



国家级精品课程成果 三十年学科建设总结
四十年实践工作经验 本土化自主创新构架

Medical Psychology
Theories, Methods and Clinic

医学心理学

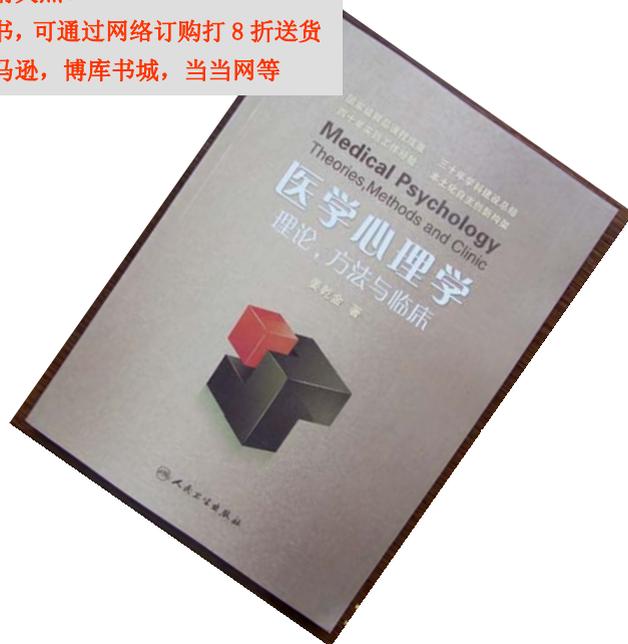
理论，方法与临床

姜乾金 著

友情提示：

为尊重出版社版权，本 PDF 格式仅供友情
浏览交流，敬请关照！

需购买本书，可通过网络订购打 8 折送货
上门，如：亚马逊，博库书城，当当网等



人民卫生出版社

2012 年 6 月出版（65 万字，400 页，定价 50 元）

自序

如果说30年前国内的医学心理学只是“小荷才露尖尖角”，那么今天已算是“接天莲叶无穷碧”了。因为有越来越多的人才涌入这个领域，老百姓对心理咨询、心理测验、心理治疗、心理问题等专业概念也不再陌生。但如果因此认为很快就会“映日荷花别样红”，那就有点过于乐观了。实际上，当前整个学科正面临诸多待解的瓶颈问题。作为这段历史的参与者和见证人，笔者希望此书能对今后的学科发展有些参考意义，对关注这个领域的青年读者有所帮助。

本书整体反映笔者主持的医学心理学国家级精品课程成果，30年学科建设经验，40年实践与临床体会，以及体现一种本土、自主和独立的创新努力。

【关于精品课程】

自1982年始，笔者共主编或撰写过十几个版本的医学心理学教材和相关书籍。其中包括近十年大部分卫生部临床医学专业5、7、8年制规划教材。2006年，教材建设和实验、多媒体成果一起，被列入国家级精品课程。

在教材编写方面，始终重视疾病发生、发展、诊断、治疗、预防中的心理社会因素这个主线。原因是：①医学心理学课程首先是为医学教育服务；②心理社会因素与健康的关系涉及疾病发生发展、诊断、治疗和预防的各个环节；③笔者本人的基础医学、临床医学和心理学知识。

目前，国内已经有大量的教材，也有互联网的搜索与拷贝工具，故有人认为教材编写就像高中生抄书那样容易。但当你了解30年前几乎白手起家，几个月泡在图书馆里淘外文原始资料，写卡片，设计教材构架等情节后，一定能理解其中所需要的付出。

在实验和实践教学方面，较早开设实验课和实践教学、开设心理门诊、制作和出版多媒体课件、开通网络和开展教学研究等。

【关于学科建设】

笔者在1982年讲义的前言部分曾写到：“医学心理学属新兴交叉学科，它应包括哪些内容，它的概念、理论和实际应用等许多问题，都尚待探索”。从那时起，对这门交叉学科的整体认识是，一要有特定的知识与理论构架，二要有可操作的方法与技术（一、二两点应从神经心理学、临床心理学、健康心理学、心身医学和行为医学等学科中吸取有用的内容），三要有服务对象和服务目标（笔者强调各种心理和行为问题）。并以这三点为指引，通过以下几个方面推进学科建设工作：

1. 学科构架 通过课程建设确立学科构架，包括上述学科的知识 and 理论范围、所需要的技术和方法，要解决的问题或对象。这方面的工作成果体现在：浙江省高等院校重点建设教材研究项目（1996）；国家教委高等教育教材研究课题计划项目（1997）；卫生部医学视听教材和CAI课件项目（2000）；浙江省教学成果一等奖（2001）；浙江省高等学校教学名师奖（2003）；浙江省精品课程（2004）；卫生部“十一五”规划教材（2006、2007）；国家级精品课程（2006）；国家“十一五”规划教材（2010）；教育部2011年度普通高等教育精品教材（2011）等。

2. 学术研究 包括外科临床心理、癌症临床心理、团体心理治疗、应激与应对理论

及其在心理健康相关领域的临床应用等研究（见参考资料）。其中率先在国内开展癌症心理社会多因素探讨（1987）；很早开展应对研究（1987、1993）；很早开展外科临床心理研究（1988）；“心理社会应激调查表的制订”基金项目开启了在国内的长期应激理论与应用研究（1989-）；有关应激评估工具被打包纳入省科学技术二等奖（2009）；协助科技部完成国家科技支撑计划“心理疾患防治研究与示范”项目的建议书、可行性研究报告和申报指南的执笔和报告工作（2007-2009）等。

3. 实践与临床 承担全国第二届医学心理学教学研讨会（1984，雁荡山）；开办全国医学心理学师资班（1992）；建立心理咨询门诊窗口（1993-）；主持国家级继续教育项目《心理应激最新理论与临床应用》（1997-2002）；创建医学心理网 www.medline.com.cn(1999-)；建立心理卫生和行为治疗中心（2004）；开展网络心理咨询(2005-2007)等。

4. 学科点 牵头申报建立精神病与精神卫生学学科点，作为医学心理学学科挂靠平台；先后引进两名人才以促进学科发展（2003、2005）等。

5. 学术组织 参与中华医学会心身医学分会建设（二、三届副主委）；筹建浙江省医学会心身医学分会（首任主委）；承担心理卫生协会等学术组织工作等。

【关于实践与临床】

笔者前 20 年接触医学（包括学习、基础与临床），后 30 年接触心理学及相关学科（包括医学心理学、心身医学、精神病学和心理卫生）（时间上有重叠）。这种多学科的经历，容易使人产生总结经验体会的冲动。

主要的实践与临床经验体会是“交叉”和“系统”。“交叉”就是结合生物、心理、社会知识多角度解读心理问题；“系统”就是以系统思维方式综合处置心理问题。

在早期的医学临床，曾针对临床过程相当复杂的百日咳脑病，以自发的系统思维进行过综合分析（1975）。在生理学领域，也曾是血凝与纤溶的血液生理研究和下丘脑室旁核电刺激的神经生理研究的主要参加者（1983、1988），两个课题的内容都属于“系统”问题，这些对于后来系统思维模式的形成有促进作用。在医学心理学的 30 年实践中，逐渐将代表“交叉”与“系统”的各种压力模型广泛应用于临床和实践工作，积累了一定的经验与体会（见参考资料）。其中有关心理门诊操作模式及其经验，已部分编入两册临床心理方面的著作中（2011）。

整体来说，本书体现笔者多年的各方面的实践经验与体会。

【关于本土化与自主创新】

早年，国内学术界延续着自力更生与艰苦奋斗的精神。当今，国家的科技导向也强调本土化与自主创新。医学心理学的前几十年，正是一大批学人立足于国内的奋斗过程；作为道中人的笔者多年来在学科的理论、方法、临床、课程和构架方面的思考与探索，也算符合本土、自主或独立等几个特征。

因此，从整体来看，我国医学心理学的 30 年发展就是将国外各种学科相关的知识“本土化”的过程，目前的学科构架也是在国内需要基础上的一种自主创新。在这种构架下，其理论、方法与应用比较符合我国社会发展程度、文化特征和卫生工作现状。鉴于经历与国情，我们认为，与健康问题相关的应用心理学科，目前在国内的最佳生存途径是以医学各相关领域特别是临床和预防等为依托。也因此，从应用的角度，30 年的医学心理学实质上也是“中国的临床心理学（Chinese Clinical Psychology）”。

【几点说明】

1. 本书特点 笔者在主编以往各种教材时，因为既要考虑教材的“三基五性”，又要把握不同教学层次的顶层设计；既要尊重参编教授们各种感受，又要统筹不同意见使之符合编写目标，期间颇感重负。相反，本书则是将 30 年来积聚的一些自认为有用的东西，整合成册，整个过程反感轻松一些。至于全书的框架与系统性的拿捏，似属水到渠成。期间，也已经注意突出创新性、可操作性和实用性的问题。

2. 初稿和修订概况 本书除部分章节如人本理论、认知理论之外，大部内容初稿于 1982 年讲义；大修于 1986 年合编教材；在以后 20 多年的各种版本中，凡由笔者继续执笔的，均有所修订；这次则对全书进行统稿。书中少量内容引自各版作者的，已在文中注明。

3. 参考文献 按照国际惯例，本想将书中涉及的所有文献列入。但因数量巨大，限于书本容量，以及基于当前网络检索的方便，最后只列出部分文献，其余的则尽量在正文中注明著者的姓、名、时间或主题，以便有需要的读者通过搜索即唾手可得。

4. 致意 因全书容量较大，涉及领域较广，时间跨度较长，探索问题较杂，争议问题较多，自身能力有限，故错误在所难免，敬请各路贤达不吝指正，并多多包涵。

姜乾金

谨识于浙江大学紫金港

2012-2-12



目 录

第一章 总论 1

第一节 临床视野下的心理学	1
一、引子——案例	1
二、心理学概念	2
三、科学或者潜科学	4
四、心理现象	5
五、心理现象的几个系统问题	9
第二节 医学心理学概述	12
一、医学心理学概念	12
二、基本任务与学科特点	13
三、课程性质与结构	14
第三节 历史与发展	16
一、国外概况	17
二、国内的课程、学科建设和展望	18
第四节 医学模式与医学心理学	22
一、生物医学模式	22
二、生物心理社会医学模式	23
三、我国医学模式转变的任务与现状	25
第五节 相关学科	28
一、基础类相关学科	28
二、临床类相关学科	29
三、预防与康复类相关学科	30
四、综合类相关学科	31
第六节 心理与生理	31
一、心理学与生理学的关系	31
二、大脑皮质的心理机能	32
三、皮质下某些结构的心理机	35
四、心理活动的三个机能系统	37
五、心理活动与生理活动的互相作用	38

第二章 基本理论与研究方法

第一节 理论概述	41
一、重要性	41
二、某些共性	42
三、正确对待	44
第二节 行为学习理论	45
一、基本概念	45



二、经典条件反射	46
三、操作条件反射	49
四、内脏操作条件反射	51
五、其他学习理论	53
六、行为学习理论述评	55
第三节 精神分析理论	56
一、基本概念	56
二、心理防御机制	58
三、精神分析理论述评	60
第四节 人本主义理论	62
一、概述	62
二、潜能论	62
三、自我论	64
四、功能完备论	66
五、人本主义理论述评	66
第五节 认知理论	67
一、概述	67
二、认知偏差	69
三、认知改变	71
四、认知理论述评	72
第六节 心理生物学方向	73
一、心理生物学研究历史概况	73
二、目前心身相关研究的主要领域	74
三、心理生物学方向述评	76
第七节 系统论	76
一、基本概念	77
二、系统论与认知模式	78
三、系统论述评	81
第八节 医学心理学的研究方法	84
一、概述	84
二、变量的量化	87
三、主要研究手段	88
四、研究设计	92
第三章 情绪与情绪调节	95
第一节 概述	95
一、情绪的定义与分类	95
二、情绪内容	96
三、情绪状态	97
四、社会性情感	98



- 五、情绪的发展99
- 第二节 情绪理论101**
 - 一、情绪感知学说101
 - 二、情绪启动学说102
 - 三、情绪的认知-生理学说102
 - 四、情绪的认知-评价学说103
- 第三节 情绪的生理基础104**
 - 一、情绪的中枢生物学机制104
 - 二、情绪的外周生理反应106
 - 三、有关情绪生理指标107
- 第四节 情绪与临床108**
 - 一、情绪的适应意义108
 - 二、情绪与动机和行为效率109
 - 三、情绪与健康 and 疾病110
 - 四、关于情绪的心理外科学111
 - 五、情绪的系统调节112
 - 六、情绪与健康的团体指导提纲114
- 第四章 应激与压力管理115**
 - 第一节 应激研究简史115**
 - 一、关于应激的概念115
 - 二、稳态与应急说116
 - 三、塞里的应激说116
 - 四、医学的倾向117
 - 五、心理学的倾向117
 - 第二节 生活事件（应激源）119**
 - 一、应激与生活事件119
 - 二、生活事件与临床121
 - 第三节 认知评价123**
 - 一、应激与认知评价123
 - 二、认知评价与临床124
 - 第四节 应对方式125**
 - 一、应激与应对方式125
 - 二、应对方式与临床127
 - 第五节 社会支持128**
 - 一、应激与社会支持128
 - 二、社会支持与临床129
 - 第六节 人格特征131**
 - 一、应激与人格特征131
 - 二、人格特征与临床131



- 第七节 应激反应132
 - 一、应激反应及相关概念132
 - 二、应激的心理行为反应133
 - 三、应激的生理反应135
 - 四、应激反应与临床137
- 第八节 应激系统模型138
 - 一、应激因素的相关性138
 - 二、应激是多因素的系统141
 - 三、应激系统模型的基本特征143
- 第九节 压力的综合评估与分析145
 - 一、基本方法146
 - 二、压力因素评估147
 - 三、压力层次评估150
 - 四、压力系统评估151
- 第十节 压力的综合管理与控制152
 - 一、基本手段152
 - 二、压力的系统分析与指导153
 - 三、压力的层次干预策略154
 - 四、注意事项155
- 第十一节 压力因素的管理与控制155
 - 一、生活事件的管理与控制155
 - 二、认知评价的管理与控制156
 - 三、应对方式的管理与控制157
 - 四、社会支持的管理与控制157
 - 五、人格特征的管理与控制158
 - 六、压力反应的管理与控制159
- 第十二节 压力的临床评估与干预实例159
 - 一、临床分级评估160
 - 二、临床系统干预161
- 第五章 心理评估与心理诊断163
 - 第一节 诊断与思维163
 - 一、诊断是问题解决思维163
 - 二、影响诊断思维的因素164
 - 第二节 心理评估与心理诊断概述166
 - 一、心理评估方法166
 - 二、心理诊断的指标167
 - 三、心理障碍的诊断170
 - 四、心理问题的诊断172
 - 五、心理问题的系统评估174



第三节 心理测验概述	176
一、概念、历史与种类	176
二、心理测验的实施条件	178
三、心理测验的临床应用	179
第四节 智力的评估与诊断	181
一、概述	181
二、常用智力测验量表	183
第五节 人格的评估与诊断	184
一、概述	184
二、常用人格测验量表	186
第六节 情绪和心身症状的评估与诊断	191
一、概述	191
二、常用情绪和症状评定量表	193
第七节 应激的评估与诊断	195
一、应激概念与应激评估	195
二、应激的评估方法	195
第八节 心理社会应激调查表 (PSS)	196
一、应激系统模型与PSS	196
二、生活事件问卷 (LEQ)	196
三、特质应对方式问卷 (TCSQ)	198
四、领悟社会支持量表 (PSSS)	200
五、压力反应问卷 (SRQ)	201
第九节 其它应激与应对评估量表	203
一、团体用心理社会应激调查表 (PSSG)	203
二、医学应对问卷 (MCMQ)	206
三、老年应对问卷 (WOCQ)	207
第六章 心理干预与心理治疗	212
第一节 概述	212
一、概念	212
二、历史与现状	213
三、心理理论与心理干预	214
四、治疗者角色及其训练	216
五、适用范围	217
六、“心理问题”的干预手段	218
第二节 行为理论的心理干预程序	220
一、基本特点	220
二、基本过程	221
第三节 行为疗法	223
一、系统脱敏法	224



二、厌恶法	225
三、操作条件法(正强化法)	226
四、示范法.....	227
五、依情况而定法	227
六、满灌法	228
七、代币法	229
八、塑造法	229
九、掩敏法	229
十、混合行为矫正(减肥)	230
第四节 精神分析法	232
一、理论基础	232
二、方法与适应证	233
第五节 认知疗法	234
一、理论基础	234
二、方法与适应证	238
第六节 支持疗法和来访者中心疗法	239
一、支持疗法	239
二、来访者中心疗法	241
第七节 暗示与催眠疗法	242
一、暗示疗法	242
二、催眠疗法	244
第八节 松弛与生物反馈疗法	245
一、松弛疗法	245
二、生物反馈疗法	248
三、气功训练与心理治疗	251
第九节 药物心理效应与安慰剂	253
一、药物治疗行为的心理效应	253
二、安慰剂治疗	253
三、药物的心理副作用	254
第十节 团体心理干预	255
一、团体心理治疗	255
二、团体心理指导的组织与实施	257
三、团体心理指导内容实例	258
第七章 临床心理问题	262
第一节 患者心理与医患关系	262
一、患者一般心理特点	262
二、临床人际关系	265
三、对患者的一般心理支持	267
四、医源性心理疾病及实例	269



第二节 心身疾病总论	270
一、心身疾病的一般概念	271
二、心身疾病的发病机制	273
三、心身疾病的诊断	277
四、心身疾病的防治	278
五、心身相关知识的团体指导实例	279
第三节 高血压临床心理	281
一、心理社会病因学	281
二、心理诊断	284
三、心理干预	285
四、高血压患者的压力评估与干预实例	289
第四节 冠心病临床心理	290
一、心理社会病因学	290
二、心肌梗塞临床心理	293
三、心理诊断	296
四、心理干预	297
五、心肌梗塞康复期性生活若干问题	298
第五节 癌症临床心理	300
一、心理社会病因学	301
二、癌症患者临床心理问题	302
三、心理诊断	304
四、心理干预	305
五、癌症患者的团体心理指导实例	307
六、肿瘤科若干临床心理问题指南	308
第六节 疼痛临床心理	309
一、疼痛的心理生物学基础	309
二、疼痛的心理社会影响因素	311
三、疼痛与临床	313
四、慢性疼痛综合征	315
第七节 外科临床心理	319
一、外科心身问题	319
二、手术焦虑反应	322
三、手术心理干预	324
四、手术心理干预实例	327
第八节 康复心理	327
一、康复医学与康复心理学	328
二、伤残心理	329
三、运动锻炼的心理效应	332
第八章 健康心理问题	334



第一节 心理卫生概述	334
一、基本概念	334
二、终生发展观	335
三、团体心理卫生	337
三、教育与心理健康促进	338
第二节 “胎教”与儿少心理卫生	340
一、胎教	340
二、儿少心理特点与对策	341
三、挫折训练与试错训练	343
四、行为学原理与行为问题实例	345
第三节 青春期与青年期心理卫生	347
一、青春期身心发展	347
二、青年（学生）心理特点及其对策	347
三、青年（学生）常见心理问题及对策	349
四、青年团体心理健康指导实例	350
第四节 中老年心理卫生	351
一、更年期心理卫生	351
二、老年期心理特点与对策	353
三、老年团体心身保健指导实例	355
第五节 心理衰老	358
一、心理年龄与衰老	358
二、心理衰老的影响因素	358
三、延缓心理衰老的策略	359
第六节 心理咨询概述	360
一、基本概念	360
二、基本形式	361
三、若干认识误区	363
四、咨询中的移情问题	364
第七节 门诊心理咨询的实施	366
一、咨询诊断	366
二、咨询干预	368
三、注意事项	373
第八节 若干心理问题	373
一、白领职业压力问题	374
二、团体压力管理问题	376
三、婚姻问题	379
四、危机问题	383
五、人格问题	386
参考资料	394

第一章 总论

经过 30 年的发展，目前来看，国内的医学心理学范围较宽，当前许多应用心理学学科如心理卫生、心理咨询、临床心理学、健康心理学等与之有关。它们在许多方面存在共同之处，包括共同面对各种心理现象与心理问题、共同秉承各种心理学理论，共同使用心理评估、心理指导和心理治疗技术等。

作为总论部分，本章分别介绍心理学、医学心理学、潜科学等相关概念，医学心理学的发展与展望，医学心理学在医学模式转变中的作用，医学心理学的相关学科，以及心理与生理的基本关系等，是后续各章节的入门部分。除了第六节，本章内容均修订自笔者主编的各个版本医学心理学绪论部分。

第一节 临床视野下的心理学

一、引子——案例

门诊案例：男，70 岁，农民。

主诉：反复头痛 20 年，近 5 年加重伴有高血压，症状在劳动时减轻，休息时加重。

简历：20 多岁时因政治原因（留宿表弟一夜，不料事后发现是个“反革命”）被从大城市的工人阶级队伍中清理回乡（老家已无亲人），此后不断在历史节点上遭批判甚至斗争。终身未娶，单身一人，也没有亲戚、朋友。他自诉一直保留着当初码头工人积极分子的秉性，有干劲、积极向上。长期以来“坚持原则”、“喜做好事”，却总得不到村里人的理解，反而屡遭冷眼与指责。例如，生产队集体劳动时，曾指责那些拄着锄头扎堆抽烟的年轻社员，你们要对得起每天挣得的劳动公分，但反遭青年们的讥笑和白眼；一次上山挑来大量黄泥土填补村庄路面，将那些坑坑洼洼填平，不料暴雨后，却弄成了一路的泥泞，还弄脏了一路上原来用于雨天跳着“舞步”走路的石块，遭到几乎全村人的辱骂。他自诉早就反思过是否自己得“改一改”，也有人劝告过自己，但一提到这个问题，就会“不由自主”地想自己一身正气，居然为了“苟且”而放弃做人的底气，心有不甘，终不能融入当地农村社会生活。50 岁以后，逐渐出现“头痛病”，近五年症状加重，且发现有高血压。奇怪的是，他的症状在下农田卖力劳动时会减轻甚至消失，而在家里静处时则加重，因此多年来不论风霜雨雪他几乎有事无事每天都要下农田。近期他感觉快要支撑不住了，才想到去早年工作过的城里看心理门诊。

此案例（假设已排除人格障碍与偏执型精神病）可以连带提出以下一些问题：

此人是什么病，发病原因，如何诊断，怎样治疗。

此人是什么心理，何至于此，怎样评估和判断，如何干预。

此人是否适应社会，为何如此，怎样分析，如何帮助。

此人为何不能“想想通”，是缺乏知识，是缺乏聪明，还是观念、信念和性格上的原因。

此人为什么不能“改一改”，是因为天生的，是因为当年在城里生活中培养并固化下来的，还是仅仅是因为认识和思想的原因。

.....

根据此案例，心理学应该包括些什么：讨论头痛时的分子生物学变化，讨论“想不通时”的脑神经通路，讨论各种因素与头痛病的数学关系，还是讨论如何通过以上各种因素的调控来改善头痛。

以上所列的各种问题，在逐步阅读本书过程中读者自己可以慢慢予以回答。（本案例的心理评估与心理干预将在第七章第三节讨论）

二、心理学概念

（一）关于心理学定义的讨论

谈到心理学，一些人会说，自冯特（Wundt W, 1832-1920）于 1879 年在德国建立世界上第一个心理实验室，心理学诞生了。其实上述说法并不准确。正确的说法应为“现代心理学”，或者“科学”（science）心理学，甚至自然科学（natural science）心理学诞生了。这样，才能为“全面的”心理学腾出必要的空间。

为何要“抠”这些词汇呢！

第一，中、外古代就已经有“心理学”，那些更多的是哲理性的或称之为心理学思想。

第二，冯特当年所开创的主要是心理物理学实验，是用自然科学的方法研究心理现象（特别是感知觉）。启动了心理现象的科学研究途径，延续至今，研究心理现象的各种自然科学方法层出不穷，包括物理、化学、生物等实验方法，直至近年来的基因组学等技术的应用。这些确实可以看成是冯特开始的科学实验研究方向的延续和发扬。

第三，“科学”心理学是心理学发展的一个重要方向，但不是唯一的方向。在目前各种应用心理学学科中，除了“科学”心理学，还普遍存在“常识”心理学或“潜科学”心理学等内容，且三者之间经常是不可替代的（见下文）。

第四，近几十年国内对自然科学有所偏重，心理学也被有关层次的领导、管理者甚至心理学工作者潜移默化地看成是自然科学，并使用各种自然科学的方式加以评价，一定程度上已经影响国内某些心理学分支学科的发展。

第五，这种对心理学认识上的模糊，即心理学是“科学”还是别的什么，导致了国内 30 年来相当部分心理工作者如心理健康工作者、心理治疗工作者的身份认定困难，那些坚持下来的特别是医学院校的专业人员，都能深深体会个中的苦涩与无奈。

第六，在图书馆分类中，至今仍将心理学归入哲学大类，体现了心理学与哲学之间的渊源关系，或者说科学心理学虽然脱胎于哲学，但至今并未能完全脱离哲学。这至少说明，心理学不全是自然科学。

总结上述各点，“科学”心理学是一门相对年轻的学科，自冯特开始至今仅 100 多年的历史，它脱胎于哲学，是较晚从哲学中分化出来的。但“科学”心理学并不能涵盖目前人类所关心的所有与生存与健康密切相关的各种心理现象，就像使用高精尖现代导弹技术研究提高农作物产量，使用现代分子生物学技术研究中医学机制。目前心理学的许多内容还属于“常识”心理学或“潜科学”心理学。因此，心理学的概念需要更包容一些，它应该反映心理学研究范围和内容，但不过分强调方法的自然科学属性。

据此，心理学 (psychology) 的定义应该是研究心理或研究心理现象（包括下文介绍的知、情、意和个性）的学科（不完全是自然科学，还包括社会科学，甚至哲学、艺术、宗教等。笔者就特别重视作为一种艺术的心理治疗过程）。

实际上，心理学的定义随着时代的变迁和学派的发展也会有所变化。例如，20 世纪中、后期，随着行为因素在健康领域重要性认识的提高和行为理论与方法的发展，西方一段时期和国内一些心理学专家曾将心理学定义为是对人和动物“行为”的研究，并把研究成果应用于人类。

附：关于“科学”的含义，可算是众说纷纭。

美国韦氏大字典指出，科学就是从观察、研究、实验中所导出来的一门有系统的知识。

维基百科指出，科学首先指对应于自然领域的知识，经扩展、引用至社会、思维等领域，如社会学。它涵盖两方面含义：①致力于揭示自然真相而对自然作理由充分的观察或研究，且这一观察通常指可通过必要的方法进行的或能通过科学方法——一套用以评价经验知识的程序而进行的；②通过这样的研究而获得的有组织体系的知识。

1965 年诺贝尔奖得主 Feynman RP 认为，科学包含以下一项或多项：①导致科学发现的具体方法（建立在观察实验的基础之上）；②来自科学发现的具体知识；③在科学发现后人们做的新事情（即技术）。

现代汉语词典（1978）指出，科学就是反映自然、社会、思维等的客观规律的分科的知识体系，且合乎科学（精神、方法等）。

还有一些观点，例如：发现、探索研究事物运动的客观规律就是科学；哲学是世界观和方法论的科学；宗教也应属于科学的范畴；等等。

各国的习惯也有些不同，如在英国一般指自然科学；在法国指一般意义上的系统知识，包括文史哲；我国的中科院（主要是自然科学）前面不加“自然”，但社科院和农科院等前面要加上“社会”和“农业”，显示主要指自然科学。

从本书的角度，无意参与这些讨论，但认同维基百科的以下叙述，即“从准确、可验证性并能达到普遍公认的角度来说，科学一词是指自然科学。广义的则包括社会科学”。

（二）学科门类与人员分布

心理学是一门范围广、内容丰富的学科，包含有理论部分、实验部分和应用部分等多方面的知识。

心理学作为 I 级学科可以分成以普遍心理学和实验心理学为主的许多基础分支学科：普通心理学主要研究心理现象的一般规律；实验心理学顾名思义是研究心理实验的设计和实施，并以此探索心理规律；发展心理学研究心理的发生发展；比较心理学可部分类比于医学的比较解剖学，是对动物和人的心理进行比较研究。还有社会心理学、生理心理学、变态心理学等。

心理学与某些其他学科结合，还可派生出许多应用分支学科：如医学心理学，教育心理学，体育、文艺、航空、工程、司法心理学等等。

据 Cates J（1970）在美国心理学家杂志上报告，美国从事心理学各领域工作的专业人员分布情况以及这些人的工作单位分布情况如表 1-1。表中数据对于我国目前的心理学科发展水平，仍有参考价值，在某些方面，如医学模式的改变，我们整整落后几十

年。

表 1-1 心理学各领域和工作单位专业人员分布情况

心理学领域	人员分布比例	工作单位	人员分布比例
临床心理学	29%	大专院校	57%
咨询心理学	10%	医院、诊所、社区中心	15%
教育心理学	10%	私人开业	7%
实验, 生理、比较	10%	中、小学校	6%
工业、人事, 消费	9%	工商咨询	5%
学校心理学	9%	政府机构	5%
社会心理学	5%	其他(军事, 司法或研究机构)	5%
发展心理学	4%		
心理测验	3%		
环境心理学	1%		
其他	8%		

三、科学或者潜科学

也许是因为心理学工作方式和研究手段与其它自然科学学科有差距, 也许是因为正好遇上我国自然科学重要发展期, 30 年前的一些心理学专家似乎对自己学科抱有一点“不自信”, 故当 20 世纪 70 年代末至 80 年代初国内全面恢复心理学时, 在当时出版的许多心理学著作中, 都反复论证、特别强调直至用警告的语气, 告诉读者心理学必须是“科学的”(荆其诚、林仲贤, 1986), 必须是“唯物的”(曹日昌, 1987)。笔者早期编写的教材中也复强调这一点(甚至现在回想起来如果不是因为这一点, 恐怕本人当时都不会从现成的医学岗位被吸引到这个领域中来)。这导致此后 20 多年国内心理学的全面自然科学倾向, 许多机构都去研究心理活动的物质基础, 学术考核机制也有意无意偏向生物实验, 同时也培养了一批对心理学持坚定“科学”信念的年轻学者。

我们接受科学心理学的重要性。但正如前文定义部分所提到的, “科学”心理学并不能涵盖当今心理学的全部。心理学到底是什么样的学科, 其实并没有完全弄清楚。有人提出心理学不是科学, 而是“潜科学”。从心理学临床工作的角度, 这种说法是有一定依据的。

所谓“潜科学”(latent science or potential science), 指尚处于孕育时期, 许多内容尚未得到严格实证和科学界定的学问。潜科学具有创造性、模糊性和不稳定性等特征。潜科学往往是科学研究的先导和基础。

以当今现状为例, 一些有丰富临床工作经验的医生, 虽然他们对生物科学基础和脑机制的研究经验比一些心理学家还丰富, 但却不能利用这些“尖端”科研成果, 用于帮助认识临床病人的心理问题和指导处置这些心理问题, 至少目前还不行。相反, 这些临床医生却很了解病人的心理特点, 善于与不同心态的病人打交道。他们通过临床实践的累积熟悉某些病人的心理特点, 长期以来在医学临床工作中起着积极的作用。我们可以将这些称为常识心理学(common-sense psychology)。这些所谓的临床常识心理学, 显然不是科学, 笔者早期编写的教材中也对此持有强烈的反对态度。但时至今日, 却发现

医学临床还是很需要这些常识心理学知识和经验的传播和应用，这里面应该包含很多“潜科学”的心理学内容，甚至还包含医道“艺术”等人文素养。

另一面，则是多数人仍坚持心理学就是“科学”，他们追求科学心理学（psychology as a science）的基本条件（图 1-1），甚至有的急于要将自己脑科学基础研究的某些成果，应用于全民的心理健康和心理问题的筛查与干预工作并予以示范推广，甚至应用于提高医患关系的质量。也许我们不该对上述大胆的科学设想给予否定，毕竟人类那一天突然实现这种科学理想也未必。但至少目前阶段，实现的可能性很小。临床心理学工作者和心理咨询工作者都知道，将人的所有心理现象和各种心理问题，都用严格的科学心理学要求条件去把握是困难的，至少在现阶段是这样。

或许是由于这些纠结，有的老年心理学工作者（其实他们很可能年轻时也是坚定的“科学”崇拜者）认为，心理学是潜科学，或是说，心理学是一种处于科学之前的“前科学”。几年前，一位年轻气盛的心理学工作者（显然受较多的科学教育和熏陶）和一位恼怒的著名老年心理学者（显然有较多的实践或临床经验），曾对此展开了剧烈的公开争吵。前者坚持认为心理学是科学，后者则强调心理学是潜科学，还要求对方多读点书。

笔者认为，作为医生，需要学习一定的心理学知识，其中就包括科学的、潜科学的，甚至常识的、艺术的和其它人文因素如宗教的知识，以服务于临床工作。当然，也不能忘记避免将常识心理学等同于科学心理学。

在临床工作方面，国内医学界几十年来也在强调“科学”的同时，普遍轻视“常识”或“潜科学”，忽视医生态度与病人感受之间的关系等临床常识心理学规律，导致医患关系严重恶化。问题主要出在医院和医生一边。

在心理健康研究领域，过度强调“科学”不利于本学科的研究。例如，由于长期自然科学的研究导向，对于关系到国计民生的有关心理健康方面的研究设计（诸如心理健康促进研究与示范等重大课题），在某些医学院校的科研管理和财务管理环节上有时还会遇到难题。例如，已习惯于审核动物实验“材料费”和“测试加工费”的财务人员，难以接受人群研究中的“材料费”和“加工费”（给小费），致使课题执行过程中不断面临难题。

不过，话说回来，在 30 年前国内早期医学心理学教材中，也确实曾经充斥着大量常识心理学内容，导致整体质量不高。这些作者当时多数从医学界“半路杀出”，往往有较深厚的医学基础或临床经验，对病人心理特点和处置方法有较多的经验和体会。此后，经过多年的理论提高和实践训练，这些人成为近 30 年国内医学心理学的骨干。

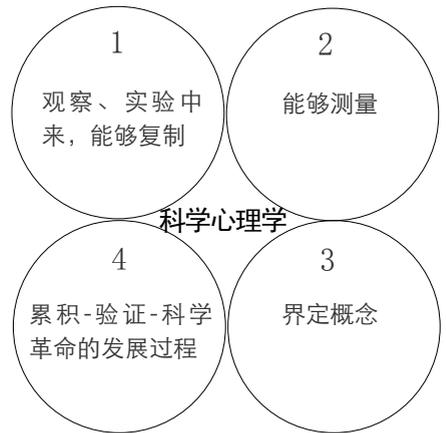


图 1-1 科学心理学须具备的条件

四、心理现象

尽管在前文对心理学的概念问题作了一些讨论，但从实际研究或临床工作的角度，心理学的内容还是比较清楚的，它纵向研究人的认知活动(包括感、知觉、记忆、注意，

思维等), 情感活动和意志活动等心理过程。横向研究各种各样人的心理活动的差异即个性心理特征或人格。

上述“知”、“情”、“意”和“个性”等心理现象都与健康(包括心理健康和身体健康)有关, 在医学心理学中, 这些概念都很重要。为便于读者特别是医学工作者阅读全书, 下文将以某医生(D)给一位疑难病人(P)做诊疗为例, 简单介绍心理过程和个性特征(人格)等有关基本概念。(全书除了情绪, 不再另设普通心理章节)

(一) 认知过程

D要给P下诊断, 首先需要通过耳听、眼看、鼻闻、手触摸等详细而全面的临床检查来获取诊断信息, 这个过程中D便有了听觉、视觉、味觉、触觉等感觉活动。

从反映论的角度, 感觉(sensation)被定义为是客观事物个别属性在人脑的反映。感觉是医学生和医学工作者相当熟悉的概念, 包括视、听、味、温、痛、触压、运动觉等, 但心理学对感觉的关注较之生理学和医学有其特殊的侧重点和内容。心理学更关心感觉的基本心理特性, 如感受性、感觉阈限等; 生理学更关心感受器的结构与功能、感觉的神经传导径路和中枢作用机制, 如各种感觉的传导过程和皮层投射区域等, 故两者的研究不完全重叠。

D继续对P做检查, 使用听诊器听到了病人心脏的杂音和胸膜摩擦音, 这就是知觉。这种知觉是医生在感觉到声音以后, 经过脑子的主动过程, 产生对声音的部位、性质等的整体认识。

反映论的知觉(perception)定义是客观事物的整体属性在人脑中的反映。心理学对知觉的研究很丰富; 包括知觉的各种特性(选择性、整体性、理解性、恒常性)以及观察的规律及实际应用等。生理学关于各种知觉的认识则比较侧重于中枢的定位和组织, 如已知知觉形成于皮层各感觉投射区的边缘和交界区域。

D在的检查过程中, 需要随时记住P的主诉、体征和各种数据, 供诊断时使用, 这就是记忆。

反映论的记忆(memory)定义是过去经验在人脑中的反映。记忆与学习密切相关。心理学关心人的记忆过程和规律(如识记、保持、再认和回忆; 感觉记忆、短时记忆和长时记忆; 遗忘及其规律; 影响学习记忆的因素等)。生理学对记忆的研究则侧重在阐明其脑神经机制(如海马和颞叶与记忆的关系非常密切; 脑电生理活动及某些RNA和蛋白质的合成与记忆的关系等), 近几十年关于记忆的生理学机制研究是很热门的领域。

在D对P的疾病做最后临床诊断时, 需要将上述所掌握的各种材料, 用自己的知识和经验进行分析、综合, 判断这病像什么, 应排除什么, 还要做哪些深入的检查……这就是思维。

反映论的思维(thinking)定义是人脑对客观现实间接的和概括的反映。病人被诊断为心脏“二尖瓣病变”, 但医生并未直接触摸到心脏瓣膜, 而只是间接的判断; 病人被诊断为“伴有心衰”, 则是对全身病理生理表现的整体概括。所以思维具有间接性和概括性的重要特征。心理学对思维的研究包括概念的形成, 问题解决思维, 想象、幻想和创造思维等丰富内容; 生理学则受现代神经科学发展的局限, 对思维的关注程度远弱于心理学。

在D对P做临床诊断的整个过程中, 不论感知、记忆、思维等心理活动过程, 都要求有一个集中和稳定的心理指向, 如果D在看病时漫不经心, 那么上述各种心理活动就

难以完成，这就是注意。

注意(attention)是心理活动对一定事物的指向和集中。心理学关心注意的行为功能（选择的功能、保持的功能）、种类（无意注意、有意注意、有意后注意）和基本特性（注意广度、注意的稳定性、注意分配和注意的转移）等。生理学研究注意的脑神经机制，如定向反射、脑干网状结构和皮层的注意功能等。

上面谈到的感觉、知觉、记忆、思维、注意等心理活动，都与人认识客观事物(诊断疾病)有关，称之为认知过程。

（二）意志过程

D 作为一个好医生，在给疑难病例 P 做诊断的过程中，能够稳定心态，持之以恒，不断摸索，排除干扰，克服困难，最后获得对疾病的明确诊断。克服困难当然比敷衍了事要辛苦些，为什么 D 要选择前者而不是后者，这是因为 D 有一种为病人服务的需要和动机，因而也就有了明确的目的，即做出明确诊断，为病人负责。这里涉及到需要、动机、目的和意志行为的概念。

需要(need)的反映论定义是个体对内部环境和外部生活条件的要求在人脑中的反映，是个体的心理活动与行为的动力基础。心理学关注人的需要的种类（生理性需要、社会性需要；物质的需要、精神的需要等）和各种需要的关系（如马斯洛需要层次理论包括生理需要、安全需要、归属和爱的需要、尊重的需要、自我实现的需要等五个或七个层次）。

动机(motivation)是由需要所推动的、达到一定目标的个体行为动力。心理学通常关注动机的功能（具有激起、调节、维持和停止行为的作用）、种类（生理性动机、心理性动机；主导动机、辅助动机；短暂动机、长远动机等）、动机冲突（双趋冲突、双避冲突、趋避冲突等）和挫折（指意志行为过程中，动机受阻，不能到达目的，需要不能满足时个体出现的情绪状态）。

个体在动机之后自觉地克服困难的以达目的的心理过程叫做意志过程。

（三）情感过程

D 医生经过一系列的心理活动和行为操作，终于对 P 的疑难病症给出了明确的诊断，目的达到了，治病救人的需要得到了满足，他显示了满意与愉快。相反，如果 P 在诊断未明就前就死亡，D 会表现失望和不愉快。总之，在认识事物时人会有有一定的体验及伴随的行为，如喜、怒、哀、乐等，这就是情绪。

情绪(emotion)是人对客观事物是否满足自身的需要而产生的态度的体验和伴随的心身反应。情感(feeling)则是情绪的高级形式，与社会性需要的满足与否有关。上述医生的愉快情绪，就是他的社会性需要（为病人服务）得到了满足，故属于情感。关于情绪与情感，本书另有专章，在此不做更多讨论。

情绪和情感活动统称为情感过程。

上面讨论的认知过程、意志过程和情感过程都是心理过程，是每一个人都具有的心理现象。

（四）人格（个性）

显然，D 在整个诊断过程中所表现出来的认知、情感、意志等所有心理特征（psychological characteristics），与另外的医生比较可能有很大的差异。例如，在认知方面，D 在看病时表现出感知觉灵敏，记忆力强盛，分析问题井井有条，注意高度

集中；在意志方面，D 在面对疑难问题时表现有毅力，有刻苦钻研精神；在情感反应方面，面对成功的诊断 D 表现欣慰与稳重等；在工作态度方面，D 有一种来自深层的将病人视作同类的信念或观念，从而表现出对病人的亲和性和责任感。相反，有的医生在整个诊断过程中可能会表现出认知活动的迟钝与粗糙；意志活动方面对疑难病症的望而生畏与知难而退；情感反应方面对自己诊断技能的洋洋得意与喜形于色；甚至在某些信念或观念支配下（类似于“当今的病人都是敌视医生的”，“防止被病人抓住操作漏洞是第一要务”等），表现出对病人的高度戒备和自我保护倾向等。

人与人之间在认知过程、情感过程、意志过程以及态度、信念等方面的心理特征，存在个体差异(individual difference)。个性或人格 (personality)可以简单地表述为是一个人各种心理特征的总和。可见，所谓个性或人格，其实就是反映人与人之间的差异。

关于个性或人格的内涵，一般可分三部分，即个性特征或人格特征 (personality characteristics)（包括能力、气质和性格）、个性倾向性 (individual inclination) 或人格倾向性 (personality tendency)（包括需要、动机、兴趣、态度、信念和世界观等，其中需要和动机已在上面介绍）和自我 (self)（包括自我概念和自我意识等）。不过，有关人格的各种概念，在不同学科中差异较大。结合资料，现将与医学心理学临床关系密切的几个概念示意如图 1-2。



图 1-2 人格层面若干概念示意图

气质 (temperament) 是个体心理活动各种动力特征，如速度、灵活性和平衡度等。

性格 (character) 是个体对现实世界相对稳定的态度和伴随的行为特征。

能力 (ability) 是个体顺利完成某种活动所必须具备的心理特征。

智力 (intelligence) 是一般能力或者认知能力。

态度 (attitude) 是个体在自身观念基础上对事物的评价（如肯定与否定）、情感（如爱与恨）和行为（如趋向与回避）的整体倾向。

信念 (belief) 是个体在长期认识活动基础上固化了的对某种思想或事物坚信不疑的认知、情感和意志行为的有机统一。

观念 (concept) 指人们在实践过程中形成的各种“认识集合体”，个体根据自身形成的观念对事物进行判断、决策和行为活动。观念应该是介于信念与思维之间，观念问题在心理门诊尤显重要，在本书中有多处讨论。

观念一词多见于哲学领域。笔者在本书中将价值观、人生观，以及道德观念、人性观念、公平观念、性、婚姻和家庭观念等观念系统，与信念系统或认知图式（见第二章第五节）一起，作为人格层面的因素加以讨论。因为临床实践证据显示，某些观念与信念或图式之间存在类似性，都是个体长期认知和行为习惯固化的结果，具有自动化、非

意识控制和不能被逻辑思维轻易改变等人格方面的特点，是许多心理问题的深层原因。

下面用实例作进一步说明。日前在某研究中心统计了几千位成人健康体检数据，发现心理健康指标（SCL90 各项因子分，分数越高心理健康越差）与体重、血脂、血压等指标（数据越高身体健康越差）之间全部呈现显著负相关，说明在我国人群中，心理健康水平越高，身体健康水平反而越差。这显然不符合心身健康相关的理论认识。但这里却符合我国“心宽体胖”的传统观念。具体地说，与国人的饮食观念、营养观念、幸福观念或生活观念有关。由于我国进入“温饱”社会时间还不长，世代生活中形成的“多吃、好吃”就是幸福的观念，还残留在群体无意识之中，虽然在认识上大家都已经大声地说“吃多了不好”、“不要吃得太多”。但结果却出现越是心理健康，就越“心宽”，就越无意识地吃得更多，就越变得“体胖”（及伴随的高血脂、高血压）。在这个实例中，我们看到了在前面“观念”或“信念”定义中未能体现出来的本质属性——观念或信念是一种非意识性的（或下意识的）或至少是意识边缘的控制力量，它支持着人们的意识性思维和行为活动。因此，不能简单地将观念或信念看成“思想”或“认识”。这一点在目前某些心理咨询师当中几乎成为普识。

根据前文简单的演绎，心理现象可以大致总结如图 1-3。其中情感过程和个性特征在医学心理学中有更重要的意义。个性倾向性中的态度、信念以及自我意识等概念，在当代心理咨询工作中也需要特别予以关注。

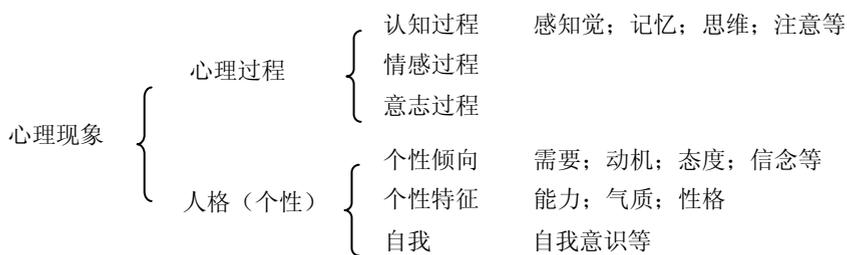


图 1-3 心理现象示意图

五、心理现象的几个系统问题

在了解了心理现象的基本概念以后，需要对心理现象的某些特征做一些讨论。这些特征在医学心理学中特别有意义。

（一）意识与非意识（或理性与非理性）

普通人都会直观地认为，前文所讨论的各种心理现象都是意识的（consciousness），或者都是理性的（rational），即都是被个体清晰地意识到，或者都是被理智所控制。其实，有一些心理现象是非意识或无意识的（unconscious），或者是非理性的（irrational）或感性的（sensibility），即不是被个体清晰的意识到或被理智所直接控制，而是由意识和理性之外的因素“自动地”支配着。即使是心理活动中最直观的认知活动，各种信息加工过程，也有的是意识的或是可控的，例如计算、往哪里看等；有的则可能是非（无）意识的或是不可控的（自动的），例如首先看到事物的某个部位，往某个方向想象等。在中文或者我们的语言中，当描述一个人的某些非（无）意识性活动时，通常会使用“下意识”、“无意之中”等词汇或语句。可见，我们其实知道有些心理活动发生在意识之下或者发生在无意之中。

人们经常忽略这种“非意识”的存在。例如，一位青年人埋怨他那拥有高工资的父亲“想不通”，因为父亲总是在生活中斤斤计较于一元十元“小钱”的得失，显得非常“小气”，像个守财奴。但另一方面，该青年又读不懂他的父亲，因为父亲有时候又很“想得通”，比如吃亏了个百元、千元这样的“大钱”连眼都不眨一下，“大方”得很。这实际上是其父亲的价值观和人生观对行为不由自主的支配，而不是他认识上的控制结果。父亲的价值观（节约）与人生观（吃亏是福）与其一辈子生活经历和磨练有关，而且早已内化入“非意识”里。他不是直接意识上的而是非意识上的“想不通”或“想得通”。（国内也有不同意上述看法的，但至少认知理论也是这样认为的）

网络上（网易）有一个关于嫉妒的文字描述：“身为女人，我也是好妒的。那些劝人宽心莫妒的大道理不是不懂，却怎么也做不到，就像困在笼中的兽，嫉妒起来，有一种本能的躁动……”这里的“笼子”显然不是意识能随便控制的。

在医学心理学工作领域，对于认知活动存在意识和非意识两个层面的现象，同样未引起注意。许多专业工作者实际上也认为认知活动就是思想，就是思维活动，都是意识性的，因此一个人对自己的认知活动也就都是清晰的、明确其中意义的，都是可自控的。这显然是一种职业上的认识误区。这种普遍的认识误区又会导致许多心理问题不能被正确认识，其中就包括医务人员和心理学工作者。例如，在有关失眠、强迫思维等临床症状方面，经常被周围人甚至是医生和患者本人看成是意识可控制的问题（也就成了思想问题）。这种观念一旦成为共识，不但无助于帮助患者寻找解决心理问题或心身问题的途径，而且会增加患者的心理冲突和痛苦。

为了进一步说明这种非意识、非理性心理现象的细节，下面举例作进一步分析。

通常我们会认为，一个游人所看到的西湖风景到底如何，应该取决于此人的视角和映入眼睛传入大脑的具体图像信息，应该完全是意识性的。可事实上，面对同一个西湖，常人看到的是秀美的西湖，而抑郁者看到的也许是萧瑟的西湖。我们会认为，那是因为抑郁者心情不好，所以看东西消极。这只是现象上的解释，即情绪影响认知（见下），但并没有回答另一个问题，那就是他的认识为何不能有意识地“让”自己看得积极一些。实际上，细究起来，当抑郁者随便放眼看到湖边地上的一片树叶时，他也许“一眼”（下意识）就看到了树叶边缘的腐烂和叶柄的萎缩（正常人可能一眼看到了叶面的“金色”），那是枯萎的树叶。再抬头看到满树的枯萎树叶时，记忆库里“自动”（下意识）蹦出来的是秋风扫落叶，然后远眺湖山，他的脑子里马上（下意识）映出了一幅残秋景色，最终他“看”到了萧瑟的西湖。从这个分析里我们说他是“不由自主地看到了”萧瑟的西湖，并不是意识上的故意，他的意识层面甚至没有细究过“看”的具体过程。当然，抑郁者确实“看”到了真实的西湖，只是与常人印象不同的西湖。是他的非意识性的心理机制支配或影响了意识层面的认知过程，最终认知加工出来是一个萧瑟的西湖。当然，这里用树叶和西湖作例子是便于理解，抑郁症更主要表现在对自身现状和将来的消极认知。

对于这些非意识性的心理现象或心理症状，近百年来，西方出现的许多心理学理论几乎都是试图说清楚这个“非意识”或“非理性”到底是什么，起什么作用，如何起作用，以及如何管理和控制它。其中精神分析理论提出了“潜意识”的理论，学习理论认为是一类习惯性的行为反射，认知理论认为是完美主义的认识图式（schema）等。本书下一章，将有系统的叙述。

据笔者观察，这些非意识的或非理性的心理现象，往往是人格层面或者接近人格层面的东西，诸如一个人的价值观、信念（仰）等，是个体长期生活过程中内化而成。其形成过程往往不是直接通过意识性的知识灌输，而是通过环境示范和强化等非意识的、潜移默化的过程，不知不觉中累积、固化、模块化和潜意识化，最终成为“自动”支配认知过程的力量。此时，个体反而难以用清晰的意识对其加以控制。

（二）认知活动的主体与客体

主体（subject）和客体（object）是一对哲学概念。心理现象中的认知活动过程，存在着主体（认知）的标准化倾向与客体（现实）的差异性的矛盾问题。

我们先来分解一个常见的事例。A 要与 B 打交道，A 总是先假设 B 与自己一样是“讲”道理的，而且作为都是正常的人甚至两人还应该“讲”的是相同的道理；但结果却出乎意料，没谈拢。A 只好继续“讲”道理，相信只要道理讲透了，B 一定会明白的，可是最终结果 B 还是老样子。A 于是陷入心理困惑和痛苦：“B 怎么那样不讲道理，他是故意气我的，还是他心理有毛病”。其实，反过来 B 也一样，因为上面相同的原因，B 也陷入痛苦之中。这样的现象在现实生活中比比皆是，特别是人际问题、家庭婚姻问题等。那么其中的缘由呢。

我们应该看到，心理活动是人的主观世界，同时也是人与现实世界之间的沟通者，是人与现实世界协调关系的桥梁。人的意识活动是心理活动的主动部分，由于受到长期的规范教育和社会示范作用，我们在进行意识活动时会表现出非常严密的、标准化倾向的认知特征。同时，我们在认识事物的过程中，也总是希望客体事物也是严密的，标准化的，并且希望通过自己的努力，一定能使自己的认识主体与被认识的客体环境达成一致。

但个人以外的现实环境其实是天然的差异结构体。没有两个人是完全相同的，没有两个山峰是完全一样的，也就是说世界本来充满了差异，这也是我们人类早就普遍认同的哲理。但一到具体的个人心理活动之中，个体又往往会以标准化的认识倾向来对待环境，难以接受环境中所充满的各种差异。

这样，心理活动的主体（认知）的标准化倾向与现实世界的客体（现实）的差异性，两者之间天然的不一致，是导致许多个体心理冲突的深层原因，也是临床心理干预时需要特别给予注意的。

（三）心理现象是一个“系统”

心理现象中的知、情、意和人格等并不是各自孤立存在的，而是互相作用、互相影响的“系统”关系。从心理过程之间的关系来看，认知活动影响情绪和意志行为活动（例如对母亲去世信息的不同认知，导致不同的情绪反应和行为）；情绪活动影响认知和意志行为（例如心境抑郁者在获知母亲不幸去世信息时易产生极端消极认识和厌世行为）；行为活动也影响认知和情绪（例如积极投入新生活有利于降低母亲不幸去世信息所致的消极认知和抑郁情绪）；人格因素也与以上心理活动密切相关（例如不同人生观念对母亲去世信息产生不同的认知、情绪和行为反应）。

同样，从心理过程内部各因素之间的关系来看，也存在因素间的互相作用和相互影响（以认知过程为例，与母亲一起生活的后爸曾给自身带来创伤性记忆，因为后爸的在场而影响对母亲悼念活动现场的感知，也影响解决母亲遗产问题的思维过程）。

心理现象各因素之间、各心理过程之间的互相关系，即使从常识的角度也容易被理

解，可以举出更多日常的或者临床的例子。然而，当我们去认识具体一个患者的心理问题，却又往往忽略了这个重要的系统论原则。例如，当我们关注某人的情绪不好时，往往会顺理成章地将关注点移到导致其情绪不好的外部原因，比如是谁刺激他了，是不是失去什么重要东西了等等，却忽略了这个人此时此刻其它心理现象的作用，实际上他可能仅仅是因为不经意（或触景生情）之中想起了往事而引起的情绪波动。

同时，我们还要特别关注心理现象与躯体生物学因素之间的互动关系。特别是临床病人，其躯体疾病因素与心理因素之间的关系非常重要。这里涉及大量的基础知识，是医学心理学的重要知识结构部分，本书大部分篇幅都或多或少涉及这方面的内容。

总之，关于心理现象，我们必须始终重视知、情、意和人格之间，个体心理与外部环境之间，个体心理与躯体生物学之间所存在互相作用、互相影响的关系。这其实就是对心理现象的系统论认识（见第二章）。

第二节 医学心理学概述

一、医学心理学的概念

最近，有人对国内已发展 30 年的医学心理学不以为然，理由是西方没有医学心理学，无法“国际接轨”。虽然笔者也认为当今我国的医学心理学有可能需要分解成为更细化的各种学科（见下文），但以上人士的看法也略显绝对，且有割断历史看问题的嫌疑。其实，西方也有医学心理学，也有以医学心理学命名的各种学术著作，只不过其内涵与国内的有些不同，且在各地的应用心理学学科中占比不同。

实际上，国内的“医学心理学”是在我国特定历史阶段因时因地“创立”起来的本土化新学科，其含义比国外一些应用心理学学科更广。具体来说，我国的医学心理学是在采集国外各种心理学学科中相应知识和技术的基础上，结合我国实际而构架起来的本土化交叉学科。其首先是作为医学生的教材来建设，然后是向新学科和新专业的方向发展。笔者（2010b）在《医学心理学》八年制规划教材的绪论“拓展阅读”部分，就曾对我国医学心理学发展缘由和今后可能方向，做了针对性的分析。

国内对医学心理学的定义也曾有过分歧。其中一个重要分歧在于，医学心理学仅仅是心理学的分支学科，亦或者是医学与心理学的交叉新学科或者边缘学科。其中心理学出身者往往坚持是心理学的分支学科；医学出身者则倾向于是医学与心理学的交叉学科。

笔者使用以下定义，医学心理学 (medical psychology) 是研究医学相关各领域中的心理学问题，是医学和心理学的交叉学科，既是医学的分支，也是心理学的分支（图 1-4）。

作为医学分支，医学心理学研究医学中的心理学问题，特别是各种病人的心理现象，包括大脑疾病和躯体疾病中的心理变化。由于病人是从正常人转化而来的，所以还研究心理卫生和防治等。

作为心理学的分支，医学心理学把心理学的系统

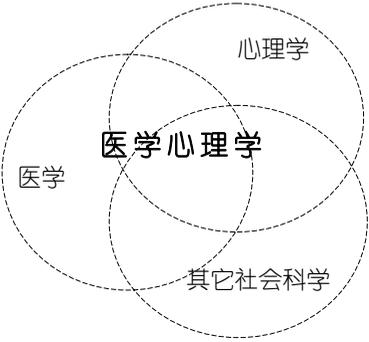


图 1-4 医学心理学的定位

知识应用于医学各方面，包括研究心理因素对疾病的预防、发生、发展和转归的作用等。

与前文的心理学概念一样，在医学心理学的概念中，也包含其它社会科学的相关内容，如生活事件、社会支持等均是医学心理学热门研究领域心理应激的核心内容之一。但由于学术界已经有社会医学、医学社会学等相关学科，为便于阅读理解，关于医学心理学的定义，一般不使用“是医学、心理学和社会科学的交叉学科”的描述。

二、基本任务与学科特点

笔者早期(1985b)在“医学心理学的学科特点及其在医学教育中的地位”一文中，曾明确提出，医学心理学①是交叉学科，②是理论学科，③是应用学科，④是医学教育的基础学科。时至今日，这种基本认识未有改变。

(一) 基本任务

作为医学与心理学的交叉学科，且是一门新学科，医学心理学有许多问题尚未解决。如何开展这一学科的工作，还在继续探讨。但医学心理学的基本任务应该是：

一方面，探讨行为的心理学、社会学和生物学基础，心理、社会与生物因素之间的互相作用和影响，以及它们在临床中的规律，从而为认识健康和疾病提供理论和实证依据。这是一种基础的研究。任何学科的发展，都离不开对其基础原理的深入研究，否则，其发展必将是有局限的。在医学心理学，诸如心理学理论研究、某些神经心理学和心理生理学(或心理生物学)研究等，都是这方面的重要内容。

另一方面，从临床的角度，医学心理学要探讨心理社会因素对各种健康问题(躯体疾病、心身疾病、精神疾病和心理问题)的发生发展、诊断、治疗、康复，以及预防的作用规律。医学心理学认为，人类的健康与疾病，并不都是单纯由生物因素发挥作用的，心理社会因素，诸如人的心理状态、情绪变化、人格或行为特点以及社会环境等也发挥重要的作用。医学心理学的有关知识和技术，包括心理评估与心理诊断、心理干预与心理治疗都是这方面的重要内容(图 1-5)。另外，心理康复和心理卫生指导也是这方面的内容。

(二) 学科特点

作为宏观的、系统的和交叉的新兴边缘学科，特别是相对于医学和医学工作者，医学心理学有以下几方面特点。

1. 知识面宽 医学心理学与现有的某些医学课程不同，它强调生物、心理和社会诸因素在医学中的整体意义，是一门兼顾生物、心理和社会几个方面，以及“宏观”和“微观”并重的新学科。因此，医学心理学涉及的基础知识比传统生物医学基础知识的容量更大，范围更广。

对于医学生和医学工作者，医学心理学所涉及到的大量心理行为科学基础知识和基本概念可能是陌生的。掌握这些最基本的知识是掌握医学心理学的前提。同时，在掌握

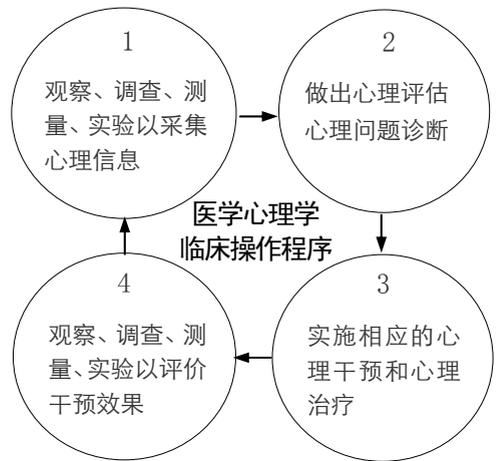


图 1-5 医学心理学临床应用示意图

这些所需要的心理行为知识基础上，还要将其与医学知识整合起来，达到能够全面认识心理、社会与生物因素在健康和疾病中的综合作用，并应用于临床实际。

医学心理学也包含大量的“微观”知识。在医学心理学的视野里，人是被作为一个整体来认识的，而整体认识人的心身关系，还需要掌握许多有关心身的“微观”方面知识。例如心身作用的神经、内分泌和免疫中介机制，心理活动的神经分子生物学机制，以及某些心理功能的中枢神经系统定位与功能联系等。

2. 理论性强 与传统的生物医学不同，医学心理学的有关理论具有特别重要的意义。

人的心理现象和某些心理问题，并不是都能以一般的现象学知识和通常的认知逻辑加以解释的。

例如，许多心理咨询来访者（如失眠、情景焦虑患者）自身的知识层次很高，他们通过查阅文献已掌握的相关学科信息数量也挺多，但越是利用其知识去克服痛苦，痛苦却越大；又例如，许多来访者（如心境恶劣、洁癖患者）的是非标准清晰，逻辑推理严密，却会把通常的事情越办越复杂，心情越来越糟，或者无法说服自己克服多余的动作。

在医学心理学，需要有一些超越常规的“说法”，即理论或学说、学派来解释并解决上述用通常知识和逻辑不能解释和解决的心理行为问题。百余年来，国外许多学者以自身的特定历史或文化背景，用不同的研究和思考方法，提出了众多的心理行为科学理论，其中一些理论对健康和疾病中的有关心理行为问题有独到的见解和独特的解决方法，是医学心理学很重要的内容。学习医学心理学，必须对有关的理论进行准确的理解和把握，要重视各种理论在临床医学工作中的实际意义（各种重要理论见第二章）。

3. 方法抽象 如前文所述，医学心理学是一门科学和潜科学兼容的年轻学科。医学心理学的思维方式和操作方法相对抽象，与常人的思维习惯或传统的医学操作方式存在较大的差异。医学心理学的方法具有抽象性，是由于医学心理学既有自然科学属性更有社会科学属性，由于大部分心理活动具有主观属性，由于许多心理现象的定量方法比较抽象，由于一些心理干预技术的掌握和实施过程也比较抽象，甚至掌握这些理论与方法也需要有较强的抽象思维能力。因此，对于已习惯于生物科学思维方式的某些医学工作者来说，在学习过程中应格外加以重视。

4. 对象广泛 医学心理学的研究和工作对象涉及面广。单就临床医学而言，医学心理学研究和试图解决各种临床门类疾病和病人中的心理社会共性问题，而不像传统临床医学往往局限于某一类疾病或病例。例如，个性因素与多种临床疾病的病因有关，如性格暴躁或A型行为可以诱发或者加重冠心病、糖尿病或精神疾病的症状；各种不同临床病人可以表现相同的心理行为反应，如性格脆弱的病人不论对于内分泌疾病、妇产科疾病或者外科疾病都容易产生情景焦虑；一种心理干预方法可以使用于不同临床科室的病人，如放松训练可以使用于失眠、高血压和慢性疼痛综合征；等等。同时，医学心理学工作还涉及其它有关医学领域，例如作为大公共卫生概念的一部分，医学心理学基础知识、理论和方法，应用于心理卫生、社区卫生等工作。

三、课程性质与结构

（一）课程性质

以下从医学培养目标的角度，讨论作为教科书的医学心理学课程性质。医学心理学既是医学教育中的专业基础课程，又是临床应用课程。

1. 专业基础课程 作为专业基础课程,医学心理学向医学生传授的知识有:行为的生物学和社会学基础知识;心理活动和生物活动的相互作用规律;心理行为因素在疾病发生、发展、转归、预防中的作用机制;人类战胜疾病和促进健康的心理科学方法与途径;整体观和系统论在医学工作中的应用;等等。医学生经过这些基础知识和技能的学习训练,在今后临床实际工作中,或者在基础医学、预防医学、康复医学等其他医学工作岗位上,可望能够自觉遵循心理行为学规律,全面认识健康和疾病问题,正确认识病人,把工作做得更好。从这个角度,医学心理学就像解剖学、生理学、药理学等生物医学基础课程一样,也是现代医学教育不可缺少的一门专业基础课程。

2. 临床应用课程 所谓临床应用课程,包括两个方面。一方面,医学心理学特别是其中的心身医学、心理评估、心理治疗、心理卫生等相关知识与技能,可以直接应用于内、外、妇、儿、耳鼻喉、皮肤等临床。掌握医学心理学知识、理论和技能的医学工作者,他们在做好生物医学的诊疗工作的同时,也会评估病人的心理行为特征;探讨行为类型与冠心病病人的症状发生的关系;给某些外科手术病人提供简单的心理行为教育或指导;帮助病人处置诸如牙科预期疼痛等问题;给肿瘤病人以疾病应对方法的宣传与宣教;给心肌梗死病人、糖尿病人、外科手术病人和脑血管意外病人等开出不同的心理行为康复训练处方,等等。这就像放射学、临床病理学、临床药理学、急救医学等临床应用课程一样。同样,医学心理学在疗养院、康复中心、疾控(防疫)机构、健康服务中心、企事业和学校的保健部门等其它工作领域,也有直接的应用价值。

另一方面,利用医学心理学的系统知识、理论和方法,开设独立的专业医学心理咨询门诊,可以解决人民群众日益增多的各种心理行为问题、社会适应问题和心身问题。从本质上来说,国内已普遍开展的医学心理咨询工作,与国外的临床心理学和咨询心理学工作并无二致,只是在规范性等方面尚待进一步提高。

(二) 课程结构和目标

虽然我们认为医学心理学是医学与心理学的交叉学科,但医学与心理学的交叉领域其实是很广的,所涉及的内容也非常丰富。故实际上,医学心理学有广义和狭义之分。广义的医学心理学研究心理行为变量与健康或疾病变量之间的关系,研究解决医学领域中的有关健康和疾病的心理行为问题。狭义的医学心理学则仅仅关注临床疾病发生发展诊断治疗和预防中的心理行为因素。笔者经过 30 年的反复修订,在医学心理学的广义和狭义概念中间进行反复取舍,最终形成一个相对稳定的课程构架。近十年由笔者主编的各种五年制、七年制和八年制医学心理学规划教材,都体现了这种主体结构。其中笔者(2010b)主编的八年制规划教材第二版是最新的代表。该书同时也是国家级精品课程主干教材,普通高等教育“十一五”国家级规划教材。以下据此作分析。

在医学心理学的顶层设计上,除了绪论,正文结构包括:纵向的基础理论;纵向的基础知识;纵向的基本方法(或技能);横向的临床实际应用。最后结合八年制情况,另设科学研究方法一章。

1. 纵向的基础理论部分 专章介绍各种重要的心理学理论。这是本课程早期构建的重要特征(国内早期教材往往仅在心理治疗章节中才提到这些理论)。实际上,精神分析(动力)理论、行为学习理论、人本主义理论、认知理论和心理生物学理论方向等理论或研究方向,与医学的发病学、诊断学、治疗学和预防康复学各领域都有密切关系。至于心理学的其它大量理论,如格式塔理论、家庭理论,还包括新近发展起来的理论如

应激理论，则在各有关章节中介绍。

2. 纵向的基础知识部分 包括认知、情感、意志和个性等基础心理学知识，心理健康基础知识和心理应激基础知识等三章。在心理应激章，除了介绍应激研究的相关历史知识和各种应激因素的概念、种类和机制等基础知识，还包括笔者的应激系统论模型。

3. 纵向的基本方法（技能）部分 涉及心理测验（评估）、心理干预（治疗）、心理晤谈等三章。这是在掌握前面各章基础知识和基础理论以后，要求进一步掌握心理晤谈、心理评估和心理干预等基本心理学方法或技能，为后面横向的临床应用各章提供方法学基础。

4. 横向的临床应用部分 包括：病人心理和医患关系；临床心身问题；健康心理问题；医学心理咨询等四章。

病人心理和医患关系。该章虽然涉及许多交叉性的知识和理论，如角色理论、人际理论等。但本课程更倾向于将其作为临床应用问题来看待，即如何使医生能够更好的认识和处理病人心理问题和处理与病人的关系。因此更强调医学生学习利用前面章节的许多基础知识、基本技能，来认识和处理好这些问题。

临床心身问题。这是指医学临床的心理或心身“问题”（因为临床心理学也有“临床”）。医学临床与心理有关的各种问题非常多，医学生学习医学心理学很大程度上是为了使他们学会用心理学知识和技术，来认识和解决临床工作中遇到的各种与心理有关的问题。故该章以介绍心身相关和心身疾病的基础知识和理论开始，重点要求学会利用课程前面章节中的基础理论、基本方法来认识和解决医学临床上与心理有关的问题。因涉及问题太多，只选择有代表性的部分心身疾病和睡眠、疼痛等问题加以讨论。

健康心理问题。这是指健康心理学中的“问题”，也就是心理不健康的问题。从全科医学的角度，许多与精神或心理专业更密切的临床问题即不健康心理问题也需要让临床医学专业学生有所了解，如常见心理障碍、不良行为。由于这里涉及到如何判断异常心理的问题，故将变态心理学的一些基础知识放在该章前面做简单介绍。但该章的目标还是要求医学生会利用课程前面章节中的基础理论、基本方法来判断或处理各种不健康心理问题。因涉及的问题很多，同样只选择有代表性的部分心理、行为问题加以讨论。

医学心理咨询。这是医学心理学的专业性综合应用。该章要求医学生能够了解医学心理咨询的技术和流程。即使我们的医学生将来多数不从事该项工作，但在医学临床，至少要能做到及时识别和转介适合临床医学心理咨询处理的各种案例。医学心理咨询专业工作者显然需要具备本教材前面章节的各种基础知识、基础理论和基本方法，然后还需要训练和实践积累，这与做临床医师的道理是一样的。

本书的结构也基本延续这一模式，但相应减少部分章节内容，且与教科书不同，本书的重点在临床心理的实践方面。

第三节 历史与发展

只有在心理学和医学发展到一定阶段，才会发展成医学心理学这一新兴交叉学科。故从根本上说，关于医学心理学的发展史，应当讨论“心”与“身”互相关系问题的认识历史。

关于心、身之间的互相关系问题，实际上在远古时代，当人类还处于极端落后的自然条件下就已进行探索了。不论在我国古代还是在西方文明古国，都有不少历史记载。这些古老的心、身相关认识，往往被我们称之为古代医学心理学思想。

一、国外概况

随着近现代科学的发展，十九世纪以后心理学开始逐渐从哲学中脱离出来，成为一门独立的现代学科。冯特(Wundt W, 1832~1920)于1879年建立了世界上第一个心理学实验室，标志着科学心理学的诞生。此后心理学的发展速度很快，形成许多流派，同时也派生出许多分支学科。

1896年韦特默(Witmer L, 1867-1956)提出临床心理学的概念，并建立了心理门诊。1890年美国心理学家卡特尔(Cattell JM, 1860-1944)提出心理测验的概念。1908年在美国出现世界上第一个心理卫生协会。

19世纪末和20世纪初，由于生物医学科学迅速发展，致使心理科学未能被医学界所广泛重视。但在这段时期，有几方面的工作特别值得指出：

一是奥地利医生弗洛伊德(Freud S, 1856-1939)提出心理冲突与某些疾病的发生(特别是精神疾患)有关，并创立精神分析理论，采用精神分析法治疗疾病。

二是原苏联生理学家巴甫洛夫(Pavlov IP, 1849-1936)创建的条件反射理论，并被以后的新行为主义理论发展成为20世纪中期重要的行为学习理论，创立了大量的行为治疗技术。

三是20世纪20年代以后一些生理学家如坎农(Cannon WB, 1871-1945)、塞里(selye H)、赫斯(Hess WR, 1881-1973)等人开始研究情绪的心理生理学问题以及心理应激机制，建立了医学心理学的心理生理学研究方向。他们这些工作，为心、身之间的联系提供了不少证据，也为临床病人的治疗增添了不少新的思想方法。

20世纪30年代，美国成立了心身医学会，并创办了《心身医学》杂志。该杂志自1939年至今，为学科的发展做出了很大的贡献。

二次世界大战期间，由于战时需要，西方出现许多从事临床心理测验和心理治疗的专业人员。使得战后这方面工作得到了较快的发展，涌现出许多咨询心理学家(counseling psychologists)和临床心理学家(clinical psychologists)。

20世纪中后期，医学心理学有关的各个方面得到很大的发展。各项基础研究工作取得很大进展，从事相关工作的人员越来越多。并形成许多既独立而又互相联系的理论体系，这些理论共同推动学科向纵深发展。其中有：

行为学习理论的成型和系统化，促进20世纪中后期行为医学的迅速发展。1976年在美国耶鲁大学举行的一次由著名行为学家和生物医学家共同参加的行为医学会议上，提出了行为医学(behavioral medicine)的定义，1978年出版《行为医学杂志》。

罗杰斯(Rogers C, 1902 - 1987)于1942年以人本主义理论为基础提出来访者中心疗法，这是一种以人为中心的治疗(person-center therapy)，对医学心理学特别是心理教育和预防方面的影响很大。罗杰斯与马斯洛(Maslow AH, 1908-1970)一起被认为是心理理论和心理治疗的“第三种势力”(前两种是指精神动力理论和行为主义理论)。

20世纪70年代中后期，随着认知心理学和认知治疗理论的发展，出现了贝克(Beck AT)的认知治疗(Ellis A于此前的50年代已提出“ABC”理论和理性情绪疗法)。以

后，认知理论与行为理论的进一步结合形成了认知行为治疗模式。认知治疗和认知行为治疗方法是最近二十年里具有重要影响力的心理治疗方法。

值得指出的是，从 20 世纪初开始的心理生理学研究（方向）在这一时期也获得了进一步深入的发展，特别是现代分子生物学和近年来基因工程技术在心身问题研究中的应用，共同推动有关学科向纵深发展。但突破性的成果尚有限。

20 世纪后期值得提到的与医学心理学有关的重要事件还有，1978 年出现了另一门新的学科名称——健康心理学 (health psychology)。

二、国内的课程、学科建设和展望

20 世纪中前期，我国有少数心理学家和医学家从事过儿童心理测验的引进，以及心理卫生运动的开展。但整体上，系统的医学心理学研究和临床工作不多。

20 世纪 50 年代末，国内短时间曾有部分医学家和心理学家尝试结合心理治疗的综合快速疗法的研究。但是，此后的 20 多年，我国总的来说医学心理学工作无人问津，医务人员绝大多数未受心理学和医学心理学教育，综合医院里没有临床心理工作者，等等。

20 世纪 70 年代末和 80 年代初，由于卫生行政部门的日益重视，也由于精神病学界有识之士如北京医学院（现北京大学医学部）伍正谊教授、上海第一医学院（现复旦大学上海医学院）夏镇夷教授等，以及心理学界如中科院心理所潘菽教授、李心天教授等的积极呼吁，在一些身体力行、鞍前马后、奔跑呼叫、不弃不舍的人士（如王效道教授）的直接推动和“引诱”下，国内先后有一大批精神病学、心理学、生理学、基础医学和临床医学有关专业人员参加了卫生部名义举办的多期全国医学心理学师资班。其中不少人成为此后三十年国内医学心理学课程和学科建设的重要力量。

（一）课程建设

卫生部举办医学心理学师资培训班的主要目的是要求各医学院校争取条件逐步开设医学心理学课程。故自 1980 年后短短几年，据有关会议上初步统计，全国许多医学院校迅速开设了医学心理学课程。

可见，我国医学心理学的前 20 年，是从课程建设开始的。为了澄清目前某些认识上的混乱，这里对国内早期医学心理学课程和教材发展及演变情况作大略介绍（表 1-2）。

表 1-2 国内早期医学心理教材编写情况

作者	名称	出版或印刷	时间	万字	备注
上海第二医学院	医学心理学基础	上海第二医学院	1981	9	严和駉等编写
徐斌	医学心理学讲义	苏州医学院	1981	5	
陈仲庚	医学心理学浅谈	人民卫生出版社	1982	9	
北京医学院	医学心理学	北京医学院	1982	12	王效道等编写
上海第一医学院	医学心理学	上海第一医学院	1982	9	徐俊冕等编写
姜乾金	医学心理学讲义	浙江医科大学	1982	10	
严和駉主编	医学心理学概论	上海科技出版社	1983	19	
中国医科大学	医学心理学基础	中国医科大学	1983	24	李鸣皋等；普心占 1/2
汕头医专	医学心理学讲义	汕头医专	1983	7	张国粹等编写

新疆讲习班	医学心理学讲义	石河子医学院	1983	13	胡浴垣等编写
四川医学院	医学心理学讲义	四川医学院	1984	7	杜荣玉等编写
J. 韦曼	医用心理学大纲	苏州医学院	1985	23	徐斌等译
北京医学院 6 校	医学心理学	江苏科技出版社	1984	26	王效道等 6 人合编
白求恩医科大学	医学心理学概论	白求恩医科大学	1985	20	梁宝勇等 3 人合编
浙江医大等 5 校	医学心理学	浙江医科大学	1986	35	姜乾金等 5 人合编
第四军医大学	医学心理学概论	第四军医大学	1987	45	普心占 1/3; 适合军人
李鸣皋	医学心理学	辽宁科技出版社	1987	40	普心与护理心理占比大
赵耕源	医学心理学入门	广东人民出版社	1987	16	
杜文东等	医学心理学基础	南京大学出版社	1987	22	
姜乾金主编	医学心理学	浙江大学出版社	1988	34	1990 重版
王效道主编	医学心理学	江苏科技出版社	1988	28	
徐俊冕等	医学心理学	上海医大出版社	1990	36	
赵耕源等	医学心理学概论	广东高教出版社	1991	30	
梁宝勇主编	医学心理学导论	吉林科技出版社	1993	43	1996 重版
姜乾金主编	医学心理学	北京科技出版社	1993	52	四次印刷
岳文浩主编	医学心理学	山东教育出版社	1994	29	1996 年重版

结合表 1-2, 简述如下:

1980 年前后, 我国医学教育中尚无合适的医学心理学教材。就国内来说, 除了极少数心理学书籍如孙晔等 (1981) 的《生理心理学》, 只有一些可供教材编写参考的资料和交流平台, 尽管由于历史原因这些材料大多未正式出版, 但却是该时期有关专业人员辛勤劳动的成果 (以综述性质为主)。其中重要的有 1982 年北京医学心理学师资班讲课资料, 演讲者包括王效道, 许淑莲, 阮芳赋, 张伯源, 李心天, 邵郊, 陈仲庚, 陈学诗, 林传鼎, 段淑贞等等; 1979 年的《医学心理学论文集 (一)》; 1982 年厦门的全国医学心理学学术年会资料等。1983 黄山、1984 雁荡山 (由笔者承办)、1986 吉林等前几届全国医学心理学教学会议, 1982 厦门、1983 扬州、1985 肇庆等医学心理学学术会议等, 则为早期教材的编写增加了素材, 也提供了交流平台。由于国内资料有限, 新课程教材的编写只能转向国外文献, 但在当时的主客观条件限制下, 国外文献也不多。

1981 至 1983 年, 国内不少院校尝试自编教材, 这些早期讲义在构架和内容上差别较大, 字数较少, 系统性不够或类似文集, 不过多数已吸收上述早期“素材”中的心身医学、心理测验、心理治疗、心理卫生与咨询、变态心理学、医患关系等目录。

附: 笔者 1982 年《医学心理学讲义》中的“编写说明”

医学心理学属新兴边缘学科, 在我国直到近几年才逐渐得到重视。目前, 我国医学心理学课程应该包括哪些内容, 它的某些概念、理论和实际应用等许多问题尚待不断探索和总结。医学院校也还没有统一的教材, 已经开课的学校一般都自编讲义。

本讲义主要以临床上疾病的发生发展、诊断、治疗、预防中的心理学问题为线索, 尽量将医学心理学的各分支学科及有关理论穿插在其中进行介绍。这样的内容安排也许有利于学医的同志领会和接受, 同时又使大家对医学心理学的全貌有所了解。缺点是有些章节在内容方面会有重复, 对有些分支学科的内容介绍也不够全面和深入。鉴于普通

心理学参考书籍较多,各院校的同志对医学心理学课程中如何讲授心理学基础知识的意见也还不一致,所以在第一章第一节普通心理学部分仅作综合的简单介绍,与医学心理学关系特别密切的一些普通心理学内容则分别编入各有关章节,以便使普通心理学基础知识能与临床医学密切结合。

1984至1986年,国内出现多校合编教材,因力量增强和相互交流,此时的教材字数增多,系统性增强,除北京医学院6校合编教材由出版社正式出版外,多数为内部出版物。

1987年以后,国内大量正式出版各种教材(可搜索中国图书馆网)。诸如上述1984年北京医学院(现北京大学医学部)等6校合编版本被几位主编多次再版。上海第一医学院(现复旦大学上海医学院)的教材也一再重版。近十多年华中科技大学吴均林主编的教材合作面广,也列入国家“十一五”重点教材目录。由笔者主编的1988年浙江大学出版社版本和1993年北京科技出版社版本,其基础框架和内容修订自1982年讲义和1986年5校合编教材,此后曾获国家教委高等教育教材建设研究计划项目支持,1998年转由人民卫生出版社出版,成为最近十年卫生部多种规划教材的主体框架(姜乾金,2010b),并与实验和多媒体教学成果一起。被评为国家级精品课程。

(二) 学科建设

随着国内医学心理学课程建设不断发展,至1990年各有关院校已纷纷建立医学心理学教研室,参与医学心理学工作的人员结构也已经逐渐扩展到基础医学和内、外、妇、儿各临床学科。随着科研的开展,在国内历次相关学术会议的论文中,医学心理学占比越来越大。同时,国内一些地方较早尝试建立医学心理咨询门诊,如西安医学院、中山医学院、上海第一医学院等,开展心理治疗的临床应用和研究等。

从国内20多年来医学心理学的研究成果来看,首先是心理测验方法的引进和推广使用,特别是各种智力测验(如龚耀先、林传鼎等)、人格测验(如宋维真、陈仲庚等),以及精神卫生评定量表(如王征宇、杨德森等)。在心理评估的自主创新方面也有很多成果,例如笔者等与应激研究相关的一些评定量表的编制,如生活事件、应对方式、社会支持、应激反应等量表。

其次是心理治疗方法的引进和本土化,早期的有行为疗法、催眠疗法、集体心理治疗、森田疗法等,近10多年有认知疗法、精神分析疗法、家庭治疗等。但在心理治疗的自主创新方面,则尚显不足,其中有鲁龙光(“领悟疗法”)、钟友彬(“中国精神分析”)、杨德森(“道教疗法”)、笔者(“应激系统模型”)等。后者更像是一种策略而不是技术。

其三是心身关系的基础研究和应激相关研究,这方面30年来国内有大量的报告,但以调查研究为主,实验研究相对较少。值得指出的是进入21世纪以后,受学术评价政策的导向,国内医学心理学工作者竞相开展分子生物学等“前沿”研究,但尚未见到系统性的或突破性的成果。梁宝勇、笔者等自上世纪80年代开始的应激多因素研究,90年代初开始的应对(coping)理论和评估方法研究等应激相关研究,也取得一定进展。

其四是临床模式建设。20多年来随着医学心理学基本理论和基本技术的成型和成熟,国内临床心理门诊已经从1990年之前的尝试性开设,发展到目前的遍地开花。笔者也用了20年时间,在压力系统模型基础上,探索本土化的诊断和干预操作模式,并编著和主编两册临床心理方面的著作(姜乾金,2011ab)。但是,我国医学心理学临床工作的规范,管理体系的建立和完善等,都还有许多看不清的路要走。当前许多综合医

院的心理门诊（或医学心理门诊）其医疗色彩甚浓，主要是诊断和用药，其中的一个原因是医疗收费的限制，一个不能养活自己的职业是难以正规化、也难以长久的。笔者力图正规化的试验性门诊窗口，也长期受多种因素的制约，单就场地来说，先是开设在学校专家门诊部，随着并校又转移至校医院，只能通过网络向社会预约。以上这些情况，严重限制了医学心理学向临床应用学科（或专业）的发展。

其五是有关学术组织建设。其中有：1979年成立中国心理学会医学心理学专业委员会；1985年成立中国心理卫生协会；1990年成立中华医学会行为医学分会立；1993年成立中华医学会心身医学分会（笔者任第二、三届副主任委员）等，都有医学心理学工作者的参与。

最后是有专业杂志的创办。其中有：1987年创刊的《中国心理卫生杂志》；1992年创刊《中国行为医学科学》；1993年创刊《中国临床心理学杂志》等。目前全国相应的专业刊物已有近十种。这些刊物成为医学心理学成果的主要展示和交流平台，但在当今国内学术评价体系下往往评级受限。

（三）展望

经历了30年发展的我国医学心理学，时至今日，其前景又是如何。

我们可以看到，过去的三十年，医学心理学主要是我国特定医学规划教育体制下的本土化和创新性“课程”。它为我国医学教育之需而诞生，只要我国医学教育规划制度没有改变，作为课程的医学心理学显然会继续存在下去。也就是说今后仍然需要医学心理学教师。

但正像近年来许多感兴趣的青年人所询问的，除了课程，作为医学心理学的“学科”前景如何，能否形成像各种临床医学专业那样的医学心理学“专业”或“职业”？几十年前包括笔者在内的一些人确有过这样的憧憬。但从目前的发展情形来看，由于我国特定的学科管理、专业管理、职业管理方面的体制所决定，一个新学科或相应新职业在我国的诞生往往需要具备以下条件：学科理论和方法的成熟；有市场需要；在国家的原有学科、学位和职业等相关管理分类上有其位置；或者国外也有同名的学科和职业而引起政府层面重视达到“与国际接轨”。医学心理学尚不具备上述后几个条件（其实其它一些应用心理学学科也大部不具备以上条件）。

因此，从当前的情况来看，作为学科（注意是“学科”，不是“课程”）的医学心理学可能存在两种发展前景。其一，随着理论、方法与技术的进一步成熟和本土化，社会需求的提升——社会发展必然带来更多心身问题，专业人员的增多，学科之间关系的理顺，确立了医学心理学学科地位，并将逐渐形成我国特有的新专业或新职业，如医学心理学家 medical psychologists——类比国外的 clinical psychologists。其二，随着理论、方法和技术的逐渐成熟和普及，原来很少被人关注的多学科交叉“领域”逐渐成为热门，国家有关部门也开始给予关注——如科技部2007年末拟投5000万为“心理疾患防治”立项（2011年底又有新的立项动作），老百姓也认同了——现今人们“看心理医生”已不是什么大惊小怪的事，此时可以唤醒其它学科有关方面对该交叉领域的关注。从而使医学心理学可能最终被“回归”到原有的学科，如精神病学、心理学、公共卫生学等；或者被其它学科名称所分别替代，如临床心理学、心理咨询学、心身医学、健康心理学、康复心理学等。从后一种情况来看，作为独立学科的医学心理学名称将完成历史使命，其内容则完全融入这些逐渐热门起来的心理学与医学的交叉“领域”。

因此，青年读者们今后更应该关注和投入到这个“领域”，它的前景会很好；而不要过分关注这个“学科”。

第四节 医学模式与医学心理学

医学的对象是人，人是兼有生理活动和心理活动的统一体。但是，在健康和疾病这一医学根本问题上，自古以来人们的认识并不一致，有重视躯体生物因素的，有重视心理因素的，也有两者兼而有之的。

所谓医学模式，大致是指医学的一种主导思想，是某一时代与医学有关的各种观念的集中，包括疾病观、健康观等。一种医学模式影响着医学工作的思维及行为方式，使它们带有一定倾向性的、习惯化了的风格和特征，从而也影响医学工作的结果。我们这里只讨论近代的两种主要医学模式，生物医学模式与生物心理社会医学模式。

医学心理学既是医学模式转变的结果，也是医学模式转变的动力。

一、生物医学模式

古代西医是重视心理因素在健康和疾病中的作用的。古希腊时期名医希波克拉底(Hippocrates, 460~370 BC)就提出人的气质和对生活情景的反应方式可以影响疾病。提出把心理(气质等)和躯体因素(体液)，同时看成疾病的影响因素和结构基础。亚里士多德(Aristotle, 384~322 BC)也观察到，愤怒、恐惧、勇敢、快乐等精神活动，可以对人体产生影响。

但是，在以后中世纪漫长的宗教统治时期，由于受唯心主义二元论哲学思想的限制，“心”、“身”被长期割裂开来，心理因素对健康和疾病的作用也被长期忽视或遭歪曲。

科学的西方医学(简称西医)是自然科学冲破中世纪宗教黑暗统治以后迅速发展起来的。随着自然科学各个领域不断取得成就，医学家广泛地采用物理学、化学等学科的先进理论和技术，对人体进行了步步深入的研究。医学科学出现了诸如哈维(Haryey W, 1578-1657)的实验生物学和魏尔啸(Virchow R, 1821~1902)的细胞病理学，使得人们对自己身体的认识不断深入，从整体到系统，到器官，直至现在的亚细胞和分子水平。在这几百年里，人类对疾病和健康的认识大大地向前迈进。在防治某些生物性疾病诸如消灭长期危害人类的传染病方面，成绩尤为巨大。例如，在本世纪初，世界上大多数国家的主要死亡原因还是传染病(高达 580 / 10 万)，而到 20 世纪中叶，大多数国家传染病死亡率迅速下降至 30 / 10 万以下。

不过，西医在发展过程中也受到某些不利因素的影响。首先，在指导思想上受宗教的心、身二元论的影响。宗教教义将人体仅仅看成一个供灵魂从这个世界向另一个世界转移的容器。因此，尽管教会很早就已对医学做出让步，同意进行人体解剖研究，但这种让步明显地包含着一种默契，即禁止对人的精神和行为进行研究，因为这是宗教研究的事，西医就是在这种心身二元论宗教思想束缚限制下产生和发展起来的。在以后的发展过程中，虽然教会作用逐渐缩小，但作为一种文化这种影响一直保存下来。其次，在方法学上，西方医学的发展受伽利略(Galilei G, 1564-1642)、笛卡儿(Descartes R, 1596-1650)、牛顿(Newton I, 1642-1727)等自然科学家在那时所倡导的分析和还原

论的影响。所谓分析和还原，就是将被研究的对象(统一体或系统)分解成各种可独立的系列或单元(isolable causal chains or units)，只要将这些单元重新堆砌(还原)，就似乎能从物质上和概念上认识这个统一体或系统。这种方法论在科学发展的过程中曾起着重要的作用，但也有其忽视整体观和系统论的一个方面，特别在医学上是这样。

在心、身二元论和分析还原论的影响下，经典的西方医学习惯于将人看成是生物的人，忽视了作为一个社会成员的人。在实际工作中，重视躯体因素多，重视心理和社会的因素少，在科学研究中较多地着眼于躯体的生物活动过程，并向深入细节的方向发展，很少注意行为和心理过程，并忽视社会和生物的系统因素对人体的作用。正如 Engel GL 于 1977 年所指出的，经典的西方医学将人体看成一架机器，疾病被看成是机器的故障，医生的工作则是对机器的维修。可见，传统的西方医学主要地还是停留在生物科学方面，有关这种医学的模式，被称为生物医学模式(biomedical model)。

二、生物心理社会医学模式

20 世纪 70 年代。在以美国为代表的西方发达国家的医学领域，开展了一场关于医学模式转变的大讨论。许多证据显示，当时西方医学模式面临许多问题，需要由一种新的医学模式来替换。

笔者(1984)在“医学模式与我国医学模式的转变”一文中，介绍了当时国外医学模式转变讨论中所涉及的理由或者动因，大致包括以下几个方面：

(1) 从 1900 年以后，人类死亡率的结构已发生了显著的变化。各种研究报告证明传染病已不再是人类主要的死亡原因。传染病的地位被心脏病、恶性肿瘤，脑血管病等所取代(表 1-3)。

表 1-3 死亡率情况(每 10 万人)

位次	1900 年美国 *		1973 年美国 *		1984 年中国 **	
	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率	死亡原因	死亡率
1	流感和肺炎	202	心脏病	361	心脏病	125
2	各类结核	194	恶性肿瘤	167	脑血管病	116
3	胃肠疾病	143	脑血管病	102	恶性肿瘤	116
4	心脏病	137	事故	55	呼吸系疾病	48
5	血管病	107	流感和肺炎	30	消化系统疾病	24
6	慢性肾炎	81	糖尿病	18	外伤	19
7	所有事故	72	动脉硬化症	16	肺结核	10
8	恶性肿瘤	64	慢性肝病	16	中毒	10
9	婴幼儿疾病	63	婴幼儿疾病	15	泌尿系疾病	9
10	白喉	40	呼吸系疾病	14	其它传染病	8

* 引自 Pomerleau OF, 1979

** 部分城市

(2) 许多资料证明，上述这些疾患的发生，除了生物因素，还与心理社会因素以及与心理社会因素直接联系的行为危险因素(behavioral risk factors)密切相关。据分析，在美国造成人类死亡的前十种原因中，约有半数死者直接或间接与生活方式有关。以心血管病来说，它占人类死亡之首，达 54% (39-56%)。心血管病死亡率随着社会经

济的发展在当时不少国家仍有进一步升高之趋势。在美国、加拿大等一些国家，心血管病死亡率在 20 世纪中前期也曾持续上升，其中美国还一度居于英语国家的首位。可是自 20 世纪中期以后，由于采取多种相应的生物心理社会措施，虽然绝对发病率仍然很高，但与其他一些国家比，美国中年期冠心病死亡率却以较快速率下降。

(3) 研究显示，现代心血管病发病率升高的原因是多方面的，其中一个重要因素是由于社会生活节奏不断加快(例如技术更新迅速致使职业容易老化需要人们不断更新职业技能等)，对人的内部适应能力(包括心理的健康和情绪的平衡)提出了更高的要求。结果人体就不可避免地遭到不断增加的心理社会因素的挑战。使得部分特异质的人易发心血管疾病或其他有关疾病。相反，某些国家在 20 世纪中期以后认识到心理社会因素和行为因素在心脏病中的重要作用，因而注意从各方面积极采取针对性措施，如重视进行心理社会环境的改造，生活方式的改变、人类行为类型纠正的尝试，以及将行为科学直接应用到临床等，使得冠心病发病率由上升渐趋下降 (Stamler J, 1981)。

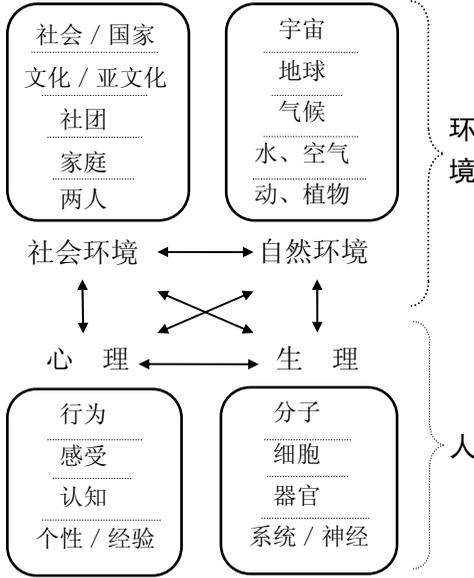


图 1-6 强调层次和连续体示意图

(4) 同时，几十年的生物行为科学 (bio-behavioral science) 研究资料，也使人们对心理社会紧张刺激造成躯体疾病的中介机制 (mediating mechanism) 有较深入的了解和认识，其中有关心理社会因素对心血管系统影响机制的文献则尤其为多。行为科学的发展，例如生物反馈 (biofeedback)、自我放松训练 (self-relaxation response)、操作条件训练 (operant conditioning training) 等技术的发展，则从实验和临床应用等角度雄辩地证明，心理活动在一定条件下可以主动地控制属于自主神经支配的一些脏器的功能活动。这就为生理过程和心理过程(直至社会过程)的直接、间接联系提供了强有力的理论和实际证据。

凡此种种，使人们逐步认识到，以往的生物医学模式已不足以阐明人类健康和疾病的全部本质。疾病的治疗也不能单凭药物或手术来解决。于是，新的生物心理社会医学模式被提出来。Engel GL (1977) 的 “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine” 一文，对生物心理社会医学模式的特征作了全面的分析和说明。

所谓生物心理社会医学模式 (biopsychosocial model)，是一种系统论的模式，它要求医学把人看成是一个完整的统一体即系统，其核心是人不仅是生物的人，而且是社会的人。

根据这一模式，病人是有心理活动的，心理活动通过神经、内分泌机制与躯体、器官系统、细胞、分子水平的生物活动相联系，从而影响这些水平的生理功能。心理活动又与社会环境相互影响。这样，由小到大形成一个有层次连续体(图 1-6)。根据这种医学模式，能更全面更正确地认识人，认识健康和疾病的关系。

同时，该认识论对于医学心理学来说，还有很重要的一点，即我们可以通过对系统

中的任何可能因素和环节的干预，来促进整个系统的平衡（健康）。

三、我国医学模式转变的任务与现状

19世纪末叶，西医作为一门现代科学传入我国。但由于受细胞病理学的影响，以及由于排斥中医，没有很好地学习中医的“系统论”思想，在以后相当长的一个时期，我国医学界也基本以生物医学模式占统治地位。

20世纪中叶，随着中西医结合的发展，一定程度上使情况有所改变。但从总体上看，我国的医学体制、医务人员教育和培养、综合医院的结构和管理、医学科学研究等方面基本上都属于生物医学模式，前文有关生物医学(biomedicine)的种种表现在我国也普遍存在。这种现状与医学向生物心理社会医学模式转变的总趋势是不相适应的。

（一）我国医学模式改变的任务

从理论上来说，为继续促进医学模式的转变，有许多问题需要认识、讨论和解决。如何在我国医学界普及和发展心身相关学科，是重要的方面，在医学教育、科研、临床、管理诸方面，也都有许多心身问题的理论和实际问题需要解决。

从医学心理学的角度，也许我们需要建设和进一步完善医学心理学这样的新兴交叉学科，需要为所有的医学生开设医学心理学等课程（据了解目前一些学校仅仅是应付式地开设选修课），需要开展医学心理学研究，需要设置医学心理学相关专业，来推动我国医学模式的改变。

笔者（1984）在医学心理学学科建设的初期，曾就国内医学心理学工作，设想提出以下四方面任务：

首先要从医学教育抓起，要使医学界的下一代从观念上牢固树立生物心理社会医学模式，并在临床工作中付诸于实践。医学生在校期间应能学到包括心理、社会以及它行为学科知识在内的广博的知识。

从目前来看，这里所谓的“广博知识”涉及到知识和观念两个方面。学习医学心理学知识，对于医学生来说并不困难，但通过学习提高医学生甚至将来的医生们的观念（或信念），则是长期的任务。我们曾经简单地设想，只要坚持开始医学心理学课程，后一代的医生们的观念里就会自动吸收生物心理社会医学模式。但三十年后的今天，应该领悟到当初的认识是不全面的。例如，一位刚从医学院毕业的新教师在接触医学心理学教材两个星期，即宣称其中的内容都已“知道”，很“简单”。显然她是从“知识”的角度来看待这个课程，且这种知识与她五年的人体形态和功能知识比较，还算不上是“学问”。她不但不能理解，教材中的每一叙述，都有可能需要经过心理学实验或理论的验证。她更不能理解和掌握医学心理学所涉及的生物、心理、社会的整体观和系统论，及其在医学工作中的应用。

把医学心理学仅仅看成是知识的堆砌，在某些教师中也存在。这种认识导致在编写医学心理学教材过程中，忽视自身创新性的理论构思，抄写成风，近年来还出现医学心理学教材编写就是“抄来抄去”的说法，模糊了许多应该弄清楚的历史和现实问题。

其次，要积极开展心理行为学科的国内研究工作，要用我国自己的大量研究成果来充实和提高教学内容，争取更多的人对新医学模式的信服和支持，推动行为科学理论在我国卫生保健事业中的直接应用。

影响心理行为科学研究开展的一个原因是，一些医学科学工作者习惯于原来的生物

医学研究手段，对心理社会医学研究结果的“科学性”抱怀疑态度。实际上这本身就是传统生物医学模式在方法学上的影响。心理社会因素虽然比较复杂，较难控制，但仍能使之概念化和数量化，从而对它进行定性和一定程度上的定量研究。新的医学模式既要求用社会科学的一套研究方法来研究有关医学问题，同时也重视严格控制条件下的实验研究。近年来，许多科学家就是使用这一套方法开展工作而取得很大的成绩。

其三，要改变现有的临床结构。我国综合性医院缺乏心理行为学科各类人才，广大在职医务人员也大多缺少心理行为方面的知识，这种现状很难解决人民群众日益增加的心理社会及行为方面的医学需求。

解决这个问题的方法，需要通过举办各类专题讲座、专题讨论和学习班，以及各种继续教育项目，通过互教互学来补充现有专业人员对这方面知识的不足。同时更重要的是建立人才培养机制，在高等医学院校开设相应的心理行为学课程，甚至开设专门的心理行为学专业，以便向我国医学临床不断输送心理行为学科人才。在这方面，进入 21 世纪后的我国部分医学院校已经开始设置有关应用心理学的专业。

另外，在心理行为理论和技术方面，除了引进，还要强调自主创新和本土化，我国流传着不少传统强身祛病的方法，如太极、气功等，它们与国外现代兴起的某些心理行为干预方法，诸如松弛训练、生物反馈，以及一些心理调节方法，都有许多类似之处。这些心理行为干预方法已被证明对许多疾病如高血压、中风偏瘫、哮喘、慢性疼痛及失眠、紧张性头痛等心理生理失调症（或心身疾病）有良好防治作用。应将我国这些传统的行为训练健身治病术开发和应用到临床上来，以转变我国临床上药物加开刀的专一治病方法，使我国的临床医学模式变得更有自己的特色。

其四，改变管理模式。在我国，医学行政管理部门对医学发展有决定性作用，这包括管理机构和管理人员思想认识两方面。应创造条件逐渐建立独立的心理行为学科各级学术机构。行政干部更要首先接受生物心理社会医学模式，学习一些心理行为学科的新知识。所有这些都关系到管理模式的变化。

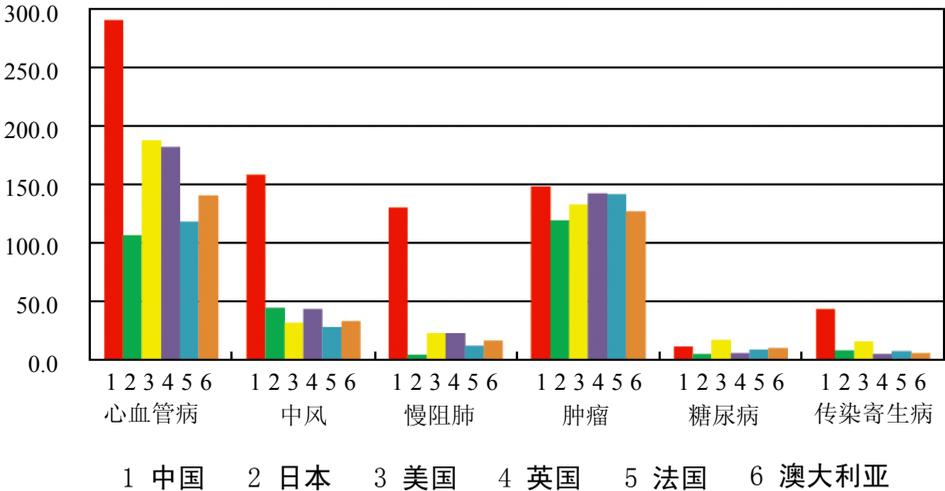


图 1-7 中国和部分国家主要慢病死亡率比较（单位：十万分之一）
 资料来源：数据与统计，世界卫生组织（2004 年）
 备注：根据 2000 年世界人口年龄结构进行了标准化处理

（二）我国医学模式现状

在 20 世纪 80 年代，当我们开始开设医学心理学课程，收集资料编写各种教材，大力开展医学模式转变的讨论之时，其实我国还未完全出现如前文所述的西方国家医学模式改变的各种动因（表 1-3）。当时就是试图通过开设医学心理学课程，以及在课程中引入医学模式的讨论，能提前促进我国医学模式的转变，防止以后重蹈西方覆辙。

然而从 30 年后的今天来看，事情并未能随我们当初的希望方向发展，我们试图阻止或延缓西方发生过的问题在我国重现，但结果并不理想。从图 1-7 中可以看出，我国近年心血管病、中风和肿瘤三类疾病合计死亡率已接近 20 世纪 70 年代美国水平（注：国内近年来的一些死亡率统计数据往往是局部的，且数据明显低于世卫组织，本文没有采用）。

结合分析表 1-3 和图 1-7，可以看出目前我国在许多方面已很类似于当年的西方发达国家。例如，目前国人的死亡原因与当年发达国家一样也已逐渐发生根本性变化，与心理社会因素密切相关的一类疾病即心身疾病的死亡率已跃居首位；当前我国广大人民对医疗的需要也已开始向高层次发展等（表 1-4）。

表 1-4 医学模式改变的动因比较

动因分析	美国 50 年前	我国 30 年前	我国目前
心脑血管病、肿瘤和意外等成为人类主要死亡原因	是	尚有距离	是
这些疾病往往与行为危险因素及适应不良等有关	是	尚有距离	是
社会快速转型和变更对个体适应能力的要求不断提高	是	尚有距离	是
现代科学研究证明，心身相关性不可置疑	是	尚有距离	尚有距离
时代发展，使心理服务的需求增加	是	尚有距离	尚有距离

这说明医学模式的发展以及医学模式的改变既有其必然的发展规律，又存在转变的困难和道路的漫长，可谓任重而道远。以下择要做一些讨论。

从 20 世纪 80 年代初国内开始全面设置医学心理学课程，我们就希望医学生和广大医务工作者逐步吸收医学心理学以及其它相应学科的知识，并将其融合到自己的知识框架之中和应用于日常工作，希望我国的总体医疗服务水平能向“心身”方向不断提高。希望随着我国医学模式的转变，各种心理行为技术会在我国临床上得到更广泛的应用；综合医院中长期缺乏心理行为科学人才的局面会被改变；医学科学研究范围能大大拓宽；我国的医学管理模式也会随新的医学模式的确立而发生转变（例如确认心理行为工作者在医学中的地位等）；甚至希望为促进国人心身健康而独立设置医学心理学专业和职业。

但是，30 年的发展证明，由于医疗卫生的体制及生物医学技术的飞速发展，试图单纯通过医学心理学的教学来推动医学模式转变，虽然有些积极的作用，但现实效果并不是很理想。

从近些年来看，国内医学整体上仍以生物医学占据主导地位，甚至可以说，近些年来某些方面比之前更突出。例如，当前存在的在历史上都可称之为最严重的医患关系紧张问题就是例证。纵观几十年医学心理学教学过程也可以发现，医学界（不论学生、教师、医生、护士、疾控人员）在接受“医学心理学”时。凡是与生物学指标有关的知识，如记忆的生理学基础、应激的内分泌指标变化，很容易被理解和接受，但最终还是被还原为“生理”；凡是与心理、社会现象有关的系统论知识和观念（或信念），如心理因素

作为系统因素对内分泌的影响等,则听起来似曾相识,但事后和实行起来则要么被忽略,要么按照生物学径路走了样或被曲解。

反思笔者从教医学心理学 30 年,开始时与部分医学出身的教师一样,兴奋于心理生理机制方面的进展,热衷于心理生物学基础的课堂讲解,津津乐道于医学心理学与生理学、生化学的联系,好像不这样就不能显示医学心理学的科学性。现在看来这其实正好反映了教师原有的生物医学观念的潜在支配作用。总结 30 年来国内的变化,再来看这种教学态度和方法,不但没有推动医学模式的改变,反而一定程度上巩固了生物医学观念——因为学生会以为,只有生物学研究才能说明心理现象。这里既说明生物医学模式在我国医学界的坚固性和隐蔽性,也反映以前的教材内容和教学方式上的问题。也因此,后来笔者在主编教材时注意不再迎合生物医学“口味”构建课程内容,而是考虑更多地介绍心理行为现象方面的“三基”知识和技术。例如在心理应激一章强调各种心理社会因素之间的系统关系,不过分深挖分子生物学机制。

总之,由于社会经济发展水平和特定历史文化背景,决定了我国医学模式的转变还需要经历更长时间甚至曲折的道路。医学模式的转变涉及整个医学体系和全体医学工作者包括各级领导的共同努力,医学心理学课程的全面开设仅仅是为实现这一目标所采用的一种手段,此外还需要国家和社会层面的各种综合对策。

第五节 相关学科

在国外,涉及健康与疾病关系中的心理行为因素的学科有许多。这些学科是在不同的历史时期,由于研究者的出发点、理论依据、应用的侧重面、甚至地域或文化背景等方面的不同而相继出现的。在这些学科名称中,有的可算作医学心理学的分支学科,有的与医学心理学是交叉学科,有的则几乎与医学心理学是同义语,是相似学科。另外,某一学科名称在不同历史阶段还可能有不同的含义(如心身医学);即使同一学科,在目前不同学者心目中或在不同词书著作中的定义也不尽相同(如临床心理学)。

在我国医学心理学 30 年发展过程中,早期包括笔者(1982b, 1986, 1988b)在内,曾经将上述各种国外发展起来的与医学有联系的学科,大部分都看成是医学心理学的分支学科,如神经心理学、临床心理学、护理心理学等。后来发现这样的认识不但使医学心理学学科范围太过庞大,而且也不利于学科或课程体系的构建。故笔者(1993b)后来坚持在教材中将医学心理学看成是重新构建起来的适合我国医学教育实际的新兴交叉学科。也就是说,医学心理学是我国学者根据国内一定历史时期的需要,特别是我国医学规划性教育体系的要求,综合吸收国外有关学科中的各部分精华内容而构建起来的新型交叉学科或课程。医学心理学与国外的一些学科有联系,但又不完全相等。为了使我们对医学心理学与有关学科之间的关系有一大概的了解,下面分别按各种学科与医学心理学的基础、临床和综合应用的联系程度,分几类作简要介绍。

一、基础类相关学科

(一) 神经心理学

神经心理学(neuropsychology)主要研究大脑与心理活动的具体关系,如各种心理

活动的脑机制问题。神经心理学又可分为实验神经心理学和临床神经心理学，后者与医学临床神经科关系密切。神经心理学的发展为医学心理学提供了许多基础理论知识，可将其看作医学心理学的基础分支学科。

（二）生理心理学

生理心理学(physiological psychology)研究心理现象的生理机制，主要内容包括神经系统的结构和心理功能，内分泌系统的作用，本能、动机、情绪、睡眠、学习和记忆等心理和行为活动的生理机制等。英国 Thompson RF 提出生理心理学是理解行为和经验的生物学规律的科学，也可以称为心理生物学(psychobiology)。由于心理的脑机制也是一种生理机制，因而在一些神经心理学和生理心理学专著里，内容上有不少重叠。生理心理学的部分知识构成医学心理学的基础知识，存在内容上的部分交叉，但是它基本上还是独立于医学心理学的一门心理学分支学科。

（三）心理生理学

心理生理学(psychological physiology)主要研究心理或行为与生理变化的关系。严格来说，心理生理学研究的刺激变量是心理和行为活动，因变量是生理或生物学变化过程，因而不同于神经心理学和生理心理学。例如研究心理刺激条件下人体生理功能的改变过程，研究“放松”训练或生物反馈对生理功能的影响等，都属于心理生理学。心理生理学研究成果为医学心理学的心身中介机制提供了许多基础知识，是医学心理学的重要基础分支学科之一。但是 Coles MGH (1986) 等的《心理生理学》所包含的内容则大大超过上述范围，甚至包括神经心理学和生理心理学大部分内容，因而就不能认为其是医学心理学的一个分支，而是相互交叉的两门学科。

（四）变态心理学

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

二、临床类相关学科

（一）临床心理学

临床心理学(clinical psychology)主要研究和直接解决临床问题(注意！这里不仅指医学临床，心理学也有临床)，包括心理评估、心理诊断和心理治疗，以及咨询、会谈等具体工作。Saccuzzo DP 和 Kaplan RM (1984) 对临床心理学下的定义是：它侧重研究人类和人类问题，目的在于调整 and 解决人类的心理问题，改变和改善他们的行为方式，以及最大限度地发挥人的潜能。他们还将行为医学也归于临床心理学的一个新领域。临床心理学在美国是最大的心理学分支，从事这项工作的人很多，往往就简称为心理学家(psychologists)或心理治疗师，其工作遍布学校、医院、机关、商业、法律、政府、军事等部门。

由于临床心理学涉及到心理学知识和技术在防、治疾病中的应用问题，一般将其看

作医学心理学最大的临床分支学科。但从某些专著来看，两者在内容上接近，因而可看作是相似学科。

（二）咨询心理学

咨询心理学(counseling psychology)对正常人处理婚姻、家庭、教育、职业及生活习惯等方面的心理学问题进行帮助，也对心身疾病、神经症和恢复期精神病人及其亲属就疾病的诊断、护理、康复问题进行指导。临床心理学和咨询心理学的工作有许多共同之处，主要区别是后者更倾向于解决个人的烦恼和职业咨询。咨询心理学与医学心理学有很大的重叠和交叉，可将其看作是医学心理学的应用分支学科或者交叉学科。

（三）护理心理学

护理心理学(nursing psychology)研究护理工作中心理学问题。在医学心理学发展的早期，往往将护理心理学归在医学心理学课程之中，认为是医学心理学在护理工作之中的分支。后来，一些单独编写的护理心理学教材纷纷出版，其内容包括了大部分医学心理学的基础理论和基本方法。这时候，这护理心理学与医学心理学就成为重叠的两门课程。

（四）精神病学

精神病学虽然在轻精神疾病如神经症及精神病康复期的工作中与医学心理学有某些重叠或交叉，但与医学心理学的工作侧重点不同，前者侧重于精神疾病病人，后者侧重于正常人，故两者之间虽有一定重叠但基本上是互相独立的学科。

三、预防与康复类相关学科

（一）心理卫生和健康心理学

心理卫生(mental hygiene)或心理健康(mental health)这一术语一是指一种心理健康状态，个体处于这种状态时不仅自我感觉良好，而且与社会的关系和谐；二是指维持心理健康的原则和措施。心理卫生运动的深入开展，需要有许多学科和社会职能部门的通力协作和配合。

健康心理学(health psychology)是美国新建立的一门心理学分支学科，它使用心理学的专业知识增进心身健康和预防各种疾病。

由于心理卫生和健康心理学都涉及良好心理状态的保持和心理疾病的预防等问题，因而是医学心理学在预防医学中的分支，是大公共卫生的重要组成部分。但在一些心理卫生或健康心理学专著中，同样存在扩展内容范围的趋势，其中包括治疗、康复和预防等方面的行为问题，以及许多心身疾病、行为医学和心理生理学等学科的内容，这给人的印象是其与医学心理学属于相似学科。

（二）康复心理学和缺陷心理学

康复心理学(rehabilitation psychology)是研究解决伤残、慢性病人和老年人存在的心理行为问题，促使他们适应工作、适应生活和适应社会，从而尽可能降低其残废程度。缺陷心理学(defect psychology)或伤残心理学(disabled psychology)研究心理或生理缺陷者的心理学问题，例如通过指导和训练，使伤残者在心理和生理功能方面得到部分补偿，因而其与康复心理学关系密切。显然，上述这两门近似的学科可看作是医学心理学在康复医学中的分支。

四、综合类相关学科

(一) 心身医学

不少行为医学家将心身医学归属于以精神分析理论为起点,发病学上强调潜意识早期经验,治疗上强调过去历史的早期心身医学的范畴(Keefe FJ, 1982)。但实际上,心身医学(psychosomatic medicine)被广泛认识为就是心理生理医学(psychophysiological medicine),是研究心身疾病的发生、发病机制、诊断、治疗和预防,研究生理、心理和社会因素相互作用对人类健康和疾病的影响。不论上述何种情况,都可将心身医学看作是医学心理学的综合性分支。另外一种情况是,某些心身医学专著扩大其范围,内容几乎涉及目前整个医学心理学各领域。这样,心身医学与医学心理学就几乎成为相似学科了。

(二) 行为医学

行为医学(behavioral medicine)是综合行为科学和生物医学知识的交叉学科,研究有关健康和疾病的行为科学和生物医学的知识和技术,并将这些知识和技术应用于疾病的预防、诊断、治疗和康复。根据广义的行为概念,行为医学研究内容显然近似于或甚至超过医学心理学的范围,故两者几乎是相似学科。但实际上,国外一些行为医学专著往往将重点放在相对狭义的范围,主要是行为治疗方法应用于医学临床以及对常见的不良行为如烟瘾、酒瘾、多食肥胖或A型行为的研究。如果从这一角度,行为医学可归于医学心理学的一个分支。

综合上述对有关学科的简单分析,我们可以看出,如果从相对狭义的角度,许多学科确实是医学心理学的分支学科。但是如果从广义的,或者从某些专著中所实际反映出来的内容范围来看,则情况有很大的不同。其中一部分学科与医学心理学仅在内容上有交叉和重叠,是医学心理学的交叉学科,例如心理生理学、变态心理学、咨询心理学等;一部分学科则与医学心理学几乎有相同的内容,成为相似学科,例如心身医学、临床心理学、行为医学、健康心理学(或心理卫生学)等。也有部分学科虽然与医学心理学有某些联系,但基本上属于独立的学科,如生理心理学和精神病学。

为了避免产生理解上的混乱,在本书后面章节内容中,将尽量减少罗列各种学科名称。

第六节 心理与生理

心理现象和生理现象是人的两种既独立又统一的功能活动。在一定意义上,甚至可以说心理活动是建立在生理活动的基础上。医学生和医学工作者由于有良好的生理科学基础,有助于对于这两种功能活动关系的进一步了解。其它出身的应用心理学或心理咨询工作者,也需要熟悉心理与生理机能之间的某些关系,特别是心理现象的若干生理学基础,有助于理解医学心理学的理论、方法和临床。本节修订自五校合编教材(1986)中由笔者撰写部分。

一、心理学与生理学的关系

（一）联系

在近代，心理学的理论和实践许多都与生理学的研究密切地联系着。许多心理行为科学的突破性发现来自于生理学研究，例如巴甫洛夫的条件反射实验和理论，坎农的应激学说，塞里的一般适应综合征或应激理论等。医学心理学由于其特殊性质，决定了这种联系更为突出。这一方面是由于心理活动是在一定的物质活动基础上进行，离开个体的生理机能特别是脑机能，就谈不上任何心理行为活动；另一方面由于人的心理和生理是两种互相联系、互相影响的功能活动，共存于同一个体，归属于同一个“系统”。因而要学好心理学，离不开学习一定的生理学特别是神经生理学；同样要学好生理学（医学），也需要学习一定的心理学。

（二）区别

但是，心理学关心的生理学（或心理生物学）与医学的人体生理学有所不同。

心理学重视心理活动的生理学事实，包括行为活动的生理基础和心理活动和生理活动的反作用规律。关于心理行为活动的生理基础，以往主要集中在三方面，即感受器，中枢、效应器各部分，近年来由于诸如 fMRI 等研究方法的建立，人们更是希望能够借此深入了解各种心理活动的整体脑神经活动基础。关于心理活动和生理活动的相互作用规律，目前的一些心理生理学、生理心理学和神经心理学等书籍中都有许多介绍。

医学领域的人体生理学是医学教育的经典课程。但由于专业性质所决定，人体生理学主要关心人体各种生理功能的组织和调节，关于人的各种心理功能仅在中枢神经生理和内分泌生理等有关章节的一些内容中零星被提及，但缺乏系统的介绍。

（三）神经生理学的重要性

心理是脑的功能，对于这一点，人类曾经经过了相当长的认识过程。从古代的心脏说到中世纪的三脑室说，直至近代高尔（Gall FJ, 1785-1828）的颅相说，都由于当时所处时代的限制和科学技术特别是心理学和生理学发展的不成熟，未能直接言中心理活动的脑神经基础。

十九世纪，关于心理的脑基础问题的认识，开始进入寻找心理学的事实和生理学的事实相对照的初级阶段，即所谓狭义定位论阶段。尽管当时已有许多实验，但实验的企图往往也是如此而已，如 Broca PP（1861）找到了运动性语言中枢即布洛卡区等。

进入 20 世纪以后，特别是近几十年，人类对心理活动的脑神经基础问题的认识，已进入了全新时期。

现阶段，医学生对神经生理学一般比较熟悉，但对脑神经的心理功能了解不多。有了神经生理学基础，将给进一步学习脑的某些心理功能知识带来便利。

由于医学院校学生在学习医学心理学前一般已学过神经系统的组织学、解剖学和人体生理学中的神经生理系统知识，因而本章内容将简单介绍心理活动的脑基础，像有关中枢神经系统的一般组织结构联系、一般活动过程如神经元、神经冲动的传导、突触及传递、反射及反射弧等，一一从略，心理和生理互为反作用的问题，将作简要的讨论。另外，随着近年来神经科学的飞速发展，一些深入细节的神经心理学研究和发现，可参阅相关文献。

二、大脑皮质的心理机能

（一）大脑皮质各区面积的种系差别

比较人与进化过程不同阶段的动物大脑皮质解剖结构(表 1-5), 可以发现人类皮质的颞区、下顶区和额区的面积都明显地增大。这些区域即属于新皮质区, 它的主要功能是对各分析器传来的信息进行综合加工, 拟定和贮存复杂的行为程序, 控制高级心理活动过程。

表 1-5 人和高等哺乳动物大脑皮质各区表面积比较 (%)

	边缘区	前中央区	枕区	颞区	下顶区	额区
长尾猴	4.2	8.3	17.0	17.0	0.4	12.4
类人猿	3.1	7.6	21.5	18.6	2.7	14.5
人	2.1	8.4	12.0	23.0	7.7	24.4

(二) 皮质三级区及其心理功能

在皮质组织结构方面, 人类亦与各级动物之间存在明显的进化上的差异, 主要表现在人脑皮质的一、二、三级区显著增大(图 1-8)。前苏联神经科学家鲁利亚(Luriya AR, 1902~1977)在其 1973 发表的《神经心理学原理》中提出大脑皮质三个基本机能联合区的概念, 医学生可结合已学过的组织学和神经生理学的基础知识做进一步的认识。

1. 皮质一级区 一级区是指皮质细胞柱中的第 IV (后部皮质) 和第 V (前部皮质) 层细胞, 一级区在人的中央前回(3—1—2 区)、枕叶(17、18、19 区), 颞上叶(41、42 和 22 区) 和中央前回(4 区) 等区域最为优势。一级区是生理学中讨论过的所谓投射区, 具有高度机能特异性。

后部皮质的一级区包括视区、听区、躯体感觉区(即所谓分析器核心区), 专门接受外周直接传入的各种感受信息产生各种具体的感觉(即视觉、听觉、躯体感觉)。

前部皮质的一级区即运动区(一级运动区), 专门发出具体运动指令。

此外, 一级区与保持觉醒状态亦有关。

2. 皮质二级区 二级区(或投射联络区)处于一级区的外围部位, 其主要结构是皮质柱的 II、III 层细胞。这些短突触细胞不向远处传递, 但能够为皮质联合联系打下基础。

对后部皮质来说, 其一级区与感觉有关, 而二级区能使传入冲动超越核心区范围之外, 有向皮质广泛区域扩散的倾向, 因而后部皮质二级区与知觉与认识有关(即将各种感觉整合成为知觉)。例如损伤枕叶的二级区, 同时相对保留一级区的机能, 则病人虽然能够看得见(感觉), 但无法辨别看到了什么(知觉), 产生所谓的心理盲。同样如果电刺激该部位皮质二级区, 将可能产生按一定空间时间顺序展开的视幻(知)觉。

对前部皮质来说, 皮质二级区即运动前区(二级运动区), 其与皮质下组织的投射联系形成锥体外系的重要部分, 从而保障有机体的活动对环境的指向性和协调性作用, 把

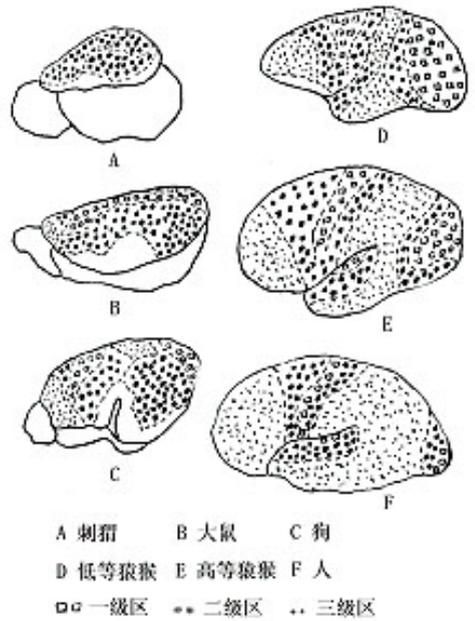


图 1-8 大脑皮质进行性分化示意图

不同躯体肌肉群引入协调的活动。

3. 皮质三级区 皮质三级区(或重叠区)，主要结构是皮质柱的II、III层细胞。

后部皮质的三级区主要分布在各个感觉区的交界处。随着生物的进化，各分析器之间相互关系进一步复杂化，皮质各分析器核心区不断扩大，形成这种相互交错三级区结构基础。因而后部皮质三级区的功能与最复杂形式的感知觉整合有关。由于三级区已经位于原来的核心区范围之外，因此三级区的损伤或刺激并不产生分析器专门机能的明显障碍，(故历史上这些部位曾被认为是没有特别功能的区域)但却能使皮质的概括活动能力产生混乱，这里是指对作用于不同分析器的刺激物之间的复杂关系进行系统分析与综合的能力。

具体来说，后部皮质主要的三级区位于上顶区、下顶区和颞、顶、枕亚区。上、下两顶区与皮肤-动觉分析器核心区和视觉分析核心区紧密相联。上顶区对整个躯体运动和视感受有整合作用，故对于躯体姿态的形成具有重要意义。下顶区与手，脸代表区的后中央回部位相交界，它与某些概括、抽象形式的信号整合有关，这些信号与精细而又复杂分化的对象操作和言语操作有联系。颞、顶、枕亚区组成皮质视区和听区之间的过渡区，与视、听感受的最复杂的整合以及与口语和书面语语义具有特别密切的联系，在该区电刺激可引起视、听幻觉。

前部皮质的三级区主要在运动区的上面和前面，即前额叶。鲁利亚将额叶作为运动系统和边缘系统的第三区。这些区约占人类整个皮质面积的四分之一，是种系发生上最新的皮质部位。额叶区同时接受外部和内部信息，并转化为最后的活动，因而前部皮质的三级区功能与有目的指向性活动的最高级整合形式有关，负责组织、计划和实现随意活动，涉及语言、记忆、智力、人格、直至意识活动，是心理学的重要结构部位。额叶损伤，可使病人行为刻板，或者出现重复性动作，此外亦可出现行为调节的解体，如语言表达与组织障碍、计划性差(智力活动)、主动识记能力差(记忆活动)及人格方面的改变(不关心未来、易冲动、缺乏主动性等)。整个皮质三级区，包括分析器交叉区和额叶结构约占人类大脑皮质的一半以上，超过任何动物。在个体发育过程中，三级区也成熟最晚，只有在幼儿达一、二岁时才能观察到，因而皮质联系也最迟才完成。人所特有的第二信号系统(与劳动，语言、思维、意识相联系)也与皮质二、三级区结构有关。

我们可以将皮质三级区及其心理功能大致图示于图 1-9。借助丰富的横向联合联系，以及经过皮质下结构，使不同皮质部位从机能上结合起来，保证了大脑整个前、后皮质结构的协同活动，使高级心理过程达到高度的完整统一。因而，本节所讨论的皮质功能，决不是局部定位说的翻版，而是对大脑功能的一种系统认识。

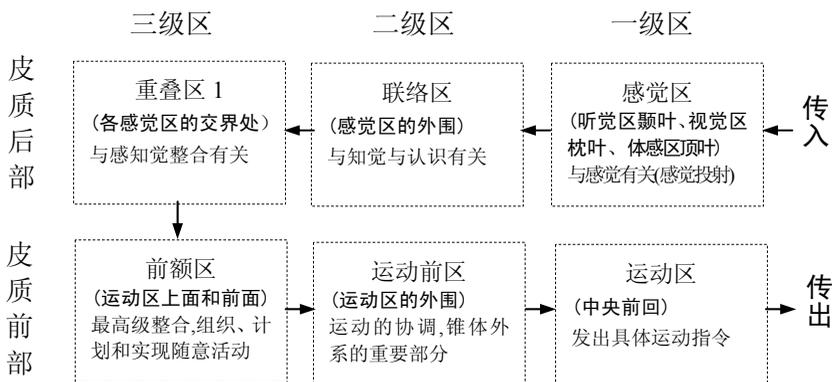


图 1-9 皮质三级区简单示意图

(三) 左右皮质功能的不对称性

大脑左右皮质在机能上并不是对等的，也不是绝对地单侧优势，而是存在着所谓的皮质机能偏侧化(laterality)的问题，根据对割裂脑病人的心理学研究，证明了这一点。所谓割裂脑(split brain)，一般是为了阻止癫痫由一侧脑向另一侧恶化而切断病人的胼胝体，接受手术后的病人成为研究左右大脑功能的很好对象。目前认为，所谓优势半球只是相对的。一般右利的人，其左半球主要具有控制优势手和语言的能力，也与语言有关的心理活动如思维能力等密切相关，右半球在功能上虽相对次要，但也相当复杂，主要与空间关系及音乐等能力有关。这就是说，许多高级的心理活动分别在两个半球有其一定的专门基础，两半球似乎有两套互补的机能存在，然而不少心理功能如正常的记忆功能有赖于两半球联系的完整性。两半球功能偏侧化主要表现在皮质机能的偏侧化方面(表 1-6)。另外，据研究也存在着皮层下结构的功能偏侧化问题。

表 1-6 人类大脑左右半球不对称性

功能	左半球	右半球
特点	言语的、范畴的、分析的、象征的 逻辑的、抽象的	知觉的、完整的、综合的、字面的 类比的、具体的
视觉	字母及单词识别	复杂图形及脸孔识别
听觉	言语性声音	环境声音及音乐
运动	复杂随意运动	运动模式的空间组织
语言	听说读写	
空间和数学能力	数学能力	几何学、方向感觉和心理旋转

三、皮质下某些结构的心理机能

(一) 脑干网状结构

脑干网状结构在种系发生上很古老，相当于原始动物中枢神经系统的主体，因而功能上也具有类似原始动物的泛反应性。

网状结构的上行激动系统概念和下行系统的抑制作用、易化作用概念，在生理学中已经学过。上行激活作用能使皮层处于觉醒状态，因而与皮质进行的注意、学习、思维、意识活动息息相关。如果破坏脑干网状结构，则个体陷入昏睡状态，上述各项心理活动就无从进行。网状结构抑制区虽然下行影响行为活动，但其本身与易化区不同，要接受皮质的下行影响。电刺激皮层区，可以引起泛化的觉醒反应，同时抑制网状结构神经元对感觉刺激所产生的神经冲动。皮质和网状结构这种上行激活和下行抑制的环行影响，使神经系统活动的兴奋和抑制过程维持平衡，因而也保持了心理活动的平衡。

网状结构损伤，可产生意识障碍、病理性嗜睡、肌张力改变及自主神经系统功能障碍(涉及有关植物中枢时)。网状结构在某些精神病(如反应性精神病、精神分裂症、传染性过敏性精神病)的症状形成中也起一定作用，许多治疗精神病的药物也作用于这些部位。另外，网状-皮质的联系障碍能产生记忆障碍，主要为再现困难。

(二) 下丘脑

下丘脑在中枢神经的上下联系、左右联系，以及在神经活动和内分泌活动的联系中，处于特别重要的交叉点上。由大脑皮质、边缘叶、纹状体和苍白球、丘脑、脑干网状结

构及神经垂体来的重要传入通路进入下丘脑，而下丘脑发出纤维指向额叶、纹体、丘脑、脑干、垂体以及脊髓侧角；下丘脑的几十个核团互相之间也有广泛的联系，下丘脑与整个垂体前后叶的联系是神经系统和内分泌活动的重要联结点。

下丘脑后部属所谓的非特异性系统(ergotropic system)，兴奋时表现交感神经兴奋，觉醒、情绪反应和活动增加，主要功能是保障机体在适应环境活动时做好心身准备。下丘脑前部则相反，属所谓的向营养性系统(trophotropic system)，表现为副交感兴奋和嗜睡，因此保障休息和力量的恢复。笔者等曾在实验研究中电刺激下丘脑室旁核(HPV)可诱发交感性室性早搏(施浣云等，1988)。

下丘脑对内分泌的调节，进而间接影响机体的代谢，也在应急防御反应中发挥重要调节作用。对医学生来说这是很熟悉的。

下丘脑与皮质高级部位的关系很复杂，例如刺激某些点位可以对条件反射形成起正强化或负强化作用，或者表现出皮质特异区对光、声刺激的易化；相反，有的核对皮质活动产生抑制作用。因此，下丘脑也是保持睡眠、觉醒过程平衡的一个重要环节。下丘脑除调节睡眠觉醒的交替，还参与调节其它一些生命过程的周期，如活动的昼夜节律、体温、促皮质激素分泌的节律，被认为是生物钟(biological clock)的重要结构基础。

下丘脑对生物动机及情绪的形成有影响。“饥饿中枢”和“饱中枢”、“渴中枢”和“饱饮中枢”，它们交互作用成为食、饮动机的重要结构基础，性行为(性动机)亦与下丘脑的完整性有关，下丘脑后部则与防御反应有联系。情绪问题涉及许多脑区域，下丘脑只是一个环节而已。

损伤下丘脑的病人除出现神经内分泌障碍、植物功能障碍外，还有摄食、性行为、觉醒和睡眠、情绪，记忆等心理行为活动障碍，一些精神症状如疑病综合征，恐惧综合征、歇斯底里，衰弱综合征等也可发生。

(三) 边缘系统

边缘系统结构复杂，一般指大脑皮质边缘叶(海马、扣带回、穹窿、海马回)以及杏仁核、隔区、下丘脑、丘脑前核、中脑某些核等结构，岛叶、颞极、眶回，甚至基底神经节也可算入。边缘系统的联系也很复杂，其内部有许多神经元间的闭合环路，这对记忆的信息保存及形成稳定的动机-情绪状态有重大的意义。来自各皮质投射区的信息，聚集到额叶皮质，前额皮质则通过自身和边缘系统结构的广泛联系，对边缘系统起调节器的作用。边缘系统的机能也多样而复杂，且往往表现矛盾结果，除对内脏功能进行高级整合调节外，主要表现对情绪反应、动机行为、记忆等心理过程的高级整合和调节。

1. 海马 海马在种系发生上是最古老的皮质，所有传入系统都聚集于海马，但无直接的感觉传入通路，那是因为传入海马的信息已经经过局部的加工整合，海马则根据这种已整合的信息作进一步的整合，使之更具有生物意义。海马在实现机体为适应环境的目的指向性行为活动中具有重要地位。例如海马对定向探究、动机与情绪机制(如情绪体验的形成)、短时记忆向长时记忆过渡、对低概率事件易起反应，以及性行为、语言活动等都有重要意义。

2. 杏仁核 杏仁核与海马有双向联系，同时也受新皮质和下丘脑等许多部位的调节。在机能上杏仁核有与海马相同之处，如情绪行为的组织(激活或抑制性影响)；亦有相反之处，如对“食物中枢”的作用前者激活而后者抑制。从整个机能上说，海马主要参与对外部环境信号直接反应的组织(参与条件反射和记忆)，而杏仁核主要对内部环境

状态的调节(实现植物性和内分泌整合)。刺激杏仁核的行为变化以激活为主,包括觉醒、发怒或恐惧、性兴奋、食兴奋;同时亦有抑制表现,如停歇式运动停止、睡眠状态、进攻防御反应的抑制、遗忘症及可能的模糊感觉、信号感知障碍。杏仁核的切除或破坏曾被试用于治疗某些进攻型精神病等病人,以消除症状,但可出现情绪脆弱、幼稚行为、性功能失调等。

3. 隔区 隔区位于胼胝体、穹窿和额叶内侧三者交界处,将两侧脑室左右分开,是海马和杏仁核的共同投射区,同时也是皮质和皮质下许多部位互相联系的转换点。刺激该区的不同核,除产生植物功能改变外,亦可产生相反行为反应:①激活:探究、易化进攻行为、性行为;②抑制:活动停止、睡眠,抑郁、防御反应和寻食反应的抑制。

(四) 丘脑

丘脑的核团可以分为中继核(感觉转换核和非感觉转换核)、联络核、非特异核(髓板内核群)等部分,在生理和心理机能上都具有转换、整合和调节的功能。而且值得指出的是,这种分类也是相对的,它们之间互有相似之处和联系之处。

感觉转换核包括内、外膝状体、后腹核,分别是听、视、痛温、触压觉向皮质特异区投射的中继站。非感觉转换核(在生理课被列入联络核)包括腹外侧核和丘脑前核。腹外侧核主要接受小脑、纹状体苍白球系统来的纤维并发出纤维到皮质运动区,主要参与肌肉运动的回路性调节,损伤后可改变肌张力、随意运动和语言障碍,有时也可以引起情绪变化和精神激活;丘脑前核接受乳头体来的纤维,并发出纤维投射到皮质扣带回,因而被认为是边缘系统的一部分,功能上与觉醒行为、情绪、自主神经功能、短时记忆有关(见上)。

联络核主要有丘脑枕和背内侧核,其传入通路来自其他丘脑核,传出通路至皮质联合区,因而功能上参与各种感觉传入信息的整合,再传至皮质联合区,保障了丘脑结构与许多皮质区在感觉功能上的互相作用。联络核也同时受皮质的调节。该区受损后,将使皮质联合区如额叶、顶枕颞区(见前)等缺乏联络核的信息传入,可产生情绪活动、记忆活动改变(类额叶综合征)和语言改变(属顶枕颞区功能)。

非特异核主要是丘脑髓板内核群,是非特异投射系统的重要结构,具有保持皮层清醒状态,使之易对新奇信号产生反应的作用。

四、心理活动的三个机能系统

近百年来,心理活动的“脑定位”研究曾经相当活跃,从而形成了所谓皮质机能定位图,例如在图中可以找到理解中枢、书写中枢、计算中枢、阅读中枢等。但这种机能定位用于解释最复杂的心理过程却有困难。实际上,各种复杂的心理过程或称心理机能系统是不可能定位在某些个别区域的,应是许多脑区共同工作之结果(很像当前人们对计算机各种功能的理解)。鲁利亚通过二战中后期大量临床神经生物学观察研究,认为实现复杂心理过程是由脑的三个基本机能系统来完成的(图 1-9),这就是①保证调节紧张度和觉醒状态的机能系统;②接受、加工和保存外环境信息的机能系统;③制定程序,调节和控制心理活动的机能系统。每一个机能系统至少由彼此重叠的三种类型皮质区(即前文皮质一二三级区)组成。现予以简单介绍:

(一) 调节张力和觉醒的机能系统

主要由脑干网状结构和边缘系统所组成,或称为网状上行激动系统,属非特异性投

射过程。其基本功能是保持大脑皮质的兴奋性，使皮质在进行高级行为活动时有一个最佳觉醒条件。同时新旧皮质等上部结构(特别是额区)也向网状结构发出纤维，称为下行网状系统，完成对皮质活动需要的觉醒状态的校正和调节，保证意识活动最复杂形式的进行和完成。

网状结构的激活有两种来源。一种是内部代谢过程，如缺氧、饥饿、激素水平(性激素等)，这是维持内环境稳定和本能行为(如食、性)等过程的基础。另一种激活来源于外环境的感觉传入冲动，并导致定向反射，因而是认识活动的基础。例如人对环境的任何变化(偶然或期待事件)，总是伴随着觉醒和紧张化(即定向反射)。

(二)接受、加工，储存信息的机能系统

主要包括视区(枕叶)、听区(颞叶)和一般感觉区(顶叶和相应的皮质下组织)，它接受不同种类的感觉信息，并进行加工和保存。该系统的一级区(即投射区)，其功能是接受特异信息，形成感觉，二级区(投射联络区)，是将各感觉组份进行部分编码，形成知觉，三级区(重叠区)，保证各感觉分析器协同工作(详前文内容)。应该指出的是，该功能系统具有“特异性”递减和“机能偏侧化”递增的原则，即一级区特异性比三级区高，而三级区两半球机能偏侧化远明显于一级区。这两个原则保证了脑工作的最复杂形式，也说明了人类劳动历史和语言功能与第二机能系统发展的密切关系。

(三)计划，调节和控制复杂心理活动的机能系统

位于前部皮质中央前回前方，特别是额叶及与之紧密联系的皮质下结构。这一功能系统的一级区是“运动输出口”，即皮质运动区，基底神经节及锥体外系则参与维持运动的张力背景；二级区负责运动的“准备”，即运动前区；三级区形成意图和程序(最复杂的行为调节和控制)，即额叶功能。额叶和与之有丰富联系的皮质下结构一起完成调节可控制的心理过程，因而可以说额叶与所有的高级心理活动过程包括智力活动都有联系，是高级心理机能最主要的脑结构基础。

第三种机能系统的二级区与第二种机能系统的二级区有相似之处，前者在运动方面实现机能组织，后者则把局部感觉变成机能组织。但在三个级区相互关系方面两者不同，第二种系统的神经过程是由一级到三级，而第三种系统则相反，是由三级到一级的过程。

脑的三种机能系统工作是互相密切联系的(图 1-10)。人的心理活动功能的完成，依赖于三种机能系统的共同参与。例如知觉活动实际上与三种机能系统都有关系：第一系统保证必要的皮质张力、第二系统保证了必要的指向性探索，第三系统则给予人的整个知觉活动以主动性。同样，随意运动也可以这样解释。

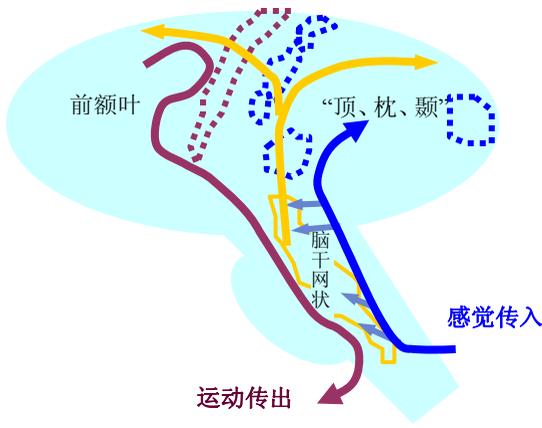


图 1-10 脑的三个基本机能系统示意图

五、心理活动与生理活动的互相作用

心理活动和生理活动共处于一个统一体内，并互相依存、互相影响。医学心理学的

主要内容之一，就是讨论作为一个系统的人，其所具有的这两种功能是如何协调的。以下仅就心理和生理过程的这种辩证关系做一总体讨论。

（一）心理活动对生理活动的作用

人的心理活动可影响生理过程。例如在心理紧张情况下，可以使一个人出现血压升高、瞳孔扩大、血管收缩等一系列生理活动的变化。在前文已经提到，人的大脑皮层和包括下丘脑在内的边缘系统既具有调节情绪等心理活动机能，又有调节内脏活动的自主神经机能和调节内分泌机能。紧张情景下产生的情绪波动，可以通过这种联系影响整个内脏生理活动过程。大量的临床资料和动物实验都表明，有害的心理社会因素可以损害人体正常生理功能，导致疾病，甚至危及生命，例如造成心脏性猝死。

心理因素对躯体活动并不总是起消极作用。乐观和无畏的精神能增强机体抗病力，积极的情绪可增强机体免疫防御反应。例如，具有相近体质而有不同心理素质的人，对同样程度机体生理功能损伤的反应可以不同，有的人仍能继续活动而基本保持身体功能的平衡，如勇士和运动员，这是他们的人格特征、过去经验、情绪状态、文化背景以及对当时情景的认知等综合心理因素作用的结果。相反，人格脆弱、过于敏感的人往往对躯体的微小损害反应强烈，甚至一点小伤痛或看见一滴血，都可以造成神经和心血管生理功能的严重混乱，直至虚脱。在临床病人身上也常可见到这类情况，医生们对此深有体会。

心理因素对生理过程的积极作用，也是通过神经生理过程的中介，调动机体内部潜在能力的结果。

（二）生理活动影响心理过程

生理活动情况也能影响心理过程。例如，过度的躯体活动导致疲劳和衰竭，或者躯体长时间被禁锢在一个体位上，因骨骼肌系统向中枢的反馈信息增加，以及因体内持续的儿茶酚胺类激素分泌增加，使个体持续处于过度唤起状态，导致正常的心理活动被干扰，极端的情况下，甚至可造成心理功能的异常。

个体在患病时的病理生理活动变化，对心理活动的巨大影响也是显而易见的。例如疼痛是临床生理功能障碍的常见症状。躯体疾病常引起痛觉和伴随痛情绪反应（见第七章）。各种严重的躯体不适也都或多或少造成病人的情绪反应。我们知道人的各种高级心理活动无不在一定的情绪基础上进行，因而也受情绪状态的影响。因躯体因素引起严重的负性情绪反应，可使一个人的感觉和记忆错误，思维局限、指向困难；注意、知觉范围缩小，并有注意分配和转移上的困难。

遭受长期慢性疾病折磨的病人，可以表现出意志消沉、感情淡漠、沉默和孤僻，甚至据认为可出现人格方面的某些改变(Lipton S, 1979)。临床上还可见到一些慢性躯体疾病病人产生自杀动机，这往往是因躯体疾病导致长期心境压抑的结果。这些由于躯体的病理过程引起的心理活动改变，反过来又会影响躯体功能的恢复，影响临床治疗的实施和效果。

此外，诸如内分泌异常及中毒等情况也可造成心理活动的异常，直至意识丧失——昏迷。这也是“身”对“心”的一种影响。

（三）心理、生理不能等同

虽然心、身之间互相影响，交互作用，内外环境的刺激既可引起生理活动的变化也可产生心理活动的改变，但引起心理活动的刺激主要还是来源于社会和环境因素。如果

忽视这些与心理活动密切相关的社会和环境因素，那么我们就不能正确地认识心理活动和心身相关性。

同样，在研究心理活动时，揭露其中的生理机制，对于唯物地解释心理现象具有重大意义，但我们也不能完全以生理学和生物学的研究来代替对心理过程的研究，从而抹杀了人的社会文化属性。目前的医学界确实存在着这种倾向。

总之，心理和生理虽然都是人的两种机能活动，心理活动的生理机制也应积极地加以揭露，就目前来说人类对自身心理现象的生理基础研究不是多了，而是还很不够，但却需要注意避免以生理学的研究代替心理学研究。中科院心理所原所长潘菽教授当年甚至讲到，生理活动是较低一级的机能活动，心理则是较高一级的活动，我们至少应该将其作为两种平等的研究对象。

关于心理与生理之间的系统论关系，可参阅图 1-6。

第二章 基本理论与研究方法

理论与方法是一门课程和学科的精髓。医学心理学相关的各种理论，在基础研究和临床工作中，包括心理保健、临床诊断、临床治疗和病因学认识等方面都具有指导意义；医学心理学的研究方法，兼有自然和社会学科的属性，是提升课程和学科层次的关键。两者都应是医学心理学课程顶层设计的重点。

作为医学心理学的纵向的基础理论部分，本章分别介绍行为学习理论，精神分析理论，人本主义理论，认知理论，心理生物学方向，系统论，以及医学心理学的研究方法。除了四~五两节是初稿，其余各节内容均最早修订自五校合编教材（1986）教材中由笔者撰写部分。

第一节 理论概述

在上世纪 80、90 年代的国内相关书籍中，往往只有在介绍心理治疗时，才会简单涉及心理学理论。这不但使理论缺乏系统性，还可能让读者误以为心理学理论只适用于心理治疗。而实际上，医学心理学的理论和研究方法，应该是学科建设的重点。对此，笔者自 1986 年开始在教材中专设理论一章，全面介绍各种重要的心理学理论。

一、重要性

医学心理学的核心内容，是关于心理社会因素与健康 and 疾病的联系。

然而，心身互相联系并不完全是一种新的观点。有史以来，人们一直推崇用修心养性和身体锻炼的方法来促进健康和疾病康复，其中就包含了现代心理卫生和行为的某些内涵。但这些只能算是“常识医学心理学”。

医学心理学作为一门新学科，有其自身的特点。对于医学心理学的认识，笔者虽然近年来不再排斥某些有实用价值的常识心理学或潜科学成分（参见第一章），但在早期轮流刊印的医学心理学教学交流刊物上，就提出必须坚持用科学方法研究心理和行为并将这些研究结果应用于医学实践，特别强调要重视各种心理学理论。[见姜乾金：在医学心理学教学中如何对待各种理论模式。医学心理学教学通讯 1984；3 期（内蒙古）]

在现有的各种与医学心理学有关的理论中，有的能对健康促进、疾病发生、发展、诊断、治疗和康复等医学心理学所关注的多个环节提供理论解释，这些理论将在本章作整体介绍，其它一些心理学理论由于涉及面相对较小，则在各有关章节中介绍。

医学心理学理论的重要性如下。

（一）有助于整体解读心理问题

医学心理学所涉及的许多问题，需要依据某些理论模式(theoretical models)亦即学说才能解释清楚。同时，还可以依据这些理论设计相应的操作方法（如心理评估，心理干预），用于解决这些问题。

在第一章第一节，关于心理的意识与非（无）意识特征方面，介绍了现实生活中有

许多心理现象或心理问题，往往不能由通常的知识和经验来解释，也不是用通常的逻辑和手段就能获得解决。其中一个案例是抑郁症来访者，作为一个高学历的人，他却不能“让自己看到”一个秀美的西湖，让自己感受丰富多彩的人生，却偏偏“看到”萧瑟的西湖，让自己感受到万般皆空的人生。还有，失眠者明知入睡需要清心入静，而偏偏自己“做”不到；某些性功能障碍者明知紧张会导致不举，却无法“说服”自己不紧张；第一章第一节有一个不幸的70岁老人案例，他明知自己需要“改一改”，为何就不能说服自己去真的去改；等等。对于这些问题，第一章第一节的解释是因为心理的“非意识”层面在起作用，但并未对其中的机制作进一步解释。当我们学习完本章各种理论以后，就会发现这些理论能很好地解释这些问题的发生，并且在各种理论支持下，可以设计相应的干预手段，促使这些问题的缓解或解决。

（二）有助于系统学习医学心理学

从学习的角度，有了各种理论的贯串，医学心理学的内容会变得更具有系统性，在学习过程中更容易被理解和接受。

笔者在五校合编教材（1986）的顶层设计中，率先将有关心理学理论和系统论作为医学心理学整体构架的基础部分单独设立一章，改变以往仅在心理治疗内容中才介绍理论的作法。几十年使用下来的结果证明，在课程结构上，将心理理论作为整个医学心理学的基础，而不单单是心理治疗的基础，有利于将发病学、诊断学、治疗学及临床应用各个环节中的心理学问题贯串起来，使课程具有较好的理论性与系统性，有助于读者对全书的整体把握。

二、某些共性

心理学理论很多，自从有了现代心理学，各种新理论就层出不穷。医学心理学只选择介绍其中几种。从这几种理论中，我们可以看出一些共性的东西。了解这些共同特点，有助于更好理解这些理论对于心身相关、健康促进和疾病防治问题的意义。

（一）来自现实高于现实

这里指许多理论所依据的实验情境，往往在现实生活中是普遍存在的现象，但长期以来人们对这些现象的认识往往是模糊的，甚至是错误的。理论的创建者则在于，将这些习以为常的现象加以某种解释，而且不仅能解释这种现象本身，而且能解释生活中更多的现象，使之成为具有普遍意义的认识，具有广泛应用价值的技术，这就成为理论。

例如，巴甫洛夫的经典条件反射实验所显示的现象，在生活中比比皆是。当学生们在第五节下课前夕听到广播中经常定时播放的同一首乐曲时，可能“感觉”到流口水了，但人们对此现象的一般解释是因为“想到了”要吃饭了，其实可能并未去“想”。同样，当汽车尚未开动，前庭器官半规管中的淋巴液尚未对壶腹嵴产生刺激时，某些乘客即已经出现晕车，人们对这种现象的一般认识是，这个乘客太敏感了，或者太紧张了，甚至是有思想问题，其实这种认识却是“冤枉”了该乘客，因为她并不紧张，也“不想”晕车。

又例如，斯金纳的操作条件反射实验现象，在马戏团的动物中，甚至在某些乞讨者所携带的经过训练的小动物身上，早就广泛存在。笔者童年时（大致相当于1953年斯金纳实验的同期），就经常见到带着小狗的乞讨者，那小狗能够按压杠杆的一端来击打绑在另一端的小铜钹，发出锵锵声音（即“狗捣米”），吸引人气以乞讨得更多东西。显

然，小狗是经过训练才具有“狗捣米”技能的，但我们不能因此认为，这些乞讨者或者他们的前辈，早于斯金纳，成为操作条件反射实验和理论的创立者。

同样，类似精神分析理论的“潜意识”概念，在中文里和我们的日常语言中，也早已存在，就是“无意识”或“下意识”等说法，它们的含义也似乎早被我们所理解，如“无意中”我回想起当年的屈辱，羞怯的她“下意识”地整一整自己衣装等，但我们并没有将这些拓展成为对人的心理的全面认识和解释，以便说明为什么会这样。因此，不能认为我们早就有了精神分析理论或者该理论的雏形。

作为人本主义理论核心概念之一的“潜能”，在我们的语言中也早已有之，但我们往往将其理解成一个人的聪明或潜在的能力，虽然与罗杰斯的认识也有些许近似之处，但不能因此说我们早就有了人本主义理论的雏形。

同样，认知理论的“信念”系统或“认知图式（习惯）”可以影响一个人对事物的认识，这同样早就被人类所知晓，但不能说我们早就有了认知理论。

可见，各种心理学理论尽管形式和内容不同，但它们都来自于对现实（或实验）观察，并上升到理论水平。从这一点上来说，所谓创新精神，不是局限在对各种生活现象和知识的广博了解上，而是在于能否在特定现象所反映出来的异乎寻常的信息中，尝试提出能够解释普遍现象的全新认识（包括理论）。这恐怕也是当前我国急需倡导的教育观和科研观。

（二）超越意识和常识（习惯化）的认知模式

在前文理论的重要性部分已经提到，许多心理问题与非（无）意识层面有关，且不能被常识（习惯化的认识）所理解，只能用各种理论来解释。因此，各种心理学理论，不仅超越意识层面，也超越我们习以为常的常识和认知习惯。

各种心理学理论的认知模式往往与我们习以为常的认知模式不同。在日常生活中，人们习惯于用清晰的意识来思考各种问题和解决问题，并据此认为，意识到的东西就是真实的或客观的，或者是所谓理性的。前文提到的各种心理问题为何难以被我们直接解读，其原因就是因为只强调意识性的东西。然而，精神分析的潜意识论、行为学习理论的反射论、人本主义的潜能论、认知理论的信念或认知图式概念、森田理论的本质、神经活动类型说的神经类型说等，却都强调某种非意识性的东西。这些非意识性的东西往往是意识性认识活动的支配者、影响者或调节者。就是说，是这些不容易被理解的非意识的东西，在影响意识活动，影响心身相关性，影响各种心理问题的产生和发展，它们在健康和疾病中起着强大的作用（参考第六章图6-1）。

在日常生活中，人们还习惯于自身的思维模式，这些思维模式表面上是严密的，但往往是现象学的、线性的和相对僵化的。其中包括习惯于直接的因果联系，如认为焦虑失眠的原因是因为来访者想得太多（一般医生经常提到）；也包括习惯于数量的叠加和严密的逻辑推理，如认为公开给予物质帮助的次数越多，受助者的情绪就会更愉快（电视画面上经常见到）等。但这些思维模式的结果有时候与客观事实并不相符，例如上述失眠来访者其实不是想得太多才失眠，而是无法做到不去想，也许恰恰是由于焦虑失眠才导致无发控制的多想；同样，多次在公开场合接受帮助的受助者除了感激，还往往感受到自尊受损后的自卑。

有关心理理论所反映的思维模式则不同，它们提供“异类”的思维模式。同样以上面失眠和受助者两个例子作分析。精神分析理论认为，早年心理创伤是潜意识心理冲突

的原因，后者导致焦虑，并引起失眠（故多想不是失眠的原因，也无法让来访者不去多想来控制失眠）；认知理论认为，由于一再接受别人的物质帮助，受助者早年形成的认知图式可能“自动”地让他“想”到自己的卑微，因心灵受创而感到沮丧（故电视画面并不反映事物的全部真实）。

如果我们在学习过程中，能够注意到自身意识性的和习惯化的认知模式与心理学理论的思维模式有区别，将有助于正确理解和把握这些“古怪”的理论。

（三）重视人的系统性和整体性

强调系统性和整体性，也是某些心理理论的共同特点。

随着社会的发展和自然科学研究的突飞猛进，人类在医学活动过程中的认识论也随之发生着变化。在医学心理学的学科主导思想方面，第一章已经论及，人类的认识论是由早期的系统论转向近现代的分析还原论，这是近代生物医学模式形成和发展的原因。但随着现代新学科似雨后春笋般地出现，人类在医疗活动过程中的认识也在不断拓展和深入，这为医学的认识论从分析还原论重新向系统论回归提供了条件，生物心理社会医学模式就是在这种条件下提出来的。

在医学心理学的思维方法上，第一章也已经论及，人类在医疗活动中是由早期的“天人合一”的整体观转向后来的心身二元论或多元论。这导致现代医学工作者特别是分工越来越细的专业医生思维方式的二元论或多元论倾向。他们也许只关注微血管，不关注消化道；只看到器官生理功能活动，没看到全心身整体失衡问题。但医疗活动毕竟是针对“人”这个整体或“系统”的，因而整体观和系统论应是医疗活动的核心认识论。

许多心理学理论在认识论上往往体现出整体观和系统论的特征。例如，精神分析理论在讨论解释或处理一个人的心理问题时，同时涉及人的多种属性多个维度以及整体上的关系，其中包括个体生长的时间历程，心理结构的意识和潜意识，心理功能和生理功能与症状的关联等。行为学习理论也体现了多维度的关系，包括刺激与反应、皮层与内脏、环境与个体、强化、泛化与消退等。人本主义理论则体现个体潜能与社会环境，心理的早期与后期等系统关系。本章以外的其他心理理论也或多或少显示出多因素系统论的特征，例如各种情绪理论、应激理论等。在学习过程中，也需要注意以系统论的视角去理解这些理论。

三、正确对待

通过前文分析与讨论，医学心理学理论的重要性和某些特点已然清楚，故需要以积极、理性的态度，对待后文介绍的各种理论，并注意以下各点。

（一）不能视而不见、全盘否定

在国内医学心理学发展过程中，曾出现过藐视和批判心理学理论的倾向，这在30年前学科发展早期尤为突出。例如，当时一提到精神分析理论，有人就认为是反动的“泛性论”，上课时一边介绍，一边批判的情况是难免的（笔者也不例外）。甚至有人追问弗洛伊德本人的“性德”，因为该理论认为“性欲（实质与中文的含义存在差别，见后文）”是心理动力的来源，他自己自然不能例外。时至今日，这种倾向已不多见，但还是需要给予注意。

（二）不能机械教条、原封照搬

与上述历史情况相反，当前却存在另一种倾向。有人一遇到国外的某种心理学理论

(或方法), 不论其社会、文化、历史各方面是否存在差异, 都一概地原封照搬。拿着一种国外理论, 就以为站到了理论的制高点, 目空一切, 对国内本土化的一些理论模型(如道家认知论和笔者的压力系统模型)持蔑视的态度。这种现象不利于医学心理学的本土化发展, 也不见得真能证明当事人的高明或前卫。

(三) 区别对待各种理论

医学心理学有关的理论模式很多, 它们往往是在特定的历史、文化、对象、目的、方法等条件下形成, 因此一种理论往往适用于一定的对象或问题, 但不一定能解释清楚所有心身机制, 阐明所有的心理问题(包括前文例举的各种问题)。实际上, 从现阶段来看, 各种理论各有自身的体系, 各有特色, 各能解释一部分心身问题, 各有其自身的一套方法和手段。在学习过程中, 应重点掌握有关理论的要点, 以及现状、历史、发展趋势等, 并注意该理论背后可能存在的文化方面的差异, 以利于对全书各章内容的理解。

(四) 关注各种理论的发展和本土化

现有的一些理论可能会不断地被修正并获得发展, 也有可能被逐渐证明是错误的或有错误的一面, 新的理论也会继续不断地出现, 使医学心理学领域始终充满活力。

随着医学心理学在国内的 30 年发展, 各种心理学理论知识在学术界已经普及, 各种心理干预方法的使用在临床上渐趋普遍, 促使国内不少作者开始思考理论的本土化和自主创新问题。近些年, 已经有多位作者将来自国外的心理学理论与我国文化相结合, 尝试建立本土化的新型理论模式, 已有多位作者出版相关著作, 如朱美云(2009)的“点通疗法”。

第二节 行为学习理论

一、基本概念

行为学习理论主要包括经典条件反射、操作条件反射、混合学习模式、示范作用、认知行为理论和行为自我调整理论等。这些理论的核心是强调“学习”。

(一) 行为与行为主义心理学

首先要注意什么是行为(behavior)。行为一词以及由此而派生出来的许多词汇, 曾经历过复杂的历史变迁过程, 有些概念至今仍相当含糊。

在心理学流派中, 20 世纪初有一派被称为行为主义(behaviorism), 其创始人是美国心理学家华生(Watson JB, 1878-1958)等人。行为学派认为心理学应是研究动物和人类行为的科学。它认为心理是看不见的, 只有行为才是可观察、可研究的对象。显然, 早期行为主义学派的“行为”是指个体活动中可以观测的部分。这些方向的研究也被称为行为主义心理学(behavioristic psychology), 带有区别于传统经院式心理学并有一点对心理学的动物实验表达偏见的成分。但随着行为科学研究的发展和行为理论的拓展, 通过研究行为来阐述人的心理本质逐渐被科学界所接受, 行为主义心理学称谓的使用也减少。

(二) 行为科学与行为医学

20 世纪中后期发展迅速的行为科学(behavioral science)则是广义的, 它包括社会学、心理学等所有涉及行为的有关学科。在这一概念里, 行为的含义也随之扩大, 这里

指个体的内在和外表的各种形式的活动，指个体或群体的(社会的)活动，而且认为都是可以观察或测量的。这样，有的人把心理学定义为“研究行为的科学”，也就是将心理学看成是行为科学的一个组成部分。但总的来说，行为科学研究的范围比心理学更广，而心理学则主要界定在个体历程。

行为医学 (behavioral medicine) 是 20 世纪 70 年代迅速发展起来的多学科交叉的新兴学科。一般认为，它是综合行为科学和医学科学有关健康和疾病的知识和技术，并把这些知识和技术应用于疾病的预防、诊断、治疗和康复的新学科。其中“行为治疗”作为一种重要的心理治疗形式，得到更迅速的发展。行为医学在 20 世纪中后期引起人们的广泛注意，概括起来有以下原因：①在西方人的死亡原因中，据分析半数与不健康行为有关；②心理社会紧张刺激引起的行为反应与疾病的发生发展关系密切；③根据条件反射原理(经典条件反射和操作条件反射等)发展起来的行为疗法对预防和治疗某些疾病有显著疗效等。

(三) 行为学习与行为学习理论

在上述各类涉及“行为”的概念或学科领域里，尽管对行为的理解存在差异，但它们之间却有不少相同的或相似的理论模式，这就是行为学习理论。

行为学习理论 (behavioral learning theories) 认为人的正常和病态行为，包括外显行为及其伴随的心身反应模式，都可通过学习过程而形成。这样，学习就成为支配行为和影响身心健康的重要因素。通过对行为学习各环节的干预，可以用于矫正问题行为，进而治疗和预防疾病。

(四) 行为与反射

从生理学角度，所谓行为就是有机体对内外环境改变即刺激 (stimulus)所做出的适应性变化即反应 (response)。在人体，除部分刺激-反应过程不需神经系统参与外(如代谢产物的局部性调节)，大量的刺激-反应过程是由神经系统参与的，称之为反射(reflex)。故也可近似地将“行为”看作“反射”。这样，根据生理学中的反射知识，行为可以简单分为两种。一是先天性的反射，即非条件反射，或称为本能，它决定于先天的素质，例如婴儿出生即有吮吸反射，拥抱反射等。另一种是由后天学习得到，即条件反射或条件作用，或“习得性”行为。这是在本能基础上“学习”形成的。习得性行为又可进一步分为两类。一类为不随意的反应性行为，20 世纪初巴甫洛夫的经典条件反射实验中，狗受到铃声刺激能产生唾液分泌，即属于不随意的反应性行为。另一类为随意反应，称为操作条件反射，属操作性行为，它包括人类的意识性活动，因而对人类有重要的意义。

二、经典条件反射

(一) 实验与解释

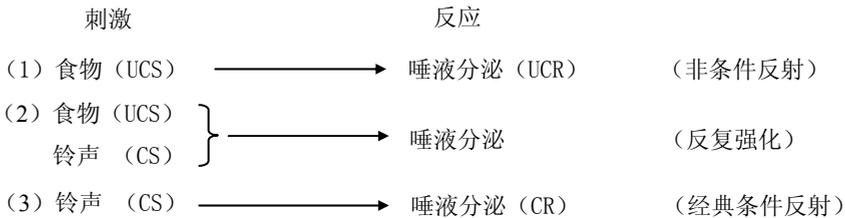
20 世纪初，前苏联生理学家巴甫洛夫 (Pavlov IP, 1849-1936) 进行了著名的条件反射实验研究。

实验中，食物刺激(S)作用于狗的口腔产生唾液分泌反应(R)。此时食物是无条件刺激(unconditioned stimulus, UCS)。食物引起唾液分泌的反射过程就是无条件反射(unconditioned reflex, UR)。无条件反射是本能行为，不是由后天学习所获得，例如婴儿出生后即有吮吸反射和拥抱反射等。

如果在上述实验中，食物与另一种与唾液分泌原本无关的中性环境刺激例如铃声总是配对出现，经过一定时间的训练，单独铃声刺激也会引起唾液分泌。这种中性环境刺激(铃声)就成为条件刺激(conditioned stimulus, CS)。铃声引起唾液分泌的反射过程就是条件反射(conditioned reflex, CR)。

条件反射是由后天学习获得的，因而是习得行为。由于这里的条件反射不能被个体随意操作和控制，故属于反应性条件反射，而且为了区别于以后发展起来的操作条件反射，此处的反射又称为经典条件反射或经典条件作用(classical conditioning)。

经典条件反射实验的过程示意如下：



关于条件反射对人体功能到底有多大作用的问题，一般人可能会认为，条件反射是后天形成的，应该比非条件反射的内脏反应要弱些。实际情况并非如此。巴甫洛夫学派贝柯夫等于 20 世纪 20-30 年代通过大量实验证明，条件反射性内脏反应有时可超过、甚至改变非条件性内脏反应（皮层内脏相关学说）。例如，将动物置入较高温度(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℃，此时将动物关入小室，其代谢开始时仍然下降，而不是随着环境的低温而升高。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。又例如，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。当然，皮层对内脏虽然有强大影响，但在正常情况下，皮层是根据需要调节内脏机能以适应环境，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，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) 经典条件反射的临床意义

经典条件反射在早期被巴甫洛夫作为一种高级神经活动理论 (theory of higher nervous activity) 的实验依据，以后成为其学生们共同提出的皮层内脏相关理论基础，再后来被引入行为学习理论。可以看出，作为行为学习理论的经典条件反射理论模式，重视环境刺激与行为反应的关系，即 S—R 的关系。

医学心理学则从这一理论出发并推论认为：**任何无关刺激，通过条件反射机制，可以引起任何良好的或者不良的行为反应。**也就是说，人类除了本能行为，许多正常或异常的行为反应，特别是人体某些生物学症状方面的变化，可能既不是认识上的原因，也不是生理上的直接原因，而是由这种学习过程所致。

这种学习对于个体既可能有积极的意义，可以培养、建立和形成良好的适应特定环境的躯体反应能力。例如，长期严格训练的战士，能在外来袭击还未到达身体之前的瞬间，即出现强烈的全身唤起反应。

但这种学习过程的更重要的临床意义，在于它可以给个体带来不良的后果，是一些“用常理解释不通的”临床症状的形成原因。

例如，抗癌药物(UCS)可引起恶心、呕吐，精神不快等药物反应(UCR)。但如果长期用药，某些本来与药理作用无关的环境刺激，包括闻到药物气味，看到药物外观，甚至医务人员的出现(都是CS)，也可引起部分或者的不愉快反应(CR)，甚至也可出现恶心反应，这就是一种经典条件反射性临床症状。又例如，车辆运动使前庭器官半规管内淋巴冲击壶腹脊感受器导致部分敏感的个体出现晕车，这是环境物理刺激通过生物神经机制出现生理与心理反应的无条件反射。但如果多次出现这样的反射(即反复多次晕车)，通过强化机制，当事人可能在静止的车辆里或者在闻到汽油味时，都会出现头晕、恶心反应，由于这时候车子并未开动，故已经属于条件反射了。其中的车辆环境和汽油气味分别成为条件刺激。

在临床上或生活中，还可以举出大量的同类条件反射性症状的例子。如吹风与腹泻，喝菜汤与胃痛发作，人多与面红，上学与腹痛，考试前期与头痛头晕等，这些症状都不能用通常的因果和逻辑来解释，但使用经典条件反射原理，则能获得较合理的解释。

经典条件反射原理的临床意义，还在于可以为上述各种条件反射性症状的控制提供依据。其中主要包括“刺激”的控制和“反应”的制约两大方面。

例如，对于初学吸烟者，在其烟瘾尚未成型时，可以通过避免与吸烟的朋友们过多的日常接触(“刺激”控制)，有利于缓解吸烟行为的进一步形成和被固定下来。又例如，多食肥胖正在减肥者，应注意避免与暴饮暴食者或者美食家们一起用餐，也需要注意在食物色彩、数量、体积方面加以控制(均属“刺激”控制)。再例如，利用条件反射原理作心身的松弛反应训练，形成的松弛条件反射有助于克服上述习得性药物反应症状(“反应”控制，即对抗性条件反射形成)。

总之，一些中性环境刺激通过经典条件反射原理，可以形成条件反射性良好的行为或者不良的医学临床症状；利用条件反射原来制定相应的控制与训练程序，可以矫正某些反应性疾病或症状。这些都在医学心理学领域具有重要的理论与实际意义。

(三)经典条件反射的几个重要现象

1. 强化 某些环境刺激对行为反应产生促进作用的过程称为强化(reinforcement)。在经典条件反射中，非条件刺激(UCS)与条件刺激(CS)反复结合的过程就是强化。结合次数越多，则条件反射形成越巩固。因此，多次少量的抗癌药治疗较之短期大剂量治疗过程，对某些人可能更易产生条件反射性呕吐反应。

2. 泛化 作为反复强化的一种结果，某些与条件刺激(CS)相近的环境刺激也可引起该条件反射，这称为泛化(generalization)。例如，开始是与抗癌药物直接有关的环境刺激因素如上述闻到抗癌药物气味可产生反射性呕吐，以后则闻到其它非抗癌药物如维生素C的气味也有此种反应。

3. 消退 非条件刺激(UCS)长期不与条件刺激(CS)结合亦即取消强化，条件反射可逐渐消失，这被称为消退(extinction)。例如长期停用抗癌药物，由于消退作用，药物气味逐渐地不再引起恶心、吐呕反应。

但这里需要指出的是，人类特别是成年人的条件反射性症状一旦形成，往往较难消退。其原因是条件反射症状(气急，心跳、恶心、呕吐等)会导致回避操作条件反射(见下文)，通过负强化机制使症状保留下来。例如，社交恐怖症状不能通过长期不接触人的办法使躯体反应症状消退，但可以通过训练对抗性的社交放松条件反射予以矫正(即系统脱敏法，见第六章)。

当然，对于幼儿来说，由于缺乏以上机制，一般主张使用“消退法”矫正某些反应性症状。

4. 综合实例 临床上某些来访者心身症状的形成原因，往往需要结合上述几种机制，做综合的分析和解释。

门诊案例：一位青霉素恐怖症患者的简单病史如下：女、45岁，某医院护士长。曾因病接受青霉素注射，当即出现“过敏性休克”，但片刻好转（估计是恐惧反应），从此对青霉素特别警惕，总是防备着。不久，她发现自己看到科室里用过的青霉素小瓶特别紧张，因此请求调到供应室上班。一天，在供应室偶然看到一个纸箱，上面有“青霉素”字样，当即浑身发抖。从此只好病休回家。一次，侄子手捂屁股一瘸一瘸地走进来，她奇怪地问其为何，答曰刚注射过青霉素。听到“青霉素”三字，她又一次当即晕倒。最后，某日她准备出门买菜，跨出家门时，不经意抬头发现对街有一个某某“医药公司”的招牌，瞬间极度恐怖，急速返回关上家门。自此，不敢外出，只能在家活动。分析整个过程可以看出，此案例是经过一次又一次的强化，才形成如此复杂而又怪异的症状，其中的条件刺激，从开始的青霉素药物，逐步泛化到小瓶、纸板箱、文字、语言、医药公司。

三、操作条件反射

（一）实验与解释

操作条件反射理论是斯金纳(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 (Skinner's box) 里进行了操作条件反射的典型实验(图 2-1)。在实验中，老鼠在饥饿刺激(S')作用下产生一系列的行为反应(R_1 、 R_2 …… R)，其中的一种反应即按压杠杆动作(R)出现时，即可获得食物刺激(S)。食物刺激(S)对按压杠杆行为(R)起到了促进的作用。

在这里，行为出现立即给予刺激对行为本身产生强化的过程，被称为奖励(reward)。老鼠在其压杠杆行为(R)一次次获得奖励后，逐渐学会主动地去重复按压杠杆行为，而其它 R_1 、 R_2 等行为则消退。这就是一种操作条件反射或操作条件作用(operant conditioning)。在这类实验中，按压杠杆是随意肌肉综合运动的工具操作行为，故亦称为工具性学习(instrumental learning)。

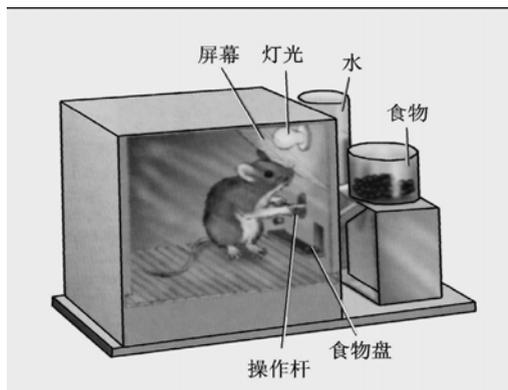


图 2-1 斯金纳实验箱

同样，在 20 世纪 6、70 年代的回避条件反射(avoidance conditioning)实验中，动物受到电击(S')产生一系列的行为反应(R_1 、 R_2 …… R)，其中的一种反应即回避动作(R)出现时，即可获得撤消电击(S)的结果。撤消电击(S)对回避行为(R)起到促进作用，结果动物学会了回避行为。

斯金纳操作条件反射实验过程示意如下：



由于这里的操作条件反射是对工具操作的学习，为了区别于下文对内脏操作的学习，故又称为工具性条件反射 (instrumental conditioning)，属于工具操作习得行为。但一般情况下仍称为操作条件反射。

(二) 操作条件反射的临床意义

与经典条件反射的刺激和反应即 R—S 的关系不同，操作条件反射重视行为反应的结果（伴随出现的环境刺激）对该行为反应的影响，即 $\overset{\downarrow}{\text{R} \rightarrow \text{S}}$ 的关系。

这一理论在医学心理学中应用很广。根据这一理论，人类的随意活动如骑车、游泳，小学生的“喜欢读书”和“不喜欢读书”的行为习惯，成年人的社会性行为如各种操作技能、人际交往技能等，都经过这种学习过程而形成，从而指导我们去设计和实施符合操作条件反射原理的各种临床行为指导原则，应用于健康心理教育和发展心理咨询等。

这一理论在医学心理学领域的更大意义在于，可以解释各种行为问题特别是社会性行为问题的形成和发展机制，以及制定相应的行为干预方法。例如，用以解释个体不良行为如吸烟、酗酒，慢性病患者的依赖，孩子的厌学，以及社交恐怖等情境紧张性行为问题的形成机制。更用于指导对这些行为问题的干预，如刺激控制、操作条件法（正强化）、厌恶疗法等(见第六章)。

(三) 操作条件反射的类型

从上述两个操作条件反射实验来看，其行为结果引发的刺激可以具有积极的(愉快的)性质，也可以具有消极的(痛苦的)性质；同样，这种刺激可以从无到有，也可从有到无。这样，根据操作条件反射中个体行为 (R) 以后所出现的刺激 (S) 性质及其变化规律的不同，可将操作条件反射分为以下几种类型：

1. 正强化 行为结果导致积极刺激增加，从而使行为反应逐渐增加，即 $\overset{+}{\text{R} \rightarrow \text{S}}$ (积极) ↑ 的关系，这称为正强化(positive reinforcement)。例如饮酒的结果产生轻松愉快（也是一种“S”），后者促进饮酒行为的巩固。上文第一例实验也属正强化。

2. 负强化 行为结果使消极刺激减少，从而使该行为反应逐渐加强，即 $\overset{+}{\text{R} \rightarrow \text{S}}$ (消极) ↓，这属于负强化(negative reinforcement)。例如，努力艰苦的学习行为，总是带来负载量的降低和忧愁的减少，则这种艰苦努力行为特征容易被强化而慢慢固定下来，成为人穷志不短的一种坚毅人格品质。同样，康复训练过程如果总能带来躯体或心理痛苦的降低，这种负强化机制将会促进康复训练行为。

值得指出的是，在国内一些书籍中，“某种行为受到痛苦刺激”的过程，被解释为是负强化，这在本书中属于下文的惩罚。

3. 消退 行为结果使积极刺激减少，从而使行为反应逐渐减弱，即 $\overset{-}{\text{R} \rightarrow \text{S}}$ (积极) ↓ 的关系，这就是消退(extinction)。例如儿童捣乱行为（或作怪脸）一般情况下可引

起周围人的关注(属积极刺激),但如果在每次捣乱(或者装怪脸)时绝对不予理睬,即撤销关注,也就是使原有的积极刺激水平下降,则捣乱行为可能逐渐减少。

4. 惩罚 行为结果使消极刺激增加,从而使行为反应逐渐减弱,即 $R \rightarrow S$ (消极) \uparrow 的关系,这属于惩罚(punishment)。例如,曾有人使用以下方法矫正性犯罪行为,由色情图片影视等诱发被试者产生性唤起反应,立即给予电击使产生痛苦,经反复训练可望使其性犯罪冲动逐渐减少。

但在实现生活中,许多惩罚效应往往隐藏在“好心”的行为活动之中。例如家长“好心”地严守在畏难于做作业(R)的孩子身后,一遍又一遍地“讲道理”,随时随地的高声“鼓励”(S),其实这S里隐含着让孩子很难受也很紧张的成分,易产生惩罚效应,导致孩子越来越畏难于做作业。

5. 综合案例 某些复杂行为问题的形成(特别是社会行为问题),往往同时包含以上几种行为学机制,许多慢性功能性疾病患者的复杂行为症状群的形成与此有关。

以慢性疼痛综合征患者为例(参见表4-2),患者的慢性期心理行为症状形成过程可能包括:①正强化机制,例如过多的上床休息行为导致家人的关心和体贴增加(家人认为其疾病加重),从而对上床行为产生正强化;疾病症状如痛苦面容等疼痛行为越是表现得淋漓尽致,越容易获得更多的劳动保障或保险方面好处,从而可能正强化了疼痛行为。②负强化机制,例如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,可能最终导致慢性疼痛患者的赖床行为。③消退机制,例如患者刚形成的某些自主生活管理行为如自己上厕所,家人以为其症状已经好转,无意中撤销了原有的关注和爱护,患者的这种积极行为则可能因此而消退,重回“重病”角色行为。④惩罚机制,例如患者努力尝试自己洗脸、上厕所,却受到家人的“责骂”,从而构成惩罚机制。

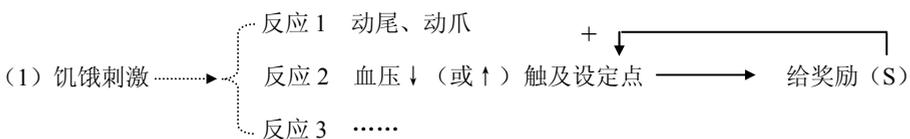
四、内脏操作条件反射

(一) 实验与解释

Miller NE (1967) 进行的动物内脏学习(visceral learning)实验实际上是操作条件反射的另一种形式,即内脏的操作条件反射。

实验过程中给动物一种刺激,例如光刺激,动物除出现外部动作反应如尾巴、爪子运动外,还可能出现血压下降或上升等内脏行为活动的变化。这些变化有的可能是对光的直接反应,有的可能是生理范围内一种随机波动,当然每次光刺激时出现的各种反应也不可能完全一样。

如果在实验中只要观察到有血压轻度下降并达到设定的值,就给动物美味的食丸(奖励)作为一种强化措施,这样经过反复的强化训练,动物的血压在刺激时下降的幅度就会增大,直至学会选择性地降低自己的血压以取得食物。至此,即可认为动物已学会“操作”自己的血压。由于血压等内脏活动在通常情况下被认为是不受意识支配的,是不可操作的,因而该实验与斯金纳工具学习过程存在差异。



(2) 饥饿刺激 \rightarrow 血压 \downarrow (或 \uparrow) \rightarrow 取得奖励 (内脏操作条件反射或内脏学习)

内脏操作的条件反射实验过程示意如上图。

Miller 等人为了进一步证明内脏学习不是骨骼肌随意反应的结果,排除因为骨骼肌全身放松操作条件反射对血压和心率的影响,在实验中使用箭毒来麻痹动物,以消除随意神经调节下的骨骼肌系统的作用,在人工呼吸下继续实验,并改用 Olds J(1954)发现动物“愉快中枢”实验中的奖励性脑刺激(rewarding brain stimulation)技术。只要动物出现预期的内脏反应,例如心率下降,就通过脑内的埋藏电极给“愉快中枢”以电刺激作为奖赏。结果,心率降低能得到奖励的一组动物学会了降低心率,反之也可以学会升高心率。实验结果证实,内脏学习与肌肉活动无关,并且属于一种特异反应,而不是一般性的泛反应。通过实验,用类似的内脏学习方法还可以训练动物控制心率及其他内脏平滑肌运动和腺体的分泌等。(图 2-2)

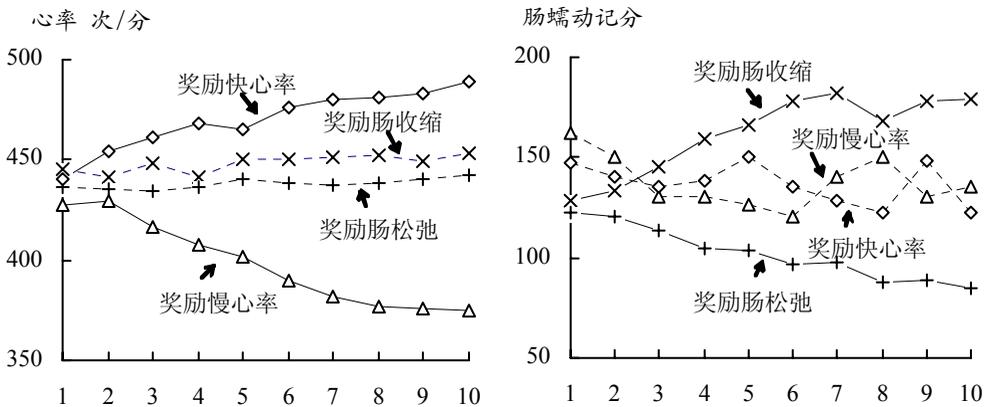


图 2-2 内脏学习 (自 Miller E, 1969)

(二) 内脏操作条件反射的临床意义

长期以来,人们在心身二元论影响下,对人体的基本认识是,一个人可分为随意控制(意识)和不可随意控制(非意识)的两部分。前者由随意神经所支配,如骨骼肌系统,后者由自主神经系统和内分泌等其它自动调节系统所支配,如血压的高低,消化道的运行等。

但实际上,经验丰富的临床医生都知道,作为能被随意控制的骨骼肌系统,也存在不能随意控制的现象。例如,紧张性头痛、颈椎病等患者的头颈部肌肉张力过高,而患者自己根本无法将其有意识地放松。反过来,作为非随意控制的肠胃道运动,在某些人身上(如练气功者)却可以让自己有意识地控制。

Miller 内脏学习实验为解答上述问题提供了一种启示,那就是人体非随意调节的功能活动部分,一定条件下也许可以转换成可随意控制或者至少部分可随意控制。

更重要的是,这一理论可用于设计和实施心理行为治疗,如利用内脏学习原理设计临床上的生物反馈治疗(参见第六章)。

内脏学习理论还可以解释临床上或生活中某些“奇怪的”现象。

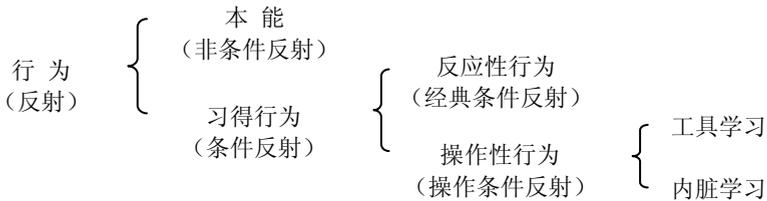
例如,笔者和吴根富(1993)在有关癌症患者临床集体心理治疗的研究工作中,还观察到住院练功癌症患者在经过近一个月的运气训练后,多数在训练开始后的 10-20 分钟内,能做到主动放屁(排出“浊气”)。这显示,肠道运动一定程度上是可以被患者学

习控制的。

又例如，个别孩子每次遇到让他焦虑的考试日，当天早晨就自动出现腹痛症状（也可检测到肠道蠕动）。这可能与此前反复在考试日因腹痛获得焦虑减轻（不用考试了），形成内脏操作条件反射有关。

最后，近年来国内有人试图将运动神经接到内脏神经上，以解决脑瘫等原因导致的排尿控制障碍。从科学常识来看，确实有违基本生理学知识，但如果从内脏学习的理论角度，也许值得进一步探讨，但必须突出“学习”与“强化训练”原则。

至此，我们将上面的三类条件反射简要汇总于下。从中可大致看出“反射”、“行为”与“学习”三者之间的关系。



五、其他学习理论

除上面几种主要的行为学习理论外，还有许多新的或发展的学习理论。

（一）混合学习模型

经典和操作条件反射理论模型来自动物的实验研究，单独用其中一种来解释复杂的人类行为有困难；自然界影响行为的各种中间刺激因素很丰富，有自然的、社会的、生理的、心理的等，因而相应的反应种类也多，且这些反应还受各种机体因素如疲劳、药物、遗传背景等的影响。针对上述问题，有人认为这两种学习模型是过于简单化了，提出所谓的混合学习模型(mixed learning models)。这种理论认为，人类行为是上述两种学习模型加上其他许多因素共同发挥作用之结果。

例如，通过经典条件反射，病孩形成对治疗操作的害怕反应，这种习得性紧张害怕又促使病孩主动回避任何医疗操作，形成回避条件反射。如果这种回避使得一次又一次的害怕减轻，回避行为会通过操作条件反射过程被固定下来。

混合学习模型为多渠道行为纠正方法提供理论依据。

（二）行为自我调节理论

行为自我调节理论(theories of self-regulatory behavior)强调人类自己能调节自己的行为，包括自我观察、自我判断、自我反应等过程。当环境因素发生作用时，个体有能力通过调整自己一定的活动来做出反应，甚至去安排环境。在调整自己活动的整个过程中，认知因素也始终在起作用。人的自我调节能力会随着心理压力、机体损害等条件的影响而削弱，这时环境因素就很容易控制个体行为，这可以解释医学心理学中某些心身失常的发生原因，例如一个平时自我调控力很好的人在被告知癌症诊断后可能出现行为失态。

行为自我调整理论被广泛应用于各种自我管理 (self-management)治疗方法，如松弛训练(relaxation training)和生物反馈(biofeedback)等。

（三）社会学习理论——示范作用

另一种学习理论是示范作用 (modeling) 或模型作用。这是著名社会心理学家班都拉 (Bandura A, 1961) 提出的一种社会学习理论 (social learning theory)，是对行为学习理论的新贡献

1. 常识和实验 在日常生活中，甲孩子看乙孩子接受注射并且乙表现很坚强，当甲孩子接受注射时，他可能也会表现坚强，这就是示范作用。同样，我国古代对于孩子的教育，很重视环境对孩子成长的影响，所谓“孟母三迁”，“近朱者赤、近墨者黑”等古训也是这个意思。示范作用与条件反射一样，也是人的一种基本学习类型。

班杜拉通过设计实验证明暴力行为对孩子行为成长过程的示范作用。实验中，孩子们先观看一个青年对充气模特实施各种暴力袭击。接着，孩子们纷纷上场，令人惊奇的是除了很好地模仿刚才青年的攻击行为外，孩子们还会派生出不少“创新”的攻击行为，如对准模特的眼睛和鼻子实施拳击，骑上模特的身体再拿着玩具手枪攻击模特的肚脐等。

2. 示范作用的过程 班都拉提出示范作用包括四个过程：①注意：学习者观看某一榜样，注意辨认其中的特征；②记忆：记住这些特征行为，成为日后行动模型；③行动：行为者透过记忆，表现出这种行为；④依操作条件反射的强化原则，增加或减少这种行为的再发生次数。

3. 示范作用的意义 示范作用对解释社会性行为的习得，以及解释人格的发展都尤为重要。据认为，某些患者表现出的疾病角色行为也与示范作用有关，同样，也可利用示范作用对此进行纠正。例如 Melamed BG (1975) 等曾利用电影中勇敢男孩接受手术治疗的模型，对外科儿童或者进行术前观摩示范教育。研究的结果显示，示范作用降低了儿童的手术焦虑和术后不良行为反应。

(四) 认知和行为学习理论

在本章第四节和全书其他章节都涉及到认知因素及其对心身关系的作用。格式塔心理学创始人之一苛勒 (Köhler W, 1887-1967) 1925 年猩猩取香蕉的顿悟学习 (insight learning) 实验和哈罗 (Harlow HF, 1905-1981) 1949 年猴子找食物的学习定势 (learning set) 实验，就已部分涉及动物认知与学习的过程。认知学习理论 (cognitive theories of learning) 强调学习是基于精神活动的过程而不是行为强化的过程。

所谓认知行为学习理论 (cognitive and behavioral learning theories) 强调人的认知过程在其行为学习中的重要作用。1970 年代中期在美国出现一种新的行为理论，是认知心理学与行为主义心理学理论相结合的产物。该理论强调机体 (organism) 本身的各种因素，如期望、认识、评价，以及信念、人格等因素在行为学习过程中的作用，认为当发生环境刺激 (S) 作用时，机体 (O) 总是根据自己的认知评价等活动做出不同的反应 (R)，而行为反应结果又能控制或改变环境刺激，即 $S \rightarrow O \rightarrow R$ 的关系。

认知行为学习理论对于解释心理病因机制有重要意义，例如常识告诉我们，恐惧症的形成除了条件反射，还与个人的不良认知预期有关，认知是症状恶性循环中的重要因素。

认知行为学习理论更对心理治疗产生巨大影响。认知行为学习理论指导下的认知行为治疗 (cognitive behavior therapies, CBT) 既重视认识因素 (其实是隐藏在意识性认识活动背后的信念或者认识图式)，也重视相应的行为学习训练过程。这是目前最流行的心理治疗方法之一。

六、行为学习理论述评

(一) 学习的基本形式——重复与训练

由上面各种动物实验或者社会实验可以看出,个体反复的学习过程是行为学习的重要条件。

在经典条件反射实验中,铃声在食物的反复强化下形成条件反射。

在操作条件反射实验中,也是食物奖励的反复正强化,促使反射形成。

例如,在日常生活中,人们常会遇到威胁性的情景,这时刺激信号由感知觉传入,使人觉得危险的存在,引起人们的恐惧。恐惧又使人产生各种动机,如逃避或斗争,目的是消除恐惧。由于逃避行为结果脱离了危险,或由于斗争行为战胜了危险,恐惧被清除了,这样,逃避行为或者斗争行为就得到了一次负强化。经过多次反复的强化过程,人学会这种应付危险的逃跑(或斗争)的习得性行为。这在儿童健康行为形成方面具有重要的指导意义。当然,在逃避或斗争行为中,同时包含有上述两种习得性行为成份,即除了躯体活动(操作性行为)外,还有内脏活动如血压升高(反应性行为)等。

在示范学习中,人的各种积极的或者消极的行为,总是在潜移默化、不知不觉中形成。其中涉及对示范模型的反复观察和接触。

(二) 条件反射和示范学习的影响因素

各种条件反射的形成、保持和消退,除了取决于前述刺激因素的属性、强度、频度等因素外,还有许多因素可以影响这个过程,包括主体方面的神经类型或人格特征,客体方面的周围环境、其它外在因素的影响等。例如,训练儿童形成条件反射性的夜间自觉排尿,但在此过程中可能因为服用了“泰诺”而晚上遗尿。

示范学习的影响因素,包括相同的年龄、性别、文化背景容易产生示范效用;破坏、暴力、刺激的行为容易产生示范效果;等等。在临床上,研究、分析、处置儿童心理行为问题时应综合考虑到这些影响因素。

(三)、学习理论对心理健康的认识

根据行为学习理论,人类的个性特征可以被理解成是一系列习得行为的综合。例如固执的性格特点可以在小时从父母那里经过学习强化而获得,一种良好的习惯也可以经过反复强化而固定下来等。这方面的认识对于临床医学工作者非常重要,对于教育工作者和年轻的父母家长尤其重要。

(四) 学习理论对病因学的认识

疾病的发生可能是由于“错误的”习得性行为。

例如,行为主义心理学创始人华生(Watson JB, 1878-1958),是美国第一个将前苏联巴甫洛夫条件反射研究结果作为学习理论基础的人。在华生本人的“小艾伯特实验”中,首先使小艾伯特对原来喜欢的白鼠产生害怕,即在他接触动物时就立即给予人为的恐吓,经过反复强化,小孩在白鼠出现时就产生恐惧反应;接着,继续用类似方法使小孩对白色物体也产生恐惧反应。行为主义认为许多恐怖症就是由于这类学习强化而获得的。

又例如,某些功能性改变(常导致后来的器质性病变)如血压升高以及相当多的疾病临床表现,也可能是错误的习得性行为。在紧张情况下,人会出现心跳加速,血管收缩等反应性内脏行为,如果某种特质的人多次在出现这种心血管行为以后,紧张情绪得到

缓解，这种心血管变化的行为就可能被“错误地”强化（属于负强化），并逐渐成为躯体症状。

再例如，前文提到的条件反射性抗癌药物反应的形成。

许多不良生活习惯和行为问题，也可以通过强化机制而固定下来。

例如，一个人无聊时吸一支烟获得轻松感，久而久之，吸烟行为被强化（属正强化），导致烟瘾、酒瘾等的形成。

又例如，一个儿童作怪相可引起他人的注意，理睬（包括批评和嘲笑）这种行为可能反而成为一次正强化。

再例如，上文提到的社会回避行为和习得性冲动行为等心理门诊常见的心理行为问题的形成，也与社会学习机制有关。

总之，可以使用学习理论来解释许多疾病的症状形成和多种心理行为问题的产生和发展机制，同时为许多疾病和行为问题的预防工作制订相应的教育和指导策略。

（五）学习理论对心理治疗的意义

以学习理论为基础，20世纪中后期在西方形成了多种行为治疗方法和技术，通过行为纠正 (behavioral modification) 可改变不良行为，建立良好行为，治疗某些心理疾病、心身疾病和躯体疾病（参见第六章）。

学习理论还被广泛应用到教学法、犯人改造、低能儿培养（主要是示范作用）等方面。

第三节 精神分析理论

精神分析理论 (psychoanalytic theory) 由19世纪末奥地利医生弗洛伊德 (Freud S, 1856~1939) 所创立。精神分析理论体系非常庞大，涉及面很广。基于我国文化特征以及医学心理学实际应用方面的考虑，本节只做简单介绍。

一、基本概念

（一）潜意识

精神分析理论认为人的心理活动可分为三个层次：意识、潜意识和前意识(图 2-3)。

意识 (consciousness) 是与语言(即信号系统) 有关的那一部分心理活动，换言之，就是人们注意到的清晰的感知觉，情绪，意志，思维等活动，是图中意识水平面以上的冰山之巅。

潜意识 (unconscious) 是精神分析理论最重要概念之一。这是指不能被个体感知到的那一部分心理活动，例如本能的欲望、已经被意识遗忘了的童年经历等，是

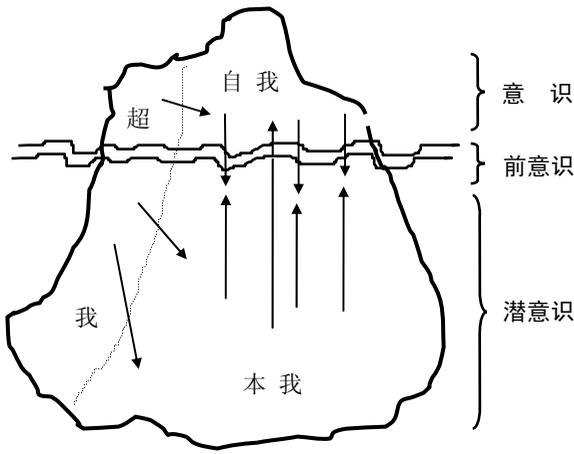


图 2-3 精神分析理论简单示意图

图中水平面以下的冰山部分。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力所左右。

前意识(preconscious)则是介于前两者之间，包括目前不在意识之中而又能被带到意识区域的心理活动，是图中的意识水平面附近部分。

(二) 人格结构与心理动力

精神分析学派有其完整的一套人格理论。他们认为人格由三部分构成：本我(或它我)，自我和超我(图 2-3)。

本我(id)存在于潜意识深处，是生物性的本能冲动，心理动力的来源(故又称心理动力理论 psychodynamic theory)，主要是性本能和破坏欲等，其中性冲动本能或称为力比多(libido)(又称欲力或原欲)对人格正常发展尤为重要。本我是潜意识的，因而不能被个人所知。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)。

例如，年幼无知的孩子饿了就不管什么外部环境条件都哭着要吃，即使桌上的食物不是自家的，也会动手抓住吃。成年人同样存在在本我支配下的食欲和性欲，但会通过下文的自我或超我控制，表现出与环境相一致的取食行为和性趋向行为。

自我(ego)大部分是意识的，也有部分是潜意识的。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。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)。

例如，稍长大一点的孩子，饿了的时候见到食物，会理智地判断自己有钱才去买吃，即使桌上有吃的，但知道不是自家的，也不会去吃，因为吃了可能会受惩罚。

超我(superego)有些类似我们日常所说的良心、良知、理性等含义，一部分是意识的，一部分是潜意识的。超我是在长期社会生活过程中，人们将社会规范、道德观念等内化而成。超我的特点是能辨明是非，分清善恶，因而能对个人的动机行为进行监督管制，使人格达到完善的程度。故超我遵循至善原则(principle of ideal)。

例如，大孩子饿了的时候，见到了食物，也有钱，但因为重要人物在场吃起来不雅观或不礼貌，或者会被人看成嘴馋，此时“超我”会让大孩子不“想”到要去买吃的。又例如，成年人走在马路上，面对来来往往时髦的异性行人，“超我”甚至可以使其不产生丝毫的异念。

弗洛伊德认为，人格是由上述本我、自我和超我三部分交互作用而构成，而且是在个体成长过程中分别发展和完善起来的。人格的形成过程是企图满足潜意识的本能欲望和符合社会道德标准两者间长期冲突的结果。

(三) 人格和性心理发展

弗洛伊德强调 6 岁以前儿童期的性欲快感变化对人格发展的持续影响，即个人早期生活经验影响人格发展。他认为一个人的人格形成要经过五个时期，包括口腔期、肛门期、性器期、潜伏期和两性期。在每一个时期都可能发生人格三部分的冲突，解决得不合理就可能产生人格障碍。

例如，婴儿从初生到一周岁为口腔期，此期个体的快感主要来自口腔的活动，如吮吸、进食。如果口腔的欲求因某种外部因素而遭受挫折(如断乳过早等)，可能会产生滞留现象(fixation)，以后虽然年龄已超过一岁甚至到成年期，但仍可能停留在以口腔活

动(如过食行为)来减轻紧张,这被称为“口腔期人格”。

(四) 新精神分析理论

在弗洛伊德以后出现了各种新精神分析理论,其代表人物有阿德勒(Adler A, 1870-1937)、荣格(Jung CG, 1875-1961)、沙利文(Sullivan HS, 1892-1949)、霍尼(Horney K, 1886-1952)、埃里克森(Erikson EH, 1902-1994)等。他们保留了弗洛伊德学说中的一些最基本概念如潜意识、潜抑和抵抗,防御机制,梦的解释等,同时把文化、社会条件(如父母、个人成长过程)、人际关系等因素考虑进人格理论和治疗原则之中。

较之“老”精神分析,新精神分析强调自我的自主性,强调社会文化因素对人格的重大影响,强调儿童早期经验,并强调人性向“善”等。

二、心理防御机制

防御机制(defense mechanism)是精神分析的重要概念之一,也是医学心理学的重要内容,同时还是应激理论中的重要交叉概念。它被认为是一种潜意识的心理保护机制。当潜意识中本我的欲望与客观实际条件出现矛盾而造成潜意识心理冲突时,个体出现焦虑反应,而心理防御机制则起到减轻焦虑的作用。

心理应激理论(见第四章)与精神分析理论本来不属同一范畴,但由于“应激”过程也产生焦虑反应,更由于近几十年的应激理论研究中的应对(coping)概念与精神分析理论中的心理防御机制存在交叉和易被混淆的情况,故这部分内容曾被笔者多次安排在心理应激一章讨论。这一次考虑还是回归到本章来叙述。

(一) 心理防御机制分类

根据精神分析理论,心理防御机制是许多变态心理的发生基础。但正常人也经常表现出各种心理防御机制,尽管是潜意识的,但这有助于缓解焦虑反应,因而是一种心理保护机制,在某些情况下能减轻心理应激反应。

按照心理防御机制发展的成熟程度,及与心理疾病的密切程度,可分为:①精神病性防御机制,如否认、曲解,外射等,这些机制见于5岁以内发展阶段的儿童,成人也偶在梦中或幻想中见到,但被精神病人极端地使用(此时的投射机制可表现为妄想);②不成熟型防御机制,如退行、幻想、内射(疑病)等,这些机制多发生于幼儿时期,但也被成年人如人格偏离者所采用;③神经症性防御机制,如合理化、反向作用、转移、隔离等,这些机制常被神经症或者极端采用;④成熟型防御机制,如幽默、升华、压抑等,是一些较有效的心理防御机制。

此外,还可以按照心理防御机制的表现性质,可分为:建设性防御机制(如升华);攻击性防御机制(如转移、投射);逃避性防御机制(如压抑、否认、潜抑、退化);替代性防御机制(如补偿、幻想);及掩饰性或伪装性防御机制(如合理化、反向、隔离)等。

(二) 常见的心理防御机制

以下介绍几种在文献中较常出现的心理防御机制(修自陈滨江,见1986年五校合编教材)。

1. 否认(denial) 这是一种比较原始的简单的心理防御机制,是指对某些客观现实的不承认,特别是把已经发生的悲痛,或者不愉快而令人难堪的经历加以否定,以减轻心理上所承受的压力,可以暂时起到缓解焦虑的作用。在一般常见病患者中,有时也

会表现出否认机制，结果表现为在意识层面“不承认”自己所不愿接受的事实。

例如，在本书第七章冠心病一节中，详细谈到心肌梗死患者的否认机制问题。

作为医生和来访者家属，对患者的否认机制应该有充分认识，以免使诊断和治疗受到干扰。国外对于否认机制的临床应用研究比较多，读者可适当关注。

2. 合理化(rationalization) 又称文饰作用，或酸葡萄机制。这是指一个人遭受挫折，或者无法达到自己追求的目标，或者做错了事，举止不符合社会道德规范时，往往会无意识地找一些原谅自己的理由来进行解释，尽管有些所谓的理由往往不值一驳，甚至有时十分荒谬可笑，但本人却据此说服自己，从而免除精神上的苦恼。

合理化有许多形式，酸葡萄心理和甜柠檬心理是最典型的两种。伊索寓言说一只爱吃葡萄的狐狸，发现葡萄架上挂满了葡萄，很想摘下来吃，但又够不着，狐狸不承认自己没能力吃上葡萄，反说葡萄是酸的，自己根本不想吃。这就是酸葡萄心理。又如自己的孩子天资差，则说“傻有傻福”；钱包被人偷去了，则说“钱是身外之物”等等。与此相反，在得不到葡萄只有柠檬的时候，认为柠檬也是甜的，这是甜柠檬心理，凡是自己有的东西都是好的，以此减轻或平息内心的欲望和不安。

合理化在正常人身上表现的非常普遍，在患者身上也有重要的意义。

3. 升华(sublimation) 是把不容易实现的欲望，经过改头换面，指向比较高尚的目标和方向。

例如，考场落榜，情场失意，如坚持自己的强烈需求，势必要触犯社会，产生不良情绪或后果，如能将这些欲望引导到更高的层次，例如搞创造发明，参加文学艺术活动等，既能使欲望得到满足，又有益于社会 and 他人。这就是升华。

升华是最有积极意义和建设性的防御机制，但人格过分求全完美倾向（即钻牛角尖）的人，有时候会难以转化为这种防御机制。

4. 幽默(humor) 这也是一种积极的心理防御形式。一个人遭到挫折，处于尴尬的境地，常以笑或说俏皮话等办法进行自我解嘲，摆脱困境，可以维持心理上的稳定。

据说大哲学家苏格拉底有位脾气暴躁的夫人，一次苏格拉底正在与一群学生谈论学术问题，听到夫人的叫骂声，接着她又提桶水过来，往他头上浇下来，使他像只落汤鸡，在场的人和他自己都十分难堪。可是他却只轻轻一笑说：“我早知道，打雷之后一定会下雨”。经他用这样幽默的行为和语言，就把尴尬情境给转化了。

一些通过长期修养的人，会在一定的场合下意识地使用这样防御机制，将困难或窘迫转为轻松和自然。许多外交家在回答记者问题时，常以这种方式摆脱困境。

5. 潜抑(repression) 潜抑是把一些不能忍受或者使自己感到痛苦的冲动、情感体验排斥于个人意识之下。

最简单的例子是人们常把自己不愉快的经历或见不得人的遭遇选择性地“遗忘”，一些众所周知的事实偏偏忘记了，似乎未曾发生。这种“不记得”和因时间过久而发生的自然遗忘不同，并未真正消失，而是转入了潜意识，从而避免因意识到此事而引起焦虑和痛苦。当然，这不一定有效，也未必有助于实际问题的解决。

潜抑是精神分析理论病因学中的重要概念。从心理治疗的角度，应该帮助来访者将其挖掘和宣泄出来，才有益于身心健康。

6. 反向(reaction) 这是以“矫枉过正”的形式处理一些不被允许的欲望和行为。内心的某种欲望或者真实的想法由于社会道德规范或者国家法制而受限制，不允许表

达，可能会以反向机制加以伪装和控制。

例如，有些人对自己憎恨的对象反而特别温和或过分热情，这正是他无意识中的反向作用去掩饰真实本意，可以避免失控而产生不良后果。

反向机制容易在某些神经症来访者中表现出来，有的来访者怕自己会杀人，因此见到刀剪之类的锐器，就会紧张不安，唯恐自己失控而致人于死。一些自信心很差的人，常有这种反向机制。

7. 转移(displacement) 当一个人对某一对象的情绪、欲望或态度，限于理智和社会的制约时，在潜意识中会把它们转移到另一个可替代的对象身上。

“迁怒”就是其中的一种，一位在外频遭挫折的人，可能回家后对妻子、孩子或其他家人转移愤怒，从而可使心境获得一定平静（虽然事后经过理智思考，可能又会很自责）。

实际上，许多正常人都表现出一定的转移防御机制，只不过其转移的习惯性对象不同。

8. 退化(regression) 当人遭遇挫折时，有时会放弃成人方式，而以早期幼稚的方式应付环境变化或满足自己的欲望。这就是退化。

例如，成年人在疼痛难忍时会失声喊叫“妈呀”，这是运用小孩的方式应付疼痛，也算是一种退行的现象，但却无害。又例如，有些来访者在经过死里逃生的周折之后，从医学角度看身体已经复原，但患者不愿出院，这是因为在经受重大挫折之后，害怕再负起成人的责任以及随之而来的恐惧与不安，而退化成孩子般的依赖。

从心理学的观点，退化主要是无意识层面的心理活动以争取别人的同情、帮助和照顾，以减轻心理上的压力和痛苦。可见，医务人员需要注意，患者的退化行为并不都是意识性的或故意的思想问题。

三、精神分析理论述评

（一）病因学意义

精神分析理论以人类前所未有的逻辑来解释许多疾病的形成原因。这本身就具有人类思想方法（thought way）上的创新意义。例如，以我们通常的思想方法，要解决“难以入睡”这个人类最常见的临床症状，来访者应该积极去解决引起症状的各种直接和间接原因，包括设法“让”自己入睡。但实际情况有时候相反，来访者越是“让”自己入睡，则越是清醒。可见人类的意识性认知努力，对解决某些问题还是鞭长莫及的；或者说，某些心理问题的发生发展，未必是我们意识层面的原因造成的。精神分析理论跨过了人类长期形成的因果逻辑思想方法，以一个“潜意识”为核心的多重解释，来解释上述问题的发生和解决办法。

根据精神分析理论，由于人格三部分各遵循不同的行为原则，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。弗洛伊德认为，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，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（分离、躯体化等）以病态的方式表现出来，包括各种心理问题如焦虑、神经症和躯体化障碍、心身疾病等。

（二）治疗意义

弗洛伊德在多年治疗精神疾病特别是神经症过程中，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。他认为这种早期的事件实际上并未遗忘，而是被深深地潜抑在意识之下，通过转换作用(conversion)等方式造成了病态心理症状(神经症等)。他认为这种潜意识里的心理冲突，只能通过梦境或者通过谈话，由患者在不加任何意识评价的情况下自由联想(free association)等一系列方法才能被发掘出来。一旦这种被压抑着的心理冲突被疏泄（或者说将潜意识里的结症带到意识层面被本人所认识），疾病症状可获得缓解。这就是精神分析治疗(psychoanalytic psychotherapy)。

新精神分析学者亚历山大(Alexander FG, 1934)等更进一步提出，潜抑的心理冲突还可以转换成躯体症状。他们认为压抑着的愤怒、忧郁等可以引起心血管、呼吸、消化等内脏功能的紊乱和障碍，这就是心身疾病(psychosomatic diseases)。同样，通过分析治疗，将这些潜意识里的心理冲突和痛苦体验挖掘出来可以治疗这些疾病。

（三）预防意义

由于心理冲突对身心健康关系甚大，健全人格的形成与人格三部分发展过程有关，因而从预防的角度，减少各种心理冲突的产生，处理好人格发展过程各个阶段所出现的困难，防止滞留现象的发生，对于保持身心健康，发展和维持健全人格都是非常重要的。

（四）心身医学上的理论意义

精神分析学派产生于十九世纪末，当时医学科学已冲破中世纪宗教势力黑暗统治而得到迅速发展，但医学界往往把注意力集中在使用理化方法研究人体方面，人成为细胞的王国，对精神的研究却相对地被忽视了。在这种情况下，精神分析学派强调心理因素对机体功能的重要性，这对于推动心身医学的发展，无疑具有积极意义。实际上，心身医学的概念就是由著名精神分析学者邓巴(Dunbar HF, [1903-1959](#))所提出，她创办了世界首份心身医学(psychosomatic medicine)杂志，并自1938至1947担任总编辑。该杂志一直延续至今。当然，目前的心身医学含义已发生很大的变化。

（五）国内情况

我国前三十年有部分专家尝试以中国文化为背景，将精神分析治疗方法“本土化”，如钟友彬的“中国式精神分析治疗”即认知领悟疗法。近十几年，一些从国外回来的专家大力推动精神分析的引入工作，正在形成相应的组织。相信只要注意东西方文化背景的差异问题，也许不久的将来，精神分析治疗在我国会进入全新的时期。

不过，国内也有另一种情况值得注意。不论二十多年前还是目前，笔者都遇到过一些人的询问：弗洛伊德这样强调“性欲”的动力作用，那么他本人的一生是怎样的？是否行为放纵，是否性压抑。这其实是不同文化背景基础上的认识差异。我国文化里的“性”与弗洛伊德的泛“性”之间存在差异。我们解读这个问题时最好将弗洛伊德的“性欲”理解为中文字的“驱动力”或者“心理动力”，是个人各种成熟心理行为形成的原始“驱力”，其中包括中文“性”的发展和成熟。三十年前，早期的国内医学心理学界就已有专家将“libido”翻译为“欲力”以避免上述问题的产生。此后，医学心理学界很少有人再追问这个问题。但直到今天，国内部分初次接触精神分析理论的人，还是会在第一时间产生同样的疑问和提出同样的问题。

第四节 人本主义理论

一、概述

（一）理论的提出

20世纪40年代，临床心理学工作者的理论取向要么是精神分析，要么是行为主义。罗杰斯（Rogers C, 1903-1987）在著名的行为主义心理学家华生指导下取得博士学位，同时还接受过精神分析治疗的系统训练。但在临床实践中，他逐渐不满意精神分析关于人是受控于本能的理论，也不满意行为理论的人受控于奖、惩的生物力量的学说。从而提出一种后来被称为“第三种力量”的新理论。这就是人本主义（humanism）理论。他认为，人天生具有自我实现（self-actualizing）和自我理解（self-understanding），维持自身健康成长，选择和控制自己命运的潜能，而环境（包括其他人）可阻碍这种发展。

（二）举例

为便于理解这个理论，在这里先以树苗的成长和成才为例，做一个简单描述。我们可以对一棵树苗有两种认识。第一种认识是，树苗需要园丁们辛勤地劳作，修剪，施肥、控制病害、防止风雨灾害，然后树苗逐渐长大，终于成材，这是传统的认识，无人不晓。另一种认识是，树苗其实有自己成长的“潜能”，在潜能的支配下，它会在其所在的位置、空间、气候、土壤条件下，自然地、主动地和动态地慢慢长高，分枝，顺着生存的空间形成自己特有的树叶分布和树冠朝向，最后长成与这个空间完全相适应的大树。仔细想想，这种认识其实也是合情合理的。

人本主义在有关一个人能否在其所生活的社会空间里形成良好的适应，能否健康的成长，其理论要点就类似于上述第二种认识。在罗杰斯看来，文化、环境、教育只是阳光、食物和水，而不是种子，自我的潜能才是人性的种子，只要提供给个体以充满人情味的环境，个体固有的潜能就会得以实现。

（三）理论发展

罗杰斯的人本主义观点得到另一重要的人本主义心理学家马斯洛（Maslow A, 1908-1970）以及其他许多著名心理学家和理论家的赞同和促进。

1962年，马斯洛与罗杰斯等组建了美国人本主义心理学会。该学会的四项工作原则是：①心理学首要研究对象是具有经验的人；②研究的重点是人类的选择性、创造性及自我实现；③研究个人与社会有意义的问题；④注重人的尊严与提高人的价值。

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

目前，人本主义理论已被公认为是与健康促进与疾病防治相关的重要心理理论之一。

由于人本主义是一种现象学的观点，涉及的概念很多，也很现实，以下主要以医学心理学所关心的心理健康和疾病为主线，选择介绍部分基本概念和理论要点。顺便提及一些教育学方面的事例。

二、潜能论

（一）有关概念

后文涉及的抽象概念很多，为便于阅读理解，先将有关概念予以集中介绍。

潜能 (human potential): 人本主义认为，人本质上具有争取自我实现和自我理解的动力，这就是潜能

追求积极关注 (need of positive regard): 即个人从他人处得到温暖、同情、关心、尊敬、友爱、认可等。如孩子总是渴望获得大人的关怀。

价值条件 (conditions of worth): 指获得积极关注所需的条件，包括成年社会规范里的美丑、好坏、乖和不乖、贫富、贵贱等价值标准。当孩子表现得符合这些条件时，成人就会不由自主地给予积极关注，“势利眼”就是极端例子。一些人的价值条件往往是一种内摄的价值标准，即以他人对自己的评价来评价自己，而非行为是否能令自己感到满意。这些人往往会生活在“为别人而活着”的痛苦之中。

有条件积极关注 (conditional positive regard): 个体发展时，会不断地从父母和其它重要大人处获得积极关注，慢慢地习得了以服从父母和大人意旨，符合大人的各种价值条件为前提，即可获得关注。

无条件积极关注 (unconditional positive regard): 指去价值条件的积极关注，这时个体不需要以服从或符合大人的旨意或价值条件为前提，即可获得关注，因而潜能得到发挥。

实现倾向 (actualization tendency): 是指个体具有天生的自我实现的动机，是促使个体向外部社会环境相适应的方向发展的基本动因。

(二) 潜能，有条件关注与个体成长

人本主义认为，人本质上具有争取自我实现和自我理解的动力，这就是潜能 (human potential)。人本主义理论又强调，追求积极的关注 (need of positive regard,)，即个人从他人处得到温暖、同情、关心、尊敬、友爱、认可等，是人类普遍的需要。个体发展时首先从父母和其它重要大人处获得积极关注，孩子也习得了服从父母和大人意旨就能获得关注，称为条件性积极关注 (conditional positive regard)，罗杰斯将这种为获得积极关注所需的条件称为价值条件 (conditions of worth)。儿童反复体验这些条件会内化成“自我”的一部分，并随时起作用。个体将他人关注 (评价) 内化为自我关注 (评价)，对自己行为持肯定态度就是自尊 (self esteem)。当实际体验与“自我”有分歧时就会发生自我失调 (self incongruence)。而这种不协调乃是人类适应不良的根源，具体表现为焦虑。

由此可见，一个人在成长过程中，可能会受到许多带有社会规范成分即价值条件限制的有条件关注；也可能在不带价值条件的无条件关注环境下成长。人本主义理论认为，这两种不同的生长环境，对个体健全人格的形成，社会适应能力的培养，也就是说对个体潜能的充分发挥，起着重大的影响作用。

以下以一位女研究生的成长过程为例，对以上内容作进一步说明。

门诊案例：在内地某贫穷山村，社会上的“共识”是穷人的孩子应该早懂事、早当

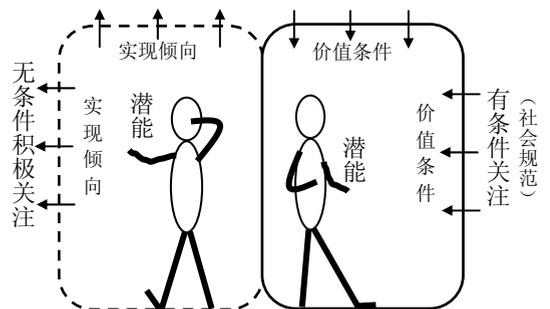


图 2-4 条件关注、潜能与自我实现

家。于是，当某个穷苦人家的小女孩很“懂事”地为残疾父母洗东西时，周围的大叔大妈们就会给她投去赞许和爱怜的眼神和语调，这时传递的是一种“有条件积极关注”（其标准价值条件是：穷人的孩子应勤劳、懂事和自控），孩子因此不断获得积极关注，变得更加听话、懂事和自控。反过来，当有一天这个穿着破衣服的女孩忘我地跟在邻居小朋友后面一起又跑又跳、又歌又舞时，她瞬间感受到了大叔大妈们投射过来的奇怪、怀疑和否定的眼神，使她的行为动作瞬间僵住了。此时传递来的同样是“有条件关注”（其潜在的标准价值条件是：都穷得没衣服穿了，还穷开心，丢人）。女孩因这类情景多了，以后每当遇到小朋友群体时，她就很懂事地独自干活去了。由于在价值条件作用下她的某些“潜能”被压制，虽然她变得越来越争气、很自觉，成绩也很好，直到研究生即将毕业。但由于成长过程中那种天真、随意待人的潜能被抑制了，她对自己十几年来的社会交往能力是越来越绝望。以上就是她对自己童年经验的回忆片段（图 2-4 右侧）。

应该说，上述案例中的大叔大妈们所代表的社会期望（或价值条件）也是无意中希望这个孩子成长得更符合社会标准，并无欺贫爱富的意思，也绝无要使这个孩子将来“放不开”的意图。况且，实际生活中，也确实有许多孩子因为早别人一步“懂事”，从而取得了当今教育环境下的“先发优势”。

但是，心理门诊遇到的类似本案的青年人却很多。人本主义理论确实能将这些人的心理问题产生和发展的原因解释得合情合理。当一个人在成长过程中一旦潜能被压制，个体就会用太多的社会规范（价值条件）要求自己，而同时又越来越否定自我，好像一切都是“为别人活着”（该女孩语），长期陷入自我冲突和心理痛苦之中。

（三）潜能，无条件积极关注与个体成长

如果我们将上述女生案例做一相反的假设，则其个人的成长就可能会发生相反的变化。

当有一天这个穿着破衣服的小女孩忘我地跟在富足邻居小朋友后面一起又歌又舞时，尽管因缺乏训练，动作幼稚夸张，但博得了大叔大妈们不带价值条件的无条件积极关注（unconditional positive regard），如中性的友善的笑。女孩在人性中的实现的倾向（actualization tendency）下，人的天真、好动、喜爱表演的潜能（human potential）得到发挥，并获得了自我（the self）与经验（experience）或现象场（phenomenal field）之间的和谐（见下文）。由此下去，随着年龄的增大，她唱的歌由走调变得音准，由平淡变得激情，随着水平的提高，又会带来更多的积极关注，说不准一位音乐家就由此诞生。但更重要的是，她从与人一起玩耍到成年后与人面对面的竞争，都能够“放得开”（图 2-4 左侧）。

如此看来，人本主义无条件积极关注，应成为解决潜能被抑制的临床心理问题的理论处方（即人本主义疗法或来访者中心疗法），也对教育和培养孩子理念产生重要的影响。人本主义的教育理念在发达国家被普遍接受，国内一些引进的电影里也往往渗透出这种人本主义式的儿童教育和成长镜头。

三、自我论

（一）相关概念

Rogers(1970)提出的自我论(self theory)中，涉及自我、理想我、现实我、自我概念、价值条件、自我实现，以及现象场、经验等许多专门概念。为便于后文阅读理解，

先将其中部分概念予以集中介绍。

现象场(phenomenal field): 泛指个人经验的全部, 包括对周围世界一切意识到的部分。如上例女生对自己目前所处环境中的人、事、物的全部知觉。

经验(experience): 其名词的含义即上述的现象场, 指在特定时刻个体所发生的或进行的事情, 且这些事情是可以被意识到的。其动词的含义指个体内部接受当时所发生的感受或生理性事件的刺激, 此过程可以在不同的意识层次上进行。如上例女生来门诊前一天去参加应聘时的各个困难环节和各种心身感受。

自我(self): 指现象场中与自身有关的部分, 即对自己及与自己有关事物的认识, 这种“自我”只是个人意识到的与自己有关的经验。如上例女生对处在目前环境中的自己“困境”的知觉。

现实我(real self)与理想我(ideal self): 前者是指一个人所期望的自我形象, 后者是指对自己现状的评价。这两种自我概念中的任何一种出现困难都可导致心理问题, 如果两者之间出现严重偏离时, 则易发生心理障碍。如上例女生的“理想我”是期望自己能与别人一样在社会交往中顺畅自如, 而“现实我”是感觉自己待人处事中什么都放不开。

(二) 自我实现、自我概念与自尊

自我实现(self actualization): 是指一个人通过实现的倾向(actualization tendency), 力求变成他能变成的样子, 包括完美人性的实现(人类共有的潜能或称之为完美人性, 如友爱、合作、求知、审美、创造等在此人身上获得发挥)和个人潜能的实现(个人的潜在能力获得充分发挥)。

自我概念(self-concept), 是指个人在自我发展的过程(自我与现象场的互动)中对自己的主观知觉, 主要包括“我是个什么样的人”和“我能做什么”, 扩展以后还包括个人的知觉、态度、价值观等, 构成综合的具有独特性的“我”。例如, 上例女生对自己的主观知觉已经极差(已有自杀意念)。

自尊(self esteem)的反义是自卑(inferiority)。前者是指个体接纳、支持自己的程度, 或是对自己的肯定评价; 后者则反之。例如, 上例女学生门诊见面的第一句主诉就是“我很自卑”。

由于自我概念是主观的, 一个人对自己的看法未必与其客观实际情况一致, 因此, 一个实际能力和成就均不差的人, 却可以认为自己是失败者(自我拒绝)。同样, 一个能力和成就都一般的人, 可以认为自己很不错(自我认同)。

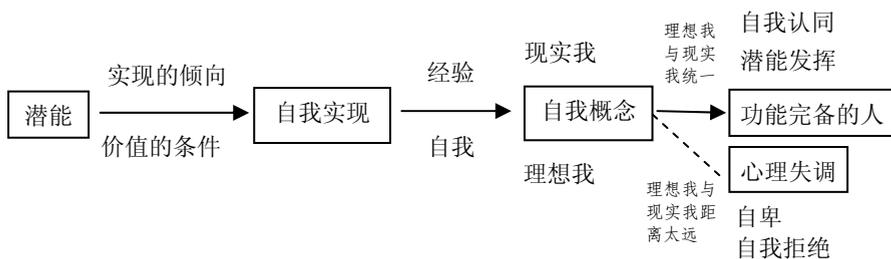


图 2-5 自我实现示意图

一个人以自我概念为依据，评价自己的处事经验。如获得的经验与自我概念不符，即产生焦虑，长期的焦虑累积则引起情绪障碍。因此，经验和自我概念之间保持动态的适应性是心理健康的表现。

自我概念随个人经验的增多而发展，可发展形成“理想我”，即自己希望是什么样的自我。与之对应的则是“现实我”。一个青年人的理想我与现实我愈接近，或者他的理想我是从现实我基础上发展起来的，则这个人的适应越良好，生活也越幸福，这就是心理健康。否则，两者距离越来越远，将会使其适应越来越困难，心理健康水平越来越低下。

以上内容简单示意于图 2-5。

四、功能完备论

（一）功能完备的人

罗杰斯认为，能够代表人类最终“实现”的人，就是能以最满意的方式适应环境，并能积极地趋向实现的发展方向，自我与经验（体验）之间和谐，与他人关系和谐，能清楚知道内在体验，但并不防御或扭曲体验。这就是功能完备的人（a fully functioning person）。

功能完备的人特征包括：①. 对经验的开放性；②自我与经验和谐一致；③信任有机体评价历程；④更富自由感；⑤高度创造力。

（二）心理失调

当自我概念与经验（实际体验）之间不协调，就会产生自我失调（self incongruence）或心理失调（mental disorder）。这种不协调乃是人类适应不良的根源，具体表现为焦虑。

罗杰斯认为，由于价值条件的作用，与之不一致的经验或被拒绝进入意识，或以歪曲的形式进入意识，是导致心理失调的原因。此时，被拒绝的经验（体验）越多，显示这个人的自我概念与现实间的差距也越大，相当于一个人的理想我和现实我距离越远，就会出现自我否定、自信丧失（自卑）直至自我拒绝。某些青年人的自杀可以从这个思路加以分析。

罗杰斯认为不协调的原因是条件性积极关注所致，所以，提倡用无条件积极关注（unconditional positive regard）来消除这种不协调。

例如，在心理问题的门诊处置方面，特别是那些仅存在一般适应不良问题的年轻人，无条件积极关注可以是最主要的心理干预技术；而在儿童教育方面，所谓无条件关注是指对儿童的各种行为给予关注（使用中性的语言引导，而不作“坏”，“好”的条件性评价）。

五、人本主义理论述评

人本主义理论及其相应的心理干预技术，主要是现象学的方法（phenomenological approach）。该理论作为第三种重要心理理论，对心理学理论的发展产生过重大影响。特别是比照早期行为学习理论过分重视用实验研究解释心理行为现象和过度重视环境对心理的影响，以及比照精神分析理论特别重视人性“从恶”的研究角度以及心理动力受控于本能的学术视角，人本主义理论从人性向善、向上，自我完善的角度，研究和解释

正常和异常心理的发展，以及寻找相应的解决问题的方法，确实是名不虚传的“第三种”心理学。

在临床方面，人本主义理论作为一个整体的理论体系，可以通过其全新的理论逻辑（潜能说和自我实现说等），来解释多种心理健康问题和心理疾病的发生与发展机制，从而指导对某些来访者心理问题的分析和诊断（如前文女研究生案例）。当然，由于该理论的现象学特性，对数量化的诊断帮助较小，主要起着理论指导的作用。

不论在医学临床或者在心理门诊，人本主义理论所倡导的无条件积极关注和共情（empathy）或同理心等基本技术或基本态度，是处理与患者或来访者关系的共同原则。在心理咨询领域，特别是教育模式的心理咨询专家那里，人本主义理论与方法是其基础的干预手段。

在健康心理学方面，特别在儿童健康教育领域，人本主义理论在心理疾病的预防和健全人格的培养，良好社会适应能力的形成等方面，均有重要的理论指导意义。人本主义理论与行为学习理论一样，是当今教育心理学重要的基本理论，对于改善我国传统的教育理念，具有重大意义。

不过，近年来国内也出现另一种倾向，那就是对人本主义教育理念的偏离。

门诊案例：一位男孩入小学一年级，第一周就被老师告状，上课多嘴，并敢于在课堂与老师辩论。例如，老师给予指出上课不要说话，他回答“老师，某某同学说话”（意为他在揭发该同学才说的话）；老师再次指出那你也别说话，他回答“老师，某某上课讲话是不对的”（意为你老师应该追究某某才对呀）；老师又说我们下课后再讨论好吗，他回答“老师，下课是玩的时间”（意为下课休息时间不能被占用）。追踪该男孩的发展史，发现其母是幼儿园老师，从小对孩子比较“人本主义”，结果发展成为自由、胆大，但控制力过弱的行为特点。母亲在心理门诊对此提出疑问，孩子在幼儿园里是蛮“顺风顺水”的，为何进入小学就不行。我们的解释是，一方面，在这位母亲身上，人本主义“无条件积极关注”，被偏离为对孩子的放纵或放任自流，故孩子的行为比较“出格”，但因为幼儿园里的无条件关注范围较浓，故能适应。另一方面，更重要的，是我国目前的教育现状，自小学开始就不再能够提供“无条件积极关注”的大环境了，故孩子进入小学后即面临着环境的不适应，而这种不适应也许根本等不及“潜能”的逐步发展，就已经陷入与环境之间的恶性循环了。可见，人本主义理论和方法确实值得推崇，但需要注意准确理解理论的内涵，方法的把握和社会大环境条件的文化差异。

最后，从整体和横向比较的角度，人本主义理论在学术界的影响或波及的范围相对较窄。另外，该理论强调无条件关注的绝对作用，但似乎没有重视条件性关注可能的积极作用（也许上面例子就面临着这个问题）。

第五节 认知理论

一、概述

（一）认知和认知心理学的概念

所谓认知（cognition），从信息论的角度就是信息加工，即对感觉输入信息的转换、贮存及使用等的加工过程。

认知心理学 (cognitive psychology) 兴起于 20 世纪 50 年代中期。在经院式心理学时期以及科学心理学早期, 意识是主要的研究对象。但 20 世纪前、中期, 由于行为主义等学派的崛起, 意识体验的研究曾被冷落。但在 20 世纪 50 年代中期, 一种新的心理学思潮即认知心理学开始兴起, 至 7、80 年代成为西方心理学的一个重要方向。与以往的心理学派不同, 认知心理学不是由个别心理学家所独创, 而是由许多心理学家共同努力而逐渐形成的。

就目前来看, 认知心理学可以有广义的和狭义两种理解。广义的认知心理学以心理过程为研究对象。狭义的则是指人脑的信息处理过程。

人脑的信息处理研究起始于 20 世纪 60 年代, 它受计算机技术发展的影响, 其中有关人工智能的研究就是代表。根据认知是信息加工过程的观点, 可将此过程分解成一系列单元, 分别对输入信息进行加工, 最终的产物就是反应。可以研究信息加工所经过的阶段, 以及人类心理中的信息表示形式等。

信息处理心理学家是通过观察输入和输出的东西来推测无法直接观察的心理过程。有人称此为“会聚性证明法”, 即把不同性质的数据会聚到一起而得出结论。心理生理学家则称之为“从生理学的数据到心理学的构想”, 即通过生理反应结果来推论内部的心理过程。选择反应时的研究就是一种会聚性证明法。

计算机模拟、类比、流程图与出声思维以及事件相关电位等方法均曾用于认知研究。

目前认知理论影响的领域已经很广。除了心理生理学领域通过生理变量的信息来阐明心理活动, 在心理治疗领域各种认知疗法也被广泛使用。

认知学派将心理看成是活动的、可意识到的问题解决系统。与精神分析和行为主义理论观点不同, 认知学派似乎重新回到人类自古以来习以为常的一种观点, 那就是一个人通过感觉、知觉、记忆、想象、思维等认知活动过程, 可以控制各种行为。但需要指出的是, 认知学派对于认知与行为关系的认识, 并不是简单地重新强调认知对行为的重要性, 而是有新的理论认识和相应的心理干预技术。

(二) 人类认知的某些特点

以下介绍人类认知活动某些共同的特点(修自季建林, 2002)。了解这些特点, 有助于在临床上开展相应的心理指导。

1. 认知的多维性 事物都具有多维性, 即便如“人”的外表, 就有高矮、胖瘦、白黑等多个认识维度。故要完整地认识一个事物, 需要从尽可能多的维度入手。

例如, 利用认知的多维性原理, 有助于说服某些来访者因为看问题角度单一而出现的认识偏差, 其中特别是那些因为知识和经验缺乏所致者。

2. 认知的相对性 一个事物往往存在两个相反的方面。古代人所说的“祸福相依”即是一例。因此, 可以设法引导来访者从事情的消极认知方面转向积极认知, 这也是常用的心理指导方法。

例如, 一位对母亲生前照顾不周而抱憾终生的来访者, 可以对她说: “你的自责说明你和你母亲相互关爱。但你想一想, 母亲如果有知, 一定会因为你长期的自责和痛苦而使她也感到痛苦, 相反, 你现在如果幸福也一定会使她感到幸福。”

3. 认知的联想性 人类的认知活动并不仅仅是当下的感知觉活动, 而是与人的经验、理解、想象、情感等因素相关联。“情人眼里出西施”就是这个道理。利用认知的这一特点, 可以对某些过分直观看问题的人进行心理指导。

例如，针对某人斤斤计较于对手的某一句不顺耳的话，可以向他指出，也许对手当时说这句话时正被某一件历史记忆所影响。

4. 认知的发展性 人类的认知是随着环境的变化和自身的发展而有所变化的。一个人处在不同的历史时期对事物的看法可有所改变，在不同年龄和阅历阶段上看问题也有所不同。

例如，对于那些斤斤计较于别人以前说过什么而至今始终不能给人以谅解的人，可以给予指出，人的认识是会随环境变化和自身发展而变化，如果现在让此人再来说一说，也许内容就不一样了。

（三）认知、情感和行为的的关系

认知、情感和行为，或者称之为“知情意”，这三者之间并不是孤立的。从系统论的角度，这三种心理活动过程仅仅是心理系统的不同组成部分，他们之间存在互相影响，互为平衡的关系（图 2-6）。本节特别强调认知对情感和行为的影响。例如，认为自己考试成绩很棒的人，其情绪就积极，学习积极性也增强。反之亦然。1972 年沙赫德通过现场实验，提出情绪的认知生理学理论，20 世纪 60 年代阿诺特提出情绪的认知评价理论，也都以严密的实验研究证明认知对情绪的强大影响作用。

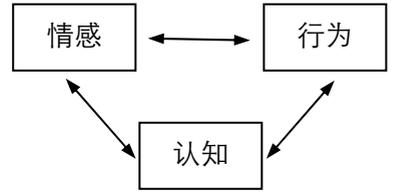


图 2-6 认知、情感、行为关系

因此，通过改变个人的认知过程，可以达到改变情绪，改变行为的治疗目的。这就为认知治疗提供了理论依据。当然在心理治疗过程中改变一个人的认知，也不是一般人所认为仅仅是知识的传递和思想的教育，其中涉及很深的理论和实际操作技术问题（见下文）。

改变认知，其实就是改变“认知偏差”。

二、认知偏差

认知活动是人类认识世界的武器。没有正确的认知，就不能正确地把握世界。

人与人的认知活动，虽然主观上认为只要秉承公平和正义原则，就会有认识上的一致性，但客观上却并不是那么的一致与统一。这其实是正常现象，否则人与人之间就不会有分歧，不会有矛盾和矛盾的恶化，世界也就没有冲突，也就没有战争了。

但是，如果某人的认知活动特别偏离一般人的认识轨道，以至于造成个人严重的情绪和行为问题，或影响社会的适应，则这样的认识差异已经属于认知歪曲 (cognitive distortion) 或者认知偏差。研究认知偏差的类型和产生的原因，可以用于解释许多心理问题产生的原因，以及提供相应的解决心理问题的方法。

人类的认识偏差可以分为知识层面原因导致的认知偏差和人格层面原因导致的认知偏差。

（一）知识层面引起的认知偏差

也许人类具有无限的认识世界的的能力，但作为个体，在某一时间段和某一情景下，其认知能力还是受到限制的。学识、经历都影响一个人的认知范围和准确性。因此，当我们将自己的某种认识和体验告诉别人时，对方却未必能够理解和认同。

因知识的原因（如知识缺乏或错误的知识）导致认知的差异（或认知偏差），是造

成人之间冲突，或者引发各种心理问题的重要原因。

门诊案例，一位中年妇女因为爱清洁，总是在雨过天晴后将用过的雨鞋洗干净，然后用塑料代密封后放入自家的冰箱里去“消毒”。而她的年轻女儿则因此多次与其反目，认为穿过的鞋子放入冰箱是不卫生的，是多么的“恶心”。两人多次交锋，谁也说服不了谁，导致亲子冲突和家庭问题。显然，来访者分别缺乏某种知识，即低温并无消毒功能，以及“恶心”仅仅是心理作用，导致双方认知上出现相向的偏差。此例给予知识指导，矫正他们因为知识缺乏而出生的认知偏差，问题的根源解决了，因恶性循环导致的其它系列家庭问题也就相对容易解决。

当然，上面这样的极端例子是很少见的，笔者也就遇到过这么一例。但因缺乏常识性知识或专业性知识而导致认知偏差，继而诱发心理问题的临床案例并不少见。例如，认为婴儿的养育核心是营养；认为“性”的发泄会损害身体；认为睡眠量与学习能力成正比；认为“再苦也不能苦了孩子”；认为老年人最需要的是“静心休养”等。只要相关人员对这些认知存在差异，就有可能导致某些心理问题。

医生要在临床上回答上述知识性认知偏差问题，需要有生物、心理、社会、文化等多方面丰富的知识以及临床经验的积累。

例如，针对上面关于家长“最苦也不能苦了孩子”的认知问题，需要给予有关行为发展方面的知识介绍：孩子的成长需要一个相对真实的环境，一切都由大人们倾其所有人工构建一个“不苦”的生长环境，将使孩子失去挫折训练的机会，不利于孩子适应行为的发展，影响将来的社会适应。又例如，对于老年人需要静养的认知问题，可使用心身相关的知识予以解释：要保持一个人的心、身系统的平衡，需要有不断的外部环境的正常刺激，强调“静养”也许适合劳累过度的中、青年人自己，但不一定适合他们的老年长辈。

（二）人格层面引致的认识偏差

人类的认知活动大部分内容在意识层面上进行，但认知活动的方向和具体过程，也受非意识层面的影响或支配，主要是人格因素。

人格的一部分是意识的，例如自我意识，人格的大部分则是习惯化、自动化、非意识的。故人格不像认识过程那样容易被改变，即所谓“江山好改，秉性难移”。人格中隐含的各种信念或者在此基础上处于意识与非意识边缘的观念上的差异，往往是导致个体认知偏差的潜在且强大的原动力（参见图 6-1）。

门诊案例：一位大三学生无精打采，面对其他同学积极外出应聘，他却什么也不想干，还天天在床上睡觉，引得远在边陲的父母赶来处置。他的理由是自己喜欢植物，不喜欢动物，由于高考时受家人的影响，进了不喜欢的与动物有关的现专业，现在要去应聘，等于要去“做自己不喜欢做的事”，故没有劲。这是他意识层面的认识加工过程形成的理由，实际上“让”他这样认知的真正力量来自于意识深层的信念，即人活着就应“做自己喜欢做的事”。经过了解，此人前十几年在家庭、学校和自己的共同努力下，确实走过了一条“做自己喜欢做的事情”的成功之路，这样的经历和体验已经内化为他的一种信念，成为他人格结构的一部分，并影响他的认知，又难以被轻易改变。

尝试给他讲道理，指出成年人即使“做自己喜欢做的事”，也不意味着每天每时每刻都做喜欢做的事，比如还要去办理一件与自己工作无关的差事，或者简单点就是需要打扫一下办公室，试图让他相信一个人不可能绝对化地“做自己喜欢做的事情”。可是，

当他听完所有的这些解释后，停顿了一下，接下来还是反问同一个问题：人为什么要“做自己不喜欢做的事”。意思是，你先明确回答我这个问题，让我信服了，自然我就会听你们的。

实际上，类似这样“钻牛角尖”的问题是无法正面给予满意回答的。因为它来自于人格层面的一种“绝对化”信念，而世界上凡是绝对化的问题是无法回答的，例如，“天外有天，最后一个天之外又是什么”。类似的常见问题还有“为什么要硬着头皮去读书”、“为什么我要为别人考虑”、“世上怎能够允许不公平的存在”等等，这些其实都反映一个人人格层面的信念或观念上的“偏差”，而不是知识缺乏造成的认知偏差。故要改变这样的认知偏差，需要先动摇和改变造成这种认知偏差的信念或观念，这就是心理治疗（参见第六章）。

三、认知改变

对于知识层面原因引起的认知问题，需要通过知识教育和心理指导予以改变。

对于人格层面原因导致的认识问题，需要通过信念和观念的改变来改变认识，这往往是在某些理论的指导下，通过一些具体的心理治疗技术来实现。

（一）认知治疗理论与认知改变

近年来，认知疗法已经被大众所熟悉。但许多人都直观地以为认知治疗就是改变认识，就是教育指导或者思想工作。其实，不论是艾丽斯的理性情绪疗法，还是贝克的认知疗法，梅肯鲍姆的认知行为疗法（CBT），“认知治疗”的实质都不是直接干预意识层面的认知加工过程，而是迂回通过影响人格层面的信念或者认知图式，来改变认识过程。

1. 艾丽斯 ABC 理论的认知改变 20 世纪 50 年代，艾丽斯（Ellis A）提出认知 ABC 理论，并创立了理性情绪疗法（rational-emotive therapy, RET）（见第六章第五节）。艾丽斯认为，环境刺激或诱发事件（A），是通过由信念或信念系统（B）所中介的认知过程，再产生具体的情绪后果（C）。就是说信念系统（belief system）决定认知，要改变认知就要先改变信念。

例如，深层的“从一而终”、“长相守”、“离婚羞耻”等婚姻信念系统，决定一个人离婚后的消极认识，进而导致抑郁情绪。改变相应的信念系统，可以改变此人因离婚导致的情绪抑郁问题。



图2-7 贝克认知理论示意图

2. 贝克认知理论的认知改变 贝克（Beck AT）于 20 世纪 70 年代开创了贝克认知理论和认知治疗（cognitive therapy）（详见第六章第五节）。贝克认为，个人早年成长经历

中形成各种特定的认知结构图式 (schema) (不妨暂时将其理解为官员掌控的图章), 各种生活事件(即生产任务)可激活这种图式, 产生特定的自动性思维 (automatic thoughts) (盖上图章生效的生产文件), 最后构成个人特有的综合认知(按照文件去实施生产)。反过来, 要改变一个人意识层面的综合认知(即需要改变糟糕的生产状况), 可通过一系列的方法, 以改变浅层的自动性思维(即需要修改这个文件), 改变深层的认知结构图式(即从根本上改变官员掌控的图章, 以杜绝今后还会瞎指挥)来实现。(图 2-7)

(二) 其它心理治疗理论与认知改变

不少心理学工作者往往忽略了一个事实, 除了认知治疗, 其它许多心理治疗方法(具体方法参见第六章), 也可以通过各自特定的治疗操作过程, 间接改变来访者的某些认知。

行为治疗通过操作训练, 而不是说教, 可以最终改变认知。例如, 系统脱敏训练降低来访者的临场紧张症状, 最终会使来访者在再次面临紧张现场之前, 不再预期该情景是恐怖的(认识偏差得到矫正), 继而又促进临场的适应行为。

精神分析治疗通过各种动力分析技术, 最终使来访者“领悟”。

人本主义治疗, 只给来访者以无条件关注, 来访者在充分自由“表现”的过程中其潜能得到释放, 最终接受了自己(对自己的认识发生了改变)。

四、认知理论述评

本节介绍的有关认知方面的知识和理论, 对于医学心理学临床工作有重要指导意义。

在有关认知特点方面, 熟悉人类各种认知特点, 有利于正确理解和处理现实生活中或者临床上遇到的一些心理问题。许多心理问题的产生未必是深层人格上的原因, 而可能仅仅是对自身认知特点的不了解, 找不到“想通”问题的途径。此时, 临床工作者如能给予针对性的认知特点分析, 或可帮助其解决心理问题。例如, 应用认知的多维性特点, 帮助癌症患者分析自身疾病的多侧面积极信息, 有助于患者改善原来简单的消极认识。

在有关知识缺乏可引致心理问题方面, 可以增强临床工作者学习知识的动力, 特别是医学心理学所需要的各种心理、社会、行为和生理学等多方面的广博知识, 为通过知识教育和指导来帮助来访者解决某些心理问题打下坚实基础。

在有关认知治疗理论方面, 熟悉深层的信念系统或者认知图式在认知偏差中的作用, 有助于正确理解现实生活中人们遇到的某些心理痛苦, 或者临床上某些来访者的心理疾病症状。它们可能与个体的人格层面有关, 而不是一般人甚至当事人自己所理解的仅仅是意识性的认识问题。此时, 临床工作者如能从个体的信念系统或认知图式上去帮助他们分析问题, 至少可以引导当事人初步理解自己问题原因之所在, 为进一步接受心理治疗打开了通道。

相关认知理论还为我们提出了儿童成长过程中如何培养其积极变通的认识图式的问题, 以减少成年后的认知偏差和促进社会适应。

例如, 过分强调“认真”、“理智”的教育模式, 容易使一些孩子慢慢内化成求全、完美、标准化的认知图式(人格部分)。心理门诊常可见到此类原因导致的青年社会适应问题。

另外一个意义是，认知心理学和认知理论的兴起使人们重新正视内部心理过程的研究，表面看来似乎是绕过行为主义和精神分析的历史阶段，又回归到早期的心理学特征，实际上却反映人类对自身认知功能的理解上了一个台阶，是一种更深入的探讨，向更广阔的方向发展。

第六节 心理生物学方向

百年来，为了阐明心理及心理问题的本质，不少心理学家，生理学家以生物学的方法研究心理行为的生物学基础和心身互相关系，即医学心理学的心理生物学 (psychobiology) 研究方向。

由于心理生物学方面的工作面很广，研究者出身不同，感兴趣的问题亦不同。从目前看，有许多学科与心理生物学研究有关。例如探讨心理活动的脑基础和神经机制，是神经心理学或生理心理学的工作；重点探讨心身互相作用对健康和疾病的关系，主要是心身医学或心理生物学的工作。这些工作互相之间又有许多交叉和重叠。但它们有一个共同的特点，都使用生物学的研究手段。这些研究手段包括：解剖法，破坏法，电刺激法(可通过急性或慢性埋藏电极)、电记录法(脑电、皮肤电、胃电)，组织化学法，分子生物学和影像学方法等。此外，环境手术、环境操作法也被作为重要手段。近年来，随着神经科学研究手段的越来越丰富，心理生物学研究方向正呈现日新月异之势。

一、心理生物学研究历史概况

(一) 神经心理学与生理心理学研究

神经心理学与生理心理学有许多交叉。神经心理学研究心理活动的脑基础，内容涉及脑的心理机能“定位”和脑的心理机能组织问题。原苏联神经心理学家鲁利亚(Lurija AR, 1902-1977)在这方面做了许多开创性工作。近几十年神经心理学研究则获得了快速的发展。(这部分较详细内容可参考有关神经心理学和生理心理学等书籍，以下仅做简单的介绍)

在 20 世纪中前期，大量神经心理学以及生理心理学研究，为认识各种心理过程(如感知觉，行为目的，记忆、思维，注意，意识，睡眠、梦等)的生物学基础提供了许多有意义的证据。一些从事生理心理学工作的学者因为进行许多创造性的工作而获得诺贝尔奖，他们有艾克斯斯(突触传递研究)、哈特兰(视觉感受野研究)、贝克西(听觉感受器基底膜的研究)等。

原苏联学者还曾对心理现象最复杂的部分——个性特征的生物学基础进行了探讨，认为原有的气质类型说四分法过于绝对，而改用“神经系统的基本特性”(包括神经过程的强度，灵活性，平衡性三者的互相作用)来阐明人的心理活动个别差异。他们寻找不少测定方法来定量研究这种“神经系统基本特性”。

在 20 世纪后期，对学习记忆，情绪等问题的生理基础方面研究，亦都有可喜的成就。

近些年来，随着分子生物学和神经生理学许多创新技术的出现，使脑功能领域研究获得一些突破性进展。例如，使用功能性磁共振(fMRI)技术探索学习记忆的脑机制获

得了许多新成果。

但总的来说，由于人脑结构和功能过于复杂，要在这方面取得真正突破性的成果并非容易。

（二）心身相关研究

与医学心理学关系最大的还是心身互相作用的生物学机制研究，即心身医学的心理生物学方向。在这方面，历史上一些生理学家做出了重要贡献。

早在 20 世纪 20 年代，著名生物学家 Cannon 通过大量的动物生理实验，指出情绪状态对机体的生理生化功能产生明显的影响，他特别指出下丘脑在这一作用过程中起着举足轻重的作用。他认为负性情绪的反复作用，可能最终导致机体病理过程的出现。

与此同时，原苏联巴甫洛夫学派也通过动物生理实验，提出“皮层内脏相关说”和“皮层内脏病理学”（可参阅姜乾金，1990e、2007a），认为高级神经活动能左右内脏机能活动，直至可以引起内脏机能失调。

20 世纪 30 年代，Selye 提出应激学说，认为应激是机体对外界刺激的一种全身性应变反应，正常时，这种应变反应有利于体内的调整，并能够促进机体的适应，但在特殊情况下，如刺激过强过久，则可导致心身失常。

1949 年 Hess 使用电刺激某些脑区来研究行为，发现轻度电刺激猫下丘脑特定区域可引起恐惧、发怒和其他生理反应，从而引起了一系列脑的电刺激对行为和生理变化的实验研究。1954 年，他又提出下丘脑前、后部分别属于向营养性系统和非特异性系统的概念，为以后心身疾病的有关中介机制分析提供了神经系统的依据。

Wolff 等人则在 20 世纪中期经过几十年的努力工作，阐述心理变量和生物学变量之间的关系，强调心理社会因素和生理因素相互作用是人类健康与疾病的基础。这些认识成为目前心身医学的理论基础。

20 世纪 60 年代以后，在疾病的发生、发展，治疗，康复等方面，开展了大量心理生物学研究，并且被直接应用于临床。

20 世纪 70 年代以后，则进一步开展心理社会因素致病的生物学中介机制研究，心理生物学研究逐渐成为心身关系研究的主要方法之一。

不过，需要指出的，虽然随着现代分子生物科学研究方法水平的突飞猛进，医学心理学相应的心理生物学机制研究水平也水涨船高，国内外也形成了浩瀚的文献资料。但从整体来看，尚没有出现在心身关系方面的突破性研究成就。

二、目前心身相关研究的主要领域

根据心理生物学的两方面变量——心理行为变量和躯体各系统、各水平的功能活动变量，可以对目前心理生物学研究大致作三方面归纳。

（一）不同心理变量对生理病理活动的作用

与健康 and 疾病关系最明显的心理变量是情绪、个性、行为方式和生活事件。因而心理生物学研究也较多反映在这些变量方面。

情绪状态对机体生理病理过程的影响是众所周知的，但要探明哪些情绪会对生理功能有影响、通过什么途径产生影响以及产生什么样的影响则并非易事。例如长期紧张焦虑较之抑郁失助对健康和疾病的影响似乎有所不同，对不同个体的影响也似乎不同，但这种现象的机制尚须有充分的研究数据加以说明。

个性与健康 and 疾病的关系研究历史已经很久，但研究证据特别是数量化证据仍不充分，生理病理机制也不很清楚，而且已有的一些研究结果一致性也不够。例如好斗的个性被认为与高血压的形成有关，但也有报告认为退守防御的个性与高血压有关。

许多行为方式被认为会影响健康，例如酒、烟瘾、缺少运动、A 型行为等，并且已有大量的研究成果，但也尚待更深入的心理生物学研究。

不同的生活事件如工作压力太大和亲人亡故被认为对健康有不同影响，但各种不同性质的事件在致病性方面究竟有何区别，通过什么机制，都还有待深入研究。

（二）心身相关在分子水平上的研究

随着现代分子生物学的发展，心身相关研究的水平也逐渐深入。目前可以将这些研究归纳为神经化学(neurochemistry)、心理神经内分泌学(psychoneuroendocrinology)和心理神经免疫学(psychoneuroimmunology)等三个方面。

神经化学的迅速发展，为心身中介机制提供许多新的证据。神经递质，神经调质和神经激素这三类神经化学物质在心身中介方面起什么作用是一个很有意义的问题。例如 P 物质被认为在安慰剂的止痛中发挥作用，各种神经递质也已被发现与许多心理行为功能失调有关等等。

下丘脑-垂体-激素系统显然是心理因素影响躯体生理病理过程的重要物质基础，但许多研究尚停留在“片段”的水平上。例如抑郁情绪可使部分人皮质醇水平升高，但这种作用的详细机制及结果都有待阐明。其它非脑垂体系统调节的内分泌物质在心身作用中的意义更待研究。

免疫系统功能在心身作用过程中的意义，在近年发展起来的心理神经免疫学领域中得到部分阐明。例如，已有证据证明，心理社会因素通过免疫系统影响健康和疾病的详细过程，可能涉及到下丘脑-垂体-肾上腺皮质系统、植物性神经系统以及中枢直接与免疫物质的联系等方面。但其深入的研究工作正在进行。

近些年，以上各方面都有大量的最新研究成果。随着分子生物学研究技术的不断发展，基因组学(genomics)的出现，为以上各方面研究提供了新的研究手段，更多的新成果甚至突破性成果或许值得期待。

（三）整体和系统的研究

显然，心身关系是一个复杂的系统，各种因素纵横交错，用单一的一种生物过程是难以解释的。这促使研究者必须以整体和系统的研究方式，来阐明各种心理因素是如何通过各种生物学过程的综合作用而影响健康的。其研究的视野应该涉及宏观的各种社会因素，到个体的不同心理过程，到各系统各器官直至分子水平的躯体功能活动。这种研究符合新的医学模式。但由于系统之中的变量众多，且许多环节尚未探明，因而许多医学工作者对于设计这样的课题有一定难度。另外，要对获得的整体结果作出合理解释也常有困难。

在近年国家科技支撑计划“心理疾患防治研究与示范”项目中，建议书阶段有关专家起草的前 5 个课题（对我国人群情绪问题和心理创伤的综合监测和研究，对青少年与老年心理疾患的综合监测和研究，对若干重点人群的心理压力和职业枯竭的综合研究，对家庭与婚姻心理问题的综合研究，对心身疾病心理社会因素的综合调查与评价），都体现了一定的整体和系统的研究思路，同时也都纳入了有关生物指标。

另外，当前心理应激研究也往往体现了这种整体的研究模式，同时涉及社会生活事

件(质和量)、个人应对、个性、社会支持、各系统各器官心理生理反应等一系列因素的系统作用过程(见第四章)。

三、心理生物学方向述评

心理生物学的研究有其突出的优点。它使用严格的实验设计和数理统计。由于物理、化学、生物等基础学科的发展,特别是微电极、电子计算机、脑组织化学技术和近年来的功能磁共振和基因组学技术等的应用,使生物学研究手段能深入到细胞和分子水平,达到生物科学的最前沿,为探索心身关系的详细机理创造了有利条件,是名副其实的科学心理学 (psychology as a science)。生物科学本身的发展,如电生理学、神经内分泌学,免疫学,分子生物学、遗传学等,也为心身关系的心理生物学研究指明了方向。心理生物学研究代表了今后医学心理学研究的一个重要方向,其今后的任务将更高,取得的成绩也必将更大。

但是,以心理生物学的研究结果(其中许多来自动物实验)来解释人的整个复杂心理现象也存在局限性。为了克服这一弱点,除了今后在研究上应不断地加深、充实和系统化以外,还要注意结合使用传统的心理学分析方法(如各种心理理论),注意避免将人的心理活动完全归为生物的、生理的东西,避免用比较低级的、局部的规律来解释高级而复杂的系统现象,防止重新走到分析还原论的认识论轨道上去。

近年,笔者接触过几个重大国家科技项目的前期工作,体会到国内与心理有关的学术界有一种倾向,试图将心理生物学研究中所取得的某种结果(如某项分子生物学研究指标),直接应用于解决当前国民的各种心理健康问题,如人群心理压力问题、儿童教育问题,一些专家认为非此不足以反映前沿水准。这种设计的愿望是良好的,有关指标方面的新发现也是值得肯定的,但就目前人类对大脑和心理功能的认识水平,从研究的目标角度,这种研究设计除了花费巨大之外,不会对解决国民心理健康问题产生实用性和示范性作用,也难以达到促进和谐社会建设的研究目标。这种情况与几十年以前国内用植物光合作用与太阳光线利用率的科学计算,来推导农业生产产量的情况很类似。笔者认为这正是第一章所述及的将心理学过度“科学”化的一种结果。

第七节 系统论

医学心理学特别强调人的生物、心理、社会属性,强调这些属性的系统性和整体性。医学心理学所涉及的许多问题,往往是多因素综合作用的系统问题。因此,在介绍了五种重要的心理学理论(方向)以后,系统论对于医学心理学来说是也是不可忽略的一种理论体系。

笔者首次将系统论作为医学心理学基础理论之一纳入五校合编教材(1986),是因为在构建新教材框架时,查阅大量国外文献过程中首次接触到系统论知识。在此后的20多年中,越来越倾向于将系统论思想引入医学心理学的整体构架,包括各版本教材的编写,以及应用于有关课题的设计和研究,包括医学模式讨论、情绪内容及其干预、应激系统论模型,心理诊断模型和心理干预程序设计等医学心理学多个领域(可参阅有关章节)。

本节只讨论系统论的科学思想与方法论及其在医学心理学中的指导意义。

一、基本概念

本世纪 40 年代初，通过运用数学和物理学的原理和方法，分析各种工程技术的控制问题，总结出有关控制与调节的一些规律和原则。继而，这种原则又被移用于对生物学和心理学功能的分析，使我们对人的生物性活动和心理活动有了进一步的认识。这种科学原则被称为控制论（图 2-8）。系统论、控制论、信息论是控制论的三部分内容。现已明确系统论是其它两论的基础。

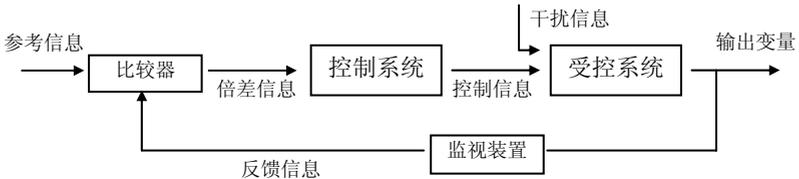


图 2-8 自动控制系统模式图

（一）系统论

系统论（system theory）的创始人是奥地利理论生物学家贝塔朗菲（Bertalanffy L von，1901-1972）。他早在 1937 年就提出系统论的观点，1945 年再次提出，1955 年出版专著《一般系统论（General System Theory）》。

所谓系统，是指由相互作用、互相制约的各个部分所构成的一个有机整体，而这个有机整体又包含在更大的系统之中。系统在整体上是一个动态平衡的结构体。系统论要求将一个机体看成是一个完整的结构和功能体，称之为生物系统。系统论认为生物体是由器官系统、器官、组织、细胞、亚细胞、分子等不同层次水平组成的统一体，生理活动过程也是各层次统一活动的结果。同样，人的心理现象，包括感知觉、记忆、注意，思维、情感、意志活动和个性特征也互相有机地联合在一起，互相作用、互相影响。人的某一种心理活动过程（如学习记忆），也是一种系统活动过程。系统论还要求在研究心理现象时，要将与之有关的物理、化学、生物、社会等系统统盘考虑，成为更大的系统。

概括起来，系统论关于生物体的理论认识要点包括：

- （1）系统由内部各因素构成，其本身又是更大系统的组成部分（整体性）
- （2）系统中的各因素之间互相作用（关联性）
- （3）因素间的关联是动态的平衡（动态平衡）
- （4）系统是有层次的结构体（等级结构）
- （5）系统有自身发展的方向，如生命体从生到死（时序性）

（二）控制论

与系统论相应的控制论（cybernetics）是美国数学家维纳（Wiener N）等为适应近代科技发展中不同门类相互渗透与相互融合的总趋势所创立的。维纳 1948 年出版了其奠基之作《控制论》。控制论研究系统中的结构变化与控制，以及系统的控制规律。控制论认为，生命活动（包括生理活动和心理活动）与工程技术的控制一样，是一种自动控制的过程。生理活动的调节是一种自动控制的过程之概念，在人体生理学的总论里就已有阐述，如神经调节，体液调节、自身调节、反馈调节等。心理活动也存在许多自动

控制的过程，如感知觉的控制、技能学习过程等。没有自动控制机制，人的心理活动将支离破碎。同样，社会事件、个人评价和心身健康之系统也是一种自动控制的过程。这种自动控制的失调，将造成心理、行为和躯体功能的障碍，这就是疾病（Suls J, 1985）。

（三）信息论

与系统论相应的信息论（information theory）由美国数学家香农（Shannon CE, 1916—2001）于1948、1949年发表的两篇信息论奠基之作所创立，它以数量化的方式研究系统信息的获取、处理、传输、反馈和控制。按照信息论思想，自动控制系统作为一种闭合回路，其控制部分和受控部分存在双向信息联系。一方面控制部分向受控部分输出控制信息，指挥受控部分行为活动，另一方面受控部分的信息被反馈回到控制部分。只有这种反馈信息，才能使控制部分对受控部分的调节达到精确的程度。人的所有生物的、心理的、社会的功能活动都遵循这一信息论原则。信息论不注意信息概念的具体生物学和心理学含义，而只强调研究自动控制过程中信息的传递、储存和转换等问题。

按照“老三论”原理，可以对许多心理活动（包括记忆、思维、行为操作）以及心身过程（包括应激反应、医学模式、行为治疗）等进行重新认识（见后）。

（三）综合举例

以骑自行车为例，说明系统论、信息论和控制论（简称“老三论”）三者的综合作用。操作信息（神经冲动）被传递到受控部分（如骨骼肌）时，相关肌肉收缩，车子向前运动。此时，视觉、前庭感觉和本体感觉随时将心身状态及时反馈到中枢（控制部分），各级中枢及时对反馈信息进行整合，其中包括利用过去经验即记忆贮存信息进行新的认识，并将部分认识结果再贮存入记忆，使技能更趋熟练，同时及时地调整输出的控制信息，使肌肉收缩协调，保持运动着的车子平稳，避免冲撞任何障碍物。在这一完整的行为活动过程中，既有感觉、记忆，注意，思维等心理的系统活动，也有物理的、生物的、环境的系统信息的协调，既有生理的，心理的整体自动控制，也有局部功能的自动调节（如感知觉的自动调节、肌梭功能的自动调节等）；既有整体的输出信息、反馈信息、参考信息（如中枢间的神经传递），干扰信息（如注意的分散、旁人的警告提醒）的作用。也有各层次活动的信息加工（如神经，内分泌的反馈信息；记忆的信息贮存、编码、提取）。

二、系统论与认知模式

较之前文各节的心理学理论，本节的系统论主要是一种认识论，一种认知模式，暂且将其称之为系统论观念（或信念）”

（一）系统论的认知特点

系统论如果被一个人接纳，将会内化成整体观与多维度的认知模式（类似认知理论中的“信念”或“认知图式”）。系统论主导下的整体观与多维度认知模式，有助于接纳多角度的信息，重视多角度的结论，允许逆向思维，正视事物的未知侧面，容忍他人“不合理”的怀疑。因而，系统论观念有利于人们去把握事物的全貌，有利于个体接受新事物、新知识、新观点，发挥个体的前瞻性和创造性，自然也有利于医生整体认识和解决医学心理学中的“人”、“疾病”和相应的各种“系统问题”。

（二）系统论有助于克服线性的或固化的两极思维的影响

1. 线性思维和两极思维的局限性 在人类进化过程中，为了让错综复杂的世界变得简单，能被我们更容易地认识，使人与人之间的交流更直观更方便，往往会将复杂的事

物通过概括，用相对简单的概念或线性思维加以认识（人类语言中的大量概念和约定俗成的习惯性判断就是由此而来）。但是，也正是因为我们有这样的思维倾向，故在生活中就会习惯化地用“有其因必有其果”、“天上不会掉馅饼”、“只要功夫深铁杵磨成针”和“非好即坏”等简单线性的、绝对化和两分法的等固化思维方式来判断事物。

例如，早年一对研究生夫妻因“闹离婚”（其实根本就没有“闹”过）而上法庭，作为他们的领导兼导师因不了解底细，于是就反复地问周围的人：“他们之中谁是被告？”。导师简单的、线性的逻辑显然是“想当然”的——婚姻中的一个人出了问题（其因），此人就是法庭上的被告（其果）。但是真实情况也许是他们谁都没有出问题，也没有错误，也没有被告和原告。

又例如，乙告诉甲，今天在马路上发现天上掉下许多麦饼，甲不假思索地冲着乙说你“脑子进水了”。甲的思维逻辑是两分法的——“天上不会掉馅饼”，你居然说发现了天上掉麦饼，显然你是“发疯了”。但是真实情况也许是，确实有人在路旁的高楼上往下面马路抛麦饼，此人是麦饼店的老板，而且他疯了。

在其他综合领域，也存在大量的缺乏系统论观念的认知或决策倾向，以下多举些例子，对门诊心理指导工作或有参考意义：“政绩”工程，往往仅反映国家建设中“看得见”的维度，而忽略“看不见”的方面；用算术可以估算人口学中少生孩子与多生孩子所花费的资源从而得出少数孩子的好处，但在当今某些家庭，一个孩子家庭所浪费的资源可能远远超过多个孩子家庭消费的资源；某些军事家对战术的判断，仅仅是纸上谈兵，而忽略了天时地利人和的“系统关系”；某些股票投资基金经理对投资方向的把握，仅取决于部分宏观信息的变化，忽略了“市场情绪”转变或许就在一瞬间，而这一瞬间的出现往往也是各种细小信号包括股民的心态等的累积结果；某些网友一说到人，就只有“好人”与“坏人”，一说到中国人，就只有“爱国者”与“汉奸”；等等。所有这些都是因为人们从小开始就一直接受二分法的格式化教育，故思维方式也容易被固化成非此即彼

2. 缺乏系统论观念容易影响医学心理学的专业思维 缺乏系统论观念，在面对各种临床心理问题时，我们的思维方式容易受限于简单而又严密的线性思维，在心理问题的评估和干预中，会只注意“看得见”的“因果关系”，忽略看不见的潜在的“多因素系统关系”。

某心理学教授对一位心理咨询面试考生的责问具有代表性。该考生在报告案例时，有“来访者的性格求全、完美主义，婚后不久又因矛盾而想离婚，且迟迟不能果断做出决断，导致情绪问题”的叙述。教授责问，既然你说的来访者有完美主义、标准化的特点，为何在当初选择配偶时不起作用（即应选取尽可能完美的对象），又为何在是否离婚问题上会陷入心理冲突（即应该有标准决断力）？教授似乎认为，来访者的“完美主义”认知活动应该是意识可控的，就像一个优秀学生的严密计算过程，故不会在婚前选取一个有缺陷的对象，也不应该出现婚后的问题；来访者更不应该在决定是否离婚上出现心理矛盾与冲突，就像计算结果那样，应该干净利落地根据计算结果的利弊程度做出决定。在他看来，只有那些“糊涂”的和“马虎”的来访者，才会出现婚前的择偶失误、婚后的婚姻矛盾以及最后对是否离婚的犹豫。可见，教授的逻辑是线性的，理性的，且是严密的，但不是系统论的，当然也不是医学心理学临床专业的。如果按这种认识继续演绎下去，还可以推论这些问题都可以通过“教育”或“说服”来解决。其实，有临床

经验的人都知道，这个案例在心理咨询中是很常见的。

缺乏系统论观念的专家，还会影响其对超越本专业范围的各种问题的认知。专家们尽管更懂得“山外有山，天外有天”的道理，但在实际工作中，由于有纯熟的本专业知识，在面对自身知识库以外的各种观点时，容易表露出强烈的反对或鄙视态度。

例如，笔者等（1990）曾在地区学术会议上报告一篇论文，尝试分析应激多因素（生活事件、认知特点、社会支持、人格特点、文化等）与流行性瘧病发病的关系，却遭到多位临床资深专家的激烈质疑。因为在他们的专业知识里，在有关疾病知识库中，“应激”和“瘧病”属于两种疾病，是不能混淆的。

缺乏系统论观念的专家，甚至容易出现固步自封、专横跋扈的学霸作风。

例如，在近年的某一次全国学术会议的专题互动会上，曾经发生第二主持嘉宾动手关掉第一主持嘉宾正在投影讲解的电脑。在前者看来，只有自己的知识和学科才是正宗的，因而对边缘学科持藐视态度。

（三）系统论有助于抵制“常识”的不利影响

人的许多习惯化的线性思维模式往往以“常识”的形式存在，一般不会给生活带来妨碍，甚至具有容易理解和便于交流的好处。但一旦在某些专业人群中存在，则会影响其职业工作的成效。例如，因为生物、心理、社会知识储备不够，临床经验不足，特别是受生物医学模式或者受“常识”的影响，在国内某些与医学相关的应用心理学方面书籍中，充斥过多的“常识心理学”内容。临床医生或临床心理工作者也可能受各种“常识医学”和线性思维习惯的影响，会导致误诊、误判、误治。例如心肌梗死放射痛误判为胃病，躯体化障碍症状误判为躯体疾病等。

学术“常识”的负面影响例子可见于2011年诺贝尔化学奖获得者以色列人谢赫特曼，他在其发现准晶体的初期，因为挑战了当时科学界的“常识”（固态物质仅限于晶体与非晶体），曾被“所有的人取笑”（其本人语），被斥为“胡言乱语”、“伪科学家”，并曾被迫离开当时的研究小组。但这一成就最终却“改变了科学家的物质观”。（历史背景：20世纪80年代初以前，科学界对固态物质的认识限于晶体与非晶体。根据固态物质构成的原子排列规律，晶体内原子应呈现周期性对称有序排列，非晶体内原子呈无序排列。1982年4月8日，谢赫特曼在实验中首次观察到合金中的原子以一种非周期性的有序排列方式组合。显然，具有这种原子排列方式的固体在当时理论下是不可能存在的。因此，谢赫特曼的发现引起极大争议。为维护自己的发现，他被迫离开当时的研究小组。但这一发现最终促使科学家重新思考对物质结构的认知，这种徘徊在晶体与非晶体之间的“另类”物质最终被命名为准晶体。谢赫特曼的感言是“当我告诉人们，我发现了准晶体的时候，所有人都取笑我”）

（四）系统论有助于创新

人类对世界（包括人）这个大系统的认识，永远是相对狭窄的，但却是发展的。人对事物的认识总是由未知到已知，从部分因素到更多因素，从部分维度到更多维度，从部分侧面到更多侧面。这个过程就是“创新”。线性思维和常识，往往会阻碍这个进程，即影响创新思维。

例如，当人类面临是否存在基因，以及基因是什么“样子”的问题时，批判往往来自于线性思维和常识。提出基因概念的遗传学杰出奠基人孟德尔，在我国学界就曾被斥为“唯心主义”。这也难怪，百年前的人们没有看到基因的样子，孟德尔也没有尝试去

“提取”基因物质，何况今日人们所知道的基因其实也不是一种严格意义上的物质，而是 DNA 结构上的碱基对排列次序，类似 1、2、3 等数字符并不是电报，这些数字符的排列次序才是。（历史背景：孟德尔通过大量的杂交试验，提出遗传单位是遗传因子（即基因），遗传的两个基本规律是分离律和自由组合律。但孟德尔的发现由于过于超越于当时人们的知识或线性习惯思维，导致在长达 35 年的时间里没有被科学界所注意。直到 1900 年欧洲三位不同国籍的植物学家在各自杂交试验中分别予以证实，才获得科学界的重视和承认，从此遗传学研究很快发展起来）

由于系统论者承认事物具有多因素、多维度、多侧面和整体性的属性，自然也会宽容不同的学术见解，鼓励对未知的探索，允许有多种可能的假设性思考（因为“因素”外还可以有“因素”，“维度”外还可有“维度”）。这样，“怀疑”成为合理的，“异端”说法不会被一棍子打死，对尚无法获得明确答案的“难题”会采取更广泛的角度去思考，或者干脆承认未知而耐心地去等待，但不会急于用自身的知识和经验做出狭窄而武断的解释。

目前国内有一些专家对非自身熟悉的专业问题，轻易给人扣上各种“帽子”，这其实是我国学术创新的致命杀手。这种现象反映了系统论观念在我国科技界某些人身上的缺位。

三、系统论述评

（一）系统论与生物医学现象

在各种基础生物医学现象中，充满了“系统”现象
 血压的调控就是多因素的“系统”问题。

以失血患者为例，从单一维度的失血与血压下降之间的关系来看，会得出两者是线性关系的结论，即失血越多，血压越低。但实际上，出血患者在某一阶段可能并不立即出现同步的血压下降，因为血压调控“系统”中的另外因素（或维度）如外周微血管收缩，肾小管重吸收增多、心搏加快加强使心输出量增加等，使血容量维持相对稳定，结果给人以失血不多的假象。但到了维持血压的整个系统平衡被打破，血压就可能瞬间直线下降。可见，以单一维度或线性思维方式看待失血和血压的关系，会导致临床失误。

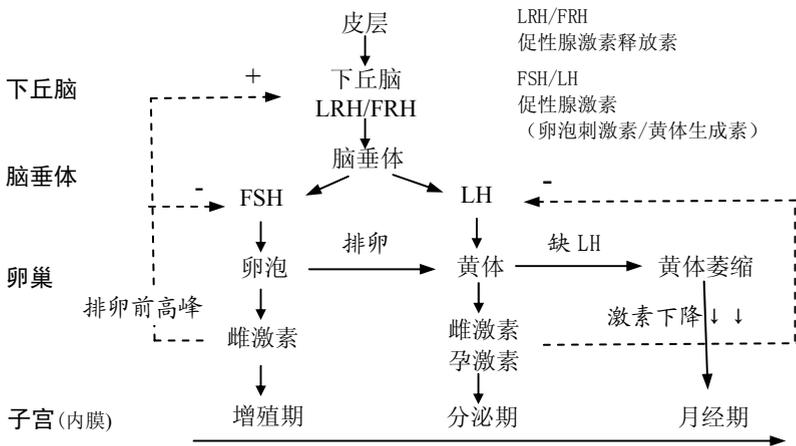


图 2-9 女性激素的“系统”示意图

女性激素也是“系统”问题（图 2-9）。如果以单一维度或线性思维方式分别理解雌激素、孕激素、促性腺激素、促性腺激素释放素等与子宫内膜周期变化（月经）和卵泡发育与排卵等之间的关系，则不能准确反映某些不孕患者的问题实质，自然也就不能正确解决临床问题。

同样，女性激素、女性器官和女性心身健康之间的关系，也是“系统”的问题。但在实际生活中，许多心理工作者甚至包括部分医生往往忽略这一点。

例如，某肿瘤科医生建议一位 50 岁患单侧卵巢囊肿多年的患者施行双侧卵巢和子宫全切手术，在回答患者家属关心手术是否对患者的心身健康有影响时，仅简单地以反问句“患者不是已经绝经了吗”作答。显然，医生的潜台词是“绝经了，卵巢和子宫也都没有用了”，听起来似乎也符合当前的病理生理学知识，但却未能将患者作为系统的“人”（包括心理）来回答（可参阅第八章）。

血液系统功能中的凝血与溶血机制也是“系统”的问题。其中就包括了诸如出血与止血，血液凝固（血凝）与纤维蛋白溶解（纤溶），血液与血管，血小板与凝血因子，凝血酶原与凝血酶，纤维蛋白原与纤维蛋白等多因素多维度的对立统一。凝血与纤溶机制完全符合“系统”的特点，包括多种成分和环节的相互作用、动态变化与动态的平衡，非线性反应等。因此，要准确认识与解决临床上的出血与止血问题，包括弥漫性血管内凝血（简称 DIC），需要具备凝血与溶血机制的“系统”知识，并具有系统的思维能力。

对此笔者有亲身体会。笔者等曾从事血凝和纤溶的基础实验研究（卢秀劲、姜乾金，1983），似乎只是就事论事操控各项凝血和纤溶指标。在更早的医学临床工作中，笔者也接触过不少 DIC 病例，基本上是对照资料中的说明逐项采取医疗措施，患者大多死亡（该症死亡率本来就高）。经过对系统论的学习与思考，多年以后反而对血凝与纤溶的“系统”关系认识清晰起来。一次，偶遇一位术后持续出血不止患者，医生使用一种止血药并不断加大剂量无效，情况危急。笔者大胆建议考虑改换止血药物，果然很快显效。

此外，中枢和外周各种神经递质的功能与调节，消化系统的功能及其调节，肾脏的功能及其调节，骨科及相关学科中的成骨细胞和破骨细胞之间的关系等，甚至整个临床医疗工作之间的关系，都是“系统”的问题。可以说，医学临床上的所有问题，几乎都是“系统”的问题。

在各种临床医学现象中，更充满了“系统”现象。在笔者早期的临床医学工作中，百日咳脑病是当地的常见临床急症。患儿症状复杂、凶险，需要对病情的各个方面做出

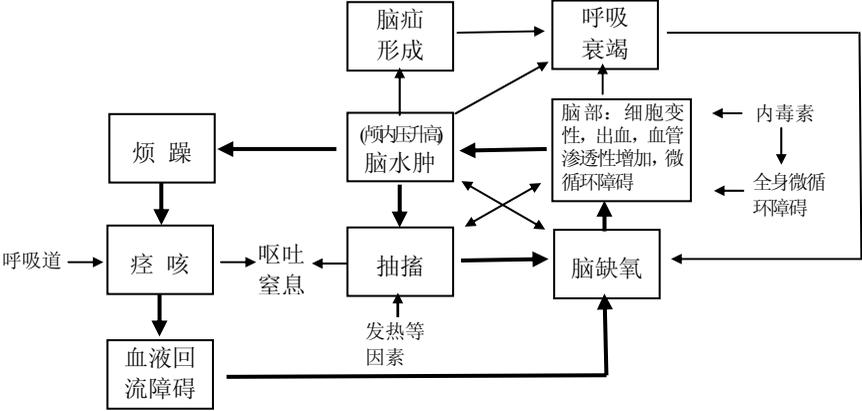


图 2-10 百日咳脑病发病机理的设想（姜乾金，1975）

系统的分析，采取多渠道、多手段（镇静、止痉剂、脱水剂、冬眠灵、东莨菪碱、抗菌素、激素、强心剂、呼吸兴奋剂、输液、补碱、鼻饲等）的医疗措施，才能取得疗效。图 2-10 是笔者（1975）在 58 例百日咳脑病临床分析基础上的思考，至今看来还是符合系统论的临床思维。

专科医生由于长期的训练，可对本专科的某一类问题表现出“自动性的系统思维”，但对非本专科的某些问题则仍然容易落入简单的线性思维。这种情况在医学临床已严重影响患者的利益。有人戏称，我们生病、看病，首先要自己懂得看病，至少要先于医生知道自己应该去看哪一个科。从系统论的角度，临床医学工作者需要尽可能“系统”地掌握和应用生物医学知识。

（二）系统论与医学心理现象

系统论有助于我们以“系统”的视角，看待各种医学心理学问题。

医学心理学涉及生物医学、心理学和社会文化领域，故医学心理学需要解决的问题，往往是更大的“系统”的问题。

医学心理学的对象是人，人是生物、心理、社会（行为）各种因素构成的大“系统”，这已经反映在第一章有关新医学模式的讨论中。

情绪是医学心理学关心的重要心理现象之一。情绪是一个由主观感受、行为表现和生理反应等综合因素构成的“系统”，将会在第三章讨论。

应激和应激的控制，是“系统”问题，涉及多种因素，多个维度，多种途径，在第四章会有系统的介绍。

临床心理评估、心理诊断和心理干预、心理治疗，也都涉及“系统”问题，需要综合考虑多种因素，这些会在第五章、第六章讨论。

心理疾病等临床心理问题的预防工作是“系统”问题。至少从大的方面来看，需要心理干预和身体防治的相结合，这会在第七章讨论。

心理卫生和心理咨询工作是“系统”问题，需要从多因素、多途径的系统角度开展各种。这会在第八章讨论。

（三）医学心理学需要系统论

综上所述，系统论能促使医学心理学工作者采用多维的系统认知模式，来认识人的生理功能活动、心理功能活动和整体心身活动，并做出相应的系统诊断和干预决策。

医学心理学工作者树立起牢固的系统论观念（或信念），有助于积极学习和吸取各种与“人”有关的生物、心理、社会方面知识。这些多学科的知识正是包括医学心理学专业工作者在内的所有从事“人”的工作的专业人员的必备条件。这也是与某些传统的生物医学工作不同之处，后者往往重视某一生物领域的知识，容易忽视多学科的知识。

仍以上文接受子宫卵巢全切手术的 50 岁绝经妇女为例，即便是能够综合考虑各种女性激素与月经、性功能等生理功能的综合关系，也还仅仅是局限于生物医学各层次的系统问题，而有关手术的生物学方面、心理方面和社会功能方面的各种因素，则是医学心理学中关于“人”的更大的系统问题。如果能够将这三方面所涉及的各种因素都给予综合考虑，医生的判断和给患者的解释也许会有所不同（可参阅第八章第四节）。

在医学心理学的临床工作（或心理健康临床工作）中，对于各种心理问题的整体判断和综合干预，需要系统论观念（或信念）。本人认为，大量的事实说明，心理学临床工作既是科学，也是“艺术”，就是说，单凭科学知识和严密思维未必能认识和解决某

些心理问题，特别是涉及人的整体生物、心理、社会属性的一些问题，例如慢性疼痛综合征、压力问题等的综合评估和系统干预。其实，凡是与事物多维属性有关的工作领域，包括某些创新性的工作，除了不可缺少的各种科学知识和严密的逻辑思维外，都需要这种“艺术”。

苹果“奇人”乔布斯回忆，他青年时期曾选择一门书法课程，想学学怎么写出一手漂亮字，他学习了各种衬线和无衬线字体，学习如何改变不同字体组合之间的字间距，学习如何做出漂亮的版式，他发现那是一种科学永远无法捕捉的充满美感、历史感和艺术感的微妙。“10年之后，当设计第一款Macintosh电脑时，这些东西全派上了用场”，他说。

这里的所谓“艺术”，包括了对工作对象的多维的认知模式，也包括通过训练才能获得的经验或直觉，还包括难以叙述清楚的对事物的整体感受或灵感。后两者实际上也包含多维的认知成分。诸如战场指挥员对瞬息万变战局的把握，股票基金经理对投资方向的把握和临床心理咨询工作者对心理问题的评估和干预等均如此，那些只有高学历，没有临场训练和“艺术”潜质的从业者是难以成为业中的优秀一员的。

当然，系统论的多维认知模式，并不能为解决某一具体问题直接提供所有的思考线索，因此它并不能直接解决某些未知的复杂问题。

第八节 医学心理学的研究方法

一、概述

（一）特殊性

任何一门科学，都要经过收集资料，验证假设，界定概念等系统研究过程而逐渐发展起来。这其中研究方法起了关键的作用。例如在理论物理学发展之前，人们就已经知道物体从空中落下的速度是由慢渐快的，但我们还不能说这是物理学知识，而是常识。只有在使用演示、记录、计算、推理等方法进行深刻研究，找出自由落体加速度规律以后，人们对这一运动现象的认识才得到升华，成为物理科学知识。科学家们以同样的方式逐一研究了自然界各种物体运动规律，经过长期的努力，终于形成目前相对成熟的运动力学。

从科学的角度，正如第一章所介绍的，医学心理学还处于科学和常识交融的初始发展阶段，是一门潜科学，至少在某些书籍中反映了这一点。为了促进医学心理学的健康发展，除了前述各节介绍的心理学理论，还应重视研究方法。否则，也容易出现另一种倾向，即以常识代替科学，以“常识心理学”代替科学心理学。

较之通常的医学研究工作，医学心理学研究方法有以下一些特殊性：

1. 理论的多样性 正如本章前面各节所介绍的，医学心理学涉及多种理论，这正反映人们对心理实质认识的不统一，同时也使学科所涉及的许多基本概念的界定发生混乱。这给研究工作的方法学带来较多困难。如不加重视，会影响研究结果。

2. 心理变量的主观属性 数量化在科学研究中是必不可少的，但是与某些自然现象不同，许多心理现象的定量难度更大，常常带有主观成分。这就需要在研究过程中特别注意数量化方面的方法学问题。其中特别需要指出的是，目前在医学心理学研究中，

观察法、调查法（见下文）、文献法等还需要大力加强。但正是这一类方法，其主观属性对结果的影响很大。也就是说，这些被初学者看起来是最容易的研究方法，要想保持其结果的科学性，实际上却是难度很大的。故在这些研究中，需要特别注意各种变量的主观属性问题，应以各种控制手段来保证结果的科学性。

3. 多学科的知识和方法 为了探明心身相互作用规律，在医学心理学研究中往往同时涉及社会、心理、生物等多学科的有关因素和变量。为了保证研究结果的科学性，需要我们同时掌握这些学科的一些基本研究方法和手段。

（二）常见的问题

结合当前国内情况，医学心理学研究工作中常见的问题有：

1. 研究目标不明确 科学研究某一个问题，首先应提出假说，然后通过调查或实验来验证、修正或推翻这一假设。在医学心理学研究的设计过程中，在初步掌握某一种或一类现象的素材基础上，要考虑这可能是什么样的问题，有什么规律，会有什么结果，符合什么理论等，亦即提出假设，然后确定具体的研究目标和方法。如上文所述，由于心理社会因素的特殊性，如果一项研究漫无头绪，瞎子摸象，什么资料都要收集，什么问题都想解决，那么很可能反而得不到理想的结果。这是目前一些临床工作者在研究心身关系时经常遇到的困难。

例如，一些临床医生咨询作者，希望做一些与心理因素有关的临床研究。尽管给予他们一定的提示，例如让其告诉有哪些临床经验，可作为自设课题的起点，但他们面临的问题通常不是缺乏临床经验和体会，而是无法确定具体的研究目标。例如，一位医生告诉的经验是：许多心理社会因素影响癌症患者的心情，安排家人陪护对患者的心情有积极的促进作用。但让其进一步梳理研究目标，其思路却会陷入紊乱。这里其实涉及到“系统”问题。如果能够从系统中梳理出不同的线索，就能轻易地确定研究目标。像这个例子，至少有这样三条线索，可以帮助设立研究目标：①有哪些心理社会因素（如生活事件、社会支持、人格等）可影响癌症患者的哪一种心情（如抑郁、焦虑等）；②陪护方式（陪护与不陪护、谁陪护）与患者的哪种心情（焦虑、抑郁等）有关系；③不同心理社会因素（如生活事件、社会支持、人格等）对陪护方式（陪护与不陪护、谁陪护）临床效果的影响。从中就可以找到适合自己软、硬件的具体研究目标。

2. 方法运用不当 一定的课题目标需要一定的研究假设，一定的假设需要一定的研究方法，一定的方法也往往仅适用于一定的研究领域。

在医学心理学研究中，由于心理变量的抽象属性，以及生物心理社会各变量间的交互作用，如果运用方法不当常可使研究结果的可信度降低。

例如，研究目的是寻找自杀的原因，方法是调查被试的“自卑”与“自杀意念”，从两者之间的关系，来说明自卑是自杀的原因，其可信度就有问题。一方面“自杀意念”不等于“自杀”，另一方面自卑也未必是自杀的直接原因。毕竟自杀是在情绪、经验、自我意识等多种心理社会因素综合作用下个体的认知决定。但更重要的是，与一般的认识不同，人的自卑感往往不是各种心理问题的原因，而可能是个体长期对抗社会压力失败后的结果，而社会压力则是多种生物、社会、社会因素综合作用的结果（参见第四章），也就是说自卑是这些因素（其中也可能包括自杀意念）作用的结果。

医学心理学的多学科研究方法也常使医学工作者无从入手，这里除需多加学习和训练外，一般应尽量选用自己熟悉的、条件具备的且又符合设计目标的方法。另外，在研

究工作中还要注意不同理论有不同研究方法，例如心理动力理论采用心理分析的方法，行为学习理论采用观察、测量和实验的方法。

3. 主观因素的影响 心理因素量化本身带有一定主观性，而且心理因素又特别容易受某些被忽略了的因素例如环境、期望、暗示等因素的影响。因此，在医学心理学研究中要避免研究者及被试双方主观因素对研究过程的干扰及对结果的影响，这些干扰和影响往往不容易被发现。其中研究者的态度、倾向性和期望因素既可影响自己对被试的某些心理行为现象的分析和判断，又可以影响被试者对调查或实验中问题答案的选择。

例如，有人试图证明抑郁情绪对癌症有致病作用，或者有促进恶化的作用。当他到来访者实施心理调查时，却将这个设想直白地告诉来访者，结果来访者由于受到期望和归因等主观因素的影响，果然报告了较多的情绪问题。显然这一结果是不可靠的。

目前，医学心理学研究还难以完全避免上述各因素的影响，需要在实际工作中予以特别重视。

(三) 国内现状

随着 30 年前国内医学心理学作为课程的兴起，关心和参与医学心理学研究的人员也逐渐增多。表现在自 1980 年以后医学心理学相关学术论文的明显增多。

30 年过去了，国内医学心理学研究工作有以下两个特征性的变化。

1. 心理生物学研究成为最高追求目标 这与国内的科技导向密切相关。前几十年，自然科学研究是学术评价体系最认可的主导性方向，采用各种前沿生物学指标的心理生物学研究自然就成为心理学科最有吸引力的方向，自然也成为改变青年科技工作者个人发展方向的主要动力。

相对而言，当前国内医学心理学的某些社会科学属性以及哲学、艺术和宗教属性方面的研究非常薄弱也不受重视，即使有探讨也不易被学术评价体系所认同和接受，自然也就不被广大学者所关注。笔者认为，就我国而言，这些方面的研究工作应成为今后的重要发展方向之一，而且应强化自主创新和本土化原则，充分发掘我国几千年的文化精髓，以建立具有我国特色的某些医学心理学基础和临床理论体系。

2. 调查研究趋于简单和重复 在目前国内医学心理学的调查性研究工作很多，但还存在变量简单、理论设计欠缺和内容重复等问题。

以癌症患者的医学心理学研究为例，与 20 世纪 80-90 年代国内已发表的许多文章比较，目前的一些癌症心理社会因素研究，在变量和理论设计方面缺乏新意，甚至与以前的某些研究在理论设计和变量应用方面相似。一些作者存在为研究而研究的倾向，对以前的研究并不关注，使人怀疑其是否阅读了历史文献，是否知道多年前有人做过与此类似的研究。在其他的一些调查性研究方面，也同样存在这种简单和重复的问题。

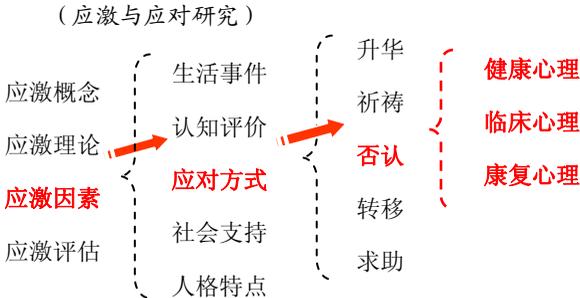


图2-11 冠心病的应激与应对临床研究框架

要避免简单和重复的调查研究倾向，关键是研究者要提高心理理论水平，以及加强研究方法的学习和训练。

对此，笔者（2010a）在全国心身医学学术会议专题报告中作了分析。以心脑血管病为例，国内类似冠心病心身关系方面的医学心理学调查研究，在三十年的过程中，并无令人赏心悦目的进步。几种心理社会变量、几项临床指标，统计分析它们的相关性，讨论因素之间的关系，做出相应结论，便成了不变的格式。这种情况时间久了，势必出现简单的重复。

为此，笔者在报告中举例以应激模型（详见第四章）为理论依据，可以按照图 2-11 的框架，构思冠心病的应激与应对临床研究的层次与深度。在变量的选择上，可向心理应激有关因素靠拢，在研究构架设计上，符合应激模型的理论构思（其实就是对该理论的证实或者证伪）。这样，有利于步步深入，推动冠心病的应激与应对临床调查研究向不断深入的方向发展。

这个建议同样适用于其他临床疾病的医学心理学调查研究。

二、变量的量化

心理行为变量的定量相当复杂，往往使一些医学心理学科工作的设计遇到困难。心理科学既有自然科学的属性，又有社会科学的属性，甚至具有潜科学的属性。因此，即使是从心理测量学（psychometrics）的角度，目前也还难以使所有的心理变量做到准确定量。为了对此有比较直观的认识，可将医学心理学研究中的各种定量方式分为几类。

（一）描述

这是现象学的方法，是人类最原始的区分客观事物的手段（还谈不上量化），但又是医学临床和心理门诊工作中常用的方法。例如心理门诊的某些个案分析和报告，精神分析法和支持疗法的交谈过程，各种鉴定语或评语，某些现象的性质或分类描述即类量表，或命名量表（nominal scale）等。描述的过程使用各种不同的词语特别是形容词来区分事物，如“患者疼痛程度加剧”，“无痛儿童在日常生活中经常受伤”等。虽然描述的结果不能进行统计和分析，但许多复杂的临床疾病和心理门诊中的问题也许只能通过描述的方法才能被我们认识和交流。在描述过程中必须着力把握描述内容的准确性（相当于内容效度 content validity）。

一些临床医学工作者往往轻视甚至蔑视医学心理学中提到的“观察”法（见下文）和“描述”法，却忘记了在自身长期临床工作过程中，正是观察法和描述法在起主导作用，如每日的查房和病史记录，出院录等。其实，要想对某一事物或问题的描述能够达到准确和真实，对观察者与描述者有很高的学术功底和实践经验要求。但偏偏是这样简单的事实，却由于当前医学界的客观实际环境，被许多人所忽视。

（二）间接定量

是指对某些复杂的心理变量首先通过分解描述，然后将其转换成数据，主要指各类临床问卷调查和心理测验等方法。这类方法在目前国内医学心理学领域使用最为普遍。

之所以将问卷调查甚至心理测验等类方法归于间接的定量，是因为调查问卷和多数测验量表往往是对某种复杂心理现象的定量，其中需要通过一系列的设计和考核以保证最后结果的有效性和可靠性，即效度和信度（参见第五章）。

这里用假设编制“职业态度”调查表加以说明。为了给“职业态度”定量，首先要

研究“职业态度”的定义和内容，心理学关于“态度”有认知、行为和情感三方面内容。然后根据这三方面内容设计许多调查条目（描述），再给予每一个描述（即问卷条目）划分等级（相当于条目后的等级答案，即序量表 rank order scale），并转换成数据（相当于将等级答案按 1、2、3……计分，即等距量表 interval scale），再将各项数据根据研究分析按一定规律汇总成职业态度总分（用以间接定量“职业态度”）。这个过程中各种描述是否准确，数据转换过程是否合适，都将关系到最后对“职业态度”定量的科学性。

由于各种问卷调查的间接定量属性，故对各种自编问卷或心理测验结果作解释时，必须与原始概念、理论或主导思想相一致。例如“A型行为”问卷的测定结果，不宜直接理解成是对“人格”的定量。因为前者是在特定的“A型行为”概念基础上制定的，后者则有更广的内涵。

（三）直接定量

这往往属于一些自然科学的手段。心理物理学研究中的声、光、电、机械等刺激或反应，如感觉阈限、反应时、皮肤电阻等的测定，以及动物实验时的行为活动次数和强度，某些心理治疗手段的实施时限和频率的记录等，属于直接定量。直接定量时其记录的就是要记录的东西，但是在医学心理学研究领域，这种定量的使用受到限制。

在实际工作中，往往综合使用上述各种定量方法。

三、主要研究手段

根据医学心理学研究的方式方法、对象、时间、场所等，可以大致作一些分类和归纳。本节根据所使用的手段，将医学心理学的研究手段主要分为观察法、调查法、测验法和实验法。

文献法，也是一种重要的研究方法。对于医学心理学来说，文献法其实也很重要，大家比较熟悉的文献综述方法，有利于对某些医学心理学问题的研究文献做出综合分析，以便提升到某种理论高度（笔者的应激系统模型就来自于此法）。某些涉及有关历史社会文化因素及其变迁（例如婚俗，裹足）在健康和疾病中的作用问题，则只能依靠历史文献法，可以通过查阅诸如社群或民族历史资料、文献档案、县志或民族志中的相关资料进行分析研究。20世纪80年代末有一组关于我国南方流行性缩阳症（生殖器缩进恐怖症）的研究，其中部分内容使用文献法，包括历史文献（莫淦明等，1990）。

各种研究手段都有优缺点，各有其适宜的对象。为了研究一个具体问题，必须根据问题的性质以及研究者的主、客观条件，巧妙地选择最恰当的方法。在实际工作中，往往综合使用几种手段。

（一）观察法

观察法（observational method）顾名思义是通过对研究对象的观察，分析其中的心理行为规律。观察法又可分为主观观察和客观观察、自然观察和控制观察、日常观察和临床观察、直接观察和间接观察等。观察法的优点是可以取得被试不愿意或者没有能够报告的行为数据（除内省法），缺点是观察的质量很大程度上依赖于观察者的能力，即对观察结果效度的把握。观察活动本身也可能影响被观察者的行为表现，使观察结果失真。

1. 主观观察法与客观观察法 主观观察法是个人对自己的心理进行内省和分析研

究，传统上称为内省法。用内省法进行心理研究是心理学的特殊性质所决定，历史上被广泛使用。但这种方法存在较大的局限性，因为只有当事人自己的体验，影响对结果的验证、推广或交流。

客观观察法是研究者对个体或群体的行为进行观察和分析研究，是临床心理门诊过程中的重要手段（电话、书信和网络咨询就缺乏这一重要环节）。客观观察法要求按严格的客观规律忠实地记录，正确地反映事物本质，并对观察的结果进行科学的分析，用以解释心理问题的实质。

客观观察法和主观观察法相互配合，能进一步取长补短，是医学心理学临床研究的重要方式。

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

控制观察法则在预先设计的一定情景中对个体行为作直接或间接的观察研究。例如将被试者带到统一布置好的情绪气氛环境（或刺激情景）之中，观察记录他们进入情景后的行为活动特点，以分析其心理、行为或生理反应。

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

3. 日常观察法与临床观察法 日常观察法是对处于日常社会生活中的人进行观察记录，获取资料进行分析研究；临床观察法是通过医学临床的观察记录，获取资料进行分析研究。

临床观察法是医学心理学的重要研究手段。例如临床神经心理学可通过对脑局部损伤患者或脑手术患者的行为观察和分析进行研究；变态心理学主要通过临床患者的异常行为的观察和分析进行研究；心身疾病的许多资料也来自临床观察。

观察法作为单独方法，在医学心理学研究中较少出现。往往仅在那些罕见病例的个案研究中使用，如 20 世纪 7、80 年代中科院心理所许淑莲教授报告无痛儿童的行为特点及其对身心健康的影响，她使用了观察法，而且是长时间的追踪观察。但在医学心理学的各种综合设计研究项目中，常会结合使用观察法。例如，笔者等（1988）在“集体心理咨询与松弛训练对上腹部手术病人康复的作用”一文中，在上腹部手术患者的术后疼痛等指标方面，除了使用主观报告和客观化验数据，还由三位经统一培训的护士，从侧面观察患者的痛苦程度，并打分。

（二）调查法

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

1. 晤谈法 通过与被试者面对面晤谈（interview），了解其心理信息，同时观察其在交谈时的行为反应，以补充和验证所获得的资料，进行分析研究，即为晤谈法。晤谈法的效果取决于问题的性质、研究者本身的晤谈技巧和对结果判断的效度把握能力。晤谈法应用于临床患者，也应用于健康人群，在心理评估、诊断、治疗、咨询、病因学等研究中均被广泛采用。

2. 访问或座谈法 访问或座谈也是重要的调查手段。通过访问或座谈可以从较大范围内获取有关资料，以提供分析研究，即为访问法或座谈法。例如冠心病康复期的心

理行为问题可以通过定期访问或与家属座谈的方式进行分析研究。

3. 问卷法 在许多情况下,为了使调查不至于遗漏重要内容,往往事先设计调查表或问卷,供被调查者填写,然后收集问卷对其内容逐条进行分析研究,即为问卷法(questionnaire)。例如调查住院患者对医疗护理工作是否满意,哪些满意,哪些不满意等等。问卷调查的质量决定于研究者事先对问题的性质、内容、目的和要求的明确程度,也决定于问卷内容设计的技巧性以及被试的合作程度。例如,问卷中的问题是否反映了所要研究问题的实质、设问的策略是否恰当、对回答的要求是否一致、结果是否便于统计处理以及内容是否会引起被调查者的顾虑等等。

调查法简便易行,信息容量大,但特别要注意调查过程和结果的有效性和可信息。另外,对调查资料的分析 and 总结,要坚持科学态度。调查法在目前国内医学心理学研究工作中被广泛使用。

4. 调查问卷的设计 假设我们要研究吸烟对心理健康的影响。就要先搞清楚什么是“吸烟”,什么是“心理健康”。假如心理健康的概念、指标和方法都已经确定,那么剩下的就要搞清楚“吸烟”的有关内涵以及如何定量了。如果你认为所谓“吸烟”就是每天吸几支烟的问题,那么只要设一个调查条目“你每天平均吸几支烟”就可以了。如果你认为,还需关注一个人吸烟吸进去多少,那恐怕要增设“你习惯于深吸烟还是浅吸烟”这样的条目,且要考虑分几个等级让被试回答。如此推下去,我们也许还可以列出更多条目,包括香烟的质量好坏、忙时多吸还是闲时多吸、吸烟是否有早晚差别、开心时吸得多还是不开心时吸得多等条目,直至自认为已经包容了“吸烟”概念的全部内涵。

可见,一个合适的调查问卷,在设计时要求对所调查的概念,从内涵、外延到这次研究的目的等都有清晰的把握,然后设问。

调查问卷理论上可以有多种答题方式,包括是否,选择、简答和描述等。但从目前医学心理学调查研究实际情况来看,更多的是采用等级选答方式,常分三级、四级、五级、七级、和十级等距计分

注意:由于自设问卷往往未经严格的信度、效度等标准化检验,故其中的各个条目不能相加计总分,而是各自参加统计分析。

以下列出叶圣雅等(1999b)在研究上腹部择期手术病人手术焦虑问题时所设计的“术前认知问卷”,以供参考。根据研究目标,将“术前认知”这个操作概念,从对疾病的认识、对医护人员及手术的认识和对术后的预期三个方面简单设问,并分五级计分:

- (1) 我对本次手术有信心
- (2) 我对本次手术的性质和结果很了解
- (3) 我害怕手术疼痛
- (4) 我担心手术意外
- (5) 我担心手术后遗症
- (6) 我担心医疗费用

(三) 心理测验法

指在医学心理学研究工作中以心理测验(psychological tests)作为心理或行为变量研究的主要手段,包括目前普遍使用的有较好信度、效度证据的许多评估量表。测验法使用已经过信度、效度检验,并且往往已被学术界普遍接受的各种测验工具,例如人格量表、智力量表,以及各种症状评定量表(rating scale)。

测验法的种类繁多，必须严格按照心理测量科学规范实施。这部分内容将在第五章作系统的介绍。

心理测量法作为一类有效的心理评估手段，在医学心理学研究中被普遍使用。

（四）实验法

实验法 (experimentation) 是对某一变量进行操作，从而研究这种操作对于心理、行为或生理过程的影响规律。实验法通常运用自变量和反应变量来说明被操作的环境因素和所观察记录到的心身变化，同时还应严密控制中间变量的影响。实验法又可分为实验室实验和现场实验。

1. 实验室实验 是指使用实验室条件，严格控制各种无关变量，借助各种仪器和设备，精确观察和记录刺激变量与反应变量，以分析和研究其中的规律。实验刺激变量可以是自然的如声、光等刺激；可以是生物的如刺激脑特定区域、注射某些生物活性物质或人为改变某些脏器状态；可以是心理的（行为的）如心理紧张刺激；甚至可以是社会情景设计等。反应变量可以是生物的如血压、体温、皮肤电、心电、脑电、核磁图像等反映内脏功能改变的指标；可以是心理行为的如记忆、情感、操作等变化指标；甚至是社会活动功能的变化指标等。

实验室实验最大的缺点就是心理活动作为主观变量易受许多因素的影响，人类被试更是如此。例如，特定的实验情景所造成的心理紧张，本身就可能对心身相关的实验结果产生影响。现场实验法则可以消除这方面的缺陷。

笔者和吴春容（1986）发表的“音乐松弛训练对高血压病人即时降压作用的实验研究”一文中的设计，可供参考。实验中以音乐松弛训练为刺激变量，高血压患者的即时血压测定值为反应变量，在控制环境的教室（即实验室）里完成整个实验的操作过程。被试进入实验室静坐 45 分钟（听讲高血压心身防治知识），随后开始每 3 分钟测量血压一次，直至前后三次结果基本接近，取该三次均值为血压的基础值，然后才开始正式实验。以上安排就是为了尽可能控制实验的影响因素。该实验的最后结果是，放松训练使血压下降，休息 10 分钟后血压回升二分之一，再次放松训练使血压再次下降且低于第一次训练结束。本实验在当时的条件下证明音乐松弛训练对血压有积极的影响效应。

2. 现场实验 这是在临床工作、学习和其它生活情景中，对研究对象的某些变量进行操作，观察其有关的反应变量，以分析和研究其中的规律。

临床实验就是现场实验研究之一，对医学心理学有重要的意义。例如，神经心理学通过临床的脑部实验（在脑手术允许下）取得了许多宝贵的资料，其中 Sperry RW 关于割裂脑病人的研究为大脑优势半球说作了重大修正；心身医学的许多资料也是通过临床实验法所取得，一些心身疾病的诊断和分型，以及心身相互作用的规律，来自临床实验。近年来，由于临床检查和治疗技术的迅速发展，如电子计算机在临床诊断中的应用（CT 和 fMRI 等），基因组学（genomics）的临床应用，为医学心理学的临床实验研究提供了许多便利的条件，为学科的深入发展开拓了广阔的研究前景。

现场实验研究也可以在生活情景中进行。但设计和控制的难度相当大，需花费的资源和人力也不可小觑。

20 世纪 90 年代，浙江某省级单位幼儿园对一组幼儿实施连续两年期的行为学干预实验研究。实验在严格控制下进行。实验组的主要行为学干预措施包括：春秋季坚持每天起床时先揭开被子后穿衣袜，冬季则先揭开被子后穿袜子（对照组与平时一样，一般

孩子冬天会在被子里穿袜子); 天气不好包括小毛毛雨也坚持外出活动(对照组天气不好不外出); 此外还包括其他一系列情景挫折训练措施。实验记录指标包括心理、行为和身体方面的相关变量。实验结果显示, 该行为学干预方法对幼儿的心身健康发展, 包括年患病次数、平均年用药量、脚跟接脚尖直线行走速度、双手操作能力、平衡性、灵活性等指标有积极意义。实验设计其实挺有创新性, 也符合行为科学教育原理。但遗憾的是, 该成果在专家评审会议上遭到个别儿科医生的强烈抵制(可能是被认为没有“高、新、尖”的学科指标), 虽然心理学和医学心理学专家持肯定态度, 但结果是可想而知的。这也说明国内医学界生物医学模式的强大和心理行为学科发展的路漫漫。

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。

四、研究设计

根据医学心理学研究的对象、时间和理论属性等, 这里讨论几种研究设计。根据医学心理学研究对象多少, 分为个案法和抽样法; 根据研究的时间性质, 分为纵向研究和横向研究等; 根据系统模型的多因素设计。

(一) 个案研究与抽样研究

个案研究(case study) 对于单一案例的研究, 可以使用观察、晤谈、测量和实验等手段。个案法必须重视研究结果对于样本所属整体的普遍意义, 而不完全是为了猎奇。个案法可用于某些研究的早期阶段, 为进一步的比较严密的大规模研究或设计研究提供依据。在医学心理学中, 个案法也适用于某些心理干预方法(如行为治疗)对心身功能的影响研究。此时, 通常要先对心身功能作一段时间的基础记录, 作为心理干预效果的对照判别标准, 同时也有利于医生在治疗前对患者的问题性质有更深入的了解, 然后才开始个别行为治疗。个案法对于少见案例如狼孩、猪孩、无痛儿童等的全面、深入和详尽的考察和研究有重要意义, 至今仍然值得重视。对于一般性的甚至是普遍性的临床病例, 则很少采用个案研究的方式。

抽样研究(sampling studies) 是针对某一问题通过科学抽样做较大样本的研究, 可以使用调查法、心理测量法、实验法或甚至观察法等多种手段。例如, 研究人群 A 型行为特征与冠心病的关系, 就要选取一批具有代表性的 A 型行为类型被试, 考察其冠心病的发病率或其它心血管指标情况。抽样研究的关键环节是取样的代表性。

(二) 纵向研究和横向研究

1. 纵向研究(follow-up study) 纵向研究是对同一批对象在一定时期内作连续追踪研究, 可以使用观察、晤谈、测量和实验等手段, 从而探讨某一问题的发展规律。根据研究起点和终点时间可将纵向研究分为前瞻性研究和回顾性研究两种。

(1)前瞻性研究(prospective studies) 这是以现在为起点追踪到将来的研究方法。

图 2-12 是笔者 (2011) 主持的国家科技支撑计划项目分课题研究流程图。先对样本家庭成员做系统模型 (见第四章) 基础上的压力多因素评估分析, 然后分阶段对各样本家庭成员做程序化的系统压力管理指导, 追踪此后样本家庭压力多因素评估结果的改变情况, 从而验证这种程序化系统压力管理技术在降低家庭成员压力和提高婚姻和家庭质量方面的实际效果并予以示范推广。

前瞻性研究方法具有很高的科学价值。可惜, 由于条件限制过多, 前瞻性研究的难度相对较大, 在医学心理学实际研究中使用还不很普遍, 今后应大力提倡。前瞻性研究所采用的研究手段可以是多种多样的。前述幼儿行为干预实验研究例子也是前瞻性研究。

(2) 回顾性研究 (retrospective studies) 这是以现在为结果, 回溯到过去的研究方法。通过晤谈、访问、座谈或测验等手段, 收集资料和数据, 分析和评价过去各种心理社会因素对目前心身状况的影响。这一方法由于条件限制较少, 目前在国内医学心理学领域应用得很普遍。

笔者等 (1987) 在中国心理卫生杂志创刊号上发表了一篇癌症患者的调查研究报告。该文研究目的是探讨癌症的心理社会病因, 理论构架是应激过程模型 (见第四章), 工具是量表和自编问卷, 方法是回顾性临床对照调查分析。最终结果虽然显示, 多种应激有关因素如生活事件、应对方式、情绪反应、人格特征等与癌症的发生有关, 但因为是回顾性研究, 调查时虽然尽可能避免心理暗示作用, 也设有对照组, 但结果的真实性还是会受到影响。

回顾性研究存在较大的缺陷, 被试目前的心身状态会影响对过去资料报告的真实性和准确性。例如, 一位严重疾病患者往往将目前的病况归因于自己的过去, 结果可能会报告较多的以往生活事件, 对事件的严重程度的估计也可能偏高, 从而造成了生活事件与现患疾病有关的假阳性结果。

2. 横向研究 (cross-sectional study) 是对相匹配的实验组和对照组被试者, 使用观察、晤谈、测量和实验等手段, 在同一时间内就有关变量进行比较分析研究, 或者对相同背景的几组被试者分别采用不同的刺激 (如心理干预), 以对各组被试之间反应的差异做出分析研究。

这一研究方法在生物医学中最常被使用, 在医学心理学中也是常用的手段。横向研究关键的影响因素是不同组被试者之间的可比性问题。

(三) 系统模型的多因素研究设计

医学心理学的对象是作为“系统”的人 (见本章第七节), 因此对医学心理学中有关系复杂命题的研究, 往往需要多因素、多维度、多侧面的系统论研究设计 (research

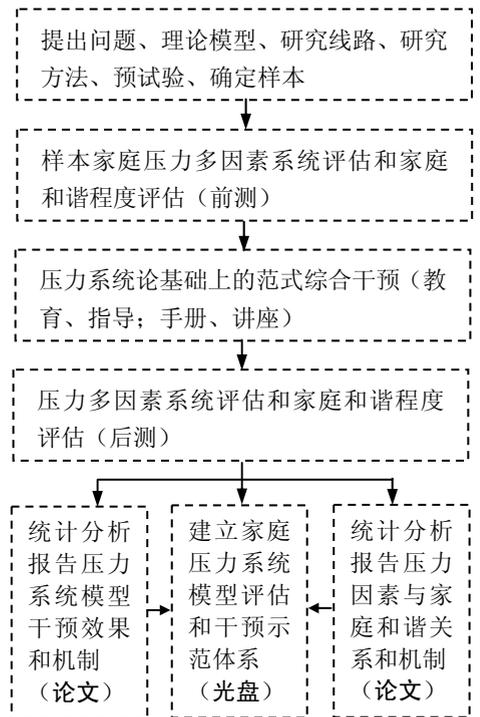


图 2-12 “压力系统模型在家庭评估和干预中的应用与示范”研究线路图

design)。其中生物、心理、社会是最常用的三个认识维度。每一个维度都包括大量的因素，例如认知、个性等属于心理维度，生活事件、文化背景等属于社会维度。

在应激（压力）系统模型（见第四章）中，含有生活事件、认识评价、应对方式、社会支持、个性特征、压力反应等维度。每一个维度又包括多个单独的或者交叉的因素。例如生活事件维度中有家庭事件、经济事件、主观事件和生物事件；应激反应中有躯体反应、心理反应和社会行为反应。长期以来，笔者（1987-2010）在医学心理学研究中，多数是在压力多因素模型（过程模型或系统模型）基础上，采用多因素、多维度的调查研究设计。

多因素的研究设计，由于变量多，通常需要采用多种统计方法进行数据处理，如相关分析、回归分析、通径分析和结构方程等。

临床医生由于长期工作习惯的影响，较易受限于单维度思维，在科研设计时，往往首先想到的是什么病，用什么治疗，然后用方差分析等统计方法证明是否有效，故他们在开始时较难接受和把握多因素、多维度的系统模型研究设计建议。但一旦实施起来，并取得成功以后，可能就进入一发而不可收的状态。笔者的临床医学朋友中有不少这样的事例。

笔者等（1990）发表的“小学生流行性癔病的心理社会因素探讨”一文中，对应激有关因素与流行性癔病的关系进行了多因素的研究设计。其理论假设是，各种应激有关因素可能会单独或者共同起作用，影响小学生流行性癔病的发病率和症状表现。故在设计现场调查问卷中，包含了生活事件、情绪状态、应对方式、社会支持、个性特以及与迷信相关的各种社会、环境和文化因素。如果从生物、心理、社会这三个维度来概括，则其中的社会维度选择了生活事件、社会支持、家庭经济以及宗教信仰情况等；心理维度选择了鬼神相关认知、应对方式、个性特点和情绪状态等；生物维度因研究的反应变量是癔症发作，且是小学生群体，故未考虑。

第三章 情绪与情绪调节

情绪是“心”与“身”联系的“桥梁”。情绪的基础知识、基本理论和调控策略，具有重要的临床意义。在保健方面，可通过积极的情感培养和合理的情绪管理来促进心理健康；在临床诊断方面，涉及对焦虑、抑郁等情绪症状的正确理解和评估；在干预和治疗方面，涉及情绪调节；在病因学研究方面，情绪因素是重要的心理变量。

作为医学心理学的纵向的基础知识部分，本章分别介绍情绪概念与情绪发展，情绪理论，情绪的生理基础，情绪与健康，以及情绪调节。各节内容全部修订自五校合编教材（1986）中笔者撰写部分。

第一节 概述

一、情绪的定义与分类

（一）定义

情绪 (emotion) 是人对外界事物是否符合自身的需要而产生的态度的体验和伴随的心身反应，是个体对事物的好恶倾向。需要指出的是，在诸如教育心理学、管理心理学等教科书中，情绪的定义中往往只强调其态度与体验属性（即上述定义的前半部分），忽视其伴随的行为和生理属性（即上述定义的后半部分），心理学临床和医学临床工作者对此应予注意。

情绪，既是一种心理过程，也是一种心理状态，既是体验，也是反应，既是冲动，又是目的。情绪是一种与躯体功能联系最为直接，在医学心理学中也最为重要的心理过程。情绪又是各种心理活动的背景，情绪也能直接影响人的认知、意志及一切行为活动过程。当然，后者也反过来影响情感过程。

（二）情绪与需要的关系

情绪与个体的需要或目的是分不开的。来访者急切需要治疗，医生及时给予治愈，需要得到满足，来访者就产生愉快情绪；学习的目的是获得知识，取得良好的成绩足以使人感到欣慰；保持良好环境也是一种需要，扰乱环境安宁的行为使人感到厌恶；等等。概括起来，情绪与需要的关系有三方面：①情绪的产生以需要为中介，凡是与人的需要无关的事物，人对它无所谓情绪；②情绪取决于需要的满足与否，需要的满足产生肯定的情绪，需要得不到满足产生否定的情绪；③情绪的复杂程度反映了需要满足的复杂状态，“百感交集”就是反映需要满足的复杂性。

（三）情绪与情感的区别

情感 (feeling) 是情绪的高级形式，与社会性需要的满足与否有关，因而也是人的一种态度的反映，是人受社会关系所制约的态度。

情绪与情感的区别在于，情绪具有情景性、冲动性，外显成份较突出；情感则不易受情景因素的影响，而且体验较弱，较少有冲动性，外部表现也不明显。下文为表达方

便，凡是涉及情绪的概念，基本上也包括了情感，除特殊情况外，一般不再严加区分。

（四）情绪的分类

形容情绪的词汇非常之多，至今尚无法对其作统一的分类。中国古代根据情绪内容将其分为喜、怒，忧，思，悲，恐，惊（《内经》）或喜，怒，哀、惧、爱，恶、欲（《礼记》）等七情。

1. 根据精神水平分类 近代有人按精神水平将情绪分为原始情绪、与感觉刺激有关的情绪和与自我评价有关的情绪。

原始情绪（小孩亦有）可概括分成喜、怒、惧、悲。“喜”是个体在盼望的目的达到以后紧张状态随之解除时的情绪；“怒”属于目的不能达到或一再受到阻碍后产生或积累起来的机体紧张状态；“惧”（即恐惧）则与摆脱、逃避等动机有关；“悲”来自于失去，这种失去与个体的目的追求有关。

与感觉有关的情绪分为：疼痛的情绪成分（参见第七章）、厌恶（如看到不顺眼的人和事）和愉快（如触摸宠物时）。

与自我评价有关的情绪包括：失败和成功的情绪、骄傲和耻辱，罪过和悔恨、爱和憎等与社会因素有关的高级情感。

2. 多维度分类 此外，也有根据情绪的两极性，作多维度分类：

肯定-否定维度。主要是指从愉快到不愉快的两极性。这是快感度。

强-弱维度。这是强度。

紧张-轻松维度。这是紧张度。

复杂-简单维度。这是复杂度。

积极-消极。这是积极度。

二、情绪内容

从系统论和现象学的角度，情绪大致有三方面的内容或表现，包括个人主观报告（体验）、行为表现（表情）和生理反应。

（一）情绪的个人主观体验报告

患者对自己情绪的主诉，往往属于情绪体验（emotional experience）。在情绪状态下，个体伴随着相应的主观感受或体验，某人说自己“感到很痛苦”就是对情绪体验的一种表述。我们平时所说的“喜、怒、哀、乐”，主要也是指个体的主观体验，接近常识心理学。传统心理学书中对情绪的定义，往往表述为是一种“体验”，可能与此有关。

情绪体验可以从肯定与否定、强度、紧张与轻松、复杂与简单，以及积极与消极等两极性维度进行分析讨论。

1. 肯定与否定 肯定与否定情绪体验具有对立性，如愉快和不愉快，爱和憎等，但在复杂的客观事物面前，人有时可以同时出现对立的两种情绪，如烈士亲属可同时具有悲伤和荣誉感两种体验。

2. 强度 情绪体验的强度可从生气到暴怒，从欣慰到狂欢等。

3. 紧张与轻松 紧张的情绪体验往往在关键时刻表现出来，但有时也可因过分紧张而造成行为的混乱，如术前患者。

4. 复杂与简单 复杂的情绪体验往往是对一个复杂的、乱糟糟的环境刺激的反应，

而简单情绪常由单一因素所引起。

5. 积极与消极 积极情绪体验有利于提高人的活动能力，而消极情绪体验常相反。这里需要注意，消极体验不等于前面的否定情绪体验，有时否定体验可以激励人去拼搏，如“化悲痛为力量”。同样，积极情绪也不等于就是肯定的愉快情绪。

（二）情绪的行为表现（表情）

表情 (emotional expression) 是情绪最具特色的内容之一，可以分为面部表情、身段表情和语调表情。

1. 面部表情 是主要的表情方式。人们往往从脸部表情来推断对方的喜怒哀乐情绪。其中眼睛是最能表达情绪的面部器官，特别是瞳孔大小的变化，广告商就是利用这一原理来选取最佳广告镜头或图案，以期能引起人们最大的兴趣。面部表情一定程度上可以受本人意识的控制或者伪装。

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。

差异较大的各种情绪其面部表情的差异也较大，如喜爱和恐惧。据认为，女性比男性更善于区别各种情绪的面部表情，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。面部表情的识别已成为近年来神经心理学实验研究的方法之一。

2. 身段表情 即姿态也是情绪的表达方式。紧张时，正襟危坐，轻松时手舞足蹈。日常生活中的许多似乎无意义的手、足和躯体动作也都可以反映一个人的情绪。身段表情可以表达个人的情绪或意思，因而可以成为一种辅助的“语言”，即所谓的体语。

3. 语调表情 反映在一个人说话时的声调及其变化，也是情绪的一种表达方式。身段表情和语调表情也都存在着种族和文化上的差异。

（三）情绪伴随的生理反应

情绪伴有生理反应 (physiologic reaction)。这将留待下文专门讨论。

临床工作者理解情绪的三方面内容非常重要，因为通常人们往往将情绪理解为一个人的内在感受，如前文所述甚至在许多心理学书籍中也仅仅将情绪定义为一种“体验”。在医学临床上，许多医生仅通过询问患者“你的心情怎样”，以患者的回答来确认其情绪状态，忽略了情绪的其他可观察可测定内容。实际上，一位手术前患者告诉医生我很害怕，未必一定是真的“很”害怕，而可能是由于其性格好夸张，或者由于希望引起医生的更多照顾。相反，一位患者告诉医生“没什么”，却也未必真的没有术前焦虑情绪，而可能是由于性格内敛，或者因为由农村初来城里显示的拘谨或虚荣。如果能够同时结合观察患者的痛苦表情或面容，关注患者某些生理指标如血压的波动，则有助于对患者的情绪状态做出准确判断。许多医生往往有丰富的临床经验，能准确判断患者的情绪种类和程度，这可能与其自觉运用情绪三方面评估方法有关（也就是属于常识心理学），但却未必在理论上能说得清楚。而临床心理学工作者则必须具备对来访者情绪的准确判断能力。

三、情绪状态

情绪状态 (emotional state) 是指特定时间内情绪活动在强度、紧张度和持续时间上的综合表现。一个人在不同情况下的情绪状态很不相同，大致可分为心境、激情和

应激三种不同程度的情绪水平。

（一）心境

心境(mood)是一种有渲染性的、较微弱而又持续作用的一般情绪状态。这种情绪状态往往不具有特定的指向，也往往不是某一特定刺激引起，但却能影响日常的各项活动。

例如，当患者心境舒畅时，“人逢喜事精神爽”，有的人可以把所有周围的一切都带上“好”的色彩，对环境表示满意，对医生既赞扬又感激，对病友热情，对医嘱严格遵守，身体状态也会随之改善。相反，一位心境沮丧的患者，可能对什么东西都感到不顺心、不满意，既不愿参加心身康复锻炼，又不很好配合治疗。临床上一些患者或来访者的家属和陪人，往往由于患者或来访者的病情或心理问题方面的原因，或者因为现阶段国内健康保障等方面存在的问题等主客观原因，也易诱发不良心境，对此应有足够的认识。

从案例中可见，心境也有积极和消极之区别。造成和影响各种心境的原因可以是社会的(如探望患者的亲友多)、个体的(如个人理想信念)，自然的(如气候条件)等等。其中个人因素是重要的。

（二）激情

激情(intense emotion)是一种短暂的、猛烈和爆发性的情绪状态。激情常发生在具有重大意义的某种事件的突然来临之际，出现如暴怒、狂喜、悲痛欲绝等强烈情绪。在这种情绪状态下，人的其他心理活动随之受到影响，如认识范围缩小，人格约束力下降，从而可能做出一般人预料不到的行为。

例如，突遭意外的患者，如严重车祸、妇科大出血、突发中风等，其陪送的亲人可能处于激情状态(有的还可能达到应激状态)，有时会表现不理智的认知和缺乏约束力的行为，小小的诱因可能使其将矛头指向临床工作者，而此时的医生却可能正沉浸于自己的职业行为之中，未能意识到风险的存在，以至造成意外冲突。足球场上球迷闹事，有相当一部分人也是处于激情状态之下。

激情亦分为积极和消极两类。面对敌人的挑衅，激发起战士的激情，从而可加速战胜敌人。某些演说家、鼓动家或军事指挥家，为达某一项重大政治军事目的，都善于激发、引导或利用群众的激情。作为个体来说，要调节好自己的激情，使之成为对个人、对社会都有利的心理动力，这主要依靠平时培养高尚的情操，锻炼坚强的意志和学会对自己情绪的习惯性控制。

（三）应激

从情绪的角度，所谓应激(stress)就是机体受到出乎意料的巨大精神或躯体压力情况下所引起的情绪状态。突然发生的重大事故、面对死亡以及躯体严重损伤等都有可能造成当事个体出现高度的情绪反应，并伴随生理功能的剧烈改变。在应激状态下，人的其他心理活动比上述激情状态更易受影响。应激状态持续时间可短可长。短时的应激通常导致全身总动员，包括交感神经兴奋、异化激素大量分泌以及高度觉醒以对付应激。如果一个人长期处于应激状态之下，机体往往难于适应，从而可能导致体内功能紊乱，直至崩溃。(请注意！医学心理学中的“应激”概念已经有很大的发展，详见第四章)

四、社会性情感

人与动物不同，除了自然需要(即生理需要如吃喝、性、睡眠等)，更重要的是高层

次的社会性需要(如爱、归属、求知, 审美、自我实现等, 自我实现则是最高层次的需要)。因此, 人的情绪也就更多地与社会性需要是否满足有关, 这就是情感。

虽然一般认为, 情感是在人类社会的发展过程中逐渐形成的, 为人类所特有, 就是说动物有情绪, 却没有情感。但笔者根据观察, 认同某些人的认识, 即动物也有某些情感, 至少是“初级”的情感, 例如狗。

通常将情感分为道德感、美感、理智感、活动感。

(一) 道德感

道德感(moral feeling)是关于人的行为是否符合人的道德需要和道德观而产生的情感体验。在社会生活中, 人们都有一种共同遵守社会道德标准的心理需要。这种标准得到遵守, 即产生肯定的体验, 反之则产生否定的体验。对国家和民族的尊严和自豪感, 对社会公益劳动的责任感, 对集体的荣誉感, 对患者的友谊感等都属于道德感。不同身份和地位的人, 某些道德感差异甚大, 如“诚实”对不同的人会有不同的含意; 医生对患者表现的情感可能是治疗的“责任感”, 而患者的陪人可能对医生的情感要求是“温馨感”, 医患关系出问题也可在这里寻找原因。

心理门诊见到的反社会人格来访者, 他们的特点之一往往是缺乏某些最基本的道德感。例如, 他们首先是先天地缺乏人性观念(或者是出生后未能形成人性观念), 故在思维层面不知道(而不是故意地否认)人与人之间有关爱、诚信和同理心。他会反问: “为什么不可欺负那些卑微的废物(指底层穷苦人)”, 或者“杀人与杀鸡有什么区别”。由于缺乏人性观念, 也就不能感受某种行为是否符合人性, 自身也不能产生相应的情感, 故又称之为无情型人格或悖德型人格。(参见图 1-2 和第八章第八节)

(二) 美感

美感(aesthetic feeling)是事物是否符合个人审美需要而产生的体验。如美好的音乐、美术和文艺享受, 环境美、行为美等都使人产生一种肯定的体验。相反, 则是否定的体验。美感可来自于自然, 如山清水秀的疗养院具有自然美; 美感也可来自于文学、美术和艺术, 如独具匠心的病房或诊室布置有艺术美; 美感还可来自于人体自身, 如穿戴和动作端庄大方的仪表美。美感受个人的审美观、审美能力等诸多因素的影响。

美感在许多行业中都是重要的概念, 只要这个行业是与人打交道的。但在生物医学模式占主导的当今医务工作者当中, 对这一点的关注程度很不够。实际上, 医务人员的服饰、仪表, 医院的病区、病室和办公室环境布置等, 都属于高水平医疗的必备条件。

(三) 理智感

理智感(rational feeling)是个人对智力活动的需要和意愿是否满足而产生的情感体验。它是人在认识事物、探索世界的过程中所产生, 例如科研过程中发现新线索, 疑难病症诊断和治疗的成功, 都会产生肯定的体验如陶醉感。上进心、求知欲, 追求真理等属于理智感。

(四) 活动感

活动感(feeling of activity)是个人活动的需要是否满足所产生的体验。诸如劳动、学习、游玩等具体活动可产生肯定的体验, 反之则产生否定的体验。

五、情绪的发展

人类的情绪发展(emotional development), 受个体生长成熟程度和后天的环境学

习过程两种因素的影响。情绪的表现方式主要由先天决定，但人类对一定事物的情绪反应的时机、程度、种类以及伴随的行为反应则大部从后天环境中学习而来。

(一) 情绪分化

初生的婴儿能表达的情绪种类很少。20世纪30年代 Bridges KM (1932) 认为，出生时婴儿仅能表达一种泛化的激动状态，对于外界的刺激均以激动作为反应。接着情绪开始两极分化，首先分化为快乐和悲伤两类。3个月后到6个月出现愤怒、厌恶、恐惧等情绪种类。快乐在6-12月再细分为得意和怜爱。到十六个月出现嫉妒情绪(图3-1)。我国心理学家林传鼎则认为新生婴儿就有愉快(因生理需要满足)和不愉快(未满足)两种情绪，到三个月时即分出欲求、喜悦、厌恶、愤怒、惊骇、烦闷六种情绪，两岁时则达二十余种。

(二) 先天因素

人类对一定事物产生的情绪反应，有些与遗传进化因素有关，是由先天因素决定的。例如心、身受到约束时，会产生愤怒的情绪，巨大声响、躯体的痛楚则产生惧怕情绪。就惧怕情绪来说，动物越高等，能引起惧怕情绪反应的环境刺激种类也越多，这可能因为人的智能远超过低等动物，能够间接推理、判断许多从动物来看并不是危险因素的环境刺激。

(三) 后天因素

更多的人类情绪，特别是对一定事物的特定情绪反应，往往通过后天的社会学习过程或示范作用 (modeling) 而学习获得。例如遭受过某种动物攻击的小孩，以后看到该种动物就会产生害怕情绪 (相当于条件反射)；小孩的母亲喜爱某一种动物，小孩也从母亲处学得对该种动物的喜爱情绪表现 (相当于社会学习或示范作用)。一般认为男、女性别对极度痛苦事件，往往分别表现为哭泣和控制两种不同的情绪表情，这也跟社会学习过程有关系。特定的情绪反应也可通过刺激类化而获得，你可能对某一地区来的病人有过不愉快的经历，以后遇上同一地区的病人也可能会产生厌恶的情绪。

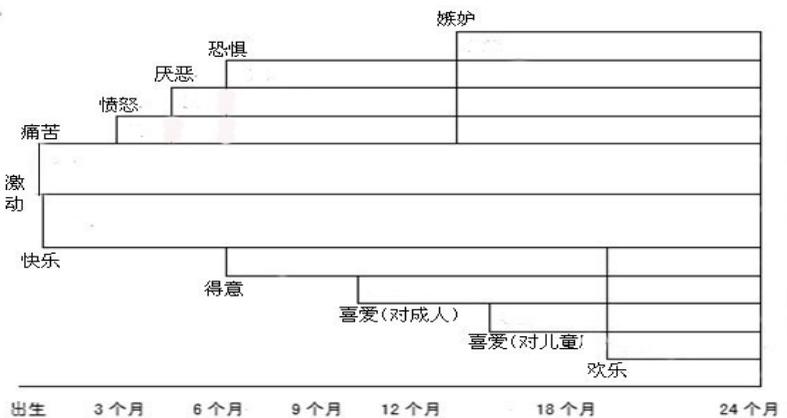


图 3-1 Bridres 情绪分化图

至于情绪分化是否也与后天训练有关，研究证据不多。但从常识的角度，早期逗着玩的孩子，情绪表达更早更丰富些。

第二节 情绪理论

近百年对情绪的本质有过广泛的研讨。关于情绪的中枢和外周神经基础的研究简况，将在下一节专门讨论。其它的一些情绪理论，如行为理论、自主反应理论等则从略。本节重点从情绪的个人意识特征(如认知过程，主观体验)与体内唤起(包括生理改变、行为表现)之间的关系问题，讨论几种理论上的解释。实际上，解释情绪所伴随的个人体验比起解释情绪的行为表现和生理反应来还要复杂和困难。所以，下面各种理论从某种意义上说无所谓正确与错误，但这些理论在一定条件下都为加深对情绪现象的认识做出了贡献，且对于医学和心理学临床工作者很有启发意义。

一、情绪感知学说

情绪的第一个理论认为，对个体体内生理唤起的感知就是情绪。该学说是美国心理学家詹姆士(James W)在 1884 年所提出，几乎在同时，丹麦生理学家朗格(Lange C)也提出了类似的解释，因而被称为詹姆士—朗格理论(James-Lange theory)。他们认为情绪来自于情绪行为变化和内部生理功能改变的结果(图 3-2)。常识告诉我们，先有情绪意识如看到猛虎感到害怕，然后产生行为和生理变化如发抖、逃跑、血压升高等。詹姆士理论却相反，认为人们遇到猛虎首先产生全身唤起反应，当这些反应被个体所感知，就成为害怕情绪。他的一句断言：“我们害怕是因为逃跑”总述了他的观点。根据这一理论，对一种危险刺激的感觉，首先产生机体的逃跑和内脏反应，当内脏反应通过自主神经系统被个体感觉，并与原来对危险刺激信号的感觉相汇合，才产生一种意识性的害怕知觉。有一个实例可帮助理解该理论，当一辆汽车突然从斜刺里向你猛冲过来，你迅速做出了回避，并出了一身冷汗，此时你才开始发抖和感到恐惧。朗格提出的理论与詹姆士类似，只是他认为引起情绪体验的体内感觉来源于血管的变化。

詹姆士理论首次涉及生理变化对情绪的影响，这促进了后来对情绪的各种实验心理学研究。但以下一些证据显示该学说存在问题：①人为地注射肾上腺素，引起类似于情绪条件下的生理变化，此时仅仅是使个体产生一般的觉醒(arousal)，并没有明显的情绪体验；②不同的情绪产生的生理反应并无多大的区别，个体又如何能据此分辨不同的情绪；③生理反应有相当一部分属于较慢的变化如内分泌变化，但情绪却是一种快速的体验，两者之间存在差异；④谢灵顿(Sherrington)切断狗的内脏器官的感觉传入神经，使中枢失去对相当部分的内脏感觉，但狗在不同条件下仍表现出不同的情绪行为等。

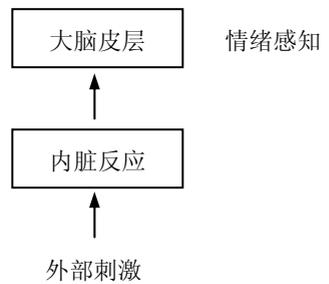


图 3-2 情绪感知说示意图

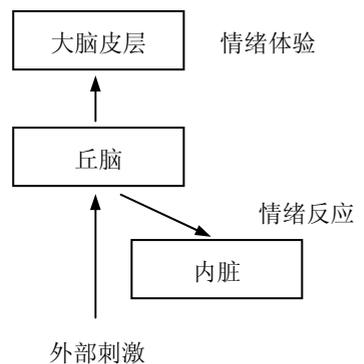


图 3-3 情绪丘脑启动说示意图

二、情绪启动学说

该学说认为全身的唤起本身就是情绪，亦即生理唤起和情绪感知是同时发生的。

生理学家坎农(Cannon WB, 1927)根据许多实验结果提出了情绪丘脑说或称启动说。该学说认为丘脑是情绪的中心。当丘脑接收到能够引起情绪反应的刺激信号后，同时向大脑皮层和植物性中枢转发信号，经过一系列神经过程产生情绪体验、行为变化和生理反应，而无所谓先后之分(图 3-3)。该学说后来被巴德(Bard, 1934)扩展，故称为坎农-巴德理论(Cannon-Bard theory)。

但坎农学说也存在一些问题。以后的实验曾证明，下丘脑的存在比起丘脑来在情绪反应上有更重要的作用，说明丘脑中心说与事实有出入。该学说对大脑皮层调节情绪的重要性也认识不够。

三、情绪的认知-生理学说

上述两种学说的不同之处在于强调生理反应和情绪感知出现之先后问题，但实际上这种先后很难确定。例如，在某些紧急情况下，生理反应似乎确先于情绪体验；但在一般情况下，情绪体验常发生于生理反应之前，例如遭羞辱后才出现生理变化过程；或者有时两者几乎同时发生。而且，情绪体验与个人的过去经验以及当前的认识活动有很大的关系，故有很明显的个体差异。

20 世纪 70 年代沙赫德提出情绪的产生是认知过程、外部刺激、内部生理变化三者互相作用之结果，并且强调过去经验以及认知因素的重要作用。因而这是一种“三因说”(也有认为是“两因说”，即认知与生理)，并且为目前许多人所接受，有人称之为认知-生理学说(cognitive-physiological theory)。

沙赫德和辛格(Schachter S & Singer J, 1962)做了以下实验来研究上述三因素对情绪的作用(图 3-4)。实验之前，为避免 184 名男大学生志愿者了解实验目的而影响结果，先告诉他们将要去做一项“维生素对视觉影响的实验”，在进入实验之前要求先在“休息室”等待，实际上“休息室”是设置好的两个“认知情景”(cognitive circumstance)，分别是由实验助手扮演的快乐情景和愤怒情景。实验前告知被试将接受一种维生素混合物“suproxin”注射，而实际上三个实验组注射的是肾上腺素，第四个对照组是生理盐水。同时还告诉第一组“真实信息”，即注射药物后将会出现心跳、发抖等副作用；告诉第二组“无信息”；告诉第三组“假信息”即告知的不是肾上腺素的副作用。实验结果显示，处于快乐情景中的被试容易产生快乐的情绪，处于愤怒情景中的被试则易发生愤怒，但“无信息”和“假信息”组在两个“认知情景”中所表现的快乐和愤怒程度，明显高于“真实信息”组和对照组，而对照组表现中等的情绪。

该实验说明：①情景刺激、生理唤起、认知因素互相作用引起特定的情绪反应；②认知因素是更重要因素，起着认知标签(cognitive labelling)的作用；③虽然生理唤起对情景体验和行为并不一定是必须的，但能根据个体对后两者的解释而产生始动作

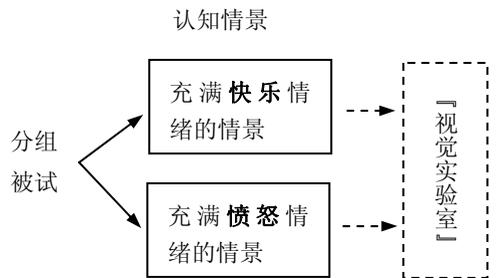


图 3-4 情绪认知-生理说实验示意图

用。

从这里可以看出认知因素主要以经验为依据，将某种情绪的生理变化感受之经验与环境刺激进行对比，以决定这种环境刺激是不同情绪中的那一种(如愤怒)，如果互相之间相符合，个人就感受为这么一种情绪体验(即愤怒情绪)。

据此，情绪与生理唤起及对情景的认知三者关系可用下列函数关系表示： $E(\text{情绪})=A(\text{生理唤起})\times c(\text{认知})$ ，或者表示成以下过程：刺激(stim)/唤起(arousal)→认知过程(cognitive process)→情绪(emo)。

情绪的认知-生理学说，反映了情绪的生物、心理、社会属性。这对于医学心理学临床有指导意义，可以据此设计情绪的综合调控方法，其中也包括认知、环境和生理调整等手段。(详见本章第四节)

四、情绪的认知-评价学说

美国心理学家阿诺德(Arnold MB, 1960)也强调认知过程对情绪发生的重要作用，而且这种认知评价过程也以过去的经验和情景刺激对个体的感受为根据。当机体对环境刺激的这种评价结果是“好”、“坏”或“无关系”时，机体则分别以接近、回避或忽视的具体情绪反应和体验做出反应(图 3-5)。可见她强调这种对外部环境刺激的评价过程是出现在生理反应、情绪体验和行为变化之前。这种理论被称为认知评价说(cognitive-appraisal theory)。

该学说以后被 Lazarus RS 等人所支持和扩展。后者认为个人所持的先决标准是左右情绪的主要因素。当事人对每一种情绪都有不同的评价标准，这种评价还与评价人当时所处的情境交互作用方式有关，当事人社会文化背景不同也影响评价结果，例如同样的情景，美国人、中国人、某些原始部落如印第安人，其情绪体验和表现可以不同。



图 3-5 阿诺德的情绪认知说

拉扎鲁斯(Lazarus RS, 1968)等人还以下述实验来证明，改变一个人的认知经验可以影响个人的情绪体验。实验不是用药物注射，而是单纯使用情景刺激。让被试观看有关土著民族包皮切割礼的纪录电影，影片具有恐怖性质，通常能引起观众的紧张情绪。用皮肤电位纪录作为被试的情绪指标。实验有三组结果：甲组在看电影前预先被告知应该客观地看电影，结果在电影放映过程中情绪反应最低，乙组在映前被告知大概内容，但否定恐怖程度，结果情绪反应属中，丙组什么也未加告诉，结果情绪反应最高。整个结果说明，对情景的认识评价常发生在生理变化之前；认知因素的改变也改变了情绪反应。

认知评价学说及其相应的后续各种研究，不但强调认知因素在情绪发生中的主导作用，体现认知理论(见第二章)关于认知决定情绪的理论要点，通过认知治疗(见第六章)则可以解决这些情绪问题；而且也强调认知因素与应激、应对的密切关系，拉扎鲁斯和福克曼(Folkman S, 1986)等并由此提出认知应激交互作用理论模型，推动应激心理学理论的发展(见第四章)。

第三节 情绪的生理基础

一、情绪的中枢生物学机制

从上世纪以来，用生物学的方法研究情绪的工作一直在进行，许多中枢部位被证实与情绪有关，因而那种认为脑子里存在某种特定的情绪中枢的观点已不被采纳。但由于情绪的神经心理学研究的复杂性，整体上正确解释情绪过程的生物机制仍不很清楚。

下面将对情绪有关的各级中枢部位及与之相应的研究工作做一些介绍，其中有些内容已在第一章第六节论及，此处从简。

(一) 中枢递质

中枢递质特别是儿茶酚胺(CA)与情绪关系密切。儿茶酚胺中的去甲肾上腺素(NA)和多巴胺(DA)是中枢神经重要递质。情绪状态下，不论中枢、外周CA均有释放，而且随着情绪强度的增加而增加。实验证明在情绪压抑条件下，人血液和尿中除了皮质激素含量增加外，肾上腺素类亦明显增加。临床使用利血平达到一定剂量和一定时期，不少病人会表现抑郁症状，此与利血平耗竭脑内儿茶酚胺的贮备作用有关。这些结果从不同角度说明CA类中枢递质与情绪关系密切。但是儿茶酚胺类递质与情绪的详细生物学机制，特别是它们对不同情绪状态的引发机制，各种研究结果不一致，有许多新的发现，这方面的工作仍然是情绪研究的有希望的一个领域。

5-羟色胺(5-HT)也与情绪有关，参与情绪反应的稳定作用。虽然儿茶酚胺与情感活动最为密切，但导致情感性精神疾病时，则与儿茶酚胺和5-HT都有关。其中5-HT不足可以导致情绪的不稳定，再在儿茶酚胺的增多或不足条件下导致情感性疾病症状(躁狂或抑郁)。此外，乙酰胆碱(Ach)、内啡肽亦与情绪活动有关。

(二) 网状结构

脑干网状结构在情绪的发生中起激活的作用，它提高或降低脑在情绪反应中的积极过程。人的情绪色彩和情绪反应很大程度上依赖于网状结构的状态(图3-6)。

林斯莱(Lindsley DB)曾系统地提出了网状结构为突出点的情绪激活学说，认为从外周和内脏传入的感觉传入冲动，由侧支纤维进入网状结构，并经下丘脑整合与扩散，兴奋间脑的觉醒中枢，激活大脑皮层。因而网状结构是情绪形成的重要条件。

(三) 下丘脑

许多人认为下丘脑是情绪的躯体反应和内脏反应的整合部位。因为用实验法分层次逐渐切除猫的皮层时，只要保留下丘脑后部的完整，动物就能表现出有组织的发怒情绪模式，包括假怒(sham rage)行为和内脏生理改变。如果将下丘脑后部也连同皮层等组织一起切除，则动物仅能表现出情绪的某些片断反应。以后，用埋藏电极刺激的一些实验研究也支持了上述的论断，如赫斯(Hess J, 1955)电刺激下丘脑后部，动物出现害怕-逃跑反应；在下丘脑前侧中部可以

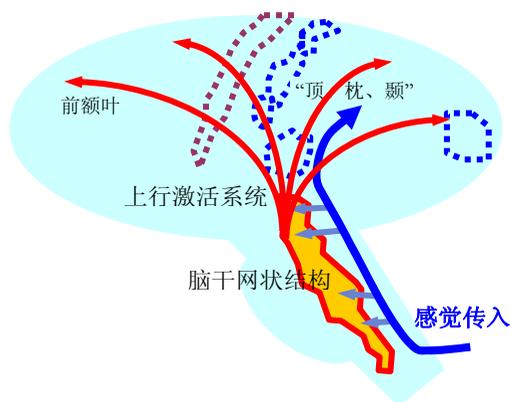


图3-6 脑干网状结构与上行激活系统

找到所谓的“愉快中枢”，即自我刺激奖励区域(Olds J, 1954)。Olds 等在鼠的下丘脑等一定部位埋植电极，并接上电刺激装置，该刺激装置的自动开关安置在鼠笼的杠杆上，当老鼠偶然能触及杠杆时，鼠脑就得到电刺激。根据操作条件反射原理（见第二章第二节），如果这种刺激是痛苦的，动物就会回避它，以往的一些实验往往都属于这一类；如果刺激是愉快的，动物就会趋向它。实验结果确能找到一些区域（特别在下丘脑，以及边缘系统、丘脑等处），当电极置于这些区域时，老鼠会连续几千次去按压杠杆。这在当时被称为“奖励或愉快中枢”，与此相反的区域被称为“惩罚或痛苦中枢”。

但是下丘脑中枢说未能解释这些中枢都是以何途径，以何方式与上部和下部脑组织发生联系的，因为这些脑区对情绪的躯体反应和内脏反应的整合功能也是确定的。刺激下丘脑的实验很少找到与这些部位相联系的神经通路，看起来，下丘脑应该是包括高、低级各有关中枢在内的情绪系统中的一个组成部分。

（四）丘脑

有关丘脑与情绪的关系已在上一节讨论。丘脑是较早被发现与情绪有关的中枢部位。

（五）边缘系统

边缘系统是帕佩兹 (Papez JW, 1937) 提出情绪环路的主要结构。他从颞叶失常的病人常有情绪失常这一事实出发，结合神经生理学知识，设想情绪与颞叶→海马回→海马→穹窿→下丘脑乳头体→丘脑前核→扣带回→海马，这一个环路的活动有关，其中海马是中心部位，因而被称为帕佩兹环路(Papez's circuit)。这一环路被后来的研究工作所扩充（图 3-7）。当环路活动抵达下丘脑时引起情绪的植物性反应；环路经过扣带回即边缘前脑影响大脑皮层则产生情绪体验。不过后来研究证明杏仁核比起海马来与情绪的关系更密切，而海马与学习过程关系更大。

（六）“内脏脑”

麦克林 (Maclean PD, 1964) 随帕佩兹以后进一步提出内脏脑 (visceral brain) 的概念。所谓内脏脑属于新、旧脑皮质过渡部分，主要指边缘系统中的扣带回、海马回。内脏脑调节着全身内部器官活动，同时通过下丘脑调节情绪的生理和行为反应，通过向大脑新皮质投射提供情绪的意识部分。只有通过皮层的评价，才能组合成情绪的喜、怒、悲特性。有关这些观点得到较普遍的承认。麦克林认为边缘系统的一部分与“自我保存”的情感和行为有关，这部分发动寻食、发怒行为，有利于个体的保存，另一部分与“种族保存”的情感和行为有关，这部分与愉快、性欲等方面相联系，因此利于种族的繁衍。可见，内脏脑与“情绪脑”在结构和机能上是重叠的。

（七）皮层

大脑新皮层也与情绪有密切关系。巴甫洛夫早就强调大脑皮层在情绪、情感产生的主导作用。此后许多证据已进一步证明了这一点。在组织结构方面，除了边缘系统的某些区域本身就属于大脑的古皮质和旧皮质外，作为新皮层的前额叶，即运动区和运动前

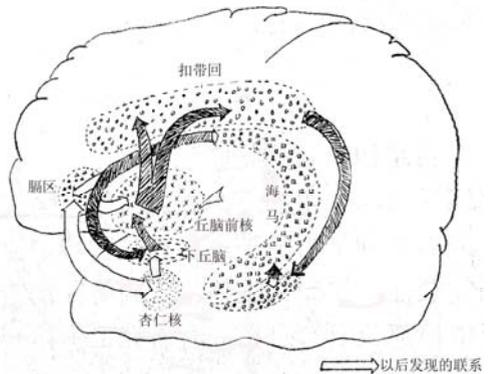


图 3-7 情绪的 papez 环路图示

区前部皮质与情绪关系密切；边缘系统与新皮质特别是前额叶皮质本身有紧密的联系；边缘系统有很大部分信息是由丘脑前核向大脑皮质的前叶投射；切除前额叶的动物常表现温顺，缺乏情绪性反应；额皮质也经过传出通路对情绪的生理反应和躯体反应以影响。

近些年来，有关情绪的中枢生物学机制研究进展神速，目前正等待具有突破性意义的新发现。

二、情绪的外周生理反应

情绪的外周生理反应通常就称生理反应，是情绪的一项重要现象学研究和心理生理学方向研究内容。

（一）内脏反应

在情绪条件下，机体的心血管、呼吸、消化、泌尿、生殖、皮肤、血液、代谢、内分泌、肌紧张等一系列生理功能都可发生明显改变。这是自主神经系统、内分泌及躯体功能三方面共同作用之结果，其中自主神经活动的变化更为重要。许多实验证明强烈情绪可造成心率加快、血管收缩(或扩张)、血压升高(也有下降直致昏厥)，呼吸急促或节律改变，胃肠道活动减弱，尿生成减少(也有尿频者)，皮肤电阻降低，全身肌张力增高反应。较长时的强烈情绪也使血凝系统和纤维蛋白溶解系统活性增高及血小板聚集功能和血脂水平的改变（此与当前极受重视的心血管疾病的防治密切相关）。情绪条件下儿茶酚胺、甲状腺素、皮质激素等内分泌激素的改变，除了影响上述各种脏器活动外，也改变体内代谢过程，使血糖升高，直至升高体温。

（二）交感神经

情绪的内脏反应往往表现为交感神经兴奋特征，各种性质的情绪的外周生理变化往往是近似的。这也是 James 上述情绪理论发生困难的问题之一。

但是不同情绪的自主神经反应还是有细微的差异。虽然这种差异不是特征性的。据认为，在发怒、害怕、性唤起，甚至其它一些情绪条件下，自主神经的反应类型有所不同。例如某种愉快情绪可使副交感神经反应性相对增强，从而造成性激惹、内脏和皮肤的血管扩张而充血(如面潮红)，下丘脑的前中部能综合起这一反应。另一方面，害怕和发怒主要产生交感神经兴奋表现，并且被内分泌激素的作用所加强 (Leukel F, 1978)。

（三）内分泌

关于情绪状态下内分泌激素分泌的某些特异性问题，也早就有一些研究报告。Ax A(1953)和 Funkenstein DH(1955)曾用实验证明，去甲肾上腺素在愤怒和攻击情绪时分泌增加，而恐惧时血中肾上腺素增高。动物研究也说明，类似狮子等食肉性动物血中去甲肾上腺素水平较高，但经常遭受攻击的动物如兔子则血中肾上腺素含量较高。抑郁是人类一种特有的情绪状态，其变化有些类似害怕，有很高的肾上腺素输出。但是，也有许多研究否定这种差异，因此，至今一般还只能通过表情观察及个人体验报告这两方面资料进行情绪种类的特异性测量。

实验和调查证明，肾上腺皮质类固醇分泌量也随着各种情绪活动的加强而增加。例如 Brady JV (1979) 曾证明，进行回避操作条件反射实验的猴子体内皮质类固醇大大升高，他认为这是由情绪情景所诱发的。以后又有人发现，焦虑、害羞、恐惧等情绪，以及各种声的、计算的、形象的实验性紧张刺激，都可引起上述各种激素分泌增加，因而特异性不高。故情绪的特异性研究，近些年来虽然有一些新技术方面的探索，但一般还

是停留在通过表情(包括面部、身段、语言表情)及个人自我报告这几方面资料进行分析研究。

三、有关情绪生理指标

情绪的生理反应可以通过一些常用的实验记录方法记录下来。如上所述,这些记录指标与情绪的种类之间往往缺少特异的联系,因而一般不能以此来判定一个人的情绪种类。但是,却能以此判定一个人的情绪程度,可以反映机体的唤起水平。这些方法对于心理生理学的研究还是很有用的。

(一) 皮肤电反应

皮肤电反应(galvanic skin response, GSR)是研究情绪状态下生理变化的一个重要实验指标。1888年 Fere CS 发现皮肤两点之间有微小电流通过,并且还发现当机体受到刺激时的皮肤电阻就变小。1890年 Tarchanoff J 发现皮肤两点之间有可记录的电位差。反映皮肤两点电阻或电位的变化曲线就是 GSR。用上述两种方法均可描记到皮肤电变化曲线,但结果是不同的。一般认为,第一种方法(皮肤电阻)较准确,而第二种方法较方便。在同一种实验过程中,应该使用同一种仪器和同一种方法,才能使结果具有可比性。

皮肤电记录可以分自发皮肤电和诱发皮肤电两种。自发皮肤电是在安静条件下的描记曲线。对自发皮肤电记录曲线的分析,通常凭经验先确定最低反应标准,如离基线 $\pm 0.5\text{mV}$,超过 0.5mV 的算有反应。然后将某段时间内超过 0.5mV 皮肤电位的时间测量出来,计算有反应时间占总体时间的百分比,以该百分比作为自发皮肤电的一个数量指标。另外也可同时结合最高反应量即离开基线的最高皮肤电的读数,或者使用计算面积的方法,即计算所有反应区域的座标面积,作为实验结果的指标。有人发现,神经衰弱、精神分裂症患者的自发 GSR 比正常人波动大,因而可能有一定使用价值。

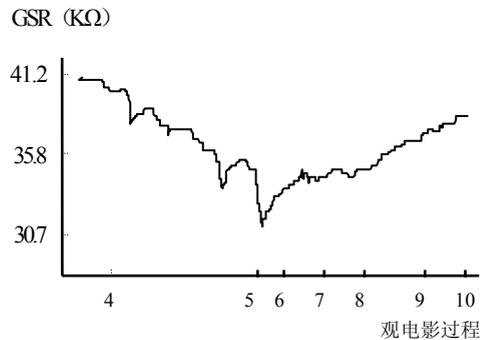


图 3-8 观看电影时皮肤电变化示意

诱发皮肤电是在机体接受各种刺激条件下,所产生的皮肤电波动情况。人在情绪状态下,皮肤电阻往往变小。图 3-8 是一个被试在看电影过程中所记录下来的皮肤电曲线图。当电影里出现惊险激动情节时,被试的皮肤电阻降到最低。

使用 GSR 研究情绪,以及研究与情绪有关的心身医学问题,均取得不少成果。其缺陷是只能从量上反映情绪情况,高兴和悲哀的 GSR 往往是一样的。另外随着外界刺激时间的延长,个体的 GSR 会随之减弱,即有“适应”现象。

GSR 产主机理。Lader MH(1962)年用阿托品局部皮肤注射后,该处 GSR 被阻断。故一般认为 GSR 与皮肤的汗腺活动有关。情绪活动通过交感神经作用,影响皮肤汗腺活动,可能是导致 GSR 变化的基本原因。

(二) 心血管反应指标

心率、血压、血管容积、脉搏波变化等,也可作为情绪反应的指标。情绪往往激发

上述各项心血管指标的波动，这是与自主神经系统和内分泌系统变化相关联的。

血管容积常通过指端微血管搏动的波幅作记录，即血管容积波，情绪状态下指端血管容积变化比心率变化灵敏，同时比 GSR 分化性也高些；脉搏波主要观察相邻两个波的波幅波动情况，以及波幅波动持续时间，情绪状况下，通常这两个指标都可有变化。因而可结合在一起分析。

（三）呼吸指标

利用呼吸描记器记录呼吸活动情况，可对呼吸频率、波幅（深度），呼气和吸气时间、以及呼吸的均匀程度等因素进行分析。人在愤怒时，呼吸可以加深加快，悲伤时呼吸可以变慢，在害怕时则呼吸常不均匀，这些都反映了呼吸各指标对情绪实验的意义。情绪状态下呼气(E)和吸气(I)的比例(E / E+I)问题，在历史上也有人进行过研究(Feleky A. 1916)，如认为人在说话、笑、心算、安静、激动、惊讶、突然受惊时，这个比值分别约为 0.16、0.18、0.28、0.30、0.45、0.6，0.71 和 0.75。

（四）脑电图

脑电图在生理心理学研究中被普遍应用，但在情绪生理学方面应用较不普遍。一方面是脑电图与情绪之间也还没有明显的特异关系；另一方面作为一项情绪唤醒指标，也不比皮肤电等敏感。曾有研究认为焦虑状态可以使脑电图 α 波阻滞，出现 β 波。Darrow CW 认为，焦虑可以引起非特异觉醒，并引起皮层的有关变化，产生脑电图低振幅快波，他称之为“皮层焦虑”，但许多人不同意这些看法。1978 年有人证明紧张刺激造成的情绪状态未能发现脑电图变化。可见，情绪的脑电图改变尚是一个值得探索的问题。

（五）测谎器

测谎器(lie detector or polygraph)实际上是结合心跳、血压、呼吸及皮肤电反应等心理生理指标的综合情绪检测器。测谎器所测定的并不是撒谎本身，而仅仅是测定因撒谎而产生的紧张、内疚等情绪的生理变化。由于上述各项指标的变化往往不受个人随意神经系统支配（即不能被有意识地控制），故仍可以作为个人情绪变化的客观指标。应该注意的是。生理变化受多种因素的影响，而且说谎者也未必都会产生情绪反应（如经过训练的习惯说谎者），而没有撒谎者却会因为环境紧张而出现生理变化，故测谎器的使用还要结合心理询问等技术。

第四节 情绪与临床

一、情绪的适应意义

（一）情绪对动物适应的积极作用

就动物而言，情绪是机体对环境刺激所做的一种综合的、具有特殊适应性的行为反应。这种反应随着物种的进化不断趋向高级和完善。在生存斗争中，每个生物体必须奋起战胜或逃脱任何时候出现在面前的死亡威胁，否则，就会被消灭。因此凡能保存下来的物种，大致都具备上述这种能力。而且生物进化越高级，这种奋起能力也越复杂。动物在紧要关头的“奋起”包含两方面的内容，一方面是心理上的唤起(arousal)；另一方面是生理的唤起。两种唤起都为应激行为(攻击或逃跑)做准备，从而最终取得对环境的新的适应。这就是情绪。

同样，动物要生存就要合作，要繁殖就要交流，这样，个体之间逐渐产生可以互相交往的非口语的“语言”，这也是情绪。

由此可以说，情绪具有重要的生物学意义，一定程度上情绪既是生物进化的结果，也是生物生存和进化的动力。

（二）情绪对人类适应的双重作用

对人类来说，情绪与适应（adaptation）的关系存在双重性。一方面，人由动物进化而来，保留了动物的许多情绪性适应功能。例如生活受到干扰时，人产生的各种情绪促使个体去注意外界环境的新变化，并及时予以处置，从而适应环境。另一方面，人类早已脱离野蛮的生存环境，人所接受的环境刺激主要地来自社会，来自第二信号系统，故人对环境的适应已不是主要靠单纯的情绪性“奋起（搏斗和逃避），而是靠理智。因此，情绪对于人类来说，其适应作用就明显地具有两面性了。例如，对社会环境刺激所产生的过多情绪性“奋起”包括激动、忧愁，不但无助于适应社会环境，反而会通过生理反应对身心健康的影响而增加适应障碍。

根据以上叙述，一方面说明，人的情绪需要释放，这可以解释单一、稳定的情绪，看起来很美，但因为不符合生物进化中有关个体与环境适应之间的动态关系，未必有利于身心健康，相反生活内容丰富，导致各种情绪——兴奋的、激动的、快乐的，甚至一定的愤怒和忧愁，反而不一定是坏事。另一方面说明，人对来自社会环境的刺激，个体如果产生过度的焦虑、愤怒和忧伤等情绪体验，又不可能像野生动物那样通过躯体性释放途径使体内累积的情绪生理能量得到释放，身心健康自然受损。关于这一点，可以作为情绪调节重要性的一个指导性讲题（即集体心理健康讲座）。

二、情绪与动机和行为效率

（一）情绪具有与动机相似的功能

动机（motivation）产生趋向性行为，而快乐的或不快乐的情绪也可使人产生趋向或回避行为。一般人总是希望拥有愉快的情绪，排斥不愉快的情绪。利用这一点，气喘药物广告总是渲染气喘的痛苦，而美容膏广告总是强调皮肤的洁白细嫩，其结果都是希望大众去购买些商品。这是利用这样一种心理习性，即人的行为往往受某一种情绪的期待的影响。

同样，目前一些年轻医生只重视自己的医疗职责，不重视病人及其家属的情绪感受的倾向也是不符合此种心理原理的。

情绪具有动机功能这个心理学原理，在心理门诊有实际意义。

例如，心理门诊经常遇到要求告诉怎样提高孩子学习“动力”的家长。对这些来访者需要通过多种知识的指导。其中包括向其讲解孩子的情绪与学习动机（或别的什么动机）的关系。因为许多家长或老师往往只强调通过说理或强迫的方式让孩子去认真学习（或接受别的什么培训），却未能认识到快乐情绪对于学习动力的重要作用。这时候，应按照心理行为科学原理，帮助来访者家长设计系统的训练程序，其核心是建立愉快情绪与学习动力之间的正强化关系（参阅第二章第二节）。

（二）情绪影响行为效率

人的行为活动在一定的情绪状态下进行，情绪影响工作效率（work efficiency）。Yerkes-Dodson 定律告诉我们，工作难度越大，工作效率越易受情绪的影响。如生气可以影响疾病的诊断思路，但却不大影响扫地。从情绪的强度来说，适当的情绪状态，最有利于个人维持对工作的兴趣和注意，从而取得最佳的工作效率。而过强过弱的情绪状态则影响工作效率(图 3-9)。

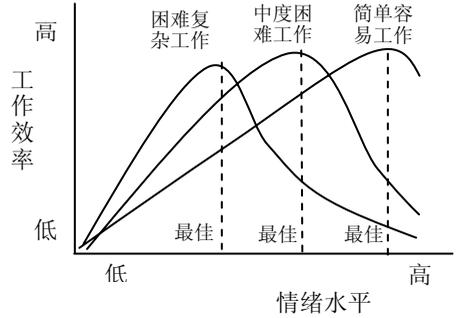


图 3-9 情绪水平与工作效率示意图

过分紧张的情绪会影响工作学习效率，这是常识。但在临床上，心理医生面对一个因为过分紧张而影响学习或工作效率的来访者，如果以简单的线性思维，仅仅将紧张作为问题的原因，一味地告诉来访者别紧张，或者也给予一些行为学方法如放松训练，其结果往往是失败的。一些来访者甚至越解释越紧张。因为，这其中往往涉及到系统的问题，紧张情绪只是系统中的一个环节或一个因素，需要深入评估与综合指导才可能有效。

门诊案例：一位平时成绩一直很优秀的高中生，进入高三以后因压力过大逐渐出现注意力难以集中、学习效率降低、紧张失眠、注意力更难集中的恶性循环，直至“脑子里一片空白”。明摆着，老师、家长和学生自己都知道，该生是太紧张了。于是，家长想尽各种办法，如强制要求遵守作息时间，使用各种“补脑”食品或药品等，但都无法降低孩子的紧张情绪。无奈之下家长使出了最后一招，就是一改平时那种比孩子还紧张的态度，轮流劝说该生，“爸妈已经想通了，不再要求你考上重点大学，只要考上专科就可以了，你不用像过去那样用功了，也不用再那么紧张了”。然而，该生的状况反而变得更糟。最后，只得来心理咨询。

对于这个案例，医生需要认识到，该生长期以来通过自己的努力取得好成绩，好成绩又让父母有面子，自己也愉快，继而学习更愉快，父母则更开心，这是多因素之间的一种良性循环。值得注意的是，其中维系该生良好情绪和自尊心的原因之一，正是自己良好的成绩满足了父母的期望，父母也因此而骄傲。现在父母虽然口头上说放弃原来对自己的期望，那显然只是嘴上说说的，内心不可能这么快急转弯。这样一来，对该生来说事情的真相就变成了是自己的无能，让父母失望了。这种负性自动性思维样的认知，自然进一步导致该生的无助、内疚、自责和自卑感。

故对待这样一类来访者，要想降低其紧张焦虑水平，必须用多维度的思维逻辑，以多侧面的证据说服该生，使其相信父母是真的“想通了”，使他自己也真的“想通了”，才有可能达到目的。这时，往往需要采用认知治疗模式的心理指导（参见有关章节）。

三、情绪与健康 and 疾病

由于情绪具有明显的生理反应成份，所有心理活动过程又都在一定的情绪基础上进行，因此情绪成为整个心身联系的“桥梁”。这一点，在第四章第七节作为应激反应内容将有详细讨论。

心身医学研究和医学心理学临床工作中，都涉及情绪的问题，其中特别是消极情绪。这将在第七章和第八章有所讨论。

另一方面，积极情绪却是健康促进和疾病康复的重要心理条件。许多心理健康指导措施归根结底是为了改善来访者的情绪，许多心理治疗第一步也是为了建立患者的积极情绪。

同时还应该看到，情绪虽然对人的健康过程产生明显影响，但并不是决定因素，多数情况下它只是加强或减弱疾病特别是躯体疾病的发生发展过程。

四、关于情绪的心理外科学

由于对情绪的中枢生理过程的研究取得进展，使人们注意到，利用这些知识来改变脑部某些结构，或有可能改善某些情绪严重障碍病人的症状，从而在 20 世纪出现了心理外科学（psychosurgery）或精神外科学。

（一）前额白质切除术

即切断丘脑前核与前额叶皮质的全部或绝大部分纤维联系。该手术开始时被用于改善精神病人的极度焦虑和恐惧情绪性症状，20 世纪 30-50 年代在全世界使用了约 70000 例。但以后随着此手术推广用于各种焦虑症，发现手术后病人虽然焦虑症状改善，但会伴随出现诸如淡漠、易冲动、可能的智力丧失、反社会行为、判断力损害等其它心理行为的改变，其中智力改变用普遍心理测验通常不易发现。故 60 年代后，该手术已不再被使用。

前额白质切除术也曾被用于晚期癌症病人的剧痛，手术后病人报告疼痛失去了持续特性，因而不需要去注意它，也就减少了痛苦。

（二）前额叶切除术

通常是外伤或肿瘤切除术造成的后果。大部分前额区切除后，表现出的情绪和行为变化类似前额白质切除术，并更严重。

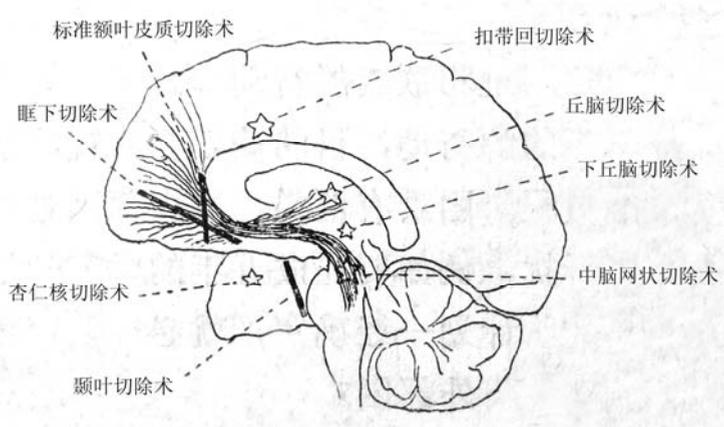


图 3-10 心理外科学示意图（自 Leukel F, 1978）

（三）边缘系统手术

动物实验证明，边缘系统许多区域的损毁，可产生情绪性行为的各种变化，从而使人们将注意力转向这些区域。有报告指出，将额叶经丘脑到杏仁核的来往兴奋通路阻断，能产生与上述前额白质切除术相同的结果；后来还发现，额区和顶区有接受来自下丘脑

的纤维联系。上述这类研究产生某些希望，对边缘系统的一些精确部位及有关的一些皮质区使用选择性的手术方法，将能够避免上述几种手术的某些副反应，同时又能改善异常的情绪性行为，达到治疗的目的。Mark VH 和 Irwin F 曾有少量的这类病例报告，他们切除颞叶癫痫病人的杏仁核，可消除病人伴有的强烈攻击行为。

其他的一些报告还有：因肿瘤切除术或为了减轻癫痫而进行单侧或双侧颞叶全切除术，病人可转为安静但有记忆障碍；用扣带回损毁法治疗攻击性和强迫性行为；试用眶下切断术治疗焦虑和抑郁；为了减少过多的损伤，采用丘脑有关部位的损毁来代替白质切除术；希望用下丘脑外侧部损毁法减轻焦虑、攻击行为等等。大多数结果属于少量的病例报告，而且结果也不一致。图 3-10 表示在不同脑区进行切除或损毁的心理外科手术。

以上某些心理外科学手术，在经过此后的不断改进和临床研究，目前已在神经外科或精神外科临床获得应用。例如，颞叶癫痫病人的前颞叶切除术或选择性海马、杏仁核切除术；难治性抑郁症、双相情感障碍、强迫症和顽固性疼痛等病人的扣带回立体定向毁损术等。

不过从上个世纪 30 年代有医生做额叶切除手术开始，脑手术治疗精神病就一直是一个争议的问题。在美国，为了减缓病人的难治性抑郁症和强迫症而开展的少量手术，也都需要经过极其仔细严格的筛选，经过精神病学家、神经科专家、伦理学家、外科医生和一位普通人组成的专门委员会批准后方能实施。国内上海交通大学医学院附属瑞金医院功能神经外科每年大约做 20 到 30 例精神分裂症脑外科手术，也都在精神病专家的监督下进行的。据认为，这种手术本身没有问题，问题是这种手术是否使用得当，比如对病人应否接受这种手术事先要有充分的研究。

五、情绪的系统调节

要保持良好的心境和积极的情绪，避免或减少负性情绪，需要讨论情绪的调节和控制问题。

关于情绪调节 (emotional regulation)，各种报刊书籍中有大量的常识心理学描述。其中许多具有可操作性，也有现实意义。我们这里则从系统论的角度，根据本章有关情绪定义、情绪内容和情绪理论涉及的多个维度，将情绪调节分为以下几个方面。

(一) 调整行为目标

情绪定义指出，情绪与需要的满足有关。显然，个人的需要可以影响情绪 (或情感)。从理论上来说，调整需要就是调节行为目标。一个人建立起理想与现实尽可能一致的生活或行为目标，将会减少否定情绪的发生。

例如，许多人在生活中遇到的严重情绪问题，往往与其自身的目标方向过刻板有关。人生潮起潮落，说明有时候的失败是必然的。世界上没有一个成功人士是一路顺风实现各种自身目标的。但是，受有关教育理念的影响，一些青年人会忽略这个道理，以至于他们即使一路走来都是成功了，也可能会在今后某一次暂时失败面前倒下去。心理门诊遇到的这种案例不少，可以给予他们上述人生的需要和目标方面的指导，以调整其某些僵化的观念。

(二) 改变认知评价方式

认知情绪理论指出，认知因素决定情绪产生、性质和强度。在个人认知水平上作调

整可有效地减少负性情绪的发生或甚至改变情绪反应的性质。

第二章认知理论一节介绍的有关认知特点的知识，可用于指导某些患者调整认知，改善情绪。对于负性自动思维导致的认知歪曲和消极情绪，则需要采用有关认知治疗模式，通过改变其人格层面的认知图式，来改善消极情绪（见第六章）。

（三）改变或转换环境

沙赫德的情绪认知生理理论实验显示，环境刺激引起情绪，“触景生情”就是一例。故转换环境也是有效的情绪调节手段。

因此，转换一下工作或生活环境，改善人际关系结构，外出旅游一段时间，都有助于防止或调整消极情绪等，有时候也可成为心理门诊情绪调节处方。

（四）改善生理条件

情绪的认知生理理论实验还显示，人体生理唤起是情绪的基础因素。根据相同的原理，人体生理性放松，有助于降低紧张情绪。

故在情绪调节话题中，要考虑个体的生理状态。例如，是否存在使用了某些药物（如利血平）和饮品食物，是否存在某种躯体疾病因素如甲状腺功能问题等，并给予甄别和处置。情绪调节药物的使用也可列入这里讨论。又例如，是否可以通过放松训练帮助降低焦虑水平。

（五）提高应对能力

在第二章精神分析一节讨论了心理防御机制，在后文第四章将讨论应对方式的问题。积极的心理防卫和应对策略有助于调节负性情绪。所谓提高应对能力，实际上就是上述调整目标行为、改变认知、转换环境和改善生理条件的综合体现。

在情绪调节的临床指导方面，心理防御机制的合理化、转移、升华、幽默、再评价、求助、倾诉、发泄、放松，甚至祈祷等，对某些人和某些场合的情绪问题有一定的调节作用。应对方式是近年来研究的热门，开展应对指导是门诊心理指导的重点，具体内容参见第四章第十一节。

（六）心理咨询

心理咨询来访者中有许多人本身就是由于情绪问题；一些情绪危机者，也可选择求助于“生命线”心理咨询电话。因此，需要告诉某些存在情绪问题的人，你的情绪调节手段当中还包括心理咨询，当一个人调控情绪失败时，千万别忘了可以选择心理门诊。有关心理咨询的具体程序，将在第八章讨论。

如果一位心理咨询医生（或者一位热心人），一时找不到帮助来访者调控情绪的办法，也不妨按照上述情绪调整手段之“调整行为目标”、“改变认知”、“转换环境”和“改善生理条件”等几个方面，实施由浅入深的心理教育、心理指导和想心理治疗。

（七）情绪调节的学习与训练

实际上，个人遇到突发事件出现情绪反应时，并不能自如地去选择上述各种调节方式。因为每个人调节自身情绪常常有比较固定的模式，这很大程度属于一种习惯化的反应。例如，有人处事总觉不顺心、易发脾气，有人遇事总是乐观、自信。

根据行为学习理论，情绪调节能力与个体成长过程的学习机制有关。因此，可以通过行为学习过程，来训练自己的情绪调节技巧。

情绪调节技巧的训练是一个强化学习过程。例如，有的人总是在满面怒容时却能很快平静下来，并伴随习惯性地吁出一口气，这一“吁气”过程，实际上是一种习惯性的

自我放松技术，是在长期生活中练成的。根据自我调节(self-management)学习模式，这种自我松弛训练是调节紧张情绪的重要方法，在克服运动员临场紧张所进行的心理训练中，就包含有自我放松训练程序。有关放松训练见第六章。

示范作用(modeling)也可成为训练情绪调节的方法。一个人通过多注意观察、回想、模仿某些在情绪调节方面表现出色的人的行为细节(也就是通常说的有“风度”)，能使自己行为向这一“模型”转化。

总之，情绪调节模式需要经过反复学习强化过程才能形成，不是靠记住几条口诀就能临场应付自如的。

六、情绪与健康的团体指导提纲

关于情绪与健康的关系，往往是各种团体心理健康指导的重要内容。以下是笔者多年来在老年大学、大中学生、教师、干部等各种不同团体，开展“情绪与健康”专题心理健康教育时的整理提纲。

(一)“情”与人的一生

(情绪的客观性与重要性)

(1) 出生：大哭。有信徒认为是对一生“痛苦”的预期；专家认为是“激动”，是早期的情绪形式。“情”与生俱来。

(2) 死亡：殉“情”；三“气”周瑜；“悲痛”欲绝等。“情”与死相关。

(3) 一生：“七情六欲”；人“情”世故；“情”之所至；形“神”相即(中医)等。“情”与一生相伴。

(二) 情绪的影响因素

(1) 需要：故需要有适当的目标与追求。

(2) 环境：容易被忽略的重要影响因素。

(3) 身体状况：劳累、病后、更年期、老年人、药物(如利血平)、酒精等。

(4) 认识与经验：求全人格所致的认知歪曲和消极情绪，曲折人生经历所致的见物思情等。

(5) 学习：对某些事物的欣赏，对某地区人的厌恶，对黄鳝的惧怕等，是后天“学”来的(行为理论)。

(三) 情绪问题

(1) 一般情绪问题：紧张、焦虑、忧伤等

(2) 情绪疾病：抑郁性神经症、抑郁症、焦虑症、强迫症、恐惧症、更年期综合征、老年抑郁症等。

(四) 情绪调整

(参见前文“五”情绪的系统调节)

第四章 心理应激与压力管理

心理应激知识和理论，在医学和心理学临床上具有重要的指导意义。在保健方面，可以指导如何通过应激因素的综合管理来降低个体的心理应激水平从而促进健康；在临床诊断方面，可以指导对来访者的心理社会因素的系统评估；在临床治疗方面，可以通过应激管理技术达到心理干预的目的；在病因学研究方面，可以指导对多种心理社会因素的病因学探讨。因而，有关应激的知识、理论与实际应用，是医学心理学的重要基础知识。

作为医学心理学的纵向的基础知识和理论部分，本章分别介绍应激相关理论，生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和应激反应等应激因素，应激（压力）系统模型、压力临床综合评估、压力综合管理和临床实例等压力相关理论和技术。各节内容主要修订自近十几年笔者撰写的应激相关资料。

第一节 应激研究简史

一、关于应激的概念

应激 (stress) 是多学科关注的概念，医学、心理学、社会学、管理学、人类学均以其为重要研究课题。学科的不同，研究领域的不同，研究侧重点和目的的各异，以及不同的历史时期，stress 的中文翻译或其含义也会有不同。

医学界最早将 stress 翻译为“应激”并延续至今，其意更侧重在“应”字上。其实早期使用应激概念就是引自工程力学中的“应力”(stress)，即物体对于施加其上的外力所产生的内部响应力，故传统医学中的应激含义更重视各种刺激作用下相应的“个体适应性反应”，这与医学科学的使命是一致的。

心理学早期往往将 stress 翻译为“紧张刺激”或“紧张”，显然其意更侧重于给个体带来紧张感受的“刺激”以及伴随的个体心理上的紧张“感受”，这同样与早期心理学工作的对象和使命相一致。

目前有许多应用性学科领域，如劳动人事管理以及现代医学中的公共卫生领域，则喜欢将 stress 翻译为“压力”，与之相应的还有职业压力 (job stress) 和职业枯竭 (job burnout) (也有译为倦怠、耗竭) 等概念，则其意更侧重于个体心理上的“感受”和客观上的“社会功能变化”如劳动效率的下降，这同样与这些学科与领域的目标相一致。

从这里我们可以看出，虽然 stress 的译名众多，但不外乎涉及事件（外部刺激）、个体（认知、感受、人格）和结果（功能变化）三方面。同时也可以看出，应激在实质上包括了生物、心理、社会等多种因素。随着我国医学心理学这三十年的发展，我们倾向于将上述三个方面和相关多种因素都包容进来，构建一个符合整体观和系统论的应激概念。

二、稳态与应急说

20 世纪 20 年代，著名生理学家坎农（Cannon WB）提出稳态说和应急概念，是应激研究前期的一段重要历史记录。

直观地看，人体每个细胞似乎都是独立生存单位，但实际上人体内的细胞活动离不开内、外环境。例如大多数细胞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、功能系统）都是在一定范围内波动，并通过各种自我调节机制，在变化着的内、外环境中保持着动态平衡。坎农将这种机体在面对环境变化时保持内环境稳定的过程称作内稳态或自稳态（homeostasis）。

当个体遇到严重内外环境干扰性刺激时，自稳态被打破，个体的生理机制会出现交感-肾上腺髓质系统激活，交感兴奋性增高；心率加快，血压升高，心肌收缩力增强，心输出量和回心血量增加；呼吸频率加快，潮气量增加；脑和骨骼肌血流量增加，而皮肤、粘膜和消化道血流量减少；脂肪动员，肝糖原分解；凝血时间缩短等整体性反应。这种情况在某些动物实验和人体研究中均可看到。坎农将这种严重干扰性刺激时机体所出现的整体反应，称之为应急（emergency）即“战或逃（fight or flight）”反应。

可见，坎农的自稳态、应急和“战或逃”概念，涉及到了内外环境刺激与机体功能反应稳定问题，显示出其对环境与健康之间关系的系统论认识特征，这与后来各种应激研究息息相关。

三、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）。他是公认的现代应激理论的早期开拓者之一。在坎农的稳态学说的影响下，1936 年，塞里提出著名的“一般适应综合征”和应激概念，标志着现代应激研究的开始。

20 世纪前半叶，医学界关于病理生理过程的研究，还集中在病因与结果的特异性一对一逻辑关系的探索上。如我们都知道，失血、中毒、感染的病理生理过程是不同的，是“特异性”的，甚至忽略了去思考它们之间除了“特异性”之外是否也存在某些“非特异性”的或共性的问题。塞里在一次动物实验中，却发现给小鼠注射各种器官提取物（有害刺激）后，小鼠都会表现出相同的症状，包括肾上腺皮质肿大、胸腺、胃和十二指肠萎缩等。这与塞里对不同疾病患者的观察发现相一致。通过大量动物实验塞里注意到，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，在各种疾病或有害刺激下机体都会有这种相同的、特征性的和涉及全身的生理病理反应过程。也就是说，在各种不同的严重干扰性刺激下，机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。塞里于 1936 年将机体在这些不同刺激作用下出现一系列非特异性反应称为应激（stress），将这种非特异反应称为一般适应综合征（general adaptation syndrome, GAS）。

塞里首先提出，GAS 是机体通过下丘脑—垂体—肾上腺轴（HPA 轴）对有害刺激所做出的防御反应的普遍形式。

塞里根据应激时的特定生物学标志，如腺体形态变化、应激激素变化及躯体资源的

渐趋枯竭等情况，将 GAS 分为警戒、阻抗和衰竭三个阶段：①警戒期 (alarm stage)：躯体识别出遇到挑战或威胁，进入“战或逃”反应，应激激素肾上腺素和皮质醇等都升高。这是机体为了应对有害刺激而唤起体内的整体防御能力，可称之为动员阶段。②阻抗期 (resistance stage)：如果有有害刺激持续存在，机体会进一步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，此期躯体仍然试图去适应所受到的挑战，但其所需要的生理资源可能逐渐趋向枯竭；③衰竭期 (exhaustion stage)：应激刺激持续时间太久，或有害刺激过于严重，机体会丧失所获得的抵抗能力而转入衰竭阶段，此时机体免疫系统严重受损，疾病产生或死亡。

塞里的工作在应激研究历史上有重要地位。此后许多应激研究都是在此基础上的修正、充实和发展。

四、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，且其所关注的更多的是应激反应，特别是生理病理反应。是一种应激反应模型 (response-based model of stress)

由于医学的学科性质，以及由于生物医学模式的长期影响，反应模型特别符合医学工作任务，并与临床症状相关联，故反应模型在医学界被长期重视。可以说，从医学的角度，所谓应激就是外部刺激下的各种反应（心身症状）。

例如，在精神病学临床，与应激有关的精神障碍即应激相关障碍种类很多，其关注的是各种心身症状，对引起这种症状的心理社会原因关注不多或不深。

在病理生理学，应激一直是它的研究前沿。病理生理学重视应激刺激下的机体生理病理反应特别是分子生物学机制研究，对各种应激刺激物，特别是心理社会刺激因素，在科学性的把握和指标的量化程度方面都做得不够。

在预防医学或公共卫生领域，也重视压力（应激）的研究，但往往将压力放在社会生活所导致的个体主观感受（症状主诉）方面。例如目前国内使用的知觉心理压力问卷 (CPSS)，其条目基本反映压力的主观体验、情绪反应和行为症状。在近年的国内救灾援助现场，我们看到医务人员更多的是考虑灾民的症状，而较少考虑个体的各种不同心理社会影响因素。

虽然应激反应模型在医学领域被重视，也能很好地解释应激的表现（特别是应激的严重后果方面）。但从生物心理社会医学模式的角度，以及从应激实际上包括应激刺激、中间因素和应激反应等多个环节来看，应激反应模型主要关心应激综合征的“效应器”部分，在认识论上不算是彻底的“整体观”和“系统论”。

五、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，属于应激刺激模型 (stimulus-based model of stress)。

应激刺激模型在生活中也很容易被人接受。例如人们在谈到压力（应激）问题时，

第一反应往往是考虑工作量是否过大，经济上是否窘迫，婚姻和家庭是否和睦等。在前几年国内有关部委组织的一次高校心理评估论证会上，一些心理学权威人士就认为，“生活事件”问卷就是“心理应激”问卷。同类现象也出现在近年国内的心理咨询师培训教材中，心理学概念中的“动机冲突”以及“挫折”等也被看成是应激。在近年国内灾难援助现场，我们也看到一些心理学志愿者在考虑灾民的心理社会因素并给予即时的关注与鼓励的同时，却容易忽略其中的生理反应（如“挤压综合征”、早期休克）。

虽然刺激模型在心理学领域更被重视，也能很好地解释应激（特别是应激的来源）。但从生物心理社会医学模式的角度，刺激模型的认识论同样不是“整体观”和“系统论”。

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，并形成了所谓的认知应激交互作用理论。

受上述这些理论观点的影响，结合自身的和国内的有关研究成果，笔者等（1998c）逐渐在国内医学心理学教材中强调心理应激是由应激源（生活事件）到应激反应的多因素作用的过程，即应激过程模型（process-based model of stress）。这里的所谓“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 4-1）

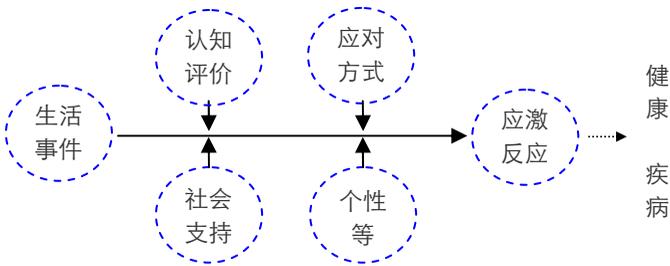


图 4-1 应激“作用过程”模型

根据过程模型，心理应激（psychological stress）被定义为：个体在应激源作用下，通过认知、应对、社会支持和人格特征等中间因素的影响或中介，最终以心理生理反应表现出来的多因素作用“过程”。

该定义强调，应激是个体对环境威胁和挑战的一种适应过程；应激的原因是生活事件，应激的结果是适应的或不适应的心身反应；从生活事件到应激反应的过程受个体的认知等多种内外因素的制约。

这一定义符合人们通常的因果逻辑思维习惯，便于理解也便于对某些疾病发生的病因做出解释，故从生物心理社会医学模式的角度，应激过程模型的认识论更接近“整体观”和“系统论”，尽管在“整体”来看，它还是“单维度”的。

进入 21 世纪，笔者进一步提出了多因素的应激系统模型（system-based model of stress）。这将在本章第八节介绍。

第二节 生活事件（应激源）

一、应激与生活事件

（一）作为应激源的生活事件

从应激过程模型的角度，应激由应激源（stressors）所引起。所谓应激源就是引起应激的刺激，也就是应激的原因。在目前各种应激动物实验研究中，常用的应激源或应激刺激包括电击、水浸、捆绑、拥挤、恐吓等。

在人类，特别是从系统论的角度，应激源就是各种生活事件（life events），包括来自生物的、心理的、社会的和文化的各种事件。在许多医学心理学文献中，往往将生活事件和应激源作为同义词来看待。

生物性生活事件，是指因为生物学因素引起的事件，如患者被告知患有癌症。

心理性生活事件，主要指与个体心理特点相关的事件，如对别人升迁耿耿于怀。

社会性生活事件，是指社会环境因素引起的事件，如遭遇天灾人祸。

文化性生活事件，指与文化差异相关的事件，如移民、农民工进城。

探讨生活事件与健康的关系，是心理应激与健康关系研究的早期活跃领域。

关于文化性生活事件，在应激的生活事件研究中往往不被重视。其实，文化差异充斥于我们的现实生活之中。一个简单的例子，国人往往同吃一盘菜，却不习惯于接吻；西方人往往分开进食，却不忌讳接吻。这里似乎没有对与错、好与坏的区别，也不存在怕脏或者不怕脏的问题，而只有文化差异。

不同国家之间存在复杂的文化差异。因此，出国人员面临着文化差异的生活事件。笔者近年来就多次接待过从国外特地飞回接受心理咨询的留学人员，他们的问题都多少与文化差异有关。

我国东西部之间或城乡之间存在亚文化差异，包括生活观念、风俗与习惯等。因此，农民工进城面临着亚文化差异的生活事件。近些年，一些边远地区的农民出远门到沿海发达地区打工，出现心身健康问题的人较多。我们在考虑这些人的发病原因时，往往更多地注意他们的经济困难、居住拥挤、工作重负，却忽略亚文化差异的潜在影响。极端的例子是，个别边远地区农民离开长期生活的中西部故土，远赴东南沿海打工，却在初次出远门的交通工具上突发旅途精神病，继而由于幻觉和被害妄想而一路奔逃一路挥舞凶器，人们由于难以理解，往往将其视为“歹徒”而加以处置。

（二）生活事件的现象学分类

生活事件的内容很广，许多事件还相互交织在一起，要做出准确而又避免重复的分类比较困难，因而目前各种生活事件评估量表对事件的分类也不尽相同。以下仅从现象学角度对生活事件内容进行归并分类。其中前四类生活事件有很高的跨文化一致性，即在世界不同民族和不同文化背景下，这几类生活事件仍具有普遍的重要性。

1. 工作事件 很多现代化的工作环境或工作的本身就具有极强的紧张性和刺激性，易使人产生不同程度的应激。①长期从事高温、低温、噪音、矿井下等环境的工作。②高科技、现代化需要高度注意力和消耗脑力的工作。③长期远离人群（远洋、高山、沙漠）的工作，或高度消耗体力及威胁生命安全的工作，或经常改变生活节律无章可循的

工作,或长期从事单调重复的流水线工作,或社会要求和个人愿望超出本人实际能力限度的工作等,都可成为心理应激的来源。

2. 家庭事件 这是日常生活中最多见的应激源。多次恋爱不成功、失恋,夫妻关系不和、两地分居、外遇、情感破裂、离婚,爱人患病、配偶死亡、本人患病、外伤、分娩、手术,子女管教困难,住房拥挤,经济拮据,有长期需要照顾的老年人、残疾人、瘫痪患者或是家庭成员之间关系紧张,都可成为长期慢性的应激事件。

3. 人际关系事件 包括与领导、同事、邻里、朋友之间的意见分歧和矛盾冲突等。研究证明,在和平稳定时期,个体与同事、领导之间的人际矛盾和冲突是很重要的生活事件。

4. 经济事件 包括经济上的困难或变故,如负债、失窃、处罚、亏损和失业等。

5. 社会和环境事件 每个人都生活在特定的自然环境和社会环境当中,无数自然和社会的变化,包括各种自然灾害、战争和动乱,社会政治经济制度变革、工业化、现代化和都市化所带来各种环境的污染,交通住房的拥挤、人口的过度集中以及下岗待业、加快的生活节奏、知识的更新、竞争的加剧,物质的滥用吸毒、酗酒以及由此引起的卖淫、嫖赌偷盗的等犯罪行为所造成的人为事件,都会成为某些人的应激源。

6. 个人健康事件 指疾病或健康变故给个人造成的心理威胁,如癌症诊断、失眠、健康恶化、心身不适等。

7. 自我实现和自尊方面事件 指个人在事业和学业上的失败或挫折,以及涉案、被审查、被判刑罚等。

8. 喜庆事件 指结婚、再婚、立功受奖、晋升晋级等,也需要个体做出相应心理调整。

(三) 正性事件和负性事件

按生活事件对当事人的影响性质,可分为正性和负性生活事件,往往以当事人的体验作为判断依据。

1. 正性生活事件 (positive events) 是指个人认为对自己具有积极作用的事件。日常生活中有很多事件具有明显积极意义,如晋升、提级、立功、受奖等。但也有在一般人看来是可喜可贺的事情,在某些当事人身上同样出现消极的反应,例如结婚对于某些当事人却引起心理障碍,成为负性事件。“范进中举”也是典型的文学故事。

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

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

(四) 主观事件和客观事件

1. 客观事件 (objective events) 是指生活事件的发生不以人们的主观意志为转移,无法自己掌握和控制的事件。客观事件多为突然发生的灾难如地震、洪水、滑坡、火灾、车祸、空难、海难、空袭、战争等,当然也包括人的生、老、病、死事件。灾难事件或者创伤性事件可以引起强烈的急性精神创伤或延缓应激反应或创伤后应激障碍 (post traumatic stress disorder, PTSD)。国内外诸多研究表明,该障碍往往病程迁延,严重影响患者的心理和社会功能。

这类具有客观属性的事件在进行评定时，其重测信度较高。

2. 主观事件 (subjective events) 是指与个人主观原因有关的生活事件，如事业不遂。实际上，诸如居住条件差、工资收入低，父母、子女、夫妻、邻里、同事、上下级之间关系紧张，对职业不满意，婚姻不幸等事件，既具有客观属性，又具有一定的主观属性。可见，对生活事件做主、客观分类有时会遇到困难。

主观事件在评定时其重测信度较低。

二、生活事件与临床

(一) 生活事件与健康 and 疾病

首先应明确，生活事件并不总是消极的，有害的。从某种意义上可以说，一定的生活事件有助于孩子发展良好的社会适应能力，正所谓“千锤百炼”终成才。成年人的生活本身也是由大大小小的各种事件所构成，“碌碌无为”不是健康的表示。

但作为应激源，人们自然会首先想到生活事件对健康和疾病的影响。早期国外各种研究结果显示，伴有心理上丧失感的生活事件，例如配偶的死亡，对健康的危害最大。有人对新近配偶死亡的 903 名男性作了 6 年的追踪观察，结果发现，居丧第一年对健康的影响最大，其死亡率为对照组的 12 倍，而第二、三年的影响已不甚显著。当代的研究则进一步阐明了生活事件的质和量与健康 and 疾病的关系。

国内早期的一些研究也证明，生活事件与健康 and 疾病有重要的关联。

我国研究者早期即对生活事件与疾病的关系进行了很多调查研究。北京医科大学曾对北京市 10,000 多人进行调查；中国科学院心理研究所和北京医科大学协作，对钢铁工人也进行了调查，结果发现有三种刺激因素对疾病发生的影响最大。它们是：①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快的情绪，容易得病；②工作中或家族中人际关系不协调，容易得病；③亲人的意外死亡或者突然的意外事故，是造成应激和致病的重要原因。笔者等（1987）在中国心理卫生杂志创刊号上报告，临床对照调查分析显示癌症患者发病史中的“家庭不幸事件”、“工作学习过度”和“人际关系不协调”等生活事件可能有重要意义。这与上述结果相一致。郑延平等（1990）调查证明，引起痛苦体验而且与疾病关系密切的大多数是负性生活事件，最严重的是丧偶、家庭成员的死亡。最大的生活事件是被人误解、错怪、子女管教困难，生活环境受噪音干扰，家庭主要成员患急、重病，家庭经济困难等。这些结果与国外的调查是一致的。范振国等（1993）研究发现，老年期抑郁状态的生活事件发生率与对照组有显著性差异，也高于老年期情感性精神障碍发病前的生活事件发生率。对老年人抑郁情绪影响较大的负性生活事件有重病外伤、家庭纠纷、经济收入减少等，与国外 Murphy 等（1982）的报告基本一致。另一些学者研究表明，不可预料、不可控制的负性生活事件对人威胁更大。

(二) 生活事件致病机制

关于生活事件如何导致机体发病的详细机制还不清楚。显然，生活事件不是直接的致病因素。Rahe 认为，生活事件仅是引起疾病的危险因素，类似血清胆固醇升高与冠心病发病之间的关系。一些学者通过研究生活事件对人体免疫功能的影响，提出亲人病故、夫妻离异、事业受挫、遭受歧视等事件，是经大脑的认知评价后引起悲伤、抑郁、孤独等负性心理体验，进而导致一系列生理生化变化如免疫系统的改变。Bartrop RW(1977)等首先报导丧偶后细胞免疫功能低下。随后 Schlaif 等分别检测了受试者在丧

妻前后淋巴细胞对丝裂原植物血凝素 (PHA)、刀豆蛋白 A (ConA)、美洲商陆 (PWM) 的反应性,发现在丧偶前细胞免疫水平没有显著的改变,丧偶后的 2 个月则明显低下,一年后才恢复到丧偶前水平。家庭的破裂也可见到相似的结果,经历婚变后的妇女,她们有严重的情感障碍,其淋巴细胞的反应性、TH 细胞、NK 细胞的百分率皆显著降低,而 E B 病毒抗体滴度增高,反映离异者细胞免疫受损。

所有的研究证明,生活事件是通过各种中间环节包括身体的生理、生化变化过程而影响健康和疾病的。

(三) 生活事件的量化方法及应用

1967 年,美国华盛顿大学医学院的精神病学专家 Homes TH 和 Rahe RH 通过对 5000 多人进行社会调查和实验所获得的资料编制了 社会再适应评定量表 (social readjustment rating scale, SRRS)。量表中列出了 43 种生活事件,每种生活事件标以不同的 生活变化单位 (life change units, LCU),用以表示事件对个体的心理刺激强度。其中配偶死亡事件的心理刺激强度最高为 100LCU,意味着当事人重新适应所需要付出的努力程度也最大,与健康的关系最为密切。结婚为 50 LCU,居中。其它有关事件按次定值,如微小违规最低为 1LCU。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 的总量来表示。Holmes 早期研究发现,一个人一年期累计 LCU 得分确实与第二年的身体健康有关。Rabkin JG (1976) 研究发现生活变化单位的升高与突然的心源性死亡、心肌梗塞、结核、白血病、多发性硬化、糖尿病、运动创伤和交通事故也有类似的相关性。

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

但是,一些研究者也逐渐发现,类似 SRRS 这种客观定标的生活事件单位与疾病的相关程度较低 ($r=0.30-0.40$),有的研究还证明没有相关 (Byrne R, 1980)。这说明评定生活事件所致的应激强度和应激反应的类型还应考虑许多其他因素的影响,如个体的认知评价、应对方式、人格特征和生理素质等。其中特别是认知因素的影响。因而在 Holmes 以后,不断出现各种以被试者自己估计事件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做出评分,并以事件的正、负性质分别计分和统计。这些量表所获的生活事件分与健康 and 疾病的相关性有明显的提高。目前使用的生活事件量表大多属于这一类。国内杨德森 (1988) 等也编制了这类生活事件量表 (LES)。在笔者的心理社会应激调查表 (PSS) 中,也编制有生活事件问卷 (LEQ) (参见第五章)。

不过,笔者曾通过简单的分析发现,上述由被试自己评分的量化方式也存在另一端的问题。例如,对主观事件的自我估分其信度较低,即估分的高低受心情好坏的直接影响等。特别是由于许多量表追求条目数量,致使存在重复计分的现象,例如夫妻不和、分居、外遇、离婚等条目在事件性质和内容上有很大的重叠。为此,笔者 (1998a) 曾比较过由被试自己评分 64 项生活事件,分析这种重复计分导致的失真程度,并不低于使用 13 类生活事件简化量表 (PSSG) 造成某些事件漏计的失真程度。因此,生活事件量表条目并不是分得越细、条目越多越好。目前一些作者在研究生活事件时使用简化归类的方法,如笔者编制的团体用心理应激调查表 (PSSG, 详第五章) 中的生活事件部分

为 13 类，以避免同一事件被重复计分的问题，而且使用简单。

另外，一直来也有一些作者始终重视研究具体某种生活事件的病因学意义，而不是个人在某段时间里共有多少生活事件，例如专门研究丧偶妇女群体一年内的免疫指标和心身健康变化。一些作者在临床诊断中，坚持单独评估患者的各种具体生活事件，而不使用包含许多事件的量表。这与目前临床医生在病程录中的做法相似。

（四）生活事件与临床干预

在心理门诊，对于那些仅仅因为生活事件而来诊的来访者，应帮助他们分析事件，解释事件的种类、对健康的作用机制、影响因素，并指导解决、回避或接受生活事件的方法。至于更多的来访者实际上生活事件只是众多应激因素中的一个因素，就需要以应激理论来做综合分析和具体处理（见第十节）。

作为临床医生，应关注患者疾病背后的各种生活事件。在新医学模式基础上，医疗文书中应记录患者重要的生活事件及其影响和处置方法。

第三节 认知评价

一、应激与认知评价

（一）认知评价的概念

所谓认知评价 (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认知估计。Folkman S 和 Lazarus RS (1984) 将个体对生活事件的认知评价过程分为初级评价和次级评价。

初级评价 (primary appraisal)是指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。这里的所谓“利害关系”，不是完全指物质需要方面的关系如对方夺走自己的财务，而更多的是精神需要方面的关系，如看到街路上有人倚强凌弱，自己作为第三者由于道德感被侵犯致使该事件变得与己有利害关系。如果初级评价与己无关，则个体进入适应状态；如果初级评价与己有关，则进入次级评价。

次级评价 (secondary appraisal)是指一旦初级评价得到事件与己有利害关系的判断，个体立即会对事件的是否可以改变即对个人的能力做出估计，这就是次级评价。伴随着次级评价，个体会同时进行相应的应对活动：如果次级评价事件是可以改变的，采用的往往是问题关注应对；如果次级评价为不可改变，则往往采用情绪关注应对（图

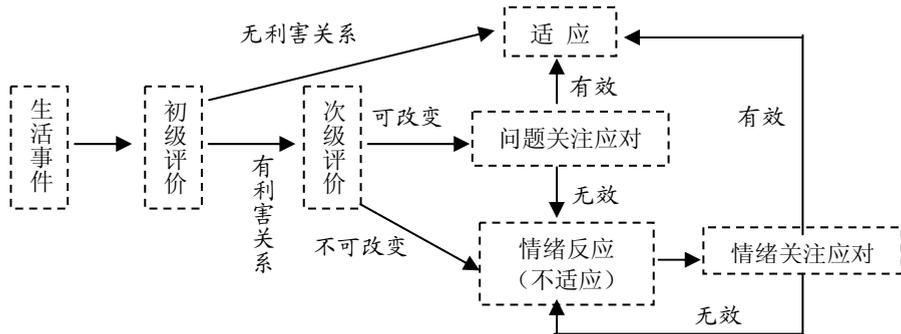


图 4-2 事件、评价、应对与应激过程

4-2)。

认知再评价 (cognitive reappraisal)。是此后提出的补充概念。指在前两级评价基础上，个体对现实情境的再度认识，对潜在应激源做出再评价，确定是否应激。

(二) 认知因素在应激中的重要作用

认知评价在生活事件到应激反应的过程中起重要的中介作用，这是 20 世纪 70 年代以后 Lazarus 和 Folkman 等提出的应激交互作用理论的核心因素。这种认识在国内一直延续影响至今。Lazarus 早期从认知理论的角度，曾认为应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时，具体的说是关于对需求以及处理需求的能力的察觉和评估，甚至认为应激不决定于具体的刺激和反应。随着应对方式研究的进展，Folkman 和 Lazarus 将认知评价与应对方式一起，作为应激的重要中介因素。

从过程论模型来看，对生活事件的认知评价会直接、间接地影响个体应对活动和心身反应。上一节提及的以客观计分标准研究生活事件和心身健康关系所存在的问题，其原因之一就是未考虑个人对事件的真实评价。

二、认知评价与临床

(一) 认知因素与疾病

认知因素是许多心理疾病的直接原因，也是某些心身疾病和躯体疾病的间接原因。在“想出毛病来”和“杯弓蛇影”现象中，可知认知因素的主导作用。

虽然认知因素可以致病，但近年来许多研究中证明，认知因素与其它多种因素一起共同起病因学作用。应激系统模型能从理论上说明其中的关系（见第八节）

医学临床上，患者对待疾病的认知评价，会直接或间接影响主诉，影响诊断与治疗，影响医患合作，可以对疾病带来不利影响。

(二) 认知因素致病机制

认知致病的心理学机制大致过程：内外环境刺激，通过认知评价，导致负性情绪和不良行为，再影响心身健康和疾病过程。

认知致病的生理学机制大致过程：内外环境刺激，通过大脑皮层特别是前额叶（认知活动），经过边缘系统的“情绪脑”和“内脏脑”（见第三章），输出各种神经和体液调节指令，最终影响身体功能。

(三) 认知因素的量化方法及应用

认知评价在应激过程和心理病因学中的重要性与其量化研究程度两者之间并不相称。认知在应激中的重要性，以及认知对疾病的影响，几乎无人不知，但如何将认知因素加以数量化的研究，并用于临床，则存在不少具体困难。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中，实际上已部分结合个人的认知评价因素。

目前，在临床心理学研究工作中，为了探讨认知因素在事件引起的应激性病因机制中的作用，可以根据问题性质和客观条件，选择采用问卷或访谈的方法，将被试对有关事件的认知特点一一做出等级评估。

叶圣雅等（1999b）曾在上腹部手术患者的应激因素与手术后心身反应问题的研究中，设计包括三个方面的问卷条目，即患者对手术本身的认知、对手术医生的认知和对手术后适应问题预期。结果显示，这三方面的认知特点对手术前后的心身反应有不同的

影响（见第二章第八节）。国内近年有不少研究就也采用这样的方法，并且结果都证明认知评价在生活事件与某些疾病的联系中确实起着重要的中介作用。

在临床工作中，由于无法选择各种对应的认知量表，故对患者的认知特点也只能采用晤谈和观察的评估方法。

（四）认知因素与临床干预

医学临床和心理门诊都关心如何控制应激反应以保护和促进患者的健康，其中最直接和最可行的途径是设法首先改变患者的认知过程。即使采用系统模型，通过对其它应激因素的干预如改善应对方式、增强社会支持等来实现对应激反应的控制，但这些干预过程也同样都需要调动当事人的认知功能。

调动和改变患者的认知，可以选择采用有关知识的解释和指导，以及实施认知治疗（见第十节）。

第四节 应对方式

一、应激与应对方式

（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，故又称之为应对策略（coping strategies）。Folkman(1986)的定义是个体在处理来自内外部超过自身资源负担的生活事件时所做出的认知和行为努力。笔者（1998c）主编的教材中将应对定义为，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。

心理防御机制（defense mechanism）与应对概念比较接近。但两者理论基础不同，前者是精神分析理论的概念，是潜意识的（见第二章）；后者是应激理论的概念，主要是意识的和行为的的活动。但两者也存在着一定联系，例如两者一定程度上都是心理的自我保护措施；目前国内外各种应对量表中，几乎都包含有许多心理防御的条目或因子，如合理化、压抑、迁怒等。

与应激相关的应对研究始于近三十年，近十几年才被国内重视。作者等(1987、1993)在国内很早开展应对的系统研究。至今，有关应对概念的内涵、外延、性质、种类、及与其它心理社会因素的关系和在应激过程中的地位等问题仍未有一致看法，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领域。例如，最早被人接受的应对概念定位于“应激刺激——应激反应——应对方式”，即应对是从应激源到应激反应结果以后的概念。由于这种定位符合人类的“因-果-对策”逻辑思维习惯，在国内一度被许多人所接受。又例如，笔者通过对国际上各种应对问卷的综合分析，可以发现应对的内容非常丰富，涉及从生活事件到应激反应的应激作用全“过程”，且应对概念与其它应激因素如认知、社会支持等概念交叉，并互相影响，故应对不完全是应激之后的一个变量，其实是应激过程中或者应激系统中的一个变量。图 4-3 是笔者（2002）以“过程模型”为基础，以国外应对量表中出现的各种因子为分析对象，描绘出应对活动实际涉及到应激作用过程的各个环节。

总之，应对概念的涵义是很广的，或者说应对是多维度的。

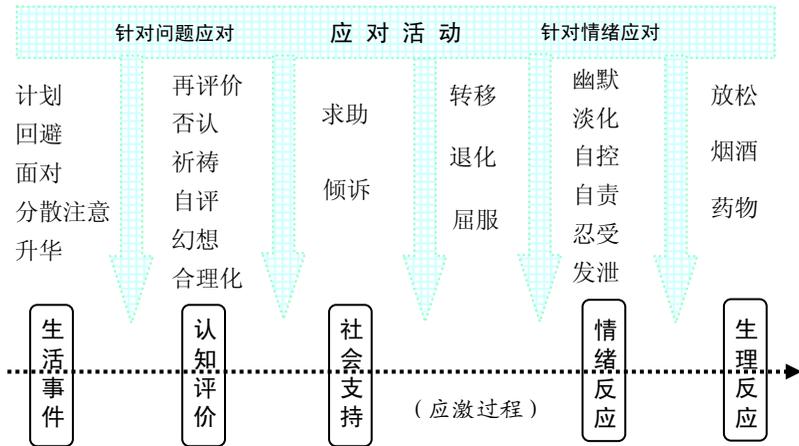


图 4-3 应对与应激过程的关系

(二) 应对分类

由于应对是多维度的概念，因此应对的分类问题就显得比较复杂。

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

从应对的指向性看，有的应对策略是针对事件或问题的，有的则是针对个体的情绪反应的，Folkman 等曾将前者称为针对问题应对 (problem-focused coping)，后者称为针对情绪应对 (emotion-focused coping)。目前多数应对量表兼有这两方面的应对条目。近年来对这两种应对方式的研究有所拓展，例如 Matud MP (2004) 调查发现，女性在应对风格方面比男性更多采用针对情绪应对。

从应对是否有利于缓冲应激的作用，从而对健康产生有利或者不利的影晌来看，可能存在积极应对和消极应对。包括笔者 (1987, 1993) 在内的国内一些研究者已经涉及这方面的理论和应用问题。例如，许多应对策略缺乏跨情景一致性，因此往往难以将这些应对方式分别归入“积极”或者“消极”行列（即有些情况下是积极的，有些情况下是消极的）。但是，还是可以筛查出一些应对方式，特别是情绪关注应对一类中，它们往往有较高的跨情景一致性，Folkman 对此也早有提及。实证研究显示，这些应对方式往往在对抗或者缓冲应激的作用方面具有相对稳定的积极或者消极作用，前者被称为积极应对 (positive coping)，后者称之为消极应对 (negative coping)。

从应对策略与人格的关系来看，笔者等 (1999) 始终认为存在一些与人格特质有关的、相对稳定的和习惯化了的应对风格 (coping styles) 或称为特质应对 (trait coping)。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）。国外的一些研究工作也证明，遗传因素通过人格特质影响个体的许多应对风格 (Busjahn A, 1999)。

(三) 应对方式在应激中的重要作用

不论是有人坚持将应激看成是应激以后的处置方式，或者笔者将应对看成是应激过程（或系统）中间的一个因素，都说明应对是影响应激的重要因素。因此，认识应对方

式(概念、内涵、分类、作用机制等),也就有利于认识应激;改变应对方式,也就改变应激结果。

二、应对方式与临床

(一) 应对方式与疾病

有关应对在心理应激过程中的作用的研究,往往延伸为研究应对在心理病因学中的意义。这已成为目前心理应激研究中很活跃的一个领域。

多年来,大量研究证明,应对方式与多种健康状态和各种疾病有关。整体结果都显示,应对是健康和疾病的重要影响和调节因素。

以癌症研究为例,笔者等(1997、2000、2002、2003)自20世纪80年代中期开始的多种研究资料证明,癌症的发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会应激因素的影响;由于癌症本身作为一种严重的生活事件,对患者又起着心理应激源的作用,使癌症患者往往采用更多的应对策略,癌症的转归、预后、患者的睡眠问题、生活质量、康复等(可看作应激结果)也就明显受患者的各种应对策略的影响;因此,通过对癌症患者应对活动特点、影响因素和作用规律的研究,除了可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据以外,也可以通过对癌症患者应对策略及其与应激有关因素相互关系的认识,从临床实际研究的角度揭示应对和应激过程之间的理论关系。

(二) 应对方式的量化方法及应用

作为多维度概念的应对方式,迫切需要开发各种临床使用的量化问卷。目前,国内外已经有大量的应对量表。

Folkman 和 Lazarus 1980 年编制,1985 年修订的应对方式量表(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,分别被划归为针对问题应对和针对情绪应对两大类。这是经典的应对过程研究问卷。从 Folkman 本人赠送的早期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)的应付方式问卷(coping style questionnaire, CSQ)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。

卢抗生等(2000)修订自 Folkman 等的老年应对问卷(ways of coping for senile, WOCS),包含 5 种应对方式:面对、淡化、探索、幻想、回避,分别被划归为积极应对和消极应对两类。

笔者等(1987, 1993, 1999)以特质应对思路,采用因素筛选与效标考察相结合的办法,将一组与一定的人格特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对两类,形成特质应对问卷(triat coping style questionnaire, TCSQ)。这两类应对方式与 EPQ 的 E 和 N 量分有明显相关,说明应对模式与一定的人格特质有内在联系,其中情绪不稳定和性格内向者更倾向于采用消极应对方式。经分析,消极应对风格与心理应激诸多变量(SCL-90、SDS、SAS、健康状态)有密切相关,显示消极应对有较高的心身症状或不利于健康的保持,具有增加应激反应的作用;而积极应对风格无此现象。近十几年通过各种调查还显示,消极应对与癌症、男性十二指肠溃疡、睡眠质量下降、小学生流行性瘧病等病症有关(见相关参考文献)。多年的实际使用显示,其是一种简便、有效的可供临床使用的应对测量量表。

沈晓红等(2000)修订的 Feifel 医学应对问卷 (medical coping modes questionnaire, MCMQ), 包含患者的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, 具有很好的临床和研究应用价值。

由于人们对应对的认识还在不断发展。因此, 目前在临床和研究领域应提倡从多角度入手, 建议分别采用不同的应对量表。

在研究工作中, 可以从“广义”的应对角度展开研究, 上述 Ways of Coping 及其各种修订本, 国内的应付方式问卷等, 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。在临床工作中, 也可以从相对“狭义”的应对角度进行研究。上述的 MCMQ 只选择研究针对疾病这一特定事件的应对策略; Levine 否认机制问卷 (Levine's denial of illness scale, LDIS) (国内未有修订, 见王守谦、笔者, 1992), 则仅仅针对心肌梗塞患者对待疾病的各种应对方式中的否认应对策略; 作者的 TCSQ 只选择那些与人格有关、与个体健康有关的特质应对条目等。当然, 这也不是绝对的。

(三) 应对方式与临床干预

在医学临床工作中, 应通过晤谈、调查或量表测查等方式, 评估患者的应对特点及其对疾病过程的影响, 并有针对性地实施应对指导。在心理门诊, 应对指导和训练是重要的心理干预内容(见第十节)。

第五节 社会支持

一、应激与社会支持

(一) 社会支持的概念

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、工会等组织所产生的精神上 and 物质上的联系程度。

社会支持所包含的内容相当广泛, 可从多个维度进行认识。常见的分类有:

- (1) 客观支持、主观支持和支持的利用度;
- (2) 家庭内支持和家庭外支持;
- (3) 社会支持的数量和质量(个人领悟的支持水平)等。

具体来看, 客观支持是指一个人与社会所发生的客观的或实际的联系程度, 包括得到的物质上直接援助和社会网络关系。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。主观支持是指个体体验到在社会中被尊重、被支持和被理解的满意程度。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。但客观支持高的未必主观支持也高。

(二) 社会支持在应激中的重要作用

在应激研究领域, 不论常识或者理论上, 都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”。即社会支持越高, 个体抗应激能力越强, 应激反应越低, 健康保持越好。

个体在面临重大压力时, 有向周围群体获取社会支持的天性。

例如, 当人们处在黄山顶峰时, 由于身处高处所产生的压力感(有点紧张, 有点兴

奋和恐惧),人与人之间的距离感会自然地缩小,互相之间会显得亲切、友善和乐助,也显得话多。此时,向陌生人的一句问话,可能会引来许多人的回答。但如果同样是这些人,此时正处在平常的市区街道上,则人与人之间的这种亲近感会大大降低,甚至有点冷漠。

又例如,当婚姻中的一方长期陷于婚姻和家庭生活的压力时,来自婚姻外的人士的任何示好,都容易被当事人感受为良好的社会支持(即主观社会支持),为第三者的出现等婚姻意外留下隐患。

(三) 社会支持抗应激作用的心理学机制

社会支持对应激的缓冲和保护作用机制有两种理论解释:

1. 缓冲作用假说 一些研究结果显示,社会支持本身对健康无直接影响,而是通过提高个体对现实刺激的应对能力和顺应性,从而缓冲生活事件对健康的损害。

社会支持能够消减日常生活中应激刺激所引起的伤害性生理作用。Nuckolls KB等(1972)研究孕期妇女的生活事件量、社会支持水平与妊娠并发症的关系。结果表明社会支持、生活事件与妊娠并发症之间没有独立的联系;但如果将社会支持与生活事件结合起来分析,则生活事件高、社会支持水平亦高的妇女并发症的发生机会仅为社会支持分低、生活事件分高的妇女的三分之一。他们认为社会支持缓冲了生活事件对健康的损害作用。

Blumenthal JA(1987)也证明,社会支持能改善A型行为者的冠心病临床过程,然而却对B型行为者无意义。因为A型行为者在同样的事件挑战下,更容易出现应激反应,此时社会支持起到了应激的缓冲作用。

这些结果也与Cohen S等(1985)提出的社会支持具有“干预应激”作用的理论假设一致,即只有在个体有应激情况时,社会支持才能发挥缓冲应激的作用。

2. 独立作用假说 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。

Berkman LF(1979)等发现,与世隔绝的老年人比与社会有密切联系(指有充分信任的个人关系)的老年人相对死亡率高。这一结果支持密切联系社会能防护各种病理后果的假说。

从常识的和现象学的角度也能说明,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。

二、社会支持与临床

(一) 社会支持与疾病

缺乏社会支持,会降低个体的应激“可利用资源”,此时环境刺激容易导致应激反应,容易诱发某些疾病,可以恶化疾病的临床过程。

本书开篇案例,一位70岁的农村不幸老人,年轻时因政治原因被清理回乡,终身未娶,单身一人,也没有一个亲友,自己坚持原则,却受到村里人的冷眼与辱骂,结果患了头痛病和高血压,而且症状奇怪,只有到农田卖力地劳动时才可减轻症状,在家静处时则症状加重。可以设想,严重缺乏社会支持是该案例疾病和奇怪症状的重要病因之一。

充分的社会支持,有利于健康促进和疾病康复。包括笔者等在内的许多调查研究证

明，社会支持与心身症状成负相关，说明社会支持对健康确实具有保护性作用，并进一步促进疾病的康复。

不过，笔者等（1990）在特定的人群研究中也发现，社会支持与应激和疾病的关系，未必都呈负相关关系。该研究显示，在小学高年级儿童样本中，社会支持程度越高，心理疾病（流行性瘰病）的患病率也越高。这可能与过高的社会支持（在国内的表现其实就是这些学生的家庭物质条件和学校精神条件都过分优越于其他学生）让这些学生产生较高的娇惯性和暗示性，由于心理疾病“流行性瘰病”与暗示因素密切相关，故这些学生反而容易致病。这至少部分说明任何事物都不是绝对的，社会支持或者近似的某些因素在一些情况下可能也有增加致病性的应用，值得进一步研究。

（二）社会支持致病生理机制

有证据表明，幼年严重的情绪剥夺（相当于失去社会支持，或者失去依恋关系），可产生某些神经内分泌的变化，如 ACTH 及生长激素不足等。

Thomas PD 等（1985）研究 256 名健康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”部分得分越高，则血胆固醇水平及血尿酸水平越低，免疫反应水平越高。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，可以减少在实验应激情境下小白鼠的胃溃疡、地鼠的高血压、山羊的实验性神经症和兔的动脉粥样硬化性心脏病的形成。相反，扰乱动物的社会关系，如模拟“社会隔离”可导致动物行为明显异常。

（三）社会支持的量化方法及应用

由于社会支持涉及面广，需要采用多维的分类方式，相关的量表也相对较多。

肖水源（1987）的社会支持评定量表（social support rating scale, SSRS），包括主观支持、客观支持和利用度 3 个量表分，在国内被普遍使用。

Blumenthal（1987）等介绍的领悟社会支持量表（perceived social support scale, PSSS），已经由笔者（2000、2001）等引进国内，并被多种研究所采用。该量表原来包括家庭支持、朋友支持和其它人支持 3 个量表分和总分；国内经过因素分析，形成家庭内支持和家庭外支持 2 个量表分和总分。

Wilcox（1982）的社会支持调查表（SSI），包括情绪支持、归属支持和实质支持。该量表未被修订引进。

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。该量表未被修订引进。

在临床工作中，可以选择使用适当的量表测定患者的社会支持程度，也可以通过晤谈和调查（如询问家属、同事）的方式做出评估。

（四）社会支持与临床干预

由于社会支持与个体应激有关，与疾病发生发展和康复有关，故在理论上就应当将提供社会支持作为临床治疗的辅助手段。具体包括给予患者以医务人员和医院人文环境的社会支持，给患者以社会支持意义方面的知识介绍，以及指导患者提高社会支持的途径等。但在目前实际临床工作中，医务人员其实很少注意这些问题。

在心理门诊，提供和改善社会支持是作为一个常识性的问题被重视（见第十节）。

第六节 人格特征

一、应激与人格特征

门诊案例：一对年轻夫妇因家庭问题而致严重冲突，心身疲惫。晤谈发现，他们早期感情基础很好，婚后生活中出现的各种事件从他人看来也多数是“小事”，双方又都是“讲道理”的人。亲友们也曾经多次参与，并就各种家庭事件、双方对事件的认识、各种具体的解决办法，以及双方的行为表现等，进行过多次讨论、调解、批评和帮助，还将问题从夫妻感情基础上做过分析，但问题却越来越严重。在这个例子里，当事人及其亲友们都注意到了生活事件、认知评价、应对方式、社会支持等因素，但却忽略了当事人双方的人格（个性）因素。其实，这个案例的核心影响因素是双方人格（包括信念或观念）的差异，也就是通常所说的“性格不合”。

人格（personality）可以直接或间接影响其他各种应激因素，导致恶性循环，最终影响应激过程和结果。由于人格对各种应激因素的影响往往被应激过程中的各种表面现象所掩盖，故很容易被当事人所忽略。在一些家庭问题中，由于人格（个性）差异起着核心的作用，使当事人面对许多现实生活中的问题时，难以通过“就事论事”、“明辨是非”的方式来解决，反而越“解决”，越引发、加深、恶化双方的矛盾，以至越陷越深。结果，双方又只得采用“不谈伤心事”的回避、调和的方法，但这种方法并不能持久，双方的人格差异仍然会在新的事件中重复以前的“故事”。

与应激有关的人格因素涉及整个人格涵义，包括人格倾向性（如需要、兴趣、态度、价值观、信念）、人格特征（如气质、性格或习惯）和自我意识的差异。同样以婚姻问题为例，在笔者的门诊纪录中，这些差异包括：北方人的粗线条性格和南方人的细腻性格；双方自幼形成的生活习惯上的差异；农村背景与城市背景在各种观念上的差异；等等。其中双方在观念或信念上的差异又尤其重要，如婚姻观念、家庭观念、道德观念、经济观念、价值观念、平等观念等的差异，往往更隐蔽，也更难以被当事人所察觉。有关这方面的内容，可参阅《压力（应激）系统模型—解读婚姻》一书（姜乾金，2011）。

除了婚姻和家庭问题，人格因素在其他各种应激事件中同样起核心的影响作用。

二、人格特征与临床

（一）人格与疾病

人格（个性）是最早被重视的心身相关因素之一。人格与健康的密切联系早有报告和研究，早期精神分析论者认为，不同的人格类型与几种经典的心身疾病如溃疡病，溃疡性结肠炎，原发性高血压、支气管哮喘等之间存在内在联系。近几十年大量的人格调查研究证明，某些人格因素确与多种疾病的发生发展有关，但其特异性并不高。

关于是否存在某些特定的应激或疾病易感性人格或个性，一般认为确实存在某种所谓的“脆弱性”人格特点。在笔者长期心理门诊接触的来访者中，多数表现为“求全、完美主义和标准化倾向”的人格特点。心理学文献上也有不少与“应激易感”人格相关的特征描写，如 A 型行为类型（type A behavior pattern, TABP）、坚韧人格（hardy

personality)等。梁宝勇等也已编制了坚韧人格量表,但尚待进一步研究。

(二) 人格致病机制

其实,人格与疾病的关联,很难说两者之间是直接因果关系。倒是人们早已注意到,人格-情绪(应激)-疾病之间存在联系。许多资料证明,特定的人格确易导致特定的负性情绪反应,进而与精神症状和躯体症状发生联系。这说明,情绪可能是人格与疾病之间的桥梁。但这一认识并未能进一步解释人格与情绪之间又是如何联系的。

笔者等(1987-2007)通过多年的多种样本调查,利用多种统计分析方法,证明国人的人格特征与其它应激因素互有相关性,并共同对应激结果(如心身症状、某些疾病)或其他应激变量(如应对方式)做出“贡献”。这一类研究为上述人格致病机制提供一定的解释:在应激作用过程中,人格与各种应激因素存在广泛联系,人格通过与各因素间的互相作用,影响应激心身反应的性质和程度,并最终与个体的健康和疾病相联系。

(三) 人格(个性)的量化方法及应用

一些人格量表如MMPI等是临床上测定患者人格的重要工具(见第五章)。该量表不仅用于精神疾病的辅助诊断和疗效评价,而且也可用于非精神疾病患者和正常人。在心理门诊,MMPI中的某些量表分如Pd分升高,往往反映正常来访者固执、钻牛角尖、思维古怪等性格特点。但由于MMPI以及如EPQ、16pf等各种常用的人格量表往往条目过多,除了研究所需,或心理门诊选择使用,一般不适用于医学临床工作,可代之以通过晤谈、观察和调查来评估患者的人格特点。但医生需要掌握基本的人格知识和晤谈技巧。

(四) 人格与临床干预

在心理门诊,对每一个来访者都需要判断其人格特征。对于那些人格因素在问题中起突出作用的人,应给予单独指出,解释作用机理,指导解决问题的途径,并可能采用心理治疗的方法。至于更多的来访者,其人格因素仅仅是众多因素中的一项,可以在应激理论指导下做综合分析和具体处理(见第九、十节)。

临床医生也应关注患者疾病背后的人格特点,判断其对临床诊断、治疗的影响,并设法做针对性的处置,如采用不同的心理支持方法。在新医学模式基础上,医疗文书中应记录与患者疾病诊治有关的人格特征及处置方式。

第七节 应激反应

一、应激反应及相关概念

(一) 应激反应定义

应激反应(stress reaction)从广义来说,是指个体因为应激源所引起的各种生物、心理、社会、行为方面的变化。为便于讨论,本节将其分为应激的心理行为反应和应激的生理反应。从狭义的角度,应激反应是指个体在严重事件打击下,出现各种异常的心理、行为和生物学变化(通常指医学临床各种症状)。

需要指出的是,在应激研究中,要对应激反应作严格界定不是易事。原因是,应激反应与各种应激因素,在概念和内涵上往往存在一定的重叠和交叉。例如,对生活事件的认知评价,本身也是对该事件的一种“反应”。许多应对活动也是因为事件而做出的“反应”,甚至继发的生活事件也是个体对原发事件的进一步“反应”(如被人欺负后报

复伤人)。这样一来，这些“认知”、“应对”、“继发事件”似乎都可以被包括进“应激反应”。

单就“应激反应”概念本身做分析，也存在相同的情况：通常我们将应激反应分为心理反应、行为反应和生理反应三部分，其中的心理反应又可以进一步分成情绪性反应、认知性反应等。但如果我们将“情绪性反应”（如焦虑情绪反应）再做深入剖析，就会发现，按照现代有关的情绪概念，焦虑情绪反应其实应该包括焦虑情绪体验、焦虑情绪表现（表情行为）和焦虑情绪生理变化。而后两者在概念上已经属于应激的行为反应和生理反应了。

可见，要准确理解各种情况下的应激反应概念，需要理解应激研究对象的多维性和综合体属性，注意这些分类的相对性。

（二）应激、应激反应与心身反应

在第一节已经指出，塞里的早期应激概念主要是指个体的各种生理反应，以后在应激研究中，才逐渐从应激整体概念中游离出来，出现“应激反应”概念。但在我国医学界的传统认识中，由于职业性质（诊断与治疗）的缘故，在某些医学领域如精神病学或心身医学临床，“应激”与“应激反应”又几乎是同义语，因为医学界倾向于将应激就看成是“反应”，如临床上的创伤后应激障碍等。

应激反应通常又被称为应激的“心身反应”（psychosomatic response）。目前，心身反应一词已经是心身医学和临床心理学等多个领域的常用术语。

（三）应激反应与情绪应激

在情绪一章，已经介绍心理学领域依据情绪的强度、持续性和渲染性等特点，分为心境、激情和应激三类情绪状态。可见，在普通心理学里，“应激”就是一种情绪，是重大刺激下个体所表现的强烈情绪反应。这显然与本节的应激反应概念中的情绪行为反应概念相接近。

（四）应激、应激反应与挫折

同样，普通心理学有挫折（frustration）概念，是指个体在通向目标的过程中遇到难以克服的障碍或干扰，使目标不能达到、需要无法满足时，所产生的不愉快情绪反应。这样，“挫折”概念也大致与本节“应激反应”特别是情绪行为反应内容相接近。但挫折概念其实既包括挫折情境，又包括挫折感受，这样又接近于“应激”概念。

二、应激的心理行为反应

应激的心理反应可以涉及心理现象的各个方面，例如急性应激可使个体出现认识偏差、情绪激动、行动刻板，慢性应激甚至可以涉及人格的深层部分如影响到自信心等。但与健康和疾病关系最直接的是应激的情绪反应。以下重点介绍应激的情绪性反应、某些认知性反应和行为性反应。

（一）情绪性应激反应

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

1. 焦虑（anxiety） 最常出现的情绪性应激反应，焦虑是个体预期将要发生危险或不良后果的事物时所表现的紧张、恐惧和担心等情绪状态。在心理应激条件下，适度的焦虑可提高人的警觉水平，伴随焦虑产生的交感神经系统的被激活可提高人对环境

的适应和应对能力，是一种保护性反应。但如果焦虑过度，就是有害的心理反应。这里指的是状态焦虑 (state anxiety)，由应激刺激所引起。还有一种特质焦虑 (trait anxiety)是指无明确原因的焦虑，这与焦虑性人格特质有关，即使日常微小的事情也可使个体表现出焦虑。

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

3. 抑郁 (depression) 表现为悲哀、寂寞、孤独、丧失感和厌世感等消极情绪状态，伴有失眠、食欲减退、性欲降低等，常由亲人丧亡、失恋、失学、失业，遭受重大挫折和长期病痛等原因引起，这里指的是外源性抑郁。还有一种内源性抑郁，与人的内在生理素质有关。抑郁有时还能导致自杀，故对有这种情绪反应的人应该深入了解有无消极厌世情绪，并采取适当的防范措施。

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

上述应激负性情绪反应除了直接通过情绪生理机制影响健康外，还对个体其它心理功能如认知能力和行为活动产生交互影响。

(二) 认知性应激反应

轻度应激刺激如面临考试，可以使人适度唤起 (arousal)，此时个体的认知能力，如注意力、记忆力和思维想象力增强，以适应和应对外界环境的变化。这可算是积极的认知性应激反应。但强烈的应激刺激由于唤起过度，也可使个体产生负面的认知性应激反应，可表现意识障碍如意识朦胧、意识范围狭小；注意力受损如注意集中困难、注意范围变窄；记忆、思维、想象力减退；等。

这些负面的认知性应激反应，让我们看到一些人在应激现场或者灾难以后所表现的种种令人难以理解的行为（修自刘破资，2008）：

1. 偏执 (paranoia) 当事人表现认识上的狭窄、偏激和认死理，平时理智的人，此时可能变得固执，钻牛角尖，蛮不讲理（其实有他自己偏执的“理”）。也可表现过分自我关注，即注意自身的感受、想法、信念等内部世界，而不是外部世界

2. 灾难化 (catastrophizing) 是一种常见的认知性应激反应，表现为当事人过度强调应激事件的潜在和消极的后果，必然导致整日的不良情绪反应。

3. 反复沉思 (rumination) 即对应激事件不由自主的反复思考，从而影响适应性应对策略如宽恕、否认等机制的出现，导致适应受阻。值得注意的是，这种反复思考往往具有强迫症状特性。显然这与某些人格因素有关。

4. 闪回 (flashback) 与“闯入 (intrusive)”性思维 是指遭遇严重灾难性应激事件以后，在生活里经常不由自主闪回灾难的影子，或者脑海中突然闯入既往的一些灾难性痛苦情景或思维内容，表现为挥之不去的特点。这些也是创伤后应激障碍 (PTSD) 的重要症状之一。

(三) 行为性应激反应

伴随应激的心理反应，个体的行为也可有相应改变。

1. 逃避 (escape) 与回避 (avoidance) 逃避是指已经接触到应激源后而远离应激源的行为; 回避是指率先知道应激源将要出现, 在未接触应激源之前就远离应激源。临床上对患者不合理的回避行为, 应给予认识指导和提供训练方法。

2. 退化 (regression) 与依赖 (dependence) 退化是个体受到挫折或遭遇应激时, 表现出幼儿时期的行为。退化行为必然会伴有依赖心理和行为, 即事事处处依靠别人关心照顾。临床上, 退化与依赖行为可见于病情危重经抢救脱险后的患者以及慢性患者, 可给予心理和行为训练方面的指导。

3. 敌对 (hostility) 与攻击 (attack) 其共同的心理基础是愤怒。敌对是对相关人员的不友好、谩骂、憎恨或羞辱别人。攻击是在应激刺激下个体以攻击方式做出反应, 攻击对象可以是人或物, 可以针对别人也可以针对自己。例如临床上某些患者表现不肯服药或拒绝接受治疗表现自损自伤行为, 包括自己拔掉引流管、输液管等。

4. 无助 (helplessness) 与自怜 (self-pity) 无助或称失助, 是一种无能为力、无所适从、听天由命、被动挨打的行为状态, 通常是在经过反复应对不能奏效, 对应激情境无法控制时的行为反应, 其心理基础包含了一定的抑郁成分。无助使人不能主动摆脱不利的情境, 从而对个体造成伤害性影响, 故必须加以引导和矫正。自怜即自己可怜自己, 对自己怜悯惋惜, 其心理基础包含对自身的焦虑和愤怒等成分。自怜多见于独居、对外界环境缺乏兴趣者, 当他们遭遇应激时常独自哀叹、缺乏安全感和自尊心。倾听他们的申诉并提供适当的社会支持可改善自怜行为。

5. 物质滥用 (substance abuse) 某些人在心理冲突或应激情况下会以习惯性的饮酒、吸烟或服用某些药物的行为方式来转换自己对应激的行为反应方式。这些不良行为能通过负强化机制成为习惯。临床上, 可在调动其行为改造动机的基础上, 给予行为矫正方法上的指导。

三、应激的生理反应

(一) 早期研究

坎农于 20 世纪 20 年代提出的“应急”或“战或逃”反应, 塞里于 1936 年提出的“一般适应综合征 (GAS)”, 其主要内容本质上就属于应激的生理反应 (参见第一节)。Gellhorn E (1967) 在 Hess (1925) 有关大脑对内脏活动调节作用的研究基础上, 提出 自主-整合理论模型 (theory of autonomic-somatic integration), 按照这种理论模型, 个体以两个互相对抗又互相补充的神经生物系统的动态平衡方式对应激刺激做出反应, 以此调节神经系统、内脏和情绪行为, 实现个体与环境的适应或发展。这两个系统分别是 非特异性系统 (ergotropic system) 和 向营养性系统 (trophotropic system)。其中非特异性系统中介的是“战或逃”反应, 是个体对伤害性环境刺激做出的生理反应。(表 4-1)

表 4-1 非特异性系统和向营养性系统的兴奋效应

	非特异性系统 (递质: NE、DA)	向营养性系统 (递质: 5-HT、Ach)
自主神经效应	交感神经活动加强, 包括: 心率增加、心输出量增加、汗腺分泌、瞳孔扩大、胃肠运动和分泌减少	副交感神经活动加强, 包括: 心率降低、血压降低、汗腺分泌停止、瞳孔缩小、胃肠运动和分泌增加
躯体效应	包括: EEG 去同步、肌张力增强、提高	包括: EEG 同步、肌张力降低、促进

	分解代谢及其有关激素分泌（肾上腺素、去甲肾上腺素、皮质醇、甲状腺素、生长素、抗利尿激素）	合成代谢及其有关激素分泌（胰岛素、性激素等）
行为效应	包括：觉醒、警戒、情绪反应好活动加强	包括：减少活动、瞌睡睡眠

修自段淑贞材料（1983）

综合早期研究以及根据基本的医学知识，应激生理反应是以神经生理为基础，涉及全身各个系统和器官。即各种应激刺激作用于人的内外感官，引起神经冲动，通过脑干的感觉通路传递到丘脑和网状结构，而后继续传递到涉及生理功能调节的自主神经和内分泌的下丘脑以及涉及心理活动的“认知脑”（如前额叶）区和“情绪脑”（如边缘系统）区，在这些脑区之间有广泛的神经联系，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及对应激的免疫反应。

可见，应激生理反应及影响心身健康的心身中介机制（mediating mechanism）涉及神经、内分泌和免疫系统。这三个中介途径其实也是一个整体，但细节情况正是需要深入研究的课题。

（二）后期研究

应激生理反应研究一直是病理生理学、分子生物学、神经与精神病学等医学相关领域的热门研究领域。几十年来在应激反应模型主导下，在大量人体与动物的应激研究中，医学界和神经心理学界在应激生理反应研究中取得丰硕的成果，形成浩瀚的文献资料。其中在研究对象上，涉及机体在应激刺激下的各种神经、内分泌和免疫学方面的反应性变化。笔者（1990b）在“心理神经免疫学研究近况”一文中，介绍了当时刚刚提出不久的心理神经免疫学，其中就涉及应激与免疫学和生活事件与免疫学等最新进展。在研究方法上，各历史阶段出现的各种最新技术如分子免疫学技术，基因组学技术等，总是被争先使用。在理论方面，出现一些试图阐明上述应激反应的神经、内分泌和免疫机制之间的整体作用机制。如 Chrousos GP 和 Gold PW（1992）介绍了应激系统（the stress system）的概念。所谓“应激系统”包括：下丘脑室旁核-促皮质素释放激素（PVN-CRH）系统；蓝斑-去甲肾上腺素/交感为主的自主神经（LC-NE/交感）系统；杏仁核在其中起着承上启下的协调作用；以及它们的外周效应器（垂体-肾上腺皮质轴和自主神经系统支配的组织）。该应激系统概念同样强调应激生理反应也是一个复杂的、多因素互动的系统，图 4-4 是有关应激系统的一个示意图。（注意：Chrousos 等的应激系统是应激反应的“系统”，应区别于本书后文的“应激系统模型”。）

但需要指出的是，我们迫切希望清晰了解应激生理反应细节，从临床的角度还希望知道不同应激条件、不同个体特质与不同心身疾病之间的生理反应的差异，但实际情况距离这些目标还很远。甚至可以说，自坎农、塞里和赫斯以后，虽然应激生物学基础研究一直在迅速发展，也有许多新的发现和新的进展，但整体上还没能超越前人很远。也许，这方面的真正“突破”，需要脑科学研究水平的首先突破。

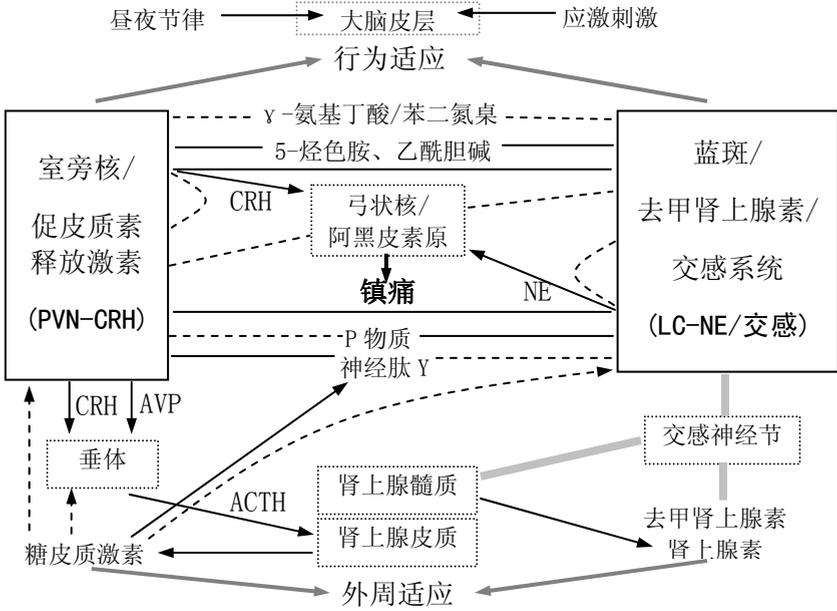


图 4-4 应激反应的中枢和外周示意图。参照 Tsigos C, 2004
(黑实线代表激活，黑虚线代表抑制)

由于应激生理反应所涉及到的各种神经解剖学、神经生物学或神经生化学方面等基础知识和最新成果，在各种医学课程如病理生理学和分子生物学中有一定介绍，有的内容则在本书其它章节（如心身医学章）中有所叙述，这里不再做更多的讨论。

四、应激反应与临床

(一) 应激反应与健康 and 疾病

心理应激反应在健康和疾病中具有重要的理论和实际意义。

首先必须看到，应激反应是个体对变化着的内外环境所做出的一种适应，这种适应是生物界赖以发展的原始动力。对于一个成长中的个体来说，一定的应激反应不但可以看成是其调整与环境契合关系的能力，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素质条件。可见，应激反应并不总是对人体是有害的。

其次，毕竟应激反应涉及到个体的心身功能的整体平衡问题。临床医学中的许多问题实际上就是平衡与不平衡的关系，例如生理与病理、健康与疾病。研究证明，应激反应与一些功能性疾病症状或心身障碍常常有直接的关联。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。例如应激性工作和生活环境导致某些素质基础的个体出现溃疡病，或使一些人的溃疡病长期迁延。

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。这是病因学的重要研究领域，也是心理应激理论与应用的研究课题。心理应激与疾病之间的关系由此建立起了联系。

（二）应激反应致病的生物学机制

在前文有关应激生理反应内容中已提到，应激反应与疾病的生理学机制涉及神经解剖学、神经生物学或神经生化学等方面的大量研究。可以将其概括为心理-神经中介机制、心理-神经-内分泌机制和心理-神经-内分泌-免疫机制三个中介途径，将在第七章第二节作进一步讨论。不过需要指出，目前尚不能阐明应激与各种不同疾病之间生物学机制的细节。

（三）应激反应的量化及应用

在医学临床工作中，医生往往通过医学诊疗标准（主要通过问诊、观察和调查）来判断患者是否存在各种精神症状，以及性质和程度。故应激反应这一概念较少被使用。

在临床研究工作中，如研究应激因素对疾病发生、发展和预后的影响，则需要先确定应激反应变量的量化方法。另外，由于应激反应、心身障碍、心身疾病三者存在联系，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，与各种应激因素做多元分析，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。

在心理门诊（指非临床医学的门诊模式），作为一个与应激有关的概念，应激反应（或心身反应）的量化问题就显得很重要。

在实际工作中，应激反应的量化方法包括：

首先可以根据应激反应的具体内容，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，生理反应可以选择血压、尿儿茶酚胺等。

其次，根据应激反应同时涉及生物、心理、行为方面的变化，目前常采用能整体反映心身健康水平的问卷测试方法，其中 SCL90 使用最多。

此外，在掌握应激反应概念内容的基础上，可以通过晤谈、观察和调查的方法对来访者的应激反应做出评估。

（四）应激反应与临床干预

在医学临床，对于各种精神症状有特定的医疗诊断与治疗标准。

在心理门诊，应激反应是主要的心理干预目标。对于心理行为反应，通常采用各种知识教育、心理指导和心理治疗等手段（参见第十节）；对于生理反应，除了松弛疗法、生物反馈等心理治疗方法，还可考虑使用医学方法如药物。

第八节 应激系统模型

一、应激因素的相关性

根据第一节讨论的应激过程模型，在前面几节已按次介绍了各种应激有关因素。需要重新提一下的是，将应激看成是多因素的作用“过程”，符合人们的因果逻辑思维习惯，有助于认识和处置急性应激事件。但实际上，各种应激因素之间也普遍存在着反向

的作用，特别是在慢性应激情况下，这种多因素的双向影响关系会使应激过程变得复杂，从而不能被我们正确认识。笔者及相关人士（1987-2007）二十年来在这一方面做了许多实证调查研究，例如周敏（2007）、韩耀静（2006）、吴志霞（2006b）、周倩（2005）、任伟荣（2005）、钟霞（2004、2005）、卢抗生（2002）、应佩云（2000）、闻吾森（1999）、姜乾金（1996a, 1996b）、来桂英（1994）等等。下面分开叙述。

（一）生活事件受其它应激因素的影响

生活事件作为“应激源”本身也受应激反应等因素的“反作用”。

许多研究证明，认知评价、应对方式、社会支持、人格特点和应激反应反过来也会影响许多生活事件的发生、发展、性质和程度。仅以人格为例，某些人格特征例如钻牛角尖性格可以放大个体对生活事件的感知，偶尔还可导致新的生活事件的形成；许多资料证明，人格特征与生活事件量表分之间特别是主观事件的频度以及负性事件的判断方面存在相关性。

（二）认知评价受其它应激因素的影响

认知评价因生活事件属性的不同而不同，这是常识性的现象。

社会支持一定程度上可以改变个体的认知过程。例如，当你面对街路上有人倚强凌弱时，旁边是否有熟悉伙伴相随可影响你对事件的次级评价。

应对方式本身就涉及许多认知调节的问题，如否认、再评价等，而发泄等应对机制也可以直接或间接影响认知评价。例如，日常可以见到，一位当事人由于不断的诉说（倾诉、发泄）而最终出现对原始事件的认知逆转。

人格特征间接影响个体对某些事件的认知。其中态度、价值观和行为准则，以及能力和性格等人格心理特征因素，都可以不同程度影响个体在应激过程中的初级评价和次级评价。这些因素决定个体对各种内外刺激的认知倾向，从而影响对个人现状的评估。例如，事业心太强或性格太脆弱的人就容易判断自己的失败；具有完美主义倾向人格特征的人往往存在非理性的认知偏差，使个体对各种内外刺激发生评价上的“歪曲”。吴志霞等（2006a, 2006c）验证了人格特质影响自动性思维。

应激反应也并不总是像“过程论”所叙述的单向“接受”应激源或中介变量对它的汇聚。实际上，应激反应同样影响认知评价。例如，等待手术期间过分紧张导致失眠，后者可能使手术当日患者的认知趋向于消极。

顾成宇等（2007）通过实证调查分析显示，多种应激因素可以影响重型罪犯对自己刑罚的认知评价。

（三）应对方式受其它应激因素的影响

应对方式也受其它各种应激有关因素的影响，分述于下。

生活事件属性的不同往往应对方式也不同，这是常识；连续的负性生活事件也可能使主体的应对方式倾向消极。

认知评价影响应对方式。例如，认知评价直接决定个体采用针对问题应对或针对情绪应对，且个体的认知策略如再评价本身就是一种应对。

社会支持一定程度上可以改变个体的应对方式。例如，面对上述街道上的倚强凌弱现象时，是否有熟悉人群的伴随可以影响个体的应对策略。

人格特征和行为类型也间接影响个体对特定生活事件的应对方式。例如，有的人具有完美主义的价值观念，在“再评价”应对过程中，会表现更多的不良推理和消极判断；

具有冲动性人格特质的人在紧急事件面前可能容易失去有效的应对能力。

不同人格类型的个体在面临应激时可以表现出不同的应对策略。笔者等（1993）资料显示，人格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，显示人格特质一定程度决定应对活动的倾向性即应对风格。Folkman 曾根据针对情绪应对的跨情景重测相关高于针对问题应对，认为针对情绪应对更多的受人格影响。Glass DC 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 AJJM 和 Flohr PJM（1984）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型行为模式的人不像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。

应激反应同样影响应对方式，例如长期慢性应激可使个体进入失助状态，失去了积极应对环境的能力，此时给予任何细小生活事件刺激都可能因为失去应对能力而产生严重后果。

笔者团队 10 余年来通过多种样本的实证研究证明，应对方式确实受上述有关应激因素的影响，此外还与性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

（四）社会支持受其它应激因素的影响

社会支持也受其它应激有关因素的影响，分述于下：

许多生活事件可以直接导致社会支持的问题。例如，临床实践可见，夫妻因为双方家庭背景差异而经常争吵（生活事件），结果导致家庭内支持的评估量表分极低。

认知因素可影响个体社会支持的获得，且特别影响主观支持的质量。例如，由于不能正确认识和理解周围同事们的好心关怀，降低了自身的主观社会支持水平。

某些应对方式本身就涉及社会支持的问题，如求助、倾诉，因此成功的应对也导致成功的社会支持。

人格特征也直接或间接影响个体的社会支持。人格可以影响一个人的客观社会支持程度，也可影响其主观社会支持程度（例如领悟社会支持量表分）。

Sarason BR 等（1981）发现艾森克人格问卷的外向分与社会支持数量（SSQN）正相关，而神经质分与社会支持数量（SSQN）和社会支持满意程度（SSQS）二者均呈负相关，显示人格可以与社会支持互为影响。现实生活中，具有完美主义价值观念的人，其“负性自动性思维”也会影响其对社会支持的正确感悟，如总是觉得社会对自己冷漠和不公，从而降低了领悟社会支持水平。人与人之间的支持是相互作用的过程，一个人在支持别人的同时，也为获得别人对自己的支持打下了基础，一位个性孤僻、不好交往、万事不求人的人是很难得到和充分利用社会支持的。

应激反应同样影响社会支持。例如，慢性疼痛综合征由于长期的心身症状，后期患者的社会支持水平会变得很低。

（五）人格受其它应激因素的影响

按照传统的心理学观点（如国内心理学家许淑莲教授在 1983 年医学心理学学术会议曾提出的），人格是“不能”改变的。“江山好改、禀性难移”等常识也是这个意思。这样，在应激系统模型中就产生了一个问题，就是人格可以对其它各种应激因素产生影响，而其它因素是否也能反过来影响人格特征。

其实，即使从常识的角度，人格的某些方面如智力，特别是青少年智力在一定限度内是可以改变的，被叫做开发智力。能力更是可以训练和改变的。性格难改变但也不是不能改变。兴趣、态度、观念、习惯也都能部分改变。

从逻辑的角度，人格是幼年至成年逐渐形成并最终“定型”的一种心理属性。一个人的人格特征很像一棵定型了的大树，它是由幼苗经过特定空间、条件的长期作用，最终成长并定型的。因此改变歪斜了的树体确实是困难的。但我们还是可以继续比喻下去，通过给予支撑等方式，将歪斜的树体往正直的方向用力，同样假以时日，与环境处于动态平衡关系的活体树木，是会慢慢自我重新扎根的，到时候取去支撑，树体将被矫正。可见，应激有关因素对人格产生影响的可能性在逻辑上也是讲得通的，只是所需的时间要比较长。

在基础研究和临床工作中也可以发现，那些处于长期慢性心理应激状态下的个体，其行为模式和性格特征会渐渐异化。例如，国外研究报道，慢性疼痛综合征患者，随着病程迁延，慢慢地会出现宿命观念、自卑、丧失信心，依赖，以及 MMPM 测查的疑病量表分升高等人格方面的变化。

据上所述，可以做如下判断，过多过重的生活事件、负性自动思维、消极应对方式、社会支持缺乏和严重应激反应等情况的长期存在，最终会影响人格的健全。实际上，国外在有关慢性疼痛患者的人格研究中早已发现这一现象（参见第七章第六节）。

（六）应激反应受其它应激因素的影响

在应激过程模型中，已经强调各种应激因素共同作用最终导致应激反应，在此无需过多讨论。这里只是再强调一下人格对应激反应形成和程度的影响：同样的生活事件，在不同人格的人身上可以出现不同的心身反应结果，

二、应激是多因素的系统

从上文内容中可以看出，各种应激因素之间其实存在着交互的作用。应激过程模型在认识论上基本上是单维的，只反映应激各有关因素之间的单向作用，并指向应激反应。

笔者等自 1987 年以来，通过对应激与健康、应激因素之间的关系等长期临床与实证研究，提出应激（或者压力）有关因素之间不仅仅是单向的从因到果或从刺激到反应的过程，而是多因素相互作用的系统（姜乾金，2004）。例如，患者可以对应激刺激做出不同的认知评价，从而趋向于采用不同的应对方式和利用不同的社会支持，导致不同的应激反应（过程模型）；但反过来，应激反应也影响社会支持、应对方式、认知评价直至生活事件；同样，认知评价、应对方式、社会支持甚至人格特征等过程论的中间因素，也分别各自或共同影响其它因素，或者反过来受其它各种因素的影响和制约。它们既可以是因，也可以是果。

据此可以认为, 应激是多因素相互作用的系统, 这就是应激系统模型(system-based model of stress) (图 4-5)。

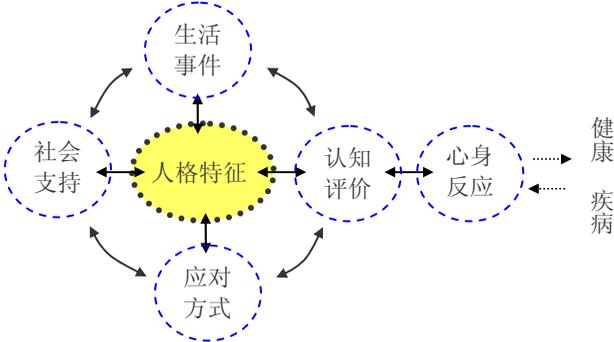


图 4-5-1 应激系统模型 (一)

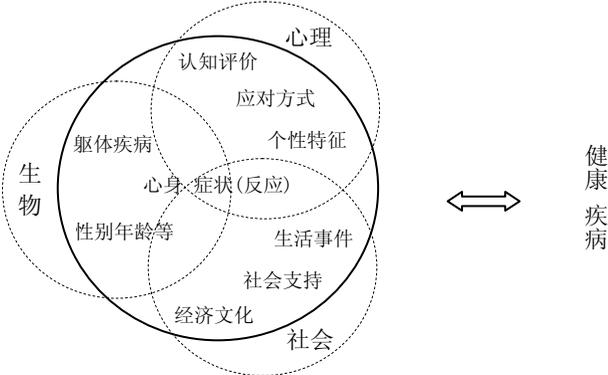


图 4-5-2 应激系统模型 (二)

根据系统模型, 心理应激 (psychological stress) 可以被定义为: 个体的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和心身反应 (图 4-5-1) 等生物、心理、社会 (图 4-5-2) 多因素构成相互作用的动态平衡“系统”, 当由于某种原因导致系统失衡, 就是心理应激。

该定义首先强调, 应激是多因素交互作用的、多维度发展的系统, 这有笔者及团队 (1997-2007) 多年的实证研究证据, 国外近些年也有类似的一些研究结果 (Kardum I & Krapic N, 2001)。按照应激因素之间存在交互作用的事实, 必然既可形成良性循环 (平衡), 也可形成恶性循环 (失衡), 后者会导致人们难以就事论事加以认识的各种“应激”相关问题。

该定义强调, “应激评估”除了需要综合评估生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征、应激反应等各种因素。而且还要系统地分析各因素之间综合作用规律。

该定义强调, “应激干预”除了可以选择从多种应激因素入手, 如控制和回避生活事件、调整认知、改变应对策略、提供社会支持、降低应激反应, 以及通过心理治疗来影响人格因素, 甚至可以改变环境和利用各种自然条件。同时需要注意对个体应激系统的综合管理与控制。

这种对应激的认识, 符合环境与机体之间的系统关系, 符合健康和疾病的生物、心

理、社会“整体观”和“系统论”，有利于对各种应激有关因素之间的相互作用机制进行研究并做出解释（例如研究应对的影响因素或者研究社会支持的影响因素），进而有利于促进研究个体整体心身健康的保持。应激系统模型已在此后反映在笔者各种著作中如心身医学（2007a）、行为医学（2008a）、护理心理学（2006b、2012）、医学心理学（2005、2010b）和婚姻专著（2011），也在国内十几个学术会议上作了交流（2007b、2008b、2010a）。

三、应激系统模型的基本特征

为了使这一个部分的描述更容易被理解，我们先来浏览两个案例。

案例 1：

某男，18 岁，重点中学高三重点班学生，成绩一直处班级前列，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：

该生诉述，近一年来自己有头痛、焦虑、抑郁、失眠，学习困难、害怕去学校、怕见同学等症状（心身反应），也曾告诉家长（应对方式）但没有被重视。该生认为（认知评价）目前的情况与父亲有关。初中毕业时，父亲曾经答应考上重点高中将给他买一台电脑，但当真考上后又以影响高中学习为由不予兑现（生活事件），导致整个高中阶段自己的情绪都很坏（心身反应），致使学习受影响，越来越乏味，最后才导致目前的状态。

身为教师的家长则认为，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，本应很有发展前途。但正因为以往太顺利了，缺乏磨练（人格特征），如今遇到困难易怕苦，不能承受“高考压力”（生活事件）而退却（应对方式）。因此希望心理专家帮助做做工作。

班主任指出，该生在高中阶段成绩虽然可以，但不合群、要好的同学不多（社会支持），在某些问题上略显固执（人格特征），钻牛角尖（认知评级），时有人际冲突。认为该生太爱面子（人格特征），不能正确对待（应对方式）自己善意的批评（生活事件），对班会上的点名反应过度。

（注：案例 1 作为本章的主要实例，其临床评估与临床干预问题，见第九至十一节）

案例 2：

一位由急性疼痛转化而来的慢性疼痛综合征患者的主要心理、社会和躯体问题，按系统论模型整理如表 4-2。

表 4-2 急性疼痛和慢性疼痛综合征的心身问题比较

	急性疼痛期的心身特点 (伤后 3 个月之前情况)	慢性疼痛期的心身特点 (伤后一年以后情况)
认知特点	对预后看法积极，对治愈有信心，关注工作和外部世界	“痛”成为核心关注点、看问题悲观，专注于痛体验和先兆症状
应对方式	相信医生、求医和合作，使用止痛药，积极活动	祈祷、不断变换医生，寻求各种良方、药物依赖，卧床时间多

社会支持	亲友探视，友善待人	社会交往中断，容易怨恨别人
生活事件 (疾病以外)	生活事件少(工作责任消除，家人理解融洽，获经济补偿)	家人冲突，工作事件，经济事件
人格特征	原有的人格特征(稍有求全、敏感倾向)	宿命观念、自卑、丧失信心，依赖，疑病量表分高
心身反应	焦虑、害怕、情绪行为积极，内脏生理觉醒(心率快等)，局部或全身肌张力增高	情绪抑郁、波动、缺乏兴趣，回避现实，消瘦、肌萎缩、无力，嗜睡、失眠

(注：案例 2 作为心身疾病案例，其临床评估和临床干预问题，见第八章第六节。)

结合以上案例 1、2 中的黑体字部分，现将应激系统模型的五项基本特征分述于下：

(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(看问题偏执、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。在案例 2 中，慢性疼痛综合征患者同样存在各种应激因素的问题。

(二) 各因素之间相互作用

个体所涉及的各应激因素之间互为影响，每一个环节出现变化，都可以影响整个系统，且易形成良性或恶性循环。因此，个体通过自己的感受和判断所报告的，或者别人所观察到的，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，所以班主任认为该生是由于不合群(社会支持)，由于不能正确对待批评(应对方式)；家长因为怎么劝说也无效所以认为孩子是由于认识问题与怕吃苦(认知与人格特征)；该生本人则认为这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)，以及因此导致高中阶段的情绪很坏(心理反应)；医生则可以认为是由于学校恐怖症(心理疾病)。这些判断理由似乎都符合逻辑，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相作用之中，且在疾病状态下，反映的往往是各因素作用的恶性循环结果。

在案例 2 中，慢性疼痛综合征患者，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。案例 2 同样存在各因素间恶性循环的作用。

(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，经过自己努力又不能建立新的平衡，则出现不适应，并产生健康问题。

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，那时各种因素之间处于良好互动状态，系统是平衡的。但自进入高中阶段以后，在人际环境复杂化、竞争内容和方式改变、外界压力加剧(高考)、性发展和性敏感性变化等情况下，一旦由于某种因

素的变化，很容易在各种因素之间诱发恶性循环，导致在新的历史时期不能动态地建立起新的系统平衡，最终发展到需要医学或心理学帮助的程度。

在案例 2，慢性疼痛综合征患者不同病期（表中尚未列出慢性疼痛前期）的各种症状表现，反映了各应激因素间的在不同病期的不同失衡状态。

（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。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，认知功能也都起关键的作用。

在案例 1 最容易看出，患者的认知特点（俗称“看问题的方式”）是其心理问题形成、发展，并最终恶化的关键因素。也就是说，不少心理问题的形成是认知评价因素所诱发的（但一旦由认知因素启动因素间的恶性循环，并最终导致系统失衡，此时再回过头来通过单纯的认知调整，就未必能解决问题了）。

另一方面，在心理问题产生以后，当事人由于受自身思维习惯的支配，其所报告的问题性质及前因后果，往往是片面的或者不准确的。其中特别值得注意的是，某些在他人看来明显属于“认知偏差”的看法，来访者却在其固有观念或信念的支配下自己深信不疑。有时来访者虽然也部分知道有些想法不对，但却无法说服自己加以克服，足见认知因素在心理应激临床评估过程中的重要性。

最后，在对案例实施心理干预过程中，需要采用心理指导或者是认知治疗以纠正其“认知偏差”，同样显示认知评价在整个应激系统失衡问题的解决过程中起到关键作用。

同样，案例 2 的认知因素在各种生物心理社会症状的形成、发展过程中也起着关键的启动或者促进作用。

（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（或信念）方面的问题（如求全、标准化倾向）往往更值得注意。人格因素不但直接间接影响其他应激因素，更重要的是人格因素是认知问题（如负性自动思维、认知偏差）的根源，从而使患者对自己的心理问题奈何不得，而且人格因素隐蔽、不容易被感悟、矫正也较困难，故人格因素在应激多因素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。他们往往在观念和态度上存在完美主义和标准化倾向。在不同生存状态下，当应激多因素系统处于平衡时，这种人格特质会促使系统中各因素互相作用而良性循环，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；一旦诱发平衡的失调，这些人格特点又会加剧因素间的恶性循环，该生高中阶段即如此，认知偏执、事件增多、应对消极、人际恶化、心身症状。

在案例 2，慢性疼痛患者是否存在某些人格特征的病因因素在学术界尚无定论。但慢性疼痛患者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，故在病情的发展和恶化中同样起核心作用。

第九节 压力的综合评估与分析

在第一节已经谈到，应激（stress）在我国不同领域也翻译为“压力”，而“压力”更容易被临床病人、来访者或者有关服务对象所理解与接受。由于以下各节内容与临床有关，故采用“压力”概念，与“应激”通用。

压力的控制与管理是多维度的系统工程。整体方案大致包括评估与分析、干预方案制订与实施、干预效果的评估这三个阶段的循环过程。本节首先介绍压力管理的第一步，即压力的综合分级评估。

一、基本方法

压力评估基本方法包括晤谈、调查、量表和实验法。

（一）晤谈、观察与调查

对压力有关因素的基本评估，可以采用医生通常采用的晤谈、观察和调查的方法。这种评估方式需要医生对压力系统模型所涉及的因素有基本了解，而且需要一定的实际工作经验，不被表面现象所蒙蔽。例如，某些心理压力巨大的癌症患者，却可以表现的很轻松，语言也很积极的，其实却有可能存在情感压制（suppression）的情况（参见第七章第五节）。又例如，一位面临手术的患者诉说自己紧张得“要命”，仔细全面晤谈和观察也许你会发现他并不比某些绝口否认紧张的患者更紧张。此时需要评估其情绪反应的三方面表现内容——自己的主诉、表情观察和生理反应证据。

半结构式晤谈有助于初学者完成此项评估任务。即分别根据生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、人格和压力反应等因素的定义和内涵，以半结构的腹稿，一一展开晤谈、调查和观察，以免遗漏。

上文案例1，通过对本人、家长、班主任等的晤谈和调查，可获得有关生活事件、认知和应对特征、社会支持、人格特点和压力反应（含心理行为反应、躯体反应）等方面的初步信息。在案例2，表中所列出的各种压力有关因素也可以通过深入的晤谈、观察和调查初步获得。

（二）量表的使用

使用各种合适的压力（应激）因素评定量表，也是常用的评估手段。目前国内已经有各种生活事件量表、应对方式量表、社会支持量表、人格量表和心身症状量表等可供选择。其中笔者等从1987年开始尝试以生活事件、应对方式和情绪反应三个方面来评估心理社会应激，1993年开始研究编制多种应激有关因素评估量表，先后（1998a、2000、2001）编制包括评估生活事件、应对方式和情绪反应的团体用心理应激调查表（PSSG）、特质应对问卷（TCSQ）、领悟社会支持量表（PSSS）、医学应对问卷（MCMQ）、老年应对问卷以及压力反应问卷（SRQ）等多种压力因素测评量表，也可选择使用。

在选用评定量表时，应注意在量表内容上尽量符合压力（应激）系统模型中“各自相对独立”的因素概念。例如，在目前常用的某些应对（应付）量表中，往往包含了生活事件和社会支持的内容；在某些社会支持量表中，也包含了生活事件和应对策略。这种因概念上的重叠而造成内容交叉的情况，其评估结果将影响对压力多因素系统的分析和诊断。对此，建议使用特质应对问卷（TCSQ）和领悟社会支持量表（PSSS），因为这两个量表的设计是基于压力多因素模型，在概念上与其它压力因素之间有相对清晰的界限。又例如，为了评定压力心身反应可能会使用症状自评量表（SCL90），但因为其中已

经包含有抑郁和焦虑因子，故此时也不必再使用抑郁自评量表（SDS）和焦虑自评量表（SAS）。

为了避免出现以上情况，这里还是建议使用笔者等经过长期反复修订，所编制的一套含 4 项主要压力因素的心理社会应激调查表（psycho-social stress scale, PSS）。其中的生活事件问卷 (LEQ) 包含应激性事件和对事件的认知评价；压力反应问卷 (SRQ) 包含生理反应、心理反应和行为反应；特质应对方式问卷 (TCSQ) 包含消极应对和积极应对，领悟社会支持问卷 (PSSS) 包含家庭支持和家庭外支持。各因素问卷在内容上界限相对清晰，有利于开展压力因素的综合分析和判断（图 4-6）。（有关应激或压力量表见第五章）

心理社会应激调查表(PSS)测试报告

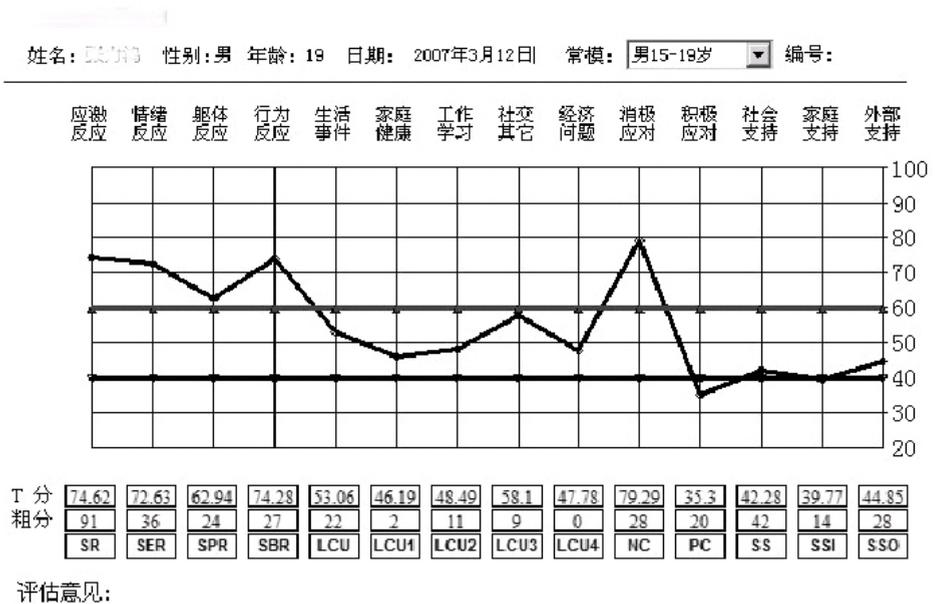


图 4-6 PSS 测量结果剖面图（案例 1）

在实际工作中，如果选择合适的各种压力（应激）评估量表确实存在困难，就不必勉强，不如将评估的手段主要放在晤谈和调查方法的正确把握上。

案例 1，通过使用 PSS 以及 SCL90 和 MMPI 量表，获得压力各因素测验 T 分简况：PSS 的学习事件 48，人际事件 58；心理（情绪）反应 73，压力躯体反应 63，行为反应 74；消极应对 79，积极应对 35；家庭内支持 40，家庭外支持 45。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。

（三）实验

压力评估中涉及的生物学因素，如压力的生理反应、压力心身中介机制的某些生化指标、神经电生理指标等，可考虑使用临床测定指标。

压力系统评估采用分级评估的方法，包括压力因素评估、压力层次评估和压力系统的整体评估。以下将分别予以讨论。

二、压力因素评估

压力综合分级评估的第一级是对各种压力因素的评估。

通过晤谈、观察、调查和量表测查等手段，或者结合一定的临床检验指标，可以做出“压力因素评估”。

（一）生活事件的评估

1. 晤谈与调查 只要对生活事件种类和内涵有较深刻的掌握，就能通过深入晤谈和调查，掌握和记录来访者主要的生活事件。这种评估方法在压力管理工作中很适用。

2. 量表 历史上有Holmes和Rahe编制的社会再适应评定量表（SRRS）。该量表采用客观计分方法，排除了个体认知因素的作用，在压力研究尚未进入多因素理论框架时，这被认为是一种缺陷。而以后发展起来的各种生活事件量表如国内杨德森的生活事件量表等，则往往采用自我评分的方法，其中已经包含了一部分“认知因素”。在压力系统模型中，生活事件和认识评价作为两个变量来看待，故在使用这类生活事件量表时，应予以适当注意。

在压力评估临床，最常见的生活事件包括各种生物、心理、社会和文化生活事件，或者现象学上的家庭、工作、人际和经济生活事件，其中多数为负性生活事件，并各种事件的累积现象，主观生活事件更常见。

前文案例1、2中，都存在多种家庭、学习、文化、生物等生活事件，包括负性生活事件和主观生活事件。

（二）认知评价的评估

1. 晤谈与调查 临床上一般可以通过晤谈过程中的语言表达方式来判定来访者的认知特点，也可通过对相关人士的调查来判断来访者的认知问题。

2. 量表 虽然部分情况下可使用“自动性思维”等量表，明尼苏达多项人格调查表（MMPI）也可以反映一般性的认知特点，如敏感、偏执和绝对化，但作为压力关键性中介因素的认知评价，其量化研究多年来并无显著进展。早期Folkman也曾对认知评价活动进行过定量研究，但至今尚未发展出用于认知评价的测量工具。目前国内一些自我估分的有关压力因素量表中，部分结合了个人的认知评价，如杨德森的生活事件量表和笔者的领悟社会支持量表等。

在压力评估临床，最常见的认知评价问题是现象学上的“钻牛角尖”，术语上叫“认知歪曲”或“认知偏差”。

案例1、2都存在敏感、偏执和绝对化等认知倾向（通常会告知：你很“执著”，也“过分认真”或“固执”）。

（三）应对方式的评估

1. 晤谈与调查 在对各种应对策略的内涵和案例有深透了解的前提下，通过晤谈和调查可以大致掌握来访者的各种应对特点（图4-3）。

2. 量表 根据应激过程模型，应对方式涉及各种压力因素。许多应对量表可以评估相关的应对策略，如Folkman和Lazarus在20世纪80年代修订的应对量表（Ways of Coping, WOC）包括对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评等8种应对策略。肖计划等（1995）在参考国外研究基础上修订的应付方式问卷，包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化等6种应付方式。

根据特质模型，笔者等（1999）的特质应对问卷（TCSQ）具有代表性。所谓特质应对，是指个体在不同的压力情境中可能存在着倾向性的、相对稳定的应对方式，受人格

特质的影响。TCSQ包括20个条目，由积极应对和消极应对两个维度组成。

在其他应对问卷方面：沈晓红和笔者(2000)修订的 Feifel H 医学应对量表(MCMQ)，用于评定患者对于疾病这种“特定”生活事件的应对特点，包含3种应对策略：“面对”、“回避”和“屈服”。张卫东(1998)的老年人特殊生活事件应对问卷和卢抗生等(2000)的老年应对问卷(Ways of Coping for Senile, WOCS)专门针对中老年群体使用。

在压力评估临床，需要评估来访者应对策略的特点(如心肌梗死患者的否认)，以便针对具体生活事件(如癌症)和情绪反应，分析其应对的效能，为相应的干预提供依据。笔者通常评估来访者的积极应对和消极应对水平，其中消极应对高分者，是心理干预的重要切入点。

案例1的特质应对问卷(TCSQ)调查结果，消极应对T分79，积极应对35，具有很高的消极应对和很低的积极应对量分(注意，在TCSQ中，积极应对和消极应对属于两个维度，请见有关原始文献)。

(四) 社会支持的评估

1. 晤谈与调查 在对社会支持的内涵和案例有透彻的了解基础上，通过晤谈和调查可以评估来访者的社会支持水平。

2. 量表 国外有Sarason等(1981)编制的社会支持问卷(SSQ)，该量表调查社会支持的数量和对获得社会支持的满意程度。Wilcox(1982)以社会支持类型为出发点编制了社会支持调查表(SSI)，分为情绪支持，归属支持和实质支持3个因子。国内肖水源(1987)参考国外有关资料，简化条目，编制的社会支持评定量表，包括客观支持、主观支持和对社会支持的利用度三个维度。笔者等(2000a)引入Blumenthal 的文献，根据Zimet等编制的量表修订完成领悟社会支持量表(PSSS)，从社会支持来源出发，分为家庭内支持和家庭外支持，该量表强调个体对社会支持的主观体验，在压力因素的评估方面有很好的使用价值。

在压力评估临床，应重点评估来访者的总社会支持水平，以及家庭社会支持、主观社会支持、社会支持的利用度等主要方面。

案例1的领悟社会支持量表(PSSS)调查结果，家庭内支持T分40，家庭外支持T分45，总社会支持T分42。

(五) 人格的评估

1. 晤谈、观察与调查 这些手段都可以用于实际工作中对来访者人格特点的评估，前提是首先要对压力有关的各种人格因素如性格、观念及案例有较深入的理解。

2. 量表 常用自陈式人格问卷，如MMPI，其中的Hy(癔症)、Pd(偏执)等量分在非病理性的案例中较有临床意义，通常反映来访者具有敏感、过分谨慎、钻牛角尖等人格特点。EPQ问卷中同时具备低E量分(内向)和高N量分(情绪不稳定)，通常反映来访者在压力中的脆弱性，同样的应激刺激易有较高的心身反应。

在压力评估临床，应重点关注来访者与压力密切有关的那些人格特征，例如认知活动的求全和标准化倾向，行为上的谨小慎微，自我意识方面的自我中心，价值观上的反社会反道德倾向，生活和家庭观念方面的超现实倾向等。笔者的特质应对问卷(TCSQ)也同时反映一种倾向于消极应对风格的人格特质。

案例4-1的MMPI调查T分结果，Pd(偏执)75，Pt(神衰)63。

(六) 压力心身反应的评估

1. 晤谈与调查 与医学临床的门诊评估方法基本一致,通过晤谈和调查来评估来访者的心身症状。在排除躯体疾病因素情况下,可将这些症状看作个体的压力反应。

2. 量表和实验 根据压力心身反应的具体内容,可以选择相应的量表或指标,例如情绪反应选用焦虑或抑郁量表,躯体反应可以选择一定的临床指标如血压、尿儿茶酚胺等。由于压力反应包含多个方面,目前在心理临床常采用整体反映心身健康水平的量表,SCL90 使用最多。笔者编制的 PSS 中的压力反应问卷(SRQ),也包括情绪反应、行为反应和躯体反应三项量表分,与压力系统模型一致。

在压力评估临床,应同时关注生物、心理、社会和行为反应。需要指出的是,医生出身的评估者容易忽略心理反应和行为反应;心理学出身的评估者容易忽略躯体反应。

案例 1、2 都显示情绪反应、行为反应和躯体反应。其中案例 1PSS 的压力反应问卷(SRQ) 测查 T 分结果,躯体反应 63,心理反应 73,行为反应 74。

(七) 压力因素评估汇总

在确信资料合适并可靠以后,汇总各单项因素的评估结果,判断正常与否,对压力做出多因素的评估与诊断(相当于“多轴诊断”)。

根据知识、理论和经验(主要针对晤谈、观察、调查到的信息),或者与常模作比较(主要针对量表评定或实验结果),来分别判定各项压力因素是否在正常水平。其中如果是量表评定结果,一般以高于常模 1 个标准差或 2 个标准差为线,大致考虑该项得分结果是偏高(偏低)或过高(过低)。

“压力因素”评估的结果,除了为下文的“压力层次”评估和“压力系统”评估提供资料外,其本身也有临床和实际判断上的意义。例如,某位来访者在特质应对量表(TCSQ)的消极应对量表分(NC)过高,可判断其有消极应对风格,反映其具有消极应对的人格特质,还可以推断其可能具有更多的生活事件,更差的社会支持,和更复杂的心身症状。

三、压力层次评估

在上述“压力因素评估”基础上,进行压力综合分级评估的第二级即“压力层次”的评估。

(一) 综合评估前注意事项

压力的层次评估与系统评估都是综合性评估与分析,开始前需要先注意:

(1) 评估收集的信息是否全面。包括是否符合压力系统模型的各种压力因素,有否重要的遗漏,如案例 1 如果没有家长提供的初中阶段信息将难以系统分析该生目前面临的问题。也包括收集信息的方式是否合理,是否充分考虑合理采用晤谈、观察、调查和量表测查,或者结合一定的临床检验指标。

(2) 分析所获信息和资料是否可靠,判断其信度和效度。这除了需要按照心理测验的基本原则去做外,还需要有许多实际经验。例如,一位来访者的 SCL90 测量结果显示,所有 9 个因子分在剖面图上都高高在上,且高点之间无明显错落感,则不一定说明来访者真的存在严重的心身反应症状。

(二) 压力的三个层次评估

按照系统模型,为有利于临床分析和实施干预,在压力因素评估基础上,将个体的压力问题分三个层次做出描述性判断。

第一层是评估患者的心身问题，即分析患者的压力反应和心身症状情况，做出诊断，可能符合医学临床诊断（如恐怖症、高血压），或者以现象学做出“问题”诊断（如学习困难、失眠、行为退缩、一般心理问题或障碍等）。

在这个层次的评估过程中，需要注意准确诊断和排除各种精神疾病，包括与压力相关的各种精神疾病病例。这些病例应该采用临床医学的诊治程序（本书定位在正常人群而非精神疾病的“心理问题”）

第二层是评估生活事件、认知评价、应对方式和社会支持程度，分析和确定各因素在“问题”中的地位以及因素之间的互动关系。心理教育和心理指导很大程度是作用在该层次上。

第三层是通过分析人格特点特别是观念和态度方面的如求全、完美主义倾向，确定人格因素在整个“问题”系统中的作用。心理治疗很大程度是作用在该层次上。（图 4-7）

四、压力系统评估

在完成“压力因素评估”和“压力层次评估”以后，须进行压力综合分级评估的第三级即“压力系统评估”。

系统评估是以压力系统模型为基础，对来访者的压力做出整体性的分析与判断。包括，来访者存在哪些压力因素的异常；其中的认知因素和人格因素起到多大作用；系统中的各种因素之间是否存在恶性循环；压力系统的平衡性和稳定性（例如有的来访者一段时间能保持平衡，一段时间严重失衡）等。其中重点是因素间的恶性循环关系和整体系统的失衡。

以上分级评估方法（“压力因素”评估、“压力层次”评估和“压力系统”评估），为下一节个体心理问题干预措施的制订与实施，打下必要的基础。

临床上做综合评估时，多项压力因素或多个层次的异常，往往比单项因素异常更有实际意义。据此可制定不同的控制和管理方法。

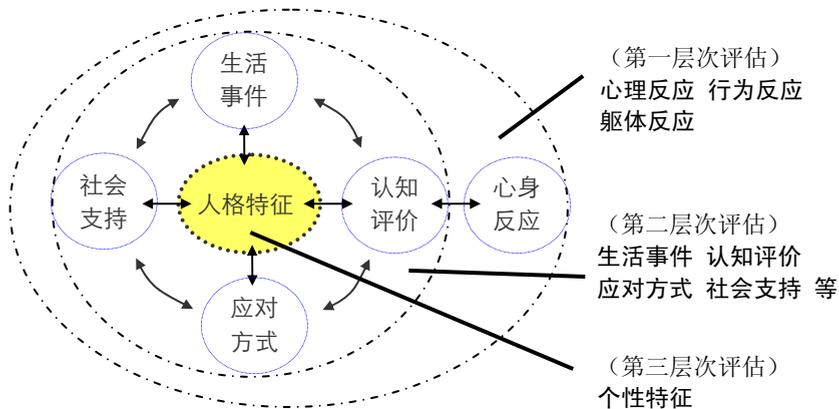


图 4-7 应激（压力）的层次评估示意图

第十节 压力的综合管理与控制

根据压力系统模型，所谓压力管理（stress management）或压力调节，就是监测、修正压力各有关因素的非正常水平，促进各因素之间的良性互动，或者将因素间的可能恶性循环关系转化为良性循环，最终促进和维护整个系统的动态平衡，达到减轻、预防和应付压力的目的。

上一节讨论压力评估和诊断，是由“压力因素”到“压力层次”再到“压力系统”。本节讨论压力的分级干预技术，在顺序上则相反，是由“压力系统”到“压力层次”再到“压力因素”。分级干预技术内容将分两节，本节讨论“压力系统”评估基础上的“压力系统的分析与指导”和“压力层次”评估基础上的“压力层次的干预策略”，下一节再讨论“压力因素”评估基础上的各种“压力因素的管理与控制”。

一、基本手段

压力管理的基本手段包括①心理教育，②心理指导，③心理治疗和④药物、理化、环境等条件的使用。有关详细内容及案例，将作为“心理问题”的基本干预手段在第六章第一节之五介绍。下面仅从压力管理的角度作简单介绍。

（一）压力管理中的心理教育

其基本原则是仅针对那些单纯以知识缺乏或错误认识所引起的心理压力问题，可通过相关知识的教育（education）和宣传加以化解。在压力管理与控制方面，确实有大量因为缺乏心理学和生物学知识引起的心理问题，在实施心理干预过程中都可采用知识教育的手段。

（二）压力管理中的心理指导

其基本原则是针对那些属于认识过程的问题（如推理、判断不正确）所引起的心理压力问题，可依托心理学原理和实践经验给予各种指导（guidance）。在压力管理与控制方面，对于以认知偏差、生活事件、人际矛盾和应对困难等为主的心理问题，虽然也与来访者的人格有关（图4-7第三层问题），也存在各种心身症状（第一层问题），但不是主要因素者，可选择采用专业的心理指导技术，包括认知策略指导，应对技巧介绍，提高社会支持技巧等心理指导方法。

（三）压力管理中的心理治疗

其使用的基本原则是针对压力问题与人格因素密切相关的来访者，其往往表现出类似神经症的症状，如不由自主的多想和注意力不集中，明知自身各方面条件并不差却无法提升生活情趣，难以控制的紧张症状和行为退缩，以及失眠等。对于人格因素起重要作用的来访者，虽然也有认识问题、人际关系的矛盾和应对方式的缺陷等（图4-7第二层问题），以及表现相应的抑郁、焦虑等症状或行为问题等（第一层问题），需要一一加以关注和处理，但对这些人还需要设计系统的心理治疗程序。压力管理临床常用的心理治疗方法包括认知行为治疗等。

（四）压力管理中的药物的使用

在压力管理和控制方面，除了上述三类心理干预手段，药物在控制某些症状方面也不可忽略。

（五）压力管理中的其它方法

如调动来访者去感受自然界之博大，通过空气、阳光、森林、泥、温泉浴等，来调控压力的心身反应。目前，随着我国经济发展和社会转型，已经有越来越多的人能接受更宽阔的生存观念。

二、压力系统的分析与指导

（一）目的

在压力系统模型基础上，通过对来访者的第三级即“压力系统”的整体评估和分析，向来访者作针对性宣传指导，使其做出认知改变和行为调控，从整体上促进其压力系统向新的动态平衡的方向发展。

（二）主要内容

根据上一节对来访者的压力综合评估（包括因素评估、层次评估和系统评估，约45分钟，须另约），归纳来访者个人的压力系统结构特点（图4-8），运用压力系统模型基本法则，制定针对此人的压力系统分析与控制策略，对来访者做反复宣传指导，其中特别是首诊约谈的开始时段。通过这样的系统分析与策略指导，使来访者对自身压力特点有整体认识，主动促进压力结构向动态平衡方向转变。

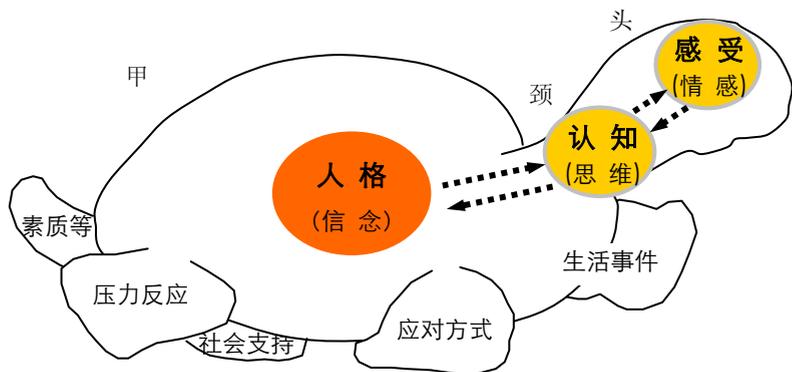


图 4-8 压力系统模型——多因素的平衡

龟甲——表示人格，相对变异性小，但始终影响颈部（认知），间接影响头部（感受）。

龟颈——代表认知，相对可以改变，是压力控制的重点。人们总认为颈部（认知）决定头部（感受），却忽略了甲部（人格）对颈部的制约。

龟头——代表感受，在模型中代表压力的情感反应，受颈部（认知）的控制，但可以反过来制约认知，时间久了也可以影响

通常来访者压力系统的主要特点包括：人格（观念或信念）特点：求全、完美、标准化；敏感。认知特点：认真、执著、坚持真理；偏执、固执、钻牛角尖。情感反应常见的有：焦虑、抑郁、恐惧、人际敏感、躯体症状等。

在向来访者实施宣传与指导时，要让其很快明白自身的压力问题在于多因素的失衡，而不是单一因素的问题。其中既要说明认识（龟颈）对症状（龟头）的重要性，又要说明人格（龟甲）因素对认识的影响，还要说明症状对认识的反作用（参见图4-8文字说明）。

一般这样的分析与指导约占约谈时间的前1/3（15-20分钟）。期间需要思路清晰，

言简意赅，图示指引，让来访者能够轻易地领悟并接受所做的分析判断。

通常，这样的有针对性的分析与指导，由于远远超越来访者原有的思维模式，即使是学历很高，自觉很聪明，身份地位突出的来访者，往往也能产生明显的思想冲击和情感反响。此外，这样的系统指导还能提升来访者接受进一步帮助的动机。

由于人的思维模式其实受制于人格因素（认知图式），故来访者的这种思想冲击效果往往很快就会消失，原有的思维和情感反应仍然占据上风。故这种整体的压力特点分析和指导，需要在每次约谈的开始 1/3-1/4 时间里反复“复习”。

部分来访者，如果其心理问题的病理性成分（如强迫思维）较低，通过这种反复的压力系统模型的分析与指导，往往收到很好的压力管理与控制的效果。

三、压力层次的干预策略

上文的“压力系统”的分析与指导，是门诊咨询开始阶段的重要干预内容。随着咨询的进展，虽然每次在约定时间内仍要“复习”一下，但所占时间逐渐减少，而将干预重点移到“压力层次”的问题上。

根据图 4-7，在“压力层次”评估和分析基础上，心理教育、心理指导、心理治疗和药物等干预手段可以单独或综合应用于不同层次各个压力因素上。（图 4-9）

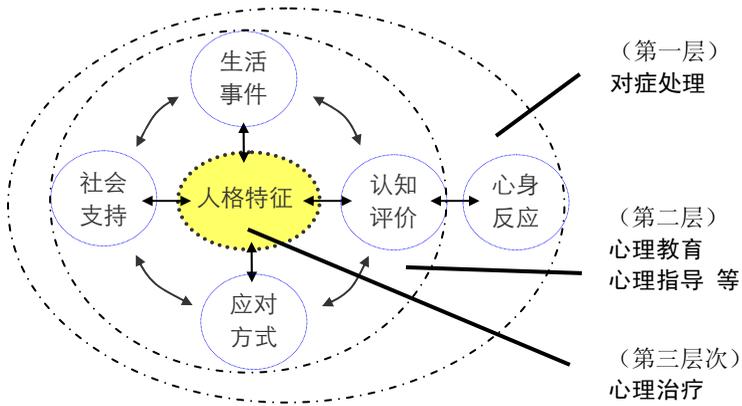


图 4-9 压力的层次干预示意图

（一）心身症状

对于第一层面的心身症状问题，可以采用一定的心理行为或药物干预方法，对某些心身症状实施直接的干预，例如采用放松训练或生物反馈、药物或理疗等，用于降低焦虑、疼痛或失眠等症状。但实际上，来访者第一层面的各种如认知偏差、情绪抑郁、行为退缩等心理行为症状的改善，往往取决于第二、第三层面各种干预方法的最终效果，也就是说对第二、第三层面的各种心理指导和心理治疗手段，会直接或间接促进第一层面各种心身症状的改善。

（二）生活事件、认知评价、应对方式、社会支持

对于第二层面的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持等问题，主要采用心理教育和心理指导等方法。例如，通过分析和具体指导，帮助来访者解决、缓冲或者回避生活事件；通过再评价、暗示、安慰、激励、调整思想方法等，帮助来访者改变消极认

知评价；通过指导转移、发泄、升华、放松、利用自然环境等，帮助来访者提高应对效能；通过提供客观支持、改变主观支持、加强家庭支持，帮助来访者改善社会支持水平；通过压力系统分析和讲解，使来访者在平时生活中重视对自己人格（如完美观念）的修正；等。（关于这一层次的干预技术，在第二章有较多的举例说明，读者可给予关注）

（三）人格因素

对于第三层面的人格因素问题，往往需要在有关心理理论指导下实施心理治疗（如认知行为疗法）。

显然，详细执行上述分层次干预策略，必然涉及到针对具体压力因素的管理与控制技术问题。这将在下一节介绍。

四、注意事项

值得指出的是，压力系统模型干预策略，并不意味着在同一时间里，针对来访者所有层次、所有压力因素（见下一节），使用所有的干预方法。

根据压力系统模型，“心理问题”的产生与压力系统因素的整体失衡有关，但这种失衡也许是由一种或几种压力因素所诱发，造成因素之间的交互作用，形成恶性循环，然后才导致系统失衡，然后再成为“心理问题”。也就是说，“心理问题”的产生，未必是所有的压力因素、所有的层次，都在同一个时间里开始失常。同样的道理，根据压力系统模型，可以选择一个或几个压力因素作为心理干预的切入口，只要在这个被干预的因素上产生积极效果，例如认识改变了，或社会支持提高了，或者应对能力改善了，都可以导致系统内其他因素之间的良性循环，最后促进“心理问题”的解决。

为了将问题说明的更清晰些，这里再以躯体疾病为例作进一步说明。“感冒问题”有许多症状因素，包括鼻子塞、发热、缺水（与发热和不吃飯少饮水有关）等等。不加治疗会让这些症状因素交互作用、恶性循环，导致“感冒问题”加重，例如越是鼻子塞，则越是不思饮食和缺水，越缺水则越不利于降热，反之亦然。滴鼻剂、退热药和多喝水，则是针对不同症状因素的治疗选项，我们可以同时使用这几种选项，但也可以根据症状表现的突出程度或限于门诊的医疗条件，只采用其中的一种或两种选项。例如，仅采用多饮水一个选项，结果因为血容量增多有利于退热，退热有利于降低鼻子塞，鼻子通气了精神爽了饮食和饮水增加，这是一种系统因素之间的良性循环，同样可取得疗效。

可见，压力系统模型指导下的心理问题的综合干预，是根据来访者压力系统的结构特点、各种压力因素的异常程度，以及干预者的能力、条件等，针对其中的一个或几个因素逐步实施教育、指导或心理治疗，以获得系统问题的整体解决。

第十一节 压力因素的管理与控制

一、生活事件的管理与控制

目的是通过分析和具体指导，帮助来访者解决、缓冲或者回避某些生活事件。

根据评估获得的生活事件性质、程度和影响情况，针对其中的关键事件，或者在压力结构中与其它重要因素密切相关的事件，可分别选择“解决、缓冲、回避”三种不同

的生活事件管理策略。

（一）解决

指导来访者解决压力事件，例如同事间的冲突与误会，重大的考试等。

（二）缓冲

指导来访者暂时回避压力事件现场，以利其内部转机的出现，例如劝导当事人先离开剧烈争吵现场，指导生活负担过重者短期旅游。

（三）回避

让当事人与压力事件隔离，如引导某些受难者离开地震现场等。（以上可参阅第二章第二节）

（四）重视主观生活事件

大量事实证明，生活事件往往与来访者的主观评价密切相关，例如事业不遂，婚姻不理想，没有升入理想的大学等。一些特别执著的人，往往会不断“制造”生活事件。对于这些主观事件，往往需要更有技巧性的认知指导。由于还涉及许多观念差异方面的问题，故还可能需心理治疗。

门诊案例：一位老教授在刚退休的几年里，为了“不使国家受损失（原来国家投入的几百万基础建设成果在校领导更换、政策变化之后被忽略和逐渐消亡）”而反复上书各级机关，直至国家领导人。整个过程他就在不断制造更多的生活事件。甚至最后他都恨起自己来，要求老伴只要发现自己又开始写信就拿扫把来打他。他这种连自己都知道但又解决不了的生活事件，显然与其人格特征有关，更需要心理治疗的干预。

二、认知评价的管理与控制

目的是通过再评价、暗示、安慰、激励、调整思想方法，以及必要的认知治疗方法，帮助来访者改变消极的认知评价

临床上来访者常见的认知问题往往表现为“过分认真”，临床心理学的术语就是“认知偏差”，有时候本人都并不知觉。

（一）一般认知指导

从常识来看，认知活动是建立在个人的知识、经验和逻辑思维习惯的基础上。然而，由于事物的多维性和多变性，即使当事人知识程度很高，思维逻辑性很严密，难免有时候会出现“聪明一世糊涂一时”的情况。在压力管理过程中的认知管理方面，需要通过采用各种可以影响认知过程的技巧来改变当事人的认知。例如：

- (1)指导心理移位（知识和技术）；
- (2)指导角色身份转换（原理和举例）；
- (3)实施他暗示或指导自我暗示（学会“讲故事”）；
- (4)安慰、激励技术。

门诊案例：一位大学毕业生应聘任某公司客户接待员，因不断挨客户的“骂”而心情极差，压力感沉重。医生通过介绍社会角色及角色转换的原理，广泛举例说明“挨骂”是某些工作的角色身份要求，促使其学会角色身份转换，促进工作角色的适应。

笔者在长期临床工作中，对于轻度认知偏差的教育和指导，总结出“八字指导原则”——接纳差异，快乐竞争（在婚姻家庭方面就是“快乐互动”）。即“说服”当事人，世界事物之间，差异是永恒的，标准化是暂时的，接受差异将不至于恶化自己的压力系统，

反而促使自己进入快乐竞争状态。快乐竞争又会给系统带来与环境的新的动态平衡。告诉来访者，这很像优秀运动员面对球场上的误判纠纷，基于确信球场上什么事情都可以发生（接纳差异），就能够适时、适当的提出抗议（这是快乐竞争或快乐互动的行为准则），一旦判罚已定，则又能平心静气（再接纳差异），努力去拼搏下面的比赛（再快乐竞争）。发怒或攻击裁判都不符合接纳差异，快乐竞争的原则。

（二）带有“认知治疗”成分的认知指导

有时候，实际工作中遇到的“认知偏差（或认知歪曲）”是很顽固的，这并不一定是来访者缺乏知识或不讲道理，而是由于人格方面的原因，包括浅层的“负性自动性思维”和深层的“功能不良性假设”。这时候，必须采用以下手段加以管理和调控：

- (1)使用“再评价”等应对指导；
- (2)使用带有识别自动性思维和矫正认知偏差的交谈技巧。

（三）使用认知行为治疗程序。

有关细节可查阅第六章认知治疗基本内容。

三、应对方式的管理与控制

应对策略是一个人应付压力刺激（针对问题应对）和解决压力反应（针对情绪应对）的一项重要生存能力，应对策略指导是临床工作中对来访者实施压力管理的重要手段。其目的是通过指导转移、发泄、升华、放松、转换环境等，帮助来访者提高应对效能。

（一）过程应对的管理

图 4-3 中所列的针对不同压力环节的应对策略，在特定的压力条件下，都可能成为临床压力管理时应对方式的教育和指导切入口。例如：

- 否认（否定、漠视、淡化压力事件的存在或轻视其严重性）；
- 升华（指导更有意义的活动）；
- 再评价（对任何事物都可有不同的认识角度）；
- 合理化（如自圆其说）；
- 祈祷（如对于特定的弥留患者）；
- 幽默（如示以名人的幽默感）；
- 发泄（如建议进发泄室、运动）；
- 放松（指导呼吸放松技术）。

不过，临床心理工作者首先必须对上述各种应对策略的概念、内涵、使用对象和具体应用案例等有熟练的掌握，才能在具体临床案例中轻车熟路地实施具体指导。

（二）特质应对的管理

从特质应对的角度，可以通过特质应对问卷（TCSQ）评定来访者的消极应对水平，并根据各消极应对条目反映的情况，开展相应的应对指导和训练。例如，针对“将情绪压在心底里不让其表现出来”条目结果，给予合适的情绪释放（发泄）应对指导。

四、社会支持的管理与控制

目的是通过提供客观支持、改变主观支持和加强家庭支持，帮助来访者改善社会支持水平。

在多种压力因素中，社会支持是唯一被认为具有单向减轻压力的作用。对于家庭内或家庭外社会支持过低，或社会支持利用度不足，或主观社会支持贫乏的来访者，都应给予相应的管理和控制，包括多种支持手段和途径。

（一）急性压力

面对灾难现场和受难人员，可采取以下一些针对社会支持的压力管理措施，例如：

- (1)及时联络难民的亲友到现场可以起到家庭社会支持的作用；
- (2)调动更多的人到现场，人多力量大，可以增强客观社会支持；
- (3)对于急性事件中处于精神崩溃的人，也许任何话语都是多余的，简单地、长时间握着她（她）的手也是一种社会支持；等。

（二）慢性压力

面对某些慢性压力下的当事人，如体弱多病、贫穷、家庭矛盾、社交困难者，可采取以下一些管理措施，例如：

- (1)指导其积极与人交往，可以提高家庭外社会支持程度；增加亲友联络，有利于拓展家庭内支持。
- (2)通过对相关对立面的人的“再评价”，可以增强其主观支持；
- (3)通过交往技巧指导，如对家庭成员多说好话，说调侃话，也就是“废话”，形成一种家庭氛围，有助于改善家庭内支持程度；
- (4)通过组织定期不定期的集体活动，可以增强成员之间的主观支持程度；
- (5)某些团体心理训练或者心理治疗活动，可以产生伴随的社会支持效应。
- (6)指导其别忘了利用社会支持，如提醒其别忘记“家庭是你的港湾”；也别忘记“世界很大，路很多”，以提高家庭内、外社会支持的利用率。

五、人格特征的管理与控制

目的是通过压力系统分析和讲解，使来访者领悟到自身性格在压力中的核心作用，并在平时生活中重视对自己人格中的某些成分（如完美观念）的修正。

由于人格特征与各种压力因素存在千丝万缕的联系，人格特征不但是压力系统模型中的核心因素，也是压力管理过程中最终的核心对象。

（一）通过认知调控以改变观念

可向来访者做如下几个层次的讲解。

- (1)他（她）的某些人格特征（如价值观、爱情观、人生观方面的问题）在其心理问题的产生和发展中起着核心的作用。
- (2)他（她）在行为上所表现的“求全、完美”倾向，就来源于自身的这种人格原因。
- (3)他（她）的这种人格特征违背压力系统模型的“接纳差异”和“快乐竞争”的适应原则，因此需要加以关注。

临床实践显示，不少来访者因为这样的讲解和指导，产生认识上的“领悟”，出现“减压”效果。其效果虽持续时间不长（因为人格具有稳定性，难以改变），但反复做这样的“领悟”，却是有利于某些人格弱点的矫正。

（二）指导开展自我矫正训练

可通过以下指导促进来访者做自我矫正训练。

- (1)分析并举例说明，人格难改变，但不是不可改变，贵在坚持。

(2)从原理上指明,某些不良的观念(如绝对化和极端化)、兴趣(如网瘾)与行为习惯(如自我中心,好高骛远)等,需要通过自我训练实现改变。

(3)通过行为日记等方法督促来访者完成自我矫正训练。

例如,通过严格的时间控制和计划的执行,对网络聊天习惯做自我矫正训练。自我矫正时,家庭支持非常重要,能起到正强化的作用,同时行为改变的成就,也反过来促进家庭支持水平的提高,以及其他压力因素的改善。

另外,指导来访者进行某些积极的习惯性的应对行为训练,如指导学生做面对“挫折”的训练,也是针对人格层面的常用压力管理措施。

(三) 心理治疗

由于人格因素的相对稳定性,试图触动人格层面来实施压力管理,通常需要较长期的心理治疗程序。各种心理治疗策略建立在各自的理论框架基础上,兼有认知理论和行为学习理论优势的认知行为治疗是目前常用的手段。

六、压力反应的管理与控制

目的是采用心理学和医学的各种技术,帮助来访者降低或消除各种心身症状。

根据压力的心身反应特点,可以从多种干预方法中,选择合适的控制手段。

(一) 释放

引导来访者通过倾诉、移情等正当途径,将焦虑、愤怒、悲伤等消极情绪发泄出去。

例如,2004年笔者曾接待过有关南京“哭吧”的记者采访。据说该“哭吧”是专供来客释放消极情绪的。笔者认为,采用释放手段平息烦恼,确实是一种有效的宣泄压力途径,但应注意方法,如果“哭”的方式被经常使用,可能会成为一种不良习惯,影响一个人的性格。

(二) 转移

可以指导开展活动、转移注意,以运动、音乐等“玩物不丧志”的形式,转移消极情绪反应。

(三) 松弛

通过专业指导下的放松训练可缓解压力的心身反应症状。作为个人,最好能学会掌握“叹气的学问”,通过平时的训练让自己像个“绅士”,遇到紧急压力反应时能自动地深吸气、缓呼气、心身放松,一气呵成。告诉来访者,有了此等功夫,将一辈子受益。

(四) 药物

在压力反应严重的某些具体情况下,需要合理用药。但必须向来访者讲解明白,一个人的压力反应,包括心理的烦恼,行为的退缩或攻击,身体的疲惫和痛楚,都是在人体生物学基础上发生的。同时还要看到某些药物除了减轻压力反应本身的症状如降低焦虑外,还可以通过压力系统因素之间的良性循环产生间接的作用,如促进认知、应对和社会支持向积极方向发展。使来访者正确认识到,某些必要的药物其实也是符合心理学的。

第十二节 压力的临床评估与干预实例

前面四节利用案例 1、2，全面论证了压力系统模型的特征；介绍了压力系统模型的评估手段和临床分级评估技术；介绍了在分级评估基础展开的压力系统分析与指导、压力分层次干预策略和各种压力因素的管理与控制。本节将对案例 1 学习压力的临床估价和干预问题，集中予以介绍，以便读者能进一步整体把握压力系统模型基础上的，心理问题的临床操作程序。

一、临床分级评估

采用晤谈、观察、调查和心理测量等手段，对案例 1 心理问题作临床分级评估。

（一）压力因素评估

根据第九节对案例 1 的各项“压力因素”评估结果，现汇总于表 4-3。

表 4-3 案例 1 压力的“因素评估”结果

压力因素	特点描述（根据晤谈、调查、观察和测验）
生活事件	父亲失约（启动因素）、同学矛盾、成绩下降、班主任批评（多种家庭、学习、人际生活事件，包括负性生活事件和主观生活事件）
认知评价	敏感、偏执和绝对化等认知倾向，消极的自动性思维和功能不良假设（参见第六章）（关键因素）
应对方式	消极应对明显（重要因素），积极应对缺乏（特质应对问卷 TCSQ 调查结果，消极应对 T 分 79，积极应对 35）
社会支持	家庭内和家庭外的支持均缺如（领悟社会支持量表 PSSS 调查结果，家庭内支持 T 分 40，家庭外支持 T 分 45，总社会支持 T 分 42）
人格特征	求全、偏执和容易疲乏的人格特点（MMPI 测查 T 分结果，Pd75，Pt63）（核心因素）
心身反应	有明显的情绪反应、行为反应和躯体反应（压力反应问卷 SRQ 测查 T 分结果，躯体反应 63，心理反应 73，行为反应 74。）

判断其中的“启动因素”和“重要因素”。启动因素是指首先启动系统失平衡的因素，如本例是父亲失约；重要因素是指系统多因素恶性循环的重要节点，如本例的消极应对等。另外，压力系统模型基本原则中的认知是“关键因素”和人格是“核心因素”的涵义请复习本章第八节，同样在案例分析中给予关注。

（二）压力层次评估

案例 1 的心理问题，其第三层次的人格因素应该起着关键的作用。第二层次的多种因素异常往往是人格因素基础上各因素间恶性循环的结果，与其人格特征有关。例如，其求全和偏执的人格特点，让许多普通的事件变得复杂，且多属于主观事件；由人格因素启动的恶性循环，让自身的应对能力更加消极，使家庭内或者家庭外的社会支持进一步下降，也进一步导致认知评价的钻牛角尖。第一层次的心身症状反而显得次要些。

（四）压力系统评估

案例 1 整体上显示有较高的心身症状（第一层次压力反应），同时兼有 MMPI 测查的高 Pd 分和 Pt 分（第三层次人格特点），更有较高的消极应对（NC）量分，生活事件高分和家庭内或家庭外社会支持低分（第二层次）。这几个层次的资料组合结合多种压力因素评估的异常（表 4-3），显示虽然来访者的人格特征是核心因素或者首发因素，但

已经诱发和形成整个系统多因素、多层次的恶性循环，导致整个系统的失衡。这种情况下的一个重要特征，就是当事人即来访者与相关人员如父母、班主任之间，在说法上往往南辕北辙，根本说不到一块。即使不同心理咨询师，也很可能对心理问题的说法差之毫厘失之千里。

二、临床系统干预

在分级评估与分析的基础上，选用心理教育、心理指导和心理治疗等手段，对来访者的心理问题，以压力系统模型为指导，实施临床综合干预。

（一）压力系统的分析与指导

关于案例1的“压力系统”分析与指导内容，在第一次门诊干预性晤谈中主要包括：①你的人格特点属于求全、完美和标准化的类型；②你的认识特点属于认真、执著（以前）、固执和钻牛角尖（目前）；③你的情感反应特点包括焦虑、失眠等心身症状；④三者互相影响，目前构成恶性循环（以往三者是良性循环）；⑤恶性循环的结果促使生活事件增多，应对方式消极，社会支持缺乏，进一步加重恶性循环，使整个人的“系统”失去平衡，才形成这种“公说公有理，婆说婆有理”的现状；⑥因此，为了能够解决问题，请你必须正确认识自己性格方面的原因，注意！以前是优点，目前成为缺点，接受这一点很重要，它会让你调整认识，接受我们进一步深入的讨论，并能让你的症状相应地减轻。

这种系统的分析和指导，在第二次及以后几次门诊晤谈的开始，都要做简单的复习。（本例的求助动机不强，系统分析和指导不但能够调动他对自身问题的认识，而且有助于启动他的求助动机，能够接受进一步的门诊帮助）

（二）压力层次的干预策略制订

根据前面层次评估和分析结果，导致案例1心理问题的核心因素是第三层次的人格特征，包括求全和偏执的人格特点。故制订干预计划时将重点放在认知行为治疗上，即在第二次门诊开始，每次的轴心是认识行为治疗模式（见第六章第五节）。但同时兼顾各项突出异常的压力因素，做好心理教育和心理指导工作，如生活事件、应对方式、社会支持等（见下文压力因素的管理与控制）。

（三）压力因素的管理与控制

根据案例1的“压力因素”评估结果（表4-3），本例的压力因素管理与控制，涉及几乎所有被评估的因素。

1. 生活事件 在本例的父亲失约、同学矛盾、成绩下降、班主任批评等事件中，前者是首发因素、并被自己持续关注的事件，应成为重点讨论话题。后者多是次发事件，对于恶性循环同样起重要作用，但本人未予关注，故在适当时机上给予讨论或提醒。对于父亲失约事件，不适用“回避”和“解决”，而适用“接纳”，可以通过讨论和解释，以动态的和角色替换的角度，引导来访者自己去领悟其中的积极面。具体晤谈手段参考上一节。

2. 认知评价 认知因素是压力系统模型的关键因素，也是认知行为治疗方法的关键。本例除了一般的认知指导，主要通过认知行为治疗过程中不断涉及的来访者各种消极思维及认知图式的改变，来实现认知改变，具体参阅第六章第五节。

3. 应对方式 来访者存在许多应对方式方面的欠缺，消极应对明显，是形成和加剧

来访者心理问题恶性循环的重要因素。可以指导来访者训练各种直接、间接的成熟的应对策略（参阅图 4-3）。

4. 社会支持 来访者社会支持水平低下，不论家庭内外的社会水平都有待提高（参阅上一节），具体指导和建议措施可以组合到认知行为治疗的主轴线上去。

5. 人格特点 改变信念和观念上的偏执倾向是心理问题的核心因素，本身就是认知行为治疗的目标。在门诊运作过程中，可以从教育和指导的角度，经常解释人格因素在心理问题中的核心作用，以维持治疗动机，促进行为训练计划的完成。

6. 压力反应 本例来有明显的情绪和行为反应。可以一方面向来访者解释症状来自于系统失衡，调整好自身的系统平衡，症状自然消除；同时可以考虑采用某些针对心理和躯体症状的相关干预手段（见上一节）。

第五章 心理评估与心理诊断

在医学和心理学实践和临床工作中，面对大量的心理社会因素及与之相关的心理问题，都必须以心理学理论与方法尽可能予以数量化，并做出问题的综合判断，这就需要学习和掌握各种有关的心理评估和心理测量知识和技术。

作为医学心理学的纵向的基本方法（技能）部分，本章分别介绍诊断与思维的关系，心理评估与心理问题的临床评估，心理测验基础知识，智力、人格、情绪与心身症状、应激及应激因素等的临床评估与诊断。其中一~六节内容修订自笔者（1992b）的医学心理学讲义。

第一节 诊断与思维

一、诊断是问题解决思维

（一）思维过程与问题解决

从心理学的角度，临床诊断就是医生的思维过程，是一种问题解决的思维。

根据第一章定义，思维是人脑借助符号（词或概念）对客观现实一类事物间接的和概括的反映。这里强调了思维的“间接性”和“概括性”这两个基本特征。

例如，患者或来访者告诉医生的和医生通过临床评估所获得的往往是各种零散的信息片段，其中有身体上的各类症状主诉和表现，也有心理和社会功能方面的表述，还有患者自己或者亲属认为的某些可能的理由或原因。这些信息有的与疾病或心理问题的诊断有关，有的可能无关。医生不但需要正确收集诊断所需的各种信息（评估），而且要将这些信息进行“去伪存真”，滤去表象，最终以“间接的”和“概括的”方式，对疾病及疾病相关的心身问题或心理问题做出正确判断（诊断）。

需要解决的问题性质不同，思维的方式也会不同，故问题解决思维的具体过程并无统一的模式。但根据临床诊断过程中问题解决思维的方式，其过程大致如下：

（1）分析问题：将通过“评估”（见下文）所收集到的各类信息，包括患者或来访者的病史、症状、体征进行滤过式分析和综合，看看像什么病或心理问题、不像什么病或心理问题等；

（2）策略和手段：寻找哪些方法和手段通过什么步骤可以解决问题。例如采用过去诊断某种疾病或心理问题时所采用过的检查和评估方法（属再生性思维），或采用一套新设计的检查和评估顺序（创造性思维），对患者或来访者进行深入研究；

（3）验证，确定诊断是否正确。

（二）思维的正确性决定诊断的科学性

要保证思维过程的科学性，需要医生对患者或来访者的病史、症状、体征、化验、检查等一系列有关的因素进行科学的分析和综合、抽象和概括、推理和判断。同时需要注意心理社会因素对于建立正确诊断的重要意义，即在疾病或心理问题诊断过程中，医

生应将患者或来访者的社会地位、经济状况、文化素养、生活经历以及各种应激有关因素等心理社会因素与躯体或心理症状密切联系起来考虑，会有助于完整地分析，做出合理的诊断。

总之，需要从分子、细胞、器官到系统的系统性和生物、心理、社会的多维性，来训练临床诊断技能。

二、影响诊断思维的因素

医生对疾病或心理问题的及时与准确诊断，受主、客观两方面因素的影响。

在客观方面。与患者或来访者的问题是否常见、主诉是否切中要点、症状体征是否典型、门诊各方面条件是否完备等因素有关。同时也受患者或来访者的一些心理社会特点的影响，如个性影响主诉、心理症状与躯体症状的混淆和干扰等。

在主观方面。医生的知识、经验以及动机、人格等心理特点，能影响对患者或来访者问题的及时和准确诊断。例如，在诊断思维过程中，某些影响诊断思维的心理现象往往成为干扰因素，如“定势”和“负迁移”往往是影响问题解决（正确诊断）的常见干扰因素。

以下选择讨论其中较突出的几个问题。

（一）患者或来访者的心理特点对诊断的影响

1. 人格 患者或来访者的人格特点以及其它诸如文化背景、过去经验等都使一个人的心理生理反应不同，对疾病或心理问题的体验不同，主诉就不同；患者或来访者表现出来的情绪状态不同，情绪表现又与症状体征有很大的关联。这样，人格特点可以直接或间接影响患者或来访者的主诉和症状表现，结果影响准确的诊断。例如，那些具有疑病倾向的个体，在主诉上容易有程度上的夸大和范围的扩展，容易吸引年轻医生的注意力；而那些克己的个体往往容易将轻微的早期疾病症状忽略或淡化，可能导致诊断的延误。

2. 认知 躯体疾病的发生到患者自己发觉而去求医，中间有一个对疾病症状的自我认知过程。同样，心理问题的最终形成，中间也有一个来访者不断探索不断失败的过程。患者或来访者的人格不同，其认知活动的差异也大。对自身比较重视、经常在体验自己的身体或心理活动状况、对不正常的症候群感知敏锐的人，往往在症状一出现就会被发现，甚至自以为得了重病，因此在早期就能去就诊，并叙述了相当严重的主观症状，情绪表情上也呈现一付重病容。相反，有的人疾病或心理问题已相当严重，本人还似乎并无什么察觉，以致延误就诊。某些患者或来访者还仅仅是由于家属或同事发现情况不好才被强行“拉”来求诊。

这其中最典型的是，即使是熟知疾病知识的医务人员，有时也会将自己的异常症候用一种合理化的方式加以解释，以表明自己没病，或判断为另外较轻的小病，并满足于从这种错误的判断中得到安慰，因而延误病情。Hackett TP 等（1973）指出，癌症的延误诊断，其原因看来是由于有意识的考虑，而不是由于未能及时发觉肿块，他们证明那能坦然将自己情况与癌症相联系的人延误的时间少，相反那些使用诸如“疙瘩”或别的术语的人，其延误时间明显地长。

3. 情绪 患者或来访者的情绪反应，也影响症状报告和某些体征。以腹痛症状为例，一个敏感的病人，医生在检查压痛和反跳痛时，他的痛情绪反应（主要指外部表现）就

相当突出。这种痛情绪表现却正是医生检查时要观察的现象之一，以确定腹痛属于何种性质。但过分敏感的患者或来访者可能会有夸张的情绪反应，结果可能会导致医生的误判。当然临床经验使医生一般能辨别这种体征和症状上的个别差异，但从理论上认识这一点也是必要的，特别是对于心理医生。

4. 目的、动机 不同的目的、动机有时会影响患者或来访者对病情或问题描述的真实性。例如民事纠纷中的疾病，往往叙述病情偏重，甚至诈病。为了就业、升学则可能叙述偏轻。这种情况与上述人格特点影响主诉和症状不同，是一种故意的弄假行为，也易被识破。

（二）疾病精神性症状的干扰

患者或来访者的某些特殊心理表现可以来源于躯体疾病的本身，即疾病的心理症状（这里指的非精神科病人）。这种心理性症状有时要经仔细的分析、鉴别才能确定。这对于临床医生和心理医生来说都是值得重视的一个诊断心理问题。

许多病症可以影响患者或来访者的心理活动，以下简单列举。

1. 理化因素 包括外伤、电击、放射伤、缺 O₂、高温、冻伤等因素对脑功能的影响。例如中暑时谵妄，外伤性痴呆等。

2. 中毒 包括体外和体内因素的中毒。体外因素如 CO、药物和酒精中毒，如阿托品引起谵语。体内因素如传染病的中毒性脑病症状，结核病人有时可表现一定的兴奋和欣快感等。

3. 代谢与营养障碍 如遗传性半乳糖血症因脑代谢障碍致精神迟滞，糖尿病酸中毒和尿毒症病人早期异常心理改变，缺乏维生素的神经症状等。

4. 神经系统实质性病变 是神经科的重要内容

5. 内分泌疾患的神经-心理症状 如甲状腺机能亢进病人易激动、焦虑、情绪不稳定，甲状腺机能减退患者的精神迟呆、倦怠、抑郁少语；柯兴氏征可能有情绪波动等心理表现。

有关各种疾病的详细精神症状，可参阅相关专著，例如杨任民等编写的《内科疾病的神经精神症状》一书，就有各种内科病人的某些心理症状的描述。

（三）医生心理因素对诊断的影响

1. 知识和经验 在诊断过程中，医生除了必须具备相应的知识，还要有正确的思维方法和长期累积起来的经验。一个优秀的医生，需要通过临床长期的训练和积累。例如，一个经验丰富的医生，在对患者或来访者的分析判断过程中，一方面会自觉地考虑到心理因素对病因和症状体征的影响，这包括心理社会因素在病史中的作用，也包括人格差异对主诉、症状和体征的影响，另一方面也会分析鉴别心理变异是属于某一种疾病或心理问题的本身表现，还是“病人角色”或“问题角色”的表现。

2. 定势 经验的另一方面涉及定势的概念。所谓思维定势 (set)，是指一个人已习惯于以某种思维逻辑解决一类问题（相当于“习惯成自然”、或者“经验积累”），在解决新问题时也不知不觉地采用原有思维逻辑（定势），从而促进或干扰新问题的解决。通常在相同相似的情境中，定势有助于问题解决；但在变化了的情况下定势则可能会起消极作用。图 5-1 中的任务是要求用连笔四划贯穿九个小圆点，由于前两次尝试均在界内运筹，问题不得解决，一旦超越界内运筹的“定势”，问题获得解决。

思维定势的结果要么是“熟能生巧”式的促进问题解决；要么是“老革命遇新问题”

式的干扰问题解决。在医学临床上，思维定势对诊断活动的消极影响作用值得关注。在笔者经历中，就曾遇见权威医生将很普通的疾病误诊，大叶性肺炎被诊断为阑尾炎；乡下医生一眼就能看出来的“蚕豆病”和钩虫病，到了城市大医院却出现诊断的困难，因为被专家考虑成其它血液病了，等等。这其中除了一般人所批评的因为“粗心”以外，其实“定势”在其中起了很大的作用。这也不难解释，有的常见病在当地其实很容易解决，却因为转移到外地上级医院而耽误及时正确的诊断和治疗。同样，在心理门诊，思维定势对心理问题的评估和诊断的影响，也是值得新手们注意的问题。

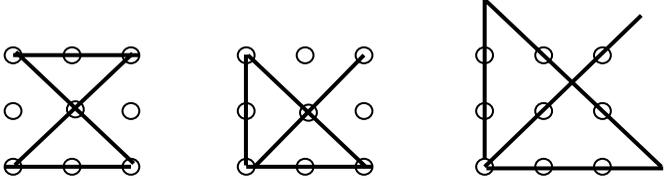


图 5-1 思维定势与问题解决

3. 岗位性质 一般来说，不同岗位的临床医生诊断疾病时常有某种偏向，如内外妇儿等科医生较多考虑躯体疾病，因而容易将心理疾病诊断为器质性疾病，例如国内的慢性疼痛综合征病人，经常辗转于各种不同的医学临床科室，并被误诊为外科、骨科、神经科甚至妇产科的各种疾病。反之，心理医生特别是非医学出身的心理咨询师，容易将躯体疾病诊断为心理问题。此外，青年医生容易受书本知识影响，特别是受生物学模式影响培养起来的年轻医生最易忽视患者的心理因素的作用；老年医生则容易从经验出发。

4. 人格 医生解决问题的效率也受人格因素的影响。人格中聪慧因素对解决问题思维有重要影响，自信心、意志力、情绪稳定等心理品质也会提高解决问题的效率。反之则会妨碍问题解决。

第二节 心理评估与心理诊断概述

一、心理评估方法

作为心理诊断的基本手段，在诊断思维过程中，需要收集各种心理社会因素，并尽可能做到数量化，这就是心理评估。

心理评估 (psychological assessment) 是运用晤谈、观察、调查和心理测查等手段，对某一心理现象进行全面客观描述的过程。心理评估应用于临床目的时，则为临床心理评估。医生对患者或来访者的心理诊断，首先需要采用各种心理学技术，对各种心理社会因素做出定性的或者定量的评估。第二章介绍的各种研究方法，同样适用于临床心理评估。其中心理测验法是常用的心理学定量技术。

(一) 观察法：

是临床心理评估的最基本手段之一。顾名思义是通过对患者或来访者的心理行为表现作科学的观察和评价。

(二) 调查法

通过晤谈、访问、座谈或问卷等方式获得资料，对有关心理现象加以分析并做出评价。

1. 晤谈法 是临床心理评估的最基本手段之一。晤谈法的效果取决于问题的性质和医生本身的晤谈技巧。

2. 访问或座谈法 访问或座谈也是重要的调查手段。通过访问或座谈可以从较大范围内获取有关资料，以作分析依据。例如，冠心病康复期的心理行为问题可以采用定期访问或与家属座谈的方式进行分析和判定。

3. 问卷法 使用事先设计的调查表或问卷，供被调查者填写，然后收集问卷，对其内容逐条进行分析。问卷调查的质量取决于医生事先对所调查的问题性质、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了解的问题的实质，设问的策略是否恰当，对回答的要求是否一致，以及内容是否会引起被调查者的顾虑等。

（三）实验法

部分心理现象可以通过实验手段加以客观地记录，例如某些感知觉水平、操作能力和反应速度等的检测。但是，临床上能通过实验来做定量分析的心理变量并不多。

（四）心理测验法

测验法是医学心理学临床评估的一类有效定量手段。通常使用经过信度、效度检验的各种量表，如人格量表、智力量表、症状量表和应激有关量表等，对个体心理现象进行测定。在疾病发生、发展、诊断、治疗、康复、预防中的心理社会因素需要予以定量时，均可采用心理测验法。例如，用A型行为问卷测定冠心病的行为问题；病人的心理应激程度可通过一定的应激量表予以量化；使用情绪评定量表评估癌症病人的抑郁程度；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，可用明尼苏达多相人格调查表（MMPI）等心理测验以筛查心理异常的病人；精神科使用MMPI和简易精神评定量表协助对精神病患者做出诊断；在儿科保健和咨询门诊工作中，常用智力测验来判定一些学习成绩不好的儿童，究竟是智力低下还是其它问题等。

二、心理诊断的指标

（一）概述

根据医学心理学对人的系统论和整体观认识，在生物心理社会医学模式下，所谓“诊断”，应该包括生理功能方面的躯体疾病诊断，和心理和社会功能方面的心理诊断（psychodiagnosis）。即既要对患者或来访者的躯体状况做出准确判断（什么症状，什么病），也要对他们的心理社会功能状况做出科学的判断（什么心理症状，什么精神疾病或心理问题，病史中有哪些心理社会因素，目前的社会适应状况和自知力等）。

对躯体功能和疾病的诊断，将通过个体从分子水平到细胞、器官系统到整体生理功能的检测与评估，按照临床内、外、妇、儿、耳鼻喉、眼、皮肤等各科有关疾病的诊断标准来确定，不在此书的范围之内。

对心理问题的诊断，则至今还显得比较混乱。总体来说，包括精神病学的各种临床诊断标准，也包括医学心理学对心理障碍和心身障碍的概念和判断，对心理问题的概念和判断，以及对其他心理社会因素的各种病因学的判断。

因此，心理诊断并不单指对精神疾病的诊断（精神疾病诊断往往是贴上某疾病的“标

笠”)，还要评估和判断心理社会功能状况，以及心理社会因素在疾病发生、发展和临床表现中的作用（往往是现象学分析）。

医学心理学希望能将临床心理诊断模式化，以利于指导临床心理诊断的规范开展，也有利于交流与研究。

以下分别讨论医学心理学在心理诊断中所重视的“知情意的协调性”、“社会适应性”和“自知力”三个方面的评估与诊断指标

（二）知情意活动的协调性

心理诊断的第一个要件是知、情、意活动是否协调和统一。对心理活动的判断，可以从最基本的各种心理想象是否正常，再延伸到心理活动过程三者之间是否协调。

1. 心理现象的正常与偏离 这是判断心理健康与疾病、正常心理与异常心理的基础指标。包括：认知过程的感知觉、记忆、思维、想象、注意等心理功能是否正常；情感过程的情绪、情感反应是否正常；需要、动机、意志行为和抗挫折能力方面是否正常。这里涉及精神病学症状学内容，本书不做深入介绍。但需要指出，感知觉障碍中的幻觉和思维障碍中的妄想，是所有临床医学工作者必须熟悉掌握的病理性心理现象。

2. 心理过程的正常与偏离 即认知、情感和意志行为的过程是否偏离。这里的重点是认知过程。一个人的整体认知信息加工过程决定其对事物的认识，故临床上需要判断信息加工过程是否偏离。

例如，一位抑郁症来访者通过对现实的、记忆的、个人的、环境的各种信息的综合加工和判断过程，得出了完全与众不同的认识结论——自己可悲或环境黑暗。这个信息加工过程在细节上看似乎很“严密”和“标准化”，但整体上其认知加工过程是“偏离”的或“歪曲”的。

3. “知情意”整体协调和统一 知情意是否协调与统一，是判断心理健康与疾病、正常心理与异常心理的重要指标。

例如，面对地震中亲人惨亡的现场，一个人表现出认知上的消极，情绪上的痛苦和行为上的捶胸顿足，虽然这时的心理状态消极但其知、情、意活动之间是协调和一致的，与现实环境也是统一的。如果此人明知事故已经发生却兴高采烈，或者虽极度悲伤却漫无目的地满山奔跑或者手舞足蹈，我们都可以认为其知情意的协调性和统一性遭到破坏。

可见，某些心理现象的偏离，不一定就意味着知情意协调性的整体破坏，例如轻度抑郁者的情绪低落，强迫症的注意力难集中，甚至部分轻度精神病人的幻觉症状，其知情意活动可以基本保持协调和统一。

（三）社会适应性

心理诊断的第二个要件是社会适应（social adjustment）。这里包括对当前环境的适应，人与人之间关系的适应，以及整体概念上的社会适应。重点是后者。

1. 环境适应力 一个人可能表现出对其目前环境的不适应。例如读不好书，不想上学，不适应某一件工作，这些确实属于社会适应方面的问题，同样需要引起重视和设法予以解决。但也应看到，此人虽然不适应上学，但也许很适合参军，或者适合个人创业。因此，环境适应力还不是判断一个人社会适应性的全部。

2. 人际适应力 一个人与别人相处总是困难，显示其存在社会适应的主要构成成分——人群沟通方面的障碍，进而也许会导致全面的社会适应不良。但同样也应看到，有

的人虽然与人交往困难，却并不影响其社会生存。例如，一个略显孤僻的人可以在某一手艺领域大显身手，并不出现整体适应方面的大问题。

3. 社会适应力 这里指的是整体的社会适应能力，包括个体与自然、个体与群体，个体与社会之间的协调和统一关系。

例如，本书最后一节里有一位中年女性来访者，诉说自己自幼至今几十年所遭受的各种不平和苦难。粗听起来，她叙述的每个情景、每一个人和每一个过程的因果关系似乎都符合逻辑，其结果都是值得同情的，甚至因此对她诉说中所涉及的那些人和事表示愤慨。正因为此，某记者为她刊发了一个整版的事迹报道以示声援。但来心理门诊时，她所控诉的对象却是从这个记者开始的，因为记者没有将“后续工作”继续下去。稍加分析就会发现，这么多的“不平”都会聚到她一个人身上，恰恰反映这可能是一位偏执型人格障碍者，她存在整体上的社会适应问题。

（四）自知力

心理诊断第三个要件是自知力问题。所谓自知力（insight）又称内省力，指个体对自己心理状态的认识能力。广义的自知力包括以下4个方面，其中心理症状的自知力是重点。

1. 意识清晰度 意识是临床医生最熟悉的概念，但又是被传统心理学领域所忽视的一种心理现象。在医学临床，个体处于严重的疾病状态，医生首先要检查患者意识的清晰度，是清醒，是朦胧，是谵妄，是昏迷，都要及时做出判断。实际上，在精神医学临床和心理学临床，同样需要准确判断患者或来访者的意识状态。

2. 自我意识 自我意识（self consciousness）这是指一个人对“我”的清晰认识。其中包括我是谁，我的身份，我的追求，我是否被别人读懂（理解）等。

心理学临床的很多青年来访者存在自我意识方面的问题，例如“自我拒绝”、“自我否定”者有之，长期陷于脱离现实的“理想自我”之中者有之，在“自我探索”过程中陷于迷茫者有之。还有一些青年来访者往往会询问自己是否有“双重”人格，但仔细追究往往发现只是处于自我意识的矛盾状态而已。

总之，自我意识的问题在青年成长期广泛存在。不过，我们也要注意，有的人坚持自己的目标，并甘于长期甚至大半辈子不被别人“读懂”，不等于他就一定缺乏自知之明，也不能因此就认为他的自我意识存在问题。

3. 对人格偏离的自知力 这往往是表现在人格层面的某些观念（其背后是信念系统）方面的偏离或缺损，而本人则深信不疑。

心理门诊遇到的许多人格障碍（或人格偏离）者，往往自我意识的大部分都是正常的，但唯独对人格中某些信念或观念上的偏离缺乏自知力。例如，“人性观念”缺损或偏离的人，会发出“为什么要对别人的痛苦表现同情，难道杀人和杀鸡本质上有什么不同”的疑问；“家庭观念”偏离的人，发出“为什么一个人非得守着一个性伴侣”的疑问；“生活观念”偏离的人，发出“人为什么要去做自己不喜欢做的事情”；“标准化观念”的人，发出“世界何日才能进入真正的公平和大同”的感叹等。这些都是对人格局部偏离缺乏自知力的表现。

4. 对心理症状的自知力 是指对异常的心理现象如幻听和妄想，对失调的心理活动过程如认知曲解，对知情意的失调如认知和情绪之间的矛盾，对自己与社会环境之间所存在的各种适应问题等，是否能够自己知晓。那些表现出明显的异常心理和社会适应困

难但自己却坚决认为没有问题者，往往预示存在严重心理障碍。反之，具有症状自知力的来访者往往是轻性心理障碍（见下文）。

三、心理障碍的诊断

依据上述知情意活动的协调性、社会适应性和自知力三项基本指标，以生物心理社会的系统观点，可将“心理诊断”中的各种心理障碍和心身障碍分为以下几大类（修自黎学涛，1998）：

（一）轻性心理障碍

其发生与心理社会因素关系密切，但也与生物学素质和人格类型有一定关系。

1. 共同特点

(1)思维、情感和意志行为活动基本完整和统一，但存在心理活动的部分障碍。

(2)基本保持对环境的适应，社会功能大部存在，但社会活动能力削弱。

(3)自知力基本存在，本人能知晓心理障碍的存在，主动求医，但因人格的某些缺点，致使认知和行为的协调性削弱。

2. 精神病谱中常见的类型

(1)神经症：包括焦虑症、恐怖症、强迫症、神经衰弱、疑病症和转换症状等。

(2)神经症样障碍：由各种躯体疾病早期的心理压力以及长期慢性过程的沉重负担的作用下，在躯体疾患相关症状中伴随的神经症样障碍。

(3)适应障碍：由非剧烈但持久的生活事件引起的心理障碍，以情绪障碍为主（如烦恼、不安、抑郁、不知所措、胆小害怕等）同时有适应不良行为（如退缩、回避交往等）和生理功能障碍（如睡眠不好、食欲不振等）症状最长不超过六个月。

（二）重性心理障碍

精神活动失去常态为主要特征的精神疾病，其中许多疾病机理尚不明确，对个体心理和社会的危害较严重。

1. 共同特点

(1)思维、情感和意志行为活动的完整性和统一性遭受严重破坏，有的以某几个心理活动障碍为突出表现，有的出现心理活动的全面瓦解。

(2)严重社会适应不良，甚至给本人和社会带来危害。

(3)自知力缺损，不能正确评价自己的言行和状态，不承认有病，拒绝医疗。

2. 精神病谱中常见的种类

(1)精神分裂症，分裂样精神病。

(2)情感性精神障碍（双相障碍、抑郁症）

(3)反应性精神病，急性应激障碍、癔症性精神病（分离症状）。

(4)其他，包括偏执性精神病，周期性精神病、分裂情感性精神病、短暂精神病性障碍等。

（三）心理生理障碍

心理障碍伴有身体器官上的生理和病理改变。在疾病演变过程中往往与心理社会应激因素（急性剧烈或慢性持久）有关，人格特征也是其形成的素质基础。

1. 共同特点

(1)心理刺激引起心理活动某一部分出现障碍，生理功能障碍或躯体器官病变成为主要

障碍，但心理活动的完整性和统一性基本完好。

(2)社会适应良好，由于生理障碍妨碍某些社会活动能力，有主动求治要求。

(3)自知力存在，自我感觉和客观评价一致。

2. 精神病谱中常见种类

(1)进食障碍：神经性厌食症（但严重者应属重性障碍）、神经性贪食症、神经性呕吐。

(2)睡眠与觉醒障碍：失眠症、嗜睡症、睡行症、夜惊、梦魇等。

(3)性功能障碍：性欲减退、阳痿、早泄、性交高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛等。

(4)心身疾病（见第七章）

(5)某些器官植物神经功能障碍：如心脏神经症、胃神经症等。

（四）大脑损害导致的心理障碍

由生物和理化等有害因素直接或间接作用，致使大脑结构和功能出现严重损害，表现意识、智力和人格等心理活动损害，某些发病与心理（如人格）社会因素有一定关系。

1. 共同特点

(1)大脑机能和结构受到明确的损害，出现相应的各种心理障碍，包括意识，智力和人格损害，可由早期的记忆力下降到晚期的全面痴呆，由轻微的定向错误到完全昏迷。

(2)社会适应能力由部分损害到完全丧失。

(3)自知力由早期的部分存在而接受医疗，到急性和严重阶段的完全丧失。

2. 精神病谱中常见类型

(1)脑器质性精神病：由外伤、炎症、血管梗塞、占位病变、退行病变等引起，如老年痴呆。

(2)感染、内脏疾病代谢产物和内分泌疾病等引起的脑功能障碍：包括各类感染性疾病、肺性脑病、肝性脑病、心源性脑病、肾性脑病等。内分泌疾病如“甲亢”、“甲退”、“阿狄森氏病”、“柯兴氏综合征”、“席汉氏综合征”等精神症状，以及手术后精神障碍等，也一定程度可归入此类。

(3)有害物质所致精神障碍：包括依赖性物质（酒精、海洛因等）和非依赖性物质（药物、重金属、食物等）所致。

(4)精神发育迟滞

（五）行为问题和人格障碍

个体成长过程中由于心理社会因素和遗传因素的共同作用，形成固定的习得性行为，或者人格某部分偏离正常，构成对自己和他人及社会的危害。

1. 共同特点

(1)某一行为或某部分人格品质（如反人性观念）偏离常态，不能通过自己的意志力予以约束。导致社会适应困难。

(2)知、情、意活动的完整性和统一性保存。

(3)除了偏离的那部分人格观念（如反人性），其他方面的自知力保持完好。

2. 精神病谱中常见类型

(1)不良行为：烟瘾、酒瘾、药物依赖、过食、啃指癖、偷窃癖、拔毛癖等。

(2)性变态：恋物癖、异装癖、露阴癖、窥阴癖、易性癖等。

(3)人格障碍：反社会型人格、分裂型人格、冲动型人格、偏执型人格、癡病型人格、强迫型人格、依赖型人格等。

（六）特殊条件下产生的心理障碍

包括在催眠、暗示、宗教、与世隔绝、感觉剥夺等特殊情景下引起的心理障碍，由精神活性物质作用下出现的特殊心理现象，由于聋、哑、盲、肢残、畸形、器官摘除残疾引起的心理异常等。

四、心理问题的诊断

在确定或排除上文所列各类疾病或心理障碍以后，心理学临床面对的是更多的带着“心理问题”的来访者。

（一）何为“心理问题”

然而，有“心理问题”（psychological problems）这个具有诊断意义的定义吗？时至今日，医学界的许多人还是难以接受这个称谓，因为至少在医学典籍里找不到。其他领域如心理学、教育学、思政工作者能接受这个称谓，但他们不太关注心理教育和思想教育以外的话题，特别是不关心操作性很强的临床医学诊断问题。实际上，这些问题虽然确实有教育的问题，但事实证明许多情况下教育对其已不起作用。

随着我国社会发展和经济腾飞，伴随的一些负面问题突显起来，比如高校学生的安全问题、家庭问题、孩子的情绪和行为问题、中青年的工作和生活压力问题、老年生活适应问题等等。

显然，来访者的这些心理问题往往并没有达到精神病学的疾病诊断标准或各种“心理障碍”的程度，也不是教育部门或政工单位派几个教师通过上课就能解决的。正因为这样，“心理问题”对于医学心理学、对于健康心理学以至于对于社会生活中人，都是很重要的概念，但却都没有确切而统一的、能被广泛接受的定义。这也是医学心理学与某些相关学科长期不协调的问题之一。

我们希望，总有一天能够找到一个关于“心理问题”的确切定义。但目前还不行，还只能寻找操作层面的概念。

在笔者主编的《临床心理问题指南》（人民卫生出版社，2011）前言部分，曾对“心理问题”的名称或操作定义做了探讨，或对国内医学心理学的临床工作有参考价值。

附：《临床心理问题指南》前言摘录：

首先，需要对“心理问题”含义和范围（操作定义）做一个说明。

2006年3月，本人主编的《医学心理学-临床心理问题指南》由人民卫生出版社出版（简称《指南》）。作为本人主编的8年制规划教材《医学心理学》（人民卫生出版社，2005）的配套教材，规划教材的所有著名作者都参加了《指南》的编写工作。这是国内几十年医学心理学教学、科研和临床基础工作上，首次尝试为医学心理学设定“心理问题”的操作框架，其中涉及生活、工作、婚姻家庭、儿童、人际和心身疾病等方面的“心身问题”和“心理问题”共19章。在编写体例上，则以医学心理学的基本知识、基本理论和基本技术为依托，综合介绍有关心理问题的临床表现、流行与危害、理论解释与发生机制、评估与诊断、干预原则与方法等，强调可操作性，突出临床应用性，并努力反映作者各自的特长和长期的工作积累。

2007年12月至2009年5月，科技部首次组织一个经费规模几千万的《心理疾患防治研究与示范》国家科技支撑计划项目（简称《项目》）。原《指南》作者中有8位教授（胡佩诚、姚树桥、何金彩、杨凤池、刘盈、潘芳、吴均林、姜乾金）应邀参加首次专

家座谈会，另有多位在不同阶段参与工作，5位担任《项目》各临床心理问题课题的起草工作，本人承担了整个《项目》的建议书、可行性研究报告和项目申报指南等各阶段执笔和报告任务。在最终形成的建议书、可行性研究报告和项目申请指南中，包含了原《指南》中的许多心理问题，如压力问题、家庭问题、儿童问题、情绪问题、有关心身疾病问题等；研究目标与内容也与《指南》一样，涉及各种心理问题的临床表现、流行与危害、理论解释与发生机制、评估与诊断和干预原则与方法，强调可操作性和临床应用性；在研究特色方面，有关领导强调“自主创新”和“本土化”，这也与《指南》编写目标一致。

2010年7月，本人主编的8年制规划教材《医学心理学》第2版（人民卫生出版社）出版。经商议，决定在前述两项工作基础上，重新组织编写《指南》。具体做法是，加强生活中的“心理问题”，适当淡化“心身问题”；加强心理学临床操作指导，适当淡化医学基础内容，最终构成目前书中的“心理问题”框架与相关内容。

（二）“心理问题”诊断困难

从上面附录内容可见，因为“心理问题”定义的模糊，必然导致诊断的困难。

从系统论的认识角度，世界上任何事物，其内部的每一个侧面、每一个维度，都应该是连续体。比如身体健康状态，除了一端的“健康”和另一端的“生病”，大多数人处在中间状态。其中必然有不少人处在“亚健康”状况；又比如体重，消瘦与肥胖症是两个极端，中间是大多数，但也一定有“亚肥胖”的问题。同样，心理健康涉及各种心理现象的“健康”，各种心理活动的“健康”，各种心理活动之间平衡的“健康”，以及保持人与环境之间的一致性的“健康”。但“心理健康”的一端只能是少数，另一端的“心理疾病”也只是少数，多数人处在中间状态，其中一些人在某些方面会处在“亚心理疾病”状况，这也许就是“心理问题”。

生物医学模式指导下的医学临床工作，早已习惯了按疾病诊断标准来处理求诊者。其任务是确认是否存在躯体疾病或精神疾病。“亚健康”和“心理问题”，则不被重视。因此，如何给这些“心理问题”下诊断，就成为医学的空白。

医学心理学和心理学工作者希望能够在人类保健领域开拓出一个新的服务平台，这个平台的研究和服务对象就是这些有“心理问题”的正常人。

但是，理论和目的确定了，不等于具体的方法也解决了。最大的障碍仍然是缺乏有共识的定义。虽然包括笔者在内的一些人长期关注这个领域，并不断地探索着。

2007年底科技部出乎意料提出的关于“心理疾病”防治国家科技支撑计划项目的设想，让人见到了这方面的曙光和希望。项目的初衷是开展对那些非疾病状态的心理问题的研究并向全国示范，最终目标是建设和谐社会。由于笔者全程参与了前期工作，对此间所出现的一些小插曲深有感触，久久回味。例如在这个课题的建议书论证阶段，有关医学心理学专家就担心这个“心理疾病”用词易与耳熟能详的“精神疾病”相混淆，应改为“心理问题”或“心理疾患”，后经张侃教授提议改为“心理疾患”。但在可行性论证阶段，这个用词还是先后遭到精神医学领域专家的质疑，认为心理疾患还是属于精神疾病。可见，“心理问题”是一个尚未被确认的概念，这是事实。但它已成为人们关注的“问题”也是事实。（在对此稿进行再次修订的2011年底，笔者有幸再次受邀参加并作为专家组长主持第二个类似的“心理问题”国家支撑项目可行性论证和申报评审会议。由此让人在国家层面上进一步看到本学科及相关领域的远期希望。）

总之，在“心理问题”方面，虽然公认很重要，但却有很长的路需要走。

（三）“心理问题”的现象学诊断

正因为概念的不统一，目前对“心理问题”的诊断，多采用理论性的思辨或现象学的描述等方法。

由于各种理论（包括各种信念、信仰甚至观念）的不同，对心理问题的思辨也就不同。例如，对待苦行僧式的自残生活，一般人可以考虑属于心理问题，但信仰者则认为这很正常。

由于对“现象”的认识不同，对心理问题的描述自然也就不同。例如，教师可能采用“上课注意不集中”、“学习成绩下降”或“学习问题”，医生可能采用“眩晕”、“记忆力下降”或“焦虑情绪问题”，社会工作者可能采用“学校适应问题”。

日常生活中的许多常识性心理问题，如家庭矛盾、夫妻不和、生活压力、抑郁情绪、网络依赖、性功能问题、社交紧张、多食肥胖等，在没有达到相应的精神病诊断标准情况下，都可以采用理论性的思辨（如作者所重视的“压力问题”）或者现象学的评估和诊断方法。

在笔者等主编的《临床心理问题指南》（2006a、2011）书中，所列的“心理问题”有：生活压力、家庭问题、社交紧张、职业耗竭、多食肥胖行为问题、儿童行为问题、A型行为问题、与性活动有关行为问题、成瘾行为问题、人格障碍、焦虑、抑郁、失眠、疼痛、更年期综合征、躯体化障碍、冠心病、脑血管病、消化系统病、糖尿病和肿瘤的临床心理问题等，包容了以上两种情况。但其中与“心理障碍”或“精神疾病”有交叉。

在前面提到的国家科技支撑计划项目中，所列出的“心理问题”课题包括：压力问题、家庭问题、儿童问题、情绪问题、有关心身疾病问题等。

目前国内流行的心理咨询师培训范本里分“一般心理问题”、“严重心理问题”的诊断标准，也值得我们关注。其中强调了个体主观感受上的（心理冲突）痛苦程度及其特点等。

五、心理问题的系统评估

心理问题往往是系统的问题，这个“系统”本身，就是一种理论、一种信念或信仰，或者一种观念，就像作者的压力系统模型。

因为是“系统”，自然需要分解、分维度或分层次进行评估。如何分解、分维度，往往又需要进一步的理论支持。

以下仅基于生物心理社会理论模式和压力系统模型两个理论基础，对心理问题的系统评估问题作分别讨论。

（一）生物、心理、社会三维评估

生物、心理、社会模式对于所有的医学心理学工作者都不陌生。从生物、心理、社会三个维度，深入评估某一个“心理问题”，应能轻易地被理解。

可以结合图4-5-2所显示，以临床晤谈、观察和调查为主要手段，在对有关因素做前文的现象学评估基础上，对个体的三个维度的功能情况做出描述性评价。同时始终要注意先排除或确定躯体疾病诊断。

（1）心理维度：包括各种心理现象是否正常及是否协调，如记忆力减退、情绪低落、缺乏意志力、学习效果差等。自知力方面：意识清晰度（如意识清晰）；自我意识

(如自我拒绝);人格自知力(如对反人性观念缺乏自知);症状自知力(如主动求助)等。

(2) 社会适应维度:包括各种社会适应功能,如环境适应力(如对噪声敏感);人际适应力(如与同学矛盾);社会适应力(如缺少社会接触);文化适应(如文化或亚文化方面的冲突)等。

(3) 生物维度:包括各种躯体症状(如头痛)、功能(如眩晕、疲乏、体力下降),心身症状(如失眠)和可能的相关疾病(如胃病发作)等。

对于这种建立在现象学基础上的生物、心理、社会的维度评估,尚需要医生自己对来访者做出系统的整体判断,才会有助于开展针对性的心理干预。

(二) 压力系统模型的分级评估

根据压力系统模型,“心理问题”可以分别作以下分级的评估(参见第四章第九节):

①压力因素的现象学评估,并作出多轴的描述性诊断;②在上一项基础上,对压力的三个层次作出描述性判断;③压力系统的整体分析与判断。

经十几年临床使用,这样的分级评估与诊断有助于理解和把握心理门诊中的某些“心理问题”,有助于开展相对应的心理干预(见第六章第一节),具有临床可操作性。

1. 压力因素的现象学诊断 按照压力系统模型,根据图 4-5-1 所显示,可以对个体的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和应激反应各因素分别做出是否偏离的判断,并做现象学的描述并简单列表(表 4-3)。例如:遭遇某某生活事件、绝对化的认知、消极应对方式、社会支持缺乏、完美主义的个性、行为退缩等,并判断其中的“启动因素”和“重要因素”。

2. 压力的三个层次诊断 从临床心理工作的角度,将应激多因素的系统关系用图 4-7 表示。图中将心理问题分为三个层次。

第一层次:心身症状。临床遇到的各种心理问题,首先是各种情绪的、行为的或心身症状的主诉或表现,这是系统中多因素相互作用的“表现”层次即心身反应,往往最容易被本人所感知,也容易被其首先报告。例如焦虑、抑郁、失眠、夫妻不和、成绩下降、逃学。

第二层次:包括生活事件、认知评价、应对方式和社会支持等主要应激因素。通过整体分析,可以判断这些因素与第一层次心身反应之间的关系。例如因社会矛盾或生活变故而抑郁,因对性的认识错误而致性功能障碍,因人际冲突而失眠。

第三层次:人格因素。人格作为系统中的核心因素,最不容易被本人所感受和报告,从干预效果来看也最难以改变。

几乎所有临床遇到的心理问题都有人格方面的原因。例如:人格缺陷,往往导致人际冲突和因此表现出的各种心理症状如焦虑;偏离的人生价值观,会导致对读书重要性的认识不足、引起家庭冲突的增加,继而出现逃学、失眠;求全、完美主义性格会引起认知偏差,应对消极并出现抑郁症状;习惯清静的人与马虎随便的丈夫结合,会导致双方家庭冲突,生活情趣低下和家庭支持水平的降低等。

3. 压力系统的整体分析与判断 结合以上三个层次的评估情况,对个体的压力系统作出整体的评估与判断。例如,来访者存在哪些压力因素的异常,其中的认知因素和人格因素起到多大作用,系统中的各种因素之间是否存在恶性循环,压力系统的平衡性和稳定性(例如有的来访者一段时间能保持平衡,一段时间严重失衡)等。

这种系统评估方法，为个体心理问题的全面诊断和有效心理干预措施的制订与实施，打下必要的基础。

第三节 心理测验概述

一、概念、历史与种类

心理测验是常用的心理定量技术，是心理评估和心理诊断的重要手段之一。本节重点介绍标准化心理测验的有关基础知识。

（一）概念

人的心理活动是很复杂的，人与人之间的心理活动特点又各不相同，加之目前人类对大脑功能的了解还远远不够，使心理活动带有一定的神秘色彩。但是，日常生活中仍然有某人聪明某人笨，某人性情温顺、某人性格暴躁等的说法。这说明人和人之间心理活动上不但有差别，而且这种差别还能进行粗略的估计和比较。有比较才能鉴别，才能有数量化，才能更科学地深入研究。因此长期来人们在设法寻找心理现象数量化的各种方法。

在日常生活中，人们为了判定某物的长度，便用尺码来测量。要判定某物的重量，就要使用衡器来测量。在医学中要判定血压的高低，则可以使用血压计来测量并以汞柱高度来表示。这些都是物理或生理现象的测量。

对于心理行为现象，其本质与物理的和生理的现象一样，也是客观存在，因而也可以测量。目前我们所说的心理测验，就是将经过精心设计、选择和组织而编著成的标准化心理测验材料（刺激），在一定条件下对被试进行测试，按照被试对标准化心理测验材料作业的不同反应进行评分，再将评分结果与常模比较，以判断受试者的心理特征，如能力、行为、情绪等状况与正常人群之间存在的数量差异。这样，就间接地把各种心理现象数量化了。

因此，所谓心理测验（psychological test），就是以客观的标准化的程序来测量个体的某种行为，以判定这种行为的个别差异。

（二）简史

近代心理测验可从1879年冯特建立第一个心理实验室算起，那时主要是感知觉测定。

以后由于社会需要，智力测验发展较快。1905年在法国教育当局委托下，比奈（Binet A）与西蒙（Simon T）首先编制出世界第一份儿童智力量表，即比奈-西蒙量表。1916年美国斯坦福大学特曼（Terman LM）在此基础上修订和发表了斯坦福-比奈智力量表，并提出智商这个概念。1932年美国纽约贝勒维精神病院的韦克斯勒（Wechsler D）设计了韦克斯勒-贝勒维智力量表，并于1939年发表。此后韦克斯勒又相继发表了成人、学前及初学儿童和学龄儿童智力量表，目前已被广泛采用。

1921年瑞士的洛夏（Rorschach H）发表了人格投射测验即洛夏墨迹测验。影响深远的明尼苏达多相人格调查表（MMPI）产生于20世纪40年代。

现在，心理测验包括了智力、人格、记忆、情绪和行为、态度等多个方面。值得注意的是近三十年随着应激研究的进展，与应激相关的各种量表不断出现，成为应激心理

评估的重要方法。

我国很早便有七巧板、九连环之类可测验一个人的聪慧程度的活动。在近代，1914年广东作过儿童记忆测验。1918年北京清华学校应用了美国斯坦福-比奈量表。1924年至1936年陆志伟等发表了修订的斯坦福-比奈量表。1979年以后，各种测量方法逐渐在全国广泛开展。

（三）种类

据调查，世界上心理测验的数量起码有几千种。但由于分类的不统一，目前在医学心理学领域常见的测验方法大致可归纳为以下几个类型（包括心理测验和标准化评定量表）：

1. 按测验目的来分

(1)能力测验：包括智力测验、发展量表和特殊能力测验等。如：斯坦福-比内（Stanford-Binet）智力量表，按年龄分组设测试题。韦氏（Wechsler）成人、儿童、学龄前儿童智力量表，国内分别以湖南、北京、上海为主制订我国的常模（WAIS, WISC、WPPIS）。还有少年儿童学习能力测验；创造力测验（用发散性思维作为创造性的指标）等。适用于3岁以下的发展量表有盖泽尔（Gesell）和贝利（Bayley）量表等。此外，尚有以检查人的特种能力，如绘画能力、音乐能力、手工能力等的测验。

(2)人格（个性）测验：常用的如明尼苏达多相人格测验（MMPI），艾森克人格测验（EPQ）和卡特尔十六种人格因素测验（16PF），洛夏墨迹测验和主题统觉测验（TAT）（属投射法），以及内外倾性格测验（Neymann 50 题问卷式）、兴趣测验（价值研究测验）、态度测验、A、B、C 等行为类型的测定等。

(3)情绪与症状评定量表：其目的是评定有关身心症状。如90项症状量表（SCL-90）、焦虑自评量表（SAS）和抑郁自评量表（SDS）。

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

2. 以测验材料性质来分

(1)文字测验：内容用文字表达，回答用口头或书写进行，适用于多种团体和个人。常采用的方式有备择式或自由反应式。备择式包括汇选、第四例外、正误、配合（如巴金、曹禺、茅盾——雷雨、家）、排列（如辛亥革命、太平天国、戊戌变法，要求按年次排列）。自由反应式包括简单回答、填空、类比、作文（简单题目）等。

(2)非文字测验：用图画或物品作材料，如迷宫、积木、七巧板等，被试者以简单记号，或作业方式来回答。适用于不识字者。许多测验兼有上述两类材料、如韦氏智力测验

3. 以测验的方法来分

(1)问卷：材料为问答题或命题让被试完成。

(2)作业：见非文字测验。

(3)投射测验：以各种模糊的图象或墨迹图等，让被试根据自己观察回答像什么，看到什么，以反映其内在精神世界。该类测验用于揭露“潜意识”中的心理真相。

4. 以进行测验的方式来分

(1)个体测验

(2)团体测验

二、心理测验的实施条件

(一) 标准化测验工具

心理测验工具的标准是良好测验首先必备条件。所谓标准化测验 (standardized test)是指测验材料的内容、答案、实施条件、指导语及评分方法是统一的, 测验工具具有良好效度和信度, 其常模具有代表性。其中效度和信度是标准化测验的核心条件。

1. 标准化的实施方法 包括方法、指导语、内容、答案、计分法和解释等都是固定统一的。

2. 效度 所谓效度 (validity), 即指测验的有效性, 即正确性, 指测量结果符合测验目的的程度, 或该测验是否正确的测量了它准备要测量的东西。效度主要取决于标准化测验材料本身的设计是否完善和成熟。

判定效度的重要指标有:

校标效度 (criterion validity), 往往通过测试结果与设定的各种效度指标之间的相关性来确定。

内容效度 (content validity), 即测验内容是否符合欲测的内容和范围, 往往通过专家评审来确定。

结构效度 (construct validity), 即测验与理论构想之间的一致性, 目前经常使用计算机通过对测验条目的因素分析方法来确定。

3. 信度 信度 (reliability) 即可靠性, 即对多次测量的结果是否一致。影响信度的因素除了测验本身存在的问题外, 很大程度上与主试者和被试者在测验时的态度及当时环境等因素有关。故效度不等于信度, 亦即正确的测验不等于可靠, 成功的测验不但应该正确性高, 还要可靠性高。

判定信度的常用指标有:

重测信度 (test-retest reliability), 根据同样条件下前后两次 (通常间隔四周) 测试结果的相关性来确定。相关性越高, 信度越好。例如智力测验往往要求重测相关系数达到 0.90 以上, 人格测验也往往要求 0.8 以上, 其它的评定量表则需要 0.7 以上。但实际情况比起以上要求有距离, 特别是一些症状评定量表, 其重测信度要低一些。

分半信度 (split-half reliability), 将测验条目按奇、偶数分成两半, 通过检验测验结果两半之间的相关性来确定。分半信度反映了两半测验内容取样的一致性程度。

评分者信度 (scorer reliability), 通过不同评分者对同一测量结果的相关性来确定。但结果除受量表本身条件的影响, 还与评分者是否具有心理测验方面的基本技能有关。

克伦巴赫 α 系数, 属于量表的内部一致性信度, 是目前报告的各种评定量表的常用信度指标。

4. 常模 常模 (norm) 即比较标准, 是经过对人群的大规模取样获取样本 (sample), 经过科学统计获得的具有代表性的结果。因所选的样本不同, 常模的种类也不同, 有全国性常模、地区常模、年龄常模等。常模的形式有多种, 有均数和标准差、百分值以及由标准差转化而来的标准分和 T 分等。

(1) 均数: 是常模的一种普通形式。其表达方式为

均值±标准差 ($x \pm SD$)。

(2) 标准分及其衍化形式：标准分 (standard score) 是将测验获得的原始分数 (X) 与平均数 (x) 的距离以标准差 (standard deviation, SD) 为单位表示，故称为标准分。有标准 Z 分、 T 分和离差智商等：

标准分 $Z = (X - x) / SD$ (解释见上述定义)

T 分 = $50 + 10 (X - x) / SD$ (设定整个样本群体的平均值为 50，每个标准分为 10 分。通过 T 分，很容易发现被测者得分高于或低于整个群体平均值的距离，以判定正常或异常程度)

“标准 20” = $10 + 3 (X - x) / SD$

离差智商 = $100 + 15 (X - x) / SD$ (设定平均值为 100，每个标准分为 15 分。具体见智力测验)

(3) 划界分：在筛选测验中常用此常模。如教育上用 100 分制时，以 60 分为合格分。

(4) 比率 (或商数)：在离差智商计算方法之前，便曾使用比率智商 (见智力测验)。

(二) 对测试环境的要求

环境应当安静、不新异，除婴幼儿外不应有第三者在现场等。

(三) 对主试的要求

必须有一定的心理测验基础知识和技术，严格按照标准化程序操作，不做任何暗示，操作熟练。还要取得被试的配合，以及对测验情况保密。

(四) 对被试的要求

在测验时应态度认真，没有顾虑，并能集中精力和努力完成测验。

(五) 控制使用

各种心理测验特别是智力测验，其内容如果被广大群众所熟知，必然使这一测验手段失准，甚至失效。因此对这些测验材料应由专业机构持有并统一权限使用。

心理测验在方法上和使用上也存在一定的局限性。例如，如何做到“文化公平”和进行“创造力”的测定，就是两个至今无法完全解决的问题。所谓“文化公平”，主要指智力测验，因为现有的许多智力测验内容，难以完全避免对不同文化背景被试的不公平。

三、心理测验的临床应用

心理测验问世虽然时间不长，但它对于促进心理学的发展起了积极的作用。现在心理学的许多分支，如教育心理学、医学心理学、军事心理学都在应用它。有的国家在选人材方面也使用心理测验 (近二十年来，在国内的某些人才选拔上也在使用)。

曾有报道 (Jarrik, 1973)，老年人心理测验某些结果的变化能预报死亡。据认为，认字、判断词的相同点、数字和符号配对速度与准确度等的测验分数都突然降低，五年内死亡的可能性较大。由此事可见，心理测量学 (psychometrics) 在历史上曾经给人们以多大的期望。

(一) 在医学临床的应用

心理测验在有关医学临床有广泛的应用价值和良好的使用前景，因为疾病发生、发展、诊断、治疗、康复、预防中的各种心理社会因素都需要给以量化，都需要使用一定

的测验或评定的方法。例如，在研究心理应激各因素与疾病发病发展的关系时，需要借助多种心理量表；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，亦有对求医者使用 MMPI 等心理测验，以协助选择手术病例；精神科则使用 MMPI 和简易精神评定量表等协助对精神病患者做出诊断；在儿科保健和咨询门诊工作中，常应用智力测验以决定一些学习成绩不好的儿童，究竟是智力低下或其它原因所引起。总之，心理测验对某些疾病的诊断、鉴别、病情发展的观察和疾病预后的判断，直至卫生普查都具有一定的价值。随着心理学基础理论的发展和测验方法的不断成熟，心理测验必将在医学临床直至整个医学领域发挥较大的作用。

心理测验在医学领域的应用首先从精神科开始，至今在精神科被普遍使用，可作为有关精神疾病的辅助诊断手段，在病情观察、疗效判断和预后预测等方面也有一定价值。

在神经科，心理测验曾被用于大脑病变的定位研究。一定部位的大脑病变，可产生不同的心理异常，根据测定到的特定心理现象的变化，可以协助判断病变部位，曾有报道，其准确率不低於脑血管造影等物理和生理的检查手段，这就是神经心理测验，如国内使用的 Halstead-Reiton 成套神经心理测验。上海精神卫生中心薛海波等（2005）近期制订有老年成套神经心理测验 (NTBE)，用于辅助诊断老人轻度认知功能损害 (MCI) 和阿尔茨海默病 (AD)。不过从当前脑影像学快速发展的趋势来看，神经成套心理测验的脑定位价值是否会受到影响值得关注。

心理测验是心身医学基础与临床的重要手段之一。心理测验可以用于探索心身疾病的发生发展与心理社会因素的关系。例如，Friedman 等于 20 世纪中期设计了“A”、“B”型行为类型的评估方法（包括量表），经研究发现 A 型行为类型（表现好动、迅速、总想到成功、时间紧迫、爱争辩等）比 B 型者的冠心病发病率高 2—3 倍。并且经过长期追踪研究认为这种行为特征不是冠心病的结果，而是原因之一（见第七章）。有的人还据此进行了行为模式的改造（A 性行为改造）是否能改变病情的尝试性研究。又如，对癌症病人的心理测验结果也显示，内向人格者（后来扩展为 C 型行为）发病率较高。类似的研究今后还将广泛深入下去，将会发现更多的由于特种心理素质的影响而造成各种心身疾病。这些都需要各种心理测验方法的帮助。同样，心理测验在心身疾病的临床诊断、治疗和康复工作中也发挥重要的作用。

作为临床医学工作者，应当熟悉心理测验的原理和意义，掌握部分常用的测验和评定量表使用技术，有助于在新医学模式下的临床和科研工作。

近 10 几年来，在诸如国家自然科学基金等申报书中，也有不少是关于心身疾病的研究，其中许多都涉及到心理社会因素，显示医学界对心理因素与疾病关系的认识已经普及，但也存在缺憾，其中很少见到使用标准化心理测验。

（二）在心理学临床的应用

对心理门诊来访者来说，“心理问题”是其困惑的核心，但本人并不能通过自己的知识和思考来消除这些问题。在理论和心理应激等章节已经讨论到，许多“心理问题”其实不是平常的知识或逻辑问题，而与整个人的心理结构有关，涉及许多相关的心理因素。心理门诊需要对这些心理因素实施评估，用于协助和指导“心理问题”的诊断、咨询干预的实施和效果的评定。其中心理测验是重要的评估手段。

心理学临床常用的测验工具因医生咨询风格而异。笔者平时除了配备常用的智力测

验、人格测验和各种心身症状评定量表外，还重点使用自编的各种压力（应激）相关评估问卷（见第八、九节）。

作为心理学临床工作者，掌握心理测验原理和使用技术，是其基本的职业要求之一。

心理医生在选择使用一种心理测验（或评估量表）时，需要综合考虑前文的心理测验基本条件，包括该测验的效度、信度和评分方法等是否符合标准化测验的要求。就像简单的血象化验仪器，医生必须使用知识和经验来解读其化验的结果才有实际应用意义。但目前国内心理咨询师当中有一种倾向，将心理测验结果当作刻板的线性数据来解读，例如他们能够背书 SAS 多少分如何如何，却根本不清楚 SAS 的 20 个条目到底都反映哪些焦虑症状，至少显示他们并不了解 SAS 条目编制所反映的内容效度。

另外，心理医生要对一种心理测验的结果做出解释，除了依据该测验的标准化资料如信度、效度和常模资料，还需要积累一定的临床经验。

第四节 智力的评估与诊断

一、概述

（一）智力的概念与智力测验

一般认为，能力（ability）是指一个人能够顺利完成某种活动的心理特征。能力包括成就（achievement）和能力倾向（aptitude）。一个人已学得的知识属于成就。而智力则属于能力倾向即潜能。故有人把智力（intelligence）定义为：一个人学习的能力（即获得知识的能力），保持知识（即记忆）的能力，推理的能力和应付新情景的能力。

因此，目前所谓一个人的智力，往往就是此人利用上述能力去进行某种实际作业（即完成心理测验材料）时所取得的成绩。这样一来，所谓智力，就变成由智力测验所测得的成绩。很明显，这种测得的东西不可能完全包括一个人全部的“潜在”能力，两者之间一定有某些差距，其中还涉及文化公平的问题。这是我们在学习智力测验时所应该注意到的。同样，智力测验还不能测量人的创造力。

（二）智力的评估方法

智力评估方法包括：观察法、晤谈法、测验法和实验法。

观察法和晤谈法恐怕是人类用于判断某一个人智力水平，评估一个人的聪慧程度的最早的实用手段，且延续至今。这样的评估结果的信度和效度显然与评估者的学识、能力和经验等多种因素有关。

实验法也是智力评估的基本手段。即使在面试现场，出几个题目让被试当场做出反应以判断其某些潜在能力（如决策能力），也部分属于实验法（其实是晤谈法、观察法和实验法的结合）。由于现代脑科学有关行为机制的研究尚有局限，我们还无法进入脑子深部去测定各种能力倾向（即智力）的物质基础，故试图通过更现代的生物科学实验方法，以便能准确全面评估一个人真实智力水平，这样的想法是很不现实的（近期要防止有人为了“骗取”国家的经费而提出这类表面看起来挺有吸引力的课题建议）。

因此，智力测验就成为目前最科学、使用最广泛的智力诊断和评估方法。智力测验方法在学术界不但出现时间最早，且至今仍然是各种心理测验中最成熟的一类。

各种不同的智力测验，都是建立在不同的智力结构理论基础上的。

（三）智力结构理论与智力评估

人的能力是多方面的又是错综复杂的。即使上面提到的“记忆能力”，也可分成图形记忆、符号记忆、语义记忆、过程记忆等各种不同记忆能力。这些能力还可进一步分成多种能力，例如图形记忆进一步可分成图形单位记忆、图形门类记忆、图形之间联系的记忆等等。这一系列的能力都是因人而异的。

为了便于研究，必须统一对智力的认识。因此人们提出许多有关智力结构的假说，企图把智力分解成若干智力因素，所有智力因素构成智力整体。

智力结构模式种类很多。著名的有美国心理学家 Spearman C 首先通过因素分析法，提出智力一般因素（G）和特殊因素（S）的“两因素”论，认为在各种智力活动中共同起作用的是智力的 G 因素，智力测验的目的就是设法求出 G。美国的 Thurstone LL 继而提出了智力的“群因素”结构论，认为大多数能力可以分解为七种原始因素（计算、词的流畅、语言意义、记忆、推理、空间知觉和知觉速度）。

这里仅举美国吉尔福特（Guilford JP, 1967）的三维结构模式。该模式认为应同时考虑智力的三个维度（图 5-2）：

智力活动的操作（operations）。包括认识（C）、记忆（M），发散和聚敛式思维（D、N）、评价（I）五种。

智力活动的内容（contents），包括形象（F）、符号（S）、语义（M）、行为（B）四种。

智力活动的产品（products），包括单位（U）、门类（C）、关系（B）、系统（S）、转换（T）、内涵（G）六种。

$4 \times 5 \times 6 = 120$ 种组合。即智力包含有 120 种智力因素。例如上述“图形单位记忆能力”即为 MFU，为一种智力因素。又如 CSU 是“符号单位的认知能力”等等。

有了对智力结构的上述认识，在制定智力量表时，人们就会设法将各种智力因素都尽量设计到测验材料中去，同时还考虑各种智力因素应占有的相对比重，从而制定出一份比较能全面反映人的智力水平的测验材料来。

（四）智力单位（智商）

1. 智力年龄（智龄 mental age, MA）是指智力达到某年龄组水平。

在编制智力测验的年龄量表时，每一年龄均收集许多测验项目。大样本预测一组儿童（如 3 岁），将一定比例（如 70%）人数能通过的项目留下，其余项目淘汰。这一组测验项目即代表 3 岁智令。使用时，某一儿童能通过这组测验项目，即说明他的智龄是 3 岁。只通过部分项目，则按规定以多少月龄计算，再加上能通过的年龄。以斯坦福-比纳量表为例，如果某儿童能通过 10 岁组所有项目，还能通过 11 岁和 12 岁组各一个条目（分别代表 2 个月），则该儿童的智力年龄为 10 岁 4 个月。

2. 智力商数或智商（intelligent quotient, IQ）智力是绝对数，虽然根据智龄能大致知道某人的智力是好还是差，但不同年龄的人就无法比较谁更聪明些，谁更差些。

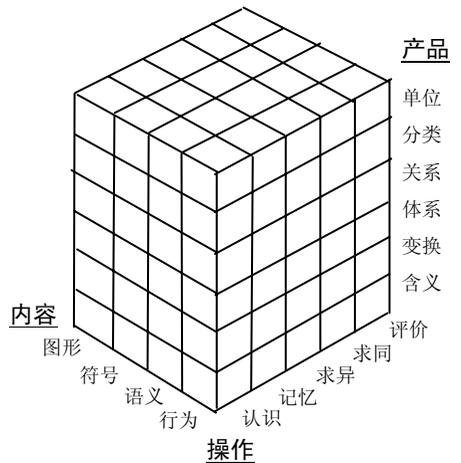


图 5-2 Guilford 智力三维结构模型

所以又提出智商的概念。智商 = 智力年龄 ÷ 实际年龄 × 100。例如某 10 岁儿童测定的智龄是 10 岁 4 月，则 $IQ=10.333/10 \times 100 \approx 103$

3. 离差智商 (diviation IQ) 由于智力随年龄发展，但各种能力成熟期不一致，成人智商要从实际年龄几岁算起，有人说 14 岁，有人说 16 岁、18 岁，甚至更大。因此 Wechsler 提出离差智商的计算法，用统计学中的平均数和标准差来计算。若某年龄组在量表中的成绩符合正态分布，其平均数便代表该年龄组的平均(或正常)智商，定为 100。一个标准差为 15，用公式表示，即 $IQD=15SD+100$ 。IQD 为离差智商，SD 为实际测定时某人得分与总体平均数比较相差几个标准差。例如。某人得分为 98，该年龄组原始平均为 80，标准差为 9，则该人的偏差智商 $IQD=15 \times 2 + 100=130$ 。

根据智商的高低，一般可确定某人的智力水平。例如，智商 90-109 为智力中等，110-130 为优秀；130 以上为智力超常；70-90 为偏低；70 以下为智力低下等。临床上当智商在 70 分以下，结合“适应量表”得分情况，用于判断智力低下。

二、常用智力测验量表

(一) 韦氏智力量表

智力测验种类很多，韦氏智力量表也包括成人、学龄前、儿童智力量表三种。最早由韦克斯勒 (Wechsler D) 于 1916 年编制，后发展成为韦氏成人智力量表 (WAIS, 1955 年修订)、韦氏儿童智力量表 (WISC) 和韦氏学前儿童智力量表 (WPPSI)。

这里以韦氏成人智力量表 (Wechsler adult intelligence scale, WAIS) 为例，总体介绍 WAIS 量表的基本结构：

- | | | |
|-----|------|---|
| 全量表 | 语言量表 | (1) 知识测验 若干道题，每题 1 分。 |
| | | (2) 领悟力测验 若干道题，如“为什么生而聋的人通常是哑巴？” |
| | | (3) 计算测验 若干道心算题。 |
| | | (4) 相似性测验 若干题，如“指出飞机和鸟的相似性”。 |
| | | (5) 记忆广度测验 顺背和例背数字的能力。位数越多越佳。 |
| | | (6) 词汇 若干个词汇，说明词义，如“笑料”。 |
| | 操作量表 | (7) 数字符号测验 1-9 共 9 个数字，每个数字后有一符号，如“一”、“上”、“L”等，令受试者按这种联系填写一个数字表下面的符号。 |
| | | (8) 图画填充测验 若干个图，每图缺少一部分，令受试者指出。 |
| | | (9) 木块图案测验 有若干个立方体，每个有 6 面，分别有红、白、红 / 白的颜色。另有一些图案，令受试者用木块将图案摆出来。 |
| | | (10) 图片排列测验 有几套图片，如果将每套的顺序排正确，可说明一事实。令受试者排列。 |
| | | (11) 物体拼凑测验 有各种图画的碎片。令受试者拼凑成原形。 |

这 11 个分测验的功能是：(1) (2) (4) (6) (8) 测普通能力。(8) (9) (10) (11) 可测知觉 (或视觉-空间) 能力，(3) (5) (7) 测记忆和注意能力。

每一测验都可得若干“粗分”。通过《粗分到量表分换算表》换算成“量表分”。各测验的量表分之和即为量表总分。根据总量表分，从《智商换算表》查出被试者的智商来。也可对其中的几项测验分数进行分析比较以确定该人是否有某几种智力因素缺陷。这在神经系统定位诊断上有意义。

国内修订的量表版本有 WAIS（龚耀先）、WISC（林传鼎；龚耀先）和 WPPSI（龚耀先）等，在名称上也有所变化。

（二）比奈量表

比奈-西蒙量表（Binet-Simon scale, S-S）是世界上最早的力量表，由法国心理学家比奈（Binet A）和西蒙（Simon T）于 1905 年编制，后经美国斯坦福大学特尔曼（Terman LM）1916 年修订，采用比率智商（IQ），适用于儿童，被称为斯坦福-比奈量表（Stanford-Binet scale, S-B）。S-B 分别作了多次修订，1960 年改为离差智商计算方法。我国不少地区应用的比奈量表是吴天敏 1981 年第三次修订的。

中国比奈测验试题一般都是由易到难，每岁 3 个试题，从 2 岁到 18 岁共 51 个试题。由于言语和操作测验混合进行（例如试题 9 为简单迷津，第 10 题则为解说图画），因而儿童不易感到单调乏味，易于坚持做完测验。本测验并非 51 个试题都需进行，而是根据年龄不同，开始测验的试题亦不同。如 7 岁是从试题 7 开始的。在测验过程中，连续 5 题都不能通过即停止测验。因此，对弱智儿童进行测验时，较使用韦氏量表省时。

在评定成绩的方法上，以个人成绩与他所在的群体成绩相比较的结果为智商。因此，测验得到的智商是表明一个受试者在同岁儿童或青少年中的相对智力水平。这一量表可测验 2 岁至 18 岁的儿童和青少年；在学龄儿童中使用比较准确。其所测得的智力水平仍按一般习惯，智商在 90~110 之间表示智力中等。

（三）瑞文推理测验

瑞文标准型推理测验（standard progressive matrices, SPM）是英国心理学家瑞文（Raven JC）于 1938 年设计的非文字智力测验，测量一般智力因素（g 因素）。能排除言语、文化教育及生活经验的影响，对 5 岁半-70 岁的人都适用，故应用较广。

瑞文测验总共包含 60 个问题，分为 A、B、C、E、F 五组，每组 12 题。五组题目提供难度渐进的对人的智力活动能力的评估。国内张厚粲于 1985 年修订有瑞文测验的中国版，钱明等 1997 年有第二次修订版本。

第五节 人格的评估与诊断

一、概述

（一）人格的概念与评估

人格（personality）接近于个性（individuality），在本书未加区分。人格尚没有公认的统一定义，因此人格类型的划分也多种多样，人格评估或人格测验的方法和种类也各不相同。

一般地，可把人格理解成人与人之间心理特点的差异。广义地说是指人的个别性，狭义上仅指人的气质和性格（character），有时还将人格与性格等同来看。我们可以这样看，性格是人格的评价（如懒），人格是性格的去评价，气质是人格的情绪部分，它

们与能力一起可被称为人格特征（或个别差异），在总论里已有提及。

人格与意识的关系问题，在医学心理学临床非常重要。由于人格是个体在长期发展过程中慢慢形成或沉淀而成的习惯性反应，往往具有“自动化”的特点，故人格的相当部分是“非意识”的表现。但人格又有“意识”的成分，其中自我意识就是重要的方面。一个人之所以成为“我”。其中核心就是个人对自己的意识。不过，我们又不能因此而错误地认为，凡是涉及人格的问题，个体都可以通过其意识活动轻易地得到控制，从而忽略了人格问题的习惯性、顽固性和非意识性（已在本书前面有关章节反复强调）。

对于人格评估，除了上述定义和内容方面容易混淆之外，还需要注意避免某些常见的误解和错觉。例如，只要测验结果在一定范围之内，不应该过分关注正常人群的人格谁比谁好的问题。其实在日常生活中，有的人喜欢安静，有的人喜欢热闹，就较难说谁比谁好。即便在医学临床，内、外倾人格哪一种易患某种心身疾病，也是各有其侧重的。另外，要注意心理学中的“人格”相对中性，而人们日常口语中的“人格”往往道德化，两者的含义存在差异，故不能混为一谈。明了这几点后，来访者在具体接受人格评估或测试时就会尽可能实事求是地回答问题，而不是故意装作，以求获得优良结果。

（二）人格的评估方法

人格的评估方法从理论上来说也包括：观察法、晤谈法、测验法和实验法。

观察法和晤谈法同样是人类用于判断某一个人人格基本特征的最早和最实用的手段，自古代孔子对其弟子的品行评价，到当今对企业员工和幼儿园儿童的评语，无不如此。当然，这类评估结果的信度和效度显然受制于评估者的学识、能力和经验等多种因素。

实验法在理论上也可以作为人格评估的手段。同样以各种面试现场为例，考官往往提几个问题让被试当场做出反应，其中部分目的是了解其性格特点，类似于实验法（或晤谈法、观察法和实验法的结合）。图 5-3 显示甲、乙两个儿童在设定的实验情景中（展览室）的参观运行轨迹，通过比较甲（实线）、乙（虚线）两儿童在该实验中的反应轨迹，读者对他们的某些人格特点会有不同的比较和判断。

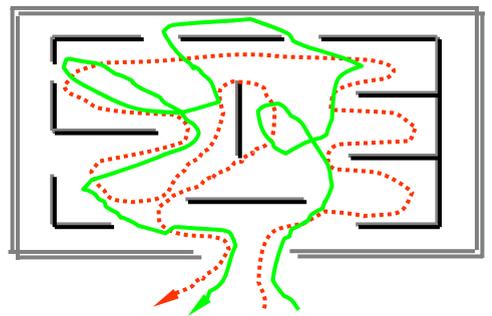


图5-3 儿童参观展览实验现场轨迹图
（甲实线；乙虚线）

不过，由于人格结构的复杂性和多面性，人格测验仍然是目前广泛使用的人格诊断和评估方法。人格测验方法在学术界不但出现时间相对较早（仅比智力测验稍迟），且至今仍然是各类最成熟心理测验之一。目前实际应用于评估人格或个性的技术和方法常用的是问卷法测验和投射法测验。属于问卷法的有明尼苏达多相人格调查表（MMPI）、艾森克人格问卷（EPQ）、卡特尔 16 人格因素测验（16pf）、内外向性格量表、气质量表等等，属于投射法的有洛夏墨迹测验和主题统觉测验等。

（三）特质理论与人格测验

人格理论很多，而且许多人格测验方法就决定于某种人格理论。例如，精神分析理论（或心理动力理论）基础上的人格投射测验，如主题统觉测验 TAT、洛夏墨迹测验、人树房测验等；行为类型学说基础上的结构式晤谈（structured interview）伴观察法评估 A 型行为等。其中人格特质理论对于理解目前多种人格测验（如 16pf、EPQ）很有帮助，我们这里仅举特质理论中的一种——Eysenck 特质理论作简要介绍。

特质理论认为，人与人的行为方式各不相同，是由综合性活的单元来决定。这些单元就是特质（traits）。也就是说人格是由各种特质构成的。例如某一个人在图 5-4-1 显示的各种外界情境中，常做出相应的习惯性反应（HR），这些情境和习惯性反应模式综合成一种“攻击性”特质。当然还可以综合出“交际性”特质等。特质理论认为，许多不同的特质构成人格类型。同时认为每种特质又由许多习惯反应构成。这样就形成特质的人格层梯模型（图 5-4-2）。

特质理论可以帮助人们相对简单地理解人格结构，以及众多的人格测验量表。这些常用的人格量表采用问卷法，其中一个个条目就是用来反应个体的习惯性反应（HR）的，各种代表性习惯反应的集合就是某种人格特质或者人格维度。

下面介绍几种较常见的人格量表。

二、常用人格测验量表

（一）内、外向性格测量

内外向性格量表（introversion-extroversion）是人类性格的基本类型，反映个体稳定的对事物态度和习惯化行为方式的指向性。内外向最早是由精神分析学者荣格根据人的思想、情感、感觉、行动等特点所划分的人类性格类型。目前许多与性格有关的心理测验问卷如 EPQ，MMPI 等均有内外向性格量表（分）。

典型的外向（倾）性格表现为善于社交，喜欢聚会，朋友多，乐于交谈，不喜欢独自阅读，容易激动等心理行为特征。典型的内向（倾）表现为安静，退居，自省，喜欢阅读，不喜欢人际交往，除少数朋友外与别人保持距离，不易激动，处事谨慎，喜欢整齐有序的生活方式等心理行为特征。但是现实生活中以居中间状态的人为多，实际上内外向是一个维度，是一个连续体，符合正态分布的规律，居于非内非外区域的人群应属最多。

由 Neymann CA 和 Kohlstedt KD 编制的内、外倾人格测验，共 50 条目。被试者根据自己情况选择回答“是”或“否”。例如：

- 做事习惯于自己说了算 是 （否）
- 快乐主义人生观 （是） 否

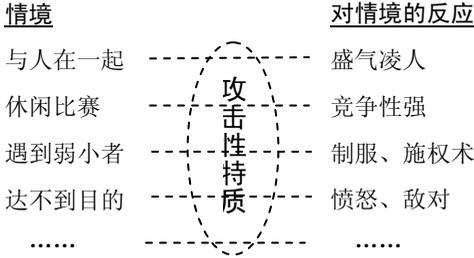


图 5-4-1 “攻击性”特质示意图

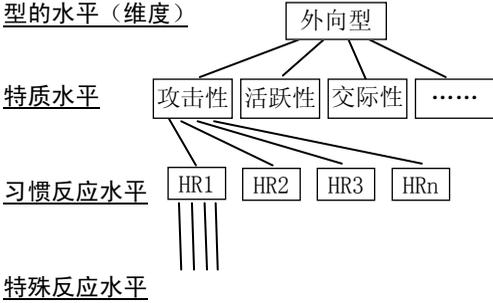


图 5-4-2 人格的“层梯”模型

喜欢沉静安闲 是 (否)

任何说话场合都愿意参加 (是) 否

这些条目有的代表外倾(加括弧),有的代表内倾。将内倾和外倾总分相比较分数多的就是这一倾向。如 50 题均为外倾,则完全为外向人格,反之亦然。但实际上,即便非常外向的人,也不大可能选择全部外倾条目。这个道理在心理测验中很重要。

一位学生正在做内外向性格测验。突然他向老师提出,这个测验不科学。老师问其为何,答曰:以“做事习惯于自己说了算”这个条目为例,我有时候是的,有时候不是的,因此无法准确回答。老师解释,只需大概符合就可以选答。他又说:“大概符合”就更不准确、不科学了。老师只得作进一步解释:这里有 25 个条目用于反映外向,假如你的性格是 80%的外向,又假如你的 80%外向是平均分布在所有的 25 条目上,那么要获得准确的结果,你必须在每一个条目选取 0.8(显然不可能),或者必须“选对”20 条“选错”5 条。现在,由于你采用绝对的准确、绝对的科学去答题,反而可能出现“四舍五入”现象(因为由 0.8 靠向 1 比 0.8 靠向 0 要更准确些),结果每一个条目都选上,最后得了满分 25 分。这说明,你越是绝对认真、极度准确的态度去答题,所获得的测验结果可能反而不准确(多了 5 个外向分),这才是真的不科学。(这个解释适用于临床上以“是、否”答题的各种测验)

(二)、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), 是国际上著名的人格量表,由美国明尼苏达大学哈萨维(Hathaway SR)和墨金莱(McKingley JC)等于 1943 年编制。它常作为精神科调查表,现也广泛地应用于心理学和心身医学等领域。宋维真等在美国明尼苏达大学有关人士的帮助下,于 1979 年开始在我国对该量表进行修订研究工作。该量表采用问卷法,共有 566 条目。包括如下十四个分量表,其中前 10 个是临床量表,后四个是效度量表(validity scale):

- (1) HS 疑病(hypochondriasis)
- (2) D 抑郁(depression)
- (3) Hy 癔病(hysteria)
- (4) Pd 病态偏倚(psychopathic deviate)
- (5) Mf 男人气-女人气(masculinity-femininity)
- (6) Pa 偏执狂(paranoia)
- (7) Pt 精神衰弱(psychasthenia)
- (8) Sc 精神分裂症(schizophrenia)
- (9) Ma 轻性躁狂(hypomania)
- (10) Si 社会内向(social-introversion)
- (11) L 说谎分数
- (12) F “效度”分数
- (13) K 校正量表
- (14) ? 疑问分数(不能回答的题目数)

MMPI 条目举例如下:

- (3) 我早上起来时多半感觉睡眠充足
- (27) 有时有邪恶缠住我

(28) 人若负我，我就要报复，这是原则

(45) 有时我也讲些假话

被试者对每一道题采用“是”或“否”来回答。

调查表中设若干说谎、校正、疑问等量表条目，是为了对测试记录进行全面估价，使测定结果尽量达到准确无误。例如，有一部分题目(如上述第 45 题)，一般应该答“是”，如果某一被试者对这类题目的回答均相反，则说明否认事实，将它归于说谎量表分数，超过一定值时，该测验要作废。另外，条目中有部分内容是重复的，如果这中间有四道题前后答案是矛盾的，或者整个问卷有 30 题不能回答(疑问量表分)，都将影响信度。这种情况也都可使该问卷作废。

某些过于坦率的被试者，回答的量表分过高，偏向不正常分；也有些病人否定症状，结果使量表分偏低。这时可用 K 校正量表分进行校正，从而减少假阳性率。

从测试结果可算出各个量表分，再确定被试人格类型是否异常。

目前，MMPI-2 已被引入国内，共 567 个条目，除了 10 个临床量表，尚有 7 个效度量表，10 个附加量表和 15 个内容量表。

在心理门诊，MMPI 的使用频率较高，但对于 10 个临床量表，在排除精神疾病诊断以后，对正常来访者不宜根据分量表名称作直接解读。例如，MMPI 的 Pd (psychopathic deviate) 分量表名称是“病态偏倚”或“心理变态”，明显是一个精神病学的概念。心理门诊的大多数来访者并非精神病人，或者说基本上都是正常人，但他们的 Pd 量表分往往偏高，T 分可以达 60-75。对这些高分者，不但宜拿原量表的解释(如：难以控制，家庭关系破裂，冲动，不遵纪守法，可能存在酒精中毒或滥用药物问题等)来说事，即便以“心理变态”作解释，也会引起反感，而且也并不准确。这就像“高个子”与“巨人症”是两个概念，只有当身高达到非常水平，且有垂体前叶机能异常等其他证据，才算是巨人症，对一般人则称为“高个子”更合适。因此，对于高 Pd 量表分的正常来访者，建议使用“过度的认真”、“执著”、“固执”、“偏执”等词汇做解释。同样，对于高 Hy (癔症) 量表分的正常来访者，可以使用“敏感(心理的、身体的)”、“依赖”、“幼稚”等词汇做解释。MMPI 的其它临床量表也存在类似的问题，可采用类似的委婉解释。实际上，笔者的经验是，突出 Pd 和 Hy 两项高分的来访者，往往会表现明显的自动性思维和强迫倾向，上述解释正好可以启动来访者接受门诊认知指导(治疗)。

(三) 艾森克人格问卷

艾森克人格问卷 (Eysenck personality questionnaire, EPQ) 由 Eysenck HJ 和他的夫人 Eysenck SBG 根据其人格特质理论(见前文)所编制，用于评估他提出的 32 个人格特质和外向内向 (extroversion/introversion, E) 和神经质 (neuroticism, N) 两个人格维度(图 5-5)，以及后来增加的精神质 (psychoticism, P) 维度。此外，EPQ 还包含有撒谎或掩饰量表分 (lie, L)，用于判断个体测验结果的可靠程度，但有人认为 L 也是一种人格维度，

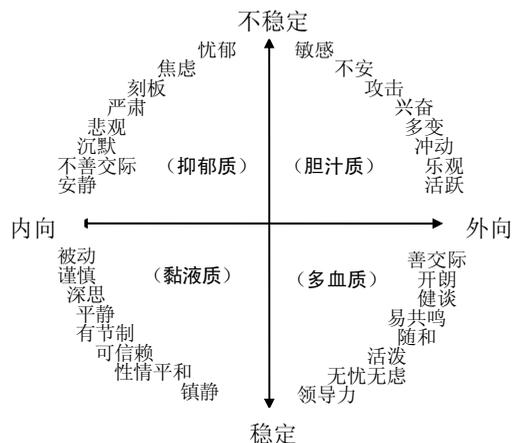


图 5-5 艾森克人格二维模型

随年龄增长 L 量表分会随之变化。

各条目按是、否作答，所有条目均须回答。临床应用证明，此量表的评估有比较高的真实性，适用于在心理卫生工作领域使用，也广泛应用于精神科或心身医学领域的成年病人，心理咨询门诊和各类医院的病房及门诊也可应用。

EPQ统计指标有：

E分：即外向-内向。高分提示个性外向。

N分：即神经质，高分提示个性中有情绪不稳定性。E和N是最先提出的人格维度。

P分：即精神质，高分提示孤独、不关心他人，难以适应环境，不近人情，喜欢干奇特的事情等。是后来提出的人格维度。

L分：即掩饰分，高分提示测定过程中有过高的掩饰倾向，显示结果不可靠。但高分也提示个性中有成熟、掩盖等特点。

上世纪 80 年代国内有陈仲庚（85 条目）和龚耀先（96 条目）各自修订的成人版 EPQ（尚有儿童版）。钱铭怡等于 2000 年修订的简式量表 EPQ-RSC，也含 4 个分量表，但各仅 12 条目。

条目举例（按 85 条目版）：

（1）你是否有广泛的爱好？（E）
是 否

（3）你的情绪时常波动吗？（N）
是 否

（19）你想服用有奇特效果或是有危险性的药物吗？（P）
是 否

（31）你在儿童时代是否立即听从大人的吩咐而毫无怨言？（L）
是 否

（四）卡特尔 16 项人格因素

卡特尔（Cattell RB, 1905-1998）最早应用因素分析法研究人格，其编制的 16 种人格因素（16 personality factor, 16pf）问卷应用十分广泛。

卡特尔的人格特质理论认为，有 16 个根源特质构成人格的基础，测定这 16 个根源特质在某个人身上的程度，就可了解此人的性格特征。人格特征的个体差异，也是由于这 16 种特质在每个人身上的组合不同所决定。

卡特尔 16 项人格因素问卷共有 187 个条目，各条目基本三级计分（题例：我感到在处理多数事情上我是一个熟练的人。A. 是的；B. 不一定；C. 否）。

16PF 在国内有多个修订版本。图 5-6 是笔者编程的 16PF 计算机辅助测试结果剖面图。

16PF 测试报告

姓名: 性别: 男 年龄: 21 日期: 2012-2-29 14:2 常模: 高中男生 编号:

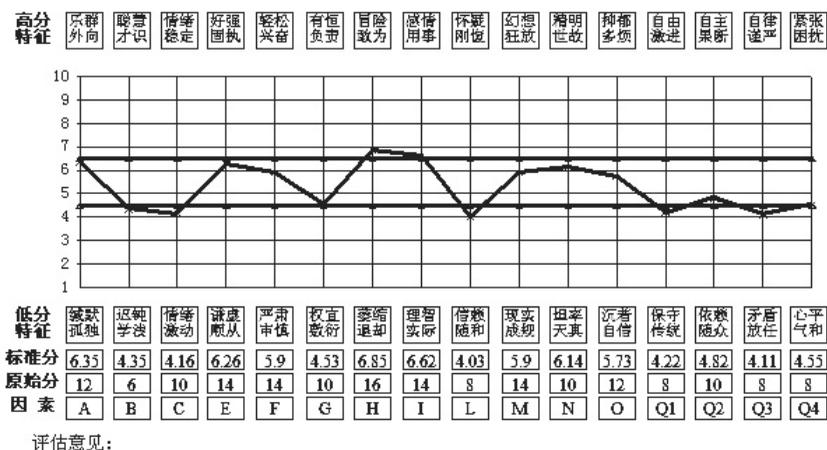


图 5-6 16PF 测试结果剖面图

(五) 气质量表

气质 (temperament) 是指一个人人生来就有的典型的、稳定的心理特点, 是个人心理活动动力特征的总和。心理活动的动力特征主要是指心理过程的速度和灵活性, 心理过程的强度和稳定性, 以及心理活动的指向性等。

关于气质的生理机制有各种不同的解释, 早在公元前五世纪, 古希腊著名医生希波克拉底观察到不同的人有不同的气质。他认为, 人体内有四种体液: 血液、粘液、胆汁、黑胆汁, 不同的气质取决于这四种体液的混合比例。他根据四种体液在人体内哪一种占优势, 而把气质分成四种类型, 即多血质、粘液质、胆汁质和抑郁质。这四种气质类型的概念沿用至今, 并由于近代高级神经活动类型研究的证据被赋予了新的意义。

该量表由我国心理学工作者张拓基, 陈回昌编制, 已得到较广的应用。是按多血质、粘液质、胆汁质和抑郁质四种气质类型各 15 条目构成。各条目由被试自评, 以非常符合至非常不符合分五个级别按 2 至 -2 计分。最后结果以气质类型表示, 如某种气质得分明显高出其它三种均为 4 分以上, 则将被试定为该种气质类型; 如两种气质得分相差低于 3 分而又高于其它两种均 4 分以上, 则定为两种气质的混合型(如胆汁质、多血质); 如三种气质得分相差均低于 3 分但均高于第四种 4 分, 则为三种气质的混合型。最后还可能存在第 13 种气质类型即四种气质的混合型。

(六) A型行为类型问卷

A 型行为类型 (type A behavior pattern, TABP) 的评定工作以美国临床医师弗雷德曼 (Friedman M) 等在 20 世纪 50 年代对冠心病人的性格或行为表现进行系统和科学的观察与研究开始。使用的方法有结构式会谈法和问卷法。国内在张伯源主持下, 已修订一个适合我国人群的 A 型行为类型评定量表。量表采用问卷形式, 通过病人及家属的主观判断进行回答。

量表包括有 60 个项目, 可分别归入三部分: ①“TH”, 有 25 题, 表示时间匆忙感 (time hurry), 时间紧迫感和做事快等特征; ②“CH”, 有 25 题, 表示争强好胜 (competitive), 怀有戒心或敌意 (hostility) 和缺乏耐性等特征; ③“L”, 有

10 题，为真实性的校正（即测谎）题，用以考验被试者回答问卷的真实性。

（七）、洛夏测验

洛夏测验（Rorschach test）属于投射测验，被试对呈现的 10 幅似是似非的墨迹图画做出回答。其目的在于诱导出被试者的经验，使其人格特点投射在对这些测验材料的反应中。回答结果按制定的某些指标例如反应时间长短、联想纳入等进行分析，然后做出诊断。这种测验可用于测定智力、人格或用作临床诊断手段，但需有经验的专业人员进行。同属于投射人格测验的还有主题统觉测验（TAT）和人树房测验等其它种类。

（八）大五人格测验

近年来，人格结构五因素模型即大五（big five）人格受到重视并被广泛应用（Komarraju M 等，2011）。这五大人格特质分别是情绪稳定性（neuroticism, N）、外向性（extraversion, E）、开放性（openness, O）随和性（agreeableness, A）和谨慎性（conscientiousness, C）。类似于卡特尔人格的因素特征，大五人格特质的特征见表 5-1。

表 5-1 大五人格的因素特征

特质	名称	低分特征	高分特征
N	情绪稳定性	平静、放松、不情绪化、安全感	烦恼、紧张、情绪化、不安全感
E	外向性	谨慎、冷静、冷淡、话少	好社交、活跃、乐观、重感情
O	开放性	讲实际、兴趣少、无艺术性	兴趣广泛、有创新性、富于想象
A	随和性	多疑、不合作、报复心重、残忍	信任人、助人，宽宏大量、直率
C	谨慎性	无目标、不可靠、懒惰、粗心、享乐	有条理、可靠、勤奋、自律、准时

相应的量表见之于 John OP 等（1991）编制的大五人格问卷（big five inventory, BFI），有 44 个条目。还有 Goldberg LR（1992）的 TDA, Casta PTJr 和 McCrae RR（1992）的 NEO 等。近年国内张建新等修订有 60 条目的简式版（NEO-FFI）。

据认为，大五人格是超越以往人格特质理论（如艾森克三因素、卡特尔十六因素）的“最好的”人格模型。

第六节 情绪和心身症状的评估与诊断

一、概述

（一）情绪概念与情绪评估

情绪概念的发展，为我们综合评估情绪提供依据。

在心理学领域，情绪最早被定义为是个体对客观事物是否满足自己的需要而产生的态度和体验。这里的“态度和体验”基本是主观的。因此，如果进行情绪评估和诊断，只需询问来访者本人的自我体验就可以了。临床医生一直来就是这样做的。

20 世纪中后期，随着行为科学实验的发展，情绪定义发生微妙变化。此阶段情绪被定义为是个体对客观事物是否满足自己的需要所产生的体验和反应。这里的“行为反应”基本是客观的。因此，情绪评估除了对主观体验方面进行询问（晤谈）外，还可

以通过实验法、观察法等现代科学的方法掌握情绪的客观数据。当时，动物“情绪”实验研究风行，实则不足为奇。

随着医学心理学在我国的发展，对情绪的关注从个体的主观体验和外部行为表现，转向了情绪的内部生理变化上。故在 20 世纪 80 年代以后的医学心理学教材中，我们必须反复强调情绪的三方面内容：情绪体验、情绪行为表现（表情）和情绪生理反应。

在目前广泛使用的各种情绪症状量表，只要仔细观察一下，就可以发现其中包含有各种“主观体验”、“行为表现”和“生理变化”三类不同内涵的条目。

目前综合医院的临床医生仍普遍受认知定势的影响，认为病人的情绪“主诉”（或对医生问诊的回答）就是情绪“评估”和“诊断”。实际上，有经验的医生都知道，病人说的未必就是他的客观情绪水平。要准确评估和判断一个病人的情绪状态，需要通过“问”、“看”和“检测”等综合的手段。

（二）情绪理论与情绪评估

同样，情绪理论也为我们综合评估情绪提供了依据。

沙赫德（Schachter S）等通过实验研究提出情绪认知生理理论（参见第三章）。该理论为综合评估情绪提供三方面线索。

首先，个体的认知（即实验中的告知方式），是情绪的重要主观影响因素，决定情绪的程度和发展方向。故可以通过询问、问卷等方式获得患者的情绪的主观体验信息。

其次，个体的环境（即实验中的实验情境），这是决定情绪好坏及情绪水平的外在条件。故可以通过观察和调查病人的社会活动和环境空间以获得情绪的行为学方面信息。

第三，个体的生理因素（即实验中的生理唤起因素），这是决定情绪水平的生物学基础。故对于临床病人，需要获取其情绪的生物学方面信息。例如，某些病症（如甲状腺机能亢进），某些药物（如皮质激素、利血平），某些手术（如中枢手术、卵巢切除），都可以影响患者的情绪性质和水平。

（三）情绪和症状的评估方法

情绪和心身症状的评估方法从理论上来说同样也包括：观察法、晤谈法、测验法和实验法。

观察法和晤谈法是临床上最常用的评估情绪和心身症状的手段。可以说，每个有经验的医生或心理咨询师，日常工作中都在有意无意地通过观察与晤谈，来了解患者或来访者的心理（主要是情绪）状态。当然，这类评估结果的信度和效度，受制于评估者对心理行为科学知识和方法的理解和掌握，以及实际经验等。

实验法在理论上应是评估病人情绪和心身症状的重要手段之一。在临床实际工作中，医务人员每天动态接触大量与疾病相关的生物学指标，如果能够加以注意和训练，会成为通过捕捉病人生物学指标的细微变化把握病人“心身”变化的行家里手。这就是医疗“艺术”，在现实中很常见。

不过，由于测验技术的相对成熟，特别是对信度、效度的把握，各种情绪评估量表和心身症状量表，越来越成为临床广泛使用的情绪和心身症状评估方法。

目前国内临床常用的症状评定量表，多是评定有关情绪和各种心身症状。如 90 项症状自评量表（SCL-90）、抑郁自评量表（SDS）、焦虑自评量表（SAS）等。

二、常用情绪和症状评定量表

(一) 九十项症状自评量表

九十项症状自评量表 (symptom check list 90, SCL90)，是Derogatis LR以他编制的Hopkin's症状清单(HSCL, 1973)为基础所制定，用以评定个体的心身症状程度，其90个条目有比较广泛的症状内容，从感觉、思维、情绪、意识、行为直至生活习惯、人际关系、饮食睡眠等均有所涉及。各条目按“没有”、“很轻”、“中等”、“偏重”、“严重”5级评分。临床应用证明此量表的评估有比较高的信效度，适用于精神科或非精神科的成年病人、心理咨询门诊、心理健康调查研究等。各类医院的病房及门诊均可应用。

SCL90常用统计指标有：总分，总均分，阳性项目数，阴性项目数，阳性症状均分和9个因子分。以因子分和总分使用最多。

SCL90的9个因子定义、条目和主要涵义如下：

1. 躯体化 包括1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56, 58共12个条目。该因子反映主观身体不适感。包括心血管、呼吸道、胃肠道系统不适，及头痛、脊痛、肌肉酸痛和焦虑的其他躯体症状。

2. 强迫 包括3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55, 65共10个条目。主要反映那些明知没必要但又无法摆脱的思想、冲动和行为表现。

3. 人际关系敏感 包括6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69, 73, 共9个条目。主要反映人际关系敏感、不自在感与自卑感。

4. 忧郁 包括5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71, 79共13个条目。反映忧郁苦闷感情和心境、兴趣减退，缺乏活动愿望，丧失活动力，及与忧郁相关的其它感知及躯体方面的问题。有几个条目涉及死亡、自杀等涵义。

5. 焦虑 包括2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80, 86共10个条目。包括一些通常在临床上明显与焦虑症状相关联的症状与体验，如无法静息、神经过敏、紧张及相应的躯体征象（如震颤）。主要内容涉及那种游离不定的焦虑及惊恐发作。

6. 敌对 包括11, 24, 63, 67, 74, 81共6个条件。主要从思想、感情及行为三方面来反映个体的敌对表现，包括厌烦、争论、摔物、直至争斗和不可抑制的冲动暴发等方面。

7. 恐怖 包括13, 25, 47, 50, 70, 75, 82共7个条目。与临床恐怖症所反映的内容基本一致，恐惧对象包括出门旅行，空旷场地，人群或公共场合及交通工具，及反映社交恐怖的条目。

8. 偏执 包括8, 18, 43, 68, 76, 83共6个条目。偏执的概念较复杂，这里主要涉及思维方面，如投射性思维，敌对，猜疑，关系妄想，妄想，被动体验和夸大等。

9. 精神病性 包括7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88, 90共10个条目。其中有幻听、思维播散，被控制感，思维被插入等反映精神疾病症状的条目。

10. 其他 包括19, 44, 59, 60, 64, 66, 89共7项。是反映睡眠、饮食及死的感受等情况。

SCL90的9个因子各代表一种常见的临床心理症状，如躯体化、强迫、人际敏感、抑郁、焦虑和恐怖等，测定这些现象学的症状，可辅助心理门诊的诊断或排除诊断，也

可作为门诊过程的症状学动态指标。故 SCL90 是门诊最常用的量表之一。但在使用过程中以下两点值得注意。

(1)由于 SCL90 某因子所代表的心理症状往往与一种精神疾病（主要是神经症）相对应，例如 SCL90 的因子分躯体化与精神疾病的躯体化障碍，还有强迫与强迫症，焦虑与焦虑症，抑郁与抑郁症，人际敏感、恐怖与社交恐怖等，来访者对此很易混淆。故心理医生应向有疑问的来访者解释清楚，某一个因子分高，并不意味着就是某一种疾病（神经症）。医生自身更应认识到，反映心理症状程度的某一项因子分，其实是正常人行为中的一个维度分，就像前文提到的“高个子”区别于“巨人症”，即使因子分偏高，也只做现象学解释，除非有其它证据，否则不应轻易地将其贴上某一种疾病的标签。

(2)在 SCL90 测定结果的剖面图上，分析各个因子分的峰值，有助于整体判断来访者的心理症状种类和程度。但有时候，会出现所有因子分的峰值都高高在上，例如 T 分都超过 90 甚至 100，甚至无错落感。此时不能简单地认为来访者症状非常严重。经验显示，这种情况往往与来访者被动来访（不相信、不合作但又逼于无奈）、装病（有目的地退学、调动）以及高度焦虑等情况有关，需要加以甄别。

（二）抑郁自评量表

抑郁与焦虑是常见的而且在心身健康方面最为重要的两种情绪，是应激研究中常被关注的中间或结果变量，也是临床的重要的心身症状。

简明的测定抑郁的常用方法有 Zung 抑郁自评量表（Zung self-rating depression scale, SDS）等。SDS 由美国杜克大学医学院的 Zung WVK 于 1965 年所编制，含 20 个项目，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 个级别分别记分 1-4 分。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。

测定结果分别以粗分和标准分（粗分 $\times 1.25$ ）形式报告，在某些情况下还可以分析有关条目的得分情况。目前一些计算机辅助测验结果可以直接与常模比较并以剖面示意图方式显示和报告。

（三）焦虑自评量表

焦虑和抑郁是常见的而且在心身健康方面最为重要的两种情绪，是应激研究中常被关注的中间或结果变量，也是临床的重要的心身症状。

简明的测定焦虑的常用方法有 Zung 焦虑自评量表（Zung self-rating anxiety scale, SAS）等。SAS 由美国杜克大学医学院的 Zung WVK 于 1965 年所编制，含 20 个项目，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 个级别分别记分 1-4 分。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。

测定结果分别以粗分和标准分（粗分 $\times 1.25$ ）形式报告，在某些情况下还可以分析有关条目的得分情况。目前一些计算机辅助测验结果可以直接与常模比较并以剖面示意图方式显示和报告。

此外，国内还有 Hamilton 焦虑量表（HAMA）和 Hamilton 抑郁量表（HAMD），属他评量表，在精神科临床使用较多。还有贝克抑郁问卷（BDI）、老年抑郁问卷（GDS）、医院焦虑抑郁量表（HADS）、状态-特质焦虑调查表（STAI）等情绪量表。

在症状评估方面，还有康奈尔医学指数（Cornell medical index, CMI），是在 1949

年由康奈尔大学 Brodman K, Erdman AJ, Lorge I 和 Wolff HG 等设计的简便自觉症状调查表, 包括躯体各系统的症状到精神症状, 可作为心理障碍的筛查工具。

第七节 应激的评估与诊断

一、应激概念与应激评估

(一) 应激概念发展影响评估

自 20 世纪 30 年代以来, 不同学术领域、不同理论观点的人, 对应激的定义和理论认识一直在不断变化着(参见第四章)。而不同的应激定义和理论解释, 又必然影响应激的评估和诊断。

当应激被认为是一种反应时, 应激评估自然也集中在临床症状或生物学指标方面。正如第四章所提到的, 医学界由于历史渊源和实际工作性质决定, 在应激的评估和诊断上, 至今还是侧重于应激的临床症状或生理变化方面。在这里, 对应激的评估和诊断自然也倾向于临床症状指标直至基础分子生物学指标。

当应激被认为是紧张刺激, 是生活变化, 是不幸事件, 是一种刺激时, 应激的评估自然也集中在如何建立和量化各种引起应激的社会生活指标方面。正如第四章所提到的, 我国心理学界由于历史渊源和实际工作性质决定, 在应激的评估和诊断上, 至今还有一些著名专家认为生活事件评估就是应激的评估, 并将编制的生活事件问卷以评估应激的名义推向国家层面的应用领域。

随着 20 世纪 70 年代 Lazarus 为代表的应激交互理论的出现, 近几十年特别是在临床应用领域, 已经越来越倾向于应激多因素研究。这样, 应激评估和诊断也就自然而然地转向探讨如何评估和量化各种应激有关因素。

(二) 应激因素的界定影响评估

但一个问题随之而出。这就是现阶段学术界对许多应激有关因素之间的定义分割并不清晰。结果出现了这样的现象: 许多生活事件量表中包含有社会支持和应对方式等成分; 社会支持量表里也包含有生活事件、人格特征和认知评价等成分; 应激反应(心身症状)问卷中包含有应对方式甚至生活事件等成分, 不一而足。因此, 当我们将许多应激有关因素的量表面单独使用时, 只要根据量表设计的理论假设进行解释即可。但当我们多个应激相关问卷在一起使用时, 就不能不注意到上述各因素间内涵上的大量交叉重叠现象。

因此, 需要重新考虑应激有关因素之间的概念界定和评估方法制订的问题。

二、应激的评估方法

应激多因素研究涉及的变量有心理的、社会的和生物学的。对这些变量的评估和量化, 自然也包括心理的、社会的和生物学的方法。但归结起来, 应激评估方法同样包括: 观察法、晤谈法、测验法和实验法。

观察法和晤谈法是目前临床医生最常用的应激评估手段。实际上, 长期以来医生们对其所管理的病人心理压力的判断, 很大程度上都是来自于对病人言谈举止的倾听和观察, 以及根据自身的经验。今后如果能够将应激因素的心理评估方法逐渐引入医学临床,

将会使临床应激评估和诊断工作锦上添花。

量表测验法是目前应激研究工作中使用最多的评估方法。包括国内编制和引进的各种生活事件、应对方式、社会支持等量表。笔者在这一方面也编制了多种相关的应激评估量表，将在下文介绍。

实验法在应激的理论和基础研究中，具有重要的不可替代的作用（详见第四章）。除了特定的心理社会实验（如压力的情景设计），目前与应激有关的实验研究更多的涉及分子生物学指标。其实，在临床医学工作中，应结合临床大量的生物学指标，逐渐筛选和确立起病人心理压力综合评估的生物学参考指标。

第八节 心理社会应激调查表（PSS）

一、应激系统模型与 PSS

根据应激系统模型（参阅第四章），心理应激被定义为是个体的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和心身反应等生物、心理、社会多因素构成相互作用的动态平衡“系统”，当由于某种原因导致系统失衡，就是心理应激。

因此，心理应激诊断和评估，需要涉及上述各种应激有关因素。

正如上一节所述，目前许多应激有关量表之间，如生活事件量表、社会支持问卷、应对问卷、心身症状问卷等，存在较多的内涵上的交叉和重叠。为此，笔者在系统模型基础上，二十多年来坚持设计相对独立的各种应激有关因素量表，试图尽量减少这种内涵上的交叉和重叠。具体的构思或设计基础是：将认知评价因素内化到生活事件和应对方式；将人格特质反映在特质应对问卷上；将社会支持限定在个体感受到的受支持水平上；将应激反应分为心理反应、行为反应和生理反应。这些都在心理社会应激调查表（psycho-social stress scale, PSS）中得到体现。

PSS是在浙江省首届自然科学基金项目“心理社会应激调查表的制订”（题号288140）资助下的课题成果，是心理应激的综合评估量表，由4项相互关联又相对独立的应激相关量表组成：“生活事件问卷”（LEQ）、“特质应对方式问卷”（TCSQ）、“领悟社会支持量表”（PSSS）和“心理应激反应问卷（SRQ）”。以上4项量表可综合反应个体的各项心理应激因素，作为整体考察个体心理应激（压力）水平及特点的评估依据。用PSS的综合测试结果可作为临床分析参考（图4-6）。同时，PSS中的四个问卷，也可以分别单独使用于评估相应某种应激因素。另外笔者还编制有计算机辅助的PSS测查软件。

二、生活事件问卷（LEQ）

PSS的“生活事件问卷”（LEQ），其评估结果可列入PSS整体测验结果的剖面图之中（图4-6）。

（一）背景

生活事件（life events）是指可能会引起压力反应的各种生物的、心理的、社会的、文化的刺激。LEQ包括76项事件，尽量涵盖了各种生活事件问卷的条目内容。被试者在填写时须仔细阅读和领会指导语，然后逐条回答。根据要求，被试将某一

间范围内（通常为一年内）的事件一一记录，如果被试者自己评估“有”某项事件，则根据对自己的影响程度，在后面的“极微”、“小”、“中等”、“大”、“极大”5个等级中做进一步评估。如果没有，则选择“没有”。在对于表上已列出但并未经历的事件应一一注明“没有”，不留空白，以防遗漏。该问卷反映了个体在认知评价基础上的生活事件。

有关生活事件问卷LEQ的原始资料作者：钟霞（2004，2005）、吴志霞（2006）、任伟荣（2006）、滕燕（2007）等。

（二）量表

指导语：从现在开始向过去推算，近一年你遇到了哪些生活事件？

条目	条目
1. 配偶亡故（1）	39. 工种更动（2）
2. 父母亡故（1）	40. 工作显著增加（2）
3. 子女亡故（1）	41. 业余培训（2）
4. 其他亲属亡故（1）	42. 辞职（2）
5. 好友亡故（3）	43. 升学就业受挫（2）
6. 离婚（1）	44. 严重差错事故（2）
7. 夫妻感情破裂（1）	45. 晋升问题（2）
8. 夫妻经常吵架（1）	46. 失业待业（2）
9. 失恋（1）	47. 事业不得志（2）
10. 找对象困难（1）	48. 不喜欢现工作（2）
11. 子女出走（1）	49. 借债（4）
12. 子女行为不端（1）	50. 财产损失（4）
13. 子女就业（1）	51. 收入显著增加（4）
14. 子女结婚（1）	52. 经营亏损（4）
15. 领养寄子（1）	53. 重病外伤（1）
16. 开除（2）	54. 受惊（1）
17. 刑事处分（3）	55. 怀孕（1）
18. 行政处分（2）	56. 分娩（1）
19. 政治性冲击（3）	57. 流产（1）
20. 免去职务（2）	58. 绝育手术（1）
21. 名誉受损（3）	59. 睡眠重大改变（1）
22. 受人歧视（3）	60. 性生活障碍（1）
23. 恢复政治名誉（3）	61. 家庭成员不和（1）
24. 入党入团（3）	62. 家属重病（1）
25. 突出成就荣誉（2）	63. 家属刑事处分（1）
26. 结婚（1）	64. 家庭行政处分（1）
27. 复婚（1）	65. 家庭成员外迁（1）
28. 开始恋爱（1）	66. 家庭新添成员（1）
29. 好友决裂（3）	67. 家庭人口过多（1）
30. 与上级冲突（2）	68. 父母离婚（1）

- | | |
|--------------|----------------|
| 31. 邻居纠纷 (3) | 69. 夫妻两地分居 (1) |
| 32. 同事纠纷 (2) | 70. 搬家 (1) |
| 33. 法律纠纷 (3) | 71. 暂去外地 (1) |
| 34. 退休离休 (2) | 72. 住处环境噪音 (1) |
| 35. 入学就业 (2) | 73. 业余爱好改变 (2) |
| 36. 退学 (2) | 74. 住房紧张 (1) |
| 37. 参军复员 (2) | 75. 劳累过度 (1) |
| 38. 留级 (2) | 76. 夜班不适应 (2) |

注：条目后括号数字，代表该条目所属的事件分类

(三) 计分方法：

问卷各条目从“无”到“影响极大”分别以0~5等级计分。参考2700余例正常和病人样本的尝试性因素分析结果，主要按现象学分为4类：即家庭相关事件，工作学习事件，社交及其他事件和经济事件四个量表分(重测信度分别为0.833,0.800,0.969和0.474)。1323例生活事件问卷调查结果见表5-2。

统计指标包括：

- LCU1家庭健康事件量分 (39条目)；
- LCU2工作学习事件量分 (23条目)；
- LCU3人际及其他事件量分 (10条目)；
- LCU4经济事件量分 (4条目)；
- LCU生活事件总分 (76项)。

表 5-2 1323 例健康人群生活事件问卷 (LEQ) 参考结果

例数		家庭健康	工作学习	人际及其它	经济	LCU 总分
男	618	M 7.89	6.19	1.70	0.98	16.75
		S 8.07	7.90	3.83	2.12	17.57
女	705	M 8.52	5.81	1.14	0.61	16.09
		S 8.91	6.77	2.97	1.51	16.55
合	1323	M 8.23	5.99	1.40	0.78	16.40
		S 8.53	7.32	3.41	1.83	17.03

三、特质应对方式问卷 (TCSQ)

PSS中的“特质应对方式问卷”(trait coping style questionnaire, TCSQ)，其评估结果可列入PSS整体测验结果的剖面图之中(图4-6)，但更多情况下是被单独使用。

(一) 背景

这是笔者等(1987)在国内最早尝试的自编应对量表，其依据的思路是：在应对活动的多维度属性基础上，应该能够筛选出这样的条目，它们既具有在不同应激过程中的跨情景一致性或人格特质属性，又对个体的心身健康有比较稳定的影响。为此，最终采用特质法构思、效标考察法筛选和因素分析法验证，经由多次修订形成目前20

个条目的量表，并长期使用于应激研究，在国内被引用较多。该问卷反映了个体在人格特质影响下的应对方式。

有关特质应对方式问卷TCSQ的原始资料：姜乾金等（1987）最早16条目版本；姜乾金等（1993）做系统的分析；姜乾金等（2000a）现20条版本；姜乾金. 行为医学量表手册. 中华医学电子音像出版社, 2005: 255-6.

（二）量表

指导语：当您遇到平日里的各种困难或不愉快时（也就是遇到各种生活事件时），您往往是如何对待的？请在各题目后面选择一个框打“√”。例如选择“肯定是”，说明您的实际情况与这一句子极相符；选择“肯定不是”，说明您的实际情况与这一句子极不相符；选择中间各个答案，则说明您的情况介于两者之间的不同程度。

1. 能尽快地将不愉快忘掉

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

2. 易陷入对事件的回忆和幻想之中而不能摆脱

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

3. 当作事情根本未发生过

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

4. 易迁怒于别人而经常发脾气

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

5. 通常向好的方面想，想开些

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

6. 不愉快的事很容易引起情绪波动

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

7. 喜欢将情绪压在心底里不让其表现出来，但又忘不掉

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

8. 通常与类似的人比较，就觉得算不了什么

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

9. 能较快将消极因素化为积极因素，例如参加活动

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

10. 遇烦恼的事很容易想悄悄地哭一场

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

11. 旁人很容易使你重新高兴起来

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

12. 如果与人发生冲突，宁可长期不理对方

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

13. 对重大困难往往举棋不定，想不出办法

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

14. 对困难和痛苦能很快适应

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

15. 相信困难和挫折可以锻炼人

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

16. 在很长的时间里回忆所遇到的不愉快事

肯定是 基本是 中等 基本不是 肯定不是

17. 遇到难题往往责怪自己无能而怨恨自己

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

18. 认为天底下没有什么大不了的事

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

19. 遇苦恼事喜欢一人独处

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

20. 通常以幽默的方式化解尴尬局面

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

(三) 计分方法:

各条目从“肯定是”到“肯定不是”按5, 4, 3, 2, 1五级计分。其中积极应对(PC)由1, 3, 5, 8, 9, 11, 14, 15, 18, 20条目累计;消极应对(NC)由2, 4, 6, 7, 10, 12, 13, 16, 17, 19条目累计。

1305例健康人群参考结果:

PC=30.26±8.74

NC=21.25±7.41。

四、领悟社会支持量表(PSSS)

PSS中的“领悟社会支持量表”(perceived social support scale, PSSS), 其结果列入PSS整体测验结果的剖面图之中(图4-6), 但也被更多地单独使用。

(一) 背景

Blumenthal于1987年报告, 笔者等修订的领悟社会支持量表(PSSS)由12条反映个体对社会支持感受程度的条目组成, 原文每个条目从“极不同意”到“极同意”按1~7七级计分。修订为中文版时, 为了与另外几个量表记分方法一致, 将条目改为五级记分。该量表条目包含了应激理论中个体对社会支持的主观领悟程度。量表被长期使用于应激研究, 在国内被较多引用。

有关领悟社会支持量表PSSS的原始资料: Blumenthal JA, et al. 1987. Psychosom Med, 49: 331-40 (原始量表出处); 姜乾金等(1996a)应用于应激因素相关性研究; 叶圣雅等(1999b)应用于应激有关研究; 姜乾金等(2000a)现版本; 姜乾金等. 行为医学量表手册. 中华医学电子音像出版社, 2005: 206-7。

(二) 量表

指导语: 以下有12个句子, 每一句子后面各有5个答案。请您根据自己的实际情况在每句后选择一个答案打“√”。例如选择“肯定是”, 说明您的实际情况与这一句子极相符; 选择“肯定不是”, 说明您的实际情况与这一句子极不相符; 选择中间各个答案, 则说明您的情况介于两者之间的不同程度。

1. 在我遇到问题时有人(领导、亲戚、同事)会出现在我的身旁

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

2. 我能够与有些人(领导、亲戚、同事)共享快乐与忧伤

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

3. 我的家人能够确实具体地给我帮助

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

4. 在需要时我能从家庭获得感情上的帮助和支持
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
5. 当我有困难时，有些人（领导、亲戚、同事）是安慰我的真正源泉
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
6. 我的朋友能真正地帮助我
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
7. 在发生困难时我可以依靠我的朋友们
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
8. 我能与自己的家人讨论我的难题
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
9. 我的朋友能与我分享快乐与忧伤
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
10. 在我的生活中有些人（领导、亲戚、同事）关心着我的感情
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
11. 我的家人能心甘情愿协助我做出各种决定
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□
12. 我能与朋友们讨论自己的难题
肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

（三）计分方法，

通过对国内样本的因素分析获得两个主成分，其中“家庭内支持”量表分由3、4、8、11条目分累计，“家庭外支持”量表分由其余各条目分累计。“社会支持总分”由所有条目分累计。

1323例健康人群参考结果：

家庭支持 15.04 ± 4.11

家庭外支持 25.94 ± 8.16

总支持 40.98 ± 10.86 。

五、压力反应问卷（SRQ）

PSS中的“压力（应激）反应问卷”（stress response questionnaire, SRQ），评估个体在应激因素作用下所表现出来的心理（情绪）反应、躯体生理反应和行为反应，以及三项相加的应激反应总分。各项统计指标和计算结果可显示在PSS的测验结果剖面图之中（图4-6），笔者等近年来也较多地单独使用。

（一）背景

根据应激系统模型研究需要，为评估个体心理应激反应的相应心身症状及程度，参考SAS、SDS和SCL-90条目内容，按应激（压力）理论的情绪反应（FER）、躯体反应（FPR）和行为反应（FBR）三方面，编制应激反应条目28项，按1~5等级计分。以条目总分（SR）表示应激（压力）反应程度（内部一致性 α 系数0.902，与SAS和SDS的相关性分别为0.585和0.574，重测信度0.913）。

有关压力反应问卷SRQ的原始资料：姜乾金等.心理社会应激调查表.基金项目结题资料,1992;钟霞(2004)首次修订;钟霞(2005);吴志霞(2006);滕燕(2007)等。

(二) 量表

指导语：从现在开始向过去推算，近一个月你的心情如何？请在以下各题目的后面选择一个框打“√”。例如选择“肯定是”，说明您的实际情况与这一句子极相符；选择“肯定不是”，说明您的实际情况与这一句子极不相符；选择中间各个答案，则说明您的情况介于两者之间的不同程度。

1. 容易紧张和着急

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

2. 吃得比过去少

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

3. 希望痛哭一场

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

4. 头脑没有平常那样清楚

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

5. 感到孤独

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

6. 觉得做人越来越没有意思

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

7. 对将来不抱有希望

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

8. 比过去注意力（记忆力）有下降

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

9. 觉得闷闷不乐，情绪低沉

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

10. 感到担忧

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

11. 相信即使个人努力，也不能获得成功

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

12. 与异性密切接触时兴趣减少

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

13. 因为一阵阵头晕而苦恼

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

14. 觉得自己可能要发疯

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

15. 容易生气和发火

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

16. 抽烟或饮酒增加

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

17. 懒得活动

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

18. 坐立不安，自己也不知该做什么

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

19. 因为头痛、颈痛或背痛而苦恼

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

20. 容易衰弱和疲乏

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

21. 如果有可能，真想砸碎一些东西

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

22. 睡眠比以往差

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

23. 心烦意乱或觉得惊慌

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

24. 觉得自己是个无用的人，没人需要我

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

25. 感到害怕

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

26. 过去感兴趣的事现在没有兴趣

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

27. 责怪自己

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

28. 神经过敏，心中不踏实

肯定是□ 基本是□ 中等□ 基本不是□ 肯定不是□

(三) 计分方法:

因素分析获三个因子，大致与构想一致，命名为：情绪反应因子分（FER）= 03+05+06+09+10+14+18+21+24+25+27+28，12个条目；躯体反应因子分（FPR）= 01+04+13+15+19+20+22+23，8个条目；行为反应因子分（FBR）= 07+08+11+12+17+26，6个条目；应激（压力）反应总分SR=FER+FPR+FBR+02+16，28个条目。

1323例样本调查数据见表5-3:

表 5-3 1323 例健康人群应激反应问卷（SRQ）参考结果

例数			FER	FPR	FBR	SR
男	618	M	19.08	15.55	12.57	51.06
		S	8.20	6.40	5.31	17.89
女	705	M	21.73	17.65	13.75	55.96
		S	10.38	7.01	5.55	19.63
合	1323	M	20.49	16.67	13.20	53.67
		S	9.51	6.81	5.47	18.99

第九节 其它应激与应对评估量表

笔者等在长期研究过程中，还逐渐形成一部分与应激和应对有关的评估量表，在此一并予以简单介绍。

一、团体用心理社会应激调查表（PSSG）

（一）背景

团体用心理社会应激调查表 (psychosocial stress survey for groups, PSSG)

是上世纪 80 年代中期在修正的 Folkman 应激交互作用理论思路下, 经多年反复筛选修订而形成, 用于团体之间心理应激程度的简单比较, 也是后来心理应激调查表基金课题的前期基础工作。

笔者早期在心理病因学研究中意识到, 通常被作为病因因素研究的生活事件, 其实只有在通过当事人的认知评价产生相应的好恶倾向(情绪体验)时才可能有病因学作用; 同时, 当事人针对生活事件以及伴随的情绪体验所采用的应对策略, 也会影响该生活事件的病因学意义; 而作为生活事件应激结果——心身健康或疾病, 则必然与上述生活事件、情绪体验、应对方式等因素存在某种函数关系; 评价当事人某段时期内的生活事件应激程度也同样必须以上面各因素的综合评估为基础。

调查表包含上述生活事件、情绪体验和应对方式等相互联系的 3 个评估层次。全表含 44 条目, 各层次内的条目混合排列, 另设“其它”一项供被试者补充填写, 在统计前将其归并入相近的条目。

有关 PSSG 的原始资料: 姜乾金等 (1987) 首次自编该问卷; 姜乾金 (1998a) 总结十年来情况; 姜乾金. 行为医学量表手册. 中华医学电子音像出版社, 2005: 252-3。

(二) 量表

指导语: 下面列有一些问题, 请您根据自己的实际情况, 逐项做出回答。其中凡是与您的实际情况一致的或基本一致的内容、词汇和句子, 都要在后面括号内打勾, 不一致或基本不一致的, 则打叉; 有需要补充的, 请写在“其它”项下。

A 在发病以前的五年时间里(健康者指最近五年), 您有过哪些较明显的生活事件?

1. 劳累过度(包括工作、学习、生活方面) () ;
 2. 亲人亡故(包括配偶、近亲) () ;
 3. 家庭不和或婚姻问题(包括严重矛盾、分居、离婚、失恋、求偶困难) () ;
 4. 人际关系不协调(包括与上级、同事、邻里矛盾) () ;
 5. 职业变化(包括退离休、退离职、转业、调动、退学) () ;
 6. 经济上困境(包括负债、亏损、失窃) () ;
 7. 事业和学业受挫 () ;
 8. 涉及案件(含冤、假、错案) () ;
 9. 子女前途问题(包括上学、就业、婚姻困难) () ;
 10. 生活环境不良(包括拥挤、噪声、迁居) () ;
 11. 个人显著成就或喜庆(包括受奖、发明、晋升、结婚、恋爱) () ;
 12. 家人重病(包括急病、久病、重伤) () ;
 13. 个人健康变化(包括疾病、伤害、手术、失眠、性生活障碍、妊娠) () ;
- 其它(请写出)

B 由于各种生活事件, 您在这期间有过哪些明显而又持续时间较长的心情变化?

14. 害怕 () ;
 15. 高兴 () ;
 16. 愉快 () ;
 17. 苦恼 () ;
 18. 忧郁 () ;
 19. 紧张 () ;
 20. 气愤 () ;
 21. 欢喜 () ;
 22. 兴奋 () ;
 23. 绝望 () ;
 24. 焦虑 () ;
 25. 着急 () ;
 26. 欣慰 () ;
 27. 悲伤 () ;
 28. 无助 () ;
- 其它(请写出)

C 对各种不愉快事件和心情变化, 您通常是如何对待和处理的?

29. 能够尽快将不愉快忘掉 () ;
30. 容易陷入回忆和幻想之中不能摆脱 () ;
31. 当做事情根本未发生过 () ;
32. 迁怒于别人而经常发脾气 () ;
33. 通常向好的地方想, 想开些 () ;
34. 烦恼的事一多, 性情和态度就变得沉闷起来 () ;
35. 喜欢将自己的情绪压在心底里, 不让其表现出来, 但又忘不掉 () ;

36. 常与类似情况的人比较, 就觉得算不了什么 (); 37. 能够迅速将消极因素转化为积极因素 (); 38. 对自己的烦恼, 有时候很想悄悄地痛哭一场 (); 39. 如有必要, 会立即主动求助于别人或找人诉说 (); 40. 抽闷烟或喝闷酒 (); 41. 对于不顺心的事, 通常会苦苦思索, 矛盾重重 (); 42. 换一个环境, 尽量避免之, 以免心情受到不必要的影响 (); 43. 在苦恼时喜欢一个人独处 (); 44. 喜欢以幽默的态度对待问题 (); 其它 (请写出)

(三) 计分方法:

各条目答是(打勾)计1分, 答否(打叉)或不答计0分。各应激因素分: 生活事件(L)由1-13各条目分累计; 消极情绪体验(NE)由14、17-20、23-25、27、28各条目分累计; 积极情绪体验(PE)由15、16、21、22、26各条目分累计; 消极应对(NC)由30、32、34、35、38、40、41、43各条目分累计; 积极应对(PC)由29、31、33、36、37、39、42、44各条目分累计。应激总分(TS) = $15+2L+3NE-PE+5NC-PC$ (公式是在确立L、PE、NE、PC和NC等应激因素分以后, 再以这5个因素为自变量, 以常用的心理应激效标变量SCL90总分为应变变量, 作多元逐步回归分析, 以偏回归系数整数作为各因素的加权系数)。

610例样本测试情况, 其中TS男289例为 33.43 ± 16.35 , 女321例为 35.08 ± 16.75 。

(四) 信效度分析

根据对610例样本测查结果分析, 显示生活事件、情绪体验和应对方式3层次的条目通过率可满足一般问卷要求。对13个生活事件条目做主成分分析显示各类事件有异质性。对15个情绪体验条目和16个应对方式条目分别做主成分分析, 证明NE和PE, NC和PC分别有较好的构思效度。条目-总分相关检验结果显示NE和PE, NC和PC分别有内部一致性。NE、PE、NC、PC的克隆巴赫 α 系数分别为0.77、0.76、0.72、0.69。62例4周后重测相关系数分别为: TS 0.88, L 0.70, NE 0.83, PE 0.62, NC 0.80, PC 0.62, 其重测信度能适应团体评估。

以PSSG各项量分与SCL90、SDS、SAS、体质水平和有关疾病等指标分别作相关分析, 结果显示: ①TS有很好的效标效度; ②负性应激因素分L、NE和NC不但本身有很好的效标效度, 而且还有较高的条目效度; ③积极应激因素分PE和PC与上述各效标呈低相关, 如作为独立变量无病因学意义。

另外, 上世纪末十多年的许多文献也显示PSSG有很好的效度: 首先, 部分研究通过对样本的应激总分TS或/和负性因素分L、NE、NC的对照分析, 发现诸如慢性肝炎(陈士俊, 1995)、心理健康(王铃, 1995)、睡眠质量(娄振山等, 1992)、心律失常(朱志先等, 1998)等心身问题与心理应激(因素)有关; 其次, 一些研究采用条目频度对照分析的方法, 探索诸如癌症(姜乾金等, 1987)、癔病(姜乾金等, 1990)、慢性肝炎(陈士俊, 1995)、类风湿性关节炎(刘福源等, 1991)、十二指肠溃疡(刘破资等, 1989)、心律失常(朱志先等, 1998)等心身疾病, 发现某些特征性生活事件(如癌症病人的不幸事件)、情绪反应(如关节炎病人的紧张焦虑)或应对策略(如肝炎和心律失常病人的压制情绪)的条目频度较高。由于PSSG整体发表较晚, 故仅有部分文献涉及应激总分, 实际上资料显示应激总分(TS)的病因学意义最明显。

针对PSSG中的生活事件简化为13类, 涉及生活事件量表是否条目越多越好的问题。对此, 笔者(1998a)曾做过简单的比较, 简化量表的遗漏与复杂量表的重复, 所

产生的失真程度是相同的。

二、医学应对问卷 (MCMQ)

(一) 背景

医学应对问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ)由 Feifel H 等(1987)编制,原有 19 个条目,中文版由沈晓红和笔者一起修订为 20 个条目,这是国内外至今为数有限的专用于病人的应对量表。在国内近年来已被应用于癌症、手术、慢性肝炎和妇科等不同病人的心身医学研究。MCMQ 包含三类应对策略——“面对(或斗争)”、“回避”和“屈服(或接受)”,符合人们面临危险事件时的基本反应方式,也容易解释。

有关医学应对问卷 MCMQ 的原始资料: Fefeil H, et al. Medical Coping Modes Questionnaire (MCMQ), 1991(感谢 Fefeil 提供原始问卷); 沈晓红, 姜乾金 (2000) 国内修订; 姜乾金 (2000a) 现问卷; 姜乾金. (2005). 行为医学量表手册. 中华医学电子音像出版社, 2005: 253-4。

(二) 量表

指导语: 下面列出一些问题, 以了解您的某些想法, 感受和行为, 这些想法, 感受和行为与您目前所患的疾病有关, 请在每一问题后的四个答案中选取与您的实际情况最接近的一个打勾。

1. 你在多大程度上希望自己参与做出各种治疗决定? (-)
(1) 非常希望 (2) 中等希望 (3) 有点希望 (4) 不希望
2. 你是否经常想与亲戚朋友谈论你的疾病?
(1) 不想 (2) 有时想 (3) 经常想 (4) 总是想
3. 在讨论你的疾病的时候, 你是否经常发现自己却在考虑别的事情?
(1) 从不这样 (2) 有时这样 (3) 经常这样 (4) 总是这样
4. 你是否经常觉得自己要完全恢复健康是没有指望的? (-)
(1) 总是这样 (2) 经常这样 (3) 有时这样 (4) 从不这样
5. 几月来, 你从医生, 护士等懂行的人那里得到多少有关疾病的知识?
(1) 极少 (2) 一些 (3) 较多 (4) 很多
6. 你是否经常觉得, 因为疾病, 自己对今后各方面的事不关心了?
(1) 从不这样 (2) 有时这样 (3) 经常这样 (4) 总是这样
7. 你在多大程度上愿意与亲友谈别的事, 因为你没有必要老去考虑疾病?
(1) 极低程度 (2) 一定程度 (3) 相当程度 (4) 很大程度
8. 在多大程度上你的疾病使你以更积极的态度去考虑生活中的一些事?
(1) 极低程度 (2) 一定程度 (3) 相当程度 (4) 很大程度
9. 当想到自己的疾病时, 你是否会做些别的事情来分散自己的注意力? (-)
(1) 总是这样 (2) 经常这样 (3) 有时这样 (4) 从不这样
10. 你是否经常向医生询问, 对于你的疾病你该如何去做? (-)
(1) 总是这样 (2) 经常这样 (3) 有时这样 (4) 从不这样
11. 当亲戚朋友与你谈起你的疾病时, 你是否经常试图转换话题?
(1) 从不这样 (2) 有时这样 (3) 经常这样 (4) 总是这样
12. 近几个月, 你从书本, 杂志, 报纸上了解多少有关你的疾病的信息? (-)

(1) 很多 (2) 较多 (3) 一些 (4) 极少

13. 你是否经常觉得自己要向疾病屈服了? (-)
(1) 总是这样 (2) 经常这样 (3) 有时这样 (4) 从不这样
14. 在多大程度上你想忘掉你的疾病?
(1) 极低程度 (2) 一定程度 (3) 相当程度 (4) 很大程度
15. 关于疾病, 你向医生问了多少问题?
(1) 没有 (2) 一些 (3) 较多 (4) 很多
16. 遇到患有同样疾病的人, 通常你会与他谈论多少有关疾病的细节?
(1) 极少 (2) 一些 (3) 较多 (4) 很多
17. 你是否经常以看电影, 电视等方式来分散自己对疾病的注意?
(1) 从不这样 (2) 有时这样 (3) 经常这样 (4) 总是这样
18. 你是否经常觉得自己对疾病无能为力? (-)
(1) 总是这样 (2) 经常这样 (3) 有时这样 (4) 从不这样
19. 亲朋好友向你询问病情时, 你是否经常与他谈许多病情细节? (-)
(1) 总是这样 (2) 经常这样 (3) 有时这样 (4) 从不这样
20. 对于你的疾病, 你是否经常感到自己只能听天由命?
(1) 从不这样 (2) 有时这样 (3) 经常这样 (4) 总是这样

注: (-) 者为反评题

(三) 计分方法:

各条目按 1-4 四级计分, 其中有 8 个条目须反评分。“面对”(confronce) 量表分由 1, 2, 5, 10, 12, 15, 16, 19 各条目分累计; “回避”(avoidance) 量表分由 3, 7, 8, 9, 11, 14, 17 各条目分累计; “屈服”(resignation) 量表分由 4, 6, 13, 18, 20 各条目分累计。

701 例各种病人的调查数据见表 5-4。

表 5-4 701 例医学应对问卷 (MCMQ) 参考结果

	n	面对	回避	屈服
合计	701	19.48±3.81	14.44±2.97	8.81±3.17
男	436	19.16±3.80	14.38±2.95	8.58±3.18
女	265	19.97±3.77	14.56±3.00	9.20±3.12

三、老年应对问卷 (WOCS)

(一) 背景

老年应对问卷 (ways of coping for senile, WOCS) 以老年人对象, 对 Folkmen 的 Ways of Coping-R (见原始资料) 进行修订。采用以往筛查特质应对条目的方法, 以因素分析结合条目内容以及条目与身心健康指标 (老年抑郁量表分 GDS) 的相关性三原则, 从 66 个条目中筛选出积极应对 (PC) 30 条目和消极应对 (NC) 22 条目。在此基础上以同样的筛选原则, 从 PC 组 30 条目中进一步筛选出“面对”(F1) 12 条目, “淡化”(F2) 8 条目和“探索”(F3) 7 条目共三个亚因子, 从 NC 的 22 条目进一步分为“幻想”(F4) 9 条目和“逃避”(F5) 8 条目共二个亚因子。在此过程中不断有条目被剔除, 对最终保留下来的 44 条目按上述相同步骤重新进行因素分析, 结果条目分布情况不变。

本问卷与上文 MCMQ 和王守谦（1992）介绍的心肌梗塞病人否认机制等针对特定事件的应对方式也不同，WOCs 可作为一种具有特质属性的相对狭义的应对问卷，适用于评估中老年人对各种生活事件的一般应对特点。

有关老年应对问卷 WOCs 的原始资料：Folkman S. Ways of Coping Revised（感谢 Folkman 提供原始问卷）；卢抗生等（2000）国内修订；姜乾金. 2005. 行为医学量表手册. 中华医学电子音像出版社：256-8。

（二）量表

指导语：下列各条目是描写人们在遇到生活事件或非常糟糕的问题时所使用的各种应对方式。请您认真阅读每一条目，再选择后面符合您平时实际情况的一个答案划上圈。应对方式并无好坏之分，请每条都回答

1. 集中注意考虑下一步该怎么办
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
2. 努力分析问题，以便更好地了解它
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
3. 以工作或其它活动来转移对问题的注意
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
4. 慢慢等待，时间会使事情发生转变
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
5. 妥协或让步，从中获取有益的东西
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
6. 做些不一定能解决问题的事，但至少我在做事
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
7. 设法改变责任者（当事人）的意见
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
8. 和某些人交谈，以便了解更多有关的情况
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
9. 责怪或批评自己
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
10. 尽量不把事情做绝了，而是先搁着
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
11. 希望奇迹会发生
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
12. 听天由命，有时我确实运气不好
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
13. 就象没有发生什么事情一样继续干下去
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
14. 努力把各种感情变化隐藏在心里
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
15. 努力从光明，积极的方面看问题
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是
16. 比平时更能睡
不是 0 有点是 1 经常是 2 3 完全是

17. 对造成或引起问题的人表示愤怒
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
18. 接受别人的同情和理解
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
19. 考虑事情的有利方面,以便自己感觉好些
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
20. 激励自己去干某种有建设性的事
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
21. 努力忘掉整个事情
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
22. 向专业人员寻求帮助
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
23. 把自己改变成一个状态良好的人
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
24. 等观望一阵子再作具体打算
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
25. 感到内疚或以具体行动作为弥补
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
26. 制定一个行动计划并执行之
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
27. 如没有好办法则退而求其次
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
28. 适当地发泄自己的感情
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
29. 觉得问题是由自己造成的
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
30. 事后反而感觉轻松些
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
31. 与有助于问题解决的人交谈
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
32. 暂时不考虑问题,让自己休息或离开一下
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
33. 吃些东西或吸烟,喝酒,吃药,使自己觉得好些
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
34. 做一些冒险的尝试
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
35. 不着急,按自己的感觉慢慢来
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
36. 寻找新的信念或信条
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
37. 保持尊严不轻易屈服
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
38. 重新找到生活的重要方面

- 不是0 有点是1 经常是2 3完全是
39. 为使事情变好, 积极做些事情
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
40. 一般总是回避与别人在一起
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
41. 不去想得太多, 以免影响自己
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
42. 向一个自己尊敬的亲戚或朋友征求意见
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
43. 不让别人知道事情有多糟
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
44. 藐视问题, 不将它看得太严重
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
45. 将自己的感受告诉别人
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
46. 为达目的, 脚踏实地, 努力拼搏
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
47. 向别人出气
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
48. 凭个人经验去做
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
49. 我知道该怎么做, 所以我加倍努力
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
50. 拒绝相信事情已经发生
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
51. 安慰自己, 下一次情况会好些
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
52. 以各种不同的手段尝试解决问题
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
53. 没有办法, 只有接受
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
54. 克制自己的感情, 以免太影响其他事情
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
55. 希望自己能改变事件或改变自己的感受
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
56. 改变自己的某些想法
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
57. 想象自己正处于比目前要好一些的某个时间或场合
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
58. 希望问题会消失或有所改善
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
59. 幻想事情会发生改变
不是0 有点是1 经常是2 3完全是

60. 祈祷老天会帮忙
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
61. 准备接受最坏的结果
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
62. 认真思考自己应该怎么说, 怎么做
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
63. 想象我崇拜的人会怎样处理问题, 并模仿他
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
64. 尽量以他人的观点来看待这个问题
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
65. 提醒自己, 问题将会非常糟糕
不是0 有点是1 经常是2 3完全是
66. 去散步或活动一下
不是0 有点是1 经常是2 3完全是

(三) 计分方法

共66个条目, 其中44个条目参加计分。各条目按0-3四级计分。F1“面对”由1, 2, 8, 20, 22, 26, 31, 39, 42, 46, 49, 62各条目分累计; F2“淡化”由13, 15, 16, 19, 23, 24, 35, 66各条目分累计; F3“探索”由3, 7, 27, 36, 38, 52, 55各条目分累计。F4“幻想”由11, 12, 28, 53, 58, 59, 60, 61, 65, 各条目分累计; F5“逃避”由6, 9, 29, 33, 34, 40, 47, 50各条目分累计。PC“积极应对”则由F1、F2、和F3因子分相加; NC“消极应对”由F4和F5相加。

55岁以上344例样本调查数据见表5-5:

表5-5 344例老年应对问卷(WOCS)参考结果

	合计 (n=344)	女性 (n=220)	男性 (n=124)
F1 (面对)	21.22±6.85	21.15±7.11	21.35±6.41
F2 (淡化)	11.94±4.48	11.88±4.70	12.05±4.09
F3 (探索)	8.69±3.58	8.78±3.64	8.53±3.48
F4 (幻想)	8.25±4.01	9.06±3.98	6.81±3.64 **
F5 (逃避)	5.64±3.15	6.02±3.04	4.95±3.24 **
PC (积极应对总分)	41.86±12.59	41.81±13.11	41.93±11.68
NC (消极应对总分)	13.89±5.98	15.08±5.56	11.76±6.13 **

第六章 心理干预与心理治疗

在医学和心理学临床或实践工作中，面对各种心理问题，必须通过心理学理论指导下的各种方法和技术对之实施干预。

作为医学心理学的纵向的基本方法（技能）部分，本章分别介绍心理干预和心理治疗概念，心理问题的基本干预方法，行为疗法、精神分析疗法、认知疗法、支持和来访者中心疗法、暗示和催眠疗法、松弛训练和生物反馈疗法等主要心理治疗技术，以及药物心理效应和团体心理干预。除了五、十两节，本章内容修订自五校合编教材（1986）中笔者撰写部分。

第一节 概述

一、概念

心理治疗是医学心理学的技术手段，也是笔者长期课程和学科建设的重点之一。随着各个版本的不断修订，心理治疗一章慢慢地由“治疗”（therapy）扩展为“干预”（intervention）。原因是随着学科的发展，医学心理学的临床应用开始显现出两部分，一是传统意义上的临床（相当于医院或门诊），二是各种社会实践中的“临床”。两者定位不同，方法自然不同。但传统意义上的心理治疗，虽然主要使用于前者，也可简化使用于后者。同样，心理教育和心理指导等心理治疗以外的心理干预技术，虽然主要使用于后者，但也适用前者。

（一）心理干预

医生的职责是治病救人，促进健康。这里“治”和“救”是动词，是医生主动的设计和实施的过程。心理医生的职责是帮助来访者解决心理问题。这里的“解”和“决”也是动词，是医生主动的设计并与来访者共同实施的过程。生物医学模式将以上过程理解为是药物、理疗和手术的合理使用；生物心理社会医学模式以及系统论则认为此过程还包括对患者或来访者的心理行为方面的“干预”，这就是心理干预的含意。

心理干预（psychological intervention）是指在心理学原理和有关理论指导下，有目的、有计划、按步骤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，这是相对广义的用词。

（二）心理治疗

心理治疗则是心理干预中最常用的方法，相对来说也更专业一些，是临床心理学、心身医学等专业学科使用频度最高的专用词汇之一。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人格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人格和行为，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。

结合医学心理学学科特点，目前我们可将心理治疗相对广义定义为：以医学心理学原理和各种理论体系为指导，以良好的医患关系（或咨客关系）为桥梁，应用各种心理学技术包括通过施治者的言语、表情、行动或通过某些辅助手段如仪器，经过一定的程序，以改善患者或来访者的心理条件，增强内外抵抗力，达到消除心、身症状，重新保持个体与环境的平衡。

根据以上定义，心理治疗大致包括五个基本要素：

- (1) 治疗者必须具备一定的心理学知识和技能；
- (2) 需要相应的心理学理论和技术；
- (3) 按一定程序进行；
- (4) 治疗对象是具有一定精神、躯体、行为或社会适应问题的人；
- (5) 治疗目的是通过改善来访者心理机能，最终消除或缓解其可能存在的各种心理症状或心身症状，恢复健全的心理、生理和社会功能。

二、历史与现状

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，心理干预和心理治疗方法的使用却早已存在。

（一）古代

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，对具体患者分别实施不同的情景刺激，激发一定的情绪反应，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，也包含丰富的心理行为治疗成分。

在西方，远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。但是，在西方中世纪时期，宗教具有绝对的权威，心理和心理问题属于宗教的范畴，尤其对精神病患者普遍采取精神和肉体摧残的方法，严重阻碍了心理治疗技术的发展。直至18世纪末，在法国医生皮奈尔（Pinel P）的积极倡导下，才开始用比较人道的方法对待精神病患者，心理治疗开始得到发展。

（二）近现代

近百年来，西方与心理治疗相关的学科理论发展很快。

18世纪后期，麦斯麦（Mesmer FA, 1781）使用动物性磁力（animal magnetism）治疗疾病，其实质是暗示催眠疗法。19世纪西方流行催眠疗法。之后，即19世纪末至20世纪初，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，基于行为学习理论的行为疗法迅速发展，此后二十年间与行为治疗有关的各种专业著作大量出现。行为强化的理论和实践甚至渗透入教育领域，是现今教育学的重要理论之一。

20世纪40-70年代，精神分析理论和行为学习理论以后的心理学“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，此类治疗方法在教育、指导、促进青年的社会适应等方面有长处，并渗透入教育学中成为其主要理论之一。

20世纪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(CBT)，成为目前心理临床常用的专业治疗技术之一。但国内一些人对“认知疗法”的理解往往忽略了是人格深层的认知图式(schema)或信念(belief)系统引致“认知偏差”的理论要义，以为这个疗法又回归到了“改变认识”或“思想教育”。

以上经过百余年发展起来的西方各类心理治疗理论与方法，已成为当今心理治疗的重要流派。

在东方，日本的森田正马于20世纪20年代创立了森田疗法(morita therapy)，至今仍然是某些神经症的可选择治疗手段，其核心理念与道教的“无为”学说相似，或与我国文化之间存在渊源关系。印度的传统健康手段瑜伽也在现代获得发扬光大，如今在我国，接受瑜伽训练已成为城市年轻人减肥、健体与美容的一种时尚。在国内，随着近三十年医学心理学理论和技术的引进和本土化，以及对我国传统文化中各种心理学思想的挖掘，部分专家尝试建立了一些具有中国文化特征的心理治疗技术或心理干预模式，例如鲁龙光的“心理疏导疗法”；钟友彬等的“认知领悟疗法”；杨德森等的“道家认知疗法”；朱建军的“意象对话疗法”；笔者的“压力系统干预”模式；朱美云的“点通疗法”等。这些结果或许需进一步验证，但却符合我国科技发展的“本土化”和“自主创新”等最新导向，也有助于改变那种将国外心理治疗理论、方法和技术原封搬回来就是“接轨”的认识倾向。

另外，在20世纪，团体心理治疗发源于世纪初，发展于40年代。松弛疗法、生物反馈等操作性较强的心理行为治疗技术也在上个世纪不同时期出现并得到广泛的使用。

(三) 展望

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、综合应用对来访者最有效的治疗方法。

随着系统论和整体观不断向医疗卫生领域渗透，以“人”为中心的综合心理干预理念将推动心理治疗工作逐渐发生变革。

另外，还应强调由于社会环境、文化背景、教育与习俗等不同，在一些国家和民族有效的心理治疗方法，在另一些国家和民族未必能取得相同的疗效。因此在引进国外的各种心理治疗方法时，不能一知半解，牵强附会，原封照搬，而应重视结合我国文化实际，予以本土化，才能收到良好的效果。

三、心理理论与心理干预

众所周知，临床医疗活动，主要凭医生的生物医学知识、技术和经验。同样，心理干预也需要心理医生的心理学知识、技术和经验，而且更强调对某种干预方法所依据的心理学理论的掌握。换一句话说，心理学理论是心理干预(治疗)的支柱，没有各种系统理论做为基础的心理干预，充其量只能算常识心理学技术。

在本书第一章第一节，已经谈到心理现象包含“意识”和“非意识(下意识、无意识)”两部分。如果我们将建立在各种心理学理论基础上的不同心理治疗方法做横向比较，则会发现，尽管它们之间在专业术语、操作步骤等方面不同，但几乎都涉及到人的非意识或下意识层次(图6-1)。不能理解和把握这一点，我们的各种心理治疗操作就

会变得机械和刻板，变得类似生物医疗过程。以机械的方式理解心理治疗（如下文的各种行为疗法），其效果往往是难以显现的。因此，笔者认为心理干预（治疗）不但是—种技术，而且是一种艺术。

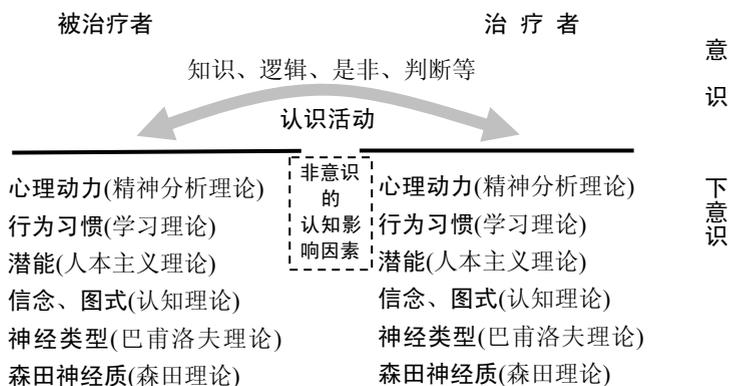


图 6-1 心理治疗中的理论与治疗者角色

理解心理治疗过程存在双方心理活动的“意识”与“下意识”两个层次，理解来访者心理问题也有“意识”和“下意识”层次，有助于把握心理干预的艺术性。

（一）心理干预过程中双方心理活动的“意识”与“下意识”

如图 6-1 所示，心理干预过程以治疗者与来访者之间的认识交流为基础。但认识活动实际上受意识的（或随意的）和下意识的（或不随意的）两个层面因素的影响。

作为医学工作者，熟知神经系统包括随意神经和自主神经。“随意神经”对机体机能的控制是“随意”、“意识”和“动物”性的；“自主神经”对机体的控制是“自主”、“不随意”、“下意识”或“植物”性的（故也称植物神经）。实际上，心理活动也存在类似情况，认知过程就包括意识的和下意识的两个层面。其中意识层面的认识活动，如辨认、思考、判断等，是随意的；下意识深层的认知因素，如认知图式、信念系统、习惯等，则是不随意的。

（二）来访者心理问题的“意识”与“下意识”

在实际工作中，我们可能希望通过意识（或随意）活动，包括使用“常识”、“逻辑”和“判断”等，试图说服或帮助来访者解决心理问题，好像各种心理问题都是“意识”的问题。但实际情况是，一些来访者的心理问题并不能用意识问题来解释：例如来访者明明知道自己的情绪低落（抑郁症），或者明明知道自己有不必要的重复动作（强迫症），或者迫切希望自己尽快入睡（失眠症），说明他们在意识层面是能够“认识”到问题的存在的。而且他们还曾经长期通过自己的意识努力，比如查阅大量资料，获得各种知识，掌握其中原理，了解因果关系，试图“让”自己消除抑郁，控制重复动作，安然入睡。但实际上，他们越是这样努力地去“意识”问题，越是努力地使用自己的“随意”控制力去克服问题，问题往往越严重。同样，来访者亲友也尝试运用通常的“劝说”，让来访者“明白”这些道理，从而使这些来访者改变上述症状。结果同样无效。

这就说明，许多心理问题的产生和形成，超越了人类意识层面的认识活动和逻辑解释，需要从下意识的影响因素，由另外的“道理”——各种心理理论来解释。

（三）用心理学理论解释“下意识”和实施心理干预

各种重要心理治疗理论能够解释“下意识”的原因对于上述心理问题的触发与影响作用。例如“抑郁”、“强迫”和“失眠”等心理问题的形成与发展，可以由精神分析理论的“潜意识”与“心理动力”、行为学习理论的“行为习惯”与“强化”、人本主义理论的“潜能”与“心理失调”、认知理论的“功能不良假设”与“自动性思维”等理论来解释（图 6-1）。

各种理论同时还提供以本理论为基础的特定干预技术，用于解决这些“下意识”深层的问题。例如，精神分析理论认为，心理问题的原因是潜意识里的“心理动力”因素，不能直接通过忠告“你有心理冲突，应予克服”的意识途径来解决，而应采用自由联想、释梦等涉及潜意识的各种特殊技术来解决。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的“行为习惯”，应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，应利用医生对来访者的无条件积极关注，而不是各种有条件的说教来解决。其它许多心理治疗理论与方法也都存在类似的情况，例如认知理论提出“认知图式”的概念，森田理论提出“森田神经质”概念（图 6-1）。

总之，各种心理学理论的出现和发展导致了心理治疗的快速发展。从心理治疗的专业角度，需要注意两点。一方面，不能仅仅以常识的说教进行心理干预，甚至代替心理治疗（这种情况目前在国内一些临床专业人员中普遍存在）。因为没有理论基础的各种说教，与普通老百姓无异，虽然也对某些来访者有益，但等于将心理治疗的现状退回到百年以前。另一方面，对各种心理治疗的相关理论及对心理问题的“意识”和“下意识”缺乏深刻理解，则心理干预（治疗）的过程会变得僵化。

四、治疗者角色及其训练

前文讨论了心理干预特别是心理治疗工作往往需要各种心理理论，以及建立在该理论基础上的相应技术或“艺术”。但在实际工作中，治疗者又不可避免地必须通过自己的意识活动，包括使用知识、判断来实现心理干预。换一句话说，心理治疗理论与方法还得由治疗者来理解和执行。因此，治疗者在实施心理治疗的过程中，不但需要规避自己的认识习惯的不利影响；同时还必须避免受自己本身的下意识层面（包括心理动力、习惯等）因素的影响（图 6-1）。

例如，在认知治疗过程中，治疗者在帮助被治疗者探索意识浅层的负性自动性思维和深层的功能不良假设的同时，需要避免受自己的自动性思维的影响。一些初学者在认知治疗过程中与来访者交谈的时间一久，发现自己原来设计的治疗计划进展并不顺利，这些计划本来是用于帮助来访者识别和检验其意识边缘的自动性思维的，结果治疗者自己的自动性思维开始出现，并不由自主地表现出对来访者的鄙视和不耐烦的结果。此时，治疗者的自动性思维逻辑是：这么简单的问题都搞不清楚，可见这人真笨，真顽固。

综合来说，治疗者不但要通过自己意识层面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技术，而且要训练自己能够在治疗过程中不受自身的下意识因素的干扰，这就涉及到从日常生活到治疗工作之间的角色互换能力的培养与训练。这种培养与训练往往需要按一定的规则，通过较长的时间，才能达成，才能使治疗操作活动上升为一种“艺术”。那种认为只要具备一定的心理学或心理治疗知识，背得出心理干预技术

与步骤就能进行心理治疗的看法是片面的。

五、适用范围

从医学心理学角度，心理干预和心理治疗主要应用于以下几方面。

（一）综合性医院有关患者

1. 急性疾病患者 此类患者起病较急，病情较重，往往存在严重的焦虑、抑郁等心理反应，在给予临床医疗紧急处置的同时，需要同时进行一定的心理干预，例如给予心理支持、松弛训练等，以帮助患者认识疾病的性质，降低心理应激反应水平，增强治疗疾病的信心。国外对冠心病监护病房(CCU)患者的研究发现，至少 80%患者有不同程度的焦虑、58%出现抑郁情绪、22%产生敌对情绪、16%表现不安，某些患者还存在自我意识丧失感。这些心理因素对疾病的发展起着重要的作用，直至影响患者的病死率。通过心理干预可提高患者的“否认”心理机制，从而降低焦虑反应程度。笔者等(1988,1999)报告，外科手术患者术前的严重情绪反应可以通过一定的心理学干预技术予以缓冲。

2. 慢性疾病患者 患者病程一般较长，由于无法全面康复以及长期的病人角色的作用，往往存在较多的心理行为问题，可导致疾病症状复杂化，进一步影响机体的康复。心理干预手段往往有很大的帮助，例如慢性疼痛患者的行为矫正治疗，康复疗养患者的团体治疗等。

3. 心身疾病患者 由于心身疾病的发病过程有明显的心理社会因素的影响，故治疗心身疾病，心理干预是必不可少的。首先，针对致病的心理因素，帮助患者消除或缓解心理应激反应，减轻疾病症状，改变疾病发展过程，促进其康复。例如针对糖尿病患者错误的认知，消极的应对方式，恶劣的社会支持环境，退缩、依赖和回避的行为倾向等，实施相应心理干预。其次，可以实施某些直接针对疾病病理过程的心理学矫正措施。例如针对高血压患者的松弛训练、生物反馈，对某些瘫痪患者实施行为康复训练计划等。笔者等早期曾对高血压（1986）、癌症（1993）等心身疾病作松弛训练和团体教育等心理干预研究。

（二）精神疾病及相关的患者

这是心理治疗应用较广的领域，包括各类神经症性障碍如神经衰弱、焦虑症、抑郁性神经症、强迫症、恐怖症、疑病症等，其它精神科疾病如恢复期精神分裂症、抑郁症患者，以及人格障碍者等。近期一些研究证明，即使是发作期精神病患者，心理治疗也有较好的辅助治疗效果。

（三）各类行为问题

各种不良行为的矫正，包括烟瘾、酒瘾、口吃、遗尿、儿童行为障碍，以及性行为障碍、过量饮食（过食）与肥胖等，可选择使用认知行为矫正疗法、正强化法、性治疗技术等多种心理行为干预方法。近年来国内青少年网瘾问题已经引起学界的重视，各种尝试性的干预研究也正在进行。但结果尚难以认定。

（四）社会适应问题

正常人在学习、工作和生活中有时会遭到难以应对的心理社会压力，从而导致适应困难，出现抑郁、焦虑、自卑、自责、攻击、退缩、失眠等心理行为问题和心身症状，也就是近些年受到国家上下广泛重视的“心理问题”。此时可在一定的干预策略基础上，使用诸如心理指导、认知疗法、应对技巧训练、环境控制、松弛训练、危机干预等技术。

六、“心理问题”的干预手段

广义的心理干预手段，除了本章后面介绍的各种系统心理疗法，还包括许多心理学技术，这些技术也都对某些相应的求助者有效，特别是那些介于正常与疾病之间的“心理问题”。笔者在临床工作中，根据压力系统模型，在分析心理问题的多因素和分层次结构基础上，采用多层次多种手段实施干预，大致概括起来，包括心理教育、心理指导和心理治疗（图 4-9）。

（一）知识教育与宣传

在心理门诊，日常遇到的各种心理问题，许多确实是由于来访者的知识缺乏（缺乏日常知识或专业知识），那么医生给予各种科学的心理和生理知识的教育（education）与宣传，自然也是心理干预的重要手段。在第二章第五节已经介绍过一位中年妇女用冰箱“消毒”引发家庭冲突的心理问题案例，门诊主要采用相应的知识教育与宣传手段。下面再介绍一个专业性更强的案例。

门诊案例：45 岁的丈夫有较长时间的性生活不举，由于生活在边远农村，贤惠的妻子对此并没有过多的怨言。但近期妻子偶然发现丈夫在睡梦中能够勃起，经过追踪观察，居然发现丈夫“这个”是正常的，随之开始怀疑丈夫对自己的感情和责任。随着怀疑越来越重，信任越来越低，关系越来越冷，终于导致夫妻反目，并进一步恶性循环，引起应激（压力）系统模型第二层次中的许多问题（参见图 4-7），如生活事件增多，认知消极，应对无效，社会支持低落等。此时，虽然也有妻子的个性敏感多疑（第三层问题）和长期情绪抑郁和失眠等症状（第一层问题）等情况，但缺乏性生理知识却是最根本的原因。在这里，当事人缺乏两方面的知识，首先是现代睡眠研究证明，在快动眼（快波）睡眠时相，正常男子可出现包括阴茎勃起在内的自主神经躯体反应；其次是性功能障碍有生理的原因和心理的原因，心因性性功能障碍在睡眠时因意识控制减弱，反而容易出现上述阴茎勃起现象，她所发现的现象恰恰证明他们夫妻之间的性问题可能是心理性的，是心理治疗的指征。此时，重点给予这些性知识和睡眠知识的教育与宣传，便能启动其它层面问题的缓解。

可想而知，要完成这种专业性很强的门诊教育与宣传工作，指导者首先需要懂得这些睡眠知识和性知识，并能最终向来访者解释清楚。

临床上还有大量的类似心理学和生物学知识方面的缺乏引起的心理问题，在实施心理干预过程中都可以采用知识教育的手段。

（二）心理指导

在心理门诊遇到的各种心理问题中，有许多属于认识过程上的问题（如推理、判断不正确），那么医生以心理学原理给予各种心理指导（guidance），也是心理干预的重要手段。

对于以认识偏差、生活事件、人际矛盾和应对困难等为主的心理问题，虽与来访者的人格有关（图 4-7 第三层问题），也存在各种心身症状（第一层问题），但不是主要因素者，则可选择采用专业的心理指导技术，包括认知策略指导，应对技巧介绍，提高社会支持等压力系统管理手段。例如，在社会竞争中受挫，加上应对方式的失当、流落他乡的环境，是目前城市外来人群中常见的压力问题。对此可以采用多方面的心理指导。包括：负性生活事件的认知调整（以暗示的口吻讲述成功人士的艰难历程故事），应对

策略上的压力无害化（“换位思考”的故事），建立新的社会支持网络的策略指导（介绍新环境下人际交往的技巧）等等。

需要注意的是，心理指导往往以“讲故事”的方式展开，职业圈内有人戏称之为“耍嘴皮”。此时需要储备丰富的专业知识，还要有长期的实践积累。至少，大多数来访者在知识和智力方面并不比指导者低，试图用书本上的某些观点直接来指导来访者，有时候不但没有效果，可能还会产生副作用。

例如，目前一些高学历，高智力，高社会地位的压力承受者，他们的普遍心理特点是希望找到比自己还要高明的“智者”来指导自己走出困境，因为他们自己也把问题看成是意识可控的，因此迟迟不能走出求助这一步。但当终于走出求助这一步，带着希望去面对一个可能比自己“高明”的干预者时，结果却发现干预者所给予的其实都是自己思考过的，都是知道的，甚至在咨询过程中被干预者下意识渗透出来的鄙视与批判态度所伤。这样一来，来访者可能反而陷入比原先更深的无望状态（甚至加速自杀）。

但许多临床上的心理行为问题并不是简单的认识层面的问题，而且这一类心理问题往往是最需要医生给予帮助的，这就需要采用心理治疗的方法。

（三）系统的心理治疗

对于人格因素（或非意识）起重要作用的求助者，虽然也有意识方面的认识问题、人际关系的矛盾和应对方式的缺陷等（图 4-7 第二层问题），以及表现相应的抑郁、焦虑等症状或行为问题等（第一层问题），但对这些人应设计系统的心理治疗（psychotherapy）程序。

例如，社交紧张是青年常见的心理问题，虽然其各种心身症状（第一层）和社会支持问题等（第二层）是客观存在的，但其条件反射性紧张和不由自主的担心（相当于认知理论中的自动性思维）才是关键的原因。这些属于人格层面的问题（第三层），从心理理论上来看涉及精神分析的心理防御机制、行为学习理论的学习强化、认知理论的负性自动性思维和功能不良假设，以及人本理论的潜能被压制与自我失调等机制（图 6-1）。在这些理论基础上，可以选择实施系统的心理治疗。

目前使用较多的有认知行为疗法等。

心理治疗的过程其实就是采用各种一般的或特定的程序化心理干预技术，逐渐改变人格深层问题的过程（消除心理防御、形成新习惯、建立新观念等）。为了取得疗效并予以巩固，往往需要较长期的、系统的治疗过程。

以上三类心理干预手段只是相对的，在制定干预策略时不应绝对分开。许多情况下应同时予以考虑。

（四）关于药物的使用

在心理门诊，除了上述三类心理干预手段，药物在控制某些症状方面也不可忽略。

药物干预在解决系统心理问题中的作用可做如下解释：在药物较长时间控制心身症状（图 4-7 第一层问题）的情况下，使来访者能进入正常的生活和工作，改善内部的或与环境之间的系统结构的平衡（第二层问题），并逐渐使来访者人格深层的某些因素如消极的信念（第三层问题）获得改善。

例如，一位社交恐怖症来访者在社交场合的心身紧张反应被药物控制，使他能顺利完成本次社交任务，多次经验以后，又会降低他对下一次社交的紧张预期，应对能力获得提升，社会支持程度提高，社交失败事件减少，久而久之使他在生活事件、认知评价、

应对方式和社会支持等系统因素之间形成良性循环，最终使他人格深层对社会环境的认知图式（或信念）也慢慢改善。

可见，那些认为药物只是控制症状对多因素系统未必有效，或者认为症状控制了就应该停止用药的看法，是片面的。

不过，也得认真对待药物给正规心理治疗可能带来的消极影响。最主要的影响在于药物对来访者心态的影响，包括对心理治疗的动机，对治疗效果的预期，以及对心理治疗操作指令的服从和执行等，如果把握不好，都会产生潜在的负面影响。

以上介绍的只是可供选择的各种心理干预手段。在实际操作中，还得通过一定的理论构架，合理选择使用这些手段。就像具有疗效的各种药物，具体使用时还需要依据临床诊断和医生的治疗决策。这将在第八章心理咨询程序一节做介绍。

第二节 行为理论的心理干预程序

行为疗法(behavior therapy)又称行为矫正(behavior modification)，是以行为（学习）理论为基础，在 20 世纪中期迅速发展起来并在 70 年代达到顶峰的一类重要心理治疗方法。1980 年前后，笔者所在学校引进美国“HOPE”基金会的大量书籍，其中行为治疗方面书籍占据相当数量，笔者从中吸收了不少行为治疗技术（王守谦，1990）。在当时国内心理治疗还被著名专家称为“耍嘴皮”，以及缺乏系统的心理治疗文献情况下，笔者从 1986 年五校合编《医学心理学》教材开始，将从这些资料中获取的行为治疗作为心理治疗操作流程的典范来介绍（姜乾金，1991a）。直至今日，这种流程对于其他心理治疗也有参考价值。笔者在心理门诊采用压力系统模型综合干预方法，也基本遵从这种操作程序。

行为医学家认为，人的正常和异常行为反应模式（注：这里的“行为”包括外显的以及思想的和躯体的。为求含义准确，下文改为“心理行为”）是长期学习的结果，是一种心理行为的定势。换言之，行为学习理论认为，通过“学习”过程可以形成错误的心理行为，从而造成病态心理行为问题，也可以通过改变这种学习过程来克服或纠正这些心理行为问题，达到矫治之目的。

行为疗法种类很多，适用于多种对象，具有广阔的应用价值。其中有的方法需要在专门的机构里进行，但也有更多的方法在日常临床过程中即可实施，更有一些方法可以在人们的正常生活中作为健康训练的一部分。

一、基本特点

（一）“学习”原则

行为治疗的理论基础是行为学习理论（见第二章），主要有经典条件反射、操作或工具条件反射、示范作用、认知行为学习理论等。

根据行为学习理论，人类的许多疾病（包括心理的和躯体的）症状的形成与发展，与行为学机制中的环境刺激、强化、负强化、泛化、消退、惩罚、示范等有关。相应地，以上述学习理论中的某一理论或某一环节为基础发展起来的各种治疗方法也很多，并且使用的对象也不同。

例如，对抗条件反射法以经典条件反射为基础，主要使用于神经症患者；操作条件

法则主要用于精神症状或智力迟钝者；模型塑造法来自示范作用理论和认知学习理论，主要用于行为纠正和某些社会技能训练，也用于门诊神经症患者和住院精神分裂症患者提高独立行为能力；认知行为矫正(cognitive behavior modification)则以认知学习理论为基础，其重点在来访者的态度、思想、想象过程等中介变量的改造方面，从而达到行为矫正之目的。此外，自我控制疗法(self-management or self-control)是以认知学习理论为主要基础，同时根据各种学习强化理论而形成综合行为治疗方法，因而应用面更广些。但是应该指出，还有许多不同名称的行为治疗方法，它们不一定都能由某一种学习理论来解释，例如松弛疗法。同时，也有不少行为治疗方法虽然名称迥然不同，但实际上是一回事或基本相接近，例如系统脱敏法(systematic desensitization)和对抗条件法，行为排练(behavioural rehearsal)和角色扮演(role playing)，示范作用(modelling)，模仿(imitation)和观察学习(observational learning)等。

(二) 行为疗法重“行为”轻“认知”吗？

行为学习理论在治疗的方法学方面，特别重视外部刺激的控制和个体行为的训练。曾被多数人认为是一种忽略了人的灵性的纯生物学的治疗方法，因而存在严重缺陷。笔者早年也持这种批判态度。

其实，这与人们认识过程的简单和绝对化倾向有关。

没错，行为治疗的关注点在行为，但人类有许多疾病或症状主要是“行为”问题，而不是“认知”问题，甚至有时候“认知”在其中反而起了不利的作用。举一个极端的例子，人们经常患失眠症，但没有“认知”灵性的高等动物至少没有听说有那么多的失眠症；许多失眠症患者也都知道自己关注睡眠太多了，但却无法让自己不关注。

另外，行为治疗实施过程中的某些（注意，不是全部）技术，确实是直接针对来访者的外部行为的。但我们应该看到，随着治疗过程中行为训练的顺利进展，心理行为反应向良好方向发展，必然会引起个人认知方面的某些改变。后者反过来又促进行为训练的顺利发展，从而形成良性循环。

再以前面的例子做分析，当社交恐怖症患者的社交紧张症状随着行为训练的进展而逐渐降低时，作为有灵性的人类，患者每一次的认知预期自然也随之发生变化，从原来的预期紧张并恶化症状，慢慢地转化为预期成功并促进行为训练的发展。

可见，从心身相关的系统论观点，不论从行为入手的行为疗法，或从认知入手的认知疗法，只要能推动某一部分症状的缓解，就有可能化解临床疾病症状中的心、身恶性循环关系。这其实与临床上感冒治疗中既可用一点退烧药，或用一点通鼻剂，或只是喝开水的道理是一样的。

二、基本过程

各种行为治疗方法在原理、目的、方式等方面各有不同，但在实际使用过程中也有基本的、共同的操作流程，大致分5步：问题判别、测量和功能分析、选择和使用相应的治疗方法、治疗过程中的评价和治疗结果的评价以及维持疗效。

(一) 问题判别

心理行为问题涉及面很广，判别某种心理行为问题有时候并非容易，需要利用行为学习理论知识，通过与来访者作详细的交谈或测验才能做出分析和判别。这一步工作的成功与否将会影响整个行为治疗的效果。

1. 判别心理行为问题出现的频率、程度和持续时间 来访者对自己心理行为问题的主诉往往比较含糊,例如“经常吸烟”、“疼痛使我受不了”等。在行为治疗的第一步,首先应澄清这些心理行为问题的实质性内容。例如,吸多少支烟,什么时候吸,伴随什么样的感受;又如,疼痛是否影响到行为,包括是否存在止痛药的依赖,是否一出现疼痛感就上床休息等。有些心理行为反应发生的频率太高,如焦虑发作,强烈的头痛等,有的症状持续太久,如肌痉挛等,致使来访者难以准确表达,此时更应深入细致地进行分析和判别。

2. 判别心理行为问题的历史、发展和稳定性 问题行为的发展过程及其时间稳定性应加以认真追查。通过收集各种历史资料,有时可以发现某些社会因素是心理行为问题发生、发展的主要影响因素。例如亲人亡故,离婚等事件可能是某种心理行为问题发生,发展的重要原因。

3. 判别心理行为问题的各种控制或影响因素 通过深入了解,可能会发现许多环境刺激因素有增强或减轻心理行为症状的作用,而这些因素在行为治疗中具有重要意义。经过与来访者共同分析其典型的一天之中心理行为表现细节,通常可以发现这些刺激因素的存在。例如,遇到很平常的小事却能使来访者一天的心境明显低下;家里客人越多,问题儿童的异常动作也越多;亲人关注越多,慢性疼痛症状却加重等。

在进行问题判别的同时,还要注意了解来访者对行为治疗的愿望,必要时应通过解释和劝告促使其积极参与行为治疗。如果来访者最终对行为治疗没有兴趣,那么暂时不必进一步做下列各步工作。因为行为治疗一般都需要有来访者的积极配合。

(二) 测量与功能分析

行为治疗的第二步,通常必须用几天到几周时间,对有关心理行为问题进行治疗之前的详细基础测量与分析,可绘制基础心理行为反应图表(行为日记)。这一步工作包含两方面内容。

1. 测量和记录 常用的测量方式是自我观察或自我监督。医生指导来访者自己成为心理行为的监督者。例如要求吸烟者坚持每天将自己吸烟的数量记录到图表上,或要求因超量进食而肥胖的来访者推算并记录每天所摄取的热卡量等。必要时,也可记录每天的生理反应情况,例如使用自备的血压计测定并记录血压值。对于住院患者,除了自我监督外还应由医护人员每天进行直接观察并记录成图表(类似普通住院患者的体温图)。

2. 功能分析 在基础测量期,医生要不断对记录结果进行分析,找出心理行为问题的发生与环境刺激因素的联系。这里要特别注意两个基本问题:①是否有特定的环境刺激可引起心理行为问题。例如,焦虑反应是否总是在某一特定的场合出现,吸烟量是否在社交时比个人独处时要多等。②是否存在心理行为的结果反过来强化心理行为问题本身的情况。例如慢性疼痛行为反应是否受到司法赔偿或家庭成员的不适当关注等因素的强化。

通过基础测量和分析,医生可掌握来访者治疗前的心理行为水平,为治疗疗效的评价提供参照点,同时也对来访者心理行为问题的各种影响因素有了较深入的了解,为选择具体的治疗方案提供依据。

(三) 选择和使用相应的治疗方法

1. 治疗方法的选择 来访者的心理行为问题及其影响因素差异很大,不能指望用

一个特定的治疗模式统一治疗某一类来访者。因此，行为治疗必须特别强调使用的方法和计划与具体来访者相匹配。

选择与来访者相匹配的治疗方案和计划要结合以下几点：①该治疗方法已被证明对这一类问题有效；②已考虑了基础测量中发现的各种影响因素；③来访者有治疗的动机；④来访者具备配合治疗的能力和条件。

关于各种心理行为问题选用何种治疗方法，将在后面各节有详细介绍，在此不作赘述。

2. 治疗开始时的指导 治疗开始前，医生应对来访者做有关治疗目的和原理的教育和指导。主要包括以下各方面问题。①介绍来访者整个心理行为病史及诊断；②介绍来访者心理行为问题产生的原因，以行为学习理论作简单的原理上的说明，但一些重要和复杂的问题在此时可暂不介绍；③对基础测量期所收集到的各种影响因素进行分析，特别指出哪些因素与心理行为问题的维持和发展有密切联系，对此也要用行为学习理论作简单举例说明；④简单讨论心理行为因素与躯体疾病之间的因果关系，说明行为治疗的必要性；⑤详细说明将要采用的行为治疗的目的和原理，说明治疗的成败取决于新的心理行为模式的形成，取决于反复训练，取决于完整地完成任务和掌握强化的原则等。

在指导过程中，医生应始终注意来访者对交谈内容的信息反馈，允许他们提出问题并及时作进一步解释。这不但有利于来访者认识问题，而且更能提高来访者的参与感，使各种治疗指令能不走样的得到贯彻和执行。

（四）治疗过程中的评价

治疗开始后，医生应将注意力转移到考虑治疗是否有效方面。如果经过一段时间治疗来访者无进步，首先要考虑来访者是否执行了治疗指令，即考虑来访者的依从性问题，其次是要考虑来访者执行指令是否正确。

在治疗过程中，要求来访者延续基础期，继续完成行为日记和行为图。据此，可以判断治疗的进展情况和确定治疗终止时间。

如果确信某一行为疗法无效，通常可改用另一种疗法。例如偏头痛患者采用渐进性松弛训练无效时，可改用肌电生物反馈。

（五）治疗结果的评价和维持

治疗如果成功，来访者可形成新的心理行为反应模式，问题行为获得改变，心身症状将会减轻或消失。为了防止症状复发，行为治疗程序中要增加一项如何维持疗效的内容。最好的办法是通过保持定期复诊来实施维持期的治疗。随着疗效巩固，复诊间期可逐渐延长，直至终止。

有关继续维持治疗的计划，都必须事先与来访者共同制订，并嘱其严格按计划实施，而不能等症状复发以后再考虑这个问题。

下面介绍几种有代表性的行为治疗方法。另有几种方法虽然与前面的方法有类似性，但因使用较广，也在后面作简单介绍。

第三节 行为疗法

一、系统脱敏法

系统脱敏疗法(systematic desensitization)，可能具有两方面的工作原理，其一是建立与不良行为反应相对抗的松弛条件反射，即所谓的交互抑制(reciprocal inhibition)；其二是使不良行为在与引起这种行为的条件刺激接触中逐渐脱敏(条件消退)。通过这两方面的共同作用，最终使心理行为问题得到矫正。系统脱敏法是南非沃尔普(Wolpe J, 1958)创立和发展起来的一种重要行为疗法。当时主要用于治疗恐怖症。

(一) 方法

系统脱敏法应包括三个步骤：

1. 松弛训练 来访者应学会渐进性松弛训练(见第八节)，要求来访者在不良行为反应(焦虑、恐惧)出现时，能适时地运用松弛训练进行对抗。

2. 划分焦虑等级 对引起来访者心理行为问题(如焦虑，恐惧)的情景刺激作详细的等级划分，并由弱到强按次序排列成表备用。以下是一位蜘蛛恐怖症患者不同的焦虑情景：

- (1)打印“蜘蛛”字样的卡片
- (2)读有关蜘蛛内容的书本
- (3)看一幅静止的蜘蛛图画
- (4)看移动的蜘蛛画面
- (5)观看园子里 10 米远的静止蜘蛛形态
- (6)5 米远
- (7)观看 2 米远蜘蛛的运动
- (8)观看蜘蛛结网
- (9)让小蜘蛛在戴手套的手上爬行
- (10)让蜘蛛在裸手上爬行
- (11)让大蜘蛛在裸手上爬行
- (12)拿起大蜘蛛并让它向手臂上爬行

以上各种情景刺激显然以(1)引起来访者焦虑程度最轻微，(12)最严重。通常要求来访者配合将这一等级表设计得尽可能准确些和细一些。

3. 脱敏训练 逐步按上述等级次序进行脱敏训练。来访者先接触上述(1)情景，即令其打印“蜘蛛”卡片，并对该情景进行想象和松弛训练。当来访者经过反复训练已经不再出现焦虑，或者焦虑程度太大降低时，可接着进行(2)等级的情景接触和同样的松弛训练。如此顺序渐进。如果在某一等级焦虑过于强烈，可以退回前一级重新训练。如果来访者胜利通过了所有情景，治疗即告完成。

系统脱敏疗法中的情景呈现除实际接触外，也可使用图片，幻灯或进行情景想象。例如让航空飞行恐怖症患者通过想象自己登机，进入机舱，飞机腾飞入云等情景，对出现的焦虑施以松弛训练。

(二) 适应证

系统脱敏法主要用于各种恐怖症。但也可使用于各种原因的情景性焦虑或躯体症状。例如，对医院或手术室的情景性紧张和焦虑(如牙科检查恐惧)，对某些特定场合如大规模比赛现场的紧张(如运动员临场紧张)，因紧张工作节奏引起的反射性头痛等。

系统脱敏法也可用于团体治疗(Suinn RM, 1970)。

二、厌恶法

厌恶疗法(aversion therapy)的原理是操作条件反射中的惩罚(punishment)作用。其主要观点是,一种心理行为问题的出现如果总是伴随消极(痛苦)刺激的增加,则该心理行为问题会逐渐减弱。因此,如果在一种心理行为问题出现时外加一定的痛苦刺激(或称厌恶刺激),经过长期结合训练,这种心理行为问题可被矫正。

(一) 方法

1. 选择适当的厌恶刺激 厌恶刺激种类很多,应根据心理行为问题的性质和其它各种条件,有针对性地选择使用。

(1)物理性厌恶刺激:常用电击的方法。有专家曾提出使用橡皮筋弹击手腕或掐手腕至痛等方法,但厌恶程度似乎太弱,效果可疑。

(2)化学性厌恶刺激:如使用吐根制剂、阿朴吗啡等催吐剂或苦味酊等苦味剂。这些厌恶刺激更适合使用在与消化道有关的心理行为问题,如酒瘾,婴儿习惯性吐奶等。

(3)环境厌恶刺激:如暂时隔离(time-out)等。

(4)想象厌恶刺激:如想象痛苦、羞辱、恶心等情景或体验。具体见后文掩敏法或想象厌恶法。

2. 实施 以酒瘾治疗为例。饮酒产生欣快感,后者对饮酒行为产生正强化作用。如果在每次饮酒的同时给以电击使之产生痛苦,或注射药物(阿扑吗啡等)使之产生恶心呕吐,经过反复的惩罚过程,可使饮酒行为逐渐减少(来访者失去兴趣)。各种戒酒俱乐部往往采用这种方法。

再以矫正儿童破坏行为为例。破坏行为引起的兴奋感和痛快感以及引起周围人的注意,都会强化这种破坏行为。如果破坏行为一出现就以最快的速度将儿童短时隔离起来(time-out),其中不加任何训斥或拉拉扯扯等拖泥带水的动作(这些被看成是正强化因素),通过多次训练可望减少破坏行为的发生。这种方法只用于不可理喻的某些弱智儿童。

3. 治疗要领 要使厌恶疗法达到预期目标,必须掌握以下一些要领:

(1)心理行为问题发生时必须始终伴随厌恶刺激,而且持续到不良心理行为彻底消除。如果治疗期间中断厌恶刺激,则不良心理行为可能会“变本加厉”。这就类似于坚持痛苦地戒酒一段时间,中途失败后又重新饮酒,其味道会更好,由于产生更强的正强化效应,可能嗜酒更甚。

(2)实施的刺激要达到明确的厌恶水平。轻度的“厌恶刺激”可能起不到惩罚作用,甚至在某些情况下反而成为正强化因素。例如,日常生活中一些孩子经常被父母咒骂、挪揄或者轻轻地打一把,也可算是厌恶刺激,但结果却往往与父母的目标相反,越是这样“打骂”,越是“热闹”(相对于孩子无聊之时),反而可能起到正强化的作用,孩子变得越来越调皮。因为孩子尚缺乏领悟能力。

(3)对心理行为问题的细微改变都应随时进行鼓励与强化。

(4)逐渐由医生为主,转为来访者为主(即自我控制)。

(5)强化计划要适时改变

(6)家属配合

4. 伦理问题 知情同意书中要突出治疗中可能出现的问题及解决方法的约定。

(二) 适应证

用于矫正各种心理行为问题，包括酒瘾、烟瘾、手淫、性变态、特定的犯罪(如盗窃癖，可将超市监控录像中本人被抓获时的狼狽模样，作为厌恶刺激)和多食肥胖(多用想象厌恶法)等。

三、操作条件法(正强化法)

操作条件法(operant therapy)，以操作条件反射为依据，主要通过正强化(positive reinforcement)过程塑造新的社会行为模式，从而矫正原有的不良社会行为，因而又称奖励法或正强化法。

(一) 方法

1. 分析心理行为问题 由于某一种不良社会行为往往涉及多方面的不良心理行为要素，必须分析找出其中主要的行为要素，首先加以操作训练，则其它不良心理行为要素相对地较易矫正。

以孤独症儿童为例，他可能同时存在不喜欢讲话，不喜欢集体玩耍、不喜欢出门等心理行为问题。通过仔细观察分析，假设已找出影响该儿童社会活动功能的首要心理行为问题是不愿多讲话。由于说话表达能力差，逐渐影响与其他儿童一起玩耍，进而不愿出门。

2. 选取奖励物(正强化物) 奖励手段可以分为物质奖励和精神奖励。奖励来源可分为他人奖励和自我奖励。

一般应选择儿童所喜欢的奖励物，如小人书、钱币、与大人玩耍、接受抚摸等，并且应以精神奖励为主。

3. 强化训练 先针对首要心理行为问题，逐渐进行良好行为的正强化训练。例如针对上例儿童不愿讲话的问题，必须设法诱导其说话。可以先给他讲一个非常简单的小故事如“小马过河”，然后诱导他重述故事内容，达到目的后立即给予糖果或抚摸头部的奖励。开始时要求不应太高，每谈话1~2分钟即应给予奖励。以后以同样方法诱导他讲得更多，讲得更好，并且听众也由一个人转为多个人。

在整个训练过程中，奖励物的使用应有以下原则：

(1)开始时稍有正确反应就要加以奖励；

(2)逐渐由物质奖励转化为精神奖励；由外部的他人奖励转为儿童自己内部的自我奖励。例如，随着儿童讲话能力的提高，应给以夸奖，并引导他向别的儿童讲故事，使他产生一种自豪感，这中自豪感对讲话行为可产生更大的强化作用。

(3)应注意利用条件反射的泛化原理，逐渐地使儿童在多种环境条件下都能愿意讲话。例如，不仅是在要求他讲故事时会开口说话，而且在新来一位邻居时也能开口。

在主要的心理行为问题(讲话)初步得到训练后，随之开始对其它心理行为因素(玩耍，出门)进行同样的强化训练。由于首要心理行为问题训练的成功，往往使其它心理行为较易训练。

(二) 适应证

主要用于建立良好的社会行为。包括矫正某些社会行为障碍，如孤独症；训练慢性精神病患者的社会适应；矫正某些慢性躯体疾病患者的习惯性病卧；训练某些社会功能

如社交能力等。

四、示范法

示范作用(modelling)的理论基础是社会学习理论中的示范作用。它通过让来访者观看和接触具体的具有良好行为模式的人物模型，学会这种行为模式，克服原有的心理行为问题。

(一) 方法

1. 选择适当的模型 用于示范的模型分为活体模型和象征模型。

活体模型是现实生活中的具体人物。例如病房中某一位情绪积极，配合良好的患者；学校中品学兼优的同学等。使用活体模型，称之为生活示范(live modelling)，因为真实、具体，故治疗效果较好，但客观条件限制多，比如难以在现实生活中找到合适的模型。

象征模型通常是电影或录像中的某一角色人物，特别是为了治疗需要特地拍摄制作的示范治疗影视材料。使用象征模型，谓之替代示范(vicarious modelling)，因为便于重复使用，因而效率高，但效果没有生活示范好。

在具体使用中，应根据心理行为问题的性质，以及来访者其它各方面条件选择方便而又有效的模型。

2. 示范方法 以改善病房中患者的消极情绪氛围为例。医护人员可有目的地选择一位情绪积极乐观的同类患者作为模型，不时地有意识地当着病室里患者们的面，对这个模型患者的行为表现加以关注和赞赏，以引起其他患者的注意和观察；或者让这一模型人物对其他患者作现身说法，从而使其他患者的情绪状态也逐渐转向积极。

再以儿童外科的教育为例。为了帮助儿童克服对外科手术的不良心理行为反应，可用影视人物模型对即将接受手术的儿童进行示范教育。电影内容包括某一个儿童从入院、麻醉、手术到康复的全部住院过程，以及该儿童的一系列正确的心理行为表现。

3. 影响因素 影响示范法治疗效果的因素很多。除了来访者方面的因素如心理行为问题的性质，以及模型方面的因素如模型的质量外，还与双方的年龄、性别、种族等是否一致有关。据报道，上述各种因素的差异越小，对儿童的示范效果越好。很难设想，使用一个成年人的入院接受手术的全程录像，能对儿童患者产生积极示范效应。

(二) 适应证

示范法可用于心理行为问题的矫正，社会技能的训练，以及消除临床患者所表现的焦虑反应(如手术前焦虑和牙科检查恐惧)。对焦虑源越敏感的来访者，示范的效果也越好(Boudeways PA, 1982)。

五、依情况而定法

依情况而定法(contingency management)或灵活管理法，其原理是，行为问题的产生和发展是一种操作条件反射形成的过程，受多种不同性质的环境刺激的影响，因而要改变这种心理行为问题，必须根据具体情况机动灵活地使用强化、消退等综合手段。

(一) 方法

1. 分析问题行为 以第二章第二节提到过的慢性习得性病卧(依赖性病人角色行

为)为例。对患者的心理行为特点、影响因素等作详细的分析,认识某些环境刺激因素对习得性病卧的形成和巩固作用。具体如下。

(1)亲人们总是在患者出现间断性的呻吟、愁眉苦脸等病痛行为表现时,给予相对应的间断性的温情和关注;每当患者持续卧床的那一段时间里,总能获得劳保补偿或司法赔偿。这里,亲人的温情和经济上的好处,都对持续卧床行为产生正强化。

(2)每当上床休息,患者的病痛就减轻;长期按时用药,每次总能使病痛减轻。这里,每次的病痛减轻,都对卧床行为和不间断用药(慢性疼痛综合征常见的两种行为问题)产生负强化。

(3)患者偶尔表现出积极主动的活动,例如自己上厕所、到尿壶。但这些活动会引起疼痛;或者因为活动会引起亲人的惊慌失措和责骂。这里,疼痛和责骂,对这种积极的心理行为苗头产生惩罚发作用。

以上只是象征性的行为学分析。其中正强化、负强化和惩罚等,属于操作条件反射机制。据此,可以制定相应的行为学控制和训练方法。

2.依情况而定的方法 在说服患者接受行为治疗的前提下,与患者及其家属等有关人员签订“合同”。

合同规定:在患者表现出卧床或愁眉苦脸时(不良心理行为),医务人员及家属将不予理采(即不给予强化使之消退);在患者参加活动或开展社交时(正常心理行为),则及时给以温情关心(奖励);患者的止痛药物由原来的定时用药改为不定时,而且争取将药物制成水剂,在双盲情况下由医生或家属提供;等等。

医生和亲属一起严格按合同内容执行,通过几星期的灵活管理法处理,习惯性病卧行为也许会慢慢改善。

(二)适应证

主要用于矫正表现复杂的心理行为问题,如认知行为治疗失败后的慢性习得性疼痛患者和顽皮儿童。

六, 满灌法

满灌法(flooding)又称冲击疗法。与系统脱敏法一样,也主要用于治疗恐怖症、强迫症等。但两者的手段正好相反。满灌法在一开始就让来访者接触最高恐惧的情景。虽然此时来访者可产生强烈的心身反应,但最终并不发生严重的后果。以后,当来访者接触原先足以引起他中等焦虑反应的情景时,由于有满灌法治疗时的体验,结果可不再引起焦虑。

例如让高楼恐怖症者暴露在高楼的顶层,广场恐怖症者暴露在大广场,社交紧张者让其暴露在大会场,强迫洗手者可让其置身于污水之中。所有病例在其暴露于最紧张恐惧的情景中的同时,医生都要给以说理,以事实指出其原有心理行为的不合理性,同时给予支持鼓励,促使其尽可能放松和适应,克服恐惧和焦虑症状。

一般人和患者本人都有一种错觉,以为接触某一个恐怖对象时,个人的恐怖体验会随着接触时间的延长而变得越来越难以承受,即恐怖体验与接触恐怖对象的时间之间是线性关系,随着时间延长,恐怖感越来越厉害,直至最后会崩溃。正因为这种认识预期,导致恐怖症患者的强烈回避行为,回避行为带来的紧张情绪消失,又对回避行为产生负强化,终使回避行为进一步固定下来。而实际上,面对一个恐怖对象(当然指无实质威

胁的对象), 人的恐怖情绪体验是一个抛物线, 即恐怖感达到一定高度以后, 随着时间会缓慢下降(图 6-2)。这一点在学生考试紧张指导中也很有用处。这种现象在满灌疗法中可被利用, 当执行到一定时间后, 医生应适时指导患者, 使其相信他的恐怖感因为治疗技术起作用正在慢慢下降, 从而促进其坚持下去的信心, 直至最后该证实恐怖对象其实不值得恐怖。对于高山恐怖症来访者, 此招不妨一试。

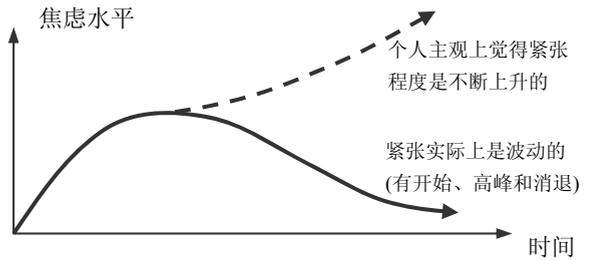


图6-2 紧张程度其实是自动降低的

满贯疗法涉及到直接对来访者的巨大压力和可能出现的不良反应(如因为过度恐怖而致过度通气综合征)。故目前临床上很少采用。

七、代币法

代币法(token economy)又称标记奖励法。与前面的操作条件法相似, 也是通过正强化来塑造新的心理行为模式, 但它是利用各种代用券、筹码等团体内使用的“货币”作为奖励手段。当来访者表现出良好的心理行为模式时, 即及时奖给相当的代币。这种代币可以在一定时间后如每周总结时进行兑现, 达到一定数量代币的来访者可获得看电影等活动的权利。通过不断的代币奖励, 有助于良好心理行为的发展。该方法常使用于精神病患者, 智残儿童等集体里。实际上, 生活中也到处存在代币法, 例如, 在墙上插小红旗奖励清洁卫生的小朋友, 可以培养其爱卫生的习惯。

八、塑造法

塑造法(shaping)与操作条件法和灵活管理法(依情况而定法)均有一定的类似性。通过逐渐强化所需要的心理行为反应, 取消对非需要的心理行为反应的强化(消退), 从而培养和塑造出复杂的心理行为模式。其大致过程是: 开始时, 只要出现大致接近于所需要的行为, 就给予强化(或奖励), 例如肥胖者有了减肥的愿望即给予鼓励; 然后, 这种要求逐渐提高, 例如按体重下降程度的大小, 分别给不等的奖励(如代币数量); 接近目标时, 凡不符合标准的非理想心理行为反应一概不予注意或强化, 使之消退。驯兽所使用的就是这种技术。

九、掩敏法

掩敏法(covert sensitization)即厌恶想象法(aversive imagery), 是厌恶疗法的一种。早期被认为是一种自我控制训练(Cautela JK, 1969), 但本质上也是一种认知行为治疗。掩敏法主要通过来访者的厌恶想象作为厌恶刺激, 用以克服不良行为。例如, 指导烟瘾者在见到香烟或开始吸烟时, 得全程想象吸烟引起的肺部病变的丑陋形象、浓痰和气喘等厌恶感受(往往在事前已接受过实物和影视图片等的教育)。又例如, 指导过食肥胖者在产生某种食欲时, 或正在摄食时, 得同时想象一种能引起自己恶心感觉的

物质，或想象肥胖者行动不便和不受人欢迎的场景等。Cautela 主张厌恶想象法每两个星期进行 10-20 次训练作为一疗程，共需进行几个月。治疗间隙，让来访者在家里继续进行训练，最后则主要由来访者个人进行自我控制训练。

掩敏法主要应用于过食行为，肥胖、酒瘾，烟瘾及其它行为异常。

十、混合行为矫正（减肥）

（一）概述

在第二章已经介绍，随着条件反射理论的发展，出现了混合学习模型 (mixed learning models)，该模型强调人类行为的形成与多种条件反射机制混合作用有关。同时也出现了认知行为学习理论 (cognitive and behavioral learning theories)，该理论强调 S → O → R 的关系，认为在行为形成过程中，有机体 (o) 特别是认识因素起中介作用。

笔者在五校合编(1986)教材中，曾翻译介绍国外的自我控制疗法 (self-management or self-control)，其理论基础应属于混合学习模型和认知行为学习理论，并被认为是可归于认知行为矫正 (cognitive behavior modification) 的范畴。其主要内容包括环境刺激控制 (stimulus control) 和个人行的调节 (self-regulation) 两大部分。后者又包括自我监督 (self-monitoring) 即行为日记、自我奖励 (self-reward) 和自我惩罚 (self-punishment)。该方法最主要的特点是强调来访者个人认识调控和自我行为训练

本单元将这些方法扩展并称之为“混合行为矫正法”，并以减肥为例。这些治疗方法既有行为矫正疗法的行为日记、刺激控制、正强化、负强化、惩罚、消退、内脏学习、社会示范等内容，又有认知治疗的自我教导、内心对话，认知改变等内容。

需要注意的是，认知行为矫正是在 20 世纪 70 年代以前，在行为矫正疗法的基础上吸收了后来的认知理论，其治疗对象仍然侧重于各种复杂的不良行为，本质上属于行为治疗。而近年来流行的认知行为疗法 (cognitive behavior therapy, CBT)，是 20 世纪 70 年代以后，在认知疗法基础上吸收了行为治疗技术，其治疗对象侧重于各种心理问题如抑郁症，本质上属于认知治疗，并将在后面认知疗法一节中介绍。

（二）方法

认知行为矫正没有固定的治疗形式，完全根据来访者心理行为问题的具体情况设计具体的治疗方案。该疗法强调来访者个人的作用。在整个治疗过程中，在医生的指导下，主要由来访者自己开展一系列的认知改变和行为操作活动，最终彻底改变原有的不良心理行为模式。

以进食行为障碍引起的肥胖症来访者的减肥治疗为例。首先由医生通过与来访者的认真交谈和根据基础记录资料，帮助来访者认识和辨别心理行为问题在肥胖发生发展中的作用，与来访者一起设计整个治疗程序（参见本章第二节）。这种程序应侧重于如何帮助来访者认识并改变不良的心理行为方面，而不是将目光盯在体重减轻的多少上。全部治疗过程包含六方面内容：

1. 自我监督 所谓自我监督 (self-monitoring) 就是要求来访者每天仔细记录自己的心理行为情况，包括体重(早晨空腹)、热量摄入(折算成热卡值)、进食方式(时间、地点、方式、感觉)、躯体活动量，积极的思想、消极的思想、以及其它可能影响“吃”的因素(如社会因素、身体状况)等，称之为行为日记。久而久之，就形成一张行为监督

表。其中重点是热卡摄入记录(表 6-1)和体重曲线图(每日体重记录图略)。

表 6-1 热量摄取记录表

姓名:			今日体重:				
日期	时间	地点	单独或与别人一起	伴随的活动	感觉	食物数量、种类烹制方法(折算成热卡值)	其它相关情况

来访者在开始时往往觉得心理行为日记太麻烦。但是根据观察,他们往往会在几周后就乐于填写,而且能理解这是整个治疗过程中很有用的一步工作。

通过自我监督除了可以随时收集资料外,还可以新发现某些必须加以改变的因素,可提高来访者认识水平和参与意识,并且为奖励和惩罚提供实际依据,同时也有直接降低不良心理行为出现率的作用。

2. 环境控制 环境控制就是刺激控制(stimulus control)。由于不良心理行为是在长期环境刺激作用下通过条件反射作用或示范作用逐渐形成,这些环境将会激发不良心理行为。例如在本例,食品、厨房、饭店,食品店、餐桌等外部刺激都可引起来访者的食欲,某些特殊的因素如思想冲动(焦虑)、特殊感受等内部刺激也可以引起食欲。因此,来访者必须设法尽力回避和控制能引起食欲的外部环境刺激。

例如,将喜欢的高热量食物放入冰库(不能立即取食),并严格控制原有的吃的次数、地点和与之相关的活动(如边进食边谈话,边看电视)。如果多食行为与情绪反应有联系(烟瘾、酒瘾常如此)、则应改造情绪环境条件。

3. 个人行为调节 通过对“吃”的行为作个人调节(self-regulation),可以促进多食者对“吃”的过程的觉醒,使“吃”的过程置于自己的控制之下。具体的内容有:放慢咀嚼速度、体验“吃”的过程的放松感和舒适感,以及改变其它吃的方式等。

例如,有一种观点认为,过量进食所致肥胖者经常伴有快速进食以及在紧张情绪下进食的习惯,因此往往在尚未产生饱足感时即已摄入过量。对这种情况,要指导来访者:①自己放慢咀嚼速度,小口、细嚼、慢咽,甚至可以计数进食时间,使之养成缓慢地有序地进食习惯;②进食时应集中注意,慢慢体验其中的快乐,养成从进食中得到享受的习惯;③使用浅底碗、小盘,取用低热量大体积食物;④进食完毕立即离开餐桌,不要为了怕造成浪费而多吃等等。据报告,其中细嚼、慢咽对于减轻体重效果明显。

环境控制和个人行为调节应在来访者认识其重要性并自觉执行的基础上进行,每日的控制、调节情况应记入行为日记。

4. 对心理行为结果的奖励和惩罚 利用强化原理,对每日的心理行为结果进行操作。如果心理行为结果符合减肥要求,包括体重减轻,刺激控制和个人心理行为调节完成情况良好,即及时给以物质或精神奖励(正强化),如不符合,则给以惩罚。具体的奖励和惩罚手段应事先统一。

(1) 订合同法:有一种合同规定,来访者将一定数量现金存在医生手中。根据来访者行为日记,如果每周减肥 1~2 磅,则在定期会谈时从医生处取回一定数额现金,使节食的结果得到正强化;否则,没收一定数量现金。因为现金数额不大,实际上主要起了代币的奖励和惩罚作用。

(2) 自我奖励和惩罚：在认知改变基础上，要求来访者自己根据行为日记进行物质的或想象的自我奖励 (self-reward)，例如以自我安抚、看电影、文娱活动为奖励；和自我惩罚 (self-punishment)，例如以厌恶想象、取消文娱活动等为惩罚。

(3) 社会奖励和惩罚：家人或朋友如能配合执行上述“合同”，例如利用鼓励、注意、参加集体活动等进行奖励，用批评、冷遇等进行惩罚，也同样有助于来访者心理行为的改变。但应该注意到，奖励和惩罚一旦掌握不当，例如在良好心理行为出现时反而无意中给来访者以不良刺激或惩罚，则会产生相反的作用。因此通常要求家人也参加一定的治疗培训。

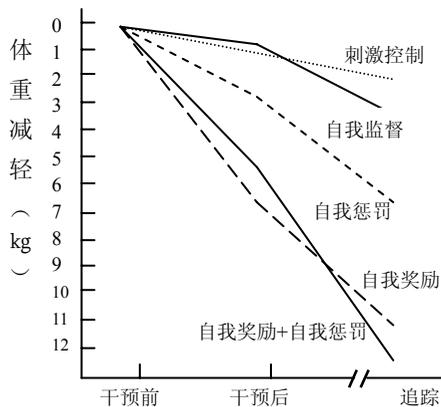


图 6-3 自我控制技术与体重

据报告，以上几项手段单独或合并使用均有效 (图 6-3)

5. 认知重建 这是认知治疗的内容。认知行为理论认为，如果没有认识上的彻底改变，不良行为的矫正是困难的，即使暂时矫正了一些，维持时间也有限。

在行为矫正治疗中的认知重建包括帮助来访者改变各种不正确的认识和态度，特别是帮助矫正自我失败 (self-defeating) 思想。Mahoney MJ (1976) 提出，对减肥来访者的认知重建主要解决以下五个方面的自我失败思想：①关于体重减轻，“我已经挨了许多饿，可体重减轻却如此之慢”；②关于能力，“我这个人缺乏意志力，肥是减不了的”；③原谅自己，“如果不是因为工作太忙，我应该早已减了肥”；④合理化，“今天我的时间紧迫得很，所以这个面包得吃得快一些”；⑤对实际事物的欲望，“如果我能尝一下冰淇淋该有多美”。

针对上面①项自我失败思想，医生应引导来访者建立起相对抗的正确认识：“何必计较体重减多少，我的目的是改变行为！”针对上述④项思想，对抗性的认识是：“看我这个人都在想些什么！一个面包就是一个面包，罗马城不可能一天之内建造起来！”其它一些自我失败思想也应以同样的认识重建方法加以纠正（可参阅第五节）。

认知重建经常会有反复，往往要在多次反复以后才能最终使体重减轻。关于这一点，应事前使来访者认识到。

认知行为矫正方法用于减肥需时几个月，可以取得比较巩固的疗效。来访者在整个门诊治疗过程中必须定期复诊，医生随时检查治疗进展情况，及时对来访者进行认知矫正和行为指导。如果集中住院治疗，则整个治疗过程易被医生掌握，因而效果较好，但费用太大是其缺点，且出院后如不继续门诊随访，易复发。

(三) 适应证

认知行为矫正疗法适用于矫正复杂的行为问题，如酒瘾，药瘾、过食肥胖和 A 型行为等。

第四节 精神分析法

一、理论基础

精神分析疗法 (psychoanalytic psychotherapy) 的理论基础是精神分析理论 (见第二章)。在 19 世纪末产生一直到现在, 该治疗方法在西方心理治疗领域占有重要的地位。

精神分析理论认为, 潜意识中早年心理冲突在一定条件下 (精神刺激、素质因素等) 可转化为心身症状 (精神疾病如癔病、神经症, 躯体疾病如溃疡病等)。

精神分析疗法主张采用耐心长期的引导, 包括在催眠条件下或用“自由联想”的内省方法, 帮助来访者将潜抑在潜意识中的心理冲突, 主要是幼年时的精神创伤和焦虑体验挖掘出来, 使之成为意识的东西加以认识和疏导。结果来访者重新认识了自己, 并改变原有的心理行为模式, 达到治疗的目的。

二、方法与适应证

(一) 精神分析疗法一般内容

精神分析法一般使用以下几种具体的内容: (Vingoe FJ, 1981)

1. 自由联想 自由联想 (free association) 是精神分析的基本和主要手段。治疗者要求来访者无保留地诉说他想要说的一切, 包括近况、童年记忆、随想、对事物的态度、个人成就和困扰、思想和情感等。精神分析理论认为来访者的焦虑来源于潜意识里的心理冲突, 本人意识并不能察觉到。但通过自由联想, 这些潜意识里的心理冲突可逐渐被带入意识。自由联想贯穿于整个治疗过程。

2. 抗拒 抗拒 (resistance) 或称阻抗, 是自由联想交谈过程中, 来访者在谈到某些关键时刻所表现出来的自由联想困难。此时来访者往往谈话中止, 似乎没有什么东西可以谈了; 或者不按时参加预定的会谈; 或者反复陈述某一件事, 不能深入下去, 扩展开来; 或者甚至认为分析治疗没有意义, 想中止治疗等等。抗拒的表现是意识的, 但根源却是由于潜意识中有阻止被压抑的心理冲突重新进入意识的倾向。当自由联想交谈接近这种潜意识的事实时, 潜意识的抗拒就发生作用, 阻止这种事实被真实表述出来。所以抗拒的发生, 往往正是来访者问题之所在。医生必须在整个治疗过程中不断辨认并帮助来访者克服各种形式的抗拒。一旦潜意识的所有抗拒努力均被逐一战胜, 来访者在意识水平上实际上已认识自己, 分析治疗也已接近成功。精神分析疗法之所以需长时间才能完成, 据认为其原因就是潜意识的抗拒作用。

3. 移情 移情 (transference) 被认为是分析治疗的很重要内容。在分析会谈过程中, 来访者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, 治疗者可能成为来访者喜欢的对象; 也可能是憎恨的对象。因此移情又可分为 正移情 (positive transference) 和 负移情 (negative transference)。前者是爱怜情感的转移, 后者是憎恶情感的转移。例如对父母有潜意识怨恨的来访者, 可能会对医生渐渐产生怨恨。医生通过对移情作用的分析, 可以揭示来访者对医生的怨恨和对父母的怨恨之间的联系, 从而了解来访者心理上的某些本质问题, 以便帮助来访者进一步认识自己, 并给以疏导。

4. 疏泄 疏泄 (abreaction) 是让来访者自由地表达被压抑的情绪, 特别是过去强烈的情感体验。事实上, 这种发泄往往通过对医生的移情作用而表现出来。医生鼓励来访者进行这种发泄。

5. 释梦 释梦 (dream interpretation) 也是心理分析重要手段。精神分析理论认为梦是潜意识冲突或欲望的象征, 因而来访者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来访者的真正动机和欲求。但是梦境仅是潜抑冲突与自我监察力量对抗的一种妥协，并不直接反映现实情况。这就需要医生对梦境作特殊的解释，以便发掘梦境的真正含义。弗洛伊德《梦的解释》一书被认为是释梦者必读的工具书。

6. 阐释 医生在心理分析治疗过程中，对来访者的一些心理本质问题加以解释、引导或劝阻，就是阐释(interpretation)。通过阐释帮助来访者重新认识自己，认识自己与其他人的关系，从而达到治疗疾病的目的。

(二) 精神分析疗法过程简介

经典的精神分析疗法需时间较长，每次约50分钟，每周2~3次，累计总数可达300~500次。施治者要受过严格的精神分析专门训练。

接受治疗的来访者在安静舒适的环境里躺卧，将身体放松。医生坐在来访者头顶方向，目的是避免让来访者看见面部而引起情绪反应，但医生则能够随时倾听和观察来访者。

治疗开始，医生只认真听取来访者的自由联想谈话，仅偶然提些问题或作必要的解释。当来访者无话可谈时，医生适当给以引导，使之继续下去，直至约定时间。来访者回去后，请其继续对自己进行探究。在下次约定时间，又继续进行自由联想交谈。

经过一段时间的交谈，医生对来访者的问题有了一定的了解。这使医生在以后的分析交谈中能够正确地实施阐释、帮助克服阻抗、正确引导发泄，最终目的是帮助来访者认识自己(包括意识的和潜意识的)。

随着分析的深入，来访者将首先对自己的问题实质在意识上有所认识，产生了某种改变的需要。但这只是第一步，只有通过以后长时间的继续分析治疗，才能使来访者在潜意识里也接受此一问题实质。这时，来访者求医的原因即各种症状已经消失，个人感觉良好，整个治疗也即告完成。

据介绍，精神分析疗法成功的病例通常是青年人和中年人，因为年纪越大，其潜意识里的抗拒程度可能越高，使分析难度增加。另外，医生在治疗中应尽量不透露自己的个人情况，以便于来访者的自由联想和利于移情关系的解决。

(三) 适应证和评价

精神分析疗法大多应用于神经症患者，以及心身疾病的某些症状。这种治疗方法也受到不少批评，包括理论无法实证，缺乏评判标准，结果难以重复，以及时间太长，费用太大等(Hall CS, 1970)。

某些经过修正的新精神分析疗法虽然在时间上有所缩短，且增加了对社会文化因素与疾病和症状关系的分析，主要解决当前的迫切要求解决的问题，但其费用仍不是一般工薪阶层所轻易能负担的。实际上，经验证明只有那些职务较高、聪明、善于言辞而且颇具财力的人，才可以从精神分析疗法中受益。

第五节 认知疗法

一、理论基础

(一) 概念

认知理论认为，认知过程影响情感和行为，即许多情绪行为问题与来访者的认知活

动密切相关(图 2-6),因此,如果帮助来访者调整认知,特别是改变那些认知歪曲成分,那么来访者的情感和行为问题可望得到缓解,这就是认知疗法(cognition therapy)。比如,如果我们帮助一个因为离婚而濒临崩溃的当事人改变认知,那么他可能因为“想通了”而恢复情绪的常态。

然而,通常情况下要改变一个当事人的认识并不是容易的事情。认知疗法也绝不是所谓的“做思想工作”。说得具体一些,认知疗法确实是要改变来访者的认知过程,但那是需要通过改变在背后控制和影响这些认知过程的因素(观念、信念、图式)来实现的。认知疗法是建立在特定的理论基础上,通过一系列设计程序来实现上述治疗目标的。

认知疗法其实是一系列治疗方法的总称。因创立者不同,所秉承的理论基础也有所不同。其中重要的有 Ellis A 的 ABC(或 ABCDE)理论和 Beck AT 的认知治疗理论等。

(二) Ellis 的 ABC 理论与理性情绪疗法

20 世纪 50 年代末, Ellis A 创立的理性情绪疗法(rational emotive therapy, RET)理论基础是 ABC 理论。可简单表示为:激发性事件(activating events, A)→对于这些事件的信念系统(belief system, B)→情绪或行为的后果(consequence, C)。其中非理性信念(irrational beliefs)是导致认知歪曲进而导致功能不良情绪和行为问题的关键。因此,RET 的治疗核心是通过“争辩”来动摇并改变这些非理性的信念。

非理性信念的三种基本形式:①自我完美信念;②公平世界信念;③自我中心信念
理性情绪疗法的大致过程包括:

(1)判定来访者认为由事件 A 引起情绪和行为后果 C。

(2)探讨事件 A 和后果 C 之间的非理性信念。

(3)以各种有力的技术如辩论、对质等,说服并实现来访者用理性信念代替非理性信念。

近年来,国内一些著作将 RET 翻译为合理情绪疗法,笔者略有异议。其实“理性”和“合理”之间还是有差别的。我们以人在考试失败(A)以后,出现“有了一次的失败,就可能有更多的考试失败,那样的话,我就完了”的思维倾向(有人认为这就是 B,其实是 B 引起的思维方式,真实的 B 应该是“完美主义”的观念或信念即“考试是不能失败的”),从而影响他的心境平静甚至出现抑郁情绪(C)。在这里,从认知到情感确实是非“理性”的,但未必是不“合理”的。再以下文表 6-2 中关于不同的人会看到不同树叶直到不同西湖的例子做更细一点的分析,抑郁者(正常人)一眼就看到西湖地上“枯萎的”(“金色的”)树叶,继而发现整个湖边环境“秋风扫落叶”(“秋高气爽”),从而得出“萧瑟的西湖”(“金色的西湖”)的认知评价,结果产生“失落”(“享受”)的情感体验。在这里,抑郁者从“枯萎的树叶”到“秋风扫落叶”再到“萧瑟的西湖”最后到“失望”整个过程并不是“不合理”的(因为发黑的边缘和干枯的叶把真实显示树叶是枯萎的,从枯萎的树叶一直到萧瑟的西湖的逻辑也算严密,情感失落也是必然),而是“非理性”的。反倒是正常人从“金色树叶”到“秋高气爽”再到“金秋季节”最后到“享受感”整个过程不怎么“合理”,甚至是跳跃式的缺乏严密的逻辑,但却是“理性”的(相当于大多数人的 senses 即知觉,理性,理智等,而且积极向上,也与贝克的“共同感受”类似)。如果以上分析被接受,则建议还是继续多年来我们在医学心理学中的做法,将 RET 翻译为理性情绪疗法。这将有助于目前国内许多心理咨询师对该疗法的正确把握。

(三) Beck 的认知理论和认知疗法

在第二章已经讨论，20 世纪 70 年代 Beck AT 的认知理论认为，个体的认知歪曲并不是有意的，而是来自早年经历所形成的人格深层的功能失调性假设或称图式 (schema)。在事件刺激下，这种认知图式会被激活，导致在意识浅层产生大量负性自动性思维，并因此产生情绪行为障碍 (图 2-7)。因此，认知疗法必须设法让来访者能够识别、检验和改变浅层的负性自动想法，继而进一步识别和改变深层的功能失调性假设，才能真正改变认知，治疗疾病。

在第一章第一节里我们举例描述了抑郁症患者与正常人观看西湖的不同结果 (以西湖为例是便于理解，事实上抑郁症更表现为对自身的消极认知)。这里再作进一步细节解释 (表 6-2)。假设图中的 A (正常人) 和 B (抑郁的人) 在年龄、性别、经历、专业、学识等方面都相同，他们结伴游览深秋的西湖。结果，在游览中 A “看到了” 金色的西湖，并感受到愉快，甚至会联想到人生的精彩；而 B “看到了” 败落的西湖，并感受到沮丧，甚至会联想到人生的失败。表中大致显示了 B 的认知歪曲形成过程及其相关影响因素。

表 6-2 认知歪曲举例示意图

	个人成长 →	认知图式 →	认知过程与思维特点 →							情绪行为 ←	
	环境、教育、遗传	遇事即会启动图式 (假设)	事件	发现地上一片树叶	抬头看整个树冠	远眺湖山	记忆库中相关词汇	形象思维	抽象思维	综合判断、结论	感受、行为、躯体
正常人	不明显	功能不良假设不明显	游览西湖	金色的树叶	满枝头金色树叶	漫山遍野金色一片	秋高气爽	金秋季节	收获的季节	金色的西湖满意的旅游	愉快 兴趣盎然 人生精彩
			自动思维 (概念): 人们的许多判断和推理过程是模糊而自动的 共同感受 (概念): 人们在解决问题时的共同知觉和思维的过程，有时候可出现认知歪曲								
抑郁症	往往有迹可循	功能不良性假设 (脆弱性、完美主义、强制性、寻求赞许、认知哲学等)	游览西湖	死亡的树叶 (选择性感知)	满枝头的死亡树叶	漫山遍野死气沉沉	秋风扫落叶	残秋季节	冬天不远了	败落的西湖沮丧的旅游 (自我挫败)	不愉快 兴趣不再 人生失败
			负性自动思维 (概念): 自动思维中夹杂着错误观念。特点: 自动、消极情绪相连、藐视真实、意识边缘、信以为真等 认知歪曲: 包括任意推断; 选择性概括; 过度引申; 两极端思维; 个人化; “应该” 倾向; 全或无 (非黑即白) 等形式								

表 6-2 中还涉及认知疗法的几个重要概念: 功能不良性假设、自动性思维和负性自动性思维、认知歪曲、共同感受等。择要汇总于下:

* 功能失调性假设 (图式)

Beck 认为这是自童年开始通过生活经验建立起来的一种相对稳定的内部心理模式，处于人格深层，不被个体察觉。个体在事件触发下，会参照这些内部模式对外界事物进行认知。如果这种图式倾向于采用消极的、失调性的认知事物的方式和态度，即为 **功能失调性假设 (dysfunctional assumptions)** 和功能失调性态度 (DAS)。表 6-2 中的抑郁症患

者在观赏西湖时（事件），会触发其深层的完美主义的功能失调性假设（用文字表达就是“假如西湖是美的，就应该每一片树叶也是完美的”），成为认知活动的模板，推动负性自动性思维。

心理门诊来访者中，表现较多的功能失调假设（认知图式）往往是“完美主义”和“标准化”的，用文字表达就是“如果我是好人，怎么会有人不喜欢我”等。

功能失调性假的主要特征包括：脆弱性、吸引/排斥、完美主义、强制性、寻求赞许、依赖性等。

* 自动思维和负性自动思维：

自动性思维(automatic thoughts)是指人们的许多判断和推理过程其实是模糊的、自动的。比如，我们一天之中所有的认识活动，多数不是在自己清晰的判断和推理基础上完成，而是在顺势的、模糊的和自动的思维下完成。表6-2中的正常人在观赏西湖过程中，会在自动思维（如“秋高气爽，收获的季节”）的推动下，产生良好的情绪（满意的旅游，愉快的感受）。

负性自动性思维(negative automatic thoughts)是浅层的认知结构，平时不被注意，但本人认真思考却能被发现。表6-2中的抑郁症患者被事件（游西湖）触发功能失调性假设，成为认知活动模板，推动各种负性自动思维（如“秋风扫落叶，冬天不远了”），导致不良情绪（失败旅游，沮丧的感受），后者又反过来加剧负性自动性思维。

门诊案例：来访者，男，32岁，在精神病院诊断为抑郁症。来访者夫妻双方硕士学历，海关工作人员，感情基础好，育有一女，经济条件佳，无家庭拖累，丈夫患病后，妻子承担一切家庭事务。陪同来心理门诊的妻子说，单位的人都羡慕她俩和他们的家庭，即使丈夫一年多来因病请假较多，领导上也一直给予关心与照顾，她要不惜一切治好丈夫的病。但从这位抑郁症丈夫在门诊的一段对话片段里，却体现出大量的负性自动性思维。

医：好好治疗疾病，一旦治好了，凭你自身的能力都能够处理好面临的各种问题。

患：我的病是治不好的，（为什么？）因为抑郁症很容易复发。

医：所以我们要共同努力，争取减少复发。

患：减少复发不等于不复发。一旦复发，许多事情都会陷入绝境。

医：不至于那样严重吧。

患：比如单位就不可能像现在一样永远照顾我，老是复发，我迟早要被单位辞退。

医：其实，即使真的被辞退，我们也可以再找到工作。

患：我的专业离开海关就一无用处，什么工作都做不了。

医：那还可以重新培训上岗。

患：我的记忆力、注意力和精神状态都不行了，不可能完成什么培训，到那时我就会无路可走。

负性自动性思维的特点是：自动、消极情绪相连、藐视真实、意识边缘、稍纵即逝、力量大、蕴含曲解，信以为真等。（上例就体现出自动、消极、严密和坚信等特点）

* 共同感受和认知歪曲：

人们在解决问题时存在一些共同的知觉和思维过程，这就是贝克理论中的共同感受(common sense)。但在此过程中有时候可出现认知歪曲(cognitive distortion)。当事件触发了功能失调性假设，再产生大量负性自动思维，会使认知加工过程出现大量歪

曲。故认知歪曲基本上反映的是深层的错误观念。例如，在表 6-2 中抑郁症患者在其功能不良假设和负性自动性思维基础上，出现“破败的西湖，我对什么都感觉不到兴趣，我已经完了”等认知歪曲。

认知歪曲的形式包括：任意推断；选择性概括；过度引申；两极端思维；个人化；选择性消极注视；情绪推理；“应该”倾向；贴标签；全或无(非黑即白)等形式。

在认知治疗中，由于负性自动性思维处于认识浅层，故在治疗中首先给予探索和解决。而功能不良性假设隐藏在自动性思维背后的人格深层，故要在负性自动性思维之后才能加以探索和解决。

二、方法与适应证

自20世纪50年代Ellis创立理性情绪疗法以后，20世纪70年代随着认知理论影响的扩大，出现了大量的各种形式的认知治疗技术。其中Beck的认知治疗具有代表性。而揉合了认知疗法和行为疗法技术的认知行为疗法 (cognitive behavior therapy, CBT)，则已经成为目前被广泛接受的认知治疗方法。

这里主要介绍贝克认知疗法。

(一) 两个主要层面

认知疗法的具体步骤有多种版本，但其核心治疗工作在于纠正负性自动性思维（即表层错误观念）和功能失调性假设（深层错误观念）两个重要层面上（表 6-3）。

表 6-3 认知疗法的两个重要层面

治疗前举例	步骤与目的	使用技术举例	治疗结果举例
我已经学不进去了 别人都与我对干	检验 表层错误观念	解释、示范、辩论等	发现自己其实能学得进去 发现别人并没有瞧不起自己
我没有用 我没有前途	纠正 核心错误观念	语义分析技术(灾变祛除、重新归因、认知重建)	我只是在这件事上没做好 前途由许多有利因素决定
往往想得通，但做不到	进一步改变	行为矫正技术等	设计情景证明可获得愉快
往往今天想通了，明天 回复原样	巩固	认知复习作业	全程不断评估反省

1. 改变浅层负性自动思维 不断地帮助来访者找出外部事件与消极情绪行为后果之间的自动性思维内容，帮助其识别、检验和改变负性自动思维，也即改变浅层的错误观念。由于这个层次的自动思维实际上是浅层意识的内容，平时虽然不被注意，但经过指导本人认真思考还是能够被发现的。故采用的治疗方法偏向于指导、教育和辩论等技术方面。具体方法如：通过辩论等多种语言技巧，指导来访者辨认、检测自己在某个事情或情景上表现出的负性自动性思维；使用负性自动思维问卷(automatic thoughts questionnaire, ATQ)也有助于对自动思维现象的比照与感悟；认知作业(包括辨别负性自动思维、指出其中的逻辑错误、描述合理的思维)、行为作业和日记等。

2. 改变深层功能失调性假设 在上述反复指导、教育、辩论和检验负性自动思维等方法产生一定效果，情绪症状有所改善基础上，开始转向识别和改变其背后深层的功

能失调性假设，即改变深层的错误观念，以巩固疗效，减少复发。由于这个层次的功能失调性假设已经很接近于人格深层，距离意识层面较远，来访者平时很难意识到这里存在引起他的情绪行为问题的原因。故采用的具体方法偏向于有较高经验要求的心理干预技术，目前各类专业书籍中有各种不同概念的认知干预技术，如语义分析、认知重建、归因技术、主题分析、逻辑错误识别、盘诘技术、行为技术等。其核心还是盘诘和行为任务等，但经验是成功的重要因素。使用功能失调性态度问卷(dysfunctional attitude schedule, DAS)也有助于来访者的比照与领悟。

(二) 基本技术

1. 认知行为疗法基本技术 经过几十年的发展，目前我们所说的各种认知疗法，基本上都属于认知行为疗法。其具体技术非常复杂，但概括起来基本上就是两部分：

(1) 认知技术：识别和改变自动性思想及认知歪曲；发现和改变功能不良假设(信念)。

(2) 行为技术：具体包括行为日记、行为监督和行为训练等。

2. 贝克的认知治疗技术 1985年贝克进一步提出五种具体认知治疗技术：

(1) 识别自动性思维：采用提问、指导演示或模仿方法，帮助挖掘和识别自动性思维。

(2) 识别错误观念(认知歪曲)：听取和记录自动性思维与不同情景和问题，要求来访者归纳出一般规律，找出共性。

(3) 真实性检验：设计情景，对自动性思维和错误观念进行验证，使之认知并改变。

(4) 去中心化：让其改变某些行为，来证明别人其实并没有总是关注你的言行。

(5) 忧郁或焦虑水平的监控：监控自己的抑郁或焦虑，可以认识到这些情绪是波动的，从而增强信心。

(三) 适应证

认知疗法的理论相对简明，各种概念有可操作的定义，操作步骤也较清晰和具体，故在目前心理学临床是应用最广泛的心理疗法之一。

认知疗法经典的使用对象是轻度、中度和重度非精神病性抑郁患者，有较好的疗效。另外也应用于各种焦虑障碍、恐怖症特别如社交恐怖症、进食障碍、自杀行为等心理疾病，以及正常人群的各种社会适应问题。

实际上，只要存在因为人格方面的原因而导致非病理性的认知偏差从而产生情绪问题或者社会适应问题，都可以尝试使用认知疗法。但同时也应注意到，这里之所以强调“非病理性”认知偏差，是因为那些认知偏差越是接近深层人格的原因(如人格障碍者的核心观念上的偏差)或者甚至是病理性的偏差(如偏执型精神病)，则认知改变的目的就很难达到。

第六节 支持疗法和来访者中心疗法

一、支持疗法

心理支持疗法(supportive psychotherapy)由 Thorne FC 于 1950 年首先提出，简称为支持疗法，是目前我国医学临床使用很广的一种心理治疗概念。但需要区别于躯体医学中的支持疗法(如给不能进食的患者每日通过输液补充所需的营养)。

心理支持疗法的内涵非常丰富，是一种“泛”概念，一般是指医生合理地采用劝导、

启发、同情、支持、解释、提供保证、应激无害化指导以及改变环境等方法，帮助患者认识问题、消除疑虑、改善心境、提高信心，从而促进心身康复过程。支持疗法主要是一种指导性结合操作性的心理疗法。

从系统论的角度，一个人由各种因素构成，因素之间存在交互作用，支持疗法就是利用各种有益的手段，从各种因素入手，促进系统各种因素间的良性循环。以下同时适当介绍部分基于应激系统模型的心理支持手段。

（一）方法

支持疗法要求医生首先在建立良好医患关系基础上，通过交谈互动过程对患者或来访者的心身产生积极的影响；其次要科学地运用各种心理支持手段。

1. 一般支持

（1）良好的医患（或咨客）关系：在支持心理治疗中，医生对于患者或来访者来说不是绝对的权威，患者和来访者也不是处在绝对服从的地位。医生与患者或来访者接触时特别要注意自己的态度、动作，以及环境的选择，要注意认真听取诉说，开展诚恳的交谈，在交谈过程中了解患者或来访者心理上的要求和存在的问题，为具体的言语支持提供依据。在交谈中，患者也会逐渐增加对医生的信任感，从而容易接受医生的言语支持。如果没有这种交谈和了解，或者医生在交谈中表现高高在上，态度生硬、心不在焉，就谈不上如何进一步对患者或来访者实施支持治疗了。实际上，一次成功的交谈，本身就是对患者或来访者心理的极大支持。

（2）语言技术：在掌握患者或来访者的心理状况基础上，医生应善于利用科学知识，及时正确地给以解释，暗示、鼓励（或激励）和保证等。一般来说，凡是有丧失感的患者或来访者，对于医生的言语支持，都会有一定的积极的反应。对不同个性、年龄、经历、病种病期的患者支持方法通常不同，支持方式也应有所区别。例如，对一般的患者可给以解释和保证；对于预后较差的患者应有意识地以某些成功的病例给予鼓励，使之坚强起来；对年轻的残废来访者应多给激励而避免一味地表示同情等等。

此外，凡是有助于改善患者或来访者的心理条件，而又不能归入现有的各种心理治疗概念之中的心理学手段，都是心理支持的手段，例如，充分利用环境条件、调动家属亲友影响力等。

心理支持是灵活多变的过程，无法给出一个固定的模式。但有许多在特定理论基础上的综合干预手段可以被选择采用。

2. 压力管理模式 根据压力（应激）多因素系统模型，患者或来访者处在多因素失衡状态。可在对事件、认知、应对、社会支持、人格、压力反应等因素的大致评估基础上，分别给予相应的心理指导（参见第四章）

3. 情绪管理模式 根据情绪的产生和影响因素的基础知识，对患者或来访者的需求层次、所处的外部环境、生理基础状况和认知特点等情绪相关因素做大致评估，分别采取对应的指导、支持和处置。（参见第三章）

4. 应对技巧指导模式 在当今的应对理论中，应对（coping）是指从外部的事件到最后的心身反应全程，个体所采取的认知和行为上的努力（参见第四章第四节）。根据对患者或来访者压力的大致评估，选用图 4-3 中所列的各种应对策略实施临场指导，可看作是一种心理支持手段。

（二）适应证

支持疗法多用于某些遭受挫折，或感到自身或环境的严重压力和紧张，或其它灾难如患了癌症和绝症造成精神上难以抵御和补偿的病例，或者面临严重不可回避生活事件的来访者。这时患者或来访者都需要一种心理上的支持和疏导。

二、来访者中心疗法

来访者中心疗法(client-centered therapy)或患者中心疗法，是人本主义心理学家罗杰斯(Rogers C)在 20 世纪 40 年代后逐渐倡导发展起来的一种新的(对精神分析和行为疗法来说)心理治疗方法。与传统的以治疗者为中心的心理治疗不同，该疗法认为来访者或患者有理解自己和趋向成熟的潜能，医生的作用是启发这种潜能而不是包办代替，也不是裁判。该疗法通过帮助来访者进行自我探索，使之从否定自己的某些情感和体验，转到接受和体验自己此时此地的全部情感和思想，认识自己的本来面目，促成成熟过程，取得新的内部和谐，从而消除焦虑和紧张。

来访者中心疗法的基本原理可追溯到现象学理论。罗杰斯从现象学理论出发，认为一个人的行为决定于这个人对世界的独特的知觉，而不管这种知觉是否正确，因而也只能从个人独特的角度才能理解他的行为。罗杰斯还认为，人有一种天生的发展和充分发挥自己潜能并使自身完善的积极倾向，即实现倾向。当这种倾向受到削弱或阻碍时，例如个人以外价值条件取代内部的评价，自我被扭曲，产生否认真实情感的倾向，个人就会表现出行为问题。因此，如果引导来访者进入内省即自我探究，恢复与自己真实情感的联络，消除现实化倾向的障碍，行为问题也就自然得到解决(参见第二章第四节)。

(一) 方法

早在 1940 年，罗杰斯就曾根据自己的理论体系，提出心理治疗应重视以下四个问题：①来访者自身存在着一种趋向健康，调整行为的积极力量，如提供一个特定的心理氛围，就可以促进这种力量的发展；②治疗中来访者的情感比理智更重要；③来访者的“此时此地”比过去的压抑冲突更重要；④治疗时的人际关系很重要。根据这几个方面的内容，此后发展起来的来访者中心疗法主要包含以下三个要点。

1. 和谐(congruence) 和谐是指医生与来访者之间的关系是真实的、自然的，让来访者感受到，医生不是在扮演职业角色，而是真实和自然的个人。其中医生对来访者表现坦白、不掩饰，真实表现自己此时此地的内心情感，称之为坦诚(genuineness)，是构建和谐的基础。“和谐”能使医生内心所体验的，现在所意识到的，以及来访者所表达的三者之间达到高度的和谐，没有任何勉强或装作的痕迹。和谐是积极关注的基础。

2. 积极关注(positive regard) 这是指医生把来访者当作有自我成长潜能的人，对来访者的诉述和体验表示接受和关心。这种关注是无条件的，即医生不强加任何价值条件，允许来访者体验所有此时此地的情感，包括迷惘、怨恨、恐惧、愤怒、爱情、骄傲等，医生都给予无条件的接纳。由于来访者觉得被别人接受，他就更倾向于自我开放，自我探索，更能根据自己的情感而不是价值条件去自由行动，使潜能得到发展。

3. 共情(empathy) 长期以来作者在教材中曾先后将该词翻译为同理心、通情、通情达理、神入、情感移入等，但都难以切中其要义。“共情”不是简单的理解，也不是单方面的同情。这是医生准确感觉来访者经历的情感和个人意义，并有能力使来访者觉得医生已理解他的诉述，有与他本人相似的情感和分享这种情感所带来的痛苦或欢乐。共情除了使医生与来访者融洽相处，便于迅速建立关系，以及为来访者提供一种安全的

气氛，使之能更自由地探究自己的情感，挖掘自己的思想，更重要的是共情为来访者提供一种机会，使之对自己所述的话有所反馈或称反响(reflection)，从而更深入地激发来访者去接触自己的这种情感，最终使来访者逐步认识自己在某一问题上所持的消极情感和不正确的自我评价，恢复与现实化倾向的联络，自己起来改变原有的认知和评价，使症状得以解除。

来访者中心疗法就是医生有机地运用上述三个要点的过程。治疗中医生真心地对待来访者，与之进行“心理接触”，只认真倾听来访者的各种诉述不作多过解释，鼓励来访者充分表达此时此地的情感，并给予理解和信任，使来访者自己认识此时此地自己存在的问题，最终从困扰中解脱出来。这一治疗方法表面看似简单，实际上医生必须深刻理解此方法的原理，才能达到治疗目的。

(二) 适应证

来访者中心疗法在医学临床一般用于各种神经症，例如患有强迫症、恐怖症、焦虑性神经症等来访者。这一疗法可个别进行，也可团体进行(Rogers, 1973)。团体治疗时，医生作为团体的一员而不是以医生角色身分参与。

在心理门诊，该方法更适用于一些青年来访者的情感困惑问题。同时也是心理咨询过程的基础条件。

来访者中心疗法与精神分析疗法有两点明显不同。其一是人本主义理论对人性的认识是强调人有一种积极向上趋向成熟的潜能，而精神分析理论对人性的认识则强调潜意识中的本能是造成心理冲突的根源。其二是来访者中心疗法强调帮助来访者自己认识此时此地的情感，而精神分析法则强调对潜意识中过去心理结症的挖掘。理论上的不同导致方法上的差异，但很难说何种方法更有效。更多情况下，一些案例使用某一种方法无效，改用另一种方法却有效。

第七节 暗示与催眠疗法

一、暗示疗法

人都有一定的暗示性(suggestibility)，即接受暗示的能力，且人的暗示性有很大的差别。影响暗示性的因素很多，除了个体暗示性的差异，凡涉及陌生知识领域的问题(包括未知领域如气功)，人容易接受暗示；暗示者有权威性，以及被暗示者对暗示者的信任，也容易产生暗示效果。

暗示疗法(suggestive therapy)是指利用暗示对患者或来访者施加影响使症状消除的过程。暗示疗法是一种古老而有一定治疗效果的心理治疗方法。说古老，是因为在一些原始的占卜、求神治病活动中就明显存在着暗示作用。自有医生职业以来，凡是医生特别是那些影响大的名医，都对患者有一定的暗示性治疗作用。临床医生也会有意无意地利用患者的暗示性对其施加暗示影响。说有效，是因为通过心理上的积极暗示，能明显改善患者或来访者的心身反应过程，不论实验或临床经验都证明了这一点，有经验的临床医务人员也都能理解这一点。

(一) 方法

暗示疗法可直接进行，也可在其它治疗过程中结合进行。直接暗示是医生以技巧性的

言语或表情，给患者或来访者以诱导和暗示。患者或来访者接受医生的暗示过程，就是内心的逻辑活动过程，其结果改变了原有的病态感觉、认识过程和不良态度，达到治病或缓解心理问题的目的。

暗示疗法根据方式可分为以下几种：

言语暗示(verbal suggestion)：通过言语的形式，将暗示的信息传达给受暗示者，从而产生影响作用。如临床工作中医生与患者或来访者交谈中施加的种种影响。

操作暗示(operant suggestion)：通过对患者或来访者的躯体检查或使用某些仪器，使患者或来访者处于某些特定的环境中，而引起其心理、行为改变的过程。此时若再结合言语暗示，效果将更好。

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

环境暗示(environment suggestion)：利用使患者或来访者置身于某些设置的特殊环境，对其心理和行为产生积极有效的影响，消除不良的心理状态。

以上都属于他暗示(heterosuggestion)。还有一种自我暗示(autosuggestion)：即患者或来访者自己把某一观念暗示给自己。例如因过分激动、紧张而失眠者，选择一些能使人放松、安静的语词进行自我暗示，可以产生一定的效果。许多松弛训练方法实际上包含了自我暗示过程。

(二) 适应证

在医学临床，主要的适应证包括神经症(如癔病)、疼痛，瘙痒、哮喘及其它心身障碍，也可用于性功能障碍(如阳痿)、口吃等心理行为障碍。

由于暗示疗法对于暗示性高的患者，效果较好，暗示性低的人往往对暗示治疗反应差。又由于暗示效应与实施暗示者的权威身份也有很大的关系，故年龄、资格、声誉较高的医生，对患者的暗示效应也较大。以上两项因素，相信是经验丰富的临床医生对部分患者产生临床治疗效果的组成部分。

在心理咨询工作中，在与正常人来访者的言语交流中，咨询师应学会将暗示效应渗透入干预性晤谈之中，然而在具体案例的把握上，同样需要注意主客双方的基本条件。

人的暗示性使得各种信息不是总能带来良好的暗示效应。医生的言语、表情固然能作为暗示手段用以治疗疾病，但不良的、消极的暗示却可导致或加重患者或来访者的症状。其中特别容易被临床医务人员忽略的不良暗示因素来自于环境。这里特举一例。

案例：某偏远山区一位 29 岁公社书记因发热不退，经检查疑有急性粒细胞性白血病，紧急专车护送，住入某市一大医院血液病房。由于发病来势凶猛，病情急转直下，出现牙龈出血，入院第七天，可能是为了便于应急处置，患者被转入病房里的一个单间。此房间紧靠通道，房内有一突出部位，突出的墙上又有一个加锁的小门，加上房间空荡荡的，给人一种不祥之感。患者告诉陪伴的亲友，这是一个等死的房间，那个小门是用于运出尸体用的，说话间眼中透出极度的恐惧。亲友的劝说、解释不但不能消除这种恐惧，反而让陪人也陷入不安状态。患者在两天后死亡。很难判断死期是否与这种恐惧情绪有关。但至少可以假设，如果当时有人能够打开这个小门上的小锁一见真情(可能是杂物壁龛或水电调节机关之类)，或者能够转移到同类患者中间，也许结果会有些不同。

由该例可见，他暗示(此例为环境暗示)和自我暗示都有可能产生不良的结果。

二、催眠疗法

催眠(hypnosis)是在催眠术的作用下,使人的意识处于恍惚状态。

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,同时往往是相信催眠术或催眠术者。约5~10%的人不能被催眠,这些人暗示性低。处于上述两种人之间者,可在不同程度上被催眠。催眠的心理生理本质至今未被阐明。

用言语或其它心理手段使人进入催眠状态的过程称为催眠术。

使用催眠术使来访者进入催眠状态,此时来访者顺从性和被暗示性增加,医生通过暗示和疏导等手段治疗疾病的过程称为催眠疗法(hypnotherapy)。催眠疗法可以被看成是在催眠状态下的暗示疗法,故也称为催眠暗示疗法(hypnotic suggestion)。

催眠疗法已有几百年的历史。它首先来自18世纪末叶麦斯麦(Mesmer FA, 1733~1815)的磁铁催眠术,以后逐渐发展成为现代催眠术,曾被国外医学界广泛应用。国内近30年也出现了一些著名的催眠专家,如苏州的马维祥等。

(一) 方法

在实施催眠术之前,一般应先检查来访者的暗示性。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,包括嗅觉暗示试验、平衡(或后倒)试验、摆锤试验等。其中平衡试验法让来访者者面壁背对施术者闭眼站立几分钟,施术者可缓慢间隔地说“你的身体正在前后摆动……”。如果来访者逐渐摆动起来,甚至根据暗示语向后倒,说明暗示性高。

催眠的实施过程大同小异。催眠术者一般让来访者在安静、舒适的专门房间里躺下或处坐位,嘱其放松。凝视法要求来访者注视近前方的某一物体;也有人主张放弃凝视法,干脆就闭上眼睛(Vingoe FJ, 1981)。

为了让来访者将注意力更好地集中,在实施催眠过程中可配合使用单调的节拍器、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。某些病例如暗示性低不合作者,可使用2.5%硫喷妥钠溶液缓慢静脉注射,在来访者进入半睡眠状态时,容易导入催眠状态。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来访者进行催眠诱导。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,催眠术者还会结合对来访者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“注意躯体某一体某肌肉”;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,来访者逐渐觉得困倦、思睡,全身趋于弛缓,但仍有少量自主活动。此时来访者进入轻度催眠状态。经过继续诱导,可进入中度催眠状态。此时来访者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。来访者的周围感觉减弱，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。此时医生可以指出来访者疾病的心理社会因素原因，暗示他症状很快就会消退等等，这就是催眠暗示疗法。

当医生确信治疗已达到目的，即可用暗示法解除催眠。通常用数数法诱导来访者解除催眠，也可用入睡暗示诱导来访者进入睡眠状态，然后自然清醒。

（二）适应证

催眠疗法应用范围很广。例如有人报告在催眠状态下可使来访者重新经历和体验过去曾经发生的事情，从而使来访者恢复已遗忘了的记忆。由于催眠的特殊放松反应和暗示性，故也能使用于躯体疾病，例如心脏病、产科、肿瘤，溃疡病等的疼痛(Vingoe FJ, 1981)。但一般而言，催眠疗法主要用于各种神经症，心身疾病和其它心理行为症状，包括癔症、心因性焦虑和恐惧、神经性呕吐、厌食、顽固呃逆、性功能障碍、失眠、某些疼痛病例等。

此外，催眠术可以与其它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，来访者容易说出童年时的真实体验，易使分析治疗过程缩短。这一方法被称为催眠分析(hypnoanalysis)。还有人主张将催眠法与行为矫正疗法结合起来，认为可以促进行为矫正的治疗效果(Dengrove E, 1973)。

在 20 世纪中后期以来，关于催眠的机制研究及对催眠术概念的认识存在争论，国外临床上单独使用催眠术治病的情况已减少。Paul GL(1969)认为，催眠作用与松弛训练治疗方法具有同样的认识过程和生理过程的改变，他还研究证明后者且优于前者。

催眠术者一般需要经过一定的培训过程才能上岗治病。

第八节 松弛与生物反馈疗法

一、松弛疗法

（一）概述

松弛疗法(relaxation therapy)是一种在医生指导下，主要由患者或来访者自己控制的治疗方法，其核心是通过各种相对固定的程式，经过长期反复的训练，使全身发生条件反射性松弛反应，从而对抗多种病理性的心身紧张症状。

1. 原理 笔者总结松弛疗法的基本原理有以下几点：

（1）符合行为学习理论。通过反复学习训练，形成全身松弛性条件反射，包括肌肉松弛条件反射和内脏操作条件反射。

（2）符合心身统一性的原理。松弛训练形成以随意肌松弛反应为主的条件反射，同时会带来大脑皮层张力和交感为主的自主神经张力的内脏操作条件反射效应。随意肌、皮层和自主神经三者之间存在互相影响的作用。其中随意肌张力的降低，有助于缓解因肌肉张力增高或失调的病症如紧张性头痛、颈椎病；皮层张力的降低，有助于缓解皮层焦虑相关的病症如状态焦虑和特质焦虑；交感神经张力的降低，有助于促进交感神经支配的内脏功能的改善，缓解因交感紧张度过高或失调的病症如某些高血压病。

（3）可能符合心理生理学原理。Hess WB 曾用刺激下丘脑某些核团的方法，引起一系列与松弛反应训练类似的生理学变化，当时他认为这种反应与 Cannon WB 所报告的应

激反应相反，是对机体应激的一种保护机制。很明显，由于下丘脑在应激和保护应激的生理过程中起重要作用，长期的松弛训练很可能是通过改变下丘脑的反应过程，从而改变了各种病理生理过程的发生和发展，成为治疗疾病的主要条件(Benson H, 1977)。

2. 种类 松弛训练程式或称松弛训练技术(relaxation training techniques)种类很多。世界各种文化中的许多传统健身治疗方法或宗教仪式，例如各种冥想训练(meditation)，瑜伽训练，以及我国的气功等，都或多或少包含着松弛反应成份。在此基础上近代新创立了许多种自我松弛技术，例如渐进性松弛训练(progressive relaxation training)、节拍器条件松弛法(metronome conditioned relaxation)(Brady JP, 1974)、自律训练法(autogenic training)、以及简单的心理放松法(psychological relaxation)等等。

(二) 渐进性松弛训练

1938年 Jacobson E 描述了一种使肌肉逐渐放松的自我训练技术。该方法要求来访者首先学会体验肌肉紧张和肌肉松弛之间个人感觉上的差别，从而能使自己主动掌握松弛过程，然后进一步加深松弛训练，直至能自如地放松全身肌肉。这就是渐进性松弛训练(progressive relaxation training)。具体过程大致如下：

(1) 来访者处于舒适位置，放松，采用深而慢的呼吸，在深吸气后屏息数秒钟，然后缓缓呼气同时放松全身。如此重复几次，使完全安静下来。

(2) 指导者用缓慢的速度交替地令来访者逐一收紧然后放松身体各处的大块肌群。首先从手部开始训练，然后依次是前臂、二头肌、头颈部、肩部、胸部、背部、腹部、大腿、小腿、脚部。每进行一块肌群的收紧和放松，令来访者体验紧张和松弛的感觉差别。

(3) 经过反复训练，当来访者学会了通过对简单的肌群放松感觉的回忆就能自动放松时，上述交替紧张-放松训练即可逐渐停止。此后，来访者可以在任何情况下凭个人对放松的感觉，反射性地使自己放松。

渐进性松弛训练法早年主要用于减轻肌紧张及因此而出现的某些症状，现该方法被广泛使用于各种心理生理症状，如紧张、焦虑、以及高血压等心身疾病的治疗和矫正。沃尔普 1958 年将 Jacobson 的渐进性松懈训练作为拮抗情景性焦虑的一种手段而应用于系统脱敏疗法(见本章第三节)

(三) 松弛反应

各种松弛训练技术往往内容繁杂，不便掌握。Benson H(1977)总结认为，各类松弛训练技术中，存在着某些共同的特点，比如重复的精神控制活动、沉静的姿势、安静的环境和全身放松等。因此，构架了一种简单的松弛反应(relaxation response)技术。这种方法简便易行，主要掌握以下几点要求：

- (1) 舒适安静环境和轻装静坐闭目；
- (2) 排除杂念和保持深慢呼吸；
- (3) 反复主动放松全身每一部分肌肉。

来访者每次训练 15~20 分钟，每天 1~2 次。为了治疗目的，一般应坚持训练 3~6 个月。随着训练时间的延长，来访者对于自我放松的个人体验逐渐加深，从而使放松速度和自控程度加强。

Benson 证明，经过一段时间的松弛反应训练，来访者在训练后可出现一种愉快感、

轻松感、休息感或温热感。松弛训练对躯体生理功能的影响也很明显。除了使血压降低，还表现氧耗量、心率、呼吸率、动脉血中乳酸盐含量下降，同时使骨骼肌血流量轻度增加。这些变化与普通静坐或睡眠时的变化不同。经过长期训练，还能使外周交感递质活性下降，表现在血浆多巴胺β羟化酶水平下降(Stone RA, 1976)。

关于松弛反应训练，有人提出更简单的方法：用鼻缓缓吸足气后(应有腹部抬高的感觉)，停留几秒钟再自然呼气，呼气过程中一边默念1、2、3……，一边放松全身肌肉，产生超然舒适的感觉。如此反复循环训练。这一方法特别适用于临时指导的对象，如手术前感到紧张焦虑的患者。

松弛反应可以使用于多种功能和器质性疾病的治疗和预防，也可用于矫正一般的职业性紧张和焦虑症状。

(四) 松弛训练与想象疗法

有时，可利用想象(imagery)过程促进全身放松。这实际上是一类自我暗示放松过程。

来访者所处环境、体位、入静、放松次序均与上述放松训练类似。在顺序放松全身的同时，来访者结合开展想象活动，例如局部肢体放松时，同时想象肢体发沉、发热，这种发沉、发热感按次在全身出现。随着想象的加深，这些发热感汇集成为一种暖流，这种暖流顺序地由身体一个局部逐渐流通到各个部位。在暖流遍及的地方，局部进一步放松并觉舒畅轻松(或发沉)。想象还可进一步扩展到内部脏器，想象对脏器的良好感觉。

所谓的想象疗法(imagery therapy)，其想象范围还可以超出人体，如电影画面、风景等。活动障碍患者可想象舞蹈，癌症患者想象白细胞吞噬癌细胞，雷诺氏病患者想象肢体在热带海滨的环境里等等。这一类治疗方法，显然已经超出松弛反应范围。

Schultz JH 倡导的和Luthe W(1969)推广的自律训练法(autogenic training)，实际上主要是一种结合想象的松弛训练技术。此外，在冥想(meditation)疗法、我国气功疗法、以及催眠疗法当中，也含有想象松弛训练的成分。其想象的内容有的更为丰富多彩。

(五) 松弛训练的实施

不论哪一种方法，开始阶段最好在医院或心理门诊进行。为了提高效率，可用团体训练法。早期训练过程中，医生要随时了解每一个来访者掌握的程度，解释他们提出的问题。当来访者能掌握一般训练要领后。即可嘱其在自家继续开展定时训练。

此外，也可将有关的放松训练过程编成指导语，在一定的音乐背景中录制成盒带，分别交给每个来访者使用。一盒质量好的放松训练指导语，将会使松弛训练治疗程序趋于简便和统一。

松弛训练和催眠疗法一样，在部分人身上可能产生一些不良的心身反应，如焦虑、幻觉、失眠等，其原因较复杂。应及时采取措施或停止训练。

松弛疗法的效果，很大程度取决于来访者自己控制训练的能力。且该类训练治疗方法持续时间较长，容易半途而废。因此，类似松弛训练等自我行为训练治疗计划实施之前，来访者都需要先接受一定的知识教育与指导。笔者等(1993)在康复期癌症患者和慢性病患者中，为提高放松气功训练的自觉性和增强训练效果，采用集中讲课的方式对患者实施团体辅导。具体内容包括：①介绍一定的放松条件反射知识；②介绍心身相关的简单原理；③介绍气功训练对来访者的疾病或问题的疗效依据(包括上述癌症患者想

象白细胞吞噬癌细胞的疗效); ④介绍整个治疗计划及注意事项。

二、生物反馈疗法

(一) 概述

1. 概念 生物反馈(biofeedback)也称生物回授。生物反馈疗法(biofeedback therapy)即通过仪器将人体内的某些生物活动信息,不断地反馈(回授)给来访者本人,使之能觉察到自己体内这些生物活动的变化情况,从而根据这些反馈信息,有意识地在一定范围内学习操作这些生理活动,达到治疗之目的。生物反馈疗法自60年代发展起来,至今才几十年时间,这种新的治疗方法已在医学心理学临床及其它许多领域得到迅速应用。

一个早期生物反馈实验模拟于图6-4。来访者者的脑电图通过仪器记录、滤波和转换后,只有 α 波信息被输出,并和玩具小车控制器相连接。实验设计只有当 α 波出现时,小车才自动开动。让来访者练习控制小车,当小车开动时,可获得奖励。经过反复训练,来访者学会了开动或停止小车。此时,来访者实际上已在一定程度上学会了通过意识控制 α 脑电波。

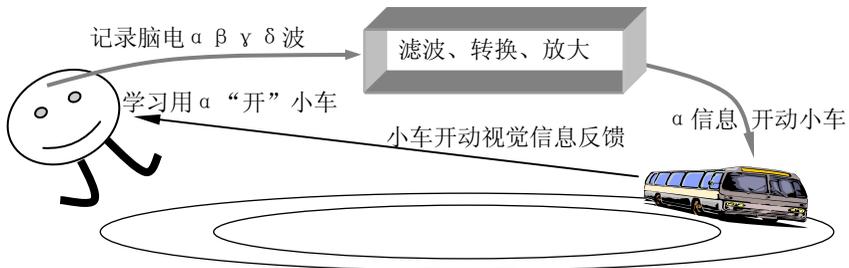


图6-4 生物反馈学习模拟图

2. 心理学原理 为讨论生物反馈的原理,必须先从事务活动的操作过程谈起。

从第二章内容已知,动物的躯体操作行为可以通过工具操作条件作用获得,动物的某些内脏活动如心率、血压也可以通过内脏操作学习在一定程度上获得控制。在这两类学习过程中,及时的奖励(或强化)是不可缺少的。这些奖励能及时地给个体以信息反馈,为个体操作学习提供方向。可见动物的操作学习过程中存在着信息反馈的过程。

人在驾驶汽车时,需要将车子的速度,方向、路面等外部情况通过人的感官正确及时地反映到人脑意识之中,然后由大脑整合后输出信息,通过肢体操作,控制方向盘、制动装置、油门等加以调节。这种躯体的操作性行为表面上看是经过反复训练之结果,但外部环境变化的各种信息被正确及时地反馈到大脑也是这一学习成功的关键。

由自主神经支配的各种内脏活动,包括心跳、血压、肠蠕动,尿分泌、腺体活动等,其活动信息是意识无法感知的,所以人也不可能有意地轻易学会控制自己的内脏活动(这里也包括某些已失去随意控制的肌肉活动如肌瘫痪以及某些心理活动过程如紧张,焦虑等)。但我们可以采用现代的电子仪器装置,及时准确地记录这些生物信息,并转换成光、声、图形等意识可以感知的信号,再通过本人的眼、耳、皮肤等感官反馈到人的意识之中,根据反馈信息反复学习和训练,就可能学会有意地操作自己内脏在一定范围内的活动。这就是生物反馈的概念。

因此,生物反馈的原理第一是信息论,第二是内脏学习(参见第二章)。从根本上

说，生物反馈亦属行为疗法。

3. 心理生理机制 心理领域的意识和无意识之间，神经组织的随意和不随意，均存在着解剖生理上的联系。皮质下不随意部分的边缘系统，既有调节情绪的作用，又有调节内脏功能之作用。这一事实本身就表明精神(情绪)反应和生理(内脏)活动之间的内在联系，尽管其中的详细机制尚未完全揭开。至于皮层的意识活动和皮层下的无意识活动，是以皮层与皮层下丰富的神经联系为物质基础的。许多事实也证明这种联系的客观性，如强烈的心理社会刺激引起的意识活动可以诱发一次高血压危象、心绞痛或心脏梗塞。这里，心理社会因素通过受意识影响的情绪反应，使不受意识支配的内脏活动发生异常改变，破坏了体内生理活动的平衡，导致疾病。同样，根据这种神经生理上的联系，可以利用操作性行为学习方法，将内脏活动的信息转换成可感觉到的信号再输入，利用皮层的意识作用，通过神经心理-生理的物质联系，“学会”对内脏生理活动的有意识的控制。

4. 意义 生物反馈研究具有多方面的意义。①提供了一种新的科学研究方法；②一定程度动摇了传统意义上的“随意”和“不随意”的界域；③卫生保健方面的展望，例如使个体在一定环境下能处于最佳状态，或训练控制内分泌活动等；④临床医学上，找到了某些疾病发展机制的新资料，因为许多疾病是由于“错误”的内脏习得行为所致。因此，反过来，利用生物反馈使这些疾病得到纠正和治疗，这就是生物反馈疗法。

生物反馈疗法和药物治疗对机体的影响各有不同。药物是外来化学干预因素，除了治疗效应，还有种种副作用。随着药物使用时间延长，机体还可产生耐药性。生物反馈并非外来干预，且随着时间的延长只能增加机体对体内生理过程的感受性，因而更能提高对生理活动的控制力。当然，生物反馈在实际应用方面尚存在不少问题，如设备复杂而昂贵、训练时间长、涉及来访者动机问题等(Pomerleau OF)。

(二) 方法和种类

应用于临床的生物反馈方式主要有以下几种。

1. 肌电反馈 用体内或体表引导电极置于一定的骨骼肌上，通过积分仪将肌电信号叠加输出，并转换成来访者能直接接受的反馈信息，如数字、声响、图像。来访者根据数字或声响等反馈信息对骨骼肌进行放松或运动(如瘫痪肌群)训练。通过上述松弛训练有关心身相关的原理和机制，肌电反馈训练可用于治疗各种肌紧张或痉挛、失眠、焦虑症状，以及某些心身疾病如紧张性头痛、高血压，也可使用于某些瘫痪患者的康复治疗。

2. 皮肤电反馈 皮肤电反映情绪活动水平，记录皮肤电信号，并转换成视听信号可供来访者进行精神控制训练，主要用于克服临床上的焦虑状态。

3. 心率和血压反馈 主要用于高血压患者的生物反馈疗法，也有试用于其它心血管症状者如心律失常等。心率和血压反馈种类较多，详见第七章第三节。

4. 皮肤温度反馈 外周血管的收缩和舒张，决定了皮肤温度的改变。以热变阻式温度计记录手指皮肤的温度变化，并转换成声、光信号反馈给来访者进行训练，以便使来访者能够学会控制外周血管的舒张和收缩程度，用以治疗某些神经血管性功能障碍如偏头痛、雷诺氏病等。

5. 脑电图 α 波反馈 脑电 α 波反映机体处于安静放松而又清醒状态，用 α 波进行生物反馈训练将使来访者经常处于这种最佳心身状态，以预防或治疗某些疾病如癫痫发作。

基于前文有关皮层、骨骼肌和内脏功能之间作为系统的关联性，故上述各种不同信息的反馈训练，其最终疗效也是“广谱”的。例如肌电反馈训练可产生降压效果，血压反馈训练可产生皮层焦虑降低的效果，脑电反馈训练可产生骨骼肌松弛的效果，等等。在临床上为了治疗目的，有时也可以同时使用多种信息反馈，例如为了降血压，可同时进行皮肤电、皮肤温度和血压反馈。

（三）临床应用

通过上面讨论，生物反馈可有多方面的临床应用价值：①调整与皮层张力水平相关的某些心理症状，如焦虑、失眠等；②调整由自主神经支配的内脏活动的失调，包括心血管、呼吸、消化、泌尿、神经和内分泌等系统的某些疾患，如原发性高血压、心律失常、紧张性头痛等；③训练骨骼肌系统机能，包括肌张力过高如痉挛性斜颈，某些原因所致的不完全瘫痪等。

前两方面的应用目前国内资料已很多（故将笔者 1982、1986 年原稿大部删去），以下仅对恢复骨骼肌正常功能方面做些讨论。

生物反馈治疗部分偏瘫的过程：用肌电图仪记录瘫痪肌肉的肌电活动，通过放大换能，将肌电转换成声音(或光等)回输给患者本人。这时的肌电活动是微物的，时有时无，时强时弱，因此反馈的声音也是如此。医生给患者介绍生物反馈的原理，嘱其尽量意识地使肢体活动(尽管不会动或者不合作的运动)，并让他注意体会在反馈信号增强即肌肉收缩加强时的躯体感觉、情绪状态和心理活动。在反馈信号增强之时，医生还告诉患者：“这回你对了！”由于患者懂得反馈信号增强对他疾病恢复的好处，这种增强就成为操作条件反射中的“奖赏”。患者能自觉地去寻求这种躯体和心理状态，以得到使回输信号增强这种“奖赏”。经过反复地步步深入地训练，患者学会了操作性行为，在不用仪器时也能用意识去支配肌肉的运动。

Brudny T(1974、1976)应用肌电反馈治疗肌肉麻痹或肌肉萎缩，包括脑血管意外后瘫痪，肌张力异常、脊髓损伤、中枢神经系统病变引起的其他神经肌肉疾患，取得一定疗效。他还用肌电反馈训练 9 名痉挛性斜颈患者。经过 10 周训练，9 名患者全部取得疗效，其中 7 人学会了不依赖反馈仪器装置就能克服痉挛。

在接受反馈训练的肌肉功能障碍患者身上，还可看到自信心增强，抑郁消除，以及重新开始社会交往等变化，这种心理上的收获无疑也是非常重要的。

Ince LP(1980)在总结整个生物反馈疗法的发展过程及本人研究成果时认为，骨骼肌瘫痪或痉挛是目前生物反馈治疗效果较为成功的病种，认为具有临床应用价值。

此外，生物反馈还可被用来改善某些括约肌功能和调节某些类型的性功能障碍（如肛门、阴道括约肌）、应用于一些精神神经症和错误行为的纠正，调治胃肠功能和哮喘等(Pomerleau OF, Basmajian JV)

除了单独作为一种治疗手段，生物反馈还可以与其它心理治疗方法结合使用，例如催眠疗法，松弛疗法。

在生物反馈仪和生物反馈疗法引入国内的早期，20 世纪 80 年代笔者也曾参与组织过生物反馈讲习班，一些临床医生出于对新事物新医疗手段的兴趣，参加了这些学习。但后来回访时却发现，有的医院虽然购置了生物反馈仪，却无法确定应该放置在哪个科室，最后只能将生物反馈仪安置在理疗科。这一方面说明生物医学体制下原有医院科室制度的局限性，客观上影响心理或心身医学的拓展。另一方面也反映生物医学观念在我

们医生身上的长期影响，即使他们学习了生物反馈的知识，但一时间尚难以真正建立起心身相关和系统论的医学观念，最终还是将生物反馈看成是一种类似电针仪的，通过物理操控的治疗仪器。

三、气功训练与心理治疗

气功 (breathing exercise) 在我国历史悠久，种类也很多，与世界上许多民族的某些训练程式如印度的瑜伽等一样，是一类自我心身锻炼方法。气功训练的某些特点是深呼吸训练，意守“丹田”及全身放松入静，并用意念引导“内气”使之按“经络”循环，以调整“阴阳”，更新“气血”，达到治病与健身目的。

对气功的原创原理了解不多。从医学心理学角度，它与自我调整训练的松弛疗法、生物反馈疗法，以及想象和自我暗示等方法均有类似性，可归入行为疗法或心理治疗范畴。本节段内容修订自笔者（1987）“对气功心理治疗成分的探讨”一文，以及五校合编教材（1986）中笔者撰写的部分。

（一）气功与松弛疗法

在世界诸多种文化中，存在许多带原始色彩的活动仪式。这些仪式有的一直被延续下来，有的不断得到补充和转换，有的逐渐演化成当地人民强身治病的手段。例如，除我国的气功以外，14世纪在某些地区的基督教徒中有一种祈祷活动，也有一系列固定程式，包括单独静坐、低头闭目、放弃杂念、轻轻呼气、想象着注视自己的心脏，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默说某一句话，如此反复进行。在公元前1世纪犹太人中的一种神秘主义早期活动形式、印度公元前即已有记载并且现在很为流行的瑜伽术，以及由我国传往日本的佛教禅宗等，也都有上述类似活动程式。这些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 H (1977) 利用世界上各种原始训练程式中的共同特点，创立了一种新的非文化的松弛训练程式即松弛疗法。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。已证明这种松弛训练能治疗多种功能性和器质性疾病（见本节第一部分）。

比较气功训练与松弛疗法，两者有许多类似之处。例如气功也强调放松入静训练，且强调静中有动。从直接松弛来看，气功的全身松弛程度较松弛训练可能要差些。但人体的一些疾病往往不是简单的全身性功能活动张力过高，而是由于机体某些局部功能活动失调所致，如早期高血压、溃疡病等。从这一点上看，气功的动静结合，以静为主、静中有动，或许更有利于促进全身功能的重新协调。在临床上，气功训练对高血压，溃疡病、哮喘、焦虑、失眠等来访者有辅助疗效，这与上述松弛疗法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（见本节第二部分）。

气功具有心身操作活动的一定程式，虽然没有明确的生物信息反馈，但是可以通过感受体内体表的不同程度反应感觉，作为自己心身活动的反馈信息，再用“意念”参与控制训练对躯体和内脏活动的调节，最终在一定程度上学会控制部分脏器的功能活动。

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调节训练的结果。国外对印度瑜伽术师的研究也证明，类似气功的瑜伽训练术能使部分人学会调节身体某些部分的生物活动过程，例如使局部皮肤温度升降和心率减慢等。笔者曾目睹一组接受气功康复训练的患者，在训练一定时间以后，能“让”自己排出“浊气”（放屁），说明其肠道运动一定程度上被学会由意识所控制。

因此，气功又类似于一种不用仪器的内脏学习或生物反馈训练。

（三）气功与想象疗法

所谓想象疗法(imagery therapy)是来访者想象体内某一部位或某种病理活动，并积极设想机体最终战胜疾病的过程。想象疗法通过有针对性的、积极的想象以增强抗病能力。有人做过简单的实验，当一个人想象着骑自行车时，下肢血流量就相对增加。这是想象产生心身反应的具体表现。1970年代，Simonton OC 创立用想象疗法结合药物治疗肿瘤患者的 Simonton 疗法，此后受到许多研究的支持。治疗过程中让患者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，结果使患者存活期相对延长。此外，活动障碍患者想象舞蹈，雷诺氏病患者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。

气功训练中的意念控制和运用，实际是一种自我想象，与冥想、想象疗法相似。例如来访者想象着“贯气”，想象着将浊气从百会穴至涌泉排出体外，比拟将杂念排除出去。或者在想象中将“气”运行到患病部位，以便加强对病变的治疗作用。气功治疗肿瘤就包含着这种想象“贯气”的训练内容。对情绪抑郁和烦恼的来访者，也可在气功训练中通过想象美好景象和情境来改善情绪状态。

（四）气功的心理暗示和情绪调节作用

临床上的暗示疗法、支持疗法等心理治疗手段(见本章第六、七节)之所以能发挥一定作用，其主要原因是通过内部或外部言语作用，使来访者产生并保持积极的情绪反应。积极情绪能改善人体内部生理活动过程，这对许多来访者特别是慢性病患者，具有重要临床意义。对松弛训练的研究也证明，这种治疗方法可产生一些心理方面的良好作用，如训练后来访者报告有一种愉快感觉，有的人还告诉有一种发热感和轻度性觉醒，更多的人报告有一种舒畅的休息感。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。

一些参加气功训练的来访者，在训练过程中，也会产生一种良好的感受，产生一种向往、一种希望，因而能够保持较好的情绪状态和抗病意志力。笔者等(1993)对癌症和慢性病患者的临床调查也证明，凡坚持参加气功训练的患者，均报告有这类良好的心理感受。这些心理条件无疑对促进身体健康具有积极的作用。可见自我暗示和心理支持等因素也是气功健身治病的原因之一。

但是，与上述松弛反应训练一样，气功的心理作用也有两面性。少数人在会在训练中出現幻覺、失眠等心理方面的紊亂。其原因尚難估計，據認為可能與感覺剝奪(sensory

deprivation)有关。这种情况就是所谓的“气功偏差”，需及时发现并处理。

第九节 药物心理效应与安慰剂

药理心理学(pharmacopsychology)研究药物使用过程中对心理行为的影响，以及心理因素对药效的影响。由于在医学临床过程中有时会涉及药物治疗的心理学效应问题，在心理咨询门诊也会遇到某些使用药物的来访者，涉及一些与药物使用相关的心理问题，故本节对此作简单介绍。

一、药物治疗行为的心理效应

药物是疾病治疗的重要手段。现阶段一个人到医院就诊，往往接受少则几种，多则近十种药物处方。每一种药物都有其一定的生理效应，也都有其临床的适应证，这是临床医生用药的依据，是药理学书籍反复阐述的问题。

1. 概念 但是，大量现实证据和实验证明，使用于躯体疾病的药物除了生理治疗效应外，还具有心理效应。一些人用药后疾病好转，并非药物本身的生理效应所致，而是通过“给以药物治疗”这一行为过程，给患者心理造成积极的感受，通过心理-生理相互作用，导致症状好转。Wolf S (1950) 曾将催吐制剂吐根糖浆给予有严重恶心呕吐症状的孕妇，并告诉她这是众所周知的止吐药物。结果一些孕妇在用药后恶心呕吐很快消失，一小时后又呕吐，再一次给予吐根糖浆，恶心又消失。这一实验结果一定程度上说明，药物心理效应有时甚至超过了药物本身的生理效应。

2. 影响因素 药物心理效应临床例子也不少，笔者早年在临床工作中对此有深切体会，一位敏感的患者坚持认为，某当地著名老医生所开出的药物对他有效，而被他认为无效的笔者所开的药物实际上却是完全一样的。除了这种完全是由于医生在患者心目中的声誉而影响药物心理效应，其他影响因素还有很多，例如药名、制剂类型、商标、药物声誉、说明书、包装、医院、处方医生、用药时的言语暗示以及患者的文化背景、个性特征、疾病性质、用药途径、用药时的心理状态和用药后的体验(如副作用)等，在一定情况下都可影响药物的心理效应，从而使疗效加强或者使疗效减弱及至丧失其治病作用。

3. 临床意义 因此，临床医生给患者使用药物时，以及心理医生在接待正在用药的来访者时，应注意其是否存在药物心理效应问题，并有意将其心理反应向积极方向引导。但这都需要首先掌握这方面的有关基本知识，以及积累一定的临床经验。

顺便指出，目前相当多患者实际上并没有按照医嘱用药，即缺乏顺从性(compliance)。这其中，患者对药物不信任和对医生不信任是重要的原因之一。

二、安慰剂治疗

1. 概念 在临床上，使用一些中性药物即安慰剂(placebo)，并给予言语引导或暗示，会产生药物的积极心理效应，可以减轻疾病症状甚至治愈某些疾病。这就是安慰剂治疗。

2. 机制 在安慰剂现象和机制方面。早在1939年，Evens就发现66名心绞痛患者

中有 25 人因服用安慰剂 (NaHC03) 而疼痛缓解。1950 年代 Beecher HK 统计 15 篇论文中的 1082 例对照组 (安慰剂治疗组) 患者, 其有效率也可达 35% 左右。因此, 有人认为即使吗啡类止痛剂, 其止痛效应也有相当的比重 (约 36%) 是由于“吗啡”这一药名所引起的心理效应。Byron 等甚至报道 (1975) 有 77% 癌症患者的疼痛可由安慰剂获得 4 小时或更长久的缓解。

安慰剂疗效的作用机制与期望和条件反射作用有关 (Stewart-Williams S, 2004), 其作用可被医生的积极倾向、药丸的大小和颜色, 或其他如注射途径等因素所增强。患者的期望诱导安慰剂的作用方向, 如果安慰剂被说成是增强肌肉紧张的或相反说成是促使肌肉放松的, 其效果也相反 (Flaten MA, 1999)。患者的动机也与安慰剂效应有关 Geers AL, Helfer SG, Weiland PE, Kosbab K (2006)。

3. 影响因素 有研究认为, 安慰剂疗效决定于三方面: 患者的积极信念和期望、医生的信念和期望和良好的医患关系 (Benson H, 1996)。此外, 除了上文的医生因素和疾病因素以外, 还与患者的经历、文化水平、精神状态、病情、病程、暗示性等因素有关。国外有人主张可将患者分成安慰剂反应者和不反应者两种类型。当然这仅仅是相对的。

4. 应用 安慰剂可以被选择使用于某些敏感的患者, 某些顽症、绝症无良药可施者, 以及某些以自觉症状为主的慢性病患者和某些种类的神经症患者。近几十年有大量研究报告认为安慰剂对许多疾病和症状有效。例如惊恐障碍 (Coryell W, 1988)、心肌梗死 (Boissel JP, 1986)、类风湿性关节炎 (Traut EF, 1957), 以及注意缺陷多动障碍 (多动症 ADAH)、焦虑障碍、哮喘、孤独症、进食障碍、抑郁症、勃起障碍、溃疡病、疼痛、轻中度高血压、偏头痛 (预防)、多发性硬化、胃动力性或化疗性恶心、帕金森氏症、病理性赌博、反流性食管炎、女性性功能障碍、社交恐怖等等。特别是止痛方面, 涉及轻微疼痛 (Montgomery GH, 1997)、严重疼痛 (Levine JD, 1978)、牙科术后疼痛 (Levine JD, 1981) 等, Amanzio M (1999) 认为安慰剂可增强耐痛力, Hoffman GA (2005) 认为安慰剂可改变疼痛量表分。但是, 也有分析研究对安慰剂的客观疗效 (不是主观症状) 表示质疑 (Montgomery GH, 2004)。

5. 注意点 使用安慰剂也存在副作用的问题。例如可能干扰药物治疗, 或者停止使用时出现“戒断效应”。

另外, 用安慰剂治疗疾病是一个方面。另一方面, 在研究评定一种新药的疗效时, 则必须排除药物的心理效应, 此时要设立安慰剂对照组 (不属于此书目标范围)。

三、药物的心理副作用

1. 概念 有许多药物可表现心理 (精神) 方面的副作用, 这也是临床医生和心理咨询师值得注意的问题。与药物的心理效应不同, 这是药物本身对机体直接作用的结果, 严格说属精神药理学 (psychopharmacology) 的内容。

2. 机制 由于中枢神经系统包括大脑皮层和皮层下中枢 (如边缘系统) 结构复杂, 突触种类多, 联系广泛而丰富, 因此凡是能够影响中枢突触传递过程的药物, 如影响各种递质的合成、释放, 影响与受体的结合及各种离子通道等, 都有可能产生相应的精神方面副作用。例如, 常用药物利血平, 据统计可使 7% 左右患者出现有临床意义的抑郁症状, 这可能与利血平耗竭脑内儿茶酚胺神经递质的贮存有关。此时患者表现淡漠和动作

迟钝、失意，悲观或甚至产生自杀动机。这些反应常发生于剂量超过每天 0.5mg，长时间使用(2~8 月，少数可仅 2~3 周)或原有抑郁症病史者。相反，使用单胺氧化酶抑制剂，由于单胺氧化酶被抑制而使儿茶酚胺类递质灭活减少，能引起兴奋症状。同样，诸如左旋多巴、心得安，甲基多巴，巴比妥类、安定，利眠宁等药物也都可以从不同的角度影响中枢不同种类突触传递功能，产生心理症状。过量的阿托品类药物则可产生躁狂症状。

内分泌活动与边缘系统生理结构关系密切，所以激素类药物也较多引起心理症状。如甲状腺素、性激素(如避孕药)以及常用的肾上腺皮质激素、ACTH、螺旋内酯等都有可能产生某些心理方面的副作用。

3. 表现 药物的心理副作用可以是单纯的情绪方面的改变，如上述利血平和口服避孕药；也可产生精神病症状，如抗胆碱能药物、L-多巴，某些中枢兴奋药、镇痛药、皮质类固醇、洋地黄等。

值得指出的是，药物的心理副作用是最易被临床医生和心理咨询师忽略一个临床实际问题，不可不加关注。

第十节 团体心理干预

一、团体心理治疗

团体心理治疗(group psychotherapy)简称团体治疗，笔者早前也翻译为集体治疗，是为了某些共同目的将当事人集中起来加以治疗的心理干预方法。团体治疗的方式多种多样，本节修自笔者(1988b)主编教材中的自撰部分，重点讨论与医学心理学关系较密切的某些团体治疗问题。

(一) 历史和发展

团体治疗最早可追溯到美国医生 Pratt JH，他在 1905 年曾对结核病患者采用团体教育和鼓励，以及开展团体讨论的方法，帮助患者克服抑郁情绪，树立康复信心。此后，他和另外一些人又将这种方法分别应用于糖尿病、高血压、溃疡病、儿童营养不良症和精神病患者。这是早期的团体支持疗法。

在此后的 30 年间，团体心理治疗虽没有重大的发展，但是仍有一些人对团体治疗发生兴趣，并分别创立了一些专门用于团体治疗的方法，为 1940 年代团体治疗的大发展创造了条件。例如：Marsh LC 将 Pratt 方法加以发挥，在交谈基础上增加艺术课和舞蹈课，使之成为一种活跃的团体治疗方法。1920 年代 Marenco JL 在美国创立了心理剧(psychodrama)和社会剧(sociodrama)，在这一过程中他提出了角色扮演(role playing)和测量团体成员情感互相作用的社会测量(socio-metry)概念。在 1930 年他还第一次使用了团体治疗这一术语。在同一时期(1936-1941)，Schilder P 对门诊精神病患者开始使用一种带有精神分析框架的团体心理治疗方法。此后的 Wolf A (1961) 主张在团体治疗中每位患者应轮流谈自己的问题，他使用的方法被称为团体心理分析。

二次大战期间，由于战争压力造成的心理问题骤增，促进了团体心理治疗的快速发展。1943 年少数团体心理治疗家在美国成立了团体心理治疗学会(american group psychotherapy association, AGPA)，接着在 1950 年创办了团体心理治疗杂志。

二次大战以后，专业团体心理治疗工作者大幅度增加，专业文献也大量增多，成为心理治疗工作中的一支重要力量。1970 以后，Yalom ID 撰写的《团体心理治疗的理论与实践》(the theory and practice of group psychotherapy)至今一再重版，在团体治疗领域影响深远。

(二) 方法与种类

笔者认为，团体心理治疗的方法大致可以分为两大类。一类是重点放在个体的团体心理治疗，另一类是重点放在团体作用方面的团体心理治疗。

本章介绍的多种心理治疗方法，包括精神分析法，行为疗法，催眠疗法等，都可以在团体条件下进行。在这类团体治疗中，虽然也重视利用团体内人与人关系相互作用的积极一面，如充分利用社会支持和社会促进（强化）作用，但主要目的还是为了节省时间而将心理治疗手段直接应用于团体中的每一个人。例如团体松弛训练，目的是使每一个成员学会这一技术。此外，支持疗法也可团体进行，主要采用团体教育（上课）的方式，主持人的直接目标也是直接针对每一个体所存在的某些问题。这一类治疗方法随使用者的不同，也派生出多种类型。例如团体精神分析法就有多种方式，有的方法已接近于下面一类(Ezriel H, 1950)。

另一类团体治疗主要通过团体成员之间的各种心理接触和互动来实现，其背后往往有一种相应的团体理论做支持，国外流行的各种问题小组，大部属于此类。例如 T 小组 (T group) 或训练小组、交朋友小组 (encounter group)，心理剧 (psychodrama)、格式塔小组 (gestalt group)，以及罗杰斯的来访者中心小组等。自助小组 (self-help group) 也可归入这一类。这一类治疗方法是在医生领导下，重点通过团体内部的社会心理过程，使团体成员认识并改善各种情感、人际关系及行为方面的问题。这类团体治疗特别重视医生的角色作用，医生往往要经过特殊的训练培养过程才能胜任此项工作。此外，家庭治疗 (family therapy) 和 婚姻治疗 (marital therapy)、社区治疗 (therapeutic community) 也可包括在这类团体治疗之中。

我国目前使用的团体治疗方法一般属于团体支持疗法(例如应用于慢性病患者)，或者通过团体方式实施某些心理治疗技术，包括松弛训练、生物反馈、催眠疗法等，也有一些诸如角色扮演、团体精神分析等团体治疗的尝试。

另外，一些书籍中将团体治疗分为活动团体 (activity groups)、支持性团体 (support groups)、问题导向团体 (problem-focused groups) 和 动力取向团体 (psychodynamic groups) 等几类。

(三) 适应证与评价

早期的团体心理治疗大多是出于经济的考虑，主要为节省人力和物力。但后来则主要已不是出于经济上的考虑，而是将团体心理治疗作为心理治疗方法中的一种，成为某些特定群体的选择性治疗措施。

国外文献分析认为，下列具有共同问题的特殊人群均可以接受不同种类的团体治疗：①住院和门诊精神病患者；③儿童及其家长(包括学校和儿童医院儿童)；⑨青年人(包括情绪问题、性问题等)；④老年人(多种问题和多种形式)；⑤多食肥胖、烟瘾酒瘾者；⑥躯体疾病患者；等等。

根据资料，可接受团体心理治疗的躯体疾病有：支气管哮喘儿童及其家长，溃疡病、糖尿病、心血管病、肿瘤、妇产科病患者及其配偶或家属等。通过团体治疗可解决这些

患者存在的许多共同心理行为问题。团体心理治疗已成为躯体疾病“综合性生物、心理、社会帮助”的一个重要组成部分(Lubin B, 1983)。

团体治疗较个别治疗有许多优点。首先,有同样性质心理问题的来访者集中在一起,能使每一团体成员觉得自己的问题并不是最坏的,从而可减轻心理上的压力,有利于克服消极情绪。其次,在治疗过程中团体成员可从不同角度得到关于自己对他人作用的反馈信息,而这种反馈信息医生很难给予。其三,通过团体成员相互直接的帮助,以及通过社会易化(social facilitation)或社会强化(social reinforcement)作用,有利于某些治疗技术的迅速掌握和情绪的改善。其四,团体治疗效率高、经济且影响范围也大。最后,有的心理治疗只能在团体中进行,如各种问题小组。

团体心理治疗也存在一些问题。首先是针对性较低,特别是上述第一类团体治疗中的团体成员,虽然有共同问题,但毕竟存在个体差异。另外,由于团体治疗时团体内部各种因素交织在一起,使得研究工作的设计,方法的实施,结果的评价等都发生一定的困难。

二、团体心理指导的组织与实施

在本章第一节已经指出,心理问题的基本干预手段包括心理教育、心理指导和心理治疗。其中心理教育与心理指导手段,在团体或集体干预方面有更大的作为。

近三十年来,国内已经有不少关于集体(团体)心理教育与指导的研究报告。其对象包括学生、军人、妇女、企事业单位工作人员、老年人、病人家属等正常群体的心理健康或社会适应问题,也包括各种心身疾病和慢性病患者的预防与康复心理教育与指导。有关不同对象的具体心理教育与指导,将在后面各章分别讨论。这里仅讨论集体心理教育与指导在实际应用中的基本模式。

(一) 确定目标

虽然有一些团体讲题的对象、目标和内容都已具体而明确,例如“癌症康复期患者自我放松训练与心理生理效果”这个题目,只要在“癌症-心身的特殊性”、“康复期-心身的特殊性”、“自我放松-原理、方法”、“效果-心理反应、躯体反应、康复意义”等内容(参阅本书有关章节)编排、精炼、活化即可。

但在许多情况下,开始提出来的团体心理指导目标任务往往比较宽、比较模糊,例如“当前干部的心理问题及其调适”。这可能是某一级领导对于属下的关怀或接受更上级的政治任务,但只能给心理专家提出一个大方向,也可能是心理工作者自己在工作范围之内的一个自选方向。这样的方向往往涉及面太宽,需要从中进一步选择合适的具体目标讲题。

团体心理指导需要在有限的时间里,使团体成员至少要产生“有收获”感的效果,故必须将前面题目的大方向加以缩小,尽可能切中团体成员的共性的、核心的和感兴趣的问题,这往往需要在团体成员和问题性质两方面去确定。例如,在团体成员方面,确定“工会干部-省市级的、中青年、女性”;在问题性质方面,确定“工作与生活压力-常见的种类、压力理论分析、调节方法建议”。最终确立的讲题是“省市工会女干部常见压力的原因与调适”。其中包含了该团体心理教育与指导的具体对象与目标。

(二) 强调心理学知识和理论

对于团体心理指导,需要坚持所有内容具有心理学知识基础和理论依据。为了使效

果良好，团体指导期间需要大量举例各种常识心理学现象，但也主要是为了增强专业知识和理论的说服力。例如，就上述癌症讲题而言，据临床心理学知识，癌症患者有情感压制的特点，心理生物学理论强调情感压制对免疫的抑制作用，行为理论认为放松训练具有平衡身心作用，故能讲清楚放松训练对癌症患者的作用。

没有理论基础的说教往往会使团体指导流于形式，无法取得改变听众某些错误观念和掌握技术关键的效果。

（三）要有针对性的方法

团体心理指导必须紧紧抓住团体内的共性问题，告诉听众这些共性问题的具体解决方法和技巧。例如，关于儿童学习习惯的养成问题，许多家长都重视加强教育（说教），但往往总是取得适得其反的效果。这时候，具体介绍基于行为学习理论的各种环境条件控制，行为操作训练，以及各种强化机制的把握等技术，就显得很重要。

那种泛泛而谈，或高论阔论，流于形式的心理健康教育，不会给受众带来清晰而具体的方法，这样的团体教育将流于形式，即使投入最多资金和师资，也是没有用的。

（四）注重组织与实施形式

有共同心理问题的群体是最理想的团体干预的对象，例如康复期存在抑郁情绪的癌症患者、小学厌学儿童的家长等。但是，人是作为一个系统而存在的，存在无数相关因素和维度，故在心理问题完全一致的样本是难以见到的。在组织团体心理教育时，需在选择来访者和组织形式上下些功夫。

话又得说回来，在现实生活中，那怕是随机的一个单位或群体，也往往能从中找出某些可以作为组织团体指导的，带有共性的，并且有实际意义的话题。例如，笔者在某电力调度中心的培训班上，面对有男有女，有老有青，有干部有员工，但他们有共同的高学历，面临共同的工作环境，有类似的工作压力，讲解压力结构和压力调节就是一个带有共性的心理健康话题。

在确定电力调度中心干部和员工为对象群体，确定压力结构与调试的具体话题以后，还需要就实施过程做出组织安排。由于这些来访者有文化程度高、长期关在封闭的大楼里、组织形式严密等特点，故具体组织实施程序为：先领导简单讲话，立即现场实施团体用压力调查问卷（PSSG），紧接着举例分析压力问题的存在和原因（机制），再解释个人与单位需要采取的几种可行的技术，最后发动听众现场提问并解答。

三、团体心理指导内容实例

为了强调团体心理指导方法对于医学心理学的应用与实践的重要性，这里对团体心理指导的内容组织方面作进一步的举例和示范。当然，不同的专家，面对不同的对象和不同的团体活动宗旨，在演讲内容的组织方面会有很大的差别，读者可以自己领悟。

（一）题目：大学生一般心理健康问题及处理

这是笔者近期对高等学校校医院医务人员作“大学生一般心理健康问题及处理”的团体指导。

这是一个命题，是有关部门根据高校学生心理健康教育和心理咨询这个中心任务而提出来的。对象是高校医务人员，目的是为这些医务人员初步介绍大学生一般心理问题的识别和处理技术，时间半天。这里所指的“一般心理问题”，是指介于正常与神经症之间的那些心理问题，而且同期还安排了“大学生常见精神障碍（含神经症）的诊断与

处理”的另一个讲题。

本讲题做如下内容安排：

1. 大学生的一般心理问题

由于“心理问题”的基本概念如第五章所述学术界并未搞清楚，要准确列出大学生一般心理问题并不现实。根据命题任务，笔者以自身知识和经验，列出以下几类心理问题。其中每类选1、2例子加以说明。

情感困惑——要否交女（男）友，恋爱中的问题，失恋，性的困惑，轻度抑郁和焦虑等。

人际关系问题——缺乏朋友，与人交往紧张，人际矛盾，等

学业压力问题——缺乏监督导致学习落后，失去目标导致松懈，等

就业压力问题——应聘困难，标准化的求职观念。

2. 对心理问题做专业分析以助于评估

临床经验，某些大学生存在以下知、情、意和人格方面的心理特点，这些心理特点与上述各种心理问题的形成有关。介绍并分析这些知识，能为心理问题的评估与诊断作铺垫。

（1）认知：大学生需要由中学生时期的“标准化思维”特点，转换为大学时期社会化要求的“认真”与“变通”相平衡。故部分大学生易存在认知方面的问题——对人对己追求完美，遇到问题过度引申，看问题走极端、不能适当糊涂，过多的不安全假设，等。

（2）情感：大学生需要由中学生的“烂漫”，转换到社会化要求的“外露”与“含蓄”相平衡。故部分大学生易存在情感方面的问题——收敛内控、情感压制、害羞胆小、不能适当表达情绪，对周围不感兴趣，等。

（3）社会行为：大学生需要由中学生的“服从”或“自我中心”，转换到社会化要求的“竞争”与“合作”相平衡。故部分大学生易存在社会行为方面的问题——依赖，被动，过度谦虚，自卑，缺乏社会支持。

（4）文化、观念：大学生需要由传统的“教育文化”，转换到社会化要求的“现实文化”。故部分大学生易存在文化、观念等人格层面的问题——价值观念上传统的偏“精神型”与现实的“物质型”冲突；人性观上传统的“为名”与现实的“为利”的冲突；道德观上的“三纲五常”与现实的“牛仔文化”的冲突，等。

3. 以压力系统模型介绍心理问题的诊断与干预策略

介绍压力系统模型对上述一般心理问题的形成与问题系统结构的理论认识。介绍以晤谈为手段获取上述知、情、意和人格特点，以判断压力因素；介绍以测量为手段的压力评估与层次诊断；介绍分层次心理教育和心理指导为主的心理干预策略。（参见第四章）

（二）题目：如何保持良好的临场心理状态

这是某银行组织的专业技术大比武前夕，请笔者对参加比赛的运动员作团体心理指导。此后也建议用于某些运动员的临场干预指导。这一团体指导模板还适用于各种考试焦虑。

整个讲题包括七个方面，涉及到多种心理学知识和多种心理治疗理论与方法的组合，属于团体治疗中的折中主义心理治疗范畴。

1. 应付临场紧张，关键是认识（但背后的核心是人格）。简单的自动思维介绍。
2. 要相信，保持中等程度的紧张度，就是最高效率的保证。基础知识举例介绍。
3. 不要相信，你在比赛时的紧张度会越来越高上去，那是一种认识误区。指出，一个人的紧张性生理反应在自然状态下是逐渐下降的。（见图 6-2）
4. 不要担心临场失误，因为“失误”是正常的。指出，不接受失误，反而会增加失误的可能，别人也一样。
5. 开展轻松的“试错”训练，有利于应付技能考核。介绍反馈与试错是学习的基本原理。（关于“试错”训练，参见第七章第二节）
6. 提高临场良好自信心暗示。告诉自己“我能行”，指出这是一种积极的自我暗示。
7. 加强放松训练。指导赛前演练时结合深吸气、缓呼气的放松技巧训练。

第七章 临床心理问题

利用前文医学心理学的基础知识、基础理论和基本方法，有助于认识和解决医学临床实践中的各种心身问题和心理问题，同时也有助于临床心理咨询师认识和解决工作中遇到的各种与躯体疾病相关的心理问题。

作为医学心理学的横向的实际应用部分，本章分别介绍临床医学和康复医学中的各种医患关系问题，心身疾病的诊断与治疗原则，高血压、冠心病、癌症、疼痛和外科手术等临床重要疾病的临床心理问题，以及康复心理有关问题。

第一节 患者心理与医患关系

从医学临床的角度，有医患关系；从心理学临床的角度，也有心理医生与来访者的关系。这其中有各方人等的心理状态（重点是患者和来访者的心理状态），也有双方互动的过程（就是医患关系或人际关系）。其结果都严重支配着医学或心理学职业活动的成果。与别的作者不同，笔者在构建医学心理学课程和学科时，将这些内容作为医学心理学知识和技术的实际运用部分看待。本节修订自笔者（1982b）医学心理学讲义。

一、患者一般心理特点

（一）患者的角色行为

1、角色和角色功能 人在生活中“扮演”着各种不同的社会角色(social role)。例如在学校是学生，在家里儿子，在会场是群众，在商店是顾客。

角色行为是人们在长期社会生活过程中“训练”出来的，主要是行为习惯和观念基础，同时也部分受认识的调控。一个人在不同的场合，会自动表现出与自身身份及特定社会情境要求相一致的角色行为。因此，角色是社会适应的需要也是社会适应的结果。

2、角色期望 不同的角色，在认知、情感和意志行为等方面会有不同的表现。例如，一位社会地位较高的患者，生病后住进医院，医务人员会希望他在心理行为方面表现得“像个患者”。此时，他往往能很快进入患者角色，在认知上对医务人员的平淡态度表现出“理解”，在情感反应上缺少了平日的“高高在上”，在行为反应方面则比较“听话”。而患者的所有这些角色行为也确实有利于适应住院医疗环境。

但毕竟医院环境对许多人来说是陌生的，一些人也许没有经过患者角色身份的锻炼，一些人也许由于各种原因在入院时就已经处于心理应激状态，致使部分患者不能及时进入患者角色。例如，如果上述这位有地位的人入院后不能进入患者角色，则他的心理和行为活动方式很可能会与医务人员的期望发生冲突，导致目前一些医务人员将医患关系的恶化看成是患者的问题。

3. 角色转换和角色转换困难 人们在长期社会生活中，慢慢训练成在各种不同的场合表现出不同的角色行为。这就涉及角色转换的问题，即随着情境的变化，人们会自然

地转换自己的身份角色，保持对不同环境的适应。例如，一位医生在医院里表现为合格的医生角色，在家里则为合格的丈夫（妻子）、父亲（母亲）或儿子（女儿）角色。

但也有少数人，或者由于环境的陌生、认知和人格方面的原因，特别是观念和自我意识方面的问题，在某些情境中表现出角色身份的错位，或者在不同的情境中角色转换发生困难。

例如，一位农村出身的建筑专业大学本科毕业生，在进入社会后，由于缺乏社会训练，特别是学生时代形成的绝对化观念，使得他不能成功地由原有的大学生角色身份（不能容忍“不公”），转换成企业员工的角色身份（能够容忍“不公”），结果出现社会适应问题，在自身不存在错误的情况下却在2年时间内被多个单位在试用期解约。上文有身份的患者也是属于角色转换困难。

4. 患者角色的心理行为特点 当一个人突然生病，特别是住进了医院，他就进入疾病角色(sick role)或患者角色。此时，由于健康受到威胁，患者会表现一系列疾病角色的心理行为变化，如情绪的焦虑、抑郁，行为方面的退化、依赖，并出现相应的心身症状。这些患者的角色行为(role behavior)，可能有利于接受诊断和治疗，但也可能影响疾病的主诉和外部症状表现以及与医生的配合，从而影响诊断和治疗，也可能影响医患关系。

随着住院时间的延续，患者的角色行为也会随之有所变化。同样，当疾病进入慢性病期，患者的心理行为也会有新的改变。所以医务人员必须了解不同疾病、不同病期，甚至不同年龄、性别患者的角色行为特点。

每个人都担负着众多社会角色。而且大多数角色都能够扮演的得心应手，这恐怕归因于长期的社会行为训练和伴随的观念形成。例如，一般人见到大人物时都会自动地以恭敬的姿态展示自己的角色行为。这里有长期恭敬长者的角色行为习惯的累积，也有长期内化形成的等级观念的作用，两者一旦形成，都不会轻易改变。于是，就会出现生活中的一些同类型现象，如早期许多贫穷的国人对洋人的奴颜婢膝，又如早年多数患者对大夫的毕恭毕敬等。

用以上的原理，可以解释目前普遍存在的患者对医生不信任的角色行为。一般人认为这只是认识上的问题。实际上这里同样涉及到行为习惯和观念。太多的负面求医经历带来了患者对医生的习惯性戒备和敌意行为，长期绝对“平等”观念的内化导致医生在患者的下意识里等同于服务员。撇开医生角色行为的原因，这就是目前紧张医患关系短时间难以解决的重要原因。

（二）患者心理的年龄特点

医院是一个特殊的社会环境，它具有独特的语言、习惯和生活方式。患者新进入这一环境首先易产生陌生感及焦虑情绪。由于对各种诊断、治疗措施的不理解，还可产生恐怖感和受伤害感等。因此，患者入院后有一个从心理上适应医院环境的过程。这段适应时间的长短，决定于患者的人格特征、过去经验、文化修养及性别和年龄，也决定于医务人员与患者之间人际关系，同时受医院环境的影响。

以下仅分析患者心理的年龄特点：

(1) 儿童：因年龄不同儿童的心理反应表现不一。2-4岁的孩子可因与父母分离而感到不安，表现退化如遗尿、睡前哭闹、拒食、闷闷不乐及发脾气等。许多孩子会有恐惧感，其表现不一，有防御性不做声，消极的不合作行为以及向医务人员提很多问题等。

(2)青年：青年人恐惧、焦虑等心理反应较强烈，同时，由于住院后活动受限制，易将注意力集中于自身而产生幻想。经常性的脱离实际的幻想是不健康的，因此要给青年人以适当的活动以转移其注意力。

(3)成年：成年人除对疾病的关心外，更多的是社会问题。如家务的安排，孩子的照顾，工作问题，经济问题等，这些都可产生焦虑。

(4)老年：老年人适应能力差，常因住院后常规生活秩序被扰乱而引起焦虑不安。平日里老年人表示自己身体健康的指标是能独立处理日常生活，一旦住院，生活上对医务人员的依赖较多，易产生“老朽感”。

(三) 患者的需要

患者的心理需要 (psychological needs) 容易被医务人员所忽略。按照马斯洛需要层次理论，应用于各种住院患者，其主要的心理需要有：

(1)生理需要：除了与正常人一样患者也有“饮食男女”的需要，医务人员还应关注患者的呼吸和排泄通畅的生理需要，全身舒适的需要以及睡眠的需要等。

(2)安全需要：患者特别需要一种安全感。疾病的正确诊断和有效治疗当然是首要的。但容易被忽视的是，患者还有强烈渴求医务人员行为和药品设备等都是安全可靠的需要。

(3)尊重需要：与正常人一样患者有被尊重的需要。但由于患者的角色行为的限制，使得其往往掩盖这种需要的表露。例如，一些患者即使受到医生的斥责，也会面带笑容。而实际上，他们比平时更希望自己被重视、被尊重和受欢迎。对此，一些医务人员似乎存在认识上的错位。

(4)探索需要：患者需要自己被认识，同时也需要自己认识和了解病房周围的人和事，特别是了解医生、护士和医院等有关情况。

(5)自我实现需要：马斯洛认为人类最高的需要层次是自我实现。至于患者，由于当前的重点是疾病的诊断和治疗，故此等需要被暂时掩盖。但随着疾病逐渐康复，或者随着疾病进入慢性期，都会面临个人理想的调整问题。

以上(1)、(2)是生物性需要，(3)至(5)是社会性需要。这些患者需要一旦得不到满足，会加重患者的消极情绪。

(四) 急、重病患者的心理特点

急症患者都有明显的恐惧和焦虑。

恐惧来自生命遭到威胁的不安全感和担心不能康复或躯体残缺；焦虑是因为疾病突起，与家人分离，学习、工作、家务、经济等社会问题，以及紧张的急诊室环境的影响等。现场情境如医务人员不分昼夜地工作、严肃的表情、各种仪器连续工作的声音、连接躯体的各种导管的压迫感、活动受限、同室患者的抢救或死亡等，都是产生严重焦虑的直接原因。

据研究，心肌梗塞患者发病初期（第一、二天）全部呈现不同程度的焦虑状态，同时多数心肌梗塞患者因持续剧痛而产生濒死的恐惧感。还有研究指出，这种心肌梗塞患者的焦虑心理反应，可以持续到疾病康复以后很长一段时期。

Cassem 等通过观察和患者自己的报告证实，冠心病监护病房 (coronary care unit) 的患者第一、二天以表现焦虑为主，以后渐渐会被抑郁所代替(第三、四天)。这种焦虑与患者的病情和疼痛直接有关，同时还与患者的背景，以往的疾病体验、人格特征、患

者对医生护士的认识等有关 (Michelmores P, 1981)。

一些急性疼痛患者,可有强烈的痛觉情绪体验。患者感到难言的不快,严重者可使感知觉错误,思维局限而指向困难、注意知觉范围缩小和注意分配与转移上的困难等心理活动改变。

(五) 住院患者的心理特点

其实住院患者难言共同的心理特点。笔者等早年(1986)发表“住院病人的心理行为反应”一文,报告了对218例以内科为主的住院患者心理行为反应及其适应特点,结果显示住院患者普遍存在不同程度的心理反应(82%)和行为改变(74%)。患者初入院时以紧张焦虑为主,以后如果未能适应则逐渐转变为以抑郁为主。本组住院患者心理适应过程较长,一周以内适应者仅占1/3。在影响因素方面,除了病情因素以外,医护人员认真及时的治疗,保持良好的医患关系,以及改善医院环境等措施,是加快患者心理适应的重要条件。该研究还初步分析了其他各种因素,如年龄、性别、是否急诊、住院次数、人格特点、疾病种类、职业等对住院患者心理行为反应及其适应过程的影响。最后就有关临床患者的心理行为调查之若干问题进行了讨论。

(六) 慢性病患者的心理特点

长期疾病折磨,可使一个人抑郁沉默,性情孤僻、意志消沉、丧失自信心、绝望甚至个别人萌发自杀动机。

也有部分人经过“转化”后表现无所谓、不负责任、暴怒或迁怒于人、不合作态度等。

人格是一个人在长期生活过程形成的相对固定的心理特征,不容易改变,所谓“江山好改秉性难移”就是这个意思。但部分长期患病的人,其心理方面的改变甚至可以影响到他的人格特点(Hamburg DA, 1982)。尽管这一点还有争议,但我们日常见到的慢性病患者中,就有相当部分人在性格上有所改变。Lipton S(1979)也指出,慢性疼痛足以影响最坚强的个性。

(七) 手术患者的心理特点

手术因其对机体有一定的损伤,患者可产生各种心理反应,特别是术前的恐惧与紧张。

有研究指出,预期疼痛是引起牙科手术患者术前恐惧和焦意的主要原因。这种心理上的改变又可影响患者的痛阈,从而使手术后痛感觉和病情绪反应强烈。因此进行术前心理指导是有必要的。Egbert LD(1964)对外科手术患者采用事先的语言鼓励和指导(即心理和行为上的指导),向患者解释手术可发生什么,然后指导他们如何放松、如何深呼吸、如何移动等,结果使手术后止痛药用量减少一半,还较对照组提前2-10天出院。

有关手术患者的心理问题,在本章第七节有详细讨论。

(八) “绝症”患者心理

关于绝症患者的心理发展过程, Ross K(1969)将其分为五期:即否认期(denial stage)、愤怒期(anger stage)、讨价还价期(bargaining stage)、抑郁期(depression stage)和接受期(acceptance stage)。尽管对于她的五期分类法存在异议,但从临床各种临终患者心理变化的现象学观察来看,还是能反映一些共同规律的。这种分类方法已经被学术界作为经典模型而被接受。

不过，对于具体的某一位患者来说，由于个人的文化背景、生活经历、宗教和信仰等的差异，对死的体验必然不甚相同。从医务人员角度，至少应在了解临终患者一般心理规律的基础上，从尊重患者的人格着手，将他们看作活着的人（一些人将濒死患者与尸体等同看待）而尽力抢救，尽量采取措施，满足其要求，给以最大的精神安慰，减少其痛苦体验。

（九）患者的心理压力特点

根据压力系统模型（见第四章），疾病本身是患者的核心生活事件，但还得注意因病而伴发的其它方面生活事件，如工作职位受到威胁，经济发生困难等。患者的认知评价虽然受疾病性质的影响，但也与其人格特征密切相关，如敏感、疑病倾向的患者对此的评价可能会消极一些。患者对疾病的应对方式，如果按医学应对问卷（MCNQ）内容来分析，有面对、回避和屈服等三种疾病应对策略。患者的社会支持，如果按领悟社会支持（PSSS）来分析，有家庭内支持和家庭外支持，这可以从亲友的来访频度得到部分反映。患者对疾病事件的心身反应则会混杂在疾病本身的症状之中，需要加以甄别。总之，了解上述患者的各种心理压力因素，有助于实施相应的临床干预措施。

案例：上世纪 80 年代，笔者以应激（压力）系统理论的雏形，协助某医院护理部处置过一位患者。从中可以帮助读者体会研究患者心理的重要性，并体会患者心理问题的系统性、多因素性和变幻莫测等特点。

患者男，45 岁，来自边远农村。因长期血压不稳定不时有头痛、心悸等症状，入住某省医院。患者所在病室为 6 人间，另 5 位均是本市人，探视亲友很多。但患者因为看上去身体尚好，加上家庭困难，自己一人来院，且言语不通，也很少与室友交流，显得很孤独。多日后，患者拿着护士交给的检查单到 B 超室门外等待检查。不知何故，到了中午以后患者还一个人坐在那里傻等着，周围的人都走光了。又累又饿又恼的他只好先回病室。不料，此时只见他的妻子含泪跑来告诉两个不幸消息，一是她今早赶来医院因为探望时间未到，只得坐在医院门口花坛上等候，却被一个巧舌如簧的人骗走了身上仅有的借来给他看病的 300 元钱。二是女儿的婚期已近，因为家里没钱，这次来就是要问丈夫该怎么嫁女的事。听完诉述后，寂静了片刻，正当患者拿起病友们替他留下的面条时，刚一张嘴就整个人倒下去。接上，医务人员蜂拥而至，患者被送进抢救室，事后被诊为肾上腺嗜铬细胞瘤。

患者的病情发展与心理因素有关是明白无误的，医院方面觉得有些愧疚，为此由护理部副主任挂帅成立专门护理小组，商讨心理护理的问题，并上门征求笔者的意见。从事后来分析，患者的病种特殊（心血管功能不稳定）和几个重大生活事件（B 超检查被晾着、妻子丢钱、女儿出嫁）是主要因素，但社会支持缺损，应对方式消极，性格内向和文化差异等因素也起重要作用。据此，可以设计采取相应的综合心理护理措施。

二、临床人际关系

（一）人际关系

人生活在现实社会中，每天都互相进行着物质和精神的交往，发生着各种关系，如政治关系、生产关系、经济关系、家庭关系、医患关系等。这些关系往往受到双方各自特点（主要指心理上的个性特点）的影响，因而产生满意、不满意，积极或消极，主动还是被动等各种心理状态。对于心理学来说，这种显示人与人之间相互交往的关系称为人

际关系(interpersonal relation)。人际关系的好坏往往直接影响到人与人之间的交往效果，并且会进一步影响社会群体的各种社会实践活动的效果。

临床医学活动是社会实践活动的一种，主要是在医院中进行，其中存在着大量的各种形式的人际关系，如医生和患者的交往、医院中各科室人员之间的交往、上下级医师间的交往、医务人员和非医务人员的交往等。

(二) 医患关系

医学中最重要的人际关系是医患关系(doctor-patient relationship)。医患关系处理得当与否，对于提高医疗质量至关重要。没有良好的医患关系，彼此不能沟通，医务人员就不能取得患者的合作和信赖，即使有高超的技术和先进的治疗手段，有时也不能取得满意的效果。

医患关系模型有许多种。其中 Szase TS 和 Hollender MH (1956) 根据互动性、双方地位和主动性大小，将医患关系分为以下三种模型。这种分类方法一直被医学界所广泛接受。

(1)主动—被动型(activity-passivity model)：在这种模型中，医生有权决定为患者做什么，患者无权对此做出选择。有一点像父母和婴孩之间的关系，例如重症患者和意识障碍患者。但在当前医疗环境中，有时候即使患者清醒和非危重患者，有时也会出现这类医患关系，这就不是理想的医患关系了。

(2)指导—合作型(guidance-cooperation model)：在这种模型中，医生告诉清醒的患者怎么做，患者需要合作，有一点像师生之间的关系。这是当前普遍的医患关系。如果从系统论和生物心理社会医学模式的角度，这种模型尚有欠缺。

(3)共同参与型(mutual participation model)：在这种模型中，医患之间是合作伙伴关系，医生帮助患者做出决定和实施医疗，例如一些慢性疾病患者。这种模式最符合系统论和生物心理社会医学模式。

此外，还有美国学者 Veatch RM (1972) 根据医患关系中患者的自主权，提出四项医患关系模型等。

需要指出的是，无论何种医患关系，实际上最主要的方面还是“医”。因为在我国医疗实践中，毕竟医生是主动的一方，患者是相对被动的一方，医务人员必须负起处理好这种关系的主要责任。目前国内某些地方却存在一种反常现象，那里的医患关系责任似乎在患者一方。患者需要主动搞好与医生的关系，需要研究某医生喜欢什么，不喜欢什么，脾气怎么样，需要什么等，然后还得采用不同方式方法去接近医生，以建立良好的“患医关系”。这种现状应该改变。

(三) 人际吸引

为了建立良好的医患关系，医生除了应懂得各类患者的心理特点以外，还应了解一点有关人际关系的理论。人际关系的研究内容和范围涉及面很广，其中人际吸引理论是人际关系的中心问题，以下予以简单介绍。

1. 人际吸引力 人们在互相交往过程中，存在着彼此互相用肯定或否定的方式来评价对方的倾向和行为动机，这就称为人际吸引(interpersonal attraction)。用日常的话来说，就是谁喜爱谁，谁不喜欢谁。喜爱时，交往就多，否则交往就少或避免交往。可见人际吸引力决定人际关系的稳定和密切程度。

临床活动中也存在这个问题。有的医生找他看病的人很多，有的则很少。这除了医

疗水平外，还涉及各种因素，如医生的威信、医疗态度，甚至他的年龄、仪表等，都会影响患者对医生的评价，出现“喜爱”或“不喜爱”的情况。

2. 影响人际吸引力的因素 影响人际吸引力的因素很多，包括：

(1)相似性吸引：双方在态度、兴趣、观念、价值观等人格倾向性方面具有相似性或接近，容易产生人际吸引。例如，日常生活中两个人之间往往有“说到一块去”和“说不到一块去”之别，分别反映两者的人际吸引程度。但这里往往不是表面上的看法一致与否，而往往是双方在某些价值观念方面的相似或相向。因此，医务人员与患者在某些话题上，比如对于“疾病”、“治疗”、“医生”、“病人”的认识，双方在价值观念取向上有一致性，往往有利于加强人际吸引。

(2)接近性吸引：经常接近的人易互相吸引，这是指两人之间平时多接触比很少接触其互相吸引程度高。当然这种接触是指潜移默化的和非功利的，那些为了利益、竞争而出现的过多接触，由于容易给对方带来不快或者压力，存在着行为理论中的惩罚机制，则可能反而降低双方的吸引力。因此医生应该有事无事地多到病房里转动，有助于促进与患者的人际吸引。

(3)报偿性吸引：指一方在物质上和精神上的需要由于另一方的行为而得到满足以后，对另一方的报偿性接近。需要注意的是人们都有自己的价值观念，某些物质的给予如果具有功利性或反道德性（如贿赂），同样会通过认知过程产生对给予者的厌恶而不是吸引。因此，这里的报偿性吸引往往是指生活和工作中的一句问候、一声夸奖，或分享一颗糖、一支烟。

(4)仪表性吸引：这是指与社会角色相一致的仪表往往容易被吸引。例如，穿着“嬉皮士”服饰的医生，穿戴戴银熊猫眼的护士，显然与其工作角色的仪表要求相违背，不利于医患之间的人际吸引。

总之，就医生一方来说，应该经常检查自己的行为是否符合以上这些条件。例如，服务态度是否中肯、热情和有信心；道德观念和价值观念方面，是否贫与富、关系户与非关系户一视同仁，都持积极的态度；在工作中是否主动热情多接近患者，急患者之所急；以及在服装仪表方面是否整齐大方等。这样，医生和患者之间的人际吸引力会不断加强，医患关系会得到良好发展，医疗质量和医疗效益有了切实的保障。

三、对临床患者的一般心理支持

医生做出诊断和开出医嘱，仅仅完成了医疗的一部分。如果忽略患者的各种心理反应和心理压力状况，并及时加以处置，则往往会影晌疗效，甚至加重疾病症状。这方面的临床实例是很多见的。例如，在强烈情绪状态下，稳定期原发性高血压患者可出现高血压危象；冠心病患者可出现心绞痛或心肌梗塞；溃疡病已愈合的溃疡面可重新活动，甚至出血、穿孔；慢性肝炎患者自觉症状加重，肝功能变坏；就连外科患者也可延长创口的愈合。

因此医生在重视诊断和治疗的基础上，应随时掌握患者的心理特点，利用心理学原理对患者的心理问题实施一般性干预（这里是指心理治疗以外的心理学技术），以降低患者的心理压力水平，改善其心理状况，提高疗效，促进康复。

（一）一般目标

(1)使患者解除紧张、焦虑、悲观情绪，降低心理压力反应水平，逐步树立战胜疾

病的信心和决心。

(2) 使患者尽快熟悉和适应新的环境，使住院患者对医院感到轻松自然，亲切温暖。

(3) 建立协调的医患关系

(二) 一般心理支持内容

1. 首先要掌握各类患者的一般心理特点。了解他们的心理压力水平，知道他们在想些什么，企求什么，忌讳什么，用医学心理学知识和理论（如压力系统模型）去认识、分析和预测每个患者的心理问题，以便采取不同的干预对策。

2. 帮助入院患者尽快缩短心理和躯体适应过程。新入院的患者由于对病情的担心，对医院设备、规章制度、周围患者及饮食种类的陌生，对家庭、单位的牵挂等，在心理上和身体上可能一下子不适应。因此有必要根据各人的年龄、性别、文化水平和社会经历分别给予解释和安慰，使他们解除疑虑，树立心信，很快适应医院环境。例如：①第一次接触很重要，会给患者留下很深的印象，即使不是危急的患者，也不要将他们长时间搁置不问；②交谈要表示同情、关心和体贴，主动向患者介绍医院的情况和周围病友，使之很快地熟悉起来；③介绍相关合作医生的一些优点，有助于患者对医疗小组的信任等。

3. 注意住院患者的情绪变化。例如：①关注病房里是否有部分患者存在不良情绪，且通过“示范作用”影响另一部分病员，如是，则应及时帮助患者调整不良情绪；②关注病室里是否有活跃的病员，如是，则应主动促使其成为其他患者的“示范”模型，促进病室的积极情绪氛围；③发现有的患者出现激情，不论正性或负性激情，都可能对治疗不利，需要及时教育与指导；④有的患者出现一般的消极悲观情绪，应及时给予鼓励，并鉴别是否器质性抑郁症状或药物心理反应等。

4. 关注患者亲属的影响。患者亲属的态度常直接影响患者，例如，危重病患者亲属的过度悲伤显然对患者是一种严重的心理刺激，因此应和家属取得适当联系，做好家属沟通工作。

5. 尊重患者人格。不能对患者发号施令，最好不要以床号称呼患者，而根据患者年龄和习惯称老张、小李为好。对患者所诉说的那些最隐蔽的体验不能讥笑（哪怕是瞬间眼神上的流露），注意保密，增加患者的安全感。患者向知心人倾吐真情本身有减轻压力反应的作用。

6. 需要进行某种检查治疗时，应说明其意义，取得患者自觉配合，但要注意保护性医疗制度，避免语言上的不良暗示。

7. 残疾患者和慢性病患者，应说服他们正视残废现实，如鼓励截肢者持拐棍，失明者学盲文，鼓励慢性病患者主动地与疾病做斗争。对于青年伤残患者，在说服教育时应采用“激励”式，避免说教，切忌无休止地表示同情和安慰，因为过度的同情往往被解读为“怜悯”，对年轻人有杀伤力，使其者陷于悲痛、忧伤和自惭形秽而不能自拔。

8. 弥留患者，要给予最大的精神安慰，尊重患者人格，尽量满足要求，使其感到舒适。决不能认为反正快要死了，因而不予重视

9. 创造良好的环境，有利于保障患者有充足的睡眠、适宜的运动、生活具有节奏感。优美的环境一定程度还能唤起患者的积极情绪。病室色调和环境布置要明亮、清新、和谐、整洁。

10. 对合作不佳的患者，例如事情不分大小一律找医务人员，总是没有满足的时候。

这时应了解患者的心理状态，用心理学知识去具体分析，不能凭感情去处理。有的焦虑患者，对自己受到的疾病威胁，用攻击性态度转嫁到医务人员身上，医务人员只要认识到这是疾病状态下的异常心理反应，并非真是对某事不满，就会谅解这一点。正像精神科医生一般不会对患者的胡搅蛮缠生气一样。

11. 医生应加强自己心理修养。首先应树立正确的医疗工作价值观，还要培养良好的心理素质，善于克制，善于适应与处理不同紧急环境与事件，紧凑而不慌乱、亲切而又稳重、衣冠整洁、仪表端庄、谈吐文雅、举止大方。这样，本身就是对患者的一种心理支持，患者会感受到可靠和信赖，产生安全感。

四、医源性心理疾病及实例

（一）“医源性心理疾病”的概念

医源性疾病 (iatrogenic disease) 是指由于医生的行为过失或不当所引起的疾病。可分为两类。一类是由于医疗差错事故如交叉感染、给错药、打错针、开错刀、下错诊断等纯医源性造成的疾病。另一类是由于医生与患者交往过程中，由于医生不良的语言、动作和暗示所引起的心理疾病或使原有病症加重。这里只讨论后者。

在医源性心理疾病的原因方面，有的是由于医生不正确的思想方法或不负责任的态度造成，有的则因缺乏医学心理学知识，不自觉地造就了医源性心身疾病。例如，对患者的熟视无睹、态度恶劣、刺激性语言，造成患者的错误理解，产生严重情绪反应；不自觉地将别的医师暗示治疗真情让患者知道，使患者突然失去安全感而加重症状；不自觉地告诉患者一些疾病的严重症状，使患者自我暗示也觉得像那种病；或把一些模糊的概念，如“衰弱”、“虚亏”、“后遗症”等诊断告诉患者，使患者心理上产生不必要的负担和消极的自我暗示。

因此，医生需要树立正确的医疗工作观念与态度，学习更多的有关患者心理的知识，在日常工作过程中，始终注意自身言语行为对患者可能的负面影响，这是防止医源性心理疾病发生的根本途径。

医生的语言不当造成医源性心理疾病的例子是相当常见的。

例如，1982年某市某医院收治了一位癌症患者，由于当时的常规做法是医务人员和家属一直对患者采用封锁消息的方法，直到出院患者尚不知自己的真实病情。稍后患者随家属步行到某省级医院门诊，可是门诊实习医生脱口就将他的病情公开了。患者当即瘫倒不能行走，第五天即死亡。这里不讨论是否应将癌症告诉本人以及如何告诉的问题，这将在本章第五节讨论。但本病例加速死亡的原因显然是在没有任何心理准备情况下突然获知癌症信息，导致强烈应激性心理生理反应有关。

关于医生语言和行为的“致病”机理，可以用本书有关章节介绍的各种心身相互作用理论来解释。作为医生，至少应当随时意识到，语言可以是极积的，可以治病；语言也可以是消极的，可以致病。

（二）医源性心理问题一例

1. 门诊案例 因患有“乙肝”到处求医问药，耗尽积蓄后，听人建议来心理门诊。

经过门诊仔细晤谈，查明来访者是一位年轻的外来打工者，居住在城郊出租房。做个体泥工的丈夫和做缝纫的妻子带着一个孩子。一天，丈夫因为感冒发热觉得无力而上医院检查，血液化验显示乙肝三系阳性，但肝功能指标正常，医生口中不经意的几个词

汇“乙肝阳性”，却在丈夫心理上产生严重的暗示作用（他暗示），确信自己得了“乙型肝炎”，且越来越觉得病情在加重（自我暗示），于是除了休息还到处寻找良方，去的又都是挂牌专门治疗乙肝的医院或者诊所，几乎将几年的积蓄耗尽。妻子发现丈夫“病情”严重，自己也感觉无力（丈夫的他暗示），怀疑自己是否也得了同样的病（自我暗示），到医院一查，也是“乙肝阳性”，而且还有“肝肋下两公分”，结果妻子也倒下了。由于来杭时间不长，积蓄不多，本想尽快将病治好可以外出赚钱，不曾想越急越乱投医，病没有治好，妻子也倒下了，更要命的是仅有的一点积蓄花费殆尽，夫妻陷入绝境。有邻居建议他们，是否试一试心理门诊，才来本门诊。

在此例中，来访者限于当时的生存条件，对“乙肝”常识无知是其自身的原因，但多个求治环节的医生未能让他明白乙肝与乙肝三系阳性的区别则是重要的医源性原因。其中可能缘于治疗收费的经济利益，也可能缘于责任缺失。其实直到目前，社会上类似的长期“肝病号”还不少。

2. 评估 根据压力系统模型，采用晤谈和测验方法，对本例做压力分级评估（参见第四章第九节）。各“压力因素”评估结果见表 7-1；“压力层次”评估结果，第二层次的乙肝“诊断”信息是启动因素，认知因素（缺少知识和暗示作用）和社会支持缺乏是重点因素，第一层次的心身症状更多的是他暗示和自我暗示性的，第三层次的人格特征虽然在系统失衡后一定程度上影响其他因素如应对更趋消极，助推了系统的失衡，但不是心理问题的主因；“压力系统”评估结果，由于缺少“乙肝”知识和缺乏社会支持，在医源性事件基础上，通过压力多因素的恶性循环，导致系统失衡。

表 7-1 本例的压力因素评估

压力因素	特点
生活事件	乙肝“诊断”（启动因素），经济困境，失业
认知特点	缺乏乙肝有关知识，判断和决策上的绝对化，暗示作用（重要因素）
应对方式	不断变换医院和医生寻求良方，TCSQ 消极应对 67、积极应对 43
社会支持	远离原籍，缺乏社会支持（重要因素），PSSS 家庭内支持 53、家庭外支持 31
人格特征	生物医学观念，自卑，疑病倾向
心身反应	焦虑、抑郁，失眠，无力

3. 干预 此例的压力系统模型干预方法，重点是开展心理教育和心理指导。策略上分级实施。（参见第四章第九节）

首先，将“压力系统”和“压力层次”评估结果向来访者做宣传和指导。指出对“乙肝”的理解是问题的起点，继而引起多种因素之间的恶性循环，才导致了问题的产生和恶化。通过解释和反暗示，当场取得不错的干预效果。

其次，针对不同的压力因素如认知偏差、社会支持缺乏、继发的生活事件、消极的应对方式和人格因素，分别以各种心理指导技术给予干预，必要是给予抗抑郁药。

第二节 心身疾病总论

几十年的发展已经让“心身疾病”这个病名在国内不再陌生。但实际上，“心身疾

病”是一个有争议的概念。无论它的发生机制，以及临床诊断和治疗，听起来都显得那么有哲理，但做起来却又那么不可捉摸。不过医学心理学不可能脱离这个概念，至少是这个概念所涵盖的某些事实，那就是心理因素与躯体疾病之间的关系。因此，笔者在课程和学科构建过程中，非常重视这部分内容，并将其作为医学心理学知识和技术的一个应用领域。本节最早修订自笔者（1993b）主编的北京科技版教材自撰部分。

一、心身疾病的一般概念

（一）定义

心身疾病 (psychosomatic diseases) 或称 心理生理疾患 (psychophysiological diseases)，有时也称 心身障碍 (psychosomatic disorders) 或 心理生理障碍 (psychophysiological disorders)。心身疾病和心身障碍在目前文献中有时被混合使用。但从严格角度，两者还是存在一些差异的。为了有助于说明问题，我们暂且以绝对的方式，将疾病种类列于图 7-1。图中所示的躯体疾病由生物因素起重要作用，并表现躯体组织损害，例如感染性疾病、骨折。图中的精神病和神经症由心理社会因素起重要作用并主要表现心理症状，例如抑郁症、强迫症。

狭义的心身疾病是指心理社会因素在其疾病发生、发展、治疗、预防过程中起重要作用的一类躯体组织损害性疾病，例如原发性高血压、溃疡病。

狭义的心身障碍则是指心理社会因素起重要作用的一类躯体生理功能紊乱，但未见明显组织损害，例如神经性呕吐、偏头痛。

但是，根据我们已学过的心身相关知识，这种对疾病进行绝对化分类是不准确的。人是心身的统一体，是一个系统，任何疾病都有影响其病因、发展、表现、病程和预后的心理社会因素；疾病也总是包括心身两个方面，躯体疾病和精神疾病之间的区别也只是相对的。例如，许多证据证明，心理社会因素在躯体疾病的发生发展中也起一定作用，如肝炎，甚至骨折；同样，从现有的证据来看，生物学因素在许多精神疾病的发生中也起基础性作用，如器质性精神病，甚至精神分裂症。至于上述心身疾病和心身障碍之间更存在着交叉和重叠。

因此，目前普遍使用广义的心身疾病概念，这是指心理社会因素在发病，发展，治疗，预防中起重要作用的躯体疾病和躯体功能障碍。本书也基本上采用这种广义的概念。

值得注意的是，一些著作中提到的心身障碍有时会笼统包括一部分心身疾病和一部分神经症，故广义的心身疾病和广义的心身障碍又几乎是同义语。

（二）心身疾病与心身医学的联系

心身疾病与心身医学有密切的联系，是心身医学研究的主要对象。实际上心身疾病的概念之所以不太明确，这与心身医学的发展过程有关，有关内容可参阅笔者主编（2007a）的《心身医学》一书。

20 世纪 20 年代是心身医学诞生时期。早期心身医学是精神分析理论的产物。以 Alexander F 为代表，他们用精神分析理论解释一些躯体疾病的病因学，认为潜意识心

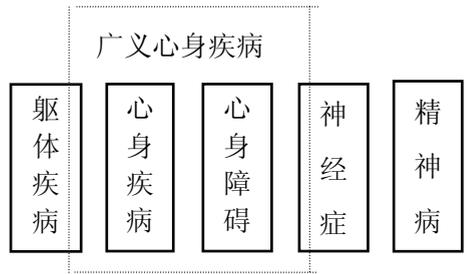


图 7-1 心身疾病定位示意图

理冲突和器质性原因并存，通过自主神经系统的过度活动，造成躯体功能障碍和损害。提出七种经典心身疾病：即溃疡病，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，原发性高血压和支气管哮喘，并认为与特定的心理冲突有关。精神分析学者邓巴（Dunbar HF）于 1938 年在美国创办《心身医学》杂志是这一研究方向的重要结果。这一时期对心身疾病的概念和范围的认识，总的来说还是比较局限的。这是所谓的心身医学心理动力学方向。

1930 年代以后，随着 Cannon、Selye、Wollf 等对心身关系的研究，以及其它一些理论派系例如行为学习理论等对心身研究的进一步深入，使心身医学的研究方法、对象和内容有了不断的扩展。至 1950 年代，人们对心理社会因素在躯体疾病发生发展中的作用有了更深入的认识。这就是所谓的心身医学心理生物学方向。

目前，美国的《心身医学》杂志内容也已完全反映了这种时代性的变化，对心身关系的各种理论体系和各种方法的研究文章在该杂志上都可找到。这标志着目前的心身医学和心身疾病概念与早期的精神分析理论中的概念已有很大的不同。

但是，应该注意到，国外目前仍有一些学者将心身医学和心身疾病看成是精神分析理论的概念，因而在其著作中不提或很少提到心身疾病的概念。这特别在某些学派思想浓重的作者中表现较明显。

（三）心身疾病的发病率和范围

近 70 年来，心身疾病已成为严重危害人类健康和导致人类死亡的主要原因，许多久治不愈，长期影响人们心身健全的疾病属于心身疾病；人类的主要死亡原因如心脑血管病和肿瘤也大部可归入心身疾病的范畴。据国内外各种调查统计，心身疾病目前占综合性医院门诊患者的 1/3 左右。但由于心身疾病的概念和诊断标准很不统一，以及调查研究的条件不足，心身疾病真实的发病率尚难估计。

目前一般认为，以下各系统的一些疾病可归入心身疾病范围（为便于理解，将各系统的狭义心身疾病置前，心身障碍置后）：

1. 循环系统 原发性高血压、冠心病、某些心律失常，原发性低血压综合征。
2. 消化系统 消化性溃疡、溃疡性结肠炎、过敏性结肠炎、慢性胃炎、胆囊炎、慢性肝炎、慢性胰腺炎、神经性厌食、幽门痉挛、肠道功能障碍、习惯性便秘、神经性呕吐、心因性多食或异食症。
3. 呼吸系统 支气管哮喘，过敏性鼻炎、过度换气综合征、吞气症、心因性呼吸困难、慢性呃逆。
4. 神经血管系统 脑血管病、多发性硬化症、雷诺氏症、偏头痛、植物神经功能紊乱、昏厥。
5. 内分泌和代谢 糖尿病、甲状腺机能亢进、肥胖症。
6. 骨、肌肉系统 类风湿性关节炎、紧张性头痛、全身肌痛症、颈臂综合征、慢性腰背痛、痉挛性斜颈、书写痉挛。
7. 泌尿生殖系统 慢性前列腺类、阳痿、神经性多尿。
8. 儿科 胃肠功能紊乱症、心因性发热、支气管哮喘、遗尿症、遗粪症、周期性呕吐、夜惊。
9. 妇产科 功能性子宫出血、月经失调、外阴瘙痒、更年期综合征、经前期紧张症、心因性不孕症、阴道痉挛。

10. 皮肤系统 慢性荨麻疹、湿疹、神经性皮炎、斑秃、过敏性皮炎、皮脂溢出、牛皮癣、皮肤瘙痒症，多汗症。
11. 耳鼻喉科 慢性副鼻窦炎、美尼尔综合征、咽部异感、口吃、晕动症。
12. 眼科 原发性青光眼、低眼压综合征、眼肌疲劳症。
13. 口腔科 口腔粘膜溃疡、口腔异物感、心因性齿痛。
14. 肿瘤

（四）有关心身疾病分类和范围的思考

1. 心身疾病概念的演变导致范围的扩展 早期 Alexander 提出七种心身疾病，是基于精神分析理论对心身疾病的认识。随着心身医学心理生物学方向的发展和现代医学模式及多因素发病理论的被重视，心身疾病概念扩大为“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，心身疾病的范围就扩展到临床各科的疾病。这些疾病大多涉及自主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。

2. 以临床各科疾病划分心身疾病存在的问题 上文所列的临床各科心身疾病名单，虽然摘录自国外特别是日本的心身医学领域。但这种以现有的临床疾病做分类却明显存在问题。例如，从实证的角度，名单中的一些疾病如原发性高血压患者中，未必都能确定病因中有心理社会因素。另一方面，许多未列入名单的疾病，其发病发展未必与心理社会因素无关，如近年来发现乙型肝炎患者中就存在较多的心身或身心问题。因此，这样的分类往往只具有理论上的意义，并无太大的临床操作意义。

3. 应以心身疾病概念内涵来确定心身疾病 因此，笔者认为，确定心身疾病的种类应以符合心身疾病概念内涵为前提条件。凡是符合心身疾病诊断标准的，都属于心身疾病，而与上文心身疾病列表中所列的疾病并无必然的关系。本书就是以这种理念来讨论心身疾病问题。这样也就必然涉及到心身医学的另一份问题，即身体疾病导致的心理社会问题，即“身心问题”。

（五）身心问题

在心身疾病研究领域，往往比较注重“心身”的联系。实际上，躯体疾病也可以成为心理压力源而导致心理行为反应，即存在“身心”问题，包括因为躯体疾病所致的各种认知、情绪、行为、社会功能的影响。心身和身心则又是互相联系的。因此，本章后面讨论各种心身疾病时，对临床上一些常见或重要的“身心”问题也作必要的介绍。

二、心身疾病的发病机制

虽然许多现象学和调查研究已证明，心理社会因素与心身疾病有密切联系。但其机制仍是目前医学心理学领域亟待深入研究的中心课题之一。从心身疾病的角度，核心问题是心理社会因素通过何种中介机制，最终导致机体生物功能和结构向病理学方向转变。第二章已经比较系统的介绍了各种心理学理论和有关研究方向。其中一些理论涉及到上述中介机制问题。综合一下，大致有以下几方面理论或学说：

（一）精神分析理论或心理动力理论

这一理论始终重视潜意识心理冲突在各种心身疾病发生中的作用。精神分析理论认为，潜意识心理冲突通过转换(conversion)机制形成心身疾病（也包括心理疾病）。

早期, Alexander 认为个体特异的潜意识动力特征, 决定了心理冲突转换成特定的心身疾病。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, 此时患者不是以意识的行为, 而是以躯体症状——哮喘来表达。溃疡病是由于患者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患者对自己的攻击性决断的潜意识压抑等等。因而, Alexander 认为根据一个人心理冲突的性质, 可以预言他将会患何种心身疾病。

以后, 一些心理动力学学者不同意这种特异性关系的看法, 他们认为潜意识心理冲突通过自主神经系统功能活动的改变造成某些脆弱器官的病变。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。因而他们认为研究心身疾病的发病机理, 只要查明致病的潜意识心理冲突即可。

心理动力理论对于心身疾病发病机制认识的不足之处是夸大了潜意识的作用, 研究资料无法实证等。

(二) 学习理论

行为学习理论同样可用于解释某些心身疾病的发生机理。早在 20 世纪初期, 巴甫洛夫学派的皮层内脏相关理论, 就已通过大量动物实验证明, 通过条件作用(conditioning)可以使心理社会因素等无关刺激, 引起内脏功能的变化, 其中包括病理性变化。这就是皮层内脏病理学。具体内容可参阅笔者主编(2007a)的《心身医学》第一章。

根据学习理论模式, 某些社会环境刺激通过强化、消退、惩罚、示范作用机制, 引发个体习得性心理的和内脏的反应, 如紧张、呼吸加快、血压升高等。由于个体素质上的问题, 或特殊心理社会因素问题, 这种习得性行为反应可被固定下来或通过泛化作用, 成为症状和疾病, 例如紧张性头痛, 过度换气综合征、高血压等。

这种对心身疾病发生原理的理解, 对于指导心身疾病的治疗工作也已显得越来越有实际意义。

关于皮层内脏病理学。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。

研究发现, 用去势、切除甲状腺等措施, 可使条件反射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。该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。

根据这种皮层内脏病理学说, 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患者, 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。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。

巴甫洛夫学派的皮层内脏相关和皮层内脏病理学学说，除了作为行为学习理论来讨论，同时也属于下文的心理生物学方向。

(三) 心理生物学理论（方向）

对心身疾病机制的心理生物学研究重点是有哪些心理社会因素通过何种生物学中介机制导致各种心身疾病的发生。这方面的研究在 Cannon 以后的最近 90 年历史中相当活跃，积累的资料也非常丰富。但由于心理生物学中介机制的复杂性，至今尚无法将每一种心身疾病的详细心理生物学机制阐明清楚。在以下各节介绍有关心身疾病时，也还只能使用一些模糊的逻辑图来介绍其中的大致中介过程。

由于心理社会因素对不同的人可能产生不同的心理生物学机制，以及不同生物反应过程涉及不同的器官组织，因而不同的心身疾病的发生也可能存在不同的心身中介途径。但根据心理生物学研究，从大体角度来看，心理神经、心理神经内分泌和心理神经免疫学途径是心理社会因素导致心身疾病的三项重要中介途径，这种认识随着现代心理生物学研究的发展，至今并未有所动摇。

1. 心理-神经中介途径 该途径主要通过交感神经-肾上腺髓质轴，在 Chrousos GP 和 Gold PW (1992) 的“应激系统”里主要是蓝斑-去甲肾上腺素/交感 (LC-NE/交感) 系统，杏仁核在其中起着承上启下的协调作用。心理社会应激刺激被中枢神经接收、加工和整合，后者将冲动传递到杏仁核，通过第四脑室底的蓝斑，使交感神经-肾上腺髓质轴被激活，释放大量的儿茶酚胺，引起肾上腺素和去甲肾上腺素的大量分泌导致中枢兴奋性增高，导致 Gellhorn E (1967) 提出的非特异性系统功能增高，向营养性系统功能降低（参见第四章表 4-1），从而导致心理的、躯体的和内脏的功能改变。结果，网状结构的兴奋增强了心理上的警觉性和敏感性；骨骼肌系统的兴奋导致躯体张力增强；交感神经的激活，会引起一系列内脏生理变化，如心率、心肌收缩力和心输出量增加，血压升高，瞳孔扩大，汗腺分泌增多，血液重新分配，脾脏缩小，皮肤和内脏血流量减少，心、脑和肌肉获得充足的血液，分解代谢加速、肝糖元分解、血糖升高脂类分解加强、血中游离脂肪酸增多，其原始生物学功能是为机体适应环境提供充足的机能和能量准备。如果应激源刺激过强或时间太久，也可造成副交感神经活动相对增强或紊乱，从而表现心率变缓，心输出量和血压下降，血糖降低造成眩晕或休克等。

以上神经中介途径所产生的效应，其原始生物学功能是适应恶劣的环境，但在现代人类身上，则可成为心身疾病的病因学机制。

2. 心理-神经-内分泌中介途径 主要通过下丘脑-腺垂体-靶腺轴，在 Chrousos 和 Gold 的“应激系统”里主要是下丘脑室旁核-促皮质素释放激素 (PVN-CRH) 系统。腺垂体是人体内最重要的内分泌腺，而肾上腺皮质是腺垂体的重要靶腺之一。塞里曾用全身适应综合征 (GAS) 来概括下丘脑-腺垂体-肾上腺皮质轴被激活所引起的生理反应，并描述了 GAS 三个不同阶段生理变化的特点。当应激源作用强烈或持久时，冲动传递到下丘脑引起促肾上腺皮质激素释放因子 (CRH) 分泌，通过脑垂体门脉系统作用于腺垂体，促使腺垂体释放促肾上腺皮质激素 ACTH，进而促进肾上腺皮质激素特别是糖皮

质激素氢化可的松的合成与分泌，从而引起一系列生理变化，包括血内 ACTH 和皮质醇、尿中 17-OHCS 增多；血糖上升，抑制炎症，蛋白质分解，增加抗体等。

如果将由上述 LC-NE/交感神经系统激活的儿茶酚胺系统和这里的肾上腺皮质激素系统称之为两大应激激素，则心理社会应激刺激还可以通过下丘脑-垂体系统激活其它如甲状腺和性腺等激素系统。如研究发现，当人在飞行跳伞、阵地作战、预期手术、学生参加考试等应激情况下，都有上述两轴系统即肾上腺髓质和肾上腺皮质的被激活。实验也证明，应激状态下分解代谢类激素如肾上腺皮质激素、髓质激素、甲状腺素和生长激素分泌都增加，而合成代谢类激素如胰岛素、睾丸素等分泌减少；在恢复阶段这些变化正好相反。这些生理变化对心身疾病的发生提供了一定物质基础（图 7-2）。

3. 心理-神经-免疫中介途径 Ader R (1981) 首先提出 心理神经免疫学 (psychoneuroimmunology, PNI) 概念，该领域主要研究脑、行为和免疫之间的关系，其中的重点之一是研究心理社会因素与肿瘤等疾病发生的免疫学中介机制，具体可参阅笔者 (1990) “心理神经免疫学研究近况” 一文。

免疫系统并非一个功能自主的单位，在应激反应过程中，免疫系统与中枢神经系统进行着双向性调节。一般认为，短暂而不太强烈的应激不影响或略增强免疫功能，例如 Weiss JM (1989) 观察到轻微的应激对免疫应答呈抑制趋向，中等度的应激可增强免疫应答，强烈的应激则显著抑制细胞免疫功能。但是，长期强烈的应激会损害下丘脑，造成皮质激素分泌过多，使内环境严重紊乱，从而导致胸腺和淋巴组织退化或萎缩，抗体反应抑制，巨噬细胞活动能力下降，嗜酸性细胞减少和阻滞中性白细胞向炎症部位移动等一系列变化，从而造成免疫功能抑制，降低机体对抗感染、变态反应和自身免疫的能力。

例如，Bartrop RW 等 (1977) 对澳大利亚一次火车失事死亡者的配偶进行研究，发现丧亡后第 5 周，这些配偶的淋巴细胞功能抑制十分显著，比对照组低 10 倍。Riley V (1975) 用老鼠先接触能引起乳房肿瘤的 Bittner 病毒，然后分成两组，一组生活于强烈环境应激的拥挤环境中，另一组不予应激刺激，结果前者发生肿瘤者为 92%，后者仅为 7%。最近 Ben-Eliyahu S (2007) 研究显示，肿瘤手术前、中、后的心理应激和躯体应激，通过主要应激激素损害机体的免疫系统功能并影响术后肿瘤复发率。

心理社会因素与神经、内分泌和免疫的关系，是许多医学学科如病理生理学、分子生物学、免疫学的前沿研究课题，是近年来进展很快的领域，但具体阐明心身疾病机制方面，则还有很长的路要走。

4. 其它研究途径 心理生物学研究也重视不同种类的心理社会因素，如紧张劳动和抑郁情绪，可能产生的不同心身反应过程。这方面也有许多研究成果，似乎不同心身疾病的发生也可能与特定的心理社会因素有关。

心理生物学理论还重视心理社会因素在不同遗传素质个体上的致病性的差异，例

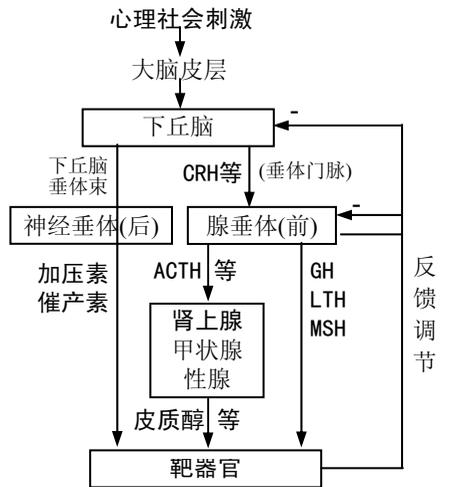


图 7-2 心理神经内分泌中介示意图

如，有证据证明，高胃蛋白酶原血症的个体在心理因素作用下更可能产生消化性溃疡，从而确认个体素质上的易感性在心身疾病发生中的重要作用。

心理生物学理论对于阐明心身疾病的发病机制具有越来越重要的意义。

三，心身疾病的诊断

本节第二部分所列的心身疾病在现有的临床各科中都有具体的诊断标准。但我们已经强调，在心身疾病的临床实践中，应通过对心身疾病有关心理和生理特征性要点的观察、评估来认定。这不但能帮助我们将一些目前临床诊断还不明确的病症确定为心身疾病，而且也将有利于在临床治疗和预防工作中，对各种心身疾病采取相应的心理学手段。

（一）心身疾病的诊断原则

1. 以躯体症状为主 这种症状有明确的病理生理过程或器质性病变基础，即使一时难以发现具体的损害或确定病理生理过程，但也必须是相对固定而局限的躯体症状。那种躯体症状主诉游移不定或反复无常者，往往不是心身疾病的表现，而可能是精神疾病或其它心身反应。

2. 病因中存在心理社会因素 可能发现某些心理社会因素与疾病的发生、发展和疾病的症状发作在时间上有密切的联系，也可能发现患者存在特定的个性特点和对某些疾病易感的心理素质。由于心身疾病多呈现慢性过程，因而虽然不一定能找到疾病起点时的心理社会原因，但经过仔细检查应该能发现那些能引发或加重症状的心理刺激因素以及心理素质上的缺陷。

3. 疾病症状与应激情绪的生理反应有相似性 根据心理生物学研究观点，心身疾病是心理应激作用的一种严重结果。在心理因素引起躯体生理变化的初始阶段，躯体反应如血压升高，肌紧张增高，呼吸急促等在心理因素消除后会随之消失，此时仅称为心身反应(psychosomatic response)。当这种心理因素长期反复发生作用时，躯体的生理反应开始向病理反应转变，表现出躯体功能的障碍或紊乱，且持续时间较长，但仍未见出现组织病理损害，此时的心身变化过程为心身障碍。当上述情况进一步发展时，机体出现病理性损害，这就是狭义的心身疾病。

由于在发生机理上有这么一种延续过程，因此，心身疾病(包括心身障碍和狭义的心身疾病)的症状发作或加重不但在时间上与心理社会刺激因素同时存在，而且所表现出来的症状也与应激情绪情况下的心理反应有某些类似性。例如，一个人在激动和焦虑时产生头部肌紧张和头胀，血管跳动等心身反应。但在焦虑消失以后，这些反应也消失。而一位紧张性头痛发作患者，不但可能找到发病前某一件引起焦虑的心理社会刺激因素，而且目前仍有头胀、头痛等症状。不少心身疾病症状表现也都存在类似的情况。

4. 与神经症相鉴别 心身疾病特别是心身障碍应区别于焦虑性神经症、癔病、疑病症等神经症。神经症患者的总体特点包括，以心理症状为主，即使有躯体症状也往往有多系统多器官性质且反复易变或呈现一过性，无实质性组织损害，病因中心理社会因素的成分较大，以及可能有社会适应不良(如回避与社会退缩)等情况。但心身疾病与神经症有时较难区别，

（二）心身疾病的诊断程序

1. 病史采集 除与临床各科病史采集完全相同之处以外，对心身疾病还应注意收集患者心理社会方面的有关材料，例如心理发展情况、个性或行为特点，社会生活事件以

及人际关系、家庭支持等，从中初步寻找与心身疾病发生发展有关的一些因素。

2. 体格检查 与临床各科体检相同，但要同时注意体检时患者的心理行为反应方式，有时可以从患者对待体检的特殊反应方式中找出其心理素质上的某些特点，例如是否过分敏感、拘谨等。

3. 心理学检查 对于初步疑为心身疾病者，应结合病史材料，采用交谈、座谈，行为观察，心理测量直至使用必要的心理生物学检查方法，对其进行较系统的医学心理学检查，以确定心理社会因素的性质，内容和在疾病发生、发展，恶化和好转中的作用。

根据笔者的压力系统模型，可以分级评估患者的生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、人格特征和压力反应等压力因素，并进一步综合分析患者的压力三个层次结构特点，以及做出压力系统的整体判断（见第四章第九节），为下文的临床干预提供良好的资料基础。

4. 综合分析 根据以上程序中收集的材料，结合心身疾病的基本理论，对是否心身疾病、何种心身疾病、由哪些心理社会因素在其中起主要作用和可能的作用机制等问题做出恰当的评判。

四、心身疾病的防治

（一）心身疾病的治疗原则

在明确诊断的基础上，心身疾病应采取心身相结合的治疗原则，即“心身同治”。在具体治疗时，则又应各有所侧重。

对于急性发病而又躯体症状严重的患者，应以躯体对症治疗为主，辅之以心理治疗。例如对于急性心肌梗塞患者，综合的生物性救助措施是解决问题的关键，同时对那些有严重焦虑和恐惧反应的患者也应当实施床前心理指导。又例如，对于过度换气综合征患者，在症状发作期必须及时给予对症处理，以阻断恶性循环，否则将会使症状进一步恶化，呼吸性碱中毒加重，出现头痛、恐惧甚至抽搐等。

对于以心理症状为主、躯体症状为次，或虽然以躯体症状为主但已呈慢性经过的心身疾病，则可在实施常规躯体治疗的同时，重点安排好心理干预工作。例如更年期综合征和慢性消化性溃疡患者，除了给予适当的药物治疗，应重点作好心理和行为指导干预等各项工作。

根据诊断过程中所发现的各种特殊心理社会因素对疾病的影响情况，应制订不同目标，采用知识教育、心理指导和心理治疗等层次的干预手段，包括支持疗法、环境控制、松弛训练，生物反馈、认知治疗，行为矫正疗法和家庭疗法等心理治疗技术，实施动态的临床心理干预（参见第六章）。在以下各节也有一定的讨论。

对心身疾病的心理干预主要围绕以下三个目标：

(1) 消除引起疾病症状的各种心理社会因素：这类似于医学临床的“对症”处理。例如因某一事件引起焦虑继而使紧张性头痛发作的患者，通过心理支持，认知治疗，松弛训练或催眠疗法等，使其对这一事件的认识发生改变，减轻焦虑反应，进而在药物的共同作用下，缓解这一次疾病的发作。

(2) 消除心身疾病的心理学病因：例如对冠心病患者，在其病情基本稳定后，指导其对A型行为和其它冠心病危险因素进行综合行为矫正，帮助其改变认知模式，改变生活环境以减少心理刺激，从而从根本上消除心理病因学因素，逆转心身疾病的心理病理

过程，使之向健康方面发展。

(3) 消除心身疾病的生物学病因：这主要是通过心理学技术直接改变患者的生物学过程，调整 and 平衡机体功能，促进疾病的康复。例如采用长期松弛训练或生物反馈疗法治疗高血压患者，能改善循环系统功能，降低血压。

压力系统模型有助于指导临床上对不同心身疾病患者制订合适的心理干预策略。具体方法根据对各种压力因素的分别评估，对压力三个层次结构特点以及压力系统的综合判断（见第四章第九节），在此基础上分别选择对各种压力因素的干预，分层次的压力干预以及压力整体分析指导，构成一个系统的心理干预程序（见第四章第十、十一节）。

（二）心身疾病的预防

心身疾病的发生是心理因素和生物因素综合作用的结果，因而心身疾病的预防也应同时兼顾“心身”这两方面。但从医学心理学的角度，在心身疾病的预防工作中，心理因素和心理行为科学方法起更重要的作用。

心理社会因素大多需要相当长的时间作用才会引起心身疾病（也有例外），故心身疾病的心理学预防也应从早着眼。一旦心身疾病已经出现，预防问题也就无从谈起。因此，对那些具有明显心理素质上弱点的人，例如有易暴怒、抑郁、孤僻及多疑倾向者，应及早通过心理指导加强其健全个性的培养；对于那些有明显行为问题者，如吸烟、酗酒、多食、缺少运动及 A 型行为等，应利用心理学技术指导其进行矫正；对于那些工作和生活环境里存在明显压力源的人，应及时帮助其进行自我压力管理和控制，以减少过多的负性事件刺激和压力反应，对于那些出现情绪危机的正常人，应及时帮助加以疏导，进行危机干预（参见第八章第八节）。至于某些具有心身疾病遗传倾向如高血压家族史或已经有心身疾病的先兆征象（如血压偏高）等情况者，则更应注意加强心理预防工作。

压力系统模型有助于指导心身疾病预防策略的制订和实施。具体方法是根据对来访者生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、人格特征和压力反应等压力因素的分别评估，以及对压力三个层次结构特点和压力系统的综合分析，找出其中突出的因素和明显的层次或系统问题，有针对性地对来访者实施因素干预、层次干预或系统干预，以预防某些心身疾病的发生（如高血压）。（参见第四章第九、十、十一节）

总之，心身疾病的心理社会方面的预防工作是多层次，多侧面的，这其实也是心理卫生工作的重要内容。

五、心身相关知识的团体指导实例

心身相关知识讲座是目前我国普及心身疾病知识，推动心身医学建设的重要途径。其对象包括临床医生、心身疾病患者、慢性病患者、预防医学工作者、康复疗养单位的专业人员和患者等。以下是笔者多年来使用的讲座提要。（引自姜乾金，2007a）

（一）“心”与“身”其实不能“分家”

在人类的庞大知识库里，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，并拥有着数量众多的心理工作者；同样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。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。虽然心理学界

存在心理卫生，医学界存在精神医学，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（例如各种患者或来访者），面对有关健康问题，往往会无意识地将心身分开，要么是心理有问题，要么是身体有问题，但不承认心身共同的影响（例如心身疾病）。

（二）常识证明，心身是相关联的

实际上，心身相关现象就存在于生活之中，只是我们大多对其“视而不见”。例如：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。

（三）科学实验证明，心身是相关联的

常识不能代表科学，但它们往往是科学研究的开始。现代大量的生理、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做出回避选择，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患者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”的证据也可以从许多不同实验研究中找到。（四）心身相关的理论解释

百年来，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。

第三节 高血压临床心理

高血压病是重要的心身疾病。世界卫生组织估计，当前每年因高血压导致的死亡人数占全世界死亡人数的 13%。本节修订自笔者（1988b）主编的浙江大学出版社版本教材，以及笔者（1986）的“心理社会因素与高血压临床”一文。

上世纪 7、80 年代，高血压的标准是成人静坐时血压超过 160 / 95mmHg (21.33/12.67 Kpa) 时，为高血压 (hypertension)；在 140-159 / 90-94 mmHg (18.67-21.2/12-12.53Kpa) 之间为边缘型高血压 (borderline hypertension)。根据这一标准，当时美国估计约有成人的 15-27% 患有高血压，外加相当数量的边缘型高血压。我国 1980 年抽查证明，患高血压人数虽然较西方低，但也约占成人的 3-10%。（诊断标准较上述国外稍有不同）

1998 年世界卫生组织国际高血压联盟确定了新的高血压治疗指南，调整的标准是未使用抗高血压药物，收缩压大于、等于 140 毫米汞柱（18.67Kpa），舒张压大于、等于 90 毫米汞柱（12Kpa），或既往有高血压史，目前正在使用抗高血压药物，血压虽未达到上述水平，应诊为高血压。

高血压患者并发其他器官疾病的机会相当高，如冠心病、脑血管病等。因此，高血压是一种严重危害人类健康的心血管疾病。许多原因可以造成高血压，如肾病、内分泌病、妊娠等，这些属继发性高血压 (secondary hypertension)，但是大多数高血压尚找不出明确的原因，属于原发性高血压 (essential hypertension)。本节主要讨论原发性高血压。

一、心理社会病因学

大量研究证明，生物因素在高血压的发病中具有重要意义，如内分泌激素、肾脏、代谢过程，以及遗传、年龄、性别等因素，但社会和行为因素通过中枢神经系统的作用可能在高血压的发生中处于主导地位 (Keepe FJ, 1982)。

（一）社会因素

流行病学调查证明，高血压发病率存在着城市高于农村、发达国家高于发展中国家、

黑人高于白人等差异。在不发达国家，高血压发病率比较低，但这些国家的人民移居到发达的西方国家后，却容易患高血压(Keefe FJ, 1982)。这些事实证明，社会文化因素与高血压的发生有关。

1976年在美国调查了十几万成年人，发现黑人高血压病的发病率和死亡率均比白人高，而美国黑人多生活于高压力区。所谓高压力区是根据社会经济条件、犯罪，暴力行为、人口密度、迁居率、离婚率等因素区分的。类似的调查见于Cohen S(1980)，洛杉矶国际机场附近的学校长期遭受噪音的影响，这里的学生血压比其他安静学校里的学生高。航空交通控制人员，由于其工作长期精神紧张，患高血压的危险性比对照组人员要高(Rose RM, 1978)。值得重视的是，我国当前社会变革导致的人群分布和社会生态与当时的美国有一定类似性。

各种动物实验也一定程度说明社会压力在高血压形成中的重要意义。

例如，人为地制造环境紧张刺激，使动物长期处于应激状态，例如让猫或白鼠在取食前都必须遭受电击，或需经过一场撕打，造成应激状态，据报道，动物可因此而患上高血压。Benson H(1970)也通过流行病学调查和实验证明，恶劣的环境条件可以使猴子和人类的血压维持在较高水平。

但环境压力因素虽然被证明与高血压有关，却不是单独能发生作用的。明显的例子是同样条件下仍有许多正常的人群。

(二) 行为因素

肥胖、缺少运动、食盐偏多、大量饮酒及吸烟等行为问题，已被公认是高血压发病的危险因素。例如，跨文化研究、动物实验和临床观察都证明，钠的摄取量与血压高低有相关。但应注意的是，这些行为因素直接或间接地受社会环境因素的影响，在国内开展有关行为危险因素调查研究时，应结合考虑我国地域、经济等多种社会文化因素(冯丽云等, 2003)。

(三) 心理因素

人格和情绪因素对高血压发病的影响，是行为学家注意的另一重要问题。

早期研究发现，高血压患者的人格和情绪反应特征往往是多方面的，但至少说明人格特点在社会心理压力造成高血压的过程中起相当重要的作用。

Wolf S(1977)对一组114位患者调查结果认为，高血压患者没有一种基本的人格类型，但有趋向好斗和过分谨慎这些特征。早期中科院心理所曾对16位高血压患者进行了研究，发现急躁易露、好奇任性、要求过高过急的患者有10位，而孤僻、敏感、易生闷气、多疑的患者有6人。Harris和Singer(1967)则报道了一组应激环境中得高血压的妇女，她们的性格特点是有故意、凶狠、好斗，而体格健壮。

有关人格及人格特质与高血压关系的研究一直延续至今，虽然结果常不一致(Jorgensen RS, 1996; García-Vera MP, 2010)。1990年代以后，则出现更多的关于A型人格(即A型行为，见下一节)与高血压关系的研究(Johnson EH, 1992; Schroeder KE, 2000)。

关于高血压患者的人格和情绪反应特点，是原发的还是继发的问题，也存有争论。

Weiner H(1977)总结文献认为，社会环境和行为因素与高血压有关，但还不能肯定一定是高血压的原因而不是结果。因为社会不安，混乱和分裂，躯体损害、暴力、婚姻不和、贫穷等可导致高血压的发生，同时也会伴随出现害怕，愤怒情绪。相反，社会稳

定则利于保持一生的血压稳定，同时也保持情绪的稳定。实际上，在高血压发病中，心理和社会环境因素很可能既是原因，也是结果，而且与躯体因素交互起作用。

（四）遗传因素

遗传因素的作用不容忽视。根据对孪生子和家庭组合的调查，证明60%人群的血压变异与遗传因素有关(Feinleib M, 1978)。但单纯的遗传因素也难以解释高血压的发生。一些实验研究显示，有遗传素质的人，生活事件中各种紧张刺激引起的情绪反应，较易通过中介机制导致高血压。

Lawler JE(1981)使用父代有一方是高血压的子代鼠做紧张刺激实验，这些子代鼠都有高血压素质，表现为边缘型高血压。经过15周的环境紧张刺激，该子代鼠均发展为严重高血压，较之对照组有显著差异。10周后，这种诱发的高血压仍然存在。他认为没有高血压素质的机体之所以对紧张刺激不起反应，是由于心理刺激在开始时虽反应性地使血压升高，但很快地被动物所适应，即所谓习惯化(habituation)。这类实验证明，心理社会因素确实是在一定的机体素质基础上发挥其致高血压的作用。

（四）心理生物学机制

(1) 精神分析理论认为高血压是将愤怒压抑在潜意识之中造成的。实验与心理调查都一定程度上证明这一观点。

Hokanson 等(1962)让被试遭受挫折而激起愤怒，其中一组被试可以口头说出愤怒，任其发泄，另一组只能通过填写问卷的方式提出对实验情景的意见，不任其发泄。结果表明不能发泄的比发泄出来的血压高。此后 McClelland DC (1979)也报告类似的结果。至今，仍有关于愤怒压制与心血管病关系的研究(Dorr N, 2007)。对高血压患者的心理调查也说明，他们的心理冲突特征比较突出，在过度心理紧张刺激的同时，伴随着诸如家庭不和，人际关系障碍等心理冲突的存在。

(2) 行为学习理论研究者以完全不同的角度提出关于心理社会因素在高血压发病中的机理，认为学习机制可能是高血压患者血压升高的原因，核心是内脏操作学习过程(Norton JC, 1982)。简单地说，外部刺激能反应性地引起心输出增多及血管收缩，造成血压升高，这种刺激-反应过程不断地被强化、泛化，高血压症状可能被固定下来，成为原发性高血压。

(3) 从心理生物学角度，血压是一项波动很大的生理性变量，其高低决定于所有影响心输出量和血管紧张度的生理因素，因而几乎全身所有器官的活动都能直接或间接地影响血压。由于中枢神经系统既支配着全身脏器的活动，又担负着对环境刺激做出反应的任务，因此如常识所知，所有心理社会和环境因素如冷、热、噪音、运动、疼痛、情绪等都能通过自主神经系统、内分泌系统及躯体运动神经系统影响血压。

实验发现痛苦和愤怒情绪下，体内去甲肾上腺素增加较多，血管外周阻力增加，使舒张压明显上升，而在恐惧情绪下，肾上腺素分泌相对增加，心输出量增加为主，而使收缩压上升较明显(参见第三章)。实验还发现，在激烈心算等紧张心理刺激条件下，颈A窦减压反射敏感性减弱，从而有利于血压的升高(Sleight P, 1978)。近期则有研究显示，特质焦虑、特质抑郁等人格特质影响高血压水平(García-Vera MP, 2010)

通常，心理社会紧张刺激一旦消除，影响血压的各项生理变化都很快自动恢复正常。可是，如果心理社会紧张刺激强烈地和反复长期存在，就可能影响某些有特殊敏感素质的人，影响其神经系统活动过程，机体对血压的系统调节过程遭到破坏，经过神经、内

分泌等心理生物学中介机制，出现高血压早期症状。

虽然在高血压的病因问题上，有关压力源、个性行为特征与躯体生物过程的联系，以及这种联系的详细中介环节还不很清楚，尚待深入研究，但是上述这种系统论的解释已被越来越多人所重视。

高血压的神经体液过程，在医学书籍中有很多描述，现将这些过程综合如图 7-3。

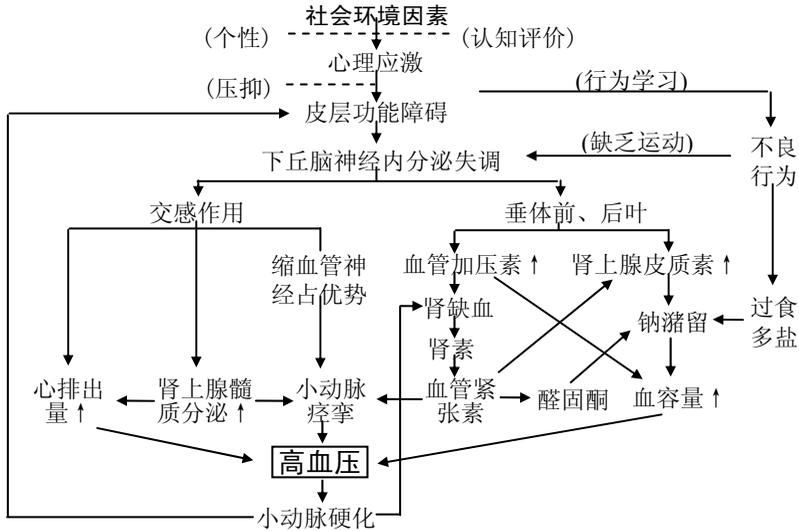


图 7-3 高血压心理生物学机制示意图

二、心理诊断

对高血压患者的心理评估与诊断，需要采用晤谈、观察、调查、测验和可能的实验的手段。评估的内容可参阅第五章第二节第五节段内容，涉及有关心理因素（如压力因素）的评估，生物、心理、社会三项功能的评估（可从压力因素中分析），以及压力系统综合评估。

（一）血压测量中的行为学问题

血压是一项多变的临床指标，一个人血压在 24 小时内有明显的波动。临床上虽强调测血压前让患者安静 5 分钟以上，并避免引起患者情绪紧张的任何因素，但人们在实际测量一个人血压时又往往不太注意测血压的时间、体位、情绪、环境、使用的测量工具、甚至讲话等因素对血压的影响(Lynch JJ, 1980)。因此有人建议，为确定一个人真实的静息血压，最好每天测两次，连续测几天。还有人认为，即使“安静”时测量血压，仍受到主要是心理因素的干扰，为了严格需要(如研究用数据)，可采用与“安静”相反的方法，如在踏车时测量血压。

判定一个人是否高血压，还要注意年龄和性别的差异。如正常血压值随年龄增加而上升，但贫穷的人群中，这种上升较慢。女性在 45 岁前血压低于男性，越年轻这种差异越大。而到 45 岁以上，不论收缩压或舒张压，妇女甚至可超过男人。但这种血压偏高妇女与相同值的男人比较其危险性相对较小。不过高血压的妇女发展成心血管病的可能性却比正常妇女高三倍(Kannel WB, 1975)。

（二）社会环境因素的评估

可根据压力系统模型，对患者的生活事件、社会支持系统等进行评估。记录某些特

征性的因素如社会环境、家庭环境、人际环境和文化背景方面的突出问题。

（三）心理因素的评估

在目前尚未能确定特定的高血压人格特征情况下，可根据压力系统模型，评估临床高血压患者的某些人格和情绪反应特征，以及认知特点、应对方式等。

（四）行为危险因素与生活方式的评估

对患者的不良饮食习惯和体重过重、食盐偏多、缺少运动及大量吸烟等因素加以评估。

常用的某些物品如咖啡、酒精、兴奋药、抗组织胺药等，也能短时影响血压，在诊断过程中都应加以注意。

三、心理干预

（一）药物治疗与心理干预

药物治疗高血压一直是临床最常用的有效方法。一年半的对照研究证明，重症高血压患者，例如舒张压在 115-130mmHg (15.33-17.33Kpa) 之间，接受药物治疗可以明显地降低高血压并发症如猝死，肾损害、中风、心肌梗塞、心力衰竭、恶性高血压等的发生(2 / 73: 27 / 70)。

然而对于中度高血压，年龄低于 50 岁者，或者未见心血管和肾脏异常者，早期的研究认为药物治疗未见有多少益处。Smith WM(1977) 经过 10 年研究发现，虽然药物治疗组较安慰剂组心电图和 X 线阳性结果少些，但是严重并发症如死亡、心肌梗塞、中风发生率两组并无差别。同时药物治疗组不少患者由于对药物不适应而放弃治疗。对于边缘型高血压，药物治疗的效果究竟如何则尚难肯定，然而这些人较同年龄正常人的死亡率却高得多。

近些年来，实施药物治疗的血压标准已有所降低，比较强调实施早期药物治疗。但对于边缘型或轻度高血压，仍建议先不用降压药，而是通过非药物治疗如适量运动、限制食盐量、降低体重、减轻压力、保持愉快等方法加以控制。

根据上述情况，至少可以认为单纯强调药物治疗高血压特别是轻度高血压未必妥当。而且药物本身也可以产生一些消极的结果，部分患者可出现诸如性欲减退、嗜睡等反应，也有的患者使用药物根本不能降低血压或者因其他疾病而无法使用降压药物。

20 世纪 70、80 年代形成的许多辅助性高血压治疗方法（国内称之为非药物治疗）值得在边缘型或中度高血压病人中推广使用。

（二）不良行为的矫正

国际上有关高血压的预防措施，主要是改变生活风格，包括减肥、控制食盐、增加运动、限制烟酒、多吃水果蔬菜等。有关不良行为的干预技术可参阅第六章。有关运动锻炼问题可参阅本章第八节。

（三）心理治疗

对患者的各种心理社会问题，一般采用相应的心理教育和心理指导（参见第六章第一节）。但高血压患者既然具有一定的人格特质，而且社会环境因素可能是通过情绪活动作用于心血管系统，那么，利用传统的心理治疗方法，似乎应该是有效的。但这方面的报告比较少。

Wolf S(1977) 曾给高血压患者施行精神分析疗法。在治疗过程中，医生始终用支持

的态度帮助患者探索早期的生活经历，为患者释梦，发掘潜意识里的心理冲突，让患者发泄情绪和敌意，结果 114 位高血压患者中有 14 人高血压下降至正常。但也有无效甚至相反的结果 (Titchener JL, 1959)。可见传统的心理治疗方法在高血压病中的应用有一定的局限性。

团体心理治疗对于高血压群体值得推荐，内容以宣传教育和心理指导为主，也可考虑集体松弛疗法（参阅第六章）。

（四）松弛疗法

松弛疗法是最早被推荐用于高血压辅助治疗的行为技术之一。相关的松弛训练技术种类与方法很多，包括存在于世界各种文化中的许多传统健身治病方法如冥想松弛训练 (meditation relaxation)、瑜伽训练 (Yogic exercises)，以及我国的气功。在此基础上近代创立的渐进性松弛训练法 (progressive relaxation) (Jacobson E, 1938)、重复条件松弛法 (metronome conditioned relaxation) (Brady JP, 1974)、自主训练 (autogenic training) (Luth W, 1969)，特别是 Benson H 的简单松弛反应 (relaxation response) 等。

以上各种松弛训练技术尽管其含义和理论各不相同，但对于高血压来说，以下几种共有的训练特点具有针对性：排除杂念、全身放松、深慢呼吸、反复训练。这些都直接针对高血压的发病原因。许多临床和实验结果证实了这种假设。Benson H, (1974, 1977) 证明，松弛训练在降低血压的同时还伴随着一系列的生理指标变化，如氧耗量、心率、呼吸率、动脉血乳酸盐均下降，同时轻度增加骨骼肌血流量等。这些变化不同于普通静坐和睡眠时的变化。Hess WR 曾用刺激下丘脑的方法（实际上是副交感神经有关中枢部位）引起一系列与这种松弛反应训练所出现的相类似的生理变化。当时他认为这些反应是对过度应激的一种保护机制，与 Cannon WB 所报告的应急反应相反。很明显，如果下丘脑在环境刺激的病理学中起重要作用，那么能抵消下丘脑这种病理反应的松弛训练就可以预防或治疗这些病理过程的发生。Stone RA 和 Deled J (1976) 曾对一组高血压患者进行每天 2 次，每次 15 分钟，持续 6 个月的松弛训练。训练时患者静坐于舒适的椅子上，在顺序进行全身肌肉放松的同时默数自己的呼吸。结果，患者平均血压从 110mmHg (14.67Kpa) 下降到 98mmHg (13.07Kpa) (卧位)，和从 112mmHg (14.93Kpa) 降至 100mmHg (13.33Kpa) (立位)。对照组则无任何变化。与此同时，实验组患者血浆多巴胺 β 羟化酶 (DBH) 显著下降，较对照组以及本人实验前水平，均有显著统计学意义。血浆 DBH 直接反映外周交感神经活动功能，故能说明，松弛训练降低血压很可能与外周交感活动张力下降有关，因为高血压的主要病理过程外周阻力增加，与交感活动增强直接有关。

要阐明高血压松弛疗法的详细机理并不是很简单的事。日常生活中，许多活动可以造成血压暂时升高，如运动、对刺激的觉醒、心算等等，但这些都不是高血压病。生活中也有许多活动可以降低血压，如安静、睡眠，但也决不能说这方法能够治疗高血压。

笔者等 (1986) 在研究中也发现，使用音乐松弛训练，能使高血压患者产生即时降压效应，下降幅度达 $8.94 \pm 9.14 / 6.00 \pm 5.51$ mmHg，有显著统计学意义。这一实验是在患者休息 45 分钟以后，血压已处于低水平时进行的，并且连续每 3 分钟测一次血压，故可基本排除休息和环境因素的影响。但是，就在停止训练后 10 分钟，血压的回升幅度已达到下降幅度的 40%。由此可见，松弛疗法治疗高血压一定还有其他某些机理，才

使得这一方法能成为一种有效的辅助降压治疗手段。从松弛疗法需要反复长期的训练过程来看，(一般每天一、二次、持续三、六月)行为学习过程或内脏学习可能是不容忽视的因素。患者通过长期反复训练，掌握了全身主动放松时的个体体验，并逐渐形成条件反射，做到能很容易地再呈现这种心身状态，结果血压成为一种能被患者“随意”操作的内脏行为，降血压目的就能达到。

一般认为，松弛疗法用于边缘型高血压和不稳定性高血压其效果最好，可以代替药物使用，对于严重高血压，松弛疗法也可与药物一起使用，以减少药物使用量和副作用，对于有高血压倾向的人，松弛训练可作为一种预防手段被应用(Benson H, 1977)。

松弛训练虽然简单方便，但也有其两面性，对某些特殊患者，据认为有时也可能出现一些副反应，如幻觉、失眠等心理现象的紊乱，其原因尚难估计。但总的来说，松弛训练毕竟是一种安全，简便，有效的辅助行为疗法。

现将前期松弛疗法应用于高血压的研究情况摘要列于表 7-2。

表 7-2 高血压松弛疗法

作者(时间)	方法	病例	平均降压(mmHg) 收缩压/舒张压	说明
Jacobson(1938)	松弛疗法	4	13.0/9.3	逐渐松弛法
Taylor(1977)	松弛疗法	10	13.6/4.9	共6个月,2个月后差异已明显
	无特别治疗	10	2.8/1.8	
	仅药物治疗	11	1.1/-0.3	
Benson(1974)	冥想松弛	22	7.0/3.9	2次/日,23分钟/次,1月显效
Pollack(1977)	冥想松弛	20	11/4	共6个月,3月内显效
Stone(1976)	冥想松弛	14	9.0/8.1	
Datey(1969)	冥想松弛(不服药)	10	37/23	实验前1个月未用药
	不严格限制药物	15	9/9	
	服药	22	1.6/0.9	

各种松弛训练技术的降血压研究一直延续至今，结果同样存在不一致或者争议。例如 Anderson JW (2008) 报告冥想训练有效; Rainforth MV (2007) 也报告道冥想训练有效，但渐进性松弛训练和应激管理训练无效; Modesti PA (2010) 证明音乐松弛训练有效; Dickinson HO (2008) 报告自动松弛训练无效，但渐进性松弛训练、认知行为治疗和生物反馈等才可能有等。看来争议还将继续，不过更多的人认为，松弛技术特别是带有想象成分的冥想、瑜伽、气功等有助于降低应激，继而有助于控制血压。

(五) 生物反馈疗法

生物反馈疗法 (biofeedback therapy) 在 20 世纪后期经过十多年的大量研究，被证明可用于高血压的辅助治疗 (Blanchard EB, 1990)。

生物反馈治疗高血压较早的病例报告者是 Miller NE (1972)，对象是一位 4 个月前曾中风过的 33 岁高血压妇女。他使用自动装置间接记录患者的舒张压，并将其转换成音乐反馈给患者，这样患者能随时获得有关自己血压水平的信息。开始时，患者血压稍降低就给以音乐奖励，然后改成血压上升时给以奖励，直到患者能够成功地在一个小范

围内 (5-6mmHg) 随意控制血压的升降。在这里, 插入一项血压上升训练项目的目的是有助于患者随意控制能力的训练。接下去的训练是要求患者加大自主降压的幅度。结果, 患者在反馈治疗前的平均血压为 97mmHg (12.93Kpa), 而且服用降压药, 反馈治疗开始后血压开始下降, 当血压降至正常水平时, 停用降压药, 这时血压虽然在开始三天上升一些, 但接着又下降, 直至维持在平均 76mmHg (10.13Kpa) 左右的水平。

后来, 生物反馈应用于高血压的研究越来越多。被记录和反馈的生物信息各有不同, 反馈装置, 训练程序和指导方法等也各有不同。生物信息常选用收缩压, 舒张压或者脉搏波速度; 使用的装置一般用带有麦克风的特制血压记录仪, 也有进一步使用闭路电视系统的, 其反馈的信号分别为声音和屏幕图像; 患者一般接受住院训练, 但也有在家进行的, 在实施过程中, 均由医生进行一系列的指导活动。

这许多方法究竟何种为好, 专家们的意见不同。多数人主张使用收缩压作为反馈信息为好, 也有人主张使用脉搏波速度 (pulse wave velocity) 作为信息反馈 (Walsh P, 1977); 选用的设备则各有其利与弊, 住院比门诊效果好些 (Elder ST, 1975), 但不方便; 医生随时对患者的正确反应给予鼓励和赞赏, 或者通过许多人一起训练互相鼓励和比赛, 将明显有利于良好结果的获得 (Elde ST, 1973、1975)。

目前常用于高血压治疗的生物反馈方法往往间接的, 训练的直接目标不是血压下降而是使全身放松。其记录的信息往往是肌电、皮肤电、皮肤温度、呼吸率、 α 脑电波等, 训练的目的是达到随意控制自身的紧张度。因此该类方法不同于前期直接的血压反馈, 倒类似于松弛反应训练, 只是利用反馈学习原理使个体更容易学会松弛反应而已, 被称为生物反馈辅助松弛训练 (biofeedback assisted relaxation)。

使用生物反馈法治疗高血压在理论和实验方面都是成功的, 但许多临床应用结果往往不太一致, 这可能与具体使用对象、方法等因素的差异有关。现将前期部分高血压患者生物反馈治疗情况列于表 7-3。

表 7-3 高血压生物反馈疗法

作者 (时间)	反馈信息	病例	平均降压 (mmHg) 收缩压/舒张压	次数	说明
Blanchard (1975)	收缩压	4	17.4/	8	用闭路电视系统
Kleinman (1977)	收缩压	8	8.0/8.0	9	在家血压
Schwartz (1973)	舒张压	7		10-15	无效
Elder (1975)	舒张压+鼓励	22	7.8/2.4	9-10	门诊患者
Shoemaker (1975)	收缩压+舒张压	5	-0.6/1.2	6	
	松弛训练	5	6.8/7.2	6	
	无	5	-1.6/-1.2	6	
Friedman (1969)	收缩压+舒张压	13	6.9/7.0	7	
Walsh (1977)	脉搏波速度	11	13.0/7.9	5	
	松弛训练	13	3.0/6.5	5	

从早期的许多研究来看, 生物反馈法并没有明显优于松弛疗法 (Pomerleau OF,

1979), 而且后者不需要复杂的设备, 费用省。另外, 与松弛疗法一样, 高血压的生物反馈治疗研究也一直延续至今, 各种结果也继续存在不一致。例如 Greenhalgh J (2010) 分析 36 项研究结果, 生物反馈与药物治疗、假反馈、空白和其它松弛技术比较, 其结果是矛盾的。不过作者也指出, 这个结果并不意味生物反馈无效。

关于松弛疗法和生物反馈疗法等行为技术, 在治疗高血压方面的研究至今未取得一致。笔者结合前述自己所做的实验研究, 认为可能与这类方法需要复杂的心理和身体相结合的自我操控过程有关。至少有一点, 这类方法有被重视的理由, 否则不可能延续几十年。

四、高血压患者的压力评估与干预实例

在本书开头, 曾介绍过一个高血压案例。以下简单介绍笔者在压力系统模型基础上对该病例的临床评估和干预策略。

(一) 主诉与症状

70 岁、男性、单身高血压老人, 经历坎坷, 经常遭村民责骂, 长期愤懑和压抑, 有多年间断头痛症状, 近期检查发现有高血压, 头痛和情绪反应症状可以通过高强度的农田劳作获得减轻。(详见第一章第一节)

(二) 压力系统评估

根据压力系统模型的分级评估程序, 使用晤谈、观察和部分量表。获得结果: ①压力因素评估: 结果的现象学描述见表 7-4。②压力三层次评估: 其中第三层存在人格问题, 第二层存在生活事件、认知评价、应对方式、社会支持问题, 第一层存在心身症状问题。但从层次的比较角度, 第三层次人格中的“超纯”观念, 在“系统”的长期恶性循环中起着重要作用(同时也是压力系统模型中的核心因素)。③压力系统评估: 整体上处于失平衡, 这种失平衡不但表现为多种因素之间的恶性循环, 还表现为条件反射性的失衡。例如在家安静时, 由于人格的影响, 认识变消极, 出现情绪反应和血压升高症状; 反之, 到农田劳动, 压力系统趋于相对平衡, 症状消失。

表 7-4 案例压力因素评估结果

压力因素	特点
生活事件	历史累积的大量生活事件(被开除、历次运动冲击、村民的谩骂)
认知评价	看问题钻牛角尖
应对方式	利用劳动可以分散注意、减轻症状, 消极应对量表分低
社会支持	家庭内和家庭外的社会支持均缺如, 量表测查支持该判断
人格特征	求全、超纯的道德观(重要因素), 热心公益, MMPI 的 pd 分高
心身反应	焦虑、愤恨情绪, 伴头痛等症状, SDS 量表分高

(三) 压力综合干预

压力综合干预是在高血压药物治疗基础上进行的。

首先, 做“压力系统的分析与指导”, 使来访者对自身压力有全新的认识。

其次, 根据压力三个层次的评估结果, 制订“分层次的压力管理计划”, 该例三个层次都存在问题, 但人格因素起了重要作用, 故应从第三层的人格方面入手, 采用认知

行为治疗的指导模式。

其三，根据门诊进度，逐步实施“压力因素的干预”，采用心理教育、心理指导的方式。例如，帮助其提高社会支持、改善应对方式等（具体参见第四章第十节）。

第四节 冠心病临床心理

冠心病(coronary heart disease)是重要的心身疾病。本节修订自五校合编（1986）教材中笔者撰写的部分，以及笔者（1998b）的“心理社会因素与冠状动脉粥样硬化性心脏病”等文。

据美国 1980 年代的估计，近三分之二的致死性心肌梗塞患者死于入院之前，其中多数发生于躯体症状出现后的一小时以内。

在西方国家，20 世纪初冠心病发病率还比较低，随着社会经济的发展和传染病的逐渐控制，冠心病发病率逐渐升高直至成为部分国家的主要死亡原因，于 1950 年代到达最高峰。此后由于认识到冠心病危害的重要性，并着重研究解决问题的方法，至 1980 年代美国冠心病死亡率有所下降(图 7-4)，但仍居美国死因之首。

根据 2004 年世界卫生组织资料(图 1-7)，我国心血管病死亡率已接近 20 世纪 70 年代美国水平，已成为国内第一位死亡原因。当前我国尚处在经济腾飞时期，随着社会生活结构的变化、生活水平的提高，一些促进冠心病发生发展的社会、行为和生物因素会进一步增多，冠心病死亡率还会有进一步的提升。

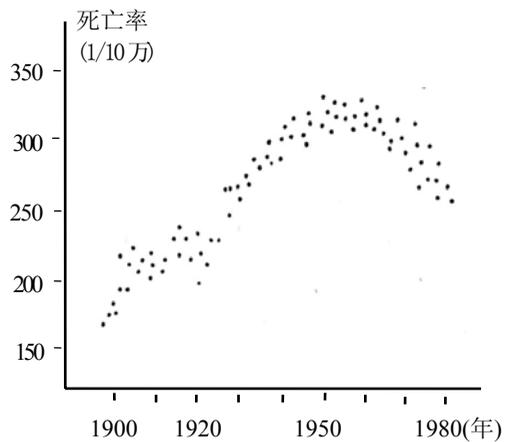


图 7-4 美国心脏病死亡率 (模拟自 Stallones RA, 1980)

一、心理社会病因学

过流行病学、心理学和生物学的大量研究，提示冠心病的发生、发展与许多生物的、行为和社会因素有关，包括遗传、高血压、高血脂、大量吸烟、活动过少、心理社会压力、A 型行为类型等。这些因素中许多被称为冠心病危险因素(risk factors) (表 7-5)，其中有些看起来虽并非属于心理或行为范畴，但仍间接地受心理社会因素的支配或与之有联系。

表 7-5 冠心病危险因素

因素	影响程度	因素	影响程度
年龄	> 65	肥胖	重度
	45-65		中度
	< 45		适度
性别	男	行为类型	A 型

女	-	B 型	-		
家族史	心肌梗塞 < 55	+++	吸烟	明天超过 1 包	+++
	心肌梗塞 < 65	+		每天少于 1 包	++
	无	-		戒烟已 5 年以上	+
				不吸烟	-
血胆固醇	≥270(mg%)	+++	缺少运动	缺少	+
	240-269	++		经常锻炼	-
	≤220	-			
甘油三酯	≥200(mg%)	++	糖尿病	是	是
	151-199	+		否	否
	≤150	-	人际冲突	是	是
		否		-	
血压	> 160 和/或 > 100(舒)	+++	焦虑抑郁	是	是
	140-159 和/或 90-99	++/+		否	-
	100-130 和/或 69-89	-			

(综合自 Keefe FJ, 1982 和 Härtel G, 1982) +++严重危险, ++中等, +轻微, -无意义。

(一) 行为类型

在美国冠心病高峰期的 1950 年代中期, Friedman M 和 Roseman RH 等开始把人的某些行为和情绪的复合特征分为 A、B 两型。A 型行为类型(type A behavior pattern, TABP)的特征是好胜心强、雄心勃勃、具竞争性、努力工作而又急躁易怒, 即具有时间紧迫感(time-urgent)和敌意倾向(hostile)等特征。相反, 不争强好胜、从容不迫地做事者属 B 型行为类型(TBBP)。

“西部协作组研究计划”(western collaborative group study project, WCGS)对 3154 名中年健康男性雇员进行连续近 8 年半的追踪观察, 这些研究对象分别属于 A 型和 B 型行为者, 研究的目的是证明 A 型行为与冠心病发病的因果关系。最后结果显示, 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、心绞痛等的出现率都二倍以上于 B 型行为者(Rosenman RH, 1975)(图 7-5)。他们的研究还说明, A 型行为类型是冠心病发生的一种危险促进因素而不是发病以后产生的行为改变, 故有人将其称之为冠心病倾向人格(coronary-prone personality)。

美国国立心肺和血液研究协会(NHLBI)就 A 型行为与冠心病关系间的研究进行评价, 认为 A 型行为对冠心病发生的作用超过年龄、血压、血脂和吸烟等危险因素, 于 1981 年推荐 TABP 为冠心病独立危险因素。但在 1980 年以后, 也有研究认为 A 型行为与冠心

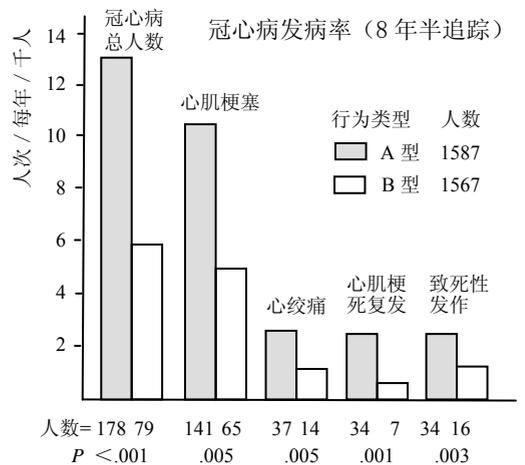


图 7-5 A 型行为与冠心病发病率
(修自 Med Clin N Am1974;58:269)

病之间不存在相关性 (Eaker ED, 1989)

可以认为, 根据 A 型行为类型的人格特点, 对同样的紧张刺激所做出的心身反应要强于 B 型, 这可能是引发冠心病发生发展的起因。值得一提的是, 由于社会文化结构的原因, A 型行为类型者在西方社会尤为突出。

(二) 人格特点

早期许多研究使用 MMPI (Jenkins CD, 1971、1976)。一般结果是, 冠心病患者倾向于神经质(neurotic trait) 的个性, 即 Hs(疑病)、D(抑郁)、Hy(癔病)分较高, 且在发展成心绞痛的患者中更为明显。一些人使用卡特儿十六因素人格量表(Cattell RB, 1970), 发现因素 O 和 C(分别测定焦虑和情绪稳定性)与冠心病有关。在一组研究中, 因心肌梗塞致死者比救活者表现较高的 O 因素量分(Caffrey BA, 1970)。Ostfeld AB (1964) 在芝加哥研究了近 2000 名男性雇员, 其中患心绞痛者, C 因素量分特别低, 说明有过分的担忧和疑病等人格特质。同时冠心病男患者的 L 和 Q 2 量分也较正常人高, 这些说明冠心病患者在社会上更具独立性和对别人的怀疑, 以及呈现更大的内部紧张性。

不过冠心病患者之间存在很大的个体差异, 虽然上述前期调查研究能说明一些问题, 但至今尚不能就此确定存在着冠心病特征性人格(除外 A 型行为)。另外, 国内有关冠心病的人格研究不多, 国外的结果是否适用于我国也是个问题。

(三) 社会环境因素

调查许多发现, 发达国家冠心病发病率高于发展中国家、城市居民高于农村、脑力劳动者高于体力劳动者。这些结果间接证明社会因素与冠心病的发生有密切关系。虽然有些观点提出上述差异可能是通过饮食方式的不同而发生作用, 但也有许多跨文化调查结果不支持这一点。例如世界冠心病发病率最高的地区之一芬兰和最低的爱斯基摩, 都是以肉食为主食; 对同一种族具有相同饮食习惯的移民进行研究也有相类似的结果, 处于压力环境中的移民比原籍同等条件居民冠心病发病率高。

实验研究也支持上述关于心理社会因素与冠心病发生的关系。有人在一个狒狒的家族里, 将狒狒王关押起来, 并当着它的面让原来受它统治而俯首贴耳的家族成员大胆而放肆地争抢食物, 狒狒王眼看着自己的臣民不服管教而又无能为力, 气得暴跳如雷。经过长期的精神压抑, 它患上高血压, 并在一年后死于心肌梗塞。

社会生活压力因素如亲人死亡、环境变化等常被认为是冠心病的致病因素之一。例如在一些回顾性调查中, 使用各种社会生活再适应量表(SRRS), 发现心肌梗塞患者出现症状前的 6 个月内, 生活事件明显增多(Theorell T and Rahe RH, 1971)。

(四) 行为危险因素

所谓行为危险因素 (behavior risk factors) 包括嗜烟、酒、超体重、缺乏运动、睡眠不足、忽视体检、牙齿保护缺失等 (Cardi M, 2009)

行为危险因素如吸烟、缺乏运动、过食 (overeating) 与肥胖, 以及对社会压力的适应不良与冠心病的发生有密切关系 (表 7-5)。这些因素往往是在特定社会和心理环境条件下行为学习的结果。例如, 一定的经济条件、饮食习惯、文化背景与肥胖有关; 工作条件、技术进步常与缺少运动有关, 等等。行为危险因素则又直接通过机体的生理病理作用对冠心病产生影响。可见, 社会生活因素与行为危险因素对于冠心病是两类既互相联系, 又互相独立的致病危险因素。认识这一点, 对于预防冠心病有指导意义。

40-70 岁男性, 每天超过一包的吸烟者, 各类心脏病的发生率两倍于非吸烟者。如

果同时存在高血压或高胆固醇，这种危险性更大(自 Basmajian JV, 1983)。吸烟对冠心病发生的影响据研究主要是尼古丁和 CO 的作用，两者都能够加速动脉粥样硬化发生和损害动脉管壁以至增加血浆成份的渗透。

许多研究证明，经常性的锻炼能减少冠心病发生的危险性(Keefe FJ, 1982)。

肥胖与许多疾病有关系，在心血管病方面尤其明显。Kannel(1974)认为，中年男性如果存在一个或更多的其它危险因素，随着身体的超重，心脏病危险性明显增加。

(五) 心理生物学机制

冠心病的发病机制涉及脂质代谢紊乱、血液动力学的改变和动脉管壁本身的变化三方面的因素。许多心理生物学的研究证明，心理社会因素通过神经内分泌中介机制影响这三种过程，从而影响冠心病的发生发展。例如：上述 Friedman(1958)对财会人员进行研究发现，在每年例行的两次业务紧张季节里(即社会心理紧张刺激最强烈)，血液中胆固醇含量上升，说明心理社会紧张刺激可升高血脂；以后 Friedman 等还发现 A 型行为者血中胆固醇也比 B 组高；不论正常人还是冠心病患者，心理紧张刺激都能使血小板聚集增高。这也被实验研究所证实(Haft 1976; Kumpuris 1980)。电生理研究证明，不同形式的环境压力，能降低室颤阈，可在冠脉阻塞的动物身上引起室性节律紊乱，直至造成猝死。有人观察到，生活因素的改变能引起许多被试体内儿茶酚胺水平升高(Keefe, 1982)。此外，压力引起的交感神经直接兴奋可以使冠脉收缩，造成缺血等等。最近还有通过心理生物学研究，探索心理应激的皮质激素反应与冠状动脉粥样硬化形成的关系(Hamer M, 2012)。总之，尽管长期以来各种研究结果是另星片断，但有关心理社会因素致病的心理生物学中介机制由此已可以略见一斑。Hartel G(1982)将心理社会因素对冠心病的心理生物学过程总结如图 7-6。

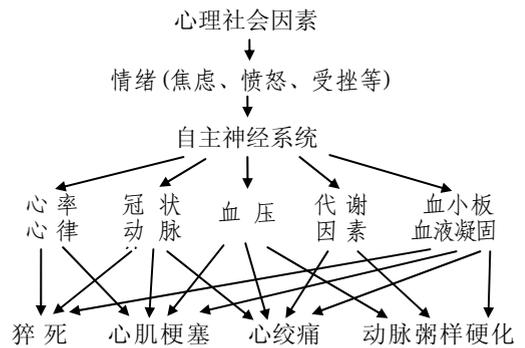


图 7-6 冠心病心理生物学机制示意图
自 Acta med Scand(S)1982;660:7

二、心肌梗塞临床心理

到目前为止，国内心肌梗塞 (myocardial infarction, MI) 患者临床心理的系统研究很少。鉴于我国目前冠心病发病率大幅增长及伴随的社会发展情况，很类似发达国家的 20 世纪 70 年代，以下介绍部分国外前期的研究资料供参考。

(一) 入院前期的“延误”问题

MI 患者经常会延误入院，是致死的重要原因。急性 MI 发生前，患者常常未能注意到前驱症状的重要性，造成入院时间的延误。在国外，从临床先兆症状(一般是胸痛)，到住进医院所需的时间平均为 3 小时(1 小时到几天)。据一组冠心病监护病房(CCU)患者情况，至少有 50% 患者超过了 24 小时。

1. 导致“延误”的原因分析 造成疾病延误的原因有以下几方面(Gentry WD, 1975)：

(1)人口统计学特征：年龄、性别、病史方面。老年人、妇女、无以往病史者延误时间较长。

(2)患者心理方面: Tjoe S 和 Luria MH(1972)报告 75 例 CCU 患者中只有 25 人事前想到自己的症状是心脏病的表现, 说明患者知觉失误是重要延误原因。

部分患者往往将 MI 常见的先兆症状胸痛误认为消化系统症状, 结果自行服用抗酸药物而未能及时地去求医(Hackett TP 和 Cassem NH, 1969)。另一重要的知觉方面原因是所谓对疾病的否认(denial)心理(Olin HS, 1964), 即通过心理防御机制, 患者虽感觉到自己的症状, 但否认其重要性, 不相信自己会患冠心病, 甚至有部分已经有过 MI 病史者, 在症状出现时也持“否认”态度。

(3)社会因素: 在周末发病者易至延误; 在雇员中, 工作时患病易至延误(国外情况); 发病时现场有同伴提醒、家人督促时, 有利于克服“否认”心理, 减少延误。

2. 防止“延误”的方法 关键是对患者及家属普及冠心病知识。Gentry(1975)认为, 应让患者认识胸痛是 MI 最常见症状, 其它如呼吸困难、恶心、极度疲倦、向肩部放射性痛等也应加以注意。一旦先兆症状出现, 患者能较快地求医, 可减少致死性发作的发生率。

(二) 急性期若干心理问题

1. 焦虑和抑郁情绪反应 心脏病急性发作时, 患者出现较严重的情绪反应, 情绪因素又对疾病的发展起着重要的作用。患者在入院一、二天时以焦虑为主, 严重焦虑者, 甚至出现情绪混乱。进入第三到第五天, 则转为抑郁为主。笔者等(1986)对住院患者进行的心理行为反应调查结果与此有类似性, 说明情绪反应同样发生在其他一些患者身上。

(1) 焦虑的原因与处理: 焦虑主要由于担心突然死亡、被遗弃感、以及各种躯体症状等。由于人们都知道冠心病发作有生命危险, 因此害怕和焦虑是患者最主要的情绪反应。至少 80%CCU 患者有不同程度的焦虑, 58%出现抑郁情绪, 22%产生敌对情绪, 16%表现不安(Hackett, 1968)。

要降低患者急性期焦虑, 医生起着重要的作用, 心理支持疗法(见第六章)是最重要的手段。国外也有关于在住院开始几天就邀请心理学家进行心理咨询的报道(Cassem and Hackett, 1973)。

(2) 抑郁与“自我梗塞”: 由焦虑慢慢发展而来的抑郁, 虽然在疾病恢复期有所减弱, 但当患者出院以后, 一些人又往往变得严重起来, 可以持续许多周。抑郁的表现包括悲哀面容、漠不关心的态度、睡眠差、悲观失望, 心理活动迟钝、食欲减退等, 以及内疚、受挫和愤怒情绪。许多患者则担心丧失个人独立性, 担心收入和地位改变, 担心性功能及躯体活动方面受影响, 年轻患者显得更为突出。Cassem 等(1973)曾根据这些现象, 将某些 MI 患者称之为“自我梗死”(ego infarction), 说明情绪变化对患者影响严重。

2. 自我意识丧失 在 CCU, 由于突发 MI 的患者较多, 部分患者有强烈的自我意识丧失感, 结果又加重情绪反应。自我意识丧失感的原因包括: 突然处于陌生的环境, 并被当作一样“物体”固定在床上接受治疗; 一系列监护仪器连续记录他身上的各种数据并以此评价患者的医学状态, 这一切都控制在进进出出的医护人员手中; 患者自己觉得无法控制自己的任何医疗过程等。

3. 压力的防御(应对)方式 为了适应疾病和 CCU 环境, 患者会表现“否认”、“隔离”“轻躁狂”和“退化”等心理防御机制。

(1) 否认(denial): 国外报告约 20%患者在告诉他们患了 MI 会后采取“否认”的态度(Croog SH, 1971)。国内则未见相关研究。通过否认机制问卷 (Hackett TP, 1968) 可以评估是否有“否认”机制存在。有研究证明, 无“否认”机制的患者比有“否认”者在初入院 5 天内有更高的焦虑反应, 并且其预后(再梗塞, 死亡率)也较“否认”组差(Gentry WD, 1972)。可见, “否认”机制在发病前常造成延误, 但在发病期却有一定的好处。当然, 如果“否认”心理持续存在, 将会影响以后对治疗的接受。

(2) 隔离(isolation of affect): 是另一种常见的应对方式。与“否认”不同, 这类患者注意到自己患 MI, 但不表现焦虑、抑郁等消极情绪反应。

(3) 轻狂躁(hypomania): 也是一种否认机制。这种患者以过多的躯体和精神活动来应对压力。据认为, 这种应付方式只要不造成躯体的损害和不影响医疗实施, 是一种应对压力的有利方式。

(4) 退化(regression): 也是一种对心理压力的适应方式, 患者感觉失望、无助而可能表现一些幼稚的心理社会活动方式。

4. 急性期心理反应的其他影响因素

经济因素, 一般认为经济条件差的患者适应更困难些, 但 Rosen 等(1966)则发现经济条件与焦虑成正相关, 原因是经济条件差者能有效地利用“否认”机制。另外的研究则未发现这两者有联系(Cassem, 1977)。

年龄, 据认为 50 岁组 MI 患者比青年组和老年组更易产生抑郁。

种族、受教育程度、精神病史、原来心脏状况和 CCU 特点等, 也都影响急性期冠心病患者的心理反应情况。

(三) 恢复期和康复期若干心理行为问题

1. 恢复期 患者出院至二个月内可称为恢复期。此期对患者的照顾已由医院转到家庭, 但医生仍能通过门诊给患者以定期指导。冠心病的恢复不像其他疾病一样有较严格的指标, 久病的衰弱感在 MI 的恢复期早期往往就会出现(Klein RF, 1967)。此期最常见的主诉是顾虑、忧郁、无力、对性生活的担心、睡眠障碍、不敢恢复工作等。除非患者经过特别解释, 上述表现有时会很顽固。患者如不能及早地认识和解决这些问题, 将会影响以后的康复。其中最重要的问题是因衰弱感而造成长期活动减少、肌肉萎缩, 这又反过来加重无力感, 无力感又常被理解为心脏损害的症状, 如此恶性循环。因此, 在大多数病例, 主张在恢复早期就进行渐进性活动锻炼。

2. 康复期 出院后二个月到一年期为康复期。此期的目的是躯体的、社会的和心理的各方面生活方式的调整和适应。开始阶段, 许多患者还需要行为的、心理的和医学的帮助。包括医生的各种嘱咐如戒烟、减食减体重、医疗摄生、适当休息和有规律锻炼等, 仍可发挥作用。只有在更长时间如一年以后, 才能转向主要由患者自己来掌握。但 Wishnie HA 等(1971)报告, 在他们的研究中, 仍有 88%患者有焦虑和抑郁心境, 55%睡眠障碍, 38%因心理原因未能恢复工作, 83%感觉无力。另外, 康复期心理调整和适应的成功与否, 还受年龄、性别、职业、经济等多种因素影响。可见, 即使在康复期, 冠心病患者的心理社会问题仍然是相当重要的。

3. 工作 据国外资料估计, 康复期冠心病患者约 50%在 3 个月以内, 80%在 6 个月以内, 90%在 1 年内才能恢复工作(Williams RB, 1978)。不能恢复工作的病例中约有 10-50%左右属于心理上的原因, 主要是焦虑和抑郁反应(Wishie HA, 1971)。年龄、梗

塞的严重性、经济、心理创伤程度等也都是影响工作恢复的因素。

4. 家庭和配偶 据认为,不少冠心病患者的配偶心理上也受到影响,主要是顾虑和忧郁(Sketton, 1973)。配偶有时还会夸大医生在患者出院时的嘱咐,加上担心疾病的复发,结果就过分地对患者加以保护,助长患者依赖性、无用感,影响患者康复。因此要注意加强对配偶的教育和指导,特别是团体咨询法的效果较好(Adsett CA, 1968)。

5. 性生活 性生活是 MI 康复期的重要问题,但许多患者虽从医生那儿得到关于食物、工作等方面的指导,却没有得到性生活方面的指点(Masters WH, 1966)。(详见后文)

6. 社会活动 充实的生活促进成功的康复,因为疾病造成的心理和身体限制会互相产生消极作用。不少患者长期不参加各种社会和娱乐生活,会影响患者的情绪,影响自我评价和自信心。此时,家庭和朋友的支持和鼓励起很大的作用。

三、心理诊断

(一) A 型行为 (TABP) 的评估

1950 年代末, Friedman M 和 Roseman RH 等采用结构式会谈 (structured interview) 的方式评估 TABP。即使用标准化的程式提纲 (包含 A 型行为的各种表现), 通过谈话和观察方式逐项评估打分, 最后汇总计分。在目前国内临床工作中, 如果能掌握 TABP 的基本现象学内容, 也可以使用这种晤谈和观察方法大致评估患者的 TABP 程度。

1960 年代以后, 国外编制了一些 TABP 的自评量表。在此基础上, 国内张伯源等于 1983 年修订了一份《A 型性格问卷》。该问卷包含时间匆忙感 (time hurry, TH) 和竞争敌意倾向 (competitive and hostility, CH) 各 25 个条目, 掩饰或撒谎 (L) 10 条目, 共 60 个条目。在评估结果时, 如果 $L \geq 7$ 分应考虑问卷无效, A 型行为则由 TH 和 CH 相加, 并分为五个等级: 50~37 分为典型 A 型, 36~29 为中间偏 A 型 (或 A-型), 28~27 分为中间型 (或 M 型); 26~19 分为中间偏 B 型 (或 B-型), 18~1 分为典型 B 型。此问卷可以在临床典型病例或研究工作中使用。

(二) 否认机制的评估

在临床患者的各种应对方式中, 否认机制 (denial) 具有重要的意义。但可惜至今并没有引起国内的重视。国外使用 Levine 的否认机制问卷 (Levine denial of illness scale, LDIS) 评定患者的否认机制, 但国内尚未见修订版。王守谦等 (1992) 曾介绍过否认机制在 MI 疾病中的临床意义, 其中有该问卷的条目介绍。

(三) 行为危险因素的评估

冠心病的各种行为危险因素 (见表 7-5) 如肥胖、烟瘾、酒瘾、缺乏运动等行为问题, 由于直观, 在掌握基本概念的基础上, 可以通过晤谈、调查和观察等手段进行评估。

(四) 临床心理问题的评估

临床患者的心理压力 (应激) 水平的综合评估, 可采用心理应激调查表 (PSS) (参见第五章), 或者分别选用相应的各种压力因素问卷。在日常临床工作中, 医生还可以在掌握压力系统模型基本概念和方法以后, 通过晤谈、调查和观察等方法, 评估患者的压力因素、压力层次和压力系统的基本特点 (见第四章)。

其它心理问题的如焦虑、抑郁、自我意识、依赖、性功能、社会适应等心理行为问题, 也可通过各种各种评估方法做出判断。

四、心理干预

(一) 心理干预

1. 心理压力 针对冠心病患者的心理压力相关问题,根据评估结果,采用压力因素干预、压力层次干预和压力系统干预的综合分级管理方法(参阅第四章第十节)。

2. 一般心理行为问题 针对焦虑、抑郁、依赖、性功能、社会适应等一般心理行为问题,以及家属问题,主要采用相应的心理教育和心理指导等干预方法(参阅第六章第一节)。

3. 否认机制 针对不同临床阶段患者的不同程度的否认心理倾向,有针对性地作好应对指导工作。其中入院前期患者的否认倾向容易导致“延误”,故对那些具有否认倾向的可疑冠心病患者,平时应加强正确的应对指导。急性期患者的否认机制有利于度过对艰难的心理危机期,故对那些缺乏否认机制的急诊患者,应增强否认心理倾向的诱导性指导。康复期患者的否认机制不但会影响其对疾病复发病状的及时辨识而导致延误,而且会影响对康复期摄生指导、运动处方等的执行力,故又需要对这些患者在平时加强正确的应对指导。

4. 其它 对于患者可能存在的人格方面的问题,则可以配合心理治疗。为了实施各项心理干预措施,提倡对冠心病患者及其家属开展团体心理咨询。

(二) A型行为的矫正

A型行为是一种长期生活中形成的行为定型,不能轻易地被改变。而且,A型行为在社会上较易得到人们的赏识,在未发现得冠心病以前,即使清楚A型行为是冠心病危险因素,来访者也总是期望这种事实不会发生在自己身上。这些因素是导致许多人不接受A型行为矫正的主要原因。

但一旦发生MI以后,矫正患者的A型行为就变得容易一些(Friedman M, 1979)。这是由于此时患者的侥幸心理不复存在,且发病后A型行为如过分竞争、敌意,有时可增加或加重心悸、胸闷、乏力等症状。结果,患者直接体会到A型行为的危害,迫使自己进行性格改造。

笔者(1990a)曾较详细介绍过A型行为的综合矫正方法。一般采用医生指导下的以认知行为矫正疗法为中心的综合矫正方法。简介如下:①冠心病知识和A型行为知识教育(常以分发小册子或集体讲课的方式进行);②松弛训练(要求将松弛反应泛化到日常生活中);③认知疗法(帮助患者进行认知重建和实施自我控制);④其它如想象疗法、行为演练、社会支持和运动锻炼等。Powe11 LH(1984)等使用集体定期咨询的方法对1012名患者进行2年期的行为矫正对照研究,由患者、配偶、同事以及根据录像对结果进行估价,证明患者的A型行为得到了明显改变。

(三) 行为危险因素的矫正

吸烟、酗酒、过食和肥胖、缺少运动等“危险行为”的改造,需要时间和毅力,并且应配合一定的心理学方法,特别是各种行为矫正疗法。

在开始具体的行为改变之前,首先应帮助患者懂得一些行为规律,使之对此有兴趣和信心,可采用集体心理咨询方法。接着应分析每一个患者的具体情况,包括心血管功能状况,以便有选择地实施各种行为改造计划。

烟酒、酒瘾和多食行为是一种社会习得性行为。行为学为此寻找了不少具体的行为

矫正训练方法，主要是自我控制训练(self-management)。也有以治疗者为主的行为矫正技术，适用于缺乏自我控制训练兴趣的患者。当然，两者可以同时进行。不论何种行为矫正方法，主要手段包括刺激控制、对错误行为的惩罚和对良好行为的奖励等(Ince LP, 1980)。训练是否成功取决于多种因素，包括个人毅力、方法的正确、指导者与患者之间的协调以及环境因素等(参见第六章)。

(四) 克服依赖性

医生有义务指导冠心病患者是维持还是改变他的日常活动方式。某些患者原来就缺少运动，患病后可能会变得更具依赖性，活动更加减少。这时，需要用行为训练技术逐渐克服患者的依赖性，直接达到正常人的日常活动水平。Baile 使用分阶段康复训练计划，指导冠心病患者在住院后期就开始活动，直到最后完全恢复工作。这一计划突出患者个人动机的作用，并且在医生指导下根据患者行为日记资料，决定什么时候增加运动，增加多少，因而被认为较有特色。另一重点是在计划实施过程中，始终掌握好正、负强化的应用(Basmajian JV, 1983)。

与依赖性有关的一个问题是不能恢复工作。国外资料显示，不能恢复工作的病例中约有 10~50%左右属于心理上的原因，主要是焦虑和抑郁反应。年龄、梗塞的严重性、经济、心理创伤程度等也是影响恢复工作的因素。故需要给这些患者以一定的心理行为帮助。

五、心肌梗塞康复期性生活若干问题

有关性生活与心脏的关系一直存在认识误区。实际上，性生活虽然少量增加心血管负担，但总体上对代谢和体力的需求是适中的，有规律的体力活动可以消除这种风险(Cheitlin MD, 2003)。然而据 Hellerstein HK (1970) 报告，大约半数(58%)MI 患者在梗塞后一年仍存在性活动明显降低的问题。其原因主要包括：缺乏兴趣(39%)、配偶不愿意(25%)、抑郁心境(21%)、对身体的担心(18%)等。另有报道，这类患者的阳痿发生率可达 10-30%。

康复期 MI 患者的躯体、心理和社会功能的重建和适应都很重要。其中性生活的重建也是 MI 患者康复期的常见问题。以下内容修订自笔者(1988a)“心肌梗塞康复期性生活问题”一文。

(一) 原因分析

国内外的研究都显示，性功能障碍虽取决于身体和心理两方面因素，但往往以心理原因占主要。MI 患者的性功能问题，也大多与心理因素有关。综合起来，MI 患者在康复期的性生活困难，有以下一些原因。

1. 对性和性功能认识上的问题

(1) 长期以来，人们认为性生活与心脏病是不相容的，担心由于性行为而损害身体，怕因此引起 MI 再发和猝死。这种认识在一般群众中相当流行。Green 指出，实际上不少医务人员也往往有意无意地承认或暗示这种不正确的认识。患者受这种认识的影响，对性行为自然会产生恐惧心理。

(2) MI 患者往往年龄相对较大。而一般人总是以为老年人的性活动趋于退化、消失，因而 MI 患者的性生活问题常不被医生、家属，甚至患者自己所重视。反映到患者心理上，易使其对性兴趣产生抑制。

(3) 医务人员重病不重人的结果。在临床上患者从医生处通常都可获得有关食物、工作等方面的指导，但却不易得到性生活方面的指导。

值得一提的是，有人曾叙述一个有趣的现象，一些医生给 MI 患者开出院医嘱时，会按常规给患者作了有关性生活方面的指导。但是，这些患者在康复期接受调查时，许多人却根本否认曾受到过这种指导。这种现象显然与患者的心理状态有关。可见，为改变患者上述认识上的问题，仅做一次简单的解释还是不够的。

2. 无力感 据研究，MI 患者在康复过程中特别容易出现久病的衰弱感。这是造成患者活动减少的直接原因，并使患者的依赖性增高。由于缺少活动造成肌肉萎缩无力，反过来又加重主观上的衰弱无力感，进而影响建立正常性功能的信心。由于性功能活动的减弱，又可加重患者的衰弱和无用感，形成恶性循环。

3. 抑郁情绪 MI 患者的抑郁情绪反应是由发病第三至第五天时的焦虑反应直接发展而来的。随着疾病好转，这种抑郁情绪会有所减弱，但在出院以后，一些人又往往变得严重起来。抑郁心境能影响自我评价和自信心，降低性兴趣和性驱力，对性生活具有直接的抑制作用，严重者可完全抑制康复期 MI 患者性活动的恢复。Stern 指出，无抑郁心境的 MI 康复期患者中，93% 能够成功地恢复性活动能力；而具有抑郁心境的患者中，只有 58% 左右能恢复某种水平的性活动。

4. 配偶的影响 MI 患者的配偶在心理上也常常受到影响。她(他)们往往片面理解或者夸大医生在出院时的嘱咐，在整个康复期对患者过分地加以保护。康复期患者配偶的这种影响，易助长患者的依赖性和无用感。同时，配偶由于担心而有意无意地避免与患者的性接触，或者在感情和行为上阻碍了患者正常性兴趣的发生，而且即使有了性行为，患者也可能由于配偶的焦虑表现而容易降低兴奋程度，甚至影响性行为的正常完成。

5. 药物 MI 患者常用的多种药物，往往能影响性活动。例如，神经节阻断药、 α 受体阻断药、 β 受体阻断剂、可乐亭等，是抗高血压性抑制剂；麻醉剂、酒精、胆碱能阻断剂、单胺氧化酶抑制剂等属于中枢性抑制刺。

6. 其它 能否积极参加社会和文体活动，能否成功地逐渐恢复工作等，也在一定程度上与性功能的恢复有联系。

(二) 解决的策略

1. 一般宣传 对大多数心脏病患者，只要其症状不复杂，应指导他(她)们逐渐恢复正常的、有规律的性生活 (Cheitlin MD, 2003)。这不但不会对病情产生不良影响，而且会更有利患者的身心康复。有人通过临床分析和仪器实测研究证明，冠心病康复期患者正常性生活时的生理变化与登上二层楼梯时的生理改变类似。因此，医生除了对康复期 MI 患者作药物、食物、活动和工作等方面的常规指导外，也应适时地做好性生活方面的个别指导，帮助患者解除某些不必要的顾虑，建立起恢复性活动的信心。

2. 指导“正常”与“有规律”的性生活 医生应主动鼓励患者根据自身条件逐步恢复性生活。有人建议 MI 患者从发病到开始恢复性生活应有 6~8 周的观察时期，然后由医生根据性活动时是否有心脏症状来制订具体的处理方案。医生应指导患者注意性生活的要点——正常与有规律。

所谓“正常”，即应避免在劳累、暴食、酒后、烦恼或焦虑时，或服用某些作用于心脏的药物，或环境条件不正常，或者非婚性行为等情况下进行性生活。因为在这些条件下，性生活时发生心绞痛、再梗塞，直至猝死的可能性增加。据报道，性交时发生急

死的病例中，约 80% 有这些不正常因素存在。

所谓“有规律”，即是指次数应适当。对某些患者，为了减轻患者一方特别是男性患者的体力负担，可使用改变体位的方法，如女上位或双侧位，这样可望有良好效果。

为了进一步减少某些患者性活动时发生心绞痛及再梗塞的可能性，可预防性地服用硝基甘油以增加心脏血液供应。

3. 做好配偶和家属方面的咨询工作也是很重要的，可采用集体咨询的方式，分期对她(他)们进行宣传和指导。

4. 应指导患者开展充实的文体活动和社交活动，积极参加某些自我身心锻炼，如运动锻炼、气功康复训练。通过这类间接的身心调节措施，能提高患者的自我评价水平和增强他们的自信心，有利于帮助克服抑郁情绪，也有利于恢复正常性生活。

总之，对 MI 患者及时开展系统的性心理咨询，促进患者恢复正常的性功能，应成为心脏病康复过程的一项常规工作内容。

下面附《心肌梗塞后性活动指南》，可供医生进行性咨询或患者个人参考。

(三) 心肌梗塞后性活动“指南”

以体力消耗而言，婚内性生活只相当于爬一至二层楼梯或进行一次轻快的步行，故一般来说，心肌梗塞后 6~12 周开始恢复性生活是安全的，但由于各人疾病恢复过程有差异，所以应当接受医生的具体指导。

因为你的心脏目前正处于恢复阶段，为了减轻体力消耗，以下指南对你会有帮助。

(1) 在过饱、醉酒或疲劳时应避免性生活。

(2) 在过冷、过热或陌生环境里应避免性生活。

(3) 疾病恢复期进行性生活时，你可以设法选择某一种较省力的体位，包括双侧位或者患者处于仰卧位。这样不但较省力气，且可能使双方都增加快感。

(4) 如果性行为后呼吸和心率增快在 15 分钟内未恢复，应将情况告诉医生以便得到指导。

(5) 如果你在性生活时有胸痛感，那么在下次发生性行为前夕可服用硝酸甘油。如果这样仍感胸痛，应请医生指导。

(6) 男性在心肌梗塞后，短期内可能会发生自发勃起障碍，这很可能是因为机体紧张和精神耗竭所致，随着整体功能的恢复和活动水平的提高，此问题能很快得到解决。

(7) 应该坦率地与医生讨论你所关心的任何有关性活动的问题。

第五节 癌症临床心理

2006 年国内公开资料，我国城市居民的癌症死亡率已占总死亡率的 27.25%。与西方国家冠心病是首位死亡原因不同，癌症是我国的头号死因。(根据世界卫生组织 2004 年资料，我国癌症死亡率仍处心脏病和中风之后，居第三位)

近几十年的行为医学研究显示，心理社会因素是癌症形成的重要影响因素之一。同样，癌症患者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和生存质量。

关于心理社会因素与癌症之间的关系，Lucas R(1982)分析了大量文献后，总结出

以下四点结论：①具有某些心理特征的人，较容易患癌症；②癌症的发展和转归与内分泌和免疫防卫功能有关，后者又受患者情绪和行为反应的影响；③表现某类心理行为反应特征的癌症患者，其生存期较短；④采用情绪支持和行为干预等心理治疗方法，可使癌症患者的平均生存期延长一倍。

可见，癌症 (cancer) 的发生、发展，转归与心理社会因素有密切关系。

一、心理社会病因学

早期，笔者等（1987）根据应激多因素过程模型的初步构想，率先在中国心理卫生杂志创刊号上发表了一篇关于生活事件、应对方式、情绪反映和人格特点等心理社会多种因素与癌症关系的论文，对癌症发病学中的心理社会因素作了探讨。

（一）负性生活事件

国内外不少研究都发现，癌症患者发病前的生活事件 (life events) 发生率较高，其中尤以家庭不幸等方面的事件，例如丧偶、近亲死亡、离婚等最为显著。LeShan L (1966) 指出，肿瘤症状出现前的最明显心理因素是对亲密人员的感情丧失。笔者等（1987）调查发现，癌症患者发病前的家庭不幸事件发生率比普通患者对照组高。类似的研究报告还非常多。在一组接受心理治疗的癌症患者中，大多数患者在发病前半年到 8 年期间曾遭受过亲人（配偶，父母，子女）丧亡的打击，而对照组则少得多。此外，寡妇的肿瘤发病率相对较高；独身妇女乳癌发生率较高等。这些都证明，负性生活事件与癌症的发生有联系。

（二）应对方式与负性情绪

各种研究证明，生活事件与癌症发生的关系，与个体对生活事件的应对方式有关（姜乾金、朱丽华，2002）。其中那些不善于宣泄生活事件造成的负性情绪体验者，即习惯于采用克己、压抑的应对方式者，其癌症发生率较高。例如 Grossarth-Maticek R (1980) 指出，不愿表达个人情感和情绪压抑是癌症发病的心理特点；笔者等（1987）和高北陵（1989）等也证明，癌症患者对挫折的消极情绪反应明显高于对照组。

（三）个性特征与“C”型行为

某些个性特征例如过分谨慎、细心、忍让、追求完美、情绪不稳而又不善于疏泄负性情绪等，往往使个体在相同的生活环境中更容易“遇到”生活事件；在相似的不幸事件中也容易产生更多的失望、悲伤、忧郁等情绪体验。这些个性特征被证明与癌症的发生有联系。例如，笔者等（1987）通过 EPQ 测查发现癌症患者的 E 量分较低和 N 量分较高，这与上述个性特征有一致性。

20 世纪 80 年代，行为医学界将上述个性特征以及相应的应对方式和情绪反应模式概括为 C 型行为 (type C behavior pattern)。C 型行为的主要特点包括不安全感 and 压制愤怒，待人谦虚、谨慎和忍让，对压力的应对方式消极并易致焦虑和抑郁等（Baltrusch HJF, 1988）。例如具有 C 型行为类型的人，在面对压力事件时，其应对方式往往是为了他人（父母、亲人和同事）而“包装自己”，以使自己的行为符合社会标准，并压制愤怒等情绪（Temoshok L, 1992）。研究证明，C 型行为与癌症的发生关系密切。

（四）心理社会因素与癌症的发展

关于生活事件、应对、情绪、个性特征等因素与癌症发生的关系，其资料大多来自回顾性研究。能否肯定这些因素就是癌症发生的原因而不是结果（即先有癌症，后报告

较多的消极因素), 尚难定论。

相比之下, 关于癌症的生长、扩散及转归的过程是否受患者心理行为特征的影响, 则结论比较肯定。不少作者(如 Stoll B, 1982)证明, 具有以下一些心理行为特点的癌症患者, 平均生存期明显延长: ①能始终抱有希望和信心; ②能及时表达或发泄自己的负性情感; ③能积极开展对个人来说是有意义的、有快乐感的活动; ④能与周围人保持密切人际联络。

以上结果说明, 癌症患者的消极心理行为反应会加剧癌症的恶化过程。因此, 结合癌症患者具体的心理行为问题, 及时给予必要的心理干预, 提高其生活质量, 增强其信心, 改善其心身反应过程, 具有重要的临床意义。

(五) 心理生物学机制

根据心理神经免疫学(psychoneuroimmunology), 心理社会因素主要通过神经和免疫中介机制而影响癌症的发生和转归。

不少人体和动物研究证明, 负性情绪反应可影响机体的内分泌和免疫功能, 从而削弱个体对癌症的抵御能力。例如, 紧张刺激使人陷于抑郁, 沮丧时, ACTH 及肾上腺皮质激素分泌增加, 乃至抑制免疫系统的正常功能; Bartrop RW (1977) 调查表明, 丧偶者的淋巴细胞转移功能明显低下, 说明经历不幸事件者, 其免疫备用状态不良; 小鼠实验证明, 在紧张的回避条件反射实验环境中, 其多项免疫功能受损, 致使皮下接种 6G3HED 淋巴瘤细胞的成功率和生长率提高。Ben-Eliyahu S 等(2007)最新研究显示, 肿瘤切除手术前后的心理应激, 损害免疫功能, 导致病情恶化。

心理社会因素在癌症发生发展中更详细的作用过程尚未完全阐明。其可能的环节是: 心理社会因素(例如失去亲人等不幸事件)作用于具有独特人格特征(如 C 性行为)的个体, 个体根据以往经验做出认知评价, 大脑皮层的认知兴奋灶与边缘系统联系的结果产生相应的消极情绪和情绪压制; 通过交感肾上腺髓质, 致去甲肾上腺素增多, 作用于免疫细胞 NA 受体使免疫细胞生成减少; 通过下丘脑-垂体-肾上腺皮质, 致皮质激素增多, 作用与免疫细胞上类固醇受体, 使免疫细胞破坏增多; 通过脑-肽类激素分泌增多, 作用于胸腺 T 细胞肽类受体, 使 T 细胞吞噬降低; 通过脑-垂体-肽类激素, 作用于免疫细胞, 使其生成减少; 通过对副交感神经系统的抑制, 致乙酰胆碱递质释放减少, 使各类免疫细胞生成减少(岳文浩, 1990、1994)。

二、癌症患者临床心理问题

(一) 应对方式

作为重要的应对方式, 否认(denial)机制是指个体无意识地将不幸现实或经历“忘掉”, 从而避免产生焦虑等情绪反应。有否认心理机制的癌症患者, 往往表现否定诊断, 照常工作, 保持相对的心理平衡。因此, 否认心理有时可降低癌症患者的心理压力, 应属于有效的心理防御方式。不过否认机制也可能影响个人对患者的正确判断, 影响治疗计划的执行。

笔者等(1987、2000b)、徐晓燕等(2003b)使用特质应对量表(TCSQ)和医学应对方式问卷(MCMQ)等应对问卷, 探讨癌症患者的疾应对特点及其与心身症状、睡眠等生存质量的关系, 显示应对方式与癌症患者的临床过程有关, 消极应对(NC)和“屈服”应对是较明显的负性因素。

（二）情感压制

但在实际上，癌症患者很少有真正意义上的“否认”，最多只在某些场合下有短暂的表现。Dansak DA(1979)等指出，在许多情况下，癌症患者只不过是有意识地强行控制自己的情绪，仅仅在外表上表现无所谓的样子。这类患者临床上较常见，实际上并不是否认，而是情感压制(suppression)。情感压制的患者虽然也愿意谈论一些肿瘤问题，却不愿涉及自己的真实情感，包括是否有害怕和孤独感，是否希望获得他人的支持等。他们面对探望者时，最常见的自我评价是“我不在乎”，也会表现出轻松和开心的样子。但是到了夜深人静之时，强烈的孤独感会让人失眠，希望找几个人聊天。

如前文所述，C型行为癌症患者更易出现情感压制。

为何是癌症患者容易出现情感压制而不是冠心病，笔者认为这可能与“疾病文化”有关。疾病也有文化，指的是人们在长期生活中形成的疾病观念方面的差异。例如，有人庸俗地咒骂别人“生癌症”，但不会骂人“生冠心病”，好像癌症“罪恶”，冠心病“光荣”，其实两者都可以致命。与此类似的还有早年的肺结核、当代的爱滋病，这些疾病也容易被“疾病文化”所贬低。因此，当一个人患了癌症以后，在自我意识上(如自信、自尊)也会受到冲击，情感压制则是对这种冲击的一种自动的(非意识性)应对策略。

情感压制的结果往往进一步恶化患者的心理环境，产生更多更复杂的心身反应。

（三）恐惧、抑郁

焦虑和恐惧(fear)是癌症患者很常见的心理反应。癌症“很难”治愈的观念深入人心，故癌症恐惧成为常见的恐怖症之一。在临床上，癌症患者有时主诉自己脾气改变是由于头晕、头痛和身体不适所造成。但通过深层分析往往可以发现，这是由于对死亡、疼痛或残疾等后果的担心和恐惧所造成，是一种焦虑反应。焦虑反应较易被发现，因为这往往是患者寻求医生帮助的原因。但是，抑郁反应常需要经过更深入的晤谈或使用一定的症状量表才能被发现。

抑郁(depression)也是癌症患者常见的心理反应，是严重影响癌症康复的一种负性心理因素，严重者可导致部分患者产生自杀动机或行为。抑郁的产生也有身体上或医学上的原因，例如体弱，代谢紊乱、药物的毒副作用等。但癌症患者抑郁反应更重要的原因是心理社会因素。抑郁通常是绝望、悲伤和失助(helplessness)的反映，并表现出孤独，活动减少或敌意倾向。这些又可进一步加重抑郁体验。

（四）疼痛，呕吐和失眠

McCorkle R等(1978)认为，有时候癌症患者的疼痛(pain)本身并不一定严重，主要的问题是疼痛伴随的害怕、绝望和孤独感等心理反应使患者无法忍受。特别在缺乏超现实的生命信念(例如宗教)的人群里，“绝症”信号带来的绝望确实是常人无法理解的。在此情况下，一旦感觉到病变处的疼痛感，就会迅速升级为“夺命”信号，也就是绝望的疼痛。癌症疼痛是肿瘤学临床的重要问题，需要通过包括药物的、认知行为的和其它学科的合作途径加以控制(Paice JA, 2011)。

恶心呕吐等消化道症状常见于接受化疗或放疗的患者，焦虑和失望情绪可明显加重这些症状。部分患者的症状还受医务人员和家人的注意、治疗环境、药物性状等因素的强化，因此具有条件反射属性(参见第二章第二节)。

除了躯体因素，癌症患者的失眠通常是心理反应的一种结果，继而又导致白天精神不振，甚至昼夜颠倒，进一步加重心理反应。

三、心理诊断

(一) 晤谈与观察

癌症患者的情感压制表现，既不同于其它一般躯体疾病患者，也不同于精神疾病患者。一般躯体疾病患者多愿意谈自己的心理感受，精神病患者则能表现一些异常行为，而癌症患者往往不太愿表达自己的真实情感。因此，为了掌握癌症患者的真实心理，单凭简单的几句提问或一般的观察是不够的。

Lucas R(1982)主张必须通过详细的晤谈来评估癌症患者的心理行为问题，在晤谈中要掌握“停、看，听，触”四个要点。

“停”，指与患者交谈时要维持一定的时间，建议应超过 10 分钟。那种随便问几句或一边走过床前一边提问的方式是不可能了解到患者心底里的真实信息的。“停”的本身也是一种心理支持，能使患者感到被关心，被重视，从而减轻无用感、孤独感和被抛弃感(这些情感反应往往癌症患者体验最深而又不轻易表达)。

“看”，指晤谈时对患者要有一定的眼神接触，除了观察患者的行为反应，还应以“看”传达医生对患者的坚定、理解、支持等非语词性信息。医务人员要绝对避免在眼神中流露出对患者的怜悯等异常情感，也不应总是回避患者的目光接触，以免使其产生误解加重心理反应。

“听”，首先专心听取患者的诉说，必要时稍加引导，然后对已发现的一些心理问题线索作深入提问，详细了解问题的性质、背景、影响因素等。

“触”，是指医生对患者的直接接触，一定的触摸动作可缩短患者对医务人员的心理距离，有助于从晤谈中获取真实信息。

通过晤谈评估患者的心理行为问题，应包括以下几方面详细情况：①这一问题受患者过去哪些思想、情感和经历的影响；②问题的性质和程度；③问题第一次出现时的背景和问题发生的时限、方式；④患者所采取的应对方式及效果；⑤医务人员方面已实施的治疗措施和效果等。

例如，某一位癌症手术后患者的心理行为方面情况包括：早年曾亲眼目睹过晚期癌症患者的疼痛惨象，这使他对对自己的病情是否会发展到这种地步感到非常担心和害怕；这种担心和害怕在诊断开始时就已出现；有时候因为考虑到自己的病种不同可能不会产生严重疼痛而使害怕情绪有所减轻，但到夜深人静时害怕情绪又占上风；医生曾对他的害怕心理进行过一般安慰，但作用不大等。

(二) 量表评定

除了晤谈法，可以选择使用各种症状量表和心理测验。

1. C 型行为量表 可使用张瑶等修订的 C 型行为量表。该量表 97 条目，分焦虑、抑郁、愤怒、愤怒内向、愤怒外向、理智、克制、乐观和社会支持 9 项量分。在目前的临床上，建议在掌握 C 型行为内容基础上，学习通过晤谈和观察做出大致评估。

2. 应激和应对量表 如选用心理社会应激调查表(PSS)，可评估生活事件、应对方式、社会支持和心身反应。医学应对问卷(MCMQ)则可以评定面对、回避和屈服三种主要的疾病应对方式。

3. 症状评定量表 如 SAS、SDSS、CL90 等评定焦虑、抑郁和各种心身症状。

4. 人格测验 如使用 MMPI 等测定患者的人格特点。

四、心理干预

癌症患者的心理行为问题复杂而多变，否认、情感压制、焦虑、抑郁、失眠、行为退缩等均可出现，且受多种因素包括病种、病情、个人经历、个性特点、家人态度、医疗措施等的影响。医务人员深入仔细地了解每一位癌症患者的具体心理行为问题，并相应地给予及时而准确的心理帮助，是医学心理学在癌症临床的重要工作任务。

（一）告诉真实信息

癌症诊断本身就是对患者是一种沉重心理打击。随之，有关癌症的进展和预后问题，例如是否会产生疼痛，是否会因手术造成形体的损害，是否会威胁到生命等，成为患者关注的中心，同时也不可避免地使患者产生一系列情绪反应。后者又会影响机体的抗病力，不利于康复。因此，为了防止患者出现强烈的心理反应，不少人主张对患者实行信息封锁。在目前实际工作中也确实有不少医生和亲属是按这一“保密”原则处理癌症患者的。

但是，由于“保密”会使医务人员有意无意地在心理上与患者保持距离，而患者对医务人员的任何信息包括语气、表情、态度都非常敏感，结果很少能做到真正的保密。一旦患者（特别是有一定文化素质的人）通过各种信息渠道领悟到部分真相后，反而会产生严重的被抛弃感和被蒙骗感，孤独、抑郁、绝望等情绪反应就会特别深刻。因此，世界卫生组织早就主张应该给癌症患者提供真实的信息。

提供真实信息的原则是“热忱加诚实”。既要对患者实行信息开放，又要避免“残忍的诚实”。在具体作法上，医务人员应在了解患者的具体心理条件如承受能力基础上，有计划地告诉患者的病情及相应的各种真实信息，同时又要始终注意保护患者的期望和信念。例如，提供癌症诊断信息时，要同时指出：“同样的疾病对不同的人的影响是难以预测的（意即你的情况不一定是最坏的）”。有条件时还可向患者介绍某一位同类患者最终是如何康复的，现在情况良好。又例如，当诊断已明确的癌症患者担心或询问今后是否会出现疼痛、呕吐（化疗）、伤残（手术）时，医务人员在提供真实信息的同时，应指出这些结果有时不会出现，即使出现也可能不严重。在这里，患者的期望始终受到保护，因此有利于患者逐渐在心理上做出调整，以积极的心理条件配合医疗。

总之，告诉真实信息不等于权威式的“宣判”，笔者最新主编的教材配套光盘中就有一段关于不正确告知的视频（姜滔、姜乾金，2010）。同时，在告知时更要避免反应迟钝，闪烁其词或表现出无能为力的态度。

但是，一个谁都可能在一生中遇到的而又始终被我们回避了的问题，是临终癌症患者的“期望”如何能够继续被保持。虽然国外 Ross K（1969）将这个过程分为五期：即否认期、愤怒期、讨价还价期、抑郁期和接受期（见本章第一节）。但我们似乎是误读了其中的含义，我们会以为患者到了最后阶段，就会自然进入平静的“接受期”。实际上，根据对各种国外应对量表因子的综合分析（见图 4-3），其中可以看到一项我们较陌生的应对因子“祈祷”。西方癌症患者的最后“接受期”很可能与这项应对策略有关。

（二）情感压制的疏导

医务人员要善于识别患者是真正的“否认”还是情感压制，并对那些有严重情感压制的患者及时引导情感表达或疏导式的心理指导。具体的作法包括：

（1）平时对患者多表示关心和理解，与患者形成一种忠诚的人际关系，患者才愿意表

达自己深层次的负性情感体验；

(2)有意识地向患者指导或示范公开表达情感的方式；

(3)对患者偶尔的情感表达做出从容、理解和友好的反应，并以言语、表情或触摸立即加以强化，促使其进一步表达；

(4)对患者暂不愿讨论的情感问题表示理解，欢迎随时再讨论；

(5)认真分析患者每次表达的问题，及时提供正确的心理指导，从根本上减少负性情绪的产生，增强患者的期望和信心；

(6)其他医务人员以及家属也应用同样的方式对待患者。

(三) 恐惧、抑郁和敌意情绪的处置

对于患者的焦虑和恐惧情绪，首先应辨别患者认知方式上的原因（焦虑是特定认知评价活动的结果），然后通过心理支持和认知疗法模式与患者进行公开讨论并提供一定的保证，以降低其恐惧程度，同时结合放松训练和其它应对技巧指导。

对于一般抑郁情绪，应指导患者进行积极的想象（想象疗法），用鼓励或强化的方法增加患者力所能及的活动，增加新异刺激，提高社会支持程度（如帮助配偶与患者保持以往的亲密关系），这些都有助于降低患者的抑郁反应程度。个别严重抑郁患者可使用抗抑郁药物。

对于敌意倾向明显的患者，医务人员与家人不应采取压制的方法，也不应持疏远或讨厌的态度，这样反而会加强患者的敌意。医务人员可帮助患者直接谈出敌意情绪体验，医生的倾听和理解态度有助于降低患者的无助感，从而也降低其敌意倾向。有的研究表明，有敌意倾向的患者预后反而要比抑郁者好。

(三) 疼痛、呕吐和失眠等症状问题

前文已提到，对于癌症疼痛，需要通过药物、心理和其它方法综合处置（Paice JA, 2011）。癌症疼痛常常是一种“绝望疼痛”，故医务人员向患者解释清楚疼痛的实质，并在可能时使用催眠或其它想象技术，有助于减轻疼痛程度，至少部分减轻其中的“绝望”成分。也有报道用抗焦虑药物可降低癌症疼痛。Saunders C(1975)强调，对癌症患者首先要考虑尽量避免疼痛的出现，然后才考虑疼痛出现后的其它心理行为问题。因为疼痛一旦出现会加剧恐惧情绪，后者又加剧疼痛的痛苦体验。因此，对晚期癌症患者应及早用药控制疼痛，不必过多考虑止痛药的各种禁忌。

在恶心呕吐等消化系症状的行为医学处置方面，可以指导患者少量多次进食无刺激而又令人愉快的食物，能降低这些症状的频度和强度。此外，愉快的想象、放松训练和其它带有催眠性质的行为技术(例如音乐诱导下的自我放松训练录音带带)，也能一定程度上降低上述肠胃反应，但一般应在治疗实施之前教会使用。

凡是肠胃反应与医疗活动的强化明显有关的病例（详见第二章第二节），Redd WH(1980)建议可用条件反射消退法。具体方法是，当患者肠胃反应不明显时，医务人员在患者身旁可多停留些时间，愉快地与之交谈10分钟以上，增强患者的愉快体验(正强化)；当患者肠胃反应明显时，则医务人员在患者身旁只完成该完成的操作任务后立即离去，并不与之交谈(消退或惩罚)。如此反复，部分患者的反应症状会逐渐消失。

失眠作为癌症患者常见症状，除了支持性心理治疗外，放松训练、劝阻白天睡觉以及鼓励参加各种人际活动等行为学方法，对某些患者有一定效果。

五、癌症患者的团体心理指导实例

笔者等(1993)在10年时间里,分别对40期住院康复气功训练癌症患者和慢性病患者517例(其中癌症234例,慢性病293例),实施集体心理指导(治疗),结果改善了患者的情绪,受到病员的欢迎,促进了参加康复气功训练的积极性。

(一) 目的

癌症和慢性病患者由于其病情的危险性和长期性,不少患者存在抑郁或焦虑情绪,随着病期的延长,有的患者出现自信心下降、固执、依赖和交往减少等心理行为问题。由于治疗的失败,有的患者开始寻求特殊的治疗手段如运动锻炼、气功等,而忽视医疗处理。依据对患者的上述认知,针对患者的某些带普遍性的问题,运用医学心理学原理,给患者有针对性的心理支持和应对技巧指导,帮助患者认识和克服心理行为方面的问题,以改善其心境,提高康复信心。

(二) 方法

在两个月住院期的第二个月份,集中进行一次集体讲课和讨论,为时约2小时。根据对每一期患者的一般情况的事先调查,讲座主要围绕以下几个方面,且重在生动的举例:

(1) 简单举例说明心身相互作用原理和心理健康对促进身体健康,促进康复的意义。

(2) 举例说明长期患病可能引起的某些不良心理行为反应,如焦虑、抑郁、依赖、敌意、失眠,这些因素对治疗和康复不利。

(3) 重点介绍一些与患者正在练习的气功训练相一致的行为治疗基本原理,目的是改善患者的情绪和期望,增强对气功训练积极心态和投入。主要包括两个方面:

放松训练对躯体功能和情绪的促进作用。(内容见第六章第八节)

想象疗法(因为气功训练含有视想象)对征服肿瘤细胞的积极意义。主要介绍1970年代Simonton OC和当时妻子Simonton SM的研究,他们采用想象白细胞攻击虚弱癌细胞的视想象法,证明能够提升癌症患者的免疫系统活力,大大提高癌症治疗效果。(注:Simonton等曾追踪159例预期存活一年的癌症患者,使用这种视觉想象疗法并结合原有的医学治疗,结果40%患者在4年后仍然存活,22%疼痛缓解,19%瘤体变小。至今,在加利福尼亚州还有Simonton癌症中心。)

(三) 检验手段、结果与分析

对随机的3期55例作问卷调查,有91%的患者认为实施心理指导“有必要”;89%认为心理指导“提高了”本人对心理因素在疾病中的作用的认知;91%的认为“增强了”对气功康复训练的信心;对其中的一项开放式问题,有44%的患者结合个人情况,对这项活动写下了热情的赞语或具体的体会。只有一人认为心理的问题还是不要“讲破”为好。

将另外4期67例分为“治疗组”和“对照组”。治疗组在集体指导的前、后各一周,实施SDA、SAS测验;对照组的集体指导活动移到测验之后,其它两次测验及间隔时间同实验组。为降低暗示因素对测验结果的影响,测验目的被解释为检验练功效果。

结果,治疗组SDS和SAS测验得分不论较治疗前或较对照组都有明显降低,而对照组两次测验结果差异未达显著意义。将其中的癌症患者与慢性病患者分开统计,结果与

上述基本一致。条目得分结果分析显示，集体心理指导的效果主要表现在降低患者的抑郁和焦虑主观体验方面（另外的是行为表现和生理反应），即睡眠增加、趋于平静，增加信心，而对躯体症状改善不明显。这符合一次性集体心理指导的实际。

对这种集体心理指导的体会：

（1）集体指导（治疗）方法具有经济、效率高，影响范围大等优势。

（2）具有共同问题的患者集中，在指导者的帮助下，增强了社会学习与示范作用效果。

（3）某些行为治疗的训练技术，在集体场合，通过社会促进作用容易取得成果（如本组患者的康复气动训练）。

六、肿瘤科若干临床心理问题指南

以下提纲修订自上世纪末笔者对有关专业人员的讲座内容。

（一）作为癌症病因的心理社会因素

1. 具有某些情绪或个性行为特征的人其癌症发病率较高：

(1)家庭不幸事件

(2)抑郁情绪

(3)消极应对（特质性）

(4)C型行为（谨慎、忍让、追求完美、情绪不稳等性格）

2. 具有某些心理行为特征的患者，其生存期较长：

(1)有希望和信心；

(2)表达或发泄负性情感；

(3)有意义的和有快乐感的活动；

(4)与人保持密切联系。

3. 采用情绪支持和行为干预等心理治疗方法，可使癌症患者的平均生存期延长：

(1)认知指导（指出失望的害处）

(2)想象疗法

(3)放松训练

(4)情感表达

（二）告诉癌症患者真实信息

1. 原因——保密易致绝望：

“保密”会使医务人员有意无意地在心理上与患者保持距离，而患者对医务人员的任何信息包括语气、表情、态度等都非常敏感，结果很少能真正做到保密。一旦患者通过各种信息渠道领悟到部分真相后，反而会产生严重的被抛弃感和被蒙骗感，至此患者的孤独、抑郁、绝望等情绪反应就会特别深刻。

2. 提供真实信息的原则——真实+期望：

告诉真实信息不等于权威式的“宣判”，同时也要避免反应迟钝、闪烁其词或表现出无能为力的态度，即强调“热忱加诚实”原则。

（三）情感压制与情感表达

1. 原因：

情感压制(suppression)即有意识地强行控制自己的情绪，仅仅在外表上表现无所

谓的样子。情感压制的患者虽然也愿意谈论一些肿瘤问题，却不愿涉及自己的真实情感问题。情感压制的结果往往进一步恶化患者的心理环境，产生更多更复杂的心理反应

2. 干预方法：

(1)对患者表示关心和理解，形成忠诚的人际关系，使其愿意表达深层负性情感体验

(2)有意识地指导或示范表达情感的方式；

(3)对患者偶尔的情感表达作出从容、理解和友好的反应予以强化，促使其进一步表达

(4)对患者暂不愿讨论的情感问题表示理解，欢迎随时再讨论

(5)认真分析患者每次表达的问题，及时提供正确的心理指导，从根本上减少负性情绪的产生，增强患者的期望和信心；

(6)其他医务人员以及家属也应以同样的方式对待患者。

（四）癌症抑郁

1. 原因：

(1)身体上的（体弱、代谢紊乱、药物的毒副反应等）

(2)心理、社会上的（主要原因）

2. 干预方法：

(1)积极的想象(国外报道想象疗法或冥想有效)

(2)鼓励或强化患者的活动，增加新异刺激

(3)提高社会支持程度(如帮助配偶与患者保持以往的亲密关系)

(4)严重者抗抑郁剂

（五）癌症疼痛

1. 原因

疼痛及其伴随的害怕、绝望和孤独感使患者无法忍受

2. 干预方法

(1)解释、催眠、想象：

(2)抗焦虑药物：

(3)止痛药：（尽量避免或推迟癌症患者疼痛的出现，不应过多考虑各种禁忌）

第六节 疼痛临床心理

疼痛 (pain) 是许多疾病的症状，疼痛又涉及心理和生理两大知识领域。笔者从进入本领域，首先就关注疼痛的医学心理学问题。本节“一~三”内容修订自笔者(1982a)的“疼痛和痛情绪反应”一文。

一、疼痛的心理生物学基础

（一）疼痛是感觉还是情绪

到医院看病的人，特别是急诊患者，以疼痛为首要症状的相当普遍。但疼痛到底是一种感觉(perception)，还是一种情绪(emotion)或者感受，却是一个历史话题。医学界更

愿意将疼痛看成是感觉，心理学界似乎也接受疼痛是一种情绪或情绪反应。实际上，疼痛主要是一种主观体验，除了痛感觉特性，更是一种复杂的痛情绪反应(emotional response)。

当一位腹痛患者被送进诊室，患者会告诉医生疼痛的感觉，医生则还看到各种痛苦面容。通常，医生在体检时按压患者腹部，同时观察患者，如患者出现皱眉头、咬牙齿等一系列痛苦的表情，以及局部肌肉出现防卫反应等（均为痛情绪反应的表现），这时医生可能认为这里有病，并据此判定疼痛的程度。接着检查反跳痛。当医生的手从按压的腹部放开来，如果这时患者全身肌肉紧张度增高而且脸部呈现更痛苦表情，医生这时可以判断该患者的腹部具有反跳痛……。这个例子说明，临床医生对疼痛的诊断信息，除了患者的痛觉主诉，相当一部分是由观察疼痛情绪反应而获得。

此外，不同患者对同样的病变其疼痛感觉主诉可以很不同，身体反应也不同；痛情绪反应影响患者疾病过程，有时这种影响会很突出，等。

可见，痛觉及其伴随的情绪反应与临床关系相当密切。医学工作者需要掌握一些有关疼痛临床心理的基本知识

（二）痛觉的传导途径

虽然痛感觉神经通路，特别是中枢传导通路不是很清楚，不过也有许多证据证明，中枢的某些传导束和神经核团与痛的关系密切。根据生理学知识，痛觉的感受器是一种游离的神经末梢。内外环境不良刺激，包括温度、触压、化学、甚至光的、声的刺激，只要超过一定强度（即痛阈和耐痛阈），都可激发神经末梢产生传入神经冲动，神经冲动沿着痛觉纤维向中枢传入引起疼痛，但致痛原理尚不很清楚。

1. 快痛与慢痛 疼痛根据产生的部位大致可分为躯体痛和内脏痛。躯体痛可用外伤为例：人们都有体会，当肢体局部受损伤，会立即产生一种快速、针刺样的痛感觉，这时我们知道该部位损伤了。这种痛感觉定位明确，持续时间短，可称之为快痛（fast pain）。人们在描述战斗情景时，往往用“猛然觉得肩部一震”来说明肩部负伤，这便是一种快痛。在快痛过后约 0.5-1 秒，我们可以觉得一种缓慢、持续较久、定位不明的灼痛觉称为慢痛（slow pain），这种痛觉伴随有不愉快的难以忍受的情绪反应。

2. 神经传导与投射 快痛由 A δ 神经纤维向中枢传入的冲动引起。这种纤维较粗，有髓鞘，故传导速度也较快。在传导通路上交换两次神经元后，即到达丘脑后腹核，再交换一次神经元即定点投射到皮层第一体感区，所以产生的痛感觉是快速，定位明确。虽然痛感觉在丘脑水平即进入意识阶段，但立体关系、刺激强度的辨别，有赖于第一体感区完成。

慢痛主要是 C 类神经纤维传入冲动引起。虽然 C 类纤维神经冲动与 A δ 纤维一样也起源于受损伤的局部，但 C 类纤维直径细，无髓鞘，传导速度慢，在传导过程中要经过多次交换神经元。因神经冲动在神经元之间要通过突触传递，造成时间延搁。经过的突触越多，延搁的时间越长，故 C 类纤维传入到达中枢的时间明显落后于 A δ 纤维。传导速度慢是慢痛的第一个特点。

慢痛的另一个特点是定位不明确，这可能是由于皮层第二体感区与慢痛有较大的关系，而第二体感区与第一体感区不同，属于双侧投射，点对点的定位关系不明显，有较大程度的重叠。

C 类纤维在传导痛觉过程中与脑干网状结构、丘脑髓板内核群、边缘系统及下丘脑

有广泛的多突触联系，这就使慢痛具有第三个明显特点，就是伴有明显的痛觉情绪反应（和内脏反应）。

3. 内脏痛 主要由C类纤维传入，一般混在交感神经内。其传入通路也通过旁中央上行系统到达脑干网状结构、下丘脑、边缘系统，进行多突触的联系。所以内脏痛觉伴随的情绪反应更多一些，更普遍些。

关于痛觉和痛的传导机制，可以用图 7-7 简单表示：

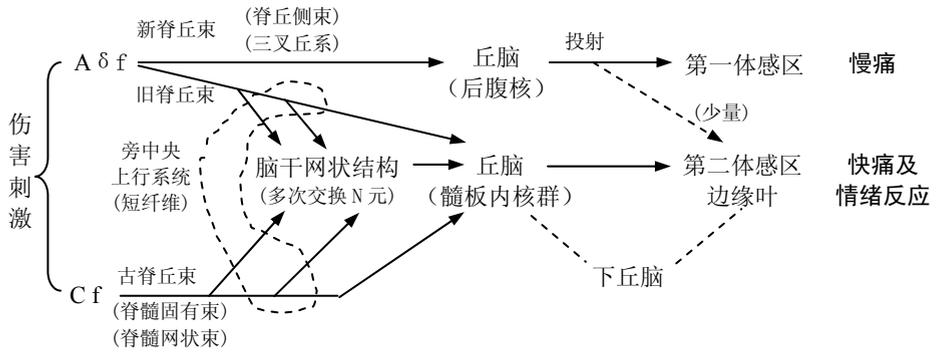


图 7-7 快痛和慢痛的神经传导机制示意图

(三) 疼痛的中枢机制

“情绪中枢”虽未肯定，但上述网状结构、丘脑、下丘脑、边缘系统与情绪有密切关系是确定无疑的。大量的实验结果证实，它们是情绪的结构基础，属于“情绪中枢”。C类纤维传入冲动产生慢痛的同时也引起痛情绪反应，可能与这种结构上的联系有关。痛情绪反应属于痛苦品质。“痛苦中枢”据认为分散于上述各神经结构不同部位，彼此连成一个统一的系统，常被机体体验为一般的不易区别的消极不顺心状态。¹大脑皮层对情绪（包括痛情绪）也起着调节和制约的作用，这一点下文还要述及。

(四) 疼痛的生物适应意义

从生物进化角度看，痛觉与痛情绪反应具有适应意义。动物在遇到伤害时会产生各种应激情绪反应，以战胜或逃避外界对它的伤害。此时机体内部的“唤起”也使某些生理机能处于高水平的活动状态。比如：心脏加强排血，血流重新分配，凝血系统和纤维蛋白溶解系统激活，以应付出血和血栓的清除等等。痛觉与痛情绪反应对于人类也有其积极的一面。可以设想，如果一个人没有痛觉与痛情绪反应，在患病或受损伤时，必将耽误诊断与治疗。中科院心理所许淑莲教授曾对国内先天缺乏痛觉的儿童做过研究，发现他们的生活能力和适应能力差，不断地发生各种损伤和骨折。骨折后因为无痛觉不能自我保护，造成更进一步的受伤以至残废，这些改变又必然影响心理结构的健全（许淑莲，1984）。可见，疼痛和痛情绪反应具有保护性意义。但如果痛觉与痛情绪反应过分强烈，导致过度生理反应，则对患者有害。

二、疼痛的心理社会影响因素

临床上，除了病损本身的严重程度，心理社会因素也一定程度影响患者的痛觉和痛情绪反应。从生理学角度，这是更高级皮层的活动对痛情绪中枢产生影响和调节的结果。Wardle J (1982) 报道，高级心理活动对牙科手术疼痛具有突出的影响作用。

影响疼痛的心理社会因素包括情绪状态（或者心境）、认知评价、注意集中程度、意志力、人格特征、文化和信念、社会学习、经验和经历等。

（一）情绪状态

抑郁、焦虑和持悲观态度（特别指可预计到的疼痛），患者感觉到的疼痛较之乐观患者要严重得多（Lipton S, 1979）。

（二）认知评价

对疼痛刺激或特定疼痛情景的不同感知（认知评价），可产生不同的疼痛感。例如，一个受到意外伤害的人，当知道对方是与自己嬉闹时，所出现的痛苦要比知道对方是恶意指责自己所感受的伤痛要轻一些。同样，早就有研究证明，下火线的伤兵比同等创伤的平民其伤痛程度要轻一些。

（三）注意

注意的集中与否等也能影响一个人对痛的情绪反应。护士注射和牙医拔牙常使用分散注意力的方法以减少患者的疼痛。

（四）意志力

一个具有正义感的战士，处在同伴的鼓励声和喊杀声的战斗情景之中，对创伤的痛情绪反应很小。拳击和足球运动员也有类似情形。此时，强大的意志力、火一样的激情、注意力的分散，使痛觉和痛情绪反应受到皮层的强烈抑制。

（五）人格

某些人格特征会影响痛觉水平。Ryan RE（1978）指出，自我中心和抑郁质的人，易发生心理性头痛。一些性格脆弱或敏感的人，在一般性的痛刺激下会产生强烈反应，如部分敏感的产妇在分娩时会表现较高的情绪反应。

（六）文化与信念

信念和态度对某些疼痛刺激产生影响。例如在早年的笔者老家浙南地区，还保留着一种带迷信色彩的娱乐活动，叫做“扎肉灯”。一盏相当重量的灯笼，通过上面一枚弯钉子，扎挂在青壮年男子手臂内侧皮肉里，左右两侧各一盏，里面点上蜡烛，然后平展双臂，挂着灯笼进行长时间的游行活动。这些普通农民并没有接受麻醉，但也没有什么痛苦，他们的文化和宗教信仰，观赏人群的激励，以及体质特点等因素在其中起了重要的作用。

（七）社会学习

痛觉与痛情绪反应也有社会学习（或示范作用）成分。家长对孩子受到小小伤害总是大惊小怪，容易使孩子对伤痛特别敏感和恐惧。不同民族的产妇在分娩疼痛程度上存在差异，据认为也与社会学习有关。

（八）经验

以往的经历和经验影响疼痛。有的人有以往疼痛的经历，特别是有关血腥的痛苦记忆，对外伤和疼痛会特别恐惧，即使在她的手上轻轻刺上一针出点血，也可造成强烈的情绪反应，甚至导致自主神经系统功能紊乱，当场虚脱、昏倒。

（九）生物学因素

这里指的是非疾病因素，包括年龄、性别、体质等，也影响痛觉和痛情绪反应。这是一种生理上的个体差异（部分也包含着心理因素）。笔者早年临床曾接触过几个高龄病例，内脏穿孔引起继发腹膜炎多日，却未被家属及时发现。这是由于高龄老人痛觉迟

钝，情绪反应缺如，以至掩盖症状，造成延误。

三、疼痛与临床

综合上述，痛觉与痛情绪反应是复杂的心理、生理过程。它由机体的病损引起，同时受各种心理社会因素的影响；反过来，它又影响机体生理过程和患者的心理活动。因此，认识和处置患者的疼痛和痛情绪反应，具有重要临床意义。

（一）痛情绪的临床病理生理

这里需要从神经生理、神经内分泌和神经免疫学等中介机制来讨论。上文提到，慢痛和情绪均与网状结构、丘脑、下丘脑、边缘系统等中枢结构密切相关。而体内的自主神经系统，包括交感神经和副交感神经，以及内分泌的中枢高级调节部位也位于上述相关神经结构。虽然自主神经系统中枢也未被最后确定，但已知在脑干网状结构及脊髓确有自主神经低级中枢；下丘脑是自主神经皮质下较高级的调节者；边缘系统又是自主神经更高级的调节中枢；下丘脑-腺垂体系统是内分泌活动的控制中枢。可见，调节情绪和管理内脏及内分泌活动的高级中枢都与边缘系统有关。由于痛情绪反应中枢部位与自主神经中枢部位这样密切，故剧烈的痛情绪反应也可造成自主神经系统以至内分泌功能的改变。一般来说，这时可出现交感-肾上腺素系统和血管紧张素-醛固酮系统功能亢进，以及下丘脑-腺垂体-内分泌系统的功能改变。后者对于慢性疼痛情绪反应更有意义。

因此，当患者的痛情绪反应很强烈时，可以表现心跳加快、血管收缩或扩张，血压波动、呼吸急促屏气，瞳孔变化、出汗、消化道运动减弱，消化腺分泌下降、尿生成减少、躯体肌张力增高等一系列生理变化。同时还有血凝系统和纤溶系统活性增高，血小板聚集功能改变等血液系统之变化(Haft JI, 1976)。情绪还可以影响体温，强烈情绪变化足以使体温暂时上升一度(Guyton AC, 1984)。长期的痛情绪反应，还可造成内分泌和免疫功能的紊乱等一系列损害(段淑贞, 1982)。

虽然交感-肾上腺素系统和交感-肾素-血管紧张素-醛固酮系统功能改变在一定意义上是一种保护性反应，是机体对应激刺激的“唤起”，但这种由疼痛引起的反应如果过分强烈、过分持久，会影响整个机体生理功能的稳定。不同性质的痛情绪反应对机体生理功能的影响也有所不同(曹日昌, 1980)。

（二）痛情绪反应的临床表现

痛情绪与内脏功能相联系，故其临床症状表现相当复杂。患者感觉一种难言的不快，可伴有头晕、甚至恶心呕吐等，同时出现皱眉、撇嘴及全身卷曲、辗转不安等外部表情。例如：偏头痛、牙痛，胃肠、输尿管、输卵管绞痛，就兼有上述一系列痛情绪反应。部分产妇的痛情绪，往往表现呕吐。而心脏痛（如心肌梗塞），患者可有一种濒死的恐惧感。其它如躯体痛、关节痛也可有不同的情绪反应。

痛情绪与一般情绪在表现内容上是一样的，故痛情绪反应也可分成三部分：

- (1)自我体验，如上面提到慢痛时的极不愉快感觉、头晕等。这是一种主观上的体验，是对情绪的感知；
- (2)外部行为表现，即表情的变化，患者皱眉、咬牙，出现痛苦面容即是；
- (3)一系列生理反应，包括上述的呕吐、出汗、肌张力增高等等，这点在下文还会述及。

（三）疼痛对躯体疾病的影响

1. **急性疼痛 (acute pain)** 急性危重患者如突发心绞痛、难产、严重外伤出血等的痛情绪反应，往往表现较高的恐惧和紧张，并以心血管、呼吸系统的反应最为明显。例如心绞痛患者的强烈痛情绪反应可以影响心血管系统的功能，而这种变化又会增加病变心脏的负担，可以使病情加重甚至猝死。有人认为，情绪反应可以通过交感神经作用于心脏β受体，引起心脏电生理的改变致使心脏停搏(Lown B, 1977)。

2. **慢性疼痛 (chronic pain)** 慢性疾病如癌性疼痛、慢性关节炎、慢性胆囊炎胆石症、顽固性溃疡病等的痛情绪反应，往往带有较多的焦虑、抑郁成分。此时虽然强烈的心血管、呼吸功能改变不明显，但会导致自主神经系统功能长期紊乱，影响消化吸收和代谢功能，使身体营养状况恶化，长期痛情绪反应还可造成内分泌紊乱和免疫功能低下。由于患者的营养状况更差，免疫力下降，结果又会使病情更趋复杂，患者对痛的敏感性增加，耐受能力下降，形成恶性循环。

(四) 疼痛对患者心理的影响

人的各种高级心理活动，无不在一定的情绪基础上进行，因而也受痛情绪反应的影响。在强烈疼痛情绪影响下，有的患者约束力下降，脾气变坏，如摔打杯子、训骂人。晚期肝癌患者的强烈痛情绪体验会促使其思维极度消极，产生自杀动机。强烈痛情绪反应也可使一个人的感觉、记忆错误，思维局限，指向困难，注意、知觉范围缩小，并有注意分配与转移上的困难(朱智贤等, 1981)。一些慢性疼痛患者，还可出现感知觉过敏、意志消沉、抑郁、沉默、性格孤僻、丧失自信心等。Lipton S(1979) 还指出，慢性疼痛足以影响最坚强的个性。

痛情绪反应对躯体疾病和患者心理的影响，见图 7-8。

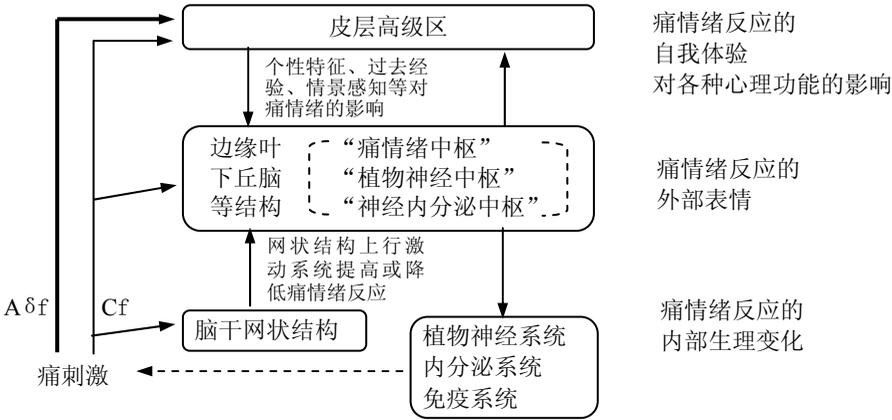


图 7-8 痛情绪反应对患者躯体和心理的影响示意图

(五) 临床评估与诊断

1. **晤谈、调查与观察** 通过晤谈、调查与观察等方法，就痛情绪的主观体验、行为表现和生理反应三方面内容作出临床评估。具体应包括程度、表现方式，影响因素、已经或将要产生的影响等方面的描述。

在评估影响因素方面，应关注上文所涉及的各种心理社会因素，其中特别要注意患者的人格特点。此外，还应注意躯体因素，例如上述高龄患者的腹膜炎诊断，不能单凭腹部症状及痛苦表情而忽略其真实病情。还要关注不同部位病损导致的痛情绪反应的差异。临床医生对此往往都有经验，如胆道、胃肠道、输尿管等管腔脏器的痉挛痛可引起

强烈痛情绪反应，尽管此时的病情不一定很严重。但是非医学出身的心理工作者则可能存在辨认困难。

2. 量表 疼痛诊断还可以使用目前流行的各种量表，包括视觉模拟量表(VAS)和 McGill 疼痛问卷(MPQ)等。这方面资料较多，可参阅有关文献(马玉侠等，2009)。

(六) 临床干预策略

临床疼痛患者的治疗原则是使用药物或实施心理干预，尽量减轻患者的痛情绪体验，减少情绪反应对康复过程的消极影响。

1. 处理病灶和使用药物 首先要积极处理病灶，消除病源，在诊断明确前提下，必要时还可使用镇痛剂，或选用镇静剂、亚冬眠疗法等以抑制脑干网状结构上行激动系统，抑制皮层活动以及直接抑制痛情绪中枢，阻断恶性循环，减轻症状。国内曾经广泛使用针刺镇痛法来减轻由痛引起的不快情绪和其它躯体和植物性的疼痛反应，但现今已普遍被弃用。对于慢性疼痛和恶性肿瘤患者，可能需要考虑结合使用抗抑郁剂。

2. 创造良好的环境情景 有利于调动患者的积极心理过程，减轻痛情绪体验。比如，医务人员对患者应亲切而态度又坚定不移；包括医疗设备在内的环境应布置得尽量有条不紊，病室色调柔和，有条件时周围不应有类似的重危患者等。

3. 保护性医疗 某些急性危重病人，如心绞痛患者，突然听到(或被暗示)可能的严重结局如心脏突然停跳，会加剧痛情绪反应。所以对一些病例需要采取所谓的保护性医疗制度。对一些情绪不稳定、敏感而又脆弱的急性疼痛患者，可采用暗示技术，以充满信心、坚定有力的语气解释病状和预后中偏好的方面，诱导和激发患者的积极情绪，有利于抵消部分痛情绪反应。分散注意也有利于减轻这类病的痛情绪反应。

4 针对人格特点的心理指导或心理治疗 Ryan RE (1978) 在头痛治疗宗旨中提到，除了了解与患者头痛有关的生理状况外，医生还应懂得患者的个性(人格)，认为这样将有利于建立正确的治疗方案。某些明显存在认知偏差的病例，应使用认知行为疗法。

5. 其它 某些行为治疗方法如松弛疗法、生物反馈等，有助于改变患者的心身紧张和认知歪曲，具体可参阅第六章和本章第六节内容。

对于慢性疼痛患者，将于下文做进一步讨论。

四、慢性疼痛综合征

(一) 概念

一般认为，组织损伤后疼痛期短于6个月的，尚属于急性疼痛；病期达6~12个月，组织病理改变已消除，而疼痛仍继续存在者属慢性疼痛前期；病期超过12个月，病理性组织改变早已不复存在而患者症状复杂，带有许多习得性行为成分，且疼痛部位常不固定者可称为慢性疼痛(chronic pain)。据国外估计，约有5%的急性疼痛可转为慢性疼痛。所谓慢性疼痛综合征(chronic pain syndrome)还包括更多的非创伤因素引起的慢性疼痛，伴有慢性焦虑、抑郁、易怒，以及生活方式改变等情绪行为症状。

慢性疼痛特别是腰背痛是临床医师面临的一个相当棘手的问题。一般的药物止痛效果不佳，而且仅起到暂时解除痛苦的作用，不久患者又会重新出现症状而不得到处求医。部分慢性疼痛病例不得不施行外科手术如切断一定的感觉神经传入通路，但效果并不肯定。医生们通常提供的一些医嘱，如卧床休息或加强锻炼等，其效果也很有限。慢性疼痛病例并不少见，据 Rosse C(1970)和 Bonica JJ(1974)等人估计，美国有几百万

慢性疼痛患者，而为了治疗一位慢性疼痛患者给社会造成的经济损失达 10 万美元。

近几十年，行为医学治疗手段的发展，给某些慢性疼痛患者的治疗带来新的希望。

(二) 慢性疼痛的临床表现

行为学分析发现，许多慢性疼痛从急性期演变而来，患者的急性期和慢性期症状表现，在主观反应、行为反应、心身反应等临床表现方面，有许多相同的或相延续之处，同时也存在许多显著的差别。笔者将国外有关慢性疼痛患者的各种主要特征性症状，按压力系统模型的各种压力因素整理于表 4-2。表中的生物、心理和社会症状分析，有助于认识慢性疼痛的形成过程，以及各种心理社会因素的影响作用，也为慢性疼痛的综合干预提供一个清晰的思路。

(三) 慢性疼痛形成的行为学机制

大多数急性期疼痛患者的症状是适应性反应，有助于对付痛情绪反应。随着疼痛改善，这些症状和反应也随之减轻和消失。但是对于长期存在疼痛体验的患者，某些症状和反应会被逐渐强化，成为患者生活风格的一部分。关于慢性疼痛从急性期转化而来的行为学机制问题，曾存在两种理论：习得性无助说和操作条件反射说。

1. 习得性无助说 习得性无助(learned helplessness)是 Seligman MEP(1975)等经过 10 余年大量动物和人的研究后所指出的一种特殊的行为现象。当动物或人长期暴露于不可回避的和不定时的厌恶刺激下，个体会逐渐失去回避动机，转而表现出一种无助、失望、消极和被动挨打的行为模式。

动物实验证明，狗在条件反射实验迷宫中对痛刺激可很快形成回避条件反射。实验迷宫里的亮灯信号与电刺激偶联，在发出信号后一定时间，亮灯一侧的底部栅栏即会通电。已经形成回避条件反射的动物一见到信号，立即会及时逃脱到不通电区域。

但是，如果将狗置于无法回避的痛刺激迷宫中，即亮灯和电击之间没有任何联系，动物开始也表现出积极寻找逃避的途径和方式，从而不断地活动与挣扎，但终无结果，继而狗会出现行为紊乱，如排便、反复无目的地跑动等，到最后则僵硬地困缩在迷宫一角，任凭疼痛刺激，不再做出逃避反应。此时，即使将狗转移到可以回避疼痛的迷宫中，它也不再去作回避的尝试，这就是习得性无助。习得性无助行为在人类身上也可以见到，此时除了无助，还会表现失望情绪（图 7-9）。

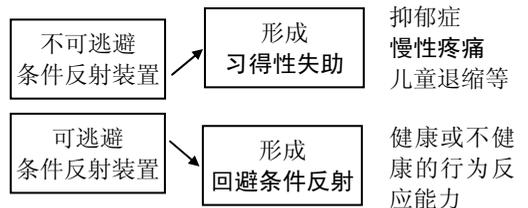


图 7-9 “学习-情绪-习得性无助”示意图

按习得性无助说，一旦疼痛患者将疼痛理解成是无法控制的，并长期受疼痛的折磨，则会慢慢表现出无助和失望行为。分析表 4-2 中患者在急性期和慢性期对痛的主观知觉的差异，可以发现开始时患者知觉“可控制”的部分占优势，继而“可控制”慢慢减少，而“不可控制”部分逐渐增强，最后则知觉为大部分是“不可控制”的。由于患者在不同时期痛知觉上的差异，急性期患者会相信只要有积极正确的治疗和处理，疼痛将会被治愈。随着疼痛持续存在慢慢进入慢性期，患者开始怀疑和担心是否能治好，疼痛的发作变成不定时和不可回避(就象上述实验那样)，这种知觉导致患者慢慢表现出各种特征性慢性疼痛行为，例如忧郁、动机行为减少或表现放弃等。值得注意的是，近年来有研究认为，慢性疼痛患者的症状（如抑郁）和程度，与配偶之间的情感交互作用有关联

(Johansen AB & Cano A, 2007)。

习得性无助说重视患者对疼痛的自我知觉与疼痛行为之间的联系，因而在慢性疼痛治疗中，需要强调个人的病史和个人对疼痛的独特体验，以及家庭成员的态度和行为。

2. 操作条件反射说 慢性疼痛患者复杂的主观，行为和躯体反应症状，可能与操作条件反射原理有关(见第二章)。行为学家认为，在慢性前期疼痛患者，某些因素如果处理不当，加上患者本身存在一定的心理素质上的缺陷，很容易将一部分急性期症状保存和固定下来，并泛化(generalization)成为更复杂的，明显受心理社会因素影响的慢性疼痛综合征。

例如，焦虑是疼痛患者最主要的主观反应之一。背部疼痛患者运动背部可引起焦虑，因此患者回避背部活动以减少疼痛和焦虑。如果焦虑长期存在，通过操作条件反射机制，患者就可能进一步回避其它一些本来与背部痛无联系的活动如走路，上楼梯，甚至在组织病理学变化已经消失的时候，回避活动倾向仍被保存下来。另一方面，焦虑本身也存在随时间的迁延而泛化的倾向，结果越来越多的其它非疼痛因素的刺激如想到重体力工作，联想到生活的艰难等也可引起焦虑，并使活动减少。

例如，疼痛时服药和上床休息等行为反应在急性期都可使疼痛减轻。但是由于这些行为使疼痛立即减轻，形成负强化(negative reinforcement)机制，服用药物和上床休息等行为容易被固定下来，成为慢性疼痛行为症状的一部分。同样的道理，家庭、朋友和医务人员对患者的各种心理行为反应(如痛苦的表情、活动减少、服药、求医等)的关注，同情和担心，以及各种经济赔偿、劳保福利和因疼痛可以脱离原有的不称心工作等等因素，也都可以成为疼痛的正强化(positive reinforcement)因素，使这些行为被固定下来。相反，患者在病期中偶然表现的许多良好行为，包括尝试着自己活动(如上厕所，干家务)和减少服药等，由于得不到正强化或者有时反而受到家人的“惩罚”而得不到发展(消退)。

总之，操作条件反射说认为，慢性疼痛患者的许多症状是通过学习过程(包括泛化，正强化，负强化、惩罚和消退等)而逐渐形成的。病期越长，各种不理想的因素越多，这种机制的可能性也越大。因此，从逻辑上看也可以利用学习原理来矫正和治疗慢性疼痛。

(四)慢性疼痛的心理行为干预

对于某些可能会转为慢性疼痛的患者，应尽可能在慢性前期即6~12个月期间给予控制。据国外估计，如果疼痛转为慢性期，则治疗相当困难。

1. 干预的一般原则

(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)将所有止痛药物改成按时间定时服用，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)告知家属，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。

2. 自我控制法 自我控制疗法(self-management or self-control)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医学中心(Duke University Medical Center)的一套自我控制内容:

(1) 渐进性松弛训练:患者先学会和用这一技术(见第六章)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。此法早期也可与门诊生物反馈相结合。

(2) 自我催眠和认知行为疗法:指导患者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和环境因素,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。

3. 依情况而定法 依情况而定法(contingency management),其依据是前述慢性疼痛形成的操作条件反射原理,实行起来费时费钱,一般要住入特殊的病房进行。据报道,对于那些久治不愈,症状复杂,自我认识又较差的患者可试用此法,部分患者效果尚好。杜克大学的一套方法是:

(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,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,则不予理睬即不予强化使之消退。②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,伴之以强化等行为学措施。

(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。

注:据2000年资料,杜克大学疼痛服务中心接收数量众多的住院和门诊患者。其疼痛门诊有多学科医生,包括麻醉、神经内科、精神科、神经外科、心理学和理疗医师。对象包括神经性疼痛,慢性腰背痛,头痛,癌症疼痛,以及交感和内脏疼痛症状等慢性疼痛患者。对疼痛问题做多学科多层面的综合评估,内容包括详细的疼痛病史、躯体检查和实验室检查。干预和治疗方法包括神经阻滞,髓鞘内注射,针灸,生物反馈,想象疗法,放松疗法和理疗等。

(五) 压力系统模型对慢性疼痛的评估与干预策略

以第四章第八节慢性疼痛综合征病例为对象。

(1) 分级评估：通过晤谈、观察、调查和压力评估量表，对慢性病患者进行压力分级评估。分别列出压力因素（表 7-6）。并进一步分析判断压力三个层次和整个压力系统的特点（参阅第四章第九节）。

表 7-6 慢性疼痛综合征案例的压力因素评估

压力因素	特点
生活事件	（疾病以外）家人意见分歧，担心失去工作，经济困难
认知特点	看问题消极，预期悲观，专注于痛体验和先兆症状
应对方式	不断祈祷，不断变换医生，寻求良方、回避活动，药物依赖
社会支持	社会交往中断，容易怨恨别人
人格特征	宿命观念、自卑、丧失信心，依赖，疑病量表分高
心身反应	抑郁、失眠，回避现实，嗜睡，消瘦、肌萎缩与无力（重要因素）

(2) 系统干预：根据分级评估结果，进行“压力系统分析与指导”，制订“压力层次干预策略”和实施各种“压力因素干预”（参阅第四章第十、十一节）。需要指出的是，心身症状是本案系统失衡中的重要因素，作者认为类似这种病例，心理社会干预措施应在对症治疗的基础上进行，这与杜克大学的处置方式稍有不同。

第七节 外科临床心理

一、外科心身问题

心理社会因素在外科（surgery）领域的作用是引人注目的。患者面临手术的“威胁”，总会程度不等地产生情绪反应。同样，医护人员也总是被患者的各种强烈情感所包围。因此，外科领域有不少医学心理学问题，也是笔者的一个长期关注点。本节修订自笔者（1985a）“外科手术病人的辅助行为治疗”一文，以及五校合编教材（1986）中笔者自撰部分。

（一）心理社会因素在外科疾病发病中的作用

1. 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，心理社会刺激对车祸的发生关系密切。国外资料显示，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 小时内有急性情绪问题，例如与家人争吵等。在其他伤亡事故中，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与心理社会因素有关的疾病（梁宝勇，1987）。而不良行为，如酗酒与外伤之间的关系，则是尽人皆知的。

2. 外科感染 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，因遭强烈精神刺激而后“疽发背死”的案例比比皆是。

项羽的谋士范曾就是一例。可见，心理刺激与痼疾的发生是有一定的内在联系的。

3. 内科转外科病例 许多外科患者来自内科，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和支架术（目前一般在心内科完成）；高血压及脑血管病的脑部手术等，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。

（二）外伤患者的心理反应

意外事故的原因往往是多样的，包括工伤、车祸、斗殴、战伤等。由于受伤者往往原来身体健壮，事发突然，后果严重，因而造成严重心理冲突，有一些相同的心理反应模式。

1. 外伤初期的“情绪休克” 急性严重外伤者，若神志清楚，有时可以表现为出人意料的镇静和冷漠，被称为情绪休克(emotional shock)。这是一种心理防卫反应，实际上也是一种超限抑制（巴甫洛夫学说）。伤者的反应阈值提高，反应速度迟钝，强度减弱，结果表现答话简单，对治疗的反应也平淡。这种心理反应有时可以持续数天，直至转变为其他的心理反应。情绪休克可以暂时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，医生应注意到，受伤者的这种“安静”行为表现，并不意味着伤势不严重，要防止被表面现象所迷惑，以致延误抢救时机。实际上，经验表明，在一大批受伤者中间，那些不喊不叫的人有时反而比某些叫声响亮者伤势更重些。

2. 外伤造成的焦虑和抑郁反应 由于缺乏思想准备，休克期一过，伤者可因面临一系列身体、生活问题而表现焦虑不安，心情恶劣而易激动。此时，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，以减轻其对治疗操作的不良影响。

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、影响工作、学习、婚姻、家庭生活，担心事故责任等。伤者可能因深感悔恨，发展成自责自罪。此时，给予社会支持极为重要。

（三）外科手术应激对免疫反应的影响

手术期间的激素变化可能是麻醉药的作用，也可能是对手术的应激反应所致。手术前后的心理和生理应激因素会通过生物学机制抑制免疫功能而致癌肿切除术患者病情恶化（Ben-Eliyahu S, 2007）。Walton B(1978)早前就已指出，药物对激素的影响是微弱而短暂的，而手术应激引起的皮质类固醇水平增加要持续好几天。非手术性创伤如烧伤后常有巨噬细胞的吞噬活动受抑，可能也与类固醇水平有关。大多数动物研究表明，个体对植物凝集素(PHA)及刀豆球蛋白(Con-A)的体外免疫反应在麻醉和手术后都受到抑制。Walton认为，此时应激反应中的激素效应要比麻醉剂本身的短期效应来得重要。据估计，约有15%的外科患者在住院期间发生细菌感染，病毒感染也颇常见，烧伤患者及实验动物手术时也易引起感染。抗感染能力下降的主要原因可能是手术应激反应而不是手术中使用的药物。

（四）外科手术后患者常见的病理心理反应

一些研究认为，手术患者的焦虑反应并不局限在手术前，也不一定终止于手术完毕时，许多患者在手术后仍有高水平的焦虑体验。此外，某些患者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。据认为，存在以下心理学因素者可能影响手术预后：①智能欠佳；②社会适应能力差；③术前焦虑过高或过低；④对手术不了解；

⑤对疾病缺乏信心；⑥对康复的动机不足；⑦对手术有不切实际的期望等。

手术后的病理心理反应有以下 3 种表现：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。发生的原因主要由于躯体症状，像创伤疼痛、失血缺氧、代谢障碍、继发感染等。以往有心理障碍者，发生机会较多。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。例如妇女盆腔手术、乳房手术以及其他造成脏器功能缺损的患者等。

因此，探索手术前后身心反应规律，减少术后心理反应和促进康复，是身心医学的重要研究课题。笔者等（1985a）、叶圣雅等（1999ab）曾对此进行各种探索，取得与国外类似的结果。

（五）社会支持对外科手术患者的影响

社会支持是一种信息，它令人相信他受到关心、爱护和尊重，并且是一个相互尽义务的网络中的一员。

在一项对 170 名孕妇的研究中，发现在高生活事件及低社会支持的妇女中，91% 在分娩时遇到并发症；高生活事件，但也有高社会支持者，分娩时并发症只有 33% 在；低生活事件，高社会支持者为 39%；而低生活事件及低社会支持者为 49%。该结果说明，社会支持可能是中介生活事件的一个原因。Rahman A（2003）也证明，某些发展中国家产妇的抑郁症与高生活事件和低社会支持有关。

Ray C 和 Fitzgibbon G(1981)在手术住院的男女患者中，分析社会支持对降低应激的作用，指出由不同角色提供不同形式的支持可产生不同的效应。他们让患者对医生、护士、配偶、病友等 4 种社会支持角色所提供的信息、保证、行动方向、消遣、自我增强等 5 种不同社会支持逐个做出评价，并对患者与这 4 种角色相互唤起的情感作评分。结果发现，角色的差别在于他们所提供的心理支持的性质而不是程度。外科医生是提供信息、保证和方向的主要角色；护士、配偶及病友则主要满足患者的社会定向需要，这方面的作用在某种程度上可超过外科医生。他们同时还发现，在相互作用中，相似的支持行为对患者的焦虑体验产生不同效应。在与病友及外科医生的相互作用方面所报告的焦虑最多，与护士及配偶相互作用时几乎没有焦虑报告。然而，当外科医生向患者提供信息、保证与方向的角色时，则体验不到焦虑；护士在提供方向、消遣与自我增强时，患者的焦虑分也降低。外科医生的信息及预期的保证要比其他角色人物所提供的更有效。

由此可见，广义的社会支持有利于改善外科手术的应激效应。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。

对手术患者提供社会支持，主要是通过术前的心理指导和教育(或心理咨询)来实现。

（六）外科手术患者康复期的心理治疗问题

手术后短期内根本的问题是躯体恢复，心理因素常被忽视。但是随着时间推移，心理行为问题也随着躯体恢复的不同而逐步显得突出起来，并开始影响躯体的进一步恢复。

根据行为医学理论，许多慢性病(包括某些手术后康复期患者)的行为症状，例如丧失信心、愁眉不展、慢性疼痛、对药物的依赖、长期卧床、活动迟钝、局部或全身肌肉紧张和废用性肌萎缩等，可能部分或全部是由急性期的各种反应性行为症状，经过强化

和发展过程而固定下来，但很难找到产生这些行为症状的生理依据。不消除有关的不良心理行为因素，患者常难以用生物医学的治疗手段获得康复。

当患者进入手术后的康复期，行为因素在某些患者身上会成为决定手术最终结果的最重要影响因素。Norton JC (1982) 认为，这一段时期的行为治疗至少将能起到与术前行为指导同样重要的作用。

我国的一些类似行为训练法，如气功、太极等应用于一些大手术后恢复期患者，也具有一定的积极作用。这除了运动本身产生的躯体锻炼效果外，可能与整套训练程式对患者心身起到平衡调节作用有关。

(七) 外科手术患者的心理干预

外科领域最受重视的医学心理学问题，是关于手术前患者的焦虑反应及其相应的心理学干预方法。这将在下面两部分内容中讨论。

二、手术焦虑反应

临床上因急性医疗操作引起的患者焦虑和恐惧反应，除了外科手术，还包括其它各科的诊断和治疗手术，例如内窥镜检查，牙科检查和治疗，以及某些特殊医学程序如分娩等。本节集中讨论患者在即将接受各种医疗操作程序时所产生的焦虑、恐惧反应。

(一) 手术前焦虑反应的原因

手术前焦虑反应因手术性质和患者心身条件不同而有程度上的差异。杜小欧(1984)发现，100例手术患者中术前有顾虑的占76%，多数为择期手术和病情较稳定者；24%主诉顾虑较小者，多为不得不手术或病情较严重者。

手术焦虑的原因是多方面的。Ramsay MAE (1972)对术前恐惧的研究发现，62%的患者是由于怕麻醉、15%怕开刀、23%属于“其他”原因。可见，对于大手术来说，麻醉对患者是一个重要的心理应激源。实际上，对麻醉的恐惧主要是由于患者的不了解。

国内资料认为，造成手术焦虑的直接原因可包括以下几方面：①患者对手术缺乏了解，包括对麻醉的不了解，导致焦虑和恐惧，这方面原因占90%以上。②怀疑手术效果，这主要取决于病情的严重程度。不得不手术的重病者，此项原因相对地次要一些。但整形外科患者情况则有所不同。③对医生进行挑剔者约占99%；患者打听医生的年龄、技术和经验，并为此而感到焦虑。④怕术中疼痛者约占30%。手术越小，患者往往越怕手术期间的疼痛。⑤其他方面，包括家庭关系、单位人际关系、工作情况、环境等。

一些个体差异因素也影响手术焦虑反应，包括：①年龄：如年龄大且属于再次手术者，焦虑反应较轻，年龄小和小手术者反而可能较重；②性别：术前恐惧存在性别差异，可能与自我暴露(self-disclosure)的性别差异有关；③职业：例如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(早年与父母分离、遭人虐待和歧视等)，往往能触景生情而致焦虑等。

(二) 手术前焦虑反应的机制

患者对各种手术(包括各种应激性医学操作)的焦虑反应，可能与以下心理行为机制有关(Shipley RH, 1982)。

(1)不可预见、不可控制感：对医务工作者来说，手术室或检查室、医疗器械、白大衣等都是习以为常的场所或工具。在医疗操作过程中，医务人员关心的是如何给患者以正确的诊断和合理治疗。但是对患者来说，医疗环境却具有不可知性和威胁性，手术或

检查器械则是产生害怕和疼痛的原因。患者对医疗操作过程所关心的是“医生们正在干什么？我的疼痛感觉会如何？”等等。这种对医疗操作活动的不可预见、不可控制感越强，患者产生的焦虑和害怕情绪就越强烈。

(2)经验与条件反射：一些患者由于以往有医源性疼痛的经历，或者生活中的痛苦经历，由于条件反射机制，会使其它许多医疗操作也变为一种条件刺激。例如曾因牙科手术而经历过疼痛的患者，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过程时都会有恐惧感。

(3)示范作用：有的患者曾因现场观看过别人接受医疗手术时的痛苦景象，通过示范作用，自己也产生对各种医疗操作的恐惧和害怕。

(4)失助感：某些医疗手术或检查过程使患者处于一种被强制服从的状态，例如心导管检查需捆绑固定等，患者产生失助感，从而也增加焦虑反应。

关于最后一点，French(1979)曾根据对312名手术患者的焦虑原因所作的分析认为，患者的恐惧反应有55%是由于“失去独立性”（包括本来可以自己做的事情得由别人来帮助）。他指出，“患者似乎不愿意放弃独立性而躺着受控制”。

(三)手术前焦虑和手术结果的关系

患者术前的恐惧和焦虑反应，往往能降低痛阈及耐痛阈，结果在手术中和术后可产生一系列的心理生理反应，如感觉疼痛和痛苦、全身肌肉紧张、对止痛药的依赖以及长期卧床不起等，从而影响手术预后。临床上不少患者由于心理上不适应，虽然手术顺利成功，但术后自我感觉却不佳。

近几十年发表的许多实验性研究报告，大多集中在寻找术前焦虑反应与术后心理生理适应之间的内在联系方面。

1. Janis 的经典研究 Janis IL(1958)首先采用晤谈及独立的临床评价方法，研究手术应激的心理生理效应。他提出术前焦虑程度与术后效果之间存在着“U”字型的函数关系。具体地说，那些术前表现高度焦虑和恐惧，以及很低焦虑的患者，手术后都会有较高的身心反应，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患者，术后结果最好。对这一现象 Janis 作如下解释：由于中等焦虑的患者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。

2. 后续的研究 在 Janis 以后，许多临床心理学研究集中在证实或否定 Janis 的理论。由于手术结果受多种因素例如手术种类、患者特点、术前心理准备等因素的影响，使得各种研究难以获得一致的结论。根据文献大致可归纳成以下几种结果。

(1)术前恐惧与术后恐惧之间可能是线性关系。

(2)术前恐惧与手术结果各项指标之间可能是直线关系。这里的手术结果指标包括诸多心理生理变量，例如手术期间麻醉剂的用量，术后并发症的多少，术后住院时间的长短，术后止痛药用量，术后疼痛体验等。但是，后来的许多研究结果并不完全一致。

例如, Johnson(1971)报告术后疼痛与术前焦虑成正相关,而 Scott(1983)的研究却没有这种结论。

尽管在此问题上的研究结果不统一,但从许多关于术前心理准备能有效地减少术后并发症的临床研究结果来看,术前焦虑与术后焦虑、恢复速度、疼痛程度等手术效果之间,有一定的线性关系。笔者等(1999)所做的临床研究也证明,术前心理准备有助于减轻患者焦虑反应,较低的焦虑反应有利于术后的恢复过程,包括疼痛减轻和对止痛药依赖减少等。

(3)术前低焦虑的患者的害怕程度较轻,且害怕内容也与高焦虑患者不同。

(4)术前高焦虑与低焦虑患者在应对类型方面存在差别。高焦虑者可能一贯存在认知方面的障碍或者对手术使用了无效的应对策略。

(5)术前焦虑程度与心理准备(即心理指导或心理治疗)的实际效果之间可能存在相关性。包括帮助建立起对手术治疗的准确期望和鼓励积极的心理应对等术前心理准备,对术前高焦虑者特别有效(Auerbach, 1976)。Wilson(1980)证明给患者作松弛训练指导,术前高焦虑者更易提早出院。而 Hitchcock(1982)则指出,术前心理准备受高水平焦虑的干扰。

为了对上述5种假设进行综合验证,Wallace LM(1986)选择两组妇科择期小手术患者为对象,并使用多元回归分析法对众多的变量进行筛选研究。结果发现,术前焦虑和术后焦虑之间确存在线性关系,但是术前焦虑和手术效果(包括疼痛程度、恢复速度等)之间并无线性关系。此外,术前焦虑与应对类型之间未见相关,也未发现术前焦虑对《术前指导手册》(用于指导患者作术前心理准备的小册子)的使用效果有多少影响。

虽然上述有关手术前后身心反应的关系未完全阐明(在此介绍也是希望为国内有兴趣者提供研究思路)。但有一点是可以肯定的,手术前实施心理干预如心理指导和行为训练等,对多数患者来说是有益的。关于这个问题,将在下面讨论。

三、手术心理干预

各种文献证明,采用一定的心理指导和行为训练程序,包括给患者介绍有关医疗操作的基本知识,给患者以情绪上的支持和鼓励,指导患者进行特殊的行为训练如放松训练等,一定程度上能调节患者的焦虑情绪,帮助他们增强心理应对能力,使之在心理和行为上尽快适应,促进术后躯体和心理康复。这些心理干预技术除了适用于各种外科手术和某些侵入性医疗程序,也适用于社会生活中许多应激情景,如灾难、激烈比赛等。

(一) 提供信息

有一种信息理论或称准确期望(accurate expectancy)理论认为,当一个患者知道了他希望知道的各种真实信息后,对各种应激性医疗程序的害怕情绪就会相对较轻,忍耐力增强。据此,主张给各种手术患者事先提供有关手术的真实信息。有两种提供信息的模式,即客观信息或真实过程信息(objective or procedural information)和主观信息或感觉信息(subjective or sensory information)。

客观信息就是在术前向患者讲解手术的实际过程。例如,关于全麻下胆囊切除手术完成后的情况:“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,以排出咽喉部粘液防止发热和肺炎,同时定时给你使用止痛药。”

主观信息是向患者提供有关手术时的各种主观真实感受及患者可以提出的要求和医生采取的相应措施。按此种方式，上述例子改为：“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搏、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患者的对照研究，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，这种提供信息的心理准备方法使用于信息敏感者(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学生，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)他们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。因此，组要根据患者的不同心理状况决定采用具体的信息提供方法。

(二) 示范作用

儿童手术前的心理干预可采用示范法(modelling)。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 BG(1977)使用儿童影片，内容反映一个小男孩(模型)从入院、术前准备、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，接受示范干预的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反应，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患者进行现身说法(见第六章)。

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、录像视频或木偶剧等。示范作用也可用于成年人。

(三) 松弛训练

松弛训练(relaxation training)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，也是最常用的方法。

通常认为，患者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。

常用的术前腹式深呼吸松弛训练指导如下：坐或卧位，一手置于胸部，一手置于腹部，逐渐放慢呼吸速率；嘱深呼吸，要能觉察到置在腹部的手抬高而胸部的手基本不动，停留片刻后自然呼气，呼吸时一边心中默念1、2、3……，一边感觉置腹部之手自然回落，并感受到全身肌肉自然放松和舒适宁静的感觉。如此反复指导训练直到患者基本能操作自如，并嘱其在手术中和手术后自觉使用。

(四) 认知疗法

认知疗法(cognitive therapy)是一种效果较好的心理准备方法，在此又称为“应激无害化训练”。其根据是，患者的应激性焦虑反应取决于患者对应激事件的感知和思

考，因此通过帮助患者改变认知结构，焦虑即可减轻。

手术心理准备中的认识疗法通过交谈形式进行，主要包括以下一些要点：

(1) 设法使患者明白一个人对手术的某些极端化思考过程可以引起焦虑反应。例如，虽然多数人手术效果都很好，但万一我运气不好，结果就可能很差。

(2) 设法使患者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、双手用劲等都可引起焦虑。对这些要加以重新认识。

(3) 设法使患者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、鼓励和肯定。

(4) 指导患者假设已处于手术应激场合，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思考方式。

对于认知疗法，医生要按照具体问题灵活掌握，其中有极大的理论性和技巧性（参见第六章）。

(五) 刺激暴露

刺激暴露(stimulus exposure)的依据是条件反射现象，是常用的一种行为治疗手段（见第六章第三节第十节段）。以往研究证明(Rachman, 1977)，对医疗操作的害怕有些是由于过去的厌恶经典条件反射所引起，而这种条件反射性害怕可通过反复暴露于能引起害怕的刺激之中而得到消退。就像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患者对医疗操作或其它应激场面的焦虑反应。

具体方法按情况而定，例如接受内窥镜检查患者可早一天熟悉检查器械(或反复看录像)，以及直接带领患者熟悉各种环境刺激。

刺激暴露法和提供信息法一样，对信息敏感者效果较好。

(六) 分散注意

分散注意(distract)特别适用于短时的应激，如注射、牙科操作、分娩等。分散注意的手段可由医生掌握，也可指导患者自己掌握。举例如下：

谈话：有经验的护士在注射时和牙医拔牙时都普遍使用谈话分散患者的注意。

听音乐：有人让患者自己控制音量收听音乐，嘱患者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患者产生“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”。

计算、设计购物计划和美好的幻想：指导患者在接受医疗操作时自己主动地进行上述心理操作，以分散注意力。

(七) 家庭支持

在第四章已经讨论，社会支持(social support)是个体对抗应激的可利用外部资源。在若干医疗操作程序中，只要有可能，应允许患者的家庭成员在场，可降低患者的焦虑反应。例如，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。

但是要注意家庭成员可能产生负性示范作用或负性暗示作用。例如，家人如果表现极度恐惧和不安，无疑对患者是一种雪上加霜。因此，一般主张家人应和患者一起接受术前教育，表现良好者才可担当起社会支持重任。

(八) 催眠

对手术患者曾建议可采用催眠暗示法(hypnotic suggestion)，以降低其心理应激程度(Marshall, 1978)。但是由于医院缺乏专门催眠人员，而短期内使患者学会自我催眠又不容易，故限制了催眠法的应用。

不过，在日常医疗操作过程中，医护人员可以在患者麻醉的基础上，适当增加一些带催眠暗示性质的良性暗示语，以增加患者安全感而不会有什么坏的影响。例如对一位局部麻醉下正在接受手术的女孩可进行放松、舒适和无痛无害的催眠暗示：“小兰(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、疲劳……小兰正越来越深地呼吸……快睡着了”。有研究认为，即使患者处在意识消失的全麻状态，催眠暗示语仍可产生良性作用。

四、手术心理干预实例

早期，笔者(1985)介绍了国外有关心理行为因素对手术的影响以及手术心理干预的研究情况。其中重点介绍 Egbert LD(1964)和 Melamed BG(1977)等多种术前心理行为干预研究工作。

此后十几年，笔者等(1988)、叶圣雅等(1999ab)和沈晓红等(2001)的团队也曾设立较严格的对照组，在各种外科手术患者中研究术前心理干预的效果，结果与前述基本一致。以下介绍 Egbert 等的术前组合松弛训练方法的实施情况，以供学习参考。

在对手术患者实施心理干预时，往往同时综合使用几种心理行为方法，以加强效果。Egbert 等在一个经典的手术心理准备研究中，对手术患者联合使用心理指导和松弛训练。

研究中，上腹部手术患者实验组 46 人，除给予常规术前指导外，并由麻醉师介绍手术后疼痛情况，指出疼痛主要是局部肌肉紧张造成，用顺序放松肌肉的训练方法可使疼痛减轻，并指导进行具体的松弛训练，主要通过缓慢的深呼吸而有意识地放松腹肌，鼓励患者利用床头的一个吊架在放松腹部肌肉的情况下也能用四肢力量翻身。最后还告诉患者，如果需要，也可以使用有效的止痛药。手术结束后，再重复这些心理行为训练的指导。

51 名对照组患者则仅给以常规的术前指导，即在手术前晚上给患者讲解麻醉过程，但不涉及手术后疼痛等问题。

结果，手术后实验组比对照组住院时间要短 2~7 天，止痛药用量实验组仅为对照组的一半，通过观察估计，实验组的疼痛比对照组轻。

Healy KM(1968)使用类似的心理学指导法，对 300 多名住院患者作临床对照研究，也取得同样良好的结果。此后，许多研究均证明，术前指导对术后心身恢复确有良好作用，如 Anderson EA(1987)研究报告，手术前心理准备能促进心脏手术病人的恢复、

第八节 康复心理

从学科的角度，医学心理学应包含康复医学中的心理学问题。实际上，当今人群的心理问题中，有许多是属于康复医学和康复心理学的临床问题，如慢性病的防治中的心理问题、伤残患者的社会适应等。故笔者在课程和学科构架早期，就纳入康复心理学内

容。本节修订自笔者(1989)“伤残病人康复期心理行为问题”一文,以及笔者(1988b)主编的浙江大学出版社版本教材自撰部分。

一、康复医学与康复心理学

(一) 概念

“康复”一词原意为躯体功能的恢复。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,开始出现许多康复服务机构,目的是帮助伤残者尽可能的恢复工作和生活能力。因此,早期的康复服务机构,主要是使用矫形手术和各种理疗的方法,其服务对象主要是伤残者。

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专科。后来,康复医学的概念明显扩大。从工作目的来看,康复医学要解决患者躯体功能、心理功能、社会功能的恢复或适应。从工作手段来看,包括手术的,理疗的,体育的、环境的、心理行为的各种技术的应用。从工作对象来看,除因病、因伤而导致的躯体或心理功能障碍患者外,还包括慢性病患者的身心恢复过程和老年人的某些心身问题。

康复心理学(rehabilitation psychology)就是研究解决康复医学中的各种心理问题。因此,康复心理学可被看成是康复医学的分支。同时,康复心理学又几乎是与康复医学同时出现的一门医学心理学分支学科。在康复医学发展的早期,由于伤残者往往存在心理问题需要心理学家的帮助,因而促使一部分心理学家也参与了帮助战争伤残者的工作行列。二战后,出现了康复心理学的工作机构和组织,成为心理学的一个部门。

(二) 康复心理学的工作内容

国外从事康复心理学工作的心理学家其知识结构是属于混合型的,他们来自各种心理学机构。Ince LP(1980)认为,康复心理学家主要从事的工作是促进患者适应工作,适应生活和适应社会的过程,从而最大限度地减轻患者终生残废程度。

康复心理学的研究内容可包括以下几个方面:

1. 研究心理行为与伤残的关系 包括行为因素对伤残发生的影响和伤残对个体心理行为的影响及其适应过程。例如研究哪些心理、社会、环境及行为因素易造成伤残,如何改造环境、改造行为模式以减少缺陷、失能和残废的发生;研究伤残者或慢性病患者的心理行为反应及其适应过程,从而为及时正确地给他们以心理学的帮助提供依据等。

2. 对伤残者和慢性病患者开展综合性的社会服务 主要采用临床咨询的方式。这项工作重点是给患者以心理支持,特别是帮助他们克服紧张、焦虑、抑郁等常见的心理问题。还要帮助患者进行认识重建,即认识个人、认识社会,协调人与人、个人与社会之间的关系,从而使他们能在新的起点上适应工作、生活和环境,减少因伤残而造成的痛苦和不安。对某些急性致残者,重点是危机干预(crisis intervention),以帮助某些患者度过短期内出现的情绪危机。

3. 开展各种心理行为治疗技术的应用 各种心理治疗技术几乎都可以在康复医学中得到应用(姜乾金,1988b、1993a)。其中行为干预技术的应用最为普遍,例如自我调整疗法、松弛训练、生物反馈、运动疗法、气功疗法等。生物反馈技术在康复治疗中应用潜力很大,许多躯体功能损害可以通过生物反馈训练得到不同程度的康复。

团体心理治疗在康复医学中有特殊的意义。许多具有类似问题的伤残者，集体或定期集中接受心理治疗，患者在治疗过程中互相交流治疗经验和心得，会有利于获得良效。更重要的是集体环境中的社会支持作用和社会促进作用，使每一个成员都可以得到其他成员心理上的支持和鼓励，这将有利于患者在整个治疗过程中保持稳定的情绪和坚定的信念。对于慢性病患者和老年人的康复问题，团体治疗也有同样的积极意义。

笔者近 10 年里，针对“残联”属下的残疾人，曾开展有关心理与社会适应的团体指导，效果不错，很受欢迎。讲题主要针对残疾人的心理、生活和社会角色的特点，结合医学心理学有关知识和理论，以通俗的语言和例子，每次讲解一个目标讲题。例如：如何调控生活中的压力，认知与幸福度的关系，学习理论在生活中的应用等。

4. 康复心理学还负责康复的心理评定工作 这项工作要使用各种心理测量手段，包括各种智力测验，各类人格测验、态度测验，以及职业指导方面的各种测定等(Martin P, 1980)。

(三) 康复心理学前景

卫生保健工作中的三级预防是对已发生疾病的某些个体提供帮助，以防止疾病的进一步恶化，尽可能降低其对个体功能的损害。如果说心理卫生属于卫生保健中的一级预防工作，则康复心理学就是三级预防工作的重要部分。

康复心理学在我国具有广阔的前景。我国各地有大量疗养和康复机构，中国传统医学中又包含有丰富的行为康复内容，这些都为我国今后康复心理学的发展提供了雄厚的基础。在我国社会转型和经济发展的基础上，随着人们对健康要求的提高，具有中国特色的康复心理学体系一定会建立起来，并在临床上得到应用。

康复心理学的工作内容与医学心理学在许多方面有交叉和重叠，本书有关章节已作了较系统的介绍。下面仅集中讨论伤残的行为问题和康复运动锻炼的心理作用问题。

二、伤残心理

(一) 伤残，病损和心理行为问题

一般所谓的伤残(disability)是指机体的病损(impairment)造成的躯体功能或心理功能的缺损。这里重点讨论躯体伤残(physical disability)与心理行为因素的关系。

病损造成伤残。伤残本身又会使生活、工作、学习发生困难，影响家庭，影响个人理想和前途。伤残者还面临周围人们对他(她)态度的改变(如同情、怜悯、讥笑等)，结果，伤残本身又会产生一系列心理行为方面的问题。但是，康复心理学认为上述病损、伤残和行为问题三者之间并不是简单的直接因果关系，而是一种互相作用互相影响的系统关系。Martin P(1980)将这种关系以简单的模式加以表示(图 7-10)。例如，一般来说伤残造成了行为问题，前者是因，后者是果，但是许多行为因素也可以对机体病损和伤残程度产生影响，此时的因果关系已倒过来。在某些情况下，例如大脑病损，既出现躯体功能的丧失如平衡障碍，又出现行为方面的改变如记忆丧失，此时躯体伤残和行为改变(心理上的伤残)同属病损的直接结果。同样，病损和伤残也并非平行的关系，同样程度的病损，伤残程度有的较轻，有的较重。而且伤

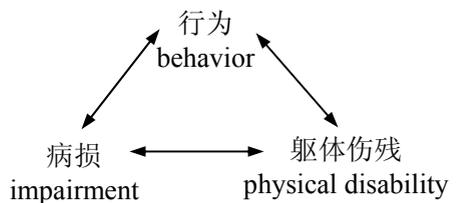


图 7-10 行为与伤残的关系

残作为结果，在一定程度上会反过来影响病损的发展，例如因活动不便，肌肉废用性萎缩，会加重关节病变的发展。下面仅讨论心理行为因素对伤残的影响和伤残引起的心理行为反应问题。

（二）心理行为因素对伤残的影响

伤残的发生有多种原因，包括先天的缺陷、疾病、各种事故等。心理行为因素在这些伤残原因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，许多自杀自伤造成的伤残，其原因往往是心理方面的问题，包括生活挫折、情绪抑郁等。许多“危险行为因素”如酗酒，行为暴躁，常可导致意外事故的伤害。调查还证明，一定行为特征的人，例如神经质者，其伤残发生率相对比较高(Martin P, 1980)。值得注意的是，某些行为问题在伤残出现后仍可继续存在，从而进一步影响康复过程，或者可能由于伤残而使这些行为问题变得更为严重和复杂。

在躯体疾病致残病例中，心理行为因素有时也可影响伤残程度。例如许多研究证明，风湿性关节炎常发生于某些严重的心理应激之后，包括家庭成员重病或死亡、事故、婚姻不和等(Martin P, 1980)。个性特征对伤残及其康复过程也有明显的影响，个性坚强的人在同样严重的病损中所造成的伤残程度可能轻一些。

此外，行为强化因素对伤残程度的影响也不可忽视。例如患者由于躯体病损造成一系列疾病行为反应(或疾病角色表现)，包括活动减少、呻吟和痛苦表情、忧郁沉默等。这类行为反应如果在康复期受到不适当的强化，诸如亲友们对患者的表现不断表示注意和同情，或者长期不让患者参加可能的活动等，结果就有可能通过正强化和负强化机制，将这类依赖行为固定下来，成为伤残的一部分表现。这一类现象常见于慢性疼痛患者，许多人甚至在原发病区已不再能找到任何客观证据证明病变存在的情况下，疼痛行为(pain behavior)仍继续存在，造成伤残(Fordyce WE, 1976)。

总之，凡是心理的、社会的和环境的各种因素，都对伤残的发生有程度不等的影响。

（三）伤残引起的心理行为问题

伤残对个体心理的影响显而易见，在少数突然致残的患者中，这种影响甚至可以是致命的（如自杀）。对大多数患者来说，因伤残引起的心理行为问题也有一定的规律。认识这种规律，对于帮助患者顺利度过康复期有实际指导意义。下面根据阶段学说，对伤残的心理行为问题及其过程作简要的讨论(Grzesiak RC, 1979)。

1. 焦虑与否认 突然发生的伤残事实，往往使个体陷入严重焦虑状态。由于心理上的防卫机制，不少患者会产生否认(denial)心理，觉得“这是不可能的”，“这不是我”。在预后上，患者往往向好的方面想，即使只有百分之一的希望，也觉得这“百分之一”应该是我的。这种否认心理对应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。

2. 愤怒 当患者意识到伤残已是不可避免时，心理上可能会转向愤怒(angry)。此时患者可表现焦虑烦躁，对自己、对他人，均可产生无名的怨恨情绪反应，严重者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也可发生。医护人员认识患者的这种“愤怒期”反应，有利于正确处理医患问题。

3. 抑郁 患者的焦虑反应往往很快被抑郁反应所取代。抑郁(depression)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。这一阶段时间较长，对康复

的成功与否有重要意义，因为处理得好，患者心理上可进入适应期，处理得不好，不但影响躯体功能的恢复，而且可能产生严重后果，例如少数人出现自杀动机。因此，医护人员应及时地在心理上给患者以疏导和支持，激励他们振作精神，面对现实。

4. “接受” 伤残患者经过一系列心理上的抗争，最后终于接受了事实，于是新的人生目标被确立，自尊心和自信心增强。严格说来，这一阶段主要不是心理功能的复原，而是心理行为上的一种适应。

(四) 伤残患者某些行为问题的干预

处理伤残患者的行为问题应采用综合的心理行为措施。不论何类伤残，因何致残，医护人员都应以认真负责的态度在精神上给以支持和鼓励，这是最基本的处理方案。

1. 心理危机 突然致残会给一些人造成心理危机 (crisis)。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，医护人员应采取积极措施，帮助患者度过危机。

Fordyce WE(1971)建议，对突然致残而处于心理危机状态的患者，可采用以下三种处理方式。

(1)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，并告诉他这种训练将为整个康复计划做准备。患者有了目标，也有了具体操作任务，有助于转移注意和缓解心理应激反应。

(2)逐渐将患者注意力吸引到那些经过努力较容易达到的目标上。例如右手伤害，先不考虑其功能的恢复，而是先让患者训练用左手吃饭。一旦训练成功，患者易产生成就感，并容易得到周围人的注意奖励 (reward of attention)。

(3)心理危机时患者容易受别人的影响，并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感情的亲友，暂时不应让其探望。

2. 抑郁和自杀倾向 轻度的焦虑和抑郁，是伤残患者在一定时期内经常出现的一般性行为反应。但如果产生严重的抑郁而不能克服，常会产生自杀意念 (suicide idea)，必须及时发现和处置。

首先是辨别自杀倾向。患者重复叨念“我还是死了的好”，而且语调悲哀以及表现孤独等，应引起医生的重视。但要注意，有的人在一定时期也会偶然讲这句话；相反，有的患者虽有自杀企图，却能伪装。后者更需要医务人员及时发现和干预。

对有自杀倾向的患者，要设法通过支持疗法使其建立起生活动机，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)，通过与小组内行为良好成员的经常性接触，能提高患者的康复动机和自信心。

自杀动机通常是抑郁的发展结果，因此关键是处理好抑郁情绪。医生应针对患者存在的各种问题作深入的解释，说明哪些功能可在今后得到恢复或补偿，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。在此基础上医生应鼓励患者面对现实，提高信心。

另外必须注意，医护人员不能在患者面前经常提起或暗示有关自杀问题。良好的环境气氛对于克服抑郁心境也有帮助，明亮的光线、美好的图片等有利于消除孤独感。

3. 依赖性 依赖性 (dependence) 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以后会自行消失。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行为反应模式，此时患者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。

在康复医疗过程中，应及早地制订渐进性康复训练计划，医护人员应根据病情及时督促和鼓励患者进行行为训练，通过缓慢的行为强化过程，将能够有效地防止和克服依赖性的形成。

三、运动锻炼的心理效应

运动锻炼(exercise training)是常用的一种积极康复手段。研究证明，合理地使用运动锻炼程序，对许多伤残患者有良好的心身康复作用。即使是内脏疾病如高血压、冠心病、糖尿病、慢性肾病等康复期患者，运动锻炼也有一定的改善脏器功能和调节心理行为障碍的作用(McMahon M, 1985)。最新更有研究涉及运动锻炼的心理生物学机制(Hamer M, 2006)。下面集中讨论康复运动锻炼对心理行为的调节作用。

(一) 运动锻炼的抗焦虑作用

根据研究，不论正常人还是患者，参加运动锻炼能减轻紧张焦虑症状。这可以通过个人主观报告和客观观察记录结果得到证实。

1. 事实 Tharp GD(1975)使用行为和心理问卷的方法证明，通过运动锻炼能使个人主观上的紧张焦虑体验减轻。有人则使用肌电活动记录等指标，证明中等强度的散步、慢跑、骑车、登高运动 5~10 分钟，可从客观上降低个体的躯体紧张性，这种作用可以持续至少 1 小时。同样，A 型行为类型的个体在经过较强烈的骑车运动后，其脑电 α 波也有短时的增高。Bolog L(1983)分析认为，上述现象是由于运动锻炼后使中枢神经产生了松弛反应，并不是疲劳现象。

有人对运动锻炼和冥想训练作了对比研究，结果每周慢跑 3 小时共达 6 个月的被试其躯体紧张降低较明显，而与此对应的冥想训练者，其焦虑的认知症状即烦恼程度改善较明显。这一结果提示，某些以躯体症状为主的焦虑患者，可选用运动锻炼方法，而以自我感觉症状为主的患者也许选用冥想训练更合适(Collingwoog TR, 1983)。

此外，Falkin GH(1981)认为，由于运动的抗焦虑作用，因此可以将其作为一种积极的心理应对方法使用。

最新 Herring MP 等(2010)对 40 篇英文学术论文做系统分析评价，结论是运动锻炼有助于降低各种躯体疾病患者的焦虑情绪。

2. 机制 关于运动抗焦虑的机理尚不很清楚。有人用注射乳酸盐的方式诱发焦虑性神经症患者产生恐惧症状，似乎说明运动锻炼造成的乳酸盐升高对焦虑症状不利。但实际上即使用强烈运动锻炼方式使被试血中乳酸盐升高 10 倍，也未能使正常人或者有焦虑倾向的人产生恐惧症状。相反，使用长期慢运动锻炼法却能治疗恐怖症(Driscoll R, 1976)。目前普遍认为，运动抗焦虑的原因可能与以下几方面因素有关：

- (1)运动锻炼过程能分散个体对焦虑原因的注意。
- (2)运动能对抗焦虑症状的知觉过程。
- (3)促进对引起焦虑症状的原因进行再评价(Walsh R, 1980)。

据此，运动锻炼抗焦虑作用的机制主要属于心理行为方面。

(二) 运动锻炼的抗抑郁作用

目前认为,中等强度的长期运动锻炼能减轻非精神病的抑郁症状,患者在锻炼期间抑郁症状的减轻可与躯体康复过程相一致。有不少人认为,这种抗抑郁作用可以与心理治疗或心理咨询的作用相媲美。Jefferson JW(1982)认为,由于运动锻炼至少不会使抑郁症状复杂化,没有其它心理上的副作用,故是一种安全的对付抑郁的康复手段。

1. 事实 许多研究证明,心肌梗塞康复期所出现的抑郁倾向通过运动锻炼可得到减轻,虽然这种作用可能是暂时的,但也有人证明这种抗抑郁作用可以持续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。Griest JH(1979)甚至还认为,跑步锻炼可以治疗精神病患者的抑郁症状,在一年随访中,患者基本保持疗效,而对照组使用心理治疗法,却有半数人需要重新接受治疗。近期Milani R等(2006)对2000年至2005年共522例冠心病病例的研究也证明,运动锻炼可一定程度降低患者抑郁症状以及与抑郁相关的死亡率。

2. 机制 运动锻炼抗抑郁症状的主要原因可能包括:

(1)运动提高了患者对自己身体的自信,以及克服了久病造成的依赖性(Ewart GK, 1984)。

(2)运动锻炼通常在门诊处方,故运动锻炼期间广泛的社会接触,也有利于发挥社会强化作用。

(3)患者对良好结果的期望,也可能与运动锻炼的抗抑郁作用有关。

可见,运动锻炼抗抑郁作用的机制主要也是属于心理行为方面。

(三) 运动锻炼的其它心理行为效益

1. 认知 中等强度的运动锻炼能改善老年人的认知功能,这与上述有关运动抗焦虑,抑郁,以及改善自我评价等方面作用没有联系。

2. 反应时 Spirduso W(1983)测定经常参加运动锻炼的老年人的反应时和反应速度,结果比同等条件的静居老人快得多。经常参加中等强度运动锻炼者,其职业操作能力也有明显改善。

3. 睡眠 中度运动锻炼,还可有主观感觉上的睡眠增加(Baekeland F, 1970),以及客观测量方面的慢波睡眠增多(Horne JA, 1981)。

4. A型行为 Gillespire WJ(1982)通过生理和心理测量方法证明,A型行为可通过长期运动锻炼在一定程度上得到改造。另一个研究认为,运动不但使A型行为得到改善,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生化改变)。由于没有关于运动锻炼反而增加A型行为特征的报告,故倾向于将运动锻炼作为心肌梗塞康复期A型行为改造的一种手段。

5. 自我体验 经常参加运动锻炼还可产生欣快的自我体验。这是一种积极的心境,对康复有利。据经常跑步锻炼者报告,他们之中至少有10~78%在运动时产生欣快感。

造成欣快体验的原因可能是综合性的:

(1)运动锻炼造成心理生理性松弛反应可能是基本原因;

(2)运动使身体外周温度升高也促进松弛反应;

(3)各种激素和神经递质的变化,也可能与欣快感的产生有关(Dishman RK, 1985)。

(4)由于欣快感是一种体验,与其它心理和社会因素的相互作用分不开。

总之,康复运动锻炼对心身的积极作用是肯定的。作为疗养康复计划的一部分,运动锻炼特别适用于那些与心理行为有联系的临床症状。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时必须予以注意。

第八章 健康心理问题

利用前文医学心理学的基础知识、基础理论和基本方法，通过心理卫生指导和心理咨询等各种健康心理学途径，可以促进人群的心理健康水平，有助于解决各种心理问题。而这些心理问题既见之于医学临床工作，更多见于心理学实践工作。

作为医学心理学的横向的实际应用部分，本章分别介绍心理卫生、心理健康促进、儿少

心理卫生、青年心理卫生、中老年心理卫生、心理衰老、心理咨询的组织与实施，以及若干心理问题。

第一节 心理卫生概述

心理卫生或心理健康，既是动词又是名称。前者指卫生或健康状态；后者指卫生和健康的促进。但要达到这两个目的，则需要运用医学心理学的知识和技术。这就是笔者在医学心理学课程和学科构架时的基本态度。以下第一~四节内容修订自笔者（1982b）医学心理学讲义。

一、基本概念

（一）健康与心理健康

生理卫生 (physiological hygiene) 是国人都熟知的在中小学阶段即已开设的课程，它是关于如何维护、促进健康特别是身体健康的学科。

根据生物心理社会医学模式，或根据系统模型，健康 (health) 一词不应只包含身体的健全，还应包括心理上的健康和社会功能的完好。这就涉及到心理健康 (mental health) 的问题。

所谓心理健康，其内容主要涉及以下三个方面。

- (1)情绪的稳定性。包括情绪的积极度和调控能力（参见第三章）。
- (2)个性（人格）的健全。包括自我意识、个性倾向和个性特征的健全。
- (3)社会功能完好。包括自身潜能的发挥和动态的社会适应能力。

一些著作中对此有许多细分的解读，提出心理健康的5条、7条、10或更多条标准。这些分类虽然都有其实际依据，但基本上都没有脱离上述有关心理健康的三个方

（二）心理卫生

1. 概念 心理卫生 (mental hygiene) 与 心理健康 (mental health) 的含义几乎没有区别。但心理卫生一词在我国影响更广，并更多地显示其动词属性，即通过研究和教育，甚至通过各种“群众运动”，来促进和维护人的健康心理，预防精神疾病、神经症、病态人格、发育迟滞和心身疾病，以及消除某些社会和行为问题如烟、酒、药瘾、青少年犯恶、自杀等，以保障人民的心身健康。其重点是预防。因此，心理卫生与预防

医学关系密切。

2. 历史 心理卫生学科从 20 世纪初开始得到发展, 1930 年召开第一次世界心理卫生会议, 1954 年成立了世界心理卫生协会(World Association for Mind Health), 1981 年又召开了一次世界心理卫生代表会议。这项工作正越来越引起各国的重视。

国内在 1936 年曾成立中国心理卫生协会, 由于历史的原因未有更多的后续活动。1985 年重新成立了中国心理卫生协会。

3. 意义 心理卫生工作在许多领域有积极意义, 例如教育、青少年犯罪、优生、老年社会问题等都与心理卫生有关。因此, 心理卫生这项工作的开展不能只依赖于医疗卫生机构, 而应该有更多学科的共同协作。

4. 范围 心理卫生问题可从多个侧面(维度)进行讨论, 包括: ①社会不同团体(如家庭、学校、单位等)的心理卫生问题; ②个体发展过程中不同阶段(如少年、更年期、老年等)的心理卫生问题; ③某些特定个体(如生理缺陷, 酒、烟、药瘾者)的心理卫生问题等。

(三) 健全人格

1. 概念 心理卫生的核心内容是培养健全人格(healthy personality)。所谓健全人格, 整体上是指个体能否自己协调地适应环境(即是否能避免使自己总是陷入与环境的冲突之中), 是否能使自己心情愉快, 是否使自己的能力获得适当地发挥。具体则包含正确的价值观念, 爱集体、爱劳动、有爱心, 不自我中心, 性格坚强, 不感情用事, 不主观、不片面、不任性、不固执、辩证思考, 有独立性、有坚强的毅力、善于克服困难等综合心理品质。

根据近年来被心理学界广泛接受的大五(big five)人格五种因素的含义, 健全人格应包含一定程度上的情绪稳定性(N)、外向性(E)、开放性(O)随和性(A)和谨慎性(C)。

2. 意义 健全的人格能促进个体其他心理功能的完备, 如促进智力的发展和能力的正常发挥, 促进情绪的稳定和情感的积极, 促进个体对各种社会环境的协调和适应, 促进心身的健康。当然, 健全人格也有利于个体去改造环境, 使之不对自身产生严重的压力, 从而进一步促进个体生物心理社会系统的良性循环。

3. 影响因素 健全人格的形成取决于以下因素: ①遗传素质与生理基础; ②成长过程中环境因素的影响(包括家庭、学校、社会环境); ③一生中的种种遭遇和挫折是否严重; ④个人主观上的努力程度等。这方面存在大量常识心理学话题, 在此不多讨论。

(四) 健康心理学

健康心理学(health psychology)是 20 世纪 7、80 年代在美国出现的新学科。其研究内容与范围与心理卫生有很大的交叉和重叠, 重点探讨心理健康的维护, 并具体涉及到各种健康行为的建立与促进, 以及不健康行为的预防和矫正。因此, 健康心理学又与行为医学有很大的关联, 也是预防医学所关注的一门学科。

二、终生发展观

从个体发展的心理卫生角度, 涉及个体是如何“发展”的问题。一般人的观念是, 人生的过程就像一条抛物线, 由出生到童年、青年、中年、老年, 再到死亡, 从零点又回到零点。这种观念对死亡的认识, 除了基本化学元素的循环, 个体的其它一切都趋于

彻底消失。

这种人生观念也带来一些问题。例如，人们虽然能够在逻辑上接受人生最后“归零”这种理性的认识，但从自我意识、个人认知、个人体验上，却很难完全接受，特别是老年期和临终病人，易导致严重心理问题。

终生发展 (lifelong development) 的观念是，人生是在各个阶段内外环境条件下的不断发展的过程。在人生发展过程中，个体保持与内外环境之间的动态关系。结果，死亡也是一种发展。

终生发展观有助于解决上述由起点到终点的人生观念所产生的心理问题，但也难以解释上述人生的理化变化直至“归零”现象。

以下引自胡佩诚(2002)对终生发展观的要点描述。

(1) 发展是终生的过程: 个体发展是整个一生的过程。人的终生发展是一个在时间(起点、延续、终点)、顺序和方向等方面各不相同的各种变化范型的体系。人的整个一生都在发展，这是由于人的一生不断面临各种要求和机会，包括生物性发展、社会期望和个人活动中产生的一系列问题 and 挑战。一生的经验都对发展有重要意义。

(2) 发展是多维的: 发展的型式具有多样性，发展的方向因行为的种类而异。行为的各个方面或同一方向的各个成份、特性、发展的进程各不相同。没有一条单一的曲线能描绘个体发展的复杂性。例如: 在智力领域，有晶态智力 (crystallized intelligence, 指人通过掌握文化知识经验而形成的一种能力) 与液态智力 (fluid intelligence, 指不依据于人的文化知识经验的能力，表现为空间定向、知觉操作等方面)。两者都随着年龄的增加而增长，但晶态智力到成年后继续增长，不过增长的速度减慢，而液态智力在成年早期就开始衰退了。

(3) 发展是获得(成长)和丧失(衰退)的结合: 巴尔特斯认为发展不是简单地朝着功能增长方向的运动，生命过程中任何时候的发展都是成长和衰退的结合。任何发展都是新适应能力的获得，同时包含着以前存在的部分能力的丧失。例如，在认知发展中，认识水平的提高、图式的发展会对知觉产生抑制作用，它使知觉判断的真实性丧失、知觉的精确性降低。

此外，埃里克森(Erikson E, 1902-1994)关于人的心理社会发展八个阶段理论(表8-1)，除了在教育方面具有重要意义，在终生心理发展与心理健康方面也有一定的理论和现实意义。

表 8-1 埃里克森的发展八个阶段

发展阶段	年龄(岁)	发展的两种对立结果(心理冲突)	解决得好可能形成的心理品质	解决不好可能形成的心理品质	教育
1	0-1.5	信任-疑惑	驾驭、希望	惧怕	哺育期
2	1.5-3	自主性-羞怯	自控、勇气与意志	自我疑虑	幼儿园前期
3	3-6	主动-内疚	目标	自卑感	学前教育期
4	6-12	勤勉-自卑	方法、能力	无能	初等教育期
5	12-18	自我认同-角色混乱	献身、忠诚	不确定性	中等教育期
6	18-35	亲密-孤独	亲和、爱	人际萎缩	高等教育期
7	35-65	生殖-停滞	关心	自私	成人教育期

三、团体心理卫生

从团体的心理卫生角度，涉及到许多不同性质的社会群体。

（一）团体与系统论

1. 团体概念 团体（group）或群体是指通过一定的社会关系结合起来进行共同活动而产生相互作用的集体。

团体的共同特征包括：有共同目标和利益；团体成员彼此依赖、影响和支持；有共同准则、纪律和规范。

团体的主要基础有：血缘关系（宗族）；地缘关系（邻居、同乡、同胞）；业缘关系（同事、上下级、同志）。家庭在一定意义上也是一种团体。

团体的三个基本内容：①结构系统（如教师与校长的身份角色关系）；②社会角色（即个体符合身份的行为方式）；③社会标准（即对角色行为的要求）。个体行为如果不符合以上三个基本内容，则为不适应行为，会出现个体心理卫生问题，并可能进一步影响其他团体成员的心理卫生问题，进而带来团体心理卫生问题。

2. 团体是系统结构 团体本质上是多因素的系统结构。如果各种因素之间处于动态平衡的，则团体是健康的；如果各种因素之间处于恶性循环状态，则导致团体心理卫生问题。

以国家与家庭之间的关系为例，家庭是社会群体的基本单位，社会群体最终构成国家。所谓治国先治家，足见家庭稳定对于国家稳定的重要性。但家庭又是由各具人格特征的家庭成员所构成，每一家庭成员又是生物、心理、社会因素的结构系统（参见第四章）。因此，讨论团体直至国家和民族的心理卫生问题，都必须从系统论的角度入手，包括从最基本的社会单元家庭开始。

（二）家庭心理卫生

夫妇感情和心理结构上的差别，子女（特别是对独生子女）抚养和教育态度与方式的不同，家庭成员中父子、婆媳、翁婿间的关系的处理等都是家庭心理卫生的重点，如果处理不当，都会导致家庭系统里各因素之间的恶性循环，导致家庭成员的紧张与忧虑，对家庭成员的心理健康产生深刻影响，甚至产生心身疾病和精神神经疾患，也可能导致家庭的破裂或发生严重事故。

国际上存在诸多家庭治疗理论与方法，近年来有不少被引入国内，如赵旭东引入了系统家庭治疗。笔者（2011）根据压力系统模型，对家庭心理卫生问题通过系统模型的分析 and 综合干预方法来解决。

（三）学校心理卫生

环境变化、师生关系、同学关系，是否尊师爱生和同学间团结友爱，教学是否符合教育心理学原则，学习负担是否合理，学习目标和方法是否科学等，以及与之相应的一些学生出现焦虑、抑郁情绪、情感问题、学习障碍、人际交问题、睡眠障碍、自我意识问题等，都是学校心理卫生的重点。

此外，笔者认为，在当前我国学生的整体素质教育中，尚需突出“接受差异、快乐

竞争”（或“差异化”）观念的教育和训练，避免“过独木桥”式教育带来的“标准化”（或“绝对公平”）观念的过度内化，如“只能成功不能失败”、“世上没有跨不过的坎”等，为他们将来进入竞争的社会（而不是标准化社会）创造合适的人格基础条件。（参见下一节）

（四）企事业单位心理卫生

工作单位中不良的劳动环境（如噪音、公害污染等），工作负担，班次更迭（例如由白班改中班再夜班，还是由白班改夜班后中班，可造成睡眠节律的变动），人际关系及集体宿舍中单身职工的相互干扰，人与机器、自动化与人的关系，生产流程、劳动组合等，都关系到职工的心身健康。

改善劳动环境、重视劳动组织，使员工心境安详，情绪愉快、稳定；科学计划、循序渐进，以避免员工出现杂乱无章和烦躁不安感；强调劳逸适度、积极休息，以防止神经系统出现机能性障碍；提倡文明生产、加强安全保护，以防止事故；治理公害，以保证职工心身健康等。这些都是单位心理卫生的重点。其中积极休息如体育活动和文娱生活是消除疲劳、增进心身健康的良好措施。

企事业单位的心理卫生工作可以采用系统论模型指导下的压力管理模式（参见第八节）。

此外，在某些特定历史时期，例如社会转型期，也会出现一些突出的社会问题，如青少年犯法、群体性事件、赌黄毒问题；人口质量问题等，其中也隐含群体心理卫生的内容。

四、教育与心理健康促进

心理健康促进（mental health promotion），是指在医学心理学知识、理论和方法基础上，针对目标人群实施各种方法与手段，以促进其心理健康。故心理健康促进是心理卫生工作的主要形式，也是医学心理学的重要应用领域。

心理健康促进手段，除了教育，还包括医学的、社会环境的和行为学的多方面有益措施。

（一）教育在心理健康促进中的作用

心理健康教育（传授心理健康知识）是心理健康促进的重要手段之一。包括团体心理健康教育和门诊个别心理健康指导两种基本形式。

1. 团体心理健康教育 集体教育（咨询）是心理健康促进的主要形式之一，可分为小组和大班两种形式。有关团体心理教育的组织与实施，已在第六章第十节中讨论。团体教育的主题（即讲题）应根据目标人群的特性和共同需求来组织。笔者长期以来经常开展的讲题包括：

（1）心理结构与心理健康知识讲座：对象面较广。主要介绍心理健康基础知识和宣讲一般心理保健措施。

在这类讲座中，往往采用系统模型，重点告诉目标人群，人格、认识和感受是不同层面的心理现象，不要搞混淆了。各种心理健康问题，首先表现为不良感受，如焦虑、抑郁。但导致这种不良感受的原因，有认识上的，也有人格上的。因此，有的心理问题可以通过认识来解决，不断地学习和吸收有关心理调节的知识，可以促进自己的心理成熟和提高心理适应能力。但有的心理问题如许多不良情绪并不是通过自己的认识就能轻

易地克服的，而是需要“触动”人格层面，这就需要接受专业技术的“运作”（包括心理治疗）帮助来解决。（参见第五章第一节）

（2）心理压力管理与调适：对象有学生、妇女、工人、干部、军人、医务人员等。主要内容包括压力的作用，压力的结构，压力的调节等。

根据压力系统模型，一般告诉目标人群：①压力是系统构成；②压力有积极作用，特别是青少年，那些没有经历过压力训练的人需要再训练；③压力也可能导致损害，需要积极认识和解决；④有害的压力是系统结构的失平衡，需要通过自身和环境的多因素入手加以调适。（参见第四章）

（3）健全人格的培养和训练：对象主要是学生。内容主要包括：①许多心理健康问题例子显示，人格因素是心理问题的基础；②人格在长期生活过程中慢慢形成，已有生物学和行为学基础，仅通过认识较难改变（如明知自己脾气冲动却难以随时控制）；③针对心理健康问题中的人格因素，需要在认识基础上通过各种具体的活动和训练予以逐渐改变；④健全人格也需要通过实践训练过程才能逐渐养成。

（4）心身疾病的防治：对象是各种慢性病人、家属、保健医生等。除了介绍心身相关的基础知识（见第七章第二节），根据目标对象的共同问题，重点介绍一些心理保健措施和若干临床心理操作技术，如高血压病人的放松训练，癌症病人的想象技术、糖尿病病人饮食的行为学控制技巧等。

（5）婚姻和谐与婚姻问题：主要对象是婚前、婚后、离婚等青年人群。基本教育方式是基于压力系统模型的婚姻指导，效果较好。具体内容可参阅笔者（2011）《压力（应激）系统模型—解读婚姻》一书第一篇。

（6）老年心理特点与生活适应：主要对象是老年大学学员。内容包括老年人的心理特点与注意事项，老年人的生活调适要点。（参见本章第五节）

此外，还有心理危机的预防与管理，企业家、干部的心理健康问题，儿童行为训练等讲题等，现场的效果都不错。

2. 心理门诊个别教育与指导 对于各种存在心理健康问题的来访者，门诊心理教育与指导也是重要的心理健康促进途径，其基本手段包括知识的宣讲，心理指导和心理治疗模式的语言引导。前者主要针对因缺少各种心理健康知识产生心理健康问题的来访者，后者主要针对存在神经症样症状（往往与人格因素有关）的来访者。（参见第六章第一节）

（二）心理健康促进不等同于知识教育

教育在心理健康促进中的重要性是不言而喻的。但当前也存在另一种认知倾向，并已成为许多领导和群众的约定俗成观念，即心理健康促进就是心理教育，就是教师在上面讲课，学生在下面听课的传统意义上的教与学。

实际上，心理健康的形成与发展，并不完全取决于有多少教师的说教。各种心理理论也早已指出，心理的发展和健康心理的形成，取决于多种生物、心理、社会和文化因素。前文已指到，关于心理健康促进，除了教育，还包括诸如医学的、社会环境的和行为的多方面措施。在心理健康促进过程中，除了知识教育，更是一种“艺术的运作”，教育也是为了贯彻这种“运作”。

目前，一部分有文化的父母往往倾其所有为幼小的孩子寻找各种受教育机会。这些家长的基本观念就是通过教育可培养神童，即神童可以由各种老师通过传递知识而“教

育”出来。近期有一位十几岁就成为博士生的孩子，就属于父母全身心投入后所“教育”出来的神童，但却明显存在价值观和责任感甚至自我意识等人格方面的问题。例如，被该生认为极普通的一个要求，就是让经济力一般的父母必须用现金在北京为他购置房子。可以想象，这样的孩子如果不主动或被动地经过社会的再磨练（而不是简单的说教），将来进入社会后的心理健康状况堪忧。

当今的某些教育部门也存在类似偏差。在学生心理健康问题上，认为通过加大投入，用心理学知识培养心理教师，然后让这些教师去给学生讲授心理健康知识，就可以提高学生的心理健康水平。这种做法的观念基础就是“知识”可以促进心理健康。现实的结果是，心理健康课程开设了不少，学生心理问题包括严重心理问题还是照样。实际上，即使仅从教师这个角度（因为还得从社会和文化角度），也只有让这些教师掌握了心理健康促进的各种理论和手段，特别是“运作”的各种技能，才有助于促进目标人群的心理健康。

有关部委也曾经在一些专家的支持下，试图采用某些心理量表，在全国甄别高考录取生的心理健康水平。其初衷似乎是借此优选学生，减少在校生的心理健康问题。分析这个决策的观念基础，同样是基于上述的教育思维（即心理健康问题都进入心理学知识领域，都可以被提前操控）和线性思维（即心理健康问题通过几个心理维度的测查就能被反映出来）。可以设想，如果将全国大学新生全部用几个量表（代表几个心理维度）加以过滤，将那些“非常态”（即偏态）分布的人切割掉，结果将是在不放过“心理不健康者”的同时，也错杀了可能的“奇才”。因为纵观古今中外，凡创造“非常态”奇迹的“奇才”，往往就是那些“非常态”的人。而当今我们为了自主创新，朝思暮想的正是这种亿分之一的非常态“奇才”。再说，即使真的实施这种筛查方法，相信学校里学生的心理健康问题也未必因此而减少。

同样，用大范围的知识教育和上述筛查的方法来预防自杀，也是一种教育思维模式，其结果也可能是无效的（还需要循证医学的研究证据）。笔者的实践体会则相反，某些人因为过多接收与“自杀”有关的各种知识和信息（包括心理学知识如抑郁症知识），反而容易激活他的自杀意念。这可以解释在某些地方一旦发生自杀事件，有关部门会因此而加强教育并增加社会宣传和防范，但还会发生新的甚至更多的自杀。

第二节 胎教与儿少心理卫生

一、“胎教”

健康的心理，完善的人格，虽然大多要靠后天的社会教养来培养，但也不能忽视遗传因素和胚胎期的发育。如今，为了提高人口质量，积极提倡优生优育，其中就包括重视孕期心理卫生即“胎教”（prenatal influence）。

妇女孕期的情绪状态，可以影响胚胎的正常发育。据认为，愉快的情绪有助于生育智力活跃、心身健康的后一代（Vingoe FJ, 1981）。1964年美国心理学家对大量调查材料进行研究，发现怀孕时，如有严重紧张、焦虑情绪，则孩子成长后情绪常不稳定。有些学者认为，某些先天性生理缺陷，也可能与孕妇妊娠期的情绪有关，例如当孕妇情绪过度紧张时，肾上腺皮质激素会分泌过多，可能阻碍胎儿上颌的发育而形成腭裂。

父母吸烟、酗酒等不良行为，有可能导致胎儿畸形或智力低下。原因是酒精进入血液可损害生殖细胞，影响胎儿发育；吸烟除吸入多种有害胎儿发育的化学毒物外，还会造成体内一氧化碳血红蛋白增多，血氧含量降低，影响胎儿发育。

因此，为了生育聪明活泼，健康可爱的孩子，母亲在怀孕期一定要心情舒畅，情绪稳定，保持良好的心理状态，生活有节律，营养和休息适度。同时父母双方都应戒除某些不良的行为习惯和嗜好。

至于目前流行的音乐胎教，即通过孕期腹壁给胎儿“听”音乐，以达到胎教的目的，其效果和机制还值得探讨。某些有效的结果也许与操作和环境导致的孕妇情绪改善有关。

二、儿少心理特点与对策

儿童和少年心理卫生是一门专门的学科，涉及到许多领域的知识，发展心理学中也有许多叙述。儿少心理卫生的任务是研究儿童少年的心理发展特点，并相应地对儿少进行教育和训练，以培养健康的心理，良好的人格和社会适应能力，为德智体全面发展打下牢固基础。

（一）心理发展

1. 条件反射的建立 新生儿大脑皮质活动还很弱，依靠皮质下中枢无条件反射活动来与外界发生联系，如呼吸、吞咽、防御反射活动。出生后两周左右，随着外界不断的条件刺激，婴儿脑细胞间的联系和神经纤维的髓鞘化也逐渐发展，条件反射开始建立。如母亲抱起孩子喂奶，最初是乳头触及唇，才引起吮吸反射。以后，母亲把婴儿抱在怀里，婴儿就会寻找奶头，并作吮吸动作。随着大脑皮质的逐渐成熟和外界刺激的不断增加，建立的条件反射也越来越多、越复杂。同时感觉越复杂、情绪越分化。

2. 情绪分化 新生儿的情绪仅表现为激动状态，然后开始分化为两类：愉快，代表生理需要的满足；不愉快，代表生理需要未满足或其他不适。我国心理学家林传鼎则提出，从出生到三个月，可以有欲求、喜悦、厌恶、愤怒、惊骇、烦闷六种情绪反应。到两岁时，大约有对人的亲爱、尊敬、同情；对事物的好奇、羡慕；关于评价的惭愧、失望；否定性的厌恶、愤怒以及恐惧等 20 多种情绪反应。

3. 人格特征 近代心理学认为人格的健全与否在三岁左右就已奠定了基础。在婴幼儿时期，由于与外界接触和受成人影响越来越多，心理发展也特别迅速。美国布鲁姆追踪研究指出，5 岁前是智力发展最快的时期，和 17 岁作比较，4 岁时的智力就约有 50%，4-8 岁可获 30%，最后的 20%是在 8-17 岁时获得。印度狼孩卡玛拉 4 岁时被狼叼走脱离了人类社会，17 岁时被发现，但其智龄只相当 4 岁左右，被认为是一个实际例证。

3-7 岁这段时期儿童的人格正在形成，情绪不稳定，具有易感性。父母影响特别重要，教育不当会形成病态人格。例如，一个 5 岁女孩，其母患有癔病，喜怒无常，发作时打滚哭闹。不久，这个女孩也就有类似发作。病态人格是个性发展上的畸形。

（二）若干心理问题

1. “爱动” 儿童 3 岁以后，大脑内抑制过程发展较前加快，这使儿童有可能形成更复杂的条件反射，从而能较好地分析综合外界事物，控制和调节自己的行为。但这时的抑制过程还是比较弱，兴奋过程仍占优势，容易兴奋、激动和喧闹。要求他们较久地静坐或长时间集中注意力是困难的。

“爱动”是儿童时期的一种正常特点。爱动的过程，其实也是试错训练的过程（见下文），有助于综合和协调活动能力的培养，减少感觉统合障碍的发生。

2. “反抗” 三岁左右，由于自由活动能力加强，知识增多，探索欲望增强，儿童希望自己独立地去做一些事。如果成人强行干预，容易出现抗拒和哭闹，这是自我意志形成的表现。这种三岁左右出现的不听话，甚至执拗，心理学上叫做第一反抗期。幼儿以反抗的形式，要求占有和扩大生活范围，来表达这种独立性，是一种有积极意义的心理状态。反抗心理程度较强的幼儿，长大后往往意志较坚强，有主见，能独立分析和判断事物，承担责任，做出决断。相反，有的“标准儿童”（normal child）并不是健康的表现。

因此，对这种反抗，父母要因势利导，帮助幼儿实现那些可做到的事，不要包办代替和过分保护，不然，不利于培养健全人格；要注意保护和指导，否则遇到困难、挫折容易产生疑惑与羞怯感；也不要因幼儿完不成自己的设想而加以讥讽，以免形成胆怯和自卑感。

对于无理哭闹者，不可迁就或无原则爱抚。儿童无理哭闹的动机是为了引起别人对他的注意，如任其满足，就会形成习惯性行为，以后很难纠正。

3. 睡眠习惯 儿童睡眠习惯要从小训练，这对培养有规律的生活很重要。其中需要引起年轻家长注意的常见问题包括：

不能把上床睡觉当作对儿童的一种惩罚，否则会产生厌恶对立情绪，形成对睡眠的不良情绪性条件反射。

不要在睡前用威吓的话逼迫儿童入睡。否则易导致作噩梦，甚至发生夜惊。夜惊是一种情绪性睡眠障碍，表现为睡眠中突然哭喊、惊叫、双眼紧闭或直视、表情紧张。这是一种恐惧性情绪体验。白天遇到可怕事故，睡前看了惊险电视或听了恐怖故事，都易引起夜惊。

睡眠也应尽量避免讲条件，点灯就是条件，催眠曲、摇晃动作等也是条件。

4. 玩具和游戏 玩具和游戏有增长儿童知识，培养儿童思维、想象力和促进人格发展的积极作用。玩具最好是可装可拆的，以发挥其想象力和训练其技能。玩沙、泥土、积木、球类、牛皮筋、剪纸和工具玩具等也是不错的选择。成年人应避免将自己的价值观念通过玩具带给孩子，例如有的玩具很贵，其实并不具备上述各种玩具功能。

儿童游戏不只是一种单纯的娱乐，它孕育着丰富的科学思维。童年时的游戏有时是科学探索的前奏。据说数学物理学家麦克斯韦把他童年时喜欢的陀螺和活动画筒这两种玩具的原理，都用于科学的发现上。这种智力和技能操作实践是儿童智力和技能发展的基础，应多创造各种条件，让孩子们愉快地玩，并尽可能与他们一起玩，给予诱导和启发。

5. 不良行为（品行） 儿童的孤僻、胆怯、固执、说谎、自我中心等不良行为和品行特点，往往模仿自父母。父母的言传身教和有无良好家庭环境，对儿童的成长和健全人格的形成十分重要。

父母言行对孩子心理健康的影响涉及面很广，例如：

母亲对自己孩子在小朋友间的偶然“吃亏”，显得很愤怒，并穷追不舍，务必寻求一个绝对公平与公正，孩子有可能通过示范机制逐渐变得自我中心，或初步形成求全完美的性格倾向，可能使其成年后不能适应“差异化”的世界。

父母占了便宜便沾沾自喜，溢于言表，孩子也有可能形成占有的习惯行为，甚至发展为价值观念的扭曲或偷盗行为。

父母失信于孩子，或用谎话来搪塞，会使孩子学会说谎。

父母对孩子不许这，不许那，出门怕车压，游泳怕淹没，孩子会形成性格上的胆怯。

父母遇事不愉快而迁怒于孩子，孩子可能以做坏事进行报复，或形成冲动性人格。

父母面对孩子走路摔跤，不是向孩子指出下次要小心，而是责怪地面不平，蹬着路面安慰孩子且谩骂养路工，孩子易养成归罪于人的习惯，例如考试不及格怪学校、怪老师、怪家庭，就是不怪自己。

父母面对孩子考试成绩不佳，总是怪孩子“笨”，会影响孩子的自尊心和自信心。

自信心对一个人来说是很宝贵的，没有自信心的人什么事也做不成。

少数儿童受社会上不良风气影响，出现好斗、吸烟、盗窃、放荡等危害社会秩序的错误行为（品行问题），也都是少儿心理卫生的重点。

关于从小培养儿童的良好行为（为将来的健全人格打下基础），其实是很难一概而论的。例如，对儿童的生活、游戏、学习活动都要关心，但又要管教适当。管束过严，可形成抗逆悖理或冷淡无情之性格；溺爱迁就，百依百顺，又可形成依赖、软弱、任性、违拗、固执的性格。在生活环境中，好的、坏的风气和习俗，也对儿童少年有潜移默化的影响，由于家庭是幼儿期的主要生活环境，家庭成员之间的关系和家庭氛围对孩子来说具有特殊的敏感性。父母及其他成员的价值观念和生活习惯，对孩子的品德培养和人格形成有重要意义。从小就要向孩子示范如何正确对待和处理生活中遇到的各种矛盾，养成开朗、活泼、坚强、富有毅力的良好性格。

另外，在儿少心理卫生领域，除了重视环境和教育方式的影响，父母自身的心理病理因素如抑郁症等也与儿童行为问题的形成和发展有关（Connell AM & Goodman SH, 2002）。然而，如何防止父母自身心理问题对孩子的影响，在国内却被长期忽略。

三、挫折训练与试错训练

以下是笔者的挫折训练（教育）与试错训练（教育）团体指导要点。

（一）概念

所谓挫折训练（教育），是指孩子面临一定困难情景时（也可以特意设置困难任务），训练其自己探索解决问题，或者培养其面对某些难以解决的问题，培养其挫折容忍力。所谓试错训练（教育），则是指让孩子做正确操作的同时，适当尝试错误的操作，以培养更自主更准确的操作能力。

（二）现状

近年来，随着国内独生子女比率的增高，以及与社会文化大环境相关的家长们的教育观念的偏差，导致众多家长总是想方设法创造条件，避免孩子遭遇各种挫折（其口号就是“最苦也不能苦了孩子”）。典型的事例有，送孩子上幼儿园时进大门还不算，必需直接送达教室，担心因中间环节脱节而出问题；老师组织学生在中午时间参加社会庆典活动，被全民谴责，理由是担心影响孩子的休息和健康；面对孩子之间的互相“欺负”（实为打闹），大人们强势出动，要求绝对摆平，还认为只有这样强势才可以培养孩子将来维权能力；考试时学生家长自发组织纠察队，以保护孩子免受街道上过往汽车杂音的干扰等。与此类似的是家长们总是想方设法创造条件，不惜包办代替，让孩子在学习、

玩耍等活动中总是一次性顺利过关，以保证孩子不出错、不失败为基本行为目标。

这种缺乏挫折和试错训练（教育）的结果，是孩子们在独自面对真实困难时容易手足无措，缺乏挫折容忍力，反易遭受重大挫折；成年后则在遇到突发事件时，可因挫折应对技巧的缺如，产生严重的心理行为问题或社会适应问题。国内近期有一位据说平时很“懂事”（说明不缺知识）的青年，在开车撞伤人后却又拔刀将伤者杀死，很类似幼儿遇到挫折时本能的掩耳盗铃行为，似与其成长过程缺乏多方面的挫折与试错训练有关。

（三）原理

人的身体结构和功能是一个系统。例如，各种感觉功能看似先天就已独立存在，实际上却是需要经过后天的统合训练。感觉统合障碍就是由于成长过程中缺乏对各种感觉功能和运动功能的协调性训练和试错训练。人的社会功能同样是一个系统。吸收更多的知识和训练更多的技能，并不意味着就能提高孩子将来的整体社会功能（上述**某青年**的危机应对能力缺损就是现实的证据），而是需要通过社会的综合训练包括试错训练才能形成。

具体到人的认识和行为活动，行为并不总是由认识所控制（见第二章），而是对内外环境因素的综合反应，往往包含大量的具体训练的成分。可见认知或知识不能代替综合的行为训练，即使孩子学得很多，琴棋书画都会，也不能代替社会环境适应能力的综合训练。其中包括挫折训练和试错训练。这里以学习驾驶为例，认知或知识（知道如何开车）对开车过程起着指导作用，但熟练的操作还需要更全面的训练过程（反复练习开车）。笔者的体会是，在场地训练科目中总是一次通过的学驾者，较之反复尝试错误（如左偏和右偏）然后成功的人，在实际路考时可能反而成绩不佳。同样，从来都是一次通过的满分学生，较之反复琢磨错误答案的人，在复杂考试时未必占优。

（4）方法

1. 心理“挫折”与“试错”训练要点

(1)在以正强化为主的行为训练基调上（奖励为主已是我国大多数家长的共识），间或穿插取消强化（取消奖励），并给予认识指导。例如，孩子弹琴，家长给予褒奖是主基调，但间或可以“忘了”褒奖。

(2)在满足孩子的合理要求基调上（最苦也不能苦了孩子已经成为我国家长们的共识），间或对孩子的某些看似合理的要求也不予满足，或者制造一点小挫折，在讲清道理以后哭闹也没有用，以提高其心理承受能力。

(3)遇到困难，尽量让孩子自己去处理，解决不了（犯错）时家长轻松对待，反复出错才给予帮助，间或还会让问题存在而不予理睬（轻微挫折）。例如孩子诉说被幼儿园里的某孩子欺负了（如打我的头），一般情况下家长指出对方做得不对即够，不应大惊小怪，如果再次发生，可告诉孩子如再遇此事，当场告诉老师。面对这些小问题小挫折，家长不应通包。

2. 身体“挫折”与“试错”训练要点 在保证孩子身体健康所需的基本环境条件基础上，适当地制造一点物质和环境方面的“欠缺”。例如，多年前曾有一些勇敢的护理工作对一群幼儿园的孩子做两年期实验追踪研究（见第二章第八节），实验组坚持早上先揭开被子后穿衣、穿袜子，天气不好（大雨例外）照常外出活动等管理方式，结果两年后孩子们在身体素质、行走平衡（脚跟对脚尖直线行走）、感冒次数、医药费总值

等身体和行为实验指标方面，较普通保护方式的对照组孩子要好。

以上心理和身体两方面的“挫折”训练，通过心、身之间的互相影响，最终有助于提高孩子的整体心身健康水平（身体健康，情绪稳定，个性健全，环境和社会适应）。

四、行为学原理与行为问题实例

（一）正强化机制与行为问题

1. 门诊案例 男孩，11岁，小学四年级。家长在九月份来门诊咨询，主诉其儿子开学后没几天，即开始逃学。

事起于上一学期开学不久，因孩子长期作业拖沓，成绩全班倒数，家长使尽办法，最后决定采用奖励法（在行为学习理论中属于正强化）。在与孩子约法三章以后，双方确认，如果这个学期能够认真做作业，只要成绩由全班倒数提高到后10名内，暑假就购买某品牌游戏机作为奖励。当时孩子非常高兴，并明显提高了做作业的认真程度，无奈只有三天热度，又恢复原状。到了学期结束暑期即将开始，因成绩比上学期的全班倒数第二向上提升了三位，在孩子软硬兼施下，家长购买了游戏机。不料，整个假期孩子沉迷于游戏机，连暑期作业都不能完成。九月勉强上学，不久发现逃学。

2. 理论分析 结合第二章第二节内容，这里有认知（逻辑思维中的对与错、好与坏）、行为（认真做作业与拖沓）和感受（愉快与痛苦）三个层次的问题。当孩子预期到（认知）做作业（行为）可以带来游戏机的愉快（感受），于是决定认真做作业。但毕竟落后太多，越是认真做作业（行为），越是带来直接的痛苦（感受），而游戏机的愉快感受却是“期货”，即预期奖励，于是作业行为受到了现场痛苦感受的惩罚，故仅维持三天热度。到了暑期，情况发生逆转，玩游戏机（行为）带来的是现场直接的愉快（感受）。这样，愉快的感受给“玩”的行为以正强化，随之玩的行为被增强并固定下来。此时，虽然孩子也知道作业的重要性（认知），但不敌现场愉快感受对“玩”行为的正强化，没能制约玩行为，也不能启动作业行为。经过整个暑期对玩行为的奖励和对作业行为的惩罚，终于导致开学以后的逃学行为。整个过程和结果与父母当初的设想完全相反。

3. 方法指导 此案例的重点是向父母解释清楚为何出现事与愿违的结果。问题的核心在行为学机制方面。这里存在一个儿童与成人的差异问题。在这个案例中，如果是成年人，在获知只要认真做作业就能在将来获得游戏机时，这种预期的愉快感受，自然足以对当前作业行为产生正强化。就像农民一年的辛勤劳动，其日晒雨淋忍受痛苦的行为动力，全来自于对年终好收成的期待。而儿童则不同，为了奖励（正强化）儿童的良好行为（包括此例的认真做作业），不能采取预期奖励的方式，而应坚持在良好行为（做作业）表现的当场给予正强化。孩子越小，预期奖励的作用越小，越需要现场奖励，随着年龄的增长，预期奖励的作用会慢慢地显现，直至成年人水平。

可见，儿童行为问题需要行为学方法去解决，成人则主要通过逻辑教育的方法（也有行为学机制）来解决。

（二）言传身教与行为问题

1. 门诊案例 男孩，7岁，小学一年级。母亲代诉，上课插嘴离开座位，老师拉其就坐则骂老师。多次与同学打架，其中一次是因为有一男生欺负一个女生，属打抱不平。

家长多次与之说道理，也经常骂他，甚至打他。当时也会认错，向父母套近乎。事后让他复述家长教训他的各种道理，他都能够将这些道理复述得比家长还清晰。但问题

却依旧。

家境富裕，父自办公司，母全职太太，双方脾气较急躁，时有粗口互骂，但对孩子都关爱有加。

在门诊，医生与孩子有一个对话片段：

医：你上课守纪律吗？

孩：我不太遵守纪律，还骂老师。

医：这样好吗？

孩：这样很不好。

医：你知道为什么要遵守纪律吗？

孩：因为不遵守纪律很不好。

医：你喜欢爸爸妈妈理睬你吗？

孩：喜欢。

医：那明天开始你要遵守纪律好吗。

孩：好的。

医：如果你做得好了，回家爸爸妈妈就会理睬你、关爱你，如果做不好，爸爸妈妈虽然不再骂你打你了，但会不理睬你。以后啊都要这样做，好吗？

孩：不理我，我就哭。

医：哭也不理你。

孩：那我就倒在地上。

医：倒在地上也不会理睬你。

孩：那我就声音哑了，喉咙痛了。

显然，孩子平时对父母还有最后一招，那就是“生病”了，利用父母疼爱他的漏洞，最终一次次地制服父母。（但要向其父母指出，这不是孩子有意识的操控，而是父母平时训练出来的）

2. 理论分析 在这个案例里，医生向家长指出存在以下两方面问题。

家长将孩子的问题完全看成是“意识”可控的认识问题，就像对待成人一样（其实成人的问题也不全是认识问题），没有看到“非意识”的行为习惯问题（操作条件反射和示范作用的结果）。这样就出现两个问题：其一是父母平时相互之间的存在斗嘴的习惯，特别是母亲对父亲的强词夺理，以及父母对孩子不断地讲道理和唠叨，不但没有达到行为改变的目的，反而通过示范作用，使孩子学会了像母亲那样的能说会道和强词夺理。

其二是即使父母的打骂，根据操作条件反射原理似乎应产生惩罚作用，对行为改变有用。但事实上，这种打骂并没有达到惩罚的水平，反而因为每次总是以父母的失败与退让而告终，导致这种打骂仅仅起到另类的强化作用，因为无意中给孩子提供了理睬与关注的奖励。

3. 方法指导 在讲解上述问题之后，再指导父母采用如下方法：

在平时向孩子作必要的言语教育时，不要过多重复、唠叨（其实孩子早就听懂了），而且尽可能说到做到，以免产生适得其反的效果。当然，父母自身平日的言行一致更重要。

将重点放在改变以往对孩子的过多关注上。在事先与孩子达成口头协议的基础上，

坚持将父母的关注（理睬）与孩子的良好行为表现挂钩，使之产生正强化作用；将撤销关注（就是上文的不理睬）与孩子的不良行为表现挂钩，包括孩子以生病作武器之时，使之产生惩罚作用，以代替原来的打骂。（其实打骂教育早已不被认同了）

最后强调，孩子问题的形成、强化与发展本身，与父母的认识、行为及养育方式有关。这个案例的重点在于父母。

第三节 青春期与青年（学生）心理卫生

一、青春期身心发展

青春期是个体发育的一个关键阶段，是从第二性征开始出现，直至性成熟及性格发育完全的一段时期。一般认为，女性从 12—13 岁开始，至 19—20 岁结束，男性则要迟两年左右。

青春期的特征表现为一系列的形态、生理、生化、内分泌以及心理、行为、智力的急剧变化。青春期身体各系统经历巨大变化，尤其是生殖系统迅速发展，逐渐达到性成熟。大脑逐步发育达成人水平，认知能力提高，求知欲旺盛，思想活跃，逻辑能力加强，作为社会成员的个性特征也不断完善。这一时期的心身健康对一生的性格、体质、事业成就具有重要意义，为成年期和老年期的康泰打下基础。

生殖系统的发育和第二性征的明显表露，对青少年的心理、情绪、行为影响极大。要及时进行生理卫生和性心理卫生教育，预防产生不正常的心理，如好奇、惧怕、羞涩等。要以科学态度来认识和对待性发育的自然过程，要批判封建礼教，也要批判放纵情欲。月经来潮和遗精都是正常生理现象，避免产生误解。一般来说经期稍感头晕、倦懒、下腹轻微不适，仍属正常现象。要教育女孩注意经期卫生。

青春期的许多心理特点及其问题，有的与前一节儿少期心理特点与对策相同（如知识教育和行为训练），有的与青年期心理特点与对策相同。后者将在下文一并介绍。

二、青年（学生）心理特点及对策

青年期一般指个体从不成熟到成熟的过渡时期，起点与青春后期重叠，延后至 35 岁。下文按照知、情、意和人格的不同维度，将青年期主要心理特点及其对策分别作介绍。

（一）认知旺盛，但易脱离实际

青年人的认识和思维能力迅速提高，求知欲旺盛，追求新颖刺激，善于探索，是最具创新精神的年龄段。同时，由于有这样的认知特点，伴随的是要求有更宽阔的生活领域和社会活动空间。但因为青年期缺少经历或历练，且自我意识过分强烈，看问题容易主观、片面甚至极端，容易有许多脱离实际的幻想，也可能有自以为是倾向。

根据青年人的认知特点，应指导他们：①正确认识自己在认知功能方面的优缺点，训练理性思维和感性思维有机结合的观察事物的习惯；②充分发挥自身认知优势，多吸收各方面知识，避免死啃书的习惯；③尊重、聆听别人（特别是年长者）的意见，养成辩证分析问题的习惯。此外，④周围的人特别是师长，应针对青年人的认知特点加以引导，避免粗暴对待青年人的各种看法或观点。

（二）情感丰富，但易波动、易受挫

青年是情感最为丰富的年龄段，虽然对自己感情的控制力有所增强，但仍好动感情。但青年人缺乏情感的稳定性，情绪起落大，易致激情，诸如恋爱挫折等很容易造成抑郁和情绪波动，甚至出现心因性反应及其他严重后果。

根据青年人的情感特点，应引导他们：①针对自身情感丰富又易波动的特点，重点学习和训练情绪的系统调节（参见第三章第四节），培养成熟的情感类型；②应树立正确的友谊观和人生观，助人为乐，认识个人在社会中所处位置，为集体为社会做有益的工作以获取情感上的满足；③针对恋爱挫折等容易造成情绪波动的特点，需要学习与接受正确的婚恋观（“爱+适应”原则，参见本章第八节）。此外，④周围的人特别是师长，应针对青年人特点，更多地关注并创造丰富的生活内容，满足青年群体的情感需求。

（三）意志坚强，但易“出格”

青年人的意志品质也在发展，在克服困难中往往表现较强的毅力。纵观世界上的许多冒险性和挑战人性极限的活动，其参与者多数是青年人。诸如各种世界纪录的打破，高山、海洋和江河的被征服，也都离不开青年人。这除了由于青年人有前文的认知旺盛和善于探索认知特点外，还在于青年人突出的意志力。但青年人的毅力表现是个双刃剑，还要看其具体的动机和行为内容，一旦这种意志力是表现在诸如“为朋友两肋插刀”时，或者投入到过分脱离现实的活动中时，则对个体是消极的和有害的，对社会也可能具有严重的破坏作用。国内曾有多位勇士，在物质条件还相对落后的情况下，执意作黄河源头漂流，结果遭到致命的失败。

根据青年人的意志特点，应引导他们：①正确认识自己在意志方面的优缺点，培养在各种活动中的感性冲动与理性控制相结合的良好意志品质；②明确只有在目标方向正确的地方使用意志力量，才是正当的；③明确良好的意志力需要通过行为训练和社会实践来培养，而不单单凭逻辑思辨或语言口号（参考前文的“挫折教育”内容）。此外，④周围的人特别是师长，应教育和引导青年人的意志发展，使他们的意志力主要指向学好本领，掌握技术，为社会多做贡献的方向上。

（四）人格上渐趋自我认同，但易出现自我拒绝

青年期的活动范围和生活领域不断扩大，同辈人的相互影响大于父母。因此在道德观念、社会规范、行为方式等方面，不愿受上一辈人传统的限制，而是在同辈人中探求共同认可的行为标准。这种两代人之间的心理差异即代沟（generation gap），必须受到社会的注意。

人格特征包含认知、情感和意志心理过程的某些心理特点。由于前面已经介绍了青年人在知、情、意三方面的心理特点，故这里主要讨论青年人人格中的自我和自我意识。

青年人的自我意识进一步发展，开始尝试评价别人和自己，并逐渐缩小“理想我”和“现实我”的距离，最后成熟至自我认同。但不少青年人往往“好胜心强”，可能高估计自己的能力，形成超越理性的理想我；对外部社会的差异属性不能认同，更缺乏经验，容易对现实我评价过低。结果，导致理想我与现实我之间不但没有缩小，反而不断扩大，终至感受到挫折和创伤，甚至出现自我认同障碍，直至自我拒绝（自杀）。（参见图 2-5）

根据青年人的人格特点，应引导他们：①认识自己在认知、情感和意志方面的心理特点，通过相应的认识调整，不断的实践和行为训练，促进人格健全；②认识在理想我和现实我之间，一致是相对的，差距是绝对的，认识自我认同对于人生发展的重要性，

从而努力促进自我认同；③认识自然界和人类社会存在天然的差异性，培养和训练“接纳差异、快乐竞争”（或“差异化”）的人生观念。此外，④周围的人特别是师长，应当克服偏重视知识教育的现实倾向，积极关注青年人的人格发展及其出现的问题，发现问题及时处置，避免恶化。

三、青年（学生）主要心理问题及其对策

（一）常见的心理问题

作为特殊群体，青年（学生）的常见心理问题其实是包罗万象的，例如，近些年来出现的一些的问题就有失眠、焦虑、失恋、离家出走、网络依赖、逃学（在寝室睡觉）、自杀、违法行为、杀母事件等。但这些都是表象，是现象学的，可以供老百姓们了解，但要在学科上将其分类则比较困难。笔者的体会是将青年的主要心理问题分为以下四类。当然，即使这样的分类，也存在症状上的交叉，因为这些问题其实都是“系统”的问题。

1. 适应问题 包括学习障碍；人际交往困难；择业迷茫等。（往往表现为焦虑、抑郁等情绪症状；还有失眠、学习效率降低等行为症状；以及自我评价降低和自卑）

2. 情绪问题 包括焦虑、抑郁、恐惧等情绪症状等。（表现为情绪症状；往往还存在自我认同障碍甚至自我拒绝问题；有的接近于神经症）

3. 人格问题 包括失去目标，自我拒绝；信念（观念）冲突，反社会行为等。（往往表现为焦虑、抑郁、愤怒、恐惧等情绪症状；可以有社会适应困难；部分人接近于人格问题）

4. 性有关的问题：包括对性的困惑、幻想、罪错；恋爱中遇到问题、失恋等。（往往表现为焦虑、抑郁、愤怒、恐惧等情绪症状；也可以有失眠、行为退宿、学习障碍、敌意和攻击等行为症状；严重者有自我评价的降低和自卑）

（二）对策

由于以上所述的各种心理问题往往是多因素交互作用的结果，笔者一般采用压力系统模型基础上的分级评估和综合系统干预的方法。

以上述学习障碍导致适应问题为例。学习困难往往与个体的人格因素（如求全性格，读书的价值观念偏离）有关，继而会出现各种情绪和行为症状，反过来进一步导致学习困难。有的则是由于进入大学新环境后，因人际困难和各种事件导致学习困难，继而影响情绪。也有的是情绪问题如焦虑和失眠导致学习困难，又进一步影响事件，影响人际关系，与人格因素共同起作用，使个体整体陷入心理问题。但无论哪种因素首先起作用，但最终都涉及到压力系统模型中的几乎所有因素。

因此，通过晤谈（问诊）、观察、调查（同学、老师和家长）和必要的压力相关量表测查，分级评估来访者的生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和心身症状等压力因素，评估压力层次以及评估压力整体结构，再确定从何处（主要的压力因素或者整个系统）入手，使用何种方法（心理教育、心理指导和心理治疗）进行干预。（参见第四章第九、十节，第五章第二节和第六章第一节有关内容）

（三）大学毕业生就业困难一例

1. 门诊案例 一位建筑专业的本科毕业生，在毕业离校的近两年时间里，应聘了近十个单位，但都在使用期未滿就被所聘单位辞退。至今自觉走投无路，寻求门诊帮助。

该生出生在内地农村，家境贫寒，对其有较高的期望。学习成绩优秀，考入了不错学校和专业。因为性格耿直，有强烈的公平观念，毕业后进入一个建筑研究单位，却与同科室的两个年青人无法相容。具体情况是，那两个哥们，当主任在场时，他们会互相争着去打开水，当主任不在时，两人又一唱一和地调笑来访者“懒惰”，并指令其去打开水。因咽不下这口气，来访者不接受。于是在仅4个人的科室中，除了主任，是二比一。三个月试用期满，来访者被主任辞退了。

接下来的一年多，类似的情况一再发生。最后决定，来杭州求职，并与女友商定，一旦立足，女友也一起来汇合。但这一次，让来访者的最后希望几乎破灭。原来事发当天，来访者在应聘的星级酒店做迎宾生，接他班的人却迟迟不来。等到半小时后终于来了，来人不但不表示歉意，还大大咧咧的样子。来访者忍不住说了他几句，没想到对方居然骂起来。忍无可忍下，两人就在大堂里吵了起来。这一吵，第二天经理让来访者走人，而与其吵架的人却没什么事。

2. 压力系统模型分析 该案例最早的表现是焦虑、抑郁和愤怒等情绪症状，伴有失眠、敌意等行为问题，自我意识陷入自责、自卑。随着时间的推移，该生的心理系统进一步失衡，例如来自贫穷家庭的事件增多（毕业多年不能自立），来自女友的事件（无法给她交代），多次失败后的自我评价和应付能力下降（趋向消极），社会支持度的下降（远离原籍）。但只要依据系统模型加以整体认识，就会发现该生的心理问题虽然表现为系统的失衡，其核心因素是人格上存在问题，那就是求全的性格和绝对化的公平观念。这种人格特点，导致了一系列的情绪、行为和社会适应问题，并形成恶性循环。

3. 评估与诊断 对该案例的压力多因素评估结果的现象学描述见表8-2。分层次评估和系统评估可参阅第四章。

表8-2 案例压力因素评估结果

压力因素	特点描述（根据晤谈、调查、观察和测验）
生活事件	负性生活事件越来越多（一再被辞退、家庭急待经济来源、女友如何处置）。
认知评价	对社会的看法越来越负面；认识问题越来越钻牛角尖。
应对方式	反复失败后消极应对越来越占上风，积极应对几近荡然无存。
社会支持	远离亲友支持；新的社会支持系统未能建立；女友的支持正在演变成负性事件。
人格特征	求全，绝对公平观念（重要因素）；自我意识问题（自责、自卑、自我拒绝）。
心身反应	浑身没劲，少量躯体化症状；焦虑、抑郁；失眠、冲动、敌意。

4. 干预 按照评估结果，首先指导其认识到目前的问题是整个压力系统的失衡，其核心却是人格中的求全性格和绝对公平观念，通过反复心理指导使其认识到人格问题的重要性，并结合人格特点向其传授心理移位、放松训练等相应的心理行为技术。然后分层次对各种突出的压力因素实施干预（教育、指导和心理治疗）。

四、青年团体心理健康指导实例

（一）题目1：青年（学生）心理特点与心理健康

这样的集体心理健康教育指导很有意义也很有必要。但讲演者需要有较完整的心身健康理论知识，还要有较深刻的社会实践经验，才能将某些抽象的问题变成青年（学生）

和心理上呈现衰老的起点，是人一生中变化比较剧烈的一个时期。

(一) 身心变化

生、老、病、死是自然规律。从中年进入老年的“更年”期，对每个人来说迟早都会到来，只是由于个人遗传素质、体质和个性差异，社会经历、家庭环境、生活方式、地理气候、文化环境等因素的影响而有不同。这一时期的持续时间也有不同。一般来说，男性比女性开始得晚一些，症状表现也不像女性明显。在有些人身上，这个时期是在不知不觉中度过的，但也有些人不能适应这种生理和心理的变化，假如此时正好遇上了什么疾病，或者受到某种社会因素影响，就有可能精神萎靡，一蹶不振，健康状况急转直下，衰老征象日趋明显。

(二) 更年期综合征

更年期内分泌系统的功能下降使某些激素分泌减少，大脑功能的某些方面开始衰退可引起记忆力减退、知觉迟钝和动作缓慢，特别是性器官开始萎缩和性功能渐趋衰退。这些变化过程对大多数人来说是缓慢而不明显的，可以通过神经系统的调节、代偿以及相应的行为改变来适应。但有些人的变化较快而突然，以致不能很好适应，因而发生各种躯体和心理功能方面的紊乱。在这种情况下，个体对各种轻微的躯体疾患和精神刺激都比较敏感，容易产生焦虑紧张。这就是更年期综合征(climacteric syndrome)。

有少数人可形成更年期抑郁症(involutional depression)。主要是由于机体衰弱，精力不足，皮肤松弛，姿色减退，特别是社会环境不良因素的影响，易造成心境不佳，情绪抑郁，焦虑烦躁，坐立不安，多愁善感，常常带着消极悲观的情绪考虑问题，总想着一些令人不愉快的事情，疑病、自责甚至产生轻生意念和发生自杀行为。这是一种严重的心理疾患，应及时诊治。

更年期综合症和抑郁症的发生机制，可以简单地用图 8-2 表示。根据图中的线路，可以考虑在各有关环节展开相应的心理和药物综合干预。

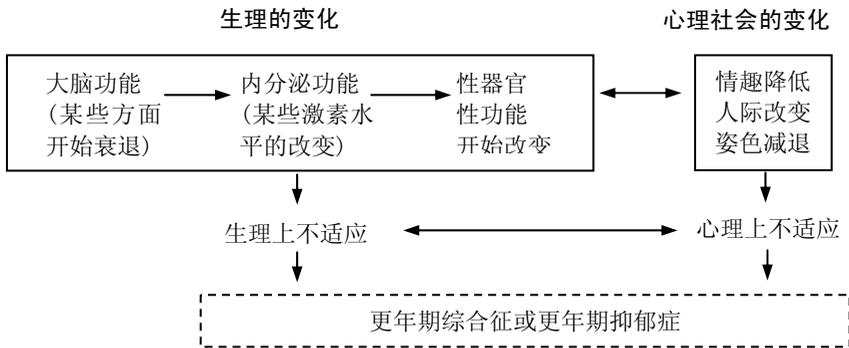


图 8-2 更年期可能出现的生理心理变化示意图

死亡的直接原因，往往并非单纯由于衰老。健康的心理，乐观的情绪，常常是战胜疾病延缓死亡的有力武器。许多事例表明，平稳地度过更年期以后，还会有第二个春天，还能为家庭、社会做出有益的贡献。

(三) [附]更年期心理健康指导提纲

1. 更年期心身健康策略指导

(1)介绍更年期心身症状形成的医学心理学原理(如图 8-2);

(2)在生物、心理和社会三方面展开相应的自我调整(举例)。

2. 更年期心理压力管理指导

(1)简单介绍压力过程理论模型(参见第四章);

(2)举例分析更年期各种压力因素的特点;

(3)更年期各种压力因素分别管理与调整方法。

二、老年期心理特点与对策

古人云,人生七十古来稀。但随着人类健康条件逐渐变好,寿命也随之延长。目前我国人口中65岁以上老年人的比例正在不断增加,许多地区已进入老龄化社会。因此,重视我国老年心理卫生工作,具有深远的意义。

20世纪80年代初,在国内刚刚编写的医学心理学教材中,曾预计20-30年以后,老龄化肯定会成为我国的一个突出问题。据武汉市资料,按当时的发展速度,10年以后老年人将占总人口的7%以上,达到联合国老龄化社会的标准。现在回过来看,一切都已成真。

(一) 身心特点

老年人组织器官的老年性变化可引起生理机能的衰退,导致机体整体调节功能减弱。抗病能力下降,以致体弱多病。骨质疏松,容易骨折。心脏负荷功能减弱,血管弹性消失,外周阻力增加、肺功能下降以及泌尿、消化、生殖系统的机能改变等,都容易产生相应的疾病,并直接、间接地影响心理社会功能。

因此,在关注老年人心理健康时,不能不首先关注其整体的身体健康情况。

(二) 感知觉减退

老年人的感知觉功能整体上是逐渐减退的,如视力下降,听力衰退,味觉减退。一般来说视力下降较早。由于听力的衰退,常常出现听觉失真而影响言语交流或影响对外界信息的接收。不过,也有一些老年人的内脏感觉反而是增强的,特别是老年早期,容易出现类似躯体化的症状,可算是生理因素引起的心身症状。但是随着年龄继续增长,内脏感觉最终还是趋于下降的。笔者早年临床工作中就遇到一例腹腔感染高龄病人,由于疼痛感觉的迟钝,且一直卧床,直到发展为严重腹膜炎,家属仍一无所知。

由于感知觉减退,随着年龄的增长,外部环境的兴奋性刺激也在不知不觉中趋于减少,这会影响个体内外环境之间的系统平衡,容易产生衰老感或丧失感。

针对老人的感知觉特点,应创造条件,让老年人多接触外部环境,多接受各种积极的感知刺激,有助于延缓衰老,促进老年期心理健康。

有趣的是许多孝顺的中青年子女们,往往参照自身的生存压力,会尽量创造条件将老人送到一个清静的居所去。笔者门诊曾接待过一位来访者,是原电台的老领导。他离休后按儿子的建议,将城中心的房子让给儿子一家,自己高高兴兴地住入远郊的一个大套房,还准备了钓竿,盼望着每天垂钓的田园生活。可是仅过了几个月,老人就开始天天盼望周六下午儿子一家的到来。每当儿子一家来到,老人非常开心,可是仅仅几个小时,当孙子的“爷爷再见”之声响起之时,就会忍不住地掉眼泪。最后只好求助于心理门诊。

(三) 记忆力下降

老年人的机械记忆能力下降,意义记忆相对较好;远期记忆较好,对往事的回忆准

确而生动，但近期记忆较差。总的来说，老人的记忆能力是下降的。

由于老人的这种远期记忆特点，加上当前的生活环境单一，缺少新鲜刺激，逐渐地使老人喜欢回忆往事，而且是一些消极的经验或负性的情感。这种回忆的内容往往非常清晰、逻辑严密、是非鲜明，导致老人不住地给子女们上课，控制不住地话多，让年轻人觉得啰嗦、厌烦，甚至引起亲子冲突，进一步影响老人的情绪。这种情况在心理门诊常可见到。

针对老年的记忆特点，对策是：①指导年轻人认识老年人的记忆特点，促使其给父母更多的理解；②劝导老人积极投身眼下的生活，多关心子女们的事业；③劝告老人避免对过去的过多消极回忆，即使回忆也应主动寻找一生中的积极方面，以保持良好心境。

（四）智力特点

一般认为，老年人智力减退明显的是记忆力、注意力、反应速度和灵活性，例如智力测验中有关数字广度、相似性、数字符号、木板图等项目分数偏低。但是由于老年人经验多，考虑问题比较全面深入，故有关常识、领悟、填图、图形拼凑等智力测验项目分数反而较青年人高。也有认为人在 45 岁以后思维能力，判断能力还有所发展，大脑储存的知识也有一定的增长。总之，老年人的晶化智力（与累积知识及经验有关的习得性智力）随年龄增长而增长，例如词汇和语言的理解能力的提高，而液化智力（指直接依赖于生理结构的智力功能）随着年增长而有所下降，如思维的敏捷性等。

因此，应指导老年人扬长避短，充分发挥自身智力和能力的优势方面，如维护和修理家具，写回忆录，有助于维系老年期的自信，保持心身系统的平衡，保持心理健康。

（五）情绪改变

由于内部生理功能衰退和外部刺激减少两方面原因，老人的情绪整体上偏低落（抑郁），普遍存在的早醒现象可能与此有关。同时，老年人一旦陷入消极情绪，其体验往往更深刻和更持久。例如，小孩子受委屈大哭以后，可在短短半小时破涕为笑，但老年人一旦受委屈导致哭泣则需很长时间才能慢慢平复。另外，心理应对能力较差的老年人常会表现无端的沮丧，易被小事激惹，一旦产生强烈的情绪体验又需较长时间才能平息。还有部分老年人由于长期情绪压制，也容易陷入抑郁。

针对老年人的情绪特点，情绪管理策略方面应包括：①设法让下一代人认识到老年人的情绪特点；②宣传情绪调节技术，如根据情绪的心理生理理论，可采用认识调整、体育锻炼、改善环境和建立新的生活情趣等手段。（参见第三章第四节）

（六）操作能力下降（意志行为特点）

老年人的外周神经和脑内神经纤维传导速度减慢，中枢信息处理延缓，感受阈提高，肌束减少，故老年人的反应时包括简单反应时和辨别反应时随年老而延长（据研究 80-90 岁老人尺神经传导时比 20-30 岁要慢 2.3 米 / 秒）。老年人的视听敏感度下降，触觉和运动觉的灵敏度也下降，腱反射减弱，神经中枢的兴奋性降低而抑制过程减弱，神经细胞的恢复过程也有所延长。以上整体上导致行为操作活动迟缓，动作不利索。由于行动迟缓，活动范围缩小，反过来又降低外部刺激，从而影响老年人操作能力的保持。

因此，作为相应的心理卫生措施，应建议老人尽量保持每日身体活动和适当体力劳作，在高龄期也尽可能生活自理，避免过早依赖他人（如过早使用拐杖），可延缓神经肌肉系统的老化速度，以利于自身行为和操作能力的延续。

（七）与个性（人格）相关的某些问题

老年人可出现一些与个性特征（如性格求全，行为刻板，适应力差，社会角色强化等）密切相关的心理问题。例如，退休在家，几十年形成的生活习惯改变了，让出权力、失去原有的社会地位等，容易产生老朽感、末日感、被遗弃感和安全感的丧失。子女成人后各自东西、同辈亲朋亡故，易产生孤独、寂寞和无聊感，严重者可出现空巢综合征（empty nest syndrome）或患上抑郁症。多年形成的行为习惯可能导致固执、刻板、恋旧，容易与新的生活环境不相适应。具体分述如下：

（1）在健康或经济上有不安全感，也可能对下一代有不必要的担心。笔者曾见到过一位退休后知识老人，因同事猝死而出现严重的“怕死”危机心理，不得不求助于心理门诊。

（2）由于老年期生活不适应而产生持续的焦虑。

（3）由于活动范围缩小和兴趣减少而产生寂寞或孤独感，严重者可出现“空巢综合征”。

（4）对身体的不适感增加，性冲动减少，有身体上的原因，也有心理和社会上的原因。

（5）对新情景的学习和适应能力下降。

（6）对外部的猜疑心、嫉妒心加重，如怀疑少了东西、有人与自己过不去（并非妄想）。

（7）变得保守或顽固，固执己见，典型者会被年轻人称为“老顽固”。

（8）喜欢回忆往事，常以往事作为是非标准，从而喋喋不休或好发牢骚，严重者可使“代沟”加深，并形成恶性循环。

（9）不修边幅，以老年角色的要求来限制对自己的修饰。

（10）喜欢收集破烂，有怀旧倾向，也包含叶落归根情结。

此外，严重者还可能出现疑病、抑郁、歇斯底里、妄想等病理心理。

针对老年人上述人格特点，应按照所列细节，分别采取对策，包括：①对老人及其子女的认识指导；②开展生活内容和行为方面的调整；③增强社会支持；④排除精神疾病并加以适当治疗。

这里需要指出，老年人虽然存在某些共同心理问题，但不同个体之间差异很大，躯体衰老和心理衰老之间也不是平衡的，例如有的人未老先衰，有的人古稀之年却能保持旺盛的精力、较强的生活和工作能力。为此，国内一位老专家提出，应从“本人主观上是否觉得已经老了”来判定老年期的开始。对于前文提到的各种老年期问题，则需要各种综合的心理卫生措施。

三、老年团体心身健康指导实例

根据老年期心理生理特点，笔者连续 20 年对老年群体（老年大学、老年社区、老干部局等），开展一系列老年心理健康讲座，内容包括老年心理特点与心理卫生（见前文），心身相关知识与老年心身疾病防治，老年期的压力构成与调控，老年情绪问题与控制，心理年龄与衰老（见后文）和老年期心身保健指导等，现场效果较好。

以下介绍“老年期心身保健”。在举例介绍老年期心理特点的基础上，重点讲解若干综合管理措施。

（一）坚持“动、静、乐、寿”的原则

这里的“动、静、乐”，是对传统含义的新解读，是老年心理行为保健的基本准则，“寿”则是目标。

1. “动” 就是坚持活动，避免无所事事。生命在于运动，老年人应根据自身健康状况，适当进行必要的体力、脑力活动，热爱生活，兴趣应广泛一些，如参加街道社区的公益活动，抚育子孙，参加适宜的文体活动等。要避免寂寞斗室，无所事事，随着外部刺激信息的越来越少，必然产生孤独之情、抑郁之感。

这里需要特别指出，笔者在二十年老年大学的教学中发现，许多老年人虽然“积极”参加社会活动，但分析其主要目的和行为表现，其一是为了延续原有的社会身份与地位，即继续扮演中年期的社会角色（领导者、被人关注等）；其二是延续原有的劳动价值观，即继续重视行为的结果（金钱、成就等）。表面看他们是“适应社会”了，实际上是人为制造中年期的生存态势，将老年期的适应问题往后推移。到了终于做不动不得不退出时，则为时已晚，此时再去适应老年期生活将非常困难，一些人很快就不能支撑下去。

因此，必须强调老年期“动”的两个要领：

其一，要转变社会角色身份，最好学会做“老小孩”。

笔者早年曾目睹过一位义务参加交通管理的白须老人，每天英姿勃勃地指挥着十字路口一侧的自行车流。只见他挥舞着小红旗一丝不苟地令行禁止，但无奈一些骑自行车的小女孩不把他放在眼里，遇到红灯时往往已冲过白线直到他的面前才停住。此时，他会反复用小红旗敲打着自行车把手，要求她退回线内。遇到不听指挥的，就用力倒推她的自行车，但车后其实已被车流塞满根本无法后退，弄得老人满脸通红。争执中，绿灯已经开通，自行车流将尴尬的老人淹没在车流之中不能动弹，直到下一次红灯。笔者在一次老年大学讲课时提到这位老人，并为他的健康担忧，结果学员中有知情者告诉，这位老人原是一位中层领导，不久前已经因脑中风去世。此例说明，老年人要在转变角色身份的基础上去“动”，而不能将指挥交通作为原来领导角色行为的延续。

其二，要学会重视活动过程，在活动过程中体会生活，感受乐趣，而不能像对待其他年龄段的那样总是重视活动的结果。

门诊一位老太诉说，她的老伴是一位离休老人，下来后决心培养新的生活情趣，花费了大量时间和精力去学习养花。终于，一盆据说很珍贵的花苗在阳台的花盘里开始成长。由于需要外出几天，他将护花的任务交给老伴，叮嘱她要注意隔壁的花猫。但不幸的事情还是发生了，当他回来发现花苗果然被隔壁的花猫踩折了时，一种无名的怒火让其不能自制——脑血管病发作了。该例说明，年轻时形成的重视结果的价值观念还潜留在老年人身上，需要通过长时间的生活磨练才能改变，在此磨练适应过程中应利用好正强化机制。

还有一种“动”的误区，是对“动”的目标在认识上的偏差。许多老人每天一早就上公园锻炼，但持续的时间往往有限。由于有了“今天已锻炼”的自我认知，接下来就一整天心安理得坐在沙发里。其实这样的“动”在“活动筋骨”上确实起了作用，但在促进代谢与消耗，增加外部环境接触和信息接收上，效果远比不上那些整天在走动着的老年人（如家务劳动）。因此，对老年人应提倡细水长流式生命活动，做到“忙而不累”，不搞疾风暴雨式的运动锻炼。

2. “静” 含有两种含义，一是注意休息，二是保持心境平静、不急躁。对于老年人自己的过去经历和缺憾、目前的地位和待遇等，都得看谈一些、客观一些，少发牢骚，

少发脾气。这样就可以从根本上消除情绪的大幅度波动和心境低落，通过心身良性循环促进整体的健康。对于老年期当前生活中遇到的新烦恼，则需要善于使用情绪调节法和压力管理法（见相关章节）。

要想让老年人能够对过去的经历看的淡一些，首先需要对过去的经历“想得通”一些。而这种“想通”，需要从调整人格层面的价值观、信念和自我意识上入手（见图 1-2）。为达此目标，可以通过认知理论基础上的再认识指导，或者接受认知行为治疗。其次需要通过训练和强化机制，帮助养成新的积极应对习惯。这需要在行为学理论上进行。

3. “乐” 就是保持乐观，寻找快乐。首先，老年人应接受终生发展的观念，应认识到衰老也是自然规律，多想着如何在老年期做出另类的“贡献”，树立既正视老年期的特殊问题，又有不怕老、不服老的健康自我意识，从而使自己能保持积极的情绪和生活情趣。其次，不被老年角色的标准所制约，自己去寻找乐趣，在新的生活内容中培养情趣，向“老小孩”的方向靠拢，而不能寄希望于年轻一代的给予。其三，注意仪表打扮，保持良好形象，有利于融入社会，有利于产生积极的社会和人际信息反馈，从而也有利于促进良好的生活感受。

（二）养成良好的饮食行为习惯

主要指不吸烟、少饮酒、不偏食、不过度饮食等生活和行为习惯。

关于不偏食，其实是老年期较普遍的问题。年轻时期形成的饮食习惯，在老年期会被保存下来。但是，对于年轻人和老年人，偏食的后果却是不一样的。前者的人体系统的平衡能力强，偏食导致的部分元素之间的不均衡容易被系统再平衡；后者的人体系统平衡力降低，偏食容易导致系统失衡，不利于老年期身心健康。与此类似的还有部分老人过度“进补”的问题，其实质也属于另类偏食的范畴。

关于老年期具体行为问题的矫正，学习理论和强化机制是行为改变的重要促进技术。（见第二、六章）

（三）要有和睦的家庭

老年生活大部分在家庭，创立融洽的家庭生活氛围对老年心理健康至关重要。这方面需要个人、家庭成员和社会的共同努力。

从个人的角度，老人应主动搞好与老伴的情感交流，注重晚情，“年轻夫妻，老来伴”是符合生命规律的。支持丧偶者再婚，个人也应大胆地追求。老人还应主动与年轻一代进行心理沟通，表现出宽容、关心和理解的态度，减少指责，避免唠叨、猜忌和固执，有利于缩小两代人之间的差异。

从下一代和社会的角度，首先应能理解老年人的心理特点，其次是为老人创造各种合适的生活条件。例如，对于单身老人的再婚问题，应持鼓励、支持和促进的态度。

（四）保持用脑和回归社会

秉承“用进废退”的用脑原则和终生发展的人生观，老年人应争取在社会生活各个领域发挥合适的作用。甚至可以用以下的信念支持自己，即中外不少历史名人都是在老年期间做出重大的贡献。许多老年人退休后当顾问，指导生产经营；老年学者著书立说；老革命写回忆录；这些都值得提倡。当然，正如前文案例中所提到的，用脑与回归社会的活动，应在转变角色的基础上进行。

作为下一代和社会，也应为老人创造必要的社会和精神环境，以促进老人回归社会。

第五节 心理衰老

个体随着年龄的长进，其结构和功能逐渐发展，并最终走向不可逆转的衰退过程，这就是衰老（aging）。衰老包括生物衰老（生物年龄）和心理衰老（心理年龄）。一般情况下，两者是相辅相成的。但也有许多时候，个体的心理衰老起到关键性的作用。从某种意义上，甚至可以说衰老的大部分麻烦不在于生理上而是在于心理上的危机。

本节主要讨论心理衰老及其调控。

一、心理年龄与衰老

所谓“年龄”，除了通常熟知的以出生后随年度增长的历龄，还可以根据个体的生物、心理、社会特性，派生出生物年龄、心理年龄和社会年龄等概念。

（一）历龄（chronological age）

按身份证推算从出生开始至今的生存时间。但这个年龄与衰老之间存在很大差异。最大的可相差一、二十年。即一个40岁的人可以衰老似60岁，而一个60岁的人可以像40岁的中年人。这种情况在中老年人中普遍存在，即使在青少年时期也部分存在。

（二）生物年龄（biological age）

根据躯体各部分的结构和功能衰老状况所做的判断。其指标包括血压、呼吸量、握力、皮肤弹性、视觉、听觉、血液等。生物年龄与心理年龄往往是不一致的，“未老先衰”就是例子。

（三）社会年龄（social age）

指一个人所处的社会角色（社会地位和作用）被他人主观上接受的成熟程度。社会年龄与其他年龄也不一致，例如历史人物甘罗12岁拜上卿，相反一些游手好闲者即使历龄不小但其社会年龄很低。社会年龄与衰老之间的关系也不可靠。

（四）心理年龄（mental age）

个体通过自我意识和对自身心理（知情意）活动程度的判断，推导出在适应环境的能力上所能达到的阶段，反映一个人心理衰老的程度。

在以上各种年龄中，心理年龄在心理健康中是最为重要的。一个身体健康的人，可以表现出心理年龄上的“衰老”，而一旦在主观上“确信”自己衰老了，那么这个人就难以保持正常的活动，也不会有正常的心态和信心，通过心身相关性可以影响生物年龄，通过行为退缩可以影响社会年龄，最终影响心理健康。因此，向老年群体介绍心理年龄及其影响因素和对策，具有现实意义。

二、心理衰老的影响因素

心理年龄的影响因素是系统的。除了生理（如脑和心血管疾病）、心理（如认知消极、情绪抑郁）等素质方面和心理压力因素的影响，这里主要讨论暗示因素和社会角色转换的影响。

（一）衰老的他暗示

“时间不饶人啊！”“你老多了！”“死老头！”等语言信息的传入，以及周围人的异样眼神，或他人对自己的关注度明显减少等非语言信息，都可以产生衰老的暗示效应—

一我大概是老了。相反，那些不服老，关注自身服装、气度的老人，容易使人另眼相看，反馈回来的往往是积极的他暗示 (heterosuggestion) 信息。

(二) 衰老的自我暗示

如果个体持有衰老就是生命归零，而不是终生发展的信念（见本章第一节），则在进入老年期以后，容易在任何细微的自身感觉变化时，如怕冷、掉发、白发、坏牙、皮肤皱纹、眼花、耳背、腰疼等，产生衰老的自我暗示 (autosuggestion) 作用。这在临床来访者中表现得非常明显。另外，从自我暗示的角度，那些不断重复感叹自己“老了”的人更容易出现心理衰老。

(三) 社会角色转换对衰老的影响

老年期社会角色的转换可以从纵向和横向两个维度加以讨论。

1. 就纵向来说，大致可将离退休过程分为准备阶段、初始阶段和稳定阶段。准备阶段个体开始关注衰老，易产生消极的暗示作用；初始阶段往往导致心理上的“动荡”，更易产生衰老的自我暗示；稳定阶段才算角色转换成功。据估计，人生的低潮在 65 岁左右，部分人往往心理衰老很快，甚至过不了这一关；70 岁左右重新达成平衡，部分人会进入人生“第二春”，其实就是角色转换成功

2. 就横向来说，Reichard S 等(1962)将人分为以下几种类型。

成熟型：人格上角色统一；态度上对自己过去、别人、环境满意；行为上积极活动；情绪上乐观、正视衰老。这种人往往角色转换正常，不易产生不良衰老暗示，故心理年龄不易衰老，随之生理年龄也不易衰老。

铠甲（防御）型：强迫自己活动来取得像青壮年那样的满足感，以抑制退休后的不安。这种人压力较大，易伤身（生物年龄），但心理年龄似不易衰老。不过这种人因为角色转换不正常，对衰老的他暗示信息敏感，并将角色转换时间往后推移。

安乐型：很快进入“老年”角色，不拘言笑，接受照顾，行为被动因而缺少活动。这类人压力虽小，但角色转换不正常，易产生衰老自我暗示，本身也反映了心理衰老。

愤怒型和自恨型：两种类型都属于不适应型，本身就易致衰老。

三、延缓心理衰老的策略

(一) 加速离退休后的角色适应

在退离休过程中，努力缩短“振荡期”，促进角色转换；认识和掌握退休后自身的心身特点，根据不同的类型，有针对性地做好自身的调整（见前文）。在这一方面，树立终生发展观显得更重要（见本章第一节）。

(二) 加强良性的自我暗示

做好以下各点有利于加强良好的自我暗示，同时也会促进良好的他暗示，形成良性循环：少说自己“老了”；多穿年轻化的衣饰（不修边幅时的自我暗示和他暗示都不佳）；多想积极情境，少想衰老或过去不幸事件；多活动（培养兴趣、不怕成老小孩、参加舞蹈等均可反馈年轻化信息）；强化“第二青春”信念。

(三) 对不良他暗示的反暗示

被人说“老了”或不被人理睬了，可能反映自己衣着不整或仪态松弛，或者说说明对方对“老”的判断失误（例如 20 多岁的人会将 40 多岁的人看成是老者）。（见前文）

(四) 保持与性有关的各种正常活动

均能产生积极的自我暗示和他暗示。

第六节 心理咨询概述

关于心理咨询，笔者在医学心理学课程和学科构架时，始终将其理解为使用医学心理学的知识和技术，利用特定的场所，帮助人们解决各种心理卫生或心理健康问题。以下两节内容修订自笔者（1982b）医学心理学讲义。

一、基本概念

心理咨询在国外是一门发达的心理学分支学科——咨询心理学(counseling psychology)。其工作场所从医院到学校、工厂、企事业和政府机构等，帮助解决大中小学、退休工人、工人、机关人员、失业者、违法者以及一般正常人的个人生活、学习、工作和其他各种社会适应问题。参加这一工作的人员要求也较高，要持有哲学博士等学位，受过一系列咨询心理学职业所需的各种训练。

（一）心理咨询的定义

心理咨询(psychological counseling)是指心理学家在各种部门给各种个体或集体提供心理指导和咨询服务；以帮助人们在个人、社会、教育、职业等方面有更有效的发展。

医学心理咨询(medical psychological counseling)则是在医学的角度理解心理咨询，是一方提出问题，征求意见，另一方以医学心理学的专业知识、理论和技术，给予解答、指导，并采用一定的干预技术，以帮助来访者促进身心健康。

（二）医学心理咨询的内容

心理咨询也是心理卫生工作的一项重要手段。其内容并未确定，不同出身的医生也有很大的区别。医学心理咨询大致可列举以下一些内容：协助弄清疾病的性质、诊断、预后、预防，指导制订综合的治疗和心身康复计划；帮助有情感问题如抑郁、焦虑、恐惧、紧张的来访者分析原因、树立信心、指导对策、实施干预；指导恋爱、婚姻和家庭问题，消除性功能障碍；服务于各年龄期和不同团体的心理卫生工作；帮助解决各种心理健康问题；纠正各种行为问题；配合适当的心理治疗等。

（三）医学心理咨询的现状

其实，不论什么医院，每一位医务人员都在不同程度上做着心理咨询工作。但是，因工作繁忙，无法一一详细回答患者或家属提出的问题。且由于工作性质的限制，这种咨询是不全面的，也无资料累积，不利于咨询工作的总结和提高。因此，在综合医院专门建立标准的咨询室实为必要。

在 20 世纪 80 年代后期，国内已有一部分综合医院建立了咨询室，取得了不少经验。当时，我们在著作中指出，这项工作的全面开展还有待于广大医务界领导及工作人员的认识和重视，也有许多实际问题尚待进一步解决和完善，故还有很长的一段准备时期。

到 21 世纪，国内大多数综合医院都开设了心理咨询门诊。这甚至超出了我们当年的预期。但由于医院运作模式的限制，目前许多综合性医院的心理咨询工作很大程度上还属于精神病学门诊，除了药物治疗，在心理咨询和心理治疗方面所花费的时间往往很

有限。也因此，国内综合医院里的心理咨询操作者在方法上存在很大的差异。

随着近几年社会上心理咨询资格考试的展开，取得劳动部心理咨询职业资格的人已成千上万。但其培养方式还值得探讨，其方法与技术的社会应用价值也有待实际的检验。

（四）心理咨询的手段

心理咨询使用的手段自然是各种心理学理论与技术（医学心理咨询则还使用各种基础和临床医学知识和技术）。但正如第一章所述，作为临床应用的心理学，它包括科学、潜科学、部分常识心理学，甚至文学、艺术和宗教。因此，心理咨询过程中所使用的手段还应包括有助于改变来访者心理状况并能够促进其心理问题解决的一切措施。

关于心理咨询中如何对待宗教的问题，近年来国内存在两个极端倾向：持完全否定的对立态度者有之，持完全宗教化态度甚至传教倾向者有之。前者在临终病人面前是不合适的。部分体味着临终绝望感受的病人，会不自觉地寻求宗教因素的精神支撑作用，医生在此时没必要对其施加“唯物”的对立态度，而是至少顺其自然，最好能有意无意地以“终生发展”的理念给予暗示和引导。后者在某些人格问题来访者身上也有一定的作用，但应避免将正常的职业心理咨询门诊变为某一宗教的布道或传教场所。这是需要引起注意的。

二、基本形式

（一）门诊咨询

已如前述，前 20 多年国内一般在精神病院和综合医院门诊设立心理咨询室。专业人员包括医生、护士、心理学工作者和管理工作者。

近些年，社会上开始出现各种独立的心理咨询机构，基本上采用商业运作而非医疗运作模式（因其资格来自劳动部职业技能系列）。

有关门诊咨询 (counseling of out patient) 的具体过程，将在下一节介绍。

（二）书信咨询

来访者以通信的方式提问题，医生给予解答。方法简便，但缺点是因没有面谈，缺乏双向表情信息的互动，掌握的信息不全面也不深透，也就不一定能切中问题的要害。

（三）专栏咨询

在有关场所开辟专栏，以身心健康为内容，设立主题或根据命题，介绍相关心理健康和身心健康方面的知识。专栏咨询其实是一种大众宣传活动，往往是单向的，较少有双向互动的咨询过程。

以前，专栏咨询多见于报刊、杂志，墙报，宣传栏等处所。当今，随着网络的普及，通过网站开设各方面的心理健康或身心健康宣传专栏已蔚然成风。笔者十几年来在医学心理网站 (www.medline.com.cn) 安排了多种带有自身工作成果性质的网络专栏内容，如压力与压力管理、婚姻问题、心身医学和心身疾病、心理评估、医学心理学建设和热门话题“本月思考”等。专栏咨询也存在针对性不强等关键性缺陷。

[专栏实例] 姜乾金教授谈“流行性癔病”

（背景：在国内，流行性癔病时不时地发生，老百姓和网友们通常会从传染病、投毒等角度进行怀疑，一时间有点人心惶惶状。这篇专栏短文用于网络宣传，发表于 2005 年 7 月。当时某地又发生明显的流行性癔病）

近年来，我国某些相对文化和经济落后的地区，儿童集体性心因反应(又称“流行性癔病”)时有发生。而群众对此的理解却非常模糊。不久前，安徽又一次出现本病的流行，并引起媒体和网友们的很大关注。为此，有必要对此做些介绍，以消除大众的某些认识误区。

群体性心因反应，又称为“流行性癔病”、“集体性癔病”(本人不太赞同该名称，而认为是与暗示因素有关的一类综合性的心理压力反应)。往往涉及的特点有以下多方面：

群体状态下对某一类问题持续的不清楚或无形的威胁感和压力感(或知识不够，或暗示信息)；

少年学生为多，且多在疲劳、考试、炎热、旅行时先由一个真正的病人(如感冒、肠胃炎)引发；

症状五花八门，有心理的，也有身体的(甚至可以有一点低烧)；

发病范围或延续时间的扩大往往与舆论信息的传布有关；

地区性的带有迷信色彩的信念因素往往与病情相关联，故往往在文化相对落后的地区发生，如20多年前笔者调查的那一起(姜乾金，1990)，就与当地某山沟有鬼的传闻有关；

群体中那些家庭保护较多，成绩优秀，个性依赖、娇气者易发病；

往往越是解释和宣传，越是发病；

信息隔离是控制发病的重要手段，暗示治疗有一定效果，由于时、空的隔离(如放假)，可以自然消失；

人们(包括家长、官员、媒体，甚至专业人员)用常理往往难以理解，因此常不被认识，所采取的一些应急措施也可能会逆于上述原则。即使某一次被认识了，事过境迁以后，在另地区再发生时，又不被认识。

以上是姜乾金教授在1990年发表两篇“小学生流行性癔病”论文时查阅的文献和文中的部分讨论内容，供网友们参考。

(四) 电话咨询

主要接受心理危机时的紧急咨询。对于因各种生活问题而陷入心理危机状态而企图采取危险行为(例如自杀)的人很有帮助。许多人在危险的边缘上可以自己回头。其实一位绝望的人一旦拿起电话，就意味着他已迈出了脱离危机的第一步，再通过心理上的分析与指导，极有可能使他重新建立生活的信念，至少可以暂缓一下，为其它因素的介入创造时间条件。电话咨询还有独到的优点，可以避免面谈时的尴尬，例如性心理上的危机。有人说，这种方法像消防车，虽然不希望经常使用，但也确有其使用的时候。

(五) 网络咨询

近些年，随着网络的普及和人们上网机会的增多，网络咨询(network consulting)悄然成风。多种网站都有供网友在线或离线心理咨询的窗口。笔者从2005至2007年在浙江某都市网开设离线心理咨询窗口，先后回复各种网上咨询帖子几千人次。其中有相当数量的有关恋爱、婚姻、离婚、婚外情、家庭等咨询案例，已收入《压力(应激)系统模型-解读婚姻》一书(姜乾金著，浙江大学出版社，2011年)。

笔者的网络咨询经验：①效率高，浏览的网友多，受众面广；②咨询者提供的信息不全，而且缺乏面谈时的交互信息，给心理问题的评估和判断带来局限，只能使用“一

般”、“可能”等词汇，显然影响咨询的针对性效果；③作为专业的职业活动尚不成熟，例如撰写回帖花费时间和精力，不能产生经济效益难以持久等。

三、若干认识误区

经过二十多年的发展，心理咨询的神秘感已经在我国逐渐消失，代之以目前大量的心理咨询师的出现和老百姓对心理咨询的不再忌讳。但同时也应看到，国内在心理咨询的认识上还存在许多误区。这些认识误区不知不觉地影响着心理咨询师、来访者、来访者的亲友和普通大众。

（一）认为来访者缺少“知识”

其实不一定。例如许多来访者的知识层次较高，为此针对自身的问题曾查阅过大量的相关文献，获得的信息量也很大，且自身智力水平很高。但问题是，越是利用所掌握的知识来克服自己的痛苦，也许痛苦会越大（比如失眠患者，越是学习睡眠知识，恐怕越要失眠）。相反，某些愚钝的人不用宣传和教育，自己却能活得平静而幸福。“知识就是力量”的观念已经深入人心，咨询师自己可能也会受此认知误区的影响。

（二）认为来访者分不清“是非”与“对错”

也不一定。例如许多来访者是完美主义者，平时恰恰表现出极高的是非观念。但是，这只是在顺利时，这种明辨是非和勇于坚持的精神，能够使其心理系统进入良性循环，取得更好的行为效果（如学习成绩）。然而，一旦陷入某个问题当中，这类人的完美主义人格特征会转化为偏执、固执和钻牛角尖，并形成恶性循环，在问题当中越陷越深。这种人格特征往往与幼年时的教育有关。也许小时候受“猴子下山”（故事以批判的态度讲述猴子不专心捡玉米最后落得两手空空）一类故事的深深影响，过分认真的行为习惯慢慢内化为人格特质，已无法使用“是非”判断加以矫正。相反，一些稍显随便的人，往往办事比较顺利，心情也相当不错。正是由于这些人少了一点“是非”，多了一点“马虎”的缘故。

（三）认为来访者不“理性”

也不一定。多年前有高考作文题“智子疑邻”，讲的是宋国一个富人（智子）“不理性”地怀疑那位提醒他要防盗的邻居偷走他的财宝，而夸奖同样提醒他要防盗的儿子真聪明。故事反映的是95%的人经常也会犯的不“理性”的错误，因此是教育的命题，目的是教育大众更加“理性”。而在心理咨询的来访者之中，不少人正好相反，他们往往是“理性”有余，遇事反复推敲，矛盾重重，唯恐犯了不“理性”的错误。他们代表人群中的5%的人，因此是心理咨询、心理治疗的命题。

（四）认为心理问题是“逻辑”问题

也不一定。例如两个懒惰的男女（相当于两个“0”分），但他们结婚后的生活却很滋润（ $0+0=1$ ）；相反，有两个勤劳、认真的人结合在一起（两个“1”分），却痛苦不堪（ $1+1=0$ ）；同样，许多来访者的问题未必能用常规的逻辑能得到解释、劝解和解决。长期形成的严密逻辑习惯已经深入人心，咨询师自己也可能受此不良影响。

（五）认为心理问题是“道德”问题

也不一定。例如一些来访者往往是高风格、高奉献的“高尚”之人，但心里却很痛苦；相反，一些稍显自私、有点小心眼的人却可能心情舒畅。长期形成的思想道德水平决定个人行为的观念深入人心，咨询师自己也可能受其影响。国内风行的关于咨询师

“用自己的人格魅力”来帮助求助者的说法，正是反映了这种理念，本质上是教育理念的延伸。

由此可见，心理咨询工作不全是“传道，授业，解惑”，也不全是“治病救人”，也不全是咨询师用自己的人格魅力来感化来访者。心理咨询应是一种特定的职业，使用特定的理论和技术，给那些需要特定帮助的人，实现特定的目标。

因此，咨询师需要在平常已经习惯了的各种角色中，再培养训练一种特定的职业角色，才能胜任这一特定的职业工作。这样的咨询师在分析诊断心理问题时，不会受自身认识习惯的影响，也不会有意无意将来访者的心理问题觉察为“无知”、“不可理喻”、“缺乏风度”或“缺乏理性”，不会将自己不自觉地上升为“人格魅力无穷的人”和来访者的“救世主”。

四、咨询中的移情问题

（一）什么是移情

在第六章第四节精神分析治疗技术中，提到了移情(transference)，也提到医生应保留自身细节资料（即不将所有的个人信息提供给来访者）将有助于移情关系的解决。

在精神分析治疗过程中，来访者可能将医生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医生身上，从而有机会重新“经历”往日的情感。这样，医生可能成为来访者喜欢的对象；也可能是憎恨的对象。前者是爱怜情感的转移，为正移情；后者是憎恶情感的转移，为负移情。医生通过对移情的分析，可以揭示来访者对医生的怨恨和对父母的怨恨之间的联系，从而了解来访者心理上的某些本质问题，以便帮助来访者进一步认识自己，并给以疏导。可见，识别和正确处理移情是精神分析治疗的重要技术，不是常人所理解的对来访者的同情与关爱。移情问题处理不好，显然会将医生拖入误区。

在心理咨询中，移情现象并不少见，主要是正移情(positive transference)，而且不是咨询师有目的地引导出来的。移情往往发生在多次咨询以后，早期国内赵耕源教授在医学心理学学术会议上曾提到在心理门诊出现“咨询依赖”的现象，也就是在接受一定次数的心理咨询以后，来访者老是记挂着与医生的接触，甚至在不属于咨询计划的时间段，也会强烈要求咨询。据笔者多年的观察，这种情况许多是由于来访者的正移情。此时的医生已成为来访者的长辈、恩人、偶像、亲人、情人、友人或其他能够给来访者带来良好体验的对像。高明的医生会通过来访者传递的各种信息及时发现这种正移情，例如发现来访者有一种超出正常的炽烈情感反映(如依恋或性的诱惑)。

由于心理咨询过程不像精神分析治疗那样严密，有关移情方面的技术训练也没有精神分析那样专业，故当来访者出现正移情时，一些咨询师甚至不能识别，也无法正确处置，容易将正移情理解为是咨询效果的体现（上述“咨询依赖”就是例子）。某些移情出现时（暂且称为非正常移情，下同），常会导致不良后果，上世纪80年代医学心理学刚在国内兴起时，就有人在来访者的移情上（大多是性爱上的移情）摔了大跤。

值得注意的是，人本主义治疗中的重要概念或技术——共情(empathy)，笔者早期曾翻译为通情、同理心或神入，并不是这里所谓的移情或正移情，需加以甄别。共情也是人本主义理论的临床重要技术。

关于在心理咨询中学会认识和处置移情现象，对初学者，显得非常重要。其中那些社会身份突出的中老年初学者，则更需引起注意。笔者所知的“出事”实例都符合这一条件，可能与当事人具有的“人格魅力”有关（见下文），易导致来访者的正移情。咨询中出现的移情有时会超出你的想象，一不留神也许会跨越你的理智。

咨询中的负移情较少，即使出现也易被咨询师及时发现。

（二）正移情的影响因素

1. 咨询师方面 那种把心理咨询看成是思想工作的人，往往有一种信念使自己相信，凭着个人的学识和“人格魅力”，足可以帮助那些心理受困的人，将人家从混沌状态中解救出来，从低洼处提升上来，从卑贱中引导到高尚。因此，我们会看到一些初学者在马路口，在教室里，在饭桌上，在宾馆内，都会全心全意地、很投入地为那些陷入心理困境的人“传道、解惑”。殊不知也许被你帮助的人仅仅是因为你的“魅力”而感动，而对你有好感，而亲近你，而你却以为“咨询”起了作用，更卖力地使用自己的知识和魅力去“干预”。实际上两者在判断上是错位的，容易诱发来访者出现正移情，特别是非正常的正移情，也许有一天个别人会出大问题。

正因为此，笔者长期坚持认为，心理医生或心理咨询师是一种职业，需要职业技能和职业角色的训练，而不是什么“人格魅力”，也反对随便接受邀请在宾馆里，在来访者的家庭里等场所进行个别咨询服务。

2. 来访者方面 来访者出现正移情有几种情况：

（1）有的来访者本来就是寻找精神依托，就像无聊的人需要找个说得来的人一起戏水玩乐一样，或者仅仅需要一位人生历程中的情感替代者。例如咨询师的年龄、性别、气质与来访者失去的（或追求的）某位长辈（或恋人）类似，容易成为来访者正移情的对象。生活中个别情感经历特殊的女孩对类似父亲年龄的老男人会出现在情感的共鸣和投入，在心理门诊也偶有出现；历史上，一些年轻精神科医生会娶上一位自己的病人，其开始时情感的产生恐与此有关。

（2）有的来访者本来就是寻找救助，就像落入水中垂死之人需要救援。比如生活陷入绝境、情感上处于饥渴的来访者，俗话说这时候甚至给他“一棵稻草”都可能诱发其强烈情感趋向反应。这种情感趋向有时候来访者本人都不清楚其具体含义，是友情、亲情，还是爱情。这时，面对既和蔼可亲，又魅力四射的咨询师，来访者也许在情感上会出现错位（移情），就看自己是否理智和能否把得住。

（三）移情的预防与处置

作为不是很有经验的心理咨询师，由于不是解决移情问题的专业高手，最保险的办法是始终要树立起心理咨询是一种职业的观念。咨询师要坚持训练自己将日常生活与职业工作分开，将自身的“人格魅力”与来访者的“心理问题”分开，别总是想象着自己的魅力能够推动（感动）来访者心理转变（注意，这与共情或通情是两码事）。也就是防范于未然。

初学者在尝试将生活中的你与职业中的你分开时，需要注意与来访者保持情感上的“中性”，始终提醒自己是在执行职业技能，将技能磨练精到，而不是在施加自己的“人格魅力”（那是日常生活中同事之间、亲人之间的事）。这就像救护落水者，要注意防止来访者“贴身”过近，或者设法使用“木棒”等职业工具施救；也像初级演员，防止“做戏如做人”，将戏中的“抑郁症”都带到自己身上来。

资深者则凭借自身处置移情（包括正移情，也包括负移情）的职业技能，甚至特意利用移情现象，帮助来访者摆脱情感困惑。这就像救助激流中的落水者，有意识地让其近身，只要不让他困住自己（如上肢、腿和头颈部），就更有办法使其脱离苦海。至于用什么办法，其一是职业技能的炉火纯青，得心应手；第二是很像艺术，不可言喻只可意会，全凭经验积累和悟性。

有关移情方面的职业技能，可浏览有关书籍。

第七节 门诊心理咨询的实施

本节介绍门诊心理咨询的基本操作流程。上一节已经提到，所谓心理咨询，就是来访者提出问题，咨询师针对问题，使用医学心理学的知识、理论和技术，给予来访者以专业的帮助的过程。

这里涉及到来访者提出了哪些问题，咨询师应使用哪些知识、理论和技术。由于问题的复杂性，又由于知识、理论和方法的多样性，故心理咨询的具体操作过程难有完全统一的模式。

笔者在心理门诊处置各种“心理问题”时，长期采用压力系统模型基础上的门诊咨询程序。本节将主要介绍这一程序的操作要点，同时兼顾生物心理社会的系统论医学模式。

一、咨询诊断

与临床医学的诊断不同，心理咨询中对“诊断”的表述和记录往往采用现象学诊断和临床医学（综合征）诊断相结合的方法。有关现象学诊断，已在第五章第二节做介绍。

（一）评估信息的收集

采用晤谈、观察、调查、测验和实验的综合评估方法，主要收集来访者的生物、心理、社会的系统信息。基于压力系统模型，重点收集心身症状（应激反应）、生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征等相关信息。

通常晤谈、观察和调查在门诊室进行，心理医生需要学习和训练自己把握临床访谈的基本技能。

心理测验在测验室完成，往往选择需时适当，且符合咨询诊断需要的若干量表。笔者采用压力系统模型的常用测查量表 PSS 和 MMPI。其中 PSS 包含心身反应、生活事件、应对方式和社会支持 4 个量表，需时 30-45 分钟（见第五章第八节）。

某些情况下还要注意对临床生物学指标的收集，如血压波动情况，应激性激素水平等

以第四章第八节案例 1 为例。采用晤谈、调查和测验等方法，分别通过来访者、家长和班主任，收集的各种相关信息。从收集到的资料中可以看出来访者的主要心身症状，及与之相关的生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、人格特征，以及其他相关因素的系统信息（图 4-6）。

在心理咨询门诊的评估信息收集过程中，要特别注意避免单凭来访者本人或监护人所诉说的“前因后果”一面之词。

（二）确定（排除）临床医学问题

根据收集到的系统信息，医学心理学的咨询门诊首先要注意判断是否存在临床医学问题。其中包括躯体疾病诊断，躯体疾病的心理症状判断，精神疾病诊断，心身疾病诊断和身心问题判断（如癌症病人的情感反应问题）等。

1. 躯体疾病诊断 一般心理门诊不处理临床各科的躯体疾病问题，但需要排除。

2. 躯体疾病的心理症状 注意有关感染（如伤寒、结核性脑膜炎），心源性、肺源性、肝源性和肾源性脑病，各种内分泌疾病、代谢性疾病，外科手术后，以及使用某些药物等躯体医学情况下，可能出现的心理症状。躯体疾病情况有时候可以出现各种心理症状，但最突出的表现往往在意识变化上（如朦胧、谵妄、昏迷）。这类情况一般应及时转诊，只对其中某些心理问题在条件允许下由心理门诊作辅助干预。

3. 精神疾病的诊断 以精神疾病诊断标准筛查诊断。符合门诊心理干预条件的（有自知力和求助动机），如各种神经症、人格问题和自知力恢复的各种精神病患者等，可进入心理咨询干预程序。注意掌握转介到精神病专科医院的指征，如精神分裂症、器质性精神病等。

4. 心身疾病诊断 往往在临床各科躯体疾病诊断基础上，按心身疾病的三方面条件（参见第七章第二节）做出诊断。一旦确立，在继续接受生物医疗基础上，可进入心理咨询门诊干预程序。

5. 躯体疾病的心理反应 许多慢性疾病如癌症、冠心病、糖尿病、肝病、肾病患者存在各种心理问题如情绪抑郁和行为退化等，以及一些急性躯体疾病（如心肌梗死、伤残、手术）患者出现的各种急性心理反应如“情绪休克”（参见第七章第八节）等，是心理干预的对象。当然后者可能需要心理医生进到病床前。

（三）系统评估与分析心理问题

在排除精神疾病基础上，需要对各种心理问题做出综合的系统评估与分析。因为心理问题几乎都是多因素综合作用的系统问题。

按照生生物心理社会医学模式，做生物、心理、社会功能的系统评估与分析。

按照压力系统模型。做压力因素评估与分析，压力层次评估与分析和压力系统评估与分析。

1. 生物、心理、社会三个维度的功能评估与分析 重点在心理功能方面，分析知、情、意方面问题（如记忆力减退、学习效果差）；自知力方面问题，包括意识清晰度（如意识清晰）、自我意识（如自我拒绝）、人格自知力（如对反社会态度和观念倾向缺乏自知）、症状自知力（如主动求助）等。

在社会适应功能方面，要分析环境适应力（如对噪声敏感）、人际适应力（如与同学矛盾）、社会适应力（如难以与社会接触）等。

关于生物功能、心理功能和社会功能三个维度的详细评估与分析，参见第五章第二节。这种维度评估结果，有助于在生物心理社会医学模式基础上，按照来访者三个维度问题的轻重缓急，有计划地安排和实施临床综合干预（生物干预，心理干预和社会干预）。

2. 压力系统模型的分级评估与分析

（1）压力因素的评估与分析：分析生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、人格特点、心身反应等因素是否超越常模水平，超过常模水平几个标准差，以及是一个因素或者是几个因素超过。判断并标注各种因素所反映的相应现象学“心理问题”，如

失眠、重大事件、消极应对、求全性格等。

笔者常用压力因素综合评估结果的剖面图来标注患者的压力因素情况（参阅图4-6）。为便于临床干预策略的制订，特别是因素干预，可以将评估结果用简单描述的方式列表（参阅表4-3）。压力因素的评估与分析，是心理门诊具体干预工作的基础。

现象学分析还应同时关注其他有关因素，如文化因素（含亚文化）、经济因素，成长过程的自幼遭溺爱、来自贫困山区等。

关于文化因素，常常被我们忽略。例如，一位伊斯兰青年留学生来访者，他的心理问题完全与文化因素有关。该生来自伊斯兰教文化国家，留学期间受其他文化的影响，特别是受前些年特殊的网络舆情的影响，他不断地感受到周围人的眼光里透射出来的都是“你是否恐怖分子”的怀疑信息。同样，国内农民工外出经常发生旅行精神病，与其发病有关的因素中（如原有的亚文化生活环境、路途陌生环境、贫困、担心身边所带钱物、周围缺乏社会支持）就包含亚文化因素。

（2）压力层次的评估与分析：根据收集的信息，在压力因素评估的基础上，对来访者的心理问题做三个层次分析（图4-7）。第一层，心身症状；第二层，生活事件、认知评价、应对方式、社会支持等；第三层，人格因素。

这种层次评估与分析，是心理门诊制订分阶段、有重点、逐步的干预策略的基础。例如，有的来访者的首要（或重点，或首发）问题是心身症状如强迫症，有的是生活事件为起点和主要因素如下一节的白领工作压力案例，有的是人格因素起着核心的作用如第四章第十二节的学习压力案例，心理干预的策略也相应的有所不同，会从不同的层面开始，并各有侧重。

（3）压力系统的整体评估与分析：除了整体上需要诊断或排除前文所列的各种疾病或相关情况之外，还得对心理问题做出整体上的评估与分析。包括：在来访者的心理问题中，哪些是首发的或者起主要作用的因素；主要的失衡层次和整体系统因素之间的关系（如心身症状因素起多少作用，认知因素起多少作用，人格因素起多少作用）；整体系统中多因素恶性循环的程度；以及通过干预可能启动因素间良性循环的切入点等。（可参考第四章第十至十二节）

二、咨询干预

心理咨询的目的是解决“心理问题”，但其解决方法并没有固定的模式。不同医生在心理干预的理论和手段方面，存在很大的差异。

根据生物心理社会医学模式，在生物、心理、社会功能的系统评估与分析基础上，可选择通过生物的、心理的和社会的各种干预方法，对心理门诊的各种“心理问题”实施综合的干预。

根据压力系统模型，各种“心理问题”往往是受多因素影响的系统性问题。在前文对“心理问题”的相关压力因素、压力层次和压力系统做出分级评估与分析的基础上，可以开展对“心理问题”的综合干预。

（一）压力系统模型咨询干预的依据

心理问题就是多因素的“系统问题”，这是一种哲理性的思考，但不能代替具体的干预技术和具体的介入方式，也不能代替证明心理干预方法对此一定有效。笔者在压力系统模型的基础上，于2007年以来在有关学术会议上以及有关心理健康刊物上，对这

个问题作了假设性图解。

图 8-3 显示一位来访者的心理社会系统结构的三个节点——心身症状（头部）、认知（颈部）、人格因素（龟甲）。各节点的可干预程度（即改变的难易程度）分析如下：

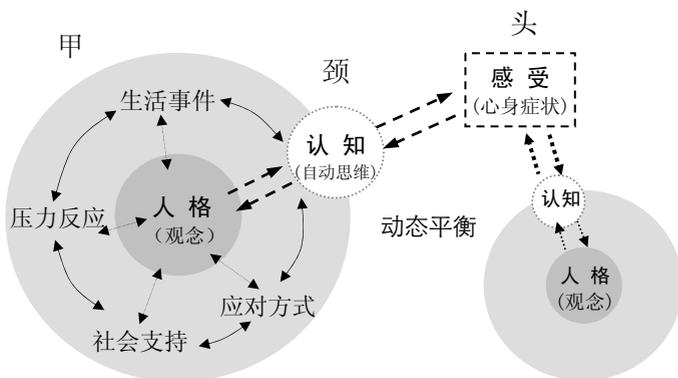


图 8-3 来访者的感受、认知、人格三个层面结构

（1）心身症状（头部）：“颈部”（认知）影响“头部”（症状），“头部”也可以反制“颈部”（认知），时间久了也可以影响“龟甲”（人格）。

由于心身症状往往是来访者求助的直接原因，往往希望首先得到解决，根据上面示意分析，为了改变心身症状，需要直接的生物学干预（如抗焦虑药）和对个体的认知干预，同时也可以间接通过改变生活事件、应对方式和社会支持以及通过改变核心的人格因素。

但根据这里的分析，显然不是那么轻易地达到目的。

（2）认知（颈部）：“颈部”（认知）受自身知识和经验的影响，但“头部”（心身症状）也能反过来影响“颈部”（认知），更重要的是“龟甲”（人格）掣肘和控制着“颈部”（认知）的活动方向。

为了改变认知，可以通过提供各种必要的知识（往往是心理教育）；也可以通过促使生活事件、应对方式和社会支持各种因素的改变（往往通过心理指导）间接实现认识改变；但更重要的需要通过干预技术来动摇认知背后“坚固”的人格因素，例如认知治疗中使用一系列技术来影响人格层面的“认知图式”。实际上一些非“认识治疗”的心理干预方法，最终也可以影响来访者的认知（参见第二章第四节）。针对认知的各种干预方法总是心理门诊的重点。

（3）人格（“龟甲”）：“龟甲”具有坚固性，可塑性相对较小，但又是始终影响颈部（认知），间接影响头部（感受）的核心因素。

因此，心理咨询中最难解决的，还是那些与人格因素密切相关的心理问题或心理障碍（如多种神经症患者）。心理咨询效果缺乏持久性，其原因也与此有关。需要通过系统的心理治疗技术来改变与人格因素密切相关的某些心理问题（可见，掌握系统的心理治疗理论和熟练的心理治疗技术，是医学心理学咨询门诊不可缺少的基本条件）。

以上关于心理干预依据的认识，除了为医生提供心理干预的清晰思路，如果通过医生简单的画图说明，还能让来访者更愿意接受门诊心理干预。

（二）咨询干预的手段

心理干预的知识教育、认识指导和心理治疗三类基本手段，已在第六章介绍，这里结合心理咨询干预实际做总结性讨论，

1. 知识教育的干预模式 缺乏知识或知识错误确实是导致许多来访者产生知识性的认知歪曲（请参见第二章第四节），从而出现心理困惑。对此，还可以进一步将所缺乏的知识人为分成“结构”知识和“功能”知识两部分。

“结构”知识是相对静态的。例如临床案例中有对病毒的存在与复制、睡眠和梦、性和性功能等的误解而导致心理冲突和痛苦的；也有下代人对上代人的特点不了解而导致不理解和家庭冲突的；等等。

“功能”知识是相对动态的。例如儿童成长与教养问题；老年期的发展与适应问题；家庭（婚姻）的适应问题；人际交往与人际适应；情绪与情绪调节；应激与应激控制；心身疾病的病因和防治方法；心身相关基本规律与对策；健康生活方式与行为的建立等方面的正确知识。临床许多来访者是由于以上各方面知识的欠缺和误解，导致心理冲突和痛苦。

【具体方法】一般采用讲解、说明、举例等传授知识和解答疑问的方式，促使来访者改变原有的知识不足，调整认知偏差，消除心理困惑和痛苦。

不过，即便是知识教育，也需要有针对性和技巧性。所以心理咨询师不论何种出身，都需要在知识基础上有实际经验的积累。例如，上述关于“下代人对上代人的不了解导致不理解”的问题，是亲子冲突常见的知识性原因，但你将这一道理告诉子女，他（她）却未必能接受，往往需要他们自己也到那个年龄，则不用说他们也能理解。故必须通过另外的途径，如启动情感的沟通，以促进其“理解”。

2. 认知指导的干预模式 人的认知过程往往受多种认知规律的影响，如认知的多维性、认知的相对性、认知的联想性、认知的先占性等。个性特征也会影响认知过程，如个性敏感、拘谨、内向的人易产生认知上的先占，导致心理痛苦；完美主义（或“绝对公平”）的信念或观念系统也是影响认知过程的重要深层原因，但这已经属于人格层面的问题。

【具体方法】这是在心理咨询工作中，如何改变来访者认知方向和认知过程的问题。医生需要采用心理行为学技术，具备实际操作经验（包括“辩论”能力）。其中一些工作实际已属于认知治疗的技术，例如自动性思维的辨认。

通过对来访者心理问题的评估，可以发现来访者存在认知“策略”上的“问题”；或者发现其心理问题的形成可能与某些人格特点有关；或者发现其认知违反了认知规律、适应规律等。找出其中一种或多种主要影响因素。以宣讲、解释、举例、反证等认知指导方式（耍嘴皮），促使其改变原有的认知过程。

以价值观念导致心理痛苦为例。由于价值观念的不同，认知指导的方法和细节也不同。例如，对于“读书成绩就要是最好的”来访者，认知指导应证明“他已经是最好的”（改变其认知上的绝对化，因为世界上只有相对的好）；对于“读书就得比别人好”的来访者，认知指导应证明“有许多人比你差”（改变其认知上的两极思维，因为强中自有强中手）等等。

以认知的整合性为例。可以利用认知整合性特点来指导一些来访者自我修正认知偏差，达到自我调节的目的。例如，有人被领导当众批评而感到“失面子”、“无脸见人”，甚至认为“领导欲开除自己”。通过认知指导，促使其将认知整合成为“领导脾气急躁，

谁出错就批评谁，这次是因为我出错，下次遇到别人也……”

以认知的相对性为例。可以利用认知的相当性特点来指导来访者，使其看到问题的反面，从而产生相反的情感反应。例如，有人因为曾经对母亲生前照顾不周（其实往往是深爱其母，因性格求全而反而客观上伤害了母亲）而一直存在自责。后来，由于自己遇到生活挫折越来越多，更加深了这种内疚和痛苦。这时候的认识指导可以是：“你的自责说明你实际上深爱你母，母亲当然也爱着你。但母亲如果有知，一定会因为你长期自责、痛苦而使她感到痛苦，相反会因为你现在幸福而使她感到幸福。”

以下一些咨询干预方法主要属于心理教育与认知指导模式：压力干预模式（参见第四章）、情绪调节模式（参见第三章）、应对指导模式（参见第四章）、人际交往与人际适应指导模式（参见本章第一节）、家庭（婚姻）适应指导模式（参见后文）、儿童成长指导模式（参见本章第二节）、老年适应指导模式等（参见本章第四、五节）。

3. 心理治疗的干预模式 许多心理问题的产生和趋于复杂，其首要原因往往来自于来访者的人格特点或非意识层次，而不仅仅是知识或者意识层面的认识问题。例如，特定的人生观、价值观、信念与信仰、自我意识，甚至有关观念系统等。这时候，咨询干预的目的，在于想方设法动摇来访者人格层面的信念或观念系统，从而最终改变来访者意识层面的认知过程，并影响其情绪和行为。这时候，需要使用各种心理治疗方法。

【具体方法】由于系统的心理治疗受时间和条件的限制，在心理咨询过程中，可以采用类似于某种心理治疗模式的相对简单一些的咨询干预技术。

以认知治疗为例，其中有识别自动性思维和功能不良性假设的技术。按照认知理论，来访者的抑郁症状或消极行为是因为认知偏差（看问题消极），但这不是他的“故意”，而是由于他人格深层的自动的功能不良假设支配着他的认知方向（图 8-4）。此时，除了前面的心理教育和心理指导外，在咨询干预技术中可以采用对自动性假设和认知偏差的“识别”技术（包括提问、指导演示或模仿等方法），促使来访者逐步识别自动性思维（浅层的观念）及其背后的功能不良假设（深层的观念）（表 6-2）。

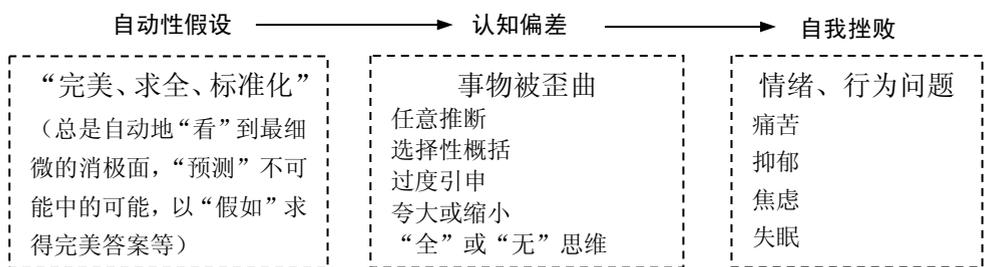


图 8-4 认知治疗模式咨询干预示意图

以下为这一类型咨询干预的对话片段：

- （背景：抑郁症患者谈到上午顺便游览了“败落”的西湖）
- 你看到了湖边的树叶？
- 我看到许多腐烂干枯的树叶。
- 同行的那些人何看到的是金色的树叶？
- 也许他们看到了叶面上的金黄色。
- 你们之间看东西不同在哪里？（谁更仔细，谁更深刻。）

——为什么会有这种不同？（是自动的，还是故意的。）

——这种不同是否会带来当时感受的不同？

——如果总是这样看实物，是否会长期影响你的情绪？

（系统的认知疗法可参阅第六章第五节）

此外，人本模式、心理动力模式、森田模式、催眠暗示模式、支持激励模式等咨询干预方法，也属于心理治疗的干预模式。

（三）系统模型基础上的咨询干预

基于“心理问题”往往是系统问题的事实，在咨询诊断部分，对于各种来访者的心理问题，已介绍了新医学模式下的生物、心理、社会三个维度的系统评估，也介绍了压力系统模型下的“压力因素”、“压力层次”和“压力系统”的分级评估。医生可以按照自身的信念或习惯，采用上述心理教育、心理指导或系统心理治疗干预技术，分别制订和实施门诊干预计划。

1. 生物心理社会的门诊综合干预

（1）治疗心身症状：根据医生的知识和技术储备，可以选择使用药物。也可以使用各种能够直接影响心身症状如焦虑、失眠的心理行为治疗技术，如松弛训练、生物反馈等行为治疗技术，暗示和催眠疗法等。甚至也可以指导做环境的调整如建议外出旅游等。

（2）解除心理问题：建议医生能够系统掌握心理教育和心理指导的各种基本知识和技能，能够掌握一、二种系统的心理治疗技术如认识行为疗法。针对来访者心理问题的性质，机动地采取各种干预方法。

（3）促进社会功能：一般医生甚至可以根据自己的常识，建议来访者提高社会适应程度，如建议多与人交往，要求以逐步成功的喜悦来促进自己社会活动能力的提升等。但更专业的方法还是各种心理学知识、理论和方法（包括心理治疗如团体治疗）。

以上三方面（或者三个维度）的干预并不能绝然分开，而是相辅相成的。

2. 压力系统模型的门诊综合干预

（1）对来访者的压力系统作分析与指导：在首次门诊会谈中，笔者往往通过简单画图加讲解，让来访者迅速明白，人是一个整体的系统结构，仅仅对某一、二种压力因素实施干预，有“头痛医头、脚痛医脚”之嫌，未必能真正建立起系统的再平衡。同时简单陈述，来访者心理问题的系统特点是什么，哪些因素是重点，哪些因素之间是恶性循环的关系，哪些可以建立起良性循环等（参阅第四章第十节）。

这样的系统分析与指导，能给来访者以解决心理问题的信心，增强求助动机，而这些都是心理门诊开始的重要一步。同时，也能给某些来访者产生突然的领悟，在心理问题主要因素方面与医生取得共识，有助于后面重点压力因素干预工作的开展。最后，也有助于医生本人对来访者心理问题的整体把握，为下一步实施门诊干预创造清晰的思路。

压力系统的分析与指导，是门诊首次会谈的重点，此后每次门诊会谈的开始 5-10 分钟，继续给予简单复习，然后实施其他门诊干预计划内容。

（2）根据压力层次的不同，制订不同的干预计划：在评估与分析压力层次特点基础上，制定门诊干预程序（计划）（见第四章第十节）。所制定的计划要求能切中来访者心理问题的要点，紧紧围绕压力系统内部恶性循环的关键部分，启动对重点压力因素的

针对性干预。这就像面对最复杂的系统“乱麻”，除非快刀斩乱麻（但这不适用于心理问题），否则就得从细心的评估分析开始，找出线头部分，依次慢慢地予以解脱。

（3）压力因素的咨询干预：在实施门诊干预程序的过程中，从第二次门诊会谈开始，将逐渐地按主次对异常压力因素实施干预，例如生活事件、认知方式、应对策略、社会支持、个性特征和心身反应方面的问题。采用的手段包括各种知识教育、心理指导和心理治疗手段（详细内容见第四章第十一节）。

通过上述各有关压力因素的选择性干预，有助于缓解压力系统内部的恶性循环，启动因素间的良性循环，促进系统再平衡，实现恢复心理社会功能的门诊咨询目标。

三、注意事项

这里主要指门诊心理咨询工作过程中需要引起注意的事项。

（一）应有责权利方面的合约

正规的心理咨询需要签下“知情同意书”。让来访者对心理咨询过程的有关细节“知情”并表示“同意”，本身也是对来访者的知情权、选择权和同意权的尊重，有助于咨询过程双方的默契。另一层的意义则是防范于未然，咨询师与来访者之间的责权利等有关法律道德问题一一列入，能够尽可能减少咨询运作过程中出现的责任问题，也是对心理咨询职业的一种自我保护。

（二）应有特定的咨询环境条件

心理咨询是一种职业行为，须具备一种职业所必须具备的各种软硬条件，包括心理咨询室、心理测验室，以及可能的有配套仪器的心理治疗室等。除非咨询师在咨询干预中有特定的设计安排，否则不应该出现被来访者约到宾馆、私宅、野外等处进行心理咨询的情况。至少，这可以防范某些不测。

（三）应注意躯体疾病的甄别与及时转诊

由于心理问题与躯体疾病症状有时候混淆在一起，来访者本人也未知自己实际上是躯体疾病（特别是早期）。因此，非医学专业出身的心理咨询师更应注意学习识别心理问题表象后面可能的躯体疾病，特别是某些躯体疾病的早期症状很像心理问题，如甲状腺机能亢进。为稳妥起见，不熟练的咨询师在这方面宁可小心一些，及时转介以借助临床医学甄别以后，再接受心理咨询。

（四）注意移情问题

这也是初学者需要多加注意的。（见本章第七节）

第八节 若干心理问题

关于“心理问题”的概念，已在第五章第一节讨论。各种心理问题在全书各章节中也都有一定的介绍。作为本书的最后部分，本节主要代表性地介绍笔者在心理门诊和社会实践中处置的几种心理问题。其它一些心理问题的处置也与此类似，有兴趣读者可以举一反三。具体操作的理论基础是：各种心理问题是多因素和多维度的系统问题（压力系统模型）；具体实施流程是：评估与诊断、干预方案制订与实施、干预效果评估。

本节内容分别摘自《医学心理学》(2010b)、《压力(应激)系统模型—解读婚姻》(2011)和《临床心理问题指南》(2011)中笔者自撰写部分。

一、白领职业压力问题

(一) 门诊案例

男, 38岁, 任某改制国企副总2年。来访者大学毕业后, 因能力突出, 很快由一般干部升任中层干部, 没几年又被提拔调任刚改制的某国企常务副总。肩上的胆子一下子加重(该单位的老总是挂名的), 但来访者不畏困难, 白天黑夜, 兢兢业业, 严格管理。第一年, 他发现有人向上级部门打自己的小报告, 而且知道是部分骨干及其关系密切的员工所为。来访者对此曾受打击, 但很快调整过来, 心正不怕影斜, 继续“严格”行政就是。不料第二年年终(即来门诊前半月), 上级搞了个群众评领导的民意测验, 给来访者打低分的群众人数却惊人。

打击是很大的。来访者勉强维持着正常的行政角色, 忙碌着单位年终的各项事务。但几周时间, 来访者越来越发现自己出了问题: 例如, 某班组年终庆祝酒会上, 自己作为被邀请的领导, 在祝酒时却失态, 忍不住说了不该说的话, 事后很后悔; 几次犹豫着想找老总谈谈, 但以往雷厉风行的精神却丧失殆尽, 反复犹豫之下找老总谈了一次, 却什么也没有获得, 因为老总只是嘻嘻哈哈一通天气如何如何, 根本没有安慰来访者的意思(老总任命仅一年时间); 回到家说起自己的遭遇, 同样是大学毕业并长期独自承担家庭和孩子生活的妻子, 好心劝说, 干吗呢, 还是来帮我做点家务吧, 却被来访者体会成是对自己的抱怨; 前几天, 来访者按照上一年年初的人事计划, 留薪留职调岗到一个新的部门锻炼一年, 事前自己还有一种终于逃脱的感觉, 不料第一天就出了问题, 那是他向一位不认识的年轻人要求打开电脑密码, 因为自己要写一份总结, 不料那位青年用怪怪的眼神看了他几秒钟, 来访者当时就有受到蔑视和侮辱的感觉, 真是虎落平阳被犬欺。焦虑越来越明显, 失眠在加重, 忍不住的多思多想, 压力感和力不从心的感觉使得来访者不得不选择来心理门诊。

为了直观起见, 现将来访者的各种事件和相关因素标示在图8-5。

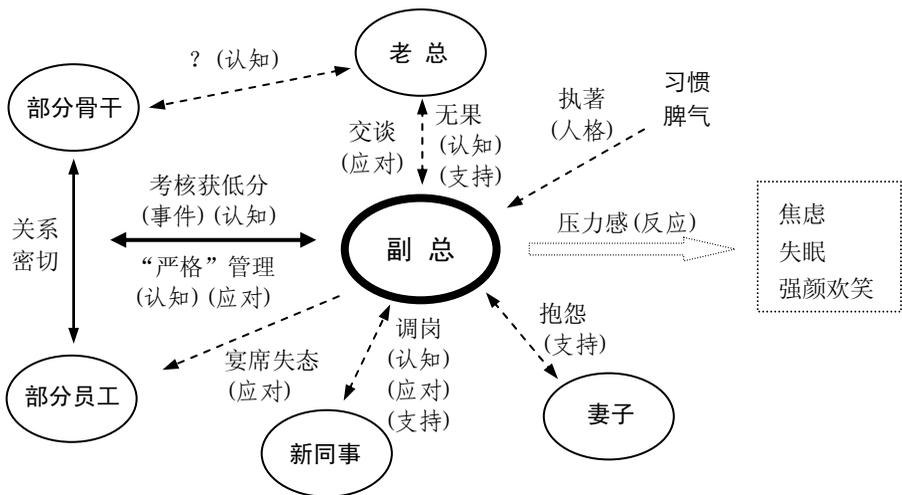


图8-5 某领导干部的压力因素关系示意图

关于职业压力与枯竭（occupational stress and burnout）的命题，近年来已越来越受相关学术界的重视（Schaufeli WB & Greenglass ER, 2001）。

压力系统模型能够简易而清晰地解剖职业压力的构成，认识职业压力因素，并为职业压力的评估与管理提供理论支持，在实际工作中也便于操作。

（二）门诊心理评估与诊断

通过晤谈、调查和心理测验，获得相关的各项信息。在排除了各种可能的疾病以后，以压力系统模型为理论基础，重点对压力因素、压力层次和压力系统分别做出评估和诊断。

1. 压力因素的评估与分析 汇总于表 8-3

表 8-3 某领导干部的职业压力因素评估

压力因素	特点描述（根据晤谈、调查、观察和测验）
生活事件	群众考评（启动因素），应对失败派生继发事件（宴席失态，老总、妻子、新同事）
认知特点	大量的负性自动思维（各种“小事”全变成了“大事”），专注于自身的形象
应对方式	消极应对明显，积极应对一般
社会支持	主观社会支持低，家庭支持尚可，家庭外支持低
人格特征	执著，敏感（重要因素）（第一年举报信后继续“严格”管理，导致第二年考核低分）
心身反应	焦虑，失眠，多想，失眠，压力感

2. 压力层次的评估与分析

本例第二层次中的生活事件群众考评是压力系统失衡的重要起点（启动因素），应对失败以后，影响认知评价、社会支持和应对方式，结果诱发更多的“次生”事件，如宴席上无意中失态，老总面前变得脆弱、妻子面前的理解偏差、新同事面前的易受伤。故第二层是这位来访者心理问题的重点。

第三层的人格特点如执著、敏感，在顺利时可以更顺利，但在失利时就会变得更失利。例如，第一年就发现有人举报自己，来访者能够在意识层面能说服自己保持平静，但在继续“严格”管理的行为上，显然会“渗透”出敌意和怨恨，无意中“得罪”了許多人，导致第二年群众考评低分。故人格因素也是来访者心理问题的重点即重要因素（同时也是压力系统模型的核心因素）。

第一层次的各种心身症状，则完全是压力系统多因素失衡以后“导出”的变量。

3. 压力系统的评估与分析

本例以考评低分事件和人格偏执、敏感两项压力因素失常为起点，诱发社会支持降低、认知趋向消极、应对能力下降等更多压力因素的异常，继而导致各种压力因素之间的恶性循环，最后导致压力系统的失衡，才出现各种心身症状。其中以第二和第三层次的问题为重点。

（三）门诊心理干预的决策和实施

在以上评估基础上，采用心理教育、心理指导和系统心理治疗等各种心理干预技术，或者结合使用药物等方法，在压力系统模型下，开展心理问题的压力系统分析与指导、制订分层次干预策略和对各种压力因素的管理与控制。

1. 压力系统的分析与指导

属于整体性的一般教育，在第一次正式干预性晤谈时，首先给来访者分析他的心理问题的实质，压力系统结构特点、症状性质和形成原因，使来访者在全新的认知角度下，领悟自身的心理问题，并起到促进求助动机的作用。（操作细节参阅第四章第十节）

2. 制订分层次干预策略

是医生对进一步临床干预的一种决策。按照医生的理念，可以从压力系统模型中的三个层次去决策。

因为判断问题的启动点在第二层次，即主要生活事件群众低评（启动因素），及诱发的认知评价、应对方式和社会支持因素，需要采用心理教育和心理指导手段。

又因为判断问题的重点还在于第三层次，即人格因素方面的过分执著和偏执（重要因素和核心因素），需要采用认知理论和行为理论指导下的心理治疗（主要是认知行为疗法）。

因为判断本例心理问题的重点（或起点）不在第一层次，其许多心身症状，如多思多想（但不是强迫症状），焦虑、失眠、以及强装笑脸等，都是系统失衡以后恶性循环的结果。如果能够通过第二、第三层次的干预产生效果，那么第一层次的症状也就自然会消除（因为各种干预方法的最终目标就是控制症状）。当然，如果症状严重影响生活，则需要使用药物和其它直接干预方法。

根据以上层次分析，接下来的门诊操作策略如下：每次晤谈开始先简单复习前面的压力系统分析与指导，然后执行认知行为治疗这条主线，并适当兼顾以生活事件为中心的各种压力因素的管理与控制（见下文）。

3. 压力因素的管理与控制

来访者的启动因素生活事件，即群众考评低分，是门诊干预的首要压力因素。笔者采用各种心理学理论和技术，来解释、说明、演绎、比喻这种事件的必然性和积极面，不断指导来访者通过认识的转变来减少事件的影响。

来访者的重要和核心因素人格特点，也是压力因素干预的重点，但一般的教育、指导作用有限，故重点是上述认知行为治疗模式，整个门诊过程就是沿着这条治疗模式展开。

除了作为重点的低分考评事件和执著、敏感人格因素，其它各种压力因素如社会支持（包括家庭内支持）、认知调整、应对指导和心身症状的处理等，也在门诊认知行为治疗进展过程中，不断地加以讨论和指导。例如，通过分析和具体指导，帮助来访者解决、缓冲或者回避次生的生活事件；通过再评价、暗示、安慰、激励、调整思想方法等，帮助来访者改变消极认知评价；通过指导转移、发泄、升华、放松、利用自然环境等，帮助来访者提高应对效能；通过提供客观支持、改变主观支持、加强家庭支持，帮助来访者改善社会支持水平；通过压力系统分析和讲解，使来访者在平时生活中重视对自己人格（如完美主义的执著或绝对公平的观念与态度）的防范与修正；使用行为训练（如放松训练，环境调整）和某些心理技术（如暗示）来降低心身紧张症状；等。

二、团体压力管理问题

（一）现实例子

当今有一些单位，被普遍认为是高压力单位。因为不断地出现意外、伤亡事故或其他严重事件，遭到舆论的同声谴责。有人认为，这是因为员工们的工作时间太长、产品

要求太高，有的认为是环境太封闭、限制太多、生活太艰苦，有的认为是因为员工们远离故乡、人际生疏，有的认为是员工文化素质太低、心理太脆弱、缺乏竞争信念，有的直指待遇不公、工资太低，更有的指责老板黑心、血汗工厂。而老板方面则深感委屈，有苦难言，因为自己单位的工资不低于同行业的均值，自己单位的环境都是现代的建筑和设备，自己单位的管理都是国际通行的规则等等。

从压力系统模型角度，以上各方所提出的理由（或因素）也许都有一定的道理，都得考虑，但也许还有更重要的因素需要考虑，如社会方面的文化与亚文化和心理方面的暗示作用等容易被一般人忽略的因素。通过团体压力管理计划，以系统模型的理念入手，从多因素的角度决策，或许有助于部分缓解这些单位的压力问题。

（二）理论与策略

根据压力系统模型，就个体而言，人人处于压力多因素系统之中；就团体而言（如工作单位），则是各种个体的亚系统所构成的更大系统；个体的系统平衡受制于团体系统的平衡，但又影响团体的平衡。

在社会转型期，个人普遍感受到压力，而社会团体的压力也非常突出。由 Walsh D（1982）首次提出，至今在国内也已逐渐成为流行语的员工援助计划（employee assistance programs, EAP），其核心内容之一就涉及团体内员工压力综合管理问题。

制订差异化的团体压力管理方案，需要密切结合该单位的团体性质和特色，即该单位所有有关于压力问题的系统因素。以下介绍以压力系统模型为基础制订的团体压力管理计划大致流程：基础调查、发动阶段、评估方案、管理与控制方案制定与实施。

（三）基础调查

对意向单位的有关岗位部分员工、部分领导、若干特殊部门如工会等，分别登门拜访，作晤谈调查。为将要实施的该单位团体压力管理计划提供修订依据。如是否需要补充一些压力量表以外的特殊量表等。

（四）发动——团体讲座

进驻签约单位后，首先通过现场团体讲座，或者单位内部局域网，向员工宣讲压力有关基本知识。以下是压力系统模型基础上的团体压力讲座 PPT 提纲。

1. 压力举例 人生充满了压力（既可促使进步，也可影响健康），举例加以说明：
 - （1）工作压力。
 - （2）生活压力。
2. 压力的系统分析 世界充满差异，差异导致失衡，失衡导致压力。分两部分介绍：
 - （1）举例介绍各种压力因素。
 - （2）动画介绍压力的系统结构和基本特征。
3. 压力的管理与控制 分别举例说明各种压力因素的管理与控制。

以上具体内容可参阅第四章第十至十二节；PPT 可浏览 www.mendline.com.cn。

上述工作一方面为了提高员工对于压力管理的认识，本身是团体心理卫生宣传的一部分。另一方面可以提高领导和员工对这项工作的重视程度，配合做好下面的调查和评估工作。

（五）评估方案

1. 心理压力量表调查 采用心理压力系列量表，包括压力反应、压力源、应对方式、社会支持，以及人格量表、工作满意度等配套问卷。采用单向匿名法，即匿名填写问卷，

每份问卷有一编号，要求员工记下自己的问卷编号，既提高问卷的真实性，又保证结果能够匿名反馈到员工个人。建立包含各种心理压力因素的团体成员个人心理压力数据库。

2. 评估压力因素 与地区常模比较，评估本单位各种压力因素的整体水平及群体分布特点。

3. 评估整体压力程度与主要影响因素 与地区常模比较，评估本单位员工压力反应水平，包括躯体反应、情绪反应、行为反应和总压力反应。通过多种统计分析，重点筛查影响压力的主要因素。

4. 筛查高压个体 将那些压力反应远超地区常模的样本挑选出来，单独晤谈，做进一步分析与判断。其它有关因素得分异常者，也在关注之列，如社会支持过低者等，可能需要提供单独晤谈和帮助。

5. 定期追踪 根据签约期限，可能需要再次调查和评估，同样输入数据库。

（六）控制与管理方案

1. 压力分析报告与建议 向团体首长重点报告本单位首次调查结果，包括本单位压力水平、特点，以及主要的影响因素，并提出团体压力管理的某些具体决策建议。

2. 个别咨询 对调查中发现的高压力个体（或者其他因素分数异常者），在个人同意下开展个别晤谈，作进一步心理评估与干预。

3. 不定期开展团体心理健康讲座 以通俗和举例的方法，针对本单位的实际，进一步介绍压力有关因素的管理和调控，如生活事件管理、社会支持促进、应对方式训练、情绪情感调节等，推动团体成员自觉管理各种压力因素，从而提高整体压力管理水平。

4. 追踪 随着团体压力管理工作的进展，根据定期调研的效果和出现的新情况，向单位提出调整压力管理计划的建议。获同意后再实施。

5. 总结 如签约时间足够，在再次压力评估基础上，做出年度总结（包括效果与分析报告），制订下一年度计划。

这种压力团体管理模式，在笔者支持下某管理公司曾在多几个单位施行，效果较好。

（七）[附]团体压力管理的分析报告

以下是某管理公司入驻签约单位后第一次向管理者提出的专家调研报告提纲。

1. 本单位压力水平及建议 通过与同行业或同地区比较，报告本单位员工压力的躯体、心理和行为反应，以及总压力反应。根据结果，从心理卫生角度，建议管理者在决策时关注员工的整体压力水平。对发现的部分压力过大员工，建议给予心理帮助（往往在分别晤谈后再做进一步建议）。

2. 本单位压力源的结构特点及建议 通过与同行业或同地区比较，报告工作压力源、人际压力源、经济压力源、家庭压力源水平。根据结果，从心理卫生角度提出管理建议，特别是管理、人事、环境、娱乐、工会等方面的改进建议。

3. 本单位社会支持水平及建议（同上）

4. 本单位压力的影响因素分析及建议 通过多因素统计分析，详细报告主要影响员工心理压力反应的各种因素，以及分别和整体的影响程度（如回归分析中的 R^2 ）。根据结果，建议从这些因素入手采取措施来改善本单位员工的心理压力水平。

5. 分部门的分析及建议 针对本单位的不同科室、岗位，比较分析报告并提出建议。

(注：对于特别庞大的单位，可以抽样实施本计划，再予以推广)

三、婚恋问题

(一) 门诊案例

主诉：一对协议离婚已两年的青年男（他）女（她），目前正在为争夺 7 岁女儿以及房产纠纷而陷入胶着状态（图 8-6）。她母亲告诉医生，她不肯认输但内心压力很大，已影响工作。在双方母亲的动员下四人一起来心理门诊。

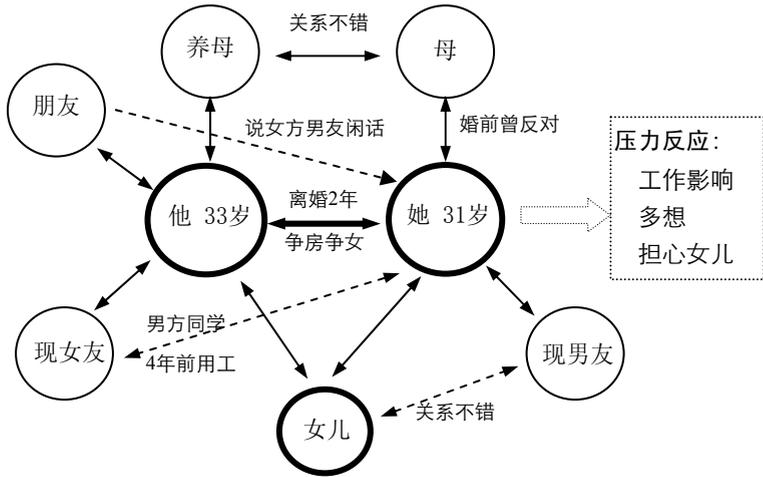


图 8-6 本案例中各因素关系示意图

经过：婚前的他是农村户口，单身进城开店，不富裕但很能干，且相貌堂堂，老家有众多同学和亲友。她是城市户口，独女，有工作，且容貌姣好，还有一位殷实的退休母亲。偶然机会，她爱上了他，而且爱得很疯狂。由于她母亲坚决反对，很有个性的她离家出走与他结婚。生米煮成熟饭后，她母亲妥协，花钱将小两口的新房安置在自家里。逐渐的，均属单亲的亲家母之间，关系也变得不错。

时来运转，几年里小夫妻将小店打拼成连锁店，资产千万。随着实业的顺利发展，妻子也辞职参与一起创业，丈夫的农村朋友、同学也纷纷加盟，本市各种人缘关系慢慢拓展，加上孩子的出生，原有的两人婚姻“系统”变成了婚姻、家庭、实业三位一体的“大系统”。

面对这个大系统。充满着各种生活事件，认识方式、应对风格、社会关系和人格特点也都有差异。但双方未能“接纳差异，快乐互动”，而是始终坚持着“分清是非，痛苦竞争”。终于，由于对他的一位能干的女同学（现女友）的认识上产生差异（她要求赶走这位女生，他认为没有理由），双方情感逐渐转向对立。由开始的不愉快，到生气、到愤怒、到仇恨（打斗受伤）、再到厌恶、直至冷淡。最后，原本带有浪漫色彩的“爱”被彻底终结。

离婚后的两年里，双方关系还在继续发酵。他真的与女同学同居了，她也找了一位男友同居。双方单身母亲由关系良好变成了关系尴尬。他的朋友很多，不时地传出一些对她不利的“闲话”。离婚时谈好女儿轮流护养，但近期他多次匿藏女儿，理由是有一

天女儿说自己有几个“好爸爸”，显然是指她的男友，这让他无法容忍。而她则深深地厌恶他和他的现女友这两个“流氓”，担心女儿跟他学坏了，费尽周折要把女儿找回来。

正如俗话说说的，爱之越深恨之越切。本例他与她之间最终发展成势不两立，与各自“压力系统”中的文化差异有关，与性格和观念有关，最终与所有的压力系统因素差异有关。例如，她的祝英台式的爱情追求反映了性格的执著和观念的完美。在恋爱时促成了婚姻，在离婚时促成了仇恨。

（二）压力系统模型干预婚姻的基本原理

婚姻是各当事人（包括夫妻双方，也包括各自家庭背景成员）的各自子系统组成的更大的系统。良好的婚姻并不意味着系统中的一切因素之间都是“匹配”的，而是意味着这个大系统中的各种因素在整体上是动态平衡的，也就是“适应”的。婚姻出现问题，则一定是多因素的平衡系统出现失衡，即“不适应”。

但在生活中，人们往往认为“爱”能解决婚姻系统中的一切问题。实际上，这是一种认识误区。根据压力系统模型，爱只是婚姻多因素系统中的一个基本因素。良好的婚姻除了需要双方在情感上的“爱”之外（其实“爱”也存在差异），更需要双方在生活背景、认知特点、应对方式、社会支持、行为反应方式、习惯、观念等多因素差异上取得“适应”。

这里的“适应”，概括起来就是“接纳差异，快乐互动”。

医生和来访者都需要深刻理解并牢牢掌握的“接纳差异，快乐互动”，是一个整体原则，是一个统一的观念或信念，不能将它们拆开来理解。更不能解读为是一方对另一方差异的忍受或掩饰，或者是去改造另一方，或者仅仅是痛苦地忍让。后者也属于认识误区。

在承认并接纳差异的基础上，通过爱情基础上的长期互动过程（也是一种快乐竞争），最终也许双方的差异缩小了，也许是双方对差异的进一步“适应”。见下：

“爱” → 承认“差异” → “接纳差异、快乐互动” → 良性互动 → 增强“爱” → 缩小“差异” → 进一步“和谐”

反之，如果这种多因素差异的“适应”处理不好，系统进入恶性循环，“爱”的情感就会慢慢被破坏，最终导致婚姻的变质。见下：

只强调“爱” → 忽视“差异” → 不承认差异 → 试图改造对方 → 导致“痛苦竞争” → “爱”被削弱 → 扩大“差异” → 恶性循环 → 由“爱”转为“恨”。

在婚姻问题或家庭问题的管理与控制方面，既有类似于个体的压力管理手段，也有类似于团体的压力管理手段。

（三）婚姻管理与控制基本策略

对于恋爱（含失恋、单相思、抉择等）、婚姻、家庭（双方的、多方的矛盾）、离婚、离婚后的冲突等各种不同的婚恋家庭问题，应分别制订相应的控制和管理方案。基本流程为：

（1）通过晤谈、调查和量表对所有当事者做出系统评估，分析各种因素的差异程度，其中特别注意各方在观念（爱情观念、婚姻观念、家庭观念、生活观念）方面的差异程度，而这些通常需要仔细的晤谈；

（2）以压力系统模型的“爱”与“适应”婚姻原则，在整体上给予各方（单独）、双方（夫妻一起）或多方（全家有关人员一起）以具体、形象的宣讲，促使他们接受婚姻

(家庭)是系统平衡的原则;(见下文)

(3)根据个人或婚姻系统中不同因素的失衡情况,有时候需要帮助挖掘某些深层的因素差异,并给予具体的控制和管理指导。这里涉及许多基本技巧,希望进一步了解者请参阅笔者(2011)的《压力系统模型-解读婚姻》一书。

(四) 婚姻基本原则的宣讲技巧

婚姻问题(特别是冲突问题)与其它一些问题不同,当事人内心几乎都认为自己是正确的。他们的求助动机也往往不太强烈,有时候之所以来访仅仅是为了证明自己是正确的。因此,接待这些来访者,需要关注他们是否存在前述那些带普遍性的认识误区,如“爱”能解决婚姻中的一切问题;婚姻问题就是谁对谁错的问题等。

有时候,由于来访者中的一个人坚持自己“正确”,也没有“毛病”而不能配合心理评估的情况下,需要提前对他们作有针对性的宣讲,内容始终包括有关婚姻的认识误区和婚姻基本原则是“爱”和“适应”。

在宣讲过程中,需要简明地指出“爱”(感受)确实是婚姻的基本条件,但它只是压力多因素系统中的一种情感因素,不同的人还有不同的“爱”法。(可结合前文图8-3)

指出,良好的婚姻是在双方“爱”的基础上,各种压力因素差异的“适应”(动态平衡)。这些差异因素包括生活背景、认知特点、应对方式、社会支持、行为反应方式、习惯、观念等,甚至也包括“爱”的差异。

指出,这里的“适应”不是指对各种差异的忍受或掩饰,更不是改造对方,而是对差异的接纳。在承认差异、接纳差异基础上,通过爱情基础上的长期互动过程(即快乐互动),最终双方的差异也许缩小了,但更多的情况是双方对差异的进一步“适应”(接受)。

指出,如果这种多因素差异的“适应”处理不好,那么由于压力因素之间的恶性循环,“爱”的感受会慢慢被削弱,最终导致婚姻家庭系统的彻底失衡,“爱”也随之消失,甚至变成“恨”。

(五) 帮助挖掘某些因素的深层差异

在婚恋问题咨询过程中,对一些普通的差异其实当事人也都是清楚的,如一个勤劳、一个懒惰,但问题仍然不得化解。这时,帮助分析当事人各方深层次的差异就显得很重要了,难度也较大。因为当事人会坚持停留在已知的认识上,以自己为“是”,以对方为“非”。经验证明,这时候双方最隐蔽的差异往往是文化背景和价值观念上的差异。

门诊案例:一对夫妻均赞成“丁克”,不准备生养孩子,结果与双方父母在婚姻和家庭观念上存在差异,因无法解决导致严重不“适应”而来门诊。但在解决了与家长的“适应”问题后(家长接受了),夫妻双方在接下来的共同生活中,却逐渐发现双方也严重不“适应”,只得一年后再来门诊。原来,双方虽然在家庭观念上同样赞同“丁克”,但在生活观念上却差异很大。一方秉承“人生是奋斗和争取享受”,另一方秉承“人生是磨难和免遭痛苦”——前者因没时间和精力,后者因不能再制造新的生命痛苦,结果都是不要孩子,似乎取得了一致。但由于生活观念上的巨大差异,特别是双方不能接纳这些差异,结果导致系统中多种因素失衡并形成恶性循环。此时,在门诊虽然仍然采用系统模型的“爱”与“适应”婚姻指导原则,但需要与之深入讨论分析这种深层观念上的差异,并指导他们或者接纳差异达成“适应”,或者友好分手寻找新的适应。不过选择后者也要具备接纳差异的心态。

（六）[附]婚恋团体指导讲座

笔者曾受婚姻服务机构之邀开办婚恋团体指导讲座。对象是待婚恋人。内容以压力系统模型的婚恋原则为理论基础，介绍婚姻、家庭和谐基本原则。以下为首次讲题（提纲）。

【讲题：和谐婚姻 = “爱” + “适应”】

（1）“爱”就得爱整个人：举例说明，爱一朵花，不能只爱花瓣。

（2）“爱”未必能保证婚姻持久和谐：举例说明两个人之间是多因素的系统差异。不承认、不接纳差异会导致差异扩大。

（3）“适应”是延续爱情的基础条件：举例说明，双方接纳差异、快乐互动，将能缩小双方差异，良性循环，促进爱情。

（4）“爱”与“适应”不可缺一：以图示（前文婚姻的两个发展方向）加以说明

（5）现场测试、互动：

a. 你们恋爱过程是否很“谈得来”？谈些什么？涉及面广吗？

b. 交谈中，你们是否发现双方在许多方面存在差异？

c. 面对差异怎么做？“改造”对方，屈服于对方，还是接纳差异、快乐竞争？

d. 恋爱过程中你们之间是否会出现“无话可说”场面？

e. 如果宝黛生活在当代，请为他们设计婚后的和谐生活

（七）[附]网络婚恋答疑一例

1. 问 我们是经人介绍结的婚，已经三年了，我是一个情绪波动较大的人，有时与他吵完架不用他投降，我就会好了，长此以后，他见我生气也不再紧张！由于他家里他是最小的孩子，所以性格上总觉得有些自私和没责任感，我讨厌他这种性格，夫妻生活应该是共同的，所以我常因一些小事和他吵，有几次都和他说要离婚，可是当他回家和我说一些好话时，我又会心软。我们已经有了一个儿子两岁了，我现在很矛盾，他是不可能改变自己，我也不可能去改变自己，两个人在一起老是吵，虽然吵完后没什么了，可是我觉得久了就不好了，我到底该怎么办

2. 答 总是吵，就说明你们之间存在明显的，难以折中的差异。

比如他的性格是“自私”，你的要求是“公平”。虽然吵过以后你可以主动求和，好像你放弃了要求，其实你是在用认识说服自己：或者觉得坚持下去可能会危及整体婚姻；或者说服自己对方也有别的优点可以“摊平”，例如他向你讲一些好话（也是一种间接的“公平”）。但是，随着你人格深层的“公平”信念（表现出要求、愿望）一次又一次地被冲击，你们之间的感受层面的“爱”会因此而越少，最后可能只剩下一次一次的用理智来说服自己，活得会比较累。

如果这种公平总是达不到，感受会越来越差，理智也越来越难以说服自己，终于有一天会突然提到“离婚”，而这则进一步让对方的情感向差的方向发展——尽管过后仍然可以像以往那样再次的暂时平衡。

所以，我们会发现许多夫妻新婚以后的情感变化路径往往是：最先的“爱”，到后来由于不能适应差异，不知什么时候开始产生“不满”（唠叨），再到“爱恨交加”（经常小吵），再到“厌恶”（偶然还可以大吵），再到“冷淡”（心死，视若陌路人）。这个径路的后面几步你可是涉及不得的，因为往往不能回头——所谓致哀莫若心死。

从这个分析，你可能发现应该怎么做（但作为当事人往往较难做到）：告诉自己，“接

纳”两个人的差异（不要总是试图改造对方的某个缺点），将对方所有的缺点当作“差异”来先接纳之（俗话说应接受他整个人而不是只接受优点），然后就会“快乐”，然后就会有通过幸福的生活互动影响对方，有助于部分“改变”对方。

当然，也可能根本改变不了对方。那也得“接纳”这个“差异”，而不应当总是将其看作是自己的“失去”，因为很可能对方还有另外的“差异”可以让你“获得”。

如果确实所有的“差异”都被证明是你的“失去”和他的“获得”。那么离婚也是一种“适应”。

四、危机问题

（一）用案例看“危机”

例 1：地震现场透出的现象

通过各种信息汇集看大地震灾难现场的一些特殊现象：在灾难人群中，有人向前冲，也有人向后跑（坎农的生物稳态学说解释：那是个体在应急时或“战”或“逃”反应之不同）；有人躁动，也有人麻木（高级神经类型说解释：那是“兴奋”与“超限抑制”之区别）；有人呼天抢地，也有人不承认不接受（精神分析理论的心理防御说解释：那是个体防御机制的“退行”与“否认”之区别）；还有人哭着责备一位刚被挖出立即死在担架上的受难青年为何不能再坚持一会儿（临床医学解释：那可能是挤压综合征，离开压迫物后极易很快死亡）；此外，还出现所谓灾民们应该“哭”还是“笑”的争论；有个别灾民居然“怕”心理援助者的问题（或许她遇到的是“不对口”的心理专家）；等等。

所谓危机 (crisis)，最早由 Lindemann E(1944, 1956)提出，是指个体面临突然或重大生活事件，不能回避又无法解决时所出现的心理失平衡状态。按照在一个概念，“危机”的前提条件包括有重大事件、应对失效和心理症状等三项条件。显然，这种危机首先强调的是严重事件的刺激（打击）。以上地震灾民就符合这种经典的“危机”。

但以上信息中所反映出的灾难人群五花八门甚至互相矛盾的危机表现，看来还得需要从多因素多层次的“系统”角度去解释。

例 2：“怕死”危机

男 62 岁，退休不足 2 年。从两天前开始日夜连续惧怕自己死去，开始尚自己顶着，没有告诉别人，今天终于难以忍受而悄悄告诉夫人，说自己控制不住地害怕死亡，让她帮找个心理医生。夫人非常奇怪，平时表现威严又坚强的丈夫到底怎么了。

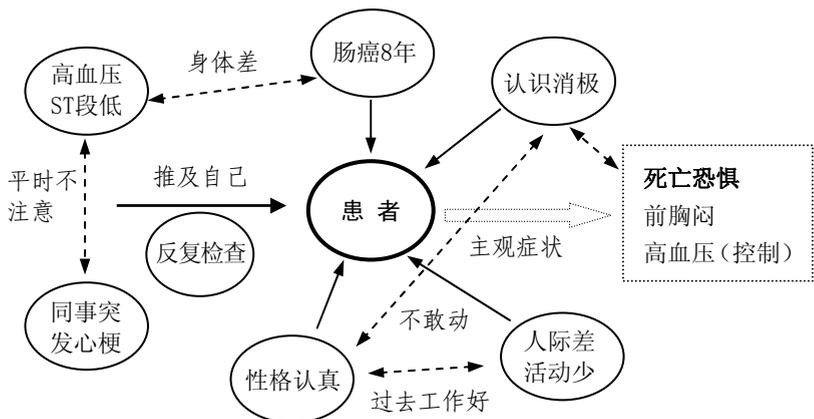


图8-7 案例有关各因素示意图

来访者原是某企业的高级会计师，平时工作认真，自我感觉良好，但人际交往不多，退休后也很少参加各种活动。有高血压病史但用药能够控制；心电图曾有过 st 段压低，故近年来反复上医院检查，对是否会发展成冠心病存有疑虑，想的较多。8 年前患大肠癌，手术效果良好，平时也很少关注。前两天突然获知某位一直挺健康的同事因心肌梗死而猝死。当天自己想得很多，特别担心自己的心脏，到后来就觉得害怕，曾试图摆脱这种恐惧感却不成功，又不好意思对人说，坚持到昨天晚上，实在难以自己摆脱，才很不好意思地请求夫人找心理医生。（图 8-7）

目前在一些领域也出现另外的心理危机的概念，是指个体出现心理的严重失调、激烈的心理矛盾或者心理面临崩溃等危机情况。与 Lindemann 的概念有些不同，这些危机不一定由“严重事件”引起，也许只有“小”事情甚至在别人看来“没有”事情，如当今所谓的学生心理危机将有轻生念头者也包含进去，以及严重如自杀者等，都未必有重大事件。显然这里的“危机”强调心理崩溃等心理反应。故本例也可算是心理危机，他是在别人看来小事情（同事猝死）所引起的心理崩溃状态。

本例的“怕死”，其实每个人都必须面对，但来访者却陷入了心理崩溃。显然，与一般人比较，来访者只是无法控制地注意到“可能也会死”的事实，而正常人则总是“忘记”这个事实。对于此例，用一般的劝说恐怕是无济于事的。

（二）用系统模型认识危机

根据生物心理社会医学模式，人是生物、心理、社会、文化多因素相互作用的统一体（图 1-6、图 4-5-2）。其中心理因素包括情绪（感受）、认知、应对、人格（观念）等；社会因素包括生活事件（危机事件）、社会支持、文化背景等；生物因素包括身体素质和神经、内分泌、免疫机制。这个统一体的任何部分的缺损，都可能使整体陷入危机。因此，危机问题也应该是生物心理社会的整体问题。

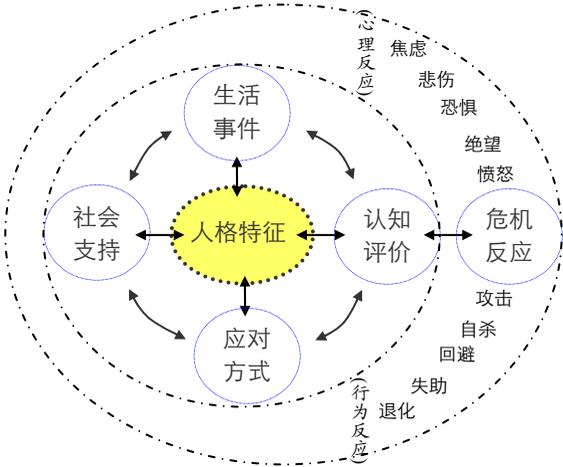


图 8-8 心理危机的压力系统模型分析

使用压力系统模型的多因素、多层次和系统的动态平衡原则，则有助于全面认识“危机”的内涵（图 8-8）。例如，按照 Lindemann 建立的概念，危机由严重事件打击所引起，但个体的认知、应对和心身反应等压力因素其实也都反映在他的危机定义之中。可见 Lindemann 的定义并不排斥事件打击之外的多种因素。同样，按照压力系统模型的压

力反应概念，严重的心理反应（心理崩溃），就是一种心理危机，不论引起这种心理崩溃的刺激（生活事件）是否达到“严重”程度，但其它各种压力因素的共同参与导致了这种“崩溃”（心理危机）的发生。

据此，笔者（2007a）在《心身医学》一书中提出，处置心理危机，首先必须对来访者的压力系统做系统的评估与分析；危机救助策略则应包括解决、缓冲和回避生活事件（危机事件），认知改变策略，设计应对策略，提供社会支持，减压技术等各种措施。

（三）压力系统模型的危机评估

使用晤谈、观察和调查等评估方法（灾难引起的危机往往难以实施量表测定）。

根据图 8-8 所示。评估心理危机，不但要注意个体显示出的严重危机反应，特别是心理行为方面如自杀、攻击等“危机行为”，同时也应特别注意存在于危机反应背后的各种相关因素，以及这些因素对于“危机行为”的影响作用。这种影响可能加剧危机行为或不良后果，也可能被我们利用来降低其危机水平。

危机评估往往采用简化的方法，压力因素和压力系统的评估往往融合到压力层次评估之中，以尽快做出判断，为迅速干预争取时间。

评定患者的压力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（如死亡恐怖、高血压、肠癌术后），或者以临床心理学的现象学做出“问题”诊断（如恐怖、攻击行为）。

分析重点的生活事件（危机事件），以及认知评价、应对方式和社会支持程度等因素，做出问题的第二层次的评估，确定各因素在“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人生信念和健康观念，以及性格上的求全、敏感倾向，做出问题的第三层次的评估，以确定人格因素可能在整个“问题”系统中的核心作用。

（四）压力系统模型的危机管理与控制方案

根据危机评估，从三个层次中找出首要的和重点的压力因素，制订心理危机援助程序。其中要综合考虑各种可能的途径，多因素的切入点，和采用各种可能的心理学技术与方法。

(1)解决或回避危机事件：例如搀扶当事人离开地震现场血肉模糊的亲人尸体。

(2)认知策略：例如暗示跳楼者如果跳楼不死导致伤残，将长期地比现在更痛苦。

(3)应对策略：图 4-3 中的某些应对策略可供选择，例如分散注意、祈祷、倾诉、发泄，甚至烟酒等。

(4)社会支持：例如面对绝望而极端者，让其最亲的人出面可能有奇效。但要注意避免对该亲人的伤害。

(5)控制压力（危机）反应：例如对某些精神崩溃者，在严格掌握适应证的情况下可使用安定等药物。

(6)注意人格因素：在设计援助策略时，需结合考虑当事人的人格特点（重点是信念或观念系统）。

当然，在某些心理危机状态下，没有更多的时间和充足的条件可供选择。但有了以上关于危机管理和控制的策略框架，并在此框架下制订现场援助方案，总比在现场手忙脚乱地乱“救助”要更合理些。

（五）[附]例 2 的心理危机门诊评估与干预

1. 评估 例 2 因为不属于灾难现场的心理危机者，在排除精神疾病和躯体疾病基础上，其门诊评估仍采用压力分级评估方法（见上一节）。

压力因素评估：结果见表 8-4。

压力层次评估：虽然第二层次显示，危机问题是由同事猝死事件引发（启动因素），以及来访者平日里有认知消极和应对失据等特点，但第三层次人格特点中的生死观和绝对化的健康观念，或许是来访者心理危机的重要因素（也是压力系统模型的核心因素）。

压力系统评估：来访者平时通过自身的应对方式（反复查心电图），尚能维护压力系统的平衡。但这次心脏病致死事件，在来访者的人格基础上（生死观念）诱发系统失衡，并在短时间内陷入强烈的恶性循环。

表 8-4 例 2 来访者的压力（危机）因素评估

压力因素	特点描述（根据晤谈、调查、观察和测验）
压力事件	同事心肌梗死（启动因素），高血压与心电图 ST 段压低，8 年前肠癌（已康复）
认知特点	大量负性自动思维都指向自己可能“死亡”（重要因素），责怪自己平时太不注意
应对方式	平时反复查心电图、不敢多动，转移恐惧失败，消极应对明显
社会支持	家庭外支持低（朋友不多），家庭内支持尚可，
人格特征	内向，执著，看问题消极，生死观（信念）问题（重要因素）
危机反应	恐惧，崩溃

2. 干预 根据分级评估，与心理危机有关的“首要因素”和“重要因素”是门诊紧急干预的切入点。此例包括：

(1) 解释人格因素在这次心理危机中的核心作用，当面指出与生死观（信念、信仰）有关，并直面向大众宣传大众的生死观——有点类似冲击疗法（此例如果选择回避这个话题，效果恐不佳）。同时指出平时的执著和敏感性格的两面性，在这次事件中也有影响，让来访者将心理危机尽量客观化。（注：笔者认为，对某些案例甚至不要回避宗教信念和终生发展观的话题）

(2) 理性解释危机事件，促使认知改变。用概率反驳同事猝死与自己风险之间的必然关系（来访者是会计专业），引导理性思维。同时也解释心电图 ST 段压低的病理生理意义及其概率。对于 8 年前肠癌一事，似与此次危机无关，但却主动向来访者提出，肠癌其实也存在术后复发的概率问题，但你却多年没有去关心，这正好反证你现在对心血管病应持的态度。同时，在整个晤谈过程中要多给予理性的“保证”。

(3) 在提高应对策略，改善社会支持方面，也提出一些建议，如近日常可找几个亲友外出游玩几天，既用于转移应对，也提高社会支持水平。

(4) 对于危机反应如惊恐情绪，在晤谈干预 45 分钟快结束时，观察来访者的症状，再决定是否给予适当的药物。

五、人格问题（障碍）

（一）门诊案例

例 1：反社会人格

男，27 岁，未婚，独子，家境好，父母和众多亲友均有稳定工作和优越的社会地位；

既往无严重脑和躯体疾病史。由于资料过多，综合介绍如下：

环境适应方面：长期不能承担正常的学业或职业角色。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；毕业后三年，已“跳槽”多次，目前待业。

信念或观念方面：极端自我（有时候又非常“为公”）、残酷、冷漠。例如：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，既可毒死坏人（仇人）又不被发现。

人际关系方面：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，听说其中一人出现意外，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，多次动手打母亲，事后后悔，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。

例2：偏执人格

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，却没有她的份。又诉说，长大到十几岁时，姐姐和姐夫欺负她，家里唯一像样点的房间被他们占作婚房。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。所有这些，都有她具体动情的细节描述，足见事实的存在。

来访者一直在寻找说法，努力“讨回公道”。前几个月，她终于找到一个记者，向他倾诉了自己的不幸经历和各种委屈。记者很受感动，出于为妇女维权的责任感，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。为此她曾很开心，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”，找借口离去了。

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，下一个愤恨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。

现阶段在心理门诊来访者中间，有不少属于人格方面的问题，或者接近于人格问题的案例。在触发其求诊动机和维系动机的基础上，可以通过压力多因素的干预，促进其适应社会，通过适应社会又进一步促进其人格或某些信念或观念的逐步改变。

（二）人格问题操作定义

人格障碍 (personality disorders) 至少有 5 个要素：①长期不适应社会；②这种不适应是因为其人格的某个方面过于突出或缺损（通常在信念和观念系统和自我意识方面），对此无自知力；③往往无智力问题甚至显示聪明；④早年开始；⑤能自我检讨但很难改变。

但人格正常与人格问题其实是相对的，医学心理学更关心那些处于中间状态的人。故对所谓的人格问题 (personality problems)，给予操作定义：是指那些人格特点介于正常与人格障碍之间，社会适应受到一定的影响，但又基本上处于正常人群体之中的个体。

人格障碍种类很多（表 8-5）。故相对应的人格问题也很多，下文只讨论反社会人格和偏执型人格两类。

表 8-5 人格障碍分型与主要特点

编码	名称	主要特点
60.1	偏执型	猜疑和偏执
60.2	分裂样	观念、行为和外貌装饰的奇特，情感冷漠，人际关系明显缺陷
60.3	反社会	行为不符社会规范，对人冷酷，童年存在品行问题。男多于女
60.4	冲动型	情感容易爆发，伴有冲动行为。男多于女。
60.5	表演型	过分的感情用事或夸张言行吸引他人注意。女性较多
60.6	强迫型	过分的谨小慎微，严格要求和完美主义，伴内心不安全感。
60.7	焦虑型	一贯感到紧张，提心吊胆，不安全感及自卑。
60.8	依赖型	过分依赖。女性占多数

注：人格问题三个诊断系统及多轴诊断问题，参见笔者等（2011）主编的《临床心理问题指南》一书

（三）门诊评估

1. 评估方法 最常使用晤谈、观察和调查法。可以按照上述五点（社会适应困难、人格和自知力部分缺损、无智能和意识障碍，认识能力完整、早年开始、难以改变）作半结构式晤谈，通过来访者、亲友获取诊断所需信息。

量表方面，MMPI 是广泛应用于临床的人格量表，反社会人格与偏执人格往往在 Pd、Pa、Ma 等量分上有所反映，但不是特异的参考指标。近年，国内已出现一些相关量表，是否适用于门诊诊断尚待进一步明确。

压力综合评估方面，用于反映人格问题来访者的压力系统及各种压力因素。

2. 鉴别 人格问题（障碍）临床表现复杂，且易受来访者主观意志左右，故需要与以下各种情况鉴别。

（1）正常人的不轨及犯罪行为：如正常人犯罪往往有预谋，人格问题者多不能。

（2）大脑器质性疾病造成的人格异常：如因脑部病变导致人格改变。

(3) 神经症：如神经症患者适应环境能力尚好，而人格问题者受损严重。

(4) 其它精神病：如早期精神分裂症。但精神分裂症与人格问题的重要不同点，是前者并非一贯如此。

(关于人格问题的门诊心理干预程序，基于压力系统模型，主要包括以下五个方面：预防与宣传、求助动机的建立、求助动机的维持、认知行为疗法、其它干预方法等。以下分别做简单介绍)

(四) 预防与宣传

由于人格问题一旦形成即较难矫正，故预防比治疗更有现实意义。

首先，应宣传一个人的人格问题是在早年（一般在 15 岁以前）形成的，所以需要重视儿童早期的教育与训练。

其次，应促进改变当前重说教，轻情感、社会和环境影响的教育倾向。应重视适度的“挫折教育”和“试错训练”，训练挫折容忍力。促进孩子“形成”（注意这里不使用“建立”）正确的信念或观念系统，养成适应差异化环境的能力和健全人格。（参阅本章第二节）

对于已出现品行问题或行为问题的儿童，应及早指导矫正。许多不被家长重视的儿童特点，可能隐藏着将来的人格问题。例如，不守纪律、打架、撒谎，家长认为是“蛮聪明的”；又例如，非常“执著”、“坚持”和“自控”，家长认为是“很优秀的”。其实，这些特点与将来孩子人格问题可能存在关联（前者与反社会人格，后者与偏执人格）。

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，对人格问题的预防有重要意义。（那些长期处于冷战状态的父母，“友好”离婚可能反而有利于防止孩子出现人格问题）

(五) 求助动机的建立

人格问题一直以来被精神病学看成是很难矫治的一种精神疾病。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。

人格问题有两个基本特点：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（来访者多因适应问题来求助），即使在强制治疗时也可能欺骗医生，抵制治疗。因此，对人格问题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求助动机；其二，在建立求助动机的基础上，通过认知和行为等长期训练过程，对扭曲的人格定型进行矫正。

因为存在人格问题（障碍）的来访者对自身的问题通常认识不清（严格来说是对自身某些信念或观念偏离常态缺乏自知力），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。所以要启动来访者的求助动机，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信念或观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。

以例 1 为例。反社会人格来访者其实存在着与“人性”有关信念或观念方面的问题，

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有人格问题的来访者对人的同情心是不稳定的——一位反社会人格的来访者今天可以通过“认识”大谈自己也有一颗同情心，但在明天又会“自发地”表现对别人的刻骨铭心的恨。

因此，需要在友好的交谈中，先肯定他的“杀人”与“杀鸡”的认识确实不容易区别。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人生信念和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。

再以案例2为例。偏执人格（障碍）是最难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、态度或观念系统与别人的不同，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，都有可能轮到你。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。

（六）求助动机的维持

有了上面建立的求助动机（哪怕是暂时的），来访者才会来预约，才有可能接受干预，才有可能获得干预效果。但那毕竟仅仅是第一步。其实，人格问题的核心在于人格特质，不在于认识。因此，即使初步启动了动机，也很容易受人格特质的支配而出现认识上的反复和行为症状的回潮，会出现比一般心理门诊来访者更多的反复。所以，启动来访者的求助动机不容易，而维持则更难。这就是在心理门诊，人格问题来访者复诊率不高的原因。

这时候，需要在门诊过程中随时提升和维持其求助动机。例如例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”，以维持和强化他的求助动机。

启动和维持来访者的求助动机，仅仅是人格问题（障碍）临床干预的前提条件。在此基础上，需要各种具体的干预技术。

（七）行为、情感、认知干预技术

从压力系统模型来看(图8-3),人格问题的改变可以从任何压力因素入手,自然也可以从图中所示的认知(颈部)和感受(头部)入手,但无论哪一种,都是一种迂回战术,其最终目标才是指向人格(甲部)。相当于扭曲的人格是怎么通过多因素的长期作用而形成,就采用相向的方法给予矫正。

以往的各种心理学理论都多少涉及最终人格层面的改变。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,笔者推荐在压力系统模型基础上的人格问题矫正程序中,采用认知和行为治疗技术。

1. 行为的力量 二十多年前,行为治疗盛行时曾经推崇行为矫正疗法对人格问题的治疗,包括自我控制疗法及自我松弛训练等。基本手段包括行为日记、根据行为日记结果给予及时的奖励(如娱乐)或处罚(如提高要求),促使不良行为减少,良好行为逐渐建立,最终使其内化成正常人格成分。从压力系统模型来看(图8-3),各种行为学方法都在调整第二层压力因素(如改变社会功能,减少社会冲突),从而推动认知(颈部)的改变、感受(头部)的改变,直至人格(甲部)的改变。

2. 情感的力量 笔者认为,情感体验(感受)对于成长过程中的信念或观念系统(甲部)的形成,起着重要的作用。也就是说,人格问题的形成,与来访者幼年时期对环境的感受有关,或与事件所伴随的体验有关。临床经验告诉我们,那些无视道德、无视人性的反社会观念的形成,往往与儿时带有强烈情感体验的各种活动相关联。例如,捉弄别人时的兴奋,被捉弄时候的愤怒。如果经常生活这样的情境体验里,则会内化形成反社会信念或观念系统,带来相应的反社会态度及行为表现。例1的童年就是例子,其“杀人与杀鸡有什么区别”的发问,只是这种扭曲的信念或观念支持下的现实思考而已。

一个现实的例子是,“天之骄子”是大学学生的代名词。当这几个字见之于日常语言、广播、电台和报刊等情境之中,大学生们会感受到愉悦和成就感。如果这种感受或体验是偶然的,则有利于增强自信;如果是持续的,则容易内化成为自我中心,形成以自我为中心的各种信念或观念系统,成为人格特点而支配终生。

因此,要改变人格中的某些信念或观念,单凭行为训练是不够的。笔者认为,这往往是治疗失败的原因。因为,某些行为训练虽然带来动作上的条件反射,但其感受(头部)是痛苦的。这样的训练无法将认识(颈部)的变化内化成人格层面信念或观念(甲部)的转变。因此,从压力系统模型来看(图8-3),门诊过程中不论采用何种干预方法,必须注意调动和利用来访者的感受,相当于利用“头部”的影响作用,来促进认知(颈部)到人格(甲部)的改变。

3. 认知的力量 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。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。

人格问题来访者一旦愿意坐下来讨论,往往能够通过讨论(颈部),来挖掘或辨识自动性思维(接近甲部)。告诉他是这些自动思维让其出现不适应行为和负面情绪体验(头部)。例如例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起),引导其思考这些理由的“特点”。通过反复的自动性思维的辨识,使其领悟到自己在“自我

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”（甲部），通过各种“认知重建”技术（颈部），以改变认知图式、信念或观念系统及行为反应模式（头部）。

4. 三者结合 CBT 当然重视各种行为技术的穿插应用。比如例 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。

基于前述笔者指出的信念或观念改变需要有情境训练与情感感受相结合的观点，显然，在门诊 CBT 设计中，需要注意将良好的情感感受植入训练项目之中。例如，让一个反社会人格的人去服务于老年公寓以培养其“人性”观念。在设计要求完成的具体动作之外，还要创造条件让他在完成动作过程中能感受到对老人的同情感、对自己行为的成就感、对周围人传给自己的认同感。只有坚持在行为训练过程中始终与正常人应有的情感感受保持一致，才能逐渐内化形成一种新的“人性”观念

限于篇幅，CBT 的详细临床操作不在此作深入讨论，可参阅第六章第五节内容。

（八）其它干预方法

1. 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，仅能改善人格问题的某些症状。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。对分裂型人格问题的精神病性症状，据认为抗精神药物有很好的效果。

医生和来访者都应树立一个观念，使用药物长期控制症状感受（头部），会有助于其它干预手段的成功。例如，解释和劝告（颈部）变得容易，第二层次的生活事件容易控制、社会冲突减少、应对能力容易施展等，最终有利于系统的再平衡，受益的是信念或观念系统的改变（甲部）。

2. 社会环境干预 这是从社会学方向考虑。人格问题的形成，关键是社会化问题，重建社会心理环境显然也是必要的矫正手段。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。有人格问题的人参加其中，有利于改善对社会环境的感受（头部），有助于调整认知（颈部），在与其他成员的相互交往中，有助于形成新的行为方式和建立协调的适应关系（第二层），最终有助于塑造正常的人格（甲部）。

（九）[附]案例 1、2 的临床评估与干预

1. 案例 1

（1）诊断分析：属于反社会人格（障碍）。在人格问题的五方面标准中，其关键点是他的“人性”观念系统从小未能形成，不知道也不懂得体恤、同情、怜悯是何物，因而也很难说他是“故意”与社会作对（缺乏对此自知力），结果是造成无法矫正的社会不适应。

（2）压力评估方法：主要通过晤谈和调查（问家人）和心理测验（压力因素与压力系统、心身症状、MMPI 等人格量表）。评估压力因素（表 8-6）、压力层次和压力系统特点。其中要关注人格层次的信念或观念系统问题，即反道德、反社会和缺乏“人性”等特点（重要因素，也是压力系统模型的核心因素），还有应追查认知方面的特点例如消极自动思维和消极社会认知（重要因素，也是压力系统模型的关键因素）。

表 8-6 例 1 的压力因素评估

压力因素	特点描述（根据晤谈、调查、观察和测验）
生活事件	找不到工作（不适应社会）、攻击亲属，多次与社会人士冲突
认知特点	思维活跃、严密，有负性自动思维，有强迫思维倾向，社会认知消极（重要因素）
应对方式	容易肇事但处置能力尚好，消极应对量分低
社会支持	没有朋友、家庭外支持缺乏，家庭内支撑尚可，网络联系活跃但多为找刺激
人格特征	缺乏“人性”观念，异类价值观，冷酷，狡黠，对人格缺损无自知（重要因素）
心身反应	焦虑、抑郁、暴怒，仇恨，压力感，咽部症状

（3）干预方法：①通过宣传危害和后果启动和维持来访者求助动机。②压力系统分析指导，向来访者介绍人格问题的系统模型，强调是多因素的问题，但人格是核心，认识是表现。③针对压力层次评估的两个重要因素与压力系统模型的核心因素（人格）和关键因素（认知）重合，特别是“人性”信念或观念的缺失，更宜采用认知行为治疗，通过认知治疗以及在良好感受基础上的社会行为训练，来促进正确“人性”观念的建立。这应成为正规门诊操作的主线，后面各种压力因素的管理也依附在这个心理治疗的主轴上。④针对评估获得的各种压力因素异常，采用压力综合管理与控制（第四章），以促进社会适应，以持续的社会适应来促进信念或观念系统的改变。

2. 案例 2

（1）诊断分析：属于偏执人格（障碍）。在人格问题的五方面标准中，其要点是自幼“公平”观念内化过多（或“差异化”观念过少），在她的信念中只知道世界事物是公平的，不知道万物的差异才是永恒的，因而也很难说她是“故意”与社会作对（缺乏对此自知力），结果是造成无法矫正的社会不适应。

（2）压力评估方法：主要通过晤谈和调查（问家人）和心理测验（压力因素与压力系统、心身症状、MMPI 等人格量表）。分级评估压力系统，重点追查其极端化的“公平”观念。

（3）干预方法：通过宣传危害和后果启动其求助动机；重点针对绝对“公平”的信念或观念，采用认知行为治疗方法，在良好感受基础上的社会行为训练，来促进“差异化”信念或观念的建立；针对各种压力因素异常情况，采用压力综合管理与控制（第四章），促进社会适应，继而促进观念系统的改变。

参考资料

1. 姜乾金. 2012. 护理心理学. 第2版. 杭州:浙江大学出版社.
2. 姜乾金, 张宁. 2011. 临床心理问题指南. 北京:人民卫生出版社.
3. 姜乾金. 2011. 压力(应激)系统模型-解读婚姻(国家科技支撑计划项目成果). 杭州:浙江大学出版社.
4. 姜乾金. 2010a. 否认与冠心病临床(专题报告). 武汉:中华医学会心身医学分会学术年会.
5. 姜乾金. 2010b. 医学心理学(8年制规划教材, 国家“十一五”规划教材). 第2版. 北京:人民卫生出版社.
6. 姜滔, 姜乾金. 2010. 医学心理学配套光盘(含实验和CAI). 北京:人民卫生电子音像出版社.
7. 姜乾金. 2009. 应激(压力)系统模型-理论与应用(专题报告). 太原:中华医学会心身医学分会学术年会.
8. 姜乾金. 2008a. 应激. 自杨志寅. 行为医学. 北京:高等教育出版社.
9. 姜乾金. 2008b. 压力系统分析与危机干预策略(专题报告). 北京:中华医学会心身医学分会学术年会.
10. 顾成宇等. 2007. 应激有关因素对男性服刑人员消极认知的影响. 中国行为医学科学, 16(5):447~9.
11. 姜乾金. 2007a. 心身医学(卫生部“十一五”规划教材). 北京:人民卫生出版社.
12. 姜乾金. 2007b. 压力系统模型与心理咨询技术(工作坊). 南昌:中国心理卫生协会学术会议.
13. 滕燕等. 2007. 电力企业职工和管理人员心理压力状况及影响因素的比较. 中国行为医学科学, 16(12):1111~13.
14. 周敏等. 2007. 乡镇卫生院医务人员压力反应与应对方式及社会支持的相关性. 中国行为医学科学, 16(12):1108~10.
15. 韩耀静等. 2006. 心理及社会因素对技校生心身反应的影响. 中国行为医学科学, 15(5):400~2.
16. 姜乾金. 2006a. 医学心理学-临床心理问题指南. 北京:人民卫生出版社.
17. 姜乾金. 2006b. 护理心理学(卫生部“十一五”规划教材). 杭州:浙江大学出版社.
18. 任伟荣等. 2006. 神经症患者主观观生活事件的影响因素分析. 中国行为医学科学, 15(1):32~33.
19. 吴均林. 2006. 医学心理学. 北京:高等教育出版社.
20. 吴志霞等. 2006a. 负性自动思维与人格特质相关研究. 中国行为医学科学, 15(1):70~1.
21. 吴志霞等. 2006b. 生活事件、社会支持和应对方式对护士心身反应的交互作用探讨. 中国实用护理杂志, 21(12):63~4.
22. 吴志霞等. 2006c. 人格特质影响负性自动思维的性别差异. 中国心理卫生杂志, 20(1):59.
23. 姜乾金. 2005. 医学心理学(8年制规划教材). 北京:人民卫生出版社.
24. 任伟荣等. 2005. 神经症患者压力反应与应激有关因素关系的对照研究. 中国临床心理学杂志, 13(4):465~6.
25. 钟霞等. 2005. 医务人员压力反应与社会支持、生活事件、应对方式的相关研究. 中国临床心理学杂志, 13(1):70~72.
26. 周倩等. 2005. 不同职业人群的应对方式和社会支持比较. 中国健康心理学杂志, 13(6):477~479.
27. 姜乾金. 2004. 医学心理学(5年制规划教材). 第4版. 北京:人民卫生出版社.
28. 钟霞等. 2004. 生活事件、社会支持、压力反应对医务人员应对方式的影响研究. 中国行为医学科学, 13(5):560~562.
29. 陈亚娣等. 2003. 永久性起搏器植入患者心理卫生状况及相关因素. 中国心理卫生杂志, 17(62):393.
30. 冯丽云等. 2003. 某沿海地区男性公务员吸烟/饮酒与高血压检出情况分析. 中国职业医学, 30(6):22~24.
31. 沈晓红、姜乾金. 2003. 术前焦虑与术后心身康复的相关性及其心理社会影响因素. 中国临床心理学杂志, 11(3):200~1, 197.
32. 徐晓燕等. 2003a. 退休老人群体睡眠质量影响因素分析. 中国行为医学科学, 12(4):443~4.
33. 徐晓燕等. 2003b. 影响癌症病人屈服应对策略的心理社会因素. 中国心理卫生杂志, 17(9):644~5.

34. 胡佩诚. 2002. 心理健康. 见姜乾金. 医学心理学. 第3版. 北京:人民卫生出版社.
35. 季建林. 2002. 认知理论. 见姜乾金. 医学心理学. 第3版. 北京:人民卫生出版社.
36. 姜乾金. 2002. 医学心理学(7年制规划教材). 北京:人民卫生出版社.
37. 姜乾金, 朱丽华. 2002. 癌症应对研究与应激作用理论. 中国行为医学科学, 11(s):3~5.
38. 卢抗生等. 2002. 退休老人心理社会应激因素与身体健康状况关系的研究. 中国行为医学科学, 11(3):313~5.
39. 姜乾金. 2001. 医学心理学测验 CAI 课件(卫生部医学视听教育项目). 北京:人民卫生音像出版社.
40. 姜乾金等. 2001. 医学应对问卷、特质应对方式问卷、老年应对问卷、团体用心理社会应激调查表、领悟社会支持量表. 中国行为医学科学, 10(特刊):34~41.
41. 沈晓红等. 2001. 心理社会因素与手术康复(二)气功的干预作用. 中国行为医学科学, 10(2):98~9.
42. 童蓉等. 2001. 绝育后神经症患者心理应激对比分析. 中国心理卫生杂志, 15(4):241.
43. 吴均林等. 2001. 医学心理学教程. 北京:高等教育出版社.
44. 祝一虹, 姜乾金. 2001. 老年抑郁程度及其与应对方式关系的探讨. 国际中华心身医学杂志, 3(1):145.
45. 姜乾金. 2000. 心理社会应激综合评估及其理论意义探讨. 国际中华心身医学杂志, 2(2):65~7.
46. 姜乾金等. 2000a. 特质应对方式问卷, 医学应对问卷(MCMQ), 领悟社会支持量表(PSSS). 中国心理卫生杂志年(增刊):120~2, 124~7, 131~3.
47. 姜乾金等. 2000b. 心理社会应激因素与癌症病人睡眠质量的相关性. 国际中华临床医学杂志, 1(2):65~7.
48. 卢抗生等. 2000. 中老年人的应对方式初探. 中国心理卫生杂志, 14(2):93~95.
49. 沈晓红, 姜乾金. 2000. 医学应对问卷(MCMQ)中文版 701 例调查结果报告. 中国行为医学科学, 9(1):18~20.
50. 应佩云, 姜乾金. 2000. 继发不孕妇女的心身健康与心理社会应激因素. 中国心理卫生杂志, 14(4):239~41.
51. 朱丽华等. 2000. 癌症病人应对特点研究. 中国行为医学科学, 9(6):438~9, 457.
52. 陈永珍等. 1999. 游泳运动员心理健康状况调查. 中国心理卫生杂志, 13:52.
53. 姜乾金. 1999. 应对研究近况. 中国临床医生, 27(11):16~8.
54. 姜乾金, 祝一虹. 1999. 特质应对问卷的进一步探讨. 中国行为医学科学, 8(3):167~9.
55. 叶圣雅等. 1999a. 心理应激有关因素与外科手术康复. 国际中华心身医学杂志, 1:12~4.
56. 叶圣雅等. 1999b. 心理社会因素与手术康复的关系(一)临床调查与理论探讨. 中国行为医学科学, 8(3):199~200.
57. 闻吾森等. 1999. 退休老人身心健康与心理社会应激因素. 中国行为医学科学, 8:148~9.
58. 姜乾金. 1998a. 心理社会应激因素综合评估初探. 中国行为医学科学, 7:182~4.
59. 姜乾金. 1998b. 心理社会因素与冠状动脉粥样硬化性心脏病. 新医学, 29(9):357~8.
60. 姜乾金. 1998c. 医学心理学(国家教委高等教育教材研究课题计划项目). 北京:人民卫生出版社.
61. 黎学涛. 1998. 心理卫生. 见姜乾金. 医学心理学. 北京:人民卫生出版社.
62. 沈贵林等. 1998. 应激和应对方式与非溃疡性消化不良. 中国行为医学科学, 7:288~9.
63. 朱志先等. 1998. 室性心律失常患者个性、应对方式和生活事件的临床对照研究. 中国行为医学科学, 7(1):29.
64. 姜乾金等. 1996a. 生活事件、情绪、应对与心身症状探讨. 中国心理卫生杂志, 10(4):180~1.
65. 姜乾金等. 1996b. 心理社会应激因素与多项心身健康指标的相关性分析. 中国行为医学科学, 5(4):200~2.
66. 陈士俊. 1995. 慢性肝炎病人心理社会因素临床对照研究. 中国心理卫生杂志, 9(3):127.
67. 王玲. 1995. 狱中青少年的应付方式与心理健康初探. 中国心理卫生杂志, 9(6):266, 257.
68. 来桂英等. 1994. 生活事件和情绪反应与心身健康的关系. 中华护理杂志, 29(1):3~5.
69. 姜乾金. 1993a. 心理干预在疗养康复中的应用. 见伍后胜. 疗养康复手册. 杭州:浙江科技出版社.

70. 姜乾金. 1993b. 医学心理学. 北京:北京科学技术出版社.
71. 姜乾金等. 1993. 心理应激-应对的分类与心身健康. 中国心理卫生杂志, 4:145~7.
72. 姜乾金, 吴根富. 1993. 集体心理治疗在癌症和慢性病人中的应用. 应用心理学, 3:37~40, 48.
73. 姜振山等. 1992. 飞行员睡眠质量多因素分析. 中国行为医学科学, 1(2):15~7.
74. 王守谦, 姜乾金. 1992. 否认机制在心肌梗塞疾病中的临床意义. 中国实用内科杂志, 6:287~8.
75. 姜乾金. 1991a. 心理治疗总论, 冠心病心理社会因素. 见梁宝勇. 医学心理学. 长春:吉林科技出版社.
76. 姜乾金. 1991b. 关于医学生能力培养的教学研究问题初探. 中国高等医学教育, 4:23~25.
77. 刘福源等. 1991. 类风湿性关节炎与心理社会因素. 中国心理卫生杂志, 5(2):53~4.
78. 姜乾金. 1990a. A型行为的改造. 应用心理学, 5(2):33~48.
79. 姜乾金. 1990b. 心理神经免疫学研究近况. 浙江医科大学学报, 19(1):42~4.
80. 姜乾金. 1990c. 心身相关的生理病理学基础; 外科心身医学. 见徐斌、王效道. 心身医学. 北京:中国医药科技出版社, 1990; 台北合记图书出版社, 1993.
81. 姜乾金. 1990d. 医学心理学(修订版). 杭州:浙江大学出版社.
82. 姜乾金等. 1990. 小学生流行性瘧病的心理社会因素探讨. 中国心理卫生杂志, 4(4):157~9.
83. 王守谦(姜乾金). 1990. 部分行为治疗方法. 见车文博. 心理治疗指南. 长春:吉林人民出版社.
84. 姜乾金. 1989. 伤残病人康复期心理行为问题. 中国康复, 4(1):27~9.
85. 刘破资等. 1989. 十二指肠溃疡男性患者的心理社会因素探讨. 中国心理卫生杂志, 3(4):162~3.
86. 姜乾金. 1988a. 冠心病康复期若干性心理问题. 中国康复医学杂志, 3(5):232~3.
88. 姜乾金. 1988b. 医学心理学. 杭州:浙江大学出版社.
89. 姜乾金等. 1988. 集体心理咨询与行为训练对上腹部手术病人康复的作用. 心理科学通讯, 2:34~7.
90. 施澆云等. 1988. 电针厥阴俞和足三里穴位对电刺激中枢神经诱发的室性早搏影响的比较. 浙江医科大学学报, 17(5):214~8.
87. 王纯炎, 姜乾金. 1988. 心理疗养. 见高恩显. 现代疗养学. 北京:人民军医出版社.
91. 姜乾金. 1987. 对气功心理治疗成分的探讨. 中国气功, 2(3):32~4.
92. 姜乾金等. 1987. 癌症病人发病史中心理社会因素临床对照调查分析. 中国心理卫生杂志, 1(1):38~41.
93. 姜乾金. 1986. 心理社会因素与高血压临床. 应用心理学, 3:46~51.
94. 姜乾金, 黄丽. 1986. 住院病人的心理行为反应(218例临床分析). 医学与哲学, 7(3):33~6.
95. 姜乾金, 吴春容. 1986. 音乐松弛训练对高血压病人即时降压作用的实验研究. 应用心理学, 1:36~8.
96. 浙江医科大学等五校合编. 1986. 医学心理学(含实验指导). 杭州:浙江医科大学.
97. 姜乾金. 1985a. 外科手术病人的辅助行为治疗. 外国心理学, 2:42~3.
98. 姜乾金. 1985b. 医学心理学的学科特点及其在医学教育中的地位. 医学教育研究, 3:4~8.
99. 姜乾金. 1984. 医学模式与我国医学模式. 福建高教通讯, 4:75~79.
100. 卢秀劲, 姜乾金. 1983. 米曲溶纤维蛋白酶对血凝和纤溶的作用. 浙江医科大学学报, 3:122~26.
101. 姜乾金. 1982a. 疼痛和痛情绪反应(大会报告). 厦门:全国第二届医学心理学年会.
102. 姜乾金. 1982b. 医学心理学讲义. 杭州:浙江医科大学.
103. 王效道, 许淑莲, 阮芳赋, 张伯源, 李心天, 邵郊, 陈仲庚, 陈学诗, 林传鼎, 段淑贞等. 1982. 全国. 医学心理学师资进修班演讲. 北京:北京医学院.
104. 孙晔等. 1981. 生理心理学. 北京:科学出版社.
105. 医学心理学专业委员会. 1979. 医学心理学论文集(一).
106. 姜乾金. 1975. 百日咳脑病 58 例临床分析. 医药科研交流(台州), 2:17~25.
107. Paice JA & Ferrell B. 2011. The management of cancer pain. CA Cancer J Clin, 61: 157~182
108. Komarraju M, et al. 2011. The big five personality traits, learning styles, and academic achievement. Personality and Individual Differences, 51(4):472~477
109. McQuillan D. 2011. Introduction to Stress Theory. Retrieved from

http://wikieducator.org/Introduction_to_Stress_Theory on 12 March.

110. Herring MP, et al. 2010. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. *Arch Intern Med*, 170(4): 321~31.
111. Johansen AB & Cano A. 2007. A preliminary investigation of affective interaction in chronic pain couples. *Pain*, 132: S86~95.
112. Ben-Eliyahu S, et al. 2007. Stress, NK cells, and Cancer: Still a promissory note. *Brain Behavior and Immunity*, 21(7): 881~7.
113. Hoffman GA, et al. 2005. Pain and the placebo: what we have learned. *Perspect Biol Med*, 48(2): 248~65.
114. Matud MP. 2004. Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37: 1401~15.
115. Connell AM, Goodman SH. 2002. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psycho Bull*, 128: 746~773
116. Kardum I & Krapic N. 2001. Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30: 503~15.
117. Schaufeli WB & Greenglass ER. 2001. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*, 1: 501~10.
118. Busjahn A, et al. 1999. Genetic and Environmental Influences on Coping Styles: A Twin Study. *Psychosom Med*, 61(1): 469~75.
119. McCrae RR & Costa PT. 1997. Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol*, 52: 509~16.
120. Beck JG, et al. 1994. Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*, 62: 818~26.
121. Chrousos GP & Gold PW. 1992. The concept of stress and stress system disorders: overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*, 267(9): 1244~52.
122. Rahe RH. 1990. Life change, stress responsivity, and captivity research. *Psychosom Med*, 52: 373~96.
123. Feifel H, et al. 1987. Degree of life~threat and differential use of coping models. *J of Psychosom Res*, 3(1): 91~9.
124. Folkman S, et al. 1986. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J of Personal and Soc Psychol*, 50(5): 992~1003.
125. Folkman S, et al. 1986. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J of personal and Soc Psychol*, 50(3): 571~79.
126. Coles MGH, Donchin E, Porges SW, eds. 1986. *Psychophysiology Systems, processes, and applications*. New York: Guilford Press.
127. Weder AB & Julius S. 1985. Behavior, blood pressure variability, and hypertension. *Psychosom Med*, 47(5): 406~14.
128. Thomas PD, et al. 1985. Social bonds in a healthy elderly sample: characteristics and associated variables. *Soc Sci Med*, 20(4): 365~9
129. McMahon M, Palmer RM. 1985. Exercise and hypertension. *Med Clin North Am*, 69(1): 57~70
130. Guyton AC. 1984. *Physiology of the human body*. 6th ed. Philadelphia: Saunders College Publishing.
131. Lazarus RS & Folkman S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
132. Saccuzzo DP & Kaplan RM. 1984. *Clinical Psychology*. Boston: Allyn & Bacon.
133. Basmajian JV. 1983. *Biofeedback: Principles and Practice for Clinician*. 2nd

ed. Baltimore:Williams / Wilkins.

134. Weiner IB, ed. 1983. *Clinical Methods In Psychology*. NY:John Wiley & Sons.
135. Boudewyns PA & Keefe FJ. 1982. *Behavioral Medicine In General Medical Practice*. California:Addison Wesley Pub Co.
136. Hartel G. 1982. Neurogenic and psychological factors in coronary heart disease:an introductory overview. *Acta Med Scand*, 660:7~11.
137. Keefe FJ & Blumenthal JA, eds. 1982. *Assessment Strategies in Behavioral Medicine*. NY:Grune & Stratton.
138. Norton JC. 1982. *Introduction to Medical Psychology*. NY:The Free Press.
139. Wardle J. 1982. Fear of dentistry. *Brit J Med Psychol*, 55:119~26.
140. Bishop DS. 1981. *Behavioral Problem and Disabled:Assessment and Management*. Baltimore, Williams & Wilkins.
141. Kimball CP. 1981. *The Biopsychosocial Approach to the Patient*. Baltimore / London:Williams/Wilkins.
142. Lawler JE, et al. 1981. Effect of stress on blood pressure and cardiac pathology in rats with borderline hypertension. *Hypertension*, 3(4):496~505.
143. Vingoe FJ. 1981. *Clinical Psychology and Medicine*. Oxford:Oxford Univ Press.
144. Stamler J. 1981. Primary prevention of coronary heart disease:the last 20 years. *Am J Cardiol*, 47(3):722~35.
145. Ince LP, ed. 1980. *Behavioral Psychology In Rehabilitation Medicine: Clinical Applications*. Baltimore / London:The Williams & Wilkins Co.
146. Bowden CL & Burstern AG. 1979. *Psychosocial Basis of Medical Practice, An Introduction to Human Behavior*. Baltimore:Williams and Wilkins Co.
147. Friedman M. 1979. The modification of type A behavior in post-infarction patients. *Am Heart J*, 97:551~60.
148. Pomerleau OF & Brady JP, eds. 1979. *Behavioral Medicine:Theory and Practice*. Baltimore / London:The Williams and Wilkins Co.
149. Leukel F. 1978. *Essential of Physiological Psychology*. Mosby ST Louis.
150. Engel GL. 1977. The need for a new medical model:a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286):129~36.
151. Haft JI & Arkel YS. 1976. Effect of emotional stress on platelet aggregation in humans. *Chest*, 70:501~5.
152. Rosenman RH, et al. 1975. Final follow-up of 8½ years in the western collaborative group study. *JAMA*, 233:872~7.
153. Hackett TP, et al. 1973. Patient delay in cancer. *N Engl J Med*, 289:14~20
154. Miller NE. 1969. Learning of visceral and glandular responses. *Science*, 163(3866):434~45.
155. Gellhorn E. 1967. *Principles of autonomic of theory of autonomic ~ somatic integration:physiology basis;and psychological and clinical implications*. Univ of Minn Press, MN.
156. Egbert LD, et al. 1964. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New Engl J Med*, 270: 852~7.
157. Schachter S & Singer JE. 1962. Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychol Review*, 69:379~399.
158. Folkman S & Lazarus RS. *Ways of Coping(revised) ~Background*. (非出版资料, 由 Folkman 提供).

中英文名词对照索引

(由排版软件自动生成, 此处略)

(封底)

Medical Psychology
Theories, Methods and Clinic
医学心理学
理论, 方法与临床



内容提要

本书是我国著名医学心理学家姜乾金教授的鼎力之作，内含作者主持的国家级精品课程成果、30年学科建设总结和40年实践工作经验。书中广泛吸收国外相关学科知识和技术，结合作者长期教学、科研和实践经历，构成本土化的医学心理学体系。在心理理论、研究设计、临床和实践操作等各个环节均有突出的自主创新性、可操作性和实用性。全书图文并茂，案例丰富，深入浅出，理论结合实际。本书适合医学心理、心理卫生、心理咨询、临床心理、健康心理、心身医学和护理心理学专业工作者，在教学、科研和临床实践中使用；也是关心心身健康的读者们自我修养指导书。

人民卫生出版社 2012年6月出版

定价 50元