

医学心理学

第二版



人民卫生出版社

医学心理学

姜乾金 主编

北京科学技术出版社

医学心理学

主 编 姜乾金

副主编 (按姓氏笔画顺序)

过慧敏 陈达光

陈演江 吴均林

北京科学技术出版社

(京)新登字 207

内 容 提 要

本书由全国 15 所高等医学院校 20 多位医学心理学教授, 副教授和部分青年讲师分工编写。全书分 9 章, 包括普通心理学基础、医学心理学理论与方法、心理病因学(心理应激), 心理诊断学(心理测验)、心理治疗学、医学心理学的临床医学部分(心身疾病)、康复护理学部分(康复和护理心理)和预防医学部分(心理卫生), 以及心理咨询等内容, 并附有医学心理学实验, 部分量表和参考文献。本书是作者们多年从事教学、科研和临床工作经验的结晶, 同时又广泛吸收了近 10 年来本学科国内外最新研究成果, 具有内容新颖充实、条理清楚, 理论与实际相结合且偏重于实际应用等特点。

医学心理学

主编 姜乾金

*

北京科学技术出版社出版

(北京西直门南大街 16 号)

邮 政 编 码: 100035

全国新华书店经销

浙江新华印刷厂印刷

*

787×1092 毫米 16 开本 21.5 印张 520 千字

1993 年 11 月第一版 1997 年 1 月第四次印刷

印数 23,001—28,000

ISBN 7—5304—1592—9 / R · 229 定价: 18.80 元

编 著 者

(按章节顺序)

- 姜乾金 浙江医科大学
何金彩 温州医学院
林大熙 福建医科大学
过慧敏 广西医科大学
陈演江 镇江医学院
吴均林 同济医科大学
王 慧 扬州医学院
陈达光 福建医科大学
黄 丽 浙江医科大学
张晓琴 湖北医科大学
梁宝勇 白求恩医科大学
胡福山 浙江医科大学金华分校
唐峥华 广西医科大学
赵盛伏 天津第二医学院
王 兵 长春中医学院
岳文杰 牡丹江医学院
陈建慧 牡丹江医学院
张国粹 汕头大学医学院
黎学涛 江西医学院
邹农基 镇江医学院
廖胜兴 同济医科大学

编写说明

本书是国内有关高等医学院校《医学心理学》教材的发展演变产物，在经历 10 年内多次反复修订和总计发行达 4 万册以后，现改由北京科学技术出版社出版。

1982 年底，为适应医学心理学教学之急需，浙江医科大学姜乾金通过初步收集整理国内，外各种原始资料，从医学临床和医学生的知识需要角度出发，编写了一册包括疾病发生，诊断、治疗和预防中的心理社会因素等 4 部分内容的《医学心理学》讲义。该讲义曾与当时国内为数不多的几种讲义进行了交流。

1985 年秋，利用广东肇庆学术会议的机会，姜乾金和福建医科大学陈达光、广东汕大医学院张国粹、广西医科大学过慧敏、镇江医学院陈演江(当时任教于长春中医学院)等汇集一处，商定合编一本教材。当时提出教材内容仍应侧重于医学临床，要求广泛收集那些与医学关系密切而又未被列入现有各类医学教材内的心理行为学科材料，同时又要避免将这些材料作简单的堆砌。也就是说，大家希望即将诞生的医学心理学教材既要独立于现有的医学课程如精神病学，又要在内容上有其较完整的体系。会后，经过大家半年多的努力，参考了许多国外原始文献，于 1986 年编成了 30 万字的《医学心理学》教材。该书除了仍按医学临床的发病、诊断、治疗、康复护理和预防中的心理问题等方面内容编排外，还首次增加了医学心理学的有关理论、心理应激、心身疾病、疼痛、睡眠、手术病人心理问题、气功与心理治疗，实验等新章节。该教材在几年时间里被许多院校用于教学。

1988 年，在原作者基础上，增加了白求恩医科大学梁宝勇、西安医科大学陈佩璋、湖北医学院黄怀钧等多所院校教师，重新组成 24 人的作者队伍。经过反复通讯联络，对 1986 年版教材作了彻底修订，再次写成 35 万字的《医学心理学》新教材，由浙江大学出版社出版，供国内几十所院校使用。该书包括医学心理学基础、预防医学中的心理学问题(心理卫生)、疗养康复与护理心理、临床医学中的心理学问题等 4 篇 37 章。其主要特点是进一步加强医学心理知识与临床内、外、妇、儿、五官、皮肤各科的联系，同时还特别注意吸收包括各位作者个人在内的几年来国内的最新研究成果。

1990 年春，在杭州专门召开一次教材研讨会。与会作者通过交流，对 1988 年版教材给予了肯定。会后对原书稍作修改，仍由原出版社再版发行。

1992 年暑期，在桂林再次召开教材修订会。作者们经过研究决定对 1990 年版再作重大修订，并部分调整作者阵营，最后形成了今天这一版本。本版的一个重要特点是，在保持全书内容的系统性的同时，减少了“章”的数目，以便于目前各校在教学中使用。例如，在教学时数限制的情况下可以只讲授各章的总论部分，或在总论之后再选讲几个主要的节，其余各节内容可供学生自学。另外，新版本在内容上也已作了很大的调整和增补。

10年时间弹指一挥。然而过去的10年正是我国医学心理学学科兴起和发展的重要时期。本教材的10年演变过程就是这种发展的一个侧面。10年来,为了我国医学心理学学科的崛起,作者们虚心学习,刻苦钻研,坚持不懈地垦荒,耕耘,终于有了今天的一些收获(包括教学的和科研的)。尽管目前还不能说这块新垦的耕地有多肥沃,其收获有多丰富,但作为拓荒者队伍中的一部分,作者们的内心是感到欣慰的。现借再版发排之机,我们特向10年来始终关心和支持本教材发展的国内外老师、学者、专家和长期使用本教材的各校教师、同学和广大读者表示敬意;希望今后能继续给我们提供各种宝贵意见,以期在不久的将来能有机会对本书再作进一步的修订。

姜乾金 1993年3月
于杭州风波亭旧址



目 录

绪 论	(1)	姜乾金
第一节 医学心理学定义、内容和性质	(1)	
第二节 医学模式的转变与医学心理学	(3)	
第三节 医学心理学的分支或相关学科	(6)	
第四节 医学心理学简史	(10)	
第一章 心理学基础	(13)	
第一节 心理现象与心理学	(13)	姜乾金
第二节 心理的脑基础	(15)	何金彩
第三节 心理的社会学基础	(20)	林大熙
第四节 感知觉	(22)	过慧敏
第五节 记忆与学习	(24)	过慧敏
第六节 思维	(28)	过慧敏
第七节 情绪	(30)	姜乾金陈滨江
一、情绪与情感概述	(30)	
二、情绪与认知过程(情绪理论)	(34)	
三、情绪生物学	(36)	
四、情绪与人类行为和健康	(39)	
第八节 需要	(41)	吴均林
第九节 动机与挫折	(43)	吴均林
第十节 意志	(45)	吴均林
第十一节 个性	(48)	王慧
一、个性概述	(48)	
二、能力与智力	(50)	
三、气质	(50)	
四、性格	(52)	
五、个性理论与研究	(53)	
第二章 医学心理学主要理论与研究方法	(57)	姜乾金
第一节 行为学习理论	(57)	
一、经典条件反射	(57)	
二、操作条件反射	(58)	
三、内脏操作条件反射	(60)	
四、示范作用	(61)	
五、认知行为学习理论	(61)	



第二节	精神分析理论	(62)
第三节	心理生物学研究方向	(64)
第四节	社会学研究	(66)
第五节	其他有关理论	(67)
第六节	医学心理学研究方法	(68)
	一、医学心理学研究方法的一般问题	(68)
	二、医学心理学研究中的心理行为定量	(69)
	三、医学心理学研究方法的种类	(70)
第三章	心理应激	(73) 赵盛 伏姜 乾金
第一节	心理应激总论	(73)
	一、心理应激概念的发展过程	(73)
	二、目前心理应激的定义及其特点	(74)
	三、心理应激有关变量及其相互关系	(75)
第二节	应激源(生活事件)	(76)
	一、生活事件的分类	(76)
	二、生活事件与健康 and 疾病的关系	(78)
	三、生活事件的定量研究	(78)
第三节	心理应激中介(间)变量	(79)
	一、认知评价	(79)
	二、防卫与应对	(80)
	三、社会支持	(82)
	四、其它中间因素	(83)
第四节	心理应激反应	(83)
	一、应激的心理反应	(83)
	二、应激的行为反应	(84)
	三、应激的生理反应	(85)
第五节	心理应激的控制原则	(86)
第四章	心理测验	(88) 陈达光
第一节	心理测验总论	(88)
	一、心理测验的概念和发展简史	(88)
	二、心理测验的应用	(89)
	三、心理测验分类	(90)
	四、心理测验工具的编制	(90)
	五、心理测验的实施条件	(93)
第二节	智力测验	(96)
	一、智商	(96)
	二、筛查性智力测验	(96)
	三、诊断性智力测验	(97)



四、婴幼儿发展量表	(100)
第三节 人格测验	(101)
一、明尼苏达多相人格调查表(MMPI)	(101)
二、艾森克人格问卷(EPQ)	(102)
三、卡特尔人格测验(16PF)	(103)
四、洛夏测验	(104)
第四节 症状评定量表	(104)
一、症状自评量表(SCL90)	(104)
二、抑郁自评量表(SDS)	(106)
三、焦虑自评量表(SAS)	(106)
四、医院焦虑及抑郁量表(HAD)	(106)
五、其他症状评定量表	(106)
第五节 其他量表	(106)
一、适应行为量表	(106)
二、A型行为类型评定量表	(107)
三、记忆量表	(108)
四、神经心理成套测验	(109)
五、生活事件量表	(110)
六、应对量表	(110)
七、社会支持量表	(111)
第五章 心理治疗	(112)
第一节 心理治疗总论	(112) 姜乾金
一、心理治疗的概念和发展简史	(112)
二、目前的心理治疗流派	(113)
三、心理治疗的心理生物学原理	(113)
四、心理治疗的原则	(114)
五、心理治疗的适用范围	(115)
第二节 精神分析法	(115) 姜乾金
第三节 暗示和催眠疗法	(117) 姜乾金
第四节 支持疗法	(119) 姜乾金
第五节 患者中心疗法	(120) 姜乾金
第六节 认知治疗	(122) 黄丽
第七节 家庭治疗	(124) 黄丽
第八节 森田疗法	(126) 黄丽
第九节 集体心理治疗	(127) 姜乾金
第十节 行为矫正治疗	(128) 姜乾金
一、行为矫正疗法的基本过程	(128)
二、系统脱敏法	(131)



三、厌恶疗法·····	(131)
四、操作条件法(奖励法)·····	(132)
五、示范法·····	(133)
六、依情况而定法·····	(134)
七、满灌法·····	(134)
八、代币法·····	(134)
九、塑造法·····	(135)
第十一节 认知行为矫正疗法·····	(135)姜乾金
第十二节 松弛疗法·····	(138)姜乾金
第十三节 生物反馈疗法·····	(140)吴均林
一、生物反馈原理和种类·····	(140)
二 1 生物反馈训练程序·····	(142)
三、生物反馈的临床应用·····	(144)
第十四节 气功与心理治疗·····	(145)姜乾金
第十五节 药物的心理效应与安慰剂·····	(148)姜乾金
第六章 心身疾病·····	(150)
第一节 心身疾病总论·····	(150)姜乾金
一、心身疾病的一般概念·····	(150)
二、心身疾病的发病机制·····	(152)
三、心身疾病的诊断和防治原则·····	(153)
第二节 原发性高血压·····	(155)姜乾金
一、高血压发病中的心理社会因素·····	(155)
二、高血压的心理行为治疗·····	(158)
第三节 冠状动脉硬化性心脏病·····	(160)姜乾金
一、冠心病发病中的心理社会因素·····	(160)
二、心肌梗塞病人的心理反应特点·····	(163)
三、否认机制在冠心病临床的意义·····	(164)
四、冠心病的心理防治·····	(166)
第四节 癌症·····	(168)姜乾金
一、癌症发生发展中的心理社会因素·····	(168)
二、癌症病人的心理行为问题及对策·····	(169)
第五节 脑血管病·····	(172)张晓琴
第六节 溃疡病·····	(174)王慧
第七节 糖尿病·····	(177)梁宝勇
第八节 偏头痛和紧张性头痛·····	(179)张晓琴
第九节 儿科心身疾病·····	(181)陈达光
一、神经性厌食·····	(181)
二、儿童时期溃疡病·····	(182)



三、溃疡性结肠炎·····	(182)
四、神经性呕吐·····	(183)
五、支气管哮喘·····	(183)
六、遗尿症·····	(184)
七、夜惊·····	(185)
第十节 妇产科心身疾病·····	(186)胡福山
一、妇产科心身问题的一些特殊因素·····	(186)
二、妇科心身疾病·····	(187)
三、产科心身问题·····	(189)
第十一节 耳鼻喉科心身疾病·····	(190)唐峥华
一、心因性听力障碍·····	(190)
二、耳聋患者的心理问题·····	(191)
三、美尼尔综合征·····	(191)
四、心因性发音障碍及口吃·····	(192)
五、咽部异常感觉·····	(193)
第十二节 眼科心身疾病·····	(193)唐峥华
一、原发性青光眼·····	(193)
二、其它眼科心身疾病·····	(194)
三、眼科手术病人的心理问题·····	(195)
第十三节 口腔科心身疾病·····	(195)唐峥华
第十四节 皮肤科心身疾病·····	(197)梁宝勇
第十五节 外科心身问题·····	(199)姜乾金
第七章 病人，护理心理和康复心理·····	(202)
第一节 病人心理·····	(202)张晓琴
一、病人角色·····	(202)
二、病人一般心理反应和影响因素·····	(202)
三、病人心理需要·····	(204)
四、不同类型病人的心理行为反应·····	(205)
第二节 医患关系·····	(206)林大熙
一、人际吸引力·····	(206)
二、医患关系模式·····	(207)
三、临床医学中的人际交往·····	(208)
四、医学交谈·····	(210)
第三节 心理护理·····	(212)过慧敏
一、护理心理学与心理护理概述·····	(212)
二、心理护理程序·····	(214)
三、临床病人若干心理问题的护理·····	(217)
四、护士心理素养·····	(219)



第四节 睡眠与睡眠障碍·····	(221)	赵盛伏
一、正常睡眠与梦·····	(221)	
二、睡眠障碍·····	(224)	
第五节 疼痛心理·····	(226)	
一、疼痛的心理生物学·····	(226)	陈滨江
二、心理社会因素对疼痛的影响·····	(228)	陈滨江
三、疼痛的一般心理治疗·····	(230)	陈滨江
四、慢性疼痛综合征·····	(231)	姜乾金
第六节 手术焦虑与心理干预·····	(234)	姜乾金
一、病人对医疗操作程序的焦虑反应·····	(234)	
二、医疗操作程序的心理准备·····	(237)	
第七节 康复心理·····	(240)	姜乾金
一、康复医学与康复心理学·····	(240)	
二、伤残的心理行为问题·····	(241)	
三、运动锻炼的心理康复效应·····	(244)	
第八章 心理卫生和变态心理·····	(246)	
第一节 心理卫生总论·····	(246)	王兵
一、心理卫生一般概念·····	(246)	
二、健全个性及其影响因素·····	(247)	
第二节 儿童心理卫生·····	(249)	张国粹
一、孕期心理卫生与胎教·····	(249)	
二、乳婴儿心理卫生·····	(250)	
三、学龄前期儿童心理卫生·····	(252)	
四、学龄期儿童心理卫生·····	(253)	
五、儿童不良心理行为问题·····	(254)	···
第三节 青年心理卫生·····	(255)	岳文杰、陈建慧
一、青年心理卫生特点·····	(255)	
二、青年期常见的心理卫生问题·····	(257)	
第四节 中老年心理卫生·····	(260)	黄丽
一、中年期心理卫生·····	(260)	
二、更年期心理卫生·····	(261)	
三、老年期心理卫生·····	(263)	
第五节 群体心理卫生·····	(265)	黄丽
一、家庭心理卫生·····	(266)	
二、学校心理卫生·····	(267)	
三、工作单位心理卫生·····	(267)	
四、特殊群体心理卫生·····	(268)	
第六节 变态心理·····	(268)	胡福山



一、变态心理与变态心理学	(268)
二、变态心理的判别标准	(270)
三、变态心理种类	(271)
第七节 神经症性障碍	(274) 胡福山
第八节 人格障碍	(277) 胡福山
第九节 不良行为	(280) 邹农基
一、酒瘾	(280)
二、药物依赖	(282)
三、烟瘾	(284)
四、过食	(286)
第十节 性心理与性心理障碍	(287) 黎学涛
一、性心理概述	(287)
二、功能性性功能障碍	(288)
三、性心理障碍	(290)
四、性心理咨询	(292)
第九章 心理咨询	(294) 吴均林、廖胜兴
第一节 心理咨询概念、方式和目的	(294)
第二节 心理咨询医生的条件	(296)
第三节 心理咨询程序	(298)
实验	(300)
附表一~七	(305)
参考文献	(305)
检索	(318)

绪 论

第一节 医学心理学定义、内容和性质

一、医学心理学的定义

医学心理学(medi cal psychology)尚未形成一致公认的定义。目前,国内许多作者认为医学心理学是心理学和医学相结合的一门新兴学科,是对心理变量与身体健康之间关系的研究,或者说是研究心理因素在健康和疾病及其相互转化过程中所起作用的科学。

曾有一些人认为医学心理学是心理学在医学中的应用,因而是心理学的分支。但这一观点在我国显得狭隘了一些。应该说,医学心理学既是医学的分支,也是心理学的分支。例如从医学的分支来看,医学心理学研究医学中的心理行为问题,如各种病人的心理行为特点,各种疾病的心理行为变化等等;从心理学分支来看,医学心理学研究如何把心理学的系统知识和技术应用于医学各方面,包括在疾病过程中如何应用有关心理科学知识和技术问题等。

由于医学心理学研究的是介于医学与心理学之间的课题,故有人提出也可将其称为心理医学(psychologi cal medi cine)。但医学心理学偏重于相对正常行为的研究,对于医学中严重变态行为的研究(也是心理医学),则主要归入精神病学研究范围。

二、医学心理学研究内容

医学心理学的研究内容比较广泛,几乎所有医学领域都有医学心理学研究内容。概括起来,大致有以下几方面:①研究心理行为的生物学和社会学基础及其在健康和疾病中的意义,②研究心身相互作用的规律和机制;③研究各种疾病过程中的心理行为变化及其影响;④研究情绪和个性等心理行为因素在健康保持和疾病发生、发展变化过程中的影响作用及其规律;⑤研究如何将心理学知识和技术应用于治病、防病和养生保健之目的。

三、医学心理学课程性质

医学心理学既是一门基础理论课程,也是一门应用课程。

1. 基础理论课程 作为基础理论课程,医学心理学揭示行为的生物学和社会学基础,心理活动和生物活动的相互作用,以及它们对健康和疾病的发生,发展,转归,预防的作用规律,寻求人类战胜疾病,保持健康的基本心理途径,为整个医学事业提出心身相关的辩证观点和科学方法。

医学生掌握作为基础理论课程的医学心理学知识,将能扩大自己的知识面,能从心理学和生物学两个角度全面地认识健康和疾病,认识病人,在今后医学本职工作中能自觉地遵循心理行为

科学规律,更好地为病人服务或取得更好的工作成果。这就象我们学习生物医学课程中的解剖学,生理学,药理学等基础医学课程一样。

2. 应用课程 医学心理学同时也是一门应用课程。作为应用课程,医学心理学将心理行为科学的系统知识,包括理论和技术,结合医学实践,应用到医学的各个部门,包括医院,疗养院、康复中心、防疫机构、健康服务中心、企事业和学校的保健部门以及某些特殊群体等等。

医学生掌握医学心理学的知识和各种技能,不论将来从事何种医学专业工作,都将会在实际工作中得到应用,成为生物医学防治手段的补充。这就象我们学习生物医学课程中的放射学、病理学、临床药理学、急救医学等临床应用课程一样。除此以外,目前我国各大医院已逐步开展的医学心理学咨询门诊,则是重点解决人民群众日益增多的心,身问题而专设的医学心理学应用场所。

四、医学心理学与其它医学课程的联系

医学由基础医学、临床医学、预防医学和康复医学四部分构成。医学心理学与这四部分的各门医学课程都有交叉联系。

医学心理学与许多基础医学课程如生物学,神经生理学,神经生物化学,神经内分泌学,神经免疫学、病理生理学,以及人类学、社会学、普通和实验心理学等基础课程有密切联系。例如心理行为的神经学基础,以及心、身中介机制等涉及生物学和神经科学知识多又如人的语言,习俗、艺术以及婚姻、家庭、社区、居住、工业化等的心理行为问题,与人类学、社会学,生态学知识密切有关,而整个医学心理学的许多基础概念则来自普通心理学(因而本书安排了一定的心理学基础知识内容)。因此,医学心理学必须加强与上述这些学科的协同研究,才能避免陷入常识(nommon sense)心理学的泥坑。在学习医学心理学过程中,我们也要自觉地加强与这些学科有关知识的沟通。

医学心理学与临床医学的内、外、妇、儿、耳鼻喉,眼,皮肤,神经精神等各科均有密切联系,存在着许多交叉的研究课题和应用领域。例如:A型行为的诊断和矫正技术主要在内科的心血管病领域'应激性医学操作的心理行为干预,主要在外科和其它一些领域,行为矫正对儿科病人有特殊意义等等。

同样,医学心理学与预防医学和康复医学课程也有广泛的联系,例如心理卫生指导对于预防医学,危机干预对于康复医学等等。

总之,在学习医学心理学过程中,我们同样要自觉地将医学心理学有关知识联系于临床医学、康复医学和预防医学各门课程,加强医学心理学与这些课程知识之间的沟通。

值得指出的是,近十年来在医学心理学与我国临床医学的结合方面已取得了一些可喜的成绩,已有一批临床医学工作者先后加入了这一工作领域。随着今后新一代医科学生的成长,相信将会有更多的医务工作者对这些交叉的科学阵地感兴趣。医学心理学也只有与临床各科密切结合,其本身才会得到深入的发展。

第二节 医学模式转变与医学心理学

人是兼有生理活动和心理活动的统一体。但是在这一医学根本问题上，人们的认识并不很一致。

近十余年，关于医学模式转变的问题在国内医学界已多次被提及，这与医学心理学在国内迅速发展的十年在时间上正好相一致。事实上，医学心理学的发展与医学模式转变问题有着实质性的联系。如果我们以简单的方式回答为什么要学习医学心理学这门新学科，可以说这就是适应现代医学模式从生物医学向生物心理社会医学转变的需要。但这个问题较详细的答案，必须从医学模式为什么要转变、新的医学模式与医学心理学在健康和疾病观上的一致性等方面进行讨论。

所谓医学模式，大致是指医学的一种主导思想，它是某一时代的各种医学思想的集中反，包括疾病观，健康观等。一种医学模式影响着医学工作的思维及行为方式，使它们带有一定倾向性的、习惯化了的风格和特征，从而也影响医学工作的结果。我们这里只讨论近代存在的两种主要医学模式。

一、西方医学与生物医学模式

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进展，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。人们对自己身体的认识水平不断提高，从整体到系统、器官，直至现在的亚细胞和分子水平。在这几百年里，人们对病原的认识大大地向前迈进了一步。在防治某些生物源性疾病诸如消灭长期危害人类健康的传染病方面，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已下降至 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自然科学发展时期的分析还原论的影响，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一面。在实际工作中，重视躯体的因素而不重视心理和社会的因素；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，忽视后者对健康的作用。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。有关这种医学模式，被称为生物医学模式(biomedical model)。

二、生物心理社会医学模式的提出

先让我们看一看以下几方面事实：

(1) 与 50 年以前比较，目前随着生物因素引起的疾病如传染病的逐渐被控制，人类死亡率的

结构已发生了显著的变化。心脏病、恶性肿瘤、脑血管病等已取代传染病相应地成为人类的主要死亡原因(表绪一 1)。

表绪一 1 死亡率情况(每10万人)

位 次	1900年美国*		1973年美国*		1984年中国**	
	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率
1	流感与肺炎	202	心脏病	361	心脏病	125
2	各类结核	194	恶性肿瘤	167	脑血管病	116
3	胃肠疾病	143	脑血管病	102	恶性肿瘤	116
4	心脏病	137	事故	55	呼吸系疾病	48
5	血管病	107	流感和肺炎	30	消化系疾病	24
6	慢性肾炎	81	糖尿病	18	外 伤	19
7	所有事故	72	动脉硬化症	16	肺 结 核	10
8	恶性肿瘤	64	慢性肝病	16	中 毒	10
9	婴幼儿疾病	63	婴幼儿疾病	15	泌尿系疾病	9
10	白 喉	40	慢支、肺气肿、哮喘	14	其它传染病	8

* 引自Pomerleau OF, 1979

** 部分城市

(2)据分析,目前在美国造成死亡的前10种原因中,约有半数死者直接或间接与生活方式有关。Ham burg DA(1982)指出,这些生活方式包括吸烟、酗酒、滥用药物、过量饮食和肥胖、运动不足,对社会压力的不良反应等。这就是所谓的行为危险因子(behavioral risk factors)。必须注意的是,这些行为危险因素与心理社会因素直接有关,应该说是心理社会因素造成了行为问题。

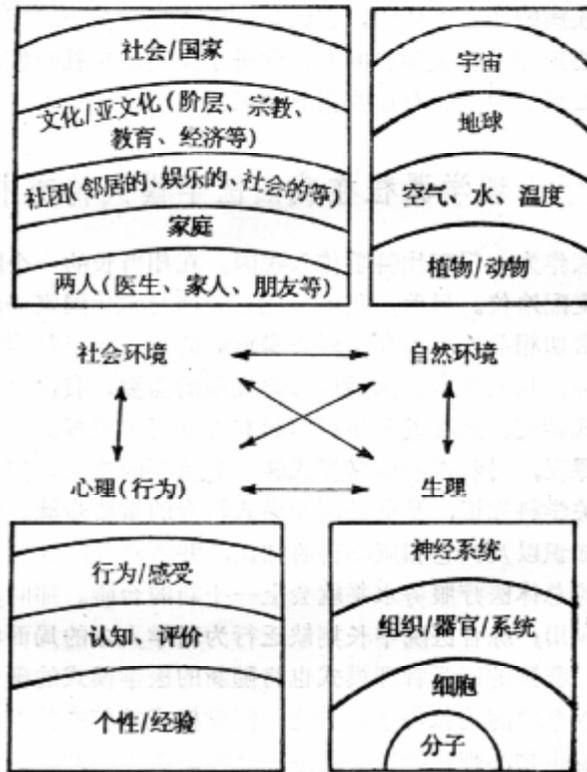
(3)研究者认为,现代生活节奏的不断加快(例如技术更新迅速,职业容易老化等),对人的内部适应能力(包括心理的健全和情绪的平衡)提出了更高的要求。结果人遭受到的心理社会因素的挑战有相对增加的趋势。这是近代某些疾病发病率升高的另一个重要原因。与上述情况相反,一些国家近年来认识到心理社会因素和行为因素在某些疾病中的重要作用,因而注意从各方面积极采取针对性措施,如重视心理社会环境的改造,生活方式的改变、人类行为类型(如A型行为)的矫正,以及将心理行为科学直接应用到临床等,使得有些疾病如冠心病的发病率由上升又渐趋下降。

(4)通过近几十年许多生物行为科学研究,人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。诸如生物反馈,自我放松训练,认知行为矫正等行为技术的发展,从实验和临床应用角度雄辩地证明,心理活动的操作和调节对维持健康具有不可忽视的作用。

(5)另外,随着人类物质文明的发展,人们对自身舒适(健康)的要求也已不断提高,迫切需要医生在解决其身体疾病造成的直接痛苦的同时,也帮助他们减轻精神上的痛苦。就是说,人们追求生活质量的提高,其中也包括要求心理上的舒适和健全。这些也都给医学提出了新的研究课题和工作任务。

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。人们对于健康的要求已不再停留在身体上无病的水平。于是,新的生物心理社会医学模式(biopsychosocial model)被提出来。Engel GL1977年在《科学》杂志上发表的《需要一种新的医学模式——对生物医学的挑战》一文,对这一新医学模式作

了强有力的分析和说明。与传统的生物医学模式不同，新模式是一种系统论和整体观的医学模式，它要求医学把人看成是一个多层次的，完整的连续体，也就是在健康和疾病问题上，要同时考虑生物的、心理和行为的，以及社会的各种因素的综合作用(图绪一 1)。



图绪一 1 强调层次和连续体示意图

三、新医学模式和医学心理学对健康和疾病的一致认识

从图绪一 1 中我们可以归纳出新的医学模式对健康和疾病的主要几方面认识:①人或病人是一个完整的系统,个体通过神经系统保持全身各系统,器官,组织、细胞活动的完美统一(图下部)·因而任何在健康和疾病上只重视被分解了的各个器官或系统,忽视作为一个整体的人或病人,或者只将各个器官、系统割裂开来看待,忽视它们之间的整体联系,都被看成是医学指导思想上的失误。②人同时有生理和心理活动,心、身是互相联系的(图中间部)。心理行为活动通过心身中介机制影响生理功能的完整,同样生理活动也影响个体的心理功能,因此在研究健康和疾病问题时,应同时注意心身两方面因素的影响。③人与环境是密切联系的,人不仅是自然的人,而且也是社会的人(图中上部)。社会环境因素例如文化背景、职业,家庭、人际关系,以及自然环境因素例如气候,污染、瘟疫都对人的心、身健康产生影响。④心理因素在人类调节和适应的功能活动中有能动的作用(全图)。人作为一个整体要对包括社会环境、自然环境和个体的内环境随时作出适应性调整,以保持健康水平。在这种调整适应过程中,人不能总是被动的,而是可

以通过认识和行为操作作出一些主动的适应性努力。例如人对社会环境因素包括人际冲突等的认识和评价,可以改变这些因素对个体影响的性质和程度,又如,人通过调整自己的行为方式包括回避、改造自然环境而改变自然因素对自身的影响,再如,人也可以通过包括松弛训练、行为矫正等而改变体内的心理生理过程。

上述关于健康和疾病的四方面认识,也就是医学心理学关于健康和疾病的理论观点。应该这样认为,是医学心理学等有关学科的发展促进了生物心理社会医学模式的出现,同时新的医学模式也对医学心理学的发展有重要指导意义。

四、医学心理学课程在我国医学模式转变中的意义

19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据了支配地位。目前,我国的死亡原因与发达国家一样也发生了根本性变化,与心理社会因素密切相关的一类疾病即心身疾病的死亡率已越居首位'我国广大人民对医药的需要也已开始向高层次发展。为适应形势发展的需要,我国医学模式也必须尽快地向生物心理社会医学模式转变。这在近些年已引起有关部门的重视。

开设医学心理学课程,对我国的医学模式转变有重要的意义。医学生和医学工作者系统学习医学心理学等有关学科知识,是促进医学模式转变的重要步骤。随着我国广大医务工作者都吸收医学心理学知识以及其它相应学科的知识,并将其融汇到自己的知识框架之中,应用于日常工作,我国的总体医疗服务水平就会上一个新的台阶。那时,各种心理行为技术将会在临床上得到广泛应用多综合医院中长期缺乏行为科学人才的局面将会改变多医学科学研究范围也将大大拓宽多我国的医学管理模式也将随新的医学模式的确立而发生转变(例如确认心理行为工作者在医学中的地位等)。总之,医学模式的转变涉及整个医学体系,必须使全体医学工作者都具备生物心理社会医学思想和技能。医学心理学课程的全面开设,是实现这一目标必不可少的手段。

第三节 医学心理学的分支或相关学科

研究健康和疾病领域中的心理行为及社会因素,涉及到目前存在的许多相应的学科。这些学科名称是在不同的历史时期,由于研究者的出发点、理论基础、应用的侧重面、甚至地域等方面的不同而相应地出现的。在这些学科名称中,有的可算作医学心理学的分支学科,有的与医学心理学是交叉的相关学科,有的则几乎与医学心理学是同义语。还要注意的,某一学科名称在不同历史阶段可能有不同的含义多即使同一学科,在目前不同学者心目中或在不同词书著作中的定义也可能不尽相同。

面对目前各种名目繁多的涉及到心理、行为与医学关系的书籍,一些希望深入和较完整地了解医学心理学学科结构及其渊源的初学者深感困难不少。这种情况也使一部分来自不同学科的学者们在某些问题上长期争论不休。

我们可以这样认为,国内近十年来逐步系统起来的《医学心理学》,是我国学者在综合国外

有关学科中的与医学关系密切的各部分精华内容而建立起来的新型的一门学科或课程。它与国外一些学科有联系，但又不完全相等。为了使我们对于医学心理学与有关学科之间的关系有一大概的了解，下面分别列若干学科作一简要的介绍。

一、神经心理学

神经心理学(neuropsychology)研究大脑与心理活动的具体关系,包括各种心理活动的大脑机制问题。它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。神经心理学的发展为医学心理学提供了许多基础理论知识,一般认为它是医学心理学的基础分支学科。

二、生理心理学

生理心理学(physiological psychology)研究心理现象的生理机制,主要内容包括神经系统的结构和功能,内分泌系统的作用,本能、动机,情绪、睡眠、学习和记忆等心理和行为活动的生理机制等。美国 Thompson RF 提出生理心理学是理解行为和经验的生物学规律的科学,也可以叫作心理生物学(psychobiology)。由于心理的脑机制也是一种生理机制,因而在一些神经心理学和生理心理学专著里,内容上有不少重叠之处。生理心理学的部分知识也构成了医学心理学的基本知识,但是一般认为它是独立于医学心理学的一门心理学分支学科。两者仅是相近的学科。

三、心理生理学

心理生理学(psychological physiology)研究心理或行为如何与生理学的变化相互作用。严格来说,心理生理学研究的刺激变量是心理和行为活动,应变量是生理或生物学变化过程,因而不同于神经心理学和生理心理学。例如研究心理刺激条件下人体生理功能的改变过程,研究放松训练或生物反馈对生理功能的影响,都属于心理生理学。心理生理学研究成果为医学心理学的心身中介机制提供了许多基本理论依据,是医学心理学的重要基础分支学科之一。但是 Colles MGH 等 1986 年的著作《心理生理学》所包含的内容则大大超过上述范围,甚至包括神经心理学和生理心理学大部分内容,因而就不能认为其是医学心理学的一个分支,而是相互交叉的两门学科了。

四、变态心理学和精神病学

变态心理学(abnormal psychology)或称病理心理学(pathological psychology)研究行为的不正常偏离,揭示异常心理现象的种类、原因、规律及机制。变态心理学与精神病学关系密切,其主要区别是后者属临床医学的分支,服务对象是各种具体病人,主要工作是对其进行诊断,治疗和护理。

变态心理学的研究成果是医学心理学某些理论和证据的重要来源,因此一般认为是医学心理学的基础分支学科。但是从一些变态心理学专著内容来看,其范围几乎遍及或超出医学心理学的许多领域。根据这一实际情况,变态心理学仅是与医学心理学交叉的两门学科。

精神病学虽然在轻性精神疾病如神经症及精神病康复期的工作中与医学心理学有某些重叠或交叉，但与医学心理学的工作侧重点不同已如定义中所述，故是两门相近学科。

五、心理诊断学

心理诊断学 (psychodiagnos tics) 主要是指心理测验和评估。心理测验 (psychol ogical testing) 就是测量和诊断心理现象的个别差异。虽然心理测验也广泛应用于医学以外的许多学科和领域如教育心理学，但是在医学心理学中有举足轻重的应用价值，故可将其看作是医学心理学的重要应用分支。

六、心理治疗学

狭义的心理治疗学 (psychotherapy) 是指应用心理学的理论和技术治疗各种心理行为障碍的方法，广义的心理治疗是指通过心理操作治疗病人的精神症状和躯体疾病的一切方法。因此，心理治疗在医学心理学中具有重要的应用价值，是其重要的应用分支学科。

七、心理卫生和心理健康心理学

心理卫生 (mental heal th) 这一术语一是指一种心理健康状态，个体处于这种状态时不仅自我感觉良好，而且与社会的关系和谐多二是指维持心理健康的原则和措施。心理卫生运动的深入开展，需要有许多学科和社会职能部门的通力协作和配合。健康心理学 (heal thpsychology) 是美国新成立的一门心理学分支学科，它是将心理学的专业知识应用于预防医学，以保持和增进身心健康，预防和治疗疾病。

由于心理卫生和心理健康心理学都涉及良好心理状态的保持和心理疾病的预防等问题，因而是医学心理学在预防医学中的分支。但是一些心理卫生或心理健康心理学专著同样存在扩展范围的趋势，包括了治疗、康复和预防等方面的问题，以及心身疾病，行为医学，心理生理学等内容，使人产生其与医学心理学是相同学科的感觉。

八、康复心理学和缺陷心理学

康复心理学 (rehabili tation psychology) 是研究解决伤残，慢性病人和老年人存在的心理行为问题，促使他们适应工作、适应生活和适应社会，从而尽可能降低其残废程度。缺陷心理学 (defect psychol ogy) 研究心理或生理缺陷者的心理学问题，例如通过指导和训练，使伤残者在心理和生理功能方面得到部分补偿，因而其与康复心理学关系密切。

显然，上述这两门近似的学科都是医学心理学在康复医学中的分支。但是同样应该注意，在一些康复心理学著作中，也包含有许多医学心理学的其它基本内容，如心理测验 (评估)、心理治疗、心理咨询和危机干预等。

九、临床心理学

临床心理学(clinical psychology)主要研究和直接解决临床问题(注意!这里不仅指医学临床),包括智力和个性的评估,对心理生理疾病及精神疾病的心理诊断和治疗,以及咨询,会谈等具体工作。1984年美国临床心理学家 Saccuzzo DP 和 Kaplan RM 对临床心理学下的定义是:它侧重研究人类和人类问题,目的在于调整 and 解决人类的心理问题,改变和改善他们的行为方式,以及最大限度地发挥人的潜能。他们还将行为医学也归于临床心理学的一个新领域。临床心理学在美国是最大的心理学分支,从事这项工作的人很多,又称心理医生(psychologists),其工作遍布学校、医院,机关、商业、法律、政府、军事等部门。

由于临床心理学涉及心理学知识和技术在防治疾病中的应用问题,有的人将其看作是医学心理学最大的临床分支学科。但从一些专著来看,两者在内容上接近,因而几乎是同一门学科。另一方面,临床心理学工作范围又超出医学心理学,因而又可看作是重叠的两门学科。

十、咨询心理学

咨询心理学(consulting psychology)对正常人处理婚姻,家庭、教育,职业及生活习惯等方面的心理学问题进行帮助,也对心身疾病、神经症和恢复期精神病人及其亲属就疾病的诊断,护理、康复问题进行指导。临床心理学和咨询心理学的工作有许多共同之处,主要区别是后者更倾向于解决个人的烦恼和职业咨询。咨询心理学与医学心理学有很大的交叉和重叠,有些人将其看作是医学心理学的应用分支学科。

十一、护理心理学

护理心理学(nursing psychology)研究护理工作中心理学问题,是医学心理学在护理工作中的分支。在一些护理心理学专著中,则包括了大部分医学心理学的基本理论和基本方法。

十二、心身医学

心身医学(psychosomatic medicine)被认为就是心理生理医学(psychophysiological medicine),是以心理学的知识和技术研究心身疾病的发生、发病机制、诊断、治疗和预防,研究生理、心理和社会因素相互作用对人类健康和疾病的影响。但实际上,不少行为医学家目前仍将心身医学看作是以精神分析理论为起点,发病学上强调潜意识早期经验,治疗上强调过去历史的早期心身医学概念(Keefe FJ, 1982)。不论上述何种情况,都可将心身医学看作是医学心理学的一个分支。但另外一种情况是,一些心身医学专著又扩大其范围,内容几及目前整个医学心理学各领域。这样,心身医学与医学心理学就几乎成为同义语了。

十三、行为医学

行为医学(behavioral medicine)是综合行为科学和生物医学知识的交叉学科,研究有关健康和疾病的行为科学和生物医学的知识和技术,并将这些知识和技术应用于疾病的预防、诊断、治疗和康复。根据广义行为的概念,心理学,人类学、教育学,社会学等也属于行为科学范畴。那么上面的行为医学概念显然等同于或甚至超过了医学心理学的范围。但实际上,目前国外许多行为医学专著仍将重点放在相对狭义的范围,主要是行为治疗方法应用于医学临床,以及对常见的不良行为如烟瘾、酒瘾、过食肥胖或 A 型行为的研究。从这一角度,行为医学才可归于医学心理学的一个分支。

综合上述对有关学科的分析,我们可以看出,由于受学科发展的历史条件的影响,如果我们从相对狭义的角度来看待一些学科,它们大部分属医学心理学的分支学科。但是如果从广义的,或者从某些专著中所反映出来的各门学科的内容来看,则情况有很大的改变。其中一部分学科与医学心理学仅在内容上有交叉和重叠,是医学心理学的交叉或相近学科,例如心理生理学、变态心理学、咨询心理学等;一部分学科则与医学心理学几乎有相同的内容,成为相似学科,例如心身医学、临床心理学,行为医学、健康心理学(或心理卫生学)等。

为了避免在今后学习中产生理解上的混乱,我们在本书后面内容中将尽量减少罗列各种各样学科名称。大家也不必花费过多精力用于鉴别和澄清各种各样外来学科名称的来源,内涵和外延。

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、身之间互相作用问题,在人类科学还处于极端落后的远古时代就已经开始被探索。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。不过那时的认识大多属于朴素唯物主义,没有更多的科学依据。

一、国外医学心理学发展简况

随着近代自然科学的发展,1879年冯特(Wundt W)在德国建立了世界上第一个心理实验室。此后,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。

早在1852年,德国的 Lotze BH 就首先以医学心理学概念命名其著作。1896年美国的 Wither L 第一次建立临床心理学的概念,并建立了心理门诊。1890年美国心理学家 Cattell JM 首先提出心理测验的概念,此后临床心理学家的主要工作是从事心理测验。1908年在美国出现世界上第一个心理卫生协会。

在19世纪末和20世纪初这段时期,还有一些工作与医学心理学的发展密切有关,值得指出。

一是奥地利医生 Freud S 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 WB、pavl ov IP, Selye H 等人开始研究情绪的心理生理学问题,皮层内脏相关,以及心理应激机制。他们这些心理生物学研究结果,为心,身联系提供不少证据,也为临床病人的治疗增添了不少新的方法。此外, Watson JB 创立的行为主义心理学派通过对外显行为的实验研究,促成了以后许多关于外部奖励和惩罚对人类行为影响的重要发现,成为行为治疗的重要理论起点。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 余年,为医学心理学的发展作出了很大的贡献。

二次世界大战期间,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,临床心理学工作得到了较快的发展,涌现出许多临床心理学家。他们的工作在某些国家现在已达到家喻户晓的程度。

50 年代以后,医学心理学发展迅速,研究和应用领域不断扩大。

医学心理学在最近 20 年有了更大的发展。其中值得提到的重要工作有:1976 年在美国耶鲁大学举行的一次由著名行为学家和生物医学家共同参加的行为医学会议上提出了行为医学的定义多 1978 年出版《行为医学杂志》;同在 1978 年,出现了另一门新的学科——健康心理学。在这一时期,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发展,并形成许多既独立而又相互联系的理论体系,共同推动学科向纵深发展。在实际应用方面,也有许多成果,现在不少国家的综合性医院里有医学心理学家参加工作。医学心理学的发展不仅从理论上丰富了医学和心理学的知识,而且也直接为人类防治疾病做了贡献。

目前,许多国家在医学院校开设相应的医学心理学课程。一些西方国家如美国,加拿大等自 70 年代以来十分重视医学教育中有关社会科学和人文科学教育,多数院校将与医学心理学有关的各类心理、行为学课程列为必修课,教学时数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。

二、国内医学心理学简况

医学心理学在我国基本上尚处于起步阶段。我国虽然在解放前有过少量医学心理学工作,以及在 50 年代末短时间曾有部分医学家和心理学家结合,开展对神经症为主的综合快速心理疗法的研究,但是总体来说各项工作都很落后。目前,我国绝大多数医务人员未受过心理学和医学心理学的教育多综合医院里没有专职临床心理工作者。这种状况正受到卫生部门的日益重视。

最近 10 年,国内医学心理学有了快速的发展。通过举办医学心理学师资培训班,全国许多院校已逐步开设了医学心理学课,并形成了不少教研组织。中国心理学会在 1979 年成立了医学心理学专业委员会。1985 年,经过有关人士的积极努力,成立了中国心理卫生协会,标志着我国心理卫生事业的一个新时期的开始。1990 年,建立了中华医学会行为医学会。1993 年,中华医学会心身医学学会成立。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,不断刊登有关医学心理学论文;1987 年,《中国心理卫生杂志》创刊;1992 年,《中国行为医学杂志》创刊;1993 年,《中国临床心理学杂志》创刊。这些情况都表明,国内医学心理学科研工作的局面也已初步打开。

值得强调的是，我国近年来从事医学心理学工作的成员，已逐渐扩大到基础医学和内、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，心身医学和临床应用性论文所占的比重越来越大，反映我国医学心理学开始向广阔的领域发展。同时，国内不少地方正在尝试建立医学心理学咨询门诊。

近 10 年的发展结果向我们预示，在不久的将来，医学心理学这一门新兴学科必将会在我国大地全面开花结果。

(姜乾金)

第一章 心理学基础

第一节 心理现象和心理学

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(psychology)才脱离哲学范畴,进入科学心理学时期。这是一门较年轻的、正在发展的学科,难以下一个完整和统一的定义。一般认为心理学是研究心理和心理现象的科学。西方和我国许多学者也定义为:心理学是对人和动物行为的研究,并把研究成果应用于人类。不过从实际研究角度来看,心理学研究的内容还是比较清楚的。它纵向研究人的认识活动,情感活动,意志活动等心理过程的规律,横向研究人与人之间心理上的差异即个性或人格。心理过程和个性都是心理现象。由于目前许多人尚不了解心理学所研究的心理现象主要内容,故有必要先作一简单的分析和介绍。

(一)心理现象

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、体征和检查数据,以便在考虑诊断时应用,这就是记忆(memory)。记忆是过去经验在人脑中的反映。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和综合,判断这病象什么?应排除什么?还应做哪些进一步的检查?……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,这仅是间接的判断多病人若被诊断为“伴有心衰”,这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征。医生在看病时,不论感知,记忆还是思维都要把心理活动指向和集中于一定的客观事物,这就是注意(attention)。所以注意是心理活动对一定事物的指向和集中。此外,当感知过的事物不在眼前时,在人脑中再现出该事物的形象,即为表象(image)。表象在人脑中再加工过程,即为想象(imagination)。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,一般都能够下定决心,持之以恒,不断摸索,克服各种精神和物质上的困难。这是因为医生们有为病人服务和追求真理的需要和动机。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(will)。许多因素如人的动机、意向、决心、坚持性等支配和影响人的意志过程。

经过不断努力,病人获得正确的诊断,并痊愈出院。这样医生就达到了目的,需要得到了满足,他感受到了成功后的愉快和喜悦。人在认识事物的同时会采取一定的态度,产生这样那样的感受和体验如喜、怒、悲等,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，这类社会性情绪又称情感(feeling)，如对病人的同情感。情绪和情感活动称为情感过程。

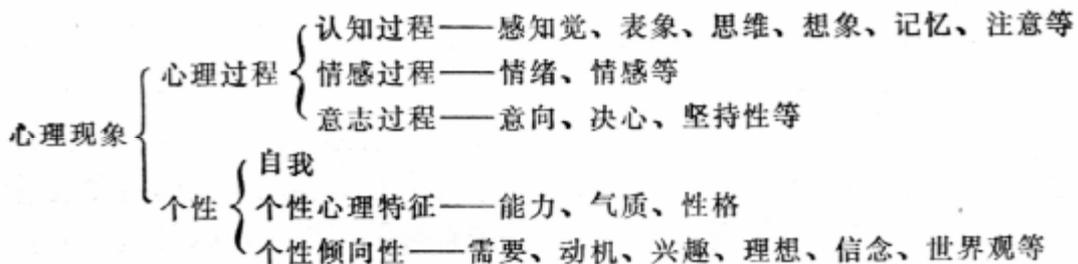
上述认知过程、意志过程和情感过程等心理活动过程是每一个人都具有的心理现象。认知、情感和意志三者相互联系、彼此制约而构成人的整个心理过程。

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敏锐、记忆力强盛、分析问题井井有条，想象丰富多而有的人则相反。又如有的医生遇到困难有毅力，问题再复杂都不怕；有的人对此却望而生威，知难而退。再如，面对成功的诊断和治疗，有的医生洋洋得意，喜形于色多有的则较为内涵。这些人与人之间心理上的差异，即个人身上经常地、稳定地表现出来的心理特点称之为个性心理特征(individual mental characteristics)。个性心理特征的有关概念很不统一，一般包括能力(ability)、气质(temperament)和性格(character)。

人在与客观现实相互作用过程中，对事物总会有一定的看法、态度和趋向。经常追求什么，是什么驱使他活动，对什么感兴趣，有什么样的理想、信念和世界观等，这些都影响到心理活动的选择性、对事物的态度体验和行为模式。在医生和病人的例子中，这些因素都影响到医生对病人的诊断和治疗过程。可见这些因素都是人活动的基本动力之一，制约着所有的心理活动，表现出个性的积极性。人们在上述需要(need)、动机(motivation)，兴趣(interest)、理想(ideal)，信念(belief)和世界观(world outlook)等方面的差异，被称为个性倾向性(individual inclination)。

个性心理特征和个性倾向性综合体现在一个人身上，形成了一个人完整的个性(individuality)。有时将自我(ego)也归入个性范畴。

这样，心理学研究的心理现象可示意如下：



除了上述心理现象，由于行为活动与心理活动息息相关，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。

(二)心理学概况

心理学是一门范围广、内容丰富的学科。心理学作为 I 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多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中的比较解剖学，是对动物和人的心理进行比较研究等等。心理学与某些其它学科结合，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、司法心理学等等。

据美国 Cates 估计，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% 工业、人事、消费心理学 9% 心理测验 3%

咨询心理学	10%	学校心理学	9%	环境心理学	1%
教育心理学	10%	社会心理学	5%	其它	8%
实验、生理、比较心理学	10%	发展心理学	4%		

这些人的工作单位分布情况为：

大专院校	57%	工商咨询	5%	其他(军事、司法或	
医院、诊所，社区	15%	政府机构	5%	研究机构)	5%
私人开业	7%	中、小学校	6%		

(姜乾金)

第二节 心理的脑基础

动物进化过程中，行为的特征主要取决于神经系统的进化水平。神经系统，尤其是大脑皮层，是人类行为和经验的物质基础。心理是脑的机能，然而，脑的结构和机能都非常复杂，与人体其他器官相比，人们对它还知之甚少。近二、三十年来，随着现代神经学和神经外科的发展，对脑的心理机能才有了比较全面的认识。

(一)人脑是进化的产物

动物从低等到高等，神经系统越来越发达，它的作用也越来越重要，这种变化是逐渐的、是复杂的。单细胞动物如变形虫，没有神经系统，到了水螅才出现弥散神经网络，能接受信息和支配运动，但不存在对信息的加工和对行为的调节。到了扁虫类，由于复杂的感觉器官集中起来，把接受的信息集中到动物头的前部，形成神经节。在进化的较晚阶段，随着感受器的分化，头部神经节中就分出接受嗅，视，触等刺激的神经元，中间神经元和具有运动机能神经元等，能很好地执行先天性行为。从脊椎动物开始，出现了管状神经系统，并有了中枢神经系统和周围神经系统的区分。中枢神经系统的前部是脑，后面是脊髓。鱼类的脑已分端脑、间脑、中脑、后脑和延髓五部分，能实现行为活动，但大脑不够发达，其大脑半球基本是嗅区。鸟类的丘脑和皮层下神经节已占主导地位，构成丘脑一纹状体系统，保证实现较高水平的行为。从哺乳动物开始，大脑皮层是起主导作用的神经器官，能调节各种各样的行为，接受并分析来自内、外环境的信息，并能对信息进行加工、贮存，产生意识，还能形成条件反射和完成复杂的行为。

人脑的形成大约经历了 10 亿年，其中发展较晚的大脑皮层在调节人体机能方面起主导作用，它不仅对各种机能进行全面而又精细的调节，同时由于社会生活，生产劳动和语言的发展。使大脑皮层的机能有了新的飞跃，能够具有抽象思维能力，也成为进行意识活动的物质基础。

随着动物的进化，脑的重量也有极大的差异(表 1—1)。一般地脑的大小与神经元的数量有关，因此也可能和脑的复杂性和其信息加工能力有关。由于动物个体大小不等，所以这种单独提供脑重和体重的数字不能很好地说明问题。因此有些学者按照脑重和体重的比例推算出脑重指数。结果脑重指数是人脑最大，明显超过其他动物，也就是说，动物越高级，脑重占体重的比例越大。

脑重的差别并不是脑的机能复杂化的绝对标志。脑质的差异，脑的各个不同区域相对容量的变化是更具有重要意义的，其中最明显的变化在新皮层。如以一种食虫类的脑的新皮层为基线，和某些同样体重的灵长类的新皮层做比较的话，树衲是它的 10 倍，大猩猩是它的 30 倍，黑猩猩是它的 60 倍，而人类的新皮层则是它的 150 倍以上。人类新皮层的高度发展，使他

表 1—1 各种动物的脑重和体重

动物	脑重 (g)	体重 (kg)
鼠	0.4	0.2
狗	120	46.0
熊	400	200.0
猩猩	400	90.0
人	1400	70.0
象	5000	2500.0

能够凌驾于一切生命之上，并本质地区别于其他动物。

人脑进化的主要特点是皮层的二级区和三级区面积显著地增大，即皮层的颞区、下顶区和额区（表 1—2）。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。

表 1—2 人和高等哺乳动物大脑皮层各区表面积比较（百分比）

种别	皮层区	边缘区	前中央区	枕区	颞区	下顶区	额区
长尾猴	4.2	8.3	17.0	17.0	0.4	12.4	
类人猿和猩猩	3.1	7.6	21.5	18.6	2.7	14.5	
人	2.1	8.4	12.0	23.0	7.7	24.4	

（二）脑的皮质三级区与心理机能

前苏联神经心理学家鲁利亚(1973)将大脑皮层分成三级皮质区。一级区(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层第 IV，11111 层细胞。一级区的机能具有高度模式特异性，专门接受外周各种感受器传入的信息(听、视、体感)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，如下肢的感觉投射至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，一级区对保持皮层的觉醒状态亦有关。

在皮层的每一个一级区上增生着二级区(投射—联络区)，其结构主要是皮层 11,111 层细胞。这些短突触细胞不向远处传递，但能够为皮层联合联系打下基础。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。二级区能对接受到的信息进行综合，对感觉经验进行加工和保存。如果没有二级区，那么，对从各种感受器接受来的信息总是被感觉成新异的。例如，刺激视觉的一级区，可出现颜色、光的幻觉，而刺激二级区时则出现花朵、熟悉的面孔等。如果两半球视觉一级区损害，引起中枢性失明；如果二级区损害，不产生视力障碍，主要是不能把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，想必是自行车吧？”此即视觉不识症。二级区仍保存通道特异性，即当某叶二级区损伤，只会引起一种感觉的认识或知觉障碍，如听觉、视觉、触觉或躯体失认症。

对皮层前部来说，二级区与皮层下组织的投射联系形成锥体外系的重要部分，从而保障有机体的活动对环境的指向性和协调性作用，把不同的躯体肌肉群引向协调的活动。由于运动的二级区不直接支配外周肌肉组织，所以该区损伤可无瘫痪表现，但运动的熟练程度明显遭破坏，如打

字员失去了原有的工作的平稳性和速度。

第三级区(重叠区),在皮层后部,它们位于顶(体感)、枕(视),颞(听)二级区的交界处,在顶一枕一颞的重叠区。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,视,听,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,出现失算、遗忘性失语,左,右失认,失用,人面不识和地域性概念及记忆障碍等。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组织,而三级区是组成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面即前额叶。鲁利亚将前额叶作为运动系统和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,计划和实现随意活动,涉及语言、记忆、智力、人格直至意识活动,是心理学的重要结构部位。前额叶损害可使病人行为刻板或出现重复性动作,此外,亦可出现行为调节的解体、如语言表达与组织障碍(持续性言语或模仿言语)、计划性差(智力活动),主动识记差(记忆活动)及人格方面的改变(不关心未来,易冲动,缺乏主动性等)。

第三级皮质仅见于人,约占整个大脑皮层的一半以上,其细胞主要来自11,111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。

(三)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。鲁利亚(1973)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。每一个基本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组成。

1. 保证调节紧张度和觉醒状态的联合区 该联合区位于脑干网状结构、间脑和大脑皮层内侧部。觉醒状态是保证各种心理活动进行的必备条件。为了实现有目的、有组织的指向性活动,必须保持皮层的最适宜的紧张度,它是通过脑干网状结构或称网状上行激活系统,同时接受大脑皮层(尤其额叶)的调节作用,完成对皮层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。

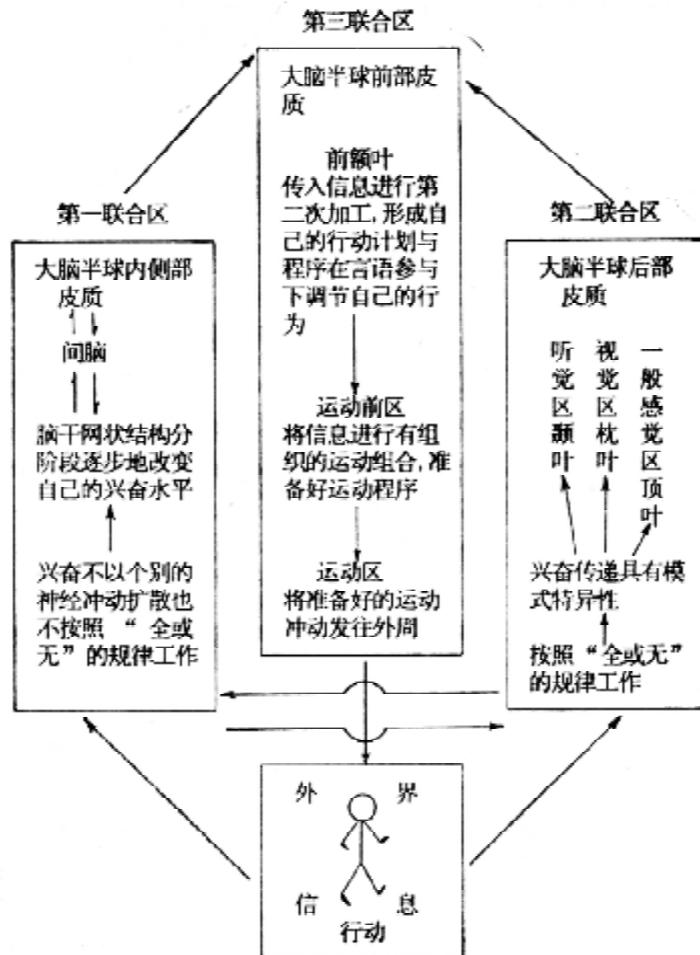
上行激活系统的激活有三种来源:其一是有机体内部代谢过程,即本能的食物行为和性行为,以及缺氧,激素水平等。其二是外环境的感觉传入冲动并导致定向反射,这是认识活动的基础。人对环境的任何变化(偶然或期待),总是伴随着觉醒和紧张化。另外,人的有意识活动,如与语言分不开的工作计划、展望、意图也可激活网状结构。

2. 接受,加工,储存信息的联合区 该联合区位于两半球后部,包括体感区(顶)、听区(颞)、视区(枕)以及相应的皮层下组织,是由皮层和皮层下神经元组成。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,并在二级区进行信息加工和编码,形成知觉,在三级区进行高级抽象和经验储存。它们按照模式特异性递减和功能渐进性偏侧化的原则分层次地工作。即一级区特异性比三级区高,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,也说明了人类劳动历史和语言机能与第二机能系统发展的密切关系。

3. 计划调节和控制复杂心理活动的联合区 该联合区位于脑半球前部,中央沟的前方,按照与第二联合区一样的原则分层次地工作,所不同的是与第二联合区相反,神经冲动由

三级区皮层传至二级皮层区，再传至一级皮层区。前额叶（三级皮层区）不仅与丘脑和网状结构相联系，而且与皮层所有其余部分（额、顶、枕、边缘）都有双向联系（能进行信息反馈），可将皮层各叶三级区的信息进行第二次加工，形成自己的行动、计划与程序，调节自己的行为，使之符合原初的意图。这种有意识、有目的的调节活动是在言语的直接参与下实现的，因而进行了具有抽象思维和记忆的智力活动。二级区接受三级皮层区传达的信息，即把将执行某种行为的指令进行有组织的运动整合，激活该皮层区的大小锥体细胞，使眼睛、头颈部、手、足和整个身躯的肌肉运动处于行动前的准备状态，然后再将指令传达到一级皮层区的中央前回运动区，将实现精细、准确行为的神经冲动发往外周。

鲁利亚认为：意识活动的每一种形式总是依靠脑的三个基本机能联合区的协同工作来实现的。其中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。同时，他还指出，基本机能联合区的皮层结构活动具有三个规律：第一是皮层区的分层次结构规律；第二是从一级皮层区至三级皮层区特异性递减规律；第三是机能渐进性偏侧化规律。由于言语的产生，右手活动占优势的人的左半球成为言语优势半球，某些机能向一侧半球发展。



鲁利亚的三个基本机能联合区示意图

鲁利亚的脑的三个基本机能联合区的理论对心理与脑的关系作了较为全面、完整的神经心理学的解释，为探讨意识的奥秘予以很大的启迪(图 1—1)。

(四) 大脑两半球机能的不对称性

形成大脑半球优势见解的最重要的发现是 Dax(1836)，Broca(1861)和其他的研究者对左半球的病变和语言障碍(表达、理解、读和写)之间的紧密关系的研究成果，认为左半球具有言语机能的优势。后来又发现意念运动性失用、左右失认、失算、手指失认等都与左半球有关，所以称它为优势半球，而将右半球称为“次半球”或非优势半球，认为右半球除感觉和运动机能外，在心理机能上是不重要的。

近二、三十年来建立了一些新技术，弥补了以往对大脑机能一侧化的研究主要靠临床观察的不足。其中有些方法无创伤性，可以应用于正常人，使得对大脑两半球的机能有了更全面的看法。通过速视器半边视野刺激术、同时双听技术、一侧电休克、Wada 技术和比较左、右半球脑电活动的情况等等研究结果证实左右半球存在分工不同，左半球在言语性材料(言语的表达、理解、记忆等)、人声再认、抽象性思维等方面占优势。而右半球在非言语性材料(点的数目和位置、深度知觉 / 线条斜度、面部再认和形状再认、音调和环境声音辨别、音乐旋律等)方面占优势。还发现两半球对人的情绪起着不同的作用，当右半球功能被暂时抑制时，情绪高涨、欣快、言语增多。而左半球功能被抑制时，则情绪低落、沉默无言、自卑，自罪等。Hei l man(1986)等总结了许多研究者的结果后认为：没有一个半球占绝对优势，每个半球在某些功能上有专门化和优势，但更多的机能需要两半球的协调，当一侧半球损害时，另一半球常能代偿。左半球病变引起语言(说、读、写)和应用障碍，而右半球病变时引起视空间、注意和情绪障碍。Levy(1974)总结了机能不对称的证据后认为：人的大脑两半球存在于共生的关系中，活动的能力和动机是相互补充的。脑的某一侧能够完成或选择完成一定的认知作业，而脑的另一侧对这一作业感到困难或者不喜欢。考虑到两套机能的性质，看来它们可能在逻辑上是不相容的，右半球综合空间，左半球分析时间。右半球知觉形状，左半球知觉细节。右半球将感觉输入译成表象，左半球则译成言语描述。右半球缺乏语音分析器，左半球则缺乏完形的综合器。所以在谈到大脑机能不对称性的问题，应该更多地看到两半球相互补充，相互制约，相互代偿的一面。各种心理机能的完整反应都是两半球协同活动的结果。在割裂脑病人和半脑人(一侧半球切除)身上进行的实验，进一步证实了大脑两半球协同活动的重要性，使人们对两半球的相互分工、补充、节制和代偿活动有了更为深刻的认识。

综合正常人、半球损害人、裂脑人和半脑人所表现的大脑两半球机能不对称性的各项研究结果，可以概括为：人脑的机能是高度专门化的，左半球机能具有分析的，抽象的，继时的、理性的和主题的特征，右半球机能具有全息、具体的、同时的、直观的和同格的特征。左半球在语言的和与语言有关的概念，抽象、逻辑分析能力上占优势。右半球则在空间知觉、音乐绘画等整体形象、具体思维能力上占优势。两个半球好像是两套不同类型的信息加工系统，它们相辅相成、相互补充、相互制约、相互协作，以实现人的高度完整和准确的行为。

(何金彩)

第三节 心理的社会学基础

一个完整的个体不仅是生物的人，而且也是一个社会的人。他不仅受到自身生理机制和心理活动的调节，而且也受到一定社会生活环境诸因素的制约，因而社会因素必然影响和调节人的全部心理活动内容。

(一)心理的社会属性

马克思主义哲学认为，精神现象(心理、意识)是物质的产物，是脑对客观世界的反映。所谓客观现实泛指人的心理以外的一切客观存在物，它包括自然条件和社会生活环境，其中人类的社会生活条件、社会交往关系，对人的心理的产生和发展具有决定的意义。如果说动物心理完全是自然历史发展进程的产物，主要受生物学规律的支配，那么，动物心理进化到人的心理以后，则主要受社会历史规律的制约。事实证明，脱离人类社会生活，就没有人的心理、意识的发展。例如，1920年在印度卡萨尔山的一个小村里，有一个两岁男孩被一只雌豹衔走。3年后，那只雌豹被打死，人们在豹穴中找到了这个小男孩。当时小男孩已5岁，但不会说话，用四肢爬行，爱捕捉小鸡。他没有5岁儿童应有的心理发展水平，而具有动物的习性。经过几年的教育以后，才逐渐恢复人性。由于失去了早年的人类生活条件，他的心理一直没有达到正常儿童的发展水平，身心健康受到很大影响。据了解，全世界被野兽抚育长大的孩子已有几十例，考察这些“野人”的心理发展水平，有以下共同特征：口头言语能力基本丧失多感觉畸形发展；情绪贫乏；动作迟纯或失调多不愿与人交往，而喜欢与动物接触多智力低下。这表明，人若长期脱离社会生活环境，没有社会交往，就没有正常的人的心理活动，也没有人脑的正常的机能。

人类心理反映自然界和社会的一般规律，不同时代、不同国度，不同民族和不同阶层的人的心理、意识具有共同的规律和机制。然而，在社会历史发展的不同阶段，由于生产力和科学技术发展水平的不同，人们的实践活动的广度和深度不同，人的心理内容也是有区别的。早期猿人能够制造粗糙的石器，今天电子显微镜的出现，可以使我们观察到物质的极为细微的结构和形态多超声波发生器、X线机，CT和核磁共振仪等的出现为人们诊断疾病提供了方便条件，这反映了不同时代人们不同的心理发展水平。可见，人的心理，人们对客观世界的认识是随着人们的社会生活条件、社会关系的改变而不断地改变和发展的。

总之，人类社会生活是人的心理产生和发展的必要条件。没有人类特定的社会生活环境、社会实践活动，就没有人的心理；同时，人的心理、人们对客观世界的认识是随着社会生活条件，社会关系的变化而不断地变化和发展的。正如马克思和恩格斯指出：“意识一开始就是社会的产物，而且只要人们还存在着，它就仍然是这种产物”（《马克思恩格斯选集》第1卷，人民出版社1972年版，第35页）。

(二)社会化

社会化是指在特定的社会与文化环境中，个体形成适应于该社会与文化的人格，掌握该社会所公认的行为方式的过程。个体的社会化是经过个体与社会环境的相互作用而实现的，是一个逐步内化的心理发展过程。

(三)社会化的基本特征

1. 社会强制性 个体的社会化具有社会强制性。个体从母腹里分娩出来之时，就置身于复杂的社会环境之中，就不能不受到社会的作用。社会以各种各样的方式影响个体的心身发展，个体的行为模式也不断地被周围的人们所塑造，这是不以个体的意愿为转移的。在个体生命发展的早期阶段，个体更多地接受社会影响，较少选择性。但随着年龄的增长，心身的发展和生活经验的日益增多，个体的社会化越来越多地表现出个体能动性。

2. 个体能动性 发展心理学研究表明，在婴儿阶段，个体就已经表现出积极主动性。瑞士心理学家 Piaget 及其学生依据他们的研究证明，婴儿总是在同环境发生交流，不断地适应环境要求，并对环境提出自己的要求。可见，个体的社会化从一开始就表现出能动性。它体现在两个方面：一是社会化的个体之间的相互作用，个体既是社会化的主体，也是社会化的客体。二是社会化不单是个体之间的相互作用，也不仅是个体接受社会影响，这只是个体社会化的外部动因，个体自身的心理发展也决定、影响着个体的社会化。

3. 终身持续性 个体从婴儿期开始，经过儿童期，青年期，中年期到老年期，都在不断地进行社会化，而社会化的发展变化也影响着心理的发展变化。总之，二者之间相互影响，相互制约，构成社会化与心理发展的统一整体。当它们处于相对动态平衡状态时，就意味着健康，反之，个体的心身健康则受到影响。

(四)社会化的主要因素

社会化因素就是影响个体心身发展的全部社会环境。它可分为家庭，学校和社会文化三个主要因素。

1. 家庭的影响 马克思主义认为，家庭是社会的经济单位，也是社会中各种道德观念的集中点。社会对儿童的影响首先是通过家庭发生作用的。它主要表现在父母的养育态度、家庭气氛、孩子在家庭中的地位以及家庭的社会经济地位等。研究表明，从出生到7岁，这是一生中心身发展，尤其是大脑发展最旺盛时期。这一阶段家庭中的教育方式，对儿童的心理发展，尤其是性格的形成十分重要。日本心理学家 Azuma 根据日美跨文化研究的结果提出，在日本与美国母亲在孩子的社会化方面具有不同的策略，因而影响到孩子的某些心理特征。在日本，母亲重视培养母子间亲密的相互依存性，避免直接的冲突，母亲很少处于权威者的地位，教育信息不是通过提出一套系统的程序，而是通过母亲对孩子的愿望来传递的，因而形成日本儿童服从性强，独立性较差的心理特点。而在美国，母亲从孩子一出生下来就相信其是一个独立的人，是一个需要接受教育和控制的对象。母亲的权威是公认的，母子的距离主要靠明确的语言往来沟通。在这样的家庭环境影响下，美国儿童显得更富于独立性和进取精神。

2. 学校的影响 学校教育在儿童的心理发展和个性心理特征形成中有着特别重要的作用。

学校是系统传授知识技能的场所，也是形成学生世界观和社会道德行为规范的重要场所。学校通过一定的教育方针，培养目标，有计划、有系统地对学生施加影响，以使实现社会化，促使他们的心身发展。

3. 社会文化的影响 社会文化，包括政治、经济、国家的宣传体系、宗教，风俗习惯和社会生产力水平等等。在同一文化圈内生活着的人们，都具有共同的人格特点，即所谓的典型人格。我国张世富(1982)调查了云南省少数民族克木人与基诺族的某些人格特征。克木人与基诺族在解

放前都处于原始社会末期，解放后整个社会发生了巨大变化，但文化与习俗习惯仍保留许多原始社会的特点，表现为当地的居民私有制观念淡薄，没有偷盗。他们热爱劳动，诚实热情，尊重老人及长者，村寨之间和睦相处，表现出舍己为人的高尚品质。

(五) 社会化的发展过程

个体的社会化过程是逐步完成的，是个体与社会两种力量相互作用的过程。通过这一过程，使得个体由自然人转变成社会人，显示出年龄性与阶段性的心理发展过程特点。

英国心理学家 Swainson 提出了品德形成“张力论”理论。她认为，个体社会化过程中的道德品质形成是在自我与社会之间一种不可避免的张力中发展起来的。这种发展可以粗略地将其划分为三个阶段：“我—你”间的张力阶段(婴幼儿期)。在这一社会化发展阶段，儿童处于一种个人需要与成人接受这种需要的关系中，儿童必须迎合成人意见，才能使这种关系得到协调的发展。因此，这一阶段心理发展的特点是：小心、听话，谨慎和服从权威。“自我—社会”间的张力阶段(童年期)。从这一阶段起就比较明显地看到社会化对个人品德形成的影响，在这一阶段儿童个人需要必须同伙伴的道德要求相一致。这是社会约束并影响儿童品德发展的新力量。“自我—社会张力内化”阶段(青年期)。在这一阶段，个体社会化过程的特点明显表现出他已经不再是一种迎合外界要求的过程，主要是一种个人适应的过程。个体已经从原来消极地接受外界压力转换成由内部控制自己行为的过程。此外，60年代初 Peck 和 Harighurst 提出了个体社会化过程中出现的五种性格类型，五种相应的动机模式和五个相应的发展阶段。美国心理学家 Kohlberg 也提出了青少年道德判断发展的模式，并对社会化与心理发展进行了研究探讨。

(六) 社会角色

所谓社会角色，是指人们的社会身分。个体通过社会化，就成为一个符合社会要求的人，成为一个社会角色。

心理学认为，每一个社会角色都代表着一套有关行为的社会标准，这些标准规定了个体在扮演某一特定社会角色时所应有的作为与行动。例如，作为医生在行为上应该符合一名医生的标准，必须具备救死扶伤的人道主义精神以及诊治疾病的专业知识和熟练的技能。它指出了个体在社会中的地位和社会关系的联系位置，也代表了每个人的身分。

每个人在不同的时间和场合中，都在扮演着多种不同的角色。例如，一个人在医院是护士，回到家庭中就可能扮演着既是母亲，又是妻子的角色，当她患病时，就具有了病人的身分。这时她的社会行为便发生变化，首先减少了她原来社会角色应尽的职责，放下工作，家务，要求自己作为病人与医务人员很好合作，按时服药接受治疗，促使自己早日恢复健康。心理学家认为，如果在各种情况下，各种角色都扮演得很成功的人，就能够过着良好的正常生活。反之，扮演各种社会角色不成功的人，则可能在社会生活中遇到困难，影响其身心健康。

(林大熙)

第四节 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，医学上的疖肿，就是由其外表结节状的隆起，潮红，触之发热、疼痛等多种特征综合而成。

感觉和知觉既有区别又有联系。感觉是在刺激作用下，单个分析器活动的结果。分析器由感受器，传递神经与大脑皮层相应区域三部分组成，其中任何一部分受到损伤就不能产生感觉。知觉是在刺激作用下，多个分析器协同活动的结果。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。

感知在医疗实践和生活实践中都具有重要作用。感觉是认识的开端，是一切知识的源泉。感知是思维的基础。医生给病人诊疗疾病，必须用自己的感觉器官耳听、眼看，鼻闻、手触摸等去观察和检查病人，通过感觉知觉来搜集疾病的症状、体征(信息)。这是疾病诊断的开端和临床思维诊断的基础。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”，也说明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多等。

2. 知觉的理解性 人们知觉事物时总是用以前获得的知识 and 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，看一个人的个头高矮，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。观察是人对外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。

第五节 记忆与学习

(一)概述

记忆与学习是动物和人类所共有的一种心理活动。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。广义的学习是指动物和人在生活过程中获得个体行为经验的过程。凡是能建立条件反射的有机体就有学习行为。人类高一级的学习，是一种自觉的、积极的、主动的过程，包括学校中的学习和日常中的学习。除获得个体经验以外，还要包括掌握社会历史经验。没有记忆和学习就不能认识和预见环境的变化，也就不能使个体的行为活动与环境变化相适应。

记忆是学习的条件，学习是通过记忆而获得新知识的一种形式，故没有记忆就没有学习-记忆和学习都是从事医疗活动不可缺少的。医生、护士从事医疗实践需要不断的学习掌握新知识、新技能，也需要有良好的记忆力，否则医疗活动是无法进行的。

(二)记忆的过程

记忆过程可分为识记、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。但它常带有偶然性、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。

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。

(三)遗忘

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 1—2)。

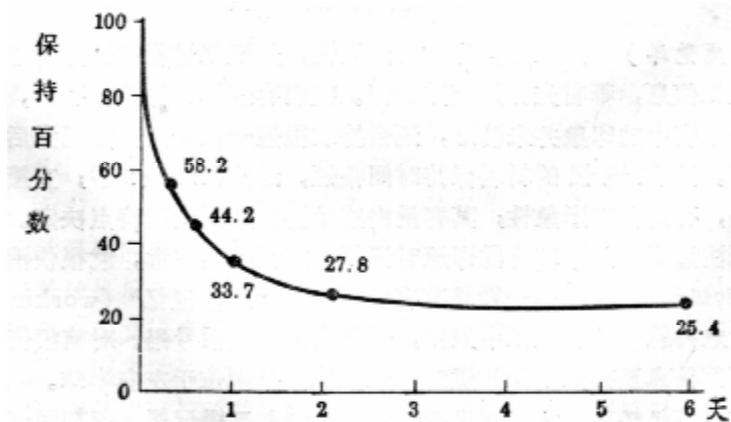


图 1—2 遗忘曲线

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。

(四)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。

(五)记忆的三阶段模型

50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1—3)

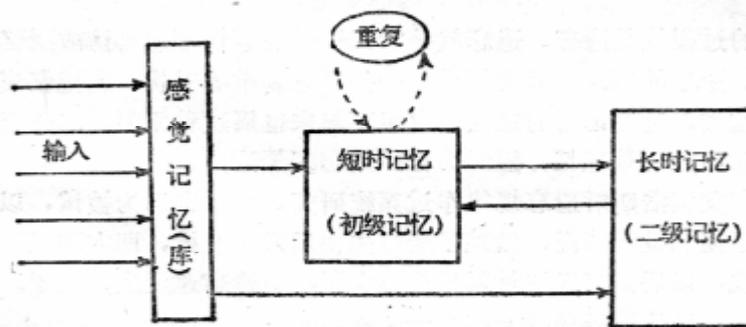


图 1—3 记忆的三阶段模型

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，例如查记的电话号码。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，并主要根据其语义一联想特点来贮存信息。长时记忆的保存时间可以很长，甚至保持终生。

(六) 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。

(七) 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，再认和回忆是暂时联系的恢复。

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多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，由于信息的不同，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。

(八) 影响学习和记忆的因素

1. 学习的目的和任务 有无明确的学习、识记目的和任务，对学习记忆效果有重要影响，因为这会直接影响人们学习记忆的自觉性、积极性、主动性及计划性。许多心理实验表明，在有意识记中，目的任务越明确，识记的效果越好，反之则越差。另外，学习识记任务的具体化程度，也对学习效果发生影响。因此，教学中不仅要阐明学习识记的目的意义，且要阐明学习识记的具体内容、主要的问题及具体要求。

2. 识记材料的性质和数量 识记有意义联系的材料比识记无意义材料效果要好，形象材料优于抽象材料，课文优于散句。也有研究表明：对内容的识记，以阅读课文为好多对每个字或单词的识记，则读散句为好。另外，识记材料的难易程度对识记的进程有影响。识记容易的材料，识记得快，回忆的效果也好。识记困难的材料，开始识记得少，进程慢，但到一定阶段后，复习效率就高了。

3. 遗忘影响着学习和识记的保持 遗忘与原学习程度在适当范围内成反比。学习程度愈高、复习次数越多,遗忘也愈少多学习程度愈低,遗忘进程也愈快。另外,其它刺激干扰也是造成遗忘的原因。因此,要尽量避免前摄抑制和倒摄抑制,学习要作好安排。前摄抑制即先学习记忆的内容对后学习记忆的内容的干扰,倒摄抑制是后学习记忆的内容对先学习记忆的干扰,故不要把性质相似的材料安排在一起学习。

4. 识记的方法

(1)集中识记和分散识记:集中识记是集中在一个时间内,将所识记的料材连续感知多次。分散识记是分散在几个相隔的时间内,将所要识记的材料反复感知一定的次数。一般讲,分散识记比集中识记效果好。

(2)部分识记、整体识记和综合识记:把一份材料分成若干段落或部分,一部分一部分的识记,称为部分识记。整体识记是将材料从头至尾地反复识记。综合识记则是两者兼用。这几种识记方法各有利弊,应视材料的性质,难度及数量决定采用何种适宜的方法。但一般讲,综合识记优于整体识记,整体识记又优于部分识记。

(3)单纯重复的识记和结合回忆的识记:实验证明,结合回忆的识记效果远比单纯重复的识记为好。

(4)多样化的复习方法:动员多种感官参加复习,比单调的重复效果好。复习方法的单调,容易使学生产生消极情绪和感到疲劳,而多样化的复习方法,会使学生感到新颖,容易激起智力活动的积极性。

(5)意义识记和机械识记:在理解的基础上,找出内在联系,了解材料的意义进行记忆,比机械识记效果好。因此,最好在识记前先分析材料,找出它的要旨、论点、论据,逻辑结构,运用自己的语言把它概括为提纲,这样比较容易记忆和保持。

第六节 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、流行性脑膜炎,可用细菌性传染病一词把它们概括多③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。实践是人的思维活动的基础，没有社会实践，就不可能有思维活动。实践为思维提供了感性材料，也为思维活动提出了课题任务。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。

1. 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。分析与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，各种属性的意义多只有综合，才能认识这些部分和属性的关系和联系。分析和综合贯穿于整个思维过程。

2. 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。

3. 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、无排气的症状时，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多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。

4. 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：

1. 客观方面的影响因素

(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。

2. 主观方面的影响因素

(1)动机：只有当个体具有解决问题的需要和动机时，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，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。从这个意义上看，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。创造想象是一切创造性活动的必要因素，是任何创造性的工作、学习和研究活动所不可缺少的。

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。

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，才能使创造活动得以成功。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多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。

(过慧敏)

第七节 情 绪

一、情绪和情感概述

(一)情绪和情感的概念

1. 定义 情绪和情感是人对客观事物是否符合自身的需要而产生的态度的体验，是个体对事物的好恶倾向。

情绪是一种与躯体功能联系最为密切，在医学心理学中也最为重要的心理过程。情绪，情感既是一种心理过程，也是一种心理状态，既是体验，也是反应，既是冲动，又是目的。人的各种心理活动，都是在一定的情绪背景上进行的，因而情绪、情感也能直接影响人的一切行为活动，包括认知和意志活动过程。当然，后者也反过来影响情感过程。关于认知活动对情绪的影响，将在后面专门讨论。

2. 情绪、情感与需要的关系 情绪、情感与个体的需要或目的是分不开的。病人急切需要治疗，医生及时给予治愈，治病的需要得到满足，就产生愉快情绪；学习的目的是获得知识，取得良好的成绩足以使人感到欣慰，保持病房的良好环境也是一种需要，扰乱安宁的行为就使人感到厌恶，等等。概括起来，情绪、情感与需要的关系有三方面：①情绪、情感的产生以需要为中介，凡是与人的需要无关的事物，人对它无所谓情绪、情感；②情绪、情感取决于需要的满足与否，需要的满足产生肯定的情绪、情感，需要得不到满足产生否定的情绪、情感；③情绪、情感的复杂程度反映了需要满足的复杂状态，“百感交集”就是反映需要满足的复杂性。

3. 情绪与情感的区别 情感是情绪的高级形式，与社会性需要的满足与否有关，因而也是人的一种态度的反映，是人受社会关系所制约的态度。情感是在人类社会过程中逐渐形成的，为人类所特有，这就是说动物有情绪，却没有情感。情绪与情感的区别在于，情绪具有较大的情景性、冲动性，外显成份较突出多情感则不易受情景因素的影响，而且体验较弱，较少有冲动性，外部表现也不明显。下文为表达方便，凡是涉及情绪的概念，基本上也包括了情感，除特殊情况外，一般不再严加区分。

(二)情绪的分类

形容情绪的词汇少说也有几百种，至今尚无法对其作统一的分类。中国古代按情绪内容将其分为喜、怒、忧、思、悲、恐、惊(《内经》)或喜、怒、哀、惧、爱、恶、欲(《礼记》)等七情。

近代有人将其按精神水平分为原始情绪，与感觉刺激有关的情绪和与自我评价有关的情绪。原始情绪(小孩亦有)可概括分成喜、怒、惧、悲。喜是个体在盼望的目的达到以后紧张状态随之解除时的情绪；怒属于目的不能达到或一再受到阻碍后产生或积累起来的机体紧张状态多悲哀来自于失去，这种失去与个体的目的追求有关多恐惧则与摆脱、逃避等动机有关。与感觉有关的情绪分为1疼痛的情绪成分、厌恶(如看到不顺眼的人和事)和愉快(如触摸宠物时)。与自我评价有关的情绪包括：失败和成功的情绪、骄傲和耻辱，罪过和悔恨、爱和憎等与社会因素有关的高级情感。

此外，也有按情绪的两极性，作多维度分类：

肯定—否定。主要是指从愉快到不愉快的两极性。这是快感度·

强—弱。这是强度。

紧张—轻松。这是紧张度。

复杂—简单。这是复杂度·

积极—消极。这是积极度o

(三)情绪的内容

从现象学角度，情绪大致有三方面独特的内容，即情绪的内部体验，情绪的外部表情和情绪

的生理反应。

1. 情绪体验 在情绪状态下，个体会伴随着产生一定的主观感受和体验。某人说自己“感到很痛苦”就是对情绪体验的一种表述。情绪体验可以从上述肯定与否定、强度大小，紧张与轻松，复杂与简单，以及积极与消极等两极性方面进行分析讨论。肯定与否定情绪体验具有对立性，如愉快和不愉快，爱和憎等，但在复杂的客观事物面前，人有时可以同时出现对立的两种情绪，如烈士亲属可同时具有悲伤和荣誉感两种体验。情绪体验的强度可从生气到暴怒，从欣慰到狂欢等。紧张的情绪体验往往在关键时刻表现出来，但有时也可因过分紧张而造成行为的混乱，如手术前病人。复杂的情绪体验往往是对一个复杂的、乱糟糟的环境刺激的反应，而简单情绪常由单一因素所引起。积极情绪体验有利于提高人的活动能力，而消极情绪体验常相反。否定的情绪体验不等于消极，有时否定体验可以激励人去拼搏，如“化悲痛为力量”，同样，肯定的愉快情绪也不等于就是积极情绪。

2. 表情 表情是情绪最具特色的内容之一，可以分为面部表情、身段表情和语调表情。

面部表情是主要的表情方式。人们往往从脸部变化来推断对方的喜怒哀乐情绪。人类许多脸部表情是生来就有的，如先天失明的患者其脸部表情与常人并无多大区别。但是因种族的不同或文化传统的不同，面部表情也存在某些差异，说明面部表情也存在后天习得的成分。差异较大的各种情绪其面部表情的差异也较大，如喜爱和恐惧。据认为，女性比男性更善于区别各种情绪的面部表情，但是象恐惧和惊奇、厌恶和难为情等的面部表情就较难区别。眼睛是最能表达情绪的面部器官，特别是瞳孔大小的变化，广告商就是利用这一原理来选取最佳广告镜头或图案，以期能引起人们最大的兴趣。面部表情一定程度上可以受本人意识的控制或者伪装。

身段表情的姿态也是情绪的表达方式。在紧张时，人往往正襟危坐，与轻松的姿态完全不同。日常生活中的许多似乎无意义的手、足和躯体动作也都可以反映一个人的情绪。身段表情可以表达个人的情绪或意思，因而可以成为一种辅助的“语言”，即所谓的体语。

语调表情反映在一个人说话时的声调及其变化，也是情绪的一种表达方式。身段表情和语调表情也都存在着种族和文化上的差异。

3. 情绪的生理反应 情绪的第三个内容是伴随情绪而产生的躯体生理生化变化。这将留待第三节讨论。

(四)情绪状态

情绪状态是指特定时间内情绪活动在强度、紧张度和持续时间上的综合表现。一个人在不同情况下的情绪状态很不相同，大致可分为心境、激情和应激三种不同程度的水平状态。

1. 心境 心境(mood)是一种有渲染性的、较微弱而又持续作用的一般情绪状态。这种情绪状态不具有特定的指向，也不是某一特定刺激的指向性反应体验，但却能影响日常的各项活动。例如在心境舒畅时，有的人可以把所有周围的一切都带上“好”的色彩，工作效率，人际关系等一系列行为活动的结果也随之改善，而一位心境沮丧的病人可能对什么东西都不顺心，既不愿参加康复锻炼，又不很好配合治疗。可见心境也有积极和消极之区别。造成和影响各种心境的原因可以是社会的(如与周围人的关系融洽)、个体的(如个人理想信念)，自然的(如气候条件)等等。其中个人因素是重要的。

2. 激情 激情(exci tement)是一种短暂的、猛烈而又爆发性的情绪状态。激情常发生在具

有重大意义的某种事件的突然来临之际，如暴怒、狂喜、悲绝。在这种情绪状态下，人的其他心理活动随之受到强烈影响，如认识范围缩小，人格约束力下降，从而可能做出一般人预料不到的行为来。足球场上球迷闹事，有相当一部分人就是处于激情状态之下。激情亦分为积极和消极两类。面对敌人的挑衅，激发起战士的激情，从而可加速战胜敌人。某些演说家、鼓动家或军事指挥家，为达某一项重大政治军事目的，都善于激发、引导或利用群众的激情。做为个体来说，要调节好自己的激情，使之成为对个人、对社会都有利的心理动力，这主要依靠平时培养高尚的情操，锻炼坚强的意志和学会对自己的控制。

3. 应激 应激状态(stress)是机体受到出乎意料的巨大精神或躯体压力情况下所引起的情绪状态。突然发生的重大事故、面对死亡、亲人意外伤亡以及躯体严重损伤等都有可能造成机体高度的情绪反应，并伴随生理功能的剧烈改变。应激状态持续时间可短可长。短时的应激通常导致全身总动员，包括交感神经兴奋、异化激素大量分泌以及高度觉醒以对付应激。如果一个人长期处于应激状态之下，机体往往难于适应，从而可能导致体内功能紊乱，直至崩溃。

(五)高级的社会性情感

高级社会性情感可以分为道德感、美感，理智感和活动感。

1. 道德感 道德感是关于人的行为是否符合人的道德需要和道德观而产生的情感体验。在社会生活中，人们都有一种共同遵守社会道德标准的心理需要。这种标准得到遵守，即产生肯定的体验，反之则产生否定的体验。对国家和民族的尊严和自豪感，对领袖的热爱，对社会公益劳动的责任感，对集体的荣誉感，对病人的友谊感等等都属于道德感。不同阶级地位的人，某些道德感差异甚大，“诚实”对不同阶级有不同的含意即为一例。

2. 美感 美感是事物是否符合个人审美需要而产生的个人体验。例如美好的音乐、美术和文艺享受，环境美、行为美等都使人产生一种肯定的体验。相反，则是否定的体验。美感可来自于自然，如山清水秀的疗养地具有自然美；美感也可来自于文学、美术和艺术，如独具匠心布置的环境有艺术美；美感还可来自于人体自身，如穿戴和动作端庄大方的仪表美。美感受个人的审美观、审美能力等诸多因素的影响。

3. 理智感 理智感是个人对智力活动的需要和意愿是否满足而产生的情感体验。它是人在认识事物、探索世界的过程中所产生，例如科研过程中发现新线索、学习上取得新进展，都会产生肯定的体验如陶醉感。上进心、求知欲，追求真理等属于理智感。

4. 活动感 活动感是个人活动的需要是否满足所产生的体验。诸如劳动、学习，游玩等具体活动的顺利进行可产生肯定的体验，反之则产生否定的体验。

(六)情绪的发生和发展

人类情绪的发生和发展，受个体生长成熟程度和后天学习过程两种因素的影响。情绪的表现方式主要由先天决定，但人类对一定事物的情绪反应时机、程度、种类以及伴随的行为反应则大部从后天环境中学习而来。

初生婴儿能表达的情绪种类很少。据 30 年代 Bridges KM 认为，出生婴儿仅能表达一种泛化的激动状态。接着情绪开始分化为快乐和悲伤两类。3 个月到 6 个月出现愤怒、厌恶、恐惧等情绪种类。快乐在 6~12 月进一步分化为得意和怜爱。到 16 月出现嫉妒情绪。

人类对一定事物产生的情绪反应，有些与遗传进化因素有关，例如心、身受到约束时产生愤

怒的情绪，巨大声嘶和躯体痛楚产生惧怕情绪。就惧怕情绪来说，动物越高等，能引起恐怕情绪的刺激种类也越多，因为人能够间接判断许多从动物来看并不是危险因素的外部信号刺激。

但是许多人类情绪，特别是对特定事物的特定情绪反应，往往通过后天的社会学习过程或示范作用而习得。例如遭受过某种动物攻击的小孩，以后看到同类动物会产生害怕情绪；又如母亲喜爱某一种动物，小孩也可从母亲处学会对这种动物的喜爱。一般认为，男人女人对极度痛苦事件往往分别表现为哭泣和控制两种不同的表情，这也与社会学习有关。特定的情绪反应也可以通过刺激泛化而获得，你可能对来自某一地区的病人有过不愉快的经历，以后遇上同一地区的病人也可能会产生厌恶的情绪。

二、情绪与认知过程(情绪理论)

对情绪本质的探索和认识是一个复杂的问题。近百年来许多学者对此进行了广泛的研讨，提出了许多相应的情绪理论或学说。关于情绪的中枢和外周神经基础的研究，近年来进展较快，形成不少情绪的生理学说，这将在下一节专门讨论。其它的一些情绪理论，如行为理论、自主反应理论等则从略。本节重点从情绪的个人意识特征(如认知过程，主观体验)与体内唤起(包括生理改变、行为表现)之间的关系问题，讨论几种理论上的解释。实际上，解释情绪所伴随的个人体验比起解释情绪的行为表现和生理反应来还要复杂和困难得多。所以，下面各种理论从某种意义上说无所谓正确与错误，这些理论在一定条件下都为加深对情绪现象的认识作出了贡献。

(一)情绪感知说

情绪的第一个理论认为，对个体体内生理唤起的感知就是情绪。该学说是美国心理学家詹姆士(James W)在1884年所提出，几乎在同时，丹麦生理学家朗格(Lange C)也提出了类似的解释，因而被称为詹姆士—朗格理论(James—Lange theory)。他们认为情绪来自于情绪行为变化和内部生理功能改变的结果。常识告诉我们，先有情绪意识如看到猛虎感到害怕，然后产生行为和生理变化如发抖、逃跑、血压升高等。詹姆士理论却相反，认为人们遇到猛虎首先产生全身唤起反应，当这些反应被个体所感知，就成为害怕情绪。他的一句断言：“我们害怕是因为逃跑”总述了他的观点。根据这一理论，对一种危险刺激的感觉，只产生机体的逃跑和内脏反应，当内脏反应通过自主神经系统被个体体感觉，并与原来对危险刺激信号的感觉相汇合，才产生一种意识性的害怕知觉。有一个实例可帮助理解该理论，当一辆汽车突然从斜刺里向你猛冲过来，你迅速作出了回避，并出了一身冷汗，此时你才开始发抖和感到恐惧。朗格提出的理论与詹姆士类似，只是他认为引起情绪体验的体内感觉来源于血管的变化。

詹姆士理论首次涉及生理变化对情绪的影响，这促进了后来对情绪的各种实验心理学研究。但该学说存在一些问题。例如，人为地注射肾上腺素，引起类似于情绪条件下的生理变化，此时仅仅是使个体产生一般的觉醒而已；不同的情绪产生的生理反应并无多大的区别，个体又如何能据此分辨不同的情绪；生理反应有相当一部分属于较慢的变化如内分泌变化，但情绪却是一种快速的体验，谢灵顿(Sherington)切断狗的内脏器官的感觉传入神经，使中枢失去对相当部分的内脏感觉，但狗在不同条件下仍表现出不同的情绪行为等等。

(二)情绪起动脉说

该学说认为全身的唤起本身就是情绪，亦即生理唤起和情绪感知是同时发生的。

生理学家坎农(Cannon) 1927年根据许多实验结果提出了情绪丘脑说或称起动脉说。该学说认为丘脑是情绪的中心。当丘脑接收到能够引起情绪反应的刺激信号后，同时向大脑皮层和植物性中枢转发信号，经过一系列神经过程产生情绪体验、行为变化和生理反应，而无所谓先后之分。该学说后来被巴德(Bard, 1934)扩展，故称为坎农—巴德理论(Cannon—Bard theory)。

但坎农学说也存在一些问题。以后的实验曾证明，下丘脑的存在比起丘脑来在情绪反应上有更重要的作用，说明丘脑中心说与事实有出入。该学说对大脑皮层调节情绪的重要性也认识不够。

(三)认知生理学说

上述两种学说的不同处在于强调生理反应和情绪感知出现之先后问题，但实际上这种先后很难确定。在某些紧急情况下，生理反应似乎确先于情绪体验多但在一般情况下，情绪体验常发生于生理反应之前，例如遭羞辱后发生的一系列变化过程多或者有时两者几乎同时发生。而且，情绪体验与个人的过去经验以及当前的认识活动有很大的关系，故有很明显的个体差异。

本世纪70年代沙赫德(Schachter S)提出情绪的产生是认知过程、外部刺激、内部生理变化三者互相作用之结果，并且强调过去经验以及认知因素的重要作用。因而这是一种“三因说”，并且为目前许多人所接受，有人称之为认知-生理学说(cognitive—physiological theory)。

沙赫德和辛格(Singer)1962年做了以下实验。他们给志愿参加实验的大学生注射肾上腺素，以引起生理的唤起状态。对第一组被试所引起的生理反应情况不加真实说明。将其中部分被试安置在事先布置好的能引起快乐情绪的情景之中，另一部分则处在愤怒的设计情景之中。实验结果发现处于快乐情景中的被试容易产生快乐情绪，处于愤怒情景中的被试则易产生愤怒。第二组被试虽然也注射肾上腺素，但如实告知药物可引起的生理反应，结果他们在上述设计情景中基本不产生情绪反应。对照组不予注射肾上腺素，他们在设计情景中分别产生中等的情绪反应。该实验说明：①情景刺激、生理唤起和认知因素相互作用引起特定的情绪反应；②认知因素更为重要，起着认知标签(cognitive labeling)的作用；③虽然生理反应对情绪体验和行为不一定是必须的，但能根据个体对情景的认知起到始动作用(Leukel, 1979)。从实验中可以看出认知因素主要以经验为依据，个体将某种情绪的经验与环境刺激进行比较，以决定这种环境刺激是喜还是怒，如果两者相符合，就感受为具体的某一种情绪(喜或怒)。

有的人提出可用下列函数表示上述几种因素的关系： $E(\text{情绪})=A(\text{生理唤起})\times C(\text{认知})$ 。

(四)认知评价学说

美国心理学家阿诺德(Arnold, 1960)也强调认知过程对情绪发生的重要作用，而且这种认知评价过程也以过去的经验和情景刺激对个体的作用为依据，当机体对环境刺激的评价结果是“好”、“坏”或“无关”时，机体则分别以接近、回避或忽视的具体情绪作出反应。可见她强调这种对外部环境刺激的评价过程是发生在生理反应、情绪体验和行为变化之前。这种理论被称为

认知评价说(cognitive—appraisal theory)。

该学说以后被 Lazarus RS 等人所支持和扩展。后者认为对每一种情绪的评价与当事人、当时所处的情景交互作用方式、当事人社会文化背景等有关。例如，同样的情景，美国人、中国人、印第安人，其情绪体验和表现可以不同，甚至相反。

上述三、四两种理论都不同程度突出了认知过程在情绪活动中的作用，因而有时被统称为情绪的认知理论。这对于认识和解决医学心理学中遇到的各种情绪问题有一定的指导意义。

三、情绪生物学

(一)情绪的中枢生物学机制

目前，许多中枢部位已被证实与情绪有关，因而那种认为脑子里存在某种特定的情绪中枢的观点已不被人所采纳。但由于情绪的神经心理学研究的复杂性，如何从整体上正确解释情绪过程的生物学机制仍不很清楚。下面将对情绪有关的各级中枢部位及相应的研究工作作一些介绍，其中有些内容已在前文中论及，此处从简。

某些中枢递质特别是儿茶酚胺(CA)与情绪关系密切。例如情绪状态下，不论中枢外周 CA 均随着情绪强度的增加而增加。临床使用利血平达到一定剂量和一定时期，不少病人会表现抑郁情绪，这与利血平耗竭脑内儿茶酚胺的贮备有关。此外，还有研究认为内啡肽亦与情绪活动有关。

脑干网状结构在情绪的发生中起激活作用，它提高或降低脑在情绪反应中的积极过程。人的情绪色彩和情绪反应很大程度上依赖于网状结构的状态。林斯莱(Lindsay DB)曾系统地提出了以网状结构为突出点的情绪激活学说，认为从外周和内脏传入的感觉传入冲动，由侧支纤维进入网状结构，并经下丘脑整合与扩散，兴奋间脑的觉醒中枢，激活大脑皮层。因而网状结构是情绪形成的重要条件。

下丘脑被许多人认为是情绪的躯体反应和内脏反应的整合部位。因为用实验法分层逐渐切除猫的皮层时，只要保留下丘脑后部的完整，动物就能表现出有组织的发怒情绪模式，包括假怒行为和内脏生理改变。如果将下丘脑下部也连同皮层一起切除，则动物仅能表现出情绪的某些片断反应。以后，埋藏电极刺激实验也支持上述论断，如赫斯电刺激下丘脑后部动物出现害怕即逃跑反应(Hess, 1955)；在下丘脑前侧中部可以找到所谓的“愉快中枢”即自我刺激奖励区域(Olds, 1954)。

丘脑与情绪的关系已在上一节讨论，是较早被发现与情绪有关的中枢部位。

边缘系统是柏帕兹(Papez JW)1937年提出情绪环路说的主要结构。他从颞叶失常的病人常有情绪失常这一事实出发，结合神经生理学知识，设想情绪与颞叶-海马回-海马-穹隆-下丘脑乳头体-丘脑前核-扣带回-海马这一个环路的活动有关，其中海马是中心部位。这被称为 Papez 环路。当环路活动抵达下丘脑时引起情绪的植物性反应，当经过扣带回即边缘前脑影响大脑皮层时则产生情绪体验。不过，近来研究证明杏仁核比起海马来与情绪的关系更密切，而海马与学习过程关系更大。

内脏脑(visceral brain)是麦克林(Maclean PD, 1964)随柏帕兹以后进一步提出的概念，属于新、旧皮层过渡部分，主要指边缘系统中的扣带回、海马回。内脏脑调节着全脑内部器官活动，同时通过下丘脑调节情绪的生理和行为反应，通过向大脑新皮层投射提供情绪的意识部分。只有通过皮层的评价，才能组合成情绪的喜，怒，悲等特性。有关这些烈点得到较普遍的承认。麦克

林认为边缘系统的一部分与“自我保存”的情绪和行为有关，这都分发动寻食、发怒等行为，有利于个体的保存多另一部分与“种族保存”的情绪和行为有关，这部分与愉快、性欲等相联系，利于种族的繁衍。

大脑新皮层也与情绪有密切关系。巴甫洛夫早就强调大脑皮层在情绪产生方面的主导作用。现在许多证据已进一步证明了这一点。

(二) 情绪的外周生理反应

外周生理反应通常就称生理反应，是情绪的一项重要现象学研究内容(见第一节)。在情绪条件下，机体的心血管、呼吸、消化、泌尿生殖、皮肤、血液、代谢、内分泌、骨骼肌系统等一系列生理功能都可发生明显改变。这是植物性神经系统，内分泌系统和躯体功能三方面共同作用之结果，其中植物性神经活动的变化更为重要。许多实验证明，强烈情绪可造成心率加快、血管收缩(或扩张)、血压升高(也有下降直致昏厥)，呼吸急促或节律改变，胃肠道活动减弱，尿生成减少(也有尿频者)，皮肤电阻降低，全身肌张力增高等反应。较长时的强烈情绪也使血凝系统和纤维蛋白溶解系统活性增高及血小板聚集功能和血酯水平的改变。情绪条件下儿茶酚胺、甲状腺素、皮质激素等内分泌激素的改变，除了影响上述各种脏器活动外，也改变体内代谢过程，使血糖升高，直至升高体温。

情绪的生理反应往往表现为交感神经兴奋的特征，各种性质的情绪其外周生理反应往往是类似的，缺乏特异性。但是某些情绪的生理反应仍有细微的差别。例如某种愉快情绪可使副交感神经反应性相对增强，从而造成性激惹、内脏和皮肤血管扩张(如面红)，下丘脑的前中部能综合起这一反应。相反，害怕和发怒主要兴奋交感神经，并且被内分泌激素的作用所加强(Leukel)。关于情绪状态下内分泌激素分泌的某些特异性问题，也有一些研究报告。Ax A(1953)和 Funkenstein DH(1955)曾用实验证明，去甲肾上腺素在愤怒和攻击情绪时分泌增加，而恐惧时血中肾上腺素增高。动物研究也说明，类似狮子等肉食性动物血中去甲肾上腺素水平较高，但经常遭受攻击的动物如兔子则血中肾上腺素含量较高。抑郁是人类一种特有的情绪状态，其变化类似害怕，有很高的肾上腺素输出。但是，也有许多研究否定这种差异，因此，目前一般只能通过表情观察及个人体验报告这两方面资料进行情绪种类的特异性测量和研究。

(三) 几项情绪生理指标

情绪的生理反应可以通过一些常用的实验记录方法加以记录。这些记录指标虽不能判断一个人的情绪种类(已如前述)，但却能据此判定人的情绪活动水平，即反映机体的唤起程度，因而在情绪的心理生理学研究中还是很有用处的。

1. 皮肤电反应 皮肤电反应(galvanic skin response, GSR)是研究情绪生理反应的一个重要实验指标。1888年Free发现皮肤两点之间有微小电流通过，并发现当机体受到刺激时皮肤电阻就变小。1890年Tarchanoff发现皮肤两点之间有可记录的电位差。反映皮肤两点间的电阻或电压的变化曲线就是GSR。用上述两种方法均可描记到皮肤电变化曲线，但结果是不同的。一般认为皮肤电阻法较准确，而电压法较方便。在同一种实验过程中，应该使用同一种仪器和同一种记录方法，才能使结果有可比性。

GSR可以分自发和诱发两种。自发皮肤电是在安静状态下描记，在分析时，通常凭经验先确定最低反应标准，如离基线 $\pm 0.5\text{mV}$ ，超过 0.5mV 的算有反应。然后将某段时间超过 0.5mV

皮肤电的时间测量出来，计算有反应时间占总体时间的百分比，以该百分比作为自发皮肤电的一个数量指标。另外，也可同时结合最高反应量即离开基线的最高皮肤电读数，或者使用计算面积的方法即计算所有反应区域的座标面积，作为实验结果的指标。

诱发皮肤电是在机体接受各种刺激条件下所产生的皮肤电波动情况。人在情绪状态下，皮肤电阻往往变小。图 1—4 是一位被试在看电影过程中所记录下来的皮肤电阻曲线图。当电影里出现惊险激动情节时，被试的皮肤电阻降到最低。

使用 GSR 进行情绪研究，以及进行与情绪有关的心身医学研究，都取得了一些成绩。但其缺陷是除了不能区分情绪性质外，在外界刺激延长情况下 GSR 也会随之减弱，即存在适应现象。

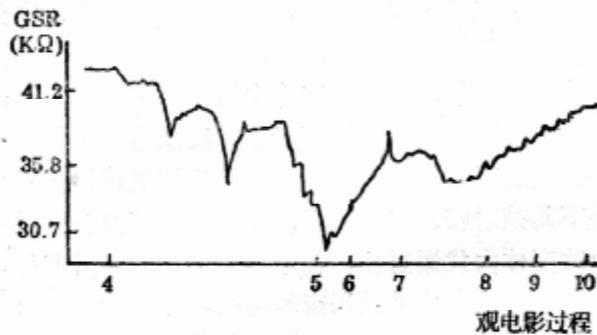


图 1—4 观看电影时的皮肤电变化

GSR 的产生机理，一般认为与皮肤的汗腺活动有关。情绪活动通过交感神经影响皮肤汗腺活动，导致 GSR 的变化。

2. 心血管反应指标 心率、血压随个体的情绪变化而变化已人所共知；血管容积波常通过记录指端微血管搏动而获得，在情绪状态下其变化比心率灵敏，同时比 GSR 分化性也高些；脉搏波主要观察相邻两个波的波幅波动情况，以及波幅波动持续时间，情绪状态下这两个指标都可以有变化。以上各项测量也都可作为情绪反应的客观指标。

3. 呼吸指标 利用呼吸描记器记录呼吸活动情况，可对呼吸频率、波幅(深度)、呼气和

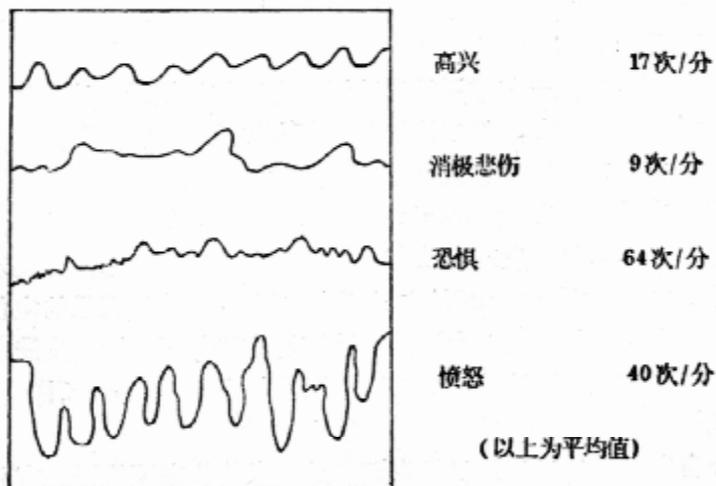


图 1—5 各种情绪状态下的呼吸曲线

吸气时间，呼吸的均匀程度等因素进行分析。人在愤怒时呼吸可以加深加快，悲伤时可以变慢，害怕时呼吸常不均匀，这些都反映了呼吸各指标在情绪实验中的意义(图 1—5)。情绪状态下呼气(E)和吸气(I)的比例问题($E / E+I$)，在历史上也有人进行过研究，认为人在说话、笑、心算、安静、激动、惊讶、受惊时，这个比值分别约为 0.16、0.18~0.28、0.30、0.45、0.6、0.71 和 0.75(Fel'eky, 1916)。

4. 脑电图 脑电图在生理心理学研究中被普遍应用，但在情绪生理学方面应用不普遍。一方面是由于至今未发现脑电图与情绪之间的明显特异关系，另一方面是作为一项情绪唤醒指标，它不比 GSR 等敏感。Darrow 认为，焦虑可以引起非特异觉醒，并引起皮层的有关变化产生脑电图的低振幅快波，他称之为“皮层焦虑”，但许多人不同意这种看法。1978 年有人证明紧张刺激造成的情绪状态不能引起脑电图的变化。可见情绪的脑电图改变尚是值得深入探索的问题。

5. 测谎仪 所谓测谎仪(lie detector or polygraph)实际上是结合心跳、呼吸和皮肤电等心理生理指标的综合情绪检测器。测谎仪所测定的并不是撒谎本身，而仅仅是测定因撒谎而产生的紧张、内疚等情绪的生理变化。由于这些生理变化不受人的随意神经系统支配，故可作为个人情绪变化的客观指标。但应注意，生理变化受多种因素的影响，而且说谎者也未必都会产生情绪反应(如习惯说谎者)，故测谎仪的使用价值也受到一定的限制。

四、情绪与人类行为和健康

(一)情绪的生物学意义

这里是指情绪对人类生存和适应的意义。

1. 情绪的信号作用 人的心理活动在一定情绪基础上进行，心理的变化会在情绪上有所表现，因此情绪实际上也是内部心理活动的一种外部信号。人与人之间的信息交流，实际上也包括了情绪信号的交流。一个人可以通过情绪或情感表现对他人施加影响，例如医生对病人的心理支持治疗中就含有这种成分。一个人也可通过他人的情绪表现来了解对方的愿望、体验，例如医患交谈时医生对患者的了解。在医学心理学工作中，必须学会利用这种情绪信号功能。

2. 情绪的行为调节作用 情绪在一定程度上对人的心理和行为起调节作用，具有与动机相似的功能。动机产生趋向性行为，快乐或痛苦的情绪也使人产生趋向或回避行为而改变人的行为积极性。一般人总是希望拥有愉快的情绪，排除不愉快的情绪。利用这一点，气喘药物广告总是渲染气喘的痛苦，美容膏广告总是强调皮肤洁白细嫩，其结果都是希望大家去购买。可见人的行为往往受某些情绪的影响和调节，这在医疗工作中值得加以注意。

3. 情绪对行为效率的影响 人的行为活动效率受情绪状态的影响(图 1—6)。据 Yerkes—Dodson 研究，工作难度越大，工作效率越易受情绪的影响。如生气可影响疾病的诊断思路，却不大影响扫地。另外，从情绪的强度来说，适当的情绪强度最有利于维持对工作的兴趣，取得最高的效率，而过强或过弱的情绪状态则不利于提高工作效率，例如体育大赛过分紧张不能发挥最佳水平。

4. 情绪的适应作用 就动物而言，情绪是机体对环境刺激所做的一种特殊适应性心身反应，并随着物种的进化不断趋向高级、趋向复杂。在生存斗争中，生物体必须奋起战胜或逃避任何危

险情景，因此凡能保存下来的物种，大致都具备上述能力。这种奋起的能力包含两方面内容，一是心理上的唤起(arousal)，另一是生理上的唤起，两种唤起都为应激作准备(攻击或逃跑)，从而最终取得对环境的新的适应，这就是情绪。同样，动物要生存就要合作，要繁殖就要交流，个体之间逐渐产生可以互相交往的非口语“语言”，这也是情绪。因此，情绪具有生物学适应意义，它是生物进化的产物，反过来也促进生存和进化。

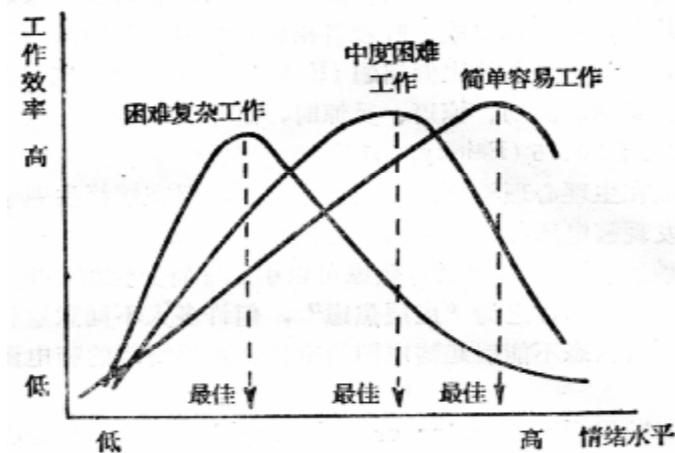


图 1—6 情绪与工作效率

对人类来说，情绪的适应意义表现出明显的双重性。一方面，作为生物进化的结果，人类保留了许多情绪的适应功能，例如生活受到干扰时产生的焦虑情绪使我们注意外部环境的新变化，从而通过行为活动去适应这种环境变化。另一方面，人早已脱离野蛮的生存环境，人类对环境的适应已不是依靠单纯的情绪奋起，而是主要依靠理智。因此，对社会环境刺激所产生的过多的情绪奋起如激动、忧愁等，不但无助于人去适应社会，反而会通过心身中介机制影响健康，结果增加了适应障碍。

(二)情绪问题在医学临床的意义

情绪具有明显的生理反应成分，直接关系到心身的健康，同时所有心理活动又都在一定的情绪基础上进行，因而情绪成为心身联系的桥梁。消极的情绪损害健康，积极的情绪促进健康。医学心理学研究的许多问题，包括疾病的心理病因学、心理诊断、心理治疗，康复心理、护理心理等都涉及情绪问题，因而情绪研究在医学临床具有重要的理论和实际意义。本书有关章节对此将会作专门讨论。

(三)情绪调节

要保持良好的心境，积极的情绪和避免或减少激情的发生，涉及到许多方面的问题。根据本章对情绪的系统分析，原则上可以从以下几个方面进行情绪调整：

1. 调整好行为目标 情绪与需要的满足有关，从理论上来说，一个人建立起理想与现实尽可能一致的生活或行为目标，将会减少否定情绪的发生。

2. 改变认知评价方式 认知因素决定情绪的性质和强度。实际生活中谁都会碰到各种各样足以引起消极情绪反应的刺激，在个人认知水平上作调整可有效地减少负性情绪的发生或甚至改变情绪反应的性质。

3. 改变或转换环境 环境刺激引起情绪。改变工作或生活环境,改善人际关系结构,都可防止或调整消极情绪。

4. 心理防卫或应对 对负性情绪的心理防卫或积极地应对,可以消除其对个人心身的影响。这在心理应激一章将有详细的讨论。

5. 咨询和求助 情绪的调节还可由第三者帮助进行。心理咨询的对象中有许多人就是因为存在情绪上的问题;情绪危机时,个人还可求助于“生命线”电话,等等。

(姜乾金 陈滨江)

第八节 需 要

(一)需要的种类

需要是个体和社会的客观需求在人脑中的反映,是个体的心理活动与行为的基本动力。正因为个体存在着这种或那种需要,才推动着人们以一定的方式,在某个方面进行积极的活动。人的需要是多种多样,非常复杂的,从其根源上,可以把需要分为生理性需要(机体需要、自然性需要)和社会性需要。

生理性需要是指个体对维持其生存和种族延续所必需的条件的要求。如所有的正常人都有充饥解渴、避暑御寒、睡眠及性的要求等等。这些生理性需要的主要作用,在于维持个体生理:状况的平衡。如果这些生理需要不能得到满足,生理状况就会失衡,严重者可能会危及生命。因此,当个体的生理性需要不能满足时,就会引发个体的行为,以期满足这种需要,使个体的生理状况趋向平衡。

社会性需要是指对维持社会发展所必需的条件的要求。如人们对劳动、交往,取得成就、符合道德规范等方面的需求。人的社会性需要是在社会生活中形成的。人们所处的经济,社会生活制度不同,生活习惯不同,所受的教育程度不一样,以及周围生活环境的不一样,社会性需要也就存在着很大的差异。人的社会性需要如果得不到满足,虽然不会危及生命,但却会因此而产生不愉快的情绪。

根据需要的对象,还可以把需要分为物质的需要和精神的需要。物质的需要主要指个体对物质文化对象的欲求,如对衣、食、住、行有关物品的要求,对劳动工具、文化用品的需要等等。在物质的需要中,既包括有生理性的需要,又包括有社会性的需要。随着社会的进步和社会生产力的发展,人的物质需要将不断地发展。精神性需要则表现为对精神文化方面的欲求,对掌握社会意识产品的欲求和对美的享受的需求及对创造发明的欲望等等。

人的许多复杂的需要,既不是与生俱有的,也不是始终固定不变的。人的需要,都是在一定的社会历史条件下,在一定的个人生活的环境中形成的。人的需要在社会生产力的发展过程中,在满足需要本身的过程中,不断地得到改造和发展。社会生产力的发展或个体需要的满足,都会导致新的需要的产生,这些新的需要,又成为人类个体行为积极性的源泉。

(二)马斯洛的需要层次论

美国人本主义心理学家马斯洛(Maslow AH, 1908~1970)曾提出需要的层次理论。他认为,每个人都存在一定的内在价值。这种内在价值就是人的一些潜能或基本需要,人的需要应该得到满足,潜能要求得到释放。

马斯洛把人的需要分为五种，由低向高的排列(图 1—7)。他认为，当较低层次的需要获得满足后，才向下一个较高层次的需要发展。各个层次的需要是相互依赖和彼此重叠的，层次较高的需要发展后，层次较低的需要并不消失，而是依然存在并…只是对人的行为的影响降为较次的地位(图 1—8)。

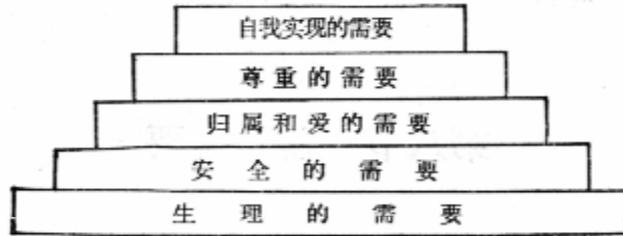


图 1—7 人类需要的层次关系

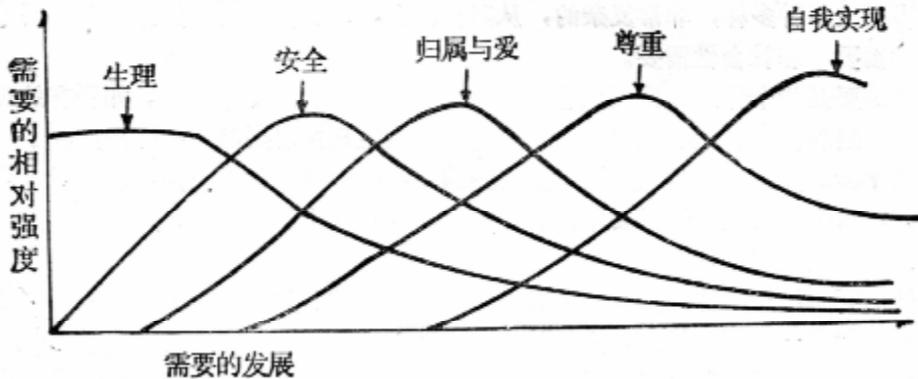


图 1—8 需要层次的发展

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

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

3. 归属和爱的需要 当上述需要获得满足后，就会产生进一步的社会性需要：归属和爱的需要。归属的需要就是参加一定的组织，依附于某个团体等。爱的需要包括给别人的爱和接受别人的爱以及成家的需要。

4. 尊重的需要 在以上三个层次的需要获得满足后，尊重的需要才会充分地发展起来。尊重的需要包括自我尊重和他人尊重。尊重的需要可分为两个方面：一是渴望实力、获得成就，独立和自由等；二是渴望名誉或声望，希望受到他人的尊重，受人赏识等。这种需要如果得到满足，就会使人产生自信、价值、能力等方面的感觉。如果不能满足，则会使人产生自卑、虚弱和无能的感觉。

5. 自我实现的需要 这是在前四种需要获得满足的基础上而产生的最高层次的需要。追求自我理想的实现,使个人的潜能和才赋得到充分的发挥,做一些自己认为有意义和有价值的的事情。这是一种创造的需要,它的产生有赖于前面的基本需要的满足。只有基本需要得到满足的人,才具有最充分、最旺盛的创造力。

马斯洛认为,这些不同层次的需要的发展进程,大致与人年龄的增长相适应,社会上多数人的需要,也与社会经济与文化教育程度有关。对于大多数人来说,满足自我实现的需要只是一个奋斗的目标。只有少数人才能达到真正的自我实现。马斯洛的这些观点,在把人的需要分为不同的层次和重视人的内在价值等方面有其积极性的一面。但它忽视了人的社会存在对人的成长有决定性的影响,忽视了人的主观能动性和各种需要之间存在着纵向联系,忽视了一个人在同一时间内往往存在着多种需要而这些需要又会互相矛盾,导致动机斗争。

(三)在医学中的意义

在医学临床工作中,病人除了具有一般人的需要之外,还具有许多特殊的需要。即使是饮食、睡眠等这些生理性需要,也和正常健康状态下时有很大的不同。病人的各种需要,在整个医疗工作中对疾病的诊断,治疗及预后都有非常重要的意义,尤其是病人精神的需要,更是对整个医疗过程有着不可忽视的影响。作为一名医学生或一名医务人员,除了要重视病人的一般性需要外,更要关心病人的特殊的心理需要,尽可能满足病人正当的需要,这样才有助于建立良好的医患关系,调动病人的主观能动性,使之积极参与整个医疗过程,有利于疾病的康复。有关病人的需要请阅第七章。

第九节 动机与挫折

(一)动机的概念

动机是由需要所推动的、达到一定目标的行为动力,具有激起、调节、维持和停止行为的作用。人们的一切活动总是从一定的动机出发,指向一定的目的。所以,人的动机总是与目的密切联系的。但是,动机和目的并不相同,目的是动机所指向的对象,是人们在活动中所期待的结果;而动机则是推动人们去实现目的的心理活动。在人们的行动中,有时目的相同,而推动他们达到目的的动机可能不同。而有时人们出于相同的动机,却达到了不同的目的。

动机和人的需要有着密切的联系,需要是动机的基础和根源,动机是推动人们活动的直接原因。当人的需要具有某种特定的目标时,需要才转化为动机。

(二)动机的种类

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

根据动机的内容,可以分为生理性的动机(物质方面的动机)和心理性的动机(精神方面的动机)。根据动机的性质,可分为正确的动机和错误的动机。根据动机的作用,可以分为主导动机和辅助动机。主导动机是一个人动机中最强烈,最稳定的动机,在各种动机中处于主导和支配地位。而辅助动机则往往与一个人的习惯和兴趣相联系,它能够起到对主导动机的补充作用。根据

动机维持时间的长短，还可以分为短暂的动机和长远的动机。例如，工作只是为了一时的成功或受到好评，这为短暂的直接动机。而为了一个远大的目标勤奋地学习和工作则为长远动机。此外，从引起动机的原因，还可分为内部动机和外部动机。内部动机是人们从活动的本身得到满足，活动本身构成了对个体自己的奖励或报酬，而不需要外力的推动。外部动机则是活动外的动机，是个体受到外部刺激而诱发出来的动机。

(三) 动机冲突

动机反映了一个人主观的、内在的心理状态。人的动机以需要为基础，同时又受理想、信念，世界观、道德观、人格特征等因素的制约。在人的一生中，不仅需要在不断地发生变化，而且兴趣，理想、信念和价值观也在不断地发生变化。因此，激励人们去行动的动机也就多种多样。这些动机的强度会随着内外环境的变化而变动。任何时候，一个人的行为都是受全部动机结构中最强的动机支配的，这种最强的动机称为优势动机。如果优势动机获得满足之后，这种优势就会向其他动机转移。优势动机对于人们顺利地完工作起着非常重要的作用。但是，优势动机的确立往往不是那么顺利。在同一时间内常常存在着两种或多种非常相似或相互矛盾的动机，使人难以取舍，这就是动机的斗争，或称为动机冲突。动机冲突有三种基本形式：

1. 双趋冲突 两个目标对个人具有相同的吸引力，而引起同样强度的动机。但由于受条件等因素的限制，无法同时实现，二者必择其一，即“鱼和熊掌不可兼得”。这种冲突在临床工作中亦常可见到，有些患者，既想住院医治疾病，同时又担心所肩负的工作重任因时间拖延而不能完成，造成难以取舍的矛盾心理状态。

2. 双避冲突 指一个人同时受到两种事物的威胁，产生同等强度的逃避动机，但迫于情势，必须接受其中一个，才能避开另一个，处于一种左右为难，进退维谷的紧张状态。

3. 趋避冲突 指一个人对同一事物同时产生两种动机，既向往得到它，同时又想拒绝和避开它。如有些手术前的病人，既想通过手术解除病痛，但又担心手术可能对机体的功能造成影响，常在手术前提出撤销手术的请求。

(四) 挫折

动机一旦产生之后，便会引导个体的行为指向目标。但是，达到目的的行为并非都是一帆风顺的，往往会因为各种原因而使之不能实现。动机受到干扰阻滞，被迫暂时放弃或完全障碍所导致的需要不能满足的情绪状态，都称为挫折。在现实生活中，挫折总是难免的，只要正确地对待并且实事求是地分析，就可以使个体的认识产生创造性的发挥，提高解决各种问题的能力和提高忍耐力，以更好的方法和途径实现目标，达成目标，满足需要。但是，如果挫折太大、过于频繁、超过了个体的耐受能力或者个体不能正确对待，就会产生紧张状态，情绪消沉低落、行为偏差，从而对生理、心理造成影响，产生适应不良，甚至导致躯体及精神的各种疾病。

个体遭受到挫折的大小往往与动机是否重要有关。越是个体认为重要的动机受阻，遭受的挫折就越大。除此之外，影响挫折产生的因素还与个体的抱负水平和个人的容忍力有关。如果一个人抱负水平很高(即规定的标准很高)，即使获得一定的成功，也会认为是一种挫折，而同样程度的成功，对抱负水平较低的人来说可能会不认为是一种挫折。如两个学生甲的目标是要考 90 分以上，乙的目标则只要求能及格，结果两人的成绩均为 80 分，乙会感到欣喜，而甲则会认为是失败而感受到挫折。每个人承受挫折的能力也各有不同，有的人能忍受

严重的挫折而毫不灰心丧气，有的人遇到轻微的挫折就意志消沉；有的人能忍受环境因素造成的挫折，而在人际关系因素所造成的挫折面前却焦虑不安。一个人的忍挫力往往与生理条件、过去挫折的经验、社会阅历、个人对挫折的认知判断水平、神经活动类型的强弱(气质类型)等有关。一般来说，身强力壮者比体弱多病的人更能容忍挫折；生活中经历逆境和人生艰辛的人比一帆风顺的人更能忍受挫折；乐观的生活态度、豁达开朗的气量，对承受挫折有积极的意义。

产生挫折的原因是多种多样的。人们受到的挫折的程度也因主观感受而不同。总的来说不外乎有客观的和主观的二种因素。客观因素可分为自然因素的限制和社会环境的影响。前者严重的如无法预料的天灾、意外的事件、突然患病、亲友的生离死别等，轻微的如因雨雪天气无法准时上班，车船误点等。社会生活环境因素所造成的影响包括个人社会生活中遭受的经济、道德、宗教、风俗习惯等社会规范的限制。社会生活环境因素所造成的挫折往往比自然环境所引起的要多，且影响也较深远。主观因素则包括个体的生理条件如身材、容貌等先天因素或缺陷所带来的限制，以及个体的动机冲突、主观认知和抱负水平等心理因素所带来的影响。

当一个人体验到挫折之后，不论是外在的还是内在的因素所引起的，在情绪和行为上都可以产生一系列的反应。如将愤怒的情绪直接导向造成挫折的人或物，或者转化为对自己，对次要的人或物甚至完全毫不相干的人或物的攻击行为多出现恐惧或担心的焦虑情绪状态多或者出现行为上的退化表现；或者出现病态的固执、妥协、压抑、漠不关心与无动于衷的冷漠态度反应。这些反应的表现形式和程度因人、因事而异。有关挫折问题的深入研究可参阅第三章心理应激。

(五)在医学中的意义

不同的病人往往存在着不同的就医动机。即使是同一病人，在不同的时间、疾病的不同阶段，其动机也有很大的差异。并且，就医的病人中，由于各种需要和环境的变化，往往还存在各种动机的冲突。尤其是对机体的生理功能、体型容貌有较大影响的疾病，更会导致动机的冲突。这时病人的动机冲突可以是很激烈的，常表现为内心紧张，激动，迟疑和焦虑等。如果激烈的动机斗争经常发生，或持续较长的时间，就容易造成病人的心身紧张状态。因此，作为临床工作者，应对病人在患病就医期间的各种动机有所了解，帮助病人树立正确的优势动机。同时更要了解和分析病人可能出现的各种动机冲突，在医务人员的帮助下，缓解病人的挫折感，避免对身心健康造成不良的影响。

第十节 意志

(一)意志的概念

意志是在需要和动机的基础上自觉地确定目的，并根据目的来支配，调节自己的行动，克服困难，从而实现预定目的的心理过程。意志对行动的调节作用包括发动和抑制两个方面。前者表现为促使人们从事带有目的性的必要行动，后者则表现为制止与预定目的相矛盾的愿望和行动。

意志过程是人类特有的，其基本特征在于：意志行动是有自觉目的的行动，在行动之前，行

动的目的已存在于人的头脑之中，并以此来指导自己的行动。因此，冲动的行动，盲目的行动都不是意志的行动。其次，意志行动是在克服各种困难的过程中实现的。一个人在活动中能够克服的困难愈大，表明其意志愈坚强。反之，如果不能克服困难，则说明其意志薄弱。因此，在活动中克服困难的情况就成为衡量意志强弱的主要标志。困难包括内部的和外部的。内部困难来自主体的心理和生理方面，如消极的情绪，犹豫不决的态度，胆怯，懒惰的性格，缺乏知识经验和独立克服困难的习惯，能力有限和身体健康欠佳等。外部困难主要指外界条件的障碍，包括来自社会、家庭、他人的阻挠，缺乏必要的工作条件以及恶劣的自然环境等。此外，意志行动是以随意运动为基础的，随意运动是由人的主观意识控制和调节，具有一定的目的要求和目的指向的运动。随意运动是意志行动赖以实现的条件，它可使人们根据目的，把一系列最基本的动作组合成复杂的行为，从而达到预定的目的。人们掌握技能，熟练的程度愈高，意志行动愈容易实现。因此，如果没有随意运动，意志行动就无法实现。上述三个基本特征是相互关联的，目的是意志行动的前提，克服困难是意志行动的核心，随意运动则是意志行动的基础。

(二)意志与认知、情感和个性的关系

意志与认知过程有着密切的联系。首先，意志的产生是以认知过程为前提的，只有认识了客观规律和人类需要的关系，才能提出切合实际的目的，才有意志行动。其次，意志对认知过程也有很大的影响，人的各种认知活动，特别是系统的学习和独立的研究，都是有目的、有计划、需要不断克服困难的过程。因此，没有坚强的意志行动，就不会有深刻的认知活动。

意志与情感过程也有密切的联系·情感可以成为意志的动力，也可成为意志的阻力。当某种情感对人的活动起推动或支持作用时，就会成为意志行动的动力。如在工作、学习中，积极的心境，对祖国的热爱和社会责任感都可以推动人们努力学习，辛勤劳动。相反当某种情感对人的活动起阻碍或消极的作用时，就会成为意志行动的阻力。同样，意志也影响情感过程，例如意志坚强者容易克服消极情绪的干扰多而意志薄弱者则容易被消极情绪所影响，使行动半途而废。

意志还与个性有着十分密切的关系。一个有正确的世界观，有坚定信念的人，必然是意志坚强者多一个对某种活动或事业充满浓厚兴趣和爱好的人，会表现出坚强的意志，以达到预定的目的。同样，意志十分坚强者，即使对所从事的某种活动不感兴趣，也会努力克服活动中的各种障碍，达到预定目的。

人的认知过程、情感过程和意志过程以及个性心理是密切联系，相互影响的。意志行动以一定的认知和情感为依据，认知为意志确定目的和调节行动，情感则激励行动，而意志又推动认知活动和控制情绪。

(三)意志行动的过程

意志行动是一个极其复杂的自觉行动过程，一般可以分为两个相互联系而又统一的阶段：

1. 采取决定阶段 采取决定是意志行动的开始阶段，它决定意志行动的方向，是意志行动的动因，一般要经过确定目的、制定计划和动机斗争等环节。确定目的并不是容易的事情，通常，人们在行动前往往有几个彼此不同，甚至相互抵触的目的，需要权衡比较，根据目的的意义、价值、客观条件和自身特点最终确定一个目的。如果在确定目的时，有几种目的都很适宜，或者彼此冲突、就会使人拿不定主意，难以决策，从而产生动机斗争和内心冲突。只有经过权衡利弊，

经过思想斗争才能最后作出选择。经过动机斗争，确定目的之后，还需要选择达到目的的行动方式和制定合适的行动计划和方法。在许多情况下，达到目的的方式，方法可能是多种多样的，这就需要通过搜集资料，比较各种方式、方法的优劣，然后才能作出决定。如果对情况不够了解和知识经验不足，就不能很快作出决策，就会犹豫不决，产生动机斗争。

2. 执行决定阶段 执行决定是意志行动的完成阶段。即使是美好的行动目的，高尚的动机，完善的计划，如果不付诸实际行动，就失去了意义，更谈不上意志行动的完成。执行决定是意志行动、情感体验和认知活动协同作用的过程，同时也是一个克服困难的过程。在按照预定目的去执行决定的过程中，必然会遇到各种主、客观方面的困难。如客观条件的限制，已放弃的与既定目标不符合的各种动机在思想上还可以重新活跃起来，使人的行为偏离预定的轨道多在执行决定的行动中，还可能会产生新的动机，新的目的，新的方式和方法，在心理上同正在执行的目的、方案进行竞争，干扰行动的进程；在行动完成之前，还会出现预料不到的新情况，新问题，如果行动者缺乏思想准备，知识有限，能力不足，都会影响决定的执行。因此，必须克服种种困难才能完成意志行动。

(四)意志品质

意志在每个人身上的表现有所不同，但一般把意志品质归纳为自觉性、果断性、坚韧性和自制性四个方面。

1. 意志的自觉性 是指一个人有明确的目的，并能充分认识行动效果的社会意义，使自己的行动服从社会、集体的利益，不屈从于周围人的压力，按照自己的信念、知识和行动方式进行行动的品质。与自觉性相反的特征是意志的动摇性(或称暗示性)和独断性。具有动摇性的人缺乏独立性和首创精神，对自己的行动缺乏信心，盲目轻信他人，极易屈从环境的影响。有独断性的人，他们不管自己的愿望、目的是否合理，一味固执己见，刚愎自用，专横跋扈，拒绝任何人的批评和劝告。

2. 意志的果断性 是指一个人善于明辨是非，迅速而合理地采取决断，并实现决定的品质。这种品质以深思熟虑和大胆勇敢为前提，在动机斗争时，能当机立断，在行动时，能敢作敢为，在不需要立即行动或情况发生变化时，又能立即停止已作出的决定。优柔寡断和草率决定则是果断性的对立面。

3. 意志的坚韧性 是指一个人能长期保持充沛的精力，战胜各种困难，不屈不挠地向既定的目的前进的品质。与坚韧性相对立的品质是执拗。这种人只承认自己的意见和论据，尽管有些论据是错误的，但仍不能正视现实，放弃错误决定，不接受别人正确的建议，灵活对待变化着的情境，而是一意孤行。与此相对立的还有见异思迁、虎头蛇尾的品质。

4. 自制力 是一种能够自觉地、灵活地控制自己的情绪和动机，约束自己的行动和言语的品质。这种人能够克服懒惰，恐惧、愤怒和失望等因素的干扰，善于使自己做与自己愿望不合的事情，执行已确定的目的和计划。

上述四种意志品质是相互联系的。其中坚韧性是自觉性、果断性和自制力的综合表现。意志品质受世界观，信念、理想的制约，并与人的认知、情感、修养等有极为密切的关系。

(五)意志品质的培养

顽强的意志品质不是自发的、与生俱有的，而是在教育培养和日常生活中，随着不断克

服困难而逐渐形成的。培养和锻炼意志品质可采取以下措施：

1. 明确目标 在生活道路的每一阶段，每个人都可以给自己设置一个可接受的、具体的、有一定困难的目标，制定相应的计划，逐步实现目标。每个阶段的目标可以分成若干小目标，使人的行动在大小目标的导向中前进。只有大小目标相结合，才能使人对生活充满感情，不断进取，在实现目标的过程中培养自己的意志。

2. 运用集体的力量 集体观念对意志品质的培养有很大的影响。集体可以给人造成归属感，使人按照集体的要求行动，关心其他成员，不损坏集体的声誉，增强对集体的责任感。同时，在行动中能表现出一个人的才智，决断力和自制力，以获得集体对他所作的努力的奖赏。这种奖赏又可变为一种推动他努力的动力。

3. 参加实践活动 任何的劳动、学习、工作和文体活动，尤其是那些兴趣不大的、平凡的、情绪上带来不愉快的或者有困难的活动，能使人的意志得到巩固和受到锻炼。意志是在克服困难中体现，并在克服困难中成长的。因此，参加各项实践活动，不仅能增长知识才干，锻炼精神，同时更能锻炼意志。

4. 加强自我培养 在意志品质的形成中，自我培养起着关键的作用，尤其是意志品质的自觉性、坚韧性、自制力更是靠自我培养，从一点一滴的日常小事做起。人们在系统地执行不感兴趣但又很有意义的行动任务中，培养自己的自制力，克服懒散等不良品质。自我培养必须是在正确的世界观指导下，并要有一定的制度和连续性，需要分析自己的言行，模仿好的榜样，并持之以恒。

(六)意志在医学中的意义

在一般的病人中，患者的意志品质特征是否坚定，行动是否果断，有无坚韧不拔的精神和高度的自制力，对于疾病的治疗和康复有十分密切的关系。临床中常见到一些病人，虽然身患重病，但他们具有坚强的意志，坚韧不拔与疾病作斗争的精神，乐观豁达的态度，积极的生活目标，顽强的毅力，最终战胜了疾病，恢复了健康。同样，也有的病人患病后悲观失望，小病大养，无病呻吟，失去了生活的目标，从而影响了疾病的治疗与康复。意志品质对病人疾病过程和预后的影响，主要在于通过人的认知和情感等心理过程，造成对疾病产生正确的或错误的认知、积极的或消极的情绪情感，从而影响病人与疾病作斗争的具体行动。

有针对性地帮助病人消除各种顾虑，树立战胜疾病的信心，将诊疗计划和安排告诉病人，使病人自觉主动地与医务人员配合，争取早日康复。

(吴均林)

第十一节 个性

一、个性概述

(一)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。作为心理学研究的对象，因此，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决定的、实际的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。个性差异不仅表现人们是否有某方面的特点，而且还可表现同一特点的不同水平。概括起来讲，个性是指具有一定倾向性的，比较稳定的心理特征的总和，即个体总的精神面貌。

在心理学中谈及个性时常一并提到人格(personality)。严格地讲，人格与个性是有一定区别的。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!寺有的色彩。因此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的重要性，因此，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的地联系在一起。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。当然，个性的基本特性并非绝对，它既具有整体性，又具有结构和机能上的可分析性；既有稳定性，又有可塑性多既有独特性，又有共同性；既有社会制约性，又有生物制约性。

(二)个性心理结构

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 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。自我就是人对自己的认识和评价，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种成分进行控制调节，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。

(三)个性与健康

培养健全的人格，有利于个体提高活动和交往的效率，有利于增强社会的适应，有利于加强自我修养，搞好人际关系，有利于身心健康的保持。研究个体的人格特征，不仅可预测个体在特殊情况下的行为反应，而且由于不同的人格可能表现出不同的患病倾向及患病表现，故可有助于对某些疾病的诊断、治疗和护理，从而提高医护质量。

二、能力与智力

能力(ability)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。能力的结构倾向于二因素论,即由一般因素和特殊因素构成。这二者中,一般能力是特殊能力的基础。一般能力是指各种活动都需要的一些共同能力。一般能力在认识活动方面大致包括观察力(指观察的速度、广度和精细度等),思维力(指对事物的分析、综合、抽象和概括的能力)、语言能力(指语言表达的丰富性、流畅性等)、记忆力(包括记忆的速度、广度、准确性,持久性等)。特殊能力是指完成某项专业活动所需要的能力。如画家的色彩辨别力,音乐家的音色分析能力等。特殊能力也可视为职业能力或专业能力。特殊能力不是天赋的,主要靠后天的锻炼和培养。一般能力是特殊能力发展的内部条件,而特殊能力是某些一般能力的专门化发展。完成任何一项活动都需要一般能力和特殊能力的完美结合,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。

智力(intelligence)只是能力的一部分。许多心理学家认为智力就是认识能力,它包括观察力、注意力、记忆力,想像力和思维力等,其核心是抽象思维能力和创造性解决问题的能力。智力不表现为知识、技能活动本身,而表现在获得知识、技能的动态上。智力是在掌握知识的过程中发展起来并通过运用知识表现出来,一定的智力水平是掌握知识的前提,智力水平高低直接影响着掌握知识的速度、广度和深度。智力的发展和知识的积累不成正比,智力不随学习内容的增加和年龄的增长而无止境地发展。

能力是有个体差异的,如在知觉能力、记忆能力、想像能力、言语能力等方面可表现出类型差异。如在知觉能力方面,有的人对细节感知清晰,属分析型多有的人富于概括、综合,属综合型;有的人属分析综合型。在记忆能力上,可分为视觉记忆型、听觉记忆型和动觉记忆型等。在言语能力和思维能力方面则有口才和文才,形象思维型和抽象思维型等差别。除了类型差异外,还可表现为能力发展水平的差异和能力表现的年龄差异·

三、气 质

(一)气质的定义

气质(temperament),是人的高级神经活动类型特点在行为方式上的表现,是人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。

(二)气质的类型

关于气质的分型及其依据有各种不同的理论。我国古代的阴阳说将气质分为太阴、太阳、少阴、少阳和阴阳和平五种类型。日本学者古川竹二等提出的血型说,将气质分为A型、B型、O型和AB型。德国精神病学家克瑞奇米尔提出胚叶起源和体型说,他将气质分为内胚型(肥胖型)、中胚型(筋骨型)和外胚型(瘦长型)。柏尔曼等人的激素说则把气质分为甲状腺型、脑下垂体型、

肾上腺型、副甲状腺型和性腺型。实际生活中较为流行的气质分型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类型的典型代表，且此学说也被充实了新的含义，故此分型法仍被沿用。

(三)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、不均衡而灵活的兴奋型多强、均衡而灵活的活泼型多强、均衡而不灵活的安静型；以及弱、不均衡、不灵活的抑制型。这分别相当于上述气质类型的胆汁质、多血质、粘液质和抑郁质。故神经类型也就被看作是气质的生理基础。

(四)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多内倾，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 1—3。

表 1—3 四种气质类型的基本特性及表现

气质类型	高级神经活动类型	神经过程的特性			气质特性						外显表现
		强度	均衡性	灵活性	感受性	耐受性	可塑性	敏捷性	情绪兴奋性	外倾或内倾	
多血质	活泼型	强	均衡	灵活	低	高	可塑	快	高而不强	外倾	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
粘液质	安静型	强	均衡	不灵活	低	高	稳定	迟缓	低而体强	内倾	言语少而慢，动作稳而慢，情绪藏而不露，善忍耐。易冷淡厌烦，固执拘谨
胆汁质	兴奋型	强	不均衡	灵活	低	高	不稳定	快	高而强，抑力差	外倾明显	精力充沛，不易疲劳，情绪急躁，办事粗心，易于冲动，自制力差
抑郁质	抑制型	弱	不均衡	不灵活	高	低	刻板	慢	高而体深	严重内倾	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

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。

四、性 格

(一)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，具备了沉着细致的性格特征，职业训练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。

(二)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。

(三)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：按照理智、情绪、意志三种心理机能性格结构中何者占优势的情况，可把人的性格划分为理智型、情绪型和意志型。理智型——通常以理智来衡量一切，以理智支配和调节自己的言行，处理问题深思熟虑。情绪型——情绪体验深刻，言行举止受情绪控制和支配，具有浓厚的情感色彩，遇事不善于冷静思考。意志型——行动

的目标非常明确，积极主动，勇于克服困难，果断，自制。除了这些典型的类型之外，还有大量的中间类型，如理智一意志型等。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。内倾者，心理活动倾向于内部，通常表现为做事谨慎、深思熟虑、沉静、孤僻、反应缓慢、适应环境的能力较差。外倾者，心理活动倾向于外部，通常表现为感情流露于外，对外部事物非常关心，活泼、开朗、善交际、不拘小节。③独立—顺从学说：按个人独立性程度分为顺从型和独立型。顺从型的人常处于被动、服从、被支配的地位，缺乏主见，对别人的意见常不加分析地接受，紧急情况下表现得惊慌失措。独立型的人善于独立地思考问题、发现问题，不易受次要因素干扰，在紧急情况下不慌张，易于发挥自己的力量，但他们有时喜欢把自己的意志和意见强加于别人，带有支配倾向。④A—B行为类型：这是美国心脏病学家弗雷德曼(Friedman JL)等人研究心脏病时，划分的行为类型，其含义与性格有些接近，按竞争性，时间观念和情绪反应的强弱将行为类型划分为A型、B型和中间型。A型行为类型(type A behavior pattern)的人常充满成功的理想和进取心，雄心勃勃；具有时间紧迫感，急躁、缺乏耐心多好胜心强，易激惹，爱争斗，对人富有敌意，信不过别人，遇事情绪反应强烈，活泼好动，喜热闹。这类人往往是一些智力较好、能力较强的人。B型行为类型的人，心地和平坦荡，与世无争，喜欢不紧张的工作，爱过松散的生活；做事慢条斯理，无时间紧迫感，有耐心多不争强、能克制，少敌意，不易激惹，对受到的阻碍反应平静，孤僻。有研究表明，A型行为类型的人具有冠心病的罹患性。其发病率为B型的2倍，其复发率为B型的5倍。

在现实生活中虽能找到上述分类中各类型的代表人物，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征。由于性格结构的复杂性，所以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，这有待于进一步深入研究。

五、个性理论与研究

有关个性的理论种类很多，有的涉及个性的结构，有的涉及个性的机制，有的涉及个性的本质，有的涉及个性的发展，等等。例如弗洛伊德(Freud S)的精神分析人格理论，斯金纳(Skinner BF)、华生(Watson JB)的行为主义人格论，罗杰斯(Rogers CR)的人格自我理论以及阿尔波特(Allport GW)，卡特尔(Cattell RB)、艾森克(Eysenck HJ)的人格特质论等。

(一)精神分析的人格理论

其代表人物为弗洛伊德、荣格等。该理论认为人格形成的动力为无意识性本能——力比多(libido)；人格的结构包括“本我”——生物成分，“自我”——心理成分，“超我”——社会成分三个部分，强调本我、自我和超我之间保持平衡状态有利于个性的正常发展，对人的本性的认识是，人是受本能驱使的，同时也受社会文化的制约。

(二)行为主义人格论

其代表人物为斯金纳和华生。该理论认为个性形成的动力是环境的刺激与强化，否认内在个性倾向和特性，认为人之间的差异是环境条件不同造成的；认为人的本性即动物性。不良环境的刺激和强化可致个性异常。

(三)人格自我理论

其代表人物为罗杰斯。该理论认为个性形成的动力是自我实现，是趋向自主、摆脱外力的倾向。多认为人是自我和经验的统一体，人可以独创性地适应环境，以最大限度的和谐与他人相处。倘若经验受到歪曲，经验与自我不协调，对潜力的估价与现实不符，或意识不到自身价值，则可引起人格的异常发展。

(四)人格特质论

其代表人物有阿尔波特、卡特尔和艾森克等。特质理论(trait theory)是人格理论中影响最大的一种，故分别详细介绍。

1. 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，它是人格分析和人格测量的单元。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。这种特质具有较强的弥散性和渗透性。它遍及活动的所有方面，包括思想、情操、行为趋向等；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部分，是人格较基本的砖块，是判断一个人的最主要的东西，是行为的重要决定因素，但渗透性稍差；③次要特质：是不太明显的，处于抑制状态的人格特质。它渗透性很差，与外界的刺激关系较密切，与习惯、态度等有关，包括独特的偏爱、某些爱好等。

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。

2. 卡特尔的人格特质理论 美国心理学家卡特尔认为，人格是由人格特质构成的。人格特质是个人在不同的时间、环境下表现出来的稳定而一致的行为特点或行为倾向。他采用因素分析法来研究探讨人格特质。卡特尔的人格理论中，最有影响的是对表面特质和根源特质的区分，这也是卡特尔人格理论特色之所在。

表面特质是能够直接从外部行为中观察到的特质，换言之，即经常发生的、可以直接观察到的行为表现；而根源特质则是隐蔽在表面特质深处并制约着表面特质的特质，它是内在的因素，是个人行为的最终根源。例如智力，这是一种根源特质，我们并不能直接观察到它，但是，通过解题的技巧，阅读的速度等，我们便可推知某人的智力水平。这里，解题技巧和阅读速度是表面特质，而智力是根源特质。表面特质是直接与环境接触的特质，比较容易随着环境的变化而呈现出多样性，而根源特质却是相当稳定的，其数量也相当有限。每个人都具有相同数量的根源特质，但每种特质在各人身上的强度不同，所以人与人之间就显出了个性结构的差异。那么，人身上究竟有哪些根源特质呢？卡特尔和他的同事通过因素分析法，从众多的行为“表面特质”中抽出16种根源特质(亦称人格因素)：A 乐群性，B 聪慧性，C 稳定性，E 恃强性，F 兴奋性，G 有恒性，H 敢为性，I 敏感性，L 怀疑性，M 幻想性，N 世故性，O 忧虑性，Q1 激进性，Q2 独立性，Q3 自律性，Q4 紧张性。

卡特尔不仅确定了16种根源特质，而且编制了广为流传的“卡特尔16种人格因素测验”(简称16PF)(参见第四章)。

卡特尔人格理论的主要特色，就在于对根源特质的高度重视。但是，人的个性并不就是根源特质的简单结合。在这方面，卡特尔忽略了个性的整体性。

3. 艾森克的人格维度理论 英国心理学家艾森克重视人格特质的研究，认为基本的人格特质有 32 种，但他更注重人格维度的研究。为了寻找人格维度，他广泛采用精神医学诊断，问卷调查、客观动作测验等心理测验手段和因素分析法，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，一个是情绪稳定—不稳定维，另一个是内向—外向维，简称情绪性维度(神经质维)和内外向维度(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，如寻求喧嚷刺激、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大脑皮层的唤醒水平。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。他还认为情绪性维度与植物神经系统功能的稳定性密切相关。“内脏脑”(边缘系统)与植物性神经系统的功能是神经质或情绪稳定性方面的个体差异的生理学基础。而精神质维度的生物学基础，认为与体内的雄激素水平的高低有关。

艾森克还指出，人格维度在一个人身上并不是非此即彼的简单关系，人格维度是一个连续的尺度，每个人都可以在这个连续的尺度上找到自己特定的位置，也就是说每个人都有自己的情绪性特定位置和内外向特定位置。那么情绪性维度和内外向维度是什么关系?艾森克认为它们是二个互相垂直的人格维度，而人格维度与人格特质又是互相关联的。因此，根据艾森克的观点，可以画一示意图：把情绪性和内外向二个维度综合在一个平面上，以 X 轴代表

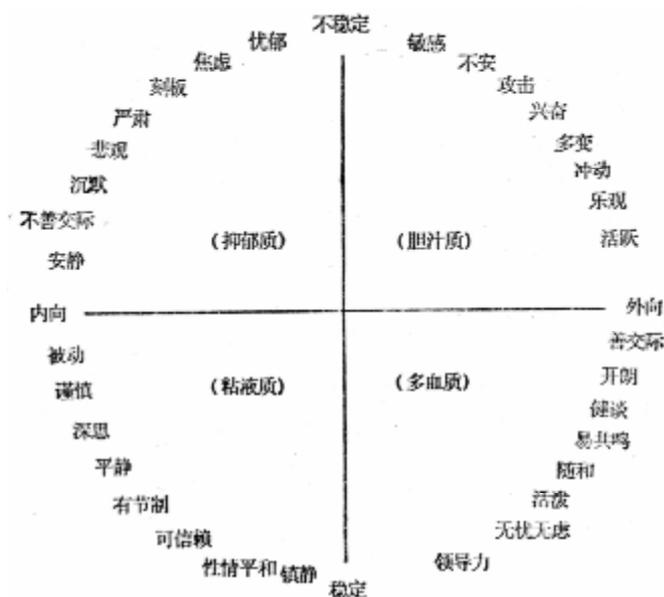


图 1—9 艾森克人格二维模型

内外向维，Y轴代表情绪性维，如此形成的两维坐标系上的四个象限就分别代表着四种不同类型的人格维度：外向不稳定型(I象限)，内向不稳定型(II象限)，内向稳定型(III象限)和外向稳定型(IV象限)。把艾森克所认为的32种基本的人格特质组织于其中，便可联系人格维度来考察人格特质。图1—9比较形象地表现了人格维度与人格特质的联系。例如外向稳定型的人格维度，包含了善交际、开朗、健谈、易共鸣、随和、活泼、无忧无虑、领导力8种特质。同样，内向稳定型、外向不稳定型、内向不稳定型也各含有8种人格特质。

与卡特尔一样，艾森克也编制了个性测验量表(简称EPQ参阅第四章)。这是一种用途广泛的个性测验工具，在医疗，教育和司法等领域，人们常把它作为鉴别个性的有效手段。

(王 慧)

第二章 医学心理学主要理论与研究方法

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、文化条件和以不同的研究对象、方法情况下形成。虽然它们各有特色，各能解释一部分心身问题，各有其应用成功之例，然而又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，也有的可能会逐渐被修正或扬弃。因此我们现在既不能采取全盘否定的态度，也不宜不加思索地原封照搬。

第一节 行为学习理论

行为(behavior)一词以及由此派生出来的许多专业词汇，在心理学史上曾经历过复杂的变迁过程。有些概念至今还比较含糊。

在心理学流派中，本世纪 20 年代有一被称为行为主义的学派，其创始人是美国心理学家华生(Watson JB, 1878~1958)。行为学派提出心理学应是研究动物和人类行为的科学。他们认为心理和所谓隐藏在内心的欲望、驱力，以及心理冲突(注：指精神分析理论)是不能进行科学研究的，只有行为才是可以观察、可以科学研究的对象。显然，早期行为学派的“行为”是指个体活动中可以直接观察的部分。这是狭义的行为定义。

随着近几十年行为科学(behavioral science)的发展，人们对行为含义的理解也随之扩大。现在，行为科学或行为医学界将“行为”理解成是个体内在和外在各种形式的运动，其中也包括心理活动和内脏活动，而且认为都可以通过一定的途径被观察或测量。这是行为的广义定义。

在目前医学心理学界，两种行为概念都被使用，读者必须加以注意。本节后面内容中涉及的行为概念则是广义的，包括外部动作、内脏活动和精神活动。

行为学习理论(learning theories of behavior)认为人的正常和病态行为，包括外显行为及其伴随的心身反应型式，都可通过学习过程而形成。这样，学习就成为支配行为和影响身心健康的重要因素。通过对行为学习各环节的干预，可以用于矫正问题行为，进而治疗和预防疾病。

对医学心理学关系较大的行为学习理论主要有四种：经典条件反射、操作条件反射、示范作用和认知行为学习理论。

一、经典条件反射

(一)实验与解释

本世纪 20 年代，苏联生理学家巴甫洛夫进行了著名的条件反射实验研究。实验中，食物刺激(S)作用于狗的口腔产生唾液分泌反应(R)。此时食物是无条件刺激(unconditioned stimulus, UCS)。食物引起唾液分泌的反射过程就是无条件反射(unconditioned reflex, UR)。无条件反射是

本能行为，不是由后天学习所获得，例如婴儿出生后即有吮吸反射和拥抱反射等。如果在上述实验中，食物与另一种与唾液分泌原本无关的中性环境刺激例如铃声总是配对出现，经过一定时间的训练，单独铃声刺激也会引起唾液分泌。这种中性环境刺激(铃声)就称为条件刺激(conditioned stimulus, CS)。铃声引起唾液分泌的反射过程就是条件反射(conditioned reflex, CR)。条件反射是由后天学习获得的，因而是习得行为。由于这里的条件反射不能被个体随意操作和控制，故属于反应性条件反射，而且为了区别于迟后发展起来的操作条件反射，故此处的反射称为经典条件反射(classical conditioning)。

经典条件反射的过程示意如下：

- (1) 食物(UCS) → 唾液分泌(UCR) 无条件反射
- (2) 食物(UCS) } → 唾液分泌 (反复强化)
- 铃声(CS) }
- (3) 铃声(CS) → 唾液分泌(CR) 条件反射

经典条件反射理论模式特别重视环境刺激与行为反应的关系，即 S—R 的关系。根据此一理论，人类除了本能行为，许多正常或异常的行为活动(反应)，特别是内脏反应性行为，是经过这种学习过程而获得的。一些中性环境刺激通过经典条件反射原理可以成为内脏反应的一种支配力量，形成条件反射性医学症状。这在医学心理学领域有非常重要的理论意义。此处仅举一例：抗癌药物(UCS)可引起恶心、呕吐，精神不快等药物反应(UCR)。但如果长期用药，某些本来与药理作用无关的环境刺激，包括闻到药物气味，看到药物外观，甚至医务人员的出现(都是 CS)，也可引起部分病人的不愉快反应(CR)，甚至也可出现恶心反应，这就是一种经典条件反射。同样，利用条件反射原理作松弛训练，有助于克服这种“习得性”的药物反应症状。

(二)经典条件反射的几个重要现象

1. 强化 某些环境刺激对行为反应产生促进作用的过程称为强化(reinforcement)。在经典条件反射中，非条件刺激(UCS)与条件刺激(CS)反复结合的过程就是强化。结合次数越多，则条件反射形成越巩固。因此，多次少量的抗癌药治疗较短期大剂量治疗过程，更易产生反射性呕吐反应。

2. 泛化 作为反复强化的一种结果，某些与条件刺激(CS)相近的环境刺激也可引起条件反射，这称为泛化(generalization)。例如，开始是与抗癌药物直接有关的环境刺激因素如上述闻到抗癌药物气味可产生反射性呕吐，以后则闻到其它非抗癌药物气味也有此种反应。

3. 消退 非条件刺激(UCS)长期不与条件刺激(CS)结合亦即取消强化，条件反射可逐渐消失，这被称为消退(extinction)。例如长期停用抗癌药物，由于消退作用，药物气味逐渐地不再引起恶心、吐呕反应。不过，躯体的不愉快条件反射一旦形成，一般较难消退，原因是习得性躯体反应(气急，心跳、恶心、呕吐等)会使个体产生回避操作条件反射(见后文)，结果使这种反应长期固定下来。

二、操作条件反射

(一)实验与解释

操作条件反射理论是桑代克(Thorndike EL)和斯金纳(Skinner BF)等行为心理学家通过实验

上床休息的行为逐渐得到加强。当然，这一例子中也存在正强化因素，例如上床休息结果使家人的关心和体贴增加，从而对上床行为产生正强化。许多慢性功能性病人的行为症状的形成被认为与此有关。

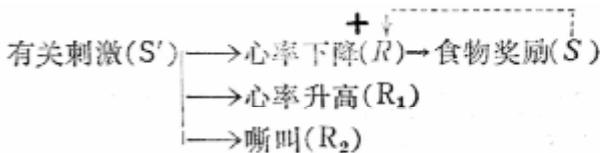
3. 消退 行为结果使积极刺激减少，从而使行为反应逐渐减弱，即 $R - S(\text{积极}) \downarrow$ 的关系，这就是消退(extinction)。例如儿童捣乱行为为一般情况下可引起周围人的注意(属积极刺激)，但如果在每次捣乱时绝对不予理睬，也就是使原有的积极刺激水平下降，则捣乱行为逐渐减少。

4. 惩罚 行为结果使消极刺激增加，从而使行为反应逐渐减弱，即 $R - S(\text{消极}) \uparrow$ 的关系，这属于惩罚(punishment)。例如，产生性变态行为时，立即给予电击使产生痛苦刺激，则性变态行为可逐渐减少。

三、内脏操作条件反射

米勒(Miller NE)1967年所进行的内脏学习(Visceral learning)实验实际上是上述操作条件反射的另一种形式。

在内脏学习实验中，对动物的某一种内脏反应例如心率下降(R)进行正强化，如给予食物(S)。经过这种选择性的定向训练，动物逐渐学会了操作心率使之下降。其实验过程示意如下：



为了消除实验动物骨骼肌系统操作条件反射作用对内脏学习实验的影响(例如动物如果形成全身骨骼肌放松操作条件反射也可使心率下降)，米勒曾用肌松剂麻痹动物，施以人工呼吸，并改用Olds发现的“愉快中枢”刺激法作为奖励强化手段，重新进行内脏学习实验。结果完全与上述一致。米勒采用同样的实验方法还分别使动物学会了“操作”心率的增加、血压的升高或下降、肠道蠕动的增加或减弱等。图2—1显示了内脏学习的特异性。

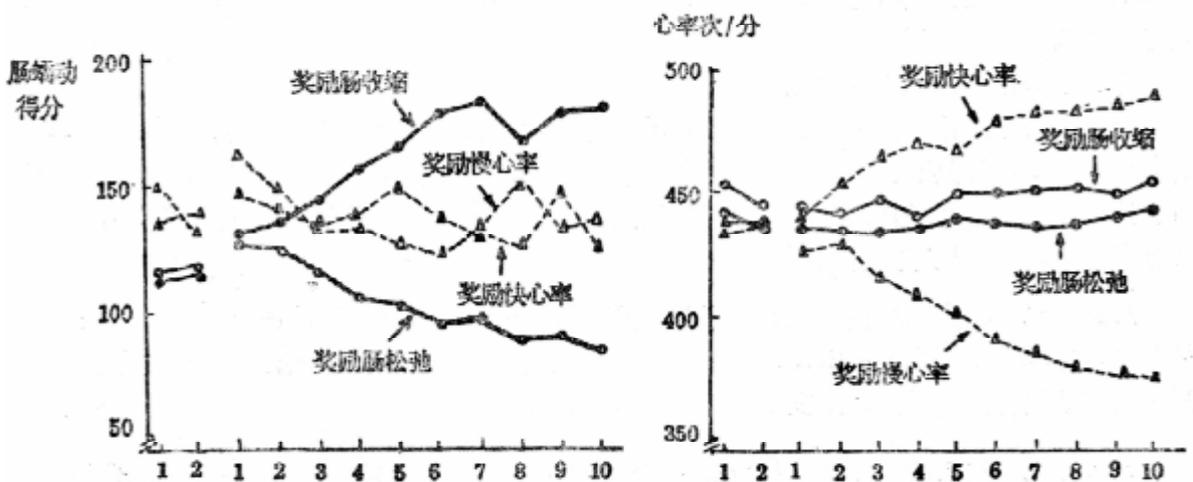
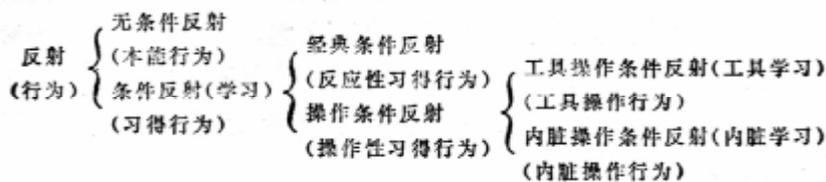


图2—1 内脏学习 (自Miller NE, 1969)

虽然米勒的内脏学习实验还有待深入研究,但这一理论对于解释医学心理学工作中的一些现象如生物反馈、气功治病等有一定的意义。根据这一理论,人类的各种内脏活动,似乎可以通过内脏学习过程获得意识的控制。这也是对传统的随意和不随意神经肌肉系统概念的一种挑战。

现将上面三大类条件反射简要示列于下。从中可大致看出“反射”、“行为”和“学习”三者之间的关系。



四、示范作用

示范作用(modelling)是另一种行为学习理论。这种理论认为人可以通过对一个具体模型(model)的观察和模仿而学会新的行为类型。这有点类似“近朱者赤,近墨者黑”之道理。例如,甲孩子接受注射时表现很坚强,那么后面紧接着轮到注射的乙孩子由于观察了甲的表现,自己也可能表现得很坚强。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,作为学习依据;②记忆:记住这些特征行为,作为日后行为模型;③行为:行为者通过记忆,表现出这种特征行为来;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。

根据示范作用理论,人类的许多行为特别是社会行为也可以通过示范作用而形成。在医学心理学领域,该理论有重要的应用价值,例如疾病角色行为的形成与示范作用有一定关系,包括喊叫、呻吟、应付方式等。同样,示范作用原则,也可用于对临床病人的指导和护理,以及儿童病人的教育等。

五、认知行为学习理论

认知行为学习理论(cognitive behavior learning)是70年代中期在美国出现的一种新行为理论,是认知心理学派与行为学派理论相结合的产物。该理论重视个体(organism)本身的期待、认识,评价,以及信念、人格等因素在行为学习过程中的作用,认为当环境刺激(S)发生作用时,个体(O)根据自己的认知评价等活动作出不同的反应(R),并进而控制或改变环境刺激。显然,与传统的行为学习理论不同,认知行为学习理论强调个人认知因素在环境刺激和行为反应中的作用,即S—O—R的关系。

认知行为学习理论在医学心理学中对于解释心理病因机制和指导心理治疗等方面已产生越来越大的影响,例如恐惧症的形成机制,不良行为的自我控制治疗等等。

行为学习理论可以解释和解决许多医学心理学问题。人的个性可以被理解成是一系列习得性行为的综合。例如固执的性格特点可以在儿童期从父母那里经过学习强化而获得多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。开始时孩子一接近动物就给予敲击响器予以人为的恐吓，以后经过反复强化，孩子在白鼠出现时就产生恐惧，再经过泛化使孩子对白色物体也产生恐惧反应。行为主义认为许多恐惧症就是由于这类学习过程而形成的。某些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，人会出现心跳加快血管收缩等内脏行为反应，这种心血管反应在某些条件下可能被错误强化，成为顽固的躯体症状(高血压)。许多不良的生活习惯或行为也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，久而久之，吸烟及饮酒行为被强化，导致烟、酒瘾的形成。一个儿童在课堂里作怪样，老师这种行为就是对这一行为的正强化，久而久之，这个儿童就可能形成捣乱行为习惯。同样，以学习理论为依据，可以通过行为矫正方法来改变不良行为，治疗某些疾病。

但是，前述各种行为理论也存在一定局限性。各种条件反射理论来自动物实验，其他的学习理论也是通过对特定的现象分析的假设。由于自然界影响行为的刺激变量很多，有自然的、社会的、物理的和心理的，产生的行为反应种类也很多，有躯体活动、内脏活动和心理活动，这些反应还受各种躯体其它因素如疲劳、药物、遗传、经验和个性等的影响，因而用上述单一一种理论解释人类复杂的行为显得过于简单了。正因为这样，有人提出了所谓的混合学习模型(mixed learning model)。这种观点认为，人类的行为是上述各种学习模型外加其它许多因素共同作用的结果。例如，经典条件反射使病孩对治疗操作产生害怕，害怕又使病孩回避任何医疗操作形成操作性回避反应，示范作用可协助病孩克服害怕和回避行为等等。这种观点对于我们在医学心理学工作中灵活运用学习理论有指导意义。

第二节 精神分析理论

精神分析理论(psychanalysis)又称心理动力理论，由19世纪末奥地利医生弗洛伊德(Freud S, 1856~1939)所创立。

(一)心理结构

精神分析理论认为人的心理活动可分为三个层次：潜意识、意识和前意识(图2-2)。

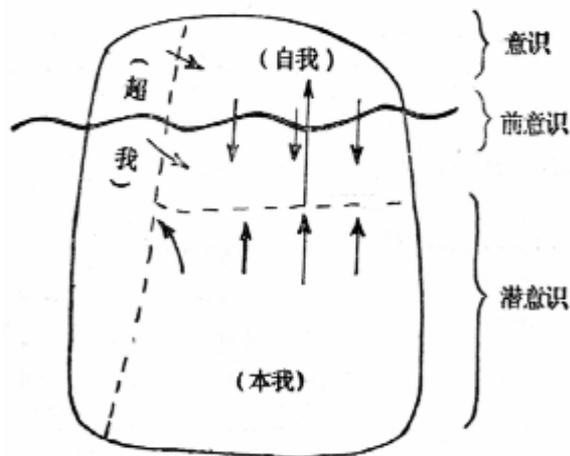


图2-2 精神动力学说人格结构简单示意

意识(conscious)是与语言(即信号系统)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,是图中意识水平面以上的冰山之巅。潜意识(unconscious)是不能被个体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经历等,是图中水平面以下的冰山部分。潜意识的欲望只有经过前意识的审查、认可,才能进入意识。前意识(preconscious)则是介于前两者之间,包括目前不在意识之中而又能被带到意识区域的心理活动和过程,是图中的意识水平面附近部分。

(二)人格理论

精神分析学派有其完整的一套人格理论。他们认为人格由三部分构成:本我(或它我),自我和超我。如图 2—2 所示,本我(id)存在于潜意识的深处,是生物性的本能冲动,主要是性本能和破坏欲等,其中性本能或称为 libido(欲力或原欲)对人格正常发展尤为重要。本我具有要求即刻被满足的倾向,故遵循所谓的“唯乐原则”(pleasure principle)。本我是潜意识的,因而不能被个人所知。自我(ego)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多另一方面,它又要顺应外在的现实环境,以保护个体的安全。所以自我遵循“现实原则”(reality principle)。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(superego)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。超我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、自我和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。他认为一个人的人格形成要经过五个时期,包括口腔期、肛门期、性器期、潜伏期和两性期。在每一个时期都可能发生人格三部分的冲突,解决得不合理就可能产生人格障碍。例如婴儿从初生到一周岁为口腔期,此期个体的快感主要来自口腔的活动,如吮吸、进食。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,但仍可能停留在以口腔活动(如过食行为)来减轻紧张,这被称为口腔期人格。

在弗洛伊德以后出现了各种新精神分析理论,其代表人物有阿德勒(Adler A)、荣格(Jung C)、苏利文(Sullivan HS)、霍尼(Horney K)等。他们保留了弗洛伊德学说中的一些最基本概念如潜意识、潜抑和抵抗等等,同时把文化、社会条件、人际关系等因素考虑进人格理论和治疗原则之中。

(三)精神分析理论的意义和评价

由于人格三部分各遵循不同的行为原则,因而各部分的冲突是精神分析学派在解释和解决某些心身问题时重点要考虑的问题。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)是最基本最重要的自我防御方式(见第三章)。被压抑在潜意识里的心理冲突,在特定条件下可通过某种转换机制以病态的方式表现出来。

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,随之疾病症状也得到缓解。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)等方式造成了病态心理症状(神经症等)。他认为这种潜意识里的心理冲突，只能通过梦境或者通过谈话，由病人在不加任何意识评价的情况下自由联想(free association)才能被发掘出来。一旦这种被压抑着的心理冲突被疏泄出来，病人的症状即可获得缓解。

新精神分析学者亚历山德(Alexander FG, 1934)等更进一步提出，被压抑的心理冲突还可以转换成躯体症状。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，这就是心身疾病。同样，通过分析疏导，将这些潜意识里的心理冲突和痛苦体验挖掘出来可以治疗这些疾病。

由于心理冲突对心身健康关系甚大，因而从预防角度，处理好人格发展过程各个阶段所出现的困难，防止滞留现象，对于保持心身健康，发展和维持健全人格都是非常重要的。

精神分析理论也有严重的缺陷，有关本我、自我、潜意识、Libido 等基础概念都是一些抽象的不可测量的东西，而且它们大多来源于对精神病人的观察，与正常人的情况有较大的区别。特别是老弗洛伊德学说过分强调早期性本能的压抑是人格发展是否健全的主要原因，过分强调潜意识心理冲突的作用，这些都有一定的片面性。

第三节 心理生物学研究方向

自本世纪初至今，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，逐步形成了医学心理学的心理生物学研究方向。心理生物学方向和精神分析学派的心理动力学方向，是心身医学形成和发展过程中的两个主要方向。

心理生物学研究使用包括解剖法、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研究手段，同时也使用心理测量、行为分析和行为记录等心理行为学方法。

(一)心理生物学研究发展概况

与医学心理学关系最大的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的贡献。

早在本世纪 20 年代，著名生理学家 Cannon WB 通过大量的动物生理实验，提出情绪状态对机体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，苏联巴甫洛夫学派进行皮层内脏相关以及后来的皮层内脏病理学研究，表明高级皮层活动对内脏活动有强大影互向，皮层活动障碍可引起胃溃疡病的发展、心血管机能紊乱，体温调节障碍、以及神经精神疾病等等。

30 年代，Selye H 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，这种应变反应利于体内的调整 and 适应，也能够被机体所忍受，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 使用电刺激脑内某些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、发怒和其它生理反应，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，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 HG 等人则经过几十年的实验室与临床观察研究，阐述了心理变量和生物学变量之间的关系，进而强调心理社会因素和生理因素相互作用对健康和疾病有重要意义。由于 Wolff 在实验研究中对心理变量进行定量，所记录的生理病理变化也可以测量，是一种数量化的科学研究，因而这种研究方式成为 50 年代以后心身疾病研究的重要方向。

60 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。70 年代以后，则进一步开展心理社会各因素与健康 and 疾病各有关因素之间更细微的内部联系的研究。

(二) 目前心身关系的心理生物学研究领域

根据心理生物学研究的两方面变量——心理行为变量和躯体各系统、各水平的功能活动变量，可以大致对目前心理生物学研究作三方面归纳。

1. 不同心理变量对生理病理活动的作用 与健康 and 疾病关系最明显的心理方面变量是情绪、个性、行为方式和生活事件。因而目前心理生物学研究也较多反映在这些变量方面。

情绪状态对机体生理病理过程的影响是众所周知的，但要探明哪些情绪会对生理功能有影响和产生什么样的影响则并非易事。例如长期紧张焦虑较之抑郁失助对健康和疾病的影响似乎有所不同，对不同个体的影响也似乎不同，但这种现象的机制尚须有充分的研究数据加以说明。

个性与健康 and 疾病的关系研究已不少，但研究证据特别是数量化证据仍不充分，生理病理机制也不很清楚，而且已有的一些研究结果一致性也不够。例如好斗的个性被认为与高血压的形成有关，但也有报告认为退守防御的个性与高血压有关。

许多行为方式被认为会影响健康，例如酒、烟瘾、缺少运动、A 型行为等，并且已有大量的研究成果，但也尚待更深入的心理生物学研究。

不同的生活事件如工作压力太大和亲人亡故被认为对健康有不同影响，但各种不同性质的事件在致病性方面究竟有何区别，通过什么机制，都还有待深入研究。

2. 心身相关在分子水平上的研究 随着现代分子生物学的进展，心身相关研究的水平也逐渐深入。目前可以将这种研究归纳为三个方面：神经化学方面研究、心理神经内分泌学方面研究和心理神经免疫学方面研究。

神经化学的迅速发展，为心身中介机制提供许多新的证据。神经递质，神经调质和神经激素这三类神经化学物质在心身中介方面起什么作用是一个很有意义的问题。例如 P 物质被认为在安慰剂的止痛中发挥作用，各种神经递质也已被发现与许多心理行为功能失调有关等等。

下丘脑—垂体—激素系统显然是心理因素影响躯体生理病理过程的重要物质基础，但许多研究尚停留在粗糙的水平上。例如抑郁情绪可使部分人皮质醇水平升高，但这种作用的详细机制及结果都有待阐明。其它非脑垂体系统调节的内分泌物质在心身作用中的意义更待研究。

免疫系统功能在心身作用过程中的意义，在近年发展起来的心理神经免疫学领域中得到部分阐明。例如，已有证据证明，心理社会因素通过免疫系统影响健康和疾病的详细过程，可能涉及到下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统、植物性神经系统以及中枢直接与免疫物质的联系等方面。但其深入的研究工作正在进行。

3. 整体观研究 显然,心身关系是一个复杂的系统,各种因素纵横交错,用单一的一种生物过程是难以解释的。目前,许多心理生物学研究仍然坚持以整体观的研究方式,试图阐明各种心理因素是如何通过各种生物学过程的综合作用而影响健康的。其研究视野由宏观的各种社会因素,到个体的不同心理过程,到各系统各器官直至分子水平的躯体功能活动。这种研究符合新的医学模式。但由于本系统之中的许多具体环节尚未被探明,因而整体结果的解释也受影响。目前的心理社会应激研究往往体现了这种研究模式,涉及到社会生活事件(质和量)、个人应对、个性、社会支持、各系统各器官心理生理反应等一系列因素的系统作用过程(见第三章)。

(三)心理生物学研究的意义和评价

心理生物学研究有其突出的优点。它使用严格的实验设计和数理统计,因而能准确揭示心身的奥秘,也便于交流。由于物理、化学、数学等基础学科的发展,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,使心理生物学研究能深入到细胞和分子水平。同时,生物科学本身的发展,如电生理学、神经内分泌学、免疫学、遗传学等的发展,已经为心身关系的心理生物学研究指明了更广阔的前景。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)来解释人的复杂的心理现象和心身关系也有某些局限性。为了克服这一弱点,要注意结合使用其它方法,如结合传统的心理学分析方法,以避免将人的心理活动完全归为生物的和生理的现象,避免用比较低级和局部的规律来解释高级和复杂的心身现象。

第四节 社会学研究

不少人从社会学或社会心理学的角度,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、民族民俗、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,是一个人对一定文化生活的反应。有了社会环境的支持和帮助,个体才有可能保持身心健康。

社会学方向的研究重视各种客观社会变量,跨文化研究是常用的一种手段。例如,对各种移民进行高血压发病率的调查研究,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影响多有的人研究爱斯基摩人对疼痛的反应,发现与一般民族有较大的差异,甚至有相反的结果,这为探讨疼痛的心理生物学本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。

从社会学角度入手,还研究各种社会生活因素与人体健康的关系。近年来许多大样本调查统计研究已证明,人类健康明显地受社会适应不良、都市化、生活节奏加快、紧张单调工作,人际关系紧张,孤独,居住条件差等社会因素的影响,因而需不断寻找认识和对付办法。社会学研究还证明,改善社会环境、提供社会支持、指导社会适应,对许多疾病的治疗、预防和康复都有重要意义。

对社会心理因素进行定量分析,也是近20年的研究重点。目前已发展了不少对社会因素进行定量分析的量表,如生活事件量表和社会支持量表。

与医学心理学有关的社会学理论也很多,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某些社会学问题(如医生、护士与病人相互作用),对提高医疗服务质量也都有指导意义。

第五节 其他有关理论

心理学领域还存在其它许多基本理论和假设,其中许多理论在医学心理学中得到应用。例如,学习记忆的信息论为记忆的神经心理学研究指导了方向多马斯洛的需要层次论在病因心理学和心理卫生方面受到一定的注意多有关情绪学说和希波克拉底的气质学说被心身医学重视;各种智力模型和各种人格理论则在心理测验和心理卫生等课题中被广泛应用。此外,还有存在主义理论、理性情绪理论等等。可以说,普通心理学的各种理论贯穿于医学心理学的全部内容之中。

此外,中医的医学心理学思想也具有实际意义。

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

例如,祖国医学把心理因素归纳为七情,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——病症方论》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、发展的重要作用。

中医在运用四诊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;恶于鍼石者,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,用悲胜怒,喜伤心,用恐胜喜等;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”,即重视精神摄生多也强调“病未治”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!” 中医的医学心理学思想对我们认识心身关系也有重要的指导意义。

第六节 医学心理学研究方法

一、医学心理学研究方法的一般问题

(一)医学心理学研究方法的重要性

任何一门科学，总是要经过收集资料，验证假设，界定概念的系统研究过程而逐渐发展起来。这其中研究方法起了关键的作用。在理论物理学发展之前，人们就已经知道物体从空中落下的速度是由慢渐快的，但我们说这还不是物理学，而是常识。只有在使用演示，记录、计算、推理等方法进行深刻研究，找出自由落体加速度规律以后，人们对这一运动现象的认识才得到升华，成为科学知识。物理学家们以同样的方式逐一研究了自然界各种物体运动规律，经过几百年的努力，终于形成目前相对成熟的运动力学。

就医学心理学而言，它是一门年轻的学科，甚至不妨这样说，还处于科学和常识交融的初始发展阶段。为了促进医学心理学的迅速健康发展，研究方法尤其显得重要，否则，就有可能以常识代替科学，以“常识心理学”代替科学心理学，影响学科的正常发展。

医学心理研究方法的重要性取决于以下几方面：

1. 医学心理学的基础理论薄弱 医学心理学的理论的多样化正好反映了人们对心理实质的认识尚不成熟，同时也使许多基本概念的界定发生混乱。这就给研究工作的方法学问题带来较多的困难。如果不加重视，很可能影响研究的结果。

2. 心理量化的主观性 数量化在科学研究中是必不可少的，但是与某些自然现象不同，许多心理现象的定量并不容易，常常带有主观成贫。这就需要在研究过程中特别注意数量化方面的方法学问题。

3. 医学心理学是涉及多学科的交叉科学 为了探明心身之间的作用规律，在医学心理学研究中常同时涉及社会的、心理的、生物学的等等多学科的有关因素和变量。为了保证研究结果的科学性，需要我们同时掌握这些学科的一些基本研究方法和手段。

(二)影响医学心理学研究结果的有关因素

影响医学心理学研究结果的因素很多，也很复杂，此处就几个主要的影响因素作一讨论。

1. 研究目标不明确 研究某一个问题，首先应提出假说，然后通过实践来验证、修正或推翻这一假设。在医学心理学研究的设计过程中，在初步掌握某一种或一类现象的素材基础上，要考虑这可能是什么样的问题，可能有什么规律，会有什么结果，符合什么理论等，亦即假设，然后才能确定具体的方法，进行有目的的研究和分析，并对假设作出肯定或否定的回答。如果一项研究漫无头绪，瞎子摸象，什么资料都要收集，什么问题都想解决，那么很可能反而得不到理想的结果。这种情况目前在部分初涉医学心理学领域的医护工作者中还是较多见的。

2. 方法运用不当 一定的假设需要一定的研究方法和手段，一定的方法也往往适用于一定的研究领域。在医学心理学研究中由于方法的不当致使结果不可信的例子还是不少见的。

另外，不同的理论基础会有不同的研究方法。例如心理动力理论方面的研究采用心理分析的方法，行为学习理论也有其特殊的方法。这些都是尽人皆知的，但在实际工作中却未必都能引起重视。

3. 主观因素的影响 心理因素的数量化本身带有一定主观性，而且心理因素又特别容易受某些被忽略了的因素的影响。因此，在医学心理学研究中要特别避免研究者和被试双方主观因素对研究结果的影响。研究者的态度、倾向性和期望因素既可影响自己对被试的某些心理行为现象的分析和判断，又可以影响被试者对问卷中问题答案的选择。例如，有人试图证明抑郁情绪对某种疾病有致病作用，当他对病人实施心理调查前，却将这个设想告诉了病人，结果病人由于受期望和归因等主观因素的影响，果然报告有较多的发病前的心理问题。显然这一结果是不可靠的。

目前，医学心理学研究还难以完全避免上述主观因素的影响。正因为这样，我们在实际研究工作中就更应自觉地加以注意。

二、医学心理学研究中的心理行为定量

心理变量的定量相当复杂，这往往使一些医学心理学科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。为了使医学生对此有比较直观的认识，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。

(一) 一般描述

这是现象学的方法，例如咨询门诊的某些个案分析和报告，某些特殊现象的描述，精神分析法和支持疗法的交谈过程，以及各种鉴定语或评语等。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和分析更能被我们所认识。

(二) 间接定量

这是对某些心理变量人为地给以评分，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。实际上，这可以被看成是间接的定量或相对的定量。之所以将测验等类定量方法归于相对定量，是因为对一种心理变量如“兴趣”给以定量时，首先要对该变量的定义、性质等有关因素进行分析，例如什么是兴趣，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如何等，这种分析的本身大部分属于描述。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，首先要考虑其有效性和可靠性，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，一般不宜理解成是“个性”的定量。

(三) 直接定量

这往往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，但是在医学心理学研究领域，这种定量的使用受到一定的限制。

在实际研究中，往往综合使用上述各种定量方法。

三、医学心理学研究方法的种类

根据医学心理学研究的方式方法、对象、时间、场所等，可以大致作一些分类和归纳。根据所使用的手段，可分为观察法、调查法，测验法和实验法；根据所研究的对象多少，可分为个案法和抽样法多根据所研究问题的时间性质，可分为纵向研究和横向研究。

上述分类只是相对而言，仅是为了使读者了解某些研究方法的概况，便于帮助理解医学心理学研究工作的复杂性。在实际工作中，往往综合使用几种方法，或者说实际工作方法中往往包含了下文所列举的多种方法。另外，还要注意各种方法都有优缺点，各有其适宜的对象。为了研究一个具体问题，必须根据问题的性质以及研究者的主观客观条件巧妙地选择其中最恰当的方法。

(一)观察法

观察法又可进一步相对归纳为主观观察和客观观察、自然观察和控制观察、日常观察和临床观察。观察法的优点是可以取得被试不愿意或者没有能够报告的行为数据(除内省法)，缺点是观察的质量很大程度上依赖于观察者的能力。而且，观察活动的本身也可能影响被试的行为表现，使观察结果失真。

1. 主观观察法与客观观察法 主观观察是个人对自身的心理进行观察和分析研究，传统上称为内省法。用内省法进行心理研究是心理学的特殊性质所决定。但这种方法存在较大的局限性，因为只有当事人自己的体验，很难将结果进行验证，推广或相互交流，因而影响了科学的研究。

客观观察是研究者通过对个体或群体的外部行为的观察来分析和掌握其心理活动实质。科学心理学广泛采用客观观察法进行研究。客观观察法要求按严格的客观规律忠实地记，以正确地反映实际情况，并对观察的结果进行科学的分析，用以解释心理实质，这样才能成为一种有用的心理学方法。

客观观察法和主观观察法相互配合，能进一步取长补短，是医学心理学临床研究的重要方式。

2. 自然观察法与控制观察法 自然观察是在自然情景中对个体行为作直接观察分析。例如对某些 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。例如将被试带到统一布置好的情绪气氛环境(或刺激情景)之中，观察记录他们进入情景后的行为活动特点，以分析其心理、行为或生理反应。

自然观察法的优点是不改变个体的自然生活条件，因而其行为反应真实可靠；控制观察法则快速，所得资料容易作横向比较分析，但由于设计的情景容易对被试产生影响，故不易反映真实情况。

3. 日常观察法与临床观察法 日常观察是指对处于正常社会生活中的健康人群进行观察记录并获取资料，临床观察是通过医学临床的观察记录而获取资料。

临床观察法是医学心理学的重要研究手段。例如临床神经心理学可通过对脑局部损伤病人或脑手术病人的行为观察和分析进行研究。变态心理学主要通过临床病人的异常行为的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。

(二)调查法

调查法是通过会谈、访问、座谈或问卷等方式获得资料，加以分析研究。

1. 会谈法 会谈(interview)是研究者与被试者通过面对面交谈,了解被研究者的心理信息,同时观察其在交谈时的行为反应,以补充和验证其自我报告资料。会谈法的效果取决于问题的性质和研究者本身的晤谈技巧(见第七章)。会谈法应用于临床病人,也应用于健康人群,在心理评估、诊断、治疗、咨询、病因学等研究中均广泛被采用。

2. 访问或座谈会 访问或座谈也是重要的调查手段,可以从较大范围内获取有关资料。例如冠心病康复期的心理行为问题可以通过定期访问或与家属座谈进行分析研究。

3. 问卷法 在许多情况下,为了使调查不至于遗漏重要内容,往往事先设计调查表或问卷,供被调查者填写,然后收集问卷对其内容逐条进行分析研究,例如住院病人对护理工作是否满意,哪些满意,哪些不满意等等。问卷调查的质量决定于研究者事先对问题的性质、内容、目的和要求的明确程度,也决定于问卷内容设计的技巧性以及被试的合作程度。例如,问卷中的问题是否反映了所要研究问题的实质,设问的策略是否恰当,对回答的要求是否一致,是否便于统计处理,问题内容是否会引起被调查者的顾虑等等。

调查法简便易行,信息容量大,但特别要注意调查结果的真实程度。另外,对调查资料的分析 and 总结,要坚持科学态度。

(三)心理测验法

目前,心理测验作为一种有效的研究手段在医学心理学中使用越来越普遍,它主要是作为心理或行为变量的一种定量手段。测验法使用经过信度、效度检验的现成的量表,例如人格量表、智力量表、症状量表等等。心理测验种类繁多,必须严格按照心理测量科学规范实施,才能得到科学的结论(见第四章)。

(四)实验法

实验法是对某一变量进行系统的操作,从而研究这种操作对于心理、行为或生理过程的影响规律。实验法通常运用自变量和因变量来说明被操作的环境因素和所观察记录到的心身变化,同时还应严密控制中间变量的影响。

实验法又可分为实验室实验和现场实验。

1. 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,心理紧张刺激和社会情景设计等;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产生影响。现场实验法则可以消除这方面的缺陷。

2. 现场实验 这是在临床工作、学习和其它生活情景中进行的对某一变量进行操作,观察反应变量的方法。临床实验就是现场实验研究之一。临床实验在医学心理学中有重要意义,例如神经心理学通过临床的脑部实验(在脑手术允许下)取得了许多宝贵的资料,Sperry RW 关于割裂脑病人的研究为大脑优势半球说作了重大修正等等。心身医学的许多资料也是通过临床实验法所

取得。许多心身疾病的诊断和分型，以及心身相互作用的研究，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提供了许多便利的条件，为学科的深入发展开拓了广阔的前景。

实验研究的质量很大程度上取决于实验设计，巧妙的设计可以获得意想不到的结果。例如，许多实验结果之所以不可靠，是由于实验对象与对照组未能很好地匹配，受到许多中间变量的干扰，影响到结果的可靠性。

(五) 个案研究与抽样研究

个案研究(case study)是对于单一案例的研究，可以使用观察、交谈、测量和实验等手段。个案法必须重视研究结果对于样本所属整体的普遍意义。个案法常用于少见案例如狼孩、猪孩、无痛儿童的全面、深入和详尽的考察和研究，也可用于某些研究的早期阶段，为进一步的比较严密的大规模研究提供依据。在医学心理学中，研究某些心理干预方法(如行为治疗)对心身功能的影响时，个案研究法更为适用。此时，通常要先对心身功能作一段时间的基础记录，作为心理干预效果的对照判别标准，同时也有利于医生在治疗前对病人的问题性质有更深入的了解，然后才开始个别行为治疗。

抽样研究是针对某一问题进行较大样本的研究。如研究A型行为特征与冠心病的整体关系，这就要对大量的A型行为特征者进行调查并考察其冠心病的发病率或其它心血管指标情况。抽样研究的关键环节是取样的代表性。抽样研究可以使用调查法、心理测量法、实验法或甚至观察法等多种手段。

(六) 纵向研究和横向研究

1. 纵向研究 纵向研究是对同一批对象在一定时期内作连续研究，从而搞清楚问题的源流。根据研究的起点和终点时间可将纵向研究分为前瞻性研究和回顾性研究两种。

(1) 前瞻性研究：这是从现在的研究起点追踪到将来。这一方法具有很高的科学价值，例如对一批A型行为者作综合行为矫正指导，并追踪整个行为矫正程序过程里被试A型行为的改变情况，从而证明这种行为矫正技术的实际效果。可惜，由于目前条件限制过多，前瞻性研究的难度相对较大，在医学心理学实际研究中使用还不很普遍，今后应大力提倡。

(2) 回顾性研究：回顾性研究以现在为终点(结果)，回头追查过去的原因，其所采用的手段通常为交谈，访问、座谈或测验，通过被试或有关人员的回忆，来收集资料和数据，分析和评价过去各种心理社会因素对目前心身状况的影响。这一方法由于条件限制相对较少，目前在医学心理学中应用得很普遍。回顾性研究存在较大的缺陷，被试目前的心身状态会影响对过去资料报告的真实性和准确性。例如，一位患严重疾病者往往将目前的病况归因于自己的过去，结果可能会报告较多的以往生活事件，对事件的严重程度的估计也可能偏高，从而造成了生活事件与现患疾病有关的假阳性结果。

2. 横向研究 横向研究是对相匹配的实验组和对照组被试在同一时间内就有关变量进行比较分析，或者对相同的几组被试分别采用不同的刺激(如心理干预)，以比较各组被试之间反应的差异。

这一研究方法在生物医学中最常被使用，在医学心理学中也是常用的手段。横向研究最关键的影响因素是不同组被试之间的可比性问题。

(姜乾金)

第三章 心理应激

第一节 心理应激总论

一、应激和心理应激概念的发展过程

应激,近 50 年来是一个不断发展着的概念,直至目前仍处于相对不成熟的状态。随着近一、二十年医学心理学中有关心理病因学研究的不断深入,应激的概念也逐渐扩展和转化。

英文 stress 在生理学和医学领域译作应激,心理学领域除了译为应激,也常有人译之为紧张刺激、紧张反应、紧张状态和心理压力等。

加拿大生理学家和医学家塞里(Selye H)在 1936 年首先提出应激概念,他认为这是“由许多有害因素产生的一种综合征”。此后不但生理学、医学而且心理学、社会学、人类学、人类工程学也以此为重要研究课题。由于研究队伍庞杂,立场观点各异,研究工作的侧重点和目的也不同,结果,不同时期和不同领域的应激概念有较大的差异。从文献材料看,大致可归为三类:①把应激看作是机体对有害刺激的反应;②把应激看作是有害环境对有机体的刺激;③把应激看作是机体与环境之间缺乏“适应”的状态。

(一)应激是机体对有害刺激的反应

这是早期医学和生理学界对应激的认识。塞里根据他的研究结果,认为应激是人或动物对其环境要求的反应。个体在伤害性内外环境刺激下,能激发一系列生理学反应。塞里认为这些反应并不取决于引起应激的刺激性质,而是机体对环境刺激所作出防御反应的普遍形式,它的作用在于保护机体,维持其功能的完整性,因而称之为一般适应综合征(general adjustment syndrome, GAS)。塞里发现许多不同的躯体疾病,都出现身体不适,如食欲不佳、体重下降、无力、萎靡不振以及面部病态表情等。经过进一步研究,证明在疾病的机体内有肾上腺增大和颜色变深,胸腺、脾及淋巴结缩小,胃肠道有出血、溃疡等现象。他认为每种疾病都有这种 GAS 的类似反应过程,是一种非特异性的表现。

塞里认为 GAS 包括动员、抵御和衰竭三个阶段:①动员阶段:当机体受到伤害性的刺激之后,会产生生理生化的一系列变化,进行体内动员和防御,这就是动员阶段,也称之为警戒反应期;②抵御阶段:随着肾上腺素分泌增加,出现心率、呼吸加快,血压升高,血糖含量增加等变化,更充分地对付环境刺激的威胁,机体进入抵御阶段,或称之为抵御反应期;③衰竭阶段:如果威胁继续存在,或者机体仍然象存在威胁那样进行反应,抵御持续,久而久之会使适应能力耗尽,机体会被自身的防御力量所损害,于是造成疾病状态,产生所谓适应性疾病。

许多学者都认为塞里的这种论断过于夸大了,并认为非特异性的 GAS 有一定局限性,并不能包括所有的机体在有害刺激作用下的表现。尤其是塞里过分侧重对有害刺激的生理生化反应,而忽略了心理过程的作用,显然是不够全面的。因此人们认为,塞里的应激学说只不过是应激的“生理生化反应理论”或生理应激学说。

(二) 应激是有害环境对机体的刺激

这是把应激看作是机体所处的有害环境刺激，重点是心理社会刺激，也就是根据环境刺激的特性来描述应激。这种环境从某些方面来看带有干扰性和破坏性。这一模式表明，与有环境刺激联系在一起的应激是作为自变量来进行研究的，考虑的是什么刺激的出现可以作为应激的征象。

这种从刺激角度对应激的研究，早期始于心理学界，主要研究影响个体健康的各种心理刺激或社会环境变化，以及对这些刺激变量作质和量的分析，而不是象塞里那样将重点置于生物学因素的研究方面。直至今日，国内外仍有一些人笼统地将心理应激简单地理解成是各种各样有害的社会环境刺激。

(三) 应激是机体与环境之间的相互作用过程

从目前的研究情况来看，前两种看法都不全面，都忽视了人在应激过程中的主动作用，即忽略了心理活动在应激过程中的中介作用。应激实际上是通过人与环境间存在的特定关系发生的。人在生命过程中，不断地产生生理心理的需要，构成人的要求，人必须通过自己的行为来满足这些要求，但人满足这些要求的能力是有限的，当这些要求和满足这些要求的能力不相适应的时候，就出现不平衡。如果不平衡被迅速得到调整，应激可能不出现或很快消除。但如果这种不平衡强烈，持久且机体难以应付，就难免产生应激反应。人们常把这种理论称为应激相互作用理论，后面的图 3—1 可作参考。

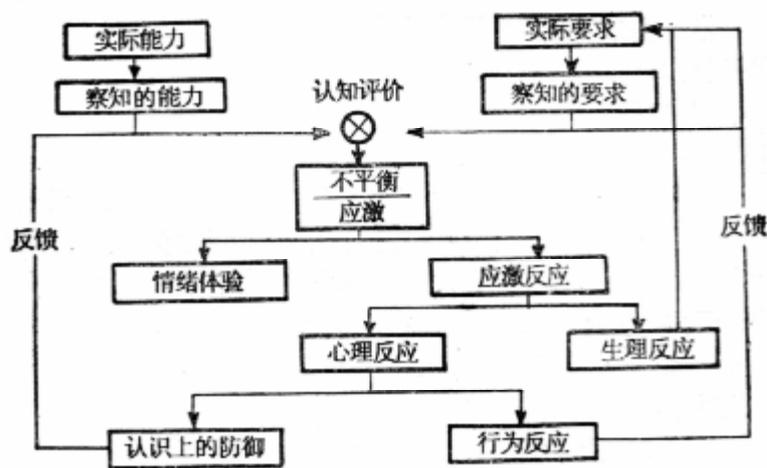


图 3—1 应激的交互作用模式图

二、目前心理应激的定义及其特点

(一) 心理应激的定义

根据上述应激是机体和环境之间相互作用的观点，认知应激学派认为，心理应激(psychological stress)是个体与被个体评价为超过自身资源和可能影响自身健全的环境之间的一种联结。或者进一步定义为：心理应激是个体察知的，需求和满足需求的能力不平衡时，所表现的心身紧张状态。这一定义中的“需求”包括生理方面的，也包括心理，社会方面的，是应激的刺激

因素；这里的“能力”是指个体内部的和外部的资源(如个性特征、应对能力、社会支持程度)；这里的“心身紧张状态”是应激的结果或反应多这里的“察知”是强调个人认知因素在应激过程中的作用。尽管目前尚存在不同的心理应激定义，但上述定义反映了多数研究者的观点。

心理应激有时也称为心理社会应激(psychosocial stress)，或简称应激(stress)，有时也称为心理压力。

(二)目前对心理应激的认识特点

根据上述心理应激定义，综合各种心理应激研究成果，目前人们对心理应激的认识和理解大致包括以下几方面特点：

(1)引起应激的刺激，可以是生物的，也可以是心理社会的。例如外伤、失血、离婚、入院就医、生活目标未达到等。

(2)应激反应可以有生物性反应，也可有心理行为的反应。例如体位性低血压、失眠、精神不振、住院病人的紧张焦虑和抑郁等。

(3)临床调查证明(美国、上海)，社会适应不良和情绪障碍是就医的重要原因，相当多的情况下，实际上可以作为心理应激反应来研究，例如“神经官能症”、失眠、头痛等。

(4)不健康行为(烟、酒、药瘾)常和心理社会压力有关，例如美国贫穷阶层吸毒多，我国的供销人员嗜烟酒多，因而也可以作为心理应激一个侧面来研究。

(5)应激过程与认知因素密切相关，有时后者起关键性的作用。Lazarus 的认知应激理论认为，应激不一定都有实际的原因即外部刺激。他曾作过这样一个实验，将被试分成三组同时看一部电影，内容是一次极严重的工伤事故。看电影前，告诉第一组，这部电影包括人物、流出的血都是假的；告诉第二组、电影里事情是真的，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多而后一组人则明显不同，出现强烈的应激反应。可见同样的刺激或变化，并不都引起同样的应激反应，只是在个体觉察到或者估计到威胁的存在时候，才出现应激。

三、心理应激有关变量及其相互关系

目前在心理应激研究中的变量很多，包括作为应激原因的生活事件，作为应激结果的心理生理反应，以及作为中间或中介影响变量的个人认知评价、应对方式、社会支持、经历和个性等。

许多研究已证明，上述所有应激有关变量与健康 and 疾病都有密切关系，在心理病因学研究中都不能忽略。然而，要在这些变量之间划上清晰的界线，确定它们在心理应激概念中的具体位置(是原因?是结果?是影响因素?)却并非易事。举例来说，Rent 在他的应激著作中将个人评价、应对方式和生理反应都归纳为应激“反应”(response)。虽然评价和应对未尝不是个体对刺激所作出的一种“反应”，甚至寻求社会支持实际上也是一种“反应”，但是这种“泛反应”的划分方法并不利于深入分析应激作用全过程。又例如，Lararus 1984 年曾将除认知评价以外的所有应激反应都归入“应对”(coping)范畴；Andrew 在同一年的一应对量表中则将认知评价也归入“应对”范围。但是这样一来，“应对”就包括了大部分的 反应，甚至应激情况下出现的生理反应

也算是个体的一种“应对”活动。这样一种“泛应对”的划分法显然也不利于应激过程的研究。另外，关于社会支持，除了有人将其部分归入应激“反应”或“应对”方式之中外，许多人又将其看成是应激的“资源”，是应激的一种中间影响变量。

近几年，以 Folkman 为首的研究者在 Lazarus 的认知应激模式基础上，逐渐趋向于将生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、个性特点和心身症状等应激有关变量，分别从“应激源”（或应激刺激）、“中间（介）影响因素”和“应激反应”这三个方面进行认识。由于这些变量之间存在交叉的相关关系，例如不同质的事件，人们会做出不同的认知评价，不同的评价结果又会趋向于采用不同的应对方式，从而也会有不同的反应结果，因而 Folkman 还主张必须用个体内部分析的方法 (intra individual analyses) 来分别研究和认识这些应激变量之间的关系。上述关于应激各变量之间关系的认识与认知行为理论的 S-O-R (见第二章) 模式有类似性，本章后述内容就是按这种思维方式作出安排。

第二节 应激源(生活事件)

应激源(stressors)就是指那些能引起应激的各种刺激物。人在自然界生存，又在社会环境中活动，无数自然和社会的变化，其中包括自身生理和心理的变化，都可以作为应激源而引起应激。在人类的应激源中?有来自自然环境的冷热、寒暑、干燥、潮湿、风雨雷电等，也有来自体内的激素、酶和血液成分的改变等。而当今世界上更大量的是来自心理社会的变化，许多心理社会因素都可以引起应激。因此，目前在心理应激研究领域，应激源是以生活事件(life events)作为研究中心的。不过目前实际研究中的生活事件除了心理、社会和环境刺激外，已经包括了躯体生理病理变化过程，如分娩，患病等，因而在许多医学心理学文献中，往往将生活事件和应激源作为同义语来看待。

一、生活事件的分类

(一)按事件的内容分类

根据国内外的资料，生活事件按其内容主要包括如下几个方面：

1. 工作情景和工作变化 现代化的工作环境往往具有紧张性。机器运转，马达轰鸣，尘雾弥漫的厂房、车间、矿井，其本身就具有很强的紧张性，可以使人产生不同程度的应激。这样的环境，当然对健康不利。如长期处于 80dB 噪音下，会使需要精确感知和高速度、高精度的操作能力下降，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状增多，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。两组受试者分别由不易紧张和容易紧张的工人组成，工作时都伴有 94~104dB 的高噪音。结果发现，高度紧张的工作情景，即使是不易紧张的工人组，其儿茶酚胺水平也升高，在两组之间经统计检验无显著性差异。说明在高度紧张和高噪音刺激的条件下，即使不易紧张的人，也会处于高度紧张的状态。

Johnson 还证明，长期处于紧张和注意力高度集中者，容易患胃溃疡，忧郁症。

个人的工作变动，如离退休、调动、转业、就业等因素，有时也成为心理应激的来源。

2. 社会、文化、地理、环境的变化 农业的现代化、机械化以及城镇建设的迅速发展，工业的比重的扩大，使大批农民转移到城市，他们由于对生活和工作急剧变化不适应，而易产生应激。此外，大量炎黄子孙到国外去开拓或谋生，由于社会环境、风俗习惯、生活条件、文化水平，乃至语言文字的急骤变化，也是应激的重要原因。Prior(1977)曾研究一组移民的血压，发现社会环境的变化，会使高血压的发病率升高。病人住院也是一种环境改变。因为治疗需要，必须从他长期生活的熟悉环境转移到陌生而又使人害怕的医院，这两者之间的差距，往往不被人所注意，但确是应激的原因。

3. 婚姻、家庭和生活环境 家庭生活是人生的基础部分，婚姻变化、家庭矛盾、子女问题，以及居住条件等因素也能成为应激源。

4. 亲友亡故 丧失亲人、朋友，特别是丧偶被看成是重要的一类生活事件或应激源。

5. 人际关系 在社会生活中人与人关系经常影响情绪与身心健康。例如与领导、同事、邻里、朋友之间意见矛盾，相互冲突，也会随着程度的增加产生心理上的压力。

6. 经济条件变化 经济条件直接影响一个人的生活，也间接影响他的地位。当一个财源拮据的人，突然因为天灾人祸不得不负债，或者因伤病住院费用有困难，这种经济上问题往往也是心理应激的重要原因。

7. 健康问题 外伤、疾病，以及睡眠障碍、性功能障碍等健康问题是常见的应激源。

8. 自我实现方面问题 一个人在事业或学业上的失败或涉及案情、被审查、被判被罚等都是重要的应激源。相反，事业上的突然成功，或者立功受奖、晋升晋级等因素，有时也具有应激源性质。

总之，生活事件内容很广，许多事件相互牵扯交织，因而要作正确的分类实属不易。上面几类仅是从现象学角度对生活事件内容所进行的归并。

(二)按事件的主观和客观性质划分

在研究生活事件过程中可以发现，有些事件是其他人都能体验得到且基本属于外来刺激的作用，例如天灾人祸，经济损失、工作调动等等。这些称为客观事件(objective events)。但也有一些事件主要是当事人主观因素与外界因素相互作用的产物，例如人际矛盾、事业不遂等，不容易被其他人明确观察或体验得到。这些称为主观事件(subjective events)。对客观事件的研究，其信度较高；主观事件因受其他因素影响较大，报告的准确率也较低，故信度较低(Sobell, 1990)。关于这一点，在搞具体研究时必须加以注意。当然，主观和客观事件之间也不存在明显的界限，许多事件既有客观性，又有主观性。

(三)按事件对个体的影响划分

目前对生活事件的研究，包括了所有人类的内外环境变化。从个体体验来说，有些事件具有明显的厌恶和不愉快性质，如亲人死亡；有的事件有明显的积极意义，例如受奖、结婚。因此两者的心理应激反应可能也不同。不过许多研究同样证明，这里面没有明显的界线。一些在常人看来是积极的事件，在某些当事人身上同样出现消极的反应，例如有的人因为结婚“事件”出现了心身障碍。因此，目前关于生活事件性质的认定，一般以当事人个人判断作为依据：凡个人认为

对自己的心身健康产生消极作用的不愉快事件，称之为负性生活事件(negative events)，凡个人认为对自己的心身健康有积极作用的愉快事件为正性事件(positive events)。

二、生活事件与健康 and 疾病的关系

历史上有大量的病案和史料证明，生活事件可以引起个体的应激反应，且常常诱发许多疾病。1967年霍姆斯(Holmes)和雷赫(Rahe)第一次以定量方法研究生活事件与健康的关系，结果发现一年内生活事件单位(LCU)的总和如果超过一定值，第二年的健康受影响的可能性增大。其他一些研究也证明了类似的结果。此后，大量研究者致力于生活事件与健康关系的研究，包括生活事件的性质、种类、持续时间等因素与各种健康和疾病情况如神经症、躯体疾病和心身症状之间的可能联系，成为心理应激研究最先活跃起来的领域。

我国科学工作者在心理社会因素与疾病关系方面也进行了许多工作，北京医科大学曾对北京市 10,000 多人进行调查；中国科学院心理研究所和北京医科大学协作，对钢铁工人也进行了调查。结果发现有三种刺激因素对疾病发生的影响最大，它们是：

(1)在较紧张的学习或工作中，伴随不愉快的情绪，容易得病。如果心情愉快，虽然学习或工作很紧张，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。这与上述结果相一致。

三、生活事件的定量研究

由于生活事件错综复杂，对其进行科学的定量始终是学术界追求的目标。霍姆斯和雷赫于 1967 年编制的社会再适应评定量表(social readjustment rating scale, SRRS)，将不同类型的生活事件标以不同的生活事件单位(Life change units, LCU)，用于检测个体所受到的心理社会刺激的强度(表 3—1)。这个量表很快被传到世界上许多国家。国内张明圆等也于 1987 年以类似的方法制订了生活事件量表 LES(参阅第四章)。

然而，国内外许多研究者也逐渐发现，这种客观定标的生活事件单位与疾病的相关程度较低，有的研究还证明没有相关。雷赫认为其原因是生活事件是引起疾病的危险因素，类似血清胆固醇升高对于冠心病之发作，没有必然的影响。也有的研究者对这种客观规定某一生活事件的应激强度标准表示怀疑，例如父母死亡对于不同人，完全有理由产生不同的反应，其中原因全在于个人主观上的认识。因而，许多根据被试者自己估计应激强度的生活事件量表开始出现，并已成为目前最有影响的生活事件研究方法。在这些量表中，不论什么生活事件，一概由被试本人按事件对自己的影响程度，以一定的等分制估分，一般有 5、7 或 10 等分制。另一些作者由于注意到生活事件的正、负性质，因而某些量表还要求被试对每一事件作出正、负估分。结果，上述方式获得的生活事件量分，其中特别是负性生活事件分，与健康 and 疾病的相关性有明显提高。国内近年也

已有这一类生活事件量表出现。

表 3-1 社会再适应量表(SRRS)

等级	生活事条	LCU	等级	生活事条	LCU
1	配偶死亡	100	22	职别改变	29
2	离 婚	73	23	子女离家	29
3	夫妇分居	65	24	姻亲纠纷	29
4	坐 牢	63	25	个人取得显著成就	28
5	亲密家庭成员丧亡	63	26	配偶参加或停止工作	26
6	个人受伤或患病	53	27	入学和毕业	26
7	结 婚	50	28	生活条件变化	25
8	被 解 雇	47	29	个人习惯改变	24
9	复 婚	45	30	与上级矛盾	23
10	退 休	45	31	工作时间或条件的变化	20
11	家庭成员健康的变化	44	32	迁 居	20
12	妊 娠	40	33	转 学	20
13	性功能障碍	39	34	消遣娱乐的变化	19
14	增加新的家庭成员(如出生、过继、老人迁入)	39	35	宗教活动的变化	19
15	调换工作岗位	39	36	社会活动变化	18
16	经济状态的变化(比通常更好或更坏)	38	37	少量负债	17
17	好友丧亡	37	38	睡眠习惯改变	16
18	改行(工作)	36	39	生活在一起的家庭人数变化	16
19	夫妻多次吵架	35	40	饮食习惯改变	15
20	中等负债(如平房或贸易)	31	41	休 假	13
21	取消赎回抵押品	30	42	圣 诞 节	12
			43	微小违法行为(如违章穿过马路)	11

自我估分法也存在一些问题,例如对主观事件的自我估分其信度较低,心情好时对负性事件估分可能偏低,心情差时估分偏高。另外,不论上述定标计分或自我估分方法,由于条目过细,都存在重复计分的问题,例如量表中夫妻不和、夫妻分居、爱人有外遇、离婚等几项事件,可能会被当事人全部选勾或估分,也可能只选其中一项。因此,目前一些作者在进行生活事件调查时使用归类的方法,如分为7类、13类等,试图避免同一事件的重复计分多也有一些作者仍然采用对具体事件的分析研究而不使用量表方法。

第三节 心理应激中介(间)变量

一、认知评价

所谓评价(evaluation或appreciation)是指个体从自己的角度对遇到的生活事件的性质、程度和可能的危害情况作出估计。对事件的认知评价直接影响个体的应对活动和心身反应,因而是生活事件是否会造成个体应激反应的关键中间因素之一。上一节提及以客观计分标准研究生活事件和心身健康关系所存在的问题,其原因之一就是未考虑个人对事件的真实评价。

Folkman和Lazarus(1984)将个体对生活事件的认知评价过程分为两步:初级评价和次级评价

(和再评级)。初级评价是个体在某一事件发生时立即通过认知活动判断其是否与自己有利害关系。一旦得到有关系的判断，个体立即会对事件的是否可以改变即对个人的能力作出估价，这就是再评价。伴随着再评价，个体会同时进行相应的应对活动：如再评价事件是可以改变的，采用的往往是问题关注应对；如再评价为不可改变，则往往采用情绪关注应对。

正如上一节所指出，个体的认知评价活动对主观事件的影响较大，对客观事件则影响相对较小。Folkman 等曾对认知评价活动进行过定量研究。目前一些自我估分的生活事件量表，实际上已部分结合进个人认知评价因素。

二、防御与应对

(一)心理防御机制

心理防御机制(defense mechanism)是精神分析理论的概念，它被认为是一种潜意识的心理保护机制。当个体潜意识中本我的欲望与客观实际条件出现矛盾而造成潜意识心理冲突时，个体会出现焦虑反应，而心理防御机制则起到减轻焦虑的作用。

根据精神分析理论，心理防御机制是许多变态心理的发生基础。因此，按心理防御机制与心理疾病的密切程度，可分为：①精神病性防御机制，如否认、曲解、外射等，这些机制常被精神病人极端地使用；②神经症性防御机制，如合理化、反向作用、转移、隔离等，这些机制常被神经症病人极端采用；③不成熟型防御机制，如退行、幻想、内射等，多发生于幼儿时期，但也被成年人所采用；④成熟型防御机制，如幽默、升华、压抑等，是一些较有效的心理防御机制。

正常人也经常暂时性地使用各种心理防御机制，尽管是潜意识的，但这有助于缓解焦虑反应，因而是一种心理保护机制，在某些情况下能减轻心理应激反应。

心理应激理论与精神分析理论本来不属同一范畴，但由于“应激”过程也产生焦虑反应，更出于应激理论中的应对与精神分析理论中的心理防御机制易被混淆，故本节在介绍应对机制之前，先穿插介绍几种常被采用的心理防御机制。

1. 否认(denial) 这是一种比较原始的简单的心理防御机制，是指对某些客观现实的不承认，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，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，以免使诊断和治疗受到干扰。

2. 合理化(rationalization) 又称文饰作用，酸葡萄机制。这是指一个人遭受挫折，或者无法达到自己追求的目标，或者做错了事，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，甚至有时十分荒谬可笑，但本人却据此说服自己，从而免除精神上的苦恼。合理化有许多形式，酸葡萄心理和甜柠檬心理是最典型的两种。伊索寓言说一只爱吃葡萄的狐狸，发现葡萄架上挂满了葡萄，很想摘下来吃，但又够不着，狐狸不承认自己没能力吃上葡萄，反说葡萄是酸的，自己根本不想吃。这就是酸葡萄心理。又如自己的孩子天资差，则说“傻有傻福”；钱被人偷去了，又说“财去人安”等等。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，以此减轻或平息内心的欲望和不安，达到自我安慰的目的。

3. 升华(sublimation) 是把不容易实现的欲望，经过改头换面，指向比较高尚的目标和方向。例如考场落榜，情场失意，如坚持自己的强烈需求，势必要触犯社会，产生不良后果，为大家所不容，但如能将这些欲望引导到更高的层次，例如科学的创造发明，文学艺术活动等等，既使自己欲望得到满足，又有益于社会 and 他人。这就是升华。这是最有积极意义和建设性的防御机制。

4. 幽默(humor) 这也是一种积极的心理防御形式。一个人遭到挫折，处于尴尬的境地，常以笑或说俏皮话等办法进行自我解嘲，使自己摆脱困境，维持心理上'的稳定。据说大哲学家苏格拉底有位脾气暴躁的夫人，一次苏格拉底正在与一群学生谈论学术问题，听到夫人的叫骂声，接着又提桶水过来，往他头上浇下来，使他像只落汤鸡，使在场的人和他自己都十分难堪。可是他却只轻轻一笑说：“我早知道，打雷之后一定会下雨”。经他用这样幽默的行为和语言，就把情况给转化了，使大家心理上都感到安宁。一些比较有修养的人，在一定的场合，常常会利用这样的方法，将困难或窘迫一转而成轻松和自然。许多国家领导人在外交场合或者回答记者问题时，也经常采用这种办法使自己摆脱困境。

5. 压抑(repression) 压抑是把一些不能忍受或者使自己感到痛苦的冲动、情感体验排斥于个人意识之外，最简单的例子就是人们常把自己不愉快的经历或见不得人的遭遇“遗忘”，一些众所周知的事，偏偏忘记，似乎未曾发生。这种“不记得”和因时间过久而发生的自然遗忘不同，并未真正消失，而是转入了潜意识境界，从而避免因提到此事而引起痛苦。当然，这不一定有效，也无助于实际问题的解决。从心理治疗的角度看，应该帮助病人将其挖掘和渲泄出来，才有益于身心健康。

6. 反向(reaction) 这是用“矫往过正”的形式处理一些不被允许的念头和行为。内心的某种欲望或者真实的想法，由于社会道德规范或者国家法制的限制，不允许表达，只能尽力伪装加以控制。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的做法去掩盖自己的本意，以免失控而产生不良后果。反向机制容易在某些神经症病人中表现出来，有的病人怕自己会杀人，因此见到刀剪之类的锐器，就会紧张不安，唯恐自己失控而致人于死。一些自信心很差的病人，常有这种反向机制。

7. 转移(displacement) 当一个人对某一对象的情绪、欲望或态度，限于理智和社会的制约时，在潜意识中把它们转移到另一个可替代的对象身上。像“迁怒”就是其中的一种，丈夫在外受气，回家打妻子，妻子打孩子，孩子打小花猫，因为愤怒和不满被转移，使心境得到一定的平息。

8. 退化(regression) 当人遭遇挫折时，有时会放弃成人方式，而恢复早期幼稚的方式应付环境变化或满足自己的欲望。这就是所谓的退化。成年人在疼痛难忍时会失声喊叫“妈呀”，这就是运用小孩的方式对付疼痛，是一种退行的现象。从心理学的观点看，退化主要是为争取别人的同情、帮助和照顾，以减轻心理上的压力和痛苦。有些病人在经过死里逃生的周折之后，从医学观点看，身体已经复原，但病人不愿出院，这是因为在经受重大挫折之后，害怕再负起成人的责任以及随之而来的恐惧与不安，而退化成孩子般的依赖。

(二)应对

应对(coping)的定义目前仍未统一。Fol kman(1986)所下的定义是：个体在处理来自内部或

外部的、超过自身资源负担的生活事件时所作出的认知和行为的努力。根据这一定义以及从国外目前许多应对量表内容来看,应对活动是一种意识性的心理策略和行为策略,因而与心理防御机制概念有根本的不同。然而,这两者也存在内部的联系。一方面,心理防御机制虽然被定义为是潜意识的,但许多防御机制仍可部分地被有意识的使用,也可通过有意识的训练成为习惯行为反应,例如否认、升华、转移等多另一方面,许多心理防御机制也表现出外显行为活动方式,是可以被观察的。所以目前应对量表中也包含许多心理防御性质的条目。

应对机制的直接目标是解决生活事件和减轻事件对个体自身的影响,具有缓冲应激的作用(但有时也会相反),因而被认为是应激事件和心身反应的主要中介因素。同时,个人应对方式本身也受认知评价、社会支持、个性特征和经验等许多因素的影响。

目前国外的应对研究多为所谓的过程研究(process approach)即研究具体生活事件作用过程中个体采用了哪些应对策略,以及这些应对策略对应激结果(即心身健康)的影响。过程性研究将应对活动分成许多种类,但由于各位作者的方法和对象不同,分类非常不统一。其中 Folkman 和 Lazarus 1980 年编制,1985 年修订的应对量表(Ways of Coping)分为 8 类(即 8 个主成分):对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和再评。这 8 类又分别划归为问题关注应对(problem-focused coping)和情绪关注应对(emotion-focused coping)两大类。前者指直接解决事件或改变情景的应对活动,后者指解决自身情绪反应的应对活动。其它一些量表如 Feifel (1986)的医学应对量表(MCMQ),适用于临床病人的应对水平的研究,其中分为面对、回避、顺受 3 类应对方式。目前国内尚无成熟的应对量表。

根据过程性研究,各类应对方式在不同的事件和不同的个体中,对应激结果即心身反应的影响并不一致。也就是说,一种应对方式例如回避,在某一事件中可减轻应激反应,而在另一事件中也可能反而增加应激反应。故这种应对研究必须在特定的事件中进行。

另一种应对研究所关心的不是过程,而是个人的特质性应对或应对风格(coping styles or traits)。这是指在个体内部存在某些相对稳定的、具有习惯化倾向的应对方式或风格。这方面研究较少,但答案是肯定的。例如,日常生活中某些人习惯于幽默,而有些人习惯于回避(饮酒消愁就是一种)。姜乾金(1992)使用因素分析方法,将常见的 16 种习惯性应对方式成功地分为消极和积极两类,其中消极应对具有增加应激反应的作用(参见第四章)。

有关应对的研究是目前心理应激研究中很活跃的一个领域。

三、社会支持

社会支持(Social support)又称社会网络,是指一个人与社会联系的密切程度和质量,具有减轻应激的作用,是应激作用过程中个体“可利用的外部资源”。

有证据表明,幼年生活中的严重情绪剥夺,可产生某些神经内分泌的变化,如 ACTH 及生长激素不足等。Brown(1976)指出,妇女若与他人有密切的信赖关系,不大可能患精神疾病。近年来,许多定量研究证明,社会支持与应激事件引起的心身反应成负相关。社会支持对健康的保护作用的机制目前有两种解释(Cohen S, 1985):①“干预应激”作用,即只有在个体处于应激状况下,社会支持才能发挥降低应激反应的作用;②“普遍影响”作用,即社会支持通过对其他许

多因素的广泛而良好的影响,促进个体的健康。Blumenthal (1987)证明,社会支持能改善 A 型行为者的冠心病临床过程,但对 B 型行为者则无意义。这一结果支持了上述第一种解释。

社会支持由于涉及面广,一般以多维度进行分类。例如可分为主观支持(即个人自我感觉获得别人支持的程度)、客观支持(即个人实际上与他人联系的数量情况)和个人利用度(指个体在遇到生活事件时能够利用别人的支持帮助程度)(肖水源,1987);也可分为家庭支持、朋友支持和其他人支持(Blumenthal,1987);或分为情绪支持、归属支持和实质支持(Wilcox,1982),等等。

社会支持量表种类不少,例如 Sarason 的 SSQ,Blumenthal 的 PSSS(参见第四章)和 Wilcox 的 SSI 等,但国内成熟的不多。

四、其他中间因素

(一)个性特征

个性特征影响个人的认知评价和应对方式,也影响社会支持的获得,因而也是心理应激研究中的中间变量。例如 Kobasa(1979)证明,诸如对自身的赞同、对环境的旺盛态度、正确的信念和内部控制力等人格特征与应激的心身反应成负相关;又如 A 型行为者更多地采用面对问题的应对方式,从而影响应激结果多再如 EPQ 低 E 分和高 N 分者,其消极应对活动占优势(姜乾金,1987)。

(二)遗传素质

许多人存在心理上的和躯体上的脆弱性,这会影响对应激源的评价,影响应对方式,以及在应激刺激作用下容易出现心理反应或躯体反应。例如有的人因存在抑郁倾向,受刺激易出现抑郁反应;特质性焦虑(trait anxiety)者遇生活事件易产生焦虑;高胃蛋白酶血症者,在应激刺激下易发生溃疡病,等等。在心理应激研究中,不能不考虑个体素质因素的影响。

(三)年龄、性别、健康状况

年龄、性别和身体健康水平以及其它不少因素也都影响应激作用过程,从而一定程度上属于心理应激的中间变量。例如健康不佳的人,对应激事件的评价、应对和耐受力等都可能不同于健康者。临床工作中更应注意到这一点。

第四节 心理应激反应

心理应激反应是以整体的方式发生的,既包括生理的,也包括心理行为的,实际上它们互相影响,很难分开。因而在心理应激研究中,通常使用躯体症状、疾病或 SCL 90(参见第四章)量分等作为心理应激反应的整体效度指标。本节为了便于叙述,将心理应激反应分成心理反应、行为反应和生理反应三个方面。

一、应激的心理反应

一个人在应激时产生什么样的心理反应以及其强度如何,要受许多因素影响,差别很大。这

里介绍几种常见的心理反应。

(一)焦虑

焦虑(anxiety)在应激反应中最常出现, 主要指状态焦虑(state anxiety)。人在考试前、接受医生检查前或等待一次重要会见, 常会出现这种体验。这是人们对即将来临的, 预期会出现不良后果的事物所表现出的复杂情绪状态, 包含着恐惧和担心。焦虑反应可以产生积极的和消极的两方面影响。由于有这种反应, 人们会努力避开引起焦虑的不利情况, 积极参加能减轻焦虑的活动, 因此这是一种保护性反应。但如果焦虑过度或者不适当, 甚至无明显原因也焦虑, 这就成为有害的心理反应。

(二)恐惧

恐惧(fear)是一种预期将要受到伤害或威胁生命的情绪反应, 极不愉快, 同时交感神经兴奋, 肾上腺髓质分泌增加, 全身动员, 往往能感受到自己的危险处境, 但是没有战胜的能力(信心), 因此, 只有回避或逃跑。过强的和持久的恐惧, 显然会对人产生不利的影晌。

(三)抑郁

抑郁(depression)是指情绪低落, 丧失愉快感, 悲观, 缺乏兴趣, 自我评价降低, 睡眠与饮食障碍, 自觉不适等, 常由于亲人丧亡、失恋、失学、失业、遭受重大挫折和长期病痛等原因而引起。抑郁也常与人的素质有关, 中年以后容易发生, 也比较持久, 尤其是中年以后不得志, 抑郁就可能发生。抑郁有时还能导致自杀, 故对有这种情绪的人应深入了解有无消极厌世观念, 并采取适当措施加以预防。

(四)愤怒

由于有目的的活动受到阻碍, 自尊心受到打击, 为排除阻碍或恢复自尊, 常可激起愤怒(anger)。愤怒时交感神经兴奋, 肾上腺分泌增加, 因而心跳加快, 血液重新分布, 支气管扩张, 肝糖原分解, 并多伴随攻击性行为。病人的愤怒反应往往成为医患关系紧张的一种原因。

此外, 在应激情况下, 个体的认知能力或甚至自我意识也可相应发生某些改变, 例如判断力下降、注意力不能集中、社会适应力下降, 以及自信心下降等。

二、应激的行为反应

伴随应激的心理反应, 个体在外显行为上也可发生某些变化。在医疗过程, 对于处在应激状态下的某些病人, 我们从心理应激反应的角度认识他们的一些行为改变是很有必要的。

(一)依赖

依赖(dependence)是积极探索的反面。个体表现行为退化, 事事处处要别人帮助, 自己不想努力。依赖行为在某些长期卧床的病人身上常可见到。根据行为学习理论, 退化行为往往是在负性刺激(即应激刺激)下, 经过负强化形式而逐渐形成的一种行为反应。

(二)躁动

躁动(restlessness)的心理基础是焦虑、恐惧等。应激刺激下许多人表现活动增加、坐立不安, 严重者可出现轻躁狂(hypomania), 在部分心肌梗塞病人中也可见到。

(三)攻击或敌对、

攻击(attack)或敌对(hostility)的心理基础往往是愤怒。在某些应激刺激下,个体会以攻击方式作出反应。攻击的对象可以是人或物,可以针对别人也可针对自己。例如某些临床病人表现不肯服药或表现其它自损自伤行为,包括自己拔掉输液管等等。

(四)失助

失助(helplessness)是一种无能为力、无所适从、听天由命、被动挨打的行为状态。通常是在经过反复应对不能奏效,感到对情景无法控制时产生,其心理基础包含了一定的抑郁成分。失助使人不去主动摆脱不利的情境,从而对个体造成损害性影响,故必须加以引导和矫正。

(五)其它转换行为

某些人在应激情况下会习惯地以饮酒,吸烟或服药的方式作出反立。因此,在矫正不良行为时(见第五,八章),有时要注意这些行为反应是否与应激有关,从而利于正确地实施干预。实际上,在应激研究中,这些转换行为反应同时也被作为应对活动来认识。

三, 应激的生理反应

心理应激刺激通过以下三个途径影响生理功能。

(一)心理-神经中介机制

机体生理机能的主要调节者是神经系统,根据 Hess 与 Fiely 提出的概念,认为各种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。这两个系统的兴奋效应可见于表 3—2。

通常这两个反应系统在生理范围内互相协调,保持机体的正常功能。当应激时,非特应系统

表 3—2 非特应系统与向营养性系统的兴奋效应

	非特应系统(递质: NE, DA)	向营养性系统(递质: 5-HT, Ach)
植物神经效应	交感神经活动加强,包括: 心率增加、心输出量增加、汗腺分泌、瞳孔扩大、胃肠运动和分泌减少	副交感神经活动加强,包括: 心率降低、血压降低、汗腺分泌停止、瞳孔缩小、胃肠运动和分泌增加。
躯体效应	包括: EEG去同步、肌张力增强、提高分解代谢与其有关激素分泌(肾上腺素、去甲肾上腺素、皮质醇、甲状腺素、生长素、抗利尿素等)	包括: EEG同步、肌张力降低、促进合成代谢与其有关激素分泌(胰岛素、性激素等)
行为效应	包括: 觉醒、警戒、情绪反应和活动加强	包括: 减少活动、瞌睡、睡眠。

兴奋性加强,向营养性系统兴奋性相对减弱,同时引起一系列脏器的相应活动变化。如果应激源过强或持久存在,则可造成这两个系统平衡的失调,进而可导致疾病。

(二)心理-神经-内分泌中介机制

内分泌系统也是机体的重要调节机构,它一方面受神经系统控制,也接受激素自身的反馈调节,从而使机体的生理机能保持相对恒定。发生应激时,内分泌也会出现相应的改变,导致生理活动的变化。

应激反应的早期,由于交感神经活动增强和肾上腺髓质分泌儿茶酚胺增加,在它们协同作用下,使非特应系统兴奋效应加强,体力迅速得到补充,这样机体可以从容应付所面临的问题。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,则肾上腺皮质系统也会参与活动。经过中枢神经系统加工的信息,传送到下丘脑,引起促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)分泌,通过脑垂体门脉系统作用于腺垂体,促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可的松,从而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。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)的增高得到反映。

实验还证明,在应激状态下,分解代谢类激素如皮质激素、肾上腺髓质激素和甲状腺素等水平升高;而胰岛素、睾丸素等合成代谢类激素水平下降。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,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。而恢复阶段,内分泌成分和含量又和机体的恢复相适应。

(三)心理-神经-免疫中介机制

近年来的研究还表明应激对免疫系统的功能有显著的影响。一般认为短时而不太强烈的应激不影响或略增强免疫功能。而长期较强的应激会损害下丘脑,造成皮质激素分泌过多,同时还可发现胸腺和淋巴组织退化萎缩,抗体反应抑制,巨噬细胞活动能力下降,嗜酸至细胞减少和抑制中性白细胞向炎症部位移动等一系列变化,从而导致免疫功能的下降。例如,1977年Bartrop等人对澳大利亚一次火车失事死亡者的配偶进行了研究,发现失事者丧亡后第5周,这些配偶的淋巴细胞功能抑制十分显著,比对照组低10倍。又如1975年,Riley用老鼠先接触能引起乳房肿瘤的Bittner病毒,然后分成两组,一组生活于强烈应激的拥挤环境中,另一组不予应激刺激,结果前者发生肿瘤者为92%,后者仅7%。

心理应激的生理反应在心身疾病的发病学中具有重要的理论意义。这将在第六章作进一步讨论。

第五节 心理应激的控制原则

人们在日常生活中,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。实际上这种所谓的紧张、压力就是心理应激,在它的推动下,促使人们更好地工作或学习,因而具有积极意义。但是,在许多情况下一些过强或持久的紧张或压力,往往对人的身心健康起干扰和妨碍作用,必须加以防止或者加以控制。心理应激的控制原则应根据心理应激所涉及的各种因素而制订,这对于临床工作中如何帮助处于心理应激状态下的病人,以及在日常生活中如何帮助处于应激状态下的个体都有重要的指导意义。

(一) 消除应激源

应激源是引起应激的原因,如能从根本上消除原因,当然是最理想的控制应激办法。一些国家近年来通过心理社会环境的改造、生活方式的改变、行为类型的纠正等措施,从应激源角度控制应激的发生,从而一定程度降低了曾逐渐上升的冠心病发病率。这样的事实,充分说明消除应激源对控制应激所具有的意义。

人在当今社会环境中生活,应激源比比皆是,想用完全消除应激源的办法来防止心理应激是

无法做到的，也是无益于心身健康的。但是，如果用回避或逃避(avoidance or escape)的办法，也还是可以防止或减少某些心理应激的发生。例如发生争吵时，一方暂时离开现场；又如年老体弱的人，避免参加亲友的遗体告别仪式等。这样可以避免势必要出现的心理应激，并且可以防止由此而产生进一步的心身损害。

另外，对于主观事件，也可以通过帮助当事人改变价值观念，改变评价方式等途径加以消除。

(二)改善应对水平

如果人们能提高对应激的积极应对水平，自然也就能控制应激和缓解由此而引起的不良反应。一个人的积极应对水平，和他对事物所采取的态度和所具有的信念有密切的关系。精神世界充实，乐观而有旺盛进取心的人，往往会有效地处理各种紧张情境；一个具有明确奋斗目标的人，在挫折或紧张的场合，会更快地恢复心理上的平衡。作为人的态度和信念，不是一朝一夕的产物，是长期在社会生活中受家庭、学校、社会教育的影响而逐渐形成的，形成之后，也不容易改变。因此从小就应该注意这方面的培养。

在提高自身应对水平的同时，正确地估计自己的应对能力也十分重要。如果对自己应对能力估计过低，会使人看不清光明的前景；如果对自己估计过高，又容易使人遭受挫折，而导致失望，抑郁和沮丧，也不利于对应激作出正确的反应。

此外，通过应对技巧指导也有助于提高当事人的应对能力，降低或消除应激反应。

(三)寻求支持

从组织、单位、家庭、同事、亲友那里得到精神上或物质上的支持，对控制心理应激具有十分重要的作用。在临床医疗工作中，不可低估病人家属、同事、领导以及医务人员对病人的客观社会支持的意义，应积极加以利用。另外，一个人已处于心理应激状态，除了客观支持外，还应帮助其改善主观支持和提高支持的利用度。

(四)适当的运动

适度的体育运动除了能调节血压，改善血液循环，促进消化和吸收外，还可转移个人对应激源的注意力，解除焦虑、抑郁等不良情绪。研究的结果还表明，体育锻炼的人，冠心病发病率要低得多。如果从松弛心身紧张，提高应付应激能力来看，适宜的运动依次是跑步，游泳、跳绳、骑自行车(30公里/时)、步行(7.5公里/时)、原地跑步。

(五)药物控制

药物可控制心理应激。常用的药物是抗焦虑药眠尔通、利眠宁、安定、安太乐、多虑平等，可使精神和肌肉松弛多还有抗抑郁药，如丙咪嗪、阿米替林等。它们都可以暂时缓解心理应激，但不能持久，而且都有不同程度的副作用，长期使用都可成瘾或产生药物依赖性，会进一步削弱对付应激的能力。因此，药物也只能是在不得已的情况下，谨重使用。

(六)心理治疗

这是对付心理应激的有效方法，常用的有支持疗法，认知疗法，行为疗法、生物反馈疗法、松弛训练，以及催眠疗法等。

(赵盛伏 姜乾金)

第四章 心理测验

第一节 心理测验总论

一、心理测验的概念和发展简史

众所周知，测量就是用数字对客观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。为了使心理现象数量化，就需进行心理测验(psychological tests)。

有关心理测验的定义，尚无统一的说法。美国心理学家阿纳斯塔西(Anastasi A)认为心理测验在本质上是关于行为样本客观的标准化的测量。我们可以这样来定义心理测验，即心理测验是根据客观的标准化了的程序来测量个体的某种行为，以判定个别差异的工具。因此，心理测验就需按照一定的方法和程序去编制和使用，并要求对所有受试者均用同样的刺激方法来引起他们的行为反应，至于对心理测验结果的描述，大体可分为两类：数量化和划分范畴。例如用智力商数、记忆商数对智力和记忆力等行为进行数量化的描述，有的心理品质不便数量化，就划分范畴，如个性测验结果可以内向或外向表示等。

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聪慧程度。

近代心理测验从 1879 年冯特(Wundt)建立第一个心理实验室算起，那时主要是对感知觉的测验。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，遂于 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”，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)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 40 年代，由墨金莱(Mckinley

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,才又恢复了我国心理测验工作,并在全国广泛开展。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,张伯源等修订的A型行为类型评定量表,精神科应用的评定量表,如SCL-90、Hami I ton抑郁评定量表,抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)等,此外,康纳氏(Conners)量表是筛查儿童行为问题(特别是多动症)用得最广泛的量表。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。在1985年出版的《心理测验年鉴》第九版中便收录了1409个测验。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,心理测验也有广泛的应用价值。例如内科可应用A型性格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诊断的。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出诊断。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5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灵敏。

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、心理测验的分类

心理测验量表数目甚多，而且测验的分类不一，但仍可归纳为以下几种类型。

(一)按测验目的分类

1. 能力测验 包括智力测验、发展量表和特殊能力测验等。能力测验是儿科最常用的心理测验。常用的量表有韦克斯勒幼儿、儿童和成人智力量表、比奈-西蒙智力量表，适用于3岁以下的发展量表有盖泽尔(Gesell)和贝利(Bayley)量表。此外，尚有以检查人的特种能力，如绘画、音乐，手工等能力的测验。

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(16PF)等。

3. 症状评定量表 其目的多是评定精神病的有关症状，在精神科应用较广。常用的量表有90项症状量表(SCL-90)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)和1983年Zigmond及Snaitz提出的一种医院焦虑及抑郁量表(the hospital anxiety and depression scale, HAD)。

4. 诊断测验 指用于临床的诊断方法。如HR成套神经心理测验和明尼苏达多相人格测验等。

(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，可适用于文盲被试者，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，后面有几种答案，让受试者选择回答。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，如艾森克人格测验，MMPI，16PF和使用绘人测验进行集体儿童智能筛查工作等。

四、心理测验工具的编制

心理测验必须按标准化的程序进行编制，并按标准化的程序去使用。这种测验才能称为标准

化测验，方具有实际使用价值。

(一) 标准化测验必须具备的条件

1. 一套有效的问卷项目 根据测验的性质，选定能代表所要测定的心理特征或行为特征的问题。这样的问卷需要通过项目分析才能获得，因项目分析可了解问卷项目的辨别力。

2. 具有一定的效度和信度 这是决定一个测验是否有效的最重要条件。

3. 常模 根据对被试集团的标准化样本的测试，可获得一个具有代表性的结果，这叫常模。根据它作为评判个别差异的依据和比较的标准。因标准化时所选的样本不同，常模的种类也不同。最常见的有年龄常模、全国性和地区性常模等。

4. 实施方法标准化 就是要严格按照规定的方法施行，因此，要编写出测验手册，其内容包括实施方法，指导语、内容、答案、计分方法和适合我国或本地区的常模。

(二) 标准化测验的编制过程

标准化测验的编制过程，大致可包括下列一些程序，这些程序就叫测验的标准化过程。

1. 测验项目的编选 任何一个测验都是按照各自目的编制的。根据所确定的测验目的(如测定成人智力或测定企业的领导行为)，就要分析这些测定目标所包含的心理过程或心理特性。例如，测定企业领导行为，就要分析作为企业领导应具备哪些心理品质和行为因素。这种分析是测验编制的出发点。为了测定这些因素和内容去设计和选择问卷项目，从而编制出测验原始草案。但在草案的编制上，应注意下列数点：

(1) 测验的长短：即问卷的项目数和所需时间，应以多少为合适。

(2) 测验草案所准备的问题项目数应比正式测验所预定的项目数多得多，因根据预备测验的结果，会发现有些项目是不合适的。

(3) 测定使用什么样的问题形式(如多级评定法等)，是混合使用不同的形式呢，还是使用单一的形式。

(4) 取分法，必须确定各个分测验的原始得分及综合分数的给法。

2. 预备测验 一个原始测验编成之后，要选择与适用对象相近的集团进行这种测试，以检验问题项目是否合适，困难度划、如何，所需时间多少。试测人数在 500~1000 人便可。

3. 原始测验的研究及修正 根据预备测验的结果，留下有效的项目，舍去或修订不适当的问题项目，对原始测验进行修正，定出正式测验的问题项目。

好的问题项目必须具备以下几点：

(1) 不是多义的：对于问题的解释只有一个，正确答案很明确。提问的方法能使解答者清楚地知道所要求的是什么。

(2) 能正确测定所要测验的项目：这就是测验项目的效度问题。它可通过项目分析来实现。一个测验要排除测定目标以外的不合适因素，其方法之一就是考察其内部一致性(internal consistency)。如果一个项目所测定的内容与该测验的目标内容相同，则该项目与测验全体的得分相关应该是很高的。根据两者相关值的大小，可以数量化地表示各个项目的好坏。

此外，G-P 分析(good—poor analysis)法亦可鉴别各个项目的好坏。同时，这种方法可以鉴别各个项目是否具有辨别力，如比较预备测验群中优秀组(整个测验成绩的最上位 25%)和劣

等组(最下位 25%)的各个项目的正答率(通过率、合格率)。在两组中合格率显著不同的话,其辨别力就大,就被认为是合适的项目。两组的合格率之差不大,就作为不合适的项目排除。

(3)有适当的困难度:算出预备测验中各个项目的合格率。正答率为 0%和 100%的项目,应排除。因谁都不能解答和谁都能回答的问题项目,对个别差异的测定毫无意义,也就是没有辨别力。测验的项目,应由非常困难的问题(正答率 10%以下)到极容易的问题(正答率 90%以上),即包括各种困难度的问题项目所构成。整个测验的平均合格率(正答率)应接近 50%。困难的问题是为了辨别优秀者,容易的问题对于识别劣等者是有价值的。

(4)应以相等的经验和环境为前提:如智力测验,由于特殊经验和教育以及环境的影响,使智力发展产生差异。因此,与这些有关的内容不应包括在问题项目中,而应使用对所有被测试者来说都一样是全新经验的问题,或者过去经验和环境的影响对任何被测试者都是相等的那种材料。

4. 正式测验的实施 测验项目确定之后,就要定出实施这个测验时所必须注意的事项。因此,测验手册应详细地记录标准的实施方法、指导语、内容、时间限制、答案、计分方法等。并从该测验适用的集团中选定代表性的对象(样本集团),对其实施测验。但在抽样施测时还应考虑:①建立常模所使用的人数是否适合。②这个集团作为样本是否代表了全体适用的对象。如对样本的年龄、范围、性别、地区、民族、教育程度,职业等均需考虑。如果是临床量表,还应考虑疾病的诊断、病程及治疗等背景。

5. 建立常模 根据正式测验的结果,可以按年龄类别,地区类别等进行整理,定出常模,这就是样本的平均得分。个人的得分可与常模进行比较,以判断他的成绩好坏。通常有如下几种方法:

(1)均数:是常模的一种普通形式。某一受试所测成绩(粗分,或称原始分)与标准化样本的平均数相比较时,才能确定其成绩的高低。

(2)标准分:标准分能说明受试者的测验成绩在标准化样本的成绩分布图上居何位置。标准分 $Z = \frac{X - \bar{X}}{SD}$ 。这样,就不仅说明受试者的成绩与样本比较在其上或在其下,而且还说明相差几个标准差。

许多量表采用这种常模或由此衍化出来的常模。如在韦氏智力量表中的离差智商 $= 100 + 15 \frac{X - \bar{X}}{SD}$ 便是这一种。离差智商与标准分常模的不同之处在于:一是标准分均数为 0,而离差智商为 100,二是标准分的 SD 值随样本而定,而韦氏量表的离差智商则使标准差为 15。

(3)T 分:T 分常模是从标准分衍化出来的另一种常用常模。例如 MMPI 便采用这种常模。它与离差智商的不同之处,是所设的均数值及标准差不同。T 分计算的公式: $T = 50 + 10 \frac{X - \bar{X}}{SD}$

(4)由标准分衍化而来的其他形式的常模:标准 20 和标准 10 即是属于这一类,都是改变均数及标准差值而得。其计算公式如下:

$$\text{标准 } 20 = 10 + 3 \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

$$\text{标准 } 10 = 5 + 1.5 \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

在韦氏量表中,有粗分,量表分以及离差智商诸量数。其中量表分的计算方法即属此处标准 20 算法。

(5)百分位:这是另一类常用常模,它的优点是不需要统计学的概念便可理解。将受试者

的成绩与常模相比较。如相当百分位 50(P50)，说明此受试者的成绩相当标准化样本的第 50 位。也就是说，样本中有 50% 的人数，其成绩在他之下，另外 50% 人数的成绩比他的好。

(6)划界分：在筛选测验中常用此常模。如教育上用 100 分制时，以 60 分为合格分，此即划界分。在临床神经心理测验中，将正常人与脑病患者的测验成绩比较，设立划界分，用这个分数划分有无脑损害。

(7)比率(或商数)：这在离差智商计算方法之前，便曾使用比率智商。其计算方法： $\text{智商}(IQ) = \text{心理年龄}(MA) / \text{实际年龄}(CA) \times 100$ 。

(六)测验的检验

一个良好的心理测验必须具有良好的效度、信度、辨别力等条件。使用哪种方法对上述条件进行检查，这便是测验的检验，也是下一节的主要内容。将检验结果记载在测验手册中，则可作为评价测验的客观材料。在编制量表时，应严格按照上述的程序进行才能获得良好的效度和信度。

五、心理测验的实施条件

(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，即效度、信度、辨别力、常模和测验方法标准化，其中最重要的是效度和信度。因此，为了提高测验的有效性和可靠性，就不能忽视对测验工具的信度、效度和项目分析的检定。

1. 信度(reliability) 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。信度用系数来表示。一般说，系数越大，说明一致性高，测得的分数可靠；反之则相反。信度的高低与测验的类别有关。通常，能力测验的信度要求高(0.8 以上)，人格测验的信度要求较低(0.7 以上)。检验信度常用的方法如下列：

(1)重测信度：同一组受试在两次不同时间作同一套测验所得结果的相关性检验。例如龚耀先 1986 年主持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 名 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，因此可认为量表重复测验的一致性较好，故信度亦较高。

(2)分半相关：将一套测验的各项目按奇、偶数号分成两半，对所测结果进行相关性检验。分半相关是以下面两点为前提的，即测验的各个项目是同质的，并且以难易的顺序排列着，因此，两半部分的得分的偏差应是相等的。

(3)等价法(equivalent form method)：这一方法是对同一对象同时实施两个同一性质的测验，求出两个测验得分的相关系数。例如，斯坦福-比奈法(1937 年版)的 L 和 M 两种测验，就是等价测验。同时进行这两种测验所得的相关系数是 0.91。因而说这两个测验的信度高。使用这种方法求信度时，必须有两个相似的测验复本，所以也称复本法。这两个复本在难度、平均值、变异数、内容等方面都应十分近似。

2. 效度(Validity) 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, 而是受语文水平影响, 那么该测验变成“张冠李戴”, 效度当然极低。故对测量工具的要求, 效度是要首先考虑的。效度检查, 也同信度检查一样, 有多种方法, 并有各种名称, 如内容效度, 预测效度、因素效度、内部效度等。美国 1966 年出版的《教育和心理测验的标准与手册》和美国心理学会 1974 年出版的《教育与心理测验的标准》, 将测验效度分为三大类。即校标(criterion)效度, 内容(content)效度和结构(construct)效度三类, 以后广为沿用。

(1)校标效度: 即将测验结果与某一标准行为进行相关检查。例如一个智力测验或量表, 与另一权威的智力量表或老师对学生智力水平评定的结果等的相关度, 可称校标效度。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。

(2)内容效度: 指测验项目反映所测量内容的程度。为了判断测验的内容(项目)是否能成为测定对象的适当标本, 可以由内容效度来检验。如算术成就测验应反映受试者运算能力的程度。测验与之相关的标准, 是老师的评定, 日常生活或工作中所表现的能力等。

(3)结构效度: 反映编制此测验所依据理论的程度。如编制一个智力测验, 必定依据有关智力的理论。该测验所反映此智力的程度, 可用结构效度来检验。例如韦氏智力量表中的那些分测验都分别测量一定的智力因素, 通过因素分析可用因素负荷指数来表明结构效度。

3. 项目分析(item analysis)项目分析就是检定测验的各个项目的好坏。这是测验标准化的重要手续。它包括调查各个项目的困难度(正答率), 对各个项目的反应分析, 各个项目的辨别力的考察等。

(1)困难度: 各个项目的正答率或通过率被作为困难度的指标。正答率的算法是:

$$\text{正答率} = (\text{正答者数} / \text{被测者数}) 100\%$$

正答率为 0% 或 100% 都作为无辨别性项目而删除。构成测验全体的平均正答率应接近 50%。

(2)反应分析: 检讨被测者对各个项目如何进行回答, 叫反应分析。这是关于选择项(对问题项目所作出的回答选择, 称选择项。具有三个以上选择项者, 称为多项选择)的有效性的考察。回答集中于特定的选择项上, 或对某选择项没有回答者, 都是不适当的, 须进行修改。在多项选择形式的测验中, 可根据测验得分将全体被测者分为成绩上位群和下位群, 总计各群内的被测者选择了哪个选择项, 求出各群的各选择项的选择率。根据这个选择率检查选择项的有效性, 并对项目进行修改。这种手续叫做上下位分析。上位群的正答选择项的选择率, 必须高于下位群。

(3)辨别力: 各个项目对被测者的某些心理特性能识别到什么程度, 就叫做项目的辨别力。考察各个项目的辨别力的常用方法如下:

①在项目得分为1—0型(即正误或是否型)的场合,一般用点二列相关系数。计算公式略;
 ②Φ系数:对于考察测验的各个项目的效度,吉尔福特(Guilford)的Φ系数也是一种简便的方法。计算公式略;
 ③G-P分析:根据测验的得分,选出整个测验成绩最上位25%的优秀群(G)和最下位25%的劣等群(P),算出各群对每个问题的正答率,检定其差异的显著性水平。这种方法,就叫G-P分析。可以用下列公式来检定G-P两群正答率之差的显著性水平。
 就是说,这个项目具有辨别力。优劣两群之间无显著性差异的项目,应修正或删除。优群的正答

$$Sp'_{1}-p'_{2}=\sqrt{pq\left(\frac{1}{n_{1}}+\frac{1}{n_{2}}\right)}$$

p'_{1} =上位群的正答率 n_{1} =上位群人数

p'_{2} =下位群的正答率 n_{2} =下位群人数

$$p=\frac{p'_{1}+p'_{2}}{2} \quad n=n_{1}+n_{2}$$

如果 $\frac{p'_{1}-p'_{2}}{Sp'_{1}-p'_{2}} \geq 2$ 或3,则就有5%或1%的危险率,两群之间存在着显著性差异。

率应该高于劣群的正答率,出现反方向之差的项目,也应除去。

此外,尚有采用因素分析的方法以检验项目的辨别力。

4. 常模(norm) 常模是比较的标准,常模的建立可参考本节前文有关正式测验的实和建立常模两段。

5. 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和结果的解释等。

(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测验。

环境应当安静清洁,桌椅高低要合适,室内布置应不新异,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。为了避免不必要的干扰,在进行测验时,除主试与被试外,第三者最好离开测试的现场(婴幼儿进行测试的除外)。

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,不做任何暗示。操作熟练,以腾出精力观察被试者的表情和反应。搞好主试与被试的关系,以便密切配合完成测验,对测验内容和结果应适当保密。

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,造成测试失实,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。所以这里亦只举例说明,使医学生对心理测验有一基本的了解,将来从事心理测验工作,尚需经过专门的训练和培养。

心理测验大多需专门学习后才能正确使用。为了使医学生对各种量表有所了解,以便日后在

临床上结合自己的专业可选择性的学习使用，本章后面各节将分别介绍若干有实用价值的量表情况，并附一部分完整的量表供参考使用。

第二节 智力测验

智力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。智力测验就是测查人的各种基本能力，它是由编制者根据智力概念和智力理论来选择不同的测验项目。智力测验一般分为筛查性测验与诊断性测验两种，测验的结果则往往以智商(IQ)来表示。智商是衡量个体智力发展水平的一种指标。

一、智商

(一)比率智商

比率智商的计算方法是 $IQ=MA / CA \times 100$

MA(merttal age, 智龄)指智力所达到的年龄水平。

CA(chrol lologi cal age, 实龄)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。

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，但仍保留着智商(intelligence quotient, IQ)的概念，不过已不是比率智商而是采用离差智商。

(二)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：

$$IQ=15(X-M)/S+100$$

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的一个标准差；相反，如 IQ 是 85，表示他低于一般人的智力一个标准差。

二、筛查性智力测验

(一)画人测验

画人测验(draw a man test)适用于 4~12 岁儿童。要求被试儿童画一个人体全身像，然后

从儿童所画的全身像中按头、眼、耳、口、鼻、脸、头发、躯干、上肢、下肢、手、足、衣着、颈等 17 个方面进行详细评分，算出总得分，并按量表规定换算成智商。

(二)图片词汇测验(PPVT)

适用于 2 岁半至 18 岁。要求孩子在听到主试的词汇后，即在一张卡片上的 4 幅图片中挑出一幅图来，然后按量表规定累计积分，换算成智商。

(三)丹佛发育筛选检查(DDST)

适用于 0~6 岁。这种检查共有 104 个项目，内容涉及 4 个有关方面，称为 4 个能区。①应人能：以测查小、儿对周围人们应答能力和料理自己生活的能力。②细动作-应物能：以测查儿童视看、用手拿物和画图的能力。③言语能：以测查小儿听声音、说话和理解语言的能力。④动作能：测查小儿坐、走、跳、跑等粗动作的能力。测查时按量表规定的要求进行，最后评定每一能区的结果为：正常、可疑、异常或无法测定。

(四)瑞文测验

是英国心理学家瑞文(Raven JC)于 1938 年创制，系一种非文字智力测验，主要测验一个人的观察力和清晰严密的思维能力。测题形式全部是用无意义的抽象图形构成一个方阵，其中(右下角)缺失一块(空档)，要求被试从呈现给他的另 6 或 8 块截片图形中选择一块符合方阵整体结构的图片填补上去。所以亦可应用于聋哑人。目前我国华东师大修订的瑞文测验可应用于 5~16 岁，有 5 个单元测验。测验时间均限在 40 分钟内。亦可进行团体测试。

(五)50 项学前儿童智能筛查量表

适用于 4~7 岁(3 岁 10 个月至满 7 岁 3 个月)的小儿，有自我认识能力 13 项，运动能力(包括大运动及精细运动)13 项，记忆能力 4 项，观察能力 6 项，思维能力 9 项，常识 5 项，共 50 项。测查时间约 30 分钟，结果比较准确，并可换算为智商。是一种介乎诊断性与筛查性之间的测验。本测验是由中国儿科研究所张家健等研制的。

三、诊断性智力测验

诊断性的智力测验在内容上较为全面、广泛、题目量大，在编制过程中严格遵循心理测量技术要求，结果定量化，具有较正确、全面、可信性强等优点。国内常用的一些诊断性智力测验有：

(一)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)，简称为 WISC(Wechsler intelligence scale for children)和 1963 年编成的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(WAIS—RC，分城市版和农村版，适用于 16 岁以上成人)，1986 年林传鼎等修订的韦氏儿童智力量表(适

用于6~16岁11个月,代号是WISC—CR)和龚耀先等1986年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天的小儿,分城市和农村两种,代号为C-WYCSI)。

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。

1. 各量表的分测验 我国修订并具有全国性常模的韦氏三套量表的分测验名称列表4—1。其中前6项属言语量表中的言语测验,后7项属操作量表中的操作测验。

表4—1 中国修订的韦氏三套量表的分测验名称

分测验名称(简称)	WAIS-RC	WISC-CR	C-WYCSI
1. 知识(I)	I	I	I
2. 领悟(C)	C	C	C
3. 背数(D)	D	D*	(—)
4. 相似性(S)	S	S	图片概括
5. 算术(A)	A	A	A
6. 词汇(V)	V	V	图片词汇
7. 图片排列(PA)	PA	PA	(—)
8. 填图(PC)	PC	PC	PC
9. 拼图(OA)	OA	OA	(—)
10. 积木图案(BD)	BD	BD	BD
11. 数字符号(DS)	DS	译码甲, 乙	动物下蛋
12. 迷津(Ma)		Ma*	Ma
13. 几何图形(GD)			视觉分析或GD*

* 备用测验。

现以我国修订的韦氏成人智力量表为例予以说明。它包括11个分量表,其中言语量表6个,操作量表5个。在测验过程中,一般先进行言语测验,然后进行操作测验。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. 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,方法是主试按每秒一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80分。词汇举例:2. 美丽。

测验七、数字符号(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 80 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,每张图片均缺乏一个重要部分,需要被试指出。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,两面红色,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。了解被试对社会情境的理解能力,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。

WISC-CR 较 WAIS-RC 多了一个迷津分测验,且数字符号分为译码甲(8 岁以下儿童用)和译码乙(8 岁以上儿童用)。C-WYCSI 与 WAIS-RC 相比,则缺背数、图片排列、物体拼凑 3 个分测验,增加了迷津、视觉分析、几何图形 3 个分测验,并以图片概括,图片词汇和动物下蛋分别代替相似性、词汇、数字符号 3 个分测验。

2. 测验方法的实施与评定 本量表属个别测验,按手册规定将各分测验的项目逐一进行。有些分测验按年龄不同有一定起点,不必都从最初项目开始。各分测验还规定连续若干项目都失败时便终止该分测验。分数的评定均按手册规定的评分标准计算,一个分测验中的各项目得分相加,称该分测验的粗分。粗分按手册上的相直用表换算成量表分。言语和操作测验的各分测验量表分相加,成为言语和操作量表分。所有分测验量表分相加,称全量表分。根据相应用表,最后换算成言语智商(VIQ)、操作智商(PIQ)和全量表智商(FIQ)。智商与智力等级的关系见表 4—20

韦氏智力量表由于信度和效度较高(如龚耀先的 WAIS 信度检验中,重测的相关系数为 0.9,

表 4—2 智力水平的等级名称与划分(按智商值划分)

等 级 名 称	韦 氏 量 表 (SD=15)	斯 坦 福 ~ 比 奈 量 表 (SD=16)
极 优 秀	130 以上	132 以上
优 秀	120~129	123~131
中 上	110~119	111~122
中 等 (平 常)	90~109	90~110
中 下	80~89	79~89
边 缘 (临 界)	70~79	68~78
智力低下	轻度	55~69
	中度	40~54
	重度	25~39
	极 重 度	<25
		<20

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。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。

(二) 比奈量表

比奈量表是最早的智力量表。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。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 3 个试题, 从 2 岁到 18 岁共 51 个试题。由于言语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 7 岁是从试题 7 开始的。在测验过程中, 连续 5 题都不能通过即停止测验。因此, 对弱智儿童进行测验时, 较使用韦氏量表省时。

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。这一量表可测验 2 岁至 18 岁的儿童和青少年; 在学龄儿童中使用比较准确。其所测得的智力水平仍按一般习惯, 智商在 90~110 之间表示智力中等。

四、婴幼儿发展量表

婴幼儿发展量表也与智力有关, 但婴幼儿时期所观察到的主要还是一些本能和动作发育以及一些初级的智力活动, 与以后智力水平的相关度不会太高。但了解这一时期的智力发展水平又十分重要, 因此, 研究者们不断改进, 试图做出智力诊断的发展量表, 下列三种发展量表均有一定的应用价值。

(一) 盖泽尔(Gesell)发育诊断量表

这一量表由北京儿童保健所修订, 适用于 0~3 岁儿童, 共 500 余项目, 分属适应性行为(即应物能)、大运动、精细动作、语言、个人社交行为(即应人能)等 5 个能区, 根据儿童在规定项目测试中的得分和实际年龄可推算出发育商数(DQ)(类似于智商)。这一量表在我国目前应用较广。

(二) 贝利(Bayley)发育诊断量表

这一量表适用于 0~3 岁, 在国外较盖泽尔量表使用稍广。国内西安、上海、北京、长沙均在修订中。

(三) 儿心 0~3 岁小儿精神发育检查表

这一检查表由张家健主持制定, 在全国各地区取样, 样本数逾万人, 适用于 0~3 岁, 与盖泽尔量表比较, 有省时、简便、经济、计算发育商的评分标准明确简单, 并能与目前国际通用的韦氏量表的智商分级相对应等优点。因此, 便于小儿成长后智商的连续观察, 对优生、优生、优教、儿童保健和计划生育等实际工作和研究工作均有帮助, 是一个比较可靠实用的量表。福州地区亦已完成这一量表的地区性常模工作。本量表有 155 个项目, 分属大运动、精细动作、适应能力、语言、社交行为等 5 个方面, 采用标准分和离差发育商的计算方法, 故测试后所得分数亦可

换算为发育商数。

第三节 人格测验

目前,用以评定人格的技术和方法是多种多样的,最常用的大致可以分为两类:问卷法和投射法。属于问卷法的有明尼苏达多相人格调查表、艾森克人格问卷和卡特尔人格测验等,属于投射法的有洛夏墨迹测验和主题统觉测验等。

一、明尼苏达多相人格调查表

明尼苏达多相人格调查表(Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI)产生于1943年。最初是为精神障碍的鉴别诊断而产生的,因而它的分量表中有许多都采用了精神病学的术语,如抑郁症及癔症。MMPI是目前世界各国尤其是美国最广泛应用的一种量表。它已经成为精神科、内科以及心理卫生界良好的筛选工具。临床经验证明MMPI除与诊断范畴有关外,还可作为药物和心理治疗的疗效评价。此外,根据MMPI的题目的组成而分派出许多其它更为专门的量表。我国宋维真已修订成适合我国情况的量表,16岁以上相当于小学毕业文化程度的人,均可测试。

MMPI采用问卷测验法,该表全部共有566个采用自我陈述语形式的题目,其中16题是重复的,以测验被试的诚实性,所以实际只有550题,与临床有关的题目多集中在399题之前。这些题目供被试根据自己的实际情况对每个题目作出“是”与“否”的回答,若确实不能判足则不作答。然后,根据病人的答案纸计算分数并进行分析,每一被试均可从各分量表的得分而获得一个人格剖面图。

550个题目被分成4个效度量表和10个临床量表,各个量表所代表的意义如下:

(一)效度量表

1. Q 表示受试者不作是否回答或是否均作回答的总数,如超过30个题目以上,则此测验为失效测验。

2. L 共15个题目,高L分提示受试者对症状汇报不真实,因而使测验的效度不可靠。

3. F 共64个题目,多为一些比较古怪或荒唐的题目,其中有些题目还包括在精神分裂症量表内。正常人亦有高得分者,如漫不经心的随便回答和试图装病者,都可导致得分增高。真正的精神病患者得分亦高。

4. K 校正分数,也称修正量表,是测验态度的一种衡量。共30个题目。高得分者是对测验防卫性态度的表现。

(二)临床量表(即多相个性量表)

1. Hs(Hypochondriasis)疑病症 反映对身体功能的不正常关心。

2. D(Depression)抑郁症 情绪低落,自杀思想,有轻度焦虑或激动。

3. Hy(Hysteria)癔病 可有許多功能性的身体症状。

4. Pd(Psychopathic deviation)精神病态性偏倚 脱离一般社会道德规范,漠视社会习俗,

常有复仇攻击观念 o

5. Mf(Masculinity-femininity)男子气或女子气 即女子男性化和男子女性化的倾向。

6. Pa(Paranoia)妄想型 具有这个量表的高分的人提示此受试者常表现多疑, 过度敏感, 甚至有妄想存在。平时的思想方式易责怪别人而很少内疚, 有时可表现强词夺理和侵犯他人。

7. Pt(Psychasthenia)精神衰弱 本量表是为识别精神衰弱强迫状态、恐怖症或高度焦虑者而设计的。Pt 量表高分者提示有强迫观念, 非常焦虑, 高度紧张等反应。

8. Sc(Schizophrenia)精神分裂症 具有精神分裂症患者的一些临床特点。

9. Ma(Mania)躁躁狂症 这种高量表分者常为联想过多过快, 活动过多, 观念飘忽, 夸大而情绪高昂, 情感多变。

10. Si (Social introversion)社会内向 高分者胆小, 对人们无兴趣, 不善社交活动, 过分自我控制等。

(三)测验项目举例

23. 我常会恶心呕吐。(Hs)

236. 我常有很多心事。(D)

47. 每星期至少有一两次, 我会无缘无故地觉得周身发热。(Hy)

38. 我童年时期中, 有一段时间偷过人家的东西。(Pd)

102. 我认为最难征服的就是我自己。(Pt)(Pd)

69. 和我性别相同的人最容易喜欢我。(Mf)

110. 有人想害我。(Pa)

22. 有时我会哭一阵笑一阵, 连自己也不能控制。(Sc), (Pt), (Ma)

73. 我是个重要人物。(Ma)

201. 但愿我不要太害羞。(Si)

从以上题例可见, 同一题目可在不同的量表中应用。

二, 艾森克人格问卷(EPQ)

艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnaire, EPQ)是由英国伦敦大学艾森克教授及其夫人共同编制的。1975 年形成了目前由四个量表组成的艾森克人格问卷, 在国际上被广为采用, 它有成人问卷和青少年问卷两种。成人问卷适用于 16 岁以上的成人。我国的修订工作由龚耀先主持, 全国 28 个单位协作制定了儿童和成人两套全国常模, 成人问卷(适用于 16 岁以上)和儿童问卷(适用于 7~15 岁儿童)均为 88 个条目(问题)。与龚耀先 1983 年发表本问卷的同时, 北京大学的陈仲庚也建立了 EPQ 的成人北京常模, 陈仲庚修订的 EPQ 则为 85 个条目(见附表一)。这些条目分属于四个分量表, 即 E, N, P, L 量表, 可根据被试回答是与否, 再用四个量表的计分标准登记分数。E、N、P 分别代表艾森克人格理论中关于人格结构的三个维度。现在分述如下:

E 量表: 外向-内向。分数高表示人格外向, 可能是好交际, 渴望刺激和冒险, 情感易于冲动。分数低表示人格内向, 如好静, 富于内省, 不喜欢刺激, 喜欢有秩序的生活方式, 情绪比较稳定。陈仲庚修订的 E 量表共 21 题。

N 量表：神经质(又称情绪性)。反映的是正常行为，与病症无关。分数高表示焦虑，忧心忡忡、常郁郁不乐，有强烈情绪反应，甚至出现不够理智的行为。陈仲庚修订的 N 量表共 24 题。

P 量表：精神质(又称倔强)。并非指精神病，它在所有人身上都存在，只是程度不同。但如某人表现出明显程度，则易发展成行为异常。分数高可能是孤独、不关心他人，难以适应外部环境，不近人情，与别人不友好，喜欢寻衅搅扰，喜欢干奇特的事情，并且不顾危险。陈仲庚修订的 P 量表共 20 题。

L 量表：测定被试的掩饰、假托或自身隐蔽，或者测定其朴实，幼稚水平。L 量表与其它量表的功能有联系，但它本身也代表一种稳定的人格功能。陈仲庚修订的 L 量表共 20 题。

艾森克认为人格是多维结构，N 及 E 都是双向维度。以 E 维为 X 轴，N 维为 Y 轴，交叉成十字，艾森克在这个十字的外围作一圈，在圆周上的移行点有许多，可代表许多人格类型。同时他认为，这个交叉的十字所分成的四个相，即外向情绪不稳、外向情绪稳定、内向情绪稳定、内向情绪不稳，分别相当于古代四个气质类型，即胆汁质、多血质、粘液质和抑郁质(参见图 1—9)。

三、卡特尔人格测验(16PF)

卡特尔(Cattell)认为 16 个根源特质是构成人格的内在基础，只要测量出 16 个根源特质在个体身上的表现程度，即可知道他的人格特征。因为，我们每人的人格特征不同就是由于这 16 种特质因素在每个人身上的组合不同所决定的。这就为人格测验提供了可能和理论依据。

表 4—3 16PF 的因素、名称、特征简介

因素	名称	低分特征	高分特征
A	乐群性	缄默、孤独、冷淡	外向、热情、乐群
B	聪慧性	思想迟钝、学识浅薄、抽象思考能力弱	聪明、富有才识、善于抽象思考
C	稳定性	情绪激动、易烦恼	情绪稳定而成熟，能面对现实
E	恃强性	谦逊、顺从、通融、恭顺	好强、固执、独立积极
F	兴奋性	严肃、审慎、冷静、寡言	轻松兴奋，随遇而安
G	有恒性	苟且敷衍、缺乏奉公守法的精神	有恒负责，做事尽职
H	敢为性	畏怯退缩，缺乏自信心	冒险敢为，少有顾虑
I	敏感性	理智的，着重现实、自恃其力	敏感，感情用事
L	怀疑性	信赖随和，易与人相处	怀疑、刚愎、固执己见
M	幻想性	现实，合乎常规，力求妥善合理	幻想的、狂放任性
N	世故性	坦白、直率、天真	精明强干、世故
O	忧虑性	安详，沉着，通常有自信心	忧虑抑郁，烦恼自忧
Q1	实验性	保守的，尊重传统观念与行为标准	自由的，批评激进，不拘泥于成规
Q2	独立性	依赖，随群附和	自立自强，当机立断
Q3	自律性	矛盾冲突，不顾大体	知己知彼，自律谨严
Q4	紧张性	心平气和，闲散宁静	紧张困扰，激动挣扎

卡特尔 16 项人格特征问卷共有 187 个题目(题例:我感到在处理多数事情上我是一个熟练的人。A. 是的; B. 不一定; C. 否), 它分为 A、B、C、D、E、F 6 型, 前 4 型适用于具有小学以上文化程度的 16 岁以上的成人, 后 2 型适用于文化程度更低一些的或智力低下的人。16 个量表中的每一量表都分有两极, 最高级 8~10 分, 最低级 1~3 分。表 4—3 列出 16 个因素的名称, 特质简介和得高低分所表示的人格特征。

四、洛夏测验

洛夏测验(Rorschach test)是一种人格投射技术。人格投射技术就是使用缺乏完整结构的测验材料, 如模糊的墨迹和未完成的句子等, 通过被测试者的想象而将其心理活动从内心深处透露或投射出来的一种测验, 即被试会向无结构的模糊的刺激里塞进他主观的内心活动, 从而使检查者得以了解他的人格特征和心理冲突。

洛夏测验的材料为 10 张墨迹图, 有 5 张全为黑色的, 2 张是黑色和红色的, 其余 3 张是彩色的, 都是将墨迹放在纸上再加折叠所成的对称的浓淡不匀的墨迹图。

测试时将 10 张图片按顺序一张一张地交到受试者手中, 要他说出从图中看到了什么。不限制时间, 也不限制回答数目, 一直到没有回答时再换另一张。每张均如此进行。看完 10 张图后, 再从头对每一回答都询问一遍。问他看到的是指图的整体或图的哪一部分, 问他为什么说这些部位象他所说的内容。将所指部位和回答的原因均记录下来。然后进行结果分析和评分。但这种测验的评分方法比较复杂, 主试亦需经专门训练后才能逐渐正确掌握。

第四节 症状评定量表

一、症状自评量表(SCL-90)

症状自评量表(symptom check list 90, SCL~90)是由吴文源引进修订, 包含 90 个项目, 分为 5 级评分的精神症状自评量表(见附表二)。临床应用证明此量表的评估有比较高的真实性, 能较好地反映病人的病情及其严重程度和变化, 可作为检测各类神经症评定工具。已较广泛应用于心理咨询和心理治疗的工作中。

SCL—90 共包含 90 个评定项目。包含有比较广泛的精神科症状学内容, 从感觉、情绪、思维、意识、行为直至生活习惯, 人际关系, 饮食睡眠等均有所涉及。它的每一个项目均采取 5 级评分制。

本量表适用于精神科或非精神科的成年病人。由于通过本量表可很快了解病人的自觉症状, 所以心理咨询门诊和综合医院的病房及门诊均可应用。

(一)统计指标

1. 总分 将 90 个项目的各单项得分相加, 便得总分。如某人在 90 个症状项目中主观感觉均无任何不适, 则他的总分将是 90 分, 而不是零分。因此, 把所得总分减去 90 为实际总分。

总均分=总分 / 90 表示总的来看, 该病人的自我感觉介于 1~5 的哪一个范围内。

阳性项目数 表示病人在多少项目中呈现“有症状”。

阴性项目数 表示病人“无症状”的项目有多少。

阳性症状均分=(总分-阴性项目数)/阳性项目数 表示“有症状”项目中平均得分,反映该病人自我感觉不佳的项目程度究竟在哪个范围。

2. 因子分 SCL-90有10个因子,即所有90个项目可以分为10大类。每一类都着重反映出病人的某一方面的情况,因而通过因子分可以了解病人的症状分布特点,以及病人病情的具体演变过程。并可作廓图分析。

因子分=组成某一因子的各项目总分/组成某一因子的项目数

(二)10个因子定义及所包含的项目

1. 躯体化 包括1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58共12项。该因子主要反映主观的身体不适感。包括心血管、呼吸道、胃肠道系统主诉的不适,以及头痛、脊痛、肌肉酸痛和焦虑的其他躯体表现。

2. 强迫症状 包括3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65共10项。主要指那些明投有必要,但又无法摆脱的无意义的思想、冲动和行为等表现,还有一些比较一般的感知障碍(如“脑子变空了”,“记忆力不行”等)也在这一因子中反映。

3. 人际关系敏感 包括6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73,共9项。它主要指某些个人不自在感与自卑感,尤其是在与其他人相比较时更突出。自卑感、懊丧以及在人事关系明显相处不好的人,往往这一因子得分较高。

4. 忧郁 包括5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79共13项。它反映忧郁苦闷的感情和心境,还对生活的兴趣减退,缺乏活动愿望,丧失活动力等。此外,并包括失望、悲叹、与忧郁相关系的其它感知及躯体方面的问题。该因子中有几个项目包括了死亡、自杀等概念。

5. 焦虑 包括2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86共10个项目。它包括一些通常在临床上明显与焦虑症状相关联的症状与体验。一般指那些无法静息、神经过敏、紧张以及由此产生的躯体征象(如震颤)。那种游离不定的焦虑及惊恐发作是本因子的主要内容,它还包括有一个反映“解体”的项目。

6. 敌对 包括11, 24, 63, 67, 74, 81共6项。这里主要从思想、感情及行为三方面来反映病人的敌对表现。其项目包括从厌烦、争论、摔物、直至争斗和不可抑制的冲动暴发等各个方面。

7. 恐怖 包括13, 25, 47, 50, 70, 75, 82共7项。它与传统的恐怖状态或广场恐怖症所反映的内容基本一致,恐惧的对象包括出门旅行,空旷场地,人群或公共场合及交通工具。此外,还有反映社交恐怖的项目。

8. 偏执 包括8, 18, 43, 68, 76, 83共6项。偏执是一个十分复杂的概念,本因子只是包括了它的一些基本内容,主要是指思维方面,如投射性思维,敌对,猜疑,关系妄想,妄想,被动体验和夸大等。

9. 精神病性 包括7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90共10项。其中有幻听、思维播散,被控制感,思维被插入等反映精神分裂症有关的项目。

10. 其他 包括 19, 44, 59, 60, 64, 66, 89 共 7 项。是反映睡眠及饮食情况。

二、抑郁自评量表(SDS)

常用的有 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 WVK 于 1965 年所编制(见附表三), 其中有 10 项反评题。SDS 适合用于有抑郁症状的成人, 也可用于流行病学调查。

三、焦虑自评量表(SAS)

常用的有 Zung 自评焦虑量表(Zung self-rating anxiety scale, SAS), 它有 20 个评定项目(见附表四), 适合用于有焦虑症状的成人, 其中有 5 项反评题。

四、医院焦虑及抑郁量表(HAD)

医院焦虑及抑郁量表(the hospital anxiety and depression scale, HAD)是一种包括 14 个项目的自评量表(见附表五)。其中焦虑(A)及抑郁(D)各占 7 项, 每项以 0~3 的四级评定分别计 A 及 D 分, 总分各为 21 分。作者对 100 例病人测定的结果提出, 不论 A 及 D 分, 凡 7 分以下为无症状, 8~10 分为可疑, 11 分以上为确诊病例。

五、其它症状评定量表

在精神科应用的症状评定量表尚有用于抑郁和焦虑的他评量表, 如 Hamilton 抑郁量表(HAMD)和 Hamilton 焦虑量表(HAMA)。此外, 精神科应用的评定量表还有精神症状全面量表(CPRS)、Bech-Rafaelson 躁狂量表(BRMS)、Maudsley 强迫症状问卷、Conners 儿童行为问卷、Achenbach 儿童行为量表、长谷川痴呆量表(HDS)、护士用住院病人观察量表(NOSIE)、精神护理观察量表(NORS)等数十种, 这里不再赘述, 可参阅由上海精神医学编委会编辑的精神医学(上海)在 1990 年发表的精神科评定量表专辑。

第五节 其他量表

一、适应行为量表

适应性行为(adaptive behavior)是指一个人处理日常生活及其在社会环境中求生存的能力。美国智力迟滞协会把适应性行为定义为: 有效地满足个人环境中的自然和社会需要的能力。它主要包括两方面内容: 一是发挥和能保持自己独立性的程度, 二是圆满地完成他所接受的个人和社会责任的程度。适应性行为和智力测验一起, 能全面评估人们的智能。例如智力发展迟滞(MR)的诊断标

准：智商低于平均 2 个标准差，适应行为受损，二者在 18 岁前出现。可见对智力发展迟滞的诊断必须依靠智力测验和适应行为评定量表。国内小儿适应行为量表主要有以下几个。

(一) S—M 社会生活能力检查表

这一检查表是日本三木安正教授于 1980 年根据温兰社会成熟量表 (Vinel and Social maturity scale) 修订的。1988 年左启华依据日本“S—M 社会生活能力检查表”进行再标准化工作，并在我国六大区六省市取样检测，完成了我国第一个小儿的社会生活能力量表。它适用于 6 个月至 14 岁的小儿，共有 132 个项目，分属于独立生活、运动、作业操作、交往、参加集体活动和自我管理六个方面，每通过一项得 1 分，测出总的粗分根据年龄可换算为标准分，根据标准分的多少可评定为非常优秀，优秀、高常、正常、边缘和轻、中、重、极重度弱智 9 个等级。

(二) 儿童适应行为评定量表

这一量表由姚树桥和龚耀先编制，分城市与农村两个样本，目前已建立长沙常模和湖南省部分农村的区域性常模。它有感觉运动、生活自理、语言发展、个人取向、社会责任、时空定向、劳动技能和经济活动等 8 个分量表，共 59 个项目。适用于 3~12 岁小凡。这一量表与左启华修订的社会生活能力量表不同之处是可以通过测评求出适应能力商数 (ADQ)，亦可求出 8 个分量表的百分位数，这对弱智儿童教育和促进儿童智能发展均有帮助。

(三) 成人智残评定量表

这一量表为龚耀先和解亚宁等于 1986 年所编制，它适用于 16 岁以上的成人，实际应用中还可降至 14 或 13 岁的少年。本量表取生活能力、学习和工作能力 (学生用前者，未入学或已离校的用后者)、时空和人事定向能力以及社会交往能力等指标来制定分级量表。评分方法则按上述各种能力，由 0 至 4 划分 5 个级别，每个级别均有计分的标准。0 级为适应能力正常，其余适应能力依级数增大而下降，4 级为最低。因此，在 5 个指标中，每个指标的最高分为 4 分，所以能力最低者最高为 20 分。根据得分而划分适应能力水平，适应能力可分为正常、轻度低下、中度低下、重度低下、极度低下 5 个等级水平。

二、A 型行为类型评定量表

A 型行为类型的评定工作以美国临床医师弗雷德曼等在 50 年代对冠心病人的性格或行为表现进行系统和科学的观察与研究开始 (参见第六章)。目前国外测定力法种类已经很多。国内在张伯源主持下，已修订一个适合我国的 A 型行为类型评定量表 (见附表六)。量表采用问卷形式，通过病人及家属自己的主观判断进行回答。

这一量表包括有 60 个题目，可分别归入三部分：①“TH”，有 25 题，表示时间匆忙感 (time hurry)，时间紧迫感和做事快等特征；②“CH”，有 25 题，表示争强好胜 (competitive)，怀有戒心或敌意 (hostility) 和缺乏耐性等特征；③“L”，有 10 题，为真实性的校正 (即测谎) 题。

计分及评估方法：在“TH”25 问题中，第 2、3、6、7、10、11、19、21、22、26、29、34、38、40、42、44、46、50、53、55、58 题的回答“是”和第 14、16、30、54 题的回答为“否”的每题各得 1 分。在“CH”25 问题中，第 1、5、9、12、15、17、23、25、27、28、31、32、35、

39、41、47、57、59、60 题的回答“是”和第 4、18、36、45、49、51 题的回答为“否”的每题各得 1 分。在“L”10 问题中，第 8、20、24、43、56 题的回答“是”和第 13、33、37、48、52 题的回答为“否”的则在 L 量表中每题各得 1 分。在评估时首先应注意用以考验被试者回答问卷真实性的“L”量表得分是否过高，若 L 分过高(≥ 7 分)则应考虑问卷无效。至于 A 型行为类型的评定则是根据 TH 加 CH 的得分多少计算的，并以常人得分的平均分数(27 分)为极端中间型；36 分以上者为 A 型，18 分以下者为 B 型，28~35 分者为中间偏 A 型(或称 A-型)，19~26 分者为中间偏 B 型(或称 B-型)。

三、记忆量表

(一)临床记忆量表

1984 年，许淑莲等编制了适合国内使用的临床记忆量表，它已用于抗衰老药物的效果鉴定、脑肿瘤患者的记忆障碍、睡眠对记忆的影响、记忆的年轻化研究、精神分裂症患者的记忆障碍等方面。这一量表主要用于成人，适用的年龄范围为 20~89 岁，每 10 岁一个年龄组，共分 7 个年龄组。全量表包括“联想学习”、“指向记忆”、“图象自由回忆”、“无意义图形再认”、“人像特点联系回忆”等 5 项分测验。并分甲乙平行两套的测验。

记分方法是将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 7 个等级，其分布是符合常态分布的。记忆等级的划分是：记忆商(MQ)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。

(二)韦氏记忆量表

韦氏记忆量表(Wechsler memory scale, WMS)的编制始于 1945 年。它分甲乙两式，各含 7 个分测验。它的优点是可以检测几种记忆，在临床应用时可比较几种记忆受损情况，而且又可用一个记忆商数来表示记忆一般情况。所以它已成为现代神经心理测验的一种。

龚耀先等于 1980 年和 1989 年先后两次修订了本量表，增改了测验内容，改变了记分系统，仍分甲乙平行本。1989 年修订的本量表，适用于 7 岁以上的儿童和成人。修订本的内容有：

(1)长时记忆：包括 3 个分测验，即①个人经历；②时间空间记忆(定向)；③数字顺序关系。

(2)短时记忆：包括 6 个分测验，即①视觉再认；③图片回忆；⑧视觉再生；④联想学习；⑤触摸测验；⑥理解记忆。

(3)瞬时记忆：顺背和倒背数目。

记分系统：仿韦氏离差智商计算方法，将各分测验的原始分按手册编制好的换算表换算成量表分(儿童需按年龄查阅适合的换算表)，再由量表分换算成离差记忆商数(成人需按年龄查阅适合的换算表)。本量表各年龄组的离差记忆商数的均数取 100，标准差为 15。

本量表的记忆商数(MQ)与韦氏智力量表的智商(IQ)相类似，均能说明受试者的记忆水平。如 MQ 为 100 时，表示样本中有 50% 的人数其记忆水平比他高也有 50% 比他低，说明他的记忆水平在平均数上。如果记忆商数为 115，恰好高于平均数达一个标准差，那么正属于 84.13% 的位置(50+34.13)(可查统计用表的正态曲线面积分布表)，说明记忆水平高，有 84.13% 的样本人数记

忆水平比他低，只有 15.87% 的人数比他高。

四，神经心理成套测验

临床神经心理学检查，其目的在于正确地了解器质性功能障碍的性质与程度，它多采用操作行为方面的测验。神经心理测验一般可分为单个测验和成套测验两类。成套测验是由许多单个测验所组成，并作综合研究，所以有助于临床诊断。成套神经心理测验常用的有 Halstead-Reitan 神经心理成套测验(Halstead-Reitan Battery, HRB)。这一测验由霍尔斯特德(Halstead)于 1947 年编制成，后来里坦(Reitan)加以扩充和发展，成为目前广泛使用的一种神经心理成套测验。HRB 包括三套测验，第一套用于 15 岁以上的人们，第二套用于 9~14 岁，第三套用于 5~8 岁。文献报导 HRB 定性定侧的正确诊断率在舀外可达 86%~89%。对临床诊断很有帮助。

我国于 1981 年引进这一测验，并由龚耀先及解亚宁等主持全国协作，于 1985 年完成了成人本的修订工作，简称 HRB(A)-RC(revised in China)，1986 年及 1989 年分别完成了幼儿本(适用于 5~8 岁)和少儿本(适用于 9~14 岁)的修订工作。

本测验的内容现以龚耀先等修订的 HRB(A)-RC 为例加以说明。这一成套测验包括 6 个重要的分测验和 4 个检查。此外有智力和记忆测验等联用，可用于 15 岁以上的人。

(一)六个重要的分测验

1. 范畴测验 有 156 张幻灯片分成 7 组(原测验有 208 张幻灯图片)，用投射装置(或卡片式)显示。受试者在 1 至 4 个数字的按键上作出选择性的按压后，有铃声或蜂鸣声给以阳性或阴性强化。测量概念形成、抽象和综合能力。

2. 触觉操作测验 采用修订后的 Seguin-Goddard 形板，蒙眼后分别用利手、非利手和双手将小形板放入相应形状的槽板中。然后要求回忆小形板形状和在板上的位置。计算时间、记形和记位。测验触觉鉴别、运动觉、上肢协调能力、手巧动作以及空间记忆能力。

3. 音乐节律测验 用 Seashore 音乐技能测验中的节律测验，磁带播放，要求受试者辨审。所测验的有听觉鉴别力，持久能力，保持警觉能力和注意力。

4. 词语声音知觉测验 用磁带播放一个词音后，从类似的 4 个词音中选出与之相符合的词音。测量持久注意、听与视觉综合、听分辨的能力。

5. 手指敲击测验 左右食指敲击，测量双手的精细动作和速度。比较两手敲击速度的差异，可提示病变在何侧。

6. 连线测验 A 式，1~25 诸数字散乱分布，要求按顺序相连，记速度和错误。B 式，1~13, A~L 诸数字和字母散乱分布，需要按 1-A-2-B……数字与字母顺序交替相连。测量运动速度、视扫描、视觉运动综合、精神灵活性、字与数系统的综合和从一序列向另一序列转换的能力。

(二)四种检查

1. 握力检查 比较利与非利手的握力。

2. 感觉觉检查 包括单侧刺激和双侧同时刺激。有触、听、视觉的，有手指辨认、指尖触认数字等，测量一侧化的障碍。

3. 失语甄别测验 包括命名、阅读、听辨、书写、计算、临摹、指点身体部位等，这是检

查失语、失认、计算不能和构图不能的测验。

4. 侧性优势检查 检查利手、足、眼、肩等，以判别大脑优势半球。

根据上述测验的分数及计算出的损伤指数可提示有无脑损伤，还能确定某些病例综合征的性质和定位，更突出的是它能够评定脑与行为的关系。但是这套测验尚存在一定的局限性，如测验所需时间太长，结果处理比较复杂，并要求病人合作、清醒和起码的智能，故对有些病人则难以使用。因此，决定了它在临床上的应用和推广有一定的限制。

五、生活事件量表(LES)

1987年张明园等编制的生活事件量表(Life events scale, LES)，是在参考了国外Holmes和Dorenwend及国内郑延平和杨德森等人的量表和调查表的基础上，由量表协作组在全国10个省市内对1364名正常人进行了测试，取得我国正常人及不同年龄组的常模(见附表七)。

LES共65个项目，包括职业、学习、婚姻和恋爱、家庭和子女、经济、司法、人际关系等方面常见的生活事件。每一项的评分以我国正常人(常模)的调查均值计。鉴于年龄是影响对生活事件估价和反应的最重要因素，因此，常模分成若干年龄阶段多青：年(18--29岁)，中年(30-49岁)，更年(50-59岁)和老年(60岁以上)。根据受检查的年龄组别，可得出相应的生活事件单位(Life event unit, LEU)。

LES(生活事件量表)只包括急性生活事件，而持续的刺激并不包括在内。在应用本量表表时，可将调查时限内发生的生活事件，在常模表中查出其相应LCU，然后累加，得到LCU总值。后者为主要的统计量，有助于心身疾病的病因调查和了解。

六、应对量表

目前国外已有不少过程测量(process measure)性质的应对量表应用于医学心理学研究(见第三章)。现列举国内姜乾金编制的团体用特质性应对项目16项如下：

指导语：对上述各种难以摆脱的不愉快事件，你平常往往是如何对待和处理的?(符合或基本符合的在括号内打勾，反之打叉)

①能够尽快将不愉快忘掉()；②容易陷入回忆和幻想之中不能摆脱()；③当做事情根本未曾发生过()；④迁怒于别人而经常发脾气()；⑤通常向好的地方想，想开些()；⑥烦恼的事一多，情绪和态度就变得沉闷起来()；⑦喜欢将自己的情绪压在心底里，不让其表现出来，但又忘不掉()；⑧常与类似情况的人比较，就觉得算不了什么()；⑨能够迅速将消极因素转化为积极因素()；⑩对自己的烦恼，有时候很想悄悄痛哭一场()；11⑩如有必要，就会立即主动求助于别人或找人诉说()；12⑩抽闷烟或喝闷酒()；13⑩对于不顺心的事，通常要苦苦思索，矛盾重重()；14⑩换一种环境，尽量回避之，以免心情受到不必要的影响()；15⑩在苦恼时喜欢一个人独处()；16⑩喜欢以幽默的态度对待问题()；17⑩其它(请写出)

被调查者应在填写完生活事件量表之后才继续填写这些项目。各项目采用是非选答方法，选勾一题计1分。打叉或无法填写计0分。累计1、3、5、8、9、11、14、16项得分为积极应对分；

累计 2、4、6、7、10、12、13、15 项得分为消极应对分。该应对项目表已经多年反复修改试用证明有一定信度和效度。其中消极应对分与心理应激效标变量(如 SCL90 量分, 各种疾病)有较高正相关。

七、社会支持量表

社会支持可包括亲属、朋友、同事和伙伴的关心、安慰、支持和帮助, 这对降低心身疾病的发生和促进疾病康复有积极意义(见第三章)。Blumenthal 1987 年报告的领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS)修订后共有 12 个项目(问题), 现列举如下:

- ①当我需要时就有人在旁。
- ②有人与我共享快乐与忧伤。
- ③我的亲属能真正的帮助我。
- ④我能得到亲属在感情上的帮助和支持。
- ⑤有人能安慰我。
- ⑥我的朋友能真正的帮助我。
- ⑦当我出问题时, 有朋友可依靠。
- ⑧我能与我的亲属交谈问题。
- ⑨我有能与我分享快乐与忧伤的朋友。
- ⑩在我的生活中, 有人关心我的情绪。
- 11 我的亲属乐意帮助我做出决定。
- 12 我能与朋友谈论问题。

这 12 个项目(问题)均由被试进行自评, 每个项目(问题)均采用 7 级评定的方法, 即分极不同意、很不同意、稍不同意、中立、稍同意、很同意、极同意 7 个级别。这样便可了解被试的社会支持水平。

临床上尚有许多具有实际应用价值的测验量表, 但因国内尚无成熟的材料或笔者收集不够完整, 故暂略。

(陈达光)

第五章 心理治疗

第一节 心理治疗总论

一、心理治疗的概念和发展简史

心理治疗(psychotherapy)迄今尚无统一的定义。Reisman JM(1971)经过分析曾列出 31 个不同的心理治疗定义。Korchi n 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,心理治疗目前可被定义为是以医学心理学各种理论体系为指导,以良好的医患关系为桥梁,应用各种心理学技术包括通过医护人员的言语,表情、行动或通过某些仪器以及一定的训练程序,改善病人的心理条件,增强抗病能力,从而消除心身症状,重新保持个体与环境之间的平衡。

从上述定义可以看出,心理治疗大致包括以下一些要素:①具备一定的心理学知识和技能的 治疗者;②按一定的程序实施治疗;③使用各种心理学理论和技术;④治疗对象是有一定精神、 躯体或行为问题的人;⑤治疗目的是通过改善病人的心理机能最终消除其可能存在的各种心、身 症状,恢复健全的心理、生理和社会功能。非专业人员通过其良好的态度和安慰帮助等方式,也 可使病人情绪有所好转、症状减轻,但这一般不被看作是心理治疗。

心理治疗作为正式的科学名称出现尚不超过 100 年,但在漫长的人类历史上,具体心理治疗 方法的使用却早已出现。我国中医早就有一套行之有效的心理治疗手段。《内经(灵枢)》中有“告 之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”,就是典型的疏导式心理治疗。中医有 五行相克和情志相胜治则,根据悲胜怒、恐胜喜、怒胜思、喜胜悲、思胜恐的原则,对具体病人 分别施行不同的情景刺激,激发病人一定的情绪反应,可以治疗由于某一情志失常所导致的疾病。 此外,我国古代留传下众多的健身治病训练程式,例如太极拳、气功等,也包含有丰富的心理治 疗成分。

在西方,心理治疗也源远流长。古希腊和古埃及时期的医生就已重视心理治疗的作用。他们 强调整体治疗,使用暗示、音乐、催眠等手段治疗疾病。但是,在西方中世纪时期,宗教具有绝 对的权威,心理治疗成为宗教的附属物,尤其对精神病人普遍采用精神和肉体摧残的方法,长期 严重阻碍了心理治疗的发展。18 世纪末,由于法国医生皮奈尔(Pinel)的积极倡导,才开始用人 道的方法对待精神病人。此后,心理治疗得到了发展。

近 100 年来,西方心理治疗发展较快。19 世纪末和 20 世纪初,西方流行麦斯麦(Mesmer FA) 的催眠疗法多之后,奥地利医生弗洛伊德(Freud S)首创的精神分析疗法也得到广泛传播。50 年 代末,基于行为心理学理论的行为疗法开始迅速发展。这些心理治疗理论与方法,到目前已成为 重要的心理治疗流派。近半个世纪以来,随着心理科学研究的深入,不但原有的心理治疗方法不 断地分化和完善,而且许多新的治疗方法或手段也如雨后春笋般地出现,例如人本主义的患者中

心疗法，认知学派的认知疗法，日本的森田疗法，以及放松，静默，生物反馈和各种形式的集体治疗等。

二、目前的心理治疗流派

心理治疗种类繁多。从事心理治疗的专业心理学家们分别使用各种理论体系，形成诸多的心理治疗流派。但根据美国 Smith D 1982 年调查，目前最主要的心理治疗流派是精神分析疗法、患者中心疗法，家庭疗法，行为疗法，认知行为疗法以及折衷主义的心理治疗等几类(表 5—1)。

表 5—1 目前心理治疗理论流派分析

理论体系	治疗者人数	%
精神分析理论(含新精神分析)	57	13.73
患者中心理论(含格式塔理论和理性情绪理论)	52	12.47
家庭理论	11	2.65
行为理论	23	6.75
认知行为理论	54	13.07
折衷主义	171	41.20
其它	42	10.12
合计	415	99.99

表 5—1 中还有一个明显的特点，这就是近半数的心理治疗者采用折衷主义的治疗方法，主张综合应用对病人最有效的治疗方法，而不认为自己属于某一特殊的流派。这种现象正是反映了心理治疗科学已向纵深方向发展。

除了上述提到的几个流派外，还有一些心理治疗种类或流派在医学心理学领域较有意义，应给予注意。集体心理治疗发展较快，在临床病人中应用较多。利用暗示原理进行心理治疗也有一大门类，包括暗示疗法、催眠疗法、自律训练和想象疗法等，这些方法在心身疾病治疗中很有意义。发源于日本的森田疗法主要用于神经症病人。各国的一些传统心理行为治疗方法也不容忽视，例如瑜伽，气功、冥想、坐禅等。生物反馈作为特殊的一种心理行为治疗方法，也已受到越来越广泛的重视。

三、心理治疗的心理生物学原理

各种心理治疗都有其理论基础，并且以此解释其治疗原理。但是各种心理治疗对躯体功能的影响过程，在机理上也有共性的一面，这就是心身联系的心理生物学原理。

从心理应激一章我们已了解到，不良的心理条件通过心身中介途径影响健康。但是，心理与生理的联系并不总是起消极作用的。积极的心理状态，包括乐观、无畏的精神，愉快的情绪，友善的态度等，都有利于保持个体的心理生理内稳态，增强防御疾病的能力。心理治疗就是使病人的心理(行为)向好的方向变化，从而改变原有的病态心理生理过程，使病人的心身功能达到新的统一。这种通过心理干预的方法最终改善病人的心身状态的心理治疗过程，同样是通过神经系统，神经内分泌和神经免疫系统等心理生理中介途径而实现的。

从另一角度看，人类与动物不同，第二信号系统是人类更重要的信号来源。根据条件反射原理，人类可以在没有第一信号刺激的情况下，由第二信号系统引起一系列心理、行为和生理功能的改变。这些功能改变可以是积极的，例如言语支持和安慰使人“心平气和”；也可以是消极的，甚至是致病的，例如亲人亡故的信息可使人“肝肠寸断”。大多数心理治疗就是正确利用言语(包括病人的内部言语)所产生的积极心身反应，达到治疗疾病的目的。

四、心理治疗的原则

(一)良好的医患关系

这是心理治疗的一个重要条件。患者对医生要有信任感和权威感，在此基础上，患者才能不断接受医生提供的各种信息，逐步建立治疗动机，并能无保留地吐露个人的心理问题细节，为医生的准确诊断及设计和修正治疗方案提供可靠的依据，同时医生向患者提出的各种治疗要求也能得到遵守和认真执行。另一方面，为了达到上述目的，也要求医生在心理治疗的始终，对患者保持尊重、同情、关心、支持的态度，密切与病人的联系，积极主动地与其建立相互信赖的人际关系。在心理治疗过程中，建立良好的医患关系，其主要责任在医生方面，这是检验一个心理治疗医生是否成熟称职的首要条件。

(二)有针对性

应根据患者存在的具体问题(如心理问题，心身问题，行为问题或是社会适应问题)的性质，以及医生本人的熟练程度、设备条件等，有针对性地选择一种或几种治疗方法，并决定采用个别治疗还是集体治疗，住院治疗还是门诊治疗等。为了使治疗有针对性，其前提则是正确的分析和诊断。

(三)有计划的实施

实施某种心理治疗，事先应设计治疗程序，包括采用手段、时间、作业、疗程、目标等，并预测治疗过程中可能出现的变化及准备采取的对策。在治疗过程中，应详细记录各种变化，形成完整的病案资料。

(四)综合措施

人类疾病是生物、心理、社会诸种因素相互作用的结果。在实施心理治疗时，应考虑是否同时结合其它药物或理化治疗手段。例如，对高血压，癌症等躯体疾病实施心理或行为治疗，应不排除药物治疗或理疗等措施。各种心理治疗方法的综合折衷使用，有时也有利于取得较好的效果。

(五)保密

心理治疗往往涉及病人的隐私。为保证材料的真实，保证病人得到正确及时的指导，同时也为了维护心理治疗本身的声誉和权威性，必须在心理治疗工作中坚持保密的原则。

(六)灵活应变

在心理治疗过程中，医生要随时准备根据新的需要灵活地变更治疗程序。同时，治疗者也要注意各种社会文化和自然环境因素包括文化传统，风俗习惯，文化程度，经济地位等对治疗的影响。

(七)适当的环境条件

许多心理治疗方法需要有一定的环境条件。这在有关章节将会作适当的讨论。

五、心理治疗的适用范围

现代心理治疗应用范围越来越广。从医学心理学角度，大致应用于以下几个方面。

(一)综合性医院有关的病人

此类病人又可分三方面：①躯体疾病急性期，由于存在严重的心理反应，有时需要在接受生物性紧急处置的同时，接受一定的心理治疗，例如支持疗法、松弛训练等，以帮助其认识疾病性质，降低心理应激反应水平，增强治病的信心。②慢性病人由于康复无望及长期的病人角色的作用，往往存在较多的心理问题，并因此使疾病症状复杂化，影响机体的康复过程。心理支持治疗和行为治疗等手段往往对他们有很大的帮助，例如慢性疼痛病人的行为矫正治疗，康复疗养病人的集体支持治疗等。③心身疾病的心理治疗，又包括两方面首先是针对致病的心理因素，通过帮助病人消除或缓解心理反应，以减轻疾病症状，改变疾病发展过程，并促进其康复。例如冠心病A型行为的矫正，紧张性头痛的认知治疗等。其次是直接针对疾病的病理过程而采用的心理学矫治措施，例如高血压病人的松弛训练，瘫痪病人的生物反馈治疗等。

(二)精神科及相关的病人

这是心理治疗应用较广的领域，包括各类神经症性障碍如神经衰弱、焦虑症、强迫症、恐怖症、癔病、疑病症等，以及其它精神科疾病如恢复期精神分裂症病人，抑郁症等。

(三)各类行为问题

包括性障碍、人格障碍，过食与肥胖，烟瘾，酒瘾，口吃、遗尿，儿童行为障碍等，可选择使用性治疗技术、认知行为矫正疗法，正强化法等。

(四)社会适应不良

正常人在生活中有时会遭到难以应对的心理社会压力，从而导致适应困难，出现自卑，自责，自伤、攻击、退缩，失眠等心理或行为问题和躯体症状。此时可使用某些心理疗法，例如支持疗法、应对技巧训练，环境控制，松弛训练、认知改变及危机干预等给以帮助。

本章将分别介绍医学心理学中各种主要的心理或行为治疗方法。部分特殊治疗方法如性治疗技术、应激性医学操作所致的心理反应的干预等，则在具体有关章节内另行讨论。

第二节 精神分析疗法

精神分析疗法(psychanalytic psychotherapy)的理论基础是精神动力说(见第二章)。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。

心理动力理论认为，潜意识中早年心理冲突在一定条件下(精神刺激、素质因素等)可转化为心身症状(精神疾病如癔病，神经症，躯体疾病如溃疡病等)。

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出来，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。

(一)精神分析治疗一般内容

精神分析法一般使用以下几种具体的内容：(Vingoe FJ, 1981)

1. 自由联想 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。

2. 抗拒 抗拒或称阻抗(resistance)是自由联想交谈过程中,病人在谈到某些关键时刻所表现出来的自由联想困难。此时病人往往谈话中止,似乎没有什么东西可以谈了;或者不按时参加预定的会谈多或者反复陈述某一件事,不能深入下去,扩展开来多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意识的倾向。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辨认并帮助病人克服各种形式的抗拒。一旦潜意识的抗拒努力均被逐一战胜,病人在意识水平上实际上已认识自己,分析治疗也已接近成功。精神分析疗法之所以需长时间才能完成,据认为其原因就是潜意识的抗拒作用。

3. 移情 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,将自己的情感活动转移到治疗者身上,从而有机会重新“经历力往日的情感。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,后者是憎恶情感的转移。例如对父母有潜意识怨恨的病人,可能会对医生渐渐产生怨恨。医生通过对移情作用的分析,可以揭示病人对医生的怨恨和对父母的怨恨之间的联系,从而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。

4. 发泄 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感体验。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。

5. 释梦 释梦(dream analysis)也是心理分析重要手段。精神分析理论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。

6. 阐释和疏泄 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(interpretation)。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(catharsis)。

(二)精神分析治疗过程简介

经典的精神分析治疗需时间较长,每次约 50 分钟,每周 2~3 次,累计总数可达 300~500 次。施治者要受过严格的精神分析专门训练。

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、帮助克服阻抗、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，整个治疗也即告完成。

据介绍，精神分析疗法成功的病倒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。另外，医生在治疗中应尽量不透露自己的个人情况，以便于病人的自由联想和利于移情关系的解决。

(三)适应证和评价

精神分析疗法大多应用于神经症病人，以及心身疾病的某些症状。这种治疗方法已受到、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)。

某些经过修正的新精神分析疗法虽然在时间上有所缩短，且增加了对社会文化因素与疾病和症状关系的分析，主要解决当前的迫切要求解决的问题，但其费用仍不是一般工薪阶层所轻易能负担的。实际上，经验证明只有那些职务较高、聪明、善于言辞而且颇具财力的人，才可以从精神分析疗法中受益。

第三节 暗示和催眠疗法

(一)暗示疗法

人都有一定的暗示性，即接受暗示的能力，但是人的暗示性有很大的差别。凡涉及陌生知识领域的问题(包括未知领域如气功)，人容易接受暗示；暗示者有权威性，以及被暗示者对暗示者的信任，也容易产生暗示效果。临床医生经常有意无意地利用病人的暗示性对其施加暗示影响。

暗示疗法(suggestive therapy)是指利用暗示对病情施加影响使症状消除的过程。暗示疗法是一种古老而有一定治疗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，凡是医生特别是那些影响大的名医，都对病人有一定的暗示性治疗作用。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，不论实验或临床经验都证明了这一点，医务人员也几乎都能理解这一点。

1. 方法 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,用电刺激肌肉的方法,结合言语暗示治疗癔症性肢体瘫痪多用静脉注射 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包含了自我暗示过程。

2. 适应证和评价 暗示疗法对于暗示性高的病人,效果较好。暗示性低的人往往对暗示治疗反应差。其主要适应证包括神经症(如癔病)、疼痛,瘙痒、哮喘及其它心身障碍,也可用于性功能障碍(如阳痿)、口吃等心理行为障碍。

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

(二)催眠疗法

催眠(hypnosis)是一种催眠恍惚状态。约有 10~20%的人容易被催眠,能产生深度恍惚状态,这些人的暗示性高,同时相信催眠术或催眠术者。约 5~10%的人不能被催眠,这些人暗示性低。处于上述两种人之间者,可在不同程度上被催眠。催眠的心理生理本质至今未被阐明。

用言语或其它心理手段使人进入催眠状态的过程称为催眠术。使用催眠术使病人进入催眠状态,此时病人顺从性和被暗示性增加,医生通过暗示和疏泄等手段治疗疾病的过程称为催眠疗法(hypnotherapy)。催眠疗法实际上是在催眠状态下的暗示疗法,故也称为催眠暗示疗法(hypnotic suggestion)。

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 F A, 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。

1. 催眠方法 在实施催眠术之前,一般应先检查病人的暗示性。暗示性高者,催眠效果也好,可作为治疗对象。检查暗示性高低的方法很多,例如可令被试者面壁背对施术者闭眼站立几分钟,施术者可缓慢地说“你的身体正在前后摆动,感觉到了吗?……”。如果被试逐渐摆动起来,说明暗示性高。还有嗅暗示试验、后倒试验等。

催眠的实施过程大同小异。催眠术者一般让被试在安静、舒适的专门房间里躺下或处坐位,嘱其放松。凝视法要求病人注视近前方的某一物体。也有人主张放弃凝视法,干脆就闭上眼睛(Vingoe FJ, 1980)。

为了让病人将注意力更好地集中,在实施催眠过程中可配合使用节拍器,滴水声等听觉刺激,或金属锤摆动等视觉刺激,以及施术者手触摸等触觉刺激。某些病例如暗示性低不合作者,可使用 2.5%硫酸妥钠溶液缓慢静脉注射,在病人进入半睡眠状态时,容易导入催眠状态。这就是药物催眠。

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,进而诱导其进入视想象(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。

当医生确信治疗已达到目的，即可用暗示法解除催眠。通常用数数法诱导病人解除催眠，也可用入睡暗示诱导病人进入睡眠状态，然后自然清醒。

2. 适应证和评价 催眠疗法应用范围很广。例如有人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事情，从而使病人恢复已遗忘了的记忆。由于催眠的特殊放松反应和暗示性，故也能使用于躯体疾病，例如心脏病、产科、癌肿，溃疡病等的疼痛(Vingoe FJ1981)。但一般而言，催眠疗法主要用于各种神经症，心身疾病和其它某些心理行为症状，包括癔病、心因性焦虑和恐惧、神经性呕吐、厌食、顽固呃逆、性功能障碍、失眠、某些疼痛病例等。

此外，催眠术可以与其它一些心理治疗方法联合使用。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)。

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。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。

催眠术者一般需要经过一定的培训过程才能上岗治病。

第四节 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，是一种泛概念，一般是指医生合理地采用劝导、启发、同情、支持、解释、提供保证、应激无害化指导以及改变环境等方法，帮助病人认识问题、消除疑虑、改善心境、提高信心，从而促进心身康复过程。

(一)方法

支持疗法要求医生首先在建立良好医患关系基础上，通过交谈对病人的心身现状有全面的了解；其次要科学地运用各种心理支持手段。

1. 交谈 在支持心理治疗中，医生对于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，或者医生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。

2. 支持手段 在掌握病人的心理状况以后，医生应善于利用科学知识，及时正确地给病人以解释，暗示、鼓励和保证等等。一般来说，凡是有丧失感的病人，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、年龄、经历、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多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，使之坚强起来多对年轻的残废病人应多给激励而避免一味地表示同情等等。

心理支持的手段是灵活多变的，也无法给出一个固定的模式。例如应激无害化或应对技巧的指导有时也可看作是一种心理支持手段。可以这样认为，凡是有助于改善病人的心理条件，而又不能归入现有的各种心理治疗概念之中的心理学手段，都是心理支持手段。

(二)适应证

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，或其它灾难如患了癌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支持和疏导。在其它许多心理治疗过程中，也应结合使用支持疗法。

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。

第五节 患者中心疗法

患者中心疗法(client—centered therapy)是人本主义心理学家罗杰斯(Rogers C)在40年代后逐渐倡导发展起来的一种新的心理治疗方法。与传统的以治疗者为中心的解释性心理治疗不同，该疗法认为病人有理解自己和趋向成熟的潜能，治疗者的作用是启发这种潜能而不是包办代替，也不是裁判。该疗法通过帮助病人进行自我探索，使之从否定自己的某些情感和体验，转到接受和体验自己此时此地的全部情感和思想，认识自己的本来面目，促成了成熟过程，取得新的内部和谐，从而消除焦虑和紧张。

患者中心疗法的基本原理可追溯到现象学理论。罗杰斯从现象学理论出发，认为一个人的行为决定于这个人对世界的独特的知觉，而不管这种知觉是否正确，因而也只能从个人独特的角度才能理解他的行为。罗杰斯还认为，人有一种天生的发展和充分发挥自己潜能并使自身完善的积极倾向，即现实化倾向。当这种倾向受到削弱或阻碍时，例如个人以外部价值条件取代内部的评价，自我被扭曲，产生否认真实情感的倾向，个人就会表现出行为问题。因此，如果引导病人进入内省即自我探究，恢复与自己真实情感的联络，消除现实化倾向的障碍，行为问题也就自然得到解决。

(一)方法

早在1940年，罗杰斯就曾根据自己的理论体系，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，如提供一个特定的心理气氛，就可以促进这种力量的发展；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。根据这几个方面的内容，此后发展起来的患者中心疗法主要包含以下三个要点。

1. 和谐(congruence) 和谐是指医生与病人之间的关系是真实的、自然的。要让病人看到，医生不是在扮演职业角色，而是真实和自然的个人。“和谐”能使医生内心所体验的，现在所意识到的，以及病人所表达的三者之间达到高度的和谐，没有任何勉强或装作的痕迹。和谐是积极关注的基础。

2. 积极关注 这就是医生对病人的诉述和体验表示接受、关心和赞赏。这种关注是无条件的，即医生不强加任何价值条件，允许病人体验所有此时此地的情感，包括迷惘、怨恨、恐惧、愤怒、爱情、骄傲等，医生都予以无条件接受。由于病人觉得被别人接受，他就更倾向于理解自己，更能根据自己的情感而不是价值条件去自由行动。

3. 同理心(empathy) 同理心不是简单的理解，也不是单方面的同情。这是医生准确感觉病人经历的情感和个人意义，并有能力使病人觉得医生已理解他的诉述，有与他本人相似的情感和分享这种情感所带来的痛苦或欢乐。同理心除了使医生与病人融洽相处，便于迅速建立关系，以及为病人提供一种安全的气氛，使之能更自由地探究自己的情感，挖掘自己的思想外，更重要的是同理心为病人提供一种机会，使之对自己所述的话有所反馈或称反响(reflection)，从而更深入地激发病人去接触自己的这种情感，最终使病人逐步认识自己在某一问题上所持的消极情感和不正确的自我评价，恢复与现实化倾向的联络，自己起来改变原有的认知和评价，使症状得以解除。同理心也有称神入、感情移入、同理性等。

患者中心疗法就是医生有机地运用上述三个要点的过程。治疗中医生真心地对待病人，与之进行“心理接触”，只认真倾听病人的各种诉述不作任何解释，鼓励病人充分表达此时此地的情感，并给予理解和信任，使病人自己认识此时此地自己存在的问题，最终从困扰中解脱出来。这一治疗方法表面看似简单，实际上医生必须深刻理解此方法的原理，才能达到治疗目的。

(二)适应证和评价

患者中心疗法一般用于各种神经症病人，例如强迫症、恐怖症、焦虑性神经症等。这一疗法可个别进行，也可集体进行(Rogers, 1973)。集体治疗时，医生作为集体的一员而不是以医生角色身分参与。

患者中心疗法与精神分析疗法有两点明显不同。其一是人本主义理论对人性的认识是强调人有一种积极向上趋向成熟的潜能，而精神分析理论对人性的认识则强调潜意识中的本能是造成心理冲突的根源。其二是患者中心疗法强调帮助病人自己认识此时此地的情感，而精神分析治疗则强调对潜意识中过去心理结症的挖掘。理论上的不同导致方法上的差异，但很难说明何种方法更有效。更多情况下，一些案例使用某一种方法无效，改用另一种方法却有效。

(姜乾金)

第六节 认知治疗

认知治疗(cognitive therapy)是随认知心理学的兴起、发展而形成的一种新型的心理治疗方法。它的基本观点是,人在生活中总是以自己独特的认知方式来感受、理解,评价和预测周围事物和自身,同时作出相对固定的行为反应方式。如果个人的认知评价中存在不合理(曲解)因素,就可以产生不适应行为和负面情绪,进而造成或加重心身症状。因此,帮助患者改变认知曲解成分,调整其不合理的思维、想象、信念,摆脱消极观念,接受新的,正确的思想,就可以消除不适应情绪反应,这就是认知治疗。

认知治疗种类很多,常见的有贝克(Beck AT)的认知疗法,艾里斯(Ellis A)的理性情绪疗法(rational—emotive therapy, RET),迈肯鲍姆(Meichenbaum D, 1977)的自我指导训练(self-instructional training),戈弗雷特(Goldfried, 1971)的应对技巧训练(coping skill training),考铁拉(Cautela JR, 1971)的隐匿示范(Covert model)及德苏内拉(D'zurilla)等人的解决问题的技术(problem—solving)等。这些疗法都强调改正不适当的认知型态及想法是矫正情绪困扰或心理疾病的关键,但在治疗程序、概念及治疗的重点上有所差别。

认知疗法主要有四个过程,总结如表 5—2。

表 5—2 认知疗法的基本过程

治疗过程	治疗项目	项目举例
①建立求助动机	认识适应不良的认知—情感—行为类型。患者和治疗医师对问题达成在认识解释上意见的统一;对不良表现给予解释并且估计矫正所能达到的预期结果	自己监测思维、情绪和行为,治疗医师给予指导、说明和认知示范
②适应不良性认知的矫正	发展新的认知和行为来替代适应不良的认知和行为	治疗医师指导患者广泛应用新的认知和行为
③在处理日常生活问题的过程中培养观念的竞争,用新的认知对抗原有认知	练习将新的认知模式用到社会情境之中,取代原有的认知模式	患者先用想象方式来练习处理问题或模拟一定的情境或在一定条件下患者以实际经历进行训练
④改变有关自我的认知	作为新认知和训练的结果,患者重新评价自我效能(self-efficacy)以及自我在处理认识和情境中的作用	在练习过程中自我监察行为和认知;治疗医师通过指导性说明来强化患者自己处理问题的能力

一般认知疗法的疗程约 12 周,会谈约 15 次,每次交谈时间有一定限制,一般为 30~40 分钟,整个疗程分初期、中期及后期三个阶段。不同时期,治疗的侧重点、方法有所不同。

(一) 贝克的认知疗法

贝克发现人的认知曲解常见的有以下几种形式:①任意推断,即在缺乏或不充分的证据的情况下随意作出结论。②选择性概括,即依据个别或偏见信息对整体作出结论。③过度引申,即在单一事件的基础上作出关于能力或价值等的普遍性结论。④夸大或缩小。⑤走极端思维,即要么全盘肯定,要么全盘否定。

对这些常见的认知歪曲的矫正,贝克(1985)认为有五种基本的技术和方法:①识别自动性思维(automatic thoughts)。②识别认知错误。③真实性检验。④去中心化。⑤监测(monitoring)

紧张或焦虑水平。这些技术和手段如何进行?现以识别不合理的自动性思维为例。所谓自动性思维就是介于外部事件与个体对事件的不良情绪反应之间的那些思维。这种思维已构成一固定型的自动化的思维方式,大多数患者并不能意识到在不愉快情绪之前会存在这些不合理的思维。例如一个学生考试不及格,他就可能认为自己很笨,老师总跟他过不去等,于是变到灰心丧气。这种情绪与他的对自己的行为归因有关。所以治疗过程中首先要使患者学会识别这些不合理的自动性思维。一般通过指导患者完成自动性思维记录表(日记),以及在医师的提问,指导患者想象或角色扮演等过程中,帮助患者学会识别这些自动性思维。下面引用一例通过角色扮演帮助患者对自动性思维的识别。

患者为 33 岁已婚女性,已有 5 年抑郁症病史,曾有 2 次自杀未遂和数次自伤行为,贝克抑郁量表评定提示有严重抑郁症状。在治疗中让病人扮演一名解剖医师,准备解剖一名自杀身亡的病例,而治疗医生则扮演这名死者的辩护人。

病人(解剖医生):对于这个病人来说,自杀是逃避痛苦生活的一种手段。

治疗医师(辩护人):在这个世界上这种看法可能适用于任何一个人,但就这句话本身而言,它并不是一个令人信服的死亡原因。

病人:这个病人的生活太不幸了,以致于她不能再忍受下去了。

医师:这个病人既然已经坚持到现在,那么她或许还可以坚持忍受一段时间。再说,她过去的的生活并不都是凄凉和不幸的,同样也没有证据表明将来的生活常常是不幸的。

病人:但是,她的存在对她的家庭来说是一个负担。

医师:自杀并不能解决这个问题,因为她自杀而亡反而会增加她家庭的负担,例如未成年子女的哺育,年迈双亲的照顾等。

病人:但是,她是一个自杀和懒惰的人。

医师:在一般人群中懒惰的人大约占多少呢?

病人:嗯,可能 20%吧……不,我想至少有 10%吧。

医师:按照您这样的说法,大约有一百万的上海人是懒惰的,但是并没有这么多的人是因此而死呀,所以这个病人没有理由这样去死。您认为“懒惰”和漠不关心是这个病人情绪抑郁的症状吗?

病人:我想可能是的吧。

医师:那么好,我们每一个人一般不会也不应该为了某种疾病的症状而去自杀,对吗?再说,情绪抑郁好转以后,“懒惰”的表现也会消失的。

(二)艾里斯的理性情绪疗法

这是美国临床心理学家艾里斯(Ellis A)50 年代创立的一种心理疗法。艾里斯认为,人既是理性的,同时又是非理性的。人的情绪或心理的困扰,大部分是由于不合逻辑或不合理性的思考。如果一个人学会并扩大利用理性思考,减少非理性思考,大部分的情绪或心理困扰就可以解除。因此,帮助病人以合理的思维方式代替不合理的思维方式,最大限度地减少不合理的信念是减轻患者苦恼和忧郁的途径。

理性情绪疗法认为,外来事件是中性的,不同的个体有不同的认知系统,并以不同的方式对中性事件作理性或非理性的解释,继而产生积极或消极的反应。治疗者的任务就是针对个体的认知系统,指出并纠正认知系统中非理性成分。常见的非理性信念有:①人应该得到生活中所有对

自己是重要的人的喜爱和赞许；②有价值的人应在各方面都比别人强；③任何事都应按自己的意愿发展，否则就会很糟糕；④一个人应该担心随时可能发生的灾祸；⑤情绪由外界控制，自己无能为力；⑥已经定下的事是无法改变的；⑦一个人碰到的种种问题，总应该都有正确的、完满的答案；⑧对不好的人应该给予严厉的惩罚或制裁；⑨逃避困难，挑战与责任要比正视他们容易得多；⑩要有一个比自己强的人做后盾才行，等等。

理性情绪疗法一般可分为四个阶段：①心理诊断阶段。确认问题所属性质以及患者的情绪反应，制定治疗所要达到的情绪及行为目标。②领悟阶段。让患者认识自己不适当的或症状性的情绪和行为表现，认识这些症状是由自己造成的，寻找并认识这些症状的渊源，找出造成这些症状的不合理信念。③疏通阶段。这是理性情绪疗法的主要阶段，主要是通过与学生争辩，使其放弃导致症状的不合理信念，调整认知结构。④再教育阶段。探查是否存在其它的不合理信念，强化合理的思维方式，使合理的思维方式成为习惯。

(三) 认知疗法适应证

认知疗法可适用于治疗许多心理疾病及障碍，主要是情绪抑郁，尤其是单相抑郁症。除此之外，还可治疗焦虑障碍，社交恐怖、偏头痛、情绪激怒、慢性疼痛、神经性厌食、性功能障碍、酒瘾以及某些特殊场合(如考试)的紧张状态等。

认知疗法对领悟能力低的人，如弱智者、重型精神病患者、年幼和年老者均不合适。这类疗法可以个别形式进行，也可以集体形式进行。

第七节 家庭治疗

家庭治疗(family therapy)是由麦尔(Meyer A)首创的。他认为一个人一生中每一阶段的心理发展与其家庭影响有着密切的关系，而用家庭治疗，可以纠正一些心理病态。自此以后，家庭治疗不断发展，目前已成为一个独立的领域发展了自己的理论体系和实践方法。

家庭治疗的发展经历了三个过程：①50年代初，有关人员意识到个人对家庭、家庭对个人的影响，如个人工作不顺心或患有疾病会影响整个家庭的气氛和功能，而家庭的不良气氛又会影响个人的心身健康。②医生运用社会学家对家庭研究的理论来解决家庭问题。如家庭问题不仅只涉及到家庭成员，还与社区、文化背景等有关。③医生在长期治疗过程中形成了自己独特的理论，其中影响最大的是家庭系统理论。

(一) 家庭系统理论

家庭系统理论认为：①家庭远胜于家庭成员的总和。家庭像是一个系统，在这一系统中包含了多个子系统，如父母和子女都是显而易见的子系统，父母子系统应处于领导地位。每个子系统又是由各器官组成的，这些器官就相当于家庭各成员。家庭每个成员都有自己的角色行为、角色规范。当家庭各子系统之间没有任何差别，所有成员都纠缠在一起，或与之相反，当每个成员都形成自己的子系统，致使家庭完全碎裂时，就会出现家庭病态。家庭治疗的目的是改造家庭结构，促使形成各自独立但又相互和谐地发挥功能的子系统。治疗的手段可使用改变家庭的交流方式。②家庭与个人是相互影响的，个人的心身健康可以影响家庭功能，家庭功能障碍也会影响个人心身健康。家庭有五个基本功能：社会化、关怀爱护、情感、生育及社会地位。社会化指社会技能

的发展，包括人际关系的发展，即怎样与同龄及非同龄人交往等多关怀爱护指提供庇护、温暖、食物和保护多情感指爱、关心等多生育指是否采取避孕的性生活等；地位表示社会经济状况，教育与职业等。③家庭对个体的作用是以重复反应的方式进行，即不断地作用于个体。④家庭问题的造成不是家庭某一个成员的责任，而是家庭所有成员的责任。⑤家庭问题通常以个人的心身症状表现出来，并必对其家人造成影响。⑥有能力适应家庭各种变化是健康家庭功能的标志。

(二)家庭治疗的适应证

怎样的家庭需要进行治疗，可使用家庭评估量表(包括了家庭结构与家庭功能)进行评定。家庭评估可以从许多方面进行，而最主要的有二点：①家庭有着不同的生命周期—初婚期、生育期、满员期、减员期、鳏寡期。每一阶段，一个或多个家庭成员面临需求和挑战，如妻子怀孕、丈夫当爸爸、孩子上学等。当家庭的成员面临这些挑战，作为整体的家庭必须加以变动和改进以顺利通过这一阶段。如果家庭不能帮助其成员渡过各危机，那么家庭的功能就没有实现。②运行正常的家庭应为每个成员提供一个能充分发挥潜能的环境，提供可以转用到家庭之外的社会化模式，提供性身分认同的原模，提供将父母与子女区分开来的界线。当上述家庭的各种关系出现障碍，个体出现症状，例如婚姻关系不和谐，父母与孩子发生冲突，孩子的品行障碍，孩子的交往障碍，逃学，以及久治不愈的心身疾患，如哮喘，湿疹、神经性厌食和反社会行为等，都可使用家庭治疗。

家庭治疗包括了对整个家庭的治疗和对家庭成员的个别治疗。整个家庭的治疗往往是解决一些沟通问题或帮助家庭处理一些生活事件，渡过危机阶段。家庭成员的个别治疗主要是处理心理，行为方面的障碍。进行家庭治疗应充分了解家庭的环境，家庭的内在结构(角色关系、权力结构、沟通方式、价值观)、家庭的功能、生活周期及资源情况。

(三)家庭治疗的组织与实施

(1)参加对象：凡与家庭功能紊乱有关的成员均要参加。如夫妻关系不和，必须对夫妻双方进行治疗。家庭系统理论认为，家庭中两个人在解决矛盾的时候总是把问题定势在对方身上，这是核心家庭离婚的主要原理。这时可建立一个三角点。医生作为三角点，能看清他们的问题所在，把家庭问题的本质挖掘出来，将他们的感情纠葛分解开。如约汉和珍妮夫妇出现了矛盾。约汉出身富豪，从小父母宠爱。珍妮出身贫穷，从小寄养在祖父家，祖母严厉，

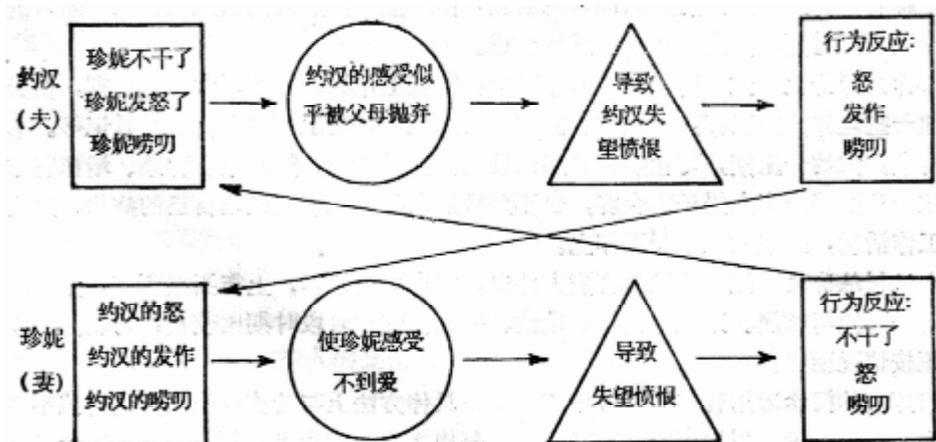


图 5—1 家庭治疗(婚姻治疗)示意图

缺少爱。随着生活的深入，约汉常会因得不到关心，珍妮常会因得不到她所需要的爱而互相产生对对方的不满，并导致恶性循环(图 5—1)。夫妻的这种恶性循环靠夫妻本身是难以解决的。而建立第三角，对看清问题实质很有效。面对这种矛盾，夫妻双方必须同时进行治疗。

(2)接谈技巧：在整个治疗过程中治疗者要能主动控制气氛，每个成员都能自由地心平气和地发表意见，治疗者通过指导、启发来协调家庭气氛，协调家庭角色关系。

(3)分析问题：分析家庭的结构形式，找出家庭功能障碍。如是核心家庭、扩大型家庭、单亲家庭、杂合家庭，还是不幸家庭(有慢性病人，残疾人等)。

(4)协商讨论问题：医生与家庭成员一起共同分析，讨论，找出问题的结症。

第八节 森田疗法

森田疗法(mori ta therapy)是日本森田正马在 1920 年创用的一种治疗神经症的方法。森田认为，神经症发生的基础是一种表现为内向性的、强烈的自我意识，过度地追求尽善尽美及过分渴望生活完满的神经质，这种神经质称森田神经质。这种人对自己的心身活动状态非常敏感，他们过分注意、担心自己的心身健康，一旦遇上生活环境的改变或精神创伤，他们就会产生自卑感，而这种自卑感又使他们集中注意他们的焦虑，并竭力去回避它。但是越是注意他们的焦虑，他们就变得越敏感，越感到焦虑，从而形成恶性循环。

森田疗法的治疗原则是，在心身疾病时，越是想有意识地努力消除心身症状，而症状就会越倾向于固定，为此，要承认“现状”。正常的患者都有求生欲望，因而担心心身疾病的症状是正常的。森田疗法并非要引导患者消除症状，而是要引导患者在维持“有症状也无所谓”，“有症状也能工作”的状态中，不知不觉地不去介意症状的存在。

森田疗法最初都让病人住院进行治疗，具体实施分为三个阶段：

1. 绝对卧床阶段 绝对卧床大约 4~7 天。这一阶段病人除了吃饭及去洗手间不得起床，禁止病人参加任何活动和进行任何交往，即便是治疗人员，每天也只短暂地与病人会面一次，了解病情。这段时间病人只能面对寂寞，面对焦虑，病人的焦虑在这段时间可能达到顶点，持续一段时期，病人会接受、承认焦虑。

2. 工作治疗阶段 这一阶段可分两个时期：①轻工作活动时期，大约一星期，白天可让病人参加一些轻体力的工作，如扫地、打扫室内卫生等，晚上可以写简单的日记等。②重工作活动时期，大约一星期，可让病人参加比较重的体力劳动，如砍柴，种菜，培植花木、烹证等。这一阶段禁止病人娱乐、会客，也不要求病人与其他病人谈论自己的症状，只要求病人从事工作活动，把注意集中于工作上。

3. 生活训练阶段 这一阶段允许病人外出，如出去看电影，上街买东西等，为出院做准备，但还是不能与家属，亲友会面及通电话、书信。这一阶段时期比较长，可以持续 3~4 周，长短按情况而定。

森田疗法的门诊运用目前逐渐被推广，但在具体方法上与传统的住院疗法有些不同。一般初诊为 30~60 分钟，以后每次 15~30 分钟，每周 2 次，疗程可长可短(2~6 个月)。与住院治疗相比门诊治疗强调言语指导作用。

森田疗法的适应证是神经症，包括了普通神经症即神经衰弱，强迫观念和强迫思维、疑病症及各种恐怖症，发作性神经症如焦虑发作、呼吸困难发作，对某心身疾病也有一定的疗效。

(黄 丽)

第九节 集体心理治疗

集体心理治疗(group psychotherapy)指为了某些共同目的将当事人集中起来加以治疗的心理治疗方法。集体心理治疗的方式多种多样，本节重点讨论与医学心理学关系较密切的某些集体心理治疗问题。

(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 30 年间，集体心理治疗虽没有重大的发展，但是仍有一些人对集体治疗发生兴趣，并分别创立了一些专门用于集体治疗的方法，为 40 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团体治疗方法。20 年代 Marenco 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轮流谈自己的问题，他使用的方法被称为团体心理分析。

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。50 年代以后，专业集体心理治疗工作者大幅度增加，专业文献也大量增多，成为心理治疗工作中的一支重要力量。

(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。

本书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之间关系相互作用的积极一面，如充分利用社会支持作用，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(self help 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。此外, 家庭治疗和婚姻治疗也可包括在这类集体治疗之中。

我国目前使用的集体治疗方法一般属于集体支持疗法(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)适应证与评价

早期的集体心理治疗大多是出于经济的考虑, 主要为节省人力和物力。但近年则主要已不是出于经济上的考虑, 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性治疗措施。

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; ③儿童及其家长(包括学校和儿童医院儿童); ⑨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。

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)。

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。

第十节 行为矫正疗法

一、行为矫正疗法的基本过程

行为矫正疗法(behavior modification)有时就称行为治疗(behavior therapy), 是指以行为学习理论(见第二章)为依据的一组心理治疗方法。行为医学家认为人的正常和异常行为反应模式(包括外显的不良行为和某些不良的思想及躯体反应)是长期学习强化的结果, 因此可以通过改

变或消除这种学习过程来加以矫正。行为治疗种类很多，适用于多种对象，具有广阔的应用价值。其中有的方法需要在专门的机构里进行，但也有更多的方法在日常医疗过程中即可实施。

各种行为治疗方法除了原理、目的、方式等各不相同之外，在实际使用过程中也存在一些基本的共同步骤，这就是问题判别、测量和功能分析、选择和使用相应的治疗方法，治疗过程中的评价以及治疗结果的评价和维持疗效等五个方面。

(一)问题判别

行为问题涉及面很广，判别某种行为问题有时候并非容易，需要利用行为学习理论知识，通过与病人作详细的交谈或测验才能作出分析和判别。这一步工作的成功与否将会影响整个行为治疗的效果。

1. 判别行为问题出现的频率、程度和持续时间 病人对自己行为问题的主诉往往比较含糊，例如“经常吸烟”、“疼痛使我受不了”等。在行为治疗的第一步，首先应澄清这些行为问题的实质性内容。例如，吸多少支烟，什么时候吸，有什么伴随的感觉多又如，疼痛是否影响到行为，包括是否存在止痛药的依赖，是否一疼痛就上床休息等。有些行为反应发生的频率太高，如焦虑发作，‘太强烈的头痛或症状持续太久如肌痉挛等，致使病人难以准确表达，此时更应深入细心地进行分析和判别。

2. 判别行为问题的历史、发展和稳定性 问题行为的发展过程及其时间稳定性应加以认真追查。通过收集各种历史资料，有时可以发现某些社会因素是行为问题发生、发展的主要影响因素。例如亲人亡故，离婚等事件可能是某种行为问题发生，发展的重要原因。

3. 判别行为问题的各种控制或影响因素 通过深入了解，可能会发现许多环境刺激因素有增强或减轻行为症状的作用，而这些因素在行为治疗中具有重要意义。经过与病人共同分析其典型的一天中行为表现细节，通常可以发现这些刺激因素的存在。例如，遇到很平常的小事却能使患者一天的心境明显低下；家里客人越多，问题儿童的异常动作也越多；亲人关注越多，慢性疼痛症状却加重等。

在进行问题判别的同时，还要注意了解病人对行为治疗的愿望，必要时应通过解释和劝告促使其积极参与行为治疗。如果病人最终对行为治疗没有兴趣，那么暂时不必进一步作下列各步工作。因为行为治疗一般都需要有病人的积极配合。

(二)测量与功能分析

行为治疗的第二步工作，通常必须用几天到几周时间对有关行为问题进行详细的治疗前基础测量和分析，可绘制基础行为反应图表(行为日记)。这一步工作包含两方面内容。

1. 测量和记录 常用的测量方式是自我观察或自我监督。医生指导病人自己成为行为的监督者。例如要求吸烟者坚持每天将自己吸烟的数量记录到图表上，或要求因过分进食而肥胖者推算并记录每天所摄取的热卡量等。必要时，也可记录每天的生理反应情况，例如使用自备的血压计测定并记录血压值。对于住院病人，除了自我监督外还应由医护人员每天进行直接观察并记录成图表(类似普通住院病人的体温图)。

2. 功能分析 在基础测量期，医生要不断对记录结果进行分析，找出行为问题的发生与环境刺激因素的联系。这里要特别注意两个基本问题：①是否有特定的环境刺激可引起行为问题。例如，焦虑反应是否总是在某一特定的场合出现，吸烟量是否在社交时比个人独处时要多等等。

②是否存在行为的结果反过来强化行为问题本身的情况。例如慢性疼痛行为反应是否受到了司法赔偿或家庭成员关心和注意等因素的强化。

通过基础测量和分析，医生可掌握病人治疗前的行为水平，为治疗疗效的评价提供参照点，同时也对病人行为问题的各种影响因素有了较深入的了解，为选择具体的治疗方案提供依据。

(三)选择和使用相应的治疗方法

1. 治疗方法的选择 病人的行为问题及其影响因素差异很大，不能指望用一个特定的治疗模式统一治疗某一类病人。因此，行为治疗必须特别强调使用的方法和计划与具体病人相匹配。

选择与病人相匹配的治疗方案和计划要结合以下几点：①该治疗方法已被证明对这一问题有效；②已考虑了基础测量中发现的各种影响因素；③病人有治疗的动机；④病人具备配合治疗的能力和条件。

关于各种行为问题选用何种治疗方法，将在后面详细介绍，在此不作赘述。

2. 治疗开始时的指导 治疗开始前，医生应对病人作有关治疗目的和原理的教育和指导，主要包括以下各方面问题。①介绍病人整个行为病史及诊断；②介绍病人行为问题产生的原因，以行为学习理论作简单的原理上的说明，但一些重要和复杂的问题在此时可暂不介绍；③对基础测量期所收集到的各种影响因素进行分析，特别指出哪些因素与行为问题的维持和发展有密切联系，对此也要用行为学习理论作简单举例说明；④简单讨论行为因素与躯体疾病之间的因果关系，说明行为治疗的必要性；⑤详细说明将要采用的行为治疗的目的和原理，说明治疗的成败取决于新的行为模式的形成，取决于反复训练，不断地完成医生规定的任务和掌握强化的原则等。

在指导过程中，医生应不断注意病人对交谈内容的信息反馈，允许他们提出问题并及时作进一步解释。这不但有利于病人认识问题，而且更能提高病人的参与感，使各种治疗指令能不走样的得到贯彻和执行。

(四)治疗过程中的评价

治疗开始后，医生应将注意力转移到考虑治疗是否有效方面。如果经过一段时间治疗病人无进步，首先要考虑病人是否执行了治疗指令，即考虑病人的依从性问题，其次是要考虑病人执行指令是否正确。

在治疗过程中，要求病人连接基础期，继续完成行为日记和行为图。据此，可以判断治疗的进展情况和确定治疗终止时间。

如果确信某一行为疗法无效，通常可改用另一种疗法。例如偏头痛病人采用渐进性松弛训练无效时，可改用肌电生物反馈。

(五)治疗结果的评价和维持

治疗如果成功，病人可形成新的行为反应模式，心身症状将会减轻或消失。为了防止症状复发，行为治疗程序中要增加一项如何维持疗效的内容。最好的办法是通过保持定期复诊来实施维持期的治疗。随着疗效巩固，复诊间期可逐渐延长，直至终止。例如，用松弛训练才能避免症状复发。

继续维持治疗的计划必须事先与病人共同制订，并嘱其严格按计划实施，而不能等症状复发以后再来考虑这个问题。

行为矫正疗法种类较多，但有不少方法虽然名称不同，实际上却是一回事或基本上相接近。

例如系统脱敏法和对抗条件法(counter conditioning)及交互抑制法(reciprocal inhibition), 行为排练(behavioral rehearsal)和角色扮演(role playing), 示范作用、模仿(imitation)和观察学习(observational learning)等。

下面介绍几种有代表性的行为矫正治疗方法。另有几种方法虽然与前面的方法有类似性, 但因使用较广, 也在后面作简单介绍。

二、系统脱敏法

系统脱敏法(systematic desensitization)同时具有两方面的工作原理, 其一是建立与不良行为反应相对抗的松弛条件反射, 其二是使不良行为在与引起这种行为的条件刺激接触中逐渐脱敏(条件消退)。通过这两方面的共同影响, 最终使不良行为得到矫正。系统脱敏法是南非沃尔普(Wolpe J)在 50 年代末创立和发展起来的一种重要行为疗法。当时主要用于治疗恐怖症。

(一)方法

沃尔普(1966)认为系统脱敏法应包括三个步骤:

1. 松弛训练 患者应学会渐进性松弛训练(见本章第十二节), 要求病人在不良行为反应(焦虑、恐惧)出现时, 能适时地运用松弛训练进行对抗。

2. 划分焦虑等级 对引起病人不良行为反应(如焦虑, 恐惧)的情景刺激作详细的等级划分, 并由弱到强按次序排列成表备用。以下是一位蜘蛛恐怖症患者不同的焦虑情景:

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看移动的蜘蛛画面; ⑤观看园子里 10 米远的静止蜘蛛形态; ⑥5 米远; ⑦观看 2 米远蜘蛛的运动; ⑧观看蜘蛛结网; ⑨让小蜘蛛在戴手套的手上爬行; ⑩让蜘蛛在裸手上爬行; ⑪让大蜘蛛在裸手上爬行; ⑫拿起大蜘蛛并让它向手臂上爬行。

以上各种情景刺激显然以①引起病人焦虑程度最轻微, ⑫最严重。通常要求病人配合将这一等级表设计得尽可能准确些和细一些。

3. 脱敏训练 逐步按上述等级次序进行脱敏训练。患者先接触上述①情景, 即令其打印“蜘蛛”卡片, 并对该情景进行想象和松弛训练。当患者经过反复训练已经不再出现焦虑, 或者焦虑程度太大降低时, 可接着进行②等级的情景接触和同样的松弛训练。如此顺序渐进。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情景, 治疗即告完成。

系统脱敏疗法中的情景呈现除实际接触外, 也可使用图片, 幻灯或进行情景想象。

(二)适应证

系统脱敏法主要用于各种恐怖症或强迫症, 但也可使用于各种原因的情景性焦虑或躯体症状, 例如对医院或手术室的情景性紧张和焦虑, 对某些特定场合如大规模比赛现场的紧张, 因紧张工作节奏引起的反射性头痛等。系统脱敏法也可用于集体治疗(Suinn RM, 1970)。

三、厌恶疗法

厌恶疗法(aversive therapy)的原理是操作条件反射中的惩罚作用(punishment), 其主要观点是, 一种不良行为如果使消极(痛苦)刺激增加, 则该行为反应会逐渐减弱。因此, 如果在一种

不良行为出现时外加一定的痛苦刺激(或称厌恶刺激), 经过长期结合训练, 这种行为可被矫正。

(一)方法

1. 选择适当的厌恶刺激 厌恶刺激种类很多, 应根据行为问题的性质和其它各种条件选择使用。①物理刺激: 如电击, 橡皮筋弹击手腕致痛或掐手腕等; ②化学刺激: 如使用吐根翎剂、阿朴吗啡等致吐剂及苦味酊等苦味剂; ③环境刺激: 如隔离(time-out)等; ④想象: 如令病人想象痛苦、羞辱、恶心等情景或体验。

2. 实施 以治疗酒瘾为例。饮酒所产生的欣快感对饮酒行为产生正强化作用。如果在每次饮酒的同时给以电击使之产生痛苦或注射药物使之产生恶心呕吐, 经过反复的惩罚过程, 可使饮酒行为逐渐减少(患者失去兴趣)。

再以矫正儿童破坏行为为例。破坏行为引起的兴奋感和痛快感以及引起周围人的注意, 都会强化这种破坏行为。如果破坏行为一出现就以最快的速度将儿童短时隔离起来, 其中不加任何训斥或拉拉扯扯等拖泥带水的动作(这些被看成是正强化因素), 通过多次训练可望减少破坏行为的发生。这种方法只用于不可理喻的某些弱智儿童。

最后以矫正过多饮食行为为例。这种情况除可以使用其它厌恶刺激外, 也可令患者在产生某种食欲时, 立即想象一种能引起自己恶心感觉的物质, 或想象肥胖者行动不便和不受人欢迎的场景。这种以想象作为厌恶刺激进行厌恶治疗的方法又称为厌恶想象疗法(aversive imagery)或称为掩敏法(covert sensitization), 主要用于过食行为、酒瘾、同性恋及其它一些行为异常(Cautela J K, 1969)。

3. 治疗要领要使厌恶疗法达到预期目标, 必须掌握以下一些要领: 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刺激要达到明确厌恶的水平; ④对不良行为的改变应随时进行鼓励强化; ⑤逐渐由医务人员为主转为病人为主(即自我控制)。

(二)适应证

用于矫正各种不良行为, 包括酒瘾、烟瘾、手淫、性变态行为、特定的犯罪(如窃瘾)和多食肥胖等。

四、操作条件法(奖励法)

操作条件法(operant therapy)以操作条件反射为依据, 主要通过正强化过程塑造新的社会行为模式, 从而矫正原有的不良社会行为, 因而又称奖励法。

(一)方法

1. 分析行为问题 由于某一种社会不良行为往往涉及多方面的不良行为要素, 必须分析找出其中主要的不良行为要素, 首先加以操作训练, 则其它不良行为要素相对地较易矫正。现以某一儿童的孤独行为为例, 他可能同时存在不喜欢讲话, 不喜欢集体玩耍、不喜欢出门等行为问题。通过仔细观察分析, 假设已找出影响该儿童社会活动功能的首要行为问题是不愿多讲话。由于说话表达能力差, 逐渐影响与其他儿童一起玩耍, 进而不愿出门。

2. 选取强化物 一般应选择儿童所喜欢的奖励物, 如小人书、钱币、与大人玩耍、接受抚摸等, 并且应以精神奖励为主。

3. 强化训练 先针对首要行为问题，逐渐进行良好行为的强化训练。例如针对上例儿童不愿讲话的问题，必须设法诱导其说话。可以先给他讲一个小故事，然后诱导他重述故事内容，达到目的后立即给予硬币或抚摸头部的奖励。开始时要求不应太高，每谈话 1~2 分钟即应给予奖励。以后以同样方法诱导他讲得更多，讲得更好，并且听众也由一个人转为多个人。

在整个训练过程中，奖励物的使用应有以下原则：①开始时稍有正确反应就要加以奖励；②逐渐由物质奖励转化为精神奖励，由外部奖励转为儿童自己的内部奖励。例如随着儿童讲话能力的提高，应给以夸奖，并引导他向别的儿童讲故事，使他自己产生一种自豪感，这对讲话行为可产生更大的强化作用；③应注意利用条件反射的泛化原则，逐渐地使儿童在多种环境条件下都能愿意讲话，例如不仅是在要求他讲故事时会开口说话，而且在新来一位邻居时也能开口。

在主要的行为问题(讲话)初步得到训练后，随之开始对其它不良行为因素(玩耍，出门)进行同样的强化训练。由于首要行为问题训练的成功，往往使其它行为较易训练。

(二)适应证

主要用于矫正某些社会行为障碍，如孤独症，慢性精神病人社会适应问题，某些慢性躯体疾病病人的习惯性病卧等。

五、示 范 法

示范法(modelling)的理论基础是行为学习理论中的示范作用。它通过让病人观看和接触具体的具有良好行为模式的人物模型，学会这种行为模式，克服原有的不良行为反应(如紧张，焦虑或抑郁)。

(一)方法

首先应选择适当的模型。用于示范的模型分为活体模型和象征模型。前者通常是现实生活中与病人接近的具体人物，例如病房中某一位情绪积极，配合良好的病人，学校中品学兼优的学生等，后者通常是电影或录像中的某一角色人物。根据所使用的模型的不同，前者称为生活示范(live modelling)，后者称为替代示范(vicarious modelling)。生活示范的效果较好，但替代示范便于重复使用，因而效率高。在具体使用中，应根据行为问题的性质，以及病人其它各方面条件选择方便而又有效的模型。

现以改善病房中病人的消极情绪气氛为例。医护人员可有目的地选择一位情绪积极乐观的同类病人作为模型，不时地有意识地当着众病人的面对这个病人的行为表现加以赞赏，以引起其他病人的注意和观察；或者让这一模型人物对其他病人作现身说法，从而使其他病人的情绪状态也逐渐转向积极。

再以儿童外科的教育为例。为了帮助儿童克服对外科手术的不良行为反应，可用电影人物模型对即将接受手术的儿童进行示范教育。电影内容包括某一个儿童从入院、麻醉、手术到康复的全部住院过程，以及该儿童一系列的正确心理行为表现。

(二)适应证

示范法可用于不良行为的矫正，社会技能的训练，以及消除临床病人所表现的焦虑反应(如手术前焦虑和牙科检查恐惧)。对焦虑源越敏感的病人，示范的效果也越好(Boudeways PA, 1982)。

六、依情况而定法

依情况而定法(Contingency management)的原理是,不良行为的产生和发展是一种操作条件反射形成的过程,受多种不同性质的环境刺激的影响,因而要改变这种行为,必须根据具体情况机动灵活地使用强化、消退等综合手段。

(一)方法

以慢性习得性病卧为例。首先对病人的行为特点、影响因素等作详细的分析,认识某些环境刺激如亲人的注意、过多地使用药物、劳保补偿或司法赔偿等对不良行为(长期卧床)可能有强化作用,但另外也可能有一些潜在因素对正常的行为(如积极活动)有强化作用。然后在说服病人接受行为治疗的前提下,与病人及其家属等有关人员签订“合同”,规定在病人不断地表现出卧床或愁眉苦脸时(不良行为),医务人员及家属将不予理采(即不给予强化使之消退),在病人参加活动或开展社交时(正常行为)则及时给以注意和关心(奖励)。然后,医务人员和亲属严格按合同内容办理,通过几星期的依情况而定法处理,习惯性病卧行为可望改善。

(二)适应证

主要用于矫正表现复杂的不良行为,如认知行为治疗失败后的慢性习得性疼痛病人和顽皮儿童。

七、满灌法

满灌法(flooding)与系统脱敏法一样,也主要用于治疗恐怖症、强迫症等。但两者的手段正好相反。满灌法在一开始就让病人接触最高恐惧的情景。虽然此时病人可产生强烈的心身反应,但最终并不发生严重的后果。以后,当病人接触原先足以引起他中等焦虑反应的情景时,由于有满灌法治疗时的体验,结果可不再引起焦虑。例如让高楼恐怖症者暴露在高楼的顶层,广场恐怖症者暴露在大广场,社交紧张者让其暴露在大会场,强迫洗手者可让其置身于污水之中。所有病例在其暴露于最紧张恐惧的情景中的同时,医生都要给以说理,以事实指出其原有行为的不合理性,同时给予支持鼓励,促使其尽可能放松和适应,克服恐惧和焦虑症状。

八、代币法

代币法(token economy)又称奖励标记法,与前面的操作条件法相似,也是通过正强化来塑造新的行为模式,但它是利用各种代用券、筹码等团体内使用的“货币”作为奖励手段。当病人表现出良好的行为模式时,即及时奖给相当的代币。这种代币可以在一定时间后如每周总结时进行兑现,达到一定数量代币的病人可获得看电影等活动的权利。通过不断的代币奖励,有助于良好行为的发展。该方法常使用于精神病人,智残儿童等集体里。实际上,生活中也到处存在代币法,例如,在墙上插小红旗奖励清洁卫生的小朋友,可以培养其爱卫生的习惯。

九、塑造法

塑造法(shaping)与操作条件法和依情况而定法均有一定的类似性,它是通过逐渐强化所需要的行为反应,取消对非需要行为反应的强化,从而培养和塑造出复杂的行为模式。其大致过程是:开始时,只要出现大致接近于所需要的行为,就给予强化(或奖励),例如肥胖者有了减肥的愿望即给予鼓励;然后,这种要求逐渐提高,例如按体重下降程度的大小,分别给不等的奖励(如代币数量);接近目标时,凡不符合标准的非理想行为反应一概不予注意或强化,使之消退。驯兽所使用的就是这种技术。

第十一节 认知行为矫正疗法

(一)概述

认知行为矫正疗法(cognitive behavior modification)其理论根据是认知行为学习理论。这一疗法吸收认知心理理论和行为学习理论的精华,认为个体的认知评价因素在行为形成中起中心作用,因而在进行行为矫正治疗时,也要重视认知因素的作用。该疗法既有强化、惩罚、刺激控制等行为矫正疗法的中心内容,又有行为日记、自我教导、内心对话,认知改变等认知治疗的核心内容。

由于认知行为治疗兼容认知疗法和行为矫正疗法的主要内容,因而有利于矫正许多复杂的行为问题,成为目前心理治疗的重要发展方向。

(二)方法

认知行为矫正疗法没有固定的治疗形式,完全根据病人行为问题的具体情况设计具体的治疗方案。该疗法强调病人个人的作用。在整个治疗过程中,在医生的指导下,主要由病人自己开展一系列的认知改变和行为操作活动,最终彻底改变原有的不良行为模式。

现以进食行为障碍引起的肥胖症病人的减肥治疗为例,对这一治疗方法作简要的介绍。首先由医生通过与病人的认真交谈和根据基础记录资料,帮助病人认识和辨别行为问题在肥胖发生发展中的作用,与病人一起设计整个治疗程序。这种程序应侧重于如何帮助病人认识并改变不良行为方面,而不是将目光盯在体重减轻的多少上。全部治疗过程包含六方面内容:

1. 自我监督 所谓自我监督(self-monitoring)就是要求病人每天仔细记录自己的行为情况,包括体重(早晨空腹)、热量摄入(折算成热卡值)、进食方式(时间、地点、方式、感觉)、躯体活动量,积极的思想、消极的思想、以及其它可能影响“吃”的因素(如社会因素、身体状况)等,称之为行为日记。久而久之,就形成一张行为监督表,其中重点是热卡摄入记录和体重曲线图(表5—3、图5—2)。

病人在开始时往往觉得行为日记太麻烦。但是据观察,他们往往会在几周后就乐于填写,而且能理解这是整个治疗过程中很有用的一步工作。

绪环境条件。

3. 个人行为调节 通过对“吃”的行为作个人调节，可以促进过量进食者对“吃”的过程的觉醒，使“吃”的过程置于自己的控制之下。具体的内容有：放慢咀嚼速度、体验“吃”的过程的放松感和舒适感，以及改变其它吃的方式等。例如有一种观点认为，过量进食所致肥胖者经常伴有快速进食以及在紧张情绪下进食的习惯，因此往往在尚未产生饱足感时即已摄入过量。对这种情况，要指导病人自己放慢咀嚼速度，小口、细嚼、慢咽，甚至可以计数进食时间，使之养成缓慢地有序地进食习惯；进食时应集中注意，慢慢体验其中的快乐，养成从进食中得到享受的习惯；使用浅碗、小盘、低热量大体积食物、进食完毕立即离开餐桌，不要为了怕造成浪费而多吃等等。据报告，其中细嚼、慢咽对于减轻体重效果明显。

环境控制和个人行为调节应在病人认识其重要性并自觉执行的基础上进行，每日的控制、调节情况应记入行为日记。

4. 对行为结果的奖励和惩罚 利用强化原理，对每日的行为结果进行操作。如果行为结果符合减肥要求，包括体重减轻，刺激控制和个人行为调节完成情况良好等，即及时给以物质或精神奖励(正强化)多如不符合，则给以惩罚。具体的奖、惩手段应事先统一。

(1)订合同法：有一种合同规定，病人将一定数量现金存在医生手中。根据病人行为日记，如果每周减肥1~2磅，则在定期会谈时从医生处取回一定数额现金，使节食的结果得到正强化；否则，没收一定数量现金。因为现金数额不大，实际上主要起了代币的奖、惩作用。

(2)自我奖、惩：在认知改变基础上，要求病人自己根据行为日记进行物质的或想象的奖励或惩罚。例如以自我安抚、看电影、文娱活动为奖励；以厌恶想象，取消文娱活动为惩罚。

(3)社会奖、惩：家人或朋友如能配合执行上述“合同”，例如利用鼓励、注意、参加集体活动等进行治疗，用批评、冷遇等进行惩罚，也同样有助于病人行为的改变。但应该注意到，奖、惩一旦掌握不当，例如在良好行为出现时反而无意中给病人以不良刺激或惩罚，则会产生相反的作用。因此通常要求家人也参加一定的治疗培训。

5. 认知重建 认知行为理论认为，如果没有认识上的彻底改变，不良行为的矫正是困难的，即使暂时矫正了一些，维持时间也有限。

在行为矫正治疗中的认知重建包括帮助病人改变各种不正确的认知和态度，特别是帮助矫正自我失败思想(self-defeating cognitions)。Mahoney MJ(1976)提出对减肥病人的认知重建主要解决以下5方面的自我失败思想：①关于体重减轻，“我已经挨了许多饿，可体重减轻却如此之慢”；②关于能力，“我这个人缺乏意志力，肥是减不了的”；③原谅自己，“如果不是因为工作太忙，我应该早已减了肥”；④合理化，“今天我的时间紧迫得很，所以这个面包吃得快一些”；⑤对实际事物的欲望，“如果我能尝一下冰淇淋该有多美”。针对上面①项自我失败思想，医生应引导病人建立起相对抗的正确认识：“何必计较体重减多少，我的目的是改变行为！”针对上述④项思想，对抗性的认识是：“看我这个人都在想些什么！一个面包就是一个面包，罗马城不可能一天之内建造起来！”其它一些自我失败思想也应以同样的认识重建方法加以纠正。

认知重建经常会有反复，往往要在多次反复以后才能最终使体重减轻。关于这一点，应事先使病人认识到。

认知行为矫正方法用于减肥需时几个月，可以取得比较巩固的疗效。门诊病人在整个治疗过程中必须定期复诊，医生随时检查治疗进展情况，及时对病人进行认知矫正和行为指导。如果集中住院治疗，则整个治疗过程易被医生掌握，因而效果较好，但费用太大是其缺点，且出院后如不继续门诊随访，易复发。

(三)适应证

认知行为矫正疗法适用于矫正复杂的不良行为，如酒瘾，药瘾、过食肥胖和 A 型行为等。

第十二节 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行为治疗方法，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，从而对抗多种病理性的心身紧张症状。

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某些宗教仪式，例如各种冥想或静默训练，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分。在此基础上近代创立了许多种自我松弛技术，例如渐进性松弛训练、节拍器条件形成松弛法(metronome conditioned relaxation)、自律训练以及简单的松弛反应法等等。

目前，松弛疗法已成为一类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障碍例如高血压、支气管哮喘、疼痛、焦虑、失眠、性功能障碍等的治疗。

(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，称之为渐进性松弛训练(progressive relaxation training)。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全身时，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。

渐进性松弛法早年主要用于减轻肌紧张及因此而出现的某些症状如焦虑、头痛，现在该方法已被推广使用于各种类型的心理生理症状，以及结合于系统脱敏疗法。

(二)松弛反应

各种松弛训练技术往往内容繁杂，不便掌握。Benson H(1977 年)总结认为，各类传统的松弛训练技术中，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，他创造了一种简单的松弛反应法(relaxation response)。这种方法简便易行，主要掌握以下几点要求：

(1) 舒适安静的环境和轻装静坐闭目。

(2) 排除杂念：注意一个词或一种声音，在呼气时轻轻重复默念“1”（或“松”，“静”）。

(3) 把自己置于被动状态，如果杂念一出现，立即回到第(2)步。

(4) 在深而慢呼吸中，顺序放松全身肌肉，寻找超然感觉。

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 3~6 个月以上。随着训练时间的延长，被试对于自我放松的个人感觉会逐渐加深，从而使放松速度和自控程度加强。例如在生活中遇到会引起紧张的场景，也会自主地加以放松。

关于松弛反应训练，现有人提出更简单的方法：用鼻缓缓吸足气后(应有腹部抬高的感觉)，停留几秒钟再自然呼气，呼气过程中一边默念 1、2、3……，一边放松全身肌肉，产生超然舒适的感觉。如此反复循环训练。这一方法特别适用于临时指导的对象，如手术前感到紧张焦虑的病人。

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)。

基于松弛反应训练特有的心理生理效应，该法适用于治疗和预防多种功能性和器质性疾病，例如高血压、紧张性头痛、支气管哮喘、慢性腰背痛等，同时也可用于矫正一般的职业性紧张和焦虑症状。

(三) 结合暗示和想象的松弛训练

有时，可利用想象(imagery)过程促进全身放松，实际上这已是一类利用暗示和想象的松弛疗法。

被试所处环境、体位，入静和放松次序均与上述放松训练类似。在顺序放松全身的同时，利用指导语暗示或指导被试自己开展想象活动。例如局部肢体放松时，同时想象肢体发沉(肌肉深度放松的自我感觉)，发热(外周血管扩张的自我感觉)，这种发沉、发热感觉分别按次序在全身出现。随着想象的加深，这种发热感汇集成为一股暖流，这种暖流随之顺序地由身体的一个局部逐渐流通到各个部位，在暖流遍及的地力，局部进一步放松并产生舒畅轻松(或发沉)的感觉。想象还可进一步扩展到内部脏器，想象对脏器的良好感觉；也可以将想象超出人体，如外面风景如画，阳光明媚等。后者已经接近于想象疗法(imagery therapy)了(见本章第十四节)。

Schul tz JH 40 年代倡导的和 Luthe W(1969)推广的自律训练法(autogenic training)就是一种主要结合暗示和想象的松弛训练技术，用于治疗偏头痛，雷诺氏病和硬皮病等，可明显降低交感活动张力水平。此外，在冥想疗法(meditation)、我国气功疗法以及催眠疗法当中，也含有想象和自我暗示的松弛训练分成，其想象内容有的更为丰富多采。

(四) 松弛训练的实施

由于这是患者自己控制的治疗方法，而且持续时间较长，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解释整个治疗计划，使患者能自愿自觉地参与，并在治

疗全过程能持之以恒，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。为提高效率，可用集体训练法。早期训练时，医生应随时作门诊指导，了解每位患者掌握的程度，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小册子分发给病人进行自我训练，或在一定的音乐背景中将指导语录制成盒带，分别交给每个患者回去使用。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。

松弛疗法与催眠疗法一样，个别人在训练过程中可能产生幻觉、失眠等不良心身反应，应加以注意。

(姜乾金)

第十三节 生物反馈疗法

一、生物反馈原理和种类

(一)生物反馈原理

生物反馈(biofeedback)又称为生物回授，它是利用仪器，将人体内各器官、各系统许多不能觉察的生物活动信息，如肌电、皮肤电、皮肤温度、血管容积、心率、血压、胃肠 pH 值和脑电等加以记录，放大并转换成为人们能理解的信息，以听觉或视觉的信号显示出来(即信息反馈)，个体通过对这些信号活动变化的认识和体验，学会有意识地控制这些生物活动，从而达到调整机体功能和防病治病的目的。

本世纪 20 年代，美国的雅克布森(Jacobson)创立了用肌电仪监测病人的肌电活动，训练病人学会使全身肌肉达到高度的松弛状态。这种把肌电测量与放松训练相结合的方法可说是生物反馈的雏形。自 1980 年代以来，我国各地的许多学者，尤其是一些医疗部门，先后开展了生物反馈放松训练的工作，已收到了较好的效果。

生物反馈的原理，主要来源于内脏操作性条件反射(行为学习理论)和信息论。

传统的观念认为，骨骼肌是能随意控制的，而内脏和腺体因受植物性神经系统的支配，是不能随意控制的。但 1967 年米勒等用操作条件反射的训练(参见第二章)，通过对各种内脏反应的研究，发现许多内脏功能是可以随意控制的，这就为生物反馈提供了理论基础。

本世纪 40 年代兴起的“控制论”，“信息论”，对于生物反馈的发展也起了很大的促进作用。这些理论认为，机体能在变化着的内、外环境中保持着动态平衡和相对稳定，是由于在机体内存在着一个精确的功能调节系统并发挥其正常作用的结果。人体这种功能调节都是在“自动控制”系统里进行的。控制部分在中枢神经系统，受调节的器官是受控制部分。在控制部分和效应器之间通过不同形式的信号(电的、化学的或其他形式)进行信息传递。为了实现自动控制，不但要有来自控制部分发出的信息对受控部分的活动进行调节，还要有受控部分不断发回信息给控制部分，以不断纠正和调整控制部分对受控部分的影响，才能达到精确的调节。来自受控部分的，能反映输出变量变化情况的信息称为反馈信息。由于控制部分是根据反馈信息来调整它所发出的控

制信息的，所以，反馈联系在自动控制系统中是必需的，并在维持稳态中起着重要的作用。

(二)生物反馈的种类

目前临床应用的生物反馈主要有：

1. 肌电反馈 这是目前国内应用最多的一种。它利用肌电生物反馈仪将骨骼肌兴奋收缩时产生的肌电活动及时地检出，并转换为可以感觉到的信息显示出来。患者根据所反馈出来的信息对骨骼肌进行加强或减弱其运动的训练。

通过肌电生物反馈训练，可用于治疗各种肌紧张或痉挛，失眠、焦虑状态以及紧张性头痛，高血压等疾病。同时也可用于某些瘫痪病人的康复治疗。

2. 自主神经反馈 自主神经反馈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。将这些变化转换成反馈信息传递给个体使之了解这些变化，从而达到学会调节体内某些内脏的功能活动的目的。

(1)皮肤电反馈：皮肤电活动可以通过皮肤电阻的改变或者通过皮肤电压的波动来记录。由于皮肤电往往反映了个体情绪活动的水平，因此，通过个体的反馈训练，可以对皮肤电反应进行随意控制，进而达到调节情绪的目的。临床上用于克服焦虑状态(如运动员)，也可用于降低血压。

(2)心率、血压反馈：将收缩压，舒张压或者脉搏波速度的信息反馈出来，通过训练，从而达到学会调控心率或血压的目的，可用于高血压病的治疗(详见第六章)。

(3)皮肤温度反馈：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。采用热变电阻式温度计记录个体皮肤温度的变化，并转换成反馈信息显示，使个体学会控制外周血管的舒张和收缩，可用于治疗神经血管性功能障碍，如偏头痛，雷诺氏病等疾病。

(4)胃酸反馈：通过对胃酸 pH 值的测定，将其改变的信息反馈给个体，从而使其学会控制胃酸中的 pH 值。临床主要用于治疗消化性溃疡。

(5)括约肌张力反馈：在消化道内放置一个球形的压力传感器，通过对某一段消化道运动产生的张力变化的信息反馈，从而学会控制腔内的张力，用于反流性食管炎、直肠过敏综合征、功能性和器质性大小便失禁等的治疗。

(6)小气道阻力反馈：通过对呼吸功能参数的测定，并以此来进行反馈训练，用于对支气管哮喘的治疗。

3. 脑电反馈 通过对脑电图记录在清醒，安静状态出现的 α 节律的反馈训练，从而达到对失眠和癫痫等疾病的治疗目的。

临床采用生物反馈治疗时，可以同时使用多种信息反馈，如在治疗高血压时，可以同时进行血压、皮肤电、皮肤温度的反馈训练。

(三)生物反馈的临床意义

生物反馈是一种新的行为治疗方法。它不仅可以用于许多种疾病的治疗，同时也可用于预防和康复医疗。由于生物反馈不会给机体带来痛苦，也没有使用其他药物所带来的副作用，在使用过程中能够调动病人的主观能动性，使之积极参与疾病的康复过程，因而深受病人的欢迎。由于生物反馈治疗不使用药物，并且在病人掌握到一定程度以后，可以减少治疗疾病的药物的用量，

甚至有的可以不使用药物，这不仅可以减轻药物的毒副作用，而且也减少了医药费用的开支，减轻了病人的负担。

随着人们对生物反馈疗法的认识和使用，它在临床工作中正在发挥越来越大的作用。但必须指出的是，生物反馈并不是万能的，生物反馈疗法不能代替传统的药物治疗，手术治疗等方法。生物反馈疗法与其他的治疗并不是对立的，而是相互补充。此外，生物反馈的治疗也有其适应证，并非每个人都适宜采用或都能掌握这种治疗方法，如 5 岁以下的儿童，精神分裂症急性期，可疑心肌梗塞等等都不宜使用。生物反馈疗法与传统的治疗方法很大的不同点就在于其疗效与患者对这种技术掌握的熟练程度有很大的关系，只有经过一段时间的积极、主动，认真的训练才能凑效。

二、生物反馈训练程序

(一) 反馈仪和病种的选择

生物反馈仪所提供的反馈信息可分为特异性信息和非特异性信息两种。一般来说，特异性信息反馈的效果比非特异性信息反馈要好。因此，在治疗过程中应尽量设法寻找特异性生理变量，或者寻找与反馈障碍关系密切的生理变量作为反馈信息。针对不同的病种，可以选用不同的生物反馈。例如高血压的病人可选用血压反馈仪提供血压变化信息，而肌肉运动调节障碍的病人可选用肌电反馈仪为之提供肌电信息，这些都是特异性的反馈信息。另外，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唤醒水平有关，因此，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的唤醒水平处于最佳状态。用肌电生物反馈治疗一些心身疾病时，其肌电反馈信息就是非特异性的。当缺乏特异性反馈仪时，可以用肌电生物反馈仪代替，同时结合放松训练，治疗各种反馈障碍。

选择的病种和病例是否适合，直接关系到治疗的成败。在治疗之前，必须对病人做全面的检查，对疾病的性质、病情的轻重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。同时，还应对病人的视觉和听觉能力，智力水平，自我调整能力，暗示性，注意力，记忆力及个性心理特征等心理方面做全面的了解。在上述基础上选择适合进行生物反馈训练的病例。

(二) 病人的准备

病人的准备包括生理，生化，心理的准备和症状评定。根据病种病例的不同，在进行生物反馈训练前对病人的生理状态如呼吸、血压，脉搏、肌电，皮温等进行测定。生化方面可根据情况选做血、尿中的儿茶酚胺、唾液 pH 值、电解质、血浆皮质醇、免疫 T 细胞等测定。心理方面可选用各种人格和情绪测定的量表以及一些暗示性、反应时等方面的测定。主观感觉症状等级的评定可由病人按预先制定好的各类疾病症状的等级，根据个人主观感觉自行评定。一旦确定后，则不再变动。同一类疾病的等级标准应一致，以便利于进行横向的比较和疗效的评定。症状等级一般分为 10 个等级，0 级完全没有症状，最高级是最强烈的症状体验。

除上述之外，还应使病人了解疾病与心理应激，情绪之间的关系，了解什么是生物反馈训练，了解进行生物反馈训练的必要性，认识到其优越性和安全感，从而使病人能积极主动地参与训练。同时告知病人学习成败的关键之所在，使病人不仅坚持既用仪器的训练，又能在不用仪器训练，

并持之以恒不致半途而废。

(三)生物反馈调练过程和疗程

经过以上训练前的准备工作后,就可以进入治疗阶段。现以肌电生物反馈治疗为例进行介绍。

(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,必须保持环境的安静,训练应该在一个单独的与周围隔离的房间中进行,以免受外界干扰而使病人分散注意力,影响效果。室内的温度应适宜,一般保持在 $18^{\circ}\text{C}\sim 25^{\circ}\text{C}$ 。室内的灯光照明宜偏暗,陈设简单整洁,病人宽衣解带,处于一个舒适的体位,尽可能排除一切紧张情绪。

(2)电极安放位置:电极安放的部位可因人因病种和反馈仪不同而异。既可安放在全身各部位或易放松的部位,也可按照解剖位置和根据体表标志放在靶肌的肌腹上。电极之间的距离将影响其接受电信号的范围和大小,电极间距离愈大,所接受的电信号范围也愈大,但过大的间距则必然记录到更多肌群的信号。电极安放前要用酒精棉球擦拭皮肤除去油污和脱落的上皮细胞。电极膏的用量要适当,过多时可因电极膏的外溢使附着不牢固并可使两电极间产生短路而干扰治疗,过少则可能造成电极接触不良。

(3)训练步骤:生物反馈放松训练一疗程一般需4~8周,每周2次,每次20~30分钟。

训练应在指导语的引导下进行,指导语的速度,声调及音量都要适当。在生物反馈训练的同时可采用一些放松训练,如自生放松法、三线放松法或神经肌肉全线放松法与之相配合。选择病人所喜欢的信息显示方式,最常用的是听觉信息方式显示。在指导语的引导下进行生物反馈放松训练时,放松应按身体各部位逐渐进行。通常从前臂肌肉开始,然后逐渐增加训练内容,最后达到全身全面地放松。全身肌肉放松的标志是前额肌肌电水平的下降。因此,可采用降低前额肌电水平进行全身放松训练。

每次训练之前都要先测出病人的肌电基准水平值,加以记录以便参考并作为疗效观察的依据。预置放松目标时,初次目标不宜过高(即不宜要求肌电值降低太多),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分钟后,就可进一步提高目标,使训练向更放松的方向迈进。在训练中提供反馈信息和中断反馈信息可交替进行,便于病人学会在没有反馈仪帮助的情况下也能运用放松技术处理日常生活中的应激事件。当病人能保持肌电值在 $11\mu\text{V}$ 以下达15分钟时,可请其回忆和总结经验,靠自我体验继续主动引导肌肉进入深度放松状态,最终取代生物反馈仪。

肌电反馈亦可进行肌肉功能的训练,只是与上述放松训练的步骤稍有不同。首先是要确定训练目标,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因素。肢体运动训练一般采用由近端到远端的训练方法。为了使病人在训练早期就见到疗效,增强信心,应认真选择好第一块受试的肌肉,该肌至少须具有中等以上的随意控制能力,以便于操纵反馈信息。训练的进程应该先从单一的肌肉开始,逐步地进行复杂的运动神经的控制训练。在开始功能训练之前,一般应先对关节周围痉挛的肌肉进行放松训练,然后再对病弱或轻瘫的肌肉进行以恢复功能为目的的训练。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的训练,并逐步让病人在不用生物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。

总之，生物反馈过程在开始之前应作好各项准备工作，在训练中应循序渐进，先易后难，从正常到异常，从放松训练到特异训练，连续反馈与中断反馈相结合。此外，病人要将在诊室中学会的放松体验，每天在家中独自重复练习(2~3次，每次20分钟)，这更为重要。这样不仅可以巩固在诊室中应用仪器训练所得到的效果，而且使病人学会在脱离了仪器和特定训练环境的条件下也能够放松。

三、生物反馈的临床应用

(一)内科

1. 心律失常 应用生物反馈技术可以治疗某些心律失常，如室性早搏，心动过速，心房纤颤以及预激综合征等。通常采用双向心率反馈信息(即心率快了或慢了都给予反馈信息)进行分阶段的训练。训练病人学会控制心率，使其加速、减慢或固定于某一范围内。各阶段的训练顺序为：减慢心率、增加心率，先减慢心率后加速心率，或控制心率于某一范围内。每一阶段需10次左右，每日一次，每次40~60分钟。

2. 高血压有关高血压病的生物反馈见第六章。

3. 支气管哮喘 可采用前额肌电反馈放松训练和进行呼吸功能参数的反馈训练。前额肌电反馈与渐进放松训练相结合，可以解除支气管哮喘病人的焦虑状态，缓解病情，减少哮喘的发作或降低其发作的严重程度。这已在临床中收到了较好的效果。呼吸功能参数的反馈训练包括时间肺活量反馈、气流速度反馈和总呼吸阻力反馈。医生给病人一个模拟的呼吸音(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。通过训练，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的改善与平滑肌张力的改变有关。训练后病人对支气管平滑肌张力具有一定程度的随意控制能力，从而使哮喘的症状得以缓解。

如果上述两种方法结合起来应用，其效果要优于任何单一的方法。而前额肌电反馈放松训练又优于其他处的肌电反馈放松训练。

4. 控制胃酸 消化器官的生物反馈在技术上是较困难的，需要同时使用两种技术，一是通过鼻腔插入一个鼻胃管，吸取胃液，记录胃液的量和测定pH值；另一种是让病人吞咽一个小型pH值计至胃内，测定其pH，并将数值反馈给病人，以训练病人增加pH值。早在70年代国外就有学者采用这种方法训练十二指肠溃疡的病人，训练后病人胃液的pH值上升，胃液量减少，酸度下降。

5: 消化道平滑肌和括约肌张力反馈 利用三腔管同时测定食管下端括约肌、胃及食管内的压力，将记录结果用数字或曲线的形式显示，然后对病人进行生物反馈训练，对返流性食管炎的治疗有一定的作用。治疗大便失禁则利用三球系统由肛门插入，最里面的一个球位于直肠，另外两个球分别在肛门内、外括约肌处。调整球内的充气量，并将压力由连接管道传到体外描记系统，使病人学会对直肠充盈的感觉和训练对肛门内外括约肌的控制能力。

(二)精神神经科

1. 紧张性头痛 应用前额肌肌电生物反馈结合放松训练对紧张性头痛有较好的治疗效果。

2. 偏头痛 用生物反馈技术进行手温暖训练可使大多数病人的症状获得缓解。当掌握了这种反馈技术以后,有的病人在出现头痛先兆时,使手的温度在1分钟内上升,成功地控制偏头痛的发作。

3. 雷诺氏病 通过将肌电反馈训练和皮肤温度反馈训练相结合,可以收到较好的疗效。

4. 癫痫病 主要采用感觉运动节律(SMR)、 α 节律和MU节律(Rolandic 皮层区所记录到的一种7~9 Hz的脑电节律)三种反馈,对癫痫病的治疗有一定的作用。

(三)外科

主要对骨骼肌功能的康复训练有治疗的效果。一般多采用肌电反馈仪,皮肤电和皮肤温度反馈仪等。国内外报道,经过训练后其功能有不同程度的恢复。此外,对于痉挛性斜颈,假肢功能训练、面神经瘫痪的后遗症、腰背痛、类风湿性关节炎等也有一定的治疗作用。

(四)妇科

采用肌电反馈放松训练或皮肤电反馈训练可以解除孕妇的紧张状态,预防由于精神紧张因素所导致的早产。

国内有学者采用生物反馈放松训练,使产妇学会自我放松技术,消除了分娩时的焦虑状态,减少了临产的紧张和分娩的痛苦。

生物反馈训练对痛经等妇科疾病亦有一定的治疗作用。

(五)儿科

主要采用前额肌电反馈放松训练治疗儿童多动症。其次用于伤残儿童的康复治疗。

(六)生活应激和心理训练

生物反馈放松训练对于生活应激的治疗作用在于:通过生物反馈放松训练,使人们学会对内脏器官活动的随意控制,在应激出现时,可以较为轻松自如地进行自我调节,不出现紧张性反应或减弱其反应的强度。同时也可以治疗已出现应激反应的病人,使其恢复正常。在训练时可以让受训者接受一些假设的生活中的应激状态来进行练习,掌握自我调节的方法。生物反馈放松训练具有明显的抗应激作用,这已为国内外大量的事例所证实,并已在临床中广泛应用。

生物反馈放松训练除了对疾病的治疗之外,还可用于运动员、飞行学员、学生等进行心理训练,结合一些假设的环境,使受训者能正确应对,提高他们的心理素质、应变能力和临场发挥能力,消除或减少临场紧张。尤其是对运动员的心理训练,国内外体育界都进行了大量的工作,并收到了较好的效果。

(吴均林)

第十四节 气功与心理治疗

气功在我国历史悠久,至少已有2000年以上的历史,与世界上许多民族的某些训练程式如印度的瑜伽等一样,是一种自我心身锻炼的好方法。气功训练的基本内容是调身、调息和调心,其某些特点是深呼吸训练,意守“丹田”及全身放松达到入静,并用意念引导“内气”使之按“经络”循环,以调整“阴阳”,更新“气血”,达到有病治病无病健身之目的。

气功的种类很多。从姿势上分有站功、坐功、卧功等。从训练时的动静角度可分为动功和静功。太极气功、五禽戏、鹤翔桩等属于动功，练功时具有肢体运动动作之特点，内养功、丹田功、站桩功等属于静功。但这只是相对而言，而且现在出现的新气功大多同时具有动静结合之特点。

气功是一种流传很广的民间治病方法，近年来的一些研究证明，气功健身治病是有一定的物质基础的。目前尽管对气功疗法的研究还很不够，对其原理了解得也不多，但从医学心理学角度来看，它可能既属于自我调整疗法中的松弛疗法，也类似于生物反馈疗法，也可能还有想象和自我暗示因素，总之可归属于行为疗法(或心理治疗)的范畴。

下面主要将气功与某些心理治疗方法进行一些比较，以探索它们之间某些可能的联系。

(一)气功与松弛疗法

在世界诸多种文化中，存在许多带宗教色彩的活动仪式。这些仪式活动有的几世纪来一直被延续下来，有的则不断地得到补充和转换，其中有的还逐渐演化成为当地人民强身治病的手段。如14世纪存在于某些地区基督教徒中的一种祈祷活动，就有一系列固定的程式：单独静坐、低头闭目、放弃杂念、轻轻吁气、想像着注视自己的心脏，将思想从头部移向心脏，在呼气时轻轻移动嘴唇或者从心底里默说某一句话，如此反复进行。此外，如公元前一世纪犹太人中的一种神秘主义早期活动形式，印度公元前即已有记载并且现在很为流行的瑜伽术以及由我国传往日本的佛教禅宗等活动形式也都具有上述类似的活动程式。这些宗教色彩的训练程式有几个共同的特点：都要求进行某种重复的精神活动多要求保持沉静姿态；降低全身紧张度；具有安静的训练环境等。

Benson 利用上述宗教训练程式中的共同特点，创立了一种新的非文化的松弛训练程式即松弛反应(见本章第十二节)。其主要内容是轻装、舒适、静坐、闭目、顺序放松全身肌肉、排除杂念和默数呼吸等。使用这种松弛反应，已证明能治疗多种功能和器质性疾病。

将气功与松弛反应比较可以发现，两者之间有许多类似之处，例如气功训练也强调放松入静。气功的特点是静中有动，从直接松弛效果来看，气功的全身松弛程度相对地要较松弛训练法差一些。但是，我们知道人体的一些疾病往往不是简单的全身性功能活动紧张过度，而是首先由于机体某些局部功能活动失调所致，如早期高血压、溃疡病等。从这一点上看，气功的动静结合，以静为主、静中有动，或许更有利于促进全身功能的重新协调。在临床上，气功对诸如高血压，溃疡病、哮喘、焦虑、失眠等病人能取得较好的疗效，这与上述松弛疗法的疗效报告是一致的。

(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，从而治疗疾病(见上一节)。

气功是具有一定程式的心身操作活动过程，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。气功以自身心理生理状态为注意对象，对这种注意的反应感觉，便成为自己心身活动的一种反馈信息，再用“意念”参与控制躯体和内脏的活动。例如对躯体病理症状的反应，可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。又如对肌肉和情绪的紧张信号，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，以及高血压的血压下降和焦虑情绪的缓解等均可能是通过这种意念控制自身调节训练的结果。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。国外也有学者将我国放松功作为生物反馈疗法进行研究，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

所谓想象疗法是病人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。此外，活动障碍病人想象舞蹈，雷诺氏病人想象肢体在炎热的环境里等，都是想象疗法的应用实例。

冥想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。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，如降低交感活动，提高副交感活动(流涎、放屁等)，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)气功的心理暗示和情绪调节作用

临床上的暗示疗法，支持疗法等心理治疗手段(见本章第三、四节)之所以能发挥一定作用，其主要原因是通过内部或外部言语作用，使病人产生并保持积极的情绪反应。积极情绪能改善人体内部生理活动过程，这对许多病人特别是慢性病人，具有重要的临床意义。对松弛训练的研究也证明，这种治疗方法还产生一些心理方面的良好作用，如训练后病人报告有一种愉快感觉，有的人还告诉有一种发热感和轻度性觉醒，更多的人报告有一种舒畅的休息感。Patel 指出，持续地进行松弛训练可减少患者每天由于情绪激动所造成的血压升高程度。所有这些心理上的良好感受都有利于疾病的康复。

气功是一种实在的、具有一整套训练程式并有其本身的系统理论作解释的一系列操作活动过程。做为参与练功的人，在操作训练过程中，也会产生一种良好的感受，产生一种向往、一种希望，因而病人能够保持良好的情绪状态和增强抗病意志力。我们对病人的临床调查也证明，凡坚持参加气功训练的病人，均报告有这类良好的心理感受。这些心理条件无疑对促进身体健

康具有积极的作用。可见自我暗示和心理支持等因素也是气功治病的原因之一。

但是,气功的心理作用也有两面性。例如研究松弛训练发现,除了多数人有松弛愉快感觉外,也有少数人报告训练后出现幻觉,失眠等心理方面的紊乱。其原因尚难估计,据认为可能与感觉剥夺(sensory deprivation)有关。这种情况在气功训练中也时有发生,即所谓“气功偏差”。因此,在气功训练中也应引起注意。

第十五节 药物的心理效应与安慰剂

(一) 药物治疗行为的心理效应

药物对现代病人来说几乎是不可缺少的。一个人到医院就诊,往往少则几种,多则十几种地接受药物治疗。每一种药物都有其一定的生理效应。每一种药物的使用,也都有其临床的适应证,这是医生用药的依据,是药理学书籍反复阐述的问题。但是大量的实践结果已证明,药物除了上述生理效应外,还具有心理效应。不少病人用药后疾病好转,并非药物本身的生理效应所致,而是通过“给以药物治疗”这一行为过程,在病人心理上造成良好的积极的感受,通过心理—生理的互相作用,导致疾病好转。Wolf 曾将吐根制剂(致吐剂)通过胃管灌入一呕吐病人胃内,并告诉病人这是止吐的药物。结果 30 秒内病人恶心呕吐消失,一小时后患者又呕吐,又一次灌入吐根,恶心又消失。这一实验结果一定程度上说明药物心理效应有时甚至超过了其本身的生理效应。

药物的心理效应临床例子也不少,医生对此多少是有一些切身体会的。例如个别敏感的病人认定某医生所开出的药物对他有效,而实际上被其认为无效的另一位医生所开出的药物却是完全一样的。

影响药物心理效应的因素很多,例如药名、制剂类型、商标、药物声誉、说明书、包装、医院、用药医生、用药时的言语暗示以及患者的文化背景、个性特征、疾病性质、用药途径、用药时的心理状态和用药后的体验(如副作用)等,在一定情况下都可影响药物的心理效应,从而使疗效加强或者使疗效减弱乃至丧失其治病作用。

顺便指出,目前相当多的病人实际上并没有按照医嘱用药,即缺乏顺从性(compliance)。这其中,病人对药物不信任和对医生不信任是重要的原因之一。因此,这也是值得我们重视的。

(二) 安慰剂

在临床上,对某些敏感的患者,某些顽症和绝症无良药可施用者,以及某些以自觉症状为主的慢性病人和某些种类的神经症患者,常会使用一些中性药物即安慰剂(placebo),以利用其药物的心理效应,达到减轻疾病症状甚至治愈疾病的目的。早在 1939 年,Evans 就发现 66 名心绞痛病人中有 25 人因服用安慰剂(NaHCO₃)而疼痛缓解。50 年代 Beecher HK 统计 15 篇论文中的 1082 例对照组(安慰剂治疗组)病人,其有效率也可达 35%左右。因此,有人认为即使吗啡类止痛剂,其止痛效应也有相当的比重(约 36%)是由于“吗啡”这一药名所引起的心理效应。Byron 等甚至报道(1975)有 77%癌症病人的疼痛可由安慰剂获得 4 小时或更长久的缓解。安慰剂对疼痛的作用,主要在于减轻痛觉的情绪反应(许淑莲)。

用安慰剂治疗疾病是一个方面。另一方面,在研究评定一种新药的疗效时,则必须排除药物

的心理效应，此时要设立安慰剂对照组。

安慰剂并不是对每个病人都有效，这决定于病人的经历，文化水平，精神状态，病情，病程等。国外有人主张可将病人分成安慰剂反应者和不反应者两种类型。当然这都是相对的。

(三)药物的心理方面副作用

有许多药物可表现心理(精神)方面的副作用，这也是临床医生值得注意的问题。与药物的心理效应不同，这是药物本身对机体直接作用的结果，严格说属精神药理学(psychopharmacology)内容。

由于中枢神经系统包括大脑皮层和皮层下中枢(如边缘系统)结构复杂，突触种类多，联系广泛而丰富，因此凡是能够影响中枢突触传递过程的药物，如影响各种递质的合成、释放，与受体结合及各种离子通道的开闭等，都有可能产生相应的精神方面副作用。例如常用药物利血平，据统计可使7%左右病人出现有临床意义的抑郁症状，这可能与利血平耗竭脑内儿茶酚胺神经递质的贮存有关。此时病人表现淡漠和动作迟钝、失意，悲观或甚至产生自杀动机。但这些反应常发生于剂量超过每天0.5mg，长时间使用(2~8月，少数可仅2~3周)或原有抑郁症病史者。相反，使用单胺氧化酶抑制剂，由于单胺氧化酶被抑制而使儿茶酚胺类递质灭活减少，能引起兴奋症状。同样，诸如左旋多巴、心得安，甲基多巴，巴比妥类、安定，利眠宁等药物也都可以从不同的角度影响中枢不同种类突触传递功能，产生心理症状。过量的阿托品类药物则可产生躁狂症状。

内分泌活动与边缘系统生理结构关系密切，所以激素类药物也较多引起心理症状。如甲状腺素、性激素(如避孕药)以及常用的肾上腺皮质激素，ACTH，螺旋内酯等都有可能产生某些心理方面的副作用。

药物的心理副作用可以是单纯的情绪方面的改变，如上述利血平和口服避孕药多也可产生精神病症状，如抗胆碱能药物、L-多巴，某些中枢兴奋药、镇痛药、皮质类固醇、洋地黄等。

由于药物的心理方面副作用常易被忽略，所以在临床用药时不可不加关注。

(姜乾金)

第六章 心身疾病

第一节 心身疾病总论

一、心身疾病的一般概念

(一)定义

心身疾病(psychosomatic diseases)或心理生理疾患(psychophysiological diseases)有时也称心身障碍(psychosomatic disorders)或心理生理障碍(psychophysiological disorders)。心身疾病和心身障碍在目前文献中有时被混合使用。但从严格角度,两者还是存在一些差异的。

为了有助于说明问题,我们暂且以绝对的方式,将疾病种类列于图 6—1。图中所示的躯体疾病由生物因素起重要作用,并表现躯体组织损害,例如骨折、感染性疾病。图中的精神病和神经症由心理社会因素起重要作用并主要表现心理症状,例如抑郁症、强迫症。狭义的心身疾病则是指心理社会因素在其疾病发生、发展、治疗、预防过程中起重要作用的一类躯体组织损害性疾病,例如原发性高血压、溃疡病。狭义的心身障碍则是指心理社会因素起重要作用的一类躯体生理功能紊乱,但未见明显组织损害,例如神经性呕吐、偏头痛。

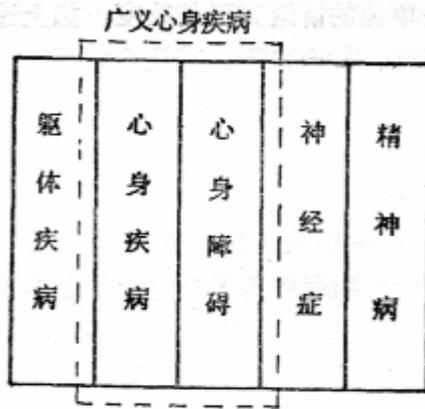


图 6—1 疾病种类示意图

但是,根据我们已学过的心身相关知识,这种对疾病进行绝对化分类是不准确的。人是心,身的统一体,任何疾病都有影响其病因、发展、表现、病程和预后的心理社会因素,疾病总是包括心,身两个方面,躯体疾病和精神疾病之间的区别也只是相对的,至于上述心身疾病和心身障碍之间更存在交叉和重叠。因此,目前普遍使用广义的心身疾病概念,这是指心理社会因素在发病,发展,治疗,预防中起重要作用的躯体疾病和躯体功能障碍。本书也基本上采用这种广义的概念。值得注意的是,一些著作中提到的心身障碍有时会笼统包括一部分心身疾病和一部分神经

症，故广义的心身疾病和广义的心身障碍又几乎是同义语。

(二)心身疾病与心身医学的联系

心身疾病与心身医学有密切的联系，是心身医学研究的主要对象。实际上心身疾病的概念之所以不太明确，这与心身医学(见绪论)的发展过程有关。

20年代是心身医学诞生时期。早期心身医学是精神分析理论的产物。以 Alexander F 为代表，他们用精神分析理论解释一些躯体疾病的病因学，认为潜意识心理冲突和器质性原因并存，通过植物性神经系统的过度活动，造成躯体功能障碍和损害。这是心身医学的心理动力学方向。1939年美国《心身医学》杂志创刊是这一研究方向的重要结果。这一时期对心身疾病的概念和范围的认识，总的来说还是比较局限的。

50年代以后，随着对心身关系的心理生物学研究亦即心身医学的心理生物学方向的深入发展，以及其它一些理论派系例如行为学习理论等对心身研究的介入，使心身医学的研究方法、对象和内容有了不断的扩展，人们对心理社会因素在躯体疾病发生发展中的作用也有了更深入的认识。这样，心身医学研究的主要对象、心身疾病的概念和范围，也随之发生了变化。目前，美国的《心身医学》杂志内容也已完全反映了这种时代性的变化，对心身关系的各种理论体系和各种方法的研究文章在该杂志上都可找到。这标志着目前的心身医学和心身疾病概念与早期的精神分析理论中的概念已有很大的不同。

但是，应该注意到，国外目前仍有一些学者将心身医学和心身疾病看成是精神分析理论的概念，因而在其著作中不提或很少提到心身疾病的概念。这特别在某些学派思想浓重的作者中表现较明显。

(三)心身疾病的发病率和范围

近50年来，心身疾病已成为严重危害人类健康和导致人类死亡的主要原因，许多久治不愈，长期影响人们心身健全的疾病属于心身疾病。人类的主要死亡原因如心脑血管病和肿瘤也大部可归入心身疾病的范畴。据国内外各种调查统计，心身疾病目前占综合性医院门诊病人的1/3左右。但由于心身疾病的概念和诊断标准尚不统一，以及调查研究的条件不足，心身疾病真实的发病率尚难估计。

目前一般认为，以下各系统的一些疾病可归入心身疾病范围(为便于理解，将各系统的狭义心身疾病置前，心身障碍置后)：

1. 循环系统 原发性高血压、冠心病、某些心律失常，原发性低血压综合征。
2. 消化系统 消化性溃疡，溃疡性结肠炎、过敏性结肠炎、慢性胃炎，胆囊炎、慢性肝炎、慢性胰腺炎，神经性厌食，幽门痉挛、肠道功能障碍，习惯性便秘，神经性呕吐、心因性多食或异食症。
3. 呼吸系统 支气管哮喘，过敏性鼻炎，过度换气综合征，吞气症，心因性呼吸困难，慢性呃逆。
4. 神经血管系统 脑血管病或障碍，多发性硬化症、雷诺氏症，偏头痛，植物神经功能紊乱，昏厥。
5. 内分泌和代谢糖尿病，甲状腺机能亢进、肥胖症。
6. 骨、肌肉系统 类风湿性关节炎，紧张性头痛，全身肌痛症、颈臂综合征，慢性腰背痛，痉挛性斜颈，书写痉挛。
7. 泌尿生殖系统 慢性前列腺类，阳痿，神经性多尿。

-
8. 儿科 胃肠功能紊乱症、心因性发热、支气管哮喘、遗尿症、遗粪症、周期性呕吐，夜惊。
 9. 妇产科 功能性子宫出血，月经失调、外阴瘙痒，更年期综合征、经前期紧张症，心因性不孕症，阴道痉挛。
 10. 皮肤系统 慢性荨麻疹、湿疹，神经性皮炎，斑秃，过敏性皮炎、皮脂溢出，牛皮癣、皮肤瘙痒症，多汗症。
 11. 耳鼻喉科 慢性副鼻窦炎，美尼尔综合征，咽部异感，口吃，晕动症。
 12. 眼科原发性青光眼 低眼压综合征，眼肌疲劳症。
 13. 口腔科 口腔粘膜溃疡，口腔异物感，心因性齿痛。
 14. 肿瘤

二、心身疾病的发病机制

虽然许多研究已证明心理社会因素与心身疾病的发病学有密切联系，但其发病学机制仍目前医学心理学领域亟待深入研究的中心课题之一。综合一下，大致有以下几方面理论或学说：

(一)心理动力理论

这一理论始终重视潜意识心理冲突在各种心身疾病发生中的作用。早期，Alexander 认为个体特异的潜意识动力特征，决定了心理冲突引起特定的心身疾病。例如，哮喘的发作被解释成是试图消除被压抑的矛盾情绪(如与母亲隔离引起的焦虑)或避开危险物，此时病人不是以意识的行为，而是以躯体症状——哮喘来表达；溃疡病是由于病人企图得到他人喂食与款待的潜意识欲望被压抑；原发性高血压是由于病人对自己的攻击性决断的潜意识压抑等等。因而，Alexander 认为根据一个人心理冲突的性质，可以预言他将会患何种心身疾病。以后，一些心理动力学学者不同意这种特异性关系的看法，他们认为潜意识心理冲突通过植物性神经系统功能活动的改变造成某些脆弱器官的病变。例如心理冲突在迷走神经功能亢进的基础上可造成哮喘，溃疡病等，在交感神经亢进基础上可造成原发性高血压、甲状腺机能亢进等。因而他们认为研究心身疾病的发病机理，只要查明致病的潜意识心理冲突即可。

心理动力理论对于心身疾病发病机制认识的不足之处是夸大了潜意识的作用，研究资料无法实证等。

(二)心理生物学理论

对心身疾病机制的心理生物学研究重点是有哪些心理社会因素通过何种生物学机制导致各种心身疾病的发生。这方面的研究相当活跃，积累的资料也非常丰富，但由于心身机制的复杂性，至今尚无法将每一种心身疾病的详细心理生物学发病机制阐明清楚。

根据心理生物学研究，从大体角度来看，心理神经中介途径、心理神经内分泌途径和心理神经免疫学途径是心理社会因素造成心身疾病的三项中介机制(见第三章)。由于心理社会因素对不同的人可能产生不同的生物学反应，以及不同生物反应过程涉及不同的器官组织，因而不同的心身疾病的发生也可能存在不同的心身中介途径。

心理生物学研究也重视不同种类的心理社会因素，如紧张劳动和抑郁情绪，可能产生的不同

心身反应过程。这方面也有许多研究成果，因而不同心身疾病的发生也可能与特定的心理社会因素有关。

心理生物学理论还重视心理社会因素在不同遗传素质个体上的致病性的差异，例如，有证据证明，高胃蛋白酶原血症的个体在心理因素作用下更可能产生消化性溃疡，从而确认个体素质上的易感性在心身疾病发生中的重要作用。以上三方面情况在本章各节将有所讨论。

心理生物学理论对于阐明心身疾病的发病机制具有越来越重要的意义。

(三)学习理论

行为学习理论同样可用于解释某些心身疾病的发生机理。根据一般模式，某些社会环境刺激引发个体习得性心理和生理反应，如紧张、呼吸加快、血压升高等。由于个体素质上的问题，或特殊环境因素的强化，或通过泛化作用，这种习得性行为反应可被固定下来成为症状和疾病，例如紧张性头痛，过度换气综合征、高血压等。

这种对心身疾病发生原理的理解，虽然缺乏更多的微观研究的证据，但对于指导心身疾病的治疗工作已显得越来越有意义。

三，心身疾病的诊断和防治原则

(一)心身疾病的诊断原则

大部分心身疾病在现有的临床各科中都有具体的诊断标准。我们这里要强调的是诊断过程中对心身疾病有关心理和生理特征性要点的观察和认定。这不但能帮助我们一些目前临床诊断还不明确的病症确定为心身疾病，而且也将有利于在预防和治疗工作中对各种心身疾病采取相应的心理学手段。

1. 心身疾病的某些特征性诊断要点

(1)以躯体症状为主：这种症状有明确的病理生理过程或器质性病变基础，即使一时难以发现具体的损害或确定病理生理过程，但也必须是相对固定而局限的躯体症状。那种躯体症状主诉游移不定或反复无常者，往往不是心身疾病的表现，而可能是精神疾病或其它心身反应。

(2)病因中存在心理社会因素：可能发现某些心理社会因素与疾病的发生、发展和疾病的症状发作在时间上有密切的联系，也可能发现病人存在特定的个性特点和对某些疾病易感的心理素质。由于心身疾病多呈现慢性过程，因而虽然不一定能找到疾病起点时的心理社会原因，但经过仔细检查应该能发现那些能引发或加重症状的心理刺激因素以及心理素质上的缺陷。

(3)疾病症状与应激情绪的生理反应有相似性，但表现强烈而持久：根据心理生物学研究观点，心身疾病是心理应激作用的一种严重结果。在心理因素引起躯体生理变化的初始阶段，躯体反应如血压升高，肌紧张增高，呼吸急促等在心理因素消除后会随之消失，此时仅称为心身反应(psychosomatic response)。当这种心理因素长期反复发生作用时，躯体的生理反应开始向病理反应转变，表现出躯体功能的障碍或紊乱，且持续时间较长，但仍未见出现组织病理损害，此时的心身变化过程即为心身障碍。当上述情况进一步发展时，机体出现病理性损害，这就是狭义的心身疾病。由于在发生机理上有这么一种延续过程，因此，心身疾病(包括心身障碍和狭义的心身疾病)的症状发作或加重不但在时间上与心理社会刺激因素。同时存在，而且所表现出来的症

状也与应激情绪情况下的心理反应有某些类似性。例如，一个人在激动和焦虑时产生头部肌紧张和头胀，血管跳动等心身反应。但在焦虑消失以后，这些反应也消失。而一位紧张性头痛发作病人，不但可能找到发病前某一件引起焦虑的心理社会刺激因素，而且目前仍有头胀、头痛等症状。不少心身疾病症状表现也都存在类似的情况。

(4)与神经症相鉴别：心身疾病特别是心身障碍应区别于焦虑性神经症，癔病，疑病症等神经症。神经症病人的总体特点包括，以心理症状为主，即使有躯体症状也往往有多系统多器官性质且反复易变或呈现一过性，无实质性组织损害，病因中心理社会因素的成分较大，以及可能有社会适应不良等情况。但心身疾病与神经症有时较难区别，

2. 心身疾病的诊断程序

(1)病史采集：除与临床各科病史采集完全相同之处以外，对心身疾病还应注意收集病人心理社会方面的有关材料，例如心理发展情况、个性或行为特点，社会生活事件以及人际关系、家庭支持等，从中初步寻找与心身疾病发生发展有关的一些因素。

(2)体格检查：与临床各科体检相同，但要同时注意体检时病人的心理行为反应方式，有时可以从病人对待体检的特殊反应方式中找出其心理素质上的某些特点，例如是否过分敏感、拘谨等。

(3)心理学检查：对于初步疑为心身疾病者，应结合病史材料，采用交谈、座谈，行为观察，心理测量直至使用必要的心理生物学检查方法，对其进行较系统的医学心理学检查，以确定心理社会因素的性质，内容和在疾病发生、发展，恶化和好转中的作用。本书许多章节已就这些心理学方法作过专论，在此不一一赘述。

(4)综合分析：根据以上程序中收集的材料，结合心身疾病的基本理论，对是否心身疾病、何种心身疾病、由哪些心理社会因素在其中起主要作用和可能的作用机制等问题作出恰当的估计。

(二)心身疾病的治疗原则

在明确诊断的基础上，心身疾病应采取心身相结合的治疗原则。在具体治疗时，则又应各有所侧重。

对于急性发病而又躯体症状严重的病人，应以躯体对症治疗为主，辅之以心理治疗。例如对于急性心肌梗塞病人，综合的生物性救助措施是解决问题的关键，同时也应对那些有严重焦虑和恐惧反应的病人实施床前心理指导多又如对于过度换气综合征病人，在症状发作期必须及时给予对症处理，以阻断恶性循环，否则将会使症状进一步恶化，呼吸性碱中毒加重，出现头痛、恐惧甚至抽搐等。

对于以心理症状为主、躯体症状为次，或虽然以躯体症状为主但已呈慢性经过的心身疾病，则可在实施常规躯体治疗的同时，重点安排好心理治疗工作。例如更年期综合征和慢性消化性溃疡病人，除了给予适当的药物治疗，应重点作好心理和行为指导等各项工作。

根据诊断过程中所发现的各种特殊心理社会因素对疾病的影响情况，对心身疾病应采用不同层次、不同方法、不同目的的心理干预手段。支持疗法、环境控制、松弛训练，生物反馈、认知治疗，行为矫正疗法和家庭疗法等心理治疗方法可被选择采用。这将在以后各章分别讨论。

对心身疾病的心理治疗主要围绕以下三个目标：

(1)消除引起疾病症状的各种心理社会因素：这属于对症处理。例如因某一事件引起焦虑继

而使紧张性头痛发作的病人,通过心理支持,认知治疗,松弛训练或催眠疗法等,使其对这一事件的认识发生改变,减轻焦虑反应,进而在药物的共同作用下,缓解这一次疾病的发作。

(2)消除心身疾病的心理学病因:例如对冠心病病人,在其病情基本稳定后,指导其对A型行为和其它冠心病危险因素进行综合行为矫正,帮助其改变认知模式,改变生活环境以减少心理刺激,从而从根本上消除心理病因学因素,逆转心身疾病的心理病理过程,使之向健康方面发展。

(3)消除心身疾病的生物学病因:这主要是通过心理学技术直接改变病人的生物学过程,提高身体素质,促进疾病的康复。例如采用长期松弛训练或生物反馈疗法治疗高血压病人,能改善循环系统功能,降低血压。

(三)心身疾病的预防

心身疾病的发生是心理因素和生物因素综合作用的结果,因而心身疾病的预防也应同时兼顾这两方面。但一般来说,在心身疾病的预防工作中,心理因素和心理学方法起更重要的作用。

心理社会因素大多需要相当长的时间作用才会引起心身疾病(也有例外),故心身疾病的心理学预防也应从早着眼。一旦心身疾病已经出现,预防问题也就无从谈起。因此,对那些具有明显心理素质上弱点的人,例如有易暴怒、抑郁、孤僻及多疑倾向者应及早通过心理指导加强其健全个性的培养;对于那些有明显行为问题者,如吸烟、酗酒、多食、缺少运动及A型行为等,应利用心理学技术指导其进行矫正;对于那些工作和生活环境里存在明显应激源的人,应及时帮助其进行适当的调整,以减少不必要的心理刺激多对于那些出现情绪危机的正常人,应及时帮助加以疏导。至于某些具有心身疾病遗传倾向如高血压家族史或已经有心身疾病的先兆征象(如血压偏高)等情况者,则更应注意加强心理预防工作。

总之,心身疾病的心理社会方面的预防工作是多层次,多侧面的,这其实也是心理卫生工作的重要内容。

第二节 原发性高血压

一、高血压发病中的心理社会因素

根据估计美国约有2400万成年人(即成人的15~27%)患有高血压。我国1980年抽查证明患高血压人数虽较西方少,但也有约3000万人,占成人的3-10%。高血压并发其它器官疾病的机会相当高,如冠心病、脑血管病等。

许多原因可造成高血压,如肾病、内分泌病、妊娠等,这属于继发性高血压病。但大多数高血压找不出明确的原因,属于原发性高血压(以下简称高血压)。基夫(Keefe FJ, 1982)认为,社会和行为因素通过神经系统的作用可能在高血压发病中处于主导的作用。高血压是一种严重危害人类健康的内科心身疾病。

(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。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(Pri on, 1977)。

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群要高(Jenki n S, 1978)。

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。

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。

(二)不良行为因素

不少研究证明，高血压发病率与超体重、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心理和社会环境因素的影响。

(三)心理因素

人格特征对高血压发病的影响是医学心理学家所注意到的另一重要问题。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)对一组 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，但都有趋向好斗和过分谨慎这些特征。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。Harri s 和 Singe r(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。这说明个性特征在社会环境应激造成高血压的过程中也可能起相当重要的作用。

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(Buel l JC, 1980)。

(四)心理生物学因素

遗传因素在心理社会因素致高血压病中的作用不容忽视。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(Fei nleib 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，对于有遗传因素的人，较易通过中介机制导致高血压。Lawl er 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，该子代鼠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。

(五)心理社会因素的致病机制

1. 心理社会因素与高血压的因果关系 高血压病人的上述一系列心理社会和行为因素，是疾病

原发因素还是继发于疾病的结果，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，贫穷等导致高血压的发生，同时也伴随出现害怕，愤怒情绪和不良行为。社会稳定则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。

2. 精神分析学派的认识 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，另一组只能通过填写问卷的方式提出对实验情景的意见，不让其发泄。结果表明发泄出来的比不能发泄的血压高(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，在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。

3. 行为学习理论的认识 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，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。

4. 心理生物学的观察 从心理生物学角度来看，血压是一项波动很大的生理性变量，其高低决定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，情绪都能通过植物性神经系统、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

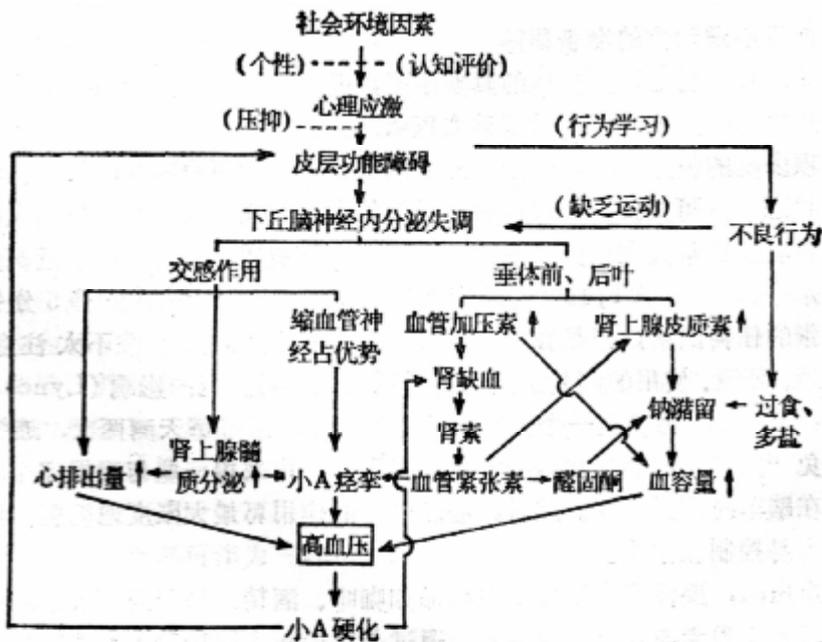


图 6—2 高血压心理生物学过程示意图

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动脉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地长期存在，就可能影响某些有特殊敏感素质的人，影响其神经系统活动过程，机体对血压的系统调节过程遭到破坏，经过神经、内分泌等生物学中介机制，产生高血压早期症状。虽然在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，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 6—2。

二、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。

近年来证明，许多心理行为治疗方法对高血压，特别是对边界型或中度高血压有显著疗效。

(一) 高血压心理治疗的准备程序

1. 测定基础血压 为了测定血压的真实水平，并为心理治疗的疗效提供参照数据，必须在心理治疗开展之前一周测量并记录基础血压情况。

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，并避免引起情绪紧张的任何因素，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。

在判断高血压时，要注意常用的某些物品如咖啡、酒精、兴奋药、抗组胺药等的影响。

2. 分析心理行为因素与高血压的关系 通过心理诊断，摸清病人心理行为特点以及有关的社会环境因素，特别应判定是否存在某些不良的行为因素，环境因素和心理因素在疾病的发生发

展中起作用。一旦确定，应对病人进行一次深入的有关心理病因学机制和拟采用的心理治疗方法原理的教育，取得病人的支持和配合，提高其对心理治疗训练计划的依从性。

(二)传统心理治疗

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。Wol f S(1977)曾给高血压病人施行精神分析法。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 11 4 位高血压病人中有 1 4 人血压下降至正常。但也有无效甚至相反的结果(Ti tchener JL, 1959)。可见精神分析法在高血压病中的应用有一定的局限性。

对于某些有个性或情绪因素在高血压症状中明显起作用者，应试用认知疗法等加以矫正。

(三)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 Del ed 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 14. 7kPa 下降到 13. 1kPa(卧位)，和 14. 9kPa 降至 13. 3 kPa(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 β 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。另外我们的工作也发现，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 4 0%。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。从松弛疗法需要反复长期的训练过程来看(一般每天 1, 2 次，持续 3~6 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“随意刀操作的内脏行为，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多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)。

(四)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(0.6~0.8kPa)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12.9kPa。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10.1kPa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多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，也有人主张使用脉搏波速度做为信息反馈(Walsh P, 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。

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，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)。

(五)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可选用如骑车，慢跑等运动训练方法，具有一定的降压，减肥和减少心脏并发症的作用。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。

(六)其他

对于高钠饮食习惯，超体重等高血压危险因子，可通过行为矫正疗法加以解决。此外，气功疗法，音乐疗法等对高血压也有疗效。

第三节 冠状动脉硬化性心脏病

一、冠心病发病中的心理社会因素

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，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。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。冠心病是另一种严重危害人类健康的内科心身疾病。

(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。

西部协作组研究计划(western collaborative group study project)自1960年起对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(图6—3)。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“冠心病个性”(coronary-prone individual s)。

世界心肺和血液研究协会(NHLBI)1978年对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(参见第四章)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。

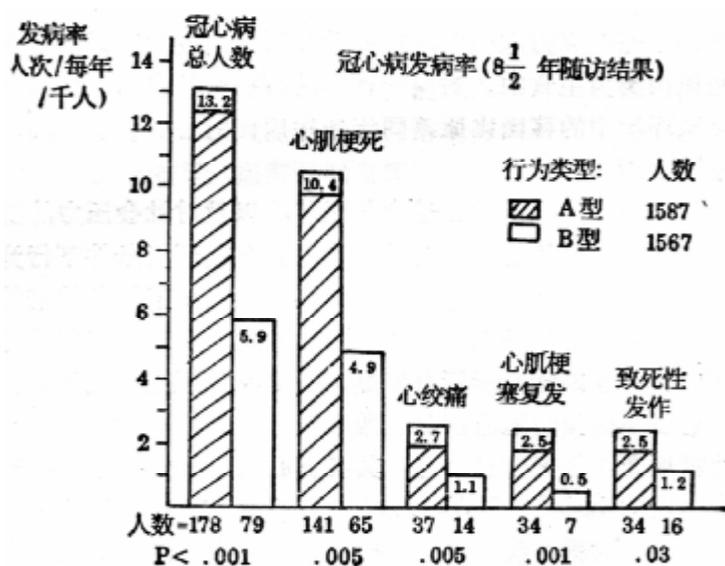


图6—3 A型行为与冠心病发病率

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)。

(二)人格特点的研究

许多人使用MMPI进行调查研究(Jenkins CD, 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(nerotic trait)量分偏高。另一些人使用卡特几十六因素人格量表对冠心病人人格进行调查,发现因素O和C(分别测定焦虑和情绪稳定性)与冠心病

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)社会环境因素

社会生活应激因素如亲人死亡、环境变化等常被认为是冠心病的重要病因之一。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“某些形式的应激”,其余才依次为超体重(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, 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。

在冠心病发病率调查中曾发现,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作用的,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相类似的结果,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,特定的工作条件和技术的进步常造成运动的缺乏等等。行为危险因素则又进一步通过机体的生理病理作用促进冠心病的形成。由此可见,社会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重要的意义。

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,因而烟是冠心病的危险因素(Simborg DW, 1970)。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并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)。相反,缺乏运动者冠心病发病率较高。

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增多。

(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。

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(即社会心理紧张刺激最强烈)，血液中胆固醇含量上升，形成两个高峰，这说明社会心理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病人，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，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)多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已可见一斑。Hartel 将心理社会因素与冠心病的心理生物学过程总结如图 6—4。

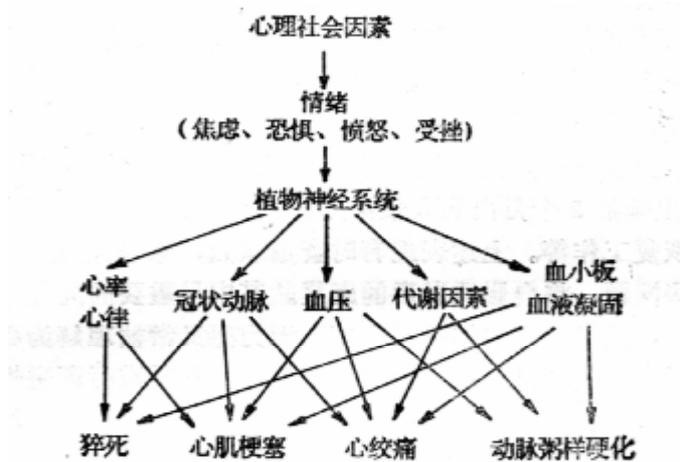


图 6—4 心理社会因素与冠心病关系 (心理生物过程)

二、心肌梗塞病人的心理反应特点

(一)急性期病人的心理反应

心肌梗塞(myocardiac infarction, MI)急性发作时，病人会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(Doehrmann SR, 1977)。由于人们都知道 MI 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 MI 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, 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。

抑郁情绪虽然随着病情稳定一般会有所减轻,但也有一些人会重新变得严重起来。他们表现为悲哀面容、漠不关心的态度、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从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,这在年轻病人有时表现得更为突出。根据这些现象,Cassem等(1973)曾将某些MI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,因而病人常产生自我意识丧失感。

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MI后采取了否认的态度(Croog SH, 1971)。轻狂躁(hypomania)是病人以过多的躯体和活动来对付应激。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MI病人的心理反应情况。

(二)恢复期和康复期心理反应

MI的恢复不象其它疾病一样有较严格的指标,久病的衰弱感觉在恢复早期就易出现(Klein RF, 1967)。出院后2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。上述表现有时会很顽固,除非经过特别解释。病人如不能及早地认识和及时处理这些问题,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,主张在恢复早期就指导其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戒烟、减食减体重,医疗摄生,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。

三, 否认机制在冠心病临床的意义

(一)否认的概念和判定

所谓否认(denial)是指否定,漠视、淡化和回避应激事件的存在或其严重性的一种心理应对方式(见第三章),可伴有一系列认识上、情感上和行为上的相应表现。

临床上,病人面对威胁性疾病的诊断事实(除MI,还有癌症等),首先采用的心理应对机制往往是否认。这时病人努力否定或低估疾病的严重性以降低焦虑反应水平,同时可以相应地表现

出对疾病信息的不关心,或不能很好地配合医疗等行为反应。否认机制在客观上并不一定都有利于个体的心身健康。在MI临床上,否认机制在入院前易导致就诊的延误,在急性期有利于心身的适应,而在康复期又产生不利的影晌。

由于不同的人具有不同的特质性否认倾向,以及由于环境、社会支持、经历、期望等因素的影响,所以一个人在不同事件中的否认水平差异很大,需通过使用否认量表或通过交谈分析才能作出评估。LeVine 有一份已经过信度、效度检验的否认量表 LDIS(Levine denial of illness scale)比较简便,含 24 条目,采用 7 级客观评分法。在临床上,也可与病人作关于疾病问题的交谈,根据病人回答的内容、主动性和态度等大致判别其否认水平的高低。据报道,经过一定实践,这种判别与使用量表的结果可有相当的一致性。

(二)否认机制对临床各期 MI 病人的影响

及时就医是降低 MI 病死率的重要前提。但是资料、正明,MI 病人从出现先兆症状到入院就医的时间间隔平均约需 3 小时。有一组报告至少有 50%的病人在 24 小时以后才入院就诊。造成这种延误的很大一部分原因是心理方面的,其中病人的否认倾向起着重要的作用。先兆症状出现时,有否认倾向的病人虽能感觉到症状,但否定其重要性,也不相信自己会患 MI,甚至将某些心脏症状理解成消化系统症状。有的资料显示只有 1/3 的病人在一开始就想到自己的症状是急性 MI 的表现多甚至在部分有过 MI 病史的病人中,当再次出现 MI 先兆症状时也会“否认”。相反,那些较担心生命受威胁、对疾病体验较深,以及以往有 MI 病史的冠心病患者,其“否认”倾向往往较弱,利于减少延误。因此,一般主张对隐性冠心病患者(特别是有否认倾向者)及其家属应进行常规的有冠心病知识的教育指导,以缓冲否认机制的影响。例如告诉他们胸痛是急性 MI 最常见的症状,在遇有不明原因的呼吸困难、恶心,无力、向手臂放射痛等现象时,不能轻易放过,要及时就医等等。

否认机制在 MI 急性期具有保护意义,属于适应性应对策略。那些缺乏否认机制的病人,往往会表现较高的焦虑和抑郁反应,并影响到病程和病死率。例如 Levine(1987)的一组严格对照研究资料显示,MI 病人的否认水平,与住院期间的焦虑、抑郁和心身症状严重度,以及与住院时间、房性心律不齐、窦性心动过速和充血性心力衰竭的发生率等动态指标都有明显负相关($r=-(0.35\sim 0.50)$)。

然而,MI 毕竟是一种严重疾病状态,绝大多数病人在 MI 急性期会出现较严重的焦虑和抑郁等心理应激反应。由于否认机制可降低急性期的焦虑和抑郁反应水平,所以主张在住院期间应及时对 MI 病人进行心理应对的指导。特别对那些缺乏否认机制的病人,应加强否认心理应对知识的介绍和诱导,帮助减轻或转移对自身的过分关注,阻断额外的心理应激的影响,使其顺利渡过急性期。

康复期 MI 病人的否认机制会降低对自身疾病的注意,在认识、情感、动机诸方面都可影响对医嘱的服从,包括有关康复期的摄生指导、关于运动锻炼的合理安排和各种不良行为的改造计划等等,因而是非适应性应对策略,不利于整个康复过程。在上述 Levine 这组资料中,病人的否认水平与出院后一年期间的复发住院天数成正相关($r=0.38$)就是明显例证。那些有明显“否认力倾向的 MI 病人,应在出院时以及在门诊随访过程中,不断给予相应的心理指导,以抵消否认对康复的影响。

顺便指出,前文提到的MI 康复期病人常见的一些心理行为问题如依赖,抑郁,缺乏活动,难以恢复工作、性功能问题等,与此处提到的因否认机制而出现的行为问题有本质的不同。前者多发生在缺乏否认机制的病人身上,因此心理指导方法也不同,必须加以注意。

四、冠心病的心理防治

(一)心理支持和心理咨询

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支持工作。在不同的临床阶段,针对病人不同程度的否认心理倾向,作好应对指导工作。为了实施下面各项心理防治措施,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型行为的矫正

A型行为是一种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多病人在未发现自己有冠心病以前,即使明白A型行为是一种冠心病危险因素,也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。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,A型行为的改变将会变得容易些(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以认知行为矫正疗法为中心的综合矫正方法。其中包括:冠心病知识和A型行为知识教育(常以分发小册子或集体讲课的方式进行),松弛训练(要求将松弛反应泛化到日常生活中),认知疗法(帮助病人进行认知重建和实施自我控制),以及想象疗法、行为演练、社会支持和运动锻炼等。Powell(1984)等使用集体定期咨询的方法对1012名病人进行2年期的行为矫正对照研究,由病人,配偶、同事以及根据录像对结果进行估价,证明患者的A型行为得到了明显改变。

(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-management)。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,主要是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,包括个人毅力、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,医生都有义务向病人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少运动之行为特点,患病后有可能会变得更加具有依赖性,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,直接达到正常人的日常活动水平,显得很有意义。Baile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,因而被认为较有特色。另一特征是在计划实施过程中,始终掌握好正、负强化的应用(Basmajian 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。年龄、梗塞的严重性、经济、心理创伤程度等也都是影响恢复工作的因素。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帮助。

(五)婚姻和性生活的问题

据认为,不少冠心病病人配偶的心理也受到影响,主要是顾虑和忧郁。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(Adsett CC, 1968)。

另一重要问题是性生活的困难。许多病人在心肌梗塞一年以后,其性生活次数仍远比病前少。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,从而获得更满意的效果。

(六)文体活动

充实的生活促进成功的康复。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有强化作用。

(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。Sui nn 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。例如胡祖文(1986)研究发现气功可降低冠心病人的血液粘度和血小板聚集率。

第四节 癌 症

近几十年的行为医学研究显示,心理社会因素是癌症形成的重要影响因素之一;同样,癌症病人的不良心理行为反应,也会严重影响病情的发展和患者的生存期。

关于心理社会因素与癌症之间的关系, Lucas R(1982)分析了大量文献后,总结出以下四点结论:①具有某些心理特征的人,较容易患癌症;②癌症的发展和转归与内分泌和免疫防卫功能有关,后者又受患者本人情绪和行为反应的影响;③表现某种心理行为反应特点的癌症病人,其生存期较短;④采用情绪支持和行为干预等心理治疗方法,可使癌症病人的平均生存期延长一倍。可见,癌症的发生、发展,转归与心理社会因素有密切关系,被认为是又一种严重危害人类健康的心身疾病。

一、癌症发生发展中的心理社会因素

(一)生活事件与癌症的发生

国内外不少研究发现,癌症病人发病前的生活事件发生率较高,其中尤以家庭不幸等方面的事件,例如丧偶、近亲死亡、离婚等为显著。Leshan(1966)指出,肿瘤症状出现前的最明显心理因素是对亲密人员的感情丧失。多本作者(1987)调查发现,癌症病人发病前的家庭不幸事件发生率比对照组普通病人高。类似的研究报告还非常多。在一组接受心理治疗的癌症病人中,大多数病人在发病前半年到8年期间曾遭受过亲人(配偶,父母,子女)丧亡的打击,而对照组则少得多。此外,寡妇的肿瘤发病率相对较高,多单身妇女乳癌发生率较高等。这些都证明负性生活事件与癌症的发生有联系。

(二)应对、情绪反应与癌症的发生

进一步的研究还证明,生活事件与癌症发生的关系,取决于个体对生活事件的应对方式。那些不善于渲泄生活事件造成的负性情绪体验者,即习惯于采用克己、压抑的应对方式者,其癌症发生率较高。例如, Grossarth(1980)指出,不愿表达个人情感和情绪压抑是癌症发病的心理特点;本作者(1987)和高北陵(1989)等也证明,癌症病人对挫折的消极情绪反应比对照组明显。

(三)个性特征与癌症的发生

某些个性特征例如过分谨慎、细心、忍让,追求完美,情绪不稳而又不善于疏泄负性情绪等,往往使个体在相同的生活环境中更容易“遇到”生活事件,多在相似的不幸事件中也容易产生更多的失望,悲伤、忧郁等情绪体验。这些个性特征被证明与癌症的发生有联系。例如,本作者通过EPQ测查发现癌症病人的E量分较低和N量分较高,这与上述个性特征有一致性。近年,行为医学界已将上述个性特征概括为“C型行为”,并正在探讨C型行为与癌症发生的关系。

(四)心理社会因素与癌症的发展

前面讨论的关于生活事件、应对、情绪、个性特征等因素与癌症发生的关系,其资料大多来

自回顾性研究。能否肯定这些因素就是癌症发生的原因而不是结果(即因为患癌症才报告较多的消极因素),目前尚难定论。相比之下,关于肿瘤的生长和扩散过程及癌症的发展和转归是否受病人的心理行为特征的影响问题,则结论比较肯定。不少作者(如 Stoll B, 1982)证明,具有以下一些心理行为特点的癌症病人,平均生存期明显延长:①能始终抱有希望和信心;②能及时表达或发泄自己的负性情感;③能积极开展对个人来说是有意义的、有快乐感的活动;④能与周围人保持密切人际联络。这些都从反面说明病人的消极心理行为反应会加剧癌症的恶化过程,其性质与消极心理社会因素易致癌症是相同的。因此,结合癌症病人具体的心理行为问题,及时给予必要的心理干预,提高其生活质量,增强其信心,改善其心身反应过程,具有重要的临床意义。

(五)心理社会因素影响癌症发生发展的机制

近年的心理神经免疫学(psychoneuroimmunology)研究获得的一些证据(Baker, 1987)说明,心理社会因素主要通过免疫中介机制而影响癌症的发生和转归。不少人体和动物研究证明,负性情绪反应可影响机体的内分泌和免疫功能,从而削弱个体对癌症的抵御能力。例如,紧张刺激使人陷于抑郁,沮丧时,ACTH及肾上腺皮质激素分泌增加,乃至抑制免疫系统的正常功能。Bartrop调查表明,丧偶者的淋巴细胞转移功能明显低下,说明经历不幸事件者的免疫备用状态不良。小鼠实验也证明,在紧张的回避条件反射实验环境中,其多项免疫功能受损,致使皮下接种6G3HED淋巴瘤细胞的成功率和生长率提高。

心理社会因素在癌症发生发展中更详细的作用过程尚未完全阐明。其可能的环节是:心理社会因素(例如失去亲人等不幸事件)作用于具有独特人格特征的个体,个体根据以往经验作出认识评价,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为化学信号(激素),经过垂体直接或间接地抑制甲状腺功能和增强肾上腺功能。后两者的变化抑制了机体的免疫机能。目前已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可能是免疫中介机制的最终环节。此外,也有人认为可能存在中枢神经与免疫系统直接联系着的途径。

二、癌症病人的心理行为问题及对策

癌症病人的心理行为问题复杂而多变,否认、焦虑、抑郁、丧失信心、敌意、失眠、行为退缩等均可出现,且受多种因素包括病种、病情、个人经历、个性特点、家人态度、医疗措施等的影响。医务人员深入仔细地了解每一个癌症病人的具体心理行为问题,并相应地给予及时而准确的心理帮助,这是目前医学心理学在癌症临床最为迫切的实际工作任务。

(一)癌症病人心理行为问题的评估方法

癌症病人不同于其它一般躯体疾病病人,也不同于精神疾病病人。一般躯体疾病病人多愿意谈自己的心理感受,精神病人则能表现一些异常行为,而癌症病人大多不愿表达自己的真实情感。因此,为了掌握癌症病人的真实心理问题,单凭简单的几句提问或以一般的外部观察是较困难的。Lucas R(1982)主张必须通过详细的晤谈来评估癌症病人的心理行为问题,在晤谈中要掌握“停、看、听、触”四个要点。

“停”,是指与病人交谈时要维持一定的时间,有人建议应超过10分钟。那种随便问几句或

一边走过床前一边提问的方式是不可能了解到病人心底里的真实信息的。“停”的本身也是一种心理支持，能使病人感到被关心，被重视，从而减轻无用感、孤独感和被抛弃感(这些情感反应往往癌症病人体验最深而又不轻易表达)。“看”，是指晤谈时对病人要有一定的眼神接触，除观察病人的行为反应外，还应以“看”传达医生对病人的坚定、理解、支持等非语词性信息。医务人员要绝对避免在眼神中流露出对病人的怜悯等异常情感，也不应总是回避病人的目光接触，以免使其产生误解加重心理反应。“听”，首先专心听取病人的诉说，必要时稍加引导，然后对已发现的一些心理问题线索作深入提问，详细了解问题的性质、背景、影响因素等。“触”，是指医生对病人的直接接触，一定的触摸动作可缩短病人对医务人员的心理距离，有助于从晤谈中获取真实信息。

从晤谈中评估病人的某种心理行为问题，应包括以下各方面详细情况：①这一问题受病人的哪些过去思想、情感和经历的影响；②问题的性质和严重程度；③问题第一次出现时的背景和问题发生的时限、方式；④病人所采取的应对方式及效果；⑤医务人员方面已实施的治疗措施和效果等。例如，某一位癌症手术后病人的心理行为方面情况包括：早年曾亲眼目睹过晚期癌症病人的疼痛惨象，这使他对自已的病情是否会发展到这种地步感到非常担心和害怕多这种担心和害怕在诊断开始就已出现；有时候因为考虑到自己的病种不同可能不会产生严重疼痛而使害怕情绪有所减轻，但到夜深人静时害怕情绪又占上风多医生曾对他的害怕心理进行过一般安慰，但作用不大等。

除了晤谈法，其它可以使用的心理行为评估方法有：使用症状量表如 SCL90 和 MMPI 等多指导病人对日常心理行为情况进行自我记录(如活动情况)，形成行为日记。这些也有助于为评估提供参考依据。

(二)告诉病人真实的信息

癌症诊断本身就是对病人的一种沉重的心理打击。随之，有关癌症的进展和预后问题，例如是否会产生疼痛、是否会因手术造成形体的损害，是否会威胁到生命等，成为病人关注的中心，同时也不可避免地使病人产生一系列情绪反应。后者又会影响机体的抗病力，不利于康复。因此，为了防止病人出现强烈的心理反应，不少人主张对病人实行信息封锁。在目前实际工作中也确实有不少医生是按这一“保密”原则处理癌症病人的。

但是，由于“保密”会使医务人员有意无意地在心理上与病人保持距离，而病人对医务人员的任何信息包括语气、表情、态度等都非常敏感，结果实际上很少能做到真正的保密。一旦病人(特别是有一定文化素质的人)通过各种信息渠道领悟到部分真相后，反而会产生严重的被抛弃和被蒙骗感，孤独、抑郁、绝望等情绪反应就会特别深刻。因此，目前多数学者主张应该给癌症病人提供真实的信息。

提供真实信息的原则是“热忱加诚实”，既要对病人实行信息开放，又要避免“残忍的诚实”。在具体作法上，医务人员应在了解病人的具体心理条件如承受能力基础上，有计划地告诉病人的病情及相应的各种真实信息，同时又要始终注意保护病人的期望和信念。例如，提供癌症诊断信息时，要同时指出：“同样的疾病对不同的人的影响是难以预测的(意即你的情况不一定是最好的)”。有条件时还可向病人介绍某一位同类病人最终是如何康复的，现在情况良好。又例如，当诊断已明确的癌症病人担心或询问今后是否会出现疼痛、呕吐(化疗)、伤残(手术)时，医务人员在提供真实信息的同时，应指出这些结果有时不会出现，即使出现也可能不严重。在这里，病人的期望始终受到保

护，因此有利于病人在心理上作出调整，以积极的心理条件配合医疗。总之，告诉真实信息不等于权威式的“宣判”，同时也要避免反应迟钝，闪烁其词或表现出无能为力的态度。

(三) 否认和情感压制

心理学中的“否认”(denial)是指个体无意识地将不幸现实或经历“忘掉”，从而避免产生焦虑等情绪反应。有否认心理的癌症病人，往往表现否定诊断，照常工作，保持相对的心理平衡。因此，否认心理有时可降低癌症病人的心理压力，应属于有用的防卫方式(不过也可能因此影响个人的正确判断，影响治疗计划的执行)。但是在实际上，癌症病人很少有真正意义上的“否认”，最多只在某些场合下有短暂的表现。Dansak(1979)等指出，在许多情况下，癌症病人只不过是有意地强行控制自己的情绪，仅仅在外表上表现无所谓的样子。这类病人很常见，实际上并不是否认，而是情感压制。情感压制的病人虽然也愿意谈论一些肿瘤问题，却不愿涉及自己的真实情感问题，包括是否有害怕和孤独感，是否希望获得他人的支持等。情感压制的结果往往进一步恶化病人的心理环境，产生更多更复杂的心理反应。

因此，医务人员要善于识别病人是真正的“否认”还是压制，并对那些有严重情感压制的病人及时进行有关情感表达或渲泄的心理指导。具体的作法包括：①平时对病人多表示关心和理解，与病人形成一种忠诚的人际关系，病人才愿意表达自己深层次的负性情感体验；②有意识地向病人指导或示范公开表达情感的方式；③对病人偶尔的情感表达作出从容、理解和友好的反应，并以言语、表情或触摸立即加以强化，促使其进一步表达；④对病人暂不愿讨论的情感问题表示理解，欢迎随时再讨论；⑤认真分析病人每次表达的问题，及时提供正确的心理指导，从根本上减少负性情绪的产生，增强病人的期望和信心；⑥其他医务人员以及家属也应用同样的方式对待病人。

(四) 焦虑、抑郁和敌意

焦虑和恐惧是癌症病人很常见的心理反应。癌症“很难”治愈的观念已深入人心，据分析癌症恐惧已成为目前最常见的恐怖症之一。在临床上，癌症病人有时主诉自己脾气改变是由于头晕、头痛和身体不适所造成。但通过深层分析往往可以发现，这是由于对死亡、疼痛或残疾等后果的担心和恐惧所造成，是一种焦虑反应。解决焦虑的办法，首先应辨别病人思想认识上的具体原因(焦虑是特定认知评价活动的结果)，然后通过认知疗法与病人进行公开讨论并提供一定的保证，以降低其恐惧程度，再通过放松训练和其它应对技巧指导，可在一定程度上减轻病人的焦虑反应。

焦虑反应较易被发现，因为这往往是病人寻求医生帮助的原因。但是，抑郁反应常需要经过更深入的晤谈或使用一定的症状量表才能被发现。抑郁也是癌症病人常见的心理反应，是严重影响癌症康复的一种负性心理因素，严重者可产生自杀动机或行为。抑郁的产生有身体上或医学上的原因，例如体弱，代谢紊乱、药物的毒副作用等。但癌症病人抑郁反应更重要的原因是心理社会因素。抑郁通常是绝望、悲伤和失助(helplessness)的反映，并表现出孤独、活动减少或敌意倾向。这些又可进一步加重抑郁体验。指导病人进行积极的想象(想象疗法或冥想)，用鼓励或强化的方法增加病人作力所能及的活动，增加新异刺激，提高社会支持程度(如帮助配偶与患者保持以往的亲密关系)，这些都有助于降低病人的抑郁反应程度。个别严重抑郁病人可使用三环类等抗抑郁药物。

对于敌意倾向明显的病人，医务人员与家人不应采取压制的方法，也不应持疏远或讨厌的态度，这样反而会加强病人的敌意。医务人员可帮助病人直接谈出敌意情绪体验，医生的倾听和理

解态度有助于降低病人的失助感，从而也降低其敌意倾向。有的研究证明，有敌意倾向的病人预后要比抑郁者好。

(五)疼痛，呕吐和失眠等症状问题

McCorkle 等(1978)认为，癌症病人的疼痛本身并不一定严重，主要的问题是疼痛伴随的害怕、绝望和孤独感等心理反应使病人无法忍受。因此，医务人员应向病人解释疼痛的实质，并在可能时使用催眠或其它想象技术，以减轻疼痛程度。也有人报道用抗焦虑药物可降低癌症疼痛。Saunders(1975)强调，对癌症病人首先要考虑尽量避免疼痛的出现，然后才考虑疼痛出现后的其它心理行为问题。因为疼痛一旦出现会加剧害怕情绪，后者又加剧疼痛的痛苦体验程度。因此，对晚期癌症病人应及早用药控制疼痛，不必过多考虑止痛药的各种禁忌。

恶心呕吐等消化道症状常见于接受化疗或放疗的病人，焦虑和失望情绪可明显加重这些症状。部分病人的症状还受医务人员和家人的注意、治疗环境，药物性状等因素的强化，因此具有习得性成分(即条件反射性)。在恶心呕吐等消化系症状的行为医学处置方面，可以指导病人少量多次进食无刺激而又令人愉快的食物，能降低这些症状的频度和强度。此外，愉快的想象、放松训练和其它带有催眠性质的行为技术(例如音乐诱导下的自我放松训练音带)，也能一定程度上降低上述肠胃反应，但一般应在治疗实施之前教会使用。凡是肠胃反应与医疗活动的强化明显有关的病例，Redd(1980)建议可用条件反射消退法。具体方法是，当病人肠胃反应不明显时，医务人员可在病人身旁可多停留些时间，愉快地与之交谈 10 分钟以上，增强病人的愉快体验(正强化)多当病人肠胃反应明显时，则医务人员在病人身旁只完成该完成的操作任务后立即离去，并不与之交谈(消退或惩罚)。如此反复，部分病人的反应症状会逐渐消失。

癌症病人的失眠通常是心理反应的一种结果，继而又导致白天精神不振，甚至昼夜颠倒，进一步加重心理反应。除了支持性心理治疗以外，放松训练、劝阻白天睡觉以及鼓励参加各种人际活动等行为学方法，对某些病人的失眠有一定疗效。

(姜乾金)

第五节 脑血管病

脑血管病的高发病率、高病死率和高致残率严重地危害人类的身体健康。近十余年关于脑血管病的致病因素、发病机理、流行病学及预防的大量研究提示，传统的脑血管病危险因素不能完全解释其高发病率。研究结果认为，影响脑血管病的发生和发展还应包括心理社会因素和个体行为方式等因素。

(一)脑血管病发病中的心理社会因素

1. 情绪因素 情绪对脑血管病的影响已是肯定的事实。情绪激动所致的血压升高、头痛、眩晕、呕吐常可引起颅内压力增高，导致颅内血管痉挛和小动脉压力增高甚至破裂，出现脑缺血和脑出血病变。在某些威胁性情况下，病人出现脸色苍白、出汗、呼吸及脉率改变，血压下降和脑电活动改变导致脑血管痉挛。Seidenberg 和 Ecker(1954)认为，强烈的情绪反应导致脑血管痉挛，持续的脑血管痉挛对脑血液循环动力学有重大影响。最常见的情绪劣性反应是过度兴奋、激动或愤怒、焦虑、忧伤和疲劳等表现形式。Weiss(1957)认为，情绪应激显然是蛛网膜下腔出血和其

他脑血管病的重要诱因。

2. 个体行为方式及性格特征 高血压和动脉硬化是脑血管病最常见的直接基础病因。有文献报告高血压病人具有急躁易怒和抑制性敌意的性格特征。Clarkson(1987)认为,高血压病人的个体行为方式促使动脉硬化的形成与应激状态下所表现的心率、血压和神经内分泌活动的水平变化有关。国内张伯源(1988)和葛茂振(1987)对脑血管病人进行广泛的性格调查,发现脑血管病人的A型行为类型分布明显高于正常人,其比例为4:1。在已患脑血管病的病人中进行性格类型的比较,结果A型行为类型者是非A型行为类型的3~4倍,提示脑血管病人以A型行为占优势,具有敌意、竞争和时间紧迫感等特征。

3. 心理社会因素致病机理 目前多认为心理社会因素诸如人际关系紧张、过度警觉、受挫折后的强烈情绪反应及个体特定的行为方式等因素可使大脑长期处于紧张状态,产生焦虑情绪,而精神紧张或焦虑情绪可使血清胆固醇水平增高,并导致下丘脑的电生理及神经内分泌、生化方面的改变,引起脉率加快,血管收缩,血压升高,致颅内压力改变,颅内血管痉挛,脑循环障碍,终致发生脑血管病。

(二)脑血管病人的心理行为反应

1. 急性期 病人主要表现为恐惧,生与死的体验强烈。由于急性脑血管病的发病突然,来势凶险,病人常毫无心理准备,易产生一系列的心理社会问题。病初病人多伴有不同程度的意识障碍,当渡过脑水肿期后病人意识逐渐清醒,便感到恐惧和害怕。由于面临着生命威胁和肢体伤残,生与死的体验强烈,病人内心处于高度应激状态,常因过分的恐惧导致心理上不平衡,焦虑是突出的情绪反应。

脑血管病人渡过生命危险期后,在病情稳定时对出现的偏身瘫痪,长期卧床,活动受限及生活不能自理,需他人照顾等事实,其心理上难以承受。这时心理行为反应由焦虑慢慢发展为抑郁,并产生孤独,被遗弃和无价值感,常伴有人格改变。病人表现为悲观失望,失助,食欲差及睡眠障碍,情感幼稚或自我中心,及难以控制的抑制性敌意倾向。

2. 恢复期和康复期 因偏瘫导致生活不能自理,行动不便,病人常常被消极的情绪笼罩,意志被削弱,产生严重的依赖心理。部分病人由于适应了脑血管病的急性期和稳定阶段的现实角色,对疾病行为已习惯化,从而妨碍病人心理上的康复。例如当鼓励病人下床适当活动时,病人易出现抗拒心理,担心疾病复发,心理上持续依赖于医生的治疗 and 他人照顾。在康复期,不少脑血管病人对即将面临的长时期治疗难以接受,心理负担沉重,特别是因偏瘫后生活不能自理,成为他人、家庭和社会的负担,因此情绪低落和抑郁通常是较明显的心理反应。康复期是病人躯体,社会和心理多方面的调整 and 适应阶段,医院,家庭和社会应帮助病人增强康复动机,摆脱心理依赖,促使病人向健康角色行为转换。康复期病人的角色行为调整 and 适应常受个体的年龄,性别、职业,文化程度及性格类型等因素的影响。

(三)脑血管病人的心理行为治疗

1. 支持性心理治疗 针对脑血管病人的行为特征和情绪反应等心理社会因素,应对病人进行心理支持治疗,将疾病有关的知识教给病人,使病人明白A型行为类型的生活方式是脑血管病的一种危险因素,告诫病人过分的竞争和无端的敌意倾向易引起血压升高,情绪激动易导致颅内血管痉挛,引起脑血液循环障碍,这些都是发生脑血管病的重要病因,而稳定的情绪和保持正常范围的血压和

血脂水平则对防治脑血管病的发生和发展有着重要的意义。心理支持治疗可帮助病人产生康复动机,克服依赖心理,改善情绪反应,调整行为方式及性格特征,促使病人向健康角色行为转换。同时,应提倡向家属及病人同时开展有关病情的心理咨询,可收到较好的临床效果。

2. 生物反馈及音乐松弛训练 让康复期病人接受生物反馈治疗,使之学会控制自己的心率、血压及肌电反应,达到彻底的心身放松和安宁的目的。音乐松弛疗法已逐渐应用于各类康复期病人。病人接受轻松婉转的乐曲,将音乐欣赏的感受升华到情感与理智共鸣的水平,对控制匆忙感和时间紧迫感的行为方式有较好的效果,同时也可稳定病人的血压和情绪。

(张晓琴)

第六节 溃疡病

(一) 溃疡病发病发展中的心理社会因素

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(特别是复发和严重并发症的发生)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。二战期间,遭受空袭的居民和被占领国家的人民及军事人员溃疡病发病率的明显增加就说明了这一点。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。早期研究发现,初诊为消化道溃疡或复发的病人中分别有84%和80%在症状出现前一周有严重生活事件刺激,而健康人在相同时间内仅有20%有严重生活事件。Alp等在配对研究中发现溃疡病患者组经历的生活事件多(家庭矛盾占30%,经济压力占50%),不良习惯多(48%每天服阿司匹林,39%每天饮酒,67%每天吸烟),大大高于对照组,差异显著。③不良的情绪反应:指不协调的人际关系,工作生活中的挫折,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。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。1941年沃尔夫(Wolff HG)报告了对一胃痿患者的观察情况,发现该患者在情绪激动、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、抑郁或失望、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的重要作用。认为情志不舒则肝气失调多肝郁气滞,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:胃脘癌者,多为纵欲口腹,喜食辛辣,恣服热酒、煎?姆……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。有人对大量心身疾病患者的性格特征作了调查分析,发现溃疡病患者的个性和行为方式有以下几个特点。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独立和依赖之间的矛盾:生活中希望独立,但行动上又不愿吃苦,因循守旧,被动,顺从、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 150 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性神经系统功能紊乱,导致疾病的产生。⑤其它:性格内向,孤僻,过分关注自己,不好交往,自负、焦虑、易抑郁,事无巨细,刻求井井有条等。

关于消化性溃疡发病的心理生物学机制,虽经多年来各方面的研究,迄今尚未完全阐明。1953 年, Shay 和 Sun 倡导的平衡理论现已被多数人接受。根据这种理论,对于胃和十二指肠粘膜来说,存在着侵袭因素和防御因素。前者是指分别由胃腺的壁细胞和主细胞分泌的盐酸和胃蛋白酶原,后者是指胃粘膜屏障和胃粘液屏障。正常情况下,侵袭因素造成的致溃疡力和防御因素产生的抗溃疡力保持着动态平衡。倘若平衡被打破,致溃疡力大于抗溃疡力,即胃粘膜的防御机能减弱和(或)侵袭因素增强(二者常同时存在),则可能造成粘膜的自身消化,导致溃疡的发生。心理社会因素包括长期的精神紧张,强烈的精神刺激和不良的情绪反应,可能是由于大脑皮层过度兴奋转为超限抑制,致使皮层下中枢机能失调,植物性神经的控制中心视丘下部紧张性增高,机能紊乱或异常,通过一系列中介过程,使上述平衡被打破,最终引起胃壁自身消化而形成溃疡(图 6—5)。

动物实验也表明,警戒、回避电击的应激或束缚性应激均可诱发溃疡。应激时,内啡肽, CRF-CTH-糖皮质激素、儿茶酚胺及消化道激素的分泌增加,可致胃肠运动功能紊乱。

不同的精神刺激引起的植物性神经功能变化可能是不同的。日本山下把情绪与植物性神经系统之间的关系分为四种情况。第一种,认为恐怖、愤怒与交感神经机能亢进有关。第二种,非急骤的,较持久的情绪变化,引起交感与副交感神经同时亢进。第三种为中间状态,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。第四种,失望、悲观、沮丧等抑郁情绪时,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,故临床所见并非仅此几种情况。

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。我国几个大规模流行病学调查资料表明,溃疡病患者中以精神刺激为诱因者占 5.4~20.5%。这是因为这些溃疡病患者患病前的生理特点,即生理始基与其它人不同。溃疡病的生理始基是高胃蛋白酶原血症。Weiner 等对新兵作对比研究,发现 3 个月的军事训练应激可使胃蛋白酶原高水平组部分新兵发生溃疡病。而胃蛋白酶原水平正常组则无。同时,训练前的心理测验结果表明,溃疡病患者大多不能表达自己的敌对情绪,表现顺从,心理素质不

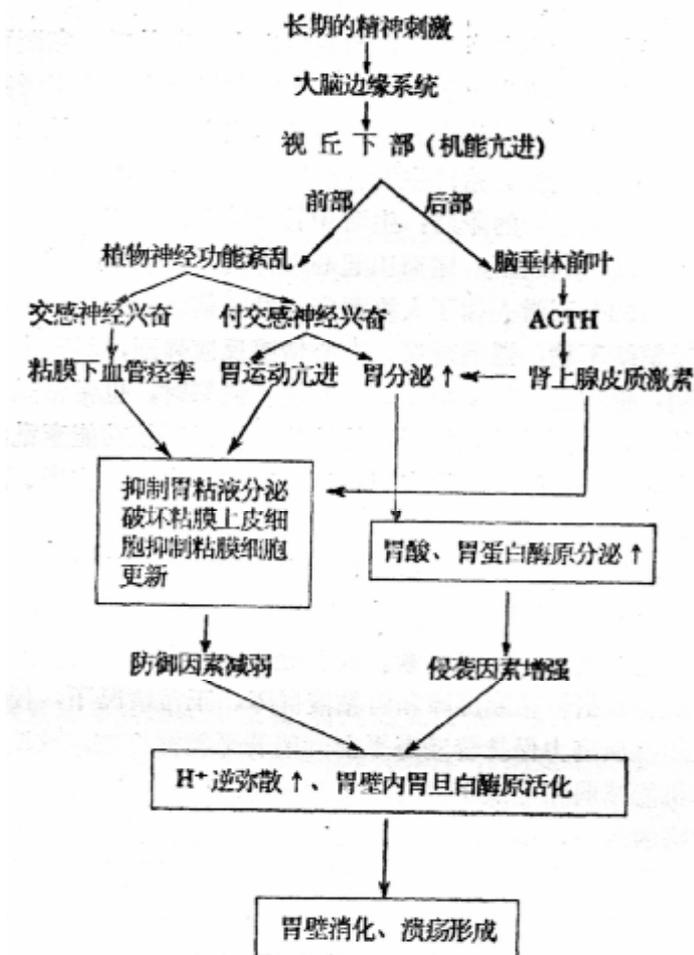


图 6—5 精神因素与溃疡病的关系

稳定。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因，即对溃疡病具易罹性。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。

综上所述，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。Alexander(1960)把生理学与心理分析的理论结合起来，提出有三个因素参与溃疡形成的假说：①遗传易感倾向；②长期的人际冲突；③社会应激的激活。这些因素构成了心身医学领域中最典型的模式。

(二) 溃疡病的心理防治

由于溃疡形成的最后共同途径是胃酸和胃蛋白酶的消化作用，故传统的抗酸及抗胆碱能药物仍为主要治疗手段。此外，根据发病情况还可选用胃粘膜保护剂生胃酮钠、硫糖铝；溃疡隔离剂三钾双枸橼络合铋 TOB 和组织胺 H₂ 受体拮抗剂甲氧咪胍等。饮食治疗方面以少量多餐，定时定量，减少刺激为原则。出现严重并发症，如大出血、穿孔和怀疑恶变时则考虑手术。

心理治疗的目的是防止溃疡病的复发或病情恶化。一般多采用启发式，指导病人调整工作和生活方式，改善人际关系，减少人际冲突，消除不良的心理社会因素。必要时采用精神药物治疗，

以消除、抑制溃疡病发病的精神因素。如情绪不安定者给予安定剂；溃疡活动期若患者精神紧张、焦虑、失眠或疼痛明显，可加用镇静剂苯巴比妥、利眠宁等。溃疡病人常伴有抑郁症状，应激时的抑郁易致溃疡。Kraml i ager 等(1983)曾报道各种有慢性疼痛的溃疡病人中 25%为抑郁症，39%为可疑的抑郁症。对此用抗抑郁药物有效。Rei es 等(1984)曾用多虑平，丙咪嗪等三环类抗抑郁药治疗消化性溃疡，以胃镜检查指示疗效，4周有效率可达 46~86%，有的难治性溃疡也有好转，其药理作用除与三环类阻断 H2 受体及抗胆碱功能有关外，可能还与平息抑郁与焦虑情绪有关。1974 年 Wei gan 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，训练溃疡病人改变胃液中 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，培养良好的生活、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。

(王 慧)

第七节 糖尿病

(一)糖尿病发病中的心理社会因素

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子调查的证实。例如，Froesch(1971)发现，同卵双生子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；心理社会因素包括生活与工作生活中的重大变故，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。这些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联系。

(二)糖尿病病人的心理反应

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，必须长期对症治疗多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”(give up—given up state)，或陷入“放弃-放弃情结”(give up—give 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，对生活和未来失去信心，对付外界挑战和适应生活的能力下降，甚至导致自杀行为。

糖尿病对人心理方面的影响，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。

(三)糖尿病病人的心理治疗

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多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本知识、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多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。

(梁宝勇)

第八节 偏头痛和紧张性头痛

头痛与心理因素关系密切，是临床上最常见的症状之一。各种类型头痛都存在着一一定的心理社会因素，其中以偏头痛和紧张性头痛最为明显，约占 80%，被认为是典型的心身疾病。

(一)偏头痛

偏头痛是一组反复发作的头部神经—血管功能障碍引起的偏侧或双侧头痛，占门诊头痛的 20%。女性发病高于男性，为 3: 2 至 4: 1，发病年龄以青春期多见，女性偏头痛发作与月经周期有明显的关系。偏头痛发病机理包括：

1. 心理因素 情绪过于紧张、焦虑、抑郁等均可诱发偏头痛。特别是长时间的脑力劳动后的疲劳，事业上的不成功，家庭不和睦，人际关系紧张，工作中角色行为冲突等心理社会因素是激惹和加重偏头痛的重要因素。有人报告家庭因素占 57%，职业问题 45%，人际关系紧张 61%，心理应激适应不良 62%。

人格特征、行为方式、对心理应激的评价以及认知过程都会影响偏头痛的频度与强度。对偏头痛患者作艾森克人格调查(EPQ)显示 N 分明显增高。

2. 血管因素 血管舒缩机能障碍主要分为三期。①先兆期：发病初期为脑动脉收缩，出现

颅内血管痉挛性收缩。由于缺血部位及范围的不同，常出现不同的先兆症状，大多表现为单侧或双侧针刺样跳痛、搏动性头痛，伴有恶心、眩晕、出汗等。②发作期：表现为脑血管扩张，主要累及头皮和硬脑膜血管，其扩张范围越大，搏动性越强，头痛越重，痛区越大。③水肿期：由于血管持续扩张，导致血管壁局限性水肿，使搏动性头痛转为持续性头痛。

3. 其他因素 一般认为偏头痛发作易受下列因素影响：①遗传因素作用；②内分泌因素；③血小板的聚集；④高脂肪饮食多⑤口服避孕药、吸烟等等。

偏头痛的发作和加重常与心理社会因素有明显的关系，故心理治疗有一定的疗效。首先应帮助病人了解本人的个性特点并加强自我控制和提高对外界环境的适应能力，增加内省力，避免过于紧张，消除对疾病的恐惧感。病人一旦摆脱焦虑，抑郁情绪，可以不同程度减轻头痛。较常用的心理治疗常分为两方面：①针对引起偏头痛的心理因素；②病人所产生的相应的心理行为反应。前者可采取支持性心理治疗，即将患病的知识教给病人，采取解释，疏导、领悟、认知、暗示等方法消除心理社会因素。后者常用行为矫正法，针对病人不良心理反应导致的行为障碍进行矫正，如催眠法、生物反馈等方法。

常用药物为麦角胺咖啡因，对偏头痛有肯定的疗效，同类药物还有合成天麻素片，颅通定等药。伴有抑郁心理者可服用抗抑郁剂阿米替林、丙米嗪，70~80%病人的症状会有所改善。

由于偏头痛的发作由诸多心理社会因素引起，常被认为是难以根治或持续数年的疾病。一般来说，随着年龄的增长症状会逐渐减轻，发作次数减少，到老年期可停止发作。

(二)紧张性头痛

紧张性头痛又称为肌肉收缩性头痛，神经性头痛。其特点为：头痛为非发作性，缓慢开始，持续数小时到数日。头痛可为一侧或双侧性，常被描述为有压迫感的锐痛、钝痛，疼痛部位多在枕后，也可向额，颞部伸延。

头颈部肌肉长期持续收缩引起头痛发作是由 Wolff(1940)所提出。他发现头痛患者在头痛前期前额肌电活动较间歇期增加10倍，压迫头颅肌肉可引起头部肌肉持续收缩，并导致头痛，因此认为精神因素可引起头、颈、肩部肌肉长期持续收缩，引起局部肌肉的供血不足，产生致痛物质——乳酸堆积，引起头痛发作。颈部肌肉收缩出现的头痛多见于长期低头，伏案工作的各种职业。

情绪因素在紧张性头痛中起重要作用。此类病人的性格特征多为对自己要求较高，又过分谨慎，对周围环境的反应过度敏感，易使自己较长期处于紧张、恐惧和焦虑之中。患者在行为上又表现出强力的自制，对所处环境有某种不安全感和冲突感。这种强烈的内心矛盾和长期的心理应激导致头部肌肉的持续收缩，是造成紧张性头痛持续发作的主要因素。

生物反馈治疗紧张性头痛可获得满意疗效，经过训练，放松前额和颈部肌肉的收缩可改善头痛症状。心理支持疗法对有矛盾心理患者也有一定疗效。

药物治疗可使用镇静剂、血管扩张剂及肌肉松弛剂等对症处理。

(张晓琴)

第九节 儿科心身疾病

小儿由于大脑功能和结构的发育尚不完善，对植物性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性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。儿科心身疾病应包括哪些疾病，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。本节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。

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。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。病人会隐藏食物或者假装曾吃过食物，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。亦应告诉患者，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(Schnlurer, 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。这已经为许多研究所证实。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希望和过高的要求, 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, 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促使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。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, 有或无心理因素的患者的治疗原则均相同。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 1 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 17 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进出死亡的行人,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。

五、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。但以后也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 在一研究中指出了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。

六、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，始称为夜间遗尿症，又称夜尿症，它可分为器质性和功能性两大类。本节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。单卵双胞胎同时发生遗尿者较双卵双胞胎为多，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捧尿训练，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。本症常发生于4~8岁。日间尿频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、上学或住院等)，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，日间尿频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。

七、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,亦可数天或数十天发作一次。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。

(陈达光)

第十节 妇产科心身疾病

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症(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,甚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,而作人工流产、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、妇科心身疾病

(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)作用于下丘脑，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。

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，形成月经一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。有一个年轻妇女，在她爱人被捕入狱后，出现严重的功能性子宫出血，虽经各种治疗(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(见第八章)。

(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) 子宫截除的心理问题

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。施行子宫切除术的病人，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。

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

不孕症的原因很多，如营养缺乏，污染，高温、长期饮酒，服用镇静剂等药物、放射线、免疫因素等均可通过下丘脑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、焦虑也可通过下丘脑，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“假孕症刀。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，大多属植物性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10ml，维生素C100mg混合肌注，每日一次，一疗程约6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性神经症状，但多数查不出器质性病变。本症可由植物性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。植物性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。尔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多要求病人耐心接受各种检查，让她们自己看检查结果，证明未见异常多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。

三、产科心身问题

(一)妊娠的心身问题

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下丘脑的植物中枢，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，“受胎之后，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“想象妊娠”。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—疼痛综合征，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—疼痛综合征时应治疗疼痛，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情绪上的悲伤和抑郁。

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，从而伴发植物性神经功能紊乱。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 3 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)出现的产后郁闷综合征(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)，可占全产妇的 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，家务助手等有关多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 JSD 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，掌握适应证。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。

(胡福山)

第十一节 耳鼻咽喉科心身疾病

耳鼻咽喉科较常见的心身疾病主要有心因性听力障碍，心因性发音障碍和口吃，咽部异常感觉等。

一、心因性听力障碍

听力障碍是耳鼻咽喉科的常见疾病。心因性听力障碍包括癔症性耳聋和假性耳聋(即伪聋)等。

(一)癔症性耳聋

本症表现为突然的听力丧失，常伴有明显的情绪应激，多发生于战争期间，青春期和更年期。真正的癔聋较为严重，常是两耳全聋，且耳聋不受病人的意识控制，在熟睡时也持续存在，但在

催眠条件下却能听见。耳部未发现器质性损害，用近年来发展的客观测听技术即声阻抗和电反应测听在正常范围。此结果有助于与爆震性聋、噪声性聋相鉴别。

瘴症性耳聋的病因据认为主要是长期焦虑、抑郁或受到重大精神刺激，引起患者听感觉受抑制，病人不注意聆听，听而不闻所致。

治疗上应先针对致病因素进行病因治疗，然后根据情况结合采用：①暗示疗法；②催眠疗法；③物理疗法如针灸，电刺激等；④麻醉疗法等。孙爱华等(1987)报导，应用 2% 的利多卡因静脉注射治疗 13 例功能性聋者，其中病程在 10 年以内的 10 例均有不同程度的疗效。

(二)假性耳聋(伪聋)

假性耳聋是一种有意识的伪聋行为，多为一侧性，通常发生在一次真正的损伤之后，且均会涉及“赔偿损失”的问题。对患者作客观检查均正常，但涉及主观感受时则均被否认。对此，医务工作者应明辨是非，实事求是的作出诊断。

二、耳聋患者的心理问题

对于真正的听力丧失，由于第二大感觉途径受损，患者常会产生一系列的心理问题。

童年期耳聋儿童的安全需要不能象正常儿童那样得到满足。除视觉和触觉以外，他们感受不到母亲远距离的声音抚慰，因而易产生紧张不安。此外，失听还会影响孩童智力和情绪的发展。教育心理学家 Cardner 指出：“没有词是很难思想的；没有词，聋童就难以分享他人的思想、经验，并以此来发展智力。”

学龄期聋童则面临两大难题，一是受教育困难；二是如何参加到听力正常的小伙伴们群体中去。如果参加一般常规学校的学习，聋童则无从获取信息多如果进聋哑学校则会造成与正常听力儿童间的心理隔阂，并可能影响到社会适应能力的发展。

进入青少年期后，耳聋者因性成熟和寻找职业和成家等方面的困难和挫折，发生情绪障碍者的人数更多。

成年期耳聋者的主要心理障碍仍然是因耳聋影响社会交往的问题。

从心理学角度看，耳聋发生时患者的年龄愈大，心理挫折也愈大，情绪反应也愈强烈。因此，后天获得性失听患者的心理问题较先天性患者严重而复杂。

三、美尼尔综合征

眩晕是空间定向知觉异常的症状，主要是个体空间平衡的各种输入信息或中枢功能紊乱所引起，因此其病因是多源性的。

美尼尔综合征是常见的一种内耳性眩晕，其真正病因尚未明了，目前比较被接受的是血液流变学说。国内外许多学者研究认为，本病的发生与情绪应激反应有关，如激动，过劳，紧张，焦虑，争吵等都可能影响植物性神经系统稳定性而通过血液流变学的改变诱发本病。故 Watson 等(1967)明确认为本病应属心身疾病范畴。

本病症状虽可自行缓解，但有复发趋势。保持生活规律，劳逸均衡，克服预期性焦虑，解除

疑惧等，对预防本病的复发有一定效果。

四、心因性发音障碍及口吃

心因性发音障碍又称非器质性发音障碍。其表现为程度不同的嗓音嘶哑，喉头检查阴性，咳嗽，笑或清嗓子时声音接近正常。心因性发音障碍主要分两大类①有合并症的心因性发音障碍多②无合并症的心因性发音障碍。

(一)有合并症的心因性发音障碍

患者表现完全失音，令其发音时只能作轻声的耳语，喉部病史及喉头检查均属阴性。追踪病史可找到严重的心理合并症，即在发病前有躯体或心理上的长期痛楚，或者有其它明显的心理因素为诱因，治疗除发音训练外，应结合精神上的照顾开导，并尽快提供一些改善发音的办法以协助心理治疗。据报导，适当选用暗示或诱导治疗常可收到立竿见影之效。

(二)无合并症的心因性发音障碍

此病较常见。患者失音完全是由于某种轻度的情绪创伤，或个人危机，或上呼吸道感染所致。在后一种情况虽是器质性损害影响病人发音，但在器质性损害恢复后，失音依然存在。病人在清嗓子、咳嗽，笑时声音通常可正常，喉头检查也正常。仔细询问病史，患者并无严重的精神障碍，只是发音障碍成了一种习惯，是患者的一种习惯性心理，如有的儿童可以从声音嘶哑中获得特别照顾而使症状持续存在。治疗上，以心理治疗为主。

(三)职业性喉病的心理因素

教师、演员，讲解员及常在噪声环境中工作而被迫高声交谈者常发生喉病。有研究报导，在这些职业性喉病患者中，约半数以上有心理社会因素的参与，且患者的气质类型以胆汁质及忧郁质居多数。治疗时以常规治疗配合暗示疗法效果较好。

声带小结为常见的职业性喉病。文献报导患者多见于性格活跃，动作快速，精神较为紧张者。吴博亚(1987)发现，声带小结患者中的A型行为者与B型行为者之比是18.5:1，认为A型行为对声带小结的发生发展起着催化和增益的效应。治疗时单纯靠药物及手术难免复发，应强调嗓音训练及心理矫治，纠正A型行为，减少用声，这样才能促使病情向好的方向转化。

(四)口吃

口吃也称言语的节律障碍，系讲话时呼吸肌与构音器官肌肉之间不协调所致。患者在有讲话意图时，呼吸变得急促、混乱，构音器官类似痉挛状态，故不能形成正常的言语节律。本病属心因性疾病，无器质性改变，但有遗传因素，儿童中较为多见，男多于女。

口吃分为三种类型：①暂时性口吃；②缓和性口吃；③持久性口吃。绝大多数患者属第一，二型即可治愈型，常因模仿保姆，邻居或要好同学等而获得。李春生等(1985)通过对577例口吃者的心理特征调查发现，81%具有极强的自尊心，74%粗暴急躁鲁莽，69%怯懦羞怯，41%自卑，31%孤僻，表现为敏感多疑和钻牛角尖者各占20%，而具有诙谐大方这一心理品质者只占2.4%。这说明个性特点与口吃有一定的关系。

治疗的关键是消除周围环境中的紧张因素和病人本身的病态心理，配合持之以恒的言语矫治。钟子良(1983)使用快速矫治法一个半月，凡坚持矫治的病人有效率达90%。

五、咽部异常感觉

咽部异常感觉又称咽部神经官能症、癔球症等，是泛指除疼痛以外的多种咽部异常感觉或幻觉，如球塞感、瘙痒感、紧迫感、粘着感、烧灼感、无下咽困难的吞咽梗阻感、蚁行感等，多发生于中年女性。由于症状表现的部位，病人常先就诊于耳鼻咽喉科，而实际上这是一种多科性、病因复杂的心身疾病。近年来发现的致病因素有：上呼吸道慢性炎症、消化道疾病、心理因素，植物性神经和内分泌紊乱等，有人将精神抑郁列为首位。据报导，1968~1979年本病仅占耳鼻咽喉科门诊总数的1~5%，1980~1985年就增加到16.75~17.4%，说明其发病率有增加趋势(常勇刚，1987)。EPQ人格测定表明，本病患者的P值、L值明显高于对照组，E及N值却明显偏低。

治疗上，有人研究发现以暗示为主的综合治疗，其治愈和好转率可达80%以上。此外，还可选用针灸、理疗和药物治疗等。

第十二节 眼科心身疾病

眼睛是人体中最敏感的器官之一。随着心身医学的发展，人们对眼科疾病发病中的心理社会因素有了更新的认识，眼科心身疾病及眼病后的心理反应的重要性正在被广大眼科工作者所接受和重视，在眼病的治疗上，愈来愈多的眼科工作者开始采用各种各样的心理治疗方法以提高疗效。

目前研究认为，眼科心身疾病主要有原发性青光眼，中心性视网膜脉络膜炎、边缘性角膜溃疡、睑痉挛、眼部异物感、心身性泪溢、眼疲劳、高眼压症、飞蚊症、高血压性视网膜病变、病变性视力障碍、精神性斜、变视症和交感性眼炎等。

一、原发性青光眼

青光眼是由于眼内压升高而引起视神经乳头损害和视野缺损的一种眼科常见病，是致盲的主要原因之一。其中的原发性青光眼目前已被确认为一种心身疾病，也有称之为心身性青光眼(psychosomatic glaucoma)，它又分为闭角型，开角型二类，低眼压性青光眼也属于它的范畴。

(一)闭角型青光眼

此病多见于女性，发病率约为男性的2~4倍，是老年期常见眼科疾患。目前发现，闭角型青光眼在原发性青光眼中所占的比例有逐渐增高的趋势。闭角型青光眼发病原因十分复杂。从体质解剖学角度看，它属一种遗传性眼病，病人出生后眼部就存在着患病的解剖学基础。从其发病的个性心理因素看，患者个性偏于社交内向，对外界社会环境适应能力差，并且偏于忧虑，抑郁，情感稳定性差。而开角型青光眼患者在个性方面与正常人却无任何区别。另有报导，闭角型青光眼患者的A型行为占优势。从环境因素来看，患者中大多是长期在暗处工作，或者持续看电视、电影的时间太长，由于瞳孔散大而使周边部‘虹膜增厚、向前，阻塞了原来就较窄的房角，导致

青光眼的急性发作。至于社会生活事件的影响作用则更为明显，一些病人常因偶发生活事件引起情绪剧烈波动而使眼压升高，症状发作。一旦情绪稳定下来，有时即使未使用降眼压药物，眼压也能自然回落。在本病治疗中，心理疗法有特殊意义，尤其是情绪调节对发病和预防都有良好的作用。

(二)低眼压性青光眼

本病在临床上也不罕见，其病因一般认为是由于供应视神经与视网膜中神经纤维层的血管发生硬化引起供血不足所致。但从发病情况来看，许多病例与心理社会因素关系十分密切。文献报导，这类患者的个性特征多偏于内向，情绪稳定性较开角型和闭角型者更差，情绪评定的焦虑及抑郁分均偏高。在发病因素中，约有 56.3% 的患者是以慢性持续性心理紧张为其主要原因，而导致心理紧张的主要因素是人际关系冲突、政治性冲击以及工作压力太大等。治疗上，一般以保守疗法为主。

(三)青光眼的心理治疗原则

心理治疗虽不能取代手术及药物治疗，但通过对青光眼患者的心理支持，疏导和渲泄，对于稳定情绪，缓解症状确有重要的作用。

心理治疗的方法很多，医生应根据病人的具体情况适当选用。根据近年来国内外实施心理治疗的情况，可归纳出以下几项治疗原则：

- (1)心理治疗的目的应着眼于通过提高病人对疾病的认识能力而消除紧张，稳定情绪。
- (2)治疗时，医生态度要诚恳，可与家属共同制定心理治疗方案。
- (3)测定病人的个性特征，并分析其各种组分对青光眼的影响。
- (4)病人应合理安排日常生活，减少心理应激，要学会自我放松以应对突发的应激事件。
- (5)帮助病人建立起战胜疾病的自信心。

二、其它眼科心身疾病

(一)浅层边缘性角膜溃疡

本病属于单纯性角膜溃疡的性质，多见于中年人，常为单眼发病。不少患者作细菌培养可以是阴性，在应用抗菌抗病毒药物之后，也不能收到明显的疗效，经进一步问诊，可发现有各种各样的心理社会因素参与，如亲人亡故，夫妻离散，婆媳或邻里不睦，工作不满意，住房困难等，在性格内向者身上表现更为明显。例如一中年女性患角膜炎一月余，各种抗菌抗病毒药物治疗均未见明显疗效，多次细菌霉菌培养阴性，在会诊时发现患者臂带黑纱，经询问后知其母突然病故，因其母年轻孀居，母女相依为命，母病故给患者精神上刺激很大，终日悲哀，睡眠、饮食均不好。后对其耐心劝导、安慰、真诚关心，同时应用镇静药、维生素及氯霉素眼药水治疗，不到一周即症状减轻，继而病情明显好转(引自孙世维)。可见在诊疗这类疾患时，把心理社会因素考虑进去是十分必要的。

(二)眼疲劳

眼疲劳也称视力疲劳，是临床上常见的一种症状。病人在用眼工作或学习时，较常人易感眼睛疲劳，并伴视觉模糊，眼都不适，头痛头晕，阅读不能持久等眼部和全身症状。眼疲劳的病因

十分复杂，是由身体状况，工作条件和精神因素相互作用而产生。在某些情况下，心理社会因素起重要作用。如果病人除眼疲劳外，还伴有：Rosenbach 氏征(+)多咽反射消失多常感失眠多梦，疲劳和思想不集中多性格内向，心情压抑多有明显社会环境刺激因素存在者，一般认为这是心因性眼疾。对此，采用以心理治疗为主的综合处理，方可收到良好的疗效。

(三)眼部异物感

这也是眼科病人的常见症状，在诊断时，应先排除眼部器质性疾病。有些病人在眼部炎症消退后仍有明显的异物感存在，这就也许与心理因素有关。另有一些无原因的眼部异物感，如果有心理社会因素存在，则为心因性眼部异物感，这种病人常常长期应用滴眼药，治疗时若采用心理疗法，并适当地停用滴眼药，常可获得意料不到的良好效果。

(四)飞蚊症

飞蚊症是眼科临床上常碰到的一种主观症状，绝大部分属生理性的，但对于缺乏医学知识的病人来说，常会由此产生许多顾虑。特别是个性内向、平时情绪压抑，常有焦虑忧郁，疑病心理严重者，飞蚊症的出现会给他们带来许多烦恼。对这样的患者，解释就是一种治疗方式。在提高病人对飞蚊症的正确认识之后，要求病人尽可能的不去注意它，这种飞蚊幻视是会慢慢消失的。但是，医务人员在诊断时首先要排除病理性病变。

三、眼科手术病人的心理问题

由于人体有 80% 以上的信息通过视觉获得，因此，眼科手术病人的心理压力很大，常感压抑和忧虑。医务人员对眼科手术病人要体现出一个医务工作者的高尚情操，要体察病人的情绪，充分重视语言的作用。患者在行眼科手术时，非常害怕手术失败，惧怕眼睛失明，医务人员要通过语言做好耐心细致的解释工作，以解除他们的焦虑，给予心理上的支持。术后换药，医务人员要搀扶患者，使其获得安全感。在给双眼包扎患者换药或检查时，首先触摸病人的手给以亲切感，然后触其前额，配合言语，打开敷料，这样，可减少病人的惊恐心情。在处理复明手术后的病人时，更应充分说明手术可能发生的各种结果，使病人有充分的心理准备以配合治疗的全部过程。

第十三节 口腔科心身疾病

(一)牙科畏惧症

牙科畏惧症(dental fear and anxiety)是一种习得性行为，是因为害怕疼痛，又把牙科与疼痛相联系所产生的对牙科的畏惧。调查发现，约有 80% 以上的人对牙科怀有不同程度的害怕和紧张，约有 5~14% 的人由于害怕甚至回避牙病的诊疗。牙科畏惧症的形成主要受以下各因素的影响：①牙科医源性创伤；③社会因素；⑨个体因素(钱祖贤，1987)。此外，女性更容易产生紧张和害怕，教育水平及自我抑制力的高低也有一定影响。

为了防止本病症的产生，首先应提倡讲究口腔卫生，不要等牙痛难忍时才求医。对于儿童患者，应提醒父母勿过度疼爱，让孩子自己与医生交谈。若孩子拒绝合作时；也切勿强制执行(紧

急情况例外),因一次强制执行将给下一次的治理带来极坏影响,从而可能形成牙科畏惧症。罗兰等(1987)发现,若能在治疗前、治疗中及治疗后正确使用言语对病儿进行心理影响,可使多数儿童减轻甚至消除对牙病治疗的恐惧心理,这在4~6岁的儿童收效最大,4岁以下儿童效果较差。示范作用也有利于降低儿童对牙科的恐惧。

(二)牙周病中的心理因素

牙周病与心理社会因素关系较为密切,心理紧张、精神障碍可促使牙周病的发生,病情的严重程度与个体体验焦虑的程度有关。例如MMPI测定Sc(精神分裂)量表分值和焦虑与牙周病有相关;也有报导牙周指数的得分与应激成正相关。Bernier等(1966)报告,军队群体中的牙科急诊(包括牙周病)在战争期间增加,认为这是由于应激和口腔卫生不良相结合的结果。

此外,急性坏死性齿龈炎(ANUG)也是一种与应激有关的疾病,考试及人际关系紧张均可引发本病。

(三)颞下颌关节紊乱综合征

颞下颌关节紊乱综合征(TMJDS)是口腔颌面部常见疾病之一,它病程较长,并经常反复发作,影响工作,影响生活(主要指进食),给患者的心身带来很大痛苦。此病病因复杂,争议也较大,目前多数学者同意是由心理因素,颌因素和体质健康因素等综合引起的。异常的心理活动及颌干扰均可造成咀嚼肌群的痉挛和疼痛等,而身体健康状况的下降则会提高局部对不良刺激的敏感性,最终导致发病。

国内外许多学者的研究表明,此病患者中多数人有心理异常,但这种异常并没有共同的特征。Lapton(1966)用MMPI测验发现,此类患者性格刻板,超常态,且好竞争,情绪容易紧张。临床也发现,许多患者有情绪紧张,神经质、焦虑易怒等心理表现,并有腱反射亢进及肌肉跳动等全身症状。

治疗上应同时采取多种手段,针对心理因素采用精神支持加生物反馈治疗。医生首先应给病人以友爱,尽快帮助他们找出情绪不佳的社会诱因,再运用生物反馈训练自我控制,从而缓解局部疼痛、张口受限和关节弹响等症状。

(四)口腔扁平苔癣

扁平苔癣(OLP)是一种累及口腔粘膜的疾病,进程较慢,甚至可持续10~15年,不易治愈。临床上发现,本病患者的主诉往往不是口腔病变部位的明显不适,而是首先描述自身难以控制的焦虑或紧张情绪,并表现出一种“超常态”的言行,例如动作机械有力,谈话吐字清楚,抑扬顿挫等。Lowental等(1984)研究发现,大部分的本病患者在就诊前1年内有重大生活事件,如丧偶、失业等。现在,国内外大多数学者认为,本病主要是由生物—心理—社会等多种因素共同引起,例如在极度焦虑和恐惧时,病人免疫系统表现活跃即免疫T细胞处于较为活跃的状态,结合其他因素则可造成口腔粘膜的苔癣样病变。

治疗时,可通过晤谈帮助病人解除心理压力,必要时可配以抗焦虑药物和其他药物,可能收到良好效果。美国心理学家Sterss(1982)报告了一例药物治疗无显著疗效的妇女,在同时给予心理治疗并设法摆脱窘境后,仅3周时间患者半年的OLP奇迹般消失了。

(五)其他口腔心身障碍

其他口腔病,如复发性口疮、口腔白斑和磨牙症等都属非感染性病变,且均具有心身疾病的

特点。复发性口疮在病人体质下降,内分泌功能紊乱(尤其是妇女月经期)时发病率增加多。也有报导复发性口疮患者的A型行为问卷得分值高于常人。口腔白斑患者多具有心理创伤的既往史。对于磨牙症,人们认为主要是由于情绪紧张使肌肉张力增加所致,发生在夜间者则是由于病人入睡后大脑内仍有局部兴奋点未受到抑制,甚至较白天更为亢进所致。

(唐峥华)

第十四节 皮肤科心身疾病

心理社会因素对皮肤疾患十分广泛的影响多一般认为,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)皮肤科疾病发病中的心理社会因素

1. 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搔痒,因此这种影响集中地体现在情绪的致痒作用上。

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”。所有这些词语都是我们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。

一般认为搔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搔痒和抓痒行为。没有物质性或躯体性原因,而由心理刺激引起的搔痒,称作“心因性搔痒”。心理动力学者认为,心因性搔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。他们往往不能公开地表露自己的愤怒和敌意,于是便将愤怒和敌意指向自身,从而导致搔痒。

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搔痒报告和搔痒行为,而那些不感焦虑的人没有痒感和搔痒活动。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)者在心理刺激下更易于产生痒感和搔痒。

情绪的致痒作用还可以表现在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(能忍受的最大搔痒刺激量)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加剧病人的痒感和搔痒行为、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，可导致搔痒活动；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。

2·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，当用一个小搅拌棒触碰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性的家庭冲突事件。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。

湿疹是皮肤科的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多而牙科病人上述两种情况分别为 15%和 7%。

(二)皮肤科病人的心理行为反应

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搔痒症状，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，许多病人愈感搔痒难忍、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、甚至绝望和自杀。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。

(三) 皮肤科病人的心理治疗

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。

(梁宝勇)

第十五节 外科心身问题

心理社会因素在外科领域的作用是很引入注目的。病人面临手术的“威胁”,总会程度不等地产生情绪反应。同样,医护人员也总是被病人的各种强烈情感所包围。因此,虽然外科领域被列为心身疾病的病种不多,但仍然是许多心身医学工作者研究的重点。

(一) 心理社会因素在外科疾病发病中的作用

一般认为,原发外科疾患的发病基础与心理因素关系不大。例如,现在较被公认的心身疾病中并不包括外科疾病。但据调查,外科中常见的外伤发生率,仍与心理社会因素有一定关系。在调查车祸肇事者的心理特点时发现,多数人有轻率,任性、积极、热情,不愿受约束,有强制性,偏执性和攻击性等特点,即所谓“事故倾向个性”。调查还发现,心理社会刺激对车祸的发生关系密切。214名因车祸受伤的司机中,伤前有较多的心理社会刺激,97例车祸致死的司机中,20%在事故前6小时内有急性情绪障碍,例如,与家人争吵等。在其他伤亡事故的发生中,同样存在这一情况。用社会再适应量表调查证明,骨折的发生与生活事件有关,因此也有人将骨折看作与心理社会因素有关的疾病(梁宝勇,1987)。而不良行为,如酗酒与外伤之间的关系,则是尽人皆知的。

外科感染性疾病的直接原因是致病菌,但是致病菌往往只有在躯体防御功能低下时才繁殖致病。心理应激能降低机体的免疫功能,这就在外科感染疾病中起了间接的致病作用。在史籍中,因遭强烈精神刺激后而“疽发背死”的案例比比皆是。项羽的谋士范曾就是一例。可见,心理刺激与痈疽的发生是有一定的内在联系的。

许多外科病人来自内科,由于病情发展的需要而求助于手术治疗。诸如溃疡病的胃切除术;冠心病的冠状动脉架桥术多高血压及脑血管病的脑部手术,肝癌病人的肝叶切除术,等等,其原发病就属于心身疾病,因而心理社会因素在其发病中的作用是不言而喻的。

(二) 外伤病人的心理反应

意外事故的原因往往多种多样,包括工伤、车祸、斗殴、战伤等。由于受伤者往往原来身体健壮,事件发生突然,后果严重,因而造成严重心理冲突,常表现共同的心理反应模式。

1. 外伤初期的“情绪休克” 急性外伤者,若神志清楚,常可以表现为出人意料的镇静和冷漠,被称为“情绪休克”。这是一种心理防卫反应,实际上也是一种超限抑制。伤者的反应阈值提高,反应速度迟钝,强度减弱,结果答话简单,对治疗的反应也平淡。这种心理反应有时可以持续数天,直至转变为其他的心理反应。“情绪休克”可以减少因焦虑和恐惧而造成的过度

心身反应。因而在一定程度上对个体起保护作用。但是，医务工作者应注意到，受伤者的这种“安静”行为表现，并不意味着伤势不严重，要防止被表面现象所迷惑，以致延误抢救时机。实际上，经验表明，在一大批受伤者中间，那些不喊不叫的人有时反而比某些叫声响亮者伤势更重些。

2. 外伤造成的焦虑和抑郁反应 由于缺乏思想准备，休克期一过，伤者可能因面临一系列身体、生活问题而表现焦虑不安，心情恶劣而易激动。此时，应予以理解并进行必要的解释和指导，严重者应给抗焦虑药物，以减轻其对治疗操作和躯体功能恢复的不良影响。

焦虑和抑郁常可同时存在或交替出现。抑郁来自突发事件后的“丧失感”。例如毁容，残废，影响工作，学习，婚姻、家庭生活，担心事故责任等。伤者可能因深感悔恨，发展成自责自罪。此时，给予社会支持极为重要。

(三) 外科手术应激对免疫反应的影响

手术期间的激素变化可能是麻醉药的作用，也可能是对手术的应激反应所致。其机制可能是手术创伤引起 ACTH 及皮质类固醇的分泌而抑制免疫机制。手术前的焦虑也对麻醉及手术期间的内分泌有影响。Wal ton(1978)指出：药物对激素的影响是微弱而短暂的，而手术应激引起的皮质类固醇水平增加要持续好几天。非手术性创伤如烧伤后常有巨噬细胞的吞噬活动受抑，可能也与类固醇水平有关。

大多数动物研究表明，个体对植物凝集素(PHA)及刀豆球蛋白(Con—A)的体外免疫反应在麻醉和手术后都受到抑制。Wal ton 认为，此时应激反应中的激素效应要比麻醉剂本身的短期效应来得重要。麻醉对 B 细胞的机能影响很小，对 T 细胞反应性影响的各种证据比较混乱。这可能是由于焦虑病人手术前用药对激素的影响。

上述发现有一定实际意义。据估计，约有 15%的病人在住院期间发生细菌感染，病毒感染也颇常见。烧伤病人及实验动物手术时也易引起感染。因此，抑制抗感染能力的主要原因可能是对手术的应激反应而不是手术中使用的药物。

(四) 外科手术后病人常见的病理心理反应

一些研究认为，手术病人的高焦虑反应并不仅局限在手术前，也不一定终止于手术完毕时，许多病人在手术后仍有高水平的焦虑体验。此外，某些病人在手术后还可能出现一系列病理心理反应，从而影响手术预后。据认为，存在以下心理学因素者可能提示手术预后不佳：①智能欠佳；②社会适应能力差；③术前焦虑过高或过低；④对手术不了解；⑤对疾病缺乏信心；⑥对康复的动机不足；⑦对手术有不切实际的期望等。

手术后的病理心理反应有以下 3 种表现：①手术后意识障碍。在术后 2~5 天突然意识混乱或谵妄，大多在 1~3 周消失，少数可继发抑郁。发生的原因主要由于躯体症状，象创伤疼痛、失血、代谢障碍，继发感染等。以往有心理障碍者，发生机会较多。②术后精神病复发。③术后抑郁状态。后两种表现多由于心理上的丧失感或心理压力所致。例如妇女盆腔手术、乳房手术以及其他造成脏器功能缺损的病人等。

因此，探索手术前后身-心反应规律，以期减少术后心理反应和促进康复就成为心身医学的一项重要研究课题。

(五) 社会支持对外科手术病人的影响

社会支持是一种信息，它令人相信他受到关心、爱护和尊重，并且是一个相互尽义务的网络

中的一员。

Nuckol tz 等(1972)一收集了 170 名孕妇的生活变故分并测量了社会支持。在高生活变故分及低社会支持的妇女中, 91%在分娩时遇到并发症。那些生活变故分同样高, 但有高水平社会支持者, 并发症明显地少, 只有 33%在分娩时有并发症。高社会支持, 低生活变故者为 39%, 而低社会支持低生活变故者为 49%。该研究结果说明, 社会支持可能是中介生活事件的一个原因。

Ray 和 Fi tzgi bbon(1979)在手术住院的男女病人中检查了社会支持的不同组分对降低应激的作用, 指出由不同角色提供的不同形式的支持表现出不同的效应。他们让病人对医生、护士, 配偶、病友等 4 种社会支持角色所提供的信息、保证、行动方向、消遣、自我增强等 5 种不同社会支持逐个作出评价, 并对病人与这 4 种角色相互唤起的情感作评分。结果发现, 角色的差别在于他们所提供的心理支持的性质而不是程度。外科医生是提供信息、保证和方向的主要角色; 护士、配偶及病友则主要满足病人的社会定向需要, 这方面的作用在某种程度上可超过外科医生。他们同时还发现, 在相互作用中, 相似的支持行为对病人的焦虑体验产生不同效应。在与病友及外科医生的相互作用方面所报告的焦虑最多, 与护士及配偶相互作用时几乎没有焦虑报告。然而, 当外科医生向病人提供信息, 保证与方向的角色时则体验不到焦虑; 护士在提供方向、消遣与自我增强时, 病人的焦虑分也降低。外科医生的信息及预期的保证要比其他角色人物所提供的更有效。

由此可见, 广义的社会支持有利于改善外科手术的应激效应。而且社会支持可以通过广泛的角色形象从许多途径来提供。

对手术病人提供社会支持, 主要是通过术前的心理指导和教育(或心理咨询)来实现。

(六)外科手术病人康复期的心理治疗问题

手术后短期内根本的问题是躯体恢复, 心理因素常被忽视。但是随着时间推移, 心理行为。问题也随着各人躯体恢复的不同结果而逐步显得突出起来, 并开始影响躯体的进一步恢复。

根据行为医学理论, 许多慢性病(包括某些手术后康复期病人)的行为症状, 例如, 丧失信心、愁眉不展、慢性疼痛、对药物的依赖、长期卧床、活动迟钝、局部或全身肌肉紧张和废用性肌萎缩等等, 可能部分或全部是由急性期的各种反应性行为症状, 经过强化和发展过程而固定下来, 但很难找到产生这些行为症状的生理依据。不消除有关的不良心理行为因素, 病人常难以用生物医学的治疗手段获得康复。

当手术后病人进入康复期, 行为因素在一部分病人身上甚至会成为决定手术最终结果是否理想的最重要影响因素。Norton 认为, 这一段时期的行为治疗至少将能起到与术前行为指导同样重要的作用。

我国的一些类似行为训练法, 如气功、太极拳等, 应用于一些大手术后恢复期病人, 具有一定的积极作用。这除了运动本身产生的躯体锻炼效果外, 应该说这么一整套训练程式对于调节身心平衡也是有帮助的。

(七)外科手术病人的心理干预

外科领域最受重视的医学心理学问题, 是关于手术前病人的焦虑反应及其相应的心理学干预方法。这将在第七章第六节合并作专门讨论。

(姜乾金)

第七章 病人、护理心理和康复心理

第一节 病人心理

一、病人角色

病人角色又称病人身分。患病初,病人对原有社会角色转变为病人角色易发生角色行为冲突,表现为病人不承认患病,不安心扮演病人角色,不切实际地认为很快就能治愈,急于求成。随着病程进展,病人逐渐明白病情需要休养,治疗和被人照顾,能现实地面对疾病,在心理上也能接受和适应病人角色。

随着病情稳定并趋于恢复时,部分病人反而出现角色行为的强化,表现为现实的病人角色地位不易改变。病人适应了现实的病人角色以后,产生了疾病行为的习惯化,在心理上持续地依赖医生的治疗和他人的照顾,这种强化了的角色行为会妨碍病人心理上的康复。因此,这一时期调整病人的角色行为显得日益重要,应鼓励病人进行适当的活动和必要的锻炼,帮助病人增强康复动机,摆脱心理依赖,促使病人向健康角色行为转化。

二、病人一般心理反应和影响因素

(一)否认心理

否认心理的表现是病人怀疑和否认自己的患病事实。①否认疾病存在:有些病人在毫无思想准备前提下,对医生作出的病情诊断难以接受,他们常以自己的主观感觉良好来否认疾病存在的事实,多见于癌症等预后差的病人。②否认疾病的严重性:某些病人虽能接受疾病的诊断,但仍存在不同程度的侥幸心理,误认为医生总喜欢把病情说得严重些,对疾病的严重程度半信半疑,因此不按医嘱行事。

否认可在一定程度上缓解心理上的应激,避免过分地担忧与恐惧,是应付危害情境的一种自我防御方式。但是不顾事实的否认,也会对疾病起到贻误和消极作用。例如有位癌症病人,明知患病却矢口否认,拒绝治疗,半年后因癌转移而死亡。对那些延误诊治的病人进行调查时发现大都具有否认倾向。

(二)焦虑心理

焦虑是在感受到威胁时产生的恐惧和忧虑,是病人在心理应激和矛盾冲突情况下的情绪反应。

引起焦虑的因素有①对疾病的病因,转归,预后不明确或是过分担忧。病人希望对疾病做深入的调查,但又担心会出现可怕的结果,他们反复询问病情,对诊断半信半疑,忧心忡忡,因而产生焦虑。②对某些对机体有威胁性的特殊检查不理解或不接受。病人对将要发生在自己身上的检查程序茫然不知,特别是不了解某项检查的必要性、可靠性和安全性,常引起强烈的焦虑反应。

③手术所致焦虑。大多数病人对手术有顾虑和害怕，特别是愈接近手术日期，病人的心理负担愈重，焦虑和恐惧愈明显，甚至坐卧不安，食不甘味，夜不眠。④医院环境的不良刺激，易使病人心情不佳，情绪低落。例如看到危重病人或是听到病友间的介绍，特别是看到为抢救危重病人来回奔忙的医护人员，易产生恐惧和焦虑，好象自己也面临威胁。⑤某些疾病的临床表现如甲亢、更年期综合征伴有焦虑。⑥特质性焦虑，与心理素质有关。

一定程度的焦虑反应可以调动机体的心理防卫机制，有利于摆脱困境。但是长期过度的焦虑会导致心理上不平衡，妨碍疾病的治疗。

(三)抑郁(忧郁)

抑郁是一种消极的情绪反应，常与病人的可能丧失和实际丧失有关联。它是思维，情感和机体反应的组合。抑郁的特征为自尊心低，沮丧、伤感、绝望和失助。

产生抑郁的原因包括：①抑郁多见于重危病人或有严重丧失的病人(如器官摘除，截肢或预后不良的病人)。②病情加重时常会产生忧郁。③易感素质者更易产生忧郁。这些人常性格内向，易悲观，把生活看得灰暗，总认为事情的将来比现在更糟、缺乏自信、表现孤独。④病理生理因素。如分娩或经绝期的激素变化，某些疾病后感受性的增强(如流感，慢性疼痛等)，均可能发生忧郁。

(四)孤独感

住院病人远离亲人，周围都是陌生人，与医护人员交谈机会较少，有度日如年之感，很容易产生孤独寂寞感。特别是长期住院病人感到病房生活单调乏味，有的整夜难眠，烦躁不安有的干脆起来踱步。由于病房内病种形形色色，病情千变万化，更加重了病人的不安全感和孤独感。

医务人员应关心理解病人孤单寂寞的心情，耐心安慰病人，尽量满足病人的各种心理需要，包括盼望亲人陪伴，希望病友间交谈，希望能与医护人员沟通等。

(五)依赖心理

患病后病人大都产生一种依赖的心理状态。病人往往对自己日常行为生活自理的自信心不足，事事依赖别人去做，行为变得被动顺从多情感脆弱，一向独立、意志坚强的人也变得犹豫不决多一向自负好胜的人变得畏缩不前等。

病人的严重被动依赖心理对疾病是不利的，姑息迁就病人的依赖心理难以培养病人与疾病作斗争的坚强信念。医务人员应尽量发挥病人在疾病过程中的积极主动性，对严重依赖者应采用必要的心理治疗方法。

(六)病人心理反应的影响因素

1. 疾病本身的影响 疾病本身就是一种心理应激源。适当强度的心理应激可提高机体的警觉水平，促进个体对环境的挑战，但是过于突然、强烈和持久的心理应激反应可损害人的社会功能，降低机体对外界致病因素的抵抗力，造成对许多疾病的易罹状态。通过指导病人正确认识疾病，有利于降低病人的应激性心理行为反应。

2. 人际关系的影响

(1)家庭支持 I 病人患病后打乱了家庭生活的稳态，易产生焦虑心理。因此病人需要家人的关心、理解和支持，这有利于减少不良心理行为反应。

(2)社会支持。社会群体未能把病人视为社会一员，如伤残、精神病人等等在社会上受到另

眼相看，都会加重病人的压抑心理。病人希望得到社会的接纳和理解。

(3)医护人员言行支持：医护人员的言行支持直接关系到病人的心理行为反应，美好的语言、端庄的举止和热情的态度就是对病人心理上的最大支持。有利于减轻病人的不良心理反应。

3. 人格特征的影响 人格特征对病人心理产生明显的影响。人格健全者面对疾病能很好地应对，表现为性格乐观、开朗、耐受性强多人格脆弱者，面对疾病多表现为消沉、抑郁、对细小事情的忧虑和关注、易产生焦虑。

4. 环境因素的影响 安静、整洁，舒适及色调和谐的环境可减轻病人的心理压力，促进病人早日康复。反之，如果生活在充满紧张气氛、痛苦呻吟和噪声等不良刺激的环境，易加重病人焦虑和烦闷心理。

5. 社会文化因素的影响 职业、文化修养、思想情操、风俗、个体的不同经历、经济基础、历史背景以及个体对事物的态度，信仰和评价均是影响病人心理行为反应的因素。

三、病人的心理需要

需要是人类心理活动的源泉和动力(参阅第一章)。医务人员比较熟悉病人的一般需要，如尽快确诊，有效治疗，舒适环境等，但病人的一些其它心理需要常被忽视。

(一)需要尊重

病人希望得到他人的理解和尊重，特别是希望得到医务人员的关心和重视，从而获得较好的治疗和破格对待。不同社会角色的病人常有意或无意地透露和显示自己的身分，让别人知道他们的重要性，期望医务人员对他们的特殊照顾。

(二)需要接纳

病人入院后改变了原来的生活规律和习惯，进入到一个陌生环境。病人需要尽快地熟悉环境，被新的群体接纳多需要与病友沟通，在情感上被接纳。

(三)需要信息

病人入院后在适应新环境中需要大量信息。首先需要了解住院生活制度，治疗程穿，疾病的进展与预后以及如何配合治疗等。其次需要及时得知家人的生活、工作情况。同时还需得到单位、领导和同事的工作及事业等方面信息。总之，病人需要得到来自医院，社会及家庭的信息刺激和情感支持。

(四)需要安全

病人因受疾病的威胁易产生不安全感。病人需要了解自己的病情，希望生命不再受到威胁，希望各种治疗既安全顺利又无痛苦等。病人把安全感和早日康复视为求医的最终目的。医务人员对病人进行的任何重要的诊疗措施都应事先耐心细致的解释，以增强病人的安全感。

(五)需要和谐环境

住院病人对生活在白色墙壁、白色工作服和白色被褥里的环境易产生单调乏味感。加之活动范围小，平日的工作和生活习惯被不同程度制止，病人总觉无事可干，度日如年。因此，病人需要生活在一个和谐的环境里，不仅需要安静和舒适的病房生活，同时还需适当的活动与刺激。医护人员可根据病人的具体情况和医院的客观条件，安排适当的活动和有新鲜感的刺激，以调动病

人的积极因素促进康复。

四、不同类型病人的心理行为反应

(一) 门诊病人的心理行为反应

门诊病人求医行为取决于对症状的熟悉程度及对疾病威胁性的了解。如体力劳动者长期普遍存在的腰背痛往往不求医多类风湿患者不到明显的功能障碍与畸形也不求医。但如果一发现某部位的肿块，病人的心情犹为紧张，忧虑重重，特别敏感，马上求医。

初诊病人易产生焦虑心理，表现为紧张、坐立不安，病人常过多的叙述历史，要求全面检查，尽早明确诊断。

复诊病人由于已熟悉诊疗程序，易对医生产生定势心理，常常要求初诊医生或有经验的医生诊治，否则对诊断易表示怀疑。

(二) 住院病人的心理行为反应

住院病人由于离开熟悉的家庭环境，改变原来的生活习惯，中断学习和工作，受限手病房内的规章制度，活动范围狭小，不能随便会见客人，加之疾病的折磨，易产生各种心理问题。

他们时时关注自己的疾病，，担忧疾病的治疗、转归、预后以及是否需要接受痛苦的检查、要否手术等，易产生恐惧心理。

病人住院后一切生活方式都应遵守医院的规章制度，饮食上要按照医嘱执行，睡眠遵照作息时间，有的病人因病情需要将其生活上的细节记录下来，有的病人则需要 24 小时卧床，不管病人平日角色如何，住院后却得服从病房的管理，因此病人感到医院生活的单调，活动范围小，而产生烦闷及不安全感。

病人住院后造成工作，学习中断，家庭生活结构改变、这也是产生许多心理问题的原因。有的病人因工作，学习中断后担心会影响自己的前途；有的病人担心因住院后家庭经济受到影响，担心子女及家人的身体、生活情况；一些担任领导工作或事业心强的人则担心自己生病后影响全局的工作，并因此而苦恼和焦虑。

病人对住院的心理反应和适应能力差异明显，有些人随遇而安，有些人却心情压抑、疑虑重重，难以适应。

(三) 危急病人的心理行为反应

1. 焦虑和恐惧 危急病人最常见的心理行为反应就是焦虑和恐惧。由于瞬间袭来的天灾人祸或突发心肌梗塞或脑卒中(神志清楚)等，超紧张刺激使病人面临着生命威胁或肢体伤残，生与死的体验强烈，其心理上处于高度应激状态，常因过分的恐惧失去心理上的平衡。此时病人最渴望得到最及时的抢救、转危为安。

2. 悲哀和绝望 多见于慢性疾病突然恶化的危急病人。无论医学发展到什么程度，总有一小部分病人因医治无效而死亡。如果死亡不是突然发生，而是久病造成，病人易产生恐怖和悲哀、失助和绝望及濒死感。消极情绪可以加速病人的死亡。

3. 濒死心理 对待死亡威胁的应对策略存在个体差异，这与个人的性格特征、文化水平及人生观有很大的相关性。①视死如归型：面对死亡抓紧时间完成未竟之业。③积极对付型：患“不

治之症”不灰心丧气，科学地安排生活，如癌症病人积极从事长跑锻炼，坚持气功疗法等。③消极应对型：当听到患绝症，精神崩溃，产生绝望心理，表现为愤怒、抑郁、妥协等强烈的消极心理反应，往往使病人很快死亡。

(四)慢性病人的心理行为反应

由于慢性疾病的病程长、见效慢、易反复等特点，病人对医生和药物易产生明显的依赖和定势心理，他们非常关注机体的微小变化，过分计较治疗上的各种手段，一旦受到消极暗示，迅速出现抑郁心理。

部分病人感到自己给家庭及他人带来累赘和负担，对疾病完全失去信心，对生活失去热情，产生悲观厌世的念头。

另一种病人往往怨天尤人，责怪医生未精心治疗，埋怨家属未尽力照顾，易动感情，因小事发火，经常提出过高的治疗和照顾要求。

(五)不同年龄病人的心理行为反应

儿童病人的心理反应特点是恐惧和分离性焦虑。主要原因是治疗操作以及因生病而离开家庭、离开学校的同学和老师。患儿常情感表露直率，易随治疗情境而变化，注意力易转移。其焦虑常随病情好转而逐渐消失。

青年病人的心理反应特点是否认与压抑心理。青年病人对患病事实感到震惊，难以接受，不相信医生的诊断，否认自己患病，不愿进入病人角色。青年病人一旦在其病情确诊后，主观感觉异常敏锐，他们担心患病会影响自己的学习，工作、前途，事业，甚至会影响到自己的婚姻及家庭幸福，因此特别关心疾病的转归与预后，易产生悲观和压抑心理。

中年病人的心理反应特点是焦虑感明显。中年人既是家庭的支柱，又是社会的中坚力量，特别是中年人的体力和精力都达到顶点，开始向老年过渡，是一个应激时期和有成就时期。中年人面临家庭、事业和生活中的各种问题，患病后“未老先衰”之感明显，体力及心理的稳态因生病受到影响，心理负担沉重而复杂。

老年病人的心理反应特点是悲观和孤独心理。老年人患病后对病情估计多为悲观，心理挫折比躯体障碍更为明显和严重。老年病人常有以下行为反应特点：①退化作用：表现为情感和行为幼稚，常用幼时的方式对待疾病。②合理化作用：对疾病的早期症状常以年龄大，老化等合理化方式加以解释，以获得心理平衡和满足。③角色行为强化：老年人对已适应的病人角色行为不易改变，把某些意志减弱的表现归因于疾病，这种强化的角色行为常妨碍病人的心理康复。

(张晓琴)

第二节 医患关系

人际关系(interpersonal relation)是在社会生活实践过程中发生、发展和建立起来的人与人的关系。它是社会关系的基本成分，临床医疗实践活动中的人际关系就是其中一种。它主要指医务人员与病人之间的交往关系，即医患关系。

一、人际吸引力

人际吸引力(interpersonal attraction)是人际关系中研究的一个主要问题。在临床医学

中，医务人员(特别指医生)与病人相互之间的吸引程度是建立良好医患关系的一项重要特征。

(一)建立人际吸引的条件

1. 仪表的吸引力 一个人的体形外貌是由先天遗传素质形成和发展起来的，它不依个的主观愿望为转移。但一般人在判断他人时，心理上却往往无法消除他人外表所产生的影响。临床交往过程中，医务人员的外表因素常常有形或是无形地左右了医患之间相互关系的建立与发展。尤其是在初期接触时，若医生态度高傲自负，则使病人有难以接近之感。若医生服饰不洁，举止随便，不修边幅，就容易给病人留下不认真负责、随随便便的“马大哈”印象。作为一名医生应当对病人满腔热情、举止端庄，耐心细致、体贴入微，使病人一开始就感到可以信任。

2. 态度的类似性 人与人之间若具有共同的态度与价值观，则不但容易获得对方的支持和共鸣，同时也容易预测对方的感情和反应倾向，在交互作用过程中彼此容易适应，从而建立良好的人际关系。体现在临床医学上，主要是指医务人员的服务态度、道德观念和行为规范。医务人员的态度与形象应当与病人的期望值相一致，否则将会导致病人的失落感和不信任感，造成医患关系紧张。

3. 情感的相悦性 我们之所以喜欢一个人，愿意和他建立良好的关系，往往是因为对方也喜欢我们，这种情形特别是当一个人迫切需要满足自己内心需要时更是如此。诊疗过程中，病人可出现不同程度的焦虑、恐惧、被动依赖、孤独和情绪不稳定的心理状态，他们迫切需要医务人员能够给予充分的谅解和尊重，希望得到较好的治疗待遇。因此，作为医务人员必须急病人所急，耐心细致，从心理上加以疏导。这种相互之间的情感交流和沟通，是彼此间建立良好医患关系的重要心理条件。

4. 对才华的敬仰 一般说来，年资较高，能力和特长方面表现比较突出的医生容易受到病人的敬仰和信任，愿意与之接近。我们常常看到高职称、年龄大，经验丰富的医师更富有吸引力，病人首先以能够得到主任医师的治疗而感受到心理上的满足。

(二)影响人际吸引力的因素

妨碍人际吸引的因素除了缺乏上述人际吸引的条件外，大致还有下列几个方面：

1. 不尊重别人人格 对他人缺乏感情，不关心他人的悲欢情绪，会阻碍人际之间的吸引。每个医务人员都必须具备良好的职业道德，尊重病人的人格，不能图一时方便把病人抛在一边，必须具有热爱病人、热爱生命并愿意为之解除病痛的情感。

2. 自我中心 有的人只关心自己的兴趣和利益，忽视他人的处境和利益，这种人缺乏吸引力，只能建立一般的人际关系。医生与病人接触时，应当避免以我为中心，耐心倾听病人的病情陈述，设身处地为病人着想。

3. 不良的个性心理品质 怀有偏见、固执、不愿接受他人规劝或情绪孤僻，不喜欢与人交往的人，都缺乏吸引力。

二、医患关系模式

医患关系的模式可以从不同的角度出发，将其分成多种类型。目前较为流行的是1978年美国学者 Szas 和 Hollander 提出的以下三种类型的医患关系模式：

(一)主动—被动型模式

它是指在医患交往中医生处于完全主动地位,其权威是绝对的,而病人则处于完全被动位置。这种模式常见于昏迷、休克或失去知觉的病人。但对于一般患者,这种模式在诊疗中不利于发挥病人的主观能动作用,这是其最大缺陷。

(二)指导—合作型模式

这种模式表明,医生与病人同处于主动位置,但医生仍具有权威性,医生从病人的健康利益出发,提出决定性的意见,病人则尊重医生权威,遵循其嘱咐去执行治疗方案。目前临床上的医患关系多属于这种模式。

(三)共同参与模式

它指人际交往过程中二者之间同处于平等的相互作用位置,即医生与病人均为主动,彼此互相依存,其特点是调动病人的积极性。这种模式多见于慢性病人,因为病人在长期与疾病作斗争的亲身实践中,对机体的生理机能,心理状态有一定的切身体会,同时在诊疗过程中医患之间都有一定的认识 and 了解,因此双方都具有治好疾病的共同愿望并能够相互配合。这种模式不仅强调了医生的积极性,而且也发挥病人的主观能动性,对于提高诊断和治疗效果是十分有利的。

三、临床医学中的人际交往

交往(communi cation)是人们以交换意见、表达情感、满足需要为目的,彼此间相互了解、认识和建立联系的过程。交往是人的社会属性赖以发生和发展的必要条件,是人的精神属性得以健康成长和维持正常水平的支柱。交往可以满足情绪和情感的需要,这在人类生活中是不可缺少的,人们在共同生活中,需要他人的同情和理解,需要情感的交流。对于一个病人来说,良好的环境和交往就是一种治疗的手段。相反,交往的剥夺,可以使人精神崩溃、社会化水平下降,并导致焦虑状态和其它心身疾病。

交往是一种心理联系或心理沟通形式,是人类共同活动的产物,它具体表现为两个方面:一是言语交往;二是非言语交往。交往以双方互相尊重,互相信赖为基础。良好的医患关系也是如此。

(一)言语交往

言语是信息的一个重要来源。在交往过程中,言语不仅担负着传递信息的功能,而且是激励或抑制对方情绪的影响手段。在医院里,医务人员与病人的交往,医务人员处于主动地位,病人是被动的,一般说来,病人都乐意与医务人员通过交谈进行交往,相互问沟通信息。因此,我们既要善于与病人交谈,又要注意交谈的方式方法,这对提高医疗水平大有帮助。

(二)非言语交往

非言语交往在人际交往中亦占有重要的地位,因为人们相互交往在许多情况不可能全部以言语的方式来形容和表达。人们可以通过表情动作,意识信息、周围环境信息等手段表达自己的情感,从而达到交往的目的。非言语交往可分为动态与静态两种。动态主要包括面部表情,身段表情和人际距离等。静态包括衣着打扮,环境信息等。

1. 面部表情 面部表情动作包括眼、眉,嘴,颜面肌肉的变化,是人的情绪和情感的表露。例如,喜悦与颧肌,痛苦与皱眉肌,忧伤与口三角肌都有一定的关系。面部表情的变化往往是医

生观察病人获得病情变化的一个重要信息来源，同时也是病人了解医生心灵的“窗口”。医生既要有善于表达与病人交往沟通的面部表情，也要细心体察病人的面部表情。

2. 身段表情 身段表情是身体各部分的姿势动作，反映了个体及其对他人的态度。例如，沉痛时肃立低头；惧怕时手足失措；狂喜时捧腹大笑。此外，挥手、耸肩、点头等方式也都相当于无声的语言，表达了个体对他人的态度体验。例如医生诚恳友善地点头，病人的温暖和安全感就会油然而生。

3. 目光接触 目光接触是非言语交往中的主要信息通道。它既可以表达和传递情感，也可以提示某些个性心理特征，影响他人的行为，正如我们所说的眼睛是心灵的窗口。帷床上，医护人员与病人的交谈，往往通过目光接触判断对方的心理状态和信息的接受程度。

4. 人际距离与朝向 两人交往的距离与朝向取决于彼此间会见亲密的程度，它在交釜接触开始时就起着重要作用。有人将人际距离分为四种：亲密的，约 0.5 米以内多朋友的，约为 0.5~1.2 米，社交的，约为 1.2~3.5 米多公众的，约为 3.5~7 米。医生对孤独自怜的病人，儿童和老年病人，可以适当缩短交往距离，促进情感间的沟通。

5. 超语词性提示 它主要指情绪状态下语言的语调、节奏和速度等方面的表情，对言语交往过程辅以生动而又深刻的含义。如悲哀时，语调低沉，言语缓慢，语言间断且语音高低音差别小；愤怒时，声音高尖且颤抖，有时语音沙哑。超语词性提示，起到了帮助表达语意的效果，能加强医患交往中的信息沟通。

(三) 影响医患交往的因素

临床医学中人际交往的目的是为了增强医患之间的相互了解，建立良好的医患交往关系，提高医疗效果。它是医患双方共同努力的结果。然而临床实践中，由于各种因素的影响，出现医患交往不良。其原因有以下几个主要因素：

1. 缺乏信息 医患关系建立过程中，双方都需要掌握有关的各种信息。病人迫切需要及时了解疾病的诊断、治疗和预后的有关信息，而医生则需要及时了解病人对疾病的发生，发展和转归的反馈信息。交往过程中及时提供和沟通各种有关信息，会使病人感到医生可亲可信和满意，而医生也可以从病人提供的信息中及时掌握病情。否则，缺乏信息，容易造成双方之间的不信任感，导致病人对病情的猜测和误解，从而影响进一步的交往。

2. 缺乏理解 这是医患交往中，双方在语言表达、行为方式和风俗习惯等方面的差异，引起对方误解，使交往出现困难。最常见的是医生在交往中使用“术语”、“行话”，病人使用“方言”来述说病史和对疾病韵体验，结果使双方都感到费解，影响交往。

3. 同情心不够 病人一般从临床知识经验或技术能力和同情心两个方面来评价一位医生，所以他们更愿意对同情理解自己的医生进行交往，以求得心理上的平衡和安慰。因此医生对病人要态度诚恳，注意倾听病人的诉说，即使一时无法办到的事情，也必须耐心解释，及时反馈信息，以求得病人谅解。

4. 顺从性差 这是指病人对医生嘱咐的治疗方案，生活态度的执行程度降低。顺从性差沟原因是多种的，但其中交往不良是一个重要因素，反过来又进一步影响医患交往。

总之，良好的医患关系的建立，医务人员除了具有高尚的医德医风外，还必须掌握人际交往的技巧。

四、医学交谈

交谈(interviewing)是临床实践的一项基本内容,是建立良好医患关系的一个重要途径。通过交谈可以密切医生与病人的关系,可以获取病情资料并加以客观评价。交谈是医患双方通过语言交往来实现的。

交谈有特定的目的要求,交谈的效果如何,与交谈的内容是否满足双方各自目的直接相关。医患关系中,虽然交谈的议题是多方面的,然而,医患双方都是围绕患者的心身健康为主题展开的。因此,认识交谈阶段和交谈原则,对促进医患间的积极交往是有益的。

(一)交谈阶段

1. 交谈初期 开始交谈是交谈的重要时期。初期阶段,双方注意力往往集中在某些表面信息方面,如双方的表情、年龄、仪表,言语谈吐等,一旦印象形成对双方态度有持久的影响。这一阶段在询问病史的方式上,应该采用“开放式”提问,这是指一种不能用“是”或“否”这样“封闭式”的答案来回答的问题。让病人回答时有一定的范围,促使病人用自己的语汇来表达问题,从而建立起一种鼓励交往的气氛和有效的持续会谈的环境条件,取得有关疾病的信息。

2. 交谈中期 交谈过程中,有时病人对某一问题感到不知如何叙述,有的病人不愿说出自己问题而出现缄默。此时医生应采取“启发式”言语进行启发、诱导,以洞察原因,解除患者顾虑多也可从使用“是”、“还有呢”、“我明白”等过渡性短语,暗示病人就同样话题继续交谈下去。交谈中期医生要避免单方面扮演交谈的主角,使双方交谈变成“一言堂”,从而使病人产生反感或厌恶,而是应采取“讨论”的方式,既认真听取对方的意见,又充分发表自己的看法。此期,采用半结构式交谈可以避免问题的遗漏。

3. 交谈末期 交谈结束,医生应该说一些安慰体贴的话,不可突然中断谈话或无缘无故离开病人,以免使病人产生疑虑。

(二)交谈原则

1. 消除顾虑 病人入院就诊,其心境不佳,精神痛苦,表现出情绪不稳,焦虑恐惧和被动依赖的心理特点,他们常常顾虑重重,既担心自己的病情,又担心家庭、工作。对此,医务人员必须在交谈过程中对病人的心理反应有所认识,同时给予必要的解释,以消除疑虑。

2. 及时反馈 学生对病情的进展、治疗方案的确定与调整、预后的情况及各种注意事项等问题十分关心,有关医疗知识的介绍、生活指导等也是学生感兴趣的交谈内容,如果每次交谈都能让学生获得一些有关的新信息,将能激发学生交谈的兴趣与积极性,否则,就会感到枯燥无味。

3. 有针对性 医院是社会的一个缩影,就诊病人来自四面八方,患者的工作性质,个性心理特征、年龄病情等差异较大。交谈中要注意把握因人因病而异,因时因地而异,因事因情而异的交谈原则,针对不同情况,讲究交谈技巧。

(三)交谈技巧

1. 善于引导病人交谈 医患双方交谈的顺利与否,取决于医生的态度。临床调查表明,医生对病人是否具有亲切感和同情心,是病人愿意和医生交谈的重要条件。如果病人感到医生态度冷漠,心不在焉,他就不会主动与医生交谈,不会流露出任何情感以及对医疗护理过程的想法,

即使交谈也仅仅局限于问答式的一些有关病患中的技术性内容。所以，良好的医德医风是引导病人交谈的前提条件。

医生还要适时地激发病人对谈话内容感兴趣，特别是在引导那些沉默寡言，心境不好的病人说话时，一方面要注意谈话的方式方法，另一方面注意探寻病人感兴趣的话题，激发病人的兴趣，引导病人谈话。此外，交谈过程应该集中注意力，倾听对方所谈的内容，甚至要听出谈话的弦外之音。交谈过程要使用互相之间能理解的词语，避免使用专业术语和“方言”。增加不必要的疑虑。

2. 处理好交谈中的沉默 医患交谈中，有时会出现沉默现象，致使交谈暂时中断。病人在谈话过程中出现沉默大致有以下几种情况：

(1)有难言之隐：有的病人由于病因或患病部位特殊或要接受某种检查，常产生羞愧心理，不愿意轻易对医生讲述病情。为了对病人负责，医生应通过各种方式排除病人顾虑，启发病人道出隐私，同时还要注意周围环境因素的影响，限制在场人员。

(2)心情激动或是新的观念出现导致思维突然中断：由于一方谈话内容中某些信息与语词的刺激，或是双方思路进展不相吻合，导致谈话过程的沉默。这时最好采用“反响提问法”来引出原来谈话内容。例如，一位病人说：“昨晚我睡得不好！”这时出现暂时沉默，医生应当问：“你昨晚睡得不好？”这样便于引导病人按照原来思路说下去。

(3)有意识的沉默：病人在阐述自己病情的过程中，常常暂时地自行中断而出现沉默，其目的是寻求医生对其表述的反馈信息，这时医生应给予一般性插话，以鼓励他进一步讲述。

3. 重视反馈信息 及时反馈信息，是交谈得以顺序进行的重要条件。病人在主述病情时，有的病人唠唠叨叨，有的病人讲述内容零散，年幼患者不知从何处说起。这时医生应及时发问，将所理解的内容或要澄清和进一步说明的问题及时反馈给病人，使说话者的本意得以澄清、扩展或改变，并使谈话双方关系融洽，不致陷入僵局。

(四)交谈中存在的其它问题

1、避免使用伤害性言语 伤害性言语给人以强烈的负刺激，从而通过皮层与内脏相关的机制扰乱内脏与躯体的生理平衡。如果这种刺激强度大或持续时间长，则会加重病情。例如，医务人员一句漫不经心的话可以导致医源性疾病的发生。伤害性言语在临床上的表现主要有以下几种：

(1)直接伤害性言语：这是指对病人的无端指责、威胁，讥讽和病人最害怕听到的语言。例如，一位老年冠心病患者在治疗过程中动作缓慢，被护士当众训斥一顿，几分钟后加重了心力衰竭，经创救无效而死亡多一位未婚先孕者，在心理上原来就有较大的压力，在人工流产手术中，受到医生的讥讽，导致严重的心理创伤，回家后自杀身亡。

(2)消极暗示性言语：多数病人缺乏医学知识，即使了解一些医疗常识，也是知其然而不知其所以然。医护人员有意无意的消极暗示性言语将会加重病人原有焦虑、恐惧的心理，使之“雪上加霜”，造成严重的消极情绪和心理障碍。如一位患者因子宫肌瘤伴严重贫血，行全子宫切除术。术前已是顾虑重重，多次提心吊胆询问护士手术后遗症等问题，护士冷冰冰地说：“这谁也不说不准，子宫切除后总是有区别的吧”。结果这个病人拒绝了手术，延误了疾病治疗。

(3)窃窃私语：在医院诊治过程，每个病人总是渴望及时了解自己的病情，他们时常留意医务人员的言谈举止，并同自己的病情“对号入座”。因此，医护人员之闯入在病人面前窃窃私语，往往使其听到片言只语而胡乱猜测，或根本没有听清楚造成错觉，这些都将给病人带来痛苦和造成严重后果。

2. 善于使用美好言语 常言道：“良言一句三冬暖。”美好的言语，不仅使人听了心情愉快，感到亲切温暖，而且还有治疗疾病的作用。这就要求医务人员注意语言修养，讲究语言艺术，重视语言在交谈中的意义。在临床交谈中，要注意以下几点：

(1)安慰性言语：医务人员对病人的安慰，特别是对刚入院的病人其效果是十分显著的。此外，还要根据不同的病人与病情，使用有针对性的安慰性言语，可使病人倍感亲切。

(2)鼓励性言语：医务人员对病人的鼓励，实际上是对病人的心理支持，它对调动病人的积极性与疾病作斗争是非常重要的。尤其是对慢性病人和长期卧床不起、信心不足的患者，要多采用恰如其分的鼓励。

(3)劝说解释性言语：在诊治过程中，医生一方面要尽可能让病人对自己的病情有所了解，对病人提出的问题和所采取的治疗手段要及时给予解释。同时，对病人应该做而一时不愿做的事，要经过耐心劝说后使之顺从。

(林大熙)

第三节 心理护理

一、护理心理学与心理护理概述

(一)护理概念的转变

护理学是一门独立的学科，有其特定的研究对象和独立的学术领域。但是，长期以来，在生物医学模式影响下，我国护理工作仍属于生物学的护理模式，实行的是医院化功能制护理。护理工作局限在医院，并按医疗操作，生活料理、体征观测等功能分工操作进行。虽然简单省力，但是，这样却忽视了心理社会因素对人的影响作用。随着生物医学模式向生物心理社会医学模式的转变，护理工作的任务应包括满足人的生命全过程——生、老、病、死的护理需要，维护人的身心健康、预防疾病、参与诊治、照顾病人、指导康复等。因此，护理工作范围应从单纯医院化护理扩展为社会化护理，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。同时，应把临床医学中的功能制护理转化为责任制护理，使护理工作成为以病人为中心，由责任护士对病人身心健康实行全面的、系统的整体护理。这样，护士不仅要做好机体护理，还要注意心理社会因素对病人的影响，从而作好心理护理，使病人在生理、心理方面都处于接受治疗的最佳状态。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，以及在职护士队伍的知识结构等都应尽快适应这一变革。

(二)护理心理学概述

护理心理学是护理学与心理学的有机结合，是医学心理学的分支，是护理学的重要组成部分。护理心理学是用心理学的理论和方法来研究病人心理活动规律，指导护理工作，提高护理质量，促进病人康复的科学。

护理心理学的任务是把心理学的基本理论和技术运用于临床护理。它应深入研究以下四方面内容：

(1)研究人体心理活动对躯体生理活动的相互影响作用多探索通过心理护理改善病人不良的心理反应，从而在治疗过程中建立最佳的心理条件的途径。

(2)研究心理社会因素对个体身心健康的影响作用多通过建立良好的医疗环境和良好的医患关系，帮助病人协调好各种社会关系，从而积极配合治疗，以促使早日康复。

(3)研究心理的主动调节功能在维护健康、防治疾病中的重要作用多通过心理护理调动病人主观能动性，使病人看到疾病治疗中的积极因素、有利因素，从而积极主动的参与和配合医疗护理工作、争取身体早日康复。

(4)研究医护人员的良好心理品质及其培养，以适应“救死扶伤”这一崇高职业的需要。

护理心理学的发展具有重要意义。它正推动着护理制度的改革；它充实了医学，护理学的内容；它有助于医疗护理质量的提高。

(三)心理护理概念

心理护理是护理心理学的重要内容，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，护士以心理科学理论作指导，以良好的人际关系为基础，通过与病人交往，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。

心理护理工作具有非常重要的意义。它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”，以利于病体康复及心理健康的保持。

(四)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，任何护理操作，都包含着心理护理的内容。

2. 复杂性与个体性 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 人是心理和生理的统一体，因此心理护理与生物护理是相互结合、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，因此作好心理护理可使病人心理得到安抚和激励多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多在对待治疗态度上由被动到主动。从而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因素对病人造成的影响。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，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。

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。

(五)心理护理的原则

1. 交往的原则 心理护理是在护士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。护士在交往中应起主导作用。

2. 启迪的原则 护士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，就要在交往中不断的观察，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 护士应帮助、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。E ry 提出自我护理的四项职能是维持健康；自我诊断、自我用药、自我治疗多预防疾病；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，比那些由护士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。病人在医生护士的指导帮助下，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。

二、心理护理程序

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 higher nursing education)制订出护理程序的框架为 5 个步骤(图 7—1)。我们将其中第三，四步结合起来成为 4 步，即：①收集资

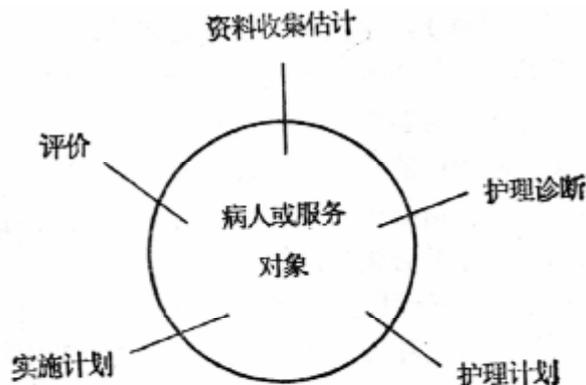


图 7—1 整体护理程序

料作出评估；②护理诊断；③制订护理计划，实施计划；④护理评价。

心理护理应自始至终贯穿在整体护理的过程中，故心理护理程序也应包含这4步。

(一)收集资料作出评估

1. 收集资料的手段 护士在护理实践中，应通过多种途径与病人交往，以便尽快掌握病人的疾病情况、心理状态、对治疗所抱的态度、个性特点、过去经验、社会支持情况等。只有全面准确地掌握病人的生理、心理及社会环境方面的情况，心理护理才有针对性。一般收集资料的手段有如下几种：①观察：通过对病人面部表情、言语、行为动作的观察来收集资料，如病人面部表情是否安详，欣慰或痛苦，说话声音的高低、快慢，是否结巴、流畅或少言语，行为动作是否艰难、缓慢、哆嗦不稳，以及饭量的大小等。另外，也可通过观察体温、脉搏，呼吸、血压、大小便等生理指标来掌握病人情况。②交谈：通过与病人交谈了解病人病史、病情变化、对疾病的感受、对治疗的态度及社会环境情况等，也可以通过交谈了解别的病人的情况。③座谈：通过组织慢性病病人，专科病人或疗养病人座谈了解其治疗中的情况，也可以组织危急病人的亲属或同事座谈收集病人患病情况或事故创伤情况。④测量：通过心理测量收集资料。例如用 SAS、SDS 量表测查病人的焦虑、抑郁情绪多用症状评定量表 SCL - 90 测查病人的心理卫生情况；用艾森克人格量表 EPQ、卡特尔人格量表(16PF)、明尼苏达人格量表(MMPI)等测量病人人格多用 A 型行为量表测查病人行为类型等。⑤记

录：可参阅病人的护理病历，病程记录等收集病人情况。

2. 分析评估 将获得的各种资料集中起来，进行分类，找出问题，查明问题的原因，为护理诊断作准备。一般可把资料分类为：

病情：轻、中、重、危；

对疾病的应激反应：小、中、较大、大；

社会支持(家庭，单位)：关心支持、较关心支持、一般、不关心支持；

过去经验：有经验、无经验；

情绪状态：平静、焦虑、恐惧、抑郁、其它；

对疾病治疗的态度：积极主动、较积极主动、一般、消极低落等。

(二)护理诊断

护理诊断对于执行护理程序起着重要的作用。它与医学诊断不同，是从健康问题的角度提出诊断。它并非医疗问题，而是能由护士独立处理的某些健康问题。根据 1983 年 Li ppi ncottco GB 出版的《Nursi ng Di agnosi s》的陈述，护理诊断是描述一个人的健康状况或一个人的生命过程(生理的、心理的、社会的和发展的)中存在的或潜在的改变。

护理诊断有生物学的、心理学的、社会学的内容。有些护理诊断的生物学内容多一些，有些则心理学、社会学内容多一些。1973 年成立的“北美洲护理诊断协会”曾经多次开会研究护理诊断的分类，1982 年该协会订出 50 种护理诊断，后来合并成 43 种(表 7—1)。目前，护理诊断的分类工作仍在研究中，将会不断得到改进，充实和完善。

(三)心理护理计划及实施(心理护理对策)

根据护理诊断，有针对性的制定一般心理护理计划应包含如下几项内容或对策。

1. 建立良好的护患关系 护患关系是护理工作的基础，是心理护理的重要保证。护士与病人之间应该有互相依赖、互相尊重、互相爱护的关系。病人患病需要护士的治疗、护理和帮助多

表 7—1 护理诊断一览表

活动耐力差	恐 惧	保持健康的能力改变
焦 虑	体液量不足	不能维持管理家庭
排便异常：便秘	体液量过多	有受伤的可能
排便异常：腹泻	悲 伤	身体活动能力减退
心输出量不足（的反应）	缺乏自理能力	营养失调：低于身体需要
舒适的改变：疼痛	自我概念紊乱	营养失调：超过身体需要
言语沟通障碍	知觉改变	父母爱抚、照顾不良
应付环境能力差	性功能不良	暴力-创伤综合征
家庭不能有效地适应	睡眠紊乱	呼吸功能改变
缺乏消遣活动	缺乏知识	呼吸道自净能力低下
家庭的作用改变	不合作	无效的呼吸模式
气体交换功能受损	口腔粘膜改变	组织灌注环境的改变
皮肤完整受损	无能为力	排尿异常
思维过程改变	精神烦忧（忧郁）	潜在的暴力行为
社会的隔离		

护士的工作需要病人的信赖、支持和配合。在护患关系中，护士应起主导作用。除了婴幼儿、昏迷者等特殊病人外，护士都应与病人建立起指导合作型或共同参与型的护患关系。交往的第一印象非常重要，护士应热情、和蔼的接待新入院的病人。

2. 协调建立病友间的良好关系 社会交往是人不可缺少的需要。新病人住进医院，面临的不只是陌生的环境，还有生疏的人际关系。因此，护士应将新病人介绍给同病室的病人，也可把大家介绍给他，让他尽快地与同室的病友熟悉起来多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，及病情有变化的病人，护士应引导病友多主动关心他们，以减轻其陌生感和孤独感。

3. 争取家属及单位的沟通和配合工作 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事怎么看待自己多有的担心着家务事和孩子管教问题多有的自费病人常担心家庭的经济负担等。这些都是住院病人的后顾之忧。因此，护士应争取家属及单位的合作，帮助病人妥善处理解决好这类烦恼，争取社会各方面对病人的支持。

4. 加强护理宣传(心理支持疗法) 护士应经常对病人开展个别或集体的护理宣传，向病人介绍有关的医学知识及心理卫生和心理治疗等方面的知识，使病人对疾病有科学的认识，能认识心理社会因素与疾病的密切关系，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，从而唤起病人的积极情绪。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，天花板应为乳白或白色。儿科病室应适当注意儿童特点，国外不少儿童医院式样都很漂亮，病室墙壁都涂成孩子们喜爱的粉红色、淡绿色或乳酪色。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)。噪音应加控制，要保持病室的安静；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。要保证各类病人的营养需要，同时要注意饭菜的色和味。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。

6. 安排好病人的日常生活 应保证住院病人有充足的睡眠、规律的生活，除了重危病人外，都应有适当的活动和娱乐。护士应根据每个病人的情况帮助和指导他们适当地看看书报，听收音机，做些手工或帮助病房作些敷料和棉签等，有条件的可定时组织病人作健美操，保健操或健身气功等。这些活动既是满足病人的生理需要，又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经验介绍 医生护士可利用疗效好的病友作现身说法，包括如何主动配合治疗，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。另外，要注意发现治疗中的意外情况及病人的情绪变化，及时采取必要的措施防止不良情绪的蔓延。

8. 对护士的要求 护士应有良好的医德，周到的服务，朴实稳重的仪表，和蔼可亲的态度，言语谦逊、多解释、多用积极暗示，操作熟练轻柔等都会给病人带来积极的心理感觉。

对不同病人，上述一般心理护理的内容可有所侧重。例如，家属或单位对病人关心不够的，护士应重点争取家属单位的关心和支持多病人害怕手术治疗的，可请经过手术治疗的病人介绍手术治疗的情况，消除不必要的顾虑。另外，对于心理症状突出的病人，应有针对性的进行特殊的心理护理，即采用心理治疗。例如情绪紧张者可采用放松治疗多病情危重、情绪低落的病人，可采用心理支持疗法，给予更多的同情和鼓励，帮助分析治疗中的有利条件和进步，使病人看到希望。

(四)心理护理的评价

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，包括病人的心理状况有何变化，已经达到了哪些护理目标、解决了哪些问题，还有哪些目标未达到、哪些问题未解决，可以再次列入护理计划重新采取对策，直至达到护理目标或问题解决。心理护理的全过程就是上述各步骤的循环过程。

三、临床病人若干心理问题的护理

本章第一节已讨论过临床病人的某些心理问题。此处仅从心理护理角度就若干心理问题作进一步讨论。

(一)焦虑的心理护理

1. 临床表现 典型的焦虑表现是充满紧张和期待，面容绷紧，愁眉紧锁，无法安静，常有无意义的小动作如不停的踱步、不停的咬手指、不停的吸烟，以及难以入眠、多恶梦或夜惊等睡眠障碍。此外，植物性神经系统功能亢进如血内肾上腺素浓度增加、肝糖原分解、血压升高、心跳加速、皮肤苍白、多汗、口干、瞳孔扩大、呼吸变深且快、骨骼肌紧张、手颤抖、心神不定和注意力难以集中等表现以及副交感神经性症状如尿频、肠蠕动加快、腹泻等也可能出现。

2. 评估 ①通过与病人和亲属交谈了解病人的紧张、恐惧，着急和忧虑等情况。②观察：对病人一般情况进行观察，面容绷紧、愁眉苦脸、心神不定、常心不在焉、说错话、做错事、注意力不集中、局部肌肉抽动、皮肤苍白、多汗、手脚冰凉、收缩压升高、脉搏增快和呼吸变深快等，都可能是焦虑的表现。③使用焦虑自评量表(SAS)，病人焦虑分可增高。

3. 护理措施 ①针对焦虑的原因多作解释和说明。例如病人因诊断不明而焦虑，护士应与

医生联系抓紧检查，尽快明确诊断；若是因患病而担心，则多向病人讲解疾病知识，使之对疾病有科学的认识；如果是对诊疗操作或手术有顾虑(如胃镜、活检等)，则应向病人科学地说明检查或手术的必要性、安全性和可靠性。②指导病人在治疗活动之余，进行必要的文娱和消遣活动以分散对疾病的注意力。③严重焦虑病人可给些药物如安定剂等。④对严重焦虑病人也可实施心理放松治疗。

(二) 忧郁(抑郁)的心理护理

1. 临床表现 抑郁情绪表现方式多种多样，可有心境悲观、缺乏活动和对外界事物丧失兴趣，有的少言寡语(但有的故作姿态极力掩饰)，有的自暴自弃，放弃治疗，有的蒙头卧床不见医生护士和家人，有的呆视楞神，严重者表现失助，有自杀倾向。另外，植物性神经功能和内分泌活动也有明显变化，如食欲降低、体重下降，性欲降低、便秘等。

2. 评估 ①交谈：通过与病人和家属交谈询问病人是否存在忧愁，烦闷、压抑的消极情绪。有时病人虽口头否认，但不等于没有忧郁情绪。②观察：观察病人的言谈举止、饮食起居、对待治疗的态度等行为动作以及内脏反应。③测量：抑郁自评量表(SDS)测验抑郁分常增高多明尼苏达人格量表测查(MMPI)，抑郁人格量表分增高多卡特尔 16 种人格测查(16PF)，忧虑分增高等。

3. 护理措施 ①通过解释诱导使病人看到治疗中的有利因素，看到治疗中病情的点滴好转和进步，看到希望，增强信心。②向病人讲解情绪与健康 and 疾病的关系，指出良好的情绪和坚强的意志有利于疾病向好的方面转归。③提供热情、周到、耐心的服务，多给病人以积极的暗示，向病人介绍危重病人战胜病魔的动人事例。④鼓励病人亲属和单位领导多给病人以积极的支持，使病人看到希望。

(三) 孤独感的心理护理

1. 临床表现 孤独感或称社会的隔离。病人有无聊陌生日如年之感，可伴有不安全感，事事谨慎小心，不主动与医生护士说话，有问题不敢问，不随便与病友交谈，盼望着亲友早来探视，病未痊愈就想回家等。

2. 评估 ①与病人交谈了解患病或住院以来的心理感受。②与病人亲属交谈了解患者的心理。③观察病人的言谈举止，如少言语、少交往和行为谨慎小心等。④测量：气质测查可能为抑郁质多卡特尔 16 种个性测查(16PF)，其中乐群性和敢为性量分低。

3. 护理措施 ①主动关心病人，向患者介绍病室生活制度和治疗安排等，使其尽快熟悉环境。②将患者介绍给同室病友，使他尽快与大家熟悉起来。③夜间值班多巡视，增加患者的安全感。④适当安排病人开展文化娱乐活动，读书看报、听收音机等。⑤允许家属探视或陪伴多主动打电话或写信与病人亲属联系，请家人尽量抽空来探视。

(四) 自我概念紊乱

1. 自我概念紊乱的涵义 自我概念紊乱是指对本人的认识的消极改变或不适应，可包括身体心像、自尊和角色或个人身分的消极改变。身体心像指个人对自己身体各方面的看法的总和，包括外表，动向反馈(kinesthetic feedback)、感觉反馈(sensory feedback)及内在的感觉等多项因素，也就是整体的生理形象。任何身体功能或形态改变，都会影响个人的自我概念。例如截肢的病人，对自己的身体心像要重新认识，对别人的反应要重新评价，病人必须适应与接受这些

改变以符合其身体心像，对自己概念作重新适应。若不能适应，就会引起对自己的消极认识。

自尊是个人对自己价值的主观判断，自尊的消极改变是指对希望达到的目标无信心，产生自卑感。例如慢性病病人不能面对现实，过高要求自己，可导致自我概念的紊乱。

角色的消极改变是指无能力执行其特定角色的功能和活动。例如孕妇是未来母亲的角色，若无思想准备，除身体心像改变外，也会导致自我概念紊乱。同样，干部退休后由于适应不良也会产生自我认识的紊乱。

2. 产生原因 ①病理生理方面：失去身体某部分；失去身体某种功能；严重创伤导致不能活动或毁容等。②情境方面：离婚；亲人死亡或分离；失去工作或工作能力；患慢性病、妊娠等。③其他：更年期、年老退休，或秃头、白发等。

3. 临床表现 自我概念紊乱可表现为上述任何一项或多项认识的改变。具体可表现为：拒绝抚摸或视看自己身体改变了的部分多不愿谈论其缺陷或毁容问题多否认残缺或毁容的存在多情绪悲伤，常哭泣，或表现悲愤自毁行为如大量吸烟，饮酒；对健康人不友好；不愿与人接触等。

4. 评估 ①通过与病人交谈了解病人过去如何看待自己，现在又如何看待自己多过去干什么工作，今后打算干什么工作；家里人对自己患病的看法等。②通过观察病人的客观表现作出评估。如果病人对自己的残缺是不适应的，可表现为否认自己有残缺，拒绝抚摸或观看残缺部位，不愿谈论残缺，生活上依靠家人或护士，或者过分独立，拒绝别人的关心帮助，不愿与人接触，对健康人不友好，说话没好气等。

5. 护理目标 帮助病人面对现实，重新正确认识自己，学会自己支配自己，增强自信心，重新承担起在家庭里和单位里的角色责任。

6. 护理措施 共同的护理措施有：①主动关心病人，设身处地的为病人着想，取得病人信任，鼓励病人谈出自己对身体的感受，提出问题，有针对性的澄清病人不正确的看法和对治疗护理的不正确的认识，鼓励病人面对现实，学会自我料理生活或重新安排生活，重新适应新的工作，并能与家人很好相处等。②对特殊病人应进行特殊护理，例如帮助截肢病人，练习借助假肢站立、行走，或学习利用轮椅活动和工作；帮助毁容病人认识心灵美、内在美比外貌美更重要多引导失明病人发展利用其它感觉器官如耳朵听，手触摸，鼻嗅等功能代偿眼的功能等。

四、护士的心理素养

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，每个护士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。

护士的心理素养可从情感，意志，能力，性格几方面作讨论。

(一)情感

护士对病人要有深切的同情心和责任感。这是一种职业情感，是对每个护士最基本的要求。如果缺乏这种高尚的素质，就不是一名合格的护士。

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，言语热情温暖，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，护士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。

护士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。护士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 护士的观察力，是高尚的情感，广泛的知识、熟练技巧的结合。它是护士心理素质不可缺少的一部分。观察力又称“思维如觉”，护士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. 护士的记忆品质 护士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、注意事项多记住病人的个性特点、嗜好习惯，有什么需要……。因此，护士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. 护士应有的思维品质 ①护士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。如护士班次安排、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士必须掌握充分的业务知识，包括医学基础、临床医学、卫生学、医学研究、人文科学以及医学管理学等知识，并能运用所学知识指导工作。作好护理工作还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. 其他 护士还必须具备较强的组织能力和人际交往能力，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，一个优秀护士的心理品质应该包括：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。

(过慧敏)

第四节 睡眠与睡眠障碍

睡眠是人类生命活动所必须的生理和心理过程。睡眠与觉醒有着密切联系，两者相互交替，人们只有在觉醒状态才能进行紧张的劳动和社会交往，工作和学习之后所产生的脑力和体力的疲劳又必须经过充足的睡眠才能得到恢复，使人保持良好的觉醒状态。睡眠障碍是临床常见的症状之一，长期的睡眠障碍会影响人的心身健康，是重要的康复和护理心理问题。

一、正常睡眠与梦

过去曾一直认为睡眠是神经系统的静止状态，是觉醒状态的简单终结，所以是一种被动韵过程。到了本世纪五十年代中期，阿瑟林斯基(Aseri nsky E)和克莱特曼(Klei tman N)通过研究证明，睡眠包括两种类型：即慢波睡眠和快波睡眠。后来克莱特曼和德门特(Dement W)又发现“梦”与快波睡眠密切相关，而且睡眠过程中人的大脑及心理仍在活动。这一切说明，睡眠状态是中枢神经系统发生的一个主动过程。目前已经清楚，睡眠与觉醒状态的交替和维持，是受中脑的网状激活系统及其它脑区域的神经活动所控制，同时也与脑内神经化学递质的动态变化有密切关系。

(一)睡眠的需要量

在人的一生中有三分之一的时间用于睡眠，大多数是在夜间睡眠。但每个人睡眠的需要量是有差异的。一般来说儿童睡眠时间较长，尤其新生儿每天要睡眠 16~18 小时以上，而且以快波睡眠为主多成年人每天需要睡眠 6~9 小时，快波睡眠约占睡眠总量的 20%多老年人睡眠时间较短，快波睡眠约占睡眠总量的 18~20%。在人的一生中，随着年龄的增长，睡眠时间和模式会发生规律性的变化，每人具体需要的睡眠时间往往取决于习惯和机体状态等方面的因素。

(二)睡眠节律

根据人在睡眠过程中的脑电图(EEG)、肌电图(EMG)和眼动电图(EOG)变化特征，可将睡眠划分为两个大的时相即慢波睡眠和快波睡眠。

1. 慢波睡眠 慢波睡眠(slow wave sleep, SWS)又称浅睡眠、同步睡眠、非快动眼睡眠。在慢波睡眠，没有快速的眼球运动，全身肌肉仍保持一定的张力。在成人，慢波睡眠根据脑电图的变化又划分为 1~4 期(图 7—2)：慢波 1 期(S1, 浅睡期)，【波明显减少，出现每秒 4~7 次的 0 波；慢波 2 期(S2, 中睡期)，在 e 波的背景上呈现 0 梭形波(每秒 12~14 次的短暂发放波)和“K-复合体”波(高电压负相波和随后一个正相波组成)；慢波 3 期、4 期(S3、S4, 深睡期)，脑电图主要为 6 波，所以又称 Del ta 波睡眠。慢波 3 期(r 梭形波和高振幅的 6 波夹杂在一起，l 波的指数达 20~50%。慢波 4 期呈现高振幅的 6 波其指数达 50%以上。

在成人，入睡之后首先进入的是慢波睡眠，其脑电图变化是从清醒时以【波为主转入欲睡时

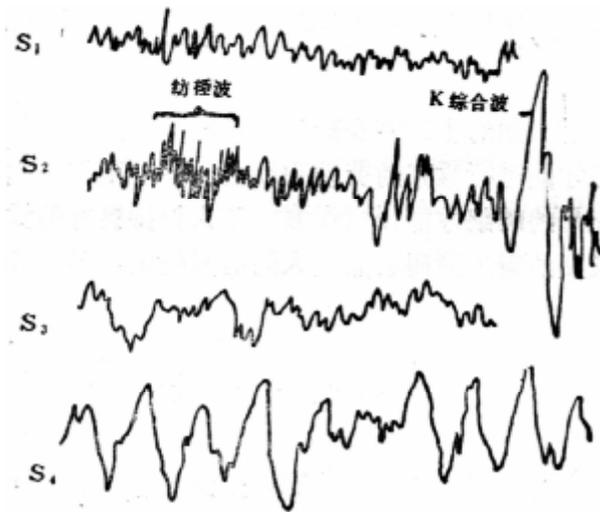


图 7—2 慢波睡眠的脑电图

的 S1 期【波减少，几分钟后过渡到 S2 低幅的 0、5 波(约经历 60 分钟)，然后转入高幅的 a 波的 S3、S4 深睡期维持约 30 分钟，此时很难唤醒。全部慢波睡眠过程约 90 分钟左右。

2. 快波睡眠 快波睡眠(fast wave sleep, FWS)又称深睡眠，但脑电活动的特征却与清醒时相似，EEG 呈现去同步高频低幅型式，所以亦称异相睡眠多在此期眼球出现快速转动 50~60 次/分，故又称快动眼睡眠。此期眼电显著增强，肌肉完全松弛，肌电明显减弱。在正常夜间睡眠中，平均每 90 分钟就会产生一次持续 5~20 分钟的快波睡眠，第一次往往在熟睡后的 70~90 分钟发生。快波睡眠是较慢波睡眠更为深沉的睡眠，各种感觉功能进一步减退，以致唤醒阈提高。如在此期将其唤醒，被试者往往会报告他正在做梦。

3. 睡眠的周期 从入睡到觉醒的整夜睡眠过程中，脑的活动、心理的活动都在积极的进行着，而且是以两种不同的睡眠节律互相交替度过漫长的夜晚。成年人入睡之后首先进入慢波睡眠，以后才转入快波睡眠，然后两种睡眠节律进行严格的交替和循环，直至觉醒。觉醒可以发生在慢波或快波睡眠的任何一个节律中，但觉醒状态只能进入慢波睡眠而不能直接进入快波睡眠。成年人在一夜中典型的睡眠节律是按以下程序进行：觉醒-S1-S2-S3-S4-S3-S2-第一次快波睡眠；以后又重复进入 S2-S3-S4-S3-S2-第二次快波睡眠。从一次快波睡眠到下一次快波睡眠的间隔时间平均周期为 90 分钟，一夜要经过 4~6 次这样周期节律的交替，但又不是简单的重复，后半夜快波睡眠时间最长，而 Delta 波睡眠不再出现。快波睡眠占全部睡眠时间的 20—25%，S2 中期睡眠占 50%，S3、S4 占 20%，S1 占 5~10%。

(三)睡眠的心理生物学研究

1. 睡眠节律的心理生物学变化 快波睡眠出现时，脑电出现激活状态呈去同步化，脑的活动增强，代谢率增加，脑内蛋白质的合成加速，脑的温度回升到觉醒时的水平，脑血流量明显增加，比慢波睡眠时增加 20~50%甚至更多，脑氧摄取量增加，所以有人提出快波睡眠与脑内代谢和生长发育密切相关，神经元的活动增高对儿童神经系统成熟及成人突触联系的维持有重要意义。另外，快波睡眠时循环系统，呼吸系统、植物神经系统的活动表现明显的不规则，所以在临

床上支气管哮喘和心绞痛的发作多在此期出现。快波睡眠时眼球表现出快速的水平运动(50~60次/分), 如在此期唤醒受试者, 80%的人报告正在做梦。

慢波睡眠时上述变化较小, 尤其在 Delta 波睡眠期, 代谢、呼吸、血压、心率降到最低, 脑温, 脑血流量下降, 而外周血管扩张。

垂体前叶释放的多种蛋白质激素受觉醒与睡眠周期的影响, 但在睡眠的不同节律中又有明显的差异。例如促肾上腺皮质激素(ACTH)和肾上腺皮质激素(ACH)在白天分泌减少, 夜间分泌增多, 尤其在睡眠后期最后一次快波睡眠时相出现分泌高峰。人类生长激素(CH)的分泌在 Delta 波睡眠期明显增加, 所以慢波睡眠可能有利于促进生长和促进体力恢复。

2. 睡眠剥夺 睡眠剥夺是研究睡眠功能的常用方法。通过睡眠剥夺实验研究表明, 睡眠的作用不仅是恢复体力精力, 而且与人的心理生物学活动密切相关。睡眠剥夺有三种形式, 全部睡眠剥夺(即被试者不允许睡眠), 选择性睡眠剥夺(只允许在快波或慢波某一时相睡眠)、部分睡眠剥夺(即剥夺上半夜或下半夜睡眠)。连续几昼夜的全部睡眠剥夺, 被试者的心理和行为会发生明显的改变, 表现为疲劳、焦虑、易怒、注意力不能集中、定向力障碍、视觉错误、工作与学习能力下降, 特别是在需要快速反应的工作中易出现差错。如果睡眠剥夺连续 200 小时以上, 上述症状会明显加剧。有研究报告, 睡眠剥夺足够长的时间会导致实验动物的死亡。在睡眠剥夺以后的睡眠恢复夜晚会出现补偿性的“返回”现象, 首先恢复的是慢波睡眠节律, 第一夜睡眠以慢波睡眠节律为主, 第二夜才以快波睡眠为主。人类具有惊人的恢复能力, 即使 200 多个小时的觉醒只要一次足够的睡眠(12~14 小时), 就可以得到明显恢复。Williams HL 发现这样一次睡眠可以恢复 90%的能力。睡眠剥夺在脑电图上也可以看到明显的变化, Q 波的百分率和频率减少, 而振幅增大, 闭眼时 α 波也不再出现。

连续几天选择性剥夺快波睡眠节律, 受试者会出现情绪不稳定, 冲动、焦虑, 兴奋性较高, 处理人际关系的能力减弱。在恢复正常睡眠的夜晚同样出现快波睡眠补偿性的“返回”现象, 即快波睡眠的潜伏期缩短, 快波睡眠的次数增加。选择性的慢波 S4 期睡眠剥夺, 受试者则表现出抑制和功能降低的特征。

3. 睡眠发生的机制 近期的研究已经证明, 睡眠是中枢神经系统积极, 主动的过程。脑干网状激活系统调节控制着睡眠与觉醒状态的发生与维持, 而网状激活系统又要受其它脑中枢的调节。脑内神经化学递质的变化则与快波节律和慢波节律密切相关。

快波睡眠的中枢在中脑、脑桥背部的兰斑(blue macula), 兰斑中部和后部神经细胞群释放的神经递质去甲肾上腺素(EN)对快波睡眠的产生有重要作用。慢波睡眠的中枢位于脑干中线的一些神经细胞集合处的中缝核, 这些细胞群产生的 5-羟色胺(5-HT)与慢波睡眠有关。

(四)梦的解释

对梦的现代研究已经使人认识到, 梦是人的生理和心理活动的结果。每个人都会做梦, 只是有人在觉醒后能回忆起来, 而有些人由于睡眠较深或由慢波睡眠节律中直接醒来, 所以不能被回忆或已经被遗忘。

最早时梦进行科学研究的是奥地利的精神科医生弗洛伊德(Freud), 他在 1899 年 11 月 4 日发表了研究梦的专著《梦的解析》。他认为梦是潜意识心理现象的自我表演, 人在睡眠时, 自觉的意识活动已经停止, 出现的梦境就是潜意识最生动, 最典型、最真实的表演。他认为梦都是有

意义的，梦代表了人的愿望的满足。弗洛伊德在研究梦的过程中掌握了人类精神活动的内在规律创立了精神分析理论。1957年德门特和克莱特曼在研究梦与快波睡眠关系时，发现在快波睡眠节律时唤醒被试者，80%的人报告正在做梦，而且梦境生动鲜明、知觉性强，尤其视知觉突出；而在慢波睡眠节律中唤醒被试者，只有7%的人报告正在做梦，且梦的内容平淡。可见做梦是快波睡眠的特征之一。梦的内容材料来源于早已被遗忘了的童年经历和躯体内外感知觉的刺激，同时与觉醒状态的活动有关，即平时所说的日有所思，夜有所梦。

二、睡眠障碍

睡眠障碍在临床上极为常见，其原因既与心理因素，如情绪兴奋，紧张、焦虑或抑郁有关，又与人的生理状态和环境因素相关，严重的睡眠障碍又是精神疾病的主要临床表现。所以睡眠障碍既可见于正常人，又可以是各种疾病的伴随症状，更多见于癔症、神经官能症和精神性疾病。英国一项调查证明，有1/4~1/6的成年人为睡眠问题所苦恼，精神病患者中睡眠障碍者高达45%。睡眠障碍的表现形式很多，有失眠、睡眠过度 and 觉醒障碍等，现仅就失眠和觉醒障碍的类型，原因、治疗加以讨论。

(一)失眠

失眠是睡眠缺乏或不能入睡，表现在睡眠时间、睡眠深度和体力恢复方面的不足。

1. 失眠的类型 按失眠的表现形式，可将失眠分为三种类型：

(1)入睡困难型：这类失眠受心理因素的影响较明显，情绪兴奋、紧张、焦虑、抑郁等都易造成入睡困难，临床上多见于神经官能症患者。

(2)保持睡眠困难型：这类失眠表现为夜间易觉醒，或觉醒后不能再入睡。从睡眠实验室研究中发现，这类失眠者在一夜中的觉醒时间达15~20%，而睡眠正常者只占5%，而且这类失眠者S2浅睡眠期的比例较高，故醒后多感体力恢复不佳。临床上多见于具有紧张个性心理特征的人。

(3)早醒型表现为清晨觉醒过早，而且醒后不能再入睡，这种类型多见于抑郁症患者。对于原发性抑郁症或所谓“内源性抑郁症”，早醒是重要的诊断线索，也可能是唯一的临床症状。

2. 失眠的原因

(1)心理因素：这通常是造成失眠的主要原因。不仅各种类型的精神性疾病常伴有失眠，正常人在受到情绪困扰产生心理压力时也会出现失眠。刘协和等用明尼苏达多相人格调查表(MMPI)调查表明慢性失眠者的共同心理特点是抑郁、焦虑、易于疲倦、乏力以及对健康过于关心，表明这些人的情绪一直处于慢性唤醒状态。另外，失眠者对入睡时间的估计往往过长，而对睡眠时间的估计又过短，与EEG记录的实际结果有明显差异，表明这些人对失眠本身也有较高的心理压力。

(2)环境与外在因素：睡眠环境的突然改变如出差、病人新入院不熟悉病房环境，以及异常的噪音、光线过强或睡眠规律被破坏等都可影响入睡或使觉醒次数增多和早醒。另外，入睡前饮用兴奋性饮料如咖啡、浓茶、酒等也可导致失眠，但这种失眠均属暂时性。

(3)疾病和药物因素的影响：除精神性疾病外，躯体性疾病所造成的痛疼、呼吸困难、哮喘、频繁咳嗽、心悸以及腓肠肌、胫前肌群痉挛、双眼不能闭合综合征等都能影响睡眠。服用中枢兴

奋性药物或长期服用镇静安眠药物突然停药也会出现失眠。

3. 失眠的治疗

(1) 药物治疗：药物是治疗失眠的常用手段，但不应提倡。服用不同类型的安眠药可以使失眠者容易入睡，觉醒次数减少并增加睡眠时间，但长期用安眠药维持睡眠对人体是不利的。研究证明服用安眠药后的睡眠与正常睡眠并不相同，多种安眠药物抑制快波睡眠，并使慢波 S4 期睡眠也减少。目前，安眠药的用量已是一个不容忽视的问题，英国最近一项调查表明，45 岁以上的人群中有 15% 的男性和 25% 的女性要定期服用安眠药，长期服用安眠药物易产生耐药性和成瘾性，所以药物治疗应限于急性或暂时性失眠，其目的应该是帮助恢复正常的睡眠。

(2) 养成良好的生活习惯：应告诫失眠者改变影响睡眠的不良行为，睡前不饮酒，不喝咖啡或浓茶多睡前 1~2 小时不做使身心兴奋的脑体力活动；主动调节自己的不安情绪，创造良好的入睡环境。

(3) 心理治疗：这是失眠的主要治疗方法。

① 保持健康而愉快的情绪，注意睡眠心理卫生。这是针对失眠者的主要心理问题而提出来的。失眠者往往对睡眠过于关心，从而产生不良的自我暗示，加剧紧张、焦虑和不安情绪，使自己始终处于一种慢性情绪唤醒状态，越怕睡不好心里就越紧张焦虑，结果就越难入睡或更易觉醒。所以治疗的关键是如何使患者摆脱不良的自我暗示的束缚。首先要使其认识自我暗示的危害，其次是鼓励他们采取自我放松训练等措施使紧张焦虑情绪稳定下来，逐渐恢复正常的睡眠。慢性失眠者往往过于关心自己的健康，对睡眠的时间长短也很重视，治疗者应向他们说明睡眠的好坏不仅是时间的长短问题，更重要的是质量问题，如果仅从睡眠时间长短而言，存在明显的个体差异。一另外，还要向他们指出，慢性失眠者往往有夸大自己的入睡时间，觉醒次数、对实际入睡时间估计过短以及对梦特别敏感认为做梦就是没有睡好觉等心理特点。特别要向他们强调做梦是人的正常的心理活动。

② 安慰剂的应用。安慰剂实际上是一种暗示疗法，对暗示性高的轻度失眠者可有良好效果。

③ 放松训练，行为疗法或气功的应用。这些方法能不同程度的帮助失眠者恢复正常睡眠。Borkovec TD 等人曾以失眠女大学生为对象，将 40 人等分成 4 组：a 自身松弛组；b 通过治疗者指导而达到的松弛组；c 通过催眠所致的松弛组；d 对照组。结果前三组经过治疗后均有显著的好转，未接受治疗的对照组无变化。

④ 国外报导用剥夺睡眠的方法治疗抑郁症时的失眠，取得良好效果。

(二) 睡眠觉醒障碍

1. 梦呓 梦呓又称说梦话，即梦中自言自语，所言内容大多与白天活动有关，更具戏剧性的是有时可以与别人进行简单的对话，醒后绝大多数不能回忆。梦呓出现在慢波睡眠较浅阶段，可单独出现，也可并发于睡行症中。

2. 睡行症 睡行症又称夜游症、梦游症，发作出现在慢波睡眠的 S3、S4 期。在睡眠过程中，睡行症者以一种刻板的动作从床上起来，穿衣、到室外徘徊或做一些简单的劳动如扫地，挑水和做饭等，活动后可自动回到床上睡觉，也可以就地而睡，次日醒来对夜间的所做所为完全遗忘。美国睡眠紊乱中心认为，在 4~12 岁的儿童时期夜游症是普遍的问题；而英国的研究报导 5~15 岁的儿童约有 15% 至少发生过一次睡行症。成人经常出现睡行症发作者首先应排除癫痫的精神

运动性发作，其次是神经症、癔症及生活事件的应激。

3. 梦魇 梦魇又称睡眠焦虑发作，多发生在快波睡眠时期，表现为在睡眠过程中好象有什么东西压在身上不能动弹，想喊又喊不出来。梦魇多见于儿童，在熟睡中突然出现紧张恐惧，睁大眼睛、面红、四肢乱动、呼吸急促、心率加快，甚至大哭大闹从恶梦中惊醒，醒后不敢再睡。次日醒后问及此事，多不能回忆或记不清楚。成年人也偶有发生。梦魇多由疲劳过度、焦虑、消化不良等原因引起。

梦呓、睡行症、梦魇的治疗都应首先排除精神性疾病和癫痫等器质性病变，然后针对不同情况可给以小剂量安定药物。心理治疗可采用全身肌肉放松训练、气功、催眠暗示以及疏导患者紧张焦虑的情绪或劝阻减轻白天的过度疲劳等。对睡行症儿童可建议父母将警报器装在孩子寝室门上以防止发生意外。

(赵盛伏)

第五节 疼痛心理

一、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，被迫去求医。许多医生往往也根据病人疼痛的程度，部位，表现来判断病变的位置以及性质和轻重。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 19 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，痛既是一种感觉，也是一种知觉，同时也是情绪。作为感觉，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，当温度在 44℃ 以下，温觉感受器受刺激，出现温觉。当温度达 44.9℃，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) 痛不易适应。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多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0.5~1.0秒才能觉到,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和边缘叶,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) 病情绪反应

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。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。慢痛病人的心理反应主要表现是焦虑、抑郁多生理方面的反应则主要是植物性神经系统功能紊乱,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性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,受植物性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。

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是“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，使人不能不同时在生理与心理两方面来了解疼痛。

(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。传送疼痛信息的粗纤维(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，但粗纤维的侧支同时使 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，T 细胞就象一道闸门，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 7—3)。

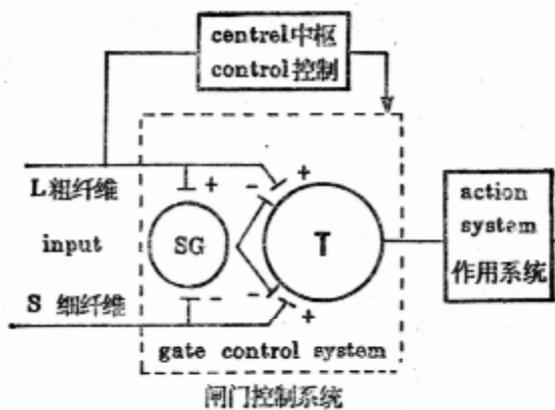


图 7—3 疼痛的闸门控制系统

二、心理社会因素对疼痛的影响

从痛刺激阈值来看，人之间几乎没有什么区别。当皮肤温度达到 45c 的时候，绝大部分人都会引起疼痛，47c 以前几乎都引起疼痛。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刺激能够忍受的程度，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多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，至少在很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，给人们以可怕的形象，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。就这样一次又一次，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”，掺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多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。Paylov(1928)用条件反射实验说明了一个很有意思的问题，他用电刺激狗的一只前爪，狗出现防御反应，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翻状态，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，其主要原因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，扎挂在青壮年男子双上臂的皮肉里，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。当车子进入村落，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。

三、疼痛的一般心理治疗

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。

(一)解释与支持

50 年代初，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。

(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。因为使用安慰剂必须伴随足够的暗示，使病人相信在使用了所谓的“镇痛剂”(实际上是安慰剂)之后才能有效。暗示疗法的效果，人群之间也存在很大差异，这主要取决于两个方面：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、身分，威望有关)。

(三)生物反馈和松弛训练

临床证明生物反馈和松弛训练等行为治疗方法对某些疾病引起的疼痛有一定的效果。特别是生物反馈疗法对于偏头痛(一般用手温反馈), 松弛训练对于紧张性头痛, 都有许多治疗成功的报道。Olton(1979)报道一位21岁女大学生, 偏头痛已一年多, 平均1~2周发作一次, 每次持续数天, 通过20周的手温反馈训练, 使手温由治疗前的23℃增至32℃, 且自觉充实、放松、精力充沛, 以后坚持家庭训练, 一年内仅发作两次。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。松弛疗法对其它一些疼痛病例也有一定的疗效。

(陈滨江)

四、慢性疼痛综合征

一般认为, 组织损伤后疼痛期短于6个月的, 尚属于急性疼痛多病期达6~12个月, 组织病理改变已消除, 而疼痛仍继续存在者属慢性疼痛前期多病期超过12个月, 病理性组织改变早已不复存在而病人症状复杂, 带有许多习得性行为成分, 且疼痛部位常不固定者可称为慢性疼痛(chronic pain)。据国外估计, 约有5%的急性疼痛可转为慢性疼痛。

慢性疼痛特别是腰背痛是临床医师面临的一个相当棘手的问题。一般的药物止痛效果不佳, 而且仅起到暂时解除痛苦的作用, 不久病人又会重新出现症状而不得不到处求医。部分慢性疼痛病例不得不施行外科手术如切断一定的感觉神经传入通路, 但效果并不肯定。医生们通常提供的一些医嘱, 如卧床休息或加强锻炼等, 其效果也很有限。慢性疼痛病例并不少见, 据Rosse C(1970)和Bonica JJ(1974)等人估计, 美国有几百万慢性疼痛病人, 而为了治疗一位慢性疼痛病人给社会造成的经济损失达10万美元。

近年来, 行为医学治疗手段的发展, 给某些慢性疼痛病人的治疗带来了新的希望。

(一)慢性疼痛的临床表现

行为学分析发现, 慢性疼痛由于是从急性期演变而来, 两者在临床表现方面有许多相同的或相延续之处, 同时也存在许多显著的差别。表7—1列举了急性疼痛和慢性疼痛病人在主观、行为和生理三方面症状上的主要特点。根据症状分析, 行为学专家们认为慢性疼痛的形成过程, 可能与各种心理社会因素的影响密切相关。

表7—1 急性疼痛和慢性疼痛症状比较

	急性疼痛	慢性疼痛
病期	< 6月	> 12月
主观反应	焦虑、害怕、对治愈有信心	痛成为核心世界, 专注于痛体验和先兆症状; 抑郁、悲观、缺少兴趣、丧失信心、人格改变
行为反应	求医和合作, 减少活动、卧床休息; 使用止痛药	不断变换医生、药物, 求助于宗教或放弃; 卧床时间多, 社会生活中断, 不再工作, 依靠资助; 药物成瘾多见
心身反应	内脏生理觉醒(心率↑等); 局部或全身肌张力↑	无力、嗜睡、失眠和植物性神经反应症状; 体质和耐力下降, 废用性肌萎缩

(二)慢性疼痛形成的行为学机制

大多数急性期疼痛病人的症状是适应性反应,有助于对付疼痛体验。随着疼痛改善,这些症状反应也随之减轻和消失。但是对于长期存在疼痛体验的病人,某些症状性反应会被逐渐强化成为病人生活风格的一部分。目前,关于慢性疼痛从急性期转化而来的行为学机制问题,存在两种理论:习得性无助说和操作条件反射说。

1. 习得性无助说 习得性无助(learned helplessness)是 Seligman MEP(1975)等经过 10 余年大量动物和人的研究后所指出的一种特殊的行为现象。这就是当动物或人长期暴露于不可回避的和不定时的厌恶刺激下,个体会逐渐失去回避动机,转而表现出一种无助、失望、消极和被动挨打的行为模式。动物实验证明,狗在迷宫中对于痛刺激可很快形成回避性条件反射。但如果将狗置于无法回避痛刺激的迷宫中(例如亮灯和电击之间没有任何联系),动物开始也表现出积极寻找逃避的途径和方式从而不断地活动,但终无结果,继而狗出现行为紊乱,如排便、反复无目的地跑动等,到最后则僵硬地困缩在迷宫一角,任凭疼痛刺激,不再作出逃避反应。此时,即使将狗转移到可以回避疼痛的迷宫中,它也不再去作回避的尝试,这就是习得性无助。习得性无助行为在人类身上也可以见到,此时除了无助,还会表现失望。

按习得性无助说,一旦疼痛病人将疼痛理解成是无法控制的,则会表现出无助和失望行为。分别分析病人在急性期、慢性前期和慢性期对痛的主观知觉,可以发现开始时病人知觉“可控制”的部分占优势,继而“可控制”和“不可控制”部分各占一半,最后则知觉为大部分是“不可控制”的。但是在实际上,不论在哪一期,可控制和不可控制部分都应各占一半。由于病人在不同时期在痛知觉上的差异,在急性期病人会相信只要有积极正确的治疗和处理,疼痛将会被治愈多随着疼痛持续存在进入慢性前期,病人开始怀疑和担心是否能治好,但仍认为通过自己和医生的共同努力,起码能够部分地治愈;进入慢性期,疼痛的发作变成不定时和不可回避(就象上述实验那样),这种知觉导致病人慢慢表现出各种特征性慢性疼痛行为,例如忧郁、动机行为减少或表现放弃(give up)等等。

习得性无助说重视病人对疼痛的自我知觉与疼痛行为之间的联系,因而在慢性疼痛治疗中,强调个人的病史和个人对疼痛的独特体验。

2. 操作条件反射说 慢性疼痛病人所表现的复杂的主观,行为和躯体反应症状,可能与操作条件反射原理有关(见第二章)。行为学家认为,在慢性前期疼痛病人,某些因素如果处理不当,加上病人本身存在一定的心理素质上的缺陷,很容易将一部分急性期症状保存和固定下来,并泛化成为更复杂的,明显受心理社会因素影响的慢性疼痛综合征。

例如,焦虑是疼痛病人最主要的主观反应之一。背部疼痛病人运动背部可引起焦虑,因此病人回避背部活动以减少疼痛和焦虑。如果焦虑长期存在,通过操作条件反射机制,病人就可能进一步回避其它一些本来与背部痛无联系的活动如走路,上楼梯,甚至在组织病理学变化已经消失的时候,回避活动倾向仍被保存下来。另一方面,焦虑本身也存在随时间的迁延而泛化的倾向,结果越来越多的其它非疼痛因素的刺激如想到重体力工作,联想到生活的艰难等也可引起焦虑,并使活动减少。

又例如,服用药物和上床休息等行为反应在急性期都可使疼痛减轻。但是通过负强化机制,服用药物和上床休息等行为也可以被固定下来。同样的道理,家庭、朋友和医务人员对病人的各

种心理行为反应(如痛苦的表情、活动减少、服药、求医等)的关注,同情和担心,以及各种经济赔偿、劳保福利和因疼痛可以脱离原有的不称心工作等等因素,也都可以成为疼痛的正强化因素,使许多疼痛行为被固定下来,成为慢性疼痛的一部分症状。相反,病人在病期中偶然表现的许多良好行为,包括尝试着活动(如自己上厕所,干家务)和减少服药等,由于得不到正强化或者有时反而受到家人的“惩罚”而得不到发展(消退)。

总之,操作条件反射说认为,慢性疼痛病人的许多症状是通过学习过程(包括泛化,正强化,负强化、惩罚和消退等)而逐渐形成的。病期越长,各种不理想的因素越多,这种机制的可能性也越大。因此,从逻辑上看也可以利用学习原理来矫正和治疗慢性疼痛。

(三)慢性疼痛的心理行为治疗

对于某些可能会转为慢性疼痛的病人,应尽可能在慢性前期即6~12个月期间给予控制。据国外估计,如果疼痛转为慢性期,则治疗相当困难。

1. 一般原则

(1)一旦诊断明确,对慢性疼痛病人应进行有关疼痛和行为因素关系的心理指导,帮助病人改变某些不正确的认识,提高其治愈的信心,并尽可能征得病人的赞同和配合。

(2)将所有止痛药物改成按时间定时服用,改变病人原有的按疼痛发作对症用药的习惯。这是为了阻断疼痛体验和药物使用两者之间的强化关系。

(3)鼓励病人逐渐恢复正常活动,反复向他解释减少活动对疼痛的负强化原理,增加活动则对各方面都有积极意义。

(4)教育家属懂得,病人在恢复活动过程中出现时好时坏的痛苦症状是一种正常现象,不能大惊小怪,要有耐心,不要给予过多的关注和同情,以阻止对疼痛症状的社会性正强化作用。

2. 自我控制法 自我控制法(self-control approaches)属于认知行为矫正疗法,对于具有比较强烈的求治动机和积极配合治疗的慢性前期疼痛病人比较有效。自我控制法以自我松弛训练为核心,要求病人学会控制自己特征性的主观、行为和生理反应模式。此法可在门诊进行,总计需2个月左右时间,以后还必须定时随诊。下面例举杜克大学的一套自我控制内容:

(1)渐进性松弛训练:病人先学会和用这一技术(见第五章)放松全身肌肉,以后通过泛化作用在站立,行走或工作时也能自主地放松。肌肉放松训练的结果可使病人疼痛性肌痉挛的可能性减少。此法早期也可结合于门诊生物反馈。

(2)自我催眠和认知行为疗法:使病人学会直接改变对疼痛的体验和对疼痛的认知评价,减少对疼痛的注意。

(3)刺激控制和自我奖励:通过控制各种能引起疼痛体验的社会环境因素,以及对良好行为的不断奖励,使病人改变诸如缺少运动和过分依赖药物等疼痛行为。

3. 依情况而定法 使用该法的依据是前述形成慢性疼痛的操作条件反射原理,实行起来费时费钱,一般要住入特殊的病房进行。据报道,对于那些久治不愈,症状复杂,自我认识又较差的病人可试用此法,部分病人效果尚好。现介绍杜克大学的一套方法:

(1)基础观察:为时一周,主要是掌握病人的各种特殊症状表现,找出各种强化因素。医护人员和病人同时定时评定和记录病人的疼痛行为,包括疼痛发作时间、部位、体位,主诉、卧床时间和良好行为因素等。

(2)交谈：在基础观察期后和开始治疗之前，医生通过与病人交谈告诉病人有关治疗原理和具体内容。但病人往往在认识上改变不多，对治疗原理不信服。即使这样，治疗同样开始。

(3)实施治疗：为时四周。①在病人行为符合要求例如没有诉痛，表情平静，积极在病房里活动或与人交谈时，医护人员给以较多的注意、关心和鼓励，进行正强化多在病人行为不符合要求例如谈论或主诉疼痛，面容痛苦，按摩疼痛部位，卧床不动时，则不予理睬即不予强化使之消退。②将止痛药物混入其它药剂中，以每次相同的体积定时供病人服用，并且逐渐将混合药剂中的止痛药含量减少，直至其中不再含任何止痛药物。③要求病人达到有 40%时间外出活动的目标，以后目标逐渐提高，并要求参加病房组织的娱乐活动。

(4)门诊继续治疗：在门诊，要求病人每天记录行为活动，包括站立、行走、坐、靠、卧的时间，并为其制订活动目标。开始每周门诊一次，以后逐渐减少。

(姜乾金)

第六节 手术焦虑与心理干预

一、病人对医疗操作程序的焦虑反应

临床上因急性医疗操作引起的病人焦虑和恐惧反应，除了外科手术，还包括其它各科的诊断和治疗手术，例如内窥镜检查，牙科检查和治疗，以及某些特殊医学程序，如分娩等。本节合并讨论病人在即将接受各种医疗操作程序时所产生的焦虑，恐惧反应，以及如何综合心理学准备等问题。

(一)术前焦虑反应的原因和机制

手术可致焦虑反应，但因手术性质和病人的心身条件的不同而有程度差异。杜小欧发现，100例手术病人中，术前有顾虑的占 76%，多数为择期手术和病情较稳定者；24%主诉顾虑较小者，多为不得不手术或病情较严重者。

手术焦虑的原因是多方面的。Ramsay(1972)对术前恐惧的研究发现，62%的病人是由于怕麻醉、15%怕开刀、23%属于“其他”原因。可见，对于大手术来说，麻醉对病人是一个重要的心理应激源。实际上，对麻醉的恐惧主要是由于病人的不了解。

国内资料认为，造成手术焦虑的直接原因可包括以下几方面：①病人对手术缺乏了解，包括对麻醉的不了解，因而产生疑虑，期待而导致焦虑和恐惧，这方面原因占 90%以上。②怀疑手术效果，这主要取决于病情的严重程度。不得不手术的重病者，此项原因相对地次要一些。但整形外科病人情况则有所不同。③对医生进行挑剔者约占 99%；病人打听医生的年龄、技术和经验，并为此而感到焦虑。④怕术中疼痛者约占 30%。手术越小，病人往往越怕手术期间的疼痛。⑤其他方面，包括家庭关系、单位人际关系、工作情况、环境等。

根据心理行为学原理分析，病人对各种手术(包括各种应激性医学操作)的焦虑反应，可能有以下一些机制(Shi pl ey RH, 1982)。①对我们医疗工作者来说，手术室或检查室，医疗器械、白大褂等都是习以为常的工作场所和工具，在医疗操作过程中，我们关心的是如何给病人以正确的诊断和合理治疗多但是对病人来说，医疗环境却具有不可知性和威胁性，手术或检查器械则是产生害怕和疼痛的原因，对医疗操作过程所关心的是“医生们正在干什么?我的疼痛感觉会如何?”

等等。这种对医疗操作活动的不可预见不可控制感越强,病人产生的焦虑和害怕情绪也就越强烈。②一些病人由于以往有医源性疼痛的经历甚至生活中的痛苦经历,通过条件反射使其它许多医疗操作也变为一种条件刺激,例如曾因牙科手术而经历过疼痛的病人,以后可能对所有医院里的手术刀,针筒、钻子、钳子甚至白大衣、诊疗室等都产生焦虑反应,一些敏感者甚至在联想起医疗手术活动时都会有恐惧感。③有的病人曾因现场观看过别人接受医疗手术时的痛苦景象,通过示范作用,自己也产生对各种医疗操作的恐惧和害怕。④某些医疗手术或检查过程使病人处于一种被强制服从的状态,例如心导管检查需捆绑固定等,病人产生失助感,从而也增加焦虑反应。关于最后一点, French(1979)曾根据对 312 名手术病人的焦虑原因所作的分析认为,病人的恐惧反应有 55%是由于“失去独立性”(包括本来可以自己做的事情得由别人来帮助)。他指出,“病人似乎不愿意放弃独立性而躺着受控制”。

手术焦虑反应的程度存在着明显的个体差异。还有一些重要的影响因素,包括:①年龄:如年龄大且属于再次手术者,焦虑反应较轻,而年龄小和小手术者则较重;②性别:French 认为术前恐惧的性别差异是由于“自我暴露”(self-disclosure)的性差而不是住院冲击的差异;③职业:例如知识分子有时顾虑较多;④心理因素:内向而不善言语或既往有心理创伤者(早年与父母分离、遭人虐待和歧视等),往往能触景生情而致焦虑等等。

(二)术前焦虑和手术结果的关系

病人术前的恐惧和焦虑反应,往往能降低痛阈及耐痛阈,结果在手术中和术后可产生一系列的心理生理反应,如感觉疼痛和痛苦、全身肌肉紧张、对止痛药的依赖以及长期卧床不起等,从而影响手术预后。临床上不少病人由于心理上不适应,虽然手术顺利成功,但术后自我感觉却不佳。

近几十年发表的许多实验性研究报告,大多集中在寻找术前焦虑反应与术后心理生理适应之间的内在联系方面。

Janis(1958)首先采用晤谈及独立的临床评价研究手术应激的心理生理效应。他提出了术前焦虑的程度与术后效果之间存在着“U”字型的函数关系。具体地说,那些术前表现高度焦虑和恐惧的病人,以及术前表现很低焦虑的病人,手术后都会有较高的心身反应,包括术后焦虑和躯体恢复过程延缓等。相反,术前表现中等程度焦虑的病人,术后结果最好。对这一现象 Janis 作如下解释:由于中等焦虑的病人在心理上对手术及其可能带来的影响有比较现实的认识和准备,因而能正确对待手术,也能适应手术以及手术带来的一些问题,结果术后个人体验较好,躯体恢复过程也较顺利多相反,对手术有高度焦虑者往往表现为神经质样的害怕(neurotically determined fears),因而术后仍有类似的高度焦虑和紧张多而术前低焦虑反应者则由于在心理上对手术采取了简单的回避和否认(denial)机制,对手术过程和结果缺乏心理准备,在实际经历手术后就容易将手术体验为一种严重的打击。Auerbach(1973)用术后病人自我感觉的满意程度这一单一指标作调查,结果与 Janis 相类似,即术前焦虑水平与术后满意程度之间有“U”字型函数关系。

在 Janis 以后,许多临床研究都集中在证实或否认 Janis 的理论是否正确方面。由于手术结果受多种因素例如手术种类、病人特点、术前心理准备等因素的影响,使得这一领域的研究至今尚无一致的结论。Wallace(1986)归纳成 5 种假设,大致可以反映手术前后心理生理反应关系的

研究现状。

(1)术前恐惧与术后恐惧之间可能是线性关系而不是 Janis 的“U”字型关系。早在 1970 年, Johnson 即指出,手术前后的恐惧程度呈直线函数关系。即术前越恐惧,术后也越恐惧。反之亦然。此后,不少研究支持 Johnson 的结果。

(2)术前恐惧与手术结果各项指标之间也可能是直线关系。这里的手术结果指标包括诸多心理生理变量,例如手术期间麻醉剂的用量;术后并发症的多少;术后住院时间的长短;术后止痛药用量;术后疼痛体验等。但是,近年来许多研究结果并不完全一致。例如,Johnson(1971)报告术后疼痛与术前焦虑成正相关,而 Scott(1983)的研究却没有这种结论。

尽管在此问题上的研究结果尚不统一,但从许多关于术前心理准备能有效地减少术后并发症的临床研究结果来看,术前焦虑与术后焦虑以及包括恢复速度,疼痛程度等在内的手术效果之间,很可能存在潜在的线性关系。这就是说,因为术前的心理准备,减轻了病人的焦虑反应,而焦虑的克服能挺进术后恢复过程,其中包括疼痛的减轻和对止痛药依赖的减少。有关这个问题的深入研究很有实际意义,因为这将有可能使我们在手术前就能对某些病人实施特别的心理帮助,以便早期纠正病人所存在的可能会影响手术结果的不良心理状态。

(3)术前低焦虑的病人,其对外科手术的害怕不仅在程度上较轻,而且在内容上也可能与高焦虑病人不同。搞清此一问题,将使我们能够有目的地指导其他病人如何获得和保持这种合理的适应手术的心理准备状态。

(4)术前高度焦虑病人与低焦虑者在心理应对类型方面可能存在差别。高焦虑者可能一贯存在认知方面的障碍或者对手术使用了无效的应对策略。这一方面的认识尚待进一步深入。

(5)手术前焦虑程度与心理准备(即心理指导或心理治疗)的实际效果,两者之间可能存在相互的影响。“U”型关系说和“直线”关系说都显示,术前高度焦虑者的术后调节和恢复较差。Leventhal(1970)指出,术前获得准确的信息,将有助于病人建立起正确的期望,后者可减轻手术冲击期间的情绪唤醒。因此,通过术前心理准备,包括帮助建立对手术治疗的准确期望和鼓励积极的心理应对,对术前高度焦虑者特别有效(Auerbach, 1976)。Wilson(1980)也证明,给病人作松弛训练指导时,术前高度焦虑者相对地更易提早出院。然而,Hitchock(1982)却指出,术前心理准备可受高水平焦虑的干扰。有关此一问题,也有待深入研究。

为了对上述 5 种假设进行综合验证,Wallace(1986)选择两组妇科择期小手术病人为对象,并使用多元回归分析法对众多的变量进行筛选研究。结果发现,术前焦虑和术后焦虑之间确存在线性关系,但是术前焦虑和手术效果(包括疼痛程度、恢复速度等)之间并无线性关系。此外,术前焦虑与应对类型之间未见有相关,也未能发现术前焦虑对《术前指导手册》(用于指导病人作术前心理准备的小册子)的使用效果有多少影响。最近 Simpson 等使用“状态—特质焦虑调查”(state—trait anxiety inventory, STAI)测定术前焦虑,以各种认识功能的下降程度作为术后意识障碍的指标,结果也未发现术前焦虑和术后意识障碍之间有相关。

虽然有关手术前后心身反应关系尚未彻底弄清,但有一点是可以肯定的,对手术病人实施术前心理指导如行为训练等心理准备措施,对多数病人来说是有益的。关于这个问题,将合并在下面一起讨论。

二、医疗操作程序的心理学准备

近年来证明,采用一定的心理指导和行为训练程序,包括给病人介绍有关医疗操作的基本知识,给病人以情绪上的支持和鼓励,同时指导病人进行特殊的行为训练如放松训练等,一定程度上能调节病人的焦虑情绪,帮助他们增强心理应对能力,使之尽快地在心理和行为上达到适应,促进术后躯体的和心理的康复。这些心理准备原则除了适用于医学临床各种手术和检查,也适用于社会生活中许多应激场面,如社会性灾难、战斗、激烈比赛等。

(一)提供信息

有一种信息理论或称“准确期望理论”(accurate expectancy)认为,当一个病人知道了他希望知道的各种真实信息后,对各种应激性医疗程序的害怕情绪就会相对较轻,忍耐性增强。据此,主张给各种手术病人事先提供有关手术的真实信息。目前有两种提供信息的模式,即客观信息或真实过程信息(objective or protedural information)和主观信息或感觉信息(subjective or sensory information)。

客观信息就是在术前向病人讲解手术的实际过程。例如,关于全麻胆囊切除术完成后的情况:“你将被送到观察室,在那里你会逐渐地清醒过来,护士将每15分钟检查你的脉搏,呼吸和血压,她们会告诉你如何活动,呼吸和咳嗽,以排出咽喉部粘液以防止发热和肺炎,同时定时给你使用止痛药……”。

主观信息是向病人提供有关手术时的各种主观真实感受及病人可以提出的要求和医生采取的相应措施。按此种方式,上述例子改为:“你在逐渐清醒时可能会感到昏睡和暂时记忆不清,对环境和时间感觉暂时有点昏昏然多完全清醒后,你会感觉到右上腹有一种脆弱之感,可能有受压、受拉、新异或灼痛感,这种痛感也可能会稍加重,这是完全正常的;你也可能感到喉头干燥和轻微刺痛感,这是插管造成的;为了增强你对痛的耐受性,医生会定时或临时使用一些止痛药;护士会定时检查你的脉搏、呼吸……”。

通过对胆囊切除等上腹部手术,盆腔检查、矫形外科石膏拆除和上消化道内窥镜检查等病人的对照研究,证明主观信息比客观信息有更好的效果。

进一步研究还证明,这种提供信息的心理准备法使用于信息敏感者(sensitizers)更有效。信息敏感者就是指平时喜欢寻找各种医学信息的病人,例如向医护人员提各种问题,喜欢看医学书,以及探索医院环境等。相反,信息压制者(repressors)他们将自己的一切都交给了医生,自己对信息不感兴趣,此时提供信息的心理准备方法效果不好。

(二)示范作用

儿童手术前干预可采用示范法。一些国外研究者采用术前电影教育(替代示范法)取得良好的效果。Melamed(1977)使用的一部儿童影片,反映一个小男孩(模型)从入院、术前准备、等待手术、麻醉,到术后康复全过程的各种良好行为表现。结果,接受示范教育的4~12岁儿童,比观看另一部中性电影的对照组儿童手术效果好得多,包括有利于情绪调节和躯体功能的恢复,也减少了术后“行为问题”的出现率。对这一研究结果的一种解释,与Janis的观点一致,即认为

通过电影示范,可以使没有心理准备的儿童产生中等程度的焦虑,使因不了解情况而对手术感到神秘莫测或极度恐惧的儿童减轻焦虑程度,因此两者都促进对手术的心理适应。示范法也可采用生活示范,即请做过类似手术并且现在恢复良好的病人进行现身说法。

示范法在内容方面还可分为3种模式:①驾驭模式(mastery model),即模型人物没有恐惧地通过了手术或检查;②真实焦虑模式(realistically anxious model),模型人物在手术中和术后表现了中度真实的痛苦;③应对模式(coping model),模型人物最初表现焦虑和恐惧,但后来由于采用了一些应对措施而制止了恐惧,成功地渡过手术(Shi pl ey RH, 1982)。尚难肯定这3种模式哪一种更好些。但许多人认为应对模式较理想,因为更反映实际,更易调动病人心理的积极一面,特别在处理非医源性恐怖时效果更好。但 Vernon(1974)证明,真实焦虑模式有更好的改善手术疼痛的作用,提供有关手术疼痛真实信息的模型本身也符合上面所述的准确期望理论。也有人认为应根据病人术前心理反应,应对资源和手术性质等因素综合考虑采用哪一种示范模式(梁宝勇, 1988)。

示范作用的其他条件是:模型和对象之间要尽可能在年龄,性别、手术种类等方面有类似性;采用的方式可以是现场、电影、录像或木偶剧等。示范作用也可用于成年人。

(三) 松弛训练

松弛训练是作为对手术刺激的一种行为应对策略,通常使用简单松弛反应法。腹式深呼吸是最简便,也是最常用的方法。

通常认为,病人的焦虑会导致呼吸急促并以胸式呼吸为主,胸式呼吸又反过来刺激胸腔迷走神经,引起更高的焦虑反应。通过腹式呼吸可以阻断这种循环,使全身紧张性下降、焦虑程度减轻。

常用的术前腹式深呼吸松弛训练指导如下:坐或卧位,一手置于胸部,一手置于腹部,逐渐放慢呼吸速率;嘱深吸气,要能觉察到置在腹部的手抬高而胸部的手基本不动,停留片刻后自然呼气,呼吸时一边心中默念1、2、3……,一边感觉置腹部之手自然回落,并感受到全身肌肉自然放松和舒适宁静的感觉。如此反复指导训练直到病人基本能操作自如,并嘱其在手术中和手术后自觉使用。

(四) 认知疗法

这是一种效果较好的心理准备方法,在此又称为“应激无害化训练”。其根据是,病人的应激性焦虑反应的程度和方式取决于病人自己对应激事件的感知和思考,因此通过帮助病人改变认知结构,焦虑即可减轻。

手术心理准备中的认识疗法通过交谈形式进行,主要包括以下一些要点:

(1)设法使病人明白一个人对手术的特殊思考过程可以引起焦虑反应。

(2)设法使病人辨认自己有哪些思考和暗示因素引起了紧张和焦虑,例如担心疼痛,担心医生失误、屏气、双手用劲用力等都可引起焦虑。对这些要加以重新认识。

(3)设法使病人辨认自己有哪些思考具有减轻紧张和焦虑的作用。对这些正确的思考要加以强化、鼓励和肯定。

(4)指导病人假设已处于手术应激场合,反复使用上述适应性的思考过程,避免不良的思想和暗示因素的影响。要求在正式手术中继续保持这种适应性思考方式。

认知疗法交谈过程没有具体的程式，也很难复制，医生要按照具体问题灵活掌握，其中有极大的技巧性。

(五)刺激暴露

刺激暴露(stimulus exposure)的根据是条件反射的一种现象。许多研究证明(Rachman, 1977)，对医学操作的害怕有些是由于过去的厌恶经典条件反射所引起，而这种条件反射性害怕可通过反复暴露于能引起害怕的刺激之中而得到消退。就象医学生对尸体解剖的体验一样，第一次接触尸体可产生焦虑和恶心反应，如果只接触一次，这种反应会保持下来。但通过一段时期的反复接触，医学生可以一边观察尸体一边安静地吃中餐。因此，利用刺激暴露法可以克服病人对医疗操作或其它应激场面的焦虑反应。

具体方法按情况而定，例如接受内窥镜检查病人可早一天熟悉检查器械(或反复看录像)，以及直接带领病人熟悉各种环境刺激。

刺激暴露法和提供信息法一样，对信息敏感者效果较好。

(六)分散注意

该方法特别适用于短时的应激——如注射、牙科操作、分娩等。分散注意的手段可由医生掌握，也可指导病人自己去掌握。例举如下：

谈话：有经验的护士在注射时和牙医拔牙时都普遍使用谈话分散病人的注意。

听音乐：有人让病人自己控制音量收听音乐，嘱病人在牙科操作引起疼痛时，自己可将音量调得高一些。结果由于分散注意和病人产生“自我控制感”，焦虑和疼痛体验减轻。这种方法曾被误称为“音乐止痛法”。

计算、设计购货计划和美好的幻想：指导病人在接受医疗操作时自己主动地进行上述心理操作，以分散注意力。

(七)家庭支持

在外科心身疾病一节已述及社会支持对外科手术病人的影响。同样，在若干医疗操作程序中，只要有可能，应允许病人的家庭成员在场，可降低病人的焦虑反应。例如，有人主张妇女分娩时应让其丈夫在场，儿童摘除扁桃体时母亲应在场等等。

但是要注意家庭成员可能产生负性示范作用或负性暗示作用。例如，家人如果表现极度恐惧和不安，无疑对病人是一种雪上加霜。因此，一般主张家人应和病人一起接受术前教育，表现良好者才可担当起社会支持重任。

(八)催眠

对手术病人还可采用催眠暗示法，以降低其心理应激程度(Marshall, 1978)。但是由于医院缺乏专门催眠人员，而短期内使病人学会自我催眠又不容易，故限制了催眠法的应用。

不过，在日常医疗操作过程中，医生可以在病人麻醉的基础上，适当增加一些带催眠暗示性质的良性暗示语，以增加病人安全感而不会有什么坏的影响。例如对一位正在接受麻醉手术的女孩可进行放松、舒适和无痛无害的催眠暗示：“兰茜(病孩名)躺的体位正好合适……闭着眼……看上去很安静……看，她多安静、疲劳……兰茜正越来越深地呼吸……快睡着了”。有研究认为，即使病人处在意识消失的全麻状态，催眠暗示语仍可产生良性作用。

(九)心理准备的实施

上面已分别介绍了多种心理准备方法。但在实际应用时,往往同时综合使用其中的几种方法,以加强效果。例如, Egbert 等(1964)在一个经典的手术心理准备研究中,对手术病人联合使用心理指导方法及松弛训练。他们对上腹部手术病人作研究,实验组 46 人,除给予常规术前指导外,并由麻醉师介绍手术后疼痛情况,指出疼痛主要是局部肌肉紧张造成,用顺序放松肌肉的训练方法可使疼痛减轻,并指导他们进行具体的松弛训练,主要通过缓慢的深呼吸而有意识地放松腹肌,鼓励病人利用床头的一个吊架在放松腹部肌肉的情况下也能用四肢力量翻身。最后还告诉病人,如果需要,也可以使用有效的止痛药。手术结束后,再重复这些心理行为训练的指导。51 名对照组病人则仅给以常规的术前指导,仅在手术前晚上给病人讲解麻醉过程,但不涉及手术后疼痛等问题。结果,手术后实验组比对照组住院时间要短 2~7 天,止痛药用量实验组仅为对照组的一半,通过观察估计,实验组的疼痛比对照组轻。Healy(1968)使用类似的心理学指导法,对 300 多名住院病人作临床对照研究,也取得同样良好的结果。此后,许多研究均证明,术前指导对术后心身恢复确有良好作用。我们也曾设立较严格的对照组,在胃、胆囊择期手术病人中使用类似的心理指导和松弛训练,所得结果与前述完全一致(姜乾金等, 1988)。

(姜乾金)

第七节 康复心理

一、康复医学与康复心理学

(一)概念

“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。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多从工作手段来看,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,还包括慢性病人的身心恢复过程和老年人的某些心身问题。

康复心理学(rehabilitation psychology)就是研究解决康复医学中的各种心理行为问题。因此,康复心理学可被看成是康复医学的分支。同时,康复心理学又几乎是与康复医学同时出现的一门医学心理学分支学科。在康复医学发展的早期,由于伤残者往往存在心理行为问题需要心理学家的帮助,因而促使一部分心理学家也参与了帮助战争伤残者的工作行列。二战后,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。

(二)康复心理学的工作内容

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，使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和坚定的信念。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)。

(三)康复心理学前景

卫生保健工作中的三级预防是对已发生疾病的某些个体提供帮助，以防止疾病的进一步恶化，尽可能降低其对个体功能的损害。如果说心理卫生研究属于卫生保健中的一级预防工作，则康复心理学就是三级预防工作的重要部分。

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，随着人们对健康要求的提高，具有中国特色的康复心理学体系一定会在不久的将来出现。

康复心理学的工作内容与医学心理学在许多方面有交叉和重叠，本书有关章节已作了较系统的介绍，下面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。

二、伤残的心理行为问题

(一)伤残，病损和行为问题

一般所谓的伤残(disability)是指机体的病损(impairment)造成的躯体功能或心理功能的缺损。这里重点讨论躯体伤残(physical disability)与心理行为因素的关系。

病损造成伤残。伤残本身又会使生活、工作、学习发生困难，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，伤残本身又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、伤残和行为问题，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 7—4)。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对机体病损和伤残程度产生影响，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。下面仅讨论心理行为因素对伤残的影响和伤残引起的心理行为反应问题。



图 7—4 行为与伤残的关系

1. 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，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些。

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存在的情况下，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。

2. 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, 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。这种否认心理对应对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是不可避‘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,主要表现为情绪低落、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。

(二)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综合的心理行为措施。不论何类伤残夕因何致残,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。

1. 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。

2. 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(ward 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,说明哪些功能可在今后得到恢复或补偿,哪些将会继续存在。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。

3. 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。

三、康复运动锻炼的心理效应

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)。下面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证实。

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。有人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。Balog 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。

曾有人对运动锻炼和冥想训练作了对比研究,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。这一结果提示,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性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。但实际上即使用强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(Driscol 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；⑨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。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。Jefferson JW(1982)认为，由于运动锻炼不会使抑郁症状复杂化，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)。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，却有半数人需要重新接受治疗。

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。

Spi rduso 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，其职业操作能力也有明显改善。

中度运动锻炼，还可有主观感觉上的睡眠增加(Baekel and 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)。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。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多各种激素和神经递质的变化，也可能与欣快感的产生有关(Di shman 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证和运动剂量的问题，在指导和实施运动治疗时都必须予以注意。

(姜乾金)

第八章 心理卫生和变态心理

第一节 心理卫生总论

一、心理卫生一般概念

(一)健康的概念

随着生产水平的提高,科学技术的发展和社会的不断进步,人们对健康的要求越来越高,关于健康的概念也随之发生着变化。

生物学的发展为人类健康做出卓越的贡献。但生物学把人类简单地当做生物有机体,忽略了人的社会性和人的丰富的内心世界,把健康和疾病主要理解成是人体各器官系统发育是否良好和机体的功能运转是否正常。这种健康标准通常是用体格检查和各种生理生化指标来衡量的。

《简明不列颠百科全书》1985年中文版关于健康和疾病的概念是:“健康是个体长时期地适应环境的身体、情绪、精神及社交方面的能力。疾病是产生症状或体征的异常生理或心理状态”。这一概念涉及了生理、心理和社会三个方面的功能状态,因而与以往生物医学的健康和疾病观念有显著不同。

在英文中关于疾病存在着三个不同含义的词。一个是 *disease*, 用来说明病人躯体有器质性病变或功能的不正常,这种异常是可以检测到的,因而是从生物学角度看问题。其次是 *illness*, 用来说明病人主观不适,如感到头痛、恶心、焦虑等一系列症状,这显然是从心理学角度看问题。第三是 *sickness* 用来说明病人患病了,不能正常执行工作、学习和日常活动,失去了正常健康人应有的行为,这是从社会角度看问题。关于疾病的这三个词,也从客观实际的角度反映了对人类健康和疾病必须分别从生物、心理、社会等不同侧面作出判断。

世界卫生组织(WHO)对健康的定义是:健康是一种身体上、心理上和社会上的完好状态或完全安宁(*Complete well-being*),而不仅仅是没有疾病或虚弱的状态。

综上所述,根据目前生物、心理、社会医学模式,健康的概念显然应包括以下三方面内容:①躯体方面无器质性或功能性异常;②无主观不适感觉,③无社会(第三者)公认的不健康行为。而这三条总体上说明了健康总是包含着心、身两方面的健全。

(二)心理卫生的概念

从健康概念的讨论中可以看出,为了实现个体完满的健康状态,不仅要讲究生理卫生,而且要讲究心理卫生。

《简明不列颠百科全书》关于心理健康和心理卫生的描述是:“心理健康指个体心理在本身及环境条件许可范围内所能达到的最佳状态,但不是指绝对的十全十美状态。心理卫生包括一切旨在改进和保持上述状态的措施,诸如精神疾病的康复、精神病的预防、减轻充满冲突的世界所带来的精神压力,以及使人处于能按其身心潜能进行活动的健康水平等”。

我国著名心理学家潘菽教授在《教育心理学》中是这样描述的：我们应该注意身体健康，故研究生理卫生多我们若要使心理得到健全的发展，则必须注重心理卫生。

总之，心理卫生(mental hygiene)就是通过各种有益的教育与训练，培养人们有健全的个性和正常的心理状态(即健康的心理)去适应当前的和发展着的社会环境，从而使生理，心理和社会功能都保持完满和良好的状态。

(三)心理卫生简史

现代心理卫生发源于本世纪初。1908年美国康涅狄格州第一个成立了心理卫生协会。1909年，美国建立了全国心理卫生学会。1930年53个国家在华盛顿召开第一届国际心理卫生会议，我国也是与会国之一。1948年联合国设立了心理卫生组织；1954年建立了世界心理卫生协会。我国于1936年在南京成立中国心理卫生协会，会后因抗日战争而未开展工作。1985年9月在山东泰安召开了心理卫生工作千人大会，此次大会为我国心理卫生今后工作打下良好的基础。

(四)心理卫生的任务和范围

任务：①促进人们在学习，工作和生活中保持良好的心理状态；②预防各种病态心理，心身疾病和精神病的产生；③培养和促进儿童心理的正常发展，培养健全的人格。

范围：①不同年龄阶段的心理卫生；②不同社会群体的心理卫生；③特定个体的心理卫生；等。

(五)心理卫生工作的意义

严格来说，心理卫生工作应是预防医学的组成部分。疾病的一级预防除了必须控制生物因素的不利影响外，同时也必须加强人们的良好心理素质的培养和保持，从而降低心身疾病和心理疾病的发生率。从广义的心理卫生工作内容来看，它还担负着对各种心理疾病或心身疾病病人的帮助工作，因而心理卫生也是疾病的二级预防或者甚至是三级预防工作的一部分。因此，心理卫生工作对于预防医学来说具有重要的理论和实际意义。

心理卫生工作由于面向广大人民群众，有助于人们保持良好的心理状态，因而在提高工作和学习效率、改善生活质量、净化社会空气等方面都有积极的意义。

二、健全个性及其影响因素

(一)健全个性品质

培养和保持健全的个性(或人格)，是心理卫生工作的中心目标。健全个性不是单一的某种心理特点，而是多方面优秀心理品质的综合，然而什么样的个性心理品质才算是健全的，国内外学者们的认识并不完全一致，其判断标准也不一，读者可参考变态心理章有关内容。如果从大体角度来看，大多数人认为个体行为能够与社会环境协调统一并保持心身的适应，这是个性是否健全的主要判断标准。下面根据我国社会特点，从心理结构角度分别讨论若干良好的个性品质。

1. 正确的价值观、人生观 价值观、人生观是一个人了解和看待自然现象和社会现象的总观点，是调节和控制个体行为的最高层的参照体系。它在人格的形成中起重要作用，也是健全人格的重要组成部分。在我国传统文化中，有许多可以继承的价值观念。如范仲淹的“先天下之忧而忧，后天下之乐而乐”的思想，都曾鼓舞了我国历史上许多人为祖国昌盛而奋斗，成为他们

立身处世的最高标准。

2. 对现实积极的态度 包括对社会和集体的积极态度，如热爱祖国、热爱社会主义，拥护共产党，热爱集体，助人为乐，有干劲，爱劳动，守纪律，尊重劳动人民，忠诚老实，有礼貌，遵守道德规范等。

3. 良好的自我意识 有自尊、自爱、自强不息的精神，增强参与意识，增强社会责任感。高尔基曾说过，人最光荣最伟大的任务就是在世界上做一个人，为了人的尊严，不能马马虎虎地活在世上。作为中国公民是当家做主的主人，从小就应充满自信心，自豪感，有以天下为己任的精神。

4. 辩证思维，有较高的鉴别能力 辩证思维和创造性思维是健全人格在思维和认识活动方面的重要特征。通过生活实践、社会实践和科学实践，不断学会辩证思维，发展辩证思维，从而对变化着的事物能有比较全面的认识并做出切合实际的判断。

5. 积极稳定的情绪状态 在情绪的强度和稳定性方面，要既能表现积极又能做到自控，不因琐事而轻易改变情绪的性质，或因琐事而情绪体验持久深厚，使自己经常保持良好的心境。

6. 良好的意志品质 在意志方面，目标明确而坚定，行动自觉而有独立性，有坚韧不拔的毅力和较强的自控能力，这是健全人格在意志方面的集中体现。意志力需要在长期实践中才能得到培养。

7. 良好的社会适应能力 人在社会中生活，要接触不同的环境，同许许多多的人打交道。有的人每当进入陌生的环境就可能产生某种疑虑和紧张心理，从而影响了心身的健康和稳定。因此，健全的个性必须反映出有良好的社会适应能力。社会适应能力应在儿童时期起就有意识地加以培养，促进人与人之间的交往，增进相互了解，培养互助精神和集体主义精神，学会能够快速熟悉新的环境和适应新的环境，避免孤独等，这些都是健全人格不可缺少的品质。

(二)影响个性形成的因素

个性形成有先天因素，也有后天因素，一般说来，个性心理特征是在独特的遗传素质的基础上，接受具体的环境和教育的影响，通过个人生活实践而形成与发展起来的。

1. 遗传素质 遗传素质是心理发展的自然前提条件，没有正常的遗传素质，就没有正常的心理发展。例如感觉器官或发音器官上的先天特点对于绘画歌唱等特殊能力的形成，神经系统的强度，灵活性和平衡性等基本特性对于人的气质特点的形成等显然起着相当大的作用。但是，在社会性很强的性格特点的形成上，遗传素质的作用是很小的，一般只影响它的表现方式。

2. 环境环境尤其是人类的社会生活环境是形成个性差异的社会基础。环境对个性形成的影响，一方面表现在制约个性形成的过程(快慢和水平)，另一方面制约着个性形成的方向和性质。

(1)环境影响着个性形成的过程：人的智愚利钝，不取决于血统而取决于环境，“染于苍则苍，染于黄则黄，所入则变。”(《孟子》)儿童的爱好、习性、意识是社会存在的反映，是环境影响的结果。例如有人把一对孪生姐妹在18个月时分开抚养，姐姐生活在一个边远地区，仅仅受过两年正式的学校教育，妹妹则到一个繁华的城市生活，而且读完专科学校，当他们35岁接受测验的时候，妹妹比姐姐智商高。

(2)社会文化影响着社会成员共同的行为模式：每个人生下来都是随着他的成长逐渐社会化，而每个社会都有自己的文化。文化的组成包括对一些重大问题的价值观念，如对人的本性看法，

对自然的看法，对人生的生与死的看法，对人与人关系的看法和怎样去评价真善美与假恶丑，还包括解决问题的方法及共同的行为模式等。因此，在不同的社会制度下生活的人个性有很大差异。据我国心理学的调查发现，我国人民具有许多共同特点：情感较含蓄内向、性喜安静，遇事考虑多，对人缺乏信任，与人交谈有些拘谨，善于克制自己。台湾心理学家黄坚厚通过调查也证明中国人具有顺从和自我约束的谦让等个性特点，这是几千年来儒家思想和我国的政治文化对我国人民个性形成所产生的巨大和深远的影响。

(3) 社会阶层影响个体对外界事物的认识：在同一个社会里，不同阶层的人对外界事物的认识和反应往往不一样。美国心理学家研究发现商人多半保守，劳动者较性急，经济地位高者防御机制较强并随着职业阶层的降低而减弱。

在环境影响因素中，家庭影响尤其是父母个性对儿童性格形成起着潜移默化的作用。父母的工作态度，人际交往，亲属关系、对挫折的反应等等都在影响着儿童。

3. 教育 教育通常是指通过学校，由老师按照一定目的，有计划，有系统地对儿童施加影响，发展其智力和体力，使他们获得知识和技能，培养成一定的思想品德和心理品质。教育在学生健全个性的形成中起着积极和主导的作用。

另外，家庭教育是个性形成的最初途径。儿童早期的经验，对情绪，社交能力等均有深远的影响。国外有不少关于父母教育方式对儿童个性形成的影响的研究。例如美国波德温将父母教养方式分为民主与权威两种，结果发现在民主教养下的儿童活泼，外向，富有创造力，权威教养下的儿童不活泼、内向，多不服从常有反抗性。

4. 个人的实践活动和努力程度 对于素质接近，社会环境和教育条件相同的人，个性发展水平仍有很大的差异。这与各人的实践活动不同，特别是各人的主观努力程度和方向的不同分不开。

综上所述，健全的个性包含着广泛的内容，健全个性的形成和保持受多方面因素的制约。心理卫生工作的一个重要方面，就是要通过各种可能的途径，利用各种有效的影响手段，帮助人们发展和维持尽可能健全的个性。这将在后面各章作详细的讨论。

(王 兵)

第二节 儿童心理卫生

一、孕期心理卫生和胎教

(一) 孕期心理卫生

一个新生命是从受精卵和胚胎发育开始的，因而儿童的心身健康实际上也应从孕期抓起。

1. 孕妇应保持情绪的的稳定、愉快、心境平和 孕妇情绪波动，会影响内分泌和血液成分，从而影响胎儿的发育。例如，过度紧张分泌过多的皮质激素，能阻碍胎儿上颌骨的发育而造成腭裂。情绪不稳的孕妇，发生难产的机会比较高或产程过长。长期处于忧虑的产妇，常会引起早产。因此，母亲在孕期一定要心情舒畅，情绪稳定，生活有节奏，避免生气、过度狂欢等不良刺激。

2. 注意营养 母体营养对胎儿的发育极为重要。若母体营养平衡失调,可使胎儿脂肪堆积,个体过大带来分娩困难,或者会影响各器官协调发展,尤其影响智力的发展。同样,如母体营养不良,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。

3. 避免烟,酒和药物的影响 烟可使胎儿缺氧,酒精可使胎儿中毒,因而都对胚胎的发育有害。某些药物可致畸,例如链霉素、卡那霉素、磺胺可致耳聋,四环素可致骨骼发育障碍,使牙齿变黄,某些抗癫痫药和抗精神病药物也可有致畸作用,激素和抗肿瘤药则更为明显,可致多种严重畸形,故在妊娠期间要特别小心。妊娠早期接触放射线可引起小头、脊椎裂,腭裂、颅骨缺损等畸形,也应加以避免。

4. 增强体质,减少疾病 妊娠期头两个月孕妇如患风疹,婴儿先天畸形的发生率高达 72%,常见的畸形有先天性白内障、小头、先天性心脏病、聋哑、弱智等。其次是巨细胞病毒、流感病毒、腮腺炎病毒等也可致畸。孕妇感染这些病毒后可能只有感冒症状,但对胎儿的危害却可能很严重。弓形体的寄生虫常寄生在猫狗等家畜身上,孕妇受到它的感染后,婴儿可出现脑积水,小眼等多种畸形。

此外,孕期心理卫生还包括做好产前检查和助产工作,避免产伤和分娩时出现胎儿缺氧和窒息等。

(二)胎教

胎儿虽然深居母腹子宫中,但胎儿对外界环境也有所反应。如到第 6 周的胎儿,已会活动,用光照射母腹,胎儿有眼球活动及转头相向(B 型超声波检查);第 10 周胎儿压觉,触觉感受器已形成,会躲避医生检查母腹时的按压;到 28 周,听到音响时胎儿心跳会变快。这些事实证明,不仅母体与胎儿息息相关,外界的环境刺激也对胎儿有明显的影响。这样胎教就有了理论基础及可能性。目前胎教已成为一门新兴科目。在西方国家认为胎教对胎儿的生理和智力发育很有帮助。其形式是给怀孕 4~7 个月的腹中胎儿“上课”,分音乐课、言语课和体育课等三种。但胎教是一个复杂而涉及面又广的问题,要肯定效果,还须较长时间的研究才能定论。不过他们指出的研究方向是值得今后探讨的。

二、乳婴儿心理卫生

(一)乳婴儿期心理发展

在心理学领域,个体出生后至 28 天为新生儿期,出生后到 1 岁为乳儿期,1~3 岁为婴儿期。新生儿的大脑虽已经具有成人的脑的形态,但大脑主要的沟不深,神经细胞体积还小,神经纤维还很短很少,而且大部分没髓鞘化,因此,此期主要依靠皮层下中枢来实现诸如食物的、防御的和定向的等无条件反射。到乳儿期,小儿各器官及神经系统迅速发育,心理机能随之产生飞跃。

情绪的发展。新生儿能表达的情绪种类很少,仅能表达一种泛化的激动状态。接着开始两极分化为愉快及不愉快两大类情绪反应。出生后 3 个月末可以出现欲求、喜悦、厌恶、愤怒、惊骇、烦闷等六种情绪反应,见到母亲就会微笑、看到奶瓶就手舞足蹈。5 个月有害怕、惧怕情绪。到了 2 岁除喜怒哀乐外,还可有尊敬、同情、羡慕、忌妒、惭愧、失望……等 20 多种情绪反应。

动作的发展。新生儿多是整日闭目甜睡，靠无条件反射(如吸吮、拥抱、排便)来完成动作。随着婴儿的长大，逐渐形成条件反射，此时许多活动靠条件反射来完成。婴儿2个月便能抬头、3个月能翻身，对光线和物体分辨功能增强，眼睛能追随移动的物体，有时伸手抓东西并塞入口中。7个月能坐，8个月能爬、9个月随着牙齿生长，其咀嚼能力也逐渐增强，10个月扶着能站，1岁~1岁半小儿能独自站立及开始学习行走。

语言，认识能力的发展。一个月的婴儿能用啼哭表达自己的需要(要求)，如饥饿、身痒、尿布潮湿等。2个月对成人的言行能作简单反应，3个月能认人，大致能分辨熟人和陌生人，能辨认亲人的声音。10个月胎婴儿常“呀呀”学语，1岁左右能听说更多的话，可用简单言语与人交往，1岁半对语言的理解程度加深，说话的能力也增强，此时，已出现思维的萌芽。2~3岁的小儿已有空间和时间知觉，知道自己玩具放置的地力，能单独外出玩耍及回家，具有一定的独立生活能力。

总之，从出生到2岁是大脑发育最快的时期，3岁前脑细胞发育已完成70%以上，这就是早期智力开发的物质基础。因此，早期教育对婴儿的心理发展极为重要，是儿童教育的重要时期。在婴儿期父母还要注意对小儿性格及情绪稳定的培养，不能过于溺爱。

(二)乳儿期心理卫生要点

1. 喂奶 以母乳喂养最好，一方面母乳中营养充足，温度适宜，适合乳儿消化吸收而且母乳中含有多种抗体，可增加乳儿的免疫力，含有胱氨酸，有利于小儿智力发展，这是牛奶喂养所不能媲美的。更重要的一方面是母乳喂养可使乳儿获得感情上的满足，也是增进母子良好关系的桥梁。此外，切忌在情绪激动的情况下哺乳，以免影响乳儿身心健康；切忌一哭就喂奶，以免形成不良的饮食习惯。

2. 睡眠 除了要保证乳儿有足够的睡眠，并要想办法让乳儿白天少睡些，逐渐养成晚上眠的习惯。

3. 培养乳儿良好情绪 6~12个月是乳儿心理发展急剧时期，也是建立母子关系关键时期。此期母子经常接触，小儿容易保持良好的情绪。如小儿长期得不到母爱，即所谓“情感剥夺”将会严重影响小儿心理发展和身体的发育。例如可能会产生夜惊、拒食、消化功能紊乱等症状，甚至长大后会出现人格病态。另一方面要培养乳儿躺在小床里的习惯，白天适当抱抱亲热一下，切不可一听哭声就去抱。抱多了，一旦大人有事不能抱时会引起长时间的啼哭，影响情绪，有损健康。

(三)婴儿期心理卫生要点

1. 断奶 婴儿一般在10~12个月就应该断奶，但断奶要认真，要有计划，不能采用突然进行的方法，应在断奶前2~3个月逐渐增加喂些稀粥、蛋糕，奶糊等辅助食物，最后才完全断掉母乳。切忌用辣椒、黄连涂在乳头等不科学方法来断奶。

2. 言语训练 言语训练越早越好，智力发展也会越快。2~3岁是儿童口头言语的关键时期，因此，要注意此期言语训练。父母特别是母亲在与婴儿接触过程中，要多同其说话，引导其发出声音。1岁以后，可给婴儿讲故事，教唱简单的歌，以及耐心纠正他们发音不恰当之处或用词错误。

3. 大小便训练 大小便的训练，需要在耐心和和蔼态度下进行，不要埋怨，不要斥责，因为

斥责或打骂不但会影响大小便的训练，而且会给孩子留下心理创伤。必要时婴儿大小便训练可适当应用正、负强化的训练方法(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”等言语来吓唬小孩。那时哭可能停止了，但孩子也因害怕而受了惊，这对儿童的个性形成会有不良的影响。

5. 爱动，好奇 婴儿大脑功能兴奋占优势而抑制能力较弱，所以儿童表现爱动，易兴奋、激动、喧闹、注意力不集中。此时应该引导他们的精力到有益的游戏或玩具上去。好奇，好发问也是此期儿童的特点，这是儿童求知动机的表现，这对一个人的知识积累和智力开发十分重要。父母要实事求是，认真地对其提出的问题作出合理的解答，切不可因工作忙而责骂儿童，或虚构事实欺骗他，以免影响儿童情感和知识的发展。

三、学龄前期儿童心理卫生

(一)学龄前儿童的心理发展

3~6岁为学龄前期或称幼儿期。此期小儿与外界接触和受他人影响增多，生活由家庭向集体过渡，心理发展也特别迅速，会说话，学写字，会做简单轻微劳动。此期活动场所在幼儿园和家庭，而幼儿园老师和父母是活动的主要指导者。据认为，5岁以前是智力发展最快的时期多在3~6岁就初步奠定了人格健全与否的基础。因此，父母及幼儿园老师应抓住幼儿此期心理发展特点，积极训练他们爱学习、爱劳动等良好习惯，加强智力的开发和健全个性的培养。

(二)学龄前期儿童心理卫生要点

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。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。

2. 培养良好的生活习惯 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，父母对儿童生活习惯的培养，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。其它许多良好生活习惯，也应在此期加以认真训练和培养。

3. 正确对待哭闹和淘气 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，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，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. 正确对待反抗 反抗是儿童不正确的行为，但要找出反抗的原因。例如，他认为自己的事比大人叫做的事更重要；大人答应小孩的事(如看电影)未办到，多次后会造成长反抗多父母偏爱，事事允诺小孩的要求，当大人要他做事时就会不愿意、反抗；正面或侧面的说：“我对我的孩子真没办法”，这是暗示，结果使之更反抗，淘气。以上情况都要有区别地加以处理。

5. 培养儿童有独立的愿望和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，有的儿童尝试新事物时，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。

6. 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。

四、学龄期儿童的心理卫生

(一)学龄期儿童的心理特点

6~12岁为学龄期，是长身体、长知识的主要时期。此期大脑抑制功能逐渐增强，故较能安静下来，能较细致分析和综合外界事物，较能控制自己的行为。此期儿童思想开阔、求知欲强，开始具有抽象的逻辑思维和创造性思维。

儿童入学后，开始有意识地过集体生活，逐渐认识到学习的目的性和自己与集体的关系，开始有系统学习文化科学知识。随着与社会的接触内容不断增多，范围不断扩大，以及他们在家庭和社会中地位的改变，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。

(二)学龄期儿童心理卫生若干问题

1. 培养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，养成自觉学习的习惯。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，受到老师和同伴非难或排斥，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。对此若不加注意，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。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是做。

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。

五、儿童不良心理行为问题

(一) 独生子女不良心理行为问题

根据近年研究，我国独生子女较之非独生子女存在许多积极因素例如智能和体质较好等，但同时也存在不少消极因素，主要表现在个性特征和行为方面。表 8—1 是南京有关资料所反映出的独生子女存在的某些问题。

表 8—1 独生子女与非独生子女行为比较

项 目	挑食	挑穿	容易发脾气	不团结友爱	胆小	不尊重长辈	生活能力差
独 生 子 女	73%	50%	70%	43%	53%	47%	55%
非 独 生 子 女	43%	31%	60%	40%	67%	35%	48%

独生子女教育应注意以下几点：

1. 既要关心爱护，又要有要求 在日常生活中，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。

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子多给别人做好事。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 对于任性、孤僻、依赖性大等独生子女身上常见的毛病，也要针对具体情况，正确引导。

(二) 形成儿童不良行为品质的外在因素

1. 家庭不良因素对儿童的影响 家庭教育对儿童行为品质的形成有着重要的影响。据汕头市某小学对 41 名有不良品德行为的学生分析，有家庭不良因素者 32 名，占 78%。其中生长在不幸家庭的占 24%，有的是单亲或双亲亡故，无人管教，有的是父母离婚，家庭成员不和睦，

关系紧张，缺少家庭温暖，有的是父母或家庭成员有不轨行为，给子女造成不良影响。其中因家庭教育不良、方法不当的占 54%，具体表现有宠爱娇惯，或粗暴打骂，或纵容袒护，或疏于管教，或父母教育步调不一致等。

2. 社会不良因素对儿童的影响 学生来自不同家庭，来自社会各个角落。整个社会对儿童是所大学校。社会存在的一些消极因素，很容易被辨别是非能力尚差的儿童接受下来，形成不良行为。

(1)精神毒素对儿童的心理污染：随着对外交往的增多，旅游事业的发展，资本主义思想和文化生活也渗透进来，各种电影，录像的某些不健康镜头和凶杀武打场面都可成为儿童模仿的对象。

(2)不良社会风气对儿童的心理影响：社会上不文明、不遵守公共秩序、赌博、偷窃、流氓等现象，以及某些人利用职权拉关系、走后门，请客送礼等不正之风也对儿童有较大的影响

3. 学校教育的缺陷 小学是教育儿童的重要场所，学校基本任务是把学生培养成为有理想，有道德，有文化、有纪律的社会主义新一代。但是目前不少学校重智轻德，把智育看成主要的，作为学校好坏的评判标准，而对德育教育不经常、不得力。这种现象显然也会影响儿童良好行为品质的形成。

综上所述，要培养儿童良好行为品质和心理素质，需要有学校教育、家庭教育和社会教育的密切配合和共同努力。

(张国粹)

第三节 青年心理卫生

一、青年期心理卫生特点

青年期是人生之中最美好、最具有朝气、生命力也最旺盛的阶段。在此期，人在生理，心理上不断趋于成熟，社会适应性也不断提高，又反过来推动心理的发展。然而，就青年期生理和心理的发展状况看，存在某种不同步性，即生理发展较心理发展要快，这就造成一些矛盾，从而影响青年人的心身健康。

(一)青年的心理特点

1. 认知旺盛 生理上的成熟，内脏机能的迅速发展，促使青年形成了生机勃勃，精力充沛、具有生命力的心理特点。青年期第二信号系统的发展，使得逻辑思维能力大大提高。这时期，青年不仅具有直观的形象思维，而且越发善于运用概念进行合乎逻辑的推理，理解各种知识之间的联系，观察力、概括力、想象力、记忆力不断增强，从而使青年具有记忆好，求知欲强，思想敏锐，接受新事物快，表现为认知旺盛的心理特点。此外，青年人还富于幻想，青年人的幻想有正确的、积极的，也有错误的、消极的。

2. 情感丰富 情感丰富是认识旺盛的必然结果，往往表现为青年人易动感情，情绪、情感比较强烈，遇事容易激动，同时存在多种情绪状态。比如，在青年身上，可能同时存在情绪的闭锁性与开放性；对事可以表现为不在意，无动于衷或冷漠，也可以表现为积极关注，情绪振奋，

充满激情多青年人的自尊心比一般人突出，在部分青年身上由于过度的自尊又容易滑向自卑。因而在青年身上，有时可能同时存在自尊和自卑的情感体验。青年的情绪变化较快，有时如急风暴雨，有时则风平浪静；对待问题，有时表现偏激，有时也表现冷漠；青年可表现强烈的正义感，可以在关键时刻挺身而出，做出惊天动地的壮举，也可能哥们义气严重而危害社会。总之，青年的情感体验以认知为基础，表现为丰富多彩的特点。

3. 意志增强 青年人由于精力充沛，思想敏锐，自信心较强及生理上的发展，意志力不断增强。他们对自己所认定的事业有执著的追求，能克服困难，努力完成艰巨的工作任务。可以说，青年在意志方面表现出坚持性、目的性等特点。这些也正是青年的精神之所在。

4. 青年自我意识的发展 自我意识是对自我在环境中存在的一种领悟，是对自我价值、自我地位、自我能力的一种评价或判断。自我意识在青年前期随着自身的发育而逐渐形成，表现为独立感、自由感、自信心、自尊心、有远大理想等。独立感是青年具有成人意识的表现，他们要摆脱原有的束缚，要独立的生活。他们认为自己已是成人，应享有同成人平等的社会权力，应建立与成人之间的新关系，他们希望经济上独立，在生活上自立，反对依赖他人。自由感即是不愿受集体或群体的限制。自信心即是对自我能力和精力的一种肯定。自尊心即是要求别人尊重自我以维护一定的荣誉和社会地位的自我倾向。

以上是青年心理的一般特点，值得注意的是，青年心理特点不仅有积极的成分，也有消极的成分。青年心理卫生工作就是要推动青年心理的积极方面的发展，防止和引导消极的心理，从而保持心理健康。

此外，青年心理特点也表现为层次性、时代性，个体差异性的特点。例如，青年在不同时期的心理特点不同；不同的人具有不同的心理特征多不同的职业和文化状况其心理特点不同。例如，青年工人、青年农民与青年学生的心理特点就有所不同。在社会不同发展阶段，或在不同的社会背景下，青年的心理也是不同的。以上都是我们在考虑青年心理卫生问题时所应了解的。

(二)青年心理卫生韵重要性

青年期是人生心理由不成熟转变为成熟的重要过渡阶段。青年人所面对的是新的生活方式，新的学习内容，要处理的是各种复杂的个人问题和生活问题，这就要求青年在心理上调节自己，努力去适应火热的生活，努力去寻找自身与社会，理想与现实的结合点。但是由于青年特有的心理特点，在现实和社会生活中，无论是内因还是外因，都可能造成青年心理上的不平衡，都可能导致心理上的障碍。因此，青年心理卫生工作，无论对个人，还是对社会都具有重要意义。对个人来说，心理成熟、健康，必然会使自身适应纷繁复杂的生活，总是体会到人生的美好，总感到生活的幸福和欢乐；对于社会来说，青年是社会发展的重要推动力量，青年素质包括心理素质的好坏，直接关系到社会发展的步伐，关系到一个国家的未来。因此，必须注意青年的心理卫生问题。

(三)青年心理卫生的主要内容

1. 引导青年正确处理好个人与他人、个人与集体的关系 人生活于现实社会中，就必然会同他人、集体发生这样或那样的关系，正确地处理好这些关系是人适应社会生活的前提。青年人由于其自身存在的各种心理上的特点，致使有时不能处理好同他人和集体的关系，有些人会过分地强调自我，以自我为中心，忽视对他人所应负的责任，唯我独尊，我行我素，不愿受集体的约

束,不愿对集体尽义务。这时就必然会造成对己不利的人际环境,并使自身产生一定的心理压力,重者,心理矛盾不断加剧会发展为心理障碍并导致最终的行为异常。因此,指导青年处理好与人,与社会之间的关系是青年心理卫生的重要内容。

2. 帮助青年及时解决心理矛盾 在现实生活中,心理矛盾的产生是必然的,青年人由于其心理特点,更易产生心理矛盾。产生心理矛盾并不要紧,关键是能否及时解决。通过谈心,帮助解决实际困难等外部干预办法可以调节青年心理多通过教给自我心理调节技术,也可使青年学会自己调节心理矛盾。此时当纷繁复杂的问题出现时,当内心出现不平衡时,自己就能勇于面对现实,用冷静的眼光去审时度世,进行心理和行为上的应对。青年人也只有学会自我调节心理,自己解决矛盾,才能保持心理长久健康。

3. 鼓励青年树立正确世界观,积极投身于社会实践中去 世界观、人生观的确立依赖于一定的心理品质,反过来正确的人生观又会促进心理的健康。只有在正确的世界观,人生观的指导下,青年人才能积极投入到火热的社会生活中去,锻炼自身,增强认识问题和解决问题的能力,提高心理适应能力,保持正确的心理判断,使心理能处于健康水平。

4. 帮助青年树立良好的道德观念 遵循道德行为准则是人适应社会生活的前提,也是个人心理素质良好的一种标志。道德意识的缺乏或淡漠往往与心理缺陷和人格缺陷相伴随,比如监狱中的一些罪犯,往往有某种程度的心理障碍。因此,我们要帮助青年人建立良好的道德观念,遵守社会道德规范多青年本身也必须时刻注意自身道德品质的修养,不断地完善自己,以保持心理健康。

青年心理卫生问题包括许多方面,下文将作进一步讨论。但是青年心理卫生的核心问题同样是培养健全的个性和保持良好的心理状态去适应变化着的社会。

二、青年期常见的心理卫生问题

自我意识矛盾导致自我拒绝,人际沟通不良导致社交障碍,性心理发展导致对性的过分敏感心理状态,以及学习障碍引起的心理问题都是常见的青年期心理卫生问题。

(一)自我拒绝

1. 自我拒绝的概念 自我拒绝是青年自我意识发展偏离正常轨道的一种意识状态,是过分怀疑,否定自我并以不客观的标准为衡量尺度,对自己进行判断,评价。在人的自我意识中,存在着现实我和理想我二部分。在前青年期,理想我与现实我并未被主体所意识,只是到了青年期,由于认识能力的提高,社会生活体验的加深,才开始被体验,由于前所未有的,因此,一经体验理想和现实之间的距离就显得非常鲜明。由于青年期缺乏必要的心理准备,所以容易造成自我意识的矛盾。在现实生活中,青年人与他人进行人际交往,处理个人生活问题,进行学习总要产生一定的结果。青年人通过与预期的理想状态进行比较,用自身的一套标准对这些结果进行判断,从而获得对自己能力,品行、身体、容貌、自控力等的自我感觉。自我感觉满意,就产生自我认同,不满意则产生自我拒绝。由此可见,自我拒绝是自我意识矛盾的必然结果。青年期是自我摸索,自我意识发展的时期。当个人对客观事物的判断与现实相统一时,才能形成自我认同,否则,就产生心理冲突,重者发展为自我拒绝。

2. 自我拒绝的表现形式 自我拒绝者往往表现为对自己的怀疑、轻视和自卑，总感到自己什么都不如别人，缺乏自信心，情绪低沉，抑制，沮丧，懊恼，自卑和自责，行为异常，

自我拒绝者的思维方式往往是绝对化的，他们不会客观地分析客观和主观因素，而一味从主观找原因，怀疑自己的能力，否定自身的价值，贬低自己的人格，认为自己这也不行，那也不是。由于缺乏自信心，结果是在生活、学习和工作中遇到困难，感到有精神压力时就束手无策，不能与人建立良好的关系。自我拒绝严重者，自卑、内疚会达到自我毁灭的程度，他们认为自己生活在这个世界上没有意义，不能有所作为，不能为社会为他人做点什么，不能实现自身的价值，他们认为只有一死才是最好的解脱。自我拒绝往往是抱负水平高，对事物的期望值过高的结果。由于不能正确评价自己，当超过自己能力从事某一行为而不能成功时，受到了挫折，就开始怀疑自己，否定自己。有的自我拒绝者，希望得到尊严和荣誉，然而，这种需要往往与其内心深处的消极评价相矛盾，把自尊心的受损归咎于集体，他人，并固执己见，有的甚者走上反社会以致犯罪的道路。

自我拒绝的后果是严重的，可导致心身疾病，心理变态，直至绝望自杀，因此，必须予以应有的重视。

3. 自我意识的心理卫生 自我拒绝归根结蒂是自我意识畸形发展的产物。帮助青年调节自我意识，避免不必要的心理矛盾特别是心理拒绝的产生，应搞好以下几方面的指导：

(1)要使青年正确认识自己，了解自己的长处和不足，这是青年进行正确的自我评价的前提。

(2)要使青年学会辩证思维的方法，对于现实的情况能用客观的标准去衡量，而不是从自我出发，靠想当然去做判断和评价，这是青年自我肯定的必有步骤。

(3)要鼓励青年多参加集体活动，在集体生活中发展自我、实现自我，发挥自我的潜能，表现自己的水平，这对于青年社会适应性的发展尤有重要意义。

(4)要帮助青年确立适当的奋斗目标，从而避免不必要的心理挫折和失败感的产生。

(5)指导青年正确对待失败和挫折，把失败看作是成功的前提，用失败去激励自己。

总之，生活是美好的，美好的生活总是充满了辛、酸、苦、辣，青年人只有敢于面对现实，积极地投入生活，善于调节自我意识，才能真正体会到生活的美好。

(二)社交障碍

人与人之间的沟通与交往是人的社会化必要途径。不能进行正常的人际交往，会使个体社会化受阻，同时影响其心理发展。青年期正是社会实践深化的阶段，社会交往开始向高层次发展，比如交往具有选择性，自控性等，这都是正常的。但由于种种原因确实有一些青年不能很好地进行社会交往，并为此感到苦闷、自卑，而又不能自拔，结果影响了心身的健康。

1. 社交障碍的原因 青年社交障碍的原因很多，有个人能力方面的原因，包括言语、气质、外表、知识水平，实践经验等的不足多也有历史的源流，即在个人经验中，曾有过社交的失败，比如被交往对象蒙骗，对交往对象感到失望等，历史阴影笼罩在心头，使得现实的交往受到不良的影响。交际者所在的社会群体亚文化氛围也是交往障碍的原因。但是社交障碍最重要的原因还是个人的心理品质，性格内向、不善言辞，对人不诚实，心怀恶意、缺乏道德，自我为中心，自恃清高、唯我独尊、不尊重他人，喜嫉妒猜疑，偏激，报复性强等都可能造成社交障碍。社交障碍本质上是一种源于心理障碍的主体行为表现。

2. 社交心理的调节

(1)使青年了解相互交往的重要性，在封闭自我与开放自我的矛盾选择中，选择后者，这是克服社交障碍的必要的一步。

(2)帮助青年学习相互交往的必要知识，在人与人的交往中，要遵循平等的原则，要互相尊重，乐子助人，持善意的态度，尽己之力去关心，帮助他人，只有这样才能很好地与人相处。

(3)使青年明确，努力学习各种知识，为现代社会中的交往打下知识基础，这也是克服社交障碍的一种途径。

(4)使青年树立自信心，这是进行良好的社交活动的最基本前提，没有信心就没有交往的成功。

(5)使青年知道团结的愿望和善意的批评之间的关系，对人要给予真诚的鼓励和赞美，而不是阿谀奉迎多不把个人意见强加于人多尊重他人的隐私权等。如此，才有利于社会

(6)努力帮助青年增加交往的途径，为青年提供更多的参加社会交往的机会。

社会交往是一门艺术，青年人应研究它，了解它，并把它运用于生活实践中，这必将会促进生活愉快，增进身心健康。

(三)对性的敏感心理

1. 青年期对性敏感的心理生理原因 对性的好奇与对性知识的需求是青年探索人生的一个正常方面。随着身体的变化，生殖系统的成熟，性意识开始觉醒。在性意识的发展过程中，青年需要了解有关性的知识，以便能够对一些正常的性生理现象进行正确的解释。青年期男女之间的相互吸引，好感和爱慕也是正常的心理现象。随着性意识的发展，两性间开始出现一种关注，有彼此接近的需求和愿望，由相互吸引，接近，有意在异性面前表现自己，到进行性试探和性进攻，发出求爱信号，再把性吸引，性试探缩小并集中到一个人身上——开始恋爱。这就是青年性心理发展最典型的外在表现过程。因此，从总体上说青年期具有对性的敏感心理，这是一种正常现象。但是它们的表现要在一定的范围之内，过分的性敏感心理就属异常之例。

2. 青年性心理卫生 为了克服对性的过分敏感，保持青年期性心理和性意识的健康发展，应从以下几个方面加以考虑。

(1)帮助青年正确认识自我，正确理解性意识，比如性欲性冲动，把它们引导到正确的社会认可的范围中去。

(2)帮助青年正确理解性幻想是青春期性冲动的一种发泄形式，是正常的心理现象，不应因产生性幻想而自卑、自责，但又要控制自己，不过分沉溺于性幻想之中，以免有害身心健康。

(3)告诉青年手淫是对性冲动和性欲的一种暂时的不正确的处理方式。手淫之后的悔恨和焦虑往往会影响当事人的心理平衡，但这主要是由于对性知识的缺乏和受错误宣传的影响。因此，医生既要告诉青年克制手淫的不良习惯，又要给予细心的引导，不要恐吓。

(4)对青年进行正确的恋爱观，婚姻道德观的教育，处理好恋爱，婚姻问题，并正确地对待恋爱、婚姻中的性问题。

(5)鼓励青年积极参加有意义的集体活动，扩展兴趣爱好，使生活丰富多彩，从而使性的敏感度降低。

(6)指导青年养成良好的生活规律，注意性器官卫生，及时治疗各种疾病。

青年性心理问题不仅是青年自身的问题，更重要的是一个社会的问题。“性”是青年生活中的一个重要组成部分，关心青年的性心理，理解青年的性敏感，积极引导青年的性意识向积极健康的方向发展，是心理卫生工作的重要任务。

(四)学习障碍与心理卫生

对于青年来说，学习是其心理走向成熟的一个重要途径，但学习问题也常常给青年造成很大压力，这种压力如不能及时得以缓解，会影响青年的身心健康，甚至会出现很严重的后果。某重点高校数学系一学生，于入学后第二学期的一天，从教学主楼跳下自杀身亡。是什么原因造成这一悲剧呢？原来，该生在中学时曾是数学尖子，高考后以优异的成绩考入重点大学数学系。家长、亲朋、老师给予高度的鼓励，寄以无限的希望，希望他能成名成家，其本人也带着这样的希望，开始了大学时期的生活和学习。不料，第一学期数学成绩不及格，使他产生严重的挫折感，内疚感，自觉理想难以实现，愧对江东父老，在强烈的心理冲突下，选择了不应选择的道路——自杀。一个正值豆蔻年华的青年人就这样结束了生命。这样的结局除了与自身的心理素质和社会的心理压力有关外，学习障碍是其最直接的原因。

学习问题会影响青年的心理。同样，青年的心理健康情况，反过来也会影响学习过程。总的情况是：好的心理状态有利于学习，不佳的心理状态妨碍学习。我们应帮助和指导青年处理好学习问题，这是青年心理卫生工作的重要内容。

(岳文杰、陈建慧)

第四节 中老年心理卫生

一、中年期心理卫生

(一)中年期的心理特点

1. 中年具有心理稳定性的特点 中年人的体力、精力、智力和性格较稳定，其知识积累和思维能力发展到了一定的水平，他们善于联想，善于综合与判断，有自己独特见解，有成败之经验。这一时期是出成果和事业成功的主要阶段。

2. 中年具有紧张性的特点 中年人面临许多家庭，社会、事业、生活等各种问题。家庭中，要处理父母、夫妻、儿女、兄弟、姑嫂等关系；工作中，要胜任及承担繁重的工作多还要处理来自各方面的社会关系。此外，中年本身的特点也能引起矛盾，例如正因为它的稳定特点，使得情绪适应、体力适应力等下降。所有这些都反映了中年人具有较大的心理压力，心身疾病的发生率也较高。尤其是中年知识分子，其心身疾病发生率甚高。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，1978)。

(二)中年期的心理保健

1. 情绪的适应 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，去适应这些变化多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. 智力和体力的协调 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，当人到了中年后期，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多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，设身处地为对方想一想，这样容易理解对方的意见，同时还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。

二、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。由于更年期生理上发生很大变化，其心理也随之发生着巨大的反应，部分会因此出现更年期常见的心身疾病——更年期综合征。因此，有人将这一时期称为“多事之秋”。更年期反应一般男性不如女性突出。

1. 女性更年期综合征 典型的更年期综合征症状主要表现在以下几个方面。

(1) 月经变化：更年期的月经变化包括了周期不规则，多见提前，经期缩短，经量逐渐减少，直至停经；或者停经一段时期后又发生子宫出血；也有的突然停经。

(2) 生殖系统的改变：更年期由于雌激素水平降低，女性生殖器呈不同程度的萎缩性改变，性功能下降，有时还会因阴道失去润滑性而导致性交困难。

(3) 血管运动性症状：这是植物性神经功能紊乱的结果，表现为突然自觉一股热气自上胸部向颈部、脸部上冲，随之面部发热、出汗、头晕。潮红潮热，出汗和头晕的三联症状是植物性神经系统障碍的典型症状。有时也可表现为怕冷、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。这些症状会使更年期女性深感痛苦而影响工作、睡眠和心身健康。

(4)大脑皮层功能失调：由于皮层兴奋和抑制过程不均衡，可表现易烦躁激动、心悸、失眠多梦，情绪低落、喜怒无常等精神症状。更年期女性还可有孤独感，空虚、无聊，寂寞，敏感多疑、紧张、焦虑、恐惧等体验。

更年期综合征的心身症状存在明显的个体差异。有些人以植物性神经系统障碍为主，有些人主要表现在大脑皮层功能失调上，也有部分人以精神症状为主，等等。

心理社会因素能影响更年期综合征。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、亲子死亡、工作不顺心等。此外，研究证明从事脑力劳动的女性比从事体力劳动的女性，职业女性比家庭妇女更容易出现各种症状，且症状更为严重；原来身体素质较弱，有慢性病或妇科病的女性比身体素质好的更容易出现各种心身反应。

2. 男性更年期综合征 绝大多数男性能顺利度过更年期，但也有少部分会出现“男性更年期综合征”症状，主要表现在以下几方面。

(1)植物性神经系统功能紊乱：表现为心悸，呼吸不畅感，眩晕，局部麻木，刺痛感、后脑痛，耳鸣、肠胃功能紊乱、食欲减退、便秘，等等。

(2)性功能发生变化：表现为性功能下降，性欲减退。

(3)心理变化：表现为精力、注意力、记忆力下降，睡眠少且不稳定，兴趣变得狭窄，容易疲劳、乏力。情绪稳定性变差，易烦躁，易怒，并表现有多疑、孤独，不合群等。

(二)更年期心理保健

1. 正确认识更年期的心身反应，保持精神愉快 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。即便有了症状，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以有利于症状的控制和缓解。

2. 提高自己的自我调节和自我控制能力 更年期的心身变化，容易使个体产生情绪不稳、烦躁不安，而这些心理反应又作用于生理反应，从而形成恶性循环。因此，必须学会和提高自我调节及自我控制能力。

3. 生活要有规律 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。应尽量按时用膳，按时休息和起床，注意劳逸结合，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。

4. 保持正常的性活动 虽然更年期的个体性欲减退，但这并不意味着更年期性活动的结束，同时也应该正视客观现实，不能采取反抗的态度。适宜的性生活有益于身心健康。

5. 社会与家庭应正确对待更年期的个体对更年期心身反应大的个体，家庭及社会应给予一定的重视，如工作中予以适当的照顾，家庭成员给予适当地同情，忍让。

三，老年期心理卫生

(一)老年人的心理特点

一般将 60~65 岁以上的个体称为老年人，老年人除了生理上的正常衰老，心理上也发生着巨大的变化。

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多从记忆的内容来看，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。总的来说，老年人解决问题的能力随年龄增长而下降。Morgan(1956)和 Zuber K(1958)研究表明，老年人的逻辑推理能力比青年人差多老人的批判性思维能力下降。老年人捕捉信息及使用信息都显得很笨拙，解决问题的灵活性也很差。

4. 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，其原因是由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)。

5. 情绪改变 老年人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、与人争论，一旦强烈的情绪发生后又需较长时间才能平静下来。

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活动性减退多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多⑨猜疑心、妒嫉心加重；⑩变得保守；⑩喋喋不休，爱发牢骚；⑧总好回忆往事；⑩性情顽固；⑧不修边幅、邋遢；⑩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，妄想症等倾向明显(Galden and Hokanson, 1959)。

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”来判定老年期的开始。

(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 1 / 3 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多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、怪癖。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着很有高的相关(Ternpler, 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. 生活满意感降低 生活满意感(life satisfaction)是指一个人感到自己生活得是否愉快。影响老年人生活满意感的因素主要有：①健康状况；②家庭中的地位多③婚姻状况；③月收入。老年人健康状况在衰退，在家庭中地位在下降，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。

1. 要懂得动，静，乐、寿的道理 “动”就是运动，体育锻炼是保持心身健康的重要办法。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。要静，首先要排除杂念，对人、对事、对生活要有正确的态度，不要过分追

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”等俗语说明了乐观对健康的重要性。老年人应有乐观主义精神。动、静、乐结合，才会健康长寿。

2. 养成良好饮食习惯 生活饮食习惯对老年人的心身健康也非常重要，必须注意少吸烟、少饮酒、不偏食和食量适当。

3. 要有和睦的家庭 对于老年人来说，家庭是他们活动的首要场所，家庭是否和睦直接影响老人的整个情绪反应。家庭的和睦相处，需要两代人之间的共同努力。对老年人来说，要心胸豁达，不为锁事增添烦恼，如放手让年青人干家务，不要凭借家长的地位横加批评与指责多晚辈则应给予老人以体贴与照顾，精神上予以关心、安抚，老人有病及时诊治，多设身处地为老人着想。对于丧偶的老人，只要有条件，应争取再婚，社会和家庭应给予支持。

4. 坚持用脑 老年人如能遵循“甩进废退”的用脑原则，坚持学习，坚持用脑，不但有利于减慢心理衰老进程，而且能够学习各种新事物，为社会做好各种新工作。

5. 寻找再就业机会 退出社会是老年人产生心理问题的重要原因。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老年心理卫生很重要的一个途径。社会应提供一定的再职措施，如退休教授的反聘等。对一些年龄更老的老人，可以让他们到各种不同的儿童机构去作儿童的“养祖父”(foster grandparent)。Saltz R(1971)曾用这种方法让老人每周到儿童机构中工作 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，5%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，老年人的再职要考虑到适合老人特点的工作性质及工作强度。

6. 寻找学习机会、扩大兴趣范围 老年人的学习方式应该是轻松的，有趣的，学习时间应较短，内容应是社会政治，经济制度方面的知识，保健知识、生活常识、艺术创作与欣赏等。目前，社会上创办的老年大学不仅为老人提供学习机会，扩大兴趣，开拓思维、适应社会的发展，而且还提供增加人际交往的机会。

7. 创办老人福利事业 创办老年人福利事业，如设置养老院，敬老院等，也是老年心理卫生的重要工作之一。这将能使一些老人回到“自己”家里，感受到“家庭”的温暖。

除了以上一些措施外，有人调查过老年人信教的问题，发现信教可增加老年人的安全感，减轻对死亡的恐惧。例如在新信教的老人中，因病信教者占 70%左右。此外，信教也有助于老人摆脱孤独心理。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。

第五节 群体心理卫生

所谓群体是指在同一规范与目标的指引下协同活动的一群人。不同的群体有着不同的行为规范。几个人集合在一起没有多大的心理联系不能算是群体，如车站候车的乘客。只有那些在心理上各成员意识到其他成员的存在，各成员彼此的行为相互作用，相互影响，并具有“我们是一群人”的感受的人才算是群体。如：家庭、学校、工作单位、民主党派等等。群体有大小之分，有

正式与非正式之分。

人总是以各种角色出现在各不同的群体中，一个人可以承担许多角色，因此一个人也可属于多个不同群体。群体对个体心理的影响是不可估量的。人们可能在群体压力之下放弃自己的观点，意见而采取从众行为，也可能在群体情况下失个性化，做出违反社会准则的行为。如足球比赛时球迷出现的暴乱；甚至可以出现流行性瘧病。所以，除了应重视个体心理卫生(如个人健全个性的培养)，还必须注意群体心理卫生。

一、家庭心理卫生

人的毕生始终处于家庭这一群体中，家庭心理卫生对家庭成员的心身健康影响很大。家庭心理卫生包括了婚姻关系，亲子关系，教育子女的方式态度等。关于父母教育子女的方式态度对儿童行为发展的作用见本章第二节。在此重点讨论前两个问题。

(一)婚姻关系的心理卫生

1. 良好的婚姻关系必须以健康的爱情观作前题 勉强撮合的婚姻，不寻常动机的婚姻如为了获取经济利益或为了谋取一定的社会地位，或因为孤独、寂寞、找寻寄托而随便地与异性结婚，以及为了满足生理需要的婚姻，都可能导致日后不良的婚姻关系。健康的爱情观应包括①健康的性意向，②恰当的价值定向，③正确的道德观念，④感情与理智统一。

2. 常见的婚姻矛盾 任何一桩婚姻，无论爱情基础如何，都会出现各种各样的矛盾。常见的矛盾有以下6种：①经济矛盾。家庭维持所面临的首要问题就是经济，例如家庭双职工的收入由谁主管，如何管理。如果管方太紧，另一方经济自主权被过分剥夺，会发生抗争多如果管方太松，另一方又会觉得对方管家无方，等等。②家务矛盾。例如如果家务全部或主要由一方承担，会因工作、家务而疲备不堪，引起消极情绪，此时，另一方如不给予一定的帮助，很容易引起矛盾。③教育子女的矛盾。例如妻子对孩子的溺爱引起丈夫的反对，丈夫的严厉管教引起妻子的不满，反之亦然。④个性不协调的矛盾。个性不协调常见的有个性极为相似，要么两个人个性太强，双方都不肯歉让，不甘示弱多要么两人都属被动型，家中遇上大事，无人作主。还有夫妻生活方式及生活态度的不一致。例如丈夫很谨慎小心，做事认真，不太注意情感，而妻子情感丰富，喜欢生活乐趣；再如一方善于交际、乐于助人，而另一方不喜欢与人交往。⑤与亲属关系引起的矛盾。无论是“核心型”家庭或是“扩大型”家庭，夫妻之间都会因与双方父母，亲属来往所花经济费用、时间等产生矛盾。在“扩大型”家庭这种矛盾尤为突出，夫妻某一方常受“两面”夹攻而觉难以处理。⑥夫妻另一方与别的异性交往引起的矛盾。除此之外，性生活的不协调，身体欠佳，事业不顺心，发生意外事故，望子成龙不能如愿，子女选择前途等等都会引起婚姻的矛盾。

3. 常见婚姻矛盾的处理 对于出现前三种矛盾，夫妻双方应经常沟通，交流思想，取得一致的态度。对于后三种矛盾，双方应“心理位置的互换”，改变自己看问题的角度，以便互相理解；同时也有必要改变自己的行为习惯，如有意地增加生活乐趣。每个人都有优点和缺点，夫妻双方在发现缺点的同时，还要去挖掘对方的优点，找找对方的“可爱之处”，这对改善婚姻关系极为有效。另外，在必要时也可接受家庭婚姻治疗(见第五章)。

(二)亲子关系的心理卫生

1. 亲子关系的矛盾 亲子关系指的是父母与子女两代人之间的关系。由于两代人生长环境差异而形成的世界观不同,两代人在个体发展阶段上的差异,两代人在社会上的地位、责任的不同,致使两代人在价值观、生活态度、情感活动,行为方式等方面存在很大的差别。这就是所谓的代沟。代沟容易使亲子关系格格不入,发生矛盾冲突。

2. 亲子关系矛盾的处理 代沟是客观存在的,是任何两代间不可避免的。解决这一矛盾,首先父母要尊重、理解子女,要改变传统式的家长式教育。当子女的行为有不合理成分时,不要强硬阻止,应给予适当的引导,否则容易使子女出现逆反心理。其次是经常交流思想,了解子女思想动态,让子女学会独立思考问题,不要过多干预,必要时给予指点。除了父母有积极态度外,子女也应理解父母的心情,不能固执己见。

二、学校心理卫生

学校阶段是个体心身发展的重要阶段,因而学校心理卫生对儿童的健康成长具有特别重要的意义。

1. 学生的心理问题 很多研究都已表明,大、中、小学生都分别存在许多的心理问题。如王玉凤(1989)对北京 2432 名小学生进行流行病学调查发现,儿童有行为问题的检出率为 3.19%。戴昭(1985)对南京的 4698 名中学生进行调查显示有心理健康问题的占 15.7%。杭州的一项“大中学生心理问题和对策研究”发现有 16.7%的学生存在较严重的心理问题,并有随学生年龄增长而增多的趋势——中学生为 13.76%,高中生为 18.79%,大学生为 25.29%。学生的心理问题主要表现在情绪障碍包括怯懦、抑郁、自卑、孤僻,学习障碍包括厌学、考试紧张、学习不得法等,交往障碍,性知识缺乏。这些问题相互影响,形成一系列症状。因此,学生心理问题的解决迫在眉睫。

2. 学校心理卫生工作措施 马建青(1989)认为学校心理卫生工作必须从以下几方面着手:①把心理卫生工作,培养学生健全人格及良好社会适应能力等作为学校整体工作的一个重要组成部分;②学校、家庭、社会共同配合建立心理卫生工作网络;③开展学生心理卫生状况研究,健全心理咨询、心理门诊等机构;④培养学校心理卫生工作人才;⑤对学校的教师、干部,医务人员进行心理卫生训练;⑥建立学校心理卫生的学术研究机构。这种全面的学校心理卫生工作在目前情况下还难以实施。在日前条件有限的情况下可以首先做到:①科学安排好教学活动,注意提高学生兴趣,防止学习引起的心理问题;②与一些专业人员横向联系,定期开设心理咨询门诊,为有心理问题的学生提供帮助。

三、工作单位心理卫生

工作单位是劳动群体,个体在劳动群体中工作可以满足以下的欲望:①生活的维持,工作能带来提供基本生活条件所需的经济报酬多②社会归属;②潜能的体现并得到正确的评价。但是工作也会引起人的紧张,成为影响心身健康的应激源,因而必须重视工作单位心理卫生。

1. 工作——应激源 工作引起的心理卫生问题主要有:①工作情景,如不良的工作环境,

工作的超负荷及低负荷，倒班，人身危险；②工作单位的职责不清或职责冲突；③职业的发展，包括提升过快、过慢，职位不当，实现不了抱负；④工作中的人际关系；⑤组织结构与气氛等。

2. 注意职业心理卫生 重视职业心理卫生不仅能提高劳动工作效率，而且能维护和促进职工的心身健康。具体可以考虑：①优化工作环境；②合理组织劳动；③减轻劳动强度，强调劳动卫生，提倡劳逸适度；④处理好上下级关系，同事间关系；⑤提高个体工作的满意感包括奖励制度的完善实施，参与管理，职责到位等。

四、特殊群体的心理卫生

特殊群体诸如矿井、勘探、航海、飞行、军事、交通，及残疾人群体包括视残、听残、肢体残、智残等。这些特殊群体除了有一般群体所涉及的心理卫生问题外，还因为群体的特殊性而存在特殊的心理问题。如航海，由于经常远离家乡，又长时活动在狭窄的范围内，不断受噪音、振动、摇晃、高温等的袭击及单一的男性群体，易使海员激惹，攻击，争吵斗殴等，也容易出现抑郁症状，如情绪低落，消沉沮丧等。又如勘探，长期在野外生活，与社会隔离且生活无规律性，容易产生孤独、寂寞，甚至产生认知障碍及不合群，社会适应困难等问题。1987年中国心理卫生协会特殊职业群体心理卫生专业委员会已成立，这一领域已开始引起人们的注意和重视。

(黄 丽)

第六节 变态心理

一，变态心理与变态心理学

变态心理学(abnormal psychology)是研究变态(或异常)心理和行为的发生，发展，变化的原因及其规律的科学，又称异常心理学。

变态(异常)心理是和正常心理相比较而存在的，偏离常态的心理现象都可以看成是变态(异常)心理。这些异常的心理现象，有的具有病态的(pathological)特点，常常发生在各类精神病患者身上；有的则具有非病态的(non-pathological)特点，常发生在某些躯体疾病，或处在隔离、药物、催眠等特殊条件下的正常人身上，就是在正常人也可以发现某些心理的偏移。从心理学的角度重点研究病态的异常心理现象的学科叫病理心理学(pathological psychology)。前苏联学者倾向于使用“病理心理学”的称谓，其研究范围集中于精神病的异常心理研究。欧美各国倾向于使用“变态心理学”这一名称，其研究的对象要比病理心理学广泛得多。

变态心理学和精神病学都是研究变态(异常)心理的学科。虽然精神病学所涉及到的精神症状都属于变态(异常)心理，但精神病学与变态心理学是有严格区别的。变态心理学从心理学的角度研究异常心理，着重于机制上的理论探讨。而精神病学是从医学的角度研究异常心理的病因、发病机理、临床病相和发展规律，侧重于临床诊断、治疗、护理和预防。变态心理学和精神病学相比较，其侧面不同：第一，变态心理学更多地从人的个性(人格)异常，行为异常的角度阐述各种异常心理问题。第二，变态心理学在涉及异常心理的原因和机制等问题时，更多地考虑社会文化等因素的影响。第三，变态心理学比精神病学更详细地谈到各种异常心理的心理治疗和心理卫生。

变态心理学是医学心理学的分支，又是临床精神病学的基础理论学科，为精神病学的研究提供理论依据。精神病学的发展又反过来推动变态心理学向更新的研究领域发展。

(一)变态心理学研究对象

变态心理学研究的具体对象可以概括分为以下几个方面：

1. 重性心理障碍 研究各种严重的病理心理现象，医学临床上表现为重精神病。其共同特点是：

(1)心理活动完整性和统一性遭受破坏：思维内容离奇，不可理解，情感反应失调，意志行为反常。

(2)与环境不协调：心理活动脱离社会现实，丧失社会适应能力，人际交往中缺乏社会伦理、道德、信约和法律观念。

(3)自知力缺损：不能正确评价自己的言行和所处的状态，拒绝医疗帮助和社会支持，生活不能自理。

2. 轻性心理障碍 通常指神经症之类患者所表现的变态心理现象。其共同特点是：

(1)心理活动的完整性部分遭破坏：虽然也存在心理障碍，但心理活动的完整性和统一性基本保存，思维内容一般可以理解，情感反应复杂多变，情绪不稳定。

(2)与环境尚协调：能与现实环境保持正常的关系，社会适应能力大部分存在，在人际交往中大多具备伦理，道德和法制观念，遵守行为准则。

(3)自知力基本存在：对自己的心身变化深为关切，积极要求治疗，生活能自理。

3. 行为问题 研究行为问题、性行为异常以及物质滥用等。探讨这些异常行为的表班特点、产生原因、发展规律以及寻求纠正的理论依据。

4. 心身障碍 指心理社会紧张刺激在应激情况下产生的心理反应和在躯体疾患过程中由疾病过程伴发的异常心理，其共同特点是不但有心理方面的异常，而且还有身体上的生理改变和器官的病理改变，后者又作为致病因素对心理活动过程进一步产生不良影响。

5. 其它 在大脑或身体由于先天或后天的原因导致缺陷的条件下出现的异常心理，如智能低下、聋、哑、盲、畸形、瘫痪、截肢、伤残、器官摘除等患者的异常心理，特殊条件下如梦境、催眠、暗示、拟精神病药物、酒精、毒物等情况下出现的一些特殊心理现象。

(二)变态心理学的病因学理论

变态心理的原因目前尚处于研究和探索阶段。现代医学心理学的各主要学派分别从生物学、心理学和社会文化因素等方面阐述变态心理的原因和机理，形成各自的理论模式。各种理论各有所长，但都不能完满地解释各种异常的心理现象。

1. 医学模式 变态心理的产生被认为与生物因素有关，包括：①先天遗传因素；②脑或机体损害；③代谢失调；④个体素质特点。在治疗上，强调以物理，化学治疗为主的躯体治疗。医学模式可以解释脑器质性精神病，躯体疾病伴发精神障碍，感染和中毒所致精神障碍等变态心理的产生。但是临床上还有很大一部分变态心理和精神疾病迄今尚未找到明确的生物学证据，故这一理论有局限性。

2. 心理动力学模式 被压抑在潜意识中的情绪和心理冲突被认为是心理变态的动力性原因。心理动力学模式倡导的“自由联想”、“阐释”，“移情”等精神分析治疗方法在神经症、心身疾病的治疗上被证明有一定的价值。

3. 行为模式 行为学派提出人类的变态行为是后天通过学习而形成的，并且由于得到不断的强化而固定下来。行为模式在行为障碍的治疗上有其独到之处。

4. 人本主义心理学模式 人本主义心理学代表人物罗杰斯(Rogers C)和马斯洛本是弗洛伊德的追随者，但反对弗氏过分夸大潜意识力必多的作用。他们认为，人有一种天生的发展和充分发挥自己潜能的倾向。这就是“现实化倾向”，即只要环境许可，每个人都能发挥自己的聪明才智、创造性和全部潜能，实现自我价值。如果在生活中受到挫折，现实化倾向可能受到削弱或阻碍，就可导致心理和行为的错乱。治疗的对策主要是提供良好的社会和人的人际关系，使个体恢复与自己真实情感的联络，从而消除现实化倾向的障碍，变态心理也就得到矫正(见第五章第五节)。

5. 社会文化模式 社会文化因素被认为可以从多种途径对心理产生影响，引起变态心理。个体在所有社会文化关系的综合影响下，形成了各自的心理品质和行为方式。如果某些关系发生变化，其强度和速度使人无法承受，就出现了社会文化关系失调的现象，从而引起心理变态。社会文化模式的治疗原则是：稳定社会秩序，改善社会的经济福利、文化设施，创造一个健康、公正与和睦的社会。

6. 生物心理社会模式 生物心理社会医学模式用来解释人类疾病的成因是多因素的，这其中也包括对变态心理和精神病病因的解释。这样可以克服其它理论中的不足和片面性。当然，对具体个体来说，生物，心理，社会三个因素中可能以某一个因素为主，从而可采取相应的治疗措施。

二、变态心理的判别标准

变态或异常心理与正常心理是相对的，不存在严格的界线，并且在一定的条件下会互相转化。相同的心理现象因为出现的条件各异，可以被判断成是正常或异常两种绝然不同的结果；同是一种异常心理，在不同的个体上可有不同的表现。所以，判断心理活动正常与否，一定要结合当时的具体情况，参照多方面的因素，如性别、年龄、职业、受教育程度、民族、宗教信仰、民俗习惯、当时所处的环境、过去的一贯表现等等，对具体人做具体分析，决不可脱离当时的时间、地点、人物、场景、前因后果等因素而作出主观的判断。

现代心理学家和精神病专家通常采用以下几种方法判断个体是否存在变态心理。

(一)以经验为标准

这是判断者依据自己掌握的理论知识和实践经验，在充分占有第一手资料后，凭借个人的认识和经验去评价他人心理活动的特点和规律，从而判断他人的心理活动是正常还是异常。这种判断标准是目前精神病科医师最常用的方法。其不足处在于这种判断会受到研究者本身的经验、知识水平、观察角度和情感倾向等影响，存在一定的主观性和局限性，研究的可比性和一致性较差。如果能经过集体的分析和研究，就可避免这一不足。

(二)社会适应性标准

通过全面审视被检查者是否具有良好的社会适应能力，包括在人际交往中是否能遵循社会伦理道德规范、是否遵守社会公德、法律准则和顺应社会风俗，与当时的环境是否相一致，如果出现违背上述准则的言语和行为时，是否能做出为公众所理解的解释等，以此判断是否存在变态心理。在做具体分析判断时，应以当时的社会环境和文化背景为基础，不同的地区，民族和不同的国家有不同的文化、传统、意识形态和政治信仰，因此，地域之间的差异很大，难以进行跨地区

跨文化的比较。这通常是社会群体采用和认可的标准。

(三)症状和病因学的标准

这是从症状和病因是否存在做为判断心理是否异常的标准。通过比较和分析确认存在变态的心理症状,如感知觉障碍、思维联想障碍、情感障碍,意志行为障碍以及人格和智力障碍等,同时通过躯体检查,特别是中枢神经系统的物理诊断和实验室诊断可以找到相应的生物学改变,从而确定异常心理。这种判断标准是病理心理学家追求的理想标准,可是对那些由心理社会因素起主导作用而产生的轻微异常就显得免为其难。即使是在病理心理学范围内,除了很少一部分象脑器质性精神病、躯体疾病伴发精神障碍和感染中毒所致精神障碍等以外,还有很大一部分变态心理尚无法用此一标准作出正确判断。

(四)统计学的标准和心理测验的标准

通过对人群的心理现象进行广泛的调查和心理测量,然后用统计学的方法进行处理,可勾划出某些群体的心理活动和行为的正态分布曲线。绝大多数人都处在均值附近,只有极少数人(大约占 5%)处在正态分布的两个端点,这些少数被看成是变态心理。本书第四章所介绍的各种心理量表,都是可用来判断心理是否正常的手段和工具。凡是有病理心理者,其心理测量大多在变态范围,但反过来心理测量在偏离常态时就不一定都有心理障碍。以智力测验为例,低智商者可以被认为是心理疾患,而高智商者就不能看成是病态。心理测验的标准不是绝对的,其结果还要结合其他的判断标准,取慎重态度加以解释,绝不可一成不变地生搬硬套。

(五)【附】马斯洛(Masl ow)和密特曼(Mi ttelmann)1951 年对心理活动常态与否所提出的 10 条鉴别标准

- (1)有充分的安全感;
- (2)充分了解自己,并能对自己的能力作恰当的估计;
- (3)生活的目标(与理想)能切合实际;
- (4)与现实环境保持良好接触;
- (5)能保持人格的完整与和谐;
- (6)具有从经验中学习的能力;
- (7)能保持良好的人际关系;
- (8)适度的情绪发泄与控制;
- (9)在不违背集体意志的前提下,适度发挥自己的个性;
- (10)在不违背社会道德的前提下,适当地满足个人的基本需求。

近年来学者们对马斯洛和密特曼的 10 项标准虽有异议,但都认为有参考价值。对人的观察和评价,不宜要求过高,所谓正常也不是十全十美,多数人在上列标准中未必都能符合。倘若轻微不合,仍然可以享受相当完善的社会生活,可以视为正常。如果缺陷的项目过多,则应视为异常。国内外还有一些作者也提出过相似的判别标准,同样有一定参考价值。

三、变态心理种类

对变态心理(或行为)作出分类,有一个历史的发展过程。直至今日,尽管不断有新的分类法出现,但在科学界对有关分类方法仍存在争议。

(一) 变态心理现象

如果简单地以心理现象作分类,大致包括以下一些变态心理现象。

1. 认知过程障碍

(1) 感觉障碍:包括感觉过敏、减退、倒错和内感性不适等。

(2) 知觉障碍:包括错觉、幻觉(听、视,嗅、味、触、内脏和运动性幻觉)和知觉综合障碍(视物变形如视物显大或显小症,空间知觉障碍,周围环境改变的知觉综合障碍即非真实感,对自身躯体结构的感知综合障碍)。

(3) 思维障碍:包括思维联想过程障碍(思维奔逸、迟缓、贫乏、病理性赘述,思维散漫、破裂性思维、思维不连贯,中断、云集,强制性思维、象征性思维、语词新作、逻辑倒错性思维、诡辩症、持续言语、重复言语、刻板言语、模仿言语等)和思维内容障碍(关系妄想、被害妄想、影响妄想、嫉妒妄想、内心被揭露感、被窃妄想、夸大妄想、钟情妄想、特殊意义妄想、疑病妄想、罪恶妄想、变兽妄想、超价观念和强迫观念等)。

(4) 注意障碍:包括注意增强、减弱、缓慢、涣散、狭窄、固定、转移等。

(5) 记忆障碍:包括记忆增强、减退、遗忘症(顺行性遗忘、逆行性遗忘、进行性遗忘、心因性遗忘),错构症、虚构症(想象性虚构症和睡梦性虚构症)、潜隐记忆、似曾相识(熟悉感)和旧事如新(生疏感)。

(6) 智能障碍:包括智能低下(精神发育迟滞)和痴呆(真性痴呆和假性痴呆)。

(7) 自知力障碍

(8) 定向力障碍:包括周围定向障碍(时间,地点,人物定向障碍)和自我定向障碍。

2. 情感过程障碍 包括情感高涨、欣快、情感低落、焦虑、情感脆弱、情感爆发、易激惹、情感迟钝、情感淡漠、情感倒错、表情倒错、恐怖症、病理性激情、强制性哭笑、矛盾情感和病理性心境恶劣等。

3. 意志行为障碍

(1) 意志障碍:包括意志增强、意志减退、意志缺乏、意向倒错和矛盾意志等。

(2) 行为障碍:包括兴奋状态(躁狂性兴奋、青春性兴奋、紧张性兴奋、器质性兴奋)、木僵状态(紧张性木僵、心因性木僵、抑郁性木僵、器质性木僵)、违拗症(主动性违拗和被动性违拗)、被动性服从、刻板动作、模仿动作、作态、离奇行为、持续动作、强制性动作和强迫性动作。

4. 意识障碍

(1) 周围环境的意识障碍:包括以意识清晰度降低为主的意识障碍(嗜睡状态、意识混浊状态、昏睡状态、昏迷状态)、以意识的范围改变为主的意识障碍(意识朦胧状态、漫游性自动症)和以意识内容改变为主的意识障碍(谵妄状态、精神错乱状态、梦样状态)。

(2) 自我意识障碍:包括人格解体、交替人格、双重人格和人格转换等。

(二) 按变态心理综合征结合病因的分类

这主要是精神病学的分类原则,而且一直是研究变态心理的主要途径。其中《美国精神障碍诊断和统计手册》第二版(DMS—II)将变态心理分为10类,1980年第三版(DMS—III)分为17类,1989年《中国精神疾病分类和诊断标准》第二版(CCMD—II)和1986年《国际疾病分类》第十版草案(ICD—10)都将变态心理分为10类(表8—2,8—3)。

表 8—2 DMS—II 有关变态行为的要目

1. 器质性精神障碍(包括特定身体残疾, 如脑损伤)
2. 物质滥用所致障碍(如酒瘾和药瘾)
3. 精神分裂症障碍(对现实严重失去感触)
4. 妄想狂障碍(包括妄想)
5. 分裂性情感障碍(心境和现实感触问题)
6. 情感障碍(严重的心境障碍)
7. 未归类的精神障碍(非典型的精神病)
8. 焦虑性障碍(如不正常和非现实的恐惧)
9. 人为的障碍(如说自己有病实则没病)
10. 躯体形式障碍(如无生理基础的躯体症状, 如癔病性失明)
11. 分离性障碍(如健忘症)
12. 人格障碍(特久的适应不良行为倾向)
13. 性心理障碍
14. 常产生于童年和青春期的障碍
15. 反应性障碍(对应激状态不良反应的障碍)
16. 未归类的冲动控制障碍(如放火)
17. 其它障碍

(转引自 Saccuzzo DP, Kaplan RM, 1984)

表 8—3 CCMD—II 分类

0. 器质性和躯体疾病所致的精神障碍
1. 精神活性物质所致的精神障碍
2. 精神分裂症
3. 情感性心境障碍
4. 偏执性精神障碍
5. 心理生理障碍、神经症、心因性精神障碍
6. 人格障碍和性心理障碍
7. 精神发育迟滞
8. 儿童少年期精神障碍
9. 其他精神障碍及与精神卫生相关的几种情况

但是, 一些学者特别是临床心理学家对上述变态心理的分类持异议(Saccuzzo DP, 1984), 认为这种分类法将许多非病态的变态行为看作“疾病”, 导致给患者“贴标签”。是疾病就必须找医生来治疗, 而实际上许多变态行为可通过心理学工作者来解决。Szasz T 认为将许多由生活问题, 特别是婚姻, 工作困难或生活中其它不幸事件所引起的问题称为“疾病”是不妥当的。他认为这些只不过是生活问题。一些行为学派学者认为, 变态行为的发生也和正常行为发生一样, 都是依据学习原则, 仅是频率, 持续时间和适应程度上的差异, 因此变态行为不是疾病, 而是学习问题。部分人本主义学者则认为这种分类“违反人性”, 因为智力迟滞、抑郁、焦虑等是人类特有的心理现象, 故应该按人类特有的心理现象来对待。

对于这些异议, 各种新版本的诊断分类都已不同程度地加以考虑, 以便使分类更趋完善。

然而，给病人“贴标签”的问题却始终难以解决。

(黎学涛)

第七节 神经症性障碍

(一)神经症性障碍概述

神经症性障碍是一类常见的心理障碍(属变态心理)，不论北京、上海、广州及其它大城市的资料，均占精神科、心理咨询门诊、神经科门诊相当百分比，约为26~50%。

由于科学的发展，先进技术和仪器的普遍应用，内科疾病能得到及时诊断及治疗。但是还有一大批的心理障碍患者得不到应有的重视及治疗。许多调查表明，不论在城市或农村，不论在门诊或住院病房，均有大量的心理障碍患者，特别是在情绪障碍方面。有调查证明内科住院病人中有25~40%有明显情绪问题需要治疗。其次，目前国内外经济竞争非常剧烈，在国内不论国营、集体企业及个体户之间的竞争也很突出，其他行业也不例外。在工作繁忙，长期处于紧张生活下，往往容易导致心理障碍。

神经症性障碍以往称为神经官能症，分为焦虑症、恐怖症，神经性抑郁症、强迫症，癔病，疑病症，神经衰弱等类型。过去不论在临床上、教学上均属精神病学的范畴。目前国内外有些临床心理学家，对此有不同意见，认为不能把所有的神经官能症都作“病”或“症”来对待。如冠心病、高血压、癌症病人，常有不同程度的焦虑、恐怖、抑郁的表现，这是病人对躯体疾病的顾虑、担心、害怕引起的；由于某些生活事件或工作压力，即心理社会应激反应，也可使部分人产生一定时期内的心身不适。这些情况过去均诊断为神经衰弱综合征，其实是心身疾病的心理障碍或是心理社会应激反应。某些神经官能症类型，从心理学角度来看，被认为诊断为神经症性障碍较为合适，如焦虑性障碍、恐怖性障碍、抑郁性障碍等。

1. 神经症性障碍的成因 大量资料及实践表明，绝大多数患者(特别是抑郁性心理障碍患者)起病由心理社会应激因素所促发，亦即日常生活中的矛盾和冲突诱发本病。在生活中突然遇到不幸或长期心理处于矛盾状态，均会引起心理障碍疾患，如配偶或家庭成员死亡、突然的交通事故、失窃、司法纠纷、被拘禁、离婚、夫妻长期分居、失恋、被人欺骗等。关于心理社会因素在发病中的作用机制，心理分析学派认为是早期的性压抑，由潜意识与意识冲突所引起。行为学习理论则认为是由学习而得。

遗传因素在抑郁性、焦虑性障碍发病中也起一定作用，主要是遗传易感素质。恐怖性障碍在遗传上尚无重要证据。

人格因素与心理障碍疾患的关系，作为病因尚未得到证实。不过也有些患者病前人格确实有些缺陷，故也可能有某种联系。如焦虑性障碍者有易激惹，有不安全感和自信心不足等特点多恐怖性障碍者人格内向、兴趣爱好较少，依赖性强，缺乏自信等多抑郁性障碍者有孤独，内向，疑虑、固执、谨慎小心，情感脆弱，容易悲伤等。

综合上述几点，神经症性障碍的发病，很可能是在人格特征、遗传易感素质基础上，在心理社会应激诱发下引起。

2. 神经症性障碍的诊断要点

-
- (1)起病多有明显精神因素;
 - (2)原有的个性方面的缺陷;
 - (3)典型临床症状;
 - (4)体格及神经系统检查找不出相应的病理解剖改变;
 - (5)有自知力, 要求治疗;

3. 神经症性障碍的防治原则 神经症性障碍的治疗有心理治疗和药物辅助治疗, 但心理治疗尤为重要。对某些初起的患者, 心理治疗可成为主要治疗措施, 在情况稳定后, 心理治疗是巩固疗效, 防止复发的有效措施。单一的药物治疗, 往往效果不理想, 如恐怖症性障碍的治疗就是一个例子。

神经症性障碍的预防首先是要大力开展心理卫生工作, 包括家庭、幼儿园、学校心理卫生, 从小培养健全人格。其次, 各级精神病专科医院, 各地综合医院应积极开设心理咨询门诊, 方便这类患者就诊, 在疾患萌芽之时, 就给予有效的心理治疗, 防止发展成心理障碍疾患。

(二)若干神经症性障碍

1. 焦虑性障碍

(1)急性症状(惊恐发作) 表现有内心紧张、恐惧、有死亡即将来临和发疯感。心跳剧烈、喉头堵塞、气促、窒息感、坐立不安、发抖、失眠等。发作可持续几分钟或数小时, 常能自动终止如常人。但也有持续较长时间, 生活需人照顾者。

(2)慢性症状(广泛性焦虑性障碍): 表现经常有恐惧、终日紧张、心烦意乱、担心忧虑、坐立不安、心惊肉跳、生活工作无兴趣, 以及心慌、心悸、呼吸困难、口干、呃气等植物性神经症状。焦虑性障碍若焦虑与抑郁同时出现, 应考虑主次症状, 有利于治疗。其次尚须同甲亢, 精神分裂症等鉴别。

焦虑性障碍的治疗包括:

(1)疏导心理治疗: 主要目的是疏导患者阻塞的心理及引导患者从消极的情绪到积极的情绪, 而达到治疗疾患的目的。为了提高治疗效果, 疏导治疗要做许多细致的工作。首先, 要全面了解病史, 找出引起疾患的主要原因。其次, 应作全面体格及神经系统检查, 以及相应的特殊检查(如心电图, 脑电图、B 型超声波等), 排除器质性疾患。这样一方面是向病人负责, 另一方面也可取得患者的信任。第三, 要建立良好医患关系, 这是取得疗效的基本保证。医生与病人接触时特别要注意自己的态度, 要认真听取患者的诉说, 开展真诚的交谈, 了解患者在心理上存在的问题, 甚至“个人隐私”, 从而找出疾患的本质, 为具体的言语支持提供依据。

在掌握患者心理状态后, 治疗开始。医生应善于利用心理科学知识, 及时正确地给患者以同情及解释, 鼓励和保证。总的原则是让患者了解及认识自己的问题, 知道疾患的实质, 并找出解决问题的办法和途径。加强信心, 配合医生尽早治好疾病。同时要把患者的症状解释清楚, 如心跳加快、心悸、心慌并非心脏病, 而是对应激的反应, 是由情绪紧张所引起, 若能做到全身肌肉放松, 症状便会逐渐消失等。

另外, 对患者家属也要进行适当心理疏导, 因为有些患者是由家属带来就诊, 家属心情紧张、担心家人到底得了什么病, 能否治好等, 会直接影响到患者。因此, 要对家属作适当的解释, 取得他们的配合和协助, 使心理治疗能顺利进行。

病情较短，症状较轻的焦虑性障碍患者，无需服药，仅进行疏导治疗往往可以解决。

(2)行为治疗：焦虑性障碍的行为治疗效果较好的是交互抑制法，适用于急性焦虑性障碍。其原理是在出现激惹刺激的同时作出抗焦虑反应，这样刺激和焦虑反应之间的联系就削弱，从而部分地或全部地抑制焦虑反应。交互抑制法采用的主要技术有 Wolpe 等的松弛训练，在进行松弛训练时，首先握紧右手拳头，在逐渐握紧同时体会右手及右臂紧张的感受，然后放松，反复数次后，开始左手重复这样做，数次后，放松面肌、颈肩、上背部、胸部、腹部、下背部、最后放松臀、股和小腿、直至全身完全放松。

(3)药物辅助治疗：①苯二氮革类抗焦虑药物效果尚好，常用的有利眠宁(Librium)，10mg 3次/日，或安定(Valium)，轻者 5mg 2次/日，重者 10 mg 3次/日。在急性发作(惊恐发作)时，可选用安定 10mg 肌肉注射，或安定 10mg 加 50%葡萄糖溶液 40 毫升作静脉注射。在情绪稳定后改为口服佳静安定(阿普唑仑)或舒乐安定(Surazepam)。②三环类抗抑郁剂可首选阿密替林或多虑平，对惊恐发作伴有轻度抑郁症状者较好。③对植物性神经系统症状明显者，如心跳过速、心悸、心慌可考虑加服心得安或轻量心律平。

2. 恐怖性障碍 恐怖性障碍是对某些物体或处境表现异常的强烈恐惧，明知不必要及同实际情况不符，但仍恐惧不安并极力回避。临床上有简单恐怖性障碍，广场恐怖性障碍，社交恐怖性障碍等类型。

恐怖性障碍应与强迫症鉴别，前者在接触外界或处境时才发生恐怖，无接触时无恐怖发作，后者为不能自控的强迫去做或强迫去想。

恐怖性障碍的心理治疗，主要是行为治疗：

(1)系统脱敏法：本法对恐怖性障碍效果尚好，如对儿童蜘蛛恐怖的治疗(详见第五章)。与此类似的是计划实践法(programmed practice)，强调在实践中解除患者的恐怖。如对登高恐怖患者，鼓励他上楼，加强信心，每天增加上楼的高度并指导他如何使自己放松。在进行实践过程中，要求家人配合。

(2)冲击疗法(implosive therapy)：适用于恐怖性障碍患者，如对蜘蛛恐怖患者，要求她想象大量的蜘蛛在她身上爬。开始时患者会感到极为不安，但随着治疗的进展，不安的情绪就会越来越弱，最后患者不再出现恐怖及回避行为。此法与暴露疗法相似。

(3)药物辅助治疗：①苯二氮革类抗焦虑药如安定、氯羟安定可减轻焦虑症状，有利于行为治疗的进行。②三环类抗抑郁剂适用于恐怖性障碍伴有轻度抑郁者，有报道提出丙米嗪，氯丙米嗪对恐怖、抑郁均有效。

3. 抑郁性障碍 抑郁性障碍以持久性情绪低落为其突出表现，心境不好、愁眉苦脸，悲伤、容易哭泣；对生活失去兴趣，认为活着无意义，前途悲观；不能工作，家务也懒得去做。

抑郁性障碍轻者应同一般“思想问题”及神经衰弱区别。其次要同隐匿性抑郁症相鉴别，后者有躯体症状，抑郁症状晨重晚轻为其特点，抗抑郁药物治疗对躯体及抑郁症状均有较好疗效。另外要同反应性抑郁及抑郁症鉴别。

抑郁性障碍的治疗包括：

(1)心理治疗：心理治疗在本疾患中起主要作用，特别是认知行为治疗，是近年内发展起来的效果较好的行为疗法。认知行为治疗以改变认知为目标，端正不正确的思想、认识，使其所派

生出的情感和行为问题也随之得到矫正，因此其效果较好。此外，疏导治疗，集体心理治疗也有一定疗效。

(2) 药物辅助治疗：三环类抗抑郁剂对本疾患有较好的疗效，如阿米替林，多虑平，由少量开始，注意副作用，一般白天剂量小一些，晚上大一些，既能控制症状，又可改善睡眠。作为维持治疗及预防复发，可服维持量的碳酸锂。

(张国粹)

第八节 人格障碍

(一) 人格障碍的概念

人格障碍(personality disorder)是指人格发展的畸形与偏离状态，表现为固定持久的适应不良行为，有时也称为变态人格、病态人格、人格异常等。

人格的常态与变态只能在一定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，常常在某种性格的优点后面同时潜伏着相对的缺点。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。

1. 人格障碍的表现 其表现十分复杂，一般有以下特征：

(1) 人格严重偏离正常，或行为怪僻，或情感反应强烈而不稳定，或行为紧张退缩，故常常危害他人，殃及社会。具体行为表现因各型的不同而不同(见后文)。

(2) 对自身人格缺陷缺乏自知力，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，到中年后晚期由于饱经沧桑以及精力不足，而渐趋缓和。

2. 人格障碍的诊断要与以下情况一一鉴别

(1) 正常人的不轨及犯罪行为：正常人犯罪往往有计划，有预谋，手段隐蔽狡诈多而人格障碍者多不能，且要处极刑的重案较少。

(2) 大脑器质性疾病造成的人格异常：这类患者经检查可发现相应疾病的症状和体征，如脑炎、脑瘤、脑动脉硬化、脑外伤、癫痫及老年痴呆等，其人格异常被称为类病态人格。

(3) 神经症：大多数神经症是在人格形成后发展起来的，预后较好而人格障碍早年开始，难以改变。另外，神经症患者适应环境的能力也较好。但是在精神因素作用下，某些人格障碍较易发生相应的神经症。

(4) 精神分裂症：精神分裂症早期有时可表现某些人格和行为改变，但这种改变并非是一贯

的表现。精神分裂症缓解不全病例，也可有人格障碍，但还伴有其它精神障碍，常缺乏自发性和自然性。

其它某些精神障碍也可伴有人格障碍，但各自的疾病特征不难与人格障碍区别。

(二)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。

1. 遗传因素 在家谱调查方面。卡尔曼(Kaliman, 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。Poolin 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。1972~1973 年期间，有三组关于寄养研究的报导，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。

2. 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 0 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，这类人与焦虑相关联的植物性神经功能(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性神经反应，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。

3. 社会、文化和环境因素 社会、文化和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。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，及其对儿童和青少年一代心灵的腐蚀有关系。

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，这就不可能发展人与人之间温暖、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，但对他人的同理心(empathy)得不到应有的发展。同理心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，由于经常缺乏可效仿的榜样，儿童就不可能发展明确的自我认同(self-identity)感觉，所谓自我认同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。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。还有报道，79 名人格障碍者有 60%出生在破裂家庭中。

(三)人格障碍的分型

人格障碍目前尚无一致公认的分型。这里简介一些类型的特点。

1. 无情型人格障碍(affecti onl ess personal i ty di sorder) 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。其主要特点是:缺乏人间之爱,冲动行为,经常违法乱纪,缺乏罪责感,不能吸取教训。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。

2. 爆发型人格障碍(expl osi ve personal i ty di sorder) 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。

3. 分裂样人格障碍(schi zoi d personal i ty di sorder) 主要表现为退缩、孤僻;对人事缺乏起码的温和,不爱社交,几乎没有朋友,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等。Slater 和 Roth(1969)注意到患精神分裂症的人,其病前性格半数为分裂型人格。

4. 癔病样人格障碍(hysteri cal personal i ty di sorder) 这类人主要有戏剧化表现、寻求新鲜刺激和自我中心等特征。包括:情绪反应浓厚而强烈,变化迅速多喜欢做作夸张引人注目;富暗示性和依赖性多以自我为中心,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;往往把想象当作现实等。

5. 循环型人格障碍(cycl othymi c personal i ty di sorder) 这种人格障碍的特点是在患者生活中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。此类人有的可发展为躁狂忧郁症。

6. 偏执型人格障碍(paranoi d personal i ty di sorder) 偏执型人格障碍多见于男性。其主要特点是固执、多疑、喜好争辩和过度敏感。例如,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;表现孤单,有不安全感,缺乏幽默感;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等。此型特征与偏执狂和偏执型精神分裂症有些相象,故名。

7. 强迫型人格障碍(compul si ve personal i ty di sorder) 这类人主要表现过分的自制和自我束缚,要求自己十全十美,责任感过强。例如墨守成规,缺乏应变能力;过分注重工作,谨小慎微,遇事优柔寡断多平时拘谨,小心翼翼,自我怀疑,思想得不到松弛等。一般认为强迫型人格较易发生强迫性神经症和抑郁症。

此外还有衰弱型、冲动型、被动攻击型、依赖型,否认型、创造型、边缘型、易变型等人格障碍。各型之间重叠之处难于确切区别,可参阅精神病学专著。

(四)人格障碍的防治

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

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。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。

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。

1. 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,那么矫正它也需要花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,培养他们的自我认同和同理心,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有裨益。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多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。

2. 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 mg 或氯丙嗪 100~300mg 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。

(胡福山)

第九节 不良行为

一、酒 癮

饮酒给人们带来一时的欢愉,同时也带来一系列影响深远的社会问题和医学问题。1894 年瑞典人 Magus Huss 首次提出了“酒中毒”(alcoholism)这一名称。在美国,酒中毒是列于心血管疾病,肿瘤之后,居第三位的公共卫生问题。在法国 1986 年据资料估计约 200 万酒中毒病人,其中 60 万为妇女。我国的调查资料表明,酒中毒所致精神障碍的患病率为 0.18%。酒滥用造成酗酒者身心受损、交通事故、家庭破裂、失业、犯罪等一系列问题。为此,WHO 已专门成立酒精问题国际委员会。1987 年 7 月 1 日,WHO 在日本召开了西太区酒中毒有关问题工作会议,研究其对策。

(一)酒癮原因

虽然在欧洲和英伦各地作了大量研究,但酒中毒的病因仍不很清楚。明确的是可看作是一种心理生物性和社会性失调的习得性不良行为,目前比较公认的有以下因素。

1. 生物因素 某些类型酒中毒的遗传因素是肯定的,例如父亲嗜酒,其男性下代患酒中毒危险性是一般男性居民酒中毒患病率的5倍。丹麦、瑞典、美国等的研究者对寄养子的研究表明:后代嗜酒与血缘父母嗜酒密切相关,而与寄养父母嗜酒无关。

对酒的反应与体内酒精脱氢酶含量有关。此外有人推测脑内血小板单胺氧化酶(MAO)活性降低,可能是致酒滥用倾向的素质的一部分。

2. 病理心理因素 酒滥用与病理心理的关系十分密切。Hessel brock 对住院酒依赖者调查,发现其中 77%存在一种或多种精神疾患。许多调查表明,饮酒者首先往往是为了解除内疚感和焦虑。许多人都认为酒精是良好的镇静剂,大量饮酒可增加自尊,使男性觉得男子汉气概更浓,女性更具女人味。Hessel brock 等报道在男性酗酒者中 52%曾诊断为反社会人格。有人还提出“嗜酒前人格”这一概念,其主要特征是:被动、依赖、自我中心、反社会行为、易生闷气、缺乏自尊、对人疏远。因此虽并不存在每个嗜酒者共同的人格,但往往有某些人格缺陷倾向。

3. 社会,文化因素 不同国家、不同民族,酒滥用流行情况并不相同。如爱尔兰人酒中毒患病率高,而中国人、犹太人患病率低。社会文化对饮酒习惯及频率也有影响,西方人常于回家后,工作之余空腹饮酒,以酒为一般饮料招待客人;而大多数东方人往往以酒作为佳肴的佐餐,通常在节日、社交时偶尔为之。有的人以饮酒过量来作为一种力量的显示,风度的象征,其结果常是不醉不休。

4. 政策对嗜酒行为的影响 政府对于酒的生产、销售、价格控制等方面的政策对酒滥用问题有一定影响。Beaubrum 及 Popham 等的研究证明,酒的价格波动与酒之销量和交通事故率呈高度相关,前者下降,后者则上升。此外,广告业的发展,对嗜酒行为也有影响。Ewing 等报道,在电视关于酒类的广告播出后,嗜酒人数及饮酒量均有增加。

(二)酒中毒诊断

根据 DSM—III 对酒依赖伴酒中毒而引起精神障碍的诊断标准是:A. 新近饮过酒(对多数人而言,其量足以导致中毒);B. 适应不良性行为改变,如:性行为不检点或攻击性冲动,心境不稳,判断力损害,社交或职业功能损害;C. 至少具备下列体征之一:①讲话吐词不清,②共济失调,③步态不稳,④眼球震颤,⑤面部潮红;D. 不是由于任何躯体疾患或其他精神疾病所致。

(三)酒瘾的表现及危害

1. 对健康的影响 急性酒中毒抑制延髓呼吸中枢,可直接引起死亡。有人对某些原因不明的猝死调查,往往发现血中含有酒精。酒可直接或间接影响全身各器官,最为严重的是可引起酒中毒精神障碍。Kroll 报道,慢性酒中毒可引起大脑皮质萎缩,呈计算,空间视觉整合和记忆障碍,认为酒精是大脑皮质蛋白合成的抑制剂。研究表明酒中毒可出现脑膜肥厚,脑回萎缩、脑室扩大等萎缩性改变。出现以听幻觉为主的酒精性幻觉症,震颤谵妄,酒精性痴呆,酒精性嫉妒妄想,出现以顺行性遗忘与虚构症为特征的酒精中毒性柯萨科夫综合征。

此外,酒中毒常见的神经系统损害有:周缘神经病、视神经病,小脑变性,乙醇中毒性肌病,胼胝体原发性变性等等。

酒中毒可引胃炎、消化道溃疡、胃出血、中毒性肝炎、脂肪肝、肝硬化,在西方国家 20~25%肝硬化是酒精引起的,日本 1977 年统计为 16.9%。

酒对生育有显著影响,酒精进入血液能损害男女生殖细胞。据研究,摄入中等量酒 2 小时后,

即可在精子和卵子中测出。酒也是造成儿童精神发育迟滞的重要原因。

2. 对家庭的影响 长期饮酒是造成家庭收入减少, 夫妻感情不和、破裂和离婚的重要原因。酒精又是自杀的主要原因, Black 调查大约 15% 的自杀者是嗜酒者, 死亡时处于酒精影响下, 因为酒精本身对饮酒者的判断能力、心境和态度都有很大的影响。

3. 对社会的影响 随着现代社会生活节奏的加快, 交通的拥挤, 生产的社会化程度提高, 要求人们有高度而持久的精神集中, 可酒中毒却降低了注意的强度和广度, 延长了反应时间, 减少患者快波睡眠(REM), 而容易造成意外事故。酒后驾车, 造成致死性交通事故的发生率也不断上升, 工业化国家因酒后事故造成经济财产损失, 1977 年估计为 493 亿元, 1979 年为 1130 亿元。1980 年澳大利亚财政开支的 4.5 亿用于急诊(车祸), 9 亿用于工业缺勤损失和事故。同时酒滥用可使劳动生产率下降 15~30%, 美国每年因酒丧失 3000 万个劳动日。

(四) 酒瘾的治疗

对酒瘾者的治疗主要是戒酒, 可采用厌恶疗法, 药物厌恶法效果较好, 用吐根碱, 阿朴吗啡和琥珀胆碱等厌恶药物。有人曾用想象厌恶治疗效果也较为满意。此外, 还可用电刺激厌恶法, 行为自我调节疗法等等(见第五章)。

在治疗过程中, 患者可能会出现戒酒反应, 如出现手、舌和眼睑的粗大震颤, 恶心、呕吐, 植物性神经活动亢进, 焦虑、易激惹, 短暂出现幻觉和错觉等症状, 可应用适当剂量的镇静药物如安定等。精神症状较明显时, 可用氯丙嗪等抗精神病药物。同时还应适当补充能量, 防止水电解紊乱等对症处理。

二 药物依赖

药物依赖(drug dependence)又称药瘾(drug addiction), 药物滥用(drug abuse), 1964 年 WHO 已正名为药物依赖性, 1974 年 WHO 提出了药物依赖的定义, 认为药物依赖是一种强烈地渴求并反复地应用药物, 以取得快感, 或避免不快感为特点的一种精神和躯体病理状态。

(一) 药物依赖的成因

1. 客观环境因素 在旧中国, 据估计全国有 1500 万左右的鸦片“瘾君子”, 解放后, 在短短三年内控制了“鸦片成瘾”问题。许多战争期间都有过鸦片类的流行, Penl agon(1971)统计, 在越南战争期间美军复员军人中有 2.6~3.9 万名海洛因成瘾者, 占复员军人总数的 25~40%。此外, 瘤肿患者反复使用吗啡止痛, 为镇静、催眠而长期使用巴比妥、安宁、安定等可引起医源性成瘾。风俗习惯性, 如南美印第安人吃可卡因的叶子, 墨西哥印第安人吃植物 Peyotl 的尖头端, 均与成瘾有关。

2. 心理与躯体因素

(1) 人格缺陷: 发生药物依赖的患者人格往往有缺陷。西园(1967 年)认为, 病态人格、孤独性人格、依赖性人格是所谓“成瘾人格”(addictive personality)的人格特征。这些人格缺陷往往表现为易产生焦虑、紧张、欲望不满足、情感易冲动、自制能力差等。

(2) 躯体的成瘾阈值剂量: 指需达到能发生药物成瘾的最小剂量。阈值愈低, 愈易成瘾, 用药剂量越大, 成瘾速度越快, 但个体的成瘾阈值剂量, 则决定于躯体特异性。

(二) 几种常见的药物依赖

WHO 将常见的成瘾药物分为八大类。它们的药理性质和成瘾特点可概括如表 8—3。现将几种常见的药物依赖简介于下：

1. 吗啡类依赖 该类药物包括鸦片、吗啡、海洛因、可待因、美散酮、镇痛新、唛啉。此类药物在普通用量时就可以引起成瘾，且能迅速产生耐药性，精神依赖性特别强。如果停药或应用拮抗药后可出现特有的戒断症状。连续使用 2 周的常用量就可造成成瘾。

成瘾症状主要有瞳孔缩小，皮肤潮红。长期使用伴有营养不良，肝炎，皮肤脓肿和感染。急性中毒时主要有针尖样瞳孔、血压下降、呼吸抑制、昏迷、休克等。

表 8—3 常见的各类药瘾特点

成 瘾 药 物	精 神 依 赖	躯 体 依 赖	耐 药 性	对 个 人 及 社 会 的 危 害	同 类 药 物
吗 啡 类	强	强	强	强	鸦片、海洛因、 可待因、杜冷丁
巴 比 妥 类	较 强	强	较 强	较 强	各 种 催 眠 剂 及 抗 焦 虑 药
酒 精 类	程 度 不 一	程 度 不 一	有	较 强	
可 卡 因 类	强	不 明 显	无	无	可 卡 因
大 麻 型	较 强	不 明 显	无	无	印 度 大 麻 北 美 大 麻
苯 丙 胺 型	强	不 明 显	强	较 强	苯 丙 胺 右 旋 苯 异 丙 胺
Khat 型	较 强	不 确 定	无	不 确 定	
致 幻 剂 型	较 强	无	易 产 生 酒 后 失 失	较 强	LSD-25 南 美 仙 人 掌 毒 碱

戒断症状在停药后 4~16 小时出现，第 1~3 日间最强烈，一周后好转。戒断症状主要有睡眠障碍、焦虑、易激惹、忧郁、乏力、全身不适、食欲不振、情绪不快、出汗、流泪、流涎、流涕，重者可出现意识混浊、冲动行为、痉挛发作，心力衰竭、循环衰竭等。

2. 镇静催眠药依赖 该类药物主要包括巴比妥类、水合氯醛、抗焦虑、抗忧郁等抗精神药物。巴比妥类等安眠药主要产生精神依赖，病人服药后可解除紧张，获得欣快感，以致产生强烈的欲望，甚至到非服药不可的程度。由于耐药性的增高，趋向于加大剂量，当大剂量反复长期使用后方可产生躯体依赖。巴比妥类药与酒精有交叉耐药性，饮酒时同服巴比妥类药物可加速成瘾。

长期服用安眠药的病人，均可出现不等的慢性中毒症状。在周期性大量服药阶段可出现意识障碍和轻躁狂状态，表现为躁动不安，无目的乱走，骑自行车乱跑等。长期大量服用者均有明显智能障碍，表现为记忆力、计算力，理解力的下降，思考问题困难，学习工作能力下降。病人丧失进取心，对家庭和社会缺乏责任感。

戒断症状一般在停药后 1~3 天出现，表现为心慌、流泪、眩晕，重者出现大小便失禁，部分患者可出现“癫痫样大发作”，出现视幻觉、类精神分裂症症状及意识障碍。如戒药时病人情绪饱满，精神充沛，应怀疑有偷服药的可能。

3. 可卡因类药依赖 可卡因原产地在秘鲁及玻利维亚，近年来个别不法分子，将静脉注射品走私进入我国。本类药物有强烈的精神依赖，不发生耐药性和躯体依赖。一次服用或注射可卡

因可出现兴奋、欣快、脸红、脉速、情绪高涨。长期大量服用病人的情绪以欣快为主，话多，可出现幻觉，重者可出现谵妄状态和大量幻觉。

慢性成瘾以静脉注射最易引起，其次为皮下注射及口服，表现为口中有麻木感，瞳孔扩大，心动过速，血压升高、新陈代谢加快、反射亢进，神经过敏。

注射部易发生局部溃疡。病人往往死于全身衰竭和呼吸麻痹。

(三) 成瘾药物的临床特点

1. 精神依赖(psychological dependence) 精神依赖是指对药物的渴求。所有成瘾药物均有精神依赖的特点。此时患者强烈渴求用药，以致不择手段地设法得到药物，虽然其意识到药物对个人身体、精神和家庭、社会的危害。

2. 躯体依赖(physical dependence) 躯体依赖是指反复服用药物使中枢神经系统发生了某种生理、生化变化，以致需要药物持续地存在于体内，若停药会出现戒药综合征(withdrawal syndrome)的病症。

3. 耐药性(tolerance) 耐药性指重复使用某种药物后，其药效逐渐减低，如要取得与用药初期同等效力，必须增加剂量。

4. 对个人及社会的危害性 长期用药可造成营养不良，代谢障碍，慢性中毒，机体免疫功能下降。同时，也可造成心理活动的改变，甚至出现反社会行为。

(四) 药物依赖的治疗原则

原则上，药瘾的治疗应该包括四个方面：戒断药物，戒断症状的处理，治疗并发症，防止复染。

1. 戒断药物 这是药瘾治疗中最根本的一环，轻症药瘾或可卡因、大麻等无躯体依赖的药物成瘾应立即戒断多药瘾较深，用量较大的患者，为防止产生严重的戒断反应，可采用缓慢减药法或替代停药法，指用一种与该药性相仿，但无成瘾性或致瘾作用较弱的药物以取代成瘾药物，然后逐渐减少剂量。如用氯丙嗪代替巴比妥类，以美散酮代替吗啡。

2. 戒断症状的处理 许多药物的戒断症状是很严重的，应分别对症处理。必要时，可以临时给予少量原先成瘾的药物，以减轻戒断症状。

3. 处理各种并发症 由于患者常“嗜药如命”，对躯体健康，饮食营养，卫生习惯等均不注意，此时应作各种支持疗法，补充维生素、能量等，重视对并发症的处理。

4. 防止再染 药物依赖极易复染，要了解病人产生药瘾的社会—心理因素，予以恰当的指导与处理。要作一定时间随访，随时加以鼓励，树立信心。对复染者可采用行为疗法，使病人对致瘾药物形成厌恶性条件联系，而不再摄取药物。

5. 药物依赖的预防 药物依赖的预防最根本的是禁止制毒和贩毒，加强社会主义法制建设，坚决打击走私贩毒分子，做到“禁种、禁销、禁贩、禁吸”。同时要在医务人员和群众中大力宣传麻醉剂的合理应用，防止医源性药物依赖发生。

三、烟 瘾

DSM—III 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郑重地企图停用或显著减少使用烟草量，但未能成功；②停止吸烟而导致停吸反应；③不顾严重的躯体疾病，自知使用烟草会使其加剧，但仍继续吸烟。

(一)吸烟行为的分类

烟草的作用随着时代变迁,文化差异有所不同。山崎光博(1984)曾从社会学角度观察吸烟行为,并分类如下:①对个体的作用:a.给人肉体上的感受:作为药用,身体保暖;b.给人以精神上的作用:使人充满精力,充饥解渴;②调整人际关系的作用:a.作为媒介,增加亲近程度:作为礼品,待人接客之用,作为群体中成员间的确认方法;b.一种礼仪形式;③联结人与人以外世界的作用:a.人与自然的联系,b.人类与超自然力量关系的桥梁。松浦稻(1980)又根据对现代日本老年人的调查,按吸烟行为的动机分类:①作为生活的支持,②作为一种乐趣,③求得心理安慰,④作为自我独立决断的表现形式,⑤社交之用,⑥期望躯体得到安全。

(二)吸烟的危害

烟草烟雾中含有2000多种物质,其中尼古丁占全部生物碱的90%以上,是作用最强的生物碱。吸烟时,尼古丁从肺泡进入肺循环,又经左心室进入动脉循环,继而几乎全部进入脑内。因尼古丁有强大的脂质亲和性,可在脑脂内大量蓄积。尼古丁主要作用于胆碱能系统,对胆碱能受体先引起兴奋,然后再转入长时间抑制。尼古丁还可促进肾上腺髓质和其它部位释放儿茶酚胺,故能引起心率、血压、心搏出量增加、末梢血管收缩及血液游离脂肪酸增多。

尼古丁无论对什么器官,均先有兴奋,后有抑制作用。对于神经系统,可出现震颤和痉挛。吸烟可引起慢性支气管炎、肺气肿、肺癌、心血管病、消化系统溃疡等。母体因吸烟可影响胎儿发育,引起婴儿智力发育不全。

吸烟所致的生产率下降,医疗费用以及火灾等所造成的经济损失十分严重。

戒烟时,可有焦虑、兴奋、打呵欠或全身不适等。McNeill等(1986)认为,戒断症状严重度,与吸烟支数、吸烟深度、唾液中尼古丁浓度呈正相关。一般而言,女性较男性有更多的戒断症状。

(三)烟草依赖评定

对于烟草依赖程度的评定,至今无统一模式,1978年Fagerstrom对烟草依赖度提出了下表内容的评定方法:

烟草依赖度评定表

- 1.起床后几分钟内吸烟?(若30分钟内为1分)
- 2.在教会或图书馆等这样的禁烟场所,不吸烟是否非常困难?(答“是”为1分)
- 3.一天中哪一支烟最满足?(若为早晨的第一支烟为1分)
- 4.一天中抽几支烟?(16~25支为1分,26支以上为2分)
- 5.与其它时间相比,是否上午吸烟较多?(答“是”为1分)
- 6.即使生病,几乎一整天都要卧床休息时,也要吸烟吗?(答“是”为1分)
- 7.抽什么样的烟?(根据尼古丁含量低、中、高,分别给1、2、3分)
- 8.深吸的程度如何?(“有时”为1分,“经常”为2分)

Fagerstrom 此表对依赖度较高者更有效,若评分大于6分提示为高度依赖。

(四)烟草依赖行为的矫正

1. 药物治疗 烟草依赖的特异性药物疗法在欧美研究甚多,一部分还试用于临床。英国1980年就开发出尼古丁口香糖(nicotine chewing-gum)。1984年得到了美国食品及药物管理局的认可。该药经影响较少的途径,基本以非吸入的方式来摄取尼古丁,达到渐减尼古丁用量的目的。Rose和Hickmen等(1987)报告柠檬酸烟雾剂作为禁烟的辅助措施,结果提示柠檬酸烟雾剂与一

般的烟草相似，有较高的嗜好度和满足度，可降低吸烟欲求，提高戒烟率。

2. 行为治疗 行为疗法中以戒烟的厌恶疗法较多用，以一配对的能引起患者厌恶的刺激与吸烟行为相匹配，如在取烟或点头时，给予手部电击，或反复快速吸烟，使其产生头昏、呕吐等不适，以引起对烟的厌恶感。

(五) 预防

烟草依赖预防的关键在于全社会重视吸烟问题。

(1) 广泛宣传吸烟的危害性，特别是对青少年进行吸烟危害的教育，禁止烟草广告。

(2) 抓住时机增强患者戒烟的愿望，利用戒烟成功者进行言传身教，使戒烟者从中得到进一步支持。

(3) 限制烟草生产和流通，提高烟草税收，禁止在公共场所吸烟。

(4) 改制低含量尼古丁和焦油的烟，减轻对人体健康的影响。

(5) 改变以吸烟为高雅的风俗，以敬烟为交际的手段，以烟为礼品待人接客的旧习。

(6) 成立戒烟组织，制订戒烟合同，条件许可可建立禁烟门诊，使戒烟者能及时得到帮助。

四、过食

过食及缺少活动的行为可引起肥胖，是由于脂肪积聚过多所致。随着我国经济生活水平的提高，过食现象也日趋严重。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% 为重度肥胖。

(一) 肥胖对人体的危害

过食引起肥胖，对人体健康带来极大影响，给工作，生活带来极大不便。肥胖后增加机体额外负担，脂肪的大量堆积可影响心脏和肺的活动，提高耗氧量，可引起呼吸急促、胸前区紧迫感，易患高血压、动脉硬化、冠心病。在某医学中心，曾对 44 名心肌梗塞病人进行调查，27% 是超体重所引起。同时肥胖易引起脂肪肝、糖尿病、胆囊炎，抗感染力较弱。有人认为肥胖可影响寿命。

(二) 肥胖的矫正

1. 饮食行为疗法 在医生、营养人员配合下制订科学的饮食方案，减少高糖、高脂肪食物，增加含纤维素较多且能饱腹的食物，切忌勉强控制饮食，否则疗效欠佳，甚至会更胖。

应用行为自我控制疗法或认知行为矫正疗法(见第五章)，对肥胖矫正也有较满意的效果。结合厌恶疗法，对于某种特别难以限制的食物疗效更佳，如想象所喜欢的食物上有蛆在爬，有苍蝇在上吸吮，从而引起对该食物的厌恶。

改变饭后卧床、喜吃甜食、嗜酒等习惯。

2. 从事体力劳动积极参加体育锻炼 积极参加体力劳动和体育锻炼，动员体内贮存的脂肪转化为能量而得到释放、消耗。选择适度的体育锻炼方式，如健美操，循序渐进，持之以恒。

3. 药物疗法 药物作为肥胖症治疗的辅助剂，起到一定的作用，一般饮食控制不易接受的患者可配合服用苯丙胺，早、中餐前半小时各服用 10mg，有抑制食欲的作用。近年来，个别不法分子为迎合肥胖症患者的心理，制造假药，未经临床验证，向市场推销所谓的“减肥茶”，“减肥霜”，务需加以鉴别，切莫上当受骗。

(邹农基)

第十节 性心理与性心理障碍

一、性心理概述

(一)人的性行为

人类的性行为是一种复杂的生物社会现象，它既有象动物一样属于生物本能的的活动，以便保证种族不断繁衍，又有丰富的心理活动参与，并且受到社会道德规范的约束，接受社会舆论和法律的监督。人类的性行为是一种旨在满足个体生理上和心理上性需要，并适应社会性文明规范的行为活动。

从解剖和生理的观点看，动物的生殖腺及性激素的差异决定动物有雌雄之分，性激素水平高低决定性交配活动。下丘脑的灰结节调控下的脑垂体、甲状腺、肾上腺、性腺所分泌的激素呈周期性变化，从而出现动情期。多在每年春季出现的性腺周期变化不但决定了性功能的过程，而且使许多动物在外形上也有明显的差异。

人类的性行为与动物有着很大的差异，人类的性行为已没有明显的共同周期，性行为的激动和抑制受到高级神经领域的绝对调节，在整个性行为活动过程中，心理因素起着非常重要的作用。听觉、视觉、触觉、嗅觉、表象、联想、思维等心理活动的协调作用可以左右人的性行为，情绪的激发和情感的交流往往起决定性作用。可以说，人类的性行为活动是生理和心理的有机统一，心理活动起主导作用。

(二)性心理的发育

人的性行为和性的成熟与生物的本能有关，参与性活动的性心理则受着社会因素和文化因素的影响。个体性心理的发展经历以下几个阶段。

1. 性别识别 性别识别是人类特有的现象，是确定性别身分的前提。一岁半的幼儿可以区分男性和女性，3~4岁就可以区别周围人的性别，这时的性别差异是和衣着相联系的。直到6~7岁才知道性别是终身不变的。这样，才初步明确自己的性别身分，从而在活动、定向和价值观等方面出现强烈的性别化过程。性别的识别受父母对婴儿出生时性认定的影响很大，一些患肾上腺皮质增生的女婴，由于被父母认定为男婴，使儿童在性别识别上出现错误，成长后在性心理的矫正上就会遇到困难。

2. 性别认同 在社会化的过程中，家庭社会的教育和学习使儿童逐渐形成对自身性别的认同。有的父母将孩子自幼做异性装扮，儿童在这种错误的学习过程中可形成错误的性别识别，甚至错误的性别认同，这都将有损于正常性心理的发育。

3. 性别角色 当个体达到性别认同之后，男女就会进入各自的性别角色或性别身分，依据社会文化的规范，进一步限定其性心理和行为，包括衣着、装饰、姿态、性情……等等。不同的性别角色，在下述三方面可能存在差异：①性行为。②性心理的目标和定向，即对性问题及性道德规范的态度。③色情幻想和体验。性别角色的错误将导致性行为的错误。

4. 性意识 个体依据本人的性别角色参与性活动。任何一种形式的性行为，都有一定的性指向性，都有需要或欲望的满足。因此，都具有注意和身体的定向，并在行为模式上表现出一定

系统的变化倾向。性行为由刺激而产生，行为本身又产生感觉，感觉又成为新的刺激。行为的每一成分既是对前一事件的反应，又是对后来事件的刺激，直到需要得到满足。人类的性行为具有高度的社会性，正常的性行为得到社会的支持和法律的保护，不正常的性行为，违背了社会道德规范会产生罪恶感或受到社会的谴责。

(三)性反应周期

对性刺激的潜在性生理反应表现为广泛的血管充血和肌张力增加。性活动时机体的生理和心理反应可分为四期。

1. 兴奋期(excitement phase) 在性刺激作用下，性欲被唤起，身体开始呈现性紧张。性兴奋期是以男性的阴茎勃起和女性的阴道内产生分泌物为标志。女性偏重于亲昵和抚摸，男性的性器接触欲望更高，两性相互吸引力增高。

2. 持续期(plateau phase) 在性刺激继续作用下，性的紧张度保持在一个较稳定的高水平上。此时女性阴道外1/3处性快感发展，小阴唇出现充血和发红现象，使阴道口紧缩；男性阴茎更加坚硬，龟头周径增大，龟头基部产生快感，尿道Cowper腺出现分泌物从尿道口流出。

3. 高潮期(Orgasmic phase) 这个阶段男女双方的性紧张状态突然达到一个高峰，产生一种波浪式的欣快感。男性以精液射出和尿道收缩为标志；女性以子宫、阴道前段和肛门括约肌同时有节律的收缩为标志，出现骨盆部位不规则震动。

4. 消退期(resolution phase) 身体紧张状态逐步松弛和消散，产生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再次出现性高潮。男性在射精后有一个反拗期，处于性抑制状态，在反拗期内不能唤起阴茎勃起和射精。

二、功能性性功能障碍

性功能障碍是指在性活动过程中性功能低下或丧失，不能圆满地完成性交活动，是一组生理、心理症状，可见于多种疾病和心理障碍。

性功能障碍可以由多种原因引起，大体上可以分为器质性和功能性两类。器质性性功能障碍可见于机体存在内分泌腺活动异常，性机能发育异常，性器官结构异常以及其他躯体疾病直接或间接地影响到性功能。其特点是慢性持续发展的性功能减退，对情景改变没有反应或反应很微弱。功能性性功能障碍是不存在器质性疾病的前提下，由心理社会因素而引起性功能障碍，心理因素是主要原因。其特点是波动性的性功能障碍，明显地随着时间或情景的改变而变更，心理治疗可以获得良好的治疗效果。功能性性功能障碍是医学心理学讨论的内容。在器质性性功能障碍的康复过程，也需要心理治疗的协助。

功能性性功能障碍又叫心因性性功能障碍，是指性活动过程中由于心理社会因素的不良影响，性兴奋缺乏，不能产生满意的性生理反应，致使性反应周期的一个或几个阶段出现部分或完全性活动不良，不能圆满地完成性交活动。下面介绍几种常见的功能性性功能障碍。

(一)阳痿

阳痿(impotence)是指阴茎勃起困难，或者举而不坚，不持久，导致性交困难或失败。据统计，心因性阳痿约占阳痿病人总数的85~90%，在男性性功能障碍中居首位。

心因性阳痿的病因有：情绪焦虑、恐惧紧张、自责、内疚、忧伤等情绪影响，对性的错误认识，缺乏性知识，错误的性经验以及性活动的对方失去性吸引力等。

治疗可采用认知疗法，松弛疗法，性技术指导，夫妻联合治疗和性感集中训练法等。

(二)早泄

早泄(*praecox ejaculation*)是指性交时阴茎尚未插入阴道或刚插入就过早地射精，影响性生活的快感。

早泄的时间很难界定，因为个体的差异很大，一般以男性所不希望的提前发生射精为依据，Miller 和 Levine(1978)估计婚前有性行为者 22%有早泄。初婚和久别重逢的第一次性交，射精过快是正常现象，不属于早泄。

早泄的病因绝大多数和心情焦急有关，初次性交的匆忙，缺乏安全感的环境，过强的性幻想预激都可以引起早泄。错误经验影响性交前的心理状态，愈是担心早泄，愈容易出现早泄。

一般认为早泄是性神经感受阈降低，达到射精所需要的刺激量太低。治疗上，一方面要降低兴奋性，消除心情焦急和担忧，进行认知治疗和松弛训练，另一方面进行提高感受阈值训练。用动、停手淫刺激法，当用手法建立勃起反应后，在即将射精前停止动作，或用手捏挤龟头冠状沟两侧，产生微痛以阻止射精，如此反复训练以延长射精时间。

(三)女性性高潮缺乏和性感缺乏

性高潮缺乏(*anorgasm*)是指女性有性欲要求，但性交时性高潮延迟或缺乏。性感缺乏(*frigidity*)是指女性对性生活没有要求，即使被动性交也不能作出适当的性生理反应和心理反应，甚至厌恶性交。

性高潮缺乏是最常见的女性性功能障碍，大多数为心理因素所致。性感缺乏须排除器质性原因之后方可诊断为功能性性感缺乏。引起性高潮缺乏和性感缺乏的心理原因有：性压抑、错误的性知识、缺乏性爱吸引力、缺乏性激发以及从未有过性高潮体验的错误性经验等。

治疗要针对错误的认识和错误的经验进行认知心理治疗，传授性心理卫生知识，做性技巧指导。对“从无性快感”的女性，在性感集中训练的同时，伴随手淫刺激法或用震颤器刺激阴蒂，使其体会性高潮反应。暗示疗法也可以帮助病人建立自信，确认自己是有性欲的人。

(四)阴道痉挛

阴道痉挛(*Vaginismus*)是指阴道外 1/3 的阴道周围肌肉不自主地痉挛性收缩，致使阴茎插入困难或不能插入，影响了正常的性生活。

阴道痉挛作为一种条件反射，总是对性交产生疼痛感，无论刺激来自心理性或生理性，在阴茎插入时或插入前阴道周围肌肉产生痛性不自主痉挛。从临床资料分析，由心理社会因素弓；起阴道痉挛占大多数。

心理上对阴茎插入的害怕和焦虑，性知识缺乏造成的紧张，害怕男人，害怕怀孕，以前性交疼痛的错误经验以及幼年时期的性创伤、性虐待等都是引起阴道痉挛的心理原因。

治疗应针对不同原因进行认知治疗，消除不良情绪，松弛训练也有帮助。在性感集中训练的同时，采用系统脱敏治疗，以手指或不同型号的扩阴器进行阴道扩张训练。精神分析和暗示治疗也有帮助。

附：性感集中训练法

性感集中训练法是性心理治疗过程中通常采用的一种行为训练方法，它适合于各种性功能障碍的治疗。其目的是通过训练消除焦虑和紧张恐惧，集中精力体验性快感，以便唤起性兴奋，达到协调良好的情感交流和沟通。具体程序可分为六个阶段。

第一阶段，为了自己的快乐抚摸配偶，不要触及生殖器。这一阶段双方要达成明确协定，禁止一切性交企图和生殖器、乳房的接触，可由双方轮流发起进行抚摸。

第二阶段，为了自己和配偶的快乐抚摸对方，仍不要触及生殖器。这一阶段被抚摸的一方要就什么令人愉快和令人不快提供反馈。抚摸的一方便能利用反馈信息给予和感受愉快。

第三阶段，包括生殖器接触在内的抚摸。抚摸过程中，交替发起的原则不变。生殖器接触时采用的体位要合适，并应鼓励夫妇摸索出最适于他们的体位。互相仔细询问在不同体位时的反应，可以揭示出重要的感情和态度。

第四阶段，相互同时抚摸对方并伴随生殖器接触。夫妇双方必须轻松地愉快地经历了前几个阶段以后，才能进入这个阶段。第四阶段是前几个阶段的协调统一和有机的结合。

第五阶段，阴道包容。一旦生殖器和全身抚摸进行顺利，男方阴茎达到了相当坚挺的勃起，就可以进入阴道包容。先取女上位，由女方将阴茎放入阴道，不做任何其他的运动或骨盆前伸。注意力放在“阴茎包容感”和“阴道充填感”，时间可逐渐延长，然后移行到第六阶段。

第六阶段，正常性交阶段。在阴道包容的基础上允许做抽伸动作和骨盆前伸。

性感集中训练法要在全身心放松的前提下逐个阶段按顺序进行训练，不可越级。只有前一个阶段已达到完全轻松愉快，才能进入下一阶段的训练。如果在某一阶段出现焦虑和紧张，还必须倒回到上一阶段重新训练。

三、性心理障碍(性变态)

性心理障碍又叫性变态(sexual deviation)是指一组以性对象歪曲和性行为异常为特征的心理障碍，以寻求违反社会道德习俗的异常性行为来满足其性欲的需要。性心理障碍的病因至今尚无一致的认识，但各心理学派都倾向认为是性心理发育过程中出现异常而逐渐形成，生物、心理、社会因素都有一定的关系。

目前性心理障碍的界定包含有三个方面：①其性行为不符合当时社会认可的正常标准(不同的社会和不同的历史时期其标准可以不同)。②其性行为对他人可能造成伤害。③本人体验到痛苦，认识到性欲冲动与道德标准之间的冲突或认识到对他人带来了痛苦，或者虽本人没有认识，但多次遭受社会谴责和刑事惩罚。

性心理障碍应除外器质性精神疾病、精神发育迟滞及其他精神疾病伴随的性行为异常，也要和流氓的性犯罪相区别。性心理障碍的性行为常常引起法律纠纷，在判断其行为责任能力时，既不可与流氓行为等同对待，又因其行为并非精神病性障碍，应视具体情况处理，不可一律免除其责任能力。

根据性心理障碍患者的性行为表现可以将性心理障碍分为以下四类：

(1)同性恋。

(2)性对象障碍：①不以成熟异性为性对象：恋童癖，恋尸癖，恋兽癖；②不以性器官为性活动对象：恋物癖、异装癖等。

(3)性动作障碍：①以间接的行为方式引起性活动：露阴癖，窥淫癖，色情狂；②以古怪条

件引起性活动：施虐癖、受虐癖等。

(4) 性别认同障碍：易性癖(异性认同癖)。

(一) 同性恋

同性恋(homosexuality)是以同性为满足性欲的对象，可见于各个年龄阶段，但以未婚青少年多见，男性多于女性。同性恋双方中，有一方是真正的变态(即男性被动型和女性主动型)，其心理上有较多异性特征，体质上也带有异性特征。这种人被称为素质性同性恋者，可能有体质上或内分泌变异的基础，其心理素质方面有极大的变态，极难纠正。另一方即男性主动型和女性被动型，其身心方面相对来说比较健康。他们参加同性恋活动只是出于暂时的感情联系或由于性欲较强之故。

同性恋者面对社会压力或当他们同性恋关系不能维持时，可能产生严重的焦虑或抑郁反应，甚至消极自杀。如果同性恋者有使自己转变成异性恋的要求，心理行为指导结合厌恶疗法可以帮助纠正。不愿医治的同性恋者治疗不会收效。

(二) 恋童癖

恋童癖(pedophilia)是以儿童为性活动对象，多见于男性，常为儿童的亲戚或父母的朋友，其性欲要求可能针对异性或同性儿童，以抚摸，露阴及强奸等形式表现出来。对儿童身心健康危害很大。恋童癖者是意志薄弱者，对性冲动不能自己控制和选择对象。行为治疗特别是厌恶疗法可以帮助纠正。

(三) 恋物癖

恋物癖(fetishism)是以接触异性穿戴或佩带物品的方式引起性兴奋，多见于成年男子。他们通过抚弄、嗅、咬某些异性用过的物品而获得性的满足。这些物品大多直接接触异性肉体或明显与性有关，如胸罩、内裤、内衣、头巾、丝袜、发夹等。恋物癖者大多数性功能低下，对异性的渴望和性生活的胆怯无能，意志薄弱不能控制。他们为了获得异性的物品，常常以盗窃的方式为手段，以致触犯刑律，屡教不改，他们本人也为此而感到痛苦。适当的心理指导结合行为疗法可以帮助纠正。

(四) 异装癖

异装癖(transvestism)是指通过穿戴异性服饰而得到性欲满足，多见于男性。有些人着异性服装并不给他们以性的刺激，但他们觉得这样更适合他们的内在性格。异装癖与儿童早期受到不良的性诱惑或者接受不良的性经验有关。出入于公共场所的异装癖有伤风败俗之虑。行为疗法有所帮助。

(五) 露阴癖

露阴癖(exhibitionism)以在异性面前显露自己的生殖器而求得性欲的满足，多见于男性。露阴癖者常躲在昏暗的街道角落、僻静之处潜藏等待，每遇女性路过则迅速露出生殖器，或者同时伴随进行手淫，从对方的惊叫、逃跑或厌恶反应中获得性满足，通常不出现进一步的性侵犯行为。由于对社会风尚造成危害，露阴癖者因而常常受到惩罚，但总是恶习不改。究其原因可能是幼年早期的适应不良行为被不断加强。通过行为疗法可以帮助矫正。

(六) 窥淫癖

窥淫癖(Voyeurism)以偷看异性裸露的身体或偷看他人的性活动为性的满足，多见于男性。

窥淫癖者比较胆小，性生活能力不足，除偏爱有关性的影视镜头或裸体女性形象外，常常不择手段去偷看女性洗澡、排便，或偷看她们的性活动，一般不出现进一步的性侵害。窥淫癖者常常被当成流氓受到严厉惩罚，但恶习难改。有的学者认为，窥淫癖是由于幼年早期错误习得的性行为经过条件反射的不断加强。行为治疗可以通过惩罚(厌恶疗法)加以矫正。

(七)色情狂

色情狂(erotomania)是以病态的性幻想方式来满足其性欲要求，多数是女性。性幻想对象常常是某个杰出男性。色情狂者编造的爱情故事细节逼真，添加许多丰富的想象，使人觉得真实可信。典型者发展缓慢，持续不断。色情狂者并无其他精神分裂症的症状，应注意与精神分裂症的钟情妄想相区别。

(八)施虐癖和受虐癖

施虐癖(sadism)指通过在异性身上造成痛楚或屈辱以获得性的满足。施虐的程度可以从轻微的疼痛至严重的伤害。具体方式有鞭打、捆绑、脚踢、手拧、针刺、刀割等。有时与性的暴力犯罪难以区别。只有施暴虐是为情欲所必需才可称为施虐癖。受虐癖(masochism)的表现正好相反，以乐意接受异性施加的痛楚或屈辱而获得性欲的满足。其受虐的程度从轻度的凌辱到严重的鞭打。有时施虐癖和受虐癖联系在一起，他们经常交替地充当这两种绝然相反的两种角色。心理动力学认为，性受虐癖是转向自身的性施虐癖，性施虐癖也就是转向他人的性受虐癖。

(九)易性癖

易性癖(transsexualism)是一种性别认同障碍，强烈地认同自己是异性，以致企图求助医疗手段，帮助他们改变性别。男性要求切除阴茎，做人工阴道。女性要求切除乳房，做人工阴茎。或者采用性激素以改变自己的性征。尽管他们坚持认为自己解剖上的性别是错误的，希望改变性别，但他们并不是同性恋者，实际上他们都是异性恋者。

四、性心理咨询

性心理咨询是医学心理咨询的重要内容之一。由于其情况特殊，在具体讨论心理咨询(见下一章)之前，对此先作简要的介绍。性心理咨询是通过协商，讨论，提出建议和指导，帮助有性功能障碍和性心理障碍的患者摆脱痛苦，恢复正常性行为活动，对不同年龄阶段的人以及特殊的群体介绍性心理卫生知识，预防性功能障碍和性心理障碍，性心理咨询也承担性功能障碍及性心理障碍的心理治疗和行为矫正。

性心理咨询的理想场所是心理咨询门诊部。通过咨询者对来访者的直接交谈，详细收集资料，通过倾听、接受，支持，将会谈引入内心深处；同时结合细心的观察来访者心理活动和行为表现，了解其心理素质多必要时有针对性进行心理测验不难对性心理状态做出正确的估评。心理咨询的同时，针对性问题进行指导和配合必要的心理治疗。某些性问题处理需要夫妻双方协同完成，应及时进行家庭咨询和夫妻共同咨询。

对一般性的性心理问题也可以通过书信进行答疑式书面咨询，也可以对某些群体进行公开的集体咨询，如对大学生开展性心理卫生教育，还可以在报刊杂志有关专栏中有针对性的开展专栏咨询。

(一)性心理咨询的范围

根据我国第二届性心理健康与教育学术会议(1988, 广州)的资料概括, 性心理咨询的范围相当广泛。

1. 一般的性问题

(1) 各年龄阶段的性问题。

(2) 特殊群体中的性问题: ①慢性疾病及手术者的性问题; ②伤残者的性问题(一般伤残, 性器官伤残); ③计划生育中的性问题; ④有关性犯罪的性心理问题; ⑤海员及一些单性群体中的性问题。

2. 病理的性问题

(1) 性功能障碍: 包括男性的阳痿、早泄、射精障碍、性交疼痛和女性的性高潮缺乏、性感缺乏、阴道痉挛等。

(2) 性心理障碍: 包括同性恋、恋物癖、恋兽癖、恋童癖、露阴癖、窥淫癖、异装癖、摩擦癖、易性癖等。

(3) 性疾病: 包括性畸形及性身分的咨询; 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等。

(二) 性心理咨询的基本原则

1. 咨询者和来访者之间的情感交流无疑是性心理咨询中的最基本问题。此外, 在性心理咨询的开始阶段, 要注意三个区别

(1) 区分属于一般的性问题还是病理的性问题。一般的性问题是缺乏性知识所致, 只需进行性卫生知识的教育和指导, 而病理的性问题必须弄清楚病因, 并做针对性的咨询指导, 必要时须和心理治疗同时进行。

(2) 区别由心理因素还是由器官性疾病所致。只有完全除外了器官性的原因才可以确定是心理因素所致, 由于两者的治疗方法不同, 不可互相代替。

(3) 判断来访者有无主动求治的要求。有的来访者并无求治要求, 尤其是某些性心理障碍者, 试图从心理咨询处得到支持。没有求治要求的来访者是不会有收获的。

2. 在性问题咨询和处理的深入阶段, 要注意几个原则

(1) 咨询者和来访者认识的一致性。通过言语和情感交流, 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。通过消除情绪因素, 改变认识和行为模式, 恢复其自然的性功能, 防止形成“心理依赖性”。

(3) 夫妻共同治疗。夫妻双方共同接受性知识教育、情感交流和性行为指导, 防止在夫妻间造成一方是“病人”角色, 另一方是“配合者”角色的错误局面。

(4) 注意性活动以外的其他因素。不要单纯强调性心理和谐, 也要注意协调人际关系, 加强家庭和社会的支持作用。

(5) 保密的原则。不泄露性心理咨询和性治疗中的具体内容, 为来访者保密。

最后, 在性心理咨询的全过程中, 要特别注意维持咨询者的角色, 始终与来访者保持明确的界线。

(黎学涛)

第九章 心理咨询

第一节 心理咨询概念、方式和目的

(一) 心理咨询的概念

所谓咨询(counsel)是指帮助人们去探索和研究问题,使他们能决定自己应做些什么。目前,咨询工作已遍及各个领域,如职业咨询、婚姻咨询,青少年咨询、投资咨询、法律咨询等等,在各个方面给人们提供帮助。而心理咨询(psychological Counseling)则是在心理方面给予咨询对象以帮助、劝告、指导等。心理咨询是通过语言、文字等媒介,给咨询对象以帮助、启发和教育的过程。通过心理咨询,可以使心理咨询对象的认知,情感和态度发生变化,解决在学习,工作、生活、疾病和康复等各方面出现的心理问题,从而更好地适应环境,保持身心的健康状态。

从本世纪五六十年代开始,国外已纷纷设立心理咨询的机构,开展心理指导,解除生活危急状态等业务。进入到八十年代以后,国内首先在福州、上海、北京等地的精神病防治机构中,开设了心理咨询性质的专门门诊,以康复期的精神病人为主要对象,指导他们如何适应社会生活,预防精神病的复发。西安医科大学第一附院、中山医科大学第三附院等综合性医院的精神科,首先相继开设了心理咨询门诊,咨询的对象已不仅仅限于康复期的精神病人,而扩大到一切存在有心理问题需要咨询帮助的人。现在,许多大专院校都成立了心理咨询研究会和心理咨询门诊,许多综合性医院也相继成立了心理咨询门诊,为大专院校的师生,为医院就诊的病人,以及为整个社会人群提供了便利条件。近年来,北京,上海等一些大城市还建立了救急性质的“热线电话”,进行咨询服务,为面临着危急生活事件的人提供服务,在社会上引起了很大的反响,收到了很好的效果。

医学心理咨询工作是心理咨询工作中的一部分,但又具有其本身的特点。一般由医学心理学工作者,或者是具有心理学知识的临床医务工作者来担任这项工作。他们所面临的问题往往是与躯体疾病有关的心理学问题。这就要求心理咨询工作者必须具有丰富的医学及心理学的知识,才能胜任这项工作。本章主要介绍医学心理咨询的有关问题。

心理咨询的对象主要是正常人、有心理障碍或心理问题的躯体疾病患者,能够接受咨询帮助的轻微精神病患者。幼儿及不能合作或无法自诉、交谈的精神病患者,不宜作为心理咨询的直接对象,但可以通过其父母、家属或亲友、同事陪伴,给予间接的心理咨询,提供指导性意见。因此,心理咨询的对象实际上包括:患有某种心身疾病的病人多有这样或那样心理社会因素困扰的正常人群多以及代为咨询的病人家属或组织。

心理咨询决不等于我们日常生活中所说的做思想工作和“谈心”活动。心理咨询的任务在于使咨询对象与心理咨询工作者直接进行对话,提供情况和问题,共同商讨,听取心理咨询工作者的指导及建议。但心理咨询工作者并不参与决断和解决问题,而是使咨询对象充分发挥自己的

潜力，在心理咨询工作者的支持和帮助下，自己做出选择及决断，自己解决自己的问题。

(二)心理咨询的方式

根据具体不同的情况，可以采取不同的咨询形式，常用的心理咨询方式有以下几种：

1. 门诊心理咨询 在综合医院、精神卫生中心和卫生保健部门均可设置心理咨询门诊。心理咨询门诊着重解决病人或健康人所提出的有关心身疾病、心理卫生、精神疾病等方面的问题。

门诊咨询能够通过咨询对象和咨询工作者直接的见面，可以详细的询问病情，对病情作全面和深入的了解，随时发现问题，实事求是地提出正确的建议，及时进行解释疏导，因而效果较好。

2. 信函咨询 这种咨询的形式往往是由于咨询对象因路途遥远、交通不便或者咨询者暂时不愿暴露身分，有些问题难以当面启齿，以及有些出于试探心理。这也是一种较普遍的咨询方法。这种咨询形式，由于只能初步了解情况，进行一般安抚和稳定情绪的工作，而无法直接面对面地深入磋商，全面地了解情况，其效果不如门诊咨询好。因此，在必要时可以预约进行门诊咨询。

3. 电话心理咨询 其对象多为处于紧急情绪障碍，濒于精神崩溃或企图自杀的人，拨通专用电话向心理咨询机构告急，诉苦和求援。在国外，这种电话咨询往往专业化，称之为“生命线”，24小时均有人值班，接到电话呼救后，立即派人赶到当事人家中，处理其紧急情绪危象，安定情绪，制止意外事件的发生。国内目前在北京，天津，上海等地已建立了救急性质的“热线电话”咨询服务，接待有各种紧急情绪问题人的来电，通过咨询工作者在电话中的耐心劝说及心理咨询，稳定其情绪，制止不良后果的发生。目前已收到了较好的效果。

4. 专题心理咨询 针对公众所关心的一些较为普遍的心理问题，在报刊、杂志、电台，电视台进行专题讨论和答疑。国内有不少报刊、杂志都开辟有心理咨询专栏，对各种常见的心理疾病，以诊治病人的形式进行宣传，受到广大群众的欢迎。这种宣传形式的心理咨询对心理卫生知识的普及起到了很大的作用。但是这种方式对个别的心理咨询者来说针对性较差，要真正解决心理问题，还必须配合其他形式的心理咨询。

5. 现场心理咨询 对某一心理问题较多的单位或部门进行现场心理指导，提出切合实际的处理意见，或对当事者进行集体或个别的心理咨询。例如，在某些手术之前对受术者进行心理咨询，解除患者的顾虑，以消除术前的心理紧张状态，减轻术中及术后的不良反应，提高医疗效果。国内有的学者对女性绝育术前的受术者进行心理咨询，解答受术者所关心的一些问题，解除了她们的心理紧张状态，使术后的不良心理及躯体反应明显减少，获得很好的社会效益。

(三)要解决的具体问题

心理咨询对象所提出的问题涉及到多方面，因而心理咨询的内容也是很广泛的。归纳起来，心理咨询要解决的问题有以下几个方面：

1. 各种情绪障碍 如焦虑、抑郁、恐惧，紧张等问题，通过心理咨询工作者分析其原因，指导对策，从而达到消除危机，解除疑虑与紧张，恢复常态，振作精神，树立工作与生活的信心，重新投入到生活中去。

2. 各种躯体疾病的心身障碍 临床各科的躯体疾病病人中存在着大量的心理问题。同时，临床中也存在着大量的心身疾病的病人。病人的各种心理问题极大地影响着整个医疗过程。通过心理咨询工作者的咨询与指导，以及给予必要的心理治疗，可以解决病人的心理问题，从而大大提高医疗质量和治疗效果。这些病人占综合医院心理门诊病人中的较大的部分。

3. 鉴别精神病态与心理病态 通过心理咨询和必要的心理测验工作,对精神疾病与心理病态作出鉴别诊断,使心理病态的患者及时得到医治,也使精神疾病的患者不至于耽误病情。

4. 性心理障碍 社会上大量的性心理障碍,尤其是性功能障碍的人,常常由于羞于出口,而不知求助于何方。通过心理咨询工作,为存在各种性心理障碍的病人提供就诊场所,在咨询工作者的帮助下,可以解决他们的“心病”,矫正和消除一些不良行为,使生活更加和谐美满。

5. 健康者的心理卫生咨询 即使暂时没有心理上或躯体方面疾患的人,也会出现各种心理矛盾,导致心理紧张状态。如果不能及时有效地解除,势必会对身心健康带来影响。通过心理咨询可以使他们学会正确的应对方法,消除紧张,保持心身的完满状态。由于人们对健康的要求提高了,不仅需要预防躯体疾病的知识,同时也需要保持心理健康,讲究心理卫生的知识,心理咨询部门可以,也应该为他们提供这方面的服务。此外,还可以为各种精神疾病,心理疾病患者的亲友,同事,领导提供心理咨询,使他们了解这些疾病的防治知识,能更好地协助医务人员对病人进行的治疗。

第二节 心理咨询医生的条件

在日常生活中,每个人都可以针对自己所熟悉的人遇到的各种问题进行安慰、谈心,帮助其解决难题。但是,这些并不是心理咨询。并非每个人都能自然而然地成为心理咨询工作者。心理咨询是一门科学,心理咨询工作者必须有一定的理论知识和专门的技巧,必须受过严格的专业训练,才能掌握解决心理危机的本领和解除心理负荷改善认知结构的技能。一般说来,心理咨询工作者必须具备以下的条件:

(一)高尚的职业道德

心理咨询工作者的职业道德,就是规范心理咨询人员的行为,它能适应本职工作的要求。这是保证做好本职工作的必要条件。

热爱心理咨询工作。表现在对心理咨询工作的高度责任感,荣誉感和事业心。了解心理咨询工作的重大社会意义,认真、慎重地处理咨询对象提出的每一个心理问题,而决不马虎草率从事。对心理咨询对象满腔热情,对于他们所叙说的各种心理的矛盾,决不无动于衷,更不可讥讽嘲笑,与他们建立良好的关系,这是取得心理治疗效果的前提。

保护咨询对象的利益。为咨询对象严守秘密,尊重他们的隐私是保护咨询对象利益的重要方面。咨询工作者必须以诚实的态度对待咨询对象,决不可以任何方式透露或公开咨询者的情况和其咨询内容。平等相待,尊重人格是保护咨询对象利益的另一个重要的方面。无论来访者的年龄大小,男女性别,职务高低等等如何,都应一视同仁,同样给予尊重和关怀。此外,还必须尊重咨询对象的意愿和权利。这主要体现在要善于听取他们的意见,了解他们的需求,尽量满足他们的合理需要,取得他们的积极配合,向他们解释诊疗的根据和措施。当咨询对象拒绝或不合作时,亦不可强硬执行,违背他们的意愿。

(二)广泛的知识 and 咨询技能

除了对心理咨询具有满腔热情和良好的愿望之外，还必须不断地提高咨询工作的业务水平。其中包括大量汲取书本知识，学习他人总结的经验，以及虚心学习同道们的先进经验、先进技术和方法。在这个基础上，通过自己的实践，不断总结经验和教训，才能使心理咨询业务水平不断提高。所谓广泛的知识包括以下几方面：

首先，必须具有较为扎实的心理知识。心理咨询属于心理科学的一个分支，心理咨询之所以不同于一般人的谈心，安慰，就在于心理咨询工作者能够从心理学的角度分析和了解咨询对象心理问题的实质，了解他们心理活动失常的程度，使咨询的诊断更加准确。同时，在心理咨询工作中还要针对不同咨询对象的不同情况，运用大量的，各种各样的心理治疗方法。这些也要求咨询工作者必须具有较为丰富的心理学知识。

其次，医学知识也是心理咨询工作者应该了解和掌握的一门基础知识。这是因为咨询对象所提出的问题有不少涉及到疾病，康复等医学问题。尤其是综合医院的医学心理咨询，更要求咨询工作者必须了解临床各科的疾病。同时，在进行心理治疗时，往往要采取一些药物治疗与之相配合，如果没有医学知识，对药物性能，成分，用法不了解，则是很难做到的。

此外，较为丰富的社会学、教育学、哲学等人文科学的知识，亦是作为心理咨询工作者不可缺少的条件。心理咨询对象来自社会的各行各业，他们所处的社会群体、社会角色、人际关系等等各不相同。具有丰富的人文科学知识，才能适应各种情况，与咨询对象建立良好的人际关系。在进行心理咨询和心理治疗时，必须针对各自不同的情况，选择相应的咨询方法和咨询形式给予帮助，才能凑效。

(三)优秀的心理品质

作为心理咨询工作者，首先要具有敏锐的观察力。在咨询过程中，通过咨询对象的眼神，表情，姿势，动作举止、音量、声调等等非言语性信息，来洞察他们的内心世界。察言观色，从细微的表现中发现一般人不易发现或容易忽视的东西，及时了解咨询对象在咨询过程的态度，以调整自己的行为。尤其是在心理咨询的初期，咨询对象所叙述的并不一定是他心理上的矛盾问题。这就要求咨询工作者要具有敏锐的观察力、想象力，能够听出话外之音，了解咨询对象的真实意图，善于抓住问题的实质。

在心理咨询过程中，往往要求咨询工作者不用录音或笔记来记录咨询对象的谈话内容。这就要求心理咨询工作者要有较强的记忆能力，分析和综合能力，记住咨询对象在咨询过程中所反映的问题，并且进行综合、分析和归纳，在众多的问题中，找出主要的、实质性的问题。

流畅的言语表达能力，对心理咨询工作者同样具有其重要的意义。心理咨询过程是言语的交流过程。心理咨询工作者的言语要流畅，简明扼要，亲切自然，富有幽默感，要使咨询对象容易理解，不要过多地使用专业术语，使咨询对象茫然不知所云。通过自身的表情和手势帮助说话，文明用语，才能使咨询对象受到感染，产生可亲，可近和可信的感觉。

此外，心理咨询工作者深沉，真挚的情感，轻松、愉快、自信的表情在咨询过程中可以给咨询对象产生积极的心理暗示作用。坚强的意志品质、对工作充满信心、旺盛的工作精力和锲而不舍的追求精神、对心理咨询工作浓厚的兴趣、饱满的热情等，也是一个成功的心理咨询工作者必须具备的心理品质。

第三节 心理咨询的一般程序

(一)了解情况

1. 填写登记表 这是咨询工作的开始阶段。咨询对象填写有关的心理咨询记录和登记表,除姓名、性别、年龄、文化程度、工作单位这一般项目之外,还应包括生活经历、有无重大生活事件(尤其是受到的挫折)、工作环境(条件、人际关系)、家庭环境(经济条件、家庭和睦情况,有无精神病家族史)、本人健康状况、需要咨询问题的起因及经过等。使咨询工作者对咨询对象有一个概括性的了解。

2. 专心倾听 咨询工作者要善于听咨询对象的叙述,并应用咨询技巧鼓励其倾诉与内心痛苦有关的内容。在倾听的过程中,咨询工作者要善于从咨询对象叙述的具体事件,具体情节以及他的言语、表情、动作等方面,了解他是如何认识自己,如何认识自己与客观环境的关系、如何认识自己行为所产生的结果和如何评价自己。

(二)分析讨论

随着咨询的深入,咨询工作者在了解了咨询对象的主要问题之后,应引导他围绕主题提供更多的事实,想法,帮助他进一步了解自己,发现自己的问题,帮助他分析存在问题的根源,引起这些问题的原因。

(三)提供方法

通过分析讨论,使咨询对象对自己存在的心理问题有一个比较明确的认识之后,咨询工作者可以提出多种解决问题的办法,并对这些办法可能导致的结果进行评价,让咨询对象通过对比,选择一个自己认为最适合的解决办法,并且付诸于行动。如果出现新的问题或不能凑效,应分析其原因,针对具体不同的原因,选择其他的方法,或重新确定主题,选择实施的方案。

心理咨询往往需要多次进行,为保证咨询工作的连续性,对每位咨询对象应由专人负责接待,并对每次晤谈的内容,解决问题的建议,以及咨询对象的反应及效果作好记录。同时,应尊重咨询对象的意愿,如不愿诉说自己真实姓名,不愿有第三者在场或不愿有记录时,不应勉强,记录可在咨询结束后补记。

(四)心理咨询的注意事项

1. 正确处理与咨询对象的关系 要取得心理咨询的良好结果,首先是要取得咨询对象对咨询工作者的信任,使他认识到咨询工作者同情和理解他的处境,真心实意地帮助他分析和解决问题。这就要求咨询工作者对咨询对象要有满腔的热情,要善于耐心倾听他们的主诉,多听多思考,与他们处于一种相互平等的地位,在咨询对象诉说自身的痛苦、烦恼时,应给予恰当的疏导。尊重咨询对象,在分析解释,以及提供解决问题方法时,不要将自己的意见强加于人。同时,更应注意与咨询对象始终保持正当的工作关系,决不允许过于亲密。咨询工作者的主要目的在于指导咨询对象自己去解决问题。

2. 严守秘密 对于咨询对象在咨询过程中所叙述的问题,暴露的隐私等等应给予严格的保密。在教学或其他工作中需引用案例时也应将其姓名和住址给予保密。在心理咨询开始前可将保

密的原则告诉咨询对象，以便使他们消除顾虑，敞开心扉，吐露出真情。

3. 把握咨询时间 心理障碍的形成非一日所致。因此，解决心理问题也需要有一个较的时间，或者反复多次，不要期望通过一、二次的咨询晤谈就能把咨询对象的问题全部解决。每次咨询的时间为 30 分钟至 1 小时，一般不要超过 1 小时。

4. 态度鲜明，应答审慎 咨询工作者的态度，观点往往会给咨询对象带来很大的影响，在整个咨询过程中，咨询工作者应始终保持冷静，清醒的头脑，不轻易表态，不要在尚未完全了解全部，真实的情况之前就忙于下结论。更不应轻率地对咨询对象所谈及的他人或单位作出批评指责。同时，在叙述自己的观点和看法，在给予分析和指导时，咨询工作者应态度明朗，使咨询对象能够准确地领会其意思，切忌发表似是而非，模棱两可的意见。

心理咨询工作的重要性是显而易见的。作为临床工作者，如果具有一定的心理咨询的知识，将会对临床工作有所裨益。

(吴均林，廖胜兴)

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——II 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声音刺激作出判断和反应(尾左手的无名指、食指和中指分别向低、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。

$$Q = \sqrt{\left(\frac{L_2}{L_1}\right) \cdot \left(\frac{R_2}{R_1}\right)}$$

$Q < 0.5$ 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 L2，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：3~11 个数字的数字串。

步骤：实验前主试先准备好 3~11 个数的数字串各一组，如：

$$\left\{ \begin{array}{l} 8、5、2， \\ 6、9、4， \dots\dots \\ 2、7、1， \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} 7、4、9、6、1、3、9、6、8、2、5， \\ 6、9、4、7、9、1、7、4、2、5、9， \\ 1、8、2、5、1、9、8、6、8、4、3， \end{array} \right.$$

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 个数)+2/3(8 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单从头到尾朗读两遍，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 2 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多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：

$$\text{重现保持量} = \frac{\text{正确重现的项目数}}{\text{原识记的项目数}} \times 100\%$$

$$\text{再学保持量} = \frac{\text{初学遍数} - \text{再学遍数}}{\text{初学遍数}} \times 100\%$$

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，手持小棒子迷宫之中，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，犯错误一次扬声器自动警告一次，电子计算器并同时记录错误次数。直至学会不犯错误为止。以练习次数为横坐标分别用完成一次所需要时间及犯错误次数为纵坐标，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划去等多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： $E=e \cdot A$ ，其中A为精确度 $=C+W / C+O$ ，e为检查个数，W为错划个数，O为漏划个数，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。 $E=A / T \times 100$ ，其中 $A=C-W / C+O$ ，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效。

(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，用酒精涂擦被拭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拭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 10×5cm 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，即痛阈多当被试报告“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，以次数作横座标，大鼠从起始区受到刺激后逃到安全区所需时间作纵座标，画出大鼠练习曲线。

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，仪器的声音就停止多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多使用情绪调查表或临床记忆量表对各类病人进行调查多等等。

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，了解这些适应与不适应分别和什么因素有关等等。

(黄 丽)

附 表

一、艾森克人格问卷(成人)(EPQ)

说明：请回答下列问题。回答“是”时，就在“是”上打“√”；回答“否”时就在“否”上打“√”。每个答案无所谓正确与错误。这里没有对你不利的题目。请尽快回答，不要在每道题目上太多思索。回答时不要考虑应该怎样，只回答你平时是怎样的。每题都要回答。

1. 你是否有广泛的爱好?是, 否
2. 在做任何事情之前, 你是否都要考虑一番?是, 否
3. 你的情绪时常波动吗?是, 否
4. 当别人做了好事, 而周围的人却认为是你做的时候, 你是否感到洋洋得意?是, 否
5. 你是一个健谈的人吗?是, 否
6. 你曾经无缘无故地觉得自己“可怜”吗?是, 否
7. 你曾经有过贪心使自己多得份外的物质利益吗?是, 否
8. 晚上你是否小心地把门锁好?是, 否
9. 你认为自己活泼吗?是, 否
10. 当你看到小孩(或动物)受折磨时是否感到难受?是, 否
11. 你是否时常担心你会说出(或做出)不应该说(或做)的事情?是, 否
12. 若你说过要做某件事, 是否不管遇到什么困难都要把它做成?是, 否
13. 在愉快的聚会中, 你通常是否尽情享受?是, 否
14. 你是一位易激怒的人吗?是, 否
15. 你是否有过自己做错了事反倒责备别人的时候?是, 否
16. 你喜欢会见陌生人吗?是, 否
17. 你是否相信参加储蓄是一种好办法?是, 否
18. 你的感情是否容易受到伤害?是, 否
19. 你想服用有奇特效果或是有危险性的药物吗?是, 否
20. 你是否时常感到“极其厌烦”?是, 否
21. 你曾多占多得别人的东西(甚至一针一线)吗?是, 否
22. 如果条件允许, 你喜欢经常外出(旅行)吗?是, 否
23. 对你所喜欢的人, 你是否为取乐开过过头的玩笑?是, 否
24. 你是否常因“自罪感”而烦恼?是, 否
25. 你是否有时候谈论一些你毫无所知的事情?是, 否
26. 你是否宁愿看些书, 而不想去会见别人?是, 否
27. 有坏人想要害你吗?是, 否
28. 你认为自己“神经过敏”吗?是, 否
29. 你的朋友多吗?是, 否
30. 你是个忧虑重重的人吗?是, 否
31. 你在儿童时代是否立即听从大人的吩咐而毫无怨言?是, 否
32. 你是一个无忧无虑、逍遥自在的人吗?是, 否

33. 有礼貌、爱整洁对你很重要吗?是, 否
34. 你是否担心将会发生可怕的事情?是, 否
35. 在结识新朋友时, 你通常是主动的吗?是, 否
36. 你觉到自己是个非常敏感的人吗?是, 否
37. 和别人在一起的时候, 你是否不常说话?是, 否
38. 你是否认为结婚是个框框, 应该废除?是, 否
39. 你有时有点自吹自擂吗?是, 否
40. 在一个沉闷的场合, 你能给大家添点生气吗?是, 否
41. 慢腾腾开车的司机是否使你讨厌?是, 否
42. 你担心自己的健康吗?是, 否
43. 你是否喜欢说笑话和谈论有趣的事?是, 否
44. 你是否觉得大多数事情对你都是无所谓?是, 否
45. 你小时候曾经有过对待父母鲁莽无礼的行为吗?是, 否
46. 你喜欢和别人打成一片, 整天相处在一起吗?是, 否
47. 你失眠吗?是, 否
48. 你饭前必定洗手吗?是, 否
49. 当别人问你话时, 你是否对答如流?是, 否
50. 你是否宁愿有富裕时间喜欢早点动身去赴约会?是, 否
51. 你经常无缘无故感到疲倦和无精打采吗?是, 否
52. 在游戏或打牌时你曾经作弊吗?是, 否
53. 你喜欢紧张的工作吗?是, 否
54. 你时常觉得自己的生活很单调吗?是, 否
55. 你曾经为了自己而利用过别人吗?是, 否
56. 你是否参加的活动太多, 已超过自己可能分配的时间?是, 否
57. 是否有那么几个人时常躲着你?是, 否
58. 你是否认为人们为保障自己的将来而精打细算勤俭节约所费的时间太多了是, 否
59. 你是否曾经想过去死?是, 否
60. 若你确知不会被发现时, 你会少付人家钱吗?是, 否
61. 你能使一个联欢会开得成功吗?是, 否
62. 你是否尽力使自己不粗鲁?是, 否
63. 一件使你为难的事情过去之后, 是否使你烦恼好久?是, 否
64. 你曾否坚持要照你的想法办事?是, 否
65. 当你去乘火车时, 你是否最后一分钟到达?是, 否
66. 你是否“神经质”?是, 否
67. 你常感到寂寞吗?是, 否
68. 你的言行总是一致的吗?是, 否
69. 你有时喜欢玩弄动物吗?是, 否
70. 有人对你或你的工作吹毛求疵时, 是否容易伤害你的积极性?是, 否
71. 你去赴约会或上班时, 曾否迟到?是, 否
72. 你是否喜欢在你的周围有许多热闹和高兴的事?是, 否
73. 你愿意让别人怕你吗?是, 否
74. 你是否有时兴致勃勃, 有时却很懒散不想动弹?是, 否

75. 你有时会把今天应做的事拖到明天吗?是, 否
76. 别人是否认为你是生气勃勃的?是, 否
77. 别人是否对你说过许多谎话?是, 否
78. 你是否对有些事情易性急生气?是, 否
79. 若你犯有错误, 是否都愿意承认?是, 否
80. 你是一个整洁严谨, 有条不紊的人吗?是, 否
81. 在公园里或马路上, 你是否总是把果皮或废纸扔到垃圾箱里?是, 否
82. 遇到为难的事情, 你是否拿不定主意?是, 否
83. 你是否有过随口骂人的时候?是, 否
84. 若你乘车或坐飞机外出时, 你是否担心会碰撞或出意外?是, 否
85. 你是一个爱交往的人吗?是, 否

二、症状自评量表(SCL-90)

注意: 以下表格中列出了有些人可能会有的问题, 请仔细地阅读每一条, 然后根据最近一星期以内下述情况影响您的实际感觉, 在5个方格中选择一格, 划一个钩“√”。

	没有	很轻	中等	偏重	严重
	1	2	3	4	5
1. 头痛	<input type="checkbox"/>				
2. 神经过敏, 心中不踏实	<input type="checkbox"/>				
3. 头脑中有不必要的想法或字句盘旋	<input type="checkbox"/>				
4. 头昏或昏倒	<input type="checkbox"/>				
5. 对异性的兴趣减退	<input type="checkbox"/>				
6. 对旁人责备求全	<input type="checkbox"/>				
7. 感到别人能控制您的思想	<input type="checkbox"/>				
8. 责怪别人制造麻烦	<input type="checkbox"/>				
9. 忘性大	<input type="checkbox"/>				
10. 担心自己的衣饰整齐及仪态的端正	<input type="checkbox"/>				
11. 容易烦恼和激动	<input type="checkbox"/>				
12. 胸痛	<input type="checkbox"/>				
13. 害怕空旷的场所或街道	<input type="checkbox"/>				
14. 感到自己的精力下降, 活动减慢	<input type="checkbox"/>				
15. 想结束自己的生命	<input type="checkbox"/>				
16. 听到旁人听不到的声音	<input type="checkbox"/>				
17. 发抖	<input type="checkbox"/>				
18. 感到大多数人都不可信任	<input type="checkbox"/>				
19. 胃口不好	<input type="checkbox"/>				
20. 容易哭泣	<input type="checkbox"/>				
21. 同异性相处时感害羞不自在	<input type="checkbox"/>				
22. 感到受骗、中了圈套或有人想抓住您	<input type="checkbox"/>				
23. 无缘无故地突然感到害怕	<input type="checkbox"/>				

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. 自己不能控制地大发脾气 | <input type="checkbox"/> |
| 25. 怕单独出门 | <input type="checkbox"/> |
| 26. 经常责怪自己 | <input type="checkbox"/> |
| 27. 腰痛 | <input type="checkbox"/> |
| 28. 感到难以完成任务 | <input type="checkbox"/> |
| 29. 感到孤独 | <input type="checkbox"/> |
| 30. 感到苦闷 | <input type="checkbox"/> |
| 31. 过分担忧 | <input type="checkbox"/> |
| 32. 对事物不感兴趣 | <input type="checkbox"/> |
| 33. 感到害怕 | <input type="checkbox"/> |
| 34. 我的感情容易受到伤害 | <input type="checkbox"/> |
| 35. 旁人能知道您的私下想法 | <input type="checkbox"/> |
| 36. 感到别人不理解您不同情您 | <input type="checkbox"/> |
| 37. 感到人们对您不友好, 不喜欢您 | <input type="checkbox"/> |
| 38. 做事必须做得很慢以保证做得正确 | <input type="checkbox"/> |
| 39. 心跳得很厉害 | <input type="checkbox"/> |
| 40. 恶心或胃部不舒服 | <input type="checkbox"/> |
| 41. 感到比不上他人 | <input type="checkbox"/> |
| 42. 肌肉酸痛 | <input type="checkbox"/> |
| 43. 感到有人在监视您谈论您 | <input type="checkbox"/> |
| 44. 难以入睡 | <input type="checkbox"/> |
| 45. 做事必须反复检查 | <input type="checkbox"/> |
| 46. 难以作出决定 | <input type="checkbox"/> |
| 47. 怕乘电车、公共汽车、地铁或火车 | <input type="checkbox"/> |
| 48. 呼吸有困难 | <input type="checkbox"/> |
| 49. 一阵阵发冷或发热 | <input type="checkbox"/> |
| 50. 因为感到害怕而避开某些东西、场合或活动 | <input type="checkbox"/> |
| 51. 脑子变空了 | <input type="checkbox"/> |
| 52. 身体发麻或刺痛 | <input type="checkbox"/> |
| 53. 喉咙有梗塞感 | <input type="checkbox"/> |
| 54. 感到前途没有希望 | <input type="checkbox"/> |
| 55. 不能集中注意 | <input type="checkbox"/> |
| 56. 感到身体的某一部分软弱无力 | <input type="checkbox"/> |
| 57. 感到紧张或容易紧张 | <input type="checkbox"/> |
| 58. 感到手或脚发重 | <input type="checkbox"/> |
| 59. 想到死亡的事 | <input type="checkbox"/> |
| 60. 吃得太多 | <input type="checkbox"/> |
| 61. 当别人看着您或谈论您时感到不自在 | <input type="checkbox"/> |
| 62. 有一些不属于您自己的想法 | <input type="checkbox"/> |
| 63. 有想打人或伤害他人的冲动 | <input type="checkbox"/> |
| 64. 醒得太早 | <input type="checkbox"/> |
| 65. 必须反复洗手、点数目或触摸某些东西 | <input type="checkbox"/> |

66. 睡得不稳不深	<input type="checkbox"/>				
67. 有想摔坏或破坏东西的冲动	<input type="checkbox"/>				
68. 有一些别人没有的想法或念头	<input type="checkbox"/>				
69. 感到对别人神经过敏	<input type="checkbox"/>				
70. 在商店或电影院等人多的地方感到不自在	<input type="checkbox"/>				
71. 感到任何事情都很困难	<input type="checkbox"/>				
72. 一阵阵恐惧或惊恐	<input type="checkbox"/>				
73. 感到在公共场合吃东西很不舒服	<input type="checkbox"/>				
74. 经常与人争论	<input type="checkbox"/>				
75. 独自一人时神经很紧张	<input type="checkbox"/>				
76. 别人对您的成绩没有作出恰当的评价	<input type="checkbox"/>				
77. 即使和别人在一起也感到孤单	<input type="checkbox"/>				
78. 感到坐立不安心神不定	<input type="checkbox"/>				
79. 感到自己没有什么价值	<input type="checkbox"/>				
80. 感到熟悉的东西变成陌生或不象是真的	<input type="checkbox"/>				
81. 大叫或摔东西	<input type="checkbox"/>				
82. 害怕会在公共场合昏倒	<input type="checkbox"/>				
83. 感到别人想占您的便宜	<input type="checkbox"/>				
84. 为一些有关“性”的想法而很苦恼	<input type="checkbox"/>				
85. 您认为应该因为自己的过错而受到惩罚	<input type="checkbox"/>				
86. 感到要赶快把事情做完	<input type="checkbox"/>				
87. 感到自己的身体有严重问题	<input type="checkbox"/>				
88. 从未感到和其他人很亲近	<input type="checkbox"/>				
89. 感到自己有罪	<input type="checkbox"/>				
90. 感到自己的脑子有毛病	<input type="checkbox"/>				

三、Zung 抑郁自评量表 (SDS)

下面有20条文字，请仔细阅读每一条，把意思弄明白。然后根据您最近一星期的实际情况在适当的方格里划一个钩“√”。

评 定 项 目	很少有	有时有	大 部 分	绝 大 多 数
			时 间 有	时 间 有
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. 我晚上睡眠不好	1	2	3	4
5. 我吃得跟平常一样多	4	3	2	1
6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快	4	3	2	1
7. 我发觉我的体重在下降	1	2	3	4
8. 我有便秘的苦恼	1	2	3	4
9. 我心跳比平时快	1	2	3	4

10.我无缘无故地感到疲乏	1	2	3	4
11.我的头脑跟平常一样清楚	4	3	2	1
12.我觉得经常做的事情并没有困难	4	3	2	1
13.我觉得不安而平静不下来	1	2	3	4
14.我对将来抱有希望	4	3	2	1
15.我比平常容易生气激动	1	2	3	4
16.我觉得作出决定是容易的	4	3	2	1
17.我觉得自己是个有用的人,有人需要我	4	3	2	1
18.我的生活过得很有意思	4	3	2	1
19.我认为我死了别人会生活得好些	1	2	3	4
20.平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣	4	3	2	1

(表中数字是计分标准,实际使用时以空方格代替)

四、Zung 焦虑自评量表 (SAS)

下面有20条文字,请仔细阅读每一条,把意思弄明白,然后根据您最近一周的实际情况,在适当的方格里划一个钩“√”。

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

(表中数字是计分标准,实际使用时以空方格代替)

五、医院焦虑抑郁情绪测定表(HAD)

情绪在大多数疾病中起着重要作用,如果医生了解你的情绪变化,他们就能给你更多的帮助。

这个测定表是专门设计帮助医生了解你的情绪,请你阅读以下各个项目,把其中最符合你上个月以来的情绪的答案下划一条线。

对这些问题的回答不要作过多的考虑,对每个问题立即作出回答比考虑后再回答更为正确。

A	我感到紧张(或痛苦)	评分	D	我对自己的仪容(打扮自己)失去兴趣	评分
	几乎所有时候	3		肯定	3
	大多数时间	2		并不象我应该做到的那样关心	2
	有时	1		我可能不是非常关心	1
	根本没有	0		我仍象以往一样关心	0
D	我对以往感兴趣的事情还是有兴趣		A	我有点坐立不安,好象感到非要活动不可	
	肯定一样	0		确实非常多	3
	不象以往那样多	1		是不少	2
	只有一点儿	2		并不很多	1
	基本上没有了	3		根本没有	0
A	我感到有点害怕,好象预感到有什么可怕事情要发生		D	我对一切都是乐观地向前看	
	非常肯定和十分严重	3		差不多是这样的	0
	是有,但并不太严重	2		并不完全是这样的	1
	有一点,但并不使我苦恼	1		很少这样做	2
	根本没有	0		几乎从来不这样做	3
D	我能够哈哈大笑,并看到事物的好的一面		A	我突然发生恐慌感	
	我经常这样	0		确实很经常	3
	现在已经不大这样了	1		时常	2
	现在肯定是不太多了	2		并非经常	1
	根本没有	3		根本没有	0
A	我的心中充满烦恼		D	我好象感到情绪在渐渐低落	
	大多数时间	3		几乎所有的时间	3
	常常如此	2		很经常	2
	有时,但并不经常	1		有时	1
	偶然如此	0		根本没有	0
D	我感到愉快		A	我感到有点害怕,好象某个内脏器官变坏	
	根本没有	3		根本没有	0
	并不经常	2		有时	1
	有时	1		很经常	2
	大多数时间	0		非常经常	3
A	我能够安闲而轻松地坐着		D	我能欣赏一本好书或一项好的广播或电视节目	
	肯定	0		常常	0
	经常	1		有时	1
	并不经常	2		并非经常	2
	根本没有	3		很少	3

六、A 型性格问卷

请回答下列问题。凡是符合您的情况的就在“是”字上打个对号，凡是不符合您的情况的就在“否”字上打个对号。每个问题必须回答，答案无所谓对与不对、好与不好。请尽快回答，不要在每道题目上太多思索。回答时不要考虑“应该怎样”，只回答您平时“是怎样的”就行了。

1. 我常常力图说服别人同意我的观点是, 否
2. 即使没有什么要紧事, 我走路也很快是, 否
3. 我经常感到应该做的事情很多, 有压力是, 否
4. 即使是已经决定了的事别人也很容易使我改变主意是, 否
5. 我常常因为一些事大发脾气或和人争吵是, 否
6. 遇到买东西排长队时, 我宁愿不买是, 否
7. 有些工作我根本安排不过来, 只是临时挤时间去做是, 否
8. 我上班或赴约会时, 从来不迟到是, 否
9. 当我正在做事, 谁要是打扰我, 不管有意无意, 我都非常恼火是, 否
10. 我总看不惯那些慢条斯里、不紧不慢的人是, 否
11. 有时我简直忙得透不过气来, 因为该做的事情太多了是, 否
12. 即使跟别人合作, 我也总想单独完成一些更重要的部分是, 否
13. 有时我真想骂人是, 否
14. 我做事喜欢慢慢来, 而且总是思前想后是, 否
15. 排队买东西, 要是有人加塞, 我就忍不住指责他或出来干涉是, 否
16. 我觉得自己是一个无忧无虑、逍遥自在的人是, 否
17. 有时连我自己都觉得, 我所操心的事远远超过我应该操心的范围.....是, 否
18. 无论做什么事, 即使比别人差, 我也无所谓是, 否
19. 我总不能象有些人那样, 做事不紧不慢是, 否
20. 我从来没想到要按照自己的想法办事是, 否
21. 每天的事情都使我的神经高度紧张是, 否
22. 在公园里赏花、观鱼等, 我总是先看完, 等着同来的人是, 否
23. 对别人的缺点和毛病, 我常常不能宽容是, 否
24. 在我所认识的人里, 个个我都喜欢是, 否
25. 听到别人发表不正确见解, 我总想立即就去纠正他是, 否
26. 无论做什么事, 我都比别人快一些是, 否
27. 当别人对我无礼时, 我会立即以牙还牙是, 否
28. 我觉得我有能力把一切事情办好是, 否
29. 聊天时, 我也总是急于说出自己的想法, 甚至打断别人的话是, 否
30. 人们认为我是一个相当安静、沉着的人是, 否
31. 我觉得世界上值得我信任的人实在不多是, 否
32. 对未来我有许多想法, 并总想一下子都能现实.....是, 否
33. 有时我也会说人家的闲话是, 否
34. 尽管时间很宽裕, 我吃饭也快是, 否
35. 听人讲话或报告时我常替讲话人着急, 我想还不如我来讲哩是, 否

36. 即使有人冤枉了我,我也能够忍受是,否
37. 我有时会把今天该做的事拖到明天去做是,否
38. 人们认为我是一个干脆、利落、高效率的人是,否
39. 有人对我或我的工作吹毛求疵时,很容易挫伤我的积极性是,否
40. 我常常感到时间晚了,可一看表还早呢是,否
41. 我觉得我是一个非常敏感的人是,否
42. 我做事总是匆匆忙忙的,力图用最少的时间办尽量多的事情是,否
43. 如果犯有错误,我每次全都愿意承认是,否
44. 坐公共汽车时,我总觉得司机开车太慢是,否
45. 无论做什么事,即使看着别人做不好我也不想拿来替他做是,否
46. 我常常为工作没做完,一天又过去了而感到忧虑是,否
47. 很多事情如果由我来负责,情况要比现在好得多是,否
48. 有时我会想到一些坏得说不出口的事是,否
49. 即使受工作能力和水平很差的人所领导,我也无所谓是,否
50. 必须等待什么的时候,我总是心急如焚,“象热锅上的蚂蚁”是,否
51. 当事情不顺利时我就想放弃,因为我觉得自己能力不够是,否
52. 假如我可以不买票白看电影,而且不会被发觉,我可能会这样做是,否
53. 别人托我办的事情,只要答应了,我从不拖延是,否
54. 人们认为我做事很有耐性,干什么都不会着急是,否
55. 约会或乘车、船,我从不迟到,如果对方耽误了,我就恼火是,否
56. 我每天看电影,不然心里就不舒服是,否
57. 许多事本来可以大家分担,可我喜欢一个人去干是,否
58. 我觉得别人对我的话理解太慢,甚至理解不了我的意思似的是,否
59. 人家说我是个厉害的暴性子的人是,否
60. 我常常比较容易看到别人的缺点而不容易看到别人的优点是,否

TH=

CH=

L=

七、中国正常人生活事件评定常模表

序号	生活事件	合计	青年	中年	更年	老年	序号	生活事件	合计	青年	中年	更年	老年
1	丧偶	110	113	112	100	104	34	性生活障碍	37	42	36	32	19
2	子女死亡	102	102	106	97	84	35	家属行政处分	36	31	40	42	36
3	父母死亡	96	110	95	81	60	36	名誉受损	36	37	37	35	33
4	离婚	65	65	68	61	60	37	中额借贷	36	32	38	40	33
5	父母离婚	62	73	58	53	54	38	财产损失	36	29	40	43	34
6	夫妻感情破裂	60	64	60	53	56	39	退学	35	44	30	33	33
7	子女出生	58	62	60	49	48	40	好友去世	34	40	33	28	26
8	开除	57	61	52	54	74	41	法律纠纷	34	32	35	34	37
9	刑事处分	57	49	59	62	80	42	收入显著增减	34	28	38	42	23
10	家属亡故	53	60	52	44	32	43	遗失重要物品	33	31	34	39	31
11	家属重病	52	56	53	48	37	44	留级	32	38	29	30	26
12	政治性冲击	51	47	52	51	71	45	夫妻严重争执	32	30	34	29	28
13	子女行为不端	50	51	52	47	46	46	搬家	31	22	36	39	25
14	结婚	50	50	50	50	50	47	领养寄子	31	32	32	29	16
15	家属刑事处分	50	43	53	54	53	48	好友决裂	30	36	28	25	23
16	失恋	48	55	45	44	42	49	工作显著增加	30	25	31	35	38
17	婚外两性关系	48	48	52	41	39	50	小量借贷	27	23	30	32	20
18	大量借贷	48	43	50	49	53	51	退休	26	18	28	35	29
19	突出成就荣誉	47	43	49	47	47	52	工种更动	26	25	27	26	25
20	恢复政治名誉	45	41	46	51	47	53	学习困难	25	26	22	23	17
21	重病外伤	43	42	43	46	46	54	流产	25	25	26	25	23
22	严重差错事故	42	42	41	47	40	55	家庭成员纠纷	25	23	25	29	19
23	开始恋爱	41	45	36	38	57	56	和上级冲突	24	21	27	23	30
24	行政纪律处分	40	36	43	42	43	57	入学或就业	24	26	25	23	14
25	复婚	40	42	40	36	35	58	参军复员	23	20	23	32	25
26	子女学习困难	40	34	44	44	29	59	受惊	20	20	21	25	14
27	子女就业	40	29	44	52	39	60	业余培训	20	20	21	22	16
28	怀孕	39	44	38	33	27	61	家庭成员外迁	19	17	20	20	19
29	升学就学受挫	39	41	39	41	26	62	邻居纠纷	18	16	20	21	17
30	晋升	39	28	44	47	40	63	同事纠纷	18	16	20	19	16
31	入党入团	39	29	41	53	59	64	睡眠重大改变	17	12	19	21	25
32	子女结婚	38	34	41	39	33	65	暂去外地	16	12	18	18	22
33	免去职务	37	36	38	36	34							

参 考 文 献

1. Agras WS, ed. Behavior. Modification: Principles and Clinical Application. Boston, Little, Brown and Co, 1978
2. Basmajian JV. Biofeedback: Principles and Practice. Baltimore: The Williams and Wilkins Co, 1979
3. Beck AT, et al. Brief cognitive therapy. *Psychiatric Clinics of North Am* 1979; 2(1): 23
4. Bishop DS, ed. Behavioral Problems and Disabled: Assessment and Management. Baltimore / London: The Williams and Wilkins Co, 1981
5. Bowden CL and Burstern AG. Psychosocial Basis of Medical Practice. Baltimore, The Williams and Wilkins Co, 1979
6. Boudewyns PA and Keefe FJ. Behavioral Medicine in General Medical Practice. California: Addison—Wesley Pub Co, 1982
7. Coles MGH, et al. Psychophysiology: Systems, Processes, and Applications. Amsterdam: Elsevier, 1986
8. *Cult Ann*. Invited review: psychological aspects of cancer and chemotherapy. *J Psychosom Res* 1990; 34(2): 129
9. Dunbar HF. Emotions and Bodily Changes. NY: Columbia Univ Press, 1954
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129
11. Folkman S, et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J of Personality and Psychology* 1986; 50(5): 992
12. Froelich RE and Bishop FM. Clinical Interviewing Skill. St Louis: The CV Mosby Co, 1977
13. Garfield CA. Stress and Survival. St Louis: The CV Mosby Co, 1979
14. Garfield SL and Bergin AE, eds. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. NY: John Wiley and Sons, 1986
15. Hartel G. Neurogenic and psychological factors in coronary heart disease: an introductory overview. *Acta Med Scand(Suppl)*1982; 660: 7
16. Heilman KM, et al. The right hemisphere: neuropsychological function. *J Neurosurg* 1986; 64: 693
17. Hersen M, et al. The Clinical Psychology Handbook. NY: Pergamon Press, 1983
18. Hoffman JW, et al. Reduced sympathetic nervous system responsivity associated with the relaxation response. *Science* 1982; 215(4529): 190
19. Ince LP, ed. Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications. Baltimore / London: The Williams and Wilkins Co, 1980
20. Janis IL. Psychological Stress. NY: Wiley, 1958
21. Jenkins CD. New horizon for psychosomatic medicine. *Psychosom Med* 1985; 47(1): 3

-
22. Keefe FJ and Blumenthal JA. Assessment Strategies in Behavioral Medicine. NY: Grune and Stratton, 1982
 23. Kent G and Dalgleish M. Psychology and Medicine Care. London: Bailliere. Tindall Cox, 1986
 24. Kimball CP. The Biopsychosocial Approach to the Patients. Baltimore / London: Williams & Wilkins, 1981
 25. Leukel F. Essential of Physiological Psychology. St Louis. The CV Mosby Co, 1978
 26. Marcer D. Biofeedback and Related Therapy in Clinical Practice. London & Sydney: Croom Helm Ltd, 1986
 27. Mc Manus C. Psychology in Medicine. Eng: Butterworths, 1992
 28. Norton JC. Introduction to Medical Psychology. NY: Free Press, 1982
 29. Pomerleau of and Brady JP, eds. Behavioral Medicine: Theory and Practice. Baltimore / London: The Williams and Wilkins Co, 1979
 30. Rahe RH. Life change, stress responsivity, and captivity reseach. Psychosom Med 1990; 52: 373
 31. Reiser DE. Patients Interviewing. Baltimore / London: Williams and Wilkins, 1980
 32. Simons RC, et al. Understanding Human Behavior in Health and Illness. Baltimore: Williams, 1978
 33. Stroebe W and Stroebe M. Bereavement and Health: The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss. NY: Cambridge Univ Press, 1987
 34. Vingoe FJ. Clinical Psychology and Medicine. Oxford: Oxford Univ Press: 1981
 35. Weiner IB. Clinical Methods in Psychology. NY: John Wiley and Sobs, 1983
 36. 北京医学院: 医学心理学, 北京医学院, 1982
 37. 姜乾金: 医学心理学, 浙江医科大学, 1982
 38. 陈姿谣、廖会琼: 人类行为的概念与护理, 港协出版社
 39. 严和鬯等: 医学心理学概论, 上海科技出版社, 1983
 40. 陈仲庚: 艾森克人格问卷的项目分析, 心理学报 1983; 2: 211
 41. 龚跃先执笔: 韦氏成人智力量表的修订, 心理学报 1983; 3: 362
 42. 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 1983; 3: 37
 43. 北京医学院等六院校 I 医学心理学, 江苏科技出版社, 1984
 44. (澳)沃尔什(汤慈美等译): 神经心理学, 科学出版社, 1984
 45. (苏)斯米尔诺夫等(李翼鹏等译)暑心理学的自然科学基础, 科学出版社, 1984
 46. 姜乾金: 我国医学模式的转变, 医学教育研究(《中国高等医学教育》前身)1984; 1: 10
 47. 梁宝勇等: 医学心理学概论, 白求恩医科大学, 1985
 48. (英)韦曼(徐斌等译): 医用心理学大纲, 苏州医学院, 1985
 49. 李鸣皋等: 医学心理学基础, 中国医科大学, 1985
 50. 陈仲庚等: 变态心理学, 人民卫生出版社, 1985
 51. 姜乾金: 医学心理学的学科特点, 医学教育研究 1985; 3: 4'
 52. 张伯源: 对冠心病行为类型的探讨, 心理学报 1985; 3: 315
 53. 宋维真: 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; 3: 346
 54. 姜乾金: 外科病人的辅助行为治疗, 外国心理学 1985; 2: 42
 55. 浙江医科大学等五院校: 医学心理学, 浙江医科大学, 1986
 56. 许淑莲、吴振云: 临床记忆量表的编制, 心理学报 1986-1: 100

-
57. 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; 2: 112
 58. 姜乾金: 住院病人的心理行为反应(调查与分析), 医学与哲学 1986; 3: 33
 59. 姜乾金: 心理社会因素与高血压临床, 应用心理学 1986; 3: 46
 60. 姜乾金, 吴春容: 音乐松弛训练对高血压即时降压效应实验研究, 应用心理学 1986; 1: 36
 61. 张苏范等: 生物反馈, 北京科技出版社, 1987
 62. 何慕陶主编: 医用行为科学, 四川科技出版社, 1987
 63. 梁宝勇: 生活事件与疾病, 医学与哲学 1987; 2: 54
 64. 姜乾金等: 癌症病人发病史中心理社会因素, 中国心理卫生杂志 1987; 1: 38
 65. 姜乾金、吴根富: 气功心理治疗成分分析, 中国气功 1987; 3: 32
 66. 姜乾金主编: 医学心理学(一, 二版), 浙江大学出版社, 1988, 1990
 67. 沈渔邨主编: 精神病学(第二版), 人民卫生出版社, 1988
 68. 王纯炎, 姜乾金: 疗养心理, 见王恩显主编: 现代疗养学, 人民军医出版社, 1988
 69. 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 1988; 2: 34
 70. 姜乾全: 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; 5: 232
 71. 许淑莲等: 医学心理学研究方法, 团结出版社, 1989
 72. 杨德森主编: 中国神经精神疾病诊断标准与案例, 湖南大学出版社, 1989
 73. 姜乾金: 伤残病人康复期心理行为问题, 中国康复 1989; 1: 27
 74. 徐斌、王效道主编: 心身医学, 中国医药科技出版社, 1990
 75. 徐俊冕等: 医学心理学, 上海医科大学出版社, 1990
 76. 车文博主编: 心理治疗指南, 吉林人民出版社, 1990
 77. 马建青主编: 心理卫生学, 浙江大学出版社, 1990
 78. 张明圆等: 精神科评定量表专辑, 上海精神医学 1990j 2 卷增刊
 79. 姜乾金: 心理神经免疫学研究近况(综述), 浙江医科大学学报 1990, 1: 42
 80. 姜乾金等: 小学生流行性瘧病的心理社会因素, 中国心理卫生杂志 1990; 4: 157
 81. (美)萨库索等(黄衡玉等译): 临床心理学, 科学技术文献出版社, 1991
 82. 李心天主编: 医学心理学, 人民卫生出版社, 1991
 83. 梁宝勇主编: 医学心理学, 吉林科技出版社, 1991
 84. 赵耕源: 临床病人心理问题, 广东科技出版社, 1991
 85. 戴秀英: 儿童不良习惯及行为矫正, 宁夏人民出版社, 1991
 86. 张晓琴: 脑血管病传统危险因素相关性的比较研究, 医学与哲学 1991; 9: 37
 87. 张晓琴等: 脑血管病人的性格类型与病因的关系, 湖北医学院学报 1992; 2: 181
 88. 王守谦, 姜乾全: 否认机制在心肌梗塞疾病中的临床意义, 实用内科杂志 1992; 6: 287
 89. 胡福山, 周郁秋主编: 心理医学, 北医大和协和医大联合出版社, 1993
 90. 姜乾金等: 心理应激——应对的分类与身心健康, 中国心理卫生杂志 1993, 7(4): 1

检 索

一~三画			
一般适应综合征 (GAS)	73	分组抽样 group sampling	72
一般能力 general ability	50	分散注意 distraction	239
人本主义心理学 humanistic psychology	41, 121, 270	手术焦虑 operational anxiety	234, 238
人际吸引 interpersonal attraction	206	内外倾(向) introversion-extroversion	53, 55, 102
人际关系 interpersonal relation	206	内容效度 content validity	94
人格 personality	49, 263	升华 sublimation	81
人格(个性)发展 personality development	61, 63, 248	反向作用 reaction-formation	81
人格投射测验 personality projective test	101	反应时 reaction time	245, 263, 302
人格测验 personality test	101	反响 reflexion	121, 211
人格特质论 personality trait theory	54	计划实践法 programmed practice	276
人格理论 theories of personality	53	不良行为 maladaptive behavior	4, 75, 156, 166, 254, 280
人格维度 personality dimension	55, 102	心身反应 psychosomatic response	153
人格障碍 personality disorder	277	心身中介机制 mediating mechanism	4, 65, 85, 152
力必多 libido	63	心身医学 psychosomatic medicine	9, 150
二因素论 two-factor theory	50	心身相关 psychosomatic relationship	65
口吃 stuttering	192	心身疾病 psychosomatic disease	150
工具性条件反射 instrumental conditioning	59	心身障碍 psychosomatic disorder	150
个性 individuality	14, 48, 83, 156, 161, 168, 230, 247	心理卫生 mental health	8, 246
个性心理特征 individual mental characteristic	14, 49	心理生物学 psychoobiology	7, 64, 113, 151, 152, 156, 157, 163, 169, 176, 222, 226
个性倾向性 individual inclination	14, 49	心理生理医学 psychophysiological medicine	9, 181
个案研究 case study	72	心理生理学 psychophysiology	7
小便警报器 urine alarm	185	心理生理疾患 psychophysiological illness	150
大脑机能不对称性 functional asymmetry of brain	19	心理生理障碍 psychophysiological disorder	150
四 画		心理动力理论 psychodynamic theory	53, 62, 151, 152, 157, 223, 269
韦氏记忆量表 (WMS)	108	心理行为反应 psychobehavioral response	83, 84, 163, 169, 173, 178, 205
韦氏智力量表 (WIS)	97	心理危机 psychological crisis	243
双手调节器 two hands coordination apparatus	300	心理冲突 mental conflict	151, 152
双趋冲突 approach-approach conflict	44	心理过程 mental process	14
双避冲突 avoidance-avoidance conflict	44	心理防御机制 mental defence mechanism	63, 80
气功 breathing exercise (qi gong)	145	心理社会因素 psychosocial factors	66, 155, 160, 168, 172, 176, 177, 179, 197, 199, 228, 278
气质 temperament	50, 220	心理评估 psychobehavioral assessment	169, 215
气质的高级神经类型学说 typological theory of higher nervous activity of temperament	51	心理护理 psychological nursing	212
气质类型 types of temperament	50		
分半相关 split-half correlation	93		

优势半球 dominant hemisphere	19, 110	抑郁 depression	84, 106, 171, 203, 218, 224, 243, 245, 264, 276, 309
问卷法 questionnaire method	71	抑郁自评量表 (SDS)	106, 309
问题小组 problem group	128	抑郁性障碍 depressive disorder	276
问题关注应对 problem-focused coping	82	快波睡眠 fast wave sleep, FWS	222
过食肥胖 overeating and obesity	135, 286	快痛 fast pain	227
会谈 interview	71, 210	快感度 hedonic dimension	31
厌恶疗法 aversion therapy	131	系统论 system theory	5
厌恶刺激 aversion stimulus	132	系统脱敏疗法 systematic desensitization	131, 276
厌恶想象法 aversive imagery	132	事故倾向个性 accident-prone individuals	199, 242
划消实验 cancellation test	302	体重曲线图 weight graph	136
回顾性研究 retrospective study	72	折衷主义心理治疗 eclecticism in psychotherapy	113
回避条件反射 avoidance conditioning	59, 169, 232, 303	还原论 reductionism	3
发展量表 development scales	100	投射测验 projective technique	90, 104
同理心(感情移入) empathy	121, 278	护理心理学 nursing psychology	8, 212
观察(法) observation method	24, 70	护理诊断 nursing diagnosis	216
安慰剂效应 placebo effect	148	戒断症候群 withdrawal syndrome	283
七 画			
泛化 generalization	58, 232	画人测验 draw-a-person test	96
利手 handedness	110	学习理论 learning theory	57, 151, 153, 229
否认 denial	80, 164, 171, 202, 235, 243	依从 compliance	148
应对 coping	81, 87, 168	依赖(心理) dependency	84, 167, 173, 203, 244
应对风格 coping styles	82	依情况而定法 contingency management	134, 233
应对量表 scales of coping	82, 110	性反应周期 sexual response cycle	288
应对模式(示范) coping model	238	性功能障碍 sexual dysfunction	288
应激 stress	33, 73	性行为 sexual behavior	289
应激反应 stressful response	88	性治疗 sex therapy	290, 292
应激相互作用理论 a transactional model of stress	74	性变态 sexual deviation	287, 290
应激源 stressors	76, 86	性格 character	52, 220
社会化 socialization	20	明尼苏达多相人格调查表 (MMPI)	101
社会(家庭)支持 social (family) support	82, 87, 111, 201, 203, 239	图片词汇测验 (PPVT)	97
社会支持量表 scales of social support	83, 111	驾驭模型(示范) mastery model	238
社会性需要 social need	41	松弛反应 relaxation response	138
社会再适应量表 (SRRS)	78	松弛疗法 relaxation training	138, 146, 159, 167, 225, 231, 238
社会角色 social role	22	定势 set	30
社会促进 social facilitation	128, 241	变态人格 abnormal personality	277
社会强化 social reinforcement	128, 233, 245	变态心理学 abnormal psychology	7, 268
条件反射 conditioned response	57, 172	医学心理学 medical psychology	1, 10
条件刺激 conditioned stimulus	58	医学模式 models of medicine	3
角色扮演 role-playing	127, 131	医院焦虑及抑郁量表 (HAD)	106, 311
更年期综合征 climacteric syndrome	261	医患关系 doctor-patient relationship	207
运动锻炼 exercise training	87, 160, 244	经典条件反射 classical conditioning	57
阻抗 resistance	116	现实原则 reality principle	63
时间知觉 time perception	300		
身体语言 body language	32, 209		

现场心理咨询 on-court consultation	295	标准化测验 standardized test	91,95
知觉 perception	23	思维 thinking	28
表面特质 surface trait	54	测谎仪 lie detector	39
表情 emotional expression	32	胎教 prenatal training	250
表象 image	27	奖赏 reward	59,132
孤独感 lonely feeling	203,218,264	美感 aesthetic feeling	33
转换(作用) conversion	64,188	前意识 preconscious	63
实验法 experimental method	74	前摄抑制 proactive inhibition	28
夜惊 night-terror	185	前瞻性研究 prospective study	72
注意 attention	229,239	幽默 humor	81
注意分配 distribution of attention	300		
和谐 congruence	121	能力 ability	50
刺激控制 stimulus control	136	能力商数 (ADQ)	107
刺激暴露 stimulus exposure	239	病人角色 patient-role	202
		病房小组 ward group	243
		病态人格 pathological personality	277
退化 regression	81	病理心理学 pathological psychology	7,268
项目分析(效度) item analysis (validity)	94	高级神经活动类型 type of higher nervous activity	51
90项症状核查表 (SCL-90)	104,307	挫折 frustration	44
(性治疗)挤压术 squeeze technique	289	积极关注 positive regard	121
A型行为 type A behavior	161,173,245	特质 trait	54,82
B型行为 type B behavior	161	特殊因素 S-factor	50
C型行为 type C behavior	168	特殊能力 special ability	50
封闭式提问 close-ended question	210	脑的三个基本机能联合区	17
音乐疗法 music therapy	174	恐怖性障碍 phobic disorder	276
客观事件 objective events	77	效度 validity	94
客观信息 objective information	237	效标效度 criterion validity	94
临床心理学 clinical psychology	9	狼孩 wolf child	20
临床记忆量表 clinical memory scale	108	消退 extinction	58,60,233
适应行为量表 scales of adaptive behavior	106	康复心理学 rehabilitation psychology	3,240
选择反应时 choice reaction time	302	家庭治疗 family therapy	124,266
神经心理学 neuropsychology	7	烟草依赖评定表 smoking dependence rating scale	285
神经心理成套测验 neuropsychological test battery	109	烟瘾 smoking	284
神经质 neurosism	102,242	预测效度 predictive validity	94
神经性厌食 anorexia nervosa	181	离差智商 deviation IQ	96,98
神经症 neurosis	154,274	健康 health	246
神经症性障碍 neurotic disorder	274	健康心理学 health psychology	8
咨询心理学 consulting psychology	9,294	缺陷心理学 defect psychology	8
药物依赖 drug dependence	282	疼痛 pain	226
结构(构思)效度 construct validity	94	疼痛行为 pain behavior	242
真实焦虑模型(示范) realistically anxious model	238	疼痛闸门学说 gate control theory	228
迷宫 maze	232,301	准确期望理论 accurate expectancy theory	237
信度 reliability	93	冥想 meditation	147,244
信息论 information theory	26,140	敌意 hostility	161,171
信息压制者 repressor	237	倒摄抑制 retroactive inhibition	28
信息敏感者 sensitizer	237	根源特质 source trait	54,103
耐药性 tolerance	284	酒瘾 alcohol dependence	280
耐痛阈 threshold of pain tolerance	228,303		
重测信度 test-retest reliability	93		
洛夏测验 Rorschach test	104		
标准分 standard score	92	梦 dream	116,223
		梦魇 nightmare	225

第二信号系统 second signal system 114
 液化智力 fluid intelligence 263
 混合学习模型 mixed learning model 62
 唯乐原则 pleasure principle 63
 常识心理学 common sense psychology 2, 68
 常模 norm 92, 95
 躯体依赖 physical dependence 284
 渐进性松弛训练 progressive-relaxation 138
 患者中心疗法 client-centered therapy 120
 理性情绪疗法 rational emotion therapy 122
 理智感 rational feeling 33
 婚姻治疗 marital therapy 125, 266
 惊恐发作 panic attack 275
 移情 transference 116
 情绪 emotion 30
 情绪分化 differentiation of emotion 33, 250
 情绪反应 emotional response 32, 37, 168, 227
 情绪生物学 emotional biology 36
 情绪关注应对 emotion-focused coping 82
 情绪休克 emotional shock 199
 情绪压制 emotional suppression 171
 情绪(心理)状态 emotional state 32, 230
 情绪的认知—生理理论 cognitive-physiological theory 35
 情绪的认知—评价理论 cognitive-appraisal theory 36
 情绪的生物学意义 39
 情绪的坎农-巴德理论 Cannon-Bard theory 35
 情绪的詹姆斯-朗格理论 James-Lange theory 34
 情绪表现 emotional expression 32
 情绪调节 emotional adjustment 40, 147
 情绪剥夺 emotional deprivation 251
 情绪理论 theories of emotion 34
 情感 feeling 30, 33, 219
 阐释 interpretation 116
 十二画
 智力 intelligence 50
 智力测验 intelligence test 96
 智商 intelligence quotient, IQ 96, 99
 智龄 mental age 96
 强化 reinforcement 58-60, 133, 135, 137, 172, 201, 232, 234
 替代示范 vicarious modelling 133, 237
 森田疗法 Morita's therapy 126
 等价法(测验) equivalent form method 93
 超我 superego 63
 遗忘曲线 forgetting curve 25
 集体心理治疗 group psychotherapy 127, 166, 241
 短时记忆 short-term memory 26
 短时隔离 time-out 132
 晶体智力 crystallized intelligence 263
 疏泄(导) catharsis or abreaction 116, 275
 斯金纳箱 Skinner box 59
 提供信息 information 237

愤怒 anger 84, 243
 惩罚 punishment 60
 筛查性智力测验 screening tests of intelligence 96
 焦虑 anxiety 84, 106, 163, 171, 195, 202, 217, 224, 234, 243, 244, 275, 310
 焦虑自评量表 (SAS) 106, 310
 焦虑性障碍 anxiety disorder 275
 释梦 dream analysis 116
 痛阈 pain threshold 228, 303
 痛情绪反应 emotional reaction of pain 227
 期望效应 expectancy effect 69
 道德感 moral feeling 33
 趋避冲突 approach-avoidance conflict 44

十三画

跨文化研究 cross-cultural study 66
 瑞文测验 Raven's progressive matrices 97
 暗示疗法 suggestive therapy 117, 139, 147, 225, 230
 睡行症 sleep walking 225
 睡眠 sleep 221
 睡眠剥夺 sleep deprivation 223
 睡眠障碍 sleep disorders 224
 瑜伽 yoga 145, 147
 意识 conscious 49, 62
 意志 will 45, 219
 意志行动 volitional movement 46
 简单反应时 simple reaction time 263, 302
 感觉 sensation 22
 感觉记忆 sensory memory 26
 感觉剥夺 sensory deprivation 23
 催眠 hypnosis 118
 催眠疗法 hypnotherapy 118, 239
 塑造法 shaping 135
 想象疗法 imagery therapy 30, 139, 147

十四画

慢性疼痛综合征 chronic pain syndrome 231
 慢波睡眠 slow wave sleep, SWS 221
 慢痛 slow pain 227
 需要 need 31, 41, 204
 需要层次理论 hierarchy of needs theory 42
 精神分析疗法 psychoanalytic psychotherapy 115, 121, 159
 精神质 psychoticism 103
 精神病学 psychiatry 7, 268, 277
 清灌疗法 flooding 134

十五画以上

潜抑 repression 63
 潜(无)意识 unconscious 62, 151, 152, 223, 269
 辨别力 discrimination 94
 操作条件反射(法) operant conditioning 59, 132, 232
 激情 intense emotion 33

医学心理学

北京科学技术出版社

责任编辑：洪学仁
封面设计：王士忠

ISBN 7-5304-1392-9/R·229

定 价：16.80 元