有些场合可以并用。

(镇江医学院 陈演江)

主要参考文献

1. 韦曼 J(徐斌等译)·作为模式的疼痛·医用心理学大纲·苏州医学院, 1985
2. 拉克曼等·疼痛·医学心理学·大连医学心理学专业组, 1983
3. 李洛英·痛觉生理及痛觉学说·疼痛·吉林医药 1975; 2
4. 张苏范等·头痛的生物反馈治疗·生物反馈·北京科技出版社, 1987
5. Melzack R·The psychology of pain·The Puzzle of Pain, 1983
6. Norton JC·Pain·in Norton JC·Introduction to Medical Psychology·NY: Free Press. 1982
7. Vingoe FJ·The psychology of pain·in Vingoe FJ·Clinical Psychology and Medicine·Oxford: Oxford Univ Press, 1981
8. Keefe FJ·Assesment of headache·in Keefe EJ & Blumenthal JA eds·Assessment Strategies. in Behavioral Medicine·NY: Grune & Stratton, 1982

第二十四章 康复心理

第一节 康复医学与康复心理学

康复心理学 (Rehabilitation Psychology) 几乎是与康复医学 (Rehabilitation Medicine) 同时出现的一门医学心理学分支学科。

“康复”一词原意为躯体功能的恢复。第一次世界大战时期，战伤造成了大量残废者。在西方政府有关机构的支持下，开始出现许多康复服务机构，目的是帮助伤残者尽可能的恢复工作和生活能力。因此，早期的康复服务机构，主要是使用矫形手术和各种理疗的方法，其服务对象主要是因伤致残者。二次大战期间，在 Rusk HA 等的努力下，康复医学成为美国医学的一个独立专科。由于伤残者往往存在心理行为问题需要心理学家的帮助，因而在战后，同时出现了康复心理学的工作机构和组织，成为心理学的一个部门。

目前，康复医学的概念已明显扩大。从工作目的来看，康复医学要解决患者的躯体功能，心理功能，社会功能的恢复或适应；从工作手段来看，包括手术的、理疗的、体育的、环境的、心理行为的各种技术的应用；从工作对象来看，除因病、因伤而导致的躯体或心理功能障碍患者外，还包括慢性病病人的身心恢复过程和老年人的某些心身问题。康复心理学就是要研究解决上述医学中的各种心理行为问题。因此，康复心理学又可被看成是康复医学的分支。

国外从事康复心理学工作的心理学家其知识结构是属于混合型的，他们来自各种心理学机构。Ince LP(1974)认为，康复心理学家主要从事的工作是促进患者适应工作，适应生活和适应社会的过程，从而最大限度地减轻患者终生残废的程度。

康复心理学的研究内容可包括以下几个方面：

(1)行为和伤残的关系，包括行为因素对伤残发生的影响和伤残对个体心理行为的影响及其适应过程。例如研究哪些心理、社会、环境及行为因素易造成伤残，如何改造环境、改造行为模式以减少缺陷，失能和残废的发生，研究伤残者或慢性病人的心理行为反应及其适应过程，从而为及时正确地给他们以心理学的帮助提供依据等等。

(2)对伤残者和慢性病人开展综合性的社会服务即临床咨询工作。这项工作重点是给患者以心理支持，特别是帮助他们克服紧张、焦虑、抑郁等常见的心理问题。还要帮助患者进行认识重建，即认识个人、认识社会，协调人与人、个人与社会之间的关系，从而使他们能在新的起点上适应工作、生活和环境，减少因伤残而造成的痛苦和不安。对某些急性致残者，心理咨询的重点是危机干预(crisis intervention)，以帮助某些患者度过短期内出现的情绪危机。

(3)开展各种心理行为治疗技术的应用。各种心理治疗技术几乎都可以在康复医学中得到应用，其中行为技术的应用最为普遍，例如自我调整疗法、松弛训练，生物反馈、运动疗法、气功疗法等等。生物反馈技术在康复治疗中应用潜力很大，许多躯体功能损害有希望通过生物反馈训练得到不同程度的康复。

集体心理治疗在康复医学中有特殊的意义。许多具有类似问题的伤残者，集体或定期集中接受心理治疗，患者在治疗过程中互相交流治疗经验和心得，会有利于获得良效。更重要的是集体环境中的社会支持作用和社会促进作用，即每一个成员都可以得到其他成员心理上的支持和鼓励，这将有利于患者在整个治疗过程中保持稳定的情绪相坚定的信念。对于慢性

病人和老年人的康复问题，集体治疗也具有同样的积极意义。

(4)康复心理学还负责康复的心理评定工作。这项工作要使用各种心理测量手段，包括各种智力测验，各类人格测验、态度测验，以及职业指导方面的各种测定等(Martin P, 1980)。

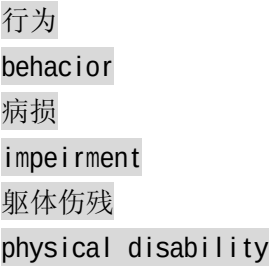
康复心理学在我国具有广阔的前景。我国各地现有大量疗养和康复机构，中国传统医学中又包含有丰富的行为康复内容，这些都为我国今后康复心理学的发展提供了雄厚的基础。在我国社会主义制度下，随着我国人民对健康要求的提高，具有中国特色的康复心理学体系一定在不久的将来出现。

康复心理学的工作内容与医学心理学在许多方面有交叉，有关章节已作了较系统的介绍。下面两节仅集中讨论伤残的行为问题和康复运动锻炼的心理作用问题。

第二节 伤残的心理行为问题及处理

伤残是由具体的病损所造成。同时伤残本身又会使个体在生活、工作、学习上发生困难，影响家庭，影响个人理想和前途，伤残人还面临周围人们对他(她)态度的改变(如同情、怜悯、讥笑等)，结果，伤残本身也会产生一系列心理行为方面的问题。但是，康复心理学认为上述病损、伤残、行为问题，三者之间并不是简单的直接因果关系，而是一种互相作用互相影响的交叉因果关系。Martin P(1980)将这种关系以简单的模式加以表示(图 24·1)。例如，一般来说伤残造成了行为问题，前者是因，后者是果，但是许多行为因素也可以是机体病损和伤残的原因，此时的因果关系已倒过来。在某些情况下，例如大脑病损，既出现躯体功能的丧失如平衡障碍，又出现行为方面的改变如记忆丧失，此时躯体伤残和行为改变(心理上的伤残)同属病损的直接结果。同样，病损和伤残也并非是平行的关系，同样程度的病损，伤残程度有的较轻，有的较重，而且伤残作为结果，在一定程度上会反过来影响病损的发展，例如因活动不便，肌肉废用性萎缩，会加重关节病变的发展。

图 24·1 行为与伤残的关系



一、心理行为因素对伤残的影响

伤残的发生有多种原因，包括先天的缺陷、疾病、各种事故等。心理行为因素在这些伤残原因中分别起着不同的作用。

在某些伤残的发生中，心理行为因素起着直接的作用。例如，许多自杀自伤造成的伤残，其原因往往是心理方面的问题，包括生活挫折、情绪抑郁等。许多“危险行为因素”如酗酒、行为暴躁，常可导致意外的事故伤害。调查还证明，一定行为特征的人，例如神经质者，其伤残发生率相对比较高(Martin P, 1980)。值得注意的是，某些行为问题在伤残出现后仍可继续存在，从而进一步影响康复过程，或者可能由于伤残而使这些行为问题变得更为严重和复杂。

在躯体疾病致残病例中，心理行为因素有时也可影响伤残程度。例如许多研究证明，类

风湿性关节炎常发生于某些严重的心理应激之后，包括家庭成员重病或死亡、事故、婚姻不和等(Martin P, 1980)。个性特征对伤残及其康复过程也有明显的影响，个性坚强的人在同样严重的病损中所造成的伤残程度可能轻一。

此外，行为强化因素对伤残程度的影响也不可忽视。例如病人由于躯体病损造成一系列疾病行为反应(或疾病角色表现)，包括活动减少、呻吟和痛苦表情、忧郁沉默等。这类行为反应如果在康复期受到不适当的强化，诸如亲友们对患者的表现不断表示注意和同情，或者长期不让患者参加可能的活动等，结果就有可能将这类依赖行为(dependent behavior)固定下来，成为伤残的一部分表现。这一类现象常见于慢性疼痛患者，许多人甚至在原发病区已不再能找到任何客观证据证明病变仍存在的条件下，疼痛行为(pain behavior)仍继续存在，造成伤残(Fordyce WE, 1976)。

总之，凡是心理的、社会的和环境的各种因素，都对伤残的发生有程度不等的影响(Bishop DS, 1980)。

二、伤残引起的心理行为问题

伤残对个体心理的影响显而易见，在少数突然致残的患者中，这种影响甚至可以是致命的。但对大多数患者来说，因伤残引起的心理行为问题也有一定的规律。认识这种规律，对于帮助患者顺利度过康复期有实际指导意义。下面根据阶段学说，对伤残的心理行为问题及其过程作简要的讨论(Grzesiak RC、Zaretsky HH, 1979)。

突然发生的伤残事实，往往使个体陷入严重焦虑状态。由于心理上的防卫机制，不少患者会产生“否认”心理，觉得“这是不可能的”，“这不会是我”。在预后上，患者往往向好的方面想，即使只有百分之一的希望，也觉得这“百分之一”应该是我的。这种否认心理对应付情绪危机有一定好处，但是毕竟只是暂时起作用，长期的“否认”将会影响康复计划的实施。

当患者意识到伤残已成为不可避免时，心理上可能会转向愤怒。此时患者可表现焦虑烦躁，对自己、对他人均可产生无名的怨恨情绪反应，严重者不能自制可发生毁物行为。不讲道理，不愿与医生合作等情况也可发生。医护人员认识患者的这种“愤怒期”反应，有利于正确处理医患问题。

患者的焦虑反应往往会很快被抑郁反应所取代。抑郁心理在大多数伤残病人中有所存在，主要表现情绪低落，自信心丧失。这一阶段时间较长，对康复的成功与否有重要意义，因为处理得好，患者心理上可进入适应期，处理得不好，不但影响躯体功能的恢复，而且可能产生严重后果，例如少数人出现自杀动机。因此，医护人员应及时地在心理上给患者以疏导和支持，激励他们振作精神，面对现实。

伤残患者经过一系列心理上的抗争，最后终于接受了事实，于是新的人生目标被确立，自尊心和自信心增强。严格说来，这一阶段主要不是心理功能的复原，而是心理行为上的一种适应。

三、伤残患者某些行为问题的处理

处理伤残患者的行为问题，应采用综合的心理行为措施。不论何类伤残，因何致残，医护人员都应以认真负责的态度在精神上给以支持和鼓励，这是最基本的处理方案。

(一)心理危机

突然致残会给一些人造成心理危机。患者表现恐慌和不知所措、态度被动、不思饮食、睡眠障碍，甚至处于意识朦胧状态。此时，医护人员应采取积极措施，帮助患者度过危机。

Fordyce WE(1971)建议，对突然致残而处于心理危机状态的患者，可采用以下三种处理

方式。

首先应分散患者的注意力，争取时间等待其积极心境的出现。此时，可鼓励患者进行一些简单的操作训练，并告诉他这种训练将为整个康复计划作准备。

其次，将患者注意力吸引到那些经过努力较容易达到的目标上。例如右手伤害，先不考虑其功能的恢复，而是先让患者训练用左手吃饭。一旦训练成功，患者易产生成功感，并容易得到周围人的注意奖励(reward of attention)。

第三，心理危机时患者容易受别人的影响，并倾向于效仿周围人的行为，因此医生应在患者面前表现自然、镇静和有信心。对那些不能控制自己感情的亲友，暂时不应让其探望。

(二)抑郁和自杀倾向

轻度的焦虑和抑郁，是伤残患者在一定时期内经常出现的一般性行为反应。但如果产生严重的抑郁而不能克服，常会产生自杀意念，必须及时发现和处置。

首先是辨别自杀倾向。患者重复叨念“我还是死了的好”，而且语调悲哀以及表现孤独等，应引起医生的重视。但要注意，有的人在一定时期也会偶然讲这句话，相反，有的患者虽有自杀企图，却能伪装。

对有自杀倾向的患者，要设法通过支持疗法使其建立起生活动机，使其对伤残条件下也能创造良好前景抱有信心。可以让同一类伤残患者住在一起，形成病房小组(word group)，通过与小组内心理条件良好的成员的经常性接触，能提高其他患者的康复动机和自信心。

自杀动机通常是抑郁的发展结果，因此关键是处理好抑郁情绪。医生应针对患者存在的各种问题作深入的解释，说明那些功能可在今后得到恢复或补偿，那些将会继续存在。这种实事求是的态度将会使患者对医生产生信任感。在此基础上医生应鼓励患者面对现实，提高信心。但必须注意，医护人员不能在患者面前经常提起或暗示有关自杀问题。良好的环境气氛对于克服抑郁心境也有帮助，明亮的光线，美好的图片等有利于消除孤独感。

(三)依赖性

依赖性会严重影响康复目标的实现，因此在康复过程中应始终注意防止其形成。

伤残早期出现的依赖现象，一般在病情趋于稳定以后会自行消失。但是也有一部分患者在病情好转后反而更趋明显，形成依赖性，严重影响进一步的康复。依赖性实际上是一种习得性行为反应模式，此时患者对康复训练不感兴趣，对自身健康不负责任，安于接受亲友和护理人员的生活服务。

在康复医疗过程中，应及早地制订渐进性康复训练计划，医护人员应根据病情及时督促和鼓励患者进行行为训练，通过缓慢的行为强化过程，将能够有效地防止和克服依赖性的形成。

第三节 康复运动锻炼的心理作用

运动锻炼(exercise training)是常用的一种积极康复手段。研究证明，合理地使用运动锻炼程序，对许多伤残患者有良好的心身康复作用。即使是内脏疾病如高血压、冠心病、糖尿病、慢性肾脏疾病等康复期病人，运动锻炼也有一定的改善脏器功能和调节心理行为障碍的作用(McMahon M, 1985)。本节集中讨论康复运动锻炼对心理行为的调节作用。

一、运动锻炼的抗紧张焦虑作用

根据近些年的研究证明，不论正常人还是病人，参加运动锻炼能减轻紧张焦虑症状。这可以通过个人主观上的报告和通过对客观观察记录结果的分析得到。

Tharp GD(1975)使用行为和心理问卷的方法证明,通过运动锻炼能使个人主观上的紧张焦虑体验减轻。deVries HA(1972)则使用肌电活动记录等指标,证明中等强度的散步、慢跑、骑车、登高运动 5~10 分钟,可从客观上降低个体的躯体紧张性,这种作用可以持续至少 1 小时。同样,A 型行为类型的个体在经过较强烈的骑车运动后,其脑电 α 波也有短时的增高。Bolog L(1983)分析认为,上述现象是由于运动锻炼后使中枢神经产生了松弛反应,并不是疲劳现象。

Schwartz CE(1978)曾对运动锻炼和冥想训练(meditation)作了对比研究,结果每周慢跑 3 小时共达 6 个月的被试其躯体紧张降低较明显,而与此对应的冥想训练者,其焦虑的认知症状即烦恼程度改善较明显。这一结果指示,某些以躯体症状为主的焦虑患者,可选用运动锻炼方法,而以自我感觉症状为主的患者也许选用冥想训练更合适(Collingwoog TR, 1983)。

此外,Falkin GH(1981)认为,由于运动的抗焦虑作用,因此可以将其作为一种积极的心理应对方法使用。

关于运动抗焦虑的机理尚不很清楚。有人用注射乳酸盐的方式诱发了焦虑神经症病人产生恐惧症状,似乎说明运动锻炼造成的乳酸盐升高对焦虑症状不利。但实际上 Margan WP(1979)用剧烈运动锻炼方式使被试血中乳酸盐升高 10 倍,也未能使正常人或者有焦虑倾向的人产生恐惧症状。相反,使用长期慢运动锻炼法却能治疗恐怖症(Driscoll R, 1976)。目前普遍认为,运动抗焦虑的原因可能与以下几方面因素有关:①运动锻炼过程能分散个体对焦虑原因的注意;②运动能对抗焦虑症状的知觉过程;③促进对引起焦虑症状的原因进行再评价(Walsh R, 1980)。总之,运动锻炼抗焦虑作用的机制主要属于心理行为方面。

二、运动锻炼的抗抑郁作用

目前认为,中等强度的长期运动锻炼能治疗非精神病人的抑郁症状,患者在锻炼期间抑郁症状的减轻可与躯体康复过程相一致(National Institute of Mental Health, 1984)。有不少人认为,这种抗抑郁作用可以与心理治疗或心理咨询的作用相媲美。Jeffersn JW(1982)认为,由于运动锻炼不会使抑郁症状变复杂,没有其它心理上的副作用,故是一种安全的对付抑郁的康复手段。

许多研究证明,心肌梗塞康复期所出现的抑郁倾向通过运动锻炼可得到减轻,虽然这种作用可能是暂时的,但也有人证明这种抗抑郁作用可以持续 2~4 年(Stern M, 1981;Kavanagh T, 1977)。运动锻炼也有利于克服外科疾病伴发的抑郁症状。Griest JH(1979)甚至还认为,跑步锻炼可以治疗精神病人的抑郁症状,在一年随访中,病人基本保持疗效,而对照组使用心理治疗法,却有半数人需重新接受治疗。

运动锻炼抗抑郁症状的主要原因是由于运动提高了患者对自己身体的自信,以及克服了久病造成的依赖性(Ewart GK, 1984)。由于运动锻炼通常在门诊处方,故运动锻炼期间广泛的社会接触,也有利于发挥社会强化(social reinforcement)作用。此外,患者对良好结果的期望等,也都可能与运动锻炼的抗抑郁作用有关。

三、运动锻炼的其它心理行为效益

中等强度的运动锻炼能改善老年人的认识功能;这与上述有关运动抗紧张焦虑、抑郁,以及改善自我评价等方面作用没有联系。

Spiriduso W(1983)测定经常参加运动锻炼的老年人的反应时和反应速度,结果比同等条件的静居老人快得多。经常参加中等强度运动锻炼者,其职业操作也有明显改善(FieldingJE, 1982)。

中度运动锻炼,还可有主观感觉上的睡眠增加(Baekeland F, 1970),以及客观测量方面的慢波睡眠增多(Horne JA, 1981)。

Gillespire WJ(1982)通过生理和心理测量方法研究证明, A 型行为可通过长期运动锻炼在一定程度上得到改造。最近一个研究认为运动不但使 A 型行为得到改善,而且这种改善与体内代谢过程变化相一致(A 型行为伴有相应的生理生化改变)(Rejeski WJ, 1984)。由于至今还没有关于运动锻炼反而增加 A 型行为特征的报告,故目前倾向于将运动锻炼作为心肌梗塞康复期 A 型行为改造的一种手段。

经常参加运动锻炼还可产生欣快的自我体验(Berger BG, 1983)。这是一种积极的心境,对康复很有利。据经常跑步锻炼者报告,他们之中至少有 10~78%在运动时产生欣快感。造成欣快体验的原因可能是综合性的。上述提到的运动锻炼造成心理生理性松弛反应可能是基本原因;运动使身体外周温度升高也促进松弛反应;各种激素和神经递质的变化,也可能与欣快感的产生有关(Dishman RK, 1985)。由于欣快感是一种体验,故还与其它心理和社会因素的相互作用分不开。

总之,康复运动锻炼虽然尚在深入研究之中,但其对心身的积极作用则是肯定的。它作为疗养康复计划的一部分,特别适用于那些与心理行为有联系的临床症状的纠正。另外,运动锻炼也有一个适应症和运动剂量的问题,在指导和实施运动治疗时都必须予以注意。

(浙江医科大学 姜乾金)

主要参考文献

1. 中国康复医学研究会(主编)·康复医学·人民卫生出版社, 1984: 427-432
2. 姜乾金等·康复期病人的集体心理治疗(517例)·中国心理卫生协会特群专业委员会首届学术会议·苏州, 1987
3. 姜乾金·心肌梗塞康复期病人若干性心理问题-中国康复医学杂志, 1988; 8(5): 232
4. 姜乾金等·集体心理咨询和行为训练对手术康复的影响·心理科学通讯 1988; 2: 34
5. 王纯炎、姜乾金·疗养心理·现代疗养学·军医出版社, 1988
6. 姜乾金·伤残病人康复期心理行为问题·中国康复 1989; 4(1): 27
7. Martin P·Psychological aspects of physical disability·in Nichols PJRed·Rehabilitation Medicine, the Management of Physical Disabilities·2nd ed·Boston: Butterworth Inc. 1980
8. Symposium On Medical Aspects of Exercise·Med Clin N Am 1985; Vol 69(NI)
9. Ince LP ed·Behavioral Psychology In Rehabilitation Medicine: Clinical Applications·Baltimore / London: The Williams & Wilkins Co. 1980
10. Bishop DS ed·Behavioral Problems and the Disabled. Assessment and Management·Paltimore / Londo: The Williams & Wilkins Co, 1981

第二十五章 老年心身医学

第二节 老年人的心身反应特点

随着社会经济的发展,科学技术的进步和文化水平的提高,人类平均寿命日渐增长,老年人在社会人口中的比例也逐渐增加,社会年龄结构逐渐老化。人口的老龄化,一方面固然标志着社会的进步与发展,但另一方面也带来一系列医疗保健和心理社会问题。因此,开展老年心身医学及老年保健的研究,是疗养与康复医学的重要课题。

对老年人来说,他们是社会中生物性适应能力、心理性适应能力和社会性适应能力最弱的一个群体,容易受到内、外环境变化的冲击,最易引起急性或慢性应激反应,从而导致心身紊乱,或形成心身疾病。

一、正常衰老

衰老本身不是一个疾病概念。所谓“正常衰老”系指年龄增长到一定时期,一般指 60 岁或 65 岁以上,老年人全身组织器官自我更新,自我复制的速度减慢,表现出各脏器功能的衰减。根据医学心理学观点,人体被当作一个纵横交错的立体网络系统,既由特定的细胞、器官、脏器组成各个功能的纵向结构,完成特定的生理功能;还有各系统功能的横向联系,相互制约、相互协调,构成整体活动;同时还从上至下以神经、内分泌和体液免疫系统做垂直的调节,随时调整各个功能系统活动和平衡,其中脑在各个平面上起着全面的统一协调的作用。

脑的结构和功能,随年龄增长而衰变,据报道:“老年人的脑的大小和重量比成年期高峰值降 7~8%属正常的安全效应范围”。脑衰老的初期表现,在于神经元树突的分支减少和变短,以后,神经元数量减少,神经传递速度减慢,选择性兴奋和抑制功能越来越差,使各兴奋点之间相互干扰的机会增多。此时表现出诸如躯体感觉和特殊感受器(视、听、味觉等)的敏感度降低,肌力减退等早期行为退化效应。近代有人采用代谢酶生化测定,发现老年人代谢酶的活性普遍降低,近年还有人用 X 线电子计算机断层扫描(CT)观察老年人的脑,发现脑室扩大,证明老年人的脑的确存在一定程度的萎缩倾向。伴随着脑的老化,全身各器官功能也随之减弱,表现骨质疏松,血管弹性减退,肺活量减少,内分泌调节功能降低,免疫功能下降等。以上是正常衰老的生物学基础。所以,老年人常体验到有许多躯体症状,如动作变得笨拙,行动迟缓,步履蹒跚,耳聩目聩,口中乏味,感觉麻木迟钝,言语含糊欠清等。这些变化虽属非病理性的,但影响到老年人的心身健康。

当然,不同的个体衰老的情况会有很大差异,躯体衰老和心理衰老之间也不都是平行关系。有些高龄老人仍能保持较强的生活和工作能力,具有广泛的兴趣,有高度的创造性,而有些人则未老先衰较早呈现躯体和心理的衰老现象。

二、老年人的心理应激

(一)老年人心理应激反应特点

老年人的神经调节机能差,心理应激时会导致心身紊乱。老年人在心理上如何对应激源作出反应,与他们的个性心理特征、过去的应对经验及生理衰老和心理衰老程度有关。一般来说老年人对心理刺激的敏感性较高,情绪体验和伴随的生理反应深刻而持久。而且对同一刺激,年轻人与老年人的情绪反应,其种类和强度也不一样,故可导致不同的生理、生化改

变。例如老年人对别人的死亡容易引起伤感和恐惧，年轻人则不然。另外，老年人体质差，常患有多种慢性病，对躯体刺激和心理社会因素刺激的认识评价下降，往往容易歪曲外界刺激，甚至对任何刺激都感到不愉快，老年人对心理刺激的反应常常表现为应激时的消极的情绪反应和行为反应，如情绪低落、失望、抑郁、愤怒、激动和无能为力状态等。如果长此下去，必定会伴随出现一系列植物神经反应及内脏机能变化。当这些变化是可逆的时候，尚属心理应激，当这些变化成为持续的不可逆的病理性的变化时，就成为心身疾病。

(二)老年人心理应激的临床表现

1. 急性心理应激的临床表现与普通人的急性应激反应类似，但相对比较严重，且缺乏规律性，可包括急性焦虑反应、血管迷走反应和过度换气综合征等一系列的心身反应症状。例如烦躁不安、头昏、晕厥、虚弱感；心悸、血压升高或相反下降而虚脱；呼吸困难或过度换气而致呼吸性碱中毒；出汗、面色苍白等。

2. 慢性心理应激的临床表现。老年人慢性心理应激较常见，常因长期生活不顺心而引起。其症状表现以神经血管性虚弱症状为主，包括稍活动就出现心悸、心慌、胸闷、胸痛、血压升高等。这些症状可能与老年人肾上腺髓质等内分泌腺功能的不足有关。老年人常见的慢性疼痛，如腰背痛、腿痛、紧张性血管性头痛，以及全身不定位的疼痛，其病状的严重程度往往明显受心理社会因素的影响，因而也可被看作是慢性心理应激的临床表现。老年慢性心理应激的病状表现还包括多梦、失眠及情绪抑郁等心身障碍。

第二节 老年病人的心理行为反应

一、老年人患病后心理行为反应的来源

(一)来源于临床

1. 疾病本身 老年冠心病患者，常处于紧张、焦虑状态，特别是有过心肌梗塞症状后常有悲观、抑郁、恐怖、怕死的情绪。老年癌症患者，表现消沉、痛苦、抑郁、绝望，特别怕孤独，在临床上，夜班护士经常可以发现这类病人的睡眠不好，随时打信号灯找护士，也有病人莫名其妙地在病室门口站着，就是因为他们有严重的孤独感，希望有人陪伴，想与医务人员说几句话以得到心理上的安慰。

2. 对疾病的认识评价不当 由于老年人对应激源估价常过分严重，老年病人较易出现消极情绪反应。

3. 对各种辅助检查的恐惧，产生痛苦和不安感 老年病人对诸如胸穿、腰穿、X光拍片、脑血管造影、内窥镜等临床检查容易产生痛苦体验。

4. 环境的影响 老年人由于多年的生活习惯不易改变，住院环境对其心理影响较大。同时，由于医院的规章制变，不可能经常有家人陪伴而产生与亲人分离感或被隔离感。

(二)来源于个体

老年人生病后的心理挫折比躯体障碍更严重，特别是丧失生活能力需要他人护理者，老朽感就油然而生。老年人表示自己身体健康的指标是有料理日常生活能力，一旦患病后对别人的依赖增多时，自身价值感即受挫而产生烦躁不安。

二、老年人患病后的心理防卫特点

1. 退化作用 用幼时的方式来对待困难，满足欲望，是部分老病人的重要行为特点。如有的老年人患病住院，经治愈后本应该出院而不愿意出院，怕出院后病又复发、怕出院后担任起成人的责任。即使是饱经风霜的老人，在生病时常爱呻吟，甚至在痛苦时要喊妈等，

而且希望有人捶背捶腿，渴望家中亲人或医务人员和他(她)们聊天。

2·合理化作用 无论躯体疾病或心理疾病，从疾病形成到病人自己觉察而就诊，其间有一个自身症状的自我认知过程，由于老年人感觉功能减退，患病后容易把疾病的早期症状，以合理化方式加以解释，表明自己不会得重病，例如把心悸、气喘等症状均归结为自己老了的現象，因而贻误了治疗的时机。

3·升华作用 一般文化及道德修养较高的老年人，得知自己患了不治之症后，常是抓紧时机去完成他们此生欲了的事情，如继续完成他们正在从事的工作(科研项目、写作任务或其它工作)。这类老年患者往往平素乐观、开朗，加之有上定的社会和家庭支持作用，有利于延缓疾病的恶化，但在一部分病人身上可能会因此而影响及时的治疗。

三、老年病人恢复期的依赖心理

老年人患病后常被消极情绪笼罩，病人的意志力可被削弱，产生依赖性。以老年人常患的冠心病而言，心肌梗塞后，心肌疤痕组织在 5~6 周已完全形成，而老年病人心理上的健康感觉，似乎需要 2~3 个月或更长的时期才恢复。此期间的自觉症状主要是虚弱。老年病人总是把虚弱归之于疾病的损害，而实际上这正是老年患者意志衰退、长期卧床所致的肌肉萎缩和各器官缺少活动的结果，病人越不愿活动，虚弱感觉就越严重。针对老年病人恢复期的上述心理特点，医务人员应以科学的态度向病人说明病情已好转，并尽量给他以支持和鼓励，帮助其克服依赖心理。

四、老年人用药的心理行为反应

在老年人用药过程中，药物的心理效应表现得比较突出。老年人服药很重视药物的名称、装璜、颜色、剂型及价格等。故医务人员给老年人病人配药时，应根据病人的文化程度、疾病状况等，对药物的药理作用作一定的解释或暗示。有的老年病人爱问“这是什么药？”“这药有什么作用？”医务人员应以亲切的口气，巧妙地回答：“这药治您的病很有效”，“您服了这药后会感到很舒服”，“您服后疼痛会减轻”等，将会使物的生理与心理效应达到最佳的结合。此外，还应注意老年病人对药物的降解作用及排泄作用减少，易产生各种副作用其中包括心理症状。例如利血平、左旋多巴、甲基多巴、皮质类固醇、巴比妥、苯丙胺、安定及利眠宁等都可以引起抑郁症状，在临床中应予以重视。

第三节 老年脑血管病的心理社会问题

急性脑血管疾病(中风或卒中)，是老年人的常见病，多发病，病情重、死亡率高。国内总结十年来有关神经科进展报告(1978)，脑血管疾病的自然人口发病率约为每年 79·16~188·3 / 10 万。在自然人口死亡率中：日本以卒中占首位，美国则卒中为第三位，仅次于心脏病和肿瘤，我国也有不少地区占首位。因此，受到全世界人们特别是医学界的普遍重视。

一、脑血管病发病的心理社会和行为因素

原发性高血压、动脉粥样硬化是脑血管病最常见的直接原因。因而凡是与高血压病发生有关的心理社会因素，也同样与脑血管病的发病学有关(详见 26 章)。已有文献报告，A 型行为类型的人，其患脑血管病约为 B 型行为类型的人的 4 倍。可见，A 型行为可谓也是脑血管病的发病危险因素之一。 脑血管病系由情绪因素所诱发，可因兴奋激动如过年过节、家人团聚；或因生气、吵架表现愤怒；或忧虑和过度疲劳等而起病。总之，心理——社会因素在脑血管病的发生、发展上有着重要的作用。

二、中风偏瘫急性期心理和对策

急性期患者多有意识障碍,对外界各种刺激反应降低,此时医务人员的主要工作是抢救。当病情好转意识逐渐清醒时,病人知道自己中风险面临死亡的威胁,常表现恐惧、痛苦而流泪,此时,病人常从医务人员及家属的面部表情、言谈举止来判断自己病情的轻重。医务人员应绝对保持镇定的情绪,一方面对患者进行安慰与鼓励,让他们看到光明和希望;另一方面对其家属应以委婉的语气告知患者病危的信息,同时给予精神上的支持。为了防止家属在病人床旁嚎啕痛哭或流露出过分悲伤的心情,可安排家属在病室外休息,待情绪稳定后才去探望和安慰病人。

三、中风偏瘫稳定期老人的心理和对策

当病情稳定,抢救工作告一段落后,患者清楚地意识到自己是失去自主的、完全需要别人照顾的、无用的瘫痪病人,心理上突出的表现是无价值感和孤独感。在老年病人中,有些人把死亡看成是不可避免的自然规律,思想上早有准备,中风瘫痪后自己活着痛苦,又连累家人,不如死了更好。结果表现抗拒检查和治疗,烦躁不安,极不合作,经常用未瘫痪的手抓扯鼻饲管或拔去输液针等。有的老年中风病人的情感变得幼稚起来,甚至象小孩一样,为不顺心的小事哭泣,为某处照顾不周而生气。但是,更多老年病人突出的要求是被尊重、被重视。根据老年心理调查,老年人需要敬重与需要健康同等重要。

鉴于稳定期病人存在各种心理问题,心理治疗和护理工作就显得非常重要。医护人员首先要表现出对病人的尊重。对他们称呼必须有尊敬感,最好不要直呼名字,说话要不怕麻烦,可多谈谈他们的往事,如病人感到医务工作者理解他,就会在治疗中更好地合作。在建立了良好医患关系的基础上,要注意及时耐心地向他们介绍有关脑血管病的知识和同类病患者治愈的实例,告诉他们只要积极配合康复治疗,就能达到满意的效果,从而鼓舞和激发病人以乐观而积极的情绪配合治疗。老年病人一般都盼望亲人来访,希望亲人陪伴,故医护人员在可能范围内应尽可能予以满足,以减轻病人的孤独和不安。

四、中风偏瘫恢复期老人的心理对策

当中风病人得知自己的疾病需要长期医治时,往往感到震惊,最初缺乏思想准备,觉得太突然,感到害怕,以后由于长期瘫痪无法自理生活而情绪低落。感到自己活在世上毫无用处,反给国家和家庭造成负担。

老年中风病人常合并多种躯体疾病,如肺气肿、冠心病、糖尿病或肝肾功能不全等。由于老年病人遭受长期的病痛折磨,形成持久的心理刺激,加上缺氧、代谢紊乱,严重地影响大脑的机能状态,轻则出现脑衰弱征候群或焦虑抑郁等心理改变,重则出现兴奋不安、行为活动紊乱等,这些心理反应常可导致躯体疾病加重。心理障碍与躯体疾病混在一起成为疾病的组成部分,使临床症状复杂化,其结果影响诊断的正确性,而且还使治疗护理变得复杂起来,这就要求医护人员了解病人的生活史及熟悉他们平时对人、对事的态度,了解病人的个性心理特点,进行个别的或集体的心理治疗。

康复期中风病人的行为康复训练,具有重要意义。生物反馈的应用、渐进性行为训练计划的实施,以及适当的运动或气功训练等,均属于积极的康复措施,应予早期推广实行。

(泸州医学院 李永宁)

主要参考文献

1. 夏镇夷 • 老年人精神医学的现状和展望 • 神经精神病学临床进展论文集 1985: 1-9
2. 冯 刚 • 脑衰老 • 四川心理学动态 1987; 1: 9~12
3. Med Clin North Am 1977: 61(4): 855-865
4. Vialoe FJ • Clinical Psychology and Medicine • Oxford: Oxford Univ Press, 1981: 62~74

第 四 部 分

心理社会因素与临床医学篇

（临床医学中的心理社会因素——心身医学篇）

人是心身的统一体，人类的任何疾病都有影响其病因、发作、表现、病程和后果的心理社会因素，反过来，人的心理社会方面也会受到生理或肉体方面的变化或疾病的影响。精神疾患与躯体疾病之间的区别只是相对的，人类的所有疾病都有心理和躯体成分。因此，在人类所有疾病的诊断、治疗、护理中都应当包括针对心和身两方面的措施。本篇以临床内、外、妇、儿各科的心身疾病为线索(参见第七章)，分别讨论心理社会因素在这些疾病的发生、发展、转归、预防各方面的作用。

第二十六章 心理社会因素与高血压

第一节 心理社会因素与高血压病因学

根据估计美国约有 2400 万成年人(即成人的 15-27%)患有高血压,外加 1700 万边界型高血压。我国 1980 年抽查证明,患高血压人数虽然较西方少,但也有约 3000 万人,占成人的 3~10%。高血压病人并发其它器官疾病的机会相当高,如冠心病、脑血管病等。因此,高血压是一种严重危害人类健康的心血管疾病。

一、社会环境应激因素.

流行病学调查证明,城市居民的高血压发病率高于农村、发达国家高于发展中国家、黑人高于白人。1976 年在美国调查了十几万成年人,发现黑人高血压病的发病率和死亡率均比白人为高,看来与美国黑人大多生活于高应激区有关。所谓高应激区是指社会经济条件差、犯罪和暴力行为较多、人口密度较高、迁居率和离婚率较高的地区。Cohen S(1980)进行了类似的调查,发现在洛杉矶国际机场附近的学校因长期遭受噪音的影响,学生的血压比其它安静地区学校里的学生高。空间交通管理人员,由于其工作长期处于高度紧张状态,患高血压的危险性比对照组人员要高(Jenkin S, 1978)。在不发达国家,高血压发病率比较低,但这些国家的人民移居到发达的西方国家后,却容易患高血压(Prion, 1977)。这些事实证明,社会心理压力与高血压的发生具有密切联系。国内各项研究也初步证明,社会环境在高血压的发生中起着相当重要的作用。

动物实验也在一定程度上说明社会环境应激在高血压形成中的重要意义。如果人为地制造环境紧张刺激,使动物长期处于应激状态,例如让猫或白鼠在取食时都遭受电击(或需经过一场撕打而造成应激状态),那么动物可因此患上高血压。Benson H(1970)通过流行病学调查和实验证明,恶劣的环境条件可以使猴子和人类的血压维持在较高水平。

高血压发病率与体重过重、食盐偏多、缺少运动及大量吸烟等因素有关,但应注意的是,这些因素却直接或间接地受社会环境因素的影响。

二、心理因素

心理因素特别是人格特征对高血压发病的影响是行为学家注意另一重要问题。不过,研究发现高血压病人的人格特征往往是多方面的。Wolf S(1977)根据一组 114 位病人调查结果认为,高血压病人虽然不具有某一种基本的人格类型,但通常有趋向好斗或过分谨慎等特征。中科院心理所曾对 16 名高血压病人进行了研究,发现急躁易怒、好奇任性、要求过高过急的病人有 10 位,而孤僻敏感、易生闷气、多疑的病例有 6 人。Harris 和 Singer(1967)报道一组在应激环境中得高血压的妇女,分析她们的性格特点是有敌意、凶狠、好斗,而体格健壮。国内近年有人调查认为,高血压病与 A 型行为之间也存在相关。此外,不少研究认为焦虑性情绪反应和心理矛盾的压抑,即抑制性敌意是高血压发病的重要心理原因(Buell JC, 1980)。这说明个性特征在高血压的形成过程中也可能起相当重要的作用。

高血压病人的人格特征,以及上列行为因素,究竟是疾病的原发因素还是继发结果,尚无定论。Weiner H(1977)总结文献提出,社会环境和行为因素在高血压的发生中起着重要的作用,但还不能认为一定是高血压的原因而不是结果。社会不安,混乱和分裂、躯体损害、暴力、婚姻不和等可导致高血压的发生,但同时也会伴随出现害怕、愤怒情绪和不良行为。

社会稳定则有利于保持一生的血压稳定，同时也保持情绪行为的稳定。实际上，在高血压发病中，心理和社会环境因素既是原因，也是结果，而且与躯体因素交互起作用。

三、心理社会因素与躯体因素

在心理社会因素致高血压机制中遗传因素的作用不容忽视。根据对孪生子和家庭组合的调查证明，60%的人群其血压变异与遗传因素有关(Feinleib M, 1978)。但单纯的遗传因素也难以解释高血压的发生。一般认为，生活事件中各种紧张刺激引起的情绪变化，对于有遗传素质的人，较易通过中介机制导致高血压。Lawler JE(1981)使用父代有一方是高血压的子代鼠做紧张刺激实验，这些子代鼠都有高血压素质，表现为边界型高血压。经过 15 周的环境紧张刺激，它们均发展为严重高血压，较之对照组有显著差异。10 周后，这种诱发的高血压仍然存在。他认为没有高血压素质的机体之所以对紧张刺激不起反应，是由于心理刺激在开始时反应性地使血压升高，但很快地能为动物所适应。

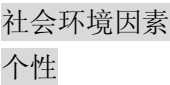
第二节 心理社会因素致病机制

精神分析学派认为，高血压是将愤怒压抑在潜意识之中造成的。Hokanson 和 Burgess(1962)让被试遭受挫折而激起愤怒，其中一组被试可以口头说出愤怒，任其发泄，另一组只通过填写问卷的方式提出对实验情景的意见，不任其发泄。结果，发泄出来的比不能发泄的血压低(据许淑莲)。对高血压病人的部分心理调查也说明，他们的内心矛盾特征比较突出，过度心理紧张刺激的同时，伴随着诸如家庭不和、人际关系障碍等心理冲突的存在。

行为学习理论认为，学习机制可能是高血压病人血压升高的原因，其核心是内脏操作学习过程(Norton JC, 1982)。简单地说，外部刺激能反应性地引起心输出量增多及血管收缩，造成血压升高。这种刺激-反应过程，在某些因素的不断强化之下，使高血压症状固定了下来，成为原发性高血压。

从心理生物学角度来行，血压是一项波动很大的生理性变量，其高低取决于影响心输出量和血管紧张度的生理因素，因而几乎全身所有器官的活动都能直接或间接地影响血压。由于中枢神经系统既支配着全身脏器的活动，又担负着对环境刺激做出反应的任务，因此如常识所知，所有心理社会和环境因素如冷、热、噪音、运动、疼痛、情绪都能通过植物神经系统、内分泌系统及躯体运动神经系统影响血压。例如，实验发现在痛苦和愤怒情绪下，体内去甲肾上腺素增加较多，于是外周血管阻力增加，使舒张压明显上升，而在恐惧情绪下，肾上腺素分泌相对增加，于是心输出量增多，而使收缩压上升较为明显(Ax A, 1953; Funkenstein DH, 1955)。实验还发现，在快速心算等紧张心理刺激条件下颈 A 窦减压反射敏感性减弱，从而有利于血压的升高(Steight P, 1978)。通常，心理社会紧张刺激一旦消除，影响血压的各项生理变化都很快自动恢复正常。可是，如果心理社会紧张刺激强烈而长期存存，就可能影响某些有特殊敏感素质人的神经系统活动过程，使机体对血压的系统调节遭到破坏，产生高血压早期症状。虽然高血压的病因问题上，有关应激源、个性行为特征与躯体生物过程的联系，以及关于这种联系的详细中介环节还不很清楚，有待今后深入研究(Weder AB, 1985)，但是上述这种系统论的解释已被越来越多的人所重视。高血压的神经体液过程，在医学书籍中有很多描述，现将这些过程综合如图 26 • 1。

图 26. 1 高血压心理生物学过程示意图



认知评价
心理应激
· 压抑
皮层功能障碍
行为学习
下丘脑神经内分泌失调
缺乏运动
· 不良行为
交感作用
垂体前、后叶
缩血管神
经占优势
血管加压素
肾上腺皮质激素
肾缺血
肾素
钠潴留
过食
多盐
心排出量
肾上腺髓
质分泌
小 A 痉挛
血管紧张素
醛固酮
血容量
高血压
小 A 硬化

第三节 某些行为因素对高血压诊断的影响

血压是一项多变的临床指标，一个人的血压在 24 小时内可有明显的波动。机体的紧张程度(包括情绪状态)，可能直接影响血压的测量结果。比较正常人和高血压病人的 24 小时血压描记曲线，可以看到正常人在一天生活中某些时刻，其血压可以升高到接近高血压病人处于相对安静时的水平(Bevan AT, 1969)。临床上虽强调测血压前让病人安静 5 分钟以上，避免引起情绪紧张，但是在实际估计一个人的血压时又往往不太注意测血压的时间、体位、情绪、环境、使用的测量工具、甚至讲话等因素对血压的影响(Lynch JJ, 1980)。Kaplan N(1980)建议，为确定一个人真实的静息血压，最好每天测两次，连续测几天，有人提出，为避免“安静”时测量血压的心理干扰因素，可采用一些与习惯完全相反的方法来估价血压，如在踏车时测量血压。此时，心理因素的作用可最大限度地被躯体活动所掩盖，而后者则比较容易控制和记录。

在研究或判断高血压时，还要注意个体差异。如正常血压值随年龄增加而上升，但贫穷的人群中，这种上升较慢。某些边远地区甚至可保持不变。女性在 45 岁前血压低于男性，越年轻这种差异越大。而到 45 岁以上，不论收缩压或舒张压，女性甚至可超过男性。但这种血压偏高的妇女与相同值的男人比较其危险性相对较小。不过高血压的妇女发展成心血管病的可能性却比正常妇女高三倍(Kannel WB, 1975)。

生活方式也影响血压值。通过跨文化研究、动物实验和临床观察，证明钠的摄取量与血压高低有相关。常用的某些物品如咖啡、酒精、兴奋药、抗组胺药等，也能短时影响血压，在诊断及治疗过程中测血压时，都应加以注意。

第四节 高血压的心理行为治疗

一直以来药物治疗高血压是临床最常用的有效方法。重症高血压病人，在接受药物治疗后可以明显降低高血压并发症的发生。然而，对于中度高血压，特别是年龄低于 50 岁者，或者未见心血管和肾脏异常者，药物治疗未见有多少益处。Smith WM(1977)经过 10 年研究发现，虽然药物治疗组病人较安慰剂组其心电图和 X 线检查阳性结果少些，但是严重并发症如死亡、心肌梗塞、中风发生率，两组并无差别。同时，药物治疗组有不少病人由于对药物不适应而放弃治疗。对于边界型高血压，药物治疗的效果究竟如何则尚难肯定。此外药物本身还可以产生一些副作用，部分病人可出现诸如性欲减退、嗜睡等反应多也有的病人使用药物根本不能降低血压或者因其它疾病而无法使用降压药物等等。近年来，许多辅助性高血压治疗方法就是在这种情况下发展起来的。对于边界型或中度高血压，这尤其显得重要。

一、心理治疗

高血压病人既然具有一定的人格特征，而且社会环境因素可能是通过情绪活动作用于心血管系统的，那么传统的心理治疗方法，似乎应该是有效的。但这方面的报告比较少，实际效果也并不理想。Wolf S(1977)曾给高血压病人施行精神分析疗法。在治疗过程中，医生始终用支持的态度帮助病人探索早期的生活经历，为病人释梦，挖掘潜意识里的心理冲突，让病人发泄情绪和敌意，结果 114 位高血压病人中有 14 人血压下降至正常。但也有无效甚至相反的结果(Titchener JL, 1959)。可见传统的心理治疗方法在高血压病中的应用有一定的局限性。

二、松弛疗法

松弛疗法是目前治疗高血压比较常用的一种行为治疗方法。尽管各种松弛训练的含义和模式各不相同，但以下几种共同的训练特点，包括排除杂念、全身放松、深慢呼吸、反复训练等，都能直接针对高血压的发病原因。这已被近年来的临床和实验结果所证实。

Stone RA 和 Deled J(1976)曾对一组高血压病人进行每天 2 次，每次 15 分钟，持续 6 个月的松弛训练。训练时病人静坐于舒适的椅子上，在顺序进行全身肌肉放松的同时默数自己的呼吸。结果，病人平均血压从 110 mmHg 下降到 98 mmHg(卧位)，和 112 mmHg 降至 100 mmHg(立位)。对照组则无任何变化。与此同时，实验组病人血浆多巴胺 p 羟化酶(DBH)显著下降，较之对照组以及本人实验前水平，均有显著统计学意义。血浆 DBH 直接反映外周交感神经活动功能，故能说明，松弛训练降低血压很可能与外周交感活动张力下降有关。因为高血压的主要病理过程是外周阻力增加，与交感活动增加直接有关。

高血压的松弛疗法其确切机理尚不完全清楚。日常生活中，许多活动如运动、对刺激的觉醒、心算等等可以造成血压暂时升高，但并不是高血压病。生活中也有许多活动可以降低

血压，如安静、睡眠，但也决不能说这些方法能够治疗高血压。另外笔者的工作也发现，使用音乐松弛训练，能使高血压病人产生即时降压效应，下降幅度有显著统计意义。这一实验是在病人休息 45 分钟以后，血压已处于低水平时进行的，并且每 3 分钟测一次血压，故可基本排除休息、环境和操作等因素的影响。但是，就在停止训练后 10 分钟，血压的回升幅度已达下降幅度的 40%。由此可见，松弛疗法能成为一种有效的辅助降压治疗手段一定还存在着其它机理。t 从松弛疗法需要反复长期的训练过程来看(一般每天一次，持续三、六月)，行为学习过程或内脏学习过程是不容忽视的因素。病人通过长期反复训练，掌握了全身主动放松时的个体体验，并逐渐做到很容易地再呈现这种心身状态，结果血压成为一种能被患者“随意”操作的内脏行为，从而达到降压目的。

一般认为，松弛疗法用于边界型高血压和不稳定性高血压其效果最好，可以代替药物使用，对严重高血压，松弛疗法也可与药物一起使用，以减少药物使用量和副作用，对于有高血压倾向的人，松弛训练则可作为一种预防手段(Benson H, 1977)。

三、生物反馈疗法

生物反馈治疗高血压较早的病例报告是 Miller NE(1972)。他对一位 4 个月前曾中风的 33 岁高血压妇女，使用自动装置，间接记录其舒张压，并将压力转换成音乐反馈给患者，这样患者能随时获得有关自己血压水平的信息。开始时，病人血压稍有降低就给以音乐奖励，然后改成血压上升时给以奖励，直到患者能够成功地在一个小范围内(5~6 mmHg)随意控制血压的升降。在这里，插入一项血压上升训练项目的目的在于提高患者的随意控制能力。接下去是训练患者加大自主降压的幅度。病人在反馈治疗前是服用降压药的，其平均血压为 97mmHg，反馈治疗后血压开始下降，当血压降至正常水平时，停用降压药，这时血压虽然在停药后前三天稍有上升，但其后又下降，维持在平均 76mmHg 左右。

近年来，生物反馈应用于高血压的研究越来越多。记录和反馈的生物信息各有不同，反馈装置、训练程序和指导方法等，也不一样。目前记录的生物信息常选用收缩压、舒张压或者脉搏波速度，使用的装置一般用带有扩音器的特制血压记录仪，也有使用闭路电视系统的，其反馈的信号分别为声音和屏幕图像；病人一般接受住院训练，但也有在家进行的；在实施过程中，均由医生进行一系列的指导活动。以上方法究竟以何种为好，专家们的意见也不尽一致。多数人主张用收缩压作为反馈信息，晚近也有人主张使用脉搏波速度作为信息反馈(Walsh PI, 1977)；选用的设备则各有利弊，住院比门诊效果好些，但不方便；医生随时对病人的正确反应给予鼓励和赞赏，或者通过许多人一起训练互相鼓励和比赛，将明显有利于获得良好结果(Elder ST, 1973、1975)。

用于治疗高血压的另一类生物反馈方法是间接的，病人反馈训练的直接目的不是使血压下降而是使全身放松。用这种方法训练时记录的信息往往是肌电、皮肤电、皮肤温度、呼吸率、 α 脑电波等，训练的目的在于达到随意控制自身的紧张度。因此该类方法不同于上述直接的血压反馈，倒类似于松弛反应训练，只是利用反馈学习原理使个体更容易学会松弛反应而已，这被称为用反馈辅助的松弛疗法(biofeedback~assisted relaxation)。

四、运动训练

越来越多的证据证明，对尚无并发症的高血压患者选用如骑车、慢跑等运动训练这些方法，都具有一定的降压减肥，和减少心脏并发症的作用(Hypertension 1983; 5: 394)。重度高血压病人在使用一定降压药物后仍可结合进行低度的运动训练，但应注意药物的副作用限制了运动量(Blair D, 1980)。

此外，有关高钠饮食习惯，超体重等高血压危险因子，可通过行为矫正方法加以克服。

主要参考文献

1. 杨菊贤等 • 高血压的生物心理社会因素 • 中国社会医学 1985; 3: 16
2. 姜乾金 • 心理社会因素与高血压 • 应用心理学 1988; 3: 46
3. 姜乾金等 • 音乐松弛训练对高血压病人即时降压效应的实验研究 • 应用心理学 1986; 1: 36
4. 陈仲庆 • 人格特征与高血压 • 心理学动态 1985; 15: 3
5. Agras S & Jacob R • Hypertension • in Pomerleau OF & Brady JP eds. Behavior Medicine. Theory and Practice • Baltimore: The Williams & Wilkins Co, 1979: 205~232
6. Norton JC • Introduction to Medical Psychology • NY: The Free Press, 1982: 82~92
7. Weder AB & Julius S • Behavior, blood pressure variability, and hypertension • Psychosom Med 1985; 47(5): 406
8. Johnston DW • Psychological intervention in cardiovascular disease • J Psychosom Res 1985; 29(5): 450
9. Reeves JL & Victor RG • Behavioral strategies for treating hypertension • in Boudewyns PA & Keefe FJ eds • Behavioral Medicine In General Medical Practice • California: Addison-Wesley Pub Co. 1982: 166~182

第二十七章 心理社会因素与冠心病

第一节 心理社会因素与冠心病病因学

在本世纪初西方冠心病的死亡率曾经随着经济的发展经历了一个不断上升的历史过程，至本世纪中叶达到了最高峰。但近二十年来，由于认识到了问题的严重性，人们开始重视生活方式和各种行为危险因素的改变，结果冠心病相对发病率在一些西方国家又有下降的趋势(Stamler J, 1981)。这一现象对我国是有参考意义的(图 27·1)。

图 27.1 美国心脏病死亡率

冠心病的原因至今未明。通过流行病学、心理学和生物学的大量研究，提示冠心病的发生，发展与许多生物的、行为和社会因素有关，包括：遗传、高血压、高血脂、大量吸烟，肥胖、活动过少、A 型行为类型、社会关系不协调和焦虑抑郁等心理社会应激因素等。这些因素中有许多被称为冠心病的危险因子(risk factors)。其中有些看起来虽并非属于心理或行为范畴，但仍间接地受心理社会因素的支配或与之有一定的联系。

一、行为类型

Friedman M 等(1959)把人的行为特征分为 A、B 两型。A 型行为(type A behavior pattern)的表现特点是好胜心强、雄心勃勃、具竞争性、努力工作而又急躁易怒。即具有时间紧迫感(time-urgency)和敌对倾向(hostility)等特征。相反，表现为心地坦荡、不争强好胜、从容不迫地做事者属 B 型行为类型。

西方协作组研究计划(Western Collaborative Group Study Project)自 1960 年始对 3000 多名中年健康男性雇员进行近十年的追踪观察，这些研究对象分别属于 A 型和 B 型行为者。结果发现 A 型行为者在整个观察期间冠心病总发生率，以及各种临床症状包括心肌梗塞、心绞痛等的出现率二倍于 B 型行为者(Rosenman RH, 1975)。他们的研究还说明，A 型行为类型，是冠心病发生的一种危险促进因素而不是发病以后产生的行为改变，故有人将其称为冠心病倾向个性(coronary-prone individuals)。

世界心肺和血液研究协会(NHLBI)1978 年就 A 型行为与冠心病关系问题研究进行评价，认为 A 型行为对冠心病发生的作用超过年龄、血压、血脂和吸烟等危险因素。目前，已经确认 A 型行为属于一种独立的冠心病危险因素。

国内近年来使用问卷式 A 型行为调查表进行临床研究也初步证明，我国冠心病人的 A 型行为也比正常人明显。

A 型行为的产生原因至今未明。不少人注意到焦虑、抑郁、不能摆脱的困扰、不良工作和生活环境、对外部的攻击性反应习惯和不安全感等因素，但还不能肯定这些就是 A 型行为的产生原因(Friedman M, 1982)。

通过结构式交谈(structured interview)和量表法可以评定一个人的 A 型行为量分。国内张伯源主持编制的 A 型行为自评量表包括 60 题，分别归入三部分：①“TH”，时间匆忙感

(timehurry)25 题；②“CH”，争强好胜和敌意(competition and hostility)25 题；③“L”，测谎 20 题。A 型行为量分等于 TH 和 CH 得分之和，并可与正常人得分的均值(27 分)作比较，超过 36 分为 A 型。低于 18 分为 B 型；其余分别为中间偏 A(A-)和中间偏 B(B-)。“L”得分用以判定测查结果的真实性。

二、人格特点的研究

许多人使用 MMPI 进行调查研究(Jenkins CD, 1971、1976)结果发现，冠心病病人发病前 Hs(疑病)、D(抑郁)、Hy(癔病)量分较高，即神经质(neurotic trait)量分偏高。另一些人使用卡特儿十六因素人格量表对冠心病病人人格进行调查，发现因素 O 和 C(分别测定焦虑和情绪稳定性)与冠心病有关(Cattell RB, 1970)。在一组研究中，因患心肌梗塞致死者比救活者表现较高的 O 因素量分(Caffrey BA, 1970)。Ostfeld AM(1964)在芝加哥研究了近 2000 名男性雇员，其中患心绞痛者，C 因素量分特别低，说明有过分的担忧和疑病等人格特质。同时男性冠心病人的 L 和 Q2 量分也较正常人高，这说明冠心病人在社会上更具独立性和对别人的怀疑，以及呈现更大的内部紧张性。

但冠心病病人之间存在很大的个体差异，虽然上述一些调查结果能说明一些问题，却不能因此认为存在着冠心病特征性性格。另外，国内有关冠心病的人格研究也不多。

三、社会生活因素

生活应激因素如亲人死亡、环境变化等常被认为是冠心病重要的病因之一。在某医学中心，曾对 44 名心肌梗塞病人进行病因调查，让病人指出自己的病因条目，结果有 56%选择“某种形式的应激”，其余才依次为超重(27%)、吸烟(20%)、饮食(18%)、过度劳动(14%)、遗传(14%)。在其它许多回顾性调查中，心肌梗塞病人出现症状前的 6 个月内，其生活变故事件明显地增多(Theorell T and Rahe RH, 1971)。邹之光等(1984)调查 40 例心肌梗塞病人发现，病前 6 个月内病人经受的社会生活事件明显高于对照组。这些结果都是使用各种社会生活再适应量表进行调查得到的。

在冠心病发病率调查中发现，西方发达国家人民发病率高于东方发展中国家，城市居民高于农村、脑力劳动者高于体力劳动者，这些结果也间接地证明社会因素与冠心病的发生可能有密切关系。虽然有人提出上述差异可能是通过饮食方式的不同而发生的，但也有许多跨文化调查结果不完全支持这一点，例如世界冠心病发病率最高的地区之一芬兰和最低的爱斯基摩，都是以肉类为主食的。对同一种族具有相同饮食习惯的移民进行研究也有类似的结果，处于应激环境中的移民比原籍同等条件居民冠心病发病率高。

四、行为危险因素

行为危险因素如吸烟、缺乏运动、过食与肥胖、以及对社会压力的适应不良与冠心病的发生有密切关系。这些因素往往是在特定社会环境和心理环境条件下行为学习的结果，例如一定的经济条件、饮食习惯、文化背景易造成肥胖，工作条件、技术进步常造成运动的缺少等等。行为危险因素则又直接通过机体的生理病理作用促使冠心病的形成。由此可见，社会生活因素与行为危险因素对于冠心病是两类既互相联系，又互相独立的致病危险因素。认识这一点，对于如何预防冠心病具有很大的意义。

40~70 岁男性吸烟者，每天超过一包，其各类心脏病的发生率两倍于非吸烟者(Simborg DW, 1970; Stamler J, 1973)，因而认为吸烟是冠心病的危险因素。如果同时存在高血压或高胆固醇血症，这种危险性更大。据研究吸烟对冠心病发生的影响主要是尼古丁和 CO 的作用，两者都能够加速动脉粥样硬化的发生和损害动脉管壁以致增加血浆成分的渗透。

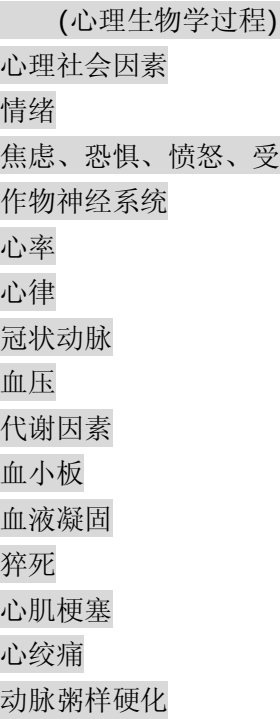
许多研究证明，经常性的锻炼能减少冠心病发生的危险性(Keefe FJ, 1982)。

肥胖与许多疾病有关系，在心血管病方面尤其明显。Kannel WB(1974)认为，中年男性如果存在一种或多种危险因素，随着身体的超重，罹患心脏病的危险性明显增加，主要包括动脉硬化、高血压、心绞痛、突然死亡和心肌梗塞等发生率增加。

五、心理生物学机制问题

冠心病的发病机制尚未完全阐明，脂质代谢紊乱，血液动力学的改变和动脉管壁本身的变化三者是直接的因素。心理社会因素通过神经内分泌中介机制能影响这三种过程，从而影响冠心病的发生发展，这已被许多心理生物学的研究所证实。

图 27·2 心理社会因素与冠心病关系



Friedman M(1958)对财会人员进行的研究发现，在每年例行的两次业务紧张季节里(即心理社会紧张刺激最强烈)，血液中胆固醇含量上升，形成两个高峰，这说明心理社会紧张刺激可升高血脂。以后他们还发现 A 型行为者血脂水平也比 B 型高。不论正常人还是冠心病，心理紧张刺激都能使血小板聚集加速，这已被实验所证实(Haft JI, 1976)。国内杨菊贤对冠心病病人调查也显示，病人 A 型行为与血小板聚集，冠状 A 狭窄之间有相关。Lown B(1977)用电生理实验证明，不同形式的环境应激，能降低室颤阈，可在冠脉阻塞的动物身上引起室上性节律紊乱，直至造成猝死。有人观察到，生活因素的改变能引起许多被试体内儿茶酚胺水平升高(Keefe FJ, 1983)；应激引起的交感神经直接兴奋可以使冠脉收缩，造成缺血等等。这些生理生化改变对冠心病症状的发作都有直接的影响。

上述各种研究结果虽然仅仅是一些零星的片断，但有关心理社会因素致病的心理生物学中介机制由此可见一斑。Hartel 将心理社会因素对冠心病的心理生物学过程总结如图 27·2。

第二节 冠心病临床过程的行为问题

一、急性期

心脏病急性发作时，病人出现一系列心理学问题，这些心理因素又对疾病的发展起着重

要的作用(Doehrman SR, 1977)。由于人们都知道冠心病发作有生命危险,因此担心生命安全而出现的害怕和焦虑是病人最主要的情绪特点,并转而出现在抑郁倾向。Hackett TP(1968)对冠心病监护病房(CCU)病人的研究发现,至少 80%病人有不同程度的焦虑、58%出现抑郁情绪、22%产生敌对情绪、16%表现不安。

焦虑主要是由于担心突然死亡、被遗弃感、以及各种躯体症状的影响等。严重焦虑者,甚至出现情绪混乱。国外有关于在冠心病病人住院开始几天就邀请心理学家进行心理咨询的报道(Cassem 和 Hackett, 1973)。病人在入院一、二天时以焦虑为主,进入第三到第五天,则转为抑郁为主。我们对住院病人进行的心理行为反应调查结果与此有类似性。

冠心病由焦虑慢慢发展而来的抑郁情绪,虽在好转期会有所减弱,但当病人出院以后,一些人又往往变得严重起来,可持续数周,特别是心肌梗塞病例尤为如此(Cromwell R, 1968)。抑郁情绪表现为悲哀面容、漠不关心态度、睡眠差、悲观失望、心理活动迟钝、食欲减退等。内疚、受挫和愤怒情绪也常常由病人自言自语中表现出来。许多病人则担心丧失个人独立性、担心收入和地位改变、担心性功能及躯体活动方面受影响,这在年轻病人显得更为突出。根据这些现象,Cassem 等(1973)曾将某些心肌梗塞病人称为自我梗塞(ego infarction),以说明情绪变化对病人的严重影响。

在 CCU,由于病人突然处于一个新的陌生环境,并被当做一样“物体”固定在床上接受治疗。一系列监护仪器又连续记录他身上的各种数据并以此评价病人的医学状态,这一切都控制在进进出出的医护人员手中。病人自己则觉得无法控制自己的任何医疗过程。这一切都可引发和加重病人的自我意识丧失感。

病人为了适应 CCU 环境和疾病,常常会采取一些心理防御机制。最普通的防御是“否认”机制。据认为,约 20%病人在被告知患了心肌梗塞后采取了“否认”的态度(Croog SH, 1971)。通过多项问卷方法可以评估病人是否有“否认”机制的存在。有研究证明,无“否认”机制的病人比之有“否认”者在初入院 5 天内有更高的焦虑反应,并且其预后(再梗塞、死亡率)也较“否认”组差(Gentry WD, 1972)。可见“否认”机制在发病前虽可造成延误,但在急性发病期却有一定的好处。当然,如果“否认”心理持续存在,将会影响以后的治疗。

轻躁狂(hypomania)也处一种“否认”机制,病人以过多的躯体和精神活动来对付应激。据认为,这种应对方式只要不造成躯体的损害和不影响医疗实施,也是一种有利的应付应激的方式。

经济条件、年龄、和其它有关的因素包括种族、受教育程度、精神病史、原来心脏状况,和 CCU 特点等,都能影响急性期冠心病人的心理反应。

二、恢复期和康复期。

冠心病的恢复不象其它疾病一样有较严格的指标,久病的衰弱感觉往往在心肌梗塞恢复期早期就易出现(Klein RF, 1967)。出院后二个月内病人最常见的主诉是顾虑、忧郁、无力、对性生活的担心、睡眠障碍、不敢恢复工作等。除非经过特别解释,上述表现有时会很顽固,病人如不能及早地认识和处理这些问题,将会影响以后的康复。其中最重要的问题是因衰弱感造成的长期活动减少和肌肉萎缩,这又反过来加重无力感,无力感又常被理解为心脏损害的症状,如此恶性循环。因此,对大多数病例,主张在恢复早期就进行渐进性活动锻炼。

康复期是躯体的、社会的和心理的各方面生活方式的调整和适应阶段。许多病人还需要行为的、心理的和医学的帮助,包括医生的各种嘱咐如禁烟、减食减体重、医疗摄生法、适当休息和有规律的锻炼等。但是,Wishnie HA 等(1971)报告,在他们研究的病人中仍有 88%有焦虑和抑郁心境,55%睡眠障碍,38%因心理原因未能恢复工作、83%感觉无力。另外

还证明，康复期心理调整和适应的成功与否，还受年龄、性别、职业、经济等多种因素影响。可见，即使在康复期，冠心病人的心理社会问题仍然是相当重要的。

第三节 冠心病的心理防治问题

一、心理治疗和心理咨询

在冠心病临床治疗和康复过程中医护人员要给病人以更多的支持，要让病人倾诉内心的体验和感受，避免压抑发生，同时要做好家属的心理帮助工作。为了实施以下各项心理防治措施，应提倡对冠心病病人及其家属开展心理咨询。特别是集体咨询法常被国外专家所采用，收到了良好效果。

二、A 型行为改造可能性问题

A 型行为是一种在长期生活中形成的个性定型，不能轻易地改变。而且，A 型行为在社会上(特别西方社会)较易得到人们的赏识，加上病人在未发现自己得冠心病以前，即使明白 A 型行为是一种冠心病危险因素，但总是期望这种事实不会发生在自己身上。由于存在这种社会和心理上的原因，使许多人没有下定决心主动改造自己的 A 型行为特点。Roskies E(1978) 等人研究证明，使用行为训练法虽然能使无器质性心脏病的 A 型行为者的某些生理指标改善，但经综合评价，被试的外显行为改变并不明显。

但是，病人一旦发生心肌梗塞以后，改变 A 型行为将会变得容易些(Friedman M, 1979)。这是由于病人真正患病以后，侥幸心理不复存在，而且发病后的 A 型行为如过分的竞争、敌意，有时可能会增加或加重心悸、胸闷、乏力等症状，结果病人直接体会到 A 型行为的危害，易产生较强烈和持久的行为改造动机。

矫正 A 型行为一般采用医生指导下的一系列自我控制方法，同时配合积极的社会支持。Powell LH 等(1984)使用集体定期咨询的方法，对 1012 名病人进行二年的对照研究，结果患者的 A 型行为得到明显改变。其实验结果由病人、配偶、同事以及对录像进行估价。他们使用的具体方法和原理，基本上是基于一种所谓行为的认知社会学习模型(cognitive social learning model of behavior)。

此外，长期坚持运动锻炼，也行利于 A 型行为的改造(Rejeski WJ, 1984)。

三、危险行为的矫正

吸烟、酗酒、过食和肥胖、缺少运动，以及对社会刺激所作出的 A 型行为反应等“行为危险因素”的改变，需要一定时间和毅力，并且应配合一定的心理学方法，特别是各种行为矫正疗法。

在从事具体的行为改变工作之前，首先应帮助病人懂得一些行为规律，使之对此有兴趣和信心。据认为进行集体心理咨询可以达到该目的。在顺利完成第一步后，接着应分析每一个病人的具体情况，包括心血管功能状况，以便有选择地实施各种行为改造计划。

烟酒瘾和过食行为被认为是一种社会习得性行为。改变这些行为是较困难的。近年来行为学家们寻找了不少具体的行为矫正训练方法，主要是自我控制训练(self-managemnet)。也有以治疗者为主的行为矫正技术，适用于缺乏自我控制训练兴趣的病人。当然上述两者可以同时进行。不论何种行为矫正方法，主要根据对错误行为实行“惩罚”和对良好行为实行奖励的强化原理(Ince LP, 1980)。训练是否成功取决于多种因素，如个人毅力，方法的正确、指导者与患者之间的协调以及环境因素等。

有关不良行为的矫正训练在西方某些国家已成为一项热门工作。读者可查阅有关章节内

容和文献。

四、克服依赖性

对于冠心病病人，医生都有义务给病人以解释，是维持还是改变他的日常活动方式。某些病人原来就具有缺乏运动之行为特点，患病后有可能会变得更具有依赖性，活动更加减少。这样，用行为训练技术逐渐克服病人的依赖性，最后达到正常人的日常活动水平，显得很有意义。Baile WF 等(1978)使用分阶段康复训练计划，指导冠心病人在住院后期就开始活动，直到最后完全恢复工作。这一计划突出病人个人动机的作用，并且在医生指导下根据病人客观记录资料，来决定什么时候增加运动，增加多少。另一特征是在计划实施过程中，始终掌握好正、负强化作用的应用(Basajian JV, 1983)。

与依赖性直接有关的一个问题是不能恢复工作。据国外资料估计，康复期冠心病病人约50%在3个月以内、80%在6个月以内、90%在1年内才能恢复工作(Williams RB, 1978)。不能恢复工作的病例中约有10~50%左右属于心理上的原因，主要是焦虑和抑郁反应(Wynn A, 1967; Nagel R, 1971; Wishnie HA1971)。年龄、梗塞的严重性、经济、心理创伤程度等也都是影响工作恢复的因素。故对应该恢复工作而又不能工作的病人应积极给予心理行为的帮助。

五、婚姻和性生活的问题

据认为，不少冠心病人的配偶心理上也受到影响，主要是顾虑和忧郁(Skeeton M, 1973)。配偶有时还会夸大医生在病人出院时的嘱咐，加上担心疾病的复发，结果就过分地对病人加以保护，助长了病人的依赖性，无用感，影响病人康复。因此要注意加强对配偶的教育帮助，特别是集体咨询法效果较好(AdsettCC, 1968)。

另一重要问题是性生活的困难。许多病人在心肌梗塞后一年，其性生活次数仍远比病前少，仅50%左右(Hellerstein HK, 1970)。分析其原因是：缺乏兴趣(39%)、配偶不愿(25%)、抑郁(21%)、担心身体(18%)。但是，根据临床分析和实验研究证明对大多数康复期病人来说，只要症状不复杂，应恢复正常的有规律的性生活(Scheingold LD, 1974)，这样会更有利于心身的康复。也可以鼓励用变换体位的方法以减少病人方面的体力负担，从而获得满意的效果。

六、文体活动

充实的生活促进成功的康复，因为疾病造成的心理和身体限制会互相发生作用。不少病人病后长期不参加一般的文体活动，这种不正常的现象往往会影响病人的情绪，影响自我评价和自信心。此时，家庭和朋友的支持和鼓励对病人的娱乐活动起很大作用。

七、生物反馈和松弛训练在冠心病中的应用

根据某些病人能够通过生物反馈法学会控制自己的心血管反应这些实验事实，国外有人进行了不少尝试，试图用生物反馈或操作条件反射法治疗和纠正冠心病某些症状，如各种心律失常，高血压等，并在许多小样本临床实验中取得一定成功。长期松弛训练对于冠心病的预防可能有一定作用。Suinn RM(1964)给10位病人使用自我松弛训练法，证明病人血胆固醇含量下降。有些人主张在急性期指导病人自己开展松弛训练有利于减轻心血管系统的负担，也有利于安定病人的情绪并克服无助感(pranulis MF, 1975)。我国的气功对冠心病的康复也有一定作用，胡祖文(1986)研究发现气功能降低冠心病人的血液粘度和血小板聚集率。

(浙江医科大学 姜乾金)

主要参考文献

1. 张伯源 • 对冠心病行为类型的探讨 • 心理学报 1985; 3: 315
2. 杨菊贤 • 冠心病的社会心理因素与冠状动脉造影结果的联系 • 全国冠心病防治对策研讨会论文集 • 北京, 1987
3. 姜乾金等 • 住院病人的心理行为反应 • 医学与哲学 1986; 3 : 38
4. 王守谦 • A 型行为的矫正 • 车文博主编 • 心理治疗指南 • 辽宁人民出版社, 1990
5. 姜乾金 • 心肌梗塞康复期病人若干性心理问题 • 中国康复医学杂志 1988; 3(5): 232
6. Blumenthal JA • Asscssment of Patients with coronary heart disease. in Keefe FJ & B lumenthal JA eds • Assessment Strategies. in Behavioral Medicine • NY: Crune & Stratton, 1982
7. Russell ML • Self-management of behavior in cardiovascular rehabilitation • in Ince LP ed • Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine : Clinical Application. Baltimore / London: Williams & Wilkins Co, 1980
8. Hackett TP et al • The coronary care Unit: an appraisal of its psychologic hazardz • New Engl J Med. 1968; 279: 1365
9. The Review Panal on coronary-prone Pehavior and Coronary Heart Disease coronary-prone behavior and coronary heart disease. Circulation 1981; 63:1199
10. Hartel G • Neurogenic and psychological factors in coronary heart disease: an introductory overview • Acta Med Scand(suppl)1982: 660: 7
11. Williams RB & Gentry WD • Psychological problem inherent in the cardiopathic state • in Long C ed • Prevention and Rehabilitation In Ischemic Heart Disease • Baltimore / London: The Williams & Wilkins. 1980

第二十八章 心理社会因素与癌症

第一节 心理社会因素与癌症的发生

一、病因

生活事件 癌症的研究表明,患者在发病前半年到八年内往往经历过重大生活事件的打击。最有致病性的生活事件是一级亲属失去,如配偶、父母或子女的死亡。寡妇的肿瘤发病率最高,随后依次是离婚者、结婚者和单身。让动物长期暴露于高度紧张的环境中,接种于动物体内的瘤体生长迅速(Sklar LS, 1979)。这说明高应激环境能促进肿瘤的生长和扩散。

情绪、人格 尽管生活事件的打击可以是癌症的诱发因素,但经受这种不幸之后真正患癌症的毕竟是少数,且病变的部位也不尽相同。看来人格特点是原因之一。一般认为,癌症患者的人格特点往往是消极被动、依赖退缩和内倾克制。笔者的研究结果也是如此:男女癌症患者的个性都比较内向。但是这个问题仍有待进一步研究肯定。有人认为,肿瘤发病前常出现因生活事件打击而引起的负性情绪。长时间的抑郁、忧伤和绝望被认为是肿瘤出现的先兆,尤其与血液系统癌症如白血病密切相关。

二、发病机理

下丘脑是联系中枢神经系统和内分泌系统的关键部位,其前部有增强机体免疫反应的作用。通过下丘脑整合的信息必然会影响到垂体以及垂体以下的内分泌腺(肾上腺和甲状腺)的功能。下丘脑前部对免疫的增强作用可能是通过抑制垂体——肾上腺轴的活动而实现的。甲状腺功能的加强,可以提高免疫机能。生活事件引起的心理创伤可改变机体的某种功能状态如免疫和内分泌功能。经调查表明,丧偶者的淋巴细胞转化功能明显低下(Bartrop RW, 1977)。这说明经历重大不幸事件者的免疫备用状态不良。动物实验结果也支持这一观点。住处过分拥挤的小鼠在接种细菌抗原后,抗体的产生减少。动物作回避学习,其细胞和体液免疫功能均下降,表现为抗体效价低和同种移植皮片的存活期延长,肾上腺增大,血中淋巴细胞减少,胸腺逐渐萎缩和脾脏退化。

总之,心理社会因素在癌症发病中的机制可能是:心理社会因素(尤其是失去亲人等不幸事件)作用于具有独特人格特征的个体,个人根据以往生活经验作出认识评价,大脑皮层的认识兴奋灶与边缘系统联系的结果产生相应的消极情绪。下丘脑将上一级电信号转变成化学信号(激素),经垂体直接或间接地抑制甲状腺功能和增强肾上腺功能。目前发现,淋巴细胞膜上存在不同的激素受体(如胰岛素,组胺和前列腺素等受体)。激素间和激素与受体间的相互作用导致免疫机能降低,利于肿瘤的生长。

第二节 癌症病人的心理行为反应和处理

一、患癌症后的普遍心理反应和处理

否认 否认是癌症病人最常用的心理防卫方式。表现为病人否定癌症的诊断,拒绝承认残酷的现实,照常工作学习,以暂时维持心理平衡。但一般说来,完全否认诊断的病人很少,更多的是压抑自己对疾病的强烈情绪反应,不主动要求亲朋好友给予情感上的支持。善于采用否认机制者在情感表露上迟钝、犹豫,在心理上将自己封闭起来,常产生孤独、被遗弃感。

医务人员需认识到，病初的否认是具有一定积极意义的，但否认常耽搁治疗。为取得病人的充分合作，医务人员的诚恳的态度和良好的交谈技巧是必不可少的。

恐惧和焦虑 被诊断为癌症，必会引起恐慌和惧怕。癌症是家喻户晓的颇难治疗的严重疾病，癌症恐怖已是最常见的恐怖症之一。焦虑也是常见的情绪反应。在确诊之前的怀疑，就足够引起焦虑。焦虑的原因主要是对死亡、伤残和治疗过程的恐惧。焦虑的程度取决于症状的性质、部位、严重性以及人格特征。随着治疗的开始，焦虑症状逐渐缓解。复发对病人又是一个沉重打击，焦虑又可达到当初诊断时的水平。此时，关键是帮助病人寻找焦虑原因，坦率交谈和安慰可或多或少地减轻其症状。若病人愿意，可向病人介绍松弛训练和冥想法来辅助。

抑郁 分别占住院和门诊病人的 75%和 30%左右。抑郁引起行为退缩如被动，少活动甚至不活动。癌症病人的抑郁症状多半为暂时性和轻至中度。肿瘤种类很多，‘症状各异，治疗方法也复杂，引起抑郁的原因也相当多。为了表示与心理社会因素引起的抑郁有所区别，可以将疾病本身的发展和治疗过程所引起的称为医学原因。可引起癌症病人情绪抑郁的医学原因有：代谢障碍(如低血钾、高血钙)、内分泌紊乱(皮质激素等)、脑器质性病变(如脑肿瘤、脑转移瘤、脑血栓和中枢感染等)、营养不良和治疗毒副反应(如化疗、头颅放疗)等。目前大众对于癌症的恐怖性，如有人认为癌症具有传染性，朋友、同事的疏远以及配偶间因疾病和治疗的关系使以往亲密关系的削弱，难免使患者产生孤独和被遗弃感，进而发展成抑郁。对此，应对大众作有关癌症医学常识的宣传，以减少不必要的恐惧。医生应直接与家属谈话，以寻找夫妻感情上的难题，帮助配偶与患者重新建立以往亲密关系，以获得心理上的支持，癌症是一种进行性疾病，随着肿瘤的发展，治疗效果的不理想，病人产生无助感和失望感，轻者行为退缩，重者自暴自弃甚至自杀。癌症病人自杀率较低，但医务人员仍不能掉以轻心。应该提防下列病人的自杀可能：个性具有严重抑郁倾向者；有过自杀企图或与人谈起过自杀者；嗜酒者或年轻人或 60 岁以上患者；躯体症状严重如疼痛不能控制者；缺乏充分的社会支持者。医务人员应了解患者病前的兴趣和爱好，鼓励病人积极参与力所能及的活动如散步、阅读、烹调、缝纫和养花等。特别要注意的是，活动的动机应出于患者本人，且这些活动是患者以前曾胜任的，能带给患者愉快的或患者认为是有价值有意义的。当病人的退缩行为有所纠正，应及时鼓励(强化)以增强活动兴趣。实践证明，参加活动可使患者的抑郁心境得到改善，及时鼓励患者的助人行为也有利于减轻无助感和失望感。积极处理了引起抑郁的医学因素和心理社会因素后，抑郁仍较严重者，需用三环类抗抑郁药。心功能差者禁用三环类。三环类抗抑郁药可增强镇静剂的药效。

敌意 如患者病前个性较外向，具攻击性，常因受挫感和无助感引起敌对情绪。病人往往将医务人员和家属充当替罪羊，无休无止地向周围发牢骚，伤害他人的感情。据报导有敌对情绪的患者预后较抑郁者好。医生应具有充分的耐心倾听患者的抱怨，帮助他们学会以坦率的建设性的方式表达自己的情感和需要。治疗绝对不能简单地压制病人的情绪发泄或与患者争长论短，否则在无意中助长了敌意。

疼痛 癌症病人中严重的躯体疼痛并不多见，大多是对疼痛的恐惧。有的病人因害怕孤独而抱怨疼痛，实则希望得到别人的关心，有的因过分注意躯体症状而降低了痛阈。医生应着重解释与疼痛有关的医学和心理学知识，以消除恐惧。催眠暗示疗法可缓解疼痛，必要时也可用精神药物。

二、躯体治疗时的心理行为反应和处理

手术治疗 肿瘤根治术的躯体创伤显然比其它一般手术严重，相应的心理反应也较显

著。除了外科病人术后一般心理反应外(见第 33 章), 肿瘤根治术后还有其特殊表现。对于乳癌女病人, 一般在术后两至三个月内, 其主要顾虑是生命安全。以后, 手术对形体美的影响才成为忧虑的主要焦点。形体的改变可继发性功能障碍, 它是乳房切除手术后最常见的问题。乳房成形术和人工假乳房均有利于恢复女病人的形体美感, 增强自尊和自信。

化疗 晚期肿瘤, 非实体性肿瘤和不能手术的实体性肿瘤常用化疗。化疗可引起脱发、恶心呕吐、乏力、疼痛等一系列毒副反应。在化疗中, 情绪反应强烈的病人, 其药物副作用也较明显, 尤其是暗示性高的病人可以出现条件反射性恶心呕吐(Nerenz OR, 1982)。松弛训练和催眠暗示疗法对这些症状有效。应在化疗之前让病人学会这些调整方法。化疗的疗效如何是病人最关心的问题。若体表有肿块或淋巴结触及, 病人常以体表的包块多寡、大小作为衡量疗效的指标; 有的以化验结果为标准; 还有的则错误地以副反应的有无和严重性来衡量病情的转归。因此这就要求医务人员对化疗有全面的知识, 不仅要熟悉每一种药物的副作用, 还要了解几药合用在体内的相互作用。在了解病人对化疗的态度的基础上, 告诉病人有关躯体症状和化验结果的实际意义, 病人间的个体差异, 化疗过程中可能出现的副作用以及如何怎样进行症状和体征的自我观察和评价, 是有利于减少化疗过程中的消极情绪反应的。

放疗 病人在放疗之前常对有关放疗的知识了解不够, 因此在放疗中会产生抑郁和焦虑, 而在放疗完毕后情绪反应可更强烈。追究其原因往往是担心放疗导致继发性癌、不孕症和其它放射病, 并对放疗疗效抱怀疑态度(Peck A, 1977)。故放疗前医生给予必要的解释就显得非常重要。

三、“绝症”患者的情感状态

目前, 描写癌症等所谓“绝症”病人的情感状态, 主要有三种类型:

阶段型 当生命受到威胁时, 患者的情绪反应主要经历五个阶段: 否认期、愤恨期、协议期、抑郁期和接受期。面临死亡的威胁, 病人首先不相信即将发生的可怕事情。继之对残酷的现实感到十分气愤, 甚至会问: “为什么厄运偏偏轮到我头上?” 由于强烈的求生意识, 患者试图在医生和护士那儿寻求保证, “假如我严格遵照医嘱, 我肯定还能活下去吧?” 诸如此类问题可在脑中反复出现。当意识到未来希望渺茫, 即陷入抑郁。一旦病人在心理上对死亡有了一些准备, 已经过渡到接受期。

混乱型 此型强调癌症病人的情绪不稳定, 多种情绪状态时隐时现。“绝症”患者在心理上摇摆于接受与否认之间, 时而感到生命行将结束, 时而又相信自己没病。刚才还在对周围人发泄怨愤, 一会儿又觉得一切都是天意。随着症状的进行性加重, 情结也出现复杂的更替如徘徊于渴望、嫉妒与默认、顺从之间。

固定型 强调癌症患者有其较独特的人格特征。即使面临死亡, 患者的个性如被动、依赖和退缩等特点仍保持不变。

第三节 癌症的心理行为治疗

一、支持治疗

癌症患者不仅忍受着来自躯体的各种痛苦如恶心呕吐、疼痛等, 还承受着精神上的巨大压力如抑郁、焦虑等。给予癌症病人以心理上的支持就显得相当迫切。由于癌症病人的个性偏于内倾, 医生和护士应主动接近病人, 善于观察病人的衣着、姿势、手势和表情等, 根据这些非语词性信息, 了解病人的整个心理面貌。癌症病人担心医生将他看成是一架有病的机器, 作为医疗的‘实验对象。适当的目光接触、真诚的眼神流露有助于消除这种顾虑。亲

切的握手、适当的触诊也益于减轻被遗弃感。对损容或形体憔悴者，在目光接触中要注意有分寸，因为患者对容貌和形体的注视特别敏感，常有强烈的自卑感。对于这些患者应给予更多的关心和体贴。通常，病人是坐着或躺在床上，医生最好坐在椅子上或床沿上，以减少病人对医生的“居高临下”的感觉。以上这些虽说十分简单，但若加以重视，会在病人心理上起到意想不到的支持效果。

交谈是医生给予病人心理支持的主要方式。心理支持具体应：包括三个方面：第一，了解病人对患癌症的态度，有的放矢地加以疏导。病人多半为悲观绝望，医生可以告诉患者，癌症并不是昨天才出现的，疾病已伴随患者有一定时间了。肿瘤的散与否除了与躯体治疗有关外，还与心理社会因素密切相关。第二，根据病人要求，解释与疾病有关的临床表现、诊断过程和可行的治疗方案。解释要通俗易懂，否则加重情绪反应。第三，深刻广泛地引导病人谈出对生与死的看法、世界观和生活信念等，以全面了解其个性特征，因势利导地与患者广泛讨论这些问题，帮助病人树立乐观的生活态度。

二、气功治疗

气功能治疗肿瘤这一事实已被广泛接受。气功(如周天入门功)能显著延长晚期肿瘤患者的生命(罗森，1986)。以气功疗法结合其它疗法，可以减少术后并发症。气功治癌症的详细机理尚不明了，但气功可以提高机体的免疫机能(细胞和体液免疫)是肯定的。癌症患者参加合适的气功训练，可以提高血液的 IgG、T 淋巴细胞水平和促进淋巴细胞转化。癌症患者的血浆 cAMP 浓度呈特征的降低。据报道，无论是气功师发放的外气，还是肿瘤患者本身的气功训练，均能显著提高 cAMP 浓度(郑荣蓉，1986)；外气还促进离体血液的淋巴细胞 DNA 的合成，并对体外培养的肝癌细胞具有明显而直接的杀伤作用。

三、冥想与想象治疗

冥想法是根据气功、瑜伽等的基本原理制定的一种调节心身的方法。要使冥想法达到治疗肿瘤的目的，必须具备三个条件：冥想应完全排除一切有意识的智力活动；冥想的深度和持续时间应超过用于治疗一般疾病的程度；冥想训练应纳入病人的日常生活常规。

想象疗法被认为有助于肿瘤消退。通过放映人体白细胞吞噬癌细胞的直观录像或幻灯，使病人建立起白细胞与癌细胞斗争并消灭之的知觉表象。然后配合其他治疗，想象肿瘤所在部位或脏器有上述情景存在，促使局部血液循环加速，血流量增加等，达到治疗目的。

(浙江医科大学 刘小青)

主要参考文献

1. 姜乾金、刘小青、吴根富 • 症病人发病史中心理社会因素的临床对照调查分析 • 中国心理卫生杂志 1987；1：38~42
2. Garfield CA • Stress and Survival • St Louis: The CV Mosby Co. 1979
3. Kimball CP • The Biopsychosocial Approach to the Patients. Baltimore / London: Williams & Wilkins 1981: 231~337
4. Keefe FJ & Blumenthal JA eds • Assessment Strategies in Behavioral Medicine • NY, Grune & Stratton, 1982: 315~369
5. Goldberg RJ • Management of depression in the patients with advanced cancer • JAMA 1981; 246(4): 383

第二十九章 心理社会因素与溃疡病

第一节 心理社会因素与溃疡病发病学

消化性溃疡的发病，原因较为复杂，是多种因素相互作用的结果，如遗传因素、不良的饮食习惯、烟酒嗜好、情感紊乱、应激、胆汁返流、胃泌素瘤以及肾上腺皮质激素、阿司匹林等损害胃粘膜的药物等。

其中心理社会因素对本病的发生、发展有相当重要的作用。研究认为，消化性溃疡属于心理生理疾患的范畴，特别是十二指肠溃疡，与心理社会因素的关系尤为密切。与溃疡病的发生有关的心理社会因素主要有：①长期的精神紧张：不良的工作环境和劳动条件，长时的脑力活动造成的精神疲劳，加之睡眠不足，缺乏应有的休息和调节导致精神过度紧张。②强烈的精神刺激：重大的生活事件，生活情景的突然改变，社会环境的变迁，如丧偶，离婚、自然灾害、战争动乱等造成的心理应激。③不良的情激反应：不协调的人际关系，工作中的挫折，无所依靠而产生的心理上的“失落感”和愤怒、抑郁、忧虑、沮丧等不良情绪。因为消化系统是情绪反应的敏感器官系统，所以这些心理社会因素的刺激就会在其它一些内外致病因素的综合作用下，促使溃疡病的发生。

动物实验也证明了这一点，把二只健康的猴子关进不同的笼子里，各坐在一张特制的椅子上，使它们不能从椅上爬下，每隔 20 秒钟给它们一次电击，但在每只猴子的椅子上都安放一只它们的前肢可操纵的开关，只是 A 猴的开关是真的，能切断电源免遭电击，而 B 猴的开关是假的，切不断电源。很快，A 猴学会了掀开关切断电源以躲避电击，而 B 猴则同样挨电击，奇怪的是，一个月后，A 猴却突然死掉了，而同样挨电击的 B 猴却安然无恙。为弄清死因，对 A 猴进行解剖，发现它患有严重的胃溃疡。这只会切断电源的 A 猴处于一种随时要准备关电源的紧张状态，导致胃酸过量分泌，终因胃壁溃烂而死。而 B 猴反正无法躲避电击，听天由命，没有产生那种时时提防电击，时时准备切断电源的惊恐、紧张状态，反而平安无事。这说明长期的精神紧张，不良的情绪反应对机体的危害甚于某些理化刺激。

1941 年沃尔夫(Wolff HG)也报告了对一胃痿患者的观察情况。发现该患者情绪激动、焦虑发怒或呈攻击性情感(如怨恨、敌意)时，胃粘膜充血，胃蠕动增强，血管充盈，胃酸分泌持续升高，可使充血的胃粘膜发生糜烂；而当他情绪低落、悲伤忧虑、抑郁或失塑，自责、沮丧时，胃粘膜变得苍白，蠕动减少、胃液分泌不足；而在情绪愉快时，血管充盈增加，胃液分泌正常，胃壁运动也有所增强。

祖国医学也十分重视心理社会因素和行为方式在本病发生中韵重要作用。认为情志不舒者肝气失调；肝郁气滞，脾的运化功能失常，胃不降，最后导致溃疡病的产生。所谓“病从思虑而得”，即指此而言。《东垣十书》中指出，饮食不节，寒温不适，则脾胃乃伤。《医学正传》中还谈到：胃脘痛者，多为纵欲口腹，喜食辛辣，恣服热酒，煎？……等。说明了饮食不节与本病发生的重要关系。

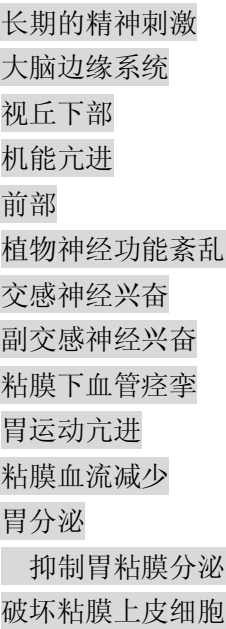
此外，病人的个性特点与行为方式与本病的发生也有一定关系，它既可作为本病的发病基础，又可改变疾病的过程，影响疾病的转归。对大量心身疾病患者的性格特征所作的调查分析发现，溃疡病患者的个性和行为方式可有以下一些特点：①竞争性强，雄心勃勃：有的人在事业上虽取得了一定成就，但其精神生活往往过于紧张，即使在休息时，也不能取得良

好的精神松弛。②独立与依赖之间的矛盾：生活中希望独立，但又不愿吃苦，行动上因循守旧，被动顺从，缺乏创造性，依赖性强，因而引起心理冲突。③情绪不稳定：有人用 EPQ 问卷对 150 个溃疡病患者和 151 个正常人作了人格测定，发现前者 N 分比对照组明显增高，差异显著。说明溃疡病患者情绪不稳，遇到刺激，内心情感反应强烈，易产生挫折感。④惯于自我克制：情绪虽易波动，但往往喜怒不形于色。即使在愤怒时，也常常是“怒而不发”。情绪反应被阻抑，未能外显，反而导致更为强烈的植物神经系统功能紊乱，导致疾病的发生。⑤过分关注自己，不好交往：从性格本身而言，这些人并非外倾、热情、喜爱社交，但由于其有一定的自我控制能力，故尚能维持较好的人际关系。

第二节 发病机制

溃疡病症状的急性加重和并发症如出血、穿孔的出现，时常发生在遭受情绪打击之后。第二次世界大战期间，遭受空袭的居民，被占领国家的人民及军事人员消化性溃疡的发病率明显增高的事实充分说明了这一点。这是因为长期的精神紧张和不良的‘情绪反应，使大脑皮层处于兴奋状态，若持续时间过长，则皮层由过度兴奋转为超限抑制，致使皮层下中枢机能失调，植物神经的控制中心视丘下部(前部)紧张性增高，机能紊乱或异常。开始，交感神经兴奋，粘膜下小动脉的毛细血管前括约肌挛缩，动——静脉吻合支开放，粘膜血流减少。随后，副交感神经兴奋，一方面使胃运动亢进，胃壁固有肌层挛缩，粘膜血流减少，粘膜上皮细胞缺血缺氧，破坏增多，更新减少，同时，粘液的产生及分泌功能降低。这些都使胃粘膜防御机能减弱，但在溃疡病的初期是可逆的。另一方面，副交感神经的兴奋使胃液分泌亢进，胃酸和胃蛋白酶原分泌增多，胃粘膜的侵袭因素增强。此外，视丘下部(后部)兴奋，使下丘脑——垂体——肾上腺皮质系统兴奋。ACTH 和肾上腺皮质激素既可抑制胃粘液分泌和上皮细胞的再生，又可刺激胃酸和胃蛋白酶原分泌，胃蛋白酶原激活。胃壁的防御机能降低，侵袭因素增强，使 H⁺逆向弥散增多，H⁺到粘膜层后，又刺激肥大细胞释放组织胺，后者又刺激细胞分泌盐酸，并引起组织发炎水肿，同时激活胃蛋白酶原，引起胃壁自身消化而形成溃疡(见图 29·1)。

图 29·1 精神刺激与溃疡病的关系



抑制粘膜细胞更新

后部

脑垂体前叶

A C T H

肾上腺皮质

激素

胃酸胃蛋白酶元分泌

防御因素减弱

侵袭因素增强

H. 逆弥散 胃壁内胃蛋白酶元活化

胃壁消化 溃疡形成

不同的精神刺激引起的植物神经功能变化不同。日本山下把情绪与植物神经系统间的关系分为四种情绪：①认为恐怖、愤怒与交感神经机能亢进有关。②非急骤性的，较持久的情绪变化，引起交感与副交感神经同时亢进。③为中间状态，即从不安等紧张情绪中逐渐放松下来，生理机能处于平静状态，也就是从一种类型移行到另一类型前的神经机能状态。④失望、悲观、沮丧等抑郁情缩时，交感和副交感神经均被抑制。当然，由于器官的反应性，机体敏感性及精神刺激的性质、强度不同，故临床所见并非仪此几种情况。

研究还发现，同样的精神刺激，只使少数人患溃疡病，而其它人则不产生疾病或患其它病。这是因为这些溃疡病患者患病前的生理特点，即生理基础与其他人不同。溃疡病的生理基础是高胃蛋白酶原血症。实验也证实了这点，对一批要进行军训的健康青年进行训前胃蛋白酶原和心理素质的测定。然后把他们分为二组高胃蛋白酶原伴心理素质不稳定组和低胃蛋白酶原伴心理素质稳定组。紧张的四周军训后，作钡餐 X 线检查，发现前组中有 9 人得了溃疡病，后组无一例发现。由此可见，患者病前胃蛋白酶原水平较高是发生溃疡病的重要生理前提，即他们对溃疡病具易罹性。但高胃蛋白酶原血症并不等于溃疡病，只有在心理社会刺激的激发下，疾病才可能发生。

需要说明的是，溃疡病的病因和发病机制是十分复杂的，是多种因素相互作用的结果。但心理社会因素对于溃疡病的发生是十分重要的，它起着一个直接的导火线的作用。

第三节 溃疡病的心理治疗和预防问题

药物治疗、饮食控制、外科手术是溃疡病临床的主要治疗方法。但心理治疗对防止溃疡病的复发或病情恶化也有重要意义。一般多采用启发式，指导病人调整生活方式，消除不良心理社会因素。必要时，采用精神药物治疗，以消除、抑制发病的精神因素。如安定剂，抗抑郁剂和镇静剂等。1974 年，Weigan 还采用生物反馈训练法来治疗消化性溃疡。此法通过视觉反馈，训练患者改变胃液中 PH 值，以期减低胃液酸性，结果治疗期与基础期的胃液 PH 值和分泌量有明显改变。但效果的持续时间不明显，且技术难度较大，也颇费时。

预防溃疡病的产生和复发须注意避免精神紧张和不良情绪的刺激，注意精神卫生，注意锻炼身体、增强体质，养成良好的生活和饮食习惯，生活有规律、劳逸结合、节制烟酒、慎用对胃粘膜有损害的药物等。

(扬州医学院 王 慧)

主要参考文献

1. 江绍基主编·临床胃肠病学·上海科技出版社. 1981
2. 严和驥主编·医学心理学概论·上海科技出版社, 1983
3. 北京医学院. 医学心理学讲义·北京医学院. 1984
4. 筒井木春等·应激的心身相关机制. 日本医学介绍 1984; 5(1. 2)

第三十章 心理社会因素与糖尿病

第一节 心理社会因素对糖尿病的作用

糖尿病被看作是一组多因性疾病,这意味着它是多种因素共同造成的。糖尿病的病因,大体上可概括为遗传和环境两大方面。遗传因素的作用,已得到许多家族和双生儿调查的证实。例如, **Froesch(1971)**发现,同卵双生儿患糖尿病的一致率可达 70% 多年龄在 40 岁以下,患有糖尿病的父母,其子女也患此病的可能性可达 50% 左右。

然而遗传因素不能完全解释糖尿病,环境因素也是重要的。环境因素包括生物学和心理社会两大类。生物学环境因素有病毒感染和肥胖等多心理社会因素包括生活与工作巾的重大变敝、挫折和心理冲突等,这些因素与糖尿病发作和病情变化都有较密切联系。

已经发现,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,正常人在移除应激后很快恢复正常,而糖尿病人很难做到。**Vandenbergh 等(1967)**的研究表明,糖尿病人在应激条件下要比在非应激时消耗较多的葡萄糖;病人的焦虑水平与血糖水平成反比。这些研究都说明,心理应激和情绪反应可影响糖代谢过程。

为了进一步搞清心理社会因素与糖尿病发病间的关系,人们对糖尿病人作了回顾性和前瞻性研究。许多研究的共同发现是:糖尿病的发病常常以某些重大生活事件为先导。例如, **Rahe(1969)**的调查表明,糖尿病发病同各种生活转折有关;在一指定的时期内生活变化单位越大,糖尿病人的病情越严重。其它研究证实,安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。这 资料对于临床工作是有启发意义的,说明不能只见病不见人,医务人员也应注意病人的心理社会方面。

糖尿病曾被 **Dunbar(1936)**看作是一种经典的心身疾病。她经过回顾性调查发现,大多数糖尿病病人性格不成熟、具被动依赖性、做事优柔寡断、缺乏自信,他们也常有不安全感,有受虐狂的某些特征。这些人格特点被称作“糖尿病人格”。可是后来的一些研究表明,这些人格特点不只见于糖尿病人,也见于其他慢性病人。尽管如此,这些研究仍说明了在人类疾病中心身两个方面之间的密切关系。

第二节 糖尿病对病人心理的影响

糖尿病有一些不同于其它疾病的特点,常常会给患者带来难以应对的要求。这些特点是:①目前尚无病因疗法,必须长期对症治疗;②糖尿病的治疗有赖于病人的密切配合,常常要求病人、改变多年来养成的生活习惯和行为型式;③并发症多,没有一个器官、系统和代谢过程完全免除其影响;④病情易波动,有时甚至可发生酮症酸中毒和昏迷,造成波动的因素太多,令病人感到防不胜防。

糖尿病有青少年期发病和成年期发病之分。一般地讲,青少年病人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。这对于一个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课题。因此,在青少年期发作的病人中常可见到激动、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和特点。此外,严重的糖尿病也可能使病人提前意识到死亡的可能性,这对于一个未成年的孩子是一个难以承受的打击。

成年期发病者的心理反应的性质、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价以及应对能力和性格等。需要特别指出的是,由于糖尿病人的病情易于发生波动,所以病人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。在这些情况下,就可能产生“习得性无助”(Learned helplessness),病人就会进入一种“放弃——被放弃状态”(giving-up—given-up state),或陷入“放弃——放弃情结”(giving-up-giving-up complex)之中。病人感到失望、无助、无依无靠、无所适从、悲哀、忧愁、苦闷,对生活 and 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。

糖尿病对心理方面的影响,除了情绪和性格改变外,还可由于血糖的波动而直接影响病人的注意、定向力、知觉、记忆和思维等。认知功能受损又会影响病人照料自己的能力,从而不仅会干扰病人的各种活动,而且会对病人的全部生活风格与适应产生间接而更深远的影响。

第三节 糖尿病人的心理治疗

对糖尿病人进行心理治疗的主要目的是,改善病人的情绪反应和提高他们对糖尿病医疗计划的遵从性。

如前所述,糖尿病人往往有长期的消极的情绪反应,这些情绪反应不仅损害了病人的心理康宁,而且也可经由心理生理反应反过来影响糖尿病的病情和康复。例如,研究表明,长期抑郁的病人胰岛素的分泌量可进一步减少,葡萄糖利用曲线下降(Mueller PS, 1970)。

要改善病人的情绪,就需先了解造成消极情绪反应的原因。医生应当采取各种有效的方法控制病人病情发展,因为病情变坏或恶化常常是导致消极情绪反应的首要原因。如果在短时间内不能有效地控制病情,医护人员应当及时地提供情绪支持,力争改变病人对疾病的悲观主义的认识与评价,增强病人战胜疾病的信心。可以依据病程,引导病人适当地采用“否认机制”,以便赢得必要的时间以顺应和接受严酷的事实。医务人员同病人间应当有充分的交往机会,以便让病人倾诉自己的忧虑和痛苦,自由地表达自己的情感。医护人员可在此基础上对病人进行疏导和教育。

医生应当成为病人的朋友、老师和顾问。他们关心的不是脱离人的疾病,而是身患糖尿病的病人。要让病人和家属了解糖尿病的基础知识、学会注射胰岛素和尿糖测定技术,也要

帮助病人科学地安排生活、饮食和体力活动，避免肥胖和感染的发生。

饮食疗法是糖尿病的一项基础治疗措施，必须长期坚持。许多病人也需要长期进行药物治疗。病人遵从医嘱，这是任何医疗计划或措施取得成效的前提条件，为了提高病人对糖尿病的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，为医生和病人规定一系列责任和相互期待的行为，医生和病人相互配合，共同为病人负责。医生的责任是依病人的病情为病人安排治疗(包括食谱)，而病人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，都可提高病人的遵从性。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，让病人每天记治疗日记、对行为作自我监测，也可提高病人的遵医行为。日记中应包括每天的饮食、活动、用药和尿糖等详细情况。医务人员不定期地检查和复核，根据病人执行医嘱情况给予鼓励、指导和批评。

糖尿病并发症多、病情易反复，因此心理治疗应贯彻始终。某些病人可能出现心功能不全、神经或肾病变，发生休克与昏迷，还有的病人需要截肢。在这些情况下，病人在心理上常常极为痛苦、恐惧，甚至发生较严重的精神障碍。应当在这些情况发生前就采取适当的预防措施，使病人有一定程度的心理准备。如果这些情况已经发生，则应当及时地向病人提供心理与药物治疗和有效的社会性支持，以免消极情绪和精神障碍进一步发展。

(白求恩医科大学 梁宝勇)

主要参考文献

1. Dunbar HF et al • Psychiatric aspects of medical problems. Am J Psychiatry 1936; 93: 649
2. Mueller PS et al • Studies on Glucose Utilization and Insulin Sensitivity in Affective Disorders • Washington DC, 1970: 225-248
3. Rahe RH • Life crisis and health change • in May PRA & Witterborn R eds. Psychotropic Drug Responses • Springfield: Charles C Thomas, 1969: 92-125

第三十一章 心理社会因素与头痛

第一节 紧张性头痛

疼痛是临床工作中最常见的症状，而头痛又是最常见的疼痛。事实上，没有一个人能终生不发生头痛。在美国，每年要用掉三千万磅阿斯匹林，其中大多数被用来减轻或消除头痛。严重的头痛扰乱了患者的生活与工作。据一项调查(Ziegler D, 1976)，48.9%的男子和50.2%的妇女报告，在其生活中曾经历过剧烈的丧失活动能力的头痛。我国还未见到类似的调查，但估计问题也是比较严重的。

头痛，按其是否与基本的疾病有关，可分为器质性和功能性的。功能性头痛是指与基本的疾病没有明确的联系、有心理和生理因素参与、无持久结构变化的头痛。据估计，门诊头痛病人中90%为功能性的，当然，器质性、功能性之分是相对的。

临床上最常见的功能性头痛是紧张性头痛、偏头痛和心因性头痛，前两种被看作是典型的心身疾病。

紧张性头痛又称肌肉收缩性头痛(muscle contraction headache)，是临床上最常见的头痛。这种头痛常发源于前额和枕区，之后向两侧和颈下扩散。可以是急性的，也可是慢性的；头痛多为两侧性，疼痛强度不一，性质多为钝痛而非跳痛。一般认为，紧张性头痛的产生与头皮和/或颈部肌肉的持续收缩有关，但支持这一看法的证据目前还不够充足。可确切地说，心理社会因素在紧张性头痛中起重要作用。

急性紧张性头痛发病急剧，一般多持续1~4小时。这类头痛常见于较长时间的精神过度紧张、集中和情绪唤起(兴奋、激动)之后。大量资料说明，这些临床病人于头痛发作前，大都有心理应激发生。例如，生活发生重大转折、工作中遇到严重挫折和人际关系紧张等。社会和个人生活中的这些重大变故，在个体身上造成了难以应付的需要，从而导致心理和肉体上的紧张局面，导致或促使头痛发作。

慢性紧张性头痛可持续数周、数月甚至数年之久，病人感到头皮如箍带样绷紧，通常累及后枕部、颈后与两肩。某些病人头痛可变得十分严重，具有类似于血管性头痛的症状，如怕声、怕光、恶心和跳痛等。这说明这些病人的头痛可能属于紧张性和血管性间的混合型。长期的心理应激、忧虑和抑郁是造成和维持慢性紧张性头痛的主要因素，临床实践说明，不消除这些造成应激的因素，慢性头痛就不可能得到有效的控制。此外，慢性紧张性头痛也可能有“习得”成份，头痛被病人作为应付不寻常紧张的生活情境的一种无意手段。在某些病人生活环境中可能有某些起强化(头痛)作用的因素或事物，维持着他们的头痛，每当病人接触到这些事物，就条件反射式地产生头痛的条件反应。还有，病人周围的人对病人头痛行为的暗示、注意、关心和忧虑等，也可以在某些病人的头痛持续不愈中起着重要作用。

上述诸种心理社会因素在紧张性头痛中的作用，已为许多临床观察所证实。着重于消除这些因素的心理(行为)疗法，已在紧张性头痛的治疗中显示了其独特作用；这一点也从相反的角度说明了心理社会因素与紧张性头痛间有密切联系。

第二节 偏头痛

偏头痛是一组血管性头痛的总称。据调查，在综合医院的门诊头痛病人中偏头痛约占8~12%，女性病人几乎是男性的2倍。

偏头痛包含许多症状，反复发生的头痛只是其中的一种主要症状。头痛的强度多变，多为尖锐的针刺样的跳痛；可有单侧的，也可累及双侧。其它症状有胃肠症状(恶心、呕吐)、眩晕出汗、面色苍白、疲乏以及感觉异常等。这些症状可以作为头痛的先兆，也可作为伴随症状。

一般认为，偏头痛为发作性的颅内和颅外血管的功能性障碍，其发作同颅内、外血管的异常收缩和舒张有关。可是，颅内、外血管为什么会发生异常的收缩和舒张?却没有定论。研究表明，遗传因素可能起一定作用。一项调查表明，50~60%的偏头痛病人报告其父母有偏头痛病史(Lance & Anthony, 1966)，可是遗传因素不能解释所有的偏头痛。双生儿研究表明，同卵双生儿中偏头痛的一致率只有5~35%。因此人们又寻求其它解释，认为内分泌、递质因素、血小板因素、饮食因素和心理因素都可能有关，从而认为偏头痛可能是由多种因素导致的一种临床综合征。

心理因素在偏头痛中的作用，有些已经得到了研究的证实，有些尚待进一步探讨。

临床观察表明，精神过于紧张、焦虑、长时间脑力劳动后的疲劳以及诸如事业上的不成功、家庭不和睦、人事关系紧张、工作中的角色冲突等心理社会因素，都可激起偏头痛发作或加剧已有的头痛症状。此外，病人的生活风格、行为型式、人格、刺激条件、对刺激物的认识评价以及对头痛本身的态度、认识和情绪反应等，都会影响头痛的频度和强度。这些观点，即使是在比较保守的生物医学界，今天也已为大多数人所接受。遗憾的是，目前在我国还没有多少人对此进行科学的调查研究；在病历的记录中，一些医生往往忽略这一重要方面。

文献中关于心理因素在偏头痛中作用的研究，大多涉及到人格因素同偏头痛间的联系。早在三十年代，偏头痛就被作为一种经典的心身疾病而加以探讨。一些心理动力学者的比较广泛的研究认为，偏头痛病人的人格特点包括：不能满足过分的自我要求、经常感到强烈不满，对处于优越地位的竞争对手妒忌、而又不能公开地表露敌意，做事谨小慎微、拘泥细节、至善主义，雄心勃勃，常有不安全感。当他们的雄心和至善至美目标不能实现时，则常常导致自我惩罚，表现为偏头痛发作。

需要指出的是，人格与偏头痛关系的许多研究存在着一些缺点。第一，大多数研究采用回顾法。病人通过回忆的方法为自己所归纳的心理特征可能不够准确。而且，疾病本身也可以造成较明显的人格改变。因此，这类方法的研究并不能确切地回答上述的人格特点与偏头痛何者为因，何者为果。这类研究甚至也不能断定二者之间的因果关系，因为事物间的相关关系并不一定是因果关系。第二，许多研究没有适当的对照组，难以确定这些人格特点只是与偏头痛有关，还是也与其它疾病有关。第三，不少研究没有采用标准的心理测量技术和心理测验来评定病人的人格，这降低了心理评定的信度与效果。

尽管有上述缺点，我们还是可以从这些研究中提取一些有用的资料，这些资料对于偏头痛的临床评定(或诊断)、治疗与护理是有帮助的。

第三节 心理治疗

紧张性头痛和偏头痛的治疗包括药物和心理治疗两种主要类型。最常用的药物是止痛片。对于典型的偏头痛，发作早期给麦角胺有时可止住病情发展。此外，对于某些伴有抑郁、焦虑等情绪症状的病人，可考虑采用抗精神病药物。对于慢性的头痛病人，必须注意防止对

药物的依赖和药瘾。应当经常想到和采用心理疗法，心理治疗不仅可以有效地减轻或解除某些病人的头痛，而且可以避免药物治疗的副作用、依赖和成瘾。

较常用的心理疗法可分为主要针对病人心理因素和心理反应的一般性方法和主要针对病人痛行为的行为疗法。前者包括解释、疏导、领悟、认知矫正、情绪支持、暗示、分心以及消除致病的心理社会因素等。这些方法如果用得恰当，都可以不同程度地减轻或消除头痛。

紧张性头痛和偏头痛的行为治疗是以下述假设为基础的：功能性头痛是人与环境不相适应的结果，是习惯性适应不良行为；如果能够识别并进而控制那些促发和加剧因素，就可以减少或消除头痛。

为此首先必须对头痛进行行为评定，借以了解先导或促发头痛的刺激因素、病人的头痛体验以及对头痛的反应。头痛是一种主观体验，不能被外人直接观察到，医生只能通过病人的外显行为、生理反应和病人自己的内省报告加以了解。因此行为评定常常采取让病人记“疼痛日记”的方式。日记中包括三部份内容。

(1)刺激因素：记下头痛发作的时间、地点，发作前的情绪状态、思想活动与行为，以便于找到头痛发作的规律性，识别促发头痛的事物、时间和场合。

(2)机体因素：包括头痛的部位、强度、性质、持续时间和有关的身体体验(如视觉前兆、手脚发冷或一过性热感)。这些资料不仅可为设计行为疗法提供依据，而且也有助于对病人的头痛类型作出正确诊断。

(3)对头痛的反应：请病人记下由于头痛而导致的活动，例如服药、停止工作或上床躺下。此外，也可包括周围人对病人头痛所作出的反应，如帮助按摩头部、热敷和关心等。这些资料有助于识别使病人头痛持续不愈的因素。

行为评定完成后，就可依据具体病人的具体情况设计和实施行为治疗。

首先，根据病人的疼痛日记帮助病人识别那些促发或加剧头痛的具体刺激因素，并进而对它们加以控制。如有可能，要尽量使病人避免接触这些刺激因素。如果无法安全避免，可帮助病人改变对它们的认识与评价，改变自己的生活风格，从而提高对刺激物的耐受与应对能力。

此外，要让病人学会对引发和加剧头痛的生理变化实施自我控制。实施自我控制的技术主要有两类。一类是放松训练，包括渐进性肌肉松弛，自律训练和冥想训练。另一类自我控制法是生物反馈，目前用于头痛的主要有肌电生物反馈和温度生物反馈。所有这些方法在紧张性头痛和偏头痛的治疗中都可取得一定的效果，有关详细治疗情况已在第 23 章讨论，此处不再赘述。

最后，对于持续时间过久，经多种治疗仍未见效的病人，可采用“依情况而定”(contingency)的管理技术，通过消除周围人对病人头痛行为的强化作用、调整病人服用止痛药物的方式等一系列措施，来达到矫正病人对头痛的异常反应之目的(Boudewyns & Wassey, 1981)。

(白求恩医科大学 梁宝勇)

主要参考文献

1. Boudewyns PA & Massey EW • Behavioral management of head ache • in Boudewyns PA & Keefe FJ eds • Behavioral Medicine. Addison-Wesley Co, 1982

2. Lance J & Anthony M • Some Clinical aspects of migraine: A prospective survey of 500 patients • Arch Neurology 1966: 15: 356-361
3. Ziegler D • Epidemiology and genetics of migraine • in Appenzeller O ed • Pathogenesis and Treatment of Headache • NY: Spectrum, 1976

第三十二章 儿科心身医学问题

第一节 概 述

小儿由于大脑功能和结构的发育尚不完善,对植物神经和情绪活动的调节控制能力亦较弱,临床上常出现各种植物神经功能失调的症状,如腹泻、呕吐、食欲不振等。小儿在各年龄阶段的心理活动特点亦不相同。幼儿常在受惊后得病,而年长儿童则往往同家庭或学校环境发生矛盾而发病。小儿后天逐渐形成的获得性习惯,如清洁习惯等,实际上是一种条件联系。这些联系在幼儿还不巩固,都可受到精神的或感染中毒等外界因素的影响,以致在一段时间内功能削弱,出现如遗尿等现象。

儿科的心身医学问题主要是讨论小儿心理因素和社会因素与小儿健康和疾病间的相互关系,它应包括哪些疾病,意见并不一致。限于篇幅关系,本章只叙述公认与心理社会因素有关的并在综合医院儿科较常见到的疾病。但并不是说,这些疾病全部都与心理因素有关。只不过在这些疾病的发病及病程演变上,社会心理因素占有一定的比例。本章只重点从儿科的心理生理医学的角度叙述,不包括儿科教科书的其它内容。

第二节 心理社会因素与消化系统疾病

一、神经性厌食

儿童的食欲障碍可由多种疾病引起,但神经性厌食(anorexia nervosa)是指精神因素引起的一类厌食,它是严重的心身疾病。以自愿的饥饿和明显的体重丧失为特征。1868年Gull氏首先描述此病。

在病因方面有:①患儿认为自己过胖(虽然患者的体重可能在正常范围)而自愿节食。这多见于12岁以上的女孩,病情多较严重,5-10%的患者死于自身的强迫饥饿。国内这种原因少见。②对新环境适应不良的儿童,当离开亲人及熟悉的环境进入托儿所或其它新环境时,常拒绝饮食或食欲减低。③对儿童要求过高,限制其自由,禁止他们与其他儿童玩,影响其情绪使食欲减低。④过分注意儿童的进食,反复诱导儿童进食或以威胁的手段强迫喂食,反而减低食物中枢的兴奋性导致厌食。此外,Bruch提出“饥饿的经验不是天赋的,而是包含着学习这一重要的因素”。她发现患有厌食或肥胖症的病人缺乏识别饥饿与饱食这一感觉。她并介绍测量进入不同人的胃内食物量的方法,发现肥胖和厌食患者对究竟食物是否已曾进入他的胃内或曾进入多少量的认识能力明显地低于正常人。

患者的个性特点往往有与其年龄相比较稚气和未成熟的性格。在临床表现上主要有拒食和持续体重下降。父母的要求、威胁和诱骗患儿均无效。病人会隐藏食物或假装曾吃过食物,或许吃后吐掉。虽然在别人看来她有病态,但病人坚持她的自觉良好,且躯体的活动一般地保持在良好的水平。

在治疗上,除应用言语暗示,针刺、中药和食欲兴奋剂赛庚啶(cyproheptadine)外,更重要的是消除患儿的不良心理因素。严重患者在治疗开始阶段需住院,并需除外慢性感染和肿瘤性疾病。应诱导病人主动希望进食,即当她获得适当的体重后便可出院。亦应告知患者,当她的生命处在危险的时刻,可用鼻管喂饲,但不要以此作为威胁来告诉病人。此外对病人

的饮食习惯和进食亦需给予注意，以便增加病人的食欲。使用行为疗法中的操作性条件反射(Bachrach, 1965)和脱敏疗法(Schnurer, 1973)，也均有治疗成功的病例报导。

二、儿童时期溃疡病

儿童时期溃疡病最早报告于 1826 年。由于儿童缺乏典型症状而常致漏诊，故其真正发病率并不十分清楚。但它是儿科心身疾病中最常见的一种，其病因则与成人相似，主要有遗传素质、刺激性食物和经常处于强烈紧张状态等心理因素相互作用的结果。这已为许多研究所证实。当人们的情绪经常处于紧张状态或任何刺激导致情绪紊乱时，可引起胃液分泌的增加而导致溃疡病的发生。有关这方面的内容在成人溃疡病一节中已述，这里不再赘述。

既往曾有人认为，心理因素在儿童溃疡病的发病中并不重要。但 1967 年 Tudor 综合报导儿童溃疡病 409 例，发现有情绪因素的占 17%。1972 年 Robb 报导儿童十二指肠溃疡 49 例，有情绪因素的占 58%。1983 年福建医学院报导儿童溃疡病 74 例中，有心理因素的占 21 例(28%)，这说明心理因素与儿童时期溃疡病的发病有密切关系。

至于引起小儿病例情绪上处于紧张状态的原因则与成人不同，主要有学校和家庭两方面的原因，好胜心强则往往是这些原因的基础。因好胜心强的小儿在日常生活中，不论在学习成绩、体育或文娱活动、游戏、各种比赛，甚至在打架上，都欲争取名列前茅。因而较好胜心不强的小儿，在情绪上经常处于紧张状态。且当愿望未能实现时，则容易产生愤怒、敌对、抑郁、羞愧等负性情绪。目前，中、小学的学习过分紧张，不少小学还加班加点，而父母对子女的殷切期望和过高的要求，往往造成小儿情绪上经常或间歇处于紧张状态。此外，如是娇生惯养，依赖性强的儿童，当遇到困难时亦易造成情绪上的紧张状态。据福建医学院报导 74 例儿童溃疡病有心理因素的 21 例中，由于学习、好胜心强和依赖性强而导致情绪上处于紧张状态的各占 10、7 和 2 例，其余两例，一例为父母偏爱而感到焦虑，一例因母亲改嫁被同学耻笑而产生羞辱感。所以说，小儿情绪上经常或间歇的强烈紧张状态是引起本病的主要心理因素。它可通过大脑皮层作用于下丘脑影响迷走神经的兴奋性加强，引起胃的酸度增加而导致本病的发生。这和动物实验证明紧张的心理因素确实可以引起胃肠溃疡的发生是相吻合的。

对紧张状态的忍受能力，则与各人的性格特征类型(如儿童艾森克个性问卷中 N 分较高的情绪不稳者易患本病)和过去的经历与遗传素质等均有关系。这可解释小儿虽常由于各种原因而导致情绪处于紧张状态，但多数小儿并不发病。当这些心理因素出现于有溃疡病家族史、高胃蛋白酶原血症者、依赖性强和情绪不稳定性格的小儿，便易于发生溃疡病。在治疗上，有或无心理因素的治疗原则均相同。但具有心理因素的患儿，消除心理因素对本病的治愈和减少复发等方面均有重要的作用。目前学生学习过于紧张和家长的过高要求，是造成小儿经常情绪紧张的重要原因之一，值得治疗和预防方面的注意。

三、溃疡性结肠炎

小儿溃疡性结肠炎常表现为慢性经过和反复发作，且以腹泻、腹痛、便血等症状为特点。如疾病持续进行，则可出现体重下降、恶心、呕吐、贫血甚至明显的消瘦。其发病率在国外为 10 万人中有 3·9~7·3 人发病。死亡率高达 20%。

病因有感染、免疫和心理因素等学说，但真正的病因至今仍不十分清楚。不过情绪与疾病严重性之间的关系是十分明显的，心理的损伤和情绪紧张往往发生于腹泻、腹痛或便血等病势加重之前。因此，假如心理因素不是溃疡性结肠炎的病因，至少作为一个主要的参与因素，在疾病的复发和病情加重方面起作用。故亦认为是心理生理疾病。

个性的研究显示本病有一个十分特征性的反应模式，即与同龄人相比，患儿显得行动退

缩、态度被动、幼稚和对父母的依赖，有时还会伴随对其他家庭成员的敌意。Prugh 指出，溃疡性结肠炎的小儿被动而刻板，依赖父母(特别是母亲)，情绪不成熟，但又需要适应社会的规范。他们不能对权威人物表现强烈的愤怒感，只好通过结肠炎的形式表现出来。

在详细研究 117 例患儿后，Finch 发现，男性患儿是十分被动的，且非常依赖母亲，情绪是压抑的，女性患儿则与母亲关系十分密切。她们不能表露愤怒的情绪而代之以抑郁情绪。惊奇的是，这些小儿均有父母，但父亲在家庭中不占主导地位，且往往是怕妻子的，而母亲在家庭中则占支配地位。

本病除应用激素、抗菌素等治疗外，心理治疗的效果，根据 Karush 对成人慢性溃疡性结肠炎 30 例随访 1~11 年，其结果为 8 例症状消失，12 例改善，10 例无变化。在儿童病例，心理治疗的效果则差得多。据 Finch 描述在 30 例儿童病例中，14 例有心理因素，这些有严重情绪障碍的病例预后不良，14 例中只有 1 例随访中没有结肠疾病的表现。

四，神经性呕吐

神经性呕吐可看作是精神因素的躯体反应，它常无恶心而反复呕吐，吐后往往即可进食，但体检和辅助检查没有任何器质性疾病的表现，这可见于任何年龄，甚至是婴幼儿。其原因有：①各种因素导致情绪的混乱：如突然与父母分离，急性的强烈刺激如亲人死亡等。②对不愉快或可憎恶思想或经验的反应：例如一女孩上学时遇见一因车祸导致脑浆迸出死亡的行人，以后当看到豆腐便联想到这一情景而发生呕吐。③精神过度紧张：例如各类考试，特别在女孩易于发生，且往往有过去发作史。④作为反对父母的一种表现：当过度刺激或当强迫儿童做他不愿做的事情时发生呕吐，特别是某些小儿害怕由于表现对父母的愤怒而失去父母的爱时发生，这在与父母重新建良好关系时呕吐消失。⑤作为对家庭施加压力的一种工具：对孩子放纵的父母，其小儿为了对家庭施加压力而发生呕吐。例如害怕上学的儿童，呕吐往往发生于早晨，且周末和假日不发生呕吐。此外母亲强迫小儿进食或喂食过度亦发生呕吐，例如与小儿同住一室的外祖父患结核病，其母亲为了预防肺炎刚愈的小儿患结核病而强迫他休息与进食大量的食物导致神经性呕吐的发生，在中止母亲这一强迫行为后呕吐便停止。

本病的治疗主要依靠发现与解决不良心理因素，药物的对症治疗作用较小。

第三节 心理社会因素与支气管哮喘

支气管哮喘是儿童较常见的一种心身疾病，有认为 5~10% 的儿童在儿童时期某一阶段，曾发生过支气管哮喘。在儿童中，男与女发病率之比为 2: 1。

支气管哮喘的病因较复杂，其发病因素与生物、化学、自主神经、免疫、感染、内分泌和心理因素有关。目前认为，单独的心理因素虽不能引起发病，但情绪对哮喘的发作，在某些成人或儿童则是重要的促发因素。国外有报告一哮喘患儿，其母因患儿的疾病增加了她的负担而感到恼怒，因此，有时其母会十分明显地刺激或触怒患儿，于是患儿便会哇哇地哭喊并促进了哮喘的发作。在引起儿童哮喘发作的不良心理因素中，常见的有母子关系冲突、亲人死亡、弟妹出生、家庭不和、意外事件、心爱的玩具被破坏、进入托儿所导致突然的环境改变引起不愉快的情绪(幼儿期对习惯了的环境往往感到轻松愉快)等。

支气管哮喘患儿的人格特点多为过分依赖、幼稚、敏感和希望受人照顾。但国外有报告哮喘患儿的性格虽然在因年龄增大而哮喘消失的情况下，对母亲仍十分亲近和依赖，并表现稚气。但以后亦可改变为勇敢的英雄人物。

心理生理的研究指出，暗示技术可诱发哮喘患者呼吸道阻力增加，并可由于使用阿托品

而防止，因而提示与胆碱能的通路有关。有人曾让 8 名哮喘非发作阶段的学龄儿童，让他们观看使之厌恶的电影，或作复杂而又无味的数学题，结果 8 名患儿全部呼吸减慢，呼吸道阻力增加。近代的研究指出，情绪或行为的紊乱，对不易控制的哮喘患儿较之哮喘本身发作的严重性的关系更为密切，因此巧妙的医疗干预可能产生重大的影响。1972 年 Neisworth 和 Moore 在一研究中指出，父母的措施对维持哮喘症状的作用。他们报告一例男性 7 岁支气管哮喘患儿的治疗。这一小儿表现为在就寝时长期的喘鸣和咳嗽，其母亲常常关注小儿服用药物，不让过多活动，避免服食受限制的食物。从分析中可知母亲有加强“疾病”的行为。但在应用一个不同的措施后(这包括中止母亲的特殊注意和中止就寝时服用药物，此外，如小儿在夜间咳嗽较平常减少，患儿便可获得奖励)，作者证实患儿的哮喘症状(咳嗽和喘鸣等)反而减轻，这是值得注意的。支气管哮喘的心理治疗。首先，消除小儿的不良心理因素十分重要，如有母子关系冲突的患儿，当他离开家庭参加夏令营等活动时，哮喘发作反而减轻。此外，成人亦有催眠、暗示、生物反馈等治疗支气管哮喘成功的报告，这亦可反过来说明心理因素在支气管哮喘发病中的作用。1976 年 Feldman 亦报告患有哮喘的儿童，在改变下呼吸道的阻力上，短期生物反馈训练的效果与异丙肾上腺素的治疗相同，故他提出某些哮喘儿童可使用生物反馈疗法。

第四节 心理社会因素与遗尿症

一、夜间遗尿症

夜间遗尿症(nocturnal enuresis)在儿童时期较常见，据统计 4 岁半时仍有尿床者占儿童的 10~20%，9 岁时约占 5%，而 15 岁有尿床者则只占 2%。男性患儿较多见。一般指 5 岁以后仍出现尿床者，始称为夜间尿床症，又称夜尿症，它可分为器质性和功能性两大类。本书只叙述功能性遗尿症，它又分为持续型和倒退型两种。不少人认为，既往已有夜间控制小便能力而又发生遗尿症的倒退型患儿，一般是反映情绪的混乱，比始终没有控制小便能力的持续型患儿易于治愈。

遗尿症的病因目前尚未能完全阐明，仅少数患儿是由于尿路病变、脊柱裂、脊髓病变和大脑发育不全等器质性疾病所致。绝大多数是由于大脑皮层及皮质下中枢功能失调，属功能性遗尿症。产生原因可能与下述因素有关：①遗传因素：本病的家族发病率甚高。国外报导 74% 的男孩和 58% 的女孩，其父母双方或单方有遗尿症历史。单卵双胎同时发生遗尿者较双卵双胎为多，提示遗传与本病有一定关系。②功能性膀胱容量减少：1970 年 Pompeius 用新式的膀胱内压测量方法研究 63 名遗尿者，在无感染或阻塞的病例中，发现排尿时膀胱容量较预计者少 30%。但几乎在各个研究中均发现功能膀胱容量值在遗尿症及对照组间有意义。③睡眠过深：最常见的原因是由于睡眠过深不能接受来自膀胱的尿意而觉醒，仅发生反射性排尿，遂成遗尿。④心理因素及教养：心理和精神方面的障碍如家庭成员死亡、变换新环境、失去父母的照顾所造成的焦虑状态，以及黑夜恐惧、受惊、报复心理、母子关系冲突和精神过度紧张等。这些因素不但可促使以往已有控制小便能力的儿童发生夜尿症，而且少数患儿在发生夜尿症后便逐渐形成习惯，有些甚至成人后仍无法改变。此外，缺乏排尿训练或不适当的排尿训练，如父母强制小儿迅速学会夜间控制小便的能力，会导致小儿产生愤怒反应而不知不觉地以尿床抗拒父母。

遗尿患儿的个性可由于遗尿并不光彩而不愿别人知道，因此不喜欢与他人多接触或参加集体活动而逐渐形成内向性格。

治疗上对有不良心理因素的应予消除外，并可采用药物、小便警铃装置、行为疗法和针灸等治疗。在药物上以丙咪嗪和氯酯醒较常用，但复发率高。1967 年 Perlmutter 报告应用丙咪嗪后，40%~50% 的患者遗尿迅速停止，但停药后约 2 / 3 的病人复发。1975 年 Taylor 等报告国外常用的小便警铃装置训练的复发率为 45·7%。福建医学院报导行为疗法(主要包括训练增大膀胱容量和根据既往常发生尿床的时间，应用闹钟及时惊醒患儿以便形成习惯等)配合药物治疗遗尿症患儿 8 例，4 例全愈，3 例明显好转，1 例好转，随访六个月均无复发，认为行为疗法对降低复发率有帮助。此外，针灸疗法亦有一定的疗效。

二、日间尿频

日间尿频(daytime frequency pollakiuria)在小儿并不少见，它是指白天排尿次数增加而无尿量的增加，尿常规检查正常，排尿次数可从正常每日 6~8 次增至 20~30 次，小儿否认排尿困难、白天遗尿或睡后尿频。常发生于 4~8 岁。本症较白天遗尿常见得多。

日间尿频常由于家庭成员的死亡，变换环境(如入托、上学和住院等)，突然离开父母、怕打针和考试等所导致的急性紧张或焦虑所诱发。但应询及有否增加液体摄入量和应用利尿药(如咖啡因或茶碱类利尿剂等)。尿常规亦应检查，日间频尿的女孩还需作尿培养。

治疗主要包括对患儿及其家长一再强调他们是健康的，并且症状将会改善。消除不良的心理因素和鼓励患儿说出使他烦恼的事情。教导和鼓励小儿将两次排尿间隔的时间尽可能延长，并记录每天两次排尿间隔的最长时间，如有进步，可适当给予奖励。小儿对医生的信任和鼓励将会改善其症状，大部分患儿约在数日内会魔术般地被治愈。同时应用阿托品以解除平滑肌痉挛、抑制膀胱排尿，对症状的改善有促进作用。

第五节 心理社会因素与夜惊

夜惊(night terror)的病因主要为心理因素如焦虑和受惊等，例如家庭成员的病重和死亡，初次离开父母进入陌生的环境，外伤和意外事件所导致的焦虑和惊恐不安等，此外在睡前听恐怖紧张的故事和看恐怖紧张的电影等，都可导致夜惊的发生。

本病多发于儿童，其临床表现为患儿在开始入睡一段时间后突然惊醒，瞪目起坐，躁动不安，面露恐怖表情，但意识仍呈朦胧状态。同时并可表现呼吸急促，瞳孔扩大，出汗，部分患儿在发作时可伴有梦游症，即患儿起来走动，做一些简单机械的动作，如开抽屉等，醒后完全不能回忆。这与发生较多的恶梦清醒后很快的变得明了，并多能回忆梦的内容有所不同。本病发作次数不一，可一夜发作数次，亦可数日或数十天发作一次。此外，本病偶可为癫痫的早期症状之一，可结合脑电图检查加以区别。夜惊常可自愈。

经常发生夜惊的患儿，往往反映有持续较久的焦虑状态，因此需进一步了解其心理状态以进行疏导。在药物应用上，国内常采用镇静药如溴化钾、鲁米那和冬眠灵等加深睡眠，控制夜惊的发作。国外认为睡前服用盐酸丙咪嗪或安定较有效，机理不明。此外中医中药和针刺疗法亦有一定的效果。在预防上应注意培养儿童的勇敢精神，避免听紧张恐怖的故事。

(福建医学院附属协和医院 陈达光)

主要参考文献

1. 陈达光 • 儿童溃疡病与心理因素、性格及血型的关系 • 医学心理学文集 1985; 3: 37~39
2. 陈达光 • 儿童夜间遗尿症的心理因素及其行为疗法 • 福建医学院学报 1986; 20 : 112-115
3. Vaughan VC et al • Nelson's Textbook of Pediatrics • 11th ed • Philadelphia: W B Saunders Co. 1979; 88~90、627~832、1557
4. Jersild AT • Child Psychology • 5th ed • USA: Prentice Hall 1962: 452-458
5. Ziai M. Pediatrics. 3rd ed • Boston Toronto: Little, Brown and Co, 1984: 298~299,820~321,700~702
6. Simons RC et al • Understanding Human Behavior in Health and Illness • Baltimore: Williams,1978
7. Pomerleau OF et al • Behavioral Medicine: Theory and Practice • Baltimore: The Williams and Wilkins Co, 1979: 106~108、110~111、112~116
8. Tudor RB • Peptic ulcerations in childhood • Pediat Clin North Am1967; 14:109~123
9. Schmitt BD • Daytime wetting(Diurnal enuresis) • Pediat Clin North Am1982; 29: 9~16

第三十三章 外科心身医学问题

第一节 外科疾病与心理社会因素

外科是重要的临床医学领域之一，外科的心身医学问题可以概括为两个方面。其一是心理社会因素在外科疾病中的作用，其二是外科疾病或损伤对病人心理社会方面的影响。

外科病与内科病有时是易于区别的，例如骨折、烧伤和冻伤等显然属于外科。但多数情况是内科疾病的进一步发展，以致达到需要手术治疗的地步。关于心理社会因素在这些内外科共有疾病(如消化道溃疡)中的作用和病人的心理反应，已在其它章述及，本章不重复

外科损伤、骨折、烧伤和冻伤等是外科的常见情况。这些情况的直接发生原因，自然是外力的作用或理化因素造成的，然而它们也可能同心理社会因素有联系。例如，采用 Holmes 和 Rahe 编制的 SRRS 所进行的研究表明，骨折就与生活事件密切相关。因此，亦有将骨折也看作是心理应激有关的疾病的(梁宝勇，1987)。

感染性疾病也是外科的常见病。如最简单的外科感染——疔，心理社会因素在其发病中就可起作用，可以降低人体对细菌的抵抗力，也可以增加人体对细菌的暴露机会。前者如长期的心理应激可降低人的免疫功能，后者如不清洁的生活工作环境、不良的行为方式和生活习惯等。在这里，心理社会因素虽然不是直接的致病因素，但起着促发或辅助作用。这个结论也适用于其它感染性疾病。

从另一个角度看，外科病也会对病人的心理社会方面产生重要影响，这种影响集中地表现在手术病人中。关于手术病人的问题，我们将在第二节专门讨论。

某些外科病人的治疗本身会造成病人对医务人员和医疗设备的过分依赖，例如慢性肾功能衰竭病人的血液透析治疗。在这种治疗中，病人会产生一些特殊的心理问题。Levy NB(1977)曾对这类病人作过长期观察，发现透析治疗前大多数晚期肾衰病人对自身状况和预后严重悲观和忧虑，甚至；绝望企图自杀。经过透析治疗，病人身体状况显著改善，情绪也随之变好，病人感到自己获得了新生(“蜜月阶段”)。之后，病人逐渐意识到自己终生不能脱离对机器的依赖和放弃病人角色，心理冲突加剧，进入“沮丧阶段”。经过心理治疗，病人在某种程度上接受所面对的现实，达到心理上的顺应，从而就可进入“适应阶段”。

脏器切除和移植的外科病人也有许多特殊的心理问题，如“不完整感”，心理上的“排斥”反应等。(注：张国粹心脏外科)

第二节 手术病人的心理反应及其影响

一、手术病人术前的主要心理反应

手术常被看作是人生中的重大挫折与不幸，因此往往对人的心理方面产生很大影响，不仅手术本身，而且对手术的预想也可以是充满紧张性的，引起强烈的心理应激反应。

病人在听到要做手术的消息后，最常见的心理反应是焦虑或恐惧。他们一怕手术引起剧烈的疼痛与不适；二怕留下后遗症，使自己丧失工作和生活能力；三怕因手术而丧生。他们期望能由既有丰富经验，又关心体贴自己的医生为自己做手术，期望能减少术中与术后的痛苦与不适，也期望医生尽可能地保持自己脏器或器官的完整性。此外，许多病人还期望了解

手术和麻醉方面的信息以及将会给自己带来的危险和应对措施。

除了焦虑和恐惧外，等待手术的病人也常常对自己和家庭的未来感到忧虑，可能产生悲观、绝望的情绪体验。他们也可能对手术寄予过高的期望，对手术将会带来的危险与痛苦毫无心理准备。在许多情况下，手术须经病人同意方可进行，此时一些病人可能陷入“趋——避冲突”之中。当他想到手术会解除自己多年的痛苦，为自己提供新的希望时，就倾向于同意手术，然而，随着手术日期的逼近，病人可能日益感到手术的危险，感到恐惧不安，从而可能撤回同意手术的决定。另有一些病人可能采用“否认机制”来应对手术所引起的恐惧，即不让“手术将会给我带来危险”这一念头在头脑中出现。这些病人表面上显得异常平静，也不希望了解与手术有关的信息。

二、术前心理反应对术后恢复的影响

病人手术前的心理反应可对他术后恢复产生比较重要的影响，主要表现在术后并发症、卧床时间、住院时间、镇痛药物的用量以及心理适应等方面。

Janis IL(1958)曾作过一个研究，目的是比较不同焦虑水平病人的术后心身适应情况。按病人术前的焦虑水平，将他们分成高、中、低三组。高焦虑组的病人对即将进行的手术极为恐慌不安。而低焦虑组病人正相反，表面特别平静，毫无紧张不安迹象。中度焦虑组介于上述两组之间。结果发现，焦虑水平与心身适应间呈“U”字函数关系，中度焦虑组术后适应最佳。究其原因，发现此组病人对手术将带来的影响(如疼痛，不适及机能丧失)有较现实的看法和心理准备，因此能较好地对付术后的疼痛和痛苦。由于术后情绪得到了较好的调节，这些病人能主动配合医疗，身体复原快，术后的心理和身体方面的并发症极为少见。术前高度焦虑者多为神经质的人，他们缺少必要的应对资源来处理手术应激，故术后仍高度紧张、多疑和敏感。低焦虑组病人术前过分采用否认机制，对手术所可能带来的痛苦毫无准备，因此当术后体验到疼痛与不适时，就感到愤怒和沮丧。后两组病人的情绪状态都会干扰他们的医疗活动，影响他们身体功能的恢复。

对 Janis 的结论亦有不同意见。有人认为，术前恐惧与术后心理适应间呈直线关系。即术前越不感恐惧者，术后焦虑水平越低。各研究之间之所以结论不同，是由于有很多因素调节着手术前后心理反应间的关系。例如，不同的手术之间就有差别(许淑莲，1987)。此外，病人的应对经验，社会支持以及心理准备等，都可起重要调节或中介作用。

虽然手术前、后心理反应的确切关系尚待进一步探讨，但可以肯定的一点是术前心理准备对大多数病人的术后恢复是有益的(姜乾金，1985)。

第三节 手术病人术前的心理(行为)准备

一、术前心理准备的临床意义

国内、外已有不少研究证明，手术前对病人进行心理(行为)准备对术后恢复是有益的。

例如，Egbert 等(1964)在一个研究中让麻醉师在手术的前夜向腹部手术的病人说明术后疼痛的性质与程度，告诉病人疼痛是由刀口下的肌肉痉挛引起的，只要放松腹肌，就可解除大部份疼痛。而后教会病人通过深而缓慢的腹式呼吸来有意识地放松腹壁，教会病人如何在放松腹肌的情况下利用臂和腿翻身。在手术后，麻醉师每天看望病人一、二次，并重复上述指导。结果发现，与不做心理准备的对照组相比，准备组平均早出院 2~7 天，所用麻醉药只有对照组的一半，独立的观察者的评定也认为准备组术后痛苦表现少、较舒适。

姜乾金等(1988)对上腹部手术病人手术前进行了集体心理咨询和松弛训练，发现这些准

备模式可以降低病人对手术的紧张心理反应、减轻术后疼痛程度、降低止痛和镇痛药物的使用量。经过这些准备的病人起床活动时间提早，术后排气时间提前、住院时间缩短、术后并发症也减少。

上述两个研究所采用的准备病人的方法都简便易行，一般医护人员不难做到，但其效果却都是显著的，因此值得提倡。

这些方法也同样适用于即将接受其它紧张性诊疗程序的病人，如内窥镜检查，心导管和放射治疗。洪炜等(1983)对接受纤维胃镜检查病人的研究表明，术前心理(行为)准备组检查中心率变化指数、客观痛苦表现、病人主观痛苦评价等分数都低于对照组，术者的关于受检者术中配合程度与插管顺利程度的评分，心理准备组都显著好于对照组。说明术前心理准备不仅有助于减少病人在检查中的痛苦，而且也有益于检查的顺利进行。

二、术前心理(行为)准备的内容

1· 认识矫正与提供信息 通过与病人交谈了解病人的忧虑，期望和心理防御风格；通过提供有关信息矫正病人的不正确的认识，解除其不必要的焦虑和恐惧，确立适当的期望和心理防御机制。所提供的信息可分为主观感觉信息和客观治疗程序信息(Johnson JE, 1973)，使病人了解手术的意义、程序和可能引起的痛苦与不适等。要依据病人的需要程度和接受能力提供信息，这就涉及到病人的人格。有研究证明，提供完全真实的感觉信息可加剧某些病人的心理应激。

2. 示范与脱敏 手术前让病人观看反映做类似手术的病人经历手术期间和手术前后情况的录像，或者让这些病人“现身说法”，都是示范作用(modeling)，都可有好的效果。有三种示范模式：①驾驭模式——没有恐惧和痛苦的通过手术；②真实焦虑模式——于术中和术后表现了中度、真实的痛苦；③应对模式——最初表现恐惧，但后来由于采用了一些应对措施而制止了恐惧，成功地度过手术。三种模式的示范作用哪一种好些？研究结论不完全一致。多数人认为应对模式优于驾驭模式。我们认为，应当根据病人术前的心理反应、应对资源和手术性质等灵活地选用。

根据系统脱敏法的原理，也可于术前让病人反复地观看同类手术的实况或录像。对于那些较公开地表露自己对手术恐惧，希望对手术有较多了解的病人，这种方法可显著降低焦虑和术后消极情绪反应。但对于那些通过否认和压抑机制来处理手术应激的病人，这种方法无明显效果，或者甚至会增强焦虑。

3· 行为应对方法 教会病人配合手术，应对不适和痛苦的具体方法，如肌肉松弛法、腹式呼吸法、翻身法、瑜伽和气功等。这些方法的作用，已得到包括上述研究在内的许多研究证实，而且几乎所有熟练运用这些方法的病人都会从中受益。

(白求恩医科大学 梁宝勇)

主要参考文献

1. 许淑莲·心理因素在外科临床床中的作用·心理学函授通讯 1987: 12: 83
2. 姜乾金·外科病人的辅助行为治疗·外国心理学 1985; 2: 42
3. 姜乾金等·上腹部手术病人的集体心理咨询和松弛训练·心理科学通讯 1989; 2: 34
4. 洪炜、梁宝勇·术前心理准备对纤维胃镜检查影响的实验观察·医学心理学文集(三),

1983

5. 梁宝勇 • 生活事件与疾病 • 医学与哲学 1987; 2: 54
6. Egbert L et al. New Engl J Med 1964; 270: 852
7. Levy NB • Med Clin North Am 1977; 61:759
8. Janis IL • Psychological Stress • NY : Wiley, 1958
9. Johnson JE et al • Gastrointestinal Endoscopy 1973;19:180

第三十四章 妇产科心身医学问题

第一节 妇产科心身问题概述

一、妇产科心身问题的一些特殊因素

(一)特有的内分泌系统的影响

特有的内分泌系统,调节着月经、妊娠、分娩等妇女的各种生理过程,同时也影响着情绪活动。下丘脑-垂体-卵巢轴的功能调节着月经周期。有人调查成年妇女的心境,发现 80% 以上的人自我报告在月经前期或经潮期心境最差。轻者感到精神不愉快,中等者感到烦躁、易怒、注意力不太集中,较重者感到周身不适,疲倦乏力,情绪较低落,激惹性增高、易哭。有些妇女,攻击性和敌对性增强,容易与人发生冲突。更重的可以表现为经前期紧张征(出现精神紧张、神经过敏、烦躁、易怒、忧郁、失眠、思想不集中、情绪不稳定症状),甚至月经周期性精神病。妊娠、分娩、产褥期、更年期内分泌变化较大,这种变化对于原来存在间脑——下垂体系统缺陷者容易发生生理学的平衡失调,较易引起情绪的波动,较多引起产后抑郁、焦虑及其它精神障碍。

(二)特有的生理现象的影响

月经、妊娠、分娩这些女性特有的生理现象,常易引起一些心理问题。如对月经初潮的惶恐不安、对妊娠分娩的担心害怕等。这些心理问题的发生,常常会导致种种心身反应,以致引起心身疾病。

生殖系统被人们认为是最神秘的器官,加上旧传统思想的影响,得了某些妇产科疾病后,往往怕难为情,非到不得已时不去就诊。对医生叙述病史时常会难于启齿,吞吞吐吐,对月经情况,外阴痒、性交后出血等症状常避而不谈,对性功能障碍更是羞于启齿。有的病人明明是不孕症或性功能障碍,她偏偏对医生说是月经异常,期望医生检查中能诊断出是什么病。这种心理,常常耽误了正确诊断,以致有的病人错过治愈的机会。与内外科检查不同,对妇产科的外生殖器官视诊、触诊、窥阴器检查及双合诊,患者也会有许多顾忌。

生儿生女及对孩子的素质的期望等往往会造成产妇的特别复杂的心理状态。当产妇听到生死胎、畸胎以及全家老少都期望生儿子却生了个女儿时,这对妇女是一种强烈的精神创伤。

(三)特有的社会干预的影响

由于计划生育的需要,而做人工流产、引产、放避孕环,或做绝育手术,这对妇女来说由于并非是机体疾患的需要,故心理上格外敏感,心身反应的发生率很高。还有不孕、未婚先孕、被污辱,以及某些风俗等等因素造成的问题,都会成为妇女的心理应激源,并可促发心身障碍。

二、妇产科心身障碍的诊断原则

1• 应特别重视妇产科心身问题的各种特殊因素,要深入收集与妇产科有关的生理和心理病因,如妇产科生理缺陷,妇女各心理阶段的内分泌变化等。注意这些因素与临床表现的联系。

2• 深入了解其社会心理背景(系统收集包括早年的与妇产科相关的心理冲突),了解患者发病的起因经过,了解患者所处的生活环境、生活经历、性格特征等。分析发病的心理因素。同时要注意有无药物因素造成的问题。

3• 进行心理测验,了解心理特征及心理障碍情况。

4• 用抗焦虑或抗忧郁药物试治,心身症者常可显效。心理因素的去或心理治疗的实施,往往优于药物治疗。

在妇产科范围内,确实查明所患疾病的发生、发展以至转归与心理因素有密切关系,有的患者有某些个性缺陷,心理治疗和抗焦虑(或抗忧郁)药物显效,一般即可诊断为妇产科心身障碍。

三、妇产科心身障碍治疗原则

一般地讲,妇产科心身疾病的治疗应特别注意以下几点:

1• 启发认识自身的正常生理和心理现象,用以解除对月经、怀孕、分娩等正常生理现象的误解,以及对某些正常激素变化引起的心理问题的正确认识。这就需要医生将这些女性机体科学知识告诉病人,启发患者对自身生理现象的认识。

2. 引导消除心理矛盾,解除疑虑。对患者的种种心理社会因素造成的矛盾或自身疾病的疑虑,必须认真查清与消除。

3• 鼓舞患者树立战胜疾病的信心。

4• 指导纠正不良个性。

5• 合理使用躯体和精神药物。

第二节 妇科心身障碍

一、月经异常

月经属女性正常生理现象,女孩初次来月经,若能正确认识,一般不致有什么心理问题。但有许多少女受错误观念的影响,如认为月经是污秽的,来月经要疼痛的,加上来月经时,活动不便,于是产生羞躁、恐惧和厌恶心理。据国内邱柱(1987)调查,有上述心理状态者占初中女生月经初潮人数的 52•93%。这种情绪(或加上其它精神因素、环境改变)作用于丘脑下部,垂体前叶,进而影响卵巢的功能,可造成排卵异常,月经周期失调。有人调查到农场去的城市女青年,月经紊乱的比例特别高,约5%的人竟然连续三个月无月经,这主要是环境的改变,工作和生活方式的改变,水土不服造成的心理影响的结果。在精神创伤刺激之下,还可能通过这个途径抑制卵巢排卵,而导致暂时停经。

痛经主要是由于经期子宫强烈收缩或痉挛性收缩所引起。80~90%的痛经患者,并不能找到器质性疾患原因。研究发现,这类妇女不少有神经质倾向。精神紧张、恐惧,夫妻生活不谐,经前紧张者发病率高。受“来月经要疼”观念的影响,形成月经——疼痛的条件反射性联系,也常会导致或加重痛经。因此对它们的治疗最主要的措施应该是心理方面的,包括月经常识教育,消除有害情绪影响,注意情绪松弛等。

关于功能性子宫出血,有人研究提出70%有情绪障碍和性生活问题。有一个年青妇女,在她爱人被捕入狱后,出现严重的功能性子宫出血,虽然各种治疗(包括人工周期等),均无显效,后来经过两次心理治疗就基本控制。

此外,绝经期妇女有90%左右会出现这样那样的症状,30%左右会出现更年期综合征(见第12章)。

二、计划生育中的一些心身问题

计划生育心身并发症已成了突出的临床问题。大量的统计资料证明,计划生育并发症中心身并发症占大多数,尤其是神经症发生率很高,输卵管结扎术后神经症达0•32~2•2%。

放避孕环、人工流产引起心理反应也十分常见。常见的症状有失眠、头昏、乏力、腰酸痛、多梦、心悸、食欲不振等。严重者可引起剧烈的心身反应，甚至引起精神病。这些心身并发症的原因常常是：生育动机得不到满足，对计划生育手术的种种误解，接受某些不良暗示和自我暗示，怕手术，怕后遗症，怕万一需要时不能再生育以及一些传统生育观念的影响。一位结扎输卵管的妇女，手术时感到有些不舒服，又听施术医生说“断了”。术后感到自己被“阉割”了，怀疑手术做得不好，不寒而栗，失眠、乏力、拒食，日益消瘦，丧失劳动力。医生怎么解释用药也无效。无奈做了“接通输卵管”的暗示手术，才使病人恢复健康。

对计划生育心身并发症的防治，应注重转变人们的生育观，普及计划生育知识，认真实施对受术者的心理咨询，尽量解除受术者心理矛盾，及时治疗心身并发症。

三、子宫切除的心理问题

妇产科除子宫癌等进行广泛性子宫全摘除术外，对子宫肌瘤等较单纯的疾病，也可做子宫全摘除术或子宫部分切除术等，许多妇女错误地认为，子宫是产生情感和保持女性力量的重要器官，对子宫截除术会产生强烈的“丧失感”，认为切除子宫会改变妇女形态，影响内分泌，影响性生活。妇女一旦摘除子宫后，不仅不能妊娠，而且从此也就绝经了，这就会使妇女产生一种失去了作为一个妇女角色的感觉。据统计子宫切除病人比胆囊切除病人产生精神症状高两倍，术后去精神病诊所的病人要比一般人多三倍。

施行子宫截除术的病人，对手术的过程满怀恐惧，术后心存种种疑虑，结果很容易演变成神经官能症。

与此相反，极少数妇女虽有一些妇科病，但因婚姻不和谐，性生活适应不良，避孕困难或害怕妊娠等心理因素而要求做子宫切除术。

由于妇女对子宫全摘除术的感情复杂，术后精神和躯体的症状发病率高已为现代医学家所肯定。所以，妇产科医生必须详细了解病人生活，分析她们要求手术的心理状态和某些不正常的动机，根据不同情况，热情对待病人，耐心细致地对病人讲解关于生殖器官解剖生理知识，告诉病员切除子宫后可能有暂时不适，会引起绝经，丧失生殖能力，但不会影响性生活和改变妇女的形态，这对防止子宫截除术后心身障碍有积极意义。

四、不孕症与心理因素

不孕症的妇女常为之苦恼，影响心身健康。不孕症的原因很多，如营养缺乏、污染、高温、长期吸酒、服用镇静剂等药物、放射线、免疫因素等均可通过丘脑下部而抑制卵巢排卵的功能，但也要注意，不孕也有情绪因素的作用。长期的紧张、焦虑也可通过丘脑下部，影响多巴胺和去甲肾上腺素对促性腺激素的释放的诱发，导致妇女停经、输卵管痉挛，宫颈粘液的变化，精液迅速地排出及其它性功能障碍而造成不孕症。有人盼子心切，结果越盼越不生，有的还惹出了“假孕症”。一旦这种焦虑的情绪解除后，如抱养了一个孩子，不久就怀孕了。

从人格特征来看，这些妇女往往好焦虑，易紧张、神经质，有的还有癔症表现。因而，对于不孕的妇女，除进行必要的躯体治疗之外，还要了解她的生活经历，精神状态，进行心理治疗，以解除她的焦虑情绪。

五、外阴瘙痒

外阴瘙痒，在排除念珠菌或滴虫等的刺激所引起的瘙痒症以后，就应考虑是否与精神因素有关。大多属植物神经系统功能异常或心理应激反应所引起的瘙痒症。前者可用 0.5% 盐酸普鲁卡因 10 ml，维生素 C100 mg 混合注肌，每日一次，一疗程约六天，常可获得较为良好的疗效，而心因性者往往顽固难治，尤其是把“外阴瘙痒”作为情欲的暗示语言者，如

不从心理上解决其根本问题，对症治疗是难以奏效的。

六、慢性盆腔疼痛等子宫旁组织病

主要是下腹部和腰部疼痛，检查子宫口时有压痛感，且常可伴有其它植物神经症状，但多数查不出器质性病变。本症可由植物神经系统的障碍引起，但情绪障碍往往为其发病的最主要原因。植物神经不稳定的妇女在遭遇到情绪刺激或情绪冲突的场合时，最易发生本症。

盆腔疼痛常是一种转换反应。这种反应是无意识产生的一种精神防御机制，用来缓解心理矛盾和摆脱焦虑的。有的病人把某种被压抑的强烈愿望转变为躯体症状表现出来，以解决心理矛盾。如在生活史中有某种痛苦的精神体验如不被父母喜爱、性行为上有过精神创伤，而后对正确的性生活产生恐惧，出现性交痛，有意识或无意识地把疼痛作为手段换取人们的注意和爱护，用来表达被压抑的愤怒。

对这种病人进行诊断处理之前，医生首先要高度同情她们，相信她们的疼痛，乐意帮助她们解除痛苦，取得病人信任。而后详细了解她们生活经历，启发她们谈出自己的体验和问题，要求病人耐心接受各种检查，让她们自己看检查结果，证明未见异常，最后帮助她们认识自己生活经历中的某个事件与疼痛有关，鼓励她们消除恐惧或焦虑，主动处理这种症状。

第三节 产科心身障碍

一、妊娠的心身问题

大多数妇女为自已怀孕而高兴，但也有的妇女因妊娠给自己生活带来新问题而忧虑紧张。随着独生子女政策的实施，人们对孩子的质量要求提高，孕妇的担心也就增加。国内陈美凤调查 100 例孕妇，怕胎儿畸形 61 人，怕智力差 58 人，还有担心胎儿性别不理想，会不会难产等问题，这对正常妊娠都会造成一定影响。

妊娠呕吐可能与绒毛激素有关，加之妊娠期呕吐中枢较敏感，稍有情绪刺激即可引起较严重的妊娠反应。对未来的担心，爱情欲求得不到满足，以及婆媳之间的矛盾所产生的潜在反抗心理等，都会导致呕吐或使原有呕吐加剧。

孕妇的焦虑情绪会使子宫收缩引起流产、早产。因此，习惯流产的妇女尤需解除情绪紧张。

孕妇过分的思想紧张、恐惧、悲伤，可使血管痉挛，影响血流而产生高血压综合征，垂体后叶激素和情绪障碍等常可刺激丘脑下部的植物中枢，促发后期妊娠高血压综合征。精神因素可促发或加剧子痫症状。因此，“受孕之后，喜怒哀乐，莫敢不慎”。

由于渴望妊娠而又担心不能妊娠的情绪影响，可引起内分泌的异常，结果月经闭止，出现妊娠反应，下腹部膨大(不是子宫增大，而是腹壁脂肪增厚)，甚至感到胎动，本人确信已经怀孕。这种现象谓之“假孕”或“现象妊娠”。对假孕病人进行性激素的研究及测定，发现体内孕酮增高与心理因素有关。但一旦确认并未妊娠时，这种想象妊娠(假孕)的征候就会立即消退。

未婚先孕者心理压力，常忧郁寡言，甚至萌发消极观念，应予同情关心，给以正面教育开导，而不能讽刺嘲笑，加重心理创伤。

二、分娩与情绪

十月怀胎，一朝分娩。产程虽为数小时，多则日余，但对产妇来说紧张心理加剧。由于分娩期的急剧变化，尤其是初产妇，高危产妇，分娩时的不安尤为突出，对疼痛有程度不同的恐惧感。由于产妇的恐惧，往往使心率加快，呼吸急促，肺内气体交换不足，宫缩乏力，

产程延长。这些变化使机体耗氧量增加，而血液中氧分压降低，情绪紧张，引起交感神经-肾上腺系统兴奋导致儿茶酚胺的大量释放、血管紧张素增加及全身肌肉紧张，使外周动脉阻力增加，血压升高，胎儿缺血缺氧，导致胎儿宫内窘迫。文献指出的恐惧——紧张——疼痛征候群，临床上常可以见到。临产的情绪障碍跟产房的陌生感和医务人员的态度关系极大。

有学者指出，临产前出现恐惧——紧张——疼痛征候群时应治疗疼痛，以消除产妇的恐惧、紧张。在治疗疼痛的基础上对这类产妇进行语言暗示才是有用的，可获 90% 以上的良好效果。君青治疗 20 例，10 例用杜冷丁，10 例用杜冷丁加语言暗示，前者 5 例显效，后者 10 例均显效。

祖国医学十分重视产妇临产时的精神状态，认为产妇的精神状态对分娩过程影响极大。《竹林女科》指出：“心有疑虑，则气结血滞而不顺，多至难产。”《产妇心法》中说：“房中宜静不可喧闹，伴人不可交头接耳，免得产妇生疑。”医务人员应和蔼体贴，向产妇作安慰解释鼓励，同时教给生产知识，去除不必要的顾虑和恐惧，建立信心。此时最好有亲人如丈夫陪伴。

三、产褥期的心身问题

分娩后产妇最关心的莫过于新生儿，因而在孩子生下后，应使之依偎在母亲身旁，以减少和消除产妇的焦虑。并有助于母婴关系的建立。

遇有死胎或畸胎时，要在适当时期告诉产妇，并且不要让该产妇与其他产妇住在一个房间，以免由于见到别人的孩子引起惴惴上的悲伤和抑郁。

产后，胎儿转变为新生儿，这对母婴均产生巨大影响。一方面分娩本身可使体内的内分泌出现新动向，从而伴发植物神经功能紊乱。例如产后前列腺素水平下降(孕期增加)可导致产妇普遍体验到情绪波动。对这些变化适应困难的妇女症状反应就特别明显。另一方面，分娩时的出血，可助长上述变化，并由此引起情绪方面的剧烈不稳。

产褥期发病率最高的精神障碍是产后精神病或产褥期精神病。多发生在产后 2~4 日间(56.3%)其中非典型者预后好，一般经过三个月即可完全恢复。精神障碍的表现，一为重性精神病，二为分娩后早期(一般为第一周内)出现的产后郁闷征候群(postpartum blues syndrome)。后者是一种以哭泣、忧郁、烦闷为主征的情绪障碍，由于一时激动即会流泪不止和精神恍惚，(一般是轻度的一时性忧郁)，占全产妇的 50%~70%，以产后第一日开始者最多。一般报告 1~3 日内发生者占 90%。此种情况与分娩过程，婴儿哺乳，丈夫的协作，家务助手等有关；与产褥期雌激素和孕酮的急剧下降或两者的不平衡以及可的松水平的低下也有关。

四、剖腹产的心身反应

1979 年美国加州一篇关于 323 个医院的资料回顾显示剖腹产率 12 年内从 5.1% 升到 15.4%，增长速度令人不安。Biggs JS 指出剖腹产后新生儿呼吸窘迫的危险增加，产妇死亡率提高。据此提出必须慎重权衡利弊，掌握适应症。剖腹产后，医生应该为产妇建立积极情绪，否则同样会产生不良影响，如产后下腹疼痛感，性功能改变，甚至手术切口疤痕也会成为不安因素。

五、乳汁分泌障碍

乳汁分泌极易受精神的影响。焦虑不安常使乳汁分泌不足。在职工作的乳母往往比非在职乳母易乳汁缺乏。有人研究认为前者主要与生活节奏快，情绪紧张有关。产妇因不能供应婴儿充分的乳汁以承担养育子女的责任时，也可发生适应的困难。如果医生对乳汁分泌障碍的心理机制有充分的了解，及时进行必要的心理治疗，常可解决问题。

主要参考文献

1. 蔡能等·心身病·第一版·上海科学技术出版社. 1985: 55
2. 张明园等·女性心理和生理·第一版·浙江人民出版社. 1986
3. 陈仲庚·医学心理学浅谈·第一版·人民卫生出版社. 1982: 62
4. 君 青、陈南宜·妇产科心身疾病(一)(二)·中国心理卫生杂志 1987; 1(4)、(5)
5. 俞霭峰·妇产科内分泌学·上海科学技术出版社, 1983
6. (美)谢尔曼 A, 登马克 FJ 编著(高佳高地译)·妇女心理学·第一版·中国妇女出版社, 1987
7. 服部正·女性心理学·第一版·上海翻译出版公司. 1987
8. Biggs JSG·剖宫产的增加·国外医学(妇产科分册)1985

第三十五章 耳鼻喉科心身医学问题

第一节 言语障碍

言语是十分复杂而又协调的活动，它的形成要通过思考、内在的言语、发声和构音四个步骤来完成，受意识控制，任何阶段的功能障碍都将影响正常言语的形成。在调查众多的言语障碍患儿中，由于器质性原因造成发病的只占少数，大部分儿童言语障碍与患儿家庭、社会、教育及心理状态有关。

一、发音障碍

发音障碍表现为程度不同的嗓音嘶哑。生理性发音障碍主要在变声期，由于发育障碍，焦虑，恐惧等精神创伤可致病理性变声，形成迁延性变声障碍，持续性假声，童声持续及倒错型变声等。

心因性发音障碍可因惊恐、叱责、悲伤、紧张等精神创伤引起，有以下三种类型：

1• 痉挛性发音障碍 患者在发病前常有躯体或心理上长期痛楚，影响发音器官运动神经的稳定性。发声时呼吸肌和发声肌异常紧张，声门痉挛、闭锁，声音有压迫感，语句断续但咳嗽与哭、笑声音正常。由于对言语的精神压力较大，患者常拒绝对话，缄默不语。本病治疗较困难，施行心理治疗及发音训练会有裨益。

2• 心因性失音 为癔病的一种表现，本病较多见，女多于男，以 20~40 岁者为多，常有明显的心理因素为诱因，表现为突发失音，有的伴有其他癔病症状。应用暗示或诱导治疗常立竿见影。

3• 心因性假声带(室带)发音 室带本不参加发音活动，由于声带运动障碍或声带上小结或息肉等形成影响声门闭合时，室带可增强其运动以代偿声带功能。室带发音多因声带病变所引起，据作者统计 143 例室带异常的病例中，114 例(79.17%)有不同程度的声带病变，而其余 1/5 病例多数属心理性因素造成。Arnold(1973)将室带性发音障碍分为：①习惯性；②感情型；③麻痹型；④大脑型；⑤小脑型；⑥代偿型六型。其中前二型都与精神因素有关。心因性室带发音患者由于室带功能过强，发音时室带超低，喉室变窄，覆盖声带影响发音效果，音调粗涩低沉，共鸣也明显减弱，治疗上应着重心理治疗及嗓音训练。

喉部器质性病变如声带小结等也可引起发音障碍。这些疾病已成为某些用声人员如演员、教师、宣传员的职业性喉病。国内外学者对声带小结病人的性格特征曾做了不少描述。Arnold(1962)，Luchsinger(1965)曾报告声带小结常发生于一些精神比较紧张的人中，Arnold 还认为本病多发于活跃型(athletic type)和快速型(pyknic type)的性格，而很少发生于无力型(asthenic type)的人中。作者于 1986 年采用张伯源等制订的“A”型行为类型问卷对 100 例声带小结病人进行性格评定，结果 A 型与 B 型行为二者比例为 18.5:1($P<0.01$)，差异非常明显。A 型行为的人有较大的进取心和竞争心，争强好胜、急躁、易于激动，言语多，节奏快，爱用爆发性重音说话，为提高音量而增强喉内、外肌的收缩，造成骨骼肌过分紧张和挤压，加重声带负担，终至嗓音失控。因此作者认为 A 型行为对声带小结的发生和发展起着催化作用和肯定的增益效应。国外很多学者如 Aronson(1980)等将声带小结、息肉等列入心因性嗓音疾病范围。在治疗上单靠药物及手术难免复发。强调嗓音训练及心理矫治，纠正 A 型行为，减少用声，才能促使病情向好的方向转化。

二、构音障碍

表现为语音不准确，逐步形成错误的构音习惯，并可发展为语音置换，省略，错误等。构音障碍为构音器官(唇、齿、舌、腭等)的解剖或功能的异常所引起。在构音障碍患儿中，发元音均无困难，辅音中以发舌尖后音(zh, ch, sh, r)和舌尖前音(z, c, s)困难者最多，都占半数以上，日本统计资料中，以发“ ”行假名困难者最多。作者调查表明儿童构音障碍多数与任性、溺爱，独生子女，家庭及周围环境因素有一定关系，经过教师及家长认真教育多可矫正。对器质性病变者应及时矫治，然后再配合言语训练。

三、节律障碍

主要表现为口吃。口吃系讲话时呼吸肌与构音器官肌肉之间不协调引起。在有讲话意图时，呼吸变得急促，混乱，而构音器官类似痉挛状态。本病属心因性疾病，并无器质性改变，但有遗传因素。一般统计男多于女。作者调查 1499 例学龄前儿童中，口吃者 19 例(占 1·3 %)，与国内外报导约占总人口的 1%左右一致。Ingram(1979)将口吃分为三种类型：(1)暂时性口吃儿童较多，幼儿在语言发育过程中可有短暂阶段的言语不流畅，常可自然消除，如此时家长或教师谴责非难，操之过急，反而增加幼儿心理负担，结果适得其反。(2)缓和性口吃持续时间较长，约经 6 个月到 6 年才趋缓解，多发生于 3~11 岁(平均 7·5 岁)，男孩恢复要比女孩时间长些。(3)持久性口吃形成慢性节律障碍，经久不愈。在作者调查的 19 例中，均属于第一、二类型，其中 6 例有家族口吃史，另 6 例保姆、邻居或要好同学有口吃，口吃多由于模仿获得。

口吃病人对个人言语障碍往往产生一系列复杂的心理特点，在旷日持久的生活中造成恶性循环。据李春生等(1985)报告 577 例口吃病人心理特征为：极强的自尊心(81%)，粗暴急躁鲁莽(74%)，怯懦羞怯(69%)，自卑(41%)，孤僻(31%)，敏感多疑和钻牛角尖(各 20%)，而诙谐大方者只占极少数(2·43%)。

口吃的治疗关键是消除周围环境中的紧张因素和消除病人本身的病态心理，建立信心配合持之以恒的言语矫治。钟子良(1983)报导用快速矫治法，在一个半月时间内，坚持矫治的病人中，有效率达 90%。

四、语言发育迟滞

幼儿在二岁半以后仍未发展言语功能，或言语能力明显落后于同年龄儿童者称为言语发育迟缓。除了器质性病变影响言语发音外，与心理明显有关的为小儿自闭症(孤僻 autism)，患儿有明显情绪障碍和行为异常，生活在个人的小天地不与外界接触，语言信号接受少，因而减少学话机会，少数并有精神分裂症趋向。

五、失语症

器质性失语症为脑损害引起，与心理因素有密切相关的为功能性失语症，是癔病的一种表现，诱因多与精神过分紧张和情绪剧烈波动有关，如焦虑、气愤、抑郁、悲伤、委屈，也可由于战争恐怖或在暴怒，痛苦后突发。病人可完全丧失语言能力，或仅有耳语，但咳嗽、哭笑声正常。本病多发生于女性，喉部检查无器质性改变。治疗可行暗示疗法，有复发趋向。不恰当的治疗或医护人员不适宜的表现会使病程迁延，增加以后治疗的困难。

第二节 美尼尔氏症

自 1861 年 Prosper Meniere 首次描述本病一个多世纪过去了，尽管很多学者在病理和诊断方面取得很大进展，病因学上也认识到其多元性，但本病真正病因仍不明了。当今比较

被普遍接受的为血液流变学说。Muchnik 等(1980)认为情绪应激反应如激动、过劳、紧张、争吵等都可能影响植物神经系统稳定性而通过血液流变学的改变诱发本病。Hinchcliff(1967), Shea(1975)等认为本病发作和听力波动性损害多少与情绪有关, 并认为神经类型属交感神经兴奋型者, 较易受情绪应激反应的影响。松水亨(1983)也通过实验证实本病的发生与副交感神经抑制有关。Hinchcliff(1967)还报导用 MMPI 测试证实本病存在于某一特殊心身类型的人格中。Brightwell(1975)用 Eysenck 和 CMI 等测试虽未能证实情绪对本病病因的影响, 但认为心理上易受伤害(攻击)型存在于某些病人之中, Stephens(1975)在他的《美尼尔氏病的人格测试》一文中说他最重要的发现是不断升级的困扰在本病中比任何其它疾病都高。国内董民声(1985), 魏能润(1977)也都认为精神性创伤是促使植物神经系统机能紊乱并诱发本病的因素之一。Goodhill(1979)在他所著的《耳病》一书中指出除解剖生理因素外, 心身情况作为体质继发因素(constitutional secondary factors)影响本病的发生。Watson 等(1967)则明确认为本病应属心身疾病范畴。Wexler(1986)还建议成立国际性研究组织, 共同探讨本病的心身问题。本病症状虽可自行缓解, 但有复发趋势。要注意保持病人良好的心身状态, 克服预期性焦虑。生活规律, 劳逸均衡, 解除疑惧对预防复发有一定效果。

第三节 咽异感症

咽异感症是指不伴有局部器质性病变的咽部异常感觉, 可有异物感, 梗塞感、烧灼感、瘙痒感及粘着感等不适。本病多发生于中年女性, 精神因素为主要原因, 多见的原因如亲属死亡或患喉、食管恶性肿瘤, 焦虑, 抑郁, 悲伤, 恐癌及神经衰弱等, 也可见于咽喉异物刺伤后, 烟、酒嗜好, 月经期及其它理化因素等也可发生咽异感症状, 医源性者其患病观念由医务人员处获得, 可因医生直接或间接的言语或行为造成, 如对病人的言谈、表情、过多的检查或不必要的活体检查, 对病人提出的不合理要求作妥协性允诺等都会促成病人的困惑和疑虑。较长期患咽异感症的病人常同时有器质和精神两种因素, 病人常夸大咽不适的症状, 并不自觉的反复做吞咽动作以试验自己咽部的功能。咽部具有极其复杂的神经支配, 既有丰富的运动神经, 也有专门的感觉神经和一般的感觉和交感神经, 同时还存在与脑神经的复杂联系和吻合, 是富于反射的区域, 对任何感受器(知觉、痛觉、温觉等)的刺激, 不仅影响该区域, 而且可扩大到别的感觉区范围, 最后不同地改变着咽部机能, 产生异常感觉。山际干和(1983)观察 50 例女性咽异感症病人, 用 CMI 测试有神经症倾向者占 22%。而在病人自我性格评价中, 神经质者为 70%, 乐天者只占 10%。Puhakka(1976)报导有 63%的女病人在症状发作前半年内有精神刺激事件, 有的甚至有数次, 而男病人均无此病史。他根据 Alanen 等(1966)设计的精神病诊断分类法, 从精神病, 个性反常, 神经官能症, 轻度神经过敏四个方面分析看出, 本病伴有精神障碍者比对照组明显增多。从个性特征——焦虑、恐怖、强迫、抑郁和癔病五个方面分析, 有半数以上病人呈抑郁状态, 几乎全部病人均有强迫的特征。尽管本病也称癔球症, 但有癔病特征的相当少见。

本病的诊断应排除咽及周围器官的器质性疾患。一些全身性疾病如缺铁性贫血, 甲状腺功能低下, 颈关节病, 裂孔疝, 胃食管反流也都可以引起咽部症状。

治疗上要针对病因治疗, 排除病灶。对有明显精神因素的病人可用暗示疗法, 并疏导病人的抑郁状态, 解除疑虑。还可适当配合针灸、理疗等。萝芙木生物硷药物如寿比安可保护植物神经中枢及有抗痉挛作用, 可给口服。对有精神症状, 不安, 失眠者可应用镇静剂。

第四节 功能性聋

功能性聋又称癔病性聋或精神性聋，乃由机体受到重大精神刺激或长期焦虑、抑郁等内心冲突引起，造成听感觉抑制，病人不注意聆听，听而不闻。有时在身体其它部分也有功能失调的表现。本病不常见，据第二军医大学附属长海医院 1987 年统计，功能性聋约占拟诊为感觉神经性聋的 3~4%。本病起病突然，常为双耳全聋或重度性聋，耳聋不受病人意识控制，病人没有产生耳聋的期望，也不意识到疾病的发生，安于现状，既不注意他人讲话，也不急于求医，耳科及神经科检查无器质性病变，对各种心理治疗有时会有奇迹般的效果。本病可分类如下：

(1)神经官能症：起病突然，病情多变，常伴有其它癔病表现如皮肤，角膜或咽后壁感觉缺失，嗅、味觉缺失，失语或精神性失明等。不伴有耳鸣眩晕，前庭功能正常，可突然自愈。

(2)创伤性功能性聋：常继暂时性器质性聋之后产生，多见于战伤或意外事故，打击等。病人常由“自我暗示”而停止聆听，本病极易与爆震性聋及噪声性聋相混淆。

(3)精神性聋哑：少见，突然发病，成年人突发聋哑应首先想到伪聋及本病，常可自愈。

本病听力学检查纯音测听和语言测听结果往往不符，语言听阈明显低于纯音实用听力，语言反复测听误差也较大，语言识别能力较纯音听阈测定有不相符合的下降。近年来发展的客观测听技术为诊断功能性聋和伪聋提供有力的手段，声阻抗和电反应测听在正常范围。

治疗上要针对致病因素进行病因治疗，协助和鼓励病人建立信心，争取合作以恢复固有听力。根据情况可采用①暗示疗法；②物理疗法如针灸，电刺激等；③麻醉疗法；④催眠疗法等。孙爱华等(1987)年报导 13 例功能性聋，应用 2%利多卡因静脉注射治疗，病程在 10 年以内的 10 例均有不同程度的疗效。

(开封医专 吴博亚)

主要参考文献

1. 吴博亚 • 1499 例学龄前儿童言语障碍调查报告 • 中华耳鼻咽喉科杂志 1984；3：183，
2. 吴博亚 • 声音嘶哑病人的行为类型特征 • 第二届全国艺术噪音医学学术交流会 • 北京，1987，10
3. 钟子良 • 中国口吃病快速矫治初探 • 全国噪音医学学术交流会 • 宁波，1983，6
4. 李春生等 • 心理治疗口吃病 • 全国第四届医学心理学学术会议 • 肇庆，1984，11
6. 孙爱华等 • 功能性聋(附 13 例报告) • 临床耳鼻咽喉科杂志 1987；3：156
6. Alajouanine et al • Acquired aphasia in children • Brain 1966；88：653
7. Aronson • Clinical Voice Disorders • NY: Thieme Stratton Inc；1980：135
8. Goodhill • Ear-Diseases, Deafness, and Dizziness • USA: Harper and Row Pub • 1979：534
9. Henchelliff • Personality profile in Meniere's diseases • J Laryng 1967；81：477
10. Ingram • A description and classification of Common speech disorders • Arch Dis Child 1959：34：444

第三十六章 眼科心身医学问题

第一节 概 述

随着近代基础医学科学的进步,眼科学在近十年来有了飞速的发展,但目前也看到一种新的趋势,就是眼科研究已经注意到单纯用生物医学模式,还不能完全解释眼科疾病的病因学和治疗等问题,并开始向生物心理社会模式方向发展。其表现有以下几个方面:

(1)注意到个性、社会环境因子和眼病的关系。不少论文涉及了某些眼病在发病前后的个性特征问题。社会环境和心理因素已被作为眼科问诊内容之一。

(2)眼科心身疾病的范围越来越大。国内外作者提出的眼科心身疾病有:原发性青光眼、眼疲劳、眼痉挛、青光眼睫状体综合征(S—P 综合征)、视网膜脉络膜炎、眼部异物感、心身性视机能(视力,视野)障碍、闪辉暗点、睑下垂、心因性低眼压。作者认为还应包括:边缘性角膜溃疡、心身性泪溢、飞蚊症、高血压性视网膜病变合并的玻璃体出血、心身性高眼压症、交感性眼炎等。

(3)在治疗方面,认识到对某些心身性眼病病人,应帮助其认识自我意识方面的原因,使之改变行为方式以增强其顺应客观环境的能力。只有使主观客观矛盾统一起来,才能消除心理障碍,控制眼病的复发。

下面主要围绕原发性闭角性青光眼发病、发展、治疗中的心理社会问题,作详细讨论。同时简要提及其它几种眼科较常见的心身疾病。

第二节 原发性闭角青光眼

一、病因中的心理社会因素

虽然从体质解剖学角度来看,原发性闭角青光眼为一种遗传眼病,病人出生后眼部就存在着患病的解剖学基础。但是该病的发生也有其一定的心理社会特点。

闭角青光眼病人的个性偏于社交内向,对外界社会环境适应能力差,并偏于忧虑,而开角青光眼病人的个性没有这些特征表现。Hibbeler(1947)采用 MMPI 对青光眼病人作过个性调查,认为男病人 D(抑郁)、Hy(癔病)的分值高于正常人,而女病人 Pa(妄想)和 Sc(精神分裂)两项得分高于正常人。近年 Grom(1981)采用 Luscher 氏色块法对青光眼病人做个性调查,认为开角型青光眼病人在个性方面与正常人无任何区别,而闭角型青光眼病人的个性比正常人偏于忧虑和紧张。Grom 本人认为 Luscher 氏色块法虽然不能说是一种最好的检测方法,但用此法可以把闭角型青光眼病人和正常人的个性区别开。近来我科温锡琴同志采用 A 型行为问卷调查发现闭角型青光眼病人 A 型行为占优势。

闭角青光眼病人的部分子女的眼前房深度、角膜直径、眼轴长度等数量遗传性状皆低于正常人群(Tomlinson, 1973)。著者于 1981 年采用 MMPI 中的 Si(社会内向)和 Neymann 氏内外向个性检测表调查了闭角青光眼家系中先证者及其子女中浅前房者和深前房者的前房深度和个性,发现浅前房子女个性较深前房子女个性偏于内向性和忧虑。说明闭角青光眼的遗传性状除了眼球尺度之外,可能还伴有个性方面的遗传。

环境因素对闭角青光眼的发病也有一定影响,例如病人久居暗处工作或看电视、电影时,

由于在暗处瞳孔散大而使周边部虹膜根增厚、向前，从而使虹膜根部与作为房水排出器官的小梁网相贴，发生房角的关闭而引起青光眼的急性发作。

社会心理因素对闭角青光眼的发病影响尤为明显。有一位老校长行抗青光眼手术后，眼压一直很正常。一天一位女教师来看望他说：“我看这个学校没有您的领导是不成的，您的身体、精力都很好，为什么让您退下来。”当夜这位校长久久不能入睡，对让他离职退休想不通，次日晨眼压升高。经医护人员对他讲解情绪和眼压的关系后，他认识到自己确实应当理解组织的决定，也发现自己在情绪上的好急躁，对比了工作和健康的关系，眼压下降了，没有进行再次手术。这表明社会生活事件造成的情绪反应对眼压有明显的影响。

在一次对闭角青光眼病人进行集体心理治疗(发泄治疗)时，有一位老大娘叙说它与儿媳的关系时，讲了近两小时，说她儿媳经常使她生气，将儿媳说得一无是处。经医务人员做耐心的了解工作，发现许多问题存在于老大娘本身。医务人员帮助她分析了儿媳的优点及她在工作岗位所做的贡献，并以婆媳相处好的典型事例教育了她，使她找到了婆媳不和睦的原因，自此青光眼的发作次数减少了。

二、心理治疗和护理心理问题

青光眼心理治疗主要使用支持和疏导法，可分以下几步：

- (1)在平时治疗中除了手术和药物治疗法之外，要注意了解病人的社会环境因素。
- (2)利用星期日把门诊病人定期集中进行办班。
- (3)办班前先填社会环境因素及进行个性调查(心理检查)。
- (4)由医生讲解什么是青光眼，什么是眼压。
- (5)由医生介绍有哪些社会因素可能影响眼压、青光眼病人的个性特征有哪些。
- (6)主持人主动介绍自己在工作有哪些不能适应的社会环境因素对自己健康有影响，自己又是怎样解决的。这一项是让病人体会不是医师教育病人，而是大家一同受教育。
- (7)医师讲解这次会议的目的是一定要讲出心理话，不要有顾虑。
- (8)采用轮流发言形式。通过疏导发泄式的发言，病人能把许多事实讲出来而且能够互相补充。

(9)帮助每位病人找出主要矛盾及其对疾病的影响。

(10)进行反馈调查，以巩固心理治疗效果。

医务人员进行青光眼心理治疗应注意以下几点原则：

- (1)和病人处平等的地位。
- (2)不向别人透露。
- (3)与家属共同制定心理治疗方案。
- (4)态度一定要诚恳。
- (5)要有新的科学根据及实例说明心理治疗的重要性。
- 一 (6)要抓住病人的主要矛盾。
- (7)有的需要个别谈话。
- (8)要有反复治疗过程。
- (9)要帮助病人确立治疗信心。
- (10)帮助病人了解心理治疗和药物治疗、手术治疗的关系。

眼睛是人体中最敏感的器官之一。当眼睛患病后，给人心理上以极大的压抑和忧虑。护理人员对眼科病人的护理要体现出一个医务工作者的高尚情操，要关心病人的需要，体察病人的情绪，重视语言的作用。病人术前心理上的压力主要来源于对治疗的惧怕，怕手术不成

功，尤其怕眼睛失明，护理人员要通过言语做耐心的解释，解答他们深切关心的问题，解除他们的焦虑，给予心理上的支持。术后第一天换药，护理人员要搀扶双服包扎的或双目失明的病人，使病人获得安全感。给双眼包扎的病人换药或检查时，要先摸病人的手，给病人以亲切感，然后轻触其前额，再打开敷料，可以减少病人对检查的惊恐心情。

第三节 其它眼科疾病

一、眼部异物感

眼部异物感是眼科病人常见症状，在诊断时应先排除眼科器质性疾病。无原因的眼部异物感而且具有心理社会刺激因素存在者为心身性眼部异物感，此种病例常常长期使用滴眼药。通过心理治疗和停用滴眼药才能改善症状。

二、眼疲劳

眼疲劳的病因十分复杂，病人头痛，阅读不能持久，眼酸痛。病人常带着用过的几副眼镜向各医院去请求重新配镜。如果合并下列情况应采用心理治疗：(1)Rosenbach 氏征(+) (即让病人闭眼时上睑有震颤而且不易闭合)。(2)咽反射消失。(3)病人有失眠症和多梦。(4)病人有疲劳感和思想不集中。(5)病人常有房事过度 and 手淫习惯。(6)病人常有社会环境刺激因素。

三、眼病的疾病仪式

某些有严重眼痛症状的眼病如急性闭角青光眼发作期、急性虹膜睫状体炎、化脓性角膜炎、角膜异物等在进行有效治疗后，各种引起眼痛的病因已经除去，客观体征也已消失，但眼痛症状仍不止，由于医生不了解病人的这种心理因素引起的疼痛而进行多余的治疗，反而会使病情加重。此时如能进行心理暗示疗法会收到立即止痛的效果。在确定疼痛属疾病仪式诊断之前，必须作全面细致的检查。如有一化脓性角膜炎病人，溃疡治愈，但病人仍头痛不止，误认为是一种心理因素引起的头痛。后来经过认真检查，发现病人有急性筛窦炎，并非疾病仪式引起的头痛。除此之外，当病人的自觉症状与所患疾病不相一致时，除了应进行诊断上的再分析外，还应当考虑心理因素所引起的主诉上的差异。当然这些差异并不是病人有意识伪造的。

四、眼科复明手术后的心理反应

著者调查了多年失明病人在入院后的心理状态，发现病人对复明的愿望是那样的强烈，以致手术前数日内不能入睡。著者曾见到三例病人在换药时，第一次看到自己亲人的面孔和周围环境而发生谵妄数日不愈。有的病人由于对治疗结果估计过高，在第一次换药时发生休克。所以眼科医生在手术前应首先向病人说明手术可能发生的结果，使病人有充分的心理准备配合全部治疗过程。

(辽宁省人民医院 孙世维)

主要参考文献

1. 孙世维、关家琇等 • 原发性青光眼的遗传方式 • 第一届眼科遗传学会论文汇编 1980: 39
2. Tomlinson A & Leighton DA • Ocular dimenssion in the heredity of angle closure

glaucoma • Br J Ophthal 1973; 57: 475

3. Hibbeler HL • Personality Patterns of white adults with Primary glaucoma • Am J Ophthal 1947; 30: 181
4. Grom E & Rosen c • Personality of glaucoma patients as shown by psychological testing • Glaucoma 1981; 3: 167
5. Schmerl E • Multiple stresses: Intraocular pressure in acute glaucoma. Am J Ophthal 1955; 39: 332

第三十七章 皮肤科心身医学问题

第一节 心理社会因素在皮肤疾患中的作用

心理社会因素对皮肤疾患十分广泛的影响。一般认为,皮肤科的心身疾病主要有湿疹、神经性皮炎、斑秃、荨麻疹和牛皮癣等。反过来看,皮肤病又是影响患者心理康宁的常见原因之一。

一、情绪因素的致痒作用

心理社会因素在皮肤疾患中的作用,首先表现在它们对各种皮肤病症状的影响上。心理社会因素造成了人情绪的变化,皮肤病的最常见的症状是发痒或瘙痒,因此这种影响集中地体现存情绪的致痒作用。

谈到情绪与痒觉的关系,人们常常会想到一些词语。例如,描述人在焦急而一时又想不出办法时或欢乐时的举动,用“抓耳挠腮”来形容;描写人精神振奋、跃跃欲试时,用“摩拳擦掌”;形容人焦急万分时,用“火烧火燎”。所有这些词语都是广大人民经长期观察和体验而锤炼成的,都形象地说明情绪活动同痒感有密切联系。

一般认为瘙痒或痒觉的发生与身体中某些化学物质的释放有关,如蛋白酶、组织胺和激肽等。引起这些物质释放和活化的因素除了理化和生物学因素外,还有心理社会性刺激或情绪因素。

人的各种情绪变化,包括积极的情绪活动在内,都可有致痒作用。但与发痒最有关的情绪活动是焦虑和压抑的愤怒。这些情绪反应不仅可以使皮肤病患者已有的痒感加剧,而且可以在一个没有皮肤病和痒感的人身上引起瘙痒和抓痒行为。没有物质性或躯体性原因,而由心理刺激引起的瘙痒,称作“心因性瘙痒”。心理动力学者认为,心因性瘙痒者的共同特点是对爱有过分的要求。当这种要求得不到满足时,这些人就易于产生焦虑和愤怒的情绪。他们往往不能公开表露自己的愤怒和敌意,于是便将愤怒和敌意指向自身,从而导致瘙痒。

情绪的致痒作用不仅已经得到许多临床观察的证实,而且也为一些实验研究所支持。例如,在一个有关的实验中,以非皮肤病人为对象,实验者与他们一起谈论一些包含情绪痛苦的事情,同时观察他们在此实验诱发的焦虑情境中的行为改变。结果发现,那些感到焦虑的受试者有较多的瘙痒报告和抓痒行为,而那些不感焦虑的人没有痒感和瘙痒活动。自然,这又牵涉到人格因素。因为在同样的心理刺激下,一个人是否感到焦虑,主要与他的人格有关。特质性焦虑(一种易于产生紧张不安和恐惧的人格特质)者在心理刺激上更易于产生痒感和瘙痒。

情绪的致痒作用还可以表现为加剧皮肤病人已有的痒感。皮肤病人的痒觉阈限(刚刚能引起痒觉的最小刺激量)和对痒的耐受阈限(能忍受的最大瘙痒刺激量)可以在实验室中加以测定。研究表明,痒觉阈限可采用心理应激的方法进行实验操纵,心理应激或精神紧张、焦虑可以成比例地降低受试者的痒觉阈限。也就是说,在心理应激条件下,受试者对痒刺激变得较敏感。此外,愤怒、内疚和烦恼等情绪也都可以加剧病人的痒感和瘙痒行为,降低对痒的耐受力。

情绪除了有致痒和加剧痒感作用外,还可增加皮肤排汗。排汗过多加之发痒,可导致抓痒活动,从而可引起一些继发性皮肤改变(如感染、水疱和皮疹),这就可能成为一些与情绪

因素本来没有直接关系的皮肤病的基础。最后，情绪因素也可影响病人对皮肤病的另一较常见症状——疼痛的表达和耐受力。

二、心理社会因素在某些皮肤病中的作用

心理社会因素除了有致痒作用外，还可导致或诱发某些皮肤病。例如，斑秃，突然出现于头部的圆形或椭圆形斑状脱发，往往与精神过于紧张有密切联系。据史料记载，春秋时伍子胥，父兄为楚平王所杀。在他逃离楚国的路上于昭关受阻，由于万分焦虑和忧愁，一夜之间竟白了头。这虽然是轶事传闻，但临床观察确实说明，这种非生理性白发(一种皮肤附属器病)常常可归因于极度的焦虑和长期的精神紧张与忧郁。

关于心理社会因素在皮肤病发病中的作用，早期的研究强调特殊的情绪冲突情境、人格同皮肤病间的关系。一些研究发现，许多病人只在特殊的心理社会环境中发病。如果从环境中去除造成他们情绪冲突的因素，病人的皮肤症状就相应地减少；如果让他们再次进入情绪冲突的环境，病人的症状就会重新恢复或增多。心理动力学者 Dunbar 认为，患皮肤病的人在人格方面有不同于他人的特点。例如，过敏性皮炎病人的特点有：孩提时代一直处于母亲的过度庇护下，渴望得到爱抚，有敌对和依赖的冲突，常常感到内疚或悔恨、自怨、自责、性情忧郁、自卑和神经质。

荨麻疹，既是皮肤病的一种常见症状，又是一种皮肤病。情绪因素可在其发病中起重要作用，这已得到了一些实验研究的证实。例如，Graham(1950)以一些有患荨麻疹倾向的病人为受试者，当用一个小搅拌棒碰触受试者的前臂皮肤时，一些病人被触碰的部位就出现一些小荨麻疹。几分钟后，前臂皮肤恢复原状。此时实验者开始与病人一起谈论一件充满高度紧张的家庭冲突事件。实验者惊奇地发现，原先被触碰过的皮肤重新出现了荨麻疹。这个实验说明，心理上的打击可以跟肉体上的刺激一样，造成荨麻疹。

湿疹，是皮肤科另一种常见的心身疾病。Graham(1953)的研究发现，痛苦性生活事件与湿疹有显著相关关系。他所调查的病人虽然生活经历不尽相同，但其心理影响却很类似，这就是挫折感和消极的情绪体验。Brown(1972)对 82 例湿疹病人和 123 名牙科病人的对照调查发现，48%的湿疹病人曾受过较严重的精神打击，21%的湿疹病人有与亲人分离的生活经历；而牙科病人上述两种情况分别为 15%和 7%。

第二节 皮肤疾患的心理社会影响与心理治疗

一般人很难体会到皮肤病人心理上的痛苦。实际上，皮肤病人不仅在肉体上倍受疾病的折磨，而且在心理社会方面也深受其苦。皮肤病大多有发痒或瘙痒症状，剧烈的痒感常常引起猛烈的搔抓行为和愤怒，烦恼的情绪，妨碍病人进行正常的工作和学习。每当夜深人静时，许多病人愈感瘙痒难忍、苦不堪言，不能入睡。发生于颜面部和身体其它裸露部位的皮肤病，会使许多病人在人前感到“相形见绌”，从而全面贬低自己，产生自卑感和指向自身的愤怒情绪。这种情绪也可能进一步发展为忧郁、失望，甚至绝望。另一个极端是将自己的愤怒指向外界的人或事物，病人对人怀有敌意或敌对情绪，跟谁都合不来，看什么都不顺眼，此时病人可能会出现攻击行为。对自己身体形象的消极认识与评价也经常妨碍病人与他人的接触与交往，从而可能对患者的性格产生不利影响，如猜疑、过敏、退缩和孤僻。

皮肤病人心理治疗的重点应放到移除不良的心理社会性刺激物和改善病人的情绪状态上。应当通过解释让病人认识到皮肤病与情绪因素间的关系，注意控制自己的情绪活动。要帮助病人合理地安排生活，避免过于紧张。对于处于情绪痛苦中的病人，要加以疏导，提供

社会性支持。必要时，也需要对病人的家庭和社会环境加以干预，以消除周围人对病人的不必要防范和不正确态度。

(白求恩医科大学 梁宝勇)

主要参考文献

1. Brown DG • Stress as a percipitant factor in eczema • J Psychosom Res 1972; 16: 372
2. Dunbar HF • Emotions and Bodily Changes • NY: Columbia Univ Press, 1954
3. Graham DT • The pathogenesis of hives: Experimental study of life situations, emotions and cutaneous vascular reaction • Proc Assoc Res Nerv Ment Dis 1950: 29: 987.

附录： 实 验

医学心理学实验内容非常丰富，涉及面很广，这里只有选择地简单介绍其中的一部分。由于目前各校设备等条件不同，故下述各项实验只供参考使用。

实验一：时间知觉测定

目的：用以测定一个人对时间的觉察能力。

仪器：Ep702 时间知觉研究控制器，数字计时器。

步骤：将数字计时器与时间知觉研究控制器接通，接上电源，主试按动“扳键”呈现一定时间的声或光刺激，要求被试按电键复制相同的时间。记下呈现时间和复制时间的读数，求出误差。重复 10 次，求出平均误差。

本实验还可进一步比较不同刺激方式如持续光、快闪光、慢闪光或不同情绪状态下如紧张，焦急，轻松等的时间知觉的差别。

实验二：注意分配实验

目的：用以测定个体在同一时刻注意力分配于不同对象的能力。

仪器：BDXL——11 注意分配仪。

步骤：接通电源，置仪器于工作状态下，主试将工作方式选择开关置“声”档，要求被试对仪器随机的连续发出的不同音调的声音刺激作出判断和反应(用左手的无名指、食指和中指分别对低、中、高三音调相应的按键按下，以除去声音)；尽快地工作一个单位时间(如 1 分钟)；记下自动显示器上的正确反应次数 L1。再将工作方式选择开关置“光”档 要求被试对仪器随机的连续发出的不同位置的灯光信号作出判断和反应(用右手按下不同位置的灯光相应按键，来关掉灯光)；尽快地工作相同的时间(1 分钟)，记下自动显示器上的正确反应次数 R1。最后将工作方式置“声+光”档；要求被试左右手同时对声刺激和光刺激作出判断和反应，同样也尽快地工作相同的时间(1 分钟)，记录自动显示器上的正确反应次数 L2 和 R2。用以下公式计算注意分配情况。

$$Q = \sqrt{R \text{ 可一}} \quad \text{—}$$

$Q < 0.5$ 表示没有注意分配； $0.5 < Q < 1.0$ 表示有注意分配； $Q = 1.0$ 表示注意分配最大。

此实验还可用双手调节器进行。也可在没有任何仪器的条件下进行。方法：被试快念数字 1, 2, 3, ……15 秒钟，记下念过的符号数 L1(如念到 20 则记作 30 个符号)。快写奇数 1, 3, 5, ……15 秒钟，记下写过的符号数 R1(如写到 21 则记作 17 个符号)。上述两种工作同时进行 15 秒钟，分别记下念、写过的符号数 L1、R2。用注意分配公式求得 Q，分析是否有注意的分配。

实验三：记忆实验

记忆有许多特点，而测定这些特点的方法很多。在此选择二个实验。

(一)记忆广度实验

目的：测量个体短时记忆的广度。

材料：3-111 数字的数字串。

步骤：实验前主试先准备好 3-11 个数的数字串各一组，如：

8、5、2.，，7、4，9，6、1，S，9，6，8，2，5.

6、9、4. ‘1 6、9、4、7. 9，1，7. 4，2，5、9，

2、7、1 ‘. 1，8，2，5，1. 9. 8. 6，8、4、3.

然后主试从 3 个数的数字串开始念，要求一秒钟念一个数字，念完一串后让被试立即复述(写下)。接着进行下一串。一组完成后，再继续下一组。实验至某一组都未能完成。短时记忆广度的计算方法。每通过一组为 1 分(从 1 个数算起)，一组中的一串为 1 / 3 分。例如某一被试通过 6 个数的全部(三串全通过)，7 个数通过 1 串，8 个数通过 2 串，9 个数未能通过，而 10 个数又通过 1 串，那么，记忆广度= $6 + 1 / 3(7 \text{ 个数}) + 2 / 3(8 \text{ 个数}) - 7$ ，而因 9 个数都未通过，则不记 10 个数的成绩。多次的实验可以了解人们记忆广度的大致范围及分布情况。

(二)长时记忆实验

目的：了解长时记忆的一般性质；并学习提示法及用再学法和重现法检查记忆保持量。

材料：无意义配对字单 20 对，如操场——vit、桌子——pid。

步骤：让被试把字单上的无意义配对字从头到尾朗读两遍，每对的朗读时间为 2 秒，然后主试提出字单中某一配对的第一项，让被试回答第二项，如不能或错误回答，主试给予提示，并以记录。接着再对其它配对字单进行学习。这样一遍一遍地识记直至连续两遍无误为至。一星期后，再对初学材料用提示法进行学习(在两次学习中间不能复习和追忆；第二次学习也不要自学)。直至连续两遍无误。

保持量计算公式。

重现保持量= 一』寄冬夏凳器×-。c 咧

再学保持量=

实验四：动作学习实验

目的：了解学习的一般进程及特点。

仪器：触棒迷宫(附有电子音乐计算器)，秒表，遮眼罩。

步骤：主试将电子音乐计算器两插头插入迷宫的插座内。被试戴上遮眼罩，手持小棒于迷宫之中。自起点始发用小棒沿通路不停地移动，直至终点。反复练习，用秒表记下每走一次的时间，犯错误一次杨声器自动警告一次，电子记算器并同时记录错误次数，直至学会不犯错误为止。以练习次数为横座标分别用完成一次所需要时间及犯错误次数为纵座标，画出动作学习曲线。可对这两条曲线进行分析比较。

本实验也可用双手调节器和画镜仪进行。

实验五：划消实验

目的：了解用这种方法检测一个人的工作效率。

材料：50×50 个单数字的随机排列表。

步骤：先确定要被试划去数字的原则，如见 5 划去或见 7 划去等；也可以附加规则如见 7 划去但后接 8 则不划。可用两种方法计算工作效率。

1. 限时间法 在限定时间内让被试将看到的要求划去的数字尽快划去。工作效率： $E=e \cdot A$ ，A 为精确度= $C-W / C+0$ 。e 为检查个数，W 为错划个数，0 为划个数，C 为划出个数。

2. 限工作量法 限定检查的数目，记录所需时间。 $E=A / T \times 100$ ， $A=C-W / C+0$ ，T 表示所需时间。

实验六：反应时测定实验

反应时的测定有两种。

(一)简单反应时测定

目的：了解不同感觉通道(听觉、视觉)个体的反应速度。

仪器：Ep202 简单反应时测定装置(包括反应器和反应键盒)，数字计时器，

步骤：将测定装置与数字计时器接通，接上电源。反应器置于主试前以给予刺激，反应键盒置于被试前，并让被试右手食指轻触电键。当主试呈现刺激后，被试尽快作出反应(按下电键)。记下计时器上的反应时间。在正式实验前可练习几次。整个实验过程刺激呈现可按视——听——听——视排列。每单元 20 次，共 80 次，其中视觉 40 次，听觉 40 次。算出视觉与听觉反应时的平均数与标准差。为检查被试有无超前反应，在每单元插入一次“空白刺激”，如被试对此有反应，则宣布此单元结果无

(二)选择反应时测定

目的：了解刺激复杂程度对选择反应时的影响。

仪器：Ep203 选择反应时测定装置，数字计时器。

步骤：整个实验过程与简单反应时实验过程一样；不同的是主试操作四种色光的呈现，要求被试对呈现的四种色光(红、黄、绿、白)进行反应，每种色光呈现 20 次，共 80 次。计算被试的选择反应时的平均数和标准差。可将结果进行被试间的比较。

实验七：皮肤电测定

目的：皮肤电反应是研究情绪状态下生理变化的一个重要实验指标。本实验可直观了解皮肤电反应。

仪器与材料：EP901 二用皮肤电测试仪，酒精(75%)，导电膏。

步骤：接通仪器电源，让被试安静 5 分钟。用酒精涂擦被试左手后敷上薄层导电膏，测试仪的两电极分别接到该手的两个手指上，此时测试仪分别记录被试的皮肤电绝对值和相对值(电阻值)。此实验若在被试不同情绪状态下进行，可见皮肤电的变化。

实验八：痛阈和耐痛阈的测定

目的：了解测定人体的痛阈和耐痛阈的方法。

仪器和材料：EP601 筒式痛阈测定仪，生理盐水，纱布，导电膏，氯化钾导电液。

步骤：接通电源，在被试测痛部(如小腿)周围涂以导电膏，以降低皮肤电阻，增加皮肤对导电液的通透性。取 $10\times 5\text{cm}$ 镀银镍片作无关电极，下垫生理盐水纱布，裹扎于待测小腿上部。另用有机玻璃测痛头作有效电极，在测痛头中心注以氯化钾导电液，将其置于被试三阴交部位。当仪器开启后，痛刺激从无到有，从弱到强，逐渐增加。当被试感到微痛时，立即报告，记录该时的电流毫安数，即痛阈。当被试报告“受不了”时记录该时的电流毫安数，即耐痛阈。因为突然切断电流会引起电介电容放电，发生较大电流，使被试产生突痛，所以被试报告“受不了”时，必须应用“降”开关。正式实验前练习 3 次。正式测痛 3 次，每次间歇一分钟，求出平均数。

实验九：大白鼠回避条件反射实验

目的：了解大白鼠回避条件反射的形成过程，加深理解条件刺激、非条件刺激及强化等概念。

材料：“Y”形迷宫(迷宫箱每一支臂均有信号灯，箱底由电栅构成)，成年大白鼠。

步骤：实验中栅条通电作为非条件刺激，灯光信号为条件刺激，训练大白鼠主动回避电栅电击，向灯光信号的安全区跑。首先，将大白鼠放入“Y”型迷宫中的任一支臂，让其探索装置 5 分钟。然后呈现三支臂中任一支臂的灯光(条件刺激)，无灯光两支臂均通电(非条件刺激)。逐渐增大电压直到动物逃入有灯光支臂(即安全区)为止，完成一次测试。记录大鼠受电击后从起始支臂逃到安全区的时间。休息 2 分钟后，以原来的安全区为起始，同上述呈现灯光给予电击，记录所需时间。如此重复测试 20 次。以次数作横坐标，大鼠从起始区受到刺激后逃到安全区所需时间作纵坐标，画大鼠练习曲线。

实验十：肌电生物反馈实验

目的：肌电生物反馈实验可以用以训练肌肉的松弛和对神经肌肉的再训练，通过此实验可对生物反馈这一新型的心理治疗方法有一直观的认识。

仪器与材料：JD-2 型肌电生物反馈仪(肌电仪，肌电仪电源)，胶粘片，导电膏。

步骤：(1)将肌电仪电源充足电，再将电源面板上的电缆插头与肌电仪相连。(2)将少许导电膏挤入电极座喇叭口内，并将其涂平。然后将三个电极等距放在被测肌肉上(如前臂腹面)，再用胶粘片将电极紧紧压粘在被测肌肉上。将电极线插头连入肌电仪输入插座内。(3)启动肌电仪电源开关，即有数码显示和光标指示，定出预置值将其预置。根据需要可将声反馈选择“>”或“<”(“>”的意思是所测肌电>预置值将有声音显示，“<”是所测肌电<预置值将有声音显示)，以训练肌肉的紧张度。如预置一个信号，并将声反馈选择“<”，一旦被试前臂腹面的肌肉紧张度超过了预置值，仪器就发出声音告诉被试肌肉太紧张，要被试进一步放松；当紧张度降到预置以下，仪器的声音就停止；再一次紧张仪器又一次发出声音以示要被试放松。这样不断地训练，被试就可逐渐学会肌肉放松。

本实验还可结合进行渐进性放松训练，可监视渐进性放松训练时肌肉紧张度的情况。

实验十一：临床调查与心理测验实习

目的：此实习能让学生通过交谈、问卷等多种方法对临床各种不同疾病的病人心理特点有一直接的认识。

方法：可使用 A 型行为类型问卷对 A 型行为类型与冠心病的关系进行调查；使用情绪调查表或临床记忆量表对各类病人进行调查；等等。

除了用现成的一些问卷及测验外，也可结合具体疾病及具体问题指导学生自制各种问卷对病人进行调查，如自制住院病人行为适应的问卷表，调查住院病人行为适应情况，了解这适应与不适应分别和什么因素有关等等。

(浙江医科大学 黄 丽 金承夏)