

第十章 人格障碍

第一节 概述

一、问题的提出

(一) 案例

案例 1: (反社会型人格)

男, 27 岁, 未婚, 独子, 家境好, 父母爷爷奶奶等上辈均有稳定工作; 既往无严重脑和躯体疾病史。由于资料过多, 综合介绍如下:

对环境的适应方面, 长期不能承担完整的学业或职业。例如: 小学和初中时成绩差, 打架, 因违纪而记过; 初中毕业被送到乡下读高中, 与“乡巴佬同学斗”又经常吃亏, 高考未上线; “高复”后考上“三本”, 但与同寝室同学陷入冲突, 毕业前“红灯”十几门, 经反复补考才毕业; 大学毕业三年, 已“跳槽”多次, 目前待业。

观念方面, 极端自私、残酷、冷漠。例如: 多次说“杀人与杀鸡有何区别!”; 问他为何报考化学专业, 回答说是希望有机会发明一种药, 既可毒死“仇人”又不被发现。

人际方面, 对人缺乏诚意、残酷无情, 以他人的痛苦为乐, 缺乏稳定的朋友。例如: 恶毒诅咒高中同学, 听说其中一人车祸死亡, 很是高兴; 上网聊天遇到“弱者”, 会变着法子捉弄对方, 并引以为快, 认为这些人本来就是下等人。

情绪行为方面, 经常为一点小事暴怒不已; 事后可有悔恨, 但始终不能改变。例如: 因为母亲唠叨, 多次动手打伤母亲, 事后虽有后悔, 甚至骂自己“不是人”, 但不久又犯; 挤公交车时感觉背后有人推搡, 即回手予以一掌。

智力方面, 聪明。例如, 广读各种书籍, 特别是“厚黑学”一类; 曾多次到书市窃书作“收藏”, 很少被发现; 知识广, 口才好, 侃侃而谈; 相貌堂堂, 一表人才, 初次接触彬彬有礼。

以上各种“特点”从童年开始。例如, 在小学和初中时即有逃学、打架、往同学的饭盒里吐口水, 用计谋与老师“斗”, 以及摧残乌龟等品行问题。

对以上各种问题缺乏自知, 一味埋怨别人, 埋怨社会, 但自我保护能力尚可, 在与外部人员的冲突中, 至今还没发生过严重的伤害。

案例 2: (偏执型人格)

女, 35 岁, 未婚。将信将疑地走进门诊室。诉说小时候母亲如何对她不公平, 例如有一次弟弟有一个鸡蛋, 而却没有她的份; 又诉说长大到十几岁时, 姐姐和姐夫欺负她, 例如好的房子被他们占了; 继而诉说进入工作单位以后, 先后有许多同事让她吃亏, 先后有多个领导对她不公, 并且都有各种具体的细节描述可以证明。一直在寻找公道, 前几个月, 她终于找到一个小报记者, 向他倾诉了自己的各种委屈和不幸。记者很受感动, 倾情为她撰写了一篇关于妇女受到社会不公平对待的人物报道。为此她很开心, 觉得终于找到了讨回公道的机会。可谁知, 她很快发现这个记者也不是“好人”, 因为报道是写了, 但却没有帮她落实各种具体事项, 找的次数多了, 记者干脆就回避她, 对此她非常愤恨。听取她的诉述后, 心理医生与这位来访者展开了讨论。期间尝试性地向她提问, 你讲的每一件确实都是有道理的, 但你换一个角度想一下, 这么多年来(前后几十年), 这么多人(有亲人、同事、领导、记者), 这么多事(有各种小事、大事), 为何总是你吃亏? 听后, 她没有接着话题一起讨论下

去，而是警惕地似乎预知医生不支持她的“观点”，找借口离去。其实，她来心理门诊只是要诉说自己的“观点”，希望获得支持，而且还远远没有诉说完，如果处理不当，下一个愤怒的对象有可能就是医生。不过这位来访者最后还是重新来心理门诊，使得整个咨询活动能继续下去。

（二）何谓人格障碍

人格障碍（personality disorders）与变态人格、病态人格、精神人格、人格异常等概念近似。人格障碍至今尚无确切定义，笔者赞同人格障碍是某种人格特质的异常，继而导致个体某些心理和社会功能的缺损。

人格障碍至少有 3 个要素：①早年开始；②人格的一些方面过于突出或显著缺损，导致持久的适应不良；③害己害人但不能自我控制。

人格障碍最早见于 Pinel P（1806）的个案报告，描述了一个法国农民在井台边被一个妇女激怒，居然动手将该妇女投入井中，此人是“软弱而放纵的母亲”之子，幼年期有求必允，乃至成年后骄纵跋扈，动辄引起强烈的愤怒，曾将一只近前的狗踢死，马不安时给予无情的鞭打。这个案例属于当时的道德精神错乱（moral insanity），Pinel P 将其称之为不伴妄想的躁狂（mania without delusion）。现在看来，这个案例属于反社会人格障碍（antisocial personality disorder），是狭义的。目前的人格障碍则是广义的，包括许多种类，其中不少种类并不存在“反社会”的问题。

（三）人格正常与异常的相对性

人格的正常与异常只能在一定社会历史条件下与其所处社会人群的平均水平比较而言。一个现实的人，要求他在整个人格各方面或在所有心理活动领域内都完全美好、健康和毫无缺陷是不可能的。常常在某种性格的优点后面同时潜伏着其相对的缺点。富有进取心、活动能力强的人常伴有武断，冒进的缺点，而规矩、谨慎的人又常伴随怯懦，缺乏信心与被动，办不成事的问题，几乎每个人都存在人格方面的这样那样的欠缺与不足。所以，我们在评价一个人是否属于人格障碍时还有一个量变到质变的问题，不能把正常人格的一些差异或有些怪僻的正常人归入人格障碍。

（四）人格障碍是精神病，还是“社会病”

关于人格障碍是否精神病的问题，历史上也有很大的争议，至今也未见统一。

一些人坚持把人格障碍看作精神病。Tahhtty KnH(1933)根据这类患者症状的严重性推断必有其生物学基础。从现象学来说，某些类型人格障碍也确实与一些精神疾病有联系，如精神分裂症、心境障碍的早期可有人格方面的改变。另外，人格障碍也一直是精神病学的课题，更有专家希望像研究某些精神病一样寻找其生物神经方面的发病机制。10 年前国内有精神病学专家向笔者建议，希望作为精神病学研究对象的人格障碍不要写入医学心理学之类教材中。这也足以说明，在国内临床方面，如何处理人格障碍问题，还是个未决的话题。

一些人坚持人格障碍不是“病”。Schneider K(1923)认为病态人格是一种特殊的、不寻常的人格偏离，不能视为疾病。西山青木（1979）认为人格障碍不是医学问题，是社会学的问题，与西方工业革命及资本主义社会的进程有关，这种意见在日本第 69 届精神病学会召开的专题座谈会上曾占优势。从现象学角度，人格障碍是自幼年发展起来的适应不良，没有躯体功能障碍，无疼痛无不适，包括药物等医学处理无效，教育有一定作用等来看，也不支持是一种“病”。因此，在临床心理学方面，至少应该注意到仍有不少意见认为人格障碍不是“病”。

也有人认为，人格障碍应该是介于正常人和精神病之间的行为特征，即患者既不是“正常人”，又不能算是“精神病”。笔者赞同这种认识。

（五）患病率和重要性

现代社会中人格障碍并不少见，发达国家报告的总患病率为 2%~10%。但国内 1982 年和 1993 年两次局部调查的患病率远低于发达国家（0.13%和 0.10%）。随着近十几年我国社会转型的加剧，人格障碍患病率会有所变化，但整体上的低患病率也许是由于文化上的差异。不过也有一种认识，这种差距可能与调查方法和工具有关，国内黄悦勤(2000)以“人格诊断问卷(PDQR)”、“父母养育方式问卷(EMBU)”和“一般资料问卷”为工具，对 2205 名学生进行调查，筛查出的可疑人格障碍对象由精神科医生采用“国际人格障碍检查表(IPDE)”进行检查，发现人格障碍病例 55 人，患病率为 2.49%，接近国外数字。

至于各种类型人格障碍的患病率，偏执型人格障碍患者由于很少求助于医生，且即使来访也常常持否认或辩解态度，故患病率不详，大概在 0.4%~1.6%(Reich 等, 1993)，男性多见。分裂样人格障碍的患病率介于 0.7%~5.1%之间(Reich 等, 1993)，男性多见。反社会人格障碍患病率在发达国家为 4.3%~9.4%(Reich 等, 1993)，在监狱和劳教机构中比例较高(40%~78%)。依赖型人格障碍患病率为 0.3%(Baron 等, 1985)。

由于人格障碍患者缺乏自知力，不愿主动求助，主动来访心理门诊的不多；即使来心理门诊，也往往为了证明自己的正确和寻求如何改变别人的方法。因此，心理学临床对于人格障碍，与精神病学一样，感觉有些“棘手”。只是近年来，随着国内心理健康和心理咨询知识的普及，笔者体会到心理门诊来访者中的人格障碍或“人格问题”者有逐年增多的趋势，这就需要心理医生们重新审视原来关于人格障碍的知识和技能。

二、形成的原因

人格障碍形成的原因迄今尚未完全阐明，一般认为它是在大脑先天性缺陷基础上，遭受环境有害因素（特别是心理-社会因素）的影响而形成的。

（一）遗传因素

在家谱调查方面。卡尔曼(Kallman, 1930)曾指出，这类人的亲属中人格障碍的发生率与血缘关系成正比，即血缘关系越近，发生率越高。脑电图研究证明，这类人的双亲中，脑电图不正常率较高。Poollin 研究 1500 对父母患有精神疾病的双生儿，发现人格障碍的一致率单卵双生儿为双卵双生儿的数倍。

在寄养研究方面。1972 年~1973 年期间，有三组关于寄养研究的报导(Schulsinger, 1972; Grove, 1972; Hutching 等, 1973)，人格障碍患者的子女从小寄养出去的与正常对照组相比，前者有较高的人格障碍发生率。

（二）病理生理因素

人格障碍的脑电图有 40~50%显示与年龄不相符的不成熟型，常见的脑电图改变为散在性出现的 4~7 周 / 秒 θ 波和 / 或 14~6 周 / 秒阳性棘波。

神经系统急性疾病如中毒、脑炎、颞叶癫痫可增加人格障碍的发生率和严重程度。

Fenz 等(1974)对人格障碍者进行条件反射实验，发现这类人对有害刺激的信号不发生或延缓发生预期的心脏反应，事后也不易消去。临床心理生理研究也发现，这类人与焦虑相关联的植物神经功能（包括皮肤直流电反应）在没有应激时处于极低的基线水平。与对照组比较，这类人由于应激所引起的焦虑不仅难以唤起相应的植物神经反应，而且出现的反应

容易消失。这似能解释此类人不能吸取教训和无羞惭感的问题。

（三）社会、文化环境因素

社会-文化环境的潜移默化的影响，可能是形成人格障碍的关键性因素。某些社会制度和环境可能是人格障碍的温床，家庭结构的不稳定，偷盗、抢劫、卖淫和流氓活动等恶劣的社会风气和道德败坏现象的严重存在，会对儿童和青少年一代的信念和观念系统，以及自我意识的早期形成和发展产生腐蚀作用。

在人格障碍的形成过程中，由于儿童处于成长和发育阶段，大脑的发育尚未成熟，特别容易受到有害刺激的伤害。

许多心理学家认为，儿童被父母抛弃和受到忽视是人格障碍发展的首要原因，被抛弃和受忽视包括两层意义：其一是父母对孩子情感上冷淡保持远距离，这就不可能发展人际之间温暖、热情和亲密无间的关系。随后儿童虽然形式上学习到社会生活的某些要求，但对他人的情感移入（empathy）得不到应有的发展，没能形成正常人的“人性”，诸如反社会人格的形成可能与此有关。心理学中所谓情感移入是理解他人以及分担他人心情能力，或从思想情感上把自己纳入于他人的心境。其二是父母行为或父母对孩子的要求缺乏一致性，父母表现得反复无常，好恶、赏罚没有定规和原则，使得孩子无所适从，由于经常缺乏可效法的榜样，儿童就不可能发展明确的自我同一性（self-identity）感觉，导致成年后的自我概念紊乱。诸如边缘型人格的形成也许与此有关。所谓自我同一性就是指个体对自己的界定和认识，把自己作为同一个持续的个体。

另一方面，家庭成员所表现出来对事物的一贯的苛求、固执或“认真”，让在发展和成长过程中的儿童始终处于标准化和极端化的信念系统包围之中，不能发展和形成“变通”的人格特质，这也与偏执型人格等人格障碍的形成有关。

儿童期的不合理教养也可导致人格障碍，例如对孩子粗暴凶狠、放纵溺爱和过分苛求等，都会对孩子正常人格的形成和发展产生不良影响。某男性人格障碍者，是父母婚后多年得的独生子，早年丧父，母亲视其为“心肝宝贝”，百般宠爱，有求必应，使他渐渐形成了极为反常的个性，稍不如意就大发脾气，动辄打人毁物，一次发怒时将家中锅灶扒毁，更有甚者，三十多岁未婚，经常奸污老母，智力并不低下，且能认错，却难悔改。我国某些对独生子女行为的调查发现，任性妄为者较多，这同父母的宠爱放纵以及过度满足孩子等教育方式密切相关。

鲁宾（1966）发现成人人格障碍者在儿童时期的预兆性特征有：逃学、闲荡、懒散、偷窃、撒谎、缺乏内疚感、违抗父母及老师。

综合起来，家庭破裂，父母打骂或忽视儿童，早期情感性剥夺，社会的歧视，从小缺乏对儿童身体和生活的照顾、爱护等是人格障碍发展的主要社会因素。有报导 79 名人格障碍者有 60% 出生在破裂家庭中。

第二节 临床评估

一、概述

（一）主要特征

人格障碍是来访者心理社会系统的整体性问题，其中涉及许多因素以及因素之间的关系。故人格障碍的临床评估，不论临床晤谈、量表测查和最终的诊断，都需要在充分了解人格障碍的现象学基本特征基础上进行。

人格障碍的表现和特点十分复杂、归类比较困难。一般有以下 5 方面特征：

(1) **环境（社会）适应困难：**人格严重偏离正常，危害他人，殃及社会。他们法纪观念差，对他人感情淡漠，甚至冷酷无情。行为常受偶然动机和本能欲望支配，动机和目的不明确，极易冲动。对别人不负责任，对自己不道德行为没有罪恶感，伤害别人而不觉后悔，常为自己做自以为是的辩解。他们的行为后果常伤害别人，给别人造成痛苦，使左邻右舍鸡犬不宁，自己却泰然自若，因此与人难以相处（但需要注意这里的描述部分更多体现在反社会性和冲动性等类型）。

(2) **自知力部分缺损：**即对自身人格缺陷部分，如上文所述的人性观念、自我概念和极端标准化信念系统的缺损，毫不知情，缺乏自知力。因此，人格障碍者经常与周围发生冲突，并处处碰壁，身受其害以后，却难以从错误中、从过去的生活经验中吸取教训，加以纠正，才导致难以适应周围环境。

(3) **无智能和意识障碍，认识能力完整：**一般能正确处理自己的日常生活和工作，不丧失对事物的辨认能力。能理解自己的行为后果，也能理解社会对自己行为后果的评价标准，具有责任能力，（器质性疾病引起的类病态人格可减弱责任能力，或无责任能力）所以拘留所、监狱、劳改劳教单位犯人中这种人占的比率较高。

(4) **难以改变：**人格障碍一旦形成就比较恒定，而不易改变。

(5) **早年开始：**人格障碍往往在小学、初中阶段就已经显示出某些行为或品行方面的问题，到中年后晚期由于饱经沧桑以及精力不足，可渐趋缓和。

(二) 分型

1. 三大诊断标准 目前三大精神疾病诊断标准对人格障碍的分型基本类似。ICD-10 采用描述与病因结合的分型方法，其目的是将不正常人格的标记与部分类似的精神病加以联系，如分裂型人格表现的古怪和情绪冷漠等与精神分裂症相似，二者还可能有共同的病原基础。ICD-10 的分型虽与各种版本一样也有不完善之处，但使用起来已基本令人满意(Gelder 等, 1989)，而且 ICD-10 与 DSM-IV 和我国 CCMD-3 的主要分型也很接近，多数类型是共同的。可见这三种分型方法在临床实践上都是可行的。（表 10-1）

表 10-1 三大诊断标准大致分型比较

CCMD-3		ICD-10		DSM-IV	
编码	名称	编码	名称	编码	名称
60.1	偏执型	F60.0	偏执型	301.0	偏执型
60.2	分裂样	F60.1	分裂样	301.20	分裂样
60.3	反社会	F60.2	反社会	301.7	反社会
60.4	冲动型	F60.3	冲动型	301.3	冲动型
60.5	表演型	F60.4	表演型	301.50	表演型
60.6	强迫型	F60.5	强迫型	301.4	强迫型
60.7	焦虑型	F60.6	焦虑（回避）型	301.82	回避型
60.8	依赖型	F60.7	依赖型	301.6	依赖型
60.9	其它或待分类	F60.8	其它		
		F60.9	待定		
				301.81	自恋型

2. **DSM-IV的分组** DSM-IV依据临床表现将人格障碍分为A、B、C三组(cluster)11型。A组的主要特点是行为怪癖、奇异，包括偏执型、分裂样、分裂型；B组的主要特点是情感强烈而不稳定，包括反社会型、表演型、自恋型、边缘型；C组的主要特点是紧张退缩，包括回避型、依赖型、强迫型、被动攻击型。因为同一组内的各个类型之间常有重叠，这样分组有助于研究。

3. **DSM-IV五轴诊断系统与人格障碍** 在DSM-IV的精神疾病五轴诊断系统中(表10-2)，在轴II中有“人格障碍”。这显示，DSM-IV重视轴I各种临床精神疾病的人格基础（至少是共病情况），亦即注意各种精神疾病发生的某些共同人格特质的异常。笔者在实际工作中，也体会到各种神经症患者往往都有明显的人格基础，例如偏执、强迫和价值观方面的问题。Tyrer P (1983)认为，约有40%的神经症患者有人格障碍，Black DW等(1993)报告32名强迫症患者的人格障碍共病率87.5%，其中边缘型人格障碍共病率18.8%。

但当人格障碍作为临床疾病或者临床心理问题，其轴I诊断即临床症状或现象学表现是关键，同时还要结合轴IV、轴V。

表 10-2 DSM-IV的5轴诊断系统

轴I	临床障碍（偶发性障碍——可能发生和消失） 其他可能引起临床注意的情况
轴II	人格障碍 精神发育迟滞
轴III	一般医学状况
轴IV	心理社会与环境问题
轴V	总体功能评价

（三）评估方法

与心理门诊的基本评估方法一样，应用性的人格障碍评估，首先是晤谈和调查，然后结合某些量表评估。

1. 晤谈、调查 开放式晤谈非常必要，可以了解来访者自己最关注的问题在哪里。例如是对社会环境包括别人的情绪表达，抑或是对自己处境的抱怨，或者是对世界（历史、文化、政治、制度）的侃侃而谈。可以初步判断其社会适应、思维方式和自我意识。

但进一步的半结构式晤谈是关键之一，追问的范围应包括前文人格障碍的5方面主要特征，看看与之相符合的有多少以及符合程度。

对亲友的调查是关键之二，即需要通过对亲友的调查来获取补充信息，并验证从来访者晤谈中获得信息的真实性和准确性。

一般通过临床晤谈和调查，大致已经可以诊断是否人格障碍以及可能的分类。

2. 量表 MMPI 是以往广泛应用于临床的人格测量量表，作为临床病理心理的诊断参考，作为治疗干预效果的考评指标之一，以及作为某些心理病理的研究指标。其中Pd是“病态人格”量表、Pa是“偏执”量表、Sc是“精神分裂”量表、Ma是“轻躁狂”量表等。但在心理临床，基于多数来访者介于正常和精神病之间的状态，这些“病态人格”、“精神分裂”

和“轻躁狂”等名称就不是很适用，采用线性的现象学解释方法似乎比较合适。例如，Pd 高分提示来访者不愿按社会规范行事，易冲动和攻击别人，但未必就是“病态人格”；Pa 高分提示来访者有多疑、孤独、烦恼及过分敏感等性格特征，但未必就是“偏执型人格”；Sc 高分提示来访者经常有不当情感反应、少语、特殊姿势、行为怪异或退缩以及情感脆弱等异常的或分裂的生活方式，但未必就是“精神分裂”或“分裂型人格”；Ma 高分提示来访者有联想过多过快、活动过多、观念飘忽、夸大而情绪高昂、情感多变等。这些测验结果信息可以作为心理学临床人格障碍诊断的参考，特别是晤谈调查基础上的补充和验证。此外，通过对 MMPI 测验结果的两点编码分析，更有利于临床病理诊断或正常人人格特点分析。

近年，国内已经出现一些专门用于筛查人格障碍的量表。杨蕴萍等（2002）引进的人格障碍诊断问卷（PDQ）第四版，施测于国内 10 个省市的 628 例普通人群，证明该问卷有很好的信度和效度，并建立了普通人群的常模，提出可将此问卷应用于人格障碍的筛查。黄悦勤等（1998）引进的美国人格诊断问卷（PDQ-R），是人格障碍的自评筛查工具，具有较好的信效度，评估 DSM-IV 的 A、B、C 三组（cluster）含 11 型人格障碍，已在国内多篇文章中被作为一种对照研究工具。国际人格障碍检查表（international personality disorder examination, IPDE），为半定式临床检查问卷，由专业人员执行评估。该问卷是世界卫生组织关于精神疾病的诊断及分类项目的标准化诊断评测工具，已由韩菁等（1998）引进使用。

临床和研究领域还有一些专门评估特定类型人格障碍的量表，如边缘性人格障碍量表 ZAN-BPD (Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder)，需要进一步研究。

由于人格障碍的评估涉及来访者的整个生物、心理、社会系统的结构和功能，所以临床评估还涉及人格以外的因素，如心身症状、特质应对、社会支持、婚姻质量、生活幸福度等，可以选择适当的量表。

二、主要表现

在前文的适应困难、自知力部分缺损、无智能障碍、难以改变和自幼开始等 5 方面基本特征基础上，按照 CCMD-3 的诊断分类，将常见到的几种人格障碍临床心理特征（DSM-IV 的轴 I、轴 IV、轴 V）做简单现象学介绍。

（一）偏执型人格障碍（paranoid personality disorder）（60.1）

特点：猜疑和偏执。男多于女。

主要表现：固执、多疑、心胸狭隘、好嫉妒、自我评价过高、对挫折或受到羞辱与阻碍的境况过度敏感、警觉，易于把别人本来中性的甚至是友好的表示看作蔑视或敌视行为。遇挫折推诿客观，不愿接受批评，自己的观点受到质疑时，往往进行诡辩，甚至冲动攻击，表现孤单，有不安全感，沮丧、阴沉，不愉快、死板、缺乏幽默感，经常处于紧张状态之中，寻找偏见的根据，对前后左右关系失去正确评价；在生活和工作中容易与别人发生摩擦，难以与领导相处，也容易与同事不和，别人常对他敬而远之。

（四）分裂样人格障碍（schizoid personality disorder）（60.2）

特点：观念、行为和外貌装饰的奇特，情感冷漠，人际关系明显缺陷。

主要表现：性格上退缩、孤僻、胆怯、沉默。难以遵循社会规范致使行为怪异。对人对事缺乏起码的温和，情感冷淡。不通人情，不爱社交，几乎没有朋友，从不关心别人对他的批评或赞扬。对现实的认识能力并没丧失，但常做白日梦，沉溺于幻想之中。缺乏进取性，对事物采取漠不关心态度，很难适应人员众多的场合和需要交际来往的工作。

（二）反社会型人格障碍（antisocial personality disorder）（60.3）

特点：行为不符合社会规范，对人冷酷。男多于女，童年就存在品行问题。

主要表现：不负责任，缺乏正常人的道德观念、准则和义务；缺乏家庭和单位责任感，不承担义务。常出现动机不明的行为，认识与行为常常脱节，计划多变。为达目的不择手段，欺骗、撒谎。没有同情心，伤害了别人之后也没有歉意，更没有后悔。与别人难以维持长久关系，容易责怪别人，与人冲突，狡辩理由。攻击别人、家人。缺乏内疚感，不能吸取教训。表现得温文尔雅、风度翩翩、仪表整洁，但十分自负。伺机报复，对个体实施肉体折磨甚至谋杀。

（三）冲动型人格障碍（impulsive personality disorder）（60.4）

特点：情感容易爆发，伴有冲动行为。男多于女。

主要表现：一般在学龄儿童开始，常因微小的精神刺激而突然爆发非常强烈的愤怒情绪和冲动行为，自己完全不能克制。间歇期表现是正常的，对发作时的所作所为感到懊悔，但不能防止再发。

（五）癔症型人格障碍（hysterical personality disorder）（60.5）

特点：过分的感情用事或夸张言行吸引他人注意。女性较多。

主要表现：亦称表演型或戏剧化型人格障碍、寻求注意型人格障碍。这类人的人格不成熟，情绪也不稳定，情绪反应浓厚而强烈，喜欢做作夸张引人注目，富暗示性、依赖性。以自我为中心，对人情感肤浅、表面化、不真诚、以致难以与周围保持正常的社会联系，往往把想象当成现实。这种人容易发生癔病。

（六）强迫型人格障碍（compulsive personality disorder）（60.6）

特点：过分的谨小慎微，严格要求和完美主义，伴内心不安全感。

主要表现：过分的自制和自我束缚，要求自己十全十美，过分自我关注和责任感过强。墨守成规、缺乏应变能力，由于谨小慎微，常常顾虑小事而忽略大事，常要求别人按自己的方式办事，以致妨碍别人的自由，过分注重工作，谨小慎微，遇事优柔寡断，平时拘谨，小心翼翼，自我怀疑，思想得不到松弛。有人认为强迫型人格较易发生强迫性神经症和抑郁症。

（七）焦虑（回避）型人格障碍（anxious personality disorder）（60.7）

特点：一贯感到紧张，提心吊胆，不安全感及自卑。

主要表现：又称回避型人格障碍。表现自幼胆小、敏感、不安全感，继而自卑。有持续和广泛性的紧张及忧虑感觉。需要被人喜欢、接纳和夸奖。夸大困难与风险（但不是恐怖症）。因为安全和稳定需要，生活范围和方式受限制，表现回避倾向。

（八）依赖型人格障碍（dependent personality disorder）（60.8）

特点：过分依赖。女性占多数。

主要表现：缺乏独立性，感到自己无助、无能和没有精力。把自己的需求依赖于他人，对别人的意志过分服从，要求和允许别人安排自己的生活。离开被依赖的人会出现恐惧感。在逆境和不顺利时有将责任推脱给他人的依附倾向。

（九）在 DSM-IV 中的其它几种人格障碍

边缘型人格障碍：表现为自我意象、人际关系和情绪状态的极不稳定。缺乏持久的自我同一性，对自我表象、性别定向、长远目标或职业选择、价值观念、交友类型等常表现迷惑或混乱。内心常感空虚和厌烦，其情绪基调为抑郁、易激惹和焦虑；由于怨怒而可能导致自伤自毁行为。

分裂型人格障碍：表现为观念、外表和行为的奇特性和人际关系的缺乏，常抱有与所属文化背景不相符的奇特观念或想法，用语离奇，表情冷漠，在社交场合焦虑不安。

自恋型人格障碍：表现为自我价值的过分夸大，常幻想自己才干超人，成就卓越，拥有权力、聪明和美貌。内心渴望别人的赞美，但外表又以冷淡和无动于衷来掩饰；缺乏将心比心的共情和协调的人际关系。

三、鉴别

人格障碍临床表现复杂，且受来访者主观意志的左右，容易出现假象，故在做出临床评估和诊断时，故需要注意与以下各种情况鉴别。

（一）正常人的不轨及犯罪行为

人格障碍者出现道德品行问题，违纪甚至犯罪行为较多，应与正常人的不轨及犯罪行为鉴别。以下几点可作鉴别参考：①正常人犯罪往往有计划、有预谋，人格障碍者多不能；②正常人犯罪违法目的明确，而人格障碍者犯罪动机常较模糊；③正常人犯罪作案手法隐蔽和狡诈，想方设法逃避罪责，人格障碍者常害人又害己，往往对自己危害更大；④人格障碍者犯罪要判处极刑的重案较少。

（二）大脑器质性疾病造成的人格异常

大脑病变，如脑炎、脑瘤、脑动脉硬化、脑外伤、癫痫及老年痴呆等造成的人格异常，被称为人格改变，类病态人格，假性人格障碍。患者在发病前的人格与发病后显然不同，这种人格的改变是一种疾病的症状表现。这种人格障碍一般比较单调，变化少，常伴有意识障碍，智力、记忆障碍，经检查可发现相应疾病的症状和体征，应进行仔细的神经系统检查，及借助CT、脑电图等项理化检查进行鉴别。

（三）神经症

神经症一般认为是在心理因素的作用下，在机体素质的基础上，大脑机能削弱的结果。相对于人格障碍的5方面特征，神经症与人格障碍的主要区别是：①神经症患者适应环境能力尚好，而人格障碍者严重受损；②神经症患者的自知力特别是价值观念方面基本完整；③大多数神经症是在人格已形成后发展起来的，预后较好，而不像人格障碍早年开始，恒定顽固，难以改变。不过，在精神因素的作用下，某些人格障碍较易发生相应的神经症。

（四）精神分裂症

精神分裂症早期，因病情未充分发展，症状未充分暴露，可发现某些人格和行为改变，如无故不上班，擅离工作岗位，情绪不稳定，易与人争吵，责任性差，学习工作效率降低等，很容易导致临床经验不足的心理医生的误判。精神分裂症与人格障碍的重要不同点，是并非一贯如此。

另一种情况是精神分裂症缓解不全，因遗留下心理行为方面的缺陷，特别是既往表现轻症且未经诊治者，往往不易识别。可结合个性特征及家族史等加以判断，精神分裂症缓解不全病例，常常在人格障碍的同时伴有其它精神障碍。

其它精神障碍也可伴有人格障碍（见前文轴II），但各自的疾病的特征不难与人格障碍区别。

第三节 临床心理干预

一、预防与宣传

人格障碍一旦形成即较难矫正，因此预防比治疗更具有现实意义。

一个人的人格障碍是在早年（一般在 15 岁以前）开始形成的，所以强调儿童的早期教育对预防人格障碍的发展极为重要。

目前，我们（包括年轻的父母）往往对“教育”的理解存在偏差，许多人有意无意地将教育理解成语言的说教，忽视了社会和自然环境“教育”作用。因此，在人格障碍的预防宣教时，应强调客观社会和自然环境条件对孩子正常人格形成的重要性。具体则需要解释，诸如目前城市里热门的弹琴、唱歌、舞蹈、英语会话等各种早教活动，固然有利于孩子某些知识和技能的早期培养，但不能代替真实的社会和自然环境训练，也不能代替对挫折的容忍力和对环境的适应力训练，不能决定是否形成健全人格。早期对孩子开展差异化社会的适应训练和挫折容忍力训练，有利于健全人格的形成。还可以进一步简单举例，家长当然可以创造各种条件以保证孩子的绝对安全（如尽量不外出、不接触危险的人和事物），可以花大本钱培养孩子以保证其始终超越别人（如设法让孩子总能被老师和同学关注），但这些“教育”条件虽然能够让目前的家长和孩子都满意，而且家长还可以继续创造条件让孩子继续满意，但终究不能在将来也创造一个孩子所需要的真实社会和自然环境，让他们成年以后也能继续“满意”（适应）。所以，给孩子一定的“挫折教育”（就是让其知道并且实践，有些要求是得不到的），有利于孩子适应将来的真实差异世界。人格障碍的第一个特点就是社会适应障碍，而不是智力障碍。

对于已经出现品行问题或行为问题的儿童，应及早设法矫正。在这个问题上，同样存在一些需要向大众宣传的地方。

当前国内儿童中存在的品行问题不在少数。这些孩子往往表现不守纪律、打架、发脾气、不上学、撒谎、私拿别人东西和残害小动物等问题。其实已经透露出反社会型等人格障碍的早期表现。可是我们的家长在向心理医生告诉孩子的问题时，往往只关心孩子不好好读书和成绩很差，在诉了许多苦以后，总不忘提醒医生自己孩子其实是“蛮聪明”的。显然，家长并没有注意到孩子行为问题与将来人格障碍之间的关系。此外，儿童中也存在一些看起来未必有什么不好的行为问题，但却可能与某些人格障碍有关。例如，某些孩子过分的“懂事”、“听话”和“自控”，可能透露出强迫型或偏执型人格障碍的早期表现；某些很容易“发脾气”而“胆小”的孩子，可能透露出焦虑型人格障碍的早期表现。因此，对于儿童早期出现的各种品行或行为问题，应通过宣传促使他们获得早期干预。

此外，宣传婚姻家庭和谐，减少家庭纠纷，避免父母离异，保证给孩子以充分的“爱”，创造良好的家庭人际环境，对人格障碍的预防也具有重要意义。（不过，对于那些长期处于冷战状态的父母，“友好”离婚可能反而有利于人格障碍的预防）

二、促进求助动机

人格障碍一直以来被精神病学和心理学临床看成是很难矫治的一种精神疾病或心理障碍。从笔者的临床经验来看，如果能够严格按照一定的临床程序，部分来访者的人格问题可以在心理学临床的层面上获得一定的矫正。

人格障碍有两个基本特点：其一是扭曲了的人格定型（“人性”、自我意识和信念系统等）导致一系列适应问题；其二是缺乏对这种人格扭曲的自知力导致始终不能自我改变，也几乎没有主动要求治疗的，即使在强制治疗时也可能欺骗医生，抵制治疗。因此，对人格障碍实施临床心理学干预，同样需要具备两个条件：其一，首先要通过教育与指导来启动和维持来访者的治疗动机；其二，在治疗动机基础上，通过认知行为的长期训练过程，对扭曲的人

格定型进行矫正。

（一）治疗动机的建立

因为人格障碍者对自身的问题通常认识不清(严格来说是对自身的某些信念或观念方面的问题缺乏自知力)，但智力却往往良好，导致他们有充分的理由将问题归因于外部因素。所以要启动人格障碍者的治疗动机，并非易事。直截了当地向他指出“你的观念有问题”，他是不会承认的，还可能造成对立，影响晤谈的进行。故需要采用迂回战术，用比较的方式，将来访者与大多数人不一样之处，从正面友好地给予提取出来，加以反复讨论，让来访者自己能够承认或至少部分、不稳定地承认自身的观念或信念与别人比起来存在不一样之处，再让其领悟（这里使用“领悟”而不是“想通”）自己存在问题，需要加以矫正。

以案例1为例，反社会人格障碍的来访者其实存在着与“人性”有关的观念或信念方面的问题，他所说的“杀人与杀鸡有什么区别”，我们不能将其解读为“脑子不开窍”，而是他真实的直白，他并不感觉到自己这样的认识有什么错，也并不认为你们对他这句话的反对有什么有说服力的理由。他从小至今就没有感受过别人的痛苦会给自己心灵带来什么痛苦，也无法理解你们为什么对别人的痛苦会有心灵上的痛苦震撼。这就像一个小孩还没有形成稳定的道德观念之前，其对成年人的道德观念的理解是似是似非的一样。这也许可以解释为何人格障碍者对人的同情心是不稳定的——一位反社会型人格障碍的青年可以在今天对所有的人刻骨铭心的恨，但又会在明天大谈自己也有一颗同情心。

进一步详细说明，还是案例1，在友好的交谈中，肯定他有关“杀人”与“杀鸡”的认识确实不容易区别其中的不同点，但大多数人却认为是大不相同的，我们（总是以“我们”代替“你”）不去讨论理由，但至少我们应该肯定这是我们与大多数人的不同之处。再来看，这种不同使我们对生活中的各种事情（要从已经获得的信息中举例）的认识和处理结果也与大多数人不一样。结果，我们总是与别人（社会）格格不入，痛苦不堪。这个痛苦需要改变，应从自己的改变着手。总之，要从来访者自己行为所带来的不适应现实中，通过比较分析让其领悟自身在某些价值观念方面可能存在先天缺陷（就是人格缺陷），需要矫正，促使其每次能够按时来诊。

同样，对于案例2偏执型人格障碍，这是最难以按医生思路讨论下去的类型，不能直接与之辩论，让其认错，接受干预，而应该是拐着弯对她的许多认识逻辑予以肯定，例如母亲确实不对，姐姐也确有不周之处，记者也可以做的更好一些等，在肯定的基础上再讨论长期社会不适应和引起的痛苦，再讨论人格层面的“标准化”信念或观念与别人不同，再引导其接受干预的动机。

有时候，为促进某些大孩子的人格改变动机，适当的威胁语言也可使用。例如，对于一个初二学生，在全面分析解释的最后部分，向其提出警告：你现在的行为由于有父母的保护，其实并没有给你带来多少真正的痛苦，但一旦将来进入社会，你的行为如果没有改变，那就叫做人格障碍，伤人、命案、拘禁、坐牢甚至没命都可能轮到你。你现在正是改变自己的最后年龄阶段，迟了就来不及了。至少以此促使其同意下次继续预约门诊。

（二）治疗动机的维持

有了上面建立的治疗动机（哪怕是暂时的不稳定的治疗动机），来访者才会来预约，才有可能接受治疗，才有可能获得治疗效果。但那毕竟仅仅是第一步。其实，由于人格问题的核心在于某些自知力的缺损（人格特质方面的原因），而不是认识问题，故即使以上述的认知指导初步启动来访者的治疗动机，同意接受进一步的心理干预，但也很容易受人格特质的

支配而出现认识上的反复与行为症状的回潮。通常，他们在治疗进程中，会出现比一般心理门诊来访者更多的反复，其动机也随之波动。所以，启动来访者的治疗动机不容易，而维持其治疗动机有时候更难。这就是为什么心理门诊的来访者当中，人格障碍的复诊率不高的原因。

这时候，一方面要继续治疗，一方面要随时注意提升和维持其治疗动机。例如案例 1 在接受几次门诊指导后，他又习惯性地开始将责任推向别人，推向社会，导致愤怒，于是需要继续讨论——继续拐着弯地讨论，使其再领悟“为何别人没有你这样多的挫折和痛苦”，以维持和强化他的治疗动机。

三、认知行为治疗

前文关于启动和维持来访者的治疗动机，仅仅是人格障碍临床干预的前提条件，在此基础上需要采用各种心理行为技术，逐渐推动来访者的认知和行为改变，从认识层面逐渐向人格特质层面深入，最终对扭曲的人格定型进行矫正（相当于扭曲人格是怎么形成的，就采用相向的方法怎么给予矫正）。

可见，关于人格障碍的矫正，虽然轴 I 各种现象学症状需要改变，轴 IV、轴 V 的功能也需要改变，但最终的核心改变却是在轴 II 的人格特质层面上。

以往的各种心理学理论都多少涉及人格层面的改变问题。其中认知理论和行为理论已经有了三十年的结合过程，在改变某些人格特质方面（在认知治疗理论来看这是认知图式），在改变某些行为习惯方面（在行为理论来看这是条件反射和行为学习），都有贴切的、可操作的方法。因此，笔者推荐在人格障碍临床矫正程序中采用认知和行为治疗模式。

二十年前，曾经推崇行为矫正疗法对人格障碍的治疗，自我控制疗法及自我松弛训练的合理应用对矫正一些行为障碍大有裨益。Stuart 和 Trpodi（1973）介绍了应用习惯养成法矫正人格障碍，工作人员教给孩子们和他们的家长做生活记录，以便改变他们的生活方式，使他们使用暴力的次数逐渐减少。习惯养成法的示范如下：孩子迟到 20 分钟，第二天早晨必须要求他提前半小时到校；孩子很好地完成学习任务，即予以增加两小时娱乐时间。这样来矫正人格障碍，培养正常人格，有明显效果。

近些年来，一般采用已经成熟起来的认知行为治疗方法（CBT），这是认知理论和行为理论的历史性结合，读者可查阅相关著作。这里仅就 CBT 干预模式中的自动性思维的辨识和功能不良性假设的纠正，以及行为训练技术的应用，做一些讨论。

人格障碍来访者一旦愿意坐下来讨论，往往能够进一步促使其接受对其某些不适应行为和负面情绪的发生，做深入的自动性思维的挖掘或辨识。例如案例 1，当上车时背后有人推了他，他立即情绪发怒和行为攻击。我们让其重新回忆当时的过程，再深入挖掘当时发作的“理由”（往往是自动性思维），引导其思考这些理由的“特点”。接下来指导他继续寻找每一次类似发作时的“理由”及辨识这些理由的“特点”。通过反复的自动性思维的辨识，使其领悟到自己在“自找烦恼”，以及这些“理由”的错误。然后是深入干预自动性思维背后的“功能不良性假设”，通过各种“认知重建”技术，以改变认知图式，改变观念，改变行为反应模式。

CBT 当然也重视各种行为技术的穿插应用。例如案例 1 在接受一次自动性思维的辨识讨论和当场演示以后，回家的一个任务是在接下来一周内，只要发现自己发火了（当然是不应当发火而发火），就有任务，在晚上七点花 5 分钟时间，简单回顾分析白天导致发火的自动

性思维内容,并简单记录。此后,还有对正常和良好行为的自我奖励和行为倒退时的自我惩罚等。限于篇幅,CBT 的详细临床操作不在此作深入讨论。

四、其它干预

(一) 药物治疗

这是从生物学方向考虑。但药物不能改变人格结构,仅能改善人格障碍的某些症状。有冲动、攻击行为者、情绪不稳定者、有焦虑或抑郁症状者等,可选择使用一定的药物。对分裂型人格障碍的精神病性症状,据认为抗精神药物有很好的效果。

(二) 社会环境干预

这是从社会学方向考虑。人格障碍发展的最重要和最关键的因素是社会化问题,那么矫正它也需要花费巨大力量重建他们的社会和心理环境。治疗性社区或称治疗性团体,或许能创造一种较好的生活和学习环境,人格障碍者参加其中活动,有利于控制和改善其偏离行为。在与其他成员的相互交往中,寻求新的行为方式,塑造正常的人格。

(浙江大学医学部 姜乾金)

(金华医学院 胡福山)

参考文献

1. 贾谊诚. 变态人格与性变态. 上海精神医学, 1983, 4: 8.
2. 陈仲庚, 张雨新. 人格心理学. 长春: 辽宁人民出版社, 1985.
3. 陈仲庚. 变态心理学. 北京: 人民卫生出版社, 1985
4. 何武龙. 关于人格障碍者责任能力问题的讨论. 中国神经精神疾病杂志, 1987, 3: 33.
5. 胡福山. 人格障碍//姜乾金. 医学心理学. 杭州: 浙江大学出版社, 1988. p177-187
6. 翟书涛, 杨德森. 人格形成与人格障碍. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1999.
7. 黄悦勤, 董问天, 王燕玲, 等. 美国人格诊断问卷(PDQ-R)在中国的测试. 中国心理卫生杂志, 1998, 12(5): 262-264.
8. 韩菁, 许又新, 崔玉华, 等. 国际人格障碍检查表在中国的初步应用. 中华精神科杂志, 1998, 31: 172-174.
9. 杨蕴萍, 沈东郁, 王久英, 等. 人格障碍诊断问卷(PDQ-4+)在中国应用的信效度研究. 中国临床心理学杂志, 2002, 10(3): 165-168
10. Beck AT. 人格障碍的认知治疗(Cognitive Therapy of Personality Disorders). 翟书涛, 等译. 北京: 中国轻工业出版社, 2004.
11. Black DW, Noyes R Jr, Pfohl B, et al. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives. Am J Psychiatry, 1993, 150: 1226-1232.