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。

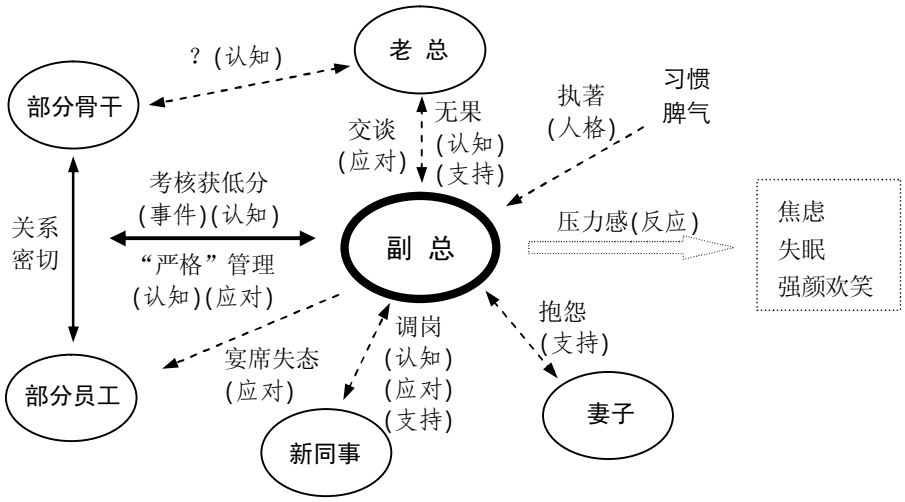

图8-5　某领导干部的压力因素关系示意图

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”了许多人，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.筛查高压力个体　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。

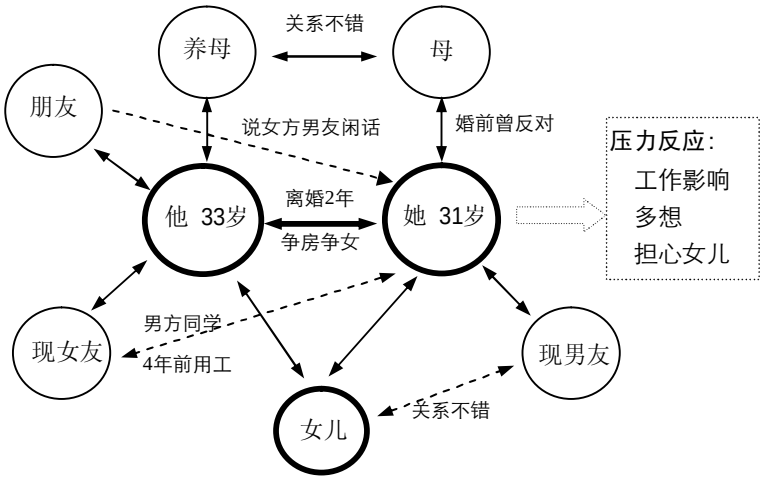

图 8-6　本案例中各因素关系示意图

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，不能将它们拆分开来理解。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：

⑴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；

⑵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）

⑶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”，例如他向你说一些好话（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”，然后就会有机会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。

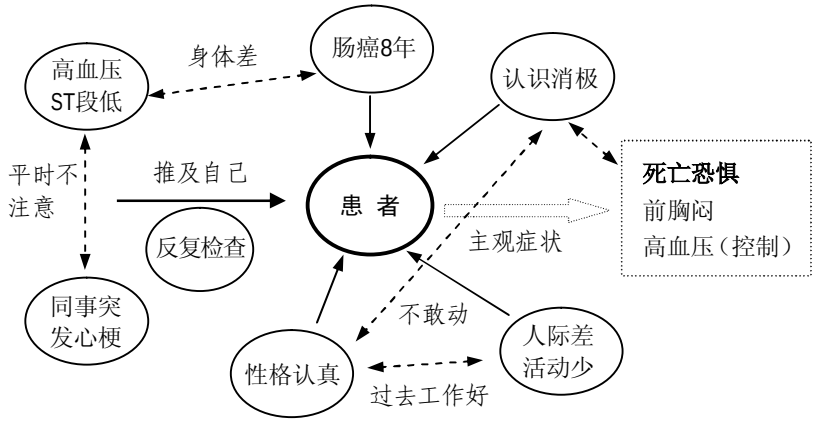

图8-7　案例有关各因素示意图

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。

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，

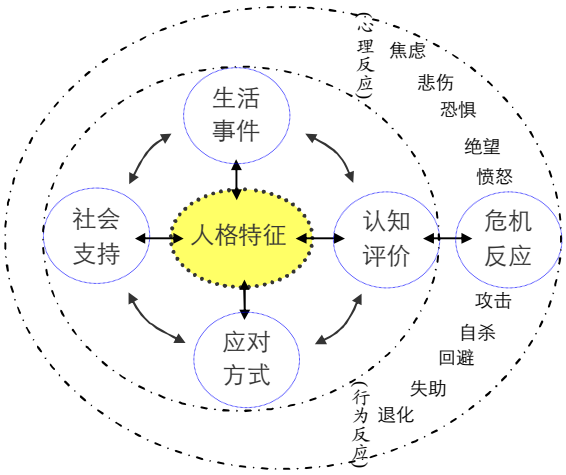

图 8-8 心理危机的压力系统模型分析

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。

⑴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。

⑵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。

⑶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。

⑷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。

⑸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。

⑹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：

⑴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）

⑵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”。

⑶在提高应对策略，改善社会支持方面，也提出一些建议，如近日里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。

⑷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会欺骗医生，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。如果经常生活在这样的情境体验里，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不良情绪体验（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“自找烦恼”，以及这些“理由”的错误。然后是深入干预自动性思维背后的“功能不良性假设”（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。