

7 年制规划教材

全国高等医药教材建设研究会

全国高等医药院校教材

供七年制临床医学等专业用

医学心理学

主编 姜乾金



人民卫生出版社

该七、五年制《医学心理学》教材的基本构架和许多内容，直接参照或修订自1998年人卫社国家教委项目成果教材，不少内容并延续至今。（注：当时有26种教材七、五年制共用）

新世纪课程教材

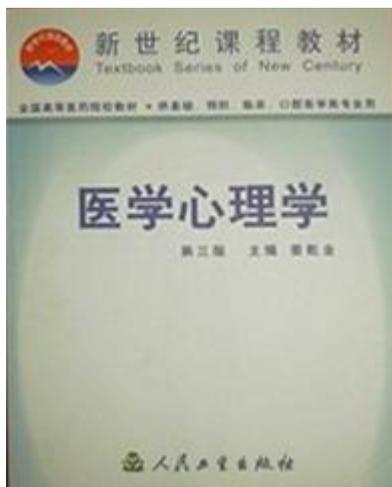
全国高等医药院校教材

基础、预防、临床、口腔医学类专业用

医学心理学

第三版

主编 姜乾金



人民卫生出版社

全国高等医药院校教材

(供七年制临床医学等专业用)

(供五年制基础、预防、临床、口腔医学类专业用)

医学心理学

(七年制 第一版)

(五年制 第三版)

主 编 姜乾金

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁宝坤	(中国医科大学)	胡佩诚	(北京大学医学部)
过慧敏	(广西医科大学)	姚树桥	(中南大学湘雅医学院)
陈 力	(哈尔滨医科大学)	姜乾金	(浙江大学医学院)
吴均林	(华中科技大学同济医学院)	翁旭初	(浙江大学医学院)
汪 勇	(西安交通大学医学院)	钱 明	(天津医科大学)
季建林	(复旦大学医学院)	解亚宁	(第一军医大学)
	学术秘书 徐 斌		(苏州大学医学院)
		祝一虹	(浙江大学医学院)

人 民 卫 生 出 版 社

前 言

本教材试图体现“七年一贯，本硕融通，加强基础，注重素质”的编写精神，遵循“三基”、“五性”的编写原则，突出“新”、“深”、“精”的编写要求。具体作了以下一些努力。

在学科的性质和定位方面。医学心理学已经开课二十多年了，20多年来全国医学院校的教师从选修到必修，从讲义到教材，在一次次的教学会议中，经验的交流，学术的争论，在实践中逐步形成现行的教学体系。虽然教育部门将这门学科定位于应用心理学的范畴，但在教学实践中，我们体会似更符合交叉学科，甚至更侧重于医学门类，因为异常心理本身就属于医学领域，而病人的心理，医学心理咨询，临床心理评估，心理治疗等都需要相当的医学基础与临床知识，所以，编写医学心理学教材，就要紧密结合医学实际，将它看成是整个医学教育中的一个环节，而不是单独的一门课程。

在加强基础知识、基本理论和基本方法方面；在对学科的性质、范围、理论、方法和课程体系等界定方面；在突出医学临床的实际应用方面；在以问题为中心方面以及在反映国内外最新成就方面，本教材均作了某些体现。其中包括在绪论中探讨了学科性质及分支和相关学科；加强了医学心理学研究方法的介绍；在第一章加强了几种主要理论的介绍；强化了当前关于认知理论的有关内容；对第三章心理应激的各种因素、对第七章的心身疾病概念和临床心身问题、对第八章的心身障碍各论部分等有关章节内容作了重新安排；在第十一章将心理咨询确定在医学心理学咨询的范畴；此外，对心理治疗等章节作了调整；在有关章节增加了现代神经科学对人脑和心身相关研究的知识；关于心理基础一章的格式，由于种种原因未按当前心理学的模式介绍，其中有关心理过程的各种概念，除了从传统的反映论角度陈述，增加了从信息加工的认知角度阐述的内容。

另外，还作了以下一些工作：在书末附有参考大纲，以帮助把握全书的重点章节；在每章开头有“点题”，以帮助理解本章的重点内容；大量缩减“常识心理学”的描写，使教材“精”一些；实验部分供各校根据自己的条件开设实验时参考；文献部分和检索则是希望有助于学生的自学和提高。

在本教材的章节安排方面。参照了姜乾金主编的《医学心理学》（国家教委高等教育教材研究课题，人民卫生出版社，1998）的框架。全书的中心内容大致以“纵”、“横”两个方向展开。三~六章以疾病发生发展（心理应激）、诊断（心理评估）、治疗（心理治疗）、预防（心理健康）的心理社会因素为主线作纵向讨论；七~十章围绕临床疾病、症状、特殊医疗问题和病人等的心理社会因素，以问题为中心作横向讨论。以往实践证明，这样的体系似比较适合医学生的学习和理解习惯。

在教材的整体配套方面。分别同步出版《医学心理学复习大纲与试题集》和《医学心理测验多媒体教学课件（CAI）》。前者以本教材和医师资格考试大纲为基础编写而成，以有助于课堂教学和以后的医师资格考试；后者以本教材的心理测验章节内容为主线，包含心理测验基本知识和部分心理测验方法的演示，该课件图文并茂，适宜课堂演示、学生实验训练以及进行个体测验。

（以上两项工作均由姜乾金主编，人民卫生出版社和人民卫生出版社音像部出版）

虽然参加本教材编写的老师们都有过多年的本、硕医学心理学的教学经验，尽管编写时力求遵循原则与要求，但编完之后，总还觉得不尽如人意，所以，我们诚挚地希望使用教材的老师和同学们，提出宝贵意见，容我们改进。

在本教材编写过程中，人民卫生出版社、浙江大学和参编教师所在学校有关领导给予了多种支持，使本教材得以顺利完成，特别是徐斌教授协助主编做了许多工作，在此一并表示深切谢意。

编者

2000年3月



目 录

绪 论	1
第一节 医学心理学概述	1
一、课程的概念和性质	1
二、分支和相关学科	3
三、发展历史与现状	6
第二节 医学心理学与医学模式转变	8
一、西方医学与生物医学模式	8
二、生物心理社会医学模式	9
三、医学心理学与医学模式转变	10
第三节 医学心理学研究方法	11
一、研究方法的一般问题	11
二、研究方法的种类	12
第一章 主要理论	17
第一节 行为学习理论	17
一、行为的概念与学习理论	17
二、经典条件反射	18
三、操作条件反射	19
四、内脏操作条件反射	20
五、示范作用	21
六、行为学习理论述评	22
第二节 精神分析理论	23
一、主要的理论内容	23
二、精神分析理论述评	24
第三节 认知理论	25
一、认知理论的主要内容	25
二、认知理论述评	28
第四节 心理生物学理论	28
一、心理生物学研究的历史	29
二、心理生物学研究的现状	29
三、心理生物学研究评述	31
第五节 其他有关理论	31
一、人本主义理论	31
二、社会学研究方向	32
三、中医的医学心理学思想	33



第二章 人的心理	34
第一节 心理的脑基础	34
一、心理是脑的功能.....	34
二、脑的基本机能系统.....	36
三、大脑半球机能的不对称性.....	37
四、心理学的神经科学研究现状.....	38
第二节 心理的社会学基础	38
一、心理是客观现实的反映.....	39
二、人的社会化.....	39
第三节 认知过程	40
一、感知觉.....	41
二、记 忆.....	43
三、思 维.....	46
四、注 意.....	49
第四节 情感过程	51
一、情绪和情感概述.....	51
二、情绪理论与生理机制.....	54
三、情绪与人的行为和健康.....	57
第五节 意志过程	58
一、意志概述.....	58
二、意志行动的心理过程.....	59
三、意志的品质和培养.....	60
第六节 个 性	61
一、个性概述.....	61
二、需 要.....	63
三、动机与挫折.....	65
四、能 力.....	66
五、气 质.....	67
六、性 格.....	69
七、自我意识.....	71
第三章 心理应激	73
第一节 总论	73
一、应激概念的演变.....	73
二、心理应激研究在临床医学中的意义.....	75
第二节 生活事件	76
一、生活事件概念与分类.....	76
二、生活事件研究.....	77
第三节 应激反应	79
一、应激反应概念及若干问题.....	79



二、应激的心理行为反应·····	80
三、应激的生理反应·····	81
第四节 认知评价·····	83
一、认知评价的概念·····	83
二、认知评价研究·····	83
第五节 应对方式·····	84
一、应对概念和种类·····	84
二、应对方式研究·····	85
三、心理防御机制·····	87
第六节 社会支持·····	89
一、社会支持的概念和分类·····	89
二、社会支持研究·····	90
第七节 个性与应激·····	91
一、个性与应激因素的关系·····	91
二、个性在应激与疾病关系中的作用·····	92
第四章 心理评估·····	93
第一节 总 论·····	93
一、心理评估概述·····	93
二、观察法与晤谈技术·····	94
三、心理测验·····	95
第二节 智力测验·····	100
一、智商·····	100
二、智力分类和分级·····	100
三、常用智力测验和发展量表·····	101
第三节 人格测验·····	103
一、明尼苏达多相人格调查表·····	103
二、艾森克人格问卷·····	105
三、卡特尔 16 项人格因素问卷·····	106
四、洛夏测验·····	106
第四节 神经心理测验·····	107
一、神经心理筛选测验·····	107
二、成套神经心理测验·····	107
第五节 评定量表·····	109
一、症状评定量表·····	109
二、应激和应对有关评定量表·····	112
三、A 型行为类型评定量表·····	116
第五章 心理治疗·····	118
第一节 总 论·····	118
一、概念、简史、流派·····	118



二、心理治疗的原则	120
三、心理治疗的适用范围	121
四、心理治疗的基本过程	122
第二节 精神分析疗法	124
一、经典精神分析疗法	124
二、中国的认知领悟疗法	126
第三节 行为治疗	126
一、概况	126
二、方法	127
三、适应证和评价	130
第四节 认知治疗	130
一、概况	130
二、方法	131
三、适应证和评价	133
第五节 来访者中心疗法	135
一、概况	135
二、基本方法	136
三、适应证和评价	137
第六节 森田疗法	137
一、基本原理	137
二、方法	138
三、适应证和评价	139
第七节 支持疗法	139
一、基本原则	139
二、方法	140
三、适应证和评价	140
第八节 暗示和催眠疗法	140
一、暗示疗法	140
二、催眠治疗	141
第九节 松弛疗法	143
一、概况	143
二、方法	144
三、适应证和评价	145
第十节 生物反馈疗法	146
一、概况	146
二、方法	147
三、适应征与评价	148
第六章 心理健康	149
第一节 总论	149



一、人的发展与生命周期	149
二、健康与心理健康	150
第二节 儿童及少年期心理健康	151
一、孕期及新生儿	151
二、幼儿期	153
三、学龄期	154
四、青春期	154
第三节 成年期心理健康	155
一、青年期	155
二、中年期	158
三、老年期	160
第七章 临床心身相关问题	163
第一节 心身疾病	163
一、概述	163
二、心身疾病的范围	165
三、心身疾病的发病机制	166
四、心身疾病的诊断与防治原则	168
第二节 内科心身相关问题	169
一、心理社会因素与内科疾病的发生发展	170
二、内科疾病常见的临床心理问题	173
三、内科疾病的心理干预	173
第三节 儿科心身相关问题	175
一、心理社会因素与儿科疾病的发生发展	175
二、儿科疾病的临床心理问题	176
第四节 妇产科心身相关问题	177
一、心理社会因素与妇产科疾病的发生发展	177
二、妇产科疾病的临床心理问题	178
第五节 肿瘤科心身相关问题	180
一、心理社会因素与癌症的发生和发展	180
二、癌症的临床心理问题	181
第八章 异常心理与不良行为	184
第一节 总论	184
一、异常心理概述	184
二、异常心理的判断标准	184
三、异常心理的理论模式	186
四、异常心理的分类	187
第二节 焦虑性障碍	189
一、心理社会因素与焦虑性障碍	189
二、焦虑性障碍的心理干预	190



第三节 抑郁性障碍	191
一、心理社会因素与抑郁性障碍	191
二、抑郁性障碍的心理干预	191
第四节 人格障碍	192
一、心理社会因素与人格障碍	192
二、人格障碍的心理干预	194
第五节 性心理障碍	195
一、性心理障碍概述	195
二、常见的性心理障碍及心理干预	196
第六节 不良行为	197
一、酒瘾	197
二、烟瘾	198
三、药物依赖	198
四、贪食与厌食	199
第九章 临床其它心理问题	201
第一节 睡眠的心理问题	201
一、正常睡眠与梦	201
二、睡眠障碍	203
第二节 疼痛心理	205
一、疼痛的心理生物学	205
二、心理社会因素对疼痛的影响	206
三、疼痛干预	207
第三节 手术的心理问题	208
一、手术前焦虑	208
二、手术前病人心理问题干预	209
三、手术后病人心理特征及心理指导	211
第四节 康复心理	211
一、康复过程的心理行为问题	211
二、康复心理社会干预	213
第五节 药物心理	215
一、药物的心理效应	215
二、安慰剂	216
第十章 病人心理与医患关系	217
第一节 病人心理	217
一、社会角色与病人角色	217
二、病人的心理需要	219
三、病人心理特点和求医行为	220
第二节 医患关系	224
一、人际关系的理论基础	224



二、医患关系模式·····	226
三、临床医学中的人际交往·····	227
第十一章 医学心理咨询 ·····	229
第一节 心理咨询概述·····	229
一、定义、历史与现状·····	229
二、咨询方式与范围·····	231
三、咨询人员的要求·····	232
第二节 心理咨询的程序·····	232
一、过程·····	233
二、原则·····	234
三、基本技术·····	235
四、需注意的几个问题·····	236
参考实验与教学大纲 ·····	238
第一部分 实验与实习·····	238
第二部分 教学时数与内容安排·····	239
参考文献 ·····	241
英文索引 ·····	243
中文索引 ·····	252

绪 论

学习一门新的课程，首先需要关注三个问题。一，这是什么课程，即课程概念；二，为何要学习这门课程，即其重要性；三，如何研究这门课程，即其方法学。

I 医学心理学是新发展起来的心理行为科学与医学相结合的一门交叉学科，他的学科性质、研究范围、分支和相关学科都有待讨论和明确。

I 历史证明，医学心理学的兴衰是受医学模式发展所左右的。

I 医学心理学的研究方法有它的特殊性。

第一节 医学心理学概述

一、课程的概念和性质

（一）定义

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。

（二）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，主要有以下几方面：

- (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) 研究如何将心理行为科学知识和技术应用于医学其它各方面。

(三) 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（为此本书安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，例如心理健康指导与预防医学，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辩证观点和科学方法。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。

二、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，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，近二十年逐步系统起来的《医学心理学》，是我国学者根据国内一定历史时期的需要，综合吸收国外有关学科中的各部分精华内容而建立起来的新型交叉学科或课程，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）神经心理学和生理心理学

神经心理学（neuropsychology）研究大脑与心理活动的具体关系，如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。神经心理学为医学心理学提供了许多基础理论知识。

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础知识，两者存在内容上的部分交叉。但一般认为生理心理学是独立于医学心理学的一门心理学分支学科。

（二）心理生理学

心理生理学（psychological physiology）研究心理或行为如何与生理变化的相互作用。一般来说，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，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。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。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。

（三）临床心理学和咨询心理学

临床心理学 (clinical psychology) 主要研究和直接解决心理学临床问题, 包括心理评估, 心理诊断和心理治疗, 以及咨询、会谈等具体工作。1984 年美国临床心理学家 Saccuzzo DP 和 Kaplan RM 对临床心理学下的定义是: 它侧重研究人类和人类问题, 目的在于调整 and 解决人类的心理问题, 改变和改善他们的行为方式, 以及最大限度地发挥人的潜能。他们还将行为医学也归于临床心理学的一个新领域。临床心理学在美国是最大的心理学分支, 从事这项工作的人很多, 又称心理医生 (psychologists), 其工作遍布学校、医院、机关、商业、法律、政府、军事等部门。由于临床心理学涉及心理学知识和技术在防治疾病中的应用问题, 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。

咨询心理学 (counseling 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支学科或者交叉学科。

(四) 心身医学与心理生理医学

基于心身医学概念与精神分析学说的历史关系, 直至 20 世纪 80 年代, 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依据, 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)。实际上, 目前心身医学 (psychosomatic medicine) 概念已被泛化成就是心理生理医学 (psychophysiological medicine), 它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及其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。心身医学的概念在日本等有关国家比较盛行, 国内近年来也被广泛接受。

(五) 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, 国外许多行为医学专著将重点放在相对狭义的范围, 主要是行为治疗方法应用于医学临床以及对常见的不良行为如烟瘾、酒瘾、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。行为医学概念在美国等西方国家盛行, 国内近年也已被逐渐采用。

(六) 心理健康和健康心理学

心理健康 (mental health) 或称心理卫生。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。心理健康运动的深入开展, 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。

由于心理健康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。但在一些心理健康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，这给人的印象是它与医学心理学属于相似学科。

（七）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。

（八）护理心理学

护理心理学（nursing psychology）研究护理工作中心理学问题，是医学心理学在护理工作分支。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。

（九）变态心理学

变态心理学（abnormal psychology）或称病理心理学（pathological psychology）研究行为的不正常偏离，揭示异常心理现象的种类、原因、规律及机制。变态心理学与精神病学关系密切，其主要区别是后者属临床医学的分支，服务对象是各种具体病人，主要工作是对其进行诊断、治疗和护理。变态心理学的研究成果是医学心理学某些理论和证据的重要来源，因此一般认为是医学心理学的基础分支学科。但是从一些变态心理学专著内容来看，其范围几乎遍及或超出医学心理学的许多领域。根据这一实际情况，变态心理学仅是与医学心理学交叉的两门学科。

综合上述分析可以看出，如果从相对狭义的角度来看待国外有关学科，它们大部分属医学心理学的分支学科。但如果从广义的或者从某些专著中所反映的内容来看，则其中一部分学科与医学心理学仅在内容上有交叉和重叠，是医学心理学的交叉学科，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
心理卫生学	社会学及综合	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
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
护理心理学	综合	护理学	分支学科	分支科学

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。

三、发展历史与现状

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, 1832~1920）在德国建立了世界上第一个心理物理实验室。此后，心理学开始成为一门独立的现代科学。

心理学（psychology）的定义随学科的发展曾不断变化，19世纪末至20世纪初是研究心理活动的科学；20世纪中期的几十年是研究行为的科学；20世纪末界定为是对行为和心理历程的科学研究。

心理学科在百年时间以飞快速度发展，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 Cattell 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，并采用精神分析法治疗疾病，创建了心理动力学派。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 创立并由 Skinner BF 发展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。1930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60余年，为医学心理学的发展作出了很大的贡献。

二次世界大战期间，由于战时需要，西方出现许多从事临床心理测验和心理治疗的专业人员。战后，临床心理学工作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。

1950年代以后，心理学界的人本主义理论崛起，成为“第三次浪潮”；Rogers C 的来访者中

心治疗后改为以人为中心治疗 (person-center therapy), 对医学心理学发展影响很大。随后出现的认知心理学发展成为认知科学也使医学心理学的研究和应用领域不断扩大。

医学心理学在最近 20 多年有了更大的发展。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 1970 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 1950 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

1980 年代初, 在卫生部的督促和支持下, 通过举办医学心理学师资培训班, 全国许多医学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 1980 年代将医学心理学纳入必修课教材。自 1983 开始至今, 以原北京医科大学为主要发起单位, 连续 10 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。这一医学心理学教学人员自发组织的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

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。人们对自身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特别是控制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

(一) 医学模式转变的动因

先让我们注意以下几方面事实：

(1) 与上世纪初比较，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。

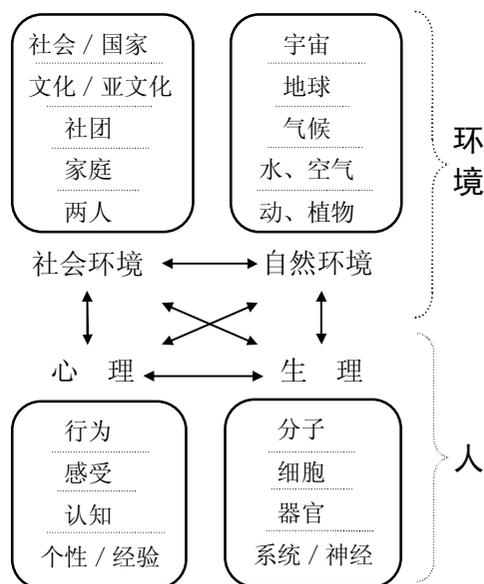
(2) 据分析，目前人类死亡的前 10 种原因中，约有半数死亡直接或间接与包括吸烟、酗酒、滥用药物、过量饮食与肥胖、运动不足和对社会压力的不良反应等生活方式有关。这就是所谓的行为危险因素 (behavioral risk factors)。这些行为危险因素与心理社会因素直接有关，应该说是心理社会因素造成了行为问题。

(3) 研究证明，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。这是近代某些疾病包括心理疾病发病率升高的另一重要原因。

(4) 通过近几十年许多生物行为科学研究，人们对心理社会紧张刺激造成躯体疾病的中介机制有了较深入的了解和认识。诸如生物反馈、自我放松训练、认知行为矫正等行为技术的发展，从实验和临床应用角度雄辩地证明，心理活动的操作和调节对维持健康具有不可忽视的作用。

(5) 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已不足以阐明人类健康和疾病的全部本质。疾病的治疗也不能单凭药物或手术。人们对于健康的要求已不再停留在身体上无病的水平，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 model) 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，生物心理社会医学模式是一种系统论和整体观的医学模式，它要求医学把人看成是一个多层次的，完整的连续体，也就是在健康和疾病问题上，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)。



图绪-1 强调层次和连续体示意图

（二）生物心理社会医学模式对健康和疾病的认识

从图绪-1中可以归纳出新的医学模式对健康和疾病有以下几方面重要认识。

(1) 人或病人是一个完整的系统，通过神经系统保持全身各系统、器官、组织、细胞活动的统一（图下部）。因而任何在健康和疾病上只重视被分解了的各个器官或系统，忽视作为一个整体的人或病人，或者只将各个器官、系统割裂开来看待，忽视它们之间的整体联系，都被看成是医学指导思想上的失误。

(2) 人同时有生理活动和心理活动，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。

(3) 人与环境是密切联系的，人不仅是自然的人，而且也是社会的人（图中上部）。社会环境因素例如文化背景、职业、家庭、人际关系，以及自然环境因素例如气候、污染、瘟疫都对人的心、身健康产生影响。

(4) 心理因素在人类调节和适应的功能活动中有能动的作用（全图）。人作为一个整体要对包括社会环境、自然环境和个体的内环境随时作出适应性调整，以保持健康水平。在这种调整适应过程中，人不能总是被动的，而是可以通过认识和行为操作作出一些主动的适应性努力。例如人对社会环境因素包括人际冲突等的认识和评价，可以改变这些因素对个体影响的性质和程度；又如，人通过调整自己的行为方式包括回避、改造自然环境而改变自然因素对自身的影响；再如，人也可以通过包括松弛训练、行为矫正等而改变体内的心理生理过程。

上述关于健康和疾病的四方面认识，也就是医学心理学关于健康和疾病的理论观点。应该这样认为，医学心理学等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。

三、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跃居首位；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。

为了促进我国医学模式的转变，从1980年代初开始，国内开始全面设置医学心理学课程。医学生和医学工作者通过各种途径系统学习医学心理学等有关学科知识，对促进医学模式的转变起了重要推动作用。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也将会上一个新的台阶。到时，各种心理行为技术将会在临床上得到广泛应用；综合医院中长期缺乏心理行为科学人才的局面将会改变；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) 心理量化的主观性：数量化在科学研究中是必不可少的，但是与某些自然现象不同，许多心理现象的定量难度更大，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一讨论。

(1) 研究目标不明确：研究某一个问题，首先应提出假说，然后通过实践来验证、修正或推翻这一假设。在医学心理学研究的设计过程中，在初步掌握某一种或一类现象的素材基础上，要考虑这可能是什么样的问题，可能有什么规律，会有什么结果，符合什么理论等，亦即假设，然后才能确定具体的方法，进行有目的的研究和分析，并对假设作出肯定或否定的回答。如果一项研究漫无头绪，瞎子摸象，什么资料都要收集，什么问题都想解决，那么很可能反而得不到理想的结果。这种情况目前在部分初涉医学心理学领域的医护工作者中比较多见，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并不少见。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悉的、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性。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，将直接关系到量化的科学性。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：这往往针对某些理化变量。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（observational method）顾名思义是通过与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。观察法在心理评估、心理治疗、心理咨询中广泛使用。

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。

（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（introspective method）。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一布置好的情绪气氛环境（或刺激情景）之中，观察记录他们进入情景后的行为活动特点，以分析其心理、行为或生理反应。

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

（3）日常观察法与临床观察法：日常观察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（survey method）是通过晤谈、访问、座谈或问卷等方式获得资料，并加以分析研究。

1. 晤谈法或访问法（interview method）通过与被试者晤谈，了解其心理信息，同时观察其在晤谈时的行为反应，以补充和验证所获得的资料，进行记录和分析研究。晤谈法的效果取决于问题的性质和研究者本身的晤谈技巧。晤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。科研中常在访问调查过程中完成预先拟定的各种调查问题并作记录。

座谈也是一种调查访问手段。通过座谈可以从较大范围内获取有关资料，以提供分析研究。

例如冠心病康复期的心理行为问题可以通过定期与家属座谈的方式进行分析研究。

2. 问卷法 (questionnaire method) 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, 当面或通过邮寄供被调查者填写, 然后收集问卷对其内容逐条进行分析研究。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。

问卷调查法简便易行, 信息容量大, 但特别要注意结果的真实程度。另外, 对调查资料的分析 and 总结, 要坚持科学态度。问卷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 (见第四章)。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 (experimental method) 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。实验法通常运用刺激变量 (stimulus variable) 和反应变量 (response variable) 来说明被操作的环境因素和所观察记录到的心身变化, 同时还应严密注意控制变量 (controlled variable) 的影响。

1. 实验技术 由于医学心理学的学科特点, 其实验技术可涉及社会学和生物学各方面。但随着近年来许多新科学领域的飞速发展, 已为医学心理学实验研究提供了许多前沿研究手段。

分子遗传学方面的 DNA 重组技术及聚合酶链反应 (PCR) 技术和人类基因组计划中关于基因识别、测序、基因组作图等, 已为认识阿茨海默病 (AD)、情感障碍、强迫症、惊恐发作和儿童多动症及相关疾病等精神障碍的遗传基础提供研究方法。

脑影像技术的发展, 包括计算机辅助断层摄影 (CT)、磁共振成像 (MRI) 和功能磁共振脑成像 (fMRI), 以及正电子发射断层摄影 (PET) 等, 可用于脑定位、脑心理功能、脑代谢及精神异常机制的研究。

神经电生理中的脑电图及相应的睡眠脑电图、脑地形图、诱发电位等, 可用于各种复杂心理因素 (如准备、期待、注意、动机及觉醒) 的研究。

心理应激测试技术 (mental stress test, MST) 则是借助一些心理作业 (如问题解决、信息处理、心理运动、情感状态、厌恶或痛苦等作业) 作为应激源, 同时配合各种生物参数的记录, 可开展各系统的心理生理研究。

以多学科的成果, 建立脑的高级神经网络理论, 可作为研究脑的高级机能的技术思路。具体涉及脑的功能系统、神经网络、大脑皮质联系的组织原则、神经信息的编码等方面。

2. 实验方式 实验法根据其实施方式可分为实验室实验和现场实验。

(1) 实验室实验 (laboratory experiment): 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 (field experiment): 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

个案研究法 (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 (sampling study) 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。

(1) 前瞻性研究 (prospective study): 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。

(2) 回顾性研究 (retrospective study): 这是以现在为结果，回溯到过去的研究方法。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 主要理论

作为交叉学科，医学心理学涉及生物科学和社会人文科学的多种理论与研究方向。许多理论是在特定背景下形成，能解释一部分心和身问题，可应用于临床医学实践，但也存在不足。

- | 行为学习理论——强化或学习过程在临床医学中的重要性。
- | 精神分析理论——潜意识论和特殊的人格论在临床医学中的重要性。
- | 认知理论——认知是情绪和行为的中介、认知偏差在临床医学中的重要性。
- | 心理生物学理论——心、身关系的生物学机制在临床医学中的重要性。
- | 人本主义理论——人的潜能和自我实现在临床医学中的重要性。

第一节 行为学习理论

一、行为的概念与学习理论

行为（behavior）一词概念比较含糊。在心理学中存在狭义和广义的概念。

(1) 狭义的行为概念：二十世纪 20 年代，美国心理学家华生（Watson JB, 1878~1954）开始创建了行为主义心理学，也称行为学派。行为学派认为：心理学属于自然科学，只能应用客观观察的方法，只有行为才是可以直接观察、并进行科学研究的对象，而人的心理和所谓隐藏在内心的欲望、驱力，以及主观体验、意识、心理冲突，都无法直接进行观察和了解，是不能进行科学研究的。他们提出，心理学应该是研究动物和人类行为的科学。因此，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。

(2) 广义的行为概念：新行为主义心理学家斯金纳等人通过大量的研究，扩大了人们对行为含义的理解。将“行为”理解为个体内在的和外在的各种形式的运动，也包括主观体验、意识等心理活动和内脏活动，不仅外显的行为动作可以进行观察和研究，而且这些内在的心理活动和内脏活动也可以通过一定的途径被观察或研究。

在医学心理学中，两种行为的概念都在使用。本书后面内容中都是采用广义的行为概念，即行为包括了外部动作、内脏活动和心理活动。

(3) 行为学习理论（learning theories of behavior）：即认为，人的正常和病态行为包括外显行为及其伴随的心身反应，都可通过学习过程而形成。因此，学习是支配人的行为和影响心身健康的一个重要因素。如果对行为学习各环节进行干预，可以矫正问题行为，进而治疗和预防疾病。

行为学习理论与医学心理学关系较密切的主要有：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。

二、经典条件反射

(一) 实验与解释

1920年代，巴甫洛夫(Pavlov I, 1849~1936)进行了条件反射实验研究。实验中，他用食物刺激(S)作用于狗的口腔产生唾液分泌反应(R)，此时食物称为非条件刺激(unconditioned stimulus, UCS)，食物引起唾液分泌的反射过程称为非条件反射(unconditioned reflex, UR)。

条件反射是在非条件反射的基础上经学习而获得的，是习得行为，由大脑皮质建立的暂时神经联系来实现的。食物(非条件刺激)与唾液分泌无关的中性刺激(如铃声)总是同时出现(强化)，如此经过一定时间结合以后，铃声已经成为食物的信号，转化为条件刺激(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)。由于这里的条件反射过程不能被个体随意操作和控制，属于反应性的行为，而且为了区别于后来发展起来的操作条件作用，此处的现象被称为经典条件作用(classical conditioning)。

经典条件反射就是某一中性环境刺激(铃声等)反复与非条件刺激(UCS)相结合的强化过程，最终成为条件刺激(CS)，引起了原本只有非条件刺激(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

经典条件反射理论强调环境刺激S对行为反应R的影响(即S→R的关系)。根据这一理论的观点，任何环境刺激，都可通过经典条件反射机制影响行为，并可以支配内脏的活动；许多正常或异常的行为反应，也可以通过经典条件作用而获得。例如，儿童对打针(UCS)可引起疼痛、害怕、精神不快等反应(UCR)。如果经常生病打针，某些本来与此无关的环境刺激，包括闻到药物、酒精的气味、看到注射器，甚至医务人员的出现(都是CS)，也可引起它不愉快反应(CR)，甚至大哭大闹，这就是一种条件作用症状。同样，在系统脱敏疗法中，也可以建立条件反射性松弛反应，有助于克服“习得性”的行为反应症状。

(三) 经典条件反射的特点

1. 强化 环境刺激对个体行为反应产生促进过程称为强化(reinforcement)。在经典条件反射中，非条件刺激与条件刺激反复结合的过程就是一种强化。如果两者结合的次数越多，条件反射形成就越巩固。例如，经常上医院打针的儿童就容易对酒精产生条件反射性恐惧和害怕的反应。

2. 泛化 作为反复强化的一种结果，不仅条件刺激(CS)本身能够引起条件反射，而且某些与之相近似的刺激也可引起条件反射的效果，这种现象称为泛化(generalization)。其主要机制是大脑皮质内兴奋过程的扩散。对于长期打针的儿童，开始是看到注射器或药物会产生条件反射性恐惧，以后由于泛化作用，一旦看到穿白大衣的人甚至走进医院也会出现害怕反应。

3. 消退 如果非条件刺激 (UCS) 长期不与条件刺激 (CS) 结合, 即取消强化作用, 已经建立起来的条件反射就会消失, 这种现象被称为消退 (extinction)。儿童如果很长时间没有生病打针, 对注射器或酒精的恐惧就可能逐渐消失。但国外的一些研究认为, 躯体的不愉快条件反射一旦形成, 就较难消退。其原因是因为个体在条件刺激 (药物气味) 引起条件性躯体反应 (恐惧、害怕) 的同时, 还会随之产生回避行为以减轻这种躯体反应, 形成回避操作条件反射 (见下文), 这种回避条件作用使上述躯体反应减轻, 增强了原有的条件刺激与躯体反应之间的经典条件反射的联系, 从而不易产生消退作用。

三、操作条件反射

(一) 实验与解释

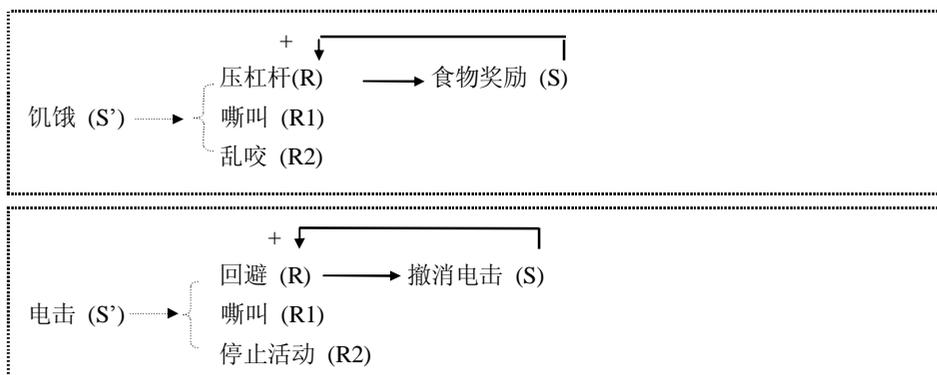
操作条件反射理论是根据斯金纳 (Skinner BF, 1904~1990) 等人的实验而建立起来的。

斯金纳的典型实验。他在实验箱内安装了杠杆, 按压杠杆可以从旁边盒子里掉出食物。在实验中, 老鼠在饥饿的刺激 (S') 下会产生一系列行为反应 ($R_1, R_2, R_3 \dots$), 但只有当其中的一种行为反应即按压杠杆动作 (R) 出现时, 才会以立即获得食物刺激 (S) 的结果, 这种食物刺激 (S) 的结果对老鼠按压杠杆的行为 (R) 起一种强化作用。经过多次以后, 形成了条件反射, 老鼠逐渐学会一到箱子里, 就主动按压杠杆这一取食行为。在这里, 斯金纳把行为后出现的刺激结果对行为本身产生强化称为奖励 (reward); 这种刺激结果, 被称为奖励物。

同样的原理, 在回避操作条件作用 (avoidance conditioning) 实验中, 如果动物受到电击 (S'), 就会产生一系列的行为反应 ($R_1, R_2, R \dots$), 而只有一种行为反应即回避动作 (R) 出现时, 才可获得取消电击的结果 (S)。因此, 取消电击的结果 (S) 对回避行为 (R) 产生了强化作用, 使动物学会了回避行为。

斯金纳的实验表明: 如果当行为反应 R (如压杠杆行为或回避行为) 出现时总能获得某种刺激结果 S (食物刺激或撤消电击), 则个体可以逐渐学会对行为反应 R 的操作, 这就是操作条件作用 (operant conditioning)。由于操作条件反射是借助对工具操作的学习而形成, 为了区别于后述内脏操作条件反射, 也称为工具操作条件作用 (instrumental conditioning), 但一般情况下仍称为操作条件作用。这一行为属于工具操作习得性行为。

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

操作条件反射重视行为结果对行为本身的作用, 即 $R \rightarrow S$ 的关系。任何与个人需要相联系

的环境刺激，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；由此可见，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广为应用，用以解释个体不良行为如吸烟、依赖等的形成机制；还用来指导各种行为治疗如厌恶疗法等。

（三）操作条件反射的类型

从上述实验看，行为反应引起的结果刺激有两种情况：既可具有积极、轻松愉快的性质，也可具有消极、痛苦的性质；这些刺激可以从无到有，逐渐增强；也可从有到无逐渐减弱。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 行为结果导致积极刺激增加，从而使该行为增强，即 $R \xrightarrow{+} S$ （积极）↑的关系，称为正强化（positive reinforcement）。上文第一例实验中食物奖励使老鼠按压杠杆的行为增加即属一种正强化。

2. 负强化 行为结果导致消极刺激减少，从而使该行为增强，即 $R \xrightarrow{+} S$ （消极）↓，这种现象称为负强化（negative reinforcement）。上文第二例老鼠的回避条件反射实验属负强化。

3. 消退 行为结果导致积极刺激减少，从而使行为反应减弱，即 $R \xrightarrow{-} S$ （积极）↓的关系，称为消退（extinction）。例如小学生做一些好事，受到老师、同学的表扬和关注（属积极刺激），会使这种行为得到加强。但如果大家都熟视无睹，就可能会使原有的积极刺激水平下降，从而使这种行为逐渐减少。

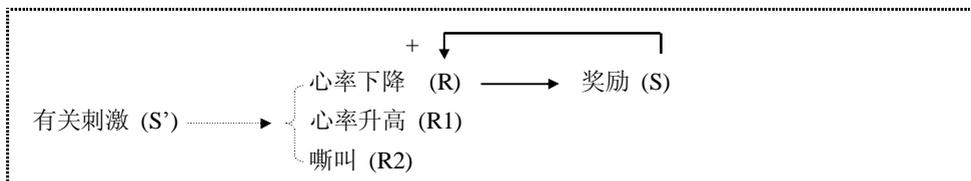
4. 惩罚 行为结果导致消极刺激增加，从而使行为反应减弱，即 $R \xrightarrow{-} S$ （消极）↑的关系，这种现象称为惩罚（punishment）。例如，产生吸烟等不良行为时，立即给予电击使之产生痛苦刺激，则吸烟等不良行为可逐渐减少。

四、内脏操作条件反射

（一）实验与解释

长期以来，认为内脏反应是不随意的，但米勒（Miller NE）1967年的内脏学习（visceral learning）实验证实，内脏反应也可以通过操作性学习加以改变。他进行的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，米勒用给予食物强化的方式，对动物的某一种内脏反应行为，例如心率的下降（R）进行奖励（S），经过这种选择性的定向训练之后，结果动物逐渐学会了“操作”这种内脏行为，使心率下降。其实验过程示意如下：



由于在奖励过程中，也可使动物形成全身骨骼肌放松的工具操作条件反射，而导致心率下降。为了消除实验动物骨骼肌系统对内脏学习实验的影响，说明动物控制内脏反应是通过自主神经系统进行的，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，并改用电刺激动物脑内“愉快中枢”作为奖励手段，或以撤消痛苦电击的方法作为负强化手段，让动物重新进行内脏学习实验。结果取得与上述一致的结果，这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反应。图 1-1 显示了内脏学习的特异性。

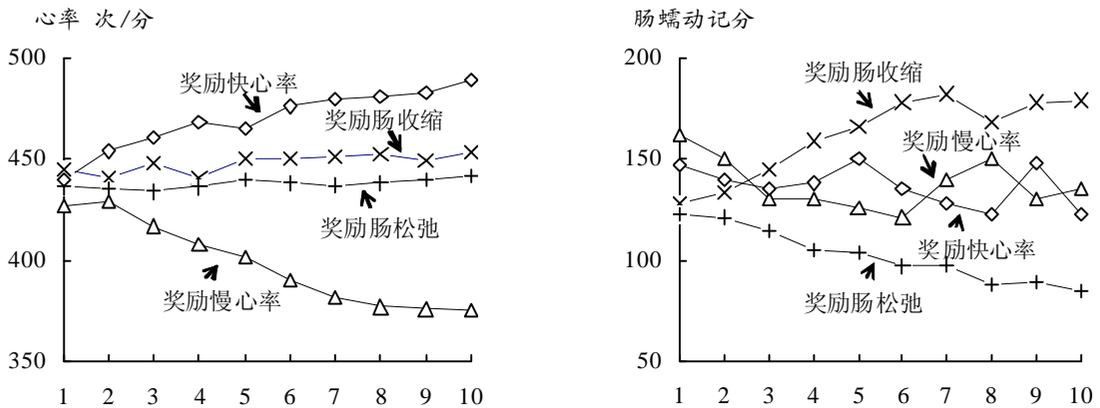


图 1-1 内脏学习 (自 Miller E, 1969)

(二) 内脏操作条件反射的理论意义

米勒提出的内脏操作条件反射理论，对于医学心理学有一定的意义。因为，人类也可以通过内脏的学习过程获得有意识地控制各种内脏活动；临床上某些身心症状的产生，如心动过速、肠蠕动增加、哮喘等可能与个体的意识性条件操作有关；生物反馈技术、气功治病的原理也都与内脏学习有关，这为临床治疗疾病提供了一种新的技术。同时，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。

五、示范作用

示范作用 (modeling) 也称为榜样模仿论，是另一种行为学习理论。这一理论认为，人学会一种新的行为类型可以通过对具体模型榜样 (model) 的行为活动的观察和模仿进行，而不一定是刺激和反应间的联系。类同于我们所说的“榜样的力量”。例如，甲孩子在幼儿园吃完饭后，主动把椅子放整齐，其他小朋友观察了他的表现，也学习他的样子，吃完饭后把椅子摆放好。

班杜拉 (Bandura A, 1925~) 通过研究后提出，观察学习的机制不能简单地用操作条件反射的原理进行解释。经分析后认为，示范作用包括四个过程：①注意阶段：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。这既取决于观察对象的特点，也取决于观察者本身的特征、过去的经验和当时的意愿。②保持阶段：是一个记忆的过程，观察对象的行为特征性被学习者有意无意记住，成为日后自己行为的模型。③行动阶段：学习者表现出观察对象的特征性行为。④强化阶段：根据强化的原则，增加或减少这种行为的再发生次数。

班杜拉认为，影响模仿的因素很多，一般说来，地位高的易被模仿，敌对的、攻击性行为最

容易被模仿，受奖行为比受罚行为的可能性大。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；家庭中父母的粗暴行为、争吵，充斥屏幕的各种暴力行为，对儿童有不良的示范作用。该理论在医学心理学领域中也具有重要的价值。例如，疾病角色行为的形成与示范作用有一定关系，手术后病人的疼痛、呻吟、应付方式对同病室其他病人可能会产生消极的示范作用。因此，在临床病人的医疗、指导和护理，以及儿童病人的教育中应注意发挥积极的示范作用。

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结果。例如固执的性格特点可以是儿童时期从父母那里经过学习强化而获得；而一种良好的习惯也可以是经过反复强化被固定下来。

某些疾病的发生可以是因为“错误的习得性行为”的结果。例如华生曾做过一个实验，使一小孩对原来喜欢的白鼠产生害怕。开始时，每当他伸手玩弄他所喜爱的白鼠时，就在他背后敲击响器发出巨大声响，使之受到恐吓，这样经过反复强化后，每当白鼠一出现，就惊吓而产生恐惧，再经过泛化后，孩子对白色有毛的动物也产生恐惧反应。行为主义认为，人的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病态体征，也可能是错误的习得性行为。例如，一个人在紧张情况下，会出现呼吸急促、心跳加快、血管收缩等内脏行为反应，如果这种心血管反应在某些条件下被错误地强化，就可能成为顽固的躯体症状（如高血压）。

许多不良的生活习惯或行为也可以通过强化的作用而固定下来的。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。一个儿童在家里来客人的时候，总喜欢表现一些捣乱的行为，对这种行为理睬就意味着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，依据各种行为学习理论建立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，例如通过行为矫正疗法以改变各种不良行为、促进个体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，如同各种理论都有其局限性一样，行为理论也存在不足。首先，条件反射理论大多来自动物实验，难于全面地解释人类复杂行为。因此，提出混合学习模型(mixed learning model)。这种观点认为，人类的行为是上述各种学习模型共同作用的结果。例如，经典条件反射使病孩对打针治疗操作产生恐惧，恐惧又使病孩回避任何医疗操作而形成操作性回避反应，通过示范作用可协助病孩克服恐惧和回避行为等。

值得指出的是 1970 年代中期在美国出现一种新的行为理论，是认知心理学与行为主义心理学理论相结合的产物。该理论强调机体(organism)本身的各种因素，如期望、认识、评价，以及信念、人格等因素在行为学习过程中的作用，认为当发生环境刺激(S)作用时，个体(O)总是根据自己的认知评价等活动作出不同的反应(R)，而行为反应结果又能控制或改变环境刺激，即 $S \rightarrow O \rightarrow R$ 的关系。这种所谓的认知行为学习理论(cognitive behavior learning)目前已成为心理治疗的主导理论之一。

第二节 精神分析理论

精神分析理论 (psychoanalysis) 又称心理动力理论, 19 世纪末由奥地利维也纳的精神病医生弗洛伊德 (Freud S, 1856~1939) 所创立。

早年弗洛伊德学习催眠疗法, 用催眠术对癔病病人进行治疗和研究。在催眠状态下, 病人回忆与疾病有关的情感体验, 治疗后感到精神轻松愉快, 症状消失, 恢复了正常。但是, 弗洛伊德发现, 利用催眠术并不能使病人的症状彻底消除, 且有些病人根本无法进入到催眠状态。于是他开始采取其他的方法, 例如让病人在觉醒的状态下, 在一个安静的环境中, 自由自在诉说他想要说的一切, 同样也能收到疗效。他把这种方法称为自由联想。通过自由联想, 病人回忆过去遭受心理创伤时的情景, 重新体验, 使被压抑在潜意识中的心理活动得到发泄, 从而使症状得以解除。

一、主要的理论内容

(一) 精神分析的心理结构

弗洛伊德把人的心理活动分为意识、潜意识和前意识三个层次。他把这三个层次形象地比喻为漂浮在大海上的一座冰山 (图 1-2)。

1. 意识 (conscious) 是与语言 (即信号系统) 有关的, 人们当前能够注意到的那一部分心理活动, 如感知觉、情绪、意志、思维等, 以及可以清晰感知的外界的各种刺激等。是图中海平面以上的冰山之巅部分。

2. 潜意识 (unconscious) 又称为无意识, 是指无法被个体感知到的那一部分心理活动, 这个部分的内容主要是不能被客观现实、道德理智所接受的各种本能的要求和欲望、已经被意识遗忘了的童年时期不愉快的经历、心理上的创伤等, 是图中海平面以下的冰山部分。

3. 前意识 (preconscious) 介于前两者之间, 主要包括目前未被注意到或不在意识之中, 但通过自己集中注意或经过他人的提醒又能被带到意识区域的心理活动和过程, 是图中的两条曲线中间的部分, 介于海平面上下部分, 随着波浪的起伏时隐时现。

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。被压抑到潜意识中的各种欲望或观念, 如果不能被允许进入到意识中, 就会以各种变相的方式出现, 如心理、行为或躯体的各种病态都被认为与此有关。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

精神分析学说认为, 人格是由本我 (或它我)、自我和超我三部分构成 (图 1-2)。

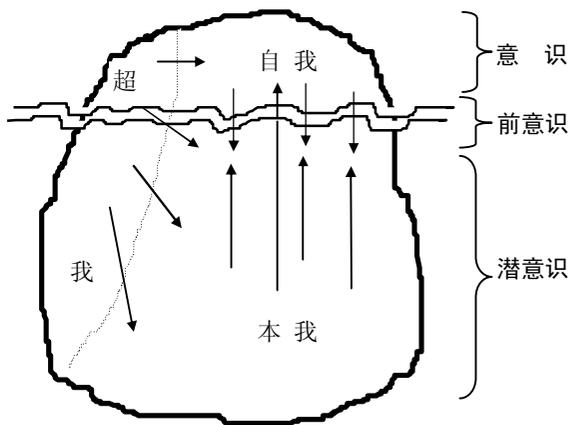


图 1-2 精神分析理论结构示意图

1. 本我 (id) 存在于潜意识的深处, 是人格中最原始的部分, 代表人们生物性的本能冲动, 主要是性本能和破坏欲, 其中性本能或称为 libido (欲力或性力) 对人格发展尤为重要。本我具有要求即刻被满足的倾向, 遵循着所谓的“唯乐原则” (pleasure principle)。由于本我处于潜意识之中, 因而不能被个人所觉察。

2. 自我 (ego) 大部分存在于意识中, 小部分是潜意识的。一方面, 自我的动力来自本我, 即为了满足各种本能的冲动和欲望; 另一方面, 它又是在超我的要求下, 要顺应外在的现实环境, 采取社会所允许的方式指导行为, 保护个体的安全。自我遵循着“现实原则” (reality principle) 调节和控制“本我”的活动。因此, 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, 使两者保持平衡。

3. 超我 (superego) 类似于良心、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, 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。“超我”按“至善原则” (principle of ideal) 行事。

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。即“自我”在“本我”和“超我”中间起协调作用, 使两者之间保持平衡, 如果两者之间的矛盾冲突达到“自我”无法调节时, 就会产生各种精神障碍和病态行为。

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: 从出生到一岁半左右称为口腔期, 主要从口腔部位的刺激中得到快感; 一岁半二岁时称为肛门期, 从自身大小便中得到快感; 三岁至五岁称为性器期, 开始注意两性之间的差别; 六岁至十二岁因为儿童的性力从自己的身体转移到外界的各种活动, 因此称为潜伏期; 之后到青春期时称为两性期。弗洛伊德认为, 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。例如婴儿从出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。如果婴儿口腔的欲望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学说, 其代表人物有阿德勒 (Adler A)、荣格 (Jung C)、苏利文 (Sullivan HS)、霍尼 (Horney K) 等。他们保留了弗洛伊德学说中的一些最基本概念如潜意识、潜抑和阻抗等等, 同时在人格理论和治疗原则之中增加了文化、社会条件、人际关系等因素, 进一步丰富了精神分析理论的思想。

二、精神分析理论述评

精神分析理论认为, 人格的三个部分各遵循不同的行动原则。精神分析学派常以各部分的冲突的观点来解释和解决某些心身问题。如弗洛伊德认为, 潜意识中的心理冲突可造成焦虑状态, 为了克服这种焦虑并保持心理的平衡, 个体常会采取一系列的自我防御机制 (defense mechanism) 的方法来使之得到缓解, 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各种心理冲突, 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, 形成各种心身症状或精神疾病。

弗洛伊德在治疗神经症病人的实践中发现, 患者有时可以将早已遗忘了的某一件事重新叙述

出来，并且随之疾病症状也得到缓解。因此弗氏认为，这种早期的事件实际上并未遗忘，而是被深深地潜抑在意识之下，通过转换作用（conversion）等方式造成了病态心理症状（神经症等）。他认为这种潜意识里的心理冲突，只能通过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并加以疏泄，病人的症状即可获得缓解。这就是弗洛伊德创立的精神分析疗法的主要内容。

美国新精神分析学者亚历山大（Alexander FG, 1934）等更进一步提出心理状态与生理之间的关系，他们认为情绪被压抑或潜意识中的心理冲突还可以转换成躯体症状。如压抑着的愤怒、忧郁等情绪可以引起心血管、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就可以治疗这些疾病。

由于潜意识中的心理冲突对个体的心身健康关系甚大，因而从预防角度来说，及时处理好人格发展过程各个阶段所出现的问题，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，在解释人的健康与疾病的心理机制上只依靠逻辑的推断，缺乏有力的科学依据，而且它们的结论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。这些都是精神分析理论的局限性，影响了它在学术上的发展。

（吴均林）

第三节 认知理论

一、认知理论的主要内容

（一）认知的概念

认知（cognition）一般是指认识活动或认识过程，即个体对“感觉信号的接受、检测、转换、简约、合成、编码、储存、提取、重建、概念形成、判断和问题解决等信息加工的过程”。认知的概念可有广义和狭义之分，广义的概念就是应用现代信息加工处理的理论将人的认知看成是一个过程，即包括，①接受和评估信息的过程；②产生应对和处理问题方法的过程；③预测和估计结果的过程。而狭义的认知就是指认识。当然，本书所应用的认知概念是广义的，尤其是侧重认识过程中的观念或态度形成及其改变的策略。

由于认知概念的提出在很大程度上是与大脑信息加工过程理论密切相关的，因此广义的认知概念包括了传统心理学中的多种心理活动，如感觉、知觉、注意、记忆等与认知的接受过程密切相关，智能、思维、情感和性格等与认知的应对、处理和结果预测等过程相关。

（二）由来与发展

在20世纪的20和30年代，行为主义理论强调行为与环境间的联系而忽视内部认知过程，虽然主张将思维和语言等视作行为，但不提认知。其实，对这种认为机体只通过行为-环境联系的行为主义观点当时就有不同意见。如在第二次世界大战期间进行的研究对人们如何应付复杂环境（如空中交通指挥者能很快从一个信息转向另一信息）提供了丰富的证据。这种研究指出，人类

行为不能简单地用环境刺激及强化来解释。对脑损伤病人的临床观察表明，脑内存在着与认知能力有关的特殊区域，尤其是语言功能。1960年，哈佛大学心理学教授Miller GA和他的同事Bruner JS建立了哈佛认知研究中心。这一举动使“他成为一场运动的领袖，并极大地改变了心理学关注的焦点和研究方法，而且从此开始引导着心理学的方向”（Hunt M， 1997）。在Miller的带动下，许多实验心理学家放弃了动物实验的行为主义研究而转向人类的高级心理过程；加上计算机技术的发展和电脑工程师的加盟，从而掀起了1960年代的“认知革命”。这场运动有广泛的基础，格式塔心理学家、人格研究者、发展心理学家和社会心理学家们纷纷从各自的视角探索这一心理过程；与此同时，其他学科（神经科学、逻辑学与数学、人类学、心理语言学……）的学者们带着本学科的先进技术和研究方法，运用他们的科学思维研究“认知”。1970年代，一门新的交叉学科——“认知科学”（cognitive sciences）开始形成。就心理学界而言，Neisser U 1967年出版《认知心理学》一书，标志着心理学领域又增添了一个分支。1970年，美国创立了《认知心理学杂志》。认知心理学的发展受到下述6个组成因素的影响和推动：新行为主义、沟通理论、心理语言学、记忆研究、电脑科学和认知发展研究。而认知治疗可以看成是认知心理学应用发展的一个部分。有学者（Rao， 1988）提出，认知心理学是认知科学的一部份，认知科学的内容包括：①研究认知结构、内容和信息处理过程等的认知心理学；②研究认知本质的心智哲学（philosophy of mind）；③研究认知表现的心理学；④研究模拟认知或认知示范的人工智能；⑤研究认知的神经科学。因此，认知心理学又是认知科学中的一部分。

（三）认知在人类行为中作用

认知在人类行为中的作用其实早已为人们所认识。我国古代哲学家认为情绪与人的观念有关，提出“欲修其身者，先正其心；欲正其心者，先诚其意；欲诚其意者，先致其知。致知在格物”。阿德勒（Adler A）的个体心理学则强调“按照病人自己的意识经验理解病人”的重要性。发展心理学家皮亚杰（Piaget J）对认知治疗的形成和发展也有明显的影响。

行为心理学的近期发展也增强了对病人认知重要性的认识。如拉扎勒斯（Lazarus A）反对行为治疗中的机械倾向，认为不应忽视“内隐行为”——思维在治疗中的重要性。社会学习理论倡导者班杜拉（Bandura A）提出“认知功能是引起人的行为的决定因素”，“人是思维着的有机体，具有给自己提供某种自我指导力量的潜在能力”。

社会学习理论认为，人是信息传递者，介于刺激和反应之间。所谓“认知”，从信息加工角度，是指信息为人接受之后经历的转换、简约、合成、储存、重建、再现和使用等加工过程。通过信息加工的模式，我们就可以对系统的行为作出预见，并分析这种行为与环境之间的关系。

埃里斯（Ellis A， 1913~）的工作在认知行为治疗的历史发展上起了重大的推动作用。他认为在环境刺激或诱发事件（A）和情绪后果（C）之间介有信念或信念系统（B）。他指出，人天生具有歪曲现实的倾向，造成问题的不是事件，而是人们对事件的判断和解释。人也能够接受理性，改变自己的不合理思考和自我挫败行为。由于情绪来自思考，所以改变情绪或行为要从改变思考着手。他的合理情绪疗法就是促使患者认识自己不合理的信念以及这些信念的不良情绪后果，通过修正这些潜在的非理性信念，最终获得理性的生活哲学。

关于认知对情绪的调节作用，近30年来心理学家做过很多实验研究，取得了很多实验证据（参见第二章）。其中对认知治疗有一定意义的研究，其一是沙赫特（Schachter S）的情绪两要素观点：认知对情绪的生理唤醒进行标志决定能产生哪一种情绪；其二是阿诺特（Arnold M）的情

绪认知评价理论：情绪是个体对事件进行直觉评价的结果。阿诺特的理论以后又被Lazarus R进一步强调，他认为每种情绪反应都是一种特定种类的认识或评价的功能，事实上，情绪和认知是彼此依赖的。他进一步将情绪反应系统分为三个子系统，即输入变量（刺激性质）、评价和反应形式（包括认知、生理和操作性反应三种）。他的工作为认知治疗和个体对付应激提供了更细致的分析框架。

（四）人类的认知特点

限于本书的篇幅，以下仅侧重介绍认知治疗临床中经常遇到的几个认知特点。

1. 认知的多维性 苏东坡的“横看成岭侧成峰，远近高低各不同。不识庐山真面目，只缘身在此山中。”说明从不同角度看待同一事物会有不同的认识，而对事物完整认知的形成应该考虑其多维性。“瞎子摸象”所说明的道理，便是一个很好的范例。

2. 认知的相对性 “事物都是一分为二的”，应以“两分法”来认识和处理问题。在现实社会中，许多事物都是由两个相对的部分组成，如动物有雄雌之分，事物有好坏之分，时间有昼夜之分等。人们常常会因为某事而出现“大喜大悲”的情感表现，其实质可能只是认识到事物的一方面，并未认知到事物的相对性。“乐极生悲”、“塞翁失马，安知非福”等成语就是古人对认知相对性的表述。

3. 认知的联想性 人类的认知活动并不仅仅是感知觉的活动，而是与人的经验、理解能力等有关，其中包含了个体的想象和思维成分，而且渗入了情感因素。俗语所说的“情人眼里出西施”等便是这个道理。

4. 认知的发展性 认知功能有其历史性或发展性的特点。如有关健康的概念，40年前对普通中国人来说，“无病就是健康”，而90年代的今天，许多中国人已认识到“健康不仅仅是没有身体的疾病或躯体的残疾，而是指身体、心理和社会适应的一种良好状态”。同样，儿童对影视剧剧中的人物习惯以好人和坏人来区分，而成人却知道很难仅用好与坏来区分人物。因此，认知活动与一个人的知识发展水平有关，即认知也是不断发展改变的。由于认知的发展性特点，为认知治疗转变病人的不良认知提供了可能性。

5. 认知的先占性 在日常生活中，人们的认识活动或认知过程经常会发生“先入为主”的现象，或以“第一印象”来判断和解决问题，这便是认知的先占性。认知的先占，在某些情况下是有益的，人们通过检验认知的实践效果，“吃一堑，长一智”；但在另外一些情况下则与心理障碍的形成有关，如恐怖症病人往往是“一朝被蛇咬，十年怕井绳”，疑病症病人往往会对身体上的一点不舒服表现出“草木皆兵”的担忧。一般来说，认知的先占与个体的既往经历和个性特征有关，个性敏感、拘谨、内向的人易产生认知上的先占。

6. 认知的整合性 所谓整合，就是个体最终表现出对某一事物的整体认知或认识，往往是综合了有关感知、记忆、思维、理解、判断等心理过程之后获得的。当然，正是因为认知有整合性的特点，因此有些人会产生“自己经历过和深思熟虑过的东西没错，肯定正确”等过分僵硬的信念。这是认知治疗中经常会遇到的棘手问题之一。一般说来，正常成人因为认知整合性的特点会经常自我修正一些认知错误和偏见，学会自我调节。如有的人被领导当众批评，起初感到“失去面子”、“无脸再见人”、“抑郁、沮丧”，甚至认为“领导不喜欢自己，欲辞退自己”；但在经过自我的认知整合处理后则感到“领导脾气比较暴躁，谁出错就会批评谁，这次批评我是因为我出错，因此领导对我和对其他员工一伴，都是一视同仁的。”这样一想，心情也随之宁静了。

近年来，国外有关认知心理学的发展进一步完善和丰富了人们对大脑认知功能的认识和理解。这里所阐述的几个认知特点，更多地是从临床的研究中得出的，有待进一步的研究和证实。

二、认知理论述评

研究表明，积极心境导致积极的记忆联想，消极心境则会导致消极认知，而且通常人们容易作出与心境和谐一致的判断，记住与心境一致的材料。还有研究表明，强烈的情绪能干扰信息加工，改变人的目标顺序。即情绪也能影响认知和认知过程。这不仅有大量的研究所一致支持，也符合人们的日常经验。

贝克（Beck AT）的认知治疗接受了认知是情绪和行为反应的中介的观点，认为各种生活事件导致情绪和行为反应时要经过个体的认知中介。情绪和行为不是由事件直接引起的。而是经由个体接受、评价，赋予事件以意义才产生的。情绪障碍和行为障碍与适应不良的认知有关。贝克也采用埃利斯的ABC理论帮助病人识别引起不良情绪的负性认知，但他将病人的认知区分为两个层次，使认知治疗程序更为清晰。另一方面，贝克注意到情绪和认知的互相影响，据此，他用负性认知和情绪障碍的恶性循环来理解情绪障碍的发展和维持。

概要说来，认知是信息的加工过程，对信息的不同评价将会引起人们不同的情绪反应。例如，考进同一所大学的两个学生。其中一人认为这所大学不是名牌大学，和他原先的期望不合，他感到失落，产生了抑郁情感，另一个学生原在普通中学学习，被大学录取令他喜出望外，觉得有了接受高等教育的机会，心情甚好。这就是我们所说是人的认知而不是事件本身创造了人的情绪。

但是，应当注意的是，由于每个人多年积累的生活经验各不相同，形成了各自独特的认知方式及评价模式。人们在认识事物时并不是像镜子那样被动地精确地反映事物，而是主动地进行选择。因此，治疗者不是按客观性和逻辑性的原则矫正病人对现实的歪曲，而是帮助病人揭示其自己建构的现实，让病人明白：心理障碍来源于自己信息加工系统的功能紊乱。这就是说，病人的认知转变或重建必须通过病人自己，不是治疗者所能强加的。

（季建林）

第四节 心理生物学理论

长期以来，不少生理学家和心理学家利用生物学理论和方法探索心身相互关系的规律和生理机制，逐渐形成了医学心理学的心理生物学理论方向。心理生物学方向和心理动力学方向，也构成心身医学形成和发展的两个主要方向。

尽管在不同时期对心身关系有不同的看法和理论指导，并采用了多种不同研究手段，但心理生物学研究就本质而言都是研究心理行为变量与生物学变量之间的关系。一方面，可以以心理和行为因素作为自变量，以生理指标为应变量，观察各种不同个性和行为状态下的各种生理变化（如脑电、心电、皮肤电、血液中激素及其代谢物的含量等）；另一方面，也可以以生物干预为自变量（如损毁、电刺激、药物干预等），以心理变量为应变量，研究脑和躯体的生理状况改变所引起的心理行为的改变。

一、心理生物学研究的历史

心理生物学方向的研究内容主要涉及心理活动的生物学基础和心身作用的生物学机制两大方面，其中心身作用的机制与医学心理学的关系更为密切。不同时期的生理学家在这方面做出过许多重要的贡献，他们的研究成果为心理生物学的发展奠定了基础。

美国生理学家 Cannon WB 和 Bard P 于 1920 年代在总结当时生理学实验研究成果的基础上，提出了情绪的丘脑假说。该理论认为，情绪的控制中枢在丘脑，丘脑一方面传送情绪冲动至大脑皮层产生情绪体验，另一方面通过植物神经系统影响外周心血管活动和内脏功能，故长期不良的情绪反应可导致躯体疾病的发生。情绪的丘脑假说虽然在现在看来有许多局限，但当时的确对心身关系的研究起到了非常重要的推动作用。差不多在同一时期，前苏联著名神经生理学家巴甫洛夫提出了情绪的动力定型和高级神经活动学说，认为高级神经活动控制情绪并调节内脏功能，并进一步推论，高级神经活动的异常可导致内脏机能失调，使机体产生各种各样的疾病。

Cannon 和巴甫洛夫都强调中枢神经系统在情绪产生和调节中的重要作用，这一观点直接推动了心理行为神经机制的研究，不少人开始利用损毁和电刺激等方法在中枢神经系统寻找问题的关键。Hess W 首先利用电刺激方法研究动物的情绪反应，他发现用微弱的电流刺激猫的下丘脑特定部位可引发出恐惧、发怒等情绪反应和攻击行为。Hess 的研究带动了寻找“情绪中枢”的热潮。在 1950 年代，美国生理心理学家 Olds J 和 Milner P 通过慢性埋藏电极给动物电刺激，意外地在许多脑结构发现了所谓的“愉快中枢”。他们的实验显示，为了获得对“愉快中枢”的持续刺激，动物会数小时不吃不喝持续不断地按压杠杆（按压杠杆可以接通电路，对脑组织产生刺激）。这些“情绪中枢”的发现为中枢控制情绪的假说提供了充分的证据。

二十世纪 30 年代，加拿大生理学家 Selye H 提出了著名的应激适应假说，认为应激是机体对恐惧等各种有害因素进行抵御的一种非特异性反应，表现为一般适应综合症（general adaptation syndrome, GAS）。按照这一假说，个体对外界紧张性刺激首先表现警戒反应。随后是适应或抵抗期，在此阶段，个体将成功地动员有关反应系统做好应对外界紧张刺激的准备并使个体内部防御力量与紧张刺激建立新的平衡。如果应激源持续存在或反复出现，则出现衰竭期。在衰竭期，个体的抗衡能力逐渐衰竭，机体出现焦虑、头痛和血压升高等一系列症状，并可导致各种心身疾病的产生。Selye 在应激方面的开创性工作以及 Mason 和 Lazarus 的重要补充和发展对后来医学心理学产生了巨大影响，直至今日，应激仍是医学心理学的重要研究内容。

美国心理学家 Wolff H 是现代医学心理学中生物学研究方向的代表人物。他系统地研究了各种心理变量和生物学变量之间的关系，探讨了心理社会因素与生理因素相互作用对人类健康的影响。Wolff 最大的贡献是在研究中对心理变量进行量化，并客观地测量所观察的生理和病理学变化。他所倡导的一系列研究方法成为医学心理学生物学研究方向的标准模式。后继的许多研究者采用类似的方法对心身疾病的发生、发展、诊断、治疗和康复进行了大量心理生物学研究，并把研究成果用于临床实践。

二、心理生物学研究的现状

现代医学和生物学的发展，极大地促进了医学心理学中心理生物学方向的发展。当前心理生物学不但研究各种心理行为因素对机体的影响，同时也注重这些影响即心身作用的生理

机制。

（一）心理因素对机体生理功能的影响

理论上讲，各种心理因素都在一定程度上对机体正常的生理活动产生影响，其中情绪、个性心理特征、行为方式以及生活事件在心身疾病的发生、发展和康复中的作用显得尤为突出，因此，目前心理生物学研究也较多地考察这些心理因素对机体的影响。与过去相比，现在对心理行为有了更加深入的了解并拥有了许多更客观的测量方法，而对躯体和脑的测量更是可以从分子、细胞到整体各个水平上进行。

关于情绪对机体健康的影响已有不少研究。大量证据显示，不良的、特别是持久的情绪体验可以引起植物神经活动和内脏机能的失调，导致心身疾病。借助各种生物学测量工具，心理生物学家正更加系统地研究不同的情绪类型所引起的不同的生理和病理反应的各个环节。其中情绪变化引起的神经体液调节是当前研究的焦点。

个性特别是个性心理特征与心身疾病的关系也较为密切。现在已经初步发现一些个性与某些疾病之间具有很高的相关性。比如好斗的个性与高血压病的发病有很高的相关性，但至今仍不清楚为什么这种个性类型容易患高血压病，是因为具有这种个性的个体的生活规律有问题、还是他们更容易产生不良情绪体验或者这些人的心血管功能或植物神经与其它类型的人不同。另外，随着分子遗传学的进展，有人试图探讨基因与个性核心身疾病之间的关系，的确，已有一些证据表明，个性的形成可能有很大的遗传因素。

许多行为方式也被证明与机体的健康有关，其中一些不良行为可直接引起一些疾病的发生。有关研究者正在系统地研究这些不良行为究竟通过影响哪些生理环节而导致疾病的发生。但使这些研究者感到困难的是，行为方式本身受许多心理因素的影响，很难把行为方式与单一的心理变量对应起来。

许多生活事件可以对机体造成不良影响，成为重要的应激源。但各种不同性质的事件在致病性方面究竟有什么区别，通过什么样的心理生物学机制，都还有待于进一步研究。

（二）心身作用生理机制的多层次综合研究

医学心理学的心理生物学研究不但要了解心理因素对机体的影响，更要研究产生这种影响的生理机制，只有充分揭示心身作用的生理机制才有可能最终揭示心身关系的本质。以往心身关系的研究较注重心理因素对躯体反应的影响，而在一定程度上忽略了脑的内部过程。越来越多的证据表明，心身作用既与外周神经系统、免疫系统和心血管系统的活动有关，更依赖于中枢神经系统的调控作用，因此许多研究已经从躯体深入到脑的内部，探讨中枢神经系统在心身关系中的作用。现代分子生物学的发展促使心身关系的研究深入到分子水平，但与此同时，研究者也更强调整体观指导下的分子、细胞、系统和整体各个层次上研究，而且充分考虑到环境和社会因素的影响。

心理神经内分泌学和心理神经免疫学方面的研究充分体现了这种多层次综合研究的特点。作为神经内分泌系统轴心的下丘脑-垂体-激素系统是心理因素影响躯体生理病理过程的解剖学基础，这一系统以下丘脑为整合中心。许多心理行为因素甚至环境因素可以影响大脑的不同区域的活动，后者通过下丘脑的传入联系影响下丘脑的活动，下丘脑再通过传出联系影响内分泌功能达到控制内脏和植物神经系统活动的目的。因此，探讨心身作用机制就必须采用多层次的综合研究。研究者可以从环境因素和心理因素对脑功能的影响入手，观察这些因素作用于哪些脑结构，这些脑结构通过哪些神经递质或调质作用于下丘脑受体，下丘脑又

是如何影响内分泌系统和植物神经系统的，其中又涉及哪些生物分子，心血管系统又有哪些改变等等。

不良的心理因素已被证明可以抑制机体的免疫机能。那么这些心理因素是通过什么环节起作用的呢？这一问题可以通过心理神经免疫学的研究中寻求答案。现在已经在几乎所有的免疫细胞上发现神经递质和激素的受体，反过来，大多数神经递质和激素的受体都已在免疫细胞上发现。显然心理因素可以通过影响中枢神经系统的功能，再促使神经-内分泌系统释放神经递质和激素，通过影响免疫细胞上的受体影响免疫机能。已经阐明，糖皮质激素和一些肽类神经调质在此过程起这关键的作用。此外，在应激和其它一些心理因素影响下，机体还会产生免疫抑制因子对免疫系统产生抑制作用。值得注意的是，一些免疫物质也可以反过来影响神经内分泌系统的活动，如致敏的淋巴细胞可以通过释放因子，经血液循环影响脑，或者进入脑组织后再在局部释放细胞因子起作用。

总之，心身关系是一个复杂的系统，各种因素纵横交错，用单一的一种生物学过程难以解释。目前许多心理生物学家强调整体和系统的研究方式，将研究视野扩大到由宏观的社会因素到个体不同的心理过程，到各系统各器官直至分子细胞水平的躯体功能活动，并将其结果整合起来。这种较系统全面的研究符合新的医学模式。目前在心理社会应激研究就往往体现了这种研究模式，涉及社会生活事件（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。

三、心理生物学研究评述

心理生物学研究对医学心理学的发展做出了极为重要的贡献，现代医学心理学中的许多知识来自这方面的研究。随着现代医学和生物学的发展，心理生物学研究在医学心理学中的作用将会更加突出。心理生物学研究仍将是今后医学心理学研究的一个重要方向。

心理生物学研究的最突出的优点是，由于采用了严格的实验设计、客观的测量手段和可靠的数理统计，因而能准确地揭示心身之间的相互关系。此外，由于心理生物学研究更及时地采用各种新技术，研究更具有前沿性。

但是，由于心理活动是生物-社会和多种其它因素交互作用的产物，试图以心理生物学的研究结果和生物学的理论观点来全面解释复杂的心理现象和心身关系显然有很大的局限性。特别是许多心理生物学的结果由动物实验获得，这些结果有相当一部分不适合于解释人的心身关系。因此，今后心理生物学应是社会因素和生物因素并重，并采用多层次多学科的综合研究。

（翁旭初）

第五章 其他有关理论

一、人本主义理论

（一）主要理论内容

当代人本主义理论以马斯洛（Maslow A, 1908~1970）和罗杰斯（Rogers CR, 1902~1987）为主要代表。他们的理论主要有：

1. 对潜能的理解 40年代初,心理学家罗杰斯提出一种新的看法,认为人本质上具有争取自我实现和自我理解的巨大资源,具有维持自我健康成长,选择和控制自己命运的潜能,而环境(包括其他人)可阻碍它的发展。

2. 自我论 罗杰斯认为,婴儿没有自我概念,随着个体成长逐渐分化形成自我。他认为每个人心中有两个自我,一个是实际的自我;一个是他打算成为的自我,即理想的自我。如果两种自我有很大重合或相当接近,人们的心理是健康的;反之如果两种自我评价间差距过大,心理问题就容易出现。

罗杰斯认为追求积极的关注,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。个体发展首先从父母处获得积极关注,孩子习得了服从父母意旨就能获得关注(条件性积极关注),这种获得积极关注的条件,就是“价值条件”,儿童反复体验这些条件,就会内化成自我的一部分,即将他人的评价内化为自我的评价(自我概念),当这些自我概念和周围现实不协调时,就会出现心理障碍。

罗杰斯认为,自我不协调的原因是条件性积极关注所致,所以,提倡用“无条件性积极关注”(即对儿童各种行为都给予关注,不加批判地接受,不作“坏”、“好”的条件评价),创造平等、真诚、协调、理解的环境,从而帮助儿童实现态度和行为转变。

马斯洛的需要层次理论(hierarchy of needs theory)将“自我实现”列为人类最高的需要(参见第二章)。

(二) 述评

人本主义心理学(humanistic psychology)的优点:①提出以健康人为研究对象,有重大意义;②能够认识发挥人的内在潜能,主张个人“自由选择”有积极作用。缺点:①强调主观的自我,忽视客观的作用;②强调无条件关注的绝对作用,否定条件关注的积极意义;③将一切心理障碍都归于自我失调,是不全面的;④马斯洛的理论缺乏严格科学性。

二、社会学研究方向

社会学研究方向是从社会学或社会心理学理论和研究角度,探讨社会(环境)变量和社会心理变量(心理社会因素)与心身健康的关系,包括病因、病程、治疗、康复和预防等方面的关系;并涉及许多因素,如政治制度、经济状况、道德规范、宗教信仰、民族、民俗、家庭、人际交往,还包括人们的行为方式或生活习惯,社会适应等。

另外,社会发展对人心身健康的影响也越来越突出。20世纪末(1980~1990年代)兴起的安康运动将健康评价范围扩大为躯体、社会、情绪、智能、心灵(精神 spirit)及环境等六个维度。其中有许多都与社会发展相连。例如社会维度中涉及人际关系、社会适应能力及行为方式;心灵维度关系到人的信仰、信念;环境维度与社会发展关系更大,如生态环境变化、生活方式改变、都市化、工业化、职业变更、社会角色、阶层、职、权、钱的分配与争斗、社会治安、意外事故等等都可成为影响心身健康的应激源。

(一) 跨文化研究

社会学方向的跨文化研究(cross-cultural research),重视不同群体的社会文化背景与群体健康关系的调查分析,例如对移民高血压发病率的调查研究,将移居人群与原籍相同条件人群进行比较,可探讨社会环境对高血压发病率的影响。我国近年由何兆雄著的《自杀病学》对自杀这种心理行为疾病作了全面的社会学研究。其中包括对中国移民和国外移民自杀发病率的分析研究,

并根据大量资料分析探讨自杀与自然环境、社会环境即地理分布、民族、民俗、年龄、性别、文化、经济贫富、卫生保健、社会保障、人际沟通的关系特征等等。

以往也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，对探讨疼痛的心理生物学本质及社会文化影响提供了证据，国内外有许多研究不同民族之间心理行为变量的差异，以探讨某些疾病发生的文化背景。

（二）社会行为因素

不良的社会环境和不良的社会行为密切相关。关于对人类健康造成严重威胁的性病、爱滋病的广泛流行和传播问题，均与不良的性行为，性自由有着重要关系。因此，结束性乱，是简单易行而又有效的预防爱滋病的个人健康处方，也是遏制爱滋病流行的社会公共卫生策略。还有吸毒、吸烟、酗酒、药物依赖等不良行为对人类健康的危害，均应引起全社会的重视。因此，大力开展心理健康宣传，注重青少年健全个性，良好行为习惯的培养，加强对不良行为矫治研究也是社会心理学的重要课题。

此外，社会学方向还研究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；研究疾病的社会干预，如改善环境、开展社区和家庭治疗等。

三、中医的医学心理学思想

祖国医学中的医学心理学思想非常丰富。

整体观是中医理论的重要特征。中医强调人的心身统一，如《黄帝内经》写到“形与神俱，乃成人；如形与神离，则骸独居而终。”因此，中医治病采用望闻问切辨证识治。

中医重视心理环境因素对疾病的作用。把心理因素归为“七情”，把外界环境因素归为“六淫”。中医的脏志学说认为心志喜，肺志忧，脾志思，肝志恐。并认为“七情”致病不同于“六淫”。认为“七情”为内伤，故《内经》中有“怒伤肝，喜伤心，思伤脾，忧伤肺，恐伤肾”的记载。中医诊治疾病重视内伤“七情”、也不忽视外感“六淫”或不内不外因的作用，强调两者结合起来研究。如“寻其类例，别其三因，或内外兼并，淫情交错，推其深浅，断其所因为病源”。

中医诊病四诊时也注重心理社会因素。如《内经》中有“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》中有“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。

中医治病历来注重使用心理治疗。如《内经》中有“精神进志意治，故病可愈。今精坏神去，荣卫不可复收。”并记载有多种心理治疗的方法。如《内经》中有“告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦”，属于开导式心理治疗。还有怒伤肝，用悲胜怒，喜伤心，用恐胜喜等属于以情胜情式心理治疗。

中医重视精神摄生，《内经》中有“精神内守，病安从来”，中医重视预防，强调治未病，如“是故圣人不治已病治未病……夫病已成而后药之……不亦晚乎！”

（过慧敏）

第二章 人的心理

心理具有主客观双重属性。在一定的学科领域，心理与行为等同。心理学家是从心理过程和个性两方面来分析心理现象或心理活动的。学习医学心理学，必须掌握有关的心理基本概念。

Ⅰ 心理是人脑的高级机能；是个体与环境（特别是社会环境）相互作用的精神活动。

Ⅰ 心理过程包括认识过程（感、知觉，记忆，思维，想象等），情感过程与意志过程。

Ⅰ 个性是人与人心理上的差别，包括个性倾向性（需要、动机、兴趣、人生观等）；个性心理特征（能力、气质、性格）；自我意识（自我认识，自我体验，自我调节）。

第一节 心理的脑基础

心理是脑的功能，脑是各种心理活动的物质基础。脑的结构和功能都非常复杂，阐明脑的奥秘是科学家长期而艰巨的使命。

三十年以前，前苏联神经心理学家鲁利亚指出，可以从比较解剖法、脑局部刺激法和脑组织损毁法三个途径研究脑的功能和组织。近二十年来，利用分子生物学和脑功能成像为代表的新技术在脑研究的各个方面取得了许多宝贵的资料，与鲁利亚时代相比今天我们对脑的认识有了本质的进步。

一、心理是脑的功能

（一）脑的进化与心理功能

人脑及其心理功能是长期进化的产物，这一点可以从动物进化的不同阶段的神经系统和行为特点的相互关系上看出来。鲁利亚倡导的比较解剖学方法就是试图通过比较进化水平不同的动物脑和行为的差异研究脑和心理之间的关系。由这一途径获得的大量资料，对理解人脑结构和机能的组织具有极其重要的意义。

在进化的最初阶段，动物只有弥散的或网状的神经系统，相应的行为也较为简单。随后出现的头部神经节构成了中枢神经系统的雏形，而具有头部神经节的动物就已经具备一定的信息加工能力了。总的来说，这些低等动物行为基本上是反射性的和本能性的。

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 and 外周神经系统的区分，也才有了真正意义上的脑。与此同时，动物的行为也变得较为复杂了，已可以应付更为复杂的陆地环境了。在脊椎动物进化的早期阶段，主要的行为由较为简单的嗅脑和中脑控制。而到了鸟类，丘脑-纹状体系统变得特别发达，用于保证飞行的平衡。哺乳动物的中枢神经系统，特别是大脑皮层得到进一步发展，这些动物已经可以很容易地建立条件反射，而且在适应环境过程中已经可以形成个体特有的行为方式。

人脑的形成大约经历了 10 亿年，大脑皮层特别是新皮层在人脑得到了高度的发展，可以适

应各种各样极度复杂的自然环境。由于在自然环境条件上又增加了社会历史条件，使人脑的进化方式发生了一定的改变。在产生语言和自我意识后，人脑与动物脑有了质的区别。另外，与其它动物相比，由于具有更高的智力和更细微、敏感的情感体验，人的心理活动更为微妙，也更容易发生心身疾病。

既然心理是脑的功能，一种自然而然的想法是，心理和智力的发展水平可能与脑的重量有关。由于各种动物大小差别很大，因此在进行脑重与智能相关形研究中，采用脑重与体重比例比单独提供脑重更为客观。对脑重和体重比例进行一定的数学转换就可以得到所谓的脑化指数(encephalization factor)。尽管不同的研究者对脑化指数的计算方法有所不同，但都显示人类的脑化指数远远大于其它动物。

脑化指数的差异并不是脑机能复杂化的绝对标志。在动物进化过程中，脑的各部位并不是均匀发展的，其中新皮层的生长具有重要意义。如果把一种食虫类动物脑的新皮层面积设定为 1，那么，树 狪 (一种小型的灵长类动物) 的新皮层是 10，大猩猩是 30，黑猩猩是 69，而人类新皮层则超过 150。新皮层的高级联合区在人类得到高度发展，其中有一些为人类所特有。此外，神经元突起的数量、胶质细胞的密度和脑沟的深浅等也可能与心理和智能水平有一定的关系。

(二) 大脑皮层的三级功能区

鲁利亚曾根据大脑皮层细胞构筑和机能特点，把大脑皮层分为三级功能区，尽管现在对功能区分越来越精细，但这一分类法的基本原则至今仍有重要的指导意义。下面对此作一简要介绍，并根据新近的研究结果作适当的补充和修改。

一级区又称投射区或初级区(primary area)，包括额叶中央前回的初级运动区(Brodmann 4 区)、顶叶中央后回的初级躯体感觉区(Brodmann 3、1、2 区)、枕叶后部的初级视觉区(Brodmann 17 区)和颞叶上部的初级听觉皮层(Brodmann 41 区)。一级区的机能具有高度模式特异性，负责特定的感觉功能或直接参与运动的发起和执行。这些区域一般与外周有很好的拓扑投射关系，如初级视觉区各个部分与外周视野有非常确定的对应关系，而远端肢体在对侧初级躯体感觉区有明确的定位。损伤这些区域可引起特殊的感觉和运动机能障碍。

在每个一级区上增生着二级区(又称投射-联合区)。二级区应包括位于枕叶前部和颞叶后下部的视觉系统纹外区(Brodmann 18、19、37 区)、位于颞上和颞中回的听觉联合皮层(Brodmann 42、22 区)、位于顶上小叶的躯体感觉联合皮层(Brodmann 5、7 区)以及位于额叶的前运动区和辅助运动区(Brodmann 6、8 区)。对于与感知觉有关的大脑皮层，一级区产生感觉，二级区主要产生知觉；而对于运动系统，一级区主要与运动的执行有关，二级区则参与运动的编码和计划等较高级的功能。由于二级区功能仍保持通道特异性，即二级区只与特定的感知觉或运动功能有关，因此又称为单通道联合区(unimodal association area)。如损伤视觉联合区只影响视觉功能而不影响其它感觉功能。

三级区也叫重叠区或多通道联合区(multi-modal association area)。三级区有前后两大部分。后部的三级区位于顶、枕、颞二级区的交界处，其主要功能是对各种感觉信息进行整合并与注意有关。皮层前部的三级区位于前额叶，它不但是运动系统的最高级机能区，同时也是边缘系统的高级控制区。前额叶的主要功能与有目的的指向性活动有关，负责对行为的组织、计划和实现有意识的活动。新近的研究提示，前额叶还是工作记忆中央执行系统的解剖基础并与自我意识有关。三级区已失去通道特异性，损伤三级区并不能引起特异的感知觉功能障碍，也不会引起瘫痪，但

可丧失对多种信息的综合分析和行为的计划组织能力，出现失认、失用、一侧忽视、语言理解和表达障碍、工作记忆障碍甚至人格方面的改变。三级区在人类得到高度发展，这可能是人类心理活动有别于其它动物的一个重要因素。由于三级区的功能非常复杂，目前还只是了解了非常有限的一部分，如何阐明这一结构的功能是当前和今后很长一段时间内心理学和神经科学面临的重大挑战。

二、脑的基本机能系统

人的心理过程是复杂的机能系统，它们不可能局限在脑的某些个别区域，即便是一些非常简单的心理活动也需要有许多脑结构共同作用完成。基于这种认识，鲁利亚提出三个基本机能系统的假说，认为所有心理过程都是由脑的三个机能系统协同完成的。每个系统都有分层次的结构，并且至少是由彼此重叠的三种类型的皮层区组成。

（一）调节张力和维持觉醒水平的系统

为了保证完整的心理过程和实现有目的、又组织的指向性活动，中枢神经系统必须保持一定的张力和维持较高的觉醒水平。那么哪些脑结构担当着这一重任呢？许多实验证据提示，它们可能是位于脑干的非特异性网状激活系统。脑干网状结构的上行纤维终止于丘脑、尾状核和旧皮层，对大脑皮层的激活起着决定性的作用，而反过来，脑干网状结构也接受大脑皮层等上部结构的调节。网状结构功能异常，可导致意识障碍，甚至出现昏迷，使正常的心理活动无法进行。

上行激动系统的激活作用实际上有三种来源，即机体的内部代谢、内外环境的刺激以及来自大脑皮层的下行激活系统。在一般的生理学和神经科学著作中对第二种来源即外界刺激的非特异激活有较多的描述，而对其它两种来源很少提及，原因是对这两种来源的生理基础缺乏足够的实验证据。

（二）信息的接受、加工和存储的系统

该系统位于大脑外侧面的中央沟后部，相当于皮层的视、听和躯体感觉区、联合区及相应的皮层下组织。包括前面提到的三级区域：一级区用于接受特异信息，并产生感觉功能；二级区对信息进行进一步加工和特征提取，并形成知觉功能；三级区则进行更高级、更抽象的加工和存储。这些区域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。即一级区的特异性比二级和三级区高，而三级区的机能偏侧化比二级区和一级区明显。新近研究发现，一级区也具有学习和信息的存储机能，而且上级区域对下级区域有经常性的自上而下的调节作用。

（三）运动的计划、调节和控制的系统

负责运动计划、调节和控制的系统位于大脑外侧面的中央沟前部，相当于初级运动区、运动联合皮层和前额叶。这一系统按照与第二机能系统类似的原则分层次地工作，所不同的是神经冲动的传递方向与第二机能系统相反，神经冲动由三级区传至二级区，再传至一级区。前额叶（三级区）与几乎所有的皮层区域有双向联系，使其既可以对其余脑结构进行调控，也可将从别处传来的信息进行进一步加工，修正行动的计划 and 程序，使之符合原初的意图。这种有意识、有目的、有计划的调节机制是在言语的参与下进行的，因而是一种抽象的高级心理活动。二级区接受三级区传送的信息，把执行某种行为的指令进行有序地组织，并使头、眼、手、足整个躯体的肌肉处于行动前的准备状态，然后再发送指令激发一级区（初级运动区）神经元的活动，后者再将冲动

传送至脊髓运动神经元而产生精细的运动。

（四）三个机能系统之间的相互关系

在正常情况下，三个机能系统并不是独立工作的。比如，视觉功能主要依赖于视觉皮层（属于第二个机能系统），但视觉皮层单独工作并不能很好地完成视觉任务，而必须在三个系统的联合作用下才能正常工作。第一机能系统保证必要的皮层张力和维持一定的觉醒水平，第二机能系统实现对通过视神经进入大脑的视觉信息进行分析 and 综合，而第三机能系统保证有目的探索，比如眼睛随注视目标的运动等等。

三、大脑半球机能的不对称性

自 Dax 在 19 世纪 30 年代提出语言功能的左脑优势的观点以来，对大脑两半球机能不对称（functional asymmetry of cerebral hemispheres）的研究经历了漫长的历程。在此过程中，Broca、Wernicke、Sperry 和 Myers 等一大批研究者做出了杰出的贡献。现在，大脑两半球机能（形态）的不对称性现象已经被肯定，并已掌握左、右半球机能的许多特点，但对造成这些现象的根本原因和意义至今没有统一的解释。因此，对大脑两半球不对称性的研究在今后很长一段时期内仍是一个富有挑战性的难题。

根据各自的研究目的和研究条件，研究者们发展和建立了许多不同的方法和技术用于研究两半球不对称性。一种经典且有效的途径是利用神经心理学方法观察局部脑损伤病人的心理活动，这一途径是获取脑机能一侧化资料的重要来源。Wada 试验通过向一侧颈动脉注射麻醉剂推知个体语言机能的优势半球，在临床上具有重要的应用价值。但由于 Wada 试验有一定的危险性，人们一直在寻找一种既安全又可以在每个个体确定脑优势半球的方法，最近十年发展起来的功能磁共振成像技术（fMRI）似乎符合这一要求，有望在不久的将来取代 Wada 试验。实验研究则常采用半视野速示法、双耳分听和脑电/事件相关电位（ERP）技术研究正常人和裂脑病人两半球的功能特点。

各方面的研究结果都表明大脑两半球的功能是高度专门化的（表 2-1）。其中，左半球的功能具有分析的、抽象的、继时的、理性的和主题的特征，在计算、逻辑、语言等抽象思维方面占优势；而右半球机能具有整体的、具体的、同时的、直观的和同格的特征，在空间知觉、音乐欣赏和绘画等整体知觉和形象思维方面有明显的优势。

功能	左半球	右半球
视觉	字母及单词识别	复杂图形及脸孔识别
听觉	言语性声音	环境声音及音乐
运动	复杂随意运动	运动模式的空间组织
语言	听说读写	
空间和数学能力	数学能力	几何学、方向感觉和心理旋转

改编自韩济生主编《神经科学原理》p957

需要指出的是，大脑两半球不对称性还与遗传、环境等许多因素有关。其中与利手之间的关系一直受到人们的关注。一些研究提示，左利手者的语言和思维的一侧化倾向低于右利手者。另外，脑机能一侧化还可能与性别有一定关系。初步的研究显示，女性的大脑机能一侧化倾向不如男性明显。特别值得注意的是，一侧化还可能与一些神经、精神疾病有关，但不清楚是一侧化和

疾病究竟谁是因谁是果。此外，有人正在研究一侧化、利手与个性、情绪体验、认知能力之间的关系，但尚未得到肯定的结论。

但是，越来越多的研究提示，两半球功能专门化和优势并不是绝对的。所以在强调脑机能一侧化时，切勿忽视两半球的协同性及脑的代偿机能。Sperry 的主要协作者 Gazaniga 曾说过，当时使用“一侧化”一词是一种失误，起了误导作用。对于正常人来说，大多数情况下两半球的活动是相互协同的。比如被一向认为与语言功能关系不大的右半球其实并非“沉默”，在左半球损伤后一些病人仍保留一定的语言机能，正常人的脑电图和脑功能成像结果也显示，进行各种语言任务时右半球都有一定程度的激活。还有人提出汉语识别过程很大程度上依赖于右半球，但没有被普遍承认。

四、心理学的神经科学研究现状

近年来，心理学和神经科学的研究方向正在发生一些有趣的改变。一方面，心理学家开始以前所未有的热情关注长期来被忽略的心理活动的神经基础问题；另一方面，神经科学纷纷转向脑高级功能或心理行为的规律问题，神经科学的研究对象正在从脑低级功能向高级功能转移。心理学和神经科学的结合导致了一门新兴学科——认知神经科学的诞生。

认知神经科学研究除采用经典的神经科学和心理学研究手段外，还利用物理、化学、数学、计算机科学和一些技术，科学研究脑结构和功能的各个方面。研究者在把研究推向分子水平的同时，更加注重整体和其它水平的研究。因此，当前脑科学的显著特点是多学科和多层次的综合研究。

心理学的神经科学研究在最近二十年取得了许多重要的进展。其中，利用分子神经生物学和无损性脑功能成像技术所取得的成就最为引人注目。分子神经生物学技术的应用，使许多行为和心理现象在分子水平上得到解释。比如，利用转基因技术已经确定了一系列参与学习记忆的生物分子，并初步弄清了这些生物分子在突触可塑性方面的作用。一些神经、精神疾病找到了特定的相关基因，并已开始研究基因治疗的可行性。利用新的脑功能成像技术，研究人员已经可以观察到与心理活动相关的人脑内部的动态过程，并可实时测量人脑内各种生物分子的分布和代谢。这等于把一个透明的活体人脑呈现在研究者面前，使我们对于一些传统难题的研究变得可行。如通过观察一些行为相关的脑活动的动态变化可以对意识的脑机制进行一些推论。

但也必须认识到，脑科学和心理学中的一些重大的科学问题仍未取得突破性进展。我们至今仍不能解决知觉的整合机制问题，对意识特别是自我意识的脑基础的理解更是非常粗浅。总体来说，我们对脑的细节、局部和结构的了解要比对总体、系统和功能了解多一些。二十一世纪的脑科学将面临更大的挑战。

（翁旭初）

第二节 心理的社会学基础

心理是脑的机能，并不是说大脑本身就可以产生心理。人脑是心理产生的物质基础，任何心理现象的产生，都是人脑在客观现实作用下，进行活动，从而产生的。

一、心理是客观现实的反映

（一）客观现实是心理活动的内容和源泉

人的心理活动的内容都来源于客观现实。客观现实包括自然环境和社会环境，其中社会生活、生产劳动言语交往、人际关系、文化传统、风俗习惯是最重要的，起决定作用的源泉。自 18 世纪以来，世界各国先后发现 30 多个被野兽哺育大的孩子，有猴孩、熊孩、狼孩、羊孩等。这些孩子都是人的孩子，但是，他们没有人的心理行为。他们不会说话，都只能发出不清楚、不连贯的声音，都不能直立行走，不会使用双手拿东西。其中最著名的是 1920 年印度人辛格在狼窝里发现的“狼孩”卡玛拉。被发现时 8 岁，当时不穿衣服，只能用四肢爬行，趴着睡觉，用舌头舔着吃东西，不会用手拿碗、拿杯子，她怕火、怕水，夜间视觉敏锐且深夜常嚎叫……总之，卡玛拉完全没有 8 岁儿童应有的心理行为。她回到人类社会后，经精心教育，两年后学会站立，四年后学会了 6 个单词。她活到 17 岁，而当时也只有 3~4 岁儿童心理发展水平。这表明，人长期脱离社会环境，没有社会交往，就没有正常心理。

（二）心理是客观现实主观和能动的反映

人的一切心理现象，从感觉、知觉、思维、想象，到情感、意志都是人脑对客观现实的主观反映形式。然而，人的主观心理并不是死板地、机械地反映事物，人对客观现实的反映受每个人知识、经验、个性特征等主观因素的影响。例如，对同一个人、同一件事，人们会有不同的态度、不同的反映；甚至人们对同一事物的反映，在不同的时间、不同的心理状态下反映也不一定相同。这说明人的心理反映都带有主观性。

此外，人在反映客观现实的同时，还能积极主动地改造客观现实。人类社会的进步和发展雄辩的证明，人类的生存进化都是人与自然环境、社会环境相互适应、协调，根据人类需要不断改造自然、改造社会的结果。

人心理的能动性和创造性均是人脑对生活实践能动反映的结果。人脑不仅有一般的记忆力、理解力，而且还有创造性思维和想象力。人脑不仅是一个运转站，而且是一个加工厂，是一个极其复杂的自我调节系统。人心理的能动性和创造性，就是人在实践中接受客观事物，通过头脑这个自我调节系统，对信息进行加工处理，对行为进行调节实现的。

二、人的社会化

人的社会化（socialization），是在特定的社会与文化环境中，一个自然人形成适应于该社会与文化的人格，掌握该社会公认的行为方式，转变为社会人的过程。

（一）社会化的主要因素

个体的社会化是个体与社会环境相互作用，不断接受社会教化实现的，是一个逐步内化的心理发展过程，其中家庭、学校、社会文化是影响心身发展的主要因素。

1. 家庭和父母的影响 家庭是人生之初所处的社会环境，儿童在家庭中生活的时间长，父母对子女社会化的影响大于其他人的影响，父母行为是孩子学习的榜样，起着潜移默化的作用。主要表现在父母的养育态度、家庭氛围、孩子在家庭的地位、父母道德观念、行为规范等。个体出生后，与父母互动交往，交流信息，沟通情感，将学习、生活、待人接物、言谈举止纳入规范，从而使他们逐渐懂得是非、善恶、好坏、对错等。这就是接受社会教化。国外有研究表明，学前期（从出生到 7 岁），是接受社会化的最佳时期。这个阶段父母对孩子的态度和教育方式，对儿

童心理发展，特别是性格的形成起着十分重要的作用。拉特克研究以父母教养态度和家庭气氛对孩子人格形成的关系如下：① 家庭自由限制很少的孩子和家庭束缚很多的孩子相比，竞争心少，很重视朋友之间的友谊。② 家庭中惩罚方面很宽恕的孩子和家庭严厉管教的孩子相比，更加能体贴别人，对他人的批评很敏感。③ 对孩子教养方面，父母平均分担责任的孩子，往往适合当领导工作。④ 兄弟关系和谐的孩子，其情绪比较稳定。⑤ 民主家庭的孩子比专制家庭的孩子更富有同情心，人际关系协调，情绪稳定。

2. 学校的影响 学校教育在个体心理发展和个性形成上也有重要的作用。学校向学生传授知识培养技能；并向学生灌输社会生活目标，社会行为规范，促使他们形成正确的世界观和社会道德、行为规范。学校根据学生心理发展规律，根据国家的教育方针、培养目标，有计划、有步骤地对学生施加影响；学校教育还通过教材、教师人格、课堂教学、班级、团队活动以及各种课外兴趣活动等促使学生心身发展实现社会化。

3. 社会文化的影响 社会文化包括政治、经济、国家的舆论宣传、文化、艺术、宗教、风俗习惯、生活方式及社会生产力水平等等。任何社会对自己的社会成员都有特定的希望和要求。因此，不断教导每个社会成员树立正确的社会生活目标，是社会教化的基本内容。每个人只有掌握了谋生手段，从事一定的社会职业，能对社会作出有益的贡献，才是一个具有社会地位的社会成员。社会教育要求每个社会成员把本社会共同的生活目标内化成个人的生活目标，把各种社会生活的行为准则内化为个人行为准则，这样，社会秩序才能得到充分协调，才能保证社会的发展。

社会化了的人，一部分品质与全世界所有人共有的，即与动物不同，例如，人会劳动、会创造工具、使用工具，而动物不能；其中一部分品质是与某些人共有的，如国民性，民族、籍贯、地区、阶级、阶层等。因此，国籍不同，国民性也不同，例如，中国人有勤劳的传统、家庭观念较强；美国人进取、家庭观念较淡薄等。所以不同国家、不同民族、不同籍贯、不同地区、不同阶级、不同阶层的人心理品质是不一样的。

（二）继续社会化和再社会化

个体经过家庭和学校的教化后进入社会，此时一个自然人转变成社会人的社会化过程基本完成。但是，社会生活是不断发展变化的，新情况、新问题、新知识、新技术，要求每个社会成员需要适应社会不断变化，于是就需要不断地学习，即所谓“活到老，学到老”。这就是继续社会化。

另外，科学技术的发展，促进了社会生产力的发展，也促进了社会生活方式的急骤变化，它要求每个社会成员舍弃或改变原有的社会文化和生活方式，建立适应社会发展的的新生活方式。这就是再社会化。例如，家用电器、通讯设备、交通的发达极大地改变了人们的生活方式。再社会化分为主动社会化和强制社会化两类。主动社会化是个体主动地改变原有生活方式，适应新的生活方式。如边远山乡的农民进入大城市、移民他国等。强制社会化是为了维持正常的社会秩序，对那些违背社会规范，触犯法律的个体进行强制性教化的过程。如监狱、劳改场所等。

第三节 认知过程

认知过程（cognitive process）是对客观世界的认识和察觉，包括感觉、知觉、记忆、思

维、注意等心理活动。反映论将此过程视为客观事物在人脑中的反映，而现代信息论视其为人脑对客观世界变化信息（刺激）的加工，因此对认知过程各种概念就有反映论与认知理论的不同表述。

二、 感知觉

（一）概述

感觉（sensation），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；或者说是机体的感觉器官对环境变化（刺激）的反应。例如物体的大小、形状、颜色、软硬、声音、气味等这些个别属性，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。例如我们感觉到的红色、香味、软的、高的等属于感觉。通过感觉，人们也能了解到身体的状况，如身体倾斜、手臂的伸展、肚子疼等。

知觉（perception），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；或者说是感觉器官与脑对刺激作出解释、分析和整合。任何事物的整体，都是由许多个别属性，按一定关系综合构成的。例如香蕉就是由它特殊的外形、特有的表皮、特殊的味道、特殊的果肉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、传入神经和大脑皮层相应区域三部分组成，其中任何一部分受损伤都不能产生感觉。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。

感觉是认识的开端，是一切知识的来源。如果一个人丧失了感觉，那他就不能产生认识，更不能产生情感和意志。感觉是维持人正常心理活动的必要条件。McGill 大学在 50 年代进行了第一个感觉剥夺（sensory deprivation）实验。让被试者躺在隔音实验室的小床上，蒙上眼睛，堵住耳朵，套上手套，基本上剥夺了受试者的视觉、听觉、视觉和触觉，结果表明，被试者第一天在睡眠中度过，但接下来开始感到不安，烦躁难受，大多数被试只能坚持 2-3 天，没有 1 个人能忍受 1 周。这说明剥夺感觉后，人的心理会产生异常，注意力不能集中，不能进行连续清晰的思考，有的人会产生幻觉，变得神经质，甚至产生恐怖。这些改变在终止实验后，需经过一段时间才能恢复。

（二）感受性及其变化的一般规律

1. 感受性与感觉阈限 感受性就是感觉器官对刺激的敏感程度。感受性的高低用感觉阈限大小来衡量。感觉阈限就是刚刚能引起感觉的最小刺激量。感受性的高低与感觉阈限的大小呈反比关系。另外，那种刚刚能够引起差别感觉的最小刺激量叫差别阈限。差别感觉阈限的大小与差别感受性的高低同样呈反比关系。

2. 感觉的适应 感受性可由刺激物的持续作用而发生变化的现象叫适应现象。适应可使感受性提高或降低。如由明亮的地方突然进入暗室，起初什么也看不见，等一会就看清了，这叫暗适应。这时视觉器官感受性提高了。从暗室突然走出来，光亮刺眼，什么也看不见，等一会又看清了，这叫光适应。这时视觉器官感受性降低了。嗅觉的适应性最强。入芝兰之室久而不闻其香，入鲍鱼之肆久而不闻其臭，是嗅觉适应。

3. 感觉的相互作用 在一定条件下，各种不同的感觉都可能发生相互作用，从而使感受性发生变化。例如在噪音影响下，黄昏视觉感受性降低；在绿色光线照明下听觉感受性提高，红光照

明下听觉感受性下降。食物的凉热可影响它的味道，视觉变幻可以破坏平衡觉，使人发晕或呕吐等。不同感觉相互作用的一般规律是：微弱刺激能提高其它感觉的感受性，而强烈的刺激则会降低其它感觉的感受性。

4. 感受性的补偿与发展 人的各种感受性都是在生活实践中发展起来的，如音乐家有高度精确的听觉，调味师有高度完善的味觉和嗅觉，有经验的汽车司机，根据发动机的声音能准确地判断故障发生的部位等。盲人由于生活实践需要有高度发达的听觉和触觉，有些聋哑人可以“以目代耳”，学会“看话”等。这些说明人的感受性通过实践训练是可以充分发展的。人的感受性有巨大的潜力。

（三）知觉的基本特性

1. 知觉的选择性 人们周围的事物是多种多样的，但人们在一定时间里，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。它周围的事物则作为知觉的背景。知觉对象在背景中突出出来，会使我们对它的知觉更清晰。背景处在陪衬地位，在当时也被知觉到，但却较模糊。对象和背景可互相转换。例如我们看电视时，电视屏幕是知觉的对象，电视机旁的花瓶属于背景。关了电视机，我们看花瓶中插的花，花又成了知觉的对象，这时电视机则成为知觉的背景了。

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。客观因素：① 刺激物的变化；② 刺激物的对比：有形态、强度、颜色、好坏的对比等，对比差别越大越容易被区别出来；③ 刺激物的位置：距离接近、形态相似的刺激物容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；⑤ 反复出现的刺激物易被选择为知觉的对象等。

2. 知觉的整体性 知觉的对象都是由不同属性的各个部分组成的。人们在知觉它时却能依据以往的经验把它组织成一个整体。知觉的这种特性就是知觉的整体性。影响知觉整体性的因素有：接近、相似、闭合、好的连续、好的形态等。

3. 知觉的理解性 人们知觉事物时总是用已有的知识经验去解释它、理解它，并用词把它标志出来。这就是知觉的理解性。人们知识经验越丰富，对事物的知觉就越深刻、越精确、越迅速。例如医生对病人的观察要比一般人全面和深刻。

4. 知觉的恒常性 当知觉的条件改变以后，知觉的映象仍然保持不变，这就是知觉的恒常性。知觉的恒常性以经验、知识、对比为基础。从不同角度、距离、光线条件下知觉事物时，尽管感觉信息发生改变，但如果是熟悉的事物，就仍可维持恒常的知觉映象。视知觉的恒常性最明显。例如，看一个人的个头高矮，远近距离不同，投射到视网膜上的视象大小相差很大，但我们却能认为他的高矮没变，仍能按他实际大小来知觉，这就是高矮恒常性。在视知觉中还有颜色、形状、亮度恒常性等。

（四）观察与观察效果

观察是一种有目的、有计划、有组织的知觉。它包括积极的思维活动，也称为思维的知觉。观察是人们认识世界，进行创造性劳动的基础。一切科学研究、生产劳动、艺术创作、医疗实践，都需要对有关对象进行系统、周密和深入的观察，以便获取有价值的材料，从中找出事件发展变化的规律。许多科学研究、革新创造都离不开敏锐的观察力。

良好的观察应具备的条件是：① 有明确的观察目的和任务；② 有周密的观察计划；③ 观察必须客观、精密；④ 要有必要的知识准备；⑤ 随时作好观察记录，及时分析总结观察结

果。

（五）感知与医学临床

感知觉与医学临床关系密切。① 医务人员需要有敏锐的感知，应注意观察病人病情变化。② 要及时掌握病人感知特点（参见第十章），有针对性的给予心理行为指导；③ 医务人员要为病人创造一个安静、清洁、舒适、和谐的感知环境；④ 漂浮疗法是一种限制环境刺激的新心理行为技术，有良好的松弛效果。⑤不少精神、神经疾病有感知障碍。

二、记 忆

（一）概述

记忆（memory）是人脑对过去经历过的事物识记、保持、再认和重现（回忆）。当感知过的事物不存在时，脑内出现的形象称为表象。运用信息加工的术语表述，记忆就是人脑对外界信息的编码、存贮和提取的过程。最近研究证明，记忆是一种积极能动的心理活动。人不仅对外界信息的摄入是有选择的，而且信息在人脑中也不是静止的，而是在编码、加工和贮存。实验证明，输入到脑海中的信息只有经过编码才能记住，只有将输入的信息汇入已有知识结构时才能在头脑中巩固下来。信息能否提取和提取得快慢，与编码的完善程度及贮存的组织结构有密切联系。

（二）记忆的过程

1. 识记、保持、再认或回忆的过程

（1）识记（memorization）：是个体获取经验，记住事物的过程，也就是外界信息输入大脑并进行编码的过程。

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内容，却在头脑中留下了映象。这在日常生活中经常发生。一般在生活中对人具有重大意义的事情，适合人的兴趣、需要的事物、能激起人情绪活动的事物常容易记住。无意识记具有偶然性、片面性的特征，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和计划，并经过一定努力、运用一定方法的识记。例如记住药品剂量、外文单词等。

有意识记根据材料的性质又可分为机械识记和意义识记。机械识记是依靠材料外在联系所进行的识记，例如通过死记硬背记忆英文单词、历史年代；意义识记是依据材料内在联系所进行的识记，例如理解了公式、定理后再把它记住属于意义识记。一般说来，意义识记比机械识记迅速、持久。平时我们需要把机械识记和意义识记二者结合起来，以互相补充。

（2）保持（retention）：是对识记的进一步巩固，也就是把输入的信息牢固地贮存在脑子里。保持是一个动态变化的过程，这种变化一般表现在质和量两个方面。从量的方面讲，保持的数量随时间的推移而逐渐减少；从质的方面讲，有的变得更简要，细节减少、有的相似内容相混淆，有的信息消失了，有的变得更丰富充实了。

（3）再认与再现（recognition 与 reproduction）：是记忆的两种表现形式，都以识记为前题，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。再认是过去经验过的事物再度出现时仍能认识。再现又称（回忆）是人们过去经验过的事物在头脑中重新重现的过程（回想起来）。对过去事物回忆的速度和准确性，决定于所掌握的知识经验是否成体系，是否经常应用。

2. 信息加工的过程 按信息论观点，记忆的形成是一个信息加工过程，可分为感觉记忆、短

时记忆及长时记忆三个阶段（图 2~1）。一般认为，每一阶段都包括编码、贮存、提取（检索）等环节。

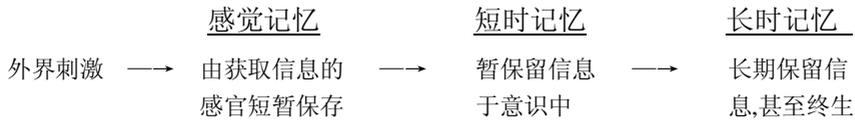


图 2-1 记忆的三个阶段

(1) 编码：是将经验过的事物转化为表象。这是信息进入记忆的必要步骤。感知信息必须编码成为可以与脑进行交流的符号，如视觉码、听觉码、意义码等。转化过程就是信息的加工。编码在心理学中有三重含义：① 将刺激转化为表象；② 将信息重组；③ 重写。例如我们看见一种紫红色的椭圆形的东西，被告知是一种甜味的热带水果叫“火龙果”。于是我们头脑留下了这东西的表象，并将它归类重组到可以吃的水果类。当再次看到时，能叫出它的名字“火龙果”（这是重写）。

(2) 贮存：是保留信息的过程。根据保留的久暂，可分为感觉记忆、短时记忆及长时记忆。

(3) 提取：或称检索，是将记忆贮存信息提取出来。熟悉的信息可随口说出来；而有些信息的提取得经过一段追忆，即搜索过程，慢慢回想才能记起。提取是否顺利，与信息输入时编码方式、贮存分类有关。

3. 感觉记忆、短时记忆和长时记忆

(1) 感觉记忆 (sensory memory)：也称知觉前记忆，或瞬时记忆。它的编码实际上就是感觉刺激的换能编码，将它转换成知觉。直接以信息材料所具有的物理特性编码，有鲜明的形象性。信息贮存时间极短约为 0.25~2 秒，例如视觉后像的记忆，回声的记忆等。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，如没受注意，很快就消失了。

(2) 短时记忆 (short-term memory)：又称初级记忆，是保持在 1 分钟以内的记忆，它起着少量信息临时仓库的作用，除了重要的信息外，一般信息很快消失。例如查记电话号码，进行心算等都要短时记忆。短时记忆的贮存是在 20 秒左右完成，其贮存量为 7 ± 2 (5~9) 项目，构成一个记忆“组块”(chunk)。组合大的组块对于增强短时记忆效率有重大意义。

(3) 长时记忆 (long-term memory)：又称二级记忆。记忆信息经过复诵而进入二级记忆。长时记忆容量非常大，其编码以意义为主或联想组合进行贮存。它的提取与信息贮存归类有关，归类有序则较易提取。长时记忆的保存时间可以很长，甚至终生。

(三) 遗忘

识记的内容不能再认与回忆称为遗忘。艾宾豪斯 (Ebbinghaus H) 对遗忘规律做了首创性系统研究，其所发现的遗忘曲线表明，识记后最初一段时间遗忘快，随时间推移和记忆材料的数量减少，遗忘便渐渐缓慢，最后稳定在一定水平上。

遗忘原因假说。① 干扰说。学习前后的事件相互干扰而影响记忆。心理学上称为前摄抑制（先学的经验影响新的学习）及倒摄抑制（新学的内容干扰先前的经验）。研究表明，前后学习内容愈相似则干扰愈严重。② 衰减（消退）说。短时记忆、感觉记忆的遗忘多属这类。③ 压抑说。弗洛伊德提出记忆是永恒的，所有遗忘都是动机性的。压抑是一种潜意识的防御机制，用来阻止不愉快的记忆进入意识领域。④ 线索依赖性遗忘。记忆有时需要依赖线索的提示。老年记忆障碍中常会发生“提笔忘字”或“话到嘴边说不出来”，但如有适当的线索提示就可回忆。

(四) 记忆的生理学基础

1. 脑功能与学习记忆 20世纪50年代起神经科学家们日渐认识到,记忆是由大脑的多个部位共同完成的,这些部位之间有着密切的神经网络联系。

总结长期以来临床观察和脑区实验切除所积累的资料,现在一般认为,脊椎动物学习需要颞叶中的一些结构参与。人类的学习也需要颞叶参与,颞叶中对记忆贮存特别重要的结构是海马(Kandel ER, 1993)。海马似乎是长时记忆的暂时贮存场所,对新习得的信息进行为期数周数月的加工,然后将这种信息传输到大脑皮层中有关部位作更长时间的贮存,贮存在大脑皮层不同部位的记忆信息再通过前额叶皮层的记忆活动表达出来。

2. 条件反射理论和实验动物模型 巴甫洛夫条件反射理论认为学习是条件反射的建立过程,记忆是条件反射的巩固过程,以暂时联系概念说明条件反射的形成机制,并在此基础上建立了研究条件反射的动物模型。

3. Hebb的突触修饰理论 1949年Hebb的突触修饰理论是学习记忆研究的强大动力。他指出,心理功能,如记忆、情绪和思维等,都是由于以特定方式联结在一起的细胞装置的活动所致。当细胞活动时,它的突触联结就会变得更加有效。这种效应可以表现为短时程的兴奋性增强(如在短期记忆时);或者可以涉及到某些长时程的突触结构的改变(如在长期记忆时)。这一突触修饰理论很快被人们所接受并成为研究学习记忆神经机制的重要理论依据。

1949年Lloyd的脊髓单突触传递通路研究为突触修饰理论提供了电生证的证据。他发现给肌肉纤维施加强直刺激后,脊髓内的单突触传递可出现传递效应的增强。这一现象被称为强直后增强。强直后增强现象的出现表明突触传递效应可以通过使用而得到加强,这不仅为Hebb的突触修饰理论提供了证据,而且为学习与记忆神经机制的探讨找到了一个可能的电生理指标。1973年,Bliss等人在哺乳动物的海马部位发现了长时程增强现象,并把它作为信息贮存过程中突触效应增强的客观电生理指标。

4. 海兔等低等动物模型在学习记忆中的贡献 20世纪60年代,Kandel等人利用海兔等低等动物简单的神经结构,探讨哺乳动物的大脑完成高级功能时所遵循的基本规律,实验结果表明,非伤害性的重复刺激引起海兔习惯化的产生,是由于突触前末梢在动作电位发生过程中钙离子内流减少引起神经递质释放量降低所致;而敏感化的产生则是由于伤害性刺激引起了突触前易化使递质释放量增多所致。介导敏感化作用的5-羟色胺能中间神经元通过cAMP增多等一系列变化,导致神经递质释放增多。Kandel等首次使学习和记忆的神经机制在细胞水平、分子水平上得到阐明。这些研究对于哺乳动物的研究同样具有指导意义。

5. 学习记忆的神经化学研究 20世纪60年代,学习与记忆的神经化学研究得到较快的发展,研究着重于外界信息在脑内贮存及记忆巩固过程中相关神经结构的神经回路的特异代谢和生化反应。Hyden、Ungar、McConnell等人的研究表明,大分子物质在学习与记忆中具有重要作用。资料显示,行为训练可以引起动物脑内核糖核酸及蛋白质增加,使用与核糖核酸及蛋白质合成有关的药物可以影响学习记忆。还发现某些大分子物质具有传递条件反射的作用等。

6. 神经生物学与学习、记忆的研究 近20年来,神经生物学的研究取得重大进展,在学习与记忆的研究过程中,建立了从低等动物到灵长类的多种实验动物模型;采用了多种研究手段,其中包括分子生物学技术,膜片钳技术以及动物行为实验研究等;进行了从分子水平到整体行为的多层次研究。应用海兔对短期和长期记忆的神经机制在细胞和分子水平上进行了有意义的探

讨。尽管这种在软体动物身上所得出的研究成果不能完全推广到高等动物，但是这种获得成果的途径却为后来的研究树立了良好的典范。80年代以来，学习与记忆机制的研究又取得新的突破。阐明突触长时程增强效应 NMDA 受体与 Hebb 型突触强度修正律的关系，却是 80 年代学习与记忆神经学研究的最主要的成就之一。

（五）影响记忆的因素

1. 识记有无明确目的和任务 对记忆效果有重要影响。心理实验表明，(1)有意识记的目的任务越明确，识记效果越好，反之则越差。(2)识记任务的具体化程度，影响着识记效果。所以学习时要有明确的目的，记忆的任务应该明确、具体以利记忆。泛泛的学习是没有学习效果的。

2. 识记材料的性质和数量 有意义的材料较无意义材料遗忘慢；形象材料较抽象材料遗忘慢；简单的材料较复杂的材料容易记住；运动性记忆巩固后不易遗忘。

3. 遗忘因素 心理实验表明，遗忘与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、遗忘越少。过度学习达 150 保持效果最后。

4. 识记方法 复习可以增加记忆保持，减少遗忘。应掌握正确的复习方法：① 及时复习。根据遗忘的规律，学习后及时复习，可以事半功倍。② 分散识记比集中识记效果好。③ 意义识记比机械识记效果好，应在理解的基础上，了解材料意义，把它概括为提纲，再进行记忆，容易记住和保持。④ 不要把性质相似的材料安排在一起学习，以克服前摄抑制和倒摄抑制避免内容相互干扰。⑤ 结合回忆的识记比单纯重复的识记效果好。(6) 多样化的复习。把眼看、耳听、手写、嘴默念、脑子想结合起来复习，比单纯视觉识记效果好。

（六）记忆与医学临床

医务人员应该具有良好的记忆品质，要善于记住主管病人的诊断和治疗操作规程及用药剂量和要求，不能有误。要注意病人的记忆特征（参见第十章），不少神经精神疾病常有记忆障碍。

三、思 维

（一）概述

思维（thinking）是人脑对客观事物间接的、概括的反映。间接性和概括性是思维的主要特征。

思维的间接性，是指借助其他事物为媒介，间接地认知事物。例如，医生看见病人的心电图描记 ST 段下移和 T 波倒置，可间接的诊断病人心肌缺血。临床上诊断疾病的思维过程就是靠这些间接的信息。

思维的概括性表现在两个方面：① 是对一类事物共同本质特征概括的认识。例如组织的炎症部位不同、表现各异，但大都有红肿痛热的病理改变。红肿痛热就是对各种化脓性炎症共同本质特征的概括认识。② 是对事物之间规律性的内在联系的认识。例如，严重腹水的患者一般都有移动性浊音，这是医生对严重腹水和移动性浊音之间规律性联系的认识。一切科学的概念、定理、法则等都是这样概括地认识事物的结果。

认知理论将思维视为人脑对信息心理表征的运作。表征（representation）是一种符号信息，可以是“词”、“视觉形象”、“声音”或其他感觉模式的资料。思维的运作就是为了回答问题、解决难题或指向一个目标而将信息的表征转换成一个新的，不同的形式。

（二）思维的过程

思维过程是在头脑中对事物进行分析、综合、比较、抽象、概括的过程。分析就是把事物的整体分解为个别的部分或特征；综合，是把事物的多个部分或特征组合为整体；比较，是把事物加以对比，从而找出事物之间异同点；抽象是从事物许多特征中找出共同本质的特征，舍弃非本质特征；概括是根据事物共同的本质的特征去认识同一类所有事物。概括有感性的概括（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例如对人体由头颅、躯干和四肢构成的认识。后者是根据事物本质特征进行概括，例如认识人有语言、会创造、使用工具，能进行生产劳动。这是对人本质特征的概括。概括又称概念形成，是运用概括研究思维的重要方法。

（三）思维的分类

1. 根据思维方式分类

(1) 动作思维：即边动作边思考，思维以动作为支柱，依赖实际操作解决直观具体问题。在个体心理发展中，是1~3岁幼儿主要的思维方式。

(2) 形象思维：思维活动依赖具体形象和已有表象解决问题。从个体心理发展看，是3~6岁儿童主要思维方式。艺术家、文学家及设计师更多地运用形象思维。

(3) 抽象思维：思维活动依赖抽象概念和理论知识解决问题。例如中学生运用公式、定理解数学题、物理题的思维；医生诊断治疗疾病的思维都属于抽象思维。

2. 根据思维的指向性分类

(1) 求同思维：又称聚合思维，是把问题提供的各种信息聚合起来，得出一个唯一正确的答案。

(2) 求异思维：又称发散思维，根据提供信息向不同方向扩散，去探索符合条件的多种答案，例如，学生用多种方法来解答同一数学题，属于求异思维。

3. 按思维的独立程度分类

(1) 习惯性思维：又称常规思维和情性思维。常规思维是经验证明行之有效的程序化思维。这种思维是不经思考就按程序完成，既规范又节约时间。例如有经验的医生书写病历，就可按规范的格式、程序。如：主诉、现病史、既往史、家庭史、体格检查、诊断、治疗等写下来。

(2) 创造性思维：在头脑中重新组织已有的知识经验，沿着新的思路寻求新的成果，有创造想象参加的思维。

（四）解决问题的思维

思维过程体现在解决问题的活动中。要解决问题，就要分析问题的要求、条件，发现问题当中各方面的联系和关系，从而寻找解决方法，设想预期结果。这个过程就是解决问题的思维。

1. 问题解决与“人工智能” 问题解决是心理学中研究思维的一种主要方法。当前电脑技术发展与心理学的结合，产生了“人工智能”的新学科。问题解决研究是人工智能研究的重要方法。计算机专家编制“专家系统”的软件，就要编排“思维”程序，一步步地向计算机发出明确指令，不允许有丝毫含糊不清。这样，心理学的问题解决研究启示了计算机软件开发的研究，而计算机科学严格程序化又促进了问题解决这个系统方法的改革。

2. 影响问题解决的心理因素

(1) 定势：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。一般在相同相似情境中，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。

(2) 动机：动机是解决问题的内部动力。如果遇到问题，没有解决问题的动机，当然不利于问题解决；但是解决问题的动机过强，处在高度紧张焦虑状态，也影响问题解决。

(3) 迁移：迁移是指对一些问题的解决，而影响另一些问题的解决。迁移有正迁移和负迁移，故既可起积极作用，也可起消极作用。例如学好英语之后，再学法语就容易，这属于正迁移。相反，初学英语，又同时学汉语拼音，就会造成相互干扰，属负迁移。

(4) 功能固着：人们习惯把某种功能牢固地赋予某一物体，称为功能固着。功能固着不利于灵活、变通的解决问题。如报纸，人们通常认识只是看新闻，其实报纸可以登广告，可以登招聘启事，可以贴墙壁装饰房子，可以包东西，可以用来折玩具，垫在地上坐，废报纸回收可造纸……

(5) 个性：解决问题的效率常受个性因素影响。个性中智慧因素对解决问题有重要影响。另外，自信心、灵活性、创造精神、毅力都会影响问题解决。

（五）想象与创造思维

1. 想象的概念 想象也是一种思维活动，是人脑对已有的表象进行加工改造形成新形象的过程。也就是在人脑中创造过去未曾感知的事物形象，或将来才能实现成为事实的事物形象的思维活动。

想象是新形象的创造，想象的内容往往出现在现实生活之前。但是任何想象都不是凭空产生的，构成新形象的一切材料都来自生活，取自过去的经验。它的源泉和内容与心理过程一样，来自客观现实，想象是反映客观现实各种成份形象组合过程，也是人脑对客观现实反映的一种形式。

2. 想象的种类 根据想象有无预定目的可分为无意相象和有意想象。有意想象又可以分为再造想象和创造想象。此外还有幻想。

(1) 再造想象：根据别人对某一事物的描述（口头、文字或图画的），而在自己头脑中形成新形象的过程。例如根据设计图进行房屋施工。

(2) 创造性想象：不依据现成的描述，而是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、改造而独立地创造新的形象，例如文学家的写作、科学家的创造发明。不要说一切科学发现不能离开创造想象，甚至小学生的学习也需要有创造想象。

(3) 幻想：是创造想象的一种特殊形成。幻想是一种与生活愿望相结合的并指向未来的想象，是构成创造性想象的准备阶段。古代传说的嫦娥奔月、龙宫探宝、千里眼、顺风耳等离奇的幻想，在今天都变成了现实。但幻想若完全脱离现实就是空想，是不能实现的。

3. 创造思维 创造性思维是指有创见的思维。即通过思维不仅能揭露客观事物的本质及内在联系，而且要在此基础上产生新颖的、前所未有的思维成果。它给人们带来新的、具有社会价值的产物，它是智力水平高度发展的表现。

创造性思维不同一般性思维活动，是因为它不只是依靠现成的表象或有关条件的描述，而是要在现有资料的基础上，进行想象，加以构思，即需要集中思维，使每个思考步骤都指向预期结果。尤其需要分散思维即以问题为中心，思考方向向外散发，找出适当的答案越多越好。

创造性思维过程中新形象的产生往往带有突然性。这就是常被人称呼的“灵感”。灵感是在持续不断辛勤劳动中出现的一种复杂的心理现象。它是一种最佳的创造性能力，是创造思维力，

创造想象能力和记忆能力巧妙地融合。

创造性思维是在一般思维的基础上发展起来的，它是后天培养和训练的结果。

（六）思维与医学临床

医务人员应注意培养良好的诊断、鉴别诊断、辨证论治的思维品质。另外，要注意病人的思维特点（参见第十章），特别是精神疾病常有思维障碍等。

四、注意

（一）概述

注意是心理活动对某种事物的指向和集中，它本身并不是独立的心理活动过程，而是伴随心理过程并在其中起指向作用的心理活动。指向性和集中性是注意的两个特点。

注意具有多种功能。① 选择功能，即选择有意义的、符合需要的和与当前活动一致的事物，避开非本质的、附加的、与之相竞争的事物。② 保持功能，即注意对象或内容能在意识中保持。③ 对活动进行调节与监督。有些学生作业中的错误，不是由于不懂而产生的，而是与心理监督机能形成不完善有关。注意对人类具有十分重要的意义。它保证人能够及时地集中自己的心理活动，正确地反映客观事物，使人能够更好地适应环境及改造世界。

（二）注意的生理机制

注意从其发生来说是有机体的一种定向反射。每当人体内、外环境出现新异刺激时，机体便产生一种相应的运动，将感受器朝向新异刺激，以便更好地感知这一刺激，这种反射巴甫洛夫称为“定向反射”。索柯洛夫（С о к о л о в Е Н）认为大脑皮层有适当的神经模型或接纳器，对以往的刺激物有一定的印象，用来与新来的刺激物互相比较。比较结果，新刺激的参数和已有神经模型的参数不相符合，就可以引起定向反射。相反，就不会引起定向反射。

人在注意某些对象时，大脑皮层相应区域就产生一个优势兴奋中心，它是大脑皮层对当前刺激进行分析和综合的核心，这里具有适度的兴奋性，旧的暂时神

经联系容易恢复，新的暂时神经联系容易形成和分化，因而能充分揭露出注意对象的意义和作用，对客观事物产生清晰而完善的反映，这就是注意。

当大脑皮层一定区域产生一个优势兴奋中心时，由于负诱导，大脑皮层的其它区域处于相对抑制状态，使落在这些相对抑制区域的刺激，不能引起应有的兴奋。负诱导愈强，注意就愈集中。因此，当人的注意集中于某一事物时，对于其它事物就会“视而不见”或“听而不闻”。

大脑皮层（特别在边缘部位与额叶）有一种特殊类型的神经原，就是注意神经原（新异物探测器）和定势细胞（期待细胞）。注意神经原仿佛把各种刺激物的作用加以比较，并且只对其变化、新异性发生反应。定势细胞只是在发生作用的刺激物与期待的事物不相一致时发生反映。

额叶有提高皮层的觉醒水平作用，因而在有意注意中起着决定作用。鲁利亚和霍姆斯卡娅实验表明：额叶大部分受伤的人，对言语指示，定向反射几乎不能恢复，皮层醒觉水平不能提高；额叶严重受伤的人不能根据预定的任务来集中注意，不能抑制对附加刺激的反应。

脑干网状结构使大脑皮层和整个机体保持觉醒状态，使注意成为可能。丘脑等部位的活动控制着注意的转移以及注意对象的选择，如果脑干和丘脑等部分受损则造成注意的破坏，严重时，对周围的一切完成丧失注意。破坏动物的网状结构，动物即出现持久的睡眠状态，不能保持对事物的注意。

人由于有第二信号系统，所以能按照自己的或别人的提醒，坚持注意或转移注意的方向，使注意带有意识的特点。

（三）注意的种类

注意分为无意注意、有意注意、有意后注意三种。

1. 无意注意 指预先没有目的、也不需要意志努力的注意，即外界事物引起的不由自主的注意。从主观方面，情绪、兴趣、需要等与无意注意有密切联系。从客观方面，外界事物的特征，如刺激强度、新异性、活动性、对比差异性及其变化等与无意注意有关。

2. 有意注意 即是有目的并需要意志努力的注意。它受人意识的调节支配。要保持有意注意需加深对目的任务的理解；或依靠间接兴趣的支持；并需要坚强的意志和干扰作斗争。有意注意和无意注意可相互转换。

3. 有意后注意 有目的，但无须意志努力的注意。这是有意注意之后出现的一种注意。这种注意服从于一定任务，开始需要意志努力参加，如学骑自行车，开始的时候骑在车上特别注意，这是有意注意，慢慢学会了，骑熟了，就不用意志努力特别去注意它了，只需要在人多交通复杂的情况下注意就行了。这就是有意后注意。有意后注意对完成长期任务有积极的意义，关键是要对活动本身产生直接兴趣。

（四）注意的基本品质

1. 注意的广度 也叫注意的范围，即同一时间内所注意的对象的数量。影响注意广度的因素有两个，① 对象方面：越集中、有规律、能构成相互联系的对象，被注意的范围也就越大。如字母排列成行比分散时被注意的数目要多些；颜色、形状相同的图形要比颜色、形状不同的图形注意范围要大些。② 个体方面：个人的活动任务和知识经验影响主注意广度。如文化水平高的人阅读时的注意范围要广。

2. 注意的稳定性 注意的稳定性是指注意长时间地保持在某种事物或某种活动上。注意的稳定性直接影响学习和工作的效率。影响注意稳定性的有主体状态和对象特点两方面的因素。

① 主体方面：人对所从事的活动意义理解得深刻，态度积极或对活动有浓厚的兴趣，注意就稳定。② 对象方面：内容丰富的对象比内容单调的对象容易保持较长时间的注意；活动的对象比静止的对象更容易使人保持较长时间的注意。同注意稳定相反的状态是注意的分散，即注意离开当前应当完成的任务，而被无关刺激所吸引，它是由无关刺激的干扰或由单调刺激物所引起的。

3. 注意的分配 注意的分配是指在同一时间内，把注意指向不同的对象或活动上，例如一面注意听课，一面注意记笔记。较好的注意分配决定于两个条件：① 同时进行的几种活动中，必须有一些活动是比较熟练的。如上述的记笔记、织毛线是早已熟练了的的活动。② 注意分配能力的训练。例如飞行员在战斗中的注意分配情况可谓眼观六路，耳听八方，这都是经过长期训练形成的注意分配能力。

4. 注意的转移 注意的转移是根据新的任务，主动地把注意从一个对象转移到另一个对象上。一般说，注意转移的快慢和难易取决于原来注意的紧张度，以及引起注意转移的新事物（新活动）的性质，原来的注意紧张度越高，新的事物或新的活动越不符合引起注意的条件，转移注意也就越困难。

每个人注意的广度、稳定性，注意的转移和分配都有差异，这与大脑皮层的动能状态有关。正常人通过有意识训练，可改善注意的品质，提高注意能力。

（五）注意与临床医学

医务人员应该培养良好的注意品质，医疗护理工作中要保持高度的注意，不要分心，还应对待病人的注意品质注意观察。临床不少神经精神疾病都有注意障碍。

（过慧敏）

第四节 情感过程

二、 情绪和情感概述

（一）情绪和概念

情感过程主要包括情绪和情感。情绪(emotion)和情感(feeling)是人对客观事物所持的态度而在内心中所产生的体验和伴随的心身变化。人在认识世界和改造世界的活动中，对待客观事物的态度总是以带有某些特殊色彩的体验和一定的行为形式表现出来。例如，顺利完成工作任务会使人轻松和愉快；失去亲人带来痛苦和悲伤；面对敌人的挑衅引起激动或愤怒；遭遇危急可能引起震惊和恐惧；美好的事物使人发生爱慕之情；丑恶的现象使人产生憎恶之感。所有这些喜、怒、悲、惧情绪，都是人对客观事物态度的一种带有独特色彩的反映形式。

需要是情绪和情感产生的基础。人对客观现实采取怎样的态度，产生什么样的情感体验，是以某事物是否满足人的需要作为中介。与人的需要不发生关系的事物或对人毫无意义的事物，人对它也就无所谓情绪或情感。只有那些与人的需要有关的事物，才能引起人们的情绪和情感。

情绪、情感因人的需要满足与否而具有肯定或否定的性质。人的需要如果得到满足，便会产生相应的肯定性质的体验，如喜悦、快乐、热爱等。反之，人的需要如果没有得到满足，则会产生否定性质的体验，如愤怒、悲伤、憎恨等。由于客观事物的复杂性，它们可能在不同的方面和人的需要有着不同的关系，既可能满足人的某一方面的需要，同时又不能满足另一方面的需要，甚至和另一方面需要的满足相抵触。因而许多事物常常引起人们复杂的情绪体验。如失散多年的父子相遇时，既喜悦又悲伤；当听到亲人壮烈牺牲的消息时，既有崇高的荣誉感，又有痛心的悲伤感。

情绪与情感这两个概念在人们的日常生活中并无严格区分。情绪一般是作为情感的同义词来运用的，但是在心理学上却是两个不同的概念，主要表现在以下三个方面：

(1) 情绪与生理需要是否获得满足有关。如由于饮食需要满足与否而引起的满意或不满意；在危及生命时所产生的恐惧；与他人搏斗时所产生的忿怒等。而情感则是与人的社会性需要相联系。如由交际的需要、遵守社会道德的需要、精神文化的需要所引起的友谊感、道德感等高级、复杂的情感。因此，情绪是低级的，是人类和动物所共有的；而情感则是人类所特有，受社会历史条件所制约。

(2) 情绪具有明显的情境性，它往往由当时的情境所引起。一旦情境发生改变，会很快消失，一般是不稳定的。而情感则不同，一般不受情境所左右，具有稳定性、深刻性。

(3) 情绪比情感强烈，具有较大的冲动性和较明显的外部表现，如狂热的欣喜、强烈的愤怒或持续的忧郁等。而情感体验一般较弱，很少有冲动性，如荣誉感、责任感。

情操是指以某一个或某一类事物为中心的一种复杂的、有组织的情感倾向。它的表现稳定而

持久，乃至形成一个人某些坚定的行为方式。如求知欲、爱国心、廉洁奉公等。一个人的情操不可能自发产生，必须在社会实践中经过修养和锻炼才能形成。

情绪、情感、情操的区别是相对的。第一，具有一定社会内容的情感，不仅可能以强烈而鲜明的情绪形式表现出来，而且也可能表现为深刻而持久的情操；第二，那些与人的生理性需要相联系的情绪，都可能由所赋予的社会内容而改变它的原始表现形式，从而表现为情感、情操；第三，具有高级社会内容的情操，它既可以表现为情绪，又可以表现为情感。总之，情绪、情感、情操既是相互依存的，又是相互转化的。

（二）情绪、情感的内容

1. 情绪的内部体验 情绪和情感是一种主观的体验，所谓体验是指某种情绪、情感发生时人的内心感受。不同的情绪、情感发生时，内心的感受是不同的。例如，喜悦时，人觉得快乐、舒适；悲伤、恐惧、忧郁时，人感到难受、痛苦。这种体验是主观的，只有本人才能感受到。不经当事人自己的陈述，别人永远无法真正了解其兴奋或悲伤究竟是怎样的感受。

人的情绪和情感体验按照对立的性质配合成对，形成两极状态。具体表现为：

(1) 肯定与否定：凡能满足人的需要或能促进这种需要得到满足的事物，便可引起肯定的情绪与情感体验；凡不能满足人的需要或妨碍这种需要得到满足的事物，便会引起否定的体验。例如满意—不满意、快乐—悲哀、热爱—憎恨等。

(2) 强与弱：人的情绪在强度上存在由弱到强的等级变化，例如，喜可以从适意、愉快、欢乐到大喜、狂喜；怒可以从轻微不满、生气、愤怒到大怒、暴怒；惧可以从担心、害怕、惧怕到惊骇、恐怖。情绪强度越大，人的行为受情绪支配的倾向也越大。

(3) 增力与减力：增力的情绪能提高人的积极性和活动能力，如愉快和热爱能驱使人去积极地行动；减力的情绪，如悲伤和厌恶则会降低人的积极性和活动能力。任何情绪都可能具有增力的性质又具有减力的性质，具体表现以不同的情境或不同的人而异。

(4) 紧张与轻松：紧张的体验通常是与活动的紧要关头或对人具有决定性意义的时刻相联系的。如果活动的成败对人的意义越重大，则关键时刻人的情绪紧张水平就越大。如在高考或重大的国际比赛之前，当事人都有这种感受。关键时刻过去以后，可以体验到轻松或紧张的解除。以前的紧张水平越高，则关键时刻过去以后，就越感到轻松。

也要注意，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，可以“化悲痛为力量”；同样，肯定的愉快的情绪也不都是积极的。

2. 情绪的外部表现 与情绪状态相联系的身体外部变化称为表情(emotional expression)。人类的表情动作最初曾是有用的、具有适应意义，通过遗传而保存下来。正因为表情动作具有生物学根源，所以最基本的情绪的外部表现，如喜、怒、悲、惧等原始表情是通见于全人类的。当然，人的表情也存在着民族、文化的差异。对人类来说，表情已变成社会上通用的表达心理和交流心理的符号，成为和语言平行的交流手段。

表情可分为面部表情、身段表情、言语表情。面部表情是主要的表情形式，人们往往通过对面部变化来判断其喜怒哀乐等内心情绪体验，其中眼睛是最能表达情绪的面部器官；身段表情也称体态表情，它是通过身体的不同姿态和手、足、躯干的动作来反映一个人的情绪。例如，愤怒时身体直立，胸部挺起，紧握拳头，张大鼻孔，咬牙切齿等。言语表情是指通过言语的声调、节奏、音域、速度等方面的变化以及转折、口误等所表现出的情绪和情感。例如激动时声音尖、语速快、起伏大，带有颤音；悲哀时语调低沉、节奏缓慢、断断续续。

3. 情绪的生理变化 情绪和其它心理过程一样,是脑的机能。在情绪活动中所发生的内心体验和外部表现,是与神经系统多种水平的机能联系着的。与情绪有关的生理反应是由内分泌系统和植物性神经系统所控制,诸如伴随情绪发生的心跳加快、血压升高、瞳孔的扩张、呼吸加速、脸色的变化等,大都与内分泌系统和植物性神经系统的变化有关。情绪的生理变化极其机制是医学心理学的重要关注内容。

(三) 情绪和情感类别

1. 基本的情绪形式 人类的情绪复杂多样,描写情绪的词汇有几百种,目前尚无统一分类。人们根据与需要的关系,往往把快乐、悲哀、愤怒、恐惧作为最基本的情绪形式或原始情绪。把爱、憎等看成是与社会因素有关的基本情绪。

(1) 快乐:是愿望得以实现导致紧张解除时的情绪体验。快乐的程度可从满意、愉快到欢乐、大喜、狂喜。目的突然达到和紧张一旦解除,会引起巨大的快乐。

(2) 悲哀:与失去所盼望、所追求的东西和目的有关。悲哀的强度依赖于失去的事物的价值。有各种程度的悲哀,如从遗憾、失望到难过、悲伤、哀痛。

(3) 愤怒:由于目的和愿望不能达到,一再受到挫折,内心的紧张逐渐积累而产生的情绪体验。它可以从轻微不满、生气、怒、忿到大怒、暴怒。

(4) 恐惧:是面临或预感危险而又缺乏应付能力时产生的情绪体验。关键因素是缺乏处理、摆脱可怕的情境或事物的力量和能力。

2. 情绪状态 情绪状态是指在特定的时间内,情绪活动在强度、紧张水平和持续时间上的综合表现。根据发生的强度和持续时间的长短,可把情绪分为三种基本状态:

(1) 心境:心境(mood)是一种比较持久而微弱的具有渲染性的一种情绪状态。心境的特点是弥散性,不具有特定指向。所谓“人逢喜事精神爽”、“感时花溅泪,恨别鸟惊心”,指的就是心境。心境产生的原因是多种多样的。生活中的重大事件如事业的成败、机体的状况如健康程度等都影响个人的心境。引起心境的原因,人们不一定都能意识到,所以经常有人说:“不知道为啥这几天这么高兴”或“不知为什么这几天这么烦闷”。心境影响日常活动,例如工作效率、学习成绩、人际关等。

(2) 激情:激情(affective impulse)是短时间的猛烈而暴发的情绪状态。例如,暴怒时拍案大叫,暴跳如雷;狂喜时,捧腹大笑,手舞足蹈等。这一类情绪就象狂风暴雨,突然侵袭,并笼罩整个人。处在激情状态下,人的意识活动的范围往往会缩小,仅仅指向与体验有关的事物。理智分析能力减弱,往往不能约束自己的行动,不能正确地评价自己行为的意义和后果。但激情持续的时间往往较短。激情通常由生活中的重大事件、对立意向冲突、过度的抑制或兴奋等因素所引起。激情也有积极和消极之分,积极的激情可以成为动员人们积极投入行动的巨大力量。

(3) 应激:应激(stress)是出乎意料的紧迫情况下所引起的高度紧张的情绪状态。在突如其来的或十分危险的条件下,必须迅速地、几乎没有选择余地地采取决策和行动,容易出现应激状态。例如司机在驾驶过程中出现危险情景的时刻,人们在遇到巨大的自然灾害的时刻,需要人们根据以往的知识经验,迅速地判明情况,果断地作出决定。在应激状态下,人可能有两种表现:一种是目瞪口呆,手足无措,陷入一片混乱之中;一种是头脑清楚,急中生智,动作准确,行动有力,及时摆脱困境。(应激的概念差异较大,详细的描述参见第三章)

3. 社会性情感 社会性情感起因于社会文化因素,为人类所独有。社会性情感调节着人们

的社会行为，人们也称之为高级情感。它包括道德感、理智感和美感。

(1) 道德感：道德感是人们根据一定的道德标准，在评价他人或自身言行时所产生的—种情感体验。例如，—个人做了一件好事而产生“心安理得”的情感体验；看到别人做了一件坏事而产生不满的情感体验。道德感直接体现了客观事物与人的道德需要之间的关系。如对符合社会道德准则的思想和行为，就会感到敬佩、赞赏或自豪，产生肯定的情感体验，否则就会有厌恶、愤恨或内疚的感受。

(2) 理智感：理智感是人们对认识活动的需要和意愿能否得到满足所产生的情感体验。理智感总是与人的求知欲望、认识事物、科学探索及真理的追求相联系的，它体现着人们对自己认识活动的过程与结果的态度。例如科学研究中发现新线索、学习中有了新进展而产生的陶醉感，工作中多次失败后获得成功的欣喜感等都属于理智感的范畴。

(3) 美感：美感是指人根据个人的审美标准对客观事物、人的行为和艺术作品予以评价时产生的情感体验。美是客观存在的。壮丽的山河、无边的草原、蔚蓝的大海，给人自然之美的体验；引人入胜的绘画、巧夺天工的雕塑、动人心弦的乐曲，蕴含着艺术之美；秀丽的相貌、端庄的举止、高尚的品格和规范的行为，体现着人类自身的美。但美感受多方面因素的制约，包括文化、个性、阶层等因素。

二、情绪理论与生理机制

(—) 情绪理论

情绪有许多理论，它们起源于种种假设，强调不同的问题，而且在形式的正规性和对实验事实的依赖性上各不相同。

1. 詹姆斯-兰格理论 通常人们对情绪过程的看法是：情绪是先在内心觉察到某种事实，然后引起了某种精神上的体验，并且产生了身体上的变化。而美国心理学家詹姆斯（James W）提出的情绪发生理论恰恰相反，他认为：“情绪只是一种状态的感觉，其原因纯粹是身体的。……身体的变化直接跟随着对现实事物的知觉的产生，当身体变化发生时，我们对这一变化的感觉即是情绪”。他进一步阐述道：“我们因为哭，所以悲伤；因为动手打，所以生气；因为发抖，所以怕。并不是我们悲伤了才哭，生气了才打，害怕了才发抖”。他的理论的核心内容是，由环境激起的内脏活动实际上导致了我们所认为的情绪。丹麦生理学家朗格（Lange C）对情绪的发生提出了同样的解释。兰格认为，情绪是内脏活动的结果。他尤其强调情绪与血管变化的关系，他说：“血管运动的混乱，血管宽度的改变，以及各个器官血流量的改变，乃是激情的真正的最初原因”。

这一理论最先认识到了情绪与机体变化的直接关系，强调了植物神经系统在情绪产生中的作用。由于这一理论忽视了中枢神经系统的调节控制作用，存在一定的片面性。

2. 坎农-巴德理论 在不同时期，坎农（Cannon WB）的理论曾被称作丘脑学说、首要应急理论或神经生理理论。坎农认为，情绪并非外周变化的必然结果，情绪产生的机制不在外周神经系统，而在中枢神经系统的丘脑。情绪过程是大脑皮层对丘脑的抑制解除后丘脑功能亢进的结果。所有的情绪过程都遵循同样的活动链条，即：外界的刺激引起感觉器官的神经冲动，通过传入神经传到丘脑，再由丘脑同时向上向下发出神经冲动。向上反馈至大脑皮层，产生情绪体验；向下激活交感神经系统，引起—系列生理变化。他认为人的情绪体验与生理反应是同时发生的。1934年巴德（Bard PA）扩展了坎农的丘脑情绪理论，所以人们通常把他们的观点合称为坎农-巴德理

论。丘脑学说存在着历史局限性，它忽视了外周变化的意义以及大脑皮层对情绪发生的作用。后来的很多实验证明，下丘脑在情绪的形成中起重要作用；有些学者进一步提出了网状结构和边缘系统与情绪的关系，对深入探讨情绪的生理机制具有很大意义。

3. 情绪的认知理论 认知理论曾有过诸多的代表人物，如利文撒尔（Leventhal H）、阿诺德（Arnold MB）、拉扎勒斯（Lazarus RS）等。他们的理论所强调的重点各不相同，如运动反应、信息加工、知觉、动机和生理反应等。这表明它们具有不同的起源。但把它们结合起来看，共同点是认为情绪的产生是刺激因素、生理因素和认知因素协同活动的结果，认知活动在情绪中起着决定性的作用。

其中占有重要地位的是沙赫特（Schachter S）的理论。沙赫特认为，决定情绪的主要因素是认知。他认为情绪是在认识加工过程中产生的，特别是在当前的认识加工或评价与原来的内部模式不一致时产生的。在这里“评价”是一个重要概念。它被看作对输入信息、对有机体价值的估计，也就是主体对输入信息与主体本身先前建立的诸如愿望、目的、经验等以记忆形式存在的内部模式的比较而进行的加工过程。它使人对外部信息赋予某种意义，这“意义”意味着人要分辨事物的好坏，进而采取适应或应对行为。

沙赫特的基本观点是，生理唤醒与认知评价之间的密切联系和相互作用决定着情绪，情绪状态是以交感神经系统的普遍唤醒为其特征。每种情绪状态在形式上可能略有不同，人们通过环境的暗示和认知的典型模式对这些状态加以解释和分类。生理唤醒的出现使人依靠对它的认知来确定其情绪的发生。

20世纪50年代，美国心理学家阿诺德（Arnold MB）提出了情绪的认知评价学说，认为刺激情境并不直接决定情绪的性质，从刺激的出现到情绪的产生之间有一个对刺激情境的估量、评价过程。这种认知评价过程往往以过去的经验和情境刺激对个体的作用为依据，当机体对环境刺激的评估结果是“好”、“坏”或“无关”时，个体分别以趋近、回避或忽视的具体情绪作出反应。她强调这种评价过程发生于生理反应、情绪体验和行为变化之前。评估常以直觉和自然评估为主，以经过考虑的价值判断作为补充。因此，虽然属于同一刺激情境，由于评估不同会产生不同的情绪反应。例如，在深山老林中遇到一只虎，肯定会引起恐惧；而在动物园中观赏虎，则会感到很有趣。这正是由于对刺激情境的认知评价不同而引起的截然不同的情绪体验。

4. 情绪脑机制的有关理论 心理是脑的机能，情绪的产生和调节依赖于中枢神经系统复杂的生物学机制。继坎农的丘脑学说之后，许多心理学和生理学家开展了大量的有关中枢神经系统功能与情绪发生和调节关系的研究，认为脑的网状结构和边缘系统的功能特点与情绪、情感的联系密切。

美国心理学家林斯利（Lindsley DB）总结了前人在神经生理学方面的研究成果，提出了以网状结构为核心的情绪激活学说。他认为，脑干上行网状激活系统接受着来自外周和内脏的各种感觉冲动，经过下丘脑的整合之后，再弥漫投射到大脑，激活大脑皮层，调节睡眠、觉醒和情绪状态。

情绪的边缘系统学说是由帕佩兹（Papez JW）和麦克林（Maclean）提出的。他们认为边缘系统与情绪的植物神经系统反应和情体验关系密切，大脑的边缘皮层、海马、丘脑和下丘脑等结构在情绪体验和情绪表现中具有重要作用。帕佩兹提出了有关情绪的环路模型，他的模型包括与情绪有关的下丘脑、乳头体、前丘脑和扣带回皮质。这些相互连接的结构合起来被称为帕佩兹环

(Papez circuit) (图2-2)。帕佩兹环路提出后,引出许多实验研究工作。有的通过损坏环中的某个区域,有人则用电流刺激某个区域,以观察情绪反应的过程。这些实验进一步发现,帕佩兹环路远比最初想象的复杂,杏仁核和隔区也应该包括在情绪环路之中。

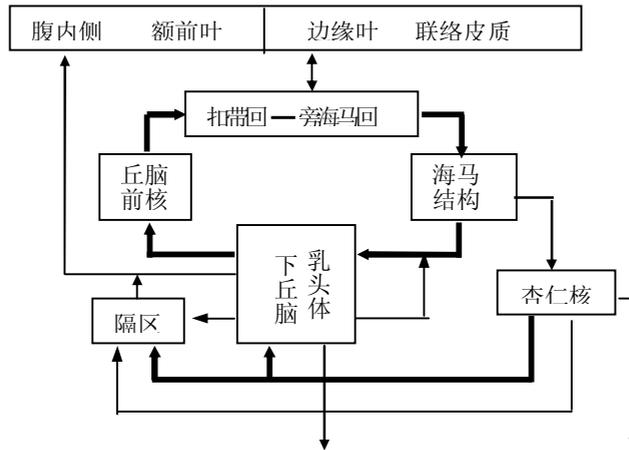


图 2-2 帕佩兹情绪环路示意图 (采自万选才主编: 现代神经生物学 1999)

1970年麦克林根据对人的边缘系统癫痫病人的研究,电刺激猴脑引起的情绪模式的观察,以及对哺乳动物脑演化的研究,提出了一个有关情绪行为更为扩大的脑模型。他把人脑视为三层系统,即最老最深是脑干,第二层是与情绪情感有密切联系的边缘系统,第三层是特别复杂的大脑皮层。麦克林模型强调了边缘系统在情绪活动中的重要作用,同时说明了许多高等动物中情绪反应所包含的共同的脑结构,以及这些结构和它们的功能在物种演化中的发展过程。从演化的观点看,边缘系统的出现给脑干所实现的板定行为增加了更多的适应性。这就是说,它可以受到情感和情绪的策动,更有效地适应各种情境刺激。

(二) 情绪、情感的机体内部生理变化

在情绪、情感发生时,除了机体外部表现外,还同时伴有一系列的体内生理变化。如心血管、呼吸、消化、内分泌、代谢、泌尿生殖、皮肤、血液、骨骼肌系统等的生理功能可发生明显改变。

情绪的生理反应往往表现为交感神经兴奋的特征,并缺乏特异性。在某些情绪状态下,呼吸的频率、深度及均匀性等都会发生改变。如突然惊恐时,呼吸会出现暂时中断;悲伤时,呼吸频率变慢;愤怒时,呼吸频率加快,呼吸深度加大。

在不同的情绪状态下,循环系统的活动一方面表现为心率和强度的变化,另一方面出现外周血管的舒张与收缩的变化。如满意、愉快时,心跳节律正常;恐惧和愤怒时,心率加快,血压升高,血糖增加,血液中的其它化学成分也发生改变。

情绪会引起内分泌腺相应的变化。一般认为,在不同的情绪状态下肾上腺素、胰岛素、肾上腺皮质激素、抗利尿激素的分泌会出现增多或减少。如在激烈紧张的情绪状态中,肾上腺素分泌增加可导致血糖、血压、消化以及其它腺体活动的变化;在焦虑情绪下,抗利尿激素分泌受到抑制,引起排尿次数增加。

情绪的生理反应多数是可以过不同的方法进行测量记录的。这些测量指标虽然不能判断一个人的情绪种类或性质,但对于分析判定人的情绪活动水平是有一定意义的。因而在情绪的心理生理学研究中被广泛应用。如呼吸曲线描记、心电图的R-R间期的分析、肢端血流图或容积脉搏

测量、皮肤电反应测量、脑电图等。近年来，利用多导生理记录仪可以测量上述多项心理生理指标，对情绪进行综合分析评价（测谎仪原理）。

三、情绪与人的行为和健康

情绪、情感是人的精神活动的重要组成部分，在人类的心理活动和社会实践中有着极为重要的作用。这些作用主要通过情绪和情感对行为的调节、对行为效率的影响以及对外界环境的适应等方面来实现的。

（一）情绪的意义

1. 情绪、情感对工作效率的影响 从情绪、情感的两极性来看，既有积极的一面，又有消极的一面。一般来说，积极的情绪、情感能够提高人的活动能力、充实人的体力和精力；消极的情绪、情感能抑制人的活动能力、降低人的体力和活力。积极的情绪、情感有助于工作效率的提高，而消极情绪、情感则会影响工作效率。但是经过心理学家们的实验研究证实，不一定消极情绪在所有时候都会减低工作效率，比如焦虑在适度的情况下也会提高工作的效率。

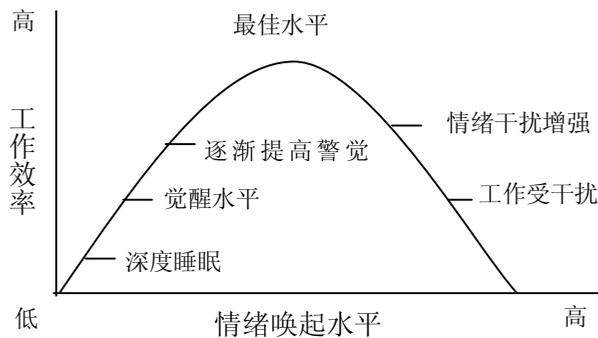


图 2-3 情绪与工作效率关系示意图

情绪可以影响和调节认知过程，人们在知觉和记忆中进行信息的选择和加工，情绪就好比一种侦察机构，监视着信息的流动，它可以影响人的工作（学习）记忆、推理操作和问题解决过程。赫布（Hebb D0）的研究发现，当情绪的唤醒水平达到最佳状态时，操作效率最高；情绪唤醒水平极低时，人处于深度睡眠状态；情绪唤醒水平过高，则会干扰操作，影响工作效率（见图 2-3）。可见，适当的紧张情绪状态往往可以维持人们对任务的兴趣和警觉，有利于工作效率的提高。那种认为只有在身心放松的状态下才能发挥最佳工作效率的观点，看来是不科学的。

2. 情绪可以调节社会交往和人际关系 从心理学的角度而言，人类社会交往的存在和维持，首先是语言交际的存在。但是情绪的作用一点也不亚于语言，情绪通过表情的渠道达到互相了解、彼此共鸣的目的，以十分微妙的表情动作传递交际的信息。有时，人们的内心体验难以用言语描述，但可以通过非语词性信息，即各式各样的表情动作来表达。

3. 情绪的适应作用 情绪是从人类祖先时代进化发展而来的，而且随着大脑的发展而得到分化，它有帮助人类适应环境的价值。情绪最根本的意义在于适应，有人把情绪看作是机体的再调整。例如，愤怒的情绪是当机体的活动遭受严重障碍时引起的，这时机会再调整去动员能量，以克服障碍。其实人类的许多表情行为和面部反应是曾有实际意义的或有用动作的残留物。例如，

原始丛林搏斗中裸露尖齿的动作，在文明社会中演变成了表示愤怒的表情行为。另一方面，由于情绪与其他心理过程有密不可分的联系，所以情绪的发展及表现是否正常，往往体现着个体整个心理状态。如前语言阶段儿童的情绪发展是否健康，决定着他早期智力的萌发，影响个性特点的形成，甚至影响到儿童晚期或成人后的行为表现。

（二）情绪与健康

情绪具有明显的生理反应成分，直接关系到身心健康，同时所有心理活动又都是在一定的情绪基础上进行的，因而人们将其看成是心身联系的桥梁和纽带。正性情绪如乐观、开朗、心情舒畅等有利于人的心理和生理两方面的健康；负性情绪如焦虑、抑郁、悲伤、苦闷等常常会损害人正常的生理功能和心理反应，严重时可导致心身障碍。实际上，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、康复心理和心理护理等都涉及情绪问题。情绪研究在临床医学中也具有重要的理论和实际意义，它涉及不良情绪对各种疾病过程的影响，以及如何改善病人的情绪反应等问题。

（三）情绪的调节

情绪是认识和洞察人们内心世界的窗口，它标志着个性成熟的程度。一个具有良好修养的人，懂得控制和调节情绪的意义，能够自觉而有效地控制和调节自己的情绪。一般来说，可以从以下几方面进行情绪的调节和控制。

（1）调整行为目标：情绪与人的需要是否满足有关，从理论上说，建立起理想与现实尽可能一致的生活或行为目标，将会有利于需要的满足，减少个体负性情绪的发生。

（2）改变认知评价方式：认知决定情绪发生的性质和强度。实际生活中人们会遇到各种各样能引起情绪反应的刺激，在个人的认知水平上做一定的调整往往可有效地减少负性情绪的发生，甚至改变情绪反应的性质。

（3）改变或转换环境：环境刺激引发情绪。改变一下工作或生活环境，改善人际关系的结构，有时可以防止负性情绪的发生，或有利于情绪的调整。

（4）心理防御或应对：对负性情绪的心理防御或积极地应对，可以消除其对个人心身的不良影响。如采用注意转移、行动转移、心理释放等方法。

（5）自我控制与求助：人可以用自我调整法控制情绪。即按一套特定的程序，以机体的某些随意反应去改变机体另一些非随意反应，用心理过程影响生理过程，以解除紧张和焦虑等负性情绪。情绪的调节也可以求助于别人的帮助。存在情绪问题的人常可通过心理咨询、心理热线电话等方式，在心理医生的指导下进行情绪调整。

第五节 意志过程

一、意志概述

意志（will）是自觉地确定目的，并根据目的来支配、调节自己的行动，克服各种困难，从而实现目的的心理过程。意志是意识的能动成分，人对客观现实的反映不是消极被动的，而是自觉、能动的反映，人不仅能适应外界环境，而且能积极主动地改造客观现实。这种对客观现实有意识、有目的、有计划的影响和作用，就是人的意志的表现。

意志不是隐蔽在个体内心中不可捉摸的神秘的东西，意志总是表现在个体的行动之中，并通

过行动而实现的。人的意志行动具有以下三个特征。

(1) 意志行动是有自觉目的的行动，目的是行动的方向和结果。能够自觉地确立目的是人的行为的首要特征。人在从事活动之前，活动的结果已作为行动的目的而预先存在于他的头脑意识之中，并以这个目的来指导自己的行动。因此，只有人类才能在自然界打上自己意志的印记。动物也能作用于环境，但从根本上说，动物的行为不能达到自觉意识的水平，只能消极地适应环境，所以动物没有意志。

(2) 意志行动总是与克服困难相联系的。目的的确立与实现的过程中总会遇到各种各样的困难，因此战胜和克服困难的过程，也就是意志行动的过程。困难有内外两种：内部困难指人在行动时内心所发生的相反愿望的干扰，如不同动机、不同目的之间的矛盾冲突。或由于知识经验不足、能力有限、缺乏信心、情绪低落、身体欠佳等引起内心矛盾的干扰等；外部困难指来自客观条件方面的阻挠，如环境艰苦、工具简陋、讥讽打击、诱因干扰等。在一般情况下，外部困难是通过内部困难而起作用的。

(3) 意志行动是以随意运动为基础的。人的行动都是由简单的运动组成的，运动可分为不随意运动和随意运动两种。不随意运动是指不由自主的活动，如非条件反射运动，自动化的习惯性动作等。随意运动是受主观意识调节的，具有一定目的方向性的运动。它是在生活实践过程中逐渐学习获得的动作，是意志行动的必要组成部分。意志行动表现在随意运动中。有了随意运动，人就可根据目的去组织、支配和调节一系列的动作，组成复杂的行动，从而实现预定的目的。

意志行动的这三个基本特征是互相关联的。目的是意志行动的前提，克服困难是意志行动的核心，随意动作则是意志行动的基础。

意志对行动的调节表现在两个方面。一是发动，二是制止。前者在于推动人去从事达到预定目的所必需的行动，后者在于制止不符合预定目的的行动。意志不仅调节人的外部行动，也可以调节人的心理状态。当个体排除外界干扰，把注意集中于完成作业活动时，就存在着意志对注意、思维等认识活动的调节。在人处于危急的情境下，克服内心的恐惧和慌乱而保持镇静时，就表现出意志对情绪状态的调节。

二、意志行动的心理过程

意志行动的心理过程包括两个部分：采取决定阶段和执行决定阶段。采取决定阶段是意志行动的准备阶段，在这一阶段中，预先决定意志行动的方向和结果，规定意志行动的轨道，因此是完成意志行动的重要的、不可缺少的开端。执行决定阶段是意志行动的完成阶段，在这个阶段里，意志由内部意识向外部行动转化，人的主观目的转化为客观结果，观念的东西转化为实际行为。

(一) 采取决定阶段

采取决定是一个过程，包括动机斗争、目的确定和行动方式的选择等几个环节。各环节都是在人脑作出决定的阶段，都是在实践活动之前完成的。

1. 动机斗争与目的确定 人的行动总是由一定的动机引起的，并指向一定的目的。动机是激励人去行动的原因，目的是期望在行动中所要达到的结果。动机是由人的需要而产生的，而需要是人的意志行动的内在因素。在意志行动初期，人的动机是多样的，有高级的与低级的、正确的与不正确的、长远的与浅近的、原则的与非原则的等等。人在动机斗争过程中，需要权衡各种

动机的轻重缓急，反复比较各种动机的利弊得失，评定其社会价值。这种动机的斗争有时是非常激烈的。当某种动机通过斗争居于支配行动的主导地位时，目的也就确定下来，动机斗争才告结束。在众多动机斗争中，原则性的具有社会意义的动机斗争，检验着一个人意志水平的高低。

2. 方法和策略的选择 意志行动的目的实现，还有个正确的行动方式的选择和行动计划制定的问题，这是解决意志行动的决策步骤。行动方式的选择和行动计划的拟定就是对各种方式方法和方案进行分析比较，周密思考，权衡利弊而加以抉择的过程。

（二）执行决定阶段

决定的执行是意志行动的关键，行动的动机再高尚，行动的目的再美好，行动的手段再完善，如果不付诸实际行动，这一切也就失去意义，不可能构成意志行动。

1. 执行决定是意志、情感和认识活动协同作用的过程 人在行动中，必然伴随着种种肯定和否定的情感体验。人要想使自己的行动始终描准预定目的的实现，就要有认识活动的积极参与，这样才能随时对自己的行动进行自我调节。因此，执行决定的过程实际上是由多种心理因素积极参与、协同作用的过程。

2. 执行决定是克服各种困难的过程 人在按预定的目的去执行决定的过程中，必然要遇到各种主观或客观困难。主要是：

(1) 与既定目的不符的各种动机还可能重新出现，引诱人的行动脱离预定的轨道。

(2) 行动中会出现意料之外的新情况、新问题，而个人可能又缺乏应付新情况、解决新问题的现成手段，这也会造成人的行动的踌躇或徘徊。

(3) 在行动尚未完成时，还可能产生新的动机、新的目的和手段，会在心理上同既定目的发生竞争，从而干扰行动的过程。

(4) 积极而有效的行动，要求克服人的个性中原有的消极品质，如懈怠、保守、不良习惯等，忍受由行动或行动环境带来的种种不愉快的体验。

三、意志的品质和培养

（一）意志的基本品质

意志品质是指一个人在实践过程中所形成的比较明确的、稳定的意志特点。评价意志品质的优劣，根本的一条是要看其意志活动的社会价值；判断一个人的意志力强弱，则看其意志表现程度。在人的意志行动过程中，主要的意志品质包括自觉性、果断性、坚韧性和自制性。

1. 意志的自觉性 这是指人的行动有明确的目的性，尤其是能充分地意识到行动结果的社会意义，使自己的行动服从社会、集体利益的一种品质。这种品质反映着一个人的坚定立场和信仰，贯串于意志行动的始终，是产生坚强意志的源泉。具有意志自觉性的人能够自觉地、独立地、主动地控制和调节自己的行动，为实现预定的目的倾注全部的热情和力量，即使在遇到障碍和危险时，也能百折不挠地排除万难，勇往直前。与自觉性相反的特征是意志的动摇性和独断性。动摇性即缺乏独立精神和创造精神，对自己的行动缺乏信心，轻信别人，极易屈从于环境的影响；独断性则一味固执己见，拒绝别人的批评、劝告，结果只能在客观规律面前碰得头破血流。

2. 意志的果断性 这是指善于明辨是非，适时地采取决定和执行决断的品质。所谓适时，即指在需要立即行动时当机立断，毫不犹豫，大义凛然。但在不需要立即行动或情况发生改变时，

又能立即停止执行，或改变已作出的决定。果断性是以勇敢和深思熟虑为前提条件，是个人的聪敏、学识、机智的有机结合。与果断性相反的品质是优柔寡断和草率决定。优柔寡断的主要特征是不善于克服矛盾的思想和情感，在各种动机、目的、手段之间迟疑不决、患得患失。草率决定是对任何事物都不加思索，单凭盲目冲动，冒失行事，而不考虑后果的一种莽撞行为，是意志薄弱的表现。

3. 意志的自制性 这是指人在意志行动中善于控制自己的情绪，约束自己言行的品质。自制性反映着意志的抑制职能，主要表现为：① 善于促使自己去执行已经采取的决定，并克服不利因素；② 善于克服盲目冲动行为和克制自己的困惑或恐惧、慌张、厌倦和懒惰等消极情绪。不善于控制自己的情绪与冲动行为是缺乏意志自制性的表现。

4. 意志的坚韧性 这是人在意志行动中坚持决定，以充沛的精力和坚韧的毅力，百折不挠地克服一切困难，实现预定目的的品质。具有坚韧性的人善于抵制不符合行动目的的主客观诱因的干扰，不仅能顺利完成各项工作，而且不计较个人得失。即使对于枯燥无味的工作，也不半途而废，能努力作出优异成绩。长期坚持决定是意志顽强的表现，而顽固执拗是对自己行动缺乏正确估计，肆意妄为则是意志薄弱的表现。另外，虎头蛇尾、见异思迁、朝秦暮楚等也是与坚韧性相反的意志品质。

（二）意志的培养

(1) 正确的观念，崇高的理想是培养意志的决定条件。顽强意志的动力来自于崇高而伟大的理想和自己所从事的事业抱有必胜的信念。具有远大理想的人，必定是豪情满怀，奋发向上，不畏艰险，不辞劳苦，勇于探索，勇于前进的人。

(2) 脚踏实地，点滴做起。惊天动地的大事业能锻炼人的意志。同样，日常的工作、学习、劳动，乃至病痛、走路，这一点一滴的小事也能培养人的意志。如按时起床、按时交作业这样一些小事，一个人如能始终一贯，从不马虎，那他的意志必然会得到很好的锻炼。相反，老是原谅自己，总是明日复明日，那他必定会成为意志薄弱的人。

(3) 在克服困难中表现、锻炼和培养意志。人在实践活动中经常会遇到各种困难。面对困难，有的人坚韧不拔，战而胜之；而有的人遇难则退，一事无成。事实表明，越是困难的、不感兴趣的事情，越需要付出意志的努力，这样才能培养起坚强的意志力。

(4) 养成自我锻炼的能力和习惯。如善于掌握自己的愿望，对于根本做不到的事情，不要说大话或硬性坚持。意志的实质，在于决定的完成，只有忠实地执行已采取的决定，才能培养人的意志。严格要求自己，胜不骄，败不馁，诚恳地进行自我批评，努力改正自己的缺点。

坚强的意志品质不是天生的，而是后天培养起来的，它是萌芽于小事之初，扎根于实践锻炼之中。只要努力学习，树立远大的生活目标，利用日常生活中的各种事情，刻苦锻炼自己，每个人都可成为具有坚强意志品质的人。

第六节 个性

三、 个性概述

（一）个性的概念

因心理学家观点不同，迄今还没有公认的定义。早年奥尔波特（Allport GW）统计个性的定

义不下 50 种之多。从近年现实情况看，有百余种。

目前我国多数心理学教材将个性（personality）定义为：个性是指一个人整个的精神面貌，即具有一定倾向性的、稳定的心理特征的总和。

中国的心理学界所用的“个性”和“人格”这两个词是由于外语翻译的原因引出的，其实它们的含义是一致的，因此我们把个性和人格作为同义词使用。还须注意，日常生活中有人从伦理道德观点出发，使用“人格”对人进行评价，如某人的人格高尚，某人人格卑劣等，虽然确含有心理学中人格的部分含义，但它不是心理学的科学概念。另外，近几十年“行为”一词与“个性”时有联系，但学科角度不同。

（二）个性的特征

1. 稳定性与可变性 个性是指人在长期社会实践中经常稳定表现出来的行为特征。个性的这种稳定性特点，把人与人从心理面貌上区别开来。个性的稳定性并不排斥个性的可变性。作为人的生活历程形成的个性特征，随着现实的多样性和多变性而发生或多或少的变化。

2. 独特性与共同性 人的个性千差万别，是极端个别化的。这种独特性除了受生理活动、神经系统活动的影响外，也和所接触的外界刺激的个别性有关。个性中还存在着共性，这种心理上的共性是在一定的群体环境、社会环境、自然环境中逐渐形成的，并具有稳定性和一致性，它制约着个人的独特性特点。

3. 个性的整体性 个性是由许多心理特征组成的，这些心理特征交互联系、交互制约组成整体，具有多层次、多维度，并有高低、主次、主从之分，是一个复杂的系统。这种整体性首先表现为个性内在的统一，使人的内心世界、动机和行为之间保持和谐一致；其次，个别的心理特征也只有是个性的整体中，在与其它个性心理特征的联系中才有确定的意义。

4. 生物制约性与社会制约性 个性既具有生物属性，也有社会属性。形成相应的世界观、价值观、兴趣和性格等，成为具有个性的人。如果只有人的生物属性而脱离人类社会实践活动，不可能形成人的个性。“狼孩”的例子就充分说明了这一点。

（三）个性心理结构

个性主要由个性倾向性、个性心理特征和自我意识三部分构成。

1. 个性倾向性 个性倾向性是人为行为活动的基本动力，主要包括需要、动机、兴趣、理想、信念和世界观等，这些成分相互联系、相互影响和相互制约。其中需要是个性倾向性的源泉，只有在需要的推动下，个性才能形成和发展。世界观在其中居于最高层次，它决定着一个人总的思想倾向。

2. 个性心理特征 个性心理特征是指在心理活动过程中表现出来的比较稳定的成分，包括能力、气质和性格三方面。这三种特征的结合，形成了人各不同的特征。

3. 自我意识 自我意识是指个体对自己作为客体存在的各方面的意识。在认识方面包括有自我感知、自我分析、自我观念和自我评价等；在情感方面包括自我体验、自尊、自信、自豪等内容；在意志行动方面包括有自我监督、自我命令、自我控制等。三方面紧密联系，构成自我调节系统，对个性的各种成分进行调节和控制。

（四）个性的形成与发展

个性是人从出生、成熟、衰老到死亡整个人生过程中形成和发展的。

1. 个性形成和发展的影响因素 个性发展是人的心理发展的重要组成部分。关于心理发展的生物学和社会学基础问题在本章前面几节已有所介绍，在第六章还将有进一步的讨论。以下仅

就个性形成的生物、心理、社会和环境方面因素做简要提示：

- (1) 生物因素：这是个性形成和发展的自然基础。包括遗传、神经体液、体态容貌等因素。如遗传因素与气质和智力有一定关系，容貌先天不足可能形成自卑等。
- (2) 环境因素：这是影响个性形成和发展的决定因素，包括家庭、学校和社会文化环境等。首先是家庭影响，特别是父母对子女的教养方式；其次是学校影响，其中管教方式的影响尤为深刻；此外是社会文化环境，像电视、电影和文艺读物等潜移默化的影响。
- (3) 实践活动：个人从事的实践活动，是制约个性形成和发展的一大要素。如登山活动锻炼人的顽强性，救护活动锻炼人的机敏性；常年在田里劳作，使人懂得勤俭等。
- (4) 自我教育：人在实践活动中，在接受环境影响的同时，个人的主观能动性也在起着积极的作用。从某种意义上说，个性也是自己塑造的。

2. 发展阶段与个性形成 发展是指人的个体从出生到死亡的过程中所发生的积极的、有规律的变化过程。人的个性发展也是一个从初级到成熟的动态过程。根据一些心理学家的观点，个性的发展可以划分出不同的阶段，每个阶段都有其发展的特定主题，即存在某些“关键期”。如果不能顺利渡过这些关键期，个性就会出现某些偏差。表2-2 例举了几位西方心理学家按年龄设定的个性发展阶段。

个性形成的标志是自我意识的确立和社会化的完善。前者标志着形成了个体有别于他人的心理内涵；后者标志着完成了社会角色的认同。

表2-2 个性发展阶段的划分与主题

学 者	年 龄																													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	...	30	...	60	...	
皮亚杰	身体感情		各种各样的对人的感情（不可逆的）						相互的感情和意志		个性的形成																			
艾利克森	基本信赖		自主性		主动性		勤奋性		同一性		亲密性		生殖性		自我完整性															
弗洛伊德	口唇期		肛门期		性蕾期		潜在期		性器期																					
哈维格斯特	乳幼儿期			儿童期						青年期			壮年期			中年期			老年期											
科勒	幼儿期		第一反抗期		儿童期				第二反抗期			成熟期																		
哈鲁科	乳儿期		儿童前期		儿童后期			思春期		青年期																				

采自高玉祥著《个性心理学》1997

二、需 要

(一) 需要的概念

需要（need）是反映有机体内部环境或外部生活条件的某些要求，在这个意义上，需要也是对客观现实的反映。

需要的根本特征是它的动力性。它促使人追求一定的目标，以行动求得自身的满足。同时，人的需要是在人的活动中不断产生和发展的。随着满足需要的对象范围的不断扩大，需要也不断地发展变化着。因此，需要永远带有动力的特性。人的需要是由所生活的环境决定的，所以人类的需要是随社会的发展而发展的。

（二）需要的分类

按照起源,需要可以分为自然性需要和社会性需要。

自然性需要是本能的机体需要。如对空气、热量、食物、水、运动、休息、呼吸和排泄的需要等。这类需要也称生理性需要,为人和动物所共有。但人主要是靠社会生产劳动来生产满足需要的对象,而且人还能根据外部条件和行为的道德规范有意识地调节自己的需要,而动物则不能。所以,人的自然性需要也具有社会性。

社会性需要是后天习得的需要。如对劳动生产、社会交往、文化学习的需要,对道德、威信、审美的需要,等等。社会性需要通常是从社会要求转化来的。当个人认识到这些要求的必要性时,社会的要求就可能转化为个人的需要。

如果按照对象划分,需要可以分为物质需要和精神需要。

物质需要既包括人们对自然界产物的需要,也包括对社会文化物品的需要。因此,在物质需要中,既有自然性需要的内容,也有社会性需要的内容。例如对空气、阳光、家具、服饰的需要就是物质需要。

精神需要指人在认识、交往、道德、审美和创造等方面的需要。这是人所特有的需要。人类最早形成的精神需要是对于劳动和交际的需要。随着社会生产力的发展,新的精神需要在不断地产生,且日趋丰富。

（三）需要层次论

马斯洛(Maslow AH)将人类的主要需要依其发展顺序及层次高低分为五个层次。

1. 生理的需要 指对阳光、水、空气、食物、排泄、求偶、栖息和避免被伤害等的需要。它具有自我和种族保存意义,是个体为了生存而必不可少的需要。生理的需要是人类各种需要中占有最强的优势,当一个人被生理需要所控制时,其它的需要均会被推到次要地位。

2. 安全的需要 指对生活在无威胁、能预测、有秩序的环境中的需要。如生命安全、财产安全、职业安全和心理安全等需要,以求得安全感。

3. 归属与爱的需要 指对友伴、家庭的需要,对受到组织、团体认同的需要,它表明人渴望亲密的感情关系,不甘被孤立或疏离。

4. 尊重的需要 是个人对自己的尊重与价值的追求,包括“人尊”和“自尊”两方面。前者指希望获得别人的重视、赞许等,后者指自信、自强、好胜、求成等。

5. 自我实现的需要 是指追求自我理想的实现,充分发挥个人才能与潜力的需要。自我实现的需要是人的最高层次的需要,是一种创造的需要,它的产生依赖于前面的基本需要的满足。

马斯洛对需要层次的概括,前后有些变化。他曾在尊重的需要之上加了认识的需要和美的需要,使之成为七个层次,但影响最大的仍然是五个层次的概括。

马斯洛认为当较低层次的需要得到某种程度的满足后,较高一层的需要随之产生;如果较低层次的需要一直处在不满足的状态,较高层次的需要就不容易产生。马斯洛还指出各个需要层次的衍生和个体的发展有密切关系。譬如婴儿的主要需要是生理的需要,而后产生安全的需要,儿童在发展过程中产生了归属与爱的需要,随着青少年的成长和参加工作,产生了尊重的需要,而自我实现则是最高层次的需要。根据马斯洛的说法,自我实现的需要就是指“促使他的潜在能力得以实现的趋势。这种趋势可以说成是希望自己越来越成为所期望的人物,完成与自己的能力相称的一切事情”。马斯洛也看到了个人的生活环境对需要层次的发展有着影响,并指出他概括的

那些层次不是刻板的，而是有“许多例外”的。

三、动机与挫折

（一）动机的概念

动机(motivation)是一种驱使人满足需要、达到目标的内部动力。动机以需要为基础，还必须具有外部刺激（即诱因）的作用。需要和刺激是动机产生的两个必要条件。

动机有三种功能：一是始发功能，二是指引功能，三是激励功能。

动机无法直接观察，但动机有两个明显特征：选择性和活动性，为我们推测动机提供了方便。动机的选择性特征使动机指向需要的对象，据此，我们可以推测出动机的所在。我们还可以从动机的活动性特征，推测动机的强度。

与动物不同，人可以意识到自己的动机内容，并有控制、调节动机的能力。但是，控制、调节动机，有时不是轻而易举的，往往要开展动机斗争。

（二）动机的种类

人类的动机极为复杂多样，因而分类角度也很不相同。

与需要相对应，起源于有机体生理需要的动机称为生理性动机，如饥饿动机和干渴动机。起源于社会性需要的动机称为社会性动机，如成就动机和交往动机。

根据动机在活动中所起作用的大小，可以把动机分为主导动机（优势动机）和辅助动机。活动的动机及方向是由主导动机控制的。

根据引起动机的原因，可把动机分为外部动机和内部动机。外部动机是指行动的推动力是外力诱发出来的。例如一个学生因家长提出要求才去学习。内部动机是指人的行动出自本身的自我激发。如由于做一件事能令他愉快，无须外力推动。

（三）动机冲突

实际生活中，常同时存在着很多动机。人的行动都是由最强的主导动机所决定。但是，主导动机的确立常因同时有矛盾的动机，形成动机冲突，或称动机斗争。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，并引起相同强度的动机。迫于情势，二者必选其一，即造成了“鱼与熊掌不可兼得”的难于取舍的矛盾心理状态。例如有的病人既想住院治病，同时又放不下手中的工作。

2. 双避冲突 两个事物同时对个人会造成威胁或厌恶，产生同等强度的逃避动机。但迫于情势，必须接受一个，才能避免另一个，即“前怕狼，后怕虎”的左右为难、进退维谷的处境造成的心理紧张状态。

3. 趋避冲突 对单一的事物同时产生两种动机，一方面是好而趋之，一方面又恶而逃之。例如子女一方面需要父母的保护而依赖父母；另一方面又不愿意父母管教约束而独立行事，造成依赖与独立的矛盾心理。又如一些术前病人既想通过手术解除病痛，又担心手术可能影响机体某些功能。这些都形成动机的趋避冲突。

（四）挫折

1. 挫折的概念 动机引导行为指向目标。但是，目标的行动并非都是一帆风顺的，往往会因为各种原因而不能实现。动机受阻导致需要不能满足的情绪状态称为挫折(frustration)。

挫折的后果有利也有弊。从积极方面而言，它可以增长解决问题的能力，但另一方面，如果挫折超过个体的耐受能力又不能正确对待，就可能引起紧张状态、情绪困扰，致使行为偏差或发生躯体及精神疾病。

2. 挫折产生的原因 引起挫折的原因甚多，人们受挫折的程度因主观感受而有所不同。但不外乎客观主观两方面。前者指自然和社会环境因素，如天灾、气候变化等；其它如意外事件、疾病和衰老、亲友的生离死别、环境污染等；社会环境中的政治动乱、种族歧视、人际关系紧张，以及婚姻、恋爱、家庭的矛盾等常会造成挫折情境。主观的挫折包括生理与心理条件的限制。前者指个体与生俱来的容貌、身材的某种缺陷等因素所带来的限制，心理因素如个人的能力、气质、人格特征等常常限制人们的动机实现，从而造成挫折。在日常生活中，多种需要产生多个动机，在动机的相互斗争中表现为对立或排斥而无法同时获得满足时也会产生挫折感。

3. 影响挫折的因素 挫折是人的一种主观感受，受诸多因素的影响。

(1) 抱负水平：抱负水平过高，容易因达不到目标而产生挫折感。例如考生甲发誓要考上重点大学，而乙对报考专科都信心不足。结果两人同时被普通大学录取，乙认为是成功而欣喜，甲却认为是失败而感到挫折。

(2) 个人容忍力：指个人对挫折的适应。容忍力不同，对挫折的感受程度也不同。心理学研究表明，挫折的容忍力除了认知因素，还受生理条件、健康状况、个性特征、过去挫折的经验等因素影响。例如，早期生活经历一帆风顺的人对挫折的容忍力可能差一些，经历坎坷的人对挫折会有更强的容忍力。

(3) 外部因素：包括自然环境因素和社会环境因素。例如天灾、恶劣环境、衰老病痛、生离死别、政治变动等重大因素，都可造成严重的挫折。

四、能力

(一) 能力的概念

能力(ability)是人顺利地完 成某种活动所必备的心理特征。能力在活动中形成和发展，并在活动中表现出来。能力的高低影响活动的效果。在完成某种活动中，各种能力独特的结合称之为才能。如果一个人的各种能力在活动中能达到最完美的结合，能经常创造性地完成一种或多种活动，就可称之为天才

(二) 能力的分类

通常把能力划分为一般能力和特殊能力。

一般能力是指完成各种活动都需要的共同能力。大致包括有观察力、思维能力、记忆力、想象力、言语能力以及操作能力等。

特殊能力是指从事某种特殊活动或专业活动所必需的能力。任何一种专业活动都要求与该专业内容相符合的几种能力的结合。例如从事音乐工作除了需要有鲜明的想象力、创作灵感、意志力和情感等一般能力外，还要具备能准确地反映音乐的听觉表象能力、曲调感和节奏感。

一般能力是特殊能力发展的基础和内部条件，特殊能力是一般能力在活动中的具体化和专门化。在各种活动中发展相应特殊能力的同时，也就发展了一般能力。

能力有个别差异。可以从质和量两个方面来分析。质的差异表现在各人不同的特殊能力或能

力类型上的差异；量的差异则表现在能力发展水平差异和能力表现在年龄上的差异。人的知觉能力、记忆能力、想象能力、言语能力和思维能力诸方面都会表现出类型差异；能力的差异还表现在发展的早晚。有些人“早慧”，但也有“大器晚成”者，齐白石 40 岁才表现出绘画才能，达尔文 50 岁才开始有研究成果。

（三）智力

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

智力同样存在个别差异。就智力的个体发展来说，从出生到青春期智力伴随年龄等速增长，以后逐渐减缓。到了 20~34 岁时达高峰期，中年期保持在一个比较稳定的水平，到了老年时开始逐渐衰减。

就群体来说，智力在人群中表现服从正态分布的规律。即智力非常优秀和较差的处于两个极端，其构成越来越少，而绝大多数人处于中间水平。通过智力测验程序，可以从中对个体的智力水平作出间接的推测和评估，求得智力商数（intelligence quotient, IQ），简称智商（参见第五章）。

关于智力差异的原因，同样涉及到遗传和环境的影响。前者的例子是大脑发育障碍或损伤而引起的智能低下。但是生物学因素毕竟只是智力发展的基础。许多证据表明，对智力发展具有更重要影响的是个体早期生活环境和社会条件。

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

五、气质

（一）气质的概念

气质（temperament）是典型的、稳定的心理活动的动力特性。也就是性情、秉性和脾气。它与人的生物学素质有关。

气质主要表现为心理活动过程的速度和灵活性（如知觉的速度、思维的灵活度、注意集中时间的长短等）；强度（如情绪的强弱、意志努力的程度等）；以及心理活动的指向性（倾向于外部事物或倾向于内部体验）。当然，心理活动动力性特点的表现并不都属于气质特征。气质具有明显的天赋性，是较多地受稳定的个体生物因素制约的。这一点可以从婴儿身上发现，如有的总是喜吵闹，好动，反应灵活；有的却比较平稳，安静，反应缓慢。因为气质的心理活动动力特征不依赖于活动的时间、条件、目的和内容，所以它不具有社会评价意义。

气质与性格、能力等其它个性心理特征相比，更具有稳定性，俗语所谓“江山易改，秉性难移”即指气质具有稳定不易改变的特点。但气质在生活环境和教育的影响下，在一定程度上也会发生某些变化。

（二）气质类型

关于气质的分型有多种提法，有人认为与体型有关，也有人认为与激素有关。日本学者古川竹二也曾提出血型说，将人的气质分为 A 型、B 型、AB 型和 O 型。古希腊著名医学家希波克拉特

(Hippocrates)按人的四种体液(血液、粘液、黄胆汁和黑胆汁)的多寡来区分和命名气质,提出多血质、粘液质、胆汁质和抑郁质四种类型。这种提法虽然缺乏科学根据,但在人们日常生活中能够见到这四种气质类型的典型代表。这四种类型的名称也被许多学者所采纳,并沿用至今。巴甫洛夫根据神经过程的基本特性(强度、均衡性及灵活性)的不同结合,把人的高级神经活动分为四种类型,即活泼型、安静型、兴奋型和抑制型,与希波克拉底所提出的四种气质类型也是相吻合的,有着对应关系,见表2-3。但在实际生活中,典型的气质类型是不多见的,多数是两种或多种气质的混合型。

表2-3 气质类型、高级神经活动类型及行为表现特征

类 型	高级神经活动类型	行 为 特 征
多血质	活泼型	活泼易感好动,敏捷而不持久,适应性强,注意易转移,兴趣易变换,情绪体验不深刻且外露
粘液质	安静型	安静沉着,注意稳定,善于忍耐,情绪反应慢且持久而不外露,容易冷淡、颓唐
胆汁质	兴奋型	精力充沛,动作有力,性情急躁,情绪易爆发,体验强烈且外露,不易自制,易冲动
抑郁质	抑制型	反应迟缓,敏感怯懦,情绪体验深刻、持久且不易外露,动作缓慢,易伤感,孤僻,善观察小事细节

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

(三) 气质的生理基础

气质的生理基础问题存在着各种不同的学说,其中有一定科学根据、影响较大的有两大流派。分别是柏尔曼(Berman L)的气质激素理论和巴甫洛夫神经活动类型学说。

柏尔曼认为各种内分泌腺激素分泌的差异是人们气质相互不同的原因。他根据人的某种腺体的发达程度,分泌激素的多少,把人的气质分成五种类型:甲状腺型,肾上腺型,脑垂体型,副甲状腺型和性腺型。从神经-体液调节来看,内分泌腺活动对气质影响是不可忽视的。但激素说过分强调激素的重要性,忽视神经系统,特别是高级神经系统活动对气质更为直接的影响,也有一定的片面性。

巴甫洛夫关于条件反射的实验研究发现,神经系统最基本的过程是兴奋和抑制过程。它有三种特性:强度、均衡性和灵活性。强度是神经细胞和整个神经系统受强烈刺激或持久工作的能力;均衡性指神经系统兴奋与抑制两种神经过程的相对关系;灵活性指兴奋与抑制两种神经过程相互转化的速度。这三种特性在人与人之间存在着个别差异,其不同的组合就形成了高级神经活动的不同类型。巴甫洛夫从中找出四种最主要的类型,即强-不均衡型,强-均衡-灵活型,强-均衡-不

灵活型和弱型。这四种高级神经活动类型和四种气质类型有着对应关系，见表2-4。

表2-4 气质类型、特性与高级神经活动类型的关系

气质类型	高级神经活动	神经过程的特性			气质特性					
		强度	均衡性	灵活性	感受性	耐受性	敏捷性	可塑性	兴奋性	倾向性
多血质	活泼型	强	均衡	灵活	低	高	快	可塑	高而不强	外倾
粘液质	安静型	强	均衡	不灵活	低	高	迟缓	稳定	低而强烈	内倾
胆汁质	兴奋型	强	不均衡	灵活	低	高	快	不稳定	高而强烈	外倾明显
抑郁质	抑制型	弱	不均衡	不灵活	高	低	慢	刻板	高而体验深	严重内倾

(四) 气质的意义

气质是个性赖以形成的条件之一，它体现了个性的生物学内涵。气质主要表现为心理活动的动力和方式，而不涉及其方向和内容。因此就一个人活动的社会价值和成就来说，气质无好坏之分。任何气质都有其积极方面和消极方面，任何气质类型的人都可以在事业上获得成功。所以，要注意发扬不同气质类型的积极面，克服消极面，不要以某种气质类型的人为依据取舍人才。

对于不同的职业来说对从业者的气质有不同的要求。因此在特定的条件下，选择气质特征合适的人员从事某项工作，可提高工作效率，减少失误。这对于职业选择和工作调配等具有一定的意义。

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

六、性格

(一) 性格的概念

性格(character)是个人对客观现实稳定的态度及与之相适应的习惯化的行为方式。客观现实中的各种事物不断地作用于人，而人总要对它表现出一定的态度和相应的行为方式。久而久之，这种态度和行为习惯便在个体的心理结构中保留下来，形成稳固的态度体系和与之相应的习惯化的行为方式。因此，性格是个人在活动中与特定的社会环境相互作用的产物。

性格在社会生活实践中特别是儿童早期的生活经历中发展起来的，是个性的核心特征，具有相当的稳定性。但作为人的生活历程的反映的性格特征，随着现实环境的变化和各种重大转折，也可在一定程度上得到改变。

(二) 性格的特征

性格的特征，分为以下四个方面：

1. 性格的态度特征 是指人在对待事物态度方面的性格特征。包括对他人、集体、社会的态度特征，例如同情心或自私、诚实或虚伪；对劳动、工作、学习的态度特征，例如勤劳或懒惰、认真或马虎；对自己的态度特征，例如谦虚或自负、自信或自满、自豪或自卑、自尊或羞怯等。

2. 性格的理智特征 是指人在感觉、知觉、记忆、思维、和想象等认知方面的性格特征。例如有的人感知敏锐、想象丰富、擅长分析型思维等，有的则否。

3. 性格的情绪特征 是指人在情绪的强度、稳定性和持久性以及情绪的积极性等方面的性格特征。例如在情绪的强度方面，有的人情绪表现强烈，难以控制；有的人情绪冷静，易于控制；

在情绪稳定性和持久性方面，有的人情绪持续时间很久，有人则稍现即逝；在心境方面，有的人经常欢愉，有人却经常抑郁低沉。

4. 性格的意志特征 是指人对自己意志活动的自觉调节和调节水平方面的性格特征。例如在行为目标方面，有独立性、盲目性、易受暗示等；在对行为的自觉控制方面，有主动、自制、被动、任性等；在应付紧急状态方面，有镇定、果断、勇敢、惊慌、优柔寡断、软弱等；在执行决定方面，有坚韧不拔、马虎草率、半途而废等。

当这四方面的性格特征体现在具体人身上时，就形成了这个人特有的性格结构。一个人的行为总是受其性格结构制约的。

（三）性格类型

性格类型是指某些性格特征的独特结合。由于性格的复杂性。性格类型的划分迄今也没能达成共识，这里介绍几种有代表性的分类。

1. 对立型模式的性格分类 这是根据性格特性向相反两个方向发展所确立的对立类型，也是建立在一个维度下所划分的性格类型。

(1) 内倾型与外倾型：荣格（Jung CG, 1926）按里比多（libido）的活动方向，把人的性格分为外倾型和内倾型，也称外向型和内向型。外倾者的里比多活动朝向外部的物质，其心理活动主要由外界与自身的关系引起和支配。内倾者的里比多活动趋向自身内部，按自己对客观事物的认识来活动。外倾型的性格开朗、活泼、热情、自信、善交往、勇于进取、适应力强；内倾型的人注重内心活动，好沉思，善内省，孤僻寡言，缺乏自信，反应缓慢、多愁善感，较难适应环境。但是没有纯粹的外倾型或内倾型的人，往往以其中占优势的倾向确定性格类型。

(2) 场独立型和场依存型：美国心理学家威特金（Witkin HA, 1949）根据人的信息加工方式的不同提出了场依存、场独立学说，把人的性格分成场独立型和场依存型两类。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去主动地对信息进行加工。这类人的社会敏感性差，对他人不感兴趣，不善社会交往。比较喜欢独立地发现问题和解决问题，不易受次要因素干扰，受暗示性也较少。在活动中易于发挥自己的能力，比较有创造性。有时喜欢把意志强加于人，带有支配倾向。场依存型者常处于被动、服从的地位，缺乏主见，受暗示性强。这类人常对他人感兴趣，社会敏感性高，善于社会交际。但紧急情况下易惊慌失措，抗应激能力差。威特金强调，这两个性格类型属于一个维度的两端，每一个人的性格特征都处于这个维度链条的某一点上。

(3) A型和B型：弗雷德曼（Friedman JL, 1975）在研究心脏病与行为类型的关系时，形成了A型行为和B型行为的分类，（参阅第七章），在文献上有时将其与人格等同，国内有时称为A型性格和B型性格。

2. 多元型模式的性格分类 根据对性格的研究发现，人的性格存在多种互不相关的特质，并且都很重要，因而可从不同的维度划分性格类型。如个性的维度理论和特质理论。

(1) 个性维度理论：艾森克（Eysenck HJ）通过精神医学诊断、问卷、客观动作测验、身体差异研究等手段收集资料，并进行因素分析。在此基础上提出了从外向-内向和情绪的稳定-不稳定两个维度来反映个性的理论，并绘制出图解（见图2~4）。他将性格分成四种类型：稳定-内向型、稳定-外向型、不稳定-外向型和不稳定-内向型，每一种类型包括八种特质。据此还编制了艾森克人格问卷。

(2) 卡特尔的特质理论：美国心理学家卡特尔（Cattell RB）认为，个性是由个性特质构成

的。特质 (trait) 是个人在不同的时间、环境下表现出来的稳定而一致的行为特点或行为倾向。个性特质可以作为个性分析和个性测量的单元。卡特尔将人的特质区分为独特特质、共同特质、表面特质和根源特质。独特特质指单个个体具有的特质。共同特质指群体所有成员共有的特质。而在卡特尔人格理论中,最有影响的是对表面特质和根源特质的区分上,这也是卡特尔个性理论的特色所在。

表面特质是能够直接从外部行为中观察到的特质,换言之,即经常发生的、可以直接观察到的行为表现;而根源特质则是隐藏在表面特质深处并制约着表面特质的特质,它是内在的因素,是个人行为的最终根源。表面特质直接与环境接触,比较容易随着环境的变化而呈现出多样性。但根源特质却是相当稳定的,其数量也相当有限。

每个人都具有相同数量的根源特质,但这些特质在每个人身上的强度不同。所以,人与人之间就显出了个性结构的差异。卡特尔和他的同事用因素分析的方法,确定了以下16种根源特质(亦称人格因素):A乐群性,B聪慧性,C稳定性,E恃强性,F兴奋性,G有恒性,H敢为性,I敏感性,L怀疑性,M幻想性,N世故性,O忧虑性,Q₁激进性,Q₂独立性,Q₃自律性,Q₄紧张性。据此还编制了卡特尔16种人格因素问卷。

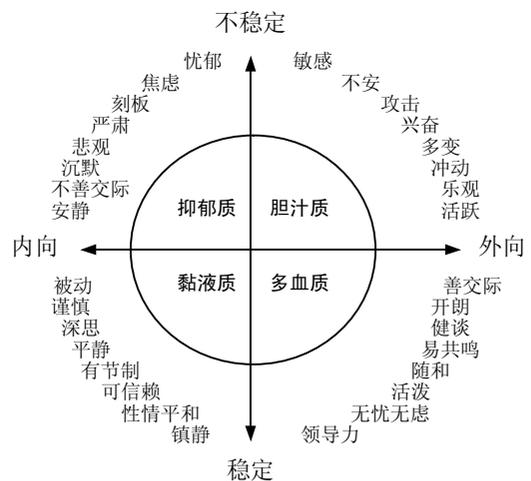


图 2-4 艾森克个性维度图

七、自我意识

(一) 自我意识的概念

“自我”的概念是多义的。如何确定自我的内涵心理学家们正在探讨。詹姆斯 (James W) 曾提出把自我分为主体我 (I) 和客体我 (me), 我国心理学界从主体我和客体我两个方面考虑“自我”, 普遍把自我视作有目的有意识的主体来理解, 认为自我和自我意识的内涵是相同的。

自我意识 (self-consciousness) 是指个体对自己作为主体和客体存在的各方面的意识。平时我们常说,“我觉得我观察问题有点粗心大意”、“我觉得我是个急性子的人”、“我认为我能完成这项工作”、“我觉得我对某某的感情发生了变化”等等。这些对自己感知觉、情感、意志等心理活动的意识,对自己与客观世界的关系,尤其是人我关系的意识,以及对自身机体状态的意识,都属于自我意识之列。

自我意识担负着人的内心世界以及内部与外部世界之间的协调任务。

(二) 自我意识的特性

1. 自我意识的社会性 自我意识是在人类进化演变过程中,为了适应社会群体协作的方式而产生的。随着社会的发展、人际关系的复杂化而使自我意识具有更多的社会性。从个体的发展看,自我意识的发生和发展也是一个社会化过程。随着人的年龄增长,在与周围的人们交往中,观察别人的态度,关注他人对自己的评价和判断,并把这些内化,整合为自己的心理模式。此后就以此为评价和改善自己行为的标准。可见,自我意识是在社会生活中逐渐形成的个体对人际关

系的反映。自我意识发展障碍往往是青年心理健康的核心问题之一。

2. 自我意识的能动性 自我意识的发生和发展是人的意识区别于动物心理的重要标志。动物只是单纯地适应外界环境，而人则能改变外界环境，掌握自己。人在改造客观世界时，意识到人与自然界的关系，意识到自己和周围人的关系。人能在行动之前，根据对外界情况的了解制定一系列的计划，选择适当的方法。在劳动过程中，人能评定自己的行动，也能评定别人的行动，从而调整人们之间的协作关系。这些可以看出，人的自我意识具有能动性。但过强的自我意识也是心理障碍的一种特征。

3. 自我意识的同一性 具有自我意识的个体总是在发展变化的，但对自身的本质特点、信仰，对一生中的行动以及其它身心重要方面的基本认识和基本态度却始终保持一致。自我意识的同一性标志个人的内部状态与外部环境的协调一致。同一性不稳定是自我意识不成熟的表现，已建立起来的同一性发生混乱，将出现心理障碍。

（三）自我调控系统

自我意识是由自我认识、自我体验和自我控制组成的自我调节系统，调控着个体的心理活动和行为。

1. 自我认识 自我认识是对自己的洞察和理解，是对自己的心理活动和行为进行调节控制的前提。其中包括自我观察和自我评价。

自我观察是指自己对自己的感知、所思所想以及意向等内部感觉的觉察，并对所观察的情况作初步分析、归纳。

自我评价是指一个人对自己的想法、期望、品德、行为及个性特征的判断与评估。自我评价是自我调节的重要条件。正确的认识和评价自己，有利于使自己个性得以健全的发展。对自己的评估过高或过低，都可能造成自己在人际关系方面的不适应。

2. 自我体验 自我体验是自我意识在情感上的表现。包括自尊、自信、自爱、自卑、自怜等，最主要的是自尊，是以自我评价为基础的，自尊心不足就形成自卑；自尊不仅影响自我体验，还会影响自我调节的力度，从而影响个性的发展。自我体验的调节作用可概括以下三方面。第一，使认识内化为个人的需要和信念。第二，引起和维持行动。第三，制止自己行为。

3. 自我控制 自我控制是自我意识在意志行动上的表现。自我控制系统从行动过程看一般包括四个环节。第一，主体意识到社会要求，并力求使自己的行动符合社会准则，从而激发起自我控制动机。第二，从知识库中检索与认识、改造客观现实及自己主观世界的有关知识，同时正确地评价自己运用这些知识的可能性。第三，制定能够完善和提高自己行动的计划 and 程序。第四，在行动中运用诸如自我分析、自我体验、自我鼓励、自我监督、自我命令等激励手段，使动机激发和行动准备在执行中反复进行调整，达到对自己心理和行为的控制，最终实现自我意识的调节作用。

（陈力）

第三章 心理应激

心理应激作为一种理论，有助于对心理社会因素在疾病发生发展中相互作用过程（心理病因学）的认识。国内外近年有关研究显示，如果将心身健康的变异情况（如情绪反应、心身症状）作为应激作用过程的结果或应激反应来看待，则与健康 and 疾病有关的各种心理社会因素，悉数成为应激作用过程的有关因素。

- Ⅰ 应激源可以理解为包含生物、心理、社会各种因素的生活事件。
- Ⅰ 应激反应是心理、生理、行为的综合表现，神经、内分泌、免疫机制中介的心理生理反应。
- Ⅰ 认知评价和应对方式是心理应激的核心中介因素，心理防御机制从本质上来说也是应对的表现。
- Ⅰ 社会支持和个性也是应激作用过程的重要影响因素。

第一节 总论

一、应激概念的演变

近二十年来，心理应激（psychological stress）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。1936年，加拿大学者塞里（Selye H, 1907~1982）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。

（一）早期的应激概念

英文 stress 在医学和生理学上译为应激，在其它领域还可译为紧张刺激、紧张反应、紧张状态和心理压力等。20世纪前半叶，医学界关于病因学的研究，还集中在对生理病理过程的一对一关系的探讨上。但塞里通过对病人的观察却发现，许多处于不同疾病状态下的个体，都出现食欲减退、体重下降、无力、萎靡不振等全身不适和病态表现，塞里还通过大量动物实验注意到，处于失血、感染、中毒等有害理化刺激作用下以及其它紧急状态下的个体，都可出现肾上腺增大和颜色变深，胸腺、脾及淋巴结缩小，胃肠道溃疡、出血等现象。塞里认为，每一种疾病或有害刺激都有这种相同的、特征性的和涉及全身的生理生化反应过程。他将其称作“一般适应综合征”

（general adaptation syndrome, GAS）。塞里认为 GAS 与刺激的类型无关，而是机体通过兴奋腺垂体—肾上腺皮质轴（后来发展为下丘脑—垂体—肾上腺轴）所引起的生理变化，是机体对有害刺激所作出防御反应的普遍形式。他将 GAS 分为警戒(alarm)、阻抗(resistance)和衰竭(exhaustion)三个阶段。① 警戒期：是机体为了应对有害环境刺激而唤起体内的整体防御能力，故也称动员阶段。② 阻抗期：如果有害刺激持续存在，机体通过提高体内的结构和机能水平以增强对应激源的抵抗程度。③ 衰竭期：如果继续处于有害刺激之下或有害刺激过于严重，机体会丧失所获

得的抵抗能力而转入衰竭阶段。

从医学心理学角度来看，塞里理论的积极意义在于，首先它是现代病因学认识中的一种系统论思想体现，其次是它为此后的应激理论研究开了头，此后许多应激研究都是在此基础上的修正、充实和发展。但塞里的经典理论随后被证明存在不足。除了非特异性反应内容方面的局限外，主要是塞里学说忽略了应激的心理成分。例如 20 世纪 60 年代，Mason JW 通过研究证明塞里所提出的所有应激源其实都包括不同程度的情绪反应、不适或疼痛等心理成分。Lazarus R 等在同期则提出认知评价在应激中的重要性，此后 Folkman S 和 Lazarus 在此一认识基础上更是形成了所谓的认知应激作用理论。

（二）应激概念的发展

概括自 20 世纪 30 年代以来的各种应激研究，可以归纳为三种研究途径：

（1）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源，实际上一段时期里心理学家们是把应激和应激源作为同一概念来研究。但心理学家所指的应激源的范围相当广泛，远不是塞里所强调的躯体性应激源，还包括心理的、社会的和文化性的应激源。

（2）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。但以后的研究除了注意应激状态下的生理反应外，还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。

（3）应激是应激源和应激反应的中间变量：这方面的研究着重探讨介于应激刺激物和应激心理生理反应之间的中间（介）变量，已发现包括许多因素，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，特别是认知评价被认为是应激的关键性因素。Lazarus 提出，应激的发生并不伴随特定的刺激或特定的反应，而是发生于个体察觉或估价一种有威胁的情景之时。

上述三种研究途径侧重点有所不同，但都重视心理社会因素在应激中的作用。就目前而言，似乎更多地倾向于将上述三途径作为一种整体过程来认识。

（三）对心理应激概念的最新认识

显然，应激是一个不断发展的概念。虽然不同学术领域、研究者和职业工作者对应激的认识仍不统一，但关于应激是一种多变量概念的认识已被广泛接受。这在国内外各种文献中已越来越得到体现。

通过对塞里应激学说被不断修正和补充的历史的认识，综合上述三条研究途径，需要提出一种新的具有一定概括性的心理应激概念。我们可以将心理应激看作是以认知因素为核心的一种多因素作用过程。在这里，对于所涉及的生活事件、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，可以分别从“应激源”（刺激物）、“中间（介）影响因素”和“应激反应”这三个方面加以认识。其中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）。（图 3-1）

此外，还需注意几个问题。首先，这些应激变量之间并无清晰的界线，要确定它们在心理应激作用过程中的具体位置（是原因？是结果？是影响因素？）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。

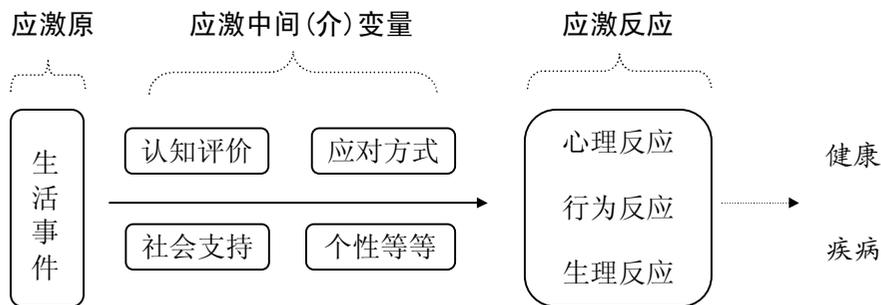


图 3-1 认知心理应激作用过程示意图

其次，需要明确图示中的直线作用关系仅是为了理论上的理解。实际上，各种所涉及变量之间都存在交互的关系，例如不同质的生活事件，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和反过来影响生活事件本身。在病因学研究中，需要分别研究这些变量之间的关系以及单独或整体对健康和疾病的影响。

如前文所述，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。但根据以上对应激的认知作用过程的分析，目前可以将心理应激定义为：个体在察觉需求与满足需求的能力不平衡时倾向于通过整体心理和生理反应表现出来的多因素作用的适应过程。

该定义要强调的是：应激是个体对环境威胁和挑战的一种适应和应对过程，其结果可以是适应的和不适应的；应激源可以是生物的、心理的、社会的和文化的；应激反应可以是生理的、心理的和行为的；应激过程受个体多种内外因素的影响；认知评价在应激作用过程中始终起关键性的作用。

二、心理应激研究在临床医学中的意义

根据目前国内外文献趋势，心理应激已成为一个多因素的集合概念，其中包括生活事件、认知因素、应对方式、社会支持、个性特点、心身反应及其他有关心理社会和生物学因素。这些因素可称之为应激有关因素或简称应激因素。

心理应激作为一种理论，在医学心理学中的本身意义是有限度的。但应激理论能为心理病因学研究提供一种框架思路，也为临床工作提供了一种心理干预的策略。

所谓心理病因学研究中的心理应激研究思路，就是将影响健康的心理社会因素从应激作用过程的角度进行研究。从这一全新的角度，很多认识随之改变，例如：我们可以认为心理社会因素与健康的关系，很大程度上就是心理应激多因素作用过程与健康的关系；认为心理应激因素与现代人类不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、少运动、肥胖及对社会压力不良反应等有关，后者与人类死亡密切相关，故也是间接的应激有关因素；认为随着工业化、现代化和竞争越趋激烈、人际关系越趋复杂，人们的心理应激水平可能正在不断提高；认为心理应激多因素作用过程引起的生理和心理反应和形成的症状和体征，是当代人们身体不适和精神痛苦的根源。

近年来国内外许多研究也是根据上述思路，将心身健康的变异情况（如情绪反应、心身症

状)作为应激作用过程的结果或应激反应来看待,而将与健康和疾病有关的各种心理社会因素,例如生活事件、认知因素、应对方式、社会支持、个性特点和某些生物学因素悉数作为应激有关因素进行多因素的分析研究,取得较好的研究成果。为便于学习,本章以后各节也是以应激有关因素的角度对这些心理社会因素做讨论。

另外,应激理论也为临床工作提供了一种心理干预模式,即所谓的应激干预策略。这种干预策略是从应激作用过程中各种有关因素或环节入手的,例如:① 控制或回避应激源,② 改变认知评价,③ 提供或寻求社会支持,④ 应对指导,⑤ 松弛训练或药物(阻断心身反应的恶性循环)等。

以下各节将分别讨论应激源(生活事件)、应激反应、以及认知评价、应对方式、社会支持、个性特征等重要的应激中间(介)变量。其它与应激有关的心理、社会和生物学因素如语言、暗示、情绪、文化、体质等则从略。

第二节 生活事件

一、生活事件概念与分类

生活事件(life events)就是生活中面临的各种问题,是造成心理应激并可能进而损伤躯体健康的主要刺激物即应激源(stressor)。在本章总论部分已指出,能引起心理应激的刺激物有生物性、心理性、社会性和文化性的各种应激源。目前在心理应激研究领域,往往将生活事件和应激源作为同义词来看待,因而在生活事件的实际研究中,除了心理、社会和环境等刺激外,还包括躯体生理病理变化过程,如手术、分娩、患病等。

(一) 按事件的生物、心理、社会属性分类

1. 躯体性应激源 指直接作用于躯体而产生应激反应的刺激物,包括理化因素、生物学因素和疾病因素。例如高低温度、湿度、噪音、振动、毒物、感染、外伤、睡眠障碍、性功能障碍等疾病或健康问题。

2. 心理性应激源 指各种心理冲突和挫折导致焦虑、恐惧和抑郁等各种消极情绪。

3. 社会性应激源 指各种自然灾害和社会动荡例如战争、动乱、天灾人祸、政治经济制度变革等应激源。

4. 文化性应激源 指一个人从熟悉的生活方式、语言环境和风俗习惯迁移到陌生环境中所面临的各种文化冲突和挑战。

(二) 按事件的现象学分类

1. 工作问题 很多现代化的工作环境或工作的本身就是应激源,包括长期从事高温、低温、噪音、矿井下等工作;高科技、现代化需要高度注意力和消耗脑力的工作;从事长期远离人群(远洋、高山、沙漠)、高度消耗体力、威胁生命安全、经常改变生活节律无章可循以及单调重复的流水线的工作;超出本人实际能力限度的工作;调动、转岗或离岗。

2. 恋爱、婚姻和家庭问题 这是日常生活中最多见的应激源,包括觅配偶、失恋、夫妻不和、分居、外遇和离婚;亲人亡故、患病、外伤、手术和分娩;子女管教困难、老人需要照料、住房拥挤以及家庭成员关系紧张等。

3. 人际关系问题 指个人与领导、同事、邻里、朋友之间的意见分歧和矛盾冲突。

4. 经济问题 指个人在经济上的困难或变故,包括负债、失窃、亏损和失业等。

5. 个人健康问题 指疾病或健康变故给个人造成的心理威胁,如疾病诊断、健康恶化、身心不适等。

6. 自我实现和自尊方面问题 指个人在事业和学业上的失败或挫折,以及涉及案件、被审查、被判罚等。

7. 喜庆事件 指结婚、再婚、立功受奖、晋升晋级等,也需要个体作出相应的心理调整。

但是,由于生活事件内容很广,许多事件相互牵扯交织在一起,对其进行严格的分门别类较为困难。这也是导致各种生活事件评估量表对事件的分类各不相同的原因。

(三) 按事件对个体的影响分类

1. 正性生活事件(positive events) 这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从而产生积极的体验,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却产生消极的体验,成为负性事件。例如结婚对于某些当事人却引起心理障碍,范进中举也属典型一例。

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

研究证明,负性生活事件与身心健康相关性明显高于正性生活事件。因为负性生活事件对人具有威胁性会造成较明显较持久的消极情绪体验,而导致机体出现病感或疾病。另外需要注意的是,正性事件和负性事件之间的区分只是相对而言。

(四) 按事件的主客观属性分类

1. 客观事件(objective events) 在研究生活事件过程中可以发现,有些事件是不以人们的主观意志为转移的,这就是客观事件。这些事件其他人也能明显体验,且基本由个体以外因素的作用所引起。具体包括生、老、病、死以及地震、洪水、滑坡、火灾、车祸、空难、海难、空袭、战争等天灾人祸。这些事件有时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)。客观事件在评定时其重测信度较高。

2. 主观事件(subjective events) 一些生活事件是个体主观因素与外界因素相互作用的产物,甚至实际上纯粹是个体的主观产物,这就是主观事件。主观事件有时难于被其他人所体会和认同,具体可包括人际矛盾、事业不遂、负担过重等方面的事件。由于这些事件相对地具有一定主观属性,故在评定时其重测信度较低(Sobell, 1990)。

上述关于客观事件和主观事件的划分也不是绝对的,许多事件既具有客观属性又具有主观属性,在具体研究工作中应加以注意。

二、生活事件研究

(一) 生活事件与健康的关系

生活事件是最早被注意的影响健康的心理应激因素之一。中外历史上均有大量病案和资料证明,生活事件可以引起个体的应激反应,且可诱发疾病甚至死亡。当代的研究则进一步阐明了生活事件的质和量与健康与疾病的关系。

在质的研究方面,国外早已证明那些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。国内在早期有原北京医科大学和中国科学院心理研究所分别通过大样本调查显示,

有三类事件对疾病发生的影响最大：① 过度紧张的学习或工作且伴不愉快情绪；② 人际关系不协调；③ 亲人意外死亡或事故。笔者等（1987）通过癌症病人的临床对照研究同样显示，家庭不幸事件、工作学习过度和人际关系不协调三者在疾病发生中有重要意义。郑延平等（1990）调查也证明，负性生活事件，特别是丧偶、家庭成员的死亡等与健康 and 疾病的关系最密切。类似的研究还很多。这说明，生活事件的致病性与其性质有关。

关于生活事件致病机制，显然其本身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，是生活事件引起应激反应继而影响身心健康。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衰、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。

目前，许多研究正在转向探索生活事件是如何与其它多种心理应激有关因素相互作用、通过何种机制而影响健康和疾病的。

（二）生活事件的量化研究

对生活事件的量化研究历史并不长。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（Social Readjustment Rating Scale, SRRS）。量表中列出了 43 种生活事件，每种生活事件标以不同的生活变化单位（life change units, LCU），用以检测事件对个体的心理刺激强度。其中配偶死亡事件的刺激强度最高为 100LCU，表示个人去重新适应时所需要付出的努力也最大，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 LCU 来度量。

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。国内张明园（1987），杨德森（1988）等也各自编制了生活事件量表。

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（ $r=0.30\sim 0.40$ ），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 and 疾病的相关性有明显的提高。目前使用的多数生活事件量表属于这一类。不过，这种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某种生活事件作病因学方面的研究而不使用量表。

第三节 应激反应

一、应激反应概念及若干问题

（一）应激反应与心身反应

在早期，塞里的应激概念本身就是指个体的各种躯体“反应”。目前，应激反应(stress reaction)已从应激整体概念中游离出来，成为一个单独的概念，这就是指个体因为应激源所致的各种生物、心理、社会、行为方面的变化，常称为应激的心身反应(psychosomatic response)。

然而，在应激研究中要对应激反应这一概念作严格的界定也还是有难度的。其原因正如总论中提到，各种应激因素存在交互关系，应激反应也不例外。例如，个体由于生活事件引致的认知评价活动，其本身就是事件引起的一种心理“反应”。同样，许多应对活动也可以被看成是对生活事件的“反应”，甚至许多继发的主观事件也仅仅是个体对原发事件的进一步“反应”。对此，我们在学习理解应激反应时也应持灵活的态度。

这里还要提一下与应激反应概念有关的几个问题：

(1) 心身反应一词也是心身医学和临床心理学等多个领域的常用术语。

(2) 即使目前人们已普遍接受应激具有“刺激”和“反应”两个侧面，或者承认心理行为因素在应激中的重要作用，但由于职业的缘故，在某些学术领域仍有人认为应激就是应激反应，即将应激看成是一种“反应”，或者仅仅是包括了心理和生理两方面的“反应”而已。

(3) 普通心理学知识中与心境和激情相对应的“应激”概念，与本节下列情绪行为反应接近，但应更强烈；普通心理学知识中的“挫折”概念也大致则与本节的应激反应相当，特别是情绪行为反应方面。

（二）应激反应与健康

心理应激反应在健康和疾病中具有重要的理论和实际意义。首先必须看到，应激反应是个体对变化着的内外环境所作出的一种适应，这种适应是生物界赖以发展的原始动力。对于个体来说，一定的应激反应不但可以看成是及时调整与环境的契合关系，而且这种应激性锻炼有利于人格和体格的健全，从而为将来的环境适应提供条件。可见，应激的反应并不总是对人体是有害的。这已被各种研究所证实。

其次，毕竟各种应激反应涉及到个体的心身功能的整体平衡。临床医学中的许多问题实际上就是平衡与不平衡的关系，例如生理与病理、健康与疾病。研究证明，应激反应与一些功能性疾病的症状，即与所谓的功能性症状或心身障碍之间，常常具有直接联系。更有许多证据显示，目前严重影响人类健康的疾病当中，多数与心理应激因素的长期作用有关，这些疾病即心身疾病。

从应激的心身反应，到心身障碍的心身症状，再到心身疾病，在逻辑上显然存在某种联系。这就是病因心理学的重要研究领域，也是心理应激理论和实际研究中的重要课题。心理应激与疾病之间的关系由此建立起了联系。关于心理应激的心理、生理反应及其心身中介机制在心身疾病发病学中的意义，将在第七章作进一步讨论。

（三）应激反应的量化

作为一个与应激有关的概念，应激反应还涉及其本身的量化问题。虽然根据应激反应的表现内容可以分别选择相应的量化指标，例如情绪反应选用焦虑或抑郁问卷，躯体反应可以选择血压、尿儿茶酚胺等，但毕竟应激反应或应激结果同时涉及心身各方面，目前在心理卫生工作中常采用能整体反映身心健康水平的问卷测试方法，其中 SCL90 使用最多。

另外，由于应激反应、心身障碍、心身疾病三者存在联系，故在国内外的一些量化研究中，经常将心身障碍和心身疾病也作为应激的“反应”变量进行研究。例如将心身障碍和心身疾病作为应变量，与各种应激有关因素做多元分析，以探讨心理应激在发病学中的意义；或将心身障碍和心身疾病作为效标变量，为各种应激因素的量化研究提供效度证据。

二、应激的心理行为反应

应激的心理反应可以涉及心理和行为的各个方面，例如应激可使人出现认识偏差、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。以下重点介绍应激的情绪反应和行为反应。

（一）情绪反应

个体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，但没有信心和力量战胜危险，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、食欲减退、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防范。

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。

上述应激的负性情绪反应对个体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）是指率先知道应激源将要出现，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。退化行为必然会伴随产生依赖（dependence）心理和行为，即事事处处依靠别人关心照顾而不是自己去努力完成本应自己去做的事情。退化与依赖多见于病情危重经抢救脱险后的病人以及慢性病人之中。

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、谩骂、憎恨或羞辱别人。攻击（attack）是在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. 无助与自怜 无助（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。无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。

三、应激的生理反应

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。各种心理刺激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。

应激的生理反应以及最终影响心身健康的心身中介机制（mediating mechanism）涉及到神经系统、内分泌系统和免疫系统。必须指出，这三条中介途径其实是一个整体，而且其中有关细节问题正是目前深入研究的领域。为便于分析，以下特分别予以介绍。

（一）心理—神经中介机制

该心身中介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，应激刺激被中枢神经接收、加工和整合，后者将冲动传递到下丘脑，使交感神经—肾上腺髓质轴

被激活，释放大量的儿茶酚胺，引起肾上腺素和去甲肾上腺素的大量分泌导致中枢兴奋性增高，从而导致心理的、躯体的和内脏的功能改变，即所谓的非特应系统（ergotropic system）功能增高，而与之对应的向营养系统（trophotropic system）功能则降低。结果，网状结构的兴奋增强了心理上的警觉性和敏感性；骨骼肌系统的兴奋导致躯体张力增强；交感神经的激活，会引起一系列内脏生理变化，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。

（二）心理—神经—内分泌中介机制

该心身中介机制通过下丘脑—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，而合成代谢类激素如胰岛素、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

这是最新认识的心身中介机制，即确认心理应激对免疫功能有显著影响。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 10 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%。

第四节 认知评价

一、认知评价的概念

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

Folkman 和 Lazarus (1984) 将个体对生活事件的认知评价过程分为两步: 初级评价 (primary appraisal) 和次级评价 (secondary appraisal)。初级评价是个体在某一事件发生时立即通过认知活动判断其是否与自己有利害关系。一旦得到有关系的判断, 个体立即会对事件的是否可以改变即对个人的能力作出估计, 这就是次级评价。伴随着次级评价, 个体会同时进行相应的应对活动: 如果次级评价事件是可以改变的, 采用的往往是问题关注应对; 如果次级评价为不可改变, 则往往采用情绪关注应对 (图 3-2)。

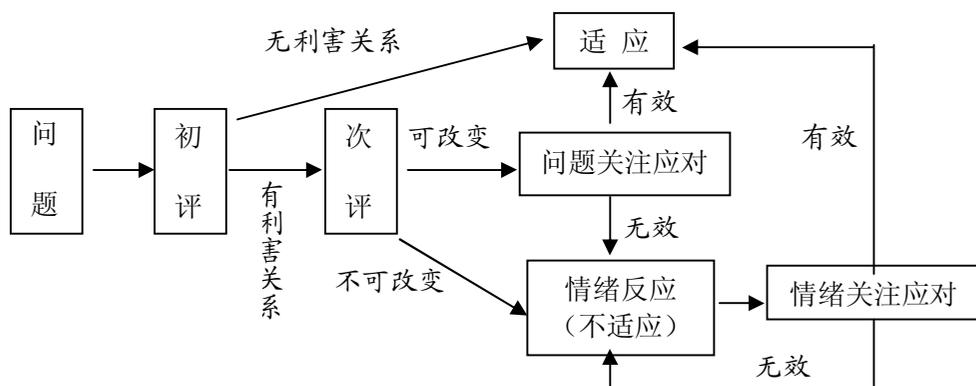


图 3-2 认知评价在应激过程的作用

二、认知评价研究

这里主要讨论认知评价在应激过程和心理病因学中的意义及其量化研究。

(一) 认知因素在应激中的作用

认知应激理论的核心是强调认知因素在应激作用过程的核心意义。Lazarus 早期曾认为, 应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时, 具体的说是关于对需求以及处理需求的能力的察觉和评估。因此, 甚至认为应激不决定于具体的刺激和反应。许多研究工作证明, 对事件的认知评价在生活事件与应激反应之间确实起到决定性的作用, 例如笔者等发现, 外科手术的应激性心理反应程度, 很大程度决定于病人对手术的认知。但同时也必须认识到, 认知评价本身也受其它各种应激有关因素的影响, 如社会支持一定程度上可以改变个体的认知过程, 个性特征也间接影响个体对某些事件的认知, 而生活事件本身的属性不能说与认知评价无关。所以, 在近年的许多实际病因学研究工作中, 虽然仍将认知因素作为应激的关键性中间变量来对待, 但毕竟还要考

考虑其它有关应激因素的综合作用。

由于认知评价在应激过程中的重要作用,使得认知因素在疾病发生发展中的意义已越来越被肯定。近年来已有许多心理病因学的研究工作证明,个体的认知特征与某些心理疾病、心身疾病甚至躯体疾病的发生、发展和康复有密切的关系。

(二) 认知因素的量化问题

认知评价在应激过程和心理病因学中的重要性与其量化研究程度两者之间并不相称。虽然 Folkman 本人曾对认知评价活动进行过定量研究,但至今尚缺乏经典的用于对生活事件作出认知评价的测量工具。不过目前一些自我估分的生活事件量表,实际上已部分结合个人认知评价因素。在临床心理研究工作中,也可以采用问卷或访谈的方法,让被试对有关事件的认知特点一一作出等级评估。国内近年的不少研究就是采用这样的方法,并且结果都证明认知评价在生活事件与疾病的联系中确实起着重要的中介作用。

第五节 应对方式

一、应对概念和种类

应对(coping)又称应付。由于应对可以被直接理解成是个体解决生活事件和减轻事件对自身影响的各种策略,故又称为应对策略(coping strategies)。目前一般认为,应对是个体对生活事件以及因生活事件而出现的自身不平稳状态所采取的认知和行为措施。

应对概念有一个发展过程。应对一词最早由精神分析学派提出,被认为是解决心理冲突的自我防御机制。1960年代以后,随着认知应激理论研究方向的发展,应对的含义也逐渐发生变化。60年代应对曾被视为是一种适应过程,70年代被认为是一种行为,80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。

应对概念的内涵、外延、性质、种类、与其它心理社会因素的关系以及在应激过程中的地位等问题至今仍不统一,在具体讨论过程中均易引出歧义和异议,是应激研究中颇具争论性的问题。

实际上,应对概念的涵义是很广的,或者说应对是多维度的:

从应对与应激过程的关系看,应对活动涉及应激作用过程的各个环节,包括生活事件(如面对、回避、问题解决)、认知评价(如自责、幻想、淡化)、社会支持(如求助、倾诉、隔离)和心身反应(如放松、烟酒、服药)(图 3-3)。从这一角度所进行的应对研究曾被称为过程研究(process-oriented approach),意为研究某一生活事件引起的应激全过程的应对策略。目前多数应对量表采用的是这一角度的研究。

从应对的主体角度看,应对活动涉及个体的心理活动(如再评价)、行为操作(如回避)和躯体变化(如放松)。目前多数应对量表兼有这几方面的应对条目内容。

从应对的指向性看,有的应对策略是针对事件或问题的,有的则是针对个体的情绪反应的,前者曾被称为问题关注应对(problem-focused coping),后者为情绪关注应对(emotion-focused coping)。目前多数应对量表兼有这两方面的应对条目内容。

从应对是否有利于缓冲应激的作用,从而对健康产生有利或者不利的影

和消极应对。目前这方面的理论和具体研究较少。

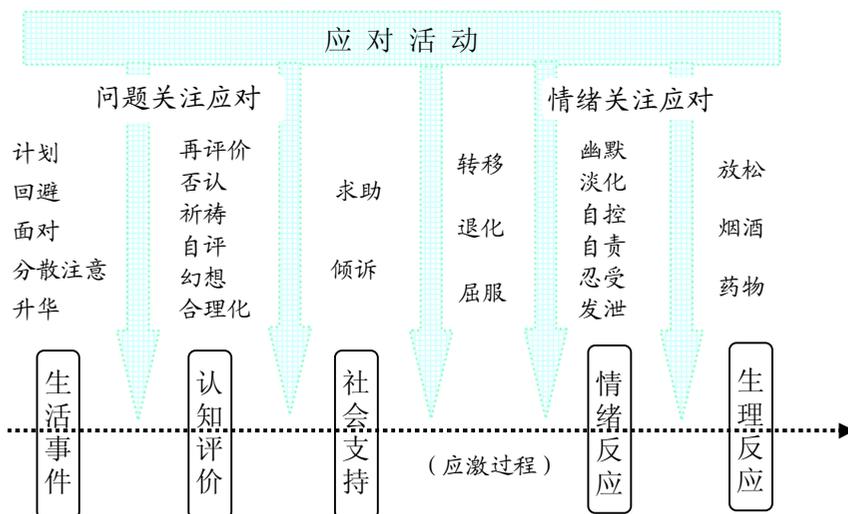


图 3-3 应对与应激过程的关系

从应对策略与个性的关系来看，可能存在一些与个性特质 (trait) 有关的、相对稳定的和习惯化了的应对风格 (coping styles) 或特质应对。例如，日常生活中某些人习惯于幽默，而有些人习惯于回避 (借酒消愁)。与前述的过程研究相对应，以特质应对理念进行的应对研究曾被称为特质研究 (trait-oriented approach)。

由于人们对应对的认识还在不断发展。因此，目前在应对研究领域应提倡从多角度入手。可以从“广义”的应对角度展开研究，例如下文 Folkman 的 Ways of Coping 及其各种修订本，均试图将个体在生活事件中的各种可能应对策略尽数列入研究范围。也可以从相对“狭义”的应对角度进行研究，例如下文的医学应对问卷 (MCMQ) 只选择研究针对疾病这一特定事件的应对策略，Levine 的否认机制问卷 (LDIS) 更只选择研究心肌梗塞病人对待疾病的否认应对策略，笔者的特质应对问卷 (TCSQ) 只选择那些与个性有关、与个体健康有关的特质应对条目等。

二、应对方式研究

目前，关于应对是应激事件和应激心身反应的重要中介变量的观点已被广泛接受。有关应对在心理应激过程中的作用及其在心理病因学中的意义的研究已成为心理应激研究中很活跃的一个领域。

(一) 应对与心理应激因素的关系

各种研究证明，应对与各种应激有关因素存在相互影响和相互制约的关系。应对与生活事件、认知评价、社会支持、个性特征、应激反应等各种应激有关因素相关，还与性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

应对受生活事件或情景的影响，人们遇到不同的生活事件，通常会常采用多种应对策略。应对与认知评价有关，许多应对问卷条目中广泛涉及认知评价就是例证。应对也涉及社会支持，不但社会支持程度会影响个体在事件中的应对策略的选择，而且应对活动本身就包含寻求社会支持的各种策略。另外，人们还认同以下事实，即不同人格类型的个体在面临应激时可以表现出不同的应对策略。有关应对与生活事件、认知评价、社会支持等关系的国内外研究报告很多，此处不再细叙。

应对活动还与年龄有关，精神分析理论就认为随着年龄的增长人的自卫机制会逐渐成熟和完

善。笔者近年（1999、2000）的资料显示，老年人的应对方式从积极到消极（按照与身心健康的相关性判断）分别是：淡化/合理化、面对/求助、再评价、转移/发泄、忍受/屈服和幻想，其排列次序与青年人不同。应对活动也存在性别差异。

（二）应对在心理病因学中的意义

在应对研究领域，除了少数单纯理论探讨和实证研究外，许多研究是围绕应对的心理病因学中的意义而进行的。这里以癌症研究为例，许多研究证明癌症作为一种严重危害人类身体健康的心身疾病，其发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会因素的影响。由于癌症本身作为一种严重的生活事件，对患者又起着心理应激源的作用，使癌症患者往往采用更多的应对策略，癌症的转归、预后、患者的生活质量、康复等（可看作应激结果）也就明显受患者各种应对策略的影响。因此，通过对癌症患者应对活动特点、影响因素和作用规律的研究，除了可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据以外，也可以通过对癌症患者应对策略及其与应激有关因素相互关系的认识，从临床实际研究的角度揭示应对和应激过程之间的理论关系。

（三）应对的量化研究

在应对的量化研究方面。由于应对分类尚无统一的认识，故应对的测定方法也多种多样。这里简述目前的一些应对量表。

Folkman 和 Lazarus 1980 年编制，1985 年修订的应对量表（Ways of Coping）将应对分为 8 种：对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评，分别被划归为问题关注应对和情绪关注应对两大类。这是经典的应对过程研究问卷。从早期的背景资料中可以看出，在不同事件和不同对象中，该问卷条目的主成分筛选结果一致性较低。

肖计划等（1995）在参考国外研究基础上筛选出 6 种应对方式：解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化。这基本上也是过程研究的产物，已被国内的一些心理卫生研究工作所采用。

卢抗生等（2000）修订的老年应对问卷，包含 5 种应对方式：面对、淡化、探索、幻想、回避，分别被划归为积极应对和消极应对两类。该问卷的修订兼用了过程研究和特质研究的思路，可用于老年心理健康的研究。

笔者等（1987，1993，1999）以应对的特质研究思路，采用因素筛选与效标考察相结合的办法，将一组与一定的个性特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对，最后形成特质应对问卷（TCSQ）（见第四章）。这两类应对风格与 EPQ 的 E 和 N 量分有明显相关，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，此外还与癌症、溃疡病、失眠、小学生流行性性病等有关。特质应对研究所关心的不是过程，而是关心个体内部某些相对稳定的、具有习惯化倾向的应对方式或应对风格，一些问题还需要深入探索。

沈晓红等（2000）修订的 Feifel 医学应对量表（MCMQ）包含病人的 3 种疾病应对策略：面对、回避和屈服。这 3 种应对方式代表了人们在遇到威胁事件时的基本行为方式，笔者等已证明屈服总是不利于疾病的康复，而回避和面对则要视具体的病种而异。

王守谦等（1992）介绍的 Levine 否认机制量表（LDIS），在心肌梗塞疾病中有临床意义。可惜该问卷未引起国内的重视。

（四）应对指导

随着应对研究的深入，近年来已有一些临床应对指导模式的研究成果报告。个体在过强或持

久的心理应激作用下，特别是已引起心身症状或已致疾病恶化时，可以通过应对有关环节对其进行心理干预，这就是所谓的应对指导。应对指导具体涉及面很广，一般有：① 指导个体通过“问题解决”的应对方法，从根本上消除应激源，这是最理想的控制应激办法，例如指导个体采用“回避”的应对办法，使远离应激源以减少某些心理应激的发生；② 指导个体进行“再评价”应对，使之改变认知评价，例如换一个角度去认识生活事件，以减轻应激反应；③ 提供或帮助寻求社会支持，即采用“求助”的应对方式，例如在临床工作中，加强病人家属、同事、领导以及医务人员对病人的支持程度；④ 分散注意，即采用“转移”的应对方式，例如指导个体通过适当的活动转移个人对应激源的注意力，解除焦虑、抑郁等不良情绪；⑤ 指导个体进行一定的放松训练，即“松弛”应对，有助于控制与应激有关的不良身心反应（症状），包括降低皮层的紧张度从而减轻焦虑和抑郁等心理症状，降低交感神经张力从而改善内脏症状例如降低血压，以及调整骨骼肌系统功能如降低头颈部肌紧张（以上三方面是互动的）。此外，催眠、暗示、运动，甚至使用一定的抗焦虑药物等方法，也可被看成是应对干预手段。

三、心理防御机制

相比较而言，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，是意识性的心理和行为策略；而心理防御机制（defense mechanism）则是精神分析理论的概念，是潜意识的，当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，此时潜意识的心理防御机制就起到减轻焦虑的作用。显然，心理应激理论和精神分析理论不属于同一范畴，应对和防御机制的根本区别也在于一个属于意识的一个属于潜意识的。但也存在着内部联系：两者都是心理的自我保护措施；通过意识的训练可将防御机制转变为习惯化的应对活动如否认、升华、转移、幽默等；许多心理防御机制可以直接表现出外部行为活动，也是可以被观察的。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。

（一）心理防御机制的分类

弗洛伊德最早提出了9种防御机制，后来他的女儿安娜·弗洛伊德发展了防御机制理论。至今，已有数十种防御机制被提出。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采用，正常人多为暂时采用，而精神病人常被极端地采用故又称为精神病性防御机制。包括否认、曲解、外射等。
2. 神经症型 少儿时期得到充分采用，成年人也常采用，但在神经症病人常被极端采用故以此命名。包括合理化、反向作用、转移、隔离等。
3. 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。
4. 成熟型 出现较晚，是一些较有效的心理防御机制，成熟的成年人常采用。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。个体在日常生活中突然面对亲人亡故等重大生活事件，或者在医学临床上面对某些严重疾病的诊断如癌症、心肌梗塞等，常常会对这些消息予以否认，拒绝接受残酷的现实，以保持暂时的心理平衡。这就是否认机制。否认

机制在精神病人中常以妄想表现出来。

2. 退行 (regression) 也称退化。当人遭遇严重挫折时, 有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或满足自己的欲望, 这就是退化机制。成人会在疼痛难忍时失声喊叫“妈呀”, 这是运用孩子对付疼痛的方式, 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。退化机制在医学临床有重要意义, 在经历意外伤害、各种危重病、大型手术等抢救脱险后, 有时病人仍不愿离开监护室, 或者躯体疾病已完全康复但仍不愿出院。这是因为病人经受死里逃生后, 心理上发生退化, 避免再负起成人的责任以及随之而来的恐惧和不安。日常生活中也经常见到人们的退化机制, 例如已学会控制大小便的孩子将行为又退化到婴幼儿期的尿裤尿床, 以引起妈妈的关心照顾, 从而消除母子分离所造成的焦虑。癔症和疑病症病人退化机制应用最多。

3. 幻想 (fantasy) 幻想就是脱离实际的空想。在现实生活中遇到了难以实现的愿望和困境时, 人们以幻想进入异想天开的境界, 以满足自己的欲望, 就是幻想机制。灰姑娘的故事、“自我陶醉”、做“白日梦”等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屈时, 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一般来说是正常现象。如果成年人常常采用这种应付方式, 特别是分不清现实与幻想的内容时, 就是病态的了, 常见于人格不成熟甚至是精神疾病病人。

4. 转移 (displacement) 所谓转移, 就是当一个人因限于理智或社会的制约, 将对某一对象的情绪、欲望或态度, 在潜意识中转移到另一个可替代的对象身上。平常所指的“迁怒于人”就是一例。例如丈夫在单位被批评指责, 内心一肚子委屈, 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转移, 这时病人将过去对某些重要人物的爱或恨, 迁移到目前的医生身上, 医生利用这种迁移可促进治疗。

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, 常常会以各种“理由”为自己辩解以原谅自己而摆脱痛苦。合理化有很多形式, 如“知足常乐”、“比上不足、比下有余”等。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狐狸, 发现葡萄架上挂满了葡萄, 很想摘下来吃, 但又够不着, 狐狸不承认自己没能力吃上葡萄, 反说葡萄是酸的, 自己根本不想吃。这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, 这就是甜柠檬心理。日常生活中, 合理化机制在普通人均有所表现, 但严重者往往反映的是神经症样症状。

6. 反向 (reaction) 由于社会道德或行为规范的制约, 将潜意识中某种不能直接表达的欲望和冲动, 以完全相反的方式表现出来, 这就是反向机制。这是一种“矫往过正”的防御形式。“此地无银三百两”的故事就是一种典型的反向机制。反向机制容易在某些神经症病人中表现出来, 有的病人怕自己会杀人, 因此见到刀剪之类的锐器, 就会紧张不安, 唯恐自己失去控制而致人于死。

7. 升华 (sublimation) 将潜意识中某种不能直接表达、不为社会所认同的动机、欲望和感受, 导向能被社会广泛认同和接受的目标和方向上去, 这就是升华机制。历史上有许多名人所取得的成就可以看成是升华机制的最终结果, 例如司马迁的挫折与《史记》的成就, 歌德年轻时的

失恋与他所写的《少年维持之烦恼》等佳作。所以有的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和创造性的防御机制。

8. 幽默 (humor) 处于尴尬的境地时,有的人常会自发地以发笑、说俏皮话等幽默方式进行自我解嘲,既无伤大雅又可解除难堪的局面,使自己摆脱困境。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的场合,运用合适的幽默打破窘境改变困难局面,故幽默有益于身心健康,是一种成熟的积极的防御机制。

9. 潜抑 (repression) 弗洛伊德认为潜抑是最基本的心理防御机制,是把不能被意识所接受的那些具有威胁性的冲动、欲望、情感体验等抑制到潜意识领域,以保持心境的安宁。日常生活中,多数人在多数时间里将痛苦的事情“遗忘”,这种“遗忘”和自然遗忘不同,并未真正消失,而是转入了潜意识境界,从而避免了因触及此事而引起意识上的痛苦。从心理健康的角度,潜抑对人是有害的。精神分析治疗就是挖掘寻找病人潜抑的致病情结,并设法将其带到意识领域,以消除疾病症状。

第六节 社会支持

一、社会支持的概念和分类

目前,社会支持与认知评价、应对方式、个性特征等一样,在应激研究中已越来越被重视,被认为是影响生活事件与应激结果的另一个重要中间因素。

社会支持 (social support) 是指个体与社会各方面包括亲属、朋友、同事、伙伴等社会人以及家庭、单位、党团、工会等社团组织所产生的精神上和物质上的联系程度。在应激研究领域,一般认为社会支持具有减轻应激的作用,是应激作用过程中个体“可利用的外部资源”。

社会支持概念所包含的内容相当广泛,包括一个人与社会所发生的客观的或实际的联系,例如得到物质上的直接援助和社会网络。这里的社会网络是指稳定的(如家庭、婚姻、朋友、同事等)或不稳定的(非正式团体、暂时性的交际等)社会联系的大小和获得程度。社会支持还包括主观体验到的或情绪上的支持,即个体体验到在社会中被尊重、被支持、被理解和满意的程度。许多研究证明,个体感知到的支持程度与社会支持的效果是一致的。

由于社会支持涉及面广,一般采用多维的方式进行分类,并形成不同的社会支持量表。

肖水源(1987)总结文献将社会支持分为主观支持、客观支持和利用度3类,并形成一项社会支持量表,在国内已得到使用。所谓主观支持指个人自我感觉获得别人支持的程度,客观支持即个人实际上与他人联系的数量情况,个人利用度是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)等在其介绍的领悟社会支持量表(PSSS)中,将社会支持分为家庭支持、朋友支持和其它人支持3类。该量表已由笔者等引进(见第四章)。

在Wilcox(1982)的社会支持调查表(SSI)中,社会支持分为情绪支持、归属支持和实质支持。

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

社会支持量表还有很多。其中根据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) 据认为是目前最有影响的社会支持测量工具。

二、社会支持研究

(一) 社会支持与心理应激因素的关系

个体的社会支持程度受多种因素的影响,实际上与各种应激因素都存在交互关系。例如,许多生活事件本身就是社会支持方面的问题;认知因素影响社会支持的获得特别是影响主观支持的质量;社会支持与应激反应程度也有关系。Sarason 等 (1981) 发现社会支持数量 (SSQN) 与艾森克个性问卷的外向分呈正相关,而社会支持数量 (SSQN) 和社会支持满意程度 (SSQS) 二者均与神经质分呈负相关,说明社会支持与个性有一定的联系。

(二) 社会支持与健康和疾病的关系

社会支持与健康保持的关系是应激研究的重点内容之一。国内外不少研究者从各个角度探讨社会支持与健康的关系,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,并进一步可以降低心身疾病的发生和促进疾病的康复。

Lowenthal 和 Haven (1968) 发现老年人如果有密切的朋友交往,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 9 年随访调查,结果发现,男性死亡原因与婚姻关系、亲朋接触、教堂关系等项有关,女性死亡原因则与亲朋接触、教堂关系、团体联系等项有关。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,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。

有证据表明,幼年严重的情绪剥夺,可产生某些神经内分泌的变化,如 ACTH 及生长激素不足等。Thomas 等研究 256 名成人的血胆固醇水平、血尿酸水平及免疫功能。通常应激会使血胆固醇水平升高,血尿酸水平升高,免疫机能降低。他们发现,社会相互关系调查表 (ISSI) 的密友关系部分社会支持得分高,则血胆固醇水平及血尿酸水平低,免疫反应水平高。这与年龄、体重、吸烟、酗酒、情绪不良体验等因素无关。

动物实验也证明社会支持与身心健康之间的肯定联系。有人发现在实验应激情境下,如果有同窝动物或动物母亲存在、有其它较弱小动物存在、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,如模拟的“社会隔离”可导致动物行为的明显异常。

(二) 社会支持保护健康的机制

1. 缓冲作用假说 该假说认为社会支持本身对健康无直接影响,而是通过提高个体对日常生活中伤害性刺激的应对能力和顺应性,从而削减应激反应,起到缓冲生活事件的作用。Nuckolls 等 (1972) 研究妊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。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。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。

2. 独立作用假说 该假说认为社会支持不一定要在心理应激存在下才发挥作用,而是通过社会支持本身的作用以维持个体良好的情绪进而促进健康。普遍的资料显示,与世隔绝的老年人比与密切联系社会的老年人相对死亡率高,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。

第七节 个性与应激

一、个性与应激因素的关系

作为应激作用过程中的诸多因素之一,个性特征与生活事件、认知评价、应对方式、社会支持和应激反应等因素之间均存在相关性。

个性可以影响个体对生活事件的感知,偶尔甚至可以决定生活事件的形成。许多资料证明,个性特征与生活事件量表分之间特别是主观事件的频度以及负性事件的判断方面存在相关性。

个性影响认知评价。态度、价值观和行为准则等个性倾向性,以及能力和性格等个性心理特征因素,都可以不同程度影响个体在应激过程中的初级评价和次级评价。这些因素决定个体对各种内外刺激的认知倾向,从而影响对个人现状的评估,事业心太强或性格太脆弱的人就容易判断自己的失败。个性有缺陷的人往往存在非理性的认知偏差,使个体对各种内外刺激发生评价上的偏差,可以导致较多的心身症状。

个性影响应对方式。前文已述及,个性特质一定程度决定应对活动的倾向性即应对风格。不同人格类型的个体在面临应激时可以表现出不同的应对策略。笔者近年来的资料显示,个性中的情绪不稳定性和内外向维度与特质应对问卷中的条目有相关性。Folkman 曾根据“情绪关注”类应对的跨情景重测相关高于“问题关注”类,认为情绪关注类应对更多的受人格影响。Glass 等(1977)的研究发现:当面对无法控制的应激时,A型行为模式的人与B型行为模式的人相比,其应对行为更多的显示出缺乏灵活性和适应不良。而 Vingerhoets 和 Flohr 的研究却提示:面临应激环境时,A型行为模式的人较B型行为模式的人更多地采用积极正视问题的应付行为,而不是默认。同时还发现A型行为模式的人不象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。

个性与社会支持有联系。个性特征间接影响客观社会支持的形成,也直接影响主观社会支持和社会支持的利用度水平。人与人之间的支持是相互作用的过程,一个人在支持别人的同时,也为获得别人对自己的支持打下了基础,一位个性孤僻、不好交往、万事不求人的人是很难得到和充分利用社会支持的。

个性与应激反应的形成和程度也有关。同样的生活事件，在不同个性的人身上可以出现完全不同的心身反应结果。

二、个性在应激与疾病关系中的作用

个性是最早被重视的心身相关因素之一。个性与健康的密切联系早有研究，学术界甚至试图探讨个性与特定疾病之间的联系，如早期精神分析论者试图说明不同的人格与几种经典的心身疾病之间存在内在联系。近几十年有大量的个性调查研究，证明某些个性因素确与多种疾病的发生发展有关，但其特异性并不高。

其实，个性与疾病的关联，很难说是两者之间的直接因果关系。到是人们早已注意到，个性-情绪-疾病之间存在联系。许多资料证明，特定的个性确易导致特定的负性情绪反应，进而与精神症状和躯体症状发生联系。这说明情绪可能是个性与疾病之间的桥梁。但这一认识并未能进一步解释个性与情绪之间的联系又是如何的。心理应激研究为此提供了解释：在应激作用过程中，个性与各种应激因素存在广泛联系，个性通过与各因素间的互相作用，最终影响应激心身反应的性质和程度，并与个体的健康和疾病相联系。笔者曾利用多因素分析方法，证明个性确与其它应激因素互有相关性，并共同对应激结果（如疾病、心身症状）作出“贡献”。

关于是否存在某些特定的应激或疾病易感性人格，有人曾归纳出易感应激人格及抗应激人格两类。最具代表性的是“坚韧”（hardiness），这是一种由奉献（commitment）、挑战（challenge）、及控制（control）三种组分构成的人格特征，与降低应激相关疾病的发生有关（Kobasa, 1979; Gentry & Kobasa, 1984）。奉献是一种心理倾向，是一种认为自己的活动是重要的有意义的感受；坚韧者认为生活的标准不是稳定而是挑战，因此，对一切的重大变革都视为挑战，而不评价为威胁；控制感是这种人格的第三种特点，他们认为能把握自己生活中各种事件。Kobasa 是在研究“A型行为者为什么有人不患冠心病？”时发现这种个性特征。这种人在高度应激状态下很少引起负性后果（Wiebe, 1991）。

据此分析，A型行为显然是一种应激易感人格；而B型行为者的应激感受性低。

在Ellis A提出的非理性信念中，也包含一些易感应激的人格特质如“杞人忧天”型者，常将一些不可能的传闻作为事实或将细微末节无限扩大；又如，“庸人自忧”型者则会将已经过去的负性事件，反复向人游说，使应激源“自我永存”。也有人将此类人格特质归纳为“焦虑人格”。

（姜乾金）

第四章 心理评估

与传统的医学临床诊断手段相对应，对医学领域中涉及的心理行为因素做客观评估（心理诊断学），同样具有临床实际意义。

Ⅰ 心理评估是对个体的心理现象作全面、系统、深入的客观描述，可通过观察、晤谈及心理测验等手段。

Ⅰ 心理测验对测验工具、主试者、被试者和环境等有相应的条件要求。

Ⅰ 临床医学常用的心理测验包括能力测验、人格测验、症状和应激有关因素评定。

第一节 总论

一、心理评估概述

（一）心理评估的定义和目的

心理过程和个性差异可用一些方法来作客观描述，这些方法主要有观察、晤谈（或称访谈，interview）和心理测验（psychological test）等。应用多种方法所获得的信息，对个体某一心理现象作全面、系统和深入的客观描述，这一过程称为心理评估（psychological assessment）。心理评估在心理学、医学、教育、人力资源、军事司法等部门有多种用途，其中为临床医学目的所用时，便称为临床心理评估（clinical psychological assessment）。在我国，临床心理评估的目的主要有以下几种：

- （1）单独或辅助作出心理或医学诊断；
- （2）指导制定心理障碍或医学疾病的防治措施，并常作为判断疗效的指标；
- （3）为估计心理障碍或医学疾病预后提供依据；
- （4）医学科学或心理学研究的方法；
- （5）其它：如预测个体未来成就，作为人才选拔的方法，以及作为司法鉴定的方法。

（二）评估者的条件

由于心理现象相对复杂，受主观因素影响较大，要做好心理评估，对心理评估者的技术和心理素质要求都比较高。

在技术方面，要求对心理学、病理心理学及其与健康 and 疾病关系的知识有系统的了解，对心理评估理论和操作有较好的掌握，要有与各种年龄、教育水平、职业性质、社会地位及各种疾病的人交往的经验。

在心理素质方面，要求评估者具备健康的人格，乐于并善于与人交往，愿意助人，尊重人，有接纳性和通情（empathy）。如果不具备这些心理素质，便很难与被试者建立和睦关系（rapport），影响心理评估的进行，或者得到错误的评估结果。

良好的协调关系在心理治疗和心理评估中同样重要。在心理评估中，评估者有各自建立良好

的协调关系的经验和方法，但通情、接受和尊重被试者是最为重要的，只有这样，才能建立起相互信任、尊重、合作的关系，才能保证评估结果的可靠性。在心理评估中，应根据不同被试者的特点，调动他们接受心理评估的动机。例如幼儿可能害怕陌生环境，难以接受心理测试，这时应尽量将测查环境布置得“儿童化”，并可让儿童的父母或其他陪人在场（通常情况下，不应让第三者在场），但不能介入测查活动。对儿童不要说是来做检查，而应说“我们一起来作一些游戏”。成人也有“考试焦虑”，有人对测查的目的不明确而抱有“防御心理”，评定者应对测查的目的进行解释，使被试者理解评估的意义。总之，没有良好的协调关系，心理评估难以进行。

（三）心理评估者的职业道德

凡属为人服务的专业，均强调专业人员的职业道德，从事心理服务的专业人员更是如此，有关心理评估专业人员的职业道德内容甚多，这里结合我国情况，重点介绍如下几点。

（1）严肃对待：心理评估工作既涉及到人们切身利益（健康问题和法律规定的某些权利），又涉及执法问题如司法鉴定、计划生育鉴定等，要严肃、慎重地进行。

（2）保守被试者利益：心理评估工作会接触被试者的个人隐私，要尊重他们的人格，保守他们的秘密（对他人有危害的，要用适当方式引起他们注意并让他们知道其行为的后果），以免增加他们的痛苦和损失。

（3）管理好心理评估工具：心理评估尤其是心理测验从某种意义上相当于国家考试题，内容不得公开。标准化心理测验如智商测验是受管制的测量工具，只有具有资格者才能独立使用和保存，不允许向无关人员泄露测验内容。

二、观察法与晤谈技术

（一）观察法

观察法是医学心理学的基本方法之一（参见绪论）。在心理评估中，也离不开对被试者的观察，是评估者获得信息的常用手段。

（1）目标行为：在心理评估中观察内容常包括仪表、体形、人际交往风格、言谈举止、注意力、兴趣、爱好、各种情境下的应对行为等。实际观察中，应根据观察目的，观察方法及观察的不同阶段选择观察目标行为。对每种准备观察的行为应给予明确的定义，以便准确的观察和记录。

（2）观察时间：包括确定观察期、观察次数、间隔时间和观察持续时间。通常，直接观察时间一般10~30分钟，这样观察者不会太疲劳。通过一些间接手段如录像监测观察则可持续进行。如果观察期跨越若干天，则每天观察的时间和次数应保持一致。至于具体地确定观察时间、次数、间隔时间等，应根据目标行为出现的时间特点来确定。

（3）资料记录：常因观察方法不同而采用不同记录方式。一般而言，定式观察有固定的记录程序和方式，只要严格遵循即可；非定式观察常采用描述性记录方法，不仅要记录观察到的目标行为表现、频率，还要进行推理判断，例如记录“×××拳击布娃娃5次，显得很愤怒”。

（4）观察者的条件：首先观察者应具备一般性社会知识，能从文化背景和社会习俗来观察和理解目标行为的意义；其次要有较好的专业知识，了解一些特殊行为在心理学和医学上的意义；观察者还要有与不同年龄、性别、教育程度、职业和经历的人交往的经验。

（二）晤谈技术

晤谈也是医学心理学的基本方法之一，在心理评估和心理治疗中均有重要作用。在心理评估中，为了得到被试者的“第一印象”，建立相互协调的合作关系及收集其它方法难以获得的信息，均要通过晤谈来达到这些目的。

(1) 用词：要求通俗易懂，非必要时应少用专业词汇；要因人而异，采用来访者能懂的词语。在称谓上应注意使用尊称，如对年长者以长辈相称，一般人以职业相称如老师、医师、工程师等。

(2) 提问：恰当的提问才能获得较多的正确信息。一般而言，心理晤谈开放性提问较多。表4-1 举出五种常见的提问类型。

表 4-1 晤谈提问类型

类型	要点	举例
1. 开放性提问	让来访者自由回答，但有一定范围	“能告诉我就诊的原因吗？”
2. 促进性提问	鼓励来访者会话流畅	“您能更详细地告诉我当时的情况吗？”
3. 阐明问题的提问	鼓励解释和扩充	“我推测您会觉得这办法……怎么样？”
4. 对质的提问	询问不一致问题	“很好，我是否误解了你所说的……”
5. 直接的提问	适用建立了 rapport 的来访者，澄清具体问题	“您对他说了什么？”

(3) 记录：晤谈一般不作笔记，为避免遗忘，可记录关键要点，如有影响便立即停止记录。如果来访者声明不许笔录，应尊重来访者意愿。有时为了教学和研究目的，需要对来访者全程录像和录音，一定要事先征得来访者同意。

(4) 倾听：一名优秀的接见人不仅要注意来访者说了“什么”，而且还要通过声音、表情和姿势注意到他们“如何”说，以此察觉到尚未暴露的信息。因此，接见人要时刻反省自己的需要、价值和标准对晤谈及来访者印象形成的影响，并不断调整自己，使其与晤谈过程相融洽。为此，要多作实际锻炼。

(5) 非词语沟通：晤谈中通过非词语沟通获得的信息（参阅第十章），也是心理评估的重要线索。

三、心理测验

（一）心理测验的定义

心理测量学中，心理测验通常与心理量表（psychological scale）同义，是指在标准的情境下，对个人行为样本进行客观分析和描述的一类方法。

这一定义有以下 4 点重要含义：

(1) 行为样本（behavior sample）：一般情况下，人的心理活动都是通过行为表现出来，心理测验就是通过测量这些人的行为表现来间接地反映心理活动的规律和特征。但是，任何一种心理测验都不可能也无必要测查反映某项心理功能的全部行为，而只是测查其部分有代表性行为，即取部分代表全体。在编制某种心理测验时，必须考虑测查行为样本的代表性，也就是测题（item，也称条目或项目）的代表性；而要获得有代表性行为样本，关键在于控制影响该行为的诸多因素。再采用许多复杂的测量学方法来筛选行为样本，这一过程称为测验内容标准化过程。心理测验是

否编制成功，很大程度上取决于测验内容（行为样本）的代表性。由于只是一个行为样本，即使一个成功编制的心理测验，也难免不在一定范围内出现误差，这种误差大小可通过测验的信度来估计（见下面有关信度内容）。

(2) 标准情境：从测验情景来看，要求所有被试者均用同样的刺激方法来引起他们的反应，也就是测验的实施条件、程序、记分方法和判断结果标准均要统一；从被试者的心理状况来看，要求被试者处于最能表现所要测查的心理活动的最佳时期。

(3) 结果描述：心理测验的结果描述方法很多，通常分为数量化和划分范畴两类。例如，以智力商数（intelligence quotient, IQ）为单位对智力水平进行数量化描述，用记忆商数和损伤指数分别对记忆能力和脑损伤的程度进行数量化描述等。有些心理现象不便数量化，就划分范畴，如正常、可疑或异常等范畴。一般而言，可数量化的结果也可以划分范畴，如智力水平高低也可根据 IQ 值划分为正常、超常和缺损等。心理测验的各种特殊量数或范畴名称均有一定的涵义，成为解释测验结果专用的心理测量学术语。

(4) 心理测验工具：一种心理测验就有相应的一套工具或器材，如同天秤或复杂的测量装置一样。这套工具包括测验材料和使用手册。测验材料就是测验的内容，通过被试者对其作出的反应来测查他们的心理现象；使用手册则对如何实施测试，如何量化和描述测验结果给予了详细说明，还有该测验的目的、性质和信度、效度等测量学资料的必要介绍。

（二）常用心理测验的分类

据统计，已经出版的心理测验多达 5000 余种，其中许多因年代久远，目前已很少有人继续使用。心理测验可按测验材料性质分为文字测验和非文字测验，前者要求被试者具有一定的言语能力，大多数心理测验都属此类；后者采用图画或图案作为测验材料，用手势或操作来答题，适用于言语功能障碍或对测验的语言材料不熟悉的被试者。心理测验又可按施测方式分为团体测验和个别测验，前者是一个主试者对一群被试者进行施测，这种方式可用于大样本的研究；后者是一个主试者对一个被试者施测，大多数测验采用此种方式，其优点是在施测中可以对被试者的行为进行系统的观察和描述，有的个别测验也可作为团体测验使用。心理测验还可按测验材料的意义是否肯定和回答有无限限制分为常规测验和投射测验，常规测验材料完整，意义肯定，回答有一定范围，有一致的评分标准和供解释的常模，其优点是操作技术容易掌握，结果容易分析，缺点是测验的目的明显，在回答涉及社会评价的问题时，可能因掩饰而回答认真；投射测验则材料意义含糊，回答无限制，无严格的评分标准，其优点是测验的目的隐蔽，回答难以掩饰，结果较真实，缺点主要是测验结果分析困难，主试者要有丰富的使用该测验的经验。近年来，计算机辅助心理测验（computer-assisted tests）发展迅速，实现了将传统的纸笔测验形式在计算机上施测，并自动分析测验结果，这是心理测验的一个新品种。

在临床工作中，目前常用的心理测验不过百余种，通常按其目的和功能可分为能力测验、人格测验、神经心理测验、临床评定量表和职业咨询测验等。

1. 能力测验 这是心理测验中一大类别，包括智力测验、心理发展量表、适应行为量表及特殊能力测验等。

2. 人格测验 此类测验数量众多，有的用于测查一般人群人格特征，如卡特尔 16 项人格问卷、艾森克个性问卷等；有的用于测验个体的病理性人格特点，如 MMPI 等。

3. 神经心理测验 用于评估正常人和脑损伤病人脑功能状态的心理测验。用于脑损伤的定位诊断，在脑功能的诊断及脑损伤的康复与疗效评估方面发挥作用。

4. 评定量表 评定量表 (rating scale) 是对自己主观感受和他人行为的客观观察进行量化描述的方法。此类测验种类和数目繁多, 最早始于精神科临床, 以后推广到其它广泛的临床和研究领域。

5. 职业咨询测验 常用的测验有职业兴趣问卷、性向测验和特殊能力测验等, 人格和智力测验也常与这些测验联用, 使评估结果更为全面。

(三) 标准化心理测验的基本特征

并非所有的心理测验都是标准化测验 (standardized test), 只有通过一套标准程序建立测验内容, 制定评分标准, 固定实施方法, 而且具备主要的心理测量学 (psychometrics) 技术指标, 并达到了国际上公认的水平, 才能称为标准化测验。标准化测验的一些主要技术指标有:

1. 常模 所谓常模 (norm), 是指某种心理测验在某一人群中测查结果的标准量数, 即提供了可比较的标准。某个人在某项测验的结果只有与这一标准比较, 才能确定测验结果的实际意义。而这一结果是否正确, 在很大程度上取决于常模样本的代表性。

(1) 样本 (sample): 这里指的是标准化常模样本。为了保证常模样本的代表性, 一般而言, 取样时需考虑影响该测验结果的主要因素如样本的年龄范围、性别、地区、民族、教育程度、职业等, 再根据人口资料中这些因素的构成比情况, 采用随机抽样方法来获得常模样本。如果样本代表全国的, 可制定全国常模, 代表某一地区的则建立区域性常模。区域性常模适用范围局限, 但对相同区域被试者比全国常模更准确。如果是临床评定量表, 常模样本取样还应考虑疾病诊断、病程及治疗等情况。

在使用心理测验时, 必须考虑被试者情况与该测验常模样本背景资料相符合程度。如果不得已使用了不很相应的测验, 则在解释测验结果时须持谨慎态度, 否则容易得到错误的结论。

(2) 常模形式: 常模有多种形式。

① 均数: 这是一种常模的普通形式, 是标准化样本的平均值。某被试者在测验中直接得分 (粗分或称原始分) 与之相比较时, 才能确定其成绩的高低。

② 标准分 (standard score): 原始分的意义非常有限, 不具可比性。比如某被试者在算术测验中得 15 分 (最高分为 20 分), 而在词汇测验中得 40 分 (最高分为 80 分), 单凭原始分就难以判断该被试者哪项测验成绩更好, 因为这两个测验分数的全距不同, 测验分数在常模样本中的离散情况也可能不同, 不具可比性。另外, 原始分在不同年龄或不同群体被试者之间也不具可比性。而心理测验的基本目的就是比较心理特征的差异。要实现这两个目的, 运用标准分是一种较好的手段。标准分形式很多, 其共同点都是基于统计学的正态分布理论衍化而来 (图 4-1), 因此采用标准分作为常模形式的基本条件就是测验的分数在常模样本中要呈正态分布。

Z 分是最基本的标准分, 其它各种形式标准分都是由 Z 分转换而来。Z 分计算公式为 $Z = (X - \bar{X}) / SD$ 。其中, X 为被试者在测验中的原始分, \bar{X} 为常模样本在该测验中的平均原始分, SD 为常模样本在该测验中原始分标准差。这样, 可以说明被试者测验成绩在平均水平之上 (Z 分为正) 还是在平均水平之下 (Z 分为负), 以及被试者成绩与平均水平的相差程度 (以相差多少个标准差来表示)。

因为 Z 分存在负分, 许多测验如能力测验、人格测验、神经心理测验等结果描述采用负分不合常理, 因此目前大多数测验均系改良后的标准分计算方法:

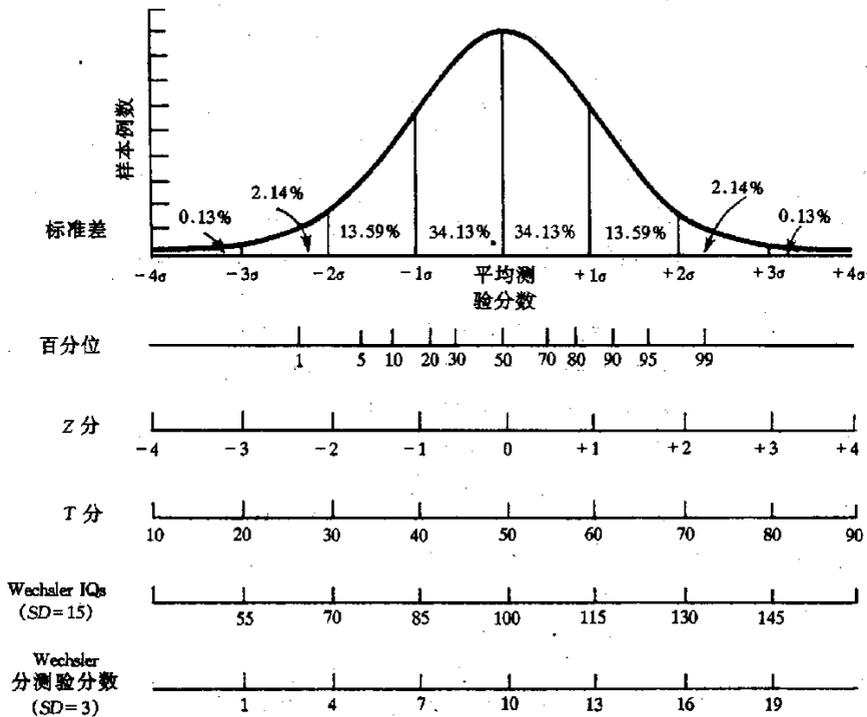


图 4-1 正态分布与标准化的关系

离差智商 $IQ = 100 + 15(Z)$ (韦氏智力量表)

T分 = $50 + 10(Z)$ (T分是广泛使用的标准分, 尤其在人格测验中常用)

“标准 20” = $10 + 3(Z)$ (如韦氏量表中的各分测验成绩)

“标准 10” = $5 + 1.5(Z)$

③ 百分位 (percentile rank, PR): 也是常用常模形式, 其优点是不需要统计学的概念便可理解。一般将成绩差的排列在下, 好的在上, 计算出常模样本分数的各百分位范围。将被试者的成绩与常模相比较。例如, 被试者成绩相当百分位为 25 (P25), 说明其成绩相当标准化样本的第 25 位, 说明样本中 25% 的成绩在他之下 (或一样), 75% 在他之上, 以此类推。

④ 划界分 (cutoff score): 在筛选测验和临床评定量表中常用。如教育上用 100 分制时, 60 分为及格, 即划界分。一般入学考试的划界分常因考生人数和录取人数而异。在神经心理测验中, 将正常人与患者的测验成绩比较, 设立划界分来判断有无脑损伤。如果某测验对诊断脑损伤敏感, 说明划界分有效, 异常诊断的假阴性人数就很少, 正常诊断的假阳性也很少。如果不敏感, 则假阳性或假阴性的比率增加。

⑤ 比率 (或商数): 这类常模形式也较常用。例如: H.R 神经心理测验中的损伤指数就是一种比率常模形式, 即划入异常的测验除以被测的测验数; 在离差智商出现之前, 心理学家早就使用比率智商。商数常模形式在发展量表中目前使用较多。

以上是通用常模形式, 另外还有各种性质的常模。如年龄常模 (按年龄分组建立的)、性别、区域和各种疾病诊断的常模。从可比性看, 常模越特异越有效; 从适应性讲, 则以通用常模使用方便。

2. 信度 (reliability) 指测验分数的可靠性, 通过对测验分数测量误差的计算来估计。在测量学上, 测验信度就是估计误差 (error variance) 在测验分数总方差中所占的比例。测验误差在编制测验和实施测验中均可产生, 包括内容抽样误差, 即编制测验时筛选有代表性行为样本的抽样误差; 时间抽样误差, 即同一名被试者在不同时间接受同一种测验测查时所产生的误差; 评分者误差, 即同一份测验结果由不同的人评分, 由于各人掌握的评分标准差异所产生的误差。估计不同的误差可采用不同的计算方法, 主要有如下几种:

(1) 分半信度 (split-half reliability): 将一套测验的各项目按难度排序, 再按项目的奇、偶数序号分成两半, 对其所测结果进行相关分析, 用于评价内容抽样误差。

(2) α 系数 (α coefficient): 用于评价测验内容抽样误差和项目内容的异质性。

(3) 正副本相关: 有的测验同时编制了平行的正副本, 将同一组被试者的两套结果进行相关分析, 也是评价测验内容误差的一种量数。

(4) 重测信度 (test-retest reliability): 对同一组被试者在两次不同时间作同一套测验所得结果进行相关分析, 评价时间抽样误差。

(5) 评分者之间一致性检验: 用于评价不同评分者之间所产生的评分误差。

此外, 还有因素信度、测量标准误差等, 因计算方法复杂, 在此不一一详述。

信度检验结果用信度系数 (reliability coefficient) 表示, 其数值在-1~+1 之间。绝对值越接近 1.0, 表明误差越小, 测验结果越可靠; 绝对值越接近 0, 表明误差越大, 测验结果越不可靠。通常, 能力测验的信度要求 0.80 以上, 人格测验的信度要求 0.70 以上。

3. 效度 (validity) 指测验结果的有效性, 即某种测验是否测查到所要测查的内容? 在何种程度上测查了所要测查的内容? 如一个智力测验, 若测验结果表明的确测得了被试者的智力, 而且测准了被试者智力水平, 那么这个测验的效度就好, 反之则不好。同信度检验一样, 效度检验方法也有多种种类:

(1) 内容关联效度 (content-related validity): 用于系统评估测验项目反映所测量内容的程度, 即测验的行为取样是否能代表所测量的心理功能及代表的程度, 通常通过专家评审的方法进行, 主要在设计项目时考虑这一指标。

(2) 效标关联效度 (criterion-related validity): 用来检验所编制的测验是否能预测被试者在特定情境中的行为表现, 其关键之处是合理地选择效标。例如, 智力测验常选用学业成绩作为效标, 临床评定量表常选用临床诊断作为效标, 等等。

(3) 结构关联效度 (construct-related validity): 反映了编制的测验所依据理论的程度。例如编制了一个智力测验, 必定有关智力理论, 那么该测验反映所依据的智力理论程度, 可用结构效度检验。因素分析是结构效度检验的最常用的方法。

(四) 心理测验的选择原则与合理使用

心理测验的种类很多, 临床工作者如何选用测验是很重要的。选择原则如下:

(1) 根据临床或研究工作不同目的, 如心理诊断、协助疾病诊断、疗效比较、预后评价、心理能力鉴定等, 选择测验种类, 或组合多种测验来满足不同的要求。

(2) 选择常模样本能代表被试者条件的测验, 比如被试者年龄、教育程度、心理特点、居住区域等必须符合该测验的常模样本的要求。

(3) 优先选用标准化程度高的测验及有结构的测验。

(4) 选用国外引进的测验时, 应尽可能选择经过我国修订和再标准化的测验。

(5) 主试者应选用自己熟悉和具有使用经验的测验。

为了使心理测验在应用中发挥最大的效用，合理使用心理测验应注意如下几点：

(1) 心理测验的数量化至今并未达到完美程度，应防止滥用心理测验。只有在临床诊断、治疗或作出决策方面的需要时，才进行心理测验。

(2) 阅读心理测验报告的临床工作者也要学习一点心理学和心理测验知识，提高自己综合分析被试者有关资料的能力，从而对心理测验结果作出符合实际情况的判断。

(3) 注意选择实施测验的时机，如未建立良好协调关系时，暂时不宜进行测验。

第二节 智力测验

智力测验 (intelligence test) 是评估个人一般能力的方法，它是根据有关智力概念和智力理论经标准化过程编制而成。智力测验在临床上用途很广，不仅在研究智力水平，而且在研究其它病理情况 (如神经心理) 时都是不可缺少的工具。临床上多用个别智力测验，教育和某些研究也用团体智力测验。

一、智商

智商 (intelligence quotient, IQ) 是智力测验结果的量化单位，用于衡量个体智力发展水平的一种指标。

(一) 比率智商

比率智商 (ratio IQ) 最初由 Terman 提出，计算方法为： $IQ=MA/CA \times 100$ 。公式中 MA 为智龄 (mental age)，指智力所达到的年龄水平，即在智力测验上取得的成绩；CA (Chronological age) 为实龄，指测验时的实际年龄；设定 MA 与 CA 相等时为 100。例如，某儿童智力测验的 MA 为 10，而他的 CA 为 8，那么他的 IQ 为 125，说明该儿童比同龄儿童的平均能力高。如果 MA 为 9，CA 为 10，IQ 为 90，说明该儿童比同龄儿童平均能力低。

比率智商有一定局限性，它是建立在智力水平与年龄成正比的基础上，实际上智力发展到一定年龄后稳定一定水平，呈平台状态，随着年龄增加，智力便开始下降。因此，比率智商适用最高实际年龄限制在 15 岁或者 16 岁。

(二) 离差智商 (deviation IQ)

为了解决上述问题，Wechsler 提出了离差智商，它是用统计学的标准分概念来计算智商，表示被试者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 均值为 100，标准差为 15。计算公式为 $IQ=100+15(X-\bar{X})/SD$ 。公式中 \bar{X} 为样本成绩的均数，X 为被试者的成绩，SD 为样本成绩的标准差， $(X-\bar{X})/SD$ 是标准分 (Z) 计算公式。离差智商实际上不是一个商数，当被试者对象的 IQ 为 100 时，表示他的智力水平恰好处于平均位置。如 IQ 为 115，则高于平均智力的一个标准差，为中上智力水平；IQ 是 85，则表示低于平均智力的一个标准差，为中下智力水平。

离差智商克服了比率智商计算受年龄限制的缺点，已成为通用的智商计算方法。

二、智力分类和分级

智力可以按一定标准来分出种类和等级。现代心理测量学用统计的方法分出智力的各种因

素，如言语智力和操作智力等；从智力理论上又分为流体智力和晶体智力，也有的把智力分为抽象智力、具体智力和社会智力等。目前智力主要采用 IQ 分级方法，这也是国际常用的分级方法。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）

智力等名称	韦氏量表 (s=15)	斯坦弗~比奈量表 (s=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
轻度智力缺损	55~69	52~67
中度智力缺损	40~54	36~51
重度智力缺损	25~39	20~35
极重度智力缺损	<25	<20

三、常用智力测验和发展量表

评估智力水平多采用智力测验和发展量表（developmental scale）等心理测验手段，0~3 岁多采用发展量表测查智力水平，4 岁以后多采用智力测验和适应行为量表（adaptive behavior scale）来测查智力功能。之所以如此划分，主要是因为 4 岁前婴幼儿智力的发展与生理发展分化不完全，测验方法难以清晰地区分；另有研究表明，只有 3 岁以上被试者的 IQ 与成年后的 IQ 有较高的相关。

（一）常用智力测验

智力测验的形式多样，有的采用单个测验形式，测查单一智力功能，其结果不能用 IQ 表示，如绘人测验、瑞文推理测验等；有的采用成套测验形式，测查多种智力功能，结果可用 IQ 表示，称为 IQ 测验，目前这类智力测验的数目很多，国际通用的有韦氏智力量表（Wechsler intelligence scale, W-S）、斯坦弗-比奈智力量表（B-C）和 Kaufman 儿童能力成套测验（K-ABC）等。在临床中用得最多的是韦氏智力量表。

1. 韦氏智力量表

韦氏智力量表包括成人（16 岁以上）、儿童（6~16 岁）和学龄前期（4~6 岁）三个年龄版本。最早是韦克斯勒（Wechsler D, 1896~1981）于 1939 年编制的 W-B，以后逐步发展成为韦氏成人智力量表（Wechsler adult intelligence scale, WAIS）、韦氏儿童智力量表（Wechsler intelligence scale for children, WISC）和韦氏学前儿童智力量表（Wechsler preschool and primary scale of intelligence, WPPSI），WAIS 于 1997 年再次修订，称 WAIS-III。我国已有 WAIS（龚耀先等，1981 年）、WISC（林传鼎等，1986 年；龚耀先、蔡太生等，1993 年）和 WPPSI（龚耀先等，1986 年）的中国修订本，根据我国国情分别制定了城市和农村两套常模。韦氏智力量表采用离差智商的计算方法。这里以中国修订韦氏成人智力量表（WAIS-RC）为例加以介绍。

WAIS-RC 全量表含 11 个分测验，其中 6 个分测验（subtest）组成言语量表（verbal scale, VS），

5 个分测验组成操作量表 (performance scale, PS)。各分测验及其功能如下:

(1) 知识测验 (I): 由一些常识 (包括历史、天文、地理、文学、自然等) 所组成, 可测量知识及兴趣范围和长时记忆等能力。

(2) 领悟测验 (C): 由一些有关社会价值观念、社会习俗和法规理由等问题所组成。可测量对社会的适应程度, 尤其是对伦理道德的判断能力。

(3) 算术测验 (A): 由一些心算题组成。测量对数的概念、数的操作能力 (加减乘除), 同时可测量注意力、解决问题的能力。

(4) 相似性测验 (S): 找出两物 (名词) 的共同性。测量抽象概括能力。

(5) 背数 (数字广度) 测验 (D): 分顺背数和倒背数两种。测量短时记忆和注意力。

(6) 词汇测验 (V): 给一些词下定义, 测量被试者词语理解和表达能力。

(7) 数字符号 (译码) 测验 (SD): 1~9 个数字下面有相应的规定符号, 要求被试者按此规定在一些数字下面填所缺的符号。测量手-眼协调、注意集中能力和操作速度。

(8) 填图测验 (PC): 有一系列图片, 每张图缺少一个最重要的部分, 要求指出所缺部分的名称和所在部位。测量视觉辨别能力, 对组成物体要素的认识能力, 以及扫视后迅速抓住缺点的能力。

(9) 积木图案测验 (BD): 用红白两色的立方体木块复制平面图案。测量空间知觉、视觉分析综合能力。

(10) 图片排列测验 (PA): 调整一些散乱图片的顺序使之成为有意义的故事。测量逻辑联想、部分与整体的关系以及思维灵活性。

(11) 拼物测验 (OA): 将某个物体的碎片复原。测量想象力、抓住线索的能力以及手-眼协调能力。

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

2. 斯坦弗-比奈量表 (S-B)

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

3. 考夫曼儿童能力成套测验 (K-ABC)

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

(二) 儿童发展量表

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

(三) 适应行为量表

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

从人生的早期到成人至老年, 在不同年龄阶段有不同的适应行为特点, 所以有各种适应行为评定量表。早期有 Doll 编的 Vineland 社会成就量表, 随后有美国智力低下协会 (AAMD) 的适应行为量表 (1969~1981), 以及其它一些适用于不同年龄的适应行为量表。我国有姚树桥、龚耀先 1991 年编制的儿童适应行为评定量表, 该量表包括感觉运动、生活自理、语言发展、个人取向、社会责任、时空定向、劳动技能、经济活动等 8 个方面, 用适应能力商数 (adaptive quotient, ADQ) 表示儿童适应行为发展的总体水平。该量表适用于 3 至 12 岁智力正常或低下儿童的适应行为发展水平和特征的评估, 为智力低下儿童诊断性工具之一。

第三节 人格测验

评估个体人格的技术和方法很多, 包括观察、晤谈、行为评定量表、问卷法和投射测验等。每一种人格理论都假定个别差异的存在, 并假定这些差异是可以测量的。最常用的人格测验方法为问卷法和投射法, 问卷法也称为自陈量表。临床上常用的人格自陈量表有明尼苏达多相人格调查表、艾森克人格问卷、加利福尼亚心理调查表、卡特尔人格测验等; 常用的投射测验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

(一) 概况

明尼苏达多相人格调查表 (Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI) 由 Hathaway SR 和 McKingley JC 等于 1940 年代初期编制。最初是想编制一套对精神病有鉴别作用的辅助调查表, 后来发展为人格测验。该量表问世以来, 应用非常广泛, 在美国出版的《心理测验年鉴》第 9 版 (1985

年)中为最常用的人格测验。1989年 Butcher 等完成了 MMPI 的修订工作,称 MMPI-2。我国宋维真等于 1980 年代初完成了 MMPI 修订工作,并已制订了全国常模,MMPI-2 最近已引入我国。

MMPI 适用于 16 岁以上至少有 6 年以上教育年限者,MMPI-2 提供了成人和青少年常模,可用于 13 岁以上青少年和成人。既可个别施测,也可团体测查。

MMPI 共有 566 个自我陈述形式的题目,其中 1~399 题是与临床有关的,其它属于一些研究量表,题目内容范围很广,包括身体各方面的情况、精神状态、家庭、婚姻、宗教、政治、法律、社会等方面的态度和看法。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,若确定不能判定则不作答。根据病人的回答情况进行量化分析,也可作出一个人格剖面图。除了手工分析方法,现在还出现多种计算机辅助分析和解释系统。在临床工作中,MMPI 常用 4 个效度量表和 10 个临床量表。

(二) 量表

1. 效度量表

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

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

(3) 效度 (F): 测量任意回答倾向。高分表示任意回答、诈病或确系偏执。

(4) 校正分 (K): 是测量过分防御或不现实倾向。高分表示被试者对测验持防卫态度。正常人群中回答是或否的机遇大致为 50/50,只有在故意装好或装坏时才会出现偏向。因此对一些量表 (Hs、Pd、Pt、Sc、Ma) 加一定的 K 分,以校正这种倾向。

2. 临床量表

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

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

(3) 癔病量表 (hysteria, Hy): 测量被试者对心身症状的关注和敏感,自我中心等特点。高分反映被试者自我中心、自大、自私、期待别人给予更多的注意和爱抚,对人的关系是肤浅、幼稚的。条目举例:每星期至少有一两次,我会无缘无故地觉得周身发热。

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

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

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

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

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

(9) 躁狂症量表 (mania, Ma): 测量情绪紧张、过度兴奋、夸大、易激惹等轻躁狂症的特点。高分反映被试者联想过多过快, 夸大而情绪高昂, 易激惹, 活动过多, 精力过分充沛、乐观、无拘束等特点。条目举例: 我是个重要人物。

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

(三) 结果和应用

各量表结果采用 T 分形式, 可在 MMPI 剖析图上标出。一般某量表 T 分高于 70 则认为该量表存在所反映的精神病理症状, 比如抑郁量表 (D) ≥ 70 认为被试者存在抑郁症状。但在具体分析时应综合各量表 T 分高低情况来解释。例如精神病人往往是 D、Pd、Pa 和 Sc 分高, 神经症病人往往是 Hs、D、Hy 和 Pt 分高。

MMPI 应用十分广泛, 主要用于病理心理的研究。在精神医学主要用于协助临床诊断, 在心身医学领域用于多种心身疾病如冠心病、癌症等病人的人格特征研究, 在行为医学用于行为障碍的人格特征研究, 在心理咨询和心理治疗中也采用 MMPI 评估来访者的人格特点及心理治疗效果评价等, 现在还用于司法鉴定领域。

二、艾森克人格问卷

艾森克人格问卷 (Eysenck personality questionnaire, EPQ) 是由英国 Eysenck HJ 根据其人格三个维度的理论 (参阅第二章), 于 1975 年在其 1952 年和 1964 年两个版本基础上增加而成, 在国际上被广为应用。EPQ 成人问卷适用于测查 16 岁以上的成人, 儿童问卷适用于 7~15 岁儿童。国外 EPQ 儿童本有 97 项, 成人 101 项。我国龚耀先的修订本成人和儿童均为 88 项; 陈仲庚修订本成人有 85 项。

EPQ 由三个人格维度和一个效度量表组成。

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

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

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

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

EPQ 结果采用标准 T 分表示, 根据各维度 T 分高低判断人格倾向和特征。还将 N 维度和 E 维度组合, 进一步分出外向稳定 (多血质)、外向不稳定 (胆汁质)、内向稳定 (粘液质)、内向不稳定 (抑郁质) 四种人格特征, 各型之间还有移行型。(见图 2-4)

EPQ 为自陈量表, 实施方便, 有时也可作团体测验, 在我国是临床应用最为广泛的人格测验。

但其条目较少，反映的信息量也相对较少，故反映的人格特征类型有限。

三、卡特尔 16 项人格因素问卷

卡特尔 16 项人格因素问卷（16 personality factor questionnaire, 16PF）是卡特尔（Cattell RB）根据人格特质学说（参阅第二章），采用因素分析方法编制而成。卡特尔认为 16 个根源特质是构成人格的内在基础因素，测量某人的 16 个根源特质即可知道其人格特征。

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

A、B、C、D 式均有三种答案可供选择：A、是的；B、介于 A 与 C 之间；C、不是的。凡答案与记分标准相符记 2 分，相反记 0 分，中间给 1 分；E 式是两个答案选择一个。条目举例：我感到在处理多数事情上我是一个熟练的人。

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

四、洛夏测验

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

洛夏测验材料由 10 张结构模棱两可的墨迹图组成，其中 5 张全为黑色，2 张是黑色和灰色图外加了红色墨迹，另 3 张全为彩色。测试时将 10 张图片按顺序一张一张地交给被试者，要他说出在图中看到了什么，不限时间，尽可能多地说出来，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，这一阶段称联想阶段；看完 10 张图后，再从对每一回答询问一遍，问被试者看到是整图还是图中的哪一部分，问为什么说这些部位像他所说的内容，并将所指部位和回答的原因均记录下来，这一阶段称询问阶段。然后进行结果分析和评分。美国 Exner J 于 1974 年建立了洛夏测验结果综合分析系统，目前常用于正常和病理人格的理论和临床研究。

虽然洛夏测验结果主要反映了个人人格特征，但也可得出对临床诊断和治疗有意义的精神病理指标，主要有抑郁指数、精神分裂症指数、自杀指数、应付缺陷指数及强迫方式指数等，这些病理指数都是经验性的，但在临床上很有作用。例如抑郁指数，对成年人可帮助诊断抑郁症，精神分裂症指数则对精神分裂症诊断很有帮助。

洛夏测验在临床上是一个很有价值的测验，但其记分和解释方法复杂，经验性成分多，主试者需要长期的训练和经验才能逐渐正确掌握。

第四节 神经心理测验

神经心理测验则是神经心理学研究的重要方法之一，用于评估人类脑功能的特征，包括感知觉、运动、言语、注意、记忆、思维等脑功能的评估，既用于正常人，更常用于脑损伤病人的保留或缺损的脑功能评估，在临床诊断、治疗康复、预后评价及能力鉴定方法有广泛的用途。

按测验形式分类，神经心理测验有单项测验和成套测验两种，前者只有一种项目形式，测量一种神经心理功能，如 Bender 格式塔测验仅测验个体的空间能力；后者项目形式多样，能比较全面地测量神经心理功能，如 H-R 成套神经心理测验。临床上，常把神经心理测验分为神经心理筛选测验和成套神经心理测验。

一、神经心理筛选测验

该类测验用于筛查患者有无神经学问题，并初步判断患者的行为或心理问题是器质性还是功能性的，以决定患者是否要进行更全面的神经心理功能和神经病学检查。

（一）Bender 格式塔测验（Bender-Gestalt test）

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

（二）威斯康星卡片分类测验（Wisconsin card sorting test, WCST）

它所测查的是根据以往的经验进行分类、概括、工作记忆和认知转移的能力，用于检测抽象思维能力。由四张模板（分别为一个红三角形，二个绿五角星，三个黄十字形和四个兰园）和 128 张根据不同的形状（三角形、五角星、十字形、园形）、不同的颜色（红、黄、绿、兰）和不同的数量（1、2、3、4）的卡片构成。要求被试者根据四张模板对总共 128 张卡片进行分类，测试时不告诉被试者分类的原则，只说出每一次测试是正确还是错误。该测验已在我国广泛应用。

（三）本顿视觉保持测验（Benton Vision retention test, BVRT）

此测验系 Benton AL 于 1955 年所创，适用年龄 5 岁至成人。本测验有三种不同形式的测验图（C、D、E 式）。我国唐秋萍、龚耀先于 1991 年修订了该测验。此测验主要用于脑损害后视知觉、视觉记忆、视空间结构能力的评估。

（四）快速神经学甄别测验（Quick neurological screening test, QNST）

Mutti M 等所编的快速神经学甄别测验主要用于测量与学习有关的神经学综合功能。但只是一种甄别工具。主要测查运动发展，控制粗大与粗细肌肉运动的技巧，运动和计划的顺序性，速度和节奏感，空间组织，视知觉和听觉技巧，平衡和小脑前庭功能，注意障碍等与学习有关的功能。程灶火、姚树桥（1994 年）初步应用该测验结果表明，QNST 对学习困难儿童具有较好的鉴别作用。

二、成套神经心理测验

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

表 4-3 HRB 及联用测验综合分析提纲

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

10. 感知觉障碍检查 (test of sensory perceptual disturbances) 此测验包括听觉检查、视野检测、脸手触觉辨认、手指符号辨认和形块辨认等 6 个方面, 测查有无周边视野缺损、听觉障碍、触觉和知觉障碍, 以及了解大脑两半球功能的差别。

每一分测验有不同的划界分常模, 即区分有无病理的临界分。根据划入病理范围的分测验数可计算出损伤指数 (impairment index), 即属病理的测验数除以总测验数, 临床上依据损伤指数的大小来协助判断脑损伤的严重程度 (表 4-3)。

(姚树桥)

第四节 评定量表

评定量表 (rating scale) 是临床心理评估和研究的常用方法。包括反映心理健康状况的症状评定量表, 与心理应激有关的生活事件量表、应对方式量表和社会支持等量表等。评定量表具有数量化、客观、可比较和简便易用等特点,

一、症状评定量表

(一) 90 项症状自评量表 (symptom check list 90, SCL-90)

由 90 个反映常见心理症状的项目组成 (见附表)。从中分出 10 个症状因子, 用于反映有无各种心理症状及其严重程度。每个项目后按“没有、很轻、中等、偏重、严重”等级以 1~5 (或 0~4) 五级选择评分, 由被试者根据自己最近的情况和体会对各项目选择恰当的评分。

总分: 将所有项目评分相加, 即得到的总分。

阳性项目数: 大于或等于 2 (或 1) 的项目数。

因子分: 将各因子的项目评分相加得因子粗分, 再将因子粗分除以因子项目数, 即得到因子分。

根据总分、阳性项目数、因子分等评分结果情况, 判定是否有阳性症状、心理障碍、或是否需进一步检查。因子分越高, 反映症状越多, 障碍越明显。

10 个因子的定义、项目数及其含义:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

附加项: 包括 19、44、59、60、64、66、89, 共 6 项, 主要反映睡眠和饮食情况。

[附] 90 项症状自评量表 (SCL-90)

附：90项症状自评量表（SCL90）

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. 感到自己的精力下降，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. 独自一人时神经很紧张
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陌生或不象是真的
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

指导语（印制在量表前）：以下列出了有些人可能会有问题，请仔细地阅读每一条，然后根据最近一周内您的实际感觉或情况在各项目后的 5 个答案中选择打勾或画圈。

（二）抑郁自评量表（SDS）

抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)由 20 个与抑郁症状有关的条目组成。用于反映有无抑郁症状及其严重程度。适用于抑郁症状的成人，也可用于流行病学调查。

评分：每项问题后有 1~4 四级评分选择：① 很少有该项症状；② 有时有该项症状；③ 大部分时间有该项症状；④ 绝大部分时间有该项症状。但项目 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 为反评题，按 4~1 计分。由被试者按照量表说明进行自我评定，依次回答每个条目。

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

[附] Zung 自评抑郁量表（SDS）

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打勾或画圈。

附：SDS 量表

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）

SAS 由 20 个与焦虑症状有关的条目组成。用于反映有无焦虑症状及其严重程度。适用于焦虑症状的成人，也可用于流行病学调查。

评分：每项问题后有 1~4 四级评分选择：① 很少有该项症状；② 有时有该项症状；③ 大部分时间有该项症状；④ 绝大部分时间有该项症状。但项目 5、9、13、17、19 为反评题，按 4~1 计分。由被试者按量表说明进行自我评定，依次回答每个条目。

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

[附] Zung 自评焦虑量表（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打勾或画圈。

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. 我的手指和脚趾感到麻木和刺痛
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

二、应激和应对有关评定量表

（一）生活事件量表

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

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

统计指标为生活事件刺激量，计算方法如下：

- (1) 单项事件刺激量=该事件影响程度分×该事件持续时间分×该事件发生次数
- (2) 正性事件刺激量=全部好事刺激量之和
- (3) 负性事件刺激量=全部坏事刺激量之和
- (4) 生活事件总刺激量=正性事件刺激量+负性事件刺激量。

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

[附] 生活事件量表（LES）

指导语：下面是每个人都有可能遇到的一些日常生活事件，究竟是好事还是坏事，可根据个人情况自行判断。这些事件可能对个人有精神上的影响（体验为紧张、压力、兴奋或苦恼等），影响的轻重程度是各不相同的。影响持续的时间也不一样。请您根据自己的情况，实事求是地回答下列问题，填表不记姓名，完全保密，请在最合适的答案上打钩。

附：LES 量表

生活事件名称	事件发生时间				性质		精神影响程度					影响持续时间				备注
	未发生	一年前	一年内	长期性	好事	坏事	无影响	轻度	中度	重度	极重	三月内	半月内	一年内	一年以上	
举例：房屋拆迁			√		√				√				√			
家庭有关问题																
1、 恋爱或订婚																
2、 恋爱失败、破裂																
3、 结婚																
4、 自己（爱人）怀孕																
5、 自己（爱人）流产																
6、 家庭增添新成员																
7、 与爱人父母不和																
8、 夫妻感情不好																
9、 夫妻分居（因不和）																
10、 夫妻两地分居（工作需要）																
11、 性生活不满意或独身																
12、 配偶一方有外遇																
13、 夫妻重归于好																
14、 超指标生育																
15、 本人（爱人）作绝育手术																
16、 配偶死亡																
17、 离婚																
18、 子女升学（就业）失败																
19、 子女管教困难																
20、 子女长期离家																
21、 父母不和																
22、 家庭经济困难																
23、 欠债 500 元以上																
24、 经济情况显著改善																
25、 家庭成员重病、重伤																
26、 家庭成员死亡																
27、 本人重病或重伤																
28、 住房紧张																
工作学习中的问题																

29、待业、无业					
30、开始就业					
31、高考失败					
32、扣发奖金或罚款					
33、突出的个人成就					
34、晋升、提级					
35、对现职工作不满意					
36、工作学习压力大（如成绩不好）					
37、与上级关系紧张					
38、与同事邻居不和					
39、第一次远走他乡异国					
40、生活规律重大变动 （饮食睡眠规律改变）					
41、本人退离休或未安排具体工作					
社交与其他问题					
42、好友重病或重伤					
43、好友死亡					
44、被人误会、错怪、诬告、议论					
45、介入民事法律纠纷					
46、被拘留、受审					
47、失窃、财产损失					
48、意外惊吓、事故、自然灾害					
如果您还经历过其他的生活事件 请依次填写					
49、					
50、					

（二）特质应对方式问卷

应对 (coping) 是心理应激过程的重要中介因素, 与应激事件性质以及应激结果均有关系。近十年来应对方式受到广泛的重视, 出现许多应对方式量表, 特质应对方式问卷 (trait coping style questionnaire, TCSQ) 是其中之一。

特质应对方式问卷是自评量表, 由 20 条反映应对特点的项目组成, 包括 2 个方面的: 积极应对与消极应对 (各含 10 个条目)。用于反映被试者面对困难挫折时的积极与消极的态度和行为特征。被试者根据自己大多数情况时的表现逐项填写。各项目答案从“肯定是”到“肯定不是”采用 5, 4, 3, 2, 1 五级评分。

积极应对分: 将条目 1, 3, 5, 8, 9, 11, 14, 15, 18, 20 的评分累加, 即得积极应对分。一般人群的平均分为 30.22 ± 8.72 , 分数高, 反映积极应对特征明显。

消极应对分: 将条目 2, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 17, 19 的评分累加, 即得消极应对分。一般人群的平均分为 23.58 ± 8.41 , 分数高, 反映消极应对特征明显。

实际应用中, 消极应对特征的病因学意义大于积极应对。

[附] 特质应对方式问卷 (TCSQ)

指导语: 当您遇到平日里的各种困难或不愉快时 (也就是遇到各种生活事件时), 您往往是如何对待的? 回答从“肯定是”到“肯定不是”采用 5, 4, 3, 2, 1 五级评分。“肯定是”选择 5, “肯定不是”选择 1。

附: TCSQ 量表

1. 能尽快地将不愉快忘掉	11. 旁人很容易使你重新高兴起来
2. 陷入对事件的回忆和幻想之中而不能摆脱	12. 如果与人发生冲突, 宁可长期不理对方
3. 当作事情根本未发生过	13. 对重大困难往往举棋不定, 想不出办法
4. 易迁怒于别人而经常发脾气	14. 对困难和痛苦能很快适应
5. 通常向好的方面想, 想开些	15. 相信困难和挫折可以锻炼人
6. 不愉快的事很容易引起情绪波动	16. 在很长的时间里回忆所遇到的不愉快事
7. 将情绪压在心底里不表现出来, 但又忘不掉	17. 遇到难题往往责怪自己无能而怨恨自己
8. 通常与类似的人比较, 就觉得算不了什么	18. 认为天底下没有什么大不了的事
9. 将消极因素化为积极因素, 例如参加活动	19. 遇苦恼事喜欢一人独处
10. 遇烦恼的事很容易想悄悄地哭一场	20. 通常以幽默的方式化解尴尬局面

（三）领悟社会支持量表

社会支持被看作是决定心理应激与健康关系的重要中介因素之一。领悟社会支持量表 (perceived social support scale, PSSS) 是众多社会支持量表之一, 具有简单易用的特点。

PSSS 是自评量表, 由 12 条反映个体对社会支持感受的条目组成。测定个体领悟到的来自各种社会支持源如家庭、朋友和其他人的支持程度, 并以总分反映个体感受到的社会支持总程度。

被试者根据自己的感受填写。每个项目采用 1~7 七级计分法: 具体为: 1=极不同意, 2=很不同意, 3=稍不同意, 4=中立, 5=稍同意, 6=很同意, 7=极同意。

社会支持总分: 将所有条目评分相加得总分。分数越高, 反映被试者拥有或感受到的社会支持越多。

[附] 领悟社会支持量表 (PSSS)

指导语: 以下有 12 个句子, 每一个句子后面有 7 个答案。请你根据自己的实际情况在每句后

面选择一个答案。例如，选择 1 表示你极不同意，即说明你的实际情况与这一句子极不相符；选择 7 表示你极同意，即说明你的实际情况与这一句子极相符；选择 4 表示中间状态。余类推。

附：PSSS 量表

1. 在我遇到问题时会有人出现在我的身旁	7. 当我出问题时，有朋友可依靠
2. 有人与我共享快乐与忧愁	8. 我能与自己的亲人讨论我的难题
3. 我的家人能够确实具体地给我帮助	9. 我的朋友们能与我分享快乐与忧愁
4. 在需要时我能从家庭获得感情上的帮助和支持	10. 在我的生活中有人关心我的感情
5. 当我有困难时，有人能安慰我	11. 我的亲人乐意帮助我做出决定
6. 我的朋友能真正的帮助我	12. 我能与朋友们讨论自己的难题

三、A 型行为类型评定量表

A 型行为类型评定量表有多种。这里介绍国内张伯源主持修订的，适合我国的 A 型行为类型评定量表。

该问卷由 60 个条目组成，包括三部分：“TH”（time hurry）25 题，反映时间匆忙感，时间紧迫感和做事快等特征；“CH”25 题（competitive，hostility），反映争强好胜、敌意和缺乏耐性等特征；“L”（lie）10 题，为回答真实性检测题。由被试者根据自己的实际情况填写问卷。在每个问题后，符合时答“是”，不符合时回答“否”。

TH 的 25 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“否”的每题记 1 分。

CH 的 25 个问题中，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”的每题记 1 分。

L 的 10 题中，第 8、20、24、43、56 题答“是”和第 13、33、37、48、52 题答“否”的每题记 1 分。

评分指标及其意义：

L 分：将该 10 题评分累加即得 L 分。若大于或等于 7，反映回答不真实，答卷无效。

TH 分：将该 25 题评分累加即得 TH 分。

CH 分：将该 25 题评分累加即得 CH 分。

行为总分：将 TH 分与 CH 分相加，即得行为总分。

行为总分高于 36 分时视为具有 A 型行为特征；

行为总分在 28~35 分之间时，视为中间偏 A 型行为特征；

行为总分低于 18 分时视为具有 B 型行为特征；

行为总分在 19~26 分之间时，视为中间偏 B 型行为特征；

行为总分为 27 分时视为极端中间型。

[附] A 型行为类型评定量表

指导语：请回答下列问题。凡是符合你的情况的就在“是”字上打勾；凡是不符合你的情况的就在“否”字上打勾。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考。回答时不要考虑“应该怎样”，只回答你平时“是怎样的”就行了。

附：A 型行为量表

<p>1.我常常力图说服别人同意我的观点</p> <p>2.即使没有什么要紧事,我走路也很快</p> <p>3.我经常感到应该做的事情很多,有压力</p> <p>4.即使决定了的事别人也很容易使我改变主意</p> <p>5.我常常因为一些事大发脾气或和人争吵</p> <p>6.遇到买东西排长队时,我宁愿不买</p> <p>7.有些工作我根本安排不下,只是临时挤时间去做</p> <p>8.我上班或赴约会时,从来不迟到</p> <p>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</p> <p>10.我总看不惯那些慢条斯里、不紧不慢的人</p> <p>11.有时我简直忙得透不过气来,因为该做的事情太多了</p> <p>11.即使跟别人合作,我也总想单独完成一些更重要的部分</p> <p>13.有时我真想骂人</p> <p>14.我做事喜欢慢慢来,而且总是思前想后</p> <p>15.排队买东西,要是有人加塞,我就忍不住指责他或出来干涉</p> <p>16.我觉得自己是一个无忧无虑、逍遥自在的人</p> <p>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</p> <p>18.无论做什么事,即使比别人差,我也无所谓</p> <p>19.我总不能象有些人那样,做事不紧不慢</p> <p>20.我从来没想到要按照自己的想法办事</p> <p>21.每天的事都使我的神经高度紧张</p> <p>22.在公园里赏花、观鱼等,我总是先看完,等着同来的人</p> <p>23.对别人的缺点和毛病,我常常不能宽容</p> <p>24.在我所认识的人里,个个我都喜欢</p> <p>25.听到别人发表不正确见解,我总想立即纠正他</p> <p>26.无论做什么事,我都比别人快一些</p> <p>27.当别人对我无礼时,我会立即以牙还牙</p> <p>28.我觉得我有能力把一切事情办好</p> <p>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</p> <p>30.人们认为我是一个相当安静、沉着的人</p> <p>31.我觉得世界上值得我信任的人实在不多</p> <p>32.对未来我有许多想法,并总想一下子都能实现</p>	<p>33.有时我也会说人家的闲话</p> <p>34.尽管时间很宽裕,我吃饭也快</p> <p>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</p> <p>36.即使有人冤枉了我,我也能够忍受</p> <p>37.我有时会把今天该做的事拖到明天去做</p> <p>38.人们认为我是一个干脆、利落、高效率的人</p> <p>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</p> <p>40.我常常感到时间晚了,可一看表还早呢</p> <p>41.我觉得我是一个非常敏感的人</p> <p>42.我做事总是匆匆忙忙的,力图用最少的时间办尽量多的事情</p> <p>43.如果犯有错误,我每次全都愿意承认</p> <p>44.坐公共汽车时,我总觉得司机开车太慢</p> <p>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</p> <p>46.我常常为工作没做完,一天又过去而忧虑</p> <p>47.很多事如果由我来负责,情况要比现在好得多</p> <p>48.有时我会想到一些坏得说不出的事</p> <p>49.即使受工作能力和水平很差的的人所领导,我也无所谓</p> <p>50.必须等待什么的时候,我总是心急如焚,“象热锅上的蚂蚁”</p> <p>51.当事情不顺利时我就想放弃,因为我觉得自己能力不够</p> <p>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</p> <p>53.别人托我办的事,只要答应了,我从不拖延</p> <p>54.人们认为我做事很有耐性,干什么都不会着急</p> <p>55.约会或乘车、船,我从不迟到,如果对方耽误了,我就恼火</p> <p>56.我每天看电影,不然心里就不舒服</p> <p>57.许多事本来可以大家分担,可我喜欢一人去干</p> <p>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</p> <p>59.人家说我是个厉害的暴性子的人</p> <p>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</p>
---	--

在临床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,还有总体精神症状评定量表(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)等数十种,这里不再赘述。

(解亚宁)

第五章 心理治疗

运用心理行为科学的方法干预疾病和问题（心理治疗学），是现代临床治疗工作的一部分。多种方法各有所长，理论各有所见，但目前倾向于采用折中的方法。

- | 精神分析治疗——自由联想、抗拒、移情、释梦与潜意识冲突的挖掘。
- | 行为治疗——行为分析、各种学习理论的实际应用。
- | 认知治疗——解决认知歪曲、自动性思维对情感和行的影响。
- | 来访者中心疗法——无条件关注、通情和和睦关系对发掘潜能、实现自我的作用。
- | 森田疗法——森田神经质与独特的“无回答疗法”。
- | 支持疗法——一种“泛”心理治疗，涉及应激有关因素的综合干预。
- | 暗示和催眠疗法——利用暗示的心身效应。
- | 松弛疗法——利用皮层、随意肌和植物神经三者互动关系，建立松弛条件反射模式。
- | 生物反馈疗法——信息论和操作条件反射机制的巧妙结合。

第一节 总论

一、概念、简史、流派

（一）心理治疗的概念

心理治疗（psychotherapy）也称精神治疗。心理学家们从各自的理论观点出发，提出了很多关于心理治疗的定义。每种定义都与相应的理论有关。结合医学心理学特点，目前心理治疗的定义为：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，达到治疗的目的。

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 治疗要按一定的程序进行；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进行安慰和劝告等方式，虽然也可能使病人的情绪有所好转、症状减轻，但这一般并不是心理治疗。

此外，心理治疗具有以下性质：① 自主性：心理治疗的成败很大程度上取决于病人的主观能动性是否得到充分的发挥，因此，心理治疗实际上是在心理学工作者的帮助下，病人自己改变自己与环境之间的不平衡状态；② 学习性：整个心理治疗过程是一个学习的过程，通过心理学工作者的帮助，病人改变以往错误认知结构，建立新的观念；③ 实效性：心理治疗工作非常注

重讲究实事求是，要求一切从病人的实际情况出发，强调治疗要收到实际效果，并且要根据每个病人的特点进行人道主义的工作。

（二）心理治疗发展简史

心理治疗作为一门科学虽不超过一百年的时间，但心理治疗方法却源远流长。例如，我国传统中医临床实践中早就有一套行之有效的心理治疗手段，如“告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦”的疏导式心理治疗；“悲胜怒、恐胜喜、怒胜思、喜胜悲、思胜恐”的情志相胜治则等。此外，我国古代流传下来众多的健身治病训练程式，例如太极拳、气功等，也包含丰富的心理治疗成分。

在西方，心理治疗也具有悠久的历史。远在古代希腊和古埃及时代，医生就已重视心理治疗的作用。他们强调整体治疗，使用劝告、暗示、音乐、催眠等手段治疗疾病。但是，由于在中世纪时期，西方的宗教具有绝对的权威，心理治疗只是宗教的附属物，特别是对精神病人普遍采取精神和肉体摧残的方法，严重阻碍了心理治疗的发展。直至 18 世纪末，在法国医生皮奈尔（Pinel）的积极倡导下，才开始用比较人道的方法对待精神病人，心理治疗才开始得到了发展。

19 世纪末至 20 世纪初，西方流行麦斯麦（Mesmer, FA）的催眠疗法。之后，奥地利精神病医生弗洛伊德（Freud S）创立的精神分析疗法也得到广泛传播。50 年代末，建立在行为主义心理学理论基础上的行为疗法开始迅速发展。这些心理治疗理论与方法，目前已经成为心理治疗中重要的流派。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，例如人本主义的来访者中心疗法，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。九十年代后期，沙土游戏治疗、漂浮疗法等也开始兴起。

（三）心理治疗流派

在 20 世纪中、前期，从事心理治疗的专业心理学家们往往分别根据某种心理学的理论体系，形成了诸多的心理治疗流派。但目前，多数心理治疗者已不再固守于某一流派和坚持某种单一的心理治疗方法，开始采用折衷心理治疗（eclectic psychotherapy），又称方法任选，即主张灵活地选择，综合应用对病人最有效的治疗方法。这种现象反映了心理治疗科学向纵深方向发展。（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
折衷主义理论	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，还有一些心理治疗方法或流派在医学心理学领域也具有一定的意义，应给予注意。如集体心理治疗发展较快，比较适合在临床某些疾病的病人中以及在社区医

疗工作中应用。利用暗示原理进行心理治疗也有一系列的方法，它包括暗示疗法、催眠疗法、自主训练和想象疗法等，这些方法在心身疾病的治疗中具有较大的意义。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，例如瑜珈、气功、静默、坐禅等。生物反馈作为特殊的一种心理行为治疗方法，也受到广泛的重视和应用。

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。曾文星（1997）统计了《中国心理卫生杂志》创刊十年所发表的 130 篇心理治疗论文，分别涉及行为疗法、认知疗法、森田疗法、生物反馈疗法等等各种心理治疗的方法。在研究的对象上，逐步脱离个案研究报告，开始对成批对象进行研究，增加了所报导资料的客观性和整体性。在研究的方法上，已开始设计性疗效研究，用不同的心理治疗方法比较对某些心理行为问题的治疗效果。虽然不能完全代表全国心理治疗发展情况，但从中可看到，我国的心理治疗工作正在走向成熟和向纵深方向发展。

二、心理治疗的原则

（一）关系的和谐性

心理治疗的成功与否，在很大的程度上与心理治疗者是否具备与治疗对象建立和睦关系（rapport）的能力有关。因为良好和谐的医患关系是心理治疗的一个重要的条件。医生只有通过心理治疗中对患者保持尊重、同情、关心、支持的态度，才能使患者建立起对医生的信任感和权威感，才能不断接受医生提出的各种信息，逐步建立治疗动机，才能毫无保留地吐露个人的各种心理问题细节，为心理医生的准确诊断、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才能得到遵守和认真执行。

心理治疗中的人际关系不同于生活中的人际关系，其主要特点表现在：① 单向性：心理治疗过程所关注的是病人的问题。一旦确立了治疗关系之后，一切工作都是围绕病人的利益进行的。因此，它不同于双向互利的一般人际关系。② 系统性：心理治疗有明确的对象与目的，治疗者要采取一系列有计划、有针对性的措施帮助病人解决实际问题。③ 正式性：心理治疗关系一旦确立，治疗者的责任就是为病人提供帮助，而不能超出这个范围。④ 时限性：心理治疗的目的一旦达到以后，这种关系便告结束。如果以后出现新的问题，则重新开始新的治疗关系。

（二）问题的针对性

虽然心理治疗对象的特异性不如临床的治疗，但各种心理治疗方法仍然各有一定的适应证，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、程度，以及心理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。针对性取得治疗效果的保证，但它来源于正确的分析和诊断。

（三）治疗的计划性

无论实施何种心理治疗，都应根据事先收集到的病人的具体资料，设计治疗的程序，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各种变化和准备采取的对策。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）手段的综合性

人类疾病是各种生物、心理、社会因素相互作用的结果。因此在对某一疾病实施心理治

疗之前，应综合考虑是否同时需要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。

（五）严格的保密性

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引用时，也应隐去其真实姓名。

（六）方法的灵活性

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。与此同时，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。

（七）立场的中立性

心理治疗的目的是帮助来访者的自立与自我成长。因此在心理治疗的过程中，不能替病人做出任何选择与作出决定，保持某种程度的中立态度。如在来访者询问解决婚姻矛盾，是否选择离婚等类似问题时，更应该让来访者自己作出决定。

（八）亲友的回避性

心理治疗中往往要涉及个人隐私，交谈十分深入，同时要保持中立性的立场，这些在亲友和熟人中都难于做到。因此，一般情况下回避为亲友和熟人进行心理治疗。

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地进行。

三、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，心理治疗在医学临床实践中目前主要应用于以下几个方面。

（一）综合性医院有关的病人

1. 急性疾病的病人 此类病人的特点是起病较急，且一般病情较重，往往存在严重的焦虑、抑郁等心理反应，有时在给予临床医疗紧急处置的同时，需要同时进行一定的心理治疗，例如给予精神支持疗法、松弛疗法等，以帮助病人认识疾病的性质，降低心理应激反应水平，增强治疗疾病的信心。但有针对性的心理治疗一般应在疾病得到控制以后进行。

2. 慢性疾病的病人 这类病人病程一般较长，由于无法全面康复以及长期的病人角色的作用，往往存在较多的心理问题，并因此而导致疾病症状的复杂化，进一步影响了机体的康复过程。心理支持治疗和行为治疗等手段往往对他们有很大的帮助，例如慢性疼痛病人的行为矫正治疗、康复疗养病人的集体支持治疗等。

3. 心身疾病的病人 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，针对致病的心理因素，通过帮助病人消除或缓解心理应激反应，以减轻疾病症状，改变疾病发展过程，并促进其康复。例如矫正冠心病病人的A型行为，紧张性头痛病人的认知治疗等。其次，直接针对疾病的病理过程而采取的心理学矫正措施，例如对高血压病人进行的松弛训练，对瘫痪病人进行的生物反馈治疗等。

（二）精神科及相关的病人

这是心理治疗在医学临床中应用较早，也是较广泛的领域，包括各类神经症性障碍如神经衰弱、焦虑症、抑郁症、强迫症、恐怖症、癔病、疑病症等，以及其它精神科疾病如恢复期精神分裂症的病人等。

（三）各类行为问题

各种不良行为的矫正，包括性行为障碍、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。

四、心理治疗的基本过程

心理治疗如同临床医疗一样，也需要按照一定的程序进行。各种心理治疗方法的原理、方式、目的等各不相同，但其实际操作的基本过程大致相同。下面以行为疗法为例，简介绍心理治疗的基本过程。

（一）问题探索阶段

探索心理行为问题的成因及其相关因素是心理治疗的开始阶段。一种心理行为问题往往涉及生物、心理、社会各方面的多种因素。

1. 问题行为的表现 包括问题行为（problem behavior）出现的频率、程度和持续时间。例如，慢性疼痛是否对日常行为有影响，是否存在服用止痛药的依赖，是否一出现疼痛就上床休息等。又如吸烟行为，每天吸多少支烟，什么时候吸，有无伴随其他的感觉。但是，有些行为反应可能因发生频繁，如焦虑的发作、剧烈的头痛或症状持续长久如肌肉的痉挛等等，致使病人难以准确表达，这就需要深入细致地进行分析和判别。

2. 问题行为的病因 通过对问题行为的过去史、发展过程和变化等方面的认真询问，收集各种相关的资料，有时可以发现问题行为发生、发展的某些重要的心理社会因素。例如亲人亡故、离婚等重大生活事件。

3. 问题行为的相关因素 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。通过与病人共同回顾其典型的一天中行为表现细节，常常可以发现这些刺激因素的存在。

在进行判断问题的同时，还要注意了解病人对行为治疗的愿望，巩固其求助动机，树立对心理治疗的信心。必要时应通过对心理治疗的目的、意义、方法及效果等进行适当的解释和劝告，促使其积极参与治疗。但是，如果病人最终对心理治疗没有兴趣，则不应勉强。

（二）分析认识阶段

这是心理行为治疗的第二阶段，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的测量和分析。

1. 测量和记录 通过病人的自我观察或自我监督。在医生的指导下病人自己成为问题行为的监督者。如可以要求吸烟者坚持每天将自己吸烟的数量记录到自制的图表上，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，还可记录每天的生理状态，如定时测量并记录血压值。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绘成简

单的图表（类似普通住院病人的体温图）。

2. 功能分析 在测量的同时，医生应不断地对记录结果进行分析，寻找和证实问题行为与环境刺激因素之间的联系。尤其是：① 是否有引起行为反应的特定的环境刺激因素。如病人的焦虑反应是否总是出现在某一特定的场合；吸烟的量是否在与人际交往时比个人独处时要多等等。② 是否存在行为结果对问题行为本身的强化作用。如慢性疼痛的行为反应是否由于家庭成员的关注等情况而被增强。

通过上述测量和分析，医生不但可以掌握病人治疗前的行为水平，为治疗疗效的评价提供参照性指标，而且还可以对病人问题行为的各种影响因素得到较深入的了解，为下一步选择具体的治疗方案提供客观的依据。

（三）治疗行动阶段

1. 选择治疗方法 问题行为及其影响因素个体差异很大，因此在行为治疗时必须注意所使用的方法与病人的问题相匹配。选择治疗方案时，要考虑以下几个方面：① 该治疗方法已被证明对这一类问题行为是有效的；② 已考虑在测量中发现的各种相关因素；③ 病人有要求治疗的动机；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，将在有关的章节中详细介绍。

2. 指导和实施治疗 在治疗开始前，医生应对病人进行有关治疗原理和目的等方面的指导。在治疗过程中，医患之间还要不断进行交流，医生注意病人对交谈信息的反馈，允许他们提出问题并及时作进一步解释，以有利于提高病人对问题的认识，同时更能提高病人的参与感，使各种治疗方案正确地得到贯彻和执行。

（四）疗效评价阶段

除了在治疗期间，要随时对病人治疗的情况进行分析，了解问题行为改变的情况，判断治疗的进展外，经过一段时间的治疗后，还应对治疗的效果进行总的分析和评价，确定是否达到了预期的目标和终止治疗时间。

如果经过一段时间治疗而病人情况无明显的改善，首先应分析病人是否认真执行了治疗指令，即考虑病人的依从性问题，其次还要考虑病人是否正确地执行了指令。如果排除了上述两种因素，确信某一行为疗法对其无效，通常可另选一种疗法。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疗法。

（五）结束巩固阶段

心理行为问题很容易复发。因此，取得疗效后继续巩固，是行为治疗程序的最后重要的环节。最好确定继续训练的目标，通过保持定期复诊来实施维持期的治疗，对今后的生活进行指导，鼓励病人将所学的方法不断付诸实践。随着疗效不断巩固，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，还须指导他继续松弛训练1、2年的时间才能避免症状复发。

巩固疗效的治疗计划必须事先与病人共同制订，耐心解释其必要性，并要求病人严格按计划实施，而不可等待症状复发以后再考虑这个问题。

第二节 精神分析法

一、经典精神分析法

(一) 概况

精神分析法 (psychoanalytic psychotherapy) 由弗洛伊德于十九世纪末创立。曾在西方心理治疗领域占有重要的地位。现在这一经典的方法已较为少用,取而代之的是经过“改良”了的方法。虽然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,但是精神分析法的一些思想对当前心理治疗仍然具有重要的指导意义。

在第一章精神分析理论中已经指出,精神分析学说强调潜意识中早年心理冲突在一定条件下(如精神刺激、素质因素等)可转化为各种心身症状(精神疾病如癔病、神经症,躯体疾病如溃疡病等)。因此,通过耐心的长期的“自由联想”等内省方法,帮助病人将潜抑在潜意识中的各种心理冲突,主要是幼年时期的精神创伤和焦虑情绪体验挖掘出来,带入到意识中,转变为个体可以认知的内容进行疏导,可以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。

精神分析法与其他心理疗法不同之处在于,其目的不是单纯地消除病人的症状,而是注重人格的转变,或思维模式的转变、态度的转变,以及解决早年的心理冲突,消除潜意识心理冲突的影响,启发病人的自我意识。通过分析,达到认知上的领悟,消除各种不良的防御模式。

(二) 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、家庭、工作、童年记忆、随想、对事物的态度、个人成就和困扰、思想和情感等等,甚至是自认为是一些荒谬或奇怪的不好意思讲出来的一些想法。医生要鼓励病人尽量回忆从童年时期起所遭受的一切挫折或精神创伤。精神分析理论认为通过自由联想,使病人潜意识的大门不知不觉地打开了,潜意识里的心理冲突可逐渐被带入到意识领域,使病人对此有所领悟,从而重新建立现实的、健康的心理。自由联想贯穿于整个精神分析治疗的过程。

2. 抗拒 抗拒 (resistance) 或称阻抗,是自由联想过程中病人在谈到某些关键问题时所表现出来的自由联想困难。其表现多种多样,如正在叙述的过程中,病人突然停止话题,似乎已经没有什么东西可以谈了,或者推说想不起来了,或者顾此而言它;或者反复地陈述某一件事,不能深入下去和扩展开;或者甚至认为分析治疗没有意义,要求中止治疗等等。抗拒的表现是意识的,但根源却是潜意识中本能地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“心理症结”时,潜意识的抗拒就自然发生作用,阻止其被真实表述出来。精神分析理论认为,当病人出现抗拒时,往往正是其心理问题之所在。因此,医生的任务就是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,将压抑在潜意识中的情感发泄出来。如果潜意识的所有抗拒都被逐一战胜,病人实际上已在意识层次上重新认识了自己,分析治疗也就接近成功。精神分析法之所以需长时间才能完成,其原因被认为是潜意识的抗拒作用所致。

3. 移情 移情 (transference) 被认为是精神分析治疗的很重要内容。在病人沉入对往事回

忆的分析会谈过程中，往往会说出许多带有焦虑感情的事情。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，将自己对某人的体验、态度或行为方式等怨恨情感活动不自觉地转移到治疗者身上，从而有机会重新“经历”往日的情感，这就是负移情（negative transference）。正移情（positive transference）则是病人爱怜情感的转移，即把治疗者当成喜欢的、热爱的、思念的对象。面对病人的移情，医生应做出恰当的反应，不应“忘记”自己的角色，采取友善、克制和认真的态度对待病人讲述的内容。医生通过对移情的分析，可以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，帮助病人进一步认识自己态度与行为并给予恰当的疏导，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 interpretation）也是心理分析重要手段。弗洛伊德在《梦的解析》中提出，“梦乃是做梦者潜意识冲突或欲望的象征，做梦的人为了避免被人家察觉，所以用象征性的方式以避免焦虑的产生”，“分析者对梦的内容加以分析，以期发现这些象征的真谛”。精神分析理论认为梦的内容与被压抑在潜意识中的内容存在某种联系。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心理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，要求病人把梦中不同的内容进行自由联想，以便发掘梦境的真正含义。

6. 解释 解释（interpretation）是医生在心理分析治疗过程中，对病人的一些心理实质问题，如他所说的话的潜意识含义进行解释、引导或劝阻，帮助他克服抗拒。解释是一个逐步深入的过程，根据每次谈话的内容，用病人所说的话为依据，用病人能够理解的语言告诉他心理症结的所在。通过解释帮助病人逐步重新认识自己，认识自己与其他人的关系，使被压抑在潜意识的内容不断通过自由联想和梦的分析暴露出来，从而达到治疗疾病的目的。

（三）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，一般需要 300~500 次。因此治疗过程少则半年，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斜躺在舒适的沙发椅上，将身体放松，集中注意力进行回忆。医生坐在病人头顶方向，以避免让病人看见面部而引起情绪反应，但医生又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，医生适当进行引导，使之继续下去，直至约定时间。病人回去后，要求他继续对自己进行思考。在下次约定时间，继续进行自由联想的交谈。

经过一段时间交谈，医生对病人的问题有了一定了解。使医生在以后分析交谈中能够正确地实施解释、帮助克服抗拒、正确引导发泄。

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。但这仅仅是第一步，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。只有当病人求医的原因即各种症状已经消失，自我感觉良好，整个治疗才告完成。

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，以利于病人的自由联想和移情关系的解决。

（四）适应证和评价

精神分析法大多应用于各种神经症病人，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。它保留了有关潜意识和心理防御机制的理论观点。认为：病症的“根源”在于儿童时期受过的精神创伤对个性形成的影响，这些创伤引起的恐惧在大脑中留下痕迹，当成年期遇到挫折时就可能会再现，从而影响人的心理，以致于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。如果病人真正领悟并相信他的症状和病态行为的幼稚性、荒谬性和不符合成人逻辑的特点，症状就会消失。此外，作者不同意经典的精神分析学说把各种心理疾病都归因于幼年“性”心理的症结的观点，而认为性变态是成年人用他本人没有意识到的，用幼年的性取乐方式解决性欲或解除苦闷的表现。

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。

本疗法适应于神经症，如强迫症、恐怖症、焦虑症和某些类型的性变态等。

(吴均林)

第三节 行为治疗

一、概况

（一）定义与历史

行为治疗(behavior therapy) 是一类主要根据行为学习理论(参见第一章)原理来认识和治疗临床问题的心理治疗方法。它强调问题、针对目标和面向将来。首先对病人的病理心理及有关功能障碍(即问题行为)进行行为方面的确认、检查、监察以及对有关环境影响因素的分析，

然后确定操作化目标和制定干预的措施，目的是改善病人适应性目标行为的数量、质量和整体水平。行为治疗中的目标确立有各种形式，也就是说，在有关个人体验的各个方面均可作为治疗的目标，如情感、工具性技巧、社交关系、认知、想象，以及其他有关的心理生理指标等。

行为治疗始于 1950 年代末，在随后的 20 多年里得到了很大发展。近 20 多年来，由于认知心理科学的发展，行为治疗逐步借鉴和引入了有关认知改变的技术，在临床上更多地是采用行为与认知的方法，因此亦有学者将此称为行为认知治疗或认知行为治疗（cognitive behavior therapy）。

（二）行为分析与原则

行为治疗要遵循的基本过程可参阅本章第一节。其中行为分析(behavioral analysis)尤为重要。通过行为分析，客观、明确、量化地描述问题行为的性质、严重程度以及病人行为与其他环境诱因和后果之间的功能性联系，使治疗者能回答：① 治疗的问题和目标是什么？② 如何测量和监察治疗的过程？③ 使问题持续存在的环境因素有哪些？④ 哪一种干预技术比较有效？实际上，坚持对行为和目标的详细说明是行为治疗不同于其他心理治疗的最重要的特征。

具体来说，可以使用记行为日记（behavior log）或用评定量表的方式来记录何时出现症状和行为类型（A），有何诱因和可能的促发因素（B），会出现何种后果及可能的强化因素（C）。这种对于事件有关的行为进行详细检查的方式称为行为分析 ABC。当然，在治疗期间，日记和量表也作为疗效进展和重新考虑治疗方案的一种检查工具。

各种行为治疗方法的应用均遵循一些基本原则：

（1）循序渐进式：逐步给予一系列的练习作业使得病人在处理比较简单的问题中获得信心，最后处理较严重问题，即让病人认识到路一步一步地走、饭一口一口地吃这样的道理。

（2）确立靶症状或靶行为：通过行为分析确立病人的靶行为是行为治疗的关键，只有明确了靶行为，才能有的放矢地帮助病人克服其主要问题，否则难以达到预期效果。

（3）实践或练习：将行为作业看成实验来实践完成。须注意，如果达到目的，则意味成功；但没有达到目的并不意味是失败，而是有一个机会更多地了解和认识问题，同时考虑下一步的治疗方案。例如，行为暴露作业让病人进入会引起恐惧的场合并待在那里直至焦虑减轻。如果病人因为过度焦虑而不能呆在那里，这一结果并不表明治疗失败，而是说明这一场合所致的害怕较估计的为高。同时表明还有一些害怕的内容未被发掘出来，需要进一步了解是哪些潜在的因素存在，或降低能引起害怕的场合等级（参见下述的暴露-等级脱敏）。

二、方法

（一）系统脱敏（systematic desensitization）

系统脱敏是由 Wolpe J 所创立，用于治疗焦虑病人。治疗医师采用深度肌肉放松技术拮抗条件性焦虑。先同病人一起制订一份与恐怖、害怕有关的导致焦虑的境遇等级表，然后在治疗中将习得的放松状态用于抑制焦虑反应，这一过程又称交互抑制（reciprocal inhibition）。因此，系统脱敏包含了三个步骤：放松训练、等级脱敏表，以及这二者的配合训练。

1. 放松训练 放松可以产生与焦虑反应相反的生理和心理效果，如心率减慢、外周血流增加、呼吸平缓、神经肌肉松弛以及心境平静。有许多方法可以产生深度的肌肉放松，如瑜伽、坐禅、气功、静默等技术。在系统脱敏中最常用的是 Jacobson 最先描述的一种渐进性放松技术。（参见

2. 等级脱敏表 在这一步骤里,治疗医师需要确定引起病人焦虑的所有诱因(刺激源),并将这些诱发条件列出来,按照产生焦虑严重程度的顺序列一份 10~20 个有关场景的等级表。表 5-2 显示了一名考试焦虑病人的等级脱敏表。

3. 脱敏 让病人在深度放松状态下,生动逼真地想象自己身临等级表上的每一场景,从而完成对接触每一组情景所致焦虑的去条件化。去条件化的过程是从轻到重一步步进行的。一般来说,在进入下一场景想象以前,病人对现在给予的场景应该只有很轻微的焦虑,而每一场景的想象可能需要重复数次才能使焦虑降到轻微水平。

(二) 满灌疗法 (flooding)

逃避诱发焦虑的境遇实际上是条件反射性地强化了焦虑。根据这一假设,满灌法是让病人面临能产生强烈焦虑的环境或想像之中,并保持相当时间,不允许病人逃避,从而消除焦虑和预防条件性回避行为发生。因为焦虑症状不可能持续高水平地发展下去,它是波动变化的,即有一个开始、高峰和下降的过程。整个治疗一般约 5 次左右,每次 1~2 小时,很少有超过 20 次的。其疗效取决于每次练习时病人能坚持到心情平静和感到能自制为止,不能坚持到底实际上就等于逃避治疗。

(三) 逐级暴露 (graded exposure)

不管满灌疗法的疗效如何,临床上仍有许多病人拒绝接受。另外,它对于有强烈焦虑反应的病人是禁忌的,例如近期曾有冠状动脉血栓形成的病人、在高焦虑情境下易发生心律失常的病人以及心理素质过于脆弱的病人。对于这些病人可用逐级暴露法,它可避免突然发生强烈的焦虑反应。基本过程与满灌法相似,不同的是焦虑场景是通过由轻到重逐级进行的;但又不象系统脱敏,它没有特别的放松训练,且治疗往往是在实际生活环境中进行,而非想象训练。

(四) 参与示范 (participant modeling)

参与示范是让病人通过模仿来学习,即通过观察他人的行为和行为后果来学习。儿童回避小动物或者害怕登高是通过观察他人在这类情况下出现的恐惧表现和回避行为而得来的,因此在示范过程中,也应用同样的原则来帮助病人克服恐怖和焦虑。如果儿童害怕狗,就可以让他看一个不害怕的示范,这个示范是与他相同年龄和性别的儿童走近狗,并抚摸它,和它一起戏耍,然后鼓励怕狗的儿童按照同样的方式一步一步地做。Bandura 和其他一些学者对此法已作了改良,使之也可用于成人,这种改良方法又称逐级参与示范,主要是在示范中逐步增强恐怖的刺激性境遇。治疗有时可以是以一次长疗程便告结束,也可以是分几个疗程。为了预防症状反复,在等级表的后几项练习中需要延长间歇期,反复训练几个疗程。

(五) 自信心及社交技巧训练 (assertiveness and social skills training)

自信心及社交技巧训练是教会病人在社会环境中如何恰当地与人交往,用能够使对方接受的方式来表达自己的观点,既达到目的,同时又不伤害和贬低他人。用于自信训练的行为技术有角色示范、脱敏、正强化。

社交技巧训练是应用行为学习原则进行社会技能方面的系统训练,可以帮助病人恢复自信,

表 5-2 考试焦虑病人等级脱敏表

1. 教师宣布下星期考试
2. 考试前一天晚上复习功课
3. 考试当天正在吃早饭
4. 走在去考场的路上
5. 站在考场外等候进去
6. 进入考场
7. 坐在考试的位置上
8. 教师发放考卷

但也同时注重改善病人在现实生活中所存在的一些问题，如上街买东西、找工作、与人交往、克服害羞等。训练的方法为，对病人社会行为的直接指导和帮助；治疗者的示范或者对有效的社会反应给予支持；病人在应激性境遇下进行练习（角色扮演），告知病人什么样的表现有效，并给予强化；还要布置家庭作业，以巩固新习得的行为。

（六）厌恶疗法（aversion therapy）

在某一特殊行为反应之后紧接着给予一厌恶刺激(如电击、催吐剂、体罚、厌恶想象等)，最终会抑制和消除此行为。厌恶疗法常用于治疗酒依赖或药瘾、性欲倒错(如同性恋、恋物癖、窥阴癖等)，以及其他冲动性或强迫性行为障碍。如对性欲倒错病人可采用手淫加厌恶想象(aversive image)或掩敏法(covert sensitization)，也可伴嗅、味觉厌恶技术(如口含黄连素片)。应该注意，给予的厌恶刺激必须要足够的量使得病人产生痛苦(尤其是心理上的，而非生理上的)，且持续时间较长，否则难以见效。

（七）行为辅助工具（behavioral prostheses）

行为治疗辅助工具的发展是行为治疗中令人瞩目的一个领域，这些工具往往是一些仪器或电子设备，病人在自然环境下使用它们来帮助学习新的适应性行为。如用节拍器控制的言语重训练(metronome-conditioned speech retraining)来治疗青少年和成年的严重口吃障碍。Burns 和 Brady 曾报道用一种类似电子节拍器的工具来使病人产生深度的肌肉放松或学会对紧张和焦虑的控制。还有其他行为辅助的例子，如用电子信号系统来矫正家庭中错误的沟通方式，以及对某些强迫障碍采用小量电刺激治疗等。必须强调，这些工具只能作为治疗的一种辅助措施。

（八）正强化和消退法（positive reinforcement and extinction）

根据操作条件反射理论，如果在一种行为之后得到奖赏，那么这种行为在同样的环境条件下就会持续和反复出现即正强化。目前已将这一规律用于临床，主要有二种技术，即代币法(token economy)和神经症行为的矫正。

1. 代币法 所谓代币治疗，就是给病人一定数量可以代币的筹码来奖赏其适应性行为，如保持整洁、按时起居等。一旦病人出现这些适当的社交性行为时就可以获得筹码，然后他可以用这些筹码来换取自己需要的东西或得到一些享受，如看电影和外出游玩等。如果病人出现不良行为如吵闹、毁物等，将被罚扣除或交出筹码。

2. 神经症行为的矫正策略 操作条件反射的原则已广泛用于治疗特殊的神经症和习惯性障碍。基本的行为矫正步骤为五步：① 选择和确定靶行为；② 测量靶行为(这一步是关键，因为疗效评定是靶行为量和质的变化)；③ 选择某一适当的强化因素(一般是确定病人目前在什么活动上花的时间比较多，这种经常出现的行为可作为强化因素)；④ 建立机会在最初出现微弱的靶行为之后立即给予强化因素；⑤观察进程。

（九）治疗协议或临时合同（contingency contracting）

有些需要治疗的靶行为常与周围人的行为有密切关系，需要有关人员的配合方能取得疗效，特别是对婚姻问题的治疗。应用建立治疗协议的方法帮助夫妻双方找出他们最希望看到对方的行为，这种帮助他们相互间沟通的方式或方法，甚至可以用书面的方式写下来，成为一种临时的合同。

在不满意和破裂婚姻中，配偶双方往往不注意可以在相互间的沟通中了解双方需要或期望，因而不大注意这种沟通。不但如此，在破裂婚姻中夫妻双方常通过惩罚性的方法来表达自己的愿

望，而不是通过理解和谅解(正强化)的手段。通过整理分析夫妻间许多惩罚性和无效的应对方式，建立沟通和谅解的应对方式常常对婚姻关系的改善具有良好的作用。相互商讨的本身也有治疗作用，只有在相互指责开始转变为相互商讨后才会出现情感和态度上的改变。建立治疗协议的治疗方式不但可用于婚姻问题的治疗，也可用于处理其他有密切关系的人群中所出现的问题。

三、适应证和评价

表 5-3 显示行为治疗对常见心理障碍与疾病的疗效比较。这项调查是在美国做的，参与疗效评价的专家给 35 种疾病的 21 种疗效评分平均为“疗效肯定”或“基本有效”。无效者只有 3 类疾病。提示行为治疗的应用领域相当广泛，且针对不同疾病疗效亦不完全相同。

表 5-3 行为治疗对常见疾病的疗效比较

疗效肯定	焦虑障碍（广场恐怖症、单纯恐怖症和强迫症）；精神分裂症；心身障碍（高血压、雷诺氏综合征、慢性疼痛和失眠）；性功能失调；进食障碍（肥胖症和贪食）；品行障碍；注意缺陷多动障碍；孤独症和精神发育迟滞。
基本有效	心境障碍（重症非精神病性抑郁和心境恶劣）；心身障碍（头痛、胃肠道疾病）；同性恋；遗传性精神障碍；神经性厌食。
可能有效	焦虑障碍（惊恐障碍、广泛性焦虑、社交恐怖、创伤后应激障碍）；躯体形式障碍；哮喘；性心理障碍（性别认同障碍和性欲倒错）；儿童抑郁症。
无效	双相或精神病性抑郁症；分离性障碍。

根据现有的证据和研究报道，行为治疗对各种疾病或障碍的疗效与其它心理社会治疗方法的比较尚待进一步的对照研究证据。

第三节 认知治疗

二、概况

（一）定义

认知治疗（cognitive therapy）是1970年代所发展起来的一种心理治疗技术。它是根据认知过程影响情感和行为的理论假设，通过认知和行为技术来改变患者不良认知的一类心理治疗方法的总称。

认知疗法不同于行为疗法，认知疗法更重视患者的认知方式改变和认知-情感-行为三者的和谐。认知疗法也不同于传统的内省疗法或精神分析，认知疗法重视目前患者的认知对其身心的影响，即重视意识中的事件而不是潜意识的冲突；内省法则重视既往经历，特别是童年期的创伤经历，而忽略意识中的事件。

认知治疗最初由美国学者提出用于纠正抑郁症病人的不良认知，因为其疗效肯定和研究的科学性，后来逐步引人注目，并广泛用于临床各科病人的心理障碍；同时，精神动力学治疗和行为治疗也借鉴了其有关的理论与方法，使得传统的这两类疗法有了进一步的发展。因此，有学者认为认知治疗是一座桥梁，沟通了分析性治疗与行为治疗这两大类互为对峙的流派，使得心理治疗的方法与技术走向整合变为可能。

（二）理论假设

认知治疗高度重视患者的不良认知或认知歪曲，并且把自我挫败行为（self-defeating behavior）看成是患者不良认知的结果。

Beck归纳了在认知过程中常见认知歪曲的5种形式：① 任意的推断（arbitrary inferences）：即在证据缺乏或不充分时便草率地作出结论。② 选择性概括（selective abstraction）：仅根据个别细节而不考虑其他情况便对整个事件作出结论。③ 过度引申（overgeneralization）：是指在一事件的基础上作出关于能力、操作或价值的普遍性结论，即从一个具体事件出发引申作出一般规律性的结论。④ 夸大或缩小（magnification or minimization）：对客观事件的意义作出歪曲的评价。⑤ “全或无”的思维（all-or-none thinking）：即要么全对，要么全错；把生活往往看成非黑即白的单色世界，没有中间色。

Beck论证说，抑郁症患者往往由于做出逻辑判断上的错误因而变成抑郁。歪曲事情的含义而自我谴责；一件在通常情况下很小的事件（如溅出饮料）会被看成生活已完全绝望的表现。因此抑郁症患者总是对自己作出不合逻辑的推论。用自我贬低和自我责备的思想去解释所有的事件（图5-1）。

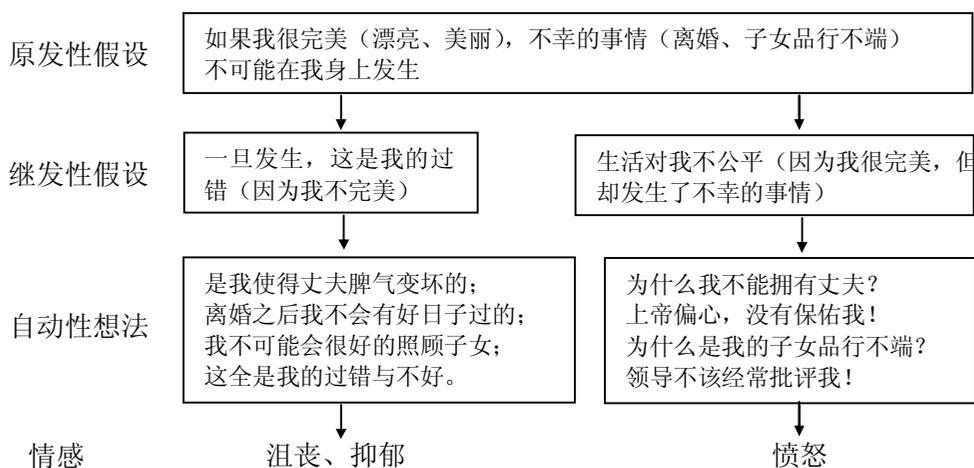


图 5-1 认知-情感发生框图

二、方法

（一）认知治疗基本技术

根据Beck（1985年）归纳的认知治疗基本技术，共有下述5种。

1. 识别自动性想法（identifying automatic thoughts）

自动性想法是介于外部事件与个体对事件的不良情绪反应之间的那些思想，大多数患者并不能意识到在不愉快情绪之前会存在着这些想法。并已经构成他们思考方式的一部分。患者在认识过程中首先要学会识别自动性想法，尤其是识别那些在愤怒、悲观和焦虑等情绪之前出现的特殊想法。治疗医生可以采用提问、指导患者想象或角色扮演来发掘和识别自动性想法。

2. 识别认知性错误（identifying cognitive errors）

焦虑和抑郁患者往往采用消极的方式来看待和处理一切事物，他们的观点往往与现实大相径庭，并带有悲观色彩。一般来说，患者特别容易犯概念或抽象性错误，基本的认知错误有：任意

推断、选择性概括、过度引申、夸大或缩小、全或无思维。大多数患者一般比较容易学会识别自动性想法，但要他们识别认知错误却相当困难，因为有些认知错误相当难评价。因此，为了识别认知错误，治疗医生应该听取和记下患者诉说的自动性想法以及不同的情景和问题，然后要求患者归纳出一般规律，找出其共性。

3. 真实性检验 (reality testing)

识别认知错误以后，接着同患者一起设计严格的真实性检验，即检验并诘难错误信念。这是认知治疗的核心，非此不足以改变患者的认知。在治疗中鼓励患者将其自动性想法作假设看待，并设计一种方法调查、检验这种假设，结果他可能发现，95%以上的调查时间里他的这些消极认知和信念是不符合实际的。

4. 去注意 (decentering)

大多数抑郁和焦虑患者感到他们是人们注意的中心，其一言一行都受到他人的“评头论足”，因此，他们一致认为自己是脆弱的、无力的。如某一患者认为他的服装式样稍有改变，就会引起周围每一个人的注意和非难，治疗计划则要求他衣着不像以往那样整洁地去沿街散步、跑步，然后要求他记录不良反应发生的次数，结果他发现几乎很少有人会注意他的言行。

5. 监察苦闷或焦虑水平 (monitoring distress or anxiety level)

许多慢性甚至急性焦虑患者往往认为他们的焦虑会一成不变地存在下去，但实际上，焦虑的发生是波动的。如果人们认识到焦虑有一个开始、高峰和消退过程的话，那么人们就能够比较容易地控制焦虑情绪。因此，鼓励患者对自己的焦虑水平进行自我检测，促使患者认识焦虑波动的特点，增强抵抗焦虑的信心，是认知治疗的一项常用手段。

由于治疗方法的发展，认知矫正技术已从过去简单地识别自动性想法、检验自动性想法等技术发展到数十种肯定的心理治疗技术。

(二) 常用认知治疗种类

虽然认知治疗的历史较短，但它的发展却很快，种类发展很多。归纳起来，目前国际上常用的认知疗法有4种，即Beck认知治疗、Ellis合理情绪治疗、Ryle认知分析治疗，以及认知行为治疗，其中尤以认知行为治疗应用最为广泛。这里简单归纳一下近年来国内外常用的认知治疗方法。

1. 合理情绪疗法 (rational-emotion therapy, RET)

由Ellis A在20世纪50年代末提出，基本观点是一切错误的思维方式或不合理信念是心理障碍、情绪和行为问题的症结。对此他将治疗中有关因素归纳为A-B-C-D-E，即：诱发事件(activating event)→信念(belief)→后果(consequence)→诘难(dispute)→效应(effect)。例如，父母拒绝给10岁的女儿买小自行车(A)，尽管他们以前曾经许诺过。为此女儿对自己讲(B)：“他们出尔反尔，对自己讲过的话不负责任，言行不一，他们不喜欢我！因为他们常常对我这样，他们永远不会为我着想！”由此产生的情绪反应后果(emotive consequences, eC)使她感到愤怒和沮丧，行为反应后果(behavioral consequences, bC)则使她对父母哭闹、发脾气。治疗医生对不合理信念(irrational belief, iB)的诘难(D)一般采用有针对性的、直接的，以及有系统的提问方式，逐步使患儿认识信念或信念系统是引起情绪或行为反应的直接原因，使患儿对不合理信念产生动摇，进而取得疗效(E)。

2. 自我指导训练 (self-instructional training)

由Meichenbaum在20世纪70年代提出。方法是教会患者进行自我说服或现场示范指导，主

要用于治疗儿童注意缺陷障碍（儿童多动症）、冲动儿童、精神分裂症患者等。

3. 应对技巧训练 (coping skills training)

由 Goldfried 在 20 世纪 70 年代提出，主要是让患者通过在想象过程中不断递增恐怖事件，以学会调节焦虑和处置焦虑，其中保持身心的放松同系统脱敏类似，但不同之处在于它有想象应对的成分，主要适用于焦虑障碍患者的治疗。

4. 隐匿示范 (covert modeling)

由 Cautela JR 在 20 世纪 70 年代初提出，基本原理是想象演练靶行为，让患者预先了解事情的结果和训练其情感反应，以产生对应激情境的适应能力，对恐怖症患者疗效较满意。

5. 解决问题的技术 (problem-solving)

倡导者有 D'Zurilla, Goldfried 等人，基本设想是有情绪异常的人，往往缺乏解决问题的能力，较难选择情境的行为反应。因此他们常常是适应不良的，不能准确地预测自己行为的后果。基本方法是学习如何确定问题，然后将一个生活问题分解为若干能够处理的小问题，思考可能的解决方案，并挑选出最佳的解决办法。主要用于治疗情绪障碍的儿童、有破坏行为的儿童，以及某些精神病患者。

6. Beck 认知转变法

由 Beck AT 在 20 世纪 70 年代创立，主要适用于改变抑郁症患者的态度和信念，从而矫正适应不良性认知，本节重点介绍的就是 Beck 的方法。

(三) 认知治疗的基本过程

认知疗法的种类目前虽然有许多种，且各有不同的重点，但基本过程大致相同，如表 5-4 所示：

表 5-4 认知疗法的基本过程

治疗过程	治疗项目	项目举例
建立求助动机	认识适应不良性认知-情感-行为类型；患者和治疗医生对靶问题在认知解释上达成意见统一，对不良表现给予解释并且估计矫正所能达到的预期结果	自我监测思维、情感和和行为，治疗医生给予指导，说明和认知示范
适应不良性认知的识别	发展新的认知和行为来代替适应不良性认知行为	治疗医生指导患者广泛应用新的认知和行为
在处理日常生活问题的过程中培养观念的竞争，用新的认知对抗原有的认知	练习将新的认知模式用到社会情境中去，取代原有的认知模式	患者先用想象方式来练习处理问题或模拟一定的情境或在一定条件下以实际经历进行训练
改变有关自我的认知	作为新认知和训练的结果，患者重新评价自我效能 (self-efficacy)	治疗医生通过指导性说明来强化患者自我处理问题能力

三、适应证和评价

认知治疗及认知行为治疗等方法已广泛用于治疗许多疾病或精神障碍，包括抑郁障碍（门诊及住院患者）、焦虑障碍（包括惊恐发作、恐怖症、广泛性焦虑症、创伤后应激障碍）、自杀及自杀企图、强迫症、精神分裂症、进食障碍（包括肥胖症、厌食症和贪食症）、睡眠障碍、人格障

碍、性功能障碍及性变态、成瘾问题（包括酒精中毒）、心身疾病（如顽固性哮喘、高血压、肠易激惹综合征、慢性疼痛、癌症等）、婚姻冲突及家庭矛盾、儿童的品行及情绪障碍（如抽动症及其他病理性行为）。目前在国外的精神科门诊中，60%的门诊精神科患者是给予认知行为治疗的。

认知治疗最主要的是治疗情绪抑郁患者，尤其对于单相抑郁症的成年患者来说是一种有效的短期治疗方法。Rush 等曾用认知疗法和丙米嗪分别治疗 41 例单向抑郁症门诊患者，比较其疗效，发现治疗 12 周以后两组患者均有显著缓解，而认知疗法组患者在自我报告和临床量表评分上的改善更为明显，另外，认知疗法组的患者对治疗取合作态度者较药物组为多（分别为 78.9%，22.7%）。随访 6~12 个月，疗效稳定。Blackburn 等人亦报道了类似结果。

神经性厌食的认知行为治疗主要有二个阶段：第一阶段，注意侧重行为，极力鼓励病人重新建立正常的进食习惯（一日三餐，没有加餐）。记录下每次吃什么、何时吃和当时的情况，同时也记录呕吐和暴食时的情景。这种方式一般使得病人能够在短时间内学会自控。第二阶段，使用认知技术，在交谈中确定病人的日记和不正常的认知，并指出这些认知的逻辑性错误，然后鼓励病人学会用新的观念或看法，并进行验证。

强迫观念、穷思竭虑病人的认知行为治疗策略在于告知病人：“沙锅打破了还有底吗？”“允许问题存在”，“多做少想、做什么想什么、先做后想、不做不想”，因为许多强迫症病人是想了的少、光想不做。另外，让病人将强迫观念讲出来或写出来，使得其能够对自己的想法进行行为的量化和自控。

对于疑病症或躯体化障碍病人来说，他们往往存在躯体症状的先占观念或对健康或疾病的过分焦虑，即可能有 1~2 分的疾病体征，但有 8~9 分的躯体症状。因此，治疗中让病人认识到自己对身体感觉的“草木皆兵”和“如临大敌”，然后指导病人学会注意力分散和培养兴趣爱好，减少对躯体症状的过分关注。另外，注意强化源的控制，即减少去医院和看医生的次数，不在求医行为上反复强化。

认知疗法目前已开始成为临床各科治疗的手段之一，尤其是在临床心理学和行为医学领域。例如癌症患者使用认知治疗，有助于减轻患者的情绪抑郁和焦虑，减轻对化疗药物的副反应，改善患者康复过程中的心理社会适应，以及提高患者癌症治疗后的生存质量。已有前瞻性研究证实乳腺癌术后患者应用认知治疗或认知行为治疗者较一般临床处理者的生存期限至少长 6~8 个月。由于癌症患者的特殊性，因此在应用认知治疗上，主要是侧重于处理患者的自我丧失和失去控制感、疼痛、消极的求治动机，以及长期缺乏的心理应对能力等。

有关认知治疗的疗效，许多临床对照研究已经证实它具有减轻情绪症状、改善认知方式和行为表现，以及有长期维持和预防复发的作用，尤其是对抑郁症患者的治疗，可与三环或四环类抗抑郁药一样有效。当然，在临床实践中，绝大多数患者是同时接受药物治疗和认知治疗的，这与传统观点：心理治疗不主张与药物合用有所不一致。况且经验表明，这两者的合并使用，疗效有叠加。

目前，认知理论及认知治疗技术正逐步被广大临床心理工作者及精神科医生所接受，它的技术与方法亦不断得到充实和发展，但也存在一些争议。认知疗法目前面临的主要课题有：① 发展更可靠的评价认知过程的方法；② 进一步认识和了解认知与情感、行为之间的相互关系；③ 确立影响认知类型的变量，包括认知发生、维持和改变的影响因素；④ 将上述变量应用于治疗实践；⑤ 不断重新评价认知理论和适用范围。如果认知疗法能完满地解决这 5 方面的问题，那么

毫无疑问它将成为今后临床精神科和临床心理学的重要技术之一。

第五节 来访者中心疗法

一、概况

(一) 定义与理论假设

来访者中心疗法 (client-center therapy) 由美国心理学家罗杰斯 (Rogers C, 1902~1987) 于 1940 年代创立, 强调调动患者 (又译来访者) 的主观能动性, 发掘其潜能, 不主张给予疾病诊断, 治疗则更多地是采取倾听、接纳与理解, 即以患者为中心或围绕患者的心理治疗。1974 年, 罗杰斯又提出将此疗法进一步延伸, 改称为人本疗法 (personal-center therapy), 更强调以人为本, 而非患者或来访者, 进一步突出被治者为正常人、为心理发展过程中潜能未尽发挥或暴露的阶段性逆境或问题, 治疗本身就是指导被治者认识和了解自我、发挥潜能。

人的行为被假定为内部矛盾冲突的产物, 是精神动力学的看法; 而人的行为被假定为对环境刺激的反应或发射, 是行为学派的想法。人本疗法则不强调这些因素, 它把人的意识经验视为人的行为基础, 既不赞成精神分析学派把人看成本能的牺牲品, 认为人的行为是非理性的过程所决定的, 道德与善行是非自然的悲观看法。同时, 它也反对行为主义把人视为“巨大的白鼠”, 排斥道德、伦理和价值观念的机器人心理学。因此, 来访者中心疗法为人性提供了一幅乐观画图, 认为人是具有潜能和成长着的个体。如果各方面发展良好, 人就可以让意识指引其行为直到完全实现其最大潜能, 成为一个独特个体。心理或行为障碍的产生乃是由于其个人成长受到阻抑所致。自我意识不良和他人施加的价值条件 (conditions of worth) 是引起心理问题的根源, 而这些问题是可通过治疗来消除的。

(二) 人本疗法的特点

通过提高患者的知觉或意识过程来解决行为问题, 表明某些精神动力学原则也是人本疗法基础的一部分。而认为每个患者是独特个体, 其行为由其想法所支配, 则类似认知行为治疗的观点。但是, 人本疗法具有几个重要的特点:

(1) 强调促进患者的成长, 基本假设是如果患者向着发挥其全部潜能的方向发展, 它就能发现解决其问题的方法而不必需要他人帮助。

(2) 患者和医生是平等的“角色”, 医患关系类似于“园丁和花”的关系, 医生促进患者固有的成长趋向, 双方都从这种关系中得益。

(3) 医患关系是成长的动力, 人本疗法中的医患关系并不着重探讨患者童年的经验, 但如果与现在的问题有关, 则应了解童年的矛盾冲突在现在的表现, 以及对环境影响可能作出什么样的反应。通过治疗性医患关系, 促进患者积极接纳自己, 提供积极有效的经验, 促进其成长和自我实现。

(4) 治疗重点是会谈时的直接体验, 对过去很少考虑, 因为过去发生的已经不能改变, 也不认为将来和现在同等重要, 不主张为将来的问题制定计划。

(5) 假设大多数患者和“正常”人没有什么不同, 患者的行为和他们对世界的知觉一致。医生力图按患者看待世界的方式去理解患者的问题, 不主张给患者贴上种种诊断标签。

二、基本方法

罗杰斯认为，心理治疗是一种过程而不是一套技术，主张不要通过教育患者的方式去解决患者的问题。他说：“我不能教他人什么，我只能促进他人的学习”。人本疗法的基本理论可以简单地表达为“假如-那么”假说，即假如医生造成了正确的情境，即真诚、积极尊重和设身处地的理解，那么患者就会开始成长和改变。

这种治疗方式和罗杰斯的自我理论有关。他认为个人成长受阻是因为别人对他施加了种种价值条件，迫使他歪曲其真实的感觉。如一个青年人想成为一个作家，但家庭施加压力要他学经商，他不得不压制自己内心相当作家的愿望，结果其行为和真实的感情之间日趋分离，抑郁等问题就会发生，成长过程也就停止。

人本疗法旨在向患者提供重新开始成长过程的新经验。医生努力提供一种人际关系，这种关系不是做作的，也不是表面的，医生努力在这种关系中表达下述3种态度：

（一）无条件的积极尊重与接纳（acceptance）

这是医生应具有的一种最基本的态度，具体来说，要求治疗医师：（1）把患者作为一个“人”加以关注；（2）按患者本来的样子加以接受；（3）信任患者改变和成长的能力。看起来这一点似乎容易做，但实际上常常难以做好。

“尊重”是对患者关心，但决不试图代替、控制患者，避免使患者能力受损。治疗医生应该自由地向患者表达其积极的关注感情，如认真倾听，显示耐心和热忱；对患者所说话题感兴趣，不任意打断患者谈话或改变话题，努力按患者的观点去理解患者的感情，这样能促进患者自由的倾诉。

“无条件”是对患者不加判断地接受。医生要避免对患者做任何评价，不贴诊断标签，只是把患者视为一个“人”加以尊重，接受他们的感情和行为。医生要对自己治疗者角色的许多活动加以节制，如避免作解释等。无条件尊重并不要求医生赞同患者的那些感情，应将患者作为“人”的价值和患者的行为价值区分开来，这样心理问题就会减少。

“积极”是指医生对患者自己解决问题的能力表示信任。医生不以“专家”自居，告诉患者什么错了，或教患者怎么做等。医生不代替患者作决定，不替患者承担责任，也避免给劝告。否则，患者认为自己能力差，从而将对医生产生依赖。

2. 通情（empathy）或设身处地的理解

通情要求医生按患者看待世界的方式理解他的行为。通情和同情不同，仅仅对患者说同情并不能表达通情的态度。积极倾听是一种方法，另一种对表达通情态度有价值的是反馈法，即针对患者的情感反应把患者说过的某些话或短语加以复述，或把患者的情感体验表达得更明确或具体一些。但反馈并不仅仅是重复患者说过的话或短语，而是对患者“情感的净化和重新播放”。例如：

患者：那天真不好，我一天哭了3~4次，我也不知道哪里出了问题。

医生：你的感觉很不好，眼泪夺眶而出，你对自己的这种感觉也不明白是怎么回事，一定感到很害怕。

第一句医生似乎在重复患者的话，但患者并未说过她的感觉不好，医生按患者的观点作出了这种推断，患者也未说过她的悲伤使她害怕，医生觉得如果处在她的地位一定会是这样。如果医生弄错了，患者就有机会给予指正。医生希望让患者知道，他想理解她（或他）。

3. 和睦关系 (rapport) 或真诚和一致性

真诚是医生表达其内心体验的能力，对患者而言，医生是坦诚的。真诚和积极尊重、深入理解紧密相关，它在这三种态度中又是最基本的。医生对患者的关系愈真诚，医生的帮助就愈大，医生的感情和动作应当一致。如果不懂装懂，将是徒劳无益的。

人本疗法中医生把患者视为朋友，促进患者的信任感，在治疗中患者将医生视为良好的示范者。下述例子可以显示这种真诚态度：

患者：从我们见面以后，我的感觉已经好多了。如果我的父亲也象你一样温暖，我在童年时期就会好得多了。这样说似乎很傻，但我希望如果您是我的父亲就好了。

医生：我想假如有您这样一个女儿的话那是很好的。

患者的话从精神分析来看是移情，但这里医生的反应是对其感情的反馈。

三、适应证和评价

来访者中心疗法在国内主要适用于针对正常人群的一般心理咨询（如大、中学生心理咨询），即咨询对象无心理或精神障碍者，如果有较明显的心理或行为问题者，应主张医学心理咨询或专业心理治疗（如行为、认知治疗等）。

研究还表明，患者得到帮助的程度与和睦关系、准确的通情、积极尊重的态度呈显著相关。Halkids 发现这三种态度和患者的成功呈正相关。患者从医生那里感受到这三种态度越多，治疗得益也越大。

（季建林）

第六节 森田疗法

一、基本原理

森田疗法 (Morita therapy) 是日本森田正马创造、发展的一种治疗神经症的方法。其基本理论包括：

（一）神经质的发生机制

森田在他的任何著作中均不使用“神经症”这个术语。他把我们现在认为的神经症分成神经质和癔病。神经质是自我内省、理智、疑病的；癔病质是情感过敏、外向、自我中心。在神经质素质的基础上，由于某种契机导致的病态成为神经质。在癔病素质的基础上，由于某种契机导致的病态成为癔病。森田神经质的特点之一，认为神经质的根本原因是先天性素质变质。但此素质虽然是先天的，并非固定，可随着环境发生明显变化。

（二）生的欲望

森田在这里主要指心灵深处的反省。可以包含以下几个方面：① 不想生病，不想死，想长寿；② 想更好地活着，不想被人轻视，想被人承认；③ 想有知识，想学习，想成为一个伟人，想幸福；④ 想向上发展。总之，生的欲望是不同层次种种愿望的综合。

（三）疑病性基调

森田曾研究过神经质的发病，他不认为这种病人的动机有什么特殊性，因此他认为导致神经质发病的最重要的乃是病人的素质，所以便把它叫做疑病性基调。疑病性基调是森田的一种假说

式的概念，虽说它是一种先天性的素质，但却不是一成不变的，它能随着环境（如父母的养育态度）的变化而变化。

（四）精神交互作用

对神经质发病有决定作用的是疑病性基调，对于症状的发展有决定作用的就是精神交互作用。对某种感觉如果过度注意，对那种感觉就会变得敏感，对这种敏感的感觉越来越注意会使之固定，这种感觉与注意进一步相互作用，越来越形成感觉过敏的精神过程。

二、方法

首先是准备阶段。先让病人读一读森田疗法的小册子。其次要与病人进行一次细谈。使他对自己的病症有本质上的认识，对森田疗法有一个了解，以消除一些疑虑，加强治疗的信心，以积极的态度参加治疗。有的还采取订合同的方法，以保证病人能按治疗人员的嘱咐去做，并能坚持全疗程的治疗。

森田疗法的住院环境与一般医院有所不同。要求单人房间，房间布置得象家庭一样。病人在住院期间可以发现有许多与他类似症状的病人，他认识到并不是只有他才有这样的问题。

森田住院疗法可以分为以下几个阶段：

（一）绝对卧床阶段

在这一阶段要求病人安静卧床一周。除了吃饭及去卫生间外不得起床，但可考虑问题及睡眠。在这一阶段中不允许参加任何其他活动，包括读书、看报、吸烟、谈话及娱乐等；也不准家属探视及书信往来。治疗中治疗人每天仅短暂地与病员会面一次，主要是了解一下病人的情况。由于所有分心的方法均已被剥夺，病人直接面对焦虑。最初病人幻想回避焦虑，但不成功。这种恶性循环可使焦虑达到顶点，故症状可加重。治疗人应注意观察病人的进食及体重变化。持续一时期后，病人终于逐渐接受了焦虑，使焦虑与自己溶成一体。少数病人的恶性循环在这一阶段就可以奇迹般地打破从而症状缓解，但绝大多数病人的改变是不大的。

（二）工作治疗阶段

这一个阶段可分为两个时期：

(1) 轻工作活动期：让病人带着症状参加一些轻体力的工作，如扫地、搞室内卫生等简单工作，为时约一周。

(2) 重工作活动期：进入这一期后，病人可参加一些较吃力的活动，如砍柴、种菜、培植花木、烹饪、喂养小动物等，此期也持续一周。

以上活动均要根据病人的具体情况由治疗人员予以决定和安排。在这阶段中不要求病人与其他病员谈论自己的症状，只教导病人专注于当前的工作活动。通过这样的实践与体验，病人的态度会逐渐发生变化，自然而然地不再与他的焦虑症状去做强迫性斗争。

（三）生活训练阶段

经过两周左右的工作活动期后，就可进入生活训练期了。这时可以允许病人外出，如去商店、读书、或做些其他工作。但 40 天以前不允许病人见家属、亲友、也不允许与他们通电话。

住院期通常为 60~120 天，也可短至 45 天。

从绝对卧床阶段以后，要求病人每天晚上记日记。治疗人员每天要读他们的日记，还要写出意见，次日归还病人。

在住院期间，病人不可避免地会诉说自己的症状及询问如何治他的病等。医护人员只是

要他生活于现实之中，即使病人反复提问，也不做任何回答。这样病人会逐渐不注意自己的症状而有兴趣于工作活动，这就叫做“无回答疗法”。病人尽管有些焦虑症状，但能够参加必要的日常生活和工作就可以出院。据估计，83%的病人可以达到这一水平。出院后可定期回院并交流经验。

三、适应证和评价

森田疗法适用的年龄为 15~40 岁，以住院为主，门诊治疗只适用于轻症。森田疗法的适应证包括强迫思维、疑病症、焦虑神经症和植物神经功能紊乱。癔病则不适合。抑郁神经症可合用药物治疗。此外，强迫行为、心理问题的躯体化也有效。目前在日本也用于治疗某些心身疾病，效果比较满意。

第七节 支持疗法

一、基本原则

所有心理治疗都给予病人某种形式和某种程度的精神上的支持。如果治疗者提供的支持构成心理治疗的主要内容，这种治疗便叫做支持疗法（supportive psychotherapy），或支持性心理治疗。

以心理应激（或心理压力）理论为线索，支持治疗应遵循以下一些原则：

(1) 有针对性的支持：当一个人面临心理上的挫折时，最需要的，莫过于他人的安慰、同情与关心。支持治疗的第一原则乃是提供所需要的心理上的支持，包括同情体贴、鼓励安慰、提供处理问题的方向与要诀等等，以协助病人或求治者能渡过困境、处理问题，应付心情上的挫折。通常说来，治疗者要考虑病人所面临的心理挫折的严重性、病人本身性格及自我的成熟性、适应问题的方式及应付困难的经过而相应地提供适当支持。

(2) 认知调整：由于应激的严重性往往与个体对该应激的认知评价即个体的看法或感觉有关，支持治疗的另一要领乃在协助病人端正对于困难或挫折的看法，通过对挫折的看法以调节、改善问题。也可以说是用认知治疗的原则于支持治疗。

(3) 善用各种“资源”：支持治疗的另一特性是帮助病人检讨自己内在或外在的资源。当一个人面临心理上的挫折时，往往会忘掉可用的资源，没有好好运用，以应付困难。特别是常常低估了自己内在的潜力，自己的长处没有好好发挥；同时也常忽略了社会支持系统的作用，如家人、朋友、邻居、慈善机构、康复机构等。

(4) 排除生活事件：有时候一个人所面临的问题，与外在的环境因素有关，包括自己的家庭、学校、工作单位或一般社会环境方面的困难，比如父母关系不好，亲子关系不融洽，可以考虑如何改善家庭的心理环境，也可以协助病人去处理这些环境上的因素。

(5) 提高应对能力：即鼓励功能性的适应，就是跟病人或求治者一起去检讨病人应对困难问题的方式，并鼓励病人去采取较为有用且成熟的适应方式。例如害怕父母生气而不敢给父母看成绩单，是躲避问题的适应方式。假如能面对自己功课不好的事实，求父母帮忙改善功课，才是积极的适应办法。支持治疗的焦点可放在检讨病人采用何种方式去处理心理上的困难，并考虑如何使用功能性的适应方法。

二、方法

支持治疗提供的支持主要有下述五种成份：解释；鼓励；保证；指导；促进环境的改善。选择安静的小室，安排时间，进行支持性心理治疗。医患双方以亲切交谈形式进行，不能行走的病人，也可以在床边进行。其治疗过程一般以与病人个别对话为主，大约分成以下几个阶段：

(1) 询问：详细收集病人的各方面资料，包括与发病有关的各种因素、生活条件、家庭情况、社会背景、人际关系及病人个性特点等。

(2) 检查：通过详细的体格检查，心理测验及必要的实验室检查，以初步掌握病人目前的疾病状态。

(3) 倾诉：由病人倾诉他的病情，包括他对疾病的看法、疾病的表现以及他对疾病的担心等。此时医生应细心倾听，不要经常打断病人谈话，必要时可以作些启发式提问。

(4) 分析：医生根据病人的诉述及他所掌握的资料，向病人进行分析。这时要语言中肯、语义明确、分析深入浅出、明白易懂，并适当结合解释、安慰、鼓励、保证、暗示等方法。在分析过程中，病人如有不同意见，可以保留，切不可与病人辩论、争吵。

每次治疗时间一般以 1 小时为限。每周不超过 3 次，整个疗程不超过 10 次。

三、适应证和评价

支持疗法多用于某些遭受挫折，或感到环境严重压力和紧张，或其他灾难，如患了癌症和绝症而精神上难以抵御和补偿的病例。也适用于一般人群中个体遇到的某些心理问题。在其它许多心理治疗方法中，也应结合使用支持疗法。

第七节 暗示和催眠疗法

暗示是一种最简单化、最典型的条件反射。一般说来，暗示可以分为实施暗示与接受暗示两个方面。从实施的一方说，不是说理论证，而是动机的直接“移植”；从接受的一方说，不是通过分析、判断、综合思考而接受，而是无意识地按所接受的信息，不加批判地遵照行动。

一、暗示疗法

(一) 概况

暗示疗法 (suggestion therapy) 是一种古老的治疗方法，它是指医生通过对患者的积极调动来消除或减轻疾病症状的一种方法。

暗示之所以有治病作用，其机制并未完全搞清，但是可以肯定的是，暗示的确对被试人体产生了明确的生理与心理的变化。例如，格雷厄姆 (Graham W) 1960 年所做的态度诱导“实验”，使寻麻疹与雷诺氏病的受试者皮肤温度发生了与原疾病相反的改变。布洛伊尔等人发现暗示后改变了人的行为与动机，甚至重新唤起了消失的记忆。

暗示性的测试方法有：

(1) 嗅觉法：用事先准备好的三个装有清水的试管，请被试者分辨哪个装有水，哪个装有醋酸或稀酒精。分辨不出的给 0 分，挑出一种的给 1 分，挑出两种的给 2 分。

(2) 平衡法：令被试面墙而立，双目轻闭，平静但较深的呼吸后，治疗者低调缓慢地说：“请你集中你的注意，尽力体验你的感觉，你是否感到有些站不住了，是否感到前后或左右摇晃？”停顿 30 秒，重复问活三次后，要被试回答。如感到未摇晃者给 0 分，轻微摇晃者给 1 分，明显摇晃者给 2 分。

(3) 手臂法：要求被试闭眼平伸右手，暗示它越来越沉，沉得往下落。30 秒后，下落不明显给 0 分，下落 2~5 寸者给 1 分，下落 5 寸以上者给 2 分。

(二) 方法

暗示治疗可分为觉醒状态与非觉醒状态下的两类方法。觉醒状态的暗示治疗又有直接与间接之分。直接暗示治疗是指医生对静坐的患者，用事先编好的暗示性语言进行治疗；间接暗示治疗是指借助于某种刺激或仪器的配合，并用语言强化来实施的治疗。非觉醒状态下的暗示疗法是医生使患者进入催眠状态后实施的治疗。

暗示治疗可以利用的方法很多，常用的有以下一些方法：

1. 言语暗示 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。如在临床治疗工作中讲“这个药是专治疗这种病的”、“针刺的止痛效果特别好”等等。如在治疗癔症性失明时，轻压患者的双眼球同时用语言暗示：“如感到酸胀，就证明视功能正常，看到金色闪光点，就说明视力已恢复”，并让患者充分感受，常常发现失明症状会瞬时消失。

2. 操作暗示 通过某些对受暗示者的操作，如躯体检查、仪器探查或虚拟的简单手术而引起心理、行为改变的过程。如利用“电针仪”等治疗癔症性失音症，效果非常好。实施前，先介绍了仪器的作用，可能的反应，告之通过该仪器，疾病可以痊愈。当患者点头表示明白后，开始治疗。经过一段时间，医生看到患者反应不错，令其试验发出“阿……”，结果真的发出了声音。

3. 药物暗示 给病人使用某些药物，利用药物的作用而进行的暗示。例如：用静脉注射 10% 葡萄糖酸钙，在病人感到身体发热的同时，结合语言暗示治疗癔症性失语或癔症性瘫痪等疾病。安慰剂治疗也是一种药物暗示，据有关报道，1187 名心前区疼痛的病人，应用安慰剂，82% 的症状改善。

4. 其它的方法 在应用暗示治疗方法时还可以采用环境暗示，笔谈暗示，自我暗示（autosuggestion）等多种方法，均可以取得一定的疗效。

(三) 适应证和评价

暗示治疗对于癔病及其它神经症；疼痛；瘙痒、哮喘、心动过速、过度换气综合征等心身障碍；阳痿、遗尿、口吃、厌食等性与行为习惯问题均有不同程度的疗效。但首先患者要具备易感性与顺从性。

二、催眠治疗

(一) 概况

催眠疗法（hypnotherapy）是应用一定的催眠技术使人进入催眠状态，并用积极的暗示控制患者的心身状态和行为，以解除和治愈患者躯体疾病或精神疾病的一种心理治疗方法。应该说催眠治疗也是一种暗示治疗。

两千多年之前，人类自有书面语言起，有关催眠术的记载就可见于经文神学之中。公元二世纪时，希腊神庙的僧侣曾采用凝视古镜和熏吸硫磺蒸汽等方法来达到催眠状态，为教徒占卜前途。

我国古代神庙中也有类似现象，有些江湖术士也常用这一方法进行各种表演活动而将人引入幻境使之折服。我国古书《唐逸史》，《仙传拾遗》均有类似记载。我国民间流传的游戏，如“降青蛙神”，也是类似催眠术的活动。

直到 18 世纪，奥地利医生麦斯麦（Mesmer FA）才对催眠术进行了较系统的研究。他把催眠状态视为一种动物磁性感应现象，并命名这种技术叫“动物磁气术”或“通磁术”。英国外科医生布莱德（Braid J）将麦斯麦的原始理论加以改造，提出了“催眠术”的科学词语以及“单一观念状态”的催眠方法，使催眠术获得了初步科学的形式。法国的精神病学家南锡学派和巴黎学派先后均对催眠术进行研究并加以发展。南锡学派李厄保（Liebault AA）是第一位用催眠术开业的医生。巴黎学派沙可（Charcot JM）对催眠治疗癔症进行了实验研究。

我国催眠术虽历史悠久，但将催眠术科学地运用于医学临床还是 20 世纪初的事。1909 年，余平客、刘玉墀、郑鹤眠、唐新宇、居牛州等人在日本创立了“中国心灵俱乐部”，1918 年迁回上海，改为“中国心灵研究会”，并广泛开展了催眠治疗。新中国成立后，催眠治疗的发展十分缓慢，直至 20 世纪 80 年代以后，其研究与实践得到了较快的发展。

催眠是一种极其复杂的现象，长期以来对其实质的理解始终众说纷纭。主要有：

(1) 精神分析理论：该理论认为催眠是一种精神倒退的表现，是被催眠者将过去经历的体验中所产生的心理矛盾向催眠者投射，从而出现对催眠者的移情。因此，被催眠者就会在催眠状态下，呈现幼稚、原始的特征，象小孩一样富于模仿性和无条件顺从性。而且，通过催眠，易于使被催眠者回到早年生物本能或社会变化中被压抑在潜意识中的心理创伤，使焦虑得到宣泄，从而治愈疾病。

(2) 生理心理学理论：巴甫洛夫认为催眠是脑的选择性抑制，类似睡眠，给予一件单调重复的判激，会在大脑皮层产生神经性抑制。近来研究表明，催眠现象是通过暗示，产生一种电阻塞，这种阻塞位于脑干网状结构相连接的神经通路之间。沃斯特（West, 1960）提出催眠是通过良性词的刺激，引起一系列生理变化，从而使机体功能得到恢复。

(3) 人际关系理论：人际关系的相互作用，是社会成员间通过交往而导致彼此在行为上促进或促退的社会心理现象。代表人物哈特（Hart, 1979）认为，在催眠状态下，被催眠者放弃了自主性，感到对催眠者的指令有一种遵照履行的责任感。

（二）方法

1. 准备工作

(1) 充分掌握患者的背景材料，如家庭背景，个人学习、工作经历、社交活动、恋爱婚姻、幼年生活经历（包括正性与负性的经验）等。

(2) 选择安静、温暖、静适、昏暗的房间，尽量避免各种噪音、冷风、强光的刺激与干扰。

(3) 进行暗示敏感性测定。

2. 催眠诱导 催眠诱导的基本技术是语言诱导，因此，暗示性的诱导语言，在任何时候都必须准确、清晰、简单、坚定。模棱两可、含糊不清的语言，只能使被催眠者无所适从，而难以进入催眠状态。

催眠诱导的方法很多，常用的如凝视法。凝视法是通过刺激被催眠者的视觉器官而使其注意力集中的方法。这种方法又可分为光亮法、吸引法和补色法。其中光亮法的具体操作如下：被催眠者平卧床上（或坐在舒适的沙发里），两手自然伸直置于身体两侧，不握拳，下肢自然伸直，足外倾。排除一切杂念，放松全身肌肉，调整呼吸，使之平缓。凝视催眠者手中的发光物体（如

电珠、戒指、硬币、萤火涂料等), 发光物体距被催眠者眼睛 10 厘米左右。催眠者开始用单调低沉的语言进行诱导: “请你集中精力注视发光物体, 要用双眼注视, 把思想集中在发光体上。” 催眠者可以微微左右摆动发光体, 要有节奏。催眠者继续以低沉而有节奏的语言进行诱导: “一定要盯住发光体……你的眼睛开始疲倦起来, 眼皮越来越重……你的眼皮更加重了, 呼吸也越来越平稳了……发光体发出了奇异的光彩……你的眼睛已经睁不开了, 想睁也睁不开了……你十分想睡, 睡吧, 好好睡吧……你一定会睡得很舒服。” 被催眠者逐渐闭上眼睛后, 撤掉发光体。继续用语言诱导, 并可检查催眠的深度。可以通过面容、眼睑、口咽、颈部、四肢、呼吸、脉搏、感知觉、暗示性、交往等多项指标来观察其催眠状态的深度。

催眠诱导还可以采用倾听法(刺激听觉器官使其注意力集中)、抚摩法(刺激皮肤使其注意力集中)、观念运动法(通过体验某种观念并与身体某个部位运动相结合使其注意力集中, 如食指紧贴法、双手并拢法、身体摇摆法等)。

3. 治疗的实施 催眠的目的在于解除症状去除疾病。因此在进入催眠状态后的治疗实施就更为重要。主要方法有直接暗示、引发想象、催眠分析、年龄回归等。此外在整个治疗结束后要有催眠后的暗示语。在整个治疗中如何运用催眠休息也是十分重要的。

(三) 适应证和评价

催眠治疗是一种经济易行并行之有效的方法。其主要适应证为: 神经症、心身疾病、性功能障碍、儿童行为障碍以及戒酒、戒烟、止痛等多种疾病。催眠治疗也可以与其他心理治疗方法联合使用, 如精神分析、行为矫正、漂浮疗法等。

第八节 松弛疗法

一、概况

(一) 定义和历史

松弛疗法(relaxation therapy)是通过一定程式的训练学会精神上及躯体上特别是骨骼肌放松的一种行为治疗方法。

在中外古代的历史上, 均有松弛疗法的原型。特别是在一些宗教中, 如基督教、犹太教、东方的禅宗、瑜伽、印度教、道教、神道教等均有放松训练的成分。但是, 现代放松训练的实际应用则要首推雅可布松(Jacobson, E)的先驱著作《渐进性放松》(1938年)。他的放松训练程序基本上各肌肉群的紧张与放松, 并使之区分紧张与放松的感受, 涉及 60 组不同的肌肉。本斯屯(Bernstein, 1973)进一步简化了渐进性放松训练技术, 只集中在 16 组肌肉, 而且发展了录音带。

(二) 原理

松弛疗法具有良好的抗应激效果。研究表明, 进入松弛状态促使向营养性系统(trophotropic system)功能增高, 表现为全身骨骼肌张力下降, 呼吸频率和心率减慢, 血压下降, 并有四肢温暖, 头脑清醒, 心情轻松愉快, 全身舒适的感觉。有些研究还表明, 放松可以提高学习能力, 改善短时和长时的记忆, 增加感觉-运动操作能力, 缩短反应时, 提高智力和稳定情绪, 长期地做放松训练还可改变人的个性特征。

在进行放松训练中, 有时还会产生一些特殊的感受, 比如: 抽动、颤动、麻木感、瘙痒感、

烘烤感、不平衡感、上浮感、眩晕感以及知觉变化等。鲁斯（Luthe）认为这是大脑中储存的异常能量，通过松弛而被释放出来即所谓自我性解放。这些变化有利于心身功能和神经系统的调整作用，把被压抑的能量化为语言，以恢复混乱了的大脑自我控制机能。

（三）分类

根据放松方法的不同，可以将松弛疗法分为对照法（也称为渐进性松弛训练），直接法（也称为自生训练）和传统法（也称为静默法）。在传统法中又可以分为东方静默法、松弛反应和超觉静坐法等。除了以上常用的放松方法外，生物反馈、漂浮、水池等方法均能很好地起到放松的效果

二、方法

（一）对照法

也称为渐进性放松（**progressive relaxation**，简称 PR）。这一方法是由美国生理学家雅克布森（**Jacobson**）于 20 世纪 20 年代提出的。它通过对肌肉进行的反复“收缩-放松”的循环对照训练，使被试觉察到什么是紧张，从而更好地体会什么是放松的感觉。这种方法不仅能够影响骨骼系统，还可以使大脑处于低唤醒水平，在国际上颇为流行。

（1）每次训练大约 20~30 分钟。在安静的环境中，被试采取舒适放松的坐位和卧位，做三次深呼吸，每次呼吸持续 5~7 秒。然后按指导语以及规定的程序进行肌肉的“收缩-放松”对照训练，每次肌肉收缩 5~10 秒钟，然后放松 30~40 秒钟。

（2）“紧握你的右手，慢慢地从 1 数到 5，然后很快地放松右手，特别要注意放松时的感觉。再重复一次，注意放松后的温暖感觉。”

（3）某一肌群放松后，再转换到另一块肌肉群，其顺序为：左手、双臂、头颈部、肩部、胸部、背部、腹部、大腿、小腿、脚部。

（4）经过反复训练，使被试能在对放松感觉的回忆后就能自动放松全身时，该训练可以逐步停止。以后，被试凭着对放松感觉的把握，条件反射性的使自己放松。

（二）直接法

也称自主训练或自生训练（**autonomic training**，简称 AT 法）。该方法是由德国生理学家澳格特（**Vogt**）于 1890 年提出，1905 年德国精神病医师舒尔茨等人修改，现流行于欧美及日本。

（1）在安静的环境中，在舒适的体位下进行。被试闭上眼睛，静听或默颂带有暗示性的指导语。缓慢而逐个部位地体验肢体沉重感训练、温暖感训练、呼吸训练、心脏训练、腹部温暖感训练以及前额清凉感六种训练带来的放松效果。

（2）自生训练要在指导语的暗示下缓慢地进行。常用的有：①“我的呼吸很慢、很深”。②“我感到很安静”。③“我感到很放松”。④“轻松的暖流流进了我的双脚，我的双脚是温暖的”。⑤“我的双脚感到了沉重和放松”。（④⑤句话可以用于身体的不同部位，由下而上地逐一放松，例如可以从双踝关节、膝关节、小腿、大腿、臀部、腹部、胸部、双肩、颈部直到头部等。）⑥“我的全身感到安宁、舒适和放松，我感到一种内部的平静”。⑦当接近结束时，深吸一口气，慢慢地睁开眼睛，“我感到生命和力量流遍了全身，使我感到从来没有的轻松和充满活力。”

（三）传统法

也称静默法（**meditation**，简称 M），也有人称为空幻想象的放松训练。

1. 东方静默法 中国气功、印度瑜伽、日本坐禅中都包含有放松训练的内容。这些方法均要在意识的控制下，通过调身（姿势）、调息（呼吸）、调心（意念），来达到松、静、自然的放松状态。

三线放松功主要是有意识地闭眼默念“松”字，按次序调整身体各个部位，使整个机体逐步放松，心情平静，达到舒适、怡然自得的境地。其三条线是：

第一条线（两侧）：从头部两侧→颈部两侧→肩部→上臂→肘关节→前臂→腕关节→两手→十个手指。止息点为中指；

第二条线（前面）：从面部→颈部→胸部→腹部。止息点是拇趾；

第三条线（后面）：从后脑部→后颈部→背部→腰部→两大腿后面→两膝窝→两小腿→两脚底。止息点是前脚心。

先注意一个部位，然后静默“松”，再注意下一个部位，再静默“松”。从第一条线开始放松，等放松完第一条线后，再放松第二条线、第三条线、每放松完一条线后，在上息点上轻轻意守1~2分钟。每次练功约做2~3个循环，然后睁开眼睛收功。

2. 松弛反应（relaxation response） 这种方法是美国本森（Benson）在1975年根据东方静默法的特点而制作的一种新的训练方法。他提出了四个必要因素：即安静的环境；肌肉放松；用一种手段，如听到重复的一种声音、一个词语或一个短语；一个随和的姿态。

具体做法是：在安静环境中舒适地静坐，闭目，平缓地用鼻子呼吸。在每次呼气的同时，默诵“1”字（或“松”、“静”字）。将注意力驯服地集中在“1”字上，保持一种随和的态度，并寻找超然的感觉。训练结束时，先闭目静坐几分钟，然后睁开眼睛，每次训练20分钟，每天进行1~2次。

3. 超觉静坐（transcendental meditation） 简称TM法，或译为超觉入静、或超脱性入静、或超越冥想。此法由印度物理学家玛哈孔师创立，把古代印度静坐法和现代物理学中的统一场论结合起来。这一方法由受训者默诵一段固定的语词，使其在闭目凝神中逐步入静。这种训练方法要由专人传教，故不赘述。

三、适应证和评价

通过长期的反复松弛训练，可以形成条件反射性心身松弛反应。因此该疗法对于心理紧张性焦虑以及交感神经紧张而引起的头痛、心率过速症状的疾病均有效。在心身医学的治疗中，松弛疗法已被广泛地应用，例如：高血压、支气管哮喘、失眠、性功能障碍等多种心身疾病，具有很好的疗效。

但松弛训练应注意以下一些注意事项：

(1) 训练前，要向病人讲解松弛训练的必要性。即要介绍疾病与情绪、应激以及个性之间的关系，使之主动配合，持之以恒。

(2) 要有一个较好训练环境。单独房间、温度适中，保持安静，避免外界干扰。

(3) 五岁以下儿童、精神发育迟滞、精神分裂症的急性期、心肌梗塞、青光眼眼压控制不满意者、训练中出现明显倒作用者，均不适于作松弛训练。

（胡佩诚）

第十节 生物反馈疗法

一、概况

(一) 定义

生物反馈 (biofeedback) 是借助仪器 (生物反馈仪), 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各种生物活动变化的信息, 例如肌电、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处理、放大并转换成能被人们所理解的信息, 如以听觉或视觉的信号显示出来 (即信息反馈) 的过程。生物反馈疗法 (biofeedback therapy) 就是个体通过对这些反馈出来的活动变化的信号加以认识和体验, 学会有意识地自我调控这些生物活动, 从而达到调整机体功能和防病治病的目的。因此, 生物反馈疗法实际上是一种通过学习来改变自己内脏反应的认知行为疗法。

早在二十世纪 20 年代, 美国学者雅克布森 (Jacobson) 就创立了用肌电仪监测病人的肌电活动, 让病人从肌电活动的水平变化了解自己肌肉收缩和舒张的程度, 并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疗法的雏形。

(二) 原理

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) 以及信息论和控制论 (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 年米勒等对动物进行内脏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, 发现许多本来由植物神经系统支配的, 不受人的意志所控制的内脏功能, 通过学习也可变成可以随意控制。这就为生物反馈提供了重要的理论基础。

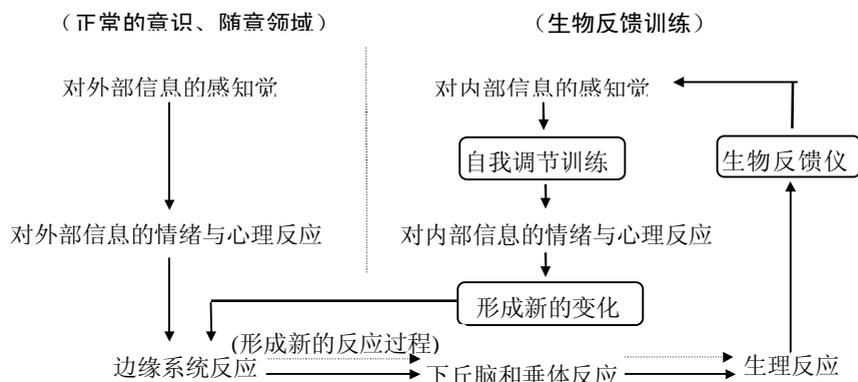


图 5-2 生物反馈过程示意图

除了米勒进行的动物试验之外, Shapiro D (1969) 在人的身上也进行了血压变化的操作条件反射试验。在两组被试, 一组以血压升高为正确反应, 另一组以血压下降为正确反应。每次出现正确反应时给被试呈现电灯闪光, 以便使被试知道他的反应是对的。每出现 20 次闪光后给被试一些图片作为奖励。结果两组被试都分别完成了血压升高和下降的训练。由于被试事前并不知道电灯闪光的原因, 也不知道当时测量的是什么, 因此他们不是有意地改变自己的血压, 而是通过操作性条件反射训练的强化, 最后达到控制血压的结果。此后, 还有人进行了较为严格的脑电

反馈训练，也得到相同的自我控制脑电波的结果。

根据二十世纪 40 年代兴起的“控制论”、“信息论”的观点，机体本身就是一个“自动控制”系统。由其控制部分（中枢神经系统）发出的信息对受控部分（受调节器官）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，两者之间进行信息传递，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。

（三）种类

目前临床应用的生物反馈种类主要有：

1. 肌电反馈 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的肌电活动及时地检出，并转换为可觉察的信息。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。通过反馈训练，对皮肤电活动进行随意控制，从而达到调节情绪的目的。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、舒张压或者脉搏速度的信息反馈出来，通过训练，可学会调控心率或血压，可用于高血压病的治疗。

4. 皮肤温度反馈 体内产热和散热的变化，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信息反馈，使之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，对某一段消化道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疾病的治疗。

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，可以同时进行的血压、皮肤电、皮肤温度的反馈训练，增加疗效。

二、方法（训练程序）

（一）生物反馈仪的选择

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，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。但由于骨骼肌的电活动水平与机体的唤醒水平是一致的，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，治疗一些心身疾病，此时的肌电反馈信息又是非特异性的。

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。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，选择适合进行生物反馈训练的病例。

（二）病人和环境的准备

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，使病人主动地参与训练。告知病人成败的关键在于自己不断的训练。

生物反馈治疗应具有一个安静、舒适的良好训练环境。可在一个单独的或与周围隔离的房间里进行，避免受外界干扰。

（三）治疗过程

以下以肌电反馈为例。记录肌电信息的电极安放部位因人、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。

生物反馈训练在指导语的引导下进行。在训练的同时可采用其他一些放松训练。选择病人所喜欢的信息显示方式。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。放松目标应循序渐进，目标不宜过高，并让病人回忆放松的体会和总结经验，靠自我体验继续主动引导肌肉进入深度放松状态，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），学会在脱离了仪器和特定训练环境的条件下也能够放松，最终取代生物反馈仪。

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。

三、适应征与评价

生物反馈疗法适用于临床内科、精神神经科、外科、妇科、儿科等各科多种与紧张应激有关的疾病。此外，还可用于生活应激和心理训练，如运动员、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。如果利用生物反馈疗法的原理，对病人进行紧张的训练，也可用于瘫痪、肌无力等疾病的治疗。

（吴均林）

第六章 心理健康

培养和保持健康的心理行为状态，是预防心理疾病和躯体疾病的重要方面（心理预防学）。

- | 人是毕生发展的，发展是多维的，心理健康是人类健康的重要维度。
- | 儿童的发展与心理健康密不可分。
- | 青年的自我调控系统与心理健康关系重大。
- | 中年是经验和压力同在的时期。
- | 老年心理健康的一个重要问题是孤独感。

第一节 总 论

一、人的发展与生命周期

（一）定义

人的发展（human development）有两层涵义：一是指人类种族在地球生物种系发生中的有关过程；一是个体从生物学受孕到生理死亡整个时期所经历的变化过程。

生命周期（life cycle）则是指上述后一层涵义，即一个人从童年、青年、中年、老年到死亡的发展过程。当然这个过程并不单纯指人在生物意义上成熟、变化的过程，而且包括个体在社会意义上年龄结构中的过渡和不同年龄期社会经历的变化过程。

家庭生命周期包括由恋爱、结婚、生育、子女离家到家庭消亡的全部过程。

（二）观点

20世纪60年代以后，毕生发展研究的观点在国际上兴起，主要观点有：

(1) 发展是毕生的过程：个体发展是整个一生的过程。人的毕生发展是一个在时间（起点、延续、终点）、顺序和方向等方面各不相同的各种变化范型的体系。人的整个一生都在发展，这是由于人的一生不断面临各种要求和机会，包括生物性发展、社会期望和个人活动中产生的一系列问题和挑战。一生的经验都对发展有重要意义。

(2) 发展是多维的：发展的型式具有多样性，发展的方向因行为的种类而异。行为的各个方面或同一方向的各个成份、特性、发展的进程各不相同。没有一条单一的曲线能描绘个体发展的复杂性。例如：在智力领域，有晶态智力（crystallized intelligence，指人通过掌握文化知识经验而形成的一种能力）与液态智力（fluid intelligence，指不依据于人的文化知识经验的能力，表现为空间定向、知觉操作等方面）。两者都随着年龄的增加而增长，但晶体智力到成年后继续增长，不过增长的速度减慢，而流体智力在成年早期就开始衰退了。

(3) 发展是获得（成长）和丧失（衰退）的结合：巴尔特斯认为发展不是简单地朝着功能增长方向的运动，生命过程中任何时候的发展都是成长和衰退的结合。任何发展都是新适应能力的获得，同时包含着以前存在的部分能力的丧失。例如，在认知发展中，认识水平的提高、图式

的发展会对知觉产生抑制作用，它使知觉判断的真实性丧失、知觉的精确性降低。

二、健康与心理健康

（一）健康新概念

人人希望健康，健康是人的基本权利，也是人人都希望拥有的最大财富。但是在不同历史时期，人类对健康的理解却不尽相同。

“健康就是没病”，这是人们对健康的最初认识。虽然是个传统的观念，但却有不全面与消极的意义。实际上，健康和疾病是人体生命过程中两种不同的状态，从健康到疾病是一个过程中两种不同的状态，从健康到疾病是一个由量变到质变的过程，而且健康水平也有不同的能级状态。

随着第二次世界大战的结束，人类的疾病与死亡谱发生了重大的变化，许多心身疾病，近年称为生活方式疾病，成为人类健康的主要杀手。人们的不良生活方式、行为、心理、社会和环境因素成为影响健康的重要的不可忽视的因素。因此，世界卫生组织（WHO）在1948年成立时，向全世界发出了有关健康的重新认识，这就是：“健康，不仅仅是没有疾病和身体的虚弱现象，而是一种在身体上、心理上和社会上的完满状态。”50多年以来，WHO向全世界的医务工作者提出了一个神圣的任务，这就是在医治人躯体上健康问题的同时，还要注意从社会、心理等多方面去干预，人类的健康才能得到真正的维护。

（二）心理健康的概念

心理健康（mental health），也称心理卫生，是指以积极有益的教育和措施，维护和改善人们的心理状态以适应当前和发展的社会环境。

心理健康或心理卫生这一词是由国外引入的。据记载，古罗马医生盖仑（Galen）在其著作中就叙述了关于“感情卫生或精神卫生”的问题。1843年，美国精神病学家斯惠特（Sweetser W）撰写了世界第一部心理卫生专著，明确提出了“心理卫生”这一名词。1906年，克劳斯登（Clonston）正式出版《心理卫生》一书，此名遂被正式采用。1908年，美国的比尔斯（Beers）撰写了一本反映精神病院感受的书，同年成立世界上第一个心理卫生协会，标志着世界心理卫生运动的开端。

目前，关于心理健康的含义有三层：一是指专业或实践，即心理健康工作；二是指一门学科，即心理健康学；三是指心理健康状态。

（三）心理健康的目标

心理健康或心理健康的工作目标有狭义与广义之分。狭义的，是指预防和矫治各种心理障碍与心理疾病。广义的，是指维护和促进心理健康，以提高人类对社会生活的适应与改造能力。

随着心理健康运动的广泛深入，人们对心理健康意义的认识得以深化，从而提出了心理健康的“三级预防”：即初级预防是向人们提供心理健康知识，以防止和减少心理疾病的发生；二级预防是尽早发现心理疾患并提供心理与医学的干预；三级预防是设法减轻慢性精神病人的残疾程度，提高其社会适应能力。

因此，心理健康也具有三级功能：初级功能——防治心理疾病；中级功能——完善心理调节；高级功能——发展健康的个体与社会。

（四）心理健康的意义

(1) 有助于心理疾病的防治：随着社会的变革，心理疾病的发病呈上升趋势，心理健康的开展，将有助于人们更好地适应社会，从而减少心理疾病的发生。

(2) 有助于人的心理健康的发展：一般说来，心理健康的人，其学习成绩优于心理不健康者；其工作效率高于心理不健康者；更为重要的是，心理健康的人更能耐受挫折和逆境。

(3) 有助于推动精神文明的建设：心理健康事业是精神文明建设的重要组成部分，是建设精神文明的基石。

（五）心理健康的标准

关于心理健康的标准，许多专家提出了不同的看法，其中影响比较大的有马斯洛(Maslow)与米特尔曼(Mittleman)提出的十条标准。他们提出：有充分的适应力；充分了解自己，并对自己的能力作恰当的估计；生活目标能切合实际；与现实环境保持接触；能保持人格的完整与和谐；具有从经验中学习的能力；能保持良好的人际关系；适度的情绪发泄与控制；在不违背集体意志的前提下，能作有限度的个性发挥；在不违背社会规范的情况下，个人的基本需求能恰当满足。

我国的一些学者提出了不尽相同的看法，归纳起来，以下几点更为重要：

(1) 智力正常：智力正常是人正常生活最基本的心理条件，是心理健康的首要标准。智力正常是指智力正态分布曲线之内以及能对日常生活作出正常反应的智力超常者。

(2) 情绪良好：情绪在人的心理健康中起着核心的作用。心理健康者能经常保持愉快、开朗、自信的心情，善于从生活中寻求乐趣，对生活充满希望。一旦有了负性情绪，能够并善于调整过来，具有情绪的稳定性。

(3) 人际和谐：和谐的人际关系是心理健康必不可少的条件，也是获得心理健康的重要途径。人际和谐主要表现在：乐于与人交结，既有稳定而广泛的人际关系，又有知己的朋友；在交往中保持独立而完整的人格，有自知之明，不卑不亢；能客观评价别人，取人之长补己之短，宽以待人，乐于助人等。

(4) 适应环境：能够适应变化的社会环境是一个心理健康的重要基础。能适应环境主要指：有积极的处世态度，与社会广泛接触，对社会现状有较清晰正确的认识，其心理行为能顺应社会改革变化的进步趋势，勇于改造现实环境，以达到自我实现与社会奉献的协调统一。

(5) 人格完整：心理健康的最终目标是保持人格的完整，培养健全的人格。一个人人格形成的标志是自我意识的形成和社会化。人格健康完整应表现在：人格的各个结构要素不存在明显的缺陷与偏差；具有清醒的自我意识，不产生自我同一性混乱；以积极进取的人生观作为人格的核心，有相对完整的心理特征。

（胡佩诚）

第二节 儿童及少年期心理健康

一、 孕期及新生儿

个体心理健康从胚胎期就应予以重视。注重胎儿的心理健康，其实就是注重妊娠母亲的心理健康。新生儿期是人类生命从母亲内环境，转入复杂多变的外环境的过渡时期，具有重大

转折意义。

（一）孕妇营养要全面合理

孕妇营养丰富合理是胎儿心身发育的重要保证。所以孕妇的饮食应该有充足的蛋白质和新鲜的蔬菜和水果，以利胎儿正常发育。研究证明孕妇营养不良，食物中蛋白质、维生素 B、C、D 及钙、磷缺乏会影响胎儿脑的发育，土壤中碘缺乏地区的孕妇，所生婴儿易患克丁病，身体矮小、智力低下。另外，孕妇营养过剩，脂肪存积过多，会影响分娩和影响胎儿健康。

（二）孕妇的情绪要乐观稳定

中医理论《妇人秘科》中早有记载，妇女受孕后要“清心养性”、“喜怒哀乐莫敢不慎”，说的就是孕妇情绪要良好稳定。现代科学研究表明，情绪波动可影响内分泌，减少脑的供血量。孕妇情绪过度紧张可使肾上腺髓质激素分泌增加，使孕妇心跳加快，血压升高，从而影响胎儿脑的发育，影响小孩出生后的智力；同时也会造成肾上腺皮质激素分泌增高，会影响胎儿上颌骨发育，容易造成胎儿腭裂、唇裂畸形。另外，孕妇情绪不稳定发生难产及子痫的比率较高。因此，孕妇应保持乐观愉快的心情。

（三）孕妇应避免烟、酒各种有害物质

孕妇吸烟、饮酒会影响胎儿心身健康。据美国卫生、教育、福利部报告，吸烟的孕妇生下孩子体重不足的比率可能性大，大致是不吸烟孕妇的两倍。孕妇吸烟过多还可导致自然流产或死胎。不仅如此，据日本学者调查证实，丈夫吸烟，也会影响胎儿健康，婴儿畸形发生率与父亲每日吸烟数量成正比。

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

（四）孕妇应注重保健，减少疾病

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

（五）母爱与母乳喂养

母亲的爱抚对婴幼儿心理健康发展至关重要。Bowly 研究指出，如果从出生至 3 岁被剥夺了母爱，其生理、智力及社会适应性的发展均极为迟缓。

提倡母乳喂养。母乳营养充足、适合消化吸收，含有抗体和胱氨酸，可增加乳儿的免疫力和智力发展。更重要的是通过哺乳可增加母亲与孩子对视、听、触摸、语言和情感的沟通，使孩子获得心理上的满足，有助于神经系统的发育和健康情感的发展。

（六）适宜的信息刺激

孩子出生后，应有意识的为孩子提供适量视、听、触觉刺激，促进儿童感觉器官的发展和智慧的增进。例如可给婴儿看彩球，听音乐，常抱到屋子里和院子里，看天空、看花草树木、看人、看灯光、听声响等。然而，婴儿环境的刺激应适量，过于丰富多彩超量的刺激，会造成婴儿烦躁

不安，影响睡眠，影响婴儿正常发育。

（七）促进动作及言语的发展

婴儿动作发展顺序是口、头、四肢、躯干。故 2~3 月的婴儿可帮助他做被动体操，空腹时可训练俯卧和渐渐俯卧抬头。4~5 月的婴儿可在俯卧的基础上训练四肢运动，还可利用玩具引逗乳儿爬行，或帮助他学翻身。半岁以后应训练他用手握东西，10 个月以后可训练他站立、迈步走路。研究认为婴儿的动作训练有益于脑的发育和动作的协调。

婴儿的言语训练应从 3、4 个月开始，起初可面带笑容的逗引孩子学习咿呀发声，6、7 个月开始就可用简单的词语通过反复重复教孩子说话，7、8 个月时能听懂成人说出的某种物体或动作的词；从 10、11 个月起，才逐步懂得词的意义。1 岁左右开始说出第 1 个词。1~3 岁是婴儿语言迅速发展的时期，随着语言理解能力的提高，语言表达能力也才能逐渐发展起来。

（八）培养良好的行为习惯

要养成定时定量用餐、独立用餐、不偏食、安静用餐的习惯；养成良好的睡眠节律，不附加种种条件（如睡眠时要人陪、拍着、摇着、哼着等）；养成每天 1 次定时大便、按时小便，不憋尿的习惯。这些对于个体心身发育和社会适应均有重要影响。

二、幼儿期

（一）幼儿的生理心理发展特征

3 岁到 6、7 岁为幼儿期或称学前期。3 岁幼儿脑重已达成人的 3/4，7 岁时已接近成人。神经纤维髓鞘已基本形成，神经兴奋性逐渐增高，睡眠时间相对减少，条件反射比较稳定，语言进一步发展，掌握词汇量增多，大脑的控制、调节机能逐渐发展。

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

幼儿的情感强烈，富有易变性，容易受外界事物感染，别的孩子笑，他也笑，别人大声叫嚷，他也大声叫嚷，6、7 岁时情感的控制调节能力有一定发展。

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

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

（二）幼儿的心理健康

1. 对幼儿的独立愿望因势利导 3、4 岁幼儿独立愿望增强，常要自行其事，表现不听话，心理学上称为第一反抗期。这是自我意识发展的表现，有积极的意义，应予因势利导，培养他的自我管理能力和自我服务能力。例如引导幼儿自己起床、穿衣、吃饭、系鞋带和大小便等，在放手的同时又要给予帮助，做得好时应立即予以肯定和表扬，以利好的行为得到强化；另一方面不要因孩子完不成自己的设想而加责备或讥笑。

2. 玩耍与游戏 玩耍与游戏是幼儿的主导活动。幼儿需要玩耍，需要游戏。高尔基说“游戏是儿童认识世界和改造世界的途径。”玩具和游戏是幼儿长知识，诱发思维和想象力的最好途径。小孩子在一起愉快地玩，有利于社会交际、道德品质、自觉纪律、意志、性格和语言表达能力等的培养。

3. 正确对待孩子的无理取闹和过失 幼儿偶尔无理取闹，其动机常是为了引起大人的注意，以达到某个目的。对此，应很好的说明道理，不能无原则的迁就或哄劝，这会对哭闹行为起到强化作用，通过层层加码，形成爱哭闹的恶习。另外，孩子有过失也应正面引导，帮助分析错在哪里，告诉改正办法。不能一错就骂、就打、甚至体罚。

4. 父母言谈举止的表率作用 家庭的气氛、父母的言谈举止，对幼儿心理发展有重要影响，幼儿评判是非对错常常依照父母言行作标准，认为爸爸、妈妈才是对的，或自己幼儿园老师说的才对，别人说的都不对。因此，父母及老师应给幼儿作好表率。

三、学龄期

（一）儿童的生理心理发展特征

学龄期又称童年期或儿童期，是指 6、7 岁至 11、12 岁。这个时期正是小学阶段。除生殖系统外其它器官已接近成人。脑的发育已趋成熟，7 岁时为 1250~1350 克，12 岁已增长到 1350 克。大脑皮层兴奋和抑制过程都在发展，行为自控管理能力增强。

这是智力发展最快的时期，感知敏锐性提高，感知逐渐具有目的性和有意性；有意注意发展，注意稳定性增长；无意记忆向有意记忆发展；口头语言迅速发展，开始掌握书写言语，词汇量不断增加；形象思维逐步向抽象逻辑思维过渡。

儿童对事物富于热情，情绪直接、容易外露、波动大、好奇心强、辨别力差。

儿童的个性得到全面的发展，自我意识进一步发展，社会意识迅速增长，但性格的可塑性大，自我意识进一步发展，个性品质及道德观念逐步形成。喜欢模仿。

（二）儿童的心理健康

1. 小学生入学的适应 这个阶段学习已成为儿童主导活动。大多数儿童怀着喜悦的心情进入小学，在老师教育引导下培养了学习的兴趣。然而，也有少数儿童一下不能适应。因此，老师和家长对新入学儿童应多给具体的指导帮助，要重视新生各项常规训练，如课堂学习常规、品德行为常规等；要注意教学的直观性、趣味性；注意使用肯定和表扬鼓励方法以激起他们的学习兴趣和信心；要引导建立温暖快乐的学校生活。

2. 培养正确的学习动机和学习习惯 要对儿童增强正确的学习动机、学习态度和学习习惯方面的教育和训练，如培养专心听课、积极思考、踊跃提问、计划学习和休息等习惯。

3. 注意开拓创造性思维 创新精神、创造思维应该从小培养。儿童的教育不但要强调传授文化知识，还应注意儿童思维的灵活性、多向性和想象力的培养。

4. 注意“情商”的培养 “情商”即非智力因素，也就是良好的心理品质。教育学家大量调查表明，智商高不一定能使人成功，倒是“情商”高的人更易成功。因此，必须注重儿童良好的心理品质培养，尤其以下几个方面：① 良好的道德情操，积极、乐观、豁达的品性；② 良好的意志品质，困难面前不低头的勇气，持之以恒的韧性；③ 同情与关心他人的品质，善于与人相处，善于调节控制自己的情感，并给人以好的感染。

四、青春期

（一）青春期主要的生理心理发展特征

青春期是指 11、12 岁到 14、15 岁，相当于初中学生阶段。是从儿童过渡到青年的阶段。这个阶段的少年生理心理发生巨大变化。其中在内分泌激素的作用下，男女少年第二性征相继出现，

男性出现遗精，女性出现月经来潮。这时脑和神经系统发育基本完成，第二信号系统作用显著提高。

青春期的认知活动具有一定精确性和概括性，意义识记增强，抽象逻辑思维开始占主导，思维的独立性，批判性有所发展，逐渐学会了独立思考问题。

但青春期也是一个过渡时期，心理发展走向成熟而又尚未成熟，常表现为自我意识（self-consciousness）的矛盾。一方面青少年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，不喜欢老师、家长过多的管束，常表现出不听话，不接受成人的意见，好与同龄人集群。另一方面他们阅历还浅，涉世不深，在许多方面还不成熟，生活上、学习上都有较大的依赖性。少年期性意识开始觉醒，产生对异性的好奇、关心和接近倾向，由于社会环境的制约，他们在异性面前可能感到羞涩或以恶作剧来招引异性的注意。

（二）青春期的心理健康

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

2. 引导性意识健康发展 应及时的对青少年进行性教育，包括性的生理健康、性心理健康、性道德和法制教育。通过教育消除青少年对性器官及第二性征的神秘、好奇、不安、恐惧；培养高尚的道德情操，提高法制观念，自觉抵制黄色影视书刊的不良影响；学会讲究性器官的卫生，预防性病。另外，要引导青少年珍惜青春、防止早恋。

3. 消除心理代沟 代沟（generation gap）是指父母与子女间心理上的差异和距离，以及由此引起的隔阂、猜疑、苦闷、甚至离家出走等，也是中学生中常见的心理问题。代沟具有两重心理意义，一方面它意味着中学生自我意识的发展，心理已趋向成熟，具有积极的社会化倾向；另一方面它使家庭关系紧张，对父母的良苦用心长期反感、抵触，会影响两代人的心身健康，导致个别子女离家出走甚至更严重的后果。因此，对于严重的“代沟”应予重视，不可等闲视之，应该设法通过心理咨询、心理指导等方式促进双方及早进行心理调适。目标是指导子女应尊重、体谅父母，理解父母有时的唠叨罗嗦；同时指导父母尊重、理解和信任孩子。

（过慧敏）

第三节 成年期心理健康

一、青年期

（一）青年生理心理发展特点

青年期是个体从不成熟走向成熟的后过渡时期。

1. 生理发育成熟 青年在 22 岁左右形态生长发育完全成熟。此时骨骼已全部骨化，身高达最大值，第二性征在 19~20 岁彻底完成，男女体态区分明显。

进入青年期的人的各项生理功能日渐成熟。脉搏随年龄增长而逐渐减慢；血压随年龄增长而增加且趋于稳定；肺活量也随年龄增长而增加，且趋于稳定。

身体素质包括机体在活动中表现出来的力量、耐力、速度、灵敏性和柔韧性等，它们的发展都在青年期进入高峰。脑的形态与功能已趋成熟。

2. 认知语言能力成熟 稳定性和概括化是观察力向成熟发展的重要标志。青年的抽象逻辑思维能力和注意的稳定性日益发达，他们可借此组织、调节和指导观察活动，因此观察的概括性和稳定性提高。认知旺盛，富于幻想是这个时期的特点。青年人的词汇已很丰富，口语表达趋于完善，书面语言表达基本成熟。

3. 情绪情感丰富强烈但不稳定 青年的情感体验进入最丰富的时期，许多文学艺术反映出青年人丰富多彩的社会与两性情感。同时其情感的内容也越发深刻且带有明显的倾向性。青年人伴随着不断接受新新鲜事物，情绪出现强烈但不稳定的特征，有时出现明显的两极性。随着年龄的增长，其自我控制能力在提高。

4. 意志发展迅速 青年人的意志力是发展相当充分的时期。其表现在自觉性与主动性的增强，遇事常常愿意主动钻研，而不希望依靠外力。随着知识与经验的增加，行为的果断性也有所增强，动机斗争过程逐渐内隐、快捷。由于神经系统功能尤其是内抑制的发达，动机的深刻性和目的水平的提高，自制力与坚持精神都有所增强。

5. 人格逐渐成熟 青年期是人格形成与成熟的重要时期，虽然其个性还会受到内外因素的影响而发生变化，但已相对稳定。其一表现为自我意识趋于成熟，一方面对自身能进行自我评价，自我批评和自我教育，做到自尊、自爱、自强、自立，另一方面也懂得尊重他人的需要，评价他人的能力也趋于成熟。其二，青年人生观、道德观已初步形成。其表现为对自然、社会、人生和恋爱等都有了比较稳定而系统的看法，对自然现象的科学解释，对社会发展状况的基本了解，对人生的认识与择偶标准的逐步确定表明其社会化的进程已大大加快了。其三，能力提高，兴趣、性格趋于稳定。青年人各种能力发展不一，但观察力、记忆力，思维力、注意力等均先后达到高峰。兴趣基本稳定，持久性在提高。性格已初步定型，以后的改变十分细小。

（二）青年心理健康问题

1. 社会适应问题 青年期的自我意识迅猛增长，成人感和独立感、自尊心与自信越来越强烈，期望个人的见解能得到社会与他人的尊重。与此对照，他们的社会成熟则显得相对迟缓，社会生活中常常会遇到各种挫折与人际关系的矛盾。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，就能形成自我认同，否则，就会产生心理冲突，重者发展为自我拒绝（self-refuse）。青年期也正是社会实践深化的阶段，社会交往开始向高层次发展，比如交往有选择性、自控性等。但是由于种种原因，有些青年不能很好地进行社会交往，甚至形成社交障碍，为此而感到苦闷、自悲，以至影响了身心健康。

对此，应注意以下多方面的对策：

(1) 使青年正确地认识自己，了解自己的长处与不足，这是进行自我评价的前提。学会辩证的思维，对现实用客观的标准去衡量，这是进行自我肯定的必要步骤。

(2) 帮助青年树立适当的奋斗目标，从而避免不必要的心理挫折和失败感的产生，即使发生了挫折，也要学会应用失败去激励自己。

(3) 使青年了解相互交往的重要性，在封闭自我与开放自我中选择后者。社会争取帮助青年增加交往的途径，提供更多参加交往的机会。

2. 情绪情感问题 青年人富有理想，向往真理，积极向上。但往往由于认识上的局限性和尚处于走向成熟阶段，易产生某些误区。如青年人常常认为“凡是需要的都是合理的”，如不能满足需要则引起强烈的情绪不满。青年人容易在客观现实与想象不符时遭受挫折打击，以致消极颓废甚至萎靡不振，强烈的自尊也会转化为自悲、自弃。青年人虽然懂得一些处世道理，但却不

善于处理情感与理智之间的关系，以致不能坚持正确的认识和理智的控制，而成为情感的俘虏，事后又往往追悔莫及，苦恼不已。

因此，情绪情感的调节在青年期尤为重要（可结合参阅第二章情绪调节）：

(1) 期望值适当：应将目标定在能力范围之内；对他人的期望也不宜过高。

(2) 增加愉快生活的体验：多回忆积极向上、愉快生活的体验，可缓冲不良情绪。

(3) 使情绪获得适当表现的机会：在情绪不安与焦虑时，不妨找好朋友说说，或找心理医生去咨询。

(4) 行动转移法：对某些长期不良的情绪，可用新的工作、新的行动去转移。贝多芬曾用从军来克服失恋的痛苦，不失是一种好的选择。

3. 性的困惑问题 青年时期是发生性及其他心理健康问题的高峰期。这与青年时期性生理成熟提前与性心理成熟相对延缓的矛盾有关，与性的生物性需求与性社会要求的冲突有关，也与整个社会的性心理氛围是否健康有关。青年性心理健康问题较多，主要有：

(1) 对性的好奇与敏感：青年人对性的好奇与性知识的需求是其人生发展的必然现象，既非可耻，亦非罪恶与下流。但是在现实生活中，一方面，青年人对性的自然属性了解不多，常常发生对性的神秘感，可耻感与禁忌感。另一方面，青年人对性的社会属性知之甚少，因而常发生对性的随便、越轨与不负责任。调查表明，在 319 名大学生中，对性问题感到敏感的占 53%，神秘的 36%，无所适从的 28%，害怕的 12%，厌恶的占 10%，矛盾心理的占 55%。

(2) 性欲冲动的困扰：性冲动是男女青年生理心理的正常反应。在一部分青年中发生的性幻想、性梦与手淫，均属于青年人的性自慰活动，适当的发生对其缓解性的紧张与冲动是有益的。但是许多人对此还难以接受。上述 319 名大学生的调查结果，平时有冲动的占 87%（其中男性占 96.3%，女性占 68.7%），但对自己性冲动感到恐惧的有 12%，羞愧的 36%，自责的 33%，苦恼的 26%，困惑的 22%，厌恶的 17%。一方面是性的自然冲动，另一方面是对性冲动持否定批判的态度，于是形成了深刻的矛盾。有的人压抑自己，有的人寻求不正常的发泄途径，如所谓的“厕所文学”，更有甚者，表现为窥视、恋物等心理行为或性过错。调查中发现，有性压抑的青年占 55%，其中男性为 62%，女性有 34%，两者之间有高度显著性差异。

(3) 异性交往的问题：对异性的好感与爱慕是青年人随性机能成熟而产生的正常性心理现象。男女正常交往是非常必要的，不仅仅对于性心理健康，乃至对人的全面发展都有直接的作用。现实中，青年男女交往不甚理想。希望多与异性交往的占 94%，而实际生活中经常与异性交往的只占 22%，有 20%的人感到与异性交往不自然，脸红、心跳加快、说话语伦次者颇多。异性恐惧症是社交恐怖症的大部分。缺乏或不善于与异性交往是青年烦恼的主要原因。

针对青年性心理诸多问题，应采取有关的措施：

(1) 对性有科学的认识：对性有正确的知识与态度是性心理健康的首要问题。性既不神秘、肮脏，也并非自由、放纵。

(2) 正确理解性意识与性冲动：对性冲动的认识，首先要接受其自然性与合理性。越是不能接受、越压抑、越矛盾，性冲动有时会表现得越强烈甚至表现为病态。

(3) 增进男女正常的交往：缺乏异性交往，是性适应不良的原因之一。两性正常、友好交往后，往往会使青年男女更稳妥、更认真地择偶，会在交往中加深了解，逐步发展，会减少因空虚无聊而恋爱的比例，美满婚姻的成功率也会更高。

二、中年期

（一）中年生理心理发展特点

中年，是处于青年与老年之间的年龄阶段。人到中年，知识经验在日益丰富，然而人体的生理功能却在不知不觉中下降。

1. 生理功能逐步衰弱 进入中年期以后，人体的各个系统、器官和组织的生理功能从完全成熟走向衰退。

心血管系统：血管壁弹性因动脉逐渐硬化而降低，血管运动功能和血压调节能力减弱，血液胆固醇浓度常常随年龄增长而增高，动脉管腔变窄，引起心脑血管供血不足甚至缺血，造成诸如冠心病、心肌梗塞、脑溢血等心脑血管病。

呼吸系统：肺组织弹性逐渐减小，肺泡间质纤维增生，毛细血管壁增厚，肺的气体交换功能下降，其抗病能力下降，慢性支气管炎等呼吸道慢性病的发病随年龄增长而增高。

内分泌系统：胰岛素分泌量减少，使一些个体发生糖尿病倾向或罹患糖尿病。性腺功能降低，使性欲减退。到中年后期，还会因内分泌功能紊乱而出现更年期综合征。

其他器官系统功能也在减退，如肌肉开始萎缩，弹性降低，致使骨质密度降低，胃功能减低，清除体内分泌物能力下降；免疫监视系统对发生癌性突变细胞的监视功能减弱。这也是五十岁前后的中年人常常心力交瘁，易患多种疾病的重要原因。

2. 心理能力继续发展 孔子曾描述过人的变化“三十而立，四十而不惑，五十而知天命，六十而耳顺”，其形象地说明了人的心理能力进入中年期后许多方面仍在发展。

(1) 智力发展到最佳状态：中年时期，知识的积累和思维能力都达到了较高的水平，善于联想，善于分析并作出理智的判断，有独立的见解和独立解决问题的能力。中年时期是最容易出成果和事业上成功的主要阶段。

(2) 情绪趋于稳定：中年人较青年人更善于控制自己的情绪，较少冲动性，有能力延迟对刺激的反应。

(3) 意志坚定：中年人的自我意识明确，了解自己的才能和所处社会地位，善于决定自己的言行，有所为和有所不为。对既定目标，勇往直前，遇到挫折不气馁。同时也有理智地调整目标并选择实现目标的途径。

(4) 个性稳定，特点突出：人到中年，稳定的个性表现出每个人自己的风格，有助于其排除干扰，坚定信念，以自己独特的方式建立稳定的社会关系，并顺利完成自己追求的人生目标。

（二）中年心理健康问题

1. 心理压力超负荷 中年人肩负着社会与家庭的重任，是各行各业的主力，又是家庭的“顶梁柱”，具有多重社会角色。中年人对事业成就的期望高，劳心劳力，尽职尽责，但由于主客观的种种因素，事业上经常会遇到困难、挫折与失败，长期承受着高强度的精神紧张与心理压力，因此严重威胁到中年人的心身健康。

对此，应注意以下各个方面的对策：

(1) 量力而行：中年人要权衡自己的精力和时间，停止超负荷运转，对不合健康的过重任务，要学会说“不”。

(2) 淡泊名利：中年人的成就欲与时间紧迫感常引导自己不由自主地与别人比较。真正的成

功者需有远大的目标，平和的心态，不为眼前利益而牺牲健康。主动发展业余爱好，不断丰富精神生活。

(3) 学会放松：在工作与精神压力过大时，学会用放松技术来调节。对照法、直接法、生物反馈、气功、太极拳等均是很好的放松方法。

2. 人际关系错综复杂 中年期是人际关系最为复杂的时期。在工作关系中，中年人要小心处理好与老年（上级）的关系，搞不好，会被认为“翅膀硬了”；还要处理好与青年（下级）的关系，指导多了会被认为“絮絮叨叨”，关注少了会被认为“自私冷漠”。在社会关系中，可能会因自身社会地位的变化而疏远或失去过去的朋友。对已进入老年的长辈投入时间、精力与经济照顾的“反哺现象”，也时常让中年人不得不牺牲休息甚至工作。既要作“孝子”又要作“忠臣”，搞得中年人心力交瘁，甚至“英年早逝”。

对此，应注意以下有关方面的对策：

(1) 调整认知结构：对人际关系有一种积极、全面、善意的认识是良好交往基础。克服视人际关系为尔虞我诈、演戏作假、人情冷漠等心理定势，以诚相交，常常会广交朋友，建立良好的社会支持系统。

(2) 改善个性品质：个性缺陷常常是导致人际交往心理障碍的背景因素，甚至是关键因素。因此应养成热情、开朗、宽宏、富有责任心等良好的个性品质。

(3) 提高交往技能：处理人际关系是一种能力，也是一种技术，可以通过训练来培养。比如适度地真诚地赞赏对方，善于倾听，设身处地，学会找到相似性，宽以待人，乐于助人，增加主动性，求大同存小异等等，都是在人际关系中十分有用的技术。

3. 家庭与婚姻矛盾 中年人要在行业上有所作为，需要一个安定、和睦的家庭作后盾。家庭是一个人身心调养的小岛，是避开社会风浪的港湾。但是，婚姻问题常会成为影响中年人心理健康的重要因素。虽然，离婚不能一概而论对于每一个人都是坏事，但特定历史条件下的高离婚率也确实给当事人带来许多心理健康问题。另外，家庭中父母与子女的关系也是中年人常常遇到的困惑之一。例如，夫妻间因教育子女的态度不一，产生矛盾或口角，不仅伤了夫妻感情，子女的问题反而更向负面方向发展。

因此，必须营造一种良好的家庭氛围：

(1) 增进夫妻间的“沟通交流”：即使是多年夫妻，也要相互沟通，消除误会。促进“夫妻认同感”，双方在情感与行为上就会表现出较高的同一性。

(2) 注意良好的子女养育方式：父母是孩子的第一任老师，父母的身教是最好的教育。父母要有良好的修养，对孩子不过度保护，也不放纵姑息，采取一致的态度与统一处理问题的口径，同时要调整好对孩子的适度期望值。

（三）更年期心理特点与心理健康

更年期是中年进入老年的生命转折时期，亦是生育功能由旺盛进入衰退的过度阶段。男女均有更年期，女性早一些，一般为45~50岁，男性晚一些，一般为55~60岁。由于此时期生理与心理上的巨大变化，部分人会出现常见的心身疾病——更年期综合征，有人将这一时期称为“多事之秋”。

1. 更年期生理心理特点与问题 更年期生理上的变化首先发生在性腺功能的衰退。卵巢的衰老，下丘脑与垂体内分泌相应发生的变化，最终引起了月经的变化，由规律变成不规律以至最终完全停止。绝经后，整个子宫逐渐缩小，阴道、乳房和外阴萎缩，音调变低沉，尿道膀胱组织萎缩，易引起压力性尿失禁。

更年期妇女由于卵巢功能减退，血中孕激素、雌激素水平下降，垂体功能亢进，分泌过多的促性腺激素，影响了植物神经的稳定性，部分妇女产生了不同程度的心血管运动性症状如典型的潮红潮热、出汗和头晕三联症状，以及大脑皮层功能失调症状，如烦躁激动、心悸、失眠多梦等。

随着更年期内分泌的改变，常出现心理与精神状态的转变。常见的有焦虑、悲观、失落、孤独的心理反应，甚至个性行为上出现多疑、嫉妒、自私、唠叨、急躁、不近人情，有时无端的烦躁，担心家人会遭到不幸，有时过度兴奋，有时伤感、抑郁，出现自责、自罪心理，悔恨自己成了废物，产生自杀企图的绝望心理，搞不好人际关系等。

2. 更年期心理保健

(1) 正确认识更年期的心身反应：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。要树立对自己健康状况的信心，减轻精神负担，以乐观的态度对待这一生理过程。

(2) 养成规律的生活习惯：保持日常饮食、睡眠、工作活动等生活作息平静而有规律，避免过度紧张和劳累，注意劳逸结合，多吃含有钙质的食物，如牛奶、排骨、延缓骨质疏松等老年疾病的发生，加强体育锻炼。

(3) 家庭与社会的关心：家庭成员，同事及朋友包括领导干部都应该学习更年期基本知识，要正确地理解更年期妇女的脆弱和不稳定性，给予多方面的体贴和照顾，建立更好的社会支持系统。

三、老年期

我国 60 岁以上的老年人已经超过 1.2 亿，是世界老年人口最多的一个国家，一些大城市已经进入老年社会。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。不断提高老年人的心理健康水平已经成为我国的一个重要卫生课题。

(一) 老年生理心理发展特点

1. 生理功能衰退 人体衰老涉及全身性细胞、组织和器官的退行性改变，既有形态上的改变，又有功能上的下降；既有随年龄逐步出现生理性衰老的特点，又可能有因老年病影响而出现病理性衰老的表现。

除了皮肤松弛、毛发稀疏、体形改变外，老年人身体各系统、各器官会发生程度不一的器质性或功能性改变。其中肾、心、肺等重要器官的储备能力下降较明显。许多老年人常常有远视（老花眼），视力减退、视野变小，发生老年性白内障，听力也常常下降，肌力减弱，动作缓慢，手脚抖索等现象，使人产生“人老珠黄”的老朽感。

2. 心理变化 老年期中枢和周围神经系统发生变化，脑细胞减少，脑组织萎缩，容积缩小，脑血流量比青壮年减少五分之一，脑功能下降，可以发生一系列心理上的改变。

(1) 记忆能力下降：老年人近期记忆保持效果差，近事易遗忘；但远期记忆保持效果好，对往事的回忆准确而生动。机械记忆能力下降，速记、强记困难，但有意记忆是主导，理解性、逻辑性记忆常不逊色。

(2) 智力改变：老年人的晶体智力易保持，而液体智力却下降。老年人解决问题的能力随年龄而下降。

(3) 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、常与人争论、

情绪激动后的恢复需要较长的时间。

(4) 性格改变：由于抽象概括能力差，思维散漫，说话抓不住重点。学习新鲜事物的机会减少，故多办事固执、刻板。有些老年人由于自我中心，常常影响人际关系，乃至夫妻感情。进入老年，两性出现同化趋势，男性爱唠叨，变得女性化，女性更爱唠叨，变得更加女性化。

(二) 老年常见心理健康问题

1. 孤独心理 退出工作岗位，生活学习一下子从紧张有序转向自由松散状态，子女离家（或称“空巢现象”），亲友来往减少，门庭冷落，信息不灵等，均易使老年人出现与世隔绝的感觉，感到孤独无助，甚至很伤感。据资料反映，约有 1/3 的老年人常有孤独感，其中独住者多于与子女合住者，女性多于男性，高龄多于低龄。

克服孤独心理状态的途径有：

(1) 认识孤独：老年人的孤独与封闭是心身健康的大敌，常常会加快老化的过程。世界上有些男性才进入领养老金时期，却出乎意外地不久就死亡，德国有一个术语“养老金死亡”，指的就是这种情况。认识孤独给老年人带来的伤害是克服孤独的第一步。

(2) 加强交际：老年人离退休后，应尽可能保持与社会的联系，量力而行，继续发挥余热。只有走出家门，加强人际交往，才能找到生的意义，生的乐趣。

2. 权威心理 离退休的实质是一个人社会角色的转变。从一线变为二线，从勤奋刻苦的工作变为逍遥自在的休息，从有职有权到平民百姓。这种转变令许多老人难以适应，因而产生“离退休综合征”。由于个人的经历和功绩，易使老年人，尤其是男性产生权威思想，要求小辈听他们的话，尊重他们，否则就生气、发牢骚，常因此造成矛盾和冲突。老年人的行为及各项操作变得缓慢、不准确、不协调，一些老年人既苦恼又不服气，常好采用“当年勇”的自我心理防御方式以补偿和掩饰自己的不足。

老年人克服权威心理的途径有：

(1) 善于急流勇退：要认识“长江后浪推前浪”，要经常看到年青人的长处。年青人应该尊重老年人，老年人更要让年青人在自己的实践中不断成长起来。

(2) 找回自己的兴趣与爱好：要认识到每个老年人以前都曾有过兴趣爱好，但年青时“有闲无钱”，中年时“有钱无闲”，只有到了老年才“有钱有闲”。所以离退休后，应培养自己的享乐能力，找回曾有的兴趣爱好，好好体验人生的丰富多彩。

(3) 坚持用脑：老年人应遵循“用进废退”的原则，坚持学习、坚持科学用脑，不但有利于减慢心理的衰老进程，而且能不断学习新事物，继续为社会做贡献。

3. 恐惧心理 老年期最大的恐惧是面对死亡的恐惧。老年人常常患有一种或多种慢性疾病，给晚年生活带来痛苦和不便，因为体弱多病，自然常会想到与“死”有关的问题，并不得不做出随时迎接死亡的准备。特别是对于患有某些难以治愈的疾病，有 1/4 以上的老年人常常表现出惊恐、焦虑、不知所措。一些老年人表示并不怕死，但考虑最多的是如何死？一般老年人都希望急病快死，最怕久病缠绵，惹人讨厌，为摆脱这种局面，而四处求医，寻找养生保健之术。

老年人调节恐惧心理的途径有：

(1) 确立生存的意义：有意识地迎接死亡的来临是对老年人的巨大挑战。只有对死亡有思想准备，不回避、不幻想，才能让老年人有从容不迫的生活。死赋予生以意义，死对于老年人来说同样赋予老年人的生活以意义，使之更珍惜时间，尽量完成未了的心愿。

(2) 维持适当的性生活：老年人适当的性生活是其生命质量的体现，也是对死亡恐惧的一种缓解剂。根据美国杜克大学对 66~71 岁老年人的调查发现，对性有兴趣的男性为 90%，女性为 50%。性是爱与生命的源泉，对生活的“内驱力”有重要影响。当然，老年人的性行为有其特点，有时甚至是皮肤的接触就获得了性的满足。

(3) 家庭与婚姻和睦：生活有子女体贴照料，有病能及时诊治，经济有保障，父慈子孝，老伴关系融洽，会使老人感到温暖和安全。帮助丧偶和孤寡老人在自愿的前提下重组家庭，也是重要的一环。

(胡佩诚)

第七章 临床心身相关问题

以心理病因、心理评估、心理治疗和心理预防的知识,对医学临床各类疾病的心身相关问题加以综合认识。

- 1 心身疾病、心身障碍、心身医学、心身反应、心身相关……各种概念是历史和发展的产物。
- 1 内科、儿科、妇科、肿瘤科各自在发病、临床表现、治疗、预防等方面存在心身相关问题。

第一节 心身疾病

一、概述

(一) 心身疾病定义

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含义。狭义概念上的心身疾病的含义是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,例如冠心病、原发性高血压和溃疡病。广义的心身疾病特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。心身障碍(psychosomatic disorders)用于描述心理社会因素在疾病发病、发展过程中起重要作用的躯体功能性障碍,例如神经性呕吐、偏头痛。因此,广义心身疾病概念包括了狭义的心身疾病和心身障碍。

有些文献将心身疾病和心身障碍混合使用。心身疾病和心身障碍之间本身也存在交叉和重叠。有些学者提到的心身障碍还会笼统包括一部分心身疾病和一部分神经症,因此广义范畴的心身障碍和广义的心身疾病有时几乎是同义语。在本教材中提及心身疾病时采用广义的心身疾病概念。为帮助理解,图7-1列出了心身疾病有关概念的相关关系。

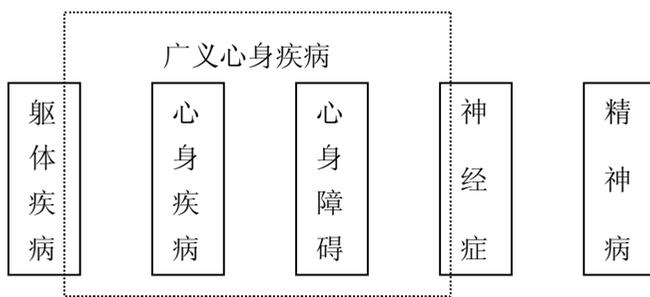


图 7-1 心身疾病定位示意图

长期以来,心身疾病对人类健康构成严重威胁,是造成死亡率升高的主要原因,已日益受到医学界的重视。

（二）心身医学和心身疾病

回顾历史，心身问题一直都是医学关注的焦点。中医学用“形神合一论”精辟描述了心身相关思想，构成中医整体观的核心和基本内容，形与神是相互依附、不可分割的统一体，形是神的物质基础，神是形的主宰（《黄帝内经》）。形衰则神无主，神乱则形有所伤，形神统一是健康的象征，形神失调是患病的依据。

西方医学对心身关系的认识最早被置于哲学领域，认为疾病是由于某种精神力量造成的。“医学所有方面都是心身的”（Sigerist），“没有灵魂就不能治愈躯体”、“要治愈人的躯体（疾病），必须有关于事物整体的知识”（Socrates, Hippocrates）。公元前100年至公元400年间，身心一体化的疾病观曾经占据统治地位。中世纪则是宗教神学统治医学的时期。从文艺复兴时期（15—17世纪）一直到18世纪，西方医学逐渐抛弃了心身整体观。19世纪由于各学科的全方面发展，心身同一论又成为心身相关认识的主流。“心身的”（psychosomatisch 或 psychosomatik）一词最早见于德国哲学家和精神病学家 Heinroth（1918）的一篇文章中。“心身医学”（psychosomatic medicine）是由 Deutsch（1922）提出。而“心身疾病”提出应归功于 Halliday，特别是 Alexander 的大力提倡。自20世纪20~30年代开始，弗洛伊德的精神分析学说被引入心身疾病领域，认为心理冲突在疾病发生中起重要作用，心理冲突是被压抑的精神活动能量的来源，当这种能量通过生理渠道被释放时，就会对人体构成损害，从而导致心身疾病的产生。

（三）临床心身疾病概念的演变

临床医学中的心身疾病概念一直有所变化，从权威的美国精神疾病诊断治疗手册（DSM）来看，DSM-I（1952）设有“心身疾病”一类；DSM-II（1968）更名为“心理生理性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-III-R（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。

DSM-IV 又将与心身疾病有关的内容列入“影响医学情况的心理因素”中，它是指对医学疾患起不良影响的心理或行为因素。这些因素会引起或加重疾患，干扰治疗和康复，或促使发病率和死亡率提高，心理因素本身可能构成疾病的危险因素，或者产生放大非心理危险因素的效应。过去的分类使精神病学家忽视躯体障碍，而其它专科的医生又无视心理障碍。现在 DSM-IV 的诊断分类反映了心身相互作用的关系，是“心身的设计”，要求人们同时兼顾心、身两个方面（Levenson, 1997）。

像 DSM 一样，WHO 制订的 ICD 也曾有过“心理生理障碍”及“精神因素引起生理功能”的分类。目前 ICD-10 将传统的“心身疾病”分别纳入不同分类，归为“神经症性、应激相关的及躯体形式障碍”（F4），还有一些内容分散在“伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征”（F5）及其它分类中。我国1958年的精神疾病分类中没有心身疾病。反复修订的《中华医学会精神病分类-1981》将精神性疾病分为13类，“心身疾病”列最后。1995年的《中国精神疾病分类第2版修订版》（CCMD-2-R）虽然取消了心身疾病分类，但把相关内容放进“与心理因素有关的生理障碍”（分类5）和“神经症及与心理因素有关的精神障碍”（分类4）中，另有一些放在“儿童少年期精神障碍”中。

德国及日本等国对心身疾病很重视。日本心身医学会（1992）经过修订，把心身疾病定义为“躯体疾病中，其发病及经过是与心理社会因素密切相关的，有器质或机能障碍的病理过程。神经症

(如抑郁症)等其他精神障碍伴随的躯体症状除外。”

二、心身疾病的范围

Alexander 最早提出的七种心身疾病,包括溃疡病、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,被称为“神圣七病”。随着现代医学模式及多因素发病理论在医学界扎根,心身疾病从狭义的心理社会因素引起躯体疾病,扩大到广义的“凡是疾病的发生、发展、治疗、康复各环节有受心理社会因素影响者,都属心身疾病。”这样,心身疾病的范围就成为一个值得研讨的问题。

(一) 心身疾病的流行情况

显然,早期的心身疾病发病率可以通过统计上述“神圣七病”的发病率而获得。到 20 世纪中叶以及此后随着医学模式讨论的展开,心身疾病的范围随之扩大,但仍继续以传统医学的疾病名称来确定心身疾病。在生物医学的各种疾病名单中,有许多被认为是心身疾病,主要涉及受植物神经支配的系统与器官,其种类甚多。按此计算,有关心身疾病的发病率相当高,当时国内外的报告是在门诊与住院病人中约占其中的 1/3。其中国外调查发现人群心身疾病的患病率为 10%~60%;国内徐俊冕等对大型综合性医院门诊病人 1108 例的调查表明,368 人为心身疾病(32.2%),心身疾病在各科病人中所占的比例依次为:内分泌科 75.4%,心血管专科 60.3%,肺科 55.6%,普通内科 30.8%,皮肤科 26.6%。

但由于心身疾病划分方法上的一些问题,使得有关数据往往只具有理论上的意义。一方面,被列入心身疾病名单的许多病人所患的疾病未必都符合心身疾病诊断标准,例如从实证的角度,一些原发性高血压病人病因中并无明显心理社会因素。另一方面,许多未列入传统心身疾病名单的疾病,其发病发展与心理社会因素同样有明显的相关性,例如,近年来越来越引起人们重视的乙型肝炎病人中就存在较多的心身或身心问题。因此,要正确表达心身疾病的发病范围和发病率,实际上是困难的。

目前,国内以心身疾病或心身医学为名义的教学、医疗、研究、刊物等单位,其关心的对象已不再停留在传统的心身疾病名单之中,而是扩展到心理社会因素与各种躯体疾病发生发展过程中的相互作用问题。心理社会因素与医学临床各种疾病的相关性已越来越引起人们的重视。基于这样的现实,近年来有逐渐淡化心身疾病诊断的倾向,代之以从心、身相关的角度来考虑临床疾病问题。如果按此来估计心身疾病发病率,其范围将会更广。

(二) 身心反应-特殊医学障碍中的心理因素

心身疾病的研究比较注重“心-身”的联系,实际上,躯体疾病本身作为应激源同样能导致心理反应,即所谓的身心反应的问题。有些心身障碍是由躯体疾病通过认知、行为或生理反应引起,也就是继发性心身障碍或身-心反应。这些心理反应不但影响病人的社会生活功能,还可以成为继发性躯体障碍的原因。目前主要关注的心理反应如下:

(1) 躯体疾病对病人感知的影响。影响程度除了与疾病性质、程度及病程等因素有关外,病人的人格特征、年龄、社会角色等也均影响其感知。

(2) 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。

(3) 躯体疾病对病人的心理社会影响:① 原发性心理障碍,是指机能障碍引起的心理后果,如视力、听力或运动机能的丧失,任何机能障碍都可能对个体心理产生限制。② 继发性

社会后果，是指患病后社会关系改变引起的后果，如患病后与家人的关系，学习工作受到的影响等。

(4) 不同的躯体疾病可以通过对神经系统的直接、间接作用而影响心理活动。如脑血管意外或心脏病引起的脑缺氧；电解质代谢紊乱导致的心理障碍，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。

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

三、心身疾病的发病机制

心身疾病的发病机制比较复杂，相关研究途径主要包括心理动力学、心理生理学和行为学习三大理论。

(一) 心理动力学理论

心理动力学理论重视潜意识心理冲突在心身疾病发生中的作用，认为个体特异的潜意识特征决定了心理冲突引起特定的心身疾病。心身疾病的发病有三个要素：① 未解决的心理冲突；② 身体器官的脆弱易感倾向；③ 植物神经系统的过度活动性。心理冲突多出现于童年时代，常常被潜抑到潜意识之中，在个体成长的生活过程中，受到许多生活变故或社会因素的刺激，这些冲突会重新出现。如果这些复现的心理冲突找不到恰当的途径疏泄，就会由过度活动的植物神经系统引起相应的功能障碍，造成所支配的脆弱器官的损伤(Alexander F)。

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。因而只要查明致病的潜意识心理冲突即可弄清发病机制。心理动力学理论发病机制的缺陷是夸大了潜意识的作用。

(二) 心理生理学理论

心理生理学的研究侧重于说明发病机制，重点说明哪些心理社会因素，通过何种生物学机制作用于何种状态的个体，导致何种疾病的发生。Cannon 描述用“应急反应”(emergency reaction)描述“搏斗或逃跑”(fight or flight)状态时所出现的一系列的内脏生理变化。Selye 的“应激”学说更带动了内分泌学家及心理学家的参与，不过，Selye 的理论过分强调“非特异”生物学过程的作用，低估了心理因素的作用。Mason (1968, 1971) 注意到心理不适在生理应激反应中的重要性，认为内分泌系统对心理影响极为敏感，一切有效的应激源都伴有心理成分(认知评价)，心理社会刺激也能引起生理的应激反应。

近几十年来有关该领域的研究取得很大进展。目前的研究表明心理神经中介途径、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心理生理中介机制。

近十几年出现的心理神经免疫学(psychoneuroimmunology)将心理社会因素、神经内分泌系统和免疫系统用一个词联结在一起，从行为到分子的各个水平上研究脑、行为和免疫的相互作用及其内在机制，说明心理社会因素“如何”转变为躯体疾病。心理社会因素通过免疫系统与躯体健康和疾病的联系，可能涉及三条途径。① 下丘脑-垂体-肾上腺轴，应激造成暂时性皮质醇水平升高，后者损伤细胞免疫作用，但持久应激与短期应激对免疫系统的影响效果不同，有时可使细胞免疫功能增强；② 通过植物神经系统的递质：交感神经系统通过释放儿茶酚胺类物质，与淋巴细胞膜上的 β 受体结合，影响淋巴细胞功能；③ 中枢神经与免疫系统有直接联系

(Rogers), 免疫抑制可形成条件反射, 改变免疫功能。在免疫后的大鼠下丘脑内侧核电活动增加, 推测抗原刺激与下丘脑功能之间存在着传入联系, 实验性破坏下丘脑可以阻止变态反应。

心理生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, 可能产生不同的心身反应过程。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。

(三) 学习理论

巴甫洛夫经典条件反射的著名实验是狗的唾液分泌反射, 说明条件反射是一种独立的生理反应。心理神经免疫学奠基人之一 Ader 通过厌恶性味觉实验, 证明免疫系统可以形成条件反射, 并用花环实验验证这一假设。他们用具有免疫抑制作用的致呕吐剂环磷酰胺为非条件刺激物, 用大剂量糖精为条件刺激物制作条件反射动物模型, 消退期只给糖水, 不给予环磷酰胺强化, 动物死亡率反而上升, 说明经过学习, 糖水具有了环磷酰胺的免疫抑制作用, 中枢神经系统能够影响免疫系统功能 (Ader 及 Cohn, 1975)。

行为学习理论认为某些社会环境刺激引发个体习得性心理和生理反应, 表现为情绪紧张、呼吸加快、血压升高等, 由于个体素质上的问题, 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。例如先把动物置于一封闭箱内给予反复电刺激, 然后进行逃避学习训练, 会发现动物不逃避电击, 即使示意逃避过程, 动物训练成绩依然不好, 说明它仍固守无效的应对方法而不做新的尝试, 是一种类似临床抑郁症的情绪状态, 会导致动物实验的死亡, 这就是习得性无助 (learned helplessness)。

心身障碍有一部分属于条件反射性学习, 如哮喘儿童可因哮喘发作会获得父母的额外照顾而被强化, 也有是通过观察或认知而习得的, 如儿童的有些习惯可能是对大人习惯的模仿。医学生中常见一种现象是学习何种病, 就出现该病的症状, 这属于认知后的自我暗示, 是本能性强化。Miller 等关于“植物性反应的操作条件反射性控制”实验说明人类的某些具有方向性改变的疾病可以通过学习的方式而获得, 例如血压升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的舒缩等。基于此原理提出的生物反馈疗法和其它行为治疗技术被广泛地应用于心身疾病的治疗中。

不论是巴甫洛夫的经典条件反射, 还是 Skinner 的操作条件反射, 都将强化作为学习过程的一个要素来说明的。但人类心身障碍症状的形成, 还包括社会学习理论中的观察学习 (observational learning) 及模仿 (modeling)。

(四) 综合的心身疾病发病机制

目前心身疾病研究不再拘泥于某一学派, 而是综合心理动力学、心理生理学和行为理论, 互相补充。如前文介绍, Minsky 的研究是将人格特异性理论与心理生理学说结合在一起。Ader 则是采用条件反射方法建立动物模型, 研究心理神经与免疫机制之间的关系。心身疾病的发病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, 发病机制涉及心理社会和生理等许多方面, 尽管已经取得进展, 但很多细节问题尚待进一步澄清和证实。关于心身疾病的发病机制的轮廓主要涉及以下过程:

(1) 心理社会刺激物传入大脑: 心理社会刺激物在大脑皮层被接受, 并得到加工处理和诸存, 使现实刺激加工转换成抽象观念。该过程的关键问题是诸如认知评价、人格特征、观念、社会支持、应对资源等中介因素的作用。认知评价的作用特别受到关注, 因为心理社会刺激物不经认知

评价而引起应激反应的情况很罕见。

(2) 大脑皮质联合区的信息加工：联合区将传入信息通过与边缘系统的联络，转化为带有情绪色彩的内脏活动，通过与运动前区的联络，构成随意行动传出。

(3) 传出信息触发应激系统（stress system）引起生理反应：包括促皮质素释放激素（CRH）的释放、蓝斑-去甲肾上腺素（LC-NE）/植物神经系统变化，进而影响垂体-肾上腺皮质轴及自主神经支配的组织，表现为神经-内分泌-免疫的整体变化。

(4) 心身疾病的发生：薄弱环节由遗传和环境因素决定，机体适应应激需求的能量诸存有限，过度使用就会导致耗竭，强烈、持久的心理社会刺激物的作用就会产生心身疾病。

四、心身疾病的诊断与防治原则

按生物心理社会医学模式，人类的任何疾病都受到包括生物因素在内的心理社会因素的影响。心身疾病的诊断和预防的原则都应该兼顾个体的心理、身体和社会三方面。

（一）诊断原则

1. 心身疾病诊断要点

- (1) 疾病的发生包括心理社会因素，明确其与躯体症状的时间关系；
- (2) 躯体症状有明显的器质性病理改变，或存在已知的病理生理学变化；
- (3) 排除神经症或精神病。

2. 心身疾病诊断程序

心身疾病的诊断程序包括躯体诊断和心理诊断，前者诊断方法与原则与诊断学相同，这里只介绍心理诊断部分。

(1) 病史采集：对疑有心身疾病的病例，在采集临床病史的同时，应该特别注意收集病人心理社会方面的有关材料，例如个体心理发展情况、个性或行为特点、社会生活事件以及人际关系状况、家庭或社会支持资源、个体的认知评价模式等资料，分析这些心理社会因素与心身疾病发生发展的相互关系。

(2) 体格检查：与临床各科体检相同，但要注意体检时病人的心理行为反应方式，有时可以观察病人对待体检和治疗的特殊反应方式，恰当判断病人心理素质上的某些特点，例如是否过分敏感、拘谨等，以及不遵守医嘱或激烈的情绪反应。

(3) 心理行为检查：对于初步疑为心身疾病者，应结合病史材料，采用晤谈、行为观察、心理测量或必要的心理生物学检查方法。所选取心理测验着重于病人的情绪障碍，常用的测验包括 SDS 和 SAS。还可以采用适当手段评估心理应激源、应对能力、社会支持等。评估结果有助于对病人进行较系统的医学心理学检查，确定心理社会因素的性质、内容，评价它们在疾病发生、发展、恶化和好转中的作用。

(4) 综合分析：根据以上程序中收集的材料，结合心身疾病的基本理论，对是否心身疾病、何种心身疾病、由哪些心理社会因素起主要作用、可能的作用机制等问题做出恰当的估计。

心理诊断往往伴随心身疾病治疗的全过程。在治疗过程中，病人旧的心理问题解决了，新的问题又会出现，这就要求医生针对变化了的情况，重新评估和采取新的干预措施。

（二）心身疾病的治疗原则

1. 心理干预目标

对心身疾病实施心理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，进而在药物的共同作用下，缓解这一次疾病的发作。这属于治标，但相对容易一些。

(2) 消除心理学病因：例如对冠心病病人，在其病情基本稳定后指导其对 A 型行为和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。

2. 心、身同治原则

心身疾病应采取心、身相结合的治疗原则，但对于具体病例，则应各有侧重。

对于急性发病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术前心理指导；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、辅以躯体症状的疾病，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外，应重点做好心理和行为指导等各项工作。

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

(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健全其人格；对于那些有明显行为问题者，如吸烟、酗酒、多食、缺少运动及 A 型行为等，用心理行为技术予以指导矫正；对那些工作和生活环境里存在明显应激源的人，要及时进行适当的调整，减少或消除心理刺激；对出现情绪危机的正常人，应及时进行心理疏导。至于某些具有心身疾病遗传倾向的患者（如高血压家族史）或已经有心身疾病先兆征象(如血压偏高)的患者，则更应注意加强心理预防工作。

总之，心身疾病的心理社会方面的预防工作是多层次、多侧面的。

第二节 内科心身相关问题

内科中的许多疾病与心理社会因素密切相关。心理社会因素与生物因素共同影响着这些疾病的发生、发展和转归。同时，长期的疾病折磨也会产生严重的身心反应，及时的心理干预或行为矫正能帮助临床治疗、减少药物用量、提高病人遵医率、改善生活质量。

一、 心理社会因素与内科疾病的发生发展

（一）社会、文化和环境因素

社会文化因素：高血压和冠心病的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。

战争、社会动荡和自然灾害：Meisel 等（1991）发现，当伊拉克用导弹袭击以色列特拉维夫的第一周中，心肌梗死及心性猝死超过 5 个和平对照时期的发生率。Dobason 等（1991）报道，澳大利亚大地震的 4 天，心肌梗塞及冠心病死亡率异常升高。国内杜章俊（1982）观察到政治运动冲击和亲人丧失等生活变故是导致消化性溃疡病的重要因素。1976 年唐山地震后，在北京地区曾发现有支气管哮喘复发增多现象。

都市化和工业化：生活空间压缩、食品来源单一、汽车代步，吸烟、饮酒等不良行为增加、传统家庭瓦解、社会支持系统削弱等，均与某些现代内科疾病的发生有关。

（二）病前人格

1. A 型行为与冠心病

所谓 A 型行为 (Type A Behavior Pattern, TABP) 是 Friedman M 和 Rosenman R 等于 1960 年代所描述的复杂临床现象，指具有好胜心强、雄心勃勃、努力工作而又急躁易怒的行为特点，概括为时间紧迫感 (time-urgency) 和竞争敌意倾向 (competition and hostility)。与之对应的是 B 型行为 (Type B Behavior Pattern, TBBP)，表现为按部就班、不加班加点、双手不颤动、放松地坐着谈话、把生活看做是某种享受而不是战斗。

Friedman 等人通过“西部协作研究计划” (WCGS) 研究 A 型行为与冠心病之间的关系。在计划之初，对 3524 名年龄在 36~59 岁的中年男性工作人员体检，发现其中有 113 人存在冠心病指征，其中 A 型行为者的比例达到 71%。在排除这些人后，对余下的 3145 人进行了长达 8 年半的系统追踪观察，结果发现，在此期间共有 257 人患上了冠心病，其中 A 型行为发病率是 B 型行为的 2.37 倍。此后，Brand 利用统计学方法，控制年龄、血脂、血压、吸烟等因素，重新对上述数据作了校正计算，最终结果为：A 型行为者患冠心病的危险性约为 B 型的两倍 (1.9: 1)。在以后进行的许多流行病学调查研究中，采取各种方法，详细分析了 A 型行为者的心肌梗塞的发生率、复发率、死亡率，A 型行为者的生理生化反应，用心理治疗技术矫正和改造 A 型行为，最终证实了冠心病和 TABP 之间存在肯定的联系，并于 1978 年获得美国“国立心肺血液研究所” (NHLBI) 专家鉴定。目前的研究重点侧重于分析 TABP 中具体行为特征与冠心病的关系，例如人们发现对环境和其他人持敌意态度的 TABP 者发生冠心病的危险性增加，而适应、享受、热爱生活的 TABP 者患病危险性并没有增加。

以后的一些研究显示，A 型行为还可能与其它内科疾病有关。例如具有 A 型行为的男性个体，如果在工作时感到负荷过重时，其中风的可能性是 B 型行为者的 6 倍。偏头痛病人中 A 型行为患病率 (68%) 高于 B 型行为者 (俞子彬，1990)。

2. 其它人格因素与疾病的关系

早期，人们试图寻找各种疾病的特殊病前人格。例如 1930 年代 Dunbar 等提出高血压的人格特征是怕羞、完善、沉默、自我控制和爆发；溃疡病人具有负责、进取、强烈的依赖愿望、易怨恨、常压抑愤怒；糖尿病人多具被动性、依赖性、不成熟、性适应不良、缺乏安全感、优柔寡断

和受虐狂的某些行为特征。

但是, 1977年 Pi per 用艾森克人格问卷 (EPQ) 进行对比研究, 发现溃疡病人具有内向及神经质特点, 国内于 1980 年代起也用 EPQ 作过多种疾病的调查, 在甲亢、溃疡病、肠道易激综合征及慢性胰腺炎等疾病患者中, 基本也都有高 N 分与低 E 分特点。其它使用各种现代心理定量分析对人格与各种内科疾病关系的研究也往往显示, 人格与疾病有关, 但无特异性。显然, 与 A 型行为与冠心病的关系不同, 人格与各种内科疾病关系的特异性不太高。说明个性与疾病的关系可能是通过其他中间途径实现的。

(三) 情绪

情绪与内科许多疾病的发生发展关系密切。1711 年, 当 Hal es 将动脉套管插入马的股动脉时, 动物因为害怕而有明显的升压反应, 待动物平静时, 血压又回落。在人类身上也存在同样的现象, 如在医院里测量病人的血压往往要比在家里测得的数值高, 这就是所谓的“白大衣综合征”(whi te coat syndrome)现象。

应激时的抑郁情绪也很容易致溃疡病的发生。用多虑平、丙咪嗪等抗抑郁药来治疗消化性溃疡, 并辅以胃镜检查作为疗效指标, 发现 4 周有效率达到 46~86%, 有些顽固、难愈性溃疡也有好转, 很可能与缓解或消除了抑郁情绪有关(Rei es 等, 1984)。

长期焦虑、抑郁、紧张和恐惧等消极情绪与紧张性头痛的发生有关。Mur tin 观察过 100 位头痛患者, 发现其中的 74 位发病前存在精神紧张, 35 位情绪抑郁。焦虑病人长期的情绪紊乱、心理紧张使头颅部肌肉处于收缩状态, 造成局部肌肉出现触疼和疼痛, 还可以压迫肌肉内小动脉, 发生继发性缺血而加重头痛。

研究发现脑血管病发作前一段时间常常有持续或间断的情绪障碍。67.5%的脑血管病患者中有情绪变化因素, 他们的血管紧张素 II 含量明显高于非情绪变化脑血管病患者(俞子彬, 1989)。

与个性一样, 情绪与内科许多疾病关系的特异性看起来也并不高。

(四) 心理应激

1. 生活事件

生活事件与许多内科疾病的发生发展均有关。

职业紧张: 大城市长途交换台的话务员 (Miasnikov, 1961) 和空中交通管理员 (Cobb 及 Ross, 1973) 的高血压发病率高。瑞典对 13779 人调查表明, 工作时需高度精神集中、控制力差、协作支持少者心血管病发病率高; 与职员相比, 工人发病率高, 但女性工人与职员无差别。溃疡病研究表明, 精神高度紧张、责任过重的职业, 如司机、领航员、工程技术人员、企业管理人员等发病率较高。Bro dsky (1977) 研究了监狱看守及教师的工作应激的远期效应, 他们都有工作负担过重、恐惧、角色模糊等应激体验, 在多变的环境中工作的人员由于心理应激导致胃肠道障碍。

负性生活事件: 这是各种内科疾病的常见心理诱发因素。Rahe 等 (1974) 对 279 名心肌梗塞存活者及 226 位心性猝死者的配偶作调查发现病前 6 个月事件明显增加。Peters 和 Ri chardson (1983) 报告了对 2 名病人所作的长期观察结果: 由于生活环境在短时间内的剧烈变动, 患上溃疡病, 虽经常规药物治疗效果不甚明显。后配合心理治疗, 症状消失, 溃疡得以愈合。唐艳萍等 (1997) 发现 50~80%的返流性食道炎由生活事件诱发。

2. 实验应激

将出生不久的鼠随机地分成两组, 实验组分别隔离饲养, 对照组按正常条件下群养。待它们

长大后，一同放入相互交往箱中群养。结果实验鼠普遍地发生了慢性高血压，而对照组仍保持正常血压。组织学检查表明，实验鼠也出现了间质性肾炎、主动脉粥样硬化、冠状动脉硬化和心肌纤维变性等改变（Henry 等，1971，1976）。

Brady 的“作抉择的猴子”实验。让两只猴子各坐在自己的约束椅子上，每 20 秒钟给一次电击。每个猴子都有一个压杆，其中一个若在接近 20 秒钟时压一下，能使两只猴子避免电击。否则，两只猴子便一起受到同样电击。因此，这只猴子总是惦记压杠杆，以免被电击；而另一只猴子对是否压杠杆与电击无关。结果表明，两只猴子被电击的次数和强度虽然一致，但疲于压杠杆的猴子由于心理上负担沉重而患胃溃疡；另一只猴子却安然无恙。在应激所致消化道溃疡鼠的大脑隔区及纹状体内发现 5-羟色胺增高，血中该物质的代谢产物及儿茶酚胺增加，因此推测应激诱发动物溃疡的原因可能与应激时脑内内啡肽、CRF-ACTH-糖皮质激素、儿茶酚胺及消化道激素的分泌增加有关，这些激素会导致胃肠运动功能紊乱。

Goetsch 等(1990)用心算模拟应激事件，发现心算期间糖尿病患者血糖水平增高，且随应激强度的增加而越高，证明应激事件能引起糖尿病患者的血糖变化。

3. 社会支持缺乏

瑞典在一项研究中，对 1000 名中年男性做了 9 年的随访，结果发现低水平社会支持的人群比高水平社会支持者的死亡危险增加 2~3 倍。良好的社会支持使个体从中得到情感支持，有安全感，个人的价值得到保证，产生自尊，易保持健康。

（五）生活方式与不良行为

当代西方人口中有四分之三的过早发病和死亡与生活方式有关，在最大的九个死因中，除了感染外，其余八个因素都与行为危险因素（behavior risk factors）直接有关，分别是吸烟、饮食或不运动、酗酒、暴露于有毒物质、死于暴力或枪支、性行为、开车超速和滥用药物，至少有 45% 的死亡原因可归因于不健康行为（McVinnis & Foege, 1993）。

烟酒：吸烟和饮酒是脑血管病的危险因素，过量饮酒者在近三年发生中风的风险几乎是不饮酒者的一倍以上，35 岁以上吸烟者脑血管病的危险性是不吸烟者的三倍。

运动：户外活动大大减少，这主要源于电视、电子游戏、因特网、汽车的普及。缺乏体育锻炼等不良行为是脑血管病等的发病危险因素。

饮食：高脂血症、食盐量过多，长期便秘，是心脑血管病、糖尿病、肿瘤、以及与肥胖有关的疾病的高危因素。半数以上的慢性疾病过早死亡是饮食不平衡或者进食过量造成的。当比马印第安人的食谱由大量吃玉米转为维持白面、糖以后，35 岁以上的成年人中有一半以上患有糖尿病。挪威在第二次世界大战被德国占领期间，肉和奶制品的消费下降，同时鱼类消费上升，结果冠心病的死亡率骤然下降。

肥胖：体块指数（body mass index）大于 25 时，心血管疾病和糖尿病的死亡率增加，糖尿病的发病率提高速度更快。腹部脂肪（腹围）是预测发生冠心病危险性的直观指标。

（七）心力憔悴

心力憔悴（burnout）是指与工作有关的、心理-生理-情绪枯竭状态。Mastach C（1982）把心力憔悴归纳为三个方面：

（1）情绪枯竭：心力憔悴者疲乏、紧张、缺乏感情，多数人存在躯体问题，头痛、失眠、非特异性疼痛等，感到“精疲力竭（used up）”。

（2）人格解体（depersonalization）或与他人分离（detachment）：心力憔悴者在工作中对顾客

冷漠，视人如物。

(3) 个人成就感降低：心力憔悴者有无助感 (helpless)、无望感 (hopeless) 和愤怒情绪，他们的自尊遭受打击，渴望更换工作或职业。

心力憔悴可能是下丘脑-垂体-肾上腺轴失调所致，可见于任何工种，在某些要求职员付出情感、以满足他人需要的职业中最明显。心力憔悴与慢性疲劳综合征极为相似，但后者与职业无关，原因不明。

二、内科疾病常见的临床心理问题

(一) 情绪障碍

中风后约 50%住院患者和约 30%门诊患者有抑郁，原因与中风后心理应激或中枢损伤有关 (Starkstein 等, 1988)。脑血管病发病后多留有后遗症，致使生活前景暗淡，长期卧床，生活不能自理，易致亲属冷漠，事业、社会地位的丧失，家庭收入下降，给亲人带来的不便产生强烈的愧疚感、无用感等，均产生抑郁反应。

糖尿病人的情绪问题与病情易于波动有关，病人的应对努力和预防措施不可能总是与病情变化成正比，因此，病人容易产生习得性无助，丧失生活乐趣，失去信心，甚至自杀。青少年糖尿病病情较成人更易波动，对饮食和药物治疗的要求也特别严格，使病人更难适应糖尿病所带来的变化，严重妨碍了个体心理正常发展。青少年糖尿病病人更容易激动、愤怒、抑郁与失望。

(二) 认知功能损害

脑卒中病人由于认知功能损害或大脑皮层其它高级功能缺损，会延迟和妨碍语言、心理和肢体的康复。Adms 和 Hurwitz 发现中风残疾患者中，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、失用等。

对 60 岁以上老年高血压病患者使用韦氏成人智力量表，发现病人知识、计算、相似、数字广度、词汇、填图、木块图和图形排列成绩明显低于对照组，智能水平随血压升高而降低 (年丰才, 1983)。

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成绩低于对照人群。严重偏头痛患者反应时测试时间减慢，信息加工处理效率低，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。

(三) 人格改变

中风后可致人格衰退，患者不能适应任何新事物，易产生焦虑、烦躁或抑郁，可能与病前性格孤僻、多疑、偏执心态有关。这类人格改变影响患者康复，又给其亲属造成沉重的负担，及时诊断治疗可助病人康复。

糖尿病青少年病人表现出密切关系的恐惧，影响了与同龄人的交往，容易形成性格孤僻和不成熟的人格，

(四) 住院产生的心理问题

冠心病监护病房(CCU)的病人中至少有 80%的患者存在不同程度的焦虑，58%出现抑郁情绪，22%有敌对情绪，16%表现不安。焦虑情绪主要源于担心突然死亡、被遗弃感和各种躯体症状的影

响等，在入院后的前 48 小时最为明显，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，持续时间比焦虑长。有人将这些病人称为自我梗塞(ego infarction)，以说明情绪变化对病人的严重影响。

冠心病恢复期不象其它疾病一样有较严格的恢复指标，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。由于衰弱感易导致病人活动持续减少和肌肉萎缩，反过来又可加重无力感，无力感又常被认为属于心脏损害的症状。这种恶性循环的结果，会使一些病人的衰弱感变得很顽固，直至影响以后的康复。因此，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。

（五）心理防御机制

冠心病中至少有 50%的病人发病后超过 24 小时才就医，原因涉及“否认”机制的运用，病人虽然觉察到了症状，但否认其重要性，或给予其它解释，拒绝就诊(Olin, 1964)。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，Levine 的否认量表(LDIS)含 24 条目，采用 7 级客观评分法，对病人否认机制水平做出评估，可以帮助临床对冠心病人的治疗。

（六）生活质量下降

糖尿病由于血糖的波动而直接影响病人，使部分病人情绪不稳定、注意力、知觉、记忆力和思维力下降。中晚期引起的心脑血管、神经等多系统并发症会导致病人记忆力下降，特别是近事回忆减退、注意力集中困难，智力减退等。还可以引起性功能障碍，如性欲下降、性兴奋降低、勃起能力下降及性交次数减少。上述影响会破坏患者生活风格，严重影响生活质量。

三、内科疾病的心理干预

心理干预的目标是消除心理社会刺激因素，改善情绪状态，提高治疗遵从性和生活质量，帮助建立有效的社会支持体系。

1. 一般性的心理支持和心理咨询

采取支持性心理治疗方法，通过支持、解释、疏导、鼓励，帮助病人树立生活和治疗的信心，科学地安排生活、饮食和体力活动，针对病人的不同程度否认心理倾向，作好应对指导工作。例如：冠心病病人常对自己的婚姻和性生活的问题感到担忧，但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。糖尿病（或高血压）一类疾病，病情变化多，需要长期服用药物并定期检查，每天都要严格控制饮食摄入量，因此医生的医嘱要重点突出，有些问题应该反复强调，耐心解答病人提问，帮助他们科学地安排生活、饮食和体力活动，避免肥胖和感染的发生。

2. 行为治疗

A 型行为的矫正对改善冠心病的临床过程有重要意义，主要是采用以认知行为矫正疗法为主的综合矫正模式。主要包括：用分发小册子或集体讲座的方式进行冠心病知识和 A 型行为知识教育；进行松弛训练，并要求 TABP 者将松弛反应泛化到日常生活中；用认知疗法帮助病人进行认知重建和实施自我控制；还可以结合想象疗法、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。

对吸烟、酗酒、过量饮食、肥胖、缺少运动等不良生活方式可分别使用各种行为治疗方法。如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。用行为治疗方法，通过与病人订立“行为协议”，可帮助糖尿病病人坚持饮食治疗。

3. 放松疗法

放松疗法适用于许多疾病的治疗，对边缘性高血压和不稳定性高血压较适合，放松疗法还可作为一种预防手段，也可以结合音乐治疗，对高血压防治的效果更明显。生物反馈松弛训练有助于血糖水平下降、改善糖耐量、增加外周血流量、改善微循环。

4. 其它心理干预措施

集体心理治疗通过集体讲解、探讨、自我病情介绍分析，相互鼓励、交流、疏泄不良情绪。也有学者选择古典交响乐中的慢节奏部份来调整病人心绪。

第三节 儿科心身相关问题

儿童期个体的生理和心理尚处于快速发育阶段，由于大脑结构和相关功能的发展正在完善之中，大脑缺乏对植物性神经和情绪活动的有效调节，极易受到体内外各种因素的影响导致心身疾病。

一、心理社会因素与儿科疾病的发生发展

（一）社会因素

与成人不同，影响儿童健康的社会因素更多地来源于家庭、幼儿园、学校。父母离婚、吸毒、感染 HIV 或性病、家庭暴力等问题的影响，以及学生在学校中面临的学业压力、激烈升学竞争、缺乏生存能力训练、家庭的不恰当期望等均会诱发儿童某些疾病的发生和发展。

家庭的影响是重要的，人生最初的学习榜样就是父母，特别是母亲的行为对子女影响最大。母亲吸烟、为保持体形苗条或工作忙放弃母乳喂养、或不良的教养方式是儿童患病的重要危险因素。母亲吸烟是儿童哮喘的非常危险因素。母亲过分溺爱与患儿哮喘发作有关，由于哮喘发作可得到母亲更多关心和爱护（奖励）而得到强化。长期反复发作的哮喘会引起病人的焦虑、抑郁、沮丧，与家长过度关心、烦恼和焦虑交互作用，互相影响，形成“发作-恐惧-发作”的恶性循环，促使哮喘迁延不愈。

（二）生活方式

儿童具有很好奇心和接受新鲜事物的能力，影视节目、电脑、游戏机对儿童的影响可能比成人更明显。有人称电视为儿童“第三个父母”，其广告对儿童食品选择性有很大影响，香烟广告则会诱导使他们吸烟。

儿童因热量供给过多、饮食不均衡和缺乏活动易致肥胖等心身问题。美国加利福尼亚州的调查（2000）发现，久看电视、玩电子游戏、偏爱快餐、不吃蔬菜和缺乏运动使三分之一的青少年患有肥胖或体重超标。青春期肥胖儿成年后能恢复正常体重的几率不足一半，因此青春期肥胖可能是高血压、糖尿病、心脏病发病年龄提前或成人早死的危险因素。

（三）情绪

儿童易受挫折，所产生的情绪障碍引起生理变化，诱发或加重病情。Williams 分析了 487 例不同年龄哮喘患者的发病因素，发现有心理因素参与或诱发哮喘者达 70%。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，或做复杂而无味的数学题，结果发现这 8 名患儿的呼吸频率减慢、呼吸道阻力增加。

（四）人格因素

陈达光用 EPQ 调查发现溃疡病患儿的神经质得分超过 60 的显著高于健康儿童(7/18 比 4/30)，患儿可能存在情绪不稳定、多愁善感、对刺激易产生强烈的情感反应。溃疡病患儿好胜心强，容易在情绪上处于紧张状态，愿望一旦未能实现而产生愤怒、敌对、愤慨、抑郁、羞愧等负性情绪。

（五）年龄特点

儿童心理发展所处阶段不同与疾病易感性有关。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。

二、儿科疾病的临床心理问题

（一）儿科病人常见的心理问题及干预

急性发作的儿科疾病会引起强烈的情绪变化，产生恐惧、焦虑、烦躁、抑郁、淡漠和激惹等情绪反应。高热时还会出现谵妄、精神错乱，部分患儿有环境意识障碍，不知身在何处，躁动哭叫，紧张恐惧，甚至出现幻觉、感知综合障碍。

儿童哮喘、糖尿病、免疫疾病、癌症或先天性疾病等慢性疾病可以引起持久的心理问题，发生率达到 10—30%，抑郁情绪最突出。家长的过度关心保护或焦虑只会加重患儿的抑郁。有些患儿有社会退缩行为或攻击行为，对人敌视仇恨等。哮喘患儿的性格过分依赖、幼稚敏感和希望受人照顾可能是疾病对患儿行为影响的结果。患有遗尿症的儿童自觉遗尿不光彩、不好意思，为了不让别人知道，不愿意与他人多接触，也不愿参加集体活动，逐渐形成孤僻内向性格，部分患者的智力较常人偏低。

儿科心身疾病的心理干预应该包括心理护理和心理治疗。对婴幼儿的治疗手法轻柔，尽量允许母亲陪住，鼓励母乳喂养，通过抱抱、摸摸、微笑、游戏和对患儿说话进行情感交流，增加患儿的安全感、依恋感。学龄儿童已懂事理，体验到疾病的疾苦，担心预后，住院后要忍受母子分离的痛苦，可以采用支持性心理治疗，理解、同情他们的处境，对疾病和治疗给予必要的解释、劝慰、保证和鼓励，让患儿认识自己的病友，帮助他们相互交流，树立信心。对长期住院的患儿组织他们学习和娱乐。对于严重的心理障碍要及早识别进行心理治疗。

（三）若干儿科疾病的临床心理问题

1. 儿童时期溃疡病 与成人溃疡病类似，本病是综合因素相互作用的结果。好胜心强、事事想名列前茅、情绪波动大是这类患儿的心理特征，因升学、加课、父母的过高要求期望产生的学习压力也是重要的心理因素。这些心理社会危险因素与溃疡病家族史、高胃蛋白酶原血症、幽门螺旋杆菌等其它生物因素共同作用，儿童便易于发生溃疡病。心理干预时要消除不良心理因素或配合使用抗焦虑、抑郁药物。

2. 神经性呕吐 神经性呕吐又称心因性呕吐，可看作是心理因素的躯体反应。家庭矛盾、突

发事件、愿望得不到满足、受到责难等原因引起的焦虑和惊恐不安都可以造成神经性呕吐。心理干预要发现与解决不良的心理因素，建议患儿家长对孩子的呕吐症状采取恰当态度，设法转移注意力，不要过分注意或惊慌失措，以免进一步强化呕吐。

3. 支气管哮喘 约 5%~20%的哮喘发作由情绪因素引起。我国已经参加《全球哮喘防治战略》(Global initiative for Asthma, GINA)，临床治疗预防可参考 GINA 手册。该手册特别说明剧烈情绪反应，如大哭大笑，会引起或加重哮喘发作，因此在预防治疗哮喘时可进行心理治疗，如暗示治疗、支持性心理治疗或放松治疗，消除小儿不良的心理因素，控制患儿情绪。家庭因素是导致儿童情绪变化的重要因素，不良气氛会触发或加重哮喘，可采取家庭心理治疗，重建父母-子女关系，辅导父母建立良好的教养方式和控制情绪的方法。心理预防要包括预防哮喘病健康教育内容，如对家长说明皮质激素的作用和安全性、情绪控制的意义，以及药物使用方法。

4. 遗尿症 5 岁以后仍出现尿床者才称为遗尿症。遗尿症可分为白天遗尿症和夜间遗尿症，后者较常见。遗尿症的心理社会因素包括家庭成员死亡、变换新环境(如入托儿所、上学和住院等)、失去父母照顾所造成的焦虑状态等。黑夜恐惧受惊、报复心理、母子关系冲突和精神过度紧张等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，也会导致小儿产生愤怒情绪，不知不觉地以尿床抗拒父母。日间尿频 (anytime frequency 或 pollakiuria) 还应询问有否增加液体的摄入量和应用利尿药物。遗尿症患儿因不喜欢与他人多接触或参加集体活动，逐渐形成孤僻内向性格。可能导致部分患者智力较常人偏低。在治疗时要消除不良心理因素影响，鼓励患儿说出使他烦恼的事情，建立好患者与医生的医患关系，对医生的信任和鼓励会改善患者症状，使他们在数日内被治愈。还可采用药物(阿托品、盐酸丙咪嗪)、行为疗效、小便警铃装置和针灸等治疗。

(钱明)

第四节 妇产科心身相关问题

一、心理社会因素与妇产科疾病的发生发展

(一) 特殊的心理因素

心理社会因素在妇产科疾病发病发展中起重要作用。

生活事件：在急骤发展变化的社会经济生活中妇女的就业问题，婚姻家庭问题、计划生育问题，还有其它方面的特殊生活事件，都可以给妇女带来紧张、压力。

个性特征：某些妇女由于特殊的个性特征对外界事物敏感，心胸狭窄，感情脆弱，情绪容易波动等。

由于以上一些特殊因素，妇女较男性更容易产生心理冲突、心理压力、精神紧张及种种不良情绪，如焦虑、抑郁、恐惧、愤怒等，成为致病因素。

(二) 特殊的心身因素

女性生殖系统功能受下丘脑-脑垂体-卵巢轴直接控制。心理社会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，以致引起平衡失调而致病。同样，女性特殊的生理现象：月经、妊娠、分娩等这些正常的生理现象，也可以成为妇女特殊的心理问题，给妇女带来不适、紧张焦虑、恐惧等心身反应；

例如一些少女由于封建思想的影响，及缺乏生理卫生知识，对月经来潮惶恐不安，认为月经肮脏、行经是“倒霉”、痛苦、麻烦，而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。又如成年妇女怀孕、分娩本来也是正常的生理现象，但由于妊娠、分娩关系着母子两代的性命安全，加上多年传统暗示的影响，不少妇女怀孕和分娩过程中常有各种担心害怕，甚至连胎儿的性别问题，也能成为沉重的心理负担，有的由于情绪过于紧张，产后休息不好，影响乳汁分泌；还有一些年青母亲担心哺乳会影响体型，不愿给孩子哺乳而影响了婴儿的成长；有的因乳汁淤积造成乳腺炎。

二、妇产科疾病的临床心理问题

（一）妇产科病人常见的心理问题及干预

妇产科病人的心理问题许多是由月经、妊娠、分娩等这些女性特有的生理现象所引起，这些心理问题有时还会引起强烈心身反应，转化成妇产科的心身障碍。例如，一些妇女患了妇产科疾病，感到难为情，不愿对人诉说，到了不得已的时候才去医院就诊，看病时向医生诉说病情经常吞吞吐吐，羞羞答答，尤其对外阴痒，性交疼痛、出血，性功能障碍等更难启齿；有的妇女害怕作妇科检查，致使病情一拖再拖耽误了诊断和治疗。还有一些患卵巢、子宫肿瘤的病人需要作卵巢、子宫切除，不少人又常常担心手术会影响女性性征，而迟迟不愿接受手术，以致影响治疗等。

妇产科病人常见心理问题的干预，应主要作好以下几方面工作：① 大力开展健康教育，普及医疗卫生知识，向广大妇女宣讲月经、妊娠、分娩等生理卫生、心理健康科学知识，改变对月经、妊娠、分娩的不良认识，从而减轻改善不良心理刺激的影响；② 对不良情绪严重的病人，可通过心理支持疗法，认知心理治疗，改变病人对月经、妊娠、分娩的认识，减轻情绪反应，促进疾病康复或改善妊娠、分娩过程；③ 通过心理指导，帮助病人改善不良个性，提高心理素质，学会情绪调节，从而改善心身反应以利心身健康。

（二）若干妇产科疾病的临床心理问题

1. 闭经 部分继发性闭经与心理社会因素有关，包括学习压力、考试紧张、生活环境的突然改变、悲痛的意外事件、剧烈的思想斗争、强烈的妊娠愿望及过度的精神紧张等。如女学生临近重要考试前，新兵入伍后，女犯人拘禁期间的闭经都属这类。继发性闭经大都属于心身问题，心身障碍，因为它不仅有闭经的症状，往往还有一些身体或心理的症状。研究发现，焦虑人格倾向、内向、孤僻、多思多虑且卵巢功能不全的女性在不良心事刺激影响下易发生闭经。该症的治疗，应先找出引起闭经的原因，然后有针对性的进行心理治疗，必要时结合内分泌治疗。原发性闭经以器质性原因为多。

2. 痛经 痛经是一种主观体验，疼痛的强度、性质及持续时间一定程度受心理因素的影响。包括：① 对月经不正确的认识，错误认为月经不洁，来月经都要痛的；② 神经质个性、精神紧张、恐惧、敏感多疑、意志薄弱者；③ 夫妻生活不和谐；④ 暗示和自我暗示可加重痛经。

3. 经前期紧张症 经前期紧张症是指妇女在月经前1~10天出现心理波动和水钠潴留方面的症状，常表现为行经前乳房胀痛、下腹和两腿阵阵酸痛不适，身体疲乏、倦怠，头痛、全身发胀；

情绪波动、焦虑、抑郁、烦躁易怒，对月经来潮恐惧不安等症状有明显的周期性，月经来潮过后症状很快减轻、消失。经前期紧张症发病机制还不很清楚。研究发现本症患者月经前1周体内雌激素量增高，孕酮量减少；由于患者的精神紧张，使下丘脑多巴胺含量减少，对催乳素释放因子的抑制作用减弱，以致垂体释放过多的催乳素，从而引起一系列身体症状。对该症的临床心理学调查发现，患者精神症状与神经质性格密切相关，本症多发于有癔病和强迫症人格倾向者。本症的治疗，采用药物和心理综合治疗，采用孕激素及排卵抑制剂可减轻症状。心理治疗方面，应提高患者对月经卫生知识的认识，解除精神紧张，增强社会适应能力，家庭应给予关怀支持，可采用音乐、绘画等有兴趣的活动分散注意力，可减轻症状。

4. 子宫、卵巢切除综合征 子宫、卵巢切除手术虽然能消除病痛，但它往往又是一种特殊的心理刺激。病人术前常有害怕手术疼痛、出血、危险等恐惧心理；同时又有担心生育功能被剥夺，女性形象受损，担心影响夫妻性生活等多种心理顾虑。有报导术后患神经症的占50%~70%。本征的治疗，应重视术前心理咨询，医生应向患者说明手术的意义和方法，解释术后不会影响性生活，不会改变女性形象，年青患者要保持女性性征，可定期用些雌激素即可。对心理矛盾、疑虑多的病人应耐心细致作好工作，消除病人疑虑，做好病人丈夫家属工作，多给病人关心、减少病人的压力和精神负担。

5. 妊娠、分娩、难产的心理问题 妇女由妊娠到分娩这个连续又复杂的生理过程中将涉及许多心理社会因素。大量临床实践研究证实，各种不良的心理社会因素对孕产妇母子健康均有重要的影响。

据报导孕产期出现心理障碍者占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，随着分娩临近有些神经质的妇女出现焦虑不安、忧郁、任性等。② 情绪不稳定，有的妇女有莫名的恐惧烦恼，有的依赖性增强，有的常为小事计较生气发火。③ 分娩时的恐惧-紧张-疼痛综合征。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，从而加剧恐惧以致胎儿宫内缺氧窘迫，或诱发子痫和难产。④ 未婚先孕者情绪复杂、强烈，有的自责悔恨，甚至可致精神异常。⑤ 妊娠期间各种精神创伤、重大生活事件等可导致孕妇情绪障碍和中枢神经系统功能紊乱，可诱发早产、妊娠剧吐、流产、胎儿发育障碍及分娩产力异常和难产等。⑥ 孕妇不良的行为方式如吸烟、酗酒、吸毒、生活不规律等也可影响胎儿发育，流产、早产的发生等。

对孕产期出现的心理障碍，应采用各种心理干预：① 通过对孕产妇作孕产知识的宣教，使他们对妊娠分娩过程有科学认识，临产前进行分娩过程的心理指导，可以减轻孕产妇的焦虑、紧张情绪；② 松弛疗法可帮孕妇调节情绪，学会情绪放松、精神乐观、生活规律，有助于神经内分泌的平衡协调。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、不安有很好疗效。

6. 计划生育中的心理问题 由于一些人文化和心理素质的原因，对计划生育手术可以产生一些心理问题。特别是部分绝育术妇女，可以产生阉割心理、抵触心理、焦虑心理和补偿心理，甚少者会发生术后神经症。后者多见于文化程度低、平时心胸狭窄、情绪不稳定、暗示性高的农村妇女。

提高计划生育工作者有关心身疾病防治、心理治疗、心理咨询、心理护理方面的理论和技术，

是计划生育心身问题防治工作中的重要任务。

(过慧敏)

第五节 肿瘤科心身相关问题

一、心理社会因素与癌症的发生和发展

在大多数国家,癌症的发病率和死亡率正在逐年增加,甚至已取代心脏疾病,成为最常见的死因。目前研究结果显示,癌症病因学仍未十分明了,除了生物学因素以外,心理社会因素在癌症发生中起到一定的作用,更为重要的是,癌症病人的不良心理反应和应对方式对其病情的发展和生存期有严重影响。

复习近年来有关心理社会因素与癌症关系研究文献,尽管难以发现心理社会因素致癌的直接证据,但在以下几个方面形成较为一致的认识:① 某些负性生活事件与癌症的发生有一定的关系;② 具有某些情绪和个性行为特征的人其癌症发病率较高;③ 癌症病人的不良的情绪反应和应对方式可通过影响机体的内分泌和免疫功能,进而影响癌症的发展和转归;④ 采用支持性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;⑤ 心理社会因素影响的结果是促进还是抑制癌症则取决于:心理社会因素的性质、强度和作用时间,心理社会因素的可预测性和可控制性,心理社会因素的作用与生物源性病理性刺激的间隔时间,个体的应对方式、社会支持及心理与生理耐受性。

(一) 负性生活事件与癌症的发生

早在16世纪初,英国医生 Gendron 就注意到生活上的挫折可以影响癌症的发生。随着研究手段的进步,目前国内外研究已经证实,某些种类的癌症病人发病前经历的负性生活事件频率显著增高,其中尤以家庭不幸等方面的事件,例如丧偶,近亲死亡,离婚等更为显著。Goodkin 等(1986)对一组子宫颈内皮细胞增生妇女追踪研究发生,负性生活事件能够促使子宫颈鳞状细胞癌变的发生;姜乾金等(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;类似的研究报告较多,例如在一组接受心理治疗的癌症患者中,大多数病人在发病前半年到8年期间曾经历过亲人(配偶、父母、子女)丧亡的打击,而对照组要少得多。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。较多的动物实验结果也证实,某些应激性刺激(限制活动、电击等)可以促使某些肿瘤自发性动物癌症发生率显著增加,或者使动物接种某些癌细胞成功率显著提高。这些都证明,负性生活事件通过应激的途径而与某些种类癌症的发生有密切联系。

(二) 情绪反应与癌症的发生

一般情况下,负性情绪如抑郁、焦虑等均是生活事件所致的应激状态的一种反应,因而与生活事件有直接的关系。Ippoliti F(1991)曾对8名(39~69岁)乳癌妇女和40名正常妇女(对照组)进行了研究,重点调查乳癌确诊前5年的心理状况(抑郁、个性等),结果发现,乳癌妇女组抑郁程度显著高于正常对照组。另有研究结果提示,那些不善于渲泄生活事件造成的负性情绪体验者,其癌症发生率较高。至于抑郁症患者癌症发生率是否高于一般人群,尚无研究报告,有待进一步研究。

(三) 个性特征、应对方式与癌症的发生

Sabbioni M (1991) 对个性特征和癌症关系有关研究结果作了总结, 认为易患癌症的个性特征主要有内向、不善与人交往; 另有一些学者认为某些个性特征例如过分谨慎、忍让、追求完美、情绪不稳而又不善于疏泄负性情绪等, 往往使个体在同样的生活环境中更容易“遭遇”生活事件, 在相似的不幸事件中也容易产生更多的抑郁、沮丧、无助等情绪体验, 这些个性特征与癌症的发生有一定的联系。近年来, 某些肿瘤行为学家把上述个性特征概括为“C型行为”(type A behavior pattern), 其核心特征是不善于表达自己, 高度顺从社会等, C型行为被认为与癌症的发生有关。

研究结果还证明, 个体的应对方式与其个性特征密切相关; 而个体对生活事件的应激反应还受到其应对方式和获得的社会支持等因素的影响, 通过改进应对方式及借助于社会支持, 可以缓解高应激状态(参阅第三章)。因此, 应对方式和社会支持参与某些癌症的发生过程。

这里值得强调的是, 有关生活事件、应对、情绪、个性特征等心理社会因素与癌症发生的关系, 其证据大多来自回顾性研究, 尚难确定这些因素与癌症发生的因果关系, 还有待大样本的、前瞻性的系统研究加以证实。

(四) 心理社会因素与癌症的发展

近年来大量的动物实验研究和临床研究结果均能肯定心理社会因素影响癌症发展和转归, 尤其是癌细胞生长和扩散过程。概括起来, 具有下列心理或行为特点的癌症病人, 平均生存期明显延长: ① 始终具有治愈或康复的希望和信心; ② 能及时表达和疏泄生活事件所造成的负性情绪; ③ 能经常组织和积极参与有意义的和有快乐感的活动; ④ 社会支持来源广泛, 与周围人保持密切联系。相反, 悲观失望, 抑郁焦虑, 封闭孤独等消极的心理或行为则加速病人病情的恶化过程。因此及时给予癌症病人有针对性心理干预, 增强积极的心理反应和行为, 缓解消极的情绪, 对延长癌症病人的生存期和提高生活质量具有重要的临床意义。

(五) 心理社会因素影响癌症的发生和转归的生物学机制

目前研究提示, 心理社会因素主要导致个体心理应激, 通过下丘脑-垂体-肾上腺系统、神经内分泌系统和神经免疫系统中介机制, 影响癌症的发生和发展, 特别是从心理神经免疫学(psychoneuroimmunology)这一前沿研究领域所取得的证据(参阅本章第一节)。有关心理社会因素在癌症中作用的确切机制尚在研究之中。

二、癌症的临床心理问题

在癌症诊断和治疗过程中, 大多数病人会出现各种各样的心理反应, 甚至在情绪行为上出现剧烈变化。因此应及时给予适当的心理干预, 使病人尽快适应自己心身变化, 配合各项抗癌治疗。

(一) 癌症病人常见的心理变化

随着当前医学知识的普及和人们对癌症的警觉性的提高, 一旦某个人发现自己身上有肿块或在体检中发现占位性病变等异常现象, 很自然地便会联想到是否患上了癌症, 并进一步要求医师检查和确诊, 这时病人往往一方面极想知道确诊结果, 另一方面又害怕患“癌”, 时而焦虑、恐惧, 时而又怀有希望。这种矛盾心理一直要延续到病人知道了自己确诊结果, 当病人得知癌症的诊断消息后, 其心理反应大致分为四期。

1. 休克-恐惧期 多见于突然得知自己患癌消息的病人, 此时病人反应剧烈, 表现为惊恐、心慌、眩晕、昏厥, 甚至出现木僵状态; 逐渐意识到自己患癌消息的病人, 最常见的心理反应是

恐惧。

2. 否认-怀疑期 当病人从剧烈的情绪震荡中冷静下来，常借助于否认机制来应对由癌症诊断所带来的紧张与痛苦。为此，开始怀疑医师诊断是否正确。病人到处求医，希望能找到一位否定癌症诊断的医师，希望有奇迹发生。

3. 愤怒-沮丧期 当病人已感到自己的癌症诊断已无法改变时，情绪会变得激动，心烦、愤怒的情绪有时会引起攻击行为。同时，悲哀和沮丧的情绪油然而生，感到绝望，常想到死亡即将到来，甚至有轻生的念头和自杀行为。这一阶段，病人常食无味、睡不安。

4. 接受-适应期 不管病人是否愿望，接受和适应患癌事实是最终的选择，但大多数病人难以恢复到病前的心境，常进入慢性的抑郁和痛苦之中。

病人进入治疗后，情绪随病情变化而波动，手术所带来的痛苦和化疗的副作用常常使病人陷入“趋-避”冲突之中，加剧病人的心理应激，某些病人会感到绝望，少数病人会出现精神病性症状，如幻觉、妄想等，甚至出现人格的变化。

（二）癌症病人心理问题的干预

1. 告诉癌症病人真实信息 一旦病人的癌症诊断明确无误，医师和病人家属立即面临是否将诊断告诉病人及如何告诉病人的困扰。尽管目前国内与国外许多医师在此问题上做法不同，但大多数学者，包括世界卫生组织均主张在恰当的时机给癌症病人提供诊断和治疗计划真实的信息。这样，既有利于病人了解自己的病情，接受癌症诊断事实，及时进入角色适应，建立良好的医患关系和治愈疾病的信心；又有利于使病人配合治疗，对治疗中的各种副作用、并发症及预后心理准备，主动参与各种治疗。当然，告诉病人诊治情况时，应根据病人的人格特征、应对方式、病情及对癌症的认识，审慎灵活地选择时机和方式。同时，应让病人有充分的心理准备，并纠正病人对癌症的错误认识。

病人的许多消极心理反应均来自于“癌症等于死亡”的错误认识。因此，应帮助病人建立对癌症的科学认识，一方面承认癌症的严重危害性，另一方面要让病人相信积极的治疗，良好的心态是可以战胜癌症的，请已治愈的病人“现身说法”对此可以起到事半功倍之效。同时，积极运用支持性心理治疗等手段，保护和增进病人的期望和信心，对每个病人都十分重要。

2. 处理病人的情绪问题 大多数癌症病人有情绪问题，而身心的交互影响会导致进一步恶性循环：得知癌症诊断，出现消极情绪反应，进一步影响生理功能，症状加重，从而情绪更为恶化……，而阻断这种恶性循环的关键在于解决病人的情绪问题。对于否认-怀疑期病人，应允许病人在一段时间内采用否认、合理化等防御机制，让病人有一段过度时间，接受严酷的事实。但是，时间长而强烈的“否认”则可能延误治疗，应加以引导。

现有研究表明，对于癌症病人，真正意义上的“否认”并不多见，大多是情感压抑（suppression）或情感压制。病人只不过是有意地克制自己的情绪，外表上看上去无所谓，但却不愿涉及自己的真实情感。压抑往往加重病人心理负担，引起更复杂的消极反应。支持性心理治疗、疏泄性心理指导或者利用转移机制，可帮助病人渲泄压抑的情绪，减轻紧张和痛苦情绪。

由于对死亡、疼痛及残疾等后果的担心，癌症病人难免不产生焦虑和恐惧，可采用认知疗法纠正病人癌症是“绝症”的歪曲观念；再结合支持性心理治疗、放松技术、音乐疗法、气功等心理治疗及正确应对技巧，有助于降低焦虑恐惧情绪。对于伴有严重焦虑恐惧的病人，可适当使用抗焦虑剂。

抑郁是癌症病人又一常见的消极情绪，严重者可能不配合治疗，还可能产生自杀观念或自杀

行为。通过对病人进行深入的晤谈及采用抑郁症状评定量表的方法，可以对病人抑郁程度进行评估。根据病人的抑郁情况，可采用多种心理治疗方法如支持性心理治疗、认知治疗、想象疗法等进行心理干预。同时，鼓励或强化病人保持人际交往，进行力所能及的活动，增加新异刺激，提供尽可能多的社会支持资源，对病人都是十分有益的。使用抗抑郁剂对严重抑郁病人是有必要的。

3. 其它 应该高度重视癌症病人疼痛问题，癌症病人的疼痛常伴随恐惧、绝望和孤独的心理反应使病人疼痛难忍。由于疼痛可以加剧病人心身交互影响的恶性循环，故处理的原则首先要尽量避免和推迟疼痛发生，然后再考虑疼痛出现后的心理问题；疼痛一旦出现，就应立即处理，晚期癌症病人应及早用药物控制疼痛，不必过多考虑止痛药物的各种禁忌。有关疼痛具体处理方法，可参见阅第九章。

(姚树桥)

第八章 异常心理与不良行为

以心理病因、心理评估、心理治疗和心理预防的纵向知识,对医学临床经常遇到的各种异常心理现象和不良行为加以综合认识。

Ⅰ 心理及行为的正常与异常标准有种种,但没有截然界线;分类也有不同的见解,精神病学分类占有主导地位;原因解释多种多样。

Ⅰ 焦虑性障碍、抑郁性障碍、人格障碍、性心理障碍是临床医学和医学心理学工作中常遇到的异常心理现象,其临床过程与心理社会因素有一定关系。

Ⅰ 酒瘾、烟瘾、药物依赖、不良饮食习惯等行为问题是现代人类健康的大敌。

第一节 总论

一、异常心理概述

异常心理是指个体的心理过程和心理特征发生异常改变,又称变态心理,是变态心理学研究的主要对象。

心理和行为的正常与异常或变态是相对的,绝对的健康和正常是很难找到的,况且正常与异常之间也没有截然的界限。异常或变态心理是偏离常态的心理现象,这些异常的心理现象有的具有病态的特点,如精神病患者,有的则不属于病态,如处于催眠或药物作用等特殊条件下出现行为异常的正常人,其实,即使正常人也会发生心理偏移现象。因此,不能认为所有偏离正常的心理皆为变态或异常。

对异常心理现象的观察和记载已有悠久的历史,但是系统的探讨和科学的研究,则是近百年的事。古代对异常心理现象的解释常带有神秘的和迷信色彩,随着科学技术的发展和社会文明的进步,人们对异常心理的认识逐步提高。

由于心理与行为的异常总是伴有大脑结构或机能失调和反映人与客观现实关系的异常,所以在阐明异常心理发生的原因和机制时,必须重视脑和客观现实两个方面的意义,二者不可偏一。但是,由于受到目前心理科学发展水平的限制,人们对异常心理现象产生的原因,机制和规律的认识尚不够完善和确切,对很多异常现象的解释也不够完满。尤其是结合临床的研究尚处于开始阶段。

二、异常心理的判断标准

确定心理正常或异常的标准和范围对理解心理与行为异常的发生、发展、变化的过程极为重要。尤其在精神病的诊断、预防和流行病学的调查等方面更是不可缺少。由于正常与异常心理活动之间的差别往往是相对的,客观环境、主观经验、心理状态、人际和社会文化关系等许多因素也对异常心理活动的表现有影响,故判别异常心理和行为有时相当困难,也很难规定一个绝对的

划分标准用于判断一切心理行为是否异常。但是，通常有以下几种标准，从原则和方法上确定是否存在异常心理现象。

（一）经验标准

以经验作为判别心理正常或异常的标准时主要根据两个方面，一是个体的主观体验，即自我评价。有的人能感觉到自己的焦虑、抑郁、说不出原因的不适感或无法控制自己的行为；但是有人却不能觉察而没有任何反应，这种情况反而是心理异常的表现。二是观察者根据自己的经验对被观察个体的心理与行为处于正常或异常状态的判断。显然这种判断具有很大的主观性和局现性，其经验标准也因观察者的不同而存在差异，不同的观察者，根据自身的活动体验以一般人对常态的已有经验作参照点建立了自己的评定标准，以此来判断正常或异常。这种判断标准是目前精神科医生最常用的方法。当然，经过专业训练和临床实践，大致形成了相近的判定标准，评定结果基本一致，然而少数仍会有分歧的可能，甚至截然相反。

（二）统计学标准

统计学标准来源于对正常心理特征的心理测量，对普通人群的心理特征进行测量的结果常常呈常态分布，位居中间的大多数人属于心理正常范围，而远离中间的两端则被视为异常。因此一个人心理正常或异常，就以其偏离平均值的水平来决定，偏离平均值的程度越大，不正常的可能性就越大。这里，所谓正常与异常的界限是以统计数据为依据人为划定的。用这种标准判断心理是否异常，完全依据统计学标准提供的心理特征的数量资料，具有客观性和便于比较和操作方便的优点。但是，也存在不足，因为有些心理特征和行为不一定是常态分布，并且心理测量的内容受多种因素制约。另外，有些心理特征偏离常态并不一定是心理异常，如智力测验时，低智商者属于病态，而高智商者就不是病态了。因此，统计学标准不能普遍适用。

（三）医学标准

又称症状和病因学标准。这是从医学角度出发，用判断躯体疾病的方法来判断心理是否处于异常状态，具体而言就是依是否存在症状和病因做为判断心理是否异常的标准。如某种心理现象或行为可以找到病理解剖或病理生理的变化，则心理异常成立。其心理和行为表现即为症状，而其病因就是相应的生理改变。因为在心理异常者身上有病理过程存在，所以这种直接因果关系的标准，为生物医学模式的临床医师所广泛采用，如对感知觉、思维联想、情感、意志行为、人格、智力等障碍，通过躯体检查，特别是中枢神经系统的物理诊断或实验室诊断，若找到了相应的生物学改变，就可以确定心理异常的结论。近代科学技术的进步，在很大程度上提高了病因和症状的判断水平。但是，由于心理异常是多种因素导致的结果，除了脑器质性精神病、躯体疾病伴发精神障碍、感染中毒所致精神障碍等心理异常外，对那些由心理社会因素起主导作用的心理异常这个标准却无能为力，而这种情况却占异常心理的绝大部分。因此，这个标准的应用范围比较局限和狭窄。

（四）社会适应标准

这是以社会常模为标准来衡量。所谓社会常模是指正常人符合社会准则的心理与行为。如果个体的心理与行为表现与社会不相适应，就被认为有心理或行为异常的存在。必须说明，用社会适应作标准判断心理是否异常，要注意考虑国家、地区、民族、时间、风俗与文化等方面的影响，不能一概而论。因为同一种心理与行为，所处环境不同，其评价结论也不相同。

三、异常心理的理论模式

异常心理研究中,各种学派分别以不同的观点探讨和阐述异常心理产生的原因、机制和治疗问题,形成了各自的理论模式。主要有以下几种理论模式。

(一) 医学理论模式

这种模式认为异常心理是由生物学因素影响而形成的,这里所说的生物学因素主要是指遗传、躯体疾病、生理和生化改变、病毒和细菌及药物影响等。临床研究证实,脑疾病和损伤可引起心理与行为的异常。此外,感染、中毒、代谢障碍、遗传、体内生化改变、中枢递质的异常均可伴发心理和行为的变化。但是,还有相当一部分异常心理迄今尚无生物学证据,因此这个理论模式有很大的局限性。

(二) 心理动力学理论模式

精神分析学说认为,被压抑在潜意识中的冲突是心理异常的动力性原因。精神分析疗法在治疗神经症、心身疾病等方面也有一定价值。但是,个人童年经历与成年后显示的异常行为的联系还无可靠的途径。

(三) 行为理论模式

该理论认为所有的行为都是经后天学习形成,所以倡导经过教育和训练来矫治与心理社会相关的疾病。这个理论模式在理论和实践中都有重要意义。但强调可观察的行为既是这一理论的最大优点,也是其最大弱点;因为,思维、态度、情绪等丰富内在世界对异常心理与行为的作用被忽视了。

(四) 人本主义理论模式

人本主义心理学认为,发挥潜能的自我实现是个体的最高动机。如果在良好环境中,个体就能发挥潜能而自我实现;若遭遇挫折和干扰,就会导致心理和行为的错乱。该理论的心理治疗方法强调患者为中心,充分调动患者的主观能动作用,发挥自身的潜能,从而达到发现自我和自我实现的目的。

(五) 社会文化理论模式

强调社会文化因素的作用,认为大多数心理和行为异常是社会文化的产物。一个人如果能得到社会支持与同情,遇到的挫折就少,心理就会处于正常状态,反之,就会出现社会文化关系的失调,当其强度和速度达到个体无法承受时,则产生了心理与行为的异常。这里所说的社会文化因素是指社会或环境中的应激事件,如污染、噪音、人际关系、社会变动等,以及民族、风俗、宗教信仰、生活习惯、伦理道德等。

(六) 生物-心理-社会理论模式

该理论模式认为心理行为的异常与生物心理社会因素均有关系,它们互相依存、互相影响、互相制约,不可分割和偏重。只有综合考虑从生物、心理、社会诸因素的相互作用,才能获得圆满的解释,避免了其它理论模式的不足和片面性。

(七) 认知理论模式

除了外界因素之外,人的思想因素是不容忽视的。这种理论模式认为认知(人的思想和信念)是异常行为的核心。运用认知模式治疗的主要目标是明确地教会运用更适合的思维方法。

四、异常心理的分类

对异常心理和行为进行分类，是一个非常复杂的工作，时至今日，仍然有很多不同的分类方法，它们之间存在区别和争论。这里主要介绍现象学分类和精神病学分类两种方法：

（一）现象学分类

1. 认识过程障碍

- (1) 感觉障碍
- (2) 知觉障碍：如错觉、幻觉、感知综合障碍等。
- (3) 思维障碍：如思维过程障碍的联想障碍、思维内容障碍的妄想、思维活动障碍的强迫症状等。
- (4) 注意障碍：如注意增强、减弱、涣散、狭窄、固定等。
- (5) 记忆障碍：如记忆增强、减退、遗忘症、错构症、虚构症、潜隐记忆、似曾相识，旧事如新等。
- (6) 智能障碍：如智能低下、痴呆。
- (7) 自知力障碍
- (8) 定向力障碍：如同周围定向障碍、自我定向障碍。

2. 情感过程障碍 如情感高涨、欣快、情感低落、焦虑、情感脆弱、情感爆发、易激惹、情感迟钝、情感淡漠、情感倒错、表情倒错、恐惧、病理性激情、矛盾性情感、病理性心境恶劣等。

3. 意志行为障碍

- (1) 意志障碍：如意志增强、意志减退、意志缺乏、意向倒错、矛盾意向等。
- (2) 行为障碍：如兴奋状态、木僵状态、违拗症、被动性服从、刻板动作、模仿症、矫饰症、离奇行为、持续动作、强制性动作、强迫性动作。

4. 意识障碍

(1) 周围环境的意识障碍：如以意识清晰度降低为主的意识障碍嗜睡状态、混浊状态、昏迷状态、昏睡状态；以意识范围改变为主的意识障碍意识朦胧、神游症；以意识内容改变为主的意识障碍谵妄、精神错乱状态、梦幻状态。

(2) 自我意识障碍：如人格解体、交替人格、双重人格、人格转换等。

（二）精神病学分类

1960年代初，世界卫生组织（WHO）的精神卫生规划就开始积极进行为提高精神障碍诊断与分类水平的工作。这种分类原则是按病因和症状进行的。目前在临床使用的主要有三种分类。一种是世界卫生组织编写的《国际疾病分类》（ICD）中的精神与行为分类，现已修订到第十版即ICD-10（表8-1）。

这是比较全面，在国际上有很大影响的分类系统。另一种是美国精神医学会编写的《精神疾病诊断和统计手册》（DSM），现已颁布了第四版，即DSM-IV。这个分类系统在国际上也颇有影响。再有一种是在我国参考了ICD-10和DSM-IV，经中华精神科学会委员会通过的《中国精神疾病分类方案与诊断标准》，其第二版的修订版为CCMD-2-R。这三种分类系统都是结合病因和症状进行分类，并使用描述性原则实现的，在分类中尽量不受学派学说的影响。

这三种分类中涉及神经症分类结构部分比较见表8-2。

表 8-1 ICD-10 精神与行为障碍分类要目

F00-F09	器质性，包括症状性，精神障碍
F10-F19	使用精神活性物质所致的精神和行为障碍
F20-F29	精神分裂症、分裂型障碍和妄想性障碍
F30-F39	心境（情感）障碍
F40-F48	神经症性 应激相关的及躯体形式障碍
F50-F59	伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征
F60-F69	成人人格与行为障碍
F70-F79	精神发育迟滞
F80-F89	心理发育障碍
F90-F98	通常起病于童年与少年期的行为与情绪障碍
F99	未特定的精神障碍

表 8-2 ICD-10、DSM-IV 与 CCMD-2-R 神经症分类与比较

ICD-10	DSM-IV	CCMD-2-R
F4 神经症性、应激相关的 及躯体形式障碍		神经症
F40 恐怖性焦虑障碍	300.22 广场恐怖无惊恐障碍病史 300.29 特殊恐怖症 300.23 社交恐怖	40.0 恐怖性神经症
F41 其它焦虑障碍	300.01 惊恐障碍不伴广场恐怖 300.21 惊恐障碍伴广场恐怖 300.02 广泛性焦虑障碍 300.00 焦虑障碍, 未特定	40.1 焦虑性神经症
F42 强迫性障碍	300.3 强迫性障碍	40.2 强迫性神经症
F34.1 恶劣心境	300.4 心境恶劣障碍	40.3 抑郁性神经症
F44 分离(转换)性障碍	300.11 转换型障碍 300.12 分离型遗忘 300.13 分离型漫游 300.14 分离型身份识别障碍 300.15 分离型障碍, 未特定	40.4 癔症
F45.2 疑病障碍	300.7 疑病症	40.5 疑病性神经症
F48.0 神经衰弱		40.6 神经衰弱
F48.8 其它特定的神经症性障碍	300.81 躯体化障碍 300.81 未分化型躯体型式障碍 300.81 躯体形式障碍, 未特定	40.8 其它神经症
F48.9 神经症性障碍, 未特定	300.9 非精神病性精神障碍, 未特定	40.9 未特定的神经症

第二节 焦虑性障碍

三、心理社会因素与焦虑性障碍

(一) 概念

焦虑(anxiety)是因受不能达到目的或不能克服障碍的威胁,使个体的自尊心与自信心受挫,或失败感和内疚感增加,预感到不祥和担心而形成的一种紧张不安及带有恐惧和不愉快的情绪。值得注意的是,焦虑并不一定由实际存在的威胁或危险引起的,其紧张不安和恐慌程度与现实情况也不相一致。此外,焦虑与恐惧、烦恼之间也有区别。恐惧发生于面临危险之时;而焦虑是发生在危险或不利来临之前,是对未来的预感;烦恼则是对已经发生的事件而言。焦虑与应激也不能混同。焦虑的主题是危险,而且伴随有植物性神经系统的功能激活;应激则不同,它可以在各种内外刺激时发生,刺激的性质除了危险或威胁性刺激以外,受愉快或高兴的刺激也能产生应激。实际上无意识的焦虑是不存在的,所以处于焦虑状态中的个体都能意识到自己的焦虑,也就是说,虽然个体可能不知道自己产生焦虑的原因,但是不可能不知道自己存在的焦虑情绪。

焦虑虽是一种痛苦情绪的体验,却具有以下几个方面适应功能。第一是信号功能,它能向个体发出信号,提醒已经存在的内部或外部危险,当个体在意识中出现这种信号时,就能采取逃避或消除危险的有效措施进行应对。第二是动员机体和调整行为,当焦虑发生时,植物性神经支配的器官处于兴奋状态,血液循环加快,代谢升高,警觉增强,为机体应对危险所采取的行动作出相应的准备。第三是学习和积累经验。因为焦虑在预见危险和帮助机体调整行为应对危险的同时,使人们学习和积累了应对不良情绪的方法和策略。可见,焦虑并不一定全部有害。只有焦虑过度,无明确诱因或只有微弱诱因的焦虑,才能视为病理性的。

(二) 分类

目前对焦虑尚无一致的分类。按焦虑的来源, Freud S把焦虑分成三类:

1. 现实性焦虑 亦称客观性焦虑。这是产生于对外界危险的知觉和由客观上对自尊心的威胁引起的。如对毒蛇的惧怕,面对升学或就业所产生的焦虑等。

2. 神经症性焦虑 亦称神经过敏性焦虑。这是由心理社会因素诱发的忧心忡忡、挫折感、失败感和自尊心的严重损伤引起的焦虑反应。这时所体验到的焦虑其原因不是来自于外界的危险事物,而是由于意识到因自己本能冲动有可能导致某种危险所产生的。可见,这种焦虑的来源是潜意识的本能(id)。神经症性焦虑有三种表现形式:

(1) “游离型”(free-floating type)焦虑:起源于内心矛盾冲突,总害怕本我控制自我而陷入无能为力的境地,担心即将发生可怕的事情。以后焦虑可能依附于别的地方而游离开。

(2) 恐怖症(Phobias):焦虑的这种表现形式是一种强烈的非理性恐惧。临床上称为恐怖症。

(3) 惊恐(panic)反应:可能由于内心冲突所致,这种反应常突然出现,使个体主观上极其惊恐与不安,出现明显的植物性神经功能障碍,如胸闷、心跳及窒息感等,多伴有失控感、濒死感和将要发疯感。

3. 道德性焦虑 这是由于违背社会道德标准,当社会要求与自我表现发生冲突时,引起的内

疚感所产生的情绪反应。由于害怕自己的思想和行为不符合自我理想的标准而受到良心的惩罚，当自我意识到会有来自良心的危险，便产生了罪恶感和羞耻感的自我体验。出现了道德性焦虑。

（三）焦虑的原因及其心理学理论

很多学者对焦虑的原因进行了研究，认识到焦虑的产生与生物、心理和社会因素的相互作用有关。但因各学派的观点所异而有不同的理论。

精神分析学派认为焦虑是由潜意识之间的矛盾冲突引起的。Freud S 认为由于内心的矛盾冲突引起焦虑的来源不同，所以产生了不同的焦虑。即由对外界危险的知觉引起现实性焦虑，对本能冲动的恐惧引起神经症性焦虑，对超我的恐惧引起道德性焦虑。

学习理论认为，因为观念与感觉之间可以形成条件反射性联系，所以，若某种刺激或情境引起焦虑和恐惧体验后，当以后出现类似的刺激或情境时，则将再次引起焦虑和恐惧反应，并伴有相应的生理与生化改变。

认知学派认为，焦虑是由知觉、态度与信念的冲突引起的。认为个体对事件或刺激的认知评价是发生焦虑的中介，与躯体或心理社会危险有关的认知评价可以激活焦虑。若对危险作出过分估计，使焦虑反应与客观现实不相称时，就会形成病理性焦虑反应。由于焦虑导致对心身症状的错误理解、过度警觉、应对失败等，加强了危险的认知评价和焦虑水平，从而形成恶性循环。对“危险”的过度评价往往是早年经验所形成。

人本主义学派认为，焦虑是由达到自我实现时发生的思想冲突引起的。

四、 焦虑性障碍的心理干预

焦虑性障碍的心理干预，可体现在预防和治疗的各个环节。应大力在家庭、幼儿园、学校和社会的各个方面开展心理健康工作，使每个人从小就培养健全人格，具有健康的心理。这样才能在激烈的社会竞争中不出现心理问题。另外，在各综合性医院和精神卫生专科医院都应当设立心理咨询门诊，并积极开展工作，大力宣传和普及心理健康知识，做到在心理障碍或心理疾病的萌芽时期，就进行有效的心理干预，防止其发展。

对焦虑性障碍的心理健康教育的主要内容是让大家学会对情绪与动机的自我控制。学会对紧张的抵抗，提高挫折的耐受性和把握焦虑的能力。由于个体焦虑的原因不同和焦虑水平差异的存在，医学心理工作者必须结合实际情况，具体问题具体分析。

焦虑性心理障碍的心理治疗应当遵循依病情的轻重按阶段实施治疗的原则。对严重的焦虑、恐慌或恐惧，应适当地使用抗焦虑剂等药物治疗，待症状减轻后再进行心理治疗。对那些因在现实生活中遭遇挫折或碰到困难而发生焦虑的，应根据实际情况提出适宜的解决方案后再行处理。现实中认知行为治疗是很有实际意义的疗法。其次，对那些与现实无直接关系，源于内心的幻想或知觉的焦虑，应当依内心状况，用精神分析与分析性心理治疗较为合适。以“精神分析”的理论及基本治疗技术要领为取向的“分析性心理治疗”是现代心理治疗最广泛运用的疗法之一，在焦虑性障碍的心理治疗中颇为有效。其要点是分析焦虑者潜在意识的愿望与动机，认识对挫折、冲突或应激的反应方式，体会病理与症状的心理意义，经指点与解释后令其领悟，调整心理结构，化解内心的情感症结，促进人格的成熟，提高适应能力。

第三节 抑郁性障碍

一、心理社会因素与抑郁性障碍

(一) 概念

抑郁性障碍是一种持久的心境低落状态，多伴有焦虑、躯体不适感和睡眠障碍，属情感性障碍的一个方面。通常具有较强的隐蔽性，如有的患者可以面露笑容，其实却有严重的抑郁。因此，这是最常见，但也是最不易察觉和被识别出来的心理障碍。

抑郁性障碍在精神与躯体方面有多种形式和不同深度的表现，可由轻度的忧愁到严重的痛苦乃至自杀。除了突出表现为持久性情绪低落外，还表现出心境不好、思维迟缓、行为减少、睡眠障碍、身体不适感、焦虑、紧张及愁眉苦脸、悲伤和爱哭；对生活失去兴趣，认为前途悲观、活着没有意义；什么也做不下去，不能工作，连家务也不爱做。典型的抑郁性障碍其核心征象是心境低落，愉快感丧失，从而导致活动效能受损。

(二) 病因

抑郁性障碍的病因涉及生物、心理和社会因素多方面。

1. 生物学因素 主要是指遗传、生化和内分泌。在严重抑郁病人的家族中，其父母、兄妹、子女患有情感性障碍的危险高达 10%~15%，而在一般人口中仅为 1%~2%。这充分说明了遗传的影响作用。生化研究的单胺递质假说认为，5-HT 和儿茶酚胺系统与情感性障碍有密切关系，如果 5-HT 不足可能构成了易患素质，而去甲肾上腺素的功能减弱时就出现了抑郁。

内分泌障碍如甲状腺功能减退，肾上腺皮质功能改变、垂体前叶功能减退，及女性经前期和更年期的抑郁倾向等，均可伴发抑郁。

2. 心理学病因理论

(1) 心理分析理论认为抑郁是愤怒转向自我的结果。

(2) 习得性无助理论认为抑郁是由习得性无助引起的。1975 年 Seligman 根据动物实验提出了这个假设。

(3) 认知理论者 Beck AT 提出抑郁症的认知模式，他认为认知是情绪和行为反应的中介，因此人们对事物的解释，决定了他们感受的性质；情绪障碍与阴性认知相互影响，并导致情绪障碍的持续存在；认知方面的曲解是发生情绪障碍的基础。

3. 社会因素 一些生活事件与诱因导致了抑郁的产生。由于抑郁性障碍常在应激性生活事件后出现，因此有人认为生活事件通过应激的机制增加了发生抑郁的危险，并且与人格特征，认知评价和应对方式相联系。

此外，躯体疾病作为一种非特异性应激因素也是诱发抑郁性障碍的因素，如流感、帕金森氏症、某些内分泌疾病及某些药物等。

二、抑郁性障碍的心理干预

对抑郁性障碍的心理干预应依抑郁反应的程度而定，切忌不分症状轻重，不做具体分析一概而论。一般来说，抑郁情况严重，尤其是有自杀意念或企图时，应当积极采取预防自杀措施，立

即住院和进行药物治疗。对中等程度抑郁的情况，可进行心理治疗，一般是首先采用支持性心理治疗，并提供基本的安全感，最大限度的弥补经受过创伤的自尊心和自信心，耐心地培养信心和激发生活的动机，并且要尽量地帮助自我能力的恢复，以便有充沛的精力去面对困难。

经过认真而具体分析后，如果确认引起抑郁反应的挫折其来源属于外在性质时，则应当首先帮助排除或减轻这些外在性的困难，为此也可取得亲属、朋友和社会的支持，尽量减轻压力战胜困难。

待心理干预使抑郁反应减轻和心情稳定后，心理治疗的范围和内容应及时深入并推进到较高的层次。如帮助分析心理状态和造成抑郁的心理因素，培养对“现实我”与“理想我”的协调能力，解除自卑等。

此外，认知疗法不失为抑郁性障碍心理干预的有效方法。在这方面 Beck AT 等人较有成就。尤其对消除自杀意念特别有效，其要点主要是在搞清产生绝望的症结后，矫正认知曲解，度过自杀危机。当然，有些抑郁性障碍比较单纯，只需要进行支持性心理治疗，在感情上给予支持，就能感到温暖和希望并取得满意的治疗效果。

由于重性抑郁性障碍常常导致自杀，所以这里着重说明一下对自杀行为的心理干预。除及时采取有效的治疗措施，选用三环或四环类抗抑郁药或选用新型抗抑郁药选择性 5 羟色胺重摄取抑制剂（SSRIs）如氟西汀、左洛复、万拉法新、帕罗西汀等以外，应当依具体情况，不失时机地采用 ECT 治疗，能收到立杆见影的疗效。若自杀行为继发于精神病的幻想或妄想者，应当使用抗精神病药物并结合 ECT 治疗。对由现实生活应激事件引起的自杀危机，可采用疏泄法，支持治疗等心理干预方法，帮助度过危机。总之，对有自杀危机者，应耐心倾听，努力找到绝望的原因，在理解其孤独无助、愤怒的情感基础上，创造一个安全、接纳的环境，帮助解决心理问题。同时也要采取有效的监督防范措施，防止意外的发生。

第四节 人格障碍

一、心理社会因素与人格障碍

（一）概念与特征

人格亦称个性，是指个体心理特征的总和。人格障碍（personality disorder）是指从童年或少年期开始，并持续终生的显著偏离常态的人格。这种人格发展的畸形与偏离状态，表现出固定持久的适应不良行为，亦称变态人格、人格异常、病态人格等。

人格障碍一般都具有以下特征：

（1）心理特点紊乱与不定，并在人际关系方面难以与人相处，如表现出偏执、怀疑、自恋、被动性侵犯等。

（2）面对社会和外界对自己的不利及所遇到的困难等，都归结于别人的错误或自己的命运所致，这种外在归因的思维使其不承认自己的缺点，当然也谈不到行为上的改正。

（3）对别人和包括自己的亲人在内的人没有责任感，对自己不道德和伤害别人的行为既无罪恶感也不后悔，表现出对自己一切行为的辩解与袒护。

（4）对周围任何环境和接触的人都表现出仇视、猜疑和偏颇的看法。

总之，人格障碍者的内心体验与正常人生活常情相背离，其外在行为明显地违反社会准则，

故经常影响社会 and 他人，不仅给别人造成损失，而且也给自己带来痛苦。这种偏离常态的内心体验和行为模式，用医疗、教育或惩罚措施都很难从根本上改变。

此外，对那些原来人格发展正常，到成年以后由社会心理因素造成的人格异常称为人格改变；而因脑部器质性疾病损害造成的人格异常称为器质性人格综合征或类病态人格。这些都不属于人格障碍。

（二）人格障碍的分类

人格障碍的表现比较复杂。目前，对人格障碍的分类方法并非一致，世界卫生组织于 1986 年在日内瓦制定的精神与行为障碍分类（ICD-10）中提出了如下分类：

1. 偏执型人格障碍 对自己估计过高，惯于把失败归咎于他人，对批评或挫折过分敏感，对本应理解的侮辱和伤害不能宽容。

2. 分裂型人格障碍 情绪冷淡无亲切感。既不能表达对他人的体贴，温暖和愤怒，也对批评和赞扬无动于衷。喜欢幻想与孤僻自处，行为荒诞与怪僻。

3. 反社会型人格障碍 亦称悖德型人格障碍，其行为与整个社会规范相背离，忽视社会道德规范、行为准则和义务，对自己的行为不负责任，对他人的感受漠不关心，没有同情心。

4. 冲动性人格障碍 亦称爆发性人格障碍。其特点是对事物常作出爆发性反应，稍不如意就火冒三丈，容易暴发愤怒冲动或有与此相反的激情。其行为有不可预测和不计后果的倾向。

5. 癡症型人格障碍 其特点是感情用事，有戏剧性、过分夸张地自我表现及追求刺激和自我中心的特征。暗示性增高，情感表浅且容易变化。

6. 强迫型人格障碍 以刻板固执，墨守陈规，缺乏应变能力为特点。同时有由于个人内心深处存在的不安全感而导致的怀疑和过份谨慎。此外，有因为要求十全十美，但又缺乏信心所导致的反复核对，过分多虑，注意细节的行为表现。

7. 焦虑（回避）型人格障碍 其特点是自幼胆小，易惊恐，懦弱胆怯。有持续和广泛性的紧张及忧虑感觉。因有自卑感而希望受到别人的欢迎和接受，同时对批评或排斥表现出过度的敏感。对日常生活中的潜在危险惯于夸大，且可达到回避活动的程度。人际交往有限，缺乏与别人联系和建立关系的勇气。

8. 依赖性人格障碍 其特点是缺乏独立性，感到自己无助、无能和没有精力。把自己的需求依赖于他人，对别人的意志过分服从，要求和允许别人安排自己的生活，在逆境和不顺利时有将责任推脱给他人的依附倾向。

（三）人格障碍形成的心理社会因素

关于人格障碍形成的原因至今尚不完全清楚。目前一般认为它是在大脑先天性缺陷的基础上，受心理社会因素及其他环境有害因素影响而形成的。

研究表明，心理、社会与文化、环境的潜移默化影响，可能是人格障碍形成的关键性因素。

有的调查资料显示，某些社会和社会文化环境与人格障碍有关。例如美国某精神病院门诊和住院统计，诊断为病态人格者占 20%，我国北京、上海等五城市统计结果仅为 0.22~0.82%。这一结果除了病人来源和诊断方面的原因外，还反映了不同社会文化之间的差异。

许多心理学家研究认为，父母离异或被父母抛弃是儿童产生人格障碍的首要原因。因为这类儿童得不到父爱与母爱，情感上的冷漠不仅使其在人际之间保持较远的距离，而且令人难以捉摸和不好接近。因而也就不可能与人保持热情、温暖和亲密的关系。他们虽然从形式

上学习和接触了社会生活，但是却不具备理解和分担他人情绪的能力，也不能从思想情感上把自己溶入他人的心境，做不到将心比心。此外，这类儿童的父母多表现为反复无常，无一定的赏罚和教育原则，对孩子的要求也缺乏一致性。因此，造成孩子无所适从和没有明确的自我认同感觉。

在儿童时期的家庭教育方面，父母的养育方式无疑是形成人格障碍的重要原因，如果父母对孩子冷淡无情，甚至凶狠残暴，或者溺爱放纵、过分苛求，都可能产生不良影响，出现逃学、懒散、撒谎、违抗等现象，以至逐渐发展为人格障碍。

二、人格障碍的心理干预

事实表明，人格障碍形成后，其矫正工作的难度很大。因此，预防比治疗更具有实际意义。大量研究与调查结果指出，人格障碍在个体发展的早年，一般是15岁以前就开始形成。这样，儿童的早期教育对人格障碍发生、发展和预防工作相当重要。家庭、幼儿园、学校和社会的良好教育能对儿童的不良行为给予及时纠正，这对孩子性格的发展十分有益。此外，社会上应当大力开展心理健康教育工作，实现家庭和睦，减少或消除家庭暴力和家庭纠纷，最大限度地避免夫妻离异和家庭破裂，给孩子以家庭温暖，让孩子在充分地享受“母爱”和“父爱”的同时，培养和发展健全的人格。另外，在幼儿和学校教育中要大力提倡团结友爱、互相帮助的精神，在社会上创造良好的人际关系，生活环境和氛围，对人格障碍的预防和纠正都具有非常重要意义。

人格障碍的治疗虽然很难，但并非不能矫正。由于大多数人格障碍者能够以最起码的方式应付日常生活，致使人格障碍者几乎没有主动要求治疗的。即使在强制治疗时，也会出现抵制治疗、欺骗医护人员的现象，对此应该予以充分注意。

由于社会化问题是人格障碍的最关键和最重要的因素，所以心理干预首先是重建他们的心理和社会环境，创造关心、爱护和不受歧视的氛围。动员其多参加一些公益事业活动，并同时进行尊重他人和尊重自己的教育，逐渐改造其不良人格。

人格障碍的心理治疗是必不可少的。心理治疗的基本要领是在稳定心理状况的前提下，慢慢地促进性格上的改变。首先，要深入了解并建立良好的关系，取得信任以便沟通。然后逐渐地帮助其认识人格缺陷，说明人格是可以改变的道理，鼓励他们树立坚定的信心，启发其自我认同和同情心，改善与家庭、同学、同志的人际关系。经过较长时间的稳定之后，慢慢检讨自己的性格缺陷，寻找成熟的途径。当然，在对有人格障碍者进行心理干预时，并非完全顺利，因为患者在感情方面喜怒不定和富于冲动性，一会儿喜欢，又一会儿埋怨，甚至有时捉弄和欺骗治疗者。对此，要注意保持稳定和中立的态度与关系。千万不要当面探讨和分析其潜意识境界，而应当保持适当的情感距离，不可过分亲近。否则会因为其不习惯被人亲近而发生恐惧反应，出现猜疑或逃跑现象。此外，对反社会型人格障碍者的心理干预，很少采用开放性的心理治疗和心理咨询方法，而应采用特殊的原则，一般要在特定的场所进行管理和训练。治疗者要充分显示自己的权威和力度，使其信服和听从指导意见。在实施干预的初期，不一定把重点放在支持性心理治疗方面，相反，必要时应令其看到自己不良人格所造成的后果及对自己的不利，以期产生接受治疗和进行自我改造的效果。

目前，治疗性社区或称治疗性团体，能创造一种较好的生活和学习环境，人格障碍者参加其中活动，有利于控制和改善偏离行为。在与其他成员的相互交往中，寻求新的行为方式，塑造正

常的人格。这种集体心理干预方式是比较有效的。

很多学者认为，惩罚对人格障碍者是无效的。而由社会各方面配合，提供长期而稳定的服务和管理，如门诊咨询服务、日间医院、综合医院、急诊处理、工疗机构、监护车间等，对人格障碍是有益的。丹麦就有这类特殊中心，其良好的心理干预方式可供我们借鉴。

第五节 性心理障碍

一、性心理障碍概述

（一）概念

性心理障碍（psychosexual disorder）又称性变态（sexual deviation）或性欲倒错（paraphilia）。泛指在两性行为方面的心理和行为明显偏离正常，并以这类偏离为性兴奋、性满足的主要或唯一方式的一组心理障碍。从而不同程度地影响干扰和不同程度地破坏了正常的性活动。

（二）判别标准

对性心理和性行为正常与否的判别，只能使用相对的标准，以生物学属性和社会文化特征为基础，结合变态心理的一般规律和性变态的特殊性进行评价，包括以下几个方面：① 以现实的社会性道德规范为准则；② 以生物学特点为准则；③ 以对他人或社会的影响为准则；④ 以对本人的影响为准则。

对心理生理障碍时的性功能障碍、由境遇造成的暂时的性生活替代行为、继发于某些精神病和神经系统疾病的性变态行为统称为继发性性变态（secondary sexual deviation），不应诊断为性心理障碍。

（三）分类

在世界卫生组织颁布的《国际疾病分类》（ICD-10）中规定，性心理障碍包括性身份障碍、性偏好障碍和与性发育和性取向有关的心理与行为障碍。

- （1）性指向障碍：同性恋、恋物癖、恋兽癖、恋尸癖、恋童癖。
- （2）性偏好障碍：异装癖、露阴癖、窥淫癖、摩擦癖、施虐癖、受虐癖。
- （3）性身份障碍：易性癖。
- （4）其他：口淫癖、恋污秽癖、恋尿癖、恋粪癖、恋灌肠癖、乱伦、电话淫语癖、淫书淫画癖等。

（四）性心理障碍的心理学解释

十九世纪早期曾把性变态看成是一种先天性异常，但经长期研究，关于性变态的生物学基础研究结果不能为大家所公认。目前对性心理障碍有代表性的心理学解释有以下几种：

1. 心理动力学理论 该理论把性心理障碍看做是在正常发育过程中，异性恋发展遭到失败的结果，一般多为男性，源自儿童早期恋母情结时的阉割焦虑和分离焦虑的威胁，且在无意识中持续发挥作用，受当前环境触发因素的作用，导致解决现实两性问题的困难和挫折，为缓解焦虑和心理冲突的冲击，获得心理安宁，在心理防御机制的作用下，导致性心理退行到儿童早期幼稚的发展阶段，使异性恋的发展受挫，无法实现性的生殖功能成熟的发展方式，故性冲动被固着于不成熟的状态。产生了性心理障碍。

2. 行为主义学派理论 这个理论观点认为性心理障碍是后天习得的行为模式。

3. 整合理论模式 该理论主张对不同理论进行部分地整合后解释性心理障碍,认为对性的认知、信念、对性问题的态度和行为方式,在性心理障碍的发生发展中均有不可忽视的重要作用。

(五) 性心理障碍的心理社会因素

研究表明,性心理障碍与下列心理社会因素有关:① 正常的异性恋活动受挫,如失恋、正常异性恋的痛苦经验,或正常异性恋爱受到抑制等;② 遭遇重大的负性生活事件的刺激,如人际关系、家庭或事业上的失败与打击等;③ 儿童早期家庭环境中的不良因素,如对孩子反性别的着装打扮或暗示、家庭中的性虐待等;④ 社会不良文化的影响,如淫秽出版物、不良的性诱惑等;⑤ 个性因素,如害羞、孤僻、内向、不善交际、女子气等。

二、常见的性心理障碍及心理干预

(一) 常见的性心理障碍

1. 同性恋 (homosexuality) 这是以同性为性爱指向对象的心理障碍。即在正常条件下对同性在思想、情感和性爱行为等方面有持续表现性爱的倾向。在性心理障碍中最为常见,可发生在各种年龄,男性多于女性,实际上有男同性恋与女同性恋、精神性同性恋与实质性同性恋、主动性同性恋与被动性同性恋、绝对性同性恋与相对性同性恋之分。

2. 恋物癖 (fetishism) 系指反复出现以异性躯体的某部分或其使用的物品为性满足的刺激物的心理障碍。几乎全发生于男性,他们通过抚摸、吻、嗅该类物品等方式达到性满足。这些物品包括乳罩、内裤、袜、头发等。

3. 异性装扮癖 (异装癖 transvestism) 这是一种反复而强烈的涉及异性装扮的性渴求与性想像,并付诸实施的心理障碍。绝大多数是异性恋者,且多见于男性。

4. 露阴癖 (exhibitionism) 主要表现是以反复在异性和陌生人面前暴露自身的性器官的性渴求和性想像,获取性满足的心理障碍。在性心理障碍中较多见且多为男性。

5. 窥淫癖 (voyeurism scopophilia) 其特征是以窥视异性裸体或性交行为活动,达到性兴奋的强烈欲望,获取性满足的心理障碍。多为男性。

6. 摩擦癖 (frotteurism) 亦称性摩擦癖。这是一种以在拥挤场所乘其不备,以生殖器或身体的某些部位摩擦异性躯体或触摸异性身体的某一部位,以引起性兴奋为特征的心理障碍。仅见于男性。

7. 性施虐癖 (sexual sadism) 和性受虐癖 (sexual masochism) 前者特征是向性爱对象施加虐待,以获得性兴奋,多见于男性。后者以接受性爱对象的虐待而获得性兴奋,多见于女性。也见于男性同性恋者。二者可以单独存在,也可并存。

8. 易性癖 (transsexualism) 其特点是在心理上对自身的性别的认定与解剖生理的性别特征相反,持续地存在改变自身性别的生理解剖特征以达到转换性别的强烈愿望,其性爱倾向为同性恋。

此外,还有恋兽癖 (zoophilia bestiality) 和恋尸癖 (necrophilia necrophilia necromania) 等罕见种类,文献报道均为男性。

(二) 性心理障碍的心理干预

因为性心理障碍与性行为异常者多不主动就医,很少有强烈和持久的矫治愿望,所以其心理干预的工作比较困难,心理治疗只能对部分性心理障碍有所帮助,近年来应用行为疗法中的厌恶

疗法对很多性变态患者的治疗取得了一定成功。一般来说，性变态很难改变，但是随着年龄的增长，强迫性的变态性冲动可望得到缓和。

此外，性心理咨询也是性心理障碍的心理干预重要手段。但性心理咨询范围相当广泛，除了一般的性问题，如各年龄阶段的性问题，特殊群体中的性问题以外，还有病理的性问题，如性功能障碍、性心理障碍、性疾病等。

顺便指出，在各种性问题的心理咨询和处理的深入阶段，应当遵守以下的原则，即：咨询者与来访者认识的一致性；消除情绪因素，改变认识和行为模式，恢复自然的性功能；夫妻共同治疗；注意性活动以外的其他因素，为来访者保密。

第六节 不良行为

一、酒瘾

（一）概念

酒瘾亦即酒精饮料依赖 (alcohol dependence)，包括对酒精的心理依赖、生理依赖与耐受性三个方面。心理依赖 (psychological dependence) 是由于长期饮酒而对酒精产生了心理上的嗜好，经常渴望饮酒。生理依赖即躯体依赖 (physical dependence)，系指长期大量地饮酒之后，中枢神经系统发生了某种生理、生化的改变，一旦体内的酒精浓度降低到一定水平之下，就会发生不舒适的躯体反应，出现戒断症状。为避免发生戒断症状，依赖者不得不经常饮酒。耐受性 (tolerance) 系指反复饮酒之后，酒量越来越大。由于长期大量饮酒，导致了个体慢性酒精中毒，从而引起一系列生理与心理疾病。

酒瘾的病因尚不十分清楚。普遍认为其影响因素有生物遗传因素、病理心理因素、社会文化因素以及对嗜酒行为的政策影响等。

关于酒中毒的诊断问题，可根据 DSM—III 对酒依赖伴酒中毒而引起精神障碍的诊断标准进行。

酒瘾的危害主要表现在对自身健康的影响，对家庭的影响和对社会的影响等方面。急性酒中毒可抑制延髓呼吸中枢，直接导致死亡。此外，对神经系统、消化系统、生育系统都有损害。因此造成家庭不和或破裂及对社会的不良影响。

（三）对酒瘾的心理干预

对酒瘾的心理干预主要是戒酒，一般多用行为治疗的厌恶疗法，其中药物厌恶法的效果比较好，使用阿朴吗啡、吐根碱和琥珀胆碱等厌恶药物，也有用想像厌恶、电刺激厌恶、行为自我调节等方法，其效果也令人满意。

在实施干预的过程中，可能遇到戒酒反应问题，出现手、舌、眼睑的粗大震颤及恶心、呕吐、植物性神经活动亢进、焦虑、激惹、幻觉和错觉等症状时，应使用适量的安定等镇静药。若有明显的精神症状，也可用氯丙嗪等抗精神病药。同时注意补充能量。

此外，社会的舆论宣传也有很大作用，应当使人们普遍认识酒的危害，这也是心理干预的重要方面。

二、烟瘾

（一）概念

DSM-III对烟草依赖的诊断标准是这样规定的：

A 持续地吸用烟草至少一个月；

B 至少下述中的一项：① 郑重地企图停用或显著减少烟草使用量，但未能成功；② 停止吸烟而导致停吸反应；③ 置严重的躯体疾病于不顾，虽自知吸用烟草会使其加剧，但仍然继续吸烟。

松浦根据 1980 年对日本老年人的调查，指出吸烟行为的动机有：① 以吸烟作为生活的支持；② 以吸烟作为一种乐趣；③ 用吸烟求得心理安慰；④ 用吸烟作为自我独立决断的表现形式；⑤ 用于社交活动；⑥ 通过吸烟期望躯体能得到安全。

（二）吸烟的危害

实验结果表明：吸烟时的烟雾中含有 2000 多种物质，其中尼古丁占全部生物碱的 90%以上，它主要作用于人的胆碱能系统，先对胆碱能受体引起兴奋，然后再转入长时间抑制。同时，尼古丁还促进肾上腺髓质和其它部分释放儿茶酚胺，引起心率加快，血压升高和心搏出量增加，及末梢血管收缩及血液中游离脂肪酸增多，尼古丁对各器官的这种先兴奋后抑制作用，除能使神经系统出现震颤和痉挛外，还可引起慢性支气管炎、肺癌、肺气肿、心血管病、消化系统溃疡等。孕妇吸烟会影响胎儿发育。

调查表明，工作时吸烟能使生产率下降、吸烟者的医疗费用增加及造成火灾等。

此外，戒烟时可有焦虑、兴奋、全身不适等戒断症状，其严重程度与吸烟数量、唾液中尼古丁浓度、吸烟深度呈正相关。一般女性的戒断症状表现较男性为多。

（三）对烟瘾的心理干预

社会对吸烟问题的重视是预防烟瘾和解决烟草依赖的关键。广泛宣传吸烟的危害，特别是对青少年吸烟行为的限制，以及公共场所的禁烟规定，都是心理干预的有效手段。

对烟瘾的心理活动，以行为疗法中的厌恶疗法较为多用，包括想象厌恶，当引起对吸烟的厌恶感后，其干预效果也会令人满意。此外，一些欧美国家还在临床上试用了对烟草依赖的特异性药物疗法以达到提高戒烟率的目的。寻求一个有效途径，改变吸烟恶习及其观念，将是今后行为心理干预的重要任务。

五、 药物依赖

（一）概念

药物依赖 (drug dependence) 亦称药物成瘾。世界卫生组织 (1974) 将药物依赖定义为是一种强烈地渴求并反复地应用药物，以获取快感或避免不快感为特点的一种精神和躯体的病理状态。

药物成瘾自古有之。但是，近代已经成为严重的社会问题，药物依赖者并非出自医疗或营养的需要，而是为了满足嗜好，为了避免停药带来的躯体不适反应，不得不持续性或周期性地长期用药而欲罢不能。

药理学研究表明，药物依赖与酒精依赖一样也包括三方面：第一，对药物的心理依赖，服药使个体产生了特定的心理体验，通常是一种心理上的快感。第二，对药物的生理依赖，即服药个

体的中枢神经系统产生某种生理、生化的改变，反之，若体内没有这种药物存在或其浓度低于某一水平，就会有不适的躯体反应。第三，个体对药物发生耐受性，即服用的药量必须逐渐加大，才能达到与原来的相同的效应，由此可见，在药物成瘾过程中，有生物学因素，也有心理学因素，而一些社会因素导致成瘾也是不可忽视的。

（二）分类

常见的药物依赖有以下几种：

1. 鸦片类药物成瘾 这是指由鸦片、从鸦片中提取的生物碱，如吗啡、吗啡的衍生物如海洛因，及具有吗啡作用的化合物如度冷丁等所导致的药物成瘾。
2. 大麻依赖
3. 可卡因类药依赖
4. 苯丙胺类药依赖
5. 镇静催眠药和抗焦虑药依赖 如巴比妥类药物。某些非巴比妥类镇静催眠药物也能成瘾。
6. 致幻剂成瘾 如麦角酸二乙胺（LSD）等。
7. 有机溶剂成瘾 如工业上气味芳香的有机溶剂等。

（三）药物依赖的心理干预

一般来说，药物成瘾的治疗和康复分为脱毒、康复、回归社会的照顾三个阶段，而心理干预贯穿于始终。

所谓脱毒就是让体内成瘾药的毒物排除干净。然后进入康复阶段，康复的实质就是心理治疗阶段，这是戒除药瘾并取得成功的关键，通常采用认知疗法、感情支持与行为矫正疗法。在解决认识问题的同时要给予感情上的支持，树立自强和自信心，并及时进行不良行为的矫正。使成瘾的病态生活方式转变为正常的健康生活方式。最后，回归到社会。

应当指出的是，当今戒除药物依赖的医疗方法很多，但是戒断与矫正这种心理障碍决非一朝一夕即可奏效。为此，我们对药物成瘾的治疗方针应立足于预防。从全社会的宣传和控制方面着手，使人们普遍认识药物依赖的严惩性及危害性，尤其在青少年或易感人群中重点进行，以达到寓治于防的目标。此外，做到预防工作的三个减少，即减少供应，减少需求和减少伤害都是具有实际意义的。

四、贪食与厌食

（一）概念

贪食（*aplesia*）是食欲过于旺盛或超量进食的行为。厌食（*anorexia*）是食欲缺乏或进食量显著减少的行为。神经性厌食（*anorexia nervosa*）是由心理因素引起的厌食，以自愿的饥饿和明显的体重下降为特征。

贪食可引起肥胖，这不仅对身体健康有很大影响，而且给生活和工作带来很多不便。临床证明，因肥胖会增加机体的额外负担，可引起一系列疾病。

厌食是儿童青少年特别是少女当中常见的心理障碍，据报道在心理咨询门诊中，90%厌食的儿童属于“神经性厌食”。这些出现厌食或拒食现象的儿童，并非因身体疾病所致，他们的身体器官发育正常，大部分是由家长在对待和处理儿童进食方面的不妥所造成。引起厌食的原因主要是：自己认为过胖或为了身材苗条和漂亮、离开亲人对新环境适应不良、限制自由引起食欲减低和过分关注或强迫进食导致的厌食。厌食可引起消瘦，与贪食一样，也可导致机体的不适和疾病。

（二）矫治与心理干预

对贪食的矫治主要采用饮食行为疗法、体力劳动和体育锻炼、药物等疗法。有报道采用行为矫正疗法，配合小剂量的氟哌定醇治疗效果更好。

厌食的矫治与心理干预，对住院者首先要建立良好的医患关系，共同确定目标体重。对重症患者可强制进行支持疗法，以维持水与电解质的平衡。此外，在做心理治疗时，可从人体的生长发育规律、营养在发育中的作用、现代人的审美观等方面教育入手。心理治疗包括疏导、解释、支持与暗示等，而行为疗法的操作性条件反射法与脱敏疗法常能奏效。行为矫正和家庭治疗最好同时进行。对在家庭里治疗者主要依靠父母或亲人进行矫正，家长不应当逼迫孩子多吃，强迫进食容易导致厌食。当孩子食欲欠佳，短时期少吃或不吃时，不要看得过分严重，或心急如焚，家长的这种心理容易导致孩子厌食。而应顺其自然，让孩子从生理与心理上自然调节，便可迅速恢复食欲，达到正常进食的目的。

综上所述，对贪食与厌食皆可采用饮食行为疗法、劳动与体育疗法，并可配合药物进行治疗，会取得令人满意的效果。

（丁宝坤）

第十章 临床其它心理问题

以心理病因、心理评估、心理治疗和心理预防的纵向知识，对医学临床常见的睡眠与梦、疼痛、手术、康复、药物使用等“问题”加以综合认识。

- | 睡眠是一种心理生理现象，失眠和其他睡眠障碍与心理行为因素有关。
- | 疼痛的表现有情绪反应成分，慢性疼痛的治疗和康复与心理行为因素有关。
- | 手术焦虑与心理行为干预原则同样适用于生活中的其它应激性情景。
- | 康复心理狭义的仅涉及伤残，广义一点的涉及慢性病和老年群体。
- | 药物心理的核心是暗示，与治疗 and 科研工作有关。

第一节 睡眠的心理问题

睡眠是人类生命活动所必须的心理生理过程。利用脑电图、肌电图和眼电图的连续描记技术表明，睡眠不是简单觉醒状态的终结，不是一种被动过程，而是不同心理生理现象往复循环的主动过程。在睡眠过程中人的大脑及心理仍在活动。睡眠活动的变化及规律与生理和心理健康密切相关，是反映身心健康的重要指标。

一、正常睡眠与梦

（一）睡眠节律

根据人在睡眠过程中的脑电图（EEG）、肌电图（EMG）和眼动电图（EOG）变化特征，可将睡眠划分为慢波睡眠和快波睡眠两个时相。

1. 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，全身肌肉张力下降，但仍保持一定张力。脑电图依睡眠深度变化不断变慢，按脑电图变化特点，将慢波睡眠又区分为4期。

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；

S₂期：对外界刺激已无反应，亦无可回忆的精神活动；

S₃期：进入较深的睡眠状态；

S₄期：深睡期，睡眠很深。

这四个期持续30~45分钟。在慢波睡眠期间，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，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。生长激素在S₄期明显分泌增加，可能与生长和体力恢复有关。

2. 快波睡眠（fast wave sleep, FWS） 此期较慢波睡眠更为深沉，又称深睡眠，但脑电

活动的特征却与清醒相似，所以亦称异相睡眠；快波睡眠期眼球出现水平快速移动，故又称快动眼睡眠（REM）。

此期眼电活动显著增强，肌张力进一步下降，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。

如在快波睡眠期被唤醒，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 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交替和循环，直至觉醒。

以正常年轻成人为例，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，在睡眠的前 1/3 部分占有优势，但在睡眠的后 1/3 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。

（二）睡眠的需要量

人与人之间每天需要睡眠的时数有很大的差异。决定每天睡眠时数的一个很重要的因素是年龄。出生后三天的婴儿每天要睡眠 12~22 小时（平均数 16 小时）。随着婴儿的成长，白天睡眠的时间逐渐减少，而夜间睡眠仍保持在 10 小时左右。青年人每夜一般睡 6~8 小时，中老年人进一步减少。

慢波睡眠的时间也随着年龄而变，20 岁以后慢波睡眠开始减少，到老年期可迅速减少，甚至完全消失；REM 睡眠的时间，在 3~6 岁的幼儿约占总睡眠时间的 1/3，成年人均占有 1/5~1/4，超过 65 岁的老年人约占 1/5。

在同年龄、同性别的健康成年人中，有的人每 24 小时只睡三、五个小时，白天照常精力充沛地工作和学习；而另一些人却要睡八、九个、甚至十个小时，才能保证白天的功能活动。前者可称之为短睡眠者，后者称为长睡眠者。

每人具体需要的睡眠时间还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。

（三）睡眠剥夺研究

睡眠剥夺（sleep deprivation）实验研究可以反映睡眠的功能。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。

研究表明，72 小时以上持续不眠的受试者会出现错觉和幻觉，如感到墙壁、天花板似乎在晃动，误将木柱当作人等；凭空听到狗叫声、卡车声等；走路如同醉汉，可有眼花和复视；言语中断，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，类似精神分裂症的表现。

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（12~24 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。动物实验发现活动增多，食欲和性欲亢进现象。在快波睡眠剥夺后恢复正常睡眠的夜晚，会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。

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，而且与人的心理生理功能密切相关。

（四）睡眠与梦

每个人都会做梦。多数的梦发生于快波睡眠。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，尤其视知觉突出；而在慢波睡眠节律中唤醒被试者，只有 7%的人报告正在做梦，且梦的内容平淡。

快波睡眠剥夺实验时，受试者一进入快波睡眠便将其叫醒，此时大多数人报告正在做梦。实验结果表明，受试者出现难以集中注意力，情绪不稳，冲动，缺乏控制能力等心理行为异常现象。随后对睡眠不加干扰时，这些受试者快波睡眠的时间要比通常多，有时甚至达到平时的 2 倍。由此判断，做梦不但是快波睡眠的特征之一，而且快波睡眠与心理生理需要有关。

Hartmann 认为，REM 睡眠可能帮助以去甲肾上腺素（NE）为递质的某些脑通路恢复效能。Greenberg 等（1966）认为，短时记忆转换为长时记忆是在梦中完成的。

梦来自何方？它是如何形成的？俗话说“日有所思，夜有所梦”。弗洛伊德则认为梦来自于潜意识冲动。

Hobson 和 McCarley（1997）根据关于梦的许多生理学研究结果，提出了梦的“激活-合成模式”（the activation-synthesis model）。他们认为，梦过程是从脑干“巨细胞”（giant cells）的放电开始的。这种放电不仅导致眼球的快速双向水平移动和 REM 睡眠的特征性脑波，而且也导致许多脑区的激活，包括感觉（特别是视觉）、运动功能和情绪活动的脑区。正是对许多脑区的这种激活作用，导致了各种可变的，甚至稀奇古怪的梦境。

除了巨细胞放电可以导致脑区激活外，睡眠期间体内外的某些比较强烈的刺激，也可引起相应脑区的激活，从而被收入梦中。例如，如果于快波睡眠期将冷水喷到睡眠者身上，那么他可能会梦见自己外出途中遭到暴雨的袭击。

二、睡眠障碍

睡眠障碍在临床上极为常见。睡眠障碍既可见于正常人，又可以是各种疾病的伴随症状。英国一项调查证明，有 1/6~1/4 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%。睡眠障碍表现为失眠、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 常见的失眠有以下三种类型：

(1) 入睡困难型：表现为上床后久久不能入睡。情绪兴奋、紧张、焦虑、抑郁等都易造成入睡困难。临床上多见于神经官能症患者或有重要生活事件者，如面临考试时。

(2) 保持睡眠困难型：表现为夜间易醒，或醒后不能再入睡。从睡眠实验研究中发现，这类

失眠者一夜中的觉醒时间多达 15%~20%，而睡眠正常者只占 5%。另外，这类失眠者 S₂ 浅睡眠期的比例较高，故醒后多感体力恢复不佳。临床上多见于具有紧张个性心理特征的人。

(3) 早醒型：表现为清晨觉醒过早，多于凌晨 3~4 点醒来，而且醒后不能再入睡，这种情况多见于抑郁症患者。老年人也容易出现早醒。

2. 失眠的原因 造成失眠的原因很多，常见的有：

(1) 心理社会因素：如过度疲劳或紧张、敏感、急躁，或对健康过度关心。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和使失眠长久不愈的重要心理因素。

(2) 环境与外在因素：异常的噪音、光线过强；睡眠环境的改变，如病人新入院不习惯病房环境；睡眠规律改变，如值夜班、时差反应等。这些都影响入睡或使觉醒次数增多和早醒。另外，入睡前饮用兴奋性饮料如咖啡、浓茶、酒等也可导致失眠，但这种失眠均属暂时性。

(3) 疾病和药物因素的影响：有研究报告表明，以抑郁为主的情绪问题可能是 70%失眠的真正原因。除精神疾病外，躯体性疾病所造成的疼痛、呼吸困难、哮喘、频繁咳嗽等都能影响睡眠。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 应对失眠患者进行医学检查和心理检查，了解原因和特点，针对不同情况选用治疗方法。

(1) 药物治疗：药物是治疗失眠的常用手段，但要慎重用药。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有不利影响。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睡眠的 S₄ 期减少。应避免长期给药，中医药中有不少有效的治疗失眠的方剂，且无不良反应和反跳反应，值得重视。

(2) 养成良好的习惯：失眠者应注意避免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 小时不进行使身心兴奋的脑力体力活动；主动调节自己的不安情绪，创造良好的入睡环境。

(3) 心理治疗：①通过各种心理治疗方法，调整认识态度，减轻患者心理压力，避免产生不良的自我暗示，减轻紧张、焦虑和不安，促使其保持愉快的情绪。②安慰剂的应用，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地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情绪和失眠。⑤生物反馈治疗。

(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，甚至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，多见于儿童，发生在夜间睡眠的前 1/3 期间，慢波睡眠的 S₃ 和 S₄ 期。表现为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作所为不能回忆。

3. 梦魇 梦魇又称睡眠焦虑发作，发生在快波睡眠时期，常与恶梦有关，表现为在熟睡中

突然出现紧张恐惧、呼吸急促、心率加快，常伴有窒息感。儿童、成人都会发生，多与疲劳过度、焦虑等不良心理刺激因素有关。

4. 夜惊 表现为睡眠中惊叫、骚动、恐惧、不安、心跳、呼吸加快、出汗、不易被唤醒，通常发作数分钟后又入睡，多见于儿童，多发生于睡眠前 1/3 阶段的慢波睡眠期。

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，然后针对不同情况采取相应措施，消除影响睡眠的不良因素，疏导患者紧张焦虑的情绪，给予适当剂量安定药物，进行放松训练、催眠暗示等治疗。

第二节 疼痛心理

疼痛是一种复杂的心理生理现象。在临床病人中，疼痛是最常见的主诉。

人们历来把疼痛看成是一种躯体症状，认为它与损伤的程度成正比，认为刺激强度越大，疼痛越剧烈。事实证明，疼痛比这种简单的理解要复杂得多。同样的损伤，不同的人所感受的疼痛体验不同，同一个人在不同的时候疼痛体验也不一样。有些人损伤很重，但他们感受的疼痛却很轻，另一些人损伤很轻，但觉得疼痛剧烈。疼痛程度与损害程度不一定一致。痛觉可以被一些无关的物质所减轻或消除。其原因就是在于疼痛受心理社会因素的作用与影响

一、疼痛的心理生物学

(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，同时还有情绪和情感体验。痛觉有以下一些特征：

(1) 引起疼痛的刺激范围很广，不象其他感觉刺激那样专一，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℃，开始刺激疼痛受体（神经末梢）而激起痛觉。

(2) 疼痛多种多样，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，最主要的如隐痛、刺痛、灼痛、酸痛、牵涉性痛等。

(3) 刺激与痛觉之间不存在必然的关系。如经常与电打交通的电工对 70 伏的电击无所谓，而普遍人只能耐受 20 伏。许多相同的刺激，加于不同人体，甚至同一人体的不同状态，可以产生程度上，甚至性质上差别悬殊的痛觉。

(5) 疼痛具有两种成分，即痛知觉 (pain perception) 和痛反应 (pain reaction)。痛知觉是指对疼痛的感知，与其说它依赖于病因刺激的性质和强度，不如说它在更大程度上依赖于大脑皮质对它的解释。疼痛的反应总是与不愉快的情绪发生单极联系，并有回缩、逃避、反抗的行为反应以及相应的生理变化。

(5) 疼痛是病人自己主观的、高度个体化的经验，不能被其他人确认。正因为如此，疼痛才被视为一种心理事件，而不是躯体事件。它的出现及强度与个体的心理状态紧密相关。

(6) 疼痛具有积极和消极双重意义。一方面，疼痛是人体组织损伤的一种信号，疼痛使人们知道机体正受到伤害，因而是一种有益的警告。这是疼痛的生物学价值所在，具有保护性意义，与其他感觉相同。没有饥饿感，人将不知道吃喝，很快死亡；没有性欲，种族将不能延续。同

理，没有疼痛的警告，我们就不能回避伤害性的刺激，将不了解内在的疾病和防止外伤。另一方面，如果疼痛剧烈持续，就成为一种痛苦的折磨，影响工作和学习，成为破坏身心健康的劣性刺激。

（二）疼痛反应

1. 心理反应 主观上感受到的一种难言的极不愉快的体验。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。例如急性危重病人（突发心绞痛、难产、严重外伤出血等）疼痛的心理反应主要表现为恐惧、紧张；生理反应则以心血管、呼吸变化为主。慢性疼痛病人的心理反应主要表现为抑郁；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功能低下。

（三）疼痛的闸门学说

疼痛的闸门假说(gate control theory)首先由 Melzack 与 Wall(1965)提出,经过 Wall(1978)修改,比较符合疼痛规律和解释疼痛的问题。

闸门假说认为,来自外周(如皮肤)的疼痛信息,传至脊髓进入三个系统,即:① 后角中的胶质细胞区(SG细胞);② 后角中的第一级中枢传递细胞(T细胞);③ 后索纤维向脑的投射。这三个系统相互作用控制疼痛的产生。T细胞兴奋发放冲动时,可激活后索纤维向后脑投射时,产生痛觉。传送外周疼痛信息的粗纤维(L)与细纤维(S)都可以直接投射到T细胞,但粗纤维兴奋时,其侧支同时使SG细胞兴奋,反馈抑制T细胞的冲动,使T细胞放电停止。而当细纤维兴奋时,既使T细胞发放冲动,同时通过侧枝使抑制SG细胞,从而取消了其对T细胞的抑制,T细胞放电加强。因此,T细胞的活动就象一道闸门,粗纤维兴奋使它关闭,细纤维兴奋使它开放,产生痛觉。不过闸门不仅受到外周传入信息影响,还受到来自中枢信息的注意、情绪和暗示通过中枢下传冲动到闸门,影响了痛觉的感受。这样就可以理解大脑和心理因素对疼痛的影响。

二、心理社会因素对疼痛的影响

（一）社会学习

疼痛从某种意义上与社会学习过程有关。父母对子女的轻微损伤表示大惊小怪或者泰然处之,对他成年以后对疼痛的态度有很大影响,如果一个儿童从小受到疼痛警告过多,日后将成为容易焦虑,对疼痛敏感的人。

（二）对处境的认知评价

对痛刺激的含义理解不同,疼痛体验也不同。第二次世界大战时 Beecher 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。对于受伤的战士来说,从战场上死里逃生使他感到庆幸,疼痛也算不了什么;而对平民来说,受伤则是

重大灾难。

（三）注意

如果把注意集中在自己的痛觉上，疼痛就会更加强烈，相反，把注意力转向痛以外的事物上，对疼痛的感觉处于抑制状态，这时候疼痛会明显减轻，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，不感到疼痛和不适，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。

（四）情绪状态

布兰德博士指出，恐惧、生气、内疚等情绪是疼痛的强化剂，其对疼痛的影响远大于药物的作用。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、欢快的情景中，疼痛会被抑制，甚至没有痛反应表现。

对牙科病人的心理学研究表明，病人对牙科医生和牙科治疗的恐惧是治疗过程中疼痛反应强烈的重要因素。

（五）人格特征

自尊心强的人常常表现出较高的疼痛耐受性，具有疑病、抑郁、癔病、紧张、容易焦虑等人格特征的人，对疼痛更敏感。

（六）暗示

暗示对痛觉影响很大，安慰剂止痛是最好的例证。外科手术后的疼痛 35%可被安慰剂止痛，而吗啡也能使 75%的手术后患者疼痛缓解。Wolbb 让病人进行自我暗示，心想“我不感到痛”时，痛阈上升 7%~20%。

此外，文化、宗教、信仰等因素都会影响对疼痛的感受和耐受。如佛教徒剃度烧戒时，能忍受香火烧灼头部的剧痛。

三、疼痛干预

对于疼痛的干预，首先要查明疼痛原因，对于躯体病变引起的“器质性疾病”，干预重点在于治疗躯体疾病，采用手术、药物等治疗措施。对于各种疼痛，还可以针对心理社会因素对疾病的影响采取心理干预等措施。包括：

- (1) 暗示技术，如使用安慰剂和自我暗示方法；
- (2) 行为治疗技术，用来减轻与疼痛有关的行为模式，如进行松弛训练可用来减轻焦虑，从而缓和肌紧张性疼痛；
- (3) 生物反馈技术，如借助于皮温反馈升高手温，以减轻或控制偏头痛发作；
- (4) 分散注意力，改变疼痛的意义，如无痛分娩；
- (5) 减轻抑郁情绪的心理治疗和抗抑郁药物治疗。

Turk 把疼痛经验分为三种成分，并对此用不同的控制方法：① 疼痛的感知成分，采用放松和呼吸调节技术控制；② 疼痛的情感成分，可由转移注意、想象而获得减轻；③ 疼痛的认知评价成分，采用自我指导训练方法加以控制。

精神药物对心理因素引起的疼痛有其使用价值，安定类药物因有抗焦虑作用，对焦虑性疼痛是适用的。抗抑郁药越来越多地用来治疗慢性疼痛（chronic pain），不但对隐性性抑郁的疼痛有效，而且新近的研究似乎表明抗抑郁药本身具有镇痛作用，可用来减轻各种原因的疼痛。

（解亚宁）

第三节 手术的心理问题

无论何种手术，对病人都是一种应激刺激，不仅有身体上的创性刺激，而且会产生一定的心理反应。严重的消极心理反应可直接影响手术效果和并发症的发生。因此，医务人员应及时了解手术病人的心理特点，采取相应的心理康复措施，减轻病人的心理应激反应，帮助其顺利渡过手术期，并取得最佳康复效果。

一、手术前焦虑

（一）手术前焦虑反应特征

手术前病人的心理反应最常见的有手术焦虑（operational anxiety）、恐惧和睡眠障碍。焦虑恐惧表现为对手术紧张、担心、紧张不安、害怕，乏力疲倦等，似有大祸临头之感。身体上亦表现有相应的一些症状，如心慌、手发抖、坐立不安，出汗等。睡眠障碍的病人表现为入睡困难、早醒、恶梦等。病人入院 24 小时内焦虑程度最高，然后适应住院环境和病人角色后逐渐减轻。情绪不稳定的病人，其焦虑程度高，持续时间长，一般需要 5 天或更长时间才能适应手术前各种应激刺激（Wilson Barnett, 1978）。病人在手术前后出现轻度的焦虑是可以理解的，焦虑太严重则往往干扰康复的进程；反之，术前完全没有主观焦虑的感觉，提示病人对手术的危险性估计不足或过份依赖医师。

（二）手术前焦虑反应的原因及影响因素

1. 原因 术前焦虑的原因很多：① 病人对手术安全性缺乏了解，特别是对麻醉不了解，顾虑重重，导致焦虑和恐惧，大约占 90%以上；② 担心手术的效果，对手术成功缺乏信心；③ 对医务人员过分挑剔，对手术医生的年龄、技术和手术经验反复打听，并为此感受到焦虑，不放心；④ 30%病人怕疼痛，手术越小，病人往往越怕手术期疼痛；⑤ 其他方面包括家庭关系、治疗费用、将来的工作学习安排等。

2. 影响因素 许多因素影响病人术前焦虑反应程度，而且个体差异甚大。在评估患者术前焦虑水平时必须结合多方面的资料。一般认为年龄小的手术病人焦虑反应较重，女性患者焦虑相对较为明显，文化程度高的病人想法及顾虑较多，性格内向、不善言语表达、情绪不稳定以及既往有心理创伤的病人容易出现焦虑情绪等。

（三）手术前焦虑与手术结果的关系

在临床实际工作中发现许多病人尽管手术非常成功，但术后自我感觉欠佳，主要是这些病人心理适应能力较差，容易发生焦虑，而且程度较高，这样往往降低了病人的痛阈（pain threshold）和耐痛阈，从而表现为全身肌肉紧张，麻醉效果不佳，手术疼痛加剧。术后对止痛药的依赖，以及怕疼痛导致卧床不起等均影响手术的效果。关于术前焦虑与术后心理生理适应之间的关系方面，Janis（1958）认为术前焦虑程度与术后效果存在着倒“U”字型的函数关系，即术前焦虑水平很高或很低者，术后心身反应大而且恢复缓慢，预后不佳；术前焦虑水平适中者，术后结果最好。其原因是术前焦虑水平适中的病人，在心理上对手术和手术带来的种种问题有正确的认识和充分的准备，能较好适应手术和术后各种情况，结果术后感觉较好，躯体恢复较为顺利。但焦虑程度严重者，往往降低痛阈及耐痛阈，不论是在术中，还是在术后都易感受到剧烈的疼痛和心理的痛苦，结果对手术效果自我感觉不佳。术前焦虑水平低的病人，在心理上采取

了回避和否认的心理应对机制，对手术及术后并发症缺乏应有的心理准备，因此容易夸大手术痛苦和对术后结果感到失望，影响术后的恢复。但有些研究结果认为术前焦虑与术后焦虑、疼痛程度及恢复存在线性关系，也就是术前焦虑水平高的病人，其术后疼痛程度高，恢复慢些。

二、手术前病人心理问题干预

可见，及时有效地干预和处理手术焦虑反应，增强患者对手术的心理应对能力，使之具有良好的心理状态，有利于促进病人术后的躯体和心理康复。手术心理干预（operative mental intervene）方法包括一般心理支持和指导以及行为控制技术。

（一）一般心理支持与指导

主要是及时给病人提供有关手术治疗的必要信息，因为给病人提供手术的真实信息，将会减轻病人的害怕情绪，增强其忍耐性。这些信息可分为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；主观信息是给病人提供有关手术时将出现的各种主观真实感受、医生相应的措施及对病人提出要求和问题给予解答。

1. 晤谈与评估 医务人员应耐心地与病人进行交谈，听取病人的意见和要求，以估计病人的心理反应、手术动机及应对方式，建立良好的医患关系。

2. 提供有关手术信息 及时向病人和病人家属：① 详细耐心介绍病人的病情，阐明手术的重要性和必要性，尤其要对手术的安全性作出恰当的解释，对于手术复杂、危险性大的病人，应介绍医务人员是怎样反复研究其病情并确定最佳手术方案的，使病人感到医护人员对其病情十分了解，对手术极为负责；对某些有多种治疗方法选择的手术病人，应向病人详细介绍手术和其他治疗方法的利与弊，让病人自己及家属做出是否手术的选择。② 提供有关医院规章制度及个人生活料理等需要准备的信息。③ 用恰当的语言，使病人在轻松自如的气氛中了解手术过程中真实痛苦体验，术后各种治疗护理措施及对病人的有关具体要求。④ 在提供信息的同时，随时估计病人的理解能力和作出决定的能力，以及评估病人的焦虑水平。焦虑程度高的病人往往理解能力低，应及时与病人进行耐心的讨论，纠正其各种误解和疑虑，使之全面、正确理解术前各种信息。

通过有关对照研究表明，主观信息比客观信息效果好，提供信息的心理准备法对于信息敏感者更有效。信息敏感者是指平时喜欢寻找各种医学信息的病人，喜欢向医护人员提出各种问题，喜欢看医学书，以及探究医院环境等。相反，信息压制者，将自己的一切都交给医生，对有关信息不感兴趣，提供信息的心理准备法效果往往不好。

3. 加强病人的社会支持 术前安排与手术成功病人同住一室，安排家属及时探视，领导、同事和朋友的安慰和鼓励，能减轻病人的术前焦虑，增强战胜疾病的信心。只要有可能，应允许病人的家庭成员在场，这样可降低病人的焦虑反应，如国外学者主张孕妇分娩时应让其丈夫在场。但也要注意家庭成员的负性示范和暗示作用，家人如表现更为恐惧和不安，无疑对病人是雪上加霜。因此，家人和病人同时接受术前教育是非常重要的，这样才能担当起社会支持重任。

4. 手术室环境 应保持整洁寂静，接送过程中要有专人陪伴，切忌将病人晾在一边。床单血迹、手术器械要掩蔽，医护人员谈话应轻柔和谐，遇到意外事件时要保持冷静，切忌惊慌失措，大声喊叫，以免产生消极暗示，造成病人紧张。

（二）行为控制技术

及时应用行为控制方法，能最大限度地减轻病人术前焦虑，顺利渡过手术期，促进疾病的康复。常用的焦虑行为控制技术有：

1. 情绪松弛训练法 放松、深呼吸以及咳嗽练习能够有效地对抗焦虑，是减轻术前焦虑和术中痛苦感的简便、常用方法。

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，导致更高更强烈的焦虑紧张反应。通过腹式呼吸可以阻断这种循环，使全身紧张感减弱，焦虑程度降低。

术前腹式深呼吸放松方法如下：坐或卧位，一手置于胸部，一手置于腹部，逐渐放慢呼吸速率；做深吸气，要能觉察到放在腹部的手抬高而胸部的手基本未动，停留片刻后自然呼气，呼吸时一边心中默念 1、2、3……，一边感觉放在腹部之手自然回落，并感受到全身肌肉自然放松和舒适宁静的感觉。每次 10~20 分钟，每天 2~3 次，医生可如此反复指导训练，直到病人基本能操作自如，并要求病人在手术中和手术后自觉使用。

另外，择期手术病人术前还可采用生物反馈疗法，来减轻病人术前焦虑紧张情绪，而且对术后焦虑紧张情绪控制也非常有益。如果病人的焦虑情绪非常严重直接影响手术的进行，在松弛训练的同时，可适当地配合抗焦虑药物的使用，以尽快改善病人的焦虑程度，促进手术的顺利进行。

2. 分散注意法 较为常用，该方法特别适用于短时间的医疗操作，如注射、牙科检查、分娩等。分散注意法可由医生掌握，也可指导病人自己去掌握，医护人员一般多采用谈话的办法，对病人而言，可采取听轻音乐、主动进行心算及做其它美好想象的方法，以分散自己对应激源的注意力。分散注意法效果较好，由于能够分散病人注意力和病人产生“自我控制感”，焦虑和疼痛体验大为减轻。

3. 示范法 即病人通过学习手术效果良好的病人是如何克服术前恐惧，取得最好效果的实例，掌握一些战胜术前焦虑的方法。一般可采用看如何克服术前焦虑的录相片和请手术成功病人介绍自己经验的方式进行。在示范的内容上有三种模式，一是驾驭模式，即没有恐惧地通过手术，二是真实焦虑模式，即在术中和术后表现了中度真实的痛苦，三是应对模式，即开始有焦虑，接着采用一些积极应对方式减轻了恐惧，成功地渡过了手术。一般认为应对模式比较反映实际，更易调动病人克服术前焦虑的积极心态。示范法中示范者和病人之间要尽可能在年龄、性别、手术种类等方面具有相似性。采用的方式可以是现场、电影、录像或木偶剧等，示范法既可用于成人，也可用于儿童。

4. 刺激暴露法 病人对医疗操作的害怕恐惧反应有些是由于过去的厌恶条件作用形成，这种害怕反应可通过反复暴露在引起害怕的刺激环境中而得到消退。通过一段时间的反复接触，可以克服病人对医疗操作或环境的焦虑反应。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及其周围环境和设施。

5. 认知行为疗法 病人手术前焦虑反应的程度和方式取决于病人自己对手术的感受和认知，因此，可帮助病人改变自己的认知偏差以减轻焦虑反应。其要点是：① 使病人明白对手术的特殊思考（自动思维）过程可以引起焦虑反应；② 使病人辨认自己有哪些自我暗示引起了紧张和焦虑，例如担心疼痛、担心医师失误、屏气、双手用力等都可引起焦虑，并对这些想法和行为重新加以认知；③ 要求病人辨认和思考有哪些想法具有减轻紧张和焦虑的作用，对这些积极的想法要加以肯定与强化；④ 指导病人想象已经处于手术应激现场，然后反复采用以上认识过程，

避免不良心理暗示的影响，并要求在正式手术中，继续保持这种积极思考方式。医师在治疗过程中要灵活应用以上方法。

6. 催眠暗示法 对手术病人还可采用催眠暗示法，以降低心理应激程度。标准催眠法一般难以实施，在日常医疗操作过程中，医护人员多采用一些催眠暗示性质的正性暗示语，以增加病人安全感。例如，对一位正在接受麻醉的女孩可进行轻松、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……兰兰正越来越深深地呼吸，快要睡觉了……”。

在临床实际应用时，往往把上述心理支持及行为控制技术综合使用。具体实施过程中应安排2至3个单元时间，每个单元30~50分钟，与病人一起共同讨论，以便评估病人对这些方法的掌握程度及效果，及时调整心理干预方法。有时可采取集体心理指导的方法，促进病人理解和掌握有关心理控制技术。

三、手术后病人心理特征及心理指导

（一）术后病人心理反应特点

术前焦虑水平高的病人，一般术后仍维持较高的心身反应。由于重大手术均有可能引起部分生理功能丧失和体象改变，容易导致许多心理问题如愤怒、自卑、焦虑、人际关系障碍等。反复手术而久治不愈者术后心理反应强烈，有的患者可能因术后一时不能生活自理，长期卧床、难以工作、孤独等原因，也可继发严重的心理障碍。

常见的术后严重心理障碍有：① 术后意识障碍，常在手术后2~5天出现，表现为意识混乱，一般在1~3周消失，少数可继发抑郁，伤口疼痛、失血缺氧、代谢障碍、继发感染等生物因素均可诱发术后意识障碍的发生；② 术后精神疾病复发，常因心理压力过重所致；③ 手术后抑郁（postoperative depression）状态，表现为悲观失望，自我感觉欠佳，睡眠障碍，对日常生活不感兴趣，活动减少，自责自罪，有自杀念头，甚至可能出现自杀行为。

许多因素可以影响手术病人预后，除了疾病的严重程度、手术操作技术、术后护理以及有无并发症等因素外，心理因素也可直接或间接影响手术预后。这些心理因素主要包括：① 对手术不了解；② 智力水平低，难以与医护人员进行有效沟通；③ 消极应对方式；④ 焦虑过高或过低，情绪不稳定，抑郁，缺乏自信心；⑤ 治疗和康复动机不足；⑥ 对手术的结果期望不切实际。

（二）手术后病人的心理指导原则

术后病人心理指导应根据病人具体病情和心理反应，灵活采取心理支持及行为控制技术，着重从以下几个方面入手：① 及时反馈手术完成情况；② 正确处理术后疼痛；③ 帮助病人克服消极情绪；④ 帮助病人做好出院的心理准备。

（姚树桥）

第四节 康复心理

一、康复过程的心理行为问题

病残使患者的权利、地位受到影响，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；同时患者还面临周围人对他们态度的改变；其结果，必然会引发产生一系列心理行为问题。因病残引起的心理行为问题有一定规律，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。

（一）错误认知问题

1. 否认 即拒绝承认现实，是患者常见的一种反应方式。它把已经发生的事件加以否定，以避免心理上的痛苦。由于过度否认导致个体不能准确了解和接受现实，因此，患者的病残反应可表现为轻度抑郁或心境较为平缓，甚至具有使人难以理解的欣快。这期间患者虽可进行康复训练，但进展往往不大。

对于伤残患者的否认，可把它看做是防御手段，应给予更多的关怀和支持，并对身体状况和治疗计划进行公开讨论，以帮助患者控制情绪，执行康复计划。

2. 认同延迟 病残的突然发生使患者立刻陷入不良刺激，患者很可能把残疾和随后与其有关的康复治疗也看成是不良刺激而不愿参加康复治疗，以回避他认为是惩罚的各种活动，这种现象叫做认同延迟。此时患者往往采用逃避的方式，可能拒绝治疗或总是迟到，可能消极停止陷入幻想，也可能由于愤怒和反抗行为而仓促自动离院。

康复计划能有效地处理逃避行为。康复医师将康复任务按计划分段布置，循序渐进地增加训练内容并找出积极的强化刺激予以实施，以减少治疗中患者的负性情绪。

3. 失能评价 疾病和躯体残疾会使患者丧失机体的某些机能，如行走能力、性功能或女性第二性征等，有些患者终生需要他人照顾。因此，患者几乎无一例外会产生失能评价，导致抑郁、失望，可表现为拒治、攻击、甚至自杀等行为。

大多数患者及其家属的失能评价往往存在过分看轻、夸大或歪曲的性质，由此而导致的后续行为反应将严重影响到对病残的适应以及对康复计划的执行。

对于失能评价的处理措施，首先，医生和护士应肯定躯体病残后的部分失能，以免患者产生“残疾只是暂时的”这种不现实的幻想或否认躯体病残；第二，对于某些病前社会适应能力良好的患者可以公开探讨病残的失能程度和可以恢复的程序，以明确康复的目标，激发患者的行为动力；第三，心理行为疗法如示范法，条件操作法等可充分展示康复成功的案例，以纠正其不良认知。将科学、客观、正确的康复知识介绍给患者，促进不良认知的改变；第四，对严重情绪紊乱者试用抗抑郁、抗焦虑药物。

4. 其它不合理信念 患者还存在由社会文化背景的差异而导致的对某些躯体病残的不合理信念，如某些截瘫患者甚至从未想到过性功能的康复。由于不合理信念会导致不良情绪和不适应行为，继之影响康复过程以致严重影响患者的生活质量。

（二）不良情绪问题

1. 焦虑 可以肯定地说，每个躯体病残者都存在焦虑。焦虑时表现的心身反应可以影响康复。

2. 抑郁 凡躯体病残者均存在抑郁，其程度从轻度悲观至自杀。抑郁的程度往往决定于病残者的个性和病残对个体的特殊意义，而不完全是病残性质和程度。

3. 愤怒 当患者将其病残看作是不公正的人祸时，便会产生愤怒情绪。它可指向本人或医师、护士或其他工作人员。有时患者由于依赖性需要，也可为获得他人注意以表示愤怒。当患者因各种疑虑而不敢向有关人发怒时，其愤怒会转向自己，生闷气、压抑。当伤残与社会因素有关，患者会爆发出反社会、破坏性行为，严重时可达到病态心理的程度。

当愤怒情绪以敌意和攻击形式出现时，可使治疗变得困难，甚至使康复计划难于实施，或者患者极易激惹，对一般性护理和自我照料等措施漠然视之。

4. 过分依赖 过分依赖性通常指躯体性依赖、社会性依赖和情绪性依赖。躯体性病残往往会剥夺成人众多的成熟技能，使人处于依赖状态。由于康复目标直接与这些依赖反应相矛盾，因此，处理不当会影响康复的成效。情绪依赖则表现为患者对许多事情都需询问工作人员或周围的人，要求他们给予关心，并指使他们做这做那。反复不断地诉述其症状，对工作人员关心他人深感不满。由于无限制的要求导致工作人员失去耐心时，可导致患者出现不良情绪。

过分依赖者对康复计划无动机，导致康复过程缓慢。也有一些患者表面上似乎有很强的欲望参加训练计划，但在真正需要训练时却拒绝帮助，或长期持续于某一阶段康复任务中，从而影响康复进展。

（三）不健全人格与伤残心理行为问题

1. 偏执型人格 由于该类人有敏感、多疑、固执、心胸狭窄、自傲等特点，在病残时容易责怪别人，在康复过程中常会视别人的好意为动机不良，甚至会怀疑医生的治疗，从而严重阻碍康复进程。此时医务人员应充分了解患者人格特点，耐心细致地做好解释工作，消除患者的多疑心理，指导其正确对待自己的疾患。

2. 强迫型人格 此类人因为对人对己要求过分严格，小心谨慎，力求完善，而常表现出焦虑和紧张。该类型的患者常对自己的病情过分担心，对医护人员的要求也过分严格，甚至不近人情，以至于常抱怨医护水平太差，医生对其关心不够等，同时他们非常担心自己疾病的康复情况，常不厌其烦地询问自己的病情，以及预后情况。对此类患者，医护人员应该认真而且耐心地回答他们所关心的问题，科学而详细地解释其疾病及康复的情况，缓解患者的焦虑和紧张，以利于康复。

3. 癔病型病态人格 此类患者情感不稳，行为过分夸张，常自我中心，富于幻想，并具有高度暗示性。对于该类型的患者，在情感低落时，可能过于悲观，情绪低沉，从而会影响疾病的修复。我们应该充分利用该类患者暗示性高这一特点，多增加良性的暗示，并辅以科学的解释，常会取得事半功倍的效果。

4. 冲动型人格 该类人的行为和情绪具有明显的冲动性。在情绪激动时常不能控制自己的情绪，但患者并不总是这样的，在其间歇期是正常的。对于这类患者我们应该尽量减少对他的刺激，以保持患者情绪的平衡。

三、 康复心理社会干预

（一）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。

1. 心理危机处理 突然致残往往会使个体陷入严重焦虑状态，造成心理危机。患者表现为恐慌和不知所措、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，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好准备。其次，给患者制定经过努力容易达到的目标。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，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。可以让同一类伤残患者住在一起，通过互相沟通，提高患者的康复动机和自信心。

2. 心理治疗方法应用 可以采取以下一些方法:

(1) 认知疗法: 有些患者的心理行为问题来自特殊的观念和错误的信念、应给予纠正;

(2) 支持疗法: 用安慰、鼓励、保证、启发与分析的语言, 使其正确认识伤残程度及经康复治疗后可可能的恢复程度, 并对患者提供感情支持, 组织社会和家庭支持, 建立和谐良好的环境, 以消除孤独感和降低焦虑水平;

(3) 积极暗示, 发挥榜样的作用, 请已经康复治疗恢复良好的患者现身示教;

(4) 生物反馈疗法或其它行为疗法, 如脱敏疗法;

(5) 人本主义疗法: 使患者认识其各种潜能、需要、调动其积极性。

此外, 可根据患者情况选用适当抗抑郁和焦虑等药物治疗。

(二) 康复运动锻炼的心理效应

运动锻炼(exercise training)是常用的一种积极康复手段。研究表明, 合理地使用运动锻炼程序, 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患者, 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, 参加运动锻炼能减轻紧张焦虑状态。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)。

目前认为, 中等强度的长期运动锻炼能治疗非精神患者的抑郁症状, 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。

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。其机制可能是多方面的, 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。

康复运动锻炼特别适用于那些与心理行为有联系的临床症状的纠正。但是, 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。

(三) 社会因素在康复过程中的作用

1. 家庭成员对患者及残疾人的态度 患者的父母、配偶、子女的态度对患者的康复有决定性的作用。患者由于工作和生活能力都受到了影响, 其自尊心、自信心受挫, 常常会感到焦虑、抑郁、孤独、悲观、依赖感增加等。此时医务人员应说服、教育患者家属应体谅、理解、关心、照料患者, 帮助其战胜疾病, 促进康复。

2. 工作单位对患者的态度 如果患者的工作单位对患者缺乏同情、关心, 视患者为累赘、负担, 对患者因病残而造成的各种困难, 尤其是经济上的困难不给予解决, 会给患者的生活和看病造成许多困难, 使患者难以顺利康复。

3. 社会对病残者的态度 如果社会对患者和残疾人采取不闻不问的态度, 甚至厌恶、嫌弃、嘲弄、侮辱残疾人和患者, 会使患者和残疾人感到愤懑、屈辱、自怜、悲观、抑郁和恐惧。应动员全社会的人都来关心帮助残疾人和患者。

4. 社会支持系统和社会保障系统 残疾人和患者的生活和就业能力差, 非常需要社会向他

们提供生活必需品和基本的医疗条件以维持生存。应建立和健全社会支持系统和社会保障系统，如建立社会保险、福利和康复医疗机构，培养大量的、训练有素的康复医学家、康复心理学家、社会工作者以及为残疾人和患者服务的志愿人员，对残疾人和患者进行康复训练和职业训练，增强患者的谋生能力，提高自我价值感和自信心。

第五节 药物心理

一、药物的心理效应

病人求医，医生看病，都会想到药物，涉及用药问题。但人们往往只重视药物的生理或药理效应一面，而忽略了其心理效应。其实，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，产生了积极心理效应，在病人心理上造成良好的感受和影响，通过心理-生理的互相作用，导致疾病好转。有时，甚至没有药理作用的安慰剂也可以产生良好的疗效。

Wolf 曾做过一项有意义的实验：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。

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，则其疗效可大大下降，甚至没有治疗效果。临床有这样的实例。某个病人对第一位医生不太信赖，服了他开的药后感到没有效果，认为无效；改看他信任和敬佩的第二位医生，服了其开的药后很快感到好转，认为有效。而实际上两位医生所开出的药物是完全一样的。

影响药物心理效应的因素很多，常见的有：

(1) 医患关系、医生的态度和权威作用：医患关系良好，医生耐心、细致、态度良好。医生的权威作用和对药物作用的说明有利于药物的心理效应。

(2) 病人的认知态度：有人崇尚西医，容易感到西药的效果。有人偏爱中医，感到西药不如中药好。有人感到贵重药的效果优于普通药。对医院和医生的信任与否也影响心理效应。

(3) 个性特征：某些人的暗示性较高，更容易产生药物的心理效应。有人疑心重，顾虑多，则心理效应差。

(4) 药名、剂型、包装：名字好听，颜色鲜明，包装精美的药品更易被病人接受和产生良好的感觉。

(5) 其它：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疗效减弱及至丧失其治病作用。

有必要指出，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才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，病人对药物治疗依从性（compliance）较差。一般来说，病人对药物治疗的依从性差，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遵医行为甚为必要。

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、外型似药的制剂。如用葡萄糖和淀粉制成的片剂, 葡萄糖注射液等。

安慰剂对那些渴求治疗、并相信安慰剂有特殊治疗效果的人, 临床上可以出现预期的疗效, 称为安慰剂效应。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, 产生心理效应, 使得病人的症状减轻, 从而取得疗效。

根据研究发现, 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神经症患者, 常可使用一些安慰剂, 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 (NaHCO_3) 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)。

安慰剂并不是对每个病人都有效。使用安慰剂时容易出现相应生理心理效应的人, 被称为安慰剂反应者。

当新药问世, 评价其疗效时, 要把药物的安慰剂效应估计进去, 设立安慰剂对照组。如果新药的疗效与安慰剂的疗效相差不显著, 则该药的临床实用价值不大。

(解亚宁)

第十章 病人心理与医患关系

临床医学工作对象不单是“疾病”，更是“病人”。临床医学工作者应了解病人的基本心理行为特征，并在实际工作中予以关注。

- 1 不同的病人心理夹杂在不同的病情中造成了千变万化的复杂情境。
- 1 医患关系是医学领域的特殊人际关系，不仅涉及医患双方，还关系到整个社会。

第一节 病人心理

病人是医疗工作的对象，是疾病现象的主体。由于生物、心理、社会医学模式的确立和心、身的相互影响，在临床工作中，熟悉病人心理显得非常重要。古希腊名医希波克拉底曾说过：“了解什么样的人得了病比了解一个人得了什么病更为重要”。病人心理受疾病本身的影响，反过来又对疾病的发生、发展起重要作用。

一、社会角色与病人角色

(一) 社会角色

美国社会学家米德（Mead CH）于20世纪30年代将原本是戏剧术语角色（role）一词引入社会心理学领域，认为每一个人在社会中都扮演不同的角色，一个人就是所扮演的各种社会角色的总和。社会角色（social role）是与人的社会地位、身份相一致的一整套权利、义务和行为模式。例如医生是一种社会角色，作为医生就应该履行救死扶伤、治病救人等责任和义务，并享有诊断、治疗疾病的权利，其行为应该符合医生角色的行为规范。人的社会地位与身份在不同社会条件下会有所不同，所以一个人可以同时或相继扮演不同的社会角色。

角色行为规范通过角色期待体现。角色期待是人们对占有特定位置的人的行为所持有的期望。担当某一角色的人应该符合他人和群体对该角色的期待，否则就会被认为是不合适、不恰当的。

个人在社会中扮演多种角色，其行为就应随时间、环境的不同而进行调整，这就是角色转换。一名医生住院，由医生角色转换为病人角色，就应该安心接受治疗，而不应对治疗过程横加干涉。在角色转换过程中，如果能随着角色的变化改变行为，符合角色要求，就是角色适应，如不符合角色要求，则会出现角色冲突（role conflict）。角色冲突有三种类型：一是个人期望与角色要求发生矛盾而出现的自我角色冲突，如一个崇尚实干、拙于表达的人担任教师角色，会觉得讲课没有意思；二是个人身兼多种角色，不同角色要求之间的矛盾。如忠孝不能两全、事业与家庭很难兼顾等；三是不同的人对同一社会角色的角色期待不同的矛盾冲突。对一名公司的部门经理，上级要求他严格要求所属员工，多为公司利益考虑，而员工则希望他对大家宽松一些，多为员工的福利待遇考虑。当个体出现角色冲突时，应及时进行心理调节，恰当处理各方面的关系，适应角色要求。

(二) 病人角色

病人也是一种特殊的社会角色，患病时人们会面临角色转换，即由健康人转化为病人角色。角色的转换使病人的行为和社会对其行为的期待发生了变化，也使病人出现了一些角色适应问题。

病人角色最初由美国社会学家帕森斯（Parsons T）于1951年提出的。他认为病人角色的概念应该包含以下四个方面：第一，病人可以从常态的社会角色中解脱出来，免除其原有的社会责任和义务；第二，病人对其陷入疾病状态是没有责任的。疾病是超出个体自控能力的一种状态，也不符合病人的意愿，病人本身就是疾病的受害者，他无需对此负责；第三，病人应该努力使自己痊愈，有接受治疗、努力康复的义务；第四，病人应求得有效的帮助并在治疗中积极配合，主要是寻求医生的诊治并与医生合作。帕森斯的理论强调了病人有从正常社会角色中解脱出来的权利，且无需为疾病承担责任，同时又有寻求医疗，早日康复的义务，这是符合病人角色的特点的，但这一理论也存在一定不足，如慢性病人并不完全免除正常的社会责任和义务，而部分性病、艾滋病和成瘾物质依赖等疾病的患者则需负道德甚至法律责任，并且并非每个人患病后都积极地寻求医疗，还存在有病不治的情况。

继帕森斯的理论之后，对病人角色还有人提出了不同的理解。弗雷德森（Frederson）认为，应从两个方面来分析病人角色的内涵：其一是个体疾病表现的严重程度。如果疾病严重，需立即脱离原有社会角色而进入病人角色，如果疾病较轻，则会暂时离开或不离开原有社会角色；其二是进入病人角色后应承担的义务和获益有所不同，可分为三种情况。第一是条件性获益，以努力恢复原有角色为条件而暂时免除原有责任和义务；第二是非条件性获益，慢性病人和濒死病人被无条件地免除正常责任与义务；第三是耻辱性获益，象成瘾患者，病后可免除正常责任与义务，但须承担某些歧视与耻辱。

还有观点认为，病人角色由三个要素构成：第一，由于某种原因引起生理和心理上的异常变化；第二，由于生理心理的变化而引起个体行为的某些异常及阳性体征的出现，主要是有自觉症状或功能障碍及没有自觉症状的阳性体征；第三，由于个体行为的异常变化和阳性体征的出现而引起社会关系的改变。这种观点突出强调存在生理的改变是病人角色的前提。与此相反的另一观点则认为病人是有求医行为或正处于医护帮助中的人，以有无求医行为作为判断病人角色的依据，且病人需经医生或医疗机构的认定。这种观点过份强调求医行为而忽视了患病是病人的客观前提，有一定偏颇之处。

综合各种不同观点，我们认为，病人角色应该包括以下三点内容：第一，有生理或心理的异常或出现有医学意义的阳性体征；第二，应得到社会承认，主要是医生以有关医学标准确认其疾病状态；第三，处于病人角色的个体有其特殊的权利义务和行为模式。

(三) 病人的角色适应问题

患病使人脱离原有社会角色而转入病人角色，这里有一个角色适应的问题。进入病人角色意味着出现了以下三个方面的改变：第一，脱离原有社会角色，既免除原有社会责任或义务，又失去原有的社会权利；第二，改变原有生活环境和人际关系；第三，要重新学会病人角色所应具备的行为模式，如休息、就诊、接受检查、治疗等。角色适应还包括疾病康复时由病人角色转变为健康人的角色。不能顺利实现角色转换的常见表现类型有以下几种。

(1) 角色行为冲突：病人在角色转换中，不愿或不能放弃原有的角色行为，与病人角色行为相互冲突。常见的有因工作繁忙不能安心治疗，因不能放弃家庭责任而影响治疗等。另外，还有

因长期担当某种社会角色形成行为习惯，干扰患者进入病人角色。病人角色冲突多见于承担较多社会或家庭责任，而且事业心、责任心较强的人。

(2) 角色行为缺如：患病后不承认或没有意识到自己是个病人，没有或拒绝认同病人角色，如缺乏医药知识的人因不能识别疾病而不认同病人角色，经济紧张的人怕花钱而不愿治病，还有人们因社会文化的原因，认为不需要治疗而没有进入病人角色。

(3) 角色行为减退：已经进入病人角色后，由于家庭、工作环境的变化对其提出新的角色要求，而使病人从病人角色中退出。家庭工作中的突发事件，如家属突发疾病，工作单位发生事故等均可导致病人角色减退。工作中向病人提出新的要求，如考评、考核等，也可导致角色行为减退。

(4) 角色行为强化：进入病人角色并接受一定治疗后，过份认同疾病状态，出现行为固着，对康复后要承担的其它社会角色感到恐惧不安。主要表现为对所患疾病过份关心，过度依赖医院环境，不愿承认病情好转或治愈，不愿脱离医护人员的帮助等。角色强化常出现在病程后期，病人已经适应其角色行为而不愿从中解脱。有的病人角色强化是因为继发性获益(secondary gain)，如患病后可以从原来的各种生活、工作的压力中解脱，并可以得到各种补贴、赔偿或来自亲友和医护人员的关心、照顾。

(5) 病人角色恐惧：患病后不能正确认识和接受疾病，夸大疾病影响和可能的严重后果，对治疗缺乏信心，对自己的健康状况悲观失望，在疾病过程中有较多的担心、害怕，恐惧等消极情绪反应，希望马上从疾病中解脱，因而四处求医，甚至滥用药物。

二、病人的心理需要

需要可以通过动机影响人的行为，也可以直接决定情绪产生的性质和强度。在临床工作中，医护人员一般容易注意到病人情绪和行为的变化而忽视病人的需要。实际上，了解并满足需要是解决病人心理问题的根本途径。

围绕患病的特殊心身状况和患病所致的环境、角色变化，结合需要层次理论，病人的一般心理需要主要包括以下几方面：

(一) 需要恢复生理、心理的正常功能。

病人有许多身心不适的感受，如疼痛、呼吸困难，其正常活动也受到不同程度的限制。此时病人最大的希望就是摆脱病痛困扰。对于具有自知力的心理疾病患者，同样急切希望从心理痛苦中解脱。

由对正常心身功能的需要又衍生出对疾病和治疗的关注及了解有关信息的需要。病人十分关心和疾病有关的信息，如疾病的诊断、病因、病程长短、预后情况等，也十分关心和治疗有关的信息，如治疗前景、效果，有无副作用等。

(二) 需要良好的医疗条件以确保病人的安全。

疾病本身就是对人安全的威胁。病情越严重或是病人自认为病情严重，安全的需要就越强烈。比如重危病人、急诊病人安全需要十分强烈，儿童、老年病人和有夸大病情倾向的病人常因认为病情严重而有较强安全需要。医疗中的一些因素也会使病人产生较强的安全需要，如医务人员责任心不强，检查、治疗中的各种障碍与不顺利，病友病情恶化或死亡，对某些医疗措施不熟悉等。

由于安全的需要，病人会对医疗条件有一定的要求和期望。良好的医疗条件是满足病人安全

需要的一个重要方面，这包括安静、舒适的治疗环境，完备、先进的检查治疗设备，严格的医院管理制度，医务人员较高的医疗水平，和蔼的态度，认真负责的工作作风等。

（三）需要尊重和受到平等的对待

尊重的需要是人的基本需要之一，病人希望在医疗过程中被认识、被理解、被尊重。但是，由于医患之间患者一方常处于被帮助、被支配的地位，相对处于劣势，临床上不尊重病人的现象屡见不鲜。如一些医院里以号代人，不尊重病人起码的姓名权；一些医生使用非常规的治疗手段而不事先告知病人或征得病人认可，剥夺病人的知情权等等。因为暂时脱离了正常的社会角色，所以病人原来满足尊重需要的途径暂时缺乏，使病人变得自尊心更强，更敏感，尊重的需要更强烈。一些原来社会地位较高的病人，常有意或无意地显示自己的身份地位，以求得医护人员的重视，而原有社会地位较低的病人则不希望原有身份影响医护人员对他们的态度，要求医护人员一视同仁。因不被尊重常会引发病人的不满或愤怒，不仅影响医患关系，而且也是病人心理问题的来源，必须引起医护人员的注意。

（四）需要保持社会联系和交往

病人的正常活动与交往因疾病受到不同程度的限制，因而出现人际隔离和信息隔离的现象，使病人产生对社会联系和交往的需要。其中尤其是住院病人。病人对社会联系和交往的需要常以主动寻求社会联系，了解社会信息，建立人际关系等活动表现出来，医疗机构应提供相应条件，满足病人需要。

病人的社会联系和交往主要有两大方面，一方面是在医院环境中，建立新的社会联系和交往。在医院期间，病人需要围绕治疗疾病这个中心建立联系，需要和医生、护士、病友交往，在交往中交换有关疾病发展状况，诊断、治疗方面的信息。另一方面是希望保持和原有社会环境的接触，病人很了解原来生活中的人和事，见到自己的亲朋好友，即使卧病在床，也很关心家庭和工作单位的情况。

保持一定的社会联系，有助于消除孤独感克服不良情绪，这种需要应当恰当地得到满足。

（五）需要被关怀、被接纳，保持感情交流

病人存在各种生理心理方面的障碍，处于痛苦和困境之中，非常需要得到亲人、朋友以及医护人员的关心、帮助和照顾。病人对亲友是否探视，医务人员态度如何等都比较在意，在新的治疗环境中，病人希望与周围的医护人员和病友形成较为稳定的人际关系，希望被环境中的其他人接纳，这是马斯洛需要层次论中归属与爱的需要在病人身上的体现，在关怀与被关怀，接纳与被接纳过程中实现感情交流。

三、病人心理特点和求医行为

心理是人对客观环境的反映，心理活动会随环境的变化呈现相应的特征。病人在疾病的状态下，会出现一些和健康人有所不同的心理现象，被称为病人的心理反应。其原因大致有两个，一是缘于疾病，另一是缘于医疗活动，如医疗环境、治疗手段和医疗知识（如医生对疾病可能后果的解释）等。下面介绍一些在病人中带有普遍性的心理特点，尽管不能涵盖病人心理活动的全部，但可以为医务人员提供参考，以便在医疗实践中结合病人的实际情况，准确把握病人心态。

（一）病人的认知活动特征

与正常心理状态不同，患病后病人可以产生一些认知活动方面的心理问题。

在感知方面，病人注意由外部转向自身，关注患病部位，关注自身感受，进而出现主观感觉异常现象。这是因为感知活动的过程不仅取决于客观事物的直接作用，同时也依赖于人的心理特征。例如感知的选择性、理解性和感知对象的范围受情绪因素和个性因素的影响。病人主观感觉异常主要表现在两个方面，一方面是对自身躯体状况的感觉异常，大部分病人感觉过于敏感，有疼痛、牵拉、挤压、肿胀等躯体不适感，其感受的程度常与躯体改变的程度不相符合。有的病人过份关注躯体，甚至能感受到心跳、胃肠蠕动等正常内脏活动。也有出现感受性降低的现象，如长期卧床的病人因感觉麻木而易生褥疮。另一方面，病人对周围环境中的刺激也有感受性的变化，其中既有感受性提高，如对正常的声音、光线、温度等刺激十分敏感，并伴有烦躁不安的情绪反应。也有感受性降低，如对食物的香味不敏感，吃饭味如嚼蜡，对食物十分挑剔。除上述两方面感觉变化外，有的病人还有时间知觉的变化，如度日如年感；个别病人甚至还出现幻觉和错觉，如截肢后患者出现的“幻肢痛”，感到已经不复存在的肢体有蚁行感、牵拉感、疼痛感等异常感觉。

在记忆方面，病人不同程度的存在记忆力的异常。除了脑器质性病变所致记忆力减退外，还有一些躯体疾病伴发明显的记忆障碍，如慢性进行性肾功能衰竭的患者有记忆减退和智能障碍，肺结核患者有抑郁状态下伴随的记忆减退。赵燕等人(2000年)对II型糖尿病患者进行研究发现，病人记忆力各方面普遍下降，不但学习新知识，获取新信息有很大困难，而且旧有的知识经验也容易忘记。其它病人也有一些记忆力方面的下降，如有的病人不能准确回忆病史，不能记住医嘱，对刚做过的事情不能准确回忆等等。

病人的思维活动也受到一定影响，其思维判断力下降，依赖性提高，病人在医疗问题的抉择上瞻前顾后，犹豫不决，有的病人干脆不愿思考，请医生、家属替其做决定。即使是一些不太重要的事情，病人也不能果断、坚决地思考并选择。

(二)病人的情绪特征

心境不佳是病人普遍存在的一个情绪特征，尤其是慢性病、疾病的开始期、重危疾病和一些疗效不佳后果严重的“不治之症”的患者，心境更为糟糕。情绪不稳定是病人的另一个情绪特征，常因较小的刺激而产生明显的情绪波动，变得容易激惹、情感脆弱，易受医务人员的消极语言诱导或暗示，并因此情绪紧张、心神不宁。

临床常见的病人情绪问题有焦虑、抑郁、恐惧、愤怒等。

1. 焦虑 焦虑是人们对环境中一些即将来临的危险或重要事件时紧张不安的情绪状态。焦虑情绪包含烦躁不安、担心、忧虑和害怕的成份，与恐惧有一定的相似之处，但恐惧是由某种现实的危险导致的，对恐惧的对象和面临的情境有较清楚的了解，而焦虑的对象是一种潜在的、可能的威胁。

焦虑状态下，伴随明显的生理反应，引起许多身体不适感。由自主神经系统活动增强、肾上腺素分泌增加，引起血压升高、心率增快，呼吸加深加快，出汗，面色苍白，口干，大小便频率增加等。如果这种状态持续存在，还会出现坐立不安，来回走动和发抖等现象，并且对消化和睡眠也有明显影响。焦虑的这些生理反应容易和相应的躯体病变混淆，在临床工作中，应注意区分。焦虑的生理反应有相应的心理体验，而且会随着焦虑情绪的缓解而消失。一般的躯体症状则不具备这些特点。

焦虑是焦虑性神经症的核心症状，一般有广泛性焦虑和惊恐发作两种临床表现形式（参见第八章）。焦虑也是强迫症、疑病症和神经衰弱等其它神经症的常见症状。

焦虑还是躯体疾病患者的常见情绪反应。据调查，内科住院病人有5~20%，门诊病人有4~14%存在焦虑障碍。处在焦虑状态下的病人常感到自己在疾病面前毫无办法，产生无助感，对疾病的负面影响和转向恶化的可能性感到紧张不安，预感到危险来临，却又不能摆脱，对未来没有信心，感到孤立无援。病人的焦虑情绪在以下情况下最容易发生：挂号候诊，等待诊断和检查结果，等待医生或护士的处置，等待手术，等待了解治疗效果，预想疾病影响等。

2. 抑郁 抑郁是一组以情绪低落为特征的情绪状态，在抑郁状态下，个体会产生悲观、失望、无助、冷漠、绝望等不良心境，并产生消极的自我意识，如自我评价下降，自信心丧失，有自卑感及无用感。在行为方面，个体会产生活动水平下降，言语减少，兴趣减退，回避他人的特点。在生理功能方面，还会出现睡眠障碍、食欲性欲减退、内脏功能下降及自主神经紊乱的症状。抑郁的消极心境大致表现在三个方面，一是想到当前产生无用感和失助感，对任何事情总是想到消极的一面，觉得自己无能无用，是家庭和社会的累赘，或感到自身处于孤立无援的境地，感到无助。二是考虑到将来感到无望，对未来总想到最坏的前景，认为自己必将失败，不幸或不治而亡，未来毫无希望。三是反省过去自责自罪，常对过去的一些小事而过分自责，觉得自己罪孽深重，不可饶恕。

抑郁情绪在生活中比较常见，其程度可由一般不满到较为严重的悲观绝望。抑郁也是抑郁性神经症（见第八章）、抑郁症等精神疾病的核心症状，其它疾病患者的抑郁情绪也较普遍。据调查，在门诊病人中，有12~36%存在抑郁情绪障碍。病人的抑郁情绪与“丧失”有关，即患病意味着失去健康，意味着可能失去身体器官的完好性，并且会造成工作、家庭、经济、前途等方面的丧失。在下列情况下，病人最容易出现抑郁情绪：重危疾病，病情加重，有严重器官功能丧失，预后不良，疗效不佳，疾病对工作生活有较大影响等。另外，抑郁情绪还和病人的个性特征有关。

3. 恐惧 恐惧是企图摆脱某种不良后果或危险而又无能为力时产生的紧张情绪。恐惧常导致回避或逃避行为，能使有机体避免接触某些对个体有害的事物，对保存个体有积极意义。研究表明，最容易引起成人恐惧的刺激有7种：蛇，高空，暴风雨，医生，疾病，受伤和死亡，其中后四种与医疗环节有关。个体在恐惧时会有血压升高、心悸、呼吸加快、尿急、尿频及厌食等生理反应。

在许多情况下，病人都可出现恐惧情绪。一些非常规的检查和治疗，如胃镜检查、截肢、摘除器官、骨髓穿刺等，都会带来痛苦，引起病人恐惧反应。据调查，新入院的病人易有恐惧和焦虑反应，内容有怕医院、怕医务人员、怕各种医疗操作等。其中手术病人中的恐惧情绪较常见，儿童患者恐惧也是其主要心理反应。

4. 愤怒 愤怒是人在追求某一目标的道路上遇到障碍，受到挫折时所产生的一种紧张情绪。令人愤怒的事通常和个人的愿望相违背，愿望不能实现并一再受到阻碍时便产生愤怒情绪。病人往往认为患病对自己是不公平的，加上疾病的折磨，而感到愤怒。由各种原因引起的治疗受阻或病情严重或医患冲突，也会使病人产生愤怒情绪。

愤怒会使病人产生攻击行为，攻击的对象可以是引起愤怒的对象，如医护人员、医疗设施等，也可以是病人自己，表现为自我惩罚，虽然攻击可以缓解病人的心理紧张，但也会造成医患、护患关系紧张，影响治疗进程，并会因此产生新的心理问题。对于愤怒的病人医护人员应该冷静地对待，通过关心与解释，平息其愤怒情绪。

（三）病人的意志行为特点

对病人来说，治疗疾病的过程也是一个以恢复健康为目的意志活动。此过程中病人可有意志行为的变化。首先，可以表现意志行为主动性降低。其原因有疾病的影响因素，也有治疗过程中医护人员、亲属、同事的关怀和照顾的因素，许多病人变得缺乏主动性，遇事没有主见，优柔寡断，对他人的依赖性增强，有的病人还有行为退化的现象。其次，可表现自我控制能力下降。此时病人比较敏感多疑，耐受力较差，常因一些躯体不适而大喊大叫，或因亲友照顾不周、病情反复等因素大发脾气。还可以表现意志的坚韧性下降。例如有的病人因担心药物的副作用而中断服药，有的病人不能按医生要求完成疗程，使治疗效果受到影响。

(四) 病人的个性改变

个性具有稳定性的特点，一般不会随环境和时间的改变而发生变化。但个性的稳定性又是相对的，在一些特殊情况下，也可能发生改变，患病就是一种可能引起个性改变的情形之一。病人表现独立性降低、依赖性增强、情绪不稳定、敏感多疑、缺乏自尊等往往是其角色行为，随着疾病痊愈会逐渐消失，故不能算是个性改变。但有些疾病例如慢性迁延性疾病，截肢、毁容、致命疾病等，可能会引起病人的个性改变。原因要么是疾病影响久远，使病人不得不顺应与疾病相当的新行为模式，要么疾病影响重大，以致改变了病人的一些基本观念，因而发生个性改变。病人的个性变化是以患病为契机，受多方面因素作用的结果。但要注意的是疾病并不必然引起个性改变。

(五) 求医行为与遵医行为

1. 求医行为及影响因素 求医行为是指当人们发现自己处于疾病状态而向医疗机构或医务人员寻求帮助的行为。求医行为可以分为主动和被动两类。主动的求医行为是病人主动采取相应行为治疗疾病，是最常见的求医行为；被动求医行为在他人的要求或强迫下寻求医疗帮助。产生被动求医行为的原因有两种，一种是个体有病感，但对疾病的影响和严重程度认识不足，或因社会和经济方面的原因没有产生求医行为。另一种是病人处于昏迷、休克或严重精神异常中，自主意识丧失而不可能产生求医行为。

影响病人求医行为的因素有：① 动机：包括疾病诊治和保健检查之目的以及非医疗目的如法律纠纷方面的动机等；② 对疾病的认知程度：包括对疾病严重度和后果的认识、是否有一定医疗常识等；③ 经济因素：包括医疗费用的负担等；④ 求医条件：包括医院距离、交通、医疗水平高低等因素；⑤ 心理因素：包括对疾病或某些医疗手段是否过于恐惧或害怕，由于求医经验形成对医院的心理定势等；⑥ 社会文化因素：如社会习俗、文化背景、宗教信仰等。以上因素均会影响病人是否产生求医行为。

2. 遵医行为及影响因素 遵医行为是指病人为了预防、治疗疾病而与医嘱保持一致的行为，即病人的依从性（compliance）。与遵医行为相反的是不遵医行为。不遵医行为不仅会降低疗效，而且可能损害健康，据国外有关调查，所有病人有20%到82%不按处方服药，有35%的病人不遵从医嘱可以达到损害健康的程度。

不遵医行为主要有以下几个方面产生的原因：① 医患关系不良，病人对医生缺乏信任；② 病人不能很好理解医嘱，如医嘱中的一些术语让病人产生理解偏差，或者医嘱太复杂，病人记不住医嘱；③ 治疗效果不好，使病人对治疗失去信心；④ 病人缺乏医药知识，对不遵医行为的后果认识不足；⑤ 由于以往不良经验或对治疗的偏见；⑥ 由于病人的继发获益、医疗费用等方面原因而拒绝治疗。

提高病人的遵医行为，需要病人、医院和社会多方面共同努力。其中病人和医院是两个主要

因素。作为病人，应该通过学习了解有关医药卫生知识，正确认识健康与疾病，加强对遵医行为重要性的理解，提高治疗疾病的责任感，并及时与医务人员交流思想，消除对治疗的顾虑或偏见。作为医院，应切实加强医患双向沟通，改善医患关系，加强医院管理，使医务人员有精湛的技术、和蔼的态度以赢得病人的信任，在医务人员开医嘱时，应尽量简明扼要、简单易懂，并向病人作恰当的说明，执行医嘱时应注意调动病人的积极性，使病人理解医嘱，主动执行医嘱。另外，从社会的角度，健全医疗保健制度，加强健康教育等因素都可起到提高社会成员遵医行为的作用。

第二节 医患关系

一、人际关系的理论基础

人际关系(interpersonal relationship)就是在社会交往过程中所形成的、建立在个人情感基础上的人与人之间相互吸引与排斥的关系，反映人与人之间的在心理上的亲疏远近距离。人际关系一般包含三种相互关联、相互影响的部分：认识、情绪及行为。认识部分包含与认识有关的人际心理过程，情绪部分包括双方的情绪状态，行为部分主要包括活动、活动的结果及举止作风等。与人际关系相关的有社会认知和人际吸引理论。

(一) 社会认知

社会认知(social cognition)是个体对他人的心理状态、行为动机和意向作出的理性分析与判断的过程，包括感知、判断、推测和评价等一系列的心理过程。人际关系的建立以社会认知的结果为基础。

1. 社会认知的特点 在社会现实生活中，人们由于各自的经历不同，形成了各自所特有的认知结构，因此，即使是同样的社会刺激，各人的认知表现也各不相同。一般地说，社会认知有以下几个特点：

(1) 社会认知行为的一致性：人的认知判断总是趋向于把认知对象作为一个一致性的对象来观察。在评价人物时，不会既看成是好的又是坏的，既是诚实的又是虚伪的。当来自两个不同方面的信息存在矛盾时，认识者常歪曲或重新组合来自外面的不同信息，以便减少或消除不一致性。

(2) 社会认知行为的选择性：这是指人们对客观事物不同的认知倾向。认知行为的选择性揭示了认知对象的社会意义和价值，对人的认知行为具有直接意义。

(3) 社会认知行为的文饰性：人们为了保持与外界的平衡，往往使自己的知觉体验在他人面前有意歪曲，从而减少心理上的压抑，这种现象就叫做认知行为的文饰性。它是在人们自我意识的作用下进行自我控制的结果。如人们去医院看望病人，尽管病人面容憔悴、病情严重，探望者总是忍着沉痛，装着若无其事的样子：“你精神比前一阵子好多了。”

2. 影响社会认知的因素

(1) 客观因素：即认知对象的特点和环境的特点。认知对象的特点主要是指对象对于认知者的价值及其社会意义的大小。一个人的外部表情、言谈举止、音容笑貌以及语言中所包含的实际意义，都是社会认知的重要信息。环境的特点是指认识他人的行为善恶、是非、真伪的过程，总是离不开对当时情境的分析。例如人们总是对那些插队抢先的不文明行为不满，但是有时又能够

对一些年事已高的孤寡老人的插队行为表示谅解。

(2) 主观因素：即认知者的本身特点，如一个人的文化背景、生活经验、生活方式，以及个人的某种需求等，会使其对各种社会刺激物产生不同的认知。首先，个人的经验是否丰富决定了其认知结构是简单还是复杂。年龄幼小的人，认知结构也比较简单，对他人往往只有好人和坏人之分，而那些生活经验丰富的人，对于客观事物的看法，明显的表现出认知的多样性，他们既能看到事物的现象，又能看到事物的本质。其次，认知者的性格特点，如自信心、独立性、暗示性等，也会对认知结果产生重要的影响。自我意识愈强，他的人际知觉偏差也就愈大，某种心理定势，也会影响一个人的社会认知。再次，认知者的个人需要也会影响认知结果。一般地说，认知对象越是能够满足认知人的主观需要，或者说认知对象对认知者越是具有重要价值和意义，认知对象也就越能被获得最清晰、最深刻的认识。

3. 社会认知的偏差 人际交往过程中，双方的认知会受许多因素的影响，如主观感受、环境、文化背景、当时的心理状态等。这些因素可能会使人发生认知偏差。常见的认知偏差有以下几种：

(1) 首因效应：即日常生活中的第一印象或“先入为主”的效果，在社会认知过程中首次对人的认知对人际关系有及其重要的影响。所谓第一印象就是在他人与他人首次接触时，根据对方的仪表、风度、言语、举止等对对方的综合性判断。社会心理学家研究证明，外表是影响第一印象的主要因素。同时一个人在言谈举止中表现出的性格特征也在第一印象中起重要作用。

(2) 晕轮效应：即人际关系中的光环效应。是人际交往中对一个人的某种人格特征形成印象后，依次来推测此人其它方面的特征。晕轮效应实际上是人际交往过程中个人主观判断的泛化及扩张的结果。在对人的认知过程中，一个人的优点及缺点如果被晕轮所扩大，会导致社会认知的偏差。

(3) 社会固定印象：人们的社会认知偏差，不仅表现在对一个人的认知过程中，而且也会表现在对一类人或一群人的认知过程中，社会固定印象即某个社会文化环境对某一社会群体所形成固定而概括的看法。社会固定印象往往不以直接经验为根据，也不以可靠的事实材料为基础，这种固定印象会导致对他人认知的偏差。

(二) 人际吸引

人际关系以人际交往为基础，而人际吸引是人际交往的第一步。人际吸引(interpersonal attraction)是人與人之间产生的彼此注意、欣赏、倾慕等心理上的好感，从而促进人与人之间的接近并建立感情的过程。人际吸引的规律有：

(1) 相近吸引：相近吸引是由于时间及空间上的接近而产生的吸引。研究表明，在空间距离上邻近的人容易产生吸引与喜欢，尤其在交往的早期更是如此。

(2) 相似吸引：以彼此之间的某些相似或一致性特征如态度、信念、价值观念、兴趣、爱好等为基础的吸引。相同的观点，彼此间产生社会性支持，能够产生心理上的共鸣，易拉近双方的心理距离。

(3) 互补吸引：当交往双方的需要以及期望成为互补关系时，就会产生强烈的吸引力。互补吸引实际上是一种需要的相互满足，当两人以互补方式满足对方需要时，会形成良好的人际关系。

(4) 相悦吸引：相悦是指在人际关系中能够使人感受到心理上愉快满足的感觉。相悦主要表现在人际关系间情感上的相互接纳、肯定。由于双方在心理上的接近与相互肯定，因而减少了人

际间的摩擦事件与心理冲突，这种相互间的赞同与接纳，是成为彼此间建立良好的人际关系的前提。

(5) 仪表吸引：仪表包含先天和后天两部分素质，前者如身材及容貌，后者如衣着、打扮、风度等。仪表在人际吸引过程中有重要的作用，特别是对第一次交往后会不会持续下次交往起决定性作用。

(6) 敬仰性吸引：这种吸引关系一般是因单方面对某人的某种特征的敬慕而产生的人际关系。如球迷，歌迷对球星或歌星的爱慕，一般比较聪敏的人或有特长者容易受到他人的敬仰。受人敬仰者即使发生差错也较少影响人们对他的评价。

二、医患关系模式

医患关系 (doctor-patient relationship) 就是医护人员与患者之间相互联系相互影响的交往过程，是一种特殊的人际关系。医患关系以医疗活动为中心，以维护病人健康为目的；医患关系又是一种帮助性的人际关系，医患交往的过程实质上是医护人员以自己的专业知识和技能帮助患者摆脱病痛，预防疾病，保持健康；医患关系还是一种以患者为中心的人际关系，一切医疗过程和医患交往过程都要作用于患者，并以解决患者健康问题为目的，因此对医患关系的评价应主要以其对患者的作用和影响为标准。

根据医患双方在共同建立及发展医患关系过程中所发挥的作用、各自所具有的心理方位、主动性及感受等的不同，可以将医患关系分为以下三种基本模式。

(一) 主动—被动型 (active-passive mode)

这是一种最常见的单向性的、以生物医学模式及疾病的医疗为主导思想的医患关系模式。其特征为“医生为病人做什么”，医生在医患关系中占主导地位，医患双方属于显著的心理差位关系。医生的权威不会被病人所怀疑，病人一般也不会提出任何异议。

这种模式主要适用于昏迷、休克、全麻、有严重创伤及精神病病人的医疗过程。此类病人一般部分或完全的失去了正常的思维能力，需要医生有良好的职业道德，高度的工作责任心，以及对病人的关心与同情。

(二) 指导—合作型 (guidance-cooperation mode)

这是一种微弱单向、以生物心理社会模式及疾病治疗为指导思想的医患关系，其特征是“医生教会病人做什么”，医生在医患关系中仍占主导地位，医患双方为微弱的心理差位关系。但医患双方在医疗活动中都是主动的，尽管病人的主动是以执行医生的意志为基础，医生的权威在医患关系中仍然起主要作用，但病人可以向医生提供有关自己疾病的信息，同时也可以对医生及治疗提出意见。

这种模式主要适用于急性病病人的医疗过程。因为此类病人神志清楚，但病情重，病程短，对疾病的治疗及职业了解少，需要依靠医生的指导以更好的配合治疗。此模式的医患关系需要医生有良好的职业道德，高度的工作责任心，良好的医患沟通及健康教育技巧，使病人能够在医生的指导下早日康复。

(三) 共同参与型 (mutual participation mode)

这是一种双向性的、以生物心理社会医学模式及健康为中心的医患关系模式。其特征为“医生帮助病人自我恢复”，医患双方的关系建立在平等地位上，双方为心理等位关系。在这种模式中医患双方是平等的，相互尊重，相互学习，相互协商，对医务目标、方法及结果

都较为满意。

这种模式主要适用于慢性疾病的医疗。病人不仅清醒，而且对疾病的治疗比较了解。此类疾病的治疗过程常会涉及帮助病人改变以往的生活习惯、生活方式、人际关系等。因此，需要医生不仅了解疾病的治疗，而且要了解疾病对病人的生理、心理、社会等方面的影响，设身处地为病人着想，以病人的整体健康为中心，尊重病人的自主权，给予病人充分的选择权，以恢复病人战胜疾病的信心及自理能力，使病人在功能受限的情况下有良好的生活质量。

三、临床医学中的人际交往

交往(communi cation)是人们以变换意见、表达情感、满足需要为目的，彼此间相互了解，认识和建立联系的过程。交往过程是一个人与人之间信息交流的过程，也是交往双方获得心理满足的过程。信息加工的观点认为，交往的过程是信息在发送者和接收者之间进行编码、发送、接收、解码和反馈的过程。在这个过程中，任何一个环节出现问题，都会导致交往的偏差或失败。一般认为，交往过程主要是以言语交往和非常语交往两种方式进行的。

(一) 言语交往

言语交往是信息交流的一个重要方式，主要指以口头语的交往方式即交谈或称晤谈(interview)，而书面语的形式则少用。交谈能准确地表达和传递信息，只要交往双方对语言及语境理解一致，交往中损失的信息最少。交谈是医患之间最主要的交往方式，医务人员询问病情、了解病史、进行治疗及健康指导一般都是通过交谈来完成的。

1. 交谈的原则

(1) 尊重病人：交谈要在平等和谐的医患关系中进行。在医患关系中，病人一方常处于弱势地位，因而在医疗过程中经常会出现医务人员居高临下，病人被动服从的情形，这时病人信息往往不能很好地表达，产生交往障碍。

(2) 有针对性：医患交往毕竟是医疗活动的一部分，交谈应该有目的、有计划进行。在交谈之前，医护人员应做充分的准备，明确交谈的目的、步骤、方式。

(3) 及时反馈：在交谈过程中应及时反馈，采用插话、点头肯定、表情等手段对应人的谈话进行应答。及时的反馈有利于交谈过程顺利进行，也有利于医患间的双向信息交流。另外，对交谈中获得的信息也应及时整理分析，并将有关内容反馈给病人，如对疾病的诊断、病情的进展、治疗方案的实施、疾病的预后等。

2. 交谈过程

(1) 交谈初期：这一阶段在询问病史的方式上，应该采用开放式晤谈(open-end interview)，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。

(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，或者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，使话题继续下去。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，而应当采取“半结构式”讨论方式，使交谈继续深入又不脱离主题。

(3) 交谈末期：交谈结束，医生应以安慰体贴的话语为病人提供一定的心理支持。

3. 交谈技巧

(1) 注意倾听：有人认为交谈应该以“说”为主，而忽视了“听”的过程。实际上，在医患

交流中，“听”往往比说更重要。听的过程，既是获得病人有关信息的过程，同时又是对这些信息进行归纳、总结的过程。倾听时，也有一定的技巧和需求，比如应与病人有一定的目光接触，而不能一边做其它事一边听。而且倾听的过程，还是让病人表达自己思想感情的过程，病人向医务人员“倾诉”还可以起到消除心理紧张的作用。

(2) 体会病人的感受：病人谈到的许多感受，都是医务人员没有亲身经历过的，如不能很好体会，容易导致理解的偏差。因此，在交谈中医务人员应学会“心理换位”，设身处地从病人的角度去理解、体会他所谈的问题。这样会促进医患双方的认识、情感交流，加强交谈的效果。

(3) 善用问句、引导话题：交谈过程必须围绕交谈目的，既要充分交流，又要简单明了。运用提问引导话题有利于抓住核心问题。但在提问时切忌生硬地打断病人，而应在恰当的时机比如病人谈话的间隙，礼貌地提出问题，转移话题。

(4) 及时和恰当的反应：根据谈话的内容和情景，医务人员可用点头、微笑、沉默、重复病人谈话、使用“是”、“好”、“是吗”等语言来应答病人的谈话。比如病人谈到生病后出现家庭矛盾，此时医生可以注视病人，说“家庭矛盾？”暗示病人谈出家庭矛盾的内容。交谈中的反应可以起到鼓励病人交谈的作用，是交谈顺利进行的保障。

(5) 抓住主要问题：交谈中应广泛思索，思考病人讲了什么内容，这些内容说明什么问题，并理解病人谈话中的感情色彩、心理倾向等弦外之音。结合交谈目的和提纲，抓住主要问题作进一步深入的了解，以节省时间，提高交谈效率。

(二)非言语交往

非言语交往在人际交往中亦占有重要地位，因为人们相互交往在许多情况下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。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人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，例如沉痛时肃立低头，惧怕时手足无措。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 and 安全感就油然而生。

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，也可以揭示某些个性心理特征，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。

(汪勇 姚斌)

第十二章 医学心理咨询

医学心理学知识和技术，同时也可以作为一个独立的职业展开对社会的服务工作。

Ⅰ 医学心理咨询源于心理咨询又高于心理咨询，不仅涉及社会生活的心理问题，更与传统医学防治手段（营养，保健，药物，手术，锻炼）中的心理问题有关。

Ⅰ 医学心理咨询兼用疾病诊断、鉴别诊断、心理评估、药物治疗、心理治疗和咨询技术。

第一节 心理咨询概述

心理咨询是国内近些年来日趋重视的一个新领域。在国外大多由临床心理学家承担，主要是帮助来访者解决各种应激性问题，提高其适应能力。这是急性应激反应和适应障碍最常用的方法，如帮助他人作决定（是否人工流产或离婚）、帮助他人去适应（大学新生或患了不治之症的病人）、帮助来访者改变不健康的行为方式（如戒烟、戒酒）等；也可作为精神障碍的辅助治疗。必须指出，在国外，心理咨询不等同于心理治疗，是非专业治疗人员所应用的一般指导方法，精神科医师更多地是应用专业心理治疗技术而非咨询，在国内，因为尚没有形成专业心理治疗大气候，因此目前常将这两者等同与并存。

一、定义、历史与现状

（一）咨询（counseling）

咨询系指商谈、征求意见、寻求别人帮助。Riesman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。即通过咨询给来访者以帮助、教育，使他们获得益处。因为咨询是一个过程，因此，咨询需要多次，每次常需持续一段时间。

（二）心理咨询（psychological counseling）

是心理学的一个分支，国外称之为咨询心理学（counseling psychology），且应用非常广泛，发展相当迅速。参加心理咨询的心理学家，一般要有哲学博士或教育学士学位，受过咨询心理学的专门训练。心理咨询的主要工作对象是正常人，所着重处理的是人们的正常需要和问题，咨询专家通过与来访者晤谈与讨论来帮助他们，找出已经存在于来访者的内在积极因素，并促进其发展。对于需要改善环境者，也是在分析现有条件基础上提供改进意见，并非人格重建。根据《美国哲学百科全书》中的定义，心理咨询是：① 主要着重于正常人；② 对人的一生提供有效的帮助；③ 强调个人的力量与价值；④ 强调认知因素，尤其是理性选择和决定中的作用；⑤ 研究个人在制订目标、计划及扮演社会角色方面的个性差异；⑥ 充分考虑情景、环境因素，强调人对环境资源的利用，以及必要时改变环境。当然，心理咨询又可根据其不同群体，分为学校心理咨询、家庭心理咨询、厂矿心理咨询等。另外，根据其咨询内容又可分为人际心理咨询、法律心理咨询、教育心理咨询和医学心理咨询等。

（三）医学心理咨询（psychological counseling in medicine）

是心理咨询中的一个重要分支，但它和普通心理咨询不同，有其自身的重点和任务。它的主要对象是病人或寻求医学帮助和指导的人们。它着重处理的是医学领域内的心理学问题，也运用心理治疗或医学治疗（如药物），帮助来访者恢复身心健康。因此，医学心理咨询和整个医学的目标一致，是医学实践中的重要组成部分，是贯彻生物心理社会医学模式的临床实践。参加医学心理咨询的人员应该具备相当的医学知识和技能，又具备一定的心理学、社会学的知识。这样的人员才能胜任医学心理咨询，真正达到帮助来访者恢复身心健康的目的。

所以，医学心理咨询是通过医学晤谈和讨论（必要时进行心理测验），查明来访者心理障碍的性质和可能的原因，给予劝告、建议、教育、支持和各种形式帮助的过程，包括运用简短的心理治疗和医药治疗（即综合干预）。

医学心理咨询根据医学各科又可再分为许多细目。如内科、外科、儿科、肿瘤等心理咨询，其中精神病学是以研究病理心理为主要内容的学科，同医学心理学有密切的关系。精神病学咨询是医学心理咨询的一个重要部分，但不应把医学心理咨询和精神病学咨询等同。医学心理咨询面向内、外各科，虽然它借用了精神病学的若干病理心理术语，有时也需要应用某些精神药物，但其对象毕竟有很多差别。

（四）医学心理咨询的意义

医学心理咨询适应生物、心理、社会医学模式的要求。由于医学事业的发展，人民群众不仅要求身体健康，也要求心理健康和社会适应。因此，医学心理咨询工作的开展也是一个地区医学事业发展水平高低的标志。医学心理咨询的意义有：

（1）许多人的患病感觉或不舒服的症状由心理社会因素引起，理解和消除这些病感或症状，单靠生物医学方法不行，必须通过医学心理咨询澄清病感的性质，采取适当的心理社会调整措施。俗话说“心病还须心药医”，就是一个恰当的说明。

（2）患各种躯体疾病的人，往往有各种心理反应。例如，癌症病人因预后不佳常情绪抑郁；冠心病病人怕突发心肌梗死死亡而常有焦虑反应。这类心理反应如不消除，不但增加了临床复杂性，不利于诊断和治疗，而且还可能促使病情恶化或导致意外危险。

（3）医学心理咨询对心理生理疾病也有积极作用。这类疾病虽然是躯体疾病，但其发病常有心理社会应激因素和生理心理易感素质。如冠心病病人中，很多人原先具有A型行为模式，在心理社会应激作用下，有过多的儿茶酚胺分泌，形成了对冠心病的易感倾向。但这种A型行为模式可以检测，也可以通过医学心理咨询，进行指导性训练和转变，以利于预防和治疗。

（4）医学心理咨询加强了普通医学、心理学、社会学、精神病学之间的学科联系，有利于各学科在医疗、科研工作中互相渗透、互相补充，既促进医学研究的发展，也有利于行为科学本身的发展。

（五）历史与现状

由于诸多的历史原因，心理咨询在我国的开展只是近 20 多年来的事。在 1980 年以前出版的国内精神病学教科书中也几乎很少介绍西方心理咨询的方法，更多地是侧重药物治疗和其他物理疗法。自 1980 年以来，尤其是在 90 年代，随着对外学术交流的发展，国内逐步有学者比较系统地介绍了西方的许多心理咨询和心理治疗方法，并用于临床实践。同时也有许多心理咨询和心理治疗的短训班在各地举办，培养了一大批心理卫生工作者，其中比较有影响的学习班为中一德心理治疗讲习班，中一美认知心理治疗讲习班等。在上海、北京、广州、南京、长沙和昆明等地逐步形成国内心理咨询与心理治疗的临床培训基地，中国心理卫生协会亦先后成立了心理咨询与心

理治疗、危机干预两个专业委员会，出版了一些有关这方面的专著。医学心理学和精神病学教科书及相关专著中亦增添了有关这方面的许多内容。

目前，在国内许多地区已开展了多种领域和方式的心理咨询，如人才的选拔、职业咨询，大、中、小学校的学生心理咨询，恋爱、婚姻与家庭咨询、综合医院与专科医院病人的医学心理咨询等。近年来，卫生部在三级医院达标评审中已将是否有医学心理咨询服务作为重要指标之一，从一个侧面反映了心理咨询在现代医疗保健中的地位。

二、咨询方式与范围

（一）咨询方式

1. 门诊咨询 综合性医院医学心理门诊咨询应定期开诊，每周一次或几次。为了有充分时间晤谈，使咨询更有成效，每次门诊人数应有一定限额。如来访者过多，可实现预约登记、限额挂号办法。由于心理问题的特殊性，咨询的医务人员应负责对来访者所谈问题保密，但咨询记录必须完整、真实。

2. 院内咨询 内、外科或其他科住院病人出现心理问题如拒绝治疗、伴发抑郁或焦虑，乃至发生脑器质性综合征时，可以请院内医学心理咨询。也可在综合性医院内建立由医学心理咨询医师、精神科医师、心理学工作者和其他医师组成的“联络咨询组”，一起研究处理病人的心理问题。

3. 信件咨询与专栏咨询 在报纸、期刊上开设专栏，对要求咨询的来信选择有典型意义、适合刊登的心理问题加以答复，这对于普及心理健康知识有积极作用。有些来信也可给予个别答复。

4. 电话咨询 国外为了处理自杀危机或其他心理危机，设有热线电话，咨询员对来访者给予劝告或建议，约定时间门诊复查，以协助来访者渡过危机。我国情况与他们不同，这类情况常被送到精神科急诊处理。不过，国内近年许多地方开设了热线电话咨询服务，取得了较好的社会反响，如上海心理健康热线从1990年至2000年共接询处理6.3万余人次。

5. 访问咨询以及网上咨询 指咨询咨询员到学校、工厂作现场观察与调查，找出问题，提供不同职业群体心理健康的建议。网上咨询是近年来兴起的一项新事物，目前国内已有不少这样的网站。

（二）咨询范围

综合性医院医学心理咨询的对象主要是病人及其亲属，包括那些正在恢复或已经恢复的病人，以及有心理问题要求医学帮助指导的人们。综合性医院医学心理咨询主要处理以下各类病人或来访者：

- (1) 焦虑性障碍(包括各种恐怖症)。
- (2) 抑郁性障碍。
- (3) 睡眠障碍，主要是失眠、多睡、睡眠窒息、梦游、遗尿等。
- (4) 慢性疼痛，但无器质性基础。
- (5) 不明原因的躯体症状。
- (6) 强迫性神经症。
- (7) 神经性厌食与贪食。
- (8) 性心理障碍，如性欲减退、阳痿、早泄以及性变态。

(9) 学习障碍, 如轻微脑功能失调(MBD), 又称多动症。

(10) 躯体疾病伴发的心理反应。

综合性医院医学心理咨询范围, 通常不包括有幻觉、妄想和严重行为紊乱的精神病人, 因为综合性医院不具备处理这类病人的条件。这类病人需要精神科的专门处理。但在医学心理咨询时, 可能发现尚处于早期或幻觉妄想尚不明显的精神病人, 则应建议他由家属陪同去精神科就诊。

三、咨询人员的要求

我国医学心理学发展较迟, 目前尚缺乏专业的医学心理咨询工作者, 根据医学心理咨询的任务和要求, 可由临床医师、精神科医师、临床心理学家担任或以临床医师为主体, 配备心理学工作者和有经验的护士组成咨询小组。

鉴于来访者情况多种多样, 涉及范围较广, 所提问题复杂繁多, 病情与环境因素夹杂在一起, 症状与思想问题互相混淆, 所以具体咨询实非易事。临床医师也须经过适当的医学心理学训练, 才能担任这项工作。以下是中国心理卫生协会所发布的有关心理治疗与心理咨询工作者注册资格的规定:

(1) 具有中国心理卫生协会或中国心理学会(以下简称两会)会员资格, 并向两会提交申请(非两会成员如符合下列条件, 亦可参照本规定向两会提交申请);

(2) 具有心理学或医学高等学历(学士、硕士、博士学位)或通过两会有关附加考试;

(3) 严格遵守两会所制定的有关心理治疗与心理咨询工作者道德准则;

(4) 心理健康, 并且符合下列(5)~(8)条条件者;

(5) 必须具有至少两年, 每周不少于4小时的心理治疗与咨询临床实践经验;

(6) 必须获得两会认可的培训机构或培训项目的心理治疗与咨询培训证书(其中培训课程或培训项目的不得少于3个月);

(7) 至少完整地作过5~8例来访者治疗或咨询, 并能提交2例经8次以上系统治疗或咨询的完整案例;

(8) 通过两会的心理治疗与心理咨询专业知识的考试(包括心理治疗与咨询的基本概念、心理障碍、心理诊断、心理测量、治疗过程、治疗关系、治疗晤谈, 以及心理分析、行为治疗等学派的理论和技术, 并包括案例分析和制定治疗方案等内容)。对于不具备心理或医学方面高等学历的人士, 将加试有关心理学方面的基础知识。

第二节 心理咨询的程序

一般来说, 门诊咨询的程序包括: 挂号, 然后填写医学心理咨询记录卡与普通门诊卡。咨询开始时, 先由来访者陈述要求咨询的主要问题。咨询员要注意把问题性质弄清楚, 并进行必要的躯体与心理检查, 或作SCL-90等量表评定, 作出初步诊断。咨询员或咨询小组确定处理原则, 如仍有材料需要补充者, 嘱来访者进一步提供材料。如果诊断明确, 问题简单, 则可提出咨询意见。问题比较复杂, 需要进行系统性心理治疗者, 则宜分阶段进行: 首次门诊应解释治疗的原理和要求, 帮助来访者建立信心, 消除疑虑, 并预约定期门诊; 每次门诊咨询结束, 布置家庭作业。院内咨询的程序与一般会诊相仿, 如需连续多次咨询, 则由咨询员安排时间定期会见来访者, 进行

检查或心理治疗。图11-1简列了医学心理咨询的过程。

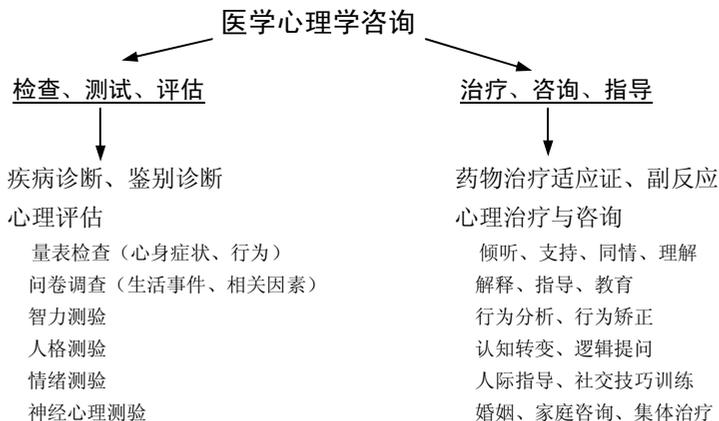


图 11-1 医学心理咨询的一般过程

一、过程

心理咨询是一个帮助人适应和发展的过程，咨询员在整个咨询过程中应以敏锐的感受性和洞察力深入了解对方。同时还需要对他们尊重、接纳和关注，使他们的潜能得以达到完美的发展。个别直接心理咨询的基本过程可以分为四个阶段：

1. 准备阶段 第一阶段是咨询员和来访者建立良好关系的开端。关注和聆听是咨询员在这个阶段的重要工作。除了对于来访者的表情、姿势、神态、举止、动作等身体外表方面的关注之外，也需要关注他们的心理状态，如情绪、语言、思维等。同时还需要十分留意地去聆听来访者的言语表达，包括语音、语调和用词等等。鼓励他们用语言和非语言的表达方式来表达他们的心声，表达他们所关心的事物和切实的愿望。

2. 探讨反应阶段 在咨询的第二阶段咨询员应该着重做好两方面的工作，一方面是探讨来访者的反应方式，即在仔细聆听的基础上与来访者探讨他们所持有的反应方式和何为合理的反应方式。另一方面是帮助来访者了解自我，使他们对自己的问题有全面的了解和认识，并能确切地表述和阐明自己切实存在的问题和困难。咨询员在这阶段中所采用的技术不仅是对来访者身心方面的关注，还需要与他们澄清和确认客观存在的矛盾和困扰。此阶段的工作目标是：

(1) 使来访者充分敞开自己，表达自己，毫无顾虑地倾诉自己的心事和所关心的周围事，并能放松坦然地宣泄自己的感情。

(2) 启发来访者进行反思，引导他们反思当前面临的实际情况，反思现实生活的意义和感受，同时也要反思引起心理困扰的直接和间接原因。

(3) 帮助来访者了解自己，使他们确切地了解自己的困难、感受和目标。如果在此阶段能找到来访者的问题症结，那么就能较顺利地进入到第三阶段。

3. 行动转变阶段 行动阶段是咨询中最重要阶段，因为来访者正是在此阶段开始改变自己，获得适应和发展。咨询员应该把求得这种改变和发展作为此阶段的工作目标。咨询员可以从以下几方面着手，帮助来访者具体地实施转变：① 帮助来访者了解和意识自己的价值观；② 改变和

矫正功能失调的信念；③ 设定自己的短期目标和长期目标；④ 分析和评价现实环境中存在的阻力和动力；⑤ 作出如何付诸于行动的决定；⑥ 选择能够达到目标的行之有效的途径和方法，并制定行动步骤；⑦ 激励来访者，从有决心到有实际的行动；⑧ 通过进度评估，肯定来访者付出的努力和取得的成绩。并检查是否有新的阻力和困难，求索社会各方的支持，适当修正努力的方法和进程。

来访者在这阶段中的努力也相应包括开放自己、明确目标、选择方法、确定步骤、采取行动、反省评估、继续努力。

在一般情况下，当第三阶段的晤谈结束时应该完成常规的心理咨询工作。如果来访者对自己成长发展有很高的期望，主动要求咨询员继续指导，力求深度发展，咨询工作就需要进入发展阶段。

4. 发展阶段 发展阶段的目的是使来访者作较大幅度的改变，求得全面的发展和成长。因此咨询员的工作重心应放在对来访者进一步评估进度、督导和鼓励支持上。所用的技术是关注聆听、探讨反应和评估激励等。

二、原 则

医学心理咨询要取得好的效果，咨询员必须遵守以下几项原则，在晤谈中努力贯彻。

1. 耐心倾听，鼓励疏泄 从事医学心理咨询的咨询员必须满腔热忱、乐于助人，同情地、理解地倾听来访者诉说，不要任意打断来访者谈话。这种倾诉常能减轻来访者不良情绪，有一定治疗意义。但是，很多来访者对于这类倾诉存在种种疑虑，他们怕被人看不起，怕被当成精神病，怕咨询员责怪。因此，对他们要加以鼓励，告诉他们：咨询员正准备给予帮助，倾吐内心不快既有助于咨询员了解他们的情况，也可减轻自己的精神负担；

2. 积极支持，建立信心 一旦来访者倾诉了大量的痛苦体验，咨询员应表示同情和理解。同时反复说明，心理障碍通过适当步骤是会好转的。对来访者的各种误解和担心，包括有无精神病、会不会死、会不会变痴呆等，应鼓励其诉说，并给予耐心的、有说服力的解释，必要时给予强有力的保证，使来访者理解问题实质，看到希望，树立信心。

3. 解释得当，应对审慎 咨询员在问题性质未弄清之前，决不要轻易回答问题。咨询员应根据科学知识，善于引导来访者自己寻求答案。解释要有理、恰当，切忌发表模棱两可、没有根据的咨询意见。不要简单、草率地敷衍来访者或干巴巴地说教。一时难以解答时，可要求来访者进一步提供材料，或心理测验，预约下次再诊。

4. 尊重来访者，严守秘密 心理咨询常涉及来访者的个人隐私、人际关系、夫妻感情和社会问题，很多来访者不希望为其他人知晓。对来访者所谈的个人隐私，应严守秘密，不得随便谈论。非咨询人员不得参与晤谈。如处理不当，也可构成法律问题。

5. 解决问题（problem-solving） 寻求咨询，目的是为了得到帮助和解决问题，因此，在咨询中帮助来访者学会解决或处理问题的方法是非常必要的。其基本步骤为：① 了解和澄清问题的性质，并列出的所有的问题；② 让来访者挑选其中的一个问题先着手解决（即学会分清主次）；③ 帮助来访者考虑各种解决问题的可能方法，并列出的各种可能的方案，最好是写下来，然后选择其中最可能实施和成功的方案；④ 根据作出的选择，付诸行动去实施或执行；⑤ 评价实施的结果。如果来访者问题解决，再选择下一个要解决的问题，仍按上述步骤进行。如果问题并未解决，则咨询员应该帮助来访者共同回顾上述的每一个环节，寻找可能的症结所在，并改正之，这

样可以提高解决问题的成功率。一般来说，在咨询过程中应鼓励来访者独立地提出问题和解决问题，以便使其学会应对、处理问题的策略和解决问题的技巧，学会“举一反三”地应用于日后的生活和工作之中，这种形式的解决问题方法每次约 30 分钟，整个疗程为 4~8 次。

三、基本技术

咨询的基本技术与一般心理治疗技术大致相同，但特别强调咨询工作人员的晤（会）谈技巧，即除了耐心倾听之外，还应该注意态度（attitude）、基本的会谈方式（basic way of talking）、集中注意（concentration）、指导（directing）与解释（explanation）。为方便记忆，将此几点的英文单词第一个字母缩写，亦称晤谈技巧 ABCDE。

1. 如何开始晤谈 晤谈的首要任务是弄清要求咨询的问题，包括问题的性质、影响、形成原因。因为有些来访者由于种种原因采取了迂回曲折的方式来表明求诊原因。如他（她）要求对头痛、失眠咨询，但他（她）的真正问题乃是工作困难或夫妻不和。他（她）要求检查有无脑部疾病，理由是记性不佳，其真实原因却是情绪抑郁。此时要求咨询员记住两点：一是全神贯注，把眼睛看着来访者，以表明自己正在倾听诉说。否则会遗漏重要信息，来访者感觉也不好。二是以开放式问题开始晤谈。如一开始就用封闭式问题，则使晤谈陷入被动、呆板，而封闭许多重要信息，来访者感到没有机会用自己的言语说明问题。当问题范围已清楚，为了进一步澄清问题，可以用封闭式问题追踪。不过，在晤谈过程中，仍主张多运用开放式提问。

2. 继续晤谈的要点

(1) 尽可能鼓励和促进晤谈，要使来访者感到咨询员对他所谈内容感到兴趣。采用切合来访者身份的开放式问题提问和反馈，如点头、轻声应答、目光接触等都是对来访者谈话的一种促进。

(2) 对躯体性诉述，应着重用开放式提问，有利于探索症状的心理社会原因，弄清躯体性诉述是疾病引起，还是心理原因引起的病感。也有利于避免暗示性。

(3) 整个晤谈应是从开放式逐渐趋向于封闭式。封闭式不宜使用过早，主要用于澄清问题、控制晤谈方向、避免来访者讲许多无关的内容。

(4) 集中于现在问题，而不是过去。当然与现在问题形成有关的过去事件也属晤谈范围。但如果在往事的晤谈上停留过久，就会妨碍现在问题的解决。

3. 提高晤谈能力

(1) 心理咨询要求咨询员在晤谈时，对来访者表达的心理痛苦或危机的言语线索有高度的敏感性。这种敏感性来自于对心理障碍的熟悉程度和心理咨询的经验。如来访者诉说不敢去看电影，因为一到影院时就感到害怕，便要逃出来，就应询问有无惊恐发作，如发作时胸闷、心慌、濒死感、过度换气等。

(2) 咨询员要提高对来访者心理问题的非言语性暗示的敏感性。来访者的心理障碍可能通过其动作行为、表情姿态显示出来。如抑郁性障碍可见精神运动性迟缓、语调低沉、面容不愉、进食减少等。书写遗嘱可能提示有自杀危机。

(3) 咨询员要有对付多语来访者的能力。因为言语过多的来访者常提供过多的无关或枝节材料，对诊断治疗无益，反而浪费许多时间。通常咨询员总能等到适当间隙，用提问来控制晤谈。此时咨询员既要坚定，又要有礼貌，避免引起来访者的不快。

(4) 咨询员要有掌握心理检查资料的能力。这种能力同样需要反复训练，决非一朝一夕之功。要善于从错综复杂的心理社会背景中找出有重要意义的材料，要善于去粗取精、去伪存真，

对含糊不清的地方要注意澄清。

四、需注意的几个问题

1. 坚持生物、心理、社会模式 医学心理门诊中，来访者的情况多种多样，要求咨询的问题也很复杂。咨询员务必对他们要求咨询的问题从生理、心理、社会几方面追溯原因，然后才能把问题的性质澄清，提出的处理措施才能大致准确。例如，来访者要求咨询的是数月来食欲不振、消化不良，实际上她还有失眠、情绪不良，然而来访者由于某种原因（例如她不把情绪不良看成需要咨询员帮助的问题）没有说到情绪问题。如果不全面了解来访者情况，就会忽略她的抑郁症的诊断。又如，来访者诉述头痛，而他的真正问题却是夫妻关系紧张，头痛只是一种症状。更有来的访者可能有复杂的社会背景，他们提出某些申诉要求咨询，其真正的意图却是借用医学诊断企图来回避他们的困难乃至罪责。在这种情况下，咨询员应保持敏锐的洞察力，必要时应向有关方面调查。

2. 防止漏诊器质性疾病 有的器质性疾病患者，可能因为药物疗效不满意，转向医学心理门诊要求咨询。也有的来访者既有器质性疾病，同时又有心理障碍存在。例如，患者有冠状动脉性心脏病，但同时又有广场恐怖、惊恐发作。因此，医学心理门诊对每一个来访者的躯体情况都应注意检查，必要时进行心电图、x线摄片、化验等检查。即坚持生理、心理、社会的综合诊断原则。

3. 重视运用心理治疗 医学心理门诊不同于普通医学门诊，它必须给来访者有诉说心理问题的机会，对于心理障碍应采用各种有效的心理治疗，例如支持性心理治疗、行为治疗、认知治疗、音乐治疗、催眠暗示治疗与生物反馈治疗。有些来访者的心理问题经过简单的解释和保证就能好转。这种简易的心理疗法完全可在门诊应用。行为治疗也可在门诊指导来访者应用，有时可把家属视为“协同治疗者”，这对许多神经症患者可以取得疗效。如果咨询员不重视运用心理治疗，一味开药，这就把医学心理门诊混同于普通门诊了，而且许多来访者的“心病”也仍然不能消除。

4. 保守来访者所谈的秘密

医学心理门诊中来访者诉说个人的创痛、隐私，咨询员除了客观地、同情地倾听，也有恪守秘密的义务。来访者的隐私、创痛常与强烈的情感体验有联系，来访者谈了以后，情感得到疏泄，往往可引起疾病的好转。但如果咨询员不承担保密义务，把来访者的资料任意泄露，就会引起来访者的失望、不满乃至增加精神负担。可见医学心理咨询工作并不适宜在人群聚集的公园里和大街上开展。

5. 精神药物应用 医学心理门诊虽然重点是处理心理障碍，强调心理治疗，但并不排斥药物治疗，尤其是应用精神药物。这是因为有些来访者虽有心理障碍，但不适合作心理治疗，而精神药物对其心理障碍却有肯定效果。例如，儿童多动症可用自我指导训练疗法和药物利他林。但前者要求专人指导，适合于学校；后者简便有效，常为家长、患儿乐意接受。神经症患者可采用抗焦虑药，安全有效。但在行为治疗时则不应提倡服用药物，尤其要避免抗精神病药、镇静催眠药，因为会影响学习过程。如果在服药的情况下有效，停药时可能会引起反复，使行为疗法的效果不巩固。一般而言，医学心理门诊配备的常用药物为：抗焦虑药、抗抑郁药及少量抗精神病药。

6. 转诊问题 对有幻觉、妄想和严重认知、行为障碍的病人来说，综合性医院缺乏相应的处理条件。这类病人应劝他们由家属陪同去精神卫生中心或精神病医疗机构求诊或咨询。而且这类精神病人由于妄想或思维混乱，无法提供客观真实的病史资料；情绪的敌对、不合作，也无法

按咨询员意见去执行。因此，介绍这类精神病患者到综合性医院医学心理门诊来咨询，显然是不适当的。尽管如此，有时仍可发现某些精神病早期患者前来要求咨询，他们的行为尚无混乱，对咨询员的指导尚能理解，可有限制地给予少量抗精神病药，并嘱家属陪同其去精神病医疗机构诊治。有些来访者有器质性疾病可疑，而咨询咨询员又不熟悉这些专科时，可建议去有关专科检查。

(季建林)

参考实验与教学大纲

第一部分 实验与实习

医学心理学涉及面广，可选择各类实验很多，以下五次实验安排（每次 2-3 学时），仅供各院校根据实际情况参考选做。

实验一：人的心理行为

目的：加深理解人的心理行为的可操作和可研究性

内容：可选用感知觉（两点阈仪、闪光融合器、时间知觉仪等）、动作学习（镜画仪、迷宫、双手操作器等）、注意分配（注意分配仪、读和写双重任务等）、概念形成（叶克斯器）方面实验，部分由学生操作，部分由教师示教。

实验二：心身相关

目的：加深理解心身之间的相关性

内容：可选用简单和选择反应时（反应时测定仪）、痛阈和耐痛阈（筒式痛阈测定仪）、皮肤电阻（皮肤电测定仪）、生物反馈（生物反馈仪）等实验，部分操作，部分示教。

实验三：心理测验

目的：体验心理测验全过程

内容：可选用部分简便的个性、情绪、心身症状、应激有关量表。也可使用姜乾金编制的可与本教材配套的多媒体教学软件《医学心理测验》（人民卫生出版社），指导学生做心理测验并分析结果。

实验四：医学晤谈

目的：重点了解医学晤谈过程中的各种基本要求

内容：可选用诊断性晤谈或治疗性晤谈情景（最好从心身病科或医学心理咨询中选择对象），作现场教学演示（单向观摩）或采用录象教学，并组织讨论。

实验五：心理治疗

目的：了解部分心理治疗方法的实施过程

内容：现场见习（也可通过录象观摩）生物反馈疗法、松弛训练、音乐疗法、书法治疗、小组治疗、认知治疗等几种心理治疗方法，并组织讨论。

第二部分 教学时数与内容安排

专 业	临床医学 七年制	临床医学五 年制 *	护理五年制	预防医学五 年制	备 注
总学时数	54	36	72	36	
绪 论	3 学时	2 学时	4 学时	2 学时	按专业选择讲授深度
医学心理学概述	一~三	一~三	一~三	一~三	
医学心理学与医学模式转变	一~三	一~三	一~三	一~三	
医学心理学研究方法	一、二	二	一、二	二	
第一章 主要理论	6 学时	2 学时	6 学时	2 学时	学习、认知和心理生物学为重点
行为学习理论	一~六	一~六	一~六	一~六	
精神分析理论	一、二	一、二	一、二		
认知理论	一、二	一、二	一、二		
心理生物学理论	一~三		一~三		
其他有关理论	一~三		一~三	一~三	
第二章 人的心理	6 学时	6 学时	9 学时	5 学时	情绪和个性为重点；另有实验
心理的脑基础	一~四	—	—	—	
心理的社会学基础	一、二	—	—	—	
认知过程	一~四	一~四	一~四	一~四	
情感过程	一~三	—	一~三	一、三	
意志过程	一~三		一~三		
个 性	一~七	一~七	一~七	一~七	
第三章 心理应激	3 学时	3 学时	3 学时	2 学时	按学时数选择讲授深度
总 论	一、二	一、二	一、二	一、二	
生活事件	一、二	一、二	一、二	一、二	
应激反应	一~三	一~三	一~三	一~三	
认知评价	一、二	一、二	一、二	一、二	
应对方式	一~三	一~三	一~三	一~三	
社会支持	一、二	一、二	一、二	一、二	
个性与应激	一、二	一、二	一、二	一、二	
第四章 心理评估	3 学时	2 学时	6 学时	2 学时	总论为主量表仅作简介；另有实验
总 论	一~三	一~三	一~三	一~三	
智力测验			—		
人格测验			二		
神经心理测验					
评定量表	一~三		一~三		
第五章 心理治疗	6 学时	4 学时	8 学时	2 学时	除总论以外根据不同专业选择介绍若干心理治疗方法；
总 论	一~四	一~四	一~四	一~四	
精神分析疗法	一、二				
行为治疗	一~三	一~三	一~三		
认知治疗	一~三	一~三	一~三		
来访者中心疗法	一~三		一~三		

续表

专 业	临床医学 七年制	临床医学五 年制*	护理五年制	预防医学五 年制	备 注
总学时数	54	36	72	36	
森田疗法	一~三				七年制另有实验
支持疗法	一~三		一~三		
暗示和催眠疗法	一、二				
松弛疗法	一~三	一~三	一~三	一~三	
生物反馈疗法	一~三		一~三		
第六章 心理健康	1 学时	1 学时	3 学时	4 学时	总论为重点其它 供选择介绍
总 论	一、二	一、二	一、二	一、二	
儿童及少年期心理健康				一~四	
成年期心理健康				一~三	
第七章 临床心身相关问题	3 学时	2 学时	6 学时	2 学时	除总论外根据专业 选择介绍若干 心身问题
心身疾病	一~四	一~四	一~四	一~四	
内科心身相关问题	一~三	一~三	二~三		
儿科心身相关问题	一、二		二		
妇产科心身相关问题	一、二		二		
肿瘤科心身相关问题	一、二	一、二	二		
第八章 异常心理与不良行为	2 学时	2 学时	3 学时	4 学时	总论为重点其它 供选择介绍
总 论	一~四	一~四	一~四	一~四	
焦虑性障碍	一、二	一、二	一、二	一、二	
抑郁性障碍	一、二	一、二	一、二	一、二	
人格障碍	一、二			一、二	
性心理障碍	一~四				
不良行为		一~四	一~四	一~四	
第九章 临床其它心理问题	3 学时	2 学时	8 学时	2 学时	根据不同专业重 点介绍几个专题
睡眠心理	一、二	一、二	一、二	一、二	
疼痛心理	三		一~三		
手术的心理问题	一~三	一~三	一~三		
康复心理			一、二		
药物心理	一、二		一、二	一、二	
第十章 病人心理与医患关系	1.5 学时	1 学时	2 学时		一般介绍；七年 制另有实验
病人心理	一~三	一~三	一~三		
医患关系	一~三	二、三	一~三		
第十一章 医学心理咨询	1.5 学时	1 学时	2 学时	1 学时	
心理咨询概述	一、二	一、二	一、二	一、二	
心理咨询的程序	一~四		一~四		
实验和实习	15 学时	8 学时	12 学时	8 学时	
合计使用教材内容(千字)	350	250	350	250	

* 口腔医学五年制同

(祝一虹)

参考文献

1. 中国大百科全书. 心理卷. 北京: 中国大百科全书出版社, 1991
2. 心理学名词. 北京: 科学出版社, 1999
3. 王金道. 临床疾病心理学. 北京: 北京师范大学出版社, 1994
4. 王春芳, 张宁. 医学心理学. 南京: 南京大学出版社, 2000
5. 王效道. 心理卫生. 杭州: 浙江科学技术出版社, 1990
6. 车文博. 心理治疗指南. 长春: 吉林人民出版社, 1990
7. 张苏范. 生物反馈. 北京: 北京科学技术出版社, 1987
8. 张春兴. 现代心理学. 上海: 上海人民出版社, 1994
9. 李心天. 医学心理学. 北京: 人民卫生出版社, 1994
10. 李心天. 医学心理学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1998
11. 李维, 吴庆麟, 袁军. 心理学百科全书. 杭州: 浙江教育出版社, 1995
12. 杨德森. 行为医学. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998
13. 汪向东. 心理卫生评定量表手册. 北京: 中国心理卫生杂志社, 2000
14. 汪勇. 护理心理学. 西安: 陕西人民出版社, 2000
15. 岳文浩, 赵耕源. 现代临床心理学手册. 济南: 山东科学技术出版社, 1996
16. 岳文浩, 潘芳, 张红静. 医学心理学. 北京: 科学出版社, 2001
17. 姚树桥, 邱景华, 唐秋萍. 心理测验. 见陶国泰. 儿童少年精神医学. 南京: 江苏科学技术出版社, 1999
18. 姜乾金. 医学心理学. 北京: 人民卫生出版社, 1998
19. 姜乾金. 医学心理学. 北京: 北京科学技术出版社, 1993
20. 姜乾金. 医学心理学. 杭州: 浙江大学出版社, 1988
21. 洪炜. 医学心理学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1996
22. 皇甫恩. 军事医学心理学. 北京: 人民军医出版社, 1996
23. 胡佩诚, 宋燕华. 心理卫生和精神疾病的护理. 北京: 北京医科大学出版社, 1999
24. 胡佩诚. 医学心理学. 北京: 北京医科大学出版社, 2000
25. 荆其诚, 林仲贤. 心理学概论. 北京: 科学出版社, 1986
26. 赵耕源, 黄铎香. 医学心理学概论. 广州: 广东高等教育出版社, 1991
27. 钟友彬. 中国心理分析. 沈阳: 辽宁人民出版社, 1988
28. 徐俊冕. 医学心理学. 上海: 上海医科大学出版社, 1996
29. 徐俊冕. 医学心理咨询方法. 上海: 上海医科大学出版社, 1995
30. 徐斌, 王效道, 刘士林. 心身医学. 北京: 中国科学技术出版社, 2000
31. 耿贯一等译. 生活方式与健康. 天津: 天津科学技术出版社, 1994
32. 郭世瑜, 钱忠明, 徐斌. 心理生理学. 南京: 南京大学出版社, 1991
33. 钱铭怡. 心理咨询与心理治疗. 北京: 北京大学出版社, 1993
34. 高玉祥. 个性心理学. 北京: 北京师范大学出版社, 1997

-
35. 梁宝勇, 王栋. 医学心理学. 吉林: 吉林科学技术出版社, 1998
 36. 萨库索, 卡普兰(美). 临床心理学. 北京: 科学技术文献出版社, 1991
 37. 龚耀先. 医学心理学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1998
 38. 傅安球. 实用催眠心理疗法. 上海: 上海人民出版社, 1995
 39. 韩济生. 神经科学原理. 北京: 北京医科大学出版社, 1999
 40. 鲁利亚 AP. 神经心理学原理(汪青等译). 北京: 科学出版社, 1983
 41. Boudewyns PA, et al. Behavioral Medicine in General Medical Practice. California: Addison-Wesley Pub Co, 1982
 42. Coles MGH, et al. Psychophysiology: Systems, Processes, and Applications. Amsterdam: Elsevier, 1986
 43. Garfield SL, et al. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. NY: John Wiley and Sons, 1986
 44. Gazzaniga MS, et al. Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind. New York: W.W. Norton & Company, Inc, 1998
 45. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment. 2nd ed. New York: A Wiley-Interscience Publication, John Wiley & Sons, 1990
 46. Herson M, et al. The Clinical Psychology Handbook. NY: Pergamon Press, 1983
 47. Keefe FJ, et al. Assessment Strategies in Behavioral Medicine. NY: Grune and Stratton, 1982
 48. Kent G, et al. Psychology and Medicine Care. Beilliere: Tidull, 1986
 49. Kimball CP. The Biopsychosocial Approach to the Patients. Baltimore/London: Williams & Wilkins, 1981
 50. Livneh H, et al. Psychological Adaptation to Chronic Illness and Disability. Maryland: An Aspen Publication, 1997
 51. Mc Manus C. Psychology in Medicine. Eng: Butterworths, 1992
 52. Nichols KA. Psychological care in physical illness. 2nd ed. Chapman & Hall, 1993
 53. Phares EJ. Clinical Psychology, 4th ed. California: Brooks/Cole Publishing Co, 1992
 54. Rosenzweig MR, et al. Biological Psychology. Massachusetts: Sinauer Associates, 1996
 55. Stroebe W, et al. Bereavement and Health: The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss. NY: Cambridge Univ Press, 1987
 56. Tulskey D, et al. WAIS-III and WMS-III: Technical manual. San Antonio: The Psychological Corporation, 1997
 57. Vingoe FJ. Clinical Psychology and Medicine. Oxford: Oxford Univ Press, 1981
 58. Weiner IB. Clinical Methods in Psychology. NY: John Wiley and Sons, 1983

英文索引

ability	能力	66
abnormal psychology	变态心理学	5
abreaction	发泄	125
acceptance	接纳	136
activation-synthesis model	(梦的) 激活合成模式	203
active-passive mode	主动-被动型	226
adaptive behavior scale	适应行为量表	101
adaptive quotient(ADQ)	适应能力商数	103
aesthetic feeling	美感	54
affective impulse	激情	53
alarm	警戒	73
alcohol dependence	酒瘾	197
anger	愤怒	80
anorexia nervosa	神经性厌食	199
anxiety	焦虑	80, 189
anxiety disorder	焦虑性障碍	189
aplesia	贪食	199
approach-approach conflict	双趋冲突	65
approach-avoidance conflict	趋避冲突	65
assertiveness and social skills training	自信心及社交技巧训练	128
attack	攻击	81
attention	注意	49
autonomic training	自主训练	144
autosuggestion	自我暗示	141
aversion stimulus	厌恶刺激	129
aversion therapy	厌恶疗法	129
aversive image	厌恶想象	129
avoidance	回避	81
avoidance conditioning	回避条件作用	19
avoidance-avoidance conflict	双避冲突	65
behavior log	行为日记	127
behavior risk factors	行为危险因素	9, 172
behavior sample	行为样本	95
behavior therapy	行为疗法	126
behavioral analysis	行为分析	127
behavioral medicine	行为医学	4
behavioral prostheses	行为辅助工具	129

behavioral science	行为科学	17
biofeedback therapy	生物反馈疗法	146
biomedical model	生物医学模式	8
biopsychosocial model	生物心理社会医学模式	9
burnout	心力憔悴	172
Cannon-Bard theory	情绪的坎农-巴德理论	54
case study	个案研究	15
character	性格	69
chronic pain	慢性疼痛	207
chronological age	实龄	100
chunk	组块	44
classical conditioning	经典条件作用	18
client-centered therapy	来访者中心疗法	135
climacteric syndrome	更年期综合征	159
clinical psychological assessment	临床心理评估	93
clinical psychology	临床心理学	4
cognition	认知	25
cognitive appraisal	认知评价	83
cognitive behavioral learning	认知行为学习理论	22
cognitive behavioral therapy	认知行为疗法	127
cognitive process	认知过程	40
cognitive sciences	认知科学	26
cognitive therapy	认知疗法	130
communication	交往(沟通)	227
compliance	依从性	215, 223
computer-assisted tests	计算机辅助心理测验	96
conditioned response	条件反射	18
conditioned stimulus	条件刺激	18
conditions of worth	价值条件	135
conscious	意识	23
construct-related validity	结构(关联)效度	99
consulting psychology	咨询心理学	4
content-related validity	内容(关联)效度	99
contingency contracting	治疗协议或临时合同	129
controlled variable	控制变量	14
conversion	转换(作用)	25
coping	应对	84, 115
coping skills training	应对技巧训练	133
coping strategies	应对策略	84
coping styles	应对风格	85
counseling psychology	咨询心理学	229
covert modeling	隐匿示范	133
covert sensitization	掩敏法	129
criterion-related validity	效标(关联)效度	99

cross-cultural study	跨文化研究	32
crystallized intelligence	晶态智力	149
cutoff score	划界分	98
defect psychology	缺陷心理学	5
defense mechanism	防御机制	24, 87
denial	否认	87, 174
dependency	依赖 (心理)	81
depression	抑郁	80, 104
depressive disorder	抑郁性障碍	191
developmental scales	发展量表	101
deviation IQ	离差智商	100
displacement	转移	88
doctor-patient relationship	医患关系	226
dream interpretation	释梦	125
drug dependence	药物依赖	198
eclectic psychotherapy	折衷心理治疗	119
ego	自我	24
emergency reaction	应急反应	166
emotion	情绪	51
emotional adjustment	情绪调节	58
emotional expression	表情	52
emotional response	情绪反应	80
emotional suppression	情绪压制	182
emotion-focused coping	情绪关注应对	84
empathy	通情 (神入)	93, 136
encephalization factor	脑化指数	35
ergotropic system	非特应系统	82
error variance	估计误差	99
escape	逃避	81
exercise training	运动锻炼	214
exhaustion	衰竭	73
exhibitionism	露阴癖	196
experimental method	实验法	14
extinction	消退	19, 129
Eysenck personality questionnaire	艾森克人格问卷 (EPQ)	105
fantasy	幻想	88
fast wave sleep, FWS	快波睡眠	201
fear	恐惧	80
feeling	情感	51
fetishism	恋物癖	196
field experiment	现场实验	15
fight or flight	搏斗或逃跑	166
fixation	滞留现象	24
flooding	满灌疗法	128

fluid intelligence	液态智力	149
forgetting curve	遗忘曲线	44
free association	自由联想	25, 124
frotteurism	摩擦癖	196
frustration	挫折	65
functional asymmetry of cerebral hemispheres	大脑机能不对称性	37
gate control theory	闸门控制学说	206
general ability	一般能力	66
general adaptation syndrome	一般适应综合征 (GAS)	29, 73
generalization	泛化	18
generation gap	代沟	155
graded exposure	逐级暴露	128
guidance-cooperation mode	指导-合作型	226
Halsted-Reitan neuropsychological battery, HRB	H—R 成套神经心理测验	107
health	健康	150
health psychology	健康心理学	4
helpless	无助感	173
helplessness	无助	81
hierarchy of needs theory	需要层次理论	32
homosexuality	同性恋	196
hopeless	无望感	173
hostility	敌意	81, 170
human development	人的发展	149
humanistic psychology	人本主义心理学	32
humor	幽默	89
hypnotherapy	催眠疗法	141
id	本我	24
impairment index	损伤指数	109
individual inclination	个性倾向性	62
individual mental characteristic	个性心理特征	62
insomnia	失眠	203
instrumental conditioning	工具操作条件作用	19
intelligence	智力	67
intelligence quotient, IQ	智商	67, 96, 100
intelligence test	智力测验	100
interpersonal attraction	人际吸引	225
interpersonal relationship	人际关系	224
interpretation	解释	125
interview	晤谈 (访谈)	93, 227
interview method	晤谈法或访问法	13
introspective method	内省法	13
introversion-extroversion	内外倾 (向)	70, 105
laboratory experiment	实验室实验	14
learned helplessness	习得性无助	167

learning theories of behavior	行为学习理论	17
libido	力必多（欲力）	24, 70
life change units	生活变化单位（LCU）	78
life cycle	生命周期	149
life events	生活事件	76
long-term memory	长时记忆	44
mediating mechanism	心身中介机制	81
medical psychology	医学心理学	1
meditation	静默法	144
memorization	识记	43
memory	记忆	43
mental age	智龄	100
mental health	心理健康（心理卫生）	4, 150
mental stress test, MST	心理应激测试技术	14
Minnesota multiphasic personality inventory	明尼苏达多相人格调查表 （MMPI）	103
mixed learning model	混合学习模型	22
modeling	示范作用（模仿）	21, 167
mood	心境	53
moral feeling	道德感	54
Morita therapy	森田疗法	137
motivation	动机	65
multi-modal association area	多通道联合区	35
mutual participation mode	共同参与型	226
need	需要	63
negative events	负性事件	77
negative reinforcement	负强化	20
negative transference	负移情	125
neuropsychology	神经心理学	3
neurosis	神经症	188
neuroticism	神经质	105, 137
nightmare	梦魇	204
night-terror	夜惊	205
norm	常模	97
nursing psychology	护理心理学	5
objective events	客观事件	77
observational method	观察法	13
open-ended interview	开放式晤谈	227
operant conditioning	操作条件作用	19
operational anxiety	手术焦虑	208
operative mental intervene	手术心理干预	209
pain	疼痛	205
pain perception	痛知觉	205
pain reaction	痛反应	205

pain threshold	痛阈	208
panic	惊恐	189
Papez circuit	帕佩兹环	56
participant modeling	参与示范	128
pathological psychology	病理心理学	5
patient-role	病人角色	218
perceived social support scale	领悟社会支持量表(PSSS)	115
percentile rank	百分位	98
perception	知觉	41
personal-centered therapy	人本疗法	135
personality	人格(个性)	62
personality disorder	人格障碍	192
16 personality factor questionnaire	16项人格因素问卷(16PF)	106
phobias	恐怖症	189
physical dependence	生理依赖	197
physiological psychology	生理心理学	3
placebo	安慰剂	216
pleasure principle	唯乐原则	24
positive events	正性事件	77
positive reinforcement	正强化	20, 129
positive transference	正移情	125
post traumatic stress disorder	创伤后应激障碍	77
postoperative depression	手术后抑郁	211
preconscious	前意识	23
primary appraisal	初级评价	83
primary area	初级区	35
principle of ideal	至善原则	24
problem behavior	问题行为	122
problem-focused coping	问题关注应对	84
process-oriented approach	过程研究	84
progressive relaxation	渐进性放松	144
projective technique	投射测验	106
prospective study	前瞻性研究	15
psychoanalysis	精神分析理论	23
psychoanalytic psychotherapy	精神分析疗法	124
psychobiology	心理生物学	3
psychodynamic theory	心理动力理论	23
psychological assessment	心理评估	93
psychological counseling	心理咨询	229
psychological counseling in medicine	医学心理咨询	229
psychological dependence	心理依赖	197
psychological physiology	心理生理学	3
psychological scale	心理量表	95
psychological stress	心理应激	73

psychological test	心理测验	93
psychologist	心理医生	4
psychology	心理学	6
psychometrics	心理测量学	95
psychoneuroimmunology	心理神经免疫学	166, 181
psychophysiological disease	心理生理疾患	163
psychophysiological medicine	心理生理医学	4
psychosexual disorder	性心理障碍	195
psychosomatic disease	心身疾病	163
psychosomatic disorder	心身障碍	163
psychosomatic medicine	心身医学	4, 164
psychosomatic response	心身反应	79
psychotherapy	心理治疗	118
psychoticism	精神质	105
punishment	惩罚	20
questionnaire method	问卷法	14
rapproach	和睦关系	93, 120, 137
rating scale	评定量表	97, 109
ratio IQ	比率智商	100
rational emotion therapy	合理情绪疗法	132
rational feeling	理智感	54
rationalization	合理化（文饰作用）	88
reaction	反向	88
reality principle	现实原则	24
reciprocal inhibition	交互抑制	127
recognition	再认	43
regression	退行	81, 88
rehabilitation psychology	康复心理学	5
reinforcement	强化	18
relaxation response	松弛反应	145
relaxation training	松弛疗法	143
reliability	信度	99
reliability coefficient	信度系数	99
representation	表征	46
repression	潜抑	24, 89
reproduction	再现	43
resistance	抗拒	73, 124
response variable	反应变量	14
retention	保持	43
retrospective study	回顾性研究	16
reward	奖赏	19
role conflict	角色冲突	217
Rorschach test	洛夏测验	106
sample	样本	97

sampling study	抽样研究	15
secondary appraisal	次级评价	83
secondary gain	继发性获益	219
secondary sexual deviation	继发性性变态	195
self- consciousness	自我意识	71, 155
self-defeating behavior	自我挫败行为	131
self-instructional training	自我指导训练	132
self-pity	自怜	81
self-rating anxiety scale	焦虑自评量表 (SAS)	111
self-rating depression scale	抑郁自评量表 (SDS)	111
self-refuse	自我拒绝	156
sensation	感觉	41
sensory deprivation	感觉剥夺	41
sensory memory	感觉记忆	44
sexual deviation	性变态	195
sexual masochism	性受虐癖	196
sexual sadism	性施虐癖	196
short-term memory	短时记忆	44
sleep deprivation	睡眠剥夺	202
sleep disorders	睡眠障碍	203
sleep walking	睡行症	204
slow wave sleep, SWS	慢波睡眠	201
smoking	烟瘾	198
social cognition	社会认知	224
social competence	社会适应能力	103
social readjustment rating scale	社会再适应量表 (SRRS)	78
social role	社会角色	217
social support	社会支持	89
socialization	社会化	39
source trait	根源特质	71
special ability	特殊能力	66
split-half reliability	分半信度	99
standard score	标准分	97
standardized test	标准化测验	97
Stanford Binet scale	斯坦福-比奈量表	102
state anxiety	状态焦虑	80
stimulus variable	刺激变量	14
stress	应激	53
stress reaction	应激反应	79
stressor	应激源	76
subjective events	主观事件	77
sublimation	升华	88
suggestion therapy	暗示疗法	140
superego	超我	24

supportive psychotherapy	支持疗法	139
suppression	压制	182
surface trait	表面特质	71
survey method	调查法	13
symptom check list 90	90 项症状核查表 (SCL-90)	109
systematic desensitization	系统脱敏疗法	127
T score	T 分数	98
temperament	气质	67
test-retest reliability	重测信度	99
thinking	思维	46
threshold of pain tolerance	耐痛阈	238
time-urgency	时间紧迫感	170
token economy	代币法	129
tolerance	耐受性	197
trait	特质	71, 85
trait anxiety	特质焦虑	80
trait coping styles questionnaire	特质应对问卷 (TCSQ)	115
trait-oriented approach	特质研究	85
transcendental meditation	超觉静坐	145
transference	移情	124
transsexualism	易性癖	196
transvestism	异装癖	196
trophotropic system	向营养性系统	82, 143
type A behavior pattern	A 型行为(TABP)	170
type B behavior pattern	B 型行为(TBBP)	170
type C behavior pattern	C 型行为	181
type of higher nervous activity	高级神经活动类型	68
unconditioned reflex, UR	非条件反射	18
unconditioned stimulus, UCS	非条件刺激	18
unconscious	潜(无)意识	23
unimodal association area	单通道联合区	35
validity	效度	99
visceral learning	内脏学习	20
voyeurism scopophilia	窥淫癖	196
Wechsler intelligence scale,	韦氏智力量表 (WIS)	101
white coat syndrome	白大衣综合征	171
will	意志	58
yoga	瑜伽	145
Z score	Z 分数	97
α coefficient	α 系数	99

英文索引

16 项人格因素问卷 (16PF)	16 personality factor questionnaire	106
90 项症状核查表 (SCL-90)	symptom check list 90	109
A 型行为(TABP)	type A behavior pattern	170
B 型行为(TBBP)	type B behavior pattern	170
C 型行为	type C behavior pattern	181
H—R 成套神经心理测验	Halsted-Reitan neuropsychological battery, HRB	107
T 分数	T score	98
Z 分数	Z score	97
α 系数	α coefficient	99
艾森克人格问卷 (EPQ)	Eysenck personality questionnaire	105
安慰剂	placebo	216
暗示疗法	suggestion therapy	140
白大衣综合征	white coat syndrome	171
百分位	percentile rank	98
保持	retention	43
本我	id	24
比率智商	ratio IQ	100
变态心理学	abnormal psychology	5
标准分	standard score	97
标准化测验	standardized test	97
表面特质	surface trait	71
表情	emotional expression	52
表征	representation	46
病理心理学	pathological psychology	5
病人角色	patient-role	218
搏斗或逃跑	fight or flight	166
参与示范	participant modeling	128
操作条件作用	operant conditioning	19
长时记忆	long-term memory	44
常模	norm	97
超觉静坐	transcendental meditation	145
超我	superego	24
惩罚	punishment	20
抽样研究	sampling study	15
初级评价	primary appraisal	83
初级区	primary area	35
创伤后应激障碍	post traumatic stress disorder	77
次级评价	secondary appraisal	83

刺激变量	stimulus variable	14
催眠疗法	hypnotherapy	141
挫折	frustration	65
大脑机能不对称性	functional asymmetry of cerebral hemispheres	37
代币法	token economy	129
代沟	generation gap	155
单通道联合区	unimodal association area	35
道德感	moral feeling	54
敌意	hostility	81, 170
调查法	survey method	13
动机	motivation	65
短时记忆	short-term memory	44
多通道联合区	multi-modal association area	35
发泄	abreaction	125
发展量表	developmental scales	101
反向	reaction	88
反应变量	response variable	14
泛化	generalization	18
防御机制	defense mechanism	24, 87
非特应系统	ergotropic system	82
非条件刺激	unconditioned stimulus, UCS	18
非条件反射	unconditioned reflex, UR	18
分半信度	split-half reliability	99
愤怒	anger	80
否认	denial	87, 174
负强化	negative reinforcement	20
负性事件	negative events	77
负移情	negative transference	125
感觉	sensation	41
感觉剥夺	sensory deprivation	41
感觉记忆	sensory memory	44
高级神经活动类型	type of higher nervous activity	68
个案研究	case study	15
个性倾向性	individual inclination	62
个性心理特征	individual mental characteristic	62
根源特质	source trait	71
更年期综合征	climacteric syndrome	159
工具操作条件作用	instrumental conditioning	19
攻击	attack	81
共同参与型	mutual participation mode	226
估计误差	error variance	99
观察法	observational method	13
过程研究	process-oriented approach	84
合理化（文饰作用）	rationalization	88

合理情绪疗法	rational emotion therapy	132
和睦关系	rapport	93, 120, 137
护理心理学	nursing psychology	5
划界分	cutoff score	98
幻想	fantasy	88
回避	avoidance	81
回避条件作用	avoidance conditioning	19
回顾性研究	retrospective study	16
混合学习模型	mixed learning model	22
（梦的）激活合成模式	activation-synthesis model	203
激情	affective impulse	53
计算机辅助心理测验	computer-assisted tests	96
记忆	memory	43
继发性获益	secondary gain	219
继发性性变态	secondary sexual deviation	195
价值条件	conditions of worth	135
健康	health	150
健康心理学	health psychology	4
渐进性放松	progressive relaxation	144
奖赏	reward	19
交互抑制	reciprocal inhibition	127
交往(沟通)	communication	227
焦虑	anxiety	80, 189
焦虑性障碍	anxiety disorder	189
焦虑自评量表（SAS）	self-rating anxiety scale	111
角色冲突	role conflict	217
接纳	acceptance	136
结构（关联）效度	construct-related validity	99
解释	interpretation	125
经典条件作用	classical conditioning	18
惊恐	panic	189
晶态智力	crystallized intelligence	149
精神分析理论	psychoanalysis	23
精神分析疗法	psychoanalytic psychotherapy	124
精神质	psychoticism	105
警戒	alarm	73
静默法	meditation	144
酒瘾	alcohol dependence	197
开放式晤谈	open-ended interview	227
康复心理学	rehabilitation psychology	5
抗拒	resistance	73, 124
客观事件	objective events	77
恐怖症	phobias	189
恐惧	fear	80

控制变量	controlled variable	14
跨文化研究	cross-cultural study	32
快波睡眠	fast wave sleep, FWS	201
窥淫癖	voyeurism scoptophilia	196
来访者中心疗法	client-centered therapy	135
离差智商	deviation IQ	100
理智感	rational feeling	54
力必多(欲力)	libido	24, 70
恋物癖	fetishism	196
临床心理评估	clinical psychological assessment	93
临床心理学	clinical psychology	4
领悟社会支持量表(PSSS)	perceived social support scale	115
露阴癖	exhibitionism	196
洛夏测验	Rorshach test	106
满灌疗法	flooding	128
慢波睡眠	slow wave sleep, SWS	201
慢性疼痛	chronic pain	207
美感	aesthetic feeling	54
梦魇	nightmare	204
明尼苏达多相人格调查表(MMPI)	Minnesota multiphasic personality inventory	103
摩擦癖	frotteurism	196
内容(关联)效度	content-related validity	99
内省法	introspective method	13
内外倾(向)	introversion-extroversion	70, 105
内脏学习	visceral learning	20
耐受性	tolerance	197
耐痛阈	threshold of pain tolerance	238
脑化指数	encephalization factor	35
能力	ability	66
帕佩兹环	Papez circuit	56
评定量表	rating scale	97, 109
气质	temperament	67
前意识	preconscious	23
前瞻性研究	prospective study	15
潜(无)意识	unconscious	23
潜抑	repression	24, 89
强化	reinforcement	18
情感	feeling	51
情绪	emotion	51
情绪的坎农-巴德理论	Cannon-Bard theory	54
情绪调节	emotional adjustment	58
情绪反应	emotional response	80
情绪关注应对	emotion-focused coping	84
情绪压制	emotional suppression	182

趋避冲突	approach-avoidance conflict	65
缺陷心理学	defect psychology	5
人本疗法	personal-centered therapy	135
人本主义心理学	humanistic psychology	32
人的发展	human development	149
人格(个性)	personality	62
人格障碍	personality disorder	192
人际关系	interpersonal relationship	224
人际吸引	interpersonal attraction	225
认知	cognition	25
认知过程	cognitive process	40
认知科学	cognitive sciences	26
认知疗法	cognitive therapy	130
认知评价	cognitive appraisal	83
认知行为疗法	cognitive behavioral therapy	127
认知行为学习理论	cognitive behavioral learning	22
森田疗法	Morita therapy	137
社会化	socialization	39
社会角色	social role	217
社会认知	social cognition	224
社会适应能力	social competence	103
社会再适应量表(SRRS)	social readjustment rating scale	78
社会支持	social support	89
神经心理学	neuropsychology	3
神经性厌食	anorexia nervosa	199
神经症	neurosis	188
神经质	neuroticism	105, 137
升华	sublimation	88
生活变化单位(LCU)	life change units	78
生活事件	life events	76
生理心理学	physiological psychology	3
生理依赖	physical dependence	197
生命周期	life cycle	149
生物反馈疗法	biofeedback therapy	146
生物心理社会医学模式	biopsychosocial model	9
生物医学模式	biomedical model	8
失眠	insomnia	203
时间紧迫感	time-urgency	170
识记	memorization	43
实龄	chronological age	100
实验法	experimental method	14
实验室实验	laboratory experiment	14
示范作用(模仿)	modeling	21, 167
适应能力商数	adaptive quotient(ADQ)	103

适应行为量表	adaptive behavior scale	101
释梦	dream interpretation	125
手术后抑郁	postoperative depression	211
手术焦虑	operational anxiety	208
手术心理干预	operative mental intervene	209
衰竭	exhaustion	73
双避冲突	avoidance-avoidance conflict	65
双趋冲突	approach-approach conflict	65
睡眠剥夺	sleep deprivation	202
睡眠障碍	sleep disorders	203
睡行症	sleep walking	204
思维	thinking	46
斯坦福-比奈量表	Stanford Binet scale	102
松弛反应	relaxation response	145
松弛疗法	relaxation training	143
损伤指数	impairment index	109
贪食	aplesia	199
逃避	escape	81
特殊能力	special ability	66
特质	trait	71, 85
特质焦虑	trait anxiety	80
特质研究	trait-oriented approach	85
特质应对问卷 (TCSQ)	trait coping styles questionnaire	115
疼痛	pain	205
条件刺激	conditioned stimulus	18
条件反射	conditioned response	18
通情 (神入)	empathy	93, 136
同性恋	homosexuality	196
痛反应	pain reaction	205
痛阈	pain threshold	208
痛知觉	pain perception	205
投射测验	projective technique	106
退行	regression	81, 88
韦氏智力量表 (WIS)	Wechsler intelligence scale,	101
唯乐原则	pleasure principle	24
问卷法	questionnaire method	14
问题关注应对	problem-focused coping	84
问题行为	problem behavior	122
无望感	hopeless	173
无助	helplessness	81
无助感	helpless	173
晤谈 (访谈)	interview	93, 227
晤谈话或访问法	interview method	13
习得性无助	learned helplessness	167

系统脱敏疗法	systematic desensitization	127
现场实验	field experiment	15
现实原则	reality principle	24
向营养性系统	trophotropic system	82, 143
消退	extinction	19, 129
效标（关联）效度	criterion-related validity	99
效度	validity	99
心境	mood	53
心理测量学	psychometrics	95
心理测验	psychological test	93
心理动力理论	psychodynamic theory	23
心理健康（心理卫生）	mental health	4, 150
心理量表	psychological scale	95
心理评估	psychological assessment	93
心理神经免疫学	psychoneuroimmunology	166, 181
心理生理疾患	psychophysiological disease	163
心理生理学	psychological physiology	3
心理生理医学	psychophysiological medicine	4
心理生物学	psychobiology	3
心理学	psychology	6
心理医生	psychologist	4
心理依赖	psychological dependence	197
心理应激	psychological stress	73
心理应激测试技术	mental stress test, MST	14
心理治疗	psychotherapy	118
心理咨询	psychological counseling	229
心力憔悴	burnout	172
心身反应	psychosomatic response	79
心身疾病	psychosomatic disease	163
心身医学	psychosomatic medicine	4, 164
心身障碍	psychosomatic disorder	163
心身中介机制	mediating mechanism	81
信度	reliability	99
信度系数	reliability coefficient	99
行为分析	behavioral analysis	127
行为辅助工具	behavioral prostheses	129
行为科学	behavioral science	17
行为疗法	behavior therapy	126
行为日记	behavior log	127
行为危险因素	behavior risk factors	9, 172
行为学习理论	learning theories of behavior	17
行为样本	behavior sample	95
行为医学	behavioral medicine	4
性变态	sexual deviation	195

性格	character	69
性施虐癖	sexual sadism	196
性受虐癖	sexual masochism	196
性心理障碍	psychosexual disorder	195
需要	need	63
需要层次理论	hierarchy of needs theory	32
压制	suppression	182
烟瘾	smoking	198
掩敏法	covert sensitization	129
厌恶刺激	aversion stimulus	129
厌恶疗法	aversion therapy	129
厌恶想象	aversive image	129
样本	sample	97
药物依赖	drug dependence	198
夜惊	night-terror	205
液态智力	fluid intelligence	149
一般能力	general ability	66
一般适应综合征 (GAS)	general adaptation syndrome	29, 73
医患关系	doctor-patient relationship	226
医学心理学	medical psychology	1
医学心理咨询	psychological counseling in medicine	229
依从性	compliance	215, 223
依赖 (心理)	dependency	81
移情	transference	124
遗忘曲线	forgetting curve	44
异装癖	transvestism	196
抑郁	depression	80, 104
抑郁性障碍	depressive disorder	191
抑郁自评量表 (SDS)	self-rating depression scale	111
易性癖	transsexualism	196
意识	conscious	23
意志	will	58
隐匿示范	covert modeling	133
应对	coping	84, 115
应对策略	coping strategies	84
应对风格	coping styles	85
应对技巧训练	coping skills training	133
应激	stress	53
应激反应	stress reaction	79
应激源	stressor	76
应急反应	emergency reaction	166
幽默	humor	89
瑜珈	yoga	145
运动锻炼	exercise training	214

再认	recognition	43
再现	reproduction	43
闸门控制学说	gate control theory	206
折衷心理治疗	eclectic psychotherapy	119
正强化	positive reinforcement	20, 129
正性事件	positive events	77
正移情	positive transference	125
支持疗法	supportive psychotherapy	139
知觉	perception	41
指导-合作型	guidance-cooperation mode	226
至善原则	principle of ideal	24
治疗协议或临时合同	contingency contracting	129
智力	intelligence	67
智力测验	intelligence test	100
智龄	mental age	100
智商	intelligence quotient, IQ	67, 96, 100
滞留现象	fixation	24
重测信度	test-retest reliability	99
逐级暴露	graded exposure	128
主动-被动型	active-passive mode	226
主观事件	subjective events	77
注意	attention	49
转换（作用）	conversion	25
转移	displacement	88
状态焦虑	state anxiety	80
咨询心理学	consulting psychology	4
咨询心理学	counseling psychology	229
自怜	self-pity	81
自我	ego	24
自我暗示	autosuggestion	141
自我挫败行为	self-defeating behavior	131
自我拒绝	self-refuse	156
自我意识	self-consciousness	71, 155
自我指导训练	self-instructional training	132
自信心及社交技巧训练	assertiveness and social skills training	128
自由联想	free association	25, 124
自主训练	autonomic training	144
组块	chunk	44