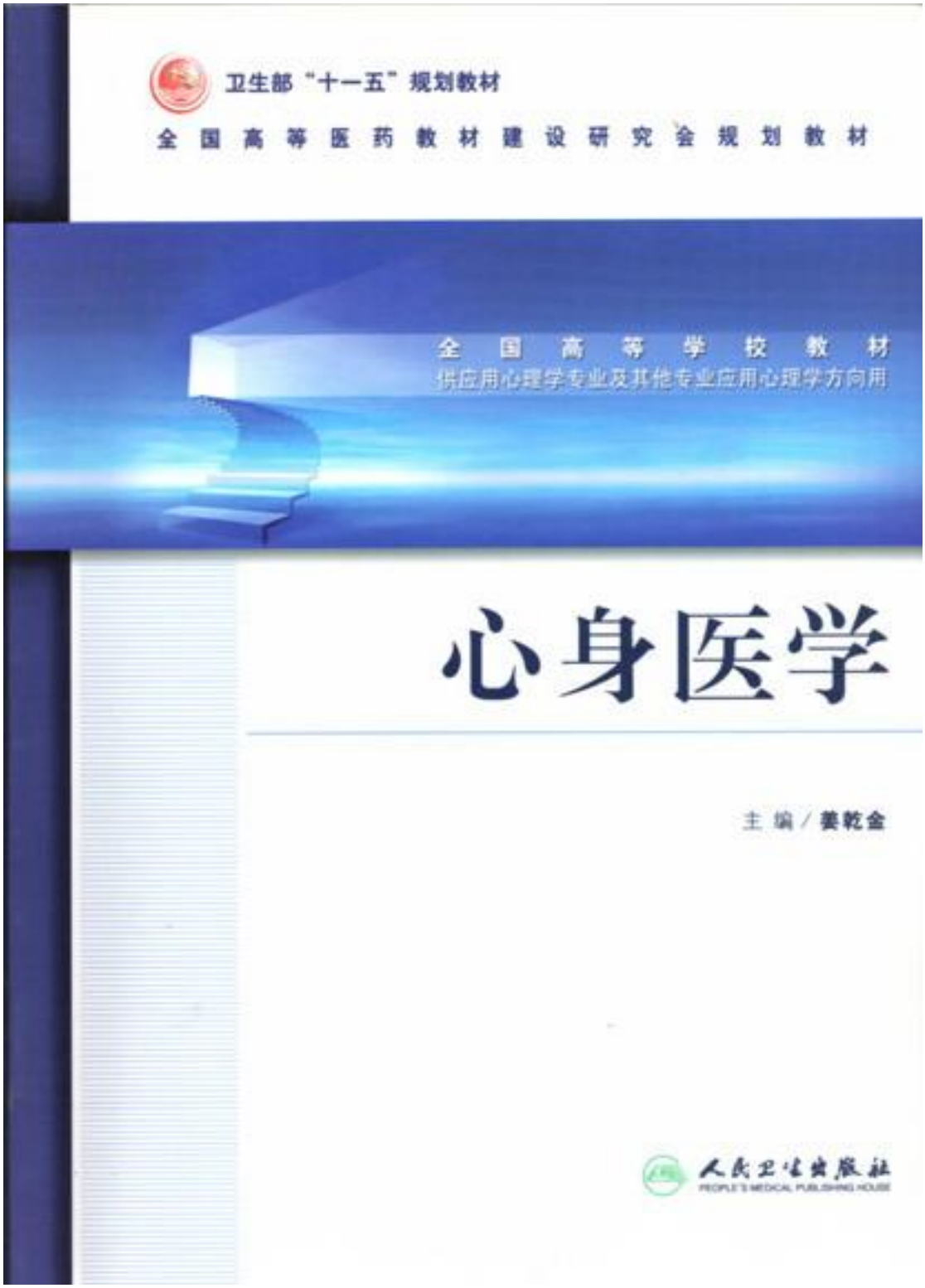



提示：

⑴该书由人民卫生出版社 **2007** 年出版，定价 **30** 元。

⑵为尊重出版社版权，本 **PDF** 格式仅供友情浏览交流。

⑶需购买本书，可通过亚马逊，博库书城，当当网等网络订购，常 **7-8** 折送上门。

卫生部“十一五”规划教材

全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供应用心理学专业及其他专业应用心理学方向用

# 心身医学

主编 / 姜乾金

人民卫生出版社

全国高等医药教材建设研究会规划教材

全国高等学校教材

供应用心理学专业及其他专业应用心理学方向用

# 心 身 医 学

主　编　姜乾金

副主编　朱婉儿

编　者　（以姓氏笔画顺序）

朱婉儿　浙江大学医学院

刘　畅　吉林大学白求恩医学院

刘　盈　中国医科大学

杨凤池　首都医科大学

吴均林　华中科技大学同济医学院

何金彩　温州医学院

陈树林　杭州市第七人民医院

林　实　福建省口腔医院

林大熙　福建医科大学

姜乾金　浙江大学医学院

姚　斌　西安交通大学医学院

钱　明　天津医科大学

唐峥华　广西医科大学

陶　明　浙江中医药大学

解亚宁　第一军医大学

潘　芳　山东大学医学院

薛志敏　中南大学湘雅医学院

人 民 卫 生 出 版 社

# 前　言

本书是卫生部全国高等学校应用心理学专业规划教材。根据“三基”（基本理论，基本知识，基本技能）、“五性”（思想性，科学性，先进性，启发性，适用性）、“三特定”（特定目标，特定对象，特定限制）的总体编写要求，在“顶层设计”和“细化构建”方面，具体做了如下处理。

全书除绪论外，包括基础篇、方法篇和临床篇三大部分，共 **20** 章。基础篇：**1**～**3** 章，涉及心身医学和心身疾病的最基础部分，包括心身相关性、情绪、应激的基本概念和有关重要的基本理论。方法篇：**4**～**8** 章，涉及心身疾病的临床访谈、测验评估、生物学检查，干预原则和治疗技术以及护理等方面的基本方法。临床篇：**9**～**20** 章，介绍各种心身疾病（或心身问题）的一般临床诊疗问题，大致按心理病因、发病机制、临床表现、临床评估和干预策略的顺序编写，以便于学生临床对照学习。最后第 **20** 章介绍临床心身科的建设和管理，使学生对我国目前心身科的情况有大致的了解。

根据心身医学的交叉学科属性和应用学科特点，在编写时力求采用由浅入深的方法，突出系统性、科学性和可操作性，力争使无论是心理学背景或者医学背景的学生都能较顺利地阅读和理解。

本书除了作为本专业的教材，还可作为心理卫生、心理咨询、心理治疗、心理教育和心身医学工作者的参考书或培训教材。

由于应用心理学专业在我国开设的时间不长，也缺乏理想的参考教材范本，第一次编写这类教材一定会在全书的结构和章节安排上存在不尽人意的地方，在内容方面也不免存在缺陷甚至错误，诚挚希望使用教材的老师和同学们以及阅读本书的国内同道们提出宝贵意见。

姜乾金

中华医学会心身医学分会副主任委员

**2007** 年 **4** 月 **10** 日

# 目 录

## 基 础 篇


**绪论** ……**1**

第一节 心身医学与心身疾病 ……1

一、心身医学的概念与发展 ……1

二、心身疾病的概念与发展 ……2

三、心身疾病的范围及发病率 ……3

四、身心反应 ……5

第二节 心身医学的重要性 ……6

一、心身健康的需要 ……6

二、对医学的重要性 ……6

三、对应用心理学的重要性 ……6

第三节 心身医学研究方法 ……7

一、临床观察法 ……7

二、调查法 ……7

三、心理测验法 ……7

四、实验法 ……8

**第一章 心身相关及其理论基础** ……**9**

第一节 心身相关 ……9

一、心、身相关的常识证据 ……9

二、心、身相关的科学实验证据 ……10

三、心、身相关的理论依据 ……10

第二节 皮层内脏相关 ……11

一、皮层内脏相关的实验研究 ……11

二、皮层内脏病理学 ……12

三、皮层内脏相关的认识论特点 ……12

第三节 心身相关的心理生物学机制 ……13

一、神经中介 ……13

二、神经-内分泌中介 ……14

三、神经-免疫中介 ……15
第四节 精神分析理论对心身相关的认识 ……16
一、精神分析理论的基本概念 ……16
二、精神分析理论与心身相关 ……17
第五节 行为学习理论对心身相关的认识 ……17
一、经典条件反射 ……18
二、操作条件反射 ……19
四、示范作用 ……22

**第二章 情绪与心身医学 ……23**
第一节 情绪是一种心身现象 ……23
一、概述 ……23
二、情绪的心理生物学理论 ……26
三、情绪与心身健康 ……28
第二节 情绪与脑、脏器、内分泌 ……29
一、情绪的脑机制 …… 29
二、情绪对特定脏器的影响 ……31
三、负性情绪对内分泌的影响 ……32

**第三章 应激与心身医学 ……34**
第一节 应激研究简史 ……34
一、稳态与应急说 ……34
二、塞里的应激说 ……34
三、医学的倾向 ……35
四、心理学的倾向 ……35
第二节 心理应激有关因素 ……36
一、生活事件 ……36
二、认识评价 ……37
三、应对方式 ……38
四、社会支持 ……40
五、个性 ……41
六、应激反应 ……41
第三节 应激的系统论模型 ……43
一、应激因素的相关性 ……43
二、应激是多因素的系统 ……44
三、应激系统模型基本特征 ……45
四、应激系统模型在心身医学应用 ……47
第四节 应激与脑、内分泌、免疫 ……49
一、应激和脑 ……49

二、应激与神经-内分泌-免疫系统 ……52

## 方 法 篇

**第四章　心身疾病的临床访谈 ……57**
第一节 概述 ……57
一、临床访谈的基本类别 ……57
二、临床访谈的基本形式 ……58
三、临床访谈的基本过程 ……59
四、临床访谈的基本内容 ……60
第二节 临床访谈的基本技巧 ……61
一、建立良好的信任与合作关系 ……62
二、倾听技术 ……62
三、提问和影响技巧 ……63
第三节 临床访谈的实施 ……65
一、介绍阶段 ……65
二、开始阶段 ……66
三、主体阶段 ……66
四、结束与终止 ……67
五、小结 ……68

**第五章　心身疾病的检查方法 ……69**
第一节 心理测试 ……69
一、临床心身医学相关的心理测试 ……69
二、主要心理测试简介 ……70
三、问卷使用上的注意事项 ……74
第二节 心理生理学检测 ……75
一、脑波检测 ……75
二、多导睡眠图 ……76
三、脑功能成像 ……77
四、直立倾斜试验 ……78
五、心电图 R－R 间期检测 ……79
六、瞳孔图 ……80
七、胃电图 ……81
八、交感神经皮肤反应 ……82
九、指尖容积脉波图 ……83
十、微神经电图 ……83

**第六章　心身疾病的干预原则 ……85**

第一节 心理干预原则 ……85
一、心理干预与心理治疗概念 ……85
二、理论的重要性 ……86
三、干预者角色 ……87
四、干预的决策 ……88
第二节 药物使用原则 ……90
一、精神药物与心身医学 ……90
二、抗焦虑药 ……90
三、抗抑郁药 ……90

**第七章 心身疾病的心理治疗技术 ……91**
第一节 行为治疗 ……91
一、概述 ……91
二、系统脱敏疗法 ……**92**
三、放松训练 ……**94**
四、自律训练 ……**95**
五、生物反馈疗法 ……97
第二节 认知行为疗法 ……99
一、概述 ……**99**
二、基本技术 ……**102**
第三节 分析治疗 ……104
一、精神分析疗法 ……104
二、交互分析 ……106
三、认知领悟疗法 ……**107**
第四节 催眠和暗示疗法 ……108
一、暗示疗法 ……108
二、催眠疗法 ……109
第五节 森田疗法 ……111
一、概述 ……111
二、基本技术 ……112
第六节 箱庭疗法、作业疗法 ……114
一、概述 ……114
二、基本技术 ……116
第七节 家庭疗法 ……118
一、概述 ……118
二、基本技术 ……119
第八节 气功疗法 ……120
一、气功的行为学分析 ……**120**

二、在心身疾病防治中的应用 ……122

**第八章 心身疾病的护理** ……**124**

第一节 概述 ……124

一、心身疾病心理护理基本原则 ……**124**

二、心身疾病心理护理的目标 ……**125**

第二节 心身疾病心理护理的方法 ……**126**

一、心理护理的程序 ……126

二、心理护理的方法与技巧 ……**129**

第三节 特殊心理问题的心理护理 ……**130**

一、焦虑 ……**130**

二、抑郁 ……**131**

三、孤独感 ……**131**

四、自我概念紊乱 ……**132**

五、疼痛 ……**132**

## 临 床 篇

**第九章** 循环系统的心身疾病 ……135

第一节 冠心病 ……135

一、心理社会病因 ……135

二、心理生物学机制 ……137

三、身心反应特点 ……137

四、临床干预策略 ……139

第二节 原发性高血压 ……139

一、心理社会病因 ……140

二、心理生物学机制 ……141

三、身心反应特点 ……141

四、临床干预策略 ……141

第三节 脑血管病 ……142

一、心理社会病因 ……142

二、心理生物学机制 ……143

三、身心反应特点 ……143

四、临床干预策略 ……145

第四节 其它心身疾病 ……146

一、心脏神经症 ……146

二、功能性心律失常 ……147

**第十章 消化系统的心身疾病** ……**150**

第一节 消化性溃疡 ……150

一、心理社会病因 ……150
二、身心反应特点 ……151
三、临床干预策略 ……152
第二节 其它消化系统疾病 ……153
一、胃食管反流病……153
二、功能性消化不良……154
三、肠易激综合征 ……156
四、胆道功能障碍 ……158
五、慢性胰腺炎 ……158
六、神经性暖气 ……**159**
第三节 神经性厌食症 ……159
一、心理社会病因 ……160
二、身心反应特点 ……161
三、临床干预策略 ……161
**第十一章 呼吸系统的心身疾病 ……153**
第一节 过敏性哮喘 ……163
一、心理社会病因 ……164
二、身心反应特点 ……165
三、临床干预策略 ……166
第二节 过度换气综合征 ……168
一、心理社会病因 ……168
二、身心反应特点 ……168
三、临床心理干预 ……169
**第十二章 内分泌、代谢系统的心身疾病 ……170**
第一节 糖尿病 ……170
一、心理社会病因 ……171
二、身心反应特点 ……172
三、临床干预策略 ……173
第二节 单纯性肥胖 ……176
一、心理社会病因 ……176
二、身心反应特点 ……177
三、临床干预策略 ……179
第三节 内分泌、代谢系统其它心身疾病 ……183
一、情感阻断性小人症 ……**183**
二、心因性多饮症 ……184
**第十三章 神经、肌肉系统的心身疾病 ……186**
第一节 头痛 ……186

一、紧张性头痛 ……186
二、偏头痛 ……188
三、心因性头痛 ……189
第二节 肌张力紊乱 ……190
一、痉挛性斜颈 ……190
二、书写痉挛 ……191
三、睑痉挛 ……192
四、其它 ……193
第三节 植物神经功能紊乱 ……194
一、病因和发病机理 ……194
二、临床表现 ……194
三、诊断与鉴别诊断 ……195
三、治疗 ……195

**第十四章 有关医学专科的心身问题 ……197**
第一节 妇产科心身疾病 ……197
一、心理社会病因 ……197
二、痛经 ……198
三、闭经 ……198
四、经前期紧张综合征 ……199
五、功能性子宫出血 ……199
六、妊娠、分娩、难产的心身问题 ……200
七、计划生育中的心理问题 ……201
第二节 耳鼻喉眼口腔科心身疾病 ……202
一、耳鼻喉眼口腔科躯体化障碍 ……202
二、牙科恐怖和焦虑 ……207
三、应激与功能异常 ……211
四、唇腭裂身心反应 ……214
第三节 外科心身问题 ……215
一、心理社会病因 ……215
二、身心反应特点 ……217
三、手术心理干预策略 ……218
第四节 康复科心身问题 ……221
一、康复医学与康复心理学 ……221
二、心理社会因素与残疾 ……222
二、心理干预策略 ……223

**第十五章 肿瘤心身问题 ……227**
第一节 肿瘤的心理社会病因 ……227

一、与肿瘤发生发展有关的心理社会因素 ……227
二、肿瘤心理社会病因的两种假说 ……228
第二节 肿瘤患者的身心反应 ……229
一、一般性应激反应 ……229
二、不同疾病阶段的心理问题 ……230
第三节 临床干预策略 ……233
一、心理干预 ……233
二、药物治疗 ……236
第十六章 慢性疼痛 ……237
第一节 概述 ……237
一、疼痛的概念 ……237
二、慢性疼痛的疾病概念 ……238
第二节 慢性疼痛的心身机制 ……239
一、慢性疼痛的病理生理机制 ……239
二、影响疼痛的心理社会因素 ……240
第三节 慢性疼痛的临床特征 ……242
一、急、慢性疼痛的身心反应特点 ……242
二、与心理障碍相关的疼痛 ……242
第四节 临床干预策略 ……243
一、慢性疼痛的评估 ……243
二、心理干预原则、目标与措施 ……245
三、心理干预基本方法 ……247
第十七章 失眠 ……250
第一节 概述 ……250
一、睡眠生理 ……250
二、失眠的概念 ……251
第二节 心理社会病因 ……252
一、心理因素 ……252
二、生物和环境因素 ……253
第三节 身心反应特点 ……254
一、失眠的一般身心反应 ……254
二、常见的失眠类型与心理反应 ……255
第四节 临床干预策略 ……256
一、失眠的诊断 ……256
二、失眠的治疗 ……257
第十八章 心身科常见的其它心理问题 ……264
第一节 抑郁障碍 ……264

一、心理社会病因 ……264
二、心身反应特点 ……266
三、临床干预策略 ……267
第二节 焦虑障碍 ……270
一、心理社会病因 ……271
二、心身反应特点 ……272
三、临床干预策略 ……273
第三节 躯体化障碍 ……276
一、概述 ……276
二、躯体化障碍的理论剖析 ……**277**
三、临床干预策略 ……280

**第十九章 不同年龄心身医学问题 ……282**
第一节 儿童期的心身疾病 ……282
一、儿童期心身特点 ……282
二、常见心身疾病 ……282
第二节 青年期的心身疾病 ……284
一、概述 ……284
二、常见心身疾病 ……286
第三节 中年、更年期的心身疾病 ……289
一、中年、更年期的特征 ……289
二、易发的心身疾病 ……290
第四节 老年期的心身疾病 ……296
一、概述 ……296
二、老年期常见心身疾病 ……299
三、临床诊疗注意事项 ……300
**第二十章 临床心身科的建设与管理 ……302**
第一节 我国心身医学职业化现状与趋势 ……302
一、国外心身医学职业化情况 ……302
二、我国心身医学职业化趋势 ……303
第二节 临床心身科的设置 ……304
一、心身科门诊的设置 ……304
二、心身病房的布局和条件配置 ……**305**
第三节 心身病房的管理 ……308
一、心身病房的行政管理 ……**308**
二、心身病房的专业技术管理 ……**311**

参考文献 ……314
汉英词汇对照 ……315
英汉词汇对照 ……320

# 基 础 篇

## 绪　论

所谓心身医学，从广义的角度，是指医学领域所有涉及心理与生理关系的问题；从狭义的角度，则主要涉及心身疾病的基础和临床问题。两者都与医学和心理学有关，应属交叉学科。绪论部分将只讨论心身医学的基本概念、现实意义和研究方法。

### 第一节　心身医学与心身疾病

#### 一、心身医学的概念与发展

心身医学(Psychosomatic Medicine)又称心理生理医学，是研究心身相互关系的科学。它的狭义概念，是研究心（心理）与身（躯体、器官）之间的相互关系及其在疾病发生、发展和转归中的作用，其主要实际研究领域是心身疾病。广义的概念是研究正常和异常的心理与生理之间的相互作用，从而为疾病的多因素发病机制提供科学的理论基础和现代医学的科学研究方法。因此，心身医学是医学的一个分支，是医学、心理学、社会学等多学科交叉的边缘学科。

回顾历史，心身问题一直就是医学关注的焦点。中医学用“形神合一论”精辟描述了心身相关思想，构成中医整体观的核心和基本内容，形与神是相互依附、不可分割的统一体，形是神的物质基础，神是形的主宰（《黄帝内经》）。形衰则神无主，神乱则形有所伤，形神统一是健康的象征，形神失调是患病的依据。

西方医学对心身关系的认识最早被置于哲学领域，认为疾病是由于某种精神力量造成的。“医学所有方面都是心身的”(Sigerist)，“没有灵魂就不能治愈躯体”、“要治愈人的躯体(疾病)，必须有关于事物整体的知识”(Socrates，Hippocrates)。公元前100年至公

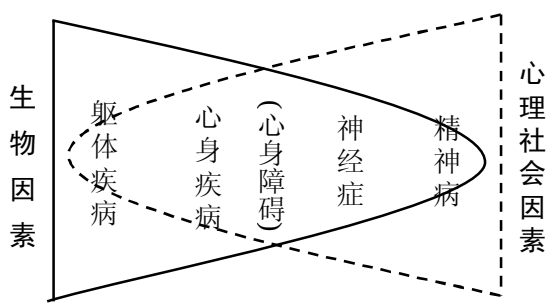
元 400 年间，身心一体化的疾病观曾经占据统治地位。中世纪则是宗教神学统治医学的时期。从文艺复兴时期（15－17 世纪）一直到 18 世纪，西方医学逐渐抛弃了心身整体观。19 世纪由于各学科的全面发展，心身同一论又成为心身相关认识的主流。“心身的”（psychosomatisch 或 psychosomatik）一词最早见于德国哲学家和精神病学家 Heinroth（1818）的一篇文章中。“心身医学”(psychosomatic medicine)是由 Deutsch（1922）提出，但 Dunbar 于 1939 年创办最早的《心身医学》杂志，于 1944 年成立美国心身医学会，其影响至今。“心身疾病”提出应归功于 Halliday（1949），特别是 Alexander（1950）的大力提倡。自 20 世纪 20～30 年代开始，弗洛伊德的精神分析学说被引入心身疾病领域，认为心理冲突在疾病发生中起重要作用，心理冲突是被压抑的精神活动能量的来源，当这种能量通过生理渠道被释放时，就会对人体构成损害，从而导致心身疾病的产生。

## 二、心身疾病的概念与发展

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

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

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




图绪-1 心身疾病示意图

心身疾病的概念在医学临床上一直就在变化。美国精神病学会（APA）制定的《精神障碍诊断与统计手册》（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，DSM），其中心身疾病相关内容不断变化：DSM-Ⅰ（1952）设有“心身疾病”一类。DSM-Ⅱ（1968）将其更名为“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”，并按累及器官分类，如哮喘为“心理生理性呼吸系统反应”。DSM-ⅢI（1980）及 DSM-ⅢR（1987）均用“影响身体状况的心理因素”分类，诊断标准为：①有心理因素引起的躯体症状，心身有时间相关；②躯体有器质性变化或明确的病理性过程（如呕吐）；③不符合躯体疾病及神经症的诊断。DSM-IV 又将与心身疾病有关的内容列入“影响医学情况的心理因素”中，它是指对医

学疾患起不良影响的心理或行为因素。这些因素会引起或加重疾患，干扰治疗和康复，或促使发病率和死亡率提高，心理因素本身可能构成疾病的危险因素，或者产生放大非心理危险因素的效应。过去的分类使精神病学家忽视躯体障碍，而其它专科的医生又无视心理障碍，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。

像 DSM 一样，世界卫生组织（WHO）制订的《国际疾病分类》（International Classification of Diseases，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。反复修订的《中华医学会精神病分类-1981》将精神性疾病分为 13 类，“心身疾病”列最后。1995 年的《中国精神疾病分类第 2 版修订版》(CCMD-2-R)虽然取消了心身疾病分类，但把相关内容放进“神经症及与心理因素有关的精神障碍”（分类 4）和“与心理因素有关的生理障碍”（分类 5）中，另有一些放在“儿童少年期精神障碍”中。CCMD-3 则是在“癔症、应激相关障碍、神经症”（分类 4）和“心理因素相关生理障碍”（分类 5）中体现相关内容。

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”。

本教材采用了日本心身医学会的定义。如果严格按照该定义，那么诊断心身疾病就需要满足以下三个条件：①明确的躯体症状（或疾病）；②导致或促进这些躯体症状（或疾病）的明确心理社会因素；③排除躯体疾病和神经症的诊断。但在目前的实际工作中，往往执行起来有难度，其中的重要原因是学术界在心身疾病的认识和具体实际操作程序方面并未取得一致。

## 三、心身疾病的范围及发病率

在早期，心身疾病指的是具体的某一疾病，如 Heinroth 提到的睡眠障碍，Oppenheim 命名的神经循环衰弱症。20 世纪 30 年代 Alexander 将心身疾病扩大，提出七种心身疾病，包括溃疡病、溃疡性结肠炎、甲状腺机能亢进、局限性肠炎、类风湿性关节炎、原发性高血压及支气管哮喘，亦称为“神圣七病”，并认为与特定的心理冲突有关。Qurbas 则认为冲突是非特异性的，而人格类型则有重要发病意义。40 年代,“神圣七病”已不能涵盖心身疾病的范围，Heinroth 索性提出凡是符合心身疾病六项临床特征的即可。60 年代，Engel GL 提出新的心身疾病临床特征：首次发病无年龄区别（青春期后期较为常见），发病过程缓慢，呈单发或复发，引发过程中心理忧伤起决定作用；特定的精神动力条件造成了与此相关的特定躯体疾病的出现；病人的心理特征异常明显。70 年代，日本更进一步将心身疾病按照各临床学科和内科各系统分 15 大类，每一大类均注明具体的心身疾病名称（表绪-l）。至此，心身疾病的范围大体上确定下来。初步统计下，心身疾病几乎占人类疾病总数的 80%。

表绪-l 日本心身疾病分类方法及各类主要疾病

| 分类 | 主要疾病名称 |
| --- | --- |
| 循环系统 | 原发性高血压、冠心病、冠状动脉痉挛、神经性心绞痛、阵发性心动过速、心脏神经症、血管神经症、功能性早搏、雷诺病、β-受体高敏症、原发性循环动力过度症等 |
| 呼吸系统 | 支气管哮喘、过度换气综合征、神经性咳嗽、心因性呼吸困难、喉头痉挛等 |
| 消化系统 | 消化性溃疡、溃疡性结肠炎、部分慢性胃炎、过敏性结肠炎、食管痉挛、贲门或幽门痉挛、反胃症、反酸症、胆道功能障碍、神经性厌食、神经性嗳气、神经性呕吐、异食癖、心因性多食症、习惯性便秘、直肠刺激综合征、气体潴留症、腹部饱胀感等 |
| 内分泌系统 | 肥胖症、糖尿病、神经性低血糖、心因性尿崩症、心因性烦渴、甲状腺功能亢进等 |
| 泌尿生殖系统 | 夜尿症、过敏性膀胱炎、原发性性功能障碍、尿道综合征等 |
| 神经系统 | 偏头痛、肌紧张性头痛、自主神经功能紊乱、心因性知觉障碍、心因性运动障碍、慢性疲劳症、面肌痉挛、寒冷症、神经症等 |
| 妇产科 | 痛经、原发性闭经、假孕、月经失调、功能性子宫出血、经前紧张症、妇女不适感综合征、更年期综合征、心因性不孕症、原发性外阴瘙痒症、孕妇焦虑症、产妇疼痛症、泌乳障碍、扎管后综合征等 |
| 骨骼肌肉系统 | 慢性风湿性关节炎、全身肌痛症、脊柱过敏症、书写痉挛、痉挛性斜颈、局限性肌痉挛等 |
| 外科 | 外伤性神经症、频发手术症、手术后神经症、器官移植后综合征、整形术后综合征等 |
| 儿科 | 哮喘、直立性调节障碍、复发性肚疝、心因性拒食、神经性腹痛、遗尿症、神经性尿频、心因性发热、夜惊症、口吃、睡眠障碍、心因性咳嗽等 |
| 皮肤科 | 神经性皮炎、原发性皮肤瘙痒症、银屑病、斑秃、多汗症、慢性荨麻疹、过敏性皮炎、慢性湿疹等 |
| 耳鼻咽喉科 | 眩晕综合征、嗅觉异常、过敏性鼻炎、咽喉易感症、神经性耳鸣、神经性耳聋、晕动症、癔症性失音等 |
| 眼科 | 原发性青光眼、飞蚊症、精神性大小变视症、眼部异物感、癔病性视力障碍、心因性溢泪、眼肌疲劳、眼睑痉挛、眼睑下垂等 |
| 口腔科 | 特发性舌痛症、口臭、口腔黏膜溃疡、部分口腔炎、心因性牙痛、异味症、唾沫分泌异常、口腔异物感、原发性颞颌关节痉挛、心因性三叉神经痛等 |
| 老年病科 | 老年冠心病、老年原发性高血压、老年心律失常、老年脑血管异常、老年脑血管疾病、老年性甲亢、老年糖尿病、部分老年癌症、老年性痛风、吸收不良综合征、老年尿失禁、老年肥胖症等 |

随着现代医学模式及多因素发病理论在医学界扎根，心身疾病从狭义的心理社会因素引起躯体疾病，扩大到广义的“凡是疾病的发生、发展、治疗、康复各环节有受心理社会因素影响者，都属心身疾病。”这样，心身疾病的范围就成为一个值得研讨的问题。

显然，早期的心身疾病发病率可以通过统计上述“神圣七病”的发病率而获得。到 20 世纪中叶以及此后随着医学模式讨论的展开，心身疾病的范围随之扩大，但仍继续以传统医学的疾病名称来确定心身疾病。在生物医学的各种疾病名单中，有许多被认为是心身疾病，主要涉及受植物神经支配的系统与器官，其种类甚多。按此计算，有关心身疾病的发病率相当高，当时国内外的报告是在门诊与住院病人中约占其中的 1 / 3。其中国外调查发现人群心身疾病的患病率为 10%～60%；国内徐俊冕等对大型综合性医院门诊病人 1108 例的调查表明，368 人为心身疾病（32.2%），心身疾病在各科病人中所占的比例依次为：内分泌科 75.4%，心血管专科 60.3%，肺科 55.6%，普通内科 30.8%，皮肤科 26.6%。

但由于心身疾病划分方法上的一些问题，使得有关数据往往只具有理论上的意义。一方面，被列入心身疾病名单的许多病人所患的疾病未必都符合心身疾病诊断标准，例如从实证的角度，一些原发性高血压病人病因中并无明显心理社会因素。另一方面，许多未列入传统心身疾病名单的疾病，其发病发展与心理社会因素同样有明显的相关性，例如，近年来越来越引起人们重视的乙型肝炎病人中就存在较多的心身或身心问题。因此，要正确表述心身疾病的发病范围和发病率，实际上是困难的。

目前，国内以心身疾病或心身医学为名义的教学、医疗、研究、刊物等单位，其关心的对象已不再停留在传统的心身疾病名单之中，而是扩展到心理社会因素与各种躯体疾病发生发展过程中的相互作用问题。心理社会因素与医学临床各种疾病的相关性已越来越引起人们的重视。基于这样的现实，近年来有逐渐淡化心身疾病诊断的倾向，代之以从心、身相关的角度来考虑临床疾病问题。如果按此来估计心身疾病发病率，其范围将会更广。

## 四、身心反应

在心身疾病的研究中，往往比较注重“心身”的联系。而实际工作中可以发现上，躯体疾病也可以成为心理应激源引发心理反应，即存在着“身心”的联系问题。由于身体原因引起的心理反应不但影响病人的社会生活功能，又可以成为继发的躯体障碍的原因。这样，身心反应也就成为目前心身医学实际工作所关注的一个重要方面了。

**1．躯体疾病引起病人的心理反应**　疾病的性质、轻重及病程等因素可以影响：①病人的感知；②自我意识转变；③对疾病的理智反应；④情绪反应。

**2．躯体疾病通过神经系统影响心理**　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。

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

## 第二节　心身医学的重要性

### 一、心身健康的需要

在 20 世纪初，人类的主要死亡原因是与感染、营养不良等生物、躯体因素相关联的疾病。到了 20 世纪中期，随着近现代社会的发展，西方发达国家的主要死亡原因逐渐由心脏病、恶性肿瘤、脑血管病和意外死亡等所取代。而据分析，其中约有半数的死亡直接或间接与包括吸烟、酗酒、滥用药物、过量饮食与肥胖、运动不足和对社会压力的不良反应等生活方式有关。

研究发现，这些疾病发病率升高的一个重要原因，是现代社会发展迅速，生活节奏不断加快，职业容易老化，职业竞争加剧等，对人的内部适应能力包括保持心理的健全和情绪的平衡造成更大的挑战所致。

另外，通过几十年的生物行为科学研究，对心理社会紧张刺激造成躯体疾病的中介机制有了较深入的了解和认识。并以科学的方法证明，心理活动的操作和调节对维持健康具有积极的作用。

同时，与社会物质文明发展相对应的是人们对心身舒适的要求也不断提高。在这样的背景下，人们追求健康的目的也自然而然地由要求解决身体疾病，转向要求减轻心身痛苦，建立心理上的舒适和健全方面。

在这样的背景下，作为健康服务职业，不论是医学工作者或是心理健康工作者，其职业观念、工作方式、内容与目标，也就相应地需要改变。

### 二、对医学的重要性

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，西医是以生物的观念、知识和技能为基础的，也就是所谓的生物医学模式。这种情况甚至延续到现在。

目前，随着社会经济的发展，我国的死亡原因与发达国家一样也发生了根本性变化，与心理社会因素密切相关的一类疾病即心身疾病的死亡率也已越居首位；我国广大人民对医疗的需要也已开始向高层次发展。为适应这种新的形势，需要在我国建立一种生物、心理、社会医学模式。

开设心身医学一类课程，对我国的医学模式转变有重要的意义。医务工作者学习心身医学知识，并将其融汇到自己的知识框架之中和应用于日常工作，我国的总体医疗服务水平就会上一个新的台阶。甚至可以这样说，现代医学的发展方向实际上就是广义的心身医学。

### 二、对应用心理学的重要性

心理卫生、临床心理学、心理咨询等学科在近年来已经逐渐被我国大众所熟知。作为这些学科知识和技能在我国的实际应用，国内近年来开设的应用心理学专业，其将来的服务对象同样会涉及到心身医学问题。在实际工作中，你往往很难将一位心理门诊求助者的心理问

题和其身体问题分开来；在有的时候，甚至无法单独通过心理学的知识、方法和技术解决他们的综合问题。因此，应用心理学专业的学生需要学习心身医学。通过对该门知识和技能的基本掌握，将对今后实际工作有极大的促进作用。

## 第三节　心身医学研究方法

任何一门科学，都需要经过收集资料，验证假设，界定概念的系统研究过程而逐渐发展起来。就心身医学而言，由于同时具有生物科学属性和心理社会科学属性，在其研究过程中不可避免要涉及生物、心理、社会等多学科的有关因素和变量。为了保证研究结果的科学性，需要我们同时掌握有关学科的一些基本研究方法和手段。

### 一、临床观察法

临床观察法通是过对临床患者的观察记录而获取资料，进行分析研究，是心身医学的重要研究手段。心身医学和心身疾病的许多历史资料就是来自临床观察研究，例如通过对临床心肌梗死病人的持续观察，分析病室环境变化与病情变化之间的可能联系；通过对临床糖尿病病人异常情绪和遵医行为的观察，分析心理行为因素对病情控制的影响。

### 二、调查法

调查法在心身医学研究中被广泛使用。

调查的手段通常包括晤谈、访问、座谈或问卷等。

晤谈（interview）是收集调查资料的基本手段。晤谈的效果取决于问题的性质和研究者本身的晤谈技巧（见第四章）。

通过访问或座谈可以从较大范围内获取有关资料，以提供分析研究。例如冠心病康复期的心理行为问题可以通过定期访问或与家属座谈的方式进行分析研究。

问卷是最常用的调查手段。为了提高效率或使调查不至于遗漏重要内容，往往事先设计调查表或问卷，供被调查者填写，然后收集问卷对其内容逐条进行分析研究。问卷调查的质量决定于研究者事先对问题的性质、内容、目的和要求的明确程度，也决定于问卷内容设计的技巧性以及被试的合作程度。例如，问卷中的问题是否反映了所要研究问题的实质、设问的策略是否恰当、对回答的要求是否一致、结果是否便于统计处理以及内容是否会引起被调查者的顾虑等等。

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

流行病学调查在心身医学研究中有重要意义。前文关于 20 世纪中期国外社会环境与疾病谱变化研究，就包括了大量的流行病学调查资料。吸烟、酗酒等行为因素与心身健康的关系，以及居住环境、工作性质、社会动乱等社会因素与某些心身疾病发生发展的关系，都可以借助于流行病学调查方法进行研究。

### 三、心理测验法

这是指在心身医学研究工作中以心理测验作为心理或行为变量的主要定量手段。测验法

使用经过信度、效度检验的现成量表，例如人格测验、智力测验、各种心身症状量表等。心理测验种类繁多，必须严格按照心理测量科学规范实施，才能得到科学的结论（见第五章）。

## 四、实验法

实验法是对特定的“心”或“身”变量进行系统的操作，从而研究这种操作对另一“心”或“身”变量或整体生物、心理、行为过程的影响规律。实验法通常运用自变量和因变量来说明被操作的因素和所观察记录到的心、身变化，同时还应严密控制中间变量的影响。实验法可分为实验室实验和现场实验。

实验室实验的刺激变量可以是物理的如声、光、电等刺激，生物的如注射某些生物活性物质，心理（行为）的如心理紧张刺激，甚至可以是社会情景设计等。反应变量可以是生物的如血压、心电、脑电、各种生化学指标，也可以是心理行为的如痛觉、记忆、情感和行为操作变化等指标。

现场实验是指在临床工作和其它生活情景中，对研究对象的某些变量进行操作，观察其有关的反应变量，以分析和研究其中的规律。临床实验就是一种现场实验，对心身医学有重要的意义。例如，通过临床的脑部实验（在脑手术允许下）取得了许多宝贵的心身相关科学资料，许多心身疾病的诊断和分型，以及心身相互作用的研究，来自临床实验。近年来，由于生物科学检查技术的迅速发展，如各种神经电生理、脑影像以及分子生物学指标在临床诊断中的应用，为心身医学的临床实验研究提供了许多前沿的科学手段。

现场实验研究也可以在生活情景中进行，例如对一组幼儿实施连续三年生活期的行为学干预，同时记录其有关心、身变量并与未干预组做比较，研究该干预方法对幼儿的心、身发展各种指标的意义。

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

（姜乾金）

# 第一章　　心身相关及其理论基础

心身医学最基本的问题就是心身相关性。通俗地说就是心理因素影响身体，同样身体因素也影响心理。本章由浅入深，介绍心身相关的基础知识和相关的基本理论

## 第一节　心 身 相 关

在人类的庞大知识库里，有一个知识领域叫做医学，它关心人的身体构造和机能健全，并派生出一群数量巨大的职业人群，即医学工作者；同样有一类知识领域叫做心理学，它关心人的心理活动和功能的完善，并相随着数量众多的心理工作者。在人们的思维习惯里，它（他）们完全是两类知识和两类职业人群，互不相关。然而，实际上这两类知识和工作目标都指向同一对象，即“人”，人的结构和功能。

长期以来，“心”、“身”的这种“分家”，在人们的生活中已经成为一种常态。虽然医学界存在精神医学，心理学界存在心理卫生，在人们言谈中也承认心理对身体的影响和身体对心理的影响，但大多数从业人员（例如大多数医生和心理工作者）甚至包括被服务对象（例如各种病人），在遇到具体健康问题时，往往仍然会无意识地将“心”、“身”分开，要么强调心理有问题，要么身体有问题，却忽视两者之间可能存在的联系。

心身医学这门课程强调的是人的“心”与“身”的相关性。

### 一、心、身相关的常识证据

实际上，心身相关现象就存在于我们的生活之中，只是人们大多对其“视而不见”。以下列举一些现象。

人们喜欢观看戏剧，能震撼人心的往往是剧情冲突达到高潮，此时舞台角色往往会因重大的心理刺激而“昏倒”。这种“昏倒”说明什么？说明重大的心理打击可以致人的神经系统和心血管系统出现强烈反应；我们乐于观赏这种现象又说明什么，说明其实人们在潜意识里是接纳心理与心脑血管之间存在“心身相关”的事实的，并且达到了司空见惯的地步，反而从意识层里被淡化了。

重大考试对于所有的考生来说都会有或大或小的焦虑，许多考生在几个小时的考试中尿液比平时有所减少，也有部分考生因考试而尿频，说明焦虑能够使正常人的肾小球、肾小管和排尿机能发生变化。

老百姓都承认，高度紧张的工作、学习，有时会让一些人的胃病发作，这就提示消化系统受心理压力因素的影响。

以往民间常常传说着一种有趣的现象，一位不育妇女越是在家族的强大压力下，越是不能生育，到最后无奈地抱养了一个小孩，生育的“心死”了，结果却戏剧性地在后几年自己接二连三地生养了一大群孩子，虽然这只是一些个案，但心理压力可以抑制生殖功能是客观存在的。

其实，只要我们仔细观察生活，我们人体的几乎所有功能活动，无不可以受心理因素的影响，就连毛发这样的身体附属器官，也会在心理因素的影响下发生变化，例如脱发、白发，历史故事中伍子胥过昭关一夜之间白了发，反映的就是这样的现象。

反过来，日常生活中我们同样可以观察到大量的“身”影响“心”的现象。

## 二、心、身相关的科学实验证据

常识不能代表科学，但它们往往是科学研究的开始。近代大量的生理、心理、行为方面的科学实验研究，虽然其研究目的各自不同，我们却可以从中提取出大量心身相关的实验证据来。

“操作的猴子”实验显示，被迫苦于执行操作任务以避免电击的猴子，因心理长期紧张而出现消化系统结构和功能的损害；与之匹配的另一只猴子，虽然处在同样实验环境中，由于处于实验猴子的操作保护之下，心理压力自然比实验猴子低，却安然无恙。

“无法选择的老鼠”实验显示，已经形成回避条件反射的实验老鼠，在条件刺激紊乱的情况下无法作出回避选择，期间长了，失助抑郁的心理条件使它们的免疫功能受到损害，并使肿瘤种植的成功率和发展速度大大提高。

著名的**A**型行为与血液功能、心血管病关系的大规模人群调查研究显示，具有时间匆忙感与竞争敌意倾向行为特征（即**A**型行为）的中年白领被试者，在应付挑战的季节里（工作忙季），其血液中有利于冠心病发生的生理生化指标明显高于对照组（即**B**型行为组，表现为从容不迫、与世无争的行为特征）。

仅仅以上几个实验案例已足以说明心理因素与躯体多种功能是相关的。

同样，大量临床研究显示，多种躯体疾病状态会导致病人心理功能方面的改变。著名的“睡眠剥夺实验”也显示大学生在人为剥夺正常睡眠情况下，可以导致心理功能的紊乱。可见，“身”影响“心”的现象也可以从许多不同实验研究中找到。三、心、身相关的理论依据

一百多年来，人类对于心身相关现象以及与心身相关密切联系的心身疾病机制做了大量的探索，从观察到实验，到提升到理论解释，许多理论试图阐明其中的关系。包括早期的皮层内脏相关学说和近期的心理生物学研究、精神分析理论、行为学习理论，以及情绪理论、人格理论、应激理论等都涉及到解释心身相关问题，并用以阐明心身疾病的发病学以及治疗和干预的基本原理等诸多方面的问题。

不过，目前学术界对心身相关与心身疾病的研究已经不再拘泥于某一理论学派，而是综合心理生理学、心理动力学、行为理论等诸多理论，互相补充。如**Mirsky**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等。

## 第二节　皮层内脏相关

皮层内脏相关学说是心身相关的重要理论基础。有关皮层内脏相关的大量实验研究和分析工作早在 20 世纪前半叶即已由贝柯夫等所完成。

### 一、皮层内脏相关的实验研究

贝柯夫学派证明，以能引起内脏机能活动改变的非条件刺激与无关的动因(如心理和社会刺激)反复结合，可以建立起内脏机能活动的条件反射。例如通过条件反射训练，可使有关的信号刺激（也就是心理刺激）最终对肾脏、肝脏、脾脏、心脏与血管等的机能活动产生影响。他们认为，这一现象可以解释皮层对内脏的“心理作用”，1920～1930 年代完成的一系列皮层内脏相关条件反射实验，不仅说明机体的某种反应或是一种器官、系统的机能受皮层活动的影响，而且包括代谢的变化、内分泌的活动等全身性机能，也都能在大脑皮层活动影响下发生改变。

皮层对内脏的影响方式有“始动机制”和“修正机制”，即条件反射使脾脏由“静止”转为收缩，这是始动机制；条件反射改变肝脏、肾脏的机能活动速率，就是修正机制；当然，皮层对内脏活动这两种机制并无严格界线。

另一方面，一切内部感受器也都可形成条件反射，并且也具有条件反射的扩散、集中、泛化、分化、诱导与抑制等特征。这说明大脑皮层的机能状态也受内感受器影响。

由此可见，不仅大脑皮层影响内脏，而且内感受器也不断向大脑发出冲动，以报告其机能状态并影响皮层的活动。这种双向联系完全按条件反射规律进行，从而形成机体对内外环境反应的统一性。

关于皮层对内脏的影响程度，一般人会认为，条件反射可能比非条件反射的反应要弱些。但实验证明，皮层的条件性反应有时可超过非条件反应，甚至可以改变非条件反应。例如，将动物关入较高温度(22℃)小室，其代谢因环境温度较高而非条件反射性地下降。经过多次结合，使小室成为代谢降低的条件刺激；再将小室的温度降至 10"C，此时将动物关人小室，其代谢开始时仍然下降，而不是随着环境的低温而升高。由此可见，条件反射性代谢下降改变了低温使热代谢增加的非条件性反应。又如注射大量吗啡和注射硝酸甘油能有相反的效应。分别形成条件反射后，再将代表硝酸甘油的条件刺激与吗啡同时作用于动物，动物的心脏传导功能改变将符合硝酸甘油的作用，而并不符合吗啡的作用。研究证明，伤害性刺激(如电击)可以成为食物反应的条件刺激信号。在形成条件反射后，动物对伤害性刺激却能产生食物反应。可见，皮层不但能抑制非条件反射，或影响非条件反射的强度，而且还能改变非条件反射的性质。这种改变甚至是损伤性的。

虽然各种实验证明，皮层对内脏有强大的影响，但在正常情况下，皮层是根据需要调节内脏机能，以此适应环境，故上述皮层对内脏的反射性影响仍受到限制。只有在不正常情况下，皮层的这些影响才可以通过“皮层内脏病理学”的关系造成内脏病理变化，成为心理病

因学的一条途径。

## 二、皮层内脏病理学

皮层内脏相关学说认为，皮层在机体的病理过程中发挥着重要的作用。巴甫洛夫及其同事给动物提出某些难以解决又必须解决的操作任务，造成神经过程的高度紧张，可使动物在一定时间内产生极其明显的实验神经症症状，即所谓的神经活动“破裂”。这一结果当时曾被用来解释许多精神和神经障碍的心理病理学原因。

巴甫洛夫曾推测，皮层活动的障碍可能造成机能性疾病，后者又可过渡到器质性疾病。他还指出，用条件反射方法，有可能解决病因学、治疗学中所存在的许多问题。这一推测后来得到许多实验结果的支持。

有研究发现用去势、切除甲状腺等措施，可使上述实验性神经症的狗产生一系列生理病理变化，如局部皮肤脱毛、肾脏疾病，以及其他严重的疾病如肿瘤等。贝柯夫也证明，高级神经活动的病理障碍，能引起胃及十二指肠溃疡的发展。此外，巴甫洛夫学派通过条件反射原理，成功地制造了心血管系统机能紊乱，体温调节障碍，以及其他许多复杂的整体病理状态如癫痫发作等。例如，注射吗啡可以升高白血球至 1.5 万～1.7 万／ml，但当形成条件反射后，条件刺激甚至可以使之上升到 2.0 万／ml 上；给狗多次注射马血清后，以后仅把针头刺入皮内即可使狗出现休克症状；利用注射樟脑可以制造条件反射性癫痫发作，等等。

根据皮层内脏病理学说，巴甫洛夫学派认为病因可以分为三类：第一类是病原体，属非条件刺激性质，如病毒感染、损伤、药物中毒等。第二类为中性刺激物，属条件反射性质，例如，一个经常在特定环境中发生过敏性哮喘的病人，一旦形成条件反射，即使去除了过敏源，只要在该特定环境里也能产生症状。这种条件反射性病因非常复杂，例如，对体内、外刺激的反应可形成病理反射，而刺激顺序、刺激前后的反应、个体机能状态等，均可影响结果。第三类为精神因素，由于第二信号系统造成高级神经活动障碍，继而成为各种躯体疾病的原因。巴甫洛夫实验神经症以及其他研究者系列实验结果即属此类。临床上许多心理社会因素造成的躯体疾病可以归入后两类致病机制。

有研究者证明，动物神经系统特性对于实验神经症的内脏活动障碍具有重要意义。例如对动物提出困难的任务时，在神经过程方面表现为“弱型”、“惰性”，以及“不均衡”的动物身上(巴甫洛夫认为这几种特点是神经系统动力学的缺陷)，内脏障碍明显，同样，在条件反射癫痫实验中，也存在着神经系统特性方面的差异。这就是说，各种病理性条件反射形成的速度和强度均存在个体差异。

## 三、皮层内脏相关的认识论特点

前苏联学者认为神经系统的动力特性包括强度、灵活性、均衡性，是个性的生理学基础。可见在皮层内脏相关学说中就已注意到了个性在皮层内脏病理过程中的重要作用，这与目前心身医学中关于心身关系与个性特点有关的一般认识是一致的。

皮层内脏相关学说不仅被用于解释健康和疾病的心理生理过程，而且也用于解释和指导临床治疗学。这与某些心理治疗方法是一致的。

皮层内脏相关学说的认识论特点与目前的心理生物学研究存在较大的差异。皮层内脏相关学说的认识论是宏观的，即整体地、系统地认识心身之间的联系，现在来了解该学说，

会有助于我们以整体观、系统论的角度接纳心身相关的理念，并逐步加深对心身医学的学习。

## 第三节　心身相关的心理生物学机制

与早期的皮层内脏相关学说的认宏观识论不同，目前的心理生物学研究领域常用微观方法学，并在几十年的研究进展中，为阐明心身相关（或皮层内脏相关）的详细联系途径提供了大量的实验证据。但需要指出的是，直到目前人们对心身相关的神经生物学整体途径仍了解不多。

关于心理社会因素与躯体生理机能之间关系的心理生物学机制，目前大致可以从神经系统、内分泌系统和免疫系统三方面的中介作用来认识：

心理社会因素——神经——全身器官和功能；

心理社会因素——神经——内分泌——全身器官和功能；

心理社会因素——神经——内分泌——免疫——全身器官和功能。

### 一、　神经中介

心理生物学研究证明，心理社会因素对躯体生理机能的影响涉及心血管、呼吸、消化、内分泌、代谢、泌尿生殖、皮肤、血液、骨骼肌系统、内分泌、皮肤电位等全身功能。神经系统在这种联系途径中处于关键的中介位置，其中植物神经系统的作用更显重要。

**1．植物神经系统**　内脏的功能活动在很大程度上受植物神经系统(交感和副交感神经)的支配和调节，而高级皮层特别是边缘系统，可通过交感和副交感神经与机体的内脏功能和病理生理过程发生联系。

各种心理刺激经过中枢神经的接受、加工和整合，以边缘系统包括下丘脑为核心，通过交感一肾上腺髓质轴的檄活，释放儿茶酚胺，导致中枢神经兴奋性增高，并出现一系列的内脏生理变化，如心率、心肌收缩力和心输出量增加，血压升高，瞳孔扩大，汗腺分泌，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，糖元分解，血糖升高，脂类分解加强，血中游离脂肪酸增多等。这些内脏反应的原始生物学意义是机体“应付急变”时的适应性反应，是机体为对应激源所提供的机能和能量准备，同时这也是心身相关的心理病理学重要联系途径。在特定刺激(如预期疼痛)及交感神经兴奋后的反跳情况下，可造成副交感神经活动相对增强，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，以及胃酸分泌过多形成溃疡等反应，故副交感神经也参与心理病理学的皮层内脏联系。

**2．中枢递质**　对心身相关神经中介途径的微观研究，涉及到中枢神经调节物质，包括神经递质(neurotransmitters)、神经调质(neuromodulators)和神经激素(neurohormones)。

以下只讨论神经递质的一些心身作用。神经递质是经典的化学信使，突触前神经元兴奋时会讯速释放神经递质并立即结合到突触后或突触前细胞膜受体上，从而引起兴奋或抑制效应。心身相关，从本质上来说是通过这些神经化学的作用过程来实现的。

中枢神经递质可分为三大类，即单胺类(生物胺)、氨基酸类和肽类。单胺类又包括儿茶酚胺、5 一羟色胺、乙酰胆碱和组胺等。

（1）多巴胺(dopamine,DA)：重要的中枢 DA 能通路有：黑质一纹状体通路，参与肌肉运动的发动和协调；中脑一边缘和中脑一皮层通路，与正常的情绪和行为的控制有关；结节一漏斗通路，抑制垂体催乳素的释放；延髓室周通路，可能与摄食有关。中枢 DA 递质还参与动机唤醒、奖励强化、性活动和体温等身体功能的调节。

（2）去甲肾上腺素（NE）：中枢神经系统内主要有两大 NE 能通路，蓝斑的大量 NE 能神经元纤维投射到大脑皮层、下丘脑，以及边缘系统；腹外侧被盖等区域的分散 NE 神经元主要投射至基底前脑、下丘脑和杏仁核。Chrousos 及 Gold(1992 年)将蓝斑一去甲肾上腺素(LC—NE)/交感神经系统与下丘脑－垂体－肾上腺皮质(HPA)轴并列为两大应激系统。

中枢 NE 在情绪、学习与强化、睡眠、觉醒周期，以及摄食等行为调节方面起作用。情感性疾病与中枢 NE 通路有密切关系。

（3）5 一羟色胺（5-HT）：中枢 5-HT 能神经元集中于中缝核，以及蓝斑尾部、极后区(posterna)和脚间核区，其纤维投射到丘脑、下丘脑、基底神经节、杏仁核、梨状皮层和大脑皮层。5-HT 纤维还可向下支配脊髓，调整痛觉传人的敏感性。

5-HT 与慢波睡眠、疼痛、性活动、摄食及体温调节等有关，可影响催乳素、生长激素、皮质醇及β－内啡肽的活动。

（4）乙酰胆碱（Ach）：中枢 Ach 能神经元分布广泛，但对其通路了解相对较少。Ach 调节觉醒、快动眼睡眠、痛知觉、学习、记忆、渴和运动等机能。情感活动正常处于 Ach 和 NE 的动态平衡中，抑郁病人 Ach 活动过强，而躁狂病人则 NE 过强。抑郁病人的皮质类固醇激素混乱，可能部分是 Ach 过度活动的结果。Ach“挑战试验”可作为中枢 Ach 功能的评定指标。

## 二、神经-内分泌中介

心理神经内分泌学(psychoneuroendocrinology)的大量研究证明，内分泌系统是心身相关的重要中间联系途径。在中枢神经系统内有许多神经肽通过各种激素轴起重要的调节作用。

**1．下丘脑一垂体前叶一靶腺轴** 此轴的结构基础是下丘脑接受来自高级皮层和边缘系统的传人冲动，同时分泌释放激素或抑制激素影响垂体前叶，释放促靶腺激素调节外周靶腺激素释放，从而实现心身的联系。

（1）CRH—ACTH 一皮质醇系统：下丘脑促皮质素释放激素(CRH)和垂体的促肾上腺皮质激素(ACTH)对皮质醇水平实施调控。皮质醇系统参与应激、情绪和其他躯体行为的调控，还间接调节有关酶的产生。

（2）GnRH－促性腺激素一性激素系统：下丘脑的促性腺激素释放激素(GnRH)通过垂体的黄体生成素(LH)和卵泡刺激素(FSH)两种促性腺激素，调节雌激素、孕酮和雄激素的合成。后者调节性功能和控制性激素的分泌、青春期发育、月经和绝经等。此外，神经性厌食也可以是性腺调节系统病理改变的一种行为表现，特别是青春期类型。

（3）TRH 一 TSH 一甲状腺素系统：下丘脑的促甲状腺素释放素(TRH)和垂体的促甲状腺素(TSH)调节甲状腺分泌 T3、T4。这个系统对中枢神经的发展和生长发育起关键作用，还

参与情绪和行为调节，脂肪、糖和蛋白质代谢的调节，并对心血管功能产生影响。

此外，下丘脑一垂体前叶一靶腺轴还涉及生长激素、催乳素、黑色素细胞刺激素等内分泌激素的作用。

**2．下丘脑一垂体后叶轴**　下丘脑的视上核和室旁核合成的加压素(抗利尿激素)和催产素，通过神经纤维投射到垂体后叶，在此释放入血，对血压及水重吸收等全身机能产生影响；催产素与分娩时子宫收缩及泌乳有关。该轴同样受高级皮层的调控，成为心身联系的一部分。疼痛、应激、运动，使用吗啡等，可使加压素释放增加，而酒精可使之减少。

**3．蓝斑－去甲肾上腺素／交感一肾上腺髓质轴**　脑桥上部的蓝斑含大量去甲肾上腺素能神经元，其纤维投射到大脑皮层、下丘脑和丘脑，以及边缘系统。后者作为植物神经的高级中枢，在皮质的调控下，通过影响交感神经的活动调节肾上腺髓质的肾上腺素的分泌功能，从而使机体对应激做出整体反应。显然，该轴在心身相关的心身联系中也起着重要的作用。

## 三、神经-免疫中介

心理神经免疫学(psychoneuronimmunology)有两方面的研究：在宏观上，证实心理应激可以影响免疫系统；在微观上，进一步探讨神经内分泌系统是如何与免疫系统相互作用的。

**1．心理社会因素一免疫一躯体疾病**　临床及部分疾病的动物模型研究证明，许多躯体疾病的发生发展可能与心理神经因素通过免疫系统的作用有关。在实践中早就认识到，感染疾病的发生，与个体的精神状态有关。例如“战壕口炎”往往发生于紧张的战斗期间，口腔免疫防御功能降低，致口腔的共生菌侵入齿龈所引起。经受巨大心理压力的患者单核细胞增多症的机会增多，而患此病后，由于心理因素影响免疫反应，可使病程延长而影响康复(Cow，1985 年；White，1985 年)。单独紧张刺激或单独接种柯萨奇 B－2 病毒，在小鼠身上均不引起疾病，但同时存在，可使病毒感染成功(Friedman，1965 年)。

心理社会因素通过免疫机制而影响癌症的发生和转归(Baker，1987 年)。动物实验也证明，在紧张和失助实验环境中，小鼠多项免疫功能受损，致使皮下接种 6G3HED 淋巴瘤细胞的成功率和生长率提高。

Baker(1981 年)报告，类风湿关节炎发病前 3 个月生活事件明显增多，而且个体对这些事件的反应特点往往是焦虑、激怒，而不是抑郁。例如事件中没有亲属死亡的报告，都是一些不自愿的工作变动、重要人际联系中断等，其他临床和实验研究也都显示社会环境应激、个人情绪因素与类风湿性关节炎的发病、发展有联系，并且与免疫功能改变相关。

**2．心理神经免疫的调节**　研究证明，免疫系统与神经系统有解剖学和生理学上的联系。例如，已知淋巴结接受交感神经纤维支配；胸腺有肾上腺能和胆碱能双重纤维的支配；淋巴细胞表面具有上述两类神经能的受体；下丘脑视前区的损害可导致胸腺退化和脾脏淋巴细胞减少；海马的损害引起 T 淋巴细胞的增加；ACTH 等可直接减少抗体产生。

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下丘脑一

垂体—肾上腺皮质轴：多年来已知，应激造成暂时性皮质醇水平升高，而后者对细胞免疫有损伤作用。不过，此一现象是复杂的，因为长期的应激与短时的应激不同，有时可使细胞免疫功能增强。②植物神经系统：例如交感神经系统释放的儿茶酚类可以与淋巴细胞膜上的β受体结合而影响淋巴细胞功能。③中枢神经与免疫系统有直接联系：这可用于解释前文实验中的条件反射性免疫功能的改变。

## 第四节　精神分析理论对心身相关的认识

对于心身相关的理论解释，不仅仅局限于神经生物学研究方面。在几种主要的心理学理论体系中，都涉及到如何解释心身之间是如何联系的问题。这里只介绍精神分析理论和行为学习理论。

### 一、精神分析理论的基本概念

精神分析理论（psychoanalysis）由 19 世纪末奥地利医生弗洛伊德（Freud S，1856～1939）所创立。

该理论将人的心理活动分为潜意识、意识和前意识三个层次（图 1-1）。其中意识（conscious）是与语言（即信号系统）有关的那一部分心理活动，换言之，就是人们注意到的清晰的感知觉、情绪、意志、思维等活动。潜意识（unconscious）是不能被个体感知到的那一部分心理活动，例如本能的欲望、已经被意识遗忘了的童年经历等。

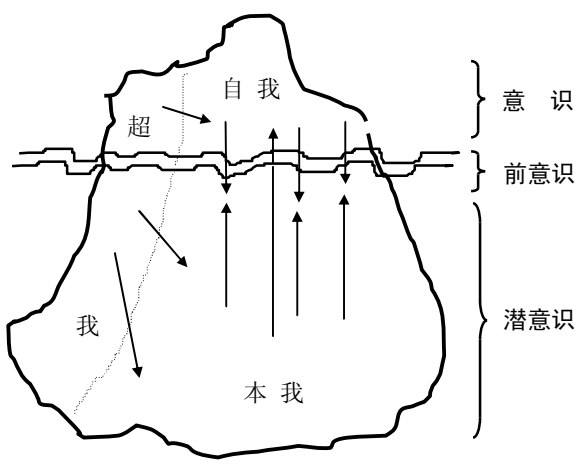


图 1-1 心理动力论简单示意(修自姜乾金,1993)

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

该学派有其完整的一套人格理论，认为人格由本我（或它我）、自我和超我三部分构成，如图 1-1 所示。本我（id）存在于潜意识的深处，是生物性的本能冲动，主要是性本能和破坏欲等，其中性本能或称为 libido（欲力或原欲）对人格正常发展尤为重要。本我具有要求即刻被满足的倾向，故遵循所谓的“唯乐原则”（pleasure principle）。本我是潜意识的，因而不能被个人所知。自我（ego）的一部分是意识的，一部分是潜意识的。一方面，自我的动力来自本我，即为了满足本能冲动和欲望；另一方面，它又要顺应外在的现实环境，以保护个体的安全。所以自我遵循“现实原则”(reality principle)。自我可以说是人格的执行部门，它设法在外部环境许可情况下来满足本我的欲求。超我（superego）有些类似我们日常所说的良心、良知、理性等含义，是在长期社会生活过程中，人们将社会规范、道德观念等

内化而成。超我的特点是能辨明是非，分清善恶，因而能对个人的动机行为进行监督管制，使人格达到完善的程度。

该理论强调个人早期生活经验对人格发展的影响，认为一个人的人格形成要经过五个时期，在每一个时期都可能发生人格三部分的冲突，解决得不好就可能产生人格障碍或成为心身疾病的原因。

### 二、精神分析理论与心身相关

精神分析理论是系统解释人类心理及行为的重要心理学体系。它既可以解释正常人心理生理活动，又可以解释异常的心理障碍或身体疾病现象。

该理论始终重视潜意识心理冲突在各种心身疾病发生中的作用。由于人格三部分各遵循不同的行动原则，因而各部分的冲突是精神分析学派在解释和解决某些心身问题时重点要考虑的问题。弗氏认为潜意识冲突可造成焦虑状态，个体则采取一系列自我防御机制（defense mechanism）以克服这种焦虑并保持心理的平衡，其中潜抑（repression）是最基本最重要的自我防御方式。被压抑在潜意识里的心理冲突，在特定条件下可通过某种转换机制（conversion）以病态的方式表现出来，形成各种心身症状。

弗洛伊德在多年治疗病人中，发现患者有时将早已遗忘了的某一件事重新叙述出来，随之疾病症状也得到缓解。弗氏认为这种早期的事件实际上并未遗忘，而是被深深地潜抑在意识之下。他认为这种潜意识里的心理冲突，只能通过对梦境的分析或者在不加任何意识评价的情况下通过病人的自由联想（free association）谈话才能被发掘出来。一旦这种潜抑的心理冲突被发现和疏泄，病人的症状可获得缓解。这就是精神分析疗法。

早期，Alexander 认为个体特异的潜意识动力特征，决定了心理冲突引起特定的心身疾病。例如，哮喘的发作被解释成是试图消除被压抑的矛盾情绪(如与母亲隔离引起的焦虑)或避开危险物，此时病人不是以意识的行为，而是以躯体症状——哮喘来表达；溃疡病是由于病人企图得到他人喂食与款待的潜意识欲望被压抑；原发性高血压是由于病人对自己的攻击性决断的潜意识压抑等等。

后来的一些心理动力学学者修正了这种理论。目前认为，潜意识心理冲突是通过植物性神经系统功能活动的改变从而造成某些脆弱器官的病变而致病的。例如心理冲突在迷走神经功能亢进的基础上可造成哮喘、溃疡病等，在交感神经亢进基础上可造成原发性高血压、甲状腺机能亢进等。因而他们认为只要查明致病的潜意识心理冲突即可弄清发病机制。同样，通过分析疏导，将这些潜意识里的心理冲突和痛苦体验挖掘出来可以治疗这些躯体疾病。

由于心理冲突对心身健康关系甚大，因而从疾病预防角度来说，处理好人格发展过程各个阶段所出现的困难，防止滞留现象，对于保持心身健康是非常重要的。

## 第五节　行为学习理论对心身相关的认识

行为学习理论的简要内容，就是认为正常或异常“行为”可通过一定的“学习”过程而

获得或消除。但这里所涉及到的“行为”和“学习”具有特定的含义，有必要先搞清楚。

“行为”的含义有狭义和广义之分。在心理学流派中，本世纪 20 年代有一被称为行为主义学派，他们认为心理和隐藏在内心的欲望、驱力和心理冲突（注：指精神分析理论）是不能进行科学研究的，只有行为（behavior）才是可以观察、可以成为心理科学的研究对象。显然，早期行为学派所指的是可以直接观察的行为部分。这是狭义的行为定义。近几十年来，随着行为科学的发展，人们对行为含义的理解也随之扩大。行为科学或行为医学界往往将“行为”理解成是个体内在和外在各种形式的活动，其中包括心理活动和内脏活动，这是行为的广义定义。目前，两种行为概念都被使用，本节下面涉及到的行为概念，可以理解成各种心、身活动（外部动作、内脏活动和精神活动）。

“学习”的含义主要指条件反射现象中的强化过程，也包含重复训练、反复观察的意思。人的正常和病态行为包括外显行为及其伴随的心身反应形式，都可以通过一定的“学习”过程而形成或被改变。

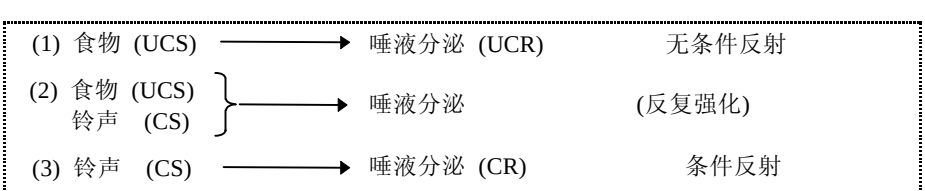
能够对心身相关现象做出解释的行为学习理论主要有经典条件反射、操作条件反射和示范作用等。

## 一、经典条件反射

**1．经典条件反射的实验和理论要点** 上世纪初前苏联生理学家巴甫洛夫创建了条件反射实验研究（第二节皮层内脏相关研究就是建立在条件反射实验基础上）。根据巴甫洛夫经典实验，食物刺激（S）作用于狗的口腔产生唾液分泌反应（R），此时食物是无条件刺激（unconditioned stimulus，UCS），食物引起唾液分泌的反射过程就是无条件反射（unconditioned reflex，UR）。无条件反射是本能行为，不是由后天学习所获得，例如婴儿出生后即有吮吸反射和拥抱反射等。如果在上述实验中，食物与另一种与唾液分泌原本无关的中性环境刺激（也可以是心理刺激）例如铃声总是配对出现，经过一定时间的训练，单独铃声刺激（或心理刺激）也会引起唾液分泌。此时这种中性环境刺激（铃声）就称为条件刺激（conditioned stimulus，CS）。铃声引起唾液分泌的反射过程就是条件反射（conditioned reflex，CR）。条件反射是由后天学习获得的，因而是习得行为。为了区别于迟后发展起来的操作条件反射，故此处的反射被称为经典条件反射（classical conditioning）。

可见，经典条件反射原理强调某一中性环境刺激（包括心理刺激）通过反复与无条件刺激相结合的强化过程，最终成为条件刺激，从而能引起原本只有无条件刺激才能引起的躯体反应。

经典条件反射实验过程示意如下：



在经典条件反射形成过程中有几个基本概念：

**(1)**强化（**reinforcement**）：在经典条件反射中，非条件刺激（**UCS**）与条件刺激（**CS**）反复结合的过程称为强化。结合次数越多，则条件反射形成越巩固。

**(2)**泛化（**generalization**）：作为反复强化的一种结果，某些与条件刺激（**CS**）相近的环境刺激也可引起条件反射，这称为泛化。例如在巴氏实验中，由于反复强化产生泛化作用，那些与实验铃声音频不同的铃声也可使实验动物唾液分泌。

**(3)**消退：非条件刺激（**UCS**）长期不与条件刺激（**CS**）结合亦即取消强化，条件反射可逐渐消失，这被称为消退（**extinction**）。不过国外的研究显示，躯体的不愉快条件反射一旦形成，往往较难消退。其原因是不愉快条件反射将出现时（如气急、心跳、恶心反应），个体会在认知支配下提前做出回避，即回避操作条件反射（见后文），并使上述不愉快反应不出现或立即减轻，结果使原有的不愉快经典条件反射偶联关系保存下去，从而不易产生消退作用。

**2．经典条件反射与心身相关**　显然，经典条件反射理论模式强调环境刺激 S 对行为反应 R 的影响，即 S→R 的关系。这对于认识心身相关性有重要的理论与实际意义。按照这一理论，某些环境刺激，包括心理社会刺激，可通过经典条件反射机制（强化、泛化等）影响人的各种生理活动，并成为身体功能的一种支配力量；反过来说，人类许多身体症状，可以通过经典条件反射机制而获得。

某些反应性医学症状与经典条件反射作用有关。例如，抗癌药物（非条件刺激）可引起恶心、呕吐等药物反应，这是非条件反射。但如果长期用药，与药物治疗相关的一些环境刺激，包括闻到药物气味、看到药物外观，甚至医务人员的出现等，通过强化作用，也可引起部分病人的恶心、呕吐反应（条件反射），即条件反射性症状。某些情况下，由于泛化作用，那些与药物治疗无关的环境刺激比如看到别的什么药物，也可能导致患者的恶心反应。

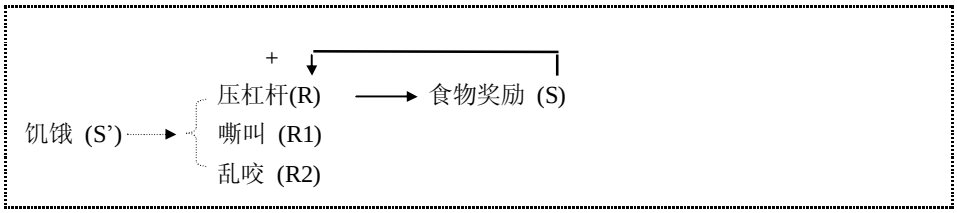
同样，紧张性头痛、过度换气综合征、情景性高血压、特定食物诱发的胃病（如有些人的胃病由清汤引起而不是通常的硬食）等疾病症状的成因解释，也可部分利用条件反射原理解释。

反过来，利用条件反射原理做松弛训练以建立条件反射性心身松弛反应，则有助于克服上述“习得性”反应症状和有助于相关疾病的治疗。

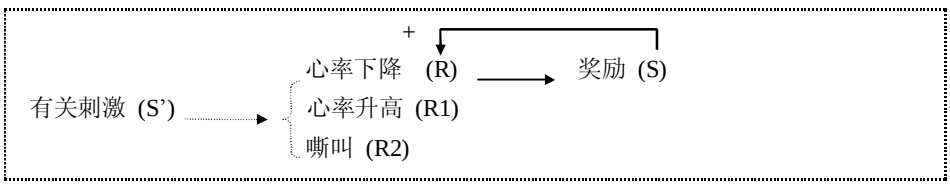
## 二、操作条件反射

**1．操作条件反射的实验和理论要点**　操作条件反射理论是桑代克（Thorndike EL）和斯金纳（Skinner BF）等行为心理学家通过实验建立起来的。

斯金纳 1953 年在“斯金纳实验箱”里进行了操作条件反射的典型实验。在实验中，老鼠在饥饿刺激（S’）下会产生一系列平常的行为反应（$R_1, R_2, \cdots\cdots R_n$），但每当其中的一种反应如按压杠杆动作（R）出现时，总是可以立即获得食物刺激（S）的结果，这种食物刺激（S）的结果对按压杠杆的行为（R）是一种强化，老鼠逐渐学会主动按压杠杆这一取食行为。在这里，行为以后出现的刺激结果对行为本身产生强化作用的过程，被称为奖励（reward）；这种刺激结果，被称为奖励物。



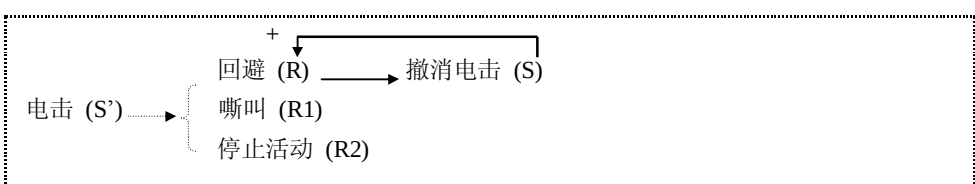

同样，在回避操作条件反射（avoidance conditioning）实验中，动物受到电击（S'）会产生一系列的行为反应（$R_1$、$R_2$、……$R_n$），其中的一种行为反应即回避动作（R）出现时，即可获得撤消电击的结果（S）。撤消电击的结果（S）对回避行为（R）有强化作用，结果动物学会了这种回避行为。




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

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

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




由于奖励过程也可使动物学会全身骨骼肌紧张以使心率加快而获得奖励（实际是工具操作条件反射），所以必需消除实验动物骨骼肌系统对内脏学习实验的影响。于是米勒采用肌松剂筒箭毒麻痹动物骨骼肌系统，同时施以人工呼吸，并改用 Olds 发现的“愉快中枢”电刺激法作为奖励手段，或以撤消痛苦电击的方法作为负强化手段，重新进行内脏学习实验。结果取得与上述一致的结果，说明确实存在内脏操作条件反射现象。米勒采用同样的实验方法还分别使动物学会了“操作”心率的下降、血压的升高或下降、肠道蠕动的增加或减弱等。图 1-2 显示了内脏学习的特异性。

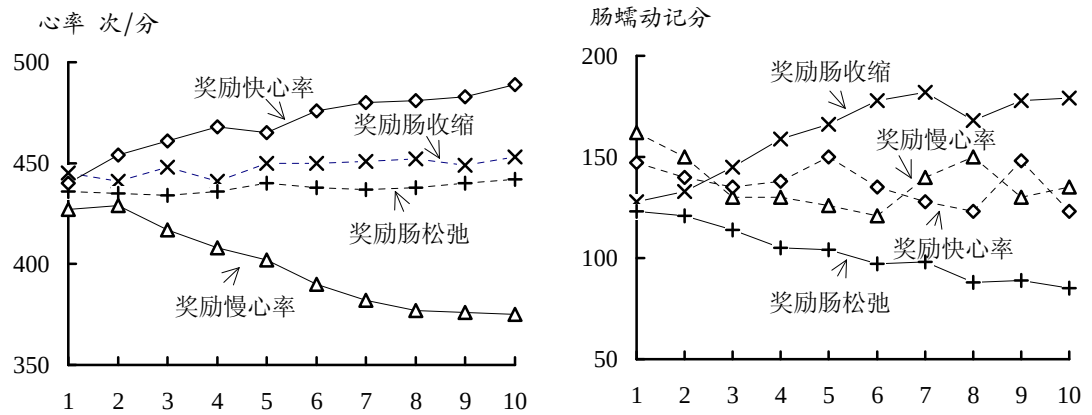



图 1-2　内脏学习

在操作条件反射实验中，行为反应的结果即各种环境刺激可以具有积极的即愉快的性质，也可以具有消极的即痛苦的性质；这些刺激可以从无到有，也可从有到无。这样，根据操作条件反射中个体行为以后所出现的刺激性质及其变化规律的不同，操作条件反射形成过程中存在以下几个重要现象：

正强化　行为结果使积极刺激增加，导致该类行为逐渐增强，即 $\overset{+}{\overbrace{\text{R}\rightarrow\text{S}}}$（积极）↑，这称为正强化（positive　reinforcement）。例如饮酒的结果获得轻松愉快的刺激，饮酒行为被巩固。上文第一例实验也属正强化。

负强化　行为结果使消极刺激减少，导致该类行为逐渐加强，即 $\overset{+}{\overbrace{\text{R}\rightarrow\text{S}}}$（消极）↓，这属于负强化（negative　reinforcement）。例如，慢性疼痛病人上床休息使疼痛刺激减轻，后者使上床休息的行为逐渐得到加强并逐渐形成依赖性行为。当然，这一例子中也存在正强化因素，例如上床休息导致家人进一步关心和体贴，从而对卧床行为产生正强化。许多慢性功能性病人的行为症状的形成被认为与此有关。上文第二例回避条件反射实验也属负强化。

消退　行为结果使积极刺激减少，导致该类行为反应逐渐减弱，即 $\overset{-}{\overbrace{\text{R}\rightarrow\text{S}}}$（积极）↓，这就是消退（extinction）。例如儿童捣乱行为一般情况下可引起周围人的积极关注，由于正强化而使捣乱行为得到加强。但如果在每次捣乱时绝对不予以理睬，使积极刺激水平下降，则捣乱行为逐渐减少。

惩罚　行为结果使消极刺激增加，导致该类行为反应逐渐减弱，即 $\overset{-}{\overbrace{\text{R}\rightarrow\text{S}}}$（消极）↑，这属于惩罚（punishment）。例如，产生性变态行为时，立即给予电击使产生痛苦刺激，则性变态行为可逐渐减少。

**2．操作条件反射与心身相关**　与经典条件反射的刺激与反应之间的关系不同，操作条件反射重视行为反应的结果对行为本身的影响，即 $\overbrace{\text{R}\rightarrow\text{S}}$ 的关系。这一理论显示，任何环境刺激，即各种理化的、生物的、心理的、社会的变化，只要反复出现在某一种行为（包括心身活动）之后，都可能对这种行为（心身活动）产生影响；反过来，人类许多正常或异常的生理行为反应包括各种症状，也可以是由于操作条件反射机制而形成或改变。

这一理论在心身医学中应用很广，例如用以解释个体不良行为如吸烟、依赖等行为的形成机制；用以指导各种行为治疗如刺激控制、厌恶疗法等。更重要的是，操作条件反射与临床疾病的躯体症状（或生理活动）之间存在相关。其中内脏操作条件反射实验研究更进一步说明操作条件作用对心身疾病的实际临床意义。虽然米勒的内脏学习实验还有待深入研究，但根据这一实验理论，人类的各种内脏活动，似乎可以通过内脏学习过程获得意识的控制，因而某些心身疾病症状的产生如心跳加快、肠蠕动增加、哮喘等也可能与个体的意识性条件操作有关。在治疗方面，生物反馈、气功治病等的原理可能也与内脏学习有关。

## 三、示范作用

示范作用（modelling）是另一种社会行为学习理论。这种理论认为，人可以通过对一个具体模型（mode1）的行为活动的观察和模仿，学会这一种新的行为类型，而不强调刺激和反应之间的联系。这很有点近似于我国的“近朱者赤，近墨者黑”道理；也有些类同于我们所说的“榜样的力量”。例如，甲孩子接受注射时表现很坚强，那么后面紧接着轮到注射的乙孩子由于观察了甲的表现，自己也可能表现得很坚强，随之丙、丁等孩子由于示范作用一个个也都可能表现得较坚强。

班杜拉（Bandura A）认为，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认识的发展。示范作用包括四个过程：①注意：学习者反复观看某一榜样，接受其中的特征性信息，成为学习的依据；②记忆：这些特征性行为被学习者有意无意记住，成为日后自己行为的模型；③行动：学习者表现出这种特征行为来；④强化：依强化原则，增加或减少这种行为的再发生次数。

影响示范作用的因素很多，一般说来，高地位的、敌对的、攻击性行为最容易被模仿，受到奖赏的行为比受到惩罚行为更易被模仿。

根据示范作用理论，人类的许多行为特别是社会行为可以通过示范作用而形成。例如，长辈们习惯于小声慢速地说话，一起长大的子女往往说话也显得深沉和稳重；明星们的仪表仪态，直接影响一代年轻人的行为；充斥屏幕的暴力行为，对孩子有消极的示范作用；个人的饮食习惯与其成长和生存环境中的人群饮食行为方式明显有关。在心身医学领域，该理论也有重要的应用价值。例如，疾病角色行为的形成与示范作用有一定关系，包括喊叫、呻吟、应付方式等；与心身疾病发病发展密切相关的许多不良行为，如多食、烟瘾、酒瘾、缺少运动等的形成与示范作用有关；同样，示范作用原则也可用于对临床病人的指导和护理，以及儿童病人的教育等。

（姜乾金）

# 第二章　　情绪与心身医学

作为一种心理现象，情绪具有最典型的心理生理（心身）特征，因此有关情绪的基本概念、基本理论和基本机制，都是心身医学的重要基础知识。本章重点介绍情绪的心身机制、情绪调节及与心身健康的关系。

## 第一节　情绪是一种心身现象

### 一、概述

我们的生活充满着情绪，有时感到高兴和喜悦，有时感到气愤和憎恶，有时感到悲伤和忧虑，有时感到爱慕和钦佩等等。所有这些都是人对现实的不同态度和独特的体验形式。

（一）情绪的定义

情绪（**emotion**）是人对客观事物的态度体验及相应的行为反应。当客观事物或情境符合主体的需要和愿望时，就能引起积极的、肯定的情绪和情感，如渴求知识的人得到了一本好书会感到满意；生活中遇到知己会感到欣慰；看到助人为乐的行为会产生敬慕；找到了志同道合的情侣会感到幸福等。当客观事物或情境不符合主体的需要和愿望时，就会产生消极、否定的情绪和情感，如失去亲人会引起悲痛；无端遭到攻击会产生愤怒；工作失误会出现内疚和苦恼等。由此可见，情绪是以个体的愿望和需要为中介的一种心理活动。

除了对情绪的上述阐述以外，许多研究者从不同的角度和领域将情绪界定为一种躯体和心理上的复杂的变化模式。杨（**Young,1973**）在上世纪 **70** 年代，给情绪下的定义为：“情绪起源于心理状态的感情过程的激烈扰乱，它同时显示出平滑肌、腺体和总体行为的身体变化。”他把情绪标定出感情过程的扰乱，暗示了情绪同有机体的利害关系和联系。但他更强调情绪的“干扰”性质。同杨的理论相反，利珀（**Leeper,1973**）则坚持主张：“情绪是一种具有动机和知觉的积极力量，它组织、维持和指导行为。”重要的是，他指出了情绪的组织作用的观点。其他许多学派在给情绪下的定义中也反映了这些特点和这类关系。例如，阿诺德**(Arnold,1960)**认为：“情绪是对趋向知觉为有益的、离开知觉为有害的东西的一种体验倾

向。这种体验倾向为一种相应的接近或退缩的生理变化模式所伴随。”拉扎勒斯（**Lazarus,1984**）提出与阿诺德类似的定义：“情绪是来自正在进行着的环境中好的或不好的信息的生理心理反应的组织，它依赖于短时的或持续的评价。”

综上所述，这些定义都标示出情绪对人的需要和态度的关系，提出了情绪依从而具有的特点，包括生理唤醒、感觉、认知过程以及行为反应等。

（二）情绪的内容

情绪使我们的生活时而阳光灿烂，时而阴云密布，时而晦涩呆板。这说明情绪是一个极其复杂的心理现象，有独特的心理过程。从现象学角度，情绪大致有三方面独特的内容，即情绪的主观体验、情绪的外部表情和情绪的生理反应。

**1. 情绪的主观体验** 主观体验是个体对情绪状态的自我感受，构成了情绪的心理内容，而且正是情绪过程的体验感受给行为提供动机，对认知和行为起着组织或瓦解的作用。每种情绪都带有独特的主观体验色彩，具有某种愉快、享乐、忧愁或悲伤等多种色调。显然，由于情绪体验是主观的，故而要想了解和研究病人的情绪，首先要了解其个人的体验报告。情绪体验可以从肯定－否定、强－弱、简单－复杂、积极－消极等两极性进行分析讨论。但要注意，否定的情绪体验不等于消极，有时否定体验可以激励人去拼搏，如“化悲痛为力量”；同样，肯定的愉快情绪也不等于就是积极情绪。

**2. 情绪的外部表情** 情绪的外部表现，通常称之为表情。它是在情绪状态发生时身体各部分的动作量化形式，这些特异化的运动模式是各种具体情绪的客观标志，通过这些标志，情绪的通讯传递作用才成为可能。情绪的外部表情通常包括面部表情、姿态表情和语调表情。

（**1**）面部表情：人的面部肌肉和皮肤是富于活动性的，能精细的表达不同性质的情绪。因此，人们往往从脸部变化来推断对方的喜怒哀乐。如高兴时，额眉平展、面颊上提、嘴角上翘；愤怒时，横眉冷对、目瞪欲裂、咬牙切齿；悲伤时，皱眉忧虑、口角下垂、两眼无光。人类许多脸部表情是生来就有的，如先天失明的患者其脸部表情与常人并无多大区别。但是因种族的不同或文化传统的不同，面部表情也存在某些差异，说明面部表情也存在后天习得的成分。性质差异较大的各种情绪其面部表情的差异也较大，较易区别，如喜爱和恐惧。但是像恐惧和惊奇、厌恶和难为情等的面部表情就较难区别。

（**2**）姿态表情：人除面部以外的身体其他部分的动作也有表现和传递情绪的作用，包括手势、身体姿势等。如“振臂高呼”、“双手一摊”、“手舞足蹈”等手势，分别表达了个人的激愤、无可奈何、高兴等情绪。而人在不同的情绪状态下，身体姿势也会发生不同的变化，如紧张时“正襟危坐”，悲哀时“步履沉重”，痛苦时“捶胸顿足”，愤怒时“摩拳擦掌”等等。举手投足、双手叉腰、双腿起跨等身体姿势都可表达个人的某种情绪。

（**3**）语调表情：一个人说话时的语音、声调、节奏、速度、断续的变化以及弦外之音也是表达和判断情绪的一种重要形式。如高兴时语调高昂，语速快；悲哀时语调低沉，节奏缓慢；爱抚时语言温柔，和颜悦色；恼怒时态度凶狠，言语生硬等。姿态表情、语调表情和面部表情一样，也都存在着种族和文化上的差异。

**3. 情绪的生理反应** 情绪的生理反应是指伴随情绪而产生的躯体生理生化变化。如满意、愉快时心跳节律正常；恐惧或暴怒时，心跳加速、血压升高、呼吸频率增加甚至出现间

歇或停顿；痛苦时血管容积缩小等。

（1）心血管反应：心脏和血管是构成循环系统的两个部分，它们在维持正常生命活动和应对紧急状况中都起十分重要的作用。在情绪状态下，心率、血压和血管口径可以发生变化，而指端微血管的波动和脉搏波的幅度会有明显的改变。对心血管变化进行测量的办法，主要是测量血压、计数心率、测定血管容积以及记录心电图等。但情绪引起的这些测量结果难以区分不同的情绪，只能表现一般化的唤醒。

（2）呼吸反应：人在愤怒时呼吸可以加深加快，悲伤时可以变慢，害怕时呼吸常不均匀，这些都反映了不同情绪状态下的呼吸变化。利用呼吸描记器记录呼吸活动情况，可对呼吸频率、波幅、呼气和吸气时间、呼吸的均匀程度等因素进行分析。但是没有人能用呼吸的深浅快慢来判断或区别各种情绪，甚至连情绪与非情绪之间的区别也难以办到。

（3）皮肤电反应：这是研究情绪生理反应的一项重要的指标。平时，人体皮肤的电阻，电流保持一定的水平。当产生情绪体验时，皮肤上汗腺分泌旺盛，其导电性也会随之发生直接、短暂的波动。但是皮肤电反应几乎表现不出各种情绪之间的差异，因为皮肤反应性的变化与情绪反应的强弱以及愉快或不愉快情绪的区别之间几乎不存在联系。另外随着刺激时间的延长，皮肤电反应会逐渐减弱，有适应现象。所以在这方面的使用，也有它的限度。

（4）大脑电活动：20 世纪 30 年代以后，发展了脑电波记录技术，利用脑电描记仪，可以记录大脑不同部位电位差的变化。当一个人处于休息或松弛状态中时，大脑活动表现为每秒波动 10 次的有规律的α波。随着感觉到的刺激的输入，即在情绪状态下，这种节律趋向消失，而出现β波。病理性情绪障碍时还会导致θ波的出现。但是同样，脑电图与情绪之间也不存在特异性关系，而且用来反映情绪唤醒也并不比前面提到的几种指标更敏感。可见情绪的脑电图改变尚是值得深入探索的问题。

（5）其他生理反应：与前面提到的几种测量基本相同。其他的一些外围测量，如肌肉潜能的测量提供了肌肉紧张的指标，也简单的反映出一般的警戒状态或唤醒。但同样也不能发现这种结果和具体的情绪之间有任何明确的关系。

（三）情绪的发展

人类情绪的发展，体现着以生物属性为主发展到以社会属性为主的复杂过程，展现了人类情绪的生物属性和社会化过程的相互作用。也就是说，人类情绪的发展，受个体生长成熟程度和后天学习过程两种因素的影响。以下从三个方面对情绪的发展作进一步阐述。

**1．情绪的发展与遗传因素的关系** 达尔文将情绪看作是一种遗传得来的，对世界上一定程度的复杂情况做出反应的特定心理状态。为此，我们可能会预期人类所有种系的成员间可能会发展起一些特定的情绪反应。通过对新生儿情绪反应的观察以及跨文化研究，研究者们对这种情绪的普遍性主张进行了验证。**Silvan Tomkins**（**1962，1981**）发现，无需预先的学习，婴儿就会对巨大的声响表现恐惧，或者表现出呼吸上的困难。他们看上去对特定的刺激具有“预置”的情绪反应，从而适应各种环境。跨文化研究也证实了这一预期。最近的一项研究比较了在匈牙利、日本、波兰、苏门答腊、美国和越南的个体对于面部表情的判定，结果在这些多样性人群中发现了很高的一致性（**Biehl el al,1997**）。综上所述，全世界的人们，不管文化差异、种族、性别或教育，都会以相同的方式表达基本情绪。同时，可以根据他人的面部表情来推断他们正在体验的情绪。

**2．情绪的发展与成长发育过程的关系** 只要顺应适当和教育得法，使感情得到良好的培育和健康的发展，人们不但过着快乐而有趣的生活，还能对智能的充分发挥和个性的全面发展产生重要的作用。婴儿生命发展的过程，展现了人类情绪发展的自然性和社会化过程，这个过程使我们感受到了情绪发展的社会痕迹。婴儿出生初期，就是靠着情绪反应及其与成人之间的交融，适应着最初的生活岁月。他们随时发出情绪信号，借以反映他们的饱足舒适或病痛饥寒。母-婴依恋的形成是婴儿情绪社会化的一个重要标志，一般应在 6—7 个月时形成。其表现为：婴儿将其多种行为，如微笑、咿呀作语、哭叫、注视、依偎、追踪、拥抱等都指向母亲；最喜欢同母亲在一起，与母亲的接近会使他感到最大的舒适、愉快；同母亲的分离则会使他感到最大的痛苦；这些都是情绪逐渐向社会化过程发展的表现。在儿童时期，父母不仅应及时的理解和敏锐的应答儿童所表现出来的情绪状态，而且还有必要使儿童有能力经受痛苦的困扰，因为痛苦对成长的人来说是不可避免的。

**3．情绪的发展与社会文化因素的关系** 全世界的人们对于特定范围内的情绪表达方式分享着相同的基因遗传机制。尽管如此，许多人类情绪，特别是对特定事物的特定情绪反应，往往是通过后天的社会学习过程或示范作用而习得。例如，遭受过某种动物攻击的小孩，以后看到同类动物会产生害怕情绪；又如，母亲喜爱某一种动物，小孩也可从母亲处学会对这种动物的喜爱。不同的文化对于情绪的掌控仍存在不同的标准。一些形式的情绪反应，特别是表情，对每一种文化都是特定的。文化建立起社会规范，规定人们应该有哪些特定的情绪反应，以及特定人群成员的哪些情绪表达是具有社会适应性的（Mesquita&Frijda,1992;Ratner,2000）。一般认为，男和女对极度痛苦事件往往分别表现为哭泣和控制两种不同的表情。再如，个人主义文化强调个体的需求，而集体主义文化强调团体的需求（Triandis,1994,1995）。因此，个人主义者看重个人回报、自由、平等、个人享乐，以及一种多变、刺激的生活；而集体主义者则更重视生活中的个人原则和获得的位置、来自父母和长者的赞誉、个人形象的保持，以及为了整个团体的长远利益而努力工作。研究者认为这些文化定向将会影响情绪的发展。

## 二、情绪的心理生物学理论

近百年来许多学派的代表人物从各自的立场和侧重面相继对情绪本质进行研究，形成了各学派林立、多种理论并存的局面。随着情绪的中枢和外周神经生物学研究的快速发展。后继者往往在总结前人成果的基础上，取其精华，去其糟粕，建立起既是综合的、又有自己独特见解的理论体系，形成了合乎规律的演变历程。因此了解这些知识将有助于加深情绪与心身医学之间关系的认识与理解。以下对三种情绪理论进行简要说明：

### （一）詹姆斯-兰格理论

美国心理学家詹姆斯（James W）和丹麦生理学家兰格（Lange C），分别于 1884 年和 1885 年提出了内容相同的一种情绪理论，后人称之为情绪的外周理论，即詹姆斯-兰格情绪学说。他们强调情绪的产生是植物性神经系统活动的产物，认为情绪只是一种身体状态的感觉。在他们看来，悲伤是由哭泣而起，愤怒乃由打斗而致，恐惧乃由战栗而来，高兴乃由发笑而生。（图 2-1）

该理论看到了情绪与生理变化的直接关系，强调了植物性神经系统在情绪产生中的作用，有其合理的一面；但是，他们却忽视了中枢神经系统的调节、控制作用，因而引起了很多的争议。

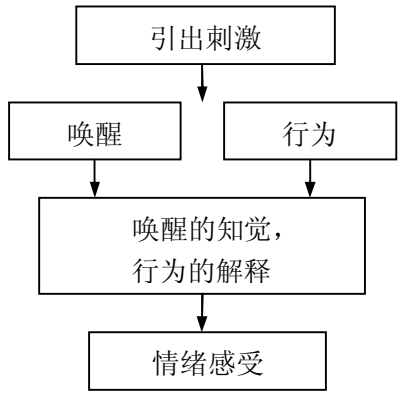



图 **2-1**　詹姆斯-兰格理论示意图

（二）坎农－巴德理论

生理学家坎农（**Cannon WB**，**1927**）根据许多实验结果提出丘脑是情绪的中心。当丘脑接收到能够引起情绪反应的刺激信号后，同时向上向下发出神经冲动，向上传至大脑，产生情绪的主观体验，向下传至交感神经，引起机体的生理变化，如血压升高、心跳加速、瞳孔放大、内分泌增多和肌肉紧张等等，使个体生理上进入应激准备状态。该学说后来被巴德**(Bard**，**1934)**扩展，故后人称之为坎巴理论**(Cannon－Bard theory)**。（图 **2-2**）

但以后的实验证明下丘脑在情绪反应起着更重要的作用，这说明丘脑中心说与事实有出入。另外，该学说对大脑皮层调节情绪的重要性也认识不够。

（三）沙赫特的认知评价理论

上世纪 **60** 年代初，美国心理学家沙赫特（**Schachter S**）和辛格（**Singer J**）提出，对于特定的情绪来说，有两个因素是必不可少的。第一，个体必须体验到高度的生理唤醒，如心率加快、手出汗、胃收缩、呼吸急促等；第二，个体必须对生理状态的变化进行认知性的唤醒。

沙赫特和辛格在 **1962** 年做了以下实验。他们给志愿参加实验的大学生注射肾上腺素，以引起生理唤起状态。对第一组注射肾上腺素被试的生理唤起原因不加真实说明。将其中部分被试安置在事先布置好的能引起快乐情绪的情景之中，另一部分则处在愤怒的设计情景之中。结果发现处于快乐情景中的被试容易产生快乐情绪，处于愤怒情景中的被试则易产生愤怒。第二组被试虽然也注射肾上腺素，但如实告知药物可引起的生理唤起如心跳、易激动等，结果他们在上述同样的设计情景中基本不产生情绪反应。第三组为对照组，不注射肾上腺素，他们在上述设计情景中分别产生中等的情绪反应。（图 **2-3**）

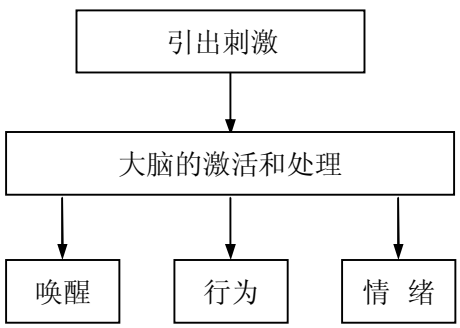



图 **2-2**　坎农－巴德理论示意图

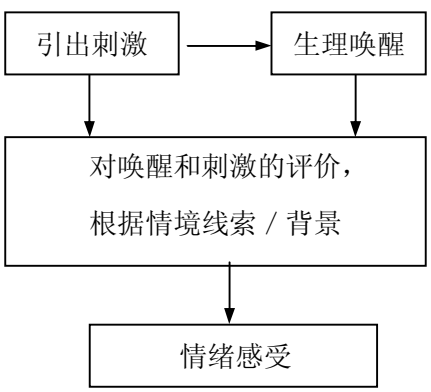



图 **2-3**　沙赫特认知评价理论示意图

总结该实验说明：①情景刺激、生理唤起和认知因素三者相互作用可引起特定的情绪反应；②认知因素在其中更为重要，起着认知标签(cognitive labelling)的作用；⑧生理反应对情绪体验不一定是必须的，但能根据个体对情景的认知起到始动作用(Leukel，1979)。从实验中可以看出认知因素主要以经验为依据，个体将某种情绪的经验与环境刺激进行比较，以决定这种环境刺激是喜还是怒，如果两者相符合，就感受为具体的某一种情绪。

## 三、情绪与心身健康

近年来,情绪状态与身心健康关系的重要性越来越为人们所关注,现代精神卫生科学阐明，人体自身最有助于健康的因素是良好的情绪。情绪状态可以通过生物、心理和社会等多种途径或方式与身心健康产生因果性的联系,使人体保持稳定的心理、生理状态，处于轻松愉快的工作、生活节奏，并且能够充分发挥机体的潜力和增强人体的抗病能力。

（一）情绪与其他心理因素的相互影响

情绪既是一种心理过程又是一种状态。任何一种心理因素如认知、动机、意志等都必须在情绪背景中进行，并受到情绪的影响。例如，愉快的情绪总是使人产生趋向行为，厌恶的情绪总是使人产生回避行为。而其他心理因素反过来也会决定情绪的性质和强度。例如，当在实际生活、工作中遇到各种各样引起消极情绪反应的刺激时，个人认知水平的调整可有效地减少负性情绪的发生或甚至改变情绪反应的性质。因此，保持良好的情绪，避免过度忧愁、沮丧、愤怒，正确认识现实世界，才能达到缓解心理压力，保持心理健康的目的。

（二）情绪对生理机能的影响

情绪反应是机体适应环境变化的一种必要反应。但是，如果这种反应过分强烈或持久，就会导致人体生理机能失调，引起心血管、呼吸、神经、内分泌、免疫功能紊乱甚至内脏器官病变。愤怒或焦虑的情绪反应可使交感神经兴奋，儿茶酚胺分泌增加，表现为呼吸急促、心率加快、血压升高，极易发生心、脑血管疾患，对冠心病患者有可能造成心肌梗塞，以致突然死亡；消化系统则表现出胃液分泌量增加，胃液酸度和胃蛋白酶的含量增高，胃粘膜充血，易导致胃溃疡；呼吸系统则可能诱发支气管哮喘和过度唤起综合征等。忧郁性情绪变化是产生生理机能障碍的另一重要原因。波立特（Pollit）称下述躯体症状为“忧郁性功能改变”，如：体重下降、睡眠障碍、便秘、纳呆、口干、性欲减退、阳萎、月经紊乱、脉率下降、血压降低、消化液分泌减少、胃肠蠕动减慢、基础代谢率下降、水排泄延迟、糖耐量曲线延迟以及钠、钾、胆固醇代谢紊乱等。

有关负性情绪与内脏、内分泌和免疫的关系，在下一节将有更具体的介绍。

（三）情绪与心身疾病的关系

躯体疾患可引发患者的不安全感和焦虑、忧郁等情绪障碍，而情绪障碍反过来又会诱发和加重躯体功能障碍。当面对患者时，我们不仅仅关注于患者的躯体症状，还要努力取得患者的高度信任，解除其由于心身交互作用所引发的情绪障碍，因为情绪障碍是心身疾病重要的致病原因和基本病理因素之一。

（四）情绪对心身疾病防治和预后的作用

情绪活动可分为愉快的或积极的情绪，不愉快的或消极的情绪两大类。前者指乐观、愉快、和悦、明朗的情绪状态，对人体的生命活动起良好的作用，提高体力劳动和脑力劳动的效力，增强机体对疾病的抵抗能力，即所谓的情绪治病作用，使人保持健康。在临床工作中可常见到不少病人，通过自我调节，发挥良好的情绪作用，使某些疾病自愈。当然，积极情绪活动也需适度，过分高兴，达到狂喜的程度，有时也可造成严重后果。即所谓“喜伤心”、“乐极生悲”；后者指悲伤、苦恼、抑郁、烦恼的情绪状态。这些情绪的产生一方面是作为有机体适应环境的一种必要的反应，因为能动员机体的潜能，为有机体达到重新适应变化了的环境而斗争。另一方面，这种消极情绪对人的心身健康又会产生十分不利的影响，有研究表明，当机体处于消极情绪反应时，吞噬细胞作用减弱，机体的抗体和干扰素生成减少，免疫细胞的识别功能削弱，而造成人体的抗病能力下降。有人研究了预后较差的一组类风湿关节炎患者，结果发现他们的情绪障碍更加明显。同样的现象也可见于系统性红斑狼疮以及多发性硬化症患者。因此，情绪干预对心身疾病的防治和预后具有重要的意义。

（杨凤池）

## 第二节　情绪与脑、脏器、内分泌

### 一、情绪的脑机制

有关情绪与脑关系的研究已有一段很长的历史。著名的奥尔兹（**Olds J，1953**）和米尔纳（**Milner P，1954**）在动物按压杠杆的实验中用脑内电刺激法证明了边缘系统是产生情绪体验的中心，纽约大学神经科学专家勒杜（**LeDoux JE，1990**）首先发现了杏仁核在情绪中枢的关键作用。动物被切除杏仁核后，不仅不会恐惧、发怒、没有了竞争力，而且对自己在同类中的地位也毫无感受，陷于情绪缺失或迟钝状态。由此推测：当外界信息通过视觉、听觉、嗅觉、味觉和痛觉等不同感觉器官传入丘脑后存在两条不同的传导通路，一条是经丘脑进入大脑，通过大脑皮层（主要是前额叶）的充分整合评估后作出适当反应，如情绪反应，再把信息传至杏仁核，以激活情绪中枢；另一条通路则是信息进入丘脑后直接传到杏仁核，并在皮层中枢作出决策之前抢先作出反应。这一路径足以解释为什么情绪会战胜理智，使人未经大脑而直接作出反应。不过，这种情况相当少见，一般状态下，理智是可以控制情绪的，即大脑可以控制杏仁核的冲动，虽然存在着丘脑与杏仁核之间的通道，但来自大脑的控制力量更强。

从感觉器官接受信息到大脑对各种感觉进行识别然后作出各种情绪反应的过程，除了前述的丘脑、大脑前额叶和杏仁核以外，还受脑干网状结构、蓝斑、缝线核和基底核等的调节。

**1．恐惧的神经机制**　恐惧是面临某种已经明确的、有特定的危险会使生命受到威胁或伤害的、而又缺乏应付能力的情景时产生的情绪体验。伴随恐惧的行为除了战斗或逃跑以外，还可以表现为木僵和装死。恐惧反应常常是由视觉、听觉和嗅觉等感觉刺激引起，杏仁核是恐惧信息处理和恐惧习得的关键部位。大脑中枢除了调节恐惧情绪外，还调节恐惧伴发的行为、神经和内分泌反应。首先，恐惧时的行为反应（譬如木僵）是由中脑中心灰白质介导引起的；其次，作为植物神经反应，通过下丘脑外侧野交感神经的介导引起心跳加快和血压上

升，通过脑桥脚傍核的作用使呼吸急促；最后，作为神经内分泌反应，由下丘脑室傍核启动，激活下丘脑－垂体－肾上腺皮质系统。除此之外，脑桥腹侧被盖核的多巴胺系统、脑干蓝斑的去甲肾上腺素系统和脑桥背外侧被盖核的胆碱能系统也参与调节，随着这些神经递质的释放，机体的觉醒水平上升。

**2．焦虑的神经机制**　要明确区分焦虑和恐惧是比较困难的。焦虑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。和恐惧不同的是焦虑的对象往往不是那么的明确，因此认为脑对焦虑的反应机制也应该和恐惧有所不同，但这方面的研究还存在很多的疑问。研究发现对焦虑状态的大鼠破坏海马以及与海马有着大量神经纤维连接的中隔与服用抗焦虑药有着相同的作用，因此推测海马－中隔系统在焦虑发生中起着重要的作用，抗焦虑是通过海马和中隔的功能抑制而起作用的。

**3．愤怒的神经机制**　电刺激动物下丘脑腹内侧核诱发攻击性行为，刺激下丘脑背内侧核诱发逃避行为，这些行为有着正确的目标指向，同时伴有典型的交感神经功能唤醒症状。刺激腹内侧核诱发的攻击性行为与自然的愤怒情绪反应非常相似，如果破坏中脑中心灰白质部位则此反应消失，如果刺激中脑中间部的中心灰白质外侧部也能引起同样的反应，因此可以考虑下丘脑腹内侧核刺激的效果是在中心灰白质的介导下产生的。

尽管电刺激下丘脑腹内侧核能诱发动物的攻击性行为，但如果用兴奋性氨基酸针对性地让此部位的神经细胞兴奋则不能诱导出相同的行为反应，因此，也有学者认为电刺激的效果是由于刺激了通过腹内侧核处的神经纤维引起的，而与腹内侧核的神经细胞无关。但也应该考虑到神经细胞由于过渡兴奋反而造成功能抑制的情况存在。已有很多实验证明通过电刺激兴奋下丘脑腹内侧核神经能促进雌性大鼠性行为增加，但如果用化学的方法让此部位的神经细胞兴奋，则与电刺激相反，对雌性大鼠性行为具有抑制作用。因此，认为下丘脑腹内侧核对愤怒反应的调节可能存在兴奋和抑制的双重机制，有可能对不同的信息作出不同的反应，对此，需要作进一步的研究。

**4．快感的神经机制**　动物自身脑内刺激行为的发现大大促进了快感神经机制的研究。动物自身脑内刺激行为是指当把动物放入一个已设置好的如果按下开关即能增加脑内局部刺激的装置时，动物为了追求这种刺激而发生的自发地去按压开关的行为。在人体上也发现了同样的现象，当刺激脑内某一部位时会引起人的快乐感受。脑内自身刺激的有效部位，又被称为奖赏系统，以中脑腹侧被盖到下丘脑外侧野在内的内侧前脑束为中心，还包括杏仁核、海马、中隔野和前额叶皮层等部位，与多巴胺、神经肽等神经递质有关。

脑内奖赏系统包含了对摄食行为、饮水行为、性行为和母性行为等本能行为的调控，对不同的行为调节有着不同的神经环路。同时，快感的体验也受温饱、性活动等各种基础状态的影响。

**5．情感冷漠和失体感症**　情感冷漠和失体感是心身疾病中的常见症状，但其神经生理学的发生机制并不十分明确。随着 **PET**、**MRI** 和脑磁图等非创伤性脑机能解析技术的发展，可望逐步得到解明。

（**1**）情感冷漠症**:**心身疾病患者不能很好地用言语和表情表达自己情感的例子很多，因

此可以认为理解情感冷漠是理解心身疾病的关键。人之所以不能表达自己的情感体验，可能与情感的言语化过程直接有关，也可能是情感体验本身存在障碍。在情感的表达中，大脑边缘系统起着重要的作用，一般认为情感的认知及其语言化过程是在大脑皮质中完成的。因此，情感冷漠应该考虑到边缘系统和皮质之间的联络以及左右半球之间的联络是否存在问题。情感体验及其认知是从大脑边缘系统向皮质输送信号，并经皮质处理后形成的。因此，当边缘系统和皮质间的联络出现问题时，对情感的认知就会出现障碍。另一方面，情感体验的言语化过程是在语言的优势半球即大脑左半球内完成的。在治疗中被切断脑梁的患者与健康者比较，有明显的情感冷漠表现。情感冷漠在左利手中也较多见。由此说明，大脑左右半球间的联络障碍与情感冷漠存在一定的关系。实际上左右半球都参与调节情感过程，但两者在作用和性质上存在一定的差异。大量研究报道，右半球多与悲观、抑郁等不愉快的情感体验有关，而左半球则参与调节乐观、积极的情感体验。但也有不同结果的报道，有待进一步的研究证实。

（2）失体感症：心身疾病患者不仅对自己的情感冷漠，而且对自己身体状态的关注也会出现延迟的倾向，即所谓的失体感症。如果把失体感症认为是对身体警告信号的反应低下，则应激镇痛的发生机理可能与此有一定的关系。当把动物放置在不能回避的应激环境中时，动物在对逃离逐渐绝望的同时，出现对环境刺激反应性的低下和对疼痛刺激感受性的减弱。这种应激镇痛效果可以被阿片类受体结抗剂阻断。因此推测应激镇痛与阿片类神经递质的活动有关，中心灰白质的腹外侧部起着重要的作用。在不能回避的应激环境中失体感症的发生与阿片类系统的活动有着一定的关系。另一方面，当身体处非常紧张的环境（例如战场）时即使受了外伤也不会感到有多少疼痛，这是众所周知的事实。同样的道理，动物在战斗或逃跑时，这种现象也非常明显。研究证明，这种状态下的镇痛机制和非阿片类的单胺类等神经递质的活动有关。

（3）情感冷漠和失体感症的生物学意义：如果从系统发生的角度来考虑，可以认为有下述两点意义：①抑止机体对外界恶劣环境的过剩反应，节约能源以提高存活率；或者相反地，②当必需采取紧急行动（战斗或逃跑）时，抑止可能对行动产生干扰的一切感受（疼痛等），以保证紧急行动的顺利进行。很多的病理反应，都是为了保持机体能适应当时的情况。例如当机体处于包括外伤在内的全身性疾病和感染时，通过调节体内白介素等细胞活性因子的作用，出现发热、食欲减退和嗜睡等症状。这一连串的反应一般被认为是疾病的症状，但实际上是机体自我保护的一系列反应，有助于提高存活率。像在感染症时出现的体温升高和食欲减退，对机体来说其实是一种有利的反应，通过动物实验已经证明如果使用解热药或维持与正常时同样的食量，反而会引起存活率的降低。

为保障机体的生存或种族的繁衍，大脑具有各种调节机体应对不同环境改变的能力。我们平时感受到的像疼痛、乏力和疲劳等感觉可以认为是脑的机体警告系统发出的信号。一过性情感冷漠和失体感症可以看成是大脑让机体与外界抗争的一种调节机制，但如果长期持续，则会对机体产生严重的危害。

## 二、负性情绪对特定脏器的影响

不同的刺激会引起不同的情绪反应，不同的应对方式也会引起不同的情绪反应。例如同

样面对丧失导致的负性情绪，主动反应者多表现为愤怒，而被动反应者多表现为悲伤或抑郁等。主动反应者或攻击性类型者，面临危险或困难时往往会努力去争取、去面对，这时由于交感神经的兴奋使个体的活动能力增强，但也会因此而产生对心血管等机体特定脏器系统的影响。另一方面，被动反应者面临危险或困难时往往会出现放弃、绝望、抑郁等反应，此时由于副交感神经的兴奋产生对消化系统的影响，引发胃溃疡等疾病。这无论是在动物实验还是在临床研究中都已经得到了证明。

研究证明，情绪对特定脏器的影响是由神经系统介导，一部分受下丘脑的调节控制。已知下丘脑腹内侧核和室旁核与紧张情绪反应有着密切的关系。如果破坏腹内侧核，会增强动物尽力逃离应激环境的行为，会出现抑郁反应的减弱、应激性溃疡的减轻等现象。与此相反，如果破坏室旁核，会增强抑郁反应，加重应激性溃疡。由此说明腹内侧核在抑郁反应和应激性溃疡的发生中起着重要的作用，而室旁核对此类反应则起着抑制性的调节作用。另一方面，已经明确患有原发性高血压的大鼠，不容易引起胃溃疡是由于其室旁核存在异常。而原发性高血压大鼠的遗传对照组，在不容易形成高血压的同时表现为容易诱发胃溃疡、出现抑郁反应等。因此，我们相信随着今后研究的深入，会逐渐解开心身疾病中情绪反应选择性地影响特定脏器的脑内调节机制之谜。

## 三、负性情绪对内分泌的影响

历史上对情绪和内分泌系统相关性的认识是从美国生理学家坎农（**Cannon WB，1871-1945**）和加拿大生理学家塞里**(Selye H，1907-1982)**的研究发现开始。坎农发现当机体处于紧张状态时伴有交感神经兴奋、肾上腺髓质分泌肾上腺激素增加，接着塞里发现当机体处于紧张状态时下垂体促肾上腺皮质激素（**ACTH**）分泌增加、促使肾上腺皮质激素分泌增多。从此以后，大量的研究发现负性情绪往往伴随多种激素的改变，植物神经系统、内分泌系统和免疫系统在机体负性情绪反应时互相作用，共同组成一个错综复杂的网络系统。下面介绍几种常见的受负性情绪影响的内分泌激素。

**1．下丘脑－垂体－目标脏器**

（**1**）**CRH**、**ACTH** 和糖皮质激素**:**当机体遇到有害刺激时表现为血液 **ACTH** 分泌增加、糖皮质激素浓度上升，这是维持生命不可缺少的反应。下垂体或肾上腺摘除的动物，即使通过给药维持其正常血液糖皮质激素浓度，但一遇到有害刺激，即刻死亡。研究证明，紧急情绪状态时 **ACTH** 分泌的增加几乎完全受下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素（**CRH**）释放的调节。**CRH** 除了激活垂体－肾上腺皮质轴外，对紧张情绪状态时的行为和其它生理反应也存在调节作用。

（**2**）生长激素**:**生长激素（**GH**）的分泌受下丘脑生长激素释放激素（**GHRH**）和生长抑素（**SS**）的双重调节，在负性情绪时 **GH** 分泌增加，但存在个体差异。反复的精神压抑，则会导致儿童生长迟缓，出现“心理性矮小症”。其原因可能是负性情绪时增加的 **CRH** 能刺激生长抑素神经使垂体前叶的生长抑素分泌增加，从而抑制 **GH** 分泌；同时，在慢性持续的负性情绪状态下，下丘脑**-**垂体**-**肾上腺轴功能亢进，糖皮质激素分泌增加，作用于下垂体，抑制 **GH** 分泌；另外，反复负性情绪导致胰岛素样生长因子**-1** 促软骨基质合成的作用减弱也是其

原因之一。

（3）TSH 和甲状腺激素：紧张情绪对甲状腺功能的影响存在物种差异性。像兔子、小鼠、大鼠等小动物在紧张情绪后多出现甲状腺功能的抑制，而像猴子那样的大动物则表现为甲状腺功能亢进。在人类，当处于考试、体育比赛和接受外科手术时有表现为轻度亢进者，也有不受影响者，存在着较大的个体差异。

动物实验研究表明，紧张情绪抑制下丘脑-垂体-甲状腺轴功能。紧张情绪状态增加的 CRH 刺激生长抑素神经使垂体前叶的生长抑素分泌增加，从而抑制促甲状腺激素(TSH)分泌；同时，紧张情绪时升高的糖皮质激素作用于下垂体，也能抑制 TSH 分泌；另外，糖皮质激素对末梢组织中 T4 向 T3 的转换也有抑制作用。人类的 TSH 与动物不同，除新生儿期以外，一般不容易受各种应情绪激刺激的影响。但像抑郁症等精神疾病患者，对下丘脑促甲状腺素释放激素的刺激，多表现为低反应或反应迟缓。其机理尚不明确。

（4）催乳素和催产素：催乳素为垂体前叶激素，作用于乳腺，刺激乳汁分泌；催产素属垂体后叶激素，有促进子宫收缩和乳腺泌乳的作用。催乳素的分泌受催乳素抑制因子（PIF）和催乳素释放因子（PRF）的调节。PIF 为下丘脑多巴胺神经释放的多巴胺，而 PRF 则受中枢五羟色胺的调节。在哺乳期，催乳素和催产素的分泌常常不受紧张情绪的影响，而哺乳期下丘脑-垂体-肾上腺轴功能对紧张情绪的反应也减弱，说明哺乳能增加机体对负性情绪的抵抗作用。

（5）黄体生成素释放激素和性激素：负性情绪对性腺功能具有抑制作用，这无论是在接受高强度训练的女选手或狱中女犯出现闭经，还是在接受军事训练的男性血中性激素的低下等事实中都已得到证明。负性情绪引起性腺功能抑制的机理主要考虑为负性情绪状态下丘脑-垂体-肾上腺轴功能的亢进，CRH 神经抑制了促性腺激素释放激素的分泌，从而引起黄体生成素的分泌减少。

（6）抗利尿激素：紧张情绪会引起尿量减少，这无论是在动物实验还是在人体研究中都已得到证实。目前已经证明诸如疼痛、寒冷、手术、低氧和低血糖等能刺激抗利尿激素分泌增加，但具体机理尚不明确。

**2.松果体激素** 松果体分泌的褪黑激素(Melatonin)在维持机体应变昼夜节律的调节反应中是不可缺少的，但过多分泌会使人情绪低落、悲哀伤感或昏昏欲睡；同时，像抑郁症、焦虑症等情感障碍性疾病也会引起体内褪黑激素含量的改变，但具体的机理尚不明确。

**3. 儿茶酚胺** 紧张情绪能快速导致体内儿茶酚胺水平的改变，这对机体面对危险时采取战斗或逃跑的行为有着重要的意义。研究证明，在淋巴细胞、噬中性细胞和巨噬细胞表面都有肾上腺素受体存在，负性情绪时免疫活性细胞数量或活性的增加都与儿茶酚胺的作用有关。

**4. 糖代谢系统** 负性情绪对糖代谢的影响早已引起人们的重视，情感障碍性疾病伴有糖代谢异常者临床上也较为常见。负性情绪时由于儿茶酚胺的分泌增加，抑制胰岛素分泌，从而使血糖增高。重症抑郁患者中还可出现胰岛素抵抗，导致糖代谢紊乱。

总之，负性情绪会影响到多种激素的分泌，体内激素的改变常常作为诊断负性情绪的指标之一。随着分子生物学研究技术的进展，从神经-内分泌-免疫学角度对心身相关的研究将会进一步深入，这将更有利于对心身疾病的理解和防治。

（朱婉儿）

# 第三章　应激与心身医学

应激与健康和疾病密切相关，应激的概念、影响因素、作用机制等是心身医学又一重要的基础知识部分。本章重点介绍应激的宏观机制和微观机制。

## 第一节　应激研究简史

应激是多学科关注的概念，也是目前神经科学研究的前沿部分。医学、心理学、社会学、人类学均以此为重要研究课题。由于研究的领域不同，研究的侧重点和目的的各异。结果，不同时期和不同领域的应激概念有较大差异，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、稳态与应急说

直观地看，人体的每个细胞似乎都是一个独立生存单位，但却离不开内、外环境。例如虽然细胞大多不直接与外环境大气接触，但气候的变化同样会影响细胞的功能。显然人体的每一部分功能活动（不论细胞、器官、系统）都是在一定范围内波动，并通过各种自我调节（self-regulation）机制，在变化着的内、外环境中保持着动态平衡。20 世纪生理学家坎农（Cannon WB）将其称为稳态（homeostasis）。这种稳态在遇到严重干扰性刺激时会出现应急（emergency）即“战或逃”（fight or flight）反应。

坎农的工作已经涉及到了内外环境刺激与机体功能反应稳定问题，是应激研究的起点。

### 二、塞里的应激说

关于应激的概念，首推加拿大病理生理学家塞里（**Selye H**）。**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。但塞里在研究稳态的基础上，通过对病人的观察发现，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，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严重状态下的个体，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。也就是说，在各种不同的严重干扰性刺激下，个体会通过一些非特异性的反应过程来适应，而与刺激种类无关。他于 **1936** 年将机体在这些刺激作用下出现非特异性反应称为应激（stress），将这种非特异的反应称为“一般适应综合征”（**general adaptation syndrome**，**GAS**）。

塞里认为 **GAS** 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）对有害刺激所做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。

塞里应激学说对应激理论研究有重要意义。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。

## 三、医学的倾向

塞里应激学说对人的认识虽然是整体观的，但其主要还是从医学或病理生理学的角度提出来的，且其所关注的是应激的反应，特别是生理病理反应。

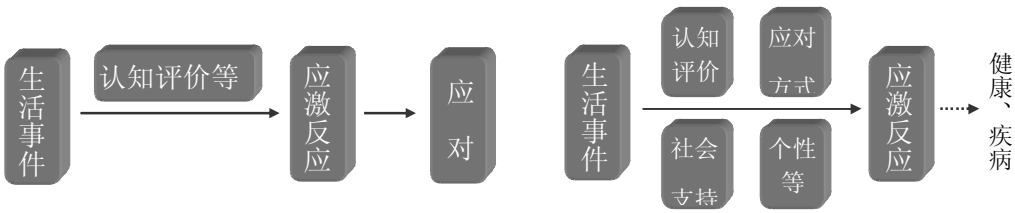
由于医学科学的特殊历史背景，直到目前，有关医学领域仍然侧重于从应激反应的角度来认识应激和应激现象。例如精神病学界一直关注应激的病理症状方面，强调应激属于有机体对有害刺激的反应，将应激作为因变量或是反应变量来研究。在国内外各种版本的精神病学诊断标准中，比较集中地关注应激的心身症状反应方面，而不是引起这种反应的心理社会原因。

同样，作为医学的另一重要领域，病理生理学也重视应激。塞里本人长期以来被看成是病理生理学家。该领域的研究至今仍然比较多地侧重于应激状态下的机体生理病理微观反应机制方面，而对应激的刺激特别是心理社会刺激方面以及应激的宏观研究方面关注较少。故从心身医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”。

## 四、心理学的倾向

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，特别是心理社会刺激。

随着研究的深入，心理学家越来越认识到许多与应激有关的中间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过程理论。所谓作用过程，就是在应激刺激情况下，中间通过许多因素的中介作用，最后决定应激反应的过程。**(**图 **3-1)**




（1）国内应激作用过程模型之一（自李心天1991）　　（2）国内应激作用过程模型之二（自姜乾金1993）

图 **3-1** 应激作用过程示意图

## 第二节　心理应激有关因素

应激概念的提出和心理应激（**psychological stress**）研究经历了较长的历史过程。近百年来，各个时期关于应激和应激理论的认识，不论是先期的分别重视应激刺激或者应激反应，还是以后重视应激作用“过程”，如果摒弃不同学术领域在认识上的差异，应激其实是一个多因素的集合概念。目前，心理应激有关因素涉及到应激刺激（即应激原或生活事件）、应激反应、认知评价、应对方式，以及社会支持和个性特征等许多因素。

但需要注意的是，心理应激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。实际上，应激有关因素在内涵上普遍存在着交叉重叠的关系，类似这种界线问题目前在应激研究中仍然存在。以下简单介绍目前学术领域常见的心理应激有关因素。

### 一、生活事件

#### （一）概念

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。

如果按现象学分类，生活事件主要包括工作问题、家庭问题、人际关系问题和经济问题等。

如果按事件对个体的影响分类，则包括正性生活事件（**positive events**）和负性生活事件（**negative events**）。前者指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，后者指个人认为对自己产生消极作用的不愉快事件。

此外还有其它各种分类方法，但都同样难以清晰地将生活事件归类。

#### （二）生活事件与心身健康

生活事件是最早被注意的影响健康的心理应激因素之一。研究表明，负性生活事件对心

身健康的影响高于正性生活事件。在质的方面，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。

（三）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**）。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。

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。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和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。

## 二、认知评价

（二）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的觉察。**Folkman** 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做出判断，这就是次级评价。伴随着次级评价，个体会同时进行相应的应对活动：如果次级评价事件是可以改变的，采用的往往是问题关注应对；如果次级评价为不可改变，则往往采用情绪关注应对（图 **3-2**）。

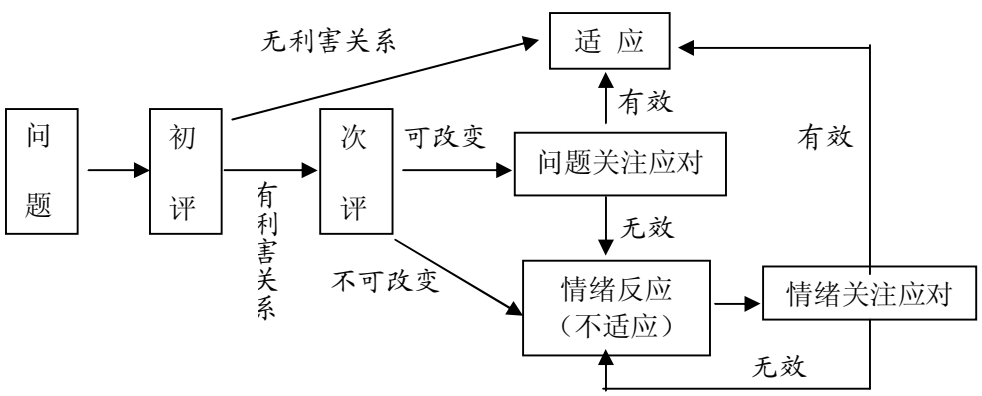



图 3-2　认知、应对与应激过程示意图

（二）认知评价与心身健康

对生活事件的认知评价直接影响个体的应对活动和最终的心身反应性质和程度，是生活事件到应激反应的关键中间因素之一。前面提及以客观计分标准研究生活事件和心身健康关系存在相关性低的问题，其原因之一就是因为未考虑个人对事件的认知因素。**Lazarus** 早期就认为，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。

作者等在有关心身医学临床研究中发现，认知因素在肿瘤病人的睡眠质量、外科术前焦虑等方面具有重要的作用。

（三）认知评价的量化

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的深入程度两者之间并不相称。虽然 **Folkman** 本人曾对认知评价活动进行过定量研究，但至今尚缺乏经典的用于对生活事件做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。在心身医学临床研究工作中，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作用。

## 三、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。如果我们将应激作为“过程”来理解，以国外应对量表中出现的各种因子为分析对象，可以发现应对活动实际上涉及到应激作用过程的各个环节（图 **3-3**）。

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。

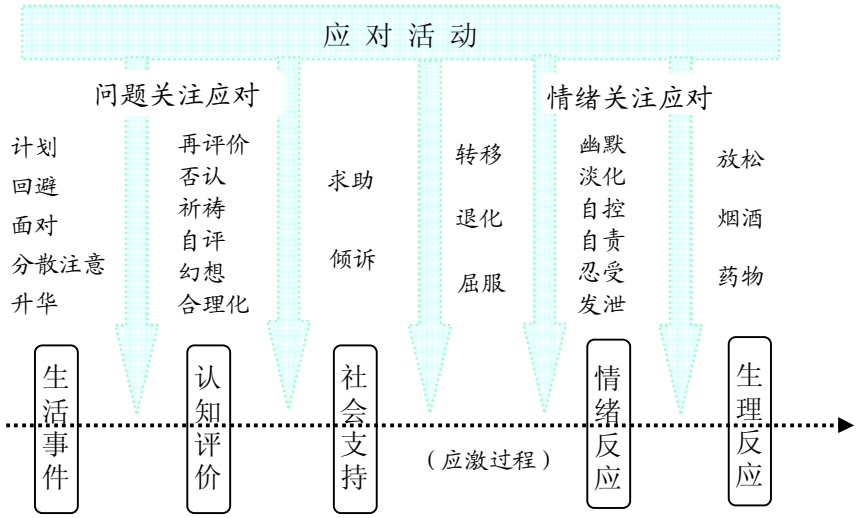



图 **3-3** 应对与应激过程的关系

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**）。

（二）应对方式与心身健康

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也已成为心理应激研究中很活跃的领域。其中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，作者等资料显示癌症的发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会因素的影响。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，可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据。

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，作者的特质应对问卷(**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。

（三）应对的量化

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。其中：

**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。

作者等（**1987**，**1993**，**1999**）以应对的特质研究思路，采用因素筛选与效标考察相结合的办法，将一组与一定的个性特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对，最后形成特质应对问卷。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。

## 四、社会支持

### （一）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。

### （二）社会支持与心身健康

多项研究大多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。

**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，如摸拟的“社会隔离”可导致动物行为的明显异常。

关于社会支持为什么能保护健康的机制问题，有两种假设：

**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社会密切联系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。

（三）社会支持的量化

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。该量表已由作者等引进。

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。

## 五、 个性

（一）个性与应激作用过程

虽然传统的应激理论模型中往往没有将个性因素列入其中。但个性因素在应激作用过程中起重要作用是显而易见的。实际上，个性与各种应激因素之间存在广泛的相关性，是重要的应激有关因素。这将在下一节有较详细论述。

（二）个性特征与心身健康

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。但个性与疾病之间似乎缺乏特异性，即是否存在某些特定的应激或疾病易感性人格，还尚有待于进一步研究。

个性与疾病的关联，很难说是两者之间的直接因果关系。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。这说明个性可能是通过情绪等因素，最终间接影响心身健康。

## 六、应激反应

（一）概念

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”。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，或者承认心理社会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。

**1.应激的心理反应** 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。

常见的应激情绪反应包括焦虑、抑郁、恐惧、愤怒等。负性情绪反应还可与其它心理行为活动产生相互影响，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。

与应激心理反应相应，机体在行为上也会发生改变，主要包括逃避与回避、退化与依赖、敌对与攻击、无助与自怜，以及物质滥用等。

**2.应激的生理反应** 塞里的“一般适应综合征（GAS）”，本质上就是应激的生理反应。目前来看，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。（参见本章第四节有关内容）

（二）应激反应与心身健康

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。

但毕竟各种应激反应涉及到个体的心身功能的整体平衡。心身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。

（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、尿儿茶酚胺水平等，但毕竟应激反应涉及心身各方面，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，如 SCL90。

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。

## 第三节　应激的系统论模型

### 一、应激因素的相关性

应该说，将心理应激看成是作用“过程”是符合人们因果逻辑思维习惯的。但实际上，应激所涉及的各种有关变量之间普遍存在着交互的作用。

（一）生活事件与其它应激因素的关系

根据应激作用过程论，生活事件作为应激原导致了应激反应直至心身疾病。但许多生活事件本身也受各种应激因素的“反作用”。除了上述的认知因素影响外，应对方式、社会支持、人格特点等因素也会影响生活事件的发生、发展和程度。目前许多研究也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）认知评价与其它应激因素的关系

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。

（三）应对方式与其它应激因素的关系

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

（四）社会支持与其它应激因素的关系

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

（五）个性与其它应激因素的关系

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。

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。个性有缺陷的人往往存在非理性的认知偏差，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。

作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。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。

个性与应激反应的形成和程度有关。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。作者曾通过多种研究样本，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”。

（六）应激反应与其它应激因素的关系

“应激作用过程模型”总体上反映了各种应激因素最终导致应激反应。但实际情况是，应激反应同样反过来可影响生活事件、认知评价、应对方式、社会支持和个性特征等其它各种因素。例如国外曾有报告，长期病痛（如慢性疼痛综合征）可使病人的人格某些方面发生改变。

## 二、应激是多因素的系统

作者等自 **1987** 以来，对应激有关因素与健康的关系作了一系列的探索，并在 **1990** 年代重点开展应对以及其它应激有关因素的综合评估研究，**2000** 年以后则转向心理社会应激因素之间相互关系的实证研究。大量研究结果显示，应激不仅仅是从生活事件到应激反应的“过程”。例如，按“过程论”生活事件是“应激原”，不同病人对其可以做出不同的认知评价，不同的评价结果趋向于采用不同的应对方式，从而也会有不同的反应结果。但反过来，上述因素也会影响生活事件本身。认知评价、应对方式和社会支持等作为“过程论”的“中间因素”，同样也分别受其它各种因素的互相影响和制约，可以是“原因”，也可以是“结果”。

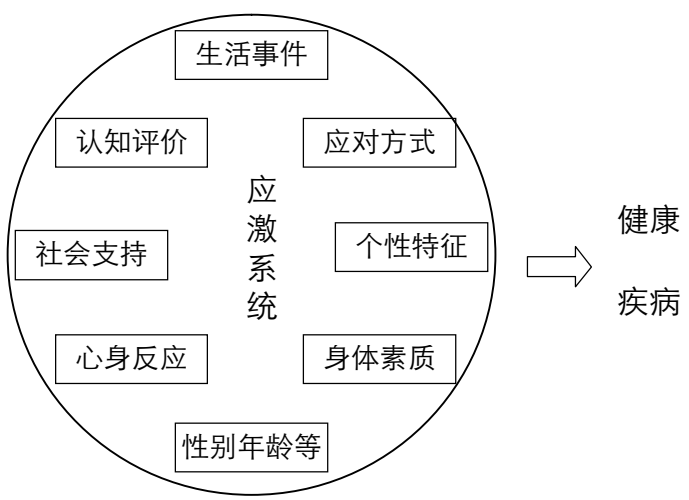



图 **3—4**　心理应激系统论模型

因此，心理应激（或者压力）不仅仅是简单的因-果或刺激-反应过程，其实是多因素相

互作用的系统。（图 3—4）

## 三、应激系统模型基本特征

结合大量实证研究，心理应激系统论（**the theory of psychological stress system**）模型具有一些最基本的特征（法则）：

（一）应激是多因素的系统

作为具有生物、社会属性的人，不论是健康或者疾病状态，本质上都是处于一个多因素的系统之中。在文后案例 **1** 中，该学生存在生活事件（老师批评、家长失信），心身反应（头痛、焦虑、抑郁、失眠）；认知（学习困难）；社会支持（不合群、人际冲突）；应对（对待批评）；性格（固执、钻牛角尖）等多因素问题。在文后案例 **2** 中，慢性疼痛综合征病人同样存在各种应激因素问题，概括起来同样包括心身症状、生活事件、认知评价、应对方式、生活支持和人格特征等。

（二）各因素之间是互动的

个体所涉及的各应激因素之间均处于互为因果状态，其中每一个环节出现变化，将可能影响到系统结构，且易形成良性或恶性循环。个体通过自己的感受和判断所报告的问题，或者别人通过认知对其所观察到的，往往只是系统中的某一部分因素之间的因果关系。

在案例 **1** 中，因为事情的“起因”是老师批评，“结果”是不去上学，所以班主任认为是该生不合群（社会支持）不能正确对待批评（应对方式）；家长因为怎么劝说也无效所以认为是孩子怕苦（认知与个性特征）；该生本人认为自己的毛病是由于初中毕业时父亲没有兑现购买电脑的奖励承诺（生活事件），致使整个高中阶段情绪都很坏（心理反应）；医生则可以认为是由于学校恐怖症（心理疾病）。这些判断似乎都有道理，但又都不全面。实际上，此时的个体正处在各有关因素的互动作用之中，而且在疾病状态下，反映的往往是应激各因素之间的恶性循环作用。

在案例 **2** 中，慢性疼痛综合征病人，可以报告疾病的系列症状，但也可以报告社会支持出现问题，他不会也不可能提供系统中的全部因素。即使报告疾病症状，也可能只报告心理的痛苦，或者只报告身躯的困难。该例同样存在应激各因素间恶性循环的互动作用。

（三）各因素之间是动态的发展平衡

人的一生是发展变化的过程，在不同年龄阶段和不同处境下，各因素之间处于动态平衡之中，并维持健康适应状态，。一旦这种平衡被打破，不能建立新的平衡，则出现不适应，并产生心身健康问题。

在案例 **1**，该生在相对单纯的小学、初中环境中，表现听话、认真，成绩优良，情绪行为积极，家长、老师、同学认同、人际关系良好。显然那时的应激各因素之间处于良好互动状态，系统是平衡的。但在进入高中阶段，特别是人际环境变得复杂、竞争内容和方式改变、外界压力加剧（高考）、性发展和性敏感等因素的变化等情况下，一旦由于某种诱因导致不能建立各应激因素间的新的平衡，并最终到了需要医学或心理学的帮助时，已经是各因素间恶性循环的结果了。

在案例 **2**，慢性疼痛综合征病人不同病期的各种生物心理社会表现，反映了各应激因素间的在不同病期的不同失平衡状态。

（四）认知评价是关键因素

认知因素在系统平衡和失衡中有关键性的意义。认知应激理论就是强调认知因素在生活事件到应激反应过程中起中介作用。在临床实际工作中，无论是患者对自身健康问题的判断和症状报告，还是患者对于大多数心理干预技术的接纳、理解和执行程度，患者的认知“机器”都起关键的作用。

在案例 **1** 和案例 **2**，患者所报告的各种问题和原因，都是其认知活动的结果。在他人看来某些明显属于“认知偏差”，但患者本人却在深层观念的支配下有其自己的认知方式、以及在其自身体验的基础上的认知结论，有时虽然也部分知道一些想法不对，但却无法说服自己加以克服。在实施心理干预过程中，不论是心理指导的认识教育，或者是认知治疗的纠正“认知偏差”，最终也都是需要通过患者的认知加工过程来实现。

（五）人格特征是核心因素

人格因素在系统是否失衡中起核心作用，包括性格、脾气、习惯、观念等，其中观念上的问题往往更值得注意，它影响认识（如认知治疗中的 “自动思维”、“认知偏差”，从而使病人再有聪明有才智也对心理问题奈何不得），也直接间接影响其他应激因素（参见前文），在心理应激系统平衡和失衡中起到核心的作用。

在案例 **1**，该学生在小学、初中阶段的“听话、认真”和高中阶段的“固执、钻牛角尖”。其实都反映了他的某种共同人格特质。临床观察发现，这些人不能简单地用“好”和“坏”来划分。他们往往在观念上存在完美主义和标准化倾向。在不同生存状态下，当应激系统处于平衡时，这种人格特质会促使应激系统中各因素互相作用而更良性循环，该生小学、初中阶段即如此，认知积极、生活顺利、应对积极、人缘不错、心身平和；一旦诱发了平衡失调，又会加剧因素间的恶性循环，高中阶段即如此，认知偏执、事件增多、应对消极、人际恶化、心身症状。

在案例 **2**，慢性疼痛病人是否存在某些人格特征的病因因素在学术界尚无定论。但慢性疼痛病人常显示疑病和抑郁等人格倾向。即使这仅仅是疼痛出现后所导致的人格特征，由于其可以影响所有各种应激因素，故在病情的发展和进一步恶化方面同样起了核心作用。

**附案例 1：**某男，**18** 岁，重点中学高三重点班学生，成绩一直处班前列，三周前，因考试成绩有所下降，老师当着全班男女同学的面点名评论了该生，使该生很感失面子，因头痛、焦虑、抑郁、失眠，学习困难、人际冲突，害怕去学校、见同学，已二周不去上学（在家睡觉）而在父亲陪伴督促下来诊。

进一步晤谈、调查简况：

该生报告，这次是由于头痛、焦虑、失眠、学习困难，到学校特别是见到同学害怕故不去上学。其实上述一些症状在近一年就已存在，曾告诉家长但被认为是思想问题而不被重视。自己认为原因还是初中毕业时父亲曾经答应考上重高将给买电脑，但事后又以会影响高中学习为由不予兑现，导致整个高中阶段自己的情绪都很坏，致使学习受影响，越来越乏味，终于不能上学。

班主任报告，该生在高中阶段成绩一直保持在前列，但不合群、要好同学不多，在某些问题上略显固执、钻牛角尖。认为该生太爱面子不能正确对待善意的批评，反应异常，居然不来学习。

家长报告，该生在小学、初中阶段听话、认真，成绩优良，家长、老师、同学认同，关系良好，应该很有发展前景。认为目前主要原因可能是孩子怕苦，对高三阶段的冲刺学习意义不能理解、不能承受而不去上学，但怎么劝说也无效，才想到心理医生的帮助。

应激各因素测验 T 分简况：SCL90 的 F1（躯体化）58，F3（人际敏感）58，F4（抑郁）69，F5（焦虑）70，F9（精神病性）65；MMPI 的 Pd（偏执）75，Pt（神衰）63；应激综合评估量表 PSS 的学习事件 62，人际事件 58，压力躯体反应 75，心理反应 72，行为反应 75，消极应对 78，积极应对 35，家庭内支持 40，家庭外支持 45。

**案例 2：**某男，50 岁，建筑工人。一年前因腰部外伤导致急性疼痛，经过积极的治疗，其组织病理改变在 3 个月之内就已经逐渐消除，但此后疼痛仍继续存在，并出现许多习得性的消极行为症状，目前患者的症状越来越复杂，被诊断慢性疼痛综合征。以下是患者在受伤后两个不同病期的心身状态综合描述（表 3-1）

表 3-1　急性疼痛和慢性疼痛综合征心身特点比较

| | 急性疼痛期的心身特点<br>（伤后 3 个月之前情况） | 慢性疼痛期的心身特点<br>（伤后一年以后情况） |
|---|---|---|
| 心理 | 焦虑、害怕，对治愈有信心 | 痛成为核心世界，专注于痛体验和先兆症状，抑郁、悲观，缺少兴趣，丧失信心，人格测定疑病和抑郁量 |
| 行为 | 卧床休息，使用止痛药，求医和合作，减少活动， | 不断变换医生、药物，求助于宗教或放弃，卧床时间多，社会生活中断，不再工作，依靠资助，药物成瘾 |
| 躯体 | 内脏生理觉醒(心率↑等)，局部或全身肌张力↑ | 无力、嗑睡、失眠和植物性神经反应症状，体质和耐力下降，废用性肌萎缩 |

（注：出版时已经改为生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和压力反应各压力因素的特征表现）

## 四、应激系统模型在心身医学应用

应激系统论模型及其基本法则，已被作者成功应用于心身医学工作中的临床心理咨询（治疗）程式、压力管理和家庭婚姻咨询等方面。

（一）应用于临床心理咨询工作

首先，使用应激系统论模型，对患者的心身问题以及相关因素作出评估。以上述案例 1 为例。分析患者的应激反应和心身症状情况，做出问题的第一层次的评估，可能符合医学临床诊断（如学校恐怕症），或者以临床心理学的现象学做出“问题”诊断（如学习困难、失眠、逃学、心理障碍）。通过进一步分析生活事件、认知评价、应对方式和社会支持程度，做出问题的第二层次评估，确定应激各因素在“问题”中的地位以及因素之间的互动关系。通过分析人格特点特别是观念方面的如求全、完美主义倾向，可做出问题的第三层次评估，以确定人格因素在整个“问题”系统中的作用。

然后，根据应激系统模型的评估结果，制订具体心理干预策略以及考虑实施的干预技术。

在对案例 1 的分析评估基础上，以系统论与整体观的水平做出干预决策，可以决定采用心理教育、心理指导、系统心理治疗等心理干预技术，或者结合使用药物等方法。其中心理干预更多的是针对上述第二层面问题（往往通过是心理教育和心理指导）和第三层面问题（往往需要心理治疗如认识疗法），而改善第一层面的各种症状，往往是心理干预的最终目标。

有关应激系统论模型指导下的临床心理干预决策的较详细内容，可参阅第六章第一节。

（二）应用于生活和工作中的压力管理

正常人群生活在生物、心理、社会多因素的系统之中。就个体而言，他处于应激多因素系统之中；就社会群体而言（如工作单位），是由各种个体的亚系统所构成的更大系统；个体应激系统的平衡受制于单位系统的平衡，但又影响单位的平衡。在社会转型期，人们普遍感受到压力（应激）。当事人往往总是以自以为正确的认知方式生活、工作、待人，这样难免出现系统的失衡，容易产生压力反应的感受（或症状），使许多人诉说现在的压力太大了。因而，出现了所谓的压力管理（stress management）的说法。

压力管理是应用心理学专业工作者的重要临床课题。通常可以分为个体压力管理和单位（群体）压力管理。

在个体压力管理方面，对处于生活和工作压力之中的个体，可首先实施应激系统模型指导下的评估，分析其各种应激有关因素情况及互相影响规律，然后促其进行合理管理。

压力管理的策略同样是分层次的，但重点是通过心理指导，也包括必要的心理治疗技术来实现。例如：

在认知方面，首先通过分析讲解压力系统的结构，促其承认系统中的各种差异并予以接纳，愉快地参与社会竞争，即“接纳差异，快乐竞争”。或者采用说明、暗示、激励等心理指导方法促进其做出“再评价”、辨认负性自动思维，甚至观念的调整。但许多具有自动性思维特点的认知方面问题，因涉及太多的人格因素，需要用认知治疗的方法。

在应对方面，实行所谓的应激无害化训练，如指导“回避”、“否认”、“升华”、“幽默”、“发泄”、“祈祷”。

在社会支持方面，可通过指导交友、谈心、集体活动、家庭联系，以提供客观支持、改善主观主持。

在控制生活事件方面，可指导不去制造“问题”，或提供“问题解决”的方法和策略，以解决、缓冲或回避应激原。

在缓解心身反应（症状）方面，可采取倾诉、移情、转移注意、指导活动如“走出去”、音乐、运动等方法，某些情况下可使用松弛训练、生物反馈、药物等。

环境因素，包括利用空气、阳光、森林、坭、温泉浴的作用。

（三）应用于婚姻适应指导

婚姻主要是双方两个应激多因素系统的平衡体系，实际上还包括家庭背景各种人等各自的“系统”，可见婚姻涉及到一个很大的系统问题。许多情况下，人们总是觉得“爱”能解决婚姻中的一切问题。但应激系统论模型显示，婚姻的基本条件虽然是当事人情感上的“爱”，但还需要在双方心理应激有关因素差异方面的“适应”。这里的“适应”不是对对方差异的忍受，也不是统一，也不是改造，而是在接纳差异基础上的快乐竞争，最终也许部分改变了对方或者自己，也许达成了对差异的永久接纳。如果这种涉及多因素的“适应”问题处理不

好，那么“爱”的感受也会慢慢地被破坏，最终导致第一个基本条件也消失。这是大部分婚姻变质的常态。

以应激系统论模型总结出来的关于婚姻问题的“爱”与“适应”，用于指导恋爱问题，婚姻问题、离婚后问题、家庭问题，均具有良好的效果（可浏览网站 medline.com.cn）。

（姜乾金）

## 第四节　应激与脑、内分泌、免疫

### 一、应激和脑

（一）概述

人脑是由 **140** 亿个以上的神经元即神经细胞所构成，神经细胞是大脑最基本的结构和功能单位，其主要功能是进行脑内信息的传递。神经细胞由胞体、轴突和树突组成。神经细胞之间发生关系的微细结构，称为突触。突触由突触前膜、突触后膜和两者之间大约 **15－30** 纳米的突触间隙所组成。一个神经细胞由于接受周围的刺激发生神经冲动，通过突触前膜向突触间隙释放化学物质。这些化学物质的一部分通过与突触后膜上特定的受体结合成为突触后神经细胞的刺激源，引起突触后神经细胞发生神经冲动从而完成信息的传递过程；另一部分则被突触前膜再吸收，通过特定的酶进行分解代谢。大脑神经细胞就是通过这样的模式进行细胞间信息的传递，通过无数神经细胞的参与，才能完成对某一特定信息的处理。从突触前膜释放的化学物质称为神经递质，神经递质的释放是大脑神经活动的特征之一。

应激刺激会改变大脑神经递质的代谢，这种变化可以通过生理学、生化学、解剖学、免疫学和病理学等方法手段而知晓。近几年来，随着脑功能成像技术的不断成熟，通过影像学方法研究应激对大脑的影响也取得了很大的进展。

（二）应激状态下的脑变化

研究者常常通过模拟各种类似人类应激状况的场景，研究动物在应激状态下大脑是如何发生变化的。下面以神经递质去甲肾上腺素的主要代谢产物 **MHPG-$SO_4$ (3-methoxy-4hydroxyphenylethyleneglycol sulfate)** 为例，观察其在躯体应激或心理应激状态下的改变情况。

躯体应激采用拘束应激和电击应激，拘束应激即把大鼠放入非常狭小的笼子中，使其不能自由行动，电击应激是把大鼠放入底部可以通电的笼子中，可以任意给予足底电刺激。心理应激也采用两种方法：一种是先给予大鼠足底电刺激 **1hr**，**24hr** 后再把它放回这曾经让它遭受电击的笼子中，此时不再给于电击，通过让其回想以前的痛苦经历使其产生恐惧心理；另一种是采用“信息箱”（**communication box**），即把一只长 **81** 厘米，宽 **61** 厘米，高 **45** 厘米的盒子用透明有机玻璃板隔成 **12** 个面积为 **400** 平方厘米的小房间，无盖，底面可以通电，间隔地在其中 **6** 个小房间的底面铺上绝缘板使放置在此的大鼠本身不会遭到电击，但通过让其感受到（看、听到）同伴遭电击的信息而产生恐惧心理来制造心理应激模型。

研究者观察到大鼠在上述四种不同应激状态下同样遭受 **1hr** 的应激，其脑内 **MHPG-$SO_4$**

的变化不同。躯体应激可以引起大脑皮质、中脑、蓝斑核、丘脑、下丘脑、杏仁核和海马等部位的 MHPG-$SO_4$ 升高，而两种模型的心理应激，只有在下丘脑、杏仁核和蓝斑核处发现 MHPG-$SO_4$ 升高，而且其升高程度要比躯体应激低。说明躯体应激可以引起脑部较广范围的去甲肾上腺素递质的释放，而心理应激只引起与情绪密切相关的脑区去甲肾上腺素递质释放增加，且其程度较躯体应激低。说明应激引起脑内神经递质的变化与塞里提出的“一般适应综合征”不同，无论是在释放部位还是在释放量方面，都具有明显的应激源特异性。

（三）几种应激影响因素和脑的反应

应激时大脑的反应除了受应激源特异性的影响外，是否还受应激相关其它因素的影响？为此，研究者进行了下述几种实验。

**1.应激源的可控性** 应激的发生对于机体来说有时是可以控制的，而有时是无法控制的。为了探讨面对应激源，在自觉可控或不可控的状态下脑内是否存在不同的变化，研究者设计了这样的实验：把三只大鼠分别放入外观完全相同的可以通电的实验箱中。大鼠 A 和大鼠 B 的电极是串联设置的，这就意味着 A 和 B 会遭受相同强度、相同频率的电刺激。A 和 B 的不同在于 A 可以通过按压面前的踏板使电击停止，而 B 面前的踏板是与电流无关的，即使按压也不能停止电击。也就是，面对电击应激，A 是自己可以控制的，而 B 是自己不可控的。大鼠 C 作为对照，只是在实验箱中放置相同的时间，而不给于任何电击。这样的实验设置中，在最初的 3hr 内可以看到大鼠 B 似乎由于渐渐明白了即使按压踏板也不可能逃避电击的事实，从而变得几乎不再去按压踏板；与此相对，大鼠 A 在最初的 6hr 内由于比较盲目，按压次数出现较多，但在此后，由于学习明白了只要以一定的频率按压踏板就可以避免电击的规律，按压踏板的次数就变得相对固定。这样经过 21hr 后观察三只大鼠胃粘膜情况，发现面对应激源处于不可控的大鼠 B 出现了明显的胃溃疡，而处于可控状态的大鼠 A，其胃溃疡的程度要轻得多。由此可见，面对应激，当个体自觉可以控制时，应激对机体的伤害一般来说要小一些。但是，脑内的变化却有一些不同。在应激 3hr 和 6hr 后，处于可控状态的大鼠 A 的脑内，其下丘脑和杏仁核等部位释放的去甲肾上腺素量远比处于不可控的大鼠 B 高得多，这似乎与胃溃疡的程度有矛盾，但在观察了应激 21hr 后的去甲肾上腺素分泌量后，就非常可以理解了。大鼠 B 在应激 21hr 后的去甲肾上腺素分泌量与 6hr 时几乎相同，但大鼠 A 在应激 21hr 后的去甲肾上腺素分泌量远比 6hr 时要少得多。这可以理解为在应激初期的 3～6hr，大鼠 A 为了学习如何通过按压踏板使自己避免遭受电击，与单纯、被动地遭受电击的大鼠 B 相比，A 所遭受的应激更强。但是，大鼠 A 一旦掌握了可以避免电击的方法，这电击对它来说就变得不算是什么太大的应激了。因此，从应激源的可控性来说，当个体对应激源具有可控性时，常常会减少应激对机体的损伤，但个体在学习如何控制应激的发生之前却往往处于更强的应激状态。

**2.应激发生的预测性** 应激在我们日常生活中的发生，有些是可以预测的，而有些是不能预测的。面对这两种不同的情况，脑内的变化是否会存在不同？为了解决这个问题，研究者进行了这样的实验：拆除上述实验箱的踏板，并在大鼠 A 和 B 的实验箱中安装声光混合发生器，大鼠 A 所在的声光发生肯定在足底电击前出现，而大鼠 B 所在的声光发生与足底电击

无关，从而使得大鼠 A 可以预测自己将遭受电击，而大鼠 B 则不能预测。大鼠 C 作为对照，只是在实验箱中放置相同的时间，而不给于任何电击和声光刺激。经过 19hr 后，解剖发现处于对应激发生无法预测的大鼠 B 胃溃疡的发生明显要比可以预测应激发生的大鼠 A 严重；同样，大鼠 B 下丘脑和杏仁核等部位的去甲肾上腺素释放量也远比大鼠 A 高得多。由此可见，应激发生的可预测性，会降低应激对机体的损伤。

**3.应激反应的释放** 机体处于应激状态时会出现强烈的焦虑、愤怒等情绪反应。这些应激反应有时是可以释放的，而有时则不能。为了研究释放应激反应对机体的作用，研究者进行了这样的实验：让两只大鼠分别仰卧在木板上，四肢用胶布固定给予束缚应激，并在其中一只的面前放置一根木筷，大鼠可以通过啃咬木筷来释放其应激反应。大鼠在经历 10 分钟束缚应激后被放松放回原笼休息 50 分钟。在整个实验过程中，对血液肾上腺皮质激素和下丘脑、杏仁核的 MHPG-$SO_4$ 含量进行动态观察。研究发现，血液肾上腺皮质激素在应激 10 分钟结束时两只大鼠都出现升高，但在休息 50 分钟后，在应激过程中能啃咬木筷的大鼠已恢复到正常水平而另一只则表现为持续升高。同样，在下丘脑、杏仁核等脑区去甲肾上腺素的释放也出现同样的改变，在应激过程中能啃咬木筷的大鼠在应激 10 分钟结束时出现升高，但经休息 50 分钟后就恢复到正常，而另一只则表现为持续升高。此项研究提示，应激反应的释放对尽快恢复机体功能具有重要的意义。

**4.年龄的影响** 应激与年龄的关系问题一直是心身医学领域中较受重视的课题。研究者做过这样的实验：把生后 2 个月的大鼠作为年轻鼠、12 个月的大鼠作为高龄鼠，用相同的金属网笼给予束缚应激，观察其在应激过程及其恢复过程中的变化。研究发现，无论是血液肾上腺皮质激素还是脑内去甲肾上腺素在应激过程中都会升高，与年龄关系不大。但在应激的恢复过程中却有明显的不同。年轻鼠应激后升高的血液肾上腺皮质激素在休息 6hr 后几乎恢复到应激前水平，而高龄鼠在休息 6hr 后，甚至 24hr 后还持续在较高水平，与应激时几乎相同。同样，在下丘脑、杏仁核等脑区去甲肾上腺素的释放也显示相似的模式，在高龄鼠应激后的恢复过程明显要比年轻鼠缓慢。

（四）对应激时脑内变化起抑制作用的物质

应激诱导的脑内去甲肾上腺素的释放增加可以通过各种药物进行抑制。例如临床常用的抗焦虑药物可以减少应激状态时下丘脑、杏仁核和蓝斑核等与情绪关系密切的脑区释放去甲肾上腺素。由此可见，应激时的焦虑症状与应激状态时下丘脑、杏仁核和蓝斑核等区释放过多的去甲肾上腺素有关，抗焦虑药就是通过抑制与情绪相关脑区释放过多的去甲肾上腺素从而起到抗焦虑的作用。

（五）应激和非应激

上面介绍了几种在不同应激状态下脑内的不同反应。但值得注意的是，应激源作用于机体的开始和结束与机体对应激进行反应的开始和结束在时间上存在很大的不同。这种研究在人群实验中较难开展，在动物实验研究中发现即使取消应激源，也并不意味着其机能状态就恢复到应激前水平。完全恢复到非应激状态，需要一定的时间，而且其恢复过程受年龄等因素的影响。“没有从应激状态中恢复过来”这种现象提示我们应该认识到应激状态不光是指

面临应激源时，即使已经离开了应激源，也有可能还是处于应激状态。因此，如果遭受到应激，应尽早地让机体恢复到非应激状态，这对预防心身疾病的发生具有重要意义。

（六）应激和心身疾病

心身疾病的发生主要与慢性应激有关。图 **3-5** 描述了急性应激、慢性应激与心身疾病的关系。

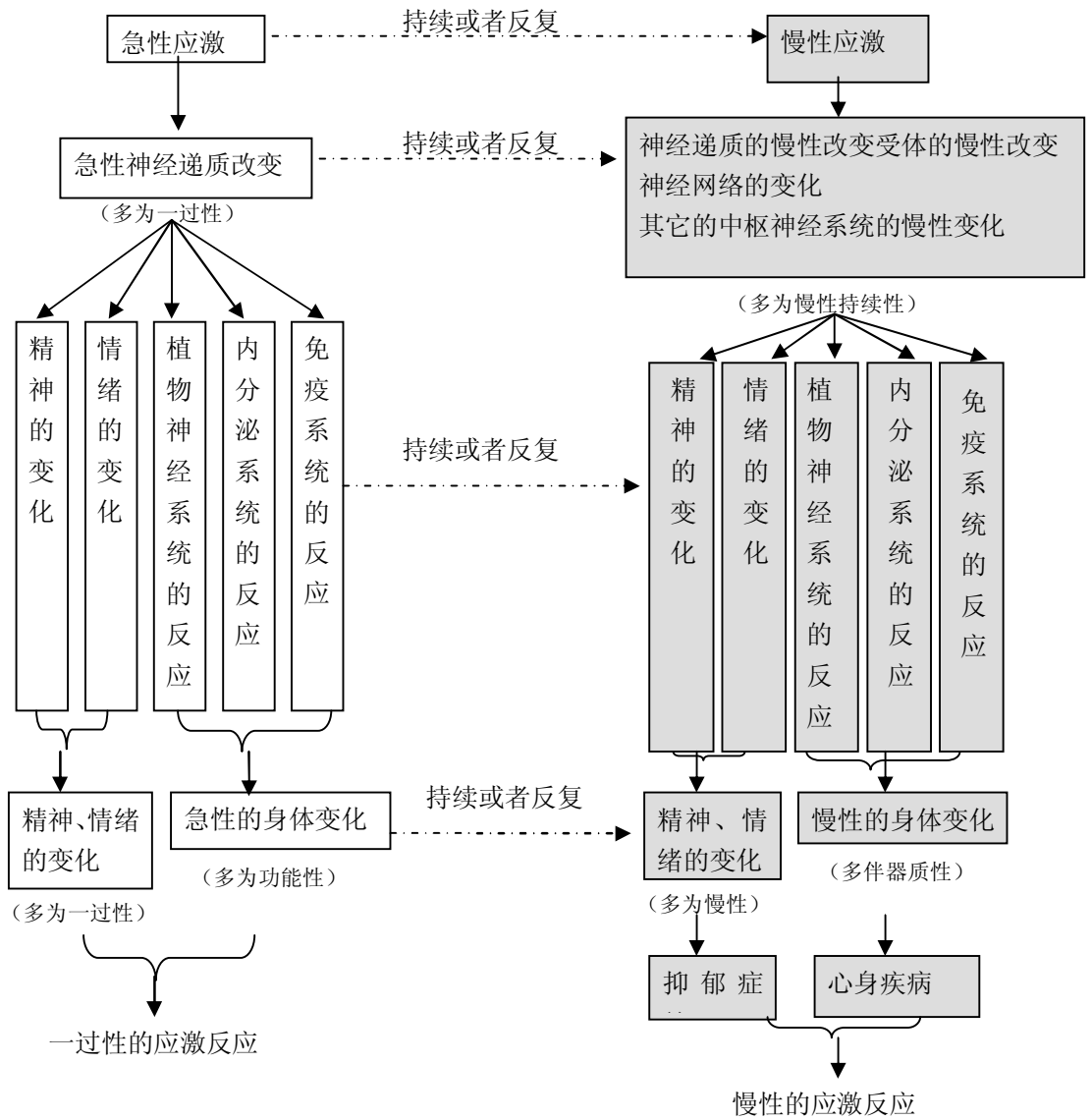



图 **3-5** 从急性应激反应和慢性应激反应来看心身疾病的发生过程：

## 二、应激与神经－内分泌－免疫系统

（一）应激与神经、内分泌、免疫系统的关系

当机体遭受外界的刺激时，需要通过神经、内分泌和免疫系统的共同协调作用来维持机体内环境的平衡，整个过程有多种激素、细胞活性因子和神经递质参与。应激刺激通过视觉、

听觉等感觉系统的介导，把应激信号传递到中枢神经系统，中枢神经系统通过调节下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴（hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, HPA 轴）或植物神经系统，起到调节免疫系统功能的作用。同时，免疫系统功能的改变，又会影响到神经、内分泌系统，从而形成了神经-内分泌-免疫网络系统。

**1.应激与内分泌、免疫系统** 应激，尤其是心理应激通过大脑边缘系统（特别是杏仁核）的感知，激活下丘脑室旁核 CRH 神经元，使下垂体 ACTH 释放增加，从而使肾上腺皮质释放糖皮质激素增加。

另一方面，海马对CRH 神经元具有抑制作用。在下丘脑有神经纤维从CRH 神经元直接投射到弓状核中前阿黑皮素(POMC)神经元，POMC 是β-内啡肽(β-EP)、α-黑色素细胞刺激素(α-MSH)和ACTH的前体物质，β-EP和ACTH对室旁核分泌CRH具有负反馈调节作用。通常在急性应激状态，糖皮质激素和位于海马的糖皮质激素受体结合，通过对室旁核作用，抑制CRH分泌，但在慢性应激状态时，由于过多分泌的糖皮质激素的毒性作用，使海马细胞功能受损，负反馈调节能力下降，因此出现糖皮质激素浓度持续增高。应激时还可以见到血液淋巴细胞减少，尿17羟类固醇排泄增加。糖皮质激素具有免疫抑制、抗炎和抗肿瘤的作用，其受体存在于除红细胞以外的几乎所有的组织细胞中，其对免疫系统的抑制作用可以有直接和间接两种形式。此外，生长激素、性激素和泌乳素的分泌也比较容易受应激的影响，而这些激素对免疫系统均有一定的影响。

**2.应激与神经、免疫系统** 机体对应激刺激的感知和反应主要是通过神经系统的作用，由神经纤维把刺激信息传递到大脑，经过大脑的整合作用，最后通过效应器对外界的变化进行反应。其中植物神经系统主要起到了对机体内环境稳定性的维持作用，各内脏器官同时受到交感神经和副交感神经的双重调节作用。植物神经系统还支配免疫系统的组织器官，诸如胸腺、骨髓、脾脏和淋巴结等免疫器官也同时受交感神经和副交感神经的双重支配。植物神经系统的中枢位于下丘脑，而研究证明情绪活动的中枢也在下丘脑以及大脑边缘系统。情绪活动通过植物神经系统而影响到免疫系统。植物神经不但通过血管对淋巴组织的微循环进行调节，还通过其延伸到淋巴细胞的神经纤维，对淋巴细胞起到直接的调节作用。同时，在 T 淋巴细胞和 B 淋巴细胞上还存在肾上腺素能受体。如果刺激α肾上腺素能受体，则通过降低细胞内 cAMP 而促进免疫应答；相反，如果刺激β肾上腺素能受体，则通过增加细胞内 cAMP 而抑制淋巴细胞功能。

应激状态时由垂体前叶分泌 β-内啡肽，由肾上腺髓质分泌脑啡肽(enkephalin,ENK)。已发现在免疫细胞上存在多种神经肽的特异性受体，其中包括血管活性肠肽(VIP)、P 物质(SP)、儿茶酚胺和乙酰胆碱等。这些神经递质通过与其特异性受体结合，激活 cAMP、cGMP 等第二信使，从而调节细胞功能。同时这些神经递质通过对细胞因子的产生及其活性的影响，对免疫反应起到间接的调节作用。

（三）应激与免疫相关的临床研究

应激对免疫功能的影响在临床上已有较多的研究。有报道长期处于悲哀、抑郁等状态会增加感染症、过敏性疾病、自身免疫性疾病甚至肿瘤的发生率。Bartrop 等发现丧偶者淋巴细胞功能低下持续在 2～8 周以上。Schleifer 等以妻子患有乳腺癌的男性为研究对象，发现其在与妻子死亡告别后其淋巴细胞母细胞化能力显著低下。另外，研究发现考试应激常常

伴有末梢淋巴细胞的植物血凝素(PHA)反应抑制和 NK 细胞的活性低下。针对应激与感染症的关系，Cohen 等进行了心理社会因素在感冒发生中的作用的研究。他们选用健康志愿者作为研究对象，事先评估个体的个性特征和生活事件，用感冒病毒（rhinovirus）滴鼻，然后进行病毒分离，观察感冒的发生和体内抗体上升等情况。结果显示，与感冒发病最有关联的是自己感觉的应激强度。另外，遭受一个月内的短期应激事件者，其感冒的发生率比较低，而持续性地遭受慢性应激者，则感冒发生率表现为明显增高。

一般来说，应激刺激对宿主的免疫功能具有抑制作用，但短时间的急性应激与慢性应激不同，反而会激活机体的免疫功能，以提高机体对感染症的防御能力。

Glaser 等以 EB 病毒抗体阳性的大学生为对象，对考试前后的心理状态是如何影响血液中的疱疹抗体效价进行了研究。结果发现，在考试期间有强烈孤独感的学生，在考试期间血液中的抗体效价明显要比其在暑假休息放松时的高。另外，Schmidt 等进行了经历家属成员伤亡事件对疱疹再发影响的研究。结果发现，经历亲人伤亡体验或在人际关系上存在巨大压力者，其嘴唇疱疹的再发率明显上升，而且在再发早期，还伴有末梢血液 CD4 阳性 T 细胞数量的明显减少。

NK 细胞活性和个体对应激的应对方式之间的相关方面的研究也有报道。NK 细胞具有杀伤各种癌细胞的功能。以健康成年男性为研究对象，测定其 NK 细胞的活性，并根据其活性程度分为高值组、中间组和低值组。发现高值组多表现为积极外向的个性，较少感到工作压力和人际关系压力，对工作的满意度也较高。而低值组多表现为消极内向的个性，感受到很强的压力，感到生活没有意义。

对经历较大规模自然灾害后的幸存者免疫功能的研究也有报道。1992 年，以南佛罗里达为中心遭受安德鲁(Andrew)飓风的肆虐，研究者对受灾地区居民外伤应激程度和免疫功能的变化进行了调查。结果发现 NK 细胞的活性与实际受伤程度和心理创伤程度成明显的负相关。同时，发现灾区居民的 CD4+、CD8+细胞数明显少于非灾区居民。

同样，也有关于 1994 年南加利福尼亚州诺斯里奇(Northridge)地震后灾区居民的心理变化和免疫功能改变的报道。在受灾后即刻以及随后的一段时间中，CD3+、CD8+、CD16+、CD56+各细胞数和 T 细胞母细胞化反应、NK 细胞活性等都出现低下。还发现在经受亲人死亡这类严重丧失体验的人中，强烈地感受到痛苦并能表达痛苦者，其 CD3+、CD8+细胞数和对 PHA 刺激后的母细胞化反应能力要比严重压抑自己的情绪甚至感受不到悲痛者高。

近几年来，有研究者提出抑郁症、抑郁状态与肿瘤发病之间的关系，主要是与机体的免疫功能低下有关。已证明抑郁症患者末梢淋巴细胞对促分裂素原 (mitogen)的母细胞化反应能力低下，并与抑郁程度成正相关。还发现抑郁症患者存在NK细胞的数量减少和活性低下，其原因考虑与下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能亢进有关。林文娟等以正在接受放化疗的肿瘤患者为研究对象，发现通过渐进性肌肉放松和想象训练等方法，在缓解机体紧张状态、改善生活质量的同时对NK 细胞活性、白细胞计数和免疫球蛋白（IgG，IgM，IgA）含量等均有正性影响。

以上研究结果提示，个体的精神状态对其免疫功能具有巨大的影响作用，而通过心理行为的干预，改善机体的应激状态，可以提高机体的免疫功能。

（三）应激与免疫相关的基础研究

利用动物模型研究应激是如何影响免疫功能方面的报道也很多。例如大鼠在低温或高温应激时其 NK 细胞的活性出现低下。小鼠经历短期的噪音应激后，末梢淋巴细胞对促分裂素原刺激时的母细胞化反应受到抑制。但小鼠在经历短期的绝食和疼痛刺激后其免疫功能反而表现为增强。另外，机体对应激刺激的控制处理程度也会影响到其免疫功能。无论是小鼠还是大鼠，当遭受自己无法控制的足底电击时，淋巴细胞对 PHA 或刀豆蛋白 A(Con-A)刺激后母细胞化反应能力以及其 NK 细胞活性都出现降低。但是，如果自己能控制这种电击时，则不出现类似的免疫功能抑制。

Stefanski 等把几只大鼠从原来喂养的笼子转移到其它大鼠的笼里，大鼠之间由于主从关系的改变会出现激烈的斗争，针对这一现象，研究了不同的应对方式是否会对其免疫功能造成不同的影响。结果发现，面对斗争，采取逃避的大鼠出现 Con-A 刺激后淋巴细胞母细胞化反应能力低下，以及 T 细胞数的增加和 B 细胞数的减少。而对斗争不逃避进行抵抗的大鼠，则 T 细胞和 B 细胞数都表现为减少。由此说明，面对相同的应激，不同的应对方式可以导致其免疫功能出现不同的改变。

因此，应激会影响到机体的免疫系统功能，但根据应激的种类、应激量、应激时间以及遭受应激时机体的状况不同，应激对机体免疫系统功能的影响也会有所不同。

**1.束缚应激对免疫功能的影响** 束缚应激是一种常用的动物应激模型，束缚应激会在短期内引起内分泌激素 ACTH 的急剧上升，此后如果束缚应激持续，则 ACTH 水平会有所降低，但维持在较应激前稍高的水平。另一方面，肾上腺皮质酮的水平则持续在较高的水平。血液中 IL-6 在应激时出现急剧上升，在应激解除后持续维持比应激前较高的状态约 3～4 小时。末梢血液白细胞数在束缚应激 24 小时中约减少 50%，而末梢血液嗜中性白细胞的吞噬功能在应激 1 小时后出现轻度低下，然后有所恢复，但总体低下的水平持续在 60 小时以上。对各脏器的细胞数及其亚型进行束缚应激前后的对照研究，发现脾脏和肠系膜淋巴结中 CD4、CD8 和 B 细胞的比率没有改变，但细胞数出现明显减少，这种减少在应激停止 24 小时后恢复到原来的水平。胸腺和肝脏等处的淋巴细胞在束缚应激后出现减少，而在骨髓，则相反地 CD4、CD8、B 细胞和其它淋巴细胞亚型的比率以及细胞总数表现为增高。同时，应激也影响到抗体的产生。对小鼠实施 12 小时的束缚应激后，用卵白蛋白(OVA)进行致敏刺激，然后持续采血观察，发现一次应激 12 小时后，小鼠血液 IgE、IgG1 和 IgG2a 抗体都比对照组要低并持续 50 天以上。

**2.心理应激对免疫功能的影响** 通过采用束缚或足底电击等方式制作的应激模型不可避免地同时含有躯体应激和心理应激的双重效应，为了考察心理应激对免疫功能的影响，林文娟等创建了用空瓶刺激诱发定时喂水大鼠的心理应激模型。动物先进行一周 2 次/日的定时饮水训练，然后腹腔注射卵清白蛋白（ovalbumin, OVA）抗原以激发特异性抗体反应。此后动物被分成 3 组：分别为心理应激组、生理应激组、和对照组。心理应激组的动物每天只有一次饮水的机会，而另一次则给予一只空的饮水瓶，持续 14 天，以产生心理应激。生理应激组的动物也是只有一次饮水的机会，但并不另外再给一次空瓶的刺激。这种设置的目的是控制缺水本身可能造成的生理应激的影响。对照组保持每天两次饮水不变。结果发现心理应激产生了很显著的行为改变，即攻击行为和探究行为显著增加；血浆皮质酮、肾上腺素和去甲肾上腺素的水平显著提高；白细胞计数和抗 OVA 抗体浓度显著下降。抗体水平和脾

脏的重量与儿茶酚胺水平之间均存在显著的负相关。但心理应激的时间作用点和时程对应激的免疫效应有影响。与此相对的是，缺水导致的生理应激只能诱发探究行为，升高皮质酮水平，降低白细胞计数。但它不诱发攻击行为，不影响抗体水平和脾脏指数，也不激活交感神经系统。同样，采取传统的心理应激动物模型，即以电击装置为信号刺激诱发曾有过电击经历大鼠的心理应激，也证明了心理应激对免疫功能产生了抑制效应，激活了 HPA 轴和交感神经系统（SNS）。

由于抗体水平和脾脏指数与儿茶酚胺水平存在显著的负相关，而与皮质酮水平无关，提示交感神经系统的激活可能涉及心理应激对体液免疫功能调节的中介机制。而皮质酮水平可能只是应激的一种反应。为了进一步澄清HPA轴与SNS在心理应激免疫调节中的作用，研究者分别采用糖皮质激素合成抑制剂美替拉酮阻断HPA轴，外周交感神经末梢的6-OHDA损毁SNS的活动。结果发现，对SNS的阻断能消除心理应激对体液免疫功能的抑制。而HPA轴的阻断没有这种作用。这些实验证明是交感神经系统介导了心理应激所致的体液免疫抑制。进一步的证据是，非选择性β-肾上腺素能受体（β-ADR）拮抗剂心得安可以逆转心理应激诱发的体液免疫抑制作用，表明SNS是通过β-ADR 介导心理应激导致的体液免疫功能的抑制。在此基础上，进一步发现参与的受体亚型是选择性的β2-ADR 而非β1-ADR。

以上研究结果证明，应激能引起机体免疫功能的抑制，其机理与应激激活HPA轴功能以及交感神经系统β-肾上腺素能受体介导有关。

（朱婉儿）

# 方 法 篇

# 第四章　心身疾病的临床访谈

访谈是心身医学临床工作的基本功之一，是心理学家或医生与患者沟通的一个重要过程，是收集信息、诊断评估和治疗干预的重要方法。本章介绍临床访谈的基本技术。

## 第一节　概　述

每一个临床工作者都将面对如何与来访者或患者沟通的问题，例如，询问症状和病史，进行指导或心理干预。这就需要临床访谈。访谈也称为晤谈或会谈(interview)。

作为沟通的专门技术，临床访谈有三个基本特点。首先，访谈不是随意的，而是有目标的，例如，访谈目的是为了收集信息，帮助诊断和进行干预。其次，访谈通常需要按照一个有意义的结构进行。最后，访谈需要了解和应用有关专业知识以及访谈基本技巧。

### 一、临床访谈的基本类别

根据访谈目的，可有摄入性访谈、诊断性访谈、咨询性访谈、治疗性访谈和危机性访谈等。

**1．摄入性访谈**　摄入性访谈是针对患者进行资料收集的会谈。主要了解患者前来求助的主要问题、既往健康状况、工作状况、家庭状况、人际关系状况和个人成长状况等。

摄入性访谈的基本内容有：

⑴病人姓名、年龄、职业、文化、经济状况等。

⑵现在和近期的情况，包括日常活动情况、饮食睡眠、精神状况等。

⑶婚恋或家庭情况，如婚姻状况、家庭关系等。

⑷出生成长情况，如是否顺产，发育如何。

⑸健康情况，既往和现在的健康状况，有无疾病、外伤等。

⑹个人嗜好，有无特殊嗜好，如烟酒。

⑺工作情况和生活事件，所从事职业，经济状况，社会压力等。

⑻人际关系和社会支持，与家人、同事、朋友之间的关系如何。

**2.筛查和诊断性访谈** 筛查访谈涉及广泛背景资料的搜集，用于形成来访者初步印象，建立诊断假设，使进一步评估有了重点。诊断性访谈的重点是检查精神症状，可以按精神状况检查提纲进行访谈，如询问有幻觉妄想？有无异常的情绪高涨或低落？有无异常行为表现？自知力如何？

例如，对感知觉方面，可以问："有没有一些平时没有的特殊感觉"，或者"独自一人时，能听到有人与你说话吗？"如病人说有，可问"声音从哪里来？什么人的声音？讲些什么？次数多吗？"了解有无幻觉。

对思维方面，可问"周围的人，如你的同事或家人对你的态度怎样？有没有人对你不友好？针对你暗中使坏的？""外界有没有东西能影响或控制你的思维或行动吗？"

对意识、注意、记忆和智力方面，可问现是何时、在何地，旁人是谁；"能集中精力做事或学习吗？""记得住事情吗？"或"容易忘事吗？"还可进行简单记忆和智力测试，如心算100-7，连续递减至2为止。

在情绪方面，可问"近来你的心情如何？""感到生活有意义吗？"

有关自知力方面，可问"你对自己目前的状况是如何看的？""你认为自己有问题（病）吗？"如果回答有问题，进一步询问有什么样的问题。

**3.咨询性访谈** 咨询性访谈的主要针对常见心理问题，如人际关系问题、青春期问题、婚恋问题、家庭问题，子女教育培养、性困扰等。通过咨询性访谈探讨问题和解决问题。

**4.治疗性访谈** 治疗性访谈的核心是心理治疗，主要针对心理障碍的患者，在遵循访谈法的基本原则和技巧基础上，还要应用心理治疗的基本原则与方法，如精神分析、行为疗法、患者中心疗法、认知疗法等。

## 二、临床访谈的基本形式

有三种基本的访谈形式：非结构式会谈、结构式会谈和半结构式会谈。

**1.非结构式会谈** 问题不固定，因人而异，不同的评估者提问重点不同，有人关注现在的症状，有人关注与症状有关的因素，有人关注患者的感受。非结构会谈具有方便、灵活、深入的特点，但也有评定内容和结果不一致，缺乏可比性等缺点。

**2.结构式会谈** 具有明确的诊断目的，它根据各类心理咨询所要了解的主要问题，事先规定访谈的范围，设计好对当事人所提的问题以及每个问题所要达到的目的。其程序通常是按编制好的访谈提纲、谈话指南或问题表之类，向当事人依次提出问题，让其按要求做出回答。这种以比较固定的结构和方式进行的访谈，方法固定、控制性强、针对性明确，重点突出、节约时间，能够减少因随意性谈话所造成的误差，系统地收集到所需要的基本资料，可以量化评估结果，具有标准化，结果数量化和可比性强等特点，并且便于对不同对象进行比较研究，尤其适宜于缺乏经验者。其缺点是单调刻板，固定程序的一问一答，不灵活，费

时，易使当事人产生心理疲劳乃至引起抵触反感，不予积极配合，从而影响访谈的深入和资料的全面收集。

结构式访谈举例

例 1：幻觉评价

评价说明：幻觉指在缺乏相应客观刺激下出现的感知觉。综合评估幻觉坚信程度、频度、持续时间和对行为的影响。多种幻觉时，选最重的在本项评定。

问：你是否看到不存在的或其他人看不到的东西、听到或闻到不存在的或其他人听不到的声音或闻不到的气味?有多久了?

评分：0，无；2，难说；3，轻；4，中；5，偏重；6，严重；7，极重

例 2：易激惹症状评价

指口述的容易愤怒和发脾气，甚至毁坏东西或打骂人。

问：你是不是有过 1 星期或更长时间比平时容易发怒，以致对人大喊大叫，引起争吵或损坏东西?这时用药或喝酒了吗?二者有联系吗?这种容易激惹的情绪持续了多久?

评分：3．轻，愤怒情绪虽轻，但临床意义可肯定；4．中，显然容易愤怒发脾气；5．偏重，经常(3-4 天 / 周)容易发脾气，曾有 1-2 次摔东西或损坏物品；6．严重，很经常地发脾气、摔东西，曾有 1-2 次打人；7．持续发脾气，打人毁物造成严重损失。

**3．半结构式会谈** 是非结构式会谈和结构式会谈的结合，既有一定灵活性，也有标准化和可比性特点，适合于有一定经验的临床工作者应用。

## 三、临床访谈的基本过程

虽然不同临床心理学家的访谈有着不同个人风格和经验，但在访谈过程都有许多相似的地方。访谈一般包括初期阶段、中间阶段、总结阶段。

**1．访谈初期阶段** 在此阶段，来访者心理常有不确定和不舒适感。感到不舒适主要是不熟悉访谈环境，以及对临床家的不确定感。这种情况特别容易在访谈初期发生。当来访者吐露自己问题时，通常会害怕被认为是“疯子”，或者不能确定如何讨论自己问题。因此，在访谈初期，必须给来访者解释心理访谈的特点和如何建立咨询目标等，这样减轻来访者不舒适感，使其能够对不适感进行自我控制。因此，经验丰富的访谈者开始并不急于询问来访者寻求帮助的原因，而是告诉来访者有关心理访谈的基本常识，比如访谈的基本过程，以及如何制定和实施一系列的访谈目标。进入实质性访谈阶段之前，也常鼓励来访者提问，便于建立协调关系和搜集资料。访谈的初期还可以根据需要采用心理测验、行为观察或其它评估手段。

**2．访谈中期阶段** 访谈者经常采用开放式和封闭式提问与来访者进行讨论，开始讨论时广泛采用开放式提问，便于挖掘来访者更多的特殊问题。访谈者与来访者讨论过程中不宜过早地做出结论。访谈开始后应以来访者为中心，而不是访谈者滔滔不绝地说教。访谈者需要提出不同的问题，记录来访者讲述的资料。访谈者需要应用各种访谈的方法和技巧以提高访谈效果。

**3．访谈总结阶段** 这是提供一系列咨询及干预至结束访谈的过渡时期，在此阶段可以应用心理咨询与治疗的各种原则与方法，如精神分析、行为疗法、患者中心疗法、认知疗法

等帮助患者解决问题。在访谈结束时还有必要提供访谈反馈，用通俗的语言解释给来访者听。通常访谈者会做出一个小结，提出干预措施和下一次访谈的计划。这些工作始终贯穿于每次访谈过程之中。

## 四、临床访谈的基本内容

临床访谈的基本内容至少要包括以下方面：①有关患者的求诊资料，②有关身体、精神症状资料，③症状的起因和发展资料，④心理、社会的背景资料，⑤访谈时患者反应方式的资料。

以下是对临床访谈主要内容的归纳和问题举例。

**1．了解当前问题** 访谈时首先要了解来访者当前的主要症状（问题）是什么？持续了多长时间？有多严重？对生活和工作的影响程序如何？是否第一次发生？过去有无类似问题？采取过哪些措施和方法？表 4-1 列出需要了解和询问的问题。

表 **4-** 1 了解来访者当前症状时的提问（**Nolen-Hoeksema，2001**）

| 需要了解的主要问题 | 需要询问的问题 |
|---|---|
| 当前的症状（问题） | 有什么痛苦或不适的感觉？ |
| | 症状（问题）什么时候开始的？ |
| | 逐渐出现还是突然发生？ |
| | 对生活和工作有何影响？ |
| | 过去发生过吗？ |
| | 采取过哪些方法和措施？ |

**2．了解生理和神经系统状况** 了解判断来访者的心理障碍是否因生理健康或神系统问题所致或与有关影响到随访的诊断分类和治疗措施。因此，要想到和了解当前的心理症状是否生理或神经系统病变的影响的可能。例如，有无应用某些药物的不良影响，有无存在某些躯体痢疾，如内分泌疾病的影响？有无患有神经系统疾病，如脑肿瘤的可能？还要进行基本和必要的生理检查，神经系统功能检查和特殊检查，如 CT、脑电等。（表 4-2 ）

表 4-2 了解来访者生理和神经系统问题时的提问（Nolen-Hoeksema，2001）

| 需要了解的主要问题 | 需要询问的问题 |
|---|---|
| 生理健康和神经系统功能状况 | 有没有身体疾病如内分泌疾病？ |
| | 有没有神经系统方面的问题，如有无脑肿瘤等？ |
| | 有无酗酒？ |
| | 有没有服用药物，特别是镇静药或某些特殊药品？ |

**3．了解心理社会背景资料** 心理障碍的发生变化和转归与心理社会因素关系密切，心理社会因素涉及多个方面，至少包括：生活事件、人格和应对方式、社会支持、自我意识和概念、生长环境和文化背景。（表 4-3 ）

表 4-3 与环境、人格、自我意识等有关的需要询问的问题（**Nolen-Hoeksema，2001**）

| 需要了解的主要心理社会因素 | 需要询问的问题 |
| --- | --- |
| a 工作情况和生活事件 | 近来生活工作中发生了些什么事？ |
| b 人格和应对方式 | 你对生活中发生的这些事怎样看和如何反应？ |
| c 自我意识和自我概念 | 你认为自己是什么样的人？ |
| d 社会支持 | 你的朋友多吗？家人对你怎样？ |
| e 文化背景和生长环境 | 从事什么职业？什么文化？在什么环境下成长？ |

生活事件指日常生活工作中可能发生的各种意外变化，如工作压力，婚姻失败，事业挫折等。生活事件与心理障碍之间的关系对诊断有十分重要意义。例如某儿童在父母离婚后出现抑郁，此时要考虑其为适应障碍伴发的心境障碍。但若其抑郁并没有任何生活事件因素时，则更多考虑为原发性抑郁。又如，某学生在经历火灾后，一直紧张焦虑，吃不好，睡不好，反复想到与火灾有关的问题，做梦都被有关情境吓醒，则要考虑为反应性精神障碍。

人格可以看作是个体特有的、习惯化的行为特征，应对方式与人格密切相关，指面对困难、挫折时采取的态度和行为反应。人格和应对方式影响和调节生活事件对人的影响作用，对心理障碍是否发生和变化起着重要作用。例如：同样考试不及格，具有不同人格和不同应对方式的人反应完全不同。外向、乐观、情绪稳定并具有积极应对方式的人会正确面对，视失败为成功之母，更加努力，尽量看到事物好的一面，积极想办法解决问题；而内向、悲观、情绪不稳定和消极应对的人容易悲观失望，认为自己是失败者，看不到希望，放弃努力，出现焦虑抑郁。

社会支持指人们在社会环境和群体中能发现和利用的支持与帮助。例如遇到挫折困难时，家人、朋友和同事的理解，关心支持与帮助。需要了解来访者有多少朋友与家人关系，因为周围人的社会支持可以影响生活事件的作用，减少出现问题的可能性，并有助于治疗康复。

来访者自幼成长的环境，所受的教育和文化背景与其是否发生心理障碍的类别表现有密切关系，例如：人格障碍的发生就与其生长环境、父母教育密切相关。因此，需要了解家庭经济状况，家庭成员关系，父母有无离异，成长的社会环境，文化习俗特点。

此外，对于自我意识和自我概念的认识也十分重要。自我意识和自我概念指对自己的认识和判断。来访者对自己的问题或障碍有无自知力，自我评价是否恰当，有无过高或低，这些对诊断和治疗都有重要意义。例如：某患者学习成绩不断下降，认为自己并没有什么问题，出现的症状或异常感受都是别人干扰所致，自己是受害者，没有自知力，经了解其有被害妄想，考虑有精神分裂症可能。

## 第二节　临床访谈的基本技巧

在访谈过程中，无论是为了获取信息，还是为了进行诊断或治疗干预，都有一些基本的沟通技巧值得学习和应用。成功的访谈总是依赖于临床家与来访者的有效沟通。通过言语和

非言语沟通，积极倾听技术的使用，访谈者不仅了解来访者，而且传达对来访者困难处境的关怀、温情和理解，使来访者放松，吐露心声，以便进一步评估与干预。以下是一些基本原则和技巧。

## 一、建立良好的信任与合作关系

与来访者建立良好的信任与合作关系是访谈的基础。为了建立良好的关系，可参考以下原则和方法。

**1．充分尊重来访者**　尊重意味着以礼待人。无论来访者相貌美丑，地位高低，经济贫富，脾气好坏，年龄大小，性别为何，都应一视同仁，应以礼待之，要克制，不对来访者发脾气，不嘲笑、不贬抑，即使来访者的言行举止有些失礼，也应始终以礼相待。

**2．温暖**　温暖是对来访者充满爱心，关切，从来访者进门就让来访者感到自己受到了友好的相待。温暖体现在访谈时热情、友好的态度和耐心、认真、不厌其烦行为。

**3．真诚**　真诚是指以“真正的我”出现，不带假面具，不是在扮演角色，或完成例行公事，真诚要求“不虚伪”，而是坦诚，真诚让来访者知道自己可以坦白表露自己的软弱、失败、过错、隐私等而无须顾忌，让来访者切实感到自己被接纳被信任被爱护，坦然地表露自己的问题；另一方面，遇到不同意来访者言行的情况，也会表明自己的意见，表达对来访者的不足、缺点的反馈，但以不伤害为原则。

**4．通情达理**　通情达理通常包括了三方面的含义：一是借助于来访者的诉说内容和言谈举止，深入对方内心去体验他的情感、思维；二是根据专业知识和经验，把握来访者的体验与他的经历和人格间的联系，以更好地理解问题的实质；三是运用咨询技巧，把自己的关切理解传达给对方，以影响对方并取得反馈。从而能使来访者感到自己被接纳被理解，促进了来访者的自我表达、自我探索。对于那些迫切需要获得理解、关怀和情感倾诉的来访者，通情达理具有明显的助人效果。因此，通情达理亦被认为是一种治疗因素。

## 二、倾听技术

倾听是访谈者的基本功。成功的访谈者必须从开始到结束都是一个优秀的倾听者。倾听既是表达对来访者的尊重，也是为了充分地了解情况，同时也能使对方在比较宽松和信任的氛围下诉说自己的烦恼。倾听不仅是为了明了情况，也是为了建立良好访谈关系，同时，还具有助人效果。

倾听并非仅仅是用耳朵听，更重要的是要用心去听，去设身处地地感受。不但要听懂来访者通过言语、行为所表达出来的东西，还要听出来访者在交谈中所省略的和没有表达出来的内容。比如，在中国文化背景下，性问题是许多人羞于启齿、极为敏感的问题，因此，来访者常常东拉西扯，回避主题，这就需要我们能透过表面问题去听。听的过程中还要注意对方如何表达自己的问题，如何谈论自己及自己与他人的关系，以及如何对所遇问题做出反应。还要注意来访者在叙述时的犹豫停顿、语调变化以及伴随言语出现的各种表情、姿势、动作等，这些都可以提供有意义的信息。

善于倾听，不仅在于听，还在于要有参与，有适当的反应。反应既可以是言语性的，也可以是非言语性的。反应的目的既可以表明认真倾听的态度，还起到鼓励作用，同时也是为

了澄清问题。最常用、最简便的反应动作是点头。但点头时应认真专注，充满兴趣，并且常配合目光的注视。最常用的言语反应则是和点头动作连在一起的“嗯”，国外则是“嗯哼(uh-hmm)”。这些言语向来访者提供了这样一种信息：“我在听你说”、“我对你说的内容很感兴趣”、“请继续说下去”，等等。某些词或句子也是常用的，比如“是的”、“噢”、“确实”、“真有意思”、“说下去”、“我明白了”、“你再说得详细些"等等。

倾听过程中要以理解的心态去对待来访者所遇到的困难，相应的感受和出现的反应，如表示理解的说：“你目前遇到的问题使你很为难，我能理解。”来访者会情绪激动地讲述自己的苦恼、自己的委屈，甚至出现如骂人、拍桌子等行为，发泄心中强烈的情绪。此时应耐心地倾听，鼓励来访者释放出不良的心情，对对方的心情或某些失态表示理解。

访谈者要善于体会来访者对问题的看法，把握来访者的思维模式，先去理解它，再顺着他的思路，主动引导，澄清问题。

## 三、提问和影响技巧

提问和影响技巧对于建立协调信任关系，搜集资料，让来访者知道访谈者关心他的情况和经历，帮助来访者自我认识方面起着重要作用。常用提问和影响技巧包括以下方面：

**1．封闭式提问**　常用于搜集和解释资料信息。封闭式提问常常用“是不是"、“对不对"、“要不要”、“有没有”等词提问，而回答也是“是”、“否”式的简单答案。例如，临床家问来访者：“你多大年纪？”或“你是否第一次与人谈这个问题？”。这种询问常用来收集资料并加以条理化，澄清事实，获取重点，缩小讨论范围。

**2．开放式提问**　常用于使讨论深入和推动来访者的自我剖析。与封闭式提问相比较，提问常“什么”（**what**）、“怎样”（**how**）或“为什么”（**why**），要求更详细、更广泛的回答。例如，开放式提问常问“当事情发生的时候，你感觉如何？”，“你为什么会产生这种感受？”。

**3．最小鼓励**　是指采用来访者的词语，或简短的表达形式，重复转达给来访者，比如“嗯……”“多告诉我一些”或“所以……”。这些反应能进一步促进他们的讨论，鼓励来访者继续表达相同的想法和感受，来访者在没有临床家干扰或打断情况下自然表达想说的话。例如，长时间吐露工作中的相关事件后，来访者特别感到挫折和愤怒，访谈者的最小鼓励就是重述来访者的一些话（比如“看起来你感到受打击”）。不要重复来访者吐露的所有内容，但必须强调主要观点和感受。

**4．重述**　指重复来访者刚才交谈重要和突出的方面。它能提供来访者状态的直接感受，推动进一步会谈并能检验访谈者是否理解来访者所说的内容。只有当访谈者认真正确倾听来访者时，重述才可能是准确的，并将提供给来访者一种感觉，访谈者在认真地听。另一方面如果重述不准确，来访者会马上给访谈者正确的反馈，并确保自己信息被正确听到。

**5．内容反应技术**　是指访谈者把来访者的主要言谈、思想，加以综合整理后，再反馈给来访者。最好是引用来访者言谈中最有代表性、最敏感的、最重要的词语。内容反应使得来访者有机会再次来剖析自己的困扰，重新组合那些零散的事件和关系，深化谈话的内容。

**6．情感反应技术**　情感反应与上述内容反应的内容反应很接近，如果说有所区别的话，

内容反应着重于来访者言谈内容的反馈，而情感反应则着重于来访者的情绪反馈。情绪往往是思想的外露，经由对来访者情绪的了解可进而推测出来访者的思想、态度等。

一般来说，访谈者对来访者的情感与思想的反应是同时的。比如，“你说你的同事在背后挑拨是非”，这是一句“内容反应”。而“你似乎对他非常气愤”，是一句“情感反应”。若是“你的同事在背后挑拨是非，你为此感到非常气愤，是这样吗?”则是综合了内容反应和情感反应两种技巧。

情感反应的最有效方式是针对来访者现在的情感而不是过去的。比如，“你此时的情绪似乎是对你现状非常不满"。

**7．指导性建议** 就是对来访者作特殊命令或指示。当访谈者试图干预和改变来访者某些行为时，指导是至关重要的，指导常用于访谈时的引导。指导的内容包括提出意见，给予提示，提供反馈或再保证。指导内容是访谈者看法的要点，而不是来访者所讲内容的复制。

**8．影响性概述** 与重述相似，但它关注点更广泛一些。当来访者相当暴露后，访谈者有必要选择重点，进行相关总结，此时可采用影响性概述技巧。

**【专栏 4-1】**

## 提问和影响技巧在临床访谈中应用实例

来访者叙述说：“我每时每刻感到焦虑，工作时在别人面前说话时就存在。我非常恐惧，我担心自己会变笨，我不知道这是为什么，这种感觉是不自觉发生的。”

| 技巧 | 举例 |
|---|---|
| 开放式提问 | “你能否再多告诉我一些你的感觉？” |
| 封闭式提问 | “你说的情况是在什么时候发生的？” |
| 重述 | “你因为在工作中要说话时出现焦虑而感到担心，但不知道为什么。” |
| 情感反应 | “你感到惊恐，不安，不知所措。” |
| 概述 | “看起来你在工作中产生一种不自觉反应，你感到害怕和焦虑，但你不知道为什么。” |
| 指导性陈述 | “更多地告诉我，当你站起来表达你意见时你感到害怕。” |
| 解释 | “也许你在工作当中所感到的焦虑，只是众多问题的一部分。” |
| 劝告或引导信息 | “为了应付这些恐惧，在这个星期我将与你一起花些时间去学习如何放松。” |

**9．解释技术** 运用某一种理论来描述出来访者的思想、情感和行为的原因、过程、实

质等。解释使来访者从一个新的、更全面的角度来重新面对自己的困扰、自己的周围环境以及自己，并借助于新的观念、系统化的思想来加深了解自身的行为、思想和情感，产生领悟，提高认识，促进变化。解释以访谈者所持有的理论取向为基础。精神分析取向的访谈者所提供的解释，强调有关基本人格动力学的行为意义；行为主义取向的访谈者所提供的解释，强调与行为有关的现实环境因素、可能性及其影响程度。解释常用于综合和分析刚刚获取的资料，并改变来访者自身的观察方式。

访谈技巧的使用应考虑患者文化与习俗，考虑个体在种族、经济、政治和法律等方面差异的影响，因人而异应用各种技巧，避免沟通形式的死板硬套。

## 第三节　临床访谈的实施

对于初学者，可以将访谈过程划分为几个阶段，便于学习在适当的时间采取适当的步骤。**Shea(1988)**将临床访谈划分为以下 **5** 个阶段：

**1.介绍**　适当称呼，表示关注。

**2.开始**　初步询问，建立关系。

**3.主体**　深入交流，评估问题。

**4.结束**　总结问题，给予指导。

**5.终止**　明确约定，友好告别。

**Shea** 五分法的特点在于其通用性和非理论流派性，它适用于所有的访谈而不涉及访谈者的背景。

以下列出和讨论了在访谈中每一个阶段的任务和实施。尽管下面所提供的临床访谈阶段结构只是典型的评估性访谈过程，但心理咨询或治疗访谈的过程通常是以相似的方式进行的，差别在于咨询或治疗性访谈的主体是干预而不是信息的收集，因此下面的过程可以作为其他访谈方法的基础。

### 一、介绍阶段

良好的开端是成功的一半，对临床会话而言更是如此。来访者和咨询者初次接触，应让来访者感受到咨询者的平和、热情，使来访者放松。以下这些事情可以作为见面时的一种基本仪式。

**1.**招呼，适当的称呼和握手。

**2.**自然地引导来访者坐下。

**3.**询问来访者是否需要茶水或饮料。

**4.**咨询者进行自我介绍，开始简单的闲谈，目的是使来访者放松。如谈谈天气、道路或如何来此等。另外，简单介绍一下咨询的过程，使来访者对咨询有了解，重点介绍咨询的保密性。

**5.**引导来访者介绍他的一般情况，如年龄、工作、家庭基本状况等。

**6.**按照会话程序开始会谈。

这种仪式可以让人放松，同时由于你不需要过多思考就可以完成它们，可以让你有更多

的时间去观察。

## 二、开始阶段

开始阶段以访谈者就来访者现在所关注的事情提出问题作为开始标志。开始阶段大概持续 5～8 分钟。在这一过程中，访谈者主要运用基本的关注技巧和非指导性倾听来鼓励来访者诉说。访谈者的主要任务就是让来访者自由表达。开始访谈的问话有多种方式。通常可以通过开放式问题(关于什么、如何的问题)开始，或是以比较温和的命令句开始。例如，以下的问题就是以温和的命令句开始。

“请告诉我你这次来(访谈或求助)的原因”，通常这种命令句是以“请告诉我”开始的，这样的问话包含的要点是：

**1.告诉我** 访谈者表现出倾听的兴趣。另外，访谈者也借此说明来访者有责任说明情况。

**2.来这里的原因** 这要比“告诉我关于你的情况”更具体，因为这表示来访者可以决定告诉访谈者那些生活中的事情。

**3.寻求访谈** 明确了来治疗是不同寻常的一件事。而且来访者应该讲出促使他来访谈的事件。

**4.这次** 这有助于来访者明确使他们下定决心前来访谈的原因。访谈者应该明白做出访谈的决定不仅取决于诱因，也取决于时间。有时候，一个问题已经困扰了好几年，但是直到最近才觉得应该寻求帮助。

其他较为常见的说法还有：“你为什么来这里呢?”，“我能为你做什么?”，“最近你有什么烦恼吗?”

## 三、主体阶段

访谈的主体部分主要是一个收集信息的过程。如果访谈的目的是为了评估来访者沮丧、不适的程度和状况，以便确定适当的治疗方案，那么就应该将收集信息的重点集中在诊断性的症状和标准上。

在此阶段，作为一个访谈者，必须获取足够的信息来分析案例并提出建议。临床访谈则需要询问一些深入的问题，以下是访谈的主要内容和问题举例

1．确定问题的范围(如果你在病史中没有获得这方面的信息)。

“今天你想谈些什么?”“是什么事情烦扰着你?” “你有什么事情不顺心吗?”

注意求助者是否说出其他的问题

2．发现最主要的或最迫切的问题（以便优先解决)。

“你来这里的最主要的原因是什么？”“在所有这些担心中，什么使你最紧张或痛苦？”“将所有这些问题按级排序，从你认为应解决的最重要的一个开始，最后是最不重要的那一个。”

注意求助者是否选择了焦点问题

3．问题的躯体方面 包括躯体感觉，生理性反应，障碍和疾病。

“你身体有何变化?”“问题发生时，你发现自己的身体有何不适?” “这事发生时你感觉到了什么?”“这事发生时，你感到身体不舒服或难受吗?

注意求助者是否能明确躯体感觉

**4**．问题的认知方面　包括自动的、有帮助的、没帮助的、理智合理的或非理智的想法和信念**,**内心独白**,**知觉和错觉。

“当这件事发生时，你对自己说什么**?**”“当这件事发生时，你通常想些什么**?**”“那么你头脑中充斥着什么**?**”“什么样的想法会使你有这种感觉**?**”“你持有什么想法**(**或意向**)**，它们对问题有什么影响**?**”

**5**．关联情境方面，时间，地点，其他事件。

“此问题通常何时停止或消失**?**变糟**?**或变好**?**”“问题结束时你在哪里**?**“你能指出有何特殊时间、地点或事件似乎使之持续进行**?**变糟**?**或变好**?**”

**6**．确认已经尝试过的解决方法。

“你以前如何处理此事或其他事情**?**效果如何**?**是什么使之起作用或无效的**?**”“你是如何试图解决这一问题的**?**”“为了改善这种状况你做过什么**?**”“你做了什么使问题变好了**?**变糟了**?**保持原状**?**”“别人是如何帮你的**?**”

注意求助者是否明确自己以前的解决办法

**7**．明确求助者的应对技巧、力量、对策。

“你有什么技巧或东西可能对这个问题有帮助吗**?**”“描述一下当这个问题没有干扰你时的情境。”“你有什么力量或资本可以帮你解决这个问题吗**?**”“你什么时候不这样做**?**”“什么样的想法或自言自语会使你对这个问题处理得好些**?**”“在处理一个困境时你对自己说些什么**?**”“描述你在处理得好的情境中所采取的方法－你的所想和你的所做。这些方法可以如何用于目前的问题中呢**?**”“在没有其他人促使你或刺激你的情况下，你能在多大程度上为自己做些什么**?**”

注意求助者是否明确其所具有的特质或应对技巧

此外还可以包括求助者的社会支持和个性方面信息。根据以上信息，可以分析案例，做出临床评价并提出建议或进行干预。

## 四、结束与终止

**1．如何结束**　一次临床访谈的时间通常为 **50** 分钟，在访谈还剩 **5—10** 分钟时，应该停止提问和收集信息。访谈者应该为结束阶段留出充分的时间。结束阶段最重要的任务是“坚定来访者进行第二次访谈或是按照访谈者的意见去做的信心”。促使来访者再次前来访谈的最好方法之一就是在结束阶段中，清楚明确地指出来访者寻求专业帮助的原因。下面这种说法或者稍加变动可能都是很有用的：

“听了你今天所讲的，看起来你来这里是因为你想知道如何使你的生活更顺利。你希望能更自信一些。并且你还谈到了你是如何希望能表达出自己的内心感受，又是多么希望能向你关注的人表露你的情感。”

在总结了来访者前来访谈的原因后，你应该对访谈能够对来访者的个人问题起到怎样的作用加以说明。可以很简单，很简短，但是很积极，例如说：

“你说希望能感到好过些，在这里可以帮助你达到这一目的。当然，不一定每个人都能得到很大收益。但是的确大多数人通过努力都达到了目的，而且我认为你也能够通过多种（治

疗）措施达到很好的效果。”

**2．如何终止**　在访谈终止阶段中，访谈者有必要采取一定的控制。也许是陪来访者走出去，友善地做出告别的手势或姿势。有些访谈者喜欢确定下一次访谈，并说“下次见”。还有的会在来访者离开的时说“慢走”。

## 五、小结

研究者和临床医生提出了多种临床访谈模型，从访谈的时间和内容的分配安排上有所区别。本章使用 **Shea** 所提出的模型，对典型访谈中要完成的任务和一般状况进行了描述。

访谈者和来访者的初次接触宣告了访谈的开始，进入介绍阶段。对于访谈者来说，事先准备好如何与来访者进行第一次接触是很重要的。一些访谈者习惯按照某种固定的方式，这也许会让来访者感到牵强、不自然。因此，在保持一贯的稳定性的同时也要注意适度的灵活。在介绍阶段中，访谈者应该向来访者说明关键的事项，例如保密性和访谈的目的。

开始阶段始于访谈者就来访者的情况提出开放式的问题。开始阶段一般包括以下几项任务：访谈者的开场白、来访者对于开放式问题的反应，以及访谈者对来访者表述能力的评估。在不需要访谈者给出太多提示的情况下，当来访者已经充分地表达了他寻求专业人士帮助的原因之后，开始阶段就终止了。

访谈的主体部分主要是收集信息的过程。收集什么样的信息取决于访谈者的访谈模型、访谈的目的和在访谈中表现出的临床状况。临床心理访谈中的重要成分应该是对心理问题或障碍的诊断与评估。

在访谈的结束阶段，由于时间越来越少，而可以谈论的感受和信息还有很多，来访者和访谈者在结束中都会感到压力。访谈者要从信息收集过渡到终止阶段的准备工作中，访谈者应该对谈论的话题进行总结，向来访者灌输积极的希望，约定后面的访谈。

（解亚宁）

# 第五章　心身疾病的检查方法

心身疾病的诊断有赖于全面的心理和生理检查和评估，是心身医学临床工作的基本功之一。本章介绍心身疾病的心理评估和生理检查等基本技术。

## 第一节 心理测试

### 一、临床心身医学相关的心理测试

所谓测量就是用数字对客观资料进行描述即数量化。例如，为了鉴别某物的长度，便用尺码来测量，这就是物理现象的数量化。心理现象和物理现象一样，也是客观存在的，因而也可以作数量化的分析。为了使心理现象数量化，就需进行心理测验**(psychological tests)**。所谓心理测验就是根据客观的标准化了的程序来测量个体的某种行为，以判定个别差异的工具。心理测验在西方国家的应用已越来越普及，各种专门用途的量表层出不穷，并广泛地应用于教育工作领域、管理领域、工业领域、体育领域以及医学领域等等。

在心身医学领域，心理测验有广泛的应用价值。心身疾病发生、发展、诊断、治疗、康复、预防中的心理社会因素都需要予以定量化，都需要使用一定的测验或评定的方法。例如：内科可应用A型性格问卷对冠心病进行研究；在研究心理应激各因素与癌症及其它疾病发病因素的关系时可借助相关心理测验；整形外科为了达到最好的治疗效果和避免术后不必要的麻烦，亦有应用 **MMPI** 等心理测验以发现和治疗心理异常的病人；在儿科保健和咨询门诊工作中，常应用智力测验以决定一些学习成绩不好的小儿，究竟是智力低下或其它原因所引起。由此可见心理测验在心身医学上的应用很有发展前途。

据统计，已经出版的心理测验多达 **5000** 余种，但目前在临床工作中，与心身医学相关的常用心理测验不过百余种，通常按其目的和功能可分为智能测验、人格测验、症状评定量表和应激测量等。

**1.智能测验**　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。常用的智力量表有韦克斯勒幼儿、儿童和成人智力量表、比奈--西蒙智力量表；常用的心理发展量表有贝利（**Bayley**）婴幼儿发展量表、丹佛（**Denver**）发展筛查测验、盖塞尔（**Gessell**）发展诊断量表。

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

**3.症状评定量表** 其目的多是评定有关心身症状，如康乃尔医学指数、90 项症状评定量表、焦虑自评量表、抑郁自评量表等。

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

## 二、各种心理测试简介

### （一）智能测试

智力是一种一般的心理能力，包含推理、计划、问题解决、抽象思维、理解复杂思想、快速学习和从经验中学习等能力。智能测试是评估个人一般能力的方法。智商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。在心身医学上，智能测试不仅常被用来研究智力水平，还常被用来研究其他病理情况。国内常用的智能测验有：

**1. 韦克斯勒智力量表（又称韦氏智力量）** 韦克斯勒智力量表是以 1939 年发表的韦克斯勒--贝勒维智力量表为基础，经多次修订而成。它包括语词和非语词（操作）测验。韦氏智力量表有三种：即 1955 年编成的韦氏成人智力量表（1981 年修订），简称 WAIS(Wechsler adult intelligence scale)；1949 年编成的韦氏儿童智力量表（1974 年修订），简称为 WISC(Wechsler intelligence scale for children) 和 1963 年编成的学前及初学儿童智力量表，简称 WPPSI(Wechsler preschool and primary scale of intelligence)。我国修订的韦氏成人智力量表（WAIS-RC）全量表含 11 个分测验。在 11 个分测验中，常识、数字广度、词汇、算术、理解、类同 6 个分测验构成言语量表，填图、图片排列、积木图案、物体拼凑、数字符号 5 个分测验构成操作量表。言语量表和操作量表交替进行，主要测量智力水平。每个分测验的原始分都须转化为平均数为 10，标准差为 3 的标准分数才能比较。此外，11 个分测验量表分数可合并成言语分、操作分和全量表分。由于信度和效度较高，韦氏智力量表被公认为是较好的智力评定量表。但其需用的测查时间每次约需用两小时左右，因此不易进行大规模的智力普查。

**2.斯坦福－比奈测验（S-B）** 斯坦福－比奈测验是美国特曼（Terman）根据法国比纳（Binet A）和西蒙（Simon T）编制的比奈测验（B—S），于 1961 年发表了比奈测验的斯坦福版本，通常被称为斯坦福－比奈测验（Stanford Binet Scale, S-B）。该测验包括一系列的分测验，每一个分测验适合一个特定的心理年龄。测验项目沿用 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，说明被试的智力达到这个年龄水平。最新的斯坦福－比奈测验共有 15 个分测验组成四个领域，即词语推理、数量推理、抽象/视觉推理及短时记忆，它对正常人群、发育迟滞者和天才人群都提供了准确的智商估计。新的斯坦福－比奈测验很快成为临床心理学、精神病学和教育咨询中的标准工具。国内的比奈测验使用简便，易于操作学习，但该测验不能具体地诊断出儿童智力发展的各个方面。

**3.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（Gessell）发展诊断量表。国内各有相应的修订本。

**4.适应行为量表** 适应行为即社会适应能力，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。适应行为量表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的诊断、分类、训练及特殊教育等领域。目前国内有姚树桥、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。它适用于 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。

（二）人格测试

人格是指一个人对内在环境刺激所持有的反应方式和行为模式，它是在个体的生活早期就开始，并逐步发展而形成的。人格特征对一个人的心身具有重大影响，是心身疾病的内在致病因素。因此，作为评估个体心理特征的一种技术，人格测试在心身医学上常用来作为诊断心身疾病的工具。目前，用于评估人格的技术和方法很多，一般可以分为客观性人格测验和投射性人格测验，较常使用的客观测验有明尼苏达多相人格问卷、艾森克人格问卷和卡特尔 16 项人格因素问卷；主观测验有洛夏墨迹测验和主题统觉测验。

**1．明尼苏达多相人格调查表** 明尼苏达多相人格调查表(Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI)由美国明尼苏达大学 Hathaway 和 Mckinley 两人于 1943 年编制而成。最初主要目的是根据精神病学的经验效标来对个体进行诊断，后来发展成为人格测验，目前广泛应用于人类学、心理学及医学等方面。MMPI 共有 566 个自我陈述语形式的题目，题目内容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。被试根据自己的实际情况对每个题目作出“是”与“否”的回答，若确实不能判定则不作答。然后，根据病人的答案纸计算分数并进行分析，每一被试均可从各分量表的得分而获得一个人格剖面图。在临床工作中，MMPI 常用 4 个效度量表和 10 个临床量表，主要测量病态人格结构。MMPI 应用十分广泛，主要用于病理心理的研究。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。

**2．艾森克人格问卷** 艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnnaire,EPQ)是由英国伦敦大学艾森克夫妇根据人格结构三个维度的理论共同编制。目前含四个分量表的 EPQ 是 1975 年所形成，在国际上被广为采用，它有成人问卷和青少年问卷两种。EPQ 包含 E、N、P 三个维度和四个分量表。

⑴神经质（N）维度：测查情绪稳定性。

⑵内-外向（E）维度：测查内向和外向人格特征。

⑶精神质（P）维度：测查一些与精神病理有关的人格特征。

⑷掩饰（**L**）量表：测查朴实、遵从社会习俗及道德规范等特征。

**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。由于 **EPQ** 项目少，实施方便，既可个别施测，也可团体施测，在我国是临床应用最为广泛的人格测验。但由于其条目较少，反映的信息量也相对较少，故反映的人格特征类型有限。

**3. 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，采用因素分析法编制而成。卡特尔认为 **16** 个根源特质是构成人格的内在基础因素，只要测量出 **16** 项基础因素在个体身上的表现程度，即可知道他的人格特征。这 **16** 个根源特质是乐群、聪慧、稳定、持强、兴奋、有恒、敢为、敏感、怀疑、幻想、世故、忧虑、反抗、独立、自律、紧张容。**16PF** 可以对人的多个侧面的特征进行评估，但主要应用于人才选拔和职业咨询等方面，临床应用较少。

**4. 洛夏测验** 洛夏测验（**Rorschach test**）是由瑞士精神病学家赫尔曼·洛夏在 **1921** 年创立，目的是为了临床诊断，对精神分裂症与其他精神病做出鉴别，也用于研究感知觉和想象能力。洛夏测验的材料为 **10** 张墨迹图，有 5 张全为黑色的，2 张是黑色和红色的，其余 3 张是彩色的，都是将墨迹放在纸上再加折叠所成的对称的浓淡不匀的墨迹图（见图 **5-1**）。测试时将 **10** 张图片按顺序一张一张地交到受试者手中，要他说出从图中看到了什么。不限制时间，也不限制回答数目，一直到没有回答时再换另一张。每张均如此进行。看完 **10** 张图后，再从头对每一回答都询问一遍。问他看到的是指图的整体或图的哪一部分，问他为什么说这些部位象他所说的内容。将所指部位和回答的原因均记录下来。然后进行结果分析和评分。洛夏测验结果主要反映了个人人格特征，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。

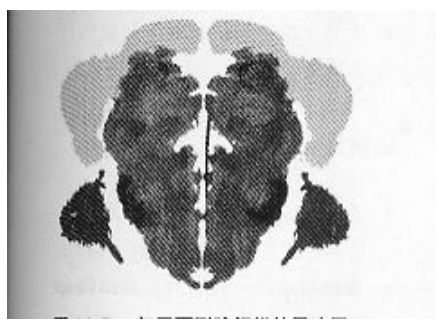


图 **5-1** 与洛夏测验相似的墨迹图

**5. 主题统觉测验** 主题统觉测验是由亨利·默里（**Henry Murray**）在 **1938** 年创立的。主试向被试呈现模糊情景的图片，要求被试根据这张图片讲述一个故事，包括情景中的人在干什么，想什么，故事是怎么开始的，而每个故事又是怎么结尾的（见图 **5-2**）。主试评价故事的结构和内容，评价被试描述的个体行为，试图发现被试关心的问题、动机和人格特点。例如，主试可以根据被试是否关心人们有没有按照他们的意愿快乐地生活和故事是否以严肃、有条理的方式来讲述评价一个人的公正性。主题统觉测验还经常用来揭示个体在支配需要上的差异，诸如权力、领导和成就动机。经过几十年的研究，证明主题统觉测验是测量个体成就需要的有效工具。

（三）量表测查

图 5-2　主题统觉测验中的一张卡片

**1．心身健康相关量表**　心身健康评定主要用于心身障碍患者治疗前心身状况的全面检查。目前，国内外在心身医学上常用的症状评定量表有几十种，其中常用的有以下几种：

（1）康乃尔医学指数：康乃尔医学指数（CMI）是美国康乃尔大学 Wolff HG.Brodmen·R 等编制的自填式健康问卷。通过 CMI 检查可在短时间内收集到大量有关医学及心理学的资料，起到一个标准化心身健康检查及评定作用，为正常人群心身健康水平的了解，心理干预的指导，心身障碍者的早期发现以及社区、团体健康工作的开展等提供依据。

（2）90 项症状自评量表：90 项症状自评量表（symptom check list 90，SCL-90）由 90 个反映常见心理健康状况的项目组成。被试根据自己最近两周由于反映有无各种心理症状及其严重程度，在每个项目后按“没有、很轻、中等、偏重、严重”等级以 1～5（或 0～4）五级选择评分。结果得出 10 个症状因子分，躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性、和附加项。评定以总平均水平、各因子的水平及表现突出的范围为依据，借以了解患者心理问题的范畴、表现及严重程度等。

（3）Zung 抑郁自评量表：Zung 抑郁自评量表（Zung self-rating depression scale，SDS），由美国杜克大学医学院的 Zung WWK 于 1965 年所编制。每个项目采用 1～4 级计分法，即按“很少有”、“有时有”、“大部分时间有”和“绝大部分时间有”4 个级别，其中 2、5、6、11、12、14、16、17、18、20 项目为反评题，按 4～1 计分，各项目累计即为抑郁粗分。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＝总分/80。指数范围为 0.25～1.0，指数越高，反映抑郁程度越重。SDS 适合用于有抑郁症状的成人，心理咨询及心身医学门诊或病房均可使用。

（4）Zung 自评焦虑量表：Zung 自评焦虑量表（Zung self-rating anxiety scale，SAS），共有 20 个评定项目，每个项目采用 1～4 级计分法，即按“很少有”、“有时有”、“大部分时间有”和“绝大部分时间有”4 个级别，其中 5、9、13、17、19 项目为反评题，按 4～1 计分。各项目累计即为焦虑粗分。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。SAS 适用于有焦虑症状的成人。可作为心身门诊了解患者焦虑症状的自评工具。

**2．应激及其相关因素量表**

（1）生活事件量表：生活事件量表（life events scale,LES）由 48 条我国常见的生活事件组成，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），社交及其他方面（7 条），两外有 2 条空白项目，供填写被试已经经历而表中并未列出的某些事件。LES 是自评量表，由受试者自己填写。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，由被试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。生活事件刺激量越高反映个体承受的精神压力越大。负性事件刺激量的分值越高对心身健康的影响越大；正性事件的意义尚待进一步的研究。

（2）特质应对方式问卷：特质应对方式问卷（trait coping style questionnaire，TCSQ）由 20 条反映应对特点的项目组成，包括两个方面：积极应对与消极应对。用于反映被试面对困难挫折时的积极与消极的态度和行为特征。被试根据自己大多数情况时的表现填写，各项答案从“肯定是” 到“ 肯定不是”采用 5，4，3，2，1 五级计分法。其中积极应对分由条目：1，3，5，8，9，11，14，15，18，20 累分后所得；消极应对分由条目：2，4，6，7，10，12，13，16，17，19 累分所得。一般人群的平均分：PC=30.26±8.72；NC=23.58±8.41。分数越高，反映积极或消极应对特征明显。

（3）领悟社会支持量表：领悟社会支持量表（perceived social support scale，PSSS）由 12 条反映个体对社会支持感受的条目组成，每个条目均采用 1～7 七级计分法，即分为极不同意、很不同意、稍不同意、中立、稍同意、很同意、极同意七个级别。PSSS 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，并以总分反映个体拥有或感受到的社会支持总程度。总分越高，反映被试拥有或感受的社会支持越多。

## 三、问卷使用上的注意点

### （一）问卷实施前的注意点

问卷实施前的准备工作是保证测试顺利进行和测验实施标准化的必要环节。准备工作中须注意以下几点：

**1．合理选择心理测试问卷** 选择测验时必须注意以下三个方面。一是所选测验必须符合测量目的，根据临床或科研工作不同目的，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。例如要了解患者的人格特征，可施测有关的人格测验，并据此对患者进行心理辅导。二是所选测验必须符合心理测量学的要求，也就是说，选择常模样本要能代表被试条件的测验，被试年龄、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；要优先选用标准化程度高的测验及有结构的测验；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。最后，主试应尽量选用自己熟悉和具有使用经验的测验。

**2．主试应做好充分准备** 首先，主试要熟悉测验指导语并能流利地用口语说出来，否则测试的效果会受到影响；其次，还必须熟悉测试的具体程序，例如韦氏智力量表包括言语、操作两大部分，操作部分的测试涉及到物体如何摆放、如何师范等程序；最后，还必须做好应付突发事件及被试提问的心理准备，例如彻查病态人格时病人突然发作，有人作弊或突然停电等等。

### （二）问卷实施过程中的注意点

选择好测验并做好充分准备后，就可以施测了。在施测过程中，主试应注意以下几个方面：

⑴在施测过程中，主试和被试之间应当建立良好的协调合作关系，要自始自终尊重被试，

以平等地位对待被试。例如，在能力测验中，这种良好的关系会促进被试尽最大的努力发挥自己的能力；在人格测验中，它会促使被试真实坦白地回答问题。但是，必须指出的是，主试和被试建立良好的协作关系，并不意味主试对被试做出暗示或提供帮助，而是要求主试促进被试更好地完成测验。

⑵熟悉测验的指导语，严格按照测验的操作规定实施测验，包括正确地安排测验材料，给予指导语和提问，记录回答和记分，并及时观察被试在实施中的行为，准确地、有针对性地写测验报告等。只有做到这些，测量到的结果才能真实反映被试的心理特征。

（三）问卷结果分析时的注意点

施测完成后，主试应当对问卷结果做出分析与解释。在这一过程中，应注意以下几点：

**1.**测验分数只有比较才有意义，所以主试应当依据常模或其他参照标准对测验分数做出解释。一般在测验手册中对于各种分数的意义都作了详细的说明。

**2.**心理测验是一种辅助工具，被试的表现还受其他因素的影响，因此，应当把测验分数和被试其他信息结合起来考虑。特别是当测验分数对被试进行治疗或干预的时候，要把被试的年龄、教育水平、生理特征以及其他的生理因素结合起来一起纳入解释的范围。

**3.**一个测验分数对被试来说并不是一个固定的、永恒的数字，每一个测验分数都包含一定的误差，并随着事件发生显著的变化。因此，测验分数只能作为一种参考，不能过分夸大心理测试的作用。

**4.**还有一点必须注意的是，许多心理测验的内容涉及个人隐私，这些隐私问题是被试不愿暴露的，因此主试应尊重被试的人格，对个人信息加以保密，除非对个人或社会可能造成危害时，才能告知有关方面。

（林大熙　江琴）

## 第二节　心理生理学检测

### 一、脑电波检测

世界上最早从事脑电研究的是德国 **Jena** 大学的精神科教授 **Hans Berger**（**1873-1941**）博士，他在 **1929** 年以他儿子 **Klaus** 为被试者，首次成功记录了正常人的脑电活动。随后，他研究了癫痫、脑肿瘤和精神疾病等现在临床脑波学所涉及的大部分内容的脑电活动，并连续发表了系列研究论文。发展到今天，脑波检测已成为一种比较成熟的检测手段被人们所接受，并被广泛应用于临床。

（一）基本方法

脑电波，也即脑细胞活动的电波，通过贴在头皮上的电极，由导线传输到脑波器变成一种可视性图像。脑波器由增幅和记录两部分组成，把从脑发生的微弱的电位变动（**uV**）增幅 **100**～**200** 万倍以上，使记录器的记录笔发生振动，并把这种变化记录在

以固定速度移动的记录纸上。脑波的范围很宽，1～100Hz 不等。对不同频率脑波的记录可以通过调节脑波器的时定数控制，一般来说，时定数越大记录慢波的可能性就越大。一般脑波记录的时定数为 0.3，根据需要，也可以用 0.1。头皮电极的放置多以国际电极放置法为标准，包括耳朵的基本电极在内共有电极 21 个，电极间隔成人大约 6 公分。现在，为了获取充分的脑电活动信息，已开发出 124 个电极，128 个通道的脑波器。

脑波记录原则上要求被试处在安静状态，但根据疾病的不同，有些在安静状态下不能发现异常，只有当脑细胞处于激活状态下才能发现脑波的异常情况。例如大部分癫痫患者在发作间隙期的安静状态下脑波完全正常，只有通过过度换气，才能诱发出异常脑波。诱导激活的方法常用的有：①睁闭眼法，②过度换气法，③光刺激法，④自然睡眠剥夺法等。

（二）结果判断

一般来讲，脑波在人种、民族和性别等方面没有表现出很大的差别，同一个体的时间差异性也较小。正常人的脑波常受以下因素的影响：①年龄，②意识状态，③开眼、闭眼，④精神状态，⑤外部或体内环境的变化（缺氧、低血糖等），⑥个体差异，⑦药物等。

正常成人的脑波，肉眼能看到的主要是α波和快波，慢波几乎看不到。①α波：频率为 8～13Hz，成人通常为 10Hz 左右，8Hz 左右时称为慢α活动，可以预测存在一定程度的脑功能障碍，②快波：又称为β波，波速在 13Hz 以上，在觉醒和睡眠期都可以出现。服用镇静止痛类药物可使β波明显增多。

异常脑波包括非突发性异常和突发性异常脑波两大类。非突发性异常脑波主要指慢波，包括频率为 0.5～3Hz 的 δ 波和 4～7Hz 的 θ 波。这类慢波一般出现于睡眠时期，若是成人在清醒状态下出现慢波，则大多属于异常表现。如果基础节律偏慢，大多数场合应该考虑脑功能低下。除此之外，α波慢化以及其它的异常快波也属于非突发性异常脑波。突发性异常脑波主要包括：①棘波（spike wave）：是突发性脑波异常的最基本的一种，为一上升陡峭，下降快的尖锋波，持续时间 20～70 ms，非常容易和背景脑波相区别，②棘慢综合波（spike-slow wave complex）：在棘波之后紧接着出现一正弦慢波，波率为 200～500 ms，持续时间大多在 10 秒钟以上，③尖波（sharp wave）：形态与棘波相似，多持续 70～200 ms。除此之外，还有尖慢综合波，14 或 6Hz 阳性棘波，6Hz 棘慢综合波等异常脑波，在此不作详细介绍。另外，在分析脑波时最需要注意的是干扰波和脑波的区别。干扰波常常由以下情况引起：①电极接触不良，②由于被试躯体的活动混入了肌电信号，③被试的眨眼或眼球活动，④混入皮肤电或心电信号等。

## 二、多导睡眠图

多导睡眠图（Polysomnography，PSG）是诊断睡眠呼吸障碍类疾病时必需要做的检查。因为 PSG 是作为确诊睡眠呼吸暂停综合征（sleep apnea syndrome，SAS）等睡眠呼吸障碍类疾病的必要检查手段，为了准确掌握各睡眠阶段及其呼吸障碍情况，得到多项生理数据，

在临床诊断睡眠呼吸障碍类疾病时，常常还需要进行包括脑波、眼电图、头皮肌电图、动脉血氧饱和度、心电图以及两下肢肌电图体位感知器等项目的检查。

（一）基本方法

通常使用多通道记录器在脑波记录纸上记录，走纸速度为 **10～15mm/**秒，以每 **30** 或 **20** 秒（相当于脑波用纸一张）作为一个睡眠阶段。

（二）结果判断

如果呼吸信号持续消失 **10** 秒以上就可以诊断为呼吸暂停，如果与安静时相比呼吸气流下降 **50**％以上，就可以诊断为呼吸不足。

**1.睡眠呼吸暂停综合征的诊断相关指标**

⑴呼吸暂停指数（**apnea index, AI**）：单位时间内的呼吸暂停次数；

⑵呼吸不足指数（**hypopnea index, HI**）：单位时间内的呼吸不足次数；

⑶呼吸暂停**/**呼吸不足指数（**apnea hypopnea index, AHI**）：单位时间内的呼吸暂停或呼吸不足次数；

⑷觉醒指数（**arousal index, ArI**）：单位时间内的觉醒次数。

注：觉醒波（α波或β波）的出现或脑波上出现明显的向浅睡眠相的移动持续时间 **3** 秒以上就可以诊断为觉醒。

**2.睡眠呼吸暂停综合征的治疗开始指标** 以下指标一般作为 **SAS** 开始治疗的指标。

⑴**AI** 或 **AHI** 超过 **20**；

⑵中枢型 **SAS** 与 **AI** 或 **AHI** 指标关系不大，觉醒时动脉血气分析 $CO_2$浓度在 **50～70 Torr** 以上；

⑶不符合上述两项，但伴有易发睡眠呼吸障碍疾病（严重白天睡眠，脑血管障碍，缺血性心脏病，高血压等）者。

## 三、脑功能成像

脑功能成像主要包括单光子发射计算机断层扫描成像**(single photon emission computed tomography, SPECT)**，正电子发射计算机断层扫描成像（**positron emission tomography, PET**）和功能性核磁共振成像（**functional magnetic resonance imaging, fMRI**），以下主要介绍 **SPECT**。

（一）基本方法

**SPECT** 系统一般由五部分组成：γ 线探测器、机架、控制台、计算机（包括接口）和外围设备。目前 **SPECT** 的探测器主要有：①可旋转 **3600** 的 γ 照相机，②一对可旋转的大视野 γ 照相机，③多晶体探测器。目前临床上 **90%**的 **SPECT** 大都采用旋转 γ 照相机型这种扫描方式。通过检测由体内放射性同位素发出的单光子 γ 线，来得到体内放射性同位素分布的断层图像。成像结果反映大脑血流灌注状况，可在患者不同状态下（应激期或平静期、发作期或缓解期等）成像，提供相应的脑功能信息状况。

（二）结果判断

目前，**SPECT** 越来越被广泛应用于神经精神疾病和心身疾病的临床检查。主要用在慢性

脑循环不良，脑梗塞，抑郁症，痴呆，癫痫等疾病。下面例举已报道的有关疾病的典型表现：

**1.抑郁症** 前额叶、额叶和颞叶皮质出现弥漫性血流低下，经过治疗有恢复的可能。

**2.脑血管性痴呆** 表现为大脑整体多发性的脑梗塞，不规则性的血流低下。

**3.阿尔采默氏病** 在临床症状出现之前可见颞叶、顶叶皮质血流低下，随着病情的进展，大多向额叶扩展，但枕叶和小脑即使到晚期也常常不受影响。

**4.偏头痛** 复杂型偏头痛在 SPECT 多表现为高血流。经典的偏头痛在发作期由于脑动脉的痉挛多表现为局部脑血流低下，但在发作间隙期多报告为正常。

**5.直立性低血压** 两侧额叶在立位负荷时表现为血流低下。

**6.高血压性眩晕** 一过性血压低下时表现为额叶或大脑皮质全体的弥漫性血流低下。

**7.幻觉（幻听）** 有报道妄想性的幻听时，表现为颞叶上部以及内侧部（杏仁核部）血流增加。

**8.帕金森病** 有报道提示丘脑和纹状体血流低下。

以上疾病通过 SPECT 检查，观察其病变经过以及治疗前后的变化，从大脑各部位的血流变化推测脑神经细胞的活性改变，对理解疾病的病理生理有着积极的意义。

## 四、直立倾斜试验

当人体由平卧位变成直立位时，由于血液由胸腔大血管向下肢和下腹部内脏转移，使回心血量减少 30%左右，这相当于一种内源性失血，中心静脉压、动脉压和心搏出量呈下降趋势，动脉内(颈动脉窦，主动脉弓)和心肺压力感受器被激活，信号传入髓质中枢，导致交感神经活动传出增强，而副交感减弱，从而使末梢血管收缩，心率增加，心肌收缩力增强，心输出量增加，使得内源性失血得以补偿，血压得以维持。如果压力感受器功能失调，不能使心搏出量马上恢复，首先遭受影响的脏器应该是脑，由于前额叶的血流量减少，出现眩晕，黑蒙甚至晕厥。人体正常血压的维持，除了上述神经性心血管反射以外，还有肾素血管紧张素系统和血管加压素系统的参与，通过直立倾斜试验可以协助诊断一些疾病：

（一）基本方法

试验前 3 日，停用一切影响植物神经功能的药物，试验前 12 小时禁食。患者安静仰卧 5 min 以上，记录基础动脉血压、心率及心电图，然后站立于倾斜床上，倾斜 60°，直至出现阳性反应或完成全过程。有明显直立性低血压反应者在倾斜 30°时就有可能出现症状，因此应该根据实际情况慎重进行。在试验中如果出现较强的头痛，恶心，疲倦，眩晕，视觉障碍和意识障碍等症状，应立即停止试验。在试验过程中应尽量避免不必要的对话。直立时间通常为 10 min，直立负荷结束后回到卧位，确认血压的恢复。血压、心率的测定一般在试验开始前测定 2～3 次作为基础对照，在直立负荷结束后每隔 1～2 分钟测定。

（二）结果判断

试验结束后收缩压下降 0～10mmHg，舒涨压上升 0～10mmHg，脉搏增加 10～20/分属于

正常范围。但是，20 岁以下或 70 岁以上者，收缩压的下降幅度较大。日本学者田村对各年龄层次的健康者 251 名进行了 70° 直立倾斜试验，发现收缩压下降的范围（平均 ± 2SD）为-30～+20 mmHg，心率增加为 0～+30/分。根据上述试验结果，可考虑以下常见疾病的诊断：

**1.直立性低血压**（**ortuostatic hypotension, OH**） 由于人体压力感受器功能失调，表现为起立时眩晕和黑蒙。上述试验结果收缩压下降≥30mmHg

**2.体位性的心动过速综合征**（**postural orthostatic tachycardia syndrome, POST**）表现为起立时出现明显的心动过速。上述测验结果心率增加≥30/分。

**3.神经介导性晕厥**（**neurally mediated syncope, NMS**）：临床常见的血管迷走性晕厥（**vasovagal syncope，VVS**）是 NMS 的一种，表现为直立后几分钟突然出现血压下降，心跳减慢甚至晕厥。

**4.直立性高血压**（**ortuostatic hypertension**） 表现为起立时出现明显的血压上升。上述试验结果收缩压上升≥20mmHg；

直立倾斜试验在临床上主要用于诊断植物神经变性疾病，糖尿病性神经损害和抑郁症等疾病的植物神经功能紊乱。某些药物，如α受体阻止剂、钙离子结抗剂等对末梢血管有扩张作用的药物，对检查结果有可能产生影响。因此，在诊断时应该把检查结果和临床症状结合起来考虑。

## 五、心电图 R-R 间期检测

心脏按照一定的节律有规则地进行着搏动，窦房结是心脏正常冲动的起源，但同时受心交感神经和心迷走神经的双重调控。心交感神经的节前神经元位于脊髓胸段(T1～T5)的中间外侧柱，其轴突末梢释放的递质为乙酰胆碱，后者能激活节后神经元膜上的 N 型胆碱能受体。心交感神经节后神经元位于星状神经节或颈交感神经节内。节后神经元的轴突组成心脏神经丛，支配心脏各个部分，包括窦房结、房室交界、房室束、心房肌和心室肌。心交感神经对心脏的兴奋性作用是通过节后纤维末梢释放递质去甲肾上腺素来实现的，它与心肌细胞膜上的 β 型肾上腺素能受体结合，可导致心率加快，房室交界的传导加快，心肌的收缩能力加强。这些效应分别称为正性变时作用、正性变传导作用和正性变力作用。支配心脏的副交感神经节前纤维位于迷走神经背核和疑核、心迷走神经的节前和节后神经元都是胆碱能神经元。节后神经纤维支配窦房结、心房肌、房室交界、房室束及其分支。右侧迷走神经对窦房结的影响占优势，左侧迷走神经对房室交界的作用占优势。心迷走神经对心脏的抑制作用是通过节后纤维末梢释放递质乙酰胆碱作用于心肌细胞膜的 M 型胆碱能受体，导致心率减慢，心房肌收缩能力减弱，心房肌不应期缩短，房室传导速度减慢，即具有负性变时、变力和变传导作用，其中后者不明显。呼吸性窦性心律不齐是窦性心律不齐中最常见的一种，是由于在呼吸过程中，体内迷走神经与交感神经的张力发生变化，使窦房结自律性也因之发生周期性、规律性改变。吸气时交感神经张力增高，心率增快，呼气时迷走神经张力增高，心率变慢。如果植物神经功能障碍，这种变化就会减少。心电图 R-R 间期检测就是利用这一现象计算心搏变动，从而测定植物神经功能。

（一）基本方法

利用心电图机和电脑，计算变动系数、间期变动和间期差值直方图。同时，为了避免早搏和其它干扰波，建议同时进行心电图检测。

**1.心电图 R-R 间期变动系数** 让患者安静 **15 min** 以上后记录心电图。要避免会对患者造成紧张刺激的一切干扰，保证在患者感到舒适的状态下进行测定。同时还要注意避免躯体移动、咳嗽和由紧张引起的吞咽次数增加以及打瞌睡等现象。

**2.心电图R-R间期标准差** 心电图**R-R**间期标准差的测定在测量心搏变动中的使用比心电图 **R-R** 间期变动系数还要早，测定方法和注意点与心电图 **R-R** 间期变动系数测定相同。

**3.连续 R-R 间期的均方根**差 计算全程相邻 **R-R** 间期之差的均方根值。一般认为 **R-R** 间期标准差可用来衡量整个植物神经系统对心率的调控作用，而 **R-R** 间期的均方根差是反映迷走神经对心率调控作用大小的指标。

**4.深呼吸时的 R-R 间期变动** 随着呼吸频率的减慢，呼吸性窦性心律不齐会变得明显，尤其是在 **6** 次/分以下的深呼吸时往往会出现显著的窦性心律不齐。**6** 次/分的呼吸方法是目前临床常用的方法，当副交感神经功能障碍时此值变小。

（二）结果判断

**1.心电图 R-R 间期和变动系数** 随着年龄的增加心率加快，心电图 **R-R** 间期缩小。正常健康者的心电图 **R-R** 间期变动系数预测公式为：**-0.066**×年龄**+6.840**。

**2.心电图 R-R 间期标准差** 随着年龄的增加而减小。正常健康者的心电图 **R-R** 间期标准差预测公式为：**-0.528**×年龄**+57.492**。

**3.心电图 R-R 间期** 正常人的参考值为 **2.16**±**1.41 mm**，糖尿病 **5** 年患病者出现有意义的低下。

**4.深呼吸时的 R-R 间期变动** 在进行 **6** 次/分的深呼吸时，随着呼吸的变动最大心率和最小心率的差≥**15** 次/分属于正常范围，≤**10** 次/分则视为异常。

在判断时要考虑到各种心电图 **R-R** 间期测定方法的特殊性。一般来说，安静时心电图 **R-R** 间期标准差和心电图 **R-R** 间期变动系数的测定常用以评估副交感神经功能，而立位时的测定常常应该考虑到交感神经的影响。同时，还应考虑年龄、伴有的基础疾病、交感神经活动状况以及药物等因素的影响。就年龄来说，**40** 岁以上者心电图 **R-R** 间期变动系数明显减小，因此很难借此来鉴别正常者和植物神经功能障碍者。另外，心功能不全和颅脑疾病者可表现为 **R-R** 间期变动的减少甚至消失。立位、精神紧张、甲状腺功能亢进等交感神经兴奋时 **R-R** 间期变动系数偏低。阿托品等副交感神经结抗剂可引起 **R-R** 间期缩小、心跳减慢甚至心脏停搏。患有心率不齐时，此项检查就失去了意义。除此之外，咳嗽、屏气、反复吞咽等会增加 **R-R** 间期的变动，睡眠也会影响 **R-R** 间期，因此在测定和判断时要充分注意。如有上述情况存在，建议再次检测。

## 六、瞳孔图

自古以来就有“眼睛是心灵的窗户”之说，眼是感知外界信息最敏锐的器官，也是把中枢神经的活动传达给外界最直接的器官，瞳孔的大小和反应情况能敏感地反映植物神经的活动状况。瞳孔图就是测量瞳孔直径的变化，利用对光反射原理来进行植物神经功能测定的一

种方法。

对光反射途径由视网膜起始，经视神经、视交叉到视束，视束的部分纤维经上丘臂至中脑顶盖前区，与顶盖前区的细胞形成突触。中脑顶盖前区的 **E-W** 核（**Edinger Westphal nucleus**）为对光反射中枢，该核内的神经元为副交感神经的节前神经元，与两侧动眼神经副核联系，动眼神经副核发出的副交感节前神经纤维经动眼神经至眶内的睫状神经节，睫状神经节发出的副交感节后神经纤维分布于瞳孔括约肌，以调节瞳孔，使之缩小。**E-W** 核受来自上位中枢（大脑视皮质、颞叶眼区、丘脑、丘脑下部等）的兴奋性和抑制性神经的双重支配。兴奋性神经活动的结果使瞳孔收缩，而抑制性神经主要通过抑制 **E-W** 核的活动使瞳孔扩大。

临床常用的扩瞳反应是通过刺激交感神经和兴奋 **E-W** 核上抑制性神经来诱导，与此相对，刺激副交感神经和抑制 **E-W** 核上抑制性神经可以引起缩瞳反应。

直接控制瞳孔扩大和缩小的是虹膜内的平滑肌。虹膜平滑肌包括环状排列的瞳孔括约肌**(**缩瞳肌**)**和放射状排列的瞳孔散大肌**(**扩瞳肌**)**。瞳孔括约肌受动眼神经中的副交感神经纤维支配，收缩时瞳孔缩小。瞳孔散大肌受交感神经支配，收缩时瞳孔扩大。另外，虹膜平滑肌还受动眼神经中的三叉神经的支配，三叉神经或化学物质刺激引起的缩瞳和眼炎症性反应被认为与知觉神经末端分泌的 **P** 物质有关。

## 七、胃电图

胃电图**(Electrogasfrogram, EGG)**是利用表面电极从人体腹壁体表记录胃电活动，用于评价胃的运动功能。在胃的运动功能中，与食后胃内容物的排空有关的胃蠕动功能是一项重要的指标。胃的蠕动自胃体部开始，经过胃大弯到幽门部。胃蠕动起步点是支配胃电节律的部位，位于胃大弯上部、贲门和胃底部中央处的纵肌区域。此处内在电节律比胃的其它部位高，并有起步点细胞，通常以 **3 cpm**（**cycle per minute, cpm**）的频率向幽门方向传播。空腹时多为不伴有胃蠕动的慢波电活动，进食后出现胃蠕动明显增多。胃电图最大的特点是无创伤性、无禁忌症，通过长时间的记录，可以观察伴有消化系统疾病和植物神经功能紊乱患者胃运动功能的食后变化和昼夜变动。同时，也可以用来评价胃运动促进剂或结抗剂的药物效果。

（一）基本方法

和心电图检查类似，胃电图检查可采用以下几种记录方法：

**1.空腹胃电图记录** 部分病人在空腹时就可以记录到异常的胃电图，此方法简单。但只提示空腹状态下的胃电节律、胃电功率是否正常。

**2.餐后胃电图记录** 进餐增加负荷，有些病人容易在进餐出现胃电活动异常。因而，可提示进餐后胃电节律、胃电功率是否正常。

**3.空腹和餐后胃电图记录** 这是较为常用的方法。能提供较多的信息，不仅可以提示空腹状态和进餐后的胃电节律、胃电功率是否正常，而且可以反映对进餐的反应。

**4.诱发试验** 可以通过增加食物负荷、药物等，诱发胃电节律紊乱。

**5.**胃电图监测 延长记录时间，可以观察到昼夜的胃电活动变化及其规律。由于受检者不易长时间静卧不动，目前，这种方法主要用于临床研究。

（二）结果判断

根据胃电频率可分为正常胃电（3 cpm，节律规则）、胃动过缓（1-2 cpm）、胃动过速（4-5 cpm）、混合性胃电节律紊乱（节律无规则）和无胃电节律。根据胃电节律紊乱发生的时间，又可以分为餐前后胃电节律正常、餐前胃电紊乱餐后正常、餐前正常餐后胃电紊乱和餐前后胃电均紊乱四种。

## 八、交感神经皮肤反应

自从1888年Fere发现疼痛刺激可以引起皮肤阻抗下降以来，皮肤电反应（galvanic skin response, GSR）现象在交感神经的生理学研究中受到了极大的重视。后来发现不光是痛觉，心理紧张也会引起GSR的变化，因此，GSR现象被引入到了心理学研究领域。交感神经皮肤反应（sympathetic skin response, SSR）是一种反映交感神经节后纤维功能状态的表皮电位，是一种由刺激诱发的多突触构成的交感皮肤催汗反射，可由内源或外源性刺激引起，电刺激是临床常用的诱发方式。不同的刺激方式有不同的传人途径，而传出途径相同，均由脊髓、有髓交感节前纤维、无髓节后纤维及汗腺组成。下丘脑后部和中脑网状结构是该反射弧中枢部分最重要的结构。SSR潜伏期反映的是引起发汗的神经冲动在整个反射弧的传导时程，而波幅反映的是有分泌活性的汗腺的密度。SSR是反映外周交感神经活性的可靠指标。

（一）基本方法

在进行SSR检测时要求受试者安静放松地仰卧、睁眼以防止入睡，室温保持在25℃左右，皮温控制在30℃以上。导出电极采用表面盘形电极，记录电极置于手心或足心部，基本电极置于手背或足背中央以作参考，以鞍形刺激电极刺激腕正中神经，其间放置地线。电刺激时程0.1-0.2 ms，带通0.3-60 Hz，分析时间5-10 s，灵敏度0.1-1.0 mV/cm，刺激4-10 次、可取第一个反应波测量，也可在反应波中取5个波幅最高的测量，取其平均值。刺激在基线变得较平坦时给予，间隔保持在30s以上，以减少受刺激部位的适应性。

（二）结果判断

经电刺激很容易诱导出四肢的SSR，但是，往往由于反复刺激造成的“适应性”会引起振幅下降甚至完全消失，但这种振幅低下常常是四肢同时发生。SSR波形似正弦波，可呈单相正波、负波或双相波。SSR测试可在肢体各部位进行，但临床经常测试的部位是手心和足心，手部SSR平均起始潜伏期约比足部短0.5 s，而平均波幅则比足部高。而左右振幅的比率一般是不变的。SSR主要是反映交感神经节后纤维的功能状态，因此会受意识、皮肤状态、皮温、刺激方式、刺激强度、记录部位、室温和年龄等因素的影响。

60岁以下的人群，如果反应消失，则可认为异常。但要注意如果只是局部的反应消失或间断性消失，而其它部位反应正常，则往往应该考虑在反应不稳定的部位，存在脊髓病变等引起的神经传导异常。

SSR是一种与汗腺活动有关，并反映交感神经节后纤维功能状态的表皮电位，它提供了检测周围神经无髓交感神经纤维功能的方法，且阳性率高，能发现无临床症状及体征的亚临床病变，方法简便、易操作而且无损伤。有报道在糖尿病性周围神经病变的患者，其SSR异常与其它的植物神经症状关系密切。还发现SSR异常与直立性低血压、心电图R－R间隔变动

等都有很高的相关性。因此，**SSR**被广泛用于临床评价交感神经功能，但就具体障碍部位的推断，还应首先考虑进行微神经电图的检查。

## 九、指尖容积脉波图

指尖容积脉波图是指把指尖部动脉的收缩和扩张图示化，用来观察交感神经的功能活动状态。由于指尖部的皮肤血管要比其它体表部的皮肤血管丰富，所记录的脉波振幅较大，而且指尖部还是反映心理压力的敏感部位，因此，临床通过测定指尖部动脉血管内压力的变化来推断交感神经的紧张度。

（一）基本方法

把脉波仪的检测套固定在指尖部，如果在光线充足的房间内测定，应在指尖部盖上黑布。除光以外，脉波还容易受音的干扰，要特别注意。在检查时，要让被试坐在舒适的座椅上，双手掌心朝上放在膝盖上，全身放松，双目微闭，不要转动身体，尤其不要移动戴有检测套的手指。首先记录 **10** 分钟安静状态下的容积脉波作为基础参考，此时的波形特征是波峰明显，基线平稳。然后给予刺激，观察脉波的变化。刺激常以音、光、语言等形式给予，结果由计算机分析处理。

（二）结果判断

指尖容积脉波图所显示的波幅大小和基线晃动的多少与被试者交感神经的紧张程度相对应。在无刺激的状态下，正常多表现为高幅波，基线平稳，如果出现波幅较低，基线持续性地晃动，可以考虑被试伴有一定的心理紧张。如果对刺激无任何反应，可以推断患有显著的交感神经功能低下。通过指尖容积脉波图的测定，可以间接评估交感神经的紧张性自发放电，由于测试方法简便而且无创伤性，被临床广泛应用。在检测时应该考虑到年龄和药物等因素的影响，通常随着年龄的增加脉波变化减少，另外，$\alpha_1$和 $\beta_2$受体结抗剂可以抑制脉波的变动。

## 十、微神经电图

从末梢神经纤维直接记录神经活动的方法最早用于对运动神经和感觉神经的观察，但随着心身医学的发展，对植物神经活动进行直接记录和研究的方法也越来越受到重视。微神经电图（**microneurography**）用先端直径约 **1**μm的微电极在无麻醉下经皮插入末梢神经束，直接记录交感神经节后纤维的活动情况。微神经电图可以分别记录肌肉交感神经活动和皮肤交感神经活动。

（一）基本方法

电极的插入部位选取最低阈值经皮电刺激神经干引起末梢肌肉收缩反应处。要注意避开皮肤上的疼痛点。当记录电极尖端插入神经束时，会立即出现高频率的神经自发性放射。如果插入的是皮肤神经束，被试者会感到与神经走向一致的局部皮肤发热和发麻；如果插入的是肌肉神经束，被试者会感到受支配的肌肉钝痛或出现局部肌肉的痉挛。通过此方法可以分别记录肌交感神经活动和皮肤交感神经活动。

（二）结果判断

**1.肌交感神经活动** 与脉搏有相同的周期，与血压有对应的变化（血压上升时抑制，血

压下降时促进）是肌交感神经活动最大的特征。在肌交感神经活动中，由压力感受器参与的反射机制起着重要的作用。通过观察积分波形，测算每分钟内的脉冲数、每100次心跳内的脉冲数以及总活动量（积分波形的平均值X每分钟内的脉冲数）来对肌交感神经活动进行定量地评估。由于每分钟内的脉冲数和每100次心跳内的脉冲数有很高的重复性，可以作为个体之间比较的有效指标。但交感神经总活动量因为受记录条件的影响，主要适用于评估个体在同一记录条件下神经活动的变化。此外，肌交感神经活动还受意识状态改变的影响。

肌交感神经活动的测定，常用于解析血压的神经调节机制和与血压异常相关的交感神经功能改变。

**2.皮肤交感神经活动** 皮肤交感神经自发活动常常用单位时间内的积分波形的面积总和作为总活动量来进行评估。此方法主要用于评估个体在一定条件下皮肤交感神经活动的变化，而不宜用于个体之间的比较。

皮肤交感神经活动的测定，常用于解析发汗、皮肤血流改变以及与之相关的神经体温调节机制的改变。

**3.交感神经传导速度** 交感神经传导速度的测定有直接法和间接法两种。肌交感神经的脉冲活动多在心电图R波后一定时间内出现，这部分迟后的时间被认为是压力感受器反射的应答时间。在同一神经的两处不同位置导出记录得到的这个时间差除以两电极之间的距离，就可以直接测算出交感神经传导速度。一般健康成人的平均传导速度正中神经为0.74 m/sec左右，腓骨神经为1.10 m/sec。皮肤交感神经活动的发生，通过末梢神经干的电刺激往往需要经过一定的时间才能诱导出现，这个时间被认为是有髓体表感觉神经的向心性传导或有髓节前纤维和无髓节后纤维的离心性传导所需要的时间，一般健康成人的正中神经为1.69 m/sec左右，腓骨神经为1.16 m/sec。

需要注意的是，如果末梢神经障碍伴有严重的轴束变性，往往很难记录交感神经的活动，因此不适宜用此方法检查。

（朱婉儿）

# 第六章　心身疾病的干预原则

心身疾病的干预与一般医学临床的疾病治疗有所区别，因为预涉及到心理干预和生理干预的结合。而心身疾病的心理干预也与临床心理学的心理治疗有所不同，因为心身疾病病人不但存在躯体疾病，而且其心理问题也与心理障碍有所不同。本章介绍心身疾病心理干预和药物干预的一些基本原则问题，这也是心身医学工作者所必须掌握的基本功。

## 第一节　心理干预原则

### 一、心理干预与心理治疗概念

心理干预（**psychological intervention**）是指在心理学原理和有关理论指导下有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或行为问题施加影响，使之发生指向预期目标变化的过程，是相对广义的用词。心理治疗则是心理干预中最常用的方法。

关于心理治疗（**psychotherapy**），**Reisman JM**（**1971**）曾经列出 **31** 个不同的描述性定义。**Korchin SJ**（**1976**）认为，“心理治疗就是一个临床工作者为了达到迫切需要的个性或行为改变的目的而有意识地使用任何心理学技术”。这一定义强调了心理治疗的目的是改变个性和行为，而这不论在临床上或在常识中，都被证明是最难达到的，可见这是一个特别专业化的定义。

结合心身医学学科特点，目前我们可将心理治疗相对广义定义为：以心身相关原理为指导，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、行动或通过某些辅助手段如仪器，经过一定的程序，以改善患者的心理条件，增强抗病能力，达到消除心身症状，重新保持个体与环境的平衡。

心理治疗作为正式的科学名称出现仅是近百年的事，但在漫长的人类历史上，心理治疗方法的使用却早已存在。中医临床早就有一套行之有效的心理治疗手段。《内经（灵枢）》中有“告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦”，是典型的疏导式心理治疗；中医还有五行相克和情志相胜治则，根据“悲胜怒，怒胜思，思胜恐，恐胜喜，喜胜悲”的原则，对具体病人分别实施不同的情景刺激激发一定的情绪反应，可以治疗由于某一情志失调所致的心身症状。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，远在古希腊和古埃及时代，医生就已重视心理干预的作用。他们强调整体治疗，使用暗示、音乐、催眠等手段治疗疾病。

近百年来，西方心理治疗科学发展较快。19 世纪末至 20 世纪初，西方流行麦斯麦（Mesmer FA）的催眠疗法。之后，奥地利精神病医生弗洛伊德（Freud S）创立的精神分析疗法得到广泛传播。20 世纪 50 年代末，基于行为理论的行为疗法迅速发展。40-70 年代，心理学的第三势力——人本主义理论指导下的来访者中心疗法形成和发展。70 年代起，以认知理论为依据的认知疗法得到快速发展，并逐渐与行为治疗结合，形成认知行为疗法。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。在东方，日本的森田正马于 20 世纪 20 年代创立了森田疗法，至今仍然是某些神经症的可选择治疗手段。另外，集体心理治疗发源于 20 世纪初，发展于 40 年代。松弛疗法、生物反馈等操作性较强的心理治疗技术也在上个世纪不同时期出现并得到广泛的使用。

展望未来，随着世界上多元文化的交融、各种理论的相互渗透以及相关学科之间的交叉，许多心理治疗工作者已逐渐改变固守某一流派和某一治疗方法的做法，转而采用折衷心理治疗法（eclectic psychotherapy），即灵活选择、综合应用对病人最有效的治疗方法。在系统论和整体观不断向医疗卫生领域渗透的同时，以“人”为中心的综合心理干预理念逐渐深入人心。应激（压力）系统论模型与多层次心理干预技术的结合，就是其中一例。

根据上文的概念，综合起来心理治疗大致包括五个方面的基本要素：① 治疗者必须具备一定的心理学知识、理论和技能；② 治疗要按一定的程序进行；使用各种心理学的理论和技术；③治疗的对象是具有一定精神、躯体或行为问题的人；④治疗的目的是通过改善患者的心理机能，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。以下将对这几方面要素做进一步讨论。

## 二、理论的重要性

应该承认，对于许多心理行为问题，试图通过通常的知识、逻辑和是非判断标准等认识途径并不一定能帮助患者解决问题。例如患者明知自己抑郁，或明知自己有不必要的想法，却无法通过查阅大量资料而获得的知识和原理“让”自己改变，此时旁人运用通常的道理也同样不能“劝”其改变。显然，许多心理行为问题并不是简单的认识层面的问题，但偏偏就是这类心理行为问题才需要医生的帮助。

心理问题不等于“认识”问题，心理干预工作自然也并不等同于“思想”工作。那么该以怎样的思维方式，使用什么样的技术手段，才能对患者实施帮助呢。那就是理论！许多医学心理学理论往往试图解释这些非认识层面问题的产生机制，并可以使用以该理论为指导的特定的干预方法（则是通过治疗者的认识活动），以解决被治疗者这些非认识层面的问题（图 6-1）。

这就是为什么我们经常发现，各种心理理论往往与人们习以为常的认识活动规律不同，多种心理治疗的操作过程也常常与人们习以为常的逻辑行为相违。例如：

精神分析理论认为心身问题的原因是潜意识中的“心理动力”因素，并采用“自由联想”等的操作技术来改变之，而不是用通常的知识和逻辑去告诉患者：“你潜意识中有心理冲突，应予以克服”。

行为理论认为，问题行为是由于各种行为学机制，例如成长过程中那些不经意的环境强化因素作用下所形成，需要采用反复的定向的行为训练才能加以矫正。

人本主义理论认为，来访者的痛苦与其成长过程中受到周围人群的条件性关注，“潜能”被压制有关，利用治疗者的无条件关注，而不是各种有条件的说教，可以让来访者消除痛苦。

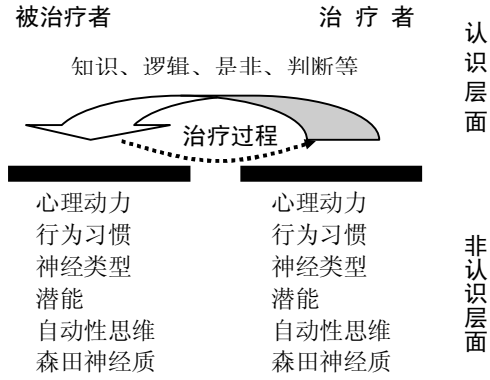



图 6-1 心理治疗中的理论与治疗者角色

认知理论认为消极的“自动性思维”导致消极的情绪体验，但真正的认知治疗需要通过一系列的心理行为操作过程，通过改变“自动性思维”更深层的认知图式来实现。

其它许多心理治疗理论与方法也都存在类似的情况，如森田理论的“森田神经质”等。

可见，参加心理干预工作的医生，必须重视对各种相应的心理学理论的学习。如果总是以常识的说教方法进行心理干预或甚至代替心理治疗（这种情况目前还普遍存在），虽然也有一些人会从中获益，但总归会将心理治疗的历史退回到了百年以前。

## 三、干预者角色

上文述及心理治疗不是单纯地基于干预者个人的知识、逻辑和是非判断。但在实际心理干预过程中，干预者又不可避免地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，换一句话，心理治疗理论与方法还是要通过干预者来理解和执行的。因此，干预者在实施心理治疗的过程中，必须要规避自己已经习以为常了的认知习惯的影响。同时，在心理治疗过程中，干预者还必须避免受自己的非认识层面（包括心理动力、习惯等）的影响（见图 6-1）。例如在认知治疗过程中，医生在帮助被治疗者探索其认知无法控制的负性自动性思维的同时，需要避免受自己的可能的自动性思维（同样是认知无法控制）的影响。不少初学者在认知治疗过程中与病人交谈的时间一久，发现自己原来设计的试图帮助患者识别和检验其自动性思维的治疗操作过程并不顺利，就逐渐地、不由自主地表现出对病人的鄙视，并显得不耐烦起来。此时干预者的潜意识逻辑过程是：这么简单的问题都搞不清楚，可见这人真笨，或真顽固。

因此，干预者不但要通过自己的认识活动正确理解各种治疗理论和准确把握特定的操作步骤，而且要训练自己能够在治疗过程中不受自己的非认识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或心理治疗知识就可进行心理干预的看法显然是不全面的。

## 四、干预的决策

面对患者或者潜在的求助者（即需要心理干预但还没有求助动机者），人们首先想到的是如何以某些证据确定他（她）是哪一个问题，再采用一种什么样的干预（治疗）方法，然后解决他（她）的问题。但是在实际工作中，心理干预工作却是一个系统的决策和策略运用过程。即使许多自认为同属于某一学派或某种疗法的心理治疗工作者，在其各自熟悉的实际工作套路方面也往往各异，甚至存在决策方式和策略运用方面较大差距。下文介绍以心理应激（压力）系统论为模型的心理干预工作基本决策过程。

（一） 对患者心身问题的系统分析与判断

**1. 心身问题与个体应激系统** 人是心理、社会和生物因素综合在一起的系统结构。在人的一生发展过程中，这个系统结构始终处于动态的平衡过程。人具有强大的自动维护这种平衡的能力。只有在自身的这种能力失去效能的情况下，平衡被打破，个体出现自身不能矫正的问题时（在临床上就是各种心理行为症状），才有可能去寻求或需要获得心理工作者的帮助。可见，在心理干预工作中，认识心身问题与其整体应激系统结构之间的关系，并制订相应的干预策略，才是干预能否有效的前提条件。许多理论都试图解释心身问题与整体结构的关系。应激系统论的解释是，个体处于自身生物、心理与社会多因素相互作用的系统之中，其中某一因素出现的问题，往往与其它因素相关联，必须从整体上予以分析。

**2. 心身问题的层次** 从心身医学临床工作的角度，我们将第三章第三节关于应激多因素的系统关系，用层次的方式表示于图 6-2。

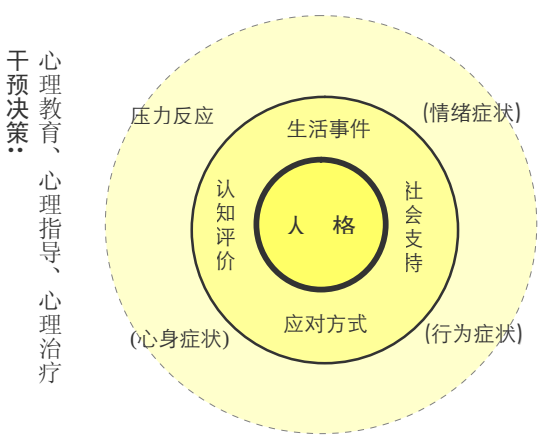



图 6-2 压力分析与干预决策

临床遇到的各种心身问题，首先是各种情绪的、行为的或心身的症状主诉或表现，这是应激系统中多因素相互作用的第一个层次即应激反应（或者心身症状），往往最容易被本人所感受，也容易被其首先所报告。例如头痛、焦虑、抑郁、注意不集中、失眠。与之密切相关的是第二层次问题有生活事件、认知评价、应对方式和社会支持等主要应激因素，通过深入分析来判断这些因素与应激反应之间的关系。例如因社会不公或生活变故而抑郁，因对性的认识错误而性功能障碍，因不善与人相处而失眠。同样作为应激系统中的一个因素，个性或人格因素（特别是观念）是最不容易被本人感受和报告的，从干预的目的来看也是最难达到，这是第三层次的问题。几乎所有临床遇到的心身问题都与人格因素相联系，但毕竟不同的患者存在很大的差异。有的本身就是人格深层次的问题，例如人格障碍，却表现出各种具体的心理症状如焦虑；又例如偏离的

人生价值观念，导致读书重要性的认识不足、家庭冲突增加，继而逃学，最终以失眠为表层主诉。有的则与人格因素有关，如求全性格与认知偏差以及抑郁症状。

显然，心理干预的直接作用点更多的是在上述第二和第三层面上，而改善第一层面的各种症状，往往是心理干预的最终目标。

当然。以上三个层次不同因素的关系，并不总是那样清晰可辨的。实际上这正是心身问题分析判断的难点之所在。

由于患者主动报告的或通过晤谈、观察、评定量表等评估技术所获得的各种信息是错综复杂的，涉及上述所有三个层次，通过分析这些信息之间的关系，判断问题的本质在哪里，是建立有效心理干预的前提。

（二） 在系统分析判断基础上的干预决策

在分析与判断心身问题与应激系统关系的基础上，有利于在系统论与整体观的水平上做出适当的干预决策。心理干预方法非常丰富，除了下一章介绍的各种系统的心理疗法，许多心理学技术也都对某些相应的患者有效。大致予以概括，可供心身医学临床工作中决策时考虑的干预方法包括心理教育、心理指导和心理治疗三方面。

**1. 心理教育与宣传** 对于单纯以知识缺乏或错误认识为主导致的问题，可以仅仅采用心理教育或宣传的方式展开干预工作。例如，一位妻子因性生理知识的缺乏，认为性失能丈夫在睡眠时却能勃起，诱发夫妻关系紧张等多种第二层次的问题，虽伴有个性的多疑（第三层问题）和长期情绪抑郁和失眠等症状（第一层问题），但重点给予正确的性知识教育，便能启动其它层面问题的缓解，促进心理应激系统的新平衡。类似情况在临床上是很多见的。

**2. 心理指导** 对于以认知偏差、各种生活事件、人际矛盾和应对困难为主的心身问题，虽与其人格有关但不是主要因素者，尽管也存在各种心身症状，却应主要通过专业心理指导技术，包括认知策略指导、应对技巧介绍和提高社会支持等实施干预。例如，在社会竞争中失败，加上应对方式的失当、流落他乡的环境，是近阶段城市外来人群中常见的心身症状的主要原因，多方面的心理指导往往有效。值得指出的是，心理指导技术（职业圈内有人嘻称“耍嘴皮”）却是需要丰富的专业知识和长期的实践积累，至少患者中的大多数在知识和智力方面并不比治疗者差（往往还胜过一筹）。

**3. 系统心理治疗** 对于人格层面问题起重要作用的心身问题患者，虽然有认识的问题、人际关系的矛盾和应对方式的缺陷，以及表现相应的抑郁、焦虑等症状或行为问题，对此却应设计系统的心理治疗程序。例如，社交紧张是青年常见的心理问题，虽然其各种症状和社会支持问题等应激因素也是客观存在的，但其条件发射性紧张和不由自主的（强迫性的）担心才是关键的原因，而这来自于人格的层面（心理防御、习惯、观念等，参见图 **6-1**），各种心理治疗理论对此各有独特的解释，也各自可提供系统的治疗操作流程，目前使用较多的是认知行为疗法。心理治疗的过程就是逐渐改变人格深层问题的过程（消除心理防御、形成新习惯、建立新观念）。

当然以上三方面的决策思路只是相对的，在制定干预策略时不应决然分开。许多情况下应同时予以考虑。

## 第二节　药物使用原则

### 一、精神药物与心身医学

上一节介绍了以应激系统论为模型，对心身疾病病人做出系统分析和判断，并制定相应的多层次干预策略。显然，对于系统结构的第一层面各种心身症状，如抑郁、焦虑、失眠、疼痛，精神药物不但能够对症地消除病人的痛苦，还能起到阻止应激系统多因素、多层次之间的恶性循环作用，从而改善应激多因素结构。如果能在比较长时间内通过药物维系应激系统结构的相对平衡，必将使患者在生活中逐渐建立起新的与环境的适应模式，甚至在逐渐完善自身人格等方面起到促进作用。

因此，合理的使用一定精神药物，有时候还需要相对长期的药物维持，同样是心身疾病整体干预的重要组成部分。

在心身医学临床，常用的精神药物包括抗焦虑药和抗抑郁药。其它精神药物有时也需要使用。

### 二、抗焦虑药

焦虑是心身医学临床常见的症状。在焦虑明显的情况下，可以相对短期使用一定的抗焦虑药物。使用抗焦虑药物的目的有多种，它可以起到解除心身疾病病人由于严重应激原所导致的、且通过一般心理劝慰难以消除的短期焦虑反应；可以协同对症处理因心身疾病急性发作时的焦虑症状；或者为进一步的系统心理干预创造先期的心身条件。

值得注意的是使用抗焦虑药物多应限于短期，以免产生药物的耐受性而导致继发的问题。

### 三、抗抑郁药

抑郁也是心身医学临床常见的症状，并伴随多种躯体症状，有时与躯体疾病症状相混淆。由于心身疾病病期长，随着时间的延长、症状的恶化或复杂化，伴随社会环境条件的变化，常常引起病人的抑郁反应，导致进一步的恶性循环。此时，可以考虑结合使用抗抑郁药物。例如，晚期癌症病人的疼痛往往与抑郁伴随在一起，临床医生常只重视镇痛药物，实际上抗抑郁药物的使用常能加强止痛效果，为进一步的系统干预创造心身条件。

抗抑郁药物往往起效慢，多则需持续使用几周时间才慢慢开始产生疗效。往往以逐渐加量的方法直到治疗所需要的药量水平，并需要较长时间的维持剂量。停药时，也应逐渐地予以减量直到最后停药。

（姜乾金）

# 第七章　心身疾病的心理治疗技术

心理治疗的种类及实施方式是多种多样的。依据心理学的主要理论与治疗实施要点，可划分为分析型心理治疗、认知型心理治疗、行为型心理治疗、支持型心理治疗、人际关系型心理治疗等诸多种类。按照心理治疗进行的方式，又可分为个别心理治疗、婚姻治疗、家庭治疗、集体治疗等。按进行的时间长短，则可分为长程心理治疗、短程心理治疗等。本章选择介绍心身医学临床工作者必备的常用心理治疗技术，并突出其中的操作要点。

## 第一节　行为治疗

### 一、 概述

行为主义心理治疗在20世纪初就已开始，在20世纪50～60年代期间进一步迅速发展起来。与弗洛伊德的精神分析理论不同，行为主义理论是建立在实验的基础上。行为疗法的代表人物沃尔普（Wolpe J）将行为治疗定义为：使用通过实验而确立的有关学习的原理和方法，克服不适应的行为习惯的过程。行为治疗家认为适应不良性行为是通过学习或条件反射形成的不良习惯，因此可按相反的过程进行治疗。所谓适应不良性行为是指不健康的、异常的行为，可由各种不同的原因引起，有些是神经系统病理变化或生化代谢紊乱而导致，有些则是由于错误的学习所形成。行为疗法是以经典的条件反射、操作性条件反射实验及班杜拉的社会学习原理为基础，是一种治疗心理疾患和心理生理障碍的技术，行为疗法把治疗的着眼点放在可观察的外在行为或可以具体描述的心理状态上。

行为疗法的实施，首先应通过选择，明确认定想改变、消除或建立新的行为，如社交恐怖、广场恐怖、焦虑症等，然后就其治疗目标的行为性质，选择一套可描述的事先拟定的治疗策略与方法进行治疗。行为治疗不关心所谓“潜意识”或“内在精神的症结”，也不管病情发生的动态和因果关系，而是把着眼点放在当前可观察的非适应性行为上。行为疗法相信只要“行为”改变，所谓“态度”及“情感”也就会相应改变。与其他流派的治疗方法相比，行为疗法对治疗过程关心得较少，他们更关心设立特定的治疗目标。而特定的治疗目标又是

施治者通过对求治者的行为的观察，对其行为进行功能分析后，帮助求治者制定的。因此治疗目标一经确定，新的以条件作用为前提的学习过程就可以开始进行了。

当今的行为治疗，在认知心理学的强大思潮和社会学习理论的冲击下，从理论指导到具体方法都在发生变化。许多行为治疗家已放弃了极端的行为主义理论及单一的、片面的强化观点。重视在刺激和反应之间的中介调节因素的作用，如人的认知情绪、动机和意志等因素。认为不能把人看作是一个对外界环境应激或心理应激的被动反应者，其行为和心身活动都不是被动地受影响的，而是通过使环境变化因素转换为认知因子的途径而传递的，并经由情绪和动机的激发才导致人的各种行为。人们本身就具有认知调整、自我指导和自我控制其行为改变的能力。行为治疗就是要通过对行为的评价以及一定的行为学习程式，指导或帮助患者去调动这些能力，来改变那些不良的或不正常的行为，或者建立新的健康的行为去取代不健康的行为。

目前，行为治疗的种类和应用范围正在日益增多和扩大，不仅在临床实践中广泛地应用，而且已成为一个跨学科的研究领域。在现代临床医学中不仅广泛地用于治疗各种心身疾病，如高血压病、冠心病、心律失常、偏头痛、雷诺氏病、哮喘病等，而且也用以矫正儿童或成人的各种不良行为问题，如吸烟、吸毒、酗酒、赌博以及各种反社会行为，用于矫治各种性功能障碍和性行为偏离。

本节仅介绍部分与心身医学临床关系密切的行为治疗方法。

## 二、系统脱敏疗法

### （一）概述

系统脱敏疗法（**Systematic Desensitization**）又称交互抑制法，是通过分析促使求助者引发神经症焦虑的各种情境，并按相应的等级进行排序，然后采取心理放松技术，逐级对抗相应的焦虑情绪，最终达到消除神经症焦虑的目的。

系统脱敏疗法是由美国学者沃尔帕创立和发展的。沃尔帕认为，人和动物的肌肉放松状态与焦虑情绪状态，是一种对抗过程，一种状态的出现必然会对另一种状态起抑制作用。例如，在全身肌肉放松状态下的肌体，各种生理生化反应指标，如呼吸、心率、血压、肌电、皮电等生理反应指标，都会表现出同焦虑状态下完全相反的变化。这就是交互抑制作用。而且，能够与焦虑状态有交互抑制作用的反应不仅是肌肉放松，即使进食活动也能抑制焦虑反应。根据这一原理，在心理治疗时便应从能引起个体较低程度的焦虑或恐怖反应的刺激物开始进行治疗。一旦某个刺激不会再引起求助者焦虑和恐怖反应时，施治者便可向处于放松状态的求治者呈现另一个比前一刺激略强一点的刺激。如果一个刺激所引起的焦虑或恐怖状态在求治者所能忍受的范围之内，经过多次反复的呈现，他便不再会对该刺激感到焦虑和恐怖，治疗目标也就达到了。

### （二）基本技术

系统脱敏疗法操作的基本步骤包括以下三部分：

**1.**分析并确立恐怖或焦虑情景的等级层次，这是进行系统脱敏疗法的主攻目标；

**2.**进行放松训练，学习并掌握对抗焦虑的技能；

**3.**求助者在放松的情况下，按某一恐怖或焦虑的等级层次进行脱敏治疗。

以考试焦虑为例，实施系统脱敏的步骤为：

第一步，找出引发焦虑的情景，并按严重程度进行排列。

这一步包含两项内容：首先要找出所有使求助者感到焦虑或恐惧的事件，并报告出对每一事件他感到焦虑或恐惧的主观感受程度，这种主观程度可用主观感觉尺度来度量。设定尺度为０～１００，一般分为１０个等级（如图：恐惧的主观度量尺度）：

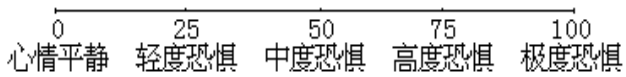



图 **7-1** 恐惧的主观度量尺度

其次将求助者报告出的焦虑或恐怖事件按等级程度由小到大的顺序排列。表 **7-** 1 是一位害怕考试的学生的主观等级的最后排列示例。

表 **7-1**　一个害怕考试的学生害怕的等级层次

| 序列 | 事件或情景 | 尺度 |
|---|---|---|
| **1** | 考前一周想到考试时 | **20** |
| **2** | 考试前一个晚上想到考试时 | **25** |
| **3** | 走在去考场的路上时 | **30** |
| **4** | 在考场外等候时 | **50** |
| **5** | 进入考场 | **60** |
| **6** | 第一遍看考试卷子时 | **70** |
| **7** | 和其他人一起坐在考场中想着不能不进行的考试时 | **80** |

以上两项工作也可作为作业由求治者自己独自去做，但再次治疗时，施治者一定要认真检查，注意等级排列的情况。

第二步，进行放松训练。

一般需要６—１０次练习，每次历时半小时，每天１至２次，以达到全身肌肉能够迅速进入松弛状态为合格。

第三步，逐级脱敏训练。

在完成以上两项工作之后，即进入系统脱敏治疗。系统脱敏在求治者完全放松的状态下进行，这一过程分为三个步骤进行：

**1.放松**　具体放松方法与技术参见本节“放松疗法”。

**2.想象脱敏训练**　由施治者做口头描述，并要求对方在能清楚地想象此事时，便伸出一个手指头来表示。然后，让求治者保持这一想象中的场景 **30** 秒钟左右。想象训练一般在安静的环境中进行，想象要求生动逼真，像演员一样进入角色，不允许有回避停止行为产生，一般忍耐一小时左右视为有效。实在无法忍耐而出现严重恐惧时，采用放松疗法对抗，直到达到最高级的恐怖事件的情景也不出现惊恐反应或反应轻微而能忍耐为止。一次想象训练不超过４个等级，如果在某一级训练中仍出现较强的情绪反应，则应降级重新训练，直至完全

适度。

**3.实地适应训练** 这是治疗的关键步骤，也是从最低级到最高级，逐级训练，以达到心理适应。一般均重复多次，直到情绪焦虑反应完全消除，方进入下一等级。每周治疗 1 至 2 次，每次 30 分钟左右。比如对一个过份害怕猫的人，在治疗中，便先让她看猫的照片，谈猫的事情；等到看惯了，不害怕了，再让她接触形象逼真的玩具猫，再让她靠近笼子里的猫，接着慢慢伸手去摸，最后去抱猫，逐渐除去怕猫的情感反应。

## 三、放松训练

（一）概述

放松训练（relaxation response），又称松弛疗法，是通过一定的程式训练学会精神上及躯体上（骨骼肌）放松的一种行为治疗方法。其主要类型有：①渐进性肌肉放松；②自生训练；③自我催眠；④静默；⑤生物反馈仪辅助下的放松等。

该方法的核心理论认为放松所导致的生理改变对应激所引起的生理改变是一种对抗力量。放松可阻断焦虑，副交感支配可以阻断交感支配。因此，各种放松技术的共同目标都是降低交感神经系统的活动水平、减低骨骼肌的紧张及减轻焦虑与紧张的主观状态。

（二）基本技术

**1．实施放松训练的基本条件**

(1)自然诱导：要求训练者把注意力集中于自己身体的感觉、思想或想象。默默地或出声地重复一个音、词、句子或想象，以促进逻辑的继发性过程性思维自然地转变为较少现实依据的原发性过程性思维；

(2)精神专注：当思维或想象发生分心时，提示自己不要理睬无关刺激而重新集中注意力于自身的感觉或想象，保持精神专一；

(3)肌肉放松：尽量使身体处于一种舒适的放松姿势，减轻肌肉紧张状态；

(4)安静环境：闭目静心以减少外来刺激的分心，在宁静的环境可以减少外来刺激的传入；

(5)循序渐进：有规律逐步地进行放松训练。

**2．渐进性肌肉放松的实施方法**

环境要求：治疗室要求安静整洁，陈设简单，光线柔和，周围没有噪音和干扰。

声音要求：治疗者在训练时，说话声音要低沉、轻柔、安详、愉快、坚定，吐字要清楚，发音要准确。可以低声播放轻松、缓慢、柔和的音乐，音乐节拍以每分钟约 60 拍为宜。

准备工作：患者在治疗前可少量进食，排空大、小便，宽松衣袋、鞋带和颈部衣扣，坐在舒适的沙发或椅子上，头向后靠，双手自然下垂置于腿上，整个身体保持舒适、自然的姿势。放松顺序可以从上到下，也可以根据 Jacobson 方法，依次为上肢、下肢、躯干(腹部、腰部、肩背部)、颈部、面部肌肉。

实施步骤：

（1）头劲向后仰，尽力向后（停 5 秒左右）——放松。

（2）屈颈使下颌触到胸部，用力向下（停 5 秒左右）——放松。

（3）尽力张大眼睛（停 5 秒左右）——放松；紧闭双眼（停 5 秒左右）——放松。

（4）尽力张大嘴巴（停 5 秒左右）——放松；闭口咬紧牙关（停 5 秒左右）——放松。

（5）尽可能地伸长舌头（停 5 秒左右）——放松；尽可能地卷起舌头（停 5 秒左右）

（6）舌头用力抵住上腭（停 5 秒左右）——放松；舌头用力抵住下腭（停 5 秒左右）——放松。

（7）尽可能地深吸一口气（停 5 秒左右）——放松。

（8）耸肩向后（停 5 秒左右）——放松；提肩向前（停 5 秒左右）——放松。

（9）保持肩部平直转头向右（停 5 秒左右）——放松；保持肩部平直转头向左（停 5 秒左右）——放松。

（10）肩胛抵住椅子，拱背（停 5 秒左右）——放松。

（11）收紧肱二头肌（停 5 秒左右）——放松；收紧肱三头肌（停 5 秒左右）——放松。——放松。

（12）握紧拳头（停 5 秒左右）——放松；伸展五指（停 5 秒左右）——放松。

（13）尽可能地收紧腹部（停 5 秒左右）——放松；绷紧并挺腹（停 5 秒左右）——放松。

（14）收紧臀部肌肉（停 5 秒左右）——放松；臀部肌肉用力抵住椅垫（停 5 秒左右）——放松。

（15）伸腿并抬高 15～20 厘米（停 5 秒左右）——放松。

（16）伸直双腿，足趾上翘背屈（停 5 秒左右）——放松；足趾伸直趾屈（停 5 秒左右）——放松。

（17）屈趾（停 5 秒左右）——放松；翘趾（停 5 秒左右）——放松。

**3．注意事项**

（1）第一次进行放松训练时，治疗者与患者同时做，这样可减轻患者的焦虑程度，并能提供模仿的信息。

（2）放松的引导语，有录音和口头两种。在训练开始时使用口头语，更便于患者接受和掌握。

（3）在放松过程中，要帮助患者体验身体放松后的感受。

（4）患者除了在治疗师的指导下进行放松训练之外，还可以听录音自己在家练习，每天 1～2 次。待掌握要领后可逐渐脱离录音带，独立练习，每次 10～15 分钟。

## 四、自律训练

### （一）概述

自律训练法又称身心松弛法，或称为自我催眠疗法。是一种通过自我主观诱导的方法进入催眠状态，取得全身肌肉放松、心神安宁的效果，以利于患者主动地调整和恢复心理平衡，从而达到治疗目的。

1932 年德国学者舒尔茨（Johannes Schultz)通过对催眠现象的研究，发现经过系统的自我训练，能够达到催眠或冥想状态下所特有的怡然宁静、身心调和、心情放松的效果。由自我控制可以促进患者情绪的镇静化，生理方面获得自律神经的安定等自律状态，因此该疗法最初主要被应用于治疗焦虑、紧张的神经症和那些易于受心理影响的身心症病人，以后逐

步在心理治疗和咨询中得到进一步的推广应用。近年来作为一般性的健康法、紧张解消法被逐步应用于日常生活的保健之中，尤其是作为一种心理保健方法，广泛应用于睡眠障碍、工作紧张、考试焦虑、日常生活减压及孕产妇的保健中。

自律训练的基本原理是在自我诱导下进入催眠状态，精神逐渐放松，副交感神经和迷走神经活动逐步增强，从而抑制交感神经的兴奋性，促使自主神经功能活动得到重新调整。

自律训练进行过程中常常会产生一些较有特征的变化：四肢越来越沉重；手脚逐渐发热；心跳逐步变缓；呼吸变得顺畅；胃部附近温暖发热；前额凉爽清新。

（二）基本技术

**1．实施步骤** 自律训练法分为基本性的标准练习、作为上级练习的各种特殊练习。标准练习分为安静练习、四肢重感练习、四肢温感练习、心脏调整练习、呼吸调整练习、腹部温感练习、额部凉感练习七个阶段。特殊练习是将由标准练习所获得的身心变化，如被暗示性的亢进等特征，利用于治疗或咨询过程中的技法。

预备姿势：以全身放松作为基本姿势：坐在椅子上、或者采仰躺的姿势休息，并且保持这种基本姿势进行以下的运动。事前最好把眼镜、手表、皮带或饰品等，会束缚身体的东西拿下来。

第一式：安静练习：全身放松，慢慢把注意力集中到呼吸上，保持心情轻松，安宁。

第二式：四肢重感联系。方法是：

（1）想象「右手很沉重」反复做 1 分钟：保持这种基本姿势进以下的运动。

（2）右手握拳，用力地伸展 3 次：过了 1 分钟之后，右手握拳，用力地伸展手臂 3 次。就算之前你没有产生「沉重」感，也要在 1 分钟之后做这个动作。

（3）深呼吸：做完右手臂的伸展运动之后再进行深呼吸。手臂的伸展和深呼吸可以帮助自律神经所引起的生理变化回归到原点。为了达到目的，在步骤（1）的自我暗示之后一定要仔细进行每一个步骤。

（4）睁开眼睛：做完所有的动作后就睁开眼睛。每天早、中、晚各重复练习这些动作 1 次。待可以意识到右手臂的沉重感后就换左手进行。等左手也有同样有感觉时，就用双手进行这些动作，然后延伸到右脚、左脚、双脚。

完成了一到四的步骤之后，感受到「双手、双脚好沉重」之后，接下来就进入下一阶段。

第三式：四肢温感练习，操练方法同上，通过想象「好温暖」的感觉。从右手开始依序进展到左手、双手以及双脚，然后再让自己想象「右手又重又温暖」，同样地再进展到左手、双手、右脚、左脚、双脚。最后的目标是想象「双手、双脚又重又温暖」的感觉。

第四式：心脏调整练习：在上述练习的基础上，自我暗示“心脏在静静地跳动”，“心脏在有规律地跳动”。

第五式：呼吸调整练习：自我暗示悠长、轻松的呼吸。

第六式：腹部温感练习：自我暗示内容为上腹部或胃部发热。

第七式：额部凉感练习：自我暗示内容为头部或前额清凉、头脑清晰。

默念时，一边缓慢地念语句，一边想象语句的意思确实在自己身上得到应验，体会沉重温暖的感觉。此法在医院里或家里都可进行，每天至少 1 次，一般 2～3 次，每次 15～20 分钟，20 次为一疗程。可做 2～3 个疗程，中间休息几天。

**2．注意事项** 为了确保自律训练能够取得较好的效果，须注意治疗前需要做好充分准备：选择恰当的训练环境，尽量避免外接干扰；保持舒适的姿势，有利于促进全身放松；调整好精神状态，保持合理的自我定向与自我控制。

自律训练作为一种基础的心身保健疗法，训练之后常常能够获得轻松愉快的体验，同时还可以与其他行为治疗或认知心理治疗等交替或配合应用，有助于相互协同取得更为良好的治疗效果。

本疗法在训练过程中会产生各种自主神经功能的"释放反应"，说明本疗法确实具有调整人体心身功能和自主神经系统功能的作用。所谓"释放反应"，是指患者在自律训练之际，可出现下述症状：身体发抖的动作、连续用力动作、不随意动作、细微震颤、震动感、麻木感、痛感、触电感、压迫感、瘙痒感、烧灼感、上浮感、下坠感、旋转感、飞行感、眩晕等各种感觉变化，以及孤独、紧张、不安、忧郁、欣快等各种情绪变化。其原因是一种大脑异常蓄积的能量由患者训练后自我释放的表现。这种释放反应可以看作是治疗的效果，它可解除患者的精神压抑症状和躯体症状。但有的患者释放反应症状很强烈，以致产生明显的焦虑情绪，害怕训练会伤害自己的身体，此时应中止训练。

**3．适应证** 自律疗法的适用范围较广，主要用于：

（1）各类神经症：神经衰弱、抑郁性神经症症、恐怖症、广泛性焦虑、疑病症等。

（2）心理应激相关障碍：适应障碍、癔症。

（3）各种生理心理功能障碍：睡眠障碍、神经性厌食、血管神经性头痛、

（4）多种心身疾病：慢性哮喘、过敏性结肠炎、心律失常、原发性高血压病等。

**4．禁忌证**

（1）精神病性障碍：精神分裂症、偏执性精神病、激越状态等。

（2）严重的颅脑或躯体疾病，如严重心脏病、高血压患者。

## 五、生物反馈疗法

### （一）概述

生物反馈疗法(Bioedback therapy)又称生物回授疗法，或称植物神经学习法，是在行为疗法的基础上发展起来的一种新型心理治疗技术/方法。生物反馈疗法利用现代生理信息监测仪器，把人体内部的生理或病理信息经过放大后反馈呈现，使患者能够在生物反馈仪呈现的信息的引导下通过特定的行为训练，有意识地对内部器官功能施加影响，从而达到对内脏器官或植物神经系统功能进行调整，消除病理过程、恢复身心健康。实验证明，心理（情绪）反应和生理（内脏）活动之间存在着一定的关联，心理社会因素通过意识影响情绪反应，使不受意识支配的内脏活动发生异常改变，导致疾病的发生。生物反馈疗法将正常属于无意识的生理活动置于意识控制之下，通过生物反馈训练建立新的行为模式，实现有意识地控制内脏活动和腺体的分泌。

生物反馈治疗技术从20世纪60年代至今，发展十分迅速，应用相当广泛。近年来，我国许多地方都开展了生物反馈治疗，如医院、学校、心理咨询或治疗机构、康复机构等均采用生物反馈仪用于治疗原发性高血压、心律不齐、消化性溃疡、紧张性头痛、支气管哮喘、焦虑症、恐怖症等。生物反馈治疗的仪器也有了新的发展，不仅有肌电反馈仪、皮肤温度反

馈仪、皮电反馈仪等、还有脑电反馈仪、心电、脉搏、呼吸反馈仪等。这些仪器的操作者一般均需经过专业培训，以保证结果的可靠性和科学性。

（二）基本技术

**1．操作步骤**

**(1)**在安静、光线柔和、温度 **20-25** 度左右的治疗室内，求治者坐在一张有扶手的靠椅、沙发或是呈 **45** 度角的躺椅上，解松紧束的领扣、腰带，穿换拖鞋或便鞋，坐时双腿不要交叉，以免受压。姿势尽量保持舒适。

**(2)**放置电极，并连接好导线，开启生物反馈仪。第一次治疗与以后每次治疗前的 **5** 分钟，记录的参数作为基线数据**(baseline data)**。

**(3)**训练病人收缩与放松前臂肌肉，训练面部肌肉活动令病人抬额、皱眉、咬牙、张嘴，然后一一放松，告诉病人观察肌表面电位微伏计上指针变化及偏转方向，与此同时，倾听反馈音调变化并理解其信号的含义。

**(4)**给病人增加精神负荷，如连续计算 **100—7**，回忆惊险和痛苦经历，同时观察肌电、皮肤电导、指端皮温、脉搏血压等的变化，找到最敏感的反应指标，作为下一步训练的选择指标；在精神负荷下无显著变化的生物反应指标，以后训练中亦无法判定疗效，故不宜选择。

**(5)**全身肌肉放松程序。根据 **Jacobson** 方法，依次为上肢、下肢、躯干**(**腹部、腰部、肩背部**)**、颈部、面部肌肉。首先作收缩与放松交替的练习，最后作全身肌肉放松练习。

**(6)**呼吸要求自然、缓慢、均匀。请受试者设想鼻孔下面有兔子，呼吸不能吹动兔毛。

**(7)**尽量保持头脑清静。排除杂念，不要考虑任何问题。如果无法排除杂念，可在每次呼吸时，反复简单数数字如“一、二”，或是默念：“我的胳膊和腿部很重，很温暖”，起到自我暗示作用，也可想象躺在有温暖阳光的海滩或乡村草地上，由治疗者描述视觉景象及鸟语、涛声与温暖感觉。入静好的可达思维停止，万念俱寂，使人可嗜睡，但应避免完全入睡。

**(8)**施治者注意调节反馈信号，调节阳性强化的阈值，阈值上下的两种信息用红绿灯光或不同频率的音调反馈，务使阈值调整恰当，使病人获得自控生物指标的阳性信号占 **70**％，阴性信号占 **30**％左右。阳性信号达９**0**％以上甚至 **100**％时，即提高阈值的标准要求；当阳性信号只在 **50**％左右时，降低阈值标准的要求，使训练循序渐进。每次练习完毕，指出所获成绩，布置家庭作业并提出下次练习任务，例如额肌松弛的表面肌电指标，由开始治疗的 **5** 微伏，通过每次练习，达到如 **4．5**、**4**、**3．8**、**3．4** 微伏等。每一次练习的 **20**～**30** 分钟内，反馈信息亦可中途关闭，只在开始与结束时检查肌电指标，每次治疗结束后，让病人做几次肢体屈伸运动，使病人感到轻松愉快，再离开治疗室。

**(9)**治疗前、治疗过程中与治疗结束后，由观察者填写记录单，病人自填症状变化量表，这样可作出对比，确定有无疗效。

**2．注意事项**

（**1**）生物反馈治疗的主要目的是让躯体肌肉放松，及精神状态放松。即任其自然，解除焦虑患者习以为常的、警觉过度的与反应过度的身心状态。因此在治疗实施过程中要求病

人处于此时此地的状态，既不对过去念念不忘，也不对将来忧心忡忡，不要把思维集中在解决任何现实性问题上，而应任其无意志地自由漂浮。

（2）松弛状态下可能出现一些暂时性的躯体感觉，如四肢沉重感、刺痛感、各种分泌的增加、精神不振、漂浮感等，就应事先告知求治者，以免引起求治者不必要的恐慌和焦虑。

（3）治疗最终是使病人在日常生活中能够保持良好的状态，因此治疗开始后就会要求病人在没有仪器监测的情况下，能够每日做“家庭作业”，加强练习。可以在比较方便时(如中午、晚上睡觉前或清晨)，自己练习，每次 10～30 分钟，每日 1～2 次，并持之以恒。

（4）生物反馈治疗的一个疗程约 10 次左右，可以每周二次，其余 5 天都在自己家里练习，亦可在开始治疗时每周四次，以后每周一次，巩固并随访疗效，持续 3 个月到半年。

（5）如果通过多次练习每种反馈性生物反应指标，并无明显变动，应该与病人交谈是否已了解练习的目的与方法，如果不是理解与技术中的问题，应考虑另择反馈性生物指标。还有一种情况是通过治疗，生物反应指标有明显变动，自我调节良好，但临床症状仍无明显进步。例如肌肉松弛甚好，而焦虑依然如故，亦可另择其他生物性指标进行训练，或改用其他治疗方法。应注意有求全责备性格的病人，以及对现实生活有许多不满或歉疚者，包括对疗效的低估，并非治疗实际无效。

3．适应证

生物反馈治疗不是某种疾病的特定疗法，而主要是对症状的改善；生物反馈治疗也不是利用物理效应产生影响，而是借助生物反馈信息供当事人对自己的机能状态进行调整。

(1)神经系统功能性病变与某些器质性病变所引起的局部肌肉集挛、抽动、不全麻痹，如嚼肌痉挛、痉挛性斜颈、磨牙、面肌抽动与瘫痪、口吃、职业性肌痉挛、遗尿症、大便失禁等；

(2)焦虑症、恐怖症、强迫症及与精神紧张有关的各种情绪障碍；

(3)多种疼痛症状：紧张性头痛、血管性头痛、偏头痛、不明原因的神经肌肉疼痛等；

(4)高血压、原发性高血压、心律不齐；

(5)其他，如雷诺氏病、消化性溃疡、哮喘病、性功能障碍等。能缓解紧张、焦虑状态、抑郁状态、治疗失眠。

临床中对酒癖、药瘾、咬指甲、手淫等给予行为矫正，对紧张性头痛、偏头痛、哮喘、焦虑症、恐怖症、雷诺氏病、失眠症、癫痫、高血压、心律紊乱、腰背痛、神经性皮炎、慢性荨麻疹、慢性疼痛、痛经、糖尿病、类风湿关节炎、书写痉挛、中风康复、痉挛性斜颈、儿童多动症、消化性溃疡等有一定的疗效。

（陶明）

## 第二节　认知行为疗法

### 一、概述

（一）认知的中介作用

Fredrikson 和 Ohman(1979)通过精心设计的实验研究来说明这个问题。他们采用中等强

度的电击作为无条件刺激物，使两组人类受试者分别形成对蛇(或蜘蛛)和花(或蘑菇)图片的恐惧的条件反应，同时记录了皮肤电传导反应的第一段期待反应的概率和手指的舒缩变化的概率，作为恐惧反应的客观指标。结果发现，图片的内容对恐惧反应的强度有显著影响。这主要表现在：

1.由蛇或蜘蛛图片作为阳性条件刺激物(CS+)和阴性条件刺激物(CS-)所引起的上述两种概率高于由花或蘑菇引起的。

2.在条件反射的消退阶段，用蛇或蜘蛛图片作为CS+和CS-的一组受试者仍保持着对CS+和CS-反应上的差别；可是，用花或蘑菇图片作为CS+和CS-的一组，对CS+和CS-的反应上的差别几乎立即消失。

上述的临床观察和实验研究告诉我们，认知中介因素在病态行为或某些疾病中是起重要作用的。经验说明，对于这些病态行为或疾病，不移除病人认识上的根本原因而单靠经典的行为治疗，是不能从根本上解决问题的。一个人对事物的认识评价，除了受事物本身的性质和特点影响外，还与他本人的一些特点有关。这就意味着，在治疗中施治者也应当注意到病人的经历、信念、态度和人格等因素的影响，并采取相应的矫正措施。

认知行为治疗是指那些强调认知活动在心理障碍中起着重要作用，在治疗上既采用认知技术，又采用行为技术的治疗方法。

Mahoney(1990)指出，尽管有多种不同的治疗方法，最常用的治疗方法包括理性情感治疗，自我指导训练和认知治疗。分别简介如下：

（二）Ellis的理性情感治疗

**1. 理论基础** 理性情感治疗基于这样的假设：非理性或错误的思想、信念是情感障碍或异常行为产生的重要因素。对此，Ellis进一步提出了"ABC"理论。在ABC理论中，A指与情感有关系的激发事件(activating events)；B指信念(Beliefs)，包括理性或非理性的信念；C指与激发事件和信念有关有的情感反应结果(Consequences)。通常认为，激发事件A直接引起反应C。事实上并非如此，在A与C之间有B的中介因素。A对于个体的意义或是否引起反应受B的影响，即受人们的认知态度，信念决定。例如，对一幅抽象派的绘画；有人看了非常欣赏，产生愉快的反应；有人看了感到这只是一些无意义的线条和颜色，既不产生愉快感，也不厌恶。画是激发事件A，但引起的反应C各异，这是由于人们对画的认知评估B不同所致。由此可见，认知评估或信念对情绪反应或行为的重要影响，非理性或错误是导致异常情感或行为的重要因素。

Ellis的ABC理论后来又进一步发展，增加了D和E两个部分，D(disputing)指对非理论信念的干预和抵制；E(effective)指导有效的理性信念或适当的情感行为替代非理性信念，异常的情感和行为。D和E是影响ABC的重要因素，对异常行为的转归起着重要的影响作用。是对ABC理论的重要补充。

**2. 治疗中的基本原则方法**

（1）向患者解释说明理性情感治疗的基础，说明认知与情感之间的关系，非理性情感不适或异常行为的联系。

（2）通过患者的自我监察和治疗的反馈，识别非理性思想。

（3）直接对非理性观念提出疑问,指出不合理所在,并示范对已有激发事件或不良刺激应如何理性的分析解释。

（4）自我陈述理的观念,用其代替先前的非理性观念,并练习,在心理重复理性的观念。

（5）设计和采用某些行为技术,如角色扮演,操作条件,脱敏和一些其它技能训练方法,帮助患者发展理性的反应。

（三）Meichenbaum 的自我指导训练法

**1. 理论基础** 自我指导训练的理论来自于苏联学者鲁利亚(Luria)等人的研究,认为语言--特别是内部语言与行为有着密切的关系,从某种程度上起着影响和控制行为的作用。Meichenbaum 认为消极的内部语言是产生和影响行为失调的重要因素,并指出通过矫正消极的内部语言,用正面的,积极的自我对话可达到矫正异常行为或心理障碍的目的。

**2. 治疗中的基本原则方法**

（1）训练患者识别和意识到不适应的思维(内心的自我陈述)。

（2)治疗和示范适当的行为,同时用言语表达有效的行动策略,包括对任务要求的评估,自我指导循序渐进的作业,强调个人适应性和战胜克服困难的自我陈述对于成功行为的内在自我强化。

（3）患者在克服目标行为的同时大声用言语自我指导,此后进一步在内心重服强化,治疗家在这一过程中,给予反馈,确保用积极的解决问题的自我对话替代先前异常行为有关的产生焦虑的认知活动,自我对话。

（四）Beck 的认知治疗(cognitive therapy)

**1. 理论基础** 认知治疗的基础理论来自于信息加工之理论模式,认为人们的行为,感情是由对事物的认知所影响和决定。例如,如果人们认为环境中有危险,他们便会感到紧张并想逃避。人们的认知建立在自己以往经验的态度和假设基础之上。Beck 指出,心理障碍的产生并不是激发事件或有良刺激的直接后果,而是通过了认知加工,在歪曲或错误的思维影响下促成的。歪曲和错误的思维包括主观臆测,在缺乏事实或根据时的推断:夸大,过份夸大某一事情(事件)和意义。牵连个人,倾向将与己无关事联系到自己身上;走极端认为凡事只有好和坏,不好即坏,不白即黑。他还指出,错误思想常以"自动思维'的形式出现,即这些错误思想常是不知不觉地、习惯地进行,因而不易被认识到,不同的心理障碍有不同内容的认知歪曲,例如:抑郁症大多对自己,对现实和将来都持消极态度,抱有偏见,认为自己是失败者,对事事都不如意,认为将来毫无希望。焦虑症则对现实中的威胁持有偏见,过份夸大事情的后果,面对问题,只强调不利因素,而忽视有利因素。因此认知治疗重点在于矫正患者的思维歪曲。

**2. 基本方法步骤**

（1）帮助患者认识思维活动与情感行为之间的联系;

（2）帮助患者认虽消极歪曲或错误的思维,检验支持和不支持自动思维的证据;

（3）帮助改变歪曲的错误的思维方式,内容,发展更适应的思维方式和内容。

在认知治疗的以上步骤实施中,同时采用各种认知技术和行为技术

## 二、基本技术

在认知行为治疗中,可采用许多认知干预技术和行为矫正技术,下面分别介绍.

（一）常用的认知干预技术

**1.认识自动思维** 在激发事件与消极情感反应之间存在着一些思想活动,可以是消极的自我陈述或是心理想象。例如,某患者看到狗便产生恐惧,在看到狗与巩惧反应之间他有一个想法是这狗会咬我,还可能有狗咬人的恐怖的想象。患者通常未意识到这部分习惯的思维活动,称为"自动思维"。治疗可用 **Ellis** 的 **ABC** 理论说明激发事件与反应之间有信念或思维活动 **B** 的影响作用,帮助患者认识自动思维的存在和影响。

**2.列举认知歪曲** 患者的心理或行为障碍与认知歪曲或错误密切相关,受其影响。向患者列举出认知歪曲,可以帮助他提高认知水平和矫正错误思想。下面是几种常见的认知歪曲。

**(1)**主观臆想 缺乏根据,主观武断推测。如某患者某件工作未做好,便推想所有的同事会因此看不起她。

**(2)**一叶障目 置总体前后关系和背景不顾,只看细节或一时的总是而做出结论。如某学生一次考试中有一题答不出,事后一心只想着未答的那道题,并感到这场考试全都失败了。

**(3)**乱贴标签 即消极偏面地把自己或别人公式化。例如某一患者将孩子学习不好归于自己,并认为自己是个"坏母亲"。

**(4)**非此即彼的绝对思想 认为不白即黑,不好即坏,不能容错误,要求十全十美。例如某位患者有一次考试未达到预定目标,便认为自己是个失败者,一切都完了。

**3.改变极端的信念或原则** 用现实的或理性的信念或原则替代极端或错误的信念原则。例如,某一极端的信念是:我应该并且一定要得到我想要的东西,这是我的权力,相应的更现实的自我陈述是:尽管我非常想得到某件东西,但我只是有权利去争取,并不意味着我一要得到或别人一定要给我才行。另一极端的信念是:如果我为某事努力工作,就应该获得成功。相应的现实的信念可以是:一个人无法保证事事都能成功,努力并不等于成功,而只是成功的一个条件。

**4.检验假设** 认识并矫正认识歪曲、错误思想的一个方法是检验支持和不支持某种错误假设的证据。例如,某一患者在受到挫折后,认为自己"一事无成"、"别人都看不起我"非常抑郁,实际上,他成功地做过很多事,大学毕业,并曾经是企业经理。检验假设这一过程不仅帮助患者认识事实,还能发现自己对事物的认识歪曲和消极偏面的态度。

**5.积极的自我对话** 此技术实施方法有二种,一种是要患者坚持每天回顾并发现自己的优点或长处并记录:另一种方法是要患者针对自己的消极思想,提出积极的想法,如下面例子所示:

消极想法 → 积极想法

我很愚蠢 → 我会聪明些的

我从不知道如何讲话 → 我能够思考一些总是并表述清楚

我没希望了 → 只要努力,我会改变的

我太软弱了 → 我会坚强起来的

**6.三栏笔记法** 前面介绍的一些方法可以通过此法实验,让患者在笔记上面画二条竖线分出三栏,左边一栏记录自动思维,中间一栏记录对自动思维的分析(认识歪曲),右边一栏记录理智的思维或对情况重新分析回答。

(二)常用的行为干预技术

**1.等级任务安排** 应用化整为零的策略,让患者循序渐进,逐步完成若干力所能及的小任务,最后实现完成大任务的目的。例如,有一老太太,一直想整理贮藏室,但一想到任务艰难便畏难而退了。在治疗者指导建议下,她将清理工作分十次进行,每次只清理 1-2 个箱子,这样,她不再感到畏难和力不从心。

**2.日常活动计划** 治疗者与患者协商合作,安排一些患者能完成的活动,每天每小时都有计划和任务。活动的难度和要求随患者的能力和心情改善而提高。这项技术既可帮助患者的效利用,心里踏实,又可改变患者的心境。

**3.掌握和愉快评估技术** 此法常与日常活动计划结合应用,让患者填写日常活动记录,在记录旁加上两栏评定,一栏为掌握或困难程度评分(为0-5分,0表示容易,5表示难度最大);另一栏为愉快程度评分(0-5级评分,0表示无愉快可言,5表示非常愉快)。通过评定,多数患者可以发现自己的兴趣和成功方面以及愉快而有趣的活动,同时还可起到检验认知歪曲的作用,如某患者认为自己什么都不行,作不了任何事,或者作了也不会有意义。通过评估,他认识到自己还是能作一些事,作了以后也有愉快和轻松感,并觉得有些意义。

**4.**教练技术 即治疗者为患者提供指导,反馈和阳性强化,帮助患者分析问题,发现问题,当他有困难时给予鼓励,有进步时给予强化。

**5.其它** 包括指导发现问题,自我提问法,利敝分析法,改变期望水平,自信心训练,脱敏、示范、角色扮演等技术。

(三)适应证与禁忌证

**1. 适应证** 认知行为治疗的适应证相当广泛,主要包括:

⑴轻中度抑郁症,

⑵各种神经症:恐怖症、焦虑症、强迫症、惊恐障碍等。

⑶精神创伤后应激障碍、适应障碍、多种行为障碍、酒精和药物依赖。

⑷多种心身疾病:植物神经功能紊乱、慢性躯体疼痛、偏头痛、功能性胃肠功能紊乱。

**2. 禁忌证**

(1)精神病性障碍:精神分裂症等以精神病性症状为主要临床特征的精神病患者的现实检验能力和疾病的内省力严重受损,治疗以控制精神病性症状为主。

(2)严重抑郁症:重症抑郁症患者往往存在较高的自杀风险,更为有效的方法是采用抗抑郁剂及时控制症状,以免造成严重后果。

(陶明)

# 第三节　分析治疗

## 一、精神分析疗法

### （一）概述

精神分析疗法（**psychoanalytic therapy**），又称为精神动力学心理治疗，迄今为止仍是西方心理学的主要流派之一。它起源于 **19** 世纪末，由奥地利精神病学家 **S.Freud** 在广泛总结前人研究成果和全面系统的临床观察基础上所创立。它与其它心理学派的主要不同在于：

（**1**）它最初仅作为治疗神经症的一种工具，是在探讨神经症的病因和治疗方法中逐步形成的，不是学院讲坛上的产物**.**

（**2**）它着眼于神经症患者的内在心理冲突，用临床观察而不是实验室的方法，寻找解决困扰患者症状的有效途径。

与其它各种科学体系类似，精神分析理论来源于观察，然后将这些材料整理归纳后建立起自己的假设。精神分析中两个重要的基本假设是：（**1**）心理决定论，心理现象与我们的躯体现象一样，不是偶然的、碰巧发生的，而是由一系列先前发生的事件所决定的；（**2**）潜意识存在论，即意识层次论，每个人的心理历程并非自己都能意识到，通过特定的途径有些比较容易回到意识中来，有些需要付出巨大的努力才能回到意识中来，前者的心理成分为前意识，后者的心理成分为潜意识，心理历程中的绝大部分事件保存在潜意识中。

根据精神动力学的观点，保存在潜意识中早年心理历程中的冲突在一定条件下（社会环境、个体心理素质等）可转化为多方面的精神症状和躯体症状（心身症状）。对此，采精神分析治疗的方法和技术，通过帮助病人将早年压抑在潜意识中的心理冲突，主要是幼年经历的精神创伤和焦虑情绪体验挖掘出来，在意识层面加以分析与澄清，从而能使病人重新认识，并改变原有的心理行为模式，达到消除症状的目的。

### （二）基本步骤

精神分析治疗通常包括：初始阶段、移情发展、修通和解决移情等四个阶段。

**1．初始阶段**　通过与来访者的接触了解其基本素材。在此阶段治疗者一般只收集来访者的表面材料，不涉及病人的基本心理冲突。治疗者需要对病人作出精神动力学评估，判定病人是否适合进行精神分析治疗；如果准备治疗，就必须让病人了解精神分析治疗的一般程序与方法，明确双方各自的责职，制定治疗设置。

**2．移情发展**　建立和发展移情关系是精神分析治疗的重要步骤。治疗师需要与病人建立起特定的人际关系，让病人把自己早年生活经历中对特定人物的体验移置到治疗师身上，这种既往体验的重现称为移情反应。对移情反应的分析是精神分析治疗的基柱，它可以帮助病人识别潜意识中的愿望，认识自己的冲动，理解恐惧反应的性质和防御的由来，促使病人走向成熟。

**3．修通**　修通是移情关系在多方面的拓展，是精神分析治疗取得成功关键。修通与移情

分析常相辅相成，同步进行；在移情的基础上通过不断敦促病人进行自我探索，理解自己的防御与移情反应，循序深化和巩固移情分析所获得的内省，达到消除症状的目的。

**4．解决移情** 是精神分析治疗的终末阶段，是治疗即将结束前处理移情的重要阶段，关系到治疗最终能否取得成功。当病人与治疗师认为治疗已经基本达到目的时，可以考虑终止治疗。此阶段为了防止病人症状再度出现或恶化，治疗师需要让病人再度体验分离、失落、移情，并进行自我探索，共同分析治疗过程中的失误和今后治疗的可能性等问题。

（三）基本技术

**1．自由联想** 自由联想**(free association)**是精神分析的基本技术。治疗者要求病人随意且毫无保留地向治疗师描述他所想象的事件或情景，包括童年的记忆、随想、对事物的态度、个人成就和困扰、思绪和感受等，甚至是自认为是一些荒谬或奇怪的想法。自由联想可以把潜意识中存在的心理冲突带入意识领域，使病人对此有所领悟，从而重新创建现实的、健康的心理。

**2．揭示阻抗** 阻抗**(resistance)**是病人在治疗过程中表现出来的抗拒或干扰治疗的力量，阻抗在本质上是来自于病人内部的不愿将压抑在潜意识中的素材带到意识层的力量（**counterforce**），它与治疗、治疗师以及分析程序和过程（**analytic procedures and processes**）相对抗。阻抗可能是意识的、前意识的、或潜意识的，阻抗的表现可能的通过情绪（**emotions**）、态度（**attitude**）、想法（**ideas**）、冲动（**impulses**）、思想（**thoughts**）、幻想（**fantasies**）或行为（**action**）来实现。自由联想过程中当病人在谈到某些关键时刻表现出联想困难往往提示出现阻抗。治疗师必须在整个治疗过程中不断辨认、揭示和分析阻抗，帮助病人加以克服。

**3．移情分析** 移情**(transference)**出现在把病人早年生活经历中的重要人际关系带到治疗过程中，在精神分析治疗中具有重要的价值。在治疗过程中，病人可能将治疗者看成是过去与其心理冲突有关的某一人物，将自己的情感活动转移到治疗者身上，从而有机会重新“经历”往日的情感。这样，治疗者可能成为病人喜欢的对象；也可能是憎恨的对象。因此移情又可分为正移情**(positive transference)**和负移情**(negative transference)**。治疗师通过对移情的分析，可以揭示病人对医生的怨恨和对父母的怨恨之间的联系，促进病人了解自己心理上的某些本质问题，帮助病人进一步理解自己的冲突和防御，促使内省的建立。

**4．诠释梦境** 释梦**(dream analysis)**也是心理分析治疗中的重要技术。精神分析学派认为梦的内容与被压抑的无意识中的内容有着某种联系，梦是潜意识冲突或欲望的象征，因此病人有关梦的报告可以作为自由联想的补充和扩展，并认为有关梦境的分析结果更接近于病人的真正动机和欲求。但是梦境常常经过变形、转移、投射、象征化等修饰，这就需要医生对梦境作特殊的解释，如要求病人对其内容进行自由联想，以便发掘梦境的真正含义。

**5．阐释和疏泄** 阐释**(interpretetion)**是医生在心理分析治疗过程中，对病人的一些心理实质问题加以解释、引导或劝阻。通过阐释可以帮助病人重新认识自己，认识自己与其他人的关系，从而达到治疗疾病的目的，这就是疏泄**(catharsis)**。

（三）适应证与评价

精神分析疗法可以用于治疗某些心身疾病，如支气管哮喘、功能性胃肠功能紊乱、心脏植物神经症、持续躯体形式疼痛障碍等，能够减少或减轻临床症状；还用于治疗各种神经症病人、癔症、某些心境障碍、适应障碍患者，也可用于有人格缺陷者。适宜选择作精神分析治疗的病人需具有“心理学头脑”，善于用语言进行交流，对情感的冲击具有一定的承受能力，有改变自己的动机和愿望，具有良好的支持环境，愿意与医生密切配合治疗。

精神分析疗法的主要禁忌症是具有幻觉、妄想、严重行为紊乱等精神病性症状的各种精神障碍患者。

现代的精神分析治疗在某些方面经过了修正，在治疗时间上已有所缩短，而且增加了对社会文化因素与疾病和症状关系的分析，主要用于解决当前迫切要求解决的问题。经验证明，那些职务较高、聪明、善于言词而且颇具财力的人，易于从精神分析疗法中受益。

精神分析治疗由于理论上无法实证，缺乏评判标准，结果难以重复，以及治疗所需时间较长，费用太大等。已受到不少人的批评，然而其理论影响之深远，不仅至今不衰，而且在其他的心理学派里都能看到他的许多影子。事实上，各种心理咨询与心理治疗理论，几乎都与精神分析学说脱离不了关系：有的是踏着精神分析理论而加以扩充，有的是把它的一些概念与治疗方法做适度的调整，有的是针对它而提出相反的看法。总之，许多心理治疗学派均或多或少采摘或整合过精神分析学说的原理与技术。

## 二、交互分析

### （一）概述

交互分析又名交流分析（transactional analysis,TA），由爱利克·伯尼（Berne E）在50年代末发展起来的。其主要观点有：

**1.**人格由**3**种自我状态组成：“父母式自我”（**ParentSelf**）、“成人式自我”**(AdultSelf)**和“儿童式自我”**(ChildSelf)**。其中**P**代表父母的价值观，是内化的结果，偏向权威化；**A**是个人对外界环境的客观反应与评价，它既不情绪化，也不权威化；**C**是人格中的儿童欲望与冲动的表现，是其本能部分，偏向情绪化。这**3**种自我状态，构成了人格冲突与平衡的基础。

**2.**人皆渴望得到他人，特别是得到生活中重要人物的爱护与肯定。这通常包括父母、师长、领导、朋友、恋人等人物。个人在人格成长中得到关爱与肯定越多，则其人格冲突便越少，自信心则越强。正面的“父母式自我”、“成人式自我”与“儿童式自我”之间的交互作用，会产生积极、正面的生活脚本（**lifescript**），反之，则会导致不良的人格表现，使人在交往中充满焦虑和自卑。

**3.**心理咨询的目的，在于使来询者成为一个统合之人（**integratedperson**），使个人从“父母式自我”与“儿童式自我”的交互模式中解脱出来，增强“成人式自我”的效能，而不再受他人的支配。由此，学会与人建立亲密的人际关系，并在交往中学会自我反省，是“交互分析疗法”的核心任务之一。

**4.**在操作技巧上，“交互分析疗法”十分强调倾听分析的作用。它旨在推动来询者深刻反省其人格中“父母式自我”与“儿童式自我”的冲突，以“成人式自我”的眼光来审视个

人的生活脚本，积极地面对生活的种种挑战，增强自信心。

（二）基本技术

**TA** 理论认为，在人的发展中，无论是正常或不正常的发展，主要是受到父母式自我和儿童式的交互关系和行为所影响。同时，由于这种交互作用，人会为自己作选择并努力来肯定自己的选择。然而许多人是因为自己所作的选择和相应出现的生活脚本导致了许多不适当的行为和生活方式，以致蒙受痛苦，遭受折磨，出现不适应，因而需要咨询员的帮助。

咨询员在咨询中的任务是协助来访者作出新的抉择。来访者反省自己的生活态度，从而有可能发现自己一直是根据一个不正确乃至自我毁灭的生活脚本在生活，又常常把戏，一方面操纵摆布人，另一方面又在逃避面对自己。通过分析，来访者作出积极的改变，以新的生活态度取代不当的生活态度。所以，应用 **TA** 的咨询过程是一个教育过程，目的是教育来访者改变生活态度，发展有建设性的交流模式和成熟的人际关系。

根据 **TA** 法的原则，刺激和反应若在 **P-P**、**A-A**、**C-C** 平行状态进行时，可以继续下去，反之，不是平行进行时，就容易发生人际沟通障碍。咨询的目标就是要把来访者从 **P** 和 **C** 的影响中解放出来，在生活实践中多发挥 **A** 的作用，使 **P** 和 **C** 以合理及有控制的方式表现在行为中。

**TA** 法的基本步骤包括构造分析、交流分析、竞赛分析和脚本分析等。

首先是构造分析，即在灌输交互分析理论的基础上，进行个别交谈。咨询员应仔细倾听来访者对生活态度的流露，从而发现并指出来访者与咨询员和其他人交流时的自我状态。

其次是交流分析。当建立起良好的关系之后，就可以进行交流分析，咨询员应向来访者详细解释他所持的人生态度，并指导他建立起更现实和更适宜的生活态度。同时应指出来访者与他人交往受挫折时惯用的策略，使他懂得这些策略无助于实现自己的目标，是有害无益的。咨询员应加强来访者 **A** 的作用，使其摆脱 **P** 的专断要求和 **C** 的冲动性行为。但咨询员不应试图破坏某一人格结构或严厉批判它们的作用，如果某一成分从自我中被排斥出去，就会出现心理上的不平衡。如果 **P** 被排斥就失去了理智和伦理的控制，造成人格异常和反社会行为及癔症状态；如果 **A** 被除外时就成为自我结构失去统一性的精神分裂症状态；一旦把 **C** 除外时就削弱了本能带来的能量，成为教条主义和禁欲主义的强迫状态。

## 三、认知领悟疗法

（一）概述

认知领悟疗法是我国钟友彬根据精神分析理论结合中国具体情况提出的心理分析法。其理论认为：病症的“根源”在于儿童时期受过的精神创伤，这些创伤引起的恐惧在脑内留下痕迹，当成年期遇到挫折时就会再现出来影响人的心理，以致用儿童的态度去对待在成人看来不值得恐惧的事物。由于症状都是幼年时期经历的恐惧在成年身上的再现，因此症状的表现必然带有幼稚性，具有不成熟的、儿童式的心理表现。

认知领悟疗法的治疗原理，是把无意识的心理活动变成有意识的，使求治者真正认识到症状的意义，以得到领悟，症状即可消失。这也是心理分析和心理动力学疗法的治疗原

理。

（二）基本技术

**1.治疗方法** 采取直接会面交谈的方式。在病人的同意下，可让有关的家属（1人）参加，每次会见的时间为60～90分钟。疗程和间隔时间可固定也可不固定，具体由病人自己定或病人与医生协商决定。间隔时间从几天到几个月不等。每次会见后都要求病人写出对医生解释的意见以及对自己病情的体会，并提出问题。

**2.谈话内容** 让病人及家属全面叙述症状产生和发展的历史及其具体表现。尽可能在一小时内说完。同时进行精神检查和必要的躯体检查，以确定诊断。如为适应证，则进行初步的解释。讲明所患疾病是可治的，但病人不是被动地接受治疗，要与心理医生合作。对心理医生的提示、解释，患者要认真考虑，采取主动态度。疗效的好坏，与病人的自我努力有很大的关系。心理医生只起向导的作用，具体的路要靠病人自己去走。

**3.注意了解病人的经历** 在掌握了病人病情后的会见中，心理医生要主动询问病人的生活史和容易回忆起的有关经验。对于病人谈到的梦，不要做过多的分析，偶尔可谈及。

**4.和病人一起分析症状的性质** 心理医生要注意掌握时机，分析症状的幼稚性和症状不符合成年人逻辑规律的感情或行为。使病人认识到其有些想法近似于儿童的幻想，在健康成年人看来是完全没有意义的，不值得恐惧甚至是可笑的。

**5.深挖病的根源** 当病人对上述的解释和分析有了初步认识和体会以后，心理医生即向病人进一步解释病的根源在过去，甚至在幼年期。对于强迫症和恐怖症病人，要指出其根源在于幼年期的精神创伤。这些创伤引起的恐惧情绪在脑内留下痕迹，在成年期遇到挫折时会再现出来影响人的心理，以致用儿童的态度对待成年人看来不值得恐怖的事物，现在已是成年人，不应当象小孩子那样认识问题、并恐惧了。对于性变态的病人，要结合回忆儿童时期的性游戏行为，讲明他的表现是用幼年方式来对待成年人的性欲或心理困难，是幼稚和愚蠢可笑的。

**6.正确回答病人的疑问** 在治疗过程中，病人可能会提出许多不理解的问题，心理医生可在与病人会见中共同讨论和解答，直到他完全理解、有了新认识为止。这种认识上的提高，应是心理和感情上的转变，而不仅仅是知识上的丰富。

本疗法适应于强迫症、恐怖症、焦虑症和某些类型的性变态等。

（陶明）

## 第四节 暗示和催眠疗法

### 一、暗示疗法

暗示(suggestion)是一种利用间接的、含蓄的方式，对他人的心理与行为产生影响的过程。暗示对人体生理活动、心理及行为状态，都会发生深刻的影响。当个体接受暗示后，不但可以改变随意肌的活动状态，而且也可以影响不随意肌的功能。由于这个原因，消极的暗示能够使人患病，积极的暗示能够使个体的心理、行为及生理机能得到改善，增强对疾病的

痊愈和康复的信心，达到治疗的目的，从而成为一种治疗方法。暗示疗法(suggestive therapy)是指利用暗示对病情施加影响使症状消除的过程。

暗示疗法产生的历史古老而悠久。麦斯默的催眠表演，引起了人们对其奥妙的探究。夏科、巴甫洛夫、弗洛伊德等对暗示现象都有许多精辟的论述。巴甫洛夫说过："暗示乃是人类最简单、最典型的条件反射。"美国著名心理学家威廉·詹姆斯（William James）于本世纪30年代撰写了《暗示心理学》一书，而英国著名心理学家麦独孤在临床的应用，则是堪称独步，声誉蜚然。

（一）基本方法

根据患者接受暗示时所处的状态，暗示疗法可分为觉醒状态下的暗示疗法和非觉醒状态下的暗示疗法两类。

觉醒状态下的暗示疗法又有直接暗示疗法和间接暗示疗法之分。前者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；后者则是借助于某种刺激或仪器的配合，并用语言暗示的强化来实施的治疗。

非觉醒状态下的暗示疗法是医生使患者进入催眠状态后施行的暗示治疗方法。由于各种信息都能起到暗示作用，因此语言、文字、表情、手势等均可作为暗示手段，这样就使暗示的方式多种多样，临床上常用的有语言暗示、药物暗示、手术暗示、情境暗示、榜样暗示等。不论采用何种暗示疗法，其治疗效果与个体对暗示的易感性有密切关系，同时，医生的权威性也有重要的影响作用。

（二）适应证和评价

暗示疗法对于暗示性高的病人，效果较好。暗示性低的人往往对暗示治疗反应差。临床上普遍认为暗示疗法的使用范围是很广的，其适应证有癔病、恐怖性神经症、焦虑性神经症、疼痛、瘙痒、哮喘、心率过速、过度换气综合证等心身障碍和心身疾病，阳萎、性冷淡等性机能障碍，遗尿、口吃、厌食等行为习惯障碍等均有疗效。

须注意的是，暗示作用可以治疗疾病，但不良的暗示却可造成或加重病人的症状。自我暗示也存在这一问题。

## 二、催眠疗法

催眠(hypnosis)是在催眠术的作用下，人的意识处于一种恍惚的状态。约有10～20%的人容易被催眠，能产生深度恍惚状态，这些人的暗示性高，同时相信催眠术或催眠者。约5～10%的人不能被催眠，这些人暗示性低。处于上述两种人之间者，可在不同程度上被催眠。催眠的心理生理本质至今未被阐明。

催眠疗法(Hypnotherapy)是指用催眠的方法使求治者的意识范围变得极度狭窄，借助暗示性语言，以消除病理心理和躯体障碍的一种心理治疗方法。通过催眠方法，将人诱导进入一种特殊的意识状态，将医生的言语或动作整合入患者的思维和情感，从而产生治疗效果。催眠疗法实际上是在催眠状态下的暗示疗法，故也称为催眠暗示疗法(hypnotic suggestion)。

（一）催眠方法

催眠疗法属一般对较为难治的癔病发作，或其它疗法失败的患者有较好的疗效。此法是

让患者处于催眠状态，使语言的影响起到强化作用，加强暗示效应。在实施催眠术之前，一般应先检查病人的暗示性。暗示性高者，催眠效果也好，可作为治疗对象。检查暗示性高低的方法很多，例如可令被试者面壁背对施术者闭眼站立几分钟，施术者可缓慢地说“你的身体正在前后摆动，感觉到了吗?…”。如果被试逐渐摆动起来，说明暗示性高。此外，还有嗅觉暗示试验、后倒试验等。

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

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

催眠术者以简单的、柔和而又坚定的言语反复对被试进行催眠诱导。例如“你的手臂放松了，……你的腿也放松了，……眼皮发沉了，……你要睡了”。这是嗜睡和催眠的暗示。同时，催眠术者还要结合对被试进行集中注意的暗示过程，进而诱导其进入视想象(visual imagery)。例如令其“注意躯体某一肢体某一肌肉”；令其“只听到催眠术师的声音，其它什么也没有听到”；“不论发生什么事情就让它发生吧”；“在你的面前是美丽的草原，风景如画……”(Kline MV,1953)。

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

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

催眠的方式可分为集体催眠、个别催眠和自我催眠。集体催眠就是让病情相似、年龄相近的几个或10多人一起进行催眠，其优点是既可同时治疗多人，又可消除求治者的孤单感和恐惧心理，还可通过效果好的求治者现身说法，与求治者间的相互暗示、模仿以形成最佳的催眠气氛，增加求治者对催眠效果的信服。个别催眠是施治者面对单个求治者进行的催眠。自我催眠是指在催眠师的指导下，由求治者对自己进行的催眠。求治者在接受暗示性测验后即可进行催眠。催眠一般是在安静、昏暗的房间内进行，施治者最好有助手在场，尤其是对异性催眠时。求治者舒适地坐下或躺下，安静、放松数分钟，然后进行催眠。实践证明，90%以上的人能进入程度不等的催眠状态，30%左右的人可进入深度催眠状态。

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

（二）适应证和评价

催眠疗法主要用于癔病、疑病症、恐怖症、心身疾病。此外在精神科及其它科都有一定的实用价值，其主要适应于神经症，以及胃溃疡、结肠炎、高血压、慢性哮喘、冠状动脉机能不足等。此外，还可作为镇痛手段，在“催眠麻醉”下施行外科手术。

心理应激：工作、生活、人际关系的压力造成的心理紧张、焦虑、抑郁。催眠下暗示作用，主要是通过良性言语暗示，帮肋放松、消除紧张不安的情绪，使受试者提高对应激刺激的认知，学会应付应激的正确方法使其重新适应社会。

对各种神经症、精神病及心身疾病如哮喘、过敏性结肠炎，荨麻疹等都有较好的效果。各种疼痛性疾病如腰背痛、关节痛、偏头痛、痛经、癌痛的治疗可谓是一枝独秀。对治疗男女性功能障碍、青春期焦虑症，解决学习问题及儿童的口吃、遗尿、行为问题也毫不逊色。对戒酒、戒烟，尤其是自我催眠下的戒烟，更是功不可没。

此外，催眠术可以与其他一些心理治疗方法联合使用。例如精神分析可在催眠条件下进行，此时抗拒作用相对较弱。有人主张行为矫正疗法也可以与催眠法相结合以促进疗效。

由于催眠治疗的技术要求比较高，催眠术者一般需要经过一定的专业培训过程才能上岗治病。

（何金彩）

## 第五节　森田疗法

### 一、概述

森田疗法是森田正马（**1874～1938**）以神经质（森田神经质）素质的人为对象创立的日本独特的疗法，对于心身医学来说，这也是重要的疗法之一。

森田疗法的基本理论包括：①疑病素质论。森田认为，神经质发生的基础是具有某种共同的素质倾向，称为疑病素质。所谓疑病素质是指一种心理上的倾向性，其表现是担心患病的心理倾向，神经质的人此种担心的程度明显强于一般人。②精神交互作用和思想矛盾。精神交互作用是指因某种感觉偶尔引起对这种感觉的集中注意，而后，这种感觉就会变得敏锐起来，而这一敏锐的感觉又会更加吸引注意力，进一步固着于这种感觉，感觉与注意交互作用彼此促进，致使该感觉越发强大起来，这种精神活动过程称为精神交互作用。思想矛盾即心理冲突，主要指应该如此和事实如此之间的矛盾，是理想与现实之间的冲突。③生的欲望和死的恐怖。这是人类本性的表现，是人人都有的一种表现。但是神经质的人想将自己生的欲望达到一种完美的境界，不能容忍丝毫的心身异常的出现，出现一种强迫性求全欲。④精神拮抗作用。在疑病素质并且精神拮抗作用很强的人身上，会固执地出现拮抗对立，再通过精神交互作用而形成强迫观念症状。

森田疗法的基本理论，简而言之，就是具有疑病素质的人，由于某种契机，（疑病体验）把人们普遍存在的一些身心自然现象，例如用脑过度时的头痛、失眠、与陌生人交往时的拘谨不安、以及偶然出现的杂念、口吃等，误认为是病症，而把注意力集中在这上面，感觉愈敏锐，**"**病症**"**也就愈重。

森田疗法的基本原理就是顺应自然。顺应自然相当于禅宗的"顿悟"状态，使人体验到在自然中的位置，体验到对超越人的控制能力的自然现实进行抵抗是无用的甚至是有害的，只能顺应才能得到一个与自然事物协调的生活态度。患者要老实地接受症状的存在及与之相伴随的苦恼焦虑，认识到对它抵制、反抗或用任何手段回避、压制都是徒劳的；患者要靠原来就存在的求生的欲望去进行建设性活动，即一面接受症状的现状不予抵抗，一面进行正常的工作和学习活动。总的来说是患者不要把症状当作自身上的异物，对它不加排斥和压抑，这样就解除了精神交互作用和精神拮抗作用，症状也因而减轻以至消失。

## 二、基本技术

**1．原始方法**（住院治疗） 第一期：绝对卧床期。全面禁止做排解心情的事（例如读书、看电视、对话、约会等），只准吃饭、大小便、洗澡，实施 **5**～**7** 天的所谓绝对卧床。此期是让患者接受痛苦，养成对焦虑烦恼彻底接受的态度。接下来患者开始感受到无聊，出现了想参加些积极性活动的愿望，这时让他起床活动，进入第二治疗期。第二期：又称轻工作期，继续隔离疗法，禁止谈话，游戏等。卧床时间限制在每天 **7-8** 小时，吃完饭到户外接触阳光和空气，可以做些轻体力活动。每天晚饭后，都要求他们写日记。通过日记了解患者身体和精神状态的变化，并给予写日记指导，这一时期仍不能进行娱乐活动。对待身体的不快感及强迫观念等均采取"顺其自然"的态度。此期为 **3-7** 天。第三期：重工作期。参加较重的体力劳动如锯木砍柴，田间劳动等。目的在于培养对工作的持久忍耐力，体会劳动神圣的意义是一种促进"顿悟"的做法，此期 **7** 天。第四期：复杂的生活实践期：开始进行适应外界生活变化的训练，为回到实际生活中做准备，这一时期允许外出，以纯朴自然的心去做工作，避免过分讲究行动的价值，避免追求完美主义的工作态度。住院期间，要求病人写日记，记述自己的病情变化和治疗体会，医生进行日记指导，旨在引导病人清除以前对病情的臆断和误解，从心理上放弃对病情的错误抗拒，体会到“顺其自然”。

不过，患者未必能住院，即使能住院，在综合性医院的内科和心理科，实施原始的森田疗法也是不可能的。因而，不得不采取如下变通：

**2．面对面＋日记指导＋工作**（临时性工作） 绝对卧床后，寻找适当的取代工作（临时性工作），让其将在这里的工作记入日记，每周见面 **1**～**2** 次，进行日记指导。此时，应在工作场所设有熟悉该工作的指导人员，采取严格训练的态势，不要将患者当作病人去迁就，而必须把他当成正常人。其目的是通过工作的体验，使其从“拘束”中解脱出来。而在职场因为被迁就，只是正常地上下班，故不会有什么效果。

**3．步行训练疗法**（森田疗法的演变） 正如在原始方法中所述，在森田疗法中，工作是非常重要的，应该从中有所收获，但是在具有大厦特征的医院里，进行这样的工作是极其困难的。因此寻找取代工作的方法，提出了仅限定于“走路”的步行训练疗法（森田疗法的演变）。这对于伴有外出恐惧的人来说是极其有效的，通过步行能体验到“真实的现实”，即使在大厦式的医院和门诊部都可实施，可以说是内科和心理科最容易实施的森田疗法。其内容包括：

（**1**）准备阶段：该疗法的准备阶段是在家中或医院以接近森田疗法的绝对卧床的状态

躺约 1 周。此间，禁止读书、广播、电视、对话等。出现抑郁状态可使用抗抑郁药。因为效果的发现需要时间，所以此间应绝对卧床。过了约 1 周后，让其做洗脸、换衣等日常最低限度必须做的事，同时让其走到大门口。根据症状的强弱，准备阶段的天数可以增减。

（2）实施方法：接着进入步行实施阶段：①首先决定主治医生和目标地点。目标地点以步行单程 30 分钟，宜选择电车或公交车站。②决定行走的路线。若每天改变行走方向，会不知距离是多少，并且为了区别于单纯的散步，路线宜固定。如在车站附近则宜选绕道的路线。③决定行走的时间。确定上午 10 点或下午 2 点大致的时间，每天走 1 次。④步速听任本人的速度。因此，每天步行的快慢均没关系。⑤不要让别人随同一起走，而是让其 1 个人单独走。⑥步行距离起初不必走到目标地点，可根据本人的情况逐渐延长可能的距离。⑦该项目非常重要，也可以说是治疗的关键所在。即昨天走的距离今天必须走下来。即使不安、厌烦、不想走时，也必须让其不情愿地走到昨天的到达地点。即使是雨天和酷暑之日，也要让其打伞戴帽坚持走。⑧开始每天走两次。⑨到达目标地点后，不评价症状是否消失，而是评价能否走。⑩进行日记指导，并逐渐增加步行之外身边的工作。

**4.“啐啄同时”法**　由于患者将本人逼入生死之境，如果这时得到适当的语言和机会，疾病将会忽然治愈。例如，森田正马本人在学生时代，身患心脏神经官能症，时值关系能否升学的复习考试，而且还担心父母能不能寄钱来等等。受到多种困扰缠身的他，最终想到反正也是死，便把药都扔了，埋头复习，最后岂止没死，而且心脏神经官能症也好了，还以优异成绩升学了。据说森田就是以这段经历为基础创立了森田疗法。

**5．注意事项**　森田疗法的特点不是治愈症状，而是贯穿着向前看的心态。不想治愈症状的疗法唯有森田疗法。因而，通过作业、工作、步行或“啐啄同时”等等，如果知道即使症状存在只要听之任之什么事都能完成的话，则几乎不复发，预后是非常好的。这是因为尽管多少有些症状，但是向前看的心态没有垮。根据这一点，在实施森田疗法时，重点不应放在治愈症状上。

心理治疗的基本任务不仅是消除患者的苦恼，而且还要帮助患者成长。成为一个真正的人，因此我们应该更多地去了解人性，我们还要帮助别人去了解他们自身的人性，这对去除他们的精神痛苦是很有用的。心理治疗就是帮助患者了解他们自身的人性，并接受现实，这样患者才能对生活感到满足，为了达到对生活的满意，必须以现实的方法过现实的生活，结果就会幸福，这是心理治疗的真谛，也是人类生活的真谛，心理治疗根本上是帮助一个人生活得现实。

**6．适应证**　森田疗法的适应证包括：

（1）神经症：强迫症；恐惧症；焦虑症；胃肠神经官能症、心脏神经官能症。以及失眠症等。

（2）心身疾病：过敏性肠综合症、慢性胃炎、胃下垂、神经性呕吐、腹部术后障碍、胆道运动异常、神经性食欲不振、神经性咳嗽、神经性乏尿、过敏性膀胱、更年期障碍、自律性神经失调症、偏头痛、外伤后综合征、手指神经痛、肌痛症等。以及支气管哮喘、糖尿病、慢性肝炎、慢性关节风湿等

**7.禁忌症**　森田疗法的禁忌或不适应证有：

（1）精神病：森田疗法曾尝试过对精神分裂症的治疗，但精神病通常是禁忌的。

（2）歇斯底里：对于疾病的背景有歇斯底里机制者，森田疗法是不适用的。

（3）严重的身体疾患：即使背景中有森田式的“受拘束”，但是在患有严重的身体疾病（发热、外伤等）时，应首先治疗身体疾病，然后再实施森田疗法。

（刘盈）

## 第六节　箱庭疗法、作业疗法

### 一、概述

#### （一）箱庭疗法

箱庭疗法（**Sandspiel, sand play technique**）是在欧洲发展起来的一种心理疗法。所谓箱庭疗法，即在装入沙子的箱子里放入各种各样的玩具，用“箱庭作品”表现人的内在与周围的关系，依据作品这个媒体进行治疗。其材料是里面涂成蓝色的沙箱。可挖沙修建池塘、河流或海洋。玩具则有人、动物、植物、怪兽、车辆、房屋、石头、贝壳等多种。树枝、枯叶等也可以。因为有时现成的东西和内在的图象不相符合，所以最好再预备一些粘土等。治疗师一边指点沙箱和玩具，一边指出“什么都可以，请做做看!”制作时要注意采取易于接受的态度，为其提供一种重视“母与子的一体性”的自由保护场，注意不要干涉或强制制作行为。通过接触沙子和摆弄玩具，可促进治疗所需要的适度的回归行为。由于它是以非语言化的表达方式为媒介的，因而能表现出一种意识化的甚至是语言难以表达的内在性。它能促进冲动和感情的散发与表达，具有宣泄的效果。沙箱这个框架与制作这一行为能缓和行为化和转移。作品是以眼睛看得见的形式，确认作品的变化，并且很容易捕捉到与之相伴的内在的变化。

#### （二）作业疗法

所谓作业疗法（**OT**），是以生理的、心理的、社会的活动为媒介，对于多少有些障碍的患者进行治疗的疗法。**OT** 一词源于占据（**occupy**），具有做某事来占据时间和场所的意思。而这可以认为是满足了人类的创造这一强烈的本能和欲望。矢谷将 **OT** 的基本特征归结为三点：①汲取医学的伦理、康复的理念，对于一个对身与心同等重视的人进行治疗和指导；②**OT** 是选择职业即活动作为手段；③**OT** 是对治疗者本人进行治疗的手段。①是原则，②和③则相当于具体做法。**OT** 的各种活动可以说几乎贯穿了人的全部活动，如何将其与对象的现在所处的情况相结合，选择适当的活动，真正地有利于治疗，就成为关键所在。活动的内容是多种多样的。包括带有户外娱乐性要素的活动（例如简单的运动和散步等）、实际生活中的活动（编织衣物、清扫卫生、木工等）、带有艺术要素的活动（绘画、指画、粘土等）等等。而它们的共同点，是对于个人来说都要求积极自发地参与。换言之，**OT** 的各种活动可以说不仅是语言的交流，而且在职业及其结果——作品中，或者是在以此为媒介的治疗中，带来了全心身的、非语言的交流。对于心身病，往往要采用包括与艺术疗法相重叠的心理职业疗法。

#### （三）基本原理

语言是一种先进的传播手段，几乎所有的疗法都把语言作为主要的媒介。但是语言有时并不能充分表达个人的身心内在世界。由于场所环境或者由于在场者的关系导致有意无意的戒备，由于将内心世界转换为语言时所受的限制，或者由于对于内心的无意识（述情障碍倾向）等，都可使语言对内心世界的表达受到限制。在这种情况下，引入非语言性媒介（箱庭、作业），可促进适度的回归，缓和戒备，进一步激活身心的活动。患者通过对现场身心共同活动的体验，可以体会到作为活动的结果的新的身心状态。患者通过完成作品，可促进内心世界的表达与表现。总之，使用非语言性媒介，再加上可以通过语言表达的，还包括语言无法表达但可以通过媒介表现的所体验的身心感受，可以促进治疗。

这些创作行为与使用非语言性媒介时一样，能促进医生对患者内心世界和感情的接触。在如实表达伴有感情的语言时，能够象指画和涂鸦一样促进自由自在的表达，并且与说的话不一样，由于它有框架，使患者易于表达出问题的焦点。其结果是患者达到有效地宣泄，并对内心情感进行整理。另外，推敲作品的过程相当于聚焦。当作品与患者的内心世界和感情相一致时，让人感到推敲得很好；有时聚焦在迄今没意识到的另外的心情上，则可以促进其对内心世界的意识。

另一种观点认为，心身病的基本点可以说是“精神性的不安和烦恼在身体上的反映”，是自身感情意识和语言表达受到限制的状态，缺少适当的表达手段和场所，其语言交流具有难以伴随感情的特征。采用以语言为主体的精神疗法，是很难在短时间内取得明显效果的。对于这样的症状，以非语言的、全身心的活动作为媒介，可以促进其表达与表现，达到整个身心的统一和内环境稳定的恢复。在箱庭疗法、职业疗法操作过程中，患者可以体验到相伴的身心感觉图象和感情变化，在这种特定的治疗关系和着眼于消除症状的基础上，使感情受到的抑制和压抑被适度地意识化。

促进意识化或对其进行解释时，非常重要的是要充分地听取患者对工作过程、制作行为和作品的主观体验，排除治疗者的先入为主。对作品的解释也可根据患者的现实情况进行。还可象征性地捕捉作品所表现的内容。空间和事物所具有的象征意义，童话、故事中出现的主题，都能加深对患者的内心世界的理解，成为把握治疗方向的契机。从作品中读到的与传达给患者的未必是一致的。传达给患者的东西，首要的是工作和制作行为本身。即使没有完成最终的作品，还要接受这样的不能完成的状况。特别是在治疗关系不稳定时，主观的和过早的解释往往带来弊端，这一点请充分注意。当治疗关系稳定，患者的自我表达和自我理解是自发地进行的时候，治疗者必须予以关注并加以等待。有时在心身疾病患者中，即使关注和等待，治疗的进展仍很不顺利，这样的病例也很多。遇到这种情况，应注重将作品在治疗关系和整个治疗流程中加以定位，并从中读取到可能与症状的消失相关联的图象，采取对于患者来说更适当的时期和方法进行治疗。

（四）适应证

箱庭疗法和职业疗法二者并用，可取得有效的结果。其病症包括：支气管哮喘、特应性皮炎、神经性呕吐、溃疡性大肠炎、慢性疼痛障碍、摄食障碍、夜尿症、厌学校症（中小学生因为各种原因不去学校或不能去学校）等。年龄为 **12**～**60** 岁。均为以语言为主体的当面治疗所难以治愈的病症。其难治的背景是：①当面进行语言表达是难以带有感情；②有述情

障碍倾向；③缄默不语，难以建立治疗关系；④由于知识水平问题，无法作出适当的语言表达，难以把握患者的内心世界；⑤缺乏基本的信任感，认知极端不正常，难以建立现实的治疗关系；⑥应激反应耐性低，行动化较强；⑦缺乏表达的手段和场所。遇有上述情况可使用非语言性表达的治疗方法，在适当时期引入适当的方法，对于大多数病例都是有效的。实际上也多应用于语言性解决难以奏效的病例。

## 二、基本技术

### （一）箱庭疗法的技法

箱庭疗法的方法（是让来访者从玩具架上任意挑选玩具摆放在盛有细砂的箱子里，完成后由咨询者分析创作的作品。

**1. 材料** 砂箱内侧的尺寸为 **57×72×7**（**cm**），外侧涂深颜色或木本色，内侧涂蓝色。之所以要规定以上的尺寸，是考虑到将箱子摆放在象腰部一样高时砂箱大体可以置于视野。砂箱内侧之所以涂成蓝色，是为了使人感到挖砂子会挖出水，而这种感觉是很重要的。箱庭疗法初期往往使用茶色的粗砂、细砂或白砂三种，也有使用茶色和白色两种的，有的时候，考虑到丰富多彩的表现，也会使用不同种类的砂子，例如用白色的砂子可以表现雪、霜等。必要时可将砂子适当湿一下，这样可以用来做砂丘、山等。或者准备两种砂子，即一种是湿砂、一种是干砂，让来访者自己挑选。一般情况下，我们不允许来访者随便使用水来创作。因为有的来访者，特别是有强烈攻击性倾向的孩子，往往会将水和砂子弄得到处都是，让咨询者困惑。当然，由于让来访者使用水，可能会得到意想不到的、颇感兴趣的表现，因此，有关水的使用问题可以取决于咨询者的自由判断。箱庭疗法并不属于心理测验，而只限于心理咨询与治疗，所以并不要求特定的玩具，只要准备好各种各样的玩具，让来访者能充分表现自己即可。必须准备的玩具有人、动物、树木、花草、各种车船、飞行物、建筑物、桥、栏杆、石头怪兽等。具体来说，可以准备各种各样的人形，如男女老幼的普通人形、不同民族和人种的人形，教师、军人、警察、乐队、医生等不同职业的人形，还有骑自行车的或骑摩托车的人形等，质地也可以多种多样，布料的、石头的、金属的、泥塑的等都可以。也可以准备佛像、神像、基督像、天使等。动物可以分为野兽和家畜、鸟类、贝壳、鱼及蛇、青蛙等等。尽可能准备大小不等、各 **5-6** 个较为适宜。车船应准备汽车、火车、公交车、轮船、小舟及战车、军航、救护车、消防车等。有的来访者会有“加油”的主题，可以准备加油的模型。建筑物应准备各式房屋，反映田园风光的、反映城市生活的平房或楼房，加上城墙、楼阁、寺院、塔等。栏杆、围墙、栅栏、屏风等可以反映人的防卫，可以多准备一些，可以用现成的，也可能用竹筷、牙签来做。孩子们通过电视、漫画等看到的怪兽形象、阿童木、机器人也应多准备一些。中国的花园一般都会造假山来装饰庭园，因此，准备小石头时可以考虑假山石等。

**2.指示词** 在实施本技法时，只需要下达如下的指示词：“请用砂子和玩具，在箱子里做个什么，做什么都可以”。一般来说来访者一看就会明白，并不需要更多的说明，特别是对孩子更不需要什么说明，孩子会马上做起来的。如果有的来访者（被治疗者）问“动砂子也可以吗？”“只放动物也可以吗？”的话，与所有的投射法测验一样，只需回答“你想怎

么样都可以”或“你按自己的想法去做就可以了”。无论怎样，必须给来访者自由表现的机会。

**3 记录和提问** 有的来访者会一边解释一边摆放、对此都应予以记录。放玩具的顺序也要记录下来。完成以后，要拍成彩色幻灯片并予以记录保存。可以从正上向下拍，也可以多角度拍摄，但轻微斜面摄影可以充分反映作品的内容，必要时可以画一下连篇略图或速写。作品完成后，讯问“这是什么呢？”，“这个是什么意思？”，但一般来说，不过多询问为好，以免让来访者感到咨询者太罗索，对以后再做时产生负面影响。箱庭疗法也必须坚持保密原则，拍摄照片或记录保存都需得到来访者（制造者）的同意。另外，最好配备一次成像照相机，可送给来访者（制造者）。

（二）箱庭疗法的表现及分析

如前所述，箱庭疗法特别强调来访者与咨询者之间的信赖关系。这一技法不是心理测试。而是治疗方法，要求治疗者在使用箱庭疗法时与心理咨询、游戏疗法同样，需要具有接纳、共情和理解的态度。来访者在制作的过程中，治疗者需要在旁边陪着并采取始终接纳、共情的态度，尽可能的去把握作品中的表现。需要注意的是，尽可能不局限于分析来访者一件作品。也就是说，把来访者的每次作品保存、记录下来，分析时注意作品所出现的变化、相互联系、发展的可能性。对箱庭的表现进行分析时有一定的规则，包括：**整合性**：在分析箱庭的作品时，对作品的整体感受、何种印象是问题的关键。所谓整合性，应包括以下内容：作品的均衡性、丰富程度、细致程度、流动性、生命力等。也就是说，整个作品分散的、支离破碎的、杂乱无章的、贫乏的、机械的、固定的成分少。**空间配置**：所谓空间配置，是指在分析来访者作品时砂箱空间的左右配置、玩具的摆设状况。根据传统的空间象征理论，无论是人物测试还是树木绘画测试及其它的绘画测试，在所给予的空间里，左和右意味着无意识和意识、内部世界和外部世界，上和下意味着精神和肉体、未来和过去、父亲和母亲等。根据经验，我们往往将箱庭作品的左侧看作其人的内在世界、无意识世界，右侧看成外在的世界、意识的世界。当然这并不是绝对的，也有例外的情况，这里所强调的只不过是说，基于以上的象征理论来分析，比较容易理解箱庭作品而已。也有将左右对应过去和未来、母性和父性的看法。一般来说，将山、森林、佛像、寺庙神社、教堂等表示人的无意识，“深层”部分的东西配置在左侧的倾向较强。在从内在世界向外在世界、过去向未来的新的可能性开发的过程中，往往使用砂下角的情况较多。左下角往往意味着可能性、发展的源泉。车船、飞机、动物、人及河川等若是都朝着一个方向，朝向左侧即意味着退行（**regression**）朝向右侧意味着前行**(progression)**，和以上左右的思维不同。那么，将玩具摆放在砂箱之外意味着什么呢？首先要看是在什么时候才将玩具摆在砂箱之外的。在砂箱内完成作品之后，又将玩具摆在砂箱外，可能说明其存在模糊，对自己来讲，意味着难以容忍的心理内容。这种例子一般极少，但也有那种极端的例子，如将一只狮子摆在外面，或将一个人放在砂箱之外，而还留着一条腿架在箱沿等。儿童在摆放玩具时边摆边移动、将玩具从砂箱内移动到砂箱外玩，往往反映了自我的界限尚不确定，将范围扩张到箱外可能具有一种超越自我所能把握的范围去表现自己的危险性，需治疗者加以注意。而将玩具不愿摆放在砂箱内，只将玩具摆放在砂箱周围，有时反映了对表现自我的一种恐惧和不安。**主题**：箱庭中的作品往往表现某一主题。有时只是一件作品，而有时则可能通过一连串的作品去反映某一主题，其主题的中心，

则往往是自我的象征或自我意像。而自我（**self**）的象征可以有各种各样的表现形态，特别是几何图形时，由圆和正方形等的组合，就近似于佛教的曼荼罗，要审视自我在其中的位置或地位。除此之外，还有其他的各种表现形态，如森林中的高塔、山上的城堡、佛像、神像等带有宗教含义的像、特定的动物或人形都有可能是自我的象征或表现了自我的某些期待或向往。

（三）箱庭疗法的注意问题

要进行箱庭疗法的咨询者（治疗者）自身必须在场亲自体验箱庭疗法的创作的过程。不局限于用箱庭理论去解释来访者所创作的箱庭作品，而是应从观赏的角度、共情的角度去对待来访者所创作的箱庭作品。

（刘盈）

## 第七节　家庭疗法

### 一、　概述

家庭治疗属于广义的集体心理治疗。其特点是把焦点放在家庭各成员之间的人际关系上，不大注意各个成员的内在心理结构，其出发点在于某家庭会经历各种发展阶段(如结婚、生育、子女离家等)，若在某阶段在家庭结构、组织、交流、情感表露、角色扮演、联盟关系及家庭认同等方面出现不适应现象，影响到家庭的心理状态，难由家人自行改善或纠正时，宜寻求帮助及辅导，于是家庭治疗由之产生。

（一）基本原理

家庭疗法包括基于精神动力学理论的家庭疗法、基于行为主义理论的家庭疗法和基于系统论的家庭疗法。前两者分别是将对个人而言的精神分析理论和行为理论应用于家庭，现主要就系统论的家庭疗法进行论述。

该理论认为个人症状的原因是包括其本人在内的环境系统的功能不全的结果，试图通过改变系统的功能来解决问题，这种尝试叫做系统解决。由于通常对个人最大的影响力是来自其家庭，所以多将其家庭作为治疗的主要参与者，此时，就产生了家庭疗法的概念。然而，若考虑到对患者构成相互影响的整个系统，那么包括个人疗法（治疗者—患者系统）在内，则存在着各种形态的系统解决。与其它疗法不同，它的焦点不在于个人，而在于个人与个人之间即相互的关系上。

（二）适应证

系统治疗不管疾病种类、疾病程度、年龄、个性，适用于系统中的成员因症状和问题行动而被卷入之时。由于它不探讨个人的深层心理和洞察力，因此也可以适用于以往的心理疗法所不适用的躯体疾病。

家庭治疗适应于以下几种情形：①当所要治疗的症状与家庭集体的功能有关系时；②确认其家庭集体的功能不能有效地运转时；③主诉与儿童、青年期有关时；④家庭处于从生活周期中的一个发展阶段向另一个发展阶段转变时（结婚、家庭成员死亡、随着子女的自立而使家庭成员人数出现变化、达龄退休等）遇到困难时；⑤家庭在相互关系上存在问题时。

以下情形不适合家庭治疗：①家庭的关键成员因地理条件等原因不能参与治疗，或没有参与的动机时；②到了非常严重的状况家人才来寻诊；③由于情绪极不稳定，可能会导致家庭成员严重的无法补偿的损害；④外在诱因（如赔偿金的获得或逃避刑事追究等）成为家属隐瞒的主题时。

## 二、基本技术

与个人疗法重视个人的接受和共鸣一样，家庭疗法首要的是“家属”的接受和共鸣。家属由于患者的慢性病而感到痛苦，造成混乱，负担沉重，这是非常现实的问题。因此，家庭成员分别对所负担的痛苦和沉重负担感到共鸣，而且也必须为了解释病情而提供医学信息，并必须直接提供治疗方针。要实现与家属的连接性，有两点是非常重要的：①重视并符合家庭所具有的文化和规则；②不与家庭成员中的某一人联合，而保持中立的距离。

### （一）结构性解决

所谓家庭的结构，源于家庭成员间的心理位置关系这一距离的概念。要理解家庭系统，就必须理解作为其组成部分的家庭成员间的关系。所谓“结构”，原本是一个抽象的概念，但是通过可实际观察到的家庭成员间的规则或链条，是可以推测出其“结构”的。为了理解相互的关联性，我们将使用“境界”、“提携”、“权威”等辅助概念。所谓境界的概念，即在家庭相互交流的过程中，谁可以以何种方式参与其中的约束。不正常的是“暧昧的境界”和“僵硬的境界”。前者是参与家庭系统的规则比较含混不清，其成员对各种问题相互纠缠，而不是互相默契配合。这样的家庭称之为“网状家庭”。在这种情况下，个人的自律性受到了阻碍。而后者则是在家庭成员间或子系统间构筑了坚固的屏障。这样的家庭称之为“游离家庭”。在这种情况下，学不到人际关系所必需的从属感和相互依存，容易陷于孤立。所谓“提携”的概念，即家庭系统的一员与其他成员构成了合作关系或相反的关系。所谓“权威”的概念，则是每个成员对其他人的影响力，它会因场合和情况而发生变化。通过这些概念的帮助，我们可以对家庭结构进行评价，以夫妇和父母的联合关系、各辈间的境界的设定、子女和兄弟间的层次的形成为目标，进行重新构筑。不过，这些目标是社会上通常接受的家庭结构，而非理想化的家庭状况。

### （二）战略性解决

战略性方法有许多种形态，治疗者将焦点放在特定的问题上，谋求加以解决，通过思考这样的战略，以求有计划地改变系统。战略性方法是间接的方法，在直接指示无效时是非常必要的。

**1.心态变换**　所谓心态变换，是从某一行为的反复重复来看，或者从某种关系和现状与以往不同的侧面来看，为将否定的意思变成肯定的而使用的方法。也包括将肯定的意思变成否定的。这种方法改变一定的判断、看法和事物的框架，其结果不是改变事实，而是改变事物的定义和价值取向。不同的看法会导致不同的观点和想法，并改变症状的意味。例如，“唠叨的母亲”可以变换成“非常热心体贴入微的母亲”，“只顾工作而不管孩子的父亲”可以变换成“信赖母亲而把教育子女的重任交给母亲的父亲”，“孩子的不良症状和问题行为”可以变换成“使陷入困境的母亲振作精神的行为”等等。

**2.反论**　我们在日常生活中经常会面对反论，但是反论往往是否定了根据一贯的前提而

导出的正确的推论。众所周知的有“自发性反论”。虽说是自发性的命令，但产生的是没有取胜希望的状况。自发性行动如果是按命令办就不是自发的了。如果拒绝自发性行动，那也不是自发的。亲子关系和夫妇关系这样亲密的两者关系，一般不会离开这样的约束场，因而产生了慢性的压迫状况。反之，治疗者与患者的关系也可以利用它，可以制造出系统内的某种“波动”（治疗的双重约束）。

（三）预后和注意事项

据认为，系统性家庭疗法在治疗的过程中所取得的系统的变化在治疗后也能继续保持，因此，即使系统内产生新的问题，也有望由家庭自身在一定程度上灵活地解决。即由于在治疗的同时可防止复发，如果出院后是以家庭为中心生活，可以说要比个人疗法更具根治性。

从圆环因果律的立场出发，家庭关系本身不能说是患者症状（生理性变化）的原因，相反，还必须同时考虑患者的症状对家庭关系造成的巨大影响。作为症状的诱因和持续原因，改正多少家庭关系并非是治疗的目标，其目标是通过某些隐喻，促使包括症状在内的僵硬地持续着的现存关系发生变化。其结果是期待症状的变化（基于现存关系的变化与症状的变化是连锁的这一假定前提）。即所谓家庭疗法，是为了去除症状而利用家庭这一现存关系的治疗，而不是因为家庭关系有问题才进行的。从构成主义的观点出发，现实是由各个人构成的图形，如何改变现实，现存关系的变化是否有用，是家庭疗法的前提。例如，“症状的原因是什么？夫妻关系好吗？母子关系密切吗？”并不是必不可少的信息，而“谁对此比较注意，将其作为问题？或者不将其作为问题？而其结果是什么？”等有关人际关系的信息才是必不可少的。系统论认为，人的思考和行动是受其所处的状况所左右的。因此，要了解这个人为何不得不这样考虑这样行动，必须考虑周围的环境和人际关系的相互作用。

（刘盈）

# 第八节　气功疗法

气功在我国历史悠久，至少已有2000年以上的历史，是一种流传很广的民间治病方法。与世界上许多民族的某些训练程式如印度的瑜珈等一样，是一种自我心身锻炼的方法。

气功训练的基本内容是调身、调息和调心，其某些特点是深呼吸训练，意守“丹田”及全身放松达到入静，并用意念引导“内气”使之按“经络”循环，以调整“阴阳”，更新“气血”，达到有病治病无病健身之目的。

气功的种类很多。从姿势上分有站功、坐功、卧功等。从训练时的动静角度可分为动功和静功。太极气功、五禽戏、鹤翔桩等属于动功，练功时具有肢体运动动作之特点；内养功、丹田功、站桩功等属于静功。但这只是相对而言，许多气功同时具有动静结合之特点。

## 一、气功的行为学分析

尽管目前对气功的原理了解不多，但结合现代各种心理行为治疗方法，从现象学角度分析，我们可以发现气功既有自我调整疗法中的松弛疗法成分，也类似于生物反馈疗法，可能还具有想象和自我暗示因素的作用。总之气功可归属于行为疗法(或心理治疗)的范畴。

（一）气功与松弛疗法

在世界诸多种文化中，存在许多带宗教色彩的活动仪式。这些仪式活动有的几世纪来一直被延续下来，有的则不断地得到补充和转换，其中有的还逐渐演化成为当地人民强身治病的手段。如 **14** 世纪存在于某些地区基督教徒中的一种祈祷活动，就有一系列固定的程式：单独静坐、低头闭目、放弃杂念、轻轻吁气、想像着注视自己的心脏，将思想从头部移向心脏，在呼气时轻轻移动嘴唇或者从心底里默说某一句话，如此反复进行。此外，如公元前一世纪犹太人中的一种神秘主义早期活动形式、印度公元前即已有记载并且现在很为流行的瑜珈术以及由我国传往日本的座禅等活动形式也都具有上述类似的活动程式。这些宗教色彩的训练程式有几个共同的特点：都要求进行某种重复的精神活动；要求保持沉静姿态；降低全身紧张度；具有安静的训练环境等。

**Benson** 就是利用上述宗教训练程式中的共同特点，于 **20** 世纪 **70** 年代创立了一种新的非文化的松弛训练程式，这就是松弛反应**(relaxation response)**。其主要内容是轻装、舒适、静坐、闭目、顺序放松全身肌肉、排除杂念和默数呼吸等。使用这种松弛反应，已证明能治疗多种功能和器质性疾病。在临床上，气功对诸如高血压，溃疡病、哮喘、焦虑、失眠等病人能取得较好的疗效，这与上述松弛反应的疗效报告是一致的。

（二）气功与生物反馈

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

生物反馈技术的核心是训练时的信息反馈。气功训练时也强调用“意念”对体内体表不同程度的反应感觉，即患者以自身心理生理状态为注意对象，将注意到的心身反应感觉转化为一种反馈信息，再用“意念”参与控制躯体和内脏的训练活动。例如对肌肉和情绪的紧张信号的感知，可主动训练放松和舒适，经过反复训练，逐渐形成一定的条件反射，最终在一定程度上学会控制部分脏器活动，从而使紧张性病理状态得以恢复和控制。某些疾病如胃肠功能紊乱和内脏下垂，经过气功训练获得效果，以及高血压的血压下降和焦虑情绪的缓解等均可能是通过这种意念控制自身反馈调节训练的结果。作者在早期对慢性病团体心理治疗研究过程中，曾对一个现象颇感惊诧，经过约三周的气功训练，多数病人可以学会主动肠道排气（放屁），在入静十多分钟后，整个团体训练房间里的肠道排气声此起彼伏。可见，气功训练至少部分地是一种不用仪器的内脏学习或生物反馈。国外对印度瑜伽术师的研究也证明，瑜伽训练术能使部分人学会调节身体某些部分的生物活动过程，例如使局部皮肤温度升降和心率减慢等。

（三）气功与想象疗法

想象疗法可以针对体内某一部位或某种病理活动，让病人展开有选择性的和积极的想象过程，来达到治疗目的。有人做过简单的实验，当一个人想象着骑自行车时，下肢血流量就相对增加。这是想象产生心身反应的具体表现。上世纪，国外有学者使用想象疗法结合药物治疗肿瘤病人取得效果。病人想象着体内的白细胞如何“奋起”和抗肿瘤药物协同对付肿瘤细胞，在想象过程中并可伴随着绘画，将想象过程形象地画出来，结果使病人存活期相对延长。此外，活动障碍病人想象舞蹈，雷诺氏病人想象肢体在炎热的环境里等，都是想象疗法

的应用实例。

冥想也是一种与想象有关的治疗方法，在欧洲和北美的健康服务机构和精神病学部门被采用。冥想通常是训练者把注意力集中于单独的物体、声音、概念和体验。冥想训练中可产生一系列心理生理变化，如降低交感活动，提高副交感活动(流涎、放屁等)，与气功训练相似。

气功训练的意念控制和运用，包含了自我想象，与冥想、想象疗法及佛家的禅坐相似。意念活动包括注意的集中，意识的定向。如“调心”要素不仅使思维活动程度降低，且使杂念从无序到有序，也包括想象活动。当病人想象着“贯气”，想象着将浊气从百会穴至涌泉排出体外，在想象中将“气”运行到病变（如肿瘤）部位，或者想象美好景象和情境，均可以通过心身中介作用，促进疾病症状的改善。团体气功训练治疗肿瘤就包含着这种想象“贯气”的训练内容。

（四）气功与暗示疗法和愉快情绪

临床上的暗示疗法、催眠疗法、支持疗法等心理治疗手段之所以能发挥一定作用，其中的一个原因是通过内部或外部言语作用，使病人产生并保持积极的情绪反应。良好的暗示和积极情绪能改善人体内部生理活动过程，这对许多慢性病人特别是心身疾病病人，具有重要的临床意义。松弛训练的研究也证明，病人报告训练后会有一种愉悦的感觉，有的人还告诉有一种发热感和轻度性觉醒，更多的人报告有一种舒畅的休息感。**Patel** 指出，持续地进行松弛训练可减少患者每天由于情绪激动所造成的血压升高程度。所有这些心理上的良好感受都有利于疾病的康复。

参与团体气功训练的肿瘤患者报告，在操作训练过程中，他们也会产生一种良好的感受，产生一种向往、一种希望，因而能够保持相对较好的情绪状态和抗病意志力。作者等（**1998**）对慢性病人的临床调查也证明，凡坚持参加团体气功训练的病人，均报告有这类良好的心理感受。这些心理条件无疑对促进身体健康具有积极的作用。

## 二、在心身疾病防治中的应用

由于气功具有心理和躯体功能方面的调整和训练作用，与多种现代心理行为治疗方法存在相似或相近之处，因此可以作为心身疾病治疗和预防的重要技术手段。特别作为心血管系统、消化系统和神经肌肉系统各种心身疾病的综合心理干预手段之一。在失眠、慢性疼痛、性功能障碍和其它心理疾患方面也可使用。

日本心身医学临床很重视瑜珈等传统心理行为训练方法在心身疾病防治中的应用，往往与其它心理行为干预技术一起，组合到团体治疗技术的序列之中。例如，在医疗保险体系的支持下，日本的心身医学医生将治疗团队带到温泉住下，时间约 **2** 周，患者每天的训练和活动内容包括瑜珈（或冥想）、登山、温泉浴、医生指导等，据报告对于一些心身疾病很有效果。作者等（**1988**，**1993**）也曾将气功训练与团体心理教育相结合，对慢性病人（主要是心身疾病病人）和癌症患者分别实施每期 **2** 个月的团体心理治疗，总样本达到 **517** 例，结果显示在改善病人的心身症状方面有一定的效果。

但是，气功训练种类繁多，理论说法鱼龙混杂，在使用过程中，必须注意掌握分寸，以使祖先遗留下来的这一文化瑰宝能恰到好处地造福于今天的心身疾病病人。在还不能把握一

些复杂气功种类的基本要领和技能时，一般医生可以多采用一些简单的气功方法，例如放松功。此时，与简单松弛训练已经非常接近，而临床效果往往不差。例如，叶圣雅和作者等（**2001**）曾将简单的放松气功应用于上腹部手术病人，结果显示有很好的抗手术应激的作用。

另外，气功的心理作用也有两面性。例如研究松弛训练发现，除了多数人有松弛愉快感觉外，也有少数人报告训练后出现幻觉、失眠等心理方面的紊乱。其原因尚难估计，据认为可能与感觉剥夺**(sensory deprivation)**有关。这种情况在气功训练中也时有发生，即所谓“气功偏差”。因此，在气功训练中也应引起注意。如果发现，应及时停止训练并采取相应的措施。

（姜乾金）

# 第八章　心身疾病的护理

心身疾病的护理，包括心理护理和躯体护理，心理护理在心身疾病中尤其重要，通过心理护理，可对心身疾病患者在疾病过程中出现的心理反应采取相应的保护措施，充分调动病人的主观能动性，使他们以最佳的心理状态主动地接受心理和生理方面的治疗，从而大大缩短治疗的疗程，提高心身疾病的治愈率。本章重点讨论心身疾病的基本心理护理技术。

## 第一节　概述

### 一、心身疾病心理护理基本原则

心理护理（**Psychological nursing**），至今尚无公认定义。一般认为，心理护理是根据心身相互联系相互影响的机理，针对病人现存的和潜在的心理问题、心理需要及心理状态，运用心理学知识和技术，给病人关怀、支持和帮助，以满足病人的需要，解决病人的心理问题，调动病人的主观能动性，使其积极主动地做好“自我护理”，并提高病人和家属对疾病带来变化的适应能力；从而使病人的生理心理达到治疗和康复所需的最佳状态，以利发挥药物和手术的疗效，促进康复和健康的保持。

心理护理不仅有助于消除病人不良的心理刺激，调整心理状态，还有助于协调各种关系，尤其有利于良好医患关系的建立和维护，从而使医务工作者能在良好的心理氛围中，更高效地开展工作。对心身疾病的心理护理需要注意以下原则：

（一）心理护理与躯体护理的整体性

躯体疾病与心理疾病可以相互作用，相互转化，“因郁致病”和“因病致郁”都很常见。特别是心身疾病，与心理因素、社会因素有着十分密切的关系。其中情绪已成为躯体致病的主要原因，而躯体病症又会加重情绪反应，如此便形成恶性循环。因此，在进行护理时，要从病人的心身整体来考虑，既对患者进行躯体护理，以减轻新的负性情绪反应；又对患者进行心理护理，以减弱情绪对躯体的作用，从而阻断病人的恶性循环链，逐步建立一个心身良性循环链，达到心身整体的协调。在护理过程中，还需注意病人的个性特点，通过调整认知模式，进而逐渐改善病人的个性，从根本上防治疾病。

（二）心理护理的个体化

心理护理特别强调个体化的护理。因为作为一类病人，虽然有着某些相似的心理反应和躯体反应。但是，每个人的先天素质不同，后天教育和训练、个体成长的环境、生活方式、学习机会、社会实践、个人主观能动性等诸多方面都不同，所有这些都会造成他们的需要不同、动机不同，对待疾病的心理和行为反应也不同，如不同气质性格的病人，对疾病的承受能力以及在病房里的表现都各不一样。心理护理就是在观察疾病发展特点的基础上，了解在疾病发展中病人所表现的认知、情绪、行为反应的个体特征，从而制定有针对性的医疗护理措施。因此，融入了心理护理的医疗护理工作才有其特定的疗效。护理专业的创始人南丁格尔（**Nightingale F**）曾提出："人是各种各样的，由于社会职业、地位、民族、信仰、生活习惯和文化程度等等的不同，所得的疾病与病情也不同，要使千差万别的人都能达到治疗或康复的最佳身心状态，本身就是一项最精细的艺术"。

（三）重视病人家属和亲友对病人的心理作用

心身疾病患者的家属、亲友，是其非常重要的社会网络，这些网络即可给病人输入正性刺激，也可输入负性刺激。如住院治疗的心身疾病患者，常会表现出紧张、焦虑、恐惧等各种不同的心理行为反应。这些心理反应既可能来自患者对疾病本身的担心，也可能来自于对医院环境的不习惯，但更常见是因家庭、经济、事业问题所致。因此，医护人员应根据病人的心理反应和需要，注意观察其周围环境对他的影响，尽量避免消极影响，并充分调动起其社会网络的积极力量，有的放矢地帮助病人面对自己的问题，适应医院环境，积极配合医疗护理过程，从而有利于疾病的康复。

## 二、心身疾病心理护理的目标

心身疾病心理护理的总体目标是要让病人在认知上、情感上、行为上发生变化，其中病人的主观因素起决定性作用。因此，心理护理的具体目标包括：

（一）满足病人的需要

需要可以通过动机影响人的行为，也可直接决定情绪产生的性质和强度。在临床上，医护人员容易注意到病人情绪和行为的变化，而常忽视病人的需要。实际上，了解并尽量满足需要是解决病人心理问题的根本途径。

马斯洛将人类的需要由低到高级分为 **5** 个层次。心身病症患者的高低层次需求常处于矛盾之中。从某种角度来看，康复的过程就是有关需求得到满足的过程。心理护理的基本任务在于察知患者与疾病有关的需求内容和程度，以及需求不满足与疾病发生发展的内在联系，以协助病人获得这些需要或正确对待失望和困难。如果病人的需要得不到满足，就会表现出焦虑、疼痛、感觉剥夺、应激、无能为力、丧失、绝望、敌意、愤怒、孤独、躯体形象改变以及对环境适应不良等等。因此，满足病人的需要便成为心理护理的一个重要内容。

（二）调整病人的社会角色

社会角色（**social role**）是与人的社会地位、身份相一致的一整套权利、义务和行为模式。病人对自己的社会角色明确，才能端正对待疾病的态度，其行为才符合病人角色的行为规范。因此，对发病初期的患者，通过心理护理，促使患者改变其否认的态度，尽快适应

病人角色；在疾病的发展过程中，防止因病情变化而出现角色行为异常的发生；而在疾病的康复期，则要帮助病人角色向健康方面转化。康复期，一些病人即使已无任何体征，各项客观检查指标均在正常范围内，仍然自觉有许多症状，总觉得自己是病人，小心翼翼，不敢活动，这时医护人员应明确告知病人其已康复，鼓励其恢复日常活动。有的病人角色行为缺如或减退，病情稍好转，即过早活动，致使病情加重，此时应向病人耐心解释过早活动的危害性，以减少疾病复发，争取早日康复。

（三）调节病人的情绪

情绪即可治病，又可致病，因此，心理护理的目标是发展积极情绪，防止或应对消极情绪。通过心理护理，提供给病人的一般措施有：**(1)**创造能表达情绪的环境。如听音乐；漫步静思；与挚友畅谈；给亲朋好友写信等。**(2)**发展积极的自我感觉，从平凡的情境中体验积极的感受。如幸福感、愉悦感等。**(3)**学会有效解决问题的方法。凡是能成功地解决新发现的问题，就会感到快乐。**(4)**学会面对危险情境不畏惧、不焦虑、不回避，积极应对。**(5)**遇到无法应付的焦虑情境时，可暂时撤离，或求救。**(6)**疏泄和平定情绪，找合适的场所和替身充分发泄出不满情绪，平定消极情绪和解除敌意。

（四）缓解病人的心理社会应激

心理社会应激可加剧心身疾病的进展，心理护理通过帮助病人建立良好的人际关系和获得社会支持，来抵消生活事件的消极作用。

（五）增强病人的适应和应对能力

适应是指机体在遇到环境变化时，产生的相应行为，以便个体在变化的环境中再生存下去。适应反应是以 **Freud** 的防御反应理论为基础。人类的心理防御机制是由一定动机所驱使，目的在于回避精神上的不快和痛苦，是潜意识的。其一些对健康有利，一些则危害的机体。心理护理则需要对病人有害健康的应对机制进行心理干预，并帮助病人合理地使用其积极的适应、应对机制，使之有利于向机体康复的方向转化。

（六）处理病人的心身反应

心身疾病患者常见的心身反应是慢性疼痛、睡眠障碍。心理护理过程中可借用一些心理治疗的技术，来处理这类心身反应。

## 第二节　心身疾病心理护理的方法

心身疾病的心理护理无统一固定的模式，任何一个护理情形中都含有心理护理的内容，心理护理是整体护理工作中常规的一部分，而且许多情况下是与躯体护理不易截然分开的，应融于整个护理过程中，也就是说要以护理程序为框架开展系统的心理护理。

### 一、心理护理的程序

心理护理程序是以护理程序为基础，针对服务对象现存的或潜在的心理健康问题、心理需要、心理状态，应用护理心理学的理论及方法，对病人进行心理护理，使其达到良好的心理状态及心理社会适应的动态过程。心理护理程序的步骤分为五步，即资料的收集和评估、

护理诊断、护理计划、实施阶段、效果评价。

（一）资料的收集和评估

这是心理护理的基础阶段，此时必须要收集关于病人和家属的资料，这些资料信息主要包括：⑴患者的社会情况；⑵患者对健康问题及医院环境的感知；⑶患者的应激水平及应对能力；⑷患者的植物神经功能状态；⑸患者的心理状态；⑹患者的人格类型和自我认知；⑺患者患病后的心理社会问题等。

收集资料的途径有：①访谈法；②观察法；③生理仪器测查或监测；④心理测查；⑤其他方法，包括向病人亲友、单位同事了解病人有关情况；参阅病人的病历、护理病历和病程记录掌握病人的情况，等等。

然后，将收集到的各种资料进行综合、分类、评估，分析找出病人需要心理护理的问题，查出可能的原因，为下一步作准备。

（二）提出护理诊断

根据病人现存的或潜在的健康问题（**P**）及产生原因（**E**）做出诊断。护理诊断一般基于北美护理诊断协会提出的护理诊断，目前有 **128** 项护理诊断，其中心理方面的诊断约占 **38%**。（见表 **8-1**）

表 **8-1**　心理护理诊断

| | | |
|---|---|---|
| **1.**精力不足 | **17.**调节障碍 | **33.**长期自我贬低 |
| **2.**语言沟通障碍 | **18.**防卫性应对 | **34.**条件性自我贬低 |
| **3.**社交障碍 | **19.**防卫性否认 | **35.**自我认同紊乱 |
| **4.**社交孤立 | **20.**家庭应对无效**:**失去能力 | **36.**感知改变 |
| **5.**有孤立的危险 | **21.**家庭应对无效**:**妥协性 | **37.**绝望 |
| **6.**角色紊乱 | **22.**家庭应对**:**潜能性 | **38.**无能为力 |
| **7.**父母不称职 | **23.**社区应对**:**潜能性 | **39.**知识缺乏 |
| **8.**有父母不称职的危险 | **24.**社区应对无效 | **40.**思维过程改变 |
| **9.** 家庭作用改变 | **25.**不合作**(**特定的**)** | **41.**记忆障碍 |
| **10.**照顾者角色障碍 | **26.**抉择冲突**(**特定的**)** | **42.**功能障碍性悲哀 |
| **11.**有照顾者角色障碍的危险 | **27.**睡眠形态紊乱 | **43.**预感性悲哀 |
| **12.**有家庭作用改变危险 | **28.**有婴儿行为紊乱的危险 | **44.**创伤后反应 |
| **13.**父母角色冲突 | **29.**有婴儿行为改变 | **45.**受强暴后反应**:**沉默反应 |
| **14.**精神困扰 | **30.**增进婴儿行为**:**潜能性 | **46.**受强暴后反应**:**复合性反应 |
| **15.**增进精神健康**:**潜能性 | **31.**自我形象紊乱 | **47.**焦虑 |
| **16.**个人应对无效 | **32.**自尊紊乱 | **48.**恐惧 |

每个病人可能同时存在几种不同的心理问题或心理障碍，根据以上定义，作出诊断。

（三）、制定心理护理计划

经过资料分析所获得的护理诊断往往不止一项，应按心理问题的先后、轻重、缓急排列成序，按护理问题制定护理计划。计划中应明确心理护理的近期、中期和远期目标，规定达到各期目标的期限，设计解决各项心理问题的具体干预手段。

**1．心理护理目标** 其目标是针对护理诊断，希望通过心理护理达到病人心理状况的改变。目标也是检验心理护理效果的标准。

心理护理目标的确定必须以病人的心理状况为中心，其内容必须是病人的行为、情绪、认知等方面，必须有确切、可衡量的行为动词，如能、会、增加或减少等动词；还必须有相应的确切时间安排。

**2．选择恰当的护理措施** 心理护理措施必须具有科学性、可行性、可接受性，护士必须具有该护理措施的理论和实践技能等。

（四）、心理护理的实施

该阶段是贯彻执行计划中的各种方案和护理干预措施的阶段，心理护理计划从这时开始生效。实施心理护理时需注意以下几个方面：

**1．交往与互动** 心理护理是在医生护士与病人交往中进行的，心理护理的执行中，病人应是主动参与者，要让他们能够发表自己的见解，不管是否恰当。因此，医生护士应主动与病人交往。

**2．启迪与激励** 心理护理中，医生护士应经常给病人讲解医学和心理卫生知识，介绍一些与病魔作斗争的事例，给病人启示和激励，从而消除其对疾病的错误认识和观念，增强治疗的信心。

**3．要有针对性** 心理护理无统一固定的模式。它是根据每个人健康的状况、疾病的情况及其心理状态，有针对性地制定护理计划，采用相应的对策和措施。

**4．提倡自我护理** 自我护理（self-nursing）是 Orem ET（1971）提出的护理理论。这是一项为了自己生存、健康及舒适所进行的自我实践活动。它包括四项基本职能，即：（1）维持健康。（2）自我诊断、自我用药、自我治疗。（3）预防疾病。（4）参加保健工作。这对心身疾病患者尤其重要，因为心身疾病是一类慢性的、与个人行为密切相关的疾病。

**5．以病人为中心的服务** 须提高医护人员的服务意识，改善服务态度，根据病人的心理需要，为病人心身整体护理。

**6．做好记录与保密** 在心理护理中，对病人的反应必须做好记录，以帮助评价目前心理护理计划的效果和合适性，并作为下一阶段的依据。同时保护病人的秘密和隐私。

此外，在开展心理护理工作中还须注意，心理学的理论与技术是心理护理方法研究中需遵循的首要原则，是优选心理护理对策的前提，是有效实施心理护理的基础，是心理护理的指南。

（五）、心理护理效果评价

即检查估计效果和护理计划执行情况。一般说来，不管是否帮助病人达到了心理护理

的目标，均应考虑评价。病人是评估的中心，对病人实施心理护理后应及时将病人心理状况与目标作比较，分析目标达到状况，如可将病人护理前后心理测验加以对比。

未达到的护理目标、未解决的护理问题可先分析原因，再列入护理计划，重新采取对策。

## 二、心理护理的方法与技巧

### （一）一般的心理护理方法

由于个体差异，病人心态千差万别，因而心理护理必须因人而异，因人施护，因病施护，有的放矢。现就可循的病人心理活动共性规律中常用的心理护理技巧归纳为一般的心理护理方法：

**1．建立良好的医患关系** 这是基础和重要保证。在医患关系中，医生护士应起主导作用，因此，医生护士应注意：①建立良好的第一印象。初次见面，医生护士朴实庄重的仪表和谦逊的语言而形成的良好形象，能给病人好的心理感受，会改善不良情绪，并增加对医生护士的信任。②培养高尚的道德与深切的同情心。③熟练运用美好的语言。④熟练的医疗护理技术。⑤灵活的工作方法。⑥主动地相互理解与沟通，并说服病人支持配合。

**2．促进病友间良好的人际关系** 心身疾病病程常较长，因此，医生护士可设法引导病人间相互认识、相互关心、相互鼓励、相互帮助。可通过建立病友之家、开展小组小讨论等形式促进交流。

医生护士还可指导病人去走访疗效好的病友，向他们了解治疗的感受和应如何配合治疗，了解治疗中应注意的问题等。这对于克服病人因疾病和手术或某种治疗操作而担心、恐惧有相当积极的作用。同时，也要注意发现治疗中的意外情况及病人不良情绪变化，及时防止不良情绪的蔓延。

**3．解决病人实际问题，满足病人的需要** 心身疾病患者常需要坚持长期服药、控制饮食、改变不良行为习惯，等等。因此，医生护士应根据病人的具体问题，提供具体指导帮助。尽可能的满足病人的生理心理需要，尤其需注意满足他们的尊重需要，从语言和行动上表现出对他们的尊重。

**4．提供有关疾病的信息** 病人患病后，总是急切地想要知道自己患得是什么病、病情如何、疾病会对自己将来造成什么影响等问题。医生护士应尊重病人的知情权，尽量满足病人这一需要，从而避免他们产生不必要的忧虑、恐慌。但在告之疾病信息时，应注意病人的心理承受能力。

**5．锻炼病人的自理能力** 心身疾病的心理护理中强调自我护理，医生护士应通过心理疏导帮助、启发和指导病人，尽可能地进行自我护理及自我保健。

**6．争取家庭、单位的支持** 心身疾病患者常有各种后顾之忧，例如担心家里人是否会嫌弃自己，担心治病会加重家庭经济负担，担心会影响工作，担心别人怎么看待自己等。所以，医生护士应争取家属亲友及单位对病人的关心支持，帮助病人妥善处理和解决好这些问题，解除他们的后顾之忧，改善其不良情绪，以利安心治疗。

**7．创造良好的治疗环境** 良好的环境能满足人的生理需要和心理需要，有利于病人的

治疗康复。尽量将医院环境布置的幽雅、宁静，树木、绿草、花卉环抱及空气清新，病室内外布局陈设合理，光线适宜，色彩柔和，保持清洁整齐。休息室和活动室还应有音乐、书画，使人心绪宁静，充满生机。

**8.加强健康教育** 医生护士要有计划的、经常的对病人进行不同形式的健康教育，包括与疾病有关的医学知识，心理卫生、心理保健、心理支持、心理应对、情绪调节和自我护理等方面的知识，使病人对疾病能有科学认识，从而通过健康教育进一步调动病人的积极性，指导病人以乐观态度对待疾病，配合治疗。

其基本形式有：①心理健康教育专题知识讲座，如：情绪与高血压的关系之讲座等；②心理健康教育座谈会。以集体讨论的方式进行有关健康问题的心理教育，使大家通过讨论获得心理健康知识（医生护士一般最后以总结发言强化教育效果）；③个别心理健康教育，通过个别交谈讲授有关知识；④娱乐性健康教育，采用娱乐方式如知识竞赛、教患者做健美操等形式；⑤专业知识咨询、解答患者有关问题等。

**9.恰当使用心理治疗方法** 针对心身疾病患者不同的心理行为问题，选择相应有效的心理治疗方法，如：放松疗法、暗示疗法、认知行为疗法、生物反馈疗法等等。

护理是一门精细的艺术，心理护理是精细艺术中最精细的。它必须针对不同的对象，采用不同的语言技巧和交往方式。例如，与老人交谈应言简意明，声音大些，必要时多重复两遍，让他们听懂意思；与年青性情急躁者交谈，应该开门见山，直来直去；与性格内倾、悲观少言者交谈，应该耐心细致，多给予鼓励和积极暗示，使其增强信心。另外，医生护士还应学习掌握非语词性交往技巧和常用的一般心理治疗技术等。

## 第三节 特殊心理问题的心理护理

对于某些心理症状突出的心身疾病患者，应有针对性的进行特殊心理护理，并恰当使用一些心理治疗的技术。

### 一、焦虑

焦虑是临床上心身疾病患者很常见的心理问题。

（一）焦虑的临床表现

常见病人紧张不安、烦燥、眉头紧锁、注意力难以集中，常有无意小动作，如不停踱步，频频吸烟，难以入睡；还有植物神经系统功能亢进表现，如心跳加快，血压升高，呼吸快，皮肤潮红，汗多，瞳孔扩大，骨骼肌紧张等；有的人会出现副交感神经亢进症状，如尿频、腹泻等。

（二）焦虑的评估

**1.观察** 根据临床表现进行观察记录。

**2.生理仪器观测** 如心电图、呼吸、脉搏、血压。

**3.交谈** 通过与病人和家属的交谈，了解病人的紧张、着急、担心、忧虑及恐惧等内心体验和行为表现。

**4.心理测量** 常使用焦虑自评量表（**SAS**），焦虑分增高。

（三）护理

**1.**说明与疏导。针对焦虑原因多作解释说明，多给安慰；并以同情心和足够的耐心进行有效的引导，给病人倾诉和哭泣的机会，有助于疏泄积累的紧张和焦虑情绪。

**2.**娱乐消遣活动，分散注意。如指导和安排病人在治疗之余看电视、书报，听收音机，与人聊天下棋等等。

**3.**放松治疗、认知行为疗法等心理治疗方法的运用。（**4**）当焦虑程度较重时，适当用抗焦虑药物。

## 二、抑郁

抑郁也是心身疾病患者很常见的心理问题。

（一）临床表现

可多种多样，有的心境悲观、少言寡语，不思饮食，对外界事物丧失兴趣；有的自暴自弃，放弃治疗；有的呆视愣神，严重者表现失助，有自杀倾向。另外还有植物神经功能和内分泌活动的改变，如食欲不振、体重下降、闭经、性欲减退和便秘等。

（二）评估

**1.观察**。

**2.交谈** 通过与病人和家属交谈了解，但有时病人口头否认，不等于没有抑郁情绪。

**3.测量** 抑郁自评量表（**SDS**）测验分增高；明尼苏达人格量表（**MMPI**）测查，抑郁分增高。

（三）护理措施

**1.**针对病人产生抑郁的原因，多作解释，诱导改变病人的认识结构，使病人看到治疗中有利的因素，看到治疗中病情的好转和进步，看到希望和增强信心。

**2.**给病人讲解情绪与健康、疾病的关系，说明良好的情绪和坚强的意志有利于疾病向好的方面转归。

**3.**提供热情、周到及耐心的服务。

**4.**多给病人积极暗示，向病人介绍其他病人顽强战胜病魔的动人事例。

**5.**争取病人亲属和单位领导多给病人关心鼓励，帮助解决治疗过程中的困难，使病人得到鼓舞。

**6.**适当运用抗抑郁药和系统的心理治疗。研究报道：认知疗法对情绪抑郁效果良好。

**7.**有自杀意念或行为者，应高度警惕，做好预防工作。

**8.**适当应用抗抑郁药物。

## 三、孤独感

常见于住院的心身疾病患者

（一）临床表现

住院后，病人因环境的陌生、单调，常感不安全、不放心及没意思，有的人感到“度日如年”，很不适应。因此，事事谨慎小心，对疾病的诊断、治疗有许多问题，不敢主动问医

生护士，也不敢随便与人交谈，想念亲友、思念家乡，盼望着亲友早来探视和陪伴，有的病未痊愈就想回家等。

（二）评估方法

**1.观察** 病人少言语、少交往和行为小心谨慎，睡眠障碍，睡不着、容易醒，闷闷不乐等。

**2.交谈** 通过与病人交谈了解他入院以来的感受。

**3.心理测量** 气质测量可能为抑郁质；卡特尔人格量表测查（**16PF**），乐群性、敢为性分低。

（三）护理措施

**1.**帮助病人熟悉环境，向病人介绍医院的生活制度，医疗安排。

**2.**向病人介绍主管医师、护士长、责任护士及主治医师，告诉病人有事随时可找主管医师、值班医师和当班护士。

**3.**介绍病人认识同病室的病友，告诉他有事也可请病友给予帮助。

**4.**医生护士值班，夜间多巡视，增加其安全感。

**5.**主动与病人亲属联系，请他们多抽空探视，必要时可允许亲人陪伴。

**6.**适当安排病人做些娱乐活动，如与病友下棋或打扑克等。

## 四、自我概念紊乱

自我概念**(self-concept)**紊乱是指对本人认识的消极改变或不适应，包括身体心像、自尊和角色的消极改变。

心身疾病患者因疾病病程长，治疗效果不满意，或因长时间用药造成身心变化，工作能力下降等等，如糖尿病患者服用激素后的变化，因此，常会出现自我概念紊乱。

（一）临床表现

多种多样，具体可有：拒绝看或触摸自己变化的身体，不愿谈论自己面临的问题；否认功能丧失；情绪悲伤，常哭泣；悲愤自毁行为，如频频吸烟，借酒消悉；嫉妒健康人，不愿与人接触等。

（二）临床评估

**1.观察**。

**2.交谈** 了解病人感受和想法，如过去干什么工作，如何看待自己；现在又如何看待自己，对今后有什么想法；家里亲人对自己患病怎么看待等等。

（三）护理

**1.理解与关心** 设身处地为病人着想，给予诚挚的关心，了解病人真实的感受。

**2.给予鼓励** 鼓励病人要正视自己的问题，面对现实说出自己真实的想法和问题，鼓励病人用顽强的意志对待生活。

**3.指导** 指导病人适应新的生活，学会自我料理生活，重新找到适合自己的工作。

## 五、疼痛

临床上疼痛是心身疾病中较普遍、重要的征象与症状，大多伴随着消极情绪，因此，

对疼痛的心理护理十分重要。

（一）临床表现

多种多样，如隐痛、刺痛、烧灼痛、电击样痛或浅表性痛、内脏性痛、牵涉性痛等，且常与其他感觉如冷、压、温觉等复合。痛知觉通常伴随情绪和躯体反应，且是病人自己主观的、高度个体化的经验，不易被他人确证。要疼痛患者向别人描述疼痛是很困难的。国外曾有学者描述“英文能够表达哈姆雷特的思想和李尔王的悲剧，却没有词汇表达颤抖和头痛。一个单纯的女学生，当她堕入爱情时，有莎士比亚和济慈为她表白。但是，让一个病人试图对医生叙述他的头痛时，语言就立即感到枯竭了。”之所以如此，就是因为疼痛的出现及强度与个体心理状态紧密相关。有时，疼痛的出现和加强是由于情绪的变化所致，而不是躯体的损伤。

（二）评定

疼痛是一种人体主观体验，故难以进行直接、精确和客观的测量，心理学上常用描述和间接的方法。

**1.患者主观描述** 可分轻度、重度、不能耐受等几种程度。用来描述疼痛的词汇有 3 类：①描述疼痛的感知性质，如针刺感、酸痛等；②描述疼痛的情感性质，如紧张、恐惧等； ③评价整个疼痛经验的主观强度。根据研究资料，情感成分越高，表明越有必要对疼痛采用心理治疗方法；感知成分越高，则越能提示适用传统方法来控制疼痛。

**2.采用止痛药进行间接测量** 即：使疼痛减轻达到一个标准程度所需要的止痛药剂量，被用来表示疼痛的程度。但是此方法仍然受到许多影响和限制。

**3.痛阈的测量** 痛阈是指刺激引起疼痛所需的最低强度。痛阈的测量对引起疼痛的刺激量有个大致的评估。不同的个体痛阈可有很大的差异，即使同一个体在不同情况下痛阈也有变化。

**4.耐痛阈** 机体能够耐受的最高疼痛刺激强度，称为耐痛阈。虽与痛阈相似 ，但有很大差异。痛阈与生理状况的关系密切，耐痛阈与心理因素高度相关。众所周知，有些儿童在父母面前跌了一跤，他会马上诉说疼痛并大声哭泣；但如果在一群儿童游戏时发生类似的跌跤，儿童可以不以为然，照常嬉戏，或虽感疼痛，为了在小伙伴中显示自己的坚强，咬紧牙关不叫痛。这清楚表明，疼痛的耐受程度受到心理因素的极大影响。

痛阈和耐痛阈测量常用于疼痛的基础研究，在临床病人疼痛程度诊断方面意义有限。

（三）疼痛的护理

疼痛的主要护理措施有：

1.对于疼痛病人要善于敏锐地观察病人的疼痛反应，耐心倾听病人的诉说。要了解疼痛发作是首次还是持续性的，疼痛的性质、程度、部位等，还要善于从表情、情绪以及外部反应判断其疼痛程度。

2.病人的疼痛反应是很不愉快的感觉，如医护人员对一些功能性疼痛主观地认为是无病呻吟，会使病人痛感增加。应恰当地向病人解释疼痛的机制，可安慰病人，稳定病人的情绪，从而增强对疼痛的耐受性。对疼痛强度突然改变，变得尖锐而严重的持续疼痛的病人应慎重对待，要注意观察是否有其他器质性改变。

3.分散注意力可有效地减轻病人的疼痛知觉。可引导病人把注意力集中于阅读、看有

趣的电视节目或与来访者谈话等活动上。

**4.**事先进行疼痛知识的教育，也可改变病人的疼痛反应。对有些可能造成痛苦的诊断和治疗手段，事先要主动告诉病人如何对待和配合等。另外，通过减轻不良的情绪反应，争取家属配合等措施，也可减轻疼痛。

（唐峥华）

# 临 床 篇

## 第九章　循环系统的心身疾病

根据心身相互联系的特点，循环系统常常被认为是心身疾病的易罹患系统。循环系统的很多疾病，不仅在病因学方面与心理社会因素尤密切的关系，而且由于患病后给患者带来的恐惧、焦虑等各种情绪的变化，也常常影响疾病的治疗和康复。本章着重阐述循环系统常见疾病的心身问题以及临床心理干预方法。

### 第一节　冠心病

#### 一、心理社会病因

冠心病是危害人类健康的常见病、多发病、高发病，也是被公认为循环系统主要的心身疾病，是成年人死亡的第一原因。冠心病的病因和发病机制迄今尚未完全阐明。大量的研究表明，冠心病的发生、发展与生物、心理和社会等诸多因素有关。如高血压、高血脂、高血糖、高血粘度、肥胖、高龄、吸烟、缺乏运动、A 型行为、遗传、人际关系不协调等均被认为是冠心病的危险因素。存在有上述危险因素的人群称为高危人群，这些危险因素，有的虽不属心理、社会因素的范畴，但仍间接地受心理、社会因素的影响，与之有一定联系。而与心理社会因素关系最为密切的主要有：

**1. 情绪因素**　有的学者研究认为，情绪与冠心病的发生、预后有关，急剧情绪变化或痛苦的反应可引起猝死，国内外文献报告在猝死死因中，多为心肌梗死。**Medalie** 等研究，高度焦虑者心绞痛发生为低焦虑组的两倍，在情绪变化时可引起心电图 **ST** 段和 **T** 波改变。

**2. A 型行为**　20 世纪初，英国医生 **Williamosler** 就提出，典型的冠心病患者是一类“敏感、有雄心的人，他的引擎表总是显示在全速前进”。 20 世纪 50 年代，**Friedman** 等提出冠

心病患者的行为特征与一般人有很大的不同，他们把这种行为特征称为 A 型行为类型。A 型行为（type A behavior pettern，TABP）具有以下特点：争强好胜好争执，敏感而缺乏耐心，雄心勃勃，积极工作，而又急躁易怒，即具有时间紧迫感(time-urgency)和竞争敌对倾向(hostilily)等特征。缺乏这些特点的行为称为 B 型行为（type B behavior pettern，TBBP）,他们经常从容不迫，悠闲自得，容易满足，随遇而安，无时间紧迫感，不争强好胜型。

西方协作组研究计划（WCGSP）在 20 世纪 60 年代对 3000 多名中年健康男性雇员进行了近十年的追踪观察。结果发现 A 型行为者在整个观察期间冠心病总发生率以及各种临床症状包括心肌梗塞、心绞痛等的出现率二倍于 B 型行为者。这说明，A 型行为类型不是冠心病发病后出现的行为改变，而是冠心病的一种危险促进因素，故有人将 A 型行为类型称为“冠心病个性”(coronary-prone individuals)。世界心肺和血液研究协会(NHLBI)也于 1978 年确认 A 型行为属于一种独立的冠心病危险因素。

我国学者应用 A 型行为问卷调查表进行研究，也说明冠心病病人 A 型行为明显高于正常人。Friedman 认为 A 型行为的心肌梗死患者接受行为治疗后，能改善其精神症状，是复发率明显减少。600 例接受行为治疗病人，复发率从 6%减少到 2.8%。1978 年世界血液研究协会确认，A 型行为是冠心病一个独立的危险因素。

然而，20 世纪 80 年代以后，Friedman 等人关于 A 型行为与冠心病发病有关的结论受到挑战，在有些研究中，并没有发现 A 型行为与冠心病之间的密切关系。其原因可能是由于人们在研究中对 A 型行为的概念尚未统一，或者研究者所使用的测量工具存在差异而导致了矛盾的结果。

近年来，对 A 型行为与冠心病关系的研究转移到分析 A 型行为概念下的具体行为特点与冠心病的关系。研究表明，对环境和其他人持有敌视态度的 A 型行为者发生冠心病的危险性增加。Keltikangas-Jarvinen 提出，A 型行为有两个因素值得注意：一个是参与－投入因素（engagement-involvement）,另一个是刻意追求性因素（hard-driving）。参与－投入行为者对自己的情绪和行为采取积极的态度，适当地表达，在应激状态下能够较多地使用针对问题的应对策略。刻意追求者在处理自己情绪时常有不适感。情绪的表达上常倾向于通过躯体症状表达，提出该因素与冠心病有密切的关系。如果用 A 型行为问卷调查表测量，CH（competitive and hostility）分量表的得分比较高，即 A 型行为与冠心病关系最为密切的不是争强好胜、时间紧迫感，而是对人抱有敌视的态度和竞争敌对倾向。

**3. 社会环境因素**　心理社会环境因素在冠心病起着重要作用。当今世界科技飞速发展，各种竞争激烈、工作和生活节奏加快、情绪紧张、心理压力增大、个体需要与和社会环境的矛盾冲突、噪音及大气污染等，使机体、心理生理反应和身体反应显得过于缓慢，落后于社会和生产活动的节律，产生了社会-生物无节律，这些无节律构成了一系列疾病的共同前提，首先是心血管疾病，尤其是冠心病。从流行病学资料研究表明，冠心病发病率西方国家高于东方国家，发达国家高于发展中国家，城市高于农村，脑力劳动者高于体力劳动者。国内外学者回顾性调查研究，心肌梗死病人发病前的 6 个月内，其生活事件明显增多，高于对照组。总之研究结果证明社会因素与冠心病发生有密切关系，如果说生理性危险因素（高血压、高

血脂、高血糖、肥胖、遗传等）的组合或累及会导致冠心病的发生。而心理、社会因素就会进一步加剧冠心病的危险系数。

**4．其他行为因素**　行为因素除了A型行为是冠心病的行为危险因素外，还包括吸烟、缺乏运动、过食和肥胖及对社会适应不良等。这些行为因素在特定社会环境和心理环境条件下形成的，行为因素又进一步通过机体的生理病理作用，促进冠心病的形成。由此可见，社会因素与行为危险因素对冠心病是两类即互相联系又互相独立的致病危险因素，充分认识这一点，对如何预防冠心病具有重要意义。

## 二、心理生物学机制

冠心病发生机制尚未完全阐明，心理素质是冠心病的发病基础。素质即机体的易罹性，有先天的，也有后天的因素，具有心理和生理上特点。冠心病有遗传性，美国约翰.布莱斯鲁教授，他发现一种特殊蛋白脱辅基蛋白是动脉硬化的关键物质，脱辅基蛋白A、B、C基因缺陷引起动脉硬化，这种遗传素质在生化方面的特点是脂代谢障碍，表现高脂血症。胆固醇过高的内在原因是低密度脂蛋白受体完全或部分丧失功能，这些是冠心病的生理始基。冠心病A型行为特征的人，胆固醇、甘油三酯、去甲肾上腺素、促肾上腺皮质激素（ACTH）都易于增高。脂肪代谢紊乱，血液流动学异常和动脉管壁病变，三者是冠心病基础。心理、社会因素使交感神经兴奋性增强，血压急剧升高，心率加快，血液凝固时间缩短，引起冠状动脉功能异常，血管内皮细胞功能损伤，发生心肌缺血、动脉硬化斑块破裂发生心肌梗死和心源性猝死。当血管内皮细胞正常时，心理因素可使冠状动脉扩张，而当冠状动脉有病变血管内皮功能受损时，心理因素可使冠状动脉收缩。除此，长期应激可导致垂体-肾上腺皮质系统兴奋，皮质醇分泌增多引起高血压。抑郁、血胆固醇及甘油三酯增高、钠潴留、血容量减少、心肌钾减少、室颤阈降低，并增加冠状动脉-肾上腺受体对儿茶酚胺的敏感性，使冠状动脉收缩，血流减少，心肌缺血缺氧。最近报告（Pychoson Med,2004，66；684），有易怒、敌意和中度抑郁不良心理特征，而无传统心血管病危险因素，貌似健康的成年人，可使C反应蛋白(CRP)水平增高，促发心梗和卒中危险。Suarez研究证实具有易怒和敌对情绪和抑郁等不良心理的人在面对应激时，产生的去甲肾上腺素和白细胞介素-6（IL-6），都比正常人多，这两种物质都与炎症相关。心脑血管病人也可以归因于可激活炎症过程的不良心理。从心身医学观点分析，冠心病属于典型应激性疾病，心理应激可使冠状动脉收缩，可使血清胆固醇增高，并与心血管反应性正相关。（见图9—1）。

## 三、身心反应特点

**1．心肌梗死急性期心理反应**　国外研究在冠心病监护病房（ICU），80%病人有焦虑，58%抑郁，20%敌对情绪及16%烦躁不安，这些情绪因素对冠心病病情进展和治疗有重要作用。

**2．急性心肌梗死病人心理特点**　根据Heckett（1977）与里译（1980）等对急性梗死病人心理变化观察及作者研究认为其心理特点如下。

⑴焦虑期。发病1～2天对死亡恐惧，焦虑不安，严重出现惊恐症状，伴有不安宁、出汗、失眠及心跳加快、呼吸急促，强烈焦虑、惊恐发作导致猝死。

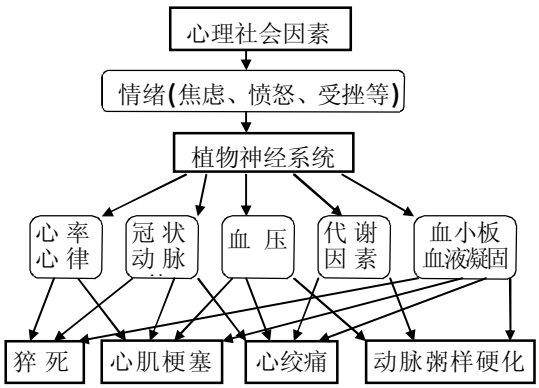



图 9—1　冠心病心理生物学过程示意图

⑵否认期。发病 2 天后，尤其 3～4 天，约 50%病人出现心理否认反应。所谓否认（denial），是指否定、漠视、淡化和回避应激事件的存在或严重性的一种心理应对方式，伴有一系列认知情绪和行为相应表现。否认期有利于冠心病的心身适应。缺乏否认机制病人往往表现较高的焦虑和抑郁反应，并影响预后。但否认机制在早期易导致延误诊断和治疗，在康复期的不利影响在于否认机制病人对康复治疗计划，不良行为矫正等往往不屑一顾。

⑶抑郁期。发病第 5 天，30%病人抑郁，自感因病不能生活自理，丧失工作社交能力，经济损失及今后个人前途等，因而苦闷抑郁，丧失治疗信心。

⑷再焦虑期。病人离开监护病房，缺乏心理准备，或对监护病房有依赖、安全心态而易产生焦虑反应。当病情好转时，随时告诉病人，并给予祝贺和鼓励，减少照料、通知监护日期，以减轻焦虑情绪。

此外，有 11～40%冠心病患者出现欣快、淡漠、多动或少动及兴奋不安等较严重精神症状，对此必须进行心理治疗和处理。

这些研究结果证明社会因素与冠心病发生有密切关系，如果说躯体危险因素（高血压、高血脂、高血糖、肥胖等）的组合或累及会导致冠心病的发生，而社会、心理因素，就会进一步加剧冠心病的危险系数。

**3.冠心病的心理障碍。**

（1）焦虑障碍：它是心血管病中常见心理障碍之一，在高血压、冠心病中更为显著。焦虑障碍指持续性紧张或发作性惊恐状态（惊恐发作）。惊恐发作特点为无明显原因，突然发生强烈惊恐感，甚至濒死感，伴有自主神经功能亢进症状，如心悸、胸闷、气急、被迫坐起、要求吸氧、头晕出汗、、肌肉紧张及发抖，以夜间多见，惊恐发作时心动过速，常误诊为左心衰。Crowe 等对 785 例急性心肌梗死住院患者进行焦虑量表测定，24%病人有重度焦虑障碍，选择 201 例随访，一年后，仍有病人患焦虑障碍。冠心病事件的危险度随焦虑水平提高而增加，如果将冠心病事件进一步分为猝死型和非猝死冠心病事件，猝死型冠心病事件与焦虑水平呈正相关。

（2）抑郁障碍：1988 年 Carney 等随访 222 例急性心肌梗死出院病人，发现 6 个月后由 12 例发生心源性死亡，而抑郁症是死亡一个明显预兆。继续随访 18 个月后有 21 例死亡，

包括 19 例死于血管事件，其中 7 例是重度抑郁症，另 12 例抑郁症量表测定量表分明显升高，当抑郁症伴有室性早博时（每小时≤10 次），发生死亡危险度更大，病后 5 年到 10 年期间死亡危险度增加 84%，这就意味着冠心病抑郁障碍对冠心病的预后及防治有密切关系，并对某些急性心血管事件起到板机作用。抑郁障碍诊断依据临床三低症状（情绪低落、思维迟缓、语言动作减少）结合 HAMD、SDS、SAS 量表诊断标准方可确诊。

### 四、临床干预策略

**1．评估与诊断** 冠心病的诊断主要依据病史、临床表现、实验室检查等临床医学的方法，具体可参阅内科学教材。

心理评估则可通过晤谈，了解患者情绪状态，日常对生活事件的处理方式、应对风格，观察患者的行为反应等。

心理测验常用 A 型行为问卷调查表、生活事件量表、特质应对方式问卷、抑郁、焦虑等症状评定量表等。

**2．治疗方法** 冠心病的临床药物治疗参参阅内科学教材。在药物等临床治疗的基础上可选用有针对性的心理治疗。

（1）心理支持和心理咨询：冠心病患者对病情过分关注、担心，因此对患者应热情和蔼、关心体贴，详细了解病情，认真做好各项检查，依据患者的特点，确定综合治疗方案，对临床不同特点进行解释性心理咨询，消除紧张，稳定患者情绪，增强战胜疾病的信心。Firedman（1982）曾对急性心肌梗死病人 1035 例，进行随访，同时进行心理咨询，经过 1 年的随访，咨询组并发症 2.9～4.2%，死亡率 0.9～1.8%；对照组 8.9 与 4.8%，两组有差异。这说明心理咨询可降低心肌梗死的并发症和死亡率。

（2）矫正 A 型行为：A 型行为不仅是冠心病发生的危险因素，也是冠心病预后重要危险因素。国内外许多学者认为改变 A 型行为模式，可减轻机体对外界刺激的过强反应，降低交感神经张力，恢复良性负反馈调节，在医生指导下进行认知疗法、放松训练、想象治疗，配合气功、生物反馈及音乐治疗等效果更好。

（3）冠心病焦虑障碍、抑郁障碍的治疗：除心理治疗外，临床上应用三环类或四环类抗抑郁药，近年来首选选择性 5-HT 再摄取抑制剂/SSRI 治疗。如盐酸帕罗西汀、盐酸氟西汀、左洛复等。俞子彬报告（2002）应用左洛复治疗 40 例冠心病抑郁障碍，取得了较好疗效。

（4）不良行为矫正：对吸烟、酗酒、过食、肥胖、缺乏运动及嗜咸食等不良行为进行矫正。在医生指导下有毅力克服依赖性，进行行为干预，参加文体活动，提倡健康文明的生活方式，对冠心病的防治有现实意义。

## 第二节 原发性高血压

原发性高血压是以慢性血压升高为特征的临床综合征。原发性高血压占高血压症总人数 90%左右。世界面临高血压患者日益增多的趋势，且随着年龄增长，其发病率持续增高，高

血压病不仅流行广泛，而导致冠心病、脑卒中、肾功能衰竭等并发症。是致残率、致死率极高的疾病，国际上有“无敌杀手”之称。原发性高血压造成在医疗、社会和经济上的负担过高，原发性高血压不单是个人的病痛问题，已变成严重的社会问题，因此积极探讨原发性高血压的病因，进行有效的防治，保护患者的健康，控制医疗费用的过快增长，促进国民经济的发展，具有现实意义。

## 一、心理社会病因

**1．情绪因素** 各类人际关系紧张、社会地位和职业改变、家庭矛盾、经济收入和居住困难等，这些生活事件应激导致的强烈焦虑、恐惧、愤怒和敌意情绪均可引起血压升高，一般使血压升高 **20～80mmHg**。

**2．不良行为因素** 研究证明，原发性高血压发病与高钠饮食、超重、肥胖、缺少运动、大量吸烟、酗酒、鼾症、生活不规律等因素有关。大量调查研究实验结果说明，这些不良行为因素直接或间接受心理和环境因素影响。据美国统计，有高血压病、高胆固醇血症、吸烟，男性死亡比对照组高出 **5** 倍。

**3．人格特征** 多数学者研究高血压病与病前性格有关。亚历山大指出高血压病的发生具有双重矛盾心理，一方面想要尽量地表达自己的躁动；另一方面心中有一种消极和迎合的需要。**Dunber(1938)**曾提出原发性高血压患者的人格特征是怕羞、追求完善、沉默和自我控制，但是当与权威发生冲突时，会出现“火山爆发式”的情绪。李明德（**1985**）研究原发性高血压病人中，**A** 型行为占 **63.6%**，对照组占 **36.4%**，有显著差异。王景和（**1961**）对原发性高血压患者调查发现急躁、易怒占 **58.7%**；**Bunber** 认为焦虑求全、强迫性、反对权威、求全责备是原发性高血压病人的人格特征。然而不少研究认为，焦虑情绪反应和心理矛盾的压抑即抑制性敌意是高血压病患者发病主要心理因素（**Ball cjc,1980**）。**Cottier** 等人（**1987**）认为，**A** 型行为、敌意、神经质、过度焦虑和抑郁以及缺乏应对能力可能都与高血压发病有关总之关于原发性高血压病人人格特征尚未确定。

**4．社会环境因素** 从 **20** 世纪 **50** 年代大量流行病学调查与动物实验结果，均发现社会结构变化、生活事件、社会环境及生活方式的变化，均与高血压的发生有关。一般情况是，城市高于农村、发达国家高于发展中国家、脑力劳动高于体力劳动、男性高于女性。第二次世界大战期间，列宁格勒被围困三年之久，高血压病患病率由战前 **4%**，战后上升 **64%**，称为“环境高血压”。实验证明，隔离状态、恐怖状态（如暴露于猫前），使老鼠血压上升。**Cobb** 和 **Rose**（**1973**）报告精神紧张的应激职业，长期警觉、高标准、严要求的从业人员高血压发病率较高，这些都说明环境因素所致心理压力与高血压病有关。

**5．工作压力** **Theorell** 和 **Lind**（**1973**）对瑞典中年人的工作压力与高血压的关系进行了研究，根据职务、工作责任和受教育程度的不同，分析工作要求与员工能力之间的不和谐程度，发现随着不和谐分数的增加，员工血压的平均收缩压水平从 **130mmHg** 上升到 **145mmHg**，自我不适感和疾病也随之增多。

## 二、心理生物学机制

现代医学对高血压病研究有近百年历史，但高血压病发病机制仍未完全阐明。目前认为，高级神经中枢机能失调在发病中占主导地位，体液、内分泌因素与肾脏也参加发病过程，遗传、社会心理应激与躯体因素共同起作用。精神紧张与情绪应激使高血压易病倾向的人大脑皮质与边缘系统机能失调，通过自主神经及神经内分泌途径使全身细小动脉痉挛，外周血管阻力增加，血压上升。具体涉及到：

**1.**丘脑功能失调，血管收缩运动神经活动亢进，交感神经兴奋，肾上腺髓质内分泌增加，心脏排血量增加导致血管痉挛，血压上升。

**2.**丘脑机能失调，垂体-肾上腺皮质轴活动增强，类固醇使水钠潴留，血压升高。

**3.**丘脑机能失调，垂体加压素分泌增多，致肾脏缺血，通过肾素-血管紧张素-醛固酮系统引起水钠潴留，长期高血压状态引起细小动脉硬化，组织器官缺血，反过来又加重大脑皮质与边缘系统的机能紊乱，形成恶性循环导致高血压。

**1997** 年 **Von Uexkull** 等提出高血压的心身模型——情境循环观点，情境循环指的是机能调节过程，包括所处的环境及个体的“评估”。“评估”指血压调节方面设置调定值，血压升降由调定值所决定，调节系统根据个体受生理、社会、社会心理及情绪外部刺激的加工组合进行“评估”。根据个体习得行为，以自身察觉的情境，构筑个体的现实，对社会、社会心理学及情绪水平上问题进行解释。情境循环就是对高血压发病的生物、心理社会因素关系的描述。从心身医学观点研究高血压发病因素在躯体水平是遗传，心理水平是内在冲突，社会水平是适应问题。

## 三、身心反应特点

原发性高血压病是一个慢性疾病过程，在治疗上要有一个健康的心理和坚持长期服药及家庭、社会支持的环境。高血压病人具有心情烦躁、敏感、易紧张、易怒、记忆减退、注意力不集中、认知障碍或相反、怀疑、否认、不在乎或拒绝服药等心态。常见心理生理症状有头痛、头晕、眼花、心悸、耳鸣、倦怠等，及睡眠障碍、呼吸急促、多汗、震颤等自主神经症状。年丰才（**1983**）用韦氏成人智力量表（**WAIS**），对 **60** 岁以上高血压病人进行智能研究，发现高血压病人智能水平低于正常人，高血压并有脑动脉硬化病人智能较单纯高血压病人为低，病情越重，智能减退越明显，认知障碍越重。其中以知识计算相似数字广度、词汇、填图、木块图和图形排列等 **8** 项更明显，可能并有脑器质性病变。

## 四、临床干预策略

原发性高血压除按临床疾病的诊断与治疗外，还可能通过晤谈了解患者心理、行为特点，生活事件和应对方式。也可结合各种评定量表进行测量，详见心理评估的相关内容。在临床实践中，除了使用药物控制血压水平外，心理行为干预对原发性高血压病的治疗和保健具有良好的效果。

**1. 运动疗法** 运动疗法是行为治疗方法之一，它对临界高血压、Ⅰ期、部分Ⅱ期高血压，进行有规律的运动有较好的效果，例如太极拳、体操运动、游泳。运动可降低心搏次数，

减少血压波动，改善左心室功能，降低血浆肾素活性与醛固酮浓度，降低收缩压和舒张压。

**2．松弛疗法** 自我放松和自我心理调节是原发性高血压很有效的心理治疗方法。尤其适和于焦虑、烦躁、紧张、恐惧、易怒情绪的高血压病人，可根据患者自身的情况，采用各种放松训练，如渐进松弛疗法等。坚持不懈、持之以恒，会取得较好疗效。

**3．生物反馈疗法** 该疗法不仅是Ⅰ期高血压与临界高血压的首选治疗，也是Ⅱ、Ⅲ期高血压的辅助疗法。

## 第三节 脑血管病

脑血管病是当前严重危害人类生命与健康的常见病和多发病，是目前人类疾病三大死亡原因之一。**50-70%**的存活者遗留瘫痪、失语等严重残疾，给社会和家庭带来沉重负担。根据 **1996** 年“国际统计年鉴”资料，我国脑血管病死亡率居世界第七位，因本病造成各种损失，包括医疗费用高达 **100** 亿元以上。脑血管病主要病因是高血压、动脉硬化。迄今国内外学者多从生理、生化、遗传、免疫、分子生物学方面研究。然而脑血管病是一个多病因、多危险因素，共同作用，相互联系的综合性疾病（综合征）。但是，对脑血管病进行生物-心理-社会医学模式的研究匮乏。脑血管病防治仅限于生物医学模式。缺少对脑血管病进行医学-心理-社会的综合研究，更缺少对脑血管病患者进行心理卫生和行为方式的指导。因此熟悉和掌握脑血管病的心理问题，进而进行心理治疗和预防，具有重要的临床和现实意义。

### 一、心理社会病因

**1.情绪因素** 负性情绪（不良情绪）是脑血管病的危险因素，大笑狂喜亦可导致卒中的发生。早在《黄帝内经》有喜中风的记载。临床研究证明，急性脑血管病的发生往往是由于突如其来的愤怒、惊恐、狂喜、兴奋、焦虑不安等情绪应激而触发。俞子彬（**1989**）报告，脑血管病患者有情绪变化占 **67.5%**，无情绪变化占 **21.5%**，不详 **11%**。其中脑出血 **74.7%**，脑血栓形成 **68.8%**，**TIA66.6%,**蛛网膜下腔出血 **62.5%**，脑栓塞 **56.3%**。情绪因素已确定是脑血管病诊断要点之一。

**2.紧张性生活事件** 根据对脑血管病生物-心理-社会因素的综合研究，从紧张性生活事件评定量表（**SLERS**）调查结果分析，受试者一年内生活事件次数越多、强度越大（计算 **SLERS** 总分值高），心理紧张强度越大就容易发生脑血管病，宿氏（**1994**）在脑梗死 **69** 例，健康者 **110** 例进行 **SLERS** 调查，其结果脑梗死组 **SLERS** 总分明显高于健康对照组。俞氏 **200** 例急性脑血管病患者紧张性生活事件调查结果与宿氏报告基本符合，这说明紧张性生活事件频度和强度叠加就会形成心理上的高度紧张，强烈的心理上和生理过强反应促使急性脑血管病的发生。

**3.不良生活习惯** 吸烟和酗酒是脑血管病的危险因素，饮酒者近三年内发生脑卒中的几率是不饮酒者的一倍以上。酗酒者能影响血压和血小板机能，与血小板聚集呈正相关，使全血粘度增高。日本学者研究，吸烟量**>10** 只/日，连续 **10** 年易导致卒中。**Wolf** 等认为吸烟可

增加血纤维蛋白原和其它凝血因子浓度，增加血小板聚集和增高血浆粘滞度，促进血管收缩。许多学者调查饮酒合并吸烟者，血压升高的几率明显增加，与对照组比较有明显差异。此外，缺乏运动，业余生活单调（玩麻将等），喜咸食，长期便秘等不良生活方式（行为）对脑血管病的发生有重要作用。不正常的心态可直接影响病人不良行为。不良行为又可强化不正常的心态，相互作用，其结果增加脑血管病危险性。

**4.人格特征** 许多研究显示，脑血管病人的 A 型行为类型明显高于正常人，A 型行为类型者是非 A 型行为类型 3—4 倍。俞子彬（1997）报告脑卒中患者中 A 型人格占 63%，健康对照组非 A 型人格占 74%，两组比较有明显差异，提示脑卒中以 A 型行为占优势，具有敌意、竞争和时间紧迫感等特征。有的学者用艾森克个性问卷（EPQ）测查脑血管病患者人格特征，其中胆汁质和抑郁质明显增多，这说明脑血管病患者同样有着情绪、人格和行为方式的影响。人格和行为方式，既可作为脑血管病发病基础又可改变脑血管病的转归和预后。

## 二、心理生物学机制

脑血管病是一种多病因、多危险因素和心理社会因素密切相关的一组疾病，高血压和动脉粥样硬化是脑血管病的基础病因。心理社会因素作为脑血管病的促发因素，与多种病理生理过程有关：长期紧张、焦虑、抑郁及恐惧等情感障碍，可引起交感神经兴奋性增强；心率加快，血压急剧升高，可促进血管收缩，微型动脉瘤破裂引起出血；交感神经活动增强，使血液中儿茶酚胺增加；腺苷酸环化酶的活性增强，引起细胞内 CAMP 浓度增高，钙离子浓度增加，形成钙超载；神经元损伤，细胞凋亡坏死；血中儿茶酚胺水平升高还可引起脂类代谢障碍，尤其胆固醇和低密度脂蛋白（LDL）升高，从而导致动脉粥样硬化；心理应激引起细胞免疫功能下降（与下丘脑—肾上腺皮质功能增强有关），使急性脑血管病后中枢神经系统有免疫反应，表现 IgG 指数升高；情绪应激反应产生过量的去甲肾上腺素，使血浆中血管紧张素Ⅱ增高（俞子彬，1988）；过量的去甲肾上腺素使血小板反复被激活，释放多种促凝物质和血小板因子（$PF_4$）和球蛋白等，同时释放有强烈血管收缩作用血栓烷（$TXA_2$），引起 $TXA_2$—$PGI_2$ 失衡（$TXA_2$ 与 $PGI_2$ 是调节血管能力，维持血小板内环境稳定活性物质，$TXA_2$ 不但有强烈的缩血管作用，而且使血小板聚集性增强，血管内膜损伤，血流缓慢脑血流减少，缺血缺氧导致梗死形成）。总之，心理和行为的异常通过神经、内分泌、免疫的生理病理过程与脑血管病的发生发展相联系。

## 三、身心反应特点

脑血管病具有死亡率高、致残率高、复发率高及康复期长的特点，因此，患者易产生特殊的心理压力，表现出恐惧、发怒、悲观、抑郁和社会隔离等心理行为反应。即便病情稳定，看到自己半身不遂，语言障碍，生活不能自理，需人照顾，就容易产生无价值感和孤独感，甚至悲观厌世心态，在治疗上采取抗拒态度，对生活无兴趣，表现烦躁、抑郁缄默，有的情感幼稚、脆弱，因小事哭泣、伤感及行为上退化依赖等。因此，对脑血管病患者不能只偏重偏瘫的药物治疗，还要根据脑血管病人不同的心理特点进行心理干预（见表 9—2）。

表 9—2 脑卒中病人心理特点及心理干预

| 分期 | 时间 | 心理特点 | 心理干预 |
| --- | --- | --- | --- |
| 否认期 | 立即 | 否认脑卒中病怀疑症状体征 | 医护人员和家属共同劝慰稳定情绪，正确认识本病 |
| 焦虑期 | 急性早期（病后一周内） | 淡漠消极有文饰现象、意志薄弱 | 安心治疗，逐渐引导执行早期康复计划，配合音乐治疗。 |
| 默认期 | 急性后期（病后两周内） | 烦躁、焦虑、敏感、多疑、忧愁 | 解释疾病演化过程，接受新的生活挑战，配合音乐放松治疗。 |
| 抑郁期 | 康复早期（病后两周） | 抑郁自卑、沮丧、绝望、神经质、拒绝治疗 | 支持疗法，理性情绪认知治疗，保持乐观坚毅态度树立成功典型，生物反馈治疗。 |
| 依赖期 | 康复后期（慢性期） | 依赖求助、不愿意动 | 树立成功典型，认知行为治疗制定康复计划，消除依赖情绪，使心理处于最佳状态，配合生物反馈治疗。 |

**1.卒中后抑郁（Post-stroke Depression PSD）** PSD 是脑卒中常见的并发症，部分患者还伴有不同程度的焦虑。卒中后发生心理、情绪和行为障碍，其中以抑郁最常见，若症状持续两周以上称 PSD。其发生率在 20%～79%，多在 40%～50%。PSD 病因及发生机制尚不清楚，大多数学者认为与心理社会、神经生物及神经内分泌等因素有关。

Fuijikawa 等研究，抑郁与梗死部位有密切关系，基底节梗死的抑郁平均分值明显高于非基底节梗死，左半球病变(特别是基底节额叶)更易发生重度抑郁。去甲肾上腺素（NE）和 5-羟色胺（5-HT）神经元胞体位于脑干，其中轴突通过基底节、额叶皮质，这些部位病变影响 NE 和 5-HT 能神经通路，使 NE 和 5-HT、多巴胺（DA）等神经递质含量减少，同时与下丘脑-垂体-肾上腺-甲状腺轴分泌失调有关。

Starkstein 等研究 PSD 患者 CT 扫描提示侧脑室与脑的比值和第三脑室与脑的比值显著增大，但无皮质萎缩。因此，这些脑室与脑的比值增大，表明存在皮质下萎缩。认为卒中前有皮质下萎缩可能是发生 PSD 一个主要的易感素质。

PSD 发生与病程 2 周时神经功能损害程度相关，功能障碍越重，抑郁发生率越高，且程度也越重。除此，病程康复期（3-12 月）的抑郁程度与同阶段的神经功能障碍，日常生活能力高低相关，提示 PSD 不仅是一种急性创伤后简单情绪反应，其原因可能是动态过程。急性期由生物学决定，慢性期可能是一种反应性抑郁改变。PSD 典型症状为 3 低：即情绪低落、思维迟缓、语言动作减少。临床分为：①心理症状。抑郁心境，悲观绝望。②功能症状。兴趣减少，学习工作能力下降等。③躯体症状。昼轻夜重、早醒、睡眠减少、食欲减少、体重减轻、阳痿、月经失调等。诊断依据应用 DSM-IV,HAMD 抑郁量表，SDS,SAS 自评量表。

PSD 相关因素：①损害部位、病灶大小、数目：有的学者将一侧大脑中动脉梗死与脑干和小脑梗死患者进行比较，结果发现前者 48%发生 PSD，后者仅 35%。随访 1～2 年前者仅有 45%，后者仅有 9%，提示大脑半球梗死抑郁发生比脑干和小脑梗死要高，持续时间更长。Wade

等调查左右半球患者抑郁发生率，178 例左半球卒中患者 42%发生 PSD，而 170 例右半球卒中患者仅 28%发生 PSD，多数学者认为左半球卒中发生 PSD 远高于右半球卒中患者，同时左半球前部梗死灶与后部梗死灶相比前者的抑郁发生率高，而且抑郁程度越重，越是靠近左额叶梗死灶，抑郁越重。有的学者还发现左基底节梗死发生 PSD 后其抑郁程度比非基底节梗死更重。有的报道 PSD 与卒中类型、病灶大小、数目、性别、利手均呈明显相关。②躯体功能：Folseein 等将功能障碍相似一组卒中患者与一组矫形手术患者进行比较，结果前者 45%发生抑郁，后者仅 10%，结果说明躯体功能障碍本身与抑郁无直接关系，但是一旦发生抑郁两者相互影响，抑郁影响躯体功能恢复，早期治疗 PSD 可促进卒中康复。

**2.卒中后假性抑郁**

⑴焦虑：焦虑发生率 3.5-2.4%，常伴有抑郁。酗酒史和脑萎缩与焦虑发病有关，右大脑半球损害主要是无抑郁的焦虑，左大脑半球损害焦虑合并抑郁最常见。

⑵意志缺乏（abulia）或淡漠（apathy）：其发生率 22.5%，高龄认知功能障碍和生活不能自理者较高。意志缺失与额叶皮质下通路在不同部位中断有关，淡漠与左大脑半球内囊后支卒中后有关。其表现为情感呆滞、无表情、回答间断简短而迟缓，运动反应简慢，持续动作和缺乏对自身情况的意识。

⑶心理自我启动（self-acivation）缺失：指淡漠无自发性、不关心的行为伴运动和情感驱动的丧失，双侧苍白球壳核、丘脑梗死时可见到。此外，还有病理性哭笑、灾害反应（atastrophereactions）及卒中后躁狂等情感障碍。

**3.脑卒中后认知障碍** Smit1994 年报告急性缺血性卒中幕上病变 1 周后，认知障碍发生率 61%，6 个月后 37%。早期表现有局限性认知障碍，包括感知觉、注意定向、记忆、计算能力障碍，及失语、失认各种形式的失用和体像障碍等。全面认知障碍导致血管性痴呆，左半球病变，主要联想概括能力降低，可表现词汇、符号、成绩下降，这与左半球语言文字、抽象思维优势半球功能相关；右半球是非语言半球，主要与图象结构，视觉空间机能有关，也有人认为右半球与非语言功能的高级智能活动，情感反应密切，尽管左右半球在智能分工不同，有一侧化现象半球损害可导致认知障碍，而短期记忆障碍是认知障碍早期表现。Hdama 和 Hurwitz(1963、1974)发现卒中后处于残疾状态患者，偏瘫本身是极少致残的原因，而较多原因是认知障碍而长期卧床和生活能力丧失，对其病情缺乏自知能力。越来越多研究证明，认知活动参与康复的全过程，并可影响患者康复的速度和功能缺损程度，通过对卒中患者全面的心理评估，矫正认知障碍，及早识别和治疗 PSD。可促进卒中患者神经功能和日常生活能力的恢复，减少患者的致残率或减轻致残程度。

近来临床上提出血管性认知功能障碍（VCI）的概念，即由血管性脑组织损伤引起各种认知功能障碍，既包括血管性痴呆（VaD），也包括未达到痴呆诊断标准的认知功能障碍者，这些理论发展促使目前对卒中后认知功能障碍治疗提前，强调通过早期干预达到 VaD 的防治效果。

## 四、临床干预策略

对于脑血管病患者除可采用晤谈、评定量表测验外，必要时可进行神经心理学测验、记忆测验和人格测验，了解患者的心理状态，以便有针对性地开展心理干预。心理干预措施一

般有：

**1.危险因素的干预** 在治疗卒中躯体危险因素的同时，还要对如吸烟、酗酒、肥胖、嗜咸食，缺乏运动和高烦恼等行为因素进行干预，这不仅对卒中的康复治疗重要，也对卒中复发的预防有重要作用。

**2.心理护理** 由于卒中患者往往存在躯体功能障碍且往往难以恢复正常，悲观情绪多，心理压力大，对他们进行积极而有效的心理护理显得尤其重要。应根据卒中患者心理特点和异常行为进行有针对性护理。应以真挚的感情与病人沟通，通过对病人语言、表情、态度和行为的了解来熟悉病人，掌握其适应能力、性格特征，分析其心理反应的主要问题，制订心理护理和康复计划。同时，对病人及家属进行卒中健康教育。与家属和单位合作共同进行支持性心理治疗。

**3.焦虑障碍和卒中后抑郁治疗** 焦虑障碍、PSD 对患者神经功能障碍及生活能力恢复有明显影响，除心理治疗外，应用氟西汀、帕罗西汀、左洛复等抗抑郁剂 6-8 周效果较好。

**4.认知障碍治疗** 使用 ADL（日常生活功能量表）、GDS（总体退化量表）等，确定轻度认知功能损害（MCI），实施理性情绪治疗及认知行为治疗。认知治疗是康复治疗的重点，因为认知活动参与卒中康复全过程，认知行为影响神经功能的康复和生活能力的提高。治疗时不能单纯从生理功能去探索，还应该放在认知技巧上，塑造理性思维及行为。此外，还应使用血管活性药物和影响神经元代谢及脑保护的药物。目前，推崇尼莫地平（尼莫同）。尼莫地平是中枢神经系统钙通道阻滞剂（CCB），通过抑制钙内流产生神经保护作用，特别是对缺血性脑损伤有脑保护作用，可改善因大脑缺血引起的空间认知能力障碍。

## 第四节 其他心身疾病

### 一、心脏神经症

心脏神经症（cardiac neurosis）是以心血管、呼吸和神经系统症状为主要表现的临床综合征，躯体检查无可证实的器质性病变。发病以女性和中青年人为主，但亦可见于老年人。本症还曾被称为神经循环衰弱（neurocirculatory asthenia,NCA）、植物神经-内分泌综合征以及焦虑性神经症等病名。

**1.** 心理社会病因 本症病因不明，可能与遗传因素、周围环境、个人经历、人格特征等有关。有学者认为，心脏神经症患者的神经类型属于弱型，多表现情绪不稳、多愁善感、焦虑抑郁。当工作较紧张或精神上受到刺激时，往往因不能适应而易发病或使症状加重。患者的家庭成员中可有神经症，提示本症与同一家族的神经类型和受相同的外围环境影响有关。

精神、环境等的刺激可引起各种生理改变，如交感神经活性增加和肾上腺糖皮质激素分泌增多，临床研究还显示本症患者对运动、心理学试验和疼痛刺激有异常反应，如运动时最大耗氧量较正常人为低，以及毛细血管血流减慢，血乳酸盐增多等。

心理因素对本病的发生无疑具有重要影响。精神分析学家 **Abrem** 对自己心肌梗死后产生的焦虑作如下描述：“我一直认为自己处于‘危险之中’。但是，几年过去了，我也开始看到这种态度是多么的神经质和危险。但我完全缺乏适应它的信心，并开始想到为自己心脏操心实际上已成了我生活中的一部分，这种状况使得我一事无成。我相信这是所有人都会存在的一种恐惧。”他还说：“我感到带着心脏病生活的极度痛苦。我似乎缺乏一般躯体疾病病人所经常使用的防御机制--否认。我看到的是最坏的和令人担忧的心脏手术和一天天趋近的死亡”。

**2．心脏神经症的身心反应特点** 心脏神经症症状多种多样，其中以心血管方面的症状较为突出。如①心悸：自觉心搏动增强，有心慌感。②呼吸困难：主观感觉吸入空气不够用，因而需做深呼吸或有叹息样大呼吸。③心前区疼痛**:**常为心尖区及左乳房下区刺痛或刀割样痛，为时数秒或持续数小时的胸闷、隐痛。④自主神经功能紊乱：多汗、手足冷、两手颤抖、上腹胀、腹痛、尿频、大便次数增多或便秘等。⑤情绪障碍：病人表现紧张不安，非常关注自己的症状，一般不愿独自呆在家中，怕心脏病发作突然死去；也有的病人表现抑郁淡漠，认为自己已没有前途，对什么都不感兴趣，极少参加社交活动。⑥其他症状：疲倦、失眠、睡眠不深或多梦、低热、食欲不振、头昏、头痛、肌肉痛等。体征主要有心动过速、偶有过早搏动、心尖搏动较强有力、心尖或胸骨左缘有轻微收缩期杂音。有时，可出现高动力循环状态征象，如心率增快、心音增强、胸骨左缘喷射性杂音、动脉收缩压升高、舒张压偏低、脉压增大，有时甚至可有水冲脉、动脉枪击声、毛细血管搏动等。心脏 **X** 线检查无异常，心电图可示窦性心动过速、房性或室性过早搏动或非特异性 **ST** 段或 **T** 波变化。

**3．心脏神经症的干预策略** 根据心脏神经症的特点，除一般心理诊断外，还应选用人格量表进行测验。心理干预方面，由于患者一般有神经质倾向，情感不稳定，故首先应充分了解其痛苦，加强沟通，取得患者的信任和合作。同时，采用以下方法：

（**1**）通俗、科学地向患者讲解本症的性质以消除其顾虑，使其相信并无器质性心血管疾病，树立战胜问题的信心。

（**2**）通过理解、心理支持，取得病人的信任与合作，发挥社会支持作用，动员患者家属等亲友设法改善其生活和工作环境，减少应激原的负性影响。

（**3**）结合心理测验的结果，帮助患者分析个性中存在的缺陷，以及指出这种缺陷与本病发病的密切关系，从而引导患者重塑健康个性。

（**4**）鼓励病人进行适当的体育锻炼，以增强体质，陶冶性情，充实生活，降低对心脏问题的关注。

（**5**）暗示治疗和生物反馈等松弛冶疗可以收到较好的效果。

（**6**）必要时给予抗焦虑药治疗。

## 二、功能性心律失常

心律失常可发生在没有明确心脏病或各种病因所致的心脏病患者。人体处于应激状态时，体内会出现一系列的生理、生化、内分泌、免疫过程的变化，应激源通过影响中枢神经系统、神经内分泌系统、免疫系统而致病。情绪变化及各种因素的综合作用，可以造成机体交感神经与副交感神经功能的失衡，诱发各种心律失常，甚至引起猝死。精神刺激、情绪变

化与严重心律失常的关系正日益受到国内外学者的重视。

**1．心理社会病因**

（1）情绪因素：心律失常与情绪因素有密切的关系。**Verrier** 等在动物实验研究中观察到：犬处于愤怒状态时，冠状动脉会发生显著的缩血管反应，在愤怒状态诱发后 **2-3min** 内冠状动脉的阻力进行性增加，当血压和心率恢复到对照水平后，血管收缩状态仍可维持相当长的时间，在此期间可观察到室性心律失常的发生频率会明显增加。

**Reich** 等研究了 **117** 例发作前 **24** 小时有情绪体验的致命性心律失常的幸存者，其中 **25** 例病人在心律失常发生前有明显的剧烈情绪障碍。有 **18** 例病人有 **2** 次以上伴有情绪变化的心律失常发作，**7** 例病人心律失常发作 **1** 次，但发病前伴随有强烈的生活事件，其他 **92** 例病人都是在一般的生活事件过程中发生了心律失常。

中枢神经系统不仅对应激反应产生有重要的影响，而且具有调控作用。应激状态时产生的情绪变化，也可反作用于中枢神经系统，影响各系统、各器官的功能状态。愤怒、恐惧、焦虑、抑郁等负性情绪可导致神经功能失调，如表现为交感神经功能亢进，心率加快，血压上升、血糖增高，胃肠功能紊乱，呼吸急促，胸痛，出汗等现象。还有一部分病人表现为副交感神经兴奋、心脏和血管功能受到抑制的现象。临床上病人可出现心动过缓、血压降低、皮肤苍白、出汗、恶心、甚至出现晕厥和意识丧失，严重者可致猝死。

**Lown** 等通过对多例经常发生心律失常的 **A** 型行为病人观察发现，在恶性心律失常发作前的 **14** 小时之内一般都有剧烈的情绪变化，他们认为相当一部分心律失常患者的心律失常是由于下列因素引起：有心肌电生理的不稳定性，日常生活中充满心理压力以及强烈的精神触发事件。各种情绪障碍，尤其是抑郁，与心律失常的关系，正受到日益的重视，成为研究的课题之一。

（2）性格特点：**A** 型行为与心律失常的发生有着密切的关系，具有 **A** 型行为的个体对环境应激有着较强烈的交感反应，这种高交感反应使心脏容易发生室颤。研究表明，对于情绪激发的早博，有 **A** 型行为者比无 **A** 型行为者生物反馈治疗的效果明显不同，前者的有效率显著高于后者，提示 **A** 型行为是病人发生应激性心律失常的易感因素。

**2．心身反应特点** 在愤怒、恐惧、焦虑情况下，整个交感神经系统被调动起来。由于绝大多数交感神经末梢的神经介质为去甲肾上腺素，当应激情绪使血浆中去甲肾上腺素的含量明显增高时，会出现心率加快，血压升高，此种现象被称为交感去甲肾上腺素效应。此类反应临床上最常见，病人可出现心悸、胸闷、恶心、出汗、呼吸困难等症状，严重者伴有窒息感、四肢或全身颤动，还有一些病人可出现胸痛，症状类似心绞痛发作。伴发惊恐体验者可出现濒死感、失控感、惊叫、四肢麻木、全身无力等症状。

在强烈情绪或严重疼痛的刺激下，病人出现迷走神经兴奋，血压下降、心率减慢、头晕、虚脱、一过性意识丧失，甚至引起心脏停搏或猝死。在临床上可表现为心脏抑制作用引起的心动过缓、血管抑制作用引起的低血压、心脏血管联合抑制引起的心动过缓与低血压反应三种不同的反应形式。

交感与副交感神经可同时发生作用，如在强烈的恐惧状态下，既引起交感神经兴奋，心跳加快、血压升高，同时也可伴随大汗、大小便的不能自控等副交感兴奋的症状。晕厥时自主神经系统也呈现双向反应，开始有短暂的交感神经兴奋，继而副交感兴奋占绝对优势，心

脏抑制，血压脉搏下降，一过性脑供血不足，出现短暂意识障碍。自主神经功能的严重失衡，交感神经与副交感神经均呈紊乱性兴奋状态，造成冠状动脉持续痉挛，容易出现重度传导阻滞、室颤、停搏等恶性心律失常，往往导致病人的猝死。**Bracrett** 等发现，猝死病人与其社会经济状况、受教育水平和 **A** 型行为有关，猝死与 **A** 型行为相关的机制可能与个体对环境应激有较强烈的交感反应有关。**green** 等对猝死者的回顾性调查发现，猝死者在死前数月内曾表现出抑郁症状，多在一次剧烈应激中死亡。

**3．心律失常的临床干预策略** 功能性的心律失常多由于长期精神紧张，或突然剧烈的心理应激所致，如果心律失常发作时无明显不适，一般不需特殊治疗。但由于疾病的症状给患者造成的恐惧感和心理上的压力，需要进行心理干预和心理护理，以缓解病人的心理压力，并注意避免突然的剧烈的精神刺激。心理行为治疗能改善交感神经和副交感神经功能的平衡状况，降低心血管系统对儿茶酚胺的敏感性，减少或消除情绪触发的心律失常。有效的心理治疗可使患者免于或减少药物治疗。

（**1**）精神支持治疗：通过治疗者与被治疗者的相互作用关系，改变患者不良的情绪状态、认知上的偏差以及不良行为，达到减少心律失常发作次数之目的。建立良好的医患沟通，耐心倾听病人的诉说，给予病人充分的关怀和同情，让病人适当宣泄内心的压抑。通过耐心的解释，介绍科学的知识，消除病人的紧张、顾虑和不安全感。也可采取暗示疗法以解除病人的紧张和心理冲突。采用渐进性放松训练使病人学会调控自己的肌肉紧张程度，保持良好的情绪状态进而控制心率。

（**2**）生物反馈疗法：生物反馈疗法可以将病人体内的生理功能变化记录并转换为可察觉的声、光、电等信号，病人根据不断显现的反馈信号，认识心身紧张状态，学习调节自己体内的生理功能，从而达到放松和治疗的目的。国内曾有一些学者用生物反馈方法治疗应激性心律失常患者收到较好的效果。生物反馈疗在治疗交感神经张力增高患者的心动过速、室性早搏、心理应激引起的心绞痛发作等，具有较显著的疗效。

（**3**）认知和行为治疗：心律失常与情绪紧张有着密切的关系，而情绪紧张又与对疾病不正确的态度和不良的认知有关。通过理性情绪疗法和认知行为治疗，可以改变病人的不良认知，达到矫正不良行为的效果。认知行为治疗最终目标是使患者认识到，疾病的症状不仅仅与疾病有关，更重要的是由自己对症状的解释、评价（过分的担心、恐惧）引起的，这些不合理的信念引起了不良的情绪反应和适应不良行为。只要改变了原有的错误的认知，是可以缓解疾病的症状的。

（吴均林）

# 第十章　消化系统的心身疾病

消化系统包括食管、胃、肠、肝、胆、胰、腹膜、肠系膜等脏器，其功能受神经和内分泌系统影响，因而心理行为因素、进食习惯、饮酒、生活方式等是消化系统疾病的重要致病因素。本章介绍几种重要消化道心身疾病的心身问题及临床干预策略。

## 第一节　消化性溃疡

消化性溃疡(peptic ulcer，PU)发生于胃和十二指肠部位，故又称为胃溃疡(gastric ulcer)和十二指肠溃疡(duodenal ulcer)，因溃疡形成与胃酸/胃蛋白酶的消化作用有关而得名。

人类历史上最早的消化性溃疡患者，是在20世纪80年代中国发现的西汉时期的一具男尸，他死于胃溃疡穿孔。15世纪(1例)和16世纪(3例)的尸体解剖报告，是最早关于消化性溃疡的文字记载病案。包括胃溃疡及十二指肠溃疡在内的消化性溃疡的终生总流行率，男子估计为12%，女于为9%，1年“点流行率”(群体中有溃疡病的百分数)美国约为1.8%。消化性溃疡可发生于任何年龄段，胃溃疡的发生率男女大约相等。十二指肠溃疡起病年龄以25岁到55岁间最为常见，而胃溃疡则以40岁到70岁间居多。

### 一、心理社会病因

生活事件、应激情绪、易感人格、情绪障碍和饮食习惯是消化性溃疡发病的重要心理社会因素。从生物心理社会模式可较全面解释消化性溃疡的发病机制。

(一)与消化性溃疡有关的心理社会因素

**1．生活事件**　战争、日常生活重大变故会增强个体患溃疡病的可能性或致使病情加重。在第二次世界大战中，由于纳粹空袭伦敦，造成人群溃疡穿孔的发生率增加。国内学者也发现政治运动的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。

**2．人格因素**　早在70年前，就有人认为身材瘦高的人易患溃疡病。邓巴总结的溃汤病人的易感人格是：具有工作认真负责，有较强的进取心，有强烈的依赖愿望，易怨恨不满，

常常压抑愤怒。用艾森克人格问卷调查，发现溃疡病人具有内向及神经质特点。**Alp** 等发现溃疡病人具有孤独、自负与焦虑、易抑郁等个性者多于健康人，因此认为不良个性染上不良习惯导致对社会的不适应，再加上较多生活事件压力而致溃疡病发生。

**3．应激情绪** 应激状态中发生的焦虑和抑郁反应，是消化性溃汤病的重要原因。溃疡病人常伴有抑郁症状，抗抑郁治疗有效果。空中交通管制人员由于其工作的特点，他们的十二指肠溃疡的发病率高于其它人群。至少 **5** 年的前瞻性研究，发现空中交通管制员的溃疡病发生率比其它人群高 **2** 至 **3** 倍。监狱看守及教师责任重大，工作负担过重，存在恐惧、角色模糊等体验，在多变的环境中，长期的应激情绪易导致胃肠道障碍。

**(**二**)**发病机理

**Schwartz** 在 **1910** 年提出“无酸，无溃疡”，到了 **1982** 年，**Warren** 和 **Marshall** 分离出幽门螺杆菌以后，出现了“无幽门螺杆菌就无溃疡”的观点。尽管幽门螺杆菌感染和胃酸分泌异常在其中起重要作用，但不能解释为什么只有 **15%**的幽门螺杆菌携带者发生消化性溃疡。除遗传因素外，非幽门螺杆菌相关因素，如口服非甾体抗炎药、遗传、吸烟和心理社会因素、胃和十二指肠动力异常等，在发病机制中占据特殊地位。因此，消化性溃疡的发生是多因素相互作用的结果。

大脑和胃是应激感受性高的代表性脏器，心理和身体的应激，会引起大脑和胃的应激蛋白的 **mRNA** 显著增加，被转录的应激蛋白 **mRNA** 翻译合成过多的应激蛋白，脑和胃处于易感状态，容易受到再一次应激的打击。

**Brady** 用“作抉择的猴子”实验说明应激与消化性溃疡的关系。让两只猴子各坐在自己的约束椅子上，每 **20** 秒钟给一次电击。每个猴子都有一个压杆，其中一个若在接近 **20** 秒钟时压一下，能使两只猴子避免电击。否则，两只猴子便一起受到同样电击。因此，这只猴子总是惦记压杠杆，以免被电击；而另一只猴子对是否压杠杆与电击无关。结果表明，两只猴子被电击的次数和强度虽然一致，但疲于压杆的猴子患上胃溃疡；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中的内啡肽、**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。虽然不能将动物实验完全应用于人类，但它提示人类：在严重的生活压力下，面对无可逃避的困难情境时，如能事先对情境的产生有所了解并有所准备时，生活压力所带给人的伤害将会有所减轻。

应激对消化性溃疡的贡献大约在 **30**～**65%**之间。但是要注意研究中存在偏倚或误诊，社会经济状况和疼痛可能是应激的混淆因素。应激引起的生物和心理行为变化会降低粘膜的防御能力、十二指肠酸性增加与幽门螺杆菌感染力提高，导致溃疡的发生，从而形成了十二指肠溃疡的行为心理生理模式**(Levenstkin S, 2000)**。见图 **10-1**。

## 二、身心反应特点

焦虑和抑郁情绪伴随着消化性溃疡。这些情绪异常可能是造成溃疡病的原因，也可能是由于长期患病，备受折磨后，患者表现出的一种情绪体验。

溃疡病人常伴有抑郁症状，应激时的抑郁情绪也很容易致溃疡病的发生。临床上发现

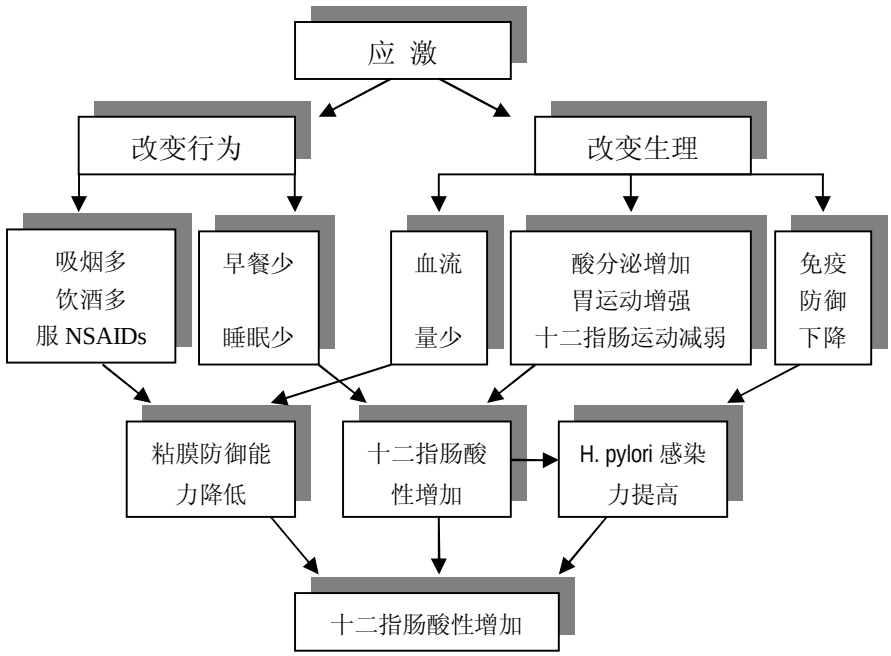



图 10-1 心理社会应激与 PU 的行为心理生理模式

引自 Levenstkin S，2000.

有些病人报告自己存在消化道症状，但常常得不到检查的证实，采取抗溃疡药物治疗效果很差，可能的解释是这些人以抱怨身体不适来掩盖自己的抑郁情绪。试用多虑平、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，其药理作用除与三环类阻断 H2 受体及抗胆碱能功能有关外，很可能与缓解或消除了抑郁、焦虑情绪有关(Reies 等人，1984)。

## 三、临床干预策略

### (一)诊断

上腹痛是消化性溃疡的主要症状，典型临床表现是慢性病程、周期性发作的节律性上腹痛。十二指肠溃疡表现为两餐间痛(饥饿痛)，进食缓解；胃溃疡在餐后 1 小时发生，经 1～2 小时后逐渐缓解，进餐后重复。胃镜及胃粘膜活组织检查是首选检查方法。幽门螺杆菌的检测帮助确定是幽门螺杆菌相关溃疡还是非幽门螺杆菌相关性溃疡。

通过会谈或心理评估工具，了解患者的情绪障碍水平、人格特点、心理反应和应激水平。用 SCL-90 了解患者的一般心理状况，用各种抑郁和焦虑量表评估情绪障碍，用艾森克人格问卷（EPQ）评估人格特点，用心理防御量表和社会再适应量表调查患者的心理防御反应和应激水平。

### (二)治疗

**1．一般治疗** 生活要有规律，避免过度劳累。工作劳逸结合，注意饮食规律，戒烟和酒。

**2．临床治疗** 治疗目的是消除病因、缓解症状、愈合溃疡、防止复发和并发症。主要使用 H2 受体拮杭剂抑制胃酸、胃粘膜保护剂和根除幽门螺杆菌的联合用药。药物不能治

疗的大量出血、急性穿孔、瘢痕性幽门梗阻、存在癌变倾向或治疗无效的顽固性溃疡，考虑手术治疗。

**3．心理治疗**

**(1)**支持性心理治疗：解释、鼓励与安慰、保证、指导和积极暗示，对病人当前、表面、自己能意识到的问题给予指导、鼓励和安慰，以或消除来访者的心理问题或情绪困扰。

**(2)**认知治疗：以改变病人固定化了的错误信念和习惯化了的不良认知方式，治疗病人的抑郁或焦虑等情绪障碍。

**(3)**生物反馈治疗：治疗目的是训练病人在不用药的情况下，自动减少胃酸的分泌，配合一般性心理治疗效果更好。用生物反馈治疗十二指肠溃疡病人时，不仅降低了胃酸度，并维持了治疗效果**(Welgan, 1974, 1977)**。具体操作时，病人要吞咽一个小的 **PH** 计仪器，以便显示胃酸 **PH** 值，这可能会影响病人对生物反馈治疗的选择 。

**(4)**抗抑郁治疗：溃疡病人常伴有抑郁症状，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汤，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)**。

## 第二节　其它消化系统疾病

### 一、胃食管反流病

胃食管反流病**(gastroesophageal reflux disease, GERD)**是指胃食管反流所致的烧心、反酸症状或食管下段组织病理学改变。主要因抗反流防御机制削弱，反流物起攻击作用所致，可导致反流性食管炎和**/**或食管外组织损害，具有慢性复发性倾向。胃食管反流病最重要的临床症状是烧心，至少有 **75%**以上的患者出现烧心症状。但烧心与食管炎的严重程度并不成正比，一些有严重反流症状者在内镜检查时甚至未见食管有异常。

西方国家胃食管反流病的发病率为 **10%**～**30%**，**40** 岁至 **60** 岁为高峰发病年龄，男女发病无差异。近 **10** 多年来我国发病率逐渐上升，北京和上海两地烧心、反酸等反流症状的发病率为 **8.97%**，胃食管反流病为 **5.77%**，反流性食管炎为 **1.92%**。，可能与我国居民生活水平的提高和饮食结构的改变，以及临床医师诊断水平的提高有关。胃食管反流病的主要并发症除出血、食管狭窄等以外，还有 **Barrett** 食管和食管喷门腺癌。

**(**一**)**心理社会病因

**1．心理社会因素**　过度生活事件刺激和工作压力引起的应激和情绪障碍，能造成自主神经系统紊乱。过量饮酒、吸烟，高脂饮食、过量进食、睡前进食、进餐后立即睡觉等不良饮食习惯，以及巧克力、咖啡和浓茶等，也是重要的因素。

**2．发病机制**　反流因素损害食管是重要致病机制。胃食管反流病是酸相关性疾病，胃酸、消化酶、胆汁和酒精、刺激性食物、药物等构成了攻击因子。近年研究表明胃食管反流病中胆汁反流常见，且多是与酸反流并存，形成混合性反流。对胃食管反流病患者行 **24** 小时食管酸性和胆汁监测，结果显示反流性食管炎组有胆汁反流者高达 **72.4%**，

其中混合性反流占62.1%，但胃食管反流病组以单纯胆汁反流为主者占42.9%。说明胆汁反流是胃食管反流病发病的一个不可忽视的因素(许军英等，2003)。酒精、刺激性食物和非甾体抗炎药等单纯胆汁反流和外源性攻击因子可加重对胃食管反流病患者食管的刺激和损害。

食管防御机制削弱引发本病的重要原因。防御机制削弱与食管下括约肌压力降低、食管清除力下降、组织抵抗力下降和胃排空延迟有关。其中食管下括约肌压力降低、一过性食管下括约肌松弛、解剖结构缺陷、术后等因素会削弱抗反流屏障。动力减弱，唾液分泌减少造成食管清除力下降，削弱了内皮粘液层和细胞间的紧密连接，加之内皮血液供应减少，降低了食管组织的抵抗力。心理因素影响脑-肠系统和自主神经系统，通过中枢神经-自主神经系统-内分泌-免疫机制，造成食管防御能力降低，可能是心理致病的重要机制。

(二)常见的心理问题

本病可引起紧张、担心不良后果、焦虑，反复发作或长期痛苦后会发生失望、无助感，甚至抑郁。有些患者存在感觉异常，出现咽部的异物感等，即便疾病得到控制，也可能会存在一段时间。

(三)临床干预策略

**1．诊断** 烧心和反酸是典型症状，吞咽困难和吞咽痛多与烧心和反酸同时存在，其它非典型症状还有胸痛、多涎、癔球、声音嘶哑、以及呼吸道症状。内窥镜是诊断的最直接和准确的方法，也能排除其它疾病。医生通过了解病人人格或情绪状况，评估可暗示程度，或采取适当措施，控制情绪障碍。

**2．治疗** 胃食管反流病的治疗目的是改善症状和愈合食管粘膜损伤，预防复发和防治并发症。

（1）一般治疗。指导病人改变生活方式可能有助于改善胃食管反流症状，包括限制饮酒和戒烟。控制进食可能增加胃食管反流的因素，避免高脂食物、巧克力、咖啡、浓茶、过饱、餐后仰卧和睡前进食。抬高床头适用于夜间症状明显或有咽喉症状者。

（2）药物手术治疗。采用抑制胃酸分泌药物和促胃肠动力药物治疗，严重者采取抗反流手术治疗。

（3）心理治疗。采取支持性心理治疗，通过安慰、解释，保持患者心情舒畅和减轻精神压力。运用认知治疗改变不良认知模式，解除病人情绪障碍。

## 二、功能性消化不良

功能性消化不良（**functional dyspepsia. FD**）又称非溃疡性消化不良（**non-ulcer dyspepsia，NUD**）是指上腹部不适、疼痛、饱胀伴餐后加重、早饱、食欲不振等消化不良症状，在最近12个月中，连续或间断发作12周，这样一组持续性或反复性的以上腹部为中心的疼痛或不适等消化不良症状，称之为功能性消化不良。

欧美的流行病学调查显示人群中有19～41%有消化不良症状，健康人群中功能性消化不良发病率20%～40%，在美国，该病患者中只有四分之一就医。我国城市的一项调查发现在一所医院中，功能性消化不良患者占胃肠专科门诊的50%。功能性消化不良医疗费用高，还严重影响了患者的生活质量，成为现代社会中的又一个主要保健

问题。

(一)心理社会病因

**1．心理社会因素** 心理社会因素、应激与功能性消化不良的发病密切相关。FD 较健康人在工作家庭方面压力更大,而饮食习惯、饮酒、吸烟等环境因素影响不大(Talley,1995)。居住市区，吸烟，饮食、作息不规律，失眠，工作压力大，经历负性事件，对收入、生活环境不满等九项因素均有可能增加功能性消化不良的发生率,提示不少因素有可能通过情绪障碍产生消化不良症状(苏华等，1999)。沈贵林、姜乾金等（1998）对 100 例 NUD 病人做心理应激因素对照研究，发现病人组的生活事件单位、消极应对方式、个性的神经质(EPQ-N)等三项量分明显高于健康组，多元分析显示其中的消极应对方式起关键的作用。

**2．发病机制** 功能性消化不良的病因及发病机制至今尚未明确，病理生理机制可能与胃动力障碍、胃感觉异常、胃电节律紊乱等胃源性因素关系密切。胃肠动力障碍在功能性消化不良发病机制中占主要地位，随着神经胃肠免疫理论的建立，进一步认识到心理神经功能障碍通过自主神经和体液途径导致免疫功能的改变，从而影响胃肠动力和（或）感觉功能，肥大细胞可能在两者之间起关键的中介作用。

(二)常见的心理问题

功能性消化不良患者焦虑、抑郁情绪的积分显著高于正常人和十二肠溃疡组，受心理异常困扰者占 20%～30%，其中重症需治疗者占 2%～4%,在初级保健机构中发生率 2.8%～6.4%。国内学者使用 SDS、SAS 自评量表发现功能性消化不良并有心理异常者占 15.5%，显著高于非功能性消化不良者的 7.1%发生率。对于功能性消化不良病人的心理评估发现，54.2%的患者存在抑郁情绪(苏华等，1999)。有调查发现功能性消化不良患者生活中，特别是童年期应激事件的发生频率高于正常人和十二肠溃疡组。但细节缺乏确切的阐述。消化不良病人具有神经质、焦虑和抑郁倾向特征(Tally)，痛觉阈值测定显示，功能性消化不良病人与正常对照组比较，差异显著，而与抑郁症组没有区别，因此，有针对性地加用抗抑郁或抗焦虑药物治疗，效果满意。P300 是与记忆系统及复杂认知过程有关的指标，功能性消化不良组的 P3 波幅明显降低，提示焦虑和抑郁情绪降低了大脑的信息加工水平，因此，可能与功能性消化不良的病理基础有联系(刘新光,2002)。功能性消化不良患者在实验室条件下，紧张和心理应激会影响胃肠功能，病人的应激管理能力和耐受疼痛的能力低下，加重病感。

(三)临床干预策略

**1．诊断** 临床上存在上腹痛，腹胀、早饱、暖气、返酸、恶心呕吐等上腹部症状超过 4 周，内镜检查诊断排除与症状有关的器质性病变、与排便习惯和（或）粪便性状改变有关的肠易激综合征，还要排除糖尿病、结缔组织病及精神病等全身性疾病。就可以诊断功能性消化不良。本病按临床表现分为 3 种亚型，分别是以上腹部疼痛为主的溃疡样型；以上腹部不适为主的动力障碍型，包括上腹饱胀、早饱、胀气或恶心等；以及非特异型。

心理评估针的重点是了解应激水平，评估焦虑和抑郁情绪，帮助临床治疗。评估患者的人格特点，有助于排除精神病。

**2．治疗**

(1)一般治疗：建立良好的生活习惯，避免烟、酒及服用非甾体抗炎药。避免个人生

活经历中会诱发症状的食物。临床药物治疗以对症治疗为主，没有特效药物，可采取抑制胃酸分泌、促进胃肠动力药、根除幽门螺杆菌的治疗方案。对失眠和焦虑者适当给以镇静药。对抑郁障碍严重者采取抗抑郁治疗。

**(2)**心理治疗：可以采用支持性心理治疗，通过热情接待，耐心解释，消除紧张，积极暗示。帮助病人建立治疗信心，建立有效的应激管理策略。对出现的抑郁情绪可采取认知**-**行为治疗。

## 三、 肠易激综合征

肠易激综合征**(irritable bowel syndrome，IBS)**是一种以腹痛或腹部不适，伴排便习惯改变为特征的全身性功能性病变。还可以称为激性肠炎、刺激性肠炎、粘液性结肠炎、结肠神经症等。

肠易激综合症是临床最常见的功能性肠道疾病。西方国家约有 **15%～20%**的人患本病，六个美国人中有一个患肠易激综合症，其中只有三分之一的人会去医院就诊。我国北京和广东地区的患病率约为 **7.3%**和 **5.6%**。患者以中青年为主，女性多见，男女之比约为 **1：2**，随年龄增长，发病人数减少。

**(**一**)**心理社会病因

**1．心理社会因素** 心理因素与肠易激综合征有关。在一项研究中，所观察的 **130** 人中有 **106** 人患有结肠痉挛，其中的 **77%**与心理因素有关。在对另外 **24** 名无痛性腹泻病人的观察中，有 **87%**的人的发病或发作受到心理因素的影响**(Chaudhury** 等，**1962)**。

有研究发现肠易激综合征患者对内脏刺激有选择性关注，并且条件暗示刺激可明显增加患者对直肠气囊扩张的敏感性，而对正常人无明显影响。患者对自己缺乏恰当的自我认识，因此将一些感觉错误知觉为疾病信号而就诊。

肠易激综合征病人具有某些特定的人格特征。使用艾森克人格问卷、明尼苏达多相人格调查表、**90** 项症状检核表发现，本病患者多有神经过敏、内向、疑病倾向和癔症性人格特征，以及焦虑、抑郁、强迫、人际关系敏感、敌对和恐怖等心理障碍（唐艳萍等，**2000**）。

抑郁障碍与肠易激综合征的发病有关。对 **115** 例肠易激综合征患者采用心理治疗，与常规药物治疗进行对照研究，三分之二的患者疗效好于对照组**(Guthriet** 等，**1991)**。另一项抗抑郁治疗研究发现，在 **138** 例肠易激综合征病人中，有 **61%**症状完全缓解，**89%**的人有效**(Clouse** 等，**1994)**。用肠腔内压力描记法观察肠易激综合征病人，**Almy** 发现植物神经功能受到严重焦虑、抑郁、愤怒、恐惧和敌对情绪的影响，使结肠运动功能失调，分泌功能紊乱。

饮食因素也与本症有关。患者常对某些食物产生不良反应，特别是牛奶及其奶制品、豆类和脂类等。不注意节制饮食，吃过于粗糙、生冷和加工过于精制的饮食，以及缺乏纤维性食物等均可诱发或加重本病。

**2．发病机制** 肠易激综合征的病理生理学基础主要是胃肠动力和内脏感知异常，而造成这些变化的机制尚未完全阐明。中枢神经系统及脑**-**肠轴构成的脑**-**肠互动，将认知、情绪中枢**-**内分泌轴、肠神经系统及免疫系统有机地联系在一起，脑**-**肠互动和调节机制，可能是肠易激综合征的发病机制。

(二)常见的心理问题

病情久治不愈，也可加重心理负担及情绪障碍，造成恶性循环。由于恐惧自己身患重病，或因同时伴有精神症状而频繁就医。有些病人存在惊恐(焦虑)性障碍，表现为突发性极度恐惧或忧虑，并伴有其他症状如腹痛、恶心、心惊、胸痛、呼吸困难、头昏、潮红、窒息感、出汗、晕倒等。抑郁可与肠激综合征同时出现，表现为唾眠紊乱、情感改变和体重减轻。如果胃肠症状不突出，只是病人多种全身性症状的一小部分，则应考虑躯体转化问题。

(三)临床干预策略

**1．诊断** 肠易激综合征起病隐匿，症状反复发作或慢性迁延，全身健康状况不受影响，最主要的临床表现是腹痛和排便习惯粪便性状的改变。中华医学会消化病学分会推荐使用国际认同的肠易激综合征罗马 II 诊断标准（1999），内容包括：

⑴过去 12 个月至少累计有 12 周(不必是连续的)腹痛或腹部不适，并伴有如下三项症状中的二项(腹痛或腹部不适在排便后缓解；伴排便次数改变；伴粪便性状改变)。

⑵以下症状不是诊断所必备，但属肠易激综合征常见症状，这些症状越多，则越支持肠易激综合征的诊断。排便频率异常〔每天排便>3 次或每周排便<3 次〕；粪便性状异常(块状/硬便或水样便)；粪便排出过程异常(费力、急迫感、排便不净感)，液便；胃肠胀气或腹部膨胀感。

⑶缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常分为腹泻为主型、便秘为主型、腹泻便秘交替型。

心理评估针对应激水平、易感人格和情绪障碍，例如，采用社会再适应量表、人格量表、SCL-90、以及抑郁和焦虑问卷等。

**2．治疗**

（1）药物治疗：对症状明显者可酌情使用药物控制症状，常用药物包括解痉剂，腹痛可使用阿托品和普鲁本辛等抗胆碱能药物。肠激综合征患者有 40％到 70％会产生安慰剂效应。由于此病症状的波动性，而病人又往往是在症状恶化时前来就医，以后自行好转，因此，药物应用需要有节制。采用对症治疗控制不良反应。对失眠、焦虑者适当予以镇静剂。对腹痛症状重而上述治疗无效，同时伴有较明显精神症状者可试用抗抑郁治疗。

（2）心理治疗：症状严重而顽固，经一般治疗和药物治疗无效者应考虑予心理行为治疗。包括认知治疗、行为治疗、放松治疗、催眠疗法、生物反馈等。

支持性心理治疗。告诉患者肠易激综合征的诊断，并详细解释疾病的性质解除患者的顾虑，提高患者对治疗的信心。通过详细询问病史，了解患者求医原因，了解是否存在恐癌心理，通过有针对性地解释，消除诱发因素。通过安慰和解释，向病人说明本病的发生机制，承认病人的主观感受真实存在，说明预后良好，不会威胁生命，也不会致癌。

其它心理治疗。认知治疗的实质是通过晤谈了解患者的发病过程、影响因素及患者的人格特点，找出患者对症状的观念、推理和情感特征。通过解释使患者从理性上认识症状产生确实与某种特殊应激因素有关。自我放松治疗使病人学习放松，控制自己的情绪，消除焦虑和抑郁。难治性肠易激综合征采用催眠治疗，有报告发现 70%的患者的症状缓解，甚至消

失，没有复发病例(Harvey)。

（3）膳食调整。增加膳食纤维和未经加工的粗糠，能增加大便量，质地变软而易于排出，故可使便秘缓解。便意窘迫感亦能减轻。纤维含量必须缓渐增加，以减轻胃肠胀气。有些肠激综合征及腹痛或腹泻病人，亦可因增加膳食纤维而减轻。高脂膳食皆不宜用。甘蓝、豆类和小扁豆等亦以不吃为好，以免在结肠发酵而使胀气加重。避免乳制品、过敏食品，有利于症状改善。

## 四、胆道功能障碍

本病主要为胆汁的分泌排泄障碍，症状与慢性胆石症、胆囊炎相似，常表现为右侧肋部钝痛、闷胀感，伴有恶心和呕吐。胆道造影可见胆囊收缩功能减弱等变化，无重大器质性病理变化。

不良社会心理因素导致的情绪障碍是致病的主要原因。心理社会刺激物通过大脑皮质导致自主神经系统功能紊乱，引起胆道系统的括约肌痉挛，胆汁潴留，使胆道功能障碍，消化功能下降；与此同时，也易引起胆系感染。胆石症、慢性胆囊炎也与本症的发生有关；有时胆道系统感染痊愈后亦可继发本病。

通过对 69 例胆道系统疾病患者进行的住院检查，采用三好秋马诊断标准，确诊胆道功能障碍者 7 例，胆囊炎伴胆道功能障碍者 9 例，胆囊炎者 20 例，患者中具有性格内倾、易思善感、优柔寡断、反应缓慢等人格特点。对疾病倾向于忍受而不及早就医、主观能动性较差、长期郁结的不良心理刺激和忧郁情绪不易迅速排解、人际关系适应性很差的患者，疾病预后和出院远期疗效巩固率较差，易复性，难获痊愈（郄风卿，1983）。

诊断依据本病的临床特点：①发病与心理因素密切相关；②临床症状类似慢性胆囊炎、胆石症；③胆道系统造影可见胆囊收缩功能减弱；④无重大器质性病变。⑤易反复发作，难获痊愈。

采用以心理治疗为主的综合疗法，其中尤以放松综合疗法为佳。

## 五、慢性胰腺炎

慢性胰腺炎(chronic pancreatitis)是指胰腺腺泡、胰管慢性进行性炎症、破坏和纤维化的病理过程，常伴有钙化、假性囊肿及胰岛细胞减少或萎缩。临床上有慢性复发性胰腺炎和慢性持续性胰腺炎两种类型。主要表现为腹痛、消瘦、腹泻或脂肪泻，后期可出现腹部包块、黄疸和糖尿病等。本病多见于 40 岁以上者，男多于女。与发病有关的生物因素包括慢性胆道疾病、酒精中毒、重度营养不良、高钙血症、遗传因素等。

引起本病的心理社会因素主要是应激和易患人格。

生活事件应激与本病的发生、复发、慢性演变和迁延不愈有关。国外报道本病患者在社会上常能尽职尽责，但因个人欲求不能满足或精神创伤等，常大量饮酒以求解愁，以至发生慢性胰腺病变。酒精慢性胰腺炎病人中，长期酗酒者达到 70％到 80％。酒精性胰腺炎即使以急性发作出现，亦属慢性进行性病变。起始症状一般在 35-45 岁时出现．但也有人初发于 25 岁前。

本病患者易产生酒精及药物嗜好，有性格缺陷者多见。日本中井等指出，本病患者中

有 75%具有强迫性性格。在可疑的慢性胰腺炎患者中有较高比例的抑郁症状(54%)和肠道激综合征(78%)。

治疗上强调安定药物与心理治疗相结合。慢性胰腺炎患者工作生活上认真负责，为了解除超负荷的心身应激反应，常常大量饮酒解愁，故继发酒精性胰腺炎者较多。采取心理治疗能改善应激管理水平，减轻压力，消除应激源。

在排除胰腺癌的基础上，慢性胰腺炎的主要诊断依据是：①典型的临床表现(腹痛、胰腺外分泌功能不全症状)；②病理学检查；③影像学上有 CP 的胰胆改变征象；④实验室检查有胰腺外分泌功能不全依据。第 1 项为诊断所必须，第 2 项阳性可确诊，1+3 可基本确诊，1+4 为疑似病人。

### 六、神经性嗳气

神经性嗳气也称吞气症，指患者有反复发作的连续性嗳气，并企图通过嗳气动作来消除主观认为是胃肠充气所造成的腹部不适和饱胀。事实上是由于连续嗳气动作，反而吞入了大量空气，加重了腹部不适，以致患者加强嗳气，造成恶性循环。病史较长者，症状往往相对固定化。本症多在家属在场时发作，熟睡时很少发作，患者一般全身情况良好。

本病起因常与精神刺激有关，不良的社会心理因素是导致该病的最主要的原因。患者往往存在性格缺陷，常表现为内向、情绪不稳定，具有癔症倾向，易受暗示以及焦虑、躯体化、人际关系敏感、强迫、抑郁等情绪障碍，且发作前每有心理诱因。

本病治疗宜采用心理治疗为主的综合治疗，如一般性的心理治疗，如语言解释和疏导。放松综合疗法、暗示疗法和生物反馈等也有效。其实为排除器质性病变所进行的物理检查本身就具有治疗意义。

## 第三节　神经性厌食症

神经性厌食症(anovexia nervosa，AN）是以对肥胖的病态恐惧、体象障碍(body-image disorder)、过分追求苗条为特点的一种进食障碍，它涉及生理、行为及心理活动各个方面。

神经性厌食症是在 1874 年由威廉·戈尔医生首先提到的一种进食障碍。现在，由于人们对节食及减肥过于关注，节食现象变得相当普遍。调查发现神经性厌食症的发病年龄通常在 10 岁到 30 岁之间，其中 13 岁到 20 岁之间的发病人数占到 85%，高峰年龄为 17 岁至 18 岁，如果发病年龄过大或过小，要考虑其他疾病的可能。此病有显著的性别差异，女性远远高于男性。神经性厌食症多流行于经济水平高、家庭富裕的人群中，发达国家高于发展中国家，城市高于农村。在芭蕾舞演员和模特职业者中多见，患病率高达 5%到 7%，影视演员、公关、文秘人员患病率也高于普通人群。国外报告 5～10%的患者死于自身的强迫饥饿，以 10～20 岁的女性多见。

神经性厌食症只是冰山一角，更多的节食者处于亚临床状态，它们达不到诊断标准，但又不是正常人。在美国总人口中，完全符合进食障碍（包括 AN、神经性贪食症和暴食障碍)诊断标准的个体比例仅为 1%，而亚临床进食障碍者高达 10%。还有项调查发现，在西

方国家青少年女性中，具有亚临床神经性厌食症比例最高可达 5%。西方女大学生中认为有必要节食的比例达到 75%，女中学生中有 63%一 70%对自己的形体不满。日本 14 岁到 25 岁年龄段的女性中有 64%希望减肥，其中 1／3 已经实施减肥。

我国完全符合诊断标准的神经性厌食症患病率不高，随着人们生活方式的改变，以及西文社会追求身材苗条的观念的影响，我国 AN 的发病率也会有明显增多趋势。钱铭怡调查发现，我国大、中学生中“经常节食者”的占被调查者的 3.5%和 1.6%，“有时节食者”达到 20.4%和 15.8%。亚临床厌食症的比例在女大学生中占 4.98%（钱铭怡和刘鑫，2002）。更大规模的调查显示女大学生中符合“进食障碍量表”诊断的达到 2.5%（关丹丹和王建平，2003）。

## 一、心理社会病因

### (一)心理社会因素

**1．认知因素** 追求身材苗条和怕胖是神经性厌食障碍的核心。近 45 年来，欧美国家女性身材美的标准就是“瘦”。时尚杂志封面女郎、选美比赛的冠军小姐、甚至芭比娃娃越加苗条。普通成人也认为苗条女士更具女性魅力。英国把苗条作为具有自控力、举止文雅、有吸引力、有活力的象征。宣传媒体、同辈影响患者“美的标准”。

**2．应激因素** 个体因生活境遇发生重大改变，自觉难以应对时发病。月经初潮的到来、第二性征的出现、进入青春期自身身份的变化、升学、搬迁、参加工作等。突然离开亲人及熟悉的环境，改变已习惯的生活方式和规律时也会引起 AN，例如，父母离异，亲人亡故，儿童离开家庭上托儿所、幼儿园，青少年易地求学等。频发抑郁和焦虑情绪、他人赞许的需要、低自尊的个体易患本病。

**3．人格特征** 与其实际年龄相比患者较稚气和不成熟，常表现胆怯、保守、偏食、疑病、焦虑等，早期可能有癔病倾向，有的可能有强迫性格和内向性格。伴有贪食诱吐的神经性厌食者人格障碍突出，MMPI 的抑郁、癔症、精神病态、偏执及分裂分较高，情绪不稳，富于攻击性，冲动性。

**4．家庭因素** 有些家长错误地认为吃得越多越健康，因此鼓励孩子多吃，无节制地反复诱导进食，甚至强迫喂食等，这些会使孩子产生逆反心理，甚至害怕和厌食，使摄食中枢兴奋下降，久之产生厌食和呕吐。

Bruch（1973，1982）注意到患神经性厌食症的女孩子常常来自那些“优秀生”、高成就和高责任心者、以及“乖乖女”。她们总是试图用“完美”来取悦父母和其它他人。她们的父母具有如下特点：过于要求女儿顺从和有成就，控制欲强，不许女儿表达情绪，特别是不能表达负性情绪。在这类家庭中成长的女孩，只能顺从和满足父母或他人的要求与愿望，不会认同和接受自己的情感和欲望，甚至忽视自己的身体感觉，如饥饿，逐渐形成长期耐受饥饿的能力。

性虐待经历是本病的危险因素。有很多临床报告发现进食障碍者中有过性虐待经历的比例高。当然，那些相信这一理论的治疗师，也会指导患者回忆儿时性虐待的经历。研究指出，进食障碍者的性虐待发生率确实高于正常对照组，但是，其它心理障碍患者中也具有与 AN 一样高的性虐待发性率。

### (二)发病机制

丘脑下部机能障碍。认为神经内分泌中枢功能失调是AN的生物学基础。有报告AN患者脑内肾上腺素能-多巴胺能系统与摄食有关机能受抑制，结果胆碱能系统与饱食感占优势，致使摄取需要减少，从而产生体重下降。

在发病前，个体的体重往往处于正常范围，或略高于标准体重。起因往往是家属(父母)、老师、同学等鼓励其控制饮食，一旦个体节食成功，就会得到他人的赞扬，患者也会沾沾自喜，启动了正强化机制。这使他们往往不仅仅停留在这一阶段。他们惯常的做法是订立新的目标，并为之努力。他们往往称这样做是怕前功尽弃，怕一不注意体重就会升高。他们初期是为了苗条和美丽而减肥，但渐渐地，减肥或降体重自身就变成了目标。

## 二、身心反应特点

此病的最重要特点就是过分关注体形、过度节食以致体重显著降低。患者开始时多以减少热量的摄人为特点。逐渐地，他们就完全避免食用含有高糖分或高蛋白的食物。除了控制饮食之外，患者大多增加运动量，跑步、游泳、跳舞、练健美操等，而且，运动的习惯一旦形成，往往不会短期内消失，即使体重已经降低得很明显，患者仍然认为自己的体形不满意，我行我素，继续节食或(和)加强锻炼。

患者进食时往往躲开家人或同学、同事，独自进行。绝大多数人初期并不真正“厌食”，相反，食欲相当好，只不过是不敢吃，或吃完之后强迫自己呕吐或设法催吐：因此，病名并不反映疾病的实质。其中有的人在病程中往往还会有发作性的“贪食”表现。据国外报告，为了降低体重，不少人同时服用泻药或利尿剂。但在国内病例中尚不普遍。

常常与其他精神障碍相伴发，如强迫症、抑郁症、焦虑症等。患者伴有完美主义倾向，做事比较刻板。近来AN与抑郁症的关系引起关注，临床上发现30%到40%的患者符合抑郁诊断。Cantwell等提出异常摄食行为是变异了的情感障碍。

本病患者大多先到内科或妇产科就诊，就诊的原因往往不是由于消瘦，而是由于月经不调、下肢水肿、便秘、心动过缓、低血压、腹痛等，有的则因过分节食、呕吐而致脱水和电解质失衡，如低钾血症、碱中毒，有的则有食道损伤、牙釉质受损等。患者往往是在较为严重时才被送到精神科就诊。

## 三、临床干预策略

### (一)诊断

病程长短不一，轻者很快缓解，不再复发，重者甚至可致死。患者中40％可完全恢复，30％症状有改善，20％左右症状顽固，其病死率有的可达22％。易康复的情况特点是：个体病前的心理社会适应情况较好，起病较早、体重降低不太明显、对疾病的自我认识水平较高。而病前的心理社会适应情况差、社会经济水平低、体重降低过多、对疾病认识不足、同时伴有贪食、呕吐表现或服用通便药物者，往往预后不良。

神经性厌食症的诊断要点是：①有意保持体重低于标准体重的最低限，体重往往低于标准体重的85％。②患者存在体象感知障碍，对自身形象感知错误，虽然明显消瘦，甚至有客观证据证明体重已低于标准体重，患者仍认为自己太胖。④对于已经有月经史的女性，出现停经，至少连续3个周期未来月经。

由于厌食者常不觉得她们的状态异常，因而常否认有问题而拒绝治疗。

心理评估可以采用节食状况测查表(Dieting Status Measure)。该调查表由 Gail Huon 等人编制。用六个陈述句把节食状况按时间分为 6 类：(1)从未节食过、(2)曾经想尝试、(3)曾经节食过、(4)有时节食、(5)经常节食、(6)一直在节食，要求被试选择最符合她的情况的一项。

Garner 等人编制的进食障碍问卷(Eating Disorders Inventory，EDI)有八个分量表，瘦身倾向、对身体的不满、贪食、无效感、完美主义、对他人不信任、内省意识、成熟恐惧。该量表包括了 AN 内容。

(二)治疗

本症治疗目的主要是保持患者的正常营养，防止产生电解质紊乱、酸减平衡失调、恶病质等造成死亡。但由于患者对变胖非常恐惧，自主性的食疗有困难，病情严重者最好收住院，在医护人员监督指导下进行治疗。Gull W 最早提出的治疗原则是："在规定的时间内给病人进食，护理人员要严格管理，家庭成员和亲友不能在病人旁边侍侯。"

Grisp 提出内服氯丙嗪加正强化的心理行为治疗，即，体重增加时给予奖励，体重减轻时给予惩罚。Mills 提出三环类抗抑郁剂治疗亦有一定效果。一般认为，在营养补充的基础上，还应当重视对内分泌紊乱的纠正，恢复体内黄体酮激素的水平，补充甲状腺素等。

心理治疗仍是重要的治疗方法，但患者多不愿接受治疗。因此，医务人员要耐心而热情地对待，尽量消除患者的消极情绪。要取得患者的合作，了解其发病诱因。采用疏导、解释、支持与暗示等手段，使其改变认知，愿意接受治疗，并共同确定目标体重。患者有形体恐怖，害怕发胖，应通过认知指导，帮助其消除以苗条为美的社会文化习俗的影响，消除"怕胖"的想法，提高自我评价能力。

在实现肥胖者的体重降低和厌食者的体重增加方面，行为疗法（操作条件法和脱敏疗法等）已被证明有效。特别是在为患者提供体重和热卡摄取量数据从而形成生物反馈机制阶段，治疗最有效。治疗方案还包含了支持患者积极参与的内容，消除了患者认为治疗无益的感觉。患者重新进食中，体重不宜增加过快，每周 1 公斤至 1.5 公斤为宜，体重测试每周二次，过多会诱使病人呕吐和腹泻。

利布曼等人(1974)把行为矫正疗法同家庭咨询结合起来。为了控制患者出院后重新回到患病前的那种环境，他们重新定义了厌食症，个体的障碍成为全家人所共同面对的问题。综合治疗方案包括了患者及其家庭成员。治疗时，首先，厌食症患者住院进行医疗评价。在这期间，医务人员通过举行一些非正式的午餐来帮助评价厌食症的程度与合作的愿意程度，采用操作条件法来增加体重。一旦这些步骤开始见效，午餐就可以同患者现存的家人一起举行以便加快体重的增加，同时家庭成员在患者出院后会将这些午餐训练方法正确坚持下去，使患者体重保持增加。一旦患者看来已经在规矩地吃饭并被放出医院，就应该进行门诊家庭治疗。并将治疗的重点转向消除引起厌食症发作的家庭因素。

（钱明）

# 第十一章　呼吸系统的心身疾病

呼吸系统直接与外界接触，常因感染、过敏或吸入有害物质发生疾病。心理社会因素对呼吸系统功能产生影响。常见呼吸系统心身疾病包括支气管哮喘、声带功能障碍、神经性咳嗽、过度换气综合征等。本章着重介绍支气管哮喘和过度换气综合征的心身问题及临床干预策略。

## 第一节　过敏性哮喘

目前认为哮喘**(asthma)**是由嗜酸粒细胞、肥大细胞和**T**淋巴细胞等多种炎症细胞参与的气道慢性炎症，这种炎症使易感者对各种激发因子具有气道高反应性，并可引起气道狭窄，表现为反复发作性喘息、呼吸困难、胸闷或咳嗽等症状。哮喘的本质是过敏性炎症引起的慢性气道炎症。

按照发病诱因，可将哮喘分为三种类型：过敏性（**allergic**），占哮喘症的 **60%**，多于儿童期起病，有家族史，常伴有其他特应性过敏症，**30%**左右可进入成年期，一般不会引起死亡；特发性（**idiopathic**），占哮喘症的 **30%**，多发年龄为婴幼儿（**infants**）或大于 **40** 岁的成人，很少伴发其他特应性过敏症，无家族史，诱因不清，可变成慢性，甚至引起死亡；其他型，占哮喘症的**10%**。

哮喘的发病机制主要是Ⅰ型超敏反应（过敏性），但用Ⅰ型超敏反应并不能解释气道高反应性等现象的全貌。气道炎症是哮喘的病理基础，气道高反应性为哮喘特征之一，是气道炎症的结果。气道炎症导致气道损伤，造成上皮脱落、神经末稍暴露、微血管渗漏和平滑肌收缩等多种因素均使气道对刺激的反应性增强。

哮喘的病因十分复杂，其发病有家族性，提示与遗传因素有关。有研究显示，常染色体 **11q**、**12q**、**13q** 上有控制 **IgE** 的反应性的基因，过敏性哮喘与第 **11** 染色体上 **D11S97** 的 **DNA** 多态性有关。环境中的诱发因素也与哮喘密切相关，如大气污染、烟尘、运动、冷空气刺激、花粉、屋尘、尘螨、动物毛屑、霉菌及职业性抗原等均可引起哮喘。儿童期呼吸道感染与哮喘发生也有密切关系，呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、流感病毒等的感染，能刺激机体产生特异性 **IgE**，也能直接刺激肥大细胞释放介质。

精神刺激以及社会、家庭、心理等因素也可诱发哮喘，以下着重介绍心理社会病因学

及相关诊断和治疗。

## 一、心理社会病因

哮喘的原因复杂且因人而异。现在已发现有许多不同的触发因素，除变态反应、感染、生化因素之外，心理社会因素也被认为起着始动机制的作用（Bengtsson,1984）。1950年，亚历山大提出哮喘是呼吸系统经典的心身疾病。支气管哮喘发病的关键是支气管平滑肌的高反应性，详细机制尚未完全清楚，但一般倾向于认为，情绪因素是通过植物性神经系统（迷走神经）而引起哮喘。

研究认为，心理社会因素与过敏性抗原的联合作用是引发哮喘的重要原因，其中精神刺激是支气管哮喘发作的重要环节。1958年Williams在487例哮喘病人中发现，仅29%的病例的诱发原因显然是外源性过敏所致，40%为呼吸道感染，80%的病例都是精神因素所致。在心理社会因素中，社会因素如家庭矛盾、学业问题、工作问题等都会通过对患者心理状态特别是情绪的影响而导致疾病发作。

情绪可以直接导致哮喘的发作。过度焦虑、愤怒等均可导致哮喘的发作，长时间处于精神压抑或焦虑状态，会诱发哮喘的发作。Sacher认为情绪过度紧张会使情绪中枢所处的大脑皮层边缘系统抑制下丘脑神经分泌细胞，继而抑制脑垂体促肾上腺皮质激素分泌，肾上腺皮质激素的分泌也减少，促使哮喘发作。近代研究还证实，情绪状态作为大脑中的一种刺激，可引起躯体内脏活动反应（包括支气管收缩反应），促使哮喘发作。有人研究发现，情绪作为哮喘的发病诱因，按其出现频度高低依次为：焦虑、愤怒、抑郁、恐惧、兴奋。

有学者将情绪导致哮喘发作总结为两种模式：

第一种：情绪—发病，是由不良情绪导致哮喘发作。这种模式又可以分为两种形式：直接型和蓄积型。直接型是在不安、生气时突然涌出的感情与发病直接相关，例如外出突然发觉忘了携带吸入药时，就会变得不安，进而发病，或者吵架之后，怒火无法平息时也会发作。间接型是长期处于焦躁、不安、压抑等情绪状态下蓄积的压力导致疾病。

第二种：情绪—行为方式—发病，是不良情绪通过一定行为后致病。由于不满、不安等情绪促使病人为满足期望而付出超强的努力，但努力的结果并不能让病人满意，而且使其心力憔悴，身心疲惫，诱发哮喘发作。这种情形与病人期望所有人都喜欢自己，认可自己的苛求完美个性倾向有关，医务人员必须在深入了解其成长经历、个性特征等资料，才可以作出准确的判断。

个性与哮喘发作也有密切关系。有研究者对哮喘患者进行了CMI测验，发现多数患者都可以归入神经症和心身疾病的范围。应用矢田－gelford性格量表检查，显示患者有情绪不稳定和内向的特征。Machora画人测验结果显示患者有寻求援助和保护的迹象，很少有敌意或攻击他人的倾向。Rorschach墨迹测验的结果显示患者呈内向型，情绪表达贫乏，期待能被他人接受以及欲望过高。一些研究认为支气管哮喘患者的主要个性心理特征是：内向、情绪不稳定、被动、好高骛远等。还有研究认为，自我克制，情绪压抑，内蕴性强的性格，即所谓“C型行为”特征者易患哮喘。但也有研究认为支气管哮喘没有单纯的或统一的人格类型，约有50%的患者有乞求他人（特别是母亲及其替代者）保护

的潜意识愿望。

对于支气管哮喘发病的心理机制，不同的心理学理论作出了不同的解释。条件反射理论认为，哮喘发作是心理刺激所引起的情绪应激与憋气体验偶然结合而形成的条件反射反应，条件化刺激是哮喘发作的诱因。精神分析观点认为哮喘是由于强烈的欲望未能达到满足，从而使情感受到压抑，但又不能以哭泣或叫喊来表达，于是便转成哮喘发作，认为哮喘是“被压抑的、为了得到帮助的呼喊。”

## 二、身心反应特点

不仅支气管哮喘的病因与心理因素密切相关，而且由于患者的心理特点和疾病的痛苦体验，哮喘病人会出现各种心理问题，主要表现在以下几个方面：

**1. 哮喘发作时的紧张焦虑** 哮喘发作时呼吸困难，患者会产生濒死感，出现极度紧张、焦虑、恐惧状态，而焦虑、恐惧的情绪又会加重哮喘发作，形成恶性循环。在未发作时，也会因担心再次发作而紧张焦虑，特别是在接触过敏源、气候转冷等外在条件下，紧张焦虑加重，反而促发了哮喘的发作。

**2. 对哮喘产生多种不良情绪** **Forero**等研究表明，患有哮喘的中学生有更多消极情绪，常感到孤独、敌对和无助。**Badoux**等用简要症状调查表（**BSI**）检测发现，与健康人相比，成年哮喘患者躯体化、强迫症状、人际关系敏感、恐惧、焦虑、抑郁、敌对、偏执和精神病性因子分均明显增高。

恐惧是哮喘患者的不良情绪之一。由于哮喘反复发作，患者因过分担心疾病的预后，易产生抑郁、悲观、感情脆弱、易于冲动，过分敏感和疑病倾向。患者的恐惧主要来自以下几个方面：

（**1**）恐惧哮喘引起的死亡。当重度哮喘引起病人重度缺氧时，病人常烦躁不安，有濒死的感觉。其实多数哮喘的死亡与治疗不及时或方法不当有关，如果病人的抗炎治疗适当或在哮喘急性发作时处理及时，完全可以避免死亡。

（**2**）害怕运动加重哮喘。因为担心运动会提高呼吸强度，并加重哮喘，病人过度地限制自身活动。其实哮喘病人应该和正常人一样有充实的生活并尽可能参加一切正常活动。

（**3**）担心哮喘的预后问题。由于哮喘较难完全治愈，有的患者还会因此导致严重的肺功能障碍，因此患者对哮喘能否恢复，是否会留下后遗症而担心害怕。

**3. 对抗治疗的心理** 许多病人对长期服用某些药物，尤其是糖皮质激素的副作用产生恐惧心理，担心药物的毒副作用，担心长期服药会对药物产生依赖。另外β**2**激动剂可以引起心率增快、呕吐及肌肉颤动等反应，让患者感觉不适，容易产生对抗药物的反应。一些患者对吸入疗法存在着一定的偏见，有的人嫌吸入的方法太麻烦、不易掌握，有的人误认为吸入疗法会使药物剂量越用越大，或认为长期用药会产生药物依赖性，因而对吸入疗法产生恐惧心理。

**4. 自卑感和依赖感** 在学龄儿童和青少年哮喘病人中，普遍存在自卑感和依赖感。由于家长不当的教育方式，儿童对自己缺乏信心，对父母过分依赖，患病的现实又加重了患者的自卑感和依赖感。哮喘的突然发作常常使病人不能适应，更加感到恐惧和无助，而依赖感和自信心的丧失常导致病人需要永久性的药物治疗。

**5．心理社会层面的交互影响** 哮喘患者的心理、社会各方面因为患病而产生变化。在心理层面，由于患病使患者回避应该面对的问题，缺乏应有的锻炼，心理依赖性增强，自立能力不足。如儿童患者因为曾发病，就被限制与小朋友玩耍，体育运动也不能参加，与同学接触减少，在心理上就丧失了独立的机会。儿童患者不管什么时候，都在父母的支配下生活，这种情况使患者将来参加社会生活时出现困难。在家庭层面，家庭要为患者支付医疗费用，而且哮喘发作常在黎明，会影响其他家庭成员的休息，可能会导致家庭成员之间的矛盾，而家庭关系不协调又会成为患者发病的原因，如家庭关系不能协调，患者就可能会被忽视或成为家庭矛盾的牺牲品。

在社会层面，由于发病使患者工作受到影响，让患者很难适应工作环境，在发作较轻重返岗位时，要弥补落下的工作就要付出更多的努力。因此，即使有一点发作，因为担心影响工作就不去接受治疗，结果导致病情延误。这种结果又会引发更加严重的发病，不得不再次停止工作。

## 三、临床干预策略

**1．临床诊断** 作为一种心身疾病，过敏性哮喘的诊断应从身、心两个方面开展，除了应了解患者的躯体感受、症状表现、发病过程外，还应明确患者的心理社会因素。

从生物医学角度，根据典型的临床症状和病史即反复发作性气喘、胸闷、咳嗽和两肺可闻哮鸣音，发作有某种诱因，症状可因用支气管扩张药或自行缓解，并排除其他疾病，可初步诊断。肺功能检查，**FEV1** 降低，提示气流阻塞；支气管扩张试验，吸入支气管扩张药后，降低的 **FEV1** 恢复 **15%**为阳性。可作为哮喘的诊断依据。支气管激发试验测定 **FEV1** 或 **PEF** 较吸药前降低 **20%**以上，表示气道反应性增高。此外，目前常采用皮内试验和点刺试验或通过体外测定血清中特异性 **IgE** 来检测和确定过敏原，但均有一定局限性。支气管激发试验，对职业性哮喘的诊断有重要意义。

日本心身医学的先驱吾乡提出了心因性支气管哮喘的概念并提出以下诊断标准：①客观检查和患者叙述的在发作中的痛苦不符合，患者缺乏治疗的愿望；②没有呼吸道感染，也很少有分泌物，发作时有轻度呼吸困难、咳嗽、并诉说在吸气时有呼吸困难的感觉；③住院后症状容易消失，出院后很快发作；④在一定条件下，如想到手边没有药时，必定引起发作；⑤患者对于该病预后过分悲观；⑥患者在发病前后患有其他心身疾病或神经症。

从心理社会角度，可通过听取患者诉说、观察患者反应，与患者的访谈来了解其情绪状态、个性特点、成长历史、生活状态、家庭关系等方面情况，并从以下几个角度分析与发病有关的社会心理因素：

（**1**）发病前有无丧失亲人等重大应激事件；

（**2**）发病前有无就职、结婚、生育、下岗、职位变化等社会事件；

（**3**）发病前有无人际关系冲突、生活环境显著变化；

（**4**）发病与某一特定情景如节假日、考试、考核等有无直接关联；

（**5**）哮喘发作的过程及患者对此的认识；

（**6**）发作时患者的具体行为有哪些；

（**7**）发作时家人有怎样的态度和行为；

（8）没发作时患者的行为表现。

从以上几个方面分析患者哮喘的可能诱因，为有效的心理干预做好准备。

**2．治疗**

（1）过敏性哮喘的药物治疗：回避特应性变应原及其他可能诱因是治疗的基本原则。常规治疗包括抗炎和支气管扩张剂的应用。糖皮质激素可阻止 Th2 型细胞因子合成和释放，抑制嗜酸性粒细胞增殖活化、抑制基因转录，诱导嗜酸性粒细胞凋亡从而抑制气道炎症。β2 受体激动剂，如羟甲异丁肾上腺素（沙丁胺醇，舒喘灵）、叔丁喘宁(喘康速)、酚丙喘宁(Fonoterol)等，吸入后可迅速扩张支气管，缓解支气管痉挛。肥大细胞稳定剂色甘酸二纳、白三烯受体阻滞剂安可来及抗组织胺药酮替酚等，均有一定治疗作用。茶碱类药物、氨甲喋呤、环孢霉素、三乙酰竹桃霉素（TAO）和金制剂等免疫抑制剂对哮喘均有疗效。

（2）过敏性哮喘的心理干预：在临床实践中，根据病情的程度，哮喘患者可以接受门诊治疗或住院治疗。这里从门诊和住院两个方面来介绍。

对门诊治疗的患者，应指导患者形成对哮喘的正确态度，如告诉患者哮喘一旦发作不要强忍，尽快的接受合适的治疗。在哮喘缓解时不要急于参与繁重或压力大的工作，因为一旦发作过一次，气管的过敏性就会增高，于是就会很容易再次发作。帮助患者评估他们面临的压力和生活状态，让患者形成宽松、自然的生活观，对压力大的患者教会他们腹式呼吸及自我放松训练等方法。

对住院治疗的患者，应进行系统的、完善的心理干预。一般可以经过4个阶段：

第一阶段，良好治疗关系的确立。建立良好医患关系是进行心理干预的基础，在临床问诊、身体检查和治疗、护理过程中，与患者进行有效的沟通，了解患者的心理困惑和与疾病有关的信息，向患者提供必要的预防、治疗知识等均可促进良好治疗关系的建立。

第二阶段，解除压力，减轻症状。帮助患者认识心理社会因素和哮喘的关系，释放日常生活中压抑的不良情绪，对患者进行自我放松训练，让患者从压力状态中解脱，加上药物治疗的作用，患者逐渐感受到症状的缓解。

第三阶段，促进对身心的进一步理解。与患者研讨其症状表现及发病过程，帮助其进一步理解人际关系问题、生活方式、学习工作问题等社会心理因素与哮喘发病的关系，让患者明确其对疾病的认知方式及自我防御机制和哮喘发作的关系，通过交流分析，形成对哮喘发作过程的正确认识。

第四阶段，形成新的认知行为模式。在理解心身关系的基础上，帮助患者纠正认知错误，训练患者形成对人对己的正确态度，学会应对日常生活各种问题的方法，促进人格完善。

住院期间的治疗达到良好效果后，可做出院前的准备，因为出院意味着要重新承担社会责任，面临各种压力和问题，许多患者对出院有种种担心。所以出院前应进行适应性训练，可以让患者回家住几天后在返回医院，告诉医生回家后的体会和感受，指导患者正确面对现实生活中的矛盾和问题，学会解决问题方法，待患者能够适应工作生活时，再正式办理出院手续。

# 第二节　过度换气综合征

过度换气综合征（hyperventilation syndrome）表现为反复发作的意识丧失，但无癫痫、发作性睡病的证据。临床上可由各种原因引起连续的快速深呼吸，或者让患者快速呼吸2～3分钟就可诱发，病人会出现心慌、焦虑、胸部窘迫、头晕、四肢刺痛或麻木、眼前发黑等症状，继而有眩晕，昏厥或感头昏产生脱离现实的情感；可有耳鸣、眼花、肌肉僵硬、手足痉挛等表现，同时伴有不能控制的大笑、大叫。患者往往能意识到这些症状，但不能控制自己的过度呼吸，发作时间一般持续20到60分钟。该病为Dacosta（1871）最先以Dacosta综合征报道。本病女性为男性的1.6～2.0倍，25岁左右占60%。

过度换气综合征的发病机制是由于换气过度，使肺泡及动脉血$CO_2$张力下降，但静脉血$CO_2$张力降低不明显，造成呼吸性碱中毒，血浆pH值升高，导致血管痉挛，大脑血流量减少，出现意识障碍及脑电图异常。另外，血清钙离子浓度降低，神经及肌肉细胞内钾离子也降低，使神经肌肉兴奋性增加并产生痉挛。心脏表现为心率增加，心绞痛及心电图显示T波倒置，ST段降低，QT间期延长。四肢麻木除因碱中毒外，还与交感神经兴奋，皮肤血管收缩有关。

## 一、 心理社会病因

心理社会因素被认为是过度换气综合征的主要原因。

**1．不良情绪**　情绪的变化与呼吸的频率、深度有密切关系，正常呼吸频率在16～18次，而在紧张、恐惧等情绪状态下，呼吸频率可达40～60次。所以，过度紧张、焦虑不安、恐惧、激动等多种不良情绪可以诱发过度换气。

**2．精神刺激**　由精神刺激引起的心理应激也是导致过度换气的原因。遭遇精神刺激时，个体会因交感神经或副交感神经的兴奋和抑制影响脏器的功能，德国医学家薛特勒认为过度换气综合征是功能性的，是由植物神经系统对个别或整个器官系统的调节异常引起的。

**3．人格特征**　研究表明，过度换气综合征患者一般有神经症性人格倾向。存在敏感、多疑，情绪不稳，有神经质或癔症人格倾向，人格不成熟等特点。日本的安藤对115例心因性过度换气综合征患者从精神病学角度进行了分析，发现这些患者不同程度伴有焦虑症、癔症、疑病症、恐惧症及强迫症等几乎所有神经症类型的症状。

## 二、身心反应特点

过度换气综合征在发作过程中，患者会出现多种主观不适，在未发病时，也会有不良心理反应。

**1．发作期的心理反应**　在过度换气综合征急性发作时，病人会出现发作性呼吸加深加快，而且快速而不规则，自觉口唇发麻，四肢麻木，肌肉震颤或肢体抽搐，感到心悸、胸闷、呼吸困难，并有头晕目眩、恶心、四肢发冷等表现。患者还会产生明显的急性焦虑反应。

**2. 反复发作引起的不良情绪** 过度换气综合征常反复发作，发作时极度的痛苦以及发病的突然性，使患者对疾病再次发作产生恐惧和担忧，患者需要经常关注自己呼吸的频率和强度，避免过快过深的呼吸，希望通过自己的努力防止过度换气再次发作，但不能控制而再次发作后又会产生抑郁、焦虑、悲观失望、自责、无助等消极情绪体验。

**3. 活动消极，社会功能受影响** 过度换气综合征患者在不发作时虽然没有明显躯体功能异常，但因对再次发作的恐惧，使他们不愿过多参与活动，在工作、学习中表现消极，认为自己没有能力工作学习或参与社会活动，在行为上消极被动。

## 三、临床心理干预

作为心身疾病的过度换气综合征是指由心理社会因素诱发的过度换气，在诊断时应进行全面的躯体检查，排除继发性过度换气，如肺源性、心源性、代谢性、神经源性或药源性等。同时明确疾病的各种临床表现，结合诊断标准进行诊断。

对患者的心理社会因素同样需要进行评估和诊断。应了解患者的情绪状态、行为模式、对疾病的认知，并收集成长史、工作学习状态、人际交往、家庭关系等方面的资料，根据所收集资料判断患者的社会生活环境和个人心理状态。心理评估可以以访谈、观察的方式进行，也可以使用心理测验量表或临床评定量表如焦虑自评量表、明尼苏达多项人格调查表等协助诊断。

在过度换气综合征的治疗方面，根据症状及检查所得，适当使用镇静剂、β受体阻滞剂、钙剂可以起到缓解症状作用，吸入3～5%二氧化碳的空气也能达到类似效果。

心理治疗和干预可从以下四个方面开展工作：

**1.解释病因，增强信心** 心理干预首先要以亲切的态度、平等的交流赢得患者的认可与信任，与患者建立良好的医患关系。在此基础上向患者介绍心理对生理的影响、心身疾病发病的一般原理、过度换气的发病机制，心理调节对预防过度换气发病的作用等，帮助患者树立战胜疾病的信心，提高对疾病的认识，消除其对过度换气发作的担心和恐惧。

**2.心理支持，消除不良情绪** 过度换气多患者多存在精神刺激等方面的诱因，或因失恋、家庭不和、夫妻吵架等原因。要对患者以心理支持，以关心、尊重的态度与患者交谈，鼓励其讲出所遭遇的生活事件，并讨论如何正确地面对各种压力和打击。帮助患者掌握情绪调节的方法，如自我放松、倾诉、宣泄、转移注意等，以便在遇到应激事件时能及时从消极情绪中解脱。

**3.心理暗示** 过度换气患者有敏感多疑等特点或癔症人格倾向，他们多容易接受暗示，所以，暗示疗法常能起到治疗作用。可使用口服维生素、静脉滴注葡萄糖酸钙、肌肉注射生理盐水等作为安慰剂，以肯定、权威的口气告诉患者使用这种“特效药”后能很快消除各种不适感，多数过度换气综合征患者能在暗示后缓解症状。

**4.完善个性，消除易感素质** 敏感多疑、压抑、悲观、神经质或癔症人格倾向是过度换气综合征的个性基础，在心理干预中，可以采用认知治疗操作模式，帮助患者最终认识自己个性上的缺陷，调整对人、对己的态度，改变不良行为习惯，增强对挫折压力的耐受力，消除个性中的不良因素。

（姚斌）

# 第十二章　内分泌、代谢系统的心身疾病

内分泌系统是人体内分泌腺及某些脏器中的分泌组织所形成的一个体液调节系统。其主要功能是在神经系统支配和物质代谢基础上释放激素，以维持正常的新陈代谢，维护内环境相对稳定并适应多变的体内外变化。不良情绪可直接影响内分泌系统的活动，进而影响其他脏器。因此内分泌系统包括了较多的心身疾病。本章主要介绍甲状腺机能亢进、糖尿病、单纯性肥胖症、情感阻断性小人症、心因性多饮症的心身问题及临床干预策略。

## 第一节　糖尿病

糖尿病（**diabetes mellitus**）是一组由遗传、环境、免疫等综合原因所致的胰岛素绝对或相对不足而引起的代谢障碍，以具有明显异质性的慢性高血糖及其多种并发症为临床表现特征。临床上早期无症状，至症状期有多食、多饮、多尿、烦渴、善饥、消瘦或肥胖、疲乏无力等症群，久病者常伴发心脑血管、肾、眼及神经系统等病变。严重病例或应激时可发生酮症酸中毒、高渗昏迷、乳酸性酸中毒而威胁生命，常易并发化脓性感染、尿路感染、肺结核等。由于生活水平提高，生活方式现代化，体力活动减少，营养过剩等原因糖尿病发病率呈上升趋势，成为危害健康的主要疾病之一。

糖尿病一般分为两种类型：胰岛素依赖型糖尿病（**IDDM**）和非胰岛素依赖型糖尿病（**NIDDM**），前者也叫 **1** 型糖尿病，后者亦称 **2** 型糖尿病。

**1** 型糖尿病主要与遗传、自身免疫有关，一般早年发病，多见于儿童及青少年，但其他年龄均可能发病。该病起病较急，早期症状有多尿、口渴多饮、体重下降、呕吐、不可控制的进食及昏迷等，**1** 型糖尿病占所有糖尿病总数的 **10**％～**20**％。

**2** 型糖尿病是由于胰腺分泌胰岛素相对或绝对不足所致，一般起病较慢，典型病例见于中老年，偶见于幼儿，患者血浆胰岛素水平相对性降低。早期临床表现为“三多一少”，即多饮、多食、多尿、不明原因地消瘦，有些病人还表现出疲劳、口舌干燥、阳痿、月经失调、皮肤感觉缺失或瘙痒、泌尿系统反复感染、肢体疼痛和抽搐等，**2** 型糖尿病可占糖尿病总数的 **80**％～**90**％。

流行病学调查显示，糖尿病多见于中老年，患病率随年龄而增长，自 **45** 岁后明显上升，至 **60** 岁达高峰。国内各地区患病率相差悬殊，以宁夏最高（**10.94**‰）、北京次之，贵州最

低（1.51‰）。职业方面，干部、知识分子、退休工人、家庭妇女较高，农民最低，脑力劳动者高于体力劳动者，城市居民高于农村中人。体重超重者患病率3倍于体重正常者。我国糖尿病绝大多数属2型（NIDDM）。

## 一、心理社会病因

糖尿病的发病与心理社会因素密切相关，紧张、焦虑、孤独等不良情绪，易紧张、竞争性强等个性特点等是糖尿病的促发因素，而生活事件、社会地位、经济状况、文化习俗等社会因素与糖尿病的发病也有一定关系，一般地，社会因素通过心理因素发生作用，并经过神经－内分泌系统的调节影响脏器功能。这里着重介绍生活事件、社会支持、应对方式和个性在糖尿病发病中的作用。

**1. 生活事件** 生活事件是能够造成心理应激并有可能进一步损害身心健康的生活变化，是生活中面临的各种打击、压力、问题。个人的工作问题、恋爱家庭问题、人际关系紧张、经济拮据、个人健康问题、喜庆事件等均可构成生活事件。面临生活事件时由于应激反应的过程，脏器功能发生变化，如果应激反应强度过大或持续时间过长，均可诱发疾病。

有研究显示，1型糖尿病症状出现前常有重大生活事件，如丧失亲人、父母离异等，Robinson和Fuller（1985）曾进行一项较严格的对照研究，以糖尿病人为研究组，与研究组年龄相近的非糖尿病同胞及其邻居为相应的对照，比较三组在糖尿病组发病前某一段时间生活事件频度及其严重程度，结果发现糖尿病组的生活事件频度及严重程度均显著高于对照组，同时此研究还发现胰岛细胞抗体（ICA）阳性家庭成员中有一半病人确定诊断前5年都经历了严重的生活事件和长期的家庭困扰。

生活事件在2型糖尿病发生中的也有一定作用。许多研究者上个世纪70至80年代注意到经历地震、火灾等事件发生后糖尿病的发病率比发生前的同一时期显著增多；Holmes通过回顾性和前瞻性调查发现，离婚与糖尿病的发生有显著关系；也有人发现失业与糖尿病的发生有关；还有资料显示美国贫困人群中糖尿病更为常见，而且黑人死于糖尿病的数量比白人高一倍数多，并认为原因是黑人在政治上受歧视，生活上动荡不安以及贫困、失业等，经历了比白人更多的生活事件，从而推论2型糖尿病的发生与生活事件所致的应激有关。

**2. 社会支持与应对方式** 在以往研究中，有关社会支持与应对方式在糖尿病发生中作用研究较少，而大多是研究这些因素对糖尿病发展与转归的影响。Simmonds等（1981）研究结果显示，糖尿病患者组与健康人群组相比，更具有孤独性、无子女或独生子女、提前退休等倾向，这些倾向的共同特点就是缺乏广泛的社会关系和相应的社会支持。姚树桥等（1998）对131例IGT者和91例糖耐量正常者进行了18个月的追踪研究，结果发现IGT转糖尿病组患者积极应对方式显著减少，由IGT转为糖尿病和维持IGT低减的两组人群的社会支持利用度比追踪前显著降低。进一步多元回归分析和路径分析结果表明，应对方式和社会支持通过影响生活事件所致的心理应激，进而影响糖尿病的发生。因此，应对方式和社会支持在糖尿病发生中具有间接的作用。

**3．人格因素的影响**　人格因素在糖尿病的发病中起到一定作用。一些研究认为，A 型行为特征者的血液中肾上腺素、肾上腺皮质激素以及血脂、血糖常处于较高水平，因此推测 A 型行为类型可能是糖尿病的致病潜在原因之一。但是，也有多项研究采用不同的 A 型行为类型检测方法，对糖尿病人进行了大样本的临床对照研究，结果有的支持 A 型行为特征与糖尿病发病密切相关，有的不支持。国内许秀锋等人（1995）对 82 例 2 型糖尿病人进行 MMPI 测查，结果发现无论男性还是女性糖尿病患者，他们都具有较多躯体不适主诉，常以否认和压抑来处理外来压力等倾向。姚树桥等（1998）对 131 例 IGT 者进行了艾森克个性问卷（EPQ）的测查，并追踪了 18 个月，结果发现在 IGT 转化的各组间及与健康对照组间的 EPQ 测查结果均无显著差异，且两次 EPQ 各维度分数的组间比较及自身对照也均无显著差异，提示糖尿病的发生与 EPQ 所反映的人格特征无明显关系。

人格因素在糖尿病发生中的作用尚不十分明确，但人格因素决定了人的情绪模式和习惯化的行为方式，对个体应对环境压力的方式也有决定作用，因此，虽然不能确定何种人格特征和糖尿病有特异性关系，但是，容易引发消极情绪的不良人格特征如敏感、孤独、缺乏安定感、易紧张等在心身疾病发病中的作用是不可否认的。

## 二、身心反应特点

糖尿病是一种终生性疾病，目前尚无有效的根治方法，因此患病本身就是一个严重的应激事件。除了疾病给患者带来的痛苦，长期治疗的经济负担，以及由于患病对工作、生活的直接影响，都会使糖尿病患者出现多种心理问题。

**1．一般心理反应**　人们一旦患上糖尿病，就需要频繁地接触医学检查、各种药物及医护人员，需要严格遵守糖尿病自我管理的各项约束如严格控制饮食，个人生活、工作及学习计划要作出相应的调整，每日都会担心病情的变化，糖尿病让患者的生活发生根本变化。所以，在患病初期，患者会进行自我概念调整，重新定位自己的工作和生活，容易出现悲观失望、焦虑紧张等不良情绪，工作生活消极被动，心态消沉。

随着时间的推移，一些患者开始逐渐接受患病的现实，能够比较平静地看待疾病，并且按照医生的建议调整自己的生活。也有一些患者不接纳现实，怨天尤人，自怨自艾，长期处于消极悲观的情绪中，而且不配合治疗，这种状态很可能成为疾病恶化的原因。

**2．情绪障碍**　抑郁情绪是糖尿病人中一种最常见的严重的心理障碍，糖尿病人抑郁发生率大约是一般人群的 3 倍，有文献报告超过 40%糖尿病人伴有明显的抑郁性障碍，尽管其中部分病人未达到临床诊断的严重程度。糖尿病患者的抑郁比一般抑郁患者症状更严重，病程更长，更容易反复发作，每个病人平均要反复发作 4 次左右。而且，抑郁性障碍会严重破坏病人的糖代谢控制，加快糖尿病并发症的发生。

焦虑障碍也是糖尿病患者的常见不良情绪，朱熊兆等（2001）对 186 例 2 型糖尿病人和 100 例正常对照组进行了状态—特质焦虑评定，结果发现糖尿病组特质焦虑水平显著高于正常对照组，特质焦虑水平与 HbA1c 浓度呈显著正相关。国外一项研究曾对 600 例糖尿病人进行了临床观察，结果发现糖尿病人群中焦虑性障碍发生率远高于一般人群，女性、未婚或离异、低教育程度的糖尿病人合并焦虑性障碍的多，具有二个糖尿病并发症可以作为预测焦

虑性障碍发生的相关指标，但是焦虑症状严重程度与糖尿病类型、病程及 **HbAIc** 水平无显著相关。

**3. 进食障碍** 糖尿病患者需要控制糖类食物的摄入，因为担心不当饮食加重病情，患者会采取一些措施调节饮食习惯，如果处理不当，就可能发生进食障碍。在美国，糖尿病人中进食障碍发生率显著高于一般人群，而最近德国的一项多中心研究结果表明，糖尿病人中符合进食障碍临床诊断标准者并不比一般人群高，但大多数这方面调查结果显示糖尿病人的进食障碍患病率大约是同性别一般人群的 **1** 至 **1.5** 倍。严重的进食障碍有二种形式，一种是神经性厌食，另一种是神经性贪食，这两种进食障碍可加重糖尿病病情，影响治疗效果。

## 三、临床干预策略

### （一）心理诊断与评估

对糖尿病患者，不仅要根据临床表现进行医学诊断，而且要充分了解其心理因素和社会因素的性质和程度，为心理干预做好准备。

对糖尿病患者的心理诊断和评估的内容主要包括情绪状态、工作生活和人际状况等。评估的方法包括晤谈和测验。

对糖尿病的晤谈首先要根据糖尿病患者的常见心理问题和社会因素设计晤谈大纲，然后与患者进行交谈，晤谈一般是根据医生的经验判断患者心理问题的性质和程度，评价其生活状态和社会环境。晤谈法的主观性强，晤谈的效果依赖于医师的经验和能力。

在对糖尿病患者的诊断和评估中，可采用贝克抑郁问卷、抑郁自评量表、焦虑自评量表、状态—特质焦虑问卷等问卷来评定患者的抑郁及焦虑程度；可采用生活事件量表、社会支持量表、应对方式问卷等来评定患者社会生活及应对状况。

### （二）临床心理干预

心理干预是糖尿病治疗的重要的辅助方法，对早期的 **2** 型糖尿病患者，单用心理干预也能起到稳定糖代谢的作用。在心理干预的各种方法中，以糖尿病教育、血糖察觉训练、认知行为治疗及生物反馈治疗最为常用。

**1. 健康教育** 临床观察和相关研究发现，糖尿病患者普遍缺乏对所患疾病的基本知识，并因此明显地影响治疗的效果，掌握一定糖尿病的发病原因、发病机制和治疗常识，对患者积极配合治疗，有效进行自我管理有非常重要的意义。糖尿病患者的健康教育内容较为广泛，包括糖尿病基础知识、饮食控制、运动锻炼、降糖药物的使用、低血糖的预防与处理及尿糖和血糖的自我监测等。

对糖尿病患者进行健康教育的意义在于可以使患者意识到糖尿病的可治疗性，使其了解各种治疗方法及其必要性，消除一些对治疗的误解，减少患者对疾病本身的恐惧，提高对治疗的依从性。还可以帮助患者控制饮食、增强体育锻炼及掌握自我监测方法，从而起到改善糖代谢的作用。健康教育还可以帮助糖尿病患者改善对疾病的态度，减少由之引起的不良情绪和适应不良行为，提高他们的生活满意度。

对糖尿病患者健康教育的形式一般可分为：说教式教育、强化教育、饮食指导、运动指导、自我监测指导等。说教式教育主要是通过相对固定的形式如讲课、计算机教育课程、

发放宣传资料等，向患者介绍糖尿病知识。强化教育是结合多种指导技术对患者进行教育，包括饮食、运动或自我监测指导及行为调整或咨询。

**2. 血糖觉察训练** 血糖觉察训练（**blood glucose awareness training，BGAT**）是主要用于**1**型糖尿病的一种心理—教育干预方法，通过训练患者利用内部的和外部的线索作为反馈信号来了解和觉察自己的血糖水平，学会对血糖进行自我调节，达到预测和避免血糖的大幅度波动的目的。这里，内部线索是指躯体症状、情绪变化、精神状态等；外部线索则包括：胰岛素的用量、进食情况、躯体的活动情况等。**BGAT**是以血糖水平为反馈信号，通过反复的训练，提高患者掌握和辨别血糖变化症状线索的能力，从而做到较为精确地觉察并且预测血糖的波动，采取相应的行为来调整血糖。血糖变化症状包括低血糖和高血糖症状，常见的低血糖症状很多如发抖、出汗、脉搏加快、饥饿、呼吸加深、思维缓慢、易激惹等；同样，常见的高血糖症状也较多如口干、口渴、尿频、兴奋等。

血糖觉察训练对血糖的自我管理是十分重要的，临床工作中必须发展一些具体的方法来训练糖尿病患者，无论是采取什么样的训练方法，首先得确定一些与血糖波动密切相关的客观的线索，再经过一定程序的训练，以达到有效地提高血糖察觉水平的目的。

血糖觉察训练的内容包括：阅读血糖察觉训练手册，每周一次，在专家指导下进行训练，持续至少**8**周。每次训练结束时，讨论一种与血糖波动有关的内部或外部线索，检测患者对线索的掌握情况，布置家庭作业进行练习，每天对自我评估的血糖值和实际测量的血糖值记录在日志表格中，并作出剖图。

**3. 认知行为治疗** 认知行为治疗（**cognitive-behavioral therapy，CBT**）是一种常用的心理治疗方法，可用于治疗各种心理障碍。它是在认知理论的基础上，针对不同的人群，不同的疾病，可建立不同的治疗方案，其疗效也各不相同。

目前在糖尿病治疗中多采用团体治疗的形式，如由**Snook**及其同事发展起来的一种认知行为治疗方法——集体认知行为治疗（**CBGT**）。

该疗法认为，糖尿病是一种慢性的终生性疾病，在长期的治疗过程中，可能多次出现血糖控制的失败，使得患者有严重的挫败感、无望感，可能出现自我怀疑如怀疑是自己在治疗过程中做错了什么而感到内疚，产生一系列的负性情绪，这种负性情绪加重了患者对糖尿病的负性态度，以至于不再坚持自我管理，而采取“随它去”的态度，使得血糖控制更加糟糕。血糖控制失败的经历也可使患者产生弯曲的认知，认为自己没有办法也没有能力去控制血糖，并认为治疗与否对血糖的控制和并发症的发生没有多大价值，这些错误的信念很容易引起不愉快的情绪和不良的自我管理行为，进一步导致血糖的控制不良。**CBGT**是以认知行为治疗和理性情绪治疗为理论基础，采用几种认知和行为技术（认知重建、应激管理、示范）来帮助患者消除与糖尿病有关的痛苦，提高其应对技巧，促进自我管理改善血糖控制。

**CBGT**一般以**5—8**个病人为一个小型治疗团体，进行为期四周的连续治疗，每周**2**个小时，由一个心理学家和一个糖尿病教育工作者参与。一本**CBGT**训练手册，一套训练说明书，在每次训练前发给患者相应的训练说明书。训练内容包括四个部分，每一部分涉及一个主题。训练的四个主题为：①认知影响情绪和行为的方式；②应激与代谢控制的关系；③糖尿病、并发症及其预后；④糖尿病与社会因素。各周训练内容如下：

第一周：讨论认知通过哪些方式影响患者的情绪和行为，找出与糖尿病有关的非理性信念，讨论非理性信念对糖尿病的态度和观点的影响，怎样影响糖尿病的自我管理。

第二周：此会期的主题是应激与糖尿病的关系。让患者了解到应激可通过心理的和行为的方式来影响代谢的控制，讨论日常生活中可能出现哪些应激源，患者所观察到的应激对血糖水平的影响，非理性信念与应激的关系。在这一会期里，心理学家向患者介绍一些应激管理的技术如放松训练来减少应激，布置一些家庭作业，让患者在生活中寻找其非理性信念，记录日常应激情境下的血糖值，并进行放松练习。

第三周：这一会期的主题是“糖尿病、并发症及其预后”。让患者了解到对糖尿病及其并发症的适当的恐惧、担心和焦虑是正常的，有利于自我保护。针对患者的情况进行讨论，了解患者的恐惧和担心是现实的、合理的，还是极端的，怎样处理极端的焦虑和恐惧，适当地教病人采用暴露疗法等方法来减轻焦虑，发展一些积极的应对方式。

第四周：这一会期的主题是“糖尿病与社会因素”，讨论怎样从自己所特有的环境中获得社会支持。具体可从几个问题开始：①你是否把你患有糖尿病的有关事情告诉别人？理由是什么？②你有过哪些正性或负性的经历或体验？你是怎样处理来自别人的正性或负性的反应的？③与患者讨论怎样增加正性的体验，减少负性的体验。

大量关于 **CBGT** 疗效研究都一致证明，该治疗有益于糖尿病的控制。大多数研究结果表明，糖尿病患者很乐意接受这一治疗方法，经过训练后患者的有关非理性信念得到纠正，心理健康水平提高，如 **SCL-90** 的得分明显地较训练前接近正常水平，糖代谢得到改善，**HBA1c** 水平明显下降。但也有研究结果认为，该训练程序的时间过短，有必要增加会期，至少增加到 **6** 个会期效果比较理想。

**4．生物反馈治疗**　关于生物反馈治疗在糖尿病中的应用，已有大量研究，其研究结果较一致地证明该方法具有较好的疗效。例如，朱熊兆等（**2001**，**2002**）的研究证明生物反馈技术支持的放松训练有益于改善糖尿病患者的糖代谢和免疫功能，尤其能减少血糖的波动，这对糖尿病并发症的预防有着重要的意义。

生物反馈治疗在糖尿病中的应用的主要目的是：①增加病人的感知觉能力，有效地管理应激；②减少神经内分泌系统对血糖和胰岛素的影响；③降低平均血糖，在靶范围内降低空腹血糖值或减少血糖波动范围；④在血糖控制好的前提下减少降糖药物的剂量。

生物反馈的方法很多，但目前应用于糖尿病治疗的方法主要是皮温反馈和肌电反馈，即借助生物反馈的方法进行放松训练和外周皮肤温度升高训练。

一般来说，生物反馈治疗没有绝对的禁忌征，但不是所有的病人在任何时间都适合生物反馈治疗。对于糖尿病患者而言，在糖尿病发病一年以内不适合进行生物反馈支持的放松训练治疗。

深度放松时有些病人的血糖可能会出现明显下降甚至于有发生低血糖的趋势。这种情况尽管十分少见，但仍应高度警惕。因此，在低血糖和剧烈运动后一个小时以内，应避免进行生物反馈治疗。在病人出现低血糖症状时，更不要进行放松训练或者生物反馈治疗，直到低血糖症状消失或者通过血糖监测确定血糖水平已经高出正常水平时才能进行生物反馈治疗。如不进行血糖监测和血糖资料记录，对糖尿病患者就不适合进行生物反馈或放松治疗。

# 第二节　单纯性肥胖

肥胖症（obesity）是指体内脂肪积聚过多及(或)分布异常，并且体重增加，一般地，体重超过标准体重的20%以上者可被判断为肥胖症。日内瓦召开的世界卫生组织肥胖问题专家会议认为，日益流行的体重过重和肥胖问题，已严重影响人群的健康。如果不采取行动来阻止这种流行趋势，就将会有数以百万计的胖人发展成非传染疾病或其他健康障碍病人。肥胖症已成为世界性难题，与艾滋病、吸毒、肿瘤等一起，成为人类健康的主要“杀手”，对人类的生存质量、人均寿命构成威胁。肥胖和超重既是许多疾病的同一临床表现，又是诱发许多慢性疾病的危险因素。以至取代了包括营养不足和传染病在内的比较传统的公共卫生问题，成为一种威胁人类健康的新问题。

肥胖症一般分为3种类型：①单纯性肥胖，是单纯由于营养过剩所造成的全身脂肪过量累积，这类病人一般全身脂肪分布较均匀，没有明显的神经、内分泌系统形态和功能的改变，但伴有脂肪、糖代谢调节障碍，往往有肥胖家族史，无家族史者，常食量大而运动少。单纯性肥胖是最常见的一种肥胖症，约占肥胖人群的95%左右；②继发性肥胖，是以某种疾病为为原发病的症状性肥胖，如由于脑垂体－肾上腺轴发生病变、内分泌紊乱或代谢障碍及其它疾病、外伤引起的肥胖，约占肥胖病人的2～5%左右；③遗传性肥胖，指由于遗传基因及染色体异常所致的肥胖，极为罕见。可见于先天性卵巢发育不全症、先天性睾丸发育不全症、Laurenci-Moun-Biedl综合征、糖元累积病Ⅰ型、颅骨内板增生症等。

目前肥胖症已经成为全球性的问题，而且呈不断上升之势。据不完全统计，全世界肥胖症正在以每5年翻一番的惊人速度增长。在美国，大约30%的男性和35%的女性患肥胖症，其中1200万至1300万人达到严重肥胖的标准。我国在20世纪90年代肥胖的比例接近10%。而且儿童肥胖的问题也备受关注，杨年红1998年报道我国11个城市儿童单纯性肥胖症的总检出率为6.57%（男8.22%，女4.36%），而同期美国儿童肥胖症的发生率为5%到10%，肥胖儿童成年后成为肥胖者的几率更大，据研究，14%的肥胖儿童会成为肥胖的成年人，而体重正常的儿童只有6%到成年期会肥胖。

## 一、心理社会病因

肥胖症的病因包括遗传、心理、社会等方面。个体遗传素质在肥胖症的发病中起到一定作用。家系调查发现人类肥胖病为多基因遗传，这类肥胖的遗传因素赋予个体的是发生肥胖症的易感性。

心理社会因素与肥胖症的发病有密切关系，主要包括以下几个方面：

**1. 饮食观念和生活习惯**　人们自幼形成的饮食观念对进食行为有一定影响。父母们普遍认为进食量大有利于儿童的发育和健康，因而经常鼓励自己的孩子多吃，这样，较多进食能得到父母的肯定和鼓励，久而久之使孩子形成了多食才能长高、才能健康的观念。还有一些父母因为缺乏经验，不能分辨婴儿啼哭的真正原因，以为因太热、太冷、身体不适等原因导致的啼哭都是因饥饿引起，于是，只要婴儿啼哭，父母就立即喂奶，结果使孩子无法学会

辨别饥饿与愤怒、恐惧、焦虑等情绪状态的区别，以为通过进食可以解决这些情绪问题，养成了一有情绪问题就进食的习惯，从而导致肥胖。

饮食习惯可能诱发肥胖，有的人不考虑身体的实际需求，一味追求高营养、高蛋白，饮食中摄入较多高能量的食物，会导致肥胖。有的人喜食零食，在正餐之外多次进食，使食物摄入量过大；还有人喜欢夜间加餐，加速了脂肪聚集；许多职业的从业者白天工作繁忙，中餐简单应付，到晚上时间充裕可以准备丰盛的晚餐，因而晚餐大吃特吃，容易诱发肥胖，这些饮食习惯和饮食结构的不合理往往是肥胖的原因。

日常生活中体力活动的多少也与肥胖有关。一般来说，体力活动是决定其能量消耗多少的一种最重要的因素，在进食量不变的情况下，体力活动少者能量消耗少，多余能量会转化成脂肪囤积下来，体育运动员或其它经常从事体力活动的人，在从事体力活动期间不会发胖，而一旦停止或减少运动，往往在短时间内发胖。而那些长期坐办公室又无运动爱好的人则常常是肥胖的易感人群。

**2．情绪和人格因素**　情绪因素与肥胖也有密切关系。常言道，心宽体胖，在工作顺心，生活幸福的时侯人的情绪愉快，使胃肠功能增强，摄入的能量大而消耗少，产生肥胖。另有研究认为，由于肥胖者对某些消极情绪的不良应对模式，焦虑紧张等消极情绪也成了多食行为的原因。有人做过这样的实验，以肥胖者和正常体重者为研究对象，在不同时间观看悲剧片、滑稽片、性感片和旅游纪录片四部电影，每部电影看完后，请他们品尝不同品牌的饼干，并说明请他们尽量食用，以此观察情绪与食欲的关系，结果发现，肥胖者看过前三部影片后，食用饼干的数量比第四部多，而正常体重的人食用饼干的数量与影片的性质没有关系，这说明对不同情绪的反应模式是多食和肥胖的原因。对这种现象有人解释为，肥胖者在焦虑时就爱吃，可能是一种学到的不良反应，因为口中咀嚼食物时，会使面部肌肉紧张度减低，使人间接感受到情绪紧张也随之降低，久而久之，由口的咀嚼动作演变为口吃食物，凡遇到焦虑时，就以吃东西的方式来适应。

人格特征和肥胖也有一定关系。人格是人的基本态度、行为模式等的综合反映，某些人格特点的人容易产生肥胖。有研究认为神经质、渴求被爱、被动依赖性强、应对能力差等特点是肥胖的易感人格，还有人把肥胖解释为为失败寻求理由所采取的一种自残性策略。

**3．社会习俗与文化**　社会文化观念、习俗、群体效应等也是肥胖的原因之一。由于历史上长期存在食物匮乏的现象，使人们形成了“胖是身体好”“能吃是福”、“体胖说明生活好”等对肥胖的社会观念，这些观念影响着一些人愿意较多进食而长胖。也有的人是长期形成了爱惜粮食，节俭的习惯，为了不浪费粮食，在吃饱之后还强迫自己吃完剩下的饭菜，日积月累，导致肥胖。

群体效应也是使人过多进食的原因。在一些进食场所，由于群体中的人际互动导致了较多的进食行为，如参加聚会或野餐时，多数人容易吃得比平常多，这是因为团体成员的密切互动形成了一股相互影响的力量，受到那种融洽和谐气氛的感染而较多进食，工作中有较多聚餐机会的人容易肥胖正是这个原因。

## 二、身心反应特点

肥胖症患者体态臃肿，行动不便，给学习、工作和生活带来了许多麻烦，特别是儿童和青少年处于心理发展和成熟时期，肥胖的体态更容易给其带来不良影响。其心理问题主要包括以下几个方面：

**1. 自我意识较差** 自我意识主要指对自己身体、心理、社会等方面特征的认识和自我评价，以及在此基础上形成的自我情绪体验和自我行为控制，包括对自己在社会环境中所处地位的认识以及自身价值观念的评价等。肥胖对儿童自我意识影响的研究结果不一，但大多认为肥胖损害儿童的自我意识，主要表现为自我评价差、内向抑郁等心理行为异常。国内有人用 **Pierr Harris** 儿童自我意识量表研究发现，肥胖儿童的自我意识总分以及在行为、焦虑、幸福与满足等分量表上的得分均低于正常体重儿童，认为肥胖儿童有自我意识受损，自我评价低，有更多的焦虑、不合群、幸福与满足感差等问题。

自尊是自我意识的一个方面，许多研究表明肥胖儿童和青少年的自尊水平比体重正常的儿童要低。美国新泽西州医学和牙科大学的一项研究发现，**13～14** 岁肥胖少女自尊下降的可能性比非肥胖少女高出 **4** 倍。该研究还表明。与正常体重的儿童相比，低自尊的肥胖儿童更容易出现吸烟、饮酒以及抑郁等问题。

**2. 不良情绪** 由于对自己体态不满意、不被同伴接纳、社会适应差等原因，肥胖患者容易出现抑郁、自卑、焦虑、孤僻等不良情绪，以及被动、退缩、多疑、害羞等情绪行为特征，社会适应能力差。也有研究发现，肥胖儿童和成人更容易出现分离性焦虑和社交恐惧，有研究提示肥胖儿童中的抑郁发生率高于体重正常儿童。

**3. 人际交往和社会适应问题** 肥胖者与人相处时容易不自在，交往缺乏主动性。肥胖的儿童往往过分地依赖家庭，依恋父母，不愿与社会接触，害怕批评。这使得肥胖儿童在交往中更被动，导致社交能力下降和技巧缺乏。

在交往中，肥胖者经常会受到来自他人的歧视和偏见。与同伴相处时，肥胖儿童和青少年容易受到取笑和排斥，在展示不同体型的儿童图片时，孩子们把肥胖者归为最不喜欢的玩伴。肥胖儿童往往动作笨拙，在集体活动中与同伴相处时，常常受到排斥和讥笑，使他们的自尊受到伤害。

肥胖者常存在社会适应问题。由于社会偏见，肥胖者被描述为懒惰、笨拙、丑陋和不诚实人。社会对肥胖者的接受性低，使他们在就业、教育以及健康护理方面受到明显的不公待遇。

**4. 不良行为** 肥胖学生较正常孩子更容易出现不良行为。男生表现为不能很好与人相处、强迫、不遵守纪律等**;**女生表现为与年龄不符的幼稚行为、过分依赖、不听话、逃学等。调查显示，**26%**被讥笑的肥胖儿童考虑过自杀，**9%**有过自杀企图，而且肥胖学生自杀意念存在率随年龄增长而上升，高中肥胖女生已达 **60%**。

**5. 精神障碍** 一些研究表明，肥胖与某些精神障碍有一定关系。**Mills** 等研究表明，儿童期就发展为肥胖的个体，比那些在成年后发展为肥胖的个体表现出更多的精神障碍，同时指出儿童期的肥胖可以作为肥胖人群中发生远期心理障碍的一个预测因子。还有研究者采用了 **DSM**－Ⅳ定义的标准对 **88** 名肥胖儿童进行精神障碍的诊断。结果表明，**63** 名对象**(39** 名女孩和 **24** 名男孩**)**符合 **DSM**－Ⅳ焦虑障碍的诊断**(34** 名社交恐惧症，**14** 名综合焦虑障碍，**11** 名单项焦虑障碍，**2** 项旷野综合征和 **2** 项创伤后应激功能障碍**)**。**19** 名儿童**(16** 名女孩和

3 名男孩)存在明显的情绪障碍(9 名抑郁和 10 名心境恶劣障碍)。25 名儿童(11 名女孩和 14 名男孩)存在破坏性行为障碍(18 名对立违抗性障碍，5 名注意缺陷多动障碍，以及 2 名其他行为障碍)。

## 三、临床干预策略

### （一）肥胖症的诊断要点

1.肥胖可见于任何年龄，以 40～50 岁中年人多发，女性稍多；

2.轻度肥胖者常无症状，中重度肥胖者可有下列症侯群：低换气综合征、心血管症侯群、消化系症侯群、内分泌代谢紊乱等；

3.临床上最常采用以体重来估计肥胖程度，一般认为实际体重超过标准体重的 20％以上或体重指数≥25 时即可判断。

标准体重的计算：标准体重＝［身高（cm）-100］×0.9（男性）

标准体重＝［身高（cm）-100］×0.85（女性）

体重指数（BMI）＝体重（kg）／身高（m）2

1997 年 WHO 公布：正常 BMI 为 18.5～24.9；≥25 为超重；25～29.9 为肥胖前期；30.0～34.9 为Ⅰ度肥胖（中度）；35.0～39.9 为Ⅱ度肥胖（重度）；≥40.0 为Ⅲ度肥胖（极重度）。

2000 年国际肥胖特别工作组提出了亚洲成年人 BMI 正常范围为 18.5～22.9；＜18.5 为体重过低；≥23 为超重；23～24.9 为肥胖前期；25～29.9 为Ⅰ度肥胖；≥30 为Ⅱ度肥胖。

中国人群肥胖与疾病危险研讨会（2001）经过对 24 万人资料的分析论证，提出了中国体重指数标准。即 BMI：18.5～23.9 为适宜范围，24.0～27.9 为超重，28.0 以上为肥胖。

用 BMI 来诊断肥胖的不足之处在于其不能反映体内脂肪的分布。由于体内脂肪的分布较广，如体内脂肪集中分布于腹部和内脏，被认为是中心性肥胖，即腹部脂肪堆积的疾病危险性，要比全身性肥胖的死亡率高，是重要的危险预示因素。有人提出用腰围作为反映体脂分布状况的重要指标。国内研究将此标准定为：男性腰围≥85cm，女性≥80cm 为腹部脂肪蓄积的界限。

另一种考虑到脂肪分布的评价指标是腰围和腰臀比（waist to hip ratio，WHR），在测量时身体自然站立放松，测量脐以上至胃部之间的腰围大小，然后测量臀部最大值，两者的比值为 WHR。女性 WHR 大于 0.8 时，男性 WHR 大于 0.95 时定为偏高。实践表明 WHR 能更准确地预测由肥胖引起的健康风险。腰臀比越大，健康风险越高，这是因为与其它部位脂肪相比，腹部脂肪更容易引起动脉粥样硬化。

### （二）心理干预策略

正因为肥胖与多种疾病有关，会影响健康，所以越来越多的人认识到肥胖的危害，主动地控制饮食，消除肥胖，但要减肥远非人们想象的那么简单，有的人滥用药物减肥，不仅未达到目的，反而引发了其他疾病，还有人处在强烈的进食欲望和对肥胖后果的恐惧的矛盾之中，出现神经性贪食症，这种患者在过多进食后悔恨自责，采用催吐、导泻等手段减少能量摄入，之后又会过量进食，如此反复不已。除了生理性原因，多食行为是导致肥胖的主要

因素，因此通过改变多食行为，形成良好饮食习惯是解决肥胖问题的根本途径。这里介绍改变多食行为的步骤和方法。

**1．澄清问题，分析原因**　由于多食肥胖的原因是多种多样的，进行心理干预不能一 论，应根据不同情况具体分析，采取不同的干预策略。在心理干预前，应做必要的躯体检查，如果仅仅是因为激素异常、内分泌紊乱、代谢异常等生理原因所致的肥胖，应以药物治疗为主，心理调节为辅。如果排除了躯体疾病因素，则应以心理干预作为主要治疗手段。

在心理干预的初期，可以从以下 **3** 个方面了解患者的问题行为，分析评价多食行为的原因及影响因素：

⑴了解患者对饮食、体态等问题的基本认识和态度：有多食行为者常存在某些对营养、体态等问题的错误观念，在心理干预初期，应在收集病人相关资料的基础上了解病人的基本观念，这是进行心理干预的必要条件，也是建立良好治疗关系的一个重要环节。

由于一些错误观念，使肥胖者存在多食行为。例如，有人认为能吃能睡就是健康，不了解肥胖对躯体的危害；有人觉得高蛋白、高能量的食物有营养，较多食用能增强人的免疫力，有利健康；有人认为吃是人生的一大乐事，对进食有强烈的兴趣，一有机会就以吃来享受人生；还有人认为胖人有福，体胖就会有较好的命运等等。

了解与多食行为有关的基本认识和态度，可以从以下几个方面考虑：患者如何看待食物对人体的作用；对进食在生活中意义的认识；对食物和健康关系的理解；对食物影响健康过程的认识；对食物好坏的评价标准；对自己饮食结构和饮食习惯的评价；对什么是肥胖的理解；对肥胖原因的理解；对“胖人”的态度；对肥胖和健康关系的理解；对肥胖危害的认识程度；对自己体态的态度；什么是人的理想体态等等。

⑵评估原有饮食行为：纠正多食是一个行为改变的过程，在实施心理干预的前期，有必要和患者一起澄清其原有的饮食行为习惯或模式。一般可采用记饮食日记的方法收集患者饮食行为的资料。

饮食日记是在没有任何附加要求的前提下请患者记录日常饮食活动，记录内容主要包括每天进食的时间，每次进食的食物种类和数量，除正餐外吃零食（包括小食品、糖果等）和喝饮料的时间、种类、数量，每天各次正餐所用时间及进食速度，一天中吃零食和喝饮料所用的时间等。为了便于对多食行为作进一步分析，饮食日记中还应记录每天自己的身体状况，一般情绪状态，进食时的心情，对饮食的感想，体力运动情况，生活中的主要事件，与饮食行为相伴随的人物、事件、场合，诱发原因等等。

以评价患者原有饮食行为为目标的饮食日记可记录**2**到**3**周时间，然后进行评价和分析。但饮食日记作为客观全面反映患者饮食情况的方式，还可用作心理干预方法（自我监督与管理）及评价心理干预效果，所以饮食日记可以在心理干预过程中持续进行。

⑶分析多食行为相关因素：在了解患者情况的基础上对多食行为进行分析，可以揭示多食行为的原因及影响因素，为提出有针对性的心理干预方法提供依据。对多食行为的分析和探讨，应在医生和患者共同参与，相互交流认识，澄清问题实质等氛围中进行，应注意启发患者分析问题的主动性，摒弃单向的说教。

对多食行为的分析可以从以下几个方面入手：

一是分析摄入食物的种类、数量及营养结构。对患者记录的进食种类和数量进行分析，了解蛋白质、脂肪、淀粉及维生素的摄入量，分析对营养物质的摄入是否合理，并计算平均每天摄入的热量总数，与个体对热量的一般需求进行比较，估计除去消耗的剩余热量。

二是分析患者原有的饮食行为模式及存在问题。从患者每天的饮食行为记录中可以发现其进食规律，帮助患者发现其饮食习惯中进食次数、进食量、进食时机等方面存在的不合理之处。

三是对多食行为的原因进行分析。发现患者是否存在可能导致多食行为的错误认识观念、社会习俗、不良养育方式；分析患者是否把多食作为对不良情绪的行为反应；某一特定的场合或特定环境刺激是否与多食行为有因果关系，是否存在对多食行为的自我强化或环境强化因素，如多食受到他人的赞许、关注等。

四是分析多食行为的影响因素。将多食行为与进食的时间、情境、心理反应，以及食物的品质等因素进行综合分析，寻找会加强和会减弱进食行为的因素，并与患者一起分析这些因素对多食行为的影响。

**2．传授知识，调整观念**　由于不少肥胖者缺乏饮食营养的知识或存在对饮食营养的偏见，因此对肥胖者进行营养学知识教育是纠正多食行为的必要环节。相关知识的传授可以借鉴预防医学中健康教育的各种做法，如知识讲座、媒体宣传、群众活动等，在心理干预中也可以用一对一的形式，针对患者对某方面的知识缺陷讲授相关内容。对成年患者，还可布置作业，确定主题后请其自己查资料，学习饮食营养的正确知识。

人的心理是知、情、意的有机的统一，其中认识因素在情绪产生和行为促进方面有着十分重要的作用，采用认知疗法的思路调整肥胖患者的不良认识和观念对多食行为的调整有重要意义。认知调整应有明确的目标性，要求医师通过与病人较长时间的、深入的交流，了解病人的基本情况、发病历史、病人对多食行为的认识，以及病人的成长史、个性特点、社会生活状况等问题，将这些问题与病人的多食行为进行比较分析，寻找病人存在的不良认知，并以之作为改变的目标。然后以讨论、辩论等方式，针对每一个错误认知进行分析讨论，启发病人发现认识上的错误所在，并逐渐形成正确的认知。讨论、辩论也可以小组活动的形式进行，组织多名肥胖者共同参与讨论，往往可以起到互相启发，互相促进的作用。

**3．纠正不良饮食行为及生活习惯**　在明确患者原有多食行为模式的基础上，采用行为干预的方法逐步纠正肥胖者的多食行为，根据行为主义理论，行为是条件反射的形成、强化及模仿学习的结果，对多食行为的干预可在此理论基础上选择具体的方法，对于和情绪有关的多食行为，可采用情绪调节及应对模式调整的方法进行纠正。下列具体做法可供选择：

⑴自我奖励和惩罚：医师与患者商定一个较为合理的、具体的饮食行为模式，要求患者遵照执行，如果患者能按照要求做一天，就给予一定的奖励，如果不能遵照执行，每出现一次要纠正的目标行为就给予惩罚（可与患者商定奖励和惩罚的形式）。

这种方法重在患者的自我管理，制定饮食计划和奖惩内容等都应以患者为主体，对自控力强的人可在较短的时间里起效，对于自控力不强或有自我管理失败经历的人可请其家人或朋友进行监督。

⑵厌恶刺激法：用一些令人厌恶的刺激来对抗多食行为，可选择一些与肥胖有关的厌恶刺激，如大腹便便行动笨拙的漫画，肥胖危害的招贴画，若干条肥胖危害的句子，讽刺、嘲笑胖人的顺口溜等等，每当患者出现超过合理进食量、吃零食、夜食等不良饮食行为时就呈现上述厌恶刺激，以降低进食欲望，控制多食行为。

⑶控制消极刺激：要求患者限制与过量进食有关的刺激，如使用浅的盘子，在工作场所及书房、看电视的起居室不放食物及与食物有关的东西，避免参加可能诱发多食的活动，如不与多食者共餐等，避免参加聚餐等等。

⑷示范训练：可借用录像放像设备播放良好进食行为、户外运动、健美训练等内容，以此向患者提供模仿对象，让患者通过模仿学习获得良好的饮食行为。还可请饮食适量、爱好运动、体态健美的人向肥胖者讲述自己的饮食习惯、日常生活内容及对饮食营养等问题的看法，促使肥胖者形成良好饮食行为。

⑸小组训练：由多名肥胖者组成治疗小组，定期交流减肥的体会和经验，共同制订和实施减肥计划，相互促进，相互监督，一起控制多食行为。团体心理训练的各种优势在该方法中都会体现，运用这些团体互动因素能较快达到治疗目的。

⑹心理疏导法：不良情绪、现实问题等心理社会因素可能是某些肥胖者多食的原因，遇到这种情况应找到心理症结所在，针对心理矛盾进行情绪调节及应对方式调节。情绪调节的方法有倾诉、去注意、放松、宣泄等，可在治疗中选择使用。

⑺培养替代活动：有些肥胖者多食是因为无事可干，无事便吃点东西，久而久之形成多食习惯，治疗时可鼓励患者培养兴趣活动，丰富生活内容，用体育运动、听音乐、练毛笔字等多种活动代替进食行为。

以上各种行为干预技术往往均有减肥效果，但实际工作中常需采用综合的干预措施，并特别强调激发患者的自我控制训练（图**12-1**）。在行为训练起到作用后，心理干预并没有终止，医师应帮助病人看到训练的成绩，逐步养成良好的饮食习惯。行为训练的效果需要较长时间的巩固训练才能形成行为习惯，良好饮食习惯的形成是心理干预的最终目标。

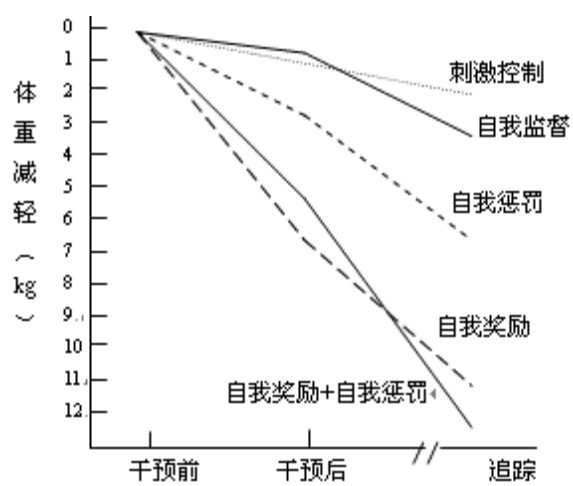



图 12-1　自我控制减肥效果图（自姜乾金，1986）

（三）心理干预的注意事项

心理干预不同于药物治疗，需要耐心细致的工作，而且耗时较长，治疗者应充分考虑到可能遇到的困难，比如会遇到来自患者本人的不配合甚至刁难，有时可能经过许多努力仍然效果不佳，需要调整心理干预策略。在实施心理干预中应注意以下几个方面问题：

（1）心理干预的目标要具体、明确，目标要细化，要让病人知道每一个步骤的具体目标。明确的治疗目标既是给患者的希望，也是对患者提出的要求，又是评价治疗效果的依据，所以在治疗初期应树立治疗的总的目标和各阶段的目标。

（2）心理干预过程应系统化，目标、方法、评估措施等应相互协调。对多食肥胖的心理干预应符合心理咨询和治疗的一般要求和原则，根据所采用方法的不同制订详细的干预计划并遵照计划认真实施。心理干预过程中尤其应注意评估措施的运用，在每一治疗阶段和治疗结束时，都应进行效果评估，依据评估结果调整治疗方案或决定是否结束治疗。

（3）应及时鼓励患者，让患者看到心理干预的效果，增强自信心。要让肥胖者放弃持续多年且能带来口腹之愉的多食行为并不是一件容易的事，许多患者能认识到肥胖的危害，也想纠正多食行为，但减肥的痛苦和习惯的作用使他们在治疗中常常容易悲观失望，丧失信心，因此心理干预中应及时让患者看到治疗的成绩，启发和维持其治疗动机，这是使治疗得以顺利进行的关键。

（4）注意医患关系，争取患者配合，防止减肥药物滥用。心理干预中患者是治疗的中心，不能将一般医疗中的医患关系模式带到心理干预中，融洽和谐的医患关系是心理干预的重要环节，通过改善医患关系赢得患者的配合才能取得良好的治疗效果，有些患者迷信某些药物减肥，应向患者说明药物的作用及局限，避免减肥药物的滥用。

## 第三节　内分泌、代谢系统其它心身疾病

随着人们对心身疾病的进一步研究，一些原本认为是单纯躯体问题的疾病被划进心身疾病的范围，也有一些引起躯体改变的心理和行为问题被作为心身疾病研究，这里介绍两种新的心身疾病。

### 一、情感阻断性小人症

在儿童成长过程中，如果遭遇父母或其他监护人的虐待、压抑等不良对待，会对其心理发展和生理发育造成影响，如果这种痛苦经历持续存在，还有可能引发种种心理和生理疾病，有研究者把这种伴随儿童的心理身体发育障碍的各种病症概括的称为情感阻滞性综合症。如果因此导致儿童身体发育受到明显影响，则被称为情感阻断性小人症。

**1. 临床表现及发病机制**　情感阻断性小人症患者最主要的特征是身高偏低，体重不足，并存在多饮，异常进食行为(多食，挑食或拒食），呕吐，肌力低下或运动机能发育延缓等躯体症状，还可能伴有贫血、低血糖、发热、反复的呼吸道感染、脱肛、骨质年龄延迟等症

状，并有语言发育迟缓，夜哭，睡眠障碍，吮指，闭居家中等异常心理和行为。严重的患者可能出现自闭症的症状，如不说话、表情缺乏，对外界不关心，出现攻击性行为等异常表现，患者智力不一定受到影响。

缺乏父母关怀或受到虐待是本病的主要原因，如果离开受虐待的家庭，患儿的身高体重增加正常，而一旦回到虐待家庭，就会重新停止成长。

情感缺乏导致生长激素分泌水平降低，患者存在由胰岛素分泌不足和精氨酸不足所致的低血糖，ACTH和促性腺激素分泌不足，而皮质醇的基础值上升。此外，感情压力引起的睡眠节律破坏，也会影响睡眠中的生长激素的分泌。

情感阻断性小人症在诊断时应和神经性厌食，消化不良综合征，慢性肠炎，慢性心衰，肾衰，1型糖尿病，甲状腺功能衰退，假甲状腺机能衰退，营养不良，维生素缺乏等疾病相鉴别。

**2. 临床干预** 情感阻断性小人症患者需要脱离受虐家庭，住院治疗是一个较好的选择。在住院环境下，一方面可以对患儿进行系统的临床检查和观察，以明确是否存在其他影响发育的躯体问题，另一方面加强营养，促进患儿发育。

住院期间应与患儿加强交流，让患儿感受到来自医务人员的关怀和照顾，鼓励患儿倾诉情绪问题，给患儿以心理安慰和支持。一般患儿在住院后异常行为和情绪问题会逐渐减轻，进食情况良好，并开始有身高体重的增加。

心理干预还包括对患儿家庭的干预。应告知家长儿童发育缓慢和受虐待及情感缺乏的关系，教育家长改变对待子女的方式，建议家长多与子女交流、多给子女以关怀和照顾。在患儿出院回归家庭后，还应指导家长及子女如何进行有效的沟通交流，让家长接纳子女，让子女信任家长。

## 二、心因性多饮症

心因性多饮症是由某些心理原因引起病态的口渴感，并过度饮水，出现多饮、多尿，长时间多饮还会引发低钠血症、低渗尿、尿崩症等生理异常。

**1. 临床表现及病因** 除多饮，多尿外，患者还会不定期的出现多种身体不适感，有的还伴有其他心身疾病。低钠血症引起的痉挛等神经病症状引导的状态被称为水中毒。一旦发生急性水中毒，就会发生昏迷，痉挛，意识障碍，甚至有可能导致死亡。一般地，Na浓度在125mmol/L时，不会出现明显症状。

心因性多饮症发病的原因是患者将饮水作为对付焦虑不安、愤怒、敌意等不良情绪的方式，饮水会给患者以安定感，所以大量饮水。神经性厌食患者把饮水作为进食的补偿行为也可能出现多饮。

**2. 临床干预策略** 若是没有中枢神经症状，以浓缩稀释为中心，慢慢地进行休整。在有急性中枢神经症状的情况下，用高渗食盐水以1mmol/L1hour的速度调节血清Na的浓度到120-125mmol/L之后，再慢慢地回复到正常值。应注意必须仔细记录血清Na值，如果Na浓度急剧下降，就会有脑桥中心髓崩裂的危险。

心因性多饮症患者在没有影响正常生活的情况下，不需要特别的治疗。但如果每天尿量达到5～10升时，就需要寻求心理辅导。

对心因性多饮症的心理干预首先要明确引发疾病的心理社会因素，帮助患者明确过度饮水背后隐藏的心理问题，寻求其他解决心理问题的方法替代过度饮水。还应帮助患者提高解决心理问题的能力，及时从各种困惑中解脱。对心因性多饮症还可以采用行为训练的方法，如采用正强化法、厌恶疗法帮助患者减少饮水量，恢复正常水平。

（姚斌）

# 第十三章　神经、肌肉系统的心身疾病

神经系统是机体的指挥系统，广义地说，几乎所有的心身疾病都与神经系统功能异常有关，本章就对应关系比较明确的神经肌肉系统的几种心身疾病加以介绍。

## 第一节　头痛

头痛(headache)是临床常见的症状之一，通常局限于头颅上半部，包括眉弓、耳轮上廓和枕外隆突连线以上的疼痛。头痛是一种主观自觉症状，尚无客观指标加以评议，尤其是心理因素引起的头痛。有调查发现约占人口70%的人在某一时期曾有过头痛，内科门诊和住院患者中主诉头痛的占10%-15%，在头痛患者中要完全划分出器质性头痛或非器质性头痛是困难的。有时，要确定其是否有明确的躯体病理基础，常难以做到，加之各类头痛中，都有心理因素的参与，因此，要确定哪些头痛可划入心身疾病范畴甚为困难。相对说来，神经系统疾病中人们比较认可的可归入心身疾病范畴的头痛，最主要的有紧张性头痛和偏头痛。发病原因有很多，涉及多种颅内病变（脑肿瘤、脑出血、脑膜炎），或功能性或精神性疾病，全身性疾病（发热、鼻窦炎、弱视和屈光不正）等。

### 一、紧张性头痛

紧张型头痛（tension-type headache，TH）又称肌收缩性头痛、神经性头痛、心因性头痛、精神肌源性头痛、单纯性头痛等，是双侧枕部或全头部紧缩性或压迫性头痛。约占头痛病人的40%，是临床常见的慢性头痛，也是最常见的心身疾病之一。主要由精神紧张及颅围肌肉张力增高引起。发病年龄多在30岁左右，女性较多。

（一）病因及发病机制

病理生理机制尚不清楚，可能与多种因素有关。头部及颈部肌肉收缩是引起紧张性头痛的主要原因。长时间同一姿势工作，头周神经肌肉受到某些刺激，如炎症、风寒等，均可引起头、颈、肩部肌肉持续性收缩导致头痛。Wolff和Tunis通过颞动脉搏动幅度测定，发现头痛期血管收缩较间歇期明显，推论肌肉收缩和血管收缩引起局部缺血是紧张性头痛的原因。压力、紧张和不安等精神性紧张也可导致颈部肌肉收缩。除此之外，眼睛疲劳和辐辏不

良也能引发头痛。

紧张性头痛与现代生活中的心理社会因素有密切关系，如工作受到严重的挫折、经济上的失利、企业倒闭、人际关系紧张、学业失败、失恋、夫妻关系不和、生活节奏加快或个人面临难以解脱的困境，容易造成身体过度紧张而导致头痛急性发作，由此而求医。那些对自己要求较高，又过分谨慎，对人们一般议论过分敏感的人，容易长期处于情绪紧张、恐慌和焦虑中，也易患紧张性头痛。有的紧张性头痛，有“习惯”性成分，每当某种紧张情景出现，就条件反射地引起反应。

（二）常见的心身反应特点

头痛的特征是一日、连续数日甚至数月频频发作的绞扼痛。部位大多是颈部、头部两侧、前头部、头顶部。很多患者倾诉头的周围就象被一条带子紧束或头周缩箍感，压迫感或沉重感，不伴恶心、呕吐、畏光或畏声、视力障碍等前驱症状。另外整体头部都痛的病例也不少。疼痛一般伴随着疲劳而加重，到下午或傍晚时症状会有较明显的加重倾向，而随着入浴或按摩症状常会减轻。某些紧张性头痛患者可为搏动性一侧头痛或发作时伴有呕吐。这时应考虑与偏头痛进行鉴别或是考虑是否合并有偏头痛。有很多患者不仅是肌肉紧张，其心理上也有易紧张的倾向。国际头痛协会（**1988**）将 **TH** 分为发作性紧张性头痛和慢性紧张性头痛。

心理因素在头痛的发生和症状的加重与缓解中起重要作用。临床上经常见到，当人长期处于某种情绪或对环境有某些不安，出现心理冲突时，肌肉收缩不协调，头部肌肉持续收缩，引起头痛或头痛加重；而当工作顺利、轻松愉快时，或当听到一个令人振奋、高兴的消息后，头痛缓解或不发生。

（三）诊断

诊断要点：①以慢性非搏动性头痛为主诉；②头痛部位多在枕、颞、颈部，可扩散至颈部和肩背部；③头痛性质多呈发紧、麻木、重压感、钝痛或酸痛，也可痉挛性牵涉样疼痛，转动头部可加重疼痛，而按摩局部疼痛减轻；④多发生于年轻人（**30** 岁左右发病）；⑤每当紧张、急躁、忧虑、受挫折以及工作不顺心或长时间低头工作时即可诱发，发作可持续数日或数周；⑥排除其他原因引起的头痛，特别是可能引发头痛的致命性疾病如颈椎病、占位性病变和炎症性疾病等的存在。

心理诊断：①可有某些造成心理紧张的诱发因素；②**SCL-90**、**EPQ**、**SAS**、**SDS** 量表检测可发现情绪不稳定，焦虑或抑郁等心理状态。

肌肉紧张的确认非常重要。应历时性的反复测定表面肌电位，确认头痛程度与肌肉紧张程度的关系。但实际上由于存在很多难以测量上述关系的病例，临床上一般采用确认各部位肌肉压痛点的方法。脑电图只能判断是否有反映肌紧张的肌电图混入，一般不用于本病的诊断。

（四）治疗

**1．治疗原则**　解除疼痛，消除诱因，防止复发。

**2．药物治疗**　急性头痛期用对乙酰氨基酚、阿司匹林、非甾体抗炎药、麦角胺或二氢麦角胺等治疗比较有效，但在慢性或反复发作型头痛的场合由于患者常伴有抑郁或焦虑症状。治疗药物包括抗抑郁药物如阿米替林、丙咪嗪、或选择性 **5-**羟色胺重摄取抑制剂（氟西汀和舍曲林）。β 受体阻滞药（心得安）对某些病例有用。失眠者可用地西泮

等治疗。

**3．心理治疗** 心理治疗是紧张性头痛的基本治疗，是解除诱发因素，预防头痛的有效方法。可通过简易精神疗法，让病人明白肌肉收缩是引起紧张性头痛的直接原因，心身放松是消除肌肉紧张的关键环节。消除肌肉持续收缩的诱发因素，如情绪紧张、急躁、焦虑等；矫正个性上的弱点，遇事冷静；合理安排自己的工作与学习，按时更换姿势；都可使颈部肌肉放松。

另外，松弛疗法，自律训练疗法、生物反馈疗法等都是使头颈部肌肉放松的有效治疗方法。

## 二、偏头痛

偏头痛（**migraine**）是反复发作的一侧或两侧搏动性头痛，为临床常见的特发性头痛。发病率占人群的 **5%-10%**。首次发病多在青春期或成年早期，女性发病率较高。常与月经周期一致，随年龄增长而减轻。有一定的家族遗传倾向。心身医学常把它作为重要的心身病之一来对待。

**(**一**)**病因及发病机制

**1．个性特征** 固执、认真、竞争性强、自尊心强、易恨易怒、易紧张的人易患偏头痛。

**2．心理应激** 家庭纠纷、人际关系紧张、目标未达到或事业受挫、闷闷不乐不能解除时容易诱发头痛。先是情绪刺激引起颈内动脉收缩，然后头皮动脉扩张，继而颅内动脉扩张，压迫周围神经出现偏头痛。

**3．社会因素** 常因饥饿、疲劳、饮酒、狂欢等引起偏头痛发作

**4．遗传因素** 本病和遗传有一定的关系。首次发病多在青春期或成年早期，女性偏多，与月经有关，怀孕期和更年期后，偏头痛发作减少或缓解。作为引起血管痉挛的物质众所周知有组胺**(histamine)**和 **5-**羟色胺。另外也有由于摄取巧克力、含谷氨酸钠食物、红葡萄酒和奶酪而诱发症状的患者。

**(**二**)**常见的身心反应特点

**2/3** 以上的偏头痛患者为女性，早年发病，大多数患者有偏头痛的家族史。其典型症状是在伴随有闪光暗点、视野不全、恶心、呕吐、运动障碍、异常感觉和发汗等前驱性症状的同时，出现偏向于一侧的搏动性头痛。症状可从数小时持续到一天左右。另外一个重要特征是发病时症状明显，发病间隙期则无症状。通常出现症状的部位不定，若症状常出现于头部相同一侧的场合则要考虑是否患有脑肿瘤等疾病。女性中多见生理周期与头痛相关联的病例。个性特征、心理应激、社会因素和疾病的发生、加重和恶化关系密切。

（三）诊断

发作性搏动性头痛但又不带有其他身体异常的典型病例其诊断并不困难。但临床上，有时难以确认患者所倾诉的头痛是否是搏动性头痛。像“一跳一跳地痛”这种倾诉未必就一定是搏动性头痛，可以这样去问患者“是否与心脏的节拍一致，一跳一跳地痛吗**?**”。如果本病慢性化，就有与肌肉收缩性头痛合并存在的可能。了解与头痛相关的心理、社会因素和患者的生活方式以及家族史非常重要。

心理诊断:①个性特征。资料显示，患者有自尊心强、任性、好攻击、情绪不稳定等个性倾向。60%以上患者是A型性格。②情绪状态。SAS量表常显示焦虑分值较高，EPQ显示N分较高，表明情绪焦虑，不稳定

与其他慢性头痛一样，排除是否患有其他疾病的诊断非常重要。根据血管收缩部位的不同，可能会显示出患者有一般性运动障碍、知觉障碍和语言障碍等神经症状，此时需要对神经系统进行检查。也可进行脑电图检查。

（四）治疗

药物治疗此类头痛应将发作时的治疗与预防时的治疗分开。急性偏头痛发作单用镇痛药如对乙酰氨基酚、萘普生、布洛芬等无效时，通常使用麦角制剂或五-羟色胺（5-HT）激动剂舒马普坦比较有效。对于频繁发作，尤其每周发作1次以上严重影响正常工作和学习，急性期麦角生物碱治疗不能耐受或禁忌的患者可以选用心得安、阿米替林、丙戊酸等药物进行预防性治疗。一种药物无效时选用另一种药物可能有效。皮肤温度生物反馈疗法可以用来调整控制血管收缩扩张的植物神经机能。放松疗法也被认为具有同样的治疗效果。另外也可采取认知行为疗法，通过记录疼痛日志的方式来进行自我监控，以便让患者注意到疼痛与其饮食、饮酒、劳动及日常习惯等的关系，摸索解决问题的方案。

## 三、心因性头痛

心因性头痛（psychogenic headache）是以顽固性头痛为主症，多种检查明确无器质性病变，久治不愈的头痛。

（一）病因及发病机制

心因性头痛与脑力劳动、女性、各种精神刺激和某种特殊个性有关，如癔病性头痛患者具有情感丰富、暗示性强、处处吸引他人注意、爱炫耀等癔症性格。抑郁症、妄想、转化性障碍等心理因素也可引起头痛。目前还没有心因性头痛的理想分类方法。本文主要考虑虽无器官机能性异常但倾诉头痛的患者，即心理性因素起很大作用的情况。

（二）常见的身心反应特点

症状不典型是此头痛的特征之一。症状出现的形式也各种各样，通常会感觉到隐隐作痛，也有患者会感觉剧痛。抑郁症的头痛常具有上午症状加重下午减轻的倾向。自我感觉头痛的程度与此头痛给生活带来的影响不一致性，是本病的一个特征。

（三）诊断

精神医学的观点看，被诊断为转化性障碍和情绪障碍等的患者人数较多。但从临床医学的观点来看，对患者心身两方面严重程度进行比较，如果能用心因性头痛解释，尽可能的用此诊断。

心因性头痛的诊断重要的是应排除器质性疾病，找出引起头痛的心理因素。较其他类型的头痛患者，让心因性头痛患者记录疼痛日志更为重要，经常发现疼痛程度的评价与日常生活的程度不一致。

（四）治疗

慢性头痛的患者中心理、社会因素或多或少的影响着症状。因此心因性头痛的治疗原则是采用以心理治疗为主的综合治疗。

**1．心理治疗**　使患者首先弄清自己的性格特点、头痛的原因、精神刺激等因素，而后指导患者发挥其主动性，去除病因和对疾病的焦虑抑郁情绪，但有时不要过分的追求消除症状。心理治疗不仅具有治疗作用，而且也有预防效应。

**2．抗焦虑或抗抑郁药**　可以选择的有阿米替林、丙咪嗪、或选择性 **5-**羟色胺重摄取抑制剂（氟西汀和舍曲林），以及安定类药物，如阿米替林每日 **50**～**100** 毫克；丙咪嗪每天 **50**～**100** 毫克；多虑平每晚睡前服 **25**～**50** 毫克；安定每天服 **5**～**15** 毫克；阿普唑仑每天 **3** 次，每次 **0.4** 毫克等。

**3．鼓励病人参加力所能及的工作和文娱活动**　使病人情绪放松，避免病人整日沉浸在病态之中，促进身心健康，对缓解头痛也具有治疗意义。

## 第二节　肌张力紊乱

肌张力障碍（**dystonia**）指的主动肌和拮抗肌收缩不协调或过度收缩所引起的以肌张力异常动作和姿势为特征的运动障碍疾病。随着症状的分布点不一样，此病也可分为好几种，本文主要论述局部性肌张力障碍。

### 一、痉挛性斜颈

痉挛性斜颈（**spasmodic torticollis**）因胸锁乳突肌等颈部肌群阵发性不自主收缩引起颈部向一侧偏转。通常在 **30-40** 岁起病，女性较多。

（一）病因及发病机制

原因不明确，有些是大脑的运动姿势调节出现了异常，有些由于血管压迫副神经。通常受损部位为胸锁乳突肌。在发病初期一侧的肌肉持续或间歇性收缩，患者多主诉颈部不协调、紧绷感或被强烈拉伸的感觉。本病持续发展，会出现患侧肌肉增生、肥大，左右两侧差别显著。大部分患者都会通过过度伸缩患病肌以外的肌群来控制姿势，导致不随意运动加重的恶性循环。从症状来看先是伴随有肩部上缩和头部震颤等轻微症状，然后姿势逐渐固定发展成为痉挛性斜颈。心理、社会因素在本病发病中的作用因人而异。有的患者发病时可能没有性格方面的缺陷，但由于身体姿势的异常，影响到日常生活，不能适应工作环境，出现逃避社交、引起社会交往障碍。

（二）常见的身心反应特点

主要症状是因从头部到颈部的肌肉异常紧张导致姿势异常。发病多呈隐袭性，可突然发生，头颈向一侧倾斜或旋转，过伸或过屈。一般来说，姿势转换，如从卧姿转为坐姿、从坐转为立姿，或者是精神压力大、遭遇不幸或驾车时症状加重。发病早期，可以自主控制或用手纠正，严重者头颈持续处于异常姿态。并引起患侧部肌群肥大、痉挛、疼痛。

（三）诊断

本病要与颈椎病等整形外科疾病、癫痫等神经疾病和部分代谢性疾病鉴别。对患者神经系统进行检查，了解抗精神药服药史及起病年龄等有助于作出正确诊断。检查肌紧张程度和部位、动作时的变化有助于治疗，肌电位图检查的部位包括患者的颈、

肩、背部等。另外治疗前要评估患者的心理、社会因素，了解患者的生活压力、社会适应状况。

心身医学诊断包含如何评价身体因素和心理、社会因素对疾病的影响。但是通常在治疗开始之前想弄清心身相关的详细情况比较困难。斜颈症状非常严重时，所有可能原因的都会成为导致病情恶化的因素，这时常常难以区分主要原因和次要原因。但是随着治疗的进行，次要原因被逐渐消除，主要原因会明朗起来。因此，在治疗开始的初期阶段治疗不要马上对心身方面的原因进行判断，并以此给患者作出解释。要在治疗过程慎重的观察，然后作出判断。

（四）治疗

**1．药物和手术治疗**　目前还没有针对本病的特效药物，可以尝试胆碱能阻滞剂和抗痉挛药等。近年来有人尝试局部注射肉毒杆菌毒素的方法。局部注射要选择痉挛最严重的肌肉或肌电图显示明显异常放电的肌群。由于需要注射毒素的剂量较大，容易引起吞咽障碍等不良反应。而且，注射后一段时间后，症状会再出现，需要再次注射。如有血管压迫副神经的情况可考虑接受外科减压手术治疗。

**2．心理治疗**　心身医学上曾经也尝试过森田疗法等。目前胸锁乳突肌肌电反馈放松训练应用较多，其目的是通过学习使问题肌肉群得到放松。首先让患者坐在有靠背的椅子上呈随意舒适的姿势。再开始生物反馈训练，按照想象法逐渐加重负荷以至接近于其想回到的生活场景。平时，可通过照镜子观察自己的姿势、穿带帽子的上衣等方法来注意纠正自己的姿势。首先要让患者学习肌肉放松。患者为了掩饰斜颈症状总是有意识或无意识的控制。但治疗时，医师要求患者停止控制，因此，患者会觉得治疗后症状反而加重了，这一点治疗前有必要向患者说明。

## 二、书写痉挛

书写痉挛(writer cramp)是指执笔书写时手和前臂出现肌张力障碍姿势，表现为握笔如握匕首、手臂僵硬、手腕屈曲、肘部不自主向外弓形抬起、手掌面向侧面等，但做其它动作正常。本病也包括其它职业性痉挛如弹钢琴、打字及使用螺丝刀或餐刀等。与斜颈不同，书写痉挛症状只在写字时才出现。若从发病初期，做其他动作时也出现不随意运动，应考虑是否患有其他不随意运动症。另外有时也把不能完成某职业的固有动作(如小提琴演奏者的演奏)诊断为职业性痉挛。书写痉挛男性多见，但具体此病的发病有无性别差异目前暂时还不明确。

（一）病因

其确切的病因尚不明了，估计与大脑基底节细胞的退行性变化有一定关系；与精神因素(紧张、恐惧等)关系较密切。此病患者多数具有神经质个性特征，人际关系紧张。有的患者表现为有完美主义倾向，总是认为自己的“字写得不好看”。有患者发病前并没有明显的性格缺陷，由于长期患病逐渐变得无法适应社会，出现严重的心理和社会问题。

（二）常见的身心反应特点

本病的症状表现为出现在某个特定动作时，如写字时手的僵硬和震动，前腕到肩部出现紧张，动作很难顺利进行，严重时不能保持握笔姿势。除写字动作以外的其他

用手的动作基本上都没什么问题。随着患病时间的延长，连使用筷子等接近写字的动作也将受到影响。另外写字困难的程度与用笔种类有关，通常铅笔和圆珠笔比较困难，毛笔和粉笔等比较轻松。而且在他人面前患者更易出现写字困难的现象，特别是震颤型和拘泥于字迹的患者。表现为不随意运动的患者，与写字时是否有人在场没有明显的关系。

从症状上可分为硬直型、震颤型，肌紧张型等。硬直型是指与写字动作相关的肌肉群全部过度紧张，从手到前腕的动作变得僵硬。震颤型是指写字时手出现震颤。

（三）诊断

本病多在特定动作时出现症状，确定患者写字动作和其他动作时手腕各肌群的异常收缩状况。对轻微震颤可以通过让患者画螺旋形和圆形来判定。但是本病的震颤型与特发性震颤有时很难区分。一般来说，写字以外的动作时也有震颤应考虑为后者。书写痉挛诊断有时比较困难。特别是病程较长的患者，为了写字做出了努力，写字的姿势与发病时相比已经发生了很大的变化，症状变得不典型。

诊断基本上可参照痉挛性斜颈。对深部肌肉的检查较困难，可采用多通道表面肌电位图记录方法，不断变化写字内容和笔具等，记录种种条件下的具体情况。还有动作的摄像记录和写字本身的记录也对治疗过程有帮助。了解患者发病的心理和社会因素，以及现实生活中患者面对的压力、工作地点、写字状况和发病前的写字内容等。

（四）治疗

**1．药物治疗**　常用到镇静催眠药、β 受体阻滞药、肌肉松弛药等。震颤型可试用 β 受体阻滞药。

**2．心理治疗**　通过放松运动和行为疗法来进行写字动作的再学习。肌电图生物反馈治疗，治疗计划可以参照斜颈治疗，初期以手-肩的肌肉放松训练学习为主，其后根据行为塑造法让患者行写字动作时的再学习。治疗时应注意根据写字内容(点→线→图形→数字→部首→汉字→文章)和字的大小、工具的种类、写字速度等具体制定治疗计划。对于过分拘泥于字迹的患者，重点应是一般性的放松活动和面对面治疗。

斜颈和书写痉挛的生物反馈疗法基本一致，但有一点需要注意。斜颈的情况，患者首先要学习肌松弛，只要做到在肌松弛的状态下做出动作就可以了。而书写痉挛则不同，仅肌松弛的学习是不够的，要重新学习在肌松弛的状态下的写字动作。

## 三、睑痉挛

睑痉挛(blepharospasm)表现不自主眼睑闭合，痉挛持续数秒，数分钟。多为双眼，少数有单眼起病，渐波及到双眼。精神紧张、阅读、注视时加重，讲话、唱歌、张口、咀嚼和笑时减轻，睡眠时消失。这是由于眼轮匝肌不随意收缩而导致难以维持睁眼状态的症状。轻者可见瞬目频率增加，重者则难以自由睁开眼睛，给日常生活带来诸多不便。本病在 40 岁以后的中老年人群偏多，男女性别差异不明显。根据症状的不同有时会有伴随嘴唇动作或舌头突出等奇妙动作的口-下颌肌障碍出现。眼睑痉挛-口、下颌肌张力障碍合称为 Meige 综合征（特发性眼睑-口下颌痉挛综合征）。与脸痉挛相类似的病症有开睑异常，表现为上睑提肌收缩不全导致的睁眼困难。

（一）病因及发病机制

睑痉挛病因不明。有研究认为，睑痉挛是大脑基底神经节异常代谢引起第七对脑神经(面神经)电活动过多而造成的局限性张力障碍。神经肌肉兴奋性增高而引起的眼、眶和眶周轮匝肌的自发痉挛性收缩。正常的瞬目过程是闭睑肌（环行眼轮匝肌、皱眉肌和降眉间肌）和开睑肌（提上睑肌和额肌）协同作用的结果，而睑痉挛就是由于闭睑和开睑的协同功能失调所致。大脑活动异常的原因未知，推测可能与头部创伤、接触毒性物质、遗传素质或精神压力有关。近年研究发现，许多张力障碍病人存在基因异常。虽然ＢＥＢ、Ｍｅｉｇｅ综合征或其他张力障碍性疾病受家族遗传素质的影响，但还没有可靠研究证明，ＢＥＢ或Ｍｅｉｇｅ综合征是遗传性疾病。眼睑痉挛常发生在睡眠欠佳、视力疲劳或外界精神因素刺激后。

（二）常见的身心反应特点

发病初期可表现为一侧性，也有两侧性。患者在明亮的场所瞬目次数明显增加和感到眩晕，显示出特有的眉头紧皱。症状开始逐渐加重，在发展到一定程度之后稳定下来。重症患者不能随意睁开眼睛。眉毛下垂现象被称作是“**Charcot** 眉毛征”。在看书、读报等需注视特定位置时，眼轮匝肌发生痉挛致使睁眼状态难以维持。随着病情的恶化，患者会因强烈的日光照射症状加重，不能睁眼的时间逐渐加长，甚至不能外出。病人无法预料痉挛发作时间，走路都很危险。光照、角膜或眼睑刺激、疼痛、情绪激动、紧张、心理问题、三叉神经受刺激等均可使症状加重。

（三）诊断

鉴别诊断时表面肌电位图通常是左右对称的，以排除其他神经疾患。另外要确认有无眼科疾患。

（四）治疗

近年来局部注射肉毒杆菌毒素的治疗方法受到关注。疗效大约可持续**3**个月左右，疗效持续时间与注射的药量及个体差别有关。注射肉毒杆菌毒素常见的不良反应有眼睑下垂和复视等。心理治疗上，自主训练法和肌电图生物反馈法比较有用。其中肌电图生物反馈应在前额部和眼轮肌处实施。

## 四、其 他

（一）特发性震颤

特发性震颤（**essential tremor**）又称家族性或良性特发性震颤。姿势性或动作性震颤是唯一表现。虽然没有发展成帕金森病的危险，但震颤频率较低的情况要多加注意。β 受体阻滞药(心得安)比较有效。因紧张或身体疲劳而诱发震颤的患者，应给予心理治疗，指导患者进行自主训练。

（二）伴随有转化性障碍的神经症状

转化性障碍也会出现上述症状。通过观察了解症状的发展变化、求治欲望、患者个性特征、社会适应能力以及有无通过疾病可得到的利益等，有助于转化性障碍的诊断。

（三）其他

其他的疾患还有抽搐和癫痫等。抽搐是本来有目的性的动作突然不随意的反复发作，短时间内可通过患者本人的意志来控制。常见在小儿出现。

# 第三节　植物神经功能紊乱

植物神经功能紊乱是一种内脏功能失调的综合征。包括循环系统功能、消化系统功能或性功能失调的症状，多由心理社会因素诱发，人体部分生理功能暂时性失调，神经内分泌出现相关改变而组织结构上并无相应病理改变的综合征。患者主诉繁多，如头痛、失眠、记忆力减退、心悸胸闷、呃逆腹胀、消化不良、便秘、焦虑烦躁等，但经一些客观检查如心电图、超声心动、纤维胃镜等检查却又查不出客观病理改变，往往被误诊为“冠心病”、“心肌缺血”等。因此，对内科医生检查告之“任何部位均未异常”，或对原因不明的症状要注意。本病是一种心身疾病，要注意与抑郁症、神经症、精神分裂症等进行鉴别。

## 一、病因和发病机理

植物神经功能紊乱的病因、病理仍未完全清楚。包括生物因素、心理社会等因素。植物神经系统是由交感神经和副交感神经两种神经构成。这两者处于一种平衡状态。如果植物神经系统的平衡被打破，那么便会出现各种各样的功能障碍。植物神经系统支配着不能按自己的意识运动的内脏肌肉(心脏、胃肠道等)、血管(动、静脉)、或是内分泌器官(肾上腺等)。交感神经紧张表现为血压变化大、脉搏过快、发汗过多等症状；而副交感神经紧张表现为胃肠症状(呕吐、腹痛、腹泻、低血压、脉搏缓慢)等。因为植物神经是贯通全身的，因此植物神经的症状也是遍及全身的，除去象前述的那些症状之外，还会出现头痛、头晕、畏寒、便秘、失眠、肥胖、消瘦、肩周炎、目眩、胸部有压迫感等症状。

各种引起神经系统功能过度紧张的社会心理因素，都会成为该病的促发因素。研究表明，精神刺激、压力过大可造成内分泌和植物神经功能紊乱。随着现代生活节奏的加快，社会工业化，人口城市化，居住稠密，交通拥挤，竞争激烈，以及长期的精神心理创伤，如家庭纠纷、婚姻不幸、失恋、邻里关系紧张，工作压力大，都会使人们的精神过于紧张、心理负荷过重而出现植物神经功能紊乱。研究表明，植物神经功能紊乱的患者发病前一年内经历的生活事件的频度明显高于对照组。

植物神经紊乱与个体的性格特征有很大关系，一般认为，性格内向，情绪不稳定者，多表现为多愁善感，焦虑不安、保守，不善与人沟通，遇事闷在自己心里，得不到及时地发泄，时间久了容易导致植物神经紊乱；但是脾气暴躁、心胸狭窄、争强好胜、自我为中心的人也容易导致植物神经紊乱。

## 二、临床表现

植物神经功能紊乱患者的主诉酷似某个系统或器官的疾病，但检查往往是阴性。常附加有非异性的主观不适感，如短暂一过性和游走性的疼痛、烧灼、麻木感。局部内脏一过性不适感，如发胀、下坠等感觉，往往与心理社会因素有关。植物神经功能紊乱可表现以为以下几方面症状：①呼吸系统，出现呼吸深度和频率的变化；②心血管系统，出现阵发性高血压、周期性低

血压、窦性心动过速或过缓，及类似心肌梗死的表现；③消化系统，出现胃肠功能及消化液分泌障碍；④泌尿系统，出现尿频、尿急、排尿困难，甚至尿失禁或尿潴留；⑤发作性症状，表现为面部潮红、出汗异常、心动过速或过缓等；⑥出现性功能紊乱或睡眠障碍等。

## 三、诊断与鉴别诊断

植物神经功能紊乱正确的诊断非常重要。根据病人症状起源的器官或系统，可分为心血管系统、高位胃肠道、呼吸系统、泌尿生殖系统及其它器官或系统的植物神经功能紊乱。其诊断主要依据以下几项：①主要限于某一系统或少数内脏器官的植物神经功能障碍症状，症状持续而使病人感到苦恼；②附加的主观不适感，指向某一器官持续或经常发生，但没有确定的疑病性先占观念；③持续至少三个月；④没有器质性病变的证据。

本病要和以下疾病相鉴别。①广泛性焦虑，害怕和预期焦虑性等心理因素在植物神经兴奋中起主导作用，其它症状存在前后一致的躯体定位，可据此鉴别。②疑病性神经症，基本特征是持续存在的先占观念，认为可能患有一种或多种严重进行性的躯体障碍。病人的注意更多地指向潜在进行性的严重疾病过程及其后果，患者趋向于要求检查明确其潜在疾病，害怕用药及其不良反应，常频繁更换医生。

## 四、治 疗

### （一）心理治疗

**1．支持性心理治疗** 建立良好的治疗关系是治疗成败的关键。本病患者因为漫长的无效的就诊经历，精神紧张焦虑。医生要特别耐心、理解和同情；让患者对医生产生信任、对治疗有耐心。告知病人疾病的性质及良好的预后，以解除病人对疾病的疑虑。

**2．认知治疗** 首先让患者意识到，虽然病痛是他的真实感受，但并不存在器质性病变，对生命、健康不会带来威胁；要纠正错误的认知，重建正确的疾病概念和对待疾病的态度，学会与症状共存；要转移注意力，尽量忽视它；并鼓励患者参加力所能及的劳动。

**3．环境和家庭治疗** 调整患者所处的环境对纠正疾病行为、发展健康行为至关重要。医生要鼓励患者增强对环境和家庭的适应能力，鼓励患者努力学会自我调节，尽早摆脱依赖性。其配偶及亲友对病人的疾病和痛苦应给予充分的理解和同情。

**4．催眠疗法** 对某些暗示性强的患者有短暂的疗效。一般认为单用催眠治疗效果不大，疗效也不持久。

### （二）药物治疗

植物神经功能失调症的药物疗法中按药物的性质和其作用部位大致可分为两类，主要作用于脑植物神经中枢的中枢药物和作用交感、副交感神经末梢性药物。

前者中有抗焦虑药(安定类药物)、植物神经调整药、镇静催眠药、抗抑郁药等。后者即作用于植物神经末梢以提高治疗效果的药物中有交感神经兴奋药和抑制药、副交感神经兴奋药和抑制药。其他包括激素、维生素以及中药等。

**1．抗焦虑药(安定类药)** 安定类药对精神方面(心理因素)的症状非常有效，对出现身

体症状的植物神经功能失调的治疗也经常发挥很大的作用。甲氨二氮卓(利眠宁)对多汗症疗效显著。另外这些药物在治疗更年期综合征常见的心悸、气短、焦虑不安、目眩等症状也非常有效。由于长期应用苯二氮卓类药物可能出现药物依赖性的问题，应避免长期的连续使用。有明显心理因素者，应同时配合心理治疗。

**2．植物神经调整药**　此药物是通过直接作用于植物神经中枢的丘脑下部来发挥作用。与安定类药不同，它很少影响精神活动，没有过度镇静等不良反应。对于安定类药物不良反应重的患者及对有无的植物神经功能失调难以确诊的患者较为常适合。此类药物包括谷维素等。

植物神经调整药是治疗疾病慢性植物神经功能失调症时常用的药物。由于此药起效迟较慢、不良反应少，有患者为了尽快好转，常常自行加药导致病情加重。因此，开始服药 1 个月以上未见效果或是病情更加恶化的情况应终止使用或更改其他药物。

**3．抗抑郁药**　抗抑郁药可以改善植物神经功能紊乱患者的抑郁症状。可以选择的药有三环类及四环类抗抑郁药物，选择性 5-羟色胺再摄取抑 5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂等。使用三环抗抑郁药的初期由于抗胆碱的作用可能会出现口干、便秘等身体不适的不良反应。

**4．植物神经末梢作用药**　本文这是指作用于交感神经或副交感神经的末端部分，促进或抑制其兴奋的药物。

交感神经阻滞药:最常用的是 β 受体阻滞剂。可以用于治疗植物神经功能失调症的心悸、疲倦感、心律不齐等症状。其不良反应包括：心力衰竭、脉搏缓慢、心传导阻滞等症状；或因支气管平滑肌的收缩而诱发气喘；或出现四肢发冷、间歇性跛行等。

副交感神经阻滞药:此类药物能选择性的抑制乙酰胆碱的作用，抑制副交感神经的兴奋。代表性的药物为阿托品。阿托品不良反应包括口渴、支气管、结膜等的干燥及心率加快等症状；中毒者常见症状包括目眩、焦虑不安、震颤、运动困难及咽吞困难等中枢神经症状。

**5．注意事项**　临床上，根据疾病的状态和患者的症状选择恰当的药物后。很多患者都需要长期药物治疗，药物治疗时间越长，不良反应发生率越高、程度也越重。因此，治疗者需密切留意治疗过程中患者症状的改善以及不良反应，以随时调整药物。另外，对于药物治疗无效、不良反应重或不适合用药的患者，考虑药物之外的其他方法或与合并使用其他方法。

（薛志敏）

# 第十四章　有关医学专科的心身问题

在各类医学临床科室中，几乎都有一些符合心身疾病或身心问题的病人。本章选择介绍有关医学临床科室中的部分心身疾病或心身问题，并尽量避免与前面有关章节内容重复。

## 第一节　妇产科心身疾病

### 一、心理社会病因

生物、心理、社会因素在妇产科疾病的发生和发展中起着重要的作用。

⑴社会因素：在不断发展变化的社会经济生活中，来自升学和就业方面、家庭、婚姻、计划生育等等方面的问题，更多地冲击着女性的心理，影响着女性的心理平衡。

⑵心理因素：较之男性，女性情感丰富而细腻，心理敏感度高，既容易感知外界的各项刺激，又容易出现情绪波动，因而更容易产生心理压力、心理冲突，造成身心功能的障碍。

⑶生物学因素：女性生殖系统功能受丘脑下部－脑垂体－卵巢轴直接控制。社会心理因素以情绪反应为中介，作用于植物神经系统和丘脑垂体内分泌轴，进而影响女性生殖器官功能状态，以至引起平衡失调而致病。另外，乳房发育、月经的来临和消退、妊娠和分娩等这些女性特有的生理现象，有时也会成为妇女的心理问题，并可引起强烈心身反应或转化成妇产科心身障碍。

例如，一些少女因乳房发育问题而郁郁寡欢；一些少女因缺乏生理卫生知识，对月经初潮惶恐不安，认为月经肮脏，行经“倒霉”、痛苦、麻烦，从而导致经前期紧张综合征、心因性痛经、闭经、功能性子宫出血等等。成年妇女怀胎、分娩，是正常的生理现象。然而，由于妊娠、分娩关系着母子两代的健康和生命，又因为是独生子女，家庭老人对孩子性别比较敏感，因此，许多妇女妊娠、分娩过程中常有各种担心和害怕，有的因为不良心理刺激造成妊娠、分娩的心理障碍。产后乳汁分泌和哺乳也是妇女正常的生理现象，然而，产妇哺乳期过度劳累，睡眠不足，精神紧张，不良情绪常可造成乳汁分泌障碍。也有一些年青母亲担心哺乳影响体型而不愿哺乳，以致影响婴儿的生长发育，有的因乳汁淤积造成乳腺炎。等等。

妇产科心身疾病涉及范围较广，心理社会因素可影响妇女月经、妊娠、分娩、哺乳等正常生理功能，从而与多种妇产科疾病有关。而且，妇产科的心身疾病，多以躯体异常为主，但同时出现的认知障碍可通过导致焦虑、忧郁、紧张、多疑等而加剧躯体的异常。如：妊高征、闭经、不孕及更年期综合征等，常因伴有忧郁焦虑、恐惧不安、神经衰弱等精神方面的症状，而导致病情加重，从而形成了身-心-身的恶性循环。因此，对此尤其需要心理干预。

妇产科常见的心身疾病包括：痛经、闭经（经闭）、月经不调（先期、后期、先后不定期）、功能性子宫出血（崩漏）、更年期综合征（绝经期前后诸症）、不孕症（不孕）等。

## 二、痛经

痛经是女性行经期间或经期前后发生下腹疼痛或伴有其它不适以致影响日常工作与生活的病症。临床可分为原发性、膜样性、充血性、与继发性痛经四种，尤以未婚未孕妇女多见。其中原发性者生殖系统无明显器质性病变，常在月经初潮即开始出现，心理因素常贯穿始终。

**1.病因**　痛经的生物学因素包括组织解剖因素、内分泌因素以及遗传因素等。但痛经的心理因素是明显的。据资料反映，约有**5-10%**青少年女性患心因性痛经，是由于初潮时对月经现象缺乏了解或错误的理解，造成紧张、厌恶等情绪，从而使子宫峡部张力增强，子宫肌须加强收缩才能排出经血，引起痛经。临床心理研究认为：心理发育不成熟、有神经质性格，为保持体型苗条而节衣缩食致消瘦体虚的当今女性，或性情急躁、倔强、冲劲、对自身过于敏感、暗示性强、自控力差易感受应激者易发生痛经。

**2.治疗**　心因性痛经的治疗应从改变患者对月经的错误认识入手，这样才能消除紧张、焦虑及恐惧状态，减少机体的过度反应，促进良性循环；对于具有不良性格特征的人，应让他认识自己性格的缺陷，树立信心，使个性全面和谐发展，增强自己适应社会，战胜疾病的能力；对痛经紧张焦虑症状严重的，可运用心理放松疗法，通过听音乐看电视和做一些有兴趣的娱乐等分散对痛经的注意力，缓解其紧张情绪，从而减轻症状。另外，还要指导病人在经期避免寒冷潮湿，不吃生冷瓜果和饮食，避免过度疲劳。

## 三、闭经

闭经是女性常见症状，一般指女性年满**18**岁，月经尚未来潮者为原发性闭经；月经初潮之后又停经三个月以上者称继发性闭经。由心理因素造成者称心因性闭经，它是继发性闭经的一种。

**1.病因**　原因很多，正常月经的建立有赖于下丘脑－垂体－卵巢轴的神经内分泌调节，以及靶器官子宫内膜对性激素的周期性反应，其中任何一个环节发生障碍，都可导致闭经。因此，应对闭经病人作全面检查。然而，临床上因为心理社会因素造成闭经的并不少见。如过度的精神紧张、恐惧、忧虑、悲伤，突然的环境改变，生活的规律打乱、剧烈的思想斗争、强烈的妊娠愿望等，都可以扰乱中枢神经与下丘脑间的联系，从而影响内分泌轴的功能，发生卵泡成熟障碍而致闭经。如女学生在临近重要考试前，新兵入伍后，女犯人拘禁期间等的闭经都属这类。

研究发现性格内向，依赖性强，不喜交往、多思多疑的女性易在心理刺激下产生不良情绪而致闭经。

**2.治疗** 闭经是妇女很敏感的问题，未婚女青年会担心影响健康，影响婚恋；已婚妇女担心会影响生育，因此忧心忡忡、敏感多疑、烦躁不安。这样的情绪应激又常会引起内分泌紊乱而加重病情。因此，治疗闭经很重要的是让患者了解月经的生理卫生及月经与情绪的关系，进行情绪放松训练，相信过分担忧，多疑、紧张的情绪改善后，月经周期是可以恢复正常的。对有明显个性缺陷的妇女，应指导帮助她们提高对外界的适应能力，保持情绪的稳定性，阻断不良情绪导致闭经而闭经又加重不良情绪的恶性循环。少数闭经患者在全身调整的基础上可在医生指导下补充适当的雌激素，以调节卵巢功能，制造人工周期，当人工周期建立之后，病人的紧张及忧虑状态得以改善，易使月经恢复正常。

## 四、经前期紧张综合征

经前期紧张综合征亦称经前期综合征，系指发育年龄的健康妇女于月经前 **1—2** 周所表现出的一系列情绪及躯体症状群。本病是成年女性常见的心身疾患，**Morton** 统计 **1000** 例各类妇女发生率达 **95**%，轻重各不相同，以 **20—30** 岁生育旺盛期最多见，国内统计女性罹发率为 **50**%左右，但病情严重持久者少见。

**1.症状和病因分析** 发病时病人情绪不稳定、身体疲乏、倦怠、思想不集中，患者对月经来潮十分恐惧，症状严重的一次行经有如一场大病，对下腹阵痛、乳房胀痛十分苦恼，抑郁、焦虑不安，易于激怒。本病心身症状有明显的周期性，均于每次月经前 1 — 2 周出现，以来潮前 3 天最严重，月经过后症状即消失，下次经期临近，惧怕症状又再次出现。周而复始，恶性循环。

本病发生与女性激素分泌失调有关。由于大脑皮层兴奋减低，植物神经功能紊乱，垂体促卵泡生成素**(FSH)**分泌过多，致经前雌激素增高，使水盐代谢、糖代谢紊乱，引发一系列心身症状。某些药物如前列腺素、泌乳素、醛固酮的不当使用亦可致病。在心理方面，缺乏月经生理卫生知识，认为月经是脏东西，行经“倒霉”，有一系列痛苦麻烦，而产生紧张恐惧等不良情绪体验，以及女性少年时的不幸、负性生活事件的刺激等可使雌激素分泌异常而发病。

**2.治疗** 使用药物和心理综合治疗法。临床上常采用激素治疗纠正水盐潴留，可用双氢克尿塞、安体舒通等缓解临床症状，也能对消除某些临床心理反应起到一定暗示作用。心理治疗可采用认知疗法改变病人对“月经”的错误认识，增强社会适应能力。催眠疗法对精神紧张者效果很快，轻度迷睡即具有明显的症状减轻作用。转移控制法是一种经验治疗，要求病人发挥自己解决问题的能力，根据自己周期性情绪变化的特点，在情绪不好之前，积极活动，尽量找一些自己有兴趣爱好的事来做，可以使用音乐、绘画、书法疗法，避开易发生冲突烦恼的事情，从而减轻症状。

## 五、功能性子宫出血

功能性子宫出血（功血）是一种躯体因素较强的妇科心身疾病。表现为月经失去正常周期，出血量过多，经期延长，检查内外生殖器均无显著器质性病变、无妊娠并发症和其它出血性疾病。

**1.病因**　本病的发生与心理因素密切相关，多见于青春期和更年期。可因气候寒热骤变，生活贫困，躯体疾病，长期营养不良，正常生理代谢紊乱，并通过大脑皮层的神经介质干扰下丘脑，致使卵巢功能失调，性激素分泌失常，最终导致宫血。在心理因素方面，国外报告70%的功血患者有情绪障碍和性生活不和谐。因突然生活事件如亲人亡故、重大的精神创伤、生活环境和方式的改变等，使许多妇女适应不良，情绪反应剧烈从而通过植物神经使盆腔淤血致月经量过多。多次发生宫血者，每次行经时间延长、经量过多都会造成患者的紧张恐惧，从而加重病情，造成恶性循环。研究发现，性格内向执拗、感情脆弱，易偏听偏信，不听劝阻者易患此病。

**2.治疗**　应将内分泌干预、全身支持疗法与情绪调控有机结合。查明出血性质后给以抗炎、调经、恢复卵巢功能等药物；对出血严重的病人可采用刮宫术；对更年期病人可用激素治疗。常用的心理治疗有认知疗法和松弛疗法。应指导病人科学的认识功血，激励病人调整情绪，增强其抗病信心。对有性生活问题的患者应指导其纠正不正确的性生活方式，重建和谐美满的家庭环境，放下思想包袱后定能取得较好的疗效。也可以通过自我松弛或放松训练使患者心情舒畅以利康复。

## 六、妊娠、分娩、难产的心身问题

妇女由妊娠怀胎十月，到一朝分娩，在这一复杂连续的生理过程中，包含着许多心理社会因素。大量的临床实践研究证实，各种不良心理社会因素对孕产妇的母子身心健康均产生重要的影响。如妊娠期间各种情绪创伤，重大生活事件等心理社会因素可导致情绪异常和中枢神经系统功能紊乱，从而诱发早产、妊娠剧吐、流产、胎位异常、胎儿发育障碍及分娩时产力异常和难产的发生。不良的行为方式和生活习惯如吸烟、酗酒、吸毒、生活不规律、睡眠不足，频繁旅行也可致流产、早产；性开放、性生活不节制，易致异位妊娠、流产、早产的发病等等。

**1.常见心理问题**　据统计孕产期出现心理障碍者可占１７％。常见的有：①妊娠心理矛盾冲突：如初次妊娠常有期盼和担心，包括 担心胎儿畸形，担心胎儿性别，担心难产，担心自己是否能做好母亲等多种矛盾心态等。随着分娩期迫近，一些神经质个性的妇女可出现焦虑、忧郁、愤怒、任性等心理异常。②情绪不稳定：不少孕妇有莫明的恐惧或烦恼，可能与妊娠不适有关；有的因怀孕而“居功自傲”，依赖性增加，常为一些无关小事斤斤计较，生气发火哭闹。③分娩时的恐惧－紧张－疼痛症候群：性格脆弱的初产妇尤易发生。恐惧紧张情绪可通过内分泌及神经通路致使分娩无力，平滑肌紧张，痛阈下降，敏感性增加，由此更加剧恐惧体验以致胎儿宫内缺氧窘迫，或诱发子痫和难产等。④未婚先孕者情绪复杂，反应强烈，有的自责悔恨，甚者可致精神异常。

**2.心理干预**

（1）心理咨询：应对初次妊娠者提供妊娠分娩知识的心理咨询，改善他们的认知方式，调动其主观能动性，减轻她们的心理压力和恐惧情绪，以积极乐观的态度对待妊娠分娩。

（2）松弛疗法：孕妇应保持良好的心情，思想松弛、精神乐观、生活规律，有助于神经内分泌的平稳协调，分娩过程中，第一产程应该运用“放松功”，第二产程在医护人员指导下增加辅力，对缩短产程减轻疼痛有积极意义。

（3）音乐疗法：优雅的音乐与胎教，利于母亲及胎儿身心健康，对减轻紧张、恐惧、烦躁、不安有很好的疗效。

## 七、计划生育中的心理问题

计划生育是我国基本国策。输卵管结扎术及人工流产（人流）是计生工作常用措施。尽管手术方法上不断的改进和提高，术后躯体并发症已极少，但由于受术者均属健康人，从个人来说，并无通过手术解除痛苦的需求，因此她们往往积郁着不同程度的消极情绪，心理改变也较一般妇科手术者多。胡廷溢(1983)报道 57503 例绝育妇女中，术后患神经症的 77 人占 0.13%。也有报道输卵管结扎术后患神经症达 0.32—2.2%。另外，人流引起“人流综合征”也时有报导。

**1.临床表现** 术后神经症主要表现是神经衰弱症候群，有的出现癔病性瘫痪、强迫症等表现，有的表现为意识障碍，产生阉割心理，认为有生理缺陷，自我统一感、完整感丧失，性功能障碍，自尊心下降，性格改变、心情压抑、谨小慎微、妒嫉他人、对外界存有戒心，有的出现其它心身改变如焦虑紧张、悲观抑郁、躯体不适，甚至可诱发反应性精神障碍或症状性精神病。有的病人还可出现隐瞒手术情况，依赖、请求补偿，迁怒于他人等心理防卫表现。

有的病人可表现全身性“人流综合征”。因对手术恐惧，在扩张宫口或吸宫时局部刺激引起迷走神经兴奋，产生面色苍白、出汗、头晕、恶心、呕吐、胸闷、心律失常、血压下降、甚至抽搐、晕厥；有的病人在人流数小时后出现晕厥、恶心、呕吐、心悸、下腹疼痛、子宫增大、宫腔积血；或因手术应激致内分泌改变而出现闭经、月经不调等。少数人在人流绝育术后出现忧郁、后悔、自责、负罪感、抵触、冲动、消极、厌世或绝望等。

**2.病因** 一些人是由于对计生手术有各种不正确认识，心理矛盾重重，甚至有的担心手术会影响女性的魅力和性欲。另外，手术器械的刺激会使许多妇女产生焦虑与恐惧，她们害怕疼痛，担心手术意外和后遗症等。个性特征也有一定的关系，有研究报告结扎术后身心障碍患者的气质类型，强而不均衡型的占 46%，弱型 44%；这些人表现敏感多疑、多愁善感、心胸狭窄、情感脆弱或暴躁，个人意识强。另外文化程度低的农村妇女患病率最高，其中以文盲及小学文化者居多。童蓉、姜乾金等（2001）对绝育后神经症患者做对照研究，发现术前不良认知（主要是对手术后遗症和劳动力影响方面的担心）、消极应对方式、缺乏主观社会支持、不稳定个性特性等心理应激因素与绝育术后神经症有关

**3.心理干预** 应注重计生术前心理咨询，医护人员应耐心细致地向病人宣传计生手术的意义，手术的安全性，手术不会影响女性魅力等。通过教育、鼓励、疏导，矫正病人的非理性认识，使病人能以科学态度看待手术，缓解紧张抵触情绪；指导病人进行渐进性放松训练或自律训练，消除其紧张心理反应，增强适应能力。医护人员手术操作时应注意动作尽量轻柔，同时给予良好的语言暗示叫病人不要紧张，做深呼吸，指导病人放松腰部及盆底肌肉的紧张度。对被动、依赖者，应向她说明术后早期下床活动、自理生活对促进康复、减少后

遗症的益处；要正确理解和体谅病人的索取心理，对其提出的过分或无理要求应善加疏导，切忌草率斥责，避免产生新的心身不适。

（唐峥华）

## 第二节　耳鼻喉眼口腔科心身疾病

### 一、耳鼻喉眼口腔科躯体化障碍

耳鼻喉眼口腔科的疾病不仅涉及个体的视、听、嗅、味觉。还和个体的外表容貌有很大关系，因此经常被心身障碍者作为躯体化障碍的形式表现出来。

（一）病因

**1．人格因素**　患者有特定的神经质人格特征，如敏感多疑，易受暗示、性格内向等。有研究表明在口腔颌面部美容手术者中，有**25%**的人有自恋型人格障碍、有**12.0%**的人有依赖性人格障碍、**9.2%**的人有表演型人格障碍。林实在对口腔异常感觉研究发现几乎所有人的森克走个性问卷（**EPQ**）中神经质（**N**）分高于正常人。

**2．生活事件**　生活事件是其发病的重要诱因，并且可以造成病程的迁延。一些创伤性经历的记忆可被遗忘，并以各种面部躯体化症状形式表现出来。如有要术正畸牙治疗患者是因为屡次恋爱受挫后而提出治疗需求，全口牙齿脱落的老年人因承受不了这一衰老的事件，对制作的义齿有内心抵触情绪戴上假牙总是感到不适。

（二）临床表现

**1．躯体化变形障碍**　口腔颌面部并不存在缺陷或仅有轻微缺陷，而个体想象出自己的缺陷，或将轻微的口腔颌面部缺陷放大，并由此产生心理痛苦。躯体变形障碍常表现为：

（**1**）抱怨“缺陷”：经常抱怨面部瑕疵，如鼻子太小，牙齿突出、眉毛稀少等。

（**2**）关注部位：患者在不同的时间内，或在不同刺激诱发下对口腔颌面部异常关注，并产生先占观念。

（**3**）表达模糊：对畸形的主诉常让人难以理解。如说：“我的眼睛和鼻子间的皮肤连接很滑稽”等，患者常频繁观察自己，十分关注别人评价，有时还会想尽一切办法掩盖所谓缺陷。

**2．口腔颌面部疼痛和不适**　可以表现为各部位的疾病和不适：

（**1**）非典型面痛和牙痛：表现为颌骨内部、上颌、牙齿等非肌肉部位持续性肿痛或跳痛，阵痛可持续数小时至数天，疼痛可单侧或双侧，多数情况下涉及面部广泛区域和多数牙齿，有时也可以是局限、定位明确，甚至有的患者症状酷似三叉神经痛或牙髓炎、牙周炎，但除了粘膜充血和面部轻度水肿外，找不到牙齿及牙周组织相应病灶。

（**2**）舌痛：表现为烧灼样疼痛，舌痛可因集中精力于某一工作而暂时消失，舌柔软度，活动度均正常。

（**3**）口腔粘膜蚁走感、烧灼感、异物感、口腔异味（口臭）等。

（**4**）义齿配戴不适感：表现为无法接受制作的义齿，义齿配戴后感觉不适，口腔粘膜疼痛而反复要求医生对义齿进行调磨。

（**5**）咽部异物感：表现为咽喉部有堵塞感、颈部发紧，或有痰粘着感，或呈小球状在

咽部上下活动，既不能咽下，也不能吐出，在吞咽唾液时更加明显，但无进食障碍。

（6）耳鸣：通常表现为检查无法听到的主观性耳鸣。

（7）眼部异物：飞蚊症状或有视物模糊、复视、看书时文字跳跃，眼睛对光敏感、干涩、眼眶胀痛等眼疲劳症状。

**3．分离性感觉麻木症状**

可以表现为失音、失明、耳聋等。这种分离性感觉麻木症状甚至可以在医师语言诱导或催眠状态下恢复正常。

（三）心理检查与评估

通过各种特定和通用型的心理测量工具相结合的办法可以对疾病进行有效诊断。

**1．美容手术前心理自评量表** 属特定型症状评定工具。由端午（1994）编制，用于评价受术者对身体缺陷和美容整形手术是否存在偏差看法。量表共有60道题，每道题有1～5评价等级，受试者可根据实际情况做出选择（见表14-1）。

表14-1 美容手术前的心理自评量表

| 根据感觉回答以下问题 | 评分 |
|---|---|
| 1．我非常希望做美容手术 | 1□2□3□4□5□ |
| 2．照镜子时喜欢盯住自己有缺陷的部位看很长时间 | 1□2□3□4□5□ |
| 3．周围的人都在评论我的缺陷 | 1□2□3□4□5□ |
| 4．我的不幸都是由于我的缺陷造成的 | 1□2□3□4□5□ |
| 5．我为我的缺陷感到自卑 | 1□2□3□4□5□ |
| 6．因为我的缺陷我想结束我的生命 | 1□2□3□4□5□ |
| 7．我希望美容不整形手术后同某明星一样 | 1□2□3□4□5□ |
| 8．美容整形手术不会术痛苦 | 1□2□3□4□5□ |
| 9．我做美容手整形手术是为了变得更美 | 1□2□3□4□5□ |
| 10．我很容易为我的容貌缺陷而烦恼、激动 | 1□2□3□4□5□ |
| 11．我觉得漂亮的人都不可靠 | 1□2□3□4□5□ |
| 12．美容手术后我一定会很愉快 | 1□2□3□4□5□ |
| 13．我对与我外貌无关的事情不关心 | 1□2□3□4□5□ |
| 14．我做美容手术是为了恢复我原有的面容 | 1□2□3□4□5□ |
| 15．我对自己的衣装整齐和仪态端庄没有信心 | 1□2□3□4□5□ |
| 16．周围的人对我很苛刻 | 1□2□3□4□5□ |
| 17．我在我的面孔中找不到美丽的部分 | 1□2□3□4□5□ |
| 18．我希望整形手术不仅仅是恢复失去的生理功能 | 1□2□3□4□5□ |
| 19．我的缺陷显而易见，大家一定非常注意 | 1□2□3□4□5□ |
| 20．美容整形术手的我一定非常美丽 | 1□2□3□4□5□ |
| 21．我对与我的缺陷有关的宣传内容非常注意 | 1□2□3□4□5□ |
| 22．曾有专科医师认为我没有明显缺陷，但我没法确认 | 1□2□3□4□5□ |
| 23．我觉得一个人成功与否取决于他的外貌 | 1□2□3□4□5□ |

| | |
|---|---|
| **24**．别人拿我的缺陷取笑我，还起外号讽刺我 | **1□2□3□4□5□** |
| **25**．我的朋友和家人不喜欢我的形象 | **1□2□3□4□5□** |
| **26**．只要把我的缺陷矫正，我的一切就会好起来 | **1□2□3□4□5□** |
| **27**．我为我的不足感到焦虑 | **1□2□3□4□5□** |
| **28**．我的感情容易受到伤害 | **1□2□3□4□5□** |
| **29**．当别人看着我谈话时，我感到不自在 | **1□2□3□4□5□** |
| **30**．在商店或电影院等人多的地方感到不自在 | **1□2□3□4□5□** |
| **31**．我觉得脑子有病 | **1□2□3□4□5□** |
| **32**．我感到除缺陷外我的身体也有严重问题 | **1□2□3□4□5□** |
| **33**．我和他人很亲近 | **1□2□3□4□5□** |
| **34**．我为我的缺陷感到痛苦 | **1□2□3□4□5□** |
| **35**．我很嫉妒那些长得漂亮的人 | **1□2□3□4□5□** |
| **36**．如果我长得漂亮，我会比现在幸运得多 | **1□2□3□4□5□** |
| **37**．我这样丑陋是上天对我的惩罚 | **1□2□3□4□5□** |
| **38**．我无法在漂亮的异性面前坦然自若 | **1□2□3□4□5□** |
| **39**．我在公众面前感到很不自在 | **1□2□3□4□5□** |
| **40**．我不认为周围的人说我没有缺陷我就不该做手术 | **1□2□3□4□5□** |
| **41**．我不能容忍别人嘲笑我外貌上的缺陷 | **1□2□3□4□5□** |
| **42**．虽然周围的人认为我的外貌正常，可我认为我的某个部位有明显缺陷 | **1□2□3□4□5□** |
| **43**．像我这样有缺陷的人活在世上真没意思 | **1□2□3□4□5□** |
| **44**．我宁愿把我美容整形术后伤疤说成受伤造成的 | **1□2□3□4□5□** |
| **45**．我不愿把我做美容手术的真正原因告诉医师 | **1□2□3□4□5□** |
| **46**．我不愿把我的真实姓名和地址告诉医师 | **1□2□3□4□5□** |
| **47**．我愿换一张崭新的面孔去当演员 | **1□2□3□4□5□** |
| **48**．我不知道为何做手术 | **1□2□3□4□5□** |
| **49**．美容整形医师应该使我更美丽 | **1□2□3□4□5□** |
| **50**．我做美容整形手术是为了使朋友和家人高兴 | **1□2□3□4□5□** |
| **51**．最近突发的一件事使我觉得我应该做美容手术 | **1□2□3□4□5□** |
| **52**．我对以前几次美容手术不满意，所以才再次手术 | **1□2□3□4□5□** |
| **53**．我怀疑我的缺陷使我变成精神病人 | **1□2□3□4□5□** |
| **54**．美容整形医师应该按照我的要求去做手术 | **1□2□3□4□5□** |
| **55**．我头脑中常常浮现出自己有缺陷的那个部位 | **1□2□3□4□5□** |
| **56**．我觉得我的这点缺陷影响了我整个的面容 | **1□2□3□4□5□** |
| **57**．曾有专科医师建议我去做心理咨询 | **1□2□3□4□5□** |
| **58**．美容整形手术和化妆一样简单 | **1□2□3□4□5□** |
| **59**．我有过精神病史 | **1□2□3□4□5□** |
| **60**．我将在美容整形术后感到后悔 | **1□2□3□4□5□** |

评分标准：1-没有题中所述的感觉或症状；2-很少发生题中所述的感觉或症状； 3-有时发生题中所述的感觉或症状；4-存在题中所述的感觉或症状，但不严重；5-题中所述的感觉或症状发生率高且严重。

（1）总计评分法：统计出得分在2分及2分以上题目的总分和平均得分。若总分大于40分或平均得分大于3分，则说明：①受试者受美容整形的影响较深，已经改变了对一些事物应有的看法；②由于上述原因，受试者心理失去平衡，感到心情不愉快；③已有一定心理障碍，各种障碍来源于对身体缺陷和美容手术的偏激看法。在这种情况下，应对美容手术持慎重态度，受术者应先行接受必要的心理治疗。

（2）分类评分法：可以将题目分成5类，分别计算平均分，每一类反映不同的问题。

A类题：包括1、2、3、13、17、23、26、28、55、56等题。若A类题平均分高于其他几类，说明受试者对自己有缺陷的部位看得过重，或许认为身体缺陷很有特色，不一定要改变；或许不在乎手术效果，只要动了手术，心中就会感到平静。这类人若执意要求美容手术，可以考虑进行。

B类题：包括4、5、6、10、144、33、34、37、38、39、41、43、44等题。若B类题平均分高，说明受试者存在明晕缺陷，且已造成明显心理障碍。对这类人可以进行美容手术，但仍有必要进行心理治疗，否则手术手容貌改变了，心理状态仍不会改变。

C类题：包括7、8、9、12、18、20、23、35、36、45、46、54、58等题。若C类题平均分高，说明受试者自身条件也许不错，但把美容手术看得过于简单，想通过手术达到尽善尽美。对这类人应该劝其对美容手术做进一步了解，并对自己的容貌客观情况做进一步分析后，再决定是否手术。

D类题：包括11、15、16、19、22、24、25、27、29、30、40、42等题。若D类题平均分高，说明受试者自我感觉强烈，虽不一定有明显的容貌缺陷，甚至容貌完全正常，但对缺陷畸形过于恐怖、敏感。这类人不适宜立即进行美容手术，应先做心理治疗，过一段时间再决定是否手术。

E类题：包括31、32、53、57、59等题。若E类题平均分高，说明受试者已完全不适合做美容手术，而应该进行心理治疗。

**2．全口义齿满意度评价** 属特定型症状评定工具。有自陈量表和医生评定量表二种，涉及的量表也较为丰富，国外的Maller、Vervoorn等编制的量表可以选择，北京大学口腔医学院曾剑玉编制的量表包括与义齿有关的5个内容：外观、语言、咀嚼能力、义齿稳固性、舒适。每项内容从“不满意—满意”分5级记录，具有较高信度和效度。

**3．正畸治疗需要指数** 属特定型症状评定工具。由美观部分与牙齿健康部分组成，美观部分由一系列照片标示的十分制量表，它由一组非专业人士根据其外表吸引程度进行判断评分，并将等级跨度等距划分。牙齿健康部分，从没有治疗需要到非常需要分5级评定。评定由临床检查和模型研究中获得。

**4．其它通用型心理状态评价量表** 重点应用的包括具有疾病和生物性特征的人格评定量表（MMPI、EPQ）、生活事件量表，症状自评量表（SCL—90）等。一般情况下，该类患者人格及心理健康状态都存在明显偏差。

通用型心理状态检查和特定症状评定量表相结合可以在短时间内对患者心理情况有明

晰了解，对诊断起到相当大促进作用。

（四）、诊断和鉴别诊断

**1．诊断** 耳鼻喉眼口腔科躯体化障碍是躯体化障碍在口腔颌面部的表现，按照中国精神疾病诊断标准（**CCDM—3**）：是一种以特久地担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征的神经症。病人因这些症状反复就医，各种医学检查阴性和医生的解释，均不能打消其顾虑。即使有时存在某种躯体障碍，也不能解释所诉症状性质、程度，或其痛苦与优势观念。经常伴有焦虑或抑郁情绪。尽管症状发生和持续与不愉快生活事件、困难或冲突密切相关，但病人常否认心理因素存在。本障碍男女均有，为慢性波动性病程。症状标准如下：（**1**）符合神经症诊断标准；（**2**）以口腔颌面部症状为主，至少有下列 **1** 项：①对口腔颌面部症状过份担心（严重性与实际情况不相称），但不是妄想；②对身体健康过分关心，如对通常出现生活现象和异常感觉过分关心，但不是妄想；③反复就医或要求医学检查，但检查结果阴性和医生的合理解释，均不能打消其疑虑。严重者社会功能受损，一般以上症状持续 **3** 个月可以诊断。

**2．鉴别诊断**

（**1**）躯体障碍：医生必须在实施各种客观检查充分排除口腔颌面部器质性疾病的情况下才可以考虑躯体化障碍的诊断。同时医生必须注意：①躯体化障碍的患者和同龄人一样，有同等机会在治疗期间发生独立的躯体障碍。如病人主诉重点和稳定性发生转化，可提示有躯体障碍，应考虑进一步检查；②大多数口腔颌面部躯体化障碍患者可能兼有程度不一的躯体疾病。

（**2**）精神分裂症：精神分裂症也可以出现多种躯体变形障碍症状，如感觉自己变形、变丑等，但均是在缺乏自知力情况下的妄想表现。可以通过对精神分裂症的其他症状的问诊后加以鉴别。

（**3**）抑郁症：隐匿性抑郁可以躯体症状为主诉。抑郁症状常被掩盖而难以鉴别。可以通过进行抑郁量表评定加以鉴别。一般情况下，口腔颌面部躯体化障碍的抑郁程度较轻，如果同时符合躯体化障碍和抑郁症诊断，也可同时做两个诊断。

（**4**）焦虑症：惊恐发作时可能会伴发失明、失声、耳聋等分离性感觉障碍。如果在非发作期发现这些症状持续则不可能是焦虑症。

（五）治疗

**1．心理治疗** 以提高内省力为目的的心理治疗可以帮助患者克服疾病引起冲突。在采用心理治疗时技术的运用非常重要。

（**1**）暗示性治疗：采用安慰剂进行暗示性治疗的效果是确切的，如认为鼻子太小的患者可以给他注射生理盐水告诉他进行了整形，有口腔异常感觉的患者可以给他注射特效药等加以解决。

（**2**）承认和重视患者所诉症状：不要一味否认患者症状存在，因为他们并非说谎。在治疗过程中也要有针对性地对症状进行治疗，这样可以建立起良好的医患关系，为进一步心理治疗打下良好基础。

（**3**）放松训练：鼓励患者参加体育锻炼，通过练气功、瑜珈、打太级拳、倒退步行等方法分散患者注意力，提高其对症状的耐受和生存能力。

（**4**）整合性心理治疗：根据医生掌握的知识，可采用精神分析、认知治疗、森田治疗等对患者进行干预，但对患者症状的心理原因揭示应慎重，同时强调整合性应用各种心理治疗法。

**2．药物治疗**　包括抗抑郁药、抗焦虑药和少量抗精神病药物。主要使用的药物有阿米替林、多虑平、马普替林、氯丙咪嗪、氟西汀、奋乃静等。

## 二、牙科恐怖和焦虑

对牙科治疗的恐怖和焦虑是每一个前往牙科治疗的患者普遍存在的心理障碍。对 **6000** 名人群调查中发现，有 **58%**的人害怕牙科医生；还有调查指出，牙科恐怖是位于人们对蛇、高空和暴风雨恐怖之后的第四大恐怖对象，严重的恐怖情绪会成牙科恐怖症，造成患者拖延就诊、不按时复诊现象，影响口腔卫生水平。

（一）病因

**1．牙科恐怖来源**　牙科医生的操作、牙科诊室的环境均能形成恐怖的来源，**Gale(1972** 年**)**根据牙科患者自己的感觉，把他们分成高度恐怖和低度恐怖组，并将牙科处理中会遇到的一系列诊疗过程。让病人列出对这些事件恐怖程度的顺序，结果发现排序基本相同（相关程度在 **0.98** 以上），其中拔牙、钻牙等动作是主要的恐怖来源（见表 **14-2**）。

表 **14-2** 牙科恐怖来源排序表

| 行为 | 低恐怖组 | 高恐怖组 | 行为 | 低恐怖组 | 高恐怖组 |
|---|---|---|---|---|---|
| 牙医拨你的牙 | **1** | **2** | 牙医钻你的牙 | **2** | **1** |
| 牙医告诉你的牙很糟 | **3** | **3** | 牙医拿着注射器和针在你面前 | **4** | **6** |
| 牙医给你打针 | **5** | **4** | 拿探针探查你的龋洞 | **6** | **5** |
| 牙医看你的牙大笑 | **7** | **10** | 牙医用空气吹你的龋洞 | **8** | **7** |
| 在牙医候诊室等待 | **9** | **8** | 牙医拿出器械 | **10** | **13** |
| 护士告诉轮到你就诊 | **12** | **9** | 躺在牙椅上 | **11** | **11** |
| 牙医充填牙齿 | **13** | **14** | 想着去看牙 | **15** | **12** |
| 牙医用金属工具清理你的牙齿 | **14** | **16** | 坐车去牙医诊所 | **16** | **15** |
| 牙医看你的病历 | **17** | **17** | 牙医把棉花放入你的口腔 | **18** | **18** |
| 打电话预约治疗 | **19** | **19** | 牙科助理安放工具在你面前 | **20** | **20** |
| 牙医用水清洁你的口腔 | **21** | **22** | 护士为你预约复诊时间 | **22** | **21** |
| 牙医清洁牙齿 | **23** | **23** | 牙医叫你漱口 | **24** | **24** |
| 牙医告诉你他的想法 | **25** | **25** | | | |

一项对牙医、牙科卫生员、牙科学校学生、牙科患者和牙科恐怖症患者进行恐怖来源调查，发现各种人群中“牙医给你打针”、“牙医钻你的牙”等行为均被列为恐怖项目。患者对“牙医用水清结你的口腔”、“牙医准备麻药”等行为比牙医和牙科卫生员更恐怖；而牙科恐怖症患者对在候诊室等待等行为都无法忍受。

**2．牙科恐怖原因** 对牙科恐怖、焦虑的最主要原因是担心牙科治疗引起的疼痛，它是一种获得性的行为，主要和以下相关：①不良的牙科经历，如曾经历过困难的拨牙、痛苦的钻牙等，都会给患者留下深刻的印象，形成医源性创伤，激发患者对牙科的恐怖情绪。②父母评价状况，一些人对牙科恐怖的形成并非来源于自身的经历，而是决定于父母的经验和行为。有研究发现，让患儿母亲完成牙科焦虑量表，接着观察患儿在牙椅上的表现。结果表明29名高焦虑母亲组的患儿对牙科治疗配合的有4例，不合作的有25例；而30名低焦虑母亲组中的患儿对牙科治疗配合的有25例，不合作的仅5例。母亲的焦虑和儿童行为之间的相关仅在儿童第一次就诊时呈现显著关系，随着就诊次数的增多，儿童更加注重自身的感觉。③性格因素，患者自身性格因素是影响患者牙科焦虑的内在原因。研究表明情绪不稳定是形成牙科焦虑的主要性格特征。

（二）评定和诊断

牙科恐怖和焦虑评定可通过心理测验、生理测定和行为评估方式进行。

**1．自我表述式的心理测验** 牙科恐怖和焦虑的心理测验种类繁多，大部分具有良好的效度和信度，如Corah的牙科恐怖量表，3个月的两次重测相关信度是0.82，同时其校标效度和内容效度也非常高。

（1）纸笔测验：纸笔测验中较著名的心理测验工具有Corah(1969年)、Kleinknecht（1973年）编制的心理问卷。

Corah编制的牙科焦虑量表（Dental Anxiety Scale, DAS）简便易行，共有4道题，每道题有1～5级评定标准，总分范围4～20分之间，凡分数在13～14分者必须引起牙科医生的注意，分数在15分以上者为高度焦虑，下面摘录DAS中的一道题：

假如你明天不得不去找牙医，你的感觉是：

a 我希望这将是一个愉快的经历；

b 不关心这个问题；

c 有些不安；

d 我害怕这将会疼痛和难受；

e 我非常害怕牙医的操作。

Kleinknecht的牙科焦虑量表有27道题，内容包括从和牙医预约到治疗这一过程中的系列反应，有5级评判标准，它比Corah的DAS更能反映牙科焦虑状况，是一种良好的测量工具。

（2）投射测验：投射测验能够反映出人类内心的情感和未感知的情绪状态。这种技术可以通过表述系列图片的情况来进行，在牙科恐怖情绪的评定中得到广泛应用。图14—1摘出Venham编制的儿童牙科恐怖图画测验中的4张图片，要求被测试的患儿说出每张图中哪一种情况和他们最为类似。Gunilla的图画投射测验包括两套测验用图片，分别是牙科场景图（The Dental Seting Pictures, CDFP—DS）和牙科阶段图（The Dental Pointing Pictures, CDFP—PP）。CDFP—DS包括10张图片，分别画有卡通动物在10种引起牙科恐怖反应的相关情景图，图14—2是一成年狮和幼年狮子在牙科候诊室中等待。CDFP—PP包括5张图片，分别画有一小孩在牙科的序列治疗过程中（图14-3），测试时均要求被试描绘图画上故事，并说出感受。

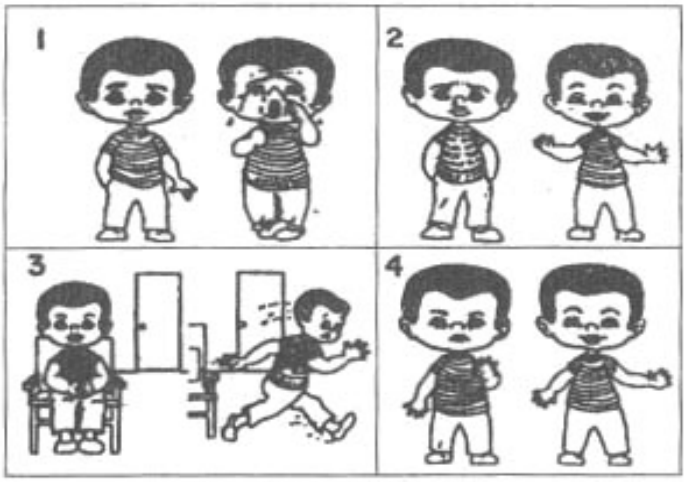



图 14-1 牙科恐怖图画测验

图 14-2 CDF-DS 投射测验

图 14-3 CDFP-PP 投射测验

牙科恐怖的投射测验也可以使用语句完成检测（**SCT**）的形式来进行，下面测验摘自**Gunilla**（**1994** 年）编制的量表：

我知道最高兴的事情是……

去找牙医的感觉是……

我知道最糟事情是……

我知道我的牙医……

有关心理测验的内容也可以结构性晤谈的方式，了解患者的焦虑程度。

**2．生理测定法** 牙科焦虑可以引起一系列生理反应，如心率、脉搏加快，肾上腺激素水平升高等。

**3．行为评估法** 行为评估法是根据患者的行为判定在牙科治疗中恐怖情绪，行为评估特别适合理解力不够的儿童。最简单的行为评估是用4点法来划分行为状态，这4点分别为对治疗“绝不接受、犹豫不决、勉强接受、绝对接受。”较为复杂的行为评定方法包括用录像的形式分析患者行为，但费时且主观性强。

（三）治疗

Bomberg（1984年）认为处理牙科恐怖和焦虑的有效原则是：①治疗前夜应休息好，必要时可服镇静药；②必要的术前用药（麻醉等）；③安排上午治疗；④可吸入或静注安慰剂（如盐水等）；⑤钻牙要分步进行，不要达到或超过患者忍受程度；⑥必要时可在治疗后给予控制紧张药物。

具体的心身治疗措施为：

**1．减少疼痛的技术**

（1）笑气吸入镇静法：笑气（氧化亚氮）具有清醒、镇静的作用，它可以在保持患者自主呼吸及对物理刺激和语言指令做出相应反应条件下，轻微抑制意识水平，减轻紧张焦虑和疼痛。笑气吸入加局麻拨牙组的患者有74.11%焦虑分下降，而局麻拨牙的对照组术后仅有15.09%焦虑分下降。

笑气无刺激性，不增加气道分泌物，患者自主呼吸、保护性咽喉反射存在，大大降低呼吸道意外的发生。对机体各器官亦无影响，安全可靠。它刺激β—内啡肽系统，大多数患者吸入笑气后有欣快感，无兴奋期，焦虑反应消失，并有一定健忘作用，有助于患者术后忘记术中不愉快经历，利于患者下次就诊时保持乐观合作。调查表明，大多数患者乐于用此方法。

（2）新型麻醉法应用：造成牙科恐怖和焦虑的根本原因是患者害怕疼痛，应用无痛麻醉来取代传统注射麻醉药的方式，对于降低恐怖情绪具有重要作用。近年来，电子麻醉以它无创伤性、易操作等特点显示出极大潜力。作用机理目前尚不清楚，Melzack（1965年）用“闸门学说”解释。也有以化学递质学说和影响膜极化学说来解释的。

早期用于牙体制备的电子麻醉仪是通过手持机头直接将电源施加在所制备窝洞处，另一电极放于患者手部。目前使用的电子麻醉仪多将电极置于牙根尖部的牙槽黏膜上，另一电极放于口外，或两个电极都在口外，简单易行，患者可自行控制电流大小。

电子麻醉的止痛、抗焦虑作用已得到广泛肯定，调查发现牙体及牙髓治疗中，患者对此方法总满意率为71.8%，对充填术满意为93%；还有研究发现93.3%患者乐意接受电子麻醉，并表示愿意再次使用。

应用计算机控制的局部麻醉注射系统也日益成为降低焦虑的一种理想麻醉方法。

**2．精神放松法** 放松训练、音乐治疗、注意力转换是缓解紧张的有效方法，如在给病人治疗前后放映有关牙科治疗的录像，有效地和病人沟通，认真回答患者的问题。给儿童患者治疗时，让患儿看感兴趣的电视节目或听录音，转移其注意力；音乐治疗的效

果显著。

**3．患者自我控制法** 在治疗中，和患者协商采用自我控制治疗过程（如使用停止信号）可收到明显效果。但要注意：①患者示意停止，医生必须停止，否则会影响病人合作程度；②要了解患者是否喜欢这一方法，如果患者治疗时有自己的偏爱处理方式（包括治疗时回想愉快的事），这种让患者高度警觉的方式会妨碍其思考。

**4．系统脱敏法** 可以通过与患者交谈，对恐怖等级进行划分，示教放松训练，渐渐地把患者置身于假设从坐在牙椅开始到治疗结束的每一阶段。

**5．认知治疗** 通过认知重构让患者认识使他们生畏的操作过程，特别是让患者目睹构造某一信念的现实，以改变其看法。

## 三、应激与功能异常

心理应激做为一种重要的疾病易感因素，可以改变口腔颌面部的各种功能，成为降低宿主对器质性疾病抵抗力的一个重要因素。

（一）心理应激对口腔颌面部功能影响。

**1．唾液性状的改变** 唾液含有多种有机物和无机物，对口腔黏膜和牙齿具有保护作用。因此，唾液的性状对于保持牙体及牙周组织的健康有重要作用。

心理应激可以引起唾液性状的明显改变，主要包括：

（1）流量和流速改变：唾液分泌受到交感和副交感神经双重控制，心理障碍患者唾液的流量和流速均有改变。对抑郁症患者研究较多，曾发现分泌唾液比正常少，躁狂期分泌多于抑郁期，还发现抑郁的严重程度和唾液分泌减少程度之间无任何联系。对临床治疗是否会提高唾液分泌量的问题，多数认为唾液分泌量不随临床情况而改变。研究表明，正常人唾液分泌早晨流速最大，抑郁症者晚上流速最大。“激动性”抑郁症患者唾液分泌量比“抑郁性”抑郁症患者还要少，“内源性”和“更年期”抑郁症患者唾液分泌速度尤其缓慢。口腔中注入弱酸性溶液时，抑郁症患者和正常人的唾液分泌差别就会消失，提示抑郁症患者静息状态下唾液分泌与神经活动功能性失调有关，外界理化刺激可以改变功能失调。

（2）电解质改变：对一组接受牙髓治疗的患者研究表明，心理应激降低唾液 pH 值；还发现精神紧张组与正常对照组相比，$Na^+$含量明显降低，$K^+$含量明显升高，$Na^+/K^+$比值显著降低。唾液电解质含量改变和交感—肾上腺系统活动增强有一定关系。

（3）免疫功能改变：唾液中所含 SIgA 由局部浆细胞产生，具有抵抗细菌和病毒入侵的作用。作者研究，考试应激导致唾液 SIgA 水平下降，进一步分析表明 EPQ 中 N 维度和 SIgA 变化密切相关；A 型行为方式降低机体的应对能力，使免疫功能下降。

**2．局部微循环改变** 口腔黏膜的血液供应与口腔黏膜病关系密切，对口腔扁平苔藓患者研究发现，焦虑（SAS）分与口腔黏膜微循环（OMC）综合积分相关（$r=0.54$，$p<0.05$），抑郁（SDS）分与 OMC 综合积分也相关（$r=0.54$，$p<0.05$）。

情绪波动对眼压的影响也非常明显，应激可以造成眼内血管充血和淤血，眼内组织发生水肿、巩膜静脉压上升，影响房水排出。

**3．内分泌改变** 有报道 EPQ 中 N 维度和应激前后唾液皮质醇上升率呈显著相关

（r=0.443，p<0.01）；A 型行为者基础状态下唾液皮质醇水平高于 B 型行为者（t=2.096，p<0.05）；应激状态下，两者差异增大（t=2.290，p<0.01）；SCL—90 评分情况和唾液皮质醇上升率之间有密切关系。心理因素引发的内分泌改变可致口腔局部内环境改变而引发心身障碍。

**4．咀嚼肌张力增高** 口腔周围咀嚼肌的张力水平随心理紧张的增加而升高，特别是颞肌、嚼肌和翼内肌、翼外肌等肌肉，由于肌肉长期收缩，局部循环受阻，血液供应不足，代谢产物堆积，形成有害刺激，引起肌筋膜痛及有关牵涉痛，也会进一步加重肌肉痉挛，最后引发疾病。

（二）心理应激导致功能异常的表现

**1．口腔颌面部感染性疾病** 由于应激导致的免疫功能下降，造成龋病、牙周病的发病增加。

（1）牙周疾病：致病菌的存在是牙周病发生的必要条件，但不足以引起病损；其他因素也起作用，有的可增加宿主的易感性。牙周炎的易感受性，一方面可以解释为基因因素，即基因的多形性或基因变异可能改变免疫功能；另一方面由于环境因素使某些本来对牙周炎有抵抗力的人变为易感，这里包括特异性病原菌感染，以及全身疾病影响和吸烟、心理紧张的影响。

心理因素增加牙周病易感性中，以急性环死性齿龈炎（ANUG）与精神压力的关系最为明确。早期研究报告，承受高心理应激的军人中 ANUG 发生率高（2.2%）。流行病学研究发现，寻求精神帮助的学生的 ANUG 患病率是正常学生的 3 倍。应用 Edward 性格测验研究 82 名学生，发现两个性格特征：支配欲（dominance）和自卑感（abademen）与 ANUG 相关。

牙周炎、齿龈炎、牙槽骨的丧失和人格异常及不良情绪状态紧密相关，De Marco(1976 年)曾报道 1 例在战争前后牙槽骨明显丧失的病例。学者们把这种状态下牙槽骨的丧失称为“牙周情绪应激征”（peridental emotional stress syndrome）。

有研究报告，MMPI 中的 Ma，Hy 等维度和牙周炎症程度相关。而更多研究认为与慢性心理应激相关。牙周健康与工作压力、婚姻质量和经济状况有关（Marcenes，1992 年）；对比 100 名牙周炎患者与 100 名牙周健康者，发现牙周炎患者认为生活中消极事件对其影响大，排除吸烟因素后，牙周炎仍与生活经历有关（Croucher，1977 年）。

（2）龋病：龋病的发生与食物、细菌、宿主和时间四个因素相关联。一般认为龋病是含糖食物（特别是蔗糖）进入口腔后，在牙菌斑内致菌的作用下发酵变酸，这些酸（主要为乳酸）从牙面结构薄弱的地方侵入，将牙齿的无机物分解破坏而产生的。近年研究表明，心理社会因素和龋病也密切相关。志村则夫（1984 年）应用田研式焦虑量表研究发现高度焦虑组学生龋患率高于低焦虑组学生，且邻接面龋发病率随着焦虑程度的升高而上升。应用 Soielberger 状态一特质焦虑问卷调查表明，龋失补牙面（DMFS）高的组别焦虑得分高，与对照组存在显著性差异。

心理社会因素导致龋病发生，主要由以下原因造成：①心理因素导致口腔卫生程度下降：不良的情绪状态和个性特征导致患者忽视口腔卫生，如焦虑症患者会无限期拖延就诊时间，恶化自身的口腔状况。忧郁症患者对自身口腔卫生往往采取漠视的态度。承受生活应激的低收入阶层无暇顾及自身的口腔健康水平。最近有报道，家庭收入高应激程度低，而中等收入、

低收入家庭应激程度较高，其儿童龋失补牙数比为 1.83：2.56：3.43。因此，心理社会因素可以通过导致口腔卫生下降而间接引发龋病上升。②心理因素导致唾液性状改变：唾液性状是龋病四联因素中宿主因素之一。唾液通过机械冲洗作用、缓冲作用来减慢龋病发展速度；另一方面，唾液中一些成分，如 SIgA 可以增强机体对细菌抵抗力。心理因素可以通过免疫、内分泌、神经系统的共同作用，改变唾液流速、分泌量和唾液 SIgA、pH 水平，从而导致龋病发生率的上升。

**2．口腔粘膜病**

（1）复发性口疮和复发性疱疹性口炎：复发性口疮（RAU）是一种周期性口腔溃疡性疾病。可发生于唇、颊、舌等口腔黏膜，伴有明显口腔疼痛。复发性疱疹性口炎（RHL）在黏膜上有较大面积充血，有多数小的疱疹。

120 名 RAU 患者中 55 名进行心理评价，发现 33%被试者有明显的心理疾患，包括慢性、癔病、强迫、疑病和偏执。有人对几千名大学生进行流调，发现 50%个体有 RAU 史，38 有 RHL 史。在众多因素中，心理应激关系最为密切。研究显示在考试应激期间 RAU 发生增高，而在放假期间病损下降。

（2）口腔扁平苔藓：口腔扁平苔藓（OLP）主要表现为口腔黏膜对称性分布的珠光白色条纹，可呈网状损害或树枝状损害，经常见有糜烂充血。与复发性口疮相比，扁平苔藓的病因较为表浅而直观，可直接发生于考试应激、婚姻中性生活不协调等创伤后。用 MMPI 测定 30 例 OLP 患者，发现 F、D、Sc 量表得分高于 70，揭示患者倾向于偏执、抑郁和精神分裂样个性。有人报告 1 例药物治疗无效的妇女给予心理治疗，仅用 3 周时间使患者摆脱生活事件应激用，治愈了迁延半年的 OLP。有学者认为可以心理免疫机制解释 OLP 的发病，在不良情绪状态下，5—HT 水平增高，促进 T 细胞和 NK 细胞的活化，而 OLP 的基底部细胞浸润是以淋巴细胞为主。

**3．颞颌关节紊乱综合征**　颞颌关节紊乱综合征临床表现有颞颌关节疼痛，弹响及功能障碍，同时还伴有耳鸣、耳痛、眼痛、头痛等症状。长期以来，人们认为颞颌关节紊乱综合和颌因素、精神因素及全身健康关系密切，其中精神因素在各因素间存在某种协同作用。

情绪紧张引起咀嚼和颞肌张力增加，使牙齿经常处于紧张状态，紧张因素通过紧咬牙和磨牙症方式激活其他有害因素：咀嚼肌长期紧张收缩影响局部循环，阻止有氧氧化过程，使局部乳酸浓度增高。嚼肌是紧张刺激作用下持续收缩表现最突出的骨骼肌。嚼肌和颞肌对不良情绪有特殊放大作用，提颌肌群强大的挤压力可对关节本身造成危害。关于颞颌关节紊乱综合征患者所承受的心理应激，可以从患者尿中 17—羟类固醇代谢产物的升高等生理现象中证实。

心理指标可从患者个性、情绪和遭受生活事件等方面研究中得到证实。

（1）个性特征：用 MMPI 测查男性患者疑病（Hs）、癔病（Hy）量表分显著升高，女性患者疑病（Hs）、抑郁（D）、癔病（Hy）量表分显著升高，个性偏移程度和类型与神经症患者显著不同。EPQ 测查发现患者 N 分明显升高，在其他维度上未见明显区别。还有发现这类病人有刻板、好竞争，情绪易紧张等特征。

（2）情绪和生活事件：患者常存在严重的压抑和情绪紊乱，并和病症严重程度成正比。

对 30 个国家 40 年资料的发现。患者多为情绪起伏不定的年轻女性。患者有较多的生活事件困扰，且多数人患有应激相关疾病，如偏头痛、胃溃疡等。

**4. 青光眼** 青光眼是有病理性高眼压或正常眼压合并乳头、视网膜神经纤维层损害、青光眼性视野改变的致盲眼病。当房水生成率、房水排出率及眼内容积三者动态失衡时，可出现病理性高眼压。剧烈的情绪波动诱发青光眼是众所周知的。**Miller** 研究发现有 59%青光眼者存在明显焦虑情绪，**Hibber** 应用 **MMPI** 研究发现 60%青光眼患者有人格偏移，研瑞夫应用洛勇测验发现青光眼者有神经质、好强、暴发性格、攻击性冲动等特征。

（三）诊断和治疗

该类疾病通常属于器质性疾病，应该根据相应的疾病诊断标准对其进行诊断和治疗，同时在诊治过程中充分考虑宿主状态受到心理因素的影响，对其心理状态应用相应的心理检查进行评价、采用必要的心理法疗进行辅助治疗，可以收到明显效果。

## 四、唇腭裂身心反应

容貌审美是一个社会知觉过程，求美行为不仅仅是个体的行为，还受到多种社会因素影响。因此口腔颌面部受损而导致的容貌缺陷常常引起强烈的心理反应。其中，唇腭裂是最常见的一种颌面部先天畸形，发病率为 **1：1000**，由于患儿在手术修复前和修复后都存在一系列问题，患儿及家长常形成特别的心理障碍，本节就以此为例予以阐述。

（一）父母心理障碍

患儿出生后，在相当长的一段时间内给父母心理造成巨大压力，同时波及其他家庭成员和亲友，产生不愿意接受，拒绝抚养等“打击综合征”。因此及时解释唇腭裂产生的原因是非常必要的，因为父母的不正确态度必然对患儿的成长带来负面影响。研究表明，患儿心理、社会行为的正常与否与父母态度直接相关。对 **176** 名患者调查表明，他们家庭中有两个以上孩子的占 **40.23%**，大大高于正常对照组，这就有可能使患者受到歧视。调查还表明，上托儿所的患儿仅占 **21.4%**，提示家庭限制患儿与外人接触玩耍；研究发现，父母还会限制患儿的想象力，结果导致患儿自卑、害羞、思维迟钝及听觉、语言理解力发展受限。

（二）唇腭裂儿童能力发展迟滞

**1. 入学延迟** 有 **25%**左右患儿推迟入学；另一组对 **165** 名患儿的调查中有 **3.85%**未受到学校教育。延迟入学的原因与心、智未得正常发展、语言能力受损有关，一部分是由于唇腭裂手术而耽误了入学时间。

**2. 运动技能差** 患儿的运动及戏玩能力受限，小学阶段的体育、绘画成绩较正常儿童滞后，一直到四年级后才有所缓解。有认为这种迟滞是由于“大脑机能受损”造成，也有认为是由于社会行为能力低下所致，与大脑发育无关。

**3. 言语能力差** 人学前患儿的言语能力低于正常人，但可以弥补。经四年小学学习后，**69** 名中有 **85%**建立正常语言功能，只有 **14.9%**恢复不佳。由于言语能力差，影响正常表达，患儿很少参加师生讨论、交流，易被误认为反应迟钝、思维迟缓，加重了受人歧视。

**4．智能发育问题**　对患儿是否存在先天智力发育低下有争论，有报告 25%患者有轻度精神弱化；也有报告 1%患者是白痴，5%情感迟滞，60%思维发育迟滞。但有人用 IST 智力测验研究表明，97 名患儿与正常对照组之间智力不存在差异；另一研究对 282 名患儿的研究也支持这一观点。

**5．学业成就低**　大量研究证实患儿学业成就要比正常人低。随着年龄增长，学业成绩的差别会越来越大，研究显示成绩很好的正常人中占 30%，患者中只有 12%；成绩一般的患者多于正常对照组 1 倍，达 45%～50%，同时唇腭裂畸形程度与学习成绩差呈正相关。

关于唇腭裂患儿学业成就低的原因，一般认为是畸形引起的情感、思维、行为的压抑，患者因唇腭裂而被视为非正常人，并遭人歧视，不愿或很少与正常人往来，患儿的自卑感也影响与同学交往，语言能力困难影响他们向老师提问、与同学讨论。这些结果又反过来加重语言困难，形成恶性循环，以致造成成绩不如常人。

（三）唇腭裂儿童个性行为偏差

大多数患者的个性行为发育良好，有研究应用文明道德智力测试（**culture fair intelligent**）发现患者得分处于正常水平，但是由于长期处于不公正的歧视中，患者产生个性行为异常也不容置疑。研究中也把他们所产生的问题称为“模糊不清的情感机能不全”，导致患者长期负有压抑性恐怖感，内向、害羞、与世无争、与人交往困难，极少数患者还会导致厌世、轻生念头。

（四）唇腭裂儿童生活质量下降

患者生活质量下降和旁人歧视有关，工作中常导致同事和上司的不满，不际关系不良，择业倾向于动手性工作，有 86.54%人愿意做手工艺性工作，明显高于正常人；患者婚姻状况不理想，有研究报道患者中结婚或同居的仅占 48%，单身独居者占一半以上。

解决畸形导致的心理障碍，除早期手术尽量恢复外形和功能外，家庭社会的关心必不可少，研究发现患者在 3 岁以前不会意识到畸形存在，不影响他们正常交往。因此，在 3 ～ 4 岁期间进行必要的心理治疗和语言训练，是保证他们正常成长的主要措施。

（林实）

## 第三节　外科心身问题

### 一、心理社会病因

**1．心理社会因素与外伤**　一般认为，原发外科疾患的发病基础与心理因素关系不大。例如，现在较被公认的心身疾病中并不包括外科疾病。但据调查，外科中常见的外伤发生率，仍与心理社会因素有一定关系。在调查车祸肇事者的心理特点时发现，多数人有轻率、任性、积极、热情，不愿受约束，有强制性、偏执性和攻击性等特点，即所谓“事故倾向个性”。调查还发现，心理社会刺激与车祸的发生关系密切。214 名因车祸受伤的司机中，伤前有较多的心理社会刺激；97 例车祸致死的司机中，20％在事故前 6 小时内有急性情绪障碍，例如，与家人争吵等。在其他伤亡事故的发生中，同样存在这一情况。用社会再适应量表调查证明，骨折的发生与生活事件有关，因此，也有人将骨折看作是与心理社会因

素有关的疾病(梁宝勇，1987)。而不良作为，如酗酒与外伤之间的关系，则是尽人皆知的。

**2. 心理社会因素与外科感染疾病** 外科感染性疾病的直接原因是致病菌，但是致病菌往往只有在躯体防御功能低下时才繁殖致病。心理应激能降低机体的免疫功能，这就在外科感染疾病中起了间接的致病作用。在史籍中，有因强烈精神刺激后而“疽发背死”之说，项羽的谋士范曾就是一例。许多外科病人来自内科，由于病情发展的需要而求助于手术治疗。诸如溃疡病的胃切除术，冠心病的冠状动脉架桥术，高血压及脑血管病的脑部手术，肝癌病人的肝叶切除术，等等，其原发病就属于心身疾病，因而心理社会因素在其发病中的作用是不言而喻的。

**3. 心理社会因素与外科手术** 个性特征、情绪状态、应对能力、社会支持、生活事件数量等心理应激因素对外科手术病人的应激强度、手术顺利程度及术后康复状况都有影响。作者等（1988）采用集体心理咨询与松弛训练等心理干预方法使上腹部手术病人的躯体康复指标缩短。叶圣雅、沈晓红等（1999、2001）研究证明各种心理应激因素影响上腹部手术病人的术后心身康复过程，而气功训练具有降低术前焦虑和促进术后康复的作用。

Jenkins CD(1994)对 463 名接受心脏冠状动脉架桥术或心脏瓣膜手术的病人进行研究发现，术前所测量的下述指标可以预示病人在术后 6 个月时的彻底康复：低水平的焦虑、抑郁、敌意，很少的生活事件，高水平的自尊、活力，大量的活动和爱好，较多的社会参与，高水平的社会支持。

Manyande,A.(1995)对腹部手术病人的实验研究表明，实验组病人由于在手术前运用有指导的想象，增进了能应对手术应激的感觉，因而与未接受术前心理指导的对照组相比，他们在手术后疼痛体验较少，要求用的止痛药较少，且自我感觉能更好地对付疼痛。此外，实验组的在手术开始前和术后下午所测量的肾上腺皮质激素水平也均比对照组低。

Ray 和 Fitzgibbon(1979)在手术住院的男女病人中检查了由不同角色提供的不同形式的社会支持对降低应激的效应。当外科医生向病人提供信息、保证与方向时，病人体验不到焦虑，护士、配偶及病友在提供方向、消遣与自我增强时，病人的焦虑分也降低。可见社会支持有利于减轻术前焦虑、改善手术应激效应，而且社会支持可以通过广泛的角色形象从许多途径来提供。

**4. 术前焦虑与手术结果的关系** 术前恐惧和焦虑反应，往往能降低病人的痛阈及耐痛阈，结果在手术中和术后可产生一系列的心理生理反应，如感觉痛苦、全身肌肉紧张、对止痛药的依赖以及卧床不起等，从而影响手术预后。临床上不少病人由于心理上不适应，虽然手术顺利成功，但术后自我感觉却不佳。近几十年，这方面的研究报告大多集中在讨论术前焦虑与术后心理生理适应之间的内在联系方面。

Janis(1958)首先采用晤谈及临床评价法研究手术应激的心理生理效应。他提出了术前焦虑程度与术后效果之间存在着“U”字型的函数关系。那些术前表现高度焦虑和恐惧的病人，以及术前表现很低焦虑的病人，手术后都可能有较高的心身反应，包括术后焦虑和躯体康复过程延缓等。相反，术前表现中等程度焦虑的病人，术后结果最好。对这一现象 Janis 作如下解释：由于中等焦虑的病人在心理上对手术及其可能带来的影响有比较现实的认识和准备，因而能正确对待手术，也能适应手术以及手术带来的一些问题。

结果术后个人体验较好，躯体恢复过程也较顺利；相反，对手术有高度焦虑者往往表现为神经质样的害怕**(neurotically determined fears)**，因而术后仍有类似的高度焦虑和紧张；而术前低焦虑反应者则由于在心理上对手术采取了简单的回避和否认**(denial)**机制，对手术过程和结果缺乏心理准备，在实际经历手术后就容易将手术体验为一种严重的打击。

**Janis** 的观点被后来一些研究所支持，但也有许多研究结果与其不一致。

## 二、身心反应特点

**1. 外伤病人的心理反应** 意外事故的原因往往多种多样，包括工伤、车祸、斗殴、战伤等。由于受伤者往往原来身体健壮，事件发生突然，后果严重，因而造成严重心理冲突，常表现出共同的心理反应模式。

（1）外伤初期的“情绪休克”：急性外伤者，若神志清楚，常可以表现为出人意料的镇静和冷漠，被称为“情绪休克”。这是一种心理防卫机制，实际上也是一种超限抑制。伤者的反应阈值提高，速度变缓，强度减弱，对治疗的反应平淡。这种心理反应有时要可以持续数天，直至转变为其他的心理反应。“情绪休克”可以减少因焦虑和恐惧而造成的过度心身反应，因而在一定程度上对个体起保护作用。但是医务人员切不可被受伤者这种“安静”的表面现象所迷惑，以免延误抢救时机。

（2）外伤造成的焦虑和抑郁反应：由于缺乏思想准备，情绪休克期一过，伤者可因面临一系列身体、生活问题而表现出焦虑不安、心情恶劣、激动易惹。此时，医务人员应予理解，并进行必要的解释和指导，严重者应给抗焦虑药物，以减轻焦虑对治疗和康复的不利影响。 焦虑和抑郁常可同时存在或交替出现。抑郁来自突发事件后的“丧失感”，例如毁容、残废等，担心影响工作、学习、婚姻、家庭生活，担心事故责任等等。伤者可能因深感悔恨，发展成自责自罪。此时，给予社会支持极端重要。

**2. 外科手术病人的焦虑反应** 术前焦虑不但是外科手术病人最常见的身心问题，在所有临床创伤性或侵入性急性医疗操作程序中，包括活检、注射、内窥镜检查以及某些特殊医学程序均存在不同程度的术前焦虑。

术前焦虑容易出现在以下一些病人身上：①对手术的安全性缺乏了解，特别是对麻醉不了解。②担心手术的效果，这主要取决于病情的严重程度，不得不手术的重病者，此项原因相对次要一些；但多数择期手术或整形外科病人，则情况相反。③挑剔手术者，对手术医生的年龄、技术和经验反复琢磨，并为此预感到焦虑。④怕疼痛，包括术中和术后。手术越小，病人往往越怕手术期间的疼痛。⑤其他方面原因，包括家庭、单位、工作、环境等问题。

此外还存在以下一些特点：①年龄：年龄大且属于再次手术者，焦虑反应较轻，而年龄小和小手术者则较重；②性别：女性术前焦虑相对较明显；③职业：知识分子有时顾虑较多；④心理因素：内向而不善言语或既往有心理创伤者易致焦虑。

根据心理行为科学原理，术前焦虑可能存在以下一些机制**(Shipley RH，1982)**：①认知作用：病人的认知焦点是医疗环境的不可知性和威胁性，手术或检查器械的致痛性和可怕性。这种对医疗操作的不可预见和不可控制感越强，病人产生的焦虑和害怕情绪越强。

②条件反射作用：以往有医源性疼痛的经历或生活中的痛苦经历，由于条件反射作用使目前的医疗操作环境或器械也变为一种条件刺激。例如曾因牙科手术而经历过疼痛的病人，以后可能对所有医院里的手术刀、针筒、钻子、钳子甚至白大衣、诊疗室等都产生焦虑反应，一些敏感者甚至在联想起医疗手术活动时都会有恐惧感。③示范作用：曾因现场观看过别人接受医疗手术时（如分娩）的痛苦行为表现，通过示范作用，自己现在也产生对各种医疗操作的恐惧和害怕反应。④失助机制：许多医疗手术或检查过程都是使病人处于一种被强制服从的状态，例如心导管检查需要捆绑固定病人。病人由于“失去独立性”而产生失助感，从而增加焦虑反应。

**3. 外科手术后病人常见的病理心理反应** 一些研究认为，手术病人的高焦虑反应并不仅仅局限在手术前，也不一定终止于手术完毕时，许多病人在手术后仍有高水平的焦虑体验。此外，某些病人在手术后还可能出现一系列病理心理反应，从而影响手术预后。

手术后的病理心理反应常见的有以下三种：①手术后意识障碍。在术后 **2**～**5** 天突然意识混乱或谵妄，大多在 **1**～**3** 周消失，少数可继发抑郁。②术后精神病复发。③术后抑郁状态。后两种表现多由于心理上的丧失感或心理压力所致，如乳房手术、截肢手术等。

因此，探索手术前后心身反应规律，以期减少术后心理反应和促进康复就成为心身医学的一项重要研究课题。

由于手术后短期内根本的问题是躯体恢复，病人的心理反应问题常被忽视。但是随着时间的推移，心理行为问题如长期卧床、药物依赖、活动迟钝等，也随着各人躯体恢复的不同结果而逐步显得突出起来，如果不消除有关的不良心理行为因素，病人常难以用生物医学的治疗手段获得康复。甚至会在部分病人身上成为决定手术最终结果的最重要影响因素。

## 三、手术心理干预策略

近年来证明，对应激性医疗程序采用一定的心理干预方法包括心理指导和行为训练等，可以调节病人的焦虑情绪，增强心理应对能力，使之尽快地在心理和行为上适应手术，并促进术后躯体的和心理的康复。这些心理干预方法除了适用于医学临床各种手术和检查，也适用于社会生活中许多应激场面，例如社会性灾难、战斗、激烈比赛等。

**1. 提供信息** 根据准确期望理论**(accurate expectancy)**，向病人提供某种应激性医疗程序的真实信息，将会减轻病人的害怕情绪，使其忍耐性增强。目前有两种提供信息的模式，即客观信息和主观信息。

客观信息就是在术前向病人讲解手术的实际过程。例如，关于全麻胆囊切除术完成后的情况：“你将被送到观察室，在那里你会逐渐地清醒过来，护士将每 **15** 分钟检查你的脉搏、呼吸和血压，她们会告诉你如何活动、呼吸和咳嗽，以排出咽喉部粘液以防止发热和肺炎，同时定时给你使用止痛药……”。

主观信息是向病人提供有关手术时的各种主观真实感受及病人可以提出的要求和医生采取的相应措施。按此种方式，上述介绍改为：“你在逐渐清醒时可能会感到昏睡和暂时记忆不清，对环境和时间感觉暂时有点昏昏然；完全清醒后，你会感觉到右上腹有一种脆弱之感，可能有受压、受拉、新异或灼痛感，这种痛感也可能会稍加重，这是完全正常的；

你也可能感到喉头干燥和轻微刺痛感，这是插管造成的；为了增强你对痛的耐受性，医生会定时或临时使用一些止痛药；护士会定时检查你的脉博、呼吸……”。

通过对胆囊切除等上腹部手术、盆腔检查、矫形外科石膏拆除和上消化道内窥镜检查等病人的对照研究，证明主观信息比客观信息有更好的效果。

进一步研究还证明，提供信息的心理准备法对于信息敏感者(sensitizers)更有效。信息敏感者就是指平时喜欢寻找各种医学信息的病人，例如向医护人员提各种问题，喜欢看医学书，以及探索医院环境等。相反，信息压制者(repressors)将自己的一切都交给了医生，自己对信息不感兴趣，此时提供信息的心理准备方法效果不好。

**2. 示范作用** 儿童手术前心理干预可采用示范法。一些国外研究者采用术前电影教育(替代示范法)取得良好的效果。 Melamed(l977)使用的一部儿童影片，反映一个小男孩(模型)从入院、术前难备、等待手术、麻醉，到术后康复全过程的各种良好行为表现。结果，接受示范教育的 4-12 岁儿童，比观看另一部中性电影的对照组儿童手术效果好得多，包括有利于情绪调节和躯体功能的恢复，也减少了术后“行为问题”的出现率。对这一研究结果的一种解释，与 Janis 的观点一致，即认为通过电影示范，可以使没有心理准备的儿童产生中等程度的焦虑，使因不了解情况而对手术感到神秘莫测或极度恐惧的儿童减轻焦虑程度，因此两者都促进对手术的心理适应。示范法也可采用生活示范，即请做过类似手术并且现在恢复良好的病人进行现身说法。

示范作用的其他条件是：模型和对象之间要尽可能在年龄、性别、手术种类等方面有类似性；采用的方式可以是现场、电影、录像或木偶剧等。示范作用也可用于成年人。

**3. 松弛训练** 松弛训练是作为对手术刺激的一种行为应对策略，通常使用简单松弛反应法。腹式深呼吸是最简便，也是最常用的诱导方法。

通常认为，病人的焦虑会导致呼吸急促并以胸式呼吸为主，胸式呼吸又反过来刺激胸腔迷走神经，引起更高的焦虑反应。通过腹式呼吸可以阻断这种循环，使全身紧张性下降、焦虑程度减轻。

术前腹式深呼吸放松诱导如下：坐或卧位，一手置于胸部，一手置于腹部，逐渐放慢呼吸速率；嘱深吸气，要能觉察到置在腹部的手抬高而胸部的手基本不动，停留片刻后自然呼气，呼吸时一边心中默念 l、2、3 …… 一边感觉置腹部之手自然回落，并感受到全身肌肉自然放松和舒适宁静的感觉。如此反复指导训练直到病人基本能操作自如，并嘱其在手术中和手术后自觉使用。

**4. 认知疗法** 这是一种应付应激情景的认知调整方法，在此又称“应激无害化训练”。其根据是，病人的应激性焦虑反应的程度和方式取决于病人自己对应激事件的感知和思考，因此通过帮助病人改变认知结构，焦虑即可减轻。

作为手术心理干预手段的认识疗法是通过交谈形式进行的，主要包括以下一些要点：

(1)使病人明白一个人对手术的特殊思考过程可以引起焦虑反应。

(2)使病人辨认自己有哪些思考和暗示因素引起了紧张和焦虑，例如担心疼痛、担心医生失误、屏气、双手用劲用力等都可引起焦虑。对这些要加以重新认识。

(3)使病人辨认自己有哪些思考具有减轻紧张和焦虑的作用。对这些正确的思考要加以强化和肯定。

⑷指导病人假设已处于手术应激场合，然后反复使用上述适应性的思考过程，避免不良的思想和暗示因素的影响。要求在正式手术中，继续保持这种适应性的思考方式。

认知疗法交谈过程没有具体的程式，也很难复制，医生要按照具体问题灵活掌握，其中有极大的技巧性。

**5．刺激暴露** 刺激暴露法(stimulus exposure)的依据是条件反射理论，是行为治疗的一种。研究证明，病人对医学操作的害怕反应有些是由于过去的厌恶条件反射所形成。这种条件反射性的害怕反应，可通过反复暴露于能引起害怕的刺激之中而得到消退。这就象医学生对尸体解剖的体验一样，第一次接触尸体可产生焦虑和恶心反应，如果只接触一次，这种反应会保持下来。但通过一段时期的反复接触，医学生可以一边观察尸体一边安静地吃中餐。因此，利用刺激暴露法可以克服病人对医疗操作或其它应激场面的焦虑反应。

具体方法按此类推。例如，害怕内窥镜检查的病人，可早一天去反复熟悉手术器械和环境。

**6．分散注意** 该方法特别适用于短时的应激医疗操作——如注射、牙科检查、分娩等。分散注意的手段可由医生掌握，也可指导病人自己去掌握。例举如下：

谈话：有经验的护士在注射时以及部分牙医在拔牙时都普遍使用谈话法分散病人的注意。

听音乐：有人让病人自己控制音量收听音乐，嘱病人在牙科操作引起疼痛时，自己可将音量调得高一些。结果由于分散注意和病人产生“自我控制感”，焦虑和疼痛体验减轻。这种方法曾被误称为“音乐止痛法”。

心理操作：指导病人主动进行计算、设计购货计划或进行美好的幻想，以分散自己对应激源的注意力。

**7．家庭支持** 在外科心身疾病一节已述及社会支持对外科手术病人的影响。同样，在若干医疗操作程序中，只要有可能，应允许病人的家庭成员在场，可降低病人的焦虑反应。例如，有人主张妇女分娩时应让其丈夫在场， 儿童摘除扁桃体时母亲应在场等等。

但是，也要注意避免家庭成员可能产生的负性示范作用或负性暗示作用。例如，家人如果表现得更为恐惧和不安，无疑对病人是雪上加霜。因此，一般主张家人应和病人一起接受术前教育，表现良好者才可担当起社会支持重任。

**8．催眠** 对手术病人还可采用催眠暗示法，以降低其心理应激程度。但是，由于医院缺乏专门催眠人员，而短期内使病人学会自我催眠又不容易，故限制了催眠法的使用。

不过，在日常医疗操作过程中，医务人员可适当增加一些带催眠暗示性质的良性暗示语，以增加病人安全感而不会有什么坏的影响。例如对一位正在接受麻醉的女孩可进行放松、舒适和无痛无害的催眠暗示：“兰兰（病孩名)躺的体位正好合适……闭着眼，看上去很安静……看，她多安静、疲倦……兰兰正越来越深地呼吸，快睡着了……”

**9．心理准备的实施** 在实际应用时，往往综合使用上面介绍各种方法中的几种方法。例如，Egbert 等(1964)在一个经典的手术心理准备研究中同时使用提供信息和松弛训练的

方法取得良好效果。笔者(1988)曾设立较严格的对照组，在胃、胆囊择期手术病人中使用类似的心理指导和松弛训练，所得结果也与前述一致。

（姜乾金）

## 第四节　康复科心身问题

### 一、康复医学与康复心理学

**1．康复**　“康复”一词原意为躯体功能的恢复。目前，世界卫生组织(WHO)对康复所下的定义是指综合地、协调地应用医学的、社会学的、教育的、职业的和其他的措施，对残疾者进行训练或再训练，以达到减轻致残因素造成的后果，尽量改善其功能，使其重新参加社会活动为目的的一种过程。

**2．康复医学**　第一次世界大战时期，战伤造成了大量残废者，在西方政府有关机构的支持下，开始出现康复服务机构，目的是帮助伤残者尽可能的恢复工作和生活能力。早期的康复服务机构主要使用矫形手术和各种理疗的方法。二次大战期间，在 Rusk HA 等的努力下，康复医学成为美国医学的一个独立学科。而目前，康复医学的作用已明显扩大。从工作对象来看，除因病、因伤而导致躯体或心理功能障碍（残疾）外，还包括慢性病人的身心康复和老年人的某些心身问题。从工作手段来说，包括手术的、理疗的、体育的、心理行为的各种技术的应用，涉及医疗康复、教育康复、职业康复和社会康复四个方面。

**3．康复心理学**　康复心理学（rehabilitation psychology）是研究康复医学中的各种心理行为现象及其规律的一门学科。国外从事康复心理学工作的心理学家其知识结构属于混合型，他们来自各种心理学机构。康复心理学主要的任务是促进残疾人和病人适应工作，适应生活和适应社会，从而最大限度地恢复和提高患者的社会生存能力。

康复心理学的研究和工作内容包括一下几方面：

(1)心理行为因素与残疾的关系：研究心理行为因素对伤残发生的影响（心身问题）和残疾对个体心理行为的影响及其适应过程（身心问题）。例如研究哪些心理、社会、环境及行为易造成伤残，如何改造环境、行为模式以减少残疾的发生；研究残疾人与慢性病人的心理行为反应及其适应过程，从而为他们提供准确及时的心理学帮助。

(２)对残疾人和病人开展综合性的社会服务：这项内容一方面是给患者以心理上的疏导与支持，特别是帮助他们克服悲观、焦虑、抑郁的消极心理。还要帮助患者进行认识重建，提高自身心理调控能力，增强自立自强意识，形成良好的行为习惯等。另一方面是消除社会对残疾人的偏见，消除影响他们日常生活工作的物理障碍，以提高其社会适应能力。对某些急性致残者，应当进行危机干预，帮助患者克服短期中出现的情绪危机。

(３)开展各种心理行为治疗技术的应用：目前各种心理治疗技术在康复心理学中得到普遍应用，其中行为技术的应用最为普遍，包括自我调整疗法、松弛训练、生物反馈疗法、运动疗法等。集体心理治疗在康复医学中有着特殊的意义。许多具有类似问题的残疾人，集体或定期集中接受心理治疗，患者之间互相交流治疗经验和心得，互相之间可以得到其

他成员心理上的支持和鼓励，有利于在整个治疗过程中保持稳定情绪和坚定信念，因而可以获得更好的疗效。

**(4)**康复的心理评定工作：通过使用各种心理测量手段对康复过程及康复后的心理行为进行测评，及时把握心理状态，提高康复效果。

康复心理学与心身医学在工作内容方面有许多交叉和重叠。下述主要讨论残疾（或伤残）的心理行为问题及其干预策略。

## 二、心理社会因素与残疾

**1. 病损、残疾与行为的关系** 机体的病损造成躯体功能或心理功能的缺损，称之为残疾（因伤致残为伤残）。病损、残疾和行为问题，三者之间并不是简单的直接因果关系，而是三者间相互联系、相互影响制约的交叉因果关系。**Martin P(1980)**将这种关系以简单的模式加以表示（图**14-4**）。例如，病损造成残疾，残疾形成行为问题，前者是因，后者是果。因为病损导致残疾，使得残疾人在事实上丧失了他们在社会上的权利和地位，在就学、就业、婚姻、家庭生活和经济等方面遇到重重困难和障碍。同时残疾人还面临周围人们对他们态度的改变。其结果，必然会引发产生一系列心理行为问题。同样，实践证明许多行为因素也可以对机体病损和残疾程度产生影响，此时的“因-果”关系逆转。因为病损造成残疾使其行动不便，而长期缺乏活动又会导致肌肉废用性萎缩，加重关节病变（病损）的发展。

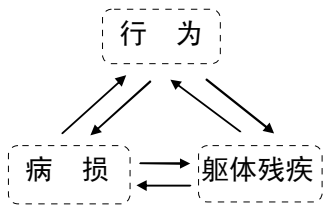


图 14-4 行为与残疾的关系

**2．心理社会因素对残疾的影响** 残疾的发生有多种原因，包括先天缺陷、疾病、各种伤害事故（伤残）等。心理行为因素在残疾的发生发展中分别起着不同的作用。在某些伤残的发生中，心理行为因素起着直接的作用。例如，许多自伤自杀造成的伤残，其原因就是生活挫折，情绪抑郁等心理方面问题。调查还证明，一定行为特征的人，如神经质者，其伤残发生率相对比较高。

心理因素对残疾的反应强度以及自我评价的高低有一定的关系。例如，具有疑病人格倾向者，表现出敏感、多疑，对病痛的耐受性降低，夸大疾病或伤残的严重程度，导致康复过程的延缓。值得注意的是，某些心理行为问题在伤残出现后继续存在，从而进一步影响康复过程。心理行为因素在躯体疾病致残病例中，也可以影响残疾程度。研究表明，风湿性关节炎常发生于某些严重的心理应激这后，如家庭成员重病或死亡、事故、婚姻不和等。

此外，行为强化因素对残疾程度的影响也不可忽视。例如病人由于躯体病损造成一系列疾病行为反应，包括活动减少、呻吟、忧郁沉默等。这类行为反应如果在康复过程受到不适当的强化，结果就可能将这类依赖行为固定下来。这一类现象常见于慢性患者，许多人甚至在原发病区已不再能找到任何病变客观证明的情况下，疼痛行为仍继续存在，最终留下残疾。

**3. 伤残引起的心理行为问题** 伤残对个体的心理影响显而易见。在少数突然致残的患者中，这种影响甚至可以是致命的。对大多数患者来说，因伤残引起的心理行为问题有一

定的规律。认识这种规律，对于帮助患者顺利度过康复期有积极指导意义。伤残的心理行为问题及其过程包括以下几个阶段 **Grzesiak RC（1979）**：

突然发生的伤残事实，往往使个体陷入严重的焦虑状态。由于心理防御机制，不少患者会产生“否认”心理，觉得“这是不可能的”，“这不会是我”。在预后上，患者往往脱离实际地向好的方面想，即使只有百分之一的可能，也觉得这百分之一应该属于我的。这种否认心理对应对情绪危机有一定好处，但是毕竟只是暂时起作用。长期的“否认”将会影响康复计划的实施。

当患者意识到伤残已是不可避免时，心理上会转向愤怒。此时患者可表现烦躁，对自己、对他人，均可产生无名的怨恨，严重着不能自制可发生毁物行为。不讲道理，不愿与医生合作等情况可可发生。及时准确认识患者的这种“愤怒期”反应，有利于正确处理医患关系。

患者的焦虑和愤怒反应往往很快被抑郁反应所取代，即“抑郁期”。抑郁心理在大多数伤残病人中有所存在，主要表现情绪低落、自信心丧失。这一阶段的时间较长，对康复的成功与否有重要意义。处理得好，患者心理可以进入“适应期”；处理得不好，不但影响躯体功能的康复，而且可能产生严重后果。例如少数人产生自杀动机，需要及时准确地予以辨认和处理。心理疏导和支持在此期非常主要，以使患者振作精神，面对现实。

伤残患者经过一系列心理上的“抗争”，最终接受了事实，进入“适应期”。此时新的人生目标被确立，自尊心和自信心逐渐增强。严格地来说，这一阶段主要不是躯体或心理功能的复原，而是在心理行为上与社会环境的一种适应。

## 三、心理干预策略

心理干预技术在康复科的应用涉及到心理指导、心理治疗和社会干预等多方面。以下仅做选择性介绍

**(一)**伤残患者某些心理行为问题的干预

处理伤残患者的心理行为问题，应当采用综合的心理行为措施。但不论何类伤残，因何致残，首先医护人员都应以认真负责的态度在精神上给予支持和启迪，这是最基本的处理方案。

**1．心理危机**　突然致残往往会使个体陷入严重焦虑状态，造成心理危机。患者表现恐慌和不知所措、态度被动、不思饮食、睡眠障碍，甚至处于意识朦胧状态。此时，应采取积极干预措施，帮助患者度过危机。**Fordyce WE（1971）**建议可采取以下三种处理方式：

首先应分散患者的注意力，争取时间等待其积极心境的出现。此时，可鼓励患者进行一些简单的操作训练，并告之这种训练将为整个康复计划作准备。

其次，将患者注意力吸引到那些经过努力较容易达到的目标上。一旦成功，患者易产生成功感，容易获得周围人的注意奖励（正强化），取得心理上的支持，缓解消极的情绪状态。

第三，心理危机患者容易受别人暗示影响，倾向于效仿周围人的行为，因此医生应在患者面前表现自然、镇静和有信心。对那些不能控制自己情感的亲友，暂时不应让其

探视。

**2. 抑郁和自杀倾向** 轻度的焦虑和抑郁，是残疾患者经常出的一般性行为反应。但如果经常显现或抑郁程度严重而不能克服，则容易产生自杀意念，必须及时发现和处置。

首先是辨别自杀倾向。具有自杀倾向患者，往往语调悲哀，表现孤独，或者反复叨念“我还是死了的好”，应引起医生的重视。但需要注意的是，有的患者一定时期也会偶然讲这句话，未必真的厌世；而有的患者虽有自杀企图，却能伪装，此时更为危险，需要及时加以辨认。

对有自杀倾向的患者，要设法通过支持疗法使其重建起新的生活动机，使其对伤残条件下也能创造良好前景抱有信心。可以让同一类伤残患者住在一起，形成病房小组（**ward group**），通过与小组内心理条件良好的成员的经常接触，形成示范效应，能提高患者的康复动机和自信心。

自杀动机通常与抑郁发展有关，因此处理好抑郁很是关键。除了必要时的抗抑郁药物，主要还是应针对患者存在的各种问题作深入的心理干预。应向患者说明哪些功能在今后可以得到恢复或补偿，哪些将会继续存在。这种实事求是的态度将会使患者对医生产生信任感。在此基础上通过解释、支持和激励，鼓励患者面对现实，提高信心。但必须注意，不能在患者面前经常提起或暗示有关自杀的问题。良好的环境氛围对于克服抑郁也有帮助，明亮的光线、美好的图片等有利于减轻孤独感。

**3. 依赖性** 依赖性会严重影响康复目标的实现，因此在康复过程中应始终注意防止其形成。

伤残早期出现的依赖现象，一般在病情趋于稳定后会自行消失。但是也有一部分患者在病情好转后反而更趋明显，形成依赖性，严重影响进一步的康复。依赖性实际上是一种习得性反应模式，其形成与操作条件学习中的正强化、负强化、惩罚和消退等行为学机制有关。患者表现出对康复训练不感兴趣，对自身健康不负责任，安于接受亲友和护理人员的生活服务等。

在康复医疗过程中，应及早制订渐进性康复训练计划，根据病情及时督促和激励患者进行行为训练，通过有序的行为强化过程，能够有效地防止和克服依赖性的形成。

（二）康复运动锻炼

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，培养积极的情绪，促进机体抗病能力和发挥器官肢体的代偿功能，具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**）。

**1. 抗紧张焦虑作用** 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。

研究证明，中等强度的散步、慢跑、骑车、登高运动 **5-10** 分钟，可以从客观上降低个体的躯体紧张性，持续时间达一小时以上。**Bolog L**（**1983**）认为运动产生的躯体紧张性降

低是由于运动使中枢神经产生了松弛反应，而不是疲劳现象。

曾有人对运动锻炼和冥想训练作比较，每周慢跑 3 小时共 6 个月能使躯体紧张性降低明显，对应的冥想训练则使焦虑的认知症状即烦恼程度改善明显。可见，以躯体症状为主的和以主观感受为主的焦虑患者，可以分别选择运动训练和冥想训练（**Collingwoog TR，1983**）。

运动抗焦虑作用的心理学机理尚不很清楚。目前普遍认为，运动抗焦虑的原因可能与以下几方面因素有关：①运动锻炼过程能分散个体对焦虑原因的注意；②运动能对抗焦虑症状的知觉过程；③促进对引起焦虑症状的原因进行再评价。这表明，运动锻炼抗焦虑作用的机制主要属于心理行为方面。

**2．抗抑郁作用**　目前认为，中等强度的长期运动锻炼能治疗非精神病人的抑郁症状，是一种安全的对付抑郁的康复手段。一些研究证明，运动锻炼可以减轻心肌梗死康复期所出现的抑郁倾向，其作用有的可以持续 2-4 年（**Stern M，1981**）。运动锻炼也有利于克服外科疾病伴发的抑郁症状和改善精神病人康复期的抑郁症状。

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（**Ewart GK，1984**）。运动锻炼期间广泛的社会接触，也有利于发挥社会强化的作用。此外患者对良好结果的期望等，也都可能与运动锻炼的抗抑郁作用有关。

**3．其它心理方面作用**　研究证明，中等强度的运动锻炼能改善老年人的认知功能和操作能力（**Spirduso W，1983**）。中度运动锻炼可使主观感觉方面的睡眠增加以及客观测量方面的慢波睡眠增多（**Horne JA，1981**）。通过生理和心理测量方法研究证明，A型行为可通过长期运动锻炼在一定程度上得到改造，而且这种改善与体内代谢过程变化相一致（A型行为伴有相应的生理变化改变）（**Gillespire WJ，1982**）。经常参加运动锻炼还可使残疾人与患者产生欣快的自我体验，这是一种积极的心境，对康复很有利。

上述运动效益的详细机理有待进一步阐明，可能是多方面的，涉及认知的改变、生理性松弛、周身温度升高、激素和递质的变化等机制。

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

（三）社会因素在康复过程中的作用

在帮助残疾人和病人康复的过程中，社会因素影响是不可忽视的，它直接关系到患者的心身康复过程。

**1．消极社会因素**　社会生活环境中对残疾人不良的态度和看法，往往给他们带来心理上的创伤，产生悲观消极的心理效应。例如，社会上（包括家庭成员）对残疾人或患者的嘲弄与侮辱，甚至虐待、遗弃残疾人或慢性病老人。有时在交往中对残疾人流露出怜悯，这虽无恶意，但却会不经意中伤害其自尊心。

另一方面，享受优抚、劳保、残疾补助金等因素，有时会通过负强化作用而影响康复过程，例如虽然已经可以出院，或应该开始康复训练计划，但他们可以表现或夸大不适感而不能执行。这时需要给予必要的教育和心理疏导，帮助其建立起自我护理和社会适应能力。

**2．积极社会因素**　目前，健全的残疾人社会福利事业正在发展之中。通过职业评价、职业指导、职业训练和就业等四个阶段的“职业康复”过程，帮助残疾人培养自立自强意识，学习生活和工作技能，提高社会适应能力。

（姜乾金）

# 第十五章　肿瘤心身问题

肿瘤的发生与发展、治疗和转归均与心理、社会因素密切相关，因而可以被看成是一类心身疾病，在临床工作中需要对肿瘤病人的心身问题给予更多的关注。

## 第一节　肿瘤的心理社会病因

### 一、与肿瘤发生发展有关的心理社会因素

早在两千年以前，中医经典著作《素问·通评虚实论》就明确指出："膈塞闭绝，上下不通，则暴忧之病也。"说明了噎膈，也就是食管癌的发病与暴忧有关，表明古代医学家已注意到精神心理因素对食管癌发病的影响。明代《外科正宗·乳痈乳岩论三十三》认为乳岩，即乳腺癌的病因，是"忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得，致经络痞涩，聚结成核"。清代医学著作《金匮·积聚统论·气积篇》记载："气滞成积也，凡忧思郁怒，久不得解者，多成此疾。"指出了情志心理因素可以导致机体脏腑功能失调，气滞血瘀，日久则形成积聚之类的恶性肿瘤。

随着科学技术的发展，医学科学的进步使关于不良心理因素与肿瘤发病的关系有了进一步的明确认识，即心理社会因素是癌症形成的重要影响因素之一，同样，癌症病人的不良心理行为反应，也会严重影响病情的发展和患者的生存期。目前，心理社会因素与癌症之间的关系大致包括以下几方面：具有某些情绪或个性行为特征的人其癌症发病率较高；对癌症发展和转归有直接影响的内分泌和免疫功能受患者情绪和行为反应的影响；具备某些心理行为特征的病人生存期较长；情绪支持和行为干预等心理治疗可使癌症病人的平均生存期延长。

现代心理学的理论及其研究对肿瘤发展过程的解释如下：

个体的情绪、人格等影响躯体生理机能，不良情绪、人格与行为方式长期作用可以导致躯体疾病。心理社会因素与恶性肿瘤的发生密切相关。**Hurny**（**1977** 年）总结了肿瘤病因中心理、社会因素直接和间接作用的模式：

间接的心理社会因素是指人类行为使个体增加暴露于致癌物质中，如吸烟对肺癌；阳光直射与黑色素瘤；酗酒与肝癌；特定病毒与癌症等，其机制较为复杂。直接心理社会因素主要指心理应激如丧亲的悲痛通过心身中介过程引起内分泌、免疫系统的改变导致癌症发生。

如英国学者斯诺对 250 例乳癌及子宫癌的病例进行分析后发现，其中 156 例在发病前有明显的精神创伤。姜乾金等（1987）在国内较早尝试心理社会因素与癌症关系的临床对照调查研究，发现 180 例癌症病人较之其它病人在发病前存在更多的家庭不幸事件、负性情绪反应和消极应对方式，以及较低 EPQ-E 量表分和较高 N 量表分。此后，国内大量的研究也显示了相似的结果。

## 二、肿瘤心理社会病因的两种假说

目前，揭示癌症的社会心理原因主要有两种假说：其一是丧失假说，即严重的个人丧失通过心理生理学作用导致躯体功能障碍。其二是癌倾向人格，认为某些人格特质易患癌症。其研究结论多来源于回顾性调查。

丧失引起癌症的假说主要以临床观察为基础，Lesen 及 Gassman（1958，1963 年）在对不同部位原发癌症病人的精神分析治疗中，发现他们都有童年期严重的丧失并伴有极度的无望。在进一步研究的基础上，Le Sen（1966 年）描述了癌症病人的发展形式：开始是童年早期父母一方死亡或离去，导致受惩罚和孤独的情感。部分儿童将这种状态体验为自己的过错，产生受排斥感和丧失感，导致情感不稳定。上述状态随着生活的积累不断保持和深化至成年。除此之外，老年人无望的情感和负性情感的积累也是一种重要的丧失，使其最终出现癌的体征。

人格特质易患癌症的假说由 Temoshok（1977 年）首先提出，当时称 C 型人格特征。“C”系取癌（Cancer）的第一个字母，所以 C 型行为模式即癌症行为模式。Temoshok 归纳出癌症患者共有的基本心理特征为不善于表达和宣泄焦虑情绪、抑郁，尤其是竭力压制本该发泄的愤怒情绪。行为上的表现则是过分屈从、过分自我克制、回避矛盾、姑息迁就、忍耐、依顺、合作性强。因怕得罪人而放弃自己的需要，因无力应付生活的压力而感到绝望，其癌症的发生率可高出正常人的 3 倍以上。

丧失和人格特质导致癌症的机理，Hurny（1977 年）将其总结为：社会心理危险因素—中枢神经系统—下丘脑所导致的内分泌和免疫系统的变化，进而导致细胞损伤不能及时修复的致病过程。Bartrop 等（1977 年）对设有严格对照组的 26 位丧偶男女在丧偶 6 星期后的研究发现，其细胞免疫反应减退，这种减退与皮质类固醇、生乳素、生长激素、甲状腺素有关。Bartron 发现因遭受抛弃而情绪极度压抑的人，血液中 T 淋巴细胞（肿瘤免疫的主要细胞之一）明显减少；动物实验也表明小鼠在紧张环境下糖皮质激素水平增高，T 淋巴细胞减少，胸腺退化，脾脏萎缩，皮下接种肿瘤的成功率及肿瘤生长的速度增加。从而支持了 Hurny 的观点，后来的诸多研究验证了这些结果，证实了心理社会因素应激与免疫功能之间的相互关系。

免疫组化等方法证明细胞上存在各种受体，这些受体是神经内分泌调节的物质基础，焦虑、抑郁和愤怒的情绪可使交感神经兴奋，促使肾上腺髓质释放肾上腺素和去甲肾上腺素。激素作用于免疫细胞上的受体，使淋巴细胞、免疫杀伤细胞、吞噬细胞数量减少，功能减低，产生的抗原、抗体减少。长期的心理应激和由此引发的不良情绪还可激活下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统，分泌更多的可的松，可的松可使内脏器官血管收缩、血流量减少，导致细胞毒性作用，使细胞变性、坏死，为癌症的发生提供物质基础。实验研究还发现，压抑和紧张可

损伤细胞 DNA 的自然修复过程，为癌的发生创造条件。

由此推测，癌症患者发病前就存在社会心理因素或某些特殊的人格特征，这些因素与癌症诊断共同影响患癌后病人的心理与行为、治疗与康复。

## 第二节　肿瘤患者的身心反应

恶性肿瘤是公认的、发病率较高的心身疾病，其治疗是当前医学尚未解决的难题。癌症是全身性疾病，不但病因尚不清楚，早期诊断也存在较大的困难，即使明确诊断，80%以上为中、晚期，其治疗常比一般疾病复杂和困难。目前，癌症尚无特效治疗方法，只有采取规范化的综合治疗，才能较彻底地消灭癌细胞，减少复发、转移的机会。

癌症的综合治疗包括手术、放疗、化疗、中医治疗，以及最近发展起来的生物免疫治疗。上述五种治疗方法各有一定的适应证与局限性，治疗会给病人带来轻重不同的痛苦和功能障碍，影响患者的生活质量。

恶性肿瘤（癌症）的诊断对当事人而言是严重的应激事件，意味着健康、生命的丧失，加之公众对肿瘤的理解基本是负性的。因此，诊断为肿瘤会导致患者产生严重的应激性反应，引发各种心理和躯体问题。如调查表明，肿瘤病人中约有 66％患抑郁症，10％患神经衰弱症，8％患强迫症。80％的肿瘤病人不是死于治疗期，而是死于康复期。肿瘤病人常出现抑郁、焦虑、精神错乱、厌食症、疼痛、恶心、呕吐等心理问题，其中抑郁症和焦虑症具有较高的发病率。精神崩溃导致四分之一的癌症患者治疗后存在复发转移。

### 一、一般性应激反应

癌症诊断是强大的心理应激事件，会对个体的心理、生理和行为产生巨大的影响，从而引发机体功能的进一步紊乱。主要表现为：

**1.认知反应**　指强烈的心理应激破坏了个体的认知功能，导致感知觉过敏或歪曲、思维或语言迟钝或混乱、自知力下降、自我评价降低等现象。

**2.不良情绪反应**　表现为焦虑、恐惧、愤怒和抑郁等多种不良情绪。其中，最常见的情绪反应是焦虑。在获得诊断的初期阶段，患者会处在极度焦虑状态，过度的焦虑又可破坏认知能力，使人难以做出符合理性的判断和决定。

**3.行为反应**　个体的行为主要表现为“战”或“逃”两种类型。“战”在人表现为接近应激源，分析现实，研究问题，寻找解决问题的途径。“逃”则是远离应激源的防御行为。此外，还有一种既不“战”也不“逃”的行为，称为退缩性反应，表现为顺从、依附和讨好。

**4.自我防御反应**　表现为患者运用各种自我防御机制以减轻应激所引起的紧张和内心痛苦，但多数自我防御只能暂时减轻焦虑和痛苦。

应激对个体生理机能的影响主要表现为：应激刺激作用于人体时，中枢神经系统对应激信息接受、整合，传递至下丘脑，下丘脑一方面通过交感-肾上腺髓质系统，释放大量儿茶酚胺，增加心、脑、骨骼肌的血流供应，引起心率加快、血压升高、呼吸急促等外周反应。肾上腺和交感神经的活动对免疫功能有广泛的影响，淋巴组织接受交感和副交感神经的支配，植物神经活动的变化会影响这些淋巴组织的功能，改变淋巴细胞群的

生成与活性。另一方面，下丘脑分泌的神经激素可兴奋垂体-肾上腺皮质系统，广泛影响体内各系统的功能。由于应激导致的消极情绪反应可伴随着高水平的皮质醇，因此，应激导致免疫系统、神经内分泌系统功能紊乱。严重而持续的应激可引起机体生理功能的紊乱和失衡，引发病理性改变。

另外，个体调动应对资源对应激刺激和反应进行应对，应对方式对癌症治疗和病程产生影响。应对方式是指个体应对应激事件时所采取的心理和行为策略。良好的积极应对方式有利于患者应付应激事件，不良的消极应对方式不利于问题的解决。在这方面，国内近十年来已经有大量的研究报告。

## 二、不同疾病阶段的心理问题

### （一）诊断初期患者常见的心理变化

**1．焦虑**　一旦确诊癌症，焦虑是病人最早也最常见的心理反应。焦虑表现为对象不明确的恐惧，也即病人主观上体验到的是担心、害怕和恐惧，但又不能明确恐惧的对象是什么。焦虑除情绪上的表现外，还伴有交感神经功能亢进的躯体症状，表现为心慌、失眠、出汗、胃肠功能紊乱及烦燥不安、坐卧不宁。进入治疗阶段后，由于对治疗的效果、副作用、手术可能给自己带来的痛苦和残疾、以及放疗和化疗的损伤等不确定事件担忧，会加重这种焦虑情绪。康复期的患者，病灶虽已被清除或控制，但“患癌”的标签作用依然困扰着他们，加之需要重新考虑工作、人际关系和可能的复发，病人会时时处在焦虑的情绪状态中。

适度的焦虑有利与病人对自身疾病的重视，增加治疗的责任心和遵医嘱的程度。但过分的、长期的焦虑会破坏病人的免疫功能，对治疗和康复有害。

**2．否认**　在一项对 **100** 例癌症病人的调查中发现，有 **34%**的人开始不相信自己会得癌症。心理学家认为这可能是患者使用“否认”的心理防御机制的结果。其目的是缓解内心的焦虑和不安。在否认阶段，病人可表现为对诊断结果无所谓，治疗的积极性也不高，幻想着诊断上的奇迹出现。不同的患者这一阶段的持续时间也不相同，对治疗的影响程度各异。但一旦否认失败，病人会立即陷入严重的不良情绪之中。

**3．愤怒**　有些病人在得知自己患癌症后，怨天忧人，烦躁不安。甚至为一些微不足道的小事大发雷霆。这是愤怒情绪的表现。引起愤怒的原因是病人不甘心、但不得不接受“患癌”的事实，回想自己为人正直善良、工作兢兢业业，而灾难却偏偏降临到自己身上，内心的不公油然而生。

**4．抑郁**　**58.3%**的癌症病人表现出消极悲观的情绪。具有抑郁情绪的患者得知自己患癌又认为癌症可怕，会夺走自己的生命而无能为力。悲观失望，对前途失去信心，情绪低落，心境悲观、自我评价降低、自我感觉不良、对日常生活的兴趣缺乏、消极厌世。抑郁时常伴有失眠、食欲减低、无精打采、哎声叹气，严重者会出现自杀的愿望和企图。抑郁还可导致食欲降低，睡眠障碍。

抑郁反应的强度与个人的心理素质和对外界事物反应敏感性有关，对外界反应不敏感的个体比较容易发生抑郁。家庭负担重、长时间得不到家人的关怀，缺乏良好的社会人际交往关系，负性情绪得不到及时地宣泄也能加重抑郁程度。

**5．孤独**　病人一旦进入病人角色，会暂时脱离家庭、脱离原先的工作岗位和亲朋好友，

产生孤独感。有些癌症病人的家属不想让病人知道病情，甚至也不让医生告知病人的诊断和治疗情况，无形中孤立了病人，也使之产生孤独感。

**6．多疑** 多疑是癌症病人较为普遍的心理现象，表现为病人过分关心自己的身体变化。表现在两个方面：其一是对诊断、治疗手段、病灶是否被清除等等表现出疑虑；其二是由于病人处在焦虑、抑郁的不良情绪状态下，心理上和生理上都较为敏感，对自己的身体和心理变化有较多的关注而导致疑虑。疑虑使患者忽略外界环境和自己的生活质量，陷入恐惧、焦虑的恶性循环。

**7．适应障碍** 临床研究证明，有近 **1/3** 的男性患癌后表现出程度不同的社交障碍，表现为不愿和别人交往，觉着自己的前途没有希望甚至将自己和社会隔离起来。在疾病的治疗过程中，所有病人都会出现程度不同的角色适应问题，表现为在患病的初期，不能尽快进入病人角色，出现不遵医嘱、不配合治疗的现象；而在疾病的康复期，又拒绝恢复到正常人的角色中，不愿出院、不愿见人、不愿承担家庭和工作义务。

（二）癌症手术治疗常见的心理问题

临床上，癌症手术多为中、大型手术，手术对机体的损伤和破坏较大，危险性也较高。因此，面临癌症手术的病人有较多的心理问题。

癌症手术病人的突出心理问题主要表现在手术前和手术后。手术前病人由于对手术的安全性、能否成功担忧、害怕而产生强烈的焦虑情绪。某些手术不可避免会引起疼痛或功能障碍甚至残疾，也导致患者害怕、焦虑。

**1．手术前病人焦虑的原因**

（**1**）认知因素： 医疗环境具有威胁性和不可预知性、手术和器械检查会带来痛苦和损伤等不可控制因素可引起恐惧和焦虑。病人的不可预见性和不可控制感越强，焦虑和恐惧就越严重。

（**2**）学习因素：以往有医源性痛苦的患者，如经历过手术并引起痛苦，则会因条件学习对目前的手术产生焦虑反应。没有医疗焦虑的人，如果目睹别人接受医疗操作如拔牙或分娩等引起痛苦，可由于示范作用（观察学习）产生恐惧和焦虑。

（**3**）失助机制：某些手术或操作需要限制或固定病人，使之处在“被人控制”的情境中，患者因失助（缺乏控制的感觉）而焦虑。

**2．手术后病人常见的心理问题**

（**1**）抑郁：手术造成较大的心理压力或心理上的丧失感均会引发抑郁情绪，临床调查显示，乳腺癌根治手术、盆腔手术和直肠手术等由于易于造成器官损伤和功能障碍而引发抑郁情绪。

（**2**）焦虑：手术后疼痛和对预后的担忧会导致患者出现焦虑情绪。患者会出现烦躁、失眠、感觉过敏等症状。同时，还会出现心率加快、出汗、呼吸不畅等自主神经紊乱的症状。

（**3**）适应能力降低：因患病后需要进行各种检查和手术治疗，绝大多数病人依赖感增强，表现为虚弱、需要人照顾和陪伴。这种现象如果延续到手术后的康复期，会影响患者的社会适应能力，使患者长期处在病人角色之中。

（**4**）康复动机降低：表现为患者对康复治疗和今后的社会功能恢复缺乏信心。

（三）癌症放、化疗常见的心理问题

手术、放射治疗和化疗是癌症的三大治疗手段，从癌症的治疗发展历史看，癌症生存率的提高离不开综合治疗。手术和放射治疗是局部治疗的手段，而化疗则是全身性治疗。大约70%的癌症病人在治疗过程中需要接受放射治疗。放射治疗的优点是一定的放射剂量在杀死癌细胞的同时，对正常细胞的损伤较轻微。

20世纪70年代之后，癌症生存率的提高主要归功于化学治疗的进步，作为全身性的治疗手段，化疗对预防复发、转移有及其重要的作用。因此，绝大多数癌症患者在经历了手术治疗以后，还要进行化疗。

放射治疗和化疗都有一定的副作用和并发症。放疗的并发症常见的有放射性颈部和面部水肿，放射性肺炎、心肌炎和心包炎等。化疗的毒副作用主要表现为两种：近期的毒性反应和远期的毒性反应。近期的毒性反应包括骨髓抑制、消化道毒性、肝功损害、肾毒性、神经毒性、心毒性等。远期的毒性主要是指抗癌药物的致癌作用和致畸作用。化疗常见的并发症有感染、出血、穿孔等。

放化疗病人的心理问题包括：

**1.由心理冲突导致的情绪与行为问题** 放疗和化疗既是癌症治疗的有效措施，同时也引起病人的痛苦，其中，常见的毒性反应是骨髓抑制和消化道毒性，患者会出现恶心、呕吐、消化道（口腔）溃疡、白细胞降低等一系列反应，极大地影响病人的生活质量。放化疗意味着痛苦，病人不愿接受（回避），放化疗又是治疗必须采取的措施，要生存就必须接受它。这时，强烈的心理冲突会导致患者出现怨恨、不满、抑郁等不良情绪，患者也可能出现攻击、防御等行为反应。

**2.对毒副作用的担心导致的恐惧与焦虑情绪** 研究证实，放、化疗患者普遍存在对放、化疗毒副作用的恐惧。具有特质焦虑的患者与一般患者相比，恐惧和焦虑情绪更为严重，化疗引起的恶心与呕吐也更重、更频繁。

**3.由挫折导致的心理和行为反应** 癌症的放化疗是一个相对长期的治疗过程，期间，病人不仅会经历放化疗的毒副作用，还会经历治疗效果不明显或因毒副作用太强须终止治疗的种种不良事件。这些不良事件与治疗和康复的目标是相反的，背道而驰的。这时，患者将会体验到挫折，从而引发挫折后的心理和行为反应，如攻击、倒退、失望、失助等等。

（四）癌症康复过程中常见的心理问题

经过系统或姑息治疗以后，大多数癌症患者的生理状况恢复良好，如果康复治疗顺利，绝大多数患者可达到躯体功能的基本康复。

**1．在康复过程常见的心理问题**

（1）恐惧心理：患癌及其治疗的不良感受和体验不会马上消失和淡忘，它会时时浮现在患者的脑海里，引起恐惧和其他不良情绪反应。另外，对转移、复发和治疗不够彻底的担忧也是导致恐惧的主要原因。

（2）自卑心理：癌症的治疗可能破坏了个体形体的完整或美观，如乳腺癌根治术、直肠癌切除后造瘘术等等。由于形体美遭到了破坏，导致个体产生自卑心理。

（3）抑郁情绪：患病使个体丧失健康、美丽甚至经济和社会地位。这些丧失带给患者的直接感受就是不愉快和抑郁。加之癌症的康复期较为漫长，某些丧失和功能障碍是永久性的，患者会产生因自己患病而拖累家人的想法，使抑郁情绪加重。

（4）躯体主诉：患病使个体经历痛苦的体验并得到了家人的照顾，长期的病人角色使患者安于现状，不敢或不想再承担正常人的责任。因此，患者的躯体主诉较多并与康复程度不相符合。加之患者处在这样或那样的不良情绪之中，导致自主神经功能紊乱，躯体不适感随之增加。

**2．康复期消极心理对康复的影响**

（1）使患者不积极采取必要的治疗措施，从而延迟或耽误有效的抗肿瘤综合治疗，失去确诊后的早、中期有利治疗时机，导致肿瘤的迅速发展扩散。

（2）使患者不主动配合医院医护人员的治疗，医生难以采取有效的治疗措施，勉强接受的治疗手段不能有效的发挥作用。此外，消极情绪还可能使病人饮食锐减，因营养不良而迅速消瘦，甚至导致恶病质的提前发生。

（3）使患者错误的认为癌症是不治之症，听天由命，任其自然，无所作为。患者不注意生活的合理安排，失去了宝贵的综合系统治疗机会，加速了病情的发展。

（4）使患者机体早已存在的神经内分泌的失调进一步加剧，促进病情的恶化。消极情绪直接影响下丘脑对机体的神经内分泌调节，促使肿瘤的快速长生。

（5）不良心理状态和紧张情绪可以通过中枢神经系统使机体的免疫功能降低，表现为巨噬细胞吞噬能力下降，胸腺功能失调，抑制抗体产生，自身稳定与免疫监视功能进一步障碍，从而使机体的抗肿瘤能力降低，促进肿瘤的复发和恶化。

## 第三节　临床干预策略

### 一、临床心理干预

在对癌症患者的心理困扰及其严重程度进行评估和诊断后，可进行临床心理干预。具体方法包括：

**1．一般心理治疗**　根据心理治疗的难易程度，可将心理治疗分为两个层次，即一般心理治疗和特殊心理治疗。一般心理治疗是指医务人员在与病人交往过程中，通过举止、表情、态度、姿势等影响病人的感受、认知、情绪和行为的过程。一般性心理治疗的基础是每个就诊的病人对医务人员都怀着一种尊敬、期望和求助的心理，医务人员的言行时刻影响着病人的心理。若医务人员的态度耐心、热情、和蔼可亲，具有暖人的言语和权威性的对疾病的解释，对病人将起到积极的暗示作用。当病人处在患病状态，具有强大的心理压力时，给予一般性心理治疗能增强病人战胜疾病的信心。一般性心理治疗常用的方法如下：

（1）解释：病人患癌症后，对自己所患疾病缺乏认识和了解，容易产生焦虑、紧张的情绪，对治疗过程所产生的副作用和预后也存在担心和恐惧心理。医务人员及时向病人进行解释，对治疗过程和预后做科学性的说明，树立癌症是可治性疾病的信念，可帮助病人消除顾虑，树立信心，加强配合，为治疗创造良好的条件。

（2）鼓励和安慰：病人由于疾病的折磨和对未来的担心，情感非常脆弱。医护人员如将治疗方案的科学性、有效性和先进性告诉病人，可以消除顾虑，坚定治疗的决心和信心。如对治疗中出现的副作用及时给予指导和处理，可使病人得到心理上的安慰。

（3）保证：病人在诊断之初，会因否认的心理防御机制而迟迟不进入病人角色。治疗阶段，病人往往担心治疗方案是否合理，医生是否有经验等等。这时，医生如以科学的态度、充分的临床经验和科学研究为依据，向病人做解释和保证，可解除病人的疑虑。

**2．支持性心理治疗**　支持性心理治疗始创于 1950 年，是目前使用很广的心理治疗概念。这一疗法内涵广泛，一般是指医生采用合理的劝导、启发、鼓励、同情、支持、说服、消除疑虑和提供保证的方法，帮助病人认识问题、改善心境、提高信心、促进康复的过程。

患癌对个体而言是巨大的心理刺激，心身难以应付。这时，医生给予权威性的支持，使之增强抵御能力，恢复正常心理状态，进而适应环境。这种方法还可以帮助病人进行疏导、消除对某些敏感问题如死亡、残疾等的恐惧和疑虑，可以公开讨论患者心中的委屈和不满，使焦虑的情绪得以缓解或消除。

支持性心理治疗注意充分调动病人心理上的积极因素加以支持和发扬，对病人心理上消极的一面积极给予疏导和宣泄，对灾难性情景有良好的指导作用。具体包括：

（1）针对应激源的应对：个体一旦被诊断患了“癌症”，病人就处在察觉到面临死亡的威胁之中。要经受手术、放、化疗等一系列治疗过程，甚至要承受治疗无效的后果。这一重大的应激事件会对个体的心理产生强烈的冲击。另外，治疗过程中所遭遇的诸多事件也是不少病人过去未曾经历过的，病人对治疗过程充满不确定感。这时，医生要及时向患者提供疾病的性质、程度、可能的治疗方案的优缺点、治疗过程中的注意事项等信息，增加患者对疾病的控制感。

（2）减轻不良情绪：“患癌”对个体而言是重大的心理应激源，会产生强烈的应激反应，导致焦虑、抑郁、愤怒、无助等不良情绪，引发或加重原有的不良行为。倾听、疏导、支持、放松等方法均可减轻不良情绪。对具有严重不良情绪的患者，必要时应给予抗焦虑、抗抑郁药物。

（3）提高应对技巧：不同的人对待应激事件的反应、处理方式不同，与个体的人格特征有关。有些人喜欢直接面对应激事件，及时解决问题；另一些人则习惯采用“否认”的心理防御机制；还有的人则希望找他人倾诉以渲泄自己的紧张情绪。不同的应对技巧在不同病人可取的不同的应对效果。研究表明，对癌症及其治疗较恰当的应对技巧是接受、降低和积极生活。

（4）恢复社会支持系统：研究表明，在得知诊断后数周到数月之内，病人的配偶也出现应激反应并表现出情绪症状。**Ey** 等（1988 年）对 58 名癌症病人及其配偶进行的调查结果表明：①一方的焦虑与抑郁与患病方的症状呈正相关；②男性病人的回避与妻子的焦虑与抑郁呈正相关；③病人回避可预期较为明显的忧虑；男病人的回避，可预期其妻有较大的忧虑。这一结果提示，癌症诊断不但引起病人的心理反应，也引起家庭成员的心理反应，严重者可破坏原有的社会支持系统，而广泛的社会支持是减轻不良情绪、提高机体免疫力的重要环节，如 **Levy**（1990 年）对 61 名Ⅰ、Ⅱ期乳腺癌病人在诊断 6 周内体内自然杀伤细胞的活性检测发现，自然杀伤细胞的活性增高至少 1/3 是得益于亲人的社会支持。提示被觉察到的社会支持可增强患者自然杀伤细胞的活性，可能是对抗肿瘤生长的保护因子。、

**3．认知行为治疗**　认知心理学的观点认为，人不是刺激的被动接受者，人脑会积极地

对所接受的信息进行加工，并把它们变成新的形式和范畴。认知理论认为，发生在刺激和反应之间的认知过程在决定人的行为方面起着非常重要的作用。认知活动决定着人的情绪和行为。不良情绪和心理障碍的产生是由于个体歪曲的、不合理的信念和消极的思维方式造成的，对心理障碍的纠正和治疗是要发现和纠正个体的错误认知。

在癌症的诊断和治疗过程中，病人会出现各种不良的认知，如“癌症等于死亡，是不治之症”、“癌症治不好，治好不是癌”、“家庭因我陷入了困境”等等。上述不良认知可降低病人的依从性，并带给病人恶劣的情绪。虽然不良的认知与早年的生活经验、重大的挫折有关，但通过认知治疗可达到改变认知结构、消除不良情绪的目的。

认知疗法的步骤包括：对病人的心理、行为进行诊断；寻找认知偏差或不合理信念；进行选择式干预。具体步骤如下：

（1）教育：即向病人介绍有关疾病的科学知识，纠正错误观点（信念），指出公众对癌症普遍存在一些错误观念，如癌症不能治、患癌等于死亡、化疗难于耐受等等。上述种种不甚合理的关于患癌的信念会使病人丧失治疗的信心。事实上，近几十年来，癌症的临床诊断和治疗的水平有了很大的进展，如 1981 年世界卫生组织癌症顾问委员会明确指出，1/3 的癌症可以预防；1/3 的癌症如能早期诊断可以治愈；1/3 的中晚期癌症经适当治疗可以减轻痛苦，延长生命。在治疗手段上，除传统的手术、放、化疗以外，生物免疫治疗、中医中药、热疗、电疗等治疗方法也不断应用，并取得了良好的疗效。癌症总的 5 年治愈率，30 年代为 30%，70 年代为 40%。80 年代为 60-70%。可见，在科学技术较为发达的今天，患癌并不能和死亡划等号。可通过宣教、认知疗法等方法矫正患者的不良认知。

（2）认知重建：包括帮助病人改变不正确的认知和态度，特别是帮助病人矫正自我失败的消极思维。

（3）语言重构：以积极的语言代替具有消极作用的语言，但并不改变说话的内容。

（4）角色转换：引导患者进行换位思维，多从与自己相关的人的角度考虑问题。对每一导致自己困扰的问题进行对方位考虑，寻求多种解决途径。

**4. 团体心理治疗**　群体心理治疗的基本观点是许多情绪问题都源于与他人交往的困难，如感到孤独和被抛弃感，不能与他人建立有意义的关系等。个别心理治疗虽能在这样的问题上给患者以帮助，但心理治疗的最终目的是让患者将在治疗中获得看法和技巧运用到日常生活之中。团体体心理治疗的优势就是让患者能够在他人在场的情况下解决问题，观察他人的行为反应，学习他人的行为方式。

团体心理治疗是将问题相似的(如同是癌症康复期的患者)组成小组(以 6-12 人为宜)，治疗者一般待在相对隐蔽的地方，使小组成员彼此交流经验，评论自己和他人的行为，讨论自己和他人的问题，在逐渐暴露自己的弱点和相应的防御机制以后，患者对自己的行为逐渐表现的客观，逐渐习得了与他人共情的能力，当自己帮助别人时，也获得了自尊。同时，治疗者通过集体辅导、讨论、训练等手段，贯彻心理干预技术。姜乾金、吴根富等（1993）对癌症患者实施集体心理治疗程序结合气功放松训练技术，取得良好的效果。

团体心理治疗的优点是：①节省时间，一个治疗者能同时帮助多个患者；②患者从观

察别人的带有相似的甚至是更严重的问题中得到安慰和支持，更易改善心境，提高康复信心；③患者能够依靠与多种不同的人的相互交往探索看法和反应，使某些操作性心理治疗技术更容易被患者接受。

## 二、药物治疗

癌症患者化学药物的治疗简称为化疗。广义的化疗包括疾病的化学治疗，狭义的化疗仅指治疗的化学药物治疗。其定义为应用抗肿瘤化学药物，采用某些措施和方案治疗肿瘤的方法。

目前常用的化学治疗有四种方式：

**1.诱导化疗** 适用于晚期或播散性肿瘤，因缺乏其他有效的治疗方法，所以，一开始就采用化学治疗。

**2.特殊途经的化疗** 指将药物通过一定的途径直接送达病灶的部位。如胸腔、心包化疗的主要目的是治疗癌性渗液；原发性肝癌的肝动脉插管化疗加栓塞称为动脉介入化疗等。

**3.辅助化疗** 是指在采用有效的局部治疗（如手术）后，针对病人可能存在的微小转移灶，为防止局部复发和远处转移而进行的静脉化疗。

**4.新辅助化疗** 指对临床表现较为局限或病灶相对稳定的肿瘤，可考虑用局部治疗手段（手术或放疗），在手术或放疗前首先使用化疗。其目的是希望化疗后局部病灶缩小，减轻手术难度和清除或压制可能存在的微小转移。

（潘芳）

# 第十六章　慢性疼痛

在社会转型时期，一种重要的心身疾病——慢性疼痛综合征，已越来越被心身医学界所关注。本章主要对慢性疼痛的机制、临床诊断和干预策略做系统的介绍。

## 第一节　概述

### 一、疼痛的概念

疼痛是人人都有过的感觉和体验，且多见于多种躯体疾病，小至日常发生的头痛，大到心脏病发作时的疼痛都是患者最常见的主诉。疼痛常具有以下表现：

**1.生理反应**　疼痛可以引起诸如散瞳、出汗、心跳加强加快、血压升高、呼吸急促、血糖增高等生理反应。

**2.行为反应**　由于疼痛而出现的表情变化，如皱眉、咬牙、咧嘴、痛苦的面容，还有屈曲的躯干或肢体，强直的肌肉等等。

**3.心理反应**　主观上感受到的一种难言的极不愉快的体验。同时根据不同情况伴随头晕、恶心、烦躁、焦虑、恐惧、抑郁、失望等。

由于疼痛通常由伤害性的刺激所引起，人们认为疼痛是躯体的一个症状。事实上，疼痛不止是症状这样简单，疼痛的程度往往不与损伤的程度成正比。有研究者对第二次世界大战期间两组人的痛觉现象进行比较。一组是在战场受伤的士兵，另一组是接受外科手术的普通市民，两组人群的身体受损程度近似，具有可比性。结果发现，只有 **25**%的士兵要求用镇痛药缓解疼痛，而 **80**%的市民有此要求。研究者把这种显著差异归因于损伤的意义不同。对于士兵来说，在服役期间受伤意味着拿到一张离开战区并可能重返都市生活的通行证，对于因意外受伤而接受外科手术的市民来说，受伤是一场灾难，当然疼痛明显严重。

人们对于疼痛的耐受也是不同的，一方面与个体躯体疼痛阈值不同有关，另一个原因则是由于学习和文化的差异造成。人们可以学习运用分散注意力或内在想象的方法来减少疼痛。

**Melzack** 和 **Torgeesen** 通过对疼痛词汇的分类研究提出，可以从三个独立的维度来描述

疼痛。他们把第一个维度叫做感觉性质。表达这一维度的词汇有刺痛，灼痛，钝痛，酸痛放射痛等。第二个维度是情感性质，用于描述对疼痛的情感反应的词汇，如恼人的、讨厌的或可怕的。第三个维度具有评价的性质，表达的词汇如轻微或剧烈的，反映个体评价疼痛的轻重或严重程度的倾向性。

研究发现，疼痛是多因素和多维度的现象和过程。疼痛既是生理现象，也是心理现象；既是客观存在的一种现象，也是患者的主观体验和评价，还与社会因素密切相关。国际疼痛研究学会(IASP)将其定义为："疼痛是一种不愉快的感觉和情绪方面的体验，这种体验是与实际存在或潜在伤害相联系的，或者是患者从受伤害角度进行陈述的一种症状。"

## 二、慢性疼痛的疾病概念

临床医学对疼痛有详细的分类，如根据疼痛部位、程度和性质等进行分类。但在心身医学，更有意义的区分是急性疼痛和慢性疼痛。

通常认为疼痛体验是一种信号，表示"某处出了毛病"。一个人将脚靠近火，这时疼痛成为一种信号，促使人在机体损伤发生前将脚移开，它保护机体免遭各种各样的伤害，这主要涉及急性疼痛。急性疼痛定义为持续时间很短，往往不超过 3 个月的疼痛(国际疼痛分类学研究联合会（International Association for the Study of Pain，1986）。此类疼痛常见的有头痛，牙痛和手术导致的明显疼痛，随着创伤的痊愈，疼痛也消失。

但是，在不少时候，疼痛常常持续存在较长时间，这种长时程的疼痛体验，对人来说是极为复杂的，因为持续的疼痛可能预示着各种病理和心理的变化。这就涉及慢性疼痛。

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)。这类疼痛可以是轻微的或严重的、持续的或间歇性的，可能出现在头部、背部和肢体等部位，疼痛可能是由于挤压伤、撕裂伤或炎症所致，也可能由于血管功能障碍引起，比如偏头痛。慢性疼痛常伴发持久的苦恼、失眠、易激惹、情绪抑郁、甚至丧失工作能力。有人用 3D 形容其特点：Disruption，即破坏，表示患者的生活被疼痛症状破坏；Depression，即抑郁，反映情绪低落；Disability，即丧失能力，指生活和工作能力受到严重影响甚至丧失能力。

慢性疼痛可以发生在没有任何组织损伤的情况下，慢性难治性良性疼痛就是描述这类疼痛的专门术语，它强调治疗对这类疼痛难起作用，比如腰痛，但疼痛并非进行发展的，对患者也没有生命威胁(良性的)。与之相对，癌症和类风湿性关节炎等导致的是典型的慢性持续性的疼痛，其基本的病理过程是进行性的、严重破坏患者的生活质量并威胁其生命安全。这种类型的疼痛为慢性进行性疼痛。

临床上，慢性痛综合征包括那些神经系统正常而疼痛感受器(或伤害性传入)受到连续激活而引起的疼痛，或者外周或中枢神经系统发生破坏性损伤而引起的疼痛。前者包括炎症反应、感染、关节炎和一些赘生物，后者包括机械性损伤神经(如灼痛、幻肢痛、臂丛撕裂和截肢)或代谢紊乱(如糖尿病性神经病)或退行性病变(如多发性硬化)。

区分急性和慢性疼痛的价值在于急性和慢性疼痛患者有不同的心理特征。对于治疗，急

性疼痛可能有良好疗效，但对慢性疼痛则不尽然。慢性疼痛由于预后不明朗，可能引起持续的心理冲突和烦恼。而且，慢性疼痛可能导致继发性获益，使疼痛行为长期存在，并给诊断和治疗带来很多困难，需要从心理学方面给予较多关注和进行心理干预。

## 第二节　慢性疼痛的心身机制

### 一、慢性疼痛的病理生理机制

对人类慢性痛神经生理和神经化学基础的了解主要是理论上的，因为在患者身上很难得到直接答案。

**1．痉挛性幻觉传导观点**　身体组织受损或末梢神经受到侵害，可导致脊髓后角至脊髓视床路与大脑相应的皮质感觉区范围内的一连串痉挛性反应，引起疼痛反应。但在身体组织没有受到损害，末梢神经也会因多种原因出现痉挛性幻觉传导，会令个体错误地认为完好的机体已经受损，产生痛觉。所以对于神经末梢痉挛所引起的非机体损害疼痛的传导称为痉挛性幻觉传导。对于痉挛性幻觉传导所产生的非机体损害疼痛一般定义为：“实质的、潜在的、对身体组织的防卫性的触动性体验。”

**2．传导持续观点**　20 世纪 70 年代，Melzack 和 Wall 指出，当神经末梢受到侵害时会产生负面兴奋性传导，脊髓后角传导细胞活化同时保留一定的活跃度，神经末梢和神经中枢同时产生受刺激效应，但当神经末梢不再受到刺激时候，因为脊髓后角的保存传导的活跃，所以中枢神经仍然会感到一定疼痛反应。虽然疼痛是属于即时性反应，但是会因为心理机制效应而使得神经传导过程产生对传导的保留或产生短暂性抑制活动，所以形成了慢性疼痛。

**3．神经信息的调节作用**　研究发现，传递疼痛信息的上行性神经系统和调制疼痛的下行性系统同时存在。在外周的脊神经节中，有 A 和 C 两种感觉传入神经纤维，将疼痛信息传到脑。这些小细胞含有 P 物质，在受到伤害性刺激时释放出来。但重要的是，调制疼痛的脑啡肽类神经肽能抑制这种释放。传入纤维末梢中还含有其他递质，包括生长抑素和阿片受体等。生长抑素在伤害性热刺激时释放，吗啡可使释放减少。

起自脑干镇痛区(如中缝核群、蓝斑等)的下行调制系统含有儿茶酚胺、去甲肾上腺素(NA)、多巴胺(DA)和 5-羟色胺。这些下行系统有的作用在突触前，有的经背角脑啡肽能中间神经元发挥作用(如 5-羟色胺)。可以这样理解，传递痛觉的神经递质可以是兴奋性的，也可以是抑制性的，但它们都是主要通过神经纤维之间的突触而起作用。例如，大脑中天然存在的内啡呔就是一类神经调节物质。在应激状态下，大脑疼痛区域的内啡呔水平升高。它们起到与吗啡一样的镇痛作用。在多种情况下都观察到应激事件能提高内啡呔水平这一过程，被称为应激诱导的镇痛。其与认识水平改变和注意力分散协同作用，可能使疼痛感减轻。

**4.神经基质学说**　一个生理上已不存在的肢体仍有疼痛感，为什么会出现这种情况呢？一种解释是，反复出现的疼痛感源于截肢者对所失去肢体的情感，这种解释对我们没什么帮助。另一种解释是残肢上的痛觉神经发出疼痛信号，这是痛觉的神经基础。还有一种可能是皮层事件，与所截肢体有关的记忆可能触发了相关感觉皮层的神经活动，也就是激发了对缺失肢体的主观上的疼痛感。

为了解释幻肢痛，**Melzack(1993)**根据截瘫和截肢患者的资料，认为感受器的活动并不能直接导致疼痛。相反，疼痛刺激肯定只是作为神经活动的触发信号，而这种活动本身才是痛觉的原因。**Melzack** 认为这些神经活动在一个更为广泛的神经网络中进行，后者被称为神经基质。正常情况下，心理过程发生在神经基质中，而生理过程存在于伤害感受器、脊髓后角的疼痛闸门以及上下行的神经传导通路中。痛觉就是产生于心理过程和生理的相互作用。在极端的情况下，比如截肢人的体验，神经基质把身体本身的体验作为一个整体永久地保存下来。神经基质的活动可能使个体一直感觉到那些生理上或神经上已被分离的部位仍然存在。虽然神经基质的存在带有一定的推测性，有待严格的试验证实，但它提供了一种途径来解释没有现存病理基础的疼痛。

## 二、影响疼痛的心理社会因素

疼痛的生物模式或学说只能解释一部分疼痛体验，不能解释社会心理获益与疼痛行为发生频率之间的关系，也不能解释某些“心因性疼痛”。研究表明，疼痛不是纯粹的生理问题，很多心理因素对疼痛均产生影响，包括认知、注意、意志、情绪等，都在一定程度上影响着疼痛的发生、对疼痛的评价和疼痛的作用。以下是一些值得关注的心理社会因素。这些因素是对疼痛病理生理机制的一个补充。

**1．疼痛的学习模型** **Wilbert Fordyce(1976)**提出了疼痛的学习模型。他指出，疼痛行为是一种通过学习获得的行为方式。当患者向其他人表述疼痛及当时的痛苦感受时，由于疼痛行为使患者得到家庭成员和朋友的关心，因而这种行为可能增多。例如，儿童通过观察父母和其它重要人物的行为而对疼痛有所认识。儿童时期受轻伤时，父母若泰然处之，该儿童成人后便会对疼痛的耐受增强，感受痛阈也提高；反之，则会对疼痛敏感，耐受痛的能力降低。简而言之，疼痛行为随外界的强化性事件而变化。由于疼痛带来的高度获益会使疼痛行为更加频繁地出现。如果这个过程足够长，疼痛行为就成为功能自主性行为，最初的病理基础消除后这种行为仍长期存在。如果获益是中等或低强度，疼痛行为就可能停留在一个稳定的水平或下降，这需要视其它因素而定。

**2．疼痛的认知学说** 认知模型认为信念和期待能影响个体对许多刺激的反应，这些刺激包括社会心理应激、令人烦恼或痛苦的事件。对于前述二次世界大战期间战场受伤的士兵和接受外科手术的普通市民两组人的痛觉差异现象，研究者将其归因于对损伤的认知不同。这提示对环境的认知，和创伤意义的认识和期望会影响一个人的疼痛耐受性。

**Karen Gil** 和同事进行了认知过程影响疼痛体验的研究。研究对象为 **185** 个成年慢性疼痛患者，分为镰状细胞性贫血组、风湿性关节炎组和慢性疼痛组三组。研究发现，当疼痛骤然出现时，患者通常有一些负性思维，例如患者诉说的疼痛更严重和痛苦更大的同时，他们在负性自我陈述和负性社会认知上的得分也高。这些负性思维反过来可能影响患者对疼痛的感知，并引起抑郁情绪。这一发现证实了负性思维确能影响个体对疼痛的感知的猜测。

**3．情绪因素** 疼痛是一种感知觉，它总是和消极的、不愉快的情绪相联系，并且常伴随逃避行为。实践证明，积极、愉快的情绪使人们对有害刺激的敏感性降低，对疼痛刺激耐

受性升高，因此不容易感到痛；消极的情绪状态对疼痛的感受性增加，痛阈降低。如在焦虑、抑郁、烦躁、不安等情绪状态下，可以加剧疼痛。凡是能降低焦虑抑郁的方法，都可以降低疼痛。

资料显示，相当多的慢性疼痛患者出现抑郁症状。另一方面抑郁状态又会引起或加剧慢性疼痛。抑郁症患者常有慢性疼痛，在部分抑郁患者尤其是老年人中，常表现为有关疼痛及躯体症状的疑病性主诉而不涉及情绪问题。因为抑郁症患者容易把情绪问题隐藏在疼痛问题背后。一些慢性疼痛患者常有明显的认知扭曲和无助感，如患者所感觉到的疼痛对他们生活的影响，相应的社会报酬减少，社会活动减少，自我控制和自我实现下降。疼痛加重反过来又影响了患者的情绪和认识，使疼痛恶性循环持续。

临床研究发现，抑郁与疼痛皆可因抗抑郁剂的应用而改善。部分疼痛患者用抗抑郁治疗可完全消除疼痛。以三环抗抑郁剂为例，其止痛作用机制是多方面的：①经由 **5—HT** 及去甲肾上腺素对脊髓导水管旁路径的作用抑制疼痛；②借由与阿片类受体结合增强体内合成或体外给予的阿片类物质的作用；③抗组胺及对 **Q** 受体的作用也很重要，可能也有稳定细胞膜使感觉麻木及类似抗癫痫剂抑制激发的作用，以改善因疼痛引起的失眠和焦虑。因此，抗抑郁药可用于慢性疼痛伴抑郁时的治疗。

**4．人格因素**　一个人的人格，如性格、气质影响他们对疼痛的反应态度。自尊心强的人常表现出较强的疼痛耐受性。具有疑病、敏感、抑郁和癔病性人格特征的人对疼痛很敏感。用安慰剂常可减轻疼痛的人，多为易受暗示性的人格。

**Bandura** 的一项实验研究表明自我效能感可以减轻疼痛感并提高对疼痛的耐受。在此研究中，一组受试者接受了认知应付技巧指导，旨在提高对疼痛的耐受和对减轻痛觉有益的自我效能。同时采用了安慰剂组和空白对照组。研究表明试验组和安慰剂组在忍耐疼痛方面的自我效能提高。

慢性疼痛患者通常表现出与众不同的心理特征。通过明尼苏达多相人格问卷调查发现，患者疑病和抑郁分量表的得分更高。这个现象被认为对治疗具有尚未被揭示的某些重要意义。但有关这方面的研究存在着许多方法学上的问题。以至无法判断究竟是这些人格素质在疼痛出现之前就存在并对疼痛有影响呢？还是疼痛出现在前并导致了这些人格特征。因此，目前对于疼痛与人格之间的关系尚无一致的结论。

**5．注意因素**　临床观察发现，对疼痛的感觉与人的注意力集中的方向和程度密切相关。例如，当患者把注意力集中在自己疼痛的器官或组织时，则疼痛就会更加剧烈，而增强后的剧痛又会进一步使人把注意力集中在疼痛的部位上，如此形成恶性循环。相反，如果让患者把注意力转移，如关注他人、下棋、看书、听音乐、与病友闲聊等，可以减轻疼痛感受。又如，战场上拼杀的士兵、拳击比赛时的拳击家在受伤的时候，因其注意力集中在拼杀或比赛胜负上，可能感觉不到自己受伤或感到疼痛。当战斗或比赛结束，看到出血的伤口时，就会感到剧烈的疼痛。因此，可以通过转移注意的措施来调节疼痛。

**6．暗示影响**　暗示指通过某些信息，如语言、手势、文字、动作、药物等来影响当事人心理活动的特殊方式。

安慰剂是临床上常用的一种药物暗示。研究发现，癌症性疼痛的患者服安慰剂的镇痛有效率为 **42**％，手术后疼痛的有效率为 **39**％。**Beecher** 报告，手术疼痛服用吗啡的患者，

有 75%可解除疼痛。而 100 名术后患者要求用吗啡时，却给予安慰剂，结果有 35%的患者也解除了疼痛。因此，麻醉药物的镇痛作用中有一部分是心理上的暗示作用在起作用。

催眠的研究也表明，进行自我催眠或陷入瞑想状态的瑜伽者，可耐受疼痛刺激或不感到疼痛。人进入催眠状态时，大脑即处于既非清醒，又非睡眠的中间状态，其意识活动限制于狭窄范围，出现痛觉缺失、木僵状态，幻觉等行为变化。这可能是催眠暗示能提高对疼痛的耐受性的机制之一。还有的学者认为，暗示、安慰剂是通过意识的变化，刺激大脑有关部位神经元合成脑啡肽，从而收到镇痛的效果。

**7. 社会文化因素** 文化、教育、宗教、信仰等都会影响对疼痛的感受和耐受。例如，文明社会公众对分娩的恐惧可能是造成分娩痛的原因之一。佛教徒剃发为僧时，能耐受香火烧灼头皮的剧痛。有些人为了追求信仰和理想，能耐受一般人不能忍受的皮肉损伤和痛苦。

## 第三节 慢性疼痛的临床特征

### 一、急、慢性疼痛的身心反应特点

慢性疼痛与急性疼痛相互关联，两者在临床表现方面既有许多相同的或相延续之处，同时也存在许多显著的差别。表 16-1 列举了急性疼痛和慢性疼痛患者在主观体验、行为表现和生理反应三个方面的主要特点。

表 16-1 急性疼痛和慢性疼痛临床特征比较

| 类别 | 急性疼痛 | 慢性疼痛 |
|---|---|---|
| 病期 | 小于 3 个月 | 大于 3 个月 |
| 主观体验 | 焦虑、害怕、但对治愈有信心 | 专注于痛体验，抑郁、悲观、缺少兴趣、丧失信心 |
| 行为表现 | 求医、合作、减少活动、卧床休息、使用止痛药等 | 不断变换医生、使用药物，求助于宗教；或选择放弃，卧床时间多、社会生活中断、不再工作、依靠资助、药物成瘾多见 |
| 生理反应 | 内脏生理觉醒，心率快，局部或全身肌张力增高等 | 植物神经系统症状，体质和耐力下降，乏力、失眠，废用性肌萎缩等 |

### 二、与心理障碍相关的疼痛

在慢性疼痛的患者中，心理社会因素往往起重要作用。各种生物检测手段常不能发现躯体的器质性损害，或者虽然有某些损害存在但不足以解释疼痛的严重程度。这类疼痛与心理障碍有着密切关系。

**1. 抑郁性疼痛** 抑郁症常伴发各种疼痛，如 Diamond(1964 年)报道 423 例抑郁症，其中 84%有头痛。Cassidy(1957 年)报道 94 例抑郁症中，头痛者有 49 例、胸痛者有 36 例、腹痛者有 38 例、背痛者有 39 例、关节痛者有 30 例、肢端疼痛者有 25 例，显著高于健康对

照组。Merskey 等(1967 年)报道 85 例抑郁症中 48 例有疼痛。说明抑郁症与疼痛关系密切。但值得注意的是，由于疼痛症状突出，可能将抑郁症疏漏，尤其是隐匿性抑郁症常被漏诊。

抑郁性疼痛的特点在于除各种疼痛的申诉外还有情绪低落、愉快感丧失、睡眠障碍、食欲下降、体重下降、精力减退以及抑郁性认知、消极自杀的观念或行为等。对止痛剂无效，对抗抑郁剂却有良好的效应。

**2．焦虑性疼痛**　焦虑能引起肌肉紧张收缩，特别是引起头颈部的肌肉收缩，因此焦虑是肌紧张性头痛的常见原因。肌紧张性头痛通常与情绪应激状态有关，常持续几天至几周，呈紧缩或重压感。焦虑也可引起心前区疼痛或背痛，常被疑有心脏病。

焦虑性疼痛特点除以头颈、心前区等部位多见外，还有以下几点：①情绪焦虑紧张，有无端的恐惧不安；②检查可见紧张的体征如肢端震颤、腱反射活跃、心动过速和瞳孔扩大等；③急性焦虑发作(惊恐发作)时可有过度换气，进而引起头晕，头痛、手足发麻、心前区不适等；惊恐发作常有窒息感、濒死感，每次发作 15～30 分钟；但患者此后常回避类似的引起发作的情境，如乘车、去商店或餐馆等。④焦虑性疼痛患者的亲属中可能有人患重病有类似症状而死亡，从而促使患者焦虑加剧，寻求帮助。

**3．“心因性”疼痛**　“心因性”疼痛主要包括癔症性疼痛和躯体形式的疼痛障碍，常有以下特点：

**(1)**突出征象是严重的慢性疼痛：可见于身体任一部位，但以头、颈、心前区和下背部为多，性质可从钝痛至锐痛，含糊而多变化。癔症转换型者常有疼痛、感觉麻木与软弱并存。躯体形式的疼痛则以持续、严重的疼痛为惟一申诉，不能用躯体疾病来解释。

**(2)**疼痛与神经解剖不一致：癔症性疼痛大多不局限于一处，也不限于某一神经支配区，不能以神经解剖知识去理解。如疼痛可从面部开始，沿头部两侧扩散至背部，穿过三叉神经支配区域到达上颈神经支配区域，其性质、强度时时改变，与注意和暗示有密切关系。疼痛申诉明显夸大，没有器质性损害的证据。

**(3)**心理因素是引起疼痛的原因：至少有下述情况之一：①有心理社会应激因素存在，并与疼痛的出现或恶化有关；②疼痛能使患者回避某些对他不利的事情；③疼痛能使患者得到某些社会支持，或取得经济补偿，否则将得不到这些利益。

**4．疑病性疼痛**　疑病症患者可诉说胸痛、腹痛，担心患重病，虽经各种检查显示正常和医师的解释保证，其疑虑仍不能消除，常常同时有抑郁情绪存在。

**5．幻觉妄想性疼痛**　精神分裂症者偶尔诉说疼痛，这种疼痛可能与幻觉或妄想有关，称为幻觉妄想性疼痛。例如，患者说胸痛，声称是某处发出的电波刺激其胸部所致。

## 第四节　临床干预策略

### 一、慢性疼痛的评估

#### （一）疼痛的综合评估

疼痛的综合评估主要通过观察、访谈和检查等手段，详细、全面、系统、重点地采集疼

痛病史和相关资料，下面是疼痛综合评估的几个重点。

**1．疼痛的诱发因素与起病情况**　许多疼痛有明显的诱发因素，如功能性疼痛在潮、湿、凉的环境中易发病；神经血管性疼痛在精神紧张及缺氧时易发病；偏头痛易在月经前发作。韧带损伤及炎症在某种体位时疼痛明显加重，有明显的压痛点。

应注意发病开始的时间，最初疼痛的情况，如有无外伤，外伤时的体位及部位等，对判断起病原因及部位有重要意义。如睡眠后开始的颈部疼痛常为颈部肌肉痉挛，或落枕、颈椎病等。

**2．疼痛的性质**　疼痛是一种主观感觉，对疼痛性质的表述受多种因素的影响，包括患者的文化素质、疼痛经历。因此，患者常对疼痛表述不清，或找不到恰当的词语来形容，但是疼痛的性质对诊断具有重要的意义，例如：软组织内血肿、脓肿、外伤后水肿为局部胀痛或跳痛；酸痛多为肌肉组织的功能性疼痛；神经受压常引起放射痛；晚期肿瘤疼痛多呈部位固定、持续性且逐渐加重；风湿痛多为游走性；神经痛为阵发性剧痛；血管痉挛性疼痛常有明显的间歇期，有时呈波浪形即时轻时重，并与诱发因素有关等。

**3．疼痛伴随症状**　疼痛的伴随症状较复杂，几乎每个剧烈疼痛病例均伴有烦躁不安、心率增速、呼吸加快、瞳孔缩小等交感神经兴奋等症状。常见的伴随症状还有：头痛时伴头晕、恶心、呕吐、视物模糊、耳鸣、鼻塞等；颈痛伴手麻、腿软、眩晕、心慌等；腰痛伴泌尿系、生殖系或消化系症状等。绝大多数疼痛患者都存在不同程度的恐惧、愤怒、抑郁、焦虑和孤独等心理障碍。

**4．其他**　过去史、家族史、婚姻史、感染史、肿瘤史及手术史、应用激素史、疼痛的诊断及治疗过程、效果等都应当引起重视。

（二）常用疼痛评估量表

**1．0～10 疼痛数字评定量表(Numeric Rating Scale，NRSl0)**　此法采用 0～10 共 11 个点评定疼痛程度，表示从无痛到最痛(图 16-1)，称之为 NRSl0。此表既便于医务人员掌握，也容易被患者理解，可指导患者自己评定。

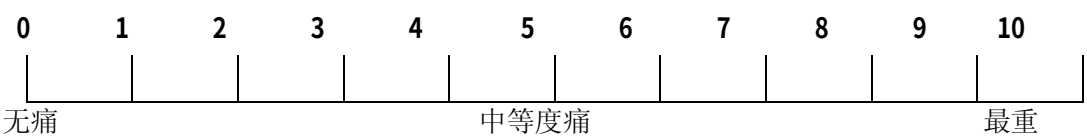



图 16-1 0～10 疼痛数字评定量表(NRSl0)

疼痛数字评定量表还有另一形式，是采用 0～100 共 101 个点评定疼痛，简称 NRSl01。0 为无痛，100 为最痛(图 16-2)。本量表对疼痛的表述更加精确，主要用于疼痛的临床研究和镇痛药研究领域。

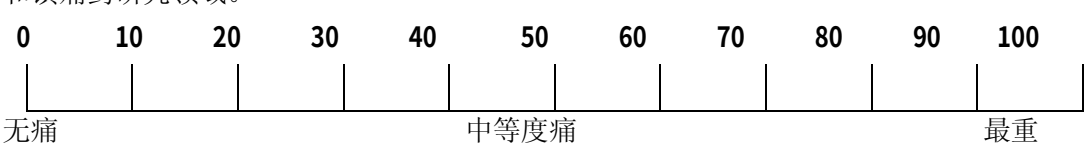



图 16-2 0～100 疼痛数字评定量表(NRSl01)

**2．0～5 疼痛语词评定量表(VRS-5)**　此方法是加拿大 Mcgill 疼痛量表的一部分，采用

0～5 级评分，每个分级都有对疼痛程度简洁扼要的语词描述，容易被医务人员和患者理解和应用。

0 级：无疼痛

1 级：轻度疼痛：可忍受，能正常生活睡眠

2 级：中度疼痛：轻度干扰睡眠，需用止痛药

3 级：重度疼痛：干扰睡眠，需用麻醉止痛剂

4 级：剧烈疼痛：干扰睡眠较重，伴有其他症状

5 级：无法忍受：严重干扰睡眠，伴有其他症状或被动体位

**3. 疼痛对活动和睡眠影响程度的简易评估表** 与疼痛数字评定量表形式相同，采用 0～10 共 11 个点评定疼痛对活动和睡眠影响程度，0 表示无影响，l0 表示重度影响(图 16-3)。此表容易被医务人员和患者理解和应用。

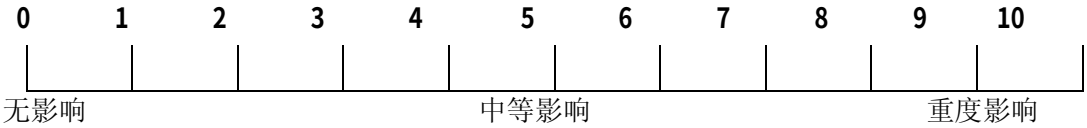



图 16-3 疼痛对活动(睡眠)影响程度的简易评估表

## 二、心理干预原则、目标与措施

由于大多数疼痛都有组织损伤或躯体病变基础，因此疼痛干预重点首先在于治疗损伤或疾病，对此，主要采取生物医学治疗方法，如药物、外科手术治疗等措施。

但是，疼痛不仅是由生物学损伤引起，还与心理因素和社会因素密切相关，特别是某些慢性疼痛。所以，对于疼痛的干预应从生物、心理和社会多方面进行。以下是心理干预的基本原则、目标和方法。

（一）心理干预的基本原则

**1.** 一旦诊断明确，对慢性疼痛患者应进行有关疼痛和行为因素关系的心理指导，帮助患者改变某些不正确的认识，提高其治愈的信心，并尽可能征得患者的赞同和配合。

**2.** 将止痛药物改成按时间定时服甩，改变患者原有的按疼痛发作对症用药的习惯。这是为了阻断疼痛体验和药物使用两者之间的强化关系。

**3.** 鼓励患者逐渐恢复正常活动，反复向他解释减少活动对疼痛的负强化原理，增加活动则对各方面都有积极意义。

**4.** 教育患者家属懂得，患者在恢复活动过程中出现时好时坏的痛苦症状是一种正常现象，不能大惊小怪，要有耐心，不要给予过多的关注和同情，以阻止对疼痛症状的社会性正强化作用。

（二）心理干预的基本目标与措施

疼痛心理干预的基本目标在于帮助患者了解缓解疼痛的途径和方法，学习并利用必要的调节疼痛的技巧，控制疼痛，减轻疼痛带来的痛苦，最大限度地恢复日常功能并重返工作岗位，重新从日常活动中获得满足和愉悦。表 16-2 是慢性疼痛心理干预的基本目标和措施。

表 **16-2**　慢性疼痛心理干预的基本目标与措施

| 干预目标 | 基本措施 |
| --- | --- |
| 增加对疼痛的理解和认识 | 教育患者，使他或她了解有关疼痛的一些关键概念，诸如急性疼痛与慢性疼痛，保守的药物干预，以及用药的适宜性、心理干预方法、体育锻炼的作用和自我调节技术等等。 |
| 监控疼痛 | 要求患者记疼痛日记，记录疼痛每天发生的时间、地点、他或她在做什么、严重程度及做什么能缓解疼痛。与患者一起分析疼痛日记，以提高他或她对疼痛的性质、诱因的理解以及知道什么样的干预措施似乎总能有效地缓解疼痛。 |
| 让患者遵循疼痛治疗或心理康复程序的安排 | 给患者提供有关治疗疼痛或康复计划方面的信息，并协助他或她做出最有利于自己的决定。<br>设法使患者口头承诺配合主治疼痛的专家或头痛门诊或心理康复的治疗工作。<br>让他或她签订一个适当的协议，准许治疗师了解有关治疗程序的最新进展情况，以便治疗师与之配合治疗。 |
| 在实践中运用放松技术，以减轻肌肉紧张，降低疼痛程度。 | 教给患者放松技术，例如，学习使用呼吸调节、言语诱导、渐进性肌肉放松方法。<br>鼓励患者每天使用放松训练的录音、录像磁带等进行放松训练。向患者推荐适合他或她训练的指导读物。<br>向患者推荐或让患者接受生物反馈训练，以提高其放松技术。 |
| 利用瑜珈术和(或)冥想技术，减轻紧张和疼痛 | 让患者参加初级瑜珈训练班。<br>要求患者阅读有关冥想方法的读物，学习在日常生活中运用冥想技术。 |
| 将体育锻炼列入日常生活的一部分 | 帮助患者认识进行有规律的体育锻炼的必要性。然后鼓励他或她每天都进行体育锻炼并监控锻炼的结果。不断鼓励患者保持这种生活规律。<br>让患者参加运动俱乐部或求助于运动治疗师，根据他或她的个人条件设计一个适合他或她的训练项目。 |
| 改变对疼痛的消极态度，培养积极的生活态度 | 让患者正视自己对疼痛的消极态度并帮助他或她采取一种更为积极的、富有建设性的态度。<br>帮助患者逐渐具备从日常生活中发现幽默的能力。运用幽默磁带和录像、讲笑话、每周安排患者看一到两场喜剧电影等方法来促进其心胸开朗。 |
| 增加自信行为的出现率，使患者更为主动地调节自己的生活 | 培养患者的自信，例如参加一个自信训练小组活动，通过听课和做作业，使患者受教育，促使他或她掌握自信技术。 |
| 发现非理性的，消极和抑郁的负性的自我言语，用积极和理性的语言替代 | 给患者布置作业，要求他或她阅读认知行为治疗的自助书籍，在治疗师指导下，帮助患者识别他或她的非理性的，消极和抑郁的负性的自我言语，歪曲的自动思维。学习用积极的、理性的思想代替消极的、歪曲的思想。 |
| 培养健康行为方式 | 要求患者列出一系列愉悦身心和促进健康的活动，然后和治疗师一起拟定活动计划，增加愉悦身心和促进健康活动的频率，让每一天都充实和有意义 |

## 三、心理干预基本方法

**1. 认知行为方法** 疼痛的认知行为理论认为：疼痛是以期待和信念为认知中介的。对疼痛的信念、评价，以及应对策略的正确与否都对疼痛的发生、发展及表现形式产生重大的影响。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、思维阻断法和注意力分散技术是认知策略中常见的治疗方法。临床研究证明，凡能减轻焦虑、紧张、抑郁、恐惧情绪的心理措施，都可能有效地减轻疼痛。首先，医护人员要耐心倾听患者对疼痛的诉述，给他们以充分宣泄表达的机会，充分理解患者的心情、对疼痛性质的认知及他们产生焦虑、恐惧、抑郁的原因。其次，要同情、尊重患者，建立信任、合作的医患关系，在充分信任、接纳的基础上，向患者解释其病情、疼痛的原因及规律，并以身心统一的观点解释心理因素可引起或加剧疼痛，也可减轻和消除疼痛。第三，教育患者采用抑制法、分心法、行动转移法、释放压抑的情绪转移法和自我调控法等，改变消极的情绪为积极的、乐观的情绪来减缓疼痛。

**【专栏 16-1】**

**自 我 控 制 法**

自我控制法属于认知行为矫正疗法，对于具有比较强烈的求治动机和积极配合治疗的慢性前期疼痛患者比较有效。自我控制法以自我松弛训练为核心，要求患者学会控制自己特征性的主观、行为和生理反应模式。此法可在门诊进行，总计需 2 个月左右时间，以后还必须定时随诊。下面例举美国杜克大学采用的一套自我控制法内容。

(1)渐进性松弛训练：患者先学会利用这一技术，放松全身肌肉，以后通过泛化作用在站立、行走或工作时也能自主地放松。肌肉放松训练的结果可使患者疼痛性肌痉挛的可能性减少。此法早期也可结合予门诊生物反馈。

(2)自我催眠和认知行为疗法：使患者学会直接改变对疼痛的体验和对疼痛的认知评价，减少对疼痛的注意。

(3)刺激控制和自我奖励：通过控制各种能引起疼痛体验的社会环境因素，以及对良好行为的不断奖励，使患者改变诸如缺少运动和过分依赖药物等疼痛行为。

**2. 行为疗法** 疼痛的行为理论认为：疼痛行为是受奖励或厌恶原则的支配，疼痛、焦虑和恐惧都是患者通过学习而获得的行为。患者通过诉说疼痛而得到很多“益处”，如可以不工作而休息，可以得到家人和同事的关心和照顾。这些“益处”便成为一种奖励，通过强化而加强了疼痛性操作条件反射，因此可用行为疗法来治疗

疼痛。行为方法包括对意外事件的处理、自我监测、自我奖赏和社会奖励等减少与疼痛有关的行为模式。医务人员经过细心观察，发现并去掉所有强化患者疼痛行为的因素，对患者忽视疼痛的行为予以奖励，对其原有重视疼痛的行为不予理睬，重新塑造忽视疼痛的行为，可以使患者的疼痛行为减轻或消失。以下是美国杜克大学采用的一套方法：

**(1)**基础观察：为时一周，主要是掌握患者的各种特殊症状表现，找出各种强化因素。医护人员和患者同时定时评定和记录患者的疼痛行为，包括疼痛发作时间、部位、体位、主诉、卧床时间和良好行为因素等。

**(2)**交谈：在基础观察期后和开始治疗之前，医生通过与患者交谈告诉患者有关治疗原理和具体内容。但患者往往在认识上改变不多，对治疗原理不信服。即使这样，治疗同样开始。

**(3)**实施治疗：为时四周。①在患者行为符合要求例如没有诉痛、表情平静、积极在病房里活动或与人交谈时，医护人员给以较多的注意、关心和鼓励，进行正强化；在患者行为不符合要求例如谈论或主诉疼痛、面容痛苦、按摩疼痛部位、卧床不动时，则不予理睬即不加强化使之消退。③将止痛药物混入其它药剂中，以每次相同的体积定时供患者服用，并且逐渐将混合药剂中的止痛药含量减少，直至其中不再含任何止痛药物。③要求患者达到有 **40**%时间外出活动的目标，以后目标逐渐提高，并要求参加病房组织的娱乐活动。

**(4)**门诊继续治疗：在门诊，要求患者每天记录行为活动，包括站立、行走、坐、靠、卧的时间，并为其制订活动目标。开始每周门诊一次，以后逐渐减少。

**3．暗示和催眠疗法**　暗示和催眠疗法可以改变人的心理状态，调节人的行为和机体的生理机制，达到止痛的目的。

传统上把暗示和催眠看作是一种意识改变状况，类似于出神状态。这种状况下，个人的感觉会戏剧般地从现实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、和认知重建。

**4．生物反馈疗法**　生物反馈治疗是在行为疗法的基础上发展而来，通过训练患者学习、利用反馈信息调整或控制自身的心理活动，以达到治疗疾病的目的。例如，肌电生物反馈用于治疗紧张性头痛的原理是，头痛源于肌肉紧张，如果减轻了肌肉紧张，头痛即可缓解。人体内各种活动是由自主神经系统支配，个体是不能随意控制的，生物反馈疗法是借助仪器，使患者感知平时觉察不到的自身生理变化信息予以记录，经放大处理显示出来，使患者用意念去控制如肌电、皮肤电、皮肤温度等生理变化，使之恢复正常，消除由此产生的疼痛。生物反馈疗法对紧张性疼痛、偏头痛、背痛、腰痛等的效果较好。

**5．应对策略训练**　从应付应激发展来的应对策略训练结合了认知技术和行为技术，常用于慢性难治性疼痛。**Fordyce** 提出了基于小组的操作性方法，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，配合夫妻间的直接交流和完成某些行为目标，如进行有规律的体育锻炼。每周进行 **2** 小时会谈，共 **8** 周。分别在治疗前、治疗后和结束后 **6** 个月及 **12** 个月进行评估。结果表明患者在疼痛问卷评分、疾病影响概况评价以及观察者对患者疼痛行为的评分都有明显改善。

（解亚宁）

# 第十七章　失　眠

失眠是睡眠障碍的一种常见类型，对健康的影响很大，失眠增加了意外和损伤、降低工作能力和效率，降低机体免疫力，对儿童青少年则可以影响其生长发育和学习能力，同时增加发生精神疾病和抑郁症的危险和医疗资源的消耗。所以预防和治疗失眠已经是全社会共同关注的健康问题。失眠症本质上是一种典型的心理生理综合征，是临床上最常遇见的心身问题之一。

## 第一节　概述

### 一、睡眠生理

几乎所有的动物都毫无例外地要睡眠，从最古老的动物如针鼹，到最高等的人类，但有许多不同，如睡眠的习惯不同，人的一生约有 **1／3** 的时间是在睡眠中度过的。不同年龄所需睡眠时间不一样，不同的个体差异也相当大。正常人每隔 **24** 小时即有一次觉醒（**wakefulness**）与睡眠（**sleep**）的交替，二十世纪 **60** 年代以来，借助于成熟的电生理学技术，为睡眠的科学研究奠定了基础，但关于睡眠和梦的许多问题仍然不清，有待于进一步深入研究。

**1. 睡眠-觉醒周期**　睡眠-觉醒周期是生理节律（**circadian rhythm**）之一，根据脑电图、眼动电图和肌张力的变化特征，人的睡眠可以分为两种类型：非快速眼动睡眠（**non-rapid eye movement sleep**，**NREM**）和快速眼动睡眠（**rapid eye movement sleep**，**REM**）。非快速眼动睡眠又分为四期，这四个时期是从有睡意到深度睡眠的过程，包括入睡期、浅睡期、中睡期和深睡期。在快波睡眠中被唤醒后，**80%**以上的人报告正在做梦，而且梦境生动鲜明、知觉性强，尤其视知觉突出。在非快速眼动睡眠各期中被叫醒后，只有 **10%～15%**左右报告有梦，慢波睡眠更多的是思维类型，思想多于景象。人的每夜睡眠大约由 **4～6** 个非快速眼动睡眠和快速眼动睡眠周期交替变换组成，整个睡眠过程的每个睡眠周期中的非快速眼动睡眠和快速眼动睡眠都不是前一个周期的简单重复，成年人典型的夜晚睡眠时间分配：快速眼动睡眠占全部睡眠时间的 **25%**，非快速眼动睡眠 **1** 期

占 5%，2 期占 50%，3、4 期占 20%（图 17-1)。

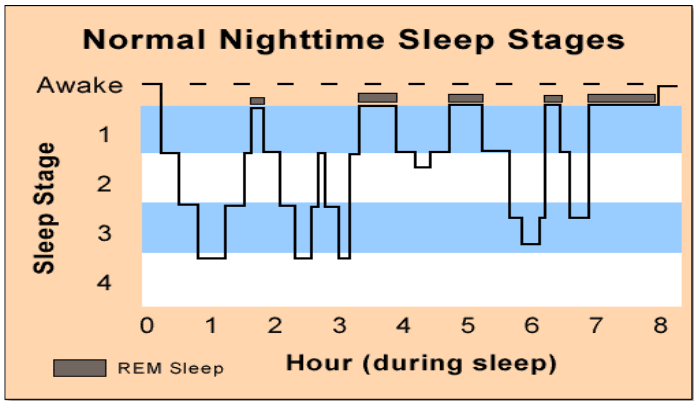



图 17-1　正常的睡眠节律

**2．睡眠的功能**　睡眠是生物机体的本能行为之一，与饮食行为、性行为和防御攻击行为相比，对维持种族延续和个体生存具有同等重要意义。非快速眼动睡眠 1-4 期过渡中，全身肌张力逐渐降低，心率和呼吸逐渐变慢，体温和脑温降低，血压下降但脑血流量较清醒安静时为多，胃肠蠕动增加、胃液分泌量增多，闭眼、缩瞳，发汗功能有所增加。脑下垂体分泌的生长激素和促肾上腺皮质激素以及肾上腺分泌的肾上腺皮质激素比白天清醒时增多，特别是生长激素在睡眠 4 期分泌达高峰，说明非快速眼动睡眠与生长发育和体力恢复有关。快速眼动睡眠出现许多特异的生理变化。体温仍较低，但脑的温度、脑血流量、脑耗氧量迅速增加，心率、血压、呼吸出现爆发式变化，甚至一些支气管哮喘患者可突然发作哮喘，心脏病人也可能发作心绞痛，高血压病人发生脑出血。内分泌活动的特点是生长激素分泌迅速降低，性腺和肾上腺皮质分泌活动增加，男子阴茎勃起、遗精，女性阴道壁充血、分泌物增多。

睡眠的作用概括起来大体上有以下几方面：①消除疲劳，恢复体力；②保存能量；③适应生态的需要；④促进身体生长和脑的发育；⑤对记忆的影响。

**3．良好睡眠的标准**

⑴入睡快，一般在 10 分钟内入睡；

⑵睡眠深，呼吸深长而不易被惊醒；

⑶无起夜或很少起夜，无惊梦现象，醒后很快忘记梦境；

⑷起床快，早晨起床后精神状态良好；

⑸白天头脑清醒，工作效率高，不困倦。

## 二、失眠的概念

多长时间的睡眠才足够？有些人每晚睡 5 个小时就感觉很好，有些人睡了 8 小时仍不够。不同年龄和不同个体睡眠的需要量很不一样，婴儿每天平均睡眠时间要超过 16 小时，小学儿童要睡足 10 小时，12～17 岁的少年约需 9 小时，青年期约需 8 小时左右，成人每天应有 7～8 小时的睡眠，老年人的睡眠为 5～7 小时。在成年人阶段，每个人都稳定在自己特有的睡眠习惯上，进入老年期后，睡眠时间逐渐减少，但也有一部分人始

终不变，或者反而有所增加。因此判断失眠不仅仅从睡眠时间，还要看睡眠的质量以及醒后体力和精力的恢复情况。

“失眠”一词严格意义上是指无法入睡或睡眠完全缺失。通常指入睡困难、夜间易醒并且再次入睡困难、次日早醒、维持睡眠时间少；次日常表现为醒后疲惫、日间警觉性降低、精力不足、认知和情绪行为等方面的功能障碍。失眠者对睡眠时间、睡眠效率和睡眠质量不满意，并且影响白天社会功能的一种主观体验。

有关失眠的定义很多研究人员都作了相关的解释。**Rosekind(1992)**认为，失眠有两个基本要素：①正常睡眠被扰乱；②睡眠扰乱对患者白天的活动具有明显的不良影响。有些患者如阻塞性呼吸暂停**(OSA)**可无失眠的感受和主诉，但患者常伴有日间瞌睡或疲劳，多导睡眠图也呈现失眠的特征。因此，将主观的失眠感受同失眠所致的不良后果**(**疲劳、注意力下降、打盹等**)**及客观检测**(**多导睡眠图等**)**相结合，将更有助于给失眠症下一个确切的定义。

按照 **ICD-10**，失眠定义为**:**①有入睡困难、保持睡眠障碍或睡眠后没有恢复感；②至少每周 **3** 次，并持续至少 **1** 个月；③睡眠障碍导致明显的不适或影响了日常生活；④没有神经系统疾病、系统疾病、使用精神药物或其他药物等因素导致失眠。

中医学称失眠为“不寐”、“不得眠”、“不得卧”、“目不瞑”，指机体内在气血、脏腑功能失调，导致经常性睡眠时间不足，不能获得正常睡眠为特征的一种病证，常表现为睡眠时间、深度的不足以及不能消除疲劳、恢复体力与精力，轻者不易入睡，或睡中反复苏醒，或早醒不能够再睡，或睡而不酣，甚者彻夜不能入睡。中医认为人的睡眠过程是五脏六腑功能协调、气血畅达的结果，其中尤与心、肝、脾、肾关系密切。失眠的发生系机体内伤七情、外感六淫、饮食不节、年迈病后或者禀赋不足等多种原因，引起脏腑机能失调，营卫失和，阳不入阴，神机紊乱所导致。叶天士在《临证指南医案》中把失眠的病因病机进行了归结：“不寐之故，虽非一种，总是阳不交阴所致。”

失眠的发生率相当高，据世界卫生组织统计，发达国家人群失眠发生率为 **29**%，在普通人群众约 **10%**的人存在慢性失眠，我国 **2006** 年世界睡眠日在京、沪、穗、宁、蓉、杭六城市普通人群中同时进行失眠情况调查，平均六成成年人在过去的 **12** 个月内有失眠症状。

## 第二节　心理社会病因

失眠的原因有心理、生理和多种因素并存。以下包括一过性失眠**(**日常生活中的正常现象**)**与长期失眠的原因。

### 一、心理因素

心理因素约占失眠原因的 **35**%—**44**%。归纳起来，心理原因可分为以下几种：

**1.怕失眠心理**　许多失眠者都有“失眠期待性焦虑”，由于某种原因一过性失眠，接下来晚上一旦上床就担心睡不着，或是尽力去让自己快入睡，结果适得其反。

**2.梦有害心理**　不少自称失眠的人，不能正确看待梦，认为梦是睡眠不佳的表现，对人体有害，甚至有人误认为多梦就是失眠。这些错误观念往往使人焦虑，担心入睡后会再做梦，

这种“警戒”心理，往往影响睡眠质量。

**3.自责心理** 有些人因为一次过失后，感到内疚自责，在脑子里重演过失事件，并懊悔自己当初没有妥善处理。白天由于事情多，自责懊悔情绪稍轻，到夜晚则“徘徊”在自责、懊悔的幻想与兴奋中，久久难眠。

**4.期待心理** 是指人期待某人或做某事而担心睡过头误事，因而常出现早醒。比如一位“三班倒”的网站管理员，由于上大夜班(夜里 12 点上班)，常于晚 7 时睡觉，因害怕迟到，睡得不踏实，常常只能睡上 1-2 小时，就被惊醒，久之便成了早醒患者。也有的人在晋升、职称评定、分房结果快要公布前，往往也处于期待兴奋状态，难以入睡。

**5.童年创伤心理的再现** 有的人由于童年时受到丧失父母、恐吓、重罚等创伤而感到害怕，出现了怕黑夜不能入睡的现象，随着年龄增长逐渐好转，但成年期后，由于受到某种类似儿童时期的创伤性刺激，就会使被压抑在潜意识的童年创伤性心理反应再现，重演童年时期的失眠现象。

**6.手足无措心理** 有的人受到突发事件刺激后，不能做出正确的反应，手足无措，不知如何是好，以致晚上睡觉时也瞻前顾后，左思右想，但始终处于进退维谷、举旗不定的焦急兴奋状态。

**7.易感人格特征** 个性特征因素也是重要的失眠原因。失眠症患者大多数对自身睡眠不满意，对失眠常夸大其辞，并对自我评估睡眠的意念坚信不移。通过研究发现失眠症患者的上述问题有明显的人格因素。如经常“内化心理冲突”造成慢性焦虑、抑郁情绪反应；过度疲劳或紧张、敏感、急躁，或对健康过度关心、躯体转化症状较多的疑病特质；内向、多思虑、缺乏自信、优柔寡断且睡眠量少等易感人格特征。

**8.情绪问题** 与此同时有研究报告表明，以抑郁为主的情绪问题可能是 70％失眠的真正原因。

**9.失眠的慢性化** 使一过性失眠演变为慢性失眠的原因，除去客观环境因素以外，很重要的一点是心理因素，包括对睡眠的不合理信念和态度、非功能性的睡眠行为和夜间情绪焦虑等。统计显示慢性失眠症组与睡眠正常组比较有更多的对睡眠的不合理信念、非功能性睡眠行为和夜间情绪问题。对睡眠怀有恐惧心理，担心失眠而造成的恶性循环，如怕睡不着，怕做恶梦，怕睡中发病，怕一睡不醒等，这些恐惧心理可引起或加重失眠。特别值得注意的是，个人的不良暗示是失眠长久不愈的重要心理因素。

## 二、生物和环境因素

**1. 生理因素** 过饥、过饱，过度疲劳，性兴奋等都可引起失眠。

在生理机制方面，近年来研究发现，失眠者 40％为老年人(其中 35％被诊断为失眠症)。老年人由于大脑中掌管睡眠“生物钟”的松果体老化、分泌减少，致使睡眠能力减弱，表现为入睡困难、深睡眠期减少、夜间醒觉次数增多、早醒、常感睡眠不够、白天有疲乏感伴有短暂小寐。中青年的失眠也可因松果体内分泌紊乱所致。

失眠也存在一定的遗传倾向。

**2. 疾病因素** 许多躯体疾病如心脏病、肾病、哮喘、溃疡病、关节炎、骨关节病、肠胃病、高血压、睡眠呼吸暂停综合征、甲状腺功能亢进、夜间肌阵挛综合征、不宁腿综合征、

脑疾病等。特别是伴有疼痛、瘙痒、咳嗽、腹胀、便秘、多尿、尿潴留、哮喘、吐泻、进食问题等躯体不适或某些躯体疾病的都容易引起或加重失眠。

各种精神障碍如精神分裂症、抑郁症、躁狂症、神经症以及其他各种精神疾病等，都常伴随失眠症状。

**3．环境因素** 乘坐车、船、飞机时睡眠环境的变化；生活习惯的改变、更换住所、睡眠环境嘈杂，光线过强，湿度过大，卧室温度过低、过高，床铺过软、过硬，蚊虫叮咬等不能适应均可引起失眠。

**4．生活节律因素** 睡眠—觉醒节律紊乱如乘飞机作洲际旅行时的时差反应，工作中的倒夜班，流动性质的工作等，也是失眠的原因之一。其他还包括白天睡眠过多、白天生活的影响、自幼不良睡眠习惯(作息无规律、躺在床上胡思乱想)等因素。人的生活习惯如“动力定型”，对规律性睡眠、觉醒交替是很重要的。养成定时入睡、定时起床的人，生活习惯很规律，便会形成条件反射性入睡，即形成“动力定型”，一旦打破“动力定型”便会失眠。

**5．生物药剂因素** 如饮茶、喝咖啡、喝可口可乐饮料；服用中枢神经兴奋剂以及长期依赖酒精、镇静安眠药，一旦停药后戒断反应便可能发生失眠。某些用于治疗其他疾病的药物，如抗癌药、抗癫痫药、口服避孕药、甲状腺制剂、糖皮质激素等也可以影响睡眠。

**6．中医观点** 心脾两虚、阴虚火旺、心胆气虚、痰热内扰、肝郁化火、淤血阻络等证型可引起失眠症。

## 第三节 身心反应特点

失眠通常是一种症状，可以是原发的，也可以继发于各类疾病，后者原发病不同，症状表现也很不同，这里描述的心身反应主要指原发性的。一过性失眠可以不影响心身健康，但慢性失眠是一种亚健康状态，常伴有精神疲乏、头昏、头痛、记忆力减退、心慌、出汗、易激动以及情绪低落、感情脆弱、性格孤僻等一系列病态反应。日久，会使大脑兴奋和抑制的正常节律被打乱，出现神经系统的功能性疾病，危害心身健康。

### 一、失眠的身心反应

**1.降低工作能力和生产力** 失眠明显影响工作效能和生活、学习质量，甚至危及特殊作业人员的生命安全，如高空作业人员和竞技体育人员等。美国的 **Ancoli-Israel S** 于 **1991** 年进行的失眠与日间功能的关系调查指出，失眠导致患者的注意力不集中、记忆下降；认知功能受损；工作能力下降，学习效率及创造性思考力也会显著减退；人际关系的满意度受损是影响患者社会功能的主要因素。

**2.影响生命质量** 失眠的持续时间与生活质量的损害程度呈正性相关。德国的 **Haiak G** 等人调查发现，重度失眠患者生活质量的总体评估结果中自评为生活质量高者只有 **28**%，自评为差者占 **22**%；而对照组的相应结果为 **68%**和 **3**%。从不同群体来说，慢性失眠对于女性的生活质量的影响较男性更明显，青少年的影响比成年群体大。

**3.增加精神心理疾患** 甚至造成自杀和家庭伤害，**Lcger D** 于 **2001** 年调查了 **240** 名严重失眠患者和 **422** 名轻度失眠患者，与 **391** 名正常睡眠人群比较发现，在一般健康状态和生活质量调查问卷的情绪维度比较中，失眠患者的情绪维度评分的下降程度与失眠的严重

程度呈正相关。**Thomas Poth** 等人在一项长达 **3.5** 年的随访研究发现，失眠人群中抑郁症的发生率达 **16**%，而对照人群不到 **4**%。**2006** 年的世界睡眠日活动中美国睡眠协会主席 **ThomasRoth** 教授在作睡眠研究新进展报告时说，目前已经证实失眠是导致抑郁症的一个重要的危险因素。

**4.增加意外的发生** **Baiter** 等**(1992)**报道长期失眠者严重意外事故、外伤的发生率较正常对照组增高。美国“挑战者”航天飞机爆炸、三里岛核电站泄漏事件、前苏联切尔诺贝利核电站爆炸事故，以及数以千计的车祸事故，均与操作者失眠或缺睡有关。

**5.失眠降低自然杀伤细胞的活性** 人体长期睡眠不足或处于紧张状态会使白细胞数量减少，免疫功能明显降低，从而对健康产生严重不良影响。

**6.增加医疗资源的消耗** **Benca Rm** 指出，慢性失眠患者的躯体疾病和精神障碍的患病率比一般人群高；卫生资源的利用率更高。**Hind T** 于 **1998** 年用与健康相关的生活质量问卷**(HR-QOL)**随机调查社区医疗保健系统中的 **1100** 名个体和 **400** 名普通门诊患者后指出，慢性失眠患者患躯体疾病比例和医疗费用开支高于非失眠群体；急诊求治和咨询医生、自购药物的比例高于正常睡眠人群。

**7.易引起心身疾病** 慢性失眠被认为是高血压、冠心病的诱因之一，参与心血管病的病理生理过程，长期睡眠不足会使神经内分泌的应激调控系统被激活并逐渐衰竭而发生调节紊乱，病理解剖发现，长期睡眠不良者的血管硬化明显，口径变窄，严重影响供血而使一些器官的功能发生障碍，机体的各类代谢产物不能及时排出体外。

不论失眠及伴随症状多么严重，一般地说，失眠只是大脑的兴奋和抑制暂时失去平衡的表现。尽管失眠也常常是某些疾病的伴随症状，但失眠本身并不能反映身体内部有什么器质性病变，更不会转变为精神病或其他疾病。

## 二、常见的失眠类型与心理反应

失眠的分类标准很多，常用的包括：中国精神疾病诊断分类第 **3** 版（**CCMD-3**）、美国精神疾病分类与诊断标准第 **4** 版（**DSM-Ⅳ**）、国际疾病分类第 **10** 版（**ICD-10**）和国际睡眠障碍分类**(ICSD)**。

**1.根据临床表现形式分类**

（**1**）入睡困难型（**onset insomnia**）：表现为上床后久久不能入睡，入睡时间大于半小时。这类失眠者害怕夜幕降临，害怕上床休息，就寝前后表现烦躁、焦虑、辗转反侧难以入睡，并经常性考虑如何得到充足的休息，过多考虑个人问题、健康状况以及失眠引起的不良后果。

（**2**）保持睡眠困难型（**maintenance insomnia**）：这类失眠表现为睡不安稳，夜间易觉醒，或觉醒后不能再入睡。从睡眠实验室研究中发现，这类失眠者在一夜中的觉醒时间达 **15～25%**，是睡眠正常者 **3-5** 倍（睡眠正常者夜间觉醒时间约 **5%**），且非快速眼动睡眠的Ⅲ、Ⅳ期明显减少，故醒后多感体力恢复不佳。

（**3**）早醒型（**termination insomnia**）：表现为清晨觉醒过早，比正常睡眠时早醒 **2-3** 小时，醒后不能再入睡。

**2.根据病程分类**

（**1**）一过性或急性失眠：失眠时间短于 **1** 个月。

（2）短期或亚急性失眠：失眠时间大于 4 周短于 6 个月。

（3）长期或慢性失眠：失眠时间大于 6 个月。

**3.根据严重程度分类**

（1）轻度失眠：偶尔发生，对生活质量影响少。

（2）中度失眠：每晚发生，中度影响生活质量，伴一定症状（易激惹、焦虑、疲乏等）

（3）中度失眠：每晚发生，严重影响生活质量，伴明显症状（易激惹、焦虑、疲乏等）。

**4.根据国际睡眠障碍分类**

（1）心理生理性睡眠：表现为失眠以及觉醒期的能力下降。由于过分注意睡眠问题而引起的失眠。存在阻碍水面的习得性因素：①强迫睡眠，既不能在预计时间内入睡，但在从事相对单调的活动时（如看书、看电视）则能入睡；②首夜颠倒效应：卧室或睡眠相关性活动成为条件型唤醒，即在卧室里无法入睡，而在沙发上、陌生的床上或没有睡前仪式性活动时水面明显改善。

（2）不良的睡眠卫生：表现为睡眠过多或过少。由于各种可诱发入睡困难的日常生活行为习惯导致睡眠紊乱，如就寝时间或起床时间不固定、午睡或卧床时间过多、睡前饮用咖啡饮酒或抽烟、睡眠环境不舒适、光线过强或温度不适宜、就寝前情绪兴奋或烦躁、注意力高度集中工作等。

（3）主观性失眠：主诉失眠但睡眠的时间和质量正常，是睡眠状态感知不良。坚信自己失眠，并能具体描述为入睡困难、睡眠不足或完全失眠，可有焦虑抑郁症状，但客观依据（如多导睡眠仪）显示睡眠时间和结构正常。

（4）特发行失眠：主诉失眠以及日渐工作能力下降。自婴儿甚至出生时开始，失眠病程长，常有家族史，无其他躯体疾病和精神疾病史。

（5）适应不良性失眠：主诉失眠或睡眠过多。与已知的急性应激事件有关，当适应能力提高或急性应激事件去除后症状消失。

（6）焦虑障碍相关性失眠：主诉入睡困难或易醒，常从梦中惊醒出现恐惧感，无法再入睡或不能持续睡眠。日间表现心烦意乱、易激惹和恐惧不安，以及焦虑伴随的躯体症状：如头痛头晕、尿频、出汗、心悸胸闷、气短、无力等。

（7）抑郁障碍相关性失眠：失眠同时突出表现抑郁心境和缺乏动力。常主诉高兴不起来、心情压抑、兴趣索然、孤独、易疲劳、注意力难集中、学习能力下降、对工作无热情和信心对未来悲观失望和自我评价过低，可伴有各种疼痛、心悸胸闷、食欲减退，晨起较重、下午减轻。失眠以早醒为多。

## 第四节　临床干预策略

### 一、失眠的诊断

**1.晤谈**　包括临床症状、睡眠习惯。着重了解以下情况：早期睡眠史、可能的病因（内科病史、神经精神疾病史、诱发因素）、临床症状（包括失眠表现、日间功能障碍情况和伴随的情绪改变）、睡眠习惯、既往治疗情况。

**2.量表测验** 失眠更多是一种主观感觉，因此对失眠的主观成分的评定非常重要。对失眠的主观评定主要是通过问卷调查的形式来进行的。这种方式能够提供关于失眠的多种信息，如失眠出现的时间、造成失眠的原因和主观上的不舒适感觉等，实际上有很多关于失眠的研究就是通过问卷调查的方式来进行的。目前对失眠评定较常使用的问卷有：匹兹堡睡眠质量指数量表、阿森斯氏失眠量表、睡眠损害量表、里兹睡眠评估问卷、睡眠个人信念和态度量表、睡眠行为量表等。这些量表主要用于评估睡眠质量、某些睡眠特征和行为、以及与睡眠相关的症状和态度。

**3.睡眠检测**

（1）多导睡眠仪（PSG）：PSG 是一种可以在整夜睡眠过程中，连续并同步地描记脑电、呼吸等 10 余项指标的检查方法，它由仪器自动分析后再经人工逐项核实，可以客观地、科学地、量化地记录和分析睡眠，了解入睡潜伏期、觉醒次数和时间、两种睡眠时相和各期睡眠比例、醒起时间和睡眠总时间等。PSG 检查结果被认为是诊断多种睡眠障碍的金标准，也可以为选择治疗方法和评价治疗效果提供重要参考信息。

失眠者大多数对自身的睡眠不满意，对失眠常夸大其辞，并对自我评估睡眠的意念坚信不移，国外报道失眠症患者对睡眠不满意在很大程度上与其有着过分估价自己睡眠障碍的倾向。一些做完睡眠多导图（**PSG**）检测的患者自诉当晚几乎彻夜难眠，但 **PSG** 提示他的入睡潜伏期、睡眠效率和觉醒时间与正常对照组一致，仅仅在睡眠觉醒次数，尤其是唤醒反应的增多，干扰了睡眠周期的正常转换，导致患者的睡眠结构紊乱，提示睡眠存在着主观感觉和客观存在的差异。由于 **PSG** 检查时，需要在受试者全身粘贴较多导联，干扰了睡眠，又人为地造成了失眠，往往难以被接受。**PSG** 不作为诊断的常规检查，但对某些睡眠疾病必须依靠睡眠多导仪检查。

（**2**）微动敏感床垫式睡眠监测系统：该睡眠监测系统无需安放电极或传感器即可对睡眠结构、呼吸波、心冲击图和体动等进行长时间连续检测，从而为无干扰地检测睡眠提供依据。已有研究证实，在判断呼吸时间、睡眠结构等方面，该系统与传统的 **PSG** 相比，有良好的相关性。

**4.非器质性失眠症的诊断标准**

⑴以失眠为唯一的症状，其他症状均继发于失眠，包括入睡难、睡眠浅、易醒、多梦、早醒、醒后再入睡难、醒后感不适、疲乏或白天困倦。

⑵具有失眠和极度关注失眠的优势观念。对睡眠数量和质量的不满引起显著的苦恼，白天社会功能受损，脑力活动效率下降，并可引起相应的情绪变化（如焦躁、疲乏）。

⑶每周失眠三次以上，至少持续一个月。

⑷排除躯体疾病和精神疾病所导致的失眠。

## 二、失眠的治疗

### （一）治疗目标与须知

失眠的治疗目标：①是建立良好的睡眠卫生习惯和正确地睡眠认知功能；教育患者学会控制与纠正各种影响睡眠的行为与认知因素；改变与消除导致睡眠紊乱慢性化的持续性因素。②是帮助患者重建较“正常”的睡眠模式；修复正常的睡眠结构；摆脱失眠的困扰。

失眠治疗须知：世界卫生组织(WHO)在睡眠问题的治疗指南中，给患者和家属提出的须知是：①处于应激状态或患躯体疾病时常常发生暂时性的睡眠问题；②正常的睡眠需要量差异很大，并且随着年龄的增加而减少；睡眠习惯的改善(不借助催眠药)是治疗失眠的最好方法；④如果担心睡眠困难会加重失眠；⑤乙醇可能有助于人眠，会导致睡眠不安及早醒；⑥兴奋性物质(包括咖啡和茶)能够引起或加重失眠，以上这些须知是治疗失眠的基础，也是应该强调的基本原则。

（二）失眠的非药物治疗

**1. 睡眠卫生教育** 睡眠卫生教育包括养成良好的睡眠卫生习惯，造就适当的睡眠环境，卧室温度适宜，光线不宜太强，环境安静，注意饮食适量，避免咖啡因、尼古丁，酒及药物等，日间适当的锻炼。

台湾学者张春兴对失眠者提出了十点建议：①首先建立信心；②安排规律的生活；③保持适度运动，但睡眠前应避免剧烈运动；④睡前放松心情；⑤设计安静的卧房；⑥使睡床单纯化；⑦睡前饮食适度；⑧睡前不要饮酒；⑨慎服安眠药物；⑩如以上建议不能生效，你仍应保持按时上床的习惯。如实在无法入睡，可起床做一些最不令人烦心的活动。

科学的睡眠卫生包括:①定时休息,准时上床,准时起床。无论前晚何时入睡,次日都应准时起床；②床铺应该舒适、干净、柔软度适中,卧室安静、光线与温度适当；③床是用来睡眠及性爱的地方,不要在床上读书、看电视或收听收音机；④每天规则的运动有助于睡眠,但不要在傍晚以后运动,尤其是在睡眠前 2 小时,否则反而会影响睡眠;⑤不要在傍晚以后喝酒、咖啡、茶及抽烟。假如存在失眠,应避免在白天使用含有咖啡因的饮料来提神；⑥不要在睡前大吃大喝,但可在睡前喝一杯热牛奶及一些复合糖类的饮料,能够帮助睡眠;⑦如果上床 20 分钟后仍然睡不着,可起来做些单调无味的事情,等有睡意时再上床睡觉；⑧睡不着时不要经常看时钟,也不要懊恼或有挫折感,应放松并确信自己最后一定能睡着;⑨如果存在失眠,尽量不要午睡,如果实在想睡,可小睡 30 分钟；⑩尽量不要长期使用安眠药,如有需要,应间断服用,原则上每星期不要超过 4 次。

**2. 认知治疗** 失眠者往往对对睡眠认知有偏差，患者往往以每天睡 8 小时作为睡眠好坏的标准；对失眠本身感到恐惧,过分关注不良后果,如把失眠与健康状况下降、美丽容颜丧失甚至死亡联系在一起；往往把治疗后的睡眠时间与质量与没有失眠时作比较,认为自己以前躺下即睡,直至天亮,而现在即使治疗了半个月,睡眠仅好了一点点,因此灰心丧气,焦急不安；失眠与应激有密切的联系。每个人都会遇到一些事,也会有身体不适之时,因而失眠是很正常的事,不必对短暂的失眠感到紧张不安。

认知治疗认为失眠的情绪障碍主要是由于人们不合理的信念所造成，因此，认知治疗就是要以“理性”治疗“非理性”。帮助患者“以合理的思维方式”代替“不合理的思维方式”，以“合理的信念”代替“不合理的信念”。

(1）治疗步骤：第一步指出失眠不合理信念与他们的情绪障碍之间的关系；第二步说明他们的情绪困扰延续至今不是过去的生活影响，而是现在自身的不合理信念导致。自己应负责；第三步通过辩论帮助其放弃不合理信念，产生新的认知；第四步学会以合理的思维方式代替不合理的思维方式。

(2）治疗技术：通过认加重构技术，如再归因训练、假设检验、再评价、注意转移等技术，重新形成他们的更具适应性的态度。

(3）注意要点：①帮助失眠者稳定情绪：睡眠是人体的生理需求，是机体的一种本能反应，但它又受心理因素的明显影响。故帮助失眠者稳定情绪，提高其处理应激反应的能力，改善情感表达和对生活事件的应对方式，改善人际关系等，使之心情平静了自然能入睡。②认识到建立良好睡眠卫生习惯的重要性：觉醒—睡眠是人体自然规律的行为。这就需要建立良好的行为模式来维护。③要明确“床”是为睡眠而准备的：形成躺在床上就是睡眠的意识，而不要躺在床上做其他事，待困倦才闭眼入睡。④建立积极的心理暗示：一旦躺在床上就应有一个合理的期待，即明确地告诉自己我要睡了，我会睡得很好，我明早 6 点半会醒来。长期这样做，机体的生物钟就会对准。⑤识别和矫正失眠者对睡眠的不合理信念态度：失眠者对睡眠的不合理信念和态度是使症状持续存在和心理痛苦的重要环节。

**3.行为治疗** 包括睡眠限制疗法、刺激控制疗法、放松治疗。

(1）睡眠限制疗法：主要用于慢性心理生理性失眠。通过缩短卧床时间(但不少于5小时),使患者对睡眠的渴望增加,白天不能小睡或午睡,使其在晚上容易入睡,而减少失眠者花在床上的非睡眠时间,提高睡眠效率(睡眠效率=实际总睡眠时间÷睡在床上的时间×100%,正常人的睡眠效率在95%左右)。当睡眠效率提高至90%以上,则允许每天增加15分钟卧床时间,当睡眠效率低于80%,应减少15分钟卧床时间,睡眠效率在80%～90%之间则保持卧床时间不变。

(2)刺激控制疗法：刺激控制疗法是治疗失眠的方法中研究得最多、也是最有效的方法。刺激控制疗法的基本目标是恢复床作为诱导睡眠信号的功能,并减弱它和睡眠不相容活动的联系,减少对睡眠内源性唤醒的刺激,使患者易于入睡。这一方案的主要步骤包括睡眠教育、自我监测、睡眠卫生和特殊指导。例如有些人睡前会烦恼今天的事情及明天将要面对的挑战,为了减少这种刺激引起失眠,可让患者在吃完晚餐后有半小时的烦恼时间,将今天的烦恼、不愉快及明天的计划全写在一张空白纸上,避免在睡觉时又为这些事情伤脑筋。刺激控制疗法的具体内容有:①只在出现睡意时再上床；②不要在床上做睡眠以外的事,如阅读、看电视、吃东西或想烦心的事情。以上两条原则的目的在于加强床与迅速入睡之间的联系；③如果卧床 20 分钟仍不能入睡,就起床去另一个房间做些平静的活动,直到产生睡意时再回到卧室睡觉分钟；④如果在短期内仍然不能入睡,请重复第 3 点,必要时在夜间不厌其烦地重复。如果在半夜醒来而且不能在 10 分钟内入睡,也可以用这种方法；⑤每天早晨把闹钟调到同一时间,它一响就起床,不要考虑晚上睡了多少时间或白天将会有多累；⑥白天不要打瞌睡或午睡。第 5 和第 6 步有助于逐步确立稳定的自然睡眠节律。应让患者有心理准备,在第 1 周时睡眠可能会变得更糟,但只要坚持,最终是能够逐步建立正常睡眠觉醒节律。

(3)放松治疗：放松治疗是行为治疗的一个重要方法,进行放松训练的一般原则有:①计划进行放松练习后,要下决心坚持每天练习,以形成一种习惯;②每天练习2～3次,练习越多越容易放松;③环境要求:安静整洁的房间,光线柔和,房间周围没有噪声,避免被人打断;④不要在空腹或饱餐后练习,练习的房间不能太热或太冷;⑤初练习的可选择舒适的姿势躺着,

以后也可坐着或站着练习;⑥要以"主动的态度"去练习;⑦练习时,要注意采用正确的呼吸:一只手放在胸部,另一只手放在胃部,通过鼻子深呼吸,尽量使胸部扩张,呼吸要缓慢、均匀,避免快速的深呼吸;⑧记录练习的过程,评价放松的步骤是否适合自己。

几种常用的放松方法。①认知或冥想放松法:闭上眼睛,集中注意力于心的意念及快乐舒适的情境,或想像自己正处于遨游的情境中。②腹式呼吸放松法:对于生气紧张时以胸式呼吸为主,腹式呼吸是与放松有关。学习腹式呼吸法有助于放松。③渐进性肌肉放松法:最基本的动作是:紧张你的肌肉,注意这种紧张感 3～5 秒,然后放松 10～15 秒,最后,体验放松肌肉的感觉。④自我暗示法:垂下双肩,放松全身肌肉,注意呼吸,放松。例如暗示自己,我现在的眼皮很沉,很沉。⑤生物反馈治疗:生物反馈治疗(**biofeed-back therapy**)是通过现代电子仪器,把患者体内的电生理变化描记下来,并同时转换为声、光或屏幕图像等直观的反馈信号。患者根据不断显现的反馈信号学习调节自己体内的生理功能,使生理功能恢复到或保持在一个适合的水平,从而达到防治疾病的目的。一般有肌电、皮温、皮电、脑电、脉搏、血压反馈疗法。生物反馈法每个疗程为 10～15 次,每次 30 分钟。最初每周 2～3 次,以后逐渐延长至每周 1 次或半月 1 次。

**4.强光治疗(bright light therapy)** 近期研究表明,定时暴露于强光(7000-12000lx)下 2-3 日,人的睡眠节律可以转换.晨(夜)间强光治疗可使睡眠时相前(后)移。该治疗对治疗睡眠——觉醒节律障碍,如睡眠时相延迟或提前综合症特别有效。可以促进夜班工作者的白天睡眠,提高其工作时的警觉水平,也可治疗飞行旅行造成的失眠和睡眠时相延迟等。

**5.时相治疗(chronotherapy)** 用于治疗睡眠时相延迟性失眠。将患者每日睡眠的时间后移 3 小时,直到与正常就寝时间一致。适合于睡眠时相延迟综合症的患者。直到睡眠——觉醒周期符合一般社会习俗。这种疗法一般需要 1 周左右的时间。

**6.中医非药物治疗**

(1)足疗与耳穴治疗:包括足热水浴、足药浴、足部按摩等。祖国医学认为:足为精气之根,足健人寿,养人要护足。表明足疗有健身防病、延年益寿等多方面功效,失眠是主要适应症。中医理论认为耳是全身全息浓缩之所,不同耳部学位对人体均具有不同的意义耳穴治疗且具有操作简便、见效快、痛苦小、无副反应、易被病人接受的优点,在失眠者治疗中得到广泛应用。取穴多采用神门、心、交感、脑,皮质下、肝]内分泌为主穴,多配合脾、肝、三焦、肝阳区、胆、肾、胃、脾、三焦、精宫、内分泌等。

(2)灸法及砭石枕:灸法是利用某些燃烧材料,熏灼或温熨体表一定部位,通过调整经络脏腑功能,达到防治疾病的一种方法。《千金要方》说:"凡入吴蜀地游宦,体上常须三两处灸之,勿令疮暂瘥则瘴疠瘟虐毒气不能着人也。"因此无病施灸,可以激发人体的正气,增强抗病的能力,使人精力充沛,长寿不衰。与此相类似,作用较为持久的选材是砭石。砭石是一种具有温通经脉、调畅气血的特殊石材。砭石枕便是利用砭石的温经通脉作用推动气血循环运行,加快血流速度,促进人体新陈代谢,驱除侵入人体的风寒。对于气虚质、阳虚质失眠者具有良好疗效。

**7.睡眠保健品** 1993 年美国开始兴起 Melationin(褪黑素、松果体素),大有取代安眠药的趋势。1996 年我国开始定 Melationin 为保健品。因它是人体调节睡眠的生理物质,不

仅可诱导自然睡眠，又可提高睡眠质量。一般由 0.5 毫克，开始服，2—3 天渐增 0.5 毫克寻找自己的合适剂量，年轻人 1-2 毫克，老人 3—4 毫克即可，待良好睡眠习惯形成后可再渐减用量，直到停用。

（三）失眠的药物治疗

**1．合理用药原则**

⑴尽量明确失眠的原因；

⑵了解过去用药史；

⑶给药方法简便，兼顾药物经济学；

⑷严格掌握药品的适应证和禁忌证；

⑸用药剂量个体化；

⑹及时评估疗效，调整药物剂量；

⑺短期用药、逐渐减量与停药；

⑻注意药物不良反应。

**2．使用催眠药物的注意事项**

⑴几乎所有的催眠药长期连续使用都可产生耐受性和依赖性；

⑵应在医师的指导下服用，因为有些疾病是禁止使用催眠药的；

⑶开始时应给予治疗剂量，量小效果差，易引起焦虑；睡眠改善后再减量；

⑷长半衰期催眠药可引起白天困倦、头晕、精神不振、嗜睡等；

⑸其他中枢抑制药物（如抗组胺药、镇痛药以及乙醇等）与本类药物合用时，对中枢神经系统有协同抑制作用，可出现严重后果，应严格避免；

⑹催眠药物有肌肉松弛作用，易导致步态不稳，故应在睡前服用，服用后即上床，不宜再活动做事；

⑺巴比妥类不能用于患急性间歇性卟啉的患者；

⑻肝肾功能减退者慎用，尤其是巴比妥类药；

⑼除偶尔用于治疗儿童睡惊症、睡行症和癫病，其他儿童不宜使用催眠药物；

⑽哺乳期妇女及孕妇应忌用，尤其是妊娠开始 3 个月及分娩前 3 个月。

**3．安眠药物**

（1）常用镇静催眠药：目前最常用的镇静催眠药物为第二代苯二氮卓类如三唑仑、咪达唑仑、氟西泮、硝西泮、阿普唑仑、艾司唑仑、劳拉西泮等和第三代镇静催眼药物如唑吡坦、佐匹克隆、扎来普隆等。

（2）选择方法：对入睡困难者可选用诱导人睡作用快速的药物，如临床存在明显焦虑症状者，可选用三唑仑、氯硝西泮、阿普唑仑；对夜间易醒者应选择能够延长睡眠时间的中或长半衰期的镇静催眠药；早醒者多见于抑郁症患者，在治疗原发病的同时，可选用长半衰期或中半衰期的镇静催眠药。

（3）注意事项：安眠药是一种按需服用的药物，就是短期使用且需要时才使用，有需要才吃，不要天天吃。催眠药所引起的睡眠并不能代替真正的自然睡眠。长期服用药物，剂量需不断增大（耐药性），以至于失效，且又停不了（成瘾性）；又由于机体对它的精神依赖与躯体依赖，使突然停药时会产生戒断症状。另外，虽其毒副作用较少，但长期应用仍然会有记

忆力下降、人格改变等慢性中毒症状。故单用安眠药物来治疗失眠，利少弊多，目前主张安定类对症治疗可以短期应用，用作认知行为矫正的过渡与临时补充。即使病人长期服用短效性安眠药后停药，为了避免戒断现象（**withdraw**）的发生，反弹症状（**rebound**）或再发症状（**relapse**），治疗者会用几周的时间（通常为 **4** 周至 **8** 周）为病人逐渐减低药量，或者先改服用长效性安眠药一段时间之后再停药。

**4.中医治疗**　安眠药对不同的睡眠障碍都有改善作用，但由于药物的副作用如宿醉、近记忆损害、共济失调、戒断反应和依赖成瘾等原因，使患者常常求诊于中医。祖国医学对失眠的治疗已经积累了二千多年的丰富经验，中医的经典著作《内经》奠定了睡眠医学理论基础，临床上运用中医药治疗失眠常常能取得意想不到的疗效，如中药制剂、针灸、推拿、理疗等，辨证论治是中医的特色和优势。

**(1**）治疗原则：①注意调整脏腑气血阴阳。不寐主要由于脏腑阴阳失调，气血不和，所以用药治疗的原则，应着重在调治所病脏腑及其气血阴阳“补其不足，泻其有余，调其虚实。”使气血调和，阴阳平衡，脏腑的功能得以恢复正常。②强调在辨证论治的基础上施以安神镇静。不寐的关键在于心神不安。故安神镇静为治疗不寐的基本法则。但必须在平衡腑阴阳气血，也就是辨证论治的基础上进行。③注重精神治疗的作用。消除顾虑及紧张情绪，保持精神舒畅，在治疗中有重要作用。

**(2)**分型论治：①心脾两虚：临床上比较多见。治法：补益心脾，养血安神。方药：归脾汤加减。②阴虚火旺：治法：滋阴降火，清心安神。方药：黄连阿胶汤加减。③心肾不交：治法：交通心肾。方药：交泰丸加减（适用于心火偏旺者）。④肝郁血虚：治法：疏肝解郁、养血安神。⑤心虚胆怯：治法：益气镇惊，安神定志。方药：可选用安神定志丸加炒枣仁、夜交藤、牡蛎。⑥痰热内扰；治法：化痰清热，养心安神；方药：清火涤痰汤加减。⑦胃气不和；治法：和胃化滞；方药：轻证可用保和丸或越鞠丸加山楂、麦芽、莱菔子。重证者宜用调胃承气汤，胃气和，腑气通即止，不可久服。

（四）有关人群失眠症的治疗

**1.妇女失眠的治疗**　据报道女性失眠的发病率是男性的 **2** 倍，这是由于女性一生中存在月经周期、怀孕期、哺乳期与停经期等显著的生理变化，这些变化对于睡眠常常产生明显的干扰，临床常见的睡眠问题有失眠、嗜睡及多梦等。妇女应该正视这些问题，并采取正确的措施，才能减少由于生理变化所导致的睡眠困扰。

临床常见的睡眠障碍的类型是月经相关性睡眠障碍、妊娠相关性睡眠障碍和停经期失眠**(Illenopausal insomnia)**。停经期失眠的主要治疗方法为：①控制卧室温度在感到舒适的范围内，使用轻盈舒服透气的床单(通常是棉质)；②白天尽量减少咖啡因、糖及乙醇的摄取量；③停经期失眠症状严重者，采用雌激素替代疗法。④停经后妇女因没有黄体酮**(pro-gesterone)**的保护作用，罹患睡眠呼吸暂停综合征的概率升高，会引起失眠或白天嗜睡现象。

**2.儿童失眠的治疗**　儿童失眠的原因是相当复杂的，相当一部分与睡眠卫生问题或行为问题有关，一般认为，对于失眠儿童使用镇静催眠药物是不恰当的，应当仔细分析产生失眠的原因，进行确切的分类，然后再进行综合性治疗，在必须使用镇静催眠药物时应认真评估其利弊得失，即使使用也应该是小剂量的短期或间断使用。

**3.老年人失眠的治疗**

失眠与年龄有一定关系，与年轻人相比，老年人的睡眠模式发生变化，表现为：①夜间睡眠浅而易惊醒；②睡眠中出现多次短暂的唤醒和早醒；③NREM 睡眠第 3、4 期缩短或缺乏；④睡眠效率下降；⑤有些老人出现睡眠时相提前，表现为早睡早醒；⑥也可出现多相性睡眠模式，即睡眠时间在昼夜之间重新分配，夜间睡眠减少；⑦白天瞌睡增多，经常小睡，因此在 24h 中的总睡眠时间并不减少。

老年人获得深睡眠和长时间持续睡眠的能力下降，而不是睡眠需要量的减少，美国的统计报道显示，在 65 岁以上人群中，只有 12%没有受到过睡眠问题的困扰，其余分别存在入睡困难、觉醒次数增多和早醒。

老年人失眠的治疗原则：积极治疗原发病、注意睡眠卫生、调整睡眠节律和适当使用催眠药。随访显示采用行为治疗者临床获益持久，单用药物治疗者则不持久，结果提示，以改变不良睡眠卫生习惯、对失眠的错误认识、错误态度为目的的治疗对老年失眠有效，与药物治疗比较，行为治疗虽然耗费时间较多，但疗效持久，值得推广。对于已经产生依赖性的患者，特别是长期使用催眠药的老年患者，则不要违背其意愿强行撤药，此时，可以小剂量长期使用，结合心理治疗、抗抑郁药和自受体阻滞剂戒除药物依赖性则更好，褪黑素可不同程度地改善老年人的睡眠障碍。

（何金彩）

# 第十八章　心身科常见的其它心理问题

现阶段，在心身医学临床特别是我国心身科病人中，心理疾病所占的比重相当高。其中包括抑郁障碍、焦虑障碍和躯体化障碍等病人。同时，这些心理疾病患者也存在许多躯体方面的问题。本章对此做重点介绍。

## 第一节　抑郁障碍

人的情绪状态与社会适应能力、工作效率、人际关系和身体健康都存在着直接或间接的联系。抑郁情绪是很常见的一种负性情绪，其对个体、家庭、社会经济的消极影响是不可估量的。

几乎每个人在一生中的不同时期都体验过抑郁情绪，随着科技和经济的快速发展、社会结构和生活方式的深刻转型，个人抑郁情绪的产生已经越来越频繁，帮助有关个体认识抑郁发生的原因、表现形式和干预方法，也是心身医学工作的重要内容之一。其中对人类心理健康危害最大的抑郁问题是抑郁症，除了消耗大量的人力财力，给个人、家庭、社会造成沉重的经济和精神负担外；自杀隐患或现实危险都很大。而其他体验抑郁情绪的人，起码是生活在一种低生活质量的状况下。

### 一、心理社会病因

情绪的发生涉及到心理、社会和生物等方面的因素。抑郁情绪的发生，特别是正常人的抑郁情绪，与上述三方面因素的综合作用有关。关于抑郁症的发生，较多的人在承认上述三方面因素综合作用的同时，更强调生物学因素的原因。虽然尚不能确定抑郁症的病因，但还是有证据表明它是有一定生物学基础的疾病，其病理改变主要表现在中枢神经系统、神经内分泌异常。近年来，有研究者提出用神经可塑性理论解释抑郁症发病的神经生物学机制及抗抑郁治疗的疗效机制。据估计人群中约有 **5%-10%**的人大脑功能脆弱，易消耗、易疲劳，易患抑郁症。不良生存环境、生活事件、心理冲突、生理功能状态仅对发病有一定的影响。它与个人的文化水平、经济收入、个人道德品质、社会的物质与精神文明程度等并无确凿有据的必然联系，不一定是所谓的文明病、社会病或时代病等。它更多的是植根于人类的生物特性、人类本性的某些适应与调节机能的缺陷之中。

（一）社会文化因素

社会变化给人们的情绪带来巨大影响，生活的不稳定、信息泛滥、节奏改变等使我们的社会紧张程度提高。在现实生活中，若一个人很少能左右自己的生活，或环境总是违背他的基本需求，那么他就容易生病。他的影响力若再如果很小，得到的社会支持也少，他对生活事件的评价也就越消极。无助和对个人生活失去控制的感觉越强烈，抑郁也越重。从长远看，肾上腺髓质和下丘脑、脑垂体以及肾上腺皮质协调的系统都会受到强烈的刺激，而这些刺激又会影响到内分泌激素的调整。

（二）认知理论

抑郁的人一般存在认知过程缺陷，如 **Beck** 的认知缺陷理论认为：抑郁症病人的功能性失调的自我认知模式使其以消极的方式组织、解释过去和当前的经历，是人的认知评价最终影响了人的情绪。事实证明并不是事件本身增加了抑郁发病的危险性，而是当事人如何评价事件、评价方式以及当事人在危机时刻所能获得的社会支持影响了最终的情绪。美国心理治疗师和精神分析师阿伦.贝克（**Aaron Beck**）指出，过于笼统、不准确、消极的评价、对自己不利的判断导致了抑郁。抑郁特殊的认知结构标志是：所有的经历都被看成是消极的，有消极的自我形象；典型的思维模式是“我没用”、“我是一个废物”、“我什么都做不了”、“我什么都不能成功”；倾向于把消极经验归结于自己、把积极经验归结于别人或环境，偶尔成功也认为是偶然或运气好；消极的未来观，不相信会好起来；对所要做的一切都事先认定会失败，所以行动中也犹豫不决，表现淡漠和麻木不仁，最后就是反正做什么都没意义，那就什么也别干了。

（三）人本理论

如果孩子能得到一种无条件的爱和呵护，学会了信任别人，就为今后成为一个心理平衡的人打下了基础。孩子很小就知道父母对他们的期望，只有时刻听话、乖巧，被父母所用才不会被父母遗弃，而有些如攻击、愤怒等情感则是很危险的。一个学会压抑自己感情的孩子不可能形成健康的价值观，必须让他“我知道我是谁”，对自己充满信心，坚信自己会得到别人毫无保留的爱，否则会很痛苦。为了摆脱这种痛苦就只能学会忘记自己的需要，慢慢形成“虚假的自我”。“虚假的自我”所作的一切都是别人所要求的，没有自己的需求和愿望，而且根本就不知道自己是否曾有过什么愿望，最后的代价是空虚、无为、无家的感觉，最终的结果是抑郁。很多人不会、不善于公开或不敢公开或根本就不知道自己的真实情感。诱发抑郁不一定非得遭受什么严重打击，不知道在什么时候“虚假的自我”便再也无法继续在生活能力背后隐藏下去了，健康的整个体系崩溃了，这是谁也无法预知的。

（四）行为理论

习得性无助理论认为，不良生活事件使病人产生负性情感，若病人的应对方式无效加之伴有不恰当的认知方式，则病人常出现无助感，致使抑郁情绪长期存在。

（五）归因理论

这是美国社会心理学家 **Heider** 最早提出和建立的理论。他发现人们普遍存在着对他人和自己行为的原因进行知觉或推断的倾向，而这种知觉和推断的认知过程反过来又会影响人们的行为和产生相应的情绪反应。**Abramson** 等（**1978**）将归因理论引入到原有的对抑郁情

绪产生的习得性无助理论解释中来，他们认为当个体将消极的生活事件归因于内部、稳定和持久、整体性的因素时较易出现抑郁情绪。进一步研究发现抑郁者存在特定的抑郁性认知归因模式，即：倾向于将负性事件归因于内部、稳定和持久、整体性的原因，而把正性事件归因于外在的、不稳定和短暂的、特定的原因。

（六）女性社会角色与适应问题

我们还需考虑传统的妇女地位对于抑郁的影响。有调查表明已婚妇女比未婚妇女的抑郁患病率高，未婚男子却比已婚男子更易出现心理问题，似乎婚姻使女性易于患抑郁症。家庭主妇比职业妻子加上母亲更易患抑郁，可能是社会隔离和人际关系使女性产生抑郁。在婚姻中，婚姻的紧张状态、婚姻中的矛盾、对夫妻关系的不满意、配偶的不忠诚和不理解对女性影响较男性大。一般而言，就业会对妇女的心理平衡起到积极作用，但是妇女一旦进入所谓男性领域抑郁的比率会更高。妇女可能觉得自己应该对家庭的气氛和伴侣之间的关系负责而产生压力，但男子较少受危机和争吵的影响。抑郁妇女承受婚姻矛盾负担的比率比非抑郁妇女高。资料表明妇女比男子更需要亲情，对亲密和亲近有着强烈的需求，但却有可能被贬为依赖性，因此妇女学会了把对亲情的需要看成是“不正常”，使妇女实际上生活在一种自相矛盾的状态：社会一直期望妇女在营造关系网络中起主导作用，同时又贬低建立亲密关系的重要性。

抑郁症和传统妇女角色存在关联。他们所受的教育使他们更倾向于传统的妇女形象，但她们自己却更喜欢其他的东西，很愿意具有一些男性的特征。逐渐学会压抑自己的愤怒和气愤，因为如果表现了，则常常被拒绝。这样就只能对自己发泄，表现出自恨、自毁、自伤、自我封闭，青春期以后女孩的自我感觉不平衡较男孩明显。男孩被培养成为自信和活跃的人，女孩被培养为被动与依附的人。长大后会发现，她若处于一种轻视家庭主妇和母亲角色的文化之中，在社会上就不像男人一样被承认，慢慢会变得抑郁。

## 二、心身反应特点

**1．常见心理行为反应**　当个体患有躯体疾病时一般会出现四个方面的心理行为反应：

⑴认知方面：由于病人的年龄、社会经历、文化水平构成了病人的经验体系，使得病人在对疾病的性质、严重程度、预后以及整个医疗事务等方面存在认识上的偏差，会影响到病人的情绪和行为。

⑵情绪方面：情绪方面的变化是通过心理学、社会学和生理学途径引起的。认知错误导致（见上条），由于患有躯体疾病导致一些社会功能的丧失，躯体疾病伴发的情绪反应和由于治疗躯体疾病时所引起的情绪反应。

⑶行为方面：个体会出现角色转变困难、过度依赖、不遵医嘱等行为。

⑷心理需求方面：个体较正常时格外有保障生命安全及治愈疾病、被医护及其他患者接纳和获得相关信息的需要。

**2．心理行为特点**　具体地说一个抑郁的个体会有以下四个方面的变化：

⑴在思维上具有悲观的解释模式、消极的观点，倾向于把失败的责任归结于自己。曾有一退休的高级工程师，把自己女儿下岗造成女儿家庭经济困难、自己丈夫身体欠佳归结

为：我年轻时只知道工作，照管孩子太少，使她没能考上大学。因此，女儿就没有找到好工作，当然也就没有找到可心的丈夫。所以，现在下岗又缺钱，生活困难。外孙也因此没有条件接受更好的教育，将来也不会有好出路，会重蹈其母旧辙。自己年轻时忙于工作，没有很好的照顾丈夫的身体，现在丈夫身体不好。身体不好就晚年不幸福，全家都没有幸福可言。这一切都是我自己一手造成的。

⑵在情绪上更多地体验消极情绪，感觉不快乐、不幸福或绝望。有一名在校的大学生，家长反映其仅仅因为拉直头发的效果不满意，就天天发火。经过细致的交谈发现该生已有近二年的时间心烦、爱发牢骚、觉得事事不满意、不开心。该生自己讲其实头发的问题可能只是一个借口，因为别的同学都认为效果不错，只是自己觉得不开心，可是换其他什么事情也都还是不开心。

⑶在行为上表现的无所作为、无所事事、六神无主，甚至自杀倾向或行为。比如有一学生放假在家，制定不出生活计划，也不知道想干什么、该干什么，家长帮助其定好计划，也不能实行，自己讲总是不能专心干一件事情。家长发现该生总坐在电视前，可又不象在专心看某个节目，不停的在摁遥控器、不断的更换频道。

⑷在躯体上可以有很多症状，可以出现比真正的器质性病变更严重、更多、更复杂的躯体症状，以至患者以为自己得了顽症而更加抑郁。曾经有一患者因顽固性便秘，求助过多家医院，多次做全身的生理系统检查，仍无法确定便秘的原因；对症治疗，症状也始终不缓解。患者自认为得了严重的躯体疾病，只是现在无法确诊，非常担心是癌症早期而检查不出来。由于便秘严重，患者不敢进食、饮水等，苦不堪言，用她自己的话是“想死的心都有了”。

## 三、临床干预策略

**1．对抑郁的评估**　抑郁是人们一种常见的情绪体验，比如沮丧、失望、不开心、悲伤、缺乏自信、兴趣降低和没有心情吃饭等等。

抑郁是症状，根据体验到的抑郁严重程度、持续时间、是否伴随一些躯体症状，以及可能的不同原因，可以把有抑郁情绪的人分为正常人的抑郁情绪和某类精神障碍。

出现抑郁情绪的常见精神障碍有：心境障碍、反应性精神障碍、精神分裂症、其它继发性抑郁。因此，在对抑郁进行干预之前一定要明确评估其抑郁的性质和程度。

评估的常用方法有观察、晤谈、调查和使用心理测验及评定量表法。而晤谈是更重要的，但也是最难掌握的一种方法。

晤谈是为了获取相关资料，医生与患者面对面地交流的过程，是一种专业性很强的临床心理学方法和技术。在晤谈过程中要收集包括抑郁的症状表现、程度，持续时间，发生原因，影响因素，个体的心理社会背景情况等资料。

要想准确、全面地获得相关资料，在晤谈中，医生一定要注意把握晤谈方向及内容；为此特别需要注意谈话技巧。在晤谈中还要注意非言语技巧的利用，例如目光接触、身体语言、面部表情、副语言等等，通过观察有助于判定是否有抑郁面容、焦虑面容、坐立不安等等。

在抑郁评估的晤谈过程中，可结合采用观察法、调查法作为补充手段。

**[专栏 18-1】**

## 抑郁的快速识别、诊断步骤

指导语：请你谈谈，你在最近两周内是否天天，且每天大部分时间中都存在下列情况。在询问症状时需重复指导语。

A 核心症状询问法：心境抑郁，兴趣及愉快感减退或消失

（1）心境抑郁：你是否每天大部分时间内总是感到不开心、闷闷不乐，甚至痛苦。

（2）兴趣及愉快感减退或消失。

说明：如果有 A 两项或一项，同时具备 B 中的 4 项且持续二周以上应高度考虑抑郁症。

B 至少伴有下列附加症状的四项

（1）显著的体重减轻或增加一个月内体重变化超过原体重 5%或几乎每天食欲减退或增加，如儿童则是未达到应增体重。

（2）几乎每天失眠或嗜睡

（3）几乎每天精神运动性激越或迟缓

（4）几乎每天疲倦乏力或缺乏精力

（5）几乎每天感到生活没价值或过分不合理的自责自罪

（6）几乎每天感到思考或集中思想的能力减退或犹豫不决

（7）反复想到死亡，想到没有特殊计划的自杀意念或想到某种自杀企图或一种特殊计划以期实行自杀。

**2．干预目标** 抑郁症首次发病的自然病程为 6——24 个月，不经治疗既使可以缓解其复发的危险高达 50%；二次发作的病人复发率 70%，三次发作的复发率高达 90%。抑郁症若未经充分治疗使之呈慢性病程后，中枢神经系统能发生不可逆的损害，认知功能出现明显的损害，完全恢复的可能性很小。对抑郁的干预要考虑以下方面。

（1）求助动机：很多抑郁患者不完全了解自己的状况抑或试图躲藏在“一切正常的表象后而去与抑郁抗争”，企图完全依靠自己来解决问题。其实，有了抑郁情绪特别是可能患有抑郁症的病人应该促进其主动寻求帮助，接受治疗。

（2）干预目标：对于抑郁患者，目前还无法根本消除其抑郁症状，治疗能减轻或缓解病症，并减少伴发疾病的患病率及病死率。治疗的目标是降低发病的频率、严重性及心理社会性不良后果，并增强发作间歇期的心理社会功能。

就目前的情况看，抑郁的治疗有三种预期，一种是经治疗很好的缓解、彻底不再发作。第二种是经治疗很好的缓解、再复发、再缓解、再复发。还有一种抑郁伴随终生的，变成是是生活的一部分。这在治疗的时候很难预料，因此在制定治疗目标时都很少预定在彻底治愈上。只要恢复生活、工作能力，一个人就算健康了；只要他能在相应的生活环境下克服经常变换着的压力，只要他能以积极的态度对待自己，那么这个目标算是达到了。

（3）干预基本原则：抑郁的干预方法可以分为心理干预和生理干预两类。但由于抑郁

症状的谜底还远远没有揭开，谁也无法确切回答哪种方法最好。目前能做的只是根据患者的实际用现有的知识制定干预方案；力争早期发现、早期干预。

就抑郁症来说，原则上每一个使用药物治疗方案的治疗者都应辅以心理治疗，而此时的心理治疗效果主要不是取决于所使用的治疗方法，更多地取决于治疗医生的人格魅力。由于这种疾病有着不同程度错综复杂的表现，在有些时候虽然以心理治疗为主，其药物治疗只是起到“拐杖”的作用，只能“治标”，但仍不能低估其效用，就像拐杖对行走有障碍的人有帮助一样，否则就会产生无法解决的困难。有一类抑郁患者，约占 **35-40%**使用抗抑郁药无效。在有效的那 **60-65%**人中，患者的内在态度和生活状况也是用药物无法改变的。关键是应该根据不同的抑郁形式寻求最佳的治疗方案。

不论使用什么方法，对抑郁患者的恰当解释、鼓励、安慰、支持都是十分重要的，还要设法让患者发现并证实自身存在着以往并未意识到和运用过的能力和才智。要全面了解抑郁患者的需要、心理冲突、心理防御机制、应对方式以及应对能力等心理行为特点，识别其症状的促发因素；以帮助患者认识或解决心理冲突，改善应对方式，提高应对能力，减少应激性生活事件，消除不必要的顾虑和恐惧。

**3．心理干预方法**　常用的心理治疗方法有贝克认知疗法、行为疗法、人本主义的治疗等。

心理治疗对抑郁情绪患者可起到预防、治疗或减少复发等的作用。通过治疗纠正病人歪曲的认知，建立灵活和积极的思考方式，学习有效的应对方式，给予病人积极的支持和反复训练使他们通过学习重新适应环境，还应考虑病人的人际关系和人格特征对患者的影响，同时重视家庭治疗的必要性。

各种心理治疗虽然有着不同的理论依据和方法，但都必须服从于人心理活动的规律，遵循下列一般原则：良好医患关系原则，保密原则，计划与针对性原则，教育、启发与发展的原则，整体与综合的原则。最后，还必须意识到心理治疗是医患双方的事务，没有来访者的积极参与，心理治疗难以成功。心理治疗家的一个任务便是发现并开发这些资质，努力为来访者创造条件摆脱疾病的影响以充分发挥自己的潜能。

**4．药物治疗**　对于有些患者愿意接受心理治疗，以前又对心理治疗有效，抑郁也不严重，无精神病性症状或有药物禁忌症，应该采用心理治疗。

抑郁严重或抑郁复发、伴有躯体症状或精神病性症状、有自杀行为或观念、既往对药物治疗有效、有情感障碍家族史、对心理治疗无效的情况下应该使用药物治疗。目前由于 **SSRIs** 的不良反应较三环或四环类抗抑郁药少，更容易耐受而疗效又相当于后者，在经济条件允许的情况下应用较多。

使用药物治疗时，要注意宣教用药的基本知识以增强患者的依从性。须知抗抑郁药的起效时间多在 **1—4** 周，最佳疗效可能出现在服药后的 **4—10** 周。在起效之前，由于可能出现的不良反应加上原有的抑郁症状、原有的对于治疗的过高期望，使相当一部分人会认为没有治好病反而严重了，或失去治疗信心或频繁要求换药。在达到最佳疗效以后还应该尽量说服患者坚持巩固期的治疗，尽可量的预防复发。目前多数医生比较认可的疗程是首次发作 **6-12** 个月，二次发作 **1** 年至 **2** 或 **3** 年，如果三次或多次发作可能要终生用药。能否坚持用药与患者对药物的担心及经济条件等诸多因素有关。

最后，当伴有精神病性症状、躯体症状、严重自杀观念或行为、拒食且有药物禁忌症或药物及心理治疗无效时，应该采用电休克疗法（**electro-convulsive treatment,ECT**）或无抽搐的 **ECT** 治疗。

**5．家属亲友的帮助** 对待抑郁患者，家属亲友该如何做？怎样配合治疗？这是一个看似容易但却很难的问题，就像教会一位家长如何教育孩子远比你亲自去教育这个孩子困难。

首先，避免过于悲观的对待此病，过于重视患者，让患者感到她是一个真正的病人，自己真是一个累赘。也要避免盲目乐观，不重视治疗。

其次，尽可能表现对患者的同情和理解，既要亲近又要保持一定的距离。由于此病的特点使一些家属产生抑郁情绪，这些情绪随时流露出来对治疗极为不利；当认识自己有攻击行为和失望心理时要允许其存在但不能任其发展，

第三、对待患有抑郁要和对患有其他疾病一样给予照顾，对自己和患者要有耐心。抑郁总是波浪式出现，如果开始改善，则波浪出现的间隔就会越来越大。

第四，和患者共同安排和计划每日的活动，要求患者进行共同的活动，不能过度也不能过轻。当患者积极活动时，给予表扬。

最后，不要和患者争论是非对错，也不要拒绝别人的帮助。

**6．抑郁障碍的护理**

（**1**）提供较为安静、舒适的环境，对有自杀自伤危险的病人保证其不离开看护人的视线，注意药物、危险物品的管理，加强医、患及家属的沟通，及早发现自杀先兆，尤其对早醒的病人。对于抑郁病人出现的自伤自杀行为、不合作行为、冲动行为，必须适当限制其活动范围，甚至严加防范。一旦出现意外，立即隔离病人，采取有效抢救措施；并做好自杀自伤后病人的心理护理。

（**2**）适时帮助其认识、分析精神症状，帮助和鼓励其树立积极的人生观。随着病情好转，教育病人克服性格弱点，正确对待疾病和面对未来。了解其兴趣爱好，鼓励参加易完成并有趣味的活动；引导其注意外界事物，多与病友交往。教会其放松训练。

（**3**）定时进足量的水和饮食，病人拒食时酌情鼻饲。教会病人应对早醒、失眠的方法，减少日间卧床次数，培养按时睡眠的习惯。

（**4**）与病人讨论并接纳其抑郁体验，创造理解和同情的气氛，鼓励病人诉说自己感受的痛苦和想法。

（**5**）帮助病人正确认识自己，减少病人和家属因为模糊观念而产生的焦虑、抑郁等，鼓励家属配合治疗、护理，给病人争取更多的社会支持。

（刘畅）

## 第二节　焦虑障碍

焦虑（**anxiety**）是一种内心紧张不安、预感到似乎将要发生某种不利情况而又难于应付的不愉快情绪；是一种对尚未发生的事情，怀有一种忐忑不安的不愉快的情绪体验，包括心理症状、躯体症状、运动症状。焦虑障碍是普通人群中最为常见的一种精神疾患。许多躯体疾病可以表现有焦虑症状，有些甚至可以是首发症状或主要症状。焦虑障碍会给病人造成

明显的生理、心理社会功能以及生活质量的下降，也会增加的医疗资源浪费。

## 一、心理社会病因

情绪的发生涉及到心理、社会和生物等方面的因素。关于焦虑，有人认为作为易感因素的焦虑性格具有一定的遗传倾向，与生化、生理有关。利用 **PET**、**SPECT**，许多研究表明焦虑症患者在海马、杏仁核、边缘叶、额叶皮质等部位的神经活动存在异常情况。额－颞－边缘系统通路功能异常可能是焦虑症患者神经功能解剖的主要病理生理础。而且，焦虑症患者的脑电图常显示α节律较少，多在较高频率范围（参见第二章）。在心理社会方面也有诸多解释。

**1．学习理论** 认为焦虑是一种习得性行为，起源于人们对刺激的害怕反应。由于导致焦虑的刺激和中性刺激之间建立了条件性联系，因此条件刺激泛化，形成广泛的焦虑，这种焦虑本身又可导致期待性焦虑。例如，学习理论认为社交焦虑障碍的发生与个人在社交行为或表演中获得的负性经验有关，有报道统计约有 **58%**的社交焦虑是因为在社交过程中受到过伤害。强调生理紧张、预期焦虑和回避行为构成了体验焦虑的循环圈，假设为恐惧反应是学习的结果，结果是被环境或生理反应强化。

**2．精神分析理论** 认为焦虑症源于精神内在冲突，是由于过度的内心冲突对自我威胁的结果。冲突可能有 **3** 个来源：客体性焦虑、神经症性焦虑、道德性焦虑。强调童年期的心理体验被压抑在潜意识里，一旦因特殊遭遇或压力的激发而唤起焦虑。主要从人在婴幼儿起形成的人格特征为基础，当生理需求和安全的需要得到满足时，他们逐步形成完善的人格。但当个人的安全性被破坏或扭曲时，则会产生焦虑。对社交焦虑障碍的理论假设为，患者往往觉得有潜在的危险而加强“防御系统”，而对诸如朋友、伙伴等可靠的关系之“安全系统”则废用。特别是在童年，当“安全系统”不存在或被破坏则容易发生社交恐惧。

**3．人本主义理论** 认为人性本身即“真实自我”是好的，具有一种努力调动自身潜力取得成功的发展的力量，人生就有向善发展的潜能，倡导并驱动人们追求快乐与自我实现的健康人格。人们的“真实自我”需要一个良好的环境氛围才能得以实现，如温暖、别人的美好祝愿、父母对子女独特个体式的关爱等。应该给予个体积极的无条件的关注，让儿童感到尽管他们可能有错误和过失，但总是处于被爱和认可的气氛之中，而这种爱和认可纯粹发于自然不是他们必须努力才可能争取来的。当缺乏这样一个良性的环境氛围时，儿童会产生基本焦虑。人在童年时就受到其他人期望的影响，同时必须需学习如何取悦于别人来获得各种奖赏；成人也经常为获得认可与自我实现之间的冲突而焦虑。进而压抑真实情感的自然流露，阻碍了有效人际关系的形成，这样一来人就逐渐失去了自己真实的愿望和情感。当人逐渐用外在的价值条件取代内在机体评价时“真实自我”便被扭曲，造成人的不愉快和焦虑的体验，从而产生歪曲真实情感的防御机制。

各种心理疾患的产生是由于社会环境不良阻碍了个体的自我实现，使理想的自我和现实的自我差距扩大两者冲突所致。因这种失落引发的焦虑性心理疾病也日益增多，现代人应对焦虑主要有两种方式，一种是神经症患者的变态方式，另一种是健康积极的主动方式。采取哪一种方式很大程度上受其人格特征影响。人格问题的根源是人格内部的紧张适应不良，只

有对人格内部的紧张进行重新调整，使之能在外部世界获得创造性地、富有成效的表现，即产生适当的创造性紧张才能从根本上解除心理疾病。人格内部产生心理冲突的人若不能对人格进行调整就会表现出各种形式的外部症状，例如有的人特别害羞、胆怯、总是感到焦虑不安、害怕见人或工作失败。问题的关键在于帮助患者理解他自己与环境的关系，正确调整其人格内部的紧张。

**4．认知理论**　认知模型则认为社交恐惧病人存在特殊的认知图式或偏见，即将事件看成是危险的和超出了个人的应对能力；由于将境遇或社交场合看成是一种威胁或危险，从而产生回避。

**5．社会文化因素**　不同的生活事件可引起不同个体不同程度的心理应激，社会阶层、经济状况、受教育程度、家庭氛围、父母教养方式等等，也可能是促发一些人发生焦虑障碍的原因。有研究提示对父母依恋关系的早期破裂与此后惊恐障碍的形成有关；**10** 岁前母亲去世的成人患惊恐障碍的比例几乎是无此经历的成人的 **7** 倍；**10** 岁前与父母解离或分居的成人患惊恐障碍的比例也几乎是无此经历的成人的 **4** 倍。也有证据表明在儿童和成人期经历创伤性事件或负性生活事件往往也与惊恐障碍的发生相关。

## 二、心身反应特点

大多数焦虑症病人可能由于对健康的过分关注、疑病、疑医，对死亡或残疾的担忧、或确有器质性病变本身处于某种慢性病程中，自身感受的社会压力、人格因素等原因，在患焦虑障碍时躯体症状多些、明显一些；甚至可能只对他们的医生主诉有躯体症状。一般会出现认知方面、情绪方面、行为方面、心理需求四个方面的心理行为反应（参见抑郁障碍）。具体地说一个焦虑障碍的个体会有以下三个方面的变化：

**1.**在思维上具有片面的解释模式、消极的观点，患者对疾病性质有不合理和扭曲的认识，不能认识事物的各种发展结果，只是关注负面结果。在情绪上更多地体验消极情绪，以担忧、紧张、着急、烦躁、害怕、不详预感和惊恐等焦虑情感为主，可伴有注意力不能集中、心神不定、警觉增高、记忆障碍等。有与处境不相符的痛苦情绪体验。

**2.**会有精神运动性不安的表现，如表情紧张、双眉紧锁、姿势僵硬不自然、坐立不安、来回走动，甚至奔跑呼叫，时有不自主的震颤或发抖。表现的无所作为、无所事事、六神无主，小动作增多、往返徘徊及激越等。会过度依赖亲人，甚至极其需要亲人陪伴。严重者有自杀倾向或行为。

**3.**在躯体上可以有很多症状，甚至可以出现比真正的器质性病变更严重、更多、更复杂的躯体症状，以至患者以为自己得了顽症而更加恐惧。可有多系自主神经系统功能紊乱表现，常见如：有呼吸系统症状的病人会主观感觉吸气不足、胸闷、呼吸不畅，可出现叹息样呼吸或窒息感。对于有心血管系统症状的病人，心慌、心悸很常见，还会有心前区痛，呈刺痛或隐痛、钝痛等，持续可长达几小时，局部可有压痛感。在神经系统可有耳鸣、视力模糊、头疼、头晕及“晕厥”感等。其它表现还有尿频、尿急、阳痿、性欲冷淡、月经紊乱；可伴有手、足心多汗，急性发作时可出现大汗淋漓，头颈、面部、四肢肌肉紧张，严重时可出现抽搐等。有典型的睡眠障碍——入睡困难，卧于床上思虑重重，辗转反侧而无法成眠，亦可表现睡眠浅、多梦、易惊醒。

三、临床干预策略

**1．对焦虑的评估** 焦虑是人们一种常见的情绪体验，根据体验到焦虑的严重程度、持续时间、是否伴随一些躯体症状，以及可能的不同原因，可以把有焦虑情绪的人分为正常人的焦虑情绪和某类精神障碍。换言之，病理性焦虑是自发、持续、痛苦的，并且会影响日常功能，从而导致异常行为。

根据 **CCMD—3**，将焦虑障碍归为神经症，分为两大类：

⑴一种是急性、短暂的剧烈焦虑，叫惊恐障碍，发作通常持续数分钟，症状为相当固定的躯体、认知和行为内容。主要是自主神经功能失调，交感神经系统“唤醒”，表现为心脏、呼吸、神经和胃肠道等症状的躯体表现。患者感到恐惧或害怕失控、发疯，有濒死感。患者体验到一种强烈的驱动力——要逃离发生惊恐的场所，找到一个安全、熟悉的地方或人的行为表现，并因此而惶惶不可终日。首次发作表现突然，患者可清晰地回忆起最初的发作先兆。之后的发作可以是自发性、预期性、情境性或混合性的。

⑵另一种是程度稍轻、持续的焦虑，表现是反复呈现不祥预感，总是担心出现最坏的结局，叫广泛性焦虑。典型形式为无确定的客观对象和具体而固定的观念内容的提心吊胆、不安和恐惧，也称自由漂浮式焦虑或无名焦虑。广泛性焦虑患者也可有惊恐发作的体验。

对焦虑障碍的临床心理评估的方法有观察、晤谈、调查和使用心理测验及评定量表法。晤谈是为了获取相关资料，医生与患者面对面地交流的过程，是一种专业性很强的临床心理学方法和技术。在晤谈过程中要收集包括焦虑的症状表现、程度，持续时间，发生原因，影响因素，个体的心理社会背景情况等资料。要想准确、全面地获得相关资料，在晤谈中，医生一定要注意把握晤谈方向及内容；为此特别需要注意谈话技巧。在晤谈中还要注意非言语技巧的利用，例如目光接触、身体语言、面部表情、副语言等等，通过观察有助于判定是否有抑郁面容、焦虑面容、坐立不安等等。

在焦虑评估的晤谈过程中，可结合采用观察法、调查法作为补充手段，可能还要一些必要的生理检查。（详细内容参见本书第六章）

**【专栏 18-2】**

**焦虑的快速识别、诊断步骤：**

指导语：请你谈谈你是否最近一段时间内几乎每天都有下列情况，而且他们不是因为客观因素引起的。

A 核心症状询问法：

（**1**）过分焦虑（包括焦躁或烦躁和紧张）

你最近是否经常甚至每天都无缘无故的感到心烦，甚至在与他人（尤其是家人）接触时感到不耐烦．

你最近是否经常或几乎每天感到心情像绳一样拉得紧紧地不能松弛下来，甚至

在下班或无事时也如此。

（2）过分担心

你是否感到与以往不同，总是感到心神不定，好像有什么不好的事情要发生似的，是否对一些平时不担心的小事也害怕起来而且又无法控制自己不担心。

B.至少伴有下列附加症状的三项

（1）容易疲劳。

（2）注意力难于集中或感到脑子一片空白。

（3）易激惹。

（4）肌肉紧张。

（5）睡眠障碍（难于入睡和保持睡眠，或睡眠不宁）。

说明：若具备A两项，同时具备B三项且持续六个月，高度考虑广泛性焦虑。

**2．焦虑干预一般问题**

（1）求助动机：一旦焦虑障碍诊断成立，应给予患者及家属健康教育，让其了解此类疾患的特点和治疗的可能性及必要性，激发患者的治疗动机。大多数焦虑症病人由于各种原因，例如可能以躯体症状为主要表现，尤其是耻病感、污名化等社会压力和人格因素等耻于就诊或不接受精神或心理疾病的诊断。因此让患者意识到治疗的重点是焦虑而不是别的什么躯体疾病，不误会焦虑症尤为重要。焦虑障碍属于精神疾病，精神病也属于精神疾病，但精神疾病不等于精神病。

（2）干预目标：绝大多数焦虑障碍的患者经过治疗后可以得到改善，但“痊愈”者甚少。对许多病人而言，焦虑障碍需要长期治疗，停药后的复发率相当高。治疗目标应该是改善功能，应对日常生活工作，甚至有时是学会与焦虑共处，非“除根、不再复发”。在心理社会方面尽量消除或减少心理社会刺激因素，消除或减少由心理社会刺激因素引起的心理反应；使用安全和有效的药物消除焦虑生物学症状。

（3）干预基本原则：绝大多数精神疾病的发生与相关致病因素之间是多因与多果的交互作用的关系，治疗也必需用多种手段来干预，即采取心、身相结合的治疗原则。但对于具体病例，则应各有侧重；尽量根据患者的意愿选用治疗方法。对于焦虑症状严重影响到日常生活者首选药物治疗，轻度焦虑通常首选心理治疗。对于病程短、症状轻的患者，单纯支持性或解释性心理治疗有时即可能有效。

**3．心理干预方法** 不论使用什么方法，对焦虑患者的恰当解释、鼓励、安慰、支持都是十分重要的。患者的心情处于十分紧张的状态，对自己疾病估计严重。医生以耐心、同情的态度倾听，并要把病人焦虑症状的性质讲清楚，使患者对疾病性质具有全面了解。对有明显焦虑的病人支持和保证尤为重要。帮助患者识别其症状的促发因素，认识或解决心理冲突，改善应对方式，提高应对能力，减少应激性生活事件，消除不必要的顾虑和恐惧。如果存在

明确的致病性事件，宜针对性地给予心理咨询和指导。教育患者如何认识事物的各种发展结果，而不是只关注负面结果。让我们听听罗洛.梅（Rollo.May）在回忆中是怎么说的：30年代末期我染上了肺病，10 多年之内我生活在动荡中，仿佛没有明天感觉。突然间我赖以生存的重要计划、人际关系、生活标准以及人生价值完全都化为乌有。不久以后，我立即调整了自己的存在，我此时此地的存在——我所拥有的就是这个存在和我染上了结核菌的身体。面对死亡是个很有价值的经验，因为在这个经验中我学会了面对人生。

利用认知行为治疗首先帮助患者进行认知重建，即发现和改变患者对疾病性质的不合理和扭曲的认识；通过适当的奖赏机制、行为演练、行为反馈、布置作业等方式以改善患者的社交技能（社交技能训练）；再通过人际关系治疗解决人际关系问题，如角色冲突、社会隔绝、长期悲伤、角色转换等；要比单纯焦虑处理训练更为有效。认知行为治疗对抗焦虑停药后出现的症状效果明显。

以社交焦虑的患者为例，认知行为综合治疗基本可以按如下的过程操作。先帮助他们系统评估其焦虑和将惊恐发作视为灾难的曲解思维模式，行为干预常常被限于对广泛焦虑进行放松训练，主要是松弛疗法。对社交恐惧的患者可采取认知行为集体治疗，其基本方案为：6 个病人组成一组，每周治疗性会面一次，每次 2.5 小时，共治疗 12 周次为全部疗程。内容包括：

（1）社交恐惧的认知行为的解释和分析；

（2）定式练习，训练病人学会应用认知重建技术；

（3）在小组集体活动期间，让病人暴露于模拟的害怕性场合中；

（4）在模拟暴露的同时，让病人学会放松和认知应对策略；

（5）在治疗间歇期，布置病人家庭行为作业，即实体暴露练习一些日常境遇；

（6）在进行家庭行为作业练习前后，由病人自己掌握应用常规认知重建技术。

在完成 12 周次的疗程后，以后每月一次，共 6 次为巩固过程。在整个治疗过程中，治疗医师的治疗风格为苏格拉底式，侧重强调病人学习认知应对技巧，同时积极地应用这些技术到社交场合中。

**4．药物治疗**　如果考虑药物治疗，应密切观察随访病人至达到稳定的药物剂量和症状的减轻。加强对患者进行该病的医药常识教育，帮助患者了解所患疾病，需征得患者的配合。传统的三环类抗抑郁焦虑药物因其抗胆碱能及心血管等方面的毒副反应，使其在躯体疾病中的应用受到很大限制。新一代 SSRI 类药物以其安全系数高、患者依从性好、治疗的广谱性，正日益得以在精神疾病及躯体疾病伴发精神症状的患者中广泛应用。但是针对患者的不同特点尽量要制定个性化治疗方案，运用综合疗法使患者在最短时间内康复。（详参见精神病学教材或药典）。

**5．家属亲友的帮助**　有关焦虑患者家属和亲友该如何做和怎样配合治疗的问题，与抑郁患者类同，可参阅本章第一节内容。

**6．焦虑障碍的护理**

（1）给患者提供安全舒适的生活环境，减少外界刺激。

（2）鼓励其参加简单、容易完成、喜欢并可以自控的活动，转移其注意力。允许保留私人空间，对失眠给予一定处理。

（3）鼓励病人回忆或描述焦虑时的感受，接纳病人的焦虑感受，与病人讨论处理焦虑的方式，同时对当前重要问题给予简洁明确的指导。对病人的病情表示理解和同情，对病人当前的应对机制表示认同、理解、支持，不轻易迁就病人，鼓励病人按可以接受的方式和可以控制的方式表达激动、焦虑、愤怒。

（4）教会病人学会放松技术，使其与医生合作使用反馈技术，增强参与治疗的动机和治疗的信心，注意倾听患者的不适主述，但是避免过分提供照顾。

（5）如遇惊恐发作，马上让病人脱离应激源或改换环境，明确向病人表示不会危及生命、疾病一定能治愈；对惊恐发作急性期的病人应该陪伴，如能与家属分开则更好，避免焦虑情绪的影响和传播。有时焦虑、惊恐发作病人可出现自杀、自伤、不合作、冲动行为等，必要时适当限制。

（6）对家属进行健康教育，减少病人与家属因观念模糊而抑郁、焦虑，帮助病人了解疾病知识以免病人担心疾病会演变成精神病。指导家属配合治疗和护理。

（刘畅）

## 第三节　躯体化障碍

### 一、概述

#### （一）问题的提出

案例：一个50岁的男人自述，10年来他总是感觉虚弱和不舒服。他不停地去找不同的医生看病，而医生们没能发现他有任何问题。因为有病，他经常耽误工作。现在他担心自己患了癌症，但是体检并没有发现异常。这是一例表现为躯体化障碍的病人。

躯体化障碍是一种以持久的担心或相信各种躯体症状的优势观念为特征的神经症。以各种躯体症状为主要临床表现，但不能证实有器质性损害或明确的病理生理机制存在，而有证据表明与心理因素或内心冲突密切相关的精神障碍.病人反复就医陈述其躯体不适，未发现相应的器质性病变，各种医学检查阴性和医生的解释均不能打消疑惑。无视医生关于其症状并无躯体疾病基础的再三保证。即使存在某种躯体障碍，也不能解释主诉症状的性质、严重程度及其痛苦与先占观念。经常伴有焦虑或抑郁情绪。尽管症状的发生和持续出现与不愉快的生活事件、困难或冲突密切相关，但病人常否认心理因素的存在，对将其躯体不适与心理问题联系非常反感，拒绝探讨心理病因的可能，相信疾病是躯体性的，要求进一步检查。甚至有明显的抑郁和焦虑情绪时也同样如此。无论是从生理还是心理方面了解症状的起因都很困难。病人常有一定程度寻求注意的行为。由于结果常使人失望，易引起医患关系问题，并且很少主动到精神科就医。本障碍男女均有，为慢性波动性病程。

在临床实践中，躯体化障碍是困扰综合科室医生和临床心理学工作者常见问题。许多缺乏心理障碍相关知识的人，很容易做出错误的诊断进而延误治疗。

#### （二）躯体化障碍的表现

躯体化障碍又称Briquet综合征。躯体化障碍主要表现多种多样、反复出现、经常变化

的躯体不适症状和疼痛，常起病于30岁以前。病程持续至少两年以上，女性远多于男性。反复各种医学检查均不能证实任何器质性病变可以充分解释其躯体症状，。躯体化障碍的患者非常关心和担心自己的各种主观症状，往往还有夸大，常导致患者长期反复就医，并伴有社会、人际家庭行为方面长期存在的严重障碍，常为波动性病程，很少能够完全缓解。症状可涉及身体的任何系统或器官。具体临床表现如下：

**1.肠道症状** 这是一组最常见的症状，如腹痛、嗳气、饱胀、打嗝、返酸、呕吐、恶心、腹泻，不能耐受某些食品等。胃肠检查只能发现浅表性胃炎和肠道易激综合征等与患者所诉躯体症状不相应的症状和体征。

**2.呼吸系统与循环系统症状** 气促、气短、心悸、胸痛、头晕等。

**3.转换性症状或假性神经系统症状** 这类症状提示神经系统疾病可能，但不能检查到神经系统损害的证据。常见的表现形式有共济失调、肢体乏力，吞咽困难或梗阻感、失音、失明、复视、视物模糊、昏倒或意识丧失、记忆缺失、癫痫样发作或抽搐、行走困难、尿潴留或排尿困难、异常皮肤感觉等。

**4.女性生殖系统症状** 痛经、月经不调、月经过多，整个妊娠期出现严重呕吐等。

**5.性功能障碍** 以性冷淡、勃起和射精困难、性交时缺乏快感、性交疼痛、阳痿等多见。

**6.疼痛** 部位常很广泛，如头部、颈项、腰背、关节、四肢、胸腹、直肠和肛门等。有胀痛、刺痛、跳痛、烧灼等。常不固定于某一处。

**7.**常存在明显的抑郁和焦虑，过份担心年龄、体重、皮肤、斑疤、水肿及性功能。

## 二、躯体化障碍的理论剖析

本组障碍的确切病因尚不明。心理动力学理论认为躯体化障碍是病人往往不善于于探究自己内在心理，将自己的内心矛盾或冲突转换成内脏和植物神经功能障碍，因此，心理问题或被阻抑的心理冲突以躯体症状或躯体反应的形式表现出来。认为该组障碍主要由心理因素造成。

（一）躯体性形式障碍的病因

**1．遗传** 躯体化障碍与遗传易感素质有关。有研究表明，女性更多地以躯体化障碍来表达一种与犯罪有关的遗传倾向，男性则更多地以反社会性人格障碍来表达这种倾向。

**2．人格因素** 孤僻、内向，易受暗示。对周围事物缺乏兴趣，把注意力集中于自身的躯体不适及相关事件，对躯体感觉的敏感度增强。易于产生各种躯体不适和疼痛，可成为疑病症发病的人格基础。具有敏感多疑、易受暗示、性格内向的人，在患躯体疾病时易出现短暂性疑病症。有研究表明，躯体化障碍的患者常合并一定的人格障碍。

**3．社会心理因素**

（1）躯体化障碍患者的症状可为其失败作出合理化的解释。

（2）躯体化障碍患者可以通过外在表现的躯体症状吸引周围人关注，寻求特殊照顾。

（3）躯体症状可以作为控制他人或社会环境的手段，即可获得“社会性效益”，而这

确又增强了原先的心理生理症状。

（4）躯体化障碍患者由于社会对精神疾病的歧视，而不愿承认其心理方面的原因，宁肯将其表达成躯体疾病。

（5）躯体化障碍患者其躯体症状在成人期的出现可能是由于其幼年的患病经历得到了父母的过多关注有关。

（6）儿童时的躯体创伤或性的虐待，更易于使人通过躯体症状来表达其心理问题。

（7）错误的传统观念，如对手淫危害的夸张或不良的医源性影响可促进疑病观念。

**4．生理因素** 处于青春期或更年期的人，较易出现植物神经不稳定的病状，如心慌、潮热等。对这类生理现象过分敏感、关注，甚至曲解，可以促成疑病观念。

**5．认知因素** 有人认为躯体化障碍起源于认知结构异常。病人常夸大正常的感觉，对思想、情绪引起的躯体症状作出不当解释，导致疑病观念。

（二）不同心理学派对躯体化障碍的理解

**1．心理动力学理论** 心理动力学理论重视潜意识的心理冲突在躯体化障碍发生中的作用，认为个体的潜意识特征产生特定的心理冲突，进而引起特定的躯体化障碍。弗洛伊德用转换机制解释躯体化障碍，即未能解决的早年心理冲突引起某些身体器官的脆弱易感倾向，意识层的感知使当事人产生症状体验。心理冲突多出现于童年时代，常常被潜抑到意识深层，在个体成长的生活历程中，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功能受损的感受。

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功能改变而产生症状体验的。例如：心理冲突在迷走神经功能亢进的基础上，可造成哮喘、溃疡等感受，在交感神经亢进基础上可造成高血压等疾病感受。因而只要查明致病的潜意识心理冲突，就可以弄清发病机制。

**2．心理生理学理论** 心理生理学理论的代表人物有沃尔夫(Wolff HG)、马森(Mason JW)和英格尔(Engel GL)等。以坎农的生理学(主要是躯体内稳态理论)、塞里的应激学说，以及巴甫洛夫、贝柯夫与谢切诺夫的条件反射研究与“皮质内脏相关学说”为基础，通过心理生理学的实验，探讨有意识的心理活动，同身体的生理生化变化间的关系，揭示心理因素导致躯体化障碍的心理生理机制。

1920 年，坎农在《疼痛、饥饿、恐惧和愤怒时的身体变化》一书中。根据实验研究结果，提出了“特定的情绪伴随着特定的生理变化”的思想，以及应急反应下发生的系统生理反应（参见本章第 3 节）。马森和塞里强调，心理因素在应激的生理反应中起重要调节作用，心理社会刺激也能引起生理的应激反应(参见本章第 3 节)。英格尔将机体对紧张性刺激的反应分成两大类：“或战或逃反应”和“保存-退缩反应”，并进一步探讨了这些反应下的生理变化，及其同某些疾病间的联系，认为：“或战或逃反应”与交感－肾上腺髓质轴的生理变化有关，“保存-退缩反应”与下丘脑－垂体－肾上腺皮质轴系的生理变化有关，并引起免疫系统的变化。沃尔夫系统地研究了应激期间身体器官的功能变化，如不同情绪状态下胃酸的分泌量和胃粘膜血流量的变化。

与应激有关的主要的研究成果反映在心理神经内分泌免疫学领域。已有很多实验调查可

以证实应激事件与免疫系统有关。1970 年代末，建有核电站的美国三里岛发生了几起严重的核泄露事故。Mckinnon 等人（1988）对该基地附近的居民进行了调查，三里岛居民与作为对照组的其它地区居民相比，疱疹抗体的数量明显多于后者，表明三里岛居民的细胞免疫能力较差，其原因与十年来三里岛居民一直处于相对较强的应激状态有关。配偶死亡也严重影响鳏夫的寿命。Parkes 等人（1969）发现，有些鳏夫在妻子去世后 6 个月内相继辞世，原因可能是由于严重的应激，削弱了机体的免疫防御能力。Rogers 领导的研究小组，分析了 26 名丧偶者的免疫力水平，研究表明，丧偶者在配偶死亡的两周内免疫力没有明显变化，但经过六个星期后，免疫细胞的反应性下降。说明应激事件与免疫水平存在密切关系。

由于心理和生理因素之间存在着明显的相互作用，各种主观躯体体验完全可以由于心理学因素而产生。因此各类生活事件和社会变革以及对这些刺激的评价都会影响到人类个体的心理状态，产生不良的情绪，当主体难以有效地应对时，就会形成躯体化障碍。

**3．行为主义学习理论** 有一部分躯体化障碍可以用条件学习加以解释，如：某些哮喘患者可因哮喘发作而获得家人的额外照顾而被强化。有的是通过观察学习机制而习得。如：儿童的有些习惯会因模仿大人习惯而获得。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)。医学生中常见一种现象，学习何种病，就出现该病的症状，这属于学习过程中的自我暗示，是本能性强化。

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与生理反应相联系的行为反应。行为理论认为，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)。行为主义学者 Miller 等，通过“植物性反应的操作条件反射性控制”实验，说明人类的某些具有方向性的功能改变，可以通过学习的方式而获得。例如血压升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的舒缩等。所以，有些躯体化障碍可以用行为主义条件学习和观察模仿理论加以解释。

**4．认知理论** 认知理论认为，个体心理的内稳态受到破坏，一方面与应激源有关，另一方面也与人们对应激源的认知评价有关。紧张情绪可以直接或间接地降低认知能力。心理社会文化性应激源通过情绪反应，干扰和影响逻辑思维、智力，造成认知能力下降；认知能力下降又会促使个体产生动机冲突，并使挫折增多，激发不良情绪，形成不良情绪与认知能力下降的恶性循环。

认知反应的另一方面是自我评价失当。人在各种活动中都有自我评价，对于应激源的刺激，如亲人故去、离婚、患重病等，均可使人感到悲伤、忧郁，降低了自我价值感。面对应激情境，丧失了自信心，总是怀疑和担心。久而久之，当事人会对生活和工作产

生不良影响，缺乏自我控制，损害了自主感和掌控感，就会产生各种不良体验和感受，形成躯体化障碍。

## 三、临床干预策略

躯体化障碍患者的各种躯体症状是由社会心理因素造成的，由心理冲突转换而来，所以最有效的治疗应该是心理治疗。可采用支持性心理治疗、心理动力学治疗、认知治疗和森田疗法。但患者因患病回避了各种矛盾和冲突，也无需承担某些家庭和社会责任，而且得到了很多人在健康时得不到的关怀和温暖，要他们放弃病人角色十分困难，心理治疗常常会遇到强大的阻力。这就要求我们在实施心理治疗时既要耐心又要讲技巧，尤其在治疗初期，应先关注患者的躯体症状，待良好医患关系建立后，再回到引发患者症状的社会心理因素方面。这种“病人”在心理治疗时，医生要做好耐心的解释与说服工作。在全面细致的检查和临床化验、特殊物理诊断之后，应向病人作坚定的回答，打消其心理顾虑。同时，病人的亲属要全力配合，及时地经常地给予心理疏导和安慰，采取多种办法分散病人对疾病的注意力，并让病人保持愉快的心境和乐观的情绪。躯体化障碍患者是由于心理社会因素造成的，那么在日常生活中也要注意照顾病人的情绪，尤其要避免在病人面前谈论与疾病相关的敏感话题，不要让病人产生联想。同时，要尽可能地从性格上引导病人向开朗、乐观的方面转变，这对消除病人的疑虑，保持情绪稳定也是很有益的。

### （一）治疗原则

**1.**医生必须对病人患有潜在的躯体疾病并可在治疗过程中发展为躯体疾病的可能性保持警惕。

**2.**不应对躯体化障碍的病人抱有非此即彼的概念，大多数躯体化障碍的患者有某种程度的躯体疾病。

**3.**躯体化障碍的患者常常患有并存的精神科疾病，如抑郁障碍、焦虑障碍和强迫障碍等。一旦确认，应给予治疗，因为躯体化障碍可能代表一种该类疾病的躯体表达。

**4.**对躯体化障碍病人只有在具有客观体征而不是仅有主观症状时才可以采用损伤性的检查手段。

**5.**躯体化障碍的急性病可能与生活中的急性应激源有关(如躯体和性的虐待)。

**6.**最有效的治疗是建立平稳，牢固和支持性的医患关系，以帮助病人减轻症状，避免不必要的诊断和治疗性程序。

**7.**躯体化障碍病人的治疗比较困难，应采取综合性治疗躯体化障碍的治疗，常需要多学科的治疗技术性协作。

**8.**对伴有明显焦虑、抑郁病症状者，应予适当的抗焦虑剂、抗抑郁剂治疗;针对某些躯体症状，可予相应的内科药物治疗。

### （二）心理治疗方法

病人常常拒绝接受症状的根本其实在于心理的可能性，因此，以提高内省力为目的心理治疗可以帮助病人探究并解决引起症状的内心冲突，单独的心理治疗对于躯体化障碍患者大多难以奏效，但在建立良好的治疗性关系中，心理治疗的技术与艺术的运用是非常需要的。

**1. 支持性心理治疗** 给予病人解释、指导、疏通，令其了解疾病症状有关的知识，对

于缓解情绪症状、增强治疗信心有效。对暗示性较高的患者，在支持性心理治疗的基础上进行催眠暗示可能获良效。

**2．心理动力学心理治疗**　帮助病人探究并领悟症状背后的内在心理冲突，解开心结，铲除症状的根源，改善病人的性格缺陷，改善家庭气氛及人际关系。

**3．认知治疗**　对于疑病观念明显且有疑病性格的病人，予以认识矫正治疗，有远期疗效。

**4．森田疗法**　使病人了解症状实质并非严重，采取接纳和忍受症状的态度，继续工作、学习和顺其自然地生活，对于缓解疾病症状、提高生活质量有效。

（三）对症和药物治疗

病人对健康要求高，对躯体反应敏感，药物治疗前必须讲明药物可能出现的副反应，以解除患者的担心，宜选用不良反应小的药物，且以小剂量治疗为宜。焦虑、抑郁症状明显者可予适量抗焦虑药物或抗抑郁药，往往用一种抗焦虑药(阿普唑仑、劳拉西洋、氯硝西洋等)小剂量治疗有效。另外，可针对躯体症状表现可予对症处理，如适量服用普萘洛尔、甲氧氯普月安，应短程给药。药量要注意个体化，宜请患者参与决策。

（四）漂浮治疗

漂浮治疗是在特定的漂浮室内进行的。让人在漂浮液中达到一种深度放松，产生安全感，仿佛回到母体子宫，解除病人的焦虑、紧张，同时增加脑内内啡肽的分泌，消除疼痛，恢复健康。

（五）中医治疗

中医药治疗，若能辨证论治得当，则有意想不到的效果。传统医学各种松弛疗法，有很多可取之处，如梳头抹脸摩身、倒退步行、推拿、按摩、练气功、打太极拳等都可采用。

（六）其他

如频谱治疗、按摩治疗、体外反搏治疗等，有一定辅助治疗效果，生物反馈及其他全身放松治疗技巧，均可帮助病人全身放松，控制焦虑、疼痛等。

(杨凤池)

# 第十九章　不同年龄心身医学问题

心身疾病可以发生于几乎所有年龄段。本章重点介绍不同年龄的心身疾病或心身问题的特点，为避免与前面章节有关内容的重复，凡前面已经单独列出者，在此只做简要介绍。

## 第一节　儿童期的心身疾病

### 一、儿童期心身特点

儿童由于中枢神经系统的结构发育尚不完善，对植物性神经和情绪活动的调节控制能力亦较弱，临床上常出现各种植物性神经功能失调的症状，如腹泻、呕吐、食欲不振等。

各年龄阶段儿童的心理活动特点不同。如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等。

儿童在成长过程中逐渐形成的某些习惯，如饮食、睡眠和一些行为习惯，本质上是各种条件反射联系。这些联系在幼儿还不巩固，都可受到精神的或感染中毒等外界因素的影响，以致在一段时间内功能削弱，出现如遗尿等现象。

由于儿童期的心身特点，决定在临床上对儿童期心身疾病的认识、诊断和干预方法也应与成人有所区别。儿童期心身疾病往往与父母的态度、抚养方式、家庭氛围等因素有关，在临床评估和诊断时需要加以注意；在儿童心身疾病治疗过程中，同样需要注意对其父母和其他亲近成员的必要指导，运用于儿童的许多心理行为干预方法，实际上是通过其父母的正确理解和准确操作来实施的。

### 二、常见心身疾病

**1．儿童时期溃疡病**　消化性溃疡以学龄儿童发病率相对较高。与成人溃疡病类似，本病的发生主要与遗传素质、性格特征、刺激性食物和经常处于强烈紧张状态等心理因素相互作用有关。但也有儿童的特殊性，强烈的紧张状态和好胜心强是小儿溃疡病的主要心理因素。当这些心理因素出现于有溃疡病家族史、高胃蛋白酶原血症、情绪不稳定型和依赖性强的小儿，便易于发生溃疡病。

儿童溃疡病的干预方法除了成人溃疡病的相关措施外，重点在于维持小儿稳定的情绪状态，以及回避相关的刺激性食物。应用多虑平或氯丙咪嗪等以减轻焦虑和抑郁对促进溃疡的愈合和减少复发方面也有帮助。

**2．厌食症**　厌食症多发于5岁以下特别是1－3岁儿童，主要表现为较长时间的食欲不振、食量减少，甚至拒食。由于长时间的食欲低下，可出现营养发育受到明显影响的各种症状。

发病原因主要是由于胃肠消化功能紊乱，引起食欲减退或消失所致，与喂养不当、生活环境的改变、精神紧张、疾病影响等也有关。其中情绪障碍是小儿厌食的最常见原因，往往与强迫喂食、进食时训斥、进入幼儿园和其它精神负担过重等有关。心理上的原因可使大脑皮层和下视丘发生抑制，使消化液分泌减少，胃肌张力降低而引起厌食。此外，零食习惯和不定时进食习惯，也可降低进食时的消化液分泌和食欲。亦有研究证明，5-羟色胺有使食量减少、进食时间缩短的抑制进食作用。

儿童厌食的干预，必须采取综合措施。应寻找与厌食有关的生活事件并针对性地进行干预，切忌强迫进食；要为患儿建立宽松的进食环境，定时定量进餐等。开始阶段，可辅以适当的对症药物治疗，如食欲兴奋剂赛庚啶、中药、消化酶制剂等。对较大的儿童，可采用行为治疗的奖励强化法。例如将患儿的每餐和每天进食量记录在表格上，表格由患儿保存，如果当天的目标达到则在当天日程表上划上或插上红旗，并可与患儿商议共同制定每周获多少面红旗计划，每周的计划目标应逐渐提高，但开始阶段应尽量使患儿能获得奖赏为度。达到周计划目标时即可给以所喜爱的玩具、书籍，观看比赛及旅游等奖励。

**3．神经性呕吐**　又称心因性呕吐，属于精神因素的躯体反应，可见于任何年龄，甚至是婴幼儿也可发生。表现为无恶心而反复呕吐，既不费力也不痛苦，吐后往往即可进食，临床检查除稍消瘦外没有器质性疾病的表现。

病因包括各种因素导致的情绪混乱、对不愉快或可憎恶思想或经验的反应、精神过度紧张、作为反对父母向家庭施加压力或引起父母关注的一种手段等。

本病的干预主要依靠发现与解决不良的心理因素，包括合理安排生活，建立规律的饮食制度，加强体育锻炼，增加生理睡眠时间，不能过分注意孩子的呕吐症状，避免在孩子面前因此而表现得紧张和顾虑等。对症治疗可联合使用赛庚啶、阿托品、维生素B1等。行为治疗中的奖励强化法也可使用。

**4．支气管哮喘**　这是儿童较常见的一种心身疾病。有人认为5～10%的儿童在儿童期的某一阶段曾发生过支气管哮喘。在儿童中，男与女发病率之比约2:1。

支气管哮喘的病因较复杂，与免疫、感染、内分泌、自主神经、生物化学和心理因素有关。研究认为，约5～20%的哮喘发作由情绪因素引起。在引起儿童哮喘发作的不良心理因素中，常见的有母子关系冲突、亲人死亡弟妹出生、家庭不和、意外事件、心爱的玩具被破坏、进入托儿所导致突然的环境改变引起不愉快的情绪等。而长期反复哮喘发作又会引起病人的焦虑、抑郁、沮丧，过分注意自己疾病的行为模式，与家长过分关心、烦恼和焦虑的心情互为因果，形成恶性循环，促使哮喘的发作更加频繁。患儿的性格也具有一定特点，多为过度依赖、幼稚敏感和希望受人照顾。

在哮喘的发病中，应激引起呼吸道平滑肌功能紊乱是由于副交感神经活动相对亢进所

致。心理生理研究显示，暗示技术可诱发哮喘患者呼吸道阻力增加，并可由于应用阿托品而防止，因而提示胆碱能的通道受累。

治疗方面。除使用氨茶碱或肾上腺素和激素等类药物外，对有情绪因素的患儿，应实施心理治疗。应通过心理干预消除患儿的不良心理因素；催眠、暗示等治疗方法有时也会有一定效果；有报告采用前额肌电反馈放松训练对哮喘儿童取得较好的疗效。此外，对有焦虑情绪的患儿，使用安定等药物也有帮助。

支气管哮喘的反复发作会对患儿的生长发育和生活、学习影响较大，应尽早进行预防。包括避免劳累、淋雨、精神刺激；建立规律的生活制度；进行规律的体格锻炼，循序渐进地增加运动量，可提高机体对温度和外界环境变化的适应能力；鼓励患儿多参加集体活动，学会自我管理，每天记录哮喘日记，提高战胜疾病的信心。

**5．遗尿症**　指5岁以上的儿童还夜间常尿湿床铺，白天有时也有尿湿裤子的现象。男与女比例约为2：1，6-7岁的孩子发病率最高，多数能在发病数年后自愈，女孩自愈率更高，但也有部分可持续到成年。遗尿症可分为器质性和功能性两大类，功能性遗尿又分为原发性和继发性两种。一般认为，既往已能夜间控制小便达1年以上的继发性遗尿患者，一般是反映情绪紊乱，比始终未能控制小便的原发性患儿易于治愈。

遗尿症的原因与以下因素有关：遗传因素，国外报道74%的男孩和58%的女孩，其父母双方或单方有遗尿症的历史；感染因素，如由于外阴或尿路感染等引起局部刺激；功能性膀胱容量减少；睡眠过深不能接受来自膀胱的尿意而觉醒；心理社会因素，包括缺乏良好排尿训练、家长的责骂、亲人变故、父母离婚、母子长期隔离或黑夜受惊等均可导致孩子遗尿。遗尿儿童往往表现胆小、被动、敏感、孤独内向或易于兴奋等性格特点，但不能确定是遗尿的原因，而可能是长期遗尿导致不愿别人知道，因而不喜欢与他人多接触或参加集体活动而逐渐形成了内向性格。

遗尿症应采用综合干预措施。药物方面以盐酸丙咪嗪和氯酯醒较常用，因丙咪嗪为抗胆碱能药，可放松逼尿肌抑制排尿，还可降低睡眠深度，加强括约肌的自主控制。国外有报告应用丙咪嗪后，40～50%的患者遗尿迅速停止，但停药后2/3的病人复发。行为疗法由于需要患儿通过成功的学习，才能矫正遗尿行为，故疗效巩固，复发率低。

由于遗尿可使患儿害羞及畏缩，打骂惩罚会使其更加委屈和忧郁，反而可能加重症状，因此安慰和鼓励是十分重要的。心理行为调整，包括建立合理生活制度，下午4点以后少饮水，避免过度疲劳和精神紧张，按时睡眠，睡前不宜过分兴奋等。行为疗法是通过系统的行为训练过程，使患儿逐步建立起排尿条件反射。

（姜乾金）

## 第二节　青年期的心身疾病

### 一、概述

#### （一）青年期心身特点

青年期是由儿童转变为成人的过渡期，一般人们习惯把青少年期划分为：12－15岁为

少年期，15—18 岁为青为初期，18—22 岁为青年中期，22—28 岁为青年晚期。进入青年期以后个体的心理，生理状况都发生很大改变。

**1．青年期生理特点**

（1）外形剧变：从进入青春期开始，个体身高、体重迅速增长，外形发生明显变化在青春发育期，身高每年增长 6～11 厘米，体重可增加 5～6 公斤。个体的外形巨变，主要是由于体内激素分泌逐步接近成人造成的，生长激素直接作用于全身组织细胞，促进机体生长。激素的分泌是人体发育的催化剂，加速青少年生长发育。

（2）体内机能增强：身体的各主要器官，心肺功能和脑神经功能发育完善，少年期，心脏的发育有时跟不上血管和各器官发育，易发生头昏、头痛、心跳加速、血压偏高、易疲劳等现象；神经系统对运动的调节落后于身体增长，会出现原来协调的动作变得笨拙，不自然。但到了青年初期，各主要器官发育已日渐成熟。脑神经纤维变粗、增长，脑细胞分化机能达到成人水平，第二信号系统作用显著提高。心脏也迅速增大，到 20 岁左右，各器官发育已接近成人。

（3）性功能成熟与第二性征出现：男女性功能在少年期开始发育，女性开始出现月经，男性开始出现遗精。同时男女均出现第二性征。男性表现为全身肌肉发达，骨骼变硬、身高明显增加，肩部变宽、长出阴毛和腋毛、睾丸和阴茎增大、胡须变黑、喉结突出、声音变粗；女性则出现乳房隆起、皮下脂肪增厚、臀部变圆、体态丰满等。

**2．青年期心理特点**

（1）智力发育完善：随着大脑机能的发育，青年人的活动空间，社会实践活动的增多。使青年的认知能力、感知能力、记忆力不断增强，抽象思维能力逐步占据主导地位，思维的独立性、批判性、创造性都有显著提高。

（2）自我意识增强：自我意识是个体对自我的认知能力，在青少年期，个体开始对自我内心世界进行多方位关注和评价，并籍此评价支配自己言行，在这一时期，他们的自我意识还不稳定，具有片面性、情绪性和波动性特点。同时随着自我意识萌发，他们开始反抗父母的言行。

（3）性意识萌发：随着性功能发育完善和第二性征出现，性意识也逐渐萌发，在少年期出现对性问题害羞不安，疏远异性等情况，随着年龄增长，开始出现异性相吸的朦胧性向往。

（4）情绪的不稳定性和闭锁性：情绪容易兴奋且不稳定，很容易从一个极端走向另一个极端，情绪起伏很大，容易冲动而产生过激行为。有时还可表现为情绪敏感，脆弱。同时小时候对父母无话不说，到了青少年时期，开始掩饰情绪，这种情况使父母觉得孩子难以捉摸。

（二）青年期心身疾病症状

可以表现为各个器官系统的心身疾病，较多见的有心血管系统、消化系统的心身障碍和体象障碍等。青年期心身疾病不仅有头痛、腹痛、心悸、食欲不振、睡眠障碍、咽下困难等躯体症状，同时伴有忧郁、焦虑等情绪心理症状。

（三）青年期心身疾病检查

检查包括问诊、针对症状的各系统躯体疾病检查以及各种心理检查。

（四）青年期心身疾病诊断

根据以下标准进行诊断：①发病和心理社会因素密切相关；②排除各种躯体性疾病；③

排除多种精神疾病。

（五）青年期心身疾病治疗

综合应用心理治疗和相应药物治疗

## 二、常见心身疾病

### （一）学校恐怖症

学校恐怖症（**school phobia**）是指儿童青少年对学校特定环镜异常恐怖，以至于拒绝上学的一种情绪障碍，可伴发一定范围躯体反应，是恐怖症中的一种特殊类型。学校恐怖症的发病率在**1%～4.7%**之间，有**3**个发病高峰期，**5～7**岁为第一高峰，可能与分离性焦虑有关；**11～12**岁为第二高峰，与学业负担大和适应环境、人际交往困难有关；**14**岁为第三高峰，与青春期发育及特定情绪焦虑、抑郁有关。

**1．病因**

（**1**）人格偏差：由于从小父母过分保护和溺爱，造成儿童依赖性强、胆小、害羞、害怕与父母分开而产生分离性焦虑。还有的由于过分依赖家庭，而不能在心理、生活及学习上自立，对集体生活无法适应。

（**2**）生活事件：如在学校中被老师责骂、批评，被同学欺负、嘲笑，家长要求过高而无法达到等涉及学校、家庭的生活事件均可导致发病。同时还有一些因素如搬到一个陌生地方、家庭环境不良、父母感情失和、离异或家庭成员不幸，也会对青少年产生压力，引发不良情绪，逐渐导致学校恐怖的发生。

**2．临床表现**

最突出的症状是害怕和拒绝上学，患者可能完全不去上学或连续几天缺课，有的早上到学校上课但很快打电话给父母，告之各种不适、如头痛、头晕、股痛、呕吐等；有的表现为低热、全身疲劳、无法坚持上学，希望父母把其接回家。另一些能够坚持上课，也能在学校呆上一整天，但每天早上到学校会发生强烈情绪反应。还有一些患者能够上学，但在学校感到无比痛苦，恳求父母不要让他上学，如父母强其上学，焦虑会加重，如暂时不去上学，患者焦虑立刻缓解。

学校恐怖症患者的躯体症状可表现为：①消化系统：反复性腹痛，多为阵发性，少部分为钝痛，以脐周为主，发作时伴呕吐、腹泻、面色苍白、出冷汗等；②心血管系统：阵发性心慌、胸闷、气短、头晕眼花；甚至晕厥等；③神经系统症状：头晕、头痛、四肢无力、手足麻木、尿频、尿急等。患者的情绪障碍除了有明显焦虑、抑郁外，还可能有入唾困难、夜惊、任性等表现。

**3．诊断与鉴别诊断** **Bery Nichols**和**Drit chard**对学校恐怖提出四条诊断标准：①去学校产生严重困难；②严重的情绪焦虑；③父母明知患者在家是因恐怖而不去上学；④无明显反社会行为。

学校恐怖症鉴别诊断包括：①与躯体症状为主诉的患者，应认真询问病史，找出发生的各种躯体症状与上学困难的联系；②逃学：逃学者一般无明显情绪表露，但常有违纪行为，往往长期学习不良；而学校恐怖症患者一般学习较好，有明显情绪反应，品行无问题。

**4．治疗**　要根据患者不肯上学的原因，找他们谈心，消除上学的紧张情绪，同时要关心患者出现的各种躯体症状，采用安慰性药物治疗和患者建立良好互动关系。

（1）行为治疗：包括系统脱敏、放松训练，情感塑造和社会功能训练等。系统脱敏可以将患者逐步暴露于他们恐怖的情景中，逐步消除上学恐怖。肌肉松弛训练可以帮助患者克服焦虑情绪。此外，从小培养孩子独立性、社会活动能力，以免造成孩子依赖、被动性格也极为重要。

（2）家庭、学校支持体系建设：请家长、教师参与开展广泛性的家庭心理治疗，纠正家长、教师的不良行为，创设家校互动的良好环境有利于患者康复。

（3）药物治疗：应与各种心理治疗相配合进行才能达到效果。除了应用安慰剂外，可选用的药物包括三环类抗抑郁药、5-HT 阻滞剂等。

（二）网络成瘾

网络成瘾是指由于重复使用网络所导致的一种慢性或周期性的着迷状态，并带来难以抗拒的再度使用网络的欲望。同时产生想要增加使用时间的张力与耐受性以及克制、退瘾等现象，对于上网所带来快感一直有心理和生理上依赖。

**1．病因**　网络成瘾行为的发生是一个复杂的社会和心理现象，受社会、心理和生理各方面因素的制约。主要认为以下原因可导致网络成瘾：

（1）网络自身成瘾特性：Yong 提出 ACE 理论认为网络具有三大特点可以导致用户成瘾。A 指 Anonymity（匿名性），人们在网络中可隐藏自己真实身份，做现实中不能做的事、不能说的话。C 指 Convenience（便利性），网络可以提供网上游戏、购物、交友等。E 指 Escape(逃避现实)，当碰到倒霉的事情，可以通过网络发泄。

（2）认知偏差：涉及自我认知和关于世界的认知两个方面；自我认知主要包括自我怀疑，较低的自我效能感以及否定性的自我评价，对世界的非适应认知包括认为网络给了他一切，现实一无是处等。

（3）社会支持不良：社会支持度低，家庭不良等都可使青少年出现严重使用网络现象。同时有研究表明 75%网络成瘾者有父亲功能缺失现象，如单亲（母亲）家庭、父亲过于繁忙不在身边或很少教育孩子等。

（4）情绪表达障碍：情绪表达能力不良，无法得到别人理解的会促使他们求助网络得到补偿。

（5）人格特质：如有“不甘寂寞”人格特点者容易形成网络依赖。

**2．临床表现及诊断**　如果在以下 8 个问题中有 5 个以上题目给予肯定回答，就可诊断为网络成瘾：①我会全神贯注于网际或在线服务活动，并且在下网后总念念不忘网事；②我觉得需要花更多的时间在线上才能得到满足；③我曾努力过多次想控制或停止使用网络，但并没有成功；④当我企图减少或停止使用，我会觉得沮丧、心情低落或是脾气容易暴躁；⑤我花费在网络上的时间比原先意图的还要长；⑥我会为了上网而甘愿冒重要的人际关系、工作、教育或工作机会损失的危险；⑦我曾向家人、朋友或他人说谎以隐瞒我涉入网络的状态；⑧我上网是为恶意逃避问题或试着释放一些感觉诸如无助、罪恶感、焦虑或沮丧。

**3．心理治疗**　主要是认知一行为治疗方法，其中普遍采用的有以下二种程序：

（1）Young 方法：包括以下几个步骤。

A、反向实践：了解患者原来使用的具体习惯，使他/她打破习惯定势，采用新的方式上网。

B、外部阻止物：把患者必须要做的事情作为帮助他/她停止上网的督促者。

C、制定时间目标：即时间管理法，要求成瘾者制定在线时间表，采用逐步缩短在线时间的方法。为保证能够坚持，根据本人喜好进行适当的强化激励，逐步减少上网时间直到一个合适的水平。

D、节制：如果某种特殊运用被证实且节制失败，就应该终止特殊运用，减少打开电脑的次数，使之经常处于关机状态。

E、提醒卡：让患者随身携带两张卡片，一张写着由于网络成瘾带来的后果，另一张写着减少上网时间后带来的变化，随时拿出来提醒自己，通过多次重复来强化拒绝过度上网的选择。

F、个人目录：让患者列出自己因上网而推动或忽视的活动，并按重要性等级排出顺序，以提高他们对现实生活向往的意识。

G、支持小组：由于很多患者在现实生活中情感缺乏，根据他们不同的背景让其参与到不同的社会团体中去，这样能得到来自现实生活中的帮助。

H、家庭治疗：对由于过度使用网络而使婚姻和家庭关系受到负面性影响和破坏的患者来说，家庭治疗是必需的。家庭干预和治疗必须集中在这样一些领域：a、教育家庭成员认识到网络成瘾严重性的事实；b、减少对网终成瘾行为的责怪；c、对家庭中不健康问题的公开交流，以避免通过网络寻求感情满足的发生；d、通过新的嗜好、长的度假、倾听患者的感受等方式鼓励家庭帮助成瘾者恢复；i、解决现实问题和困难：澄清网络成瘾背后的潜在问题，成瘾者应该问自己：是什么原因使自己逃避现实生活。在此基础上积极面对并寻求解决途径，即使暂时不能有效解决，积极面对本身也可以为今后解决做好心理准备。

(2)Davis 的认知一行为疗法：Davis 根据他的“病态网络使用的认知一行为模型”，提出了相应的认知一行为疗法。他把治疗过程分为 7 个阶段，历时 11 周，依次是：

A、定向：让患者了解网络成瘾的性质、产生原因等，详细列出戒断网瘾要达到的具体目标。

B、规则：与患者讨论在治疗期间必须遵循的基本规则，包括一些与上网行为有关的具体要求。

C、等级：帮助患者制定计划以消除与上网体验相联系的条件强化物。

D、认知重组：重新建构对由于使用网络而产生愉快感受的认知评价。

E、离线社会化：让患者学会在现实生活中有效地与他人交往。

F、整合：与患者讨论上网时的自我和离线后的自我有什么相同和不同之处，发现理想自我，并使他们意识到上网只是探查自己理想自我的一种正常方式，引导患者在现实生活中把上线和离线的自我结合起来，形成完整的自我。

G、通告：与患者共同回顾整个治疗过程，与他们讨论在这段时间中所学到的东西，在治疗过程中已经达到的具体目标以及他们的症状已经减轻了多少等。

**4．药物治疗**　用于治疗网络成瘾的药物主要有抗抑郁药和心境稳定药，其目的是减轻

与网络成瘾伴发的或作为网络成瘾诱发的抑郁和焦虑症状，这些药物对网络成瘾的治疗有明显效果。药物对网络成瘾障碍的治疗有一定的作用，但药物治疗仍处在尝试阶段，大多与心理治疗结合使用。

（三）进食障碍

进食障碍是青年期常见的心身问题，是与认知、情感及行为等心理障碍有关的表现为体重和进食显著异常的一组综合征，包括神经性厌食症（anorexia，AN）、神经性贪食症（bulinia nervosa，BN）、不典型进食障碍（atgpical nervosa），主要以厌食症和贪食症多见。进食障碍发于年轻女性，发病率 5—10/100000，近年来，进食障碍有增加趋势。

有关神经性厌食请参阅第十章有关内容。

（林实）

## 第三节　中年、更年期的心身疾病

从整个人生过程来看，中年期与成年期以后、老年期以前的更年期、初老期相重合，大概指 45～60 岁这一时期。随年龄的增加，生理功能不可逆的退行性变化，出现衰老现象，感觉到体力、智力的衰退，对新事物、新现象的关心与适应能力也逐渐减弱。这个时期，他们的体力、精力、智力和性格较稳定，其知识积累和思维能力发展到了一定的水平，善于联想，善于综合与判断，有自己的独立见解，有成败之经验。同时，又面临家庭、社会、事业、生活等各种问题，有较大的心理压力，心身疾病的发病率较高。

### 一、中年、更年期的心身特征

人在 20～25 岁时，生理功能达到一生中的全盛时期。大约从 30 岁始，人体各器官系统功能开始慢慢衰老。对女性而言，会因内分泌功能紊乱而出现更年期综合征，进入“更年期”。而对男性而言虽然各方面的变化不如女性明显，但也会出现植物神经系统的调节障碍和性功能衰退等被称为男性“更年期”的症状。中年期人体生理衰退，以记忆力为主的智力也开始逐渐下降，不适应过度劳作，这种变化在五十岁左右和五十岁以后十分明显。这就是为什么五十岁前后的中年人常常出现心力交瘁。

中年期高血压、糖尿病、心脑血管病等疾病的发病率急剧增加。从 30 岁起，每 10 年心输血量下降 6%～8%，同期血压却上升 5%～6%。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。血胆固醇含量也随年龄增长而增高，心脏冠状动脉和脑动脉可因而发生粥样硬化。病变进一步严重时，动脉管腔变窄，引起心脏或脑的供血不足甚至缺血，造成诸如慢性心肌缺血、心绞痛、心肌梗塞、猝死、脑溢血、脑血栓等心脑血管病。呼吸功能也逐年下降，肺组织弹性逐渐减小，在肺呼吸功能下降的同时，其抗病能力也下降，慢性支气管炎等呼吸道慢性疾病的发病率随年龄增长而增高。消化功能下降，最明显的是胃液分泌量逐渐减少，其他消化腺的功能也减退。各种内分泌腺的功能也在减退。胰岛素分泌量减少，使一些个体发生糖尿病倾向或罹患糖尿病。其他器官系统功能也在减退，如肌肉开始萎缩、弹性降低、收缩力减弱；骨骼出现脱钙，骨质密度降低；免疫功能的降低。这种功能减退的生理变化与不良的心理相结合，就可能导致中年人疾病的发生。

中年人正值壮年向衰老过渡，而在社会，在家庭中，都处于一个承上启下、继往开来的中坚地位，既要承担工作和事业上的重担，又要肩负赡养老人、抚育儿女的重任，从而成为负荷最大的人群，长期持续承受高强度的精神紧张压力。此时期也是遭遇工作岗位、工作地点的变更，单身赴任，退休，再工作等环境变化的时期。社会地位演变、角色的转换等都造成了中年人的心理压力，这也可能导致诱发各种躯体不适和疾病。加上自身又正从人生的鼎盛向衰老转变，各种躯体疾病不时侵袭。由于渐感力不从心，而产生的一种大好时光即将流逝的紧迫感，自觉或不自觉的加班加点，致使原来已遭耗损的身心，受到更大的伤害。中年期复杂而被忽视的性生理和性心理的改变，也往往会给中年人带来的苦恼。所以中年期的心身健康问题是相当突出的。有学者对在某心理门诊就诊的患者中，对病因可能是职场压力的病例进行了统计分析发现：与 **20～30** 岁年龄段发病的原因大多数是因为工作劳累，**40～50** 年岁年龄段的中年人往往是因为工作地点、岗位的转换等职业环境变化而导致发病。这种状况严重地威胁着中年人的心身健康，特别是中年知识分子的心身健康。

另一方面，就女性而言，虽然女性进入社会工作的比例以及社会地位在不断提高，但许多女性还面对如何才能做到职业、工作与家庭生活兼顾的问题。中年期女性迎来更年期，为更年期障碍而导致的身体不适而烦恼。性激素分泌失调以及家庭、工作、社会等各种各样问题所带来的压力，是引起更年期女性身体不适的原因。

从女性的生活模式方面来考虑，现在随着子女人数减少、家庭小型化、社会平均寿命增加，养育子女所需的时间在不断减少。在子女独立以后，作为父母的夫妇二人在一起的生活时间在不断延长。对那些在培育子女时倾尽全力的女性来说，子女的独立，子女的离开，会使她们感觉到丧失了生活的意义，难以忍受的寂寞感和悲哀感也由然而生。除了养育子女之外，有必要找到自己或是夫妇二人共同的兴趣和生活乐趣。但此时正处于社会生活顶点时期的丈夫对于家庭和妻子关心和交流减少，由于交流不足妻子会产生失落感。这一时期再加上更年期的种种症状往往会导致疾病的多样化、复杂化和长期化。

处于上述中年期的人来说，一方面是社会、经济方面充实的时期，是人生的总决胜期，也是最充实的时期；但另一方面却要承受着来诸自多方面的压力，进入“中年危机”，是身体、精神上逐渐衰老的时期，是心身疾病的多发期。处于这种不平衡基础之上的中年期，蕴藏着受刺激平衡就会崩溃的危险性。因此，要在中年期人群中间开展“增进健康活动”，强调运动指导、健康指导、营养指导以及通过心理交流来维护精神健康的重要性。在治疗中年、更年期疾患方面，身心两方面的治疗都非常重要。

## 二、常见心身疾病

中年期所涉及的许多心身疾病已经列入有关章节。本节仅就其中部分疾病，结合中年期的特点做简要介绍。

### （一）内科疾病

**1. 原发性高血压**　**原发性**高血压（**hypertensive disease**）是一种常见的、以体循环动脉血压增高为主的临床症侯群，表现为安静时血压经常超过 **140/90mmHg**。原发几高血压即高血压病，是指病因尚未明确，以血压升高为主要表现的一种独立疾病，约占高血压中的 **90%**。

本病在美国成人的患病率为18%，中国成人患病率为7.8%。高血压病患病率男性高于女性，且随年龄增加而上升。女性闭经后性别差异也就消失，高血压患者的人数开始增多。根据有关调查结果，收缩期血压的平均值男女都随年龄的增大而上升，扩张期的血压值以50岁为高峰，随后随着年龄的增长而逐渐降低。另外从按年龄阶段分高血压患者的就诊率来看，从50岁左右开始逐渐往上，该病的就诊率集聚增加。高血压不仅是动脉硬化、脑血管疾病、缺血性心脏病等重大疾患的诱因，也是导致头疼、肩酸等非特异性症状的原因之一。

高血压的病因尚未完全明了，长期精神紧张与情绪应激，体力活动过少，家庭遗传史，身体超重，食盐过多与抽烟等均与高血压病的发有关，这些往往发生在中年人身上。研究表明个性与高血压有关，A型行为与应激时交感系统活动亢进及收缩压升高有关联，认为A型行为可促发本病；高血压病人中A型行为模式者约占2/3。社会、心理应激与高血压的关系十分引人注目。强烈的焦虑、紧张、痛苦、愤怒以及情绪压抑等情绪应激，可使具有高血压易病倾向的人脑皮质与边缘系统功能失调，通过自主神经及神经内分泌途径使全身细小动脉痉挛，导致血压上升。

高血压的治疗应药物控制血压。饮食治疗非常重要，要减少食盐摄入量和控制热量，而且要去除饮酒、吸烟等不良嗜好，保证充足的睡眠，加强运动。另外，自我放松训练、自我松弛疗法适用于紧张、焦虑、烦燥易怒的病人。通过放松练习使紧张的身心得到放松，从而达到消除紧张、治疗疾病的目的。

**2．糖尿病** 糖尿病(diabetes)是一组由遗传、环境、免疫等综合因素所致的胰岛素绝对或相对不足而引起的代谢障碍，以具有明显异质性的慢性高血糖及其及多种并发症为临床表现特征，严重影响了人们的身心健康。据估计，目前我国糖尿病患者有2000-3000万。并且每年约有75万新发病例。体力活动减少、营养过剩导致肥胖者增加；吸烟、酗酒等不良生活方式是导致糖尿病发病率增加的重要原因。这些重要原因容易出现在中年人身上。糖尿病患病率与年年龄有关，40岁以后急剧上升，60～69岁达高峰。糖尿病的并发症包括糖尿病肾病、糖尿病网膜病、糖尿病神经病变等，严重影响患者的生活质量及寿命。另外它也是导致动脉硬化、缺血性心脏疾病、脑血管病等疾病的原因之一。

糖尿病的治疗最基本内容包括饮食疗法和体育锻炼。饮食疗法最基本的是控制每日摄取的热量。首先根据患者的性别、年龄及身高算出患者的理想体重，再按理想体重的每千百克所需的热量(轻度体力活动20～30千卡；轻度体力活动30～35千卡；轻度体力活动35～40千卡)算出患者每天应摄取热量。同时参考患者的心身状态、血糖值和尿糖值，根据必要可使用降糖药和胰岛素进行治疗。情绪变化影响血糖值水平，患者保持良好的心态，避免大的情绪变化。

**3．肥胖病** 肥胖对身体健康明显危害，1999年，世界卫生组织将肥胖为一种疾病。随着人们生活水平的提高，以及日常膳食习惯的日渐西化，我国肥胖症的发生率迅速增加。2005年公布的世界肥胖病发病率显示，中国列全球第10名，肥胖者已达7000万。一般超过标准体重10%以上称为微胖；20％以上为肥胖。根据某研究的统计显示，超过标准体重10%以上的肥胖者人数，男性随着年龄的增长而增加，30岁为29.2%，40岁为35.4%，50岁最多为41.1%，60岁、70岁以后逐渐递减。女性中肥胖者的比率也是随着年龄的增长而渐增，40岁为18.0%，50岁为30.8%，60岁为33.3%。一到中年肥胖倾向就显著增加，即所谓的“中

年肥胖”。肥胖是诱发高血压、冠心病、糖尿病、中风、痛风、脂肪肝等内科疾病和腰痛、关节痛、皮肤病等的原因。心理学研究认为，人的观念、习惯、情绪、人格、行为等因素以及外界刺激因素与肥胖有密切的关系。

肥胖治疗上强调以行为、饮食治疗为主，药物治疗为辅的综合措施，坚持长期控制体重。行为疗法主要是通过让患者记下自己每天的体重和摄入饮食量来控制过度饮食、零食习惯等。饮食治疗包括控制总热量、采用低碳水化合物食谱。严重肥胖者可住院一段时期每天接受超低热量饮食的疗法。目前也有一些药物可以帮助肥胖者控制食欲，但只是饮食、运动、生活方式治疗的辅助或补充疗法，不作为首选和单独的治疗方式。对于通过过度饮食来消除欲求不满、受挫感的病例，应努力引导他们寻找其他的解决方法。对于这样的病例，可给予心理治疗包括认知治疗、家庭治疗等。

**4．消化性溃疡**　消化系统与情绪和应激的关系很早即为人们所注意，大量的研究发现在情绪变化或精神应激的同时有胃肠的改变，并最终导致器质性疾病。消化性溃疡是一种常见病，发病在发达国家比发展中国家高。城市比农村高。目前认为消化性溃疡的发病与多种因素有关，其中幽门螺旋菌感染、胃酸与胃蛋白酶起着重要作用。社会、心理应激与溃疡的发生十分密切。应激对消化溃疡的病因作用大约在**30%～65%**之间。应激引起的生物和心理行为的变化会降低粘膜的防御能力、十二指肠酸性增加，使幽门螺旋菌感染感染力提高，导致溃疡的发生，从而形成了十二指肠溃疡的行为心理生理模式（**Levenstkin S，2000**）。中年人工作繁忙、生活没有规律、再加上吸烟、嗜酒，成为消化性溃疡的易患人群。

消化性溃疡治疗包括：①一般治疗，生活要有规律、避免过度劳累。工作劳逸结合，注意饮食规律，戒烟酒。②临床治疗，消除病因、缓解症状、愈合溃疡、防止复发和并发症。③心理治疗，非常重要。支持性心理治疗，消除来访者的心理问题或情绪困扰。认知治疗，改变病人固定化了的错误信念和习惯化的不良认知方式，治疗病人的抑郁或焦虑情绪，以及生物反馈治疗。必要时可给予抗抑郁药、抗焦虑药治疗。

**5．病例 1**　患者：**53** 岁，男性，公司职员

主诉：失眠、焦急感

现病史：曾因高血压、糖尿病住院接受治疗。**2000** 年 **9** 月左右升职后变的比平时繁忙，由于外界交涉较多，持续心理疲劳，开始出现失眠、焦急烦躁等症状；对上司疑神疑鬼，人际关系处理较差，开始饮酒，且逐渐增多。同年 **11** 月左右开始难以专心工作陷入焦虑状态，到某医院心理科接受治疗并于 **11** 月 **30** 日住院。

症状及检查结果：身高 **173cm**，体重 **91kg**，肥胖度 **38%**，血压 **142/80mmHg**，肝功能：谷草转氨酶（**GOT**）**68U/L**，谷丙转氨酶 **GPT89U/L**，**r**—谷氨酰转肽酶（**r-GTPl**）**85U/L**，脂肪肝，血糖 **233mg/dl**。

诊断：①高血压，②糖尿病，③酒精性肝功能障碍，④肥胖症，⑤焦虑状态。

治疗经过：饮食中的热量控制在 **1440** 千卡**(kcal)**左右，并要求患者运动。高血压的治疗采用钙离子拮抗剂；针对焦虑状态的治疗在使用抗焦虑药的同时，给予心理支持。在探讨患者人际关系的问题和怎样过上精神、物质上都很宽裕的生活的问题时给予建议。经过治疗，体重减少到 **84kg**，其他 **GOT37U/L**，**GPT61U/L**，**r-GTP41U/L**，血糖值改善到 **75mg/dl**。通过与上司的面谈患者本人认知有所改变，焦虑症状明显减轻，于 **2000** 年 **12** 月 **26** 日出院，随

后复职加入工作。

评论：患者本来就患有高血压、糖尿病，再因过度劳累以及职场上人际关系紧张而导致的生活方式混乱等原因，引起肥胖、肝功能障碍、焦虑虑状态等。随着住院治疗身心逐渐得到静养，再加上饮食疗法、环境的调整以及患者本人的认知改变，这使得心身两方面都得到了改善。

（二）更年期综合征

更年期综合征（climacteric syndrome）是指妇女在围绝经期或其后，因卵巢功能逐渐衰退或丧失，以致雌激素水平下降所引起的以植物神经功能紊乱代谢障碍为主的一系列症候群。更年期综合征多发生于 45～55 岁多间，一般在绝经过度期症状已经开始出现，可持续至绝经后 2～3 年，仅少数人到绝经 5～10 年后症状才能减轻或消失。更年期时卵巢类固醇的雌性激素和雌二醇的产生减少，相反，促卵泡激素和黄体生成素的分泌增加。随着内分泌系统和植物神经系统的变化，更年期的一些症状突显出来。

通常更年期综合征包括如下几方面的症状：（1）血管舒缩功能不稳定症状。表现为潮热及出汗，有时伴头痛。潮热是围绝经期及绝经后妇女有特征性的症状，只有少数妇女(约 15%～25%)不发生，症状严重者约占 10%～20%。（2）自主神经系统不稳定症状，典型表现如心悸、眩晕、失眠、皮肤感觉异常等。（3）精神、心理症状，如抑郁、焦虑、多疑、自信心降低、注意力不集中、易激动、恐怖感，甚至癔症样发作症状。（4）心血管系统的症状，血压升高或血压波动、心悸或心律不齐。性欲改变，性欲下降；少数妇女性欲亢进。

针对因卵巢功能低下而导致的躯体障碍可尝试激素替代疗法。但是要注意患者是否患有雌性激素依存性子宫内膜癌和乳癌。口服或注射 2～3 周的雌激素，颜面潮红等血管运动神经障碍就会得到改善。但是许多患者仅依靠激素替代疗法症状并不能得到减轻。更年期是心理上、社会生活上各种事情易发的时期。子女的独立和父母的死亡而导致的寂寥感和孤独感，身体状态欠佳但又得不到丈夫的理解而导致的焦虑感；以及社会生活和工作中人际关系导致的受挫感等都是导致更年期女性身心症状的主要原因。另外由于容貌的衰老和生育能力的丧失，许多女性产生了性丧失感，陷入忧虑状态。对家庭生活不满的女性、自身的衰老难以接受的女性容易出现原因不明的躯体症状。自主神经性更年期障碍和心因性更年期障碍常常不易区别。更年期障碍通常采取激素替代疗法、使用自主神经调整药、精神安定药和抗抑郁、抗焦虑药等药物，也可应用一些中药治疗。另外对于更年期持强烈否定态度的患者和家庭环境和人际关系上有问题的患者，给予心理支持非常重要。

**病例 2**　患者：50 岁，女性。

主诉：心悸、头痛、恶心、焦急感、失眠。

现病史：因发作性心悸和高血压一直在接受治疗。2000 年当患者 48 岁的时候其丈夫突然死亡变成 1 人独自生活。第二年 11 月开始停经，因心悸、头痛、不安感持续增重，2002 年 2 月到心理科接受治疗。当时检查结果是：促卵泡激素 96.9mIU/ml，黄体生成素 39.9mIU/ml 均高于正常。因患者诉说有颜面潮红等诸多症状，被认为是更年期障碍。另外每天一到其丈夫死亡的那个时间，患者的焦虑不安症状便急剧加重等。并因心悸、焦虑不安感等原因反复

住院接受治疗。

诊断：①更年期障碍；②焦虑障碍。

经过：曾在妇科接受过激素替代治疗，但基本上没什么效果。在心理科治疗期间给予抗抑郁虑药、安定药、中药等治疗。考虑到患者的主要问题在于身处更年期时性激素水平的不平衡和由于 1 人独自生活导致的孤独感、不安感。除了从心理上给予支持外，还对其亲戚说明病因并寻求他们的帮助。随后进出医院的频率逐渐降低，2004 年因发现胃癌，接受了切胃手术。

评论：本病例因闭经期出现更年期综合征的症状，但由于其丈夫的突然死亡受到精神应激，再加上随后 1 人独自生活的不安感，这些身体变化和症状出现表现为精神上的过度反应。这样的病例激素替代疗法往往疗效不佳。针对不安、焦虑感给予精神药物的治疗效果更为明显，有必要作为心身病来处理。因中年期以后突然而至的独身生活常给心身状态带来异常，如果没有其丈夫的突然死亡患者大概也不会反复发病进出医院。另外，本例那样因紧张压力和免疫机能的低下而引发癌症。

（三）抑郁症

抑郁发作临床上是以情感低落、思维迟缓、意志活动减退和躯体症状为主。调查发现：抑郁症（depression）患者之中处于 45～65 岁的中年期患者占 50.9%，65 岁以上的患者所占比率为 24.8%，中老年患者所占的比率达到了 75.7%，可以说抑郁症成了中高年期的疾病。从患者的年龄构成来看，处于 45～55 岁的中年患者人数为最多。女性绝经期是女性抑郁症的高发时期之一。研究显示抑郁情绪的发生涉及心理、社会和生物等方面的因素。社会变化给人们情绪带来巨大影响。国外的一项调查表明，自 1960 年以来社会紧张程度提高了 44%。生活的不稳定、信息泛滥和节奏的改变都会对人的情绪产生影响。抑郁症表现为忧虑、欲望低下、绝望、不安、焦躁等精神状况，以及食欲不振、心悸、全身疲惫乏力、口渴、便秘等身体不适状况。特别是失眠发生率相当高。因此，中老年出现伴有失眠的身体不适时应当警惕是否患了抑郁症。一般来讲，做事认真、一丝不苟但情绪易波动，容易拘泥于小事物的执着性格和情绪变动有周期性的循环性格者，易发抑郁症的个体性格。当具有这种性格倾向的个体再遇上过度劳累和紧张压力时就易发抑郁症。相当数量中年人因工作或压力的增大或家庭负担过重而感觉到紧张压力。日本的一项调查显示：回答因工作有紧张压力的劳动者比率在逐年递增：1985 年是 45.6%，1992 年是 57.3%，1997 年是 62.8%。

抑郁症的治疗以抗抑郁药物为主，可以选择的抗抑郁药有三环类及四环类抗抑郁药物，选择性 5-羟色胺再摄取抑 5-羟色胺及去甲肾上腺素再摄取抑制剂等。使用三环抗抑郁药的初期由于抗胆碱的作用可能会出现口干、便秘等身体不适的不良反应。双相情感障碍抑郁发作的治疗应当应用情感稳定剂，如碳酸锂、丙戊酸盐等。在药物治疗同进常要合并心理治疗，特别是有明显心理社会因素作用的抑郁症患者，心理治疗可以提高患者的治疗依从性，从而增强治疗效果。治疗方法多以支持性心理治疗为主，有时可选用认知治疗、行为治疗等心理治疗方法。其他心理行为方法包括躯体接触法、情绪日记、简易放松法等。

**病例 3**　患者：47 岁，男性，公司职员

主诉：跌落导致肋骨骨折，抑郁状态

现病史：1997 年开始由于工作上的晋升变得非常繁忙，休息日也上班。由于天生责任

感强做事态度认真、连点小事故便觉得是本人的责任导致持续失眠，注意力难以集中等症状，曾在附近的医院接受过治疗。1997 年 10 月从 5 楼住所跳下企图自杀，马上送往医院进行急救，因掉下时接触到缓冲物仅肋骨骨折无生命危险等其他异常。由外科再被介绍到了心理科。

诊断：抑郁症导致企图自杀

治疗经过：一方面让患者服用抗抑郁药、精神安定药，另一方面在不直接接触到企图自杀这一事实的前提下给予患者精神上的支持。通过与公司领导的面谈向领导说明了病情并得到了他们的理解。家庭生活中由于其妻也有工作，双方都比较忙，平时交谈比较少，跟其妻说明情况后要求其妻协力援助。患者本人也逐渐开始说起企图自杀前的痛苦状况。全身状态得到改善后于 1997 年 12 月出院。随后本人自动要求降职，在从事责任性较小的工作的同时通过培养兴趣等米努力转换自我情绪。2000 年开始复职，此时在工作方面已经有余力对应，随后健康地开始正常工作。

评论：此症状是晋升后承受不了增大的责任，再因个人本身的执着性格而发病的，所谓的晋升抑郁症。通过暂时减轻其责任，建议其寻找充裕的生活方式，使症状得到了缓解。此情况特别是公司领导及家族亲人的理解和协助是必要的。

（四）自杀

自杀已经成为一个世界范围内的重大公共卫生问题。自杀是自愿并主动结束自己生命的行为。全世界的普通人群中年自杀死亡率约为 10～20/10 万，在不同的国家中自杀死亡率有所不同，从低于 10/10 万到接近 40/10 万，而自杀未遂率至少高于自杀死亡率的 15 倍。我国自杀死亡年龄分布呈“马鞍”现象，20～29 岁自杀曲线上升极快，30 岁以后缓慢下降，50 岁以后曲线开始慢慢回升，60～65 岁以后急剧升高，出现第二个高峰，与美国、英国、智利等大多数国家相似。这或许是欧美国家所谓的向高年龄层高自杀率的过度现象，但它却是能说明现代中年男性所处的残酷的现实环境。作为自杀的原因，伤病痛苦、经济问题、家庭问题等占了首位，然而这些问题恰巧也是广大中年层所苦恼的问题。近些年来，因经济状况的变化而苦恼的中年层的自杀率在增加。

对自杀的干预包括提高公众自杀危机干预意识，对高危人群进行技能和素质教育，建立社会支持系统和危机干预机制。改善相应机构的运行状况，改进干预策略，加强以社区为基础的各种措施的发展，利用多种途径，加强精神卫生宣传，改进人们对死亡的“认识理解”。

（五）过劳死

过劳死并不是正式的医学用语，但它意味着由于业务、工作上的过度劳累而诱发突然死亡，主要作为工人灾害补偿的问题被提及。医学上主要多见为脑血管障碍、循环系统疾患等导致的卒死，但最近也有把因紧张压力性溃疡而导致的出血性死亡和抑郁症导致的自杀等列入过劳死的范畴。日本一项关于 30 例过劳死的一项调查发现，有 11 例年龄在 40 岁左右，12 例年龄 50 岁左右，这说明过劳死容易出现在中年期。

预防过劳死非常重要，一方面，中年期人群应当关心自己的身体健康、定期查体，对自己的所承受的压力状态进行评估。如感觉过度劳累时就有必要休息一段时间，放松心情。另一方面，从心身医学角度，不仅要治疗患者的躯体疾病，还要防止出现过劳死的倾向及帮助改变患者所处的残酷职业环境等，从心身两方面给予支持性治疗。

（六）工作压力与职业耗竭

工作压力是中年人应激的重要来源。有学者提出了职业应激的概念，是指由于工作或与工作有关的因素引起的应激，是职业环境对工作者的影响，和（或）职业要求与工作者的能力和需要等因素不相匹配时，出现的有害的身体和情绪反应。一般情况下，职业应激同应激一样的指伴随有心理和身体症状的适应过程，而耗竭则指适应过程中适应不良的最后阶段，其本质是工作要求和个体应对资源的长期不平衡或职业应激的持续。因此，职业耗竭是一种严重的职业应激状态，类似于应激过程中的抵抗期的后段和衰竭期的前段，表现为情绪衰竭、人格解体以及个人成就感丧失。职业应激是欧洲仅次于背痛，与职业有关的第二大问题，影响 **1/3** 的人。美国约有 **26-40%**的人在接受调查时称自己存在严重的职业应激。中年人是社会中坚力量，肩负民族与社会责任，任务重，责任大，对事业成就的期望高，劳心劳力，其职业应激较重。

有理论认为个人的个性特征及应对方式是职业应激和耗竭的主要原因，无论工作条件如何，他都会出现职业应激和耗竭，也就是说应激源的作用并不具有特异性。但是，有研究发现某些工作和条件对于大多数人都可能造成压力。

职业应激和耗竭的产生是一个综合的过程，是不良的个人期望、工作和生活方式、应对方式等在一定的职业和社会环境作用下发生的。因此，防治也要从个、组织、社会及专业人员等多个方面入手。调整个人目标，学习应对技能、建立健康的生活方式等。另外，职业耗竭作为一种职业病，其发生发展更大程度上是由组织的特点决定的，恰当的政策和制度是预防职业应激和耗竭的发生。

（薛志敏）

## 第四节　老年期的心身疾病

### 一、概述

**1. 关于衰老**　人体的衰老是一个随年龄增长而逐渐演变的过程，按国际惯例，老年期是指 **65** 岁以上的人群，我国老年期一般 **60** 岁以上的人称为老年人。人进入老年后都会出现生理老化，加之储备力的降低，进而出现病理老化。衰老给老年人的疾病带来各种各样的影响，老年期的心身疾病也不例外。首先随着年龄增长，全身各脏器结构、功能都处于逐渐衰退的过程。如内分泌系统机能的衰退，易导致稳定内环境的能力下降；机体的免疫力和抵抗力都下降，对疾病的易感性增加，故老年易发感染性疾病、肿瘤等；机能储备的减少直接影响老年人的应急功能，因此遇到额外负荷时常出现不良后果；由于老年体弱，反应迟钝，常可发生跌倒、摔伤、骨折并可迁延难愈。

衰老感是老年人的一种自我心理感觉，与本人的健康状况、心理素质及现实生活相关。老年人心理变化会导致情绪的变化，并可导致对环境适应能力的下降。老年人往往受到多种疾病的困扰，对自己的健康长寿产生不同程度的危机感，几乎每个老年人都有不同程度地会想到“死”的问题，年龄越大越担心，成天忧心重重；再则由于离退休后社会角色和家庭角色转换，造成不少人的适应不良。老年人普遍寂寞孤独与自身的固执、保守、封闭、多疑都会加重老年人的各种心理障碍，而心身疾病的功能性症状和生理性疾病的器质性症状相互重

叠，给临床医生带来诊疗方面的困惑。老年期的心身病有自身特点，因此，对老年期心理疾病，要考虑衰老这种身心特性及老人所处的社会因素。

衰老不仅是生物学现象，而且反映了个体的人生活方式。老年人有长期生活经验的积累。因此理解老年疾病时不能仅看到患者身体上的障碍的，还要了解患病老人的人生经历。在老年疾病的诊断和治疗方面，对心理、社会因素的考虑十分重要。对心身衰老和具备老年期特有的心理、社会问题的老人而言，本来就有易发心身疾病病的基础。因此有学者认为老年病大多都为身心病或是心身病。近年来，科学技术的迅猛发展改变了社会，给日常家庭生活也带来了重大的影响，也影响到了老年人的生活方式和生活环境。这必然会反映到了老年期的心身疾病病上。

**2. 老年期的心身相关特点** 从心身相关的角度来看，老年期的疾病和老年者的心身有如下特征。

**(1)** 老年人易受到周围环境的影响，并很难适应心理、社会环境的变化。离、退休后因职责、地位及经济状况等的巨大改变，常使老年人出现许多的心理问题。所谓“离、退休综合征（**retirement syndrome)**”。对离、退休无思想准备的老年人，在离、退后往往会出现强烈且明显的情绪焦虑、抑郁和孤独感。在离、退休后的最初阶段，因生活方式、生活习惯及社会地位的改变，往往有许多老人难以适应离、退休后的生活，出现适应不良，总是怀旧但又备受怀旧的折磨，因而多疑、抑郁或焦虑，甚至认为自身的价值与地位未得到应有的体现与尊重，出现厌倦乃至厌世的情绪反应。丧偶也是导致心身问题的另一个重要原因。老年夫妻风雨同舟共患难已几十年，但总有一方会因各种原因而先于另一方去世。配偶的死亡，会令存世的老人感到形只影单，寂寞、孤独、空虚、抑郁感日倾明显，对以后生活的信心和勇气完全丧失，抱着“随后死”心态整日悲叹而陷入重病，使老人的心身健康受到影响。

**(2)** 由于衰老等原因，老年期很难适应自己心身方面的变化。老年机体由于各系统器官机能的衰退，导致机体的免疫力和抵抗力都下降，对疾病的易感性增加。机能储备的减少直接影响老年人的应急功能降低，遇到额外负荷时常出现不良后果。由于老年体弱，反应迟钝，常可发生跌倒、摔伤、骨折并可迁延难愈。

**(3)** 对衰老引起的紧张、压力等的承受力较低。因逐渐衰老，老年人出现精神上的“返幼”现象**(**自我弱化、倒退**)**现象；身体上也出现贮备力量不足及承受能力下低等状况，只要稍受压力刺激就容易导致生理和心理上平衡的紊乱，而这种平衡紊乱的变化足以引起某一器官的功能障碍。

**(4)** 多数的老年人并未发觉自己身体潜藏着问题。根据某研究结果，对自认为健康的老人做了全面检查之后，发现 **70%**左右的老年人存在躯体异常。而这种潜在的异常，很大原因是因心身紧张造成的。

**(5)** 躯体疾病和功能障碍较为严重老年患者容易产生抑郁、悲观的情绪甚至放弃生存的希望。进入老年期后，由于心身两方面的状况大不如前，生活质量下降，社会作用或地位丧失，或可依赖的人或亲人失去等，使老人抑郁症发生的比例远高于年轻人。在西方国家约 **3%～4%**的老人患有轻度抑郁症，约 **2%～3%**的老人患有严重的抑郁症。在患抑郁症的老人中，以 **65** 岁左右者为最多。

**(6)** 老年期对现实生活中的事物容易产生抑郁、焦虑等心理反应。如老年者有上述所示

的心身特征和心身相关的背景，就容易患上心身疾病。就心身相关的特征而言，患有焦虑症、抑郁神经症等老年人较多。

**3．老年病的特征**　老年期疾病的发病原因中有上述心身衰老，这种心身衰老大大影响着老年性疾病发生、发展与转归。老年期疾病有如下几个的特征。

**(1)**容易导致病情慢性化、难以根治。由于老年人机能衰退，患病后往往不易恢复，或恢复缓慢，向慢性化发展。甚至不少疾病还留下后遗症，往往需要采取康复措施。

**(2)**老年人常同时患多种疾病。一个老年人身上常常同时患有多种疾病。据统计，老年人平均同时患有**4**～**6**种疾病或更多，如一个老年人可同时患有高血压、冠心病、高脂血症、颈椎病、轻度白内障、腰肌劳损等。这几种疾病常常在老年人身上同时存在。

**(3)**老年人患病容易引起并发症。由于老年人的免疫功能降低，抵抗力差，对外界微生物及其它刺激的抗御能力也弱，故老年人患病时比青年人更易发生并发症。例如老年人患病时易合并肺炎，如中风昏迷时、手术后或骨折卧床时都易合并肺炎。

（**4**）老年人发病时易发生水和电解质紊乱。正常人体需要一定量的水分和必要的电解质如钾、钠、氯化物等，以满足机体代谢的需要和平衡。由于老年人身体细胞内液减少，细胞功能退化，器官萎缩，一旦发热或呕吐、腹泻时，很易出现水和电解质紊乱。

（**5**）老年人患病时症状不典型。老年人由于机体型态改变和功能降低，反应性减弱，对于病痛及疾病的反应不像儿童与青年人那样敏感。如在青少年患病时应有的高热反应在老年时却因反应减弱而表现为低热或不发热。又如老年人患心肌梗塞时很少像中年人那样有剧烈的胸痛，而是几乎没有疼痛感觉或仅表现为轻微的胸闷感。故老年人往往不能清楚地讲明自己的病痛和不适，或表达含糊。

（**6**）老年人患病时特别是急性病时，易出现意识障碍和精神症状。由于老年人脑血管粥样硬化，脑供血不足，当发生感染、发热、脱水、心律失常等时，容易出现嗜睡、谵妄、讲胡话、神志不清、甚至昏迷等症状，这是由于脑缺氧所致。有的疾病可能以突然昏迷为主要表现。

（**7**）老年人患病发病快，易发生全身衰竭。老年人脏器储备功能低下，一旦应激，病情迅速恶化，容易在发病后迅速衰竭。所谓“老死”实际上并非无病，为原来处于勉强平衡状态的某些脏器功能迅速衰竭并涉及到多个脏器损伤所致。

（**8**）对治疗的反应存在个体差异。老年人患病时，如用药过多或剂量不当，加上老年人本身对药物的耐受性降低，甚至因药物反应而加重病情，或使健康受到威胁。

上述特征说明老年期疾病需要综合治疗。一旦疾病慢性化，容易使病情复杂化，而且容易引发心理问题。比如因病住院治疗，这就容易引起经济和家庭关系问题，反过来这些问题又会使患者的疾病心理反应加重**(psychogenic overlay)**，可能导致疾病迁延不愈甚至恶化。出现多种疾病或并发症。由于疾病的相互作用而导致各种病症掺杂在一起，给治疗带来困难。

有些老年疾病由于功能障碍无法完全治愈，日常生活需要他人的帮助，这导致家庭负担增大。还有终末期的疾病，目前，老人生命末期的治疗问题是一项亟待解决的问题。

## 二、老年期常见心身疾病

老年期心身疾病常见症状主要有：目眩、头痛、耳鸣、感觉异常(麻木感、瘙痒感等)、失眠、食欲不振、心悸、心率不齐、听力下降、视力障碍、疼痛等。耳鸣、麻木感等感觉系统的症状常常由情绪问题引起；而失眠、心悸、食欲不振等则常是紧张压力引起；听力障碍者常会出现幻听和被害观念。

老年期常见心身疾病主要有以下几种。

**1. 循环系统疾病** 循环系统身心疾病在老年人中非常多见，主要包括心脏神经官能症、缺血性心脏病、心率不齐、高血压、动脉硬化等。心悸、胸闷等症状以及心脏疾病等容易使患者联想到心脏停止而死亡等，从而引起焦虑不安、恐惧反应，整日处于情绪紧张状态，常常也会带来不良后果。

**2. 消化系统疾病** 消化系统身心疾病主要包括慢性胃炎、胃、十二指肠溃疡、过敏性肠症状群、慢性胰腺炎、肠胃神经症、非溃疡性消化不良（**nonulcer dyspepsia**，**NUD**）等。消化系统易受紧张情绪的影响。要特别注意的是老年人的消化性溃疡容易因出血而导致死亡。胰腺癌和胃癌在初期常常出现抑郁症状，这点要多加注意。

**3. 脑与神经系统疾病** 脑与神经系统身心疾病在老年人也较常见，主要包括脑血管疾病、头痛、帕金森综合症、植物神经紊乱等。而且此系统疾病中较多带心身疾病症状。

**4. 呼吸系统疾病** 有支气管哮喘、神经性咳嗽、过度呼吸综合征（**hyperventilation syndrome**）等。

**5. 骨骼、肌肉系统疾病** 纤维肌痛综合征、不宁腿综合征、风湿性关节炎等。

**6. 内分泌、代谢系统疾病** 肥胖症、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能低等。甲状腺功能低下容易呈现出精神症状，易被误诊为神经病或抑郁症。

**7. 皮肤、性器官疾病** 慢性荨麻疹、皮肤瘙痒、阴部瘙痒、慢性湿疹、过敏性膀胱、性功能障碍等。

**8. 眼科疾病** 青光眼、眼部神经过敏等。

**9. 口腔科疾病** 牙槽脓漏、义齿神经过敏、颚关节病、舌痛症等。

**10. 其他** 除了上述之外，以下疾病也要用心身医学的观点来考虑。

**(1)** 恶性溃疡，特别是无法手术情况和再发癌。

**(2)** 伴随有疼痛的疾病。疼痛是一种综合感觉，是患者的主观体验和评价。

**(3)** 需康复治疗的疾病。老年疾病中很多需要康复治疗，特别是心理康复治疗非常重要。

**(4)** 伴有手术的心身反应。白内障手术易引起精神症状，作为手术引发的一般性心理异常反应通常有拒绝治疗、求死倾向、手术抑郁症、精神病性反应、术后谵妄等。

**(5)** 不治之症、终末期疾病、致死性的疾病。

**(6)** 伴躯体不适的神经症。老人的精神症状常在身体不适之前出现，而这种不适本来是神经症导致，但由于检查出有躯体异常就会将躯体不适与躯体异常联系起来作为躯体疾病来解释。老人的躯体疾病越慢性化、长期化，痛苦和障碍的程度越深，就越容易引起神经症

性反应。

**(7)** 症状性精神障碍、器质性精神障碍及躯体疾病导致的精神障碍容易被误诊，而药物引起的精神障碍容易被临床上所忽视。

## 三、临床诊疗注意事项

**1. 诊断注意事项** 老年期心身疾病诊治有一定的困难。如因听力和口腔问题而不能很好地将自己的意思和情感用语言表达出来。有些老年患者虽能和你对话，但因为痴呆沟通起来较为困难，你无法获得正确的信息。个别老年患者不配合医生，一味地强调自己的主张要求。医生在与老年患者相接触时，应该是温和包容的态度和详细听其倾诉。而且，医生与患者和其家庭成员结成良好的治疗关系非常重要。

在诊断老年期疾病时，不仅要把握患者的心身状态，给予明确的诊断，还要了解影响疾病的原因和估计诊疗过程中可能出现的问题。对疾病的严重程度和残存机能进行评价，估计患者的预后，找到治疗和护理的恰当方式。另外，不仅要对患者的疾病进行诊断，而且有必要对其家庭关系、社会经济状况等作出判断。

老年期疾病的诊断要全面，通常包括以下几个要点：①躯体上，不仅要作出疾病诊断，还要评价其残存功能。②精神上，看有无心理问题、精神障碍，看其精神状态和心理反应。③了解其生活习惯、生活环境和生活状态。④对其当前的社会关系、经济方面的作出评价。⑤了解既往病史、家族史、生育史以及生活经历。⑥了解就诊的动机、治疗欲望、病感。⑦对治疗态度及过去对治疗反应。⑧发病及演变经过与心理因素是否相关。

有时无法从老年患者身上获取上述全部信息。因此，从了解患者及其家庭情况的家人或其他熟悉第三者身上获取信息非常重要。

**2. 治疗和护理注意事项** 老年疾病治疗的首要的方法是让患者以积极的人生态度对待疾病。医生要给患者以希望，即使有功能障碍、存在残疾也要生存下去。即使是向死亡发展的疾病，也应帮助他们生活得更好一点，提高其生活质量。

难治性患者易丧失治疗信心，治疗方法上也容易陷入悲观治疗主义。许多老年期心身疾病易发展为慢性。

心身疾病的治疗一般以药物和心理治疗为主，而对老年患者的心理疗法，支持性的治疗方法要更合适些。而且由于许多心身疾病存在客观的现实原因，在治疗时，调整环境和心理治疗比较有效。

在治疗老年患者时了解其问题、要求及行为背后的真实心理意图非常重要。通过老年患者的倾诉、症状和行为可以了解患者的想法与意图。包括：①满足撒娇和依赖欲望；②故意麻烦周围的人，以引起关心；③愤怒情感的表达；④欲望不满的表现；⑤愤世嫉俗；⑥习惯性行为和反应；⑦作为反射和合理化的防卫机制；⑧作为紧张压力的精神反应；⑨放弃希望、自暴自弃；⑩想故意讨人厌以及其他等。

另一方面，还要了解患者对医生的态度和感情。如将医生作为万能的力量；期待医生起到像朋友、兄弟、配偶一样的作用；把医生作为学生、徒弟或部下而信赖等。上述的态度和感情，有的是在结成治疗关系前患者对治疗者的期望，也有的是在治疗过程中形成的。构筑信赖的治疗关系非常重要。正确把握患者的性格特征，再采取相应合适的治疗方法。

基本上所有的老人都有孤独寂寞感，所以只是成为他们的倾诉说话对象，倾听他们的谈话就可以起到足够大的心理治疗作用。如果老年患者开始谈起过去的恋爱故事、非常个人的话题，这至少说明了和治疗者的治疗关系到了一个非常良好的状态。

老年疾病的护理非常重要。

（1）要帮助老年人正确对待老年期。帮助老年人认识老年机体器官功能老化和由此引起的各种躯体不适是正常现象，不必为此而过多地忧虑、担心。帮助老年人树立自信、自强、自立观念，在心理上摆脱“老年意识”，保持“永远年轻”的心态，调动其生理和心理机能的最大潜力，消除其不良心理、社会因素，顺利度过老年期。

（2）要做好躯体护理。根据老年人易患的心身疾病，做好老年患者的各项护理。①饮食护理，老年病人的饮食要易消化、营养丰富均衡，注意荤素搭配，一日三餐不宜吃得过饱，以少食多餐为宜。②安全护理，有肢体无力、活动障碍时，应有人陪护，防止老年患者跌倒受伤。③用药护理，老年人易发生药物蓄积，可出现中毒症状，对老年人给药应严格按医嘱执行。④锻炼指导，要根据不同的病情，选择合适的锻炼方法，适当进行活动。对长期卧床的病人，应给予被动运动，防止关节僵硬和肌肉萎缩。

（3）给予精神、心理护理。针对患者的心理特点，采用诱导、解释、暗示的方法，使老年人从恐惧、忧虑中解脱出来。用护理人员的语言、表情姿势、态度和行为，帮助病人了解发病的原因和有关因素，重视调理老年人的情绪和情感，改善和消除病人的病态心理状态及由此引起的各躯体症状。

（薛志敏）

# 第二十章　临床心身科的建设与管理

心身医学在我国被广泛关注已有二十多年，但心身医学正规的临床基地建设为时尚短，运作的规范性也尚有欠缺。本章结合国内有关运作比较好的心身病科的经验，对心身科的建设和管理要求等做简略的介绍，希望有助于应用心理学专业学生的择业。

## 第一节　心身医学职业化现状与趋势

### 一、国外心身医学职业化情况

**1.心理学的职业化**　20 世纪初，心理学作为一门科学的学科正式出现，很快，就出现了职业心理学家。但在 20 世纪的前半段，大多数心理学家还是在大学中从事教学和科研工作。第二次世界大战之后，心理学在许多国家迅速“职业化”，心理学家也开始涉及社会服务的诸多领域，试图解决个人和社会的问题。临床心理学家、教育心理学家和组织心理学家构成了最早的职业心理学家群体。近年来，职业心理学的领域日益分化，并变得更加专门化，包括咨询、环境、法律、保健、运动、交通、管理等等。随着各种专业的教育、培训和职业化的增长，专门化的趋势也在日益增加。在今天的美国，2 / 3 的心理学博士都在各种实际工作领域从事着职业化的工作，他们可以被称为职业心理学家。这些职业心理学家大多工作在私人诊所或咨询机构，保健、社会福利和教育机构，以及工厂、企业等其他机构。

心理学界向职业化迈出的第一步是，美国心理学学会同意成立全美心理学职业考试委员会（ABEPP），后简写为 ABPP。该委员会准备颁发一种类似精神病学通用证书的特许证，已证明某人确有心理学实际应用能力。为了保证 ABEPP 证书的质量，全美心理学职业考试委员会规定，只是美国或加拿大心理学会会员，且他已在美国心理学会所认可的大学里获得了心理学博士学位，具有至少 5 年的专业工作经验或至少 4 年博士后工作，才有资格参加这个严格的考试。考试合格，它就能在博士头衔上再添上 ABEPP。

**2．美国从事心身医学工作的主要人员**　在国外，心身医学的职业化已经比较规范，而且把临床心理学和医学进行了紧密地结合。以美国为例，从事心身医学工作的主要有两

类人员：

第一，执业临床心理学家(Licensed Clinical Psychologist)

一般具有心理学博士学位(Ph.D.或 Psy.D.)，然后要接受 1000 个工作小时或大约一年的临床督导，心理咨询与治疗实务训练。此类人员一般在大学附属医院精神科或社区心理健康服务中心完成心理咨询与治疗实务训练。然后通过考试获得执业资格，每年需要 30 至 50 个“继续教育”的学分，每两年重新申请执业资格。他们的行业协会是“美国心理学会”。

第二，精神医学博士(Attending Psychiatrist)

此类人员都具有医学博士学位(M.D.)，并经四年住院医师训练，大致有 1000 个工作小时临床督导，心理咨询与治疗实务训练，可分为四年完成。此类人员都是在大学附属医院精神科和社区心理健康服务中心完成心理咨询与治疗实务训练。这是唯一拥有处方权的精神病和心理学专家。通过执业资格考试后，每年还要获得 50 个“继续教育”的学分。每三年要重新申请执业资格，他们的行业协会是“美国精神病学会”。

**3．日本的心身医学职业化情况**

日本心身医学最初由西德和美国传入，但此后发展很快。1960 年成立日本精神身体医学会，1975 年改称为日本心身医学会。1961 年，出刊《精神身体医学》杂志；1976 年，改称为《心身医学》杂志。日本心身医学研究最初关注的是焦虑症、转换性癔症等神经症的心身相关问题，以后关注临床各科的心身疾病及与心理社会因素的关系，最后侧重于临床各科病人的心身相关性研究。

日本的心身医学职业化程度较高。最先是从“心疗内科”开始的，逐渐把心身医学应用到临床各科，并且取得很好疗效。目前，日本心身医学被国家法定为医疗制度，心身医学疗法被医疗保险所认可。

## 二、我国心身医学职业化趋势

由于受到社会经济文化发展水平的制约，我国近几十年来的医学模式偏重生物医学模式，有限的医疗卫生资源主要用于躯体疾病的防治，作为医学分支的精神病学发展相对缓慢，水平较低；心理学作为一级学科曾经在很长时间里被取消，成为大学中的弱势学科，其重要分支临床心理学得不到发展，没有成为对社会有用的专业。社会工作专业基本缺如，在 20 世纪 80、90 年代也只有很少大学设置。

近 20 多年来，我国社会经历急剧变迁，社会对心理健康的需求日益增加，心理卫生事业有了较大进步。在心身医学领域也发生了积极的变化，很多医院设立了心身医学科，大学院校开设心身医学课程，从事心身医学的专业人员也处于“职业化”的加速进程之中。

目前与心身医学关系比较密切的学术组织有“中华医学会心身医学分会”，“中国心理卫生协会心身医学专业委员会和心理治疗与心理咨询专业委员会”，“中国心理学会医学心理学专业委员会和临床与咨询心理学专业委员会”等。这些学术组织一般只发展会员，也开办一些心理治疗与咨询的学术研讨会和培训班，但是，这些学术组织没有对专业人员进行资格论证的权利。因为目前在职业化的进程中，能够让专业人员获得专业资质的授权部门仍然是政府的相关部门，如卫生部、劳动和社会保障部、人事部等。劳动和社会保障部已经开始了“心理咨询师”执业执照制，卫生部开通了

“心理治疗师”专业技术资格的职称系列，现在人事部与卫生部又正在开设“心理保健师”的行业资质论证体系。这些都在将来可能成为中国的心理治疗与咨询专业人员获得“执业资格”的国家质量论证体系。

## 第二节　临床心身科的设置

### 一、心身科门诊的设置

心身科门诊设置的主要依据是心身疾病患者的特殊心理特点。当一个人被宣布患病或自己认为有病之后，心理就会产生一些变化，会产生一种病感(illness)。病感是一种无法直接予以验证的、以症状表现出来的主观体验。它通常影响人的整个心身状态，使人感觉不舒服或某种痛苦，自认为得了某种疾病，从而精神不振、心神不宁，正常的工作和生活受到影响。心身疾病患者的病感尤其强烈，有很多时候，患者的主观体验与医生对疾病的实际判断存在很多差异，包括性质、程度等。此外，由于文化的影响，许多心身疾病患者对是否向心理医生求助还存在许多犹豫，在求医行为中主动性不强烈、甚至是家人或朋友强行送来就诊。病感强烈的心身疾病患者在个性方面存在敏感、多疑、谨慎、犹豫、被动、依赖性强、情感脆弱等特征。

心身科门诊的设置应符合心身科患者上述这些心理特点。包括候诊区、就诊区和治疗区。

**1. 候诊区**　应包括以下4项内容：

（1）导医台：由熟悉专业的护士导医，帮助和引导患者就诊，让患者感受到被尊重、被接纳；

（2）信息栏：在该区域放置通俗易懂的科普宣传资料，使患者了解相关信息，并且可以向导医台护士询问有关信息，在就诊之前对自己的状况有一个初步的认识；

（3）心理评估：常用的心理测验问卷与症状评定量表包括症状自评量表(Symptom Check List90，简称 SCL-90)、明尼苏达多相人格调查表(Minnesota Multiphase Personality Inventory，简称 MMPI)、焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale，简称 SAS)、抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale，简称 SDS)、韦氏智力量表，以及相应的心理应激有关因素测评量表等。此外，还需要配备一些神经心理学测验如韦氏记忆测验、H-R 成套神经心理测验等。

（4）基本信息登记卡：内容包括姓名、年龄、性别、住址、文化程度、职业、婚姻状况等。如患者为未成年人，还需填写监护人的姓名及与患者的关系等。为打消患者的顾虑，使咨询能收到良好的效果，允许患者不填真实姓名或住址等。并且向患者申明所有信息都是保密的，除非本人或其监护人同意，所有登记的信息不会外传，充分满足患者的安全感需求。

**2. 就诊区**　应包括以下三项内容：

（1）独立的就诊空间：安静的、布置幽雅、光线适度的独立咨询室是保证门诊咨询工作能顺利进行所必需的，它能够满足患者的被认识、被尊重、安全等方面的需求，不受外界

影响，畅所欲言，从而达到良好的咨询效果。室内要布置成一个精致、舒适和的家庭小客厅，设有 3-4 个沙发或软椅，并有茶几和茶具；室内色彩、灯光柔和，比较安静，房门关闭后外面的声音就传不进来，并且不要安装电话。这样，患者很快就能安下心来，并感到在这样一间房间内可以不受拘束地向医生倾吐自己的苦恼。谈话只在治疗者和患者之间进行，除非患者精神不正常，才可让一名亲属陪同。

（2）必需的医学检查器械：由于各种躯体疾病、脑器质性病变均可与心理问题或障碍同时存在，故为排除躯体疾病或脑器质性病变的存在，进行详细的体格检查与神经系统检查对每一位患者而言均是需要的。必备的检查器械包括听诊器、血压计、叩诊锤、眼底镜、体温计等。

（3）应急物品和急救药物的配备：由于患者的种类及产生心理问题或障碍的原因繁多，为能及时抢救或处理咨询过程中患者可能出现的不可预料的突发事件(如突然晕倒、抽搐等)，在门诊咨询室中准备一些急救药品是有必要的；此外，患者在咨询过程中经常会出现情绪波动，哭泣常见，纸巾和水龙头是常规配置。

**3．治疗区**　在就诊区附近要设置一个治疗区，配备常用的心理治疗设备如生物反馈治疗仪、音乐治疗仪等，还应该设置一个暗示治疗室和一个暴露治疗室，用于一些在门诊可以很快进行操作的暗示治疗与暴露治疗。

## 二、心身病房的布局和条件配置

### （一）住院治疗模式和患者的反应

要对心身病房进行布局和配置，首先要了解住院患者的角色和可能产生的行为。

**1．住院治疗模式**　医院性质的变化(从最初的宗教活动场所发展到穷人院、死囚院，到最终成为医学技术荟萃的中心)，也会引起医治患者方式的变化，产生出几种不同的模式。科恩认为历史上有过三种治疗模式：看管模式、传统模式和康复模式。

看管模式是和早期医院紧密相联的。在那个年代，医院主要是向贫困或不受社会欢迎的人提供服务的穷人院或看护所。看管模式的医院以“全部机构”提供服务，它的服务方针就是把“讨厌”的人从大街弄走看护起来，使美国对社会问题“眼不见，心不烦”。

传统模式是和普通民办医院紧密相关。现代医院是医学科学飞速进步的产物，它已经成为当代科学技术荟萃的中心，而且，它还是医生满怀治愈患者的希望，把患者带来治疗的场所。因此，现代的普通民办医院的特征就是进行医学治疗，它的服务宗旨就是治愈和帮助患者，使他们尽快地脱离暂时的患者角色。所以，在医治患者的传统模式中，最高的权威(或动机因素)就是“医生的命令”。这可以和看管模式中强调“治疗机构的命令”构成鲜明对比。

康复模式是和长期治疗医院密切相关的。它的宗旨就是通过帮助患者学会控制(或掌握)他们的慢性疾病(如截瘫、糖尿病或白血病)状态，使患者的健康和生活能力得以恢复。这种模式强调的重点在于康复。它需要的时间较长，通常治疗的是慢性而不是急性或急诊患者。事实上，许多创伤患者(尤其是截肢患者或截瘫患者)首先是送到短期治疗的普通医院以稳定病情，渡过最初的创伤阶段。然后他们就要被送往康复医院，医治的重点也从相对迅速的创伤护理过渡到循序渐进的康复护理。

**2．住院对患者的控制**　住院患者遇到的第一件事情就是自己的身份被剥夺了。每一位来看病的患者都有自己独特的人格和背景，然而，在住院时，个人的这种独特性就被剥夺了，这表现在，首先，日常穿戴的衣服(“大街衣服”)要脱去，患者要被迫穿上医院的病号服或类似于睡衣的衣服。其次，其他个人物品(包括贵重的东西，如手饰、表或钱)也被拿走，放在医院的保险柜里，等患者出院时带走或交给家属带走。最后，患者就被安排在一间看起来和布置得和医院里所有病房一样的病房里。总而言之，所有能表示个人身份的东西，能拿走的都要拿走，这就大大降低了个人的自我形象，而这只是进入医院这个社会的开始。

成为住院患者的第二个阶段就是自己的物品和消息来源被控制了。在患者的个人物品被拿走以后，工作人员要做的第二件事情就是要控制医院里的物品和消息传播。这包括像肥皂、卫生纸和漱口水这样的东西，也包括患者的病情消息。因此，如果患者想要得到某种物品或消息，他就必须去向医务人员申请，这就进一步降低了患者的自我形象，因为他变得比从前需要依赖得多。除了去向工作人员要这些物品外，患者必须做好要求被拒绝的准备。这是因为工作人员在与患者交往中居于主导地位，因此他们就有权拒绝或拖延患者的请求，这就能更加降低患者的自尊和自我形象。

医院的工作人员使用的第三种手段就是控制患者的行动，使他们适应被强化的患者角色。如果你住过院或探视过患者，你就会知道患者从事的活动以及可以去的地方都是由医务人员决定的。换言之，一旦住院，任何患者的行动都要由医务人员来决定。对行动的限制表现在：你能否被别人探视，能否在大厅里走动或去看医院里的其他人。限制活动的目的是为了增强医务人员对患者的控制。

**3．住院患者的反应方式**　每一个患者面对医务人员采取的三种控制措施，他们的反应方式是不一样的。以默顿对适应的研究为基础，科恩列举了住院患者的反应方式。

第一种反应方式是退缩。患者试图逃离医院就像人们试图逃离着火的大楼一样。患者在医院的行动受到限制(只有当医生同意你出院时，你才能走，这不包括那种少见的违反医疗建议的离院出走)，然而，退缩更多地是表现在心理方面，而不是行动上。通常，住院患者为自己构建一个“假想的社会”，以幻想来减轻住院造成的痛苦。这在长期治疗医院，尤其是精神病院里，是一个非常典型的反应方式。

第二种反应方式是攻击。这表现在患者“公然违抗医院的规章制度”。这包括不服从医生的命令，在行动上反抗医务人员，或破坏医院的设备。攻击行为常使患者遭到禁闭或隔离。

第三种反应方式是与医院融为一体。这样的患者一来住院就遵守医院的规章制度，不久就成为一名住院患者中的主动者，其结果是与医院融为一体的患者满足了顺从的要求，同时他也能重建起一些作为患者亚文化成员的身份。这种反应方式或许对医生和患者都有利，但它却需要与其他患者建立广泛的社会交往，这在短期治疗的普通医院是不可能发生的，因为患者住院治疗的平均时间仅为七天。这种反应方式也能造成问题，当患者变得与医院过分水乳交融时，他可能会在要出院时而不愿意离开医院。

第四种反应方式是默认、随遇而安。对医院的制度默认的患者，“冷静的”审时度势，事实上，默认的患者被医院的种种约束所震慑，在开始时只是不活动和麻木地顺从

种种要求。这是急症，并且住在短期治疗的普通医院里的患者很典型的反应方式。在这种短期治疗医院里，患者最初所遭受的震慑，在患者“治愈”和出院之前，并没有时间被消除掉。

（二）心身科病房的布局

上述的住院治疗模式和患者的反应对心身科住院患者而言，都不是很合适，心身科患者需要一个自由、舒适、犹如家庭般的住院环境。因此，心身科病房的布局应该符合下面 6 个方面的要求：

**1．完全开放** 对心身疾病患者而言，完全开放的住院条件是非常必要的，开放意味着他们是可以自己管理自己，在某种意义上他们认为自己是“正常的”，有助于消除他们因文化或传统观念所带来的病耻感。

**2．环境舒适** 心身疾病患者对环境的舒适度要求比较高，由于他们的肢体运动功能正常，活动范围比躯体疾病患者大；另外，心身疾病患者所需要住院的时间往往比一般躯体疾病患者长。这就要求在住院环境的舒适度方面尽可能满足患者的需求，使他们能够安心住院。

但人们现在一想到医院，就想起白色的墙壁，刺鼻的消毒水味道，千遍一律的设计，这些环境都使人情绪低落。人性化的医院因此变得越来越重要，如果医院里面到处是鲜花绿叶，有很多艺术装饰，病房是单人间，病人的心情自然会好很多，治愈康复的时间也会加快。因此现在很多欧美国家开始兴建人性化医院，通过与建筑师的合作，把医院环境设计的更为人性化。

挪威首都奥斯陆的里克绍斯皮塔莱特大学医院就是人性化医院环境的一个典型的代表。仅从外表上看，里克绍斯皮塔莱特大学医院没有什么特别的，黄色的砖墙建筑，入口、院子也和其他医院没有两样。但里面的设计非常独特，有一条美丽的走廊，从这头到那头弯弯曲曲，顶部有一个天窗，在走廊的一头有一个落地玻璃窗，从上到下都是彩绘玻璃，当太阳照射时，散发出一种彩色玻璃的效果。沿途有大量的挂有植物的灯柱，最重要的是有许多艺术品：喷泉、雕刻、布帘等，这些艺术品是作为指向不同的科室的路标设计的，让患者更方便地根据这些艺术品路标找到要去的科室。在主走廊里还有一架钢琴，如果患者或者来客愿意，什么时候都可以弹上一曲。医院的儿科和产科都有自己的侧门和单独的入口，前面有一面玻璃墙，可以看到运动场、流淌的小溪和滑雪道，大厅里有游戏区，还有一个喷泉，颜色明亮欢快。每个儿童的房间里都为父母准备了一张床。医院里的颜色经常变换，病房里的颜色有粉红和蓝色，而治疗室的颜色则是黄颜色。候诊室里有计算机、钢琴和电视机。医院尽量进行水平设计，减少员工等电梯的时间。病人躺在轮床上不会看到刺眼的光线，不过可以看到光线柔和曲线优美的天花板。

**3．色调柔和** 住院环境的色调应该避开一些传统的医院色调，尽可能丰富且柔和，使患者在此色调环境中可以忘记或淡化患者角色。

**4．独立的睡眠空间** 睡眠是大多数心身科患者的主要主诉之一，因此，独立的睡眠空间对心身疾病患者而言尤为重要。如果几个患者因睡眠习惯、睡眠方式等方面的原因不能相互适应，影响睡眠质量，住院的依从性就会大大降低，而且会导致疾病以外的因素影响治疗。在心身科住院区域应该多设置小房间，在医疗安全得到保证的基础上，尽可能让每一个患者

有自己的独立睡眠区域，或者仅和其家人一起居住。

**5．充足的集体活动空间**　心身疾病患者在非睡眠时间要配置充足的集体活动空间。许多心身疾病患者都认为自己是最特殊的，最痛苦的，别人都很快乐。住院期间安排合理的集体活动，使患者相互了解相互熟悉，对自己的疾病也就有了不同的理解，同病的认识使得他们不再只觉得自己最痛苦。此外，现阶段心身科患者的躯体功能相对比较健全，活动能力处于正常，住院周期相对长。因此他们需要有一个不同治疗和睡眠的空间来打发住院带来的“闲散时间”，充足的集体活动空间和恰当的集体活动安排对他们的治疗和康复是非常重要的辅助手段。

**6．硬件设施以家庭舒适感为宗旨**　在硬件方面，要以家庭舒适感为宗旨，营造家庭化环境。在某些特殊病房内专设了公用厨房，为家属探视做饭菜提供方便；病区设活动室，配备钢琴、书刊和手工艺品，病情稳定的患者可以在此聊天、消遣，甚至举行小型唱歌、跳舞等娱乐；住院患者即使挂盐水的时候，也可以不因治疗而被“囚禁”在病床上，患者可以带着安装了输液泵的轮式盐水架自由地在病区内走动。普通病房配置可以每位患者一台小冰箱，一台电视机并配有耳机(患者可以互不干扰地观看电视)，固定的柜子抽屉内安装小的保险拒。病房以无障碍设计理念布置四通八达的道路结构。各种推车和轮椅都能方便、平稳地到达病房的每一间诊室。不但可以保证患者接送的快捷便利，而且减轻运送过程中的震动对患者可能产生的不利。

每个病房 **24** 小时都有热水，配置微波炉供患者随时使用。病房内厕所除了专为残疾人设计无障碍通道和扶手外，还应该装置护士呼叫装置，以防患者在如厕时发生不测。

每个病区楼道口设置公用电话，电话机旁布置小圆桌和纸、笔、电话号码薄。医院内开设日用品方便店、理发室、书店，安装银行自动取款机、饮料自动贩卖机。医院开辟吸烟区、手机室和晾衣场所，在院内禁止使用手机、禁止抽烟、禁止随便晾晒衣服的同时，引导患者及家属到指定的场所使用。

**7．活动设施动静结合**　患者的需要是多方面的，也是丰富多彩的，不能简单地把患者的需要仅仅看成是治疗与休养。患者住院后，其生活限于一个狭小的范围内，个人感兴趣的事情都不同程度的减少。这样患者就会感到无事可干、度日如年。因此，在病房要配备一些活动设施，包括安静的如画画、听音乐、看书等活动，活动的如唱歌、运动量适中的健身设备、定期的集体活动等等，适当的活动和有一定新鲜感的刺激是非常必要的。

## 第三节　心身病房的管理

### 一、心身病房的行政管理

#### （一）人性化

人性化管理就是以人为本的管理，每一项服务只有从方便患者出发，才能提高服务质量，提高患者的满意度。“以人为本”的服务理念，这是医院服务理念和管理理念的重大突破。

**1.温馨的氛围**　病房的大厅和走廊、各诊疗室的过道上可以挂各种风景画或书法，让人陶醉在自然景色的美妙和平安康复的气氛之中，忘却病痛、宁静心绪、感受关爱。各医疗诊

室、护士台或病房的窗台、书柜上摆放绒毛小动物、布娃娃等各种形态可爱的工艺品或人工花草等，使原本神秘甚至恐惧的医疗环境变得充满了温馨之情。

**2.设施方便周到** 病房里能够看到整齐摆放着的床式推车、轮椅、行李车及小孩推车，患者可以在就医过程中免费使用这些运输工具。此外，还可以在这些公共场所放置公用雨具、塑料袋，供患者急用。

**3.饮食服务个体化** 医院为每个住院患者提供由营养师设计，按不同病种营养需要配置的饭菜，一般荤、素搭配外加一份水果。饭菜用密封的专用餐车配送，每个患者配有与住院编码一致的带电脑条码标签的专用餐盘。

（二）心理护理

心身科患者的特点决定心身病房的心理护理工作非常重要。

**1.患者、护士的角色呈动态演变性** 佩普洛(Peplan)在护理人员与患者关系发展模式中指出，病人从住院到康复间的行为表现犹如从婴儿至成人期的成长过程。可以理解为病重者或疾病开始(早期)阶段，患者判若婴儿角色；随着病情好转或进入稳定阶段其转变为儿童、青少年角色；当疾病康复或出院前患者发展至成人角色。即患者的角色演变似一个人的成长过程。

**2.依患者疾病的不同时期护士角色的演变** 与患者的角色演变相对应，患者为婴儿角色时，护士则判若父母的替代角色；患者处于儿童、青少年角色时，护士除父母替代角色外，尚有其资源提供、教师、领导、咨询等角色；患者发展至成人角色时，护士也成为成人角色，同时仍兼资源提供、教师、领导、咨询的角色。可见护士的角色演变是以患者的角色演变为中心的，因此要依患者不同角色时的心理特点、心理需要进行相对应的心理护理。

**3.以患者为中心、满足患者的需要** 心身疾病住院患者中成年慢性病和身患多病的老年患者增多，这些人从杂志、报刊和互联网上得到许多信息，对护士也有较高的期望和要求。因此心身科护士应及时收集及分析患者的明示、暗示及未示意的各种需要。患者需要被告知新的检查诊断技术和终身治疗；希望新药和新技术使用的熟练性以及用药平衡和副作用的防范；需要接受家庭医疗、使用社区资源和家访护士；需要医学及护理咨询；需要知道大致的医疗费用，需要知道不同治疗方法的不同好处，以便做出知情选择等。当及时、恰当地了解到患者的需要并予以帮助解决时，患者会感到舒适、痛苦减轻，放心地与护士配合，并提高自我护理的能力。

（三）人员配置合理

心身科住院患者有大量心理问题，故住院工作的主体人员应是医学心理学家或是掌握了心理学基本知识和技能的临床医师(最好是精神科医师或内科医师)和经过系统医学心理培训的护士与技术员。

医学心理学家的工作主要是通过晤谈获得患者的心理、社会背景资料；在技术人员的协助下运用各种心理测量工具对患者进行心理状况等的评定；在作出心理诊断的基础上实施心理指导或心理治疗。除此之外，医学心理咨询人员还需要承担心理卫生基本知识的宣传、普及等工作。回答患者的来信与通过电话对患者进行心理指导也是医学心理咨询人员工作的一部分。

临床医师的主要工作是查清患者心理问题或障碍的性质与严重程度，进行诊断与鉴别诊

断，提出有关综合性治疗(包括精神药物治疗)的建议，及实施各种治疗措施。在目前条件下，许多心身科常无医学心理学家，因之，其工作必须由掌握心理学知识与技能的临床医师去完成，后者即为心理医生。

护士的工作是布置医学心理咨询的环境，准备必需的物品，安排工作顺序(包括患者就诊的先后顺序与时间)，维持工作秩序，回答患者提出的一般问题，协调与其他临床科室的关系，必要时也可参与对患者的调查及部分心理治疗工作。

技术员的主要职责是运用各种心理测量工具，为心理评估提供必需的背景材料；按要求对患者进行包括生物反馈治疗、音乐治疗在内的各种心理治疗。

（四）加强联络精神医学，建立日常会诊机制和联合查房

加强联络精神医学（consultation liaison psychiatry，CLP）建立日常会诊机制和联合查房制度是心身科病房的必要制度之一。

相关研究的总体资料显示，综合医院初诊患者分类中，略高于1/3的患者是躯体疾病，不足1/3的患者是心理疾病，这些多为以躯体不适为突出症状的神经症，其余1/3的患者是与心理因素密切相关的躯体疾病，即心身疾病。貌似躯体疾患的心理疾病患者常最先就诊于综合医院，经各专科医师各项检查后没有发现任何器质性病变，常被冠以模凌两可的诊断名称。如既往内科诊断的心脏神经症，胃肠神经症；外科诊断的外伤后神经症；妇产科诊断的更年期综合征等。最后这些患者都会被转诊到心身科进行治疗。

但是，心身科医师很多时候只注意心理症状，而忽视了患者可能存在一些躯体疾病，心理症状只是先驱症状，如甲状腺功能亢进时的易怒、急躁、情绪亢奋；甲状腺或肾上腺皮质功能减退时的抑郁、无欲状态；尿毒症时的淡漠、呆滞、迟钝等；慢性躯体疾病引起水、电解质、蛋白质、糖类、脂肪代谢障碍导致有毒代谢产物蓄积而中毒引起的类神经中毒症状，如情绪不稳、易怒、乏力。

CLP在心身科住院病人中要解决的主要问题包括：①确定目前的心理症状是否为躯体疾病继发，如果是，要以躯体疾病的治疗为主；②确诊功能性躯体不适，即躯体形式障碍（somatoform disorders），对这类患者的诊断一定要找到充足的证据排除躯体疾病。

CLP对心身科住院患者的益处至少包括下列几方面：①全面的躯体和心理照料，躯体疾病的确诊和排除率提高；②较少的检查需求；③较短的住院时间；④更好的生命质量；⑤较少的痛苦，包括焦虑和抑郁情绪的影响；⑥有意自伤发生率减少。

（五）建立心理查房机制，把社会学、心理学和医学紧密结合

医生或护士每天与病人交流时，有意识地关注病人的心理变化，并有针对性地采取措施；在诊断和治疗过程中，把社会学、心理学和医学知识紧密结合，全面了解社会环境因素、心理学因素和病理因素在疾病发生发展过程中所起的作用，并且针对性地开展综合治疗，这就是所谓的“心理查房”。在西方一些发达国家，心理查房是医院一项很普遍的工作。对心身科患者来说，心理查房是心身科管理机制的重要内容。

（六）建立多重沟通机制，确保患者与医护人员能够及时有效沟通

世界医学教育联合会《福冈宣言》指出：“所有医生必须学会交流和人际关系的技能。缺少共鸣（同情）应该看作与技术不够一样，是无能力的表现”。

为了做到良好的医患沟通，在住院管理制度中要建立多重沟通机制，主要体现为：①早

晚两次医生和患者的交流沟通，保证给与一定的时间，而不是蜻蜓点水的询问；②护士和患者的随时交流，确保患者的能够得到的表达；③医护人员要建立定期沟通机制，确保观察病情以及医患沟通信息的准确性和及时性；④每周 1-2 次医生与患者的单独交流，每次 1 个小时左右；⑤每周 1 次集体沟通交流会，由医生和护士参加，特别是管理人员的参加，保证就医环境中的不利因素能够得到及时地反馈和更改；⑥每 2 周一次的医护人员和患者家属的沟通，保证患者的心理动态及其行为表现能够通过家属对其长期的观察比较而得到正确的评估。

（七）建立多种心理治疗设施，确保心理治疗各种技术的顺利开展

住院环境中，各种心理治疗设施如生物反馈治疗、音乐治疗、催眠治疗、暗示治疗、森田治疗、经颅磁刺激治疗、情景治疗、暴露治疗、植物神经功能平衡性监测治疗、脑功能治疗、游戏治疗等等都应该得到有效的配置和开展，通过现代科学技术把心理治疗变成直观、可以评估、能够追踪比较，对心身疾病患者而言尤其重要。不要让患者把所有治疗希望都寄托在药物上，一定要通过多种心理治疗设施的配置，医护人员开展各种心理治疗技术，帮助患者康复。足够宽敞的集体治疗室、安静独立的个体治疗室、舒适自在的家庭治疗室、设备先进的情景治疗室，以及相关的治疗设施都是心身科病房必备的。

（八）建立有效的转诊机制，确保躯体疾病的有效治疗

心身疾病患者的躯体疾病需要得到很好的治疗，这就需要在住院制度中建立有效的转诊机制，确保躯体疾病的有效治疗。

## 二、心身病房的专业技术管理

在心身病房从事专业技术工作的人员，需要具备较多的专业知识，因为心身医学是一门医学和心理学的交叉学科，需要包括以下技术知识：

（一）完整的躯体疾病鉴别诊断技术

躯体疾病鉴别诊断技术是心身医学专业技术的基础。要明确心理症状和躯体症状之间的关系，首先要明确躯体疾病是否存在，要对各个系统的疾病有扎实的理论知识和诊断、鉴别诊断技术，并且要明确这些系统疾病到底是哪些因素所致，方可合理治疗。比如，目前认为消化性溃疡的发病与多种因素有关，胃酸、胃蛋白酶、幽门螺旋杆菌、社会心理应激都可能导致消化性溃疡。心身科医生就要学会分析哪些因素占主导地位，从而可以进行有效处理，如果是心理因素占主导，由本科医生处理，如果是生理因素为主，则应该由消化内科医生来治疗；如果心理和生理因素都存在，则可以进行联合治疗。

（二）完整的重性疾病诊断、鉴别诊断技术

重性疾病在心身疾病患者也是常见的，精神紧张、情绪激动容易引起心跳速率的变化，也可引起心律不齐或期外收缩；环境应激可降低室颤阈，从而引起室颤。强烈情绪或严重疼痛刺激下，有的人出现血管迷走反应，即迷走神经兴奋、血压下降、心率减慢、眩晕或虚脱，甚至引起心脏停搏或骤死。**Engel** 从报纸上收集到 **170** 例在遭遇严重生活事件后 **1** 小时内骤死的报道，大多数死于心脏停搏。因此，心身科医生要具备对室颤、血管迷走反应、心脏停搏等重性疾病的诊断和鉴别诊断技术，以便及时发现、及时抢救。在心身疾病中还有一种常见的严重疾病非常考验医生对重性疾病的诊断和鉴别诊断技术，这就是神经性厌食。患者由

于极端害怕肥胖、有意识地控制饮食、减轻体重，导致营养不良、内分泌紊乱、贫血、心动过缓、甚至电解质紊乱、心律失常等重性疾病，而且患者的主动医治愿望不强烈，配合差，经常性拒食、自我引吐。在治疗过程中要严密监控生命体征、监测电解质和内分泌变化、监测药物副作用等等，这些都要求有很好的重性疾病诊断、鉴别诊断技术。

（三）系统的医学心理学知识、技能

医学心理学是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，研究心身相互作用机制，研究心理行为因素在疾病过程中的作用规律，研究各种疾病过程中的心理行为变化规律，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。这些知识和技能与心身疾病的诊治完全符合，因此，系统的医学心理学知识和技能也是心身医学专业工作者必备的。

（四）系统的社会心理学知识

一个完整的个体不仅是生物的人，而且也是一个社会的人。他生活在特定的社会环境之内，沐浴在不同层次的人际关系网中。从夫妇、子女构成的核心的家庭关系，到家人、亲人、继而再扩大到同事、邻居、集体的关系。这些人际关系也同样对他个体的身心健康产生影响，另外，还有周围自然环境对个体的影响。因此当研究每个个体的身心健康和疾病时，要考虑各个国家的文化背景、教育修养、经济状况、社会职业地位等因素的作用。这就要求心身医学专业工作者具备系统的社会心理学知识，探讨社会因素如何对患者的心理乃至身体产生影响。

（五）完善的心理咨询、心理治疗督导机制

“心理咨询/治疗督导”是指对于心理咨询/治疗师的长期的职业化的专业指导。人们普遍认为，督导是一种强调心理咨询/治疗师个人成长和发展的心理治疗法的教育。同时，督导中心理咨询/治疗师的成长也被认为是受到督导关系的影响的。国外对于心理咨询/治疗的训练，具有两大特色，其一是重视心理治疗师的自我了解和自我成长、关注治疗师的人格成长，对于精神分析治疗师，就要求接受一定的自我分析，也叫自我体验，就是说，治疗师自己坐到来访者的位置，接受职业分析治疗师或者督导的精神分析。另一特色就是督导制度和体系的建立。几乎每一位心理治疗师都有自己的督导。人由于遗传秉赋和经历的不同，势必造成一定程度的主观性和局限性、势必存在着这样那样的心理误区和盲点，而这些局限性和盲点，势必对于心理治疗产生一定的消极影响。而由于“当事者迷”、由于“自己的刀砍不了自己的把”，这些局限性和盲点，必须通过外来的督导的帮助来消除。心理咨询/治疗在本质上，是一种经验科学、是一种基于经验的艺术，很多治疗艺术和技巧，从来都不是写在书本上的，其中的奥妙，只能在督导的互动中体现出来。加之心理治疗行业，是一种高压力职业，心理治疗师本人同样需要心理保健甚至心理治疗，这部分需要，也可以通过督导来满足。

作为既从事临床治疗又从事心理咨询/治疗的心身医学专业工作者，完善的心理咨询、心理治疗督导机制是必须而且重要的。

（六）完整的心理病例书写，心理治疗报告书写。

心身医学专业工作者除了和一般临床医生一样进行临床诊断、治疗和病历书写以外，还有一个非常重要的文书工作，就是心理病历和心理治疗报告的书写。这是重要的医疗工作证

据，也是日常工作经验积累的重要工具。与此同时，通过心理病历和心理治疗报告的书写，可以帮助自己整理心理诊断/心理咨询/心理治疗过程中存在的缺点，值得推广的经验，以及可以用于其它患者治疗中的经典体验、典型案例。心理病历和心理治疗报告还是教学科研工作的基础。因此，心身医学工作的基本功还要包括完整的心理病历和心理治疗报告书写。

（陈树林）

# 参考文献


（限 20 条）

1. 久保千春.心身医学標準テキスト.东京：(株)医学书院，2002.
2. 世界卫生组织.ICD-10 精神与行为障碍分类.北京：人民卫生出版社,1993.
3. 刘增垣，何裕民.心身医学.上海:上海科技教育出版社,2000.
4. 许兰萍，郎森阳，姜凤英.心身疾病的诊断与治疗.北京:华夏出版社,2006.
5. 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.
6. 姜乾金.医学心理学(8 年制规划教材).北京：人民卫生出版社，2005.
7. 姜乾金.医学心理学-临床心理问题指南.北京：人民卫生出版社,2006.
8. 徐斌，王效道，刘士林.心身医学：心理生理医学基础与临床.北京：中国科学技术出版社，2000.
9. 蒋春雷，路长林.应激医学.上海：上海科学技术出版社，2006.
10. 鲁班-普罗查 B.实用心身医学.李斌，译.北京：科学出版社,1998.
11. Bolis CL, Licinio J. Stress and adaptation. Geneva：World Health Organization，1999.
12. Daniel A. Controlling stress and tension. YJ：Prentice-Hall，Inc，1996
13. Hoeksema SN.Abnormal psychology.New York：McGraw-Hill,2001.
14. Holmbeck GN. Handbook of research method in clinical psychology. 2nd ed. New York: John Wiley, 1999.
15. Ilana Eli.Oral psychophysiology, stress, pain and behavior in dental care. London：CRC press Inc, 1992.
16. Kazdin AE.Research design in clinical psychology.3rd ed.Boston：Allyn & Bacon, 1998.
17. Peter MF，Machin D. Quality of life-assessment，analysis & interpretation. New York: John Wiley & Sons Ltd，2000.
18. Rathus SA.Psychology in the new millennium. 7th ed. New York: Harcourt Brace College Publishers, 1999.
19. Selye H. Stress in health and disease. Boston: Butterworths, 1976.
20. Turk DC，Melzack R. Handbook of pain assessment. New York：Guilford Press，1992.

# 汉英词汇对照索引


| | | |
|---|---|---|
| 90 项症状自评量表 | symptom check list 90，SCL-90 | 73 |
| A 型行为 | type A behavior pattern，TABP | 136 |
| 一般适应综合征 | general adaptation syndrome，GAS | 35 |
| 儿童牙科恐怖图画测验 | the children's dental fear picture test ,CDFP | 208 |
| 入睡困难型失眠 | onset insomnia | 255 |
| 下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴 | hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, HPA | 53 |
| 习得性无助 | learned helplessness | 279 |
| 书写痉挛 | writer cramp | 191 |
| 内脏学习 | visceral learning | 20 |
| 心因性头痛 | psychogenic headache | 189 |
| 心因性呕吐 | psychogenic vomiting | 283 |
| 心身中介机制 | mediating mechanism | 42 |
| 心身反应 | psychosomatic response | 41 |
| 心身医学 | psychosomatic medicine | 1 |
| 心身疾病 | psychosomatic diseases | 2 |
| 心身障碍 | psychosomatic disorders | 2 |
| 心脏神经症 | cardiac neurosis | 146 |
| 心理干预 | psychological intervention | 85 |
| 心理生理疾患 | psychophysiological diseases | 2 |
| 心理应激 | psychological stress | 36 |
| 心理应激系统论 | theory of psychological stress system | 45，88 |
| 心理护理 | psychological nursing | 124 |
| 心理治疗 | psychotherapy | 85 |
| 心理测验 | psychological tests | 69 |
| 心理神经内分泌学 | psychoneuroendocrinology | 14 |
| 心理神经免疫学 | psychoneuroimmunology | 15 |

| | | |
|---|---|---|
| 气功 | breathing exercise，qi gong | 120 |
| 认知行为治疗 | cognitive-behavioral therapy，CBT | 174 |
| 认知治疗 | cognitive therapy | 101 |
| 韦氏成人智力量表 | Wechsler adult intelligence scale，WAIS | 70 |
| 功能失调性子宫出血 | dysfunctional uterine bleeding | 199 |
| 功能性消化不良 | functional dyspepsia，FD | 154 |
| 卡特尔 16 项人格因素问卷 | 16 personality factor questionnaire,16PF | 72 |
| 本我 | id | 16 |
| 正性生活事件 | positive events | 36 |
| 正强化 | positive reinforcement | 21 |
| 生物反馈疗法 | biofeedback therapy | 97 |
| 生活事件 | life events | 36 |
| 生活事件量表 | life events scale,LES | 73 |
| 皮肤电反应 | galvanic skin response, GSR | 82 |
| 示范作用 | modeling | 22 |
| 艾森克人格问卷 | Eysenck personality questionnaire,EPQ | 71 |
| 交互分析 | transactional analysis,TA | 106 |
| 交感神经皮肤反应 | sympathetic skin response, SSR | 82 |
| 压力管理 | stress management | 48 |
| 厌食症 | anorexia | 283 |
| 回避操作条件反射 | avoidance conditioning | 20 |
| 多导睡眠图 | polysomnography，PSG | 76 |
| 早醒型失眠 | termination insomnia | 255 |
| 次级评价 | secondary appraisal | 37 |
| 网络成瘾 | Internet addiction | 287 |
| 肌张力障碍 | dystonia | 190 |
| 自由联想 | free association | 17，105 |
| 自我 | ego | 16 |
| 自我护理 | self-nursing | 128 |
| 血糖觉察训练 | blood glucose awareness training | 174 |
| 行为 | behavior | 18 |
| 负性生活事件 | negative events | 36 |
| 负强化 | negative reinforcement | 21 |
| 过度换气综合征 | hyperventilation syndrome | 168 |
| 闭经 | amenorrhea | 198 |
| 问题关注应对 | problem-focused coping | 39 |
| 体位性的心动过速综合征 | postural orthostatic tachycardia syndrome | 79 |

| | | |
|---|---|---|
| 体重指数 | **body mass index，BMI** | **179** |
| 作业疗法 | **occupational therapy，OT** | **114** |
| 初级评价 | **primary appraisal** | **37** |
| 应对 | **coping** | **38** |
| 应对策略 | **coping strategies** | **38** |
| 应急 | **emergency** | **34** |
| 应激 | **stress** | **35** |
| 应激反应 | **stress reaction** | **41** |
| 应激源 | **stressor** | **36** |
| 快速眼动睡眠 | **rapid eye movement sleep，REM** | **250** |
| 抑郁 | **depression** | **264** |
| 抑郁自评量表 | **self-rating depression scale，SDS** | **73** |
| 折中心理治疗法 | **eclectic psychotherapy** | **86** |
| 时相治疗 | **chronotherapy** | **260** |
| 更年期综合征 | **climacteric syndrome** | **293** |
| 泛化 | **generalization** | **19** |
| 社会支持 | **social support** | **40** |
| 系统脱敏疗法 | **systematic desensitization** | **92** |
| 肠易激综合征 | **irritable bowel syndrome** | **156** |
| 评价 | **evaluation or appraisal** | **37** |
| 运动锻炼 | **exercise training** | **224** |
| 阻抗 | **resistance** | **35** |
| 刺激暴露法 | **stimulus exposure** | **220** |
| 卒中后抑郁 | **post-stroke depression，PSD** | **144** |
| 单光子发射计算机断层扫描成像 | **single photon emission computed tomography，SPECT** | **77** |
| 学校恐怖症 | **school phobia** | **286** |
| 放松训练 | **relaxation training** | **94** |
| 明尼苏达多相人格调查表 | **Minnesota multiphasic personality inventory，MMPI** | **71** |
| 松弛反应 | **relaxation response** | **121** |
| 直立性低血压 | **orthostatic hypotension** | **79** |
| 直立性高血压 | **orthostatic hypertension** | **79** |
| 经典条件反射 | **classical conditioned reflex，CCR** | **18** |
| 经前期紧张综合征 | **premenstrual tension syndrome** | **199** |
| 肥胖症 | **obesity** | **176，291** |
| 转换机制 | **conversion** | **17** |
| 非快速眼动睡眠 | **non-rapid eye movement sleep，NREM** | **250** |
| 保持睡眠困难型失眠 | **maintenance insomnia** | **255** |

| | | |
|---|---|---|
| 信息压制者 | repressors | 219 |
| 信息敏感者 | sensitizers | 219 |
| 冠心病 | coronary heart disease | 135 |
| 冠心病个性 | coronary-prone individuals | 136 |
| 前意识 | preconscious | 16 |
| 奖励 | reward | 19 |
| 战或逃 | fight or flight | 34 |
| 洛夏测验 | Rorschach test | 72 |
| 神经介导性晕厥 | neurally-mediated syncope | 79 |
| 神经性厌食症 | anorexia nervosa | 159 |
| 胃电图 | electrogastrogram, EGG | 81 |
| 胃食管反流病 | gastroesophageal reflux disease | 153 |
| 退休综合征 | retirement syndrome | 297 |
| 准确期望理论 | accurate expectancy | 218 |
| 原发性高血压 | hypertensive disease | 139，290 |
| 哮喘 | asthma | 163，283 |
| 家庭疗法 | family therapy | 118 |
| 消化性溃疡 | peptic ulcer，PU | 150，292 |
| 消退 | extinction | 19，21 |
| 特发性震颤 | essential tremor | 193 |
| 特质应对方式问卷 | trait coping style questionnaire, TCSQ | 74 |
| 疼痛数字评定量表 | numeric rating scale，NRS | 244 |
| 病房小组 | ward group | 224 |
| 痉挛性斜颈 | spasmodic torticollis | 190 |
| 紧张型头痛 | tension-type headache | 186 |
| 脑血管病 | cerebrovascular disease | 142 |
| 衰竭 | exhaustion | 35 |
| 偏头痛 | migraine | 188 |
| 康乃尔医学指数 | Cornell medical index,CMI | 73 |
| 康复心理学 | rehabilitation psychology | 221 |
| 情绪 | emotion | 23 |
| 情绪关注应对 | emotion-focused coping | 39 |
| 晤谈 | interview | 7，57 |
| 欲力 | libido | 16 |
| 躯体化障碍 | somatization disorders | 276 |
| 躯体形式障碍 | somatoform disorders | 310 |
| 领悟社会支持量表 | perceived social support scale，PSSS | 74 |

| | | |
|---|---|---|
| 强化 | **reinforcement** | **19** |
| 强光治疗 | **bright light therapy** | **260** |
| 惩罚 | **punishment** | **21** |
| 斯坦福-比奈测验 | **Stanford Binet scale, S-B** | **70** |
| 森田疗法 | **morita therapy** | **111** |
| 焦虑 | **anxiety** | **270** |
| 焦虑自评量表 | **self-rating anxiety scale，SAS** | **73** |
| 痛经 | **dysmenorrhea** | **198** |
| 睑痉挛 | **blepharospasm** | **192** |
| 联络精神医学 | **consultation liaison psychiatry，CLP** | **310** |
| 超我 | **superego** | **17** |
| 遗尿症 | **enuresis** | **284** |
| 催眠疗法 | **hypnotherapy** | **109** |
| 微神经电图 | **microneurography** | **83** |
| 意识 | **conscious** | **16** |
| 暗示疗法 | **suggestive therapy** | **109** |
| 腰臀比 | **waist to hip ratio，WHR** | **179** |
| 慢性疼痛 | **chronic pain** | **238** |
| 慢性胰腺炎 | **chronic pancreatitis** | **158** |
| 稳态 | **homeostasis** | **34** |
| 精神分析疗法 | **psychoanalytic therapy** | **104** |
| 精神分析理论 | **psychoanalysis** | **16** |
| 潜抑 | **repression** | **17** |
| 潜意识 | **unconscious** | **16** |
| 箱庭疗法 | **sandspiel, sand play technique** | **114** |
| 操作条件反射 | **operant conditioned reflex** | **20** |
| 糖尿病 | **diabetes mellitus** | **170，291** |
| 癌症 | **cancer** | **227** |
| 警戒 | **alarm** | **35** |

# 英汉词汇对照索引


| | | |
|---|---|---|
| 16 personality factor questionnaire,16PF | 卡特尔 16 项人格因素问卷 | 72 |
| **A** | | |
| accurate expectancy | 准确期望理论 | 218 |
| alarm | 警戒 | 35 |
| amenorrhea | 闭经 | 198 |
| anorexia | 厌食症 | 283 |
| anorexia nervosa | 神经性厌食症 | 159 |
| anxiety | 焦虑 | 270 |
| asthma | 哮喘 | 163，283 |
| avoidance conditioning | 回避操作条件反射 | 20 |
| **B** | | |
| behavior | 行为 | 18 |
| biofeedback therapy | 生物反馈疗法 | 97 |
| blepharospasm | 睑痉挛 | 192 |
| blood glucose awareness training | 血糖觉察训练 | 174 |
| body mass index，BMI | 体重指数 | 179 |
| breathing exercise，qi gong | 气功 | 120 |
| bright light therapy | 强光治疗 | 260 |
| **C** | | |
| cancer | 癌症 | 227 |
| cardiac neurosis | 心脏神经症 | 146 |
| cerebrovascular disease | 脑血管病 | 142 |

| | | |
|---|---|---|
| chronic pain | 慢性疼痛 | 238 |
| chronic pancreatitis | 慢性胰腺炎 | 158 |
| chronotherapy | 时相治疗 | 260 |
| classical conditioned reflex，CCR | 经典条件反射 | 18 |
| climacteric syndrome | 更年期综合征 | 293 |
| cognitive therapy | 认知治疗 | 101 |
| cognitive-behavioral therapy，CBT | 认知行为治疗 | 174 |
| conscious | 意识 | 16 |
| consultation liaison psychiatry，CLP | 联络精神医学 | 310 |
| conversion | 转换机制 | 17 |
| coping | 应对 | 38 |
| coping strategies | 应对策略 | 38 |
| Cornell medical index,CMI | 康乃尔医学指数 | 73 |
| coronary heart disease | 冠心病 | 135 |
| coronary-prone individuals | 冠心病个性 | 136 |

**D**

| | | |
|---|---|---|
| depression | 抑郁 | 264 |
| diabetes mellitus | 糖尿病 | 170，291 |
| dysfunctional uterine bleeding | 功能失调性子宫出血 | 199 |
| dysmenorrhea | 痛经 | 198 |
| dystonia | 肌张力障碍 | 190 |

**E**

| | | |
|---|---|---|
| eclectic psychotherapy | 折中心理治疗法 | 86 |
| ego | 自我 | 16 |
| electrogastrogram, EGG | 胃电图 | 81 |
| emergency | 应急 | 34 |
| emotion | 情绪 | 23 |
| emotion-focused coping | 情绪关注应对 | 39 |
| enuresis | 遗尿症 | 284 |
| essential tremor | 特发性震颤 | 193 |
| evaluation or appraisal | 评价 | 37 |
| exercise training | 运动锻炼 | 224 |
| exhaustion | 衰竭 | 35 |
| extinction | 消退 | 19，21 |
| Eysenck personality questionnaire,EPQ | 艾森克人格问卷 | 71 |

**F**

| | | |
|---|---|---|
| family therapy | 家庭疗法 | 118 |
| fight or flight | 战或逃 | 34 |
| free association | 自由联想 | 17，105 |
| functional dyspepsia，FD | 功能性消化不良 | 154 |

**G**

| | | |
|---|---|---|
| galvanic skin response, GSR | 皮肤电反应 | 82 |
| gastroesophageal reflux disease | 胃食管反流病 | 153 |
| general adaptation syndrome，GAS | 一般适应综合征 | 35 |
| generalization | 泛化 | 19 |

**H**

| | | |
|---|---|---|
| homeostasis | 稳态 | 34 |
| hypertensive disease | 原发性高血压 | 139，290 |
| hyperventilation syndrome | 过度换气综合征 | 168 |
| hypnotherapy | 催眠疗法 | 109 |
| hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, HPA | 下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴 | 53 |

**I**

| | | |
|---|---|---|
| id | 本我 | 16 |
| Internet addiction | 网络成瘾 | 287 |
| interview | 晤谈 | 7，57 |
| irritable bowel syndrome | 肠易激综合征 | 156 |
| learned helplessness | 习得性无助 | 279 |
| libido | 欲力 | 16 |
| life events | 生活事件 | 36 |
| life events scale,LES | 生活事件量表 | 73 |

**M**

| | | |
|---|---|---|
| maintenance insomnia | 保持睡眠困难型失眠 | 255 |
| mediating mechanism | 心身中介机制 | 42 |
| microneurography | 微神经电图 | 83 |
| migraine | 偏头痛 | 188 |
| Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI | 明尼苏达多相人格调查表 | 71 |
| modeling | 示范作用 | 22 |
| morita therapy | 森田疗法 | 111 |

**N**

| | | |
|---|---|---|
| negative reinforcement | 负强化 | 21 |
| negative events | 负性生活事件 | 36 |
| neurally-mediated syncope | 神经介导性晕厥 | 79 |
| non-rapid eye movement sleep，NREM | 非快速眼动睡眠 | 250 |
| numeric rating scale，NRS | 疼痛数字评定量表 | 244 |

**O**

| | | |
|---|---|---|
| obesity | 肥胖症 | 176，291 |
| occupational therapy，OT | 作业疗法 | 114 |
| onset insomnia | 入睡困难型失眠 | 255 |
| operant conditioned reflex | 操作条件反射 | 20 |
| orthostatic hypertension | 直立性高血压 | 79 |
| orthostatic hypotension | 直立性低血压 | 79 |

**P**

| | | |
|---|---|---|
| peptic ulcer，PU | 消化性溃疡 | 150，292 |
| perceived social support scale，PSSS | 领悟社会支持量表 | 74 |
| polysomnography，PSG | 多导睡眠图 | 76 |
| positive reinforcement | 正强化 | 21 |
| positive events | 正性生活事件 | 36 |
| post-stroke depression，PSD | 卒中后抑郁 | 144 |
| postural orthostatic tachycardia syndrome | 体位性的心动过速综合征 | 79 |
| preconscious | 前意识 | 16 |
| premenstrual tension syndrome | 经前期紧张综合征 | 199 |
| primary appraisal | 初级评价 | 37 |
| problem-focused coping | 问题关注应对 | 39 |
| psychoanalysis | 精神分析理论 | 16 |
| psychoanalytic therapy | 精神分析疗法 | 104 |
| psychogenic headache | 心因性头痛 | 189 |
| psychogenic vomiting | 心因性呕吐 | 283 |
| psychological intervention | 心理干预 | 85 |
| psychological nursing | 心理护理 | 124 |
| psychological stress | 心理应激 | 36 |
| psychological tests | 心理测验 | 69 |
| psychoneuroendocrinology | 心理神经内分泌学 | 14 |

| | | |
|---|---|---|
| psychoneuroimmunology | 心理神经免疫学 | 15 |
| psychophysiological diseases | 心理生理疾患 | 2 |
| psychosomatic diseases | 心身疾病 | 2 |
| psychosomatic disorders | 心身障碍 | 2 |
| psychosomatic medicine | 心身医学 | 1 |
| psychosomatic response | 心身反应 | 41 |
| psychotherapy | 心理治疗 | 85 |
| punishment | 惩罚 | 21 |

**R**

| | | |
|---|---|---|
| rapid eye movement sleep，REM | 快速眼动睡眠 | 250 |
| rehabilitation psychology | 康复心理学 | 221 |
| reinforcement | 强化 | 19 |
| relaxation response | 松弛反应 | 121 |
| relaxation training | 放松训练 | 94 |
| repression | 潜抑 | 17 |
| repressors | 信息压制者 | 219 |
| resistance | 阻抗 | 35 |
| retirement syndrome | 退休综合征 | 297 |
| reward | 奖励 | 19 |
| Rorschach test | 洛夏测验 | 72 |

**S**

| | | |
|---|---|---|
| sandspiel, sand play technique | 箱庭疗法 | 114 |
| school phobia | 学校恐怖症 | 286 |
| secondary appraisal | 次级评价 | 37 |
| self-nursing | 自我护理 | 128 |
| self-rating anxiety scale，SAS | 焦虑自评量表 | 73 |
| self-rating depression scale，SDS | 抑郁自评量表 | 73 |
| sensitizers | 信息敏感者 | 219 |
| single photon emission computed tomography, SPECT | 单光子发射计算机断层扫描成像 | 77 |
| social support | 社会支持 | 40 |
| somatization disorders | 躯体化障碍 | 276 |
| somatoform disorders | 躯体形式障碍 | 310 |
| spasmodic torticollis | 痉挛性斜颈 | 190 |
| Stanford Binet scale, S-B | 斯坦福-比奈测验 | 70 |

| | | |
|---|---|---|
| stimulus exposure | 刺激暴露法 | 220 |
| stress | 应激 | 35 |
| stress management | 压力管理 | 48 |
| stress reaction | 应激反应 | 41 |
| stressor | 应激源 | 36 |
| suggestive therapy | 暗示疗法 | 109 |
| superego | 超我 | 17 |
| sympathetic skin response, SSR | 交感神经皮肤反应 | 82 |
| symptom check list 90，SCL-90 | 90 项症状自评量表 | 73 |
| systematic desensitization | 系统脱敏疗法 | 92 |

**T**

| | | |
|---|---|---|
| tension-type headache | 紧张型头痛 | 186 |
| termination insomnia | 早醒型失眠 | 255 |
| the children's dental fear picture test ,CDFP | 儿童牙科恐怖图画测验 | 208 |
| theory of psychological stress system | 心理应激系统论 | 45，88 |
| trait coping style questionnaire, TCSQ | 特质应对方式问卷 | 74 |
| transactional analysis,TA | 交互分析 | 106 |
| type A behavior pattern，TABP | A 型行为 | 136 |

**U**

| | | |
|---|---|---|
| unconscious | 潜意识 | 16 |

**V**

| | | |
|---|---|---|
| visceral learning | 内脏学习 | 20 |

**W**

| | | |
|---|---|---|
| waist to hip ratio，WHR | 腰臀比 | 179 |
| ward group | 病房小组 | 224 |
| Wechsler adult intelligence scale，WAIS | 韦氏成人智力量表 | 70 |
| writer cramp | 书写痉挛 | 191 |