国家教委高等教育教材研究课题计划项目

医学心理学

姜乾金　主编

人民卫生出版社

国家教委高等教育教材研究课题计划项目

浙江省高等学校重点教材建设项目

医学心理学

姜 乾 金　　**主　编**

（按姓氏笔画顺序）

过慧敏　陈达光　陈演江　吴均林　赵盛伏　**副主编**

人 民 卫 生 出 版 社

版权页

编　委　会

（按姓氏笔画顺序）

过慧敏　广西医科大学　教授　530021

陈达光　福建医科大学（协和医院）教授　350001

邹农基　镇江医学院　副教授　212001

吴均林　同济医科大学　副教授　430030

何金彩　温州医学院　副教授　325000

陈演江　镇江医学院　教授　212001

林大熙　福建医科大学　副教授　350004

周建南　遵义医学院　副教授　563003

俞子彬　承德医学院　教授　067000

赵盛伏　天津医科大学　副教授　300070

姜乾金　浙江医科大学　教授　310006

徐　云　杭州大学（心理系）教授　310018

徐　斌　苏州医学院　教授　215007

黄汉津　温州医学院　副教授　325600

黄　丽　浙江医科大学　副教授　310006

蔡建华　浙江医科大学　教授　310013

黎学涛　江西医学院　教授　330006

编 写 说 明

１．本教材被列入《国家教委高等教育教材研究课题计划（1997）》，同时被批准为《浙江省高等学校第二批重点教材建设项目》。实际上，这一新版本是经过十几年的历史演变过程才逐步形成的，此前本教材已先后有过 1982 年、1986 年、1988 年、1990 年、1993 年等五次较大的编撰和修订工作。如果说在以前的各次编写和修订过程中，作者们始终追求的目标是形成具有科学性、系统性、先进性和实用性的医学心理学内容体系，那么新版的主要目标就是力求在保持原有特色的基础上，进一步使其成为我国高等医学院校理想的医学心理学教材。根据我国医学心理学教学现状，新版的主要使用对象应是五年制本科临床医学各专业，但要兼顾预防和护理等专业及各校对不同的学时要求。为此，作者尽了较大的努力。新版有如下特点：

⑴新版容量已较以前各版本有较大幅度的压缩。但教学主要章节如绪论、第一章、第三章、第四章、第五章、第六章、第七章和实验则基本不予压缩或反而有一定新内容的增加。因此，长期使用原版教材的院校将完全能够适应新版的内容结构。

⑵本版增加了“教学时数及内容安排”表，供各校、各专业教学时参考使用。按此计划表安排教学，基本上能够满足不同专业和不同教学时数的不同需要，又不影响整个教学内容的系统性。

⑶根据各校历年学生的信息反馈，原教材的不少内容在学生进入综合性医院临床或其它医学工作岗位以后还可以参考使用（如医疗应激的干预方法，各科心身医学问题的研究方向，有关问卷的使用指导等）。为了使新版既适应教学使用，又尽量保持上述特色，本次修订中对各章的总论部分（用于教学）与各论部分（选择用于教学或自学参考）的内容匹配上作了进一步的努力，使之既互相联系又相对独立。因此，尽管新版的某些章节内容仍然偏多，但对教学不会有太大影响。

⑷同样出于实用性的要求，便于学生在学习时查找和毕业后的参考方便，新版保留并适当充实了索引内容，继续保持原教材的这一特色。但索引词条尽量限于医学心理学专业。

⑸实验部分作为原教材的又一特点，本版予以保留，且作一定的充实，以使各校在条件差异很大的情况下能作选择使用。其所列实验项已尽可能考虑与教学体系的一致。

⑹心理应激曾于 1986 年被原教材作为心理病因学知识最早设为一章，近年来该领域进展很快，新版对此作了较大幅度的增订，但由于应激理论基本体系变动不大，故对原教学整体思路不会有大的影响；其它如理论部分、心身疾病、心理治疗等有关章节也有一定的增补。

２．除目前的作者以外，尚有不少国内高等院校的教师曾分别参加过该教材体系的以往几次编撰工作，并倾注了不少心血，为新版的诞生奠定了坚实的基础。他们是：

汕头大学医学院：张国粹；浙江医科大学：刘小青；西安医科大学：陈佩障、王友平；辽宁省人民医院：孙世维；湖北医学大学：黄怀钧、张晓琴；白求恩医科大学：梁宝勇；开封医学专科学校：吴博亚；浙江大学：潘尚玉；美国中华医学杂志社：邓明昱；泸州医学院：

李永宁；长春中医学院：王兵；浙江医科大学金华分校：胡福山；扬州大学医学院：王慧；上海心理卫生中心：单怀海；牡丹江医学院：岳文杰、陈建慧等专家教授和同人。

３．在本教材的最近一个版本（姜乾金主编．医学心理学．北京科学技术出版社，1993年）的前言中，作者曾提出希望在不久的将来能有机会再作一次修订。1997 年，作者幸运地获得了实现这一目标的良机——本教材先后被国家教委和浙江省教委列为教材研究和教材建设项目。

本次修订过程从大纲拟订到最后定稿历时一年有余，其间还于 1997 年 4 月和 1998 年 3 月分别在杭州和福州召开过两次编写工作会议，应该说是下了较大的决心的。然而，由于医学心理学学科性质的特殊性，各方对之认识上的不统一之处甚多，更由于作者自身能力和条件的限制，故新版教材也肯定存在各种各样的问题和不足，尚希广大读者予以批评和指正。

作者非常感谢李心天教授和王效道教授能拨冗参加在福州举行的新版教材定稿会议，并对本书给予了充分肯定和提出了许多宝贵的修改意见。

对于本版教材能得以顺利出版，我们要特别感谢浙江医科大学来茂德副校长的大力支持，我们还要感谢福建医科大学教务处和人民卫生出版社邬杨清编辑的各项帮助。

作者 1998.4.10

教学时数及内容安排

专　业	临床医学 五年制	临床医学 七年制	护理 五年制	预防医学 五年制	临床医学 三年制	备　注
总学时数	36	54	72	36	18	
绪　论	**2 学时**	**3 学时**	**4 学时**	**2 学时**	**2 学时**	按专业选择
医学心理学概述	全部	全部	全部	全部	一、二	讲受深度
医学心理学与医学模式转变	全部	全部	全部		全部	
医学心理学研究方法	二	全部	全部	全部		
第一章　主要理论与研究方向	**2 学时**	**6 学时**	**6 学时**	**2 学时**		学习理论与
行为学习理论	全部	全部	全部	全部		心理生物学
精神分析理论	全部	全部	全部			为重点
心理生物学研究方向	全部	全部	全部			
社会学研究方向		全部	全部	全部		
其他有关理论		全部	全部			
第二章　心理学基础知识	**5 学时**	**6 学时**	**9 学时**	**5 学时**	**4 学时**	情绪和个性
心理现象	全部	全部	全部	全部	全部	为重点
心理的脑基础	一	全部	一	一		
心理的社会学基础	一	全部	一	一		
认知过程	全部	全部	全部	全部	全部	
情感过程	一	全部	全部	一、三	一	
意志过程		全部	全部			
个　性	全部	全部	全部	全部	一	
第三章　心理应激	**3 学时**	**3 学时**	**3 学时**	**2 学时**	**2 学时**	按学时数选
总　论	全部	全部	全部	全部	全部	择讲受深度
生活事件	全部	全部	全部	全部	全部	
应对方式	全部	全部	全部	全部	全部	
社会支持	全部	全部	全部	全部	全部	
应激反应及心身中介机制	全部	全部	全部	全部	全部	
第四章　心理测验	**2 学时**	**3 学时**	**6 学时**	**2 学时**	**2 学时**	除总论以
总论	全部	全部	全部	全部	全部	外，量表作
智力测验			一			作简介（实
人格测验			二			实验做准
症状评定量表			全部			备）
其他量表			全部			

专　业	临床医学 五年制	临床医学 七年制	护理 五年制	预防医学 五年制	临床医学 三年制	备注
总学时数	36	54	72	36	18	
第五章　心理治疗	**4 学时**	**6 学时**	**8 学时**	**2 学时**	**2 学时**	除总论以
总论	全部	全部	全部	全部	全部	外，根据不
精神分析疗法		全部				同专业选择
支持疗法		全部	全部			介绍若干种
暗示和催眠疗法		全部	全部			心理治疗方
患者中心疗法						法
认知疗法	全部	全部				
家庭治疗			全部			
森田疗法						
集体心理治疗			全部			
行为矫正疗法	全部	全部				
松弛疗法			全部			
生物反馈疗法						
气功与心理治疗		全部	全部	全部		
认知行为矫正疗法		全部				
相互作用分析						
药物心理效应			全部			
第六章　心理咨询	**1 学时**	**1 学时**	**2 学时**	**1 学时**		仅作一般介
总论	全部	全部	全部	全部		绍
心理咨询的条件						
心理咨询的程序						
第七章　心身疾病	**3 学时**	**6 学时**	**6 学时**	**2 学时**	**2 学时**	除总论以
总论	全部	全部	全部	全部	全部	外，根据不
内科心身疾病	二	二	二		二	同专业选择
神经科心身疾病		全部	二			介绍若干种
儿科心身疾病						心身疾病或
妇产科心身疾病						心身问题
耳鼻喉科心身疾病						
眼科心身疾病						
口腔科心身疾病						
皮肤科心身疾病						
肿瘤科心身问题	全部	全部	全部			
外科心身问题		全部				

第八章　病人、康复和护理心理 病人心理 医患关系 睡眠心理 疼痛心理 手术心理 康复心理 心理护理	3 学时 全部 二、四 一 二	6 学时 全部 二、四 一 二、 全部	10 学时 全部 全部 全部 全部 全部 全部 全部	2 学时 全部	2 学时 全部 二、四	根据不同专 业，重点介 绍几个专题
第九章　心理卫生 总论 儿少心理卫生 青年心理卫生 中老年心理卫生 群体心理卫生	1.5 学时 全部	3 学时 全部 全部	3 学时 全部	4 学时 全部 全部 全部 全部 全部	1 学时 全部	总 论 为 重 点，其它自 选择介绍
第十章　变态心理与不良行为 总　论 不良行为 性心理与性心理障碍 神经症性障碍 人格障碍	1.5 学时 全部	2 学时 全部 全部	3 学时 全部 全部 全部	4 学时 全部 全部 全部	1 学时 全部	总 论 为 重 点，其它自 选择介绍
实验和实习	8 学时	9 学时	12 学时	8 学时		
合计使用教材内容(千字)	250	400	450	250	150	

目　　录

绪　论 ……
第一节　医学心理学概述 ……
一、定义和研究范围 ……
二、学科性质 ……
三、分支和相关学科 ……
四、历史与现状 ……
第二节　医学心理学与医学模式转变 ……
一、西方医学与生物医学模式 ……
二、生物心理社会医学模式 ……
三、新医学模式对健康和疾病的认识 ……
四、医学心理学与医学模式转变 ……
第三节　医学心理学研究方法 ……
一、研究方法的一般问题 ……
二、研究方法的种类 ……
第一章　医学心理学主要理论与研究方向 ……
第一节　行为学习理论 ……
一、经典条件反射 ……
二、操作条件反射 ……
三、内脏操作条件反射……
四、示范作用……
五、认知行为学习理论 ……
六、行为学习理论述评 ……
第二节　精神分析理论 ……
一、精神分析的心理结构 ……
二、精神分析的人格理论 ……
三、精神分析理论述评 ……
第三节　心理生物学研究方向 ……
一、心理生物学研究的历史 ……
二、心理生物学研究的现状 ……
三、心理生物学研究述评 ……
第四节　社会学研究方向 ……
一、跨文化研究 ……
二、社会生活因素 ……
三、社会干预 ……

四、社会学理论 ……
第五节　其他有关理论 ……
一、人本主义理论 ……
二、认知学派的理论 ……
三、中医的医学心理学思想 ……
第二章　心理学基础知识 ……
第一节　心理现象 ……
一、心理过程 ……
二、个性差异 ……
第二节　心理的脑基础 ……
一、心理是脑的功能 ……
二、脑的三个基本机能联合区 ……
三、大脑半球机能的不对称性 ……
第三节　心理的社会学基础 ……
一、心理是客观现实的反映 ……
二、人的社会化……
第四节　认知过程 ……
一、感知觉 ……
二、记忆 ……
三、思维 ……
第七节　情感过程 ……
一、情绪和情感概述 ……
二、情绪的理论与生物学 ……
三、情绪与人类行为和健康 ……
第六节　意志过程 ……
一、需　要 ……
二、动机与挫折 ……
三、意　志 ……
第七节　个　性 ……
一、个性概述 ……
二、能　力 ……
三、气　质 ……
四、性　格 ……
五、个性特质理论 ……
第三章　心理应激 ……
第一节　总　论 ……
一、应激概念的演变 ……
二、现代心理应激概念 ……
三、心理应激与健康 ……

第二节　生活事件 ……
一、生活事件的分类 ……
二、生活事件的定量研究 ……
三、生活事件与健康 ……
第三节　应对方式 ……
一、应对概念的发展过程 ……
二、应对方式及分类 ……
三、应对方式与相关因素研究 ……
四、心理防御机制 ……
第四节　社会支持 ……
一、社会支持的概念 ……
二、社会支持与健康 ……
三、社会支持与个性 ……
四、社会支持的种类 ……
第五节　应激反应及心身中介机制 ……
一、应激的心理行为反应 ……
二、应激的生理反应 ……
三、应激的心身中介调节机制 ……
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 ……
二、心理测验的应用 ……
三、心理测验的分类 ……
四、心理测验的实施条件 ……
五、标准化测验工具的编制 ……
第二节　智力测验 ……
一、智　商 ……
二、筛查性智力测验 ……
三、诊断性智力测验 ……
四、婴幼儿发展量表 ……
第三节　人格测验 ……
一、明尼苏达多相人格调查表 ……
二、艾森克人格问卷 ……
三、卡特尔人格测验 ……
四、洛夏测验 ……
第四节　症状评定量表 ……
一、九十项症状自评量表 ……
二、抑郁自评量表（SDS) ……
三、焦虑自评量表（SAS) ……

四、医院焦虑及抑郁量表（HAD) ……
五、其它症状评定量表 ……
第五节　其他量表 ……
一、适应行为量表 ……
二、A 型行为类型评定量表 ……
三、记忆量表 ……
四、生活事件量表（LES) ……
五、应对量表 ……
六、 社会支持量表 ……
第五章　心理治疗 ……
第一节　心理治疗总论 ……
一、心理治疗的概念和简史 ……
二、心理治疗流派 ……
三、心理治疗的生物学原理 ……
四、心理治疗的原则 ……
五、心理治疗的适用范围 ……
第二节　精神分析疗法 ……
一、经典精神分析疗法 ……
二、中国的认知领悟疗法 ……
第三节　支持疗法 ……
第四节　暗示和催眠疗法 ……
一、暗示疗法 ……
二、催眠疗法 ……
第五节　患者中心疗法 ……
第六节　认知疗法 ……
第七节　家庭治疗 ……
第八节　森田疗法 ……
第九节　集体心理治疗 ……
第十节　行为疗法 ……
一、行为治疗的基本过程 ……
二、系统脱敏法 ……
三、厌恶疗法 ……
四、操作条件法(奖励法) ……
五、示范法 ……
第十一节　松弛疗法 ……
一、渐进性松弛训练 ……
二、松弛反应 ……
三、结合暗示和想象的松弛训练 ……
第十二节　生物反馈疗法 ……

第十三节　气功与心理治疗 ……
第十四节　认知行为矫正疗法 ……
第十五节　相互作用分析 ……
第十六节　药物心理 ……
第六章　心理咨询 ……
第一节　心理咨询总论 ……
一、心理咨询的概念 ……
二、心理咨询的模式 ……
三、心理咨询的种类 ……
四、要解决的具体问题 ……
五、心理咨询的发展方向 ……
第二节　心理咨询的条件 ……
一、对心理咨询医生的要求 ……
二、对心理来访者的要求 ……
第三节　心理咨询的程序 ……
一、基本步骤 ……
二、若干注意事项 ……
第七章　心身疾病 ……
第一节　心身疾病总论 ……
一、心身疾病的一般概念 ……
二、心身疾病的发病学机制 ……
三、心身疾病的诊断和防治原则 ……
第二节　内科心身疾病 ……
一、原发性高血压 ……
二、冠状动脉硬化性心脏病 ……
三、溃疡病 ……
四、糖尿病 ……
第三节　神经科心身疾病 ……
一、头痛 ……
二、脑血管病 ……
第四节　儿科心身疾病 ……
一、儿童时期溃疡病 ……
二、小儿厌食 ……
三、神经性呕吐 ……
四、支气管哮喘 ……
五、遗尿症 ……
七、夜惊 ……
第五节　妇产科心身疾病 ……
一、闭经 ……

二、痛经 ……
三、经前期紧张综合征 ……
四、功能性子宫出血 ……
五、子宫、卵巢切除综合征 ……
六、妊娠、分娩、难产的心身问题 ……
七、计划生育中的心身问题 ……
第六节　耳鼻喉科心身疾病 ……
一、耳聋与耳性眩晕 ……
二、心因性发音障碍 ……
三、咽部异常感觉 ……
第七节　眼科心身疾病 ……
一、常见眼科心身疾病 ……
二、眼科手术病人心理问题 ……
第八节　口腔科心身疾病 ……
一、牙科畏惧症 ……
二、颞下颌关节紊乱综合征 ……
三、口腔扁平苔藓 ……
四、牙周病与其它口腔心身障碍 ……
第九节　皮肤科心身疾病 ……
一、心理社会因素与皮肤疾病 ……
二、几种常见的皮肤科心身疾病 ……
第十节　肿瘤科心身问题 ……
一、心理社会因素与癌症 ……
二、癌症病人常见的临床心理问题 ……
第十一节　外科心身问题 ……
一、心理社会因素与外科疾病 ……
二、外科病人若干临床心理问题 ……
第八章　病人、康复心理和护理心理 ……
第一节　病人心理 ……
一、病人的需要 ……
二、病人的心理反应 ……
三、几种特殊病人的心理问题 ……
第二节　医患关系 ……
一、影响人际吸引力的因素 ……
二、医患关系模式 ……
三、临床医学中的人际交往 ……
四、医学交谈 ……
第三节　睡眠心理 ……
一、正常睡眠与梦 ……

二、睡眠障碍 ……
第四节　疼痛心理 ……
一、疼痛的心理生物学 ……
二、心理社会因素对疼痛的影响 ……
三、慢性疼痛综合征 ……
第五节　手术心理（应激性医疗程序心理） ……
一、手术焦虑 ……
二、手术心理干预 ……
第六节　康复心理 ……
一、康复与康复心理学 ……
二、康复过程的心理行为问题 ……
三、康复运动锻炼的心理效应 ……
四、社会因素在康复过程中的作用 ……
第七节　心理护理 ……
一、护理心理学与心理护理概述 ……
二、心理护理程序 ……
三、临床病人若干心理问题的护理 ……
四、［附］护士的心理素养 ……
第九章　心理卫生 ……
第一节　总论 ……
一、心理卫生基本概念 ……
二、心理卫生简史 ……
三、心理卫生的目标 ……
四、现代心理卫生的意义 ……
第二节　儿少心理卫生 ……
一、孕期心理卫生 ……
二、婴幼儿期心理卫生 ……
三、童年期心理卫生 ……
四、少年期心理卫生 ……
第三节　青年心理卫生 ……
一、青年期的心理特点 ……
二、青年期常见心理卫生问题 ……
第四节　中老年心理卫生 ……
一、中年期心理卫生 ……
二、更年期心理卫生 ……
三、老年期心理卫生 ……
第五节　群体心理卫生 ……
一、家庭心理卫生 ……
二、学校心理卫生 ……

三、工作单位心理卫生 ……
四、特殊群体心理卫生 ……
第十章　变态心理与不良行为 ……
第一节　总　论 ……
一、变态心理和变态心理学概述 ……
二、变态心理的判断标准 ……
三、变态心理的理论模式 ……
四、心理障碍的分类 ……
第二节　不良行为 ……
一、酒　瘾 ……
二、药物依赖 ……
三、烟　瘾 ……
四、过　食 ……
第三节　性功能障碍与性心理障碍 ……
一、性心理概述 ……
二、功能性性功能障碍 ……
三、性心理障碍(性变态) ……
第四节　神经症性障碍 ……
一、恐怖症 ……
二、强迫症 ……
三、焦虑症 ……
四、疑病症 ……
五、神经衰弱 ……
六、癔病 ……
七、抑郁性神经症 ……
第五节　人格障碍 ……
一、人格障碍概述 ……
二、人格障碍病因和防治 ……
实　验 ……
中英文词汇对照……

绪　　论

第一节　医学心理学概述

一、定义和研究范围

医学心理学(medical　psychology)尚未形成一致公认的定义。综合国内许多作者的认识，目前可将医学心理学定义为是医学和心理学相结合的交叉学科，它研究心理变量与健康或疾病变量之间的关系，研究解决医学领域中的有关健康和疾病的心理行为问题。

曾有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。这一观点显得不够全面。从近十多年国内本学科的实际情况来看，确切地说，医学心理学既是心理学的分支，也是医学的分支。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，包括各种病人的心理行为特点、各种疾病的心理行为变化等；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，故有人曾提出可将其称为心理医学(psychological medicine)。这种提法虽有一定的依据，但也存在一定问题，例如目前医学心理学偏重于对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。

医学心理学的研究范围比较广，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研究心理行为因素在疾病发生、发展、诊断、治疗康复以及健康保持过程中的作用规律；④研究各种疾病过程中的心理行为变化及干预方法；⑤研究如何将心理学知识和技术应用于医学其它各方面。

二、学科性质

从前面所列的研究范围来看，医学心理学显然是涉及多学科知识的交叉学科；但如果从基础和应用的角度来看，则医学心理学本身既是医学的一门基础学科，也是一门临床应用学科。

1．交叉学科　医学心理学与许多现有的医学院校课程，包括基础医学、临床医学、预防医学和康复医学各有关课程有交叉联系。

首先，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普通基础课程有密切联系或交叉。例如，行为的神经学基础和心身中介机制等医学心理学内容，涉及到生物学和神经科学等学科知识；语言、交际、习俗、婚姻、家庭、社区、

居住、工业化等方面的心理行为问题，与人类学、社会学、生态学等知识密切有关；整个医学心理学的许多基础概念则来自普通心理学（为此本书按排了一定的心理学基础知识内容）。

其次，医学心理学与临床医学的内、外、妇、儿、耳鼻喉、眼、皮肤、神经精神等各科也均有密切联系，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，例如心理卫生指导与预防医学，危机干预与康复医学等等。

由于医学心理学具有交叉学科的性质，所以我们在学习过程中必须自觉地将医学心理学有关知识联系于基础医学、临床医学、康复医学和预防医学等有关课程，加强医学心理学与这些课程知识之间的沟通。另一方面，医学心理学也只有与上述这些学科密切结合，开展协同研究，其本身才会得到深入的发展。值得指出的是，近十几年来在医学心理学与我国临床医学的结合方面（这一直是薄弱环节）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。相信随着今后新一代医科学生的成长，将会有更多的医务工作者对这些交叉的科学阵地感兴趣。

2．*基础学科*　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辨证观点和科学方法。因而是医学生的一门基础理论课程。

医学生掌握医学心理学知识，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，就象我们掌握生物医学课程中的解剖学、生理学、药理学等基础医学知识一样。

3．*应用学科*　医学心理学同时也是一门临床应用课程。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，就象我们掌握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知识和技能一样。除此以外，目前在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。

三、分支和相关学科

在国外，研究健康和疾病领域中的心理行为因素的学科有许多。这是科学发展过程的必然。这许多学科名称是在不同的历史时期，由于研究者的出发点、理论依据、应用的侧重面、甚至地域或文化背景等方面的不同而相继出现的。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学科，有的则几乎与医学心理

学是同义语，是相似学科。还要注意的是，某一学科名称在不同历史阶段可能有不同的含义；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、行为与医学关系的学术书籍，一些希望深入和较完整地了解医学心理学学科结构极其源流的初学者深感困难不少。这种情况也使一部分出身于不同学科的医学心理学工作者在某些问题上长期争论不休。

我们可以这样认为，国内近十几年逐步系统起来的《医学心理学》，是我国学者综合国外有关学科中的各部分精华内容而建立起来的一门新型的学科或课程，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，下面分别对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，可将其看做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。英国 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构成医学心理学的基本知识，存在内容上的部分交叉，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。

（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等，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 Coles 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(pathologicaI psychoIogy)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，故是两门独立的学科。

（五）心理诊断学

心理诊断学(psychodiagnostics)主要是指心理测验和评佑。心理测验(psychological 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，矫正异常的认知、情绪以及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）心理卫生和健康心理学

心理卫生(mentaI health)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；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(health psychology)是美国新建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，以保持和增进心身健康，预防和治疗疾病。

由于心理卫生和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。但在一些心理卫生或健康心理学专著中，同样存在扩展内容范围的趋势，其中包括治疗、康复和预防等方面的行为问题，以及许多心身疾病、行为医学和心理生理学等学科的内容，这给人的印象是其与医学心理学属于相似学科。

（八）康复心理学和缺陷心理学

康复心理学(rehabilitation 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 psychology)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可看作是医学心理学在康复医学中的分支。

（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，目的在于调整和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，一般将其看作医学心理学最大的临床分支学科。但从某些专著来看，两者在内容上接近，因而可看作是相似学科。

（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重叠和交叉，可将其看作是医学心理学的应用分文学科或者交叉学科。

（十一）护理心理学

护理心理学(nursing psychology)研究护理工作中的心理学问题，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

不少行为医学家仍然将心身医学归属于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的范畴（ Keefe FJ，1982）。但实际上，心身医学(psychosomatic medicine)被广泛认识为就是心理生理医学(psychophysiological medicine)，是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。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。另外一种情况是，某些心身医学专著扩大其范围，内容几乎涉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相似学科了。

（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。根据广义的行为概念，行为医学研究内容显然近似于或甚至超过医学心理学的范围，故两者几乎是相似学科。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内，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、多食肥胖或 A 型行为的研究。从这一角度，行为医学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制约，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内容来看，则情况有很大的不同。其中—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。也有部分学科虽然与医学心理学有某些联系，但基本上属于独立的学科，如生理心理学和精神病学。(表绪－1)

表绪－1　各有关学科与医学心理学之间的关系

学科名称	早期理论方法	主要交叉点	狭义关系	广义关系
神经心理学	心理生物学方向	基础医学	分支学科	交叉科学
生理心理学	心理生物学方向	基础医学	交叉科学	独立学科
心理生理学	心理生物学方向	基础医学	分支学科	交叉科学
变态心理学	精神分析及综合	精神医学	分支学科	交叉科学
精神病学	生物学方向	精神医学	交叉科学	独立学科
心理诊断学	综合	诊断学	分支学科	分支学科
心理治疗学	综合	治疗学	分支学科	分支学科
心理卫生学	综合	预防医学	分支学科	相似学科
健康心理学	综合	预防医学	分支学科	相似学科
康复心理学	综合	康复医学	分支学科	交叉科学
缺陷心理学	综合	康复医学	分支学科	交叉科学
临床心理学	综合	临床医学	分支学科	相似科学
咨询心理学	综合	临床医学	分支学科	交叉科学
护理心理学	综合	护理学	分支学科	分支科学
心身医学	精神分析理论	临床医学	分支学科	相似学科
行为医学	行为学习理论	临床与预防医学	分支学科	相似学科

为了避免在今后学习中产生理解上的混乱，本书后面内容将尽量减少罗列各种学科名称。医学生也不必对上述各种各样外来学科名称的渊源、内涵和外延花费过多精力作鉴别和澄清。

四、历史与现状

如上所述，我们现在的医学心理学是在心理学和医学发展到一定阶段而结合发展起来的新兴交叉学科。但是关于心、身之间互相作用的问题，在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。不过那时候对心、身相关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，形成许多心理学学派，同时也派生出许多分支学科，医学心理学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 Witmer 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 Cattel JM 首先提出心理测验的概念，此后几十年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、Pavlov IP 和 Selye H 等开始研究情绪的心理生理学问题、皮层内脏相关和心理应激机制。他们的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 年至今近 60 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，临床心理学工作因而得到了较快的发展，涌现出许多临床心理学家。他们的工作在某些国家现已达到家喻户晓的程度，其主要工作是心理治疗和心理测验。

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；1978 年出版《行为医学杂志》；同在 1978 年，出现了另一门新的学科名称——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临床心理学家参加工作。医学心理学的发展不仅从理论上丰富了医学和心理学的基础知识，而且也直接为人类防治疾病做出了贡献。

目前，许多国家在医学院校开设医学心理学相应的课程。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，医学毕业生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

医学心理学在我国总体上还处于初步发展阶段。

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等等，但是都比较落后。我国中年以上医务人员绝大多数未受过心理学和医学心理学的教育；综合医院里很少有专职临床心理工作者。

这种状况在二十年前开始受到卫生部门的重视。国内医学心理学各方面工作开始有了很大的改观。其中教学工作的发展特别值得一提

80 年代初，通过举办医学心理学师资培训班，全国许多院校开始逐步开设医学心理学课程，并逐渐建立教研组织。各院校纷纷尝试编写医学心理学讲义和教材，逐渐形成各种不同风格的教材体系，卫生部也于 80 年代后期将医学心理学纳入必修课教材。自 1983 开始至今，以北京医科大学为主要发起单位，连续 9 次召开全国医学心理学教学研讨会，每次都有几十所院校教师参加，每次都有几个学术主题。这一交流形式对于我国刚刚起步的医学心理学学科建设，特别是教学工作，产生了积极的作用。

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。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。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。

近些年来，我国的医学心理学工作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。各种学术年会以及有关刊物发表的论文，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正规的医学心理学咨询门诊。这一发展趋势向我们预示，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。

值得顺便指出的是，目前参与我国医学心理学工作的成员，本身大多来自相应的各种学科，包括精神病学、心理学、神经科学、临床医学和社会科学等等，这符合医学心理学作为多学科交叉的学科性质。由于医学心理学学科内容具有广泛的交叉性和参与本学科工作的人员结构的多样性，国内目前各地的医学心理学工作也形成了多种方向和多种特色：有的偏重理论，有的偏重应用；有的偏重临床，有的偏重社区，有的偏重实验室；有的偏重学科和教材建设，有的偏重研究和论文撰写，有的偏重测验技术的引进和应用，有的偏重临床基地的建立等等。对于某些关心医学心理学的人士以及那些将要新建这一学科的单位来说，上述格局难以为其提供统一的学科参考模式。但是在目前阶段，这一格局应该有利于我国医学心理学的发展和壮大，在将来还将有利于各分支学科的成熟和分化，因而有关部门对此必须给以理解和支持。

第二节　医学心理学与医学模式转变

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映，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

现代西方医学是在自然科学冲破中世纪宗教黑暗统治以后迅速发展起来的。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，死亡率高达 580／10 万；

而此后，大多数国家传染病死亡率逐渐下降，直至 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

先让我们注意以下几方面事实：

⑴与本世纪初比较，随着生物因素引起的疾病如传染病的逐渐被控制，目前人类死亡谱的结构已发生了显著的变化：心脏病、恶性肿瘤、脑血管病、意外死亡等已取代传染病相应地成为人类的主要死亡原因。

⑵据分析，目前人类死亡的前 10 种原因中，约有半数死亡直接或间接与包括吸烟、酗酒、滥用药物、过量饮食与肥胖、运动不足和对社会压力的不良反应等生活方式有关。这就是所谓的行为危险因子(behavioral risk factors)。这些行为危险因素与心理社会因索直接有关，应该说是心理社会因素造成了行为问题。

⑶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保持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。

⑷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。

⑸随着人类物质文明的发展，人们对心身舒适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。

上述种种，使人们逐步认识到以往的生物医学模式己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，更追求心身的舒适和协调。于是，新的生物心理社会医学模式(biopsychosocial mode1)被提出来。 Engel GL 1977 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－1)。

三、新医学模式对健康和疾病的认识

从图绪一 1 中可以归纳出新医学模式对健康和疾病有以下几方面重要认识。

⑴人或病人是一个完整的系统，通过神经系统个体保持全身各系统、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。

⑵人同时有生理活动和心理活动，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。

图绪－1　强调层次和连续体示意图

⑶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。

⑷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、医学心理学与医学模式转变

19 世纪末，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逐渐占据了支配地位。目前，我国人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；我国广大人民对医疗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。

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和应用于日常工作，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；综合医院中长期缺乏心理行为科学人才的局面将会改变；医学科学研究范围也将大大拓宽；我国的医学管理模式也将随新的医学模式的确立而发生转变(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包括各级领导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　医学心理学研究方法

一、研究方法的一般问题

（一）医学心理学研究方法的重要性

任何一门学科，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。例如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，但我们还不能说这是物理学知识，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，成为物理科学知识。科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，至少在某些书籍中反映了这一点。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。

医学心理学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．*心理定量的主观性*　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难度更大，常常带有主观成分。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学科*　为了探明心身相互作用规律，在医学心理学研究中常同时涉及社会、心理、生物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—

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比较多见，值得注意。

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。多学科的研究方法常常使部分初学者无从入手，正确的选择途径是采用自己熟识的、条件具备的且又符合设计主要目标的方法。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。这些虽然人人皆知，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例如环境、期望、暗示等的影响。因此，在医学心理学研究中要特别避免研究者及被试双方主观因素和外部条件对研究结果的影响。例如，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。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，在实际研究工作中就更应自觉地加以注意。

（三）医学心理学中的心理行为定量

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

1．一般描述　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。

2．间接定量　这是对某些心理变量人为地给以评分，然后将其转换成数据，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。之所以将问卷调查甚至心理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，这种分析的本身许多都属于描述。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，一般不宜直接理解成是“个性”的定量。

3．直接定量　这往往属于一些自然科学的手段。心理物理学研究中的声、光、电、机械等刺激或反应，如感觉阈限、反应时、皮肤电阻等的测定，以及动物实验时的行为活动次数和强度，某些心理治疗手段的实施时限和频率的记录等，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。

二、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；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

观察法顾名思义是通过对研究对象的科学观察和分析，研究其中的心理行为规律。观察法又可进一步分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、直接观察和间接观察等。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，观察活动本身也可能影响被观察者的行为表现，使观察结果失真。

1．主观观察法与客观观察法　主观观察法是个人对自己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，影响对结果的验证、推广或交流。

客观观察法是研究者对个体或群体的行为进行观察和分析研究。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录，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。

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　自然观察法是在不加控制的自然情景中对个体行为作直接或间接的观察研究。例如对某些MBD儿童的日常行为进行观察记录.

控制观察法则在预先设计的一定情景中对个体行为作直接或间接的观察研究。例如将被试者带到统—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*　日常观察法是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进行分析研究；临床观察法是通过医学临床的观察记录而获取资料进行分析研究。

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，并加以分析研究。

1．*会谈法*　通过与被试者面对面会谈（interview），了解其心理信息，同时观察其在交谈时的行为反应，以补充和验证所获得的资料，进行分析研究，即为会谈法。会谈法的效果取决于问题的性质和研究者本身的会谈技巧（见第　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、病因学等研究中均被广泛采用。

2．*访问或座谈法*　访问或座谈也是重要的调查手段。通过访问或座谈可以从较大范围内获取有关资料，以提供分析研究，即为访问法或座谈法。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的方式进行分析研究。

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，即为问卷法。例如调查住院病人对护理工作是否满意，哪些满意，哪些不满意等等。问卷调查的质量决定于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、结果是否便于统计处理以及内容是否会引起被调查者的顾虑等等。

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，对调查资料的分析和总结，要坚持科学态度。调查法在目前国内医学心理学研究工作中被广泛使用。

（三）心理测验法

这是指在医学心理学研究工作中以心理测验作为心理或行为变量的主要定量手段。测验法使用经过信度、效度检验的现成量表，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　章）。心理测验作为一种有效的定量手段在医学心理学研究中使用得很普遍。

（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*　这就是使用实验室条件，严格控制各种无关变量，借助各种仪器和设备，精确观察和记录刺激变量与反应变量，以分析和研究其中的规律。实验刺激变量可以是自然的如声、光等刺激，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，可以是心理的（行为的）如心理紧张刺激，甚至可以是社会情景设计等。反应变量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如记忆、情感、操作等变化指标，甚至是社会活动功能的变化指标等。上述各类变量可结合交叉使用。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，特定的实验情景所造成的心理紧张，本身就可能对心身相关的实验结果产生影响。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，对研究对象的某些变量进行操作，观察其有关的反应变量，以分析和研究其中的规律。

临床实验就是现场实验研究之一，对医学心理学有重要的意义。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，其中 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；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，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。

现场实验研究也可以在生活情景中进行，例如对一组幼儿实施连续三年期的行为学干预，同时记录其有关心身变量并与未干预组做比较，证明该干预方法对幼儿的心身发展各指标有重要意义等。

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理想的结果。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，个案法适用于某些心理干预方法（如行为治疗）对心身功能的影响研究。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。个案法对于少见案例如狼孩、猪孩、无痛儿童等的全面、深入和详尽的考察和研究有重要意义。

抽样研究是针对某一问题通过科学抽样所作的较大样本的研究。例如，研究人群 A 型行为特征与冠心病的关系，就要选取一批具有代表性的 A 型行为类型者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追踪研究，从而探讨某一问题的发展规律。根据研究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。

⑴前瞻性研究　这是以现在为起点追踪到将来的研究方法。例如目前对一批 A 型行为类型者开始作综合行为矫正指导，并追踪此后整个行为矫正程序实施过程被试 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。这一方法具有很高的科学价值。可惜，由于条件限制过多，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。前瞻性研究所采用的研究手段可以是多种多样的。前述幼儿行为干预实验例子也是前瞻性研究。

⑵回顾性研究　这是以现在为结果，回朔到过去的研究方法。其所采用的手段通常为交谈、访问、座谈或测验，通过收集资料和数据，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者在同一时间内就有关变量进行比较分析研究，或者对相同背景的几组被试者分别采用不同的刺激（如心理干预），以对各组被试之间反应的差异做出分析研究。

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者之间的可比性问题。

（姜乾金）

第一章　医学心理学主要理论与研究方向

作为交叉学科，医学心理学有关的理论与研究方向多种多样。它们往往是在特定的历史背景或特定的文化背景下，以及不同的研究方法或不同的研究对象等条件下形成。这些理论与研究方向各有特色，各能解释一部分心身问题，各有其应用成功的例子，因而在学习医学心理学过程必须给以足够的重视。然而这些理论与方向又不足以完全解释清楚心身的联系，随着科学的发展其中有的还可能逐渐被证明并不正确，从而逐渐被修正或扬弃。因此我们现在既不能全盘否定各种理论与研究方向的实际意义，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心身健康的重要因素。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。

与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。此时这种中性环境刺激（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，故此处的反射被称为经典条件反射（classical conditioning）。

所以，经典条件反射就是指某一中性环境刺激（铃声、气味、语言等）通过反复与无条件刺激 UCS 相结合的强化过程，最终成为条件刺激 CS，从而也能引起原本只有无条件刺激 UCS 才能引起的行为反应 CR。

经典条件反射实验过程示意如下：

（二）经典条件反射理论的意义

显然，经典条件反射理论模式强调环境刺激 S 对行为反应 R 的影响，即 S→R 的关系。这在医学心理学领域有非常重要的理论与实际意义。按照这一理论思路，任何环境刺激，即理化的、生物的、心理的、社会的变化，都可通过经典条件反射机制影响人的各种行为，并成为内脏活动的一种支配力量；反过来，人类许多正常或异常的行为反应特别是内脏反应性行为，可以通过经典条件反射机制而获得。例如，某些反应性医学症状就是与经典条件反射作用有关。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、呕吐反应，这就是一种条件反射性症状。同样，利用条件反射原理作松弛训练以建立条件反射性松弛反应，则有助于克服这种“习得性”的药物反应症状。

抗癌药物条件反射症状形成示意如下：

（三）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。例如，少量多次的抗癌药治疗较短期大剂量治疗过程，更容易产生条件反射性恶心呕吐反应。

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）。例如在巴氏实验中，由于反复强化产生泛化作用，那些与实验铃声音频不同的铃声也可使实验动物唾液分泌。又例如，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条件反射性呕吐，以后由于泛化作用病人闻到其它非抗癌药物的气味也有此种呕吐反应。

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，药物气味会逐渐地不再引起恶心、吐呕反应。不过国外的研究显示，躯体的不愉快条件反射一旦形成，一般较难消退。其原因是条件刺激（药物气味）引起条件性躯体反应（气急、心跳、恶心、呕吐等）时，个体会随之产生回避行为以减轻这种躯体反应，并形成回避操作条件反射（见后文），但这种回避条件反射使上述躯体反应立即减轻，反而使原有的条件刺激（药物气味）与躯体反应（气急、心跳、恶心、呕吐等）之间的经典条件反射偶联关系保存下去，从而不易产生消退作用。

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建立起来的。

斯金纳 1953 年在“斯金纳实验箱”里进行了操作条件反射的典型实验。在实验中，老鼠在饥饿刺激（S’）下会产生一系列平常的行为反应（Rl, R2, R ……），但每当其中的一种反应如按压杠杆动作（ R）出现时，总是可以立即获得食物刺激（S）的结果，这种食物刺激（S）的结果对按压杠杆的行为（ R）是一种强化，老鼠逐渐学会主动按压杠杆这一取食行为。在这里，行为以后出现的刺激结果对行为本身产生强化作用的过程，被称为奖励（reward）；这种刺激结果，被称为奖励物。

同样，在回避操作条件反射（avoidance conditioning）实验中，动物受到电击（S’）会产生一系列的行为反应（R1、R2、 R……），其中的一种行为反应即回避动作（ R）出现时，即可获得撤消电击的结果（ S）。撤消电击的结果（ S）对回避行为（ R）有强化作用，结果动物学会了这种回避行为。

这两个实验反映了一种现象，即当某一行为反应 R（如压杠杆行为或回避行为）出现时总能一次次获得某种刺激结果 S（食物刺激或撤消电击），则个体逐渐学会对这种行为反应 R 的操作，这就是操作条件反射（operant conditioning）。由于这里的操作条件反射是个体对工具操作的学习，为了区别于后述内脏操作条件反射，故又称为工具操作条件反射（instrumental conditioning），但一般情况下仍称为操作条件反射。这一学习过程所形成的行为属于工具操作习得行为。

上述两种操作条件反射过程示意如下：

（二）操作条件反射的意义

与经典条件反射的刺激与反应之间的关系不同，操作条件反射重视行为反应的结果对行为本身的影响，即 R→S 的关系。这一理论显示，任何与个人的需要相联系的环境刺激，即各种理化的、生物的、心理的、社会的变化，只要反复出现在某一种行为之后，都可能对这种行为产生影响；反过来，人类许多正常或异常的行为反应包括各种习惯或症状，也可以是由于操作条件反射机制而形成或改变。这一理论在医学心理学中应用很广，例如用以解释个体不良行为如吸烟、依赖等行为的形成机制；用以指导各种行为治疗如刺激控制、系统脱敏法等（参见第五章）。

（三）操作条件反射的类型

从上述两个操作条件反射实验来看，行为反应的结果即各种环境刺激可以具有积极的即愉快的性质，也可以具有消极的即痛苦的性质；这些刺激可以从无到有，也可从有到无。这样，根据操作条件反射中个体行为以后所出现的刺激性质及其变化规律的不同，可将操作条件反射分为以下几种情况：

1.正强化　行为结果是积极刺激增加，从而使该行为逐渐增强，即 +R→S（积极）↑的关系，这称为正强化（positive　reinforcement）。例如饮酒的结果产生轻松愉快的刺激，后者促进饮酒行为的巩固。上文第一例实验也属正强化。

2.负强化　行为结果是消极刺激减少，从而使该行为逐渐加强，即 +R→S（消极）↓，这属于负强化（negative　reinforcement）。例如，慢性疼痛病人上床休息使疼痛刺激减轻，后者使上床休息的行为逐渐得到加强并逐渐形成依赖性行为。当然，这一例子中也存在正强化因索，例如上床休息的结果是引起家人的进一步关心和体贴，从而对病人的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。上文第二例回避条件反射实验也属负强化。

3.消退　行为结果是原有的积极刺激减少，从而使行为反应逐渐减弱，即 -R→S（积极）↓的关系，这就是消退（extinction）。例如儿童捣乱行为一般情况下可引起周围人的关注（属积极刺激），反而因为正强化而使捣乱行为得到加强。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　行为结果是消极刺激增加，从而使行为反应逐渐减弱，即 - R→S （消极）↑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，即内脏操作条件反射。

在内脏学习实验中，对动物的某一种内脏反应行为例如心率下降（ R），给予强化例如食物奖励（ S），经过这种选择性的定向训练，结果动物逐渐学会了“操作”这种内脏行为例如使心率下降。其实验过程示意如下：

由于奖励过程也可使动物形成全身骨骼肌放松的工具操作条件反射，从而使心率下降。所以必需消除实验动物骨骼肌系统对内脏学习实验的影响。于是米勒采用肌松剂箭毒麻痹动物骨骼肌系统，同时施以人工呼吸，并改用 Olds 发现的“愉快中枢”电刺激法作为奖励手段，或以撤消痛苦电击的方法作为负强化手段，重新进行内脏学习实验。结果取得与上述一致的结果，说明确实存在内脏操作条件反射现象。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 1－1 显示了内脏学习的特异性。

图 1－1　内脏学习（自 Miller E,1969）

虽然米勒的内脏学习实验还有待深入研究，但内脏操作条件反射理论对于医学心理学工作还是有一定意义的。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；某些心身疾病症状的产生如心跳加快、肠蠕动增加、哮喘等可能与个体的意识性条件操作有关；生物反馈、气功治病等的原理可能与内脏学习有关。另外，内脏学习现象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。

- 反射（行为）
  - 无条件反射（本能行为）
  - 条件反射(学习)（习得行为）
    - 经典条件反射（反应性习得行为）
    - 操作条件反射（操作性习得行为）
      - 工具操作条件反射（工具操作行为）
      - 内脏操作条件反射（内脏操作行为）

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（mode1）的行为活动的观察和模仿，学会这一种新的行为类型，而不强调刺激和反应之间的联系。这很有点近似于我国的“近朱者赤，近墨者黑”之道理；也有些类同于我们所说的“榜样的力量”。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，随之丙、丁等孩子由于示范作用一个个也都可能表现得较坚强。

班都拉（Bandura　A）提出示范作用包括四个过程：①注意：学习者反复观看某一榜样，接受其中的特征性信息，成为学习的依据；②记忆：这些特征性行为被学习者有意无意记住，成为日后自己行为的模型；②行动：学习者表现出这种特征行为来；④强化：依强化原则，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可以通过示范作用而形成。例如，长辈们习惯于小声慢速地说话，一起长大的子女往往说话也显得深沉和稳重；明星们的仪表仪态，直接影响一代年轻人的行为；充斥屏幕的暴力行为，对孩子有消极的示范作用。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可以作出不同的反应（ R），而行为反应结果又能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认知等个体因素在环境刺激和行为反应之间的作用，即 S→ O → R 的关系。一个典型的例子是，根据操作条件反射原理，某些慢性疼痛病人的依赖行为（R）显然与休息可以减轻疼痛（S）有关，但当病人认识到适当的活动有利于康复时，他能主动去改变上述 R 与 S 的关系，忍痛参加活动锻炼。

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，例如恐怖症的病因机制，心身疾病的症状形成，不良行为的自我控制治疗等等。

六、行为学习理论述评

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；一种良好的习惯也可以经过反复强化固定下来等。

疾病的发生可以是因为“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，孩子一接近白鼠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怖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相，理睬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。

行为学习理论涉及范围很广，以各种学习理论为依据的行为治疗方法已成为目前国内外许多心理治疗者的主流方法，通过行为矫正方法以改变各种不良行为、促进对工作和生活环境的适应、协助治疗许多临床疾病特别是心身疾病。

但是，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，有自然因素、社会因素、生物因素和心理因素，产生的行为反应种类也很多，有躯体活动、内脏活动、心理活动和社会活动，这些反应还受个体其它因素如疲劳、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 mode1）。这种观点认为，人类的行为是上述各种学习模型再加上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（psychoanalysis）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、精神分析的心理结构

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 1－2）。

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，是图中海平面以上的冰山之巅部分。

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经历等，是图中海平面以下的冰山部分。

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。

图 1－2　精神动力学说人格结构简单示意

精神分析理论认为，潜意识的欲望只有经过前意识的审查、认可，才能进入意识；人的大部分行为由潜意识的动机所左右着。潜意识是精神分析理论的主要概念之一。

二、精神分析的人格理论

精神分析学派有其完整的一套人格理论。该理论认为人格由三部分构成：本我（或它我）、自我和超我，如图 1—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）的一部分是意识的，一部分是潜意识的。一方面，自我的动力来自本我，即为了满足本能冲动和欲望；另一方面，它又要顺应外在的现实环境，以保护个体的安全。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，大部分属于意识的。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。超我的特点是能辨明是非，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构成。人格的形成是企图满足潜意识的本能欲望和努力争取符合社会道德标准两者间长期冲突的结果。

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，解决得不好就可能产生人格障碍或成为心理疾病的原因。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。如果婴儿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）的方式来减轻焦虑，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论者，其代表人物有阿德勒（Adler A）、荣格（Jung C）、苏利文（Su11ivan 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、潜抑和阻抗等等，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、精神分析理论述评

由于精神分析理论的人格三部分各遵循不同的行动原则，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）以克服这种焦虑并保持心理的平衡，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，形成各种心身症状。

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末遗忘，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，只能通过对梦境的分析或者在不加任何意识评价的情况下通过病人的自由联想（free association）谈话才能被发掘出来。一旦这种潜抑的心理冲突被发现和疏泄，病人的症状即可获得缓解。这就是精神分析疗法。

新精神分析学者亚历山德（Alexander FG，1934）等更进一步提出，潜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，因而从预防角度来说，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不健全和心理疾病的主要原因，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

自中世纪初至今，不少生理学家和心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、心理生物学研究的历史

与医学心理学关系最大的是心身作用的生物学机制研究。在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响，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。（巴甫洛夫学派主要理论后来还被行为学派推举为经典条件反射）

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和适应．也能够被机体所忍受，但在特殊情况下，如刺激过强或过久，则可导致心身功能失常，甚至死亡。

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与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和疾病各有关因素之间更细微的内部联系的研究。

二、心理生物学研究的现状

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*　与健康和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等。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心理生物学研究数据加以说明。

个性与健康和疾病的关系研究已不少，但心理生物学研究证据特别是数量化证据仍不充分，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，例如酗酒、烟瘾、缺少运动、A 型行为等，并且已有大量的研究成果，但也尚待更进一步的深入研究。

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，通过什么样的心理生物学机制，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。目前可以进一步分为神经化学方面的研究、心理神经内分泌学方面的研究和心理神经免疫学方面的研究。

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 物质被认为与安慰剂的止痛作用有关，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。

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。但由于在这一研究系统之中，许多具体环节尚未被探明，因而对整体的解释也受到影响。目前在心理社会应激研究中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、心理生物学研究述评

心理生物学研究有其突出的优点。它使用严格的实验设计、客观的计量方法和数理统计，因而能准确揭示心身的奥秘，也便于交流。目前，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　社会学研究方向

社会学研究方向就是指从社会学或社会心理学的角度，探讨社会变量与心身健康（包括病因、病程、治疗、康复和预防等方面）的关系。早在 20 年代就有人指出，多数变态行为和正常行为一样，是一个人对一定生活文化生活的反应；有了社会环境的支持和帮助，个体才有可能保持心身健康。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。

一、跨文化研究

社会学方向的研究重视不同群体的社会背景与群体健康的关系，这就是跨文化研究或跨亚文化研究。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，可探讨社会环境对高血压发生发展的影响；以往曾有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，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文化背景原因等。

二、社会生活因素

社会学方向的研究还重视个体的社会生活因素与健康的关系，主要涉及生活事件和社会支持等概念。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、生活节奏太快、紧张的工作、人际关系紧张、孤独、居住条件差等所谓生活事件的影响，因而需不断研究各种生活事件影响心身健康的机制并寻找对付的办法；社会支持在很大程度上影响个体的心身健康，研究社会支持的构成、分类、对心身健康的作用机制等，已成为近期心理应激研究的一项重要内容。

对社会心理因素进行定量分析，也是近 20 年社会学方向的研究重点。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。

三、社会干预

社会学方向还研究如何改善社会环境、提供社会支持、指导社会适应，开展社区和

家庭治疗等，从而对许多疾病的治疗、预防和康复产生积极意义。

四、社会学理论

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的某些社会学问题（如医生、护士与病人相互作用），对提高医疗服务质量等也都有指导意义。

第六节　其他有关理论

一、人本主义理论

（一）对潜能的理解

1940 年代初，心理学家的理论研究只能在精神分析及行为主义等有限领域进行选择。　心理治疗学家罗杰斯（Rogers CR），虽然在华生指导下取得哲学博士学位，还受过精神分析的训练。但在临床实践中，他逐渐不满意人是受控于本能的理论，也反对人受控于奖、惩的生物力量的学说。从而提出一种新的看法，认为人本质上具有争取自我实现(self-actualizing)和自我理解(self-understanding)的巨大资源，具有维持自身健康成长，选择和控制自己命运的潜能，而环境（包括其他人）可阻碍这种发展。他的观点得到马斯洛（Maslow A）、弗兰克（Frankl V）等理论家的赞同；同时促进这一理论发展的还有心理学家戈尔德施泰因及奥尔波特；精神分析学家霍妮，沙利文以及弗洛姆等。1962 年，马斯洛与罗杰斯等组建了美国人本主义心理学会，规定了四项工作原则：①心理学首要研究对象是具有经验的人；②研究的重点是人类的选择性、创造性及自我实现；③研究个人与社会有意义的问题；④注重人的尊严与提高人的价值。

人本主义心理学（humanistic psychology）的崛起使原来精神分析与行为主义对峙的心理学界成为三足鼎立之势，因此被称为第三种力量。

（二）自我论

人本主义心理学的主要理论是罗杰斯的自我论（self theory）及马斯洛的需要层次论（hierachy of needs）。 他们的方法论是现象学方法（phenomenologic approach），归纳起来就是：①每个人都对周围世界有其独有的知觉，罗杰斯将这种人们所意识到的部分称为“现象场”（phenomenal field）；②根据这种察觉来选择思维与行动，例如若察觉所处的环境是友好的，就感到欢乐与安全；若察觉到危险或敌对就会引起心理防御并感到焦虑。

罗杰斯的“自我”（self ）概念与弗洛伊德的“自我”（ego）不同。ego 是相对于本我及超我而存在的行为的支配者， 协调它们与现实之间的关系，相当于詹姆斯及米德等人的“作用自我”（self-as-process）。罗杰斯的 self 是指现象场中与个体自身有关的部分，即对自已以及与自己有关事物的认识，这种“自我”只是个人意识到的与自己有关的经验，故有人称之为“对象自我”（self-as-object）。

婴儿没有自我的概念，现象场中无主、客体之分，所有现象都混在一起，当语言符号中出现“I”（主格的我）及“me”（宾格的我）时，现象场中部分内容就分化而形成自我。罗杰斯认为追求积极的关注（need of positive regard, 即个人从他人处得到温暖、同情、关心、尊敬、友爱、认可等）是人类普遍的需要。个体发展时首先从父母处获得

积极关注，孩子也习得了服从父母意旨就能获得关注，称为“条件性积极关注”，罗杰斯将这种为获得积极关注所需的条件称为“价值条件”（conditions of worth）。儿童反复体验这些条件就会内化成自我的一部分，成为儿童的“良知”与“超我”，并随时起作用。个体将他人关注（评价）内化为自我关注（评价），对自己行为持肯定态度就是自尊，成为“自我”的一部分，当实际体验与“自我”有分歧时就会发生“自我失调”（self incongruence）。而这种不协调乃是人类适应不良的根源，具体表现为焦虑。

罗杰斯认为不协调的原因是条件性积极关注所致，所以，提倡用“无条件积极关注”（unconditional positive regard）来消除这种不协调。所谓无条件关注是指对儿童的各种行为给予关注（使用中性的语言引导，而不作“坏”，“好”的条件性评价）。

马斯洛将则“自我实现”列为人类最高的需要。（参见第二章）

（三）述评

对人本主义心理学既有可取之点，也有不足之处。其优点是：①提出以健康人为研究对象有重大意义；②对“自我”的研究有价值；③理论通俗易懂，有较强的实用性；④“询者中心疗法”是一种创举。其缺点是：①强调主观的自我，相对忽视客观的作用；①强调无条件关注的绝对作用而不能解释条件性关注的积极意义；③强调意识经验而否认潜意识；④将一切心理障碍归于自我失调而无视传统的心理疾病分类；⑤马斯洛的理论缺乏严格的科学性，样本小，凭个人印象收集资料，标准不客观。

二、认知学派的理论

（一）理论的兴起与发展

科学心理学一开始是以意识为主要研究对象。自行为主义心理学派的崛起，意识体验的研究受到限制。在 50 年代中期兴起的一种新的心理学思潮，至 70 年代成为美国及西方心理学的一个主要方向，这就是认知心理学派。与以往的心理学派不同，它不是由某位心理学家独创，而是由许多学者的努力逐渐发展而成。

对认知心理学迄今尚无公认的确切定义。大致包括：①认知是信息加工过程；②认知是心理上的符号处理；③认知是问题解决；④认知是一组相关的活动，包括感觉、知觉、记忆、判断、思维、推理、问题解决、学习、想象、概念形成以及语言。关于“认知”（cognition）的涵义，最简洁的表述就是“去知道”（to know）。

对认知心理有广义和狭义的理解。前者以心理过程为对象；后者则指信息处理过程，起始于 60 年代，它既受格式塔学派的影响，又受计算机技术发展的促进，人工智能的研究就是代表。

当前认知理论已经影响格个领域，例如在现代心理生理学研究中就是通过生理变量的信息来阐明心理活动；在心理治疗领域各种认知疗法在广泛运用。

（二）基本观点与主要方法

认知学派将心理看成是活动的、可意识到的问题解决系统。一个人的认知过程是控制行为的。通过记忆、知觉、想象、思维，认知对行为的控制要大大超过心理分析与行为主义观点。当前信息加工观点已成为认知学派的主要观点。信息加工观点认为认知就是信息加工，即对感觉输入信息的转换、贮存及使用等的加工过程。因此，可将此过程分解成一系列单元，分别对输入信息进行加工，最终的产物就是反应。因此，研究心理

过程的基本问题就是：信息加工经过哪些阶段？人类心理中的信息以何种形式表示？信息处理是最广泛使用的认知方法。信息处理心理学家是通过观察输入和输出的东西来推测无法直接观察的心理过程。有人称此为“会聚性证明法”，即把不同性质的数据会聚到一起而得出结论。心理生理学家则称之为“从生理学的数据到心理学的构想”。即通过生理反应结果来推论内部的心理过程。选择反应时研究就是一种会聚性证明法。

计算机模拟、类比、流程图及出声思维以及事件相关电位等方法均曾用于认知研究。

（三）述评

认知心理学的兴起是心理学发展的新阶段。有人说是新学派，有人说是新方向，更多的人则同意将它称为一种新的“模式”。美国心理学界已将它提到美国心理学发展中的第二次革命（第一次是行为主义的出现）。它的意义在于使人们重新正视内部心理过程的研究；在于将当代的先进科学技术与心理学研究相结合；在于没有传统的派系界线，而是有选择、有整合的运用各家之长。

三、中医的医学心理学思想

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；如形与神离；则形骸独居而终”。

中医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《三困极——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；恶于针石者，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；也强调“治未病”的原则，“是故圣人不治已病治未病……夫病已成而后药之……不亦晚乎！”

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。

(姜乾金　徐　斌)

第二章　心理学基础知识

第一节　心理现象

心理现象不同于物理现象，它既没有形状大小，也没有重量或气味，但却是客观存在的。为了研究方便，心理学家常从两个方面对心理现象加以分析，即纵向研究人的心理过程，包括认识过程、情感过程、意志过程，横向研究人与人之间心理上的差异即个性或人格。

一、心理过程

心理现象普遍存在。例如医生给病人看病，必须用耳听、眼看、鼻闻、手触摸等，这些就是感觉和知觉。医生要记住病人的主诉、体征和各种检查数据，以便在考虑诊断时应用，这就是记忆。医生将病人各种检查材料，用自己的知识经验在头脑中进行分析和综合，判断是什么病，这就是思维。人们不仅能够记忆听过、看过、想过、做过的各种事情，而且还能想象出自己从未经历过的事物。比如，医生不仅能够诊断治好许多常见病、多发病，而且也能对一些罕见病难治的病不断研究探索出诊断和治疗办法，这就是想象。以上谈到的感觉、知觉、记忆、思维、想象等都是心理活动，都与人们认识客观事物（诊治疾病）有关，因而心理学上称之为认知过程。

病人患病以后不仅会产生许多症状和体征，而且也常会产生焦虑、忧郁等不良情绪；疾病治愈后会产生喜悦和欣慰情绪。这些心理活动属于情感过程。

病人在战胜疾病过程中需要克服许多困难和痛苦，顽强地与疾病作斗争这是意志过程。

认识、情感和意志既是互不相同的，又是密切联系的。情感是在认识的基础上产生，没有认识就没有情感。同时，人们对事物的认识又常常是在情感的支持与激励下实现的。另外，意志行动是在认识的基础上，在情感推动下产生的，反过来又可加深人们对事物的认识和情感。可见，人的认识、情感和意志三种心理过程是不可分割、密切联系、相互制约的。三者构成了人的整个心理过程。

二、个性差异

尽管“知、情、意”三种心理过程是人类共有的，然而，它们都受个人已有的知识、经验的影响，因而存在很大的个体差异性。比如医生给病人看病，有的医生感知敏锐、记忆力强、思维敏捷、分析问题井井有条；而有的人则相反。有的医生感情丰富，对人热情，喜形于色；有的情感内蕴，对人遇事常不露声色。这些人与人之间心理上的差异，表现在心理过程之中的，属于个人独有的，具有一定倾向性的，比较稳定的心理特征总和即个体总的精神面貌就是个性（individuality）。个性可分为个性倾向性和个性心理特征。在个性结构中最活跃的因素，比如需要、动机、兴趣、信念、理想和世界观等，影响着个人对事物的看法，态度、趋向和行为模式，是人活动的基本动力之一，制约着所

有心理活动，属于个性倾向性（individual inclination）。在个性结构中较稳定的，表现一个人典型的心理和行为的成份属于个性心理特征（individual mental characteristics）。一般包括能力（ability）、气质（temperament）和性格（character）。人和人之间，在个性方面是千差万别的。在个性倾向性和个性特征方面完全相同的两个人在世界上是不存在的。

必须指出，心理过程和个性也是密切联系着的。一方面，每个人的心理过程——感知、记忆、思维、想象、情感和意志以及作为各种心理过程的共同属性的注意，都带有个性特点；另一方面，所有人的个性——无论是需要，兴趣和理想，或者能力、气质和性格又都是表现在认识、情感、意志等心理过程之中。离开一个人的各种心理过程，则既看不到他的需要、兴趣与理想，也看不到他的能力、气质、性格。事实上，既没有不带个性的心理过程，也没有不表现在心理过程中的个性。心理过程与个性是完整统一的心理活动的两个方面。为了研究方便，才将人完整的不可分割的心理活动加以划分。常见的分法是：

- 心　理
  - 心理过程
    - 认识过程 —— 感觉、知觉、记忆、想象、思维等
    - 情感过程
    - 意志过程
  - 个　性
    - 个性倾向性 —— 需要、动机、兴趣、理想、信念和世界观
    - 个性特征 —— 能力、气质、性格

尽管心理现象丰富多彩、复杂多样，但其发生发展同样是依从于一定条件的，是有规律的，它们产生的生理机制、社会基础，它活动的规律，是可以研究、可以认识的。

心理学是一门较年轻的，正在发展的学科，自从 1879 年冯特（Wunde 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。心理学学派很多，难以下一个完整、统一的定义。一般认为心理学是研究心理和心理活动规律的科学。　　（过慧敏）

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资基础。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，对脑的心理机能有了比较全面的认识。

一、心理是脑的功能

（一）大脑的进化与心理功能

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，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－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、储存，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。一般的说，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，树鼠句是它的 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。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、拟定和储存最复杂行动程序及控制心理活动有关的部位。

（二）人脑的皮层三级区与心理机能

前苏联神经心理学家鲁利亚（1973）将大脑皮层分成三级皮层区。一级区（又称投射区），包括额叶中央前回的运动中枢（Brodmann 4 区）、顶叶中央后回的躯体感觉区（Brodmann 3、1、2 区）、枕叶的视中枢（ Brodmann 17 区）和颞上叶的听中枢（Brodmann 41、42 和 22 区）。一级区主要结构是皮层Ⅳ、Ⅴ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Ⅱ、Ⅲ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。对皮层后部来说，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－枕－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、触动觉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级形式的脑基础。

皮层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。前额叶损伤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Ⅱ、Ⅲ层。在个体发生上这部分脑是最晚成熟的，约七岁以前它不能充分发展。

二、人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。

（一）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。

（二）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。

（三）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（颞、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。二级区接受三级区皮层区传达的信息，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

图 2－1　鲁利亚的三个基本机能联合区示意图

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 2－1）。

三、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认识。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的不同，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是情绪高涨、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。Heilman(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，当一侧半球损伤时，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，而右半球病变是引起视空间、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，而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、裂脑人和半球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的、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。两个半球好象是

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　赵盛伏）

第三节　心理的社会学基础

人的心理不仅以脑生理机制为基础，同时还受社会环境诸因素的影响和调节。心理现象（心理、意识）实际上是脑对客观现实的反映。

一、心理是客观现实的反映

（一）客观现实是心理活动内容的源泉

人脑本身不能产生心理，它只是产生心理现象的物质基础。任何一种心理现象的产生，首先是由于作用于人的客观现实的存在。这就是反映论的基本原理。

人的心理活动的内容都来源于客观现实。所谓的客观现实包括自然条件和社会环境，其中人类的生活条件、生产劳动和社会人际交往是产生心理活动的主要源泉。否则，人的心理活动就成了无本之木，无源之水了。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。三年后，人们在豹穴中找回了这个小男孩。当时小男孩已经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，心身健康受到永久性的影响。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；感觉畸形发展；情绪单调贫乏；动作迟纯或失调；不愿与人交往，而喜欢与动物接触；智力低下。这表明，人若长期脱离社会环境，没有社会交往，就没有正常人的心理活动。

（二）心理是在社会实践活动中发生和发展起来的

人的心理是由客观现实决定的。然而客观现实的影响不是直接地、自动地决定心理活动和塑造个性心理特征，而是人在认识和改造客观世界实践活动的过程中，通过二者之间的相互作用实现的。人的心理按其内容来说是客观的，但对客观现实的反映受到个人知识经验及其个性心理特征的制约，并且通过主体的活动来实现。因此，心理是对客观现实的能动反映。具体表现在：不同的人，由于他们的社会认知水平不同，对于同一事物的反映就可能有不同。例如，看完一场电影，可以听到人们各种各样不同的评价。其次，既使是同一个人在不同的时期，由于他们的实践经验不同，对于同一事物的反映也不尽相同。

（三）社会实践活动影响了心理发展水平

人的各种心理活动是在后天的社会生活环境中形成和发展起来，他依存于实践，受实践活动的影响和制约。但是不应因此把心理看成是实践活动的消极产物。人的一切心理现象、一切反映形式，包括认识、情感、意志和动机、兴趣、能力、性格等，都是在实践过程中，在劳动、学习、娱乐和交往活动中发生、发展起来的。实践活动是人的心理发生、发展的基础。人的心理反映是在实践活动任务要求下产生的；而且人对客观外界的认识、反映的加深与提高，人的心理的日益丰富也是随实践的日益深化而实现的。人是在作用于客观外界、在改造外界的同时改变自身、改变自己对外界的反映的。

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。

二、人的社会化

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。

（一）社会化的主要因素

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。其中家庭、学校和社会信息是影响个体身心发展的三个主要的社会因素。

1．家庭的影响　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，家庭氛围，孩子在家庭中的地位以及家庭的社会经济地位等。个体出生后通过与父母亲互动（交往），相互交流信息，沟通情感，学习、生活、起居、待人接物、言行举止都纳入规范，逐渐懂得是非、善恶、好坏、对错等，这就是接受社会教化。研究表明，从出生到７岁，是一生中心身发展，尤其是大脑发展最旺盛时期。这一阶段家庭中父母亲对孩子的态度和教育方式，对儿童的心理发展，特别是性格的形成起着十分重要的作用。日本心理学家Ａｚｕｍａ根据日美跨文化研究的结果提出，在日本与美国家庭中母亲在孩子的社会化方面具有不同的态度和策略，因而影响到孩子的某些心理特征的形成与发展。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，母亲在日常生活中很少处于权威者的地位，教育信息不是通过提出的一套系统的程序，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，母亲从孩子出生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，　母子之间的距离主要靠明确的语言交往来进行沟通，在这样家庭环境影响下，美国儿童显得更富于独立性和进取精神。

2．学校的影响　学校教育在个体的心理发展和个性心理特征形成有着十分重要的作用。究其原因，学校既是系统传授知识培养技能的场所，也是向学生灌输社会生活目标，使他们形成正确世界观和社会道德行为规范准则的重要环境。学校根据学生心理发展的规律，通过一定的教育方针和培养目标，有目的、有计划、有系统地对学生施加影响，例如通过课堂教学、　班集体和团队活动以及班风校风潜移默化的作用，以使学生实现社会化，促进他们的心身发展。

3．社会信息的影响　社会信息，包括政治、经济、国家的宣传体系、宗教、风俗习惯、生活方式和社会生产力水平等等。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属于原始社会末期，解放后整个社会发生了巨大变化，但文化与习俗风气仍然保留着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，遵重老人及长者，村寨之间和睦相处，表现出舍己为人的高尚品质。

（二）社会化的发展过程

个体的社会化过程是逐步完成的，他使得个体由自然人转变为社会人。通过这一过

程表现出社会化的社会强制性、个体能动性、终身持续性的基本特征和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个体与社会环境之间一种不可避免的张力中发展起来的，也就是二者之间相互影响，相互作用的结果，其中个体能动性起着主要作用。这种发展可以大体上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，社会以各种各样的方式影响作用于个体，儿童的行为模式也不断地被周围人们所塑造。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－社会间的张力内化阶段”（青年期）。这一阶段，个体社会化过程的特点明显表现出已经不再是一种单纯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，表现出个体的积极主动性。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 也提出青少年道德判断发展的模式。他们都对社会化与个体心理发展关系进行了研究探讨。

（林大熙）

第四节　认知过程

一、感 知 觉

（一）概　述

感觉，是当前直接作用于感觉器官的客观事物个别属性在人脑的反映。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、身等相应的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在人脑的反映。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，个别分析器活动的结果。分析器由感受器、传入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。

感知是认识的开端，是一切知识的源泉。感知是思维的基础，例如医生给病人诊疗

疾病，必须通过各种感知来搜集疾病的症状、体征（信息）。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。

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

2．*知觉的理解性*　人们知觉事物时总是用以前获得的知识和经验去解释它、理解它，以此认识事物，并用词把它标志出来，说明它是哪一类的事物。知识经验越丰富，对当前事物的知觉就越深刻、越精确、越迅速。这就是知觉的理解性。例如医生对病人的观察要比一般人全面深刻。

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。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。观察是人对客观现实进行感性认识的一种高级形式。观察对于任何工作都具有重要意义。一切科学研究、生产劳动、艺术创作、医疗实践，都需要对其对象进行系统、周密和深入的观察，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。

（四）感知觉与医学临床

在临床工作中，要熟悉不同病人的感知特点，分别给予相应的心理行为学指导；要注意感知与情绪的密切关系，通过改变病人的认识过程以调整其消极情绪是最简便最常用的心理治疗方式；医院应为病人提供一个安静、清洁、舒适的良好感知环境。另外，不少精神神经疾病常有感知觉障碍，如出现各种感觉的减退或消失，出现病态错觉、幻觉，感知综合障碍等。

二、记　忆

（一）概　述

记忆是过去经验在人脑中的反映，具体说就是事物的映象在人脑中形成、巩固和恢复的过程。

记忆是动物和人类所共有的一种心理活动，没有记忆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，是获得新知识的一种形式，故没有记忆就没有学习。

（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。生活中许多经验和某些知识，就是由无意识记获得的。但它常常有偶然性、片面性，单靠它不能获得系统的知识。

有意识记，是事先有明确的识记目的，并经过一定的努力、运用一定方法的识记。根据识记材料有无意义或学习是否了解其意义，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，短时记忆的遗忘就多属这类。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 2－2）

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。

图 2－2　记忆的三阶段模型

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－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。

近几十年的研究表明，与记忆关系最密切的是颞叶和皮层下的海马。颞叶区多半是视觉和听觉方面的形象记忆部位；海马与短时记忆有密切关系。

应用脑电图同时引导多个脑区域的电位，发现在大多数学习过程中，有许多皮层部位和皮层下结构出现脑电位的变化。这说明学习和记忆是由广泛的神经原的共同活动来完成的。有人提出众多神经元群的共同活动，可能是记忆的生理基础的假说。据美国心理学家克莱因斯报道，依据脑电波的波型，能说出受试者正在注意什么颜色。美国密苏里大学的研究人员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学基础。

在生化学研究中，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）影响记忆的因素

1．目的和任务 有无明确的识记目的和任务，对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、主动性和计划性。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，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；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；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，将所识记的材料连续感知多次。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、难度和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：实验表明，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，比单调的重复的效果好。复习方法的单调，容易使人产生消极情绪和感到疲劳，多样化的复习方法会使学习感到新颖，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，动用自己的语言把它概括为提纲，这样比较容易记忆和保持。

（九）记忆与医学临床

临床工作中要注意不同年龄、不同疾病的病人其记忆特点包括记忆内容、范围、遗忘性等是不同的，它们均可影响临床工作的效能。此外，不少神经精神病常有记忆障碍，如记忆增强、记忆减退、逆行性遗忘（即对疾病发生以前一段时间的经历不能作出回忆）、顺行性遗忘（即不能回忆疾病发生以后一段时间的经历）、记忆错误、记忆恍惚等

三、思　维

（一）概　述

思维是客观现实在人脑的间接、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；②思维是对事物之间本质联系的反映，例如，幽门梗阻病人上腹部可有拍水音，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、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或各个方面，把整体的个别属性或个别特征区分出来。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；只有综合，才能认识这些部分和属性的关系和联系。分析和综合贯串于整个思维过程。

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；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；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剧生活的形象（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；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。

（五）思维与医学临床

临床诊治疾病的过程是以医务人员思维过程为主线的，医护人员应培养诊断、鉴别诊断和辩证论治的良好的思维品质。另外，精神疾病常有思维障碍，如联想障碍，妄想等。

（过慧敏）

第七节　情感过程

一、 情绪和情感概述

情感过程主要包括情绪和情感。人的各种心理活动，都是在一定的情绪、情感背景上进行的，因而情绪、情感能直接影响人的一切行为，包括认知和意志活动过程。同样，后者也影响情感过程。

（一）情绪和情感的概念

情绪是人脑对客观事物是否符合自身需要而产生的态度的反映。情感则是情绪的高级形式，是人对社会性需要是否满足而产生的态度的体验。情感是人类社会发展过程中逐渐形成的，为人类所特有，也就是说动物有情绪，却没有情感。

情绪、情感是以个体的需要为中介的。例如病人急切需要治疗，医生及时给予治愈，治病的需要得到满足，就产生愉悦和感激之情；学习的目的是获得知识，取得良好的成绩使人产生欣慰感；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有厌恶感，等等。

情绪与情感是有区别的。情绪和情感除了分别与生理需要和社会需要有关外，两者的主要区别在于，情绪具有较明显的情景性、冲动性和外显成份，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

形容情绪的词汇很多，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。与感觉有关的情绪分为：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。例如：肯定一否定，这是快感度，主要指从愉快到不愉快的两极性；强一弱，这是强度；紧张一轻松，这是紧张度；复杂一简单，这是复杂度；积极一消极，这是积极度。

（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感受或体验。这种体验可通过自身的报告反映出来，某人说自己“感到很痛苦”就是对情绪体验的一种表述。显然，由于情绪体验是主观的，故而要想了解和研究病人的情绪，首先要了解其个人的体验报告。情绪体验可以从上述肯定－否定、强－弱、简单－复杂、积极－消极等两极性进行分析讨论。但要注意，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*　表情是情绪的可以直接观察的部分，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形式。人们往往从脸部变化来推断对方的喜怒哀乐。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。性质差异较大的各种情绪其面部表情的差异也较大，较易区别，如喜爱和恐惧。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。

身段表情即姿态也是情绪的表达方式，例如在紧张时的正襟危坐。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*　这是指伴随情绪而产生的躯体生理生化变化，可以通过理化检测或自身报告和外部观察等手段加以研究。具体内容将留待第三节讨论。

（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。

1．*心境*　心境(mood)是指微弱而又持续作用的具有渲染性的一般情绪状态。心境不具有特定的指向，也不是对某一特定刺激的指向性反应，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、人际关系及其它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。影响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(affective impulse)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、悲哀。在这种情绪状态

下，人的其他心理活动随之受到强烈影响，如意识范围缩小，约束力下降，从而可能做出一般人预料不到的行为来，如足球场上球迷闹事。激情亦分为积极和消极两类。例如面对敌人的挑衅，激发起战士的激情有利于战胜敌人。这就是积极的激情。

3．*应激*　这里的应激(stress)是指机体受到出乎意料的巨大精神或躯体压力情况下的情绪状态。突发重大事故、面对死亡、亲人意外伤亡以及躯体严重损伤等都有可能导致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，从而可能导致身体功能紊乱，直至崩溃。（有关应激概念差异较大，本书在后面心理应激章已尽可能予以统一，但此处由于情绪状态分类的需要仍按普通心理学应激概念列入）

（五）高级的社会性情感

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。人有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。例如对集体的荣誉感，对病人的友谊感等等。道德感存在一定的文化差异。

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。例如美好的音乐使人产生肯定的体验，山清水秀的疗养地具有自然美，独具匠心布置的环境有艺术美，穿戴和动作端庄大方有仪表美等。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。

初生婴儿能表达的情绪种类很少。据 30 年代布里奇（ Bridgs 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，巨大声响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，男和女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、情绪的理论与生物学

近百年来许多学者相继对情绪本质进行研究，提出许多理论或学说。近几十年来情绪的中枢和外周神经生物学研究也进展较快。了解这些知识将有助于我们加深对情绪现象的认识。

（一）情绪感知说

情绪的第一个理论认为，对体内生理唤起的感知就是情绪。该学说由美国心理学家詹姆士(James W)在 1884 年提出，几乎在同时，丹麦生理学家朗格(Lange C)也提出了类似的认识，因而被称为詹姆士一朗格理论(James—Lange theory)。根据这一理论，对一种危险刺激的感觉，先产生机体的逃跑和内脏生物学反应，当内脏反应通过自主神经系统被个体感觉，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情绪知觉。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。

该理论首次涉及生理变化对情绪的影响，从而促进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以引起类似于情绪条件下的生理变化，但此时仅仅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等等。但近年的内感受性研究启示，不能简单地否定内部生物学变化对情绪的作用。

（二）情绪起动说

生理学家坎农(Cannon)1927 中根据许多实验结果提出丘脑是情绪的中心。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。另外，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

本世纪 70 年代沙赫德(Schachter S)提出情绪的产生是认知过程、环境刺激、生理变化三者互相作用结果的学说，并强调过去经验以及认知因素的重要作用。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，以引起生理唤起状态。对第一组注射肾上腺素被试的生理唤起原因不加真实说明。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。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唤起如心跳、易激动等，结果他们在上述同样的设计情景中基本不产生情绪反应。第三组为对照组，不注射肾上腺素，他们在上述设计情景中分别产生中等的情绪反应。

总结该实验说明：①情景刺激、生理唤起和认知因素三者相互作用可引起特定的情绪反应；②认知因素在其中更为重要，起着认知标签(cognitive labelling)的作用；⑧生理反应对情绪体验不一定是必须的，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）。

（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)。

该学说以后被拉扎拉斯（ 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。

（五）情绪的中枢生物学研究

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采纳。但由于情绪的神经心理学研究的复杂性，其生物学机制仍不很清楚。

某些中枢递质特别是儿茶酚胺(CA)与情绪关系密切。此外，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，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。林兹利（Lindsley DB）曾系统地提出了以网状结构为核心的情绪激活学说，认为从外周和内脏传入的感觉冲动，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。

丘脑与情绪的关系正如上一节所讨论，是较早被发现与情绪有关的中枢部位。

边缘系统与情绪的植物性反应和情绪体验关系密切。内脏脑(visceral brain)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。内脏脑调节着全身内部器官活动，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。有关这些观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，这部分发动寻食、发怒等行为，有利于个体的保存；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。

（六）情绪的外周生物学研究

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。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，

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）。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。关于情绪状态下内分泌激素分泌的某些特异性变化问题，也有一些研究报告。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。

（七）情绪的生物学指标

情绪的生理反应如皮肤电位、心血管变化、呼吸变化、脑电变化等都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物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 年弗里（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 年塔克诺夫（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+0.5mV，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 2－3 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

图 2－3　观看电影时的皮肤电变化

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。

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；脉搏被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。情绪状态下呼气(E)和吸气(I)的比例问题(E / E 十 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、0.60、0.71 和 0.75(Feleky，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招标，但它不比 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(1ie 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。

三、情绪与人类行为和健康

（一）情绪的行为学意义

1．情绪的信号作用　人与人之间的信息交流，实际上也包括了情绪信号的交流，即非语性信息提示。(参见第八章)

2．情绪的行为调节作用　人的行为往往受某些情绪的影响和调节，愉快的情绪总是使人产生趋向行为，厌恶的情绪总是使人产生回避行为，医疗工作中也如此。

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。过强或过弱的情绪状态不利于提高工作效率，例如考试或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的一种“或战或逃”心

身反应，是适应性行为。随着物种的进化，这种反应不断趋向高级、趋向复杂。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。但是，人对社会环境刺激所产生的过多的情绪性“或战或逃”反应如激动、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）情绪与医学临床

情绪因其与躯体功能联系最为密切，甚至可以将其看成是心、身的桥梁，故在医学心理学中显得非常重要。在医学临床工作中，需要研究各种病人的情绪特点及其影响因素，研究不良情绪对疾病过程的影响，以及如何改善病人的不良情绪反应等问题。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。另外，精神疾病常有各种情绪障碍，如情感高涨、情感低落、焦虑、情感暴发、情感倒错等，但在非精神疾病病人中最值得注意的是焦虑和抑郁。

（三）情绪调节

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二者帮助进行。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。

（徐　云　陈演江）

第六节　意志过程

一、需　要

（一）需要的概念

需要(need)是个体对生理的和社会的客观需求在人脑的反映，是个体的心理活动与行为的基本动力。正因为个体存在着各种需要，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。一般把需要分为生理性需要(机体需要、自然性需要)和社会性需要。

生理性需要是指个体对维持其生存和种族延续所必需的条件的要求。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的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，朝着满足这种需要而努

力，使个体的生理状况趋于平衡。

社会性需要是指个体对维持社会发展所必需的条件的要求。如人们对劳动、人际交往、获得成就、符合道德规范等方面的需求。人的社会性需要是在社会生活中形成的。由于人们所处的经济、社会生活制度、生活习惯不同，所受的教育程度以及周围生活环境的不一样，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，即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。

（二）马斯洛的需要层次论

美国人本主义心理学家马斯洛(Maslow AH,1908～1970)曾提出需要的层次论(hierarchy of needs theory)。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。他认为，需要层次是发展的。当较低层次的需要获得满足后，才向上一个较高的层次的需要发展；各个层次的需要相互依赖和彼此重叠，当层次较高的需要发展后，层次较低的需要并不消失，只是对人的行为的影响降为较次的地位。

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。生理的需要在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，其它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的需要：归属和爱的需要。归属的需要就是参加一定的组织，依附于某个团体等。爱的需要包括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*　在上述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。只有基本的需要得到满足的人，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，大致与人的年龄的增长相适应，社会上多数人的需要，也与社

会的经济与文化教育程度有关。对于多数人来说，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。但他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的存在着复杂的联系，忽视了一个人在不同的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。

（四）需要与医学临床

临床病人显然是以安全需要最为迫切，但同时也应注意到病人还有其它各种需要。另外，病人的各种需要有其特殊性，即使是饮食、睡眠等生理性需要，也和正常健康状态下的人不同，应予以重视。

二、动机与挫折

（一）动机的概念

动机(motivation)是由需要所推动的、达到一定目的的行为动力，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。因此，人的动机与目的有着密切的联系。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望的结果；而动机则是推动人们去实现目的的心理活动。在人们的活动中，有时目的相同，而推动他们达到目的的动机可能不同。而有时人们处于相同的动机，却达到了不同的目的。

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

（二）动机的种类

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

根据动机的内容，可以分为生理性的动机(物质方面的动机)和心理方面的动机(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。而辅助动机则往往于一个人的习惯和兴趣想联系，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，是个体受到刺激而诱发出来的动机。

（三）动机冲突

动机反应了一个人主观的、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化。任何时候，

一个人的行动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，这种优势就会向其它动机转移。优势动机对于人们顺利地完成各项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，有的患者，即想住院医治疾病，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，即向往得到它，同时又想拒绝和避开它。如有些手术前的病人，即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，常在手术前提出撤消手术的请求。

（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，达到目的的行动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受阻所导致的需要不能满足的情绪状态，都称为挫折(frustration)。在现实生活中，挫折总是难免的，只要正确地对待并且实事求是地分析，就可以使个体的认识产生创造性的发挥，提高解决各种问题的能力和提高忍挫力，以更好的方法和途径实现动机，达成目标，满足需要。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，甚至导致躯体及精神的各种疾病。

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。总的来说不外乎有主观的和客观的两种因素。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、风俗习惯的限制。社会生活环境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，以及个体的主观认知等心理因素所带来的影响。

当一个人体验到挫折之后，不论是何种因素所引起的，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；出现恐怖或担心的焦虑情绪状态；或者出现行为上的退化表现；或者出现病态的固执、妥协、莫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心理应激一章。

影响挫折程度的因素有多方面。首先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，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。如两个学生参加考试，甲的目标是要考 90 分以上，乙的目标则只要求及格，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。

（五）动机和挫折与医学临床

临床中不同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，在就医的病人中，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，病人的动机冲突可以是很激烈的。因此，医务工作者应对病人的各种动机有所了解，帮助病人树立正确的优势动机，了解和分析病人可能出现的各种动机冲突，帮助其缓解挫折感，避免对心身健康造成不良的影响。

三、意　志

（一）意志的概念

意志(will)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的行动，后者则表现为制止与预定目的相矛盾的愿望和行动。

意志过程的基本特征有：①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。②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。③意志行动以随意运动为基础，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。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。意志的产生是以认知过程为前提的，只有认知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。反之，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。

意志与情感过程的密切联系在于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。而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，意志薄弱者容易被消极情感所影响，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；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，达到预定的目的。

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。(看个性是否涉及此相关讨论）

（三）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．自觉性　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，使自己的行动符合社会、集体的利益，不屈从于周围人的压力，按照自己的信念、知识和行动方式进行行动的品质。与自觉性相反的特征是意志的动摇性(或称暗示性)和独断性。

2．果断性　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是，又能立即停止已作出的决定。与果断性对立的是优柔寡断和草率从事。

3．坚韧性　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。

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，约束自己的行动和语言的品质。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符合的事情，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。

（四）意志与医学临床

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密切的关系。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。

(吴均林）

第七节　个　性

一、个性概述

（一）个性的定义

个性（personality）这个词来源于拉丁文 Persona（面具）。由于个性是一种十分复杂的心理现象，其定义因研究者理论框架及研究侧重点的不同而不同，故目前还没有一个为大家都接受的定义。本教材采用我国多数心理学工作者接受的个性定义，个性或称人格，是指一个人的整个精神面貌，即具有一定倾向性的、稳定的心理特征的总和。

虽然在心理学中，个性与人格常被等同起来，但严格地说，个性与人格还是有一定区别的。个性着重于强调人的独特性，强调人与人之间的差异性；而人格则强调人的整体性，它是一个复杂的内在组织，包括人的思想、态度、兴趣、气质、潜能、人生哲学以及体格和生理特点等。

（二）个性的主要特征

个性有以下几个特征：①社会性：个性是在社会的影响下而形成的，一个人如果离开其他人，离开了社会，个性便丧失了存在的基础。正如前苏联心理学家维果茨基所说“我们是通过其他人才变成自己这个样子的”。②独特性：人的个性千差万别，正如俗语所说“人心不同，各如其面”，因此人的个性表现是极端个别化的。当然，人的个性独特性并不排斥人与人之间心理上的共同性，这种共同性与一定的群体环境、社会环境和自然环境有关。③稳定性：当一个人形成一定的心理特征后，就会在不同的情境中表现出相同的心理品质。正是个性的这种稳定性特点，才能把一个人与另一个人在心理面貌上区别开来。当然，个性也不是一成不变的。④整体性：虽然个性由许多心理特征组成，但这些特征是错综复杂地交互联系成整体的。一个正常人的内心世界、动机和行为应是和谐统一的，不然的话，就会导致人格分裂。

（三）个性心理结构

个性心理结构包括个性倾向性、个性心理特征和自我调节系统。

1．个性倾向性　指决定人对事物的态度和行为的动力系统，是个性心理结构中最活跃的因素，它是一个人进行各种活动的基本动力，以积极性和选择性为特征。个性倾向性主要包括需要、动机、兴趣、理想、信念，世界观等成分。个性倾向性的各种成分并不是孤立的，而是相互联系、相互影响和相互制约的。其中需要是个性倾向性的源泉，而且只有在需要的推动下，个性才能形成和发展；世界观居于最高层次，它制约着一个人的整个心理面貌。

2．个性心理特征　指在心理活动过程中表现出来的比较稳定的特点，它集中地反映了人的心理面貌的独特性。个性心理特征主要包括能力、气质和性格。

3．自我调节系统　这个系统以自我意识为核心，通过自我感知、自我分析、自我观念、自我评价、自我体验、自尊、自信、自豪、自我监督、自我控制等心理过程对个性的各种心理成分进行调节和控制，使个性心理诸成分成为一个完整的结构系统。如果自我意识失调，就会导致人格障碍。

个性是一个统一的整体结构，个性倾向性、个性心理特征和自我调节系统之间不是

彼此孤立的，而且相互渗透、相互影响的。下面将主要介绍个性结构中最能反映人的心理面貌独特性的个性心理特征。

（四）影响个性形成的因素

个性形成有先天遗传素质因素，也有后天环境和教育等因素。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。

遗传素质是个性发展的自然前提条件。一般认为气质、能力和性格三者中以气质受遗传素质的影响最明显。

生活环境是形成个性差异的社会基础。环境影响着个性形成的过程和行为模式。值得注意的是，在环境因素中，家庭尤其是父母行为对早期儿童个性的形成影响极大。

教育（包括学校、社会和家庭教育）在学生健全个性的形成中起着积极和主导的作用。

另外，个人的实践活动，特别是各人的主观努力程度与个性的形成分不开。

（五）个性在医学中的意义

个性不但影响人的活动效率、社会适应和人际关系，也影响个人的健康和疾病过程。个性在医学心理学领域具有重要的意义：个性特征是某些疾病的发病基础；个性特点会影响疾病的发展和预后；某些疾病如慢性疼痛、更年期综合征等也会对个性产生某种影响。

常见的个性障碍主要有智能障碍和人格障碍。前者包括智能低下和痴呆，后者将在第十章专节讨论。

二、能　力

（一）能力的概念

能力(ability)是指直接影响活动效率，使活动顺利完成的心理特征，是成功地完成某种活动的必要条件。一般认为，能力有两种涵义：其一是指已经发展成或表现出的实际能力，如能讲纯正的英语，能治愈疑难病症，能运用电脑搞工业设计等等。其二是指可能发展的潜在能力。人只有通过成熟和学习，潜在能力才会转变成实际能力。

单凭某一种能力是不能顺利地完成任何活动的。要成功地完成某种活动，需要多种能力的综合运用。如医生诊断疾病就需要观察力，记忆力，逻辑思维能力、言语表达能力等。在完成某种活动中，各种能力的结合就称之为才能。如果一个人的各种能力在活动中得以最完美的结合，能经常创造性地完成一种或多种活动，就称之天才。

（二）一般能力与特殊能力

能力按照其倾向性可划分为一般能力和特殊能力。

一般能力是指从事一切活动所共同需要的能力。它是人所共有的最基本的能力，符合各种活动的要求，并保证人们去学习和掌握知识。我国有很多学者认为，一般能力就是通常所说的智力（intelligence）。它主要是指人的认识活动方面的能力，包括注意力、观察力、记忆力、思维力、想象力、创造力。心理学界对智力问题的研究历史较久，形成不少智力理论，并以各种理论为依据制订出许多智力测验工具（见第四章）。

特殊能力指完成某项专门活动所必需的能力，又称专门能力。例如数学能力、音乐

能力、绘画能力、体育能力和写作能力等都是特殊能力。一个人可以具有多种特殊能力。但常常是其中 1－2 种占优势。

一般能力是各种特殊能力形成和发展的基础；特殊能力的发展又可反过来促进一般能力的发展。

（三）能力的个别差异

人的能力差异主要表现在能力的类型差异、能力的水平差异和能力表现的早晚差异三方面。能力的类型差异表现在知觉、表象、记忆、言语和思维等各个方面，如知觉方面的类型差异有综合型、分析型、分析综合型，记忆方面的类型差异有视觉型、听觉型、运动型、混合型。能力的水平差异既表现在个体与个体之间，也表现在同一个体的不同特质之间。能力表现的早晚差异是指有的人能力表现较早，也即人才早熟；有的人能力表现较晚，也即大器晚成；而更多的人则是中年成才。

三、气　质

（一）气质的定义

气质（temperament）是一个人生来就有的典型的、稳定的心理特点，是个人心理活动动力特征的总和。心理活动的动力特征主要是指心理过程的速度和灵活性（如知觉的速度、思维的灵活程度）；心理过程的强度和稳定性（如情绪的强弱、注意集中时间的长短、意志努力的程度）；心理活动的指向性（有人倾向于外部事物，善于社交,有人倾向于内心世界，不愿意与别人交往）。

气质较多地受个体先天决定的高能神经活动类型的制约。具有某种气质特征的人，在内容完全不同的活动中会显示出同样性质的动力特点，使一个人的整个心理活动都带有个人独特的色彩。例如，一个人具有情绪激动的气质特征，那么他在各种场合都表现出情绪易于激动，等待朋友时坐立不安，参加比赛前沉不住气，讨论问题时会争及面红耳赤，等等。

（二）气质的特性

气质有复杂的心理结构，它由许多心理活动特性交错综合在一起，包括：①感受性：即人对外界刺激的感觉能力；②耐受性：指人在经受外界刺激作用时表现在时间和强度上的耐受程度；③反应敏捷性；④情绪兴奋性：包括情绪兴奋性强弱和情绪向外表现的强烈程度两方面：⑤外倾性与内倾性；⑥行为的可塑性：指人依据外界事物的变化而改变自己适应性行为的能力。

（三）气质的生理基础

关于气质的生理机制有各种不同的解释，因而形成了多种不同的学说。

1．*体液说*　早在公元前五世纪，古希腊著名医生希波克拉底观察到不同的人有不同的气质。他认为，人体内有四种体液：血液、粘液、黄胆汁、黑胆汁，不同的气质取决于这四种体液的混合比例。他根据四种体液在人体内哪一种占优势，而把气质分成四种类型，即多血质（血液占优势）、粘液质（粘液占优势）、胆汁质（黄胆汁占优势）和抑郁质（黑胆汁占优势）。体液说对气质的生理机制的解释及分类虽然缺乏科学根据，早已不被人接受，但其四种气质类型的概念却延用至今，并被赋予了新的意义。

2．*高级神经活动类型说*　我国心理学界一般公认，气质的生理基础是俄国生理学

家和心理学家巴甫洛夫所提出的高级神经活动类型。

巴甫洛夫经实验研究发现高级神经活动的基本过程就是兴奋和抑制过程。兴奋和抑制过程有三个基本特性：神经过程的强度、平衡性和灵活性。神经过程的强度是指大脑皮层细胞经受强烈刺激或持久工作的能力；神经过程的平衡性是指兴奋过程和抑制过程之间的强度是否相当；神经过程的灵活性是指对刺激的反应速度以及兴奋过程与抑制过程相互转换的速度。神经过程三个基本特征的独特组合就形成高级神经活动的类型，即活泼型、安静型、兴奋型和抑制型。巴甫洛夫指出，高级神经活动类型与气质类型具有一定的关系，兴奋型相当于胆汁质，活泼型相当于多血质，安静型相当于粘液质，抑制型相当于抑郁质。这四种气质类型具有不同的气质特性及外界表现，详见表 2－1。

表 2－1　四种气质类型的气质特性和外部表现

高级神经活动类型	气质类型	气质心理特征的组合	行为方式的典型表现
强而不平衡型（兴奋型）	胆汁质	感受性低；有一定耐受性；反应快而不灵活；情绪兴奋性高；抑制能力差；外倾性明显；行为有一定可塑性。	直率，热情，精力旺盛，情绪易冲动，心境变换剧烈，脾气急噪
强而平衡、灵活型（活泼型）	多血质	感受性低；耐受性高；反应快而灵活；情绪兴奋性高，外部表露明显；外倾性明显；行为可塑性大	活泼，好动，敏感，反应迅速，喜欢与人交往，注意易转移，兴趣易变化，缺乏持久力。
强而平衡、不灵活型（安静型）	粘液质	感受性低；耐受性高；反应速度缓慢，具有稳定性；情绪兴奋性低；内倾性明显；行为有一定可塑性。	安静，稳重，反应缓慢，沉默寡言，情绪不易外露，注意稳定难转移，善于忍耐。
弱　型（抑制型）	抑郁质	感受性高；耐受性低；反应速度慢，刻板而不灵活；情绪兴奋性高而体验深；内倾性特别明显；行为可塑性小。	情绪体验深刻，行动缓慢，多愁善感，能察觉他人不易察觉的事情，富有幻想，胆小孤僻。

应该强调的是，上述四种高级神经活动类型只是基本类型，还有许多过度的或混合的类型。

四、性　格

（一）性格的概念

性格(character)是一个人在对客观现实的稳定的态度以及与之相适应的习惯化了的行为方式中所表现出来的心理特征。人的性格在实践活动中，在人与环境的相互作用中逐渐形成和发展起来，但一经形成就比较稳定，并且贯穿在他的全部行动中。性格在个性心理特征中具有核心意义，它最能表征人与人之间的个性差异。

性格和气质是二个较易混淆的概念，它们是既相互区别又相互联系、相互渗透的。

性格与气质的区别是：①气质主要是先天的，较多地受高级神经活动类型的制约；而性格主要是后天的，更多地受社会环境的影响。②气质可塑性小，变化慢；而性格可塑性较大，变化较快。③气质的表现范围较窄，只反映了人的心理活动的动力特征；而性格的表现范围较广，几乎包括了人的一切稳定的心理特征。④气质无所谓好坏；而性格则有好坏之分。⑤在决定人的行为举止上，性格具有核心意义；而气质只具有从属的

意义。

性格与气质的相互影响关系是：①气质是性格形成的基础；气质影响性格的表现方式。如胆汁质者和多血质者比粘液质者容易形成果断性和勇敢性等特征；又如，同具勤劳性格品质，胆汁质者常常表现为情绪饱满、急切利索，而粘液质者则可能表现为不动声色、从容不迫。②性格可掩盖和改造气质。例如，从事精细操作的外科医生所应具备的沉着的性格特征，在形成过程中就有可能改造着胆汁质的容易冲动和不可遏止的气质特征。

（二）性格的特征

性格是一种十分复杂的统一体，包含各种性格特征。性格特征就是指性格的各个不同方面的特征，它主要由下述四个部分组成：①性格的态度特征：主要是在处理各种社会关系方面的性格特征，如对社会、对他人的态度的特征（如善于交往或性情孤僻，礼貌或粗暴，正直或虚伪等等），对学习和工作的态度的特征（如认真或马虎，勤奋或懒惰，等等），对自己的态度的特征（如自信或自卑、谦虚或骄傲，等等）。②性格的意志特征：主要是指人在对自己行为的自动调节方式和水平方面的性格特征，如对行为目的明确程度的特征（如目的性或盲目性），对行为的自觉控制水平的特征（如善于自制或易于冲动），在达到目标的过程中表现出来的特征（如持之以恒或虎头蛇尾），在危急情况下表现出来的特征（如勇敢或怯懦，坚决果断或优柔寡断）。③性格的情绪特征：是指人在情绪活动时在强度、稳定性、持久性和心境等方面表现出来的性格特征。如情绪稳定或变化无常，乐观或悲观，等等。④性格的理智特征：是指人在认知过程中的性格特征，即认知活动的特点和风格。主要包括感知过程、记忆过程、想象活动、思维过程方面的性格特征，如感知觉方面的快速型和精细型，记忆方面的形象记忆型和逻辑记忆型，想象过程中的独创型和依赖型，思维过程中的分析和综合型，等等。

性格的四个方面的特征并非孤立存在着的，这些特征相互联系，构成了一个独特的规律，从而形成了一个人不同于其他人的独有的心理特征。

（三）性格的类型

关于性格的分类，由于其复杂性而迄今没有达成共识。有代表性的分类方法有：

1．*机能类型说*　英国心理学家培因（Bain A）和法国心理学家瑞波（Ribot TA）等人提出，可以根据认识、情感和意志在性格结构中何者占优势地位，将人的性格划分为理智型、情绪型和意志型三种基本类型，此外，还有一些中间型，如理智——意志型。

2．*向性说*　瑞士心理学家荣格（Jung CG）根据里比多（libido）的倾向划分性格类型，个体的里比多活动倾向于外部环境，就是外倾型的人，里比多的活动倾向于自己，就是内倾型的人。外倾型的人，关注外部世界，爱社交、开朗、自信、勇于进取，容易适应环境。内倾型的人，关注内部主观世界，好沉思，善内省，喜自我欣赏，孤僻，缺乏自信，易害羞，寡言，较难适应环境。荣格认为没有纯粹的外倾型或内倾型的人，只是由于情境的影响而使得一种倾向占优势。

3．*场依存、场独立说*　美国心理学家威特金（Witkin HA）根据人的信息加工方式的不同，把人的性格分成场独立型和扬依存型两类。场独立型的人，往往倾向于更多地利用自身内在的参照标志，主动地对信息进行加工；而场依存型人的则往往倾向于更多地利用外在参照标志加工各种信息。场独立型者的特点是：独立性较强，受暗示性较

少，对他人不感兴趣，社会敏感性差，不善于社交，对抽象的内容特别关注，解决问题时不易受定势的影响，比较有创造性。场依存型者的特点是：独立性较少，受暗示性较强，对他人感兴趣，社会敏感性强，善于社交，应激能力差。威特金强调，场依存型和场独立型是同一个性格维度连续体上的两个极端，且没有优劣之分，每一个人都处在这个连续体的某一点上。

五、个性特质理论

个性作为一种十分复杂的心理现象，历来是心理学家感兴趣的研究课题之一，并因此而形成了许多的理论。有些理论着重于探讨个性的形成和发展，便被称为个性发展理论。例如精神分析理论强调本我、自我、超我保持平衡，个性才能得到正常发展。班杜拉社会学习理论认为，人通过观察学习和自我调节这两种过程逐渐形成自己独特的个性。罗杰斯的自我理论认为自我实现是个性形成和发展的内在动力。另一些理论则着重于研究个性结构，便被称为个性特质理论。

（一）特质的概念

个性特质论者认为，特质是对个体行为具有决定作用的、一般的、现实焦点的个性基本单元。通过对个性特质的了解，可以预测个体的行为。特质具有一般性，它使很多刺激在机能上有等价作用，从而使人在不同情况下的行为具有一致性，使行为具有跨情境性和持久性。例如，具有“友好”特质的人，对不同的情境会作出类似的反应，碰见一个陌生人，表现为开朗、愉快；与同事一道工作，表现为合作，鼓励；与亲人在一起，表现为温和，有趣；与朋友约会，表现为有礼貌，有思想。特质又具有焦点性，它与现实的某些特殊场合联系着，只有在特殊的场合和人群中才会表现出来。例如，具有攻击性特质的人不会在任何场合任何人进行攻击，如对亲戚朋友，一般就不会表现攻击行为。

（二）卡特尔的特质理论

卡特尔(Cattell RB)是著名的个性心理学家和特质论者。卡特尔通过群集分析法和因素分析法把人的特质分为表面特质和根源特质。表面特质是能够直接从外部观察到的特质，也即经常发生的，从外部可以直接观察到的行为，卡特尔把人的表面特质归并为三十五个。根源特质则是隐藏在表面特质背后并制约表面特质的特质。是个性结构中最重要的部分。例如，大胆，独立、坚韧等个性特点常常在一个人身上直接表现出来，它们就是表面特质，但它们在统计学上彼此有很高的相关性，经过因素分析可以得出它们的共同根源特质是“独立性”。卡特尔认为，根源特质各自独立，相关极小，并且相当稳定，在社会人群中普遍地存在，但其强度却因人而异，这就决定了人与人之间个性的差异性。卡特尔及其同事通过对 35 个表面特质的因素分析，得出了 16 个根源特质：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 怀凝性，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，卡特尔还据此编制了“卡特尔 16 种个性因素问卷”（16PF）（参见第四章）

（三）艾森克个性维度理论

艾森克（Eysenck HJ ）是英国心理学家，研究个性而著称，他既重视个性特质的研究，又关注个性维度的研究。他运用精神病临床诊断、问卷测验、客观性动作测验、身

体测量等各种可能的方法收集个性素材，并对这些材料进行因素分析。

艾森克提出可以用两个基本的维度来反映个性，即外向－内向维度（简称外内向维度）和情绪稳定—不稳定维度（简称情绪维度，又称神经质维度）。艾森克以外内向为纬（X轴），情绪性为经（Y轴），组织起他认为是基本的32种特质，并且与胆汁质、多血质、粘液质、抑制质四种气质类型相对应，从而构成了其著名的个性二维模型。如图2－4所示，这个两维坐标系上的四个象限分别代表着四种不同个性的模式：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）、外向稳定型（Ⅳ象限）。每一种个性模式都包含了8种人格特质。以后，艾森克还提出人格的第三个维度即精神质维度，但其含义尚待充分阐明。艾森克也编制有相应的个性测验问卷（简称EPQ，参阅第四章）。

图2－4　艾森克人格二维模型

（沈晓红　黄　丽）

第三章　心理应激

第一节　总　论

一、应激概念的演变

近二十年来，心理应激已作为心理社会因素对疾病的发生发展病因学的研究正在更深层次进行。然而应激是一个多学科研究的课题，近半个世纪来不同领域的学者都曾从不同角度探讨过应激的概念。本世纪三十年代，塞里提出了应激学说，以后心理学、社会学、人类学、人机工程学也以此为重要研究课题。由于研究的领域不同，研究的侧重点和目的的各异。结果，不同时期和不同领域的应激概念有较大差异。

英文 stress，在医学和生理学上被译为应激，而在心理学上还被译为紧张刺激、紧张反应、紧张状态和心理压力等。早在 1936 年，加拿大学者塞里（ Selye H）通过对病人的观察和大量动物实验，发现处于失血、感染、中毒以及其它紧急状态下的个体体内都产生相同的特征性的生理生化反应。他将这个涉及全身的生理生化反应称作“全身性适应综合征”（general adaptation syndrome，GAS）。塞里认为 GAS 与刺激的类型无关，而是机体通过兴奋腺垂体－肾上腺皮质轴（后来发展为下丘脑－垂体－肾上腺轴）所引起的生理变化，是机体对有害环境刺激所作出防御反应的普遍形式。他将 GAS 分为动员、抵抗和衰竭三个阶段。①动员阶段又称警戒期：是机体为了应对有害环境刺激而唤起体内的整体防御能力。此时肾上腺素分泌增加，血压升高，呼吸心率加快，将全身血液集中供应到心、脑、肺和骨骼肌系统使机体处于最好的准备阶段。②抵抗或适应阶段：如果持续暴露在有害刺激环境之中，机体就转入了抵抗或适应阶段，通过增加合成代谢以增强对应激原的抵抗程度，来更好地适应。③衰竭期：如果继续处于有害刺激之下或有害刺激过于严重，机体会丧失所获得的抵抗能力而转入衰竭阶段。此时动员阶段的症状再次出现，而且将成为不可逆的，也可造成疾病状态、产生所谓适应性疾病甚至造成死亡。

塞里的应激学说为生物学和医学的发展作出了贡献，也为应激研究开了头。但近年来的研究显示塞里的经典理论存在严重不足。首先，塞里过分强调机体在有害环境刺激下所产生的非特异性生理生化反应。实际上现代的应激研究表明应激时的神经内分泌变化不仅限于垂体－肾上腺皮质系统，还有交感肾上腺系统，肾素－血管紧张素－醛固酮系统以及多种神经肽及其他下丘脑－垂体－靶腺轴的参与。其次，塞里的应激学说忽略了应激的心理变化。在 6 0 年代后期，马森（Mason JW）通过研究证明塞里所提出的所有应激原中都包括了不同程度的情绪反应、不适或疼痛。他还证实了心理不适在中介应激反应中的重要性。由此，马森认为一切有效的应激原都伴有心理学成分。

从本世纪三十年代起心理学家们就开始从心理方面研究应激，现将其研究归纳为三条途径：

⑴应激是引起机体发生应激反应的刺激物：这条途径把应激作为自变量，研究各种

有害性刺激物的性质和特征。塞里曾把引起机体产生应激反应的刺激物称作应激原，实际上心理学家们是把应激和应激原作为同一概念来研究。但心理学家所指的应激原的范围相当广泛，远不是塞里所强调的躯体性应激原，还包括心理的、社会的和文化性的应激原。

躯体性应激原是直接作用于躯体而产生应激反应的刺激物包括理化因素，生物学因素，如高低温度、湿度、噪音、毒物、振动、微生物和疾病等。

心理性应激原是指各种心理冲突和挫折情境，人际关系的紧张和不睦，焦虑、恐惧和抑郁等各种消极情绪以及不切实际的凶事予感等。

社会性应激原最广泛，人们生活在自然界又活动在社会环境中，各种自然灾害和社会动荡都可成为应激原，如战争、动乱、天灾人祸、重大的政治经济制度变革以及人们日常生活中各类负性生活事件。

文化性应激原是指当一个人从一种熟悉的生活方式语言环境风俗习惯迁移到陌生环境中所面临着各种挑战时，需要人们去适应和应对生活的文化方面变化。

⑵应激是机体对有害刺激的反应：这条研究途径将应激作为因变量或是反应。这与塞里早期的认识是一致的，认为应激是有害刺激作用于人的结果。但心理学家们不仅注意应激状态下的生理反应而是更强调心理反应和行为变化，以及生理反应和心理反应之间的相互作用和影响。

⑶应激是应激原和应激反应的中间变量：这种中间变量是个体不能对环境的要求作出适应反应时所产生的一种心身紧张状态。这方面的研究探讨介于刺激物和应激心理生理反应之间的中间（介）变量，包括许多影响因素，如个人认知评价、应对方式、社会支持、个人经历和个性特征等。

关于认知评价因素在应激各变量中的意义，Lazarus 曾作过这样一个实验，将被试分成三组同看一部电影，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，前两组人由于看电影前已获得有关信息，能够适应影片中的恐怖镜头，生理应激反应比较弱；而后一组人则明显不同，出现强烈的应激反应。可见同样的刺激或变化，并不都引起同样的应激反应，只有当个体觉察到或者估计到威胁存在的时候，才出现应激。据此，甚至认为应激不一定都有实际的外部刺激原因。

上述心理学家的三条研究途径都重视心理社会因素在应激中的作用，从而比塞里的应激说更趋于全面。但就目前而言，学术界又更多地倾向于将上述三途径作为一种整体过程来认识。

二、现代心理应激概念

显然，应激是一种多变量的概念，并且学术界对其的理解也是一个不断发展的过程。如今各家对塞里应激学说不断修正、补充，已经形成现代心理应激理论。

近十几年，以 Folkman 为首的研究者在 Lazarus 理论基础上，逐渐趋向于将心理应激看作是以认知因素为核心的一种作用过程，将生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征和心身症状等应激有关变量，分别从“应激源”（刺激物）、“中间（介）影响

因素”和“应激反应”这三个方面进行认识。（图 3－1）而中间变量按其在应激过程中的作用又可分为内部资源（认知、应对、个性等）和外部资源（社会支持等）。

由于这些应激变量之间存在交互关系，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（intraindividual analyses）来分别研究这些应激变量之间的关系。这种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（参见第二章）模式有类似性。

图 3－1　认知心理应激作用过程示意图

然而，尽管许多研究已证明这些应激变量实际上都与健康和疾病有关系，在心理病因学研究中都不能忽略，但要在概念上将这些应激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？）又并非易事。例如 Rent 在其著作中曾将个人评价和应对方式也列入应激反应概念之中；而 Lazarus 1984 年曾将除认知评价以外的各种应激反应变量都归入应对范畴；Andrew 同年还将认知评价也归入应对等。类似这种界线问题目前在应激研究中仍有所存在。

鉴于上述情况，要对应激下一个能全面正确反映其所有内涵的定义还是有一定困难的。目前可以将心理应激定义为：是个体在实际上或认识上的要求（或需要）与满足这些要求的能力不平衡时的倾向于通过心理和生理反应表现出来的作用过程。

在这个定义中所要强调的是：应激作用过程是个体对环境威胁和挑战的一种适应和应对过程；应激原可以是生物的、心理的和社会的；应激反应可以是生理的、心理的和行为的；应激过程受许多个体内外因素的影响；认知评价在应激作用过程中始终起关键性的作用。

三、心理应激与健康

心理应激是人类生活中不可回避的问题，它既可影响人的生理功能又可影响人的心理活动，而且与疾病的发生发展密切相关。Pelieter 于七十年代就提出了“现代人类疾病一半以上与应激有关”。从目前人类的疾病谱及死亡顺位的变化也证实了 Pelieter 的结论。造成现代人类死亡的主要疾病是心、脑血管疾病、癌症及意外死亡等，这些疾病的发生与现代人类生活中的一些不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、少运动、肥胖及对社会压力的不良反应等有密切关系，而这些行为因素又是应激的直接后果，说明应激确实会损伤人类健康。随着工业化的发展，现代化程度越高，竞争越激烈，人际关系越复杂，人与环境更加不适应，心理应激在人类疾病原因中的地位越来越具有重要性。人们对急剧的生活变化不能适应，可导致神经内分泌系统的调节障碍、免疫功能失常，因而增加机体对上述疾病的易感性以及患病率的升高。在综合性医院就诊病人中约有 2 / 3 的病人是由心理应激引起的，生理和心理反应以症状和体征的形式表现于临床，成为人们身体不适和精神痛苦的根源。

第二节　生活事件

生活事件（life events）是正常生活中经常面临的各种问题，是造成心理应激并进而损伤躯体健康的主要应激原。在心理应激总论部分已阐明能引起心理应激的刺激物有生物性、心理性、社会性和文化性的四种应激原。目前在心理应激研究领域，应激原是以生活事件作为研究中心。虽然当今世界上更大量的刺激是来自心理社会的变化，但目前实际研究中的生活事件除了心理、社会和环境刺激外，还包括了躯体生理病理变化过程，如手术、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原作为同义词来看待。探讨生活事件与健康的关系，是心理应激研究最先活跃起来的领域。

一、生活事件的分类

（一）按事件的内容分类

1．工作环境和工作变化　很多现代化的工作环境或工作的本身就具有极强的紧张性和刺激性，易使人产生不同程度的应激。①长期从事高温、低温、噪音、矿井下等环境的工作。②高科技、现代化需要高度注意力集中和消耗脑力的工作。③长期远离人群（远洋、高山、沙漠）或高度消耗体力及威胁生命安全或是经常改变生活节律无章可循的工作或是长期从事单调重复的流水线工作，或是社会要求和个人愿望超出本人实际能力限度的工作，都可成为心理应激的来源。

有人调查发现如长期处于 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境，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，高度紧张的工作环境，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，长期处于紧张工作和注意力高度集中者，容易患胃溃疡、抑郁症。

2．恋爱、婚姻和家庭生活变化　这是日常生活中最多见的应激来源。多次恋爱不成功、失恋，夫妻关系不和、两地分居、有外遇被发现、情感破裂、离婚，爱人患病、配偶死亡、本人患病、外伤、分晚、手术，子女管教困难，住房拥挤，经济拮据，有长期需要照顾的老年人、残疾人、瘫痪病人或是家庭成员之间关系紧张，都可构成长期慢性的应激事件。

3．社会和生活环境事件　每个人都生活在特定的自然环境和社会环境当中，无数自然和社会的变化，包括各种自然灾害、战争和动乱，社会政治经济制度变革、工业化、现代化和都市化所带来各种环境的污染，交通住房的拥挤、人口的过度集中以及下岗待业、加快的生活节奏、知识的更新、竞争的加剧，物质的滥用吸毒、酗酒以及由此引起的卖淫、嫖赌偷盗的等犯罪行为所造成的人为事件，都会成为某些人的应激原。研究证明，在和平稳定时期，个体与同事、领导之间的人际矛盾和冲突是很重要的生活事件。

总之，生活事件内容很广，许多事件相互牵扯交织在一起，因而要作出正确的分类较困难，致使各种生活事件评估量表对事件分类不尽相同。上面几类仅是从现象学角度对生活事件内容进行归并。

（二）正性生活事件和负性生活事件

目前对生活事件的研究，包括了所有人类的内外环境变化。按生活事件的性质可分为正、负性生活事件，这是以当事人的体验作为判断依据。

1．**正性生活事件**（positive events） 是指个人认为对自己的身心健康具有积极作用的事件。日常生活中有很多事件具有明显积极意义，如晋升、提级、立功、受奖等。但也有在一般人看来是喜庆的事情，而在某些当事人身上同样出现消极的反应，例如结婚对于某些当事人却引起心理障碍，成为负性事件。

2．负性生活事件（negative events） 指个人认为对自己产生消极作用的不愉快事件。这些事件都具有明显的厌恶性质或带给人痛苦悲衰心境，如亲人死亡、患急重病等。

研究证明，负性生活事件与心身健康相关性明显高于正性生活事件。因为负性生活事件对人具有威胁性会造成较明显较持久的消极情绪体验，而导致机体出现病感或疾病。

（三）不可予料不可控制与可预料可控制性生活事件

1．不可预料不可控制性事件 某些生活事件的发生是不以人们的主观意志为转移的，是无法掌握无法控制的，具有客观属性，多为突然发生的灾难如地震、洪水、滑坡、火灾、车祸、空难、海难、空袭、战争等。这些事件能引起强烈的急性精神创伤或是延缓应激反应（在应激事件后一段时间才体验到反应）又称为创伤后应激障碍（post traumatic stress disorder,PTSD）。国内外诸多研究表明，该障碍往往病程迁延，严重影响患者的心理和社会功能。这类具有客观属性的事件在评定时其重测信度较高。

2．可预料可控制性事件 实际上，很多人就处在应激性环境之中，如居住条件差、工资收入低，父母、子女、夫妻、邻里、同事、上下级之间长期关系紧张，晋升提级受到挫折，工作学习负担过重，对职业不满意而又无法改变等等。但这些事件相对地是可以预料和可以被个人所控制的，同时也具有一定的主观属性。主观事件在评定时其重测信度较低。

二、生活事件的定量研究

1967 年，美国华盛顿大学医学院的精神病学专家 Homes 和 Rahe 通过对 5000 多人进行社会调查和实验所获得的资料编制了“社会再适应评定量表”SRRS。量表中列出了 4 3 种生活事件，每种生活事件标以不同的生活变化单位（life change units，LCU），用以检测事件对个体的心理刺激强度。其中配偶死亡事件的心理刺激强度最高为 100LCU，需要人去重新适应的量也最大，与健康的关系也最为密切。其它有关事件 LCU 量值按次递减，如结婚为 50，微小违规最低为 11。利用这个量表可以检测一个人在某一段时间内所经历的各种生活事件，并以生活变化单位 LUC 的总量来表示。

Holmes 早期研究发现，LCU 一年累计超过 300，第二年有 86％的人将会患病；若一年 LCU 为 150-300，则有 50％的人可能在第二年患病；若一年 LCU 小于 150，第二年可能平安无事身体健康。Rabkin （1976）研究发现生活变化单位的升高与突然的心源性死亡、心肌梗塞、结核、白血病、多发性硬化、糖尿病、运动创伤和交通事故有类似的相关性。

SRRS 发表以后，世界各国学者纷纷致力于生活事件的性质、种类、发生频度、持续时间等因素与有关疾病如神经症、躯体疾病和心身疾病之间关系的调查。国内杨德森（1988），张明园（1987）等也各自编制了生活事件量表 LES。

值得注意的是，国内外的一些研究者也逐渐发现，类似 SRRS 这种客观定标的生活事件单位与疾病的相关程度较低（r=0.30-0.40），有的研究还证明没有相关（Byrnt，1980）。这说明评定生活事件所致的应激强度和应激反应的类型还应考虑许多其他因素的影响，如个体的认知评价、应对方式、人格特征和生理素质等。其中特别是认知因素的影响。因而在 Holmes 以后，不断出现各种以被试者自己估计应激强度的生活事件量表。在这些量表中各种生活事件由被试按事件对自己的影响程度作出评分，并以事件的正、负性质分别计分和统计。这些量表所获的生活事件分与健康和疾病的相关性有明显的提高。目前使用的量表大多属于这一类。但是，由被试自己计分的方式实际上也存在问题，例如对主观事件的自我估分其信度较低，即估分的高低受心情好坏的直接影响等。另外，由于追求条目数量致使目前许多量表存在重复计分现象，例如夫妻不和、分居、外遇、离婚等项在内容上有很大的重叠。因此，目前一些作者在研究生活事件时使用简化归类的方法，试图避免同一事件重复计分的问题；也有作者仍注重对具体的生活事件作病因学方面的研究而不使用量表。

三、生活事件与健康

国外研究结果表明，伴有心理上丧失感的生活事件，对健康的危害最大，例如配偶的死亡。有人对新近配偶死亡的 903 名男性作了 6 年的追踪观察，结果发现，居丧第一年对健康的影响最大，其死亡率为对照组的 1 2 倍，而第二、三年的影响已不甚显著。

我国科学工作者在生活事件与疾病关系方面也进行了很多工作。北京医科大学曾对北京市 10,000 多人进行调查；中国科学院心理研究所和北京医科大学协作，对钢铁工人也进行了调查，结果发现有三种刺激因素对疾病发生的影响最大，它们是：①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快的情绪，容易得病；②工作中或家族中人际关系不协调，容易得病；③亲人的意外死亡或者突然的意外事故，是造成应激和致病的重要原因。姜乾金等（1987）通过临床对照调查分析，结果也同样显示，在癌症病人发病史中，“家庭不幸事件”、“工作学习过度”和“人际关系不协调”等生活事件有重要意义。这与上述结果相一致。郑延平等（1990）调查证明，引起痛苦体验而且与疾病关系密切的大多数是负性生活事件，最严重的是丧偶、家庭成员的死亡。最大的生活事件是被人误解、错怪、子女管教困难，生活环境受噪音干扰，家庭主要成员患急、重病，家庭经困难等。这些结果与国外的调查是一致的。他们还调查研究了不同群体中突出的生活事件是：学生是考试失败和失恋；农民是婆媳关系不和；工人是不安心现职工作；科技干部是夫妻不和。不同年龄阶段引起心理应激的生活事件也各不相同：青年人主要是学习、婚姻恋爱、人际关系、工作与经济问题；中年人主要是夫妻关系和家庭关系；而老年人主要是健康问题和经济问题。范振国等（1993）研究发现，老年期抑郁状态的生活事件发生率与对照组有显著性差异，也高于老年期情感性精神障碍发病前的生活事件发生率。研究还表明生活事件单位分值越高，生活事件越多、性质愈严重对老年人的情绪影响越大。对老年人抑郁情绪影响较大的负性生活事件有重病外伤、家庭纠纷、经济收入减少等，与国外 Murphy 等（1982）的报告基本一致。另一些学

者研究表明，不可预料不可控制的负性生活事件对人威胁更大。

关于生活事件如何导致机体发病的详细机制还不清楚。显然，生活事件不是直接的致病因素。Rahe 认为，生活事件仅是引起疾病的危险因素，类似血清胆固醇升高与冠心病发病之间的关系。一些学者通过研究生活事件对人体免疫功能的影响，提出亲人病故、夫妻离异、事业受挫、遭受歧视等事件，是经大脑的认知评价后引起悲哀、抑郁、孤独等负性心理体验，进而导致一系列生理生化及免疫系统的改变。Bartrop 等首先报导丧偶后细胞免疫功能低下。随后 Schlaif 等分别检测了受试者在丧妻前后淋巴细胞对丝裂原植物血凝素（PHA）、刀豆蛋白 A (ConA）、美洲商陆（PWM）的反应性，发现在丧偶前细胞免疫水平没有显著的改变，丧偶后的 2 个月则明显低下，一年后才恢复到丧偶前水平。家庭的破裂也可见到相似的结果，经历婚变后的妇女，她们有严重的情感障碍，其淋巴细胞的反应性、TH 细胞、NK 细胞的百分率皆显著降低，而 E B 病毒抗体滴度增高，反映离异者细胞免疫受损。所有的研究证明，生活事件是通过各种中间环节包括身体的生理、生化变化过程而影响健康和疾病的。

第三节　应对方式

一、应对概念的发展过程

应对（coping）又称应付，被认为是应激事件和应激心身反应的主要中介因素。应对机制的直接目的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）。对应对概念的探讨经历了六十年代，当时应对被视为是一种适应过程；七十年代，被认为是一种行为；八十年代被看作是人的认知活动和行为的综合体。应对概念的这种发展和演化反映了人们对应对认识的不断深入。八十年代中期，本教材（系列）将应对概念及分类引入国内医学心理学课程体系。目前，有关应对的研究已是心理应激研究中很活跃的一个领域，由于方法学上的进步，应对在健康中的作用正随着研究的深入而不断被提高。Gentry(1983)曾乐观地认为，对应对的研究正趋向发展为一门“应对科学”（science of coping）。

应对的概念仍未统一，国内外学者目前的基本观点是：①应对是影响应激后果的重要中间变量；②应对是为了缓冲应激对个体自身的影响，摆脱心身紧张状态的心理适应过程；③应对是意识的，实实在在的心理活动和行为策略，与精神分析理论中的心理防御机制中的某此术语同词不同义；④个人的应对方式本身受认知评价、社会支持、个性特征等很多因素的影响。

综合上述应对概念的发展、演化和特征分析，可将应对定义为：个体对生活事件以及因生活事件而出现的自身不平稳状态所采取的认知和行为措施。

二、应对方式及分类

应对方式是在应对过程中继认知评价之后所表现出来的具体的应对活动。目前的应对研究途径可分为过程法和特质法。

（一）过程法（process-oriented approach）

过程法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。用过程法形成的量表属于过程测量（process measure）。目前使用的各种应对量表一般都属于这一类，并且通过各自的因素分析形成多种应对分类。

1．根据应对的针对性分类

Antonovoky 等（1979）提出应对可以根据其针对性确定其特征。

⑴针对问题的应对(problem-focused coping)：是指直接解决应激事件或缓解应激为特征的应对活动。

⑵针对情绪的应对(emotion-focused coping)：指解决自身情绪反应的应对活动，以安定与应激有关的情绪反应，帮助个体恢复情绪平衡。

Folkman 和 Lazarus 1980 年编制，1985 年修订的应对量表（ways of coping）将应对分为 8 种（即 8 个主成分）：对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评。这 8 种又分别被划归为针对问题的应对和针对情绪的应对两大类。

2．根据应对的目的进行分类

Zimbardo（1985）主张根据应对的目的进行分类并认为应对可分为两种类型：

⑴改变应激原或个体与应激的关系：通过抗争、妥协、逃避等直接的行动或解决问题的活动来达到上述目的。

⑵改变自我而不是改变应激原：通过使用药物、放松、分散注意力、幻想等麻醉自我感觉的活动来改变自我，缓解应激而不是改变应激原。

3．根据应对方式的表现形式分类

⑴三种应对方式类型：Billings 和 Moos（1980）根据自己的研究提出应对方式的三种类型：①积极的认知应对：指个体希望以一种自信有能力控制应激的乐观态度来评价应激事件，以便在心理上能更有效地应付应激；②积极的行为应对：指个体采取明显的行动，希望以行动解决问题；③回避应对：指个体企图回避主动对抗或希望采用间接的方式如过度饮食，大量吸烟等方式来缓解与应激有关的情绪紧张。Feifel（1986）的医学应对量表(MCMQ)将病人对疾病的应对表现形式分为：①面对；②回避；③承受

⑵四种应对方式：Lazarus（1966）把应对分为四种主要类型：①采取积极行动；②回避；③攻击；④听之任之。Iifeld（1980）对“婚姻问题应对类型问卷”的调查结果作因子分析，得出另外四种类型的应对方式。①合理化／逃避现实；②寻找外界帮助；③乐观主义的行动；④继续冲突。

⑶六种应对方式类型：肖计划等（1995）在参考 Folkman 和 Lazarus（1980），Bond 和 Gardner（1983）等人研究应对和防御时所用问卷的内容，并结合中国人的一些处世习惯筛选出六种应对方式：①解决问题；②自责；③求助；④幻想；⑤退避；⑥合理化。

⑷八种应对方式类型：八种分类法有上述 Folkman 和 Lazarus 的应对量表（Ways of Coping）。Stone 和 Neale（1986）也直接依据应对的表现形式提出了八种应对类型：①分散精神；②重新评价环境；③直接行动；④渲泄；⑤接受；⑥寻找社会支持；⑦放松；⑧信教。张亚林等提出以八种因子编制应对量表命名为：①倾诉；②发泄；③压抑；④消遣；⑤升华；⑥超脱；⑦物质滥用（烟、酒、药物）⑧自我惩罚。

目前一般均用因素筛选的方法寻找各种应对方式的表现类型，故类型很多。

4．根据应对活动有形无形分类

⑴动作性应对方式：应对的方式以动作行为形式表现出来，如攻击、逃避、回避等。

⑵意念性应对方式：想象、幻想等。

（二）特质法（trait-oriented approach）或应对风格（coping styles or traits）

特质法应对研究所关心的不是过程，而是个性特质，关心的是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应对风格。但是这类方法未受到太多的重视。不过，曾有一些研究显示一定的人格特质包括对自身的赞许、对环境的积极的态度、正确的观念和内部控制力等，在应激事件中起积极作用。

姜乾金等（1987，1993）采用特质法，以因素筛选与效标考察相结合的办法将一组习惯性应对条目分成消极应对风格和积极应对风格两类。这两类应对风格与 EPQ 的 E 和 N 量分有明显相关，说明应对模式与一定的个性特质有内在联系，其中情绪不稳定和性格内向者更倾向于采用消极应对方式。经分析，消极应对风格与心理应激诸多变量（SCL-90、SDS、SAS、健康状态）有密切相关，显示消极应对有较高的心身症状或不利于健康的保持，具有增加应激反应的作用；而积极应对风格无此现象。近十年通过各种调查还显示，消极应对与癌症、男性十二指肠溃疡、睡眠质量下降、小学生流行性癔病等病症有关。

三、应对方式与相关因素研究

（一）人　格

不同人格类型的人在面临应激时确实表现出不同的应对方式。传统的观点甚至认为应对是人格的反应并主张借助人格类型的测定来评价应对。上述特质法的分类研究已表明个体存在个体倾向的、相对稳定和习惯化了的应对风格。例如，日常生活中某些人习惯于幽默，而有些人习惯于回避（借酒消愁）。Parkes 的研究证明 EPQ 中的 N 量分是一种增强应激的中间变量。Folkman 则根据“针对情绪”类应对的跨情景重测相关高于“针对问题”类，认为针对情绪类应对更多的受人格影响。这说明过程测量也含有一定的特质性。Glass 等（1977）的研究发现：当面对无法控制的应激时，A 型行为模式的人与 B 型行为模式的人相比，其应对行为更多的显示出缺乏灵活性和适应不良。而 Vingerhoets 和 Flohr 的研究却提示：面临应激环境时，A 型行为模式的人较 B 型行为模式的人更多地采用积极正视问题的应付行为，而不是默认。同时还发现 A 型行为模式的人不象 B 型行为模式的人那样易于接受现实，对问题的起因他们更多地强调自身因素而不是环境。

（二）年龄与性别

人的自卫机制是随着年龄的增长而逐渐完善。Freud、Erikson、Piager 等都曾根据自己的研究按年龄把人的心理发展过程分为若干阶段。尽管他们划分阶段的标准和依据不同，但有一个共识，即都认为随年龄的增长，心理的发展逐渐成熟，当面临各种心理应激时，适应和应对的方式也逐渐成熟。

肖计划（1995）应用自编应对量表研究年龄性别与应对方式的关系。结果发现随年龄的增长选择积极成熟的应对方式如解决问题、求助、合理化等的比率增加而不成熟的应对方式如退避、幻想、自责的使用男性在逐渐减少而女性却逐渐增加，表示女性依赖性高于男性。而且男性更多的喜欢用解决问题这类积极成熟应对方式而女性倾向于使用

求助、退避、自责这些消极被动的应对方式，这一结果与 Billings 和 Parker 等人研究发现一致。这是性别角色社会化的结果，也与我国的传统文化和传统观念有关。

男女除了在应对方式的选择上存在差异而且在应对行为上也不同。其中一个重要的行为差异是“攻击行为”。Maccoby 和 Jacklin（1974）的一项研究发现，这种“攻击行为”在男女儿童的差异比率是１２：１。他们认为，男孩子比女孩子更富有攻击性并不是说这种攻击性是想表达自己对外界的敌意，男孩子甚至常以这种方式来表达朋友间的欢乐和嘻闹。

（三）应对数量

面对应激事件时人们选择几种应对策略。张亚林等（1993）研究发现，当人们遇到应激事件时，多采用 8 种中的 5 种以上应对策略，很少只选 1 － 2 种；最多用的应对策略是能消除内心积怒的倾诉与发泄；效果最好的应对策略是具有显著的慰抚心理创伤作用的消遣和倾诉；40％的人认定烟可提神、酒可浇愁、药物可带来安宁。

四、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。

相对而言，应对活动是为了缓冲应激对个体自身的影响摆脱心身紧张状态的心理适应过程，是意识的和实实在在的心理和行为策略。显然心理应激理论和精神分析理论不属于同一范畴，但心理防御机制和应对活动都是心理的自我保护措施。根本的区别在于一个属于潜意识的一个属于意识的活动。但两者之间也存在着内部联系，一方面通过意识的训练可将防御机制转变为习惯化的活动如否认、升华、转移、幽默等；另一方面许多心理防御机制也直接表现出外部行为活动，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如合理化、压抑、迁怒等。Friedman 等人提出防御也是一种应对。为了认识心理防御机制，故在介绍了应对方式之后介绍几种常见的心理防御机制。

（一）心理防御机制的分类

弗洛伊德（Freud ）在他的研究中最早提出了 9 种防御机制，后来他的女儿安娜·弗洛伊德在 1936 年出版了“自我与防御机制”一书，发展了防御机制的理论。至今，已有数十种防御机制被提出。不少学者试图给予系统化的分类，Vaillant 将防御机制分为四种类型：

1．自恋型　又称精神病性防御机制，婴幼儿时期的孩童只表现自己爱恋自己所以常常被使用，正常人多为暂时应用，而精神病人常被极端地使用故又称为精神病性防御机制。包括否认、曲解、外射等。

2．不成熟型　多发生于幼儿期，但也被成年人采用。包括退化、幻想、内射等。

3．神经症型　少儿时期得到充分利用，成年人也常采用，但在神经症病人常被极端利用故以此命名。包括合理化、反向作用、转移、隔离等。

4．成熟型　出现较晚，是一些较有效的心理防御机制，成熟的成年人常使用。包括幽默、升华、压抑等。

（二）几种常见的心理防御机制

1．否认（denial） 是一种比较原始和简单的心理防御机制，是把已经发生，但又不愿被接受的痛苦事实加以否定，当作根本没有发生过，以减轻心理负担，避免精神崩溃。日常生活中最常见的是亲人的突然死亡，身患癌症，当听到这些消息后根本予以否认。就象沙漠中的驼鸟被天敌追赶自己逃不掉时马上把头深埋在沙堆里一样，“眼不见为净”，以此保持暂时的心理平衡。否认机制在精神病人中常以妄想表现出来。

2．退化（regression） 当人遭遇应激事件或面临心理压力时会放弃习惯化的成熟应对策略而使用早期幼稚的不成熟的方式应对环境变化，以满足自己的需要和欲望，这就是退化机制。七尺男儿在疼痛难忍时会失声喊叫“妈呀”，也会哭得象个孩子一样，这是孩子对付疼痛的方式而在成人出现也是一种退化现象。从心理学的角度看退化机制主要是为了争取别人的同情理解和关心照顾，以减轻心理的压力和痛苦。生病时多采用退化机制，例如病人在意外伤害、各种危重病、大型手术等抢救脱险后仍不愿离开监护室，或是躯体完全康复仍不愿出院。实际上这是病人经受此遭遇死里逃生后，心理上发生了退化，害怕再负起成人的责任，退化为孩子般的“依赖”。日常生活中也经常见到人们采用退化机制：孩子为了获得更多的母爱将已学会控制大小便的行为又退化到婴幼儿期的尿裤尿床，妈妈为此就不得不多关心照顾；孩子为了逃学，成人为了逃避责任或某些难以应敷的事件，常以有病呆在家里，避免承担各种角色责任。癔症和疑病症病人退化机制应用最多。

3．幻想（fantasy ） 幻想就是脱离实际空想，即在现实生活中遇到了难以实现的愿望和困境时，以幻想进入异想天开的境界，以满足自己的欲望。灰姑娘的故事、“自我陶醉”和做“白日梦”都是对幻想机制的生动写照。家庭管教约束较严格的男孩子受委曲时，有时会沉醉于“悟空式”的白日梦里，认为自己有七十二变的本领，谁也管不了。对能力弱小的孩子来说以幻想方式处理心理问题是正常现象。但如果一个成年人常常采用这种方式应付实际问题，特别是当他分不清现实与幻想的内容时，当然就是病态了。（即人格不成熟甚至是精神疾病的表现）

4．转移（displacement） 由于某种原因，对某人或某事不能发泄自己的情感而将其转移到其它比较可靠或者能够接受的人或事物上去。平常所指的“迁怒于人”、“迁怒于事”、寻找“替罪羊”就是转移机制的表现。例如丈夫在单位被批评指责，内心一肚子委曲，但又不能向领导发泄，结果一回到家里就对妻子发脾气、打孩子。心理治疗中的正负移情作用也属于此，病人将对过去某些重要人物的感情（爱或恨）迁移到医生身上。医生利用这种迁移了解“症结”以便更好治疗。

5．合理化（rationalization） 又称文饰作用，这是指一个人遭受挫折或无法达到自己所追求的目标时，常常会找出各种理由为自己辩护或作出解释以原谅自己而摆脱痛苦。合理化有很多形式，如“财去人安”、“知足常乐”、“傻有傻福”、“比上不足，比下有余”等，这些多为们遇到挫折时给自己进行心理安慰的合理化机制。而最典型的两种是酸葡萄心理和甜柠檬心理。伊索寓言说一只爱吃葡萄的孤狸，发现葡萄架上挂满了葡萄，很想摘下来吃，但又够不着，孤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。这种将自己得不到的东西，说成是自己不喜欢不好的东西就是酸葡萄机制。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，就是说把自己所拥有的一切都说成是好的，以此减轻或平息内心的欲望和不安，达到自我安慰的目

的，这就是所谓的甜柠檬心理。

6．反向（reaction）　内心有某种欲望和冲动，可是因为表现出来会引起不良后果或受到处罚，所以拚命去控制，结果不但不敢表现反而特别由相反方向去表现者称为反向作用。这是用“矫往过正”的形式处理一些不能被接受的欲望与冲动时所采用的方法。此地无银三百两”的故事就是反向机制的写照。反向机制容易在某些神经症病人中表现出现，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，唯恐自己失去控制而致人于死。一些自信心很差的病人，常有这种反向机制。

7．升华（sublimation）　就是将自己不为社会所认同的动机或欲望导向比较高尚的目标和方向如科学的创造发明，文学艺术活动等，既能满足自己的欲望，又能有益于社会和有益于他人，这种方法就叫升华。歌德年轻时痛遭失恋，几乎失去了生活的勇气，但他终于抑制了颓废的情绪，以自己破灭的爱情作为素材，写出了流传世界的《少年维持之烦恼》佳作。维克多·格林尼亚青年时代曾被人讥讽为不求上进的“二流子”，他把受到的嘲弄、羞辱的怒火化为原动力，用于刻苦学习和潜心钻研化学上，最终成为 1921 年诺贝尔化学奖获得者。所以有些心理学家认为升华是人们适应环境最具有积极意义的建设性、创造性的防御机制。

8．幽默（humor）　人处于尴尬的境地时，常以发笑、说俏皮话等幽默方式进行自我解嘲，使自己摆脱困境，既无伤大雅又可解除难堪的局面。据说古希腊大哲学家苏格拉底有位脾气非常暴躁的夫人，有一次，苏格拉底正在客厅与一群学生谈论学术问题，突然，他的夫人跑进来冲着他一通大骂，接着又捧来一盆水，从苏格拉底的头上浇了下来，弄得全身湿透。而苏格拉底面对这种难堪的局面，却仅付之一笑，而且对客人说：“我早就知道，打雷之后一定会下雨”。他就是通过这种幽默语言，自我解嘲摆脱困境。幽默是一种积极的、成熟的心理防御机制，人格比较成熟的人都懂得在适当地场合，运用合适的幽默打破窘境改变困难局面，从医学心理学角度讲幽默有益于心身健康。

9．压抑（repression）　又称潜抑，弗洛伊德认为压抑是最基本的防御机制。是把不能被意识所接受的那些具有威胁性的冲动、欲望、情感体验抑制到潜意识领域当中以保持心境的安宁。精神分析疗法就是挖掘寻找病人潜抑的致病情结，将其带到意识领域，以消除疾病症状。日常生活中大多数人经常将痛苦的事情“遗忘”，别人问起来总是说“不知道”、“不记得”。这种“不记得”和自然遗忘不同，并未真正消失，而是转入了潜意识境界，从而避免因触及此事而引起痛苦。从心理治疗的角度，长期压抑对人是有害的，应该帮助病人挖掘和宣泄出来才有益心身健康。

第四节　社会支持

社会支持同认知评价、应对方式、个性特征等一样是影响应激与健康的中介环节。社会支持作为对人类健康有益的一个社会因素，已得到广泛的承认，并正在当作一个决定健康状态的重要变量被研究。

一、社会支持的概念

社会支持（social support）又称社会网络，是指个体来自社会各方面包括家庭、亲属、朋友、同事、伙伴、党团、工会等组织所给予的精神上和物质上的帮助和支援，反

映了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”。近一、二十年来，社会学家、社会精神病学家及流行病学家各自从他们自己的研究目的出发对社会支持进行探讨。肖水源（1987）从文献中总结了国外研究者对社会支持的理解将其分为两类。一类是客观的、实际的或可见的支持，包括物质上的直接援助和社会网络。社会网络是指稳定的（如家庭、婚姻、朋友、同事等）或不稳定的（非正式团体、暂时性的交际等）社会联系的大小和获得程度。另一类是主观体验到的或情绪上的支持，指的是人体感到在社会中被尊重、被支持、被理解的情绪体验和／或满意程度。许多作者强调社会支持的效果与被感知到支持的程度相一致。

二、社会支持与健康

近年来，许多生活事件的定量研究，促进了人们更关心社会环境与健康的关系。不少研究表明社会支持与应激事件引起的心身反应成负相关，说明社会支持对健康具有保护性作用，可以降低心身疾病的发生和促进疾病的康复。这促使国内外的研究者从宏观、整体、临床观察、实验研究等不同角度探讨社会支持与健康的关系。

（一）社会流行病学角度的研究

Lowenthal 和 Haven（1968）发现老年人中如果有密切的朋友交往，则可有效地减少抑郁症状。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。Berkman 与 Syme（1979）对社会支持与死亡率的关系作前瞻性调查，社会支持包括①婚姻关系、②与亲朋接触、③教堂关系、④团体联系四个方面，结果发现在 9 年随访期间，男性死亡原因与社会支持的①、②及③项有关，女性死亡原因则与社会支持的②、③及④项有关。Susser（1981）在总结有关文献的基础上指出，成年人如果缺乏稳定的婚姻关系（许多作者将婚姻关系当作社会支持的粗略指标），则易患肺结核、流行性感冒、肺炎、心脏病、癌症等多种疾病，且自杀可能性较大。

（二）临床观察与动物实验研究

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。Thomas 等从社会支持可以减少应激有害反应的假说出发，研究了 256 名成人的血胆固醇水平、血尿酸水平及免疫功能。通常应激会使血胆固醇水平升高，血尿酸水平升高，免疫机能降低。他们发现，社会相互关系调查表（ISSI）的密友关系部分社会支持得分高，则血胆固醇水平及血尿酸水平低，免疫反应水平高。这与年龄、体重、吸烟、酗酒、情绪不良体验等因素无关。

动物实验研究也提供了一些启示。有人发现在实验室导致的应激情境下，如果有同窝动物或动物母亲、其它较弱小动物存在、或有实验人员的安抚时，可以减少小白鼠胃溃疡、地鼠的高血压、山羊的实验性神经症和兔的动脉粥样硬化性心脏病的形成。相反，扰乱动物的社会关系，如摸拟的“社会隔离”则可导致动物行为的明显异常。综上所述，一般认为社会支持与心身健康存在着肯定的联系。

（三）社会支持对健康保护作用的机制

1．*缓冲作用假说*　普遍认为社会支持本身对健康无直接影响，而是通过提高个体对现实刺激的应对能力和顺应性达到缓冲生活事件对健康损害的作用。社会支持能够消减日常生活中应激刺激所引起的伤害性生理作用。Nuckolls 等（1972）研究娠期妇女生

活事件量、社会支持水平与妊娠并发症的关系。结果表明社会支持、生活事件与妊娠并发症之间没有独立的联系；但如果将社会支持与生活事件结合起来分析，则生活事件高、社会支持水平亦高的妇女并发症的发生机会仅为社会支持分低、生活事件分高的妇女的三分之一。他们认为社会支持缓冲了生活事件对健康的损害作用。Blumenthal(1987)也证明，社会支持能改善 A 型行为者的冠心病临床过程，然而却对 B 型行为者无意义。这些结果与 Cohen S,（1985）提出的社会支持具有“干预应激”作用的观点一致，即只有在个体有应激情况时，社会支持才能发挥缓冲应激的作用。

2．独立作用假说　社会支持具有独立作用，不一定要在社会心理应激存在下才发挥作用，社会支持可以维持个体良好的情绪体验从而有益于健康。Berkman 等发现，与世隔绝的老年人比与社会有密切联系（指有充分信任的个人关系）的老人其相对死亡率高，此一结果支持密切联系社会能防护各种病理后果的假说。许宗涛（1997）通过对中学教师心理健康的影响因素的分析，探讨社会支持、人格特点在生活事件－心理健康关系中的作用时发现，社会支持与艾森克的三个人格维度和生活事件均无相关性，说明社会支持是独立于人格因素和生活事件的。此调查结果与社会支持独立作用假说相一致，即社会支持低下的本身可以导致个体产生不良心理体验，如孤独感、无助感，从而使心理健康水平降低。Parry 等在对工作阶层妇女心理健康的分析中也发现生活事件和社会支持的作用是彼此独立的。廖晓平等（1997）调查发现，神经衰弱组的主观支持和对社会支持的利用度等强度均分都明显低于对照组，说明充分利用社会支持和提高个体被支持的主观体验对健康有直接的意义。根据这一假说，普遍改善个体的社会支持水平将有利于促进健康。社会支持是实实在在客观存在的，关键是培养和增强个体对这些社会支持的主观感受性，提高主观支持程度；个体在可能获得社会支持时，要积极地争取和勇敢地接纳，而不应拒绝别人的关心和帮助，以提高社会支持的利用度。

三、社会支持与个性

个体的社会支持受很多因素影响。Sarason 等（1981）研究了社会支持与个性的关系，发现他们测量的社会支持数量（SSQN）与艾森克个性问卷的外倾分呈正相关，而社会支持数量（SSON）与社会支持满意程度（SSQS）二者均与神经质分呈负相关，说明个性与社会支持具有一定的联系。其实人与人之间的支持是相互作用的过程，一个人在支持别人的同时，也为获得别人对自己的支持打下了基础。设想一位个性孤僻、不好与人交往、遇事不愿对人讲、万事不求人的人是很难得到和利用社会支持的。

四、社会支持的种类

社会支持由于涉及面广，一般以多维度进行分类。例如，肖水源（1987）分为：①主观支持，即个人自我感觉获得别人支持的程度；②客观支持，即个人实际上与他人联系的数量情况；③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和帮助程度。Blumenthal（1987 ）分为：①家庭支持；②朋友支持；③其它人支持。Wilcox（ 1982）分为：①情绪支持；②归属支持；③实质支持。

社会支持量表很多。例如，Sarason 等（1981 ）的社会支持问卷（SSQ ）有两个维度：①社会支持的数量，即在需要的时候能够依靠别人的程度；②对获得的支持的满意

程度。根据 Weiss 的社会关系“储备”理论发展起来的“社会相互关系调查表（interview schedule for social interaction，ISSI ）是目前最有影响的社会支持测量工具。 还有 Blumenthal 的 PSSS（参见第四章）和 Wilcox 的 SSI 等。近年来国内一些学者在参考国外文献的基础上也编制了符合中国文化特点的社会支持评定量表。

第五节　应激反应及心身中介机制

心理生理学研究已证实，人的心理活动与生理功能是相互影响，相互作用的。人的心理活动总是以一定的生理过程为基础，心理状态的急剧变化总会导致某些生理反应。反过来，生理功能的紊乱也会改变人的心理状态。所以心理应激是涉及心身两方面的紧张状态，应激一旦发生既可产生生理反应又可产生心理和行为的改变。

一、应激的心理行为反应

应激的心理反应可以涉及心理结构“知、情、意”的各个方面，例如应激可使人出现认识偏差、情绪激动、行动刻板，甚至可以涉及个性的深层部分如影响到自信心等。但与健康和疾病关系最直接的是应激的情绪反应。

（一）情绪反应

个人在应激时产生什么样的情绪反应以及其强度如何，受很多因素的影响，差异很大。这里介绍几种常见的情绪反应。

1．焦虑　焦虑（anxiety ）是应激反应中最常出现的情绪反应，是人预期将要发生危险或不良后果的事物时所表现的紧张、恐惧和担心等情绪状态。在心理应激条件下，适度的焦虑可提高人的警觉水平，伴随焦虑产生的交感神经系统的被激活可提高人对环境的适应和应对能力，是一种保护性反应。但如果焦虑过度或不适当，就是有害的心理反应。这里指的是状态焦虑（state anxiety），还有一种特质焦虑（trait anxiety）是指无明确原因的焦虑属一类人格特质。

2．恐惧　恐惧（fear）是一种企图摆脱已经明确的有特定危险会受到伤害或生命受威胁的情景时的情绪状态。恐惧伴有交感神经兴奋，肾上腺髓质分泌增加，全身动员，但没有信心和能力战胜危险，只有回避或逃跑，过度或持久的恐惧会对人产生严重不利影响。

3．抑郁　抑郁（depression）表现为悲哀、寂寞、孤独、丧失感和厌世感等消极情绪状态，伴有失眠、食欲、性欲降低等。抑郁常由亲人丧亡、失恋、失学、失业，遭受重大挫折和长期病痛等原因引起。这里指的是外源性抑郁，还有一种内源性抑郁，与人的素质有关。中年以后尤其是中年以后事业无成者更易发生抑郁。抑郁有时还能导致自杀，故对有这种情绪反应的人应该深入了解有无消极厌世情绪，并采取适当措施加以预防。

4．愤怒　愤怒（anger）是与挫折和威胁有关的情绪状态，由于目标受到阻碍，自尊心受到打击，为排除阻碍或恢复自尊，常可激起愤怒。愤怒时交感神经兴奋，肾上腺分泌增加，因而心率加快，心输出量增加，血液重新分配，支气管扩张，肝糖元分解，并多伴有攻击性行为。病人的愤怒情绪往往成为医患关系紧张的一种原因。

上述应激负性情绪反应对个体的其它心理功能和行为活动也可产生相互影响，如使认知能力和自我意识变狭窄、注意力不集中，判断能力和社会适应能力下降并影响人的

行为。

（二）应激的行为反应

伴随应激的心理反应，机体在外表行为上也会发生改变，这是机体为缓冲应激对个体自身的影响摆脱心身紧张状态而采取的应对行为策略，以顺应环境的需要。

1．逃避与回避　都是为了远离应激源的行为。逃避（escape）是指已经接触到应激源后而采取的远离应激源的行动；回避（avoidance）是指率先已知应激源将要出现，在未接触应激源之前就采取行动远离应激源。两者的目的都是为了摆脱情绪应激，排除自我烦恼。

2．退化与依赖　退化（regression）是当人受到挫折或遭遇应激时，放弃成年人应对方式而使用幼儿时期的方式应付环境变化或满足自己的欲望。退化行为主要是为了获得别人的同情支持和照顾，以减轻心理上的压力和痛苦。有了退化行为，必然就会产生依赖（dependence）心理和行为，事事处处依靠别人关心照顾而自己不去努力完成本应自己去做的事情，多见于病情危重经抢救脱险后的病人。

3．敌对与攻击　其共同的心理基础是愤怒。敌对（hostility）是内心有攻击的欲望但表现出来的是不友好、漫骂、憎恨或羞辱别人。攻击（attack）是在某些应激刺激下，个体以攻击方式作出反应，攻击对象可以是人或物，可以针对别人也可以针对自己。例如临床上某些病人表现不肯服药或拒绝接受治疗表现自损自伤行为，包括自己拔掉引流管、输液管等。

4．失助与自怜　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，对应激情境无法控制时产生，其心理基础包含了一定的抑郁成分。失助使人不能主动摆脱不利的情境，从而对个体造成伤害性影响，故必须加以引导和矫正。自怜（self-pity）即自己可怜自己，对自己怜悯惋惜，其心理基础包含对自身的焦虑和愤怒等成分。自怜多见于独居、对外界环境缺乏兴趣者，当他们遭遇应激时常独自哀叹、缺乏安全感和自尊心。倾听他们的申诉并提供适当的社会支持可改善自怜行为。

5．物质滥用　某些人在心理冲突或应激情况下会以习惯性的饮酒、吸烟或服用某些药物的行为方式来转换自己对应激的行为反应方式。尽管这些物质滥用对身体没有益处，但这些不良行为能达到暂时麻痹自己摆脱自我烦恼和困境之目的。

二、应激的生理反应

心理刺激与生物刺激一样，同样可引起生理反应。例如让一受试者皮肤接触荨麻叶时立即出现荨麻疹，接触枫叶时不出现荨麻疹；现在让患者掩盖双目，皮肤上真正接触的是枫叶，但告之接触的是荨麻叶，结果局部出现了荨麻疹。这说明语言刺激（心理刺激）也可直接引起生理反应。由此得出一个重要结论，躯体刺激可以引起生理和心理反应，语言刺激（心理刺激）也可以引起生理和心理反应。

上述结论曾被动物实验所证明。将野兔暴露于猎狗前，长期隔网同笼。这条猎狗咬不到野兔，但对野兔来说是一个强烈的心理刺激物，恐惧情绪使野兔由于储存的甲状腺素大量释放，导致野兔死于甲状腺危象。

心理应激的生理反应以神经解剖学为基础，最终可涉及全身各个系统和器官，甚至毛发。在应激条件下，有大脑皮质，特别是前额区“认知脑”，边缘系统“情绪脑”及

下丘脑的积极参与。当各种心理刺激物作用于人的感官引起神经冲动，通过脑干的感觉通路传递到丘脑和网状结构，而后继续传递到涉及生理功能调节的植物神经和内分泌的下丘脑以及涉及心理活动的“认知脑”区和“情绪脑”区。在这些脑区之间有广泛的神经联系，以实现活动的整合；另一方面通过神经体液途径，调节脑下垂体和其它分泌腺体的活动以协调机体对应激源的反应。

三、应激的心身中介调节机制

应激的生理反应及其最终影响心身健康的心身中介调节机制涉及到神经系统、内分泌系统和免疫系统。其中下丘脑、垂体和肾上腺系统起着重要调节作用。

（一）心理－神经中介机制

该机制主要通过交感神经－肾上腺髓质轴进行调节。当机体处在急性应激状态时，不管是来自外部还是机体内部的应激刺激，经过中枢神经的接受、加工和整合，将冲动传递到下丘脑，使交感神经－肾上腺髓质轴被激活，释放大量儿茶酚胺，引起肾上腺素和去甲肾上腺素的大量分泌导致中枢神经兴奋性增高。其中网状结构对刺激更敏感，会增强机体的警觉性和敏感性；骨骼肌紧张度增强；由于交感神经的激活，机体出现了一系列的内脏生理变化，如心率、心肌收缩力和心输出量增加，血压升高，瞳孔扩大，汗腺分泌增多，血液重新分配，脾脏缩小，皮肤和内脏血流量减少，心、脑和肌肉获得充足的血液，分解代谢加速、肝糖元分解、血糖升高脂类分解加强、血中游离脂肪酸增多等，为机体适应和应对应激源提供充足的机能和能量准备。必须指出，如果应激源刺激过强或时间太久，也可造成副交感神经活动相对增强或紊乱，从而表现心率变缓，心输出量和血压下降，血糖降低造成眩晕或休克等。

机体在应激状态下的这些生理变化，早在三十年代就被 Cannon 大量动物实验提出的“应急反应”模型所证实。

（二）心理－神经－内分泌中介机制

该机制通过下丘脑－腺垂体－靶腺轴进行调节。腺垂体是人体内最重要的内分泌腺，而肾上腺皮质是腺垂体的重要靶腺之一。塞里曾用“全身适应综合征”GAS 来概括下丘脑－腺垂体－肾上腺皮质轴被激活所引起的生理反应，并描述了 GAS 三个不同阶段生理变化的特点。当应激源作用强烈或持久时，冲动传递到下丘脑引起促肾上腺皮质激素释放因子（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，进而促进肾上腺皮质激素特别是糖皮质激素氢化可的松的合成与分泌，从而引起一系列生理变化，包括血内 ACTH 和皮质醇、尿中 17-OHCS 增多；血糖上升，抑制炎症，蛋白质分解，增加抗体等。

研究发现，当人在飞行跳伞、阵地作战、预期手术、学生参加考试等应激情况下，都有上述两轴系统即肾上腺皮质和肾上腺髓质的被激活。

在应激反应中，胰腺和甲状腺也起一定作用。实验证明，应激状态下分解代谢类激素如皮质激素、髓质激素、甲状腺素和生长激素分泌增加，而合成代谢类激素、胰岛素、睾丸素等分泌减少；在恢复阶段这些变化正好相反。这些生理变化对机体适应环境和应对策略提供了一定物质基础，例如由于分解代谢类激素水平升高，促进糖原、脂肪和蛋白质分解，使血中糖和游离脂肪酸含量增高，为机体在应激情况下的需要提供必要

的能量。

（三）心理－神经－免疫机制

心理应激对免疫功能有显著的影响。现已认识到，免疫系统并非一个功能自主的单位，在应激反应过程中，免疫系统与中枢神经系统进行着双向性调节。一般认为，短暂而不太强烈的应激不影响或略增强免疫功能，例如 Weiss 等观察到轻微的应激对免疫应答呈抑制趋向，中等度的应激可增强免疫应答，强烈的应激则显著抑制细胞免疫功能。但是，长期较强烈的应激会损害下丘脑，造成皮质激素分泌过多，使内环境严重紊乱，从而导致胸腺和淋巴组织退化或萎缩，抗体反应抑制，巨噬细胞活动能力下降，嗜酸性细胞减少和阻滞中性白细胞向炎症部位移动等一系列变化，从而造成免疫功能抑制，降低机体对抗感染、变态反应和自身免疫的能力。例如，Bartrop 等人（1977）对澳大利亚一次火车失事死亡者的配偶进行研究，发现丧亡后第 5 周，这些配偶的淋巴细胞功能抑制十分显著，比对照组低 1 0 倍。又如 Riley（1975 ）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%，后者仅为 7%。

心理应激的心身中介机制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。

（赵盛伏，陈演江）

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

所谓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，便用尺码来测量。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。目前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。

心理测验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。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。

近代心理测验是从 1879 年冯特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，智力测验发展较快。在欧洲于 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”，很快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) 在此基础上修订班发表了斯坦福－比奈智力量表(Stanford-Binet intelligence scale),并提出智商这个概念。1932 年美国纽约贝勒维(Bellevue)精神病院的韦克斯勒(Wechsler D)设计了韦克斯勒－贝勒维智力量表(Wechsler-Bellevue intelligence scale)，并于 1939 年发表。此后韦克斯勒又相继发表了成人智力量表(WAIS)，学前及初学儿童智力量表(WPPSI) 和学龄儿童智力量表(WISC)，目前已被广泛采用。心理测验不仅限于智力，它还包括人格、记忆、特殊能力、美感、意志及行为等各方面。1921 年瑞士精神病学家洛夏(Rorschach H）发表了墨迹测验，是良好的人格投射测验。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(Halthaway SR)所设计，

我国很早便有心理测验类似的活动内容，如古代曾用七巧板、九连环之类测验一个人的聪慧程度。在近代，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 年以后才又恢复了我国心理测验工作，目前各种测量方法已在全国广泛开展。

二、心理测验的应用

目前，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。随着工业的发展，世界各国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而使用各种心理测验。在特种才能的选拔方面，最明显的例子便是利用心理测验选择飞行员，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。体育和工业等领域亦广泛应用心理测验。

在医学领域，心理测验有广泛的应用价值。疾病发生、发展、诊断、治疗、康复、预防中的心理社会因素都需要予以定量化，都需要使用一定的测验或评定的方法。例如内科可应用 A 型性格问卷对冠心病进行研究。在研究心理应激各因素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，例如 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。

由此可见心理测验在医学临床上的应用很有发展前途。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，但仍可作以下几种分类。

（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)量表等。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*　其目的多是评定有关心身症状。如 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 Z igmond 及 Snaith 提出的一种医院焦虑及抑郁量表（the hospital anxiety and depression scale，HAD)等。

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

5．*应激测量*　是近年来发展起来的测量和评定方法，如各种生活事件量表、社会支持量表、应对或防御量表等。

（二）按测验材料的性质分类

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

2．非文字测验　如韦氏智力量表中的填图积木、图画排列、图形拼凑、译码、迷津等均属此，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　如前面提及的许多非文字测验属作业法。

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、心理测验的实施条件

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，必须注意下述几方面条件。

（一）标准化测验工具

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。

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。（见后文）

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）对测试环境的要求

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。为了避免不必要干扰，在进行测试时，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）。

（三）对主试的要求

主试必须经过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。

（四）对被试的要求

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。

为了防止广大群众熟知各种测验内容，造成测试失实，测验样本是严格控制的，不得翻印和扩散。本章各节将介绍若干有实用价值的量表情况，目的是使医学生对心理测验有一基本的了解，医学生如将来从事心理测验工作，则尚需经过专门的陪训。

五、标准化测验工具的编制

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。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。

（一）建立测验项目

1．项目草案　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而去设计和选择问卷项目，从而编制出测验原始草案。在草案的编制上，应注意测验的长短应合适，草案项目数应比正式项目数多得多，还应确定问题形式（如多级评定法等）和计分法。

2．预试　一个测验的项目草案编成之后，要选择与适用对象相近的集团进行这种测试，以分析项目是否合适，困难度大小如何，所需时间多少。试测人数在 500～1000 人便可。

3．项目修正　根据预备测验的结果，通过项目分析，留下好的项目，舍去或修订不适当的项目，定出正式测验项目。

好的项目必须具备以下条件：①不是多义的；②能正确测定所要测验的问题，也就是有项目效度；③应以被试相等的经验和环境为前提。

（二）方法标准化

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。

（三）建立测验常模

从该测验适用的集团中选定代表性的对象（样本集团），对其实施正式测验。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。

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。表达方式：$\overline{X}$ ±SD。其中 $\overline{X}$ 为平均值，SD 为标

准差。某一受试所测成绩须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．标准分及其衍化形式　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。表达方式：Z＝（X－$\overline{X}$）/ SD。其中Z为标准分，X为受试者成绩，$\overline{X}$为样本均数，SD为样本成绩标准差。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。

许多量表采用由标准分衍化出来的常模形式，如：

离差智商＝100+15（X－$\overline{X}$）/ SD　（韦氏智力量表中的智商）

T分＝50+10（X－$\overline{X}$）/ SD　（如MMPI中的T分）

“标准20”=10+3（X－$\overline{X}$）/ SD　（如韦氏量表中的量表分）

3．百分位　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。就是说，样本中有50％的人数，其成绩在他之下，另50％人数的成绩比他的好。

4．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。

5．**比率（或商数）**　在离差智商计算方法之前，便曾使用比率智商（见后）。

（四）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。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。

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有：

(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。例如在间隔4周时间对同一组儿童作两次智力测验，两次测验的智商的相关系数达0.8以上，因此可认为该量表重复测验的一致性好，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，对两半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。例如斯坦幅--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。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 项量表和权威的韦氏量表测查，两种方法智商的相关系数为 0.78，呈高度正相关。从而说明前者的效度亦较高。

(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，测验结果应与老师评定的受试者日常生活或工作中所表现的运算能力相一致。又如，情绪状态测定项目中应包括情绪体验、行为表现和生理反应几方面内容等。内容效度一般由专家来判断？

(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），对各项目的反应分析，各个项目的辨别力的考察，项目的内部一致性检验等。

(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：

正答率＝正答者数／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。

$Sp'_1\text{-}p'_2=\sqrt{pq(1/n_1+1/n_2)}$

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

$p=(p'_1+p'_2)\ /\ 2$　　$q=1-p$

如果$(p'_1-p'_2)\ /\ (Sp'_1\text{-}p'_2)\geqslant 2$ 或 3，则两群之间存在着显著性差异。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，应修正或除去。优群的正答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。

⑷内部一致性　内部一致性(internal consistency)是指一个项目所测定的内容与该测验的目标内容的一致程度。该项目与测验全体的得分相关越高，表示该项目越好。用克伦巴赫α系数也可反映项目的内部一致性。

第二节　智力测验

智力测验就是测查人的一般能力（参见第二章），它是根据智力概念和智力理论经标准化过程编制而成。智力测验一般分为筛查性测验与诊断性测验两类。

一、智　商

智力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）比率智商

比率智商的计算方法是 IQ＝MA／CA×100

MA(mental age ，智龄）指智力所达到的年龄水平。

CA(chronological 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计算法。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）／SD+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，SD 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

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

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韦氏智力量表。

韦克斯勒智力量表是以 1939 年发表的韦克斯勒--贝勒维智力量表为基础，经多次修订而成。韦氏智力量表有三种：即 1955 年编成的韦氏成人智力量表（1981 年修订），简称 WAIS(Wechsler adult intelligence scale);1949 年编成的韦氏儿童智力量表（1974 年修订），简称为 WISC(Wechsler intelligence scale forchildren) 和 1963 年编成的学前及初学儿童智力量表，简称 WPPSI(Wechsler preschool andprimary scale of intelligence)。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（WISC-CR，适用于 6～16 岁 11 个月）和龚耀先等 1986 年修订的韦氏幼儿智力量表（C-WYCSI，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)。此外，1993 年龚耀先、蔡太生等又修订了适用于 6～16 岁的中国韦氏儿童智力量表（C-WISC，分城市和农村两种)。C-WISC 与 WISC-CR 的不同点在于以分类代替相似性的分测验和没有备用的迷津测验。韦氏智力量表采用离差智商。

1．各量表的分测验　国内三套韦氏量表的分测验名称列表 4－1。其中前 6 项属语言量表中的言语测验，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
知识(I)	I	I	I
领悟(C)	C	C	C
背数(D)	D	D*	(－)
相似性(S)	S	S	图片概括
算术(A)	A	A	A
词汇(V)	V	V	图片词汇
图片排列(PA)	PA	PA	(－)
填图(PC)	PC	PC	PC
拼物(OA)	OA	OA	(－)
积木图案(BD)	BD	BD	BD
数字符号(DS)	DS	译码甲、乙**	动物下蛋
迷津(Ma)		Ma*	Ma
几何图形(GD)			视觉分析或 GD*

*备用测验；　**甲为 8 岁以下儿童用，乙为 8 岁以上儿童用

现以我国修订的韦氏成人智力量表（WAIS-RC）为例予以说明。

测验一、知识。了解被试的知识广度，共有 29 题。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。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。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。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。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 9 0 秒内在 9 0 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。

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。

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。

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。

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。粗分按手册上的相应用表换算成量表分。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 4－2。

表 4－2　智力水平的等级名称与划分（按智商值划分）

智力等级名称	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
轻度智力低下	55～69	52～67
中度智力低下	40～54	36～51
重度智力低下	25～39	20～35
极重度智力低下	<25	<20

韦氏智力量表信度和效度较高，被公认为是较好的智力评定量表。但其需用的测查时间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。

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）盖泽尔发育诊断量表

盖泽尔(Gesell)发育诊断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）贝利发育诊断量表

贝利(Bayley)发育诊断量表量表适用于 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、优育、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 1 55 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 修订版最近将开始引入我国)

MMPI 采用问卷测验法，该表共有 566 个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。被试者根据自己的实际情况对每个题目作出“是”与“否”的回答，若确实不能判定则不作答。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。

(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，都可导致得分增高的。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。项目举例：23. 我常会恶心呕吐。（Hs）

2．D(depression)抑郁症　情绪低落，自杀思想，有轻度焦虑或激动。项目举例：236.我常有很多心事。（D）

3．Hy(hysteria)癔病　可有许多功能性的身体症状。项目举例：47．每星期至少有一两次，我会无缘无故地觉得周身发热。（Hy）

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。项目举例：38. 我童年时期中，有一段时间偷过人家的东西。（Pd）

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。项目举例：69．和我性别相同的人最容易喜欢我。（Mf）

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。项目举例：110.有人想害我。（Pa）

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

9．Ma(mania)躁狂病　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。项目举例：73．我是个重要人物。(Ma)

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。项目举例：201．但愿我不要太害羞。(Si)

从以上项目举例可见，同一项目可在不同的量表中应用。

二、艾森克人格问卷

艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnnaire,EPQ)是由英国伦敦大学艾森克夫妇共同编制。目前含四个分量表的 EPQ 是 1975 年所形成，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。国内 1983 年由龚耀先主持修订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 个项目。与此同时，北京大学的陈仲庚也建立了 EPQ 的成人北京常模，其修订的 EPQ 为 85 个项目附于下文。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。现在以陈仲庚修订的成人 EPQ 为例分述如下：

Ｅ量表：外向－内向。第 1、5、9、13、16、22、29、32 、35、40、43、46、49、53、56、61、72、76、85 题答“是”和第 26、37 题答“否”的每题各得 1 分。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。

Ｎ量表：神经质（又称情绪性）。第 3、6、11、14、18、20、24、28、30、34、36、42、47、51、54、59、63、66、67、70、74、78、82、84 题答“是”每题各得 1 分。反映的是正常行为，与病症无关。分数高表示焦虑、忧心仲仲、常郁郁不乐，有强烈情绪反应，甚至出现不够理智的行为。

Ｐ量表：精神质（又称倔强）。第 19、23、27、38、41、44、57、58、65、69、73、77 题答“是”和第 2、8、10、17、33、50、62、80 题答“否”的每题各得 1 分。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。

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。第 12、31、48、68、79、81 题答“是”和第 4、7、15、21、25、39、45、52、55、60、64、71、75、83 题答“否”的每题各得 1 分。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。

艾森克认为人格是多维结构，以Ｅ维为Ｘ轴，Ｎ维为Ｙ轴。一个人的 E 量分和 N 量分在平面上可构成交点，即代表其特定的个性；其所处的象限则属于胆汁质、多血质、粘液质和抑郁质四个气质类型中的一种（参见图 1－9）。

EPQ 指导语：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。

附：艾森克人格问卷(EPQ)(成人)项目

1.你是否有广泛的爱好？	45.你小时候曾经有过对父母鲁莽无礼的行为吗?
2.在做任何事情之前，你是否都要考虑一番？	46.你喜欢和别人打成一片，整天相处在一起吗?

3.你的情绪时常波动吗？
4.当别人做了好事，而周围的入却认为是你做的时候，你是否感到洋洋得意？
5.你是一个健谈的人吗？
6.你曾经无缘无故觉得自己“可怜”吗？
7.你曾经有过贪心使自己多得份外物质利益吗？
8.晚上你是否小心地把门锁好？
9.你认为自己活泼吗？
10.当看到小孩（或动物）受折磨时你是否难受？
11.你是否时常担心你会说出（或做出）不应该说（或做）的事情？
11.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？
13.在愉快的聚会中，你通常是否尽情享受？
14.你是一位易激怒的人吗？
15.你是否有过自己做错了事反责备别人的时候？
16.你喜欢会见陌生人吗？
17.你是否相信参加储蓄是一种好办法？
18.你的感情是否容易受到伤害？
19.你想服用有奇特效果或有危险性的药物吗？
20.你是否时常感到“极其厌烦”？
21.你曾多占多得别人东西（甚至一针一线）吗？
22.如果条件允许，你喜欢经常外出（旅行）吗？
23.对你所喜欢的人，你是否为取乐开过过头玩笑？
24.你是否常因“自罪感”而烦恼？
25.你是否有时候谈论一些你毫无所知的事情？
26.你是否宁愿看些书，而不想去会见别人？
27.有坏人想要害你吗？
28.你认为自己“神经过敏”吗？
29.你的朋友多吗？
30.你是个忧虑重重的人吗？
31.你在儿童时代是否立即听从大人的吩咐而毫无怨言？
32.你是一个无忧无虑、逍遥自在的人吗？
33.有礼貌、爱整洁对你很重要吗？
34.你是否担心将会发生可怕的事情？
35.在结识新朋友时，你通常是主动的吗？
36.你觉得自已是个非常敏感的人吗？
37.和别人在一起的时候，你是否不常说话？
47.你失眠吗？
48.你饭前必定洗手吗？
49.当别人问你话时，你是否对答如流？
50.你是否宁愿有富裕时间喜欢早点动身去赴约会？
51.你经常无缘无故感到疲倦和无精打采吗？
52.在游戏或打牌时你曾经作弊吗？
53.你喜欢紧张的工作吗？
54.你时常觉得自已的生活很单调吗？
55.你曾经为了自己而利用过别人吗？
56.你是否参加的活动太多，已超过自己可能分配的时间？
57.是否有那么几个人时常躲着你？
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？
59.你是否曾经想过去死？
60.若你确知不会被发现，你会少付人家钱吗？
61.你能使一个联欢会开得成功吗？
62.你是否尽力使自己不粗鲁？
63.一件使你为难的事情过去之后，是否使你烦恼好久？
64.你曾否坚持要照你的想法办事？
65.当你去乘火车时，你是否最后一分种到达？
66.你是否“神经质”？
67.你常感到寂寞吗？
68.你的言行总是一致的吗？
69.你有时喜欢玩弄动物吗？
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？
71.你去赴约会或上班时，曾否迟到？
72.你是否喜欢周围有许多热闹和高兴的事？
73.你愿意让别人怕你吗？
74.你是否有时兴致勃勃，有时却很懒散不想动？
75.你有时会把今天应做的事拖到明天吗？
76.别人是否认为你是生气勃勃的？
77.别人是否对你说过许多谎话？
78.你是否对有些事情易性急生气？
79.若你犯有错误，是否都愿意承认？
80.你是一个整洁严谨，有条不紊的人吗？

38.你是否认为结婚是个框框，应该废除？	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？
39.你有时有点自吹自擂吗？	82.遇到为难的事情，你是否拿不定主意？
40.在一个沉闷的场合，你能给大家添点生气吗？	83.你是否有过随口骂人的时候？
41.慢腾腾开车的司机是否使你讨厌？	84.若你乘车或坐飞机外出时，你是否担心会碰撞或出意外？
42.你担心自己的健康吗？	85. 你是一个爱交往的人吗？
43.你是否喜欢说笑话和谈论有趣的事？	
44.你是否觉得大多数事情对你都是无所谓的?	

三、卡特尔人格测验

卡特尔认为 16 个根源特质（参见第二章）是构成人格的内在基础因素，只要测量出 16 项基础因素在个体身上的表现程度，即可知道他的人格特征。

卡特尔 16 项人格因素问卷(16 personality factors,16PF)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。

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，抽象思考力弱	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，自食其力	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，合乎成规，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	安祥，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

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、九十项症状自评量表

九十项症状自评量表（symptom check list 90，SCL-90）由吴文源修订，共包含 90 个评定项目附于下文。SCL90 条目有比较广泛的心身症状内容，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。临床应用证明此量表的评估有比较高的真实性，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个体的自觉症状，所以心理咨询门诊和各类医院的病房及门诊均可应用。

（一）统计指标

1．项目分　各项目按没有、很轻、中等、偏重、严重，分 5 级评分

2．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，该病人的自我感觉症状介于 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”项目中的平均得分，反映该病人自我感觉不佳的项目程度究竟在哪个范围。

3．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

那些明知没有必要，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，包括对生活的兴趣减退，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。

SCL90 指导语：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“√”。

附：九十项症状自评量表（SCL-90）项目

1.头痛	46.难以作出决定
2.神经过敏，心中不踏实	47.怕乘电车、公共汽车、地铁或火车
3.头脑中有不必要的想法或字句盘旋	48.呼吸有困难
4.头昏或昏倒	49.一阵阵发冷或发热
5.对异性的兴趣减退	50.因为感到害怕而避开某些东西、场合或活
6.对旁人责备求全	51.脑子变空了
7.感到别人能控制您的思想	52.身体发麻或刺痛
8.责怪别人制造麻烦	53.喉咙有梗塞感
9.忘性大	54.感到前途没有希望
10.担心自己的衣饰整齐及仪态的端正	55.不能集中注意

11.容易烦恼和激动	56.感到身体的某一部分软弱无力
12.胸痛	57.感到紧张或容易紧张
13.害怕空旷的场所或街道	58.感到手或脚发重
14.感到目已的精力下降，活动减慢	59.想到死亡的事
15.想结束自己的生命	60.吃得太多
16.听到旁人听不到的声音	61.当别人看着您或谈论您时感到不自在
17.发抖	62.有一些不属于您自己的想法
18.感到大多数人都不可信任	63.有想打人或伤害他人的冲动
19.胃口不好	64.醒得太早
20.容易哭泣	65.必须反复洗手、点数目或触摸某些东西
21.同异性相处时感害羞不自在	66.睡得不稳不深
22.感到受骗、中了圈套或有人想抓住您	67.有想摔坏或破坏东西的冲动
23.无缘无故地突然感到害怕	68.有一些别人没有的想法或念头
24.自己不能控制地大发脾气	69.感到对别人神经过敏
25.怕单独出门	70.在商店或电影院等人多的地方感到不自在
26.经常责怪自己	71.感到任何事情都很困难
27.腰痛	72.一阵阵恐惧或惊恐
28.感到难以完成任务	73.感到在公共场合吃东西很不舒服
29.感到孤独	74.经常与人争论
30.感到苦闷	75.单独一人时神经很紧张
31.过分担忧	76.别人对您的成绩没有作出恰当的评价
32.对事物不感兴趣	77.即便和别人在一起也感到孤单
33.感到害怕	78.感到坐立不安心神不定
34.我的感情容易受到伤害	79.感到自己没有什么价值
35.旁人能知道您的私下想法	80.感到熟悉的东西变成阳生或不象是真的
36.感到别人不理解您不同情您	81.大叫或摔东西
37.感到人们对您不友好，不喜欢您	82.害怕会在公共场合昏倒
38.做事必须做得很慢以保证做得正确	83.感到别人想占您的便宜
39.心跳得很厉害	84.为一些有关“性”的想法而很苦恼
40.恶心或胃部不舒服	85.认为应该因为自己的过错而受到惩罚
41.感到比不上他人	86.感到要赶快把事情做完
42.肌肉酸痛	87.感到自己的身体有严重问题
43.感到有人在监视您谈论您	88.从未感到和其他人很亲近
44.难以入睡	89.感到自己有罪
45.做事必须反复检查	90. 感到自己的脑子有毛病

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)，由美国杜克大学医学院的 Zung WWK 于 1965 年所编制，其项目附于下文，每个项目采用 1～4 级计分法，即按“很少有”、“有时有”、“大部分时间有”和“绝大部分时间有”4 个级别，其中 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 项目为反评题，按 4～1 计分，各

项目累计即为抑郁粗分。SDS 适合用于有抑郁症状的成人，也可用于流行病学调查。

SDS 指导语：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每一条文字后的四个答案中的一个划—个钩“√”。

附： Zung 自评抑郁量表（SDS）项目

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

三、焦虑自评量表（SAS)

常用的有 Zung 自评焦虑量表（Zung self-rating anxiety scale，SAS)，共有 20 个评定项目附于下文，每个项目采用 1～4 级计分法，即按“很少有”、“有时有”、“大部分时间有”和“绝大部分时间有”4 个级别，其中其中 5、9、13、17、19 项目为反评题，按 4～1 计分。各项目累计即为焦虑粗分。SAS 适用于有焦虑症状的成人。

SAS 指导语：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每一条文字后的四个答案中的一个划—个钩“√”。

附：Zung 自评焦虑量表(SAS)项目

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

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。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。

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下列几个。

（一）S--M 社会生活能力检查表

该表由日本三木安正于 1980 年根据温兰社会成熟量表（Vineland social maturity scale）修订。1988 年左启华据此进行再标准化工作，并在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 1 32 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，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 岁小儿。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（参见第七章第二节）。目前国外测定方法种类已经很多。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。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 个项目附于下文，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，为真实性的较正（即测谎）题,用以考验被试者回答问卷真实性。

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 题答“是”和第 14、16、30、54 题答为“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 题答“是”和第 4、18、36、45、49、51 题答“否”的每题各得 1 分。在“Ｌ”10 问题中，第 8 、20、24、43、56 题答“是”和第 13、33、37、48、52 题答“否”的每题各得 1 分。在评估时首先应注意“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）。

问卷指导语：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。

附：A 型行为类型评定项目

1.我常常力图说服别人同意我的观点	33.有时我也会说人家的闲话
2.即使没有什么要紧事，我走路也很快	34.尽管时间很宽裕，我吃饭也快
3.我经常感到应该做的事情很多，有压力	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
4.即使是决定了的事别人也很容易使我改变主意	36.即使有人冤枉了我，我也能够忍受
5.我常常因为一些事大发脾气或和人争吵	37.我有时会把今天该做的事拖到明天去做
6.遇到买东西排长队时，我宁愿不买	38.人们认为我是一个干脆、利落、高效率的人
7.有些工作我根本安排不下,只是临时挤时间去做	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
8.我上班或赴约会时，从来不迟到	40.我常常感到时间晚了，可一看表还早呢
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	41.我觉得我是一个非常敏感的人
10.我总看不惯那些慢条斯里、不紧不慢的人	42.我做事总是匆匆忙忙的，力图用最少的时间
11.有时我简直忙得透不过气来，因为该做的	

事情太多了	办尽量多的事情
11.即使跟别人合作，我也总想单独完成一些更重要的部分	43.如果犯有错误，我每次全都愿意承认
13.有时我真想骂人	44.坐公共汽车时，我总觉得司机开车太慢
14.我做事喜欢慢慢来，而且总是思前想后	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
15.排队买东两，要是有人加塞，我就忍不住指责他或出来干涉	46.我常常为工作没做完，一天又过去而忧虑
16.我觉得自已是一个无忧无虑、逍遥自在的人	47.很多事如果由我来负责，情况要比现在好得多
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	48.有时我会想到一些坏得说不出口的事
18.无论做什么事，即使比别人差，我也无所谓	49.即使受工作能力和水平很差的的人所领导，我也无所谓
19.我总不能象有些人那样，做事不紧不慢	50.必须等待什么的时候，我总是心急如焚，“象热锅上的蚂蚁”
20.我从来没想过要按照自己的想法办事	51.当事情不顺利时我就想放弃，因为我觉得自己能力不够
21.每天的事都使我的神经高度紧张	52.假如我可以不买票白看电影，而且不会被发现，我可能会这样做
22.在公园里赏花、观鱼等，我总是先看完，等着同来的人	53.别人托我办的事，只要答应了，我从不拖延
23.对别人的缺点和毛病，我常常不能宽容	54.人们认为我做事很有耐性，干什么都不会着急
24.在我所认识的人里，个个我都喜欢	55.约会或乘车、船，我从不迟到，如果对方耽误了，我就恼火
25.听到别人发表不正确见解，我总想立即纠正他	56.我每天看电影，不然心里就不舒服
26.无论做什么事，我都比别人快一些	57.许多事本来可以大家分担，可我喜欢一人去干
27.当别人对我无礼时，我会立即以牙还牙	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
28.我觉得我有能力把一切事情办好	59.人家说我是个厉害的暴性子的人
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	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
30.人们认为我是一个相当安静、沉着的人	
31.我觉得世界上值得我信任的人实在不多	
32.对未来我有许多想法，并总想一下子都能实现	

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、记忆的年老化研究、精神分裂症患者的记忆障碍等方面。这一量表主要应用于成人，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，且是符合常态分布的。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 年修订本适用于 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) 短时记亿：包括 6 个分测验，即①视觉再认；②图片回忆；③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 1 00，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 1 15，恰好高于平均数达一个标准差，那么正属于 8 4.13％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、生活事件量表（LES)

各类生活事件量表国内外较多（见第三章）。目前较多使用的是按正、负事件计分的量表，国内杨德森、张亚林编制的生活事件量表（life events scale,LES）就属此列。现介绍 1987 年张明园等编制的生活事件量表（LES），该表是在参考国内外量表基础上，由协作组在国内对 1364 名正常人进行测试，取得我国正常人及不同年龄组的常模项目（表 4-4）。

该 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；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 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。

表 4-4　中国正常人生活事件评定(LES)常模项目

生活事件	合计	青年	中年	更年	老年	生活事件	合计	青年	中年	更年	老年
丧　偶	110	113	112	100	104	性生活障碍	37	42	36	32	19
子女死亡	102	102	106	97	84	家属行政处分	36	31	40	42	36
父母死亡	96	110	95	81	60	名誉受损	36	37	37	35	33
离　婚	65	65	68	61	60	中额借贷	36	32	38	40	33
父母离婚	62	73	58	53	54	财产损失	36	29	40	43	34
夫妻感情破裂	60	64	60	53	56	退　学	35	44	30	33	33
子女出生	58	62	60	49	48	好友去世	34	40	33	28	26
开　除	57	61	52	54	74	法律纠纷	34	32	35	34	37
刑事处分	57	49	59	62	80	收入显著增减	34	28	38	42	23
家属亡故	53	60	52	44	32	遗失重要物品	33	31	34	39	31
家属重病	52	56	53	48	37	留　级	32	38	29	30	26
政治性冲击	52	47	52	51	71	夫妻严重争执	32	30	34	29	28
子女行为不端	50	51	52	47	46	搬　家	31	22	36	39	25
结　婚	50	50	50	50	50	领养寄子	31	32	32	29	16
家属刑事处分	50	43	53	54	53	好友决裂	30	36	28	25	23
失　恋	48	55	45	44	42	工作显著增加	30	25	31	35	38
婚外两性关系	48	48	52	41	39	小量借贷	27	23	30	32	20
大量借贷	48	43	50	49	53	退　休	26	18	28	35	29
突出成就荣誉	47	43	49	47	47	工种更动	26	25	27	26	25
恢复政治名誉	45	41	46	51	47	学习困难	25	26	25	23	17
重病外伤	43	42	43	46	46	流　产	25	25	26	25	23
严重差错事故	42	42	41	47	40	家庭成员纠纷	25	23	25	29	19
开始恋爱	41	45	36	38	57	和上级冲突	24	21	27	23	30
行政纪律处分	40	36	43	42	43	入学或就业	24	26	25	23	14
复　婚	40	42	40	36	35	参军复员	23	20	23	32	25
子女学习困难	40	34	44	44	29	受　惊	20	20	21	25	14
子女就业	40	29	44	52	39	业余培训	20	20	21	22	16
怀　孕	39	44	38	33	27	家庭成员外迁	19	17	20	20	19
升学就学受挫	39	41	39	41	26	邻居纠纷	18	16	20	21	17
晋　升	39	28	44	47	40	同事纠纷	18	16	20	19	16
入党入团	39	29	41	53	59	睡眠重大改变	17	12	19	21	25
子女结婚	38	34	41	39	33	暂去外地	16	12	18	18	22
免去职务	37	36	38	36	34						

五、应对量表

八十年代国外已有不少过程法性质的应对量表，九十年代应对的定量研究在国内也开始被重视（见第三章）。现列举国内姜乾金编制的特质应对问卷项目附于下文。

各项目答案由“肯定是” 到“ 肯定不是”采用 5-1 五级计分法。其中消极应对分(negative coping, NC)由条目:2、4、6、9、10、13、15、17、18、19 累分后减 10 所得；积极应对分(positive coping, PC)由条目:1、5、7、8、11、14、16、20、21、22 累分后减 10 所得。2751 例测定均值为：PC=20.30±8.80；NC=12.21±8.05

该应对项目表自 1987 年开始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。

指导语：您在平日里遇到各种困难或不愉快时（也就是遇到各种生活事件时），往往是如何对待的？

附：特质应对问卷项目

1. 能很快将不愉快忘掉	12. 愿意求助于别人
2. 陷入幻想之中而难以摆脱	13. 将情绪压在心底里不让其表现出来，但忘不掉
3. 主动找要好的人诉述	14. 旁人很容易使你重新高兴起来
4. 迁怒于别人而反复发脾气	15. 对重大困难往往举棋不定，想不出办法
5. 当做事情根本未发生过	16. 相信困难和挫折可以锻炼人
6. 变成了相反性格的人	17. 相信自己可恨而怨恨自己
7. 向好的地方想，尽量想开些	18. 如果与同事发生冲突，宁可长期不理对方
8. 觉得与情况更差的人比，算不了什么	19. 在很长的时间里回忆某些不愉快的事
9. 对烦恼的事很容易想哭一场	20. 对困难和痛苦能很快适应
10. 不愉快的事很容易引起你的情绪波动	21. 认为天底下没有什么大不了的事
11. 通常以幽默的方式化解尴尬局面	22. 善于将消极因素化为积极因素，例如参加活动

六、 社会支持量表

社会支持量表国外较多，国内也已有所发展（见第三章）。这里介绍 Blumenthal 1987 年报告的领悟社会支持量表（perceived social support scale，PSSS），该表修订后共有 12 个项目（问题）附于下文。

这 12 个项目(问题)均由被试进行自评，每个项目（问题）均采用 1-7 七级计分法，即分为极不同意、很不同意、稍不同意、中立、稍同意、很同意、极同意 7 个级别。其中家庭支持分由 3、4、8、11 题累计，朋友支持分由 6、7、9、12 题累计，其他人支持由 1、2、5、10 题累计。该问卷在国内已有使用报告。

附：领悟社会支持量表（PSSS）项目

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

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。结合医学心理学特点，在医学临床中，心理治疗目前可以被定义为：以医学心理学的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。

根据上述定义，心理治疗大致包括以下一些要素：①治疗者必须具备一定的心理学知识和技能；②按一定的程序实施治疗；③需要使用各种心理学的理论和技术；④治疗的对象是具有一定精神、躯体或行为问题的人；⑤治疗的目的是通过改善病人的心理机能，最终消除或缓解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。因此，非专业人员通过其良好的态度和安慰等方式，虽然也可能使病人的情绪有所好转、症状减轻，但这一般不被看成是心理治疗。

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，心理治疗方法的具体使用却早已出现。我国中医临床实践中早就有一套行之有效的心理治疗手段，认为任何治疗都应从“治神入手”，并以“治神为本”。如《内经（灵枢）》中提出对病人要“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。中医有五行相生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，我国古代流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，心理治疗也渊远流长。古希腊和古埃及时代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取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)的催眠疗法；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，基于行为主义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。近几年沙土游戏治疗、漂浮疗法等也开始兴起。

二、心理治疗流派

心理治疗种类繁多。在本世纪中、前期，从事心理治疗的专业心理学家们往往分别使用某种理论体系，形成了诸多的心理治疗流派。但根据美国 Smith D 1982 年的调查，多数心理治疗者已开始采用折衷主义(又称方法任选)心理治疗方法，即主张灵活地选择，综合应用对病人最有效的治疗方法，而不再固守于某一流派。这种现象反映了心理治疗科学已向纵深方向发展。(表 5－1)

表 5－1　心理治疗流派分析

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（合格式塔理论和理性情绪理论）	52	12.53
家庭理论	11	2.65
行为理论	28	6.75
认知行为理论	54	13.02
折中主义理论	171	41.20
其它	42	10.12
合计	450	100.00

除表 5－1 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的治疗中很有意义。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。

中国的心理治疗工作主要从 1979 年后才蓬勃开展，钟友彬(1991)曾对 1979 年以后发表的论文中使用的心理治疗理论体系和方法进行了分析，认为国人使用和研究最多的是行为矫正疗法(表 5－2)。但根据近几年的国内各种刊物文章情况，似乎认知疗法、森田疗法和生物反馈等治疗方法有很大的增长。

表 5－2　1979-1991 年国内心理治疗常用的方法

行为矫正	钟式领悟	支持疗法	认知疗法	森田疗法	音乐疗法	书信咨询	心理动力	家庭疗法	生物反馈	中医心理	催眠疗法	合计(篇)
33	12	10	4	4	4	3	2	2	2	1	1	78

三、心理治疗的生物学原理

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理神经、心理内分泌和心理免疫等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，发挥对生理的积极影响作用，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，同样是通过各种心身中介途径而实现的。

四、心理治疗的原则

（一）和谐性

良好和谐的医患关系是心理治疗的一个重要的条件。患者对医生要有信任感和权威感，才能不断接受医生提出的各种信息，逐步建立治疗动机，并能毫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，同时医生向患者提供的各种治疗要求也能得到遵守和认真执行。另一方面，医生在心理治疗的始终，应对患者保持尊重、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，能否建立良好的医患关系，是检验一个心理治疗医生是否成成熟称职的首要条件。

（二）针对性

针对性是取得疗效的必要保证。各种心理治疗方法都有一定的适应证，治疗者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）计划性

实施某种心理治疗之前，事先应根据收集到的病人的各种资料，设计治疗程序，包括采用的手段、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）综合性

人类疾病是诸多生物、心理、社会因素相互作用的结果。在对某一疾病实施心理治疗时，应综合考虑是否同时结合其它可利用的能增加疗效的方法与手段，如药物或理疗等措施。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结果。

（五）保密性

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。包括医生不得将病人的具体材料公布于众，在学术活动或教学等工作中需要使用时，

也应隐去其真实姓名。

（六）灵活性

在心理治疗过程中，医生应密切观察病人的心身变化，随时准备根据新的情况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，如文化传统、风俗习惯、文化程度、经济地位等对治疗过程的影响。

此外，心理治疗的实施，需要一个安静、适宜、不受外界干扰的环境条件，才能保证治疗工作顺利进行。

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

这类病人可分为以下三个方面：

1．躯体疾病急性期　此类病人由于起病较急，且一般病情较重，往往存在严重的心理反应，有时需要在接受临床医疗紧急处置的同时，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　这类病人一般病程较长，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．心身疾病的病人　由于病人的发病过程中有明显的心理社会因素参与，心理治疗是必不可少的。它包括两个方面：首先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。例如冠心病人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取的心理学矫正措施，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泛的领域，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、正强化法等各种行为疗法。

（四）社会适应不良

正常人在生活中有时也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、失眠等心理或行为和躯体症状。此时可使用某些心理疗法，例如支持疗法、应对技巧训练、环境控制、松弛训练、认知改变及危机干预等给予帮助。

本章将分别介绍医学心理学中的各种主要的心理或行为治疗方法。部分特殊心理干预方法如性治疗技术、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

一、经典精神分析疗法

精神分析疗法(psychoanalytic　psychotherapy)在西方心理治疗领域占有重要的地位。然而由于文化差异等原因，经典的精神分析治疗在我国未能被推广和应用。

精神分析学说认为，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）。对此，可采用耐心长期的“自由联想”等内省方法，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情绪体验挖掘出来，使之成为意识的东西加以认识和疏导，从而能使病人重新认识自己，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

1．自由联想　自由联想(free association)是精神分析的基本手段。治疗者要求病人毫无保留地诉说他想要说的一切，包括近况、童年记忆、随想、对事物的态度、个人成就和困扰、思想和情感等，甚至是自认为是一些荒谬或奇怪的想法。医生不随意打断病人的话语，只是必要时加以适当的引导。精神分析理论认为通过自由联想，潜意识里的心理冲突可逐渐被带入意识，使病人对此有所领悟，从而重新创建现实的、健康的心理。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。此时病人似乎没有什么东西可以谈了；或者反复陈述某一件事，不能深入下去，扩展开来；或者甚至认为分析治疗没有意义，想中止治疗等等。抗拒的表现是意识的，但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。一旦潜意识的所有抗拒努力均被逐一战胜，病人实际上已在意识水平上认识自己，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)被认为是精神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”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，后者是憎恨情感的转移。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，引导病人讲述出痛苦的经历，揭示移情的意义，以帮助病人进一步认识自己并给予疏导，使移情成为治疗的动力。

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的内容与被压抑的无意识中的内容有着某种联系，梦是潜意识冲突或欲望的象征，因此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。但是梦境仅是潜意识冲突与自我监察力量对抗的一种妥协，并不直接反应现实情况。这就需要医生对梦境作特殊的解释，如要求病人对其内容进行自由联想，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，对病人的一些心理实质问题加以解释、引导或劝阻，就是阐释(interpretetion)。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 3～5 次，治疗过程少则半年，长则 2 年至 4 年。心理分析医生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这一问题实质。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例通常是青年人和中年人，因为年纪越大，其潜意识里的抗拒程度可能越高，使分析难度增加。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。

某些经过修正的新精神分析疗法在时间上已有所缩短，且增加了对社会文化因素与疾病和症状关系的分析，主要用于解决当前迫切要求解决的问题。经验证明，那些职务较高、聪明、善于言词而且颇具财力的人，易于从精神分析疗法中受益。

二、中国的认知领悟疗法

认知领悟疗法是我国钟友彬根据精神分析理论结合中国具体情况提出的心理分析法。其理论认为：病症的“根源”在于儿童时期受过的精神创伤，这些创伤引起的恐惧

在脑内留下痕迹，当成年期遇到挫折时就会再现出来影响人的心理，以致用儿童的态度去对待在成人看来不值得恐惧的事物。由于症状都是幼年时期经历的恐惧在成年身上的再现，因此症状的表现必然带有幼稚性，具有不成熟的、儿童式的心理表现。

本疗法采取直接会面的交谈方式。每次 60～90 分钟，疗程和间隔的时间不固定。每次会谈后要求病人写出对医生解释的意见和结合自己情况的体会，并提出问题。

初次会见时，要病人和家属叙述症状产生、发展的历史和具体内容，经躯体和精神检查确定是否适宜进行心理治疗。在以后的会见中，继续询问病人的生活史和容易回忆的有关经验，建立相互信任的良好关系。

随后与病人一起分析症状的性质，引导他相信这些症状大多是幼稚的、不符合成人思维逻辑规律的情感或行动，有些想法近似儿童的幻想，在成人看来是完全没有意义的、不值得恐惧，甚至是可笑的。当病人对上述解释和分析有了初步的认识和体会之后，再向病人进一步解释其疾病的根源在于过去，甚至在幼年时期。

本疗法适应于强迫症、恐怖症和某些类型的性变态等。

第三节　支持疗法

支持疗法(supportive　therapy)是我国目前使用很广泛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，在某种程度上来说，所有的心理治疗都给病人某种形式和某种程度上的精神支持。支持疗法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，构成了心理治疗的主要内容，帮助病人认识问题、消除疑虑、改善环境、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的医患关系基础上，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、病种病期等不同，支持的方式也应有所区别。例如，对一般的病人可以解释和保证；对于预后较差的病人应有意识地以某些成功的病例给予鼓励，使之坚强起来；对年轻的残疾病人应多给以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，也无法制定一个固定的模式。例如应激无害化或称

应对技巧指导有时也可看作是一种心理支持手段。可以这样人为，凡是有助于改善病人的心理条件，而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。

临床工作中医生给病人开出处方的同时，给予一定的解释或鼓励，也是一种支持疗法。

（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而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。

第四节　暗示和催眠疗法

一、暗示疗法

暗示(suggestion)是一种利用间接的、含蓄的方式，对他人的心理与行为产生影响的过程。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，无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。

（一）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，其结果改变了原有的病态感觉和不良态度，达到治病的目的。暗示疗法的方式一般有以下几种：

言语暗示(verbal　suggestion)：通过言语的形式，将暗示的信息传达给受暗示者，从而产生影响作用。如临床工作中医务人员与病人交谈中施加的种种影响。

操作暗示(operant suggestion)：通过对病人的躯体检查或使用某些仪器，使病人处于某些特定的环境中，而引起其心理、行为改变的过程。此时若再结合言语暗示，效果将更好。

药物暗示(drug　suggestion)：给病人使用某些药物，利用药物的作用而进行的暗示。如用静脉注射 10％的葡萄糖酸钙的方法，在病人感到身体发热的同时，结合言语暗示治疗癔症性失语或癔症性瘫痪等。

环境暗示(environment　suggestion)：利用使病人置身于某些设置的特殊环境，对其

心理和行为产生积极有效的影响，消除不良的心理状态。

自我暗示(autosuggestion)：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，可以产生一定的效果。许多松弛训练方法实际上包含了自我暗示过程。

（二）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(如癔症)、疼痛、瘙痒、哮喘及其它心身障碍，也可用于性功能障碍(如阳萎)、口吃等心理行为障碍。

值得注意的是，暗示作用可以治疗疾病，但不良的暗示却可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)是在催眠术的作用下，人的意识处于一种恍惚的状态。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 世纪末麦斯麦(Mesmer FA,1733～1815)的磁铁催眠术，以后逐渐发展成为现代的催眠术，曾被国外医学界广泛应用。

（一）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。此外，还有嗅觉暗示试验、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。某些病人如暗示性低不合作者，可使用 2.5％硫贲妥纳溶液缓慢静脉注射，在病人进入半催眠状态时，容易导入催眠术。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，全身趋于松弛，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，可使之进入中度催眠状态。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。

（二）适应证和评价

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，催眠术可以与其他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。有人主张行为矫正疗法也可以与催眠法相结合以促进疗效。

催眠术者一般需要经过一定的培训过程才能上岗治病。

（吴均林）

第五节　患者中心疗法

患者中心疗法（client-centered therapy ）的理论基础是人本主义理论（参见第一章）。该理论将人看成是积极、善意、乐观的，是值得信赖和尊重的，故用求助者、咨客（client）一词取代病人、患者的概念。罗杰斯的人本主义理论虽然和心理动力理论一样，认为童年经历是造成求助者当前问题的历史根源，但治疗重点始终放在此时此地。

本疗法基本原理是：人本质上具有维持自身健康成长，选择和控制自己命运的潜能。心理健康的人，从婴儿期开始学会区分内与外，“我”与“非我”，逐渐形成和谐的有组织的自我概念。这是个体对以人际关系为中心的社会现实的独特主观体验的产物。自我是动机的重要源泉，人能以固有的自我实现倾向作为个人的行为指导和评价标准。但在现实生活中，来自周围人带附加条件的选择性赞同与消极批评，使个体错误地学会自我否认和自我拒绝内心不受社会赞同的思想和情感，因而导致内心冲突，情绪障碍，效能下降等症状，并常常不能觉察。通过为求助者提供逐步觉察、认识、接纳和澄清自己情感紊乱和自我概念不和谐（incongruence）的最佳环境，通过鼓励自我表达来促进自我探索、自我接纳和自我顿悟（self-insight），可以充分发挥求助者的潜能，清除自我实现的前进路障，从而可以达到消除上述症状的目的。

（一）方　法

患者中心疗法成功的主要条件和关键不是具备某种方法技能或技术训练，而是治疗者长期培训、实践后所具有的特定治疗态度。当这种态度通过有效交往被求助者接纳、领悟时，治疗成功的大门就敞开了。罗杰斯认为，决定治疗成功的三种重要态度或基本条件是：治疗者的坦诚与和谐；治疗者对求助者的完全接纳，即无条件的积极关注；治疗者对求助者情感及其独特含意的敏感、准确的感情移入性理解。在这三条中，坦诚与和谐是最基本的，感情移入性理解是最容易领会和掌握的。但只有三条都具备才是自我实现的最佳环境，才能获得最大成功。

1．坦诚与和谐　坦诚（genuineness）就是毫无哄骗和掩饰地对求助者坦白真诚，自然而然地开放地与对方交流此时此地内心涌现的情感和态度，无论这种情感和态度是积极的还是消极的。这是治疗者不隐藏在职业角色后面，承认自身有局限性，自己也是不完美的人的一种坦诚的人际关系。这种真实态度减少了双方交往的障碍。治疗者承认有困惑和消极情感，仅仅是真实表达感受，并非把自己消极东西的原因、责任归于对方。也正是治疗者自己言行态度与内心感受的这种和谐（congruence ），给求助者改变过去形成的自我概念不和谐提供了良好范例与启示。

2．无条件积极关注　无条件积极关注（unconditional positive regard ）就是既能接纳、领会对方积极欢乐的情感，也能接纳领会对方消极、防御、痛苦的情感，始终把对方视为有丰富自我实现潜能的人。不仅有这样体验，并随时把这种体验传递给对方，充分表达对求助者毫无保留的、不加评判的、非占有性的深切关心与爱护。这种态度似乎是轻信的，对方说什么都不加怀疑，那怕事实有出入。这并非治疗者愚笨或虚伪，而是积极推动相互信赖，促进自我探索，在信赖中自我纠正虚假态度，共同迈向对自身人格有限性的觉察、接纳，不断体验和发展自我实现的合作伙伴关系。

3．感情移入性理解　在治疗全过程中，治疗者最突出的工作是全部身心投入倾听，在倾听中不断地、精确敏感地理解求助者点滴情感体验及其特有含义，并时常与对方核查自己领会的正确性，以便及时更正，目的是帮助求助者逐步开放地集中感受和表达此时此刻的体验，逐步摆脱自我否认、自我拒绝和自我约束。这就是感情移入性理解（empathic understanding）。感情移入可分两个阶段：①初级感情移入：这是治疗者把自己的观点放到一边，努力倾听并从求助者现有习惯的观点来看待其内心世界。此时常以简短复述的方式把对求助者的思想、情感、体验的无批判性了解和体会反馈给对方，以便毫无偏见、毫无威胁地进入对方隐密的感性世界，彻底地观察和领会对方此时此地所体验的恐惧、愤怒和迷惑等消极情感的确切意义；做求助者有自信心的伴侣，不断鼓励其继续自我表达、自我探索和自我发现的进程。在适当时机，如对方处于绝望时，可以用适当躯体接触的方式（握手、拥抱等），自然而然地表达关心体贴。②高级准确感情移入：这是治疗者经过前一阶段交往，确信自己已经充分了解和把握求助者的思想、情感和体验后，选择适当时机，努力运用某个贴切的新颖描述或比喻，准确表达对方的真实情感，给求助者一个启示，提供用新的、富有建设性的观点取代原有的非建设性观点的机会。检验这种感情移入是否准确的方法是，在运用新颖的描述或比喻后，如果对方的反应仅仅是礼貌性赞同，说明治疗者传递的是表面肤浅的理解，仍需继续回到初级感情移入。如果对方的反应是恍然大悟式的赞同，或有意无意地复述治疗者的新描述或比喻，并表示

进一步探讨这种新观点的兴趣和积极性，就说明治疗者的理解准确、适当，可以继续推进对新观点的自我探讨和自我接纳，以使能推进自我实现的行为和人格改变。

此外，为了在治疗前了解自我概念不和谐程度，并作为治疗前后人格改变的证据，可以用Q分类法（Q sort method ）对求助者进行心理测试。

（二）适应证

实践证明，本疗法不仅适用于各种神经症（如焦虑症、抑郁症、社交恐怖等）、心身障碍、心身疾病和适应不良性应激反应，也适用于一般人的人格继续发展和提高，即成长治疗。本法既适用于个别治疗，也适用于交友小组的集体治疗；既适用于学校、职业、婚姻、家庭、宗教的咨询和社会发展工作，也适用于教育和管理领域改善师生、上下级、同事的关系，提高教师和行政管理人员的工作效率和水平。总之，适用于一切试图影响和改善人际关系的场合。但本疗法不适用于属于精神病，尤其是急性期的病人。

第六节　　认知疗法

认知疗法是由美国心理学家艾里斯（Ellis A）和贝克（Beck AT）根据各自临床心理学研究，结合本世纪五十年代以来认知心理学、社会心理学和信息论的进展，首先提出的心理治疗体系。随后，该疗法的原则和技术被许多学者进一步丰富和发展。以艾里斯的理性情绪疗法（rational-emotive therapy）和贝克的认知疗法（cognitive therapy）为代表，

其基本原理是：人们对某种情境的解释和思考的方式即认知结构，决定了他们的情感和行为反应。各种心理障碍常是由于个人对某些特定情境的认知歪曲所造成。这些认知歪曲包括自动思想（automatic thoughts）及其背后的功能不良假设（dysfunctional assumptions）。歪曲了的认知结构存在于潜意识而往往不被觉察，却会受当前生活中特定应激情境的触发，产生各种消极情绪和行为反应。反之，消极的情绪行为反应又常与认知歪曲互为因果，互相促进，形成恶性循环，使情绪行为障碍维持和发展。因此，转变和消除上述歪曲了的自动思想与功能不良假设，亦即认知重建（cognitive restructuring），是治疗各种情绪行为障碍的关键。同时，该疗法也采用一些行为治疗技术协助缓解症状，促进情绪和行为共同恢复正常。

本疗法和其他方法一样，始终重视建立融洽的医患关系。在对患者坦诚温情和不偏不倚地接纳方面，类似患者中心疗法，但不同之处是在运用过程中治疗者主要起积极主动的指导者和催化剂两大作用。该治疗方法常以经验性提问方式推动患者由封闭逐步转向开放，并且，除了正面说服和积极解释“怎么样”、“为什么”以外，还要及时和适当地揭示病人的各种消极反应和阻抗，这被认为也是很有价值的治疗部分。

（一）认知治疗的阶段

认知治疗的全过程分为三个阶段。

1．*临床评估阶段*　即通过诊断性会谈、现场观察、自我监督和有关问卷等手段充分收集和分析临床信息，包括患者的习惯性认知、情绪行为反应方式、激发现症状的特殊应激源、早年身心发展概况、主要人际关系与适应水平，以及如何从过去经历角度解释思考目前的问题等。与此同时，积极建立和发展良好的治疗性医患关系。

2．*治疗阶段*　此阶段制定一系列治疗目标和治疗计划并实施之。治疗目标建立在

临床评估基础上，以病人选择为主，双方协商制定，并根据进展状况作适当调整。治疗计划主要包括“认知干预技术”和“行为干预技术”（见下文）。在此阶段，要继续不断对病人的认知、情绪和行为进行评估，以便随时检验和修正治疗目标和治疗计划。同时还要注意不断发现与排除各种移情和阻抗所导致的医患关系障碍。出现阻抗正说明涉及到了潜在的不良认知结构，而出现移情常证实患者人际关系的不正常。对于许多病人总想逐个解决所有症状及有关具体问题的心态，治疗者需要为病人归纳总结出其中若干共同性的问题，做到举一反三，提高效率。这叫问题缩减（ problem reduction）。

3．预防复发阶段　共同协商逐步延长治疗间隔，给患者充分机会逐步摆脱治疗者的帮助，使之独立解决自己面临的各种问题。

（二）认知干预技术

这是认知治疗过程的核心部分内容，涉及多种具体认知干预方法。

1．识别自动思想　所谓自动思想通常是患者的认知歪曲之所在，是外部事件与个体对该事件不良情绪反应之间的思维联结，并构成固定的自动化的方式，但患者不能意识到不良情绪之前会存在这种不合理的思维。例如，某人在遭受一次拒绝之后，就认定自己“永远”找不到工作了，某学生在一份优秀试答卷中出了一个自己认为“不可原谅”的错误就变得郁郁寡欢起来等等。通过患者的自动思想记录、日记、录音或口头报告回忆等自我观察的方法，可以帮助病人逐步了解某些外部情境刺激与自己规律性出现的不良情绪和行为反应之间的“空白”，这就是自动思想涌现之处。自动思想的特点是其内容大多反映与现有情绪相符的有关主题，时间极短暂，位于意识觉察的边缘，初看只有一个轮廓，是一二句内心对话或一二个想象片段，具有反复出现的不自主性，似乎有道理，但从多角度深入分析却是非现实、非理性、非适应的，甚至是不符合逻辑的。贝克指出，典型的自动思想认知歪曲有：缺乏客观依据的任意推理（arbitrary inferenee）、以点代面的选择性概括（selective abstraction）、从一点小事作普遍性结论的过度引伸（overgeneralization）、对特定事件评价的夸大和缩小（magnification and minimization）、无依据地与自己作消极性联系的个人化（personalization ）和非黑即白式的绝对论即两歧思维（dichotomous thinking）等。

2．检验和矫正自动思想　把病人的上述自动思想变成假设形式，然后让患者实地考察此假设是否正确及其可能性，以现实语气来证明患者认知的错误和歪曲。

3．重归因技术　对患者遭遇挫折后只怪自己或全怪别人的片面归因作多角度重新分析和归纳。

4．增加认知的证据　对患者习惯使用的绝对性词语（属认知歪曲的表现）作讨论和质询，启发其思考事物发展的多种可能性等。

5．识别和检验“应该”命令　病人常以“应该…”命令控制自己的情绪和行为反应。通过对种种“应该”命令的可行性分析，从主客观条件、时间、精力、财力等方面帮助患者认识自己这些“应该”命令的非适应性和非现实性。这些“应该”命令的常见表现形式是艾里斯所总结的各种非理性信念。例如，“人应该得到所有人的喜爱”、“人应该比别人强”、“事情应该按自己的意愿发展”、“人应该随时担心意外”等等。

6．识别和检验功能不良假设　患者自动思想背后潜伏着的功能不良假设，就象音乐中反复出现的主旋律，其常见表达方式是“如果…，那么…”。这些假设往往错误地

把面临的情境视为无法克服的威胁。例如“如果这件事失败了，那么就不会有人看得起我”；“如果他（她）不理睬我，那么活着也没意义了”等等。通过分析情境中的有利因素，考察性追问最坏可能的后果，又叫苏格拉底提问法（ Socratic questioning），可指导患者认识自己的认知错误，帮助建立替代的建设性假设，达到认知重建的目标。

7．监测痛苦或焦虑水平　许多病人以为自己的精神痛苦或焦虑恒定不变地处于高水平，实际上却是波动起伏的。运用类似行为治疗的暴露技术让病人较长时间处在视为威胁的情境中作自我观察，能使其发现痛苦或焦虑并没有继续恶化，也不是维持不变，而是逐步减轻的。

总之，认知重建的近期目标是改变患者在解释个人生活经历和对未来预测中的系统性偏见，克服和改变自动思想与功能不良假设。

（三）行为干预技术

认知治疗目前通常也都结合一定的行为技术。行为干预的重要目的是帮助患者把上述认知干预技术应用于治疗会谈以外的时间，指导患者建立每天、每周的生活日程，使之扩大治疗影响。这在治疗初期患者情绪低落，缺乏内省，无法对付自动思想时尤其必要。具体简述于下：①首先要求完成每天日常活动时间的记录，作为行为干预基线资料。②然后双方共同设计并实施家庭作业，内容是提高应对技能的学习和练习，例如应对技巧训练、解决问题技术、社交技能训练、羞愧非难练习、注意力外授、直诉已见训练等。具体方案要按治疗进展情况各异，应先设计有助于增加行动和抵制惰性的活动作业，然后遵循小步前进的原则设计阶段性作业，使患者不冒过多风险，逐步掌握最困难的作业。同时，为强化每一步的成功，要求坚持自我监督记录，评定每一段进步的体验，进行自我评分。此外，在每段作业实施前，双方一起进行角色扮演，做从想象到实际的行为演练，既能学习应对技能，又能矫正自动思想。③最后以小试验的方式，检验患者的自我贬低和自我失败假设，以及对他人贬低和非难性预测的行为反应，达到认知与行为共同矫正的目标。

（四）适应证

本疗法最适用于抑郁症，且疗效不低于抗抑郁药，若两者合并使用效果优于单独使用。也适用于各种焦虑性障碍和人格障碍，但对单纯恐怖症的疗效不如系统脱敏法。也能广泛应用于学校咨询、婚姻咨询、家庭治疗、自助群体、社区精神卫生工作等。还可作为心身障碍、心身疾病和一些精神病的慢性缓解期综合治疗措施之一。对一般健康水平人群，本疗法也是成长疗法中常用的手段之一。认知疗法既能用于个别治疗，也能用于小组集体治疗。本疗法不适用于言语沟通和领悟能力低下的各种智能障碍、年龄太小和精神病急性期患者。

（周建南）

第七节　家庭治疗

家庭治疗（family therapy）是一种目的在于改善家庭功能的心理治疗。

（一）理论基础

家庭治疗是由麦尔（Meyer A）首创的，他认为一个人一生中每一阶段的心理发展

都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。但追溯历史可以发现，在 30～40 年代美国掀起的儿童指导运动（child guidance movement）就有一些心理学家开始注意到了儿童情绪与父母有关，双亲的情绪影响儿童情绪的发展。50 年代更多的人员意识到个人对家庭、家庭对个人的影响，如 Wynne 等(1958）对被送进医院治疗的精神分裂症病人的家庭进行研究，其结果表明家庭中病理性人际关系是发病的主要原因；Bowen(1960）对精神病人及他们的父母进行研究，认为双亲病理性的婚姻关系是重要的病因学因素。此后的 30 年家庭治疗迅猛发展。

在家庭治疗发展过程中，影响最大的是家庭系统理论。该理论认为：

⑴家庭远胜于家庭成员的总和。家庭像是的一个系统，在这一系统中包含许多的子系统，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，每个成员都形成自己的子系统。就会出现家庭病态。

⑵家庭与其成员是相互影响的，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的心身健康。家庭的基本功能是社会化、关怀爱护、情感、生育及社会地位。。

⑶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。

⑷家庭问题的造成不是某一个成员的责任，而是家庭所有成员的责任。

⑸家庭问题通常以个人的心身症状表现出来，并必定对家庭其他成员造成影响。

⑹健康家庭功能的标志是，有健全的家庭结构，适当的领导、组织与权威分配，成员间角色清楚且适当及有良好的沟通、情感交流、支持，对内有共同的“家庭认同感”，对外有适当的“家庭界限”，并团结一致适应家庭各种变化。

家庭治疗是系统过程，既要对一个家庭进行评估，也要通过干预改进家庭内部由于不良人际沟通、不良角色扮演等原因导致的一系列家庭功能障碍。

（二）方法

1．家庭评估　可通过家庭评估量表对家庭结构、家庭生活周期、家庭功能等进行评定来决定是否需要家庭治疗。家庭评估内容包括：

⑴家庭结构：“从家庭成员基本资料中了解。如单身家庭、核心家庭、扩大型家庭等。

⑵家庭成员基本资料：包括家庭所有成员的姓名、年龄、性别、学历、职业、婚姻等。

⑶家庭生命周期（family life cycle）：家庭生命周期从新婚到退休共分为八个阶段，每一阶段均有特定的发展内容及可能存在生物学、行为学和社会学等方面的问题。

⑷家庭功能（family function）：运行正常的家庭应为每个成员提供一个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，提供性身分认同的模式等等，是家庭评估中最重要的内容。

家庭功能评估多采用 Family APGAR 问卷，以判断是否存在家庭功能障碍。该问卷共五条：①当我遇到问题时，可以从家人得到满意的帮助；②我很满意家人与我讨论各种事情以及分担问题的方式；③当我希望从事新的活动或发展时，家人都能接受且给予

支持；④我很满意家人对我表达感情的方式以及对我情绪（如愤怒、悲伤、爱）的反应；⑤我很满意家人与我共度时光的方式。每条三等计分，“经常这样”得 2 分，“有时这样”得 1 分，“几乎很少”得 0 分。总分相加，7-10 分表示家庭功能良好，4-6 分表示家庭功能中度障碍，0-3 分表示家庭功能严重障碍，需要接受家庭治疗。

2．*家庭治疗模式*　通过家庭评估，可针对不同问题，采用不同的家庭治疗模式：

⑴结构性及过程性家庭治疗模式（structural / process model）：这一治疗模式使用各种具体方法来纠正家庭结构上的问题，促进家庭功能的改善。例如，家庭成员间自我界线划分不清，没有各自的独立自主的角色，犹如粘在一起的“混合体”，可用“家庭形象雕塑技术”帮助家人了解各自的权力、义务、角色，并把治疗重点放在建立家庭成员间应有的界限上。同时，根据不同的家庭生命周期的挑战，帮助家庭度过危机。

⑵心理动力学家庭治疗模式（psycholocal dynamic model）：这一治疗模式依据心理分析理论了解家庭各成员深层的心理与行为动机及亲子关系的发展，主要着眼于了解且改善家庭成员情感上的表达和满足以及欲望的处理，促进家人的心理成长和健康。

⑶行为或社会学习家庭治疗模式（behavioral or social Learning model ）：这一治疗模式运用行为学习原则（包括正强化、负强化、惩罚、消退、示范作用等）对家庭成员的不良行为表现加以纠正，促进家庭行为的改善

3．*家庭治疗的组织*　家庭治疗须组织所有与家庭功能混乱有关的成员参加。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。如图 5－1 所示，约翰出身富豪，从小父母宠爱。珍妮出身贫穷，从小寄居在祖父家，祖母严厉，缺少爱。随着生活的深入，约翰常会因得不到关心，珍妮也常会得不到所需要的爱而互相对对方不满，并导致恶性循环。此时，应在医生主持下，由夫妻双方共同参与治疗。

图 5－1　家庭（婚姻）问题的恶性循环

（三）适应证

从理论上说，一个家庭只要在结构、组织、沟通、情感表现、角色扮演等等方面有病态，并影响成员的心理状态都可通过家庭治疗来改进。

第八节　　森田疗法

森田疗法（morita therapy）是日本森田正马于 1920 年前后创用的一种治疗神经症的方法。经过几十年的不断发展和完善，现已成为一种带有明显东方色彩、并被国际公认

的，有效、实用的心理疗法。此疗法于八十年代初期被介绍到我国，已被作为一种重要的心理治疗方法用于临床。

（一）理论基础

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美的神经质，这种神经质称森田神经质。这类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，就会产生自卑感，而这种自卑感又会使他们集中注意自身的焦虑，并竭力去回避它。但是他们越是注意自身的焦虑，就变得越敏感、越感到焦虑，从而形成恶性循环。森田将这种现象称为精神交互作用，即指对某一种感觉如果注意集中，则会使该感觉处于一种过敏状态，这种感觉的敏锐性又会使注意力越发集中，并使注意固定在这种感觉上，这种感觉和注意相结合的交互作用，就越发增大其感觉。

根据神经质的发病机理，森田提出了针对性的治疗原理。①“顺其自然”的治疗原理。森田认为，要达到治疗目的，单靠改变认知是不起作用的，正如思想上认识到没有鬼，但夜间走过坟地时照样会感到恐惧；同样，面对心身症状，单靠有意识努力地消除也是没有效果的，并且会通过精神交互作用使症状倾向于巩固。而听其自然，不予理睬，反而会使症状逐渐消退。②“为所当为”的治疗原理。除了对症状采取采取顺应的态度，还要去做应该做的事情，即忍受痛苦也要接受症状并努力做应该做的事，把注意力集中在行动上。这样有助于打破精神交互作用。同时，面对现实，陶冶性格也是治疗神经症的重要方面。

（二）实施步骤

无论是住院治疗还是门诊治疗，其条件是病人必须有强烈求治动机及一定的反省能力。

1．*住院治疗*　其过程一般分为三个阶段：

⑴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，既便是治疗人员，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，少数病人甚至要求中止治疗而出院。但是，当持续一段时期，病人就会接受、承认焦虑。

⑵工作治疗阶段：这一阶段可分为两个时期，①轻工作活动时期，大约一星期，白天可以到户外活动，参加一些轻体例的工作，如扫地、打扫室内卫生、糊纸袋、绘画等。晚上要求病人写简单的日记如一天干了些什么事等。②重工作时期，大约一星期，可让病人参加比较重的体力劳动，如砍柴、种菜、除草、培植花木等，也可以让病人读森田写的关于神经病学的书及阅读历史、传记、科普读物等。每晚要求病人记治疗日记。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，把注意力集中在工作或活动上。同时治疗者应对日记内容作出必要的评注、指导。

⑶生活训练阶段：这一阶段时间比较长，一般为两周，也可持续 3-4 周，长短按情况而定。这一阶段的主要任务是做出院准备，要指导病人回归社会环境，恢复原社会角色。此阶段可根据病人的具体情况，允许他白天回到原工作单位，或参与一些社会团体

的社会活动。无论参加何种活动，都要求每晚 回病房，并坚持写日记。其目的是使病人在工作、人际交往及社会实践中进一步体验顺应自然的原则。

2．门诊治疗　门诊治疗由于没有住院治疗所具有的特定环境，一般一周一次或两次，主要通过治疗者与病人一对一的交谈方式进行。整个治疗过程应注意以下几个要点：①治疗者与病人要建立良好的医患关系；②进行详细的体格检查，以排除严重躯体疾病的可能；③指导病人接受症状，而不要试图排斥它；“不管症状如何，听其自然”；④鼓励病人面对现实生活，承担自己生活中应该承担的责任；⑤嘱咐病人在整个治疗过程中不向亲友谈论症状，也嘱咐亲友们不听、不答复他们的病诉。

门诊治疗除了通过交淡这种言语指导方式外，日记批注也是一种重要的手段。治疗者应要求病人将每天对自己症状、人格的理解和体验以日记的形式记录下来，等复诊时让治疗者进行批注，并指出下一步要求。

（三）适应证

森田疗法的主要治疗对象是森田神经质引起的神经症，包括普通神经症（即神经衰弱），强迫观念症，恐怖症，发作性神经症如心悸发作、焦虑发作、呼吸困难发作等。高武良久认为，森田疗法不可能治愈所有神经症，只有森田神经质才是森田疗法的真正适应证。

（黄　丽）

第九节　集体心理治疗

集体心理治疗（group psychotherapy）是一种为了某些共同的目的将患者集中起来加以治疗的心理治疗方法。通常情况，由一位或两位治疗者主持；治疗对象可 6-20 人不等。治疗者运用各种技术并利用集体成员间的相互影响，以达到消除患者心身症状的目的。

（一）集体治疗的历史

集体心理治疗最早可追溯到 1905 年，美国医生 Pratt JH 在美国波士顿首次采用集体教育和鼓励，以及开展集体讨论的方法，帮助结核病人克服抑郁情绪，树立康复信心。此后，他又和其他医生合作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。

在此以后，不少医生对集体治疗发生兴趣，模仿和发展了早期的集体治疗并分别创立了一些专门用于集体治疗的方法。例如：1921 年美国精神病学家 Lazell E 在华盛顿的伊丽莎白医院运用 Pratt 的激励、鼓励、支持等方法治疗精神分裂症病人。Marsh C 将 Pratt 的方法加以发挥，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。1910-1914 年间维也纳精神病学家 Moreno JL 在维也纳创用心理剧（psychodrama）和社会剧（sociodrama）集体治疗，并于 1925 年将其传入美国；在这一过程中他还提出了角色扮演（role playing）和团体成员之间情感互相作用（sociometry）概念；1932 年他又第一次使用了集体治疗这一术语。1934 年 Schilder P 对门诊精神病人开始使用带有心理分析式的集体心理治疗。而 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。

集体治疗迅速发展是在第二次世界大战期间及战后，由于战争压力造成的心理问题骤增，面对一大批饱受战争创伤的士兵，数量有限的精神病学家、心理学家无法满足社会需要，而普通士兵也无能力支付昂贵的诊费。因此，集体治疗作为一种经济、简捷、高效的治疗手段用于战后士兵中精神病人和心理障碍者。这对集体治疗起到了强有力的推动作用。1943 年在美国成立了集体心理治疗学会（AGPA），1950 年创办了集体心理治疗杂志。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，成为心理治疗工作的一支重要力量。

（二）集体治疗的种类

1．*按重点的不同分类*　多种具体心理治疗方法包括精神分析法、行为疗法、催眠疗法、支持疗法、认知疗法等都可以在团体条件下进行。但在这类集体治疗中，虽然也利用团体内人与人之间相互作用积极一面；但更注重将治疗手段直接作用于团体中的每一个人。例如集体松弛训练，可利用团体影响形成一种学习气氛，但其目的是使每个成员学会这一技术。所以这是一类把重点放在个体的集体心理治疗。

另一类集体治疗主要通过团体成员之间的各种心理接触、心理作用来实现，国外流行的各种小组，大都属于此类。如 T 小组（T group）、交朋友小组（encountergroup）、心理剧（psychodrama）、格式塔小组（gestalt group）、患者中心小组（client-centered group）、自我帮助小组（selfhelp group）等，这一类治疗方法是在医生指导下，利用团体内部的社会心理过程，使团体成员认识并改变各种情感、人际关系、以及行为等方面的问题。家庭治疗和婚姻治疗也可包括在这类集体治疗之中。

目前我国使用最多的集体心理治疗往往属于前一种。如姜乾金（1993）曾对癌症和慢性病人进行集体心理治疗获得良好疗效。

2．*按封闭式和连续式分类*　在封闭式集体治疗中，成员一旦确定下来就不再更换，其优点是可以不断结累资料，整个治疗集体稳定可靠。连续式集体治疗中的成员可以是随时变化，一位成员离开后可以再补一位新的成员参加进来，其优点是新成员的进入往往会重新激起集体内的竞争意识使整个集体显得较有生机，新成员在老成员的帮助下更容易接受治疗。

3．*按同质性和异质性分类*　同质集体是指成员的组织成分（包括性别、年龄、职业、性格、病种等）相同或相近的集体，同质治疗集体依“团体凝聚力理论”更具有集体的凝聚力和协调性。而异质集体是指成员的组织成分各不相同的集体，治疗是依据“社会缩影理论”，认为集体作为现实社会的缩影，其问题的复杂性越高，差别性越大，集体越能反映实际生活情景，集体成员才有更多适合的学习模型。目前一般认为集体治疗其成员在年龄、社会成熟度、疾病主要问题等方面的同质；性别、生活环境、职业背景等方面的异质较为合适。

(三)适应证与评价

早期的集体心理治疗大多出于经济考虑，主要为节省人力与物力。但随着集体治疗的发展，现已作为心理治疗方法的一种，成为某些特定群体的选择性治疗措施。例如①住院和门诊精神病人；②儿童及其家长（包括学校、儿童医院儿童）；③青年人（包括情绪紧张度过高过低、性问题等）；④老年人；⑤烟瘾和酒瘾者；⑥躯体疾病病人；等等。

集体治疗较个别治疗有许多优点。首先，有同类心理问题的患者集中在一起，能使

每一个集体成员觉得问题并不太严重，从而可减轻心理上的压力，有利于克服消极情绪。其次，团体成员中某些患者治愈的榜样作用对其他患者有树立信心、唤起希望的作用。第三，在治疗过程中团体成员可以从不同角度得到关于自己对他人作用的反馈信息，而后这种反馈信息治疗者很难给予。第四，通过团体成员相互间直接的帮助，以及通过社会助长作用（social facilitation），有利于某些治疗技术的迅速掌握。第五，通过团体成员间的交往，可增进患者的内省力，提高患者的自我理解能力及认识能力等，有益于改变原有的错误认知名人士。第六，集体治疗效率高、比较经济且影响范围也大。

集体治疗也存在一些问题。首先针对性较低，团体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、结果的评价等都有一定的困难。

（黄　丽　姜乾金）

第十节 行为矫正疗法

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(见第一章)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异常的心理或躯体反应)是长期学习强化的结果,因此可以通过一种新的学习过程,或通过改变或消除原有的学习过程来加以矫正。

行为矫正疗法种类很多，本节将有代表性的介绍几种。值得指出的是，在国内外书籍中，某些行为治疗方法虽然名称互不相同，实质上却是一回事或基本相近。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 learing)等。

行为治疗适用于多种对象,具有广阔的应用价值。其中有些方法需要在专门的机构里进行,但更多的方法在日常医疗过程中即可实施。

一、行为治疗的基本过程

虽然各种行为治疗方法的原理、方式、目的等各不相同，但在实际操作时也存在一些共同的基本步骤，这就是问题判别、测量与分析、开始治疗、疗效评价和维持疗效等五步。

（一）问题判别

根据广义的行为概念，行为治疗目的就是矫正各种问题行为(problem behavior)。一种问题行为往往涉及生物、心理、社会各方面，故判别某种问题行为有时候并非容易，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。问题判别有以下内容：

1．*问题行为的表现*　包括问题行为出现的频率、程度和持续时间。例如，吸多少支烟，什么时候吸，有什么伴随的感觉；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，此时更应深入细致地进行分析和判别。

2．问题行为的病因　通过对问题行为的历史、发展和稳定性的认真追查，收集各种历史资料，有时可以发现某些社会因素是问题行为发生、发展的重要原因。例如亲人亡故、离婚等。

3．问题行为的影响因素　通过深入了解，可能会发现问题行为的各种控制或影响因素。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。经过与病人共同回顾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。

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，那么应暂时放弃。

（二）测量与分析

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问题行为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问题行为的监督者。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，进一步寻找和证实问题行为与环境刺激因素的联系。这里要特别注意两点：①是否有特定的环境刺激可引起行为反应。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问题行为本身的情况。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，同时也对病人问题行为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）开始治疗

1．治疗方法的选择　问题行为及其影响因素个体差异很大，故行为治疗必须强调使用的方法要与具体病人相匹配。选择治疗方案时，要具体结合以下几点：①该治疗方法已被证明对这一类问题行为有效；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。

关于各种问题行为选用何种治疗方法，将在后面详细介绍，在此不作赘述。

2．开始治疗的指导　开始治疗前医生应对病人作有关治疗原理和目的等方面的指导，主要内容有：①介绍病人整个行为病史及诊断；②介绍病人问题行为产生的原因，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问题行为的维

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；⑥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、取决于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）疗效评价

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。

如果经过一段时间治疗而病人无进步，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。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。

治疗如果成功，病人可形成新的行为反应模式，不良行为或心身症状将会减轻或消失。

（五）维持疗效

问题行为很容易复发，维持疗效是行为治疗程序的最后重要一环。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，用松弛训练技术治疗头痛病人，当症状缓解直至消失后，还必须指导他继续松弛训练 l、2 年的时间才能避免症状复发。

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。

二、系统脱敏法

系统脱敏法(systematic desensitization)的原理有两方面，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消退(脱敏)。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

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(见本章第十一节)，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：

⑴打印“蜘蛛”字样的卡片；

⑵看一幅静止的蜘蛛图画；

⑶看移动的蜘蛛画面；

⑷观看园子里 5 米远的静态蜘蛛；

⑸观看 2 米远蜘蛛的运动；

⑹近看蜘蛛结网；

⑺让小蜘蛛在戴手套的手上爬行；

⑻让蜘蛛在裸手上爬行；

⑼让大蜘蛛在裸手上爬行；

⑽拿起大蜘蛛并让它向手臂上爬行。

以上种情景刺激显然以⑴引起病人焦虑程度最轻微，⑽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。患者先接触情景⑴，令其一边打印蜘蛛”卡片，一边进行想象和松弛训练，以对抗焦虑。当患者经过反复训练已经不再出现焦虑，或者焦虑程度大大降低时，可进一等级接触情景⑵，同样进行松弛训练。如此顺序渐进。如果在某一等级时焦虑过于强烈，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。

系统脱敏疗法除实际接触情景外，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；也用于医学中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；还用于某些工作、学习、生活环境下的紧张或恐惧反应，例如特定工作环境所引起的头痛、大规模比赛时的现场紧张、考试焦虑等。

三、厌恶疗法

厌恶疗法(aversion 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，则该不良行为会逐渐减弱。因此，如果在一种不良行为出现时立即给予一定的痛苦刺激(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．选样适当的厌恶刺激　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：

⑴物理刺激：例如电击、橡皮筋弹击手腕或掐手腕致痛等；

⑵化学刺激：例如吐根制剂、阿朴吗啡等致吐剂及苦味酊等苦味剂；

⑶环境刺激：例如隔离(time—out)等；

⑷想象：例如想象痛苦、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阿朴吗啡使之产生恶心呕吐，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(time—out)，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 JK，1969)。

3．*治疗要领* 要使厌恶疗法达到预期目标，必须要掌握以下要领:①厌恶刺激必须在不良行为发生时始终存在；②刺激要达到明确厌恶的水平;③治疗要持续到不良行为彻底消除。此外，不良行为稍有改变时应随时进行鼓励强化，并逐渐转为由病人自己作进一步自我控制。

（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（使用奖励）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* 一种社会不良行为往往涉及多方面的不良行为要素， 必须通过分析确定其中的主要不良行为要素，并首先加以操作训练，则其它不良行为要素相对地就较易娇正。

现以某一儿童的孤独行为为例，经分析他有以下不良行为要素：不愿多讲话、不喜欢集体玩耍、不喜欢出门。但影响该儿童社会活动功能的主要行为问题是第一项即不愿多讲话，由于口头语言表达能力差，逐渐影响与其他儿童一起玩耍，进而不愿出门。

2．*选择强化物* 一般应选择儿童所喜欢的奖励物，如钱币、糖果、小人书、卡通、成人们的注意、与大人玩耍、接受抚摸等，也可使用“代币”，如小红旗、筹码、代用券等在团体内被接受的替代奖品。

3．*强化训练* 首先针对首要的行为问题，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，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 l—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。

在训练过程中，奖励原则有：①开始时稍有正确反应就要加以奖励，以后逐渐减少；②逐渐由物质奖励转为精神奖励；③逐渐由外部奖励转为儿童内部的自我奖励，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，这种自豪感对讲话行为可产生更大的强化作用；④注意利用奖励促进条件反射的泛化，例如逐渐地使儿童在多种环境条件下都愿意讲话，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。

利用代币作为奖励物所进行的正强化训练通常称代币法(token economy)，又称奖励标记法。该方法常使用于精神病人、智残儿童等集体里。实际生活中也常见到代币法，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。

（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)的理论基础是行为理论中的示范作用。其主要观点是，通过反复观看和接触具体的具有良好行为模式的人物模型，可不经强化被试者即可以使其形成（学会）这种行为。

（一）方法

1．选择模型　用于示范的模型可分为两种。

现实生活中能被病人接近的具体人物模型称为活体模型，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，以此为模型的示范过程称生活示范(live modelling)。以电影或录像中的某一角色人物作为模型时，称象征模型，其示范过程称替代示范(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。

2．示范方法　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“模型”病人的行为表现加以关注和赞赏，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。

再以儿童外科行为教育为例。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、手术到康复的全过程，以及该儿童一系列的正确的心理行为表现。一般在儿童入院时即开始放映此类示范电影。

（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(如术前焦虑和牙科恐惧)。对焦虑源敏感性越高的病人示范的效果也越好。

（何金彩　徐　云）

第十一节　松弛疗法

松弛疗法是在医生指导下，主要由病人自己控制，通过各种固定程式作反复放松训练，以对抗各种紧张性心身症状的一类重要行为治疗方法。

松弛疗法的治疗原理是，通过长期反复的放松训练，可以形成条件反射性心、身松弛反应，这对于许多以心理紧张（如焦虑）或以交感神经紧张（如头痛、心率过速）为主要症状的病患例如高血压、支气管哮喘、疼痛、焦虑、失眠、性功能障碍等（即心身

疾病或心理生理疾病），显然具有积极意义。

松弛训练程式或称松弛训练技术(relaxation training techniques)种类很多，古今皆有。在世界各种文化中，许多传统健身治疗方法或宗教仪式,例如各种冥想或静默训练、瑜珈以及我国的气功等，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。本节将择要予以介绍。

松弛疗法可在医生直接指导下进行，也可将有关的放松训练过程编成小册子分发给病人让其自我训练，目前更常采用音乐背景中的指导语录音带供患者使用。一盒质量好的放松训练指导语，将会使松弛训练治疗程序趋于简便和统一。

松弛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，要及时发现予以停止训练。

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 traning)。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，进而形成全心身的放松。

渐进性松弛训练具体过程大致如下：

(1)被试处于舒适位置。指导者先令其放松，并用深而慢呼吸，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令被试者收紧某一块肌群，再放松之。然后再转换到另一块肌群作同样的训练，其次序是前臂、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训练时，都要瞩被试体验紧张和松弛时的感觉差别。

(3)经过反复训练，当被试通过对肌群放松感觉的回忆就能自动放松全身时，上述交替收紧与放松训练即可逐渐停止。此后，被试可以在任何情况下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，主要掌握以下几要点:

(l)在舒适安静的环境中轻装、静坐、闭目。

(2)排除杂念，把自己置于被动状态，重复注意一个词或一种声音，例如在呼气时轻轻重复默念“1”（或“松”、“静”）。

(3)在深而慢的呼吸节律中，每在呼气时就顺势放松全身肌肉，并寻找超然感觉。

随着训练时间的延长，被试对于自我放松的感觉会逐渐加深，从而使放松速度和自控程度加强，出现愉快感、轻松感、休息感，直至在工作和生活中遇到紧张场景时，也会自主地使自己放松。故松弛反应法可用于克服一般的临场焦虑症状，如手术、赛场和考试紧张。

松弛反应法作为各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、慢性腰背痛等的辅助治疗或预防手段时，则应坚持每次训练 20-30 分钟，每天 l—2 次，一般持续 3—6 个月以上。各种研究证明，长期的松弛训练对躯体生理功能的影响很明显，除了使血压降低，还使氧耗量、心率、呼吸率、动脉血中乳酸盐含量下降，使骨骼肌血流量轻度增加，且这些变化与普通静坐或睡眠时的变化不同，长期训练还能使外周交感神经递质活性下降，表现在血浆多巴胺 B 羟化酶水平下降(Stone RA，1976)。

三、结合暗示和想象的松弛训练

有时，可利用想象过程(imagery)促进放松训练，实际上这已是一类利用暗示和想象的松弛疗法。

这一类方法中的被试所处环境、体位、入静和放松次序均与上述放松训练类似，但在顺序放松全身的同时，利用指导语进行暗示或指导被试自己开展想象暗示。例如，当局部肢体被放松时，同时暗示或想象该肢体“发沉”(肌肉深度放松的自我感觉)和“发热”(外周血管扩张的自我感觉)；再暗示或想象这种“发沉”、“发热”感觉分别按次序在全身出现；随着暗示或想象的加深，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，在暖流遍及的地方，局部进一步放松并产生舒畅、轻松或发沉的感觉；暗示或想象还可进一步扩展到内部脏器，感受到脏器的良好感觉；也可以将暗示或想象超出人体，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)。

由 Schultz JH 于 40 年代倡导并由 Luthe W 于 60 年代推广的自律训练法(autogenic training)就是一种主要结合暗示和想象的松弛训练技术，可明显降低交感活动张力水平，用于治疗偏头痛、雷诺氏病和硬皮病等。此外，在冥想疗法(meditation)、我国的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成分，其想象内容有的更为丰富多采。

（何金彩　姜乾金）

第十二节　生物反馈疗法

生物反馈(biofeedback)又称为生物回授，它是利用仪器，将人体内各系统、各器官许多人们在一般情况下不能被感知到的生物活动信息变化，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、放大并转换成为能被人们能理解的信息，以听觉或视觉的信号显示出来(即信息反馈)。生物反馈疗法(biofeedback therapy)就是个体通过对这些信号活动变化的认识和体验，学会有意识地调控这些生物活动，从而达到调整机体功能和防病治病的目的。

本世纪 20 年代，美国学者雅克布森(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。

（一）生物反馈的原理

主要来源于内脏操作条件反射(行为学习理论)及信息论和控制论(见图 5－2)。传统的观点认为，只有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（参见第一章），通过对各种内脏反应的研究，发现许多内脏的功能是可以随意控制的，这就为生物反馈提供了理论基础。

图 5－2　生物反馈过程示意图

根据本世纪 40 年代兴起的“控制论”、“信息论”，机体就是一个“自动控制”系统。其控制部分发出的信息对受控部分的活动进行调节，受控部分也应不断将信息反馈给控制部分，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。所以，反馈联系在机体自动控制训练过程中是必需的。

（二）生物反馈的种类

目前临床应用的生物反馈种类主要有：

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。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、原发性高血压等疾病。也可用于某些瘫痪病人的康复治疗。

2．皮肤电反馈　皮肤电活动主要通过皮肤电阻大小的改变或者皮肤电压的波动来表示。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，对皮肤电活动进行的随意控制，进而达到调节情绪的目的。临床上常用于克服焦虑状态(如运动员)和降低血压。

3．心率、血压反馈　直接将收缩压、舒张压或者脉搏波速度的信息反馈出来，通

过训练，达到学会调控心率或血压的目的，可用于高血压病的治疗。

4．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，都可引起皮肤温度的变化。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，用于治疗神经血管性功能障碍，如偏头痛、雷诺氏病等疾病。

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，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．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，对失眠和癫痫等疾病的进行治疗。

目前国内除使用单信息的单导生物反馈仪外，已有可同时记录多种信息的多导生物反馈仪，临床采用生物反馈治疗时，可同时进行多种信息反馈，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，增加疗效。

（三）生物反馈训练程序

1．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，在治疗过程中应尽量设法寻找特异性信息变量，例如原发性高血压的病人可选用血压反馈仪提供血压变化信息，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。但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，可以治疗一些心身疾病，此时的肌电反馈信息就是非特异性的。

在选择病种和病例时，应对病人疾病的性质及可能恢复的程度做出全面的估计。在心理学方面，还应对病人视觉和听觉能力、智力水平、自我调节能力、暗示性、注意力、记忆力及个性心理特征等作全面的了解。在上述基础上选择适合进行生物反馈训练的病例。

2．病人的准备　在进行生物反馈训练前，除了对病人做生理、生化检查准备外，还应让病人了解疾病与心理应激、情绪之间的关系，了解生物反馈训练的原理、必要性、优越性和安全性，使病人能积极主动地参与训练。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，又能在家不用仪器训练，并持之以恒不致半途而废。

3．环境和体位　进行生物反馈训练要有一个安静、舒适的良好训练环境。一般可在一个单独的或与周围隔离的房间中进行，以免受外界的干扰而使病人分散注意力，影响效果。

4．电极安放位置　以下以肌电反馈为例，电极安放的部位因人、因病而异。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，但过大的间距则影响精确度。电极安放前要用酒精棉球擦拭清洁皮肤，导电膏的用量要适当，目前已有自粘式电极，集电极、粘片和导电膏为一体，使用方便可靠。

5．训练步骤　训练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。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。放松一般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。

每次训练之前先测出病人的肌电基准水平值，加以记录以便参考和作疗效观察的依据。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。在训练中提供反馈信息和中断反馈信息可交替进行，便于病人掌握在没有反馈仪帮助的情况下也能用自我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 1μv 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。

肌电反馈亦可进行增强肌肉功能的训练，只是训练的步骤稍有不同。首先要确定训练目标，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，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。当病人对肌肉控制的水平得到增强后，必须及时地进行各项功能活动的训练，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，肌肉功能可以得到较明显的改善。

生物反馈的要点是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。更为重要的是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），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。

生物反馈放松训练一个疗程一般需要 4～8 周，每周 2 次，每次 20～30 分钟。

（四）生物反馈的临床应用

内科：常用于心律失常、原发性高血压、支气管哮喘等。使用消化道平滑肌和括约肌张力反馈，训练病人对直肠充盈的感觉和对肛门内外括约肌的控制能力。

精神神经科：常用于紧张性头痛、偏头痛、雷诺氏病、癫痫病等。

外科：用于骨骼肌功能的康复训练。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。

妇科：用于解除孕妇临产的紧张和分娩的痛苦以及痛经等妇科疾病。

儿科：采用前额肌电反馈放松训练治疗儿童多动症。也可用于伤残儿童的康复治疗。

生活应激和心理训练：生物反馈放松训练具有明显的抗应激作用。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　廖胜兴）

第十三节　气功与心理治疗

气功在我国至少已有 2000 年以上的历史。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，练功时具有躯体运动动作之特点；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。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，在呼气时轻轻地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。包括气功在内的这些传统训练程式有几个共同的特点，就是都要求进行某种重复的精神活动；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(见本章第十一节)。其主要内容是轻装、舒适、静坐、闭目、顺序放松全身肌网、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。

显然气功与松弛反应从形式到内容都有一定的联系。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，也与上述松弛疗法的疗效报告相一致。

（二）气功与生物反馈

生物反馈通过仪器记录和转换，将人体内的某些生理活动信息，如血压水平、肠蠕动幅度等，反馈到本人的意识之中。经过本人有意识的主动学习训练，形成条件反射，学会相对随意地控制这些脏器的活动，从而治疗疾病(见本章第十二节)。

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常态。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下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。

（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，而是通过有针对性的、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”与药物协同作用对付肿瘤细胞，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，也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，如降低交感神经活动，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。对情绪不佳和烦恼的病人，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）气功的心理支持作用

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。研究证明，松弛训练还可以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。

气功具有一整套训练程式并有其本身的系统理论作解释。练功在操作训练过程中，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。作者的调查也证明，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可能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。

（何金彩　姜乾金）

第十四节　认知行为矫正疗法

70 年代初，有行为主义倾向的心理学家迈肯鲍姆（Meichenbaum D ）在吸取苏联学者鲁利亚和维果茨基研究成果的基础上，提出了把认知与行为两种理论相结合的认知行为矫正疗法（cognitive behaviioral modification）。由于这类疗法反映了现代心理治疗在认知和行为两大理论体系的融合趋势，所以具有独特的生命力和实用价值。

本疗法的初期理论依据是：不管是否觉察，人总是以个人的自述（即内部语言）和信念等认知因素支配和影响自己行为，而个人的行为及其后果又反作用于相应的个人自述和信念，形成认知和行为之间的循环关系。如果把一个人的原有自述和信念等认知因素由消极性改变成建设性，就能矫正其各种行为障碍，同时也能实现认知重建。可见本疗法既强调认知因素对动机与情绪行为反应的影响，也强调行为技术对认知与情绪的反作用。

目前的认知行为矫正疗法基本原理则是以控制论、社会学习理论和自我调节理论为基础，认为人的日常行为是由先行刺激 A（antecedent）→行为 B（behavior）→行为后果 C（consequence ）这样环环相扣的行为反应链所组成，一旦个体确定某一行为目标，以后即会按此链自动地完成。但如果这种行为反应链的任何一个环节被新的刺激打断，引起个体的觉察(认知)，个体的自我调节就开始起作用。这种自我调节系统包括自我观察、自我评价和自我强化三阶段。任何一个阶段都会影响整体行为，这成为治疗的楔入点。

认知行为治疗方法变式较多，以下介绍主要的几种。

（一）自我指导训练

迈肯鲍姆提出通过改变个人认知与行为之间的循环关系有目的地改变问题行为。具体方法分三个阶段：第一阶段是认知准备。医患双方共同探讨患者的问题行为有哪些自述性考虑和表达。通过让患者坚持每天的自我监督（观察）日记，对认知与问题行为之间的因果链做深入了解，以明确引起这些问题行为的先行刺激 A 是什么，行为的后果 C 又是什么。例如肥胖者的多食行为 B 可由剩菜 A 所引起，吃完剩菜后感受到了避免浪费的欣慰 C，C 又会强化 B。通过有效的自我监督，其本身可增加患者对消极情绪行为的自我控制(如控制为避免浪费而多食)。第二阶段是技能学习和演练。学习新的建设性自述（新的认知），以替代和减少那些诱发焦虑或降低自尊的自我失败性自述（原有的认知）。同时，学习和演练新的适应性行为，例如对于多食行为可进行进食训练，对于社交不良行为可进行社交技能训练、自信（辩护）训练等，取代原有适应不良、自我失败

性行为。第三阶段是实践应用。在各种现实情境中应用和练习新学到的建设性自述和适应性行为，由易到难，由小到大，由少到多，由简单到复杂，逐步推进。

（二）应激预防训练

近年来研究表明，抑郁性情感障碍者对现实的认知与信念可能比起没有障碍的人更为客观和理智，只是前者面临应激刺激的思维方式是悲观的、消极的，而后者却是乐观的、积极的。与之相应，迈肯鲍姆（1985）运用另一种他称为应激预防训练的认知行为矫正方法，帮助患者在应激情境中把悲观、消极思维转变成乐观、积极思维。做法大致也有三个阶段。首先，探讨患者在产生苦恼的特定情境中，其思维和情绪行为反应特有方式。针对那些悲观、消极的思维与反应，为患者示范更适宜的思维和行为模式。其次，让患者先大声说出，再逐渐变成小声诉说，直到默念的方式演练所示范的思维模式。如果可行，也演练示范的行为。最后，指导患者在实际生活情境中试验这些新的思维和行为模式，并反馈试行的效果。

（三）自我控制技术

与上述方法大同小异的自我控制、自我管理技术，开始阶段同样要对病人的问题行为进行以自我观察为主的功能分析。自我观察的具体方法是每天按时间、地点、自己的活动（包括言行、思想和情感）、活动后的反应（自己与他人的言行、情感反应）几项内容，简明扼要以填表方式予以及时记录（即行为日记）。所记录的活动及其反应完全围绕问题行为 B 及其前因 A 和后果 C。例如某青年欲戒除吸烟行为，进行了 10 天中 24 次吸烟 B 的自我观察记录，统计出自己有 17 次是与同伴社交时互递而吸的 A1，有 5 次是一人闲坐无事可干而吸的 A2，有 2 次是因学业紧张而吸的 A3，并且，每次吸烟后都引起懊悔和自责 C。总结了这些前因后果，该青年表示“已经知道该怎样戒烟了”。可见，这种记录是按先行刺激 A 、行为 B 、和后果 C 三部分内容填写的。A 部分回答“何时、何地、与谁在一起、正做何事、内心对话（当时头脑中对自己说的话）”五个问题；B 部分简述自己的问题行为及伴随的思想、情感；C 部分要回答“后来发生什么？感觉怎样？”两个问题。如果问题行为是简单重复性的行为，B 部分可只记该行为次数或持续时间。一般，坚持填写自我观察日记一周左右，就能从 A 记录中揭示先行刺激主要来自环境刺激还是来自头脑中的自述，从 B 记录中反映问题行为的表现形式与特点主要是应对技能缺乏还是消极行为过多，从 C 记录中明确维持与该行为对立的希望行为的强化物是否失效、不当、缺乏或冲突。然后，给自己选择具体行为矫正目标：在哪些情境中增加哪种与问题行为相对立的积极适应性行为到什么程度。这给下一步制定和实施有效的自我控制策略打好基础。

常用的自我控制技术包括分别针对先行刺激、问题行为本身和强化物三个环节的不同策略，分述如下。

1．*针对先行刺激的自我控制策略*　①缩小能诱发问题行为的刺激范围：按计划逐步缩小能诱发问题行为的情境地点和时间，以减少问题行为出现。②避免触发不良习惯的强大刺激：躲开能激发问题行为的先行刺激的强大诱惑，来预防问题行为。③刺激控制：安排自己多处在能诱发积极适应性行为的良好环境，也就减少了问题行为的出现。

2．*针对问题行为本身的策略*　①反应防止：对无法回避的先行刺激，预先改变某种相关条件，使不良行为反应难以或无法发生。②对抗反应：主动从事与问题行为相对

抗而无法共存的积极行为反应。③行为链打断：使不良行为习惯过程复杂化和困难化，以干扰和阻止此行为。④连续接近：经过一系列相对无痛苦的短小步骤，逐渐接近和达到行为矫正目标。

3．针对强化物的策略　①期望性行为强化：即正强化。对每一点行为矫正的进步给予令人愉快的物质和精神小奖励，尤其是言语肯定的鼓励性自述。②反应代价：即惩罚。在未实现计划具体目标或行为合同，以及不良行为再现时，要及时给予自我物质和精神的小惩罚，包括言语批评指正性自述，提高对实现长远目标的觉醒。③“老奶奶办法”：象老奶奶引导小孩吃菜时用的办法，提出“不吃菜，没水果”，坚持不完成预定行为矫正计划或合同，就取消常规性喜欢的东西，来增加期望的行为。这也是一种惩罚。④内隐性致敏：即想象厌恶法。指导想象有关问题行为的可怕不良后果，可促进该行为减少。⑤内隐性强化（covert reinforcement ）：即想象正强化。指导想象有关期望行为的积极良好后果，可促进该行为增加。

自我控制技术的核心特点是：由治疗会谈逐渐向家庭作业和实际生活环境推行行为自我调节系统重建。此外，治疗中还可运用订立行为矫正合同或行为改变的远、近期利弊表等方式，不断提高病人的求治动机和参与积极性。

（四）适症证

本疗法广泛应用于精神发育迟滞的治疗，学生学业积极性和能力的提高，缺乏信念的成人烟、酒、赌、毒等不良习惯和成瘾的矫正和戒断，节食减肥以及抑郁症、焦虑症、强迫症等神经症和精神分裂症缓解期的心理治疗。本疗法也作为学校咨询、婚姻咨询、家庭治疗和成长疗法的常用手段之一。

第十五节　相互作用分析

（一）理论基础

1957 年，为寻求一种简便易学又利于医患共同理解运用的心理治疗手段，原籍加拿大的美国精神分析大夫柏恩（Berne E ）提出了相互作用分析（transactional analysis,TA ）。这是一套与以往心理学流派不同的，关于人格发展、正常个性、变态心理、人际交往和心理治疗的新理论。它采用平民百姓日常语汇取代传统心理学专门术语和习惯表达方法，曾经因此不被学术界所承认和接纳。但由于它的有效性和大众化特点，仍然很快在世界各地广泛传播。

本疗法的独特概念和理论是：每个人的人格都由三种各具思维、情感及行为方式的自我状态（ego states ）构成， 即“父母”（parent,P）、“成人”（adult,A）和“儿童”（child,C）。该理论认为，P 是人在早年耳闻目睹的父母或其他抚养者（又称父母形象）言行的记录，是环境中某种文化传统影响的反映，常表现为有成见和经验色彩，即“我们”的态度；C 是人在早年与大人（主要是父母形象）交往的感受、体验、习惯性反应等的记录，常表现出有强烈情感色彩的“我不行”的态度；A 是个体发育成长中逐步学习获得的，是接收与处理来自周围环境和内部Ｐ、Ｃ信息的功能部分，常表现为有觉察力、耐心并对人理解和尊重，即“我行－你也行”的态度。Ｐ、Ａ、Ｃ分别相似但不等于精神分析中的超我、自我和本我。如果在现实环境中不合时宜地由Ｐ或Ｃ占据支配地

位，就会导致A的正常功能下降，成为心理障碍的最初标志。作为健康人格核心的A，必须要能有效地接收和处理内外信息，富有觉察力、开放性、适应能力和亲切感，亦即有实现自主性（autonomy）。本疗法的目标之一就是恢复、开发A的自主性。

两人间的社会交往，包括从一方某个自我状态发出信息的刺激和对方某个自我状态信息反馈的反应，无论是言语还是非言语的，是公开还是隐蔽的，都叫相互作用（transaction）。凡是交往双方的刺激和反应是沿同一条线进行而互补的（complementary），那么交往就能顺利维持发展下去年。凡是交往双方的刺激和反应不沿同一条线进行即是交叉的（crossed），那么交往就不能顺利维持发展，就会产生对抗、误解、烦恼、愤怒、痛苦等人际关系不良的后果。这是分析把握所有人际交往、人际关系的两条基本定律。最积极良好的人际关系是以A对A为基础的互补性相互作用。有些习惯性相互作用，表面上互补却暗藏交叉，它使人们反复与同样对象，以同样方式，说同样的话，使发起者得到同样的暂时自我满足，但实际上后果是消极的，这叫玩游戏（playing games），它常是毒化、破坏人际关系的大敌。本疗法的另一个目标就是揭示人际冲突和麻烦中的消极交叉，恢复积极互补的相互作用，揭示并中止人们参与的游戏，建立和发展以A对A的互补性相互作用的人际关系。

每个人如何看待自己，如何看待与他人相处的人生基本态度又叫人生剧本（lifescrips），它是童年时经受重大相互作用影响而形成的相对稳定的自我判断的产物，它影响个人一生的成败。人生剧本有四类：建设性剧本“我行－你也行”，这是A的成功的体现；导致失败和有破坏性的剧本“我行－你不行”或“我不行－你也不行”；造成平庸无为状态的剧本是“我不行－你行”。本疗法的第三个目标就是指导求助者分析、暴露自己的后三种人生剧本，进行适当改写，以重建“我行－你也行”的人生态度。

（二）方　法

本疗法强调治疗者在助人时必须不断自助，对初学者更要求先学会自助，才能去助人。治疗过程大体分三阶段。

1．建立关系阶段　从一开始，治疗者就始终注意敏锐、准确地分析把握对方此时此地所处的自我状态及其动态变化，从“我行－你也行”的基本态度出发，对求助者通常表现出的C（痛苦倾诉和求援）或P（自我保护戒备状态）以及少数的A（显示理智），分别以互补的方式传递适当信息，即完全无伤害地给予积极抚慰，这是打开相互信任理解的大门，建立适当治疗性关系的关键。此阶段也要简明扼要介绍本疗法的基本概念和实施框架，推进双向信息交流。介绍时要列举求助者说过的有代表性的习惯用语，既加强启发说服力，又促进对方求助动机。

2．工作进程阶段　这一阶段通常分四步目标，分别实现之。

⑴自我状态诊断：又叫结构分析（structural analysis）。帮助求助者学习掌握以行为、历史、社会和现象学几种诊断方法，多方面多角度深入了解和把握自己ＰＡＣ三种自我状态成分的功能与来源。帮助求助者对自己每天在不同时间地点独自或与不同人交往时的内心对话进行自我观察分析，能逐步揭示常见的自我状态问题（即ＰＡＣ各人格成分功能表现的异常）。对其中最多见的自我状态问题——污染（contamination，意为PAC相重叠相混淆），运用提问、详述、对质和解释等几种干预技术进行去污染，例如通过坚持提问：“究竟谁在说话、表现？ 信息是从哪里来的？根据是什么？”等方式，区

分C或P与A的相重叠混淆部分，恢复A接收处理现实信息的正常功能。如果区分了C与A的重叠混淆，即去掉了C对A的污染，就能纠正情感取代理智的不良心理行为；如果区分了P与A的重叠混淆，即去掉了P对A的污染，就能解除各种成见、偏见的不良影响。对于另外三类自我状态问题（排斥 exclusion、松弛 lax、损害 lesion），在去污染以后和对P、C做进一步分析准备工作基础上，也应一一予以处理，从而达到第一步目标。

⑵.相互交往分析（transactional analysis proper ）：运用格式塔疗法的双椅投射（即具体交往的角色扮演）技术，根据自我内心对话记录画出自我状态图，或通过对现实交往的录音录像资料的观察，分析日常人际交往状况，揭示交往中的两种常见不良相互作用——钩钓（hook）或绞架（gallows）。再按童年时形成的P、C的抚慰需要模，式给予积极的精神抚慰，采取例证、确认、阐述和具体化等几种介入技术，继续稳定强化A的功能，防止滑到P或C的心理位置，使之摆脱消极的钩钓或绞架性交往，从而达到第二步目标。

⑶游戏分析（game analysis ）：人们（包括治疗者）常常有意无意、或主动或被动地参与玩游戏（即表面上互补实际上交叉的相互作用）。所有的游戏都是从童年时C的原始游戏“我（的）比你（的）好”发展变化而来。要安排适当时间对消极情感追根求源，充分揭示C“不行”感受的历史根源，结合历史和现象学诊断法，剖析头脑中P与C的对话，回顾以往类似情境中的感受直到早年经历，澄清P－C对话的现实涵义，反复运用去污染的干预技术恢复A的功能，摆脱游戏，从而达到第三步目标。

⑷剧本分析（script analysis ）：通过提问题发现个人生活剧本的主题和扮演的角色：“象你这样的人都有什么遭遇？如果象现在这样继续下去，会有什么结局？当生命结束时，别人会怎样谈论你？”再配合回归技术（ regressive techniques）发掘C中的儿时体验，包括发生的大事、经历的教育训练、接受的指令禁令和童年喜爱的故事。也可运用剧本核查表（script checklist）或个人剧本总结表（ individual script summary）分析个人拥有的人生剧本（喜剧、悲剧、闹剧、惊险剧、滑稽剧等）及其主题、角色。由此揭示出非成功剧本的根子往往是P中过分批评、过度保护、态度多变或矛盾冲突等陈旧信息的消极部分，就能促进求助者在A监督下，决心从现实信息资源逐步学习建立一种新的积极态度的P，对老的P起补偿、平衡作用，这叫重建“父母”（reparenting）。人格重建带来剧本改写，使C恢复对生活乐趣的感受，并且，体现在人生时间安排的计划结构上。即从A心理位置出发，协调P和C中的积极部分，学会自主地适当分配在工作、消遣、仪式、亲密关系、想象活动和游戏交往的时间，从而达到了治疗的最后第四步目标。

3．终止阶段　治疗结束的方式可能多种多样。理想情况下，应当是双方原合作计划的递减式会谈的结束。结束前，回顾总结一下全过程，包括制定和完成的各种目标和计划内容，对双方都是有益的。

（三）应用范围

相互作用分析最初介绍的是集体治疗形式，但同样适用于个别治疗。近２０多年来，已广泛应用于各类医院、疗养康复机构、学校、家庭、社团、工矿商贸企业、政府部门、青少年教养机构和监狱等各种公众与私人领域，被作为个人或集体的心理行为自助互助手段，能增进心身健康，改善生活质量，改进人际关系，提高学习和工作效率。本疗法既适用于一般心理健康水平的人，又适用于各种心理障碍者，包括适应性障碍、严重情

感障碍、行为障碍、各类神经症、心身障碍、心身疾病、性行为与功能障碍、偏执狂、弱智儿童的心理治疗和自杀干预，还适用于烧伤、盲人等伤残者的康复治疗。适用范围最小年龄可低至三四岁，最低智力可达智商３０至７５。但不适用于精神分裂症急性期和无自控能力的攻击性儿童。

（周建南）

第十六节　药物的心理效应与安慰剂

（一）药物治疗行为的心理效应

药物对病人和医生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，因为合理、恰当地使用药物，会有“药到病除”的功效，甚至有“起死还生”的作用，而每一种药物都有其一定的生理效应。各种药物的使用，也都有它的临床适应症，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，药物除了上述的生理效应外，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。反之，纵然是应有治疗效果的药物，如果病人对它不信任或厌恶，则其疗效大大下降，甚至没有治疗效果。Wolf 曾做过一项很有意义的实验：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，而实际上是与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及至丧失其治病作用。

应该注意，临床上经常有一些病人长期服用多种药物，但疗效甚微。追问其病史及用药情况后发现病人未遵医嘱用药，或减量或自行停药，甚至换用其他药物。这种情况表明，病人对药物治疗顺从性（compliance）较差。一般来说，病人对药物治疗的顺从性差，其疗效亦较缓慢或不满意，因此促进病人在使用药物时增强自觉接受治疗的顺从性甚为必要。

（二）安慰剂

安慰剂（placebo）是由无药理活性（即既无药效，又无毒副作用）的中性物质制成的。一般认为安慰剂是应用其非特异性心理作用或心理生理作用，使得病人的症状减轻，从而取得疗效。如果安慰剂对病人起到非特异性心理作用或心理生理作用，临床上达到预期的疗效，则称为安慰剂效应。根据研究发现，安慰剂效应非常普遍，临床上约有 1/3 的病人使用安慰剂会有效。如对某些敏感的患者、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，常会使用一些安慰剂，以达到减轻疾病症状甚至治愈疾病的目的。早在 1939 年，Evens 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，这决定于医务人员的言谈举止、病人的经历、文化水平、个性心理特征、精神状态、病情以及社会文化背景等。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。

（蔡建华）

第六章　心理咨询

第一节　心理咨询总论

一、心理咨询的概念

所谓咨询(counsel)是指通过心理咨询工作者与来访者之间共同商谈，去探索和研究问题，使来访者能决定自己应该做些什么，怎样去做。Riesman 曾比较形象地定义为："咨询乃是通过人际关系而达到的一种帮助过程、教育过程和增长过程。"目前，咨询工作已遍及各个领域，如法律咨询、职业咨询、婚姻咨询、投资咨询、等等，在各个方面给人们提供帮助。心理咨询(psychological counseling)是心理学的一个分支，它主要在心理方面给予来访者以帮助、劝告、指导等。因此，心理咨询是通过语言、文字等媒介，给来访者以帮助、启迪和教育的过程。通过心理咨询，可以使来访者的认知、情感和态度发生变化，找出来访者存在问题的根源和内在的积极因素，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，保持身心的健康和谐。

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科门诊，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，率先相继开设了心理咨询门诊，咨询的对象已从康复期的精神病病人，扩及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咨询电话和救急性质的"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，收到较好的效果。

医学心理咨询(psychological counseling in medicine)是心理咨询工作中一个很重要的方面，但又具有其本身的特点。因为与医学临床紧密联系，所面临的问题又往往是与躯体疾病或症状有关的心理学问题。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。因此一般由医学心理学工作者，或者是由具有心理学知识的临床医务工作者来担任这项工作。由于充分认识到心理社会因素在人类健康与疾病中的影响作用，卫生部已将心理服务列为等级医院评审检查的指标之一。

心理咨询决不等同于我们日常生活中所说的做思想政治工作和"谈心"活动。心理咨询的目的在于帮助来访者消除或缓和心理症状，促进其人格向健康、协调的方向发展；而思想政治工作的目的在于调动群众的积极性，保证党和国家各项政治、经济任务的完成。在内容上，心理咨询主要为日常生活中各种问题的调适；而政治思想工作则主要进行基本路线、革命传统、理想道德、形势政策等方面的教育。从理论基础上，心理咨询

是依据各种心理学和心理治疗理论；而思想政治工作则依据马列主义、毛泽东思想和邓小平的特色理论以及党的各项方针政策。在方式上心理咨询主要采用个体或集体咨询的形式；而思想政治工作常采用个别谈话、集体座谈和作报告等形式。

心理咨询的任务在于通过来访者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具体问题，而是通过充分调动来访者的主观能动性，使其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，依靠自己的力量，解决自己的问题。在这一点上与临床医疗工作中习惯以医生为主的医疗模式又有很大的差异。

二、心理咨询的模式

根据所涉及的医学领域和医学心理咨询的对象、目标和方法等，目前国内心理咨询的模式有以下几种：

（一）教育型

教育型也称心理卫生咨询或健康心理咨询。其对象主要是有心理问题的“正常人”。这些人虽然存在各种心理上的困扰，但仍能正常地工作和生活，也没有违反社会习俗的行为。如果不能及时解决这些心理问题，就可能会发展成为心理疾病。教育型心理咨询的主要目标是促使个体人格的健康发展，培养健全的个性，努力提高个体或群体的心理健康水平，预防各种心理障碍或心身疾病的产生。作为心理咨询工作者的主要任务就是通过咨询，使来访者明白心理问题产生的根源，努力开发来访者趋向健康的心理潜能，充分调动其积极性，掌握心理调适的方法，解除心理困扰，恢复心理上新的平衡。

（二）治疗型

治疗型也称临床心理咨询。其主要对象是各种“病人”。即包括临床各科疾病病人中存在的各种心理、行为问题和存在有各种心理问题或心理疾病的“病人”。对于临床各科病人的心理问题，咨询的目标应放在帮助他们认识心理与生理是密切相关，互相影响的，积极乐观的心理状态是战胜疾病的首要条件。树立患者的自信心和培养有效的应对方式，积极主动地与疾病作斗争。有各种心理问题或有心理疾病的“病人”，主要为非精神病性心理障碍，如焦虑症、强迫症、恐怖症、以及心理生理障碍等等。这些人对心理咨询有非常迫切的要求，更需要给予心理上的帮助，在心理咨询中常常要结合心理治疗。值得注意的是，临床心理咨询时，咨询工作者不是直接提供心理问题的解决方法，也不是对临床的诊断与治疗措施进行解释和说明，而是通过心理咨询，使病人自己去理解问题和寻找解决问题的途径。要注意消除病人习惯于由医生承担解除他的问题的全部责任，自己不想参与解决自己的心理问题，甚至希望不费任何力气就能改变自己的态度和行为方式，就能消除这些态度和行为方式带来的痛苦的不正确的认识。这类心理咨询一般要结合来访者的心理状态的评估。

（三）康复型

康复型也称康复心理咨询。它与前两种模式不同，其对象主要为身体、精神、智力、言语等有残疾的病人。这类心理咨询的目标着眼于结合心理行为及康复医学的训练，提高病人的生活质量，使病人整体功能最大限度的恢复。康复心理咨询的主要任务是对残疾患者的功能进行全面的评估，尤其要了解他们的心理状态，了解残疾对心理、行为不

良的影响。通过咨询使他们认识到良好的心理状态可以最大限度地发挥潜能，发挥功能的替代作用，调动患者各个方面的积极因素，以良好的心态去面对困难，迎接挑战。

尽管上述把心理咨询分为了三种类型，并且各有其特点，但是在实际工作中，这三种模式是相互联系、相互补充、相互促进的。

三、心理咨询的种类

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：

（一）门诊心理咨询

在综合医院、精神卫生中心、卫生保健部门以及医学心理学教学单位等有关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。

门诊心理咨询通过咨询工作者与来访者直接的面对面的交谈，缩短了两者之间心理上的距离，能够详细的了解病情，询问有关的情况，对病情作全面和深入的了解，通过来访者的言谈举止，随时发现新的问题，实事求是地提出合理的建议，及时进行解释疏导，因而效果较好。

（二）信函咨询

这种咨询的形式往往是因为咨询者因路途遥远、交通不便或者咨询者暂时不愿意暴露身分、或有些需要咨询的问题难以当面启齿，或有些是出于试探性心理。这也是一种比较普遍的咨询方法。这种咨询形式，由于只能从字面上进行分析，而无法直接面对面地深入磋商，全面地了解情况，只能进行一般安抚和稳定情况的工作，并且受咨询者的文字表达能力等方面因素的影响，故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。

（三）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的人来电，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。除此之外，电话心理咨询也可进行一般的心理咨询。但由于无法直接面对面进行交谈，无法了解咨询者在咨询过程中的情绪情感反应以及受通话时间、咨询机构经费等因素的限制，电话心理咨询工作具有一定的难度。

（四）专题心理咨询

这是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、电视台进行专题讲座和答疑。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普及心理卫生的知识起到了很大的作用。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。

（五）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，以缓解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。

四、要解决的具体问题

医学心理咨询来访者所提出的问题涉及到多方面，因而心理咨询的内容也很广泛，涉及整个医学领域。归纳起来，心理咨询要解决的问题有以下几个方面：

（一）各种躯体疾病的心身障碍

这是医学心理咨询的主要对象之一。临床各科躯体疾病的病人中存在着大量的心理问题，而且临床中还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，使病人认识到心理因素对健康的影响作用，并进行一些必要的心理治疗，可以解除病人的心理问题，从而大大提高医疗质量的治疗效果。这些病人占综合医院心理门诊病人中的较大的部分。

（二）各种情绪障碍

这也是医学心理咨询的另一主要对象。各种情绪障碍如焦虑、抑郁、恐惧、紧张等问题，是影响个体心身健康的重要原因。通过心理咨询工作者分析其原因、指导对策，从而达到解除疑虑与紧张、消除危机、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。

（三）鉴别精神病态与心理病态

由于精神病病人不是医学心理咨询合适的对象，也无法通过心理治疗加以矫正，而心理病态者大多数可进行心理咨询和心理治疗。因此可以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，同时也使精神疾病的患者不至于耽误病情。

（四）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。

（五）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，也可能会出现各种心理矛盾，导致心理的紧张状态。如果不能及时有效地解除，势必会对心身健康带来影响。通过心理咨询可以使他们学会正确的应对方法，消除心理紧张，保持心身的完满状态。由于人们对健康的要求日益提高，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，使他们了解这种疾病的防治知识，能更好地协助医务人员对病人进行的治疗，为这些病人创造良好的社会环境。

五、心理咨询的发展方向

心理咨询的方法一般都是来源于某种心理学的理论。从心理学诞生的 100 多年的历史中，各种心理学的学派、体系不断涌现，同时也就形成了各种各样的方法。在过去，各种学派之间的争论非常激烈，各自坚持自己的理论观点和方法，对于其他的理论和技术方法则采取一概排斥的态度。近年来，许多心理咨询工作者逐渐抛弃了各自的门户之见，开始吸收其他学派的观点和方法，出现多种观点并存，多种方法并用的现象。这就是将各种心理学派整合的发展倾向。

导致将多种心理学派观点整合的原因在于：

⑴不同方法的效果相近：尽管各种心理学派的观点不同，方法各异，但是其效果都十分接近。都在于使来访者改善情绪情感体验，消除各种不良的心理状态、矫正其不良的行为，最终达到重新正确的认知，稳定情绪，采取新的有效的行为，恢复心理平衡的目的。

⑵不同方法各有千秋：从 70 年代末开始，各种心理咨询的方法大量涌现，但是却没有那一种方法能够占有绝对的优势。究其原因，各种心理学的理论和方法虽然在某一方面具有独到之处，但也有其局限性，没有那一种理论和方法能适用于所有的心理行为问题或所有的来访者。人们越来越认识到，只有综合各种理论与方法，博取各家之长，弥补自己的不足，针对不同来访者的具体情况，灵活地应用不同的理论与方法，才能适应形势的变化和要求。

整合的发展倾向不仅只是在观点上接受其他学派的理论与技术方法，而且体现在整个心理咨询过程中，将各种心理学的理论与方法融合，如近年来较为盛行的折衷主义的心理学方法(又称为方法任选)就是典型的一例。它在工作中全面考虑来访者情绪、行为、认知、人际关系及生理等各方面的情况，根据具体的问题和咨询过程中来访者情况的变化，灵活地选用来自不同学派的技术与方法。

第二节　心理咨询的条件

一、对心理咨询医生的要求

在日常生活中，每个人都可能会针对自己所熟悉的人遇到的各种问题进行安慰、交谈，帮助其解决难题。但是，这些并不是心理咨询工作。并非每个人都能自然而然地成为心理咨询工作者。心理咨询是一项非常严肃的工作，心理咨询工作者必须具有一定的理论知识和专门的技巧，必须经过严格的专业训练，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有有以下的条件：

（一）高尚的职业道德

对心理咨询工作者的职业道德要求，就是规范心理咨询人员的行为，使之能适合心理咨询工作的要求。因此，良好的职业道德是保证做好心理咨询工作的首要条件。

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、事业心和敬业精神。了解心理咨询工作的重大社会意义，认真、慎重地处理来访者提出的每一个心理问题，决不马虎草率从事。对心理咨询来访者应满腔热情，对于他们所叙述的各种心理

的矛盾，既不可无动于衷，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。

保护来访者的利益。为来访者严守秘密，尊重他们的隐私是保护来访者利益的重要方面。咨询工作者必须以诚实的态度对待来访者，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，尊重人格是保护来访者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，保护来访者的利益还体现在尊重来访者的意愿和权利。这主要表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。当来访者拒绝或不合作时，亦不可强求，违背他们的意愿。

（二）广泛的知识和技能

心理咨询是一门严肃的专业工作，除了对心理咨询具有满腔热情和良好的愿望之外，还必须具备一定的专业知识和技能。各国对心理咨询工作者的学历和专业训练都有比较严格的要求，如美国必须具有哲学或教育学博士学位者，经过专业的训练之后，才能从事此项工作。我国虽然目前还不具备这样的条件，但对心理咨询工作人员也有一定的学历和知识的要求。除此之外，要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，虚心学习同行们的先进经验、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个方面：

第一，必须具有较为扎实的心理学知识。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来访者心理问题的实质，了解他们心理活动偏离正常的程度，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来访者的具体情况，运用大量的、各种各样的心理治疗方法。因此必须具备必要的心理学知识，例如普通心理学、发展心理学、变态心理学、人格心理学的知识；对心理治疗理论一定程度的了解，并能应用到心理咨询的实践中；掌握一些基本的心理测量工具的使用方法以及具有一定的心理咨询临床经验。

第二，具有一定的医学知识。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。这是因为来访者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，了解心理疾病与精神疾病之间的鉴别。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，这是很难做到的。

第三，较为丰富的社会学、教育学、哲学等人文科学的知识。心理咨询来访者来自社会的各行各业，他们的工作内容与工作性质、所处的社会群体、社会角色和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，与来访者建立良好的人际关系。在进行心理咨询和心理治疗时，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，才能奏效。此外，掌握一些交谈和解决问题的基本方法与技巧，善于与不同的来访者建立和谐的人际关系，把握谈话的主动性，这些也是一个心理咨询工作者必须具备的条件。

（三）优秀的心理品质

作为心理咨询工作者，必须具备良好的心理素质。首先，要有敏锐的观察力。在咨询过程中，通过来访者的眼神、表情、姿势、动作举止、音量、声调等等非言语性信息的变化，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，及时了解来访者在咨询过程的态度的变化，以调整自己的行为。尤其是在心理咨询的初期，来访者所叙述的并不一定是他心理上主要的矛盾问题。这就要求咨询工作者通过较强的记忆能力、分析和综合能力，记住来访者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。

其次，流畅的言语表达能力。这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，抓住要点，亲切自然，富有幽默感。为了使来访者容易理解，不要过多地使用专业术语，否则会使来访者茫然不知所云。通过自身的表情和手势帮助说话，文明用语，才能使来访者受到感染，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来访者产生积极有效的心理暗示作用。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。

二、对心理来访者的要求

医学心理咨询的对象较为广泛，主要是正常人、有心理障碍或心理问题的躯体疾病患者和有较正常思维、判断能力，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、同事伴陪，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；有这样或那样心理社会因素困扰的正常人群；以及代为咨询的病人家属或组织。

第三节　心理咨询的程序

一、基本步骤

（一）收集资料

1．填写登记表格　这是心理咨询工作的开始阶段。来访者填写有关的心理咨询记录和登记表格，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、重大的打击）、工作环境（工作条件、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。使咨询工作者对来访者有一个概括性的了解。

2．专心倾听　咨询工作者要善于倾听来访者的叙述，并应用咨询技巧鼓励和引导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来访者叙述的具体事件、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对自己的评价。

3．测查　必要时使用。一般常用各种简便的问卷或量表。

（二）分析讨论

随着咨询工作的深入，咨询工作者在了解了来访者的主要问题之后，应引导他围绕主题提供更多的事实、真实的想法，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，当来访者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，让来访者通过对比，自己选择认为最适合解决问题的办法，并且付诸于行动。如果出现新的问题或不能奏效，应帮助分析其原因，针对具体不同的原因，或选择其他的方法，或重新确定主题，选择实施的方案。

心理咨询一般需要进行多次，为保证咨询工作的连续性和对来访者负责，对每位来访者应由专人负责接待，并对每次晤谈的内容、解决问题的建议，以及来访者的反应及效果做好记载。同时，应尊重来访者的意愿，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。

二、若干注意事项

（一）正确处理与来访者的关系

要取得心理咨询的良好结果，首先要取得来访者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来访者要有满腔的热情，要善于耐心倾听他们的主诉，多听多思考，把对方当作与自己一样的、平等的人真诚对待，才能与对方建立良好的关系。在咨询对象诉说自身的痛苦、烦恼时，应表现出同情与支持，给予恰当的疏导。尊重来访者，在分析解释，以及提供解决问题方法时，切忌将自己的意见强加于人。即使对方是对于有严重问题的人，也要平等相待，不要鄙视他们，要分清人与其缺点错误之间的关系。值得注意的是应与来访者始终保持正当的工作关系，决不允许过于亲密或利用来访者对咨询者的感激之情谋取个人的私利。因为这样势必会影响咨询工作，难以保持对来访者问题的客观的分析与判断，既影响来访者的利益，也影响心理咨询工作的形象。

（二）正确认识咨询者与来访者的作用

心理咨询工作者要有自知之明，了解自己的长处与不足。既要认识到自己的能力是有限的，也要认识到不是各个方面都很内行，不可能圆满地解决所有人的问题。同时还要充分认识到，心理咨询关键的是发挥来访者的主观能动性，咨询工作者并不直接参与问题的解决，其主要目的在于指导来访者自己客观地去认识问题，解决问题，任何包办代替和工作人员的主观意愿都无能为力的。

（三）严守秘密

妥善保管心理咨询的各种资料，严禁无关人员随意查阅。对于来访者在咨询过程中所叙述的问题，暴露的隐私等等内容都应给予严格的保密。即使在教学或其他工作中需引用案例时也应将其姓名、住址及有可能暴露其身分的内容隐去。在心理咨询开始前可将保密性原则告诉来访者，以便使他们消除顾虑，敞开心扉，吐露出真情。

（四）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长的时间，或者反复进行多次。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。

（五）态度鲜明，应答审慎

咨询工作者的态度、观点往往会给来访者带来很大的影响，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，旗帜鲜明，使来访者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）

第七章　心身疾病

第一节　心身疾病总论

一、心身疾病的一般概念

（一）心身疾病概念的发展与定义

心身疾病(psychosomatic diseases)或称心理生理疾患(psychophysiological diseases)，是介于躯体疾病与神经症之间的一类疾病。

心身疾病有狭义和广义两种理解。狭义的心身疾病是指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病，例如原发性高血压、溃疡病。至于心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体功能性障碍，则被称为心身障碍(psychosomatic disorders)，例如神经性呕吐、偏头痛。广义的心身疾病就是指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和躯体功能性障碍。显然，广义的心身疾病包括了狭义的心身疾病和狭义的心身障碍。本书基本上采用这种广义的概念。为帮助理解，作为一种直观的思维方式，图 7 一 l 列出了心身疾病概念的相关关系，仅供参考。

图 7－1　心身疾病定位示意图

顺便指出，心身疾病和心身障碍在目前文献中有时被混合使用。心身疾病和心身障得之间本身也存在交叉和重叠。一些著作中提到的心身障碍有时还会笼统包括一部分心身疾病和一部分神经症，故广义的心身障碍和广义的心身疾病有时几乎是同义语。对此读者不必深究。

心身疾病的概念在临床上一直有所变化，从权威的美国精神性疾病诊断治疗手册（DSM）来看，DSM-Ⅰ（1952）设有“心身疾病”一类；DSM-Ⅱ（1968）更名为“心理生理性植物神经与内脏反应”，定义为“由情绪因素引起的单一器官系统的躯体症状”；分类则按累及器官，如哮喘为“心理生理性呼吸系统反应”。DSM-Ⅲ（1980）及 DSM-ⅢR（1987）均用“影响身体状况的心理因素”分类。诊断标准为：①有心理因素引起的躯体症状，心身有时间相关；②躯体有器质性变化或明确的病理性过程（如呕吐）；③不符合躯体疾病及神经症的诊断。

（二）心身疾病的范围及发病率

Alexander 最早提出七种经典的心身疾病是：溃疡病，溃疡性结肠炎，甲状腺机能亢进，局限性肠炎，类风湿性关节炎，原发性高血压及支气管哮喘，并认为与特定的心理冲突有关。Qurbas 则认为冲突是非特异性的，而人格类型则有重要发病意义。现在则

认为心理社会因素在各种疾病发生中均有作用。

心身疾病分布于各个系统，种类甚多，主要受植物神经支配的系统与器官。各家的归纳不一，用现代心身医学观点来看，更难概括完全。本章以下各节所述是各科各系统中常见的心身疾病。

关于心身疾病的发病率，由于界定的范围不同，所以报道数据差异甚大，国外调查人群中为 10-60%；国内的门诊与住院调查，约为 1 / 3 左右。

（三）身心反应——躯体疾病的心理后果

在心身疾病的研究中，往往比较注重“心－身”的联系。而实际上，躯体疾病也可以成为心理应激原而导致心理反应，即存在着身心反应的问题。这些心理反应不但影响病人的社会生活功能，又可以成为继发的躯体障碍的原因。

⑴躯体疾病对病人感知的影响：其影响程度除了疾病的性质、轻重及病程等因素外；病人的个性特征、年龄、社会角色等也均影响其感知。

⑵躯体疾病引起病人的心理反应包括：①自我意识转变；②对疾病的理智反应；③情绪反应。（参见第八章）

⑶躯体疾病对病人的心理社会影响分为两种：①原发性心理障碍，是指机能障碍引起的心理后果，如视力或听力或运动机能的丧失，任何机能障碍都可对个体心理带来限制，有人以“投石入水”譬喻，石头入水溅起的水花是机体障碍后的功能丧失，水面的层层涟漪则是一系列心理问题；②继发性社会后果，是指患病后社会关系改变引起的后果，如患病后与家人的关系，对学习工作的影响等。

⑷不同的躯体疾病可以通过对神经系统的直接、间接作用而影响心理活动。如脑血管意外或心脏并引起的脑缺氧；电解质代谢紊乱导致的心理障碍，如高血钾可致意识障碍和知觉异常；高血钙可致淡漠、幻觉等。

本章后面各节在讨论“心－身”问题的同时，对临床上一些常见或重要的“身－心”问题也作必要的介绍。

二、心身疾病的发病学机制

心身疾病的发病学机制是目前医学心理学领域亟待深入研究的中心课题之一。就目前的水平而言，有多种理论对此做出自己的解释。这里介绍主要的三种。

（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。

后来的一些心理动力学学者修正了这种理论。目前认为，潜意识心理冲突是通过植物性神经系统功能活动的改变从而造成某些脆弱器官的病变而致病的。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。因而他们认为只要查明致病的潜意识心理冲突即可弄清

发病机制。

心理动力理论发病机制的不足是夸大了潜意识的作用。

（二）心理生物学理论

心理生物学发病机制的研究重点包括：有哪些心理社会因素，通过何种生物学机制作用于何种状态的个体，导致何种疾病的发生。近几十年有关这方面的研究相当活跃，积累的资料也非常丰富，但由于机制的复杂性，至今尚无法完全阐明心理生物学详细发病机制。

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形态学意义上的心理生理中介机制。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，因而不同的疾病可能存在不同的心理生理中介途径。

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疾病发生中的重要作用。

（三）学习理论

行为学习理论对于心身疾病发病机理的解释是，某些社会环境刺激引发个体习得性心理和生理反应，如情绪紧张、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，使得这些习得性心理和生理反应可被固定下来而演变成为症状和疾病。紧张性头痛、过度换气综合征、高血压等心身疾病症状的形成，都可以此做出解释。

行为学习理论对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、心身疾病的诊断与防治原则

（一）诊断原则

1．*心身疾病诊断要点*

⑴明确的躯体症状；

⑵寻找心理社会因素并明确其与躯体症状的时间关系；

⑶排除躯体疾病和神经症的诊断。

2．*心身疾病诊断程序*

(l)病史采集：除与临床各科病史采集相同外，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

1．心、身同治原则　心身疾病应采取心、身相结合的治疗原则，但对于具体病例，则应各有侧重。

对于急性发病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；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。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。

心身疾病的心理干预手段，应视不同层次、不同方法、不同目的而决定，支持疗法、环境控制、松弛训练、生物反馈、认知治疗、行为矫正疗法和家庭疗法等心理治疗方法均可选择使用。这将在以后各章分别讨论。

2．心理干预目标　对心身疾病实施心理治疗主要围绕以下三种目标：

(1)消除心理社会刺激因素：例如因某一事件引起焦虑继而使紧张性头痛发作的病人，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，进面在药物的共同作用下，缓解这一次疾病的发作。这属于治标，但相对容易一些。

(2)消除心理学病因：例如对冠心病病人，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。这属于治本，但不容易。

(3)消除生物学症状：这主要是通过心理学技术直接改变病人的生物学过程，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心、身两方面；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应从早做起。

具体的预防工作包括：对那些具有明显心理素质上弱点的人，例如有易暴怒、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；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。

（姜乾金）

第二节　内科心身疾病

一、原发性高血压

（一）心理社会因素与高血压病因学

高血压是最早确立的心身疾病。大多数高血压患者中找不出明确的器质性病因，属于原发性高血压（以下简称高血压）。高血压不仅发病率高，而且并发症多，是脑卒中、冠心病的主要危险因素。心理社会和行为因素在高血压发病学中有重要的作用。

1．*社会和环境应激因素*　流行病学调查证明，城市居民的高血压发病率高于农村，如 1980 年全国抽样普查城市与农村高血压患病率分别为 7.23％和 3.47％。发达国家高血压高于发展中国家，如美国高血压发病率 18％，明显高于我国。第二次世界大战期间，被围困在列宁格勒达三年之久的人，高血压患病率从战前 4 ％上升到 64％。使动物长期处于应激状态，例如让描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。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。

2．*不良行为因素*　流行病学调查发现高血压发病率与高盐饮食、超重、肥胖、缺少运动、大量吸烟及饮酒等因素有关，而大量调查和实验研究结果证明，这些不良行为因素又直接或间接地受心理或环境因素的影响。

3．*人格因素*　人格特征对高血压发病的影响是医学心理学很关注的问题。不过，到目前为止尚未能确定高血压的特异性人格特征。有报告高血压病人具有趋向好斗和过分谨慎、急躁易怒、好奇任性、要求过高过急、敌意、好斗、A 型行为等特点。

此外，不少研究认为焦虑情绪反应和心理矛盾的压抑，即抑制性敌意是高血压发病的重要心理原因（Buell JC，1980）。

（二）高血压的心理生物学机制问题

一般认为，在高血压发生中，遗传因素与心理社会因素共同起作用。Lawler JE(1981)以父代有一方是高血压的子代鼠做实验，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，较之对照组有较显著的差异。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个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，但很快能为动物所适应。

从心理生物学的角度，凡是能影响心输出量和血管紧张度的因素都能导致血压的变化。具有高血压遗传素质的人处于心理社会应激或情绪应激时，人的大脑皮质与边缘系统功能失调，通过植物神经及内分泌途径使全身细小动脉痉挛，血压升高。Whitehead(1977)和 Wood(1979)等人研究发现，恐惧、焦虑时，肾上腺素分泌相对增加，于是心输出量增加而使收缩压明显上升，伴皮肤和肌电值增高；愤怒和敌意时，则以舒张压升高为主，皮肤电阻和电位也是增高的。进一步研究表明若焦虑或愤怒情绪外露时，血内去甲肾上腺素浓度升高，于是外周血管阻力增加，使舒张压明显上升；如有敌意情绪而强制阻抑，血内去甲肾上腺素及肾上腺素水平则明显增高。因此把被压抑的敌视情绪看作是导致高血压的重要心理因素。其生理机制被认为是大脑皮质、丘脑下部和交感肾上腺系统的激活现象。开始时是精神紧张状态下的阵发性血压升高，一旦心理社会紧张刺激或情绪刺激被解除，影响血压的各项生理变化都很快自动恢复正常。但是，如果心理社会应激或情绪应激强烈、持久，就会使神经、体液、内发泌等的血压调节机制遭到破坏而导致数月乃至数年的血压反复波动，最终形成持续的高血压。高血压的神经体液调节过程，大致可综合成如图 7－2。

（三）高血压的心理行为治疗

药物治疗对中、重型高血压患者是临床最有效最常用的方法，既可减轻症状，又可明显降低高血压并发症的发生。但药物的副作用以及药物带来的经济和精神的负担使很多患者不能坚持服药。尤其对占高血压 80％的轻型高血压（舒张压 12-13.9kpa）患者，药物治疗末见有多少益处。从 70 年代以来，一些学者开始报导行为干预有降压作用，发展至今，心理行为治疗已被做为临界高血压或轻型高血压的首选方法和治疗高血压的基础疗法之一。

图 7－2　高血压心理生物学机制示意图

1．*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办法，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，都是直接针对高血压的发病原因。其疗效已被近年来的临床和实验结果所证实。姜乾金等（1985）使用音乐松弛训练观察高血压病人的即时降压效应，停止训练后 10 分钟，血压的回升幅度已达下降幅度的 40％。可见，松弛疗法能成为一种有效的辅助降压治疗手段并非直接放松效应所致。行为学习或内脏学习过程是不容忽视的因素。病人通过长期反复训练，掌握了全身主动放松时的个体体验，并逐渐做到很容易地再呈现这种心身状态，结果血压成为一种能被患者“随意”操作的内脏行为，从而达到降压目的。临床实验也证明，长期的松弛训练可降低外周交感神经活动的张力。

2．*生物反馈疗法*　生物反馈治疗高血压在国外常选用收缩压、舒张压或者脉博波速度等作为反馈信息。病人一般接受住院治疗，但也有在家进行的活动。国内常用肌电

或皮肤温度等间接信息反馈做降压治疗。陈晓民等(1995)对Ⅰ－Ⅱ期 39 例原发性高血压病人作疗效观察，结果显示，生物反馈似乎优于放松训练。

3．*运动疗法*　多数研究指出，耐力性运动训练或有氧运动训练均有中度降压作用。轻型高血压特别是缺乏运动的患者，可通过耐力性运动训练如快走、跑步、骑自行车、游泳、滑雪等既达到降压又可减肥和减少心脏并发症的作用。有人还指出运动可提高高密度脂蛋白胆固醇防止粥样斑块形成。但患有中、重型高血压者应避免竞争性体育项目。

4．*气功疗法*　高血压患者气功锻炼的基本要领是：心静、体松、气和、动静结合、辨证施功，循序渐进。关键在于认真坚持，每天 1－2 次，每次按程序锻炼 30 分钟。根据全国各地气功防治高血压 30 余年疗效观察，气功疗法具有降压，稳定疗效，减少用药，改善症状以及减少并发症，改善预后的良好效果。上海市高血压研究所对 204 例原发性高血压患者随机分组长期前瞻性对照研究发现，气功组在随访各阶段（5 年、10 年、15 年、20 年），降压总有效率稳定在 85－90.2％，显效率达 48－62.8％，比对照组有显著性差异（王宗行）。

5．*其它非药物疗法*　减轻体重、限盐、戒烟和控制饮酒是降压的有效措施，可以通过行为矫正疗法加以解决。美国的一个群体研究结果指出，控制体重可使黑人高血压的发病率下降２５％，每人下降４８％，减轻体重适用于所有的高血压患者，肥胖者效果最明显。其他如重度饮酒者、吸烟者、嗜咸食者，也应予以说服和矫正。

（赵盛伏）

二、冠状动脉硬化性心脏病

（一）心理社会因素与冠心病病因学

冠状动脉硬化性心脏病（以下简称冠心病）是当今严重危害人类健康的内科心身疾病之一。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、吸烟、肥胖、缺少活动、A 型行为类型、社会关系不协调和焦虑抑郁等多种所谓的冠心病危险因子(risk factors)。这其中有的是心理社会应激因素或行为因素；有的虽不属于心理或行为的范畴，但仍间接地受心理社会因素的支配或与之有一定的联系。

1．*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)的特点是好胜心强、雄心勃勃、努力工作而又急躁易怒,，即具有时间紧迫感(time-urgency)和竞争敌对倾向(hostilily)等特征。相反，心地坦荡、不争强好胜、从容不迫的行为特征属于 B 型行为类型。

西方协作组研究计划（WCGSP）在 60 年代对 3000 多名中年健康男性雇员进行了近十年的追踪观察。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 7－3)。这一研究说明，A 型行为类型不是冠心病发病后出现的行为改变，而是冠心病的一种危险促进因素，故有人将 A 型行为类型称为“冠心病个性”(coronary-prone individuals)。世界心肺和血液研究协会(NHLBI)也于 1978 年确认 A 型行为属于一种独立的冠心病危险因素。

国内近年来使用问卷式 A 型行为调查表进行临床研究也初步说明，我国冠心病人的 A 型行为也明显高于正常人。

2．人格特点　一些调查结果显示，神经质、过分的担忧和疑病、在社会上更具独立性和对别人的怀疑性、以及有内部紧张性等人格特点似乎与冠心病有关，但仍不能因此而认为存在着冠心病特征性性格。国内有关冠心病的人格特征研究尚不多。

3．社会环境因素　社会生活中的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。国外许多回顾性调查显示，心肌梗塞病人出现症状前的6个月内，其生活事件明显增多。国内邹之光等(1984)调查也发现，心肌梗塞前的6个月内病人生活事件明显高于对照组。

图7－3　A型行为与冠心病发病率

冠心病发病率西方发达国家高于发展中国家、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，而处于应激环境中的移民比具有相同饮食习惯的原籍居民的冠心病发病率要高。

4．行为危险因素　除了A型行为，冠心病的行为危险因素还包括吸烟、缺乏运动、过食与肥胖，以及对社会压力的适应不良等。它们往往是在特定社会环境和心理环境条件下形成。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。

（二）冠心病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。心理社会因素与冠心病的心理生物学过程示意如图7—4 。

图 7—4　冠心病心理生物学过程示意图

（三）冠心病临床心理特点

1．心肌梗塞急性期心理反应　国外对冠心病监护病房(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。这些心理因素对疾病的发展又起着重要的作用。

焦虑情绪主要是由于担心突然死亡、被遗弃感，和各种躯体症状的影响等。在入院一、二天时最为明显，严重者甚至出现情绪混乱。因此要及时进行心理干预。

抑郁情绪在入院第三到第五天逐渐明显，成为病人的主要情绪特点，其持续时间比焦虑长。有人将这些 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。一系列监护仪器连续记录他身上的各种数据并以此评价病人的医学状态，这一切都无法被自己所控制。因而，MI 病人易产生自我意识丧失感。

为了适应 CCU 环境和应付疾病，MI 病人常常采取一些心理防御机制。最普通的是否认机制；也有的病人以轻狂躁(hypomania)即以过多的躯体和精神活动来对付应激。据认为，后者只要不造成躯体的损害和不影响医疗实施，也算一种有利的应对方式。

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。

2．*康复期心肌梗塞病人心理反应*　Ml 的恢复不象其它疾病一样有较严格的指标，许多病人在恢复期容易产生一种久病的衰弱感觉。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。由于衰弱感易导致长期活动减少和肌肉萎缩，反过来又可加重无力感，无力感又常被理解为心脏损害的症状。这种恶性循环的结果，会使一些人的衰弱感变得很顽固，直至影响以后的康复。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以及各种心理行为帮助。

3．*否认机制在冠心病临床的意义*　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，同时可伴有对疾病信息的不关心或不能很好的配合治疗。

在冠心病临床，否认机制在早期易导致就诊的延误，因为病人虽能感觉到先兆症状，但否定其重要性，甚至将某些心脏症状理解成消化系统症状；否认机制在急性期则有利于心、身的适应，因为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；否认机制在康复期又有不利的影响，因为有否认倾向的病人，对康复期的摄生指导、运动锻炼的合理安排和各种不良行为的改造计划等医嘱往往不肖一顾。

否认机制受个人的特质性否认倾向，以及环境、社会支持、经历、期望等因素的影响，所以在不同事件中个人的否认程度差异很大，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 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。

（四）冠心病的心理防治

1．心理支持和心理咨询　在不同的临床阶段，针对病人的不同心理反应和不同程度的否认心理顿向，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。

2．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 型行为在社会上较易得到人们的赏识，许多人不能在健康期下决心去主动改造。但是，一旦发生心肌梗塞以后，病人的侥幸心理不复存在，而且发病后的 A 型行为如过分的竞争、敌意，有时会增加或加重心悸、胸闷、乏力等症状，使病人直接体会到 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 型行为一般在医生指导下以认知行为矫正疗法为主要手段实施综合矫正。常用的模式有：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 年期的综合行为矫正对照研究，证明患者的 A 型行为得到了明显改变。

3．危险行为的矫正　吸烟、酗酒、过食和肥胖、缺少运动，以及 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，可分别使用各种行为治疗方法。

4．克服依赖性　某些病人原来就缺少运动，患病后变得更有依赖性，活动更少。这时要采用分阶段康复训练计划加以克服，根据病人的客观记录资料来决定什么时候增加运动，增加多少，在计划实施过程中，要掌握好正、负强化的应用。

5．婚姻和性生活的问题　冠心病病人配偶的心理也常受到影响，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各项嘱咐，结果就过分地对病人加以保护，助长了病人的依赖性和无用感，影响病人康复。对此，可利用集体咨询法对配偶进行相应的教育。

临床和实验研究显示，大多数康复期病人只要症状不复杂，可恢复正常的有规律的性生活，这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。　　（祝一虹　姜乾金）

三、溃 疡 病

溃疡病又称消化性溃疡，包括胃及十二指肠溃疡，为最常见的心身疾病。

（一）心理社会因素与溃疡病发病学

1．个性与行为因素　个性特点与行为方式与本病的发生有一定关系，它既是病因又影响病情的转归。病人往往有如下特点：①争强好胜，不能松弛。多数患者工作良好，有的还取得一定成就，但精神生活过于紧张，即使休息也仍不能松弛，生活之弦总是绷得紧紧的。②独立和依赖之间的冲突。Alexander 认为患者具有典型的矛盾状态，病人因求依赖和求助的愿望和心情受到意外的挫折，不得不相反表现爱挑衅、自信、坚持独立和负责的态度。③情绪易波动但又惯于克制。患者情绪不稳定，遇到刺激常产生强烈的情绪反应。受挫折时特别易产生愤怒或抑郁，而他们的自制力较强，喜怒不形于色，

所谓“怒而不发”。这类情绪虽然被压抑了，但却导致了强烈的植物神经系统的反应，引起疾病的发生。④过分关注自己，不好交往。表面上看他们的人际关系尚好，但这是自我控制的结果，从本身性格而言，并非外倾、热情、喜好社交者，只是由于加强了自我控制，故能维持良好的人际关系。

心理分析学派特别强调儿童早年个性发展在发病中的作用。他们认为婴儿期饥饿－哭泣－喂乳－满足－睡眠－饥饿的回路是婴儿的情绪紧张－发泄－满足的一类表现。如果婴儿的口部需要较高而母亲未能给予满足，以后便可以产生包括吮指、咬指甲、咬铅笔、抽烟和喜嚼口香糖等方式的行为，以“补充”口部需要，而过强的未能满足的“口部需要”常导致溃疡病。

2．*生活事件因素*　石川中认为，在心理社会因素与消化性溃疡关系中，十二指肠比胃表现的更为密切（2：1）。 主要的生活事件因素有：①严重的精神创伤，特别在毫无思想准备的情况下，遇到重大生活事件和社会的重大改变。如失业、丧偶、失子、离异、自然灾害和战争等。②持久不良的情绪反应，如长期的家庭不和、人际关系紧张、事业上不如意等各种各样的失落感。③长期的紧张刺激，如不良的工作环境、缺乏休息等。

动物试验也同时证明了这一点。Brady 设计了一个实验：两只猴子关进不同的笼子里，各坐在一张约束椅上。每隔 20 秒钟给它们一次电击，两只猴子各有一开关，只有A猴的开关是真的，能切断电源，使两只猴子都免遭电击。只要A猴在接近 20 秒时按一下，即将来临的这次电击就不出现。很快A猴学会了按开关。而B猴因为开关不起作用，只有受惠才不致电击。一个月后A猴突然死亡，经解剖发现，它患有严重的胃溃疡。A猴处于随时准备按开关的紧张状态，导致胃酸分泌过量，终因溃疡而死；而B猴反正无法躲避电击，听天由命，没有时刻准备切断电源的惊恐、紧张状态，虽然遭受同样次数的电击，反而平安无事。可见长期的精神紧张、不良的情绪反应对机体的危害甚于某些理化刺激。

（二）溃疡病的心理生物学机制

溃疡的形成机制不外乎两种：损害因素的增强与保护因素的削弱。损害因素主要包括胃酸和胃蛋白酶分泌过多对自身组织的消化作用。保护因素主要是胃、十二指肠粘膜及其分泌的粘液。心理社会因素对二者均有影响，故有人认为心理上的挫折是溃疡病起病的“扳机”。（图 7－5）

长期的精神紧张、情绪激动等因素影响使植物神经功能紊乱。首先通过前下丘脑－迷走神经核－迷走神经，过度刺激壁细胞和G细胞，使胃酸分泌增加；其次通过兴奋交感神经系统使粘膜血管收缩、缺血和坏死，粘膜的防御机能减弱；另外又通过兴奋下丘脑－垂体－肾上腺轴，使肾上腺皮质激素分泌增加，后者兴奋胃酸、胃蛋白酶原分泌和抑制胃粘液分泌的作用，使溃疡形成。

图 7－5　精神刺激与溃疡病的关系示意图

另外，实体的观察也证明了这一点。1941 年 Wolff　HG 报告对一胃瘘患者的观察情况，发现该患者情绪激动、焦虑、发怒或呈攻击性情感（如怨恨、敌意）时，胃粘膜充血，胃蠕动增强，血管充盈，胃酸分泌持续升高，可使充血的粘膜发生糜烂；而当他情绪低落、悲伤忧虑、抑郁失望、自责沮丧时，胃粘膜就变得苍白，蠕动减少，胃酸分沁不足；而在情绪愉快时，血管充盈增加，胃液分泌正常，胃壁运动也会有所增强。

但是，同样的应激刺激显然仅少数人患溃疡病。另外，研究显示心理社会因素往往只使原有高胃蛋白酶原血症者产生溃疡病。这说明溃疡病的发生与患者病前的生理基础即高胃蛋白酶原血症有关，是由遗传决定的。

综上所述，溃疡病的发生是多因素作用的结果，主要包括患者病前的高胃蛋白酶原血症，能引起精神过度紧张的性格特征，以及生活事件因素的激发作用等三方面。

（三）溃疡病的心理治疗和预防

因溃疡病愈合慢、易复发，所以病程较长，数年、数十年甚至终生。在漫长的病程中，尽管多数病人的症状不严重，以及病理改变也可以有自然缓解和较长时间的相对稳定期，但慢性疾病所致的精神压力，尤其是害怕癌前期病变的心理，常影响病情转归。因此除饮食和药物治疗外，心理治疗至关重要。

通常采取认知领悟疗法。首先要耐心倾听病人的痛苦与忧伤，了解病人的不良精神因素及各种应激。在取得病人绝对信任的基础上，指导病人调整各种不良的生活方式与饮食习惯，消除各种心理社会压力。例如帮助病人建立正确的自我观念，不苛求自己，不给自己造成过重的压力；要学会放松自己，做到悦纳自己；学会表达自己的内心感受，让别人理解自己；应适当处理自己的不良情绪，不至于太压抑自己。在人际关系处理上学会顺其自然，不过分关注自己，克服自我中心；也不要过分地迎合别人，以至委屈求全。必要时可采用精神药物治疗，以消除或抑制各种致病精神因素，如镇静剂、抗抑制剂等。

（黄汉津　郭晗峰）

四、糖 尿 病

心理社会因素对糖尿病的发生、发展及其转归都有一定的影响。

（一）心理社会因素与糖尿病发病学

糖尿病的病因，大体上可概括为遗传和环境两大方面。同卵双生研究已表明Ⅱ型糖尿病同病率为 91%，Ⅰ型糖尿病为 56%。说明在Ⅱ型糖尿病的病因中，遗传因素占主导地位；而Ⅰ型糖尿病的发生，在遗传背景的基础上，环境因素的参与也是必要的。环境因素包括生物学和心理社会两大大类。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中的重大变故、挫折和心理冲突等。

对糖尿病心理社会因素研究开展得最早的是对生活事件与糖尿病起病关系的调查。Stein 等(1985)对 38 名青少年糖尿病患者与 38 名患其他慢性疾病的病人进行对照研究，结果发现糖尿病组双亲去世和严重的家庭破裂的生活事件者远较对照组多，且 77%发生在糖尿病发病前。还有一些研究也发现Ⅰ型糖尿病患者的父母离异、丧失亲人等生活事件的发生率较高。Holmes 通过回顾性和部分前瞻性调查发现，离婚与糖尿病的发生有关，也有人发现失业与糖尿病的发生有关。有资料表明，在美国的贫困人中糖尿病是常见的，

美国黑人死于糖尿病者比白人高一倍多。认为黑人在政治上受歧视，生活上动荡不安以及贫困、失业等，他们经历了比白人更多的生活事件。大量的临床研究资料表明，生活事件与糖尿病的代谢控制也密切相关，一些糖尿病患者在饮食和治疗药物不变的情况下，由于生活事件的突然袭击，病情在一夜之间迅速加剧， 甚至出现严重的并发症。Schiwartz 等(1986)观察了他们治疗的糖尿病患者，发现其中有 19 名代谢控制不良者在近期有明显的生活事件。由此可见，糖尿病的发生发展与生活事件有关。其他研究证实，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。

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。Goetsch 等(1990)对 6 例Ⅱ型糖尿病患者，在自然生活环境中给予人为的应激事件（心算），结果显示在心算期间，患者的血糖水平显著增高，而且应激强度越大，血糖升高越明显，说明应激事件能引起糖尿病患者的血糖变化。

生活事件对疾病的影响并非直接作用，生活事件是否影响人的心身健康和疾病、影响的程度如何往往受个体认知评估和人格等中介因素的制约。糖尿病历史上曾被 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。我国学者许秀锋等(1995)对 82 例Ⅱ型糖尿病患者进行了明尼苏达多项人格调查，结果显示，无论是男性还是女性糖尿病患者，他们都具有躯体不适主诉多，常以否认和压抑来处理外来压力等倾向。但这些人格调查都是在患糖尿病之后进行的，这类结果很难反映糖尿病患病前所固有的人格特征。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他疾病的特点，常常会给患者带来难以应对的要求。这些特点是：①目前尚无病因疗法，必须长期对症治疗；②糖尿病的治疗有赖于病人的密切配合，常常要求病人改变多年来养成的生活习惯和行为型式；③并发症多，没有一个器官、系统和代谢过程完全免除其影响；④病情易波动，有时甚至可发生酮症酸中毒和昏迷，造成波动的因素太多，令病人感到防不胜防。

糖尿病有青少年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。Lioyd 等人（1993）对 80 例 16-25 岁胰岛素依赖型病人对照研究表明，糖尿病人孤独明显，少有亲密的社会关系，并且很少对其社会关系发表意见，表现出对密切关系的恐惧。

成年期发病者的心理反应的性质、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估以及应对

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，就可能产生习得性失助(见第三章)，病人就会感到失望、无依无靠、无所适从、悲哀、忧愁、苦闷， 对生活和未来失去信心，对付外界挑战和适应生活的能力下降，甚至导致自杀行为，自杀意念的发生与抑郁严重程度和治疗依从性差相关。宁布等（1996）对 70 例Ⅱ型糖尿病患者的调查发现抑郁症状发生率达 61%，显著高于一般人群。不良的情绪对糖尿病的代谢控制和病情转归又会产生消极的影响。

糖尿病对人心理方面的影响，除了情绪和性格外，还可由于血糖的波动而直接影响病人的注意、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。糖尿病还可引起性功能障碍，主要表现在性欲下降、性兴奋降低、勃起能力下降及性交次数减少，进而性满意度下降。其原因与血糖控制不良、躯体并发症及抑郁情绪有关。

（三）糖尿病病人的心理治疗

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。

糖尿病人长期的消极情绪反应不仅损害病人的心理康宁，而且也可经由心理生理反应反过来影响糖尿病人的病情和康复。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的病情发展，因为病情变坏或恶化常常是导致消极情绪反应的首要原因。如果在短时间内不能有效地控制病情，医护人员应当及时地提供情绪支持；力争改变病人对疾病的悲观主义的认识与评价，增强病人战胜疾病的信心。可以依据病程，引导病人适当地采取“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。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，也是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。为了提高病人对复杂的治疗计划的遵从程度，可以采用一些行为治疗方法。例如，先同病人订立一个“行为协议”。在行为协议中，为医生和病人规定一系列责任和相互期待的行为；医生和病人相互配合，共同为病人负责。医生的责任是依病人的病情为病人安排治疗（包括食谱），而病人的责任是执行医生的嘱咐，严格按食谱进食、按处方用药。这种协议可以采取口头和书面两种形式，都可提高病人的遵从性。协议要根据病人情况不断地修正和检查，协议中也可规定必要的奖罚措施。此外，让病人每天记治疗日记、对行为作自我检测，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。

临床观察发现，紧张因素对糖尿病的代谢控制有一定影响，而使紧张程度降低的方法则对代谢控制有良好效应。所以不少的心理学家对糖尿病患者进行生物反馈松弛治

疗，大多数研究报导，糖尿病患者通过生物反馈松弛训练后血糖水平明显下降，糖耐量明显改善，外周血流量增加，微循环得到改善。

糖尿病并发症多、病情易反复。某些病人可能出现心功能不全，神经或肾病变，发生休克或昏迷，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。

（何金彩）

第三节　神经科心身疾病

一、头　痛

头痛是临床最常见的症状，人的一生没有头痛体验的极少，可见头痛的重要性。根据 1988 年国际头痛分类，本节主要讨论与心理社会因素密切相关的紧张性头痛和偏头痛。

（一）紧张性头痛

紧张性头疼（tension headache）又称肌收缩性头痛（muscle contraction headache ）、神经性头痛。它是慢性头痛中最常见的心身疾病。紧张性头疼起病缓慢开始，非发作性，90％以上为两侧头痛，涉及双颞侧、忱、头顶或全头部。其性质属钝痛、胀痛、压迫麻木或束带样紧箍感。虽然病人整天头疼，但一天内可逐渐增强和逐渐减轻；也很少因头疼而卧床不起，影响生活。

1．*心理社会因素与病因*　对焦虑病人研究发现，其额部肌肉收缩比对照组大得多，长期情绪紊乱、精神紧张使头颅部肌肉处于收缩状态，肌肉持续性收缩，使局部肌肉出现触疼和疼痛，肌肉收缩还可以压迫肌肉内小动脉，发生继发性缺血而加重头疼程度。1988 年 Duroffs 指出在新的国际头痛分类中将精神性（心理）和肌收缩性头痛，统称为紧张性头痛，这充分反映出心理社会因素所致精神紧张和肌肉紧张两种症状头痛的实质。

Friedman(1953)报告 400 例紧张性头痛，全部病例都有明显的焦虑。 Kolb(1963) 认为紧张性头疼病人常处于慢性焦虑状态。 Mutrin 分析 100 例患者，74％的病人有显著情绪紧张，35％表现抑郁，56％有疾病性获益（secondary gain）。著名头疼专家 Murtin 认为，这种头疼常由于人际矛盾、不如意、羞怯、 罪恶感、嫉妒、钻牛角尖、内心恐惧，以及有依赖性，性欲和冲动的控制等心态所致。此外，本病与人格特征有关。有人用明尼苏达多相人格调查表(MMPI)研究 25 例紧张性头疼，其中多数病人有疑病症、忧郁症、癔症；病人性格常有好强、固执孤僻、谨小慎微，内省力缺乏的特点，对他人的言论过度敏感，这就促使自己处于长期紧张、焦虑和恐惧之中，行动上又表现出强力自制，精神上有不安焦虑和抑郁不协调的心态。本病还好发于某些职业，如会计、 教师、描图员、纺织工人、计算机人员等，因长期低头可致枕颈部肌肉紧张，劳损。

2．*治　疗*　紧张性头疼采用生物反馈疗法不仅可以治疗，还可以预防。据文献报告，肌电生物反馈治疗有效率可达 95％。有心理障碍者可进行宣泄疏导放松治疗，消除紧张行为。严重焦虑抑郁者可加用安定、罗拉、多虑平等药物。头痛时也可用止痛剂、

肌肉松驰剂和血管扩张药物。日常生活注意意控训练，学会做到遇事不慌，遇难不忧，精神放松。调控紧张情绪，可以预防和治疗紧张性头疼。

（二）偏头痛

偏头痛（migraine）是以发作性搏动性头疼为特征，表现为一侧或双侧头部跳痛，伴有恶心、呕吐等植物神经症状，是与心理社会因素相关的常见心身疾病。

1．*心理社会因素与病因*　偏头痛是一古老疾患，其病因复杂，发病机制迄今尚未完全阐明。目前认为偏头痛的发作主要是头颅部血管舒缩功能障碍，主要涉及表浅的动脉。近来许多资料表明，偏头痛的发生主要与心理、血管、生化等三个基本因素有关。

情绪紧张、焦虑、抑郁、疲劳、行为冲突等是激惹和加重偏头痛的重要心理因素，文献报告家庭因素占57％，职业问题45％，人际关系紧张62％，心理应激适应不良62％。偏头痛患者习惯于把愤怒或敌意压在心里，这种内心的冲突，往往激发偏头痛的发作。作者报告（1990）偏头痛中A型行为者占68％，X型27％，B型5％，与对照组比较有显著差异，提出偏头痛患者可能有A型人格特点。 个性调查显示，患者有情绪不稳定、过分因循，缺乏独创性思维，对问题处理欠灵活，缺乏对付紧张和心理压力的能力，极端关心身体，偏于抑郁、悲观，易于不满，缺乏自信，过低评价自己等个性特点。这些个性缺陷可能是偏头痛不易根治，易于复发的内在因素之一。另外，偏头痛病人在早期生活中，常有过重的负荷，家庭或环境的压力及心理应激等病史。总之，人格特点、行为方式和对心理应激的认知评价都会影响偏头痛症状的发作、频度和强度。

康乃尔健康调查(CMI) 发现，偏头痛病人在神经及心理方面应有高级神经功能障碍。Hooker 等(1986)研究证实，偏头痛患者手指敲击、触摸操作、韦氏记忆量表中理解记忆、韦氏智力量表中的数字符号和失语甄别等项测验与非头痛被试者相比存在明显差异；有人还证实，严重偏头痛患者反应时间减慢，信息加工处理低效和语词记忆成绩差。偏头痛病人在发作期，发作前后期可有视觉、体感、运动、反射、语言、意识、记忆等多种神经功能障碍。

心理应激因素首先影响交感神经功能，使偏头痛发作前期先是颅内血管收缩，接着颅外血管扩张，头痛发作期出现搏动性头痛， 同时颅内血管亦扩张，脑血流量减少，从而产生神经功能及高级神经功能障碍等症状，包括烦燥、恐惧及发怒、悲观失望和注意力不集中等情绪改变，后者又影响交感神经功能。由于血管扩张，血管通透性增强，严重时形成脑水肿，持续性头痛。头痛发作时血液流变学异常，具有“粘”“浓”“聚”的特点。

心理应激、中枢神经系统紊乱和交感神经系统紧张还导致肾上腺、去甲肾上腺分泌增多，影响β受体，提高腺苷酸环化酶活性，从而使血浆中游离脂肪酸及肾上腺素、ADP、胶原蛋白、凝血酶、5-HT（5-羟色胺）等增加。5-HT 释放过多可引起颅内血管收缩，而出现先兆期症状。随即 5-HT 下降（因迅速降解反应），又导致颅内外血管扩张，引起偏头痛发作。此外，应激情况下的缓激肽、前列腺素、催乳素等神经介质增高和血小板聚集和释放，都有强烈扩张血管作用，进一步增强痛觉纤维敏感性，并引起脑水肿，促使发作进入血管扩张期（搏动性头痛期）和水肿期（持续性疼痛期），从而产生持续性剧烈头痛。此外，偏头痛发病机制与遗传因素有关，50％以上有家族史。

2．*治　疗*　偏头痛的治疗包括药物治疗和心理治疗。麦角胺咖啡因可阻止血浆 5-HT

浓度下降，在偏头痛先兆期应用可解除偏头痛发作。目前应用钙离子拮抗剂如尼莫的平、氟桂嗪等。偏头痛发作和加重与心理因素相关，行为上应防止过于紧张、焦虑和恐惧感，保持正常睡眠，头痛时短期睡眠也有治疗价值。慢性头痛病人伴有抑郁、焦虑者，可加用小剂量阿咪替林，多虑平等抗抑郁药。

目前广泛应用生物反馈治疗偏头痛，其疗效优于气功等放松训练。作者(1988)应用肌电生物反馈疗法配合头痛停糖浆治疗，显效率 9 4 %，经过半年随访无头痛发作，治疗前后血流变有明显改善(P<0.05)。此外，催眠疗法、交互分析、认知行为矫正和自我控制法等有一定效果。日常生活中加强自我心理调试，防止噪音、强光、气候变化等刺激，对于摄取奶酪、熏鱼、巧克力、酒类、避孕药等引起头痛发作者应禁止摄取上述物品。

二、脑血管病

脑血管病在目前有较高的发病率和病死率。据 1991 年我国流行病学调查资料，城市脑血管病占死因的第三位，年发病率为 217/10 万，高于西方而与日本接近。脑血管病患者中约 3/4 病人有不同程度的劳动力丧失， 生活上需人照顾。 因此防治脑血管病，对保护人民健康具有现实意义。

脑血管病主要病因是高血压，动脉硬化。迄今国内外多从生理、生化、遗传、免疫等分子生物学方面进行研究。脑血管病又是多病因、多危险因素相关的疾病。目前对其进行生物－心理－社会医学模式的综合研究很匮乏；脑血管病的防治仅限于生物医学，很少对脑血管病进行心理和行为干预研究。因此，熟悉和掌握脑血管病的心理问题，从而进行心理治疗和预防已是势在必行。

（一）心理社会因素与脑血管病发病学

1．*情绪因素*　负性情绪（不良情绪）是脑血管病的危险因素已成事实。但大笑，狂喜也可导致中风发生，早在《黄帝内经》就有喜中风的记载。临床观察显示，急性脑血管病的发生，往往就是由于突如其来的愤怒、惊恐、狂喜、兴奋、焦虑等各种情绪应激而触发。

负性情绪引发脑血管病的机制是多方面的。紧张情绪兴奋交感神经系统，使其未稍释放大量去甲肾上腺素，同时肾上腺素分泌增多，在儿茶酚胺与皮质类固醇的作用下，使血压升高，脉搏增快，血糖增多并动员储存的脂肪，大剂量儿茶酚胺使血小板聚集、粘附和释放功能增强，这些都成为脑血管病发生的因素之一。作者(1989)报告脑血管病患者有情绪变化因素者占 67.5％，无情绪变化因素 21.5％，不详 11％。其中脑出血占 74.4％，脑血栓形成 68.8％，TIA66.6％，蛛网膜下腔出血 62.5％，脑栓塞 56.3％。其中有情绪变化的脑血管病患者血中血管紧张素Ⅱ含量明显高于非情绪变化脑血管病患者，两者比较有显著差异。

2．*紧张性生活事件*　日常生活中的失恋、离婚、被盗、失业、晋升、亲人死亡、环境变化等生活事件也可引起过强的反应。这些都与急性脑血管病的发生有一定相关性。如宿氏(1994)对脑梗塞 69 例，健康者 110 例分别进行紧张性生活事件评定量表(SLERS)的调查，其结果脑梗塞组 SLERS 总分值明显高于健康对照组，有显著差异。

3．*不良生活方式*　吸烟和饮酒是脑血管病的重要危险因素。饮酒者在近三年发生中风的机率几乎是不饮酒者的一倍以上。饮酒影响血压和血小板功能，与血小板聚集率

呈正相关，使全血粘度增高。吸烟时间>10 年，吸烟量>10 支/日，导至血压升高。Wolf 等认为吸烟可增加血纤维蛋白原和其它凝血因子浓度，增加血小板聚集和血液粘滞度，促进血管收缩。许多学者调查饮酒和/或不吸烟者相比，血压升高的机率明显增加，有显著差异。此外，缺乏体育锻炼，业余生活单调（玩麻将等），喜咸食，长期便秘等不良生活方式（行为）对脑血管病发生产生不良的影响。不正常的心理状态可能直接影响病人的不良行为，不良行为又可强化不正常的心理状态，相互作用，相互渗透，其结果必然增加脑血管病的危险性。因此，对脑血管病的危险因素不应只是生物医学和药物干预，还要进行心理、行为干预。

4．人格特征　许多资料表明，脑血管病人的Ａ型行为类型明显高于正常人，其比例为 4:1。对患脑血管病病人进行性格类型比较，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，即具有敌意竞争和时间紧迫感等特征。有的作者用艾森克个性问卷（EPQ）测查和分析脑血管病患者人格特征，把Ｅ和Ｎ维度的分型与气质相联系研究，脑血管病者中胆汁质和抑郁质明显增多，这也说明脑血管病同样受着情绪，人格和行为方式的影响。人格和行为方式既可作为脑血管病发病基础，又可以改变脑血管病的过程和转归。因此，　如何正确地引导患者去认识自己个性缺陷，并加以干预、矫正，对脑血管病的防治有着积极作用。

（二）脑血管病人的心理行为反应

脑血管病人的脑卒中发作，具有病死率高，致残率高，再发率高，恢复期长的特点，因此极易产生特殊的心理压力，表现恐惧、发怒、猜疑、悲观抑郁和社会隔离感等心理行为反应。即使疾病稳定的患者，看到自己肢体瘫痪，言语障碍，生活不能自理需人照顾，就易产生无价值感和孤独感，甚至悲观厌世的心境；在治疗上采取抗拒态度，对生活没兴趣，烦燥、抑郁、缄默；也有的情感幼稚、脆弱，因小事哭泣、伤感，以及行为上的退化、依赖等。因此，对脑血管病人不能只偏重于瘫痪肢体的药物治疗，还要根据病人不同心理特点进行心理干预，见表 7－1。

表 7－1　中风病人心理特点及心理治疗

分　期	时　间	心理特点	心理干预
否认期	立　即	不承认患中风，怀疑症状、体征	医护人员和家属共同劝慰，稳定情绪，正确认识中风
默认期	急性早期	淡漠、消极、有文饰现象，意志薄弱	安心治疗，良性暗示，执行早期康复措施，配合音乐治疗
焦燥期	急性后期	烦燥、焦虑、敏感、多疑、忧愁	解释疾病演化过程，逐渐引导，接受新的生活挑战，音乐放松治疗
抑郁期	康复早期	抑郁、自卑、沮丧、绝望，神经质，拒绝	关心体贴病人，心理支持，保持乐观坚毅的态度，生物反馈治疗，树立成功的典型
依懒期	康复后期	依赖，求助，不愿动	树立成功典型，进行暗示，制定计划，生物反馈治疗，消除依懒情绪，使心理处于最佳状态.

（三）脑血管病后的精神障碍

脑血管病急性期、康复期、后遗症期都可发生多种精神症状，以急性期多见。脑血

管病后的病残状态多为精神性（心理）而非躯体性，心理原因对病残的康复有着重要的影响作用。后文主要讨论中风后抑郁、认知功能障碍和人格改变。

1．*中风后抑郁*　约 50％住院患者和约 30％门诊患者有抑郁（Starkstein 等，1988）。其原因可能有：①中风后产生的心理反应；②中风诱发内源性抑郁；③中风脑损害的直接作用。任何脑损害都存在着一个受神经生物学和心理因素联合影响的长期适应期。体能缺陷常导至活动受限而对前景悲观失望，迫不得已的依赖及无能力的处境，面临职业和地位的丧失，经济来源无保障，无用感和自立能力永久丧失等，均产生抑郁反应。中风后抑郁的发生，在很大程度上取决于病前人格特点，如病前有强烈依赖性和既往应激时易发生焦虑和抑郁。此外，还与家庭环境、家人关系有关，患者在相对孤立无援的状况下更易发生抑郁。

2．*中风后认知功能损害*　认知功能损害或大脑皮层其它高级功能缺损，是中风后的严重症状。尽管这些表现不如偏瘫等症状引人注目，但却明显延迟和严重妨碍语言、心理和肢体的康复。Adms 和 Hurwitz 发现中风后处于残疾状态患者中，偏瘫本身极少构成残废的原因，更多的是认知损害而致长期卧床和生活能力丧失，对其病情缺乏自知力。中风早期还可以出现局限性认知损害，包括失语，各种形式的失用，及体象障碍等。

3．*中风后人格改变*　中风后所致人格改变是极常见的临床相，处于人格衰退状态。这样的患者对任何新方式的事物都不能适应，微小的改变亦易使其产生焦虑、烦燥或抑郁。患者还有意地避免新的经历，使自己囿于一种一成不变的生活中，当患者面临一项任务或社会要求时，有可能发生挫折反应，如让患者努力做些什么事情，患者便和蔼可亲，彬彬有礼。这可能是患者素质因素的表现，与病前性格孤僻、多疑、偏执心态有关。中风后情绪状态明显异常，情感反应迟钝或平淡，明显的易激惹，情感反应刻板，缺乏灵活性，人格衰退，逐渐发展，常成为进行性痴呆的前奏。这类人格的改变，既影响患者康复又给其亲属造成沉重的负担，如能及时诊断治疗，亦可康复。

脑血管病康复期进行生物反馈治疗或配合音乐治疗可促进康复，提高疗效，改善心境，稳定情绪，提高生活质量，还可减少用药，防治再发。

（俞子彬）

第四节　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。

一、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，但它仍是儿科最常见心身疾病中的一种。

（一）病　因

与成人溃疡病类似，本病主要是遗传素质、性格特征、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，但也有儿童的特殊性。

1．情绪因素　既往有人认为，心理因素在儿童溃疡病的发病中并不重要。Tudor RB（1967）综合报导儿童溃疡病 409 例，有情绪因素的为 17％；Robb JD（1972)报导儿童十二指肠溃疡 49 例，有情绪因素的占 58％；笔者（1983）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、甚或在打架上，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、愤慨、抑郁、羞愧等负性情绪。目前，中、小学的学习过份紧张，不少小学生还加班加点，而父母对子女的殷切期望和过高的要求，往往造成小儿情绪上经常或间歇处于紧张状态。此外，过去经历好娇生惯养和依赖性强的小儿，当遇到困难时也易造成情绪上的紧张状态。作者报导 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 2 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。

2．性格特征　笔者曾调查显示，患儿与健康儿内外向性格无差异，但 EPQ 的 N 量表 T 分超过 60 者，患儿显著比健康儿高（7／18 比 4／30）。

3．遗传因素　Tudor RB（1967）报导儿童溃疡病 409 例中，近 30％有溃疡病家族史，高于成人中 10％左右的溃疡病发生率。笔者报导儿童溃疡病 74 例中，36.5％有溃疡病家族史。国外作者亦提及，存在高胃蛋白酶原血症者，更易罹患消化性溃疡。

可以这样认为，强烈的紧张状态和好胜心强是小儿溃疡病的主要心理因素。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、情绪不稳定型和依赖性强的小儿，便易于发生溃疡病。

（二）治　疗

除传统治疗外，消除不良的心理因素，对本病的治愈和减少复发等方面均有重要的作用。此外，应用多虑平或丙咪嗪以减轻焦虑和抑郁对促进溃疡的愈合和减少复发方面也有帮助。

二 、小儿厌食

厌食(anorexia)是指患儿缺乏进食欲望，也称食欲不振。近十余年来随着独生子女的增多，长期厌食的小儿亦十分多见。长期厌食主要与精神因素和慢性疾病等有关。

（一）病　因

根据笔者小儿厌食门诊的统计资料，长期厌食由疾病引起的只占 11％，余均为父母不注意饮食的心理卫生习惯有关。常见的原因如下

1．情绪障碍　是小儿厌食的最常见原因。①强迫喂食：是引起情绪障碍导致厌食的常见原因，且常自幼发生。由于家长过分担心小儿营养不足，采取各种方法甚至采用威胁手段强迫小儿进食，使本来对进食会产生高兴情绪的健康小儿反而对进食不感兴趣

和害怕进食，久之可形成条件反射性拒食，并可发展为厌食；②进食时训斥小儿：多见于工作较忙而对子女要求较高的父母，当小儿学习成绩不佳时便常利用进餐时训斥小儿而影响其进食时的情绪，使食欲减低，久之可发展为厌食；③进入托儿所：父母在入托前没有进行适当的解释，使小儿误认为父母不爱他而出现忧虑情绪；④功课负担过重：多见于能力较差而父母要求过高的学龄儿童。由于长期的功课负担过重而情绪长期处于紧张状态，引起厌食。

2．*注意力分散*　其中以边吃饭边看电视边玩的或边讲故事边喂食的较多见。

3．*神经性厌食*　患儿认为自己过胖（虽然患者体重可能在正常范围）或为了身材的苗条和漂亮而自愿建立一种减肥饮食，这多见于 12 岁以上的女孩，尤其在社会经济状况较好的白种人种中的青春少女较多见，其女性的发病率为 50～75 / 10 万。病情多较严重。个别女孩的神经性厌食可十分顽固，有 5%～10%的患者死于自身的强迫饥饿，国内这种原因十分罕见。湖南(1990)对 8644 名 4～16 岁男女儿童的调查，采用 DSM-Ⅲ-R 诊断标准，未发现神经性厌食的病例。

以上原因均可使大脑皮层和下视丘发生抑制，使消化液分泌减少，胃肌张力降低而引起厌食。此外，经常有零食习惯和不定时进食，均可降低进食时的消化液分泌和食欲。亦有研究证明（Leibowitz　SF，1988），5-羟色胺有使食量减少、进食时间缩短的抑制进食作用。

（二）治　疗

消除病因十分重要。但在消除病因（如不强迫喂食等）的开始阶段由于小儿可能会连续数餐都进食量少导致家长担心而沿用以往不良的饮食卫生习惯（如再进行强迫喂食等）。因此，为了加强患儿及其父母的信心，在开始治疗阶段，辅以适当的对症药物治疗，如食欲兴奋剂赛庚啶、中药、消化酶制剂等就很有必要。这样可恢复患儿对进食的兴趣而不厌食。对 5 ～ 6 岁以上的小儿，还可进行行为治疗，如采用奖励强化法。即记录每餐和每天的进食量，该表由小儿保存，如当天的目标达到则在当天日程表上划上或插上红旗，并可与小儿商议共同制定出每周获多少面红旗（每周的目标应适当提高，但开始阶段应尽量使小儿获得奖赏为好），则可奖给其喜爱的玩具、书籍，观看比赛及旅游等。

三 、神经性呕吐

神经性呕吐又称心因性呕吐，可看作是精神因素的躯体反应，它常无恶心而反复呕吐，呕吐既不费力也不痛苦，吐后往往即可进食，体检和辅助检查除稍消瘦外没有任何器质性疾病的表现，这可见于任何年龄，甚至是婴幼儿也可发生。

（一）病　因

1．*各种因素导致情绪的混乱*　以强迫喂食最多见，此外尚有突然与父母分离和亲人死亡的急性强烈刺激等。

2．*对不愉快或可憎恶思想或经验的反应*　例如，一女孩上学时遇见一因车祸导致脑浆迸出死亡的行人，以后当看到豆腐食品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，而周末或假日不发生呕吐。此外母亲强迫小儿进食或喂养过度也可发生呕吐，例如，与小儿同居一室的外祖父患结核病，其母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，在终止母亲这一强迫行为后呕吐便停止。

（二）治 疗

本病的治疗主要依靠发现与解决不良的心理因素，对症治疗可联合使用赛庚啶、阿托品、维生素 B1。对 5 ～ 6 岁以上的小儿还可使用行为治疗中的奖励强化法。

四 、支气管哮喘

支气管哮喘是儿童较常见的一种心身疾病。有人认为 5 ～10％的儿童在儿童期的某一阶段曾发生过支气管哮喘。在儿童中，男与女发病率之比约 2:1。

（一）病　因

1．情绪因素　支气管哮喘的病因较复杂，其发病因素与免疫、感染、内分泌、自主神经、生物化学和心理因素有关。目前认为，单独的心理因素虽不能引起发病，但情绪是重要的促发因素。约 5～20％的哮喘发作由情绪因素引起。国外曾报告一哮喘患儿，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（幼儿时对习惯了的环境往往感到轻松愉快）等。而长期反复发作的哮喘会引起病人的焦虑、抑郁、沮丧，加之过分注意自己疾病的行为模式，与家长过分关心、烦恼和焦虑的心情互为因果，互相影响，形成恶性循环，促使哮喘的发作更加频繁。

为了评价母亲和家庭的作用，1969 年 Purcell 等人设计了一个复杂的实验：他们选择了 13 个以情绪为诱发因素的家庭；还另选了一些孩子哮喘发作与情绪因素无关的家庭作为对照组。除了患哮喘的孩子以外，所有家庭成员都离家两周，请了一个女管家来照料哮喘的孩子。在分开的这一段期间，情绪因素低的孩子病情并没有什么明显改善。而原来的情绪因素高的孩子则有了明显的好转，但两周实验过去之后，父母亲又回到家里时，实验组孩子的病情又退回到以前的样子。这个实验表明，某些哮喘儿童的家庭生活，在疾病中起了一定的作用。这是由于患儿的家庭中，总要给得病的孩子过多的照顾。其结果是，过分深情的母亲不知不觉地运用了操作条件方法，促使哮喘症状延续下去。

在哮喘的发病中，应激引起呼吸道平滑肌功能紊乱是由于副交感神经活动相对亢进所致。心理生理的研究也指出，暗示技术可诱发哮喘患者呼吸道阻力增加，并可由于应用阿托品而防止，因而提示胆硷能的通道受累。有人曾让 8 名哮喘非发作阶段的学龄儿童观看使之感到厌恶的电影，或作复杂而无味的数学题，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。

2．性格特点　哮喘患儿的性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。

（二）治　疗

除使用氨茶硷或肾上腺素和激素等类药物外，对有情绪因素的患儿，应实施心理治疗。首先，消除小儿不良的心理因素十分重要，例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，也有用催眠、暗示等治疗成人支气管哮喘成功的报告。Creer（1973）应用前额肌电反馈放松训练对哮喘儿童进行治疗，取得了较好的疗效；Feldman （1976）也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。他提出某些儿童可能使用生物反馈治疗以控制呼吸道的阻力至少可获得某些症状的改善。此外，对有焦虑情绪的患儿，使用安定等药物也有帮助。

五 、遗 尿 症

（一）夜间遗尿症

夜间遗尿症（nocturnal　enuresis）在儿童期较常见。据国外报道 7%的 5 岁、3%的 10 岁、 1 %的 18 岁男孩和 3%的 5 岁、2%的 10 岁女孩及罕见的 18 岁女孩患遗尿症。一般指 5 岁以后仍出现尿床者，始称夜间遗尿症，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，它又分为原发性和继发性两种。不少人认为，既往已能夜间控制小便达 1 年以上的继发性遗尿患者，一般是反映情绪混乱，比始终未能控制小便的原发性患儿易于治愈。

1．病　因　功能性遗尿的病因目前尚未完全阐明，产生原因可与下述因素有关：①遗传因素：本病的家族发病率甚高，国外报道 74%的男孩和 58%的女孩，其父母双方或单方有遗尿症的历史；②功能性膀胱容量减少：用膀胱内压测量方法或作膀胱 B 型超声检查，可发现膀胱容量平均小于正常 30～50%；③睡眠过深：最常见的原因是由于睡眠过深不能接受来自膀胱的尿意而觉醒，仅发生反射性排尿，遂成遗尿；④心理因素及教养：心理和精神方面的障碍如家庭成员死亡、变换新环境、失去父母的照顾所造成的焦虑状态，以及黑夜恐惧受惊、报复心理、母子关系冲突和精神过度紧张等。这些因素不但可促使以往已有控制小便能力的儿童发生夜尿症，而且少数患儿在发生夜尿症后便逐渐形成习惯，有些甚至成人后仍无法改变。此外，缺乏排尿训练或不适当的排尿训练如父母强制小儿迅速学会夜间控制小便的能力会导致小儿产生愤怒反应而不知不觉地以尿床抗拒父母。

遗尿患儿的个性可因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。

2．治　疗　对有不良心理因素的应予消除外并可采用药物、行为疗法、小便警铃装置和针灸等治疗。在药物上以盐酸丙咪嗪和氯酯醒较常用，因丙咪嗪为抗胆碱能药，可放松逼尿肌抑制排尿，还可降低睡眠深度，加强括约肌的自主控制。所以国外有报告

应用丙咪嗪后，40～50％的患者遗尿迅速停止，但停药后 2／3 的病人复发。Taylor（1975）等报告国外常用的小便警铃装置训练的复发率为 45.7％。行为疗法由于是病人通过成功的学习才能矫正遗尿行为，故疗效巩固，复发率低。Marshall S（1973）用行为矫正法治疗遗尿儿童 90 例，复发率为 5％。笔者用行为疗法加药物治疗遗尿患儿 34 例，随访 6 个月,总有效率达 97％，只 1 例复发。根据目前国内条件，应以行为矫正法配合药物或针灸治疗较为实用，且效果较好。

附：遗尿症的认知行为矫正法　下列方法适用于有治疗愿望和责任感的患儿：

⑴ 设置日程表：治疗开始便告知患儿,他自己能够想出影响他遗尿的可能因素。并由患儿设置和保存日程表，以便每天进行记录。当他遗尿时，便把可能影响他尿床的因素记录在日程表上，如睡眠的时间；傍晚液体的摄入量；白天的情绪和应激等。当无尿床时便把一颗红星贴在日程表上。通过日程表上的进步记录和定期与医师商讨，可帮助患儿领悟到环境与行为的因素能影响他的尿床，而且他自己有能力控制许多影响他遗尿的因素而加强信心。医师的鼓励对成功的实现提供正强化作用。

⑵适当的奖励：在逐步改变尿床行为的过程中，对每一个进步给予奖赏。

⑶自主排尿功能训练：小儿白天多饮流质当白天出现尿意时要主动控制排尿，尽可能在卫生间等待并尽量延长排尿时间，等到迫不得已时才排尿于量杯中并记录之，如一次排尿量较以往的最大排尿量增加，则可获得奖赏，这可增加膀胱容量。亦可教患儿作排尿中断训练即每次排尿时尿尿停停，或排尿至一半时中断排尿，然后让患儿从 1 数到 10，再把余尿排光以提高膀胱括约肌的控制力。

⑷知晓膀胱胀满的感觉：如果患儿知晓自己躯体膀胱胀满的感觉，他就能经常领悟这一感觉并对排尿加以控制。膀胱胀满感觉的建立可通过鼓励患儿尽可能延长他两次排尿间隔的时间而助成。

⑸逐步延长睡眠时间：在既往夜间经常发生尿床的时间，可应用闹钟，使患儿能及时清醒排尿并使渐成习惯。当目的达到后，则采用逐渐延迟闹钟唤醒患儿的时间，直至天亮也无需闹钟而痊愈。日程表上也应记录这一渐增的睡眠时间。因患儿知道这一成就是他自己取得的，这对患儿来说便是一种奖赏和强化，家庭和医师的赞许进一步强化这一行为的修改。

（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，排尿次数可以从正常每日的 6～8 次增到 20～30 次，小儿否认排尿困难、白天遗尿或睡后尿频。通常发生于 4～8 岁。这一症状较白天遗尿症常见得多。

1．*病　因*　日间尿频常由于家庭成员的死亡、变换环境（如入托儿所、上学和住院等）、突然离开父母、害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的摄入量和应用利尿药物。尿常规也应检查。

2．*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。

六、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。

本病多发生于 3～8 岁的儿童，其临床表现为患儿在开始入睡后约 15～30 分钟左右突然惊醒，双目直视，躁动不安，面露恐怖表情，但意识仍呈朦胧状态，同时，可表现呼吸急促瞳孔扩大，出汗，历时数分至 20 分钟,然后再度入睡。醒后完全不能回忆或有零星回忆。此外，本病与发生较多的恶梦清醒后很快地变得明了，并多能回忆梦的内容有所不同。本病的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。至于本病的发作次数则可从一夜发作数次到数日或数十天发作一次不等此外，本病尚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。在药物的应用上，以往常在睡前口服鲁米那或冬眠灵等加深睡眠，控制夜惊发作。目前多于睡前服用盐酸丙咪嗪 12.5～25 毫克或安定 1.25～2.5 毫克较有效,机理不明。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）

第五节　妇产科心身疾病

心理社会因素在妇产科疾病的发病中起着重要的作用。在急骤发展变化的社会经济生活中，就业问题、婚姻问题、计划生育问题等，女性比男性受到更多的社会心理影响。加上女性特殊的生理心理特征，因而更容易产生心理压力、心理冲突，造成身心功能的障碍。

女性生殖系统功能受丘脑下部—脑垂体—卵巢轴直接控制。社会心理因素以情绪反应为中介，作用于植物神经系统和丘脑垂体内分泌轴，进而影响女性生殖器官功能状态，以至引起平衡失调而致病。

另外，月经、妊娠、分娩这些女性特有的生理现象，有时会成为妇女的心理问题，并可引起强烈心身反应或转化成妇产科心身障碍。例如，一些少女缺乏生理卫生知识，对月经初潮惶恐不安，认为月经肮脏、行经“倒霉”、痛苦、麻烦，可导致经前期紧张综合征、心因性痛经、闭经、功能性子宫出血等。成年妇女十月怀胎，一朝分娩，是正常的生理现象。然而，由于妊娠、分娩关系着母子两代的健康和生命。因此，许多妇女妊娠、分娩过程中常有各种担心和害怕，甚至包括孩子性别问题，有的还因为不良心理刺激造成妊娠、分娩的心理障碍。产后乳汁分泌和哺乳也是妇女正常的生理现象。然而，产妇哺乳期过度劳累，睡眠不足，精神紧张，不良情绪常可造成乳汁分泌障碍。也有一些年青母亲担心哺乳影响体型而不愿哺乳，以致影响婴儿的生长发育，有的因乳汁淤积造成乳腺炎。

生殖器官常被人们认为是最神秘的器官。妇女一旦患了妇产科疾病，常会感到难为情，难以对人述说，只有到了不得已，才去医院就诊。看病时，向医生述说病情，常吞吞吐吐，羞羞嗒嗒。尤其对外阴痒，性交疼痛、出血，性功能障碍等更难以启齿。不少妇女害怕做妇科检查，并因此错过了诊治时机

妇产科心身疾病涉及范围较广，心理社会因素可影响妇女月经、妊娠、分娩、哺乳等正常生理功能，从而引起多种妇产科疾病。本节部分介绍妇产科心身疾病及临床

一、闭　经

闭经是女性常见症状，一般指女性年满 18 岁，月经尚未来潮者为原发性闭经；月经初潮之后又停经三个月以上者称继发性闭经。由心理因素造成者称心因性闭经，它是继发性闭经的一种。

造成闭经的原因很多，正常月经的建立有赖于下丘脑－垂体－卵巢轴的神经内分泌调节，以及靶器官子宫内膜对性激素的周期性反应，其中任何一个环节发生障碍，都可导致闭经。因此，应对闭经病人作全面检查。然而，临床上因为心理社会因素造成闭经的并不少见。如过度的精神紧张、恐惧、忧虑、悲伤，突然的环境改变，生活的规律打乱、剧烈的思想斗争、强烈的妊娠愿望等，都可以扰乱中枢神经与下丘脑间的联系，从而影响内分泌轴的功能，发生卵泡成熟障碍而致闭经。如女学生在临近重要考试前，新兵入伍后，女犯人拘禁期间等的闭经都属这类。

研究发现性格内向，依赖性强，不喜交往、多思多疑的女性易在心理刺激下产生不良情绪而致闭经。

闭经是妇女很敏感的问题，未婚女青年会担心影响健康，影响婚恋；已婚妇女担心会影响生育，因此忧心忡忡、敏感多疑、烦躁不安。这样的情绪应激又常会引起内分泌紊乱而加重病情。因此，治疗闭经很重要的是让患者了解月经的生理卫生及月经与情绪的关系，进行情绪放松训练，相信过份担忧，多疑、紧张的情绪改善后，月经周期是可以恢复正常的。对有明显个性缺陷的妇女，应指导帮助她们提高对外界的适应能力，保持情绪的稳定性，阻断不良情绪导致闭经而闭经又加重不良情绪的恶性循环。少数闭经患者在全身调整的基础上可在医生指导下补充适当的雌激素，以调节卵巢功能，制造人工周期，当人工周期建立之后，病人的紧张及忧虑状态得以改善，易使月经恢复正常。

二、痛　经

痛经是女性行经期间或经期前后发生下腹疼痛或伴有其它不适以致影响日常工作与生活。临床可分为原发性、膜样性、充血性、与继发性痛经四种，尤以未婚未孕妇女多见。其中原发性者生殖系统无明显器质性病变，常在月经初潮即开始出现，心理因素常贯穿始终。

痛经的生物学因素包括组织解剖因素、内分泌因素以及遗传因素等。但痛经的心理因素是明显的。据资料反映，约有 5-10%青少年女性患心因性痛经，是由于初潮时对月经现象缺乏了解或错误的理解，造成紧张、厌恶等情绪，从而使子宫峡部张力增强，子宫肌须加强收缩才能排出经血，引起痛经。临床心理研究认为，心理发育不成熟、有神经质性格，为保持体型苗条而节衣缩食致消瘦体虚的当今女性，性情急躁、倔强、 冲劲、对自身过于敏感、暗示性强、自控力差易感受应激者易发生痛经。

心因性痛经的治疗应从改变患者对月经的错误认识入手，这样才能消除紧张、焦虑及恐惧状态，减少机体的过度反应，促进良性循环；对于具有不良性格特征的人，应让他认识自己性格的缺陷，树立信心，使个性全面和谐发展，增强自己适应社会，战胜疾病的能力；对痛经紧张焦虑症状严重的，可运用心理放松疗法，通过听音乐看电视和做

一些有兴趣的娱乐等分散对痛经的注意力，缓解其紧张情绪，从而减轻症状。另外，还要指导病人在经期避免寒冷潮湿，不吃生冷瓜果和饮食，避免过度疲劳。

三、经前期紧张综合征

经前期紧张综合征亦称经前期综合征，系指发育年龄的健康妇女于月经前 1－2 周所表现出的一系列情绪及躯体症状群。本病是成年女性常见的心身疾患，Morton 统计 1000 例各类妇女发生率达 95％，轻重各不相同，以 20－30 岁生育旺盛期最多见，国内统计女性罹发率为 50％左右，但病情严重持久者少见。

发病时病人情绪不稳定、身体疲乏、倦怠、思想不集中，患者对月经来潮十分恐惧，症状严重的一次行经有如一场大病，对下腹阵痛、乳房胀痛十分苦恼，抑郁、焦虑不安，易于激怒。本病心身症状有明显的周期性，均于每次月经前 1 － 2 周出现，以来潮前 3 天最严重，月经过后症状即消失，下次经期临近，惧怕症状又再次出现。周而复始，恶性循环。

本病发生与女性激素分泌失调有关。由于大脑皮层兴奋减低，植物神经功能紊乱，垂体促卵泡生成素(FSH) 分泌过多，致经前雌激素增高，使水盐代谢、糖代谢紊乱，引发一系列心身症状。某些药物如前列腺素、泌乳素、醛固酮的不当使用亦可致病。在心理方面，缺乏月经生理卫生知识，认为月经是脏东西，行经“倒霉”，有一系列痛苦麻烦，而产生紧张恐惧等不良情绪体验，以及女性少年时的不幸、负性生活事件的刺激等可使雌激素分泌异常而发病。

治疗上，使用药物和心理综合治疗法。临床上常采用激素治疗纠正水盐潴留，可用双氢克尿塞、安体舒通等缓解临床症状，也能对消除某些临床心理反应起到一定暗示作用。心理治疗可采用认知疗法改变病人对“月经”的错误认识，增强社会适应能力。催眠疗法对精神紧张者效果很快，轻度迷睡即具有明显的症状减轻作用。转移控制法是一种经验治疗，要求病人发挥自己解决问题的能力，根据自己周期性情绪变化的特点，在情绪不好之前，积极活动，尽量找一些自己有兴趣爱好的事来做，可以使用音乐、绘画、书法疗法，避开易发生冲突烦恼的事情，从而减轻症状。

四、功能性子宫出血

功能性子宫出血（功血）是一种躯体因素较强的妇科心身疾病。表现为月经失去正常周期，出血量过多，经期延长，检查内外生殖器均无显著器质性病变、无妊娠并发症和其它出血性疾病。本病的发生与心理因素密切相关，多见于青春期和更年期。

本病可因气候寒热骤变，生活贫困，躯体疾病，长期营养不良，正常生理代谢紊乱，并通过大脑皮层的神经介质干扰下丘脑，致使卵巢功能失调，性激素分泌失常，最终导致宫血。在心理因素方面，国外报告 70％的功血患者有情绪障碍和性生活不和谐。因突然生活事件如亲人亡故、重大的精神创伤、生活环境和方式的改变等，使许多妇女适应不良，情绪反应剧烈从而通过植物神经使盆腔淤血致月经量过多。多次发生宫血者，每次行经时间延长、经量过多都会造成患者的紧张恐惧，从而加重病情，造成恶性循环。研究发现，性格内向执拗、感情脆弱，易偏听偏信，不听劝阻者易患此病。

功血的治疗应将内分泌干预、全身支持疗法与情绪调控有机结合。查明出血性质后

给以抗炎、调经、恢复卵巢功能等药物；对出血严重的病人可采用刮宫术；对更年期病人可用激素治疗。常用的心理治疗有认知疗法和松弛疗法。应指导病人科学的认识功血，激励病人调整情绪，增强其抗病信心。对有性生活问题的患者应指导其纠正不正确的性生活方式，重建和谐美满的家庭环境，放下思想包袱后定能取得较好的疗效。也可以通过自我松弛或放松训练使患者心情舒畅以利康复。

五、子宫、卵巢切除综合征

子宫、卵巢切除手术虽能消除病痛，但它同时又是一种特殊的心理刺激，术前病人常有对手术疼痛、出血、危险等恐惧心理；术后又常产生生育功能被剥夺、被“阉割”的心理体验。因而有的病人情绪低落、苦闷、抑郁，常隐瞒作过这种手术，青年妇女常担心自己女性形象受损，自我完整感丧失，担心会影响夫妻性生活。有报导术后患神经症的占 50－70％，多表现为神经衰弱症候群。

对子宫、卵巢切除综合征的治疗，应重视术前心理咨询。术前医生和护士应主动热情的向患者说明手术的意义及方法，说明手术的必要性，一般术后不会影响夫妇性生活，手术不会改变妇女的形象，术后要保持年轻患者女性性征，可定期用雌激素药物即可。对心理矛盾、疑虑过多的病人，要解答病人提出的问题，消除各种疑虑。另外，要做好患者丈夫及亲属的工作，术后应从多方面关心病人，从而减少病人的压力和精神负担。

六、妊娠、分娩、难产的心理问题

妇女由妊娠怀胎十月，到一朝分娩，在这一复杂连续的生理过程中，包含着许多心理社会因素。大量的临床实践研究证实，各种不良心理社会因素对孕产妇的母子身心健康均产生重要的影响。

据统计孕产期出现心理障碍者可占１７％。常见的有：①妊娠心理矛盾冲突：如初次妊娠常有期盼和担心，包括 担心胎儿畸形，担心胎儿性别，担心难产，担心自己是否能做好母亲等多种矛盾心态等。随着分娩期迫近，一些神经质个性的妇女可出现焦虑、忧郁、愤怒、任性等心理异常。②情绪不稳定：不少孕妇有莫明的恐惧或烦恼，可能与妊娠不适有关；有的因怀孕而“居功自傲”，依赖性增加，常为一些无关小事斤斤计较，生气发火哭闹。③分娩时的恐惧－紧张－疼痛症候群：性格脆弱的初产妇尤易发生。恐惧紧张情绪可通过内分泌及神经通路致使分娩无力，平滑肌紧张，痛阈下降，敏感性增加，由此更加剧恐惧体验以致胎儿宫内缺氧窘迫，或诱发子痫和难产等。④未婚先孕者情绪复杂，反应强烈，有的自责悔恨，甚者可致精神异常。

心理干预问题：①心理咨询：应对初次妊娠者提供妊娠分娩知识的心理咨询，改善他们的认知方式，调动其主观能动性，减轻她们的心理压力和恐惧情绪，以积极乐观的态度对待妊娠分娩。②松弛疗法：孕妇应保持良好的心情，思想松弛、精神乐观、生活规律，有助于神经内分泌的平稳协调，分娩过程中，第一产程应该运用“放松功”，第二产程在医护人员指导下增加辅力，对缩短产程减轻疼痛有积极意义。 ③音乐疗法：优雅的音乐与胎教，利于母亲及胎儿身心健康，对减轻紧张、恐惧、烦躁、不安有很好的疗效。

另外，妊娠期间各种情绪创伤，重大生活事件等心理社会因素可导致情绪异常和中

枢神经系统功能紊乱，从而诱发早产、妊娠剧吐、流产、胎位异常、胎儿发育障碍及分娩时产力异常和难产的发生。不良的行为方式和生活习惯如吸烟、酗酒、吸毒、生活不规律、睡眠不足，频繁旅行也可致流产、早产；性开放、性生活不节制，易致异位妊娠、流产、早产的发病。这些也都需要引起注意。

七、计划生育中的心理问题

计划生育（计生）是我国基本国策。输卵管结扎术及人工流产（人流）是计生工作常用措施。尽管手术方法上不断的改进和提高，术后躯体并发症已极少，但由于受术者均属健康人，从个人来说，并无通过手术解除痛苦的需求，因此她们往往积郁着不同程度的消极情绪，心理改变也较一般妇科手术者多。胡廷溢(1983)报道 57503 例绝育妇女中，术后患神经症的 77 人占 0.13％。也有报道输卵管结扎术后患神经症达 0.32－2.2％。另外，人流引起“人流综合征”也时有报导。

术后神经症主要表现是神经衰弱症候群，有的出现癔病性瘫痪、强迫症等表现，有的表现为意识障碍，产生阉割心理，认为有生理缺陷，自我统一感、完整感丧失，性功能障碍，自尊心下降，性格改变、心情压抑、谨小慎微、妒嫉他人、对外界存有戒心，有的出现其它心身改变如焦虑紧张、悲观抑郁、躯体不适，甚至可诱发反应性精神障碍或症状性精神病。有的病人还可出现隐瞒手术情况，依赖、请求补偿，迁怒于他人等心理防卫表现。

有的病人可表现全身性“人流综合征”。因对手术恐惧，在扩张宫口或吸宫时局部刺激引起迷走神经兴奋，产生面色苍白、出汗、头晕、恶心、呕吐、胸闷、 心律失常、血压下降、甚至抽搐、晕厥；有的病人在人流数小时后出现晕厥、恶心、呕吐、心悸、下腹疼痛、子宫增大、宫腔积血；或因手术应激致内分泌改变而出现闭经、月经不调等。少数人在人流绝育术后出现忧郁、后悔、自责、负罪感、抵触、冲动、消极、厌世或绝望等。

出现计生手术后心身问题的原因是多方面的。一些人是由于对计生手术有各种不正确认识，心理矛盾重重，甚至有的担心手术会影响女性的魅力和性欲。另外，手术器械的刺激会使许多妇女产生焦虑与恐惧，她们害怕疼痛，担心手术意外和后遗症等。个性特征也有一定的关系，有研究报告结扎术后身心障碍患者的气质类型，强而不均衡型的占 46％，弱型 44％；这些人表现敏感多疑、多愁善感、心胸狭窄、情感脆弱或暴躁，个人意识强。另外文化程度低的农村妇女患病率最高，其中以文盲及小学文化者居多。

心理干预问题。应注重计生术前心理咨询，医护人员应耐心细致地向病人宣传计生手术的意义，手术的安全性，手术不会影响女性魅力等。通过教育、鼓励、疏导，矫正病人的非理性认识，使病人能以科学态度看待手术，缓解紧张抵触情绪；指导病人进行渐进性放松训练或自律训练，消除其紧张心理反应，增强适应能力。医护人员手术操作时应注意动作尽量轻柔，同时给予良好的语言暗示叫病人不要紧张，做深呼吸，指导病人放松腰部及盆底肌肉的紧张度。对被动、依赖者，应向她说明术后早期下床活动、自理生活对促进康复、减少后遗症的益处；要正确理解和体谅病人的索取心理，对其提出的过份或无理要求应善加疏导，切忌草率斥责，避免产生新的心身不适。

（过慧敏）

第六节　耳鼻喉科心身疾病

一、耳聋与耳性眩晕

（一）心因性耳聋

1．癔症性耳聋　该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，则在正常范围，此结果有助于与爆震性聋、噪声性聋相鉴别。其病因主要是长期焦虑、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 年)报导应用２％的利多卡因静脉注射治疗１３例功能性耳聋者，其中病程在１０年以内的１０例均有不同程度的疗效。

2，假性耳聋（伪聋）　这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，端正医德，实事求是的作出诊断。

（二）耳聋患者的心理问题

真正的听力丧失者，由于其第二大感觉途径受损，患者常会产生一系列的心理问题。

童年期耳聋的儿童，其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，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的群体中去。如果参加一般常规学校的学习，聋童则难以获取信息；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，耳聋者常因性成熟和寻找职业、成家等方面的困难和挫折，发生不同程度的情绪障碍。成年期耳聋者，因已基本适应其所处的环境，故情绪较稳定。其主要的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越大，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）美尼尔氏综合征

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，情绪应激反应为本病的诱因，如激动、过劳、紧张、焦虑、争吵等都可能影响植物神经系统的稳定性而通过血液流变学的改变诱发本病。故 Watson 等明确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。

二、心因性发音障碍

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：有合并症的心因性发音障碍和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。治疗时，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

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。此病较常见。上呼吸道感染所致的失音，虽是器质性损害暂时影响病人发音，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、讲解员以及常在噪音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。

声带小结是常见的职业性喉病。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 年）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。治疗者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较化。

（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。

口吃的原因，目前国际上有几种学说：①生理异常学说。国外普遍认为口吃是脑功能失调引起。②环境压力学说。即在具有口吃倾向的人中间。由于其父母或周围人们的苛求和压力导致其口吃；或者是模仿加上压力所致。③心理障碍学说。因患者的口吃常在与陌生人、领导或异性等说话时加重，故认为口吃与患者的心理状态密切有关。李春生等(1985)通过对 577 例口吃者的心理特征调查发现，口吃与个性特点有一定的关系。

治疗上包括：①克服心理障碍。关健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。②生物反馈－松弛疗法。③药物疗法。氟哌啶醇有一定效果，但副作用大。最近报导氯丙咪嗪口服，可使口吃严重程度明显下降。

三、咽部异常感觉

该症又称癔球症、咽部神经官能症等，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，多见于中年女性。由于该症表现的部位，病人常先就诊于耳鼻喉科，而实际上这是一种多科性、病因复杂的心身疾病。最近发现的致病因素有：有呼吸道慢性炎症、消化道疾病、心理因素、植物神经和内分泌紊乱等，有人将精神抑郁列为首位。据报导，该病占耳鼻喉科门诊数的比例：1968－1979 为 1－5％，1980－1985 年增加到 16.75－17.4％，说明其发病率有增加趋势（常勇刚，1987）。EPQ 测定表明本病患者有一定的人格特点。

治疗上，以暗示为主的综合治疗效果好，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。

第七节　眼科心身疾病

眼睛是人体中最敏感的器官之一，人体接受的信息有８０％以上是通过视觉获得。随着心身医学的发展，人们对眼科疾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。

一、常见眼科心身疾病

目前研究认为，眼科心身疾病主要有：原发性青光眼、中心性视网膜脉胳膜炎、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、高血压性视网膜病受、癔病性视力障碍、精神性大小变视症和交感性眼炎等。

（一）原发性青光眼

青光眼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。

１．闭角型青光眼　此病多见于女性，发病率约为男性的２－４倍，是老年期常见的眼疾。目前发现，该病在原发性青光眼中所占的比例有逐渐增高的趋势。本病的发病原因十分复杂，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。从环境因素看，患者大多是长期在暗处工作，或持续看电视、电影的时间太长，由于瞳孔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，有时即使未用降眼压药物，眼压也能自然回落。故在本病治疗中，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。

２．低眼压性青光眼　本病在临床上也不罕见，其病因一般认为是因供应视神经与

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。

3．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、疏导和宣泄，对于稳定情绪，缓解症状确有重要作用。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。

（二）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，终日悲衰，睡眠、饮食均不好。后对其耐心劝导、安慰、真诚关心，同时用镇静药、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。

（三）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、眼部不适、头痛头晕、阅读不能持久等眼部和全身症状。其病因十分复杂，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(+)；咽反射消失；常感失眠多梦、疲劳和思想不集中；性格内向、心情压抑；有明显社会环境刺激因素存在等，则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。

（四）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，这也许与心理因素有关。另有一些无原因的眼部异物感，如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，并适当停用滴眼药，常可获得意想不到的良好的效果。

（四）飞蚊症

这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，该症的出现会给他们带来许多烦恼。对这样的患者，详细解释就是一种不可缺少的治疗方式。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，转移注意力，这种飞蚊幻视就会慢慢消失。但是，在诊断时，首先一定要排除病理性病变。

二、眼科手术病人心理问题

由于人体主要信息通过视觉获得，因此眼科手术病人的心理压力很大，常感紧张、压抑和忧虑。医务人员要体察病人的情绪，充分重视语言的作用，安抚病人。患者在行眼科手术时，非常害怕手术失败，惧怕眼睛失明，医管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，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。

第八节　口腔科心身疾病

一、牙科畏惧症

牙科畏惧症（dentel 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 5-14％的人因害怕甚至回避牙病的诊疗。该症的形成主要与以下各因素有关：⑴牙科医源性创伤；⑵社会因素；⑶个体因素（钱祖贤，1987）。此外，女性更易产生紧张和害怕，教育水平及自我抑制力的高低也有一定影响。

本症的防治。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，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疗带来极坏影响，从而可能形成牙科畏惧症。在治疗的前、中、后如能正确使用言语对患儿进行心理影响，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岁儿童收效最大。榜样示范作用有利于降低儿童对牙科的恐惧，故有提倡设立儿童牙病专科门诊，集中治疗。

二、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，且常反复发作，影响工作和生活（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。研究发现，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 用 MMPI 测验发现，此类患者性格刻板，超常态，且好竞争，情绪易紧张。临床还发现，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。首先给病人以友爱，尽快帮助他们找出情绪不佳的社会诱因，然后运用生物反馈训练自我控制，从而缓解局部痉痛、张口受限和关节弹响等症状。

三、口腔扁平苔癣

口腔扁平苔癣（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。研究还发现，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。目前，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、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。Sterss 报告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。

四、牙周病与其它口腔心身障碍

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 的 Sc 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 等报导，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，考试及人际关系紧张等可引起发急性坏死性齿龈炎（ANUG），该病也是一种与应激有关的疾病。

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；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。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）

第九节　皮肤科心身疾病

一、心理社会因素与皮肤疾病

心理社会因素与皮肤疾病的关系体现在两个方面，一方面有不少皮肤疾病如荨麻疹、神经性皮炎、斑秃、牛皮癣、湿疹等，其病因、发病过程和疾病的演变与心理社会因素密切相关，另一方面，皮肤疾病又因瘙痒等症状常常困扰着患者，引起焦虑、烦燥不安等情绪症状。某些皮肤疾病也可因为影响了外貌而造成患者心理上很大的压力。另外，近年来由于对爱滋病的恐怖而向皮肤科求诊的人数有逐年增加的趋势。

（一）心理社会因素与皮肤瘙痒

一般认为，皮肤瘙痒的发生可能与体内的某些化学物质的浓度有关，如体内组织胺、蛋白酶等递质的异常释放都可引起皮肤的变化，产生皮肤的瘙痒和各种症状。但除生物

学因素和理化因素外，心理社会因素也是导致皮肤瘙痒的一个重要的原因。虽然不是所有的皮肤疾病的发病都与心理社会因素有关，但每一种皮肤疾病与心理因素有着或多或少，直接的或间接的联系，有的可能是其直接的诱因，有的则可能会影响疾病的变化。

人类情绪的各种变化，可引起皮肤的瘙痒。但与皮肤瘙痒最相关的情绪活动还是焦虑和被压抑的愤怒。这些情绪不仅会使已有的瘙痒感加剧，而且还可以在一个没有皮肤疾病或皮肤瘙痒的人身上引起瘙痒。没有躯体性或物质性原因，而由心理刺激引起的瘙痒，称为“心因性瘙痒”。心理动力学者认为，心因性瘙痒者的共同特点是对爱有过分的要求，当这种要求不能获得满足时，就容易产生愤怒或焦虑的情绪。如果这些情绪受到压抑，不能公开地表露出来，就会转向自身，从而导致皮肤的瘙痒。

人格特征与皮肤的瘙痒也有很大的关系。一般认为具有特质性焦虑人格特征者在心理刺激下很容易产生瘙痒。

心理应激、精神紧张和焦虑等心理活动的变化可大大降低个体痒感阈限和对痒的耐受阈限，使对痒的刺激变的较为敏感。

（二）皮肤科心身疾病的诊断

皮肤科心身疾病的诊断除了根据皮肤疾病的具体诊断标准，有明显的皮肤损害或相应的症状与体征外，还应进行心理社会因素的分析。是否存在以下一些因素：①在发病前存在明显的心理社会因素的诱因，如由于心理应激导致高度的紧张、焦虑和抑郁的情绪反应，直接引起的斑秃、神经性皮炎、精神性紫癜、非生理性白发等；②由于其它的原因引起的皮肤疾病，因自我处理不当而加剧的，如足癣患者采用不恰当的热水烫洗、手抓、摩擦等使症状加重，造成心理上的焦虑、烦燥不安，进一步又加剧了病情；③有时存在可以证实的心身因素促进或持续存在的皮肤疾病，如在情绪的应激状态下可导致多汗症的产生，并因过度排汗、瘙痒而引起搔抓活动，造成一些继发性的皮肤病；④发病过程中有明显的情绪影响因素，情绪的波动与疾病的变化有明显的相关性，如过敏性湿疹、神经性皮炎、脂溢性皮炎等。⑤还有可能存在一些遗传因素的疾病，在情绪的应激下而发病。

（三）皮肤科心身疾病的心理治疗

皮肤科病人的心理治疗首先应通过各种方式，使病人了解心理社会因素，尤其是情绪因素与皮肤疾病症状之间的密切关系，认识心理应激常常是症状出现和加剧的重要原因。尽量消除不良的心理社会性的刺激，改善病人的情绪状态，使之保持积极愉快的情绪。

其次，要使病人对皮肤心身疾病有正确的认识，大多数疾病是可以治愈或控制的，但重要的是应该绝对禁止一切刺激，如不可用热水、肥皂、盐水等烫洗；不可滥涂碘酒等刺激性药物；不进食刺激性食物等。

第三，对于一些发生在颜面部或经常暴露在体表的疾病，因可能给病人的社会交往带来一定的影响，这种人往往容易产生自卑，心理上的压力比较大。对此，应加强心理疏导，纠正他们不正确的认识，树立正确的疾病观，树立战胜疾病的自信心，解除心理上的压力，积极、乐观地治疗。

第四，必要时应对皮肤科疾病病人的家庭、社会环境进行干预，消除其周围人对病人不正确的态度和不必要的防范，给病人提供必要的社会支持。

二、几种常见的皮肤科心身疾病

（一）神经性皮炎

神经性皮炎是比较典型的皮肤科心身疾病，也是 Alexander 、French 等(1968)最早提出的心身疾病之一。本病是多种不良刺激的综合结果，其中精神刺激、情绪因素是重要的原因。心理动力学的观点认为，如果幼年时期缺乏母亲通过抚摸和拥抱等方式给予足够的皮肤刺激，就可能会导致本病。一些学者的研究观察发现，大多数病人在发病前有情感的障碍。

（二）斑　秃

本病为突然出现在头部的一个或多个圆形斑状脱发，也有在不知不觉中逐渐发生。病程急慢、长短不一，有的可在生发后又脱落，反复多次出现。一般认为，本病与心理因素有密切的关系，如紧张繁忙的工作、学习造成过重的心理压力；经常睡眠不足；性情急躁、脾气倔犟、争强好胜、好生闷气；经常情绪紧张、容易激动、波动比较大；以及用眼不卫生和视力容易疲劳等因素都可能会导致斑秃。如果能够消除不良的心理应激，一般不用药物即可治愈。

（三）荨麻疹

荨麻疹既是皮肤病的常见症状，同时也是一种皮肤病。许多临床观察和实验的研究证实情绪因素在其发病中有重要的作用。例如，Kohnslamn 曾在催眠中，用语言暗示，使受试者的皮肤上发生了荨麻疹。也有的学者，如 Graham 在实验中发现一些人，用小棒接触皮肤即可产生小的荨麻疹。当消退后，与受试者谈论紧张的冲突事件时又可重新再现。

(吴均林)

第十节　肿瘤科心身问题

一、心理社会因素与癌症

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，目前大致涉及以下几方面认识：①具有某些情绪或个性行为特征的人其癌症发病率较高；②直接影响癌症发展和转归的内分泌和免疫防卫功能，受患者本人的情绪和行为反应的影响；③具有某些心理行为特征的病人，其生存期较长；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）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；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；独身妇女乳

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；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，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，作者(1987)通过 EPQ 测查发现癌症病人的 E 量表分较低和 N 量表分较高，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能积极开展有意义的和有快乐感的活动；④能与周围人保持密切联系。相反，消极的心理行为反应则加速癌症的恶化过程。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）心理生物学机制

心理神经免疫学(psychoneuroimmunology)研究证明，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(Baker，1987)。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；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；动物实验也证明，在紧张的回避条件反射实验环境中，小鼠多项免疫功能受损，致使皮下接种 6G3HED 淋巴肉瘤细胞的成功率和生长率提高。

二、癌症病人若干临床心理问题

癌症病人临床心理问题较多，以下仅作选择介绍。

（一）告诉癌症病人真实信息

癌症诊断一开始就是对病人的沉重心理打击。随后，有关癌症的预后问题，包括是否会产生疼痛、是否会因手术造成形体的损害、是否会威胁生命等，都会成为病人关注的中心，同时也不可避免使其产生一系列情绪反应，并影响机体的抗病力。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。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，结果很少能真正做到保密。一旦病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感和被蒙骗感，至此病人的孤独、抑郁、绝望等情绪反应就会特别深刻。因此，目前多数学者，包括世界卫生组织都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”。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坏的)”。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情况。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(因化疗)、伤残(因手术)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。

（二）癌症病人的情感压制问题

实际研究显示，癌症病人较少有真正意义上的否认机制。在许多情况下，癌症病人只不过是有意识地强行控制自己的情绪，仅仅在外表上表现无所谓的样子，实际上是情感压制(suppression)。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。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，必须善于识别病人是真正的“否认”还是情感压制，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。具体作法包括：①对病人表示关心和理解，形成忠诚的人际关系，使其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以同样的方式对待病人。

（三）恐惧与抑郁

癌症是“绝症”的观念已深入人心，这甚至使癌症恐惧症成为目前最常见的恐怖症之一，更不用说癌症病人本身了。焦虑和恐惧往往是由于对死亡、疼痛或残疾等后果的担心。通过认知疗法与病人进行公开讨论并提供一定的保证；再指导放松训练和其它应对技巧，有助于降低恐惧情绪。

抑郁也是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。由于上述情感压制的影响，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。癌症病人的抑郁反应有身体上的原因，例如体弱、代谢紊乱、药物的毒副反应等；但是更重要的是心理上的原因。应指导病人进行积极的想象(国外报道想象疗法或冥想有效)，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)；个别严重抑郁病人可使用三环类等抗抑郁药物。

（四）疼　痛

研究证明，某些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。对此，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。由于癌症疼痛一旦出现，将会在心、身之间形成恶性循环，故合理的方法似乎首先要考虑尽量避免或推迟癌症病人疼痛的出现，然后才考虑疼痛出现后的其它心理行为问题。因此，有人提出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。

（黄　丽　姜乾金）

第十一节　外科心身问题

一、心理社会因素与外科疾病

（一）心理社会因素与外伤

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，心理社会刺激与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，也有人将骨折看作是与心理社会因素有关的疾病(梁宝勇，1987)。而不良作为，如酗酒与外伤之间的关系，则是尽人皆知的。

（二）心理社会因素与外科感染疾病

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，有因强烈精神刺激后而“疽发背死”之说，项羽的谋士范曾就是一例。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，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。

（三）心理社会因素与外科手术

个性特征、情绪状态、应对能力、社会支持、生活事件数量等心理社会因素对外科手术病人的心理应激强度、手术顺利程度及术后康复状况都有影响。

Jenkins CD(1994)对 463 名接受心脏冠状动脉架桥术或心脏瓣膜手术的病人进行研究发现，术前所测量的下述指标可以预示病人在术后 6 个月时的彻底康复：低水平的焦虑、抑郁、敌意，很少的生活事件，高水平的自尊、活力，大量的活动和爱好，较多的社会参与，高水平的社会支持。

Bunzel,B.(1994)通过对 50 名心脏移植手术病人及其配偶的追踪研究，指出下列心理社会因素可以成为预示手术成功的指标：配偶的同情、关心和支持，经常的情感表达，对付应激的能力，情绪的稳定性，高的挫折耐受力，低的攻击性。

Enqvist,B.(1995)对上颌面手术病人的实验研究发现，接受术前指导的病人与对照组相比，术中失血量减少 30％，而接受围手术期指导的病人与对照组相比，术中血压较低，术后康复较快。因此，他认为，情绪因素不仅影响术中的出血量和血压，而且影响术后康复。

Manyande,A.(1995)对腹部手术病人的实验研究表明，实验组病人由于在手术前运用有指导的想象，增进了能应对手术应激的感觉，因而与未接受术前心理指导的对照组相比，他们在手术后疼痛体验较少，要求用的止痛药较少，且自我感觉能更好地对付疼痛。此外，实验组的在手术开始前和术后下午所测量的肾上腺皮质激素水平也均比对照组低。

Ray 和 Fitzgibbon(1979)在手术住院的男女病人中检查了由不同角色提供的不同形式的社会支持对降低应激的效应。当外科医生向病人提供信息、保证与方向时，病人体验不到焦虑，护士、配偶及病友在提供方向、消遣与自我增强时，病人的焦虑分也降低。可见社会支持有利于减轻术前焦虑、改善手术应激效应，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。

二、外科病人若干临床心理问题

（一）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，常表现出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”。这是一种心理防卫机制，实际上也是一种超限抑制。伤者的反应阈值提高，速度变缓，强度减弱，对治疗的反应平淡。这种心理反应有时要可以持续数天，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。但是医务人员切不可被受伤者这种“安静”的表面现象所迷惑，以免延误抢救时机。

2．*外伤造成的焦虑和抑郁反应*　由于缺乏思想准备，情绪休克期一过，伤者可因面临一系列身体、生活问题而表现出焦虑不安、心情恶劣、激动易惹。此时，医务人员应予理解，并进行必要的解释和指导，严重者应给抗焦虑药物，以减轻焦虑对治疗和康复的不利影响。　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、残废等，担心影响工作、学习、婚姻、家庭生活，担心事故责任等等。伤者可能因深感悔恨，发展成自责自罪。此时，给予社会支持极端重要。

（二）外科手术病人的心理反应及干预（见第八章第五节）

（三）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。

手术后的病理心理反应常见的有以下三种：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。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，如乳房手术、截肢手术等。

因此，探索手术前后心身反应规律，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。

（四）外科术后康复期病人的心理治疗问题

由于手术后短期内根本的问题是躯体恢复，心理因素常被忽视。但是随着时间的推移，心理行为问题如长期卧床、药物依赖、活动迟钝等，也随着各人躯体恢复的不同结果而逐步显得突出起来，如果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治疗的训练方法，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心身平衡也是有帮助的。

（沈晓红　姜乾金）

第八章　病人、康复心理和护理心理

第一节　病人心理

社会角色即社会身份。人患病以后进入病人角色，也就有了病人身份。尽管人的职业、地位、信仰、生活习惯、文化程度各异，所患疾病和病情也不尽相同，但病人角色相同。因此深入研究病人的一般心理活动规律和特殊的心理表现，并依据其心理需要采取恰当的措施是本节的重点。

一、病人的需要

人类在健康时往往是自己去满足需要。在健康发生问题时，就无法按照通常的方式满足需要，医护人员的职责之一就是帮助这些人满足基本需要。因此，了解病人的需要乃是医护人员的一项基本技能。而且不仅关注生存的需要，还要了解病人的高层次需要。

（一）患病期间的生存需要

饮食、呼吸、排泄、睡眠、躯体舒适等生存需要在身体健康时完全自动化、很少被特别关注。一旦患病，这些基本生存需要的满足受到障碍或威胁，例如，吞咽障碍病人对食物的需要，呼吸困难病人对呼出二氧化碳，吸入氧的需要等，不仅直接影响生理功能，就是对情绪也有极大影响。

（二）患病期间的刺激需要

感觉剥夺实验表明，寻求新鲜感，探索和动手操作等需要也是人类不可缺少的。患病时满足这些需求的条件受到限制。可导致病人厌烦和抑郁。如果长期卧床，缺少活动，影响可以更大。

（三）患病期间的安全感需要

许多疾病本身就是对安全需要的威胁。但患病时，日常有规律的生活秩序受到干扰，也会使病人有不安全感，常体验到深深的孤独，热切期盼亲人的呵护。住院期间，病人可能会产生一种下意识的期望医护人员具有通晓一切的超人力量。丧失安全感常使病人害怕独处，唯恐发生什么意外。

（四）患病期间的爱与归属需要

爱与归属的需要，不仅是指男女之爱，而是包含了情感，关怀、仁慈、亲密以及理解，缺少了会造成不愉快的情绪。患病时这类需要不仅不消失，甚至更为强化，尤其是安全感得到保证时，这种情感的需要油然而生。病前人们是生活在熟悉的群体中，患病住院后进入陌生环境，归属的需要就特别迫切。

（五）患病期间的尊重需要

人在受到爱、关注等情感的满足后就会增强自尊的需要。疾病可以干扰尊重需要的

满足。病人可能体会不到对人或已的价值，常感到在生活中“落后”，成为别人的负担或累赘。在现今社会中，身体健康常成为被他人或自己看重的一种财富，患病常使自尊心降低，因而对尊重需要会强于健康人。

（六）患病时的自我成就需要

患病时最难以满足就是自我成就的需要。这种需要是指①表达个人的个性；②发展个人的能力。患病使人感到力不从心，因为病人常要依赖他人照顾自己，而自我成就既需精力又需体力的。有些意外事故致残者，其自我成就需要受挫更严重。

二、病人的心理反应

（一）病人的一般心理反应

患病后病人的心理反应不同，对疾病的态度、表现也各有差异，但其中总有些是属共性的、带有规律性的东西，值得我们去探讨和分析。其中情绪和行为的变化是患病后最常见的心理反应，主要有以下几种表现。

1．焦虑　是一个人感受到威胁时而所产生的情绪体验。调查发现有 63％的内科病人出现焦虑。焦虑的生理基础是交感神经系统兴奋，可表现出心慌、出汗、呼吸加速等。产生焦虑的原因是多方面的：①患病本身就容易形成不良心境，让人心烦意乱，而出现焦虑。②对疾病的担心，对病因、转归、预后不明确。③对有威胁性的特殊检查怀疑其可靠性和安全性，对于治疗手段的必要性不理解，常引起强烈的焦虑。④手术所致的焦虑（第五节专门介绍）。⑤医院陌生环境或监护室本身的紧张氛围。特别是病人看到危重病人或听到病友间的介绍，看到为抢救危重病人时医护人员的严肃、紧张面孔和来回奔走时，都易产生恐惧和焦虑，好像自己也面临威胁。

2．抑郁　是一种由现实丧失或预期丧失而引起的消极情绪。患病时因失去健康、因器官组织或社会功能的损害，使抑郁情绪油然而生。Seligman 认为，当一个人对情况失去了控制力，并深知无力改变它的时候，就会产生失助感和绝望情绪。这是严重抑郁的表现，是一种无能为力，无可奈何，悲愤自怜的情绪状态，多发生在预后不良或面临生命危险的病人身上。对于老年病人，由于身体衰弱、经济困难、缺少社会支持，其痛苦绝望的情绪更加明显。

3．孤独感　患病使人离开熟悉环境，在医院陌生环境中接触陌生的人，这本身就使病人产生孤独感。住院后各种信息减少，亲和的需要不能满足，每天和医护人员接触交谈的时间不多，到了晚上夜深人静如不能入睡，孤独寂寞感觉会更突出。对于依恋心理较强的儿童和老年人，孤独感要更明显一些，因而总希望有人照顾和陪伴。长期住院的病人由于病房生活单调、乏味，也会加重孤独感。

4．被动依赖心理　一但进入病人角色，部分病人变得顺从、被动、依赖、自我中心、情感脆弱、行为退化甚至带有幼稚色彩，希望获得家庭和社会支持，亲朋好友的关心、照顾和探望。过分的被动依赖心理不利于疾病康复过程中病人主观能动性的发挥，因而不要过分迁就和姑息，而应鼓励病人增强意志，增强自信，主动自理，克服被动依赖心理。

5．主观感觉异常　健康时，人的心理活动经常指向外界客观事物，而患病后，注意力往往转向内部。因此，患病时人的主观感受和体验与健康时有差异。进入病人角色后，外界各种刺激减少，环境安静，对躯体的感受性提高，尤其对自身的呼吸、血压、

心跳、胃肠蠕动、体位、姿势等感觉异常敏感，总觉得什么姿势都不舒服。由于主观感觉的异常，也伴随时间、空间、知觉异常。长期住院遭受痛苦折磨的病人可以产生时间知觉异常，有度日如年的感觉；久卧病床者，有时会出现空间知觉异常，躺在床上感到房间在动，床铺在摇；甚至有的病人会出现异常的味觉，对美味食物感到口淡无味或想呕吐，对鲜艳的颜色感到讨厌，对悦耳的音乐感到烦燥。主观感觉异常更多发生于隔离室或监护室的病人，有的甚至出现思维紊乱和幻觉。但应指出，患病后有些异常感觉，可能是躯体疾病的心理反应，与以上描述的主观感觉异常不同。

（二）病人的认识与心理反应

病人的认识特点一定程度上决定各种心理反应的程度和内容。有的人对严重威胁生命的疾病信息不敏感因而其心理反应可不明显；相反，有的人对轻微的疾病，都可因误信江湖庸医或偏听周围人诈传而严重地高估预后的严重性，致使终日惶惶不安，表现强烈心理反应。病人对疾病信息的认识差异与个人知识、社会环境、文化素质及个性心理特征等相关。例如敏感者，对轻微的疾病都经常去求医；而对疾病信息不敏感、耐受性强的人，往往会贻误早期诊断和治疗的机会。

病人对疾病信息的认识不同，可产生不同内容的心理反应。例如当疾病使人受损时，如可能影响升学、就业、晋升、婚姻的时候，部分病人可出现讳疾忌医的情况。与此相反，如疾病能使病人获得“继发性获益”（secondary gain），如摆脱责任、减轻债务、获得同情、受到亲友照顾、得到公费医疗、营养补贴等，则个别病人人会出现不愿出院的情况。这些人听说有病时会暗自庆幸，特别是无致命的伤残如工伤、交通事故和斗殴致伤时，由公家或肇事的对方负责担负赔偿病人全部损伤时，易出现夸大病情或迁延不愈的“赔偿性神经症”等情况。

另外有些人存在不同程度的侥幸心理，其心理基础是否认机制。例如：患病初期不少于迟迟不愿进入病人角色，特别是对疾病信息不敏感、耐受性强的病人侥幸心理更严重，总希望医生的诊断是错误的。有些已经明确诊断的病人也往往存在侥幸的心理，一方面是对自己所患疾病的诊断半信半疑，不按医嘱办事，另一方面是缺乏医学知识和科学态度，按自己的主观意愿办事而贻误病情。

三、几种特殊病人的心理问题

（一）濒死病人的心理

美国学者罗斯（ Ross K）通过研究，把“绝症”病人从获知病情到临终时的心理反应划分为五个阶段。而忧虑、痛苦、悲伤等情绪则始终贯穿疾病全过程。

1．否认期　我不可能患“绝症”！这是许多病人获知病情后的第一个心理反应，以否认机制来掩饰内心的极度痛苦，缓冲心理应激。病人在这阶段常去各地医院重复检查，试图否认诊断。但否认机制也可导致少数病人的心理变态，以自杀等行为表达否认意识。否认期多数短暂，也有至死否认者。

2．恐惧与愤怒期　当病人知道生命岌岌可危时，不再坚持否认态度，表现出恐惧、愤怒、怨恨，甚至是嫉妒的心理－为什么偏偏让我患癌症？在身心倍受煎熬中病人自控能力下降，焦燥、烦恼而不近人情，常迁怒于人，指责呵斥，对医护人员百般挑剔，这是病人失助自怜心理的表露。

3．妥协期　病人由愤怒转入妥协期后，不再怨天尤人。心理状态变得较平静、友善，沉默不语，能顺从地配合治疗，希望医护人员能想尽办法延长他的生命，减轻病痛，缓解症状，使身心舒适。

4．抑郁期　病人意识到不久即将离开人世，表现出极度的伤感，身心疲惫、衰竭、消瘦、食欲睡眠极差，处于消沉绝望之中，并急于向亲人交待后事，留下自己的遗言。此时病人希望家属整日陪伴，减少孤独，以度过不可多得的时刻。

5．接受期　病人心理平静，已经默认死亡即将来临。这是垂危病人的最后时刻，对死亡已有充分准备，而且认为身后重要的事情都已按排妥当，于是等待着与亲人的最终告别。病人不再呻吟，既不悲伤也不害怕，以平静、安祥、坦然接受死亡。

（二）重症监护病人心理

1．监护病房中心理反应的原因

⑴环境因素　住在重症监护病房对病人本身就是一种严重的心理压力。陌生的环境和非人性化倾向，会加重病人心理的神密感。房间布置单调，被各种抢救和监护医疗设备所充满；一切只为抢救方便，24 小时灯火通明，很难维持正常人的昼夜生物节律；病人目睹的是医务人员的严肃面孔，紧张而繁忙的工作，各种不同类型病人的呻吟、衰竭或濒死挣扎的状态，甚至还要目睹其它患者的抢救或死亡。这一切必然加重患者的心理负担。

⑵疾病与治疗因素　疾病的危重性使病人产生恐惧和焦虑。疾病带给躯体难以忍受的痛苦、疼痛和睡眠障碍，都可加重心理应激。各种抢救措施和创伤，如气管插管、使用呼吸器、吸氧、鼻饲管、导尿管、心电监护、固定体位、连续不停的静脉输液给药，也给心理带来难以承受的负担。此外，疾病在治疗过程中影响脑功能，也可产生不良心理反应，例如，当用利多卡因治疗心率紊乱时，如果静脉给药过快或是心脏病人出现心功能不全，继发脑缺血、缺氧时，临床上会发现不同程度的瞻妄，慢性心功能不全引起代谢紊乱，导致慢性中毒，也可表现情绪的抑郁、疲倦、萎靡和乏力等。

⑶人际交往因素　重症监护病房的工作有严格的制度和程序，医务工作人员必须严格遵守，认真执行。在这种紧张、严肃的氛围中，医护人员彼此很少说话，也很少与病人交往，更没人开玩笑，这种严肃的气氛，限制了病人的亲合、归属和与人交往的需求，况且家属很难进入监护室看望病人或陪伴，从而增加病人的孤独和寂寞感。

2．重症监护病人的心理反应分期

⑴焦虑期：大多数病人在进入监护病房后 1 － 2 天，出现明显的紧张焦虑反应和睡眠障碍，少数严重者可有惊恐发作，除给予安慰、支持、保证等支持性心理治疗外，必要时应用抗焦虑性药物。

⑵否认期：约 50％的患者在住进监护室后的第二天开始出现，第 3 － 4 天达高峰，否认自己有病或根本不严重，无需住重症监护病房，这种否认可以缓冲病人的过度紧张焦虑情绪，对心理具有保护性作用。

⑶抑郁期：约 30％的病人在入监护室后的第五天开始出现悲观失望、抑郁等消极情绪，对任何事物都不感兴趣。

⑷离开重症监护病房时的焦虑：住在监护病房可获得及时和最全面的救治和护理，能使危重病人起死回生，转危为安，使病人获得安全感。因而有些病人对监护病房产生

了适应或依赖心理，当病情稳定需要离开时，没有充足的心理准备，担心再次复发时不能被及时救护而表现出不安、烦恼或焦虑，或不愿离开监护病房。

（三）慢性病人心理

据世界卫生组织的估计，当今世界因患慢性疾病而导致一定程度的躯体或心理功能缺损，影响社会适应者，占 8%左右。在我国慢性疾病已成为危害人类健康的主要疾病。因为急救医学的发展，人口的老龄化，危重病人抢救成功率的增加，均使慢性病人增加。

一些慢性疾病是无法治愈的，病人只好无可奈何地去适应漫长的疾病过程，病人的工作、学习、生活、婚姻、家庭经济支出都会面临很多实际问题。因此不少患者便出现慢性疾病所特有的心理反应：抑郁、退缩、自卑、丧失自信心、要求家属感情支持，要求医生的鼓励和继续治疗的保证等。

慢性疾病的种类和程度，病人的个性心理特征和社会环境因素等均不同程度地影响慢性病人的心理反应。如做过心脏手术，按装了人工起博器或人工瓣膜的患者，他们的生命就完全掌握在医师手中及其使用的仪器上了。这种病人对医护人员往往依赖性增加，多采取被动服从的态度。患者经常面临病情恶化及并发症的威胁，所以有些患者出现恐惧、焦虑、抑郁甚至有自杀行为。

糖尿病患者要长期控制饮食，而且胰岛素依赖型糖尿病病人天天要使用胰岛素，这些都给患者的工作、生活带来很多不方便，而且愈到后期并发症愈多。慢性肾功能不全的患者要靠定期透析疗法维持生命，他们的生活质量明显下降，消极抑郁情绪是很常见的。

慢性病人还会出现投射性的心理反应。一种是外向投射性心理反应；当病人遇到自己不能接受的挫折时，往往把原因推诿于客观因素，怨天忧人，指责别人，挑剔任性，要求多，意见多，事事都不如意，责怪医生未精心治疗，责怪家人未尽心竭力，总要求别人过多的照顾，极易造成人际关系紧张。另一种是内向投射，病人自我压制或压抑某些不能接受的意念、冲动或情感。这种病人多为性格内向，或迂事严于律已，宽以待人者。此时容易产生自责和内疚，认为自己患病给家庭或别人造成负担，对疾病失去信心，甚至出现悲观、厌世、绝望或表现抑郁、自责、自卑、退缩、甚至有自杀行为。

（四）儿童病人的心理问题

儿童期是生理和心理生长发育时期，由于各方面的不成熟所以不具有成年人患病后复杂的心理和情绪的变化以及对预后的担心。但儿科病人也有其突出特点：年龄小，对疾病缺乏认识，特别是缺乏对疾病的体验，对疼痛最敏感，但又不能准确地表达出疼痛的性质、部位、特征等，尤其不善于言语表达，多以哭闹、情绪改变或不离开母亲的怀抱为突出表现。心理反应多随治疗情境而变化。

从儿童心理发育的需要出发，儿童住院最好允许母亲陪伴。儿童对母爱的需要有的学者认为是一种皮肤饥饿，必须以抚摸、拥抱和亲昵来满足。当儿童身患重病时，躯体蒙受着生理的痛苦和折磨，心理上正需要母亲和亲人给予亲和、依恋和爱抚的时候，如突然剥夺与亲人的来往，将给幼小的心灵留下创伤，不利于疾病的康复。再者，离开父母的患儿在陌生的医院情境中大都会以哭闹、焦虑、恐惧等为突出表现，甚至拒食和不服药物。为缓解患儿的这些心理反应，儿科更应重视心理护理。护理人员应多巡视病房，多和患儿接触交流，讲故事、玩游戏，使之对护理人员产生信任并获得安全感，必要时

抱抱患儿对他们进行抚摸、轻拍，让患儿体会象在家里妈妈的怀抱中，使之能更好的配合治疗，有利于早日康复。

（赵盛伏）

第二节　　医患关系

人际关系（interpersonal relationship ）是指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，同样也存在着大量的人际交往，出现多种形式的人际关系，其中核心内容是医生、护士与患者三者之间相互联系和相互作用的交往过程，即医患关系（doctor-patient relationship）。

医患关系是临床医学活动中的一个基本问题。临床诊疗实践的一切活动都需要良好的医患关系。反过来，良好的医患关系本身也具有积极的治疗意义。

一、影响人际吸引力的因素

人际吸引力（interpersonal attraction）是人际关系理论中研究的一个主要问题，也是影响人际关系和人际交往的重要因素。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重要基础，吸引力增强能促使医患关系变得融洽和协调，反之会使双方关系恶化。

1．*仪表的吸引性*　一个人的体形外貌是由先天遗传素质在后天社会生活环境中形成和发展起来的，它不以个人的主观愿望为转移。但是在日常生活中，一般人在判断他人时，从心理上却往往无法消除由于他人外表所产生的影响。仪表在一定程度上反映了一个人的内心境界、文化修养和道德水准。在临床交往过程中，医务人员的外表因素常常有形或无形地左右了医患之间相互关系的建立和发展，特别是在初期交往中，表现得更为明显。当病人接触医生时对医生的第一印象非常重要。如果医生衣帽整洁，态度和蔼，诊疗细致，那么就会给病人以良好的印象，认为自己的病由这位医生诊疗必定会收到好的效果。反之，如果一位医生态度冷漠，服饰不整或者怪异，诊疗时简单马虎，使人感到这位医生“心不在焉”或“华而不实”，便会产生不踏实之感。

2．*态度的类似性*　大家都有这种体会，日常生活中有时两人会很快成为好朋友，产生相见恨晚之感。其原因就在于两人之间具有共同的态度和价值观。它不但容易获得对方的共鸣和支持，而且也容易预测到对方的情感和反应倾向。因此在相互交往过程中，彼此间容易适应，从而建立良好的人际关系。体现在临床实践中，医务人员的角色行为应与病人对医务人员的角色期待相吻合。医生的服务态度、道德观念和准则应当和病人的期望值相一致。正象著名的希波克拉底誓言中所说：“我一定尽我的能力和思虑来医治和扶助病人，而决不损害他们”。相反，医患之间缺乏态度的类似性，会使病人产生失落感和不信任感。

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，往往是喜欢对方，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求时表现得更加突出。诊疗过程中病人容易出现不同程度的焦虑、恐惧、被动、孤独和抑郁等消极的情绪，他们迫切需要医务人员能够在心理上给予充分的尊重和理解，希望得到及时

与良好的治疗，从而获得心理上的沟通，情感上的满足和欢悦。因此，作为医护人员对待病人必须耐心细致，急病人所急和有同情心。这种相互之间情感的交流与沟通，是建立良好医患关系的重要心理条件。

4．对才华的敬仰　由于传统观念影响，日常生活中存在着“嘴上无毛，办事不牢”的一种“认知误区”，而以能够与有一定社会地位，有才华的人交往感到荣幸，感到心理上的满足，这是良好人际吸引力的一个重要的外在因素。在临床诊疗中，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，经验丰富的医生更富有吸引力，病人首先以能够得到主任医师的治疗而获得心理上的满足。

5．个性心理素质

影响人际吸引力的因素除了上述仪表、态度、情感和才华（又称人际吸引力的条件）外，还受个体的个性心理素质的影响：以自我为中心的人，自我意识太强，只关心自己的利益和兴趣，忽视他人的利益和处境，甚至以牺牲他人利益来满足自己需求的人显然缺乏吸引力。因此，医护人员与病人交往过程中，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。其它不良的个性品质如怀有偏见、固执、性格孤僻，不愿接受他人规劝和不喜欢与他人交往的人，也容易使人产生拒之千里的感觉，这些都缺乏吸引力。

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（active-passive mode）

它是指人际交往中一个人对另一个人的行为作用，其特点是被作用者不能发挥主观能动性，在临床实践中医务人员处于完全主动的地位，具有绝对的权威，而病人则处于完全被动的位置。这种模式常见于昏迷、手术或失去知觉的病人，此时医务人员应以高度的责任感和娴熟的技术对病人进行诊疗。但对一般患者，这种模式在诊疗中不利于发挥病人的主动性是其最大缺陷，也不符合新的医学模式，应该拚弃。

（二）指导－合作型模式（guidance-cooperation mode）

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。这是目前临床活动中最常见的医患关系模式。

（三）共同参与型模式（mutual participation mode）

它是指人际交往过程中，双方之间同处于平等的相互作用位置，即医生与病人均为主动，双方都有治疗疾病的共同愿望，互相支持共同配合。其特点是调动了病人的积极性。这种模式常见于慢性病人。因为病人在长期诊疗过程中，对自身机体的生理机能、心理状态有一定的切身体会，同时医患之间都有一定的认识和了解，彼此之间能够发挥各自的积极性共同与疾病作斗争。它对于提高治疗效果是十分有利的。

一般说来，在特定的情况下，这三种医患关系模式都是正确、行之有效的。但是三种模式也是难以截然分开的，需要哪种模式要根据病人的病情、环境、医疗设备、技术

力量等条件来决定，但只要病人能表达自己意见，医生就应该注意发挥病人的主动性和能动性，共同参与疾病的治疗。

三、临床医学中的人际交往

交往（communication）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。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，良好的医患交往就是一种治疗手段。相反，交往的剥夺，可以使人的精神崩溃、社会化水平下降，并导致焦虑状态和其它心身疾病。

交往具体表现为两个方面：一是言语交往；二是非言语交往。

（一）言语交往

言语是信息的一个重要来源。交往过程中，言语不仅担负着传递信息的功能，而且是激励或抑制双方情绪，影响其心理状态的手段。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。交谈要注意方式方法，这对提高医疗水平大有帮助（见后文）。

（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表达，但可以通过表情动作、目光接触、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、嘴、颜面肌肉的变化，是人的情绪和情感的表露。据研究，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情感的面部表情，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，反映了个体对他人的态度，例如沉痛时肃立低头，惧怕时手足失措。此外挥手、耸肩、点头等方式都表达一定的意思。临床活动中，医生诚恳友善地点头，病人的温暖和安全感就悠然而生。

3．*目光接触*　俗话说：“眼睛是心灵的窗口”，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，是非言语交往中的主要信息渠道。临床上，医务人员与病人交谈，双方往往通过目光接触判断对方的心理状态和信息接受的程度。

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，它在交往初期就显得十分重要，直接影响到双方继续交往的程度。有人将人际距离分为四种：亲密的，约 0.5 米以内；朋友的，约 0.5~1.2 米；社交的，约为 1.2~3.5 米；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，可以适当地缩短人际距离，促进情感间的沟通。

5．*语调表情*　语调能传递言语以外的深刻含义，也是很重要的非言语交往手段。

（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，建立良好的医患关系，提高诊疗效果。它是医患双方共同努力的结果。然而由于各种因素的影响，常出现医患交往不良，主要有以下几方面：

1．缺乏信息　临床上，双方都需要掌握有关的各种信息。病人迫切需要及时了解对疾病诊断、治疗和预后的有关信息，而医生则需要及时了解病情发生、发展和转归过程的变化信息。及时沟通信息，会使病人感到医生可亲可信，而医生也会及时地作出准确诊断。否则，缺乏信息，容易造成双方间的不信任感，导致病人对病情的胡乱猜测和误解，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”、“行语”，病人使用“方言”来表述病情，结果使双方都感到难以理解，影响交往顺利进行。

3．同情心不够　病人往往从临床知识经验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，注意倾听病人述说，既使一时无法办到的事情，也必须加以解释，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实施过程执行程度降低。顺从性差的原因是多种的，但其中医患交往不良是一个重要因素，反过来又成为影响双方沟通的因素。

总之，良好医患关系的建立，医务人员除了具有高尚的职业道德外，还必须掌握人际交往的技巧。

四、医学交谈

医学交谈是临床诊断和治疗的基础，是建立良好医患关系的重要途径。通过交谈不仅可以获取病情资料并加以客观评价，同时还可以密切医生与患者的关系。交谈是双方通过语言交往来实现的。

交谈有特定的目的，其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，虽然交谈的内容是多方面的，但双方都是围绕患者的心身健康为主题展开的。因此，掌握交谈不同阶段特点和交谈原则，对提高交谈质量，促进医患之间积极交谈是有益的。

（一）交谈阶段

1．交谈初期　交谈初始，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、言语谈吐和表情等，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，让病人回答时有一定的范围，促使病人用自己的语汇表达问题，从而建立起一种鼓励交往的氛围和有效的继续交谈的条件，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，有的病人涉及到自己隐私而出现缄默。此时医生应采取“启发式”言语进行启发、诱导，以洞察其原因，及时解除患者顾虑，也可以采用过渡性语言，暗示病人就叙述话题继续交谈下去。交谈中期医生要避免单方面扮演交谈主角，使双方交谈变成“一言堂”，从而使病人感到无所适从，甚至产生反感或厌恶，应当采取半结构式的“讨论”方式，既认真听取患者意见，又充分发表自己的看法。

3．交谈末期　交谈结束，医生应该说一些安慰体贴的话语，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．*消除疑虑*　病人入院就诊，其心境不佳，精神痛苦，往往表现出消极的情绪状态和被动依赖的心理特点。他们顾虑重重，既担心自己的病情，又担心家庭、工作。对此，医务人员在交谈过程中注意掌握病人的心理特点和心理反应，给予必要解释，以消除疑虑。

2．*有针对性*　医院是社会的一个缩影。就诊病人来自四面八方，患者的文化层次，个性心理特征，年龄、病情等差异很大。交谈中要做到因人因病而异，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。

3．*及时反馈*　这是交谈过程得以顺利进行的重要原则。因为患者对病情的进展、治疗方案的确定、预后情况等问题十分关心，有关医疗知识的介绍，生活上的指导也是患者感兴趣的话题，如果每次交谈都能让患者有所启迪，心理上有所支持，将能激发患者交谈的兴趣和积极性。否则，患者会感到枯躁无味。

（三）交谈技巧

1．*善于引导病人交谈*　首先，要善于引导会谈的方向。一般在认真倾听病人诉说的基础上，从其谈话中进一步提出问题。当需要转换另一个话题时，可用一般性的开放式问题向病人询问，如“请您谈谈您的饮食情况”。其次，要适时激发病人，探寻病人感兴趣的话题引导交谈。第三，交谈过程应集中注意力，要听出谈话的“弦外之音”，并加以引导。

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。病人在谈话中出现沉默现象有以下三个主要因素：

⑴有难言之隐：通过各种方式排除其顾虑，必要时限制在场人员，启发病人道出隐私。

⑵心情激动或是新的话题出现导致思维突然中断：由于交谈中某些信息或语词的刺激，或是双方思路进展不相吻合，导致交谈沉默。这时最好采用“反响提问法”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：“您昨晚睡得不好？”这样便于引导病人按照原来思路说下去。

⑶有意识的沉默：病人在阐述病情过程中，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，这时医生可予一般性插话，以鼓励他进一步讲述。

3．*把握重点及时澄清问题*　病人由于种种原因对有关的病情资料一掠而过，甚至隐瞒不提，有的由于文化程度较低，不能恰当地说明病情，唠唠叨叨，讲述内容零散，以致重要的地方反而叙述简略。医生要及时抓住这些迹象把握重点，如有疑问要及时加以澄清，务必把主要症状的来龙去脉弄清楚。

4．*避免使用伤害性言语*　伤害性言语给人以强烈的负刺激，必须加以避免。交谈过程中的伤害性言语主要有：

⑴直接伤害性言语：这是指指责、讥讽或忌讳性语言。例如，一位未婚先孕者在人工流产手术中，受到医生的讥讽，导致严重的心理创伤回家后自杀身亡。

⑵消极暗示性言语：有意无意的消极暗示性言语会加重病人原有焦虑和恐惧心理，使之“雪上加霜”。例如一位行全子宫切除术患者，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，护士随意回答：“这谁也说不准，子宫切除后总是有区别吧”。结果这位患者拒绝了手术，延误疾病治疗。

⑶窃窃私语：病人总是留意医务人员的言谈举止，并同自己的病情“对号入座”。因此，医护人员之间如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不良后果。

总之，在交谈过程中必须坚持使用安慰性言语，鼓励性言语和解释性言语。

（林大熙）

第三节　睡眠心理

睡眠是人类生命活动所必须的生理和心理过程，睡眠障碍是临床常见的症状之一，因而睡眠问题是医学心理学的重要研究课题之一。

睡眠一觉醒周期是内源性节律之一。过去曾认为，睡眠是觉醒状态的简单终结，所以是一种被动过程。到了本世纪五十年代中期，阿瑟林斯基（Aserinsky E ）和克莱特曼（Kleitman 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，睡眠状态是以不同心理生理现象往复循环为特征的主动过程。

一、正常睡眠与梦

（一）睡眠的需要量与年龄

每个人的睡眠需要量与年龄相关。正常足月新生儿每天睡眠要在 18 小时以上，自此到整个青春期睡眠时数呈稳定下降趋势至中年维持在一定水平，老年再进一步减少。但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，存在较大的个体差异。

另外，下文提及的快波睡眠的需要量，也随年龄而逐渐减少，大致是从出生时的占总睡眠量的约 50％，到 10 岁时开始稳定在 25 %左右。慢波 4 期也有类似变化。

（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（FOG）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以及不同深度的几个期。

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，全身肌肉均保持一定的张力。其特点是从夜间入睡开始，随着睡眠加深而出现脑电波频率逐渐减慢，电压（波幅）逐渐增高，脑电图上可顺次划分为典型的 S1－S4 期，这四个期共特续 30－45 分钟以上。 然后，脑电图又按相反的顺序同样长的时间由第 S4 期返回到第 S1 期。（图 8－1）S1 期（浅睡期）对外界刺激仍有反应，有不少奇异体验和躯体麻木、颤动和沉浮感等，头脑中还有片断的思维活动，醒后仍可回忆，脑电图α波明显减少，出现每秒 4－7 次的θ；S2 期对外界刺激已无反应，亦无可回忆的精神活动，脑电图中θ波的背景上呈现σ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）；S3 期脑电图上有σ梭形波和高振幅的σ振幅的δ波夹杂在一起，δ波的指数达 20－50％，偶有纺锤波余迹；S4 期 （深睡期）脑电图上出现大量δ波，所以又称

Delta 波睡眠，δ波指数达 50％以上。

在整个慢波睡眠期间，肌肉松弛，但躯体运动并不消失，有的人每 5 分钟就有一次姿势调整，一般人平均每 20 分钟有一次大的姿势调节活动。慢波睡眠期间，内脏以副交感神经活动占优势，心率减慢，血压下降，胃肠蠕动增加.。长激素（CH）在 S4 期明显分泌增加，可能与生长和体力恢复有关。

图 8－1　慢波睡眠的脑电图

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，呈现去同步高频低幅型式，所以亦称异相睡眠;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，交感神经活动增强使心率加快、血压上升，呼吸加快而不规则，胃肠运动停止，故临床上支气管哮喘和心绞痛的发作易在此期出现。另一方面，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，肌张力进一步下降。如在此期将其唤醒，并询问是否做梦时，74％－ 95％的人都会报告他正在做梦，并能记起梦境的内容。

3．睡眠的周期　成人入睡后首先进入慢波睡眠，再转入快波睡眠，然后两种睡眠时相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，但再度入睡时仍须从慢波睡眠的第一期开始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按以下程序进行：觉醒→S1→S2→S3→S4→S3→S2→第一次快波睡眠→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 5－7 次这样周期节律的交替，但又不是简单的重复，入睡后第一次出现的快波睡眠持续时间比较短（5-10 分钟），在以后各周期中逐渐延长（可达 30 分钟）。相反，慢波睡眠的 S3 和 S4 期常合称 Delta 波睡眠，在睡眠的第三分之一部分占有优势，但在睡眠的后三分之一即早晨的睡眠中往往完全缺如。正是由于清晨的几小时睡眠中δ波睡眠少而快波睡眠时间较长这一特点，人们才更频繁地从清晨的睡梦中醒来。从整体来看，成年人的快波睡眠占全部睡眠时间的 20-25％，S2 中期睡眠占 50％，S3 和 S4 深睡期占 20％，S1 占 5-10％。

（三）睡眠剥夺研究

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。有人观察 72 小时以上持续不眠的受试者会出现错觉，如墙壁、天花板似乎在晃动，误将木柱当作人等；幻视与幻触甚为常见，可有简单内容的幻听，如仿佛听到狗叫声、卡车声等；走路如同醉汉，可有眼花和复视，睁着眼睛却面对墙壁行进或在没有楼梯的地方爬楼；言语常中断，唠叨一些无所谓的小事；部分病人出现妄想，怀疑别人害他，或认为自己在执

行某种神秘的使命。如果睡眠剥夺连续 220 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。

连续几天选择性地剥夺快波睡眠节律，受试者不会导致精神紊乱，但会变得情绪不稳定，冲动、焦虑、兴奋性较高而且多动，动物实验也出现活动增多，食欲和性欲亢进。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 S3 和 S4 期睡眠剥夺、受试者则表现出抑制和功能降低的特征，也会出现嗜睡等症。

（四）睡眠与梦

每个人在每晚几次的规律性快波睡眠时都要做梦。由于对梦境的记忆是瞬时记忆，瞬间即逝，只有那些睡眠较浅或由快波睡眠节律中直接醒来的人，梦才能被记忆和回忆。梦境一般为视觉性的，其内容即使在正常情况下也多数是令人不愉快的。

最早对梦进行科学研究的是奥地利精神科医生弗洛伊德（Freud），他在 1899 年发表了研究梦的专著《梦的解析》。他认为做梦可能为睡眠者提供了发泄心理不满的机会，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，85％的人报告正做梦，而且梦境生动鲜明、知觉性强，尤其想知觉突出；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。由此判断，做梦不但是快波睡眠的特征之一，而且是生理上必需的，在此期间做梦是为了满足某种重要的要求。

对梦的认识还涉及其它许多现象，如梦的内容往往与以往的经历、近期的活动、睡眠时的环境、体位和刺激等有关。

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、睡眠过度和觉醒障碍等，现就失眠和觉醒障碍的类型、原因、治疗加以讨论。

（一）失眠

1．失眠的类型　按失眠的表现形式，可将失眠分为三种类型：

⑴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，临床上多见于有重要生活事件者如考试和神经官能症患者。

⑵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。

⑶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。抑郁症病人除早醒，睡眠总量减少外，其 Delta 波睡眠（即慢波睡眠的Ｓ3 和Ｓ4 期）比例也减少。美国匹兹堡大学的 Kupfer DJ 和 Foster FG 发现：严重抑郁症病人入睡后 5-15 分钟即进入快波睡眠，与正常人有着明显差异。

２．失眠的原因　失眠是一种症状而不是一种独立的疾病。造成失眠的原因很多。

⑴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忧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、乏力以及对健康过度关心，表明这些人的情绪一直处于慢性唤醒状态。另一份研究报告表明，以抑郁为主的情绪问题可能是 70％失眠的真正原因。娄振山报告具有消极的特质心理应对倾向者失眠较多。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。特别值得注意的是，个人的不良自我暗示是导致失眠直至使失眠长久不愈的重要心理机制。

⑵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如远距离旅行的时差反应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。

⑶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疼痛、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

⑴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。

⑵养成良好的生活习惯：应告戒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；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

⑶心理治疗：①消除心理压力，注意睡眠心理卫生：这是针对心因性失眠而提出的。通过各种心理学方法，减轻患者心理压力，促使其保持愉快的情绪，避免产生不良的自我暗示，减轻对睡眠的紧张、焦虑和不安，指导他们认识做梦是正常人的心理活动。②安慰剂的应用：安慰剂实际是一种暗示疗法，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。④国外有报导用剥夺睡眠的方法治疗抑郁症患者的失眠。

（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期，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，只见于慢波睡眠的Ｓ3 和Ｓ4 期。并多在夜间睡眠的前三分之一期间。儿童多于成人，在睡眠过程中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。

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。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。次日问及此事多不能回忆或记不清楚。成人也偶有发生，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疾病，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，或劝阻其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　何金彩）

第五节　疼痛心理

一、疼痛的心理生物学

疼痛并不是单纯由机体受损害而引起；疼痛程度与损害程度也不一定一致。典型的例子有：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。这一切的原因都是由于疼痛是一种复杂的心理生物学过程。

（一）痛觉特征

从 19 世纪开始，一直将痛与触、压、冷、温等并列为原始感觉。目前认为疼痛虽是一种感觉，但也是知觉，同时也是情绪。作为感觉，痛觉有以下一些特征：

(1)没有特殊的适宜刺激，也没有特定的感觉结构。象声波、光波作为适宜刺激，作用于听、视特殊感受器，经过特定的中枢，引起特定的感觉。但是疼痛则不然，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。

(2)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。

(3)刺激与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。

(4)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。唯独疼痛在致病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

(5)最突出的是疼痛出现的时候，总是伴随着不愉快的情绪。

（二）痛情绪反应

1．*心理反应*　主观上感受到的一种难言的极不愉快的滋味，同时根据不同情况伴随头晕、恶心、烦躁、焦虑、恐惧、抑郁、失望等。

2．*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．*生理反应*　疼痛可以引起诸如散瞳、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激活等内脏生理反应，与应激生理反应类似。

不同性质的痛刺激所伴随的痛情绪反应有很大的差异。例如急性危重疼痛病人(突发心绞痛、难产、严重外伤出血等)心理反应主要表现恐惧、紧张；内脏反应则以心血管、呼吸变化为主。慢性疼痛病人的心理反应主要表现抑郁；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。

大量实验工作证明，下丘脑、丘脑、边缘系统与情绪的发生和变化有密切关系，一般认为它们是情绪中枢所在。与此同时，痛觉的信息与这些部位也十分密切。所以不难看出，疼痛与情绪之间关系如此紧密是有其物质基础的。此外，上述的这些神经结构又是植物神经系统与内分泌系统的调整中枢。在产生痛觉及其情绪反应的时候，受植物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。

（三）疼痛的闸门学说

疼痛的闸门假说(gate control theory)首先由 Melzack 与 Wal1(1965)提出，经过 Wall(1978)修改，尽管还存在一些缺点，但还是比较符合疼痛规律并能解释较多疼痛问题。

闸门假说认为，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 8－2）

图 8—2　疼痛的阀门控制系统

二、心理社会因素对疼痛的影响

从痛刺激阈值来看，人和人之间以及不同人种，如爱斯基摩、印第安和白种人之间没有显著差异。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

疼痛从某种意义上与社会学习过程有关。例如一个家庭对外伤很重视，轻微的破损就大惊小怪；另一个家庭对外伤很不在乎，甚至严重的外伤出不少血也认为没有什么了不起。这两种截然不同的观点，必然会影响孩子对疼痛的认识、感受和反应。同样，跨文化研究显示，人类分娩疼痛现象也包含了许多社会学习的成分。

（二）理　解

对痛刺激的含义理解不同，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，他会感到疼痛和哭泣，甚至逃跑。

Beecher 在第二次世界大战时曾对重伤兵进行观察，发现只有 1 / 3 诉说非常疼痛，要求使用吗啡。可是研究有类似伤势的平民却发现，有 4 / 5 伤员感到有剧烈疼痛，要求注射吗啡。Beecher 认为，这种差异与对伤害的不同理解有关。

（三）注意

当注意高度集中于某一点时，其它方面包括疼痛即会处于抑制状态，这时候疼痛会明显减轻，或变得不明显。例如运动员在激烈的比赛中，不同程度的碰擦伤，往往都不引起注意，不感到有痛和不适，但比赛一结束，疼痛就开始出现，有时甚至到使人无法忍受的地步。再如脉管炎的病人和手术后的病人，他们的疼痛一般都是白天轻，夜间重，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、欢快的情况中，疼痛会被抑制，甚至没有痛反应表现。

例如解放初期，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。

（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。

由于疼痛与心理社会因素存在密切联系，故疼痛的治疗除了生物学方法外，也要重视心理支持、心理暗示、松弛训练和生物反馈等心理干预方法。有关内容可参考下一节。

三、慢性疼痛综合征

一般认为，组织损伤后病期超过 12 个月，病理性组织改变早已恢复而病人症状复杂，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，以慢性腰背痛为多。

（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 一 l 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有关。

表 7 一 I 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、害伯，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	卧床休息，使用止痛药求医和合作，减少活动，	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
生理反应	内脏生理觉醒(心率↑等)，局部或全身肌张力↑	无力、嗑睡、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

目前，关于从急性疼痛转化为慢性疼痛的行为学机制，存在两种理论：习得性失助说和操作条件反射说。

1．*习得性失助说* 习得性失助(1earned 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，转而表现出一种失助、失望、消极和被动挨打的行为模式。按习得性失助说，一旦病人知觉自己的病痛是无法控制的，也将会逐渐表现出失助和失望行为，包括忧郁、动机行为减少或表现放弃(given up)等，成为慢性疼痛综合征。

习得性失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　行为学家认为，在慢性前期的疼痛病人，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主观、行为和躯体反应症状，即慢性疼痛综合征。

例如，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）。

操作条件反射说重视病人的学习过程（包括泛化、正强化、负强化、惩罚和消退等）。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防治

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损伤后 6-12 个月期间给予控制。据国外估计，如果疼痛已转为慢性期，则治疗相当困难。对慢性疼痛综合征国外一般采用综合性的认知行为矫正疗法。

（陈演江　赵盛伏）

第五节　手术心理（应激性医疗程序心理）

本节所涉及的手术概念，除了外科手术，还包括所有临床各科的创伤性或侵入性急性医疗操作程序，例如活检、注射、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。

一、手术焦虑

（一）术前焦虑的原因和影响因素

综合国内外一些调查报告，术前焦虑的原因有以下几方面值得注意：①对手术的安全性缺乏了解，特别是对麻醉不了解，导致焦虑和恐惧。②担心手术的效果，因疑虑、期待而焦虑。这主要取决于病情的严重程度，不得不手术的重病者，此项原因相对次要一些；但多数择期手术或整形外科病人，则情况相反。③挑剔手术者，对手术医生的年龄、技术和经验反复琢磨，并为此预感到焦虑。④怕疼痛，包括术中和术后。手术越小，

病人往往越怕手术期间的疼痛。⑤其他方面原因，包括家庭、单位、工作、环境等问题。

术前焦虑程度受许多因素的影响。除了手术的性质外，还有一些因素需予以注意：①年龄：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：女性术前焦虑相对较明显；③职业：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易致焦虑。

（二）术前焦虑的心理学机制

根据心理行为学原理的分析，术前焦虑可能有以下一些机制(Shipley RH，1982)：

1．认知作用　对医务工作者来说，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或工具，所以在医疗操作过程中，医务人员的认知焦点（也就是关心的方向）是如何给病人以正确的诊断和合理的治疗；但是对病人来说，此时的认知焦点却是医疗环境的不可知性和威胁性，手术或检查器械的致痛性和可怕性，他们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和不可控制感越强，病人产生的焦虑和害怕情绪自然越强烈。

2．条件反射作用　一些病人以往有医源性疼痛的经历或生活中的痛苦经历，由于条件反射作用使目前的医疗操作环境或器械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．示范作用　有的病人曾因现场观看过别人接受医疗手术时（如分娩）的痛苦行为表现，通过示范作用，自己现在也产生对各种医疗操作的恐惧和害怕反应。

4．失助机制　许多医疗手术或检查过程都是使病人处于一种被强制服从的状态，例如心导管检查需要捆绑固定病人。病人由于“失去独立性”而产生失助感，从而增加焦虑反应。正如 French (1979)所指出，“病人似乎不原意放弃独立性而躺着受人控制”。

（三）术前焦虑与手术结果的关系

术前恐惧和焦虑反应，往往能降低病人的痛阈及耐痛阈，结果在手术中和术后可产生一系列的心理生理反应，如感觉痛苦、全身肌肉紧张、对止痛药的依赖以及卧床不起等，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，这方面的研究报告大多集中在讨论术前焦虑与术后心理生理适应之间的内在联系方面。

Janis(1958)首先采用晤谈及临床评价法研究手术应激的心理生理效应。他提出了术前焦虑程度与术后效果之间存在着“U”宇型的函数关系。具体地说,就是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，手术后都可能有较高的心身反应，包括术后焦虑和躯体康复过程延缓等。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；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；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。

Janis 的观点被后来一些研究所支持，但也有许多研究结果与其不一致。

二、手术心理干预

近年来证明，对应激性医疗程序采用一定的心理干预方法包括心理指导和行为训练等，可以调节病人的焦虑情绪，增强心理应对能力，使之尽快地在心理和行为上适应手术，并促进术后躯体的和心理的康复。这些心理干预方法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，例如社会性灾难、战斗、激烈比赛等。

（一）提供信息

根据准确期望理论(accurate expectancy)，向病人提供某种应激性医疗程序的真实信息，将会减轻病人的害怕情绪，使其忍耐性增强。目前有两种提供信息的模式，即客观信息和主观信息。

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，上述介绍改为：“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；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博、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，提供信息的心理准备法对于信息敏感者(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)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

儿童手术前心理干预可采用示范法。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(l977)使用的一部儿童影片，反映一个小男孩(模型)从入院、术前难备、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，也是最常用的诱导方法。

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。

术前腹式深呼吸放松诱导如下：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

这是一种应付应激情景的认知调整方法，在此又称“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。

作为手术心理干预手段的认识疗法是通过交谈形式进行的，主要包括以下一些要点：

(1)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)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)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和肯定。

⑷指导病人假设已处于手术应激场合，然后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的思考方式。

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

刺激暴露法(stimulus exposure)的依据是条件反射理论，是行为治疗的一种。研究证明，病人对医学操作的害怕反应有些是由于过去的厌恶条件反射所形成。这种条件反射性的害怕反应，可通过反复暴露于能引起害怕的刺激之中而得到消退。这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。

具体方法按此类推。例如，害怕内窥镜检查的病人，可早一天去反复熟悉手术器械和环境。

（六）分散注意

该方法特别适用于短时的应激医疗操作——如注射、牙科检查、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以及部分牙医在拔牙时都普遍使用谈话法分散病人的注意。

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”。

心理操作：指导病人主动进行计算、设计购货计划或进行美好的幻想，以分散自己对应激源的注意力。

（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，也要注意避免家庭成员可能产生的负性示范作用或负性暗示作用。例如，家人如果表现得更为恐惧和不安，无疑对病人是雪上加霜。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。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，故限制了催眠法的使用。

不过，在日常医疗操作过程中，医务人员可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的女孩可进行放松、舒适和无痛无害的催眠暗示：“兰兰（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、疲倦……兰兰正越来越深地呼吸，快睡着了……”

（九）心理准备的实施

在实际应用时，往往综合使用上面介绍各种方法中的几种方法。例如，Egbert 等(1964)在一个经典的手术心理准备研究中同时使用提供信息和松弛训练的方法取得良好效果。笔者(1988)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，所得结果也与前述一致。

（沈晓红　姜乾金）

第六节　康复心理

一、康复与康复心理学

(一)概　念

目前，世界卫生组织(WHO)对康复所下的定义是:康复是指综合地、协调地应用医学的、社会学的、教育的、职业的和其他的措施，对残疾者进行训练或再训练，以达到减轻致残因素造成的后果，尽量改善其功能，使其重新参加社会活动为目的的一种过程。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。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学科。当今，康复医学的作用

已明显扩大，并被人们所逐渐认识与应用。

康复心理学（rehabilitation psychology）是研究康复医学中的各种心理行为现象及其规律的一门学科。它可看作是康复医学的分支，也可看作是医学心理学的分支。同时，康复心理学又几乎是与康复医学同时出现的。国外从事康复心理学工作的心理学家其知识结构属于混合型，他们来自各种心理学机构。

（二）康复心理学形成的条件

随着传统医学模式向现代医学模式的转变，人们对健康的理解是追求生物、心理、社会三者之间的和谐结合与发展。在康复过程中，随着生理机能的逐渐恢复，心理功能的再适应与调控就显得更加重要，

随着社会的发展和进步，人们的思想观念发生了巨大的变化，康复心理学也就随着时代的步伐而产生和发展。

科学的发展为康复心理学提供了多学科的理论与实践的指导。许多新兴学科、边缘学科。例如康复医学、医学心理学、社会医学、行为科学等等都为康复心理学的研究，提供了理论的基础和实践的指导。

上述康复心理学形成的三个条件之间的关系是互相联系，互为条件的。表现为：现代医学模式转变是社会发展与进步的标志，反映出时代的特征和趋势。其中医学模式转变为康复心理学的建立提出了要求，而科学的发展为其建立了必要的条件。同时康复心理学的研究也进一步丰富充实了医学、心理学的理论体系，适应了社会的需求。

（三）康复心理学的任务和研究内容

康复心理学主要的任务是促进残疾人和病人适应工作，适应生活和适应社会，从而最大限度地恢复和提高患者的社会生存能力。它包含医疗康复、教育康复、职业康复和社会康复四个方面。其具体研究内容包括以下方面：

1．*行为和伤残的关系*　它研究行为因素对伤残发生的影响及其适应过程。行为因素包括个体行为和社会行为两个方面。例如研究哪些心理、社会、环境及行为易造成伤残，如何改造环境、行为模式以减少残疾的发生；研究残疾人与病人的心理行为及其适应过程，从而为他们提供正确的心理指导。

2．*对残疾人和病人开展综合性的社会服务*　这项内容一方面是给患者以心理上的疏导与支持，特别是帮助他们克服悲观、焦虑、抑郁的消极心理。还要帮助患者进行认识重建，提高自身心理调控能力，增强自立自强意识，形成良好的行为习惯等。另一方面是消除社会对残疾人的偏见，消除影响他们日常生活工作的物理障碍，以提高其社会适应能力。对某些急性致残者，应当进行危机干预，帮助患者克服短期中出现的情绪危机。

3．*开展各种心理行为治疗技术的应用*　目前各种心理治疗技术在康复心理学中得到普遍应用，其中行为技术的应用最为常见。值得一提的是集体心理治疗在康复医学中有着特殊的意义。许多具有类似问题的残疾人，集体或定期集中接受心理治疗，患者之间互相交流治疗经验和心得，将获得良好效果。

4．*康复的心理评定工作*　它通过使用各种心理测量手段对康复过程及康复后的心理行为进行各种测评，及时把握心理状态，提高康复效果。其具体方法及其应用已在本书第四章中系统介绍。

二、康复过程的心理行为问题

（一）残疾和行为问题

所谓的残疾是指机体的病损造成的躯体功能或心理功能的缺损。这里重点讨论躯体残疾与心理行为因素的关系。病损造成残疾，使得残疾人在事实上丧失了他们在社会上的权利和地位，在就学、就业、婚姻、家庭生活和经济等方面遇到重重困难和障碍。同时残疾人还面临周围人们对他们态度的改变。其结果，必然会引发产生一系列心理行为问题。对此，康复心理学认为上述病损、残疾和行为问题，三者之间并不是简单的直接因果关系，而是三者间相互联系、相互影响制约的交叉因果关系。Martin P(1980)将这种关系以简单的模式加以表示（图 7－3）。例如，病损造成残疾，残疾形成行为问题，前者是因，后者是果。但同时实践证明许多行为因素也可以对机体病损和残疾程度产生影响。同样病损造成残疾使其行动不便，而长期缺乏活动又会导致肌肉废用性萎缩，加重关节病变（病损）的发展。表明了三者之间的相互作用相互制约的关系。

图 7－3　行为与残疾的关系

1．*残疾引起的心理行为问题*　残疾对个体的心理影响显而易见。在少数突然致残的患者中，这种影响甚至可以是致命的。对大多数患者来说，因伤残引起的心理行为问题有一定的规律。认识这种规律，对于帮助患者顺利度过康复期有积极指导意义。具体表现以下方面：

⑴残疾对情绪的消极影响：残疾人和患者在心理上的变化，最明显的是情绪障碍。由于残病，多伴有形象的破坏，因而容易出现对自我形象的不满意，自卑、孤独、不愿参加社交活动，由此引起焦虑、悲观、抑郁等消极情绪，严重的可有自暴自弃、厌世和轻生行为。

⑵残疾对认知评价的影响：根据我们已有的知识，应激过程可包括个体认知评价的改变。残疾作为应激原所引起的消极认知评价，一般表现为拒绝、偏见、宿命观等，有时甚至自卑、固执和自责。这些都阻碍了患者主观能动性的发挥，有时可导致康复过程中的心理障碍。

2．*心理行为对残疾的影响*　心理行为因素在残疾的发生发展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，许多自伤自杀造成的残疾，其原因就是生活挫折，情绪抑郁等心理方面问题。调查还证明，一定行为特征的人，如神经质者，其伤残发生率相对比较高。

心理因素对残疾的反应强度以及自我评价的高低有一定的关系。例如，具有疑病人格倾向者，表现出敏感、多疑，对病痛的耐受性降低，夸大疾病或伤残的严重程度，导致康复过程的延缓。值得注意的是，某些心理行为问题在伤残出现后继续存在，从而进一步影响康复过程。心理行为因素在躯体疾病致残病例中，也可以影响残疾程度。研究表明，风湿性关节炎常发生于某些严重的心理应激这后，如家庭成员重病或死亡、事故、婚姻不和等。

此外，行为强化因素对残疾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，包括活动减少、呻吟、忧郁沉默等。这类行为反应如果在康复过程受到不适当的强化，结果就可能将这类依赖行为固定下来。这一类现象常见于慢性患者，许多人甚至在原发病区已不再能找到任何病变客观证明的情况下，疼痛行为仍继续存在，造成伤残。

（二）常见康复心理行为问题的处理

处理残疾人和患者的心理行为问题，应当采用综合的心理行为措施。不论何类伤残，因何致残，医护人员都应以认真负责的态度在精神上给予支持和启迪，这是最基本的处理方案。

1．心理危机　突然致残往往会使个体陷入严重焦虑状态，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。对此，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，并告之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。一旦成功，患者易产生成功感，获得心理上的支持，缓解消极的情绪状态。第三，心理危机患者容易受别人暗示影响，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情感的亲友，暂时不应让其探视。

2．抑郁和自杀倾向　轻度的焦虑和抑郁，是残疾患者经常出的一般性行为反应。但如果经常显现或抑郁程度严重而不能克服，则容易产生自杀意念，必须及时发现和处置。

具有自杀倾向患者，往往语调悲哀，表现孤独。对于他们要设法通过支持疗法使其重建起新的生活动机，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，形成病房小群体，通过互相沟通，能提高其他患者的康复动机和自信心。

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。

残疾早期出现的依赖现象，一般在病情趋于稳定后会自行消失。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。此时患者表现出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。医护人员应帮助患者及早地制订渐进性康复训练计划，通过有序的行为强化过程，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，正如俗话所说：“生命在于运动。”研究表明，合理地使用运动锻炼程序，能调节心理状态，培养积极的情绪，促进机体抗病能力和发挥器官肢体的代偿功能，对残疾人和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）。

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状态。运动抗焦虑的机理尚不很清楚。目前普遍认为，运动抗焦虑的原因可能与以下几方面因素有关：①运动锻炼过程能分散个体对焦虑原因的注意；②运动能对抗焦虑症状的知觉过程；③促进对引起焦虑症状的原因进行再评价（Walsh R，1980）。这表明，运动锻炼抗焦虑作用的机制主要属于心理行为方面。

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，是一种安全的对付抑郁的康复手段。运动锻炼抗抑郁的主要原因是由于运动提高了患者对自己身体的信心，以及克服了久病造成的依赖性。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。

此外，通过生理和心理测量方法研究证明，A 型行为可通过长期运动锻炼在一定程度上得到改造，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变化改变）；经常参加运动锻炼的老年人的反应时和反应速度，比同等条件的静居老人快得多，其职业操作能力也有明显改善；经常参加运动锻炼还可使残疾人与患者产生欣快的自我体验，这是一种积极的心境，对康复很有利。上述运动效益的详细机理有待进一步阐明，可能是多方面的，涉及认知的改变、生理性松弛、周身温度升高、激素和递质的变化等机制。

总之，康复运动锻炼对心身的积极作用是肯定的。它作为疗养康复计划的一部分，特别适用于那些与心理行为有联系的临床症状的纠正。另外，运动锻炼也有一个适应症和运动剂量的问题，在指导和实施运动治疗过程中必须予以注意，做到因人因病情而异。

四、社会因素在康复过程中的作用

在帮助残疾人和病人康复的过程中，社会因素影响是不可忽视的，它直接关系到患者的心身健康和康复的顺利与否。

（一）消极社会因素

目前社会生活环境中存在着某些对残疾人片面的不良态度和看法，其往往对他们的心灵深处产生很大的冲击力，带来心理上的创伤，导致其产生悲观消极的心理效应。例如，社会上（包括家庭成员）对残疾人或患者的嘲弄与侮辱，甚至虐待、遗弃残疾人或慢性病老人，这就剥夺了他们康复的机会，是一种不道德的社会行为。即使有些人在交往中流露出怜悯，这虽无恶意，但现实表明也会伤害其自尊心，不利于患者的康复。

相反，享受优抚、劳保、残疾补助金等因素，有时使残疾人虽然病好应当出院，但他们仍夸大不适感，甚至抵制康复。这应引起医务人员注意，给予他们必要的教育和心理疏导，帮助建立自我护理能力和新的社会适应能力。

值得注意的是，个别医务人员在临床康复诊疗过程中，对残疾人或患者表现出态度简单生硬，治疗操作中，动作粗暴、草率或不熟练，增加了本来可以避免的痛苦，使其焦虑、悲观，滋生疑病心理，成为康复医疗中的心理阻力。

（二）积极社会因素

应在医疗康复的基础上，建立与健全社会残疾人的福利事业。首先，帮助他们培养自立自强意识，形成良好的道德素质和行为习惯，提高残疾人的社会适应能力。其次，为他们提供适合其特点和需要的职业技能训练，它是综合康复医疗全过程的最终目标。一般来说职业康复经历 4 个阶段：

⑴职业评价：通过检查和测验，了解和掌握残疾人的职业能力和特点，心理适应情况，明确职业要求等，为制订职业康复计划作准备。

⑵职业指导：为残疾人提供职业选择，职业适应、职业安置与训练方面的心理咨询和指导，启发他们对待工作的积极态度，提高自我价值感和自信心。

⑶职业训练：应参照多方面情况来进行，包括结合残疾人的家庭和学校的教育情况，残疾人的社会活动能力，生活自理能力，以及社会需要等实际情况来进行训练。

⑷就业：根据职业训练结果，适当安排力所能及工作。

此外，要有针对性地加强医务人员医德医风的教育，加强对康复心理学等有关知识的学习与理解，注意利用积极的心理因素促进残疾人与患者的康复。

（林大熙　姜乾金）

第七节　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

长期以来，在生物医学模式影响下，我国护理工作属于生物学的护理模式，实行的是医院化护理和功能制护理。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，护理工作范围已开始从单纯医院化护理扩展为社会化护理，从功能制护理转化为责任制护理，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。这样，护士不仅要做好机体护理，还要作好心理护理，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。

（二）护理心理学概念

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。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，通过与病人交往以及采用有关的心理学手段，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。病人从入院到出院的每一项活动，都是需要进行心理护理的。

2．复杂性与个别性　心理护理的复杂性在于它必须根据病人的各方面特点，设计相应的护理方案。由于个体存在差异性，在心理护理的过程中，又要强调个别性。

3．心身统一性与心理能动性　心理护理与生物护理是相互结合、相互依存、相互影响的。良好的心理护理能帮助病人挖掘自身的心理潜能，可使病人在情绪上由焦虑不安变为安定；在意志上由懦弱变为坚强；在信念上由悲观变为有信心；在心理控制上由盲目变为自觉；在对待治疗态度上由被动到主动，从而有利于康复过程

4．社会性与发展性　病人的各种心理困扰与社会环境的关系相当密切。在心理护理中，要主动帮助病人调整环境、改善人际关系，争取病人家属和单位的正性支持，以形成良好的心理效应。

（五）心理护理的原则

1．交友的原则 心理护理是在护士与病人交往过程中完成的，通过交朋友，护士与病人可以交流感情、协调关系、满足需要、减少孤独感。交友可以帮助病人保持良好的心理状态，有利于医疗护理工作的顺利进行。因此，护士应主动和病人交朋友。

2．启发的原则　在心理护理中，护士应该经常给病人讲解医学知识和心理卫生知识，启发他们自觉接受科学的健康知识，从而消除对疾病的错误观念和错误认识。通过启发式的健康教育，使病人对待病人、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。

4．自我护理的原则　自我护理是 Orem ET (1971)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。自我护理的四项基本职能是①维持健康；②自我诊断、自我用药、自我治疗；③预防疾病；④参加保健工作。

护士应帮助、启发和指导病人尽可能地进行自我护理。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，为康复创造了有利的条件。

5．保密的原则　在心理护理中，必须尊重和保护病人的秘密和隐私。

二、心理护理程序

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。我们将其中第三、四步结合起来成为 4 步，即①收集资料和评估；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）收集资料和评估

通过多种途径和手段掌握病人的心理状态，例如情绪反应、对治疗的态度、个性特点、过去经验、社会支持情况等。一般有如下几种途径：

1．观察　通过对病人面部表情、言语、行为动作的观察收集心理资料，如病人面部表情是否安详，是否少言语，动作是否艰难，以及饭量的大小等

2．交谈　通过与病人交谈了解病史、病情变化、对疾病的感受、对治疗的态度及社会环境情况及心理社会因素对疾病的影响等。

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情况，也可以组织

危急病人的亲属或同事座谈收集病人有关情况。

4．心理测量　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；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；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、病程记录等记录病人情况。

将获得的各种资料集中起来，进行分类，找出问题，查明原因，为护理诊断作准备。

（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（标签法）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 Lippin-Cottco CB(1983)在《Nursing Diagnosis》中的陈述， 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。因此，护理诊断的记录也应采用现象学的方法加以描述，而非“综合征”式的“贴标签”法

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。其中超过半数的诊断涉及病人的知、情、意、人格、行为、人际和社会等方面的问题，应成为心理护理诊断主要内容。目前，护理诊断的分类工作仍在研究中。43 种护理诊断项目示列于下.

附：护理诊断项目

活动耐受力差	恐　惧	保持健康的能力改变
焦　虑	体液量不足	不能维持家庭管理
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：高于身体需要
语言沟通障碍	知觉改变	父母爱抚、照顾不良
应对能力差	性功能不良	暴力－创伤综合征
家庭不能适应	睡眠紊乱	呼吸功能改变
缺乏娱乐活动	缺乏知识	呼吸道自净能力低下
家庭作用改变	不合作	无效的呼吸模式
气体交换功能受损	口腔粘膜改变	组织灌注改变
皮肤完整受损	无能为力	排尿异常
思维改变	精神烦忧（忧郁）	潜在的暴力行为
社会隔离		

（三）心理护理计划及实施（心理护理对策）

1．一般心理护理　根据护理诊断，应有针对性的制定和实施一般心理护理计划，即可以使用于各种病人的心理护理措施，大致应包含如下几方面。

(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相互尊重，相互信赖的关系。在护患关系中，护士应起主导作用。没有良好的护患关系，会从根本上影响心理护理的进行，但这种关系过于亲密，也是不利的。因为过份的亲密，可能会使病人产生心理依赖性，妨碍其自我能力的发挥。所以，良好的护患关系应把握好限定性，注意引导和开发病人自我护理的能力。

(2)促进病友之间良好的人际关系：良好的人际关系有助于疾病的康复，护士在平时应引导病人互相关心、互相帮助、互相鼓励。对于新入院的病人，护士应帮助他尽快与同室的病友熟悉起来。对于那些不善于与人交往的病人，家属亲友少来探视的病人，护士应引导同室病友多主动与其接触，以减轻他们的陌生感和孤独感。

(3)强化家庭及社会支持系统：病人住院后，常常会有一些后顾之忧。如担心加重经济负担，担心工作问题，担心孩子的教育问题，担心他人会怎样看待自己。特别是平时人际关系不太和谐的病人，更是忧心忡忡。因此，护士应争取家属及单位的合作，妥善帮助病人处理和解决好这些问题，让家庭和社会都对病人起着积极的支持作用。

(4)加强身心健康的教育：护士应经常对病人进行不同形式的健康教育，包括与疾病有关的医学知识、心理卫生、心理支持、自我护理等方面的知识，使病人对疾病的过程有较为全面的认识。通过健康教育，可进一步调动病人的积极性，以乐观的态度配合治疗，增强抗病能力。

(5)创造良好的病室环境：良好的环境能满足人的生理和心理需要，对病人更是这样。医院应该有一个幽静、清新的环境，病室内外的布局要合理。颜色、光线、声音、气味、自然环境等，都要注意能够对病人的心理产生正性影响。

(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)良好的护士形象： 护士应有良好的医德，周到的服务，朴实稳重的仪表，和霭可亲的态度，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受。

上述一般心理护理内容对不同病人可有所侧重。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；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。

2．特殊心理护理　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，即采用一定的心理治疗方法，常用的有支持疗法、暗示疗法、松弛疗法等。例如情绪紧张者可采用放松治疗；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（例如将护理前后的心理测验加以比较，如患者 SAS 测分已从 70 降到 50，说明焦虑明显改善），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焦虑、抑郁、孤独感和自我概念混乱等几种常见的临床心理问题作进一步讨论。

（一）焦虑的护理

1．*焦虑临床表现*　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、心神不定和注意力不集中，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．*焦虑的评估*　①交谈：通过与病人和亲属交谈了解病人的紧张、恐惧、着急和忧虑等体验。②观察：通过对上述各种行为表现和植物神经反应的观察判断焦虑程度。③测量：使用焦虑自评量表（SAS），焦虑分可增高。

3．*焦虑的护理措施*　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）的护理

1．*抑郁的临床表现*　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（但也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．*抑郁的评估*　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、压抑的消极情绪体验。但有时病人虽口头否认，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；明尼苏达人格量表测查（MMIP）， 抑郁人格量分增高；卡特尔 16 种人格测查（16PF），忧虑分增高等。

3．*抑郁的护理措施*　①通过解释诱导改变病人认知结构，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给病人讲解情绪与健康和疾病的关系，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）孤独感的护理

1．*临床表现*　孤独感或称社会的隔离。病人有无聊陌生度日如年之感，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交谈：与病人交谈了解患病或住院以来的心理感受；与病人亲属交谈了解患者的心理。②观察：观察病人的言谈举止，如少言语、少交往和行为谨慎小心等。③测量：气质测查可能为抑郁质；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；主动打电话或写信与病人亲属联系，请家人尽是抽空来探视。

（四）自我概念紊乱的护理

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（kineothetic feedback）、感觉反馈（ sensory feekback）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，对自我概念作重新适应。若不能适应，就会引起对自己的消极认识。

自尊是个人对自我价值的主观判断，自尊的消极改变是指对希望达到的目标无信心，产生自卑。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．*自我概念紊乱产生原因*　①病理生理方面：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；亲人死亡或工作能力下降；患慢性病、妊娠等。③其他：更年期、年老退休、或秃头、白发等。

3．*自我概念紊乱临床表现*　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；不愿谈论其缺陷或毁容问题；否认残缺或毁容的存在；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．*自我概念紊乱评估*　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；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，拒绝另人的关心帮助，不愿与人接触，对健康人不友好，说话没好气等。

5．自我概念紊乱护理　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；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、［附］护士的心理素养

护理工作是一项崇高的职业。每个护士都应有献身于护理职业的志向，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。对病人的深切同情，就是要急病人之所急，想病人之所想，对待病人和蔼可亲，言语热情温暖，使人容易接近。对病人的责任感，则表现在对工作要极端负责，观察病情要认真细致，对不愿意配合医疗护理的病人，能耐心地说服劝慰，即使反复多次，也不厌其烦。

（二）意　志

良好的护士意志素养表现在沉着、冷静、果断、克制方面。在平时工作中能有条不紊；在危急复杂情况下能抓住主要矛盾，迅速作出判断；对病人的过错能容忍和克制。

（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。它是护士心理素养不可缺少的一部分。观察力又称“思维知觉”，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．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；记住各种及护理操作的方法，步骤、部位、注意事项；记住病人的个性特点、嗜好习惯、有什么需要……。因此，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．思维品质　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；需要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；需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．丰富的知识和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．组织和人际交往能力　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，一个优秀护士的性格品质应该包括：积极热情、忠实负责、平易近人、乐于助人，坚毅灵活、勤奋、实事求是等。

（过慧敏）

第九章　心理卫生

第一节　心理卫生总论

一、心理卫生基本概念

（一)健康的概念

人人希望健康，但不同的时期对此有不同的认识。

“健康就是没病”这是人们对健康最初的认识。

“人体各器官系统发育良好、功能正常、体质健壮、精力充沛并具有良好劳动效能的状态。通常用人体测量、体格检查和各种生理指标来衡量。”这是生物医学模式对健康的认识。

《简明不列颠百科全书》中文版(1985 年)关于健康和疾病的概念是：“健康，使个体能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，是以产生症状或体征的异常生理或心理状态”，是“人体在致病因素的影响下，器官组织的形态，功能偏离正常标准的状态。”这一概念提到了心理因素，较生物医学模式的健康观念有了显著的进步。

适应生物医学模式向生物心理社会医学模式转化，是时代的要求，我们对健康的认识，应该统一到世界卫生组织(WHO)对健康的定义上来， 即健康不仅仅没有疾病或病症，而是一种在身体上、心理上和社会上的完好状态或完满安宁。这就是说，人要做到健康，必须体魄健全，身心健康，才算是真正的健康。

(二)心理卫生的概念

《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”。

我国著名社会学家费孝通教授为《中国心理卫生杂志》撰文指出：“讲究心理健康及社会功能良好之道，即心理卫生。”

综合起来，目前可以将心理卫生定义为：通过各种有益的教育和措施，维护和改进健康的心理以适应当前和发展着的社会和自然环境，使生理、心理和社会功能都保持良好或完满的状态。

二、心理卫生简史

（一）心理卫生的由来

心理卫生，作为一种运动，有其漫长的历史过程。中国的《黄帝内经》和西方医学

代表希波克拉底均注意到保护健康的心理因素方面。世界心理卫生运动则是从改善精神病人待遇开始的。

以 1908 年比尔斯(Beers C)所著《一颗失而复得的心》(A Mind That Found Itself)为标志，心理卫生运动飞跃发展起来了。比尔斯在精神病院中，亲身受当时病院中种种粗暴残酷的待遇，目击病友们过着非人的生活，出院后，立志将自己余生贡献给精神病患者。他向各有关方面呼吁，要求改善精神病患者的待遇，从事预防精神病的活动。

比尔斯在得到各方面的赞助和鼓励后于 1908 年 5 月成立了“康涅狄格州心理卫生协会”。这就出现了全世界第一个心理卫生组织。发起人除比尔斯本人外，还有大学教授、医生、心理学家、精神病学家、教会牧师、审判官、律师、社会工作者以及康复的精神病患者及其家属。此协会工作的目标，有下列五项：①保持心理健康；②防止精神疾病；③提高精神病患者的待遇；④普及关于医学疾病的知识；⑤开展与心理卫生有关单位的合作。该组织活动的对象扩展到了整个社会，从而奠定了心理卫生的坚实基础。

经比尔斯和同行们的继续努力，于 1909 年 2 月成立了“美国全国心理卫生委员会”。1917 年全国总会出版的《心理卫生》季刊为科普读物，宣传心理卫生常识，流传很广，影响极大。另外还有各种不定期刊物和小册子，供群众免费阅览。

1930 年 5 月 5 日，在华盛顿召开了第一届国际心理卫生大会，到会的有五十三个国家的 3,042 名代表，中国也有代表参加。大会产生了国际心理卫生委员会。它的宗旨是：“完全从事于慈善的、科学的、文艺的、教育的活动。尤其关心世界各国人民的心理健康的保持和增进对心理疾病、心理缺陷的研究、治疗和预防以及全人类幸福的增进”。

在二十世纪三十年代，在国际心理卫生运动日趋发展的影响之下，我国于 1936 年 4 月在南京正式成立了“中国心理卫生协会”。翌年，因抗日战争爆发，致使心理卫生的工作被迫停顿。抗日战争胜利后，于 1948 年曾在南京开过一次局部的心理卫生代表会议。其后，由于种种原因，直至 1979 年冬在天津召开的中国心理学会第三届代表大会上，许多与会者提出重建“中国心理卫生协会”的倡议。经过各有关方面的积极活动，中国心理卫生协会于 1985 年正式成立。随后成立了儿童心理卫生、青少年心理卫生、老年心理卫生、心身医学和特殊职业群体心理卫生等专业委员会并开展学术活动。各省市地方和专业系统也纷纷组建心理卫生协会，开展活动。

（二）心理卫生发展趋势

第二次世界大战之后，心理卫生的发展趋势是逐渐将着眼点从对精神病的三次预防与治疗，转移到正常人的心理健康上，主张从个体生命萌发之始就要培养人健康的心理和完善的人格。

1961 年世界心理卫生联合会出版的《国际心理卫生展望》(Mental Health in International Perspective)中提出的任务是：“在生物学、心理学、医学、 教育学和社会学等最广泛的方面，使居民的心理健康达到尽可能高的水平。”这一纲领远远超出精神病学的范围，是对原有纲领的重大修改。战后之所以有如此大的转变，与以下几点进展关系密切。第一，生物医学的长足进步，为精神病、神经症的预防与治疗提供了生物学的和理化的手段。第二，社会学和心理学的长足进步，提供了从心理、社会因素方面的研究途径。这种进步也为生物医学模式向生物、心理、社会医学模式的转化提供了科学依据。第三，特别是生物、心理、社会医学模式的应运而生，表明了人

们对世界认识的不断深化。

三、心理卫生的目标

（一）心理卫生的总要求

1．有良好的自我意识　自我意识是对自我价值、自我地位、自我能力的一种评价或判断，从心理卫生的角度来看，良好的自我意识的核心是自知和自爱。要做到自知，需要自我观察、自我认定、自我评价；自尊、自信、自强则是自爱的内涵。自爱要以自知为基础，增进自知，才能培养自爱。

2．保持良好的情绪状态　每个人体内部有一种最有助于健康的力量，这就是良好的情绪。如快乐和愉悦等，这既不太强也不太弱的愉快情绪，给人体适度的刺激，使人体内部协调平衡。

3．有和谐的人际关系　在现实生活中，良好的人际关系或社会支持可以消除孤独感，获得安全感。心理卫生的要求是有朋友来往，关心帮助别人，也能接受别人的互助。

4．积极参加社会实践　社会实践是社会存在和发展的必要条件，通过实践可以促进个体的发展和为社会作出贡献，可以使人认识到自己存在的价值，并和现实保持良好的接触。

（二）心理健康的标准

心理卫生的中心任务是维护和增进人类心理健康，但心理学工作者对心理健康标准这个复杂的问题至今还没有一个公认的标准。以下标准可供参考。

1．人本主义心理学家马斯洛提出的标准

⑴有充分的安全感；

⑵充分了解自己，并能对自己的能力做恰当的估计；

⑶生活目标、理想切合实际；

⑷与现实环境保持接触；

⑸能保持个性的完整和谐；

⑹具有从经验中学习的能力；

⑺能保持良好的人际关系；

⑻适度的情绪发泄与控制；

⑼在不违背集体意志的前提下有限度地发挥个性；

⑽.在不违背社会道德规范的情况下能适当满足个人基本需要。

2．综合国内外学者研究成果提出的心理健康标准

⑴智力水平处于正常范围内，并能正确反映事物；

⑵心理与行为特点和生理年龄相匹配；

⑶情绪稳定，积极与情景适应；

⑷心理与行为协调一致；

⑸社会适应，主要是人际关系的心理适应协调

⑹行为反应适度，不过敏，不迟钝；

⑺不背离社会行为规范，在一定程度上能实现个人动机，并使合理要求获得满足；

⑻自我意识与自我实际基本相符，“理想我”与现实我之间差距不大。

四、现代心理卫生的意义

⑴有利于使人们自幼培养健康的心理，完善的人格，树立正确的人生观、价值观，从而成为心身全面健康，达到完善康宁状态的社会一员。

⑵有助于重视心理疾病的防治。随着社会变革，社会价值观的急速改变，人们的心理矛盾和冲突以新的内容和形式表现出来，心理卫生运动的开展，使人们更好地适应社会。

⑶有利于推动精神文明建设。心理卫生事业的发展必须以物质文明为基础，而心理卫生事业本身是精神文明建设的重要组成部分，是建设精神文明的基石，没有心理卫生不会有真正的精神文明。

(季　兵、邹农基)

第二节　儿少心理卫生

一、孕期心理卫生

生命是从受精卵和胚胎发育开始，因此，个体的身心健康也应从胎儿期就予以重视。胎儿期的心理卫生，其实就是母亲怀孕期应该注重的心理卫生和科学“胎教”。

（一）孕妇营养要全面合理

孕妇营养对胎儿身心发育影响甚大，特定营养素的不足与过剩均与胎儿预后有关。所以，孕妇营养既要丰富充分，又要全面平衡，以保证胎儿心身的正常发育。另外，孕妇不宜多吃脂肪含量较高的食物，和刺激性强的食品，以免孕妇体内脂肪存积过多影响分娩和对胎儿产生不利影响。

（二）孕妇的情绪要乐观、稳定

孕妇的情绪波动可通过影响内分泌及血液成分进而影响胎儿发育。孕妇情绪过度紧张、不稳定，可使肾上腺髓质激素分泌增加，使孕妇心跳加快、血压升高，影响胎儿脑的发育，给出生后的小孩性格和智力发育带来不良影响；同时也会使肾上腺皮质激素分泌增高，能够阻碍胎儿上颌骨的发育；另外，情绪不稳定的孕妇发生难产和子痫的比率较高。因此，孕妇一定要心情舒畅、情绪稳定、避免生气及过度狂欢等不良刺激。

（三）孕妇应避免烟、酒等有害物质

孕妇吸烟过度，可导致新生儿体重不足或致自然流产、死胎或胎儿畸形。不仅如此，就连孕妇配偶吸烟，对母体中胎儿健康同样有很大影响。

孕妇过量饮酒可造成胎儿先天畸形和先天愚型以及脊髓膜膨出；可患“胎儿酒精中毒综合征”、发育迟缓、智力低下、小头、心脏、骨关节畸形等。

孕妇使用某些药物可使胎儿致畸。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、牙齿变黄，某些抗组织胺药、抗癫痫药、抗精神病及激素等药都有可能致畸。另外研究表明，妊娠早期 2－6 周受到X射线辐射的妇女会影响胚胎发育，可引起小头、脊椎裂、腭裂、颅骨缺损等畸形，故都应特别注意。

（四）孕妇要加强保健，减少疾病

妊娠头 2－3 个月感染风疹、腮腺炎、流行性感冒、猩红热等病毒，或弓形体等，

有时孕妇虽然只有一些感冒症状，但却能导致胎儿发育畸形，常见的有先天性白内障、小头、先天性心脏病、聋哑、弱智、脑积水、小眼等。因此，孕妇应加强保健，尽量减少疾病。

（五）“胎教”

研究证实，胎儿对外界环境刺激是有所反应的，因此，有人提倡直接对胎儿进行胎教，以促进其身心较好的发育。直接胎教的常用方法有听音乐、情感通话、帮胎儿做体操等。

目前，有关这方面的直接证据尚不足。作者认为，所谓胎教，应该是如何通过孕妇的心身修养来间接影响胎儿心身发育的手段和方法。

二、婴幼儿期的心理卫生

婴幼期是指从出生到 6、7 岁这个阶段。如果划分得更细一些，婴幼儿期又可分为新生儿期（出生－1 个月）、乳儿期（1 个月－1 岁）、婴儿期（1－3 岁）和幼儿期（3－6、7 岁）。

（一）婴幼儿时期主要的生理心理特征

婴幼儿的神经系统已有了进一步的发展，6、7 岁时脑的重量已接近成人，神经纤维髓鞘化已基本完成，神经的兴奋性逐渐提高，条件反射形成较快，脑的控制调节机能逐步增强，第二信号系统进一步发展，各种感觉迅速完善，这时以直觉形象记忆、无意识记忆为主，词汇数量掌握增多，仍然是依靠事物具体形象进行思维，开始产生抽象逻辑思维，然而，认识能力水平有限，判断力、推理力还差，情绪强烈、不稳定易受外界事物支配，意志行动有进一步发展，但仍薄弱，自觉性、坚持性、自制力仍很差，自我意识开始发展，个性初步形成。

（二）婴幼儿的心理卫生

婴幼期在个体心理发展历程中占有非常重要的位置。这个阶段婴幼儿需要学习认识自己，了解和适应社会，需要开发智力，培养和引导情绪个性健康的发展。正如儿童心理学家陈鹤琴所说“幼稚期（自生至七岁）是人生最重要的时期，什么习惯、言语、技能、思想、态度、情绪，都要在此时期打下一个基础，若基础打得不稳固，那健全的人格就不易建造了。”

1．*母爱与母乳喂养*　婴儿以母乳喂养最好，一方面母乳营养充足、温度适宜，适合消化吸收，母乳中含有的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；更重要的是母乳喂养可通过视、味、听、触多种感官刺激，使婴儿获得一种安全、舒适、愉快的感受。这种感受使婴儿心理需要获得满足，有助于婴儿神经系统发育和健康情感的发展。因此，母亲切忌在情绪激动情况下哺乳，以免影响婴儿心身健康。

2．*培养良好的行为习惯*　习惯是人在后天通过训练而形成的一种带有自动化特点的行为倾向。一个人幼年时期养成的习惯，对于以后的发展和社会适应有着重要的影响。

(1)饮食习惯：主要是要养成定时定量用餐、独立用餐、不偏食、安静用餐等习惯。

(2)睡眠习惯：睡眠应有规律，定时睡眠。一岁以后要养成分床独睡的习惯。不要有意无意的造成拍着、哄着、摇着、唱着、陪着、开灯等条件下才能入睡的习惯。

(3)排便习惯：要训练成每天一次定时大便，不憋尿，按时小便的习惯。这关系到婴

幼儿生活自理能力的发展和卫生习惯的养成。

(4)劳动和清洁卫生习惯：应从自我服务性劳动如穿衣、系鞋带、洗手绢等简单劳动做起。要培养孩子个人卫生习惯，包括早晚刷牙洗脸，饭前、便后洗手等。

(5)文明礼貌习惯：这对良好个性、健全品格的培养都有重要影响，应从幼儿日常生活中待人接物抓起，如各种礼貌用语的训练等等。

3．*语言训练*　语言训练是婴幼儿智力发展的基础和动力，也是早期教育中关键的问题之一。婴幼儿掌握语言的过程，也是意识发生发展的过程和自我形成的过程。从初生起父母就应跟孩子说话。从 4 个月开始就可教婴儿发音，使他们的发音器官得到训练。要增加孩子感官刺激，可指着各种物品训练孩子发音如电灯、茶杯、桌子、奶瓶……。要重视发音准确性和俗语的学习，1 岁以后可给婴儿讲故事，教唱简单的儿歌来纠正他们发音不恰当之处和语言表达能力。1.5 －6 岁是儿童词汇和句法迅速发展时期，应注意词汇理解和语词表达能力的培养。

4．*玩耍与游戏*　玩耍与游戏对于促进幼儿全面发展起着重要的作用。通过玩具和游戏可促使婴幼儿增长各种知识，发展走、跑、跳多种动作技能，以利智力开发、品德发展和美感的熏陶。

5．*正确对待无理取闹*　无理取闹往往是婴幼儿用来作为达到某个要求的有效手段，应予正确对待，因为处理是否恰当对小孩性格形成有很大影响。有的小孩想要的东西得不到满足就哭闹，家长一见孩子哭闹就予迁就满足，经常这样，小孩就会形成哭闹的不良习惯。相反，有的父母对孩子不够关心，对孩子的作为不理不睬，对孩子的哭闹不是说服，而是以打骂对待，这样容易使孩子形成抑郁的性格。因此，对孩子的无理取闹，不要轻易迁就，应该耐心的向其说明道理，采用鼓励、表扬的方法将他的注意力引导到合理的方面。

三、童年期的心理卫生

童年期是指从 6、7－11、12 岁这一时期。这个时期是儿童在小学进行学习的阶段，故也称学龄期。

（一）童年期的生理心理特征

童年期脑的重量到 12 岁时已接近成人脑重，额叶显著成长，皮层的兴奋和抑制过程都进一步增强，故较能安静下来，具有一定的分析、综合外界事物的能力和控制自己行为的能力。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。学龄儿童富于情感，喜怒哀乐均易在面部表现出来，入小学后，学习活动和集体生活增多，高级情感得到发展，道德感、理智感逐渐深化稳定。

（二）童年期的心理卫生

1．*培养正确的学习动机、学习态度和学习习惯*　一开始就应该重视对学龄儿童进行这方面的教育，可以通过老师和家长的正面教育及心理辅导，使之认识到学习的意义，养成良好的学习习惯，上课注意听，积极思考、踊跃回答老师提问，课后及时复习和完成作业。，

2．*尊敬老师、关心同学、热爱集体*　学龄期是儿童学习走向社会的阶段，要指导其学习适应学校生活，学会处理好与老师、同学的关系，与班级、学校的关系。

3．新生入学的适应　对于初上小学的儿童来说，有个逐渐适应的过程。如果能够较快适应，儿童就会感受到校园生活的美好，掌握知识的乐趣和师生同学之间的情谊。反之，如果久久不能适应，渐渐的就会厌倦学习、害怕考试，以致部分孩子在进入中学以后产生恐学症、考试焦虑症、神经症等心身障碍。因此学校和家长都要重视新生入学的适应问题。

4．学业不良的辅导　造成学龄儿童学业不良的原因主要有：对学习不感兴趣；注意力不集中；学习习惯不好，如边学习边玩；基础差；疾病和虚弱；不良环境的干扰，如家庭经济困难；老师不良的期待，如认为某些学生不行，放松要求，或不是批评就是指责，很少鼓励，等等。对此应一一加以注意和解决。

顺便指出，在娇正某些顽皮儿童的不良学习行为过程中，教师和家人的＂关注＂和＂不予关注＂往往是行为指导训练的重要正强化和惩罚手段。

四、少年期的心理卫生

少年期是指 11、12 岁到 14、15 岁这个年龄阶段，相当于初中学生的阶段，是从童年向青年转化的过渡时期，即青春发育期。在这个阶段的少年生理心理将发生巨大变化。他们既不同于小学儿童，也不同于青年或成年，是半幼稚、半成熟，似懂事，又不懂事的时期。

（一）少年期主要的生理心理特征

少年期身体迅速发育，精力、体力不断增长和性机能开始成熟，逐渐意识到自己已长大成人，要求把他们当“成人”看待，希望独立，不喜欢受老师、家长过多的管束，常表现出不听话，不接受成人的意见，表现出疏远成人，好与同龄人集群的倾向。然而，这时的少年由于阅历还浅，涉世不深，在许多方面还不成熟，生活上、学习上都还有较大依赖性。少年期性意识开始觉醒，产生朦胧的对异性好奇、关心和接近倾向，由于社会环境的制约，又使他们在异性面前感到羞涩、拘谨、腼腆，甚至故意疏远排斥，或恶作剧来招引异性对自己的注意。许多研究表明，女生 13 岁，男生 14、15 岁后对两性关系的体验显著增强，14、15 岁是男女性犯两性关系错误的高峰，所以应该及时进行“性教育”。另外，智力发育方面，他们认知活动具有一定精确性和概括性。意义识记增强，抽象逻辑思维开始占主导，思维的独立性、批判性有所发展，逐渐学会独立思考问题的能力。

（二）少年期的心理卫生

1．发展良好的自我意识　青春期少年要注意逐渐学会客观的认识自己，看到自己的长处和不足，也能客观评价别人，学习别人的优点和长处；要学会面对现实，确立当前的奋斗目标，在学习生活中发展自我，实现自我。

2．引导性意识健康发展　应及时进行性教育性，内容包括性生理卫生、性心理卫生、性道德和性法制教育四方面的内容。通过教育消除对性器官及第二性征的神秘、好奇、不安和恐惧，培养高尚的道德情操，增强法制观念。另外，要引导青少年珍惜青春，防止早恋，努力学习，做“四有”新人。

3．消除心理代沟　心理代沟是指父母与子女之间心理上的差异和距离，以及由此引起的种种心理问题：如隔阂、抱怨、猜忌、苦闷等。它是初中生青春期较为普遍存在

的心理现象。代沟具有双重心理意义，一方面意味着初中生心理趋向成熟，具有积极的社会化意义；又有消极不利的一面，它使家庭关系紧张，得不到父母有益的关心帮助，彼此间存在思想、感情方面的心理差距。心理代沟处理不好会影响父母与子女两代人的身心健康，影响家庭的和谐幸福。1986 年中国科学院心理研究所对北京等地部分初中二年级学生心理卫生状况调查时，对学生与家长关系不和谐的情况进行了研究。结果见表 9－1。

表 9－1　　初二学生与父母关系不协调表现

不协调表现	有时有这些表现(%)	经常有这些表现(%)
认为父母不理解自己	51.8	97.0
认为父母把自己当小孩看待	44.3	25.1
有事不愿与父母谈	36.2	42.7
对父母的批评反感、并顶撞	61.0	10.2
认为父母干涉自己太多	22.1	91.0
父母训斥或打骂自己	45.4	15.6

为了消除代沟，青春期少年应注意尊重和体谅父母亲，理解他们的心意；经常与父母谈谈心，彼此沟通了解；还应多参加社会实践，有利于与成年人思想感情的沟通。

做为家长，则应当做到：①孩子面前要注意自己言谈举止的表率作用。②不把青少年总当小孩子对待，要信任孩子，一些家里的事应征求他们意见。③对子女要求不可过高。④不宠爱。⑤保持心理健康，不把自己遇到的矛盾和不愉快发泄到子女身上。

（过彗敏）

第三节　青年心理卫生

青年期可分为青年初期(14、15～18 岁)、 青年中期(18～22、23 岁)和青年后期(23～28 岁)。这是人生之中最美好、最具有朝气、生命力也最旺盛的阶段。然而，就青年期生理和心理的发展状况看，存在生理发展较心理发展要快的矛盾，影响青年人的心身健康。

一、青年期的心理特点

(一）青年期心理结构分析

1．认知旺盛　青年具有生机勃勃、精力充沛、具有生命力的心理特点。这时期，青年不仅具有直观的形象思维，而且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。

2．情感丰富　青年人的情绪、情感比较强烈，遇事容易激动。青年人存在情绪的两极性，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，或冷漠，也可以表现为积极关注，充满激情；青年可表现强烈的正义感，可以在关键时刻挺身而出，做出惊出动地的壮举，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。

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。

值得注意的是，以上青年心理特点中不仅有积极的成分，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，克服消极心理的影响，从而保持心理健康。

(二)青年期心理发展的主要矛盾

青年时期，是心理冲突、心理困扰最多的时期，会因此带来许多适应问题。我们这里不可能详细分析青年心理发展所遇到的各种矛盾，而只能就若干主要的矛盾加以讨论。

1．性成熟与性心理相对幼稚的矛盾　青年性心理的成熟往往滞后于性生理的成熟。中学生中的“纸条恋爱”，便是这种矛盾的一种表现。尽管陷于这种状态的中学生常常表白自己对爱情是认真的，不是“闹着玩儿”的，但他们对什么叫真正的爱情以及爱情所包含的社会责任和义务，不是一无所知，就是知之甚少。另外，稍年长些的青年也同样存在着性成熟与社会成熟的时间差，是造成心理紧张重要原因。

2．情感激荡要求释放与外部表露趋向内隐的矛盾　青年情感上的动荡需要得到适当的释放才能获得平衡，这本来是一种身心调节的正常规律。但是，由于青年个性的发展和控制能力的增强，使得他们内在情感的激荡、释放被压抑起来，于是出现了情感激荡要求释放和外部表露趋向内隐的矛盾。例如，他们在内心激动、高兴或存有苦恼，表面看来却似乎显得十分平静；他们有话想找别人倾吐、述说，可碰到长辈或其他熟悉的人，却又迟迟不肯开口。

3．自我意识迅猛增长与社会成熟相对迟缓的矛盾　青年时期自我意识迅猛增长，成人感和独立感越来越强烈。他们渴求自治，期待个人的见解能够得到社会的承认与尊重，并试图在平等的基础上，重新建立和父母或其他成年人的关系。与此对照，他们的社会成熟便显得相对迟缓。这是因为，青年涉世不深，尤其缺乏复杂的社会生活的亲身体验，社会实践的锻炼则刚刚起步，人生观与世界观尚处在形成的时期。

4．要求他人尊重与自己尊重他人的矛盾　这实际上是前一对矛盾的延伸或具体化。由于青年人自我意识的不断增强，所以他们的自尊心、自信心越来越强烈。比如，他们渴望自己的聪明才智受到社会的重视和关心，他们不希望别人指手划脚，横加指责，或者继续把他们当未成年人看待。这种强烈的自尊心、自信心，如果引导得当，可以成为一种前进的巨大动力。然而，青年人在要求他人尊重和自己尊重他人之间却存在着矛盾。例如，有的青年人自以为是，唯我独尊，唯我最强，特别是在一些大学生中，甚至一度出现自命不凡，看不起工农群众，轻视体力劳动者的心理缺陷。这就是要求他人尊重与自己尊重他人的矛盾。

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．*自我拒绝的产生及表现*　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，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。

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，适应性差等。

2．*对自我拒绝的心理指导*　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)使青年正确认识自己，了解自己的长处和不足，　这是进行正确的自我评价的前提。

(2)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要步骤。

(3)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)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，加强应对指导，用失败去激励自己。

（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。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。但由于种种原因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，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；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。

(2)帮助青年学习相互交往的必要知识，要遵循平等的原则，要互相尊重，乐于助人，要持善意的态度，要尽己之力去关心、帮助他人。

(3)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。

(5)使青年知道团结的愿望和善意的批评之间的关系，包括对人要给予真诚的鼓励和赞美，而不是阿谀奉迎；不把个人意见强加于人；尊重他人的隐私权等。

(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。

（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。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，有意在异性面前表现自己，到进行性试探，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)帮助青年正确理解性意识，如性欲性冲动，将其引导到正确的社会认可范围中去。

(2)帮助青年正确理解性幻想是性冲动的一种发泄形式，　是正常的心理现象，不应因此而自卑、自责，但又要控制自己，不过分沉溺于性幻想之中，以免有害心身健康。

(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。

(5)鼓励青年积极参加有意义的集体活动，扩展兴趣爱好，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。

（四）［附］当代大学生的心理卫生问题

1．*适应不良*　大学生从中学转入大学，大部分仍然拘泥于初、高中那种“死记硬背”的学习框架之内，面对大学课程多、难度大、要求高的现实，许多同学产生了适应不良的心理反映。有的在中学时期一直是学习的佼佼者、是各地汇集到一起的“状元”，都希望在更高层次的学习中保持领先，进入大学后由于对手竞争加剧，一旦考试成绩不够理想，便会陷入失望、迷惘、痛苦之中。一些学生高考前所填志愿带有很大盲目性，入学后所选专业不符合个人兴趣，专业思想不稳定，转学的要求又难以实现，致使对学习无兴趣，情绪低落，陷入苦闷、彷徨之中。许多研究表明，大学生适应不良在大学生内心苦恼中占首位。

2．*神经症*　由于大学生年龄一般在 18～22 岁之间，思想意识还不够成熟，易冲

动、爱面子、重感情、虚荣心强，考试压力大，缺乏克服学习中困难的勇气，怀疑自己的学习能力。在学习成绩不够理想时，产生紧张、焦虑、恐惧不安。此时他们会盲目增长学习时间，缩短睡眠时间及参加文体活动时间，从而打破正常生活规律，使大脑长期处于高度兴奋状态，以致产生失眠、纳差、记忆力下降，注意力不集中而精神恍惚，降低学习效率，造成恶性循环，诱发病态心理，导致神经症，个别同学甚至最终发展成精神病。

3．其它　大学生人际沟通障碍和恋爱及性心理障碍的发生率也较高。这类问题既与前述青年心理卫生问题有共性，也有大学生群体的特殊性。另外，象家庭矛盾、经济费用和疾病(如肺结核、乙型肝炎)等问题，以及奖学金评定制度的不完善，学校教学、管理及思想工作存在弊端，社会存在的不正之风与腐败现象等等，都可能直接或间接发生作用，造成大学生心理障碍。

大学生的心理调适应作为高校工作的一项重要内容。作为学校，要充分认识到大学生，特别是低年级大学生的具体特色、对心理调适予以充分的重视，开展一些心理咨询活动，心理沟通活动，努力解除学生思想上的疑虑，提高他们的心理应变能力，心理调整能力，为学生创造一个既充满竞争，又具有和谐气氛的良好环境，使大学生在完成学业，增长知识的同时，成为一个心理上健康的人。

（邹农基　季　兵）

第四节　中老年心理卫生

一、中年期心理卫生

（一）中年期心理特点

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，其知识结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，有自己独立见解，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　中年人面临家庭、社会、事业、生活等各种问题，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。

（二）中年期心理保健

1．情绪的适应　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对待上述这些变化，去适应这些变化；其次应有意地结交新朋友，把精力放在工作及业余爱好上。处理好情绪的贫瘠问题，一定会有益于心身健康。

2．智力和体力的协调　Peck PC（1973）曾将人分为两类，一类以体力为主要方式适应生活，另一类是以智慧或者说以智能的使用发挥来适应生活。他认为，当人到中年后期，那些以体力为主要方式适应生活的人，由于体力的衰退可能会产生自我价值的丧失感而变的抑郁。因此，他劝告这些人注意智能的使用和发挥。就是说从某种角度看，体力的不足是可以用智力来弥补。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　中年期的人际关系最为复杂，往往影响工作，影响情绪，甚至有害于心身健康。产生人际矛盾的原因一般认为主要有两种。其一是彼此之间性格不合而产生的；其二是由于处理工作的观点、意见或看问题的角度不同而产生的。对第一种原因宜提倡相互谅解，尽量减少接触；对第二种原因宜提倡心理置换，即各自站在对方的立场上，设身处地地为对方想一想，这样不仅容易理解对方的意见，同时还能从对方的角度来观察一下自己的意见与要求是否合情合理，从而做到辩证地看待自己与他人。

4．家庭问题的妥善处理　中年人多数上有父母，下有子女，能否处理好父母、夫妻、子女关系，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

更年期是一个从成熟走向衰老的过渡时期，是衰老过程中的一个转折点。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”。

女性更年期综合征除了月经和生殖系统变化外，主要有植物性神经功能紊乱导致的血管运动性症状，如典型的潮红潮热、出汗和头晕三联症状，和大脑皮层功能失调症状如烦躁激动、心悸、失眠多梦、情绪低落等。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。

绝大多数男性能顺利度过更年期，仅少部分会出现“男性更年期综合征”症状。

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。

（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便利于症状的控制和缓解。

2．提高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，从而形成恶生循环。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心身健康。

5．社会与家庭应正确对待更年期个体　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　老年人的视、听等各种感觉均减退，易产生丧失感、衰老感。

2．记忆能力下降　老年人的有意记忆占主导地位，无意记忆则减少；机械记忆能力下降，意义记忆较好；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，其主要原因不是储存衰退而是难以提取。

3．智力改变　老年人的晶化智力（与积累知识及经验有关的习得性智力）易保持，而液化智力（指直接依赖于生理结构的智力功能）却下降。老年人解决问题的能力随年龄而下降。

4．简单反应时延长　由于外周神经传导速度减慢，肌束减少，以及中枢神经系统功能的改变。老年人反应时延长.

5．情绪改变　老年人情绪趋向不稳定，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　老年人的不利人格特征主要有：①健康及经济上的不安感；②对身体舒适的兴趣增大；③对新的情景学习和适应有困难；④猜疑心、妒嫉心加重；⑤喋喋不休，爱发牢骚；⑥好回忆往事；⑦不修边幅、邋遢；⑧喜欢收集破烂等。

此外，用 MMPI 对老人进行研究显示有疑病、歇斯底里、抑郁、妄想等倾向。

不同老年个体心理功能的衰老有明显的差异，故有人认为应从“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，老年人存在较多的心理问题。

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，其中独住者多于与子女合住者，女性多于男性，高龄多于低岭。

2．恐惧、抑郁情绪　老人由于年老多病，常受死亡威胁，易产生恐惧、抑郁心理。

3．自卑心理　在一部分老年人中，由于认识上的原因如认为自己在世不长，对许多事均心有余而力不足，以及退休带来的社会角色的改变等原因，内心世界易趋消极。

4．多疑心理　老年人由于认识能力的下降，以及外部环境的改变，易致多疑。

5．功勋思想　个人的经历和功绩，易使老年人，尤其是男性者产生权威思想，要求小辈听他们的话，否则就生气、发牢骚，常因此造成矛盾和冲突。

（三）老年人的心理保健

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．“动、静、乐、寿”　“动”就是运动，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。“乐”就是乐观。“笑一笑十年少，愁一愁白了头”等俗语说明乐观对健康的重要性。老年人应动、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　家庭的和睦相处，需要老年人与晚辈两代人的共同努力。对老年人来说，要心胸豁达，不为锁事增添烦恼，不要横加批评与指责；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“用进废退”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．寻找再职机会　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。社会应为老年人提供一定的再职机会，当然，老年人的再职要考虑老人特点和社会条件。

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。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，而且还提供了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，信教也有助于老年摆脱孤独心理。

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。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下放弃自已的观点、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癔病。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

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。关于教育子女方式和亲子关系问题见本章第二节。在此重点讨论婚姻关系问题。

（一）健康的爱情观

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、寻找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情感与理智统一。

（二）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，如果管方太紧，另一方经济自主权被过分剥夺，会发生抗争；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：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帮助，很容易引起矛盾。③教育子女的矛盾：夫妻双方在对待子女方法、态度上的不一致，例如妻子对孩子的溺爱引起丈夫的反应，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；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、亲属来往所化经济费用、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夫妻另一方面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，子女选择前途等都会引起婚姻的矛盾。

（三）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。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(参见第五章)。

二、学校心理卫生

很多研究显示，大、中、小学生中分别存在心理问题。如王玉凤（1989）对北京 2432 名小学生进行流行病学调查发现，儿童行为问题的检出率为 3.19％。戴昭（1985）根据对南京的 4698 名中学生进行调查认为有 15.7％的学生存在不同程度的心理健康问题。杭州的一项“大中学生心理问题和对策研究”甚至认为有 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——初中生为 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、交往障碍、性知识缺乏等方面。这些问题相互影响，形成一系列症状。

目前，学校心理卫生工作已被提到各级领导的议事日程上，培养学生健全人格及良好社会适应能力已被作为学校整体工作的一部分。学校心理卫生工作正在取得长足的进展。

三、工作单位心理卫生

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，可带来基本生活条件所需的经济报酬；②社会归属；③潜能的体现并得到正确的的评价。

但是，工作也会引起人的紧张，成为影响心身健康的应激源。择其主要的有：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、无法实现抱负；④工作中的人际关系；⑤组织结构气氛等。

因此，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、特殊群体心理卫生

特殊群体诸如矿工、勘探、航海、飞行、军事、交通，及残疾群体包括视残、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，又长期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，争吵殴斗等，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　沈晓红）

第十章　变态心理与不良行为

第一节　总　论

一、变态心理和变态心理学概述

变态心理是指个体失去常态，心理活动发生与众不同的改变，无能力按社会公认的方式行动，对本人或社会都不适应的后果。与正常心理现象相比较，变态心理称为“异常心理”；从病因病理方面考虑，又称为“病理心理”。

变态（异常）心理是和常态心理相比较而存在的，常态心理并不是永恒不变的心理现象，而是由当时当地的社会文化来决定的，不同的历史时期、社会制度、民族风格以及地域文化都可以产生社会文化的差异，只有当个人的心理和行为活动与所在地绝大多数人相比较出现明显的差异和不适应时，方可认为是异常心理，脱离社会文化来研究变态心理，是很难做出正确判断的。在变态心理现象中，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，常常发生在某些躯体疾病，伤残缺陷或处在隔离、催眠、药物作用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。偏离常态的心理现象不一定都是异常心理现象，例如智力超群者其智商明显高于一般人，显然偏离常态，但不属于异常心理现象；变态心理是指那些心理偏离常态，同时对社会不适应者。精神疾病患者的心理活动都偏离常态，都会有明显偏离社会常摸的行为，但不能认为行为违反社会常模的人都是具有病态的特点。例如，强奸、凶杀、贩毒吸毒等犯法行为也是违反社会常模，但他们不是病人。病态的变态心理是因为“没有能力”按社会认可的适宜的行为方式行动，以致其行为后果对本人或社会是不适应的。而罪犯并不是因为“没有能力”这样做，故应与心理疾病的患者严加区别。变态心理是否具有病态特点也是处在动态平衡相互转换之中，少数正常人具有的某些心理偏移和在特殊情况下出现短暂的心理异常现象在各种不利的生物因素和社会环境作用下，可向病态的变态心理转变。纵向比较发现，个体心理活动开始脱离固有的常态，在“不适应”的程度上明显加重，就是这种转变的开始。同样，精神病患者在其异常心理活动的背景中，仍然保留着正常的心理活动成分。不同的精神疾病所损害的心理活动成分的广度、深度和性质上也有所不同，病态的心理现象通过治疗也可以使它向非病态的方面转变。

变态心理学（abnormal psychology ）是研究变态心理和行为的发生、发展、变化的原因及其规律的科学。是研究人的心理活动过程和个性心理特征发生异常的科学，包括研究认知、情感、意志行为、智能、人格等方面的异常表现。基于对变态心理的不同称呼，相继衍生出“异常心理学”和“病理心理学（pathological psychology）”等学名，其研究的重点和范围稍有不同,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表现及其病因病理的探讨，内容较集中。欧美学者倾向于用“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，但两者是有严格区别的。变态心理学从心理学的角度研究异常心理，着重于产生的原因和发生机制上的理论探讨；而精神病学是从医学的角度研究异常心理的病因，发病机制，临床病理和发展规律，侧重于诊断、治疗、护理和预防。另外，变态心理学更多地从人格及行为异常的角度阐述各种问题；更多地考虑社会文化等因素的影响；更详细地谈及各种异常心理的心理治疗和心理卫生。精神病学是直接服务于临床的应用学科，变态心理学是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更高的研究领域发展。

变态心理学在心理学中的学科地位存在争论。有些学者认为变态心理学与临床医学，特别是精神病学关系密切，是纯医学领域的研究学科，他们将变态心理学作为医学心理学的一个分支。另一些学者认为变态心理学不局限于和精神疾病相关的异常心理，而是包含所有偏离常态的异常心理，医学领域之外的异常心理现象也是变态心理学的研究范围，变态心理学是和普通心理学相对应而存在的一门学科，应是心理学的分支。根据后一种认识，显然变态心理学与医学心理学的关系应该是两门独立的学科，但在研究内容上有大量的交叉。本书作者持后一种观点，在本章内仅对部分变态心理做简要介绍。

二、变态心理的判断标准

心理的正常与变态，不存在严格的界线，且会互相转化。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、当时所处的环境和过去的一贯表现等，对具体人作具体分析，决不可脱离当时的时间、地点、人物、场景和前因后果等因素而作出主观的判断。

通常采用以下几种方法来判断心理是否异常。

（一）以经验为标准

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，判断是否正常，这是临床工作中最常用的方法。该方法简捷实用，但有一定的主观性和局限性，且只能用作定性判断，不能量化，研究的可比性和一致性较差。

（二）社会适应性标准

社会适应能力是指个体在人际交往中是否遵循社会伦理道德规范、社会公德、法律准则和顺应社会网络，与环境保持一致；以及当出现违背上述准则的言行时，是否能做出为公众所理解的解释等。以此判断心理是否异常，通常是社会群体采用的判断标准。该标准在地域之间的差异很大，难以进行跨地区跨文化的比较。

（三）症状和病因学的标准

以是否存在症状和病因为判断心理异常的标准。也就是通过比较和分析确认存在变态的心理症状，同时通过躯体检查，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，可是对那些由社会心因素起主导作用而产生的心理异常就显得勉为其难。即使在病理心理学范围内，时至今日，还只有十分之一左右的精神疾病病因明确，还有很大一部分变态心理尚无法用该标准做出正确

判断。

（四）统计学标准和心理测量的标准

对人群的心理现象进行调查和测量，用统计学方法处理，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，变态心理者大多处在两端。但测量偏离常态时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病，而高智商者就不能看成是病态。心理测量的标准是一种客观的判断方法，而且数量化的测量结果可以进行比较和数学统计处理，确实是科学研究的指标之一。但是，心理测量的结果还要结合其他的判断标准。

（五）其它标准

马斯洛（Maslow）和密特曼（Mittelmann）在 1951 年提出的 10 条健康心理标准(见第九章总论)反过来是变态心理的鉴别标准，有一定参考价值。对人的观察评价，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。

三、变态心理的理论模式

变态心理的原因和机理尚处在研究和探索阶段，各学派分别从生物学，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。虽各有所长，但都不能完满地解释各种异常。

（一）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脑或机体遭受损害；③代谢失调；④个体素质存在缺陷。在治疗上强调以物理、化学为主的躯体治疗。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原因。但是临床上还有很大一部分变态心理和精神疾病至今尚未找到明确的生物学证据，故医学模式有局限性。

（二）心理动力学模式

心理动力学认为被压抑在潜意识中的负性情绪和心理冲突是产生变态心理的原因，冲突主要集中在生物性本能欲望和社会化文明道德规范的斗争，自我在协调矛盾斗争时无法达到心理平衡就会导致心理障碍，过多地采用自欺欺人的心理防御手段进行协调矛盾而形成人格变态。治疗上倡导以精神分析方法查找和释放出潜意识中的负性情绪和心理冲突。

（三）行为模式

行为学派认为人类的一切行为都是后天习得的，变态行为也是后天习得的，并不断地得到强化而固定下来，巴甫洛夫（Pavlov IP）的经典条件反射实验和桑代克（Thorndike L）、斯金纳（Skinner F ）的操作性条件反射动物实验有力支持该学派用“学习理论”解释各种变态行为。行为疗法在行为障碍的治疗上有其独到之处。

（四）人本主义心理学模式

人本主义认为，人有一种天生的发展和充分发挥自己潜能的“自我实现倾向”，即

只要环境许可，每个人都能发挥自己的潜能，实现自我价值。如果在生活中受到削弱或阻碍，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际关系，使个体恢复与自己真实情感的联络。

（五）社会文化模式

个体在各种社会文化关系的综合影响下，逐渐形成了各自的心理品质和行为方式，并且以相对恒定的形式固定下来。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，固有的心理品质和行为方式显得无所适从，由此而引发心理变态。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和文化设施，创造一个健康、公正与和睦的社会。

（六）生物心理社会模式

外界的社会因素或个体的生物因素都须通过个体的心理反映才能主动调节人际关系和自身的身心关系，而这两个关系的和谐程度在健康和疾病的问题上起着重要的作用。对变态心理的产生也应该从生物因素、心理因素和社会因素等多方面进行综合分析，这样可以克服其他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一二个因素为主，从而可采取相应的治疗措施。

四、心理障碍的分类

变态心理的表现统称为障碍。为了对心理障碍进行描述和归类，研究心理障碍的发生发展规律，为心理障碍的诊断、预防和治疗提供可靠根据，需要对心理障碍有一个科学分类。变态心理学着重对病态心理的论述，将异常心理分为二大类：①心理过程障碍；②人格障碍。临床医学（精神病学）则从疾病的分类角度分为四大类：①神经症；②心身疾病；③人格障碍；④精神病。而医学心理学依据心理障碍产生的条件、自然环境和社会环境以及心理因素的影响程度、心理障碍的表现形成和严重程度等因素将心理障碍分为六大类。现简述如下：

（一）轻性心理障碍

轻性心理障碍通常指神经症（分离型癔症例外）和神经症样适应障碍，其发生与心理社会因素关系密切，先天气质、后天素质和人格类型也是症状产生的基础。

1．轻性心理障碍的共同特点

⑴心理活动部分出现障碍，心理活动的完整性和统一性基本保存。思维、情感和意志行为活动一般都可以理解。

⑵与环境保持协调一致，社会适应能力大部分存在，在人际交往中遵纪守法等无异常，而社会活动能力明显削弱，适应困难，生活自理能力基本正常。

⑶自知力基本存在，本人能知晓心理障碍的存在，对心理障碍的原因能做较合理的解释，对自己的心身变化深为关切，主动要求医疗帮助，能主动配合。只是由于人格类型的某些缺点，使认知和意志产生一定的距离，致使配合不得力。

2．轻性心理障碍常见的类型

⑴神经官能症：简称神经症，包括焦虑症、恐怖症、强迫症、抑郁神经症、神经衰弱、疑病症和转换症状。（参见第四节）

⑵神经症样障碍：由各种躯体疾病早期的心理压力以及长期慢性过程的沉重负担的

作用下，在躯体疾患相关症状中伴随的神经症样障碍。

⑶适应障碍：由非剧烈但持久的生活事件引起的心理障碍，以情绪障碍为主（如烦恼、不安、抑郁、不知所措、胆小害怕等）同时有适应不良行为（如退缩、回避交往等）和生理功能障碍（如睡眠不好、食欲不振等）症状最长不超过六个月。

（二）重性心理障碍

心理障碍的程度较重，具备有以精神活动失去常态为主要特征的精神病性症状，其中许多疾病的产生机理目前尚不十分明确，对个体心理和社会的危害比较严重。

1.重性心理障碍的共同特点

⑴心理活动遭受严重破坏，包括感知觉、注意、记忆、思维、情感、意志活动、意识及人格等出现程度不等的障碍，有的以某几个心理活动障碍为突出表现，也有的出现心理活动的全面瓦解，导致心理活动的完整性和统一性遭受破坏。

⑵严重社会适应不良，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，症状高峰期无法进行各种社会活动，甚致给本人和社会带来危害，个人的生活也无法自理，须需他人的监护。

⑶自知力缺损：不能正确评价自己的言行和所处的状态，不承认自己有严重的心理障碍，拒绝医疗帮助和社会支持。

2.重性心理障碍常见的种类

⑴精神分裂症（包括分裂样精神病）

⑵情感性精神障碍（躁狂症、抑郁症）

⑶反应性精神病，急性应激障碍、癔症性精神病（分离症状）。

⑷其他，包括偏执性精神病，周期性精神病、分裂情感性精神病、短暂精神病性障碍等。

（三）心理生理障碍

由心理社会紧张刺激形成应激（急性剧烈或慢性持久），产生的心理障碍同时伴有明显的生理障碍，可以导致身体上的生理改变和器官的病理改变。在疾病的演变过程中，由于集中注意到身体症状而对心理应激事件的关注却退居次要位置。心理生理障碍的产生与心理社会因素密切相关，本人的人格特征也是形成某种生理改变的素质因素。

1.心理生理障碍的共同特点

⑴心理刺激引起心理活动某一部分出现障碍，生理功能障碍或躯体器官病变成为主要障碍，心理活动的完整性和统一性保存完好。

⑵社会适应良好，自知力存在。有主动求治的要求。由于生理障碍可能妨碍某些社会活动能力。

⑶有明确的生理功能障碍或者器官和组织受损的证据。自我感觉和客观评价一致。

2.心理生理障碍常见种类

⑴进食障碍：神经性厌食症、神经性贪食症、神经性呕吐。

⑵睡眠与觉醒障碍：失眠症、嗜睡症、睡行症、夜惊、梦魇等。

⑶性功能障碍：性欲减退、阳萎、早泄、性交高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛等。

⑷心身疾病（本书第七章已做详细叙述）

⑸某些器官植物神经功能障碍：如心脏神经症、胃神经症等。

（四）大脑损害导致的心理障碍

由生物和理化等外界有害因素直接或间接作用于大脑，致使大脑功能和结构产生严重损害，出现意识、智力和人格等心理活动损害，同时心理社会因素是发病的条件因素，人格特征对心理症状有一定的影响。

1.大脑损害导致心理障碍的共同特点

⑴大脑机能和结构受到明确的损害。心理障碍以意识，智力和人格损害尤为严重，可伴随有其他各种心理障碍。心理障碍的严重程度和大脑损害的性质、范围以及周边的代偿功能有关，可以由早期的记忆力下降到晚期的全面痴呆，由轻微的定向错误到完全昏迷。

⑵社会适应能力由部分损害到完全丧失，严重者生活动完全不能自理。

⑶早期有部分自知力，主动接受医疗帮助，急性损害和疾病严重阶段丧失自知力。

2.大脑损害导致心理障碍的常见类型

⑴脑器质性精神病：由外伤、炎症、血管梗塞、占位病变、退行病变等损害脑部所致的精神疾病。

⑵躯体严重感染和内脏疾病的代谢产物引起急性脑功能障碍。

⑶有害物质所致精神障碍：包括精神活性物质（酒精、鸦片、大麻、可卡因等）所致精神障碍和非依赖性物质（药物、一氧化碳、有机化合物、重金属、食物等）所致的中毒性精神障碍。

⑷精神发育迟滞

（五）行为问题和人格障碍

人在社会化过程中由社会心理因素影响逐渐形成较为固定的习得性行为，构成人的心理品质——人格，个别行为偏离常态就成为行为问题或不良行为，人格某部分偏离常态并构成对他人对社会的危害就是人格障碍。

1.行为问题和人格障碍的共同特点

⑴某一行为或某部分行为品质偏离常态，已构成违反社会伦理、道德、信约和法律观念，本人不能靠自己的意志约束自己。

⑵心理活动的完整性和统一性没有明显损害，但心理活动某部分已明显不能适应社会。

⑶自知力保持完好，知晓自己行为和人格有问题，个人生活能自理，只人损害的那一部分自己不能把握自己。

2、常见的行为问题和人格障碍

⑴行为问题（不良行为）：烟瘾、酒瘾、药物依赖、过食、纵火癖、偷窃癖、拨毛癖等。

⑵性变态：同性恋、恋物癖、异装癖、露阴癖、窥阴癖、恋量癖、易性癖等。

⑶人格障碍：反社会型人格、分裂型人格、冲动型人格、偏执型人格、癔病型人格、强迫型人格、依赖型人格等。

（六）特殊条件下产生的心理障碍

包括在催眠、暗示、宗教、与世隔绝、感觉剥夺等特殊情景下引起的心理障碍，由

精神活性物质作用下出现的特殊心理现象，由于聋、哑、盲、肢残、畸形、器官摘除残疾引起的心理异常等。

根据医学心理学的特点，下文主要讨论轻性心理障碍、人格障碍和行为问题中的有关心理社会因素问题。

（黎学涛、黄莫远）

第二节　不良行为

一、酒　瘾

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“酒精中毒”(alcoholism) 这一名称。在美国，酒精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。据法国 1986 年资料估计约有 200 万酒精中毒病人，其中 60 万为妇女。我国资料表明，酒精中毒所致精神障碍的患病率为 0.18‰。酗酒还造成身心受损、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，研究对策。

(一)酒瘾的心理社会原因

1．病理心理因素　Hesselbrock 对住院酒依赖者调查，发现其中 77%存在一种或多种心理障碍。许多调查表明，饮酒者首先往往是为了解除内疚感和焦急。许多人都认为酒清是良好的镇静剂，大量饮酒可增加自尊。Hesselbrock 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。

2．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。如爱尔兰人酒精中毒患病率高；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。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。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)酒瘾的心理危害

1．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。

2．对社会的影响　酒精中毒降低注意强度和广度，延长反应时，减少快波睡眠(REM)，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。

对酒瘾可采用厌恶疗法，常用吐根碱、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，还可用行为自我调节疗法（参见第五章）。

二、药物依赖

药物依赖(drug dependence)又称药瘾(drug addiction) 、 药物滥用(drug abuse)，WHO 已于 1964 年正名为药物依赖性，1974 年定义为强烈渴求并反复应用药物，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）药物依赖的心理社会成因

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。战争期间常有吸毒的流行，Penlagon(1971)统计，在参加过越南战争的美国退伍军人中有 2.6～3.9 万名海洛因成瘾者，占退伍军人总数的 25-40%。此外，肿瘤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，如南美印地安人吃可卡因的叶子，墨西哥印地安人吃植物 Peyotl 的尖头端，均与成瘾有关。

2．人格缺陷　药物依赖者往往有人格缺陷。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。

(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 10－1。现简介于下：

表 10－1　常见的各类药瘾特点

成瘾药物	精神依赖	躯体依赖	耐药性	危害性	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	易产生易消失	较强	LSD-25、南美仙人掌毒碱

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、唛啶。此类药物在普通用量时就可成瘾，并迅速产生耐药性，精神依赖性特别强。停药或应用拮抗药后可出现特有的戒断证状。连续使用 2 周的常用量就可成瘾。成瘾症状主要有瞳孔缩小、皮肤潮红。长期使用可伴有营养不良、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。

戒断症状有睡眠障碍、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。在停药后 4～16 小时出现，第 1～3 天间最强烈，一周后好转。

2．镇静催眠药依赖　主要包括巴比妥类、水合氯醛及部分抗精神病药。巴比妥类等安眠药产生的精神依赖使病人服后可解除紧张，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。

戒断症状一般在停后 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　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。

静脉注射最易引起慢性成瘾，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、新陈代射加快、反射亢进，精神过敏。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)药物成瘾的临床特点及对策

1．精神依赖（psychological dependence）　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，虽然意识到对个人身体、精神和家庭、社会的危害，仍不择手段地设法得到药物。药物戒断以后，精神依赖可持久存在，其最终的消除有赖于个人的毅力、社会的支持以及一定的心理治疗和行为训练方法，

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，若停药会出现戒断综合征(with-drawal syndrome)。对药物戒断过程中，出现严重躯体戒断症状时可作药物等对症处理。

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的效力，必须增加剂量。为避免药物产生耐药性，应采用短期用药和及时替换的方法。因严重耐药性而致不能停药时，可用认知行为矫正治疗中的自我控制法。

三、烟　瘾

DSM-Ⅲ的诊断标准是：A.持续地吸用烟草至少一个月；B.至少有下述中的一项：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)烟草依赖评定

对烟草依赖程度的评定尚无统一的模式，1978 年 Fegerstrom 提出的烟草依赖度评定表附于下。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。

附:：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?（根据尼古丁含有量低、中、高，分别给 1、2、3 分）
8.深吸的频度如何?（“有时”为 1 分，“经常”为 2 分）

(二)烟草依赖的行为矫正

行为疗法中以厌恶疗法较多用，以一配对的能引起患者厌恶的刺激与吸烟行为相匹配，如在取烟或点火时，给予手部电击，或反复快速吸烟，使其产生头昏、呕吐等不适，或进行厌恶想象等。实际使用时采用的是认知行为治疗程序。

四、过　食

过食引起肥胖，不但给工作、生活带来极大不便，而且脂肪的大量堆积可影响心脏和肺的活动，并易患高血压、动脉硬化和冠心病等。作为生理需要的摄食行为，与现代人的心理行为活动已密切联系在一起。摄食在一定程度上已被人作为一种生活仪式，一种身份的显示，一种填补空虚的手段或仅仅是一种占有。分析不少中青年过食者的进食情况可以发现存在上列各种心理行为问题。特别值得注意的是目前许多人特别是中、老年人的过食仅仅是因为怕“造成浪费”。

同样，作为减肥的各个重要环节，不论是控制饮食、运动锻炼或是用减肥药，也都存在心理行为因素。行为治疗对此大有作为。

(邹农基)

第三节　性功能障碍与性心理障碍

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活动特征，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。

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，在性行为活动过程中，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，是确定性别身份的前提。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。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。6－7 岁的儿童才知道性别是终身不变的生物特性，明确自己的性别身份，从而在活动、定向和价值观念等方面出现强烈的性别化过程。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份，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、装钸、姿态、性情……等。 不同性别角色，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　性成熟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，感觉又成功为新的刺激。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。

（三）性教育与性心理咨询

由于人类的性心理、性行为和性别角色均与心理社会因素密切相关，因而开展性教育和性心理咨询是健康工作的重要方面，也是医学心理学研究的重要内容之一。性心理咨询是通过协商、讨论、提出建议和指导，帮助有各种性问题的患者摆脱痛苦，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。

二、功能性性功能障碍

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，不能园满地完成性交活动。

常见的功能性性功能障碍有：

（一）阳　痿

阳痿（impotence）是指阴茎勃起困难，或者举而不坚，不持久，导至性交困难或失败，心因性和器质性的均有。

心因性阳痿的原因有焦虑、恐惧、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伴侣失去性吸引力等。

（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，一般以男性所不希望的提前射精为依据，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。

早泄的病因多数与心情焦急有关，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。

（三）女性高潮缺乏和性感缺乏

性高潮缺乏（anorgasrny）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。

（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播入，影响了正常的性生活。

阴道痉挛作为一种条件反射，无论刺激来自心理的或生理的，在阴茎插入时或插入前阴道周围肌肉即产生痛性不自主痉挛。临床资料分析，由心理社会因素引起的占大多数，包括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。

对心因性性功能障碍的治疗可根据具体情况采用认知疗法、松弛疗法、系统脱敏治疗、性技术指导，夫妻联合治疗和性感集中训练法等，可参阅有关章节或专业书籍。

三、性心理障碍（性变态）

性心理障碍又叫性变态（sexual deviation ）是指性对象和性行为的异常。性心理障碍的病因至今尚无一致的认识，但都倾向于认为是性心理发育异常而致。

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。

常见的性心理障碍有：

（一）同性恋

同性恋（homosexuality）是以同性为满足性欲的对象。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（paedophilia）是以儿童为性活动对象，多见于男性，其性爱的对象可能是亲属、邻居或朋友的小孩，也可能是以其他方式便于接触到的儿童，其性欲要求可能针对异性或同性儿童，以抚摸，露阴或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能帮助纠正。

（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教育有关。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显露出生殖器，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、排便或偷看他们的性活动，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，窥淫癖与幼年早期错误习得的性行为有关。可用厌恶疗法加以矫正。

（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。色情狂者将自己导入感情误区，本人不觉痛苦，主动求治者极少，对他人妨碍不大。

（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受虐癖。施虐癖因伤害过度会受到法律惩罚，主动寻求心理治疗者甚少。受虐癖者更是秘而不宣，难以发现。

（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。给易性癖者做易性手术问题尚存在争议，系列行为疗法及职业训练有助于使患者对性别角色及认同的态度好转。

（黎学涛、黄英远）

第四节　神经症性障碍

神经症（神经官能症）是轻性心理障碍中的一组，主要表现为持久的心理冲突和情绪烦恼，病人觉察或体验到这种冲突，并因此而深感痛苦且妨碍心理社会功能。神经症的病因与心理社会因素密切相关；其典型的心理症状也与其他一些轻性心理障碍（如神经症样障碍）有近似性。故本章将其单独列为一节，重点介绍其临床心理社会各方面。

一、恐 怖 症

恐怖症是指接触到特定事物或处境时具有强烈的恐惧情绪，并主动采取回避的方式来解除这种焦虑不安。与正常人不同，病人明知恐怖症状过分，不合理、不必要，却无法控制，而且伴有明显的焦虑不安及植物神经症状。因为有回避行为，故常影响正常的工作及生活。

1．*社交恐怖症*　我国临床最多见。许又新认为主要与下列因素有关：①与西方人相比国人特别爱面子；②忽视对孩子社交能力的培养。社交恐怖症主要表现为对社交场合感到害羞、不安、怕别人耻笑，进一步影响姿势和动作，因而不敢在公开场所讲话、书写或吃饭等。常见有赤面恐怖和对视恐怖。社交恐怖的核心是怕人，各种变异都可以视为人的象征化。

2．*单纯恐怖症*　表现为对某种特定的物体或处境如动物、高处、黑暗、幽闭、空旷处等发生恐怖。

3．*场所恐怖症*　Buglass D（1977） 发现有两种：一种是病人害怕被人注视，因此他们避免到人多的地方去，而在没有人的僻静处心里便踏实；另一种病人害怕自己会

晕倒或死去而旁边没有亲人救他们，害怕僻静空旷的地方。女性多见，多出身于稳定且成员关系密切的家庭，母亲对病人过分保护，病前有一定的人格特征，病后对家属的依赖更加突出，外出需人陪伴，严重者完全不出门，长期困居家中。

恐怖症病人回避现实，而人生的许多事情需要勇敢地去面对。我们首先要让病人树立积极的生活态度。用森田正马的话就是要求病人带着恐怖的痛苦去从事建设性的活动，在行动的过程中渐渐减少恐怖。另外，系统脱敏及暴露满贯疗法对病人有一定好处。

二、强 迫 症

如果思维内容或行为冲动总是一味纠缠，强加于自己，而且明知这是毫无意义或至少是没有理由，但无法克制，且产生难以忍受的焦虑，这种症状称为强迫症状。

我们脑子常会出现同一韵律，如去数一下钟声或台阶；做事井井有条不能容忍不整洁的场合；反复检查，不许出错；还包括一些日常生活中的仪式与程序如吃饭、交往等。这些固定的习惯常出现在正常的人群特别是具有一定强迫人格结构的人群当中，不给人以痛苦，可以通过注意力转移或外界影响而改变。而强迫症的病人能体验到病理的思想或内在的驱使，是他自己主观活动的产物；在自我强迫的同时，主观感到必须加以意识的抵抗，出现反强迫；也有症状自知力；然而却无法摆脱，伴有痛苦、焦虑和抑郁。

强迫症状主要表现在思维（观念、表象）、本能活动（意向、冲动）以及行为（仪式、动作）等方面，有：

1．强迫观念　包括强迫性怀疑、回忆、穷思竭虑、对立思维等。表现为对已完成的事情总是放心不下；对没有意义的往事反复回忆；对无实际意义的问题反复思考，以及脑子总是出现对立的思想等。

2．强迫意向　患者做事时总是出现相反的意愿，但实际上并不直接转变为行为。如患者看到刀，就想到杀人或自杀。正常人也可以有短暂的这种冲动，但马上就被“正常的”思维所压制，而强迫症病人不能，且为这种冲动所纠缠，产生负罪感和焦虑感。

3．强迫动作　包括屈从性强迫动作和对抗性强迫动作。前者如强迫性怀疑引起的反复检查核对，对污染强迫担心所致的反复洗涤动作等；后者如为对抗淫秽的强迫观念而反复念道德箴言、数数或者反复摇头等。

自我强迫与自我反强迫是强迫症病人的痛苦所在。强迫症病人过于不接受自己，甚至苛求自己导致了这种冲突。用森田疗法教会病人对肉体及精神上的痛苦取顺其自然的态度；并面对现实从事建设性的活动，可使强迫症状至少减轻一半。行为疗法也有一定的效果。药物如氯丙咪嗪能控制症状，减轻病人的心理冲突，但不能治愈强迫症。

三、焦 虑 症

焦虑症是对实际上并不存在的危险产生紧张、担心和恐惧，或者其紧张不安与惊恐的程度与现实处境不相称，可伴有植物神经症状及运动不安。

焦虑表现为三组症状：①情绪障碍，如担心害怕。②植物神经功能失调，以交感兴奋为主，如口干、心悸。③运动症状，与肌紧张有关，如紧张性头痛，四肢震颤。焦虑

症分广泛性焦虑与惊恐障碍两种类型：

1．惊恐障碍　又称急性焦虑发作，病人有濒死感或精神将要失常的感觉。大多数与躯体障碍联系起来，如心脏恐怖症急性发作时心悸，呼吸困难，四肢发麻、大汗淋漓等。发作间隙无症状，反复发作，不顾场合，有一定的诱因。

2．广泛性焦虑　表现为一种持久的紧张心理，所谓“无名（floating）”的焦虑。病人终日提心吊胆，神经过敏，害怕自己或亲人会出现意外，有的病人甚至想不出整天担心的究竟是什么。表现为眉头紧锁、姿势紧张、手足出汗，四肢震颤，可伴有失眠及躯体的各种不适。

支持疗法，行为疗法，用建设性的活动可把焦虑控制到很低水平；药物，如苯二氮卓类、抗抑郁剂等，以及生物反馈和松弛疗法也有一定的效果。

四、疑 病 症

患者有担心或相信患有一种或多种严重躯体疾病的持久和先占观念，因躯体症状而反复求医，虽经反复医学检查阴性和医生的无病解释也不能打消其顾虑，常伴有焦虑或抑郁。

疑病者有典型的人格，笼统地称之为神经质。这种人生的欲望非常强烈，自然，死的恐怖也特强。他们把自已的注意力集中在各种的躯体不适方面。许又新指出疑病者某些特点：①信守养身之道，所谓饮食有节，起居有时，不妄作劳，节制性欲。②过分注意来自内脏和肢体的感觉。③对医药知识特别感兴趣，易受医生及医书的影响，或看到别人的症状就感到自已有类似症状。④对各种生物性危险十分担心害怕等。

临床表现大体可分为三种症状：

1．心理障碍　一方面病人对身体过分注意及过敏，如过分地注意心跳，若偶然发现一次早搏就怀疑自已是否有心脏病，要求各种检查；另一方面病人对外界的兴趣几乎完全消失，终日生活在担心害怕之中。

2．躯体症状　表现繁多，可以有各种各样躯体不适的主诉。病人的描述可以是部位非常清楚，也可以是各种模糊不清的症状，另外性功能不佳、怕冷和疼痛也为常见的主诉。

3．社会功能障碍　病人只关心自己的病，在单位或家庭不能履行自己的义务，四处求医化费巨大的财力物力，而且埋怨别人对他关心不够，喋喋不休的不适主诉，常致他人反感，也使病人变得自怜，更自我为中心。病人对医生产生两价性依赖：一方面有病，只能求医生帮忙；另一方面对医生产生不满，因为医生查不出他的病，不给开检查单、住院单、不给特殊的治疗。

各种积极的心理治疗均有效；药物治疗有害无益，只能加重病人的疑病观念。

五、神经衰弱

由于长期的情绪紧张和精神压力，使精神活动能力减弱，主要特征是精神易兴奋和脑力易疲劳，常伴烦恼、易激惹及睡眠障碍等。临床表现为：

1．精神易兴奋、脑力易疲劳　神经衰弱的疲劳有如下特点：①情绪性：感到

工作、学习非常累，但与医生会谈却不累；②不伴欲望动机的减退：病人虽然体力不济，却很有抱负，不甘心混日子，苦于力不从心。

2．情绪症状　① 烦恼：总是指向客观的内容，这与焦虑不同。健康的人也会有烦恼，但也有喜乐，而神经衰弱的病人却体验不到欢乐，他们试图用思考的方法而不是采取行动去解决烦恼，所以越陷越深。情欲的过分压抑，使欲望难以满足，逐成烦恼。② 易激惹：稍不如意就生气发怒，难以自控。常表现为急躁－发怒－后悔－加强压抑和控制。长此以往病人常感委屈，易激惹使病人人际关系紧张，转而使病人变得更易激惹。临床上也可以看到变形形式，即表现易伤感、好打抱不平和弥散的敌意。③ 心情紧张：持久的紧张不能松驰，表现为过度紧张，张驰自调能力发生障碍，感到紧迫感、负担感、自控感、效率下降及精神过敏。

3．心理生理障碍　常出现睡眠障碍、头部不适感。个别人出现内脏功能的轻中度障碍。

主要是心理治疗。对于满腔烦恼的病人，要指导他们以积极有效的行动来满足自己的欲望，把被动的“我不要烦恼”的愿望转化成积极的“人要快乐”的行动。对于过分争强好胜、爱面子、苛求自己，起病常因失败挫折，或者紧张的生活事件所诱发的病人，需要给以认知治疗和支持治疗。另外抗焦虑及滋补的药有一定的效果。

六、癔　病

癔病又称歇斯底里，是一类由精神因素作用于易感个体引起的精神障碍。主要表现为各种各样的躯体症状，意识范围缩小，选择性遗忘或情感爆发等精神症状；但不能查出相应的器质性损害作为病理基础。

起病与心理冲突，性格特征（如逻辑的情感，高的暗示，自我中心，富于幻想），以及一定的遗传素质倾向有关。

临床上可以分以下几型：

1．分离型障碍　精神活动解体，不同的精神活动之间分离。如发作性意识改变、假性痴呆、附体体验、神游和心因性遗忘等。

2．转换型障碍　强烈的情绪反应转化为躯体功能障碍，如各种感觉、运动障碍、抽搐震颤等，而躯体症状一出现，情绪反应便消失，而且对情绪反应不能回忆。这些躯体功能障碍无法用解剖生理来解释，甚至相互矛盾，而且病人对这些症状漠不关心或泰然处之，通过暗示或自我暗示可以消除症状。

3．躯体症状　又称 Briquet 综合征，表现出各种各样模糊不清，部位不定的躯体不适。

4．其他形式　①流行性癔病：常发生于一个群体内，开始是一个人发病，周围的人目睹其症状，通过暗示和自我暗示出现相似症状。多短暂，女性常见，疲劳是其诱发因素。②赔偿性神经症：因为工伤、事故、纠纷受害者要求赔偿经济损失，症状夸大持续存在，但由无意识机制作用，并非受本人意识支配。（开始可能是有意识的，但以后反复强化变成无意识了）③职业神经症：这是一类与职业密切相关的运动协调障碍，如书写痉挛症，因书写任务重、疲乏、出现手部肌肉震颤、痉挛、无法使用手指，前臂甚至整个上肢，若改用其他手工动作则手指运动恢复常态。

治疗上可用暗示治疗（主要用于消除躯体症状）；催眠疗法（主要用于分离型障碍）；支持及认知心理疗法。也可用抗精神病药物治疗。

七、抑郁性神经症

又称心境恶劣障碍，是一种持久的心境低落，常伴有焦虑、躯体不适感和睡眠障碍，无明显运动抑制或精神病性症状，生活能力不受严重影响。

各种使人感到伤心、痛苦、沮丧的生活事件是诱因，加上抑郁型人格，如情绪低落、沉默寡言、悲观失望和自卑内省等。其次，与体内的激素水平低下，如去甲肾上腺素及５－ＨＴ水平低下有关。

临床精神症状有：兴趣减退或丧失；对前途悲观失望；无助感（对处境没有办法，对自己的痛苦无能为力，对别人善意的帮助也感到无济于事）；精神疲乏（感到一蹶不振，精力耗尽，干什么事情均没有动力）；自我评价下降（感到自卑，一无是处，自怜等）。可以有失眠，体重下降、躯体不适等躯体症状。

抑郁性神经症是一种性格神经症，一般持续时间较长（二年以上）。一般没有抑郁症那种精神运动迟滞，自罪、虚无等妄想，也没有自杀的行为。

以心理治疗为主，此类病人存在认知偏差，是认知疗法的主要适应证（参见第五章）。三环类及四环类等药物有一定的效果。

（郭晗峰　黄汉津）

第五节　人格障碍

一、人格障碍概述

（一）人格障碍定义

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，明显影响社交和职业技能，患者自己感到痛苦。人格障碍开始于童年、青少年或成年早期，并一直持续到成年或终生。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。

（二）人格障碍的表现

人格障碍表现十分复杂，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例较高。

(4)人格障碍一旦形成就比较恒定，而不易改变。

(5)早年开始，到中年后晚年期由于饱经沧桑以及精力不足，而渐趋缓和。

（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(affectionless personality disorder)　此型又称反社会型人格障碍，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。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(explosive personality disorder)　此型包括易兴奋型、情绪不稳定型和攻击型。一般在学龄儿童开始，常因微小的精神刺激而突然爆发非常强烈的愤怒情绪和冲动行为，自己完全不能克制；间歇期表现是正常的。

3．分裂样人格障碍(schzoid personality disorder)　主要表现为退缩、孤僻；对人对事缺乏起码的温和，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。

4．癔病样人格障碍(hysterical personaIity disorder)　这类人主要有戏剧化表现，做作夸张，富暗示性和依赖性，对人情感肤浅、表面化，难与周围保持正常的社会联系。

5．循环型人格障碍(cyclothymic personaIity disorder)　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。

6．偏执型人格障碍(paranoid personality disorder)　多见于男性。其主要特点是固执、多疑、喜好争辩和过度敏感。

7．强迫型人格障碍(compulsive personality disorder)　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；平时拘谨，小心翼翼，自我怀疑，思想得不到松弛等。

二、人格障碍的病因和防治

（一）人格障碍形成的心理社会原因

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、卖淫和流眠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，这就不可能发展人际之间温暖、热情和亲密无间的关系。随后儿童虽然形式上学习到社会生活的某些要求，但对他人的同理心（empathy）得不到应有的发展。同理心是理解他人以及分担

他人心情的能力，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—个持续的个体。

儿童期的不合理教养亦可导致人格的病态发展。儿童大脑有较大的可塑性，一些性格倾向经过正常的教育可以矫正，如听之任之，发展下去可出现不正常人格。家庭环境亦至关重要，举凡对孩子粗暴凶狠、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。

（二）人格障碍的预防

人格障碍形成后即较难矫正，因此预防比治疗更具实际意义。—个人的人格障碍是在早年（一般在 15 岁以前）开始形成的，所以强调儿童的早期教育对预防人格障碍的发展极为重要。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，竭力减少家庭纠分，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。

（三）人格障碍的治疗

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，鼓励他们更好改造自己性格，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降碍的治疗是乐观的。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。例如，教给孩子们和他们的家长做生活记录，当孩于迟到 20 分钟，第二天早晨必须要求他提前半小时到校；孩子很好地完成学习任务，即予以增加两小时娱乐时间。这样来娇正人格障碍，培养正常人格，有明显效果。

药物不能改变人格结构，但能改善人格障碍症状。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酚噻嗪类药物，如奋乃静 2～4mg 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。

（蔡建华）

实　验

医学心理学实验内容丰富，涉及面广，大致可分普通心理学实验和医学心理学实验两部分，用以定性，定量地测定部分心身指标。由于医学心理学课程在我国开展较晚，部分学校还不具备实验条件，因此，在这里还列举一些经典的实验供选择使用，部分可作示教用。

实验一：重量的差别阈限

目的：初步学会用恒定刺激法测定重量的差别阈限。通过实验理解恒定刺激法，差别阈限的概念，以定量的方法描述感觉。

材料：圆柱体 8 个（标准重量 1 个，重 100 克；比较重量 7 个，分别重 88，92，96，100，104，108，114 克）；遮眼罩 1 个；随机记录表；转换表。

步骤：

1.将 7 个比较重量分别与标准重量配对，每对比较 20 次。为了消除误差，20 次中有 10 次先呈现标准重量，另 10 次先呈现比较重量。全套重量共比较 140 次。7 对重量呈现的顺序以及每对重量中标准重量呈现的先后，都按随机原则排列，列于随机记录表中。

2.被试戴好遮眼罩，与主试隔桌相对而坐。

3.主试按随机表先呈现一个重量，把圆柱体放在被试面前桌上的适当位置（以后每次都放在这个位置），使被试能自由伸手拿到。被试用右手的拇指和食指把该圆柱体提至自己的口部位置，持续 2 秒钟后，放回原处。主试立刻呈现另一个重量（时间间隔最好不超过 1 秒），被试仍用右手指如前提起，放下，并作出判断，第二个重量比第一个重量是“重些”，“轻些”或“相等”。主试分别用“+”，“-”，“=”在随机表上记录。如被试犹豫不决，不能判断，以“相等”处理。这样一对对比较下去，各对比较之间至少隔 5 秒钟。在正式实验前，可先预试几对重量。

4.每做完 35 次，休息 5 分钟。

结果：

1.将随机记录表整理后的结果填入转换表。标准重量在前，比较重量在后的，符号不变；标准重量在后，比较重量在前的，符号须作相反改变；等号不变。

2.在坐标系中，以每个比较重量与标准重量比较 20 次所判断的“轻”，“重”，“相等”的各个百分数为纵坐标，以比较重量为横座标将上述结果绘成“轻”，“重”，“相等”三条曲线。再从曲线上，以判断百分数 50%为标准，作平行 X 轴的直线，与“轻”，“重”两曲线相交的横坐标值为上阈与下阈，求出重量的差别阈限。差别阈限=（上阈-下阈）／2

实验二：时间知觉测定

目的：测定个体对时间的知觉能力。

仪器：EP702 时间知觉研究控制器；数字计时器。

步骤：

1.将时间知觉研究控制器与数字计时器接通，打开开关。

2.在控制器上选择声，光，或声光同时出现；连续，间断或始末；并设置频率。

3.主试按动扳键，呈现一定时间的声或光刺激，要求被试用手中的控制器复制相同时间的声或光。在选择始末时，被试按住控制器不放开，直至被试认为时间到再放开。

4.记下标准时间和复制时间的读数，求出误差。重复 10 次，求出平均误差。

讨论：

本实验还可进一步比较不同情绪状态下如紧张，焦急，轻松等的时间知觉的差别。

实验三：闪光融合频率测定

目的：测定个体对频率的知觉能力。

仪器：EPJ 三色闪光融合频率测试仪

步骤：

1.打开电源，选择一种光的颜色。

2.频率选择递增 10Hz，看着灯光，按动手中的开关，直至频率增大到眼睛感觉不到光的闪动，记录此时的频率。（重复三次，记录平均值）

3.频率选择递减 80Hz，看着灯光，按动手中的开关，直至频率减小到眼睛感觉到光的闪动，记录此时的频率。（重复三次，记录平均值）

4.求出两个平均频率的平均值，即此种光的闪光融合频率。

5.选择不同颜色的光，重复步骤 2-4，即不同颜色光的闪光融合频率。

实验四：反应时间测定实验

（一）简单反应时测定

目的：了解个体不同感觉通道（听觉，视觉）对单一刺激的反应速度。

仪器：EP202 简单反应时测定装置（包括刺激器和反应键盒）；数字计时器。

步骤：

1.将测定装置与数字计时器连接，接通电源，计时器背面开关拨上，正面选择“光控”，“S”，“手动”，时间信号选择开关选取 1mS。

2.刺激器置于主试前以给予刺激，反应键置于被试前，让被试右手食指轻触电键。

3.主试呈现声或光刺激，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，可先练习几次。

4.整个实验刺激呈现可按声-光-声-光排列，每单元 20 次，共 80 次，其中视觉 40 次，听觉 40 次，分别算出视觉与听觉反应时的平均数与标准差。

5.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：测试视觉通道对复杂刺激的选择反应时间。

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相同，不同的是，主试操作四种色光的呈现，顺序随机，要求被试对不同的色光（红，黄，绿，白）按不同的键。每种色光合计呈现 20 次，共 80 次，将 80 次反应时间求平均数和标准差。将结果与视觉的简单反应时作比较，或在被试间作比较。

实验五：动作学习实验

（一）触棒迷宫实验

目的：测定个体动作学习的能力

仪器：触棒迷宫（附计算器）；秒表；遮眼罩

步骤：

1.将计算器与迷宫相连，打开计算器，按一下“∮”键，再按“+”，“1”键即可，显示屏上出现“1”，这样计算器可自动记录错误次数，并发出声音报告失误。

2.被试排除视觉，手持小棒从迷宫起点沿通路前进，直至终点，中间不得停顿。小棒进入一次盲巷就算一次失误，由计算器自动记录。

3.记录每完成一次的时间和错误次数。重复测试，直至学会连续 1-3 次不出错。

4.以练习次数为横坐标，分别以每次的时间和错误次数为纵坐标，画出两条动作学习曲线。

（二）镜画学习

目的：测定个体动作学习的能力。

仪器：镜画仪一台。

步骤：

1.打开开关，将头支在托架上看镜中的画，右手执笔按画的路线前进，如果偏离路线，仪器同时出现声音和红灯报告。

2.记录走完整条路线的时间及错误次数。重复进行，直至连续 1-3 次不出错。

3. 以练习次数为横坐标，分别以完成一次的时间和错误次数为纵坐标，画出两条动作学习曲线。

实验六：记忆广度实验

目的：测量个体短时记忆的广度。

材料：含 3-11 个数字的数字串。

步骤：

1.主试准备好 3-11 个数的数字串各一组，每组三个数字串。如：

⑴ 3,5,6　　4,9,3　　6,3,4

……

⑾ 7,4,6,3,8,5,4,6,4,8,9　　6,5,1,6,8,3,5,9,0,4,3　　4,6,2,7,8,9,1,0,2,4,6

2.主试从 3 个数的数字串开始念，要求 1 秒钟念一个数字，念完后请被试立即写下。

接着进行下一串。一组完成后，继续下一组，直至某一组都不能完成。

结果：记忆广度的计算方法。

全部通过的组，得分即每串所包含的数字数；通过一串的，得 1/3 分；通过两串的，得 2/3 分。例如某一被试 6 个数的全部通过，7 个数的通过一串，8 个数的通过两串，9 个数的都未能完成，则得分为：6+1/3+2/3=7 分。

实验七：注意分配实验

目的：测定个体对不同刺激的注意分配能力

仪器：BDXL-Ⅱ注意分配仪

步骤：

1.接通电源，主试将工作方式选择“声”档，显示器亦选择“声”档，并选择工作的单位时间（如 1 分钟）。被试按启动键，仪器开始工作，随机发出“高”，“中”，“低”三个音调的声音，被试用左手的三个手指分别按相应的键，以除去声音，尽快工作，直至设置的时间到。主试记下显示器上的正确反应次数 L1。

2.主试将工作方式选择“光”档，显示器亦选择“光”档，并选择相同的工作单位时间。被试按启动键，仪器开始工作，随机发出亮光，被试用右手指按相应的键，消除亮光，尽快工作，直至设置的时间到。主试记下显示器上的正确反应次数 R1。

3.主试将工作方式选择“声”+“光”档，显示器可选“声”或“光”档，并选择相同的工作单位时间。被试按启动键，仪器开始工作，被试用左手控制声音，右手控制光亮，直至设置的时间到。记录显示器上的正确反应次数 R2 或 L2；拨动显示器旁的开关，记录另一数字 L2 或 R2。

结果：计算注意分配系数 Q。

$$Q=\sqrt{(L2/L1)*(R2/R1)}$$

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，记下写下的符号数 R1（如写到 21 则记作 17 个符号）。同时念数和写数 15 秒钟，记下念的符号数 L2，写的符号数 R2。用公式计算 Q，并分析注意分配的情况。

实验八：注意力集中能力测定

目的：测定个体视觉动作学习的能力，并以此反映个体的注意力集中水平。

材料：EP802 注意力集中能力测定仪（附计数器）

步骤：

1.将转盘的五芯插头插入计数器的五芯插座，并将它们分别接上电源，打开开关。

2.将测试板放在转盘上，预置转速，在计数器上设定时间。

3.被试拿测试棒跟踪转盘（如发生离靶，立即纠正），直至设定的时间。

4.记录出错次数及离靶时间。

5.按复位开关，重复测试三次，分别求出出错次数和离靶时间的平均值，结果在被试间进行比较。

实验九：痛阈和耐痛阈的测定。

目的：学习测量人体痛阈和耐痛阈的方法。

仪器与材料：EP601 简式痛阈测定仪；生理盐水；纱布；氯化钾导电液；酒精棉球。

步骤：

1.接通仪器。

2.用酒精棉球将被试测痛部（如小腿内侧三阴交部位）周围擦净，以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，裹扎于待测小腿内侧，另在有机玻璃测痛头内注以氯化钾导电液，作有效电极，置三阴交部位。

3.打开仪器，痛刺激从无到有，当被试感微痛时，立即报告，记下此时的电流强度，即痛阈；刺激逐渐增强，当被试报告“受不了”时，将开关拨至“降”，记下此时的电流强度，即耐痛阈。（注意：勿突然切断电源，因电容放电发生较大电流，会使被试突然疼痛。）

4.测痛三次，每次间歇一分钟，分别求出痛阈和耐痛阈的平均电流强度。正式实验前可预测三次。

实验十：皮肤温度生物反馈

目的：了解生物反馈这一新型的心理治疗方法，通过生物反馈的方法试控皮肤温度。

仪器：皮肤温度反馈仪

步骤：

1.接通电源，将指套戴在右手食指上，待数码窗口温度显示稳定后，按预置键，设定温度（与手指温度相差最好在 1℃以内）。

2.通过想象，使手指温度升高或降低到预置值，反馈仪发出声音报告，即表明反馈成功。

实验十一：肌电生物反馈实验

目的：通过肌电生物反馈实验，训练肌肉的放松和对神经肌肉再训练。

仪器与材料：JD-2 型肌电生物反馈仪；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线插头与肌电仪相连。

2.将少许导电膏挤入电极座喇叭口内，涂平，然后将三个电极等距放在被试肌肉上（如前臂腹面），再用胶粘片将电极紧紧压粘在被试肌肉上，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，预置肌电值，根据需要声反馈选择“>”或“<”（“>”表示所测肌电值大于预置值将有声音提示，“<”表示所测肌电值小于预置值将有声音提示）。

4.被试通过努力放松或收紧肌肉，训练肌肉的紧张度。

讨论：本实验还可结合渐进性放松训练，监视渐进性放松训练时肌肉的紧张度情况。

实验十二：皮肤电测定

目的：测定皮肤电，研究各种情绪状态下皮肤电的变化。

仪器与材料：EP901 二用皮肤电测定仪；酒精（75%）；导电膏。

步骤：

1.接通电源，让被试安静 5 分钟。

2.用酒精涂檫被试左手后敷上薄层导电膏，将测试仪的两电极分别接到该手的两个手指上，此时测试仪分别记录被试皮肤电阻的绝对值和相对值。

3.让被试处于不同情绪状态下进行测试，比较皮肤电的变化。

实验十三：大鼠回避条件反射实验

目的：了解回避条件反射形成过程，加深理解条件刺激，非条件刺激，强化等概念。

仪器与材料：“Y”型迷宫；成年大鼠

步骤：

1.将大鼠放入“Y”型迷宫的任一支臂，让其熟悉环境 5 分钟。

2.呈现任一支臂的灯光（条件刺激），不通电；另两支无灯光的臂均通电（非条件刺激）。逐渐增大电压，直到动物逃入有灯光的臂为止，记录从电击开始到大鼠逃入有灯光臂的时间。

3.随即转换灯光，重复测试 20 次，每次休息 2 分钟。

4.以次数为横坐标，每次所需时间为纵坐标，画出大鼠练习曲线。（还有其它记录方法）

实验十四：松弛训练

目的：通过实践了解松弛训练的方法。

材料：松弛训练录音带。

步骤：参阅第五章。

实验十五：心理测验

目的：通过心理测验的练习，初步了解心理测验的条件，记分方法，并学会分析结果，对临床各类病人的心理特点有一直接认识。（有关理论部分参阅第四章）

材料：心理测验问卷或多媒体心理测验（选若干种）

步骤：

1.阅读测验的指导语；按要求完成各条目。

2.检查有无漏选，错选。（电脑测验省却此项）

4.统计结果（电脑测验此步自动完成），分析结果，了解不同病人的结果特点。

（祝一虹、黄　丽）

中英文词汇对照

（略）

内容简介

本教材是《国家教委高等教育教材研究计划（1997）》项目成果。

此前，从 1982 年起，由姜乾金牵头，国内几十位教师先后参加，四次编修医学心理学教材，从无到有，逐渐形成目前已经相对稳定的教材构架和内容体系，这次在国家教委项目支持下经再一次编修后出版。这套教材十几年来使用范围广，影响大，具有良好的系统性、科学性、先进性和实用性，契合各层次的医学教学，本版还增加了“教学时数及内容安排”表，供各校、各专业、各层次在教学时选择使用。