

全国高等医药院校教材

供五年制临床、基础、预防、口腔医学类专业用

医学心理学



姜乾金 主编

人民卫生出版社

全国高等医药院校教材

(供五年制临床、基础、预防、口腔医学类专业用)

医学心理学

主 编 姜乾金

编 者 (以姓氏笔画顺序)

丁宝坤 中国医科大学

朱婉儿 浙江大学医学院

过慧敏 广西医科大学

吴均林 华中科技大学同济医学院

杜文东 南京中医药大学

杨彦春 四川大学华西医学中心

汪 勇 西安交通大学医学院

陈 力 哈尔滨医科大学

季建林 复旦大学上海医学院

姚树桥 中南大学湘雅医学院

姜乾金 浙江大学医学院

胡佩诚 北京大学医学部

钱 明 天津医科大学

解亚宁 第一军医大学

学术秘书

沈晓红 浙江大学医学院

陶 明 浙江大学医学院

人 民 卫 生 出 版 社

前 言

本教材是在全国七年制规划教材的基础上,根据五年制本科临床医学专业的特点,经过内容筛选和格式调整,并遵循“三基”、“五性”和“新”、“深”、“精”的原则和要求编写而成。

全书内容从“纵”、“横”两个方向展开。绪论至第六章以介绍各种基本理论、基本知识和基本方法为主,应是教学中重点选择的内容;第七章至第十一章以介绍医学心理学知识和方法在医学临床和社会问题方面的应用为主,可根据各校的教学时数以及专业特点,适当选择使用。

在教材的整体配套方面,同步出版了五年制《医学心理学纲要与题集》,参照本教材内容和医师资格考试大纲编写而成,以有助于教学和医师资格考试;《医学心理测验(CAI)》多媒体教学课件仍适用于本教材内容,该课件以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,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)

与以前的版本一样,虽然参加本教材编写的老师们做了很大的努力,但仍不免会存在各种缺陷或错误,我们诚挚地希望使用教材的老师和同学们继续提出宝贵意见。

在本教材编写过程中,人民卫生出版社和浙江大学医学院有关领导以及张焕春编辑给予了多种支持;特别是学界前辈王效道教授、岳文浩教授和徐斌教授参加了统稿会议并提出不少有益的建议,其中徐斌教授还协助主编做了许多工作,在此一并表示深切感谢。

编 者

2004年1月

目 录



绪 论

第一节 医学心理学概况

- 一、定义、范围与性质
- 二、相关学科
- 三、历史与现状

第二节 医学模式转变的需要

- 一、西方医学与生物医学模式
- 二、生物心理社会医学模式
- 三、医学心理学与医学模式转变

第三节 医学心理学研究方法

- 一、方法学的特殊性
- 二、基本研究方法
- 三、若干研究方式

第一章 主要理论

第一节 行为学习理论

- 一、行为的概念
- 二、经典条件反射
- 三、操作条件反射
- 四、内脏操作条件反射
- 五、示范作用
- 六、行为学习理论述评

第二节 精神分析理论

- 一、主要的理论内容
- 二、精神分析理论述评

第三节 认知理论

- 一、认知理论的主要内容
- 二、认知理论述评

第四节 人本主义理论

- 一、人本主义理论主要内容
- 二、人本主义理论述评

第五节 心理生物学理论

- 一、心理生物学研究历史
- 二、心理生物学研究现状



三、心理生物学理论评述

第六节 其他有关理论

一、人性主义理论

二、中医的医学心理学思想

三、社会学研究方向

第二章 人的心理

第一节 心理的脑基础

一、心理是脑的功能

二、脑的基本机能系统与不对称性

第二节 心理的社会学基础

一、心理是客观现实的主观能动的反映

二、人的社会化

第三节 认知过程

一、感知觉

二、记忆

三、思维

四、注意

第四节 情感过程

一、情绪和情感概述

二、情绪理论与生理机制

三、情绪的意义和健康

第五节 意志过程

一、意志概述

二、意志行动的心理过程

三、意志品质

第六节 个性

一、个性概述

二、需要

三、动机与挫折

四、能力

五、气质

六、性格

七、自我意识

第三章 心理健康

第一节 总论

一、人的发展与生命周期

二、健康与心理卫生

第二节 儿童及青少年期心理健康

一、孕期及婴儿期



- 二、幼儿期
- 三、儿童期
- 四、青少年期

第三节 成年期心理健康

- 一、青年期
- 二、中年期
- 三、老年期

第四章 心理应激

第一节 总论

- 一、应激与心理应激理论
- 二、心理应激研究与临床医学

第二节 生活事件

- 一、生活事件概念
- 二、生活事件研究

第三节 应激反应

- 一、应激反应概念
- 二、应激的心理行为反应
- 三、应激的生理反应

第四节 认知评价

- 一、认知评价概念
- 二、认知评价研究

第五节 应对方式

- 一、应对概念
- 二、应对研究
- 三、[附]心理防御机制

第六节 社会支持

- 一、社会支持概念
- 二、社会支持研究

第七节 个性与应激

- 一、个性与应激因素的关系
- 二、个性在应激研究中的意义

第五章 心理评估

第一节 总论

- 一、心理评估与心理测验基本概念
- 二、标准化心理测验基本条件
- 三、心理测验的选择原则与合理使用

第二节 智力测验

- 一、智商与智力



二、常用智力测验和发展量表

第三节 人格测验

- 一、明尼苏达多相人格调查表
- 二、艾森克人格问卷
- 三、卡特尔 16 项人格因素问卷
- 四、洛夏测验

第四节 评定量表

- 一、症状评定量表
- 二、应激和应对有关评定量表
- 三、其它评定量表

第六章 心理干预

第一节 总论

- 一、心理干预与心理治疗的基本概念
- 二、心理治疗的适用范围
- 三、心理治疗的基本过程和基本原则

第二节 精神分析法

- 一、概况
- 二、方法
- 三、适应证和评价

第三节 行为治疗

- 一、概况
- 二、方法
- 三、适应证和评价

第四节 认知治疗

- 一、概况
- 二、基本方法
- 三、适应证和评价

第五节 患者中心疗法

- 一、概况
- 二、基本方法
- 三、适应证和评价

第六节 森田疗法

- 一、基本理论
- 二、方法
- 三、适应证和评价

第七节 暗示和催眠疗法

- 一、暗示疗法
- 二、催眠疗法

第八节 松弛疗法



- 一、概况
- 二、方法
- 三、适应证和评价

第九节 生物反馈疗法

- 一、概况
- 二、方法
- 三、适应证与评价

第十节 其它心理干预方法

- 一、支持疗法
- 二、集体心理治疗

第七章 临床心身相关问题

第一节 心身疾病

- 一、概述
- 二、心身疾病的发病机制
- 三、心身疾病的诊断与防治原则

第二节 内科心身相关问题

- 一、心理社会因素与内科疾病的发生发展
- 二、内科疾病常见的临床心理问题与干预

第三节 儿科心身相关问题

- 一、心理社会因素与儿科疾病的发生发展
- 二、儿科疾病的临床心理问题

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
- 二、妇产科疾病的临床心理问题

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
- 二、癌症的临床心理问题

第八章 异常心理与不良行为

第一节 总 论

- 一、异常心理概述
- 二、异常心理的判断标准
- 三、异常心理的理论模式
- 四、异常心理的分类

第二节 焦虑性障碍

- 一、心理社会因素与焦虑性障碍
- 二、焦虑性障碍的心理干预

第三节 抑郁性障碍

- 一、心理社会因素与抑郁性障碍



二、抑郁性障碍的心理干预

第四节 人格障碍

一、心理社会因素与人格障碍

二、人格障碍的心理干预

第五节 性心理障碍

一、性心理障碍概述

二、常见的性心理障碍及心理干预

第六节 不良行为

一、酒瘾

二、烟瘾

三、药物依赖

四、贪食与厌食

五、因特网成瘾

第九章 临床医学其它心理问题

第一节 睡眠心理

一、正常睡眠与梦

二、睡眠障碍

第二节 疼痛心理

一、心理社会因素对疼痛的影响

二、慢性疼痛与疼痛的心理干预

第三节 手术心理

一、手术前焦虑

二、手术病人心理问题干预

第四节 康复心理

一、康复过程的心理行为问题

二、康复心理社会干预

第五节 药物心理

一、药物的心理效应

二、安慰剂

第十章 病人心理与医患关系

第一节 病人心理

一、病人概念与病人角色

二、病人的求医行为

三、病人的心理需要

四、病人的心理社会问题及干预

第二节 医患关系

一、医患关系及其意义

二、医患关系模式



三、临床医学中的人际交往

第十一章 医学心理咨询

第一节 心理咨询概述

- 一、定义
- 二、意义
- 三、历史与现状

第二节 心理咨询的工作模式

- 一、咨询方式
- 二、咨询范围
- 三、心理咨询人员的要求

第三节 心理咨询的程序

- 一、过程
- 二、原则
- 三、基本技术
- 四、需注意的几个问题

参考实验教学大纲

参考文献

汉英词汇对照

英汉词汇对照

绪 论

绪论部分主要讨论：一，医学心理学本质上是医学与心理学的交叉学科；二，医学生学习医学心理学是适应医学模式转变的需要；三，医学心理学研究汇集了生物科学和心理社会科学的方法。

第一节 医学心理学概况

一、定义、范围与性质

（一）定义

医学心理学（medical psychology）是综合国内外多种与医学有关的心理行为科学理论、知识和技术，根据我国医学教育发展的需要而发展起来的新兴交叉学科，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。

（二）研究范围

医学心理学研究的是介于医学与心理学之间的课题，因此它既是心理学的分支，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。同时，医学心理学更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，则主要归入精神病学研究范围。

归纳起来，医学心理学的研究范围：

- (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) 研究心身相互作用机制；
- (3) 研究心理行为因素在疾病过程中的作用规律；
- (4) 研究各种疾病过程中的心理行为变化规律；
- (5) 研究如何将心理行为知识和技术应用于人类的健康保持和疾病防治。

（三）学科性质

医学心理学不但是涉及多学科知识的一门交叉学科，从基础和应用的角度来看，它还是医学的一门基础学科，同时也是一门临床应用学科。

1. 交叉学科 医学心理学是医学与心理行为科学的交叉学科。就医学来说，医学心理学涉及基础医学（如神经生物学、病理生理学）、临床医学（含内、外、

妇、儿、耳鼻喉、眼、皮肤、神经精神等各科)、预防医学和康复医学等许多医学课程中的有关基础知识。就心理行为科学来说,医学心理学涉及普通、实验、发展、教育、社会心理学以及人类学、社会学等广泛学科领域的相关知识。

例如,医学心理学的有关行为神经学基础和心身中介机制等内容,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;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)。

由于医学心理学具有交叉学科的性质,所以在学习过程中必须特别强调医学心理学与有关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,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。

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。因而是医学教育的一门基础课程,就象解剖学、生理学、药理学等基础医学课程一样。

医学生掌握医学心理学知识,将能扩大知识面,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,在今后各项医学工作中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。

3. 应用学科 关于医学心理学的应用学科属性,涉及两个方面。首先,医学心理学的知识、理论与技术,可以结合应用于医学的各个工作领域。例如心身相关的知识和技术有助于拓宽传统生理学的研究领域,也能够为内科临床提供更符合现代医疗模式的诊疗思路和方法。实际上,医学心理学可以在包括医院、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医学的各个部门工作中得到应用。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。

其次,医学心理学的知识与技术,可以独立应用于社会人群,以帮助人们解决那些与健康有关的心理问题与痛苦。目前在我国各大中医院已逐步开展的医学心理学咨询门诊,就是医学心理学的重要应用场所之一。国内正在逐步探索和推开的心理咨询心理治疗职业工作,也需要医学心理学的专门知识和技术,以解决人民群众日益增多的心、身问题。

二、相关学科

在国外,涉及健康和疾病领域心理行为因素的学科有许多。这些学科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。另外，某一学科名称在不同历史阶段还可能有不同的含义；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。

近二十年在国内逐步系统起来的《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，下面分别对有关学科作简要介绍。

（一）神经心理学和生理心理学

神经心理学（neuropsychology）主要研究大脑与心理活动的关系，如心理活动的脑机制。神经心理学又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，也可以叫做心理生物学（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）主要研究心理或行为与生理变化的关系，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。但某些心理生理学著作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，目的在于调整和解决人类的心理问题，改变和改善他们的行为方式，以及最大限度地发挥人的潜能。他们还将行为医学也归于临床心理学的一个新领域。临床心理学在美国是最大的心理学分支，从事这项工作的人很多，称之为临床心理学家或心理治疗师（psychologist），其工作遍布学校、医院、机关、商业、法律、政府、军事等部门。临床心理学被看作是医学心理学的最大临床分支学科。不过从某些专著来看，两者在内容上接近，又可看作是相似学科。

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，也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范围，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成为相似学科了。

（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在临床的应用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。

（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，主要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，因而可以被看成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，同样存在扩展内容和范围的趋势，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，此时，它与医学心理学就属于相似学科。

（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中的分支。在一些护理心理学专著中, 则包括了大部分医学心理学的基本知识、理论和方法。

(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, 因此一般认为其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。此时, 变态心理学与医学心理学仅是交叉的两门学科。

综合上述分析, 如果从相对狭义的角度来看待国外有关学科, 许多属于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

为了避免在今后学习中产生理解上的混乱,本教材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、历史与现状

关于医学心理学所关心的心、身相关问题,自远古时代开始就已被人类所探索,中外历史著作中对此已有不少记载,只是这些认识尚未被科学研究所证明。

(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。

心理学科在百余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。

在19世纪末和20世纪初与医学心理学有关的部分历史事件有: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。1908年在美国出现世界上第一个心理卫生协会。1930年代,美国成立了心身医学会,并创办了《心身医学》杂志。

在这一时期,一些重要的工作必须被注意。一是奥地利医生Freud S提出潜意识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。

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。Rogers C于1942年以人本主义理论为基础提出来访者中心疗法,此后成为重要的“第三种”心理治疗方法。这是一种以人为中心的治疗(person-center therapy),对医学心理学发展影响很大。

1970年代中期和以后,随着认知心理学的发展,出现了Beck的认知治疗。此后,认知理论与行为理论的进一步结合形成了认知行为治疗模式。认知治疗和认知

行为治疗方法是最近二十年里具有重要影响力的新型心理治疗方法。

此一时期还值得提到的重要事件有：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。这一时期从事医学心理学有关工作的人越来越多，各项基础研究工作取得了很大发展，共同推动学科向纵深发展。在实际应用方面，不少国家综合性医院还设有临床心理学家的工作岗位。

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相关学分才准予开业。

（二）国内医学心理学简况

我国解放前曾有过少量医学心理学的工作，在1950年代末也曾有部分医学家和心理学家结合，开展对神经症为主的综合快速心理疗法的研究。但是，从整体上来说，我国医学心理学的兴起和发展是近二十来年的事。而且至今还处于发展阶段。

1970年代末，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设置医学心理学课程，并建立教研组织。各院校还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。1980年代中期卫生部将医学心理学纳入必修课教材。自1983开始至今，以原北京医学院为主要发起单位，连续12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，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年成立医学心理学专业委员会。1985年，中国心理卫生协会成立。1990年，建立中华医学会行为医学分会。1993年，中华医学会心身医学分会成立。1980年代初主要由国内多种相关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，《中国行为医学科学》创刊；1993年，《中国临床心理学杂志》创刊等。目前全国相应的专业刊物已有近十种，标志国内医学心理学科研工作的局面初步打开。

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。在各类学术年会以及有关刊物发表的论文中，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，各地正在建立更多的医学心理咨询门诊。

目前活跃在我国医学心理学工作一线的成员大多来自相应的各种学科，包括基础医学、精神病学、心理学、神经科学、临床医学、公共卫生学和社会科学等等，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，国内目前各高校的医学心理学工

也形成了多种方向和不同特色：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。上述格局对于我国医学心理学的初期发展和壮大是有利的。近年来，国内部分医学院校已经开始招收和培养医学心理学专业本科生，这对我国未来医学心理学的发展将会产生划时代的作用。

第二节 医学模式转变的需要

从现代医学教育的角度，开设医学心理学课程，是生物医学向生物心理社会医学转变的需要。

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

一、西方医学与生物医学模式

现代西方医学是自然科学冲破中世纪宗教黑暗统治以后发展起来的。随着近代自然科学的飞速发展，医学家们不断采用物理的和化学的研究手段，探索人体的奥秘，从整体到系统、器官，直至现今的分子水平，并将研究成果应用于医学临床和疾病的预防。在这一时期，自然科学的认识论和方法论在医学界大行其道，医疗活动也往往反映出明显的生物科学属性，故有人将其称之为生物医学模式(biomedical model)。

生物医学的发展为人类健康带来许多历史性的变化。例如当生物病原体的本质被认识之时，控制长期危害人类健康的传染病就成为可能。上世纪初世界上大多数国家的主要死亡原因还是传染病，死亡率高达 580 / 10 万；而此后的几十年里，由于抗生素的使用，大多数国家传染病死亡率逐渐下降，直至 30 / 10 万以下。目前，诸如器官移植、基因工程等生物医学技术还在不断发展，并将进一步为提高人类健康水平做出贡献。

不过，生物医学模式也存在某些缺陷。受心身二元论和自然科学的分析还原论的影响，生物医学在认识论上往往倾向于将人看成是生物的人，忽视人的社会属性。在实际工作中，重视躯体因素而不重视心理和社会因素；在科学研究中较多地着眼于躯体生物活动过程，较少注意行为和心理过程，忽视后者对健康的作用。正如 Engel GL 所指出，经典的西方医学将人体看成一架机器，疾病被看成是机器的故障，医生的工作则是对机器的维修。

二、生物心理社会医学模式

20 世纪 70 年代，医学界曾掀起有关生物医学模式必须转变的大讨论。一种新的生物心理社会医学模式 (biopsychosocial model) 因此被提出。

关于医学模式的转变问题，当时的讨论主要涉及以下几方面：

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

(2) 这些致死性疾病与包括吸烟、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或行为方式有关。心理社会因素则是上述各种行为问题直接或间接的原因。

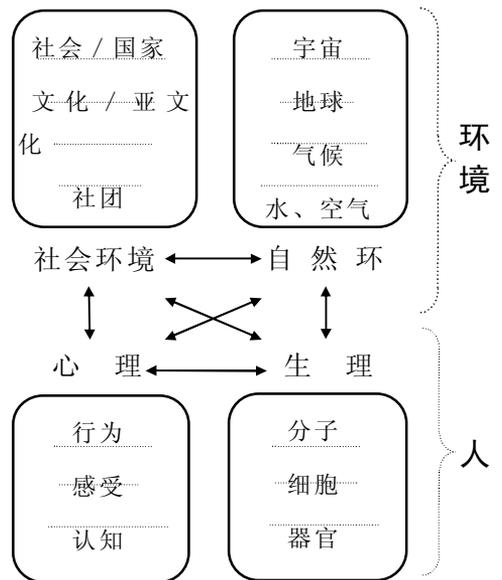
(3) 现代社会的发展,使生活节奏更快,职业更易老化,社会竞争加剧,这些都对人类的内部适应能力提出了挑战,包括如何保持心理的健全和情绪的平衡等问题。

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

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

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

1977年,Engel GL在《科学》杂志上发表了《需要一种新的医学模式——对生物医学的挑战》一文,对生物心理社会医学模式的特点作了强有力的分析和说明。这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

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占据着支配的地位。目前,国人的死亡原因与发达国家一样也已发生根本性变化,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,国内医学院校已陆续设置医学心理学课程。医学生和医学工作者通过各种途径系统地学习医学心理学有关

知识，将有助于推动我国医学模式的转变。相信随着我国更多的医务工作者接受医学心理学知识，我国总体医疗服务水平将会发生质的变化。到时，各种心理行为技术将会在临床上得到广泛应用；综合医院中长期缺乏心理行为科学人才的局面将会改变；临床医学的研究范围也将大大拓宽；我国的医院管理模式也将随新的医学模式的确立而发生转变。

第三节 医学心理学研究方法

一、方法学的特殊性

任何一门学科，总是要经过收集资料，验证假设，界定概念等系统的工作过程才逐渐发展起来。这其中方法学问题至关重要。就医学心理学而言，一方面它是多学科的交叉学科，既有自然科学属性，又有社会科学属性的，其研究方法也涉及多种不同性质的学科。另一方面，与某些方法学已被熟知的成熟学科不同，医学心理学是一门很年轻的交叉学科，如果在研究或临床工作中不重视方法学的学习和掌握，可能会出现由“常识心理学”代替科学心理学的情形。

医学心理学方法学的主要特点有：

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

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

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

以上特点导致在医学心理学研究中出现宏观和微观并重，实证与思辨同行，形态与机能结合，单因素与多因素分析并存的现象。

另外，科学研究历来重视对象的量化。但在医学心理学领域，研究对象的量化有些与生物医学相同，但有些则很不同，医学生在学习时同样应予以注意。

为便于理解，将医学心理学的各种量化方法分为四类：

(1) 描述：描述实际上不是真正的量化，仅是以词汇内涵的不同（如形容词）来反映对象的差别。例如咨询门诊个案的症状报告，有关鉴定语或评语等。人们熟悉的临床病程录主要也是描述。描述的科学性不在于方法的本身，而取决于描述的水平。描述的结果不便于进行统计分析。

(2) 序量化：这是在现象学基础上，由被试或研究者对某些心理行为现象作等级评估。常分 3、4、5、7 或 10 等级予以记录。目前尚有不少心理变量或因概念不清或因无现成的量表，可以采用这种序量化的方式。例如让被试对自己的疼痛程度按 10 等级作出评估。这种方法的信度和效度较难把握，可能会影响研究的科学性。

(3) 间接定量：是指使用各类心理问卷和评定量表对某些心理现象例如“抑郁

“定量。这是一类间接的定量方法，因为抑郁量表的编制需要经过一定的分析和论证程序，例如什么是抑郁，应包括哪些症状条目，有哪些“因素”，如何量化等，其过程是否合理，方法是否科学，将最终影响抑郁定量的准确性。故使用这类定量方法时必须特别重视其有效性和可靠性，即其效度和信度。

(4) 直接定量：这往往针对某些理化变量。心理物理学中的声、光、电、机械等刺激或反应，如感觉阈限、反应时、皮肤电阻等的测定，以及动物实验时的行为活动次数和强度，某些心理治疗手段的实施时限和频率的记录等，属于直接定量。直接定量时其记录的就是要记录的东西，但在医学心理学工作中，能使用直接定量的并不多。

在医学心理学实际工作中，往往综合使用上述各种量化手段。

二、基本研究方法

医学心理学的基本方法可分为观察法、调查法、测量法和实验法。

(一) 观察法

观察法 (observational method) 顾名思义是通过对研究对象的科学观察和分析，探讨其中的心理行为规律。在自然情景中对人或动物的行为作直接观察、记录和分析，从而解释某种行为变化的规律，这是自然观察法 (naturalistic observation)；在预先设置的情景中进行观察则属于控制观察法 (controlled observation)。观察法的优点是可以取得被试不愿意或者没有能够报告的行为数据，缺点是观察的质量很大程度上依赖于观察者的能力。而且，观察活动本身也可能影响被观察者的行为表现，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。观察法常用的定量方式是描述法，或者序量化法和直接定量法。

(二) 调查法

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

1. 晤谈法 (interview method) 通过与被试者晤谈，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知识水平和晤谈技巧。晤谈法应用于临床病人和健康人群，在心理评估、心理治疗、心理咨询和病因学研究中均被广泛采用。科研中常在访问调查过程中完成预先拟定的各种调查问题并作记录。晤谈法常用的定量方式是描述法，或者序量化法和直接定量法。

2. 问卷法 (questionnaire method) 这是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设计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。晤谈法常用的定量方式是序量化，某些客观指标可用直接定量。

（三）心理测量法

这是指在医学心理学工作中以心理测验或评定量表作为心理或行为变量的主要定量手段，使用经过信度、效度检验的现成测验工具或量表，例如人格测验、智力测验、症状量表等。心理测验和量表种类繁多，必须严格按照心理测量规范实施，才能得到正确的结论（见第四章）。心理测量作为一种有效的定量手段在医学心理学工作中使用得很普遍。心理测良常用间接定量方式，或使用描述法和序量化法。

（四）实验法

实验法（experimental method）根据其实施方式可分为实验室实验（laboratory experiment）和现场实验（field experiment）。前者在实验室条件下进行；后者可在实际生活和临床工作等情景中进行。实验法运用刺激变量（stimulus variable）和反应变量（response variable）来说明被操作的因素和所观察记录到的结果之间的关系，同时还应严密注意控制变量（controlled variable）的影响。实验法的刺激变量可以是物理的如声、光刺激，心理和行为的如心理紧张刺激，社会的如情景刺激。反应变量可以是生物的如血压、脑电，心理行为的如记忆、情感、操作指标，社会的如功能活动变化等。实验法在科学上是最严谨的方法，但实验研究的质量很大程度上取决于实验设计，例如由于实验组与对照组的不匹配，受到许多中间变量（特别是心理变量）的干扰，可影响实验结果的可靠性。实验中常用直接定量方式，或者描述法和序量化法。

在实际研究工作中，往往综合使用以上几种基本方法。

三、若干研究方式

（一）个案研究

个案研究（case study）是对于单一案例的研究。这种研究方式在医学心理学中经常出现，例如对临床某个案的问题性质和干预（如行为治疗）疗效作出系统的认定。个案研究应重视结果对于样本所属整体的普遍意义，有时则作为大规模抽样研究（sampling study）的准备阶段。个案法还特别适用于少见案例如狼孩、猪孩、无痛儿童等心身问题的研究。个案研究通常需要追溯个案的历史和各方面的背景资料，所以具体可采用观察、交谈、测量和实验等方法。

（二）临床实验研究

临床实验研究其实是前文现场实验的一种。这一研究方式在医学心理学具有重要意义，例如在医学临床，通过神经科脑部实验（在脑手术允许下）可取得许多宝贵的神经心理学资料，通过对有关心身疾病的临床研究可认识心身的相关性和心理治疗的疗效等；在医学心理学临床，某些实验研究可在生活情景中进行，例如对一组幼儿实施连续三年期的行为学干预，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。临床实验研究也可采用观察、交谈、测量和实验等方法

（三）心理生物学研究

近年来自然科学的飞速发展，也促进了医学心理学领域的心理生物学研究工作

的深入发展。在分子遗传学方面有 DNA 重组技术、聚合酶链反应（PCR）技术和基因识别、测序、基因组作图，在脑影像技术方面有计算机辅助断层摄影（CT）、磁共振成像（MRI）、功能磁共振脑成像（fMRI）、正电子发射断层摄影（PET），在神经电生理方面有脑电图及相应的睡眠脑电图、脑地形图、诱发电位，以及计算机技术等，这些新方法和新技术正在为探索心理行为的生物学基础、心身相关性和心理病因学等医学心理学的深层次问题提供有力的武器。心理生物学研究通常采用实验室实验法，有时也采用临床实验法，或者结合测验法、调查法甚至观察法。

（四）回顾性研究与前瞻性研究

回顾性研究（retrospective study）是以现在为结果，回溯到过去的研究，是目前医学心理学最常见的研究方式之一。这一研究方式由于条件限制较少，有其优点，但其缺陷是被试目前的心身状态会影响对过去资料报告的真实性和准确性。例如，一位患严重疾病者往往将目前的病况归因于自己的过去，结果可能会报告较多的以往生活事件，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。回顾性研究通常采用调查法或测验法，可结合实验法。

针对回顾性研究的缺陷，自然应提倡前瞻性研究（prospective study）。这是以现在为起点追踪到将来的研究方法。例如在临床心理实验中，对一批 A 型行为类型者使用自我行为管理策略指导，并追踪此后整个行为干预策略实施过程中被试 A 型行为的改变情况，从而证明这种治疗技术的实际效果。然而，由于前瞻性研究条件限制过多，使用并不很普遍。前瞻性研究所采用的研究方法可以是多种多样的。前述幼儿行为干预实验例子也是前瞻性研究。

（姜乾金）

第一章 主要理论

人的心理现象和某些心理问题，并不都能被“常理”所解释，例如广博的知识和严密的逻辑并不能解决个人心理上的痛苦。百年来形成的许多相关理论，对健康和疾病中的某些心理问题都有独到的见解和独特的解决方法。本章将简单介绍与心身问题密切相关、且对疾病发生、诊断、治疗、康复和预防有普遍指导意义的几种理论。

第一节 行为学习理论

一、行为的概念

行为（behavior）一词在心理学中存在狭义和广义的含义。

(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）创建了行为主义心理学，也称行为学派。早期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，“行为”是指个体活动中可以直接观察的部分，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。

(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。

(3) 行为学习理论（learning theories of behavior）：行为主义心理学认为，人的正常的或病态的行为（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。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，进而治疗和预防一些疾病。

二、经典条件反射

（一）实验与解释

二十世纪初，巴甫洛夫（Pavlov I, 1849~1936）用食物刺激使狗的口腔产生唾液分泌反应，食物作为非条件刺激（unconditioned stimulus, UCS）所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过学习而获得的习得性行为，是大脑皮质

建立的暂时神经联系。当食物（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），经过一定时间结合以后，铃声成为食物的信号，转化为条件刺激（conditioned stimulus, CS）。此时，铃声引起唾液分泌的反射过程称为条件反射（conditioned reflex, CR）。这种条件反射过程不受个体随意操作和控制，属于反应性的行为，也称为经典条件作用（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）。

（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。任何环境刺激，都可通过经典条件作用机制影响行为（包括内脏活动、心理活动和社会行为）。据此，许多正常的行为现象或异常的行为问题，可以通过经典条件作用而获得。行为治疗中的系统脱敏疗法，则是通过建立条件反射性的松弛反应，以帮助患者克服“习得性”的紧张行为反应症状。

（三）经典条件反射的特点

1. 强化 强化（reinforcement）是指环境刺激对个体的行为反应产生促进过程。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 泛化（generalization）是反复强化的结果，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，其主要机制是大脑皮质内兴奋过程的扩散。长期打针的儿童，不仅看到注射器或药物会产生条件反射性恐惧，而且看到穿白大衣的人也会出现害怕反应。

3. 消退 消退（extinction）是指非条件刺激（UCS）长期不与条件刺激（CS）结合，已经建立起来的条件反射消失的现象。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。这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，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

操作条件反射理论来自斯金纳（Skinner BF, 1904~1990）等人的实验。斯金纳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（如压杠杆、乱窜、乱咬……），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。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。

在回避操作条件 (avoidance conditioning) 的研究中, 如果动物受到电击 (S), 就会产生一系列的行为反应 (如回避、乱窜、乱咬……), 但只有回避动作 (R) 这种行为反应出现时, 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) 出现后总能获得某种刺激结果 S (食物刺激或撤消电击), 则个体就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, 也称为工具操作条件作用 (instrumental conditioning)。

(二) 操作条件反射的意义

操作条件反射重视行为的结果对行为本身的作用。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。人类许多正常或异常的行为反应, 各种习惯或症状, 都可以是因操作条件反射而形成或改变。本理论在医学心理学中广为应用, 如解释个体吸烟、依赖性等不良行为的形成机制; 指导各种行为治疗如厌恶疗法等。

(三) 操作条件反射的类型

在实验中, 行为反应后的结果刺激既可是积极、轻松愉快的, 也可是消极、痛苦的。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之后的刺激性质以及行为变化规律的不同, 可将操作条件反射分为以下几种情况:

1. 正强化 正强化 (positive reinforcement) 是个体行为的结果导致了积极刺激增加, 从而使该行为增强。如食物奖励使老鼠按压杠杆的行为增加就属于一种正强化。

2. 负强化 负强化 (negative reinforcement) 是个体行为的结果导致了消极刺激减少, 从而使该行为增强。如老鼠的回避条件反射实验结果。

3. 消退 消退 (extinction) 是指行为的结果导致了积极刺激减少, 从而使行为反应减弱。例如小学生做了好事, 受到老师表扬核同学的和关注 (属积极刺激), 会使这种行为得到加强。但如果大家熟视无睹, 就可能会使积极刺激水平下降, 导致这种行为逐渐减少。

4. 惩罚 惩罚 (punishment) 是指行为结果的导致了消极刺激增加, 从而使行为反应减弱。例如, 行为疗法中在个体出现不良行为时, 立即给予电击等痛苦的刺激, 可使吸烟等不良行为逐渐减少。

四、内脏操作条件反射

1967 年米勒 (Miller NE) 进行了内脏学习 (visceral learning) 实验, 证实了内脏反应也可以通过操作性学习加以改变。他的实验也称为内脏操作条件反

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。

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，取得与上述一致的结果，证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在一定程度内“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。

米勒内脏操作条件反射理论对于医学心理学的意义在于，人类也可以学会有意识地控制各种内脏活动。如临床某些心身症状的产生，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、气功治病等原理也都与内脏学习有关。

五、示范作用

示范作用(modeling)属于社会学习理论。该理论认为,通过对具体模型(mode1)的行为活动的观察和模仿,可以使人学会一种新的行为类型。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。经分析,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。②保持阶段: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:增加或减少这种行为的再发生次数。

在班杜拉(Bandura A)的社会学习理论中,观察学习不属于自我强化机制即经典条件作用和操作条件作用,而认为是一种替代强化机制即替代条件作用(vicarious conditioning)。这反映了行为主义心理学家对行为习得问题的认识发展。

影响示范作用的因素很多,一般说来,地位高、敌对的、攻击性行为最容易被模仿,受奖行为比受罚行为更易被模仿。人类的许多行为可以通过示范作用而形成,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成长过程中长期形成的一系列习得性行为的综合。许多不良的生活习惯或行为可以通过强化的作用而固定下来。例如一个人无聊时吸一

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，如果对这种行为理睬就可能使这一行为得到正强化，形成捣乱行为习惯。因此，行为理论强调儿童早期的行为习惯的训练。

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，使之受到惊吓，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，个体在紧张情况下，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如果被错误地强化，就可能成为顽固的躯体症状（如高血压）。

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许多心理治疗者的重要方法，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。

与各种理论一样，行为理论也有一定的局限性。多种条件反射实验的对象是动物，其结果未必能全面解释人类的复杂行为；再者，行为理论忽略人的认识的作用。因此，有人提出了混合学习模型（mixed learning model）之说，即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。另外，1970年代中期在美国出现一种新的行为理论，将认知心理学与行为主义心理学理论相结合。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。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。

（吴均林）

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，用催眠术对癔症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 1-1）。

1. 意识（conscious）是与语言（即信号系统）有关的，是心理活动中与现实联系的那部分，能被自我意识所知觉。它是人们当前能够注意到的那一部分心理活动，如感知觉、情绪、意志、思维等，以及可以清晰感知的外界的各种刺激等。是图中海平面以上的冰山之巅部分。意识保持个体对环境和自我状态的感知，对人的适应有重要的作用。

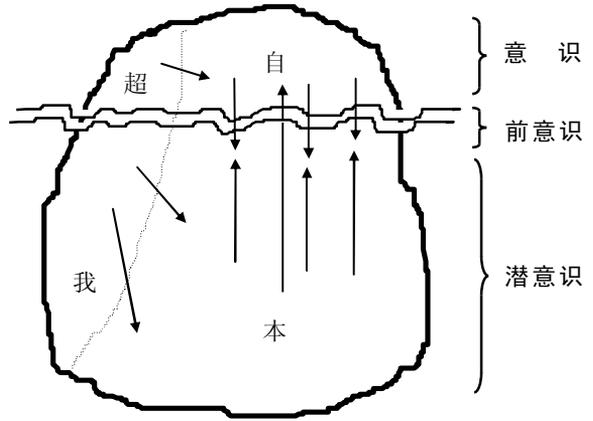


图 1-1 心理动力理论简单示意（自姜乾）

2. 无意识（unconscious）又称潜意识，是指个体无法直接感知到的那一部分心理活动，这个部分的内容主要通常是不被外部现实、道德理智所接受的各种本能冲动，需求和欲望，或明显导致精神痛苦的过去的事件。如：已经被意识遗忘了的童年时期不愉快的经历、心理上的创伤等，是图中海平面以下的冰山部分。无意识虽然不被意识所知觉，但是，它是整个心理活动中最具动力性的部分，按照弗洛伊德的观点，无意识几乎是各种精神活动的原动力。无意识精神能量的分配和转换构成了人类复杂而丰富的精神世界。

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，是力量中的两条曲线中间部分，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，意识、无意识及前意识是人的基本心理结构，他们在个体适应环境的过程中各有其功能。意识保持着个体与外部现实联系和相互作用的部分，无意识使个体的心理活动具有潜在的指向性，因此，精神分析认为：人的各种心理、行为并非完全由个体的意志决定的，而是被无意识的欲望，冲动等决定的，被压抑到无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。无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）、自我或超我三部分构成（图 1-1）。

1. 本我（id）又叫伊的存在于无意识深处，是人格中最原始的部分，代表人们生物性的本能冲动，主要是性本能和攻击本能，其中性本能或称为 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“快乐原则”（pleasure principle）。本我的心理过程是人类非理性心理活动的部分，即不遵循现实的逻辑思维和推理，可以超越时空的限制，不顾后果，任意的否认，这表现在人类的梦，游戏和幻想甚至艺术创作中。

2. 自我（ego）大部分存在于意识中，小部分是无意识的。因此，自我是人格结构中最为重要的部分，自我的发育及功能决定着个体心理健康的水平。一方面，自我的动力来自本我，是本我的各种本能、冲动和欲望得以实现承担者；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。是人各种最具理性的部分，超我的特点是能按照社会法律、规范、伦理、习俗来辩明是非，分清善恶，因而能对个人的动机行为进行监督管制，使人格达到社会要求的完善程度。“超我”按“至善原则”（principle of ideal）行事。

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

弗洛伊德强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式要经过五个时期：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；一岁半至两岁时称为肛门期，从自身控制大小便中得到快感；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生殖器性期。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。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食、进食。如果婴儿口腔的欲求因某种外部因素而遭受挫折（如断乳过早等），可能会产生固着现象（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）的方式来减轻焦虑阶段，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无意识、压抑和阻抗等等，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

精神分析理论可以说是最早的系统解释人类心理及行为的心理学体系，它对理解人类的精神现象及其规律有重要的贡献，这一理论曾经对心理学、精神病学、甚至哲学、艺术和宗教都有广泛的影响。

精神分析创始一百多年来成为理解异常心理的主要理论之一。精神分析治疗也是上个世纪三大心理治疗流派之一。建立在精神分析理论之上的精神病理学，将正常与异常看成是相互连续的普性联系，既可以解释正常人心理活动，又可以解释异常的心理现象。精神分析理论认为正常与异常行为的最基本的心理过程是一样的，心理障碍的病因是精神内冲突的结果或防御机制的失败。精神分析理论认为如果本我的精神能量得不到自我的控制和引导，则导致生物本能的不适宜和不恰当的表达，即病态行为。如果超我的力量过强，它则过度限制生物本能的表达，从而导致个体承受着良心痛苦的负重，甚至受到耻感和罪感的谴责。当自我过于弱小时，则不能以适应的方式满足本我的需求，被压抑的无意识的欲望则以神经症性症状得以象征的表达，产生适应不良性行为。按弗洛伊德的理论，治疗在于通过精神分析技术，揭示压抑在无意识中的心理冲突，通过分析疏导，将这些无意识里的心理冲突和痛苦体验挖掘出来，使未得到满足的无意识的欲望、本能以更具适应的方式得以满足，就可以治疗这些疾病，个体以更成熟的自我功能及防御方式应对内心的冲突，达到消除症状、增进适应的目的。精神分析理论对于维护心理健康、预防心理疾病也有一定指导意义。其重点强调个体发展过程中，人格的健康发展有赖于早年重要的安全的依恋关系，基本需要的满足，与年龄相当的行为训练和教育，适宜的压力与支持，促使个体人格的各部分的和谐和整合，更成熟的防御方式和与年龄相当的适应行为。从预防角度来看，及时处理好人格发展过程各个阶段所出现的问题，防止固着现象，对于保持心身健康发展和维持健全人格都是非常重要的。

精神分析理论也有局限性。精神分析的创立受到当时物理学概念的影响，有关本我、自我、无意识、Libido等基本概念都是难以测量的，缺乏实证性，在解释人的健康与疾病的心理机制上只依靠逻辑的推断，缺乏客观的科学依据，而且其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。特别是经典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，过分强调无意识冲突的作用而忽视了社会环境、文化对人格发展的影响。精神分析治疗需要较长的时间，极少有人能完成分析治疗的过程，因此，近年精神分析治疗的趋势有所下降。

(杨彦春)

第三节 认知理论

一、 认知理论的主要内容

所谓“认知”，从信息加工角度来说，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。

认知是一种心理功能，包括内容和形式两方面，前者指认知活动所涉及的特殊事件，后者指认知活动的内在结构。认知同其他生理适应活动一样，具有同化（assimilation）和顺应（accommodation）两个互补的方面。在此同化可理解为个体以自己现有的、能获得的或喜欢的思考方式去解释外部事物，并吸收成为自己的经验。顺应可解释为个体发现了外部事物性质不同而注意到不同事物间的关系，并试图理解关系结构的属性。

与其他许多医学心理学有关理论不同，认知理论不是由某位心理学家独创，而是由许多学者的努力逐渐发展起来的。有关的基本概念、内容要点也尚在不断发展过程之中。

（一） 认知心理学的兴起

以Neisser 1967年出版《认知心理学》一书为标志，认知心理学成为心理学领域的又一个分支，3年后美国首先创立了《认知心理学杂志》。不过，作为心理学主要理论流派的认知心理学，主要还是指对信息加工过程的研究，这与心理治疗中的认知理论虽有联系，但之间存在较大的距离。

认知心理学还受到了沟通理论（communication theory）、心理语言学、记忆研究、电脑科学和认知发展研究的影响和推动。另外，还有学者提出认知心理学是认知科学中的一部分，应包括认知的结构、内容和信息处理过程等的认知心理学、认知本质的心智哲学（philosophy of mind）、认知表现的心理语言学、模拟认知或认知示范的人工智能以及认知神经科学。

（二） 认知的主要特点

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。归纳起来，认知的主要特点为：

1. 认知的多维性 宋代文豪苏东坡曾写过一首诗：“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。”说明尽管事物只有一个，但从不同角度看就会有不同的认识或看法。个体认知的产生总有一定的局限性和片面性。要真正认清事物的全貌和本质，必须认识到事物的整体性和多维性。因此，完整认知的形成应该考虑其多维性。

2. 认知的相对性 当代伟人毛泽东曾说过：“事物都是一分为二的”，提倡人们要学会“两分法”来认识和处理问题。实际上，许多事物都是由两个相对的部分组成一个整体，如动物有雄雌之分，事物有好坏之分，时间有昼夜之分等。实际

生活中。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，并未考虑到事物认知的相对性。成语中的“乐极生悲”，“塞翁失马，安知非福”等便是古人对认知相对性的一种适当表达。

3. 认知的联想性 人类的认知活动并不仅是感知觉的活动，而是包括了思维、想象等心理过程，同时也与人的智力及其既往经验有关。由于认知具有联想性的特点，因此个体的认知并不真实地反映客观事实，其中包含了想象和思维成分，而且渗入了情感因素。俗语所说的“情人眼里出西施”便是这个道理。

4. 认知的发展性 由于认知活动与一个人的知识结构、文化程度和所处社会文化环境等因素相关，因此人的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，小学生只认识到“ $5-3=2$ ”，“ $3-5$ 不能减”，但读了中学后就知道“ $3-5=-2$ ”。由于认知具有发展性的特点，因此通过适当的教育和知识培训，可以在一定程度上改变患者不良的认知。

5. 认知的先占性 在日常生活中，人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，如人们通过检验认知的实践效果，“吃一堑，长一智”；但在另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”的惊恐。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 由于认知活动包括了识记信息、处理信息的过程，不仅有感知觉、记忆、思维等心理活动的参与，而且有判断和解决问题的过程，因此，认知功能的另一特点是整合性。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。一般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样，都是一视同仁的。”这样一想，心情也随之宁静了。但有些人会产生“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。这些是认知治疗中经常会遇到的棘手问题之一。

（三）认知对情绪和行为的决定作用

认知对情绪和行为的调节作用，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。在此仅就对认知治疗有一定意义的研究作扼要说明。其一是沙赫特的情绪两要素观点：生理唤醒产生了认知的解释；认知活动用以区分情绪。在有些情况下，认知先于唤醒，如人只有知道了野兽的凶猛，然后在森林里见到野兽时才会引起生理唤醒；在另外的情况下，唤醒可能先出现，然后才去寻求认知解释。由

于情绪的生理唤醒是模糊不清的，几种不同的情绪可有相同或相似的生理唤醒，所以，认知对生理唤醒进行标志，决定能产生哪一种情绪。沙赫特通过实验论证了情绪受到认知解释的调节这一观点。其二是阿诺特的情绪认知评价理论。阿诺特认为情绪是个体对事件进行直觉评价的结果。在个体感受到某种情绪之前，事件必须先为个体感知，作出好或坏的评价。直觉评价具有主观的和生理的两种成分，并受到以往记忆经验的影响，这就是再评价过程。阿诺特的理论又经后人进一步强调，认为每种情绪反应都是一种特定种类的认知或评价的功能，并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）与心理治疗有关的认知理论

比较重要的理论有埃里斯的ABC理论。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。

在此基础上贝克提出了情绪障碍认知理论，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。

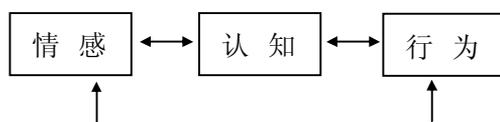


图 1-2 认知、行为和情感三者的关系

每个人的情感和行为在很大程度上是由其自身认识外部世界、处世的方式方法决定的，也就是说一个人的想法决定了他的内心体验和反应。（图 1-2）贝克还归纳了认知过程中常见的认知歪曲的 5 种形式，即任意的推断、选择性概括、过度引申、夸大或缩小和“全或无”思维（参见第六章）。

这些理论的出发点在于确认思想和信念是情绪状态和行为表现的原因。每当人们有一种想法、想象、信念或内心对话，并信以为真的时候，就会伴随出现相应的情绪体验和行为变化。正是在这个意义上，我们说是人的认知而不是事件本身创造了人的情绪。

二、认知理论述评

认知在人类行为中的动机作用早在古代已为先人所认识，如“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”等。近几十年发展起来的认知理论则为有关人类情绪和行为问题的产生提供了理论解释；对于指导个体心理发展和心理健康的保持具有积极意义；在认知理论基础上形成的多种认知治疗以及结合行为治疗方法的认知行为治疗模式，则更是目前最重要的心理干预方法之一。与许多现代理论一样，认知理论并不能解释或解决所有心理行为问

题。

(季建林)

第四节 人本主义理论

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，又是行为学派的想法。人本主义理论则不强调这些因素，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。因此人本主义理论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。

一、人本主义理论的主要内容

（一）思想渊源与时代背景

人本主义心理学（humanistic psychology）在 20 世纪 50-60 年代兴起于美国，是美国当代心理学主要流派之一。以马斯洛、罗杰斯等人为代表的人本主义心理学派，与精神分析学派和行为主义学派分道扬镳，形成心理学的第三思潮。该学派受现象学和存在主义哲学影响比较明显。它反对仅仅以病态人作为研究对象，把人看为本能牺牲品的精神分析学派，也反对把人看作是物理的、化学的客体的行为主义学派。主张研究对人类进步富有意义的问题，关心人的价值和尊严，反对忽视时代条件和社会环境对人的先天潜能的制约和影响。

（二）马斯洛的需要层次理论

美国人本心理学家代表之一马斯洛在 1943 年发表的《人类动机的理论》一书中提出了需要层次论。该理论的构成根据 3 个基本假设：①需要能够影响行为，但只有未满足的需要能够影响行为，满足了的需要不能成为激励工具；②需要按重要性和层次性排成一定的次序，从基本的（如食物和住房）到复杂的（如自我实现）；③当人的某一级的需要得到最低限度满足后，才会追求高一级的需要，如此逐级上升，成为推动继续努力的内在动力。

马斯洛提出了需要的不同层次，包括生理需要、安全需要、社交需要、尊重需要和自我实现需要（参见第二章）。在他的著作中对需要层次论作了许多探讨，除了广为人知的这 5 种需要外，马斯洛还详细说明了认知和理解的欲望、审美需要在人身上的客观存在，但他认为，这些需要不能放在基本需要层次之中。

对马斯洛的观点存在着许多争论。许多人从不同的角度批评马斯洛的观点或者提出自己的需要层次学说，但到目前为止，马斯洛的观点仍然是被广泛传播的一种。

如奥尔德弗认为人的需要不是分为5种而是分为3种：①生存的需要，包括心理与安全的需要；②相互关系和谐的需要，包括有意义的社会人际关系；③成长的需要，包括人类潜能的发展、自尊和自我实现。奥尔德弗需要论，简称为ERG需要理论。两种理论的不同点是：奥尔德弗经过大量调查证明，这些需要不完全是天生的。需要层次论建立在满足——上升的基础上，ERG理论不仅体现满足——上升的理论，而且也提到了挫折——倒退这一方面。挫折——倒退说明，较高的需要得不到满足时，人们就会把欲望放在较低的需要上。ERG理论认为需要次序并不一定如此严格，而是可以越级的，有时还可以有一个以上的需要。

（三）罗杰斯的自我论

罗杰斯也是人本主义的代表人物之一，他认为，刚出生的婴儿并没有自我的概念，随着与他人、环境的相互作用，开始慢慢地把“我”与非“我”区分开来。当最初的自我概念形成之后，人的自我实现趋向开始激活，在自我实现这一股动力的驱动下，儿童在环境中进行各种尝试活动并产生出大量的经验。通过机体自动的估价过程，有些经验会使他感到满足、愉快，有些即相反；满足愉快的经验会使儿童寻求保持、再现，不满足、不愉快的经验会促使儿童回避。在孩子寻求积极的经验中，有一种是受他人的关怀而产生的体验，还有一种是受到他人尊重而产生的体验，但这些完全取决于他人，因为他人（包括父母）是根据儿童的行为是否符合其价值标准而决定是否给予尊重，所以他人的关怀与尊重是有条件的，这些条件体现着父母和社会的价值观，罗杰斯称这种条件为价值条件。儿童不断通过自己的行为体验到这些价值条件，会不自觉地将这些本属于父母或他人的价值观念内化，变成自我结构的一部分。渐渐儿童被迫放弃按自身机体估价过程去评价经验，成为用自我中内化了的社会的价值规范去评价经验。这样儿童的自我和经验之间就发生了异化，当经验与自我之间存在冲突时，个体就会预感到自我受到威胁，因而产生焦虑。预感到经验与自我不一致时，个体会运用一定的防御机制（如歪曲、否认、选择性知觉）来对经验进行加工，使之在意识水平上达到与自我相一致。如果防御成功，个体就不会出现适应障碍，若防御失败就会出现心理适应障碍。罗杰斯的以人为中心的治疗目标是将原本内化而成的自我部分去除掉，找回属于他自己的思想情感和行为习惯，用罗杰斯的话说“变回自己”“从面具后面走出来”，只有这样的人才能充分发挥个人的机能。他所创立的来访者中心疗法将在下文详述。

二、人本主义理论述评

罗杰斯主张以现象学的方法去研究人的心理现象，并把这种方法的实际应用总结为以下三点：①通过自己身体内部的参照系统，来取得文化知识；②用别人的观察来核对主观知识以取得客观知识；③设身处地地理解别人取得的人际知识。他相信，每个人都有自己认识世界的独特方式，这些认识构成个人的现象域虽然是个人的隐秘世界，但通过上述的方法仍能达到正确的理解。所以人本学派主张不能仅仅依靠对一般人的调查统计、平均数字得出结论，而应重视个案的研究，由特殊到一般，由个体到法则，从而归纳出一般的结论。

以人本主义论为理论基础发展成的心理疗法，即为人本主义心理疗法，其中以罗杰斯开创的来访者中心疗法为其主要代表。来访者中心疗法的基本要义是秉持人本主义的观点，以来访者为中心，重视来访者的人格尊严，将心理治疗的过程，视为咨询员为来访者设置的一种自我成长的教育机会。咨询员并非主导者，而是信以同等地位对待来访者，确认来访者具有自我觉醒的能力。只要提供他自然的、和谐的、自由的优良环境气氛，来访者自然就会摆脱自我观念中不真实的外衣，显露出个人人格的真实一面，继而自我振作，重建自我观念，以达到自我实现的人生佳境。

在教育方面，人本主义心理学认为，教育能够培养健全的人格，使人发现他自身是什么人和发现做人的义务。“教人”比“教书”更重要。罗杰斯指出，最重要的学习不是机械被动的学习，而是对人的发展有用的知识的学习，是意义或经验的学习。要重视在学习过程中形成和发展自我评价，主张以学习者为中心的学习，要重视师生关系中的态度和品质。罗杰斯说：促进学习的关键乃是教师和学生个人之间关系的某些态度和品质。良好的师生关系应具备三种品质：真实、接受和理解。教师在学习中的作用，应该为促进者、帮助者、辅助者、合作者和交朋友等角色。对于教师应做到，要对学生做全面的了解和无微不至的关心；要尊重学生的人格；要与学生建立良好的真正的人际关系；要从学生的角度出发，安排学习活动；要善于使学生阐述自己的价值观和态度体系；要善于采取各种各样的教学方法，给学生更多的区别对待等等。

人本主义理论也有不足之处，例如强调无条件关注的绝对作用而不能解释条件性关注的积极意义；将一切心理障碍归于自我失调而无视传统的心理疾病分类；马斯洛的理论缺乏严格的科学性，样本小，凭个人印象收集资料，标准不客观等。

(季建林)

第四节 心理生物学理论

自中世纪初至今，不少生理学家和心理学家以生物学的方法探索心身相关的规律，逐步形成了医学心理学的心理生物学理论方向。心理生物学理论在整个心身医学的发展中起着重要的作用。心身医学的科学性被得到承认是与心理生物学研究分不开的，心理生物学研究是目前心身相关研究中的最前沿部分，也是今后医学心理学研究的一个重要方向。

一、心理生物学研究历史

早在二十世纪 20 年代，美国生理学家 Cannon WB (1871-1945) 通过大量的动物实验发现当个体处于恐慌、饥饿等紧急状态时会引起肾上腺皮质激素的分泌，同时通过交感-副交感神经的协调调节使机体保持内环境的平衡。提出了紧急反应概念(emergency reaction)和机体内平衡(homeostasis)理论。

与此同时，前苏联神经生理学家 Pavlov IP (1849-1936) 学派经过长期的研究认为高级神经活动控制情绪并调节内脏功能，提出了皮层内脏相关学说。

二十世纪 30 年代，加拿大生理学家 Selye H. (1907-1982) 从实验中总结出当机体遭受外界各种有害刺激时都会引起肾上腺肥大、胸腺-淋巴结萎缩和胃溃疡这三大症状，即一般适应综合征 (general adaptation syndrome, GSA)，创立了著名的应激学说。

二十世纪 40 年代，Hess W 首先利用电刺激方法研究动物的情绪反应，他发现使用微电流刺激猫下丘脑特定区域可引发出恐惧、发怒等情绪反应和攻击行为。他的研究带动了寻找“情绪中枢”的热潮。已证明位于下丘脑有“性中枢”、“摄食中枢”、“饱食中枢”和“兴奋中枢”等等。这些“情绪中枢”的发现为中枢控制情绪的假设提供了丰富的证据。

如果说上述几位先驱者都是从动物实验来进行心理生物学的研究，那么美国心理医生 Wolff HG 则是人类心理生物学研究的代表人物。他在 1943 年出版的《Human Gastric Function》这本书中详细描写了一个叫汤姆的胃痿患者日常生活中各种精神因素对胃液分泌的影响，阐述了人类心理变量和生物学变量之间的关系，探讨了心理社会因素与生理因素相互作用对人类健康的影响。他的研究在心身医学的发展中起了重要作用。

二、心理生物学研究现状

现代医学和生物学的发展，尤其是现代以脑为中心的心理神经内分泌学 (psychoneuroendocrinology) 和心理神经免疫学 (psychoneuroimmunology) 等学科的发展，极大地促进了心理生物学的研究。现代研究已证明处于紧急状态时血中促肾上腺皮质激素 (ACTH) 的升高主要是由于下丘脑的室旁核释放促肾上腺皮质激素释放因子 CRH 引起。脑对应激的调节主要通过①激活脑干青斑核交感神经-肾上腺髓质轴而释放儿茶酚胺，②兴奋下丘脑-腺垂体-肾上腺皮质轴而增加糖皮质激素的合成和分泌。同时，脑边缘系统，如海马，内嗅皮质，扁桃体等也参与应激的调节。但是对不同应激源，脑的调节（脑内参与调节的神经递质，神经核等）存在着不同。例如用化学的方法损毁内嗅皮质可抑制由拘束应激引起的血中 ACTH 的升高，但对低血糖应激所致者无效。临床试验和动物实验也都已证明心理因素可影响机体的免疫功能。有报道抑郁症患者血中 NK (Natural Killer) 细胞的数量和活性都较正常人减低。现在已经在几乎所有的免疫细胞上发现神经递质和激素的受体，同样，大多数神经递质和激素的受体都已在免疫细胞上发现。显然心理因素和神经-内分泌-免疫系统有着很密切的关系。但具体的调节机制有待进一步阐明。

随着现代分子生物学的发展，心身相关研究的水平也逐渐深入。心理应激通过机体的感知引起神经元的兴奋而释放神经递质（或激素），这些神经递质作为细胞信号传导过程中的第一信使作用于靶细胞的细胞膜，激活细胞内第二信使，如环磷酸腺苷 (cAMP)、三磷酸肌醇 (IP3)、甘油二酯 (DGA) 等，它们参与特定的生理反应，同时激活相应的核转录因子，核转录因子通过调控靶基因的活性，从而调节相

关递质（或激素）的合成，而发挥第三信使的作用。在对记忆的研究中发现，N-甲基-D-天冬氨酸型（NMDA）受体、以及核转录因子 CREB（cAMP 反应元件结合蛋白）在记忆的形成过程中起着关键的作用。

脑内的许多神经递质如儿茶酚胺、5-羟色胺（5-HT）、谷氨酸、乙酰胆碱等都和心理活动有关。例如临床上常采用 5-HT 再吸收抑制剂来治疗抑郁症、焦虑症等神经症。

表 1-1 归纳介绍现代心理生物学研究的主要方法和应用。

表 1-1 目前常用的心理生物学研究手段

类别	方法	应用
分子遗传学技术	正向遗传学(forward genetics)方法 反向遗传学(reverse genetics)方法 DNA 重组技术及聚合酶联反应(PCR)技术；人类基因组计划中关于基因识别、测序、基因组作图、转基因动物等	阿尔茨海默病(AD)、情感障碍、强迫症、惊恐发作和儿童多动症及相关疾病和精神障碍的遗传基础的研究
脑影像技术	脑结构成像：计算机辅助断层摄影(CT) 磁共振成像(MRI) 脑功能成像：功能磁共振脑成像(fMRI) 正电子发射断层摄影(PET)	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	脑电图及相应的睡眠脑电图、脑地形图、诱发电位等	各种复杂心理因素（如准备、期待、注意、动机及觉醒）的研究
生物化学分析法	脑透析(Microdialysis)、免疫组织化学、原位杂交等	各种心理因素对脑神经内分泌免疫功能影响的研究
心理应激测试技术 (mental stress test, MST)	以心理作业（如问题解决、信息处理、心理运动、情感状态、厌恶或痛苦等作业）为应激源，同时配合各种生物参数的记录	各系统的心理生理研究
脑的高级神经网络理论	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	作为研究脑的高级机能的技术思路

修自徐斌材料

综上所述，现代心理生物学的研究可分为：

(1)微观方面：心身相关在分子水平上的研究。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。

(2)宏观方面：理论上，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有关因素在心身疾病的发生、发展和康复中的作用显得尤为突出。多因素研究已越来越被重视。

三、心理生物学理论述评

心理生物学研究采用严格的实验设计、客观的测量手段和可靠的数理统计，能准确地揭示心身之间的某些本质联系。其越来越丰富的研究成果及其相应的有关理论和方法，有助于阐明多种疾病特别是心身疾病的发病发展机制，并为其诊断、治疗、康复和预防提供科学依据。

但是，由于人的心理活动是生物-社会和多种其它因素交互作用的产物，而心理生物学只是一个生物科学，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。

（朱婉儿）

第六节 其它有关理论

一、人性主义理论

20世纪90年代由李心天教授提出的人性主义理论认为，人性由生物属性、社会属性和精神（心理）属性所组成。这三种属性彼此相互依存和制约。其中生物属性被社会属性和精神属性所制约；社会属性以生物属性为基础和以精神属性为表现形式；精神属性以生物属性为前提和以社会属性为内容。

在此基础上，“人性主义心理学”把心理活动定义为是人性的表现，而不是“脑的功能和客观现实的反映”；“人性主义心理学”的基本内容则是分析、讨论心理、脑和社会这三者的依存关系。

“人性主义心理学”认为，人的心理动力来自人性的需求，这种需求永远是精神、物质和社会的综合体，而不是“力比多”、“内驱力”，或者是“分层次”的。

“人性主义心理学”认为，人的个性只是人性在个体身上的具体体现。而人性是个性的一种抽象，抽掉了个体之间在精神、生物和社会属性方面的差异以及三者之间关系的个体差异。因此，在讨论个性时，不但要讨论个体在生物、社会和精神方面的特点，同时要讨论精神、生物和社会属性之间的关系在该个体身上如何表现。

“人性主义心理学”认为，在诊断疾病过程中，除了肯定外部病因因素的作用，应重点从人性内部去说明疾病的病因，因为即便是躯体疾病，虽然主要表现为躯体症状，但其发病原因、转归和预后等都是人性自身的变化。“人性主义心理学”强调在疾病诊断时从人性的内涵中追索造成疾病症状的背后原因。例如，精神症状中的恐惧紧张体验，可能有三方面原因促成：一是脑气质性病变，二是蒙受过强烈精神刺激，三是社会交往中的失败或社会适应障碍等，应找到其中最关键的病因并评估出该病因与其它关键因素的关系，以制定针对性的治疗方案。

悟践疗法（Wu Jian Psychotherapy）早期也称综合快速疗法，是20世纪50年代李心天等根据人性主义理论认识在治疗神经衰弱病人基础上所创立，后来又将该疗法应用在高血压病、溃疡病和某些精神疾病的治疗。悟践疗法的总体目标是

协助患者理顺自身的人性结构，即调整好人的三种基本属性之间的关系，使它们处在相对和谐的状态。治疗的近期效应是患者理解到人性的内涵，认识到自己的人性结构，看清自身症状的原因，从而消除由自我认知的盲目性带来的焦虑不安和其它情绪困扰；远期效应是患者在理解人性和个性的基础上发展出合理的行为，自觉地不断平衡自己的人性结构，在社会环境中处于积极适应状态。

二、中医的医学心理学思想

祖国医学中关于心理学的基本思想源远流长。早在先秦时期，荀子就首先提出了“形具而神生”的唯物主义一元论的观点。它还提出了“精合感应”的论点，指出人的心理仍是外物作用所引起的人对它的反应；“心者，形之君也，而神明之主也”这些观点直接影响着《黄帝内经》的认识。2000多年前的《黄帝内经》（以下简称《内经》），作为中医基础理论的奠基之作，也同样蕴含着非常丰富的心理学和医学心理学思想，主要体现在“形神观”、“天人观”和“人贵论”之中。在《内经》中，对现代心理学所涉及的基本范畴，均有不同程度的论述。如对知、情、意等心理过程的认识体现在“魄”、“魂”、“意”、“思”、“虑”、“智”、“情”、“志”的论述中；对个性的认识体现在“阴阳五态之人”、“阴阳二十五人”的论述中。在医学心理思想方面，以“五神脏”生理心理理论为核心，病理心理着重阐发了情志致病的发病机理；诊断心理突出了“得神者昌，失神者亡”和“顺志”的观点；治疗心理则以“标本相得”为原则；心理健康则以“治未病”和“养神”为要旨。《内经》心理思想中的科学理论，至今仍然有效地指导着中医的临床实践。东汉张仲景著有《伤寒杂病论》，在确立中医临床辨证医学体系的同时，确定了心神、情志疾病的辨证论治原则。宋朝的陈无铎在《三因极一一病症方论》中，在《内经》的基础上将喜、怒、忧、思、悲、恐、惊明确为“七情”，提出“七情”是三大类致病因素中的一类的著名论断。明朝的李时珍在《本草纲目》中首先提出了“脑为元神之府”的科学论断。

从临床医学的角度，中医心理思想在病因、诊断、治疗和预防等各方面均有体现。

中医的病因理论认为，情志因素在疾病的发病机理中占有重要的地位。“情志内伤”就是心理因素导致心身关系失去平衡而致病。同时，中医也很早就注意到了个性因素与疾病的关系，把个体的心理特征也作为发病的依据来考虑，认为，同样的外部环境刺激，勇敢者通过自我调节而不至于患病，而性格懦弱者则发生疾病。同时，中医还认为各种情志活动都必须适中、平衡和有节制。情志因素与疾病的关系主要表现在三个方面：一是情志失调扰乱心神而导致发病；二是疾病可导致心神异常；三是个性因素致情志紊乱而造成病症。

关于中医诊断中的心理学思想，早在《素问·疏五过论》中就指出医生在诊病时，必须了解患者发病的全过程，婚姻及性生活状况，有没有因生死离别引起的情志郁结等。

“精神不进、志意不治、病乃不愈”是中医学临床治疗的重要信条。同时，中

医还提出了“劝说开导、以情胜情”的心理疗法。甚至，中医临床使用的方剂与药物，不仅具有切实疗效，而且，在方药的命名上都极其注意给病人良好的心理影响，这些名称也往往能给病人起到心理治疗的作用。

中医理论还提出了一些调神摄生的原则，比如清静养神、节欲守神、怡情畅神、适时调神等，还有一些实践方法比如五禽戏、气功等，至今仍有现实指导意义。

三、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原。

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，以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。研究不同民族之间心理行为变量的差异，有利于探讨某些疾病发生的文化背景原因。

社会学方向还研究社会行为因素与人类健康的关系。这已成为现阶的重要研究课题，因为不良的社会环境和不良的社会行为已经导致性病、艾滋病的广泛流行和传播，对人类健康造成了严重的威胁。结束性乱，是简单易行而又有效的预防艾滋病的个人健康处方，也是遏制艾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，均应引起重视。此外，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，加强对不良行为的社会矫治研究，都是社会研究方向的重要课题。

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。

（杜文东）

第二章 人的心理

心理或心理现象具有生物和社会的双重属性；心理现象可以从心理过程和个性两个方面加以认识。学习医学心理学，首先要掌握与心理现象有关的基本知识和基本概念。

第一节 心理的脑基础

一、心理是脑的功能

（一）脑的进化与心理功能

动物的行为特征主要取决于神经系统的进化水平。在进化的最初阶段，动物只有弥散的或网状的神经系统，能接受信息和支配运动，但不存在对信息的加工和对行为的调节。随后出现的具有头部神经节的动物就已具备一定的信息加工能力，但其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。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，其中发展较晚的大脑皮层在调节人体机能方面起主导作用，它不仅对各种机能进行全面而又精细的调节，同时由于社会生活、生产劳动和语言的发展，使其和动物脑有了质的区别，能够具有抽象思维能力，也成为进行意识活动的物质基础。

随着动物的进化，脑的重量也有极大的差异。一般说来，脑的大小与神经元的数量有关，因此也可能与脑的复杂性和其信息加工能力有关。研究者们发现人类的脑化指数（encephalization factor，由脑重和体重比例经过一定的数学转换而得到）远远超过其它动物。但是，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。新皮层及其高级联合区在人类得到高度发展，使他能够凌驾于一切生命之上，并本质地区别于其它动物。

（二）个体成熟与心理功能

从个体发育成熟和心理成熟平衡的过程，也证明心理的基础是成熟的大脑。孩子初生时由于神经细胞缺乏髓鞘，大脑皮质功能尚未健全，所以他也就没有感觉、知觉、思维、想象、情感、意志等心理功能之分，只是泛泛的激动，动作也不协调。随着个体的成长，大脑皮质的发育成熟，神经细胞的髓鞘形成，大脑功能的逐步完善，逐渐出现了各种具体的心理

活动，动作也变得协调。

（三）大脑皮层的三级功能区与心理功能

前苏联神经心理学家鲁利亚（1973）根据大脑皮层细胞的结构和机能特点，把大脑皮层分为三级功能区。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）（图 2-1）。一级区主要结构是皮层Ⅳ、Ⅴ层细胞。一级区的机能具有高度模式特异性，专门接受外周各种传入信息（听、视、体感）和专门发送出运动的指令。它在接受信息时是按照点对点的投射方式进行的，如初级感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-联合区或单通道联合区（unimodal association area），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）。二级区的结构主要是皮层Ⅱ、Ⅲ层细胞。这些短突触细胞不向远处传递，但能够为皮层联合联系打下基础。对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。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），分前、后两部分。皮层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。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。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、语言理解和表达障碍、工作记忆障碍甚至人格方面的改变。三级区在个体发生上是最晚成熟的，约 7 岁以前它不能充分发展，约占整个大脑皮层的一半以上，其细胞主要来自Ⅱ、Ⅲ层。人类三级区的高度发展可能是人类心理活动有别于其它动物的一个重要因素。

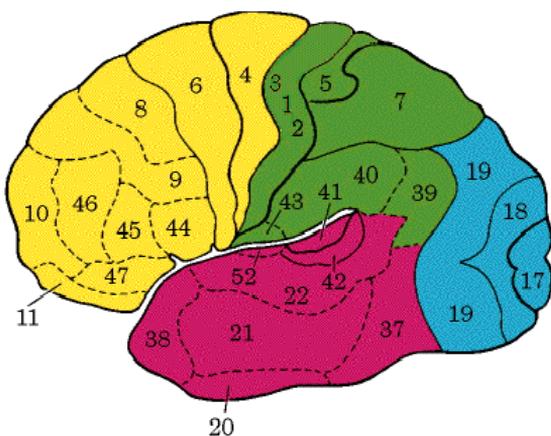


图 2-1 大脑左半球外侧 Brodmann 分区

二、脑的基本机能系统与不对称性

（一）脑的三个基本机能系统

如果说用刺激的方法，或是用切除有限脑区的方法来证实不同脑区的机能，这只能是

局限的、孤立的反映其基本机能，那么人类复杂的心理活动形式和特点，如知觉、记忆、语言、书写、阅读、思维、计算等，就远远不是孤立的，需要有许多脑结构的共同作用来完成。基于这种认识，鲁利亚提出三个基本机能系统的假说（图 2-2），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质区组成。

1. 调节张力和维持觉醒状态的系统

觉醒状态是保证各种心理活动顺利进行的必备条件。许多实验证据提示，保证与调节皮质张力的脑结构并不在大脑皮质本身，而在较低的脑干与皮质下部，亦称为网状结构。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。从而保证完整的心理过程和实现有目的、有组织的指向性活动。网状结构功能异常，可导致意识障碍，无法进行正常心理活动。

网状结构的激活源有三类：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兴奋冲动。

2. 接受、加工和储存信息的系统

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。包括前面提到的皮层三级功能区：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。即一级区的特异性最高，而三级区的机能偏侧化最明显。

3. 心理活动与行为调控的系统

人对外来信息的接受、加工和储存，仅是人的心理活动的一个方面，但人对外来信息不仅仅是被动地予以反应，而是主动地制订行动计划和程序，并不断调节自己的行为，使之符合计划和程序。这些能动的意识活动过程是由大脑的心理活动与行为调控系统来完成的。该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的工作，所不同的是神经冲动的传递方向与第二机能系统相反，即由三级区传至二级区，再传至一级区。该系统的三级区为前额叶，它不仅与皮质的所有其余的外表部分相联系，而且还与脑的下部和网状组织的相应部分相联系，由于这些联系的双向性，使其既可以对其余脑结构进行调控，又可以对来自别处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（运动联合皮层）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运动前的准备状态，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。

4. 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和综合，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。

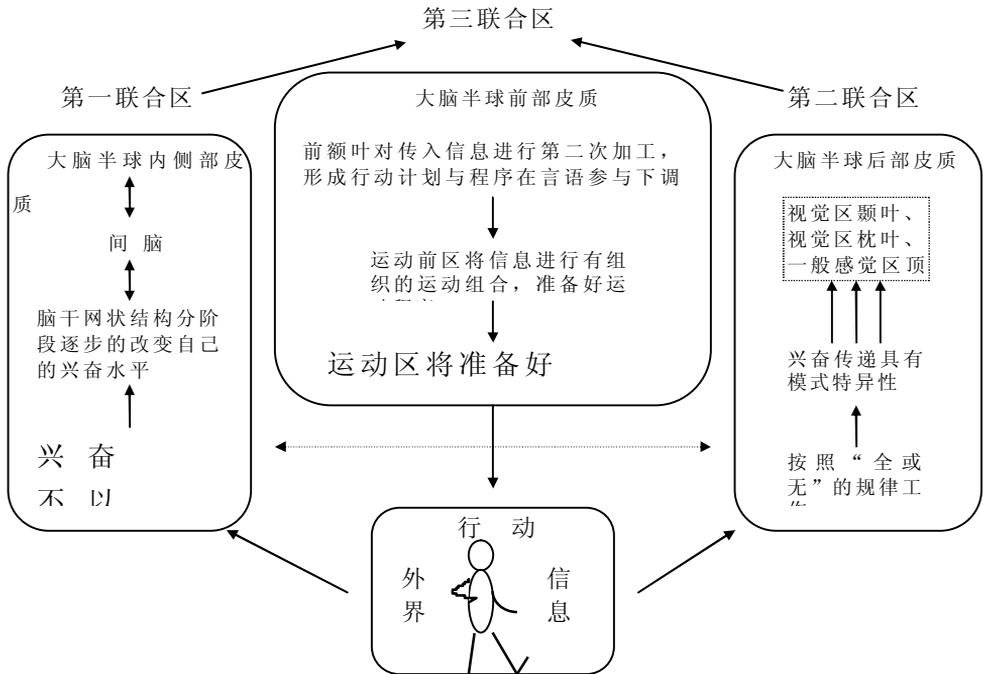


图 2-2 三个基本机能联合区示意图（自李心天，

（二）大脑半球机能的不对称性

关于大脑两半球机能专门化的概念来自失语症的研究。早在 1836 年达克斯 (Dax) 曾指出失语与左半球病变有关。之后, Broca 根据其临床失语病人的研究, 认为左半球具有言语机能的优势。后来发现一些复杂的高级机能如说话、阅读、书写、计算、左右辨认等都由一侧半球——左半球主管, 所以称它为优势半球, 而认为右半球除感觉和运动机能外, 在心理机能上是不重要的。

最近二、三十年建立了一些新的技术方法以弥补临床观察法的不足。其中一些方法是无创性的, 可以应用于正常人, 使得对大脑两半球的机能有了更全面的认识。

在正常被试中研究得较多的是视知觉和听知觉。利用速视器半边视野刺激术和同时双听技术, 根据被试对到达左或右半球视或听知觉刺激的反应速度和准确性, 证明了特定的半球对特定的知觉类型具有优势。

使用一侧电休克的方法发现: 一切语言信号的发现和理解都是左半球的功能, 当左半球机能被电休克暂时抑制时, 表现各种失语症状, 对语音的选择性注意被破坏等等。在言语方面无论是元音还是辅音的选择性都变得很困难。当右半球机能暂时被抑制时出现很多有趣的现象, 例如信号源的空间定向力被破坏了, 非言语信号的辨认 (如物体发生的声音) 遭到破坏, 音乐旋律的知觉再认几乎不可能, 言语交往中抗干扰能力下降, 音调辨认不能, 形象记忆破坏, 不能辨认男人和女人的嗓音, 也不能控制自己说话时的声调与重读音节。尽管如此, 言语兴奋性却大大提高了。

使用这一方法还发现, 两侧半球对人的情绪状态起着不同的作用。当右半球机能暂时

被抑制时，情绪高涨、欣快、言语增多；而左半球机能暂时被抑制时，则情绪低落、沉默无语、自卑、自罪等。

用一侧麻痹法即 Wada 技术，使一侧半球暂时处于麻痹状态，发现大脑语言优势半球并不依赖于右手或左手，并发现音乐的知觉是右半球的功能，而意识活动是和语言优势半球联系着的，暂时阻断两半球的联系，可以引起情绪状态的变化等等。

其它还有脑电/事件相关电位（ERP）技术和最近几年发展起来的脑功能成像术等也是研究大脑半球机能不对称性的很好的方法。

综合正常人、裂脑人和半脑人的大脑两半球机能不对称性的研究结果，以及脑机能一侧化和性别、情绪变化、某些精神病的关系，可概括为：人脑的机能是高度专门化的，左半球机能具有分析的、抽象的、继时的、理性的和主题的特性，右半球机能具有全息的、具体的、同时的、直观的和同格的特征。左半球在语言的和与语言有关的概念、抽象、逻辑分析能力上占优势；右半球则在空间知觉、音乐绘画等整体形象、具体思维能力上占优势（表 2-1）。两半球好像是两套不同类型的信息加工系统，它们相辅相成、相互补充、相互制约、相互协作，以实现人的高度完整和准确的行为。

表 2-1 人类大脑左右半球不对称性功能

功能	左半球	右半球
视觉	概念、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

自韩济生主编《神经科学原理》p957

（朱婉儿）

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、心理是客观现实的主观能动的反映

客观现实是心理的内容和源泉，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，有狼孩、猴孩、熊孩、羊孩等，他们都是人的孩子，但没有人的心理行为。他们不会说话，不能直立行走，不会使用双手拿东西。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。

人对客观现实的反映，又总受个体经验、人格特征、价值观、需要、自我意识等主观的影响，如不同人对同一事物的主观评价往往是不同的，甚至人们对同一事物的反映，在不同时期，不同心理状态下也不相同。

人对客观现实的反映是一个积极、能动的过程。人类社会的进步和发展是人与自然环境、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），是指在特定社会与文化环境中，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。

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。

家庭是人生之初所处的社会环境，在家庭中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。孩子与父母的互动交往，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，使他们懂得是非、善恶、好坏、对错等。这就是接受社会教化。

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。学校还通过教材、教师人格、课堂教学、班级、团队活动、课外兴趣活动等促使学生心身发展实现社会化。

社会文化的影响包括政治、经济、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。任何社会对自己的社会成员都有特定的希望和要求，通过各种途径教导和影响社会成员树立正确的社会生活目标，把各种社会生活的行为准则内化为个人行为准则，这也是社会教化的内容。

值得注意的是，社会化的过程并不完全取决于个人的认识，也就是说某些人社会化的问题，不一定就是其“思想”或“认识”上的问题。实际上，社会学习理论强调非意识性的社会示范信息对儿童心理行为发展的重要性；行为学习理论强调环境刺激和个人习惯之间的条件联系；精神分析理论强调早期生活条件对人格发展的影响；人本理论关注社会规范（有条件关注）对一个人人格完善的作用。

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的加工过程。

一、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、肚子痛等。

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；或者说是感觉器官和脑对刺激作出解释、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、传人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。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。McGi II 大学在 20 世纪 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，大多数被试者只能坚持 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，知觉的映像仍然保持不变，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像。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像大小相差很大，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），有针对性地给予心理行为指导；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）：是人脑对经历过的事物的识记、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、贮存和提取的过程。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人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、需要和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，保持的数量随时间的推移而逐渐减少；从质的方面，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，都以识记为前提，又都是检验保持的指标，从信息加工的观点看，都是提取信息的过程。再认是过去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 2-3）。一般认为，每一阶段都包括编码、贮存、提取（检索）等环节。



图 2-3 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”(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。

(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)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. 记忆是由大脑的多个部位共同完成的。人类的学习需要颞叶参与,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有关部位作更长时间贮存，这些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形成机制，并建立动物模型。

3. 胆碱能神经系统是支配记忆过程的主要神经系统。经大量研究初步明确，凡减弱胆碱能神经活动的因素，如服用抗胆碱药物（东莨菪碱、阿托品等）都明显削弱记忆。②凡增强胆碱能神经活动的药都可增强记忆，如服用胆碱、卵磷脂、人参等。③主要记忆中枢如海马、颞叶、额叶的胆碱能神经元含量都最丰富，记忆障碍病人脑组织分析都伴有胆碱能神经元损伤。

4. 长时程增强电位（LTP）是引起突触处可塑性形态变化的关键。生理、神经心理学家认为 LTP 是记忆过程的电生理学标志，是记忆研究的第一次突破。突触可塑性变化是长时记忆的化学基础，即记忆痕迹，识记都编码在 RNA 的碱基内，都编码在蛋白质分子上，正如遗传信息编码在 DNA 碱基上储存突触处以备提取，这是记忆机制研究的第二次突破。

5. NOS 参与学习记忆过程，是记忆机制研究的第三次突破。根据是：①一氧化氮合成酶（NOS）决定神经元内钙的浓度。②抑制 NOS 的因素便抑制 LTP，凡促进 NOS 活性的物质都加强 LTP。③LTP、cGMP（第二信使）和突触形态学可塑性变化三者密切相关，并与长时记忆相关。

（五）改善记忆的方法：

1. 集中注意、增强记忆 注意与记忆密切相关，学习时减少分心刺激，学习环境周围尽量简单化，使学习目标单纯化，以利做到专心致志。

2. 及时复习 根据遗忘的规律，学习后及时复习，可以事半功倍。

3. 反馈（feedback） 及时了解学习结果或得到反馈可以增进学习效果。

4. 背诵（recitation） 是指自己重复所习得的内容。背诵可以强制您去提取您学习的信息。在一次实验中，最好记忆分获得者花了 80%的时间背诵，而只有 20%时间用于阅读（Gates,1968）。

5. 过度学习（overlearning） 即当您已能正确无误的回忆全部内容后仍要学习。过度学习是使您不会在考试时因紧张或焦虑而出现忘记的最好保证。

6. 记住要点 学习时要学会将书中大篇内容归纳为一至几个重要的观点，记忆这些要点就会大大提高记忆效果。

7. 分散（间隔）识记比集中识记效果好 3个20分钟学习方案的效果，优于连续1小时的学习，所以要学会安排自己的学习时间。

8. 意义识记比机械识记效果好 应在理解的基础上，了解材料的意义再进行记忆。

9. 不要把性质相似的材料安排在一起学习 以利克服前摄抑制和倒摄抑制，避免内容相互干扰。

10. 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。

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，可间接地诊断病人心肌缺血。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。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、变通地解决问题。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分形象组合过程，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。

创造性思维不同于一般性思维活动，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的巧妙融合。

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

注意的发生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’。

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，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，能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，皮层其它区域处于相对抑制状态，不能引起应有的兴奋。负诱导愈强，注意就愈集中。脑干网状结构使大脑皮层和机体保持觉醒状态。额叶有提高皮层觉醒水平的作用，因而在有意注意中起着决定作用。丘脑等部位的活动控制着注意的转移及注意对象的选择，如果脑干和丘脑等部分受损则造成注意的破坏，严重时，对周围的一切完全丧失注意。

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，工作中要保持高度的注意。临床不少神经精神疾病都有注意障碍。

（过惠敏）

第四节 情感过程

二、情绪和情感概述

（一）情绪和情感的概念

情绪（emotion）和情感（feeling）是对客观事物的态度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的形式表现出来。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等。

需要是情绪和情感产生的基础。与人的需要不发生关系的事物或对人毫无意义的事物，人对其就无所谓情绪或情感。

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。可见，情绪、情感的性质是需要是否得到满足的标志。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。

在心理学上情绪与情感是两个不同的概念，主要表现在以下三个方面：

（1）情绪与机体生理需要是否获得满足相联系。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、道德感等高级的、复杂的情感体验。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的，受社会条件所制约的。

(2)情绪具有明显的情境性,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。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,而且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。

(二) 情绪、情感的内容

1. 情绪的内部体验 不同的情绪、情感发生时,内心的体验是不同的。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,不经当事人的陈述,别人无法真正了解其是怎样的感受。

人的情绪和情感体验按照对立的性质形成两极状态。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,可引起肯定的情绪、情感体验;反之会引起否定的体验。因此,情绪、情感的两极性首先是肯定与否定对立的,如满意—不满意、快乐—悲哀、热爱—憎恨等。

(2)强与弱:情绪的两极性还表现为强度上的强与弱的对立。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。

(3)积极与消极: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。

(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重大,则关键时刻到来时人的情绪紧张水平就高。如高考或重大比赛之前,当事人都有这种感受。关键时刻过去后,紧张解除,可体验到轻松。

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,所以基本情绪的外部表现,如喜、怒、悲、惧等原始表情是通见于全人类的。当然,人的表情也存在着不同民族、不同国度的社会文化性差异。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,人们往往通过对方脸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 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自主神经系统所控制,诸如伴随情绪发生的心跳加快、血压升高、瞳孔扩张、呼吸加速、脸色变化等。

(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,紧张解除时产生的情绪体验。快乐程度可以从满意、愉快到异常的欢乐、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:悲哀与失去所盼望、追求的东西和目的有关。悲哀强度依赖于失去事物的价值。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,一再遭受到挫折,内心紧张逐渐积累而产生的情绪体验。它可以从轻微不满、生气、愤怒到大怒、暴怒。

(4)恐惧: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。引起恐惧的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。例如,熟悉的情境突然发生了变化,失去了掌握、处理的办法时,就会产生恐惧。

2. 情绪状态 情绪状态是指特定时间内,情绪活动在强度、紧张水平和持续时间上的综合表现。根据强度和持续时间的长短,可分为心境、激情和应激三种基本情绪状态。

(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。个人生活中的重大事件,如事业的成败、工作的顺利与否、与周围人们相处的关系等,是引起某种心境的重要原因。机体的状况,如健康程度、工作和疲劳以及休息、睡眠情况等,也影响个人的心境。引起某些心境的原因,人们不一定都能意识到。心境影响日常活动,如工作效率、学习成绩和人际关系等。

(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情境下,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,果断地做出决定。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。

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。

(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,一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。

(2)理智感:理智感是人们对认识活动的需要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，工作中多次失败的焦虑感，问题得到解决的欣喜感等都属于理智感。

(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、一望无际的草原、辽阔蔚蓝的大海，给人以自然之美的体验；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，体现着人类自身之美。不同的历史时期，不同的地区，不同的民族，不同阶级或阶层都有着各自的审美标准，因而对同一事物可能会有不同的美的体验。

二、情绪理论与生理机制

(一) 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想法是：情绪是先在内心里觉察到某种事实，然后引起了某种心理上的体验，并且产生了身体上的变化。而詹姆斯（James W）提出的情绪发生理论则相反，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导致了我們所说的情绪。兰格（Lange C）对情绪的发生提出了同样的解释，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，强调了自主神经系统在情绪产生中的作用。但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 坎农（Cannon WB）的理论曾被称作丘脑学说、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，引起一系列生理变化。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学说，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。

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评价与原来的内部模式不一致时产生的。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。其基本观点是，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知觉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。

二十世纪50年代，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做出反应。他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。

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。

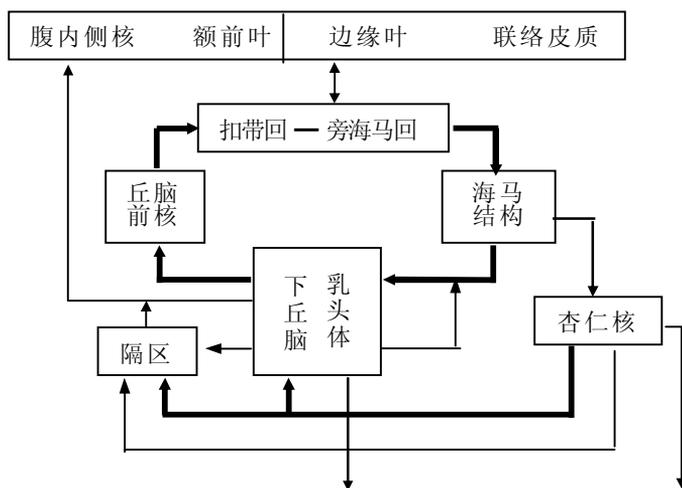


图 2-4 帕佩兹情绪环路示意图（自万选才主编《现代神经生物学》1999）

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自主神经系统反应和情绪体验关系密切，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，这个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2-4）。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。

1970年麦克林根据对癫痫病人的边缘系统的研究，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，第一层是最老最深是脑干，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。

三、情绪的意义和健康

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，比如在适度焦虑的情况下也会提高工作的效率。

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记忆、推理操作和问题解决过程。赫布（Hebb DO）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。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。

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儿也不亚于语言，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，决定着其早期智力的萌发，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。因此，情绪在医学心理学中显得非常重要，医学心理学研究的许多问题，包括疾病的心理病因、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。

（陈力）

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是通过行动来实现的。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意识之中，并以目的来指导自己的行动。动物也能作用于环境，但从根本上讲，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：意志行动是有自觉目的的行动，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。

(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。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。意志推动人的行动去达到一定的目的，制止了与预定目的无关的行动。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，预先决定行动的方向和结果，规定行动的轨道，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

决定的采取是一个过程,包括动机斗争、目的确定和行动方式的选择等几个环节。

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，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。行动方式选择和行动计划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。抉择时，必须遵循的一条基本原则，即从全局出发，个人利益服从集体利益，部分服从整体，小道理服从大道理。

总之，动机、目的、方式方法和计划都是处于人脑中做出决定的阶段，都是在实践活动之前完成的。

（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. 执行决定是意志行动、情感体验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瞄准预定目的的实现，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 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。具有动摇性的人缺乏独立精神和创造精神，对自己的行动缺乏信心，盲目地轻信别人的主张，极易屈从于环境的影响。独断性的人，表面上似乎是独立地采取决定，执行决定，但实际上却是缺乏自觉性。他不管自己的愿望、目的是否合理，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 是指人善于明辨是非，适时地采取决断和执行决断的品质。所谓适时，即指在需要立即行动时当机立断，毫不犹豫。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，或改变已做出的决定。果断性是以勇敢和深思熟虑为前提的，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，在各种动机之间，在不同的目的、手段之间不知所措，迟疑不决，患得患失。或反复审查，担心后果，而不坚决执行。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。主要表现为: ①善于促使自己去执行决定, 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, 能努力做出优异成绩。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。

(陈力)

第五节 个性

一、个性概述

(一) 个性的概念

个性是一种十分复杂的心理现象, 因心理学家们所持理论观点或研究角度的不同, 对个性概念的理解并不一致, 迄今还没有为大家所公认的定义。早年奥尔波特 (Allport GW) 统计了个性的各种各样的定义不下 50 种之多。“个性”概念的内涵广阔而丰富, 它是人的心理倾向、心理特征以及心理状态等多层次的有机综合的心理结构。因此, 对个性的定义必须兼顾人的心理多种特性, 也要重视它的调控系统。

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。这一定义认为人的许多心理特征不是孤立存在的, 而是在需要、动机、兴趣、信念和世界观等心理倾向性制约下构成的稳定的有机整体。

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, 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。需要指出, 心理学使用的个性或人格这一术语有别于日常生活中的习惯用语。在日常生活中常常从伦理道德观点出发, 使用“人格”对人的行为进行评价。如说某某人的人格高尚, 某某人的人格卑劣等。虽然也含有心理学中有关个性或人格的部分含义, 但不是心理学的科学概念。

(二) 个性的特征

1. 稳定性与可变性 个性不是指一时的心理现象, 而是人在较长时间的社会实践中, 在适应或改变客观世界的过程中经常表现出来的心理特征。正是个性的这种稳定性特点, 才能把一个人与另一个人从心理面貌上区别开来。个性具有稳定性特点, 并不排斥个性的可变

性。人的现实生活是十分复杂多变的。因此，作为人的生活历程形成的个性特征，也必然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，正如俗语所说“人心不同，各如其面”。人的个性表现是极端个别化的。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。人的独特性并不排斥人与人之间心理上的共同性，诸如某一个群体、某一个阶级或某一个民族具有共同的典型的个性特征。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 虽然个性是由许多心理特征组成的，这些成分或特性是错综复杂地交互联系、交互制约而组成的整体。个性具有多层次性、多维度性、多侧面性，并有低级与高级、主要与次要、主导与从属之分，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有个性的整体中，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 个性既有生物属性，也有社会属性。在考虑个性的本质是社会性的同时，也不能不考虑个性带有自身的生物学烙印。人的生物属性是个性形成的基础，影响着个性发展的道路和方式，影响着个性行为形成的难易。但也不能把个性完全归结为先天的或遗传的。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（personality inclination）是人进行活动的基本动力，是个性中最活跃的因素。它以积极性和选择性为特征，制约着人的全部心理活动。个性倾向性主要包括需要、动机、兴趣、理想、信念和世界观等，这些成分并不是孤立的，而是相互联系、相互影响和相互制约的。其中需要是个性倾向性的源泉，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（psychological characteristics of personality）是指在心理活动过程中表现出来的比较稳定的成分，它包括能力、气质和性格三方面。这三个成分之间的关系错综复杂，相互影响、相互牵制。这三种特征的独特结合，形成了人各不相同的个性特征。

3. 自我意识 自我意识（self-consciousness）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。三方面不是截然分开的，而是紧密联系着构成个性结构中的自我调节系统，对个性的各种心理成分进行调节和控制，使个性心理诸成分构成一个完整的结构体系。

（四）个性的形成与发展

人的个性并不是生来就有的，而是在个体生物遗传的基础上，在一定的社会环境的影响下，通过实践活动逐渐形成和发展起来的。人的个性形成和发展经历了一个漫长而复杂的人生过程。

1. 影响个性形成和发展的因素

(1)生物因素：生物因素是个性形成和发展的自然基础。首先，遗传基因影响个性。通常所说的子肖其父（不仅指相貌，而且指个性），其中就有遗传因素的作用。但遗传因素对个性各部分的作用不完全相同，如气质和智力受其影响大些，而价值观受其影响就小些。其次，神经系统的特性不同，高级神经活动的类型不同，内分泌系统分泌激素的水平不同，会使人们个性的形成和发展显示出不同的特点。此外，人的体态、体质和容貌，也是影响个性形成和发展的生物因素。例如有些人因容貌出众而自负，有些人因先天不足而自卑。但是，生物因素只为个性的形成和发展提供了一种可能性，不能决定个性的发展。

(2)环境因素：环境是影响个性形成和发展的决定因素。这里所说的环境主要指社会环境，包括家庭、学校和社会文化环境等。

首先是家庭影响，包括家庭经济条件和社会地位、家庭情绪气氛、父母的教养态度与方式以及言行榜样所造成的影响。其中最重要的是父母对子女的教养方式。父母对孩子民主平等的态度、良好融洽的亲子关系，有利于保持儿童稳定的情绪，形成自尊、自信、友善等个性特点。过分溺爱、放任自流、封建家长式的教育妨碍儿童个性的正常发展，会形成自私、任性、自卑、孤僻、易激惹、攻击性强等个性特点。

另一方面是学校的影响。人的一生有相当长的时间是在学校渡过的。课堂教学的内容、班级集体的气氛、师生之间的关系和教师的管教方式等，对人的个性形成和发展有着深刻的影响，其中管教方式的影响尤为深刻。如民主的管教方式，能造成情绪稳定、积极、友好等个性特征。许多人在谈到自己良好个性的形成时，常常追溯到幼年教师的启蒙和教育，这不是偶然的。

社会文化环境也是影响个性形成和发展的一个重要环境因素。像电视、电影和文艺读物等的潜移默化的影响是十分明显的。

(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。登山活动锻炼人的顽强性，救护活动锻炼人的机敏性；常年在田间劳作，使人懂得勤俭；某一特定的实践活动，要求人反复地扮演某种与这一活动相适应的角色，久而久之，便形成和发展了这一活动所必需的个性特点。不同的实践活动要求不同的个性特点，同时又造就和发展了人的个性。

(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。环境因素及一切外来的影响都必须通过个体的自我调节才能起作用。一个人在个性形成的过程中，从环境接受什么、拒绝什么，或希望成为什么样的人、不希望成为什么样的人，是有一定的自主权的，这取决于每个人对自己采取怎样的自我教育。因此，从某种意义上说，个性也是自己塑造的。

2. 人生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。人的个性发展是一个从初级到成熟的动态过程。这一过程既有连续性，又表现出阶段性。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。

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。

二、需要

（一）需要的概念

需要（need）是有机体对内外环境的客观需求在头脑中的反映。需要的根本特征是它的动力性。需要同人的活动紧密联系着，是人活动的基本动力，是个性积极性的源泉。它促使人朝着一定的方向，追求一定的目标，以行动求得自身的满足。人的需要是在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以及需要方式的不断改进，需要本身也在不断地变化，随社会的发展而发展。

（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。

自然性需要是机体的本能需要。如对空气、热量、食物、水、运动、休息和排泄的需要等。这类需要也称为生理性需要，为人类和动物所共有，但人的自然性需要的对象和满足方式，主要是受社会生活条件制约的。人主要是靠社会生产劳动来生产满足需要的对象，而且满足方式也不同于动物。人与动物的根本区别在于人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，为人类所独有。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，即生理的需要、安全的需要、归属与爱的需要、尊重的需要和自我实现的需要。

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。这种需要具有自我和种族保存意义，是个体为了生存而必不可少的。生理的需要是人类各种需要中占有最强的优势，当一个人被生理的需要所控制时，其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，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。

马斯洛认为人类的各种需要虽然有层次高低之分，但它们是彼此关联的。每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能满足的状态，较高层次的需要就不容易产生。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）是一种驱使人进行活动，从而满足需要、达到目标的内部动力。动机是以需要为基础的，还必须有外部刺激（即诱因）的作用，需要和刺激是动机产生的两个必要条件。需要产生之后，不一定就变成推动人进行活动的动机。需要变成动机往往有一个发展过程。一般可以把动机的产生过程概括为四个环节：需要的产生—需要被意识到—需要和刺激相结合—产生活活动动机。

动机有三种功能：一是始发功能，它激发一个人开始进行某种活动；二是指引功能，它使行动朝着预定的目标进行；三是激励功能，不同性质、不同强度的动机会对行动产生程度不同的激励作用。

动机无法直接观察，因为它是一种内部过程。动机有两个明显的特征：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。

（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，可以把动机分为生理性动机和社会性动机。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。

根据动机的影响范围和持续作用的时间，可把动机分为长远动机和短暂动机。长远动机一般来自对活动意义的深刻认识，它持续作用时间长，作用范围广，不受外界偶然情境变化影响，具有比较稳定的性质。短暂动机常常由对活动本身的直接兴趣所引起，它只能对个别具体活动一时起作用，容易受情绪的支配和影响，而且不够稳定。

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。这些动机的强度又是随时变动的。任何时候，驱动人的行动都是由动机结构中最强的主导动机所决定。但是，主导动机的确立常常不那么顺利，其动机结构中可同时存在性质和强度非常相似或相互矛盾的动机，使人难以取舍，这就形成了动机冲突，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疗，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。如子女对父母，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。又如有些术前病人，既想通过手术解除病痛，又担心手术可能影响机体的某些功能。

（四）挫折

1. 挫折的概念 动机引导个体的行为指向目标。但是，达到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。动机受到干扰阻滞、被迫暂时放弃或完全受阻所导致的需要不能满足的情绪状态称为挫折（frustration）。动机行为受到干扰和完全障碍，使个体无法达到目标而感到挫败、沮丧、失意。

挫折的后果有利也有弊。从积极方面而言，它可以引导个体在认识上产生创造性的变迁，即增长解决问题的能力，从而引导我们以更好的或更正确的方法满足欲望，正如人们常说的“失败是成功之母”。但另一方面，如果挫折过大，太频繁，或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，人们受挫折的程度也因个体的主观感受而有所不同。但归结起来，不外乎客观因素和主观因素两方面。前者主要指自然环境和社会环境因素，由于受客观环境的限制，使个体的目标无法实现。如自然环境中无法预料的天灾、气候变化等可能导致经济受损而难以弥补；又如意外事件、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。主观因素的挫折包括个体生理条件与心理条件的限制。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，如一个有志于考医学院的学生却因色盲而不能被录取。心理因素如个人的能力、气质、人格特征等。这些因素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。有时，个体主观现象的挫折感比实际挫折更大。同时外部因素也由于决定了动机的性质而影响挫折的程度。

(1)抱负水平：一个人是否觉得受到挫折与其自己对目标所定的标准有密切关系。抱负水平过高，就容易因达不到目标而产生挫折。如两个考生，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。有人能忍受严重挫折而毫不灰心丧气；有人遇到轻微的挫折就会意志消沉、万念俱灰。有的人能够忍受别人的侮辱，但面对环境的障碍却焦虑不安、垂头丧气。心理学研究表明，人对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、成功地完成某种活动所必备的心理特征。人要顺利地、成功地完成任何一种活动，总要有一定的心理和行动方面的条件作保证。例如教师完成教学活动，需要有语言表达能力、教材的组织能力、逻辑思维能力和敏锐的观察力等等。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

根据实验和观察研究，在不同种类的活动中表现出来的能力既有共同性，也有特殊性。因此，人们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。它是有效地掌握知识和顺利地完成任务所必不可少的心理条件，即或是最简单的活动，都不能脱离这种一般能力。一般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。离开了活动，既谈不上特殊能力，也谈不上一般能力。

人的能力是有个别差异的。能力的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的差异；在相同的条件下，如果一个人在某种活动中表现出比他人有较好的成就，则说明在能力上具有较高的发展水平；能力的个别差异还表现在能力发展的早晚上。有些人在儿童早期就表现出优异的能力，人们称之为“人才早熟”、“早慧”。但也有“大器晚成”者，即他们的才能一直到很晚才表现出来，这在历史上不乏其人。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。其实智力不仅表现在知识本身的积累或技术的熟练方面，更重要的是在于获得知识、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。

智力也同样存在个别差异。就智力的个体发展来说，一般智力从出生到青春期伴随年龄是等速增长，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。当然，如果进一步区分，智力的不同方面内容的发展变化也是不同的。

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。

智力商数（intelligence quotient, IQ），简称智商，是通过智力测验得出来的结果，是对智力水平间接的推测和评估。一般来说，一个人的智力水平在一生中是发展变化的，而智商却保持在一个相对稳定的水平。不要将这两个概念的意义混淆。（参见心理测验）

关于智力差异的原因，涉及到遗传和环境的影响。不可否认生物学因素所造成的人脑神经系统结构和功能上的差异对于智力发展具有重要影响。一些由于患不同疾病所造成大脑发育障碍或损伤而引起的智能低下从另一个方面证明了这一点。但是生物学因素毕竟只为智力

的发展提供了基础而不是全部条件。对智力发展具有更重要影响的是个体后天的生活环境和
社会条件，特别是早期环境。已有许多证据表明，人的早期心理发育对于人的心理成熟（包
括智力）具有重大影响。

能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。但是我们也
应该看到，智力并不是决定一切的。人作为一个整体，心理的诸方面也在互相影响，同时心
理因素还与生物及社会因素相互制约。谈到成就问题，一些非智力因素如意志、性格、动机
等也起相当大的作用，因此我们不能片面理解智力的作用。

五、气质

（一）气质的概念

气质（temperament）是不依活动目的和内容而转移的典型、稳定的心理活动的动力特
性。也就是人们通常所说的性情、秉性和脾气。它与人的生物学素质有关，并使个性染上个人
独特的色彩。

气质特点总是以同样方式表现在各种心理活动的动力方面。它主要表现为个人心理活动
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）；心理过程
的强度（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）。但由活动的内容、目的和动机引起的心理活动动力性表现则不属于气质
的特点。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。著名医学家希波克拉底（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相吻合，有着对应关系，
见表2-2。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。
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：第一，感受性。即人对外界刺激的感受能力；第二，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；第三，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；第四是行为的可塑性。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；第五，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；第六，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。

表2-2 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

（三）气质的生理基础

有关气质的生理基础问题存在着不同的学说，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，具有一定的片面性。

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接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-灵活型，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2-3。

表2-3 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	高而极深	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。性格是个性特征的核心，受意识倾向性的制约，能反映一个人的生活经历及本质属性。

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，这种作用的效应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。性格是个人在活动中与特定的社会环境相互作用的产物。因此，性格具有社会评价意义，有好坏之分。

性格的稳定性是由一个人的态度与人格结构的稳定性决定的。例如，一个人处理事情通常很果断，偶尔地表现出优柔寡断，那么优柔寡断就不能看作是此人的性格特征，而果断则是他的性格特征。但是，性格的稳定性特点，不排斥性格的可变性。作为人生活历程的反映的性格特征，也必然随着现实生活的变化打上深刻的烙印，而环境和实践的重大转折变，也会在相当程度上改变人的性格。

(二) 性格的特征

性格的特征，可分为以下四个方面：

1. 性格的态度特征 是指人在对待客观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，如富于同情心、助人为乐、诚实、正直等；与之对立的态度如自私、孤僻、

虚伪等。也有对劳动、工作、学习的态度特征，如勤劳或懒惰、责任心强或粗心大意、认真或马虎等。还包括对自己的态度特征，如谦虚或自负、自信或自满、自豪或自卑等。

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。如有的人感知敏锐，想象丰富，善于分析性思维等，有的则否。

3. 性格的情绪特征 是指一个人在情绪的强度、稳定性和持久性以及情绪的积极性方面的性格特征。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 是指人对自己行为的自觉调节和调节水平方面的性格特征。如行为目的性、独立性和盲目性、易受暗示等特征；对行为有主动、自制与被动、任性等自觉控制的特征；在紧急状态或困难情境时的表现可见镇定、果断、勇敢与惊慌、优柔寡断、软弱等特征；在执行决定方面，有的人严肃认真、坚忍不拔，有的人则马虎草率、半途而废。

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。但由于性格的复杂性，性格类型的划分迄今也没能达成共识，这里仅介绍几个有代表性的分类。

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，也是建立在一种维度下划分的性格类型。

(1)内倾型与外倾型：荣格（Jung CG）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。外倾者的兴趣和关注点朝向外部的物质，其心理活动主要由外界与自身的关系引起和支配。内倾者的关注点指向主体自身，按自己对客观事物的认识来活动。外倾型的人性格开朗、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：威特金（Witkin HA）根据人的信息加工方式的不同提出了性格场学说，把人的性格分成场独立型和场依存型两类。场独立型（field-independent,FI）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，也不易受暗示影响。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（field-dependent,FD）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，社会敏感性强，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，这两个类型的性格特征属于一个性格维度连续体的两端，每一个人的性格特征都处于这个链条的某一点上。

(3)A 型性格和 B 型性格 弗雷德曼 (.Friedman JL) 在研究心脏病与个性特征的关系时, 把人的性格划分为 A 型和 B 型。根据两种性格的人的外在行为, 也称其为 A 型行为和 B 型行为。A 型性格的人常充满成功的理想, 进取心特别强, 性情急躁、情绪不稳、爱发脾气。他们争强好胜, 怀有戒心或敌意。醉心于工作、行动快捷、办事效率高, 但缺乏耐性, 常有时间紧迫感等特点。与其相反的 B 型性格的人是非竞争型的, 常悠闲自得, 无时间紧迫感; 处事有耐心, 容忍力强, 很少有敌意, 遇到阻碍反应平静, 情绪稳定。

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, 并进行了因素分析。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 (图 2-5)。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。

(2)卡特尔的特质理论: 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。

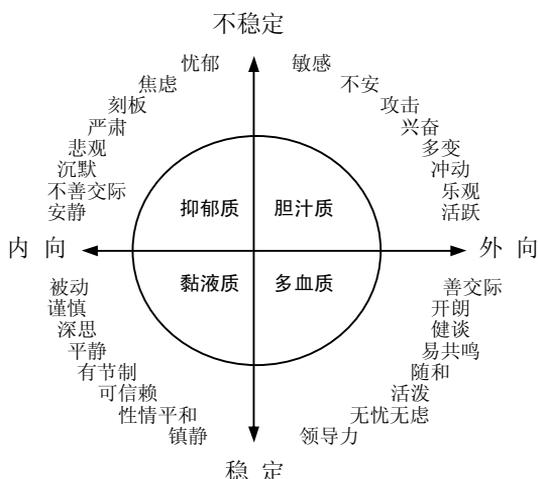


图 2-5 艾森克个性维度图

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。表面特质是直接与环境接触的特质, 比较容易随着环境的变化而呈现出多样性。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。那么, 究竟有哪些根源特质呢? 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。

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是心理学家们所关注和探讨的问题。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。

自我意识的核心部分是以完整的、系统的形式存在的。自我意识担负着人的内心世界以及内部世界与客观世界之间的协调任务，标志着个体的社会化程度。

（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，是在分工协作的社会集体劳动中发展起来的。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。

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。人对客观世界的改造是建立在人对自然界的了解，意识到人对自然界的力量，意识到自己和周围人关系的基础上的。也可以说是作为主体的人对自己的存在、自己的地位和需要的认识。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。

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，自己的信仰，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，如果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、自卑、自怜等。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其准则，从而激发自我控制动机。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 心理健康

医学的目的是维护人类的健康，心理健康则是其中的重要维度。怎样才算心理健康，如何保持和促进个体的心理健康，是学习医学心理学时必须首先回答的基本问题。

第一节 总 论

一、人的发展与生命周期

（一）概念

人的发展（human development）有两层涵义，其一是指人类种族在地球生物种系发生中的有关过程，本节讨论的是指个体从生物学受孕到生理死亡整个时期所经历的过程，即一个人从童年、青年、中年、老年到死亡的发展过程，或称生命周期（life cycle），其中包括生物意义上的成熟和变化过程，个体年龄结构的过渡，以及不同年龄期社会经历的变化过程。个体发展的问题。

（二）发展的基本观点

关于发展这一主题，长期以来一直是哲学家、宗教学者和科学家之间争论的问题。20世纪60年代以后，毕生发展的观点在国际上兴起，其要点有：

(1)发展是毕生的过程：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，发展的方向因人而异，没有一条单一的曲线能描绘个体发展的复杂性。例如：在智力领域，有晶体智力（crystallized intelligence, 指人通过掌握文化知识经验而形成的一种能力）与流体智力（fluid intelligence, 指不依据于人的文化知识经验的能力，表现为空间定向、知觉操作等方面），两者都随年龄的增加而增长，但晶体智力到成年后继续增长，不过增长的速度减慢，而流体智力在成年早期就开始衰退了。

(3)发展是获得（成长）与表失（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。

(4)早期发展是重要的：许多理论都试图说明个体早期发展的重要性，包括精神分析理论的早期人格发展，学习理论的条件作用或示范作用，人本主义的价值条件作用，以及劳伦兹等的“关键期”行为生物学实验等。

二、健康与心理卫生

（一）健康的概念

在不同历史时期，人类对健康的理解不尽相同。

“健康就是没病”，这是人们最初对健康的认识。但这种认识并不全面。实际上，健康和疾病是人体生命过程中两种不同的状态，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不可忽视的因素。因此，世界卫生组织（WHO）在其成立的1948年，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，这就是在医治人的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）心理卫生的概念

心理卫生（mental health），也称心理健康，目前包括三层含义，一是指一门学科，即心理卫生学，二是指心理健康状态（如一个人具有积极稳定的情绪，健全的个性和良好的社会适应能力），三是指专业或实践即心理卫生工作（如采取积极有益的教育和措施，维护和改进人们的心理状态以适应当前和发展的社会环境）。

心理卫生一词来自国外。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的开端。

（三）心理卫生的目标与功能

心理卫生的工作目标有狭义与广义之分。就狭义而言，是指预防和矫治各种心理障碍与心理疾病。就广义而言，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。

随着心理卫生运动的广泛和深入，提出了心理卫生的“三级预防”功能：初级预防是向人们提供心理卫生知识，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，心理卫生也具有三级功能：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）心理卫生的现实意义

心理卫生已在我国与世界范围开展，具有十分重大的意义。

(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，心理卫生的开展，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：心理卫生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，包括：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。

我国的一些学者则对心理健康的标准提出以下几个重要方面：

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

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

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

(4)适应环境：包括有积极的处世态度，与社会广泛接触，对社会现状有较清晰正确的认识，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，达到自我实现与社会奉献的协调统一。

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

(胡佩诚)

第二节 儿童及青少年心理健康

一、孕期及婴儿期

按照人类发展心理的年龄划分，将个体发展分为若干相对独立而又相互联系的阶段。

从怀孕到出生为胎儿期，出生后 1-3 岁为婴儿期。个体心理健康从胎儿期就应予以重视。注意胎儿的心理健康，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）孕期的膳食及保健

孕妇营养丰富合理是胎儿心身发育的重要保证。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，所生婴儿易患克汀病，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。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、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物都有可能致畸；链霉素、卡那霉素、磺胺可致耳聋等。还有，孕妇妊娠 2~6 周受 X 射线辐射也会影响胎儿发育造成胎儿畸形，故应特别注意。

许多临床研究表明，妇女妊娠头 3 个月感染风疹、流行性感、腮腺炎、猩红热等病毒或弓形体等，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。

（二）孕妇良好稳定的情绪

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）母乳喂养的重要性

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之间在视、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。

（四）母婴联结及对儿童心理健康的影响

母亲的爱抚对婴幼儿心理健康发展至关重要。Bowlby 研究指出，如果从出生至 3 岁被剥夺了母爱，或缺乏稳定的对其照顾者的情感和躯体联结，其生理、智力及社会适应性的发展均极为迟缓。

依恋感。我们常看到，当母亲离开婴儿时，婴儿就会哭或拉住母亲不离开，这种婴儿与母亲的特殊的关系叫做依恋关系。依恋是指婴儿与主要照顾者之间的情感联结，这也包括对他人或宠物，甚至是一件物体如毯子，浴巾等的情感联系。当婴儿重复接触一个人或一件物，这种依恋关系就会发展。很多学者认为，孩子与父母早期的依恋关系与他将来社会及情绪发展的顺利与否又直接的关系。

分离焦虑。这是指婴儿离开了熟悉的环境，或他所依恋的人离开他时所经历的紧张和不安全感。多在8—12月时更明显。有的可延续到更大的年龄。因婴儿尚未发育到能预期未来的认知阶段，无法预测在新的环境时会发生什么且无求助的对象，所以，婴儿对分离充满焦虑。帮助婴儿减轻分离焦虑的方法有：①玩捉迷藏游戏，让婴儿逐渐适应照顾者的暂时消失，并学会认识到照顾者会再出现的；②在安全的环境下，与婴儿保持适当的距离，观察婴儿的行为；③在必须分离时，可给婴儿一两件柔软的玩具或小毯子，这样可让婴儿将依恋感转移到寄托的物品上，使婴儿学会与母亲的分离。

（五）促进动作及言语的发展

孩子出生后，应有意识地为孩子提供适量视、听、触觉刺激，促进儿童感觉器官的发展和智慧的增进。婴儿动作发展顺序是口、头、四肢、躯干。故2~3个月的婴儿可帮助他做被动体操，空腹时可训练俯卧和渐渐俯卧抬头。4~5个月的婴儿可在俯卧的基础上训练四肢运动，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、迈步进路。研究认为婴儿的动作训练有益于脑的发育和动作的协调。

婴儿的语言训练应从3、4个月开始，起初可面带笑容地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。

游戏对婴儿来说是一件重要的事情，是他们了解宇宙的开始。婴儿游戏的目的在于使他们运用感官来认知世界。游戏对婴儿有如下功能：①促进婴儿心身的健康与发育，游戏时要兼用各种感官，可以训练婴儿的知觉能力，增进婴儿的手脑并用，是肢体灵活，感官敏锐；②游戏可以增进婴儿的知识，从玩积木中，认识形状，空间及大小的关系；儿歌中了解事物及词汇并感受到愉快；③游戏可培养婴儿的注意力及自信心，因为婴儿对有兴趣的东西能保持长久的注意，从而增进记忆，游戏中的成功感可增强对事物及环境的探索，增强自信心；④游戏可消除紧张和忧虑，游戏可释放内心的冲突和负性情绪。婴儿的游戏大多是独自游戏，如独自玩玩具，玩自己的身体，观察别人，随着年龄的增长，游戏的方式也发生变化。

二、幼儿期

（一）幼儿的生理心理发展特征

3-6岁称幼儿期。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。

皮亚杰将2-7岁儿童的认知发展称为运算前期。此期认知特点有：

自我中心：以自我中心观点来推测周围事物，无法站在别人的立场角度从事思考，假定每个人的思考都与他一样，以为自己喜欢的东西别人也喜欢。不能理解别人会有不同的想法。

万物有灵论：幼儿相信自然界的事物都和他一样，是有生命，有意识，有目标的。如“太阳公公为什么不到我们家来玩一玩”。

符号功能：符号功能指2-4岁的幼儿以某物、某字或某种心理表象来代表未在眼前出现的另一种东西，也称表象功能。它与符号游戏有关，符号游戏是一种装扮游戏，即幼儿假扮扮演的一类游戏，如将凳子作为一辆汽车，扫帚装扮成大炮以及过家家游戏。

幼儿的语言发展经过了单字时期，称呼时期，构句期和好问期。幼儿的智力因素及环境因素影响幼儿语言的发展。对幼儿提供语言发展的辅导有助于幼儿语言的发展。如：父母为幼儿提供良好的语言示范，语音正确，语速适中，尽量使用各种不同的词汇；不要再使用婴儿期的儿语；提供幼儿说话的机会，培养幼儿良好的语言习惯，如礼貌用语；让幼儿多看，多听，多讲都是促进幼儿语言发展的良好方法。

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。无意想像主题多变，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）幼儿期的心理健康

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，培养他的自我管理的能力。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”。玩具和游戏是幼儿知识，诱发思维和想像力的最好途径。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，应很好地说明道理，不能无原则地迁就或哄劝，这会对哭闹行为起到强化作用，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。

对幼儿的管教方面应注意以下几点：①成人要以民主的方式来管教幼儿，使孩子能自由追求他们自己的需要和愿望；②成人应为幼儿提供一个安全的场所，让幼儿自行去摸索和发现新的事物；③接受幼儿会以不同的方式来表达其反抗性；④父母需在幼儿能做与应该做，不能做与不应该做之间说明清楚，并定下规则，给与幼儿合理的限制才能让幼儿学会控制自己的各项行为，发展健康的自主性，为积极进取的人生观奠定基础。

三、儿童期

（一）儿童期的生理心理发展特征

儿童期指 6-12 岁。这个时期正是小学阶段也称为学龄期。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；无意忘记向有意忘记发展；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举和信心；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、青少年期

（一）青少年期主要的生理心理发展特征

青少年期是指 12-18 岁，是从儿童过渡到成年的阶段。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。

青少年期的认知活动具有一定精确性和概括性，意义识记增强，抽象逻辑思维开始占主导，思维的独立性、批判性有所发展，逐渐学会了独立思考问题。

但青少年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、学习上都还有较大的依赖性。少年期性意识开始觉醒，产生对异性的好奇、关忙和接近倾向，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）青少年期的心理健康

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 应及时地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哆嗦；同时指导父母尊重、理解和信任孩子。

（杨彦春）

第三节 成人心理健康

一、青年期

(一) 青年身心发展特点

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. 心理能力逐步发展

(1) 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。

(2) 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。

(3) 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。

(4) 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批评和自我教育，做到自尊、自爱、自强、自立，另一方面也懂得尊重他人，评价他人的能力也趋于成熟。其二，青年人生观、道德观已初步形成。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) 青年心理发展中的常见问题与对策

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，严重者发展为自我拒绝。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、自卑，以至影响了身心健康。

对此，应注意以下各个方面的对策：

(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。学会辨证的思维，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，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经，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卑、自弃。青年人虽然懂得一些处世道理，但却不善于处理情感与理智之间的关系，以致不能坚持正确的认识和理智的控制，而成为情感的俘虏，事后又往往追悔莫及，苦恼不已。

对此，应注意以下各方面的青年情绪情感调节对策：

(1)期望值适当：有的青年把自己的抱负定得过高，一旦未能实现或受到嘲讽，则易郁郁不欢。如果目标定在自己的能力范围之内，自然心情就会舒畅。同时，对他人的期望也不易过高。

(2)增加愉快生活的体验：每一个人的生活中包含有各种喜怒哀乐的生活体验，对于一个心理健康的人来说，多回忆积极向上、愉快生活的体验，有助于克服不良情绪。

(3)使情绪获得适当表现的机会：人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，甚至可以一个人面对墙壁倾诉胸中的郁闷，把想说的说出来，心情会平静许多。

(4)行动转移法：克服某些长期不良情绪有多种方法，可以用新的工作、新的行动去转移不良情绪的干扰。贝多芬曾用从军来克服失恋的痛苦，不妨是一种好的选择。

3. 性的困惑问题

青年时期是发生性及相关心理卫生问题的高峰期。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。青年性心理卫生问题较多，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。在上述 319 名大学生中的调查，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，不仅仅对于性心理卫生，乃至对人的全面发展都有直接的作用。现实中，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。缺乏或不善于与两性交往是青年烦恼的主要原因。

针对青年性心理诸多问题，主要应有以下一些对策：

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）中年人的身心特点

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退步从成熟走向衰退。

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，血液胆固醇水平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疾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，使一些个体出现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)个性固定，特点突出：人到中年，个体在能力、气质、性格等心理特征以及需要，兴趣、信念等个性倾向性存在着明显的差异。在几十年的生活实践中，经历了自我意识的建立、改造与再完善的反复锤炼和增长的社会化过程，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) 中年人心理发展中的常见问题与对策

1. 心理压力超负荷

中年人是社会的中坚，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，长期承受的高强度的精神紧张与心理压力，严重威胁到中年人的心身健康，中年知识分子的情况更为严重。

对中年人如此“不堪重负”境况的对策：

(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）同事的关系，搞不好，会被认为“翅膀硬了”；还要处理好与年青（下级）同志的关系，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，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”。

应付中年人这一复杂矛盾的对策：

(1)调整认知结构：对人际关系有一种积极、全面、善意的认识是良好的交往基础。克服视人际关系为尔虞我诈、演戏冷漠等心理定势，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。因此应养成一种热情、开朗、宽宏、富有责任心，抛弃妒忌心等一系列良好的个性品质。

(3)学会交往技能：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。家庭是一个人心身调养的小岛，是避开社会风浪的港湾。

但是近年来，随着开放国门后多种文化意识的渗入，离婚率上升，是影响中年人心理健康的一个重要因素。诚然，离婚不能一概而论对于每一个人都是坏事。但是，“第三者插足”、“包二奶”现象，以至离婚带来的种种负面影响困扰着在事业上极待发展的中年人。

父母与子女的关系也是中年人常常遇到的困惑之一。望子成龙的期望与子女现实的差距对中年人的心理带来极大的负面影响。夫妻间，常常因为对教育子女的问题上态度不一致，产生矛盾或发生口角，一方从严，一方放纵，一方斥责，一方庇护，不仅伤了夫妻感情，孩子问题更大。

营造一种良好家庭氛围的策略：

(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。促进建立“夫妻认同感”，夫妻双方在情感与行为上就会表现出较高的同一性。当出现“第三者插足”时，要避免灾难性暴力，应采取冷静的方式，找到问题解决的最佳方案。

(2)培养良好的子女养育方式：“孩子是父母的镜子”，父母是孩子的第一任老师。父母的身教是最好的言教。要想培养高质量的后代，父母要有良好的教育与修养，不过度保护，也不放纵姑息，采取一致的态度与处理问题的口径，也要调整好适度的期望值。

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。我国的一些大城市已经进入老年社会，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研究课题。

(一) 老年期的身心特点

1. 生理功能衰退

人体衰老是涉及全身性各种细胞、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。

外表上，老年人皮肤松弛，面部皱纹增多，可以出现棕褐色老年斑。毛发稀疏，两鬓斑白，最后成白发银须。体形方面，往往发生骨质疏松症，可引起脊柱压缩性骨折，身高普遍下降，甚至出现躯干弯曲、驼背。

进入老年期，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，给老年人带来烦恼和不便，产生“人老珠黄”的老化感。

2. 老年人的心理变化

老年期因大脑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：老年人的晶化智力易保持，而液化智力却下降。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、易激惹、喜唠叨、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) 老年人常见的心理问题与对策

1. 孤独心理

老年人从工作岗位上退下来以后，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，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。

克服老年孤独心理状态的对策：

(1)认识孤独带来的危害：老年人的孤独与封闭是造成身心健康损害的大敌，常常会加快老化的过程。世界上有些男性在进入领养养老金时，却出乎意外地不久就死亡，在德国有一个术语，称为“养老金死亡”，指的就是这种情况。认识孤独会给老年人带来伤害是克服孤独的第一步。

(2)加强人际交往：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功能的转变，从冲锋陷阵的一线变为指指点点的二线，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，这种功能的转变意味着社会角色的转变。许多老人难以适应这种转变，因而产生“离退休综合征”，不知道自己该干什么，觉得自己的前途就是死亡，心情抑郁焦急，甚至想自杀。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，一些老年人为此苦恼又不服气，常好采用“当年勇”的心理自我防御方式以补偿和掩饰自己的不足。

对此，应注意以下各个方面的对策：

(1)善于急流勇退：“长江后浪推前浪”，老人要经常看到年青人的长处，大力扶持年青人走上领导与关键岗位。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：每位老年人都会曾有的兴趣爱好，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”，也到了该享受人生的最佳时间。所以离退休后，应培养自己的享乐能力，找回自己的兴趣爱好，好好去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

人生的终结是死亡。老年期最大的恐惧是面对死亡。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。特别是对于某些老年人患有象癌症的一些难以治愈的疾病，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，为此四处求医，寻找养生保健之术。

对此，应注意以下各方面的对策：

(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，必要时对死亡做出决断，才能让老年人从容不迫，义无反顾地给自己划上一个圆满的句号。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，所以老年人更能珍惜时间，尽量完成尚未完成的心愿。

(2)老年人也要有性生活：老年人有适当的性生活是生命质量的体现，也是老年人面对死亡恐惧的一种较好的缓解方法。根据美国杜库大学对 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，老年人的性行为应轻柔小心，有时甚至皮肤的接触也获得性的满足。

(3)家庭与婚姻和睦：生活有子女的体贴照料，有病能及时诊治，经济上有保障，父慈子孝，能使老人感到温暖，家庭成员和睦。特别是与老伴的关系，友爱互助，能使老人倍享天伦之乐。帮助丧偶老人在自愿前提下重组家庭，也是一个重要环节。

（胡佩诚）

第四章 心理应激

心理应激作为一种系统理论,不但有助于认识心理社会因素在疾病发生发展过程中的作用规律(心理病因学),还在维护个体心理社会因素的动态平衡(心理卫生)、降低各种心理社会因素的负面影响(应激干预)等方面,以至在整个医学工作领域,也有理论与实践指导意义。

第一节 总 论

一、应激与心理应激理论

应激(stress)概念的提出和心理应激(psychological stress)理论的发展经历了较长的历史过程。自20世纪30年代以来,各个时期关于应激和应激理论的认识,是由先期的分别重视应激刺激或者应激反应,到以后重视应激作用的“过程”,而近年的发展趋势则是越来越关注应激多因素作用的“系统”。在这个过程中,不同学科出于其不同的研究和应用目的,对应激和心理应激理论的认识和关注程度也不同。

(一) 医学所关注的应激

关于应激的概念,首推加拿大病理生理学家塞里(Selye H, 1936)提出的应激学说。20世纪前半叶,医学界关于病因学的研究,还集中在对生理病理过程的一对一关系的探讨。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的防御反应的普遍形式。他将GAS分为警戒(alarm)、阻抗(resistance)和衰竭(exhaustion)三个阶段。①警戒期:是机体为了应对有害环境刺激而唤起体内的整体防御能力,故也称动员阶段。②阻抗期:如果有害刺激持续存在,机体通过提高体内的结构和机能水平以增强对应激源的抵抗程度。③衰竭期:如果继续处于有害刺激之下或有害刺激过于严重,机体会丧失所获得的抵抗能力而转入衰竭阶段。

显然,塞里的应激理论主要是从医学或病理生理学的角度提出来的,其所关注的是应激的反应。塞里应激理论的积极意义在于首先在现代病因学认识中体现出一种系统论的思想,

同时也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，主要是该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。另外，该理论也缺少对应激刺激方面的深入认识。

由于医学科学的特殊历史背景，有关医学领域至今仍然侧重于从应激反应的角度来认识应激和应激现象。例如精神病学界一直关注应激的病理症状方面，强调应激属于有机体对有害刺激的反应，将应激作为因变量或是反应变量来研究。在国内外各种版本的精神病学诊断标准中，比较集中地关注应激的心身症状反应方面，而不是引起这种反应的心理社会原因。同样，作为医学的另一重要领域，病理生理学也重视应激，但至今仍然比较多地重视应激状态下的机体生理病理反应机制方面，而不重视应激的刺激特别是心理社会刺激方面。故从医学心理学的整体观和系统论角度，这样的理论认识有局限性，因为它只反映应激的某些“方面”。

（二）心理学界关注的应激

几乎与塞里同时，心理学界就已经关注社会生活中的紧张事件对人的影响。由于学科特点的决定，这类研究往往重点在社会生活和心理因素方面，而较少深入研讨紧张刺激的机体生理机制问题。也就是说，早期心理学界对应激的研究更多侧重于应激的刺激方面。

随着研究的深入，心理学家越来越认识到许多中间的心理社会因素如个人认知评价、应对方式在应激中的意义。20 世纪 60 年代，Lazarus R 等提出认知评价在应激中的重要性，Lazarus 曾指出，应激的发生并不伴随特定的刺激或特定的反应，而是发生于个体察觉或估价一种有威胁的情景之时。此后 Folkman S 和 Lazarus 等进一步研究应对方式在应激过程中的重要性，形成了所谓的认知应激作用理论。

（三）医学心理学对心理应激的定义

如上所述，应激是不断发展着的概念，相信在今后相当长的时间里，不同学术领域和不同专业工作者对应激的认识差异还会继续存在。但医学心理学界至少在一个方面的认识是较一致的，这就是应激是由应激刺激（应激源）、应激反应和其它许多有关因素所构成的多因素的概念。但这些因素之间到底是怎样的关系，则在不断的探索之中。

根据应激学说的发展历史和 20 世纪 70-80 年代国外各种应激有关研究成果，需要提出一种具有一定概括性的心理应激定义。20 世纪 80 年代，国内医学心理学教材中开始出现有关心理应激的专门章节。总体上是将心理应激看作是由应激源（生活事件）到应激反应的多因素作用“过程”。（图 4-1）

根据“过程”理论思路，心理应激的定义是：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。

该定义强调，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。

需要注意的是，心理应激作用过程涉及的各因素之间并无清晰的界线，有时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然存在。

（四）心理应激是多因素的系统

应该说，将心理应激看成是作用“过程”仅仅是为了有助于理论上的理解。实际上，应激所涉及的各种有关变量之间都存在着交互的关系。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。随着近年来计算机统计分析技术的发展以及在应激多因素研究中的广泛应用，已有越来越多的研究文献证明，应激其实不是简单的因-果或刺激-反应过程，而是多因素相互作用的“系统”。这种对应激的系统论认识，使许多应激研究工作开始关注应激多因素的数学建模问题。也许不久的将来我们对于心理压力或心理应激的认识会更加深入。

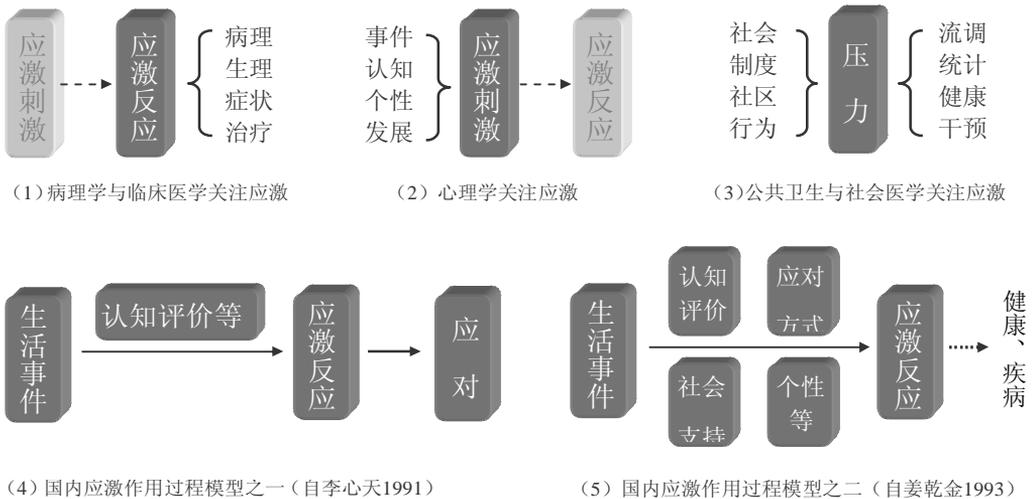


图 4-1 应激与心理应激示意图

二、心理应激研究与临床医学

目前，作为一个多因素的集合概念，心理应激包括生活事件、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。心理应激的“过程”说或“系统”说理论模型为医学心理学研究提供了一种框架思路，并且在医学临床工作中具有多方面的实际指导意义。

首先，心理应激理论有助于从整体上认识人的健康问题。它使我们认识到个体实际上是生活在应激多因素的动态平衡之中。例如，心理社会因素与健康的关系，很大程度上可以看成是心理应激多因素作用过程与健康的关系；与现代人类死亡密切有关的不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、少运动、肥胖及对社会压力不良反应等，均与心理应激因素有关；随着工业化、现代化和竞争越趋激烈、人际关系越趋复杂，心理应激程度也正在不断增强，由此而引起的生理和心理反应和形成的症状和体征，正成为当代人们身体不适和精神痛苦的根源。

在病因学方面，心理应激理论有助于我们认识疾病发生发展过程中心理、社会和生物各应激因素的作用及其内在规律。例如近些年来在国内外许多研究中，将心身健康的变异情况（如情绪反应、心身症状）作为应激作用的结果或应激反应来看待，而将与健康和疾病有关的各种心理社会因素，例如生活事件、认知因素、应对方式、社会支持、个性特点和某些生物学因素悉数作为应激有关因素进行多因素的分析研究，取得较好的研究成果。

在治疗学方面，可以通过任何消除或降低各种应激因素的负面影响入手，达到治疗的目的，如所谓的应激干预模式或压力自我管理计划（self-management program）等。这些干预策略包括了应激作用“过程”或“系统”的多个环节，例如：① 控制或回避应激源，② 改变认知评价，③ 改善社会支持，④ 应对指导，⑤ 松弛训练等。

在预防方面，如何合理调整应激刺激和各有关中间因素的构成体系，使每个人在适宜的内外环境下健康成长或保持适应，如所谓的应激无害化或应对指导训练，都可以看成是以应激理论为指导的心理保健措施。

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有关变量。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

（一）生活事件与应激源

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）。目前在心理应激研究领域，生活事件或应激源包括了生物、心理、社会和文化等方面的刺激。

（二）生活事件的现象学分类

1. 工作问题 包括长期高温、低温、噪音、矿井等环境下的工作；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、转岗或离岗等。

2. 恋爱、婚姻和家庭问题 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 包括与领导、同事、邻里、朋友之间的意见分歧和矛盾冲突等。

4. 经济问题 包括经济上的困难或变故，如负债、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，如癌症诊断、健康恶化、心身不适等。

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，需要个体作出相应心理调整。

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。

（二）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。

研究表明，负性生活事件对身心健康的影响高于正性生活事件。

二、生活事件研究

（一）生活事件在心理病因学中的意义

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，生活事件可以引致个体疾病甚至死亡。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，国内外大量资料证明，生活事件的致病性与其性质有关。那些伴有心理上丧失感的生活事件如丧偶、家庭成员的死亡等对健康的危害最大。此外，过度紧张的学习或工作、人际关系不协调等也对健康有重要影响。

生活事件的数量也决定其对健康和疾病的影响程度。当一个人在一定的时期内连续遭遇多种严重生活事件，即所谓祸不单行时，其对个体的考验程度将大大提高，往往容易导致对健康的损害。但平时虽然有较多的生活事件，只要其性质较平和，有时反而能增强个体对应激的抵抗力（姜乾金，1990）。

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

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心理刺激强度最高为100LCU，表示个人去重新适应时所需要付出的努力也最大。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。国内张明园（1987）编制了同类生活事件量表。

研究证明，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（ $r=0.30\sim 0.40$ ）。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，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。国内杨德森（1988）也等编制了同类生活事件量表。

第三节 应激反应

一、应激反应概念

（一）应激反应与心身反应

所谓应激反应（stress reaction）是指个体因为应激源所致的各种生物、心理、社会、行为方面的变化，常称为应激的心身反应（psychosomatic response）。

不过，由于各种应激因素存在交互关系，在应激研究中要对应激反应概念作严格的界定，实际上有一定的难度。例如，个体由于生活事件引致的认知评价活动，其本身就是事件引起的一种心理“反应”。同样，许多应对活动也可以被看成是对生活事件的“反应”，甚至许多继发的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。

还要提及的是，即使目前人们已普遍接受应激具有“刺激”和“反应”两个方面，或者承认心理行为因素在应激中的重要作用，但由于历史或职业的缘故，在某些心理学或医学学术领域，其所涉及的“应激”概念，往往近似于这里的应激反应。

（二）应激反应在心理病因学中的意义

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，将在后文作进一步讨论。

（三）应激反应的量化

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心身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

信心和能力战胜危险，只有回避或逃跑，过度或持久的恐惧会对人产生严重不利影响。

3. 抑郁 抑郁 (depression) 表现为悲哀、寂寞、孤独、丧失感和厌世感等消极情绪状态，伴有失眠、食欲减退、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。

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。

上述应激的负性情绪反应与其它心理功能和行为活动可产生相互影响，可使自我意识变狭窄、注意力下降，判断能力和社会适应能力下降等。

(二) 应激的行为反应

伴随应激的心理反应，机体在行为上也会发生改变，这也是机体顺应环境的需要。

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。各种心理刺激通过脑干的感觉通路传递到丘脑和网状结构,而后继续传递到涉及生理功能调节的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。

(一) 心理—神经中介机制

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

通过下丘脑—腺垂体—靶腺轴进行调节。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。

(三) 心理—神经—免疫机制

这是最新认识的心身中介机制。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，强烈的应激则显著抑制细胞免疫功能。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。

第四节 认知评价

一、认知评价概念

所谓评价 (evaluation or appraisal) 是指个体对遇到的生活事件的性质、程度和可能的危害情况作出估计。Fol kman 和 Lazarus (1984) 将个体对生活事件的认知评价过程分为初级评价 (primary appraisal) 和次级评价 (secondary appraisal)。初级评价是个体在某一事件发生时立即通过认知活动判断其是否与自己有利害关系。一旦得到有关系的判断，个体立即会对事件的是否可以改变即对个人的能力作出估计，这就是次级评价。伴随着次级评价，个体会同时进行相应的应对活动：如果次级评价事件是可以改变的，采用的往往是问题关注应对；如果次级评价为不可改变，则往往采用情绪关注应对 (图 4-2)。

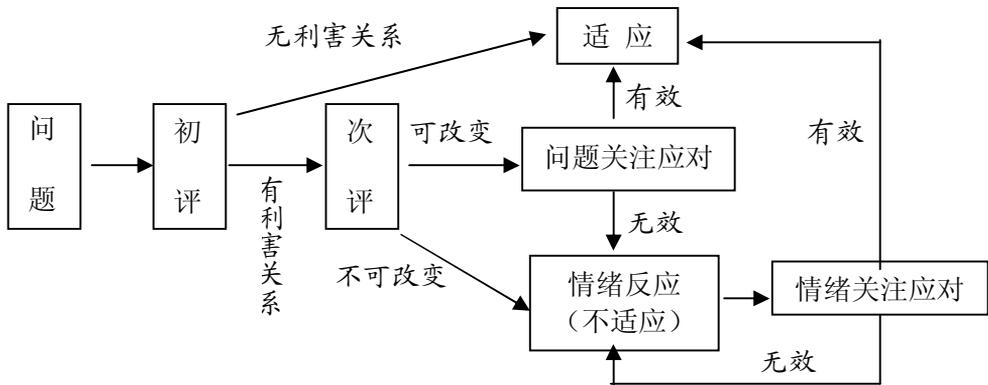


图 4-2 认知、应对与应激过程 (自 Fol kman 等)

二、认知评价研究

(一) 认知因素在应激中的作用

对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和心身反应，因而是生活事件到应激反

应的关键中间因素之一。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。

Lazarus 早期曾认为，应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时，具体的说是关于对需求以及处理需求的能力的察觉和评估，甚至认为应激不决定于具体的刺激和反应。但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，但毕竟还要考虑其它有关应激因素的综合作用。

（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 Fol kman 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

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。

如果将应激看成是过程，那么应对活动涉及应激作用过程的各个环节 (图 4-3)。目前多数应对量表采用的是这一角度的研究。

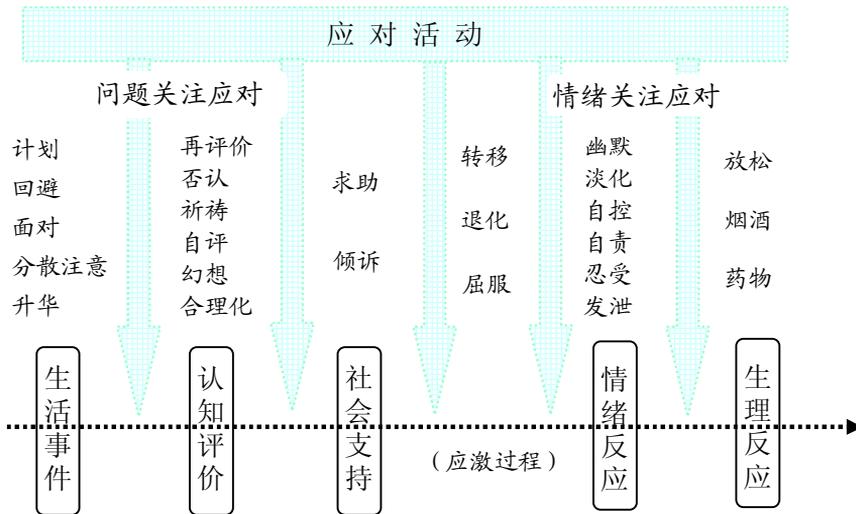


图 4-3 应对与应激过程的关系

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

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

从应对是否有利于缓冲应激的作用，从而对健康产生有利或者不利的影晌来看，有积极应对和消极应对。目前这方面的理论和具体研究较少。

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

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) 应对研究在心理病因学中的意义

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。

在应对研究领域,许多是围绕应对在心理病因学中的意义的。以癌症研究为例,许多资料证明癌症的发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会因素的影响。由于癌症本身作为一种严重的生活事件,对患者又起着心理应激源的作用,使癌症患者往往采用更多的应对策略,癌症的转归、预后、患者的生活质量、康复等(可看作应激结果)也就明显受患者各种应对策略的影响。因此,通过对癌症患者应对活动特点、影响因素和作用规律的研究,除了可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据以外,也可以通过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。

(二) 应对的量化研究

由于应对分类尚无统一的认识,故应对的测定方法也多种多样。

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

国内肖计划等(1995)在参考 Folkman 等的研究基础上,筛选出包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化 6 种应付方式的应付方式问卷。

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

姜乾金等(1987, 1993, 1999)以应对的特质研究思路,采用因素筛选与效标考察相结合的办法,将一组与一定的个性特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对,最后形成特质应对问卷。特质应对反映的是个体内部某些相对稳定的、具有习惯化倾向的应对方式或应对风格,其中一些问题还需要深入探索。

沈晓红等(2000)修订的 Feifel 医学应对量表包含病人的 3 种疾病应对策略:面对、回避和屈服。这 3 种应对方式代表了人们在遇到疾病威胁时的基本行为方式。

三、[附]心理防御机制

(一) 心理防御机制概念

心理防御机制 (defense mechanism) 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。但也存在着内部联系, 例如两者都是心理的自我保护措施。目前应对量表中也包含着许多心理防御性质的条目如合理化、压抑、迁怒等。

(二) 心理防御机制分类

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。

(三) 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, 常常会采用否认机制。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, 这就是退化机制。退化机制在医学临床有重要意义, 例如在经历意外伤害、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。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) 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。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。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。伊索寓言中的狐狸吃不到葡萄反说葡萄是酸的，也是典型的例子。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。“此地无银三百两”的故事就是一个典型。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。升华是人们适应环境最具积极意义的防御机制。

8. 幽默 (humor) 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，潜抑对人是有利的。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、社会支持概念

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。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。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。

二、社会支持研究

(一) 社会支持研究在心理病因学中的意义

个体的社会支持程度实际上与各种应激因素也都存在交互关系,因而可作为应激有关因素与健康 and 疾病产生联系。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。

多项研究证明社会支持与应激事件引起的心身反应成负相关,说明社会支持对健康具有保护性作用,并进一步可以降低心身疾病的发生和促进疾病的康复。

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

动物实验也证明社会支持与心身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。例如Blumenthal(1987)证明,社会支持能改善A型行为者的冠心病临床过程,然而却对B型行为者无意义。

2. 独立作用假说 该假说认为社会支持不一定要在心理应激存在下才发挥作用,而是通过社会支持本身的作用以维持个体良好的情绪进而促进健康。例如有资料显示,与世隔绝的老年人比与密切联系社会的老年人相对死亡率高。社会支持低下本身可能导致个体产生不良心理体验,如孤独感、无助感,从而使心理健康水平降低。这说明充分利用社会支持和提高个体被支持的主观体验对健康有直接的意义。

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、个性在应激研究中的意义

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

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

（姜乾金）

第五章 心理评估

与所有现代应用科学一样，医学心理学也重视客观的或量化的研究。心理评估的目的是对心理行为现象的客观描述或量化，是医学心理学的重要方法学之一。

第一节 总 论

一、心理评估与心理测验基本概念

（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用时，便称为临床心理评估（clinical psychological assessment）。在我国，临床心理评估主要在心理或医学诊断，心理障碍的防治措施的制定，疗效判断等方面广泛应用，也是医学和心理研究的常用方法。

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。

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，重点强调如下几点。

（1）认真客观的态度：心理评估工作既涉及人们切身利益（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，要持严肃认真、客观慎重的态度。

（2）保护被试者利益：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（对他人或自身有危害的，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

1. 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。

2. 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”，建立相互协调的和睦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. 封闭式的提问	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：一名优秀的晤谈者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，晤谈者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) 非言语沟通：晤谈中通过非言语沟通获得的信息（参阅第十章），也是心理评估的重要线索。

（三）心理测验的基本概念

1. 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。

2. 常用心理测验的分类

据统计，已经出版的心理学测验多达 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。

二、标准化心理测验基本条件

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。

（一）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 5-1），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。

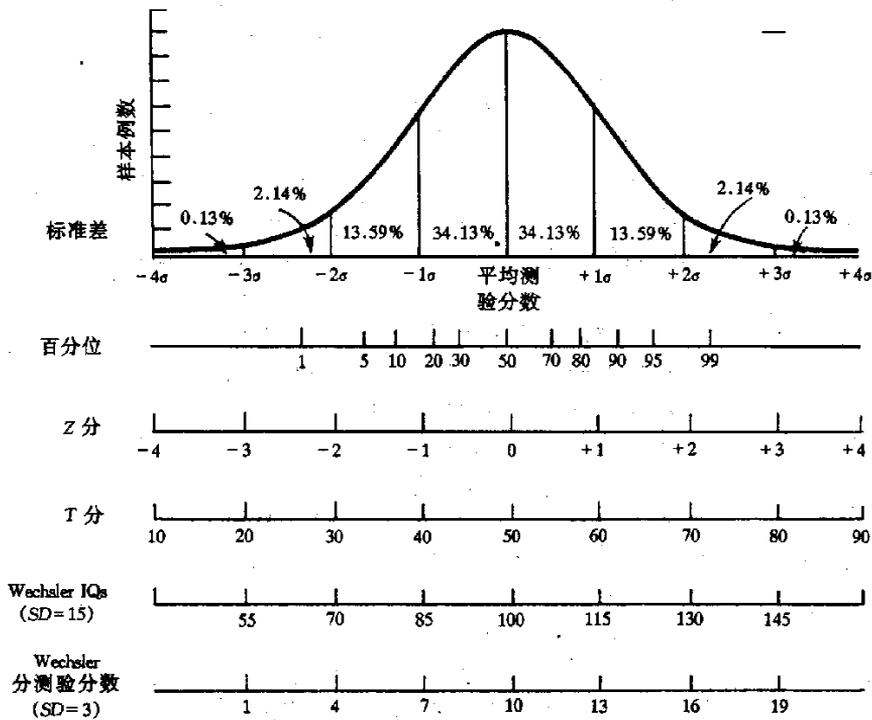


图 4-1 正态分布与标准化的关系

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：

离差智商 $IQ = 100 + 15(Z)$ （韦氏智力量表）

$T = 50 + 10(Z)$ （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。

(二) 信度

信度(reliability)是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量时所产生的误差；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。

(三) 效度

效度(validity)是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。

三、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、智商与智力

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 (参见第二章第六节有关智力的概念)。

（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。

（三）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

二、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. 斯坦福-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，此量表称为斯坦福-比奈量表 (Stanford Binet Scale, S-B)。该量表项目沿用 B-S 方法，难度按年龄组排列，每一年龄组包括 6 个项目，每通过一项计月龄 2 个月，6 项全部通过，说明被试者的智力达到了这个年龄水平。S-B 分别作了四次修订，1960 年改为离差智商算法，测验项目改为按功能相同的项目组成分测验，不按年龄组分段。现已有 S-B 第四版 (S-B₄)，它共有 15 个分测验组成四个领域，即词语推理、数量推理、抽象/视推理以及短时记忆。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，问卷法也称为自测量表。临床上常用的人格自测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 deviation, 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，再从头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 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。从中分出 10 个症状因子，由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) 5 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。

SCL-90 的 10 个因子定义与其含义：

躯体化：12 个项目，主要反映主观的身体不舒适感。

强迫：10 个项目，主要反映强迫症状。

人际敏感：9 个项目，主要反映个人的不自在感和自卑感。

抑郁：13 个项目，主要反映抑郁症状。

焦虑：10 个项目，主要反映焦虑症状。

敌意：6 个项目，主要反映敌对表现。

恐怖：7 个项目，主要反映恐怖症状。

精神病性：10个项目，主要反映幻听、被控制感等精神分裂症症状。

附加项：6个项目，主要反映睡眠和饮食情况。

SCL-90 项目内容及使用方法请参阅姜乾金主编（2002）的《医学心理学》（供七年制临床医学等专业用），人民卫生出版社出版，109-110页。

[附]90项症状自评量表（SCL-90）项举例：

- | |
|-------------------------------|
| 1. 头痛 |
| 2. 感到自己所遭到的麻烦，多半应由别人负责 |
| 3. 想结束自己的生命 |
| 4. 感到上当受骗，落入了别人的圈套 |
| 5. 对事情过分担心 |
| 6. 恶心或胃口不好 |
| 7. 入睡困难 |
| 8. 因为害怕不敢做某些事情，参加某些活动或某些地方不敢去 |
| 9. 不能集中注意 |
| 10. 必须重复相当的动作，如触摸、计算、洗涤 |

（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）内容：

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

9. 我心跳比平时快	19. 我认为我死了别人会生活得好些
10. 我无缘无故地感到疲乏	20. 平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣

（三）焦虑自评量表（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）内容：

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. 我感到我的身体好像被分成几块，支离破碎	14. 我的手指和脚趾感到麻木和刺痛
5. 我感到事事都很顺利，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. 我做噩梦

二、应激和应对有关评定量表

（一）生活事件

国内外有多种生活事件量表。这里介绍由杨德森、张亚林编制的生活事件量表（life event scale, LES）该量表。由 48 条我国较常见的的生活事件组成，包括三个方面的问题。家庭生活方面（28 条），工作学习方面（13 条），社交及其它方面（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分别记 0、1、2、3、4 分。影响持续时间分三月内、半年内、一年内、一年以上共 4 个等级，

分别记 1、2、3、4 分。

统计指标为生活事件刺激量，计算方法如下：

- (1) 单项事件刺激量=该事件影响程度×该事件持续时间分×该事件发生次数
- (2) 正性事件刺激量=全部好事刺激量之和
- (3) 负性事件刺激量=全部坏事刺激量之和
- (4) 生活事件总刺激量=正性事件刺激量+负性事件刺激量。

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

[附]生活事件量表（LES）结构与内容：

<p>家庭中有关问题</p> <ul style="list-style-type: none"> (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) 夫妻感情不和 (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）做绝育手术 (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 	<ul style="list-style-type: none"> (26) 家庭成员死亡 (27) 本人重病或重伤 (28) 住房紧张 <p>工作学习中的问题</p> <ul style="list-style-type: none"> (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) 工作学习中压力大（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) 本人退休、离休或未安排具体工作 <p>社会及其他问题</p> <ul style="list-style-type: none"> (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、发生事故、自然灾害
--	--

注：若受试者认为有表中未列生活事件对其造成较大影响，可以自己填入所留的空栏中，并作出相应评价。

（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：积极应对与消极应对（各含 10 个条目）。用于反映被试者面对困难挫折时的积极与消极的态度和行为特征。被试者根据自己大多数情况时的表现逐项填写。各项目答案从“肯定是”到“肯定不是”采用 5, 4, 3, 2, 1 五级评分。评价指标包括：

积极应对分：将条目 1, 3, 5, 8, 9, 11, 14, 15, 18, 20 的评分累加，即得积极应对分。一般人群的平均分为 30.22 ± 8.72 ，分数高，反映积极应对特征明显。

消极应对分：将条目 2, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 17, 19 的评分累加，即得消极应对分。一般人群的平均分为 23.58 ± 8.41 ，分数高，反映消极应对特征明显。

实际应用中，消极应对特征的病因学意义大于积极应对。

[附]特质应对方式问卷（TCSQ）内容：

1. 能尽快地将不愉快忘掉	11. 旁人很容易使你重新高兴起来
2. 陷入对事件的回忆和幻想之中而不能摆脱	12. 如果与人发生冲突，宁可长期不理对方
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. 相应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的社会支持越多。

[附]领悟社会支持量表（PSSS）内容：

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. 我的朋友能真正地帮助我	12. 我能与朋友们讨论自己的难题

三、其它评定量表

（一）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、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，视为是中间偏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内容：

1. 我常常力图说服别人同意我的观点	33. 有时我也会说人家的闲话
--------------------	-----------------

2. 即使没有什么要紧事，我走路也很快	34. 尽管时间很宽裕，我吃饭也快
3. 我经常感到应该做的事情很多，有压力	35. 听人讲话或报告时我常替讲话人着急，我想还不如我来讲哩
4. 即使决定了的事别人也很容易使我改变主意	36. 即使有人冤枉了我，我也能够忍受
5. 我常常因为一些事大发脾气或和人争吵	37. 我有时会把今天该做的事拖到明天去做
6. 遇到买东西排长队时，我宁愿不买	38. 人们认为我是一个干脆、利落、高效率的人
7. 有些工作我根本安排不下，只是临时挤时间去做	39. 有人对我或我的工作吹毛求疵时，很容易挫伤我的积极性
8. 我上班或赴约会时，从来不迟到	40. 我常常感到时间晚了，可一看表还早呢
9. 当我正在做事，谁要是打扰我，不管有意无意，我都非常恼火	41. 我觉得我是一个非常敏感的人
10. 我总看不惯那些慢条斯理、不紧不慢的人	42. 我做事总是匆匆忙忙的，力图用最少的时间办尽量多的事情
11. 有时我简直忙得透不过气来，因为该做的事情太多了	43. 如果犯有错误，我每次全都愿意承认
12. 即使跟别人合作，我也总想单独完成一些更重要的部分	44. 坐公共汽车时，我总觉得司机开车太慢
13. 有时我真想骂人	45. 无论做什么事，即使看着别人不好我也不想来替他做
14. 我做事喜欢慢慢来，而且总是思前想后	46. 我常常为工作没做完，一天又过去而忧虑
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	47. 很多事如果由我负责，情况要比现在好得多
16. 我觉得自己是一个无忧无虑、逍遥自在的人	48. 有时我会想到一些坏得说出口的事
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	49. 即使受工作能力和水平很差的人所领导，我也无所谓
18. 无论做什么事，即使比别人差，我也无所谓	50. 必须等待什么的时候，我总是心急如焚，“像热锅上的蚂蚁”
19. 我总不能像有些人那样，做事不紧不慢	51. 当事情不顺利时我就想放弃，因为我觉得自己能力不够
20. 我从来没有想过要按照自己的想法办事	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
21. 每天的事都使我的神经高度紧张	53. 别人托我办的事，只要答应了，我从不拖延
22. 在公园里赏花、观鱼等，我总是先看完，等着同来的人	54. 人们认为我做事很有耐性，干什么都不会着急
23. 对别人的缺点和毛病，我常常不能宽容	55. 约会或乘车、船，我从不迟到，如果对方耽误了，我就恼火
24. 在我所认识的人里，个个我都喜欢	56. 我每天看电影，不然心里就不舒服
25. 听到别人发表不正确见解，我总想立即纠正他	57. 许多事本来可以大家分担，可我喜欢一人去干
26. 无论做什么事，我都比别人快一些	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
27. 当别人对我无礼时，我会立即以牙还牙	
28. 我觉得我有能力把一切事情办好	
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 30. 人们认为我是一个相当安静、沉着的人 31. 我觉得世界上值得我信任的人实在不多 32. 对未来我有许多想法，并总想一下子都能实现	59. 人家说我是个厉害的暴性子的人 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
--	---

（二）生活质量综合问卷

生活质量反映了个体的精神和物质生活的满意程度，与心理健康水平有密切关系。评价个体生活质量水平和特征一般采用生活质量量表来评定。生活质量综合问卷（generic quality of life inventory-74, GQOLI-74）系李凌江、杨德森于 1998 年所编制的评价我国社区各种人群生活质量的综合性问卷，共有 74 个项目，分为躯体功能、心理功能、社会功能及物质生活状态四个维度，每个维度又含 4~5 个因子，共有 20 个因子。该问卷采用 5 级评分，评价指标有总分。维度分及因子分，评分越高，生活质量越好。经大样本测试，结果表明具有良好的信度和效度。量表内容和评定方法详见中国心理卫生杂志社 1999 年出版的《心理卫生评定量表手册》增订版，第 88-100 页。

[附]生活质量综合问卷项目举例：

1. 您对目前的居住环境： 非常满意（ ）， 比较满意（ ）， 过得去（ ）， 不太满意（ ）， 很不满意（ ）。 2. 您对目前的经济收入与社会福利（包括劳保等）： 非常满意（ ）， 比较满意（ ）， 过得去（ ）， 不太满意（ ）， 很不满意（ ）。 3. 您对最近一周来性生活状况： 非常满意（ ）， 比较满意（ ）， 过得去（ ）， 不太满意（ ）， 很不满意（ ）。 4. 最近一周，您觉得生活轻松愉快吗？ 总是这样（ ）， 多数时候如此（ ）， 有时如此（ ）， 很少如此（ ）， 从不这样（ ）。 5. 您对您的生活质量总体评价是： 质量很高（ ）， 质量较高（ ）， 中等（ ）， 质量较低（ ）， 质量很低（ ）。

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）、Rech-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。

（姚树桥）

第六章 心理干预

与所有现代应用科学一样，医学心理学也重视各种有效的干预技术与方法。心理干预的目的就是根据一定的科学原理，采用特定的程序，帮助人们消除心理烦恼和增进健康，是医学心理学的重要方法学之一。

第一节 总论

一、心理干预与心理治疗的基本概念

（一）定义与基本要素

心理干预（psychological intervention）是在心理学理论指导下有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或心理问题施加影响，使之发生指向预期目标变化的过程。心理治疗是心理干预中最常用的方法。心理治疗（psychotherapy）也称精神治疗，虽然心理学家们从不同的理论观点出发，对心理治疗进行了各种解释。结合医学心理学特点，目前把心理治疗定义为：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。

心理治疗的基本要素：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 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。非专业人员通过其良好的态度对病人进行的安慰和劝告，虽然也可使病人的症状有所减轻，但这并不是心理治疗。

（二）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“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。由于在中世纪时期，西方的宗教具有绝对的权威，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）创立的精神分析法也得到广泛传播。50 年代末，行为疗法迅速发展。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。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，并出现越来越多的采取程序化干预的综合治疗计划，如针对压力问题的自我管理计划（self distress management program）等。这种现象反映了心理治疗科学向纵深方向发展。

（四）心理治疗中的理论、认知活动与治疗者角色

应该承认，在心理治疗过程中，通过知识、逻辑、是非判断等认知途径不一定能解释和解决被治疗者的问题，例如被治疗者明知自己抑郁，或明知自己有不必要的重复动作，却无法通过查阅大量书本知识和原理“让”自己改变，此时治疗者运用通常的道理也同样不能“劝”其改变。通过某种理论却可能解释这些问题的产生原因，并以相应的特定方法解决这些非认知层面的问题。这些理论往往总是与人们习以为常的认识活动规律不同。例如精神分析理论认为心理问题的原因是潜意识中的心理动力因素，并采用自由联想等与通常知识和逻辑不同（不是告诉被治疗者你有心理冲突应予克服）的操作技术来改变之。许多心理治疗方法也都存在类似的情况。这就是为什么现代心理治疗大多与各种理论相联系。应该说，各种心理治疗理论的出现和发展导致了心理治疗的发展。如果总是以说教的方法进行心理治疗，虽然也有一些人会从中获益（也许真的是知识或思维方法上的问题），但总归会将心理治疗的历史退回到了百年以前。

另一方面，治疗者却必须通过自己的认知活动包括使用知识、判断等对被治疗者实施干预。如上所述，此时不但要规避日常的认知规律，而且还不可避免地会受治疗者自

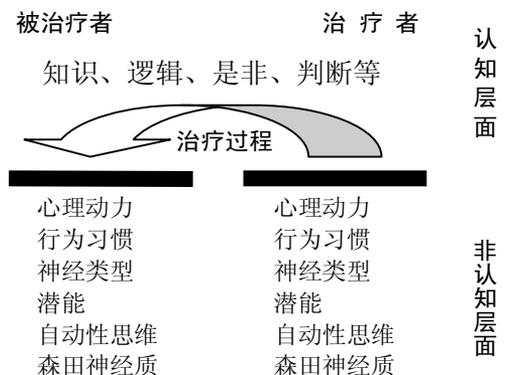


图 6-1 认知与治疗者角色（自姜乾金材料）

己非认知层面（包括心理动力、习惯等）的影响。例如帮助被治疗者探索认知无法控制的自动化思维的同时，治疗者可能还受自己的自动化思维（同样是认知无法控制）的影响。因此，心理治疗者不但要通过自己的认知活动使用各种治疗理论和特定的操作步骤，而且要训练自己能够在治疗过程中不受自己的非认知层面如个性因素的干扰与影响，还要有从日常生活到治疗工作之间进行角色互换的能力。而这些都是必须按特定的规则，通过较长期的训练才能实现的。那种认为只要具备一定心理学知识或心理治疗知识就可进行心理治疗的看法显然是不全面的。（图 6-1）

二、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 此类病人起病较急，病情较重，往往存在严重的焦虑、抑郁等心理反应，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。

2. 慢性疾病的病人 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，可导致疾病症状复杂化，进一步影响机体的康复。心理支持治疗和行为治疗等手段往往有很大的帮助，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。首先，针对致病的心理因素，帮助病人消除或缓解心理应激反应，减轻疾病症状，改变疾病发展过程，促进其康复。例如矫正冠心病病人的A型行为等。其次，直接针对疾病的病理过程的心理学矫正措施，例如对高血压病病人进行的松弛训练等。

（二）精神科及相关的病人

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方法。

三、心理治疗的基本过程和基本原则

（一）心理治疗的基本过程

各种心理治疗方法由于其原理、方式和目的等各不相同，在实际操作上差别很大。但心理治疗也有某些基本的过程。这里以行为疗法为例，其基本过程如下。

1. 问题探索阶段 探索心理行为问题的成因及其相关因素是治疗的开始阶段。

（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。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等等，病人难以准确表达，需要深入细致地进行分析 and 判别。

（2）问题行为的病因：认真询问问题行为的过去史、发展过程和变化，收集各种相关的资料，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：许多环境刺激因素有增强或减轻行为症状的作用，了解这些因素在行为治疗中具有重要意义。

此外，还要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。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。

2. 分析认识阶段 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：病人在医生的指导下，采用行为日记的方式，对问题行为进行自我观察或自我监督，如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。

（2）功能分析：与此同时，医生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。如：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。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因家庭成员的关注而被增强。

通过测量和分析，医生不但可以掌握病人治疗前的行为水平，为疗效的评价提供参照性指标，还可以对病人问题行为的各种影响因素进行较深入的了解，为选择具体的治疗方案提供客观的依据。

3. 治疗行动阶段

（1）选择治疗方法：问题行为及其影响因素的个体差异很大，使用的方法应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。

（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，医患之间要不断进行交流，注意收集病人对治疗信息的反馈，允许他们提出问题并及时作进一步解释，提高病人对问题的认识和参与感。

4. 疗效评价阶段 在治疗期间，要随时对病人的情况进行分析，了解问题行为改变的情况，判断治疗的进展。经过一段时间的治疗后，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。如果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，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。

5. 结束巩固阶段 心理行为问题容易复发。取得疗效后应继续巩固。要确定继续训练的目标，保持定期复诊可以实施维持期的治疗，指导病人今后的生活，鼓励将所学的方法不断付诸实践。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。

（二）心理治疗的基本原则

1. 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合作关系（rapport）的能力有关。良好和谐的医患关系是心理治疗的一个重要的条件。医生只有通过对患者尊重、同情、关心、支持的态度，才能建立起患者对医生的信任感和权威感，接受医生提出的各种信息，建立治疗动机，毫无保留地吐露自己心理问题细节，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，使各种治疗要求得到遵守和认真执行。

心理治疗中人际关系的特点表现在：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。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。

2. 问题的针对性 不同的心理治疗方法各有一定的适应证，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。

3. 治疗的计划性 无论何种心理治疗，都应根据事先收集到的病人的信息，设计治疗的程序，预测治疗过程中可能出现的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。

4. 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。应综合考虑是否同时需要结合其它能增加疗效的方法与手段，如药物或理疗等措施。

5. 严格的保密性 心理治疗往往涉及病人的隐私。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。

6. 方法的灵活性 在心理治疗过程中, 根据新的情况灵活地变更治疗程序。治疗者还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。

7. 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。在心理治疗的过程中, 保持某种程度的中立态度, 不能替病人做出任何选择与作出决定。

8. 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进行。

(吴均林)

第二节 精神分析疗法

一、概 况

精神分析疗法 (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。在此基础上, 衍生出近代多种精神动力治疗理论。精神分析学说强调无意识中幼年时期的心理冲突在一定条件下 (如精神刺激、环境变化等) 可转化为各种神经症症状及心身症状 (如癔病、焦虑症、心身疾病如溃疡病等)。因此, 通过精神分析师与患者为治疗而构建的工作联盟, 在耐心而长期的治疗性关系中, 通过“自由联想”等内省方法, 帮助病人将压抑在无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, 使其进入到意识中, 转变为个体可以认知的内容进行再认识, 可以使病人重新认识自己, 发展更具建设性的适应方式, 并改变原有的行为模式, 达到治疗的目的。

精神分析疗法的目的不是单纯地消除病人的症状, 而是注重人格的重建、思维模式、态度的转变, 以及解决早年的心理冲突, 消除无意识心理冲突的影响, 启发和扩展病人的自我意识。通过分析, 达到认知上的领悟, 促进人格的成熟。

二、方 法

(一) 精神分析治疗的基本技术

1. 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。自由联想是将病人带进无意识的路径之一。精神分析师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，使病人绕过平时的防御机制，逐渐进入无意识的世界，这样无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，从而建立现实的、健康的心理。自由联想几乎贯穿于整个精神分析疗法的过程。

2. 阻抗 (resistance) 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，要求终止治疗等等。阻抗的产生是无意识中本能地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无意识的“心理症结”时，来自无意识的阻抗就自然发生作用。精神分析理论认为，当病人出现阻抗时，往往是有意义的触及其心理症结之所在。因此，精神分析师的任务就是在整个治疗过程中不断辩认并帮助病人克服各种形式的阻抗，将压抑在无意识中的情感释放出来。如果无意识的所有阻抗都被逐一战胜，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。精神分析疗法之所以需长时间才能完成，其原因被认为是无意识的阻抗作用所致。

3. 移情 (transference) 移情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，往往会说出许多触发焦虑、痛苦情感的事情。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、幻想等有关的情感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，这就是移情 (transference)。移情可以是正移情也可以是负移情。正移情 (positive transference) 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。负移情是病人将过去生活中使其体验到攻击、愤怒、痛苦、羞辱等的对象投射到精神分析师。面对病人的移情，精神分析师应做出恰当的反应，以适当的共情、节制和真诚的态度对待病人讲述的内容。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的态度与行为并给予恰当的疏导，使移情成为治疗的动力。

4. 疏泄 (abreaction) 疏泄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，这种疏泄往往通过移情作用表现出来。精神分析师应鼓励病人进行疏泄。

5. 释梦 (dream interpretation) 梦在精神分析治疗中具有重要的意义，它是深入到病人无意识的有用途径。弗洛伊德在《梦的解法》中提出，“梦乃是做梦者无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无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。但是梦境仅是无意识心理冲突与自我监察力量对抗的一种妥协，并不直接反映现实情况。这就需要精神分析师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，以便揭示梦境的真正含义。

6. 解释（interpretation） 解释是精神分析师在精神分析治疗过程中，对病人的一些心理实质问题，如他所说的话的无意识含义进行解释或引导，帮助患者将无意识冲突的内容进入意识层面加以理解。解释是一个逐步深入的过程，根据每次谈话的内容，在病人自由联想及梦境内容的表达基础上，用病人能够理解的语言让他认识到心理症结之所在。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，使被压抑在无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。

7. 精神分析中的非特异性治疗技术 同其它心理治疗一样，精神分析治疗强调良好的治疗性关系，倾听的技术，良好而适当的共情技术，反应技术，提问及引导技术，这些非特异性治疗技术与精神分析技术的良好结合才能达到较好的治疗效果。

（二）精神分析治疗过程简介

1. 精神分析治疗的设置 精神分析治疗应在较为严格的治疗设置中进行，包括治疗室的布置，治疗应有固定的治疗场所，频率及治疗的时间，一般每周二到三次，每次 40 到 50 分钟。也有预约和付费的方式。这些相对标准化的治疗设置有助于精神分析师更好的处理分析过程中的治疗关系，移情等问题，更敏锐的发现病人无意识中的心理症结。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。

2. 治疗开始 接受治疗的病人在安静的环境里斜躺在舒适的沙发椅上，将身体放松，自由而随意的联想，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。

医生只认真倾听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。

3. 治疗的深入 以阻抗和移情的出现为特点。精神分析师在倾听病人的自由联想时，往往需要耐心，不是被动的只是听取病人的故事，而是高度集中注意的，跟随病人的联想走进病人的无意识世界，和病人一起在其无意识世界中观察，跟随病人的体验和感受，努力发现阻抗之所在及有意义的个人资料，观察和体验来自病人的移情反应，对病人的移情反应采取接纳，共情，节制的态度。精神分析师在治疗中需不断返思自己无意识的反应，发现和监测自己的反移情，并努力维护治疗性关系，充分的良好的精神分析训练对这点十分重要，从大量的来自自由联想和梦的分析形成精神分析的诊断。

4. 结束前的分析 在精神分析诊断基础上，通过分析病人的阻抗、移情及梦的内容，形成干预的思路。重点是对移情的修通和解释。处理移情、解释的技巧及把握解释的时机在此阶段具有重要的作用。最后，病人能从现实的态度，接受自己的过去和现在，更客观地、理性地重新认识自己，恢复来自内在的安全感，自尊，自信，接受治疗的结束，并将治疗中的建设性因素带到未来的生活中，使症状得以消除，人格得以成长。

据介绍，精神分析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。

三、适应证和评价

精神分析疗法主要应用于各种神经症病人，某些人格障碍者，心境障碍患者以及心身疾病的某些症状。精神分析不适合重性精神障碍者，如精神分裂症、重性抑郁、双相情感障碍。接受精神分析治疗的前提是自我功能的相对完整。癔症发作期间伴有自我意识障碍者也不适合精神分析治疗。该疗法因疗程长、费用高，且理论无法实证、缺乏评判标准、结果难以重复等，已受到不少批评。经典的分析操作方法现在也较少使用。

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

(杨彦春)

第三节 行为治疗

一、概况

行为治疗(behavior therapy)是建立在行为学习理论(参见第一章)基础上的心理治疗方法。行为治疗首先要对病人的病理心理及有关功能障碍(即问题行为)进行行为学方面的确认、检查以及对有关环境影响因素的分析，然后确定操作化目标和制定干预的措施，其目的是改善病人适应性目标行为的数量、质量和整体水平。行为治疗始于1950年代末，并得到迅速的发展。近20多年来，由于认知心理科学的发展，行为治疗逐步借鉴和引入了有关认知改变的技术，在临床上更多地是采用行为与认知的方法，也称为行为认知治疗或认知行为治疗(cognitive behavior therapy)。

在行为治疗中，行为分析具有重要意义(参见本章第一节)。通过行为分析，可以①明确治疗的问题和目标；②了解与问题相关的环境因素；③选择有效的干预技术；④测量和监察治疗过程。

行为治疗的基本原则包括：①通过行为分析确立病人的靶症状或靶行为，以便能够有的放矢地帮助病人解决其主要问题；②循序渐进，由简单到复杂，逐步给予一系列的练习作业，在病人处理比较简单的问题中获得信心后，再处理较严重问题；③强调实践或练习，通过自我练习，达到目的，表明治疗成功，没有达到目的则可能存在其他问题，需要进一步分析和认识，重新考虑治疗方案。

二、方法

(一) 系统脱敏(systematic desensitization)

系统脱敏由Wolpe J所创立，用于治疗焦虑病人。治疗医师帮助患者建立与不良行为反

应相对抗的松弛条件反射，然后在接触引起这种行为的条件刺激中，通过习得的放松状态用于抑制焦虑反应，使不良行为逐渐消退（脱敏），最终使不良行为得到矫正。系统脱敏包含放松训练、制订焦虑等级表以及脱敏治疗三个步骤。

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。主要采取使肌肉放松的方法，如瑜伽、坐禅、气功、静默等。最常用的是渐进性放松技术。

2. 制订焦虑等级表 对引起病人不良行为反应（如焦虑、恐惧）的情景刺激作详细的等级划分（一般分为 10 个等级），并由弱到强按次序排列成表备用。表 5-1 为一名对剪刀恐惧病人的焦虑等级表。

表 5-1 刀剪恐惧病人等级脱敏表

-
1. 听到剪刀的名词
 2. 看到剪刀的图片
 3. 远距离看到剪刀
 4. 远距离看到关闭的剪刀
 5. 远距离看到锋利的剪刀
 6. 远距离看别人使用剪刀
 7. 把剪刀拿在手上
 8. 使用剪刀剪东西
-

3. 脱敏治疗 在上述两个任务完成后，逐步按上述等级次序从轻到重进行脱敏训练。让病人想象或接触等级表上的每一情景并自我放松，完成对接触每一情景所致焦虑的去条件化。当患者经过反复训练，对某一情景不再出现焦虑，或者焦虑程度大大降低时，可进入高一等级情景，直至顺利通过了所有情景。每一场景训练一般需要重复多次并可以在暂时失败是重新进行。

（二）满灌疗法（flooding）

逃避诱发焦虑的境遇可能会条件反射性地强化了焦虑。满灌法是让病人面对能产生强烈焦虑的环境（或通过想象），并保持一段时间，不允许病人逃避，由于焦虑症状有开始、高峰和下降的波动变化过程，最后可消除焦虑并最终预防条件性回避行为的发生。整个治疗一般约 5 次左右，每次 1~2 小时。其疗效取决于每次练习时病人必须能坚持到心情平静和感到能自制时为止。

采取满灌疗法事先应对患者作必要的解释和疏导工作，介绍治疗的目的是和意义，消除顾虑和恐惧。

（三）逐级暴露（graded exposure）

逐级暴露法与满灌法相似，但焦虑的情景是由轻到重逐级进行，没有放松训练，治疗是在实际生活环境中进行，而非想象训练。由于满灌疗法难以被许多病人接受，以及对于有强烈焦虑反应的病人、严重心脑血管病病人、心理素质过于脆弱的病人是禁忌的，对于这些病人可用逐级暴露法，可避免突然发生强烈的焦虑反应。

(四) 示范法 (modeling)

示范法是指向某个体呈现一定的行为榜样(如真实的人或影视模型),通过观察他人的行为和行为后果进行模仿学习的行为疗法。例如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产生的,因此治疗中,同样需要让病人观察、模仿他人的行为来克服恐怖和焦虑。Bandura 等人采取逐级参与示范,在示范中逐步增强恐怖的刺激性境遇。治疗可以是一次长疗程或分几个疗程。

(五) 自信心及社交技巧训练 (assertiveness and social skills training)

自信心训练是使病人学会在社会环境中如何恰当地与人交往,正确地表达自己的观点。用于自信训练的行为技术有角色示范、脱敏、正强化等。

社交技巧训练是应用行为学习原理进行社会技能方面的系统训练,不仅帮助病人恢复自信,同时也注重改善病人在现实生活中所存在的一些问题,如与人交往、克服害羞等。通过对病人社会行为直接的指导和帮助、角色示范、对有效的社会反应给予支持等。

(六) 厌恶疗法 (aversive therapy)

根据操作条件反射中的惩罚原理,在某一特殊行为反应之后紧接着给予一厌恶刺激(如物理的、化学的、环境的和自我厌恶想象等不愉快的刺激),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问题。

厌恶疗法的治疗要点:①厌恶刺激在不良行为发生时始终存在;②刺激要产生足够的痛苦水平(尤其是心理上的痛苦);③治疗要持续到不良行为彻底消除,持续的时间比较长。④随时进行鼓励强化,并以病人自己自我控制为主。

(七) 行为辅助工具 (behavioral prostheses)

行为治疗辅助工具是借助一些仪器或电子设备,使病人在自然环境下学习新的适应性行为。如用节拍器控制的言语重训练来治疗严重口吃障碍,帮助病人产生深度的肌肉放松或学会对紧张和焦虑的控制,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。

(八) 正强化和消退法 (positive reinforcement and extinction)

根据操作条件反射理论,如果在行为之后得到奖赏,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。

1. 代币法 通过给病人一定数量的代币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,并用这些筹码来换取自己需要的东西或得到一些享受。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 行为矫正的基本步骤:①选择和确定靶行为;②测量靶行为(作为疗效评定的依据);③选择适当的强化因素(一般将经常出现的行为作为强化因素);④最初出现靶行为就立即给予强化;⑤随时观察进程变化。

(九) 治疗协议或临时合同 (contingency contracting)

治疗协议是指来访者与心理咨询或心理治疗机构间达成的关于来访者与治疗者将如何开展工作的相关约定。有些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。在婚姻问题的治疗方面，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，帮助他们相互沟通，甚至可以用书面的方式写下来，成为一种临时的合同。

三、适应证和评价

行为疗法广泛适用于各种存在行为异常的个体。但对于边缘人格、人格障碍或抑郁症的病人治疗效果有限。行为疗法的适应证一般包括以下各方面：

- (1) 恐怖症、强迫症及焦虑症等。
- (2) 神经性厌食症、神经性贪食症、神经性呕吐及其他进食障碍，烟酒及药物依赖等。
- (3) 阳痿、早泄、性高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛等性功能障碍。
- (4) 同性恋、恋物癖、异装癖、露阴癖、窥阴癖、摩擦癖、性施虐与性受虐癖等。
- (5) 纵火癖、偷窃癖、拔毛癖等冲动控制障碍。
- (6) 儿童多动症，品行障碍、儿童离别焦虑、儿童恐怖障碍、社交敏感性障碍等。
- (7) 儿童抽动症、慢性运动或发声抽动障碍等。
- (8) 遗尿症、遗粪症、异食癖、口吃等儿童行为障碍。
- (9) 学习障碍、考试综合征、电视迷综合征、计算机网络综合征。
- (10) 高血压、心律失常、胃溃疡等心身疾病。

行为疗法的着眼点是可观察到的外在行为或可具体描述的心理状态。如果病人的心理或行为问题能比较客观的观察和了解，就较适合采用行为治疗。例如病人只是怕坐电梯、怕上学、强迫洗手等比较明显的单一症状，就可以试着运用行为疗法。但如果病人觉得对人生没兴趣，或不知将来去向如何等等比较抽象的或性质模糊不清的问题，就不宜马上运用行为治疗。

(吴均林)

第四节 认知治疗

一、概 况

(一) 定义与理论假设

认知治疗(cognitive therapy)是20世纪70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。根据行为的广义概念，认知、想象等思维活动是行为表现中的一种(隐匿性行为)，因此认知转变法可以看成是行为治疗的进一步发展。认知治疗高度重视研究患者的不良认知和思维方式，并且把自我挫败行为(self-defeating behavior)看成是

患者不良认知的结果。所谓不良认知，是指歪曲的、不合理的、消极的信念或思想，它们往往会导致情绪障碍和非适应性行为，而治疗的目的就在于矫正这些不合理的认知，从而使患者的情感和行为得到相应的改变。认知疗法不同于行为疗法，因为它不仅重视适应不良性行为的矫正，而且更重视患者的认知方式改变和认知-情感-行为三者的和谐。同样，认知疗法也不同于传统的内省疗法或精神分析，因为它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。

认知疗法的理论基础是贝克（Beck）提出的情绪障碍认知理论。他认为：心理问题“不一定是由神秘的、不可抗拒的力量所产生的，相反，它可以从平常的事件中产生，例如错误的学习，依据片面的或不正确信息做出错误的推论，以及不能妥善地区分现实与理想之间的差别等等”。他提出，每个人的情感和行为在很大程度上是由其自身认知外部世界，处世的方式或方法决定的，也就是说，一个人的想法决定了他的内心体验和反应。图1-2显示了认知、行为和情感三者的关系。

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做出结论；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（over-generalization），是指在一事件的基础上做出关于能力、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。

二、基本方法

目前有关认知治疗方法的发展已逐步形成两大流派，即认知分析治疗（cognitive-analytical therapy, CAT）和认知行为治疗（cognitive-behavioral therapy, CBT）。前者是在认知治疗的基础上借鉴和应用精神分析性治疗的方法；后者是在认知治疗过程中强调应用行为治疗中的一系列行为矫正技术。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。

（一）常用的认知治疗

1. 合理情绪疗法（rational-emotive 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）→诤难（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，思考可能的解决答案，并挑选出最佳的解决法。主要用于治疗情绪障碍的儿童、有破坏行为的儿童。

（二）基本的认知治疗技术

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，他们的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。

三、适应证与评价

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，如抑郁症、惊恐障碍、恐怖症、广泛性焦虑、海洛因成瘾、进食障碍等，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。

有关认知治疗的评价，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，这与传统观点即心理治疗不主张与药物合用有所不同。而且经验表明，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，它的技术方法亦不断得到充实和发展，但存在一些争议。因此，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、维持和改变时的影响因素；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。

（季建林）

第五节 患者中心疗法

一、概况

患者中心疗法（client-center therapy）由美国心理学家罗杰斯（Rogers C）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充分发挥或暴露的阶段性问题，治疗本身就是指导被治者认识 and 了解自我、发挥潜能。

人本疗法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、基本方法

罗杰斯认为，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。看起来这几点似乎容易做，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。医生只是把患者视为一个“人”加以尊重，接受他们的感情和行为。无条件尊重并非赞同患者的那些感情，而是将患者作为“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。

（二）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。积极倾听和反馈法是主要的技术。所谓反馈，是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；它有两个目的：①表明医生渴望理解患者的情绪，②使患者对自己的情感体验有了更多的了解。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）。

（三）真诚或一致性（rapport，又译和睦关系）

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。如果我的父亲也像你一样温暖，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

患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真诚、准确的通情、积极尊重的态度呈显著相关。Hal ki ds 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、基本理论

森田疗法（mori ta therapy）是日本森田正马教授创造、发展的一种治疗神经症的方法。

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 精神交互作用 对神经质发病有决定作用的疑病性基调，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，使他对自已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，家庭化布置。病人在住院期间可以发现有许多与他类似症状的病人，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：

1. 绝对卧床阶段 在这一阶段要求病人安静卧床一周。除了进食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。治疗人员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。治疗人员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。

2. 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。

(3) 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。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疗等。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。

(胡佩诚)

第七节 暗示和催眠疗法

一、暗示疗法

(一) 概况

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。

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，其机理并未完全搞清，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人理的变化。例如，格雷厄姆

(Graham W) 1960 年所做的态度诱导“实验”，使荨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

(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，哪个装有淡醋或稀酒精。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，治疗师低调缓慢地说：“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。觉醒状态的暗示治疗又有直接与间接之分。直接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”，并证患者充分感受，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，告之通过诊仪器，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，医生看到患者反应下错，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”等多种方法，均可以取得一定的疗效。

(三) 适应证

首先要使患者具备易感性与顺从性。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、厌食等性和行为习惯问题均有不同程度的疗效。

二、催眠疗法

（一）概况

催眠疗法 (hypnotic therapy) 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。

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。

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。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。

催眠是一个极其复杂的现象，关于催眠实质的理解，有影响的理论主要有：

(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，像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刺激，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，这种阻塞位于脑干的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) 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；避免噪音、冷风、强光的刺激与干扰。

(3) 进行暗示敏感性测定。

(4) 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）。

(5) 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。此外在整个治疗法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

催眠治疗是一种经济并行之有效的办法。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。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。

（胡佩诚）

第八节 松弛疗法

一、概 况

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

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。现代放松训练的实际应用，则首见于雅可布森（Jacobson E）的先驱著作《渐进性放松》（1938年）。

1. 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。这些变化有利于心身功能和神经系统的调整作用，恢复混乱了的大脑自我控制机能。

2. 分类 根据放松方法的不同，松弛疗法可以分为对照法（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法）。这一方法是由美国生理学家雅可布森（Jacobson E）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肌系统，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，每次肌肉放松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，反射性的使自己放松。

（二）直接法

也称自生训练（autonomic training，简称AT法）。这种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，现已流行于欧美及日

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

又称静默法（meditation，简称M法），也有人称为空幻想象的放松训练。

1. 东方静默法 中国气功、印度瑜珈、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。

2. 松弛反应（relaxation response） 这种方法是上美国学者本森（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4个要素，即：①安静的环境；②肌肉放松；③用一种手段，如听到重复的一种声音、一个词语或一个短语；④一个随和的姿态。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。在每次呼气的时候，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、适应证与评价

通过长期的反复训练，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于高血压、支气管哮喘、失眠、性功能障碍等多种心身疾病。

松弛疗法的适应证广泛、简便、易行，因此，该方法被广泛地应用临床和健康教育。但由于其需要长期坚持，故有些患者难以持之以恒。

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、训练中出现明显副作用者，均不适于作松弛训练。

(胡佩诚)

第九节 生物反馈疗法

一、概 况

(一) 定义

生物反馈(biofeedback)是借助电子仪器将体内一般不能被人感知的生理活动变化信息,如肌电、皮肤电、皮肤温度、血管容积、心率、血压等加以记录、放大并转换成能被人们所理解的听觉或视觉信号,并通过对这些信号的认识和体验,学会在一定程度上有意识地控制自身生理活动的过程。生物反馈疗法(biofeedback therapy)就是个体运用生物反馈技术,控制和调节不正常的生理反应,以达到调整机体功能和防病治病的目的心理疗法。生物反馈疗法是一种通过内脏学习来改变自己不当生理反应的认知行为疗法。

(二) 发展及原理

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。

1968 年,米勒(Mi ller NE)等人用操作条件反射的训练对各种内脏反应进行研究,发现许多内脏机能是可以受意志控制的,他们以刺激鼠脑内“快乐中枢”为奖励,训练鼠“随意”改变心率、血压及肠管收缩频率。1969 年,Shapi ro D 在人的身上也进行了血压变化的操作条件反射试验。有两组被试,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,当被试出现正确反应时给予奖励,结果两组被试都成功的学会了控制自己的血压。1970 年,Nowl is 报道了对人脑电波的控制,在其实验中每当脑电 α 波出现时伴随一个声音讯号,要求被试尽量设法增多或减少声音出现的时间,结果经过一段时间的训练,一些被试完全能够控制自己的 α 波。

有关生物反馈的原理,主要来自上述内脏操作条件反射,同时与信息论和控制论有关。米勒等的内脏操作条件反射实验是生物反馈疗法的基础,这些研究从理论上改变了传统观点所认为的内脏和腺体不能随意控制的认知,用操作条件反射训练有意识地改变内脏活动。二十世纪 40 年代兴起的“控制论”、“信息论”的观点认为,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(内脏)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,生物反馈中放大的内脏活动信息起到了反馈联系的作用,使大脑更

精确地控制机体活动。

（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，进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，可以同时进行治疗、皮肤电、皮肤温度的反馈训练，增加疗效。

二、方法

（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。特异性信息的控制指标和疾病的病理变化一致，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。非特异性信息的控制指标仅作为代表机体紧张程度或唤醒水平的标志，如肌电生物反馈中的肌电活动水平可以代表机体的唤醒水平，可通过改变肌电水平调节其他脏器的活动。

一般来说，在治疗过程中应尽量设法寻找特异性信息变量，但由于现有的生物反馈仪不能囊括所有生理活动，找不到特异信息变量时，可采用非特异信息变量。

（二）病人和环境的准备

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。

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中进行，避免受外界的干扰。

（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、适应证与评价

生物反馈疗法适用于内科、外科、妇科、儿科、精神科、神经科等临床科室的多种与紧张应激有关的心身疾病，如紧张性头痛、胃溃疡、慢性焦虑等。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。生物反馈也可使用于如括约肌和骨骼肌的功能训练，以促进功能的恢复。

（汪勇 姚斌）

第九节 其它心理干预方法

一、支持疗法

（一）概况

支持性心理治疗（supportive psychotherapy），简称支持疗法，是指以精神支持为主要内容的心理治疗方法。当病人面临严重现实挫折，产生应激性恶性情绪或心理创伤时，

不适合从病人的早期经验或成长经历中分析心理问题的源头，需要由治疗者提供精神支持来帮助其应对危机，度过心理难关。支持疗法可以提高病人对现实刺激的适应力，缓解心理压力，保持心理平衡。

支持治疗所提供的主要包括解释、鼓励、保证、指导、促进环境的改善等五种成份。

（二）方法

1. 一般原则 从调整个体对应激源的认知评价，促进运用现实支持资源，以及改变应激反应模式的角度，支持治疗应遵循以下一些原则：

(1) 提供适当的支持：在病人面临心理上的危机或挫折时，给予安慰、同情、鼓励、关心等心理支持，这种支持应是病人真正需要的内容。一般说来，提供支持时应根据病人所面临心理挫折的严重性，病人本身性格及自我的成熟度，适应问题的方式及应对困难的经过而相应地提供适当的支持。

(2) 调整对应激源的认知评价：由于应激反应的程度往往与个体对该应激的认知评价有关，因此支持治疗中应帮助病人端正对于困难或挫折的看法及感受，改变其对困难的态度，以客观、现实、解决问题的方式去处理困难。

(3) 善用各种支持资源：支持治疗不仅要治疗者提供支持，而且要帮助病人重新认识自己内在或外在的支持资源，鼓励其利用各种社会支持资源解决自身问题。这些资源包括自己的优势长处及潜在的解决问题能力等内在资源，以及家人、朋友、同事、邻居、慈善机构、康复机构等社会支持系统。

(4) 排除面临的困难：有时候人的心理问题，是由外在环境因素诱发的，例如家庭、学校、工作单位或一般社会环境方面面临的困难，帮助病人消除或减少这些困难，有利于其心理问题的解决。

(5) 提高应对能力：不同的应对方式会导致不同的适应结果，支持疗法中应与病人一起探讨其应对困难的方式，指出其不当的应对方式，并鼓励病人采取积极的、解决问题的、成熟的适应方式。

2. 基本步骤 以与病人谈话的方式为主，一般可分成以下几个阶段：

(1) 收集病人资料：通过检验检查、询问、观察、心理测查等手段了解病人各方面的资料，主要包括病人的情绪状况、疾病状态、遭遇的挫折和环境的压力，以及生活条件、家庭情况、社会背景、人际关系、个性特点等与疾病有关的因素。

(2) 鼓励病人倾诉：请病人倾诉对疾病的感受，对病情的认识，存在的情绪危机和心理困扰，此时医生应细心倾听，不要随便打断病人谈话，必要时可以作些启发式提问。

(3) 分析与解释：医生根据所掌握的资料向病人分析其心理、躯体问题的性质和程度，产生原因、影响因素等内容，说明心身关系，应激、应对方式、个性等与疾病的关系。分析与解释时要语言中肯、语义明确、深入浅出、明白易懂，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。

(4) 鼓励与指导：根据医学心理及医疗相关知识帮助病人树立战胜疾病的信心，指导病

人正确看待疾病，积极改善环境，调节应对方式，提高适应能力。

实施支持治疗一般应选择安静的环境，每次治疗时间以 1 小时左右为宜。

（三）适应证和评价

支持疗法多用于那些遭受严重挫折或灾难，产生心理创伤的病人，还可以应用于人格不成熟，现实适应能力不高，或者是存在退化性障碍的人，通过支持与照顾，提高其应对现实的能力，降低心理问题出现或恶化的可能。支持疗法还可看作一种非特异性的心理治疗方法，在多种情况下与其它心理疗法结合使用。

二、集体心理治疗

（一）概况

集体心理治疗(group psychotherapy)指为了某些共同目的将多个当事人集中起来加以治疗的心理治疗方法。集体心理治疗是相对于个别心理治疗而提出的，具有省时省力的特点，且集体中成员间相互影响，可起到积极的治疗作用，这一点是其他疗法无法比拟的。

1. 历史与发展 集体心理治疗始自美国医生普拉特(Pratt JH)在 1905 年对结核病人实施的集体教育，他采用介绍医疗常识，激发病人信心，开展集体讨论等方法，帮助病人克服不良情绪，树立康复信心。在此后的 30 年间，集体心理治疗虽没有重大的发展，但是仍有一些人对集体治疗发生兴趣，并分别创立了一些专门用于集体治疗的方法，为 1940 年代集体治疗的大发展创造了条件。如伯罗(Burrow T)因认为精神分析忽视个人与社会的关系而于 1925 年开始实施集体精神分析；1920 年代莫伦(Mareno JL)在美国创立了心理剧(psychodrama)和社会剧(sociodrama)，并提出了角色扮演(role playing)和团体成员之间情感互相作用(sociometry)的概念，1930 年他还第一次使用了集体治疗这一术语。第二次大战后，由于战争压力造成的心理问题骤增，有限的精神病学家和心理学家不能满足社会需要，促使经济、简捷、高效的集体心理治疗快速发展，出现了家庭治疗、交往分析、自我训练等多种集体心理疗法。1943 年一些集体心理治疗家在美国成立了集体心理治疗学会(AGPA)，接着在 1950 年创办了集体心理治疗杂志。1950 年代以后，专业集体心理治疗工作者大幅度增加，专业文献也大量增多，成为心理治疗工作中的一支重要力量。

2. 作用原理 一般认为，集体心理治疗的作用原理可用以下 4 个方面来说明：

(1)团体的感情支持：在治疗集体中成员可以感受到他人的接受与容纳，发现自己症状与他人的相同性以消除因症状引起的自怜和责备，在集体中不受批评和嘲笑地倾诉和发泄，获得适当的关心与安慰，并可从他人进步的经验中形成对治疗的希望和信心。

(2)群体的相互学习：在集体中可交流信息与经验，模仿他人的适应行为，通过群体中他人的反馈了解和调节自己的社会行为。

(3)群体的正性体验：包括享受群体团聚性和领悟互助原则，前者指让参与者体会到成员间的相互关心，相互帮助，团结一致的群体体验，后者指让成员体会“人人需要帮助”的人生道理，感受由于帮助他人产生的被需要感，并在帮助中提高自信，促进自我成长。

(4)重复与矫正“原本家庭经验”及情感：原本家庭经验是指每个人在自己小时候所体验的家庭关系，集体心理治疗中可通过描述重复这种体验，发现并矫正不良体验，帮助成员更改基于过去的病态行为。

(二) 种类与方法

团体心理治疗方法大致可以分为两大类。一类是着重于个体的集体心理治疗，另一类是着重于团体作用的集体心理治疗。

本章介绍的多种心理治疗方法，包括精神分析法、行为疗法、催眠疗法等，都可以在团体条件下进行。在这类集体治疗中，虽然也重视利用团体内人与人关系相互作用的积极一面，但主要目的还是将治疗手段直接应用于团体中的每一个人。例如集体松弛训练，目的是使每一个成员学会这一技术；再如支持疗法也可集体进行，主要采用集体教育的方式，其直接目标也是直接针对每一个体所存在的具体问题。

另一类集体治疗主要通过团体成员之间的各种心理接触来实现，国外流行的各种问题小组，大都属于此类。例如T小组或训练小组(T group)、交朋友小组(encounter group)、心理剧(psychodrama)、格式塔小组(gestalt group)，以及罗杰斯的患者中心小组等。自我帮助小组(self help group)也可归入这一类。这一类治疗方法是在医生领导下，重点通过团体内部的社会心理过程，使团体成员认识并改善各种情感、人际关系，以及行为方面的问题。这类集体心理治疗特别重视医生的社会角色作用，在国外，医生往往要经过特殊的训练培养过程才能胜任此项工作。此外，家庭治疗和婚姻治疗也可包括在这类集体治疗之中。

以集体方式实施某些心理治疗技术，如松弛训练、生物反馈、催眠疗法等，其方法以各种心理治疗的要求为主。单独的集体心理治疗因其种类较多，方法各异，实施时应根据不同方法的具体要求进行。

(三) 适应证和评价

具有共同问题的住院和门诊精神病人、儿童及其家长(包括学校和儿童医院儿童)、青年人、老年人、烟瘾和酒瘾者等特殊人群均可以接受不同种类的集体治疗。通过集体治疗还可以解决支气管哮喘、溃疡病、糖尿病、心血管病等疾病病人其家属存在的许多共同心理行为问题。集体心理治疗已成为躯体疾病“综合性生物、心理、社会帮助”的一个重要组成部分。

但是，集体心理治疗也存在针对性较低，难于进行量化、控制研究等问题。

(汪勇 姚斌)

第七章 临床心身相关问题

以心理理论、心理现象、心理健康和心理应激等基本知识，综合认识医学临床各类疾病的心身相关问题，并实施相应的心理评估和心理干预，是医学心理学的主要临床应用目标之一。

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), 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。“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。”如果强调心身疾病中的躯体器质性疾病, 则被称之为狭义心身疾病, 例如冠心病、原发性高血压和溃疡病(图 7-1)。在心理学教材中, 心身障碍(psychosomatic disorders) 更为常见, 是心身疾病的同义语(Coon D, 1997)。

长期以来, 心身疾病对人类健康构成严重威胁, 是造成死亡率升高的主要原因, 已日益受到医学界的重视。门诊与住院病人中约有 1 / 3 患有心身疾病, 人群的心身疾病的患病率在 10%~60%之间。心身疾病主要分布在内科, 如内分泌科为 75.4%, 心血管专科 60.3%, 肺科 55.6%, 普通内科 30.8%, 而皮肤科的比例达到 26.6%(徐俊冕 1983)。部分城市的统计表明, 我国死亡最高的前三位疾病都可归为心身疾病, 分别是恶性肿瘤、脑血管病和心脏病, 合计死亡专率 62.3%(卫生部, 1999)。在 2003 年上半年在我国发生的非典型肺炎, 在某种程度上, 是一种与个人行为 and 生活方式有关的心身疾病。

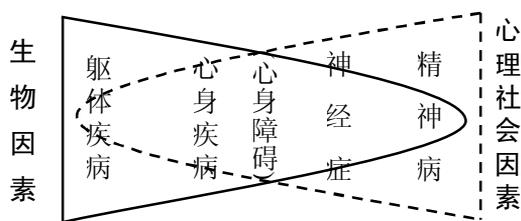


图 7-1 心身疾病示意图(修自姜乾金, 1993)

(二) 心身医学和心身疾病

现代心身医学已经存在 70 年了, 它是生命科学探索的一个集合体, 以研究心理社会与生物因素相互作用对健康与疾病的影响为目的。心身医学反对二元论的观点, 存在的时间并

不很长，但人们对心身（mind-body）关系的关注，可以追述到公元前的古希腊，也可以从中国古代医书中发现相关论述。

心身医学发展的早期可以定在 1930-1960 年之间，最初主要受到心理动力学的影响，按 Freud 的理论和研究方法研究健康与疾病问题。到了二十世纪 50-60 年代以后，心身医学开始转向研究健康与疾病中的心理状态与躯体功能间作用的生理机制，研究对个体有意义的生活事件，以及这些事件造成的心理生理反应及与生理疾病的关系。心理社会应激、心理生理反应、应对、适应和社会支持成为主导心身医学理论研究中的焦点，尤其是应激的研究。这时的心身医学，无论是方法，或是手段都是早期研究无法比拟的，而且涉及的课题、内容也更加广泛，并大量应用于临床，或者以咨询和行为医学的形式出现。

总之，当代心身医学反映了人们对健康疾病研究中心理-社会-生物因素相互作用的认识，从广义上讲，凡是涉及这三个因素相互作用的研究都与心身医学有关，包括心理生理学、医学心理学、行为医学、健康心理学、环境心理学等等。

（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。

DSM-IV 将与心身疾病有关的内容列入“影响医学情况的心理因素”中，是指对医学疾患起不良影响的心理或行为因素。这些因素会引起或加重疾患，干扰治疗和康复，或促使发病率 and 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 的精神疾病分类中没有心身疾病。《中华医学会精神病学分类-1981》将“心身疾病”列为第十三类。1995 年的《中国精神疾病分类第 2 版修订版》(CCMD-2-R) 取消了心身疾病分类，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，这种情况一直延续到 CCMD-3。

德国及日本等国对心身疾病很重视。日本心身医学会 (1992) 经过修订，把心身疾病定义为“躯体疾病中，其发病及经过是与心理社会因素密切相关的，有器质或机能障碍的病理过程。神经症（如抑郁症）等其他精神障碍伴随的躯体症状除外。”

总之，心身疾病概念在目前的权威性心理障碍分类体系中已经消失，被其它概念取代，然而，心身疾病的“肉体”虽然消失，但“精髓”已融入医学临床。

（四）身心反应-特殊医学障碍中的心理因素

心身疾病的研究比较注重“心-身”的联系，实际上，躯体疾病本身作为应激源同样能导致心理反应，即所谓的身心反应问题。有些心身障碍是由躯体疾病通过认知、行为或生理反应引起，也就是继发性心身障碍或身-心反应。这些心理反应不但影响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）躯体疾病对病人生活质量的影响：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”问题作必要介绍。

二、心身疾病的发病机制

心身疾病的发病机制比较复杂，相关研究途径主要包括心理动力学、心理生理学和行为学习三大理论。

（一）心理动力理论

心理动力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 用“应急反应”(emergency reaction)描述“搏斗或逃跑”(fight or flight)状态时所出现的一系列内脏生理变化。被誉为“医学爱因斯坦”的加拿大学者 Selye，提出的“应激”学说，带动了内分泌学家及心理学家的参与(参见前文)。不过，Selye 的理论过于强调“非特异”生物学过程的作用，低估了心理因素的作用。心理不适在生理应激反应中发挥重要作用，内分泌系统对心理影响极为敏感，一切有效的应激源都伴有心理成分(认知评价)，心理社会刺激也能引起生理的应激反应 Mason (1968, 1971)。

心理生理学理论认为，心理神经中介途径、心理神经内分泌途径和心理神经免疫学途径是心身疾病发病的重要机制。在免疫方面。心理社会因素通过免疫系统与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的直接联系(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。

心理生理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，以及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。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。

Miller 等关于“植物性反应的操作条件反射性控制”的实验，说明人类的某些具有方向性改变的疾病可以通过学习而获得，例如血压升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的舒缩等。基于此原理提出的生物反馈疗法和其它行为治疗技术，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，还是斯金纳的操作条件反射，都将强化作为学习过程的一个要素来说明的。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。心身疾病的发病学机制是目前医学心理学领域亟待深入研究的中心课题之一，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。心身疾病的发病机制概括如下：

(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，并得到加工处理和储存，使现实刺激加工转换成抽象观念。该过程的关键问题是诸如认知评价、人格特征、观念、社会支持、应对资源等中介因素的作用。认知评价的作用特别受到关注，因为心理社会刺激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储备有限，过度使用就会导致耗竭，强烈、持久的心理社会刺激物的作用就会产生心身疾病。

未来心身疾病研究将会有很大的发展，特别是心理神经免疫学和计算机图像处理与影像技术的快速发展与应用，将帮助人们更加清楚地认识研究心理、情绪与疾病的通路。

三、心身疾病的诊断与防治原则

按生物心理社会医学模式，人类的任何疾病都受到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) 躯体症状有明确的器质性病理改变，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: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(Dobason等,1991。)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。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(杜章俊,1982)。

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、把生活看作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。

2. 其它人格因素与疾病的关系

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Piper用艾森克人格问卷(EPO)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EPO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 Hales 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” (white 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(Reies 等, 1984)。

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。

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。

2. 实验应激

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杆，以免被电击；而另一只猴子对是否压杆与电击无关。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。

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。缺乏运动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。当北美印第安人的食谱从吃玉米转为面粉和糖以后，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。Maslach 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。

职业（工作）应激与心力憔悴有联系，也有区别。两者都与工作有关，心力憔悴不等同于应激，但可以看成是应激长期影响的结果。

二、内科疾病常见的临床心理问题与干预

（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）。

（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。

（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。

（七）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。

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，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。

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

集体心理治疗包括集体讲解、探讨、自我病情介绍分析，相互鼓励、交流、疏泄不良情绪。有学者选择古典交响乐中的慢节奏部份来调整病人心绪。

(钱明)

第三节 儿科心身相关问题

儿童期个体的心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) 心理社会应激因素

影响儿童健康的心理社会应激因素很少被成人即便是父母所认识，儿童生理心理发育的不成熟使儿童缺乏正确的表达和有效的应对能力，常常以躯体化，心身问题，幻想等不成熟的方式应付，如果不能及时消除应激，获得有效的支持和帮助，常常给儿童的健康及社会化过程带来严重影响。儿童面临的心理社会应激主要有：

1. 父母死亡或与父母的分离 持续的与父母或依恋的照顾者的分离导致儿童的焦虑，这种焦虑称为分离焦虑。早年的焦虑不仅导致心身的紊乱，也易于形成儿童对他人对世界的

基本态度。年龄越小，焦虑的躯体反应越明显，表现为厌食，呕吐，体重不增长，哮喘，技能的学习停止，社会化的过程受影响。

2. 父母患有严重疾病或其它健康问题 父母的慢性病，精神活性物质依赖，躯体及精神残疾都给儿童带来巨大的应激，父母的慢性病造成父母的功能缺乏或不全，使儿童缺乏必要的照顾，经济的困难，依恋情感的需要被忽视，过早的承担与年龄不相称的责任都使儿童的生理心理健康受到不良的影响，增加发生躯体疾病，意外事件伤害，心身疾病的机会。

3. 父母离婚或不稳定的婚姻关系 父母离婚、婚姻矛盾甚至家庭暴力经常使家庭的气氛变得紧张，儿童在家庭中的基本安全缺乏，或担心会失去双亲的一方，或焦虑自己会被遗弃，儿童常常无意识的防御机制使其表现为躯体问题，儿童的躯体或心身问题常常可使家庭的矛盾得以缓解，或父母放弃离婚的决定。因此，有时，儿童的心身症状提示潜在的家庭功能障碍，症状的出现时可暂时使家庭的问题得以缓解。

4. 父母对儿童教育方式的冲突 儿童处于对父母教育方式及行为规范的矛盾冲突中，这种冲突导致焦虑，紧张，恐惧及身体的不适，严重者出现明显的健康损害。

5. 学业压力 父母及学校对儿童及青少年过高的学业压力几乎剥夺了他们的世界，与年龄不相称的过多的强迫性的学习，各种课外的学习使他们穷于应付，父母把自己未实现的愿望强加到下一代身上，来自父母的重望使他们视力下降，失去了本应有的好奇和探索的行为。适应不良者心身问题明显增加。

6. 过分的溺爱 过分溺爱子女的父母或祖父母常不让孩子外出，不许与同伴接触，担心孩子受到危险和伤害。过分焦虑的父母将危险考虑的太多，过分限制孩子的活动，使孩子长期生活在单调，枯燥的环境，语言及能力的发展受限。子女对父母的过度依赖，有部分哮喘的发生与此有关。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“哮喘发作-恐惧-发作”的恶性循环，促使哮喘迁延不愈。

（二）生活方式

儿童具有很强的好奇心和接受新鲜事物的能力，影视节目、电脑、游戏机、因特网对儿童的影响比成人更明显。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等问题。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）心理素质因素

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。溃疡病患儿的自尊心强，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，都可受到心理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

急性发作的儿科疾病会引起患儿强烈的情绪变化，产生恐惧、焦虑、烦躁、抑郁、淡漠和激惹等情绪反应，高热时不定期会出现谵妄、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。家长的过度关心保持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。

慢性病患者在治疗过程中所承受的与同龄人的分离，疏远，孤独感，学业的中断，失去与同伴的交往，都使患儿的心理生理发育受到严重阻碍。慢性病带来的家庭境况的变化，家庭气氛及生活范围的变化使儿童的正常发展历程受到影响。慢性病发生的年龄不同对儿童的影响也不同。如在特定的发育时期，甚至可带来极为严重的后果。如：语言的发育，社交技能的发展，社会知觉及自我概念及人格的形成等方面的严重后果。

退化行为是指个体上市已经学会的与年龄相当的行为而恢复到过去发展阶段的行为。儿童在患病、住院、治疗应激等情景时往往会出现行为的退化，如幼儿已学会用杯子喝水却要用奶瓶喝，已学会控制大小便后却又将大便解在裤子里，情绪变得更依赖，易怒，使用儿语或哭闹来满足其需求，放弃学习新的动作、语言和技能。儿童由于适应能力不足，故而使用退化行为来应对面临的困境。在退化行为发生之初，儿童可能感到较舒适，但过一段时间，便感到丢弃了随着发展而学会的新技巧，结果只会使自己更加无助，使已有的问题变得更难适应。

（二）儿科病人常见心理问题的干预

儿科住院病人心理问题的干预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。

为了减少慢性病给儿童带来的心理健康的影响，对慢性病患者，医务人员应与他们建立良好的医患关系，提供良好的适合儿童的病室及医疗环境，在躯体健康许可的情况下，尽可能保持儿童与父母及同伴的接触和交流。慢性病患者的父母常常因子女慢性病带来家庭的应激而忽视了儿童的心理需求。父母应不断提供对儿童的情绪支持和生活的关照，通过交流，了解患儿的内心体验和痛苦，不应将成人的心理压力转移到儿童身上，如：无充分理由的责备，在学习及生活习惯上苛求，或在儿童面前表现出过分的焦虑等。在健康许可的情况下，尽可能让儿童保持学校的生活，保持与同伴的交流，参加力所能及的活动和技能训练，防止长期退缩在家，维持已有的发展，鼓励适应性的行为。

当孩子出现退化行为时，父母的处理方式最好是忽视它的存在，不去注意孩子的退化行为，而对该阶段新学会的发展的行为予以赞赏。此外，父母也应找出退化行为发生的原因，帮助儿童度过当前面临的困境。在预防退化行为方面，父母也应注意到，不应在儿童面临患病，住院，接受特殊检查等困境时要求儿童学习新的技能，如对学习成绩的过分要求，对生活细节的过分苛求。若应激性事件消除后，退化行为持续时间过长，应检查亲子关系是否出现问题，或父母亲是否需要调整态度以引导幼儿更高层次的发展，随着年龄的发育不断成熟。

(杨彦春)

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、生理特点

一些妇女存在对外界事物较敏感，感情脆弱，情绪容易波动等特点。再加上生活事件的影响，在急骤发展变化的社会经济生活中，妇女的就业、婚姻家庭、计划生育、子女教育问题等都可给他们带来紧张、压力。因而，妇女较男性更容易产生心理矛盾冲突和焦虑、抑郁、恐惧、愤怒等不良情绪，成为致病因素。

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，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。

（二）心理社会因素与妇产科心身问题

因此，心理社会因素在妇产科疾病发病发展中起着特别重要的作用。

国内外不少资料显示，学习压力、考试紧张、生活环境突然改变、悲痛意外事件、剧烈的思想斗争、强烈的妊娠愿望及过度的精神紧张等因素与月经异常有关。例如，女学生临近重要考试前，新兵入伍后，女犯人拘禁期间常出现的闭经或经期缩短；焦虑人格、内向、孤僻、敏感多疑，而且卵巢功能不良的女性在不良心理刺激影响下易患闭经；对月经的不正确认识、神经质个性、夫妻生活不和谐、暗示和自我暗示可加重痛经。有抑郁症和强迫症人格倾向者易发经前期紧张症。

各种不良的心理社会因素也对孕产妇的健康有重要影响。孕妇的不良行为方式、妊娠期心理冲突、精神创伤或情绪不稳定，以及分娩时的紧张和恐惧等，均与妊娠、分娩和难产时出现的各种心身问题有关。

由于文化和心理素质的原因，包括文化程度低、平时心胸狭窄、情绪不稳定、暗示性高者，在接受计划生育手术时容易产生心身问题。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。

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

妇产科病人的心理问题，许多是由月经、妊娠、分娩等这些特有的生理现象所引起，有时这些心理问题又进一步引起强烈的心身反应，甚至心身障碍。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，以致长期焦虑、担心、抑郁、不安。

（二）妇产科病人常见心理问题的干预

妇产科病人常见心理问题的干预、应做好几方面工作：①开展健康教育，普及医疗卫生知识，向广大妇女和女病人宣讲月经、妊娠、分娩等生理卫生、心理健康科学知识，以改善对月经、妊娠、分娩的不良认识；②通过心理护理，心理支持疗法，改善病人不良情绪，调控妊娠、分娩过程；③通过心理指导，提高病人心理素质，使他们学会以积极乐观的态度对待疾病治疗；④提供一些音乐、娱乐、健身设施以改善心身反应，调节心身健康。

（过惠敏）

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。

癌症对人类健康威胁极大，卫生部卫生统计信息发布中心报告，1991年我国城市居民癌症死亡率居总死因第一位，占21.88%；农村居民癌症死亡率居总死因的第二位，占17.47%。癌症的发病原因并未完全阐明。至今医学界认为肿瘤的发病是多因素影响的。随着对肿瘤研究的深入，人们逐渐认识到癌症患者存在心身相关的机制，即心理社会因素与癌症的发生发展有关，同时癌症病人又存在大量的临床心理问题。

（一）心理社会因素与癌症的发生

1. 个性特点 早在公元前二世纪的古罗马时代，盖伦（Gal en）就发现黑胆汁（抑郁）气质类型的妇女患乳腺癌的比较多。有学者将肺癌与一般肺病患者作对照研究发现，肺癌病人较多疑、烦躁、易怒，特别是克制和压抑不满情绪者，即使抽烟不多，也容易得肺癌。现代的一些行为医学专家通过一系列的回顾性研究，提出了一种“C型行为模式”（type C behavior pattern）。这种行为模式的人不善于表达自己的感受，高度地顺从社会，他们一般过分谨慎、忍让、追求完美、情绪不稳定而又不善于疏泄自己的负性情绪，常常有沮丧、无助、悲伤等负性情绪体验。这种人格特征被证明与肿瘤的发生有一定的关系。有些心理学家把这种性格称为“癌前性格”。

2. 不良行为方式 国外的调查表明，修女的乳癌发病率远高于其他妇女，这也符合单身妇女乳癌发病率高于已婚妇女的事实。此外，由于社会生活压力增加，精神紧张，不少人常试图以大量吸烟、酗酒、过度进食来缓解焦虑，增加了消化道癌、呼吸道癌的发病率。性生活紊乱、性滥交等是各类性器官肿瘤的促发因素。食管癌、胃癌高发区居民冬季吃酸菜、咸菜，这其中含有高浓度的亚硝胺类化合物、缺乏维生素C；吃饭“粗、硬、热、快、”、“暴饮暴食”及吃饭时生闷气都是消化道癌的促发因素。

3. 负性情绪 回顾性研究发现，长期具有负性情绪（主要是抑郁、绝望和难以宣泄的悲痛等）的人，明显比对照组更容易患癌症。引起这些负性情绪的应激源多来自于各种生活事件，如家庭或社会人际关系不和、遭受失去亲人或朋友的打击等。米勒在1977年对1400对配偶做癌症发病调查表明，配偶一方患癌症或死于癌症的心理应激可以引起另一方患癌症。米勒还报道过一个何杰金氏病的病例，该患者化疗后病情完全缓解，在长达19年的时间里未见复发。后来突然病情恶化，癌症广泛转移而死亡，经回顾性调查发现，该患者病情复发前6个月，独子因车祸去世，而受到强烈的精神刺激，因哀伤、抑郁的情绪导致了癌症的复发和恶化。心理学家对各种癌症患者的病前生活事件量化分析证明，绝大多数人的生活变故单位（LCU）在200分以上。

（二）心理社会因素与癌症的发展

心理社会因素对于癌症的发展也有重要的作用。有些患者在得知自己的癌症诊断时，采用否认的防御机制，坚决不肯进入病人角色，结果延误了治疗时机，导致病情恶化。也有有的患者对疾病持消极心态，对治疗没有信心，不主动配合医务人员的治疗，甚至认为这是“白花钱”，缺乏求生的欲望，甚至导致轻生行为，这些都被证明不利于疾病的康复。有关资料证明，具有下列心理行为特点的癌症病人，平均生存期明显延长：

- (1)始终持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)能经常组织或积极参加有意义和有快乐感的活动;
- (4)社会支持来源广泛,与周围人保持密切的关系。

(三) 心理社会因素影响癌症发生和转归的生物学机制

心理社会因素刺激机体出现心理应激,通过影响心血管系统、神经系统、内分泌系统、免疫系统等,进而影响癌症的发生和发展。不良情绪可以抑制人体的免疫机能,从而影响免疫系统识别、消灭癌细胞的“免疫监视”作用。动物实验证明,长期心理紧张可促使肿瘤的发展。小鼠在紧张环境下可出现皮质类固醇增多,T淋巴细胞减少,胸腺退化,参与免疫的淋巴系统缩小等现象。如果此时给小鼠接种淋巴肉瘤细胞,其种植成功率和肿瘤生长速度都比对照组有明显的提高。

二、癌症的临床心理问题

(一) 肿瘤患者的心理特征表现

1. 确诊前心理反应 确诊前疑为癌症时,患者可能会因潜在的“恐癌”意识而回避事实,就诊时避重就轻,不积极检查,将病情合理化,这些均对早期诊断不利。同时患者对诊断结果表现出期待性焦虑、伴有坐卧不安、失眠、食欲下降。

2. 确诊后心理反应 一旦确诊后,患者受到极大的心理冲击,出现恐惧、绝望、万念俱焚,甚至出现情绪休克。当确认癌症不可更改的事实后,表现为焦虑和愤怒、情绪低落、暴躁,常向亲友或医务人员发怒,同时还表现出不同程度的抑郁,觉得活着没意思,有些患者表面异常平静,内心却波动剧烈,甚至有自杀倾向。上述心理反应常是导致病情迅速恶化、疗效不佳的因素。

3. 患者常采用的心理行为对策 ①接受现实:痛苦过后逐渐面对现实,强烈的生存欲望促使患者主动求医、遵守医嘱、配合治疗;②消极等待:认为身患绝症,不久将告别人世,因而极度哀伤、抑郁,对治疗没有信心,拒绝治疗或被动接受治疗,常影响疗效;③否认:怀疑诊断的准确性,四处求医,企图得出否定结果。临床经验表明持怀疑态度的患者效果往往较好。而确信诊断的患者,尽管早期治疗,却往往迅速恶化死亡;④“明乐暗悲”:表现开朗而乐观,或四处旅游、尽情享受生活,或加紧做未完成的工作,实则内心极度绝望。

(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的真实信息。这样,既有利于病人了解自己的病情,接受癌症诊断的事实,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,告诉病人诊疗情况时,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。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，让病人有一段过渡时间，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，外表看上去无所谓，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。采用支持性心理治疗、疏泄性心理指导或者利用转移机制，可帮助病人宣泄压抑的情绪，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，使癌症病人难免产生焦虑和恐惧。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，可适当使用抗焦虑药物。

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等方法，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。对严重抑郁病人可使用抗抑郁药物。

3. 减轻疼痛 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，使疼痛加重或降低患者对疼痛的耐受性。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，这种情况下不必过多考虑止痛药物的各种禁忌。

（杜文东）

第八章 异常心理与不良行为

以心理理论、心理现象、心理健康和心理应激等基本知识，综合认识各种异常心理与不良行为问题，并实施相应的心理评估和心理干预，也是医学心理学的临床应用目标之一。

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。

心理和行为的正常与异常或变态是相对的，绝对的健康和正常很难找到，况且在正常与异常之间没有截然的界限，异常或变态心理是偏离常态的心理现象，有的具有病态的特点，如精神病患者，有的则不属于病态。其实，即使正常人在药物或催眠作用下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。

对异常心理现象进行系统的探讨和科学的研究，是近百年的事。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。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圆满。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

异常心理的判断标准对认识心理与行为异常的发生、发展、变化的过程极为重要。尤其在精神病临床应用方面更是不可缺少。由于正常与异常心理活动之间的差别是相对的，加上客观与主观等许多因素对异常心理活动的表现有很大影响，故在判别异常心理和行为时很难规定一个绝对的划分标准。但是，目前通常按以下几种标准，从原则和方法上进行判断。

（一）经验标准

以经验作为判别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。二是观察者根据自己的经验对被观察者的心理与行为状态的判断。显然这种判断具有很大的主观性和局限性，其经验标准也因观察者的不同而存在差异，这种标准目前广泛应用于精神科医生。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,具有客观性及便于比较和操作方便的优点。但是,因为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,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有症状和病因存在作为判断标准。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,对那些占异常心理绝大部分的由心理社会因素起主导作用的心理异常而言,这个标准却无能为力。因此,其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,其评价结论也有所不同。

三、异常心理的理论模式

在异常心理研究中,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。现将几种主要的理论模式介绍如下:

（一）心理生物学理论模式

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,并非所有异常心理皆可找到生物学证据,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，对童年经历与成年后显示的异常行为之间的联系还无科学而可靠的解释。

（三）行为理论模式

该理论认为所有的行为都是经后天学习而形成的，倡导通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。但它往往只强调可观察的行为也有其片面性，因为，个体的思维、态度、情绪等丰富的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即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。

此外，本教材中出现的其它理论如人性主义理论、心理社会应激理论、森田理论等也对异常心理的原因、机制和治疗等问题有相应的解释。

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。这里主要介绍现象学和精神病学两种分类方法：

（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

为提高精神障碍诊断与分类水平，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。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》，其第三版的为 CCMD-3。这三种分类系统都是结合病因和症状进行分类，使用描述性原则实现的，且在分类中尽量不受各派学说的影响。

第二节 焦虑性障碍

一、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，焦虑也与应激不能混同。应激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。

焦虑除了是一种痛苦情绪的体验外，尚有适应的功能。第一是信号，它能向个体发出信号，提醒已经存在的内部或外部危险，以便能逃避或采取消除危险的有效措施。第二是动员机体和调整行为，焦虑使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，为机体应对危险做相应的准备。第三是学习和积累经验，即在预见危险和帮助机体调整行为进行应对的同时，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把焦虑分为三类：

1. 现实性焦虑 亦称客观性焦虑。由对外界危险的知觉或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。即由心理社会因素诱发的忧郁、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 由于违背社会道德标准，致使社会要求与自我表现发生冲突，由此引起内疚感所产生的情绪反应。

（三）焦虑的原因及其心理学理论

焦虑的产生与生物、心理和社会因素的相互作用有关。对此各学派的观点各有不同。

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识评价是发生焦虑的中介,与躯体或心理社会危险有关的认识评价可以激活焦虑。若对危险做出过分估计,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,加强了危险的认识评价和焦虑水平,从而形成恶性循环。

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。

二、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各个环节。应在社会的各个方面大力开展心理健康工作,使每个人从小就培养健全人格,具有健康的心理。这样才能很好地适应社会。另外,在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,并积极开展健康教育和健康促进工作,大力宣传和普及心理健康知识,最好能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。

情绪与动机的自我控制是焦虑性障碍心理健康教育的主要内容。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。

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,如有的患者虽然面露笑容,其实却有严重的抑郁。因此,这是最常见,但也是不易察觉的心理障碍。

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 不足可能构成易患素质，而去甲肾上腺素的功能减弱时就出现了抑郁。此外，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)学习理论认为抑郁是由习得性无助引起的。

(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；情绪障碍与负性认知相互影响，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. 应激理论认为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、帕金森病、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，最大限度地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，则应当首先予以排除，为此动员和取得社会支持，也是十分必要的。

当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。

认知疗法不失为抑郁性障碍心理干预的有效方法。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，就能取得满意的治疗效果。

由于重性抑郁性障碍常常导致自杀，所以对自杀行为的心理干预非常重要。除了及时采取有效的治疗措施，选用抗抑郁药物以外，应当依具体情况，不失时机地采用 ECT 治疗，能收到立竿见影的疗效。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他人相处，表现出偏执、怀疑等。

(2)把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)对包括亲人在内的任何人都没有责任感，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(1CD—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，又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。其特点是对事物常做出爆发性反应，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，墨守成规，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分谨慎。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。

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，因而也就不可能与别人保持热情、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期，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，所以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。其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，改善人际关系。经过较长时间的稳定之后，再慢慢检讨自己的性格缺陷，寻找成熟的途径。当然，对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，对人格障碍的心理干预是大有益处的。

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，具体内容包括以下几个方面：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、性偏好障碍及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

虽经长期研究，但关于性变态的生物学基础研究结果至今仍不能为大家所公认。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作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正常的异性恋爱活动受挫或受到抑制；②遭遇重大的负性生活事件的刺激与打击等；③儿童早期家庭环境中的不良因素或性虐待等；④社会不良文化的影响。

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。（目前倾向于不再将该症归于异常）

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。

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象，并付诸实施的心理障碍。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象，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。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(zooophilia bestiality)和恋尸癖(necrophilia or necrophism or

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,性心理咨询也是对性心理障碍进行心理干预的重要手段。但性心理咨询范围相当广泛,除一般的性问题外,还有病理的性问题,如性功能障碍、性心理障碍、性疾病等。

第六节 不良行为

一、酒 癮

(一) 概念

酒癮亦即酒精饮料依赖(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。

酒癮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。

酒癮的危害主要表现在对自身健康、对家庭和社会的影响等方面。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。

(二)对酒癮的心理干预

对酒癮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,也有用想象厌恶、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,使人们普遍认识酒癮的危害,做到自觉规范饮酒

行为，这也是心理干预的重要方面。

二、烟 瘾

(一) 概念

吸烟成瘾又称烟草成瘾。即烟草依赖性。DSM—III对烟草依赖的诊断标准规定：

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。

(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，血压升高和心输出量增加，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。

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，以及公共场合的禁烟规定，都是心理干预的有效手段。

对烟瘾的心理干预，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。

三、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。

药物成瘾已经成为现代严重的社会问题，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，个体对药物产生耐受性，即服用的药量必须逐渐加大，才能达到与原来相同的效应。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药物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. 阿片类药物成瘾 这是指由阿片、从阿片中提取的生物碱，如吗啡、海洛因等吗啡的衍生物，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成瘾。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重性及危害性，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(*bulimia*)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，肥胖除增加机体的额外负担外，尚可引起一系列疾病。

厌食是儿童青少年特别是在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，配合小剂量的氟哌啶醇治疗效果更好。

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、正确的审美观等方面的教育入手。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，家长不要看得过分严重或心急如焚，因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。

五、因特网成瘾

因特网成瘾（internet addiction），简称“网瘾”，已日益受到专业人士的关注，包括它是否一种病，是独立的还是由其他疾病派生的等。

（一）理论

当网络萌芽时，已有人注意到人类对电脑和技术的依赖。但当时尚未发现过度使用因特网有同样的害处。Shapiro从1997年起就开始研究这个社会问题，最近（2003）他概述了有关理论：

（1）许多人通过电脑来满足某种欲望和激起兴奋，释放压力，放松精神；因而花费大量时间在网上聊天、游戏、漫游。对上网要“一分为二”，一方面它如同运动和默想（meditation）；但若过度使用，就会像冲动控制障碍（impulse control disorder）一样，破坏人的情绪，削弱人的能力。

（2）网瘾可能是一种心理依赖，如同对迷恋电视，锻炼，赌博一样；不是生理依赖。

（3）网瘾可与其他心理障碍相关。如强迫症患者有强迫性赌博或购物，可能以上网取代其他强迫行为。抑郁可能导致网瘾，乃是个人与上网形成与外界隔绝的“黏性循环”（viscous

cycle)。

(4)网瘾可能是一种视觉性条件反射。

(5)国内研究发现,有下列人格特征者易产生网瘾。内因如性格内向,不愿与人交往;意志薄弱,自控能力差;无主见,随大流;好争强,易激惹。外因如学习压力大,从网上求放松;心灵空虚,网上寻求;从众,上网成时尚。(岳文浩,2003)

(二) 症状与诊断

(1)上网时间比预计要长(more),说上网1小时,但3小时后仍在网上。

(2)忽视其他(other)责任。

(3)要想少上网,但是做不到(unsuccessful)。

(4)上网明显地(significant)影响工作、学习和人际交往。

(5)不上网时,总是想着(excessive thoughts)因特网。

(6)“无法抗拒”因特网的诱惑。

(7)上网前,感到紧张和激动,上网后得到享受。

前5个症状的首个字母连成一个电脑单词 mouse。Kassaw 博士说毒品及酒精依赖也有类似的 mouse 症状。

(三) 治疗

(1)认知行为治疗:令患者学习如何处理导致过度上网的感觉;帮助他们控制欲望和安排时间。对青少年学生首先明确学习是首要任务。然后在共同讨论中理出四大危害:①荒废学业;②损害健康;③浪费金钱;④疏远亲情及友情。再以反面典型教育并由家长,教师配合。

(2)系统脱敏:与家长、孩子共同协商,制订总体计划目标:二个月内逐步减少。配以奖惩,奖以代币,定期兑现;罚以限制其喜好活动或食品。

(3)其他行为治疗如替代,自我惩罚等。

(4)默想疗法:有助抑郁或强迫症患者稳定情绪,控制冲动。

(丁宝坤 徐斌)

第十章 临床医学其它心理问题

以心理理论、心理现象、心理健康和心理应激等基本知识，综合认识睡眠、疼痛、手术等各种医学临床常遇到的问题，并实施相应的心理评估和心理干预，同样是医学心理学的临床应用目标之一。

第一节 睡眠心理

睡眠是人类生命活动所必须的生理和心理过程。通过脑电图、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终结的被动过程，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。按脑电图变化特点将慢波睡眠又区分为4期：

S_1 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。

S_2 期：对外界刺激已无反应，亦无可回忆的精神活动。

S_3 期：进入较深的睡眠状态。

S_4 期：深睡期，睡眠很深。

慢波睡眠45分钟左右。在慢波睡眠期间，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 S_4 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转动，故又称快动眼睡眠（REM）。

快波睡眠期，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。

3. 睡眠的周期 闭目入睡后，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→ S_1 → S_2 → S_3 → S_4 → S_3 → S_2 →第一次快波睡眠→ S_2 → S_3 → S_4 → S_3 → S_2 →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 分钟左右，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，10 分钟左右，在以后各周期中逐渐延长，30 分钟左右。

（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。

每人具体需要的睡眠时间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。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。

（三）睡眠剥夺研究

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，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。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。

实验受试者会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，而且与心理生理需要有关。

梦来自何方？它是如何形成的？Hobson 和 McCarley（1997）根据研究提出了梦的“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，那么他就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%。睡眠障碍主要有失眠和觉醒障碍等。

（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。

(2)保持睡眠困难型：表现为夜间易醒，或醒后不能再入睡。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。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、睡眠规律改变、时差反应等都可影响入睡，或使觉醒次数增多和早醒。另外，入睡 before 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：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：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。但服用安眠药后的睡眠与正常睡眠并不相同，长期用安眠药维持睡眠对人体有不利影响，应避免长期给药。

(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：包括认知行为方法，调整认识态度，消除不良的自我暗示，减轻患者心理压力减轻紧张、焦虑和不安，保持愉快的情绪；应用放松训练；应用生物反馈方法；应用安慰剂等。这些方法能不同程度的帮助失眠者恢复正常睡眠。

(二) 睡眠觉醒障碍

1. 梦呓 梦呓又称说梦话，即梦中自言自语，所言内容大多与白天活动有关，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，被视为是一种知觉，一种情感体验。几乎每个人都体验过疼痛。在临床病人中，疼痛是最常见的主诉。

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、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

暗示指通过某些信息如语言、动作和药物等方式对人的心理和行为产生影响，使之发生改变。暗示对痛觉影响很大。安慰剂止痛觉是最好的例证。外科手术后的疼痛 35%可被安慰剂止痛。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。如佛教徒削发为僧烧戒疤时，能忍受香火烧灼头部的激痛。

二、慢性疼痛与疼痛的心理干预

最常见的疼痛区分是急性疼痛和慢性疼痛。慢性疼痛是指疼痛感超过了三个月或在创伤痊愈后疼痛仍持续存在（国际疼痛分类学研究联合会）。慢性疼痛常伴发持久的苦恼、失眠、易激惹以及丧失工作能力或不能从事其它活动。与别的疾病相比，慢性疼痛更常伴发抑郁。

患者的生活被症状破坏，情绪发生改变，身体上丧失能力，严重破坏患者的生活质量。

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，医学专家们已发展了四种疼痛治疗法。最常用的方法是使用止痛剂。第二种方法是电极表面刺激技术。第三种方法是把电极植入病人大脑的疼痛中心以阻断对疼痛的感知。第四方法用外科手术切断神经纤维。

此外，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)认知行为方法：认知干预是力图改变可能使疼痛加重的负性思维和自我陈述。认知重构、模仿、想象和注意力分散技术是认知策略中常见的治疗方法。例如向病人及其配偶讲授有关疼痛行为的观点及社会强化因素在维持这种行为中所起的作用，教导配偶忽略病人的疼痛行为，奖励其良好的行为。同时让病人及配偶记录下疼痛行为以及配对这种行为的反应。此外，进行有规律的体育锻炼。又例如渐进性肌肉松弛训练可用来减轻焦虑，从而缓和肌紧张性疼痛。

(2)催眠暗示和冥想技术：催眠看作是一种意识改变状况，这种状况下，个人的感觉会戏剧般地从现在状态转换到催眠师诱导的多少有点虚假的现实中。另一种观点认为催眠是一种注意力改变状态，处于这种状态的病人易于接受暗示。近来，有人从认知行为的角度来分析催眠。从这种角度来看，催眠的积极成分包括放松、转移注意力、暗示和认知重建。还有使用安慰剂和自我暗示方法。

冥想作为一种疼痛控制方法，可能被看作是放松疗法的另一种形式，或是可能转移对疼痛注意力的认知集中技术或两者都是。以 Kabat—Zinn 为首的研究小组运用了一种名为思维冥想的方法，作为慢性疼痛的一种应付方式。在一项研究中，他们用 10 周以上的时间训练了 90 个病人，发现这些人报告的疼痛水平减低，与疼痛有关的情绪减少，止痛药的用量也减少。

(3)生物反馈技术：例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：例如无痛分娩；

(5)减轻抑郁情绪的心理治疗和抗抑郁药物治疗。

Turk 采用应激接种训练法 (stress inoculation training) 成功地控制了疼痛。他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、人为想象而获得减轻；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，不但对隐匿性抑郁的疼痛有效，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。

第三节 手术心理

无论何种手术,对病人都是一种应激刺激,不仅有身体上的创伤性刺激,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、噩梦等。病人入院 24 小时内焦虑程度最高。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分依赖医师。

(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;④30%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,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,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。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。

二、手术病人心理问题干预

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 intervention）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

及时给病人提供有关手术治疗的必要信息，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的要求和问题给予解答，这样将会减轻病人的害怕情绪，增强其忍耐性。具体包括：

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，评估病人的心理反应、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详细耐心地介绍病人的病情，阐明手术的重要性和必要性，尤其要对手术的安全性做出恰当的解释，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和对手术极为负责；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做出决定的能力，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。

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像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。

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。

第三节 康复心理

一、康复过程的心理行为问题

病损造成残疾，患者的权利和地位因此受到影响，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们对他们态度的改变。其结果，必然会引起产生一系列心理行为问题。对大多数患者来说，因伤残引起的心理行为问题有一定的规律。认识这种规律，对于帮助患者顺利度过康复期有积极指导意义。患者常见的心理行为问题如下。

（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，可把它看作是防御手段，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，甚至使康复计划难以实施，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. 癡症型病态人格 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。

二、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，争取时间等待其积极心境的出现。此时，可鼓励患者进行一些简单的操作训练，并告之这种训练将为整个康复计划作好准备。其次，给患者制定经过努力较容易达到的目标，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。可以安排患者与康复较好的伤残患者住在一起，形成病房小群体，通过互相沟通影响，能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、积极指示、保证、启发语言，分析消除其问题的原因，使其正确认识伤残程度及经康复治疗后的可能的恢复程度，并对患者提供感情支持，组织社会和家庭支持，消除各种疑虑，建立和谐良好的环境，消除孤独感以降低焦虑水平；

(3)积极暗示，发挥榜样的作用：如请已经康复治疗恢复良好的病人现身示教；

(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，能调节心理状态，培养积极情绪，促进机体抗病能力和发挥器官肢体的代偿功能，对残疾人和患者有良好的心身康复作用。即使是内脏疾病如高血压、冠心病、糖尿病、慢性肾疾病等康复期病人，运动锻炼也有一定的改善脏器功能和调节心理行为障碍的作用(McMahon M, 1985)。

近些年的研究证明，不论正常人还是病人，参加运动锻炼能减轻紧张焦虑状态。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病人的抑郁症状，是一种安全的对付抑郁的康复手段。运动锻炼抗抑郁的主要原因是由于运动提高了患者对自己身体的信心，以及克服了久病造成的依赖性。此外患者对良好结果的期望等，也都可能与运动锻炼的抗抑郁作用有关。

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。机理可能是多方面的，涉及认知的改变、生理性松弛、周身温度升高、激素和神经递质的变化等机制。

康复运动锻炼对心身的积极作用是肯定的。它作为疗养康复计划的一部分，特别适用于那些与心理行为有联系的临床症状的纠正。另外，运动锻炼也有一个适应症和运动剂量的问题，在指导和实施运动治疗过程中必须予以注意，做到因人因病而异。

(三) 社会因素在康复过程中的作用

(1)家庭成员的态度：病人的父母、配偶、子女的态度对病人有举足轻重的影响，对病人的康复有决定性的作用。病人由于疾病，工作和生活能力都受到了影响，严重的会丧失工作、生活能力。病人的自尊心、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、教育病人的家属体谅、理解、关心、照料病人，帮助病人克服困难，战胜疾病，顺利康复。

(2)工作单位的态度：如果病人的工作单位对病人缺乏同情、关心，视病人为累赘、负担，对病人因患病而造成的各种困难，尤其是经济上的困难不给予解决，会给病人的生活和看病造成许多困难，使病人难以顺利康复。

(3)社会的态度：如果社会对病人和残疾人采取不闻不问的态度，甚至厌恶、嫌弃、嘲弄、侮辱病人和残疾人，这会使病人和残疾人感到愤懑、屈辱、自怜、悲观、抑郁、恐惧等，不

利于病人和残疾人的康复。应动员全社会的人都来关心帮助残疾人和病人。

(4)社会支持系统和社会保障系统：残疾人和病人生活、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，保障残疾人和病人的基本生活条件和医疗条件。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病人服务的志愿人员，对残疾人和病人进行康复训练和职业训练，鼓励病人干些力所能及的事，启发他们对待工作的积极态度，增强病人的谋生能力，提高自我价值感和自信心。

第四节 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。

Wol f 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，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，病人对药物治疗的顺从性（compliance）较差。一般来说，病人对药物治疗的顺从性差，其疗效亦较缓慢或不满意，因此促进病人在使用药物时增强遵医行为甚为必要。

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。20 世纪 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

以各种心理行为科学知识去综合认识医学临床的病人与医患关系,以取得最佳的临床工作效能,也是医学心理学的重要目标之一。

第一节 病人心理

一、病人概念与病人角色

(一) 病人

患病包括客观性的组织器官结构、功能和生化的变化,主观性的病感以及社会功能异常三个方面,但是,这三者并不一定同时出现或同时具备。客观性变化可以通过科学方法检验出来,但个体主观的病感则是不能直接加以验证的,它是以一定的症状形式表现出来的主观体验的心身状态。病感的产生,可以源于内在的客观病变,也可以由心理与社会功能障碍引起;组织器官的结构或功能异常一般伴随有病感,但在疾病早期或病情轻微,也可以没有病感。社会功能障碍多因病情或症状较重而不能履行社会角色职责。

“病人”(patient)一词,不同的时期有不同的理解。传统的观点把有求医行为的或处在医疗中的人称为病人。一般而言,患病通常去寻求医疗帮助,但是并非所有患病者都有求医行为,同时,也并非所有有求医行为的人一定是的病人。现实生活中,有些人患有某些躯体疾病,如龋齿、皮肤病,他们可能不认为自己有病,而同健康人一样照常工作,担负相应的社会责任,社会上也没有把他们列入“病人”行列。另外,有些人由于社会原因而诈病,为了其不良目的(取得假条、伤残证明或赔偿)而前往医院求诊,临床上也常将这些人误列为“病人”。

心理障碍通常有病感而没有组织器官结构的改变,这些人大多被生物医学模式认为是没有病的人,随着社会的发展,健康观发生转变,社会已逐渐认可心理障碍是不健康的,由于种种原因,在我国患有各种心理障碍的人还较少向心理医生求诊,但是他们确实是病人。

无论是躯体病变还是心理障碍,发展到一定程度,都会影响病人的社会功能,躯体痛苦或心理痛苦都会影响一个人的情绪、思维和社会活动。

健康的实质是人体与环境统一,心身统一和机体内环境的相对稳定性。因此,对“病人”概念的较全面理解应该是:患有各种躯体疾病、心身疾病或心理障碍,神经精神性疾病的人,不论其求医与否,均统称病人。

(二) 病人角色

病人角色(patient role)又称病人身份,是与病人的行为有关的心理学概念。病人

角色是以社会角色为基础的，社会角色是社会规定的用于表现社会地位的行为模式。每一种社会角色都有一定的特征性，同时必须承担相应的义务或责任。病人角色的特点有：

(1)减免平日“正常”的社会责任：患病后，由于精力和活动的限制，病人可以减免平日社会角色所承担的责任，至于减免多少，则视疾病的性质和严重程度而定。

(2)有接受帮助的义务：患者在一定程度上须依赖他人的帮助，包括家庭、社会等，接受必要的帮助或照料是理所当然的。

(3)有恢复健康的责任：患病是一种不符合社会需要的状态，也不符合病人的意愿，因此，病人必须有使自己尽快康复的动机和行动。

(4)有寻求医疗帮助的责任：病人必须寻求技术上使自己复原的帮助，必须同医务人员合作，尽快恢复健康。

当一个人被宣布患了疾病之后，角色行为就会发生变化，随之引起角色适应方面的问题，其后继行为亦会发生变化，常见的有如下几种情况：

(1)角色行为冲突：从正常人变成病人，患者常有挫折感，病人角色的要求与平日行为发生冲突，患者会感到茫然、愤怒、焦虑、烦躁。冲突的程度随患病种类及病情轻重而有不同，正常角色的重要性、紧迫性及个性特征等会影响角色转变的进程。

(2)角色行为缺如：虽被确认为有病，但患者并不放在心上，或根本不愿意承认自己有病。这常常是由于客观因素的重要性使患者不能接受病人角色，或是患者使用否认的心理防卫机制，以“视而不见”的心态来减轻心理压力。这类患者不易与医护人员合作。

(3)角色行为适应：经过角色行为冲突后，病人逐渐进入病人角色，从而较为冷静、客观地对待现实，改变角色行为。有些病人正常社会角色和病人角色之间的冲突可能很激烈，以致迟迟不能进入病人角色。一般情况下，许多病人开始时不安心扮演这样的角色，往往急于求成，不切实际地以为很快就能根除疾病，迅速恢复健康。要在病情的演变和治疗过程中，病人才能慢慢适应，从而规范自己的角色行为，如关注自己的疾病，遵行医嘱，采取必要措施减轻自身疾病或症状等。

(4)角色行为减退：患者进入病人角色后，并不等于他的其他社会角色丧失。由于环境、家庭、工作等因素，以及正常社会角色所担负的责任、义务的吸引，可使病人行为角色减退。此时病人会走出病人角色去承担其正常时角色的责任和义务，这常常会使病人的病情出现反复。

(5)角色行为强化：随着病情的好转，病人角色行为也应向正常角色行为转化，才能在躯体康复的同时，使正常社会角色行为也得到恢复。如果这种转化发生阻碍，病人角色行为与其躯体症状不相吻合，过分地对自我能力表示怀疑、失望和忧虑，行为上表现出较强的退缩和依赖性，这就是病人角色行为强化。也有些患者惧怕很快回到充满矛盾和挫折的现实角色中去，以退化机制来应对心理上的不平衡，这些都可以使病人角色强化。

(6)角色行为异常：这是病人角色适应中的一种异常类型。病人无法承受患病或患不治之症的挫折和压力，表现出悲观、绝望、冷漠，对周围环境无动于衷，这种异常行为如不能有

效地疏导，不仅对病情十分不利，而且还可能发生意外事件。

二、病人的求医行为

求医行为（medical help seeking behavior）是指因疾病困扰而导致的寻求医疗帮助的行为。然而，病人察觉到自己有病时是否有求医行为，取决于许多因素，如对疾病的认识水平，家庭、朋友的建议，最重要的是对症状或不适的心理体验及耐受程度，以及这些与个人生活经验相比较而得出的结论。另外，疾病种类及社会因素、经济条件等，也影响病人是否寻求医疗帮助。求医行为按其采取行为的态度分为主动求医行为和被动求医行为两类。

影响病人采取求医行为的因素主要有以下几种：

(1)对疾病或症状的主观感受：不论病人实际所患的疾病性质如何，病人的主观感受常是决定病人行为反应的重要因素。由于认知上的差异，或心理耐受程度不同，病人对他所患的疾病，可能有正确的看法，也可能会产生误解或歪曲，这些都会影响病人的行为。

(2)症状质和量的影响：症状对病人行为的影响，取决于该症状在特定人群中出现的频度（常见或罕见），一般人对其是否熟悉与重视，该症状或该疾病的预后是否易于判断，它的威胁有多大，由此带来的损失会是怎样，会不会干扰自己有价值的活动或日常生活工作等。例如，体力劳动者普遍存在的腰腿痛可能会被认为不算病，因而不出现求医行为；而“咯血”的症状则是不常见、不熟悉、不明预后的，因此感到可怕，从而导致求医行为。靠症状的体验决定求医行为并不完全可靠，许多慢性疾病早期毫无症状，待到发现症状时，常已是达到某种严重程度或难以逆转了。由于个体对症状的敏感性和耐受性不同，因此有些人“无病呻吟”，而另一些人则会忽视症状的危险性。

(3)心理社会因素影响：知识水平低，缺乏医学常识，对症状的严重性缺乏足够认识，对于医生及医疗手段的恐惧或对个人健康持冷漠态度，都可以讳疾忌医。社会及经济地位低，担心支付不了医疗费用，多为被动求医或短期求医。工作繁忙，家务重，或交通不便，也会影响人们的求医行为。

三、病人的心理需要

除了具有一般人所共有的多种心理需要外，作为一个受疾病困扰的特殊群体，病人在满足各种需要的重要性和迫切性上有不同于正常人的情况。

(1)接纳的需要：病人有伤病，希望能得到及时的诊治；在需要住院时，希望医院接收其入院。入院以后，进入一个生疏的环境，在由医务人员、病友共同组成的新群体里，又希望能成为这个群体中受欢迎的人，渴望能与病友沟通，相互之间关系融洽。

(2)尊重的需要：自尊需要的满足会令人自信，感觉有存在价值。病人往往因丧失部分能力，处于被动地位，更增加了对自尊的需要和渴望被人尊敬。病人可能通过与医务人员亲切的感情交流而使自己受到重视，那些不善交往者，也希望得到一视同仁的关照。有一定地位的病人可能会有意无意地透露或表现自己的社会身份。如果病人感到自己在医务人员心目中

没有地位，无足轻重，往往会感到伤感，失去自尊心，从而降低对医务人员的信任和战胜病魔的勇气。来自医务人员的重视、赞扬、鼓励和尊敬，病人会感到是对自己的最高奖赏。

(3)提供诊疗信息的需要：病人住院治疗，是进入了一个陌生的环境，初次住院的病人更是茫然。病人要适应这一新的环境，需要了解有关情况，对于疾病诊疗的信息，尤为关心。及时向病人介绍住院生活制度，有关诊断和治疗的安排，疾病的进展和预后，如何配合治疗等，有助于减轻病人的担心和焦虑，使其心境平稳，积极主动地配合治疗。

(4)安全需要：疾病的检查和治疗总是带有一定的探索性，有时可能会有危害性或危险性。病人住院，对于种种检查、抢救设施和措施，既寄予希望又充满恐惧。安全、稳定、宁静、有序的医院环境和医疗措施，能增加病人的安全感，使他们放心地接受治疗。安全需要对病人来说是最基本的需要，但病人的不安全感是始终存在的，一方面来自病人对疾病的自身感受和担心，另一方面来自医疗机构和医生。医院的环境、条件，医务人员的个性、医疗作风，医患关系等，都可能影响病人满足安全感。

病人的心理需要常以各种方式反映出来，若得不到满足便会导致一些“越轨”行为，或者表示不满，或者违反院规和医嘱。假如不从病人心理需要的角度去考虑，医护人员很可能对这类病人产生反感，把他们当作不愿配合的“坏病人”，甚至少数医护人员用让其出院或换病房方法来对付他们，这种对抗的处理方式对病人的心身健康是不利的。

四、病人的心理社会问题及干预

(一) 门诊病人的心理问题

大部分病人的诊疗活动是在门诊进行的，了解门诊病人的心理需求，是医务人员提高诊疗质量的必要前提。门诊病人的心理要求主要有：

(1)希望能及时就诊并得到良好的医护对待：来医院就诊的病人都希望能够尽快得到诊治，面对长长的挂号、候诊、取药队伍，茫然不知所措，初诊病人尤其明显。现在医院分科越来越细，给病人就诊带来许多麻烦，该到哪个科就诊，往往是楼上楼下各处询问，有的患者辗转几个科室仍“不对口”，颇让人心烦。病人希望能够得到良好的医疗服务，如果受到不友好、不礼貌对待，或者医生诊查时欠认真，都会给病人带来消极的心理影响。某些检查设备虽先进，但费用也较高，有的病人因为检查就已化去大半费用而沮丧。提供方便的就诊条件和服务，减少或避免不必要的检查和用药，是医院和医务人员职责和职业道德。

(2)期盼明确的诊断及妥善治疗：患病后病人急切想知道自己患了什么病，病程及预后如何，他们需要确切的检查结果和明确的诊断，要求给予有效的治疗。作为医生，应及时向病人或其亲属通报病情及说明有关情况，消除或减轻病人的顾虑，让其在良好的心境中配合治疗。

(二) 急诊病人的心理反应

急诊病人大多起病急、病情重、生命危急，需要紧急处置，急诊病人较普通门诊病人心理反应更强烈。

(1)急诊病人因起病急,缺乏心理准备,表现出焦虑、恐惧和不安。或不时发出呻吟声和呼救;或由于突发事故造成伤害而发生“情绪性休克”,表现为无主诉、冷漠、平静。医务人员积极、快速、有序地投入抢救,可以减轻或消除病人的紧张心理。

(2)突然降临的伤病,对病人是个重大打击,常造成病人的行为退化,情感幼稚。表现出辗转呻吟,哭喊不宁,激惹性增高,乱发脾气。对此要热情、耐心地护理与安慰病人,正确引导,使之正确对待疾病。

(3)病人来到急诊室,在心理上开始有一定的安全感。但能否得到及时准确的救治,还心有疑虑,病人总是希望有家属陪伴,以得到精神上的安慰。医务人员沉着、机智、果断、积极救治病人,可以增加病人和家属的安全感。

(二) 住院病人的心理问题

住院无疑对疾病的诊断和治疗都会带来好处,然而,住院却又往往标志着疾病较为严重,它会让病人产生不同程度的心理应激。

(1)环境突变的心理问题:病人住院时要离开他的家庭,进入陌生的病房环境。医院有特殊的设备、结构,有相应的治疗、护理活动及各种规定;种种的不熟悉,足以令病人焦虑和孤独。住院接受治疗,是处在“被动”、“依赖”立场,病人失去了自主与控制的权力,而且在医院里,病人也难有机会与医生护士有效沟通,这更增加了病人的负性心理。

(2)生活方式的不适应:医院的规章制度对住院病人有一定的要求。饮食要遵从医嘱,睡眠要遵照作息时间表,生活上的全部过程被医护人员监视着,个人行为成为众所周知的事,不管病人平日社会角色如何,住院后都得服从病房的管理。因此,病人往往感到医院生活单调,活动范围小,不适应,易致烦闷及不安。

(3)工作及家庭生活中断的心理问题:住院实际上造成了工作、家庭生活的中断,暂时性的离开工作场所及中止原来的社会角色,容易产生自我认同迷失。这种中断也给病人带来心理压力,有的担心会给家庭经济带来困难,或配偶对子女照料不周而放心不下;有的对学习的中断可能导致的后果而焦虑;一些工作负责、事业心强或担负领导工作的人,一旦被强迫性地整天躺在床上,靠别人安排自己的生活,则更为焦虑和烦闷。

(四) 手术病人的心理问题

1. 手术病人的一般心理 手术往往被人们认为是重大的生活事件,病人的心理压力很大,对手术意外的担心常在病人思想中缠绕。求生的欲望使他们对医务人员产生依赖心理,渴望遇到一位技术高明的医生。也有些病人因病情较重,或平时受到此类疾病难以治愈的认识影响,因而绝望,拒绝治疗。

2. 手术前病人的心理 由于手术都具有一定的危险性和不可预期性,病人的心理负担很重,既想通过手术彻底解除病痛,同时又担心手术会有生命危险或引起疼痛,使他们陷入“趋-避”冲突之中。随着手术日期的临近,焦虑恐惧更重,甚至坐卧不安,有的甚至还留下遗嘱。医护人员手术前或手术中应注意自己的言行,避免给病人造成不良暗示。

3. 术前心理准备 术前准备,除了对病人的躯体的治疗性准备外,还应注意心理准备。

术前心理准备，可以调整病人对手术和麻醉的认识，缓解心理冲突，使之更容易配合手术；同时，也能减轻病人术中的痛苦，促进术后恢复。由于不同病人对手术的心理反应和应对方式不同，心理准备应因人而异。心理准备的主要方法有：提供有关手术、麻醉及术后恢复过程的信息可以消除不确定性，解除病人不必要的猜疑、忧虑和恐惧，矫正错误认识并调整对手术的期望；鼓励与安慰可调动病人的动机与信心，振奋精神，克服治疗中的挫折与痛苦；教会病人如何配合手术，应对痛苦与不适的方法，可有效增强病人的信心与自我驾驭感；让病人术前观看类似手术的录像，或请已成功度过手术和术后恢复过程中的病人现身说法，可减轻病人对手术的异常恐惧。

4. 手术后病人的心理问题 手术前的心理问题通过实施手术而大都解决或时过境迁，手术后的各种实际问题便在较长的恢复期内不时出现，如手术之后的疼痛。如果术后疼痛持续时间较长，则考虑是否为术后抑郁或角色行为退化所致。病人考虑到手术对健康、工作、学习和家庭的影响，因而沮丧、悲观和抑郁，术后抑郁会使伤口愈合减慢，疼痛时间延长；心理退化是因为各种因素强化了“病人角色”。病人对手术后的不适及恢复情况很敏感，他们往往以此作为判断手术是否成功的主观标准。如果他们认为手术确实恢复不良，则对心理打击是非常大的。

一些特殊手术病人，如截肢、脏器的切除或部分切除生殖器官等，可导致病人自我概念的模糊及缺陷心理、羞怯心理，精神负担重，造成术后长期抑郁。有的病人会出现幻肢症和幻肢痛。这些都需要广泛的社会支持和综合干预。

(杜文东)

第二节 医患关系

一、医患关系及其意义

(一) 人际关系

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。社会认知和人际吸引理论与人际关系的形成有密切关系。

1. 社会认知

社会认知 (social cognition) 是个体对自己或他人的心理状态、行为动机和意向做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。社会认知的结果是人际关系建立的基础。

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，各人的认知表现各不相同，因之所致的人系关系结果也不相同。人们在社会认知过程中，会保持对他人认识判断的一致性，减少互相矛盾的评价，并以个人的态度倾向有选择的认知他人，表现出认知对象的社会意义和价值。在社会认知的过程中还会因自我控制的作用调节认知结果，使之保持与社会环境的平衡。

社会认知受客观因素和主观因素的影响。客观因素指环境特点和认知对象特点，在不同的社交情境中会有不同的认识和判断，认知对象的外部表情、言谈举止、音容笑貌以及语言等信息，是社会认知的主要依据。主观因素指认知者本人的文化背景、生活经验、生活方式，以及个人需求、价值取向等特点，人们总是根据自己的标准及需求认识自己及他人。

人们通过对自己的认知形成自我概念（self-perception）和自尊（self-esteem），即对自己的认识和评价。

人们通过对他人的认知形成对他人的印象（impression），印象形成中由于信息出现次序不同产生了首因效应（primacy effects）和近因效应（recency effects）。首因效应是指人们比较重视最先得到的信息，在首次交往中由仪表、风度、言语、举止等形成的第一印象对印象形成有关键作用。近因效应则是指最新得到的信息对他人的印象形成起较强作用的现象，即最后一次交往留下的印象影响久远。

由于人们的社会经验和在社会认知中的联想，形成了印象形成中的晕轮效应（halo effects），这是由交往对象的某种特征推知其他相关联特征的现象，如一位同学因其学习好给人留下的好印象，会使人觉得他的其它方面都好。人们对社会群体的认知形成刻板印象（stereotype），这是对某一特定群体的固定而概括的看法，如人们普遍认为的男性有坚毅、果敢、独立、以事业为中心的特点，而女性有敏感、热情、依赖、以家庭为中心的特点，刻板印象有其一定的合理性，但也有许多偏差的成份。

2. 人际吸引

人际吸引（interpersonal attraction）是人与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。人际吸引是人际交往的前提和基础。

产生人际吸引的原因主要有以下6个方面：①相近吸引，是由于时间及空间上的接近而产生的吸引；②相似吸引，是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；③互补吸引，是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；相悦吸引，是指在人际关系中使人感受到的心理上愉快满足的感觉产生的吸引；④仪表吸引，是由人的身材、容貌、衣着、打扮、风度等仪容仪表产生的人际吸引；⑤敬仰性吸引，是因单方面对某人的某种特征的敬慕而产生的人际吸引。

（二）医患关系

医患关系（doctor-patient relationship）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。

医患关系的实质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

持健康的过程。和其它人际关系相比，医患关系有以下特征：

(1)医患关系以医疗活动为中心，以维护病人健康为目的。医患关系是一种工作关系，以治疗疾病、维护健康为目的的医疗活动是医患交往的核心内容。

(2)医患关系是一种帮助性的人际关系。医护人员具备专业知识和技能，处于帮助者的地位，患者因其健康问题，处于被帮助者的地位。

(3)医患关系是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。

(三) 医患关系的作用及意义

传统的医疗活动仅以各种检查和检验数据来诊断疾病，忽视医患关系，已经造成了许多不良后果。医学模式的转变使现代医学更加重视医患关系的作用，良好的医患关系的作用和意义主要体现在以下几个方面：

(1)良好医患关系是医学模式转变的要求：新的医学模式要求医疗活动从生理、心理、社会三个维度考虑健康和疾病的问题，良好医患关系是促进患者心理健康和社会适应的必须途径。

(2)良好医患关系是医疗活动顺利开展的前提：良好医患关系可以增强患者对医务人员的信任感，帮助医务人员更好的采集病史资料，还可以提高患者对医嘱的依从性，争取患者在医疗活动中的配合，

(3)良好医患关系可调节患者心理状态，有利于健康恢复：良好医患关系可以消除患者因疾病产生的不良心理反应，调节情绪状态，并通过心理—生理反应提高抗病力，使疾病尽快痊愈。

二、医患关系模式

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。

这种模式主要存在于昏迷、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。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。

这种模式主要存在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。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。

这种模式主要存在于慢性疾病的医疗过程中。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。医生要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，帮助病人树立战胜疾病的信心，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（communication）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，病人的温暖和安全感就油然而生。

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）

第十一章 医学心理咨询

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，主要是帮助病人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，如帮助他人认识问题和解决问题的方法、帮助他人去适应（大学新生或患了不治之症的病人）、帮助病人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。在咨询工作中，需要广泛应用医学心理学的基本知识和基本技能。因此，也可将其看成是医学心理学的重要实际应用领域。

第一节 心理咨询概述

一、定义

(1) 咨询 (counseling)：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。

(2) 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。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。

(3) 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），帮助病人恢复身心健康。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。

二、意义

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。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，进行指导方针导向性训练和转变，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。

三、历史与现状

由于诸多的历史原因，心理咨询与心理治疗在我国的开展和临床应用只是近 20 多年来的事，虽然早在解放前，精神分析等心理治疗的一些著作已由我国老一辈的学者译成中文，但实际应用几乎没有。解放后，在大跃进年代，曾有一些学者提出“快速学习疗法”治疗神经衰弱，但受前苏联的纯生物精神病学模式和当时的政治、历史背景影响，并未得到推广和认可。因此，在 1980 年以前出版的国内精神病学教科书中几乎很少介绍西方心理咨询与心理治疗的方法，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。同时也有许多心理治疗与心理咨询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—德心理治疗讲习班，中—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治疗与心理咨询的临床培训基地，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。

第二节 心理咨询的工作模式

一、咨询方式

一般分为门诊咨询、医院内咨询、信件咨询、专栏咨询、电话咨询和访问咨询等。

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。为了有充分时间会谈，使咨询更有成效，每次门诊人数应有一定限额。咨询的医务人员应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 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”，一起研究处理内、外科或其他科住院病人出现的心理问题。

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，这对于普及心理卫生知识有积极作用。

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，医生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。

5. 访问咨询以及网上咨询 指咨询医师到学校、工厂作现场观察与调查，找出问题，提供不同职业群体心理卫生的建议。网上咨询是近年来兴起的一项新事物，目前国内有许多这样的网站。

二、咨询范围

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、心理咨询人员的要求

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。近年来由国家劳动部牵头负责的心理咨
询师资格认证考试与培训项目已正式启动，即心理咨询作为一种职业已被国家认可。由卫生部和
中国心理卫生协会牵头的心理治疗师资格考试也开始施行，它较前者要求更高、专业性更强，需达到中级医疗技术职称。

以下摘录中国心理卫生协会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(项)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时间不得少于3个月)；
- (7) 至少完整地作过5-8例患者治疗或咨询，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、治疗会谈，以及心理分析、

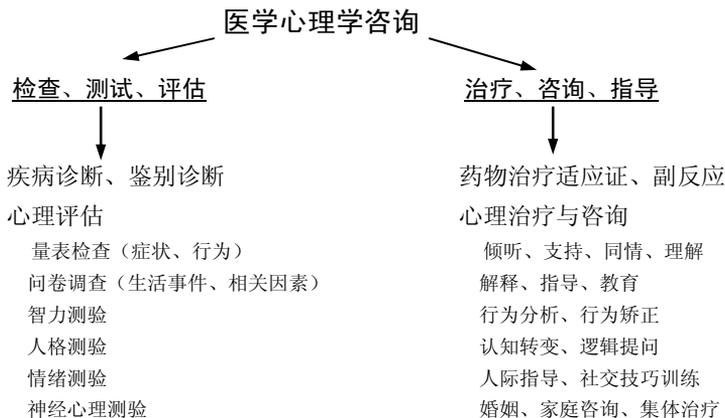


图 11-1 医学心理学咨询的一般过程

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。

第三节 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。医生要注意把问题性质弄清楚，并进行必要的躯体与心理检查，或作症状评定量表等的测定，做出初步诊断。图11-1简列了医学心理咨询的过程。

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：准备阶段、探讨反应阶段、行动阶段和发展阶段。

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。

2. 探讨反应阶段 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 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做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。

4. 发展阶段 发展阶段的目标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，医生必须遵守以下几项原则：

1. 耐心倾听，鼓励疏泄 咨询医师必须满腔热忱、乐于助人，同情地、理解地倾听患者诉说，不要任意打断患者谈话。这种倾诉常能减轻患者不良情绪，有一定治疗意义。

2. 积极支持，建立信心 鼓励诉说，并给予耐心的、有说服力的解释，必要时给予强有力的保证，使患者理解问题实质，看到希望，树立信心。

3. 解释得当，应对审慎 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、草率地敷衍病人，也不要单纯干巴巴地说教。

4. 尊重病人，严守秘密 心理咨询常涉及患者的个人隐私、人际关系、夫妻感情和社会问题，非咨询人员不得参与会谈。如处理不当，可构成法律问题。

5. 解决问题（problem-solving） 基本步骤为：①了解和澄清问题的性质，并列出现所有的问题；②让病人挑选其中的一个问题先着手解决（即学会分清主次）；③帮助病人考虑各种解决问题的可能方法，并列出现各种可能的方案，最好是写下来，然后选择其中最可能实施和成功的方案；④根据做出的选择，付诸行动去实施或执行；⑤评价实施的结果。如果病人问题解决，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，则咨询医师应该帮助病人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。

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，亦称会谈技巧ABCDE。

1. 如何开始会谈 会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说明求诊原因。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。此时要求医生记住两点：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。切不可心不在焉，也要避免外来干扰。不全神贯注会谈，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会谈。所谓开放式问题是指一种不能用“是”或“否”来回答的问题。如一开始就用封闭式问题，则使会谈陷入被动、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。

2. 继续会谈的要点

(1)尽可能鼓励和促进会谈，要使来访者感到医生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)整个会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、控制会谈方向、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会谈范围。但如果在往事的会谈上停留过久，就会妨碍现在问题的解决。

3. 提高会谈能力

(1)心理咨询要求医生在会谈时，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)医生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)医生要有对付多语病人的能力。因为言语过多的病人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。通常医生总能等到适当间隙，用提问来控制会谈。此时医生既要坚定，又要有礼貌，避免引起病人的不快。

(4)咨询医生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。医生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，病人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，然而患者由于某种原因（例如她不把情绪不良看成需要医生帮助的问题）没有说到情绪问题。如果不全面了解患者情况，就会忽略她的抑郁症的诊断。

2. 防止漏诊器质性疾病 医学心理门诊对每一个病人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、精神分析模式或人本模式的治疗、音乐治疗、催眠暗示治疗与生物反馈治疗等。

4. 保守病人所谈的秘密 病人的隐私、创痛常与强烈的情感体验有联系，病人谈了以后，情感得到疏泄，往往可引起疾病的好转。但如果医生不承担保密义务，把病人的资料任意泄露，就会引起病人的失望、不满乃至增加精神负担。

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。这是因为有些病人虽有心理障碍，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。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。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，也无法按咨询医生意见去执行。有些病人有器质性疾病可疑，而咨询医生又不熟悉这些专科时，可建议去有关专科检查。

(季建林)

参考实验教学大纲

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。也可使用与本教材配套的多媒体教学课件《医学心理测验》（姜乾金编制，人民卫生出版社音像部出版），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）或采用录像教学，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（也可通过录像观摩）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。

参考文献

1. 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准 (CCMD-3). 济南: 山东科学技术出版社, 2001
2. 中国大百科全书. 心理卷. 北京: 中国大百科全书出版社, 1991
3. 心理学名词. 北京: 科学出版社, 1999
4. 车文博. 心理治疗指南. 长春: 吉林人民出版社, 1990
5. 许又新. 神经症. 北京: 人民卫生出版社, 1993
6. 吴均林, 林大熙, 姜乾金. 医学心理学教程. 北京: 高等教育出版社, 2001
7. 张春兴. 现代心理学. 上海: 上海人民出版社, 1994
8. 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
9. 李心天. 医学心理学. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1991
10. 杨德森. 行为医学. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998
11. 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
12. 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
13. 姜乾金. 医学心理学. 北京: 北京科学技术出版社, 1993
14. 姜乾金. 医学心理学. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2002
15. 胡佩诚. 医学心理学. 北京: 北京医科大学出版社, 2000
16. 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
17. 徐俊冕. 医学心理咨询方法. 上海: 上海医科大学出版社, 1995
18. 徐斌, 王效道, 刘士林. 心身医学. 北京: 中国科学技术出版社, 2000
19. 钱铭怡. 心理咨询与心理治疗. 北京: 北京大学出版社, 1993
20. 高玉祥. 个性心理学. 北京: 北京师范大学出版社, 1997
21. 梁宝勇, 王栋. 医学心理学. 吉林: 吉林科学技术出版社, 1998
22. 龚耀先. 医学心理学. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 1998
23. 韩济生. 神经科学原理. 北京: 北京医科大学出版社, 1999
24. Garfield SL, et al. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. NY: John Wiley and Sons, 1986
25. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment. 2nd ed. New York: A Wiley-Interscience Publication, John Wiley & Sons, 1990
26. Herson M, et al. The Clinical Psychology Handbook. NY: Pergamon Press, 1983
27. Kent G, et al. Psychology and Medicine Care. Beilliere: Tidull, 1986
28. Livneh H, et al. Psychological Adaptation to Chronic Illness and Disability. Maryland: An Aspen Publication, 1997
29. Mc Manus C. Psychology in Medicine. Eng: Butterworths, 1992
30. Nichols KA. Psychological care in physical illness. 2nd ed. Chapman & Hall, 1993
31. Norton JC. Introduction to Medical Psychology. NY: Free Press, 1982
32. Phares EJ. Clinical Psychology, 4th ed. California: Brooks/Cole Publishing Co, 1992
33. Tulsky D, et al. WAIS-III and WMS-III: Technical manual. San Antonio: The Psychological

Corporation, 1997

34. Vingoe FJ. Clinical Psychology and Medicine. Oxford: Oxford Univ Press, 1981

35. Weiner IB. Clinical Methods in Psychology. NY: John Wiley and Sons, 1983

36. Worlberg LR. The Technique of Psychotherapy. 4th ed. Orlando: Grune and Stratton, 1988

汉英词汇对照

16 项人格因素问卷	16 personality factor questionnaire (16PF)
90 项症状核查表	symptom check list 90 (SCL-90)
A 型行为	type A behavior pattern (TABP)
B 型行为	type B behavior pattern (TBBP)
C 型行为	type C behavior pattern
T 分数	T score
Z 分数	Z score
α 系数	α coefficient
艾森克人格问卷	Eysenck personality questionnaire (EPQ)
安慰剂	placebo
暗示疗法	suggestion therapy
保持	retention
本我(伊的)	id
比率智商	ratio IQ
变态心理学	abnormal psychology
标准分	standard score
标准化测验	standardized test
表面特质	surface trait
表情	emotional expression
病理心理学	pathological psychology
病人角色	patient-role
搏斗或逃跑	fight or flight
操作条件作用	operant conditioning
长时记忆	long-term memory
常模	norm
场独立型	field-independent
场依存型	field-dependent
超觉静坐	transcendental meditation
超我	superego
惩罚	punishment
抽样研究	sampling study
初级评价	primary appraisal
初级区	primary area
创伤后应激障碍	post traumatic stress disorder
次级评价	secondary appraisal
刺激变量	stimulus variable

催眠疗法	hypnotherapy
挫折	frustration
大脑机能不对称性	functional asymmetry of cerebral hemispheres
代币法	token economy
代沟	generation gap
单通道联合区	unimodal association area
道德感	moral feeling
敌意	hostility
调查法	survey method
动机	motivation
短时记忆	short-term memory
多通道联合区	multi-modal association area
发泄	abreaction
发展量表	developmental scales
反向	reaction
反应变量	response variable
泛化	generalization
防御机制	defense mechanism
非特应系统	ergotropic system
非条件刺激	unconditioned stimulus
非条件反射	unconditioned reflex
分半信度	split-half reliability
愤怒	anger
否认	denial
负强化	negative reinforcement
负性事件	negative events
负移情	negative transference
感觉	sensation
感觉剥夺	sensory deprivation
感觉记忆	sensory memory
高级神经活动类型	type of higher nervous activity
个案研究	case study
个性倾向性	individual inclination
个性心理特征	individual mental characteristic
根源特质	source trait
工具操作条件作用	instrumental conditioning
攻击	attack
共同参与型	mutual participation mode
固着现象	fixation
观察法	observational method

过程研究	process-oriented approach
合理化（文饰作用）	rationalization
合理情绪疗法	rational emotion therapy
和睦关系	rapport
护理心理学	nursing psychology
划界分	cutoff score
幻想	fantasy
回避	avoidance
回避条件作用	avoidance conditioning
回顾性研究	retrospective study
激情	affective impulse
集体心理治疗	group psychotherapy
计算机辅助心理测验	computer-assisted tests
记忆	memory
价值条件	conditions of worth
健康	health
健康心理学	health psychology
渐进性放松	progressive relaxation
奖赏	reward
交互抑制	reciprocal inhibition
交往（沟通）	communication
焦虑	anxiety
焦虑性障碍	anxiety disorder
焦虑自评量表	self-rating anxiety scale（SAS）
角色扮演	role playing
角色冲突	role conflict
接纳	acceptance
结构（关联）效度	construct-related validity
解释	interpretation
近因效应	recency effects
经典条件作用	classical conditioning
惊恐	panic
晶体智力	crystallized intelligence
精神分析理论	psychoanalysis
精神分析疗法	psychoanalytic psychotherapy
精神质	psychoticism
警戒	alarm
静默法	meditation
酒瘾	alcohol dependence
开放式晤谈	open-ended interview

坎农-巴德理论	Cannon-Bard theory
抗拒	resistance
刻板印象	stereotype
恐怖症	phobias
恐惧	fear
控制变量	controlled variable
跨文化研究	cross-cultural study
快波睡眠	fast wave sleep, FWS
窥淫癖	voyeurism scopophilia
来访者中心疗法	client-centered therapy
离差智商	deviation IQ
理智感	rational feeling
力必多（欲力）	libido
恋物癖	fetishism
临床心理评估	clinical psychological assessment
临床心理学	clinical psychology
临床心理学家	psychologist
领悟社会支持量表	perceived social support scale (PSSS)
流体智力	fluid intelligence
露阴癖	exhibitionism
洛夏测验	Rorschach test
满灌疗法	flooding
慢波睡眠	slow wave sleep (SWS)
慢性疼痛	chronic pain
美感	aesthetic feeling
梦魇	nightmare
明尼苏达多相人格调 查表	Minnesota multiphasic personality inventory (MMPI)
摩擦癖	frotteurism
内容（关联）效度	content-related validity
内外倾（向）	introversion-extroversion
内脏学习	visceral learning
耐痛阈	threshold of pain tolerance
脑化指数	encephalization factor
能力	ability
帕佩兹环	Papez circuit
评定量表	rating scale
气质	temperament
前意识	preconscious
前瞻性研究	prospective study

潜（无）意识	unconscious
潜抑	repression
强化	reinforcement
情感	feeling
情绪	emotion
情绪调节	emotional adjustment
情绪反应	emotional response
情绪关注应对	emotion-focused coping
情绪压制	emotional suppression
求医行为	medical help jerking behavior
趋避冲突	approach-avoidance conflict
缺陷心理学	defect psychology
人本疗法	personal-centered therapy
人本主义心理学	humanistic psychology
人的发展	human development
人格（个性）	personality
人格障碍	personality disorder
人际关系	interpersonal relationship
人际吸引	interpersonal attraction
认知	cognition
认知过程	cognitive process
认知疗法	cognitive therapy
认知评价	cognitive appraisal
认知行为疗法	cognitive behavioral therapy
认知行为学习理论	cognitive behavioral learning
森田疗法	Morita therapy
社会化	socialization
社会角色	social role
社会认知	social cognition
社会再适应量表	social readjustment rating scale（SRRS）
社会支持	social support
社交技巧训练	social skills training
神经心理学	neuropsychology
神经性厌食	anorexia nervosa
神经症	neurosis
神经质	neuroticism
升华	sublimation
生活变化单位	life change units（LCU）
生活事件	life events
生活质量综合问卷	generic quality of life inventory-74

生理心理学	physiological psychology
生理依赖	physical dependence
生命周期	life cycle
生物反馈疗法	biofeedback therapy
生物心理社会医学模式	biopsychosocial model
生物医学模式	biomedical model
失眠	insomnia
时间紧迫感	time-urgency
识记	memorization
实龄	chronological age
实验法	experimental method
实验室实验	laboratory experiment
示范作用	modeling
适应行为量表	adaptive behavior scale
释梦	dream interpretation
手术后抑郁	postoperative depression
手术焦虑	operational anxiety
手术心理干预	operative mental intervention
首因效应	primacy effects
衰竭	exhaustion
双避冲突	avoidance-avoidance conflict
双趋冲突	approach-approach conflict
睡眠剥夺	sleep deprivation
睡眠障碍	sleep disorders
睡行症	sleep walking
顺应	accommodation
思维	thinking
斯坦福-比奈量表	Stanford Binet scale
松弛反应	relaxation response
松弛疗法	relaxation training
贪食	aplesia
逃避	escape
特殊能力	special ability
特质	trait
特质焦虑	trait anxiety
特质研究	trait-oriented approach
特质应对问卷	trait coping styles questionnaire (TCSQ)
疼痛	pain

替代条件作用	vicarious conditioning
条件刺激	conditioned stimulus
条件反射	conditioned response
通情（神入）	empathy
同化	assimilation
同性恋	homosexuality
痛阈	pain threshold
投射测验	projective technique
退行	regression
韦氏智力量表	Wechsler intelligence scale（WIS）
唯乐原则	pleasure principle
问卷法	questionnaire method
问题关注应对	problem-focused coping
问题行为	problem behavior
无助	helplessness
悟践疗法	Wu Jian Psychotherapy
晤谈（访谈）	interview
晤谈法或访问法	interview method
习得性无助	learned helplessness
系统脱敏疗法	systematic desensitization
现场实验	field experiment
现实原则	reality principle
向营养性系统	trophotropic system
消退	extinction
效标（关联）效度	criterion-related validity
效度	validity
心境	mood
心理测量学	psychometrics
心理测验	psychological test
心理动力理论	psychodynamic theory
心理干预	psychological intervention
心理健康（心理卫生）	mental health
心理量表	psychological scale
心理评估	psychological assessment
心理神经免疫学	psychoneuroimmunology
心理生理疾患	psychophysiological disease
心理生理学	psychological physiology
心理生理医学	psychophysiological medicine
心理生物学	psychobiology
心理学	psychology

心理依赖	psychological dependence
心理应激	psychological stress
心理应激测试技术	mental stress test (MST)
心理治疗	psychotherapy
心理咨询	psychological counseling
心力憔悴	burnout
心身反应	psychosomatic response
心身疾病	psychosomatic disease
心身医学	psychosomatic medicine
心身障碍	psychosomatic disorder
心身中介机制	mediating mechanism
信度	reliability
信度系数	reliability coefficient
行为分析	behavioral analysis
行为科学	behavioral science
行为疗法	behavior therapy
行为日记	behavior log
行为危险因素	behavior risk factors
行为学习理论	learning theories of behavior
行为样本	behavior sample
行为医学	behavioral medicine
性变态	sexual deviation
性格	character
性施虐癖	sexual sadism
性受虐癖	sexual masochism
性心理障碍	psychosexual disorder
需要	need
需要层次理论	hierarchy of needs theory
压制	suppression
烟瘾	smoking
厌恶刺激	aversion stimulus
厌恶疗法	aversion therapy
样本	sample
药物依赖	drug dependence
夜惊	night-terror
一般能力	general ability
一般适应综合征	general adaptation syndrome (GAS)
医患关系	doctor-patient relationship
医学心理学	medical psychology
医学心理咨询	psychological counseling in medicine

依从性	compliance
依赖（心理）	dependency
移情	transference
遗忘曲线	forgetting curve
异装癖	transvestism
抑郁	depression
抑郁性障碍	depressive disorder
抑郁自评量表	self-rating depression scale (SDS)
易性癖	transsexualism
意识	conscious
意志	will
因特网成瘾	internet addiction
隐匿示范	covert modeling
应对	coping
应对策略	coping strategies
应对风格	coping styles
应对技巧训练	coping skills training
应激	stress
应激反应	stress reaction
应激接种训练法	stress inoculation training
应激源	stressor
应急反应	emergency reaction
幽默	humor
瑜伽	yoga
晕轮效应	halo effects
再认	recognition
再现	reproduction
折衷心理治疗	eclectic psychotherapy
正强化	positive reinforcement
正性事件	positive events
正移情	positive transference
支持疗法	supportive psychotherapy
知觉	perception
指导-合作型	guidance-cooperation mode
至善原则	principle of ideal
治疗协议或临时合同	contingency contracting
智力	intelligence
智力测验	intelligence test
智龄	mental age
智商	intelligence quotient (IQ)

滞留现象	fixation
重测信度	test-retest reliability
逐级暴露	graded exposure
主动-被动型	active-passive mode
主观事件	subjective events
注意	attention
转换（作用）	conversion
转移	displacement
状态焦虑	state anxiety
咨询心理学	consulting psychology
自怜	self-pity
自生训练	autonomic training
自我	ego
自我暗示	autosuggestion
自我挫败行为	self-defeating behavior
自我概念	self-perception
自我管理计划	self-management program
自我意识	self-consciousness
自我指导训练	self-instructional training
自由联想	free association
自主训练	autonomic training
组块	chunk

英汉词汇对照

16 personality factor questionnaire (16PF)	16 项人格因素问卷
ability	能力
abnormal psychology	变态心理学
abreaction	发泄
acceptance	接纳
accommodation	顺应
active-passive mode	主动-被动型
adaptive behavior scale	适应行为量表
aesthetic feeling	美感
affective impulse	激情
alarm	警戒
alcohol dependence	酒瘾
anger	愤怒
anorexia nervosa	神经性厌食
anxiety	焦虑
anxiety disorder	焦虑性障碍
aplesia	贪食
approach-approach conflict	双趋冲突
approach-avoidance conflict	趋避冲突
assimilation	同化
attack	攻击
attention	注意
autonomic training	自生训练
autonomic training	自主训练
autosuggestion	自我暗示
aversion stimulus	厌恶刺激
aversion therapy	厌恶疗法
avoidance	回避
avoidance conditioning	回避条件作用
avoidance-avoidance conflict	双避冲突
behavior log	行为日记
behavior risk factors	行为危险因素
behavior sample	行为样本
behavior therapy	行为疗法
behavioral analysis	行为分析

behavioral medicine	行为医学
behavioral science	行为科学
biofeedback therapy	生物反馈疗法
biomedical model	生物医学模式
biopsychosocial model	生物心理社会医学模式
burnout	心力憔悴
Cannon-Bard theory	坎农-巴德理论
case study	个案研究
character	性格
chronic pain	慢性疼痛
chronological age	实龄
chunk	组块
classical conditioning	经典条件作用
client-centered therapy	来访者中心疗法
clinical psychological assessment	临床心理评估
clinical psychology	临床心理学
cognition	认知
cognitive appraisal	认知评价
cognitive behavioral learning	认知行为学习理论
cognitive behavioral therapy	认知行为疗法
cognitive process	认知过程
cognitive therapy	认知疗法
communication	交往（沟通）
compliance	依从性
computer-assisted tests	计算机辅助心理测验
conditioned response	条件反射
conditioned stimulus	条件刺激
conditions of worth	价值条件
conscious	意识
construct-related validity	结构（关联）效度
consulting psychology	咨询心理学
content-related validity	内容（关联）效度
contingency contracting	治疗协议或临时合同
controlled variable	控制变量
conversion	转换（作用）
coping	应对
coping skills training	应对技巧训练
coping strategies	应对策略
coping styles	应对风格
covert modeling	隐匿示范

criterion-related validity	效标（关联）效度
cross-cultural study	跨文化研究
crystallized intelligence	晶体智力
cutoff score	划界分
defect psychology	缺陷心理学
defense mechanism	防御机制
denial	否认
dependency	依赖（心理）
depression	抑郁
depressive disorder	抑郁性障碍
developmental scales	发展量表
deviation IQ	离差智商
displacement	转移
doctor-patient relationship	医患关系
dream interpretation	释梦
drug dependence	药物依赖
eclectic psychotherapy	折衷心理治疗
ego	自我
emergency reaction	应急反应
emotion	情绪
emotional adjustment	情绪调节
emotional expression	表情
emotional response	情绪反应
emotional suppression	情绪压制
emotion-focused coping	情绪关注应对
empathy	通情（神入）
encephalization factor	脑化指数
ergotropic system	非特应系统
escape	逃避
exhaustion	衰竭
exhibitionism	露阴癖
experimental method	实验法
extinction	消退
Eysenck personality questionnaire （EPQ）	艾森克人格问卷
fantasy	幻想
fast wave sleep, FWS	快波睡眠
fear	恐惧
feeling	情感
fetishism	恋物癖

field experiment	现场实验
field-dependent	场依存型
field-independent	场独立型
fight or flight	搏斗或逃跑
fixation	固着现象
fixation	滞留现象
flooding	满灌疗法
fluid intelligence	流体智力
forgetting curve	遗忘曲线
free association	自由联想
frotteurism	摩擦癖
frustration	挫折
functional asymmetry of cerebral hemispheres	大脑机能不对称性
general ability	一般能力
general adaptation syndrome (GAS)	一般适应综合征
generalization	泛化
generation gap	代沟
generic quality of life inventory-74	生活质量综合问卷
graded exposure	逐级暴露
group psychotherapy	集体心理治疗
guidance-cooperation mode	指导-合作型
halo effects	晕轮效应
health	健康
health psychology	健康心理学
helplessness	无助
hierarchy of needs theory	需要层次理论
homosexuality	同性恋
hostility	敌意
human development	人的发展
humanistic psychology	人本主义心理学
humor	幽默
hypnotherapy	催眠疗法
id	本我(伊的)
individual inclination	个性倾向性
individual mental characteristic	个性心理特征
insomnia	失眠
instrumental conditioning	工具操作条件作用
intelligence	智力
intelligence quotient (IQ)	智商

intelligence test	智力测验
internet addiction	因特网成瘾
interpersonal attraction	人际吸引
interpersonal relationship	人际关系
interpretation	解释
interview	晤谈（访谈）
interview method	晤谈法或访问法
introversion-extroversion	内外倾（向）
laboratory experiment	实验室实验
learned helplessness	习得性无助
learning theories of behavior	行为学习理论
libido	力必多（欲力）
life change units（LCU）	生活变化单位
life cycle	生命周期
life events	生活事件
long-term memory	长时记忆
mediating mechanism	心身中介机制
medical help jerking behavior	求医行为
medical psychology	医学心理学
meditation	静默法
memorization	识记
memory	记忆
mental age	智龄
mental health	心理健康（心理卫生）
mental stress test（MST）	心理应激测试技术
Minnesota multiphasic personality inventory（MMPI）	明尼苏达多相人格调查表
modeling	示范作用
mood	心境
moral feeling	道德感
Morita therapy	森田疗法
motivation	动机
multi-modal association area	多通道联合区
mutual participation mode	共同参与型
need	需要
negative events	负性事件
negative reinforcement	负强化
negative transference	负移情
neuropsychology	神经心理学
neurosis	神经症

neuroticism	神经质
nightmare	梦魇
night-terror	夜惊
norm	常模
nursing psychology	护理心理学
observational method	观察法
open-ended interview	开放式晤谈
operant conditioning	操作条件作用
operational anxiety	手术焦虑
operative mental intervention	手术心理干预
pain	疼痛
pain threshold	痛阈
panic	惊恐
Papez circuit	帕佩兹环
pathological psychology	病理心理学
patient-role	病人角色
perceived social support scale (PSSS)	领悟社会支持量表
perception	知觉
personal-centered therapy	人本疗法
personality	人格 (个性)
personality disorder	人格障碍
phobias	恐怖症
physical dependence	生理依赖
physiological psychology	生理心理学
placebo	安慰剂
pleasure principle	唯乐原则
positive events	正性事件
positive reinforcement	正强化
positive transference	正移情
post traumatic stress disorder	创伤后应激障碍
postoperative depression	手术后抑郁
preconscious	前意识
primacy effects	首因效应
primary appraisal	初级评价
primary area	初级区
principle of ideal	至善原则
problem behavior	问题行为
problem-focused coping	问题关注应对
process-oriented approach	过程研究

progressive relaxation	渐进性放松
projective technique	投射测验
prospective study	前瞻性研究
psychoanalysis	精神分析理论
psychoanalytic psychotherapy	精神分析疗法
psychobiology	心理生物学
psychodynamic theory	心理动力理论
psychological assessment	心理评估
psychological counseling	心理咨询
psychological counseling in medicine	医学心理咨询
psychological dependence	心理依赖
psychological intervention	心理干预
psychological physiology	心理生理学
psychological scale	心理量表
psychological stress	心理应激
psychological test	心理测验
psychologist	临床心理学家
psychology	心理学
psychometrics	心理测量学
psychoneuroimmunology	心理神经免疫学
psychophysiological disease	心理生理疾患
psychophysiological medicine	心理生理医学
psychosexual disorder	性心理障碍
psychosomatic disease	心身疾病
psychosomatic disorder	心身障碍
psychosomatic medicine	心身医学
psychosomatic response	心身反应
psychotherapy	心理治疗
psychoticism	精神质
punishment	惩罚
questionnaire method	问卷法
rapproach	和睦关系
rating scale	评定量表
ratio IQ	比率智商
rational emotion therapy	合理情绪疗法
rational feeling	理智感
rationalization	合理化（文饰作用）
reaction	反向
reality principle	现实原则
recency effects	近因效应

reciprocal inhibition	交互抑制
recognition	再认
regression	退行
reinforcement	强化
relaxation response	松弛反应
relaxation training	松弛疗法
reliability	信度
reliability coefficient	信度系数
repression	潜抑
reproduction	再现
resistance	抗拒
response variable	反应变量
retention	保持
retrospective study	回顾性研究
reward	奖赏
role conflict	角色冲突
role playing	角色扮演
Rorschach test	洛夏测验
sample	样本
sampling study	抽样研究
secondary appraisal	次级评价
self-consciousness	自我意识
self-defeating behavior	自我挫败行为
self-instructional training	自我指导训练
self-management program	自我管理计划
self-perception	自我概念
self-pity	自怜
self-rating anxiety scale (SAS)	焦虑自评量表
self-rating depression scale (SDS)	抑郁自评量表
sensation	感觉
sensory deprivation	感觉剥夺
sensory memory	感觉记忆
sexual deviation	性变态
sexual masochism	性受虐癖
sexual sadism	性施虐癖
short-term memory	短时记忆
sleep deprivation	睡眠剥夺
sleep disorders	睡眠障碍
sleep walking	睡行症
slow wave sleep (SWS)	慢波睡眠

smoking	烟瘾
social cognition	社会认知
social readjustment rating scale (SRRS)	社会再适应量表
social role	社会角色
social skills training	社交技巧训练
social support	社会支持
socialization	社会化
source trait	根源特质
special ability	特殊能力
split-half reliability	分半信度
standard score	标准分
standardized test	标准化测验
Stanford Binet scale	斯坦福-比奈量表
state anxiety	状态焦虑
stereotype	刻板印象
stimulus variable	刺激变量
stress	应激
stress inoculation training	应激接种训练法
stress reaction	应激反应
stressor	应激源
subjective events	主观事件
sublimation	升华
suggestion therapy	暗示疗法
superego	超我
supportive psychotherapy	支持疗法
suppression	压制
surface trait	表面特质
survey method	调查法
symptom check list 90 (SCL-90)	90 项症状核查表
systematic desensitization	系统脱敏疗法
T score	T 分数
temperament	气质
test-retest reliability	重测信度
thinking	思维
threshold of pain tolerance	耐痛阈
time-urgency	时间紧迫感
token economy	代币法
trait	特质
trait anxiety	特质焦虑

trait coping styles questionnaire (TCSQ)	特质应对问卷
trait-oriented approach	特质研究
transcendental meditation	超觉静坐
transference	移情
transsexualism	易性癖
transvestism	异装癖
trophotropic system	向营养性系统
type A behavior pattern (TABP)	A 型行为
type B behavior pattern (TBBP)	B 型行为
type C behavior pattern	C 型行为
type of higher nervous activity	高级神经活动类型
unconditioned reflex	非条件反射
unconditioned stimulus	非条件刺激
unconscious	潜(无)意识
unimodal association area	单通道联合区
validity	效度
vicarious conditioning	替代条件作用
visceral learning	内脏学习
voyeurism scopophilia	窥淫癖
Wechsler intelligence scale (WIS)	韦氏智力量表
will	意志
Wu Jian psychotherapy	悟践疗法
yoga	瑜伽
Z score	Z 分数
α coefficient	α 系数