

心理咨询辅导资料

临床性心理学总论

Clinic Sexual Psychology General Information

邓明显著

重庆心理学应用研究所

电子版重印前言

“医学心理学老专家联谊会”于 2013 年成立，成员都是在上世纪八十年代就进入了医学心理学的专业领域。“联谊会”号召大家将自己的早期著作制作成电子版发布，以示早期医学心理学工作的艰辛努力。

1984 年，我是重庆市级机关直属医院的一名医生。在重庆市心理学会的大力支持下，于当年 10 月在该院开设了重庆市第一家临床心理咨询门诊。我也成为重庆市的第一个心理医生。在临床心理咨询和心理治疗工作中，我接待了为数不少的性问题来访者和性障碍患者，也积累了不少临床经验。当时在中国，“性”还被看做是洪水猛兽，性心理学几乎是一片空白。我暗自下决心，重点研究性心理学，填补这个空白。

1985 年 11 月，全国医学心理学第四届学术年会在广东肇庆召开。我的论文“试论我国性心理学的普及与研究”在大会交流，引起了与会专家的关注。1986 年 7 月，这篇论文发表在《医学与哲学》1986 年第 4 期，这是中国当代第一篇公开发表的性心理学论文。中国医学科学院院长吴阶平教授对这篇论文给予了高度的评价。

此后，我在上世纪八十年代发表了一系列有关性心理学的论文，如：“如何在大学生中进行性心理卫生教育”（《中华医学教育》1986 年第 9 期）、“性心理障碍临床案例报告”（《中国心理卫生杂志》1987 年第 4 期）、“临床心理咨询中的性问题 155 例资料分析”（《中国心理卫生杂志》1987 年第 5 期）、“性障碍的心理咨询与心理治疗”（全国第六届医学心理学学术会议，1987 年 9 月）、“性感集中训练法治疗性功能障碍 35 例”（首届全国性心理健康学术会议，1987 年 11 月）、“儿童性心理卫生与早期性教育”（《中国妇幼保健》1988 年第 1 期）、“高龄者的性生理与心理卫生”（《国外医学—老年医学分册》1988 年第 4 期）、“认知行为疗法治疗性功能障碍的探讨”（第二届全国性学学术会议，1988 年 11 月）、“祖国医学中的性心理与性医学思想初探”（《中医心理学荟萃》，王米渠主编，云南科技出版社，1988 年）、“性心理与性功能障碍”（《医学心理学》，姜乾金主编，浙江大学出版社，1988 年）“青少年青春期性生理及性心理的调查研究”（《心理科学通讯》1989 年第 1 期）、“论性科学研究的几个基本问题”（《中国社会科学》1989 年第 3 期）、“中国性科学的现状与展望”（《医学与哲学》1989 年第 6 期）、“性心理健康面面观”（《中国妇幼保健》1989 年第 6 期）等。

这本《临床性心理学总论》是我写的第二本关于性心理学的书，第一稿完成于 1988 年 5 月。第二稿完成于 1988 年 11 月。我写的第一本关于性心理学的书《性心理学探索》第一稿完稿于 1986 年 2 月，第二稿完稿于 1986 年 11 月，几经周折，才于 1989 年由上海科学技术出版社出版。当时我估计，《临床性心理学总论》正式出版不知又要等到猴年马月（顺便说一句，1988 年人民卫生出版社约我写的《性心理卫生》，1989 年就纳入了出版计划，但最后连手稿都被他们弄丢了，至今没有出版）。1987 年 6 月，我从北京医科大学全国高等医学院校首届医学心理学师资班毕业回到重庆，担任重庆心理咨询研究所所长（1988 年更名为重庆心理学应用研究所），算是有点权了。所以，1988 年 12 月就以内部交流的形式印刷出版了这本《临床性心理学总论》。全国各地的医学心理学和心理咨询专业人员纷纷订购这本书，这也算是为我国早期的医学心理学事业做的一点贡献吧。

本书出版已经 25 年了。纵观全书，一些观点（如同性恋）已经发生了根本的变化。但性心理学基本理论和方法仍然保留至今。该书也就作为性心理学领域的早期记载吧。

邓明昱 博士

2014 年 6 月 16 日于美国纽约

心理咨询辅导资料

临床性心理学总论

邓明显 著

(内部交流)

重庆心理学应用研究所

1988年12月



目 录

第一章 性心理学绪论	(1)
第一节 性的基本概念及相关学科.....	(1)
第二节 性科学发展简史.....	(6)
第三节 临床性心理学的范围及研究对象.....	(11)
第四节 临床性心理学的模式及发展趋势.....	(14)
第二章 性进化过程中的常态与变态心理	(18)
第一节 性进化的基本原理.....	(19)
第二节 性崇拜与性禁忌.....	(21)
第三节 性繁衍与性反常.....	(23)
第四节 性禁欲与两性性心理差异的形成.....	(25)
第三章 性行为的生物学基础	(27)
第一节 胚胎期的性分化.....	(27)
第二节 性激素.....	(28)
第三节 男性性器官的结构和功能.....	(29)
第四节 女性性器官的结构和功能.....	(31)
第五节 性发育异常.....	(33)
第四章 性反应周期	(35)
第一节 性兴奋期.....	(35)
第二节 性持续期.....	(37)
第三节 性高潮期.....	(38)
第四节 性消退期.....	(40)
第五章 性行为的社会学基础	(43)
第一节 社会文化与性活动.....	(43)
第二节 性存在与性的社会角色.....	(45)
第三节 性习俗与性道德.....	(46)
第四节 性错举.....	(48)
第六章 性行为的心理学基础	(51)
第一节 个体性心理的发展.....	(51)
第二节 心理活动对性行为的影响.....	(53)
第三节 性健康与性心理健康.....	(57)
第七章 性心理咨询的基本要求	(59)
第一节 概念及目的.....	(59)
第二节 形式与范围.....	(61)
第三节 基本原则和基本工作程序.....	(64)

第四节	咨询环境及专业人员要求	(66)
第八章	性心理咨询的实施步骤	(67)
第一节	资料收集	(67)
第二节	资料分析与诊断	(72)
第三节	拟订咨询方案	(75)
第九章	性心理咨询的若干技巧	(76)
第一节	会谈的技巧	(76)
第二节	提问的技巧	(79)
第三节	解释、暗示与移情	(81)
第十章	心理测验在性咨询中的应用	(84)
第一节	心理测验的性质与作用	(84)
第二节	智力测验	(87)
第三节	人格测验	(92)
第四节	情绪评定	(98)
第五节	性功能的现代心理测定方法	(102)
第十一章	性治疗	(104)
第一节	概述	(104)
第二节	支持性心理治疗	(107)
第三节	精神分析治疗	(109)
第四节	行为治疗	(115)
第五节	催眠与暗示治疗	(119)
第六节	患者中心治疗	(123)
第七节	婚姻治疗与家庭治疗	(127)
第八节	性心理行为自助训练技术	(132)

第一章 性心理学绪论

第一节 性的基本概念及相关学科

一、性的基本概念

性 (sex) 这个词, 无论是在中国还是在西方, 已经存在了几千年。孔子说: “食色性也”, 就把性当作人的基本需要。古今中外, 人们一般都把“性”定义为男女之间与生殖有关的现象, 似乎人人对此都很了解, 其实不然。正是由于对性缺乏科学的认识, 才在人们生活中出现了各种各样的性问题, 以及由性而导致的婚姻、家庭、乃至社会问题。

人类在对性的认识上最大的无知和谬误, 就是把性归为一种生物学意义上的天性或本能。由此而衍生出了“性是为了传宗接代”、“性是人类的本能需要”“性是无师自通的”、“性是黄色下流的”、“性只能意会不能言传”等种种错误观念。西方的“性解放”、“性自由”思潮, 提出“人的基本要求不能干涉”之类的口号, 也是建立在这种错误观念的基础之上的。

事实上, 无论从人类的自然发展史和社会发展史来看, 性的存在起码包含着三方面的内容, 即生物存在, 心理存在和社会存在。随着现代科学技术的发展, 性的本质不断被揭示, 生物、心理、社会等边三角形的基础也越来越明朗化了。从这一基础出发, 有必要对性的一些基本概念进行重新认识。

性欲 (sexual desire) 过去, 人们仅仅把性欲认为是两性之间为了繁衍后代而产生的一种肉体结合的欲望。从生理学的角度来看, 性欲是一种客观实在, 可以有相应的生物学标志并且能够测定。在男性身上可以测定阴茎充血和勃起的程度, 在女性身上可以测定阴道内壁的充血程度和阴道壁分泌物的量。从心理学的角度来看, 性欲是从不同年龄阶段的心理反应和感受程度来判定的。在小孩身上存在着因玩弄性器官而带来的非性色彩的欣快感, 在老年人身上存在着因依恋而带来的情感享受。从社会学的角度来看, 是按社会约定俗成的标准来判断某些现象。“能带来性刺激的色情文学”是从可能引起的后果来推测的, 至于作者在创作时是否有性冲动却从不考虑。由此而言, 性欲应该是一个系统的存在整体, 它是人类在有意识或无意识的性活动中能获得心身快感的一种欲望, 是爱与欲的结合, 灵与肉的统一。

性行为 (sexual behaviour) 从生物学的观点出发, 一般是把能导致精子与卵子结合的一切行为活动归属于性行为, 因此, 把人类的性行为理解为性成熟后的男女之间的性交活动。但是, 从性行为的对象来看, 既有以异性作为对象, 也有以同性作为对象; 既有以动物作为对象, 也有以器械作为对象; 既有以自身作为对象, 也有以梦幻作为对象。从性行为的方式来看, 除了阴茎——阴道外, 还有阴茎——肛门、阴道——物品、阴茎——口腔、阴道——口腔、手——性器官、口——口, 甚至阴蒂——阴蒂或阴茎——阴茎。很显然, 许多性行为的类型与精子和卵子结合毫无关系, 也与公认的性交行为有很大的差异。因此, 可以这样认为: “性行为是一种企图实现性欲, 满足性需要 (包括生理需要和心理需要) 的行为活动。当然, 这是广义的性行为。”

性心理 (sexual mind) 和性意识 (sexual consciousness)

习惯上,性心理和性意识被作为一对同义词,但在性心理学中却是有区别的。意识,是人对客观世界有目的的自觉反映,是在动物心理发展的自然基础上,通过社会劳动、人际交往和语言的作用产生的。也就是说,意识活动是人所特有的,而心理活动包括了动物的初级心理。意识这一概念,在不同的学科有不同的含义。在哲学中,意识和精神常常是同一概念,指的是人脑对客观现实的反映,在生理学中,意识是指的觉醒状态;在心理学中,尽管有时也把意识和心理混淆在一起,但严格来说,意识是指人类自觉的有目的的心理活动,而心理的范围却大得多,包括“意识过程”,“无意识过程”和动物的感知觉等。在性心理学中,性心理是泛指性行为中的心理活动;性意识是指人类性行为中自觉的有目的性活动。

二、性科学的体系与分支学科

性科学 (sexology) 是研究人类性行为活动及其规律的科学。但这门学科的确立,在内涵和外延上至今都不是很明确的。现代科学的研究认为,人类的性行为并不仅限于成熟异性之间的性交活动,而是包括了性身份的塑造、性角色的培养,性意识的发展、性的社会化、性的生理需要与心理需要相结合,性爱与情爱相结合等等。这些都是性科学研究的对象,也是性科学概念的内涵。

性科学作为一门研究人类行为活动的科学,涉及的领域很广泛,其学科形成的基础与行为科学类似。一般认为,行为科学有三大理论来源,心理学、社会学、人类学,但在性科学的形成中,生物学的理论根基也占有重要地位。在19世纪末期和20世纪初,一些学者从不同的学科开始对性进行了科学研究。英国著名生物学家达尔文 (Charles Darwin) 从生物遗传学的角度研究了性的进化和发展,为性科学研究奠定了生物学的基础。其代表作是《人类的由来及性选择》奥地利医学家克拉夫特——埃宾 (Richard von Krafft-Eding) 第一次把人类性疾患独立出来进行了详细研究,开创了性医学的新纪元。他在1886年出版的《性心病》一书,被当作现代性科学的奠基性著作。美国人类学家马林诺夫斯基 (Bronislaw Malinowski) 从实地考察的人类学出发,将梅兰内西亚母系社会的性与文明时代欧洲父系社会的性进行了比较研究,探索人类性的本源,为性科学的研究奠定了人类学的基础。其代表作是1927年出版的《野蛮社会的性与压抑》(中译本改名为《两性社会学》)。恩格斯把婚姻家庭与社会背景结合起来,揭示了性的社会现象,他的《家庭、私有制和国家的起源》一书,为性科学的研究奠定了社会学的基础。从心理学的角度最早对人类的性进行研究的有两位代表:一位是英国科学家霍理士 (Henry Havelock Ellis), 他用了大量精力对性心理进行的系统研究,其成果体现在1896年至1928年先后出版的《性心理学研究录》7大卷内。另一位是维也纳精神病学家弗洛伊德 (Sigmund Freud), 他探索了人类性心理的发展及规律,为性科学的研究奠定了心理学的基础,其代表作是1905年出版的《性学三论》。因此,性生物学(包括性医学)、性心理学、性社会学、性人类学,形成了性科学概念的外延。

自20世纪中期以来,涉及性科学研究的领域越来越宽。如:以生物学为基础的性生理反应和性疾患研究;以心理学为基础的性心理反应研究及性心理咨询、性行为矫正;以社会学为基础的性哲学、性伦理学,性犯罪及性教育的研究;以人类学为基础的性进化史、性民俗研究及跨文化的性问题等。这些研究进一步丰富了性科学的内容。

由于性科学研究内容的广泛性和复杂性,迄今为止,尚未形成公认的体系。而且,不同学派、不同学科,对性科学学科体系的认识也不一致。从人的行为活动这一基本概念出发,

似乎可以从行为科学的角度来探索性科学。因此，性科学体系的理论部分应该把性生物学、性心理学、性社会学和性人类学作为一个系统，综合人体的自身系统和外界系统，结合生物圈和社会圈，从而揭示人类性行为的本来面貌和活动规律。

性科学体系的应用部分应针对各种客观存在的社会现象，立足于解决实际问题。从年龄阶段来看，婴幼儿期、儿童期、青春期、青年期、中年期、老年期都有不同的性表达方式，而且还存在着个体差异。从群体结构来看，有正常的性行为活动、一般的性适应不良（如性困惑、性苦恼、性压抑等），性病、性功能障碍，性心理及行为异常、性错乱等。这样可以把性科学体系的应用部分分为两个方面，从时间顺序上，主要研究不同年龄阶段的性行为活动；从空间范围上，主要研究不同群体的性行为活动。

随着性科学自身的不断发展，许多分支学科也相继产生，当然，这些分支学科也是相互融汇贯通的，特别是在应用方面，往往要综合多学科的内容。

1. 性生物学 (Sexual biology) 研究人类的性和性问题是生物高度发展的产物；研究动物的性活动与人类的性活动之间的区别和联系；研究性行为生物性的内外环境，如聚集与群居行为，人群的调节等对性活动的影响。

2. 性发育学 (Sexptasia) 从遗传的角度研究男女性别的形成机制；从胚胎发育研究两性在解剖上的差异；研究性畸形的基因及胚胎发育因素，如基因畸变、胚胎分化发育受损等；论证发育过程中的内外环境影响。

3. 性生理学 (Sexual physiology) 研究人类性活动的生理规律、性的生理发展过程、生物节律对性行为的影响、神经系统对性信息的整合作用、内分泌与性行为等；探讨各种生理发育异常。

4. 性医学 (Sexual medicine) 研究病理的性结构及性活动，并予以预防和纠正，如两性畸形、性器官发育异常、性病、器质性或因因性性功能障碍、性变态，以及疾病或伤残对性活动的影响等。

5. 性行为学 (Sexual behaviour study) 研究人类性行为的类型、特点、过程、方式、对象；阐明性本能、性反应与性行为的关系；性刺激、性冲动的行为机制探讨；比较婚前、婚后的正常性行为及异常性行为。

6. 性心理学 (Sexual psychology) 研究性行为的心理活动及其规律、性心理发育、不同年龄和不同群体的性意识；阐明对性刺激的心理效应；探讨不同的心理活动对性行为的影响机制；研究异常性心理活动的原因及形式。

7. 性伦理学 (Sexual ethics) 研究两性关系与社会道德规范的关系，包括不同历史时期和不同文化背景的性道德规范，性道德的实质、范畴、原则、性行为中的权利和义务，性道德的完善与性意识的升华之间的关系。

8. 性社会学 (Sexual Sociology) 研究人类性活动与社会生活的关系及规律，包括性的社会化，社会因素对性的保护和制约，性角色系统，性文化的社会因素，性的社会问题，以及婚姻、家庭、社区、生活方式与性的关系。

9. 性哲学 (Sexual philosophy) 研究性存在与性意识的关系及其规律；探讨人类的性活动与物质生产、精神生产之间的关系；概括和总结性的实践活动；研究性的社会史并提炼性思想；完善人类对性的认识。

10. 性犯罪学 (Sexual criminology) 研究违法性行为的现像及其规律，包括性犯罪的

形式、原因、特点及其防范措施。无论是侵犯他人的违法性行为还是危害社会风化及准则的性行为，都是性犯罪学研究的范畴。

11. 性人类学 (Sexual mankindology) 探讨人类性的本源，原始性活动与现代文明社会性活动的区别与联系，性崇拜与性禁忌等；研究性行为的文化人类学和体质人类学的发展规律，以及对现代性活动的影响。

12. 性民俗学 (Sexual vulgurology) 研究不同民族的性习俗、性文化、性方式及其内在规律；探讨民族性活动的区别与联系；通过对原始部落的实地考察来论证社会文化因素与性角色分化的关系。

13. 性教育学 (Sexual pedagogy) 在人类性生理和性心理发展的不同阶段，进行性知识和性道德的传授；研究性发展与人格培养的关系，通过全方位、多学科的社会工程系统来促进性文明的建设。

总之，性科学体系的理论基础来源于生物学、心理学、社会学和人类学，因而存在着这些学科的理论和应用。性行为是人类生活的重要组成部分，凡是研究人的科学都与性科学有联系，并可能派生出若干的边缘学科。

三、临床性心理学及相关学科

临床性心理学 (clinical sexual psychology) 是研究性问题的心理因素、心理规律，并用心理学的方法和技术来解除各种性苦恼的科学。1886年，性科学的奠基性著作《性心病》一书问世，就是从性心理变态入手进行研究的。100多年以来，临床性心理学的研究在性科学研究中占有重要的地位。从霍尔和弗洛伊德的研究开始，到当代性学权威马斯特斯 (W. Masters) 和约翰逊 (V. Johnson) 创立的“性感集中训练课程”和各种性治疗技术，使临床性心理学实践和理论都有了很大的发展。严格地说，临床性心理学作为一门应用性很强的科学，早已突破了心理学的领域，而与许多学科相互渗透。在临床应用中，也吸收了许多学科方法，同时也从不同的程度上弥补了其他学科的不足。由于临床性心理学涉及的学科较广，只能择其主要的进行讨论。

1. 临床心理学 (clinical psychology) 临床心理学是医学心理学发展最早，最大的一个分支学科。据有关资料报告，目前在英国、联邦德国的心理学家，有60%以上从事临床工作。美国心理学会于1935年对临床心理学提出了一些规定：临床心理学的目的是消除个人在人格和行为方面的障碍，使人能够更有效地适应社会生活；为了上述目的而采取的方法是通过测定、分析和观察以便了解人的行为和能力方面的特点，与心理学的检查、身体检查和社会调查的结果相对照，从而作出诊断，定出指导方法。

临床心理学的一个方面是研究心理因素对疾病的影响，这主要是针对心身疾病而言的。心身疾病是躯体疾病的一部分，有相应的躯体症状和体征。然而，在这类疾病的发生和病程演变过程中，心理、社会的某些因素引起的强烈情绪反应起着重要作用。并且，不同的心身疾病与患者不同的遗传素质和人格特征有关。在病变过程中，患者呈现出植物神经功能障碍、代谢内分泌障碍和免疫机制障碍。这类患者对自己的疾病非常关心，但往往并不了解或意识到自己的情绪对疾病的影响。在这方面的临床心理工作就是从心理病因、心理治疗和心理预防等角度，来解除其疾苦。性障碍中的阳痿、早泄、阴道痉挛、性感缺乏，都是这类心身疾病。

临床心理学的另一个方面就是心理咨询，心理测验，心理治疗技术的应用和研究。在性

咨询和性治疗中，这些技术是基本的工作形式。本书将以一定的篇幅来详细进行阐述。

目前，临床性心理学可以看作临床心理学的一个特殊范畴，但它的研究和应用，与多学科系统的关系更为密切。

2. 男性学 (Andrology) 男性学是研究男性的生理、病理过程、发病机理及对男性疾病的诊断、治疗和预防的一门综合学科。男性学是医学领域中一门新兴学科，自70年代开始才逐渐形成。男性学的研究对象主要是男性不育、男性生殖器官发育异常、男性性功能障碍、男性性卫生、男性生育控制、男性疾病与损伤等。作为现代医学的组成部分，男性学主要是从生物学的角度进行研究，它需要结合临床性心理学的研究手段和技术。而临床性心理学的应用上，无论是诊断还是治疗，也要借鉴男性学的一些方法，尤其是在对男性性功能障碍的研究方面，男性学主要侧重于器质性障碍，临床性心理学主要侧重于心因性障碍，二者互为补充，且互相融汇贯通。

3. 妇产科学 (obstetrics and gynecology) 妇产科学是研究女性的生理、病理、发病机制、女性疾病的诊断和治疗、正常或异常分娩过程以及女性保健的一门学科。现代医学诞生以来，就有妇产科学的学科地位，至今已有100多年的历史。和男性学类似，妇产科学也主要是从生物学的角度对女性的疾病和健康进行研究。无论是在理论基础、研究手段、诊断技术、治疗方法等方面，妇产科学和临床性心理学都有许多可以相互借鉴的地方。

4. 精神病学 (psychiatry) 是研究各类精神疾病的病因、发病机理、临床表现、诊断、治疗和预防的学科。精神疾患 (mental disorder) 主要包括有：重性精神病、神经症、精神发育迟滞等。在国内外的精神疾病分类中，均包括了各种性功能障碍和性变态。在临床性心理学中，许多性问题都存在着不同程度的精神症状，甚至和一些精神病、神经症互为因果，一些精神疾患仍以性问题为症状之一。因此，在临床性心理学的研究和应用中，存在着不少精神病学的方法和手段。

5. 社会医学 (social medicine) 社会医学研究社会因素与健康之间的相互作用和规律，最终目的是要通过社会来防止疾病，提高健康水平和生活质量。社会医学认为，疾病和健康是生命过程的不同阶段，影响这个过程产生可逆变化的原因，除生物学因素外，还包括人口因素、环境因素、经济因素、生产方式、生活方式、社会文化、社会心理及行为等因素或它们的综合作用。从性问题来看，社会因素和健康的相互作用将通过心理活动表现在人的行为上，形成健康或不健康的性行为表现；另一方面，各种性心理活动可以调整社会因素与健康的相互作用。并且，临床性心理学的研究和应用，也要借助于社会医学的理论和方法，探讨性行为在社会活动中的规律性；在社会医学中离开了对性心理问题研究，也是不完整的。

6. 医学社会学 (medical sociology) 医学社会学实际上是社会学的分支，它从社会学的角度研究病人角色、求医行为、病患行为等。医学社会学突破了“病人就是患有疾病的人”的概念，而把具有求医行为的人称为病人。从这一观点出发，许多有性苦恼或性问题的人可以说是没有疾病，但他们存在着求医动机和求医行为。很显然，这些求医行为在相当大的程度上是出自于社会性的原因，或者是社会心理因素的影响，或者是行为表现与社会习俗不一致，或者是个人动机与特定的社会文化背景不相符。如何对这些问题给予心理疏导、心理支持和社会性支持，既是临床性心理学的工作，又是医学社会学的研究对象。因此，临床性心理学与医学社会学的联系也是很密切的。

第二节·性科学发展简史

性科学的产生到今天不过100年的历史，但人类社会有关性的思想可以追溯到公元前数千年。性科学的起始研究是以临床性心理作为突破口的，在对其历史进行回顾时，仍以临床性心理活动及性行为表现为线索，可将性科学的发展分为萌芽阶段、形成和发展阶段、职业化阶段。

一、萌芽阶段

在人类社会的发展史上，无论在哲学还是医学、文学领域中，都有许多性科学思想的萌芽。在原始时期，人类在性方面的巨大发展，已经形成了人类社会的第一种性文化。尽管那时人们的性行为活动是坦率而自然的，但由于不懂得性交的功能作用，也不知道性欲是怎样产生的，因而把性器官、性交和生殖分开来看，形成了原始的性崇拜。大约在1万年前的农业社会里，人们才逐渐认识到性与生殖的关系，这种认识是随着对偶婚的出现而形成的。从此以后，男权社会开始形成。除了性与生殖外，性与快乐、性与健康、性与社会风化，也逐渐得到人类的关注，并从不同的角度进行了研究。由于性科学思想的萌芽阶段经历了万年，只能选一些典型的東西进行简介。

在古代印度，约公元1世纪到6世纪成书的《欲乐经》中，记载了“64内能”，即丰富多变的64种性活动技巧。可以说，这是把性与享乐联系在一起的最早书籍。这些性技巧的主要内容是阐明男性如何寻求和获得性高潮与性快感，女性又如何尽力为男性的性满足服务。书中还有一章论述妇女卖淫的技巧。当然，这部书明显地抹杀了女性的性权利，然而在提高夫妻生活质量方面，也确有积极作用。古罗马的《爱经》，也涉及了若干性技巧的内容。

在基督教统治长达千年的中世纪西欧社会，人们特别是女性的性生活受到严重压抑，心理健康受到严重摧残，具有典型代表的就是所谓的“女巫”。这些妇女中有许多人实际上是一些性压抑过重的中年妇女，她们正处于有旺盛性欲的阶段，但因种种因素而不得不压抑性生活。于是，她们用一些含有莨菪碱一类的植物汁液涂在性器官的粘膜上，以产生性幻觉并伴以癫狂般的举动来达到性满足。这样，在性心理上出现了变态活动，随之也出现了变态行为。

在中医的养生学中，性与摄生的关系非常密切。从《黄帝内经》开始，就强调“节制嗜欲”。唐代名医孙思邈，甚至在《千金翼方·养性禁忌》中对性生活的频率作出了过分严格的规定：“今立限制以为节欲保身之本。二十多岁时，以七日一次为准；三十岁时，以十日一次为准；四十岁时，则宜二十八日一次；五十岁时，则宜四十五日一次；至六十岁时，则天癸已绝，不能发生，急宜断嗜欲，绝房事，以清静闭藏为本，万不可走淫矣”。在加强性心理健康方面，古人总结的《色欲知戒者可以延年》中的一些条文的确耐人寻味：“阴阳好合，接御有度，毋溺少艾，毋困青童，妖艳莫贪，自心莫乱，勿损妄想，勿耽梦交，少不贪欲，老能知戒；避色如仇，对欲知戒，惜精如金，惜身如宝，勤服药物，补益下元，均可以延年。”

在性科学的萌芽阶段，古代著名的房中术占有非常重要的地位。一般认为，房中书最初成型于先秦阴阳家学派中，在东汉时就已成书。隋唐时代比较盛行，后来逐渐失传。晋朝时，房中术已发展为十几个学派，提出100多种性技巧，但其基本原理和方法不外乎以下三

种。其一，以“泄”为主要方式，认为过分的性生活或杂交的性生活可以“泄毒”，从而治疗疾病和益寿延年。其二，以“补”为主要方式，这是房中术的主流。基本原理有：(1)性交时间越长越好，射精越晚越好这样才能充分吸“阳”；(2)用各种技巧来刺激女性的性欲及性高潮，以使女“阴”更多地释放出来；(3)强调性行为本身的技巧，对生儿育女相当忽视，如男性穴位止精法的应用等。其三，强调“春药”的应用。“春药”是房中术的重要补充部分，服用的目的是能更强地激发性欲，更久地保持性欲，又能尽量晚尽量少地射精。实际上，房中术中的性医学内容很少，而涉及性心理和性行为的内容却较多。从房中术的性系统结构来看，已经出现了把生物、心理、社会因素结合在一起的雏形。

在性的生物存在中，房中术把人的性欲放在第一位，生殖放在第二位，认为性是人的本能；在性的心理存在中，房中术强调对性快感的情绪体验，强调重视性生活时的心理感受；在性的社会存在中，房中术把性交关系与社会秩序结合在一起，强调了封建社会的男女婚姻关系。

二、形成和发展阶段

性科学作为一门独立的学科确立于世，是以奥地利警察医生、精神病学家克拉夫特-埃宾于1886年出版的《性心理病》一书作为标志的。这本书中明确指出，性倒错并不是一种性犯罪，而是一种性变态的心理疾病。这是历史上第一次把性的疾患独立出来，并从心理学的角度进行了讨论。由此可见，从性科学诞生开始，就是与临床性心理学紧密结合在一起的。

《性心理病》的读者对象是医生和律师，所以该书的副标题为《临床—法医学研究》。为了避免此书在公众中流传而带来副作用，一些关键的部分是用拉丁文写的。尽管如此，这本书还是在社会上大受欢迎，在作者逝世之前还修订出了第12版。

在性科学的形成阶段，从事开创性工作者多为医学家。德国医学家摩尔于1891年完成了第一本有关同性恋的专著，1909年发表了第一本关于儿童性生活的详细研究，1912年编了第一本《性学手册》，1913年在柏林成立了第一个性学学术组织——“国际性研究学会”，1928年组织了在柏林召开的第一次国际性学研究大会。德国医学家赫希菲尔德(M.Hirschfeld)是从同性恋入手研究性学的，在他28岁的时候，就用笔名写了《怎样解释男人或女人爱同性的人》一书，1908年编辑出版了世界上第一种性学杂志(Zeitschrift für Sexualwissenschaft)。从1910年到1928年，他先后出版了《异装癖》、《爱的自然律》、《同性恋》、《性病理学》、《性学》等专著。1919年，他建立了世界上第一个性学研究所，免费为人们提供性咨询服务，积累了数以万计的个案资料。德国医学家布洛赫(I.Bloch)首次把民族学和人类学的研究方法引入到性障碍的研究，1906年首先创立了“性学”(sexual wissenschaft, 英文译为Sexology)，1907年他出版了《我们时代的性生活》一书，1921年开始主编《性学手册大全》。布洛赫把社会科学引入到性学研究，被誉为“性学之父”。

为性科学的发展作出了显著贡献，并且为临床性心理学奠定了理论基础的，是著名的霍里士及弗洛伊德。

霍里士是英国著名的科学家、思想家和文学家，当过教师、医生，通过了9年的医学院校正规学习。他终生以严肃的态度从事人类性科学的研究和教育，被美国著名评论家孟根(H.L.Mencken)称赞为“当代最文明的英国人”。霍里士是在性压制最甚、清教徒之风盛行的维多利亚女王时代，勇敢地开展了性科学研究的。1894年，他的第一部性科学专著《男与女》出版了，这部书的写作经历了13年的时间，以大量的资料从人类学和心理学的角度研

究和评价了男女之间在第二性征上的差别的意义。这部书成为霍里士后来30多年著述的7大卷《性心理学研究录》的引子。1896年，他的《性逆转》出版，但在1898年，英国某社会团体的负责人因收藏有这部所谓“淫”书而被逮捕。尽管当时英国社会上强大的保守势力通过法庭并用非法的手段斥责这部书污秽罪恶，没有任何科学价值，但它被翻译成德、法、西班牙和意大利等文字，传播到世界各地，不少专家学者撰文赞扬霍里士，许多读者写信感谢他，他终于经受了一番暴风雨般的考验。随后，他离开了英国，开始撰写《研究录》的第2卷——《羞怯心理的进化；性的季节性现象；自动恋》。不幸的是，准备发行第二卷的出版商又被伦敦警方逮捕，数千册《研究录》全部被查抄销毁。英国社会中强大的保守势力，迫使霍里士不得不把《研究录》从此转交给美国的一家出版公司去出版。1903年，第3卷《性冲动性质的分析、恋爱与痛楚、女子的性冲动》出版；1905年，第4卷《人类的性选择》出版；1906年，第5卷《性爱的象征现象、解欲的机制、妊娠的心理状态》出版；1909年，第六章《性与社会》出版。19年以后，即1928年，霍里士又写了一部题为《哀鸿现象和其它若干补充研究》的书，对《研究录》前6卷中的内容进行了补充，对一些处在性领域边缘的问题进行了讨论，后来这部书被列为《研究录》第7卷。1933年，霍里士把7大卷《性心理学研究录》的内容进行了提炼，针对临床医生和医学院学生写了《性心理学》一书，这部书在世界各地广为传播。

弗洛伊德是众人皆知的维也纳精神病学家及心理学家，他于1881年获医学博士学位。弗洛伊德精神分析学说的创始人，对性和性欲的强调，是他的精神分析学说的核心内容。他对性变态、性欲发展过程、性动力理论、性动力对性行为活动的影响等所作的研究，除了集中体现在他1905年发表的《性学三论》一书中外，在1900年出版的《梦的解析》，1904年出版的《日常生活的心理分析》，1908年发表的《“文明的”性道德与现代人的不安》，1913年出版的《图腾与禁忌》以及从1910年到1918年先后发表的《爱情心理学》的三个部分中，都从不同的角度论述了他的性学观点。弗洛伊德认为人的性本能是一切本能中最基本的东西，由此而产生了引人注目的泛性欲主义理论体系。

在性科学的发展阶段，还有一些著名的科学家作出了卓越的贡献。美国医学博士迪金森(R. L. Dickinson)于1933年出版的《人类性解剖学》，描绘了许多男性和女性生殖器官的正常和异常图象，他还收集总结了1200份人类性生活的个案资料。美国生物学家金西(A. Kinsey)，用人类生态学的研究方法，对1.7万人的性生活进行了较为全面的调查，并与其合作者根据客观调查撰写了两部专著，即1948年出版的《人类男性的性行为》和1953年出版的《人类女性的性行为》。美国著名心理学家华生(J. B. Watson)，最早对人类性行为和性反应进行实验室的研究。1920年左右，他与他的女秘书合作，闯入了性反应实验研究这个禁区，得到了许多珍贵的实验数据。但是，他的研究志向和事业心未被世人所理解，妻子与他离婚，社会上斥责他是“淫棍”，研究资料也被洗劫一空。

回顾一下性科学的形成和发展过程，可以明显看到许多科学家的辛勤工作，有的甚至为此而受到种种不公正的对待，然而，正是这种为人类幸福而献身的精神，才促进了性科学的不断发展，并不断得到人们的理解。这样，在现代科学技术的推动和社会发​​展规律的促进下，性科学的发展终于进入了职业化的阶段，而临床性心理学的应用，又是性科学职业化的主要形式。

三、职业化阶段

性科学的职业化，是以性实验研究为基础，在揭示人类性反应规律的前提下，逐渐形成的。在人类性实验研究中作出卓越贡献的，是美国妇产科学家威廉·马斯特斯和心理学家弗吉尼亚·约翰逊夫妻。在50年代初期，他们考虑到人类性行为实验研究必须取材于男女两性之间的各种性活动，但一般的人很难有为献身于科学研究而不怕身败名裂的勇气，因此雇请了8名妓女和3名男妓作为研究对象。可是，当他们的实验传到社会上后，数以百计的人纷纷要求作为自愿受试者，从18岁到89岁的人都有。从1954年起，他们在华盛顿大学医学院的妇产科教研室正式开始了人类性行为的实验研究。在研究过程中，他们并不是限于记录受试者口述的各种感受，而是采用了现代化的实验手段和技术。例如，他们制造了与照相机相连接的透明塑料阴茎，可以在模拟的或实际的性交过程中对阴道的各种变化进行摄影记录。他们还将几百名受试者在性交过程中的心率、呼吸、血压和皮肤反应等，进行了阶段性的测量，获得了大量的人类性行为过程中的生理指标。1966年，他们的实验专著《人类性反应》正式出版，在医学界，心理学界乃至整个社会引起了极大的震动，30多万册的精装本刷印出就销售一空。从1959年开始，他们又开始攻克性机能障碍的治疗方法。在性治疗的研究中，他们以心理行为训练为基础，创立了“性感集中训练课程”的快速治疗法，一般只需要两周的治疗就有显著疗效。1970年他们出版的第二本专著《人类性机能障碍》，开创了性治疗的新纪元。1979年，他们又出版了第三本专著《同性恋》。马斯特斯和约翰逊的巨大成功，使他们得以建立以他们夫妇的名字命名的性科学研究所，两人共任所长，克洛德尼(R.C. Kolodny)任副所长。1979年，他们三人合著的《性医学教科书》出版，该书就是吴阶平教授等编译的《性医学》一书的蓝本。由于马斯特斯和约翰逊对性科学的研究和应用作出了巨大贡献，因此被学术界誉为“当代性学权威”。

70年代以来，性科学已经越来越普及了，各种性科学的专著也大量涌现，而这些专著的作者大多数为从事性科学研究及应用的专业人员。美国纽约医院的性学专家卡普兰(H.S. Kaplan)于1974年出版了《新的性治疗》，金西的后继者摩尔顿·亨特(Morton Hunt)于1974年出版了《70年代的性行为》，莫尼和默沙夫(H. Musaph)主编的5卷本《性学手册》于1978年出版。为了更好地对人类性行为进行科学研究，并把这些研究成果直接服务于人类，西方各国纷纷建立了各种性研究所和实验室。较有影响的除了马斯特斯——约翰逊性研究所外，还有美国布鲁明顿性研究所及金西研究所。

随着性科学的发展，国际性的学术活动也蓬勃开展。第二次世界大战后首次恢复召开的国际性学大会，于1968年6月在布拉格举行，有19个国家的300多位性学家参加。1981年6月，在耶路撒冷召开了第五次世界性学大会。1982年5月，在华盛顿召开了第六次世界性学大会。这次会议上，马斯特斯和约翰逊所作的关于性治疗新方法的报告，赢得与会者起立鼓掌欢迎。

四、我国近代和当代性科学的发展

我国近代性科学的倡议者，要算20年代北京大学的民俗调查委员会主任张竞生博士。张竞生是法国里昂大学的博士，在法国留学时，深受莫里士《性心理学研究》的影响，立志在国内研究性学，为中华民族健康的性生活提供科学的指导。他于1920年从巴黎回国后，就开始收集有关性学史的资料，准备模仿莫里士的方法，把性史资料编印出来以后再行系统研究。30年代初期，张竞生编著的《性史》一书出版，在社会上引起了一场轩然大波。被封建伦理观念束缚的人们，对此书不屑一顾；而一班文化流氓乘机借张竞生之名，编印《性史》，

《注艺》之类的书来营利，而将其祸水全部泼到张竞生的身上。他蒙受了許多不白之冤，收集的很多资料也不敢编辑出版。他在汕头的一些报上介绍葛里士性心理学的某些科学论述，发表“节育优生”的意见，竟被讥为“卖春博士”。在强大的社会压力下，张竞生几乎走头无路，后来被迫自杀（未遂）。

另一位著名学者潘光旦教授在我国性学史上也有重要地位。他在20岁左右就开始接触了葛里士了著作，并对中国的一些文献进行了分析研究。1927年，他编写的《冯小青》一书出版，分析了明代女诗人冯小青的性心理异常。1939年11月，他开始翻译葛里士的《性心理学》并加了很多注，把中国许多有关性方面的情况都注了进去。1946年，此书的中文版正式出版。近40年来，这是国内能见到的唯一的性心理学专著。

此外，社会学家费孝通在40年代出版了《生育制度》一书，论证了人的两性行为对社会延续和稳定所具有的两重性。

在70年代以前，我国性科学的研究和应用几乎是处于空白的。50年代出版了一本科普小册子《性的知识》尽管这本书不到50页，内容也比较肤浅，但作者也受到了不公正的待遇。然而，从事医学、教育学的一些专业人员，仍在默默地把性知识应用到实际工作中，解除人们生活中的性苦恼。60年代，叶恭绍教授等按照周恩来总理的指示，开始在报上介绍了一些性发育、性卫生的知识。在一年多的时间内，收到了来自全国各地1000多封来信，询问有关性的卫生知识。但是，性教育的工作并没有得到普及。严格地说，我国当代性科学工作是80年代才起步的。

80年代初期，在性科学的开创工作中有两位突出的学者。一位是北京医科大学的阮芳赋，在许多刊物上发表了不少关于性科学、性教育的文章。一位是江西宜春医专的胡廷溢，于1980年12月出版了《性知识漫谈》，这本书先后重印和再版，发行量超过了200万册。在一些医学专业杂志上，他的有关性治疗的论文也时有出现。

1982年，吴阶平等编译的《性医学》出版，标志着我国性科学研究的新开端。1985年，阮芳赋主编的《性知识手册》出版，这是我国第一部自编的中型性科学专著。至此以后，性科学的研究和性教育在全国各地拉开了序幕。

北京 北京医科大学王敦道多年从事性问题的心理咨询，收集了数以百计的资料，他以中国心理学会、中国社会心理学会、中国心理卫生协会负责人的身份，在推动全国性心理学工作中起了重要作用。中国人民大学潘绥铭，一直从事性学史和性社会学的研究，从1985年开始在该校的研究生中开设了性科学课程，1988年在该校举办了全国性的性科学讲习班。他的专著《神秘的圣火—性的社会史》于1988年出版。首钢医院心理咨询研究室钟友彬，潜心探索性变态的心理治疗，设计了一套“认识领悟疗法”，治疗效果甚佳。他先后发表了《窥阴症》《性生活不和谐在离婚中的作用》、《性变态的认识领悟疗法》等论文。

上海 上海大学文学院《社会》编辑部的刘达临于1985年3月主持举办了“现代社会中的性问题”讲座，并进行了性社会学的研究工作。1985年7月，《社会》编辑部与上海中医学院、上海计划生育宣教分中心联合组织了全国首届性教育讲习班，刘达临、阮芳赋等同志为主讲。1986年6月，上海性教育研究会成立，他担任副会长。1988年11月，上海性社会学研究中心成立，他担任主任。他的专著《性社会学》及《“性自由”批判》分别于1987年和1988年出版。上海社会科学院姚佩宽一直从事中学生青春期教育的研究。1985年，在上海市人民政府和市教育局的组织下，她和其他人一起在近百所中学进行了青春期教育实验研究，

对1698名中学生进行了性生理、性知识、性心理方面的调查，并摸索出了青春期性教育的方法。1988年6月，国家教委和国家计划生育委员会在上海召开了青春期教育现场会。姚佩宽等人编著的《中学生青春期教育》一书，已于1986年正式出版。

天津 天津医学院陈仲母教授多年从事性心理学的临床研究，积累了性咨询的个案资料600余例。他还在不少地方进行了性教育的科普讲座，受到了人们的欢迎。目前，他创办的天津心理症专科医院，治愈了大量性障碍患者。

重庆 重庆市卫生局直属门诊部临床心理咨询医生邓明显，从1986年开始对性问题进行心理咨询和心理治疗，4年多的时间，积累了性咨询的个案资料上千例。1986年6月，他撰写的论文《试论我国性心理学的普及及研究》发表，这是我国第一篇关于性心理学的论文。随后，他接连发表了《大学生的性心理卫生教育》、《心理咨询中的性问题155例分析》、《性感集中训练法治疗性功能障碍35例》、《性心理障碍14例临床资料报告》、《论性科学研究的几个基本问题》、《祖国医学中的性心理及性医学思想初探》、《城市学生青春期内分泌及性心理卫生的调查研究》等论文近20篇。他与王效道合著的《性心理学探索》一书，展示了国内性心理学研究的许多第一手资料，几经周折，此书于1989年出版。1988年5月，他完成了《性心理卫生》一书，1989年10月，完成了《性心理健康咨询》一书。他从1986年开始准备，1987年开始撰写的专著《临床性心理学》，集中反映了从临床中摸索出的性咨询与性治疗技术。他主编的《中国性学》，几乎囊括了性科学各分支学科的内容，达50多万字。此外，他还作了性科学的普及宣传工作。除了开设各种讲座外，在报刊上发表此类的科普文章60余篇。

在性心理学这个领域上，还有一个非常活跃的全国性学术团体，这就是由北京王效道、谭缙铭，江西的胡廷溢、重庆的邓明显等20余名性科学专业人员于1986年底开始筹备的中国性心理健康研究会，现已发展到300多成员。1987年10月在重庆召开的第一届学术讨论会，因若干因素不得不处于“半地下”状态。1988年11月在广州召开的第二届学术讨论会，大获成功，到会的专业人员也超过了医学和心理学的范围。在这次会议上，决定将中国性心理健康研究会改名为中国性学学会，并建立了若干专题研究的协作组。

此外，在哈尔滨、深圳、天津、成都、南京等地，性科学的研究和普及工作也先后开展起来。由深圳创办的《性教育》杂志，于1988年8月创刊。性科学的坚冰已经开始被打破了。

第三节 临床性心理学的范围及研究对象

临床性心理学是性科学中实践性最强的一门学科，它主要通过心理咨询与心理治疗的方法和技巧，解除人们生活中的各种性苦恼。它的范围及研究对象，是临床心理咨询中的重要组成部分。

一、范围

在临床性心理学中，一切工作都是以解除人们的性苦恼为宗旨的。然而，大量的性苦恼者，本身并不存在性的生理和心理疾病，而是缺乏科学的性知识，有的人因此而出现了各种心身机能失调的现象。因此，临床性心理学的范围首先是性咨询。一些性功能障碍和性变态患者，仅仅通过咨询并不能完全解决问题，单纯靠药物治疗也收效甚微。因此，性治疗是临床性心理学的第二个范围。性咨询和性治疗的技术要不断发展和提高，其基本前提是不断揭示人类

性行为的本质，而实现这一前题的科学保证就是性实验，这是临床性心理学的第三个范围。

1. 性咨询 (Sexual counseling) 广义的性咨询包括与性有关的一切问题的咨询，如遗传咨询、优生咨询、性病咨询、性心理咨询、性观念咨询等等。在临床性心理学中，性咨询的内容主要是与心理反应有关的性问题，因此在咨询形式、咨询技巧上均类似于临床心理咨询。门诊咨询是性咨询中最重要的形式，除了专业机构内开设以外，在大学、工厂、社区都可以开展。例如，在大学可以解决学生的各种性苦恼，以及友谊与恋爱、自身的性生理及性心理发育等问题；在社区，这项工作常常是由工会或妇联主持的，可以有效地解决婚后性心理不和谐，婚后性感受贫乏等问题。在医疗部门的性咨询门诊，除了接待一般的性苦恼者外，还有一大批性疾病、性障碍、性变态的患者，因此性咨询是性治疗的初步阶段。除了门诊咨询外，通讯咨询、现场咨询、专栏咨询等，也是性咨询的好形式。

2. 性治疗 (sex therapy) 从70年代开始在美国兴起的性治疗技术，本来主要是针对各种性功能障碍的，现在也扩大到治疗各种非机能性性障碍及性变态。性治疗的方法来源于精神分析疗法、行为疗法、人本主义心理疗法，并把心理行为训练与药物治疗结合起来。性治疗学的确立，以玛斯特斯和约翰逊创立的“性感集中训练课程”为起点，建立了一整套治疗理论和方法的体系。除了一些基本的性治疗方法外，还有一些基本治疗技术，如消除焦虑技术、有指导的手淫技术、性高潮重建术、想象排演技术、家庭作业布置技术、耻骨尾骨肌收缩操练技术等。在性治疗中比较强调夫妻之间的关系，因为各种性障碍除反应在患者本人身上外，还反应在配偶身上，也就是说，是夫妻性生活的障碍。因此，配偶也必须参加治疗。从这一原则出发，性治疗也可以促进患者夫妻之间感情和谐，使出现性障碍的一方在治疗中能得到配偶的谅解和鼓励，这也是性治疗成功与否的关键。由于性关系受到各种心理社会因素的影响，所以，现代性治疗已把心理治疗作为重要部分，性治疗家也必须是心理治疗家。

3. 性实验 (sex experiment) 要使性咨询和性治疗的技术不断提高，必须不断揭示人类性行为的本质和规律，实现这一目的的有效方法就是进行性实验。实验研究所获得的资料比经验研究更精确、更完整。实验法是通过控制研究的情境，来突出研究的重点。由于控制的程度、方法和场所不同，分为实验室实验和自然实验两种。实验室实验的基本特点是可以严格控制实验条件，不仅可以观察到被试者的种种行为表现，还可以借助仪器准确地记录各种生理指标，能通过有目的的控制或改变某些条件，揭示性行为与性心理的相互关系。心理学家华生，当代性学权威玛斯特斯和约翰逊以及丹麦性学家瓦格纳等，都对性反应进行过实验室研究。自然实验的特点是由环境来控制条件，研究者利用某些条件使实验按自然顺序进行。国外的性学研究中，这种方法用得较为普遍。因为性实验必须靠人的各种性行为活动，所以阻力很大，这主要是面临着向传统伦理观念的挑战。就国内目前而言，也只是对某些性障碍或性疾患进行了一定范围的实验研究。但是，正如比基尼泳装促进了健美运动的发展，裸体模特儿促进了美学的发展一样，性实验研究也将促进性科学的发展。我国对正常性行为的实验研究，也会开展起来。

二、个体研究

临床性心理学的研究对象首先是个体。由于人在生理素质、心理素质和社会文化背景方面的差异，在对性刺激的反应和性行为活动上也存在着差异。尽管不同年龄阶段的性问题有一些共有的特点，但具体反映在每个人身上也不尽相同。比如，青春期手淫是一个较为常见

的现象，但一些人是频繁手淫，一些人是偶尔手淫，一些人终日苦惱甚至出现白日梦，一些人心理负担却不重。又如，婚后性感受贫乏是女性的常见现象，但一些人是性认识错误，一些人是情感不和谐，一些人是缺乏性技巧。再如，阳痿是最常见的男性性功能障碍，但产生的原因，发生的频率、表现的形式等都有差别。因此，无论是在性咨询还是在性治疗中，都不能按相同的模式进行。

性行为的个体差异是在个体的社会化过程中形成的。什么是社会化呢？当一个人降临人世时，就具有发展成为人的各种潜能，这种潜能可以说每个人都存在。但是，要成为一个合格的社会成员，就必须学会这个社会所需的知识、技能，遵守社会道德规范，取得社会生活的资格。这个学习过程就叫做社会化。一个人的性心理发展和性行为表现，也存在着社会化过程。社会化过程的重要阶段是在儿童期和青少年期，许多观念、行为、知识都是在这个阶段形成的。成年以后，仍然存在着继续社会化和再社会化的问题。在社会化过程中形成的个体差异，是性问题个体差异的关键。所以，在性咨询和性治疗时，要充分考虑到所受的社会环境中不同因素的影响。

在社会化的过程中，一个人形成了他自己的个性特征、情绪类型和一定的能力。这些因素，对性行为也产生一定的影响。性咨询中需要运用个性测验、能力测验、情绪评定等心理测验技术，就是从这一点出发的。

社会化中一个非常重要的问题就是社会角色的习得，性角色也是一种社会角色。研究发现，不少性功能障碍和性变态者，在幼年性角色的培养中都存在着一定的偏差，在成年以后的性角色方面也有不平衡的地方。在临床性心理学的个体研究中，如何培养正常的性角色，如何对异常的性角色进行矫正，是性咨询的重点也是难点。

三、群体研究

临床性心理学中的群体研究是与个体研究互为补充的。尽管性问题的个体差异很明显，但某些群体的性问题却明显表现出集中趋势。例如，在计划生育工作中，不少人为工具避孕或节育术后的性欲减退而烦恼，但并无器质上的障碍。有资料报告，某班组7名女工放置节育环后都有性欲减退的反应，研究时发现，这几位女工的暗示性都较强，显然，她们出现的性欲减退是一种群体暗示性反应。后来通过小组心理咨询，性功能都恢复到正常状态。又如，海员长期在远洋巨轮上工作，有相当一部分时间都处于单一性别群体之中，缺乏异性的生活环境，使一些人烦躁不安，手淫较频繁，在晋娶相遇到有性刺激的镜头时，要求“定格”看个够。对单一性别群体如何进行性咨询，是群体研究的一项重要工作。大学生群体、大龄青年群体、更年期妇女群体、性病群体、性犯罪群体等，都存在着一些集中的性问题。

在临床性心理学的群体研究中，除了带有集中趋势的性问题外，还要研究群体成员的相互关系对性意识和性行为的影响。家庭是最基本的社会群体，从一些性苦恼者的病史中可以明显地看到家庭因素的影响。同样，在解决各种性问题时，也需要家庭的支持。在对计划生育群体的性问题进行研究时，除了易患人群的暗示作用外，医患关系、角色配合与转换等，都是需要认真研究的。

群体研究的方法问题，至今仍在摸索。由于群体活动和群体效应处于复杂的关系和联系之中，把握其规律性也就相当困难。因此，在研究中常常借用有密切联系的邻近学科的方法。问卷调查是对群体的性问题进行研究的传统方法，但由于性问题的隐私性，问卷调查往往缺乏足够的信度和效度。目前一些地区采用了美国霍普金斯大学的“敏感问题调查法”，

对于提高信度和效度有一定的作用。

四、社会研究

性问题是受社会文化背景影响的，如社会形态、信仰与宗教、文化环境、社会道德、经济状况、民族习俗等。就我国现阶段来看，随着对外开放政策的实施，西方文化影响越来越大，从最先进的现代科学技术到最低劣的色情录像，从最新潮的迪斯科音乐到极古老的基督教文化，几乎无所不有。尽管这些并不都是当今的时代产物，但对于一个闭锁多年的国家来说，带来的社会冲击是很大的，对性观念、性活动的影响也是惊人的。由于我国传统观念而形成的千百年的性压抑，曾经被誉为“美德”，现在也受到了冲击。那么，性问题的发生率升高，能提示一些什么问题呢？一些研究指出，在文明程度处于启蒙阶段的民族，对性活动持比较坦然的态度，其性问题的发生率是很低的。但社会化程度越高，物质文化越发达的国家，性问题的发生率也越高。由此可见，随着社会的物质文化水平的不断增长，社会的信息量也不断增大，人们的心理活动也更加复杂。这样，对性的认识也越来越深刻。机体内环境和社会的外环境要靠心理调节来维持平衡，当这种平衡关系受到冲击时，就会导致一些性方面的问题出现。性问题的发生率增加，与社会文化冲击是相关的，要解决这类问题，临床性心理学就必须从社会的角度进行全方位研究。

对性进行社会研究，有助于建立起文明、健康、科学的生活方式。对生活方式的高标准要求，是与社会生产力水平提高相一致的。当人们还是愚昧无知的时候，很难对性提出什么较高的要求；当社会越是不发展时，性生活的质量也不会提高。同样，高质量、高标准的生活方式，也会促进社会生产力的发展。这就是说，在现代文明社会中，人类的性活动体现了一种社会关系，这种社会关系往往可以改变原来已经形成的社会关系，从而对社会产生极大的影响。临床性心理学进行社会研究，正是从这一基本观点出发的。

恩格斯在《家庭、私有制和国家的起源》的“第一版序言”中指出：“根据唯物主义的观点，历史中的决定性因素，归根结蒂是直接生活的生产和再生产。但是，生产本身又有两种。一方面是生活资料即食物、衣服、住房以及为此所必需的工具的生产；另一方面是人类自身的生产，即种的繁衍。”（《马克思恩格斯选集》第4卷第2页）很显然，生活资料的生产是通过人类的生产活动进行的，而人类自身的生产则是通过性活动进行的。恩格斯在这里不仅指明了人类的性行为对历史和社会发展的重要意义，而且指明了从社会发展的角度来观察和研究人类性行为的重要性。临床性心理对人类的性行为进行社会研究，其根本目的也是为了促进社会发展，提高社会的文明水平。

第四节 临床性心理的模式及发展趋势

临床性心理学是一门新兴的边缘学科，很多人对它还很不了解。当然，临床性心理学形成一个专门学科的时间还不长，在研究模式、学科体系和临床应用方面，还需要进行深入的探讨和摸索。因此，本书对临床性心理学的模式进行一些分析，并在此基础上，预测2000年前临床性心理学的一些可能的发展趋势。

一、生物心理社会模式的兴起

几千年来，人们对性的认识是非常混乱的，即使从哲学、医学的角度对性进行了一些朴素的研究，也是很朦胧地认识到有利于健康。但是，健康的标准是什么呢？一般认为，健康

就是没有疾病。但随着自然科学和社会科学的不断发展,人们对健康的本质的认识也不断深入。1946年7月,在纽约召开的国际卫生大会上通过了世界卫生组织宣言,并由61个参加国代表签字。宣言中明确指出:“健康不仅仅是没有疾病,不体弱,而是一种躯体、心理和社会功能均臻良好的状态。”到了70年代,人们越来越清楚地认识到影响健康的因素绝不是单一的,必须从多维的角度来考虑。当然,与人的身心健康有关的因素,概括起来只有三个方面,即生物学因素、心理学因素和社会——文化因素。这三方面的因素,是从人的本质的角度来考虑的,人本来就是生物——心理——社会因素密切相关的整体。性,作为人类生活中必不可少的组成部分,生物、心理、社会三种因素的任何一种因素都要起作用。任何性问题的发生,都可能是这三方面因素的共同作用,只不过所产生的作用并不是均衡的。尽管临床性心理学主要是研究心理因素对性活动的影响,但分析性问题、解释心理与行为异常的基本观点,应该从三个因素出发。这基本观点,称为综合分析观点或生物——心理——社会模式(bio-psycho-social-model)。

生物——心理——社会模式是美国罗彻斯大学医学院的恩格尔(G.L. Engel)教授于1977年首先提出来的,当时主要是对传统的生物医学模式提出的挑战。10多年来,不但使全球性的医学模式开始转化,而且也渗透到其他与健康有关的学科。在这一模式中,生物学因素是最基本的因素,是心理学因素赖以产生的物质基础,也是心理和社会——文化因素产生作用的物质承受者。心理学因素是在生物因素的基础上产生的,同时又深刻地影响和制约着生物学因素。社会——文化因素是在生物学和心理学因素的共同基础上产生的,它一方面直接影响和制约着心理学因素,另一方面间接影响和制约着生物学因素。生物学因素,是指遗传和与此相关的体质、体型、神经类型、生理生化和免疫系统的特征等。心理学因素,是指在个体发展过程中个体与环境相互作用的经验积累,人格发展性况和人格特征,以及当时的各种主观心理体验。社会——文化因素,包括家庭、学校和社会的影响,以及由于这一因素所导致的应激(stress)反应。总之,生物——心理——社会模式表明,在分析和处理各种性问题时,不能片面地考虑某一个侧面,而应该运用综合分析的观点。尽管这一新的模式还需要不断完善,还需要进行许多艰苦的研究和探索工作,但这个全方位的模式已经展示出了它强大的生命力。

二、基础理论的研究

1979年在耶路撒冷举行的第五届国际性学大会上,与会代表一致提出,2000年之前的性学研究目标,应该是建立一种系统化的性哲学体系。这一研究目标表明了进行基础理论研究的重要性和迫切性。就临床性心理学而言,基础理论研究是临床研究的先导,基础理论的研究成果将为解除性苦恼,提高人们的性生活质量提供科学的依据和指导。

60年代美国进行的性实验研究,提示了人类性反应的基本规律。这一基础理论研究的结果,使人类性活动期间所发生的解剖学和生理学方面的变化得到更为深刻的理解,对于协调夫妻性生活和治疗性功能障碍,有重要的指导意义。性行为的生理学基础研究已经取得了很大的进展。从临床性心理学来看,今后基础科研的前沿阵地和主攻突破点,根据目前的进展情况判断,可能集中于以下几个方面。

1. 性行为大脑中枢的机理研究 人类的性行为是受中枢神经系统支配的,大脑皮质在性信息的接受、加工、储存以及对性活动的程序编制、调节和控制方面,起着主要的作用。神经心理学通过诱发电的研究和神经外科手术时对清醒的人暴露出的大脑皮质进行刺激等方

法获得的研究资料，已确定出大脑皮质的若干功能区。但是，对性行为的功能区至今未能明确。诚然，人类的性行为是非常复杂的，认知活动、情绪活动和人格特征都要发生影响。神经心理学的研究表明，额叶与记忆、言语、运动、智力、人格等有关；枕叶与视知觉有关；颞叶与听觉、视知觉、嗅幻觉、记忆有关；顶叶与感知觉、符号综合、言语记忆、逻辑理解有关。然而，性行为活动在大脑皮质是如何整合的，还需要进行更仔细的研究。

2. 性行为中两大系统的协同作用 在人类的性行为活动中，个体的遗传素质、生理状况、行为特征是一个综合的整体，也就是说是个体的一个整合系统。而个体所处的家庭、社会，又对人的性活动有直接或间接的影响，各种家庭因素和社会因素，又构成了一个大系统。这两大系统之间，主要是通过心理活动来调节的，这种调节作用，把性的自然属性和社会属性结合在一起。但是，性行为中两大系统协同作用的机制，仍然不很清楚。从目前现代科学技术发展的情况来看，运用全息科学理论并结合信息论、控制论、系统论的理论及方法，有可能研究出协同作用的若干机制，并建立起性行为活动的新模式。

3. 性行为的哲学体系 性行为的哲学体系，实际上是对性的自然属性和社会属性的概括和总结。如何消除几千年来“性罪恶”观念，如何重新认识人类的性活动，如何对性行为树立新的价值观，都是性的哲学体系要解决的问题。

尽管100年来，性科学已经成为一门独立的学科，但对性的认识并没有根本解决。有人认为开展性科学研究是为了预防和治疗性疾患，有的人则认为为了防止性错误和性犯罪。这些，都不同程度地带有“性罪恶”观念。然而，正是由于对性的不正确认识，才导致了性禁忌和性泛化两种错误倾向，也才产生了性无知、性无节、性苦恼、性障碍、性错误、性犯罪等一系列影响身心健康和社会文明的问题。如何真正以科学的态度，来确立性是人类生活的重要组成部分的观念，正是性哲学要解决的问题。

如何测量性科学研究和普及的正确与否，这是每一个专业工作者不可避免而又难以权衡的问题。虽然马克思、恩格斯等也对性作过一些精辟的科学论述，但马克思主义哲学的科学性就在于它揭示了客观事物的本来面貌和规律，它并不能取代性哲学。性科学研究及普及是否正确，只能用实践来检验。也就是说，要看它是不是有助于促进身心健康，有益于提高生活质量，有利于建设社会精神文明。性科学的检验标准，也是性哲学研究的问题。

性科学的迅速发展使相应的分支学科不断产生，这就需要性哲学的指导和协调作用。如前所述，国际性学界已明确提出，2000年之前的性学研究目标是建立一种系统化的性哲学体系。性哲学体系的建立，对于临床性心理学的应用研究有系统化的指导意义。

三、新的诊断及治疗措施

近年来，随着基础科学和应用科学研究的发展，在临床性心理学中已经引用或创立了许多新的诊断方法和治疗技术，根据目前临床性心理学及其他相关学科研究的进展预测，在今后的10余年内，不仅会有一整套系列化的临床性心理学诊断技术和方法问世，而且也有许多全新的治疗方法相继问世。

1. 新的诊断技术和方法 临床性心理学的诊断技术和方法，是随着生理学、心理学、免疫学、内分泌学、遗传学、生物工程学、人体工程学、社会医学等学科的科研成果的累积而创立起来的，今后也必然会随着这些学科的进展而发展。

用多普勒超声、热像图等对性功能障碍进行诊断，可以灵敏地检测出阴茎或阴道壁血管内血流，从而鉴别诊断是功能性障碍还是器质性障碍。利用海绵体造影和阴茎动脉搏动描记

法,也能鉴别诊断功能性和器质性阳痿。利用注射促性腺激素释放激素后检测血中FSH和LH水平,可以诊断内分泌性性功能低下症的可能发病部位。用明尼苏达多相人格测验(MMPI)配合SCL-90评定,对性功能障碍和性变态的人格特征及情绪状态可进行细致的分析。但是,如何把生物学、心理学和社会学的若干研究方法综合应用,使诊断向标准化和系统化方面发展,是需要进一步研究的。

2. 治疗措施将更加充实而有效 运用各种形式的生理治疗,如精神分析、行为疗法、催眠暗示、认知疗法等,均有助于改善患者的性功能状态。现代性治疗学正是在上述原则的基础上创建的。现代性治疗中的性感集中训练法、消除焦虑法、性高潮重建法、想象排演法、有指导的手淫法等,从根本上改善了性功能障碍的治疗状况,对性变态的治疗也有指导意义。性咨询技术的不断完善,对于培养性角色、和谐夫妻性生活、防止婚后性感受贫乏、解除各种性的苦闷,都起了重要作用。尤其是近年来在国内试用的“性问题家庭自助训练法”,仅仅通过文字指导,就使得一些性问题和夫妻之间的配合训练下得已解决。

然而,应当承认,各种性问题上在一定程度上是一个带普遍性的问题。这些既包括了因病理因素产生的性功能问题,又包含了因生理因素产生的性衰退问题,还包含了因心理因素和社会因素产生的性障碍和性贫乏。这给治疗也带来了一定的难度。显然,用一套固有的治疗程序来治疗各种不同的性问题,不可能取得好的疗效,只有针对每一病因和患者自身的心理特征以及社会文化背景,才有可能达到预期的治疗效果。在治疗方法上,对心理治疗、社会治疗、药物治疗、物理治疗等还需要进行针对性更强的研究,在治疗技术上,还要不断探索综合治疗的新路子。在下一个10年内,我国临床性心理学的治疗方面面临的任务是:如何完善性咨询的方法和技巧,如何设计更适合我国国情的心理行为防治方案。

四、临床性心理学的展望

作为一门新型的学科,临床性心理学的研究在世界各国的发展极不平衡。一些国家已经建立起比较完整的研究和临床机构,一些国家则刚刚起步。德国是临床性心理学开展得较早的国家,尽管没有用临床性心理学这一名词,但这门学科的一些基本概念和方法,却源于德国科学家的研究。瑞典在临床性心理学的应用方面是比较突出的,群体性的咨询服务已经普及到了小学。然而,临床性心理学的研究目前是美国走在世界的前列。从60年代开始,美国的玛斯特斯博士、约翰逊博士、朱莉娅·海曼博士、卡普兰博士、亨利博士等,将性临床研究的成果陆续推向世界,使临床性心理学的应用更为有效,也为建立临床性心理学的体系奠定了理论和实践的基础。在向21世纪迈进的最后10年时间里,人类在性问题上面临的挑战将更加广泛,各种性苦恼和性障碍的发生率有可能随着社会物质文化水平的提高而呈现出上升的趋势,这就要求临床性心理的研究进一步深化。在今后的10年里,研究趋势可能体现在以下几个方面:

其一,临床性心理学的研究应从系统整体观念出发,向个体研究深化,并向细胞和分子水平发展。在研究中,既要注意个体差异,也要注意整体协调。要把性器官和性功能视为一个统一体,把性功能与全身的身心功能视为一个统一体,把自身的性行为 and 配偶的性行为视为一个统一体,把个人的性偏好与社会的性文明视为一个统一体,并找出相互之间的内在联系和规律。

其二,临床性心理学的研究应综合自然科学、心理科学、社会人文科学的研究成果,运用各种现代科学技术。研究的重点不要只放在防病治病上,更重要的是如何运用科研成果来

促进身心健康，提高生活质量。

其三，临床性心理学的研究应当寻找基础理论与临床实践的关键结合部，力求理论指导实践，实践丰富理论，形成一种互为因果的良性循环。针对人们生活中集中反映出的问题，获得有效的突破。

其四，我国临床性心理学的研究要注意挖掘我国古代文化和科技的成果，在借鉴国外研究成果时，要从我国的社会文化背景出发进行积极扬弃。这样，才能真正建立起我国临床性心理学的科学体系和行之有效的应用技术。

第二章 性进化过程中的常态与变态心理

第一节 性进化的基本原理

一、自然界中性的作用

繁衍和发展种系，是生物的基本功能之一。但作为一个客观存在的生物，必须在地球上有一个稳定的地位，有它赖以生存的条件。在生存的前提下，种系才能繁衍和发展，才能创造出新的种系。正是这样，才由植物产生了动物，由低级动物产生了高级动物，最后诞生了人类，而这一切活动，都是性的作用。自然界中性的作用，就表现在使物种生存、繁衍并创造物种这三个方面。

然而，自然界中性的作用，最重要的就是性选择 (sexual selection)。它在人类种族分化上起了重要作用。生物学家达尔文认为，性选择是以某些个体专在繁殖方面比同一性别和同一物种的其他个体占有优势为前提的。这样，那些最善于繁殖和养育其后代的那些个体，在其他条件相等的情况下，将会留下最大量的后代，以继承它们的优越性。在若干年的性选择过程中，性生殖出现了一个巨大的飞跃，这就是两性生殖器官直接在内部汇合的性交。性交产生于爬行动物，并遗传给以后的物种。又经过若干年，哺乳动物产生了，性的机能也在这个阶段不断完善。哺乳动物的性欲唤起和性满足，已经不仅仅是生殖系统的作用，还产生了性激素和调节性功能的中枢神经活动。在自然界的性进化中，从最高级的哺乳动物——灵长目，逐渐衍生出了人类。

二、人类性活动的基本特点

从动物衍生出人类经过了千万年的时间，人类的性活动有哪些不同于动物呢？

首先，是人类性交方式的改变。无论是何种哺乳动物，性交的体位都是后入位 (rear-entry)，也称为爬背运动。这种性交体位，是与动物的基本活动方式相一致的，动物都是用四肢行走，因而用其他体位阴茎不易插入阴道。从猿转化为人的第一步，就是直立行走，人的生殖器官也由朝下转变为朝前，形成了面对面的性交方式。人类的这种基本性交体位称为前入位 (former-entry)，尽管人们的性活动也有用后入位或侧位的方式，但这种基本体位的应用范围最广。在前入位性交中，双手的触弄和抚摸作用得到高度发展，使性感受的能力更加增强；前入位促进了性吸引方式的发展，两性之间可在性活动时眉目传情；从女性来说，前入位使阴蒂和阴道前三分之一内壁的感受能力不断增强；女性和男性一样也产生了性高潮。

其次，是人类发情期的消失。发情期是指在特定的季节或时期内，动物的性激素系统才发挥作用，从而促发性交活动。在发情期外，动物没有性欲，不会发生性交。到哺乳动物中的灵长目动物出现后，逐渐出现的月经周期开始取代了发情期，如猴类。这样，猴类的性交活动就不完全依赖于季节的变化了。到了人类，发情期才完全消失。除了月经来潮以外，任何时间都可以性交。这种不受季节或时期限制的性交活动，不但使人类的生育率迅速上升，而且使得前入位的性交方式得以更多的实践，继而更加丰富了情感交流。

再次，是人类性心理活动的出现，使人类的性行为逐渐摆脱了本能行为。动物的性行为是为了繁衍种族，其性行为的驱动靠性激素的作用。通过生物学的一些实验可以看出，性未成熟或者已被阉割的性成熟动物，一般都不会进行性交，但如果给它们注入性激素，很快就会开始进行性交。这种生物学因素也就确定了动物性交的性质。由于人类性心理和性意识的形成，使得性活动中的生理、心理和社会因素始终在相互发挥作用，人类的性行为也更加丰富多彩，心理需求和精神满足成为人类性活动的一个重要方面。

最后，是人类性活动的社会化形成。动物的性行为是坦然、随便的，这与动物本身的生态环境相一致。但在人类形成的初期，生态环境的改变导致了人类性别分工的产生：男性狩猎，女性养育孩子。如何把男性、女性、孩子较稳定地联系在一起呢？不断进化的性活动，在中间起了重要的作用。新的性交活动的吸引力，把男女联系在一起，形成了人类社会第一个最基本的社会制度——供养制。在人类社会化过程的实现中，性的社会化也逐渐形成，人类的性行为也开始体现出了一种社会关系。性的社会化，标志着人类的发展和进步。

三、性进化中的性心理形成

人类性活动的基本特点之一就是性心理活动。那么，在性进化的过程中性心理是怎样形成的呢？动物有没有性心理活动呢？从生物进化史来看，各种心理活动的确存在着由动物到人类的发生发展过程，性心理也是这样。在性心理的形成过程中，人类的性活动脱胎于本能而得以升华。

感觉是心理活动的最低级阶段，在生物进化的过程中，感觉的产生可以追溯到环节动物，如蚯蚓、蚂蟥等，但在这类动物身上并无性选择的心理反映。到了节足动物，如蜘蛛、蝴蝶等，感觉活动开始与性发生了联系。例如，雌雄蜘蛛在幼小时的颜色是相当接近的，但在接近成熟期时，却发生了很大的变化。又如，蝴蝶的颜色绚丽多彩，而其中雄蝴蝶更富有吸引力。昆虫在颜色方面的显著差异，可以看作是性选择的结果。也就是说，便于在求偶行为和性活动中发挥视觉的作用，这就是性心理开始萌芽的表现。

在鸟类，性心理活动又进了一步。鸟类为求偶而产生争斗几乎是一种普遍现象，在繁殖季节的许多奇妙的叫声正是一种性信息。同时，雄鸟与雌鸟之间的舞蹈也体现出一种爱抚。这些活动，仍然停留在感知觉阶段。

哺乳动物在性行为中的心理活动就要复杂一些。在发情期的雌雄动物接触中，双方都要受对方体味的影响。科学家们曾作过一个有趣的实验：用一个T形的透津盘，横轴两端各放一个雌大鼠，但只有一个处于发情期。竖轴的一端放一个发情期的雄大鼠，结果雄大鼠很快跑到发情的雌大鼠一端。在雄兽与雌兽之间，性交前的触摸是重要的准备活动。比如雌性的恒河猴在交配前，常对雄猴显示理毛的索昵动作，而雄猴对此表现出类似性兴奋的不安。

显然，在生物进化的过程中，由低级向高级发展的动物已经有不同程度的性心理表现。但是，动物的性心理和人类的性心理活动仍然有本质的差别。其一，动物的性心理停留在低级心理活动阶段，主要形式是感觉活动。尽管一些高等动物已经出现较高级别的性心理活动（如知觉、记忆、注意等），但并没有体现在思维活动上。其二，动物的性心理是对性行为的本能反应，没有自觉和主动的性心理活动。如果没有性刺激存在，也就没有性心理反映。也就是说，动物还没有形成性意识。其三，动物的性心理活动与季节的关系密切，有一定的季节限制和性周期的制约，不存在着“社会性”的影响因素。

在从猿到人的转化过程中，性心理的演化也很明显。灵长目类的高等动物如猴、狒狒、

山魈、猿、猩猩等，在求偶和性行为中，出现了类似人的一些性心理活动。它们在求偶中可表现出嫉妒、猜疑，对偶尔入群的新的异性，会产生惊奇感和好奇心，对自己的“伴侣”表现出关切和爱抚。然而，即使把一个最低等的未开化的人同一只最高等的猿相比，其心理能力仍然有相当显著的差异。最高等的猿的性活动仍然是为了繁衍种族，因而是一种本能的活动，所产生的一切性心理现象都是围绕着性本能的。

劳动使人产生了意识，语言的发展，是人类意识发展的最直接原因。性意识的产生，是由猿转变为人的一个飞跃。从此以后，人类的性心理不断丰富和复杂，形成了若干的常态心理和变态心理。

第二节 性崇拜与性禁忌

一、原始社会的性文化与性心理

在原始社会初期，人类早期祖先的性行为是相当自由的，人们过着群体生活，两性关系是群婚制。群婚的性关系并不受任何约束，一个男性可以属于任何女性，一个女性也是属于任何男性。实际上，早期人类的性关系仍然显示出明显的生物特征，性交的目的既为了繁衍后代，又为了满足性欲，而初期的性意识也是为了满足本能需要。在性行为的心理活动中，很少存在嫉妒和猜疑，也并不以裸体为耻。一些原始人在腰间围一块布，也纯粹是为了保护生殖器，以防在劳动或战斗中损伤，绝无半点遮羞之意。

大概经历了100多万年，人类的性关系开始出现了新的变化，群婚逐渐过渡为血缘婚。血缘婚性关系的表现为：在同一血缘的大家庭里，同辈的男女之间可以自由进行性交，而不同辈者则不能。血缘婚的出现，是人类发展中性选择的结果，保证了后代一定程度的优良素质。在性活动中的性心理，已经不完全是对性本能的反映。比如，在他们的性关系中，不同辈份之间的性交要受到群体的谴责，这种对性行为的限制使得性心理的典型表现——隐蔽性开始出现，性的道德意识也开始萌芽。

又经历了若干万年，人类的性关系再一次发生了大的变化，产生了只能在外氏族男女群体之间有性关系的外婚制。这种外婚制在现代社会的一些原始部落中仍有遗迹，称为“普那路亚”婚。“普那路亚”在夏威夷语中的意思是“亲密的伙伴”，这种性关系的表现为：一群同辈并具有血缘关系的男子，和另一群与他们没有血缘关系的同辈女子发生性关系。这种集团婚中的每一个人，总有一个或几个比较中意的情人，因此，性心理的排斥状况和性爱需求开始出现。但在集团婚的性关系中，仍以本能需要为主。

在原始社会的母系氏族公社，群婚的状态逐渐解体，开始出现了由一对男女在或长或短的时间内结成配偶的对偶婚的性关系。这种性关系出现的基础，是生存及生活的需要，情感色彩并不浓厚。也就是说，当双方都觉得需要时，即建立同居关系，若其中一方觉得不需要，这种关系即可中止。在这个阶段的性关系中，性心理的种种表现也不同程度地体现。最后，一夫一妻的单偶婚逐渐取代了对偶婚的性关系，在性行为中性意识的作用也更加明显，原始人也逐渐过渡为现代人。

原始时期的性心理是在不断发展和不断完善的过程中，但始终没有摆脱本能的需要。原始时期的性文化和性关系，性心理是联系在一起，典型的表现就是性崇拜与性禁忌。在原始性文化中形成的常态和变态心理，一直影响到今天。

二、性崇拜的表象与实质

原始社会的人类，在对性的认识上有如发育中的儿童，既不懂得性器官与生殖机能的关系，又不懂得性交与怀孕的必然联系，也不懂得性欲及性感的来源。这样，产生了种种我们现在认为荒谬的观念和行为。

性崇拜的第一种表现是生殖器崇拜。由于原始人误认为性欲来自于生殖器本身，又觉得阴茎的勃起和阴道的张弛不受意识的控制，似乎生殖器是独立于人体之外的一个神秘物体。这样，就产生了生殖器崇拜。这种崇拜的形式多种多样，最多见的是树立一个生殖器偶像，并与人体不相连，以显示其独立性。男性的生殖器偶像多为单独的直立物，如木棒、石柱、土丘等；女性的多为类似阴户的物体或图案。男女生殖器偶像的遗迹，在许多民族都或多或少地保存下来。

性崇拜的第二种表现是性交崇拜。原始人把性高潮时如醉如痴的心理反应，和性交后疲惫倦怠的感受，误认为是某种神灵的作用。另一方面来看，7万年前人的寿命能活到30岁的只占20%，在这短暂的人生过程中，人类含辛茹苦地生活，唯有性交中的快感不需付出很大的代价，因此认为性交是神灵对人类的恩赐。两者归一，就产生了性交崇拜。性交崇拜的形式多为偶像或图案夸张地描绘具体的性交行为，有人体的也有无人体的。与生殖器偶像的主要区别在于强调性交动作或体位，而不注重生殖器本身的形状（图2-2-3）。

性崇拜的第三种表现是生殖崇拜。原始人认为生殖是女性特有的魔力，受着某种神灵的控制，而后代的繁衍对原始群体的生产、战争、乃至生存，都有决定性的作用。女性为了巩固自己的地位，也竭力维护这种“生殖秘密”。这样，就形成了生殖崇拜。生殖崇拜也是以偶像或符号的形式表现出来，这类偶像除了与女生生殖器偶像一样都要表现阴户外，更要强调和夸张地表现有利于生殖的部位或体态（图2-2-4）。

虽然性崇拜的形式表现为生殖器崇拜、性交崇拜和生殖崇拜，但其实质是什么呢？我国性社会学家潘绥铭指出：“人类一分为二，又由供养制连结成矛盾统一的整体，由性活动充当纽带。因此原始人试图通过认识性活动，来理解和适应自己所处的社会环境，尤其是男女之间又互相需要又互相矛盾的状况，便产生了种种性崇拜。”这就是说，供养制是性崇拜的基础，社会的统一和生存是性崇拜的目的，这就是性崇拜的实质。

三、性禁忌的由来

原始社会的性禁忌是随着性崇拜的出现而产生的。性禁忌的形式很多，其中一些形式与性活动并无直接的联系。在原始社会，禁止性活动的时间包括伤、病、孕、产、天气和季节变化，吃某些食物前后等等。而最重要的性禁忌，就是乱伦禁忌。

乱伦禁忌的产生并不是通常认为的出于避免近亲繁殖，而是原始群体不自觉地适应了生态及社会环境的客观要求。在乱伦禁忌开始产生时，性交只是对提供劳动并获得食物者的酬劳。这样，没有生产能力的未成年男性，也就没有性交的权利。对于原始群体内部来说，乱伦禁忌首先是禁止未成年兄弟姐妹之间的性交和母子性交。在狩猎生产发展的过程中，原始群体相互之间的协作不断加强，以抵御大型猛兽或自然灾害。随后，生产的分工形成了除狩猎以外的其他群体，人们互通有无的需要日益增加，群体之间的生产合作关系也不断形成。因而某一群体中的女性，就会向另一群体中的成年男性提供性交机会作为报酬。为了生存的需要，男性也有意或无意地帮助本群体内的女性以性交换取对方群体的食物。这样，父女的乱伦禁忌得以产生，兄妹和母子的乱伦禁忌不断增强，性文明也开始萌芽了。

由于乱伦禁忌并不是生物本能（尽管近亲婚配会影响后代的素质），所以乱伦现象千百年来并没有被消除，任何措施也不能完全杜绝乱伦的发生。乱伦禁忌起源于生存需要，但其效果却更为显著地表现为人类进化优生和性道德的形成。

性崇拜与性禁忌是原始社会性文化的典型表现，常态的性心理随着性文化的发展不断完善，同时，也孕育了若干的变态性心理。变态性心理的出现，与性活动中唯生殖论的产生有非常密切的关系。常态中掩盖着变态，变态又与常态发生转化，这正是人类性心理呈螺旋式发展的客观规律。

第三节 性繁衍与性反常

一、唯生殖论的产生

单偶婚产生以后，人们性交的范围不断缩小，男女之间对性与生殖活动的观察更加深入，于是，人类开始把性欲、生殖器、性交、生殖统一起来，认为性活动的目的就是为了生殖。这样，相对自由的性活动就逐渐演变为信奉唯生殖目的论了。

唯生殖论的产生是与家庭的形成紧密联系在一起。作为集团婚的原始人群，生殖是全社会的公事，但单偶婚导致的家庭形成，使得生殖成为每个家庭的私事。家庭成员的多少直接关系到家庭的生活，生殖成为每个家庭的基本职能。自农业社会产生以后，生殖不但为家庭提供劳动力和财产继承者，而且作为延续祖先血统的唯一方式。在中国古代，由此而产生了“不孝有三，无后为大”的唯生殖观念，这种性观念后来在儒家思想的倡导下不断强化，甚至直接冲击着一夫一妻的婚姻制度。

几千来，唯生殖论性观念经常统治着性活动。中国历朝代都允许为了生儿育女而纳妾，有时甚至强迫纳妾。无论是皇宫内的宫女还是豪门中的丫环，一旦和主子生得一儿半女，其地位就马上提高。而没有生育的妇女，都往往受到欺凌，甚至含冤自杀。由此可见，唯生殖论性观念的巨大力量可以破坏任何已经形成的性观念，甚至破坏乱伦禁忌。

事实上，生殖既不是人类性活动的唯一目的，也不符合性发展的客观规律。这种千百年来占统治地位的错误性观念，造成了在性问题上的极大误解和愚昧，也孕育了种种反常的性行为 and 变态的性心理。正如著名哲学家罗素所说的那样：“性活动中没有什么坏事，这方面的传统态度倒是病态的。……没有任何一种别的邪恶，象传统的性态度这样成为人类不幸的强大源泉”。

二、性进化中的性反常

在原始社会，性行为相对公开，裸体也并不被认为是羞耻的。现代社会中的一些性变态行为，如露阴癖、窥阴癖在原始社会中可以说是正常现象。至于性压抑、性厌恶、性神经衰弱综合症等等现象，在原始人中几乎不存在。那么，各种反常的性心理及性行为，是怎样形成的呢？这与唯生殖论观念的产生有密切联系。

当生殖作为性活动唯一目的的观念产生后，判定性行为是正常还是反常的标准也就以这个基本观念作为原则了。某些反常的性行为，是人类本身就存在的，如同性恋、露阴行为、窥淫行为、手淫、各种体位的性交等；有的却是在性进化过程中逐渐形成的。本来人类性活动的自由度比较大，但在以唯生殖目的论为核心的传统性道德逐渐巩固后，人类性活动的范围越来越小，性压抑也越来越明显，对性反常的认定也越来越多，甚至一些并非反常的性活

动也被当作性反常。

农业社会产生以后，人们往往按照以下一些原则来确认性活动的正常与反常。

首先，性行为是不是严格的性交活动，如果不是，则视为反常。如手淫、同性恋、露阴、窥淫等，不可能达到性交，因而几千年来几乎不承认这些是性行为，反而当作一种精神疾患，或者是道德败坏。在某些时代或某些地区，甚至把亲近的爱抚也当作反常行为。

其次，性行为是否必然带来怀孕。如果不是，则视为反常。如手淫、口淫、肛交等，不可能带来怀孕。某些性交体位，如女上位，也被人们误认为不会怀孕。这些都被当作性反常而遭到谴责。

再次，性活动是否会影响怀孕。如果会影响，则视为反常，如性交过程中的剧烈动作及情感高涨，性高潮时的意识短暂丧失，在性行为中使用辅助工具或替代工具等。

此外，在传统性道德观念的束缚下，有损失男性权力的性活动，没有能力结婚而出现的性行为，都被视为反常。这样，完全“正常”的、“标准”的性活动就非常狭小了。

尽管各种性反常受到谴责，然而在任何时代，反常的性行为从来也没有根绝过。这就说明，所谓的性反常，并不完全是一个医学或心理学的问题，而主要是一个社会学问题，也就是说，是性道德与性文化的问题。性活动的正常与反常，经历着历史的变化，在科学与道德的碰撞中不断改变。

三、变态性心理的形成及表现

变态性心理或性心理变态，在今天已经成为变态心理学及精神病学中的专门一类，现代心理学的精神分析学说、行为主义学说和人本主义学说，都对它的形成进行过探讨。我们试图从性进化的过程中，探讨一下变态性心理的形成及表现。

严格地说，变态性心理是与社会约定俗成的性道德和性文化相违背的，但是，性变态者本身并非有意识地去对抗社会，而是他们的性心理特征无法适应社会公认的性观念。从性发展史中可以看到，今天人们认为的种种性变态，在原始社会中却普遍存在；而今天的正常性活动，如自由择偶，不受性禁忌限制、性活动无季节影响等，在原始社会的某些阶段却是反常的。现在所认为的种种变态性心理，几乎都是在农业社会以后产生的，这就说明为了维护“正常”性标准而产生的性压抑，在变态性心理的形成中起了主要作用。

性进化过程中形成的变态性心理，主要体现在以下几个方面：

其一，性崇拜狂。性崇拜本来是在原始社会科学极不发达的情况下，原始人为了社会的统一和生存而表现出的一种愚昧行为。但在农业社会以后，由于婚姻制度限制了人们的性行为，唯生殖目的论对婚姻制度的冲击又强化了男性“合法”的性追求欲，这两种状况交织在一起，使性崇拜狂产生。这种变态性心理不仅表现在对异性疯狂的崇拜和追求上，还表现在对异性身体的某一部份乃至异性的物品的性欲化。现代社会中的恋物癖、性虐待狂、摩擦癖、异装癖等性变态，都是性崇拜狂的演变。

其二，性妄想。在男性无法具备结婚的物质基础时，由于女性本身的性羞怯而极大限制了男女偷情的可能。这样，便把性欲对象寄托在妄想中。典型的表现是白日梦和强迫性手淫。

其三，恐异症。在农业社会中男权占了统治地位，这种权力客观上要求男性的一切都很强大。然而，这也隐藏着一种危机，即男性要花很大的精力来拼命突出自己。在性方面，一旦稍有波动就会惊慌失措，甚至造成对异性的恐惧。现代社会中的性厌恶、心因性阳痿，甚

至同性恋，都可以看到恐异症的痕迹。

当然，文明社会中的性变态，与古代的性变态心理并不完全一致，其产生的原因也多种多样。然而，性变态的形成，在性进化过程中是有其历史原因的。

第四节 性禁欲与两性性心理差异的形成

一、性禁欲产生的心理社会基础

当性进化史发展到人们已经逐渐明白性交与生殖的关系后，唯生殖目的论产生了。性与生殖统一的时候，正是人类父权家庭的财产私有制产生的时代。私有制经济活动的一个重要目标，就是财产继续，因此生殖就由保持物种不灭的意义而发展到社会经济的继承。

唯生殖目的论的产生，给性禁欲提供了思想基础。在农业社会中，性活动的目的就是为了生殖，任何一次不会导致怀孕的性交，就认为没有必要。至于通过性活动来追求快感或享乐，更是受到非议，在中国封建社会中，这种目的被称之为“淫”。这样，就使得性活动的范围逐渐缩小，性活动的心理质量也受到很大摧残。

在把性活动限定为生殖目的的基础上，无论是东方还是西方，性罪恶的观念也开始形成，这是性禁欲的又一社会心理基础。在中国，“万恶淫为首”的观念是传统性道德的核心；在西方，“性即罪”的理论大约在1500年前就已形成。公元476年罗马帝国灭亡以后，人们把亡国错误地归罪于罗马时期的性享乐，认为“纵欲亡国，纵欲亡身”。从中世纪开始，基督教大力宣传性和性欲是危害最大的东西，是一切罪恶的根源。在“性即罪”理论的基础上，构筑了性禁欲主义的庞大体系，并统治了长达千年。

性禁欲的产生还有心理学方面的理论基础，最有代表性的是柏拉图的“精神恋爱”学说。他认为：人的身上存在着两种生殖力，即肉体的生殖力和精神的生殖力，前者产生性，后者产生爱，性是耻辱的，爱是高尚的。只有人和神相通时，才能达到性爱的某种神秘的心理状态。柏拉图的“精神恋爱”学说在形成时并没有对社会起到重大影响，直到数百年后基督教开始鼓吹性禁欲时，才被作为理论基础大肆宣扬。

二、性禁欲的若干形式

性禁欲主义形成后，产生了若干的表现形式，其中最主要的是独身制、性受虐和肉体禁欲。

独身制主要体现在宗教流派中，如佛教的和尚和基督教的教父。早期的教父认为，即使夫妻间的性交，也使人背离信奉上帝，是由恶魔撒旦推动的。反对夫妻性交，必须反对婚姻本身，因此基督教会把婚姻称为“下贱的状态”、“淫欲手段”。公元386年，罗马教皇颁布了禁止已婚者当教士的文件。一直到当今的西方，尽管许多教士都已结婚，但独身制仍然是教会的教规。

男女修道制和苦行比独身制更加摧残人性，这实质上是性受虐的表现。从性生理和性心理的角度来看，修道制把性欲引导向虐待式的活动，在种种肉体和精神痛苦之中，得到变态的满足。在严格的禁欲制度下，性活动被否定，但性的动力并没有消除。这样，只得禁欲式的自虐或受虐方式来进行宣泄。修士们在苦行中往往采用自我鞭答、自我幽闭、绝食与节食方式，这实质上是通过自身的痛苦来刺激中枢神经，以达到类似性高潮的感受。修女们主要是通过性幻觉来实现自虐狂式的性心理满足。在历史上，对修女的性幻觉曾有典型事

例的记载。1639年间，1632年到伦敦的厄休林修道院的修女们反复控告当地的一位青年神父厄布丁·格兰德（V·bdin Grandier），说他施行巫术，每晚对她们施行非礼。起初是修道院产生了这种性幻觉，第一个感觉受到格兰德夜间到她寝室来作性的诱惑。不久，整个修道院的修女们都产生了类似的性幻觉，甚至涉及到附近的许多少女。结果，无辜的格兰德竟活活被烧死。这些各种各样的性受虐形式，使人们的性心理受到极大的摧残，甚至产生了不同类型的性心理变态。

性禁欲的另一种形式，也是更为广泛的形式是肉体禁欲。肉体禁欲首先体现在对性交次数的限制上。从公元7世纪到12世纪，教会经过数百年的讨论，终于发布了并强迫人们遵守的一系列限制夫妻性生活频率的戒律。按这种戒律的规定，夫妻每年只有42天的时间可以性交。其次，肉体禁欲还体现在对性快乐的禁止上。一些性交前的性活动，如拥抱、抚摸、接吻等，也被认为是不必要的。在公元3世纪时，教父圣哲罗姆公然宣称：“那些对自己的妻子爱得过于热烈的人，就是一个通奸者”。再次，对“反常性行为”的惩罚也是肉体禁欲的形式，这些所谓的反常性行为由轻到重排列为：遗精，性交中断，体外射精，自然流产，除前入位以外的性交体位，肛门交，口交，同性恋。其惩罚的程度也是由轻到重。肉体禁欲进一步强化了人们性心理压抑的程度。

三、两性性心理差异的形成

两性的性心理差异，是在男女不平等观念和性禁欲观念的基础上形成的。随着农业社会与婚姻制度的发展巩固，女性在性活动中被压抑的程度也越来越严重。女性的性压抑，是与女性性权利的丧失紧密结合在一起的。在男权社会中，女性不得主动地提出性要求，不得在性交中产生性高潮，不能拒绝丈夫任何时候的性要求。在这些基础上，逐渐形成了两性的性心理差异。

性心理差异首先体现在性欲观上，认为男性的性欲比女性强。如果仅从生理学的角度来看，女性性欲应该比男性强，但由于女性的性欲受到反对和压制，长期以来形成了男性性欲强盛的错误观念。在这种错误观念的长期熏陶下，女性自身的性欲也受到越来越大的压抑。而且，社会习惯势力也只是片面地提高男性的性欲。这种性欲观的差异使得男性最害怕性无能，女性则经常表现为性冷淡。

性信息的表达方式也是性心理差异的体现。由于女性性权利的丧失，在相当长的时期内，女性成为男性的玩物，因而形成了对男性的戒备心理。即使男性的一些动作没有性的意思，如拍拍女性的肩膀，点头笑一笑等，女性也会怀疑到有性的含义。据西方有关资料报告，80%以上的女性受到过不同程度的性骚扰，这也进一步强化了女性的性戒备，加重了性压抑。

性心理差异的突出表现是把一切性罪恶都归于女性。既然传统观念中不允许女性表达性要求，那么女性的性欲及主动的性活动当然会有祸乱。这样，就把性罪恶强加到女性的头上，并无限制地扩大。比如，把不生育、“美人计”甚至亡国都归罪于女性。这使得女性的基本人格不断被否定。

总之，女性性权利的丧失导致了两性性心理差异的形成。这种心理差异逐渐演化成一种社会传统观念。正是在这个基础上，在男性和女性身上产生了各式各样的性困扰、性障碍、以及变态性心理和变态性行为。

第三章 性行为的生物学基础

第一节 胚胎期的性分化

一、性细胞的发育

性细胞是指男性的精子和女性的卵细胞，有性生殖的基本前提就是精子发生 (spermatogenesis) 和卵子发生 (oogenesis)。现分述如下。

精子产生于睾丸内的曲精细管，它是由精原细胞 A 经过一系列的变化而形成的。精原细胞 A 逐渐成熟转变为精原细胞 B，进而生长为初级精母细胞。一个初级精母细胞经过第一次减数分裂成为两个次级精母细胞，再经过一次减数分裂便成为四个精细胞，精细胞再经过复杂的形态改变形成成熟的精子。这一过程就称为精子产生 (图 3-1-1)。在性成熟后的男性体内，从精原细胞发展分化成为精子大约需要 2 个月左右。而精细胞的繁殖，从男性青春期开始到死亡时为止，贯穿于男性的大半生。在精细胞的发育过程中，可能受到温度、放射线、药物、体内激素、炎症等多种因素的影响。

卵细胞的发育过程与精子不尽相同。卵巢中的原生生殖细胞在胚胎期就经过有丝分裂已形成卵原细胞，大约在胎儿形成的第四个月，开始第一次减数分裂。在胎儿发育到第七个月时，大部份卵原细胞形成初级卵母细胞。到青春期排卵以前，初级卵母细胞一直处于静止状态。在排卵前的 36—48 小时，卵细胞的第一次减数分裂才真正完成，初级卵母细胞分裂为一个较大的次级卵母细胞和一个很小的第一极体，第一极体后来退化。次级卵母细胞若未能受精，则自行退化吸收；若受精，则进行第二次减数分裂，成为一个第二极体和一个成熟的卵子 (即受精卵)。这个复杂的过程称为卵子发生 (图 3-1-2)。在女性的一生中，卵母细胞呈现年龄性递减，大多数在卵子发生的过程中自行退化并被身体吸收。实际上，女性一生中所排出的卵，能真正存活受孕的只有 25 个左右。

二、胚胎的形成

精子和卵细胞结合后成为受精卵，受精卵一面分裂一面运行。开始受精的部位为输卵管的伞部，然后受精卵向壶腹部运行，在壶腹部停留大约 1 天后进入峡部，在峡部约停留 2 天。受精卵形成的第三天就变为桑椹胚，约在第 4 天从输卵管峡部进入子宫，然后成为囊胚，植入子宫内膜 (图 3-1-3)。

从囊胚植入子宫内膜到胎儿诞生，经历了一系列的发展阶段。胚胎发育的第 1 周为囊胚期，第 2 周为二胚层期，第 3 周为三胚层期第 4 周为体节期，第 5 至第 8 周为胚胎完成期，从第 3 个月开始，胎儿已具有人形，第 3 至 10 个月则为胎儿期。3 个月的胎儿外生殖器已开始发育，性别亦可辨认，各个主要器官的始基也开始形成。此时若受到某些病毒感染，或过量的放射线刺激，可影响胎儿某些器官的发育而致畸形。第 6 个月已成婴儿形，第 7 月男性的睾丸开始向阴囊下降，女性大阴唇已发育。7 个月时早产的婴儿，在精心护理下已可发育长大。在第 10 个月，胎儿足月，体形丰满。一个小生命就这样来到人世。

三、性的遗传及分化

在性的遗传和分化中，起决定作用的物质是染色体。受精时，父系的遗传信息和母系的遗传信息被组合在一个受精卵内，从而决定了个体的性状和性别。受精卵内有23对染色体，其中22对常染色体，1对性染色体，性染色体决定了个体的生物性别。在一对性染色体中，一条来自卵细胞，另一条来自精细胞。来自卵细胞的性染色体只有一种，即x染色体；来自精细胞的却有二种，即x染色体或y染色体。换句话说，所有卵细胞内的性染色体都是x染色体；而精细胞中有50%具有x染色体，另外50%具有y染色体。在受精时，两种类型的精子和卵子结合是随机的。当x型精子与卵子结合后，形成xx型受精卵，以后发育成女性；当y型精子与卵子结合后，形成xy型受精卵，以后发育成男性。因此，在性别上起决定作用的因素是精子，而且一旦受精卵形成，其遗传性别就无法改变。

尽管胚胎内的性别在受精时从遗传上就已经确定了，但性腺的发育要一直到第7周才具有性别差异的形态学特征。胚胎初期的性腺表现为中性，在胚胎发育第五周以后，就分化出生殖脊（原始生殖腺），中肾管和中肾旁管。当性染色体为xx型时，生殖脊分化为卵巢；当性染色体为xy型时，生殖脊分化为睾丸。胚胎发育第7周后，xy型胎儿的睾丸产生的少量雄激素促使中肾管分化为男性生殖管，同时产生的抗中肾旁管因子，抑制中肾旁管的分化和发育。xx型胎儿由于没有睾丸，就不能产生出雄激素和抗中肾旁管因子，中肾旁管充分发育而分化成女性生殖道（图3-1-4）。

第二节 性 激 素

激素是一种有特殊效能的具有化学信使作用的生物活性物质，特定的激素只能作用于特定的细胞和特定的器官。激素调节着人体内的各种基本生理活动，其中调节性发育和性行为的激素就是性激素，也称为荷尔蒙，包括雄激素，雌激素和孕激素三种。

一、性激素的作用

1. 决定性器官分化的方向。虽然胎儿的遗传性别是由性染色体所决定的，但性激素在性器官分化上起着主要的作用。有人认为，男性激素决定了男性性器官的分化发育，女性激素决定了女性性器官的分化发育，其实并非如此。在性器官的分化发育中，主要是睾丸酮的作用。胎儿体内睾丸酮分泌的高峰在10—12周，这个时候也是内外生殖器分化的关键时期。此时xy型胎儿的睾丸分泌出大量的睾丸酮，促使性器官向男性方向发展。如果胎儿体内的睾丸酮水平很低，那么无论是xx型还是xy型，性器官均向女性方向发展。雌激素一般不影响性器官的分化发育，当然这是指在胎儿初期。当性器官分化完毕后，雌、雄激素将分别促进女性及男性性器官的发育。

2. 刺激副性器官和第二性征的发育。青春期后，人类两性在体形上的差别是很明显的，这些差别主要体现在副性器官和第二性征上。第二性征差别的形成，主要是雄激素和雌激素的不同作用。例如，雄激素能促进蛋白质合成，促进肌肉发育；而雌激素能使皮下脂肪沉积。因而男性肌肉健壮，女性脂肪丰满。又如，雌激素能促进乳腺管增生，并使乳头着色，孕激素可促进乳腺腺泡增生，因而女性的乳房发达，男性的乳房不发育。再如，由于雄激素和雌激素对体表不同部位的毛的生长各具有特定的刺激作用，所以男性长胡须，有些并出现胸毛。雄激素和雌激素，在男性女性身体内都存在，只不过比例不同而已。正是由于两类性激素的抑制及协同作用，才出现了性的特有形态。

3. 对性行为的影响。一般认为,在生物进化中,种系发展得越高级,性激素对性行为的控制作用就越下降。但是,如果性激素水平低下,性行为的能力也会降低。一些血清睾丸酮显著缺乏的男性,常出现性欲减退或阳痿,如果睾丸酮水平恢复正常,这些症状也相应消失。但是,如果大量应用外源性性激素,性行为的能力又反而会受到压抑。综合大量性科学研究的成果,可以证实人类的性行为是受多因素的影响。包括性激素在内的生物学因素的影响,只是其中的一部分作用。

二、性激素的调节

从现代控制论的观点来看,人体是一个“自动控制系统”,这种自动控制机制依赖于反馈调节功能。性激素的体内调节系统是下丘脑—垂体—性腺轴的多级反馈调节。当外界或体内的性信息作用于大脑后,下丘脑便分泌促性腺激素释放激素(GnRH),GnRH作用于腺垂体,分泌两种促进腺激素(FSH和LH),FSH和LH再作用于性腺(睾丸或卵巢),使其分泌性激素(包括雄激素和雌激素)。若体内性激素水平过高,就会反馈抑制下丘脑或垂体的分泌功能,从而使性激素保持在一个相对稳定的水平(图3-2-1)。

性激素的反馈调节,在不同的层级上有不同的类型,一般为三种。一种是长反馈调节,是指性激素对下丘脑和腺垂体分泌功能的反馈调节;另一种是短反馈调节,是指促性腺激素对下丘脑分泌功能的反馈调节;还有一种是超短反馈调节,是指促性腺激素释放激素对下丘脑分泌功能的反馈调节。

下丘脑—垂体—性腺轴的调节机制,至要受高级神经中枢的影响。近年神经生理学和神经心理学的研究已初步揭示,在大脑皮质中存在着性中枢。尽管性中枢的解剖位置还不很明确,但心理因素对此可以发生作用是肯定存在的。现实生活中出现的“假孕”现象,就充分说明了这一点。在威廉斯的《内分泌学》一书中,对“假孕”作了如下的现代科学描述:

“一种模拟怀孕的情况或称假孕……显现了许多在体格上和内分泌上与正常怀孕相似的地方……大多数病例中,闭经的时间要整整9个月后才结束。在1937年的444例记录中,假孕期间只有52个患者经历有正常的月经……子宫胀大的有33例……有恶心呕吐,心境变态或食欲不振,乳房隆起而有压痛的变化和典型的乳晕色素加深,……腹部的胀大通常是由于肥胖……假孕的第4·5月时通常有胎动的感觉……通常有病人希望分娩时出现痉挛现象……对怀孕的恐惧……(以及)……极想怀孕……时……发现有假孕的发生。”心理因素对性激素分泌的影响,进一步为性咨询和性治疗提供了理论依据。

第三节 男性性器官的结构和功能

正常成年男性的性器官由外生殖器和内生殖器组成。外生殖器包括阴茎和阴囊,内生殖器包括睾丸和输精管道。

一、男性外性器官

1. 阴茎(图3-3-1)。阴茎是男性的性交器官,其中包括前尿道,兼有排尿和射精的功能。从外观上看,阴茎有勃起和松弛两种状态。

阴茎的正常大小有一定的范围。据国内有关资料报告,阴茎松弛状态的标准为 6.55 ± 1.023 厘米,最大值为10.6厘米,最小值为3.7厘米。勃起时约13—19厘米。松弛状态时较小的阴茎勃起比率较大,而较大的阴茎勃起比率较小。因此,在松弛时似乎差别较大的阴

茎，勃起后的差别并不大。

阴茎后部为阴茎根，中部为阴茎体，呈圆柱形。阴茎体前端的膨大部为阴茎头（即龟头），其尖端有尿道外口。龟头后稍细的部分为阴茎颈（即冠状沟），这个部位对性刺激特别敏感，为男性的主要性感区。

阴茎内部由三个平行的长柱状海绵体组成。海绵体内部有许多腔隙，与血管相通。阴茎上面的两条海绵体称为阴茎海绵体，下面的一条称为尿道海绵体，尿道从中穿过。当外界或自身体内出现性刺激时，海绵体内的腔隙充血，阴茎则勃起变得又粗又硬，这就是性兴奋时阴茎勃起的机制（图3-3-2）。

阴茎的皮肤薄而柔软，可移动。在阴茎头处的皮肤褶成双层的包皮，其内层与阴茎头皮肤之间的腔隙称包皮腔。在阴茎头的下方，包皮与尿道外口相连的皱襞称阴茎系带。阴茎系带及阴茎体部的皮肤，特别是沿尿道分布的皮肤都是男性性感区。

阴茎的血管受副交感神经支配，从中枢发出的神经信号通过副交感神经使阴茎血管扩张充血，从而引起阴茎勃起。勃起的阴茎及周围肌肉收缩又可压迫阴茎血管，阻碍血液回流，使阴茎勃起得以维持。这些生理作用都是正常性生活所必须的。

2. 阴囊。阴囊包含有两个睾丸，中间由阴囊隔分开。阴囊的皮肤薄而柔软，有明显的色素沉着，并生稀疏的阴毛。阴囊对温度的变化很敏感。受凉时阴囊收缩，睾丸得以提升，受热时阴囊松弛。阴囊、大腿内侧及肛门与阴囊之间的皮肤也是男性的性感区。性兴奋时，阴囊壁变厚、变硬。

二、男性内性器官

1. 睾丸（图3-3-3）。睾丸是男性的生殖腺，其作用是产生精子和分泌雄激素。睾丸呈卵圆形，每个睾丸的上边附有附睾。睾丸由腹膜包裹，悬于阴囊中。睾丸内部最重要的结构是曲细精管，精子即在这里形成。曲细精管之间是睾丸间质细胞，能产生雄激素。曲细精管汇集成精直小管，然后在睾丸上端形成睾丸网，随后再接睾丸输出小管，进入附睾。

2. 输精管道。输精管道包括附睾、输精管、部分尿道和附属腺体（精囊腺、前列腺、尿道球腺）。精子从睾丸输出小管进入附睾，暂时贮存。附睾主要由附睾管组成，管内分泌液体供精子营养，还可促进精子继续成熟。附睾尾接输精管，输精管长约50厘米，管壁有肌肉，肌肉收缩能使精子排出。输精管与精囊腺相连接，精囊腺位于膀胱底，它分泌黄色粘稠液体，参与组成精液，精囊腺的排泄管接射精管。射精管为输精管的最短一段，长约2厘米，它穿入前列腺底，开口于尿道前列腺部。射精管平时处于关闭状态，只有在性高潮来临时才开放，让精液进入尿道。

前列腺是一个实质性器官，由腺体组织和肌肉组织构成，其分泌物为精液的主要成分。在性高潮时，前列腺收缩，使前列腺分泌物排空，液体经腺导管进入尿道。进入尿道的精液，由来自睾丸和附睾的精子、精囊腺的液体以及前列腺液等组成。当液体进入尿道后，可使男性出现近似性高潮的感觉。一旦前列腺收缩，射精将不可避免。尿道肌肉收缩使精液作连续冲击状射出的过程称为射精。当精液“挤出”射精管口时，可产生欣快感。每次射精的精液总量为2—5毫升，含3—5亿精子。

尿道球腺，为两个豌豆大小的球形器官。以细长的排泄管开口于尿道，在性兴奋过程中，它分泌粘液，起一定的润滑作用。

三、男性性感区

人体身上的某些部位，具有特殊的敏感性，适当地刺激这些部位可以引起性兴奋。这些部位被称为“性感区”。性感区在男性和女性身上的区域有所不同。

男性性感区包括：1. 阴茎系带，它位于阴茎头的正下方。2. 冠状沟，即阴茎头后稍细的部位。3. 阴茎体部的皮肤，特别是沿尿道走行的皮肤。4. 其他如肛门与阴囊之间的皮肤、阴囊及大腿内侧表面的皮肤等，在轻柔的触摸下都具有性敏感性。

第四节 女性性器官的结构与功能

女性性器官仍由内生殖器和外生殖器两部分组成。外生殖器包括阴阜、大阴唇、小阴唇、阴蒂、前庭大腺和处女膜。内生殖器位于盆腔内，包括卵巢、输卵管、子宫和阴道。乳房不是专门的生殖器官，但其功能活动与性活动的关系密切，是主要的性感区之一。

一、女性外性器官 (图3-4-1)

1. 阴阜。阴阜是耻骨联合前面的皮肤隆起部分，皮下脂肪很丰富，富于皮脂腺及汗腺。青春期后，阴毛生出，阴阜是阴毛最密集的部位。女性阴毛的分布基本上是倒三角形，底边沿耻骨，向下覆盖大阴唇，阴毛的多少因人而异。丰富的皮下脂肪及阴毛，可在性交中起缓冲作用，亦扩大轻微刺激的面积，增加性快感。

2. 大阴唇。大阴唇是一对纵长的隆起结构，在阴阜后及阴道口后，两侧大阴唇联合。大阴唇含有丰富的脂肪组织、皮脂腺及汗腺，外观湿润，外侧皮肤有色素沉着，并有稀疏的阴毛，内侧光滑，呈蔷薇红色，无阴毛。正常状况下大阴唇在中线合拢，覆盖小阴唇，阴道口及尿道外口，起到保护作用。在性兴奋时，大阴唇从中线向外张开，暴露阴道口。未产妇的大阴唇几乎与会阴（肛门到阴唇后联合之间）平齐，经产妇的大阴唇由于血管充盈，可增大2—3倍。

3. 小阴唇。小阴唇也是一对位于阴道口两侧的皮肤皱襞，在大阴唇内侧，含脂肪少，表面光滑，没有阴毛，血管丰富，有弹性。小阴唇前端在阴蒂下面，左右汇合成阴蒂系带，并与包绕阴蒂的阴蒂包皮相延续。小阴唇后端与大阴唇后联合相连。小阴唇内表面是性感区，性兴奋时，小阴唇充血肿胀，增大2—3倍，并轻度外翻使湿润的内侧面外露，有利于阴茎插入。如果女性尚未唤起性兴奋，阴茎插入可使小阴唇内翻而进入阴道口，使得女性产生性感不快。甚至性交痛。对于处在性兴奋状态的女性来说，充血的小阴唇因阴茎抽送而引起的交替运动，对阴蒂和深层勃起结构都是一种推动性高潮的适宜刺激。

4. 阴蒂。阴蒂位于大阴唇的前会合点，被阴蒂包皮包绕，长约3.5厘米，呈圆柱状，由两个能勃起的阴蒂海绵体组成，分体部和头部两部分。阴蒂有丰富的感觉神经末梢，对触觉非常敏感，受到刺激后即充血、勃起。阴蒂是最重要的女性性器官，适当地刺激阴蒂能引起性兴奋，甚至出现性高潮。事实上，多数女性手淫时最喜欢刺激的部位就是阴蒂。现代性学权威马斯特斯和约翰逊指出：由于阴蒂的头部有特殊敏感性，过度刺激可引起不适，所以刺激阴蒂体比刺激阴蒂头效果好。

在性交过程中，阴茎一般并不直接刺激阴蒂。并且在性反应的持续期时，会阴部的肌肉收缩反而使阴蒂退缩，远离阴道，使阴茎不能直接接触到阴蒂。那么在性交时，又是怎样刺激阴蒂达到性高潮的呢？如上所述，阴茎包皮与小阴唇相贴，阴茎在阴道内抽动时，牵动小阴唇，从而刺激阴蒂。

5. 阴道前庭。阴道前庭是位于两侧小阴唇之间的裂隙。两端狭窄中间较宽，中央处较大的开口称阴道口，其上方有较小的尿道外口，位于阴蒂的后下方。

6. 处女膜。处女膜位于阴道和阴道前庭分界处，为中央有孔的薄膜。处女膜的大小，形状及厚薄因人而异，一般为半月形或环形，厚约2厘米。有过性交史，或其他形式的阴道插入史（如手淫，妇科检查等）者，处女膜即可破裂，处女膜也可因剧烈运动（如跑、跳、骑自行车等）或骑跨伤而破裂。处女膜破裂时可能出现轻微的疼痛及少量出血，但也可能毫无感觉。有的女性处女膜呈条索状封闭阴道口，以致出现两个或更多的阴道口，这称为多孔处女膜。虽然阴茎或其它物体仍可插入阴道，但常引起疼痛，有时可能引起阴道痉挛。

7. 前庭大腺。前庭大腺外观不能看到，它位于阴道的两侧，开口于小阴唇的内侧。前庭大腺在性兴奋时分泌少量的液体润滑阴道，但润滑阴道的主要是靠阴道内壁的漏出液。

二、女性内性器官（图3-4-1）

1. 阴道。阴道是女性的性交器官，也是排出月经和分娩胎儿的通道。阴道经常处于闭合状态，为一个潜在的腔隙，从子宫颈延伸到阴道前庭或阴道外口，大约7—8厘米长。阴道粘膜有很多皱褶，这些阴道皱褶在分娩及性交过程中伸展开。

阴道本身没有分泌腺，而前庭大腺分泌的粘液，不足以润滑阴道。在性兴奋时，阴道主要靠其周围的小血管高度充盈后，液体漏出起到润滑作用，这样可以避免性交时的摩擦对阴道壁的损伤。性兴奋时阴道的另一个变化是扩张，使其适应阴茎的插入。

2. 子宫（图3-4-2）。子宫为胎儿发育的地方。它是一个厚壁，中空的肌性器官，成年妇女的子宫长约8厘米，最大宽径为4厘米，厚2—3厘米，形状象一个倒置的梨。子宫分三部分：子宫底，子宫体及子宫颈。在子宫底的下方，输卵管开口于子宫，受精卵从输卵管到达子宫，并在子宫内膜着床。子宫颈向下开口于阴道，长约2.5—3厘米，为癌肿的好发部位。未怀孕时，子宫腔处于塌陷状态。子宫颈伸入阴道内的开口处为子宫口，未产妇的子宫口为圆形，边缘光滑整齐；分娩后子宫口变为横裂状。子宫阔韧带和子宫圆韧带将子宫固定于盆腔内。

子宫壁分三层，由外向内分别为子宫外膜、肌层和子宫内壁，其中肌层最厚。妊娠期子宫肌纤维增大，在分娩过程中子宫肌是胎儿娩出的主要动力之一。子宫内壁随月经周期和妊娠期而变化。

在性兴奋时，子宫提升，宫颈也被动提升，使阴道增长。

3. 输卵管。输卵管是输送卵子的弯曲管道，长约10—12厘米，连接于子宫底的两侧。从卵巢排出的卵子进入腹腔，被输卵管捕获，通过输卵管蠕动及管内纤毛的运动，将卵子向子宫方向推动。精子与卵子的结合通常在输卵管内进行，即射入阴道的精子上行经子宫到输卵管，在输卵管一段较粗的部位（称为输卵管壶腹部）与卵子结合，完成受精。以后受精卵在输卵管内一边进行分裂，一边向子宫运行。

4. 卵巢。卵巢为女性生殖腺，是产生卵子和分泌性激素的器官。两个卵巢位于子宫两侧，呈卵圆形结构，借韧带固定于盆腔。卵巢实质由两部分组成，表浅的部分称为皮质，占卵巢的大部分，里面有数以万计的卵泡，卵泡内含有不成熟的卵子，卵泡细胞分泌性激素。卵巢深部为髓质，里面没有卵泡，主要是血管和神经。每个卵巢中约有20万个不成熟的卵子，卵子随年龄增长而减少，在绝经期后消失。从青春期开始，约28天左右排一次卵，一直持续到绝经期。一个妇女一生中大约共排卵400个。卵巢产生的性激素（雌激素和孕激素）

对女性性发育及性活动起着重要作用。

三、乳房及其他性感区

乳房并不是专门的性器官，但它在性活动中有非常重要的作用，是女性主要的性感区。乳房从青春期开始发育，16—18岁是发育的顶峰。未哺乳的妇女，乳房为规则的半球形，紧张而有弹性。乳房的中心称为乳头，乳头周围有色素沉着的皮肤称为乳晕（图3-4-3）。由于乳房和乳头内含有丰富的神经末梢，在受到抚摸而唤起性兴奋时，出现乳房胀大、乳头竖起、乳晕色泽加深等变化。

女性的性感区比男性更为广泛，甚至有人认为女性的整个体表都有性敏感性。如果将女性的性感区由强到弱按顺序排列，即为：1. 外性器官。其中以阴蒂、小阴唇内表面及阴道口最为敏感。2. 乳房和乳头。除了乳房和乳头内含有丰富的神经末梢而对触觉反应敏感外，乳房的性感反应在很大程度上还要受心理因素的影响，但乳房的大小和形状与其性感反应没有明显的关系。3. 口、唇、舌。口唇的接触、吸吮，舌头与口腔的摩擦等，也可产生类似性器官摩擦的性兴奋。4. 大腿内侧、肛门周围、腹部、长有毛发的部分（如腋窝、头皮）等。

第五节 性发育异常

一、两性畸形

由于胚胎尚未分化出性别时，均存在着分化为男性或女性的可能，因而在性分化的过程中，由于某些因素的干扰，可能出现在生物学性别上含糊不清的现象。这样形成的个体在社会生活中被称为“阴阳人”，性学名词为两性畸形。两性畸形一般有以下三类。

1. 先天性卵巢发育不全综合征

先天性卵巢发育不全综合征是由于性染色体的数量异常而导致的遗传缺陷。这种患者的性染色体只有一条X染色体，另一条缺乏，基因型为45XO。在生长发育过程中，两性发育同时受阻的现象并存。一方面，由于缺乏正常的卵细胞，卵巢则迅速退化，向女性方向发育则受阻；另一方面，由于缺乏雄激素的刺激，内外性器官又趋于向女性方向分化发育。青春后期，这类患者的性别虽然也被认可为女性，但出现明显的第二性征不发育和闭经。为了使这类患者的生物、心理、社会性别同一性，需要用女性激素替代疗法来启动和维持月经，这是一种终身替代治疗。

2. 睾丸女性化综合征

睾丸女性化综合征并非性染色体异常，他们的基因型是45XY，属正常男性基因型。但在性器官分化发育的关键时刻，这类胎儿的组织细胞对雄激素的刺激不敏感，使得性器官向女性方向发育。患者的外性器官与正常女性基本相同，而睾丸却位于腹腔、腹股沟或大阴唇内。由于他们体内的雌激素水平相对较高，因而在性发育中各方面都趋于女性化。青春后期乳房发育良好，呈女性体型。患者的心理性别和社会性别都向女性方向发育，但由于内生腺为睾丸，所以青春后期既无月经，又无生育能力。目前的处理只能把他们当作女性对待，因为使阴茎重新发育的问题至今未能解决。

3. 两性体

在胚胎发育过程中，由于基因突变、激素或其他物质的影响，性的正常分化与发育被扰乱，可能形成两性体。两性体分为真两性体、女性假两性体和男性假两性体三种。真两性体

同时具有睾丸和卵巢两种性生殖腺，其心理社会性别可能是男性，也可能是女性。真两性体非常少见，也难以成年，即使个别的能进入青春期后，但两套性生殖腺均不具备生殖能力。女性假两性体的性生殖腺为卵巢，但外性器官呈现男性化，心理社会性别也多为男性。男性假两性体的性生殖腺为睾丸，但外性器官呈现女性化，心理社会性别也多为女性。在临床性心理咨询中，对两性体除了进行性身伤识别鉴定外，更重要的是在手术矫正后进行生物、心理、社会性别同一性的指导。

二、性早熟

性早熟又称为青春期提前，是指在正常性发育年龄之前，出现了外性器官、第二性征、甚至内性器官的发育。临床性心理学的判定标准，一般是以女孩在7岁以前、男孩在9岁以前出现第二性征发育来诊断的。据有关资料报告，世界上性早熟年龄最小的一位女孩，其月经来潮为出生后第8个月，妊娠时不足5岁，5岁半时剖腹产分娩1个男婴。

性早熟可分为三类。

第一类，真性性早熟。这是由于“下丘脑——垂体——性腺轴”功能提前而引起的，临床表现为性器官和第二性征都提前发育，并具有生殖能力。其特点为：完成性成熟所需的时间大大缩短，但经历着与正常青春期相同的发育阶段。这类患儿，由于性早熟促使骨骼发育，早期身高可超过同龄儿童。但由于性激素促使骨骼提早闭合，到成年时反而比正常人矮。真性性早熟者一般无“下丘脑——垂体——性腺轴”的损伤，智力发育正常。据资料报告，可能存在家族遗传性。

第二类，假性性早熟。多由性腺肿瘤、肾上腺肿瘤、绒毛膜上皮癌等引起，临床表现为性器官和第二性征提前发育，但不具备生殖能力。这类性早熟的发生与下丘脑垂体无关。诊断假性性早熟要非常慎重，治疗主要针对原发疾病进行。

第三类，部份性性早熟。多由外源性性激素进入体内引起，最常见的直接原因是儿童误服避孕药。临床表现为仅仅出现某一方面的早熟现象，如乳房早期发育，阴毛早期发育，阴道出血等，但总体的性发育水平仍停留在性发育前期状态。当外源性性激素进入体内的现象被纠正后，性发育会恢复正常。由于目前避孕药的广泛应用，因而要注意采取预防措施。

据日本一份对396例性早熟资料的分析，其中175例（44.2%）为乳房早期发育症（属部份性性早熟），111例（28%）为真性性早熟，85例（21.5%）为先天性肾上腺皮质增生症（属假性性早熟），三者共占性早熟的94%。男女之比为1:2，女孩较多见。

三、性发育迟缓

性发育迟缓是指在正常性发育的年龄时，性器官和第二性征仍然停留在青春期前的幼稚状态。临床表现有两类：一类称为性发育延迟，即女性到了14岁乳房还不发育，男性到了14岁睾丸还不发育，但延迟到一定的年龄时仍能出现正常性发育。另一类称为性发育抑制，即女性超过18岁或男性超过20岁尚未出现性发育，且若不进行治疗一直不会出现性发育。

性发育迟缓的原因很多，或营养不良，锌元素严重缺乏、多种慢性疾病、女性卵巢发育不全、男性睾丸发育不全、隐睾症、下丘脑—垂体损害等。

性发育迟缓与性早熟相反，男性多于女性。在诊断上宜早不宜迟，因为患者由于性晚熟以可能受到歧视，造成心理压力，从而使其社会适应性不良。在治疗时不宜过早用性激素治疗，应针对原发病因进行补充营养、治疗原发病或手术措施。若17岁后仍未出现性发育，可以考虑用性激素替代治疗。在临床性心理咨询中，对患者要着重进行心理社会性别的培养。

第四章 性反应周期

人类性反应周期的揭示，是当代性科学研究的重大成果，这使得人类对自身性活动的客观规律能够被掌握。性反应周期的含义为：人类在性交过程中的生理及心理反应，从性欲开始被唤起到性交结束后重新平复，遵循着一个不同阶段性的周期性规律，这一规律分为性兴奋期、性持续期、性高潮期、性消退期四个阶段。性兴奋期，是指性欲被唤起，身体开始呈现性紧张的阶段；性持续期，是指在更强烈的性高潮到来之前，性的紧张度持续在一个较稳定的水平上；性高潮期，是指身心性紧张的顶峰和发泄阶段；性消退期，是指性紧张状态逐步松弛和消散的阶段。在性反应周期的每一个阶段中，几乎都呈现出性器官的变化，副性器官的变化和身体其它方面的改变，这些变化是通过性反应实验室研究获得的客观指标。尽管一般认为男性的性冲动具有主动性，而女性的性冲动具有被动性，但在性反应周期的各阶段中，男女两性除了解剖位置的差异外，在生理及心理反应上都有许多相似之处（图4-1-1、4-1-2）。现将男女性反应周期的各个阶段作如下介绍。

第一节 性兴奋期

性兴奋期 (Sex Excitement phase) 一般而言，是性反应周期中时间差异最大的阶段。当肉体或精神性的性刺激作用于机体后，性兴奋被唤起。对于不同的人来说，唤起性兴奋所花费的时间长短不一，有的仅需要数分钟，有的则长达数小时。即使在同一个人身上，性兴奋期时间的长短也不尽一致，当身心状态较佳时，时间较短，反之时间较长。这是因为性兴奋的产生受若干生理、心理、环境因素的影响。在男女两性之间，性兴奋期最明显的差异是体现在时间上。一般而言，多数男性性兴奋的时间较短，很快就能进入性持续期；但多数女性性兴奋的时间较长，性反应的唤起较缓慢。这样，在男性即将进入性高潮时，女性的性反应还并不是很强烈。但是这种差异并非生理上的因素，而是以传统性观念为核心的心理社会因素的作用。如果在性生活中夫妻双方的人际关系协调得较好，性技巧应用得当，能使女性摆脱心理上的性压抑，女性也能较快地进入性高潮。

在性兴奋期，人体可以出现各种生理和心理反应。生理反应主要有：性器官的变化，副性器官的变化、以及各种外周性变化。心理反应主要是性紧张感和皮肤欣快感。这些反应在男女两性身上都非常相似。

女性性兴奋的主要标志是阴道有分泌物渗出。这些分泌物，以往往往认为是来自于前庭大腺，但现代性实验反应研究的结果表明，这些液体主要是阴道壁血管的漏出物。因为前庭大腺在性兴奋时分泌的少许粘液不足以造成阴道的高度润滑，阴道表层也不存在粘液腺，宫颈粘液的分泌与性反应关系不大，且子宫切除术后的患者在性兴奋时阴道分泌物并不减少。模拟性交时的阴道摄影显示，性兴奋时阴道壁血管充血扩张，产生了大量的血浆漏出液。阴道内液体产生的快慢因人而异，一般而言，在性唤起以后的10—30秒钟出现（图4-1-3）。

女性在性兴奋时性器官会产生一系列的变化。大阴唇和小阴唇由于充血肿胀而增大，以

小阴唇增大更为明显。当阴道分泌物出现后，阴唇便逐渐向两侧分开，以利于阴茎插入。性兴奋时，未产妇的大阴唇逐渐以阴道口向外张开，而经产妇的大阴唇则稍稍分开并向下垂。性兴奋使阴蒂充血肿胀，从而使阴蒂清晰可见，阴蒂反应也是这一阶段的突出表现。但部分妇女由于阴蒂包皮过长而掩盖了膨胀的阴蒂，因此也可能看不到阴蒂。性器官的变化还包括阴道的内三分之二出现扩张，子宫颈和子宫体向上提升，这就使得阴道腔延长了四分之一。小阴唇的充血肿胀，也使阴道有足够的空间来容纳阴茎。女性性器官的这一系列变化，都为阴茎的插入和抽动作好了准备，并可防止阴茎对内部器官的冲击（图4-1-4）。

在性兴奋期，绝大多数的女性都会发生乳头勃起和乳房增大，这种反应与抚摸的关系非常密切。乳头勃起往往在阴道分泌液体之前出现，而且两侧乳头的勃起并不都是同时表现出来。此时对乳房进行有节奏的抚摸和摆弄，可以加快性兴奋的过程。

女性性兴奋期的外周性变化主要有：血压升高、心率加快、呼吸急促、皮肤温度升高和全身肌肉紧张，有的女性甚至出现全身不自主的颤抖或阴部肌肉的痉挛。这些外周性反应的程度与性紧张度的增加呈正比，而与性刺激的方式无关。

上述这些反应是从性科学研究的角度来描述的，事实上，每个女性对性兴奋的主观体验并不完全一致。尤其是一些从未有过性经历的女性，在这个阶段往往只能体会到下腹部的空虚和难受，她们很难理解这就是所谓的“性反应”，对此会出现一些恐慌。如果此时有意识地收缩阴部来进行抑制，有可能在今后的性生活中难以出现性高潮，甚至产生性厌恶。性高潮缺乏、阴道痉挛等性障碍。

男性性兴奋的主要标志为阴茎勃起，这是性冲动通过神经系统的作用而引起的阴茎海绵体的充血粗大。阴茎勃起一般是在接受心理性或反射性性刺激后3—8秒钟出现，如果此时有意延长性兴奋期，阴茎可能出现多次消退和勃起，这对于适应女性性兴奋的时间，有很重要的意义。虽然性刺激能够使阴茎勃起，但并不一定能持续坚硬，这是因为勃起反应要受情绪因素的影响。如果在性生活时抑郁苦闷、或焦虑紧张，即使有足够的性刺激存在，阴茎也不易持续勃起。

男性在性兴奋时性器官还会产生其他一些相应的变化。提睾肌的收缩使睾丸中等度提升，血管的充血使阴囊皮肤变得光滑，阴囊内的被膜增厚使阴囊出现扁平状。这些变化是在性反应中重复出现的（图4-1-5）。

性兴奋时男性的乳房反应没有女性明显，一般约有三分之一的男性出现乳头勃起，但乳房多不增大。和女性一样，男性在此时也有各种外周性变化，如血压升高、心率加快、呼吸急促、肌肉紧张等，其中以肌肉紧张最为突出。肌肉紧张呈现全身性反应，腹直肌、胸锁乳突肌、面部肌肉，上下肢肌肉都绷紧，显得非常有力。

对性兴奋的体验，男性比女性更容易，这也主要是针对以往从未有性经历的男性而言。其原因主要有以下两方面：一方面，由于社会观念的影响，男性在心理上的性压抑远远不如女性那样突出；另一方面，男性的性反应主要集中于阴茎，不象女性那样泛化。

无论是男性还是女性，在性兴奋期的各种反应都不是持续不变的，其生理心理效应都可能受到种种因素的干扰，如意外刺激，精神涣散、体位变化、身体疲劳等等。特别是外界环境中的突然刺激，会迅速减低性的兴奋性，如初次性生活时有人突然闯入，或突然听到辱骂讥笑等。这些突然刺激可能成为性功能障碍的病因，或性感受贫乏的诱因。若在性兴奋期男女双方的心理交流和谐，情感体验强烈，性兴奋的紧张度将不断增强，向性持续期过渡。

第二节 性持续期

性持续期 (Sex Plateau Phase) 意味着性兴奋的生理紧张、心理紧张及神经兴奋都达到一个较高而相对稳定的水平。实际上, 在性兴奋期和性持续期之间, 并没有突然的生理变化, 而是性紧张的渐进性发展呈持续性稳定。此时性器官的充血更加显著, 性感区对接触产生了高度的敏感性, 欣快感也更为强烈。男女两性为了进一步充实性爱的交流, 选用了不同形式的性器官摩擦。

性持续期女性性器官的变化非常明显, 最显著的特征是阴道外三分之一因血管充血和环绕其外的肌肉收缩, 形成这一区段的缩窄, 形成所谓的“高潮平台”。这时充血后的阴道口直径将缩小百分之五十, 缩窄的阴道前段对于插入阴道的阴茎产生出一种明显的“紧握”作用。性高潮平台形成区集中了极其敏感的感觉末梢神经, 而阴道后三分之二的区域几乎不存在感觉末梢。因此在性交过程中, 阴茎的大小和长短与女性的肉体刺激感受并无多大的相关意义。在心理咨询中使女性了解这方面的知识, 可以消除夫妻性生活中一些不必要的顾虑。在性持续期, 阴道后三分之二的区域进一步扩张, 子宫也同时进一步提升。与性兴奋期相比, 此时阴道的润滑作用将降低, 特别是在性持续期延长时, 这种反应就显得更为明显 (图3-2-1)。

在性持续期内, 多数女性的性感中心仍然在阴蒂。此时尽管阴蒂头和阴蒂体向耻骨联合方向后缩, 被充血的阴唇所掩盖而不易窥见, 但阴蒂的性敏感程度并没有降低。阴道内性器官的摩擦或阴蒂周围受到的性刺激, 牵拉着阴蒂使其神经末梢进一步兴奋, 给女性带来阵阵荡漾的欣快感 (图4-2-2)。

由于性持续期性器官的充血, 小阴唇出现了更为明显的颜色改变, 称为“性皮肤反应” (Sex skin reaction)。未曾分娩过的女性, 此时小阴唇由粉红色变为紫红色; 有过分娩史的妇女, 小阴唇由浅紫红色变成深紫红色。性皮肤反应往往在性持续期末出现, 一旦某个女性出现了这种反应, 几乎可以确定性高潮马上会来临。

性持续期女性的乳房继续增大, 乳晕的充血肿胀比乳头的竖起更为明显, 甚至往往掩盖了继续竖起的乳头。对于从未有过哺乳史的女性来说, 乳房可在原有的基础上增大20—25%。乳房的增大与抚摸的关系密切, 且可增加性的紧张度。曾有授乳史的女性, 乳房增大不明显 (图4-2-3)。

性红晕 (Sex flush) 是性持续期的又一典型特征, 一般产生于性持续期的开始阶段。这是一种类似于麻疹的粉红色小疹子, 开始出现在上腹部, 然后迅速扩散到乳房和前胸, 也可出现在背部、臀部 and 面部。女性大约有75%出现性红晕的反应。如果性持续期的性紧张度不断增强, 性红晕可遍及全身并持续到性高潮期。

性持续期女性的外周性反应有: 血压进一步升高, 呼吸进一步加快, 心率可增快到每分钟100—175次, 肌肉紧张在骨骼肌和平滑肌上都有反应。此时女性往往会不自主地调节体位, 以利于扩大性感区的接触范围和增加刺激强度。

男性性持续期的性紧张度持续在性兴奋后期的水平上或持续增强。由于阴茎海绵体的进一步充血, 使得阴茎龟头的周径进一步增大, 龟头颜色加深呈紫色, 出现性皮肤反应。睾丸进一步增大, 并充分提升旋转30°—35°, 使得睾丸的后表面保持与会阴部的密切接触。此

时尿道口一般都有少量粘液流出。有的人误认为这是射精，其实不然。这仅仅是尿道球腺分泌物（图4-2-4）。

性持续期男性出现性红晕的比例没有女性高，一般只有35%左右。外周性反应主要表现为全身肌肉强直，以骨骼肌为主。和女性一样，血压升高、心率加快、呼吸加速等反应也同时存在。

无论是女性还是男性，在性持续期仍然要受环境因素或情绪因素的影响，如果一方因情绪干扰使其性紧张度下降，会导致另一方强烈的不满。就个体而言，如果在这个阶段受到某种因素的影响而未能达到性高潮，常常会使人很不舒服，这在男性身上反应得更为明显。在这一阶段的性交过程中，男女双方都可以前后运动骨盆以增加性器官区域的刺激，倘若此时双方的心身状态都非常和谐，性器官的相互摩擦就会在有意意识的骨盆运动下越来越快。阴茎的抽送和女性骨盆的运动在开始完全受着意识的控制，但随着摩擦运动的逐渐加快及猛烈，将难以保持意识的控制作用。这种“自动化”的操作，尤其是当男性在临近性高潮时更为突出。如果男女双方希望同时达到性高潮，双方在两人开始进行快速而猛烈的摩擦运动时就应当注意同步进行。在性器官强烈摩擦时，性紧张状态的不断增溢产生了足够的心理和生理力量。一旦身体的运动从自主发展到自动，并且更为快速而迅猛时，标志着性高潮即将来临。

第三节 性高潮期

性高潮期 (Sex orgasmic phase) 是性反应周期中最短的一个阶段，一般只有几秒钟。在这之前，男女双方形成的强烈的性紧张状态突然到达高峰，随着一系列性器官参与的不随意的节律性肌肉痉挛性而得到释放。这种痉挛释放会给身心带来一股波浪式的欣快感。

女性性高潮的主要特征是阴道前段三分之一区域的高潮平台一系列节律性肌肉收缩。收缩从高潮平台开始，向子宫发展，并从子宫底一直收缩到子宫颈。肛门括约肌也同时发生收缩。但子宫和肛门括约肌的收缩并没有节律性。阴道高潮平台节律性收缩的频率和强弱是衡量性高潮强度的指标。一般而言，中等度的性高潮可有3—5次节律性收缩，强烈的性高潮有8—12次节律性收缩。每次收缩的间隔时间约为0.8秒，最后几次收缩的间隔时间相对延长，收缩力也相对减弱。在性高潮期，阴蒂并不勃起，阴蒂的反应也并不明显。已经作过阴蒂或子宫切除的女性，仍然可以获得满意的性高潮。这一点，在临床性心理咨询中往往可以解除不少女性的顾虑（图4-3-1）。

在通常情况下，女性性高潮的持续时间为数秒到十几秒。性高潮的强度和持续时间依赖于许多因素：如性刺激的方式和强度，性心理状态，夫妻性和谐的程度，疲劳程度等，女性对这些因素的反应比男性更敏感。在性高潮时，有些女性的尿道会发生伸展，产生要排尿的紧迫感。此时如果女性的膀胱处于充盈状态，还可能出现尿液不自主溢出。因此在性交前排空膀胱是很有必要的。

性高潮是一种全身性的反应。除了性器官的种种变化外，还有其他外周性的变化。女性肌肉的紧张度在性高潮期有比较明显的改变，受意识控制的骨骼肌丧失控制，平滑肌的收缩和痉挛更加增强。由于大腿、臀部和手部的肌肉处于失控的紧张状态，因而紧紧攀抓。上眼睑肌的收缩可使眼睛大而漂亮。此时呼吸急促可达40—50次/分，心率加快可达110—180次/分，血压升高可达150—200/90—130毫米汞柱。部分女性将发生瞬间眩暈，从而出现非常短

暂的意识丧失。少数女性甚至因过度兴奋而晕厥。

尽管女性在性高潮时乳房与男性肌肤的接触更为紧贴，但乳房的变化与性持续期相比，并无更为明显的变化。

男性性高潮的主要特征是射精，在性高潮即将来临时，会体验到一种强大的压力，使射精迫不及待。尽管此时离射精还有1—3秒钟的时间，但要想控制是几乎不可能的。射精是精液在强烈的肌肉收缩下，迫使从尿道口喷射而出，其射程可到半米或更远。如果精液并非喷射而是从尿道口流出，这种状况称为泄精，此时在生理和心理上都会有不舒适的感觉。一般认为，射精过程是由尿道前列腺部充盈的精液产生反射性神经冲动，通过脊髓射精中枢将有节律的冲动送到骨骼肌，使前列腺，尿道球腺，尿道括约肌、阴茎海绵体肌共同产生节律性收缩，使精液沿阴茎部的尿道射出（图4-3-2）。射出的精液量一般为2—6毫升，如果在较短的时间内重复射精，精液总量和精子含量会相应减少。

男性在射精时阴茎的节律性收缩与女性高潮平台的节律性收缩相似，开始的2—3次收缩，间隔时间约0.8秒，以后节律减慢。收缩次数4—12次不等。性刺激的方式和强度、性心理状态、夫妻性和谐的程度、疲劳程度等因素，也同样影响着性高潮的强度和持续时间。和女性不同的是，两次性交的间隔时间对于男性性高潮有直接的影响作用。

在性高潮时男性的外周性反应，也是表现在呼吸急促、心率增快、血压升高、全身肌肉痉挛性收缩等方面。部分男性有不同程度的意识模糊。

一些研究指出，女性性高潮发生的潜在能力在35岁左右最高，而男性多为18岁左右。有人通过实验发现，18岁的男性在24小时内可以出现8次性高潮，随着年龄的增长，发生频率下降，超过35岁的男子，在24小时内大都只能出现一次性高潮。当然，性高潮潜在能力的个体差异很大，40岁左右的男性24小时出现数次性高潮者并非罕见。女性在35岁左右产生性高潮的潜在能力增加，并不一定是生理原因，很可能是心理抑制减少和性的适应性增强的缘故。

性高潮的心理体验是最为复杂的。虽然国外对这方面的研究颇多，但争论也很大。一般认为，许多女性在性高潮时的感觉主要集中在阴部，并有一种将内部“向下推”的强烈欲望，即刻而来的是一股温暖的浪潮从阴部流向全身，充满了整个身体。卡切德雷恩等曾对女性性高潮期的主观感受作过描述：“女性性欲高潮的开端，大多伴随着一种刹那间悬吊而飘然入世的性感。接下去她便强烈地感受到阴蒂部位滋生起一股暖流的波峰，渐渐地、渐渐地通过骨盆蔓延全身。这阶段在各部位的激烈变化中，她还隐约地福摄着‘坠落’和‘敞开’躯体的感受，引起液体漏出。某些女性把高潮阶段比作为轻度阵痛性分娩。当一股溢血暖流从骨盆扩散到身体的其他部位时，性欲高潮以骨盆的浮动为特征抵达顶峰”。

在男性的性高潮时，可明显感受到身心的紧张状态突然出现了松弛，随之而来的是对周围环境的意识程度下降。阴茎海绵体的收缩是由强到弱，而性欣快感却是由弱到强，由局部到全身。

近年来，国外性科学家进行了不少对照研究，证实了男女两性在性高潮时的心理体验相当一致。一份研究资料指出，当从男女大学生中征集了48份关于性高潮的文字描述，删去其中有关性器官结构的内容后，把这些材料交给一个由心理学家、医学生、妇科医生共同组成的审查小组来评判，试图通过文字描述来区分性别。结果发现，用这些材料根本无法判定是男性还是女性。这些文字描述主要有以下几类：

“性高潮……局限在生殖器区域，可能进而扩散出去。……到腿。腹部。一种搏动感，如果超出生殖器区域，是极舒服的……”

“先以紧张和震颤开始，一股股寒气到脊柱，开始直肠收缩，震颤和嗡嗡声感觉在发展，突然爆炸在生殖器区域，有些头昏和无力的感觉，几乎丧失意识，但并非真正的”。

“伴随背和腿的肌张力兴奋感增强，整个身体极度僵硬达5秒钟，感觉消失，全身极度的松弛，且十分疲倦”。

“常常与现实脱离接触，所有感觉都强烈，视野变成各种颜色，但经常难以表达，因为词汇是适于现实世界的”。

“腹部肌肉成为神经质地引起臀部和骨盆的挺伸运动，肌肉收缩遍及全身”。

尽管对女性的性高潮反应作了不少研究，现代性学也提示了男女两性在性高潮时心理体验的一致性，但仍然有不少女性拒绝承认她们有性高潮反应。显然，这是受了传统观念的影响，“女性没有性高潮”的错误观念潜伏在人们心中。从临床性心理咨询的大量资料分析，与其说女性没有性高潮反应，不如说她们不懂得什么是性高潮反应。因此，提高女性的性科学认识，是增强性咨询效果的基础。

虽然对性高潮的机制和实质还需要进一步研究，但起码可以这样认为：从生理效应的角度出发，性高潮是一种由性刺激产生的全身紧张状态的释放反应；从生理效应的角度出发，性高潮是一种充满欣快感而突然跃到顶峰且迅速宣泄的主观体验。这两方面结合在一起，就构成了性高潮的实质。

第四节 性消退期

性消退期 (Sex resolution phase)，是指在性高潮以后，全身的紧张状态逐步松弛和消散的过程。在性兴奋期、性持续期、性高潮期所产生的性器官改变、外周性反应和心理效应，都将逐渐消失，从而使身心状态都恢复到性兴奋之前的水平。

女性性兴奋状态的消退速度，比男性要慢得多。首先是阴道前段高潮平台消失，阴道逐渐恢复原有的静息状态。紧接着的是子宫下降移回原有的位置，阴蒂复原，大阴唇和小阴唇的颜色变淡，形态缩回原有大小 (图4-4-1)。

随着性器官恢复到原有状态，机体的其他方面也发生改变。乳晕充血和乳头竖起迅速消失，增大的乳房恢复原状，心率、血压、呼吸都恢复正常，肌肉紧张状态很快消失。随着性红晕的迅速消退，全身出现明显的出汗反应，有的女性甚至大汗淋漓。由于全身紧张状态的逐渐回复，女性往往感受到一种宁静的愉快，出现一种近似于醉酒的感觉。由于男女两性之间的生理和心理差异，此时女性并不觉得非常疲倦，并且渴望着进一步的拥抱和抚摸。

和男性相比，女性在性消退期有一个显著的特点，即具有多次性高潮的潜在能力。也就是说，多数女性在性消退期如果继续受到有效的性刺激，可再次出现性兴奋，并通过性持续期而进入性高潮。部分女性还可能出现数次性高潮。女性这种多次出现性高潮的潜在能力，受着年龄、情绪、文化环境等因素的影响。因此，男性在这个阶段要特别注意对女性的温存和爱抚，但不能进行过于强烈的性刺激。

男性在性消退期，无论是性器官还是全身其他部份，性紧张度都急剧下降。此时阴茎的充血肿胀随着血流状态的恢复正常而消退，阴茎勃起也迅速消失。睾丸体积缩小而落入阴囊

(图4-4-2)。

在性器官恢复到性兴奋之前的状态时，和女性一样，男性的**心率、血压、呼吸**也很快恢复到正常水平，肌肉紧张状态很快缓解。但是在性红晕消退时，男性并不表现出全身大汗淋漓，而是脚底和手掌局部出汗。在性消退的过程中，由于长时间的性兴奋状态得以解除，男性出现一种舒适和康宁的感受，表现为**阴茎软缩、情欲平静、疲乏无力、昏昏欲睡**。

男性性消退期最显著的特点是，在性高潮后存在着“不应期”。其表现为：在射精以后，尽管部分人的阴茎可以部分或完全勃起一段时间，但几乎所有的男性，对性刺激不能再次唤起性兴奋，也不会再次射精。如果此时对阴茎过度刺激，还会出现生理性不适感。不应期的长短有很大的个体差异，但影响因素最明显的是年龄。在青年期，不应期可短至数分钟，在老年期，可长达数小时。另外，如果在数小时内重复性交且射精，不应期将顺次延长。

在性消退期，大多数女性和多数男性往往倾向于继续温存抚摸，特别是情感比较和谐的伴侣，这种心理需求更为明显。但有些男性在射精完后很快入睡，有些女性则忙着清洗外阴部。这种在性反应周期末的突然改变，常会使倾向于情感交流的一方出现不安或烦恼。这种现象是不利于性心理和谐的。

对于个体来说，整个性反应周期的持续时间也存在着差异，从十几分钟到数小时不等，这种差异主要体现在性兴奋期，其次为性持续期。上述性反应周期的四个阶段，是根据人类性反应的实验研究结果进行划分的，实际上在一般的性交活动中，这四个阶段并无明确的界线。另外，国外的一些研究还指出，性反应周期的生理心理效应除了由正常性交活动来唤起外，同性恋的性刺激、手淫、甚至单纯的性幻想，都可能作为性刺激物而导致性兴奋。但是，在对女性进行性高潮反应的实验研究中发现，女性对于由正常性交行为引起的性反应，比其他性刺激所唤起的性反应要弱一些。一些仅仅针对性交方式的实验研究也提示，在性反应中女性达到性高潮所需的时间也比男性长。这样，似乎产生了这样一种结论：由于生理差异，女性性反应的时间比男性缓慢。假若真是这样，那么女性通过手淫而达到性高潮的时间也应该比较长。但近年来的一些研究结果表明，无论是男性还是女性，通过手淫达到性高潮的时限几乎是相等的，大约为2—4分钟。因此可以这样认为，在正常性活动时女性所表现出的较为缓慢的性反应，是由于传统的性观念而引起的心理压抑的结果。只要这种心理压抑真正得以解除，男女两性的性反应就有可能同步。

对人类性反应周期的规律还有待于进一步研究，但就现已揭示的内容来看，男女之间有很多相一致的地方(表4-1)。

表 4-1 男、女性反应周期的主要表现

女 性	男 性
性 兴 奋 期	
阴道润滑	阴茎勃起
阴道延长和扩张	睾丸不完全提升
乳头竖起	乳头竖起

性 持 续 期

血压升高
心率增快（心动过速——100—175次/分）
呼吸加速（换气过度）
“性红晕”（75%发生率）
小阴唇颜色改变
腺体分泌粘液样物质润滑阴道
阴蒂回缩
阴道口缩窄（高潮平台）子宫抬高

血压升高
心率增快（心动过速——100—175次/分）
呼吸加速（换气过度）
“性红晕”（25%发生率）
龟头出现颜色反应
阴茎内腺体分泌粘液样润滑物质
龟头周径增大
睾丸充分提升

性 高 潮 期

血压继续升高
呼吸加快（换气过度）
心动过速——100—180次/分
阴道节律性挛缩，开始间隔为0.8秒

血压继续升高
呼吸加快（换气过度）
心动过速——100—180次/分
阴茎节律性挛缩，开始间隔为0.8秒

性 消 退 期

阴道及大小阴唇扩张充血逐渐消失
呼吸、心率，血压恢复正常
“性红晕”迅速消失
出汗反应（发生率约33%）
没有不应期——若受性刺激，有再次性高潮的能力

阴茎、阴囊及睾丸的扩张充血逐渐消失
呼吸、心率，血压恢复正常
“性红晕”迅速消失
出汗反应（发生率约33%）
有不应期——对性刺激的敏感性暂时消失

第五章 性行为的社会学基础

第一节 社会文化与性活动

社会文化的发展水平对人类的性活动有直接影响，在性的问题上，人类不仅表现出生物特征，更多的是表现出社会特征。在当今时代，人们满足性要求的途径决定于人的文明程度，人类性行为实际上体现出一种社会关系。由于社会文化是在不断发展的，有关性活动的礼仪、规范和科学知识也在不断发展。例如：我国五十年代的青年，比较强调性关系的义务和责任；八十年代的青年，比较注重感情基础。又如：中世纪的基督教把性交看作最大的罪过之一，独身是美德，淫猥是罪恶，而现代美国的圣殿教却提倡混乱的性行为，教父和教徒、徒教与教徒之间的性关系很随便。正是由于社会文化水平在不同时代和不同地区的差异，才使得性行为更加复杂。人们在性生活中呈显出的一些困惑，也与社会适应性不良有关。而且，也导致了一些性的社会问题出现。由此可见，社会文化因素对性活动的影响及调节是很重要的。

一、性活动的社会调节

早在一百多年前，恩格斯就强调了性活动应该以爱情为基础，这是把性活动人性化、文明化、社会化的一个重要转折点。然而，这一性社会化的基本观点，是与社会生产力发展的水平相一致的。当个人、家庭生活还要受社会经济状态的影响时，爱情的权利和责任，将结合在一起对性活动进行调节。在现实生活中，仍然存在着缺乏爱情因素的两性关系，这种关系使性活动回复到养儿育女、满足性欲的状态，显然，这种生活是对男女双方心理的压抑和人性的摧残。然而，另外一种不考虑义务和责任的两性关系，虽然可以求得暂时的激情和欢快，但又带来心理上的隐患，使社会症结加重。

在人类的性活动中，性爱是区别于动物性行为的一个本质特征，也是爱情的重要组成部分。社会越是不发展，人们的文化素养就越低，性爱的内容就越少，夫妻性生活的质量也就越低。社会越发展，人们的文化素养就越高，性爱的内容就丰富，夫妻性生活质量也越高。很显然，性爱也是一种社会文化现象，对性行为及性关系起调节作用。这种调节的社会效果，体现在情欲与爱情，权利与责任的统一上。

男女之间的性活动，只有在社会关系的基础上才能正确地表现出来。生活在社会群体中的个体，在两性活动中的言行总是要反映到他人的意识中，形成肯定或否定的评价。社会群体对性活动的肯定或否定，是性的社会化的重要形式。尽管一个人有追求性爱，进行性交的权利，这也是培养健全人格的必要措施，但是，人的性生活并不只是个人的私事，至少要涉及到进行性活动的两个人。更广义的说，对整个社会生活都有一定的影响。

在现代文明社会中，性活动社会调节的基本形式是性爱追求的自由和性行为对象的限制。性欲的自由和性关系的约束体现了社会文明的水平，这种矛盾将使个人的性意识和社会的善恶意识同步发展。在临床性心理咨询中，对性困惑的疏导和性关系的协调时，要特别注意贯穿这一原则。

二、性文学与性行为

性文学，可以看作性文化的组成部分。有人把它与“色情文学”作为同义词，甚至提出性文学不属性科学范畴的观点，这未免过于武断。由于文化认识的失误，人们对有性描述情节的文学作品往往会产生这样一些疑问：性可不可以文学作品中表现？性文学会不会败坏道德风气？有性情节的书算不算色情？这种文化认识失误的根本原因，就在于人们仍然有意识或无意识地认为，性与色情淫秽是同义词。这实质上是性认识方面的错误。

毋庸讳言，色情文艺作品会起到挑动性欲，催人堕落的作用。一本《少女之心》可突破一位纯洁少女的心理防线，一张春宫照片可使一位少男企图进行性交体验。这种对性行为的直接刺激作用，既可损害个体的身心健康，又可导致一些社会问题。这类作品只能是文化垃圾。即使对存在着性描述的健康作品来说，也因读者所持的态度不同而出现不同的阅读效果。正如一位评论家所指出的那样：“一部《红楼梦》，道家见淫，才子见缠绵，革命家见排满，流言家见宫闱秘事，其结果都脱离了作家的本意。”所以，如何正确对待文学作品中的性描述，只有把“性”真正放在“文化”这个大背景下进行透视。

性文学与色情文学是有本质区别的，尽管在现象上有许多相同之处。文学作品中的性描述，有以下几个层次：其一、描述性的生理冲动和激情；其二、分析性心理及相应的个性特征；其三，从文化角度对特定的性现象提出批评。有价值的文学作品，在写到性的时候必须兼顾这三个方面。从我国的文学史来看，在“五四”以来的新文学运动中，涌现出来的左翼文学大师，如茅盾、丁玲、郁达夫、郭沫若等人，在许多著作中都从未回避过对两性关系的描述。事实上，性活动作为人类的一种正常生命运动，作为生活中不可缺少的组成部份，不可能也不必要从文学作品中消声匿迹。

显然，性文学与性行为的关系是很明确的，但这并不等于取缔了性文学就能避免性问题。要避免人们在文学作品中有意识追求刺激，摹仿性快感，必须对性进行科学认识。因此，开展性教育是非常必要的。

三、性的社会问题

性的社会问题，是与性文明的水平相一致的。许多性问题也反映出性文明水平低下，因而出现了以性愚昧为主要形式的心理体验。性的社会问题在不同的时代有不同的表现形式，目前主要有以下一些类型。

1. 性困惑。性困惑是在性成熟后而产生的一种生理心理困扰，产生的主要原因是性无知。这种现象在未婚者和已婚者身上都有表现，而且在人群中占有相当大的比例，并呈现出社会群体流行趋势。例如，“手淫恐惧”是青少年中常见的性困惑，有的为此而痛不欲生，个别人甚至割去睾丸。尽管不少学都撰文为手淫“正名”，但在性咨询中手淫恐惧仍有很多。又如，“婚后性感受贫乏”，是已婚女性常见的困惑，这一现象不但影响到个人和家庭的生活质量，而且也干扰了正常的社会生活。

2. 性歧视。在母系氏族制被父系氏族制取代后，性歧视逐渐成为性社会学中最重要的一个社会问题。这是随着女性经济地位的丧失而产生的，并延续了数千年。性歧视体现在受教育、就业、经济收入、社会地位等方面的男女不平等，以及女性身份的商品化等方面。由于性歧视已经成为一种社会观念，因而导致了女性种种的心理压抑。

3. 未婚先孕。近年来，我国未婚先孕的现象逐渐增加，据一些地区性的资料报告，在人工流产中未婚青少年的比例已达到四分之一，并有继续上升的趋势。在美国，未成年少女怀孕

的总人数在1976年达到1100万人，也就是说，约有十分之一的美国少女在20岁以前至少怀孕一次。未婚先孕不仅冲击着社会的性观念，而且带来了经济负担和个人身心损害。这一社会问题的严重性，已经越来越引起人们的关注。

4. 卖淫。卖淫是私有制社会的产物，也是在性歧视下部分妇女为解决温饱问题的补充手段。卖淫行为把两性关系转化为肉体的买卖关系，把性交和爱分割开来。在五十年代初期我国法律取缔了妓女，卖淫行为基本上被根除。但从八十年代以来，由于对外开放而带来的一些西方影响，卖淫又在部分地区出现。尽管在法律上已经明确了对卖淫的禁止，但要真正实现这一点，还有待于性文明的建设。

性的社会问题还有许多方面，如非婚生育、婚外恋、性病、人工选择性别等等。要解决这些问题，不是靠几个专家、几个专业机构就能实现的，需要有一个性教育的社会工程系统。

第二节 性存在与性的社会角色

既然社会文化与性活动有非常密切的关系，这就从客观上证实了性是一种社会存在。在这种客观存在中，又以不同的形式表现出来，其中最具有社会学意义的是性角色表达。性存在与性的社会角色，是性社会学的核心问题，也是性社会化的关键。

一、性的社会存在

人的社会化，要求人的活动必须适应社会，必须符合社会发展的规律。在性行为上，人的性生活也要适应社会发展的要求。这样，个体就能按照社会和文化的要求来调整自己的性活动，以达到人和社会的高度统一。

性作为一种生理存在，已经被人类所公认，甚至出现了无限扩大的趋势。甚至可以这样认为，人类在性问题上的最大无知，就是把性归为一种生理存在。实际上，性的存在有三种最基本的方式，即生理存在、心理存在和社会存在，这三种方式在性活动过程中交互作用并相互协调，使人的性活动与社会环境及文化形态之间形成一种和谐关系。

性的社会存在显示着性在生态——社会整体系统中的实际状况。人的性欲望和性要求，固然有它的自然属性，同时更有深刻的社会属性，整个社会宏观环境中的社会体制、社会经济、文化意识、道德法律，以及微观环境中的团体规范、人际关系、家庭生活等，都决定着人们的性意识和性态度，如果忽视了性的社会存在，人类的性生活将是极不健全的。

人类的一切性活动，无论是正常的还是异常的性活动，都是生理、心理和社会存在共同作用的结果。在实际生活中，这三者是不可分割的一个整体。在人类从自然人转化为社会人的过程中，性方面的整合作用也是三者并存的。然而，从人与社会这样一个大系统来看，性的社会存在起着决定性的作用。因为性生理的正常发展虽然取决于种族遗传，但优生原则与社会的物质生活水平、卫生保健水平和科技发展水平关系甚大。性心理的正常与否，与社会环境和社会教育的关系更为密切。由此可见，要解决现代社会中的性问题、促进性健康、建设性文明，必须树立性是一种社会存在的观点，从社会的角度探讨全方位的措施。

二、性的社会角色

正如性的存在方式是由生理、心理和社会存在共同构成的那样，男女两性在个体上的特征和差异，也是由生物、心理、社会三方面的因素所决定的。两性在生物学上的特征，称为“性”（sex）；在心理学上的特征，称为“性别”（gender）；在社会学上的特征，称为

“性角色” (sex role)。

两性在生物学上的特征，包括性染色体、性腺、性激素、内外性器官、第二性征等几个方面。这些方面的正常发展，为人的性适应和正常性活动打下了生理基础。如果这些方面的发展不正常，将会导致各种缺陷性的性疾患，同时也影响到个体的性心理和性社会化的形成。

两性的心理学特征，主要在于人格的成熟和健全，在这个基础上，也呈现出一些性心理的差异。目前的一些研究认为，两性的性心理差异主要表现在情感上。男性粗犷热烈，女性多情善感。从性行为的心理反应来看，男性的激情迅猛而短暂，女性的激情回味无穷；从性爱来看，男性一般表现为爱别人，女性一般表现为被人爱。

两性的社会学特征，主要体现在性的社会角色上。性角色，是社会约定俗成的用于表现男女差异的社会行为模式。性社会学对性角色的研究，一般包括性角色的学习、认知和冲突等方面。

性角色与两性的生物学特征不一样，它是在后天学习的过程中获得的，受社会文化环境因素的影响非常明显。性角色的学习有两方面，其一是学习不同性别的人如何担负相应的社会责任和权利，其二是学习不同性别的人在社会生活中的情感和态度如何表达。性角色的学习是从个体出生以后，在潜移默化的过程中习得的，当然也包括有意识的角色培养。

性角色的认知是两性活动中非常重要的内容。无论是男性还是女性，在社会生活和两性交往中都应知道自己的地位和身份，知道在两性关系中的责任和行为规范。另外，还要明确了解对方的性角色。这样，在两性活动的每一个方面，双方才能善于互补。

性角色的冲突也是两性活动中常见的事。个体除了在两性活动中表现出不同的性角色特征外，在社会生活的其他方面也会表现出不同的社会角色。不同的社会角色有不同的社会期待，这就有可能出现矛盾和冲突。比如一对青年夫妻，在家庭生活中各自的性角色是很明确的，如果妻子担任了重要的社会职务，她在工作环境中的社会角色就可能和家庭生活中的性角色发生冲突，也许不能用更多的时间来关心丈夫和照料孩子。如果双方能认识到这种角色冲突，也可能很好地进行角色调适。当然，某一社会角色的成功而使其另一社会角色的失败，也是客观存在的正常现象。

近年来，在性社会学的研究中出现了一种新的男女双性化角色理论，这是对传统性角色理论的巨大冲击。这一理论的产生，是由社会心理学领域中提出的新问题而揭开了序幕；在现代社会，既然男女分工的鸿沟已逐渐填平，为什么一个人不能同时具有男性气质和女性气质呢？一些对青年大学生的研究指出：“在当今社会中，最能获得成功的是那些具有双性化特征的那些大学生。他们不但有男子遇事果断、事业心强的特点，而且有女性细致耐心，感情细腻的特点，这就使本来要通过两性互补作用才能克服的缺点或发扬的优点，在一个男人或一个女人身上就可以做到了”。男女双性化角色理论的产生，是现代社会自动化、电子化发展的产物。这样，男女两性除了生物学特征不能改变外，性角色的种种差异已经不成为障碍。这一理论目前还有待于进一步探讨。

第三节 性习俗与性道德

一、从性习俗到性道德

人类性生活是社会历史的范畴。性道德，是在人类社会不断进步的过程中产生和发展

的。在原始社会的群婚时期，人们的性关系不受什么约束，因而也无道德可言。但随着人类社会的发展，混乱的性关系给物质生产和人类自身的繁衍带来了障碍。为了有利于种族的繁衍，人们的性关系开始有所约束。在经历了群婚、血缘婚、外婚制、对偶婚等阶段后，单偶婚的形式产生了。随着性关系的约束，调整这种关系的行为准则和规范也相继产生，这就是性道德。也就是说，性道德是在一定的社会条件下，产生于性习俗中，而被人们公认的一种社会准则。它是调整两性之间的关系和人类性活动与社会关系的行为准则和规范。

在西方资本主义社会，性的道德规范是比较开放的。其原因在于：一方面，资本主义的兴起冲击着封建主义对性关系的压抑；另一方面，第二次世界大战以后成长起来的一代青年精神较为空虚，在以蔑视传统价值观为中心的所谓新文化思潮的影响下，形成了“性解放”的思潮。然而，随着科学的论证和人们生活实践的启示，西方也在重新反省这些问题。

在我国社会主义社会，性道德的基础建立在一夫一妻婚姻制度的基础上。诚然，由于传统习俗的影响，封建社会性道德的痕迹仍然存在。但从原则上讲，社会主义的性道德要求男女两性之间互相尊重，互相爱护，在自我完善的基础上不断促进双方的完善。同时，在社会关系上保持相当的稳定性与和谐性，从而利于最大限度地促进人类生活幸福。

尽管性道德在不同的社会文化背景中有不同的标准，但也有其共同之处，这就是性道德的实质。性道德是一种社会现象，这种社会现象的表现形式，是根据当这的社会文化背景和社会经济状况，对各种性问题采取的科学态度。因此，性道德的实质，就是对性问题的科学论证和科学回答。

二、性道德的基本规范

性道德规范涉及到两性生活的各个方面，在当前的社会生活中，有以下一些基本规范。

1. 性关系的道德规范。性关系是男女之间的爱情发展到最热烈的程度后，通过一定的程序所必然要建立的。在现代文明社会，性关系的道德规范遵循着恋爱—结婚—性行为这一规律。从性心理的角度来看，围绕着性欲—性爱—性行为这一过程形成的性道德规范，对维护和促进心理健康是有益的。

有人认为，只要是在爱情的基础上发生的两性关系，就是符合性道德的。然而在我国，尽管这种活动能够给双方带来暂时的心理平衡，但常会带来很多精神上的痛苦和生活上的压力，因此不符合性道德规范。

2. 性观念的道德规范。在当前的社会生活中，有一些传统观念阻碍着人们对性活动作出正确的道德评价，其中最突出的就是性神秘观念。在两性交往中，性神秘观念导致了两性隔阂，不但严重妨碍了男女之间的人际关系，而且直接影响到当事人的身心健康。在性行为中，性神秘观念对夫妻生活带来严重影响，不但无法进行言语和技巧的交流，而且导致了为数不少的性功能障碍。在贞操问题上，性神秘观念造就了“男的求贞、女的守贞”这一封建观念，使人们对“生理失贞”耿耿于怀，对“心理失贞”默不关心，危害着男女之间的感情建设和心理相容。

因此，在性观念上要树立科学、坦然的态度，不要谈性色变，这才是符合性道德规范的。

3. 性风化的道德规范。两性活动与性风化直接相关。作为社会生活中的个体，其性活动并不仅是两个人的事，而会给社会带来一定的影响。有人认为，婚前或婚外性生活，只要是双方自愿，而不伤害他人，就符合性道德规范。事实上，非婚性关系都不同程度地直接或

间接伤害他人的利益，也伤害了社会风化。人们常说的“道德法庭”，并非一种法律存在的形式，而是社会制约性的表现。这种制约性，是促进社会发展的意识形态方面的必要措施。

4. 性研究的道德规范。为了不断提高人类生活的质量，进行性科学研究是非常必要的。但无论是社会调查研究，还是实验室研究，都受到很大的阻力，以致研究资料寥寥无几，对性活动在很大程度上都是靠主观臆断。在性研究中，最大的阻力在于向传统观念的挑战，但这项工作必须进行。只有在研究中注意尊重人的价值，也就是说：其一，不要把人只当作科研的试验品；其二，研究资料强调保密，其三考虑研究方式对整个社会风化的影响。性研究将是符合性道德规范的。

三、性道德的基本原则

在社会生活中，对两性关系和性行为的道德评价有一些标准，这就是性道德的基本原则。

1. 科学的原则。科学的原则就是实事求是，破除性的神秘感和污秽观念。几千年来，由于封建阶级，资产阶级对性所进行的虚伪、混乱的宣传，使人们对性认识讳莫如深，也难以区别科学与色情。判别科学基本标准是社会效果。凡是有益于促进身心健康，有助于提高生活质量，有利于建设社会文明的性观念和性方法，都是科学的。反之，是不科学的。

2. 发展的原则。人类正是在进化和发展的过程中，才逐渐形成性道德规范的。因此性道德也将随着社会的发展而不断发展。在一定的历史阶段所形成的性道德规范，对于稳定人们的生活，促进社会进步，都有不可低估的作用。但是，当社会物质生产的进步而导致意识形态改变时，性观念也将发生相应的改变。在性认识上，应考虑是否与社会发展同步，是否有利于人类的进步。

3. 社会的原则。两性活动是社会生活的组成部分，性道德的社会原则，要求人们在性活动中应考虑到社会习俗和社会需要，并为社会的进步创造条件。完善而安宁的社会生活，对满足人们合理的性需求是有利的，否则，将在不同程度上给人类带来烦恼和灾难。也就是说，两性活动要考虑其社会效果。

4. 平等及尊重的原则。性需求是男女两性都存在的生理和心理需要。尽管目前已实现了男女平等，但由于几千年来“男尊女卑”封建观念的影响，在两性生活中，男女不平等的现象仍然存在，这严重影响了个体的健康发展。性道德强调平等，是要求男女双方的性需求应平等满足、性关系应平等对待、性错误应平等承担。性道德强调尊重，是要求男女双方互相体谅、互相理解、互相尊重、自我尊重，在性问题上，既不能采用强制和欺骗的手段，也不能有损于个人或双方的人格。

强调性道德，是人格教育和社会教育的重要方面。性道德并不是要限制人的自由，而是要从社会化的角度提高人类的生活质量，提高身心健康和社会文明的水平。

第四节 性错罪

性错罪，是性的社会适应性不良的典型表现。如果个体在性的社会化过程中歪曲发展，就可能出现性错罪。如何防止和纠正这类问题，是性社会学研究的一个重要内容。

一、性反常与性错罪

人类的性活动有正常和反常两大类，当然，其判定标准也与当时的社会文化背景有关。

正常的性行为，可以认为是与社会的性道德规范和法律规范相一致。反之，可以看作是反常的性行为。性反常，一般包括性变态和性错罪这两大类。

性变态是一种心理疾患，是因生理心理异常，缺乏自控能力而形成的，患者明知不符合性道德规范，但仍然无法进行控制。性错罪则不然，其当事人的生理和心理状态都是健全的。但由于性的社会化形成不良，产生了危害他人和危害社会秩序的性行为。尽管有时性变态性错罪的表现形式很相似，但其本质是不一样的，这就需进行司法心理学和司法精神病学鉴定。

性错罪，是性错误和性犯罪的总称。按其轻重顺序，可分为三个层次。第一层次，属于有伤两性和谐，违反性道德规范的性行为，如婚前性行为。第二层次，属于违法的性行为，如婚外性行为、卖淫等。第三层次，属于犯罪的性行为，如强奸、轮奸等。

对性错罪的研究，实际上是对病理性社会学的研究。尽管性错罪者的心理状态是健全的，但在性心理方面与一般人相比，都有不同程度的偏移，这种心理偏移体现在对性行为的态度、对性的人格尊严的认识、对性爱和情爱的理解、对性欲的处理、对性道德规范的评价等方面。

二、性错误

婚前性行为是性错误中最突出的类型。一般说来，婚前性行为是双方自愿进行的，不存在暴力威逼现象，也无夫妻之间的义务和责任。婚前性行为有两种主要形式，一种是明确了恋爱关系，由于各种客观原因而不具备结婚的条件，在这种关系的基础上发生性行为的男女青年。还有一种是恋爱关系并不明确，而受了“性解放”思潮影响的青少年产生的性行为。从现实社会的情况来看，后一种情况的发生率比前一种多，其社会危害性也更大，这在西方国家尤为突出。

青少年婚前的性行为，目前已成为世界范围内的一种较为普遍现象。尽管这种行为影响身心健康，破坏两性之间的人际关系，甚至带来一些暴力事件，但并无减少的趋势。从性科学的角度分析，这中间有两个实质性的问题并没有得到解决。其一，社会化大生产的发展使人们的价值观发生了改变，也相继出现了新的性观念。那么，如何引导这些性观念与社会发展进步的水平相一致，与社会生活秩序相吻合呢？其二，结婚以后的性行为才是符合性道德规范的，但从全世界来看，性成熟的年龄普遍提早，而现代青年结婚年龄又逐渐提高，从产生性欲望到能够合法进行性行为活动，起码间隔了十几年的时间。这一生理心理上的矛盾冲突又怎样解决呢？显然，单靠强化性的伦理教育并不能解决问题。

婚外性行为也是性错误的典型表现，包括通奸和姘居两种形式。现实社会生活中，以通奸者为主，但在沿海地区，姘居形式有增加的趋势。尽管婚外性行为也是双方自愿的，但这直接违背了一夫一妻的婚姻制度，是一种违法行为（违反《婚姻法》）。

婚外性行为的情况非常复杂，有逢场作戏者，有夫妻感情死亡者，有反抗包办婚姻者等。尽管婚外性行为都有破坏家庭关系，败坏社会风气的作用，但在处理上应该非常慎重。除了加强法制教育，提高道德水平外，还要特别注意几个问题：（1）、夫妻关系必须真正建立在爱情基础上；（2）、婚后的生活要十分注意巩固和发展爱情；（3）、一旦夫妻感情确已破裂，应该用离婚的方式来进行解决。

三、性犯罪

性犯罪是侵犯人身权利和危害社会秩序的严重犯罪之一。由于世界各国社会文化背景不同，对性犯罪所包含的内容也不尽一致。我国刑法中关于性犯罪的具体罪名有、强奸、轮奸

罪；奸淫未满14岁幼女罪；强迫妇女卖淫罪；引诱、容留妇女卖淫罪；流氓罪（流氓侮辱妇女，流氓淫乱）。

强奸和轮奸，是最严重的性犯罪，在世界各国，都非常强调对强奸犯罪的严惩。奸淫幼女，也是性质恶劣的严重性犯罪。无论何种性犯罪的类型，都涉及到罪犯和受害者两个方面。对于性犯罪者来说，除了存在着精神活动的病理障碍（如精神分裂症的发病期）或精神发育不全（如痴呆）外，都要承担法律责任。但从一些心理学的研究来看，性犯罪者普遍存在着情绪易激惹、意志特征薄弱、智力相对低下、人格偏离甚至分裂等心理特征。当然，导致性犯罪的原因是多种多样的，但上述心理学的研究也为预防性犯罪提出了一些客观依据。

性犯罪的受害者特别是女性受害者，其心理创伤的程度是极为严重的。国外一些研究指出，强奸对一个妇女来说是一次危机时期，其心理影响可能持续半年以上。妇女在遭受强奸或强奸未遂以后所产生的一系列情绪变化，被称为“强奸创伤综合症”。值得强调的是，由于封建传统观念的影响，人们往往对被强奸的女性表示鄙视，以致这些受害者痛苦的心灵上又被扎上一刀，有的甚至被迫自杀。这种封建观念的影响，使一些受害者不敢报案，从而助长了强奸犯罪活动。

对于被奸淫的幼女受害者来说，家庭和社会偏见带来的心理刺激，似乎比奸淫更为严重，这也许与幼女的性发育尚未成熟有关。从性社会化的进程来看，对这些幼女受害者应当尽量回避奸淫的话题，在其它方面应满腔热忱地关怀和帮助她们，力求把她们潜在的心理创伤降低到最低限度。

青少年性犯罪更是当前严重的社会问题。其原因主要有：其一、性发育的成熟诱发了性冲动，当缺乏科学的性知识时，就会形成性犯罪的动机；其二、家庭或社会不良环境的影响，不但强化了这种动机，而且为性犯罪提供了方法和手段；其三、文化素养和认识水平的低下，使这类青少年缺乏应有的性道德观念；其四、青少年的心理状态和社会适应能力还不完善，对性犯罪的内在抵抗力低，当条件具备时，可能将性犯罪的动机转化为行动。因此，要防止青少年性犯罪，必须改善家庭和社会环境、提高文化素养、加强社会化培养、进行性知识和性道德教育等方面着手。

第六章 性行为的心理学基础

第一节 个体性心理的发展

心理的个体发展，是从胚胎、出生到成熟、衰老的一个终生过程。性心理作为心活动动的组成部分，当然也不例外。研究个体性心理发展的学科称为发展性心理学 (developmental sexual psychology)，这是性心理学的基础。通过研究，可以揭示性心理在不同年龄阶段的发展变化过程，给维护性健康提供心理指导。

一、儿童期

新生儿的心理活动尚处于感觉阶段，性心理仅仅表现出对刺激性器官的感受性反映。大约在7—10个月婴儿开始把感觉和性行为协调起来，在外界环境因素的影响下，开始了性心理和性角色的形成过程。

在弗洛伊德的“婴儿性欲学说”中，把儿童性心理的发展归纳为五个阶段。第一阶段：口欲期 (oral stage)，约从出生到一岁。这个阶段的性快感区是嘴和唇，婴儿的吮吸活动，表现了最初的性欲冲动。第二阶段：肛欲期 (anal stage)，约一岁到三岁，这一阶段的性快感区是肛门和肠粘膜。小孩对大便的储存和排泄，可得到性快感的体验。第三阶段：性器期 (phallic stage)，约三到六岁。这一阶段开始出现了手淫行为，使性器官得到满足。性好奇心使男孩产生了“阉割情结” (castration complex)，使女孩出现了“阳具羡慕” (penisenvy)。性心理的变化使男孩出现了“恋母情结” (oedipus complex)，使女孩出现了“恋父情结” (electra complex)。第四阶段：潜伏期 (latency stage)，约在六至十二岁青春期开始。此时儿童开始停止对异性的兴趣，更喜欢与同性交往。第五阶段：生殖期 (genital stage)，从青春期开始。这个阶段个体的异性恋行为日益明显和成熟，性欲活动真正以性器官为主导。尽管对“婴儿性欲学说”尚有一些争论，但它为现代儿童性心理学奠定了基础。

儿童期的性心理发展有以下一些特点：

1. **儿童手淫** 儿童手淫在男孩身上表现为玩弄性器官，在女孩身上表现为大腿反复分开闭合的夹腿动作。据国外一些资料报告，5岁以前的儿童大约20—30%有这种行为。许多学者证实儿童手淫时，出现类似成人性高潮时的生理反应。儿童手淫是否能获得性快感呢？这是目前尚在争议的问题。

2. **性心理认同** 性心理认同是指个体对自己性别归属的确认。在大多数人身上，生物、心理、社会的性别应该在一个统一体中。性心理认同的确立时间，目前的调查研究表明是在3—6岁。一些性变态者的生物性别与心理性别开始出现分离的时期，也可追溯到这一阶段。

3. **性角色的进入** 生物学因素只是决定了儿童的性身份，性角色的进入依赖于后天的学习。一些研究指出，性身份的主要决定因素在18个月时就已充分发育。因此从出生以后就注意性角色的培养，关系到儿童性心理健康发展。

4. **性认识** 有关性的第一印象，是在儿童期建立的大约在两岁左右，儿童就能识别同

性和异性。尽管随着性心理的发展和性认识的深化，个体会不断修正早期的性印象，甚至在意识领域中遗忘。但是，早期的性印象对成年以后的性行为往往产生不自觉的干扰。

二、少年期

少年期在发展心理学上又称为学龄中期，一般指10—15岁这样一个年龄阶段，这一阶段包含了青春期的绝大部份。此时，性意识开始形成，并且从不稳定向稳定发展。心理学家赫洛克，把性意识的发展分为四个阶段。第一阶段：性反感期（sex antagonism），约9—11岁，表现为有意识地疏远和回避异性。第二阶段：“牛犊恋”期，也称为“偶像崇拜”（idolatry），约12—13岁，表现为对年长异性，特别是自己心目中的偶像的追求和想往。第三阶段：性接近期（sex contiguity），表现为同龄两性之间有目的的接触，这一阶段的14—15岁。第四阶段：恋爱期（love stage），一般16岁以后，性意识已基本稳定，表现出目的明确的两性交往。许多研究也证实或大致证实了这一性意识发展的阶段性规律。

少年期的性心理发展有以下一些特点：

1. **性成熟的心理体验** 少年期标志着生理上的性成熟期开始，性发育的典型特征就是女性的初潮和男性的首次遗精。由于一种陌生的生理现象产生，新的心理体验和行为反应也相继产生。此时，内分泌系统功能的不稳定使得情绪易于波动，可能出现焦虑不安、精神紧张等不良的心理反应。

2. **性追求与性爱慕** 这一阶段渴望了解异性的心理需求比较明显，这与儿童期对异性的好奇有所不同。少年期的性追求是主动的，并可能通过各种途径进行努力，这种追求在很大程度上是为了对性的实质进行探索。性追求的另一种形式是获取性知识，其动机与前者基本一致。在此基础上，可出现性爱慕，也称为中学恋情。性爱慕与青年的恋爱并不相同，其社会化程度低，理想化程度高，是少年期男女友谊的特有形式。

3. **性幻想与手淫** 性幻想是性成熟期带有特征性的心理现象，是性爱慕反应强烈的延续性表现。其表现形式为，把社会文化环境中获得的一些性爱情节，与自己心目中所爱慕的异性联系在一起，虚构出自己性活动的过程，有的甚至完全进入性幻想中的角色。手淫，也是少年期常见的性行为活动，常常与性幻想联系在一起。由于不少男女少年对手淫缺乏正确认识，往往会带来严重的心理负担。

三、青年期

青年期的年龄跨度很大，一般包括了16—35岁这样一个阶段。从性心理发展来看，历经了恋爱期性心理，新婚期性心理，婚后性心理三个时期，每个时期都有不同的特点。

1. **恋爱期的性心理** 青年期的性意识已基本成熟，男女之间的交往目的是为了确立爱情关系，继而建立家庭。这一过程就是恋爱。由于恋爱中充满了激情和冲突，因而心理活动和行为表现会发生很大的变化。从情感来说，热忱和疑惑交织在一起，从需要来说，强烈的心理吸引和性冲动互为因果而出现。在恋爱中，性心理表现出以下一些特点：其一、排他性，表现为把恋人归属于自己所有，一切必须以自己的意志为转移；其二、冲动性，表现为在热恋中的激情难以受理智控制；其三、波动性，表现为情感反应强烈易变，心理指向范围缩小。恋爱期的这些特点本来是正常的心理反应，但若反应过度而又未能很好地进行调适，就可能带来心理困扰。

2. **新婚期的性心理** 新婚期的性心理主要体现在性交和性爱两个方面。初次的性交活动对男女双方来说，都可能产生焦虑和恐惧，并不易获得成功。男性多为提早射精，女性多

为性交恐怖或疼痛。这些现象并非病理状态，只要掌握一些性交技巧，作好相应的心理准备，是会很快达到成功的性交活动。新婚期的性生活除了性交外，更重要的是性心理和谐，也就是培养性爱心理。性爱，是两性生活的凝聚力，表现为双方情感的高度融洽，以及夫妻之间的互相理解，互相尊重和互相爱护。

3. 婚后的性心理 当彼此熟悉了身体的每一个部份后，性生活的神秘感将逐渐消失，有可能出现性爱淡化的趋势，这是婚后性心理的突出表现。为了巩固和发展性爱，男女双方都要努力使两性生活方式不断更新，情感交流不断完善，使性爱随时保持“不满足”的状态。

四、老年期

老年人的性心理，是发展性心理学中一个容易忽视的环节。其原因主要在于传统观念的影响，认为老年人不应该有性活动。事实上，正常而适度的性生活，是老年人保持健康长寿的基本要求之一。日本一项研究指出，在对500名老年男性的调查中，有90%的人存在着性欲。美国在对241名白人老年女性的研究中，发现有性交生活者占30%左右。一方面，老年人存在着性交的要求，另一方面，传统观念又妨碍着老年人的性活动，这样就形成了强烈的心理冲突。

诚然，由于生理性的衰老，老年人的性器官也存在着不同程度的衰退现象。在男性，阴茎勃起的硬度轻度减弱，射精强度下降。在女性，阴道粘膜轻度萎缩，阴道分泌物减少，性交疼痛增多。但是，这并不意味着老年人已丧失了性能力。只要采取一些必要的措施，仍能成功地进行性交，并能获得满意的性高潮。反之，如果长期避免性交活动，反而会形成性器官和性功能的废用性萎缩。

老年人性心理的另一典型特征表现为伴恋。由于他们的社会角色和家庭角色发生了很大的改变，失落感特别明显。他们害怕孤独、需要配偶；害怕寂寞、需要交际；害怕冷落，需要爱与被爱。老年伴侣之间的性爱和情感，有时比中青年更为强烈，因为一些影响夫妻感情的心理社会因素几乎都不存在。因此，老年人的性生活并不仅是性交，更重要的是情感上的交流，心理上的依赖和协调。老年人的这些性心理特点，有利于相互分享快乐，增强生活的信心，提高生活的适应能力。

根据华生发展心理学的观点，个体行为的变化和发展贯穿在一生的始终。因此，对人类性心理的研究不能截然按年龄阶段分开。个体早年的心理固然对成年后的性行为有影响，但社会环境因素使得性心理不断发展。因此，应该把个体的一生看作一个动态发展的整体，综合多因素来认识和研究个体的性心理。

第二节 心理活动对性行为的影响

在人类的性活动中，处处都反映出心理活动的影响。不同的年龄阶段和不同的群体，性心理活动都有不同的特点，但这些特点都是建立在基本心理活动的基础上。基本心理活动包括心理过程和个性心理特征，心理过程又由认知活动、意向活动和情绪活动组成。本节就上述四个方面对性行为的影响，进行初步剖析。

一、认知活动

在认知活动中，与性行为关系最为密切的是触觉、嗅觉、视觉等综合的感知活动，性兴奋的过程就是靠感知活动来激发的。

触觉既是唤起性兴奋的最初感受，又是性行为的主要体验。其主要表现形式为抚摸、拥抱、亲吻和性器官摩擦。个体身上有一些对性刺激非常敏感的部位，如性器官及周围皮肤、大腿内侧、乳房等，这些部位称为性感区。对性感区进行抚摸，可以唤起性兴奋或加快性兴奋的过程。接吻也是一种强烈的性刺激，因为嘴唇是皮肤与粘膜移行的一个敏感区域，类似于男性阴茎的冠状沟和女性的阴唇内侧，两性之间强烈的亲吻会产生明显的性快感体验。拥抱是肉体的初步结合，对于刺激性欲冲动有直接意义。性器官的摩擦，是触觉表现的特殊形式，性兴奋及性高潮的心理体验，大部分是从性器官摩擦中产生的。一般而言，女性对触觉引起的性快感，比男性体验得更深。

气味在性爱者之间，具有特殊的沟通作用。无论是男性还是女性，都会对异性的特殊味产生性诱惑。特别是在多次的性体验中，异性的气味可以成为唤起性兴奋的重要刺激因素。为了充实性爱的交流，人们往往会选择不同香型的香水。一些研究表明，最具有性刺激的香味是麝香型，因为它与人体青春所特有的气味最接近。

人的视觉是反映客观现实的第一媒介，在选择性目标和进行性活动中，视觉的作用显而易见。性感体征是性活动中的重要刺激物，但其刺激作用是通过视觉来完成的。国外一项对性刺激视觉反应的实验指出，男性对女性体态关注的部位因人而异，一些人对隆起的乳房敏感、一些人对丰满的臀部敏感、还有一些人仅注视女性的大腿就会产生性兴奋。在两性行为中，“既隐蔽、又暴露”的体态，往往成为强烈的视觉性刺激，可以加速性爱的启动和兴奋。

除了感知活动外，表象和联想也可以进一步和谐性生活。表象是指在记忆中保持的客观事物的形象，联想是指由当前事物而回忆起另一相关的事物。在两性活动中，常常会出现一方的性兴奋已经唤起而另一方还处于静息状态，后者就可以用表象回忆以往性行为时的具体情景，从而促发性兴奋。特别是更年期和老年期的性生活，尽管他们由于性激素分泌的减少而减慢了性反应的速度，但在记忆系统中留着的性行为痕迹，可以继续唤起性兴奋。

思维活动是人类的高级心理活动。在人类的性活动中，从两性交往到性爱，然后到性行为，无一不体现思维的作用。认知活动在性行为中的作用是以思维为主导，以感知活动为性刺激的主要方式，以记忆活动协调性兴奋过程，综合地发挥作用。

二、意向活动

意向活动体现了个体如何对待客观世界，其主要形式有需要、动机和意志。性刺激作用于个体后产生性需要，性需要激发了性实践的动机，而性动机又受着性意志的调节，使性行为得以进行或不能进行。

性需要就其自然属性来看，是繁衍后代和满足性欲的生理反应；从社会属性来看是性爱与情爱的心理反应。性需要构成非常复杂，是自然属性和社会属性的统一体。从需要层次理论进行分析，人类的性需要也存在着由低级向高级排列的层次结构（图6-2-1）。

这个层次结构表明了性需要是具有整体和系统性，缺乏其中任何一层都可产生性心理的缺陷。

性动机是激励个体性实践的主观原因，它由生理性的性欲动机和社会性的性爱动机共同组成。人类的性动机是在性需要的基础上产生的，并受以下一些因素的影响：（1）性激素水

- 自我实现的需要——长久的性和谐与性爱的升华
- 尊重的需要——性对象的相互尊重和理解
- 爱与相属的需要——性活动中爱与被爱
- 安全的需要——性关系中的依附作用
- 生理的需要——繁衍后代，满足性欲

图 6-2-1 需要层次理论与性需要的关系

平。个体发育到性成熟后，体内的性激素达到足够的水平，性行为才能具备条件。无论是男性还是女性，对性行为影响最大的均为睾酮的水平。(2)生物节律。性动机的生物节律影响，以女性为明显，其变化与月经周期相一致。在排卵期和月经来潮之前，女性的性动机最易激发。(3)社会文化环境。这是影响性动机的主要因素，也是与动物的根本区别。包括有各种性刺激物、性交交流、性羞涩、性道德规范等。(4)性体验。性快感体验较深的个体，性动机容易激发；性压抑较重或性创伤较深的个体，性动机的水平大为下降。影响性动机的因素实际上是相互关联发生作用的，其中起着决定性作用的因素，就是性意志。

性动机能否转化为性行为，这就需要意志的调节。在两性活动中，满足性要求是人类自身的权利，但这种权利并不能无限制地实现。因为，性的权利和性的责任是相互相存的，在实现满足性欲、追求性交、培养性心理等权利时，必须考虑到家庭关系、夫妻感情、社会道德规范等责任。权利责任的统一，正是两性活动中性意志的主要作用。

性意志的实现是个体自我调节其性行为的一个复杂过程。当性活动中的权利和责任一致时，性意志就促使性行为的实施；当性活动中的权利和责任发生冲突时，性意志将阻碍性行为的进行。对于后一方面来说，往往需要作出更大的努力。

性意志并不都表现为行为活动，在很多时候还表现为期待。性意志坚强者，在期待过程中寄托着性爱的信念，并不断强化，这种期待是对两性关系是否真正牢固的最好考验，也是对性交价值观检验。如果性意志薄弱，在期待过程中往往会半途而废。

三、情绪活动

情绪和情感是人类最复杂的心理活动之一，也是人类性生活最重要的一个方面。近代心理学把情绪概括为喜悦、愤怒、恐惧、悲哀四种，从这四种基本的情绪活动可以衍生出若干复杂的情绪反应。积极的情绪活动，可成为性活动的催化剂和调节剂；消极的情绪活动，会带来不同程度的心理损害，甚至导致性障碍。

在性活动中，欣赏情绪表现为性愉快和性羞怯。性愉快是一种复杂的情绪体验，各种方式的性行为都可以引起肉体上的愉快感，各种性交活动也可引起精神上的愉快。在两性活动中，性愉快的体验实际上是肉体和精神的结合。从生理反应的角度考虑，性愉快可促使机体内环境的平衡，协调身心机能；从社会化的角度考虑，可不断激发生活热情，使社会生活更富有感染力。性羞怯是性活动中较高层次的情绪活动，与性爱的关系很密切。性羞怯本来是对性行为活动的一种掩饰，或者说是一种防御机制，但随着人类性活动的发展和情感容量的不断丰富，它在性行为中的作用越来越重要。其一，性羞怯能进一步增加性爱的吸引力；其二，能激发和调节性爱的情感及情操；其三，能进一步和谐两性关系；其四，能启动性兴奋，诱发性高潮。性羞怯的表现形式很多，在两性交往中，表现为面红耳赤，含情脉脉，用无意识的动作来掩饰内心世界；在性行为中，表现为依偎，半推半就、用假意的推诿来激发性冲动。

性活动中愤怒的情绪主要表现为性嫉妒和性冷酷。

性嫉妒是性活动中最常见的情绪反映，其实质是对性爱的一种保护性措施。性嫉妒有积极和消极两方面的作用。前者体现了性爱的深度，有助于夫妻双方的情感建设；后者可能产生怀疑和仇恨，从而损害两性关系。性嫉妒在性活动中是必要的，但要注意掌握其尺度。性冷酷是两性关系中最具有破坏作用的情绪反映，它意味着性爱的亲合力急剧下降，几乎趋于零点。这情绪体现在性行为中，可能出现“施虐”的心理状态，把方些作发泄性欲的工具。性

冷酷的另一种形式是，表面相敬如宾，内心冷酷如冰，这在文化程度和社会地位较高的人身上比较突出。性冷酷对男女双方的身心状态都是有害的。

在性活动中，恐惧情绪主要表现为性焦虑和性恐惧。性焦虑往往与性活动的失败有关，特别是缺乏性的科学知识者，偶而一两次性交失败就可能引起焦虑不安。焦虑又会使下一次性交失败，因而形成一种恶性循环。性焦虑是各种性适应不良和性机能障碍的主要原因。性恐惧主要表现在两方面：其一、婚前或婚外的性行为；其二，缺乏感情基础或缺乏性知识的新婚夫妻的性行为。长期的性恐惧，可降低兴奋的感受性，甚至产生性厌恶或性欲抑制。

悲哀情绪在性活动中主要表现为性失望和性抑郁。性活动中的失望既可出现在性交过程中，也可出现在性爱过程中，这是对性心理和性行为不协调的典型反应。如果夫妻双方能够在性实践中总结经验，加强情感建设，失望情绪会逐渐消失。否则，将会出现性抑郁，表现为对一切性活动都冷淡。性抑郁是一种病理的情绪反应，对肉体和精神上的伤害都很明显。

四、个性特征

认知活动、意向活动，情绪活动，是人们在反映和对待客观事物时的心理活动，除此以外，还有能表现个体特点的个性心理特征。个性心理特征一旦形成，一般不易改变，在人的身上表现得比较稳定。因此在性行为活动中，不同的个性也表现出不同的特征。

个性由能力、气质、性格等因素组成，其分类方法尚多。基本的个性类型可分为外向稳定型内向稳定型、外向不稳定型、内向不稳定型四种，与气质和神经类型的关系如下：

表 6-21 个性类型、气质类型、神经类型的对应关系

个性类型	外向稳定型	内向稳定型	外向不稳定型	内向不稳定型
气质类型	多血质	粘液质	胆汁质	抑郁质
神经类型	强、均衡 灵活型	强、均衡 不灵活型	强、不均衡 灵活型	弱、不均衡 不灵活型

外向稳定型者，在选择性对象时易受直观印象的影响，当发现理想的异性时，反应迅速而强烈，属于“一见钟情”型。在性爱过程中热情奔放，容易获得异性的欢心，但性爱对象较易转移，可能会同时取悦于几个人。在性交过程中，容易唤起性兴奋，性高潮产生较快，但精力易分散，性交后常感明显的疲惫。

内向稳定型者，择偶过程多从友谊发展到性爱，性对象一旦明确，往往不易转移，属于“共同语言”型。在性爱过程中善于忍受和等待，使异性感到稳重，但因有时反应迟缓，对方会感到不快。在性交过程中，性兴奋的唤起较缓慢，但持续时间较长，精力较集中，性行为偏重于理智。

外向不稳定型者，择偶非常冲动，一旦认准目标后便发起迅猛的进攻，属于“感官满足型”。在性爱过程中粗犷而性急，情感易爆发，甚至可以为爱人作出无谓的牺牲，但如果感到失望，也会产生过激的行为。在性交过程，性兴奋极易唤起，但往往缺乏自制力，性行为常以自己为中心。

内向不稳定型者，对异性敏感而胆怯，不善交友，常在一些外部因素的作用下促成择偶，属于“委屈求全”型。在性爱过程中被动而缓慢，尽管内心的情感体验很深，但不易外露，易使对方认为冷冰冰的。在性交过程中，性兴奋的唤起非常缓慢，而常为微小干扰而伤感，性高潮较难达到，性快感体会不深刻。

在实际生活中，上述四种典型类型的人所占比例很小，一般为以某种类型的特征为主，兼有其他一种或数种类型的特征。用陈氏气质量表对四种基本类型进行测定，可分析出十二种不同的类型；用艾森克、卡特尔或明尼苏达个性量表进行测定，其类型更多更细。值得强调的是，个性特征并无好坏之分，无论哪种类型，在心理活动和社会适应能力上都有优点和缺点，在性活动中也不例外。性心理咨询的目的在于根据个体不同的情况进行心理和行为调整，以求互补。个体也可以根据自身的情况进行不断的调适。

第三节 性健康与性心理健康

一、健康的标准与性健康

医学界一般是从生物医学模式 (bio-medical model) 的角度来考虑健康和疾病的问题，认为生物学指标是判断健康和疾病的最终标准。所谓健康，就是指没有症状，用客观测量的方法找不到身体某一部分发生病变的证据。所谓疾病，就是指从生物学统计的常模上可以观察到的偏离，而机体也出现偏离正常值的物理变化或化学变化。然而，这种关于健康和疾病的概念是不完整的，其原因有以下几点：

1. 不少疾病在早期并不能查出病变的证据，或者一直没有实验室依据，但并不能说这个人没有疾病或身体健康。

2. 一些个体有病理体征、如龋齿、脚癣等，但一般不认为是病人。

3. 一些人机体的理化指标长期在正常范围以外，但没有症状，也很难认为是病人。

4. 一些人的症状明显，但没有疾病证据或实验室依据，也不能排除在病人之外。

5. 在不同的历史阶段和不同的社会文化背景中，疾病与健康的标准并不一样。

那么，怎样全面地认识疾病和健康呢？首先分析一下疾病的几个含义。

Disease、表明病人的躯体器官有器质性病变，或功能不正常。这种异常状态可以进行客观测量。这是从生物学的角度认识疾病。

Illness、表明病人有主观不适的感受，如疼痛、焦虑、烦躁……，也就是说有症状。这是从心理学的角度认识疾病。

Sickness、表明病人不能进行正常的社会生活，失去了健康人的行为。这也是他人的客观评价。这是从社会学的角度认识疾病。

因此，上述三方面中只要有一方面存在，就可以认为有疾病。

由此可见，健康的标准也应从生物学、心理学、社会学的角度综合考虑。这正是当今生物心理社会医学模式 (bio-psycho-social medical model) 对健康进行的全面概括，其具体内容：

1. 机体没有器质性或功能性异常；
2. 心理状态良好，没有主观不适的感觉；
3. 社会适应能力强，没有公认的不健康行为。

联合国世界卫生组织 (WHO) 正是从这几个方面给健康下了一个完整的定义：“健康不仅仅是没有疾病，而且是身体上、心理上和社会适应能力上的完好状态。”

性健康 (Sex health)，也是立足于生物存在、心理存在和社会存在的基础上，产生了一个与传统观念截然不同的新标准。现概括如下：

1. 性系统的解剖结构和生理功能正常。包括性染色体、性激素、性器官和第二性征发

育正常，没有缺陷和病理反应。

2. 性心理发育正常，性反应适度，性心理和谐，个性的性心理特征稳定。

3. 两性交往和性行为活动与社会文化环境一致，性活动的社会适应性较强，没有旁人认为的异常性行为。

临床性心理咨询的范围，主要是2、3两项的不正常情况，也包括由第1项引起的2、3两项不正常。

二、性心理健康

临床性心理咨询的目的主要是为了维护和促进性心理健康，因此，首先必须明确什么是性心理健康。过去，关于性心理和性行为的正常与否，存在着若干种观点，归纳起来大概有三个方面的。其一，认为在社会生活中，绝大多数人的性心理活动和性行为表现有一个平均值，这个平均值就是正常的标准；其二，认为每个人在他过去的性生活中有一种普遍的行为模式，如果在某一阶段的性心理和性行为背离了这个模式，就被视为异常；其三，认为人的性心理和性行为有一个理想标准，这种标准应该不受历史阶段和社会背景的影响。诚然，这三个方面都有合理的地方，但也都存在着片面性。既然是确定性心理健康的标准，应该根据心理学的原则，从心理活动本身的特点来分析正常与异常。从这一原则出发，试图提出以下标准。

第一、性心理活动与客观环境的统一性。由于心理现象是对客观现实的反映，所以任何正常的性心理和性行为，在形式和内容上都必须与客观环境一致。青春期的性冲动是在外界的性刺激作用下产生的，如果在没有性刺激物的情况下，成天沉沦于性冲动中，其性心理是不健康的，这就出现了“白日梦”。摩擦癖者在公共场所下用性器官活动来满足性需求，这种性心理也是不健康的。

第二、性心理的认知活动、意向活动与情绪、活动协调一致性。尽管人的心理过程为知情、意三个方面，但相互之间具有协调一致的关系。如果一个人用欢快的语气向他人描述自己遭受性侮辱的情节，或者在炽热的性爱活动中表现出非常痛苦，其性心理是不健康的。

第三、个性的性心理特征相对稳定性。一个人的个性心理特征，形成以后就相对稳定，这种特征是区别于他人的标准，在没有严重的社会心理应激因素时，个性特征一般不易改变。如果一个充满性爱激情的人突然变得冷漠生硬，一个遵从传统性交模式的人突然热衷于口淫，他们的性心理也是不健康的。

然而，这三个标准主要是理论上的划分，在实际生活中，性心理的表现非常复杂。即使在性心理健康的人们中，还存在着健康水平的高低问题。在进行临床性心理咨询中，仅用上述三个标准来区分是很粗糙的，这样也给解决问题带来了一定的难度。实际上，性心理健康的标准乃至心理健康的标准，正是目前国内外心理卫生专家研究的课题之一。综合国内外有关资料和性心理咨询的实践，可以初步提出一些参考标准。

1. 性心理活动与性行为表现基本一致。
2. 性心理、性行为的特点与生理年龄基本上相符合。
3. 性活动情绪积极稳定，与当时所处的情境相适应。
4. 能随时调整自己的性行为，调适性心理。
5. 性活动中的个性特征完整和谐。
6. 性心理状态与社会环境协调。
7. 在两性人际关系中，能较好地进行社会性适应和互相适应。

第七章 性心理咨询的基本要求

第一节 概念及目的

心理咨询 (Counseling) 是心理学应用的重要组成部分, 在医疗、教育、管理、司法等领域内都可发挥作用。在国外, 心理咨询一般分为四大类, 即: 学校心理咨询、职业心理咨询、临床心理咨询、性心理咨询。

性心理咨询 (Sex counseling) 是临床性心理学的最主要部分。由于这项工作处在不断发展和不断完善的过程中, 所以很难下一个明确的定义。特别是在我国, 这项工作还处于起步阶段, 所以只能对性心理咨询的一些特点进行概括, 然后提出一个尚不完整的概念。

在性心理咨询中, 要求提供帮助的是一个人或者一对夫妻, 这构成了咨询的一方。这一方可能是存在着性疾患、性障碍的病人, 也可能是缺乏性科学知识的正常人, 因此称为来访者。另一方, 则是能够提供帮助包括能进行性治疗的心理医生。尽管心理医生能够给予来访者帮助, 但这种帮助并不是使来访者被动接受, 而是要调动其机体本身的积极因素, 靠自身的力量来调整 and 适应生活。从另一方面来看, 虽然来访者表现出各种各样的性苦恼, 但绝大多数的性能力并不存在问题, 只要解除了心理上的压抑, 就能恢复正常的性生活。

从上述一些特点出发, 可以这样认为: 性心理咨询, 是心理医生与来访者之间进行会谈, 建立良好关系, 并通过劝告、解析、指导、教育、性治疗等方式, 帮助来访者恢复性健康、适应性生活的过程。

在个人或家庭生活中, 每个人都会面临着程度不同的性冲突。有的人虽然可以处理自己的性问题, 但也难免产生一些苦恼; 有的人尚能部份处理自己的性问题, 但往往出现焦虑、忧郁等不良的情绪反应; 有的人对自己的性问题束手无策, 在性生活中形成恶性循环; 有人对自己异常的性行为不能认识, 甚至为其合理性千方百计找依据。人们在面临着性冲突时, 往往需要重新认识自己, 需要弄清自己的环境条件和适应方法, 需要进一步明确今后生活的目标。这样, 将求助于性心理咨询。实际上, 每个人的身上都存在着克服冲突和适应环境的能力, 只要能够认识到这种力量, 不少性问题就能得到解决。但是, 存在着心理困扰或心理失调的人, 往往不相信自己的力量, 这就需要心理医生提供适当的帮助。

因此, 性心理咨询的目的, 就是帮助来访者发现自己的性问题及其产生的根源, 帮助来访者意识到自身的力量, 弄清自己的行为和生活, 帮助来访者对自己的现状和未来作出决定, 以提高对生活的适应性和调节环境的能力。简而言之, 就是帮助来访者发现问题, 并启发他依靠自己的力量去解决问题。

广义的性心理咨询包括了性治疗, 但严格地说, 这两者是有一定区别的。性治疗 (sex therapy), 是运用心理治疗和行为训练的要求, 并结合一些治疗仪器, 给各种性障碍及性变态者提供帮助。性治疗的对象是病人而不是正常人, 在治疗过程中, 心理医生处于主动地位, 有时甚至要采用一些强制性措施。

由此可见, 性心理咨询并不是依靠心理医生来解决问题, 不是让来访者盲目被动地服从

心理医生的指令。咨询实际上是一个发现问题和认识问题的过程，在这个过程中，要求来访者诚实地对行为和生活进行自我观察，对改变当前的状况提出措施，对如何提高今后性生活的质量作出选择。在性心理咨询的实施程序中，心理医生和来访者的关系是平等的，对存在的性问题和与其相关的问题进行互相探讨，共同研究。心理医生只是用心理咨询的技巧给来访者提供帮助，在解决具体问题上，来访者本身居于主动地位。

为了进一步理解性心理咨询的目的，再把它与性治疗作一些比较。

1. 性心理咨询的对象既有病人也有正常人，当然这些正常人对存在的性问题深感矛盾和冲突。然而，一旦真正认识到这些冲突时，性问题会很快得到解脱。而性治疗的对象是病人，在解决性疾患或性障碍时需要采用一定的治疗程序。在这一点上，主要的区别在于来访者对自身角色的评价，以及他们的需要。

2. 性心理咨询的目标主要是发现问题，当然，在咨询过程中也含有解决问题的成份。而性治疗的目标侧重是如何解决问题。

3. 在咨询关系中，心理医生的角色并不完全等于医生，他与来访者是处于平等地位，共同对性问题进行探讨，并以来访者为中心。而性治疗医生的角色是完全的医生，患者必须服从治疗措施才能解除疾患。

4. 性心理咨询在获取来访者的信息上，需要按特定的程序了解大量的问题。而在性治疗中，重点是实施治疗程序，对患者的问题只需进行大致了解。

既然性心理咨询的基本目的是帮助来访者发现问题，那么以下两点要特别注意：

第一、性心理咨询中的角色问题。

心理医生和来访者是性心理咨询组成的两个方面，缺少其中任何一个方面都不能构成咨询关系。这两方面的角色问题，是性心理咨询中要注意的首要问题。

不言而喻，在性心理咨询中，心理医生起着主导作用。这是由于心理医生具有丰富的医学生理学基础和临床经验，能够把人们的一些常识心理现象上升到科学心理学的高度。在咨询过程中，心理医生的每一句话、每一个动作，都是在运用心理学的技巧帮助来访者发现问题。在对各种性问题的解决和适应方面，心理医生受过专门的训练，在错综复杂的心理现象及行为活动面前，他们具有探测内心实质的专业技巧。因此，来访者常常把他们当作知心朋友，愿意倾诉自己的内心秘密。这使其心理医生能为来访者提供更为有效的帮助。而这种帮助，又往往是来访者的亲人和朋友难以胜任的。

然而在咨询过程中，来访者的角色往往被忽略，或者往往被理解为需要提供帮助者。事实上，来访者是性心理咨询中的主体，是实现咨询目的的主要力量。因为，各种性问题最终要靠来访者自身的力量来解决，只不过这种力量暂时被掩盖起来了。在咨询中，来访者不只是消极的信息接受器，他们对心理医生的言行要进行观察和思考，并以自己特有的方式吸收，以自己独特的行为表现出来。如果来访者的主观能力受到压制，对心理医生形成了心理依赖性，咨询的目的将不会达到。

因此，在性心理咨询的过程中，心理医生必须随时洞察来访者的心理变化，随时调整自己的言语和行动，注意把自己摆在配合的角度，而不要处处以“主宰者”的角色出现。

第二、性心理咨询中的渐进性和反复性

人类性心理的形成和发展，并不是直线上升的，无论是正常还是异常的心理状态。来访者出现的各种性问题，是长时期接受了若干社会信息的结果，而这些促成因素又非常复杂。

因此，要想在短时间内取得预期的效果，要想一、二次咨询就一劳永逸不再反复，是不现实也不可能的。

对于一些来访者存在的性问题，心理医生也许很快就能明确问题所在。但是，如果不从帮助来访者发现问题着手，而一开始就进行劝说或提出建议，显然没有作用。在帮助来访者发现问题的过程中，如果不是逐渐启发，而是迫不及待地提出过高要求，效果也不好。如果在咨询后对来访者不进行定期回访，即使暂时达到好的效果，也会出现反复。因此，在性心理咨询中，心理医生要充分估计到咨询过程的渐进性和反复性，作好相应的心理准备。同时也要启发来访者认识到这种复杂性，不断培养他的自信心，这样，才能有效地挖潜来访者的自身能力，从根本上解决性问题。

第二节 形式与范围

一、性心理咨询的形式

性心理咨询由于时间、地点、对象的不同，存在着若干的咨询形式，其基本形式有以下几种。

(一) 门诊咨询

门诊咨询以往多限于在精神病院，后来发展到综合医院，进一步又形成了社区性的独立心理咨询机构。一般而言，门诊咨询应该由心理医生、心理测量人员、社会工作者组成咨询小组，以便对性问题能进行综合分析。门诊咨询的范围及内容应事先公布，使来访者能有的放矢地就诊。

门诊咨询主要是进行个别咨询，也就是说，只有一个心理医生和一个来访者。由于性问题存在着很多隐私，这种方式能消除来访者的顾虑，使会谈深入下去。同时，心理医生也便根据来访者的情况随时进行调整，而不受其他因素的干扰。

门诊咨询也可以进行团体咨询，其咨询程序可以分为以下几步。第一步，心理医生根据来访者的具体问题，以及年龄、性别、职业、文化等一般情况，将同类的人组成小组；第二步，由心理医生对同类情况进行讲解和分析，主要是进行启发性分析，而不是匆忙作出结论；第三步，由来访者针对这些问题进行讨论，或通过角色扮演活动来揭示问题，亦可请已恢复健康的人作现身说法。

由于门诊咨询能够及时发现问题，并与来访者随时进行心理交流，因此是性心理咨询中最主要而最有效的形式。另一方面，由于来访者来自各行各业，处于不同的年龄和不同的文化背景，需要咨询的问题广泛而复杂，因此对心理医生的要求也较高。

(二) 通讯咨询

通讯咨询是通过书信往来而进行的，适用于路途遥远或不愿暴露身份的来访者。由于性问题的隐私性，故这种形式运用得比较普遍。通讯咨询的优点是能畅所欲言，并能打破空间距离的束缚，缺点是不能直接交流，了解问题不全面，只能根据一般原则提出指导意见，其效果不如门诊咨询。由于来访者信中的内容可能杂乱无章，缺乏重点，使心理医生难以处理，因而一些心理咨询机构在接到来访信后，常寄去专用的咨询病史提纲，以及相应的心理或行为问卷，让来访者按规定的形式填写并寄回。这样，可以相应提高咨询的效果。对于性问题比较严重的来访者，可以预约进行门诊咨询。

（三）家庭咨询

家庭咨询是性心理咨询的一种特殊而有效的形式。对已婚者来说，性生活以家庭为基本单位；对未婚者来说，性问题的发生和发展也与家庭因素有关。家庭咨询在帮助来访者发现问题的同时，还能提高家庭其他成员对性的认识，并通过坦诚的讨论来不断协调家庭人际关系，因此多能取得很好的效果。另一方面，心理医生进入家庭，可增加来访者的信任程度，扩大情感容量，为提高咨询效果提供了更多的条件。

（四）专栏咨询

专栏咨询是通过报刊、电视等宣传工具，对典型的性问题进行分析的一种咨询形式。目前国内不少科普刊物开设了咨询对话、咨询医生手记、性知识讲座等多种形式的专栏性心理咨询，给人们解答了不少问题。但严格地说，这只是普及科学知识的一种宣传形式，不是真正的性心理咨询，因此科普性强而针对性不强。专栏咨询的最大优点是量大面广，和人们生活密切相关的性问题可以吸引成千上万的读者，这是任何形式的性咨询也不能相比的。专栏咨询是性心理咨询的主要形式之一。

（五）现场咨询

现场咨询是指心理医生深入到学校、机关、工厂、社区等地方，对来访者提出的各种性问题进行分析和解答。由于现场咨询能对发生心理问题的背景进行较为深入的了解，所以对于解决一些相对集中的性问题效果较好。严格地说，任何地方的现场咨询都应设固定的地点和相应的咨询环境，这样就类似门诊咨询。另一种现场咨询的形式是在街头进行的，这只能算一种科普宣传。

（六）电话咨询

电话咨询一般应用于处理心理危机，在性咨询中，主要适用于处理强奸等恶性事件。由于电话咨询将不少人从死亡线上挽救过来，而且还防止了一些性犯罪，因此被誉为“生命线”或“希望线”。电话咨询在国外比较普及，目前除了处理心理危机外，还用于一般性的心理疏导、提供性科学知识和性行为指导，因此更受到人们的欢迎。在我国，由于客观条件的影响，电话咨询目前尚未开展。

二、性心理咨询的范围

由于性是人类生活中广泛存在的一种客观现象，因而性问题也是一种常见的问题。有性问题存在并不等于有了性疾患，为了提高生活质量，即使在夫妻的一般性生活中，也需要得到一些性科学的指导。这样，性心理咨询的范围就非常广泛。

美国性教育及咨询学会，把性咨询归纳为以下九个主要方面：

- （1）帮助有性发育问题的儿童及青少年；
- （2）帮助有性发育问题孩子的父母；
- （3）咨询青年人性关系方面的问题；
- （4）咨询成年人有关妊娠的问题；
- （5）咨询已婚夫妇性关系的问题；
- （6）帮助夫妻双方了解性的表达及性要求的变异；
- （7）咨询老年人性适应的问题；
- （8）解释有关性与疾病之间的关系；
- （9）咨询性身份的问题。

美国性治疗学家富兰克 (Frank) 博士指出：在性咨询中除了一般的性问题外，夫妻之间性关系的问题主要有以下三方面：

(1) 性功能障碍，包括男性的勃起和射精障碍、女性的性兴奋及性高潮障碍。

(2) 性交困难，包括性交紧张、缺乏性兴趣、性厌恶、性交前过少调情、性交后阴茎不软等（主要是心理因素影响，并非性交能力差）。

(3) 对性关系不满意，主要包括女性得不到性兴奋和男性早泄。

综合国内外有关资料，并结合性心理咨询的临床实践，对性问题心理咨询的范围及内容进行概括归纳（表7-2-1）。以下将这些内容进行较为细微地介绍。

（一）各年龄阶段的性问题

1. 婴儿及儿童期的性问题。幼儿的性角色培养、幼儿的性认识、儿童的性压抑、儿童手淫、儿童性虐待等。

2. 青春期的性问题。遗精、月经、手淫、性认识、性爱慕、性幻想、性梦、性焦虑、性心理创伤等。

3. 青春期的性问题。择偶焦虑、恋爱适应不良、新婚性恐惧、婚后性嫉妒、“强奸综合症”、性爱失调等。

4. 中年期的性问题。性爱淡化、性行为适应不良、婚后性感受贫乏、婚外恋、再婚心理屏障等。

5. 老年期的性问题。更年期性苦恼、老年性压抑、老年性能力衰退、老年再婚等。

（二）不同群体的性问题

1. 计划生育中的性问题。避孕与性、不育与性、节育与性、优生与性等。

2. 慢性疾病的性问题。冠心病、糖尿病等躯体疾病的性问题，癫痫、神经症、精神分裂症等神经精神疾病的问题。

3. 残疾人的性问题。肢体伤残、神经系统伤残、精神发育不全、性器官伤残等残疾人所涉及的性康复和性适应。

4. 单一性别群体的性问题。如远洋巨轮船船员、核基地工作人员，以及以某一性别为主的群体，所涉及的性生理心理适应、性宣泄。

5. 性错罪的性心理问题。婚前及婚外性行为、婚外恋、淫乱、奸淫、强奸、乱伦等。

（三）性疾患

1. 性畸形及性身份的咨询。

2. 性器官发育异常手术后的心理社会性适应。

3. 各类性病的心理疏导。从而减轻患者的心理压力

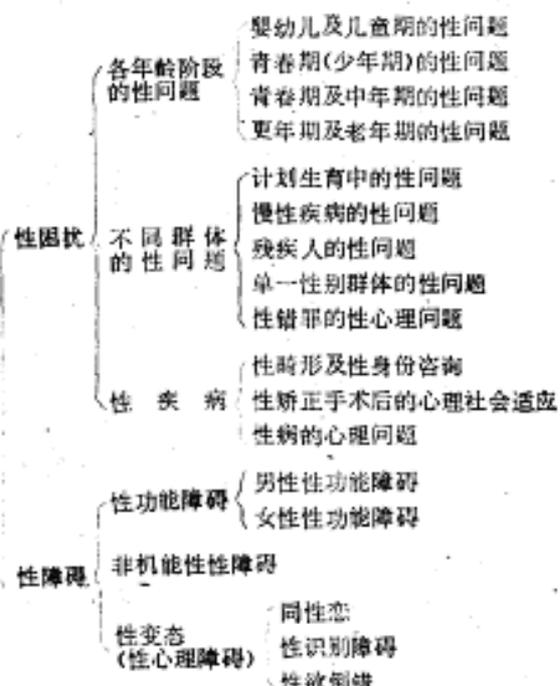


表 7-2-1 性心理咨询的范围及内容

(四) 性功能障碍

1. 男性性功能障碍。阳痿、早泄、不射精、逆行射精、射精疼痛、频繁遗精等。
2. 女性性功能障碍。性感缺乏、性高潮功能障碍、阴道痉挛、性交疼痛、性交恐怖等。

(五) 非功能性性障碍。

性厌恶、性欲抑制、性交进、性交恐惧等。

(六) 性变态

1. 同性恋。男性同性恋、女性同性恋。
2. 性识别障碍、异性癖、异装癖等。
3. 性欲倒错。恋物癖、露阴癖、窥淫癖、性虐待淫、摩擦淫、性窒息等。

第三节 基本原则和基本工作程序

一、性心理咨询的基本原则

性心理咨询是心理咨询工作中的一部份，所以应该遵循心理咨询的一般原则。作为性问题又有其特殊性，因此在咨询中还有一些特殊原则，现分述如下：

(一) 一般守则

1. 建立良好的咨询关系。心理咨询是针对人的工作，建立良好的咨询关系是进行这一工作的最基本条件。特别是性问题本身的隐私性，往往使来访者羞于启齿，也害怕被心理医生耻笑。在咨询的开始阶段，来访者也常会对心理医生半信半疑。因此，必须使来访者感到心理医生是可以信赖的，是诚恳的和有能力的。这种关系的建立，有赖于来访者和心理医生双方的努力和信赖。

诚然，如果没有良好的咨询关系，会严重影响性心理咨询工作的进行，但如果这种关系过分亲密，其破坏作用更大。一方面，咨询关系过分亲密容易使来访者产生依赖心理，妨碍了自身能力的挖掘；另一方面，若咨询的双方是一对异性，容易使来访者产生情感投射。因此，在建立良好的咨询关系时，既要注意建立信赖感，又要把握好亲密的限定性。

2. 有针对性，防止咨询工作一般化。由于个体存在的差异，在性问题上的表现则不尽相同。即使在同一种问题上，由于个体的阅历、社会环境和心理特征的不同，在咨询中也不能采用完全一致的方法。心理医生不仅要了解来访者存在的主要问题，更重要的是要了解在这些问题中的特殊表现；不仅要了解他的一般能力，更要了解其特殊能力。这样，才能防止咨询工作的一般化，对不同的个体选择不同的方案，从而进一步提高咨询效果。

3. 情感上处于中性，避免主观臆断。在咨询过程中，心理医生和蔼可亲的态度是很重要的。但是心理医生的情感一定不要随来访者的情感而转移。这是因为：其一、由于来访者本身存在着不同程度的心理困扰，其情感反应可能带有偏激，也可能掩盖事实本来的性质；其二、心理医生的情感偏移会影响自己的判断能力，不知不觉地带上一一些主观色彩。心理咨询要取得好的效果，基本条件之一就是事物的客观判断和客观分析。这样，情感上处于中性状态，使自己置身于来访者的心境之外，就显得非常重要。

4. 态度严肃审慎，不能模棱两可。在心理咨询过程中，心理医生有时简短的几句话，可以改变来访者多年的经验，并影响着今后的发展。这是因为来访者对心理医生产生了高度信任。因此，在咨询中心理医生不要轻易下结论，切忌发表模棱两可的意见。如果心理医生

的意见自相矛盾，或者经不起实践的检验，不但不能给予来访者应有的帮助，反而会增加其心理压力，甚至严重损害信任程度。

5. 社会性原则。在咨询过程中，来访者可能会提出各种各样的问题，一些问题可能完全违背了社会价值观和认识观。如果心理医生从安慰来访者的角度出发，一味迁就这些意见，势必强化其违反社会的观念。因此，心理医生咨询过程中，要注意把握好社会性的原则，使自己的谈话与社会规范一致，与来访者所处的社会文化背景一致。

6. 保密原则，尊重来访者的权利和隐私，是心理医生的基本职业道德。尤其是在性心理咨询中，强调这一原则更为重要。在心理医生面前，性苦恼者可以把自己从不被人知道的隐私全部暴露出来，这本身就包含着极大的信任。如果对来访者的具体情况有意或无意地进行议论，不但损害了心理医生的形象，还可能导致一些恶性事件。从另一方面来看，由于在社会环境中还普遍存在着对性的歪曲认识，强调保密原则也是对心理医生进行自身保护的一种必要措施。

(二) 特殊原则

1. 心理医生与来访者认识的一致性。

在性心理咨询过程中，不少心理医生实际上已为来访者选定或设计了一套咨询方案。但在付诸于实践之前，应该和来访者对一些性观念再次进行交流。这种深入交流的目的在于：其一、医患之间能够对一些问题形成比较一致的认识，其二，双方的角色将逐渐由医患关系转化为平等关系。心理医生与来访者的认识一致，可以使咨询的实施更为顺利。

2. 恢复性的自然功能

有性困扰者往往伴随着一些病理的情绪反应，特别是焦虑和抑郁反应，这些情绪反应又与性困扰互为因果，从而进一步压抑了性活动。在咨询中，来访者迫切希望心理医生拿出一套行之有效的治疗方案，认为通过性咨询或性治疗会使他们产生较强的性反应。这种认识是错误的。因为，人类的性行为反应是自身存在的，性困扰者只不过受到某些压抑因素的影响。性咨询的作用在于帮助来访者寻找原因及消除对策。一旦这些原因消除，就能恢复性功能的自然性。

3. 夫妻共同治疗

对于已婚者来说，在性活动中一方的行为和态度，对另一方的性反应有直接影响。无论是性困扰还是性障碍者，虽然从形式上看性问题是表现在一方，实际上是夫妻双方共同的问题。因此在性心理咨询或性治疗中，应遵循夫妻共同治疗的原则；也就是说，夫妻二人的角色都是“被咨询者”。如果在咨询过程中，一方的角色是“病人”，另一方是“配合者”，那么“病人”角色的一方其心理压抑会更重，从而影响咨询效果。

4. 注意性外活动的影响

性问题的存在，不仅要受性活动本身一些因素的影响，还要受其他一些因素的影响，如夫妻感情、家庭关系、经济状态、社会地位、社会人际关系等。这些性外活动的作用，有时甚至比性活动更重要。在各种性外活动中，最重要的是如何协调夫妻关系，这是性心理咨询取得预期效果的必要前提。

二、性心理咨询的基本工作程序

性心理咨询尽管可以设计一些格式和程序，但在咨询过程中，常常要灵活地进行调整，不一定非要拘于某种形式。为了使咨询工作少走弯路，避免一些无关的干扰，一般可按以下

的基本工作程序进行。

(一) 收集资料。这是咨询的开始阶段,心理医生要尽量多了解一些来访者的情况。在收集资料的过程中,需应用会谈、倾听等心理咨询的技巧,鼓励来访者倾诉内心的痛苦。这样,不但能够相互增进了解,还能在一定程度上解除来访者的心理压抑。

(二) 分析讨论。这是咨询的深入阶段,可以引导来访者围绕着主题提出更多的事实和感受,并对这些问题进行剖析和讨论。这样,可帮助来访者认识自己以前性活动中的认知结构和行为模式,明确性问题的原因。

(三) 改变认知结构。心理医生通过有针对性的心理指导,逐步解除来访者的心理压力,并对性问题进行了重新认识。这样,重建了新的认识结构。

(四) 改变行为模式。这一步主要是针对各种性障碍者,一般需采用性治疗技术。通过系统治疗,改变了原有的性行为模式。这种治疗不是被动的,而是以来访者为主选择适宜的方
案。在这个过程中建立起新的行为模式。

第四节 咨询环境及专业人员要求

一、咨询环境

性心理咨询中的不少内容都涉及到个人隐私,而且来访者也存在着不同程度的心理冲突。如果此时置身于一个嘈杂的环境,就会强化来访者的心理防卫机制,使咨询无法深入进行。因此,心理咨询室应安静、幽雅,以小单间为宜,灯光柔和。但是,也要避免形成一个沉闷的环境。心理咨询室的设施,应该围绕着消除来访者的紧张情绪,让他们体会到舒适温暖。

二、专业人员的要求

一般来说,从事性心理咨询的心理医生首先应具有广泛的知识 and 临床经验,包括医学、心理学、社会学和性科学的知识。这些知识是综合运用,相互贯通的。一些知识需要通过专门的训练,一些需要平常的留心收集,一些需要临床经验的积累。

其次,心理医生应有较好的心理特质,最好是外向稳定型、热情大方、思维敏捷、反应灵活、善于察言观色、言语表达丰富、尊重客观事实。特别是当自身的生理状况不佳或情绪波动较大时,要善于克制自己,不要把烦恼投射到来访者身上。

再次,心理医生还应具有良好的医德。对工作负责、对来访者理解、对个人隐私保密,举止端庄、态度诚恳。

心理医生的性别选择无严格要求。一般认为,在性心理咨询中,选用异性接待往往能增强来访者的信任程度和自信心。但是,要注意避免情感投射。因此,良好的医德和熟练的咨询技巧,在这一点上就更为重要。

第八章 性心理咨询的实施步骤

第一节 资料收集

在性心理咨询中，为了对来访者提供更有有效的帮助，首先必须全面了解他们的情况。收集资料是咨询的第一阶段工作，一般是将会谈、观察和心理测验结合应用。

一、会谈内容

会谈是心理咨询中最主要的方案式，也是一种专门技术，称为会谈法（interview）。会谈不但可以收集资料，而且对初步维护来访者的心理平衡也有一定的作用。在会谈过程中，来访者的倾诉本身就可以调节心理状态。会谈的方式及技巧，将在下一章进行详细讨论。本节从资料收集的角度出发，介绍一下会谈的内容。

会谈内容也是性咨询中所记录的内容，也称为会谈提纲。会谈提纲可分为一般提纲和性问题提纲两大类，无论对门诊咨询还是通讯咨询，这两类提纲都适用。

（一）一般提纲

一般提纲实际上是心理咨询的通用提纲，只不过在会谈和记录中偏重于与性问题有关的内容，提纲格式见后（表8-1-1），以下对此进行详细讨论。

1. 一般资料

姓名、性别、出生年月日、职业、婚姻、文化水平、教育情况、经济状况、文化背景、信仰等。如果来访者不愿暴露真实姓名及地址，可以不强求，但一定要记住自己的编号。

2. 来咨询的主要原因及对咨询服务的期望。

主要是详细弄清性问题的性质。包括其发生，发展和转化的因素，性问题产生的缓急、有无诱因，持续时间等。

来访者的期望目标一定要明确，不要用一些概念性的内容来表达。例如：“希望每周成功地进行2—3次性交”，这个目标就是明确的，“希望提高自己的性能力”就显得很空洞。

3. 现在及近期的状况。

包括日常活动内容、生活变动的类型及次数、近几个月来的生活变化、居住条件与性活动场所等。

4. 家庭背景和童年生活。

对父母和兄弟姐妹的看法，家庭人际关系的特点，父母亲之间的感情状况，家庭成员对性问题的看法，自己在家庭中的地位。

童年生活中的幸福和不幸方面，对能记清的最早发生的事情及其周围情节的回忆，早期的性概念形成及性角色培养的情况。

5. 性发育的情况

青春期的年龄，与同龄人相比有无发育过早或过迟，对青春期内性发育的一般看法和心理体验，有无不良的情绪反应。

首次遗精或月经初潮的年龄，对遗精或月经的心理生理反应，在发生遗精或月经前是否

受过性教育。

首次对异性产生性兴奋的年龄，对异性感兴趣及结交第一个异性朋友的年龄、情况。

手淫的首发年龄及频率，对手淫的看法。

有无青春期的性体验，具体情况如何。

6. 兴趣爱好及特长

对工作、学习及生活的兴趣，自己的长处及短处，想像力和创造力，最适合做什么事。

7. 性知识及性教育

性知识的来源，最早获取性知识的时间，是否受过科学的性教育及其方式，对性的认识。

8. 社会人际关系

社会的兴趣所在，喜欢与哪些人交谈，哪些人能帮助自己，与朋友之间相互影响的程度。

9. 婚姻状况

何时认识配偶，双方吸引的特征，恋爱关系的发展，有无婚前性行为，何时结婚。

首次性交的时间，夫妻性交的时间、频率及方式，性欲最强或最弱的时候及其原因，能否交流对性的态度，最喜欢何种性活动。

对性活动是否满意，不满意的原因，婚外恋或婚外性行为的情况。

夫妻之间的情感、兴趣、家庭生活关系。

10. 对未来的看法

自己的理想和打算，付诸于实践所需要的条件，奋斗的具体计划。

11. 个人或家庭成员的身体状况及患病情况。

过去和现在患过什么病，治疗情况如何，有无精神疾病，作过什么手术，习惯用什么药。

(二) 性问题提纲

在性心理咨询的初期，如何在较短时间内就能常规收集到性问题的资料，这是心理医生颇感棘手的事。由于传统习俗的影响，在公开谈论性问题时往往羞于启齿，常常用“这”、“那”之类的指示代词来阐述性问题。来访者的这种态度，会使资料的准确性不完整；若心理医生也是用这种态度，更会给来访者造成心理压力。

一些临床研究认为，在性心理咨询中按照下列提纲，可以发现已婚夫妻95%以上的性问题。

- (1) 近来你过性生活吗？假如过的话，那么间隔多少时间一次？
- (2) 你对性生活满意吗？如果不满意，你认为是什么原因呢？
- (3) 对男性问：在性交时能否勃起？勃起能否持久？在射精时有否障碍？
- (4) 对女性问：过性生活时是否有性欲？性交时有否疼痛？能否产生性高潮？
- (2) 有关性生活方面你还有什么补充要谈的？或者还有什么问题要问的？

通过上述内容的询问，心理医生不仅掌握了来访者的主要情况，而且可以使咨询进一步深入，同时也有利于打破来访者的心理屏障。如果在咨询中来访者仍不愿意口头表达自己的性问题，可按上述提纲进行书面回答，或者填写下列性障碍问卷。在通讯性心理咨询中，也需要来访者按提纲和问卷填写。

《性障碍问卷》

在下列问题中，找出合乎你或你配偶的情况，在旁边画一个圈。若同时有几种情况存在，请注明主次。

- 女性：** (1) 阴道痉挛，致使阴茎无法插入
(2) 性交疼痛
(3) 性交恐怖
(4) 不能获得性高潮，尽管有此愿望
(5) 没有性要求，对性交厌烦。

- 男性：** (6) 阴茎不能勃起
(7) 性交时勃起时间不够长，未能获得性高潮
(8) 能勃起，但不能射精
(9) 有射精感觉，但无精液流出
(10) 早泄

男女都适用：

- (11) 对我来说，与异性性交是次要的，我喜爱别的性活动（具体描述如下）

在性心理咨询中，已婚夫妇存在性功能障碍的比例较大，其处理方法的技巧性也较强。因此，心理医生应特别注意询问有关性欲、性唤起、性欲高潮或射精等情况。

美国性治疗学家Keith Hawton曾提出一些关于性问题询问的要点，通过笔者在性咨询中应用，的确能详细地了解来访者的情况，现介绍如下：

1. 性欲减退

与配偶的性关系方面，性欲减退吗？如果曾与别人发生过性行为，那么，能唤起性欲吗？性功能障碍只在夫妻关系方面存在？还是在其他各方面都存在？是否有过性幻想、手淫？或曾对其他人发生性兴趣吗？

这只是一个孤立的问题？是否还伴有其他症状，包括身体方面的（如缺乏精力）或心理方面的（如抑郁状态）？

性欲减退是否还伴有与配偶关系的其他变化（如感情破裂、分居、吵架）？

2. 性高潮功能障碍

在什么情况下产生性高潮——性交？用手刺激？口——生殖器刺激（口交）？手淫？睡眠中？

女方出现性兴奋吗？

她认为她受到了配偶充分的或适当的刺激吗？

她总感到接近了性高潮吗？

高度性兴奋时引起焦虑吗？

女方采用过性幻想吗？

如果女方不明确她是否有性高潮，医生应要求她描述她的体验。启发她对性兴奋的描述。如果有达到顶峰的紧张感和随后放松感，以及伴有满足和乐趣的感觉，这提示她是有性高潮的。如果她描述经历了有节律的阴道肌肉的收缩体验时，也证实了她有性高潮。然而，某些女性并未感到这些肌肉的收缩。

3. 阴道痉挛

阴茎试图插入阴道时就引起疼痛吗？

痛在什么地方？

达到性兴奋时还感到疼痛吗？

自己（或其配偶）意识到阴道肌肉痉挛吗？

阴茎能完全插入阴道吗？

医生作阴道检查时，引起试图性交时出现的类似体吗？

用了阴道避孕帽吗？

她或其配偶试图把一个手指插入阴道，这能行吗？

4. 性交疼痛（女性方面）

什么部位疼痛（阴道口或其深部）？

疼痛的性质如何（如剧痛、刺痛、或钝痛）？

女方的背部也感到疼痛吗？

她排尿时感到疼痛吗？

有阴道感染的表现吗（分泌物、痒）？

有过阴道损伤吗（强奸、分娩）？

性兴奋时，她还感到疼痛吗？

5. 阳痿

在任何性活动中，阴茎能勃起吗？

阴茎勃起是完全的还是部份性的（从女方获得确实的情况是重要的，因为男方可能低估自己的勃起）？

在勃起状态时，有什么异常的表现？

在性活动中，阴茎能勃起吗？在什么时候它就松软了（如阴茎准备插入阴道前或刚插入阴道后）？

阴茎能主动勃起吗（如手淫、或有性幻想时）？如果他愿意，能持续勃起吗？

他夜间醒来时，总是勃起的吗，他在早晨醒来时，是勃起的吗？

6. 早泄

什么时候射精（如阴茎插入阴道前、开始性交后立即）？

射精是令人愉快的吗？

从阴茎插入阴道射精之间相距的时间缩短了吗？

怎样使从性交开始至射精的时间延迟（如酒精饮料、分散意念、频繁性交）？

使问题恶化的因素是什么（如疲劳、短或长时间的爱抚）？

男方是否有过快速手淫史？

对手淫感到内疚吗？

7. 延迟射精

男方在各种场合都能射精吗（与配偶性交、手淫、睡眠中）？或者，他在任何时候都能射精吗？

射精是令人愉快的吗？

在会谈中，为了避免造成来访者的心理隔阂，心理医生原则上不能当面进行文字记录。

国外一般是采取录音记录，由于国内的条件尚不具备，所以只能在会谈后根据回忆记录。这样，心理医生必须熟练掌握会谈提纲，以免在会谈中遗漏一些有价值的资料。

现将会谈提纲作如下表格格式归纳，此表也用于通讯咨询中。

表 8-1-1 性心理咨询会谈提纲

一、一般提纲	8. 社会人际关系
1. 一般资料	9. 婚姻状况
2. 来咨询的主要原因及对咨询服务的期望	10. 对未来的看法
3. 现在及近期的状况	11. 个人或家庭成员的身体状况及患病情况
4. 家庭背景和童年生活	二、性问题提纲
5. 性发育的情况	1. 性生活资料（5个问题）
6. 兴趣爱好及特长	2. 性障碍问卷（11个问题）
7. 性知识及性教育	3. 性功能障碍的详细描述

注：在通讯咨询中，“性生活资料”和“性障碍问卷”的内容要全部印出。“性功能障碍的详细描述”也应作简要的文字说明。

二、观察内容

在会谈过程中，心理医生还需要了解来访者的精神状态和行为特点，这就需要对外来访者进行观察。观察的内容，主要是心理活动各个方面的表现。其观察提纲如下：

1. 外表及行为。主要从来访者的衣着、动作、姿势、态度等方面观察，可涉及以下一些问题：来访者给人的一般印象如何？衣着是否与他的社会文化背景和现状相符合？有无离奇性或重复性的动作，动作速度如何？是否避免与人对视？姿势拘谨还是随便？对心理医生的态度如何，敌视还是顺从？

2. 认知过程及功能。来访者有无感知觉的缺陷，有无错觉或幻觉？注意力如何，能否集中于咨询会谈中？对时间、空间和人物的定向力如何？近期记忆及远期记忆的情况怎样？对自己的问题能否明确地意识？

3. 思维内容。来访者倾向于谈论哪些问题？经常自然提起或反复报怨的内容是什么？思维活动是否有连贯性或敏捷性？在思维内容和思维方法上有没有病理性活动？

4. 情绪状态。来访者在会谈中的一般心境如何？主要的情绪表现是什么？有无抑郁、焦虑、冷漠、痛苦或变换无常等异常的情绪反应？情绪表现与谈话的内容是否一致？有无感染力？情绪结构是稳定还是被动？

5. 言语特点。谈话的速度是快还是慢？表达是否清楚？说话是直率还是小心谨慎？谈话的内容是否围绕着自己的主要问题？在谈话中有没有掩饰性？内容与声调所表达的是否一致？非语言表达与语言表达是否协调？

6. 能力结构。对自己的问题判断是否准确，能否认识到一些主要原因？在对问题的分析上是否受道德观念或文化因素的影响？分析问题有无逻辑性？对生活中的一般问题如何理解？一般的智力状况如何？

7. 人格特征。倾向于内向还是外向？人格结构是否具有稳定性？是否难以接近？在一般社会生活中人际关系如何？有无偏执、执着、竭斯里的里、躁狂、强迫状态等病理性人格表现？

观察的具体内容和具体方法，可参照精神医学中“精神检查”的有关内容，本节不作进一步的详细介绍。

三、心理测验及症状评定

心理测验及症状评定，能够客观分析来访者的各种心理素质，从而提供更为可靠的资料。心理测验在性心理咨询中如何应用，在第十章要进行详细介绍，这里只是简要地概括一下。

心理测验及症状评定，对各种性问题的诊断和鉴别诊断并无特征性意义，但是，对诊断和处理仍然有重要的参考价值。各种性问题者，在人格和情绪上都有一些典型的表现，培养健全人格和调整情绪，是性心理咨询和性治疗的目标之一。

性心理咨询中常用的心理测验和症状评定如下：

1. 人格测验。艾森克人格测验、明尼苏达多相人格测验，卡特尔16因素人格测验、洛夏墨迹测验等。

2. 情绪评定。焦虑评定 (SAS)、抑郁评定 (SDS)、多种情绪评定 (SCL-90)、心身状态评定 (PST) 等。

3. 智力测验。比奈智力测验韦氏智力测验等。

4. 其他。临床记忆测验、瑞文推理测验、爱德华个性偏向测验、气质测验、兴趣评定、人际关系评定、神经心理学成套测验等。

四、理化检查及特殊检查

理化检查及特殊检查，主要用于鉴别性问题是功能性还是器质性的，这些检查不适合在非医疗性机构内进行。即使这些机构发现了有可能存在器质性的问题，也应介绍到医疗机构进行进一步诊断。这些检查，在诊断学、男性学、妇产科学内都有详细介绍，此处只进行简要概括。

1. 一般常规性的身体检查。

2. 神经系统检查。

3. 性器官检查 (男性科或妇产科检查)。

4. 血液生化检查。

(1) 睾丸酮

(2) 黄体生成激素

(3) 空腹血糖。

(4) 催乳激素。

(5) 其他。

5. 前列腺液及精液检查

6. 特殊检查

(1) X线及CT检查 (如阴囊平片、睾丸静脉造影、骨盆 CT等)。

(2) 超声波检查 (B型超声、多普勒超声等)。

(3) 热象图 (鉴别性器官肿瘤或炎症)。

(4) 放射性同位素检查。

(5) 其他 (如夜间阴茎勃起试验、视觉性刺激试验、阴茎血压等)。

第二节 资料分析与诊断

在咨询过程中，心理医生由于学术观点或临床经验的差异，在收集和分析资料时可能带有某些倾向性。以医学为基本训练者，偏重于从病理的角度分析；以心理学为基本训练者，

偏重于从心理——行为的角度分析；以教育学为基本训练者，偏重于从成长发育的角度分析；以社会学为基本训练者，偏重于从社会文化的角度分析。这些分析，各有独到之处，当然也存在着一些片面性。事实上，在性心理咨询中，多数心理医生是综合了上述一些方法，对来访者的情况进行整合分析。

一、对真实性的评估

在对临床资料进行评价时，影响其真实性的主要有两个因素。其一，主观因素，即心理医生在评价过程中的作用；其二，客观因素，如咨询环境、咨询设备、人员组织情况等，为了掌握来访者的真实情况，应注意以下几点。

1. 以会谈和观察的资料为主，心理测验为辅。尽管心理测验能对来访者的心理活动进行客观评价，但它只是一种辅助方法，不能作为咨询中的唯一依据。人的心理现象非常复杂，同时也受环境因素的影响。会谈和观察，是获得第一手直接资料的主要途径。

2. 通过来访者的社会文化背景材料进行评价。会谈和观察只能从来访者当时的情况进行分析，要全面了解情况，必须对来访者的家庭生活和社会生活进行了解。这些资料，并不仅仅是通过来访者的口述，而要从他的家庭成员、朋友等方面进行了解。当然，为了遵循保密原则，对来访者的情况不能向他人透露，所以在了解这些情况时，要注意技巧性。

3. 了解来访者日常生活中的文字资料。有时候，来访者对自己问题的真实原因可能有意无意地进行掩饰，这就需要从他日常生活中的文字资料，如日记、书信等来进行补充。然而，无论采用何种形式获得这些资料，都要避免给来访者带来心理压力。

4. 当会谈和观察资料与心理测验结果冲突较大时，不要只从心理测验来分析，应选择其他近似的心理测验工具再次验证。比如，在咨询中发现来访者的情绪反应具有感染力，而在艾森克人格测验中又呈现出内向不稳定，情绪特征处于压抑状态，这样，可再选用明尼苏达多相人格测验。

二、对资料的归纳

当心理医生面对着庞杂的临床资料时，有时会感到束手无措，特别是从事临床心理工作不久的医生。一般来说，心理医生是根据来访者个体方面的情况，来访者所处的环境条件和其他人对来访者的评价，找出需要咨询的特征性问题。一些心理医生比较注重自己的观察，比如看到来访者情绪抑郁、反应迟钝，便可能把这些表现与他的性格联系起来；一些心理医生比较注重寻找那些偏离正常标准的心理行为特征，从这些方面去考虑来访者的问题；一些心理医生从自己的临床经验出发，习惯于抓住那些“突出”的事件首先进行分析，并按这种分析去归纳其他事件。这些归纳方法都是可行的。

除了上述一些方法外，还有两种技术性较强的方法，即分类学的归类法和浮现综合法。

分类学的归类法 (taxonomic sorting) 是把来访者按其情况划入仔细定义类别里去，这种方法是按逻辑学的三段论进行推理的。例如，“存在着焦虑和自我从未触动的性功能障碍者适合进行性感集中训练”，这可算作一个类别。如果心理医生在咨询中接待了一个性功能障碍者，他有焦虑反应且存在着从未触动过的自我自重，那么上述类别就成为大前提，来访者的情况是小前提，结论是应该进行性感集中训练。按这种推理方法来进行归纳，往往会提高咨询效果。这种方法是比较常用的传统方法。

浮现综合法 (emerging synthesis)，是心理医生首先作情感移入，想象着自己亲身历着来访者的处境，然而结合来访者的谈话内容和心理测验的结果，形成一个关于来访者与环

境的关系图式。这种身临其境，进行角色置换的方法，能够深入抓住来访者问题的实质，使咨询方案的针对性更强。

三、分析与鉴别诊断

在对资料的真实性进行评估和予以归纳后，就要对来访者的问题作出初步结论。由于性问题涉及的面较广，按下列步骤进行分析，可得出比较明确的结论。

1. 区分是性困扰还是性障碍

在来访者中，性困扰约占三分之二，其中相当大一部分是缺乏科学的性知识。性困扰者本身并无性功能障碍或性变态，只是在性心理和性行为方面提供一些指导。有些性问题，本身就不存在所谓的“正常”范围。如每周三次性交。对于性生活频繁的人来说，可能会认为自己性欲减退，而对于节制性生活的人来说，他可能会认为是性交次数过多。所以，对性困扰者的各种性问题，不要全部用人造的界限来规定正常与否，而要因人而异，考虑到个体差异。

一般的性困扰往往只需进行必要的心理行为指导就能解决问题，而性障碍需要专门的心理治疗方案，这就要求在鉴别诊断上下功夫。通过性问题提纲和一些特殊检查，多能区别。

2. 区别性障碍的类型及病因

性障碍一般分为功能障碍、非功能性性障碍和性变态三大类，在临床表现上各有其特征，一般不难鉴别。但每种性障碍的病因则需进行仔细鉴别。

功能障碍的病因有功能性和器质性，功能性才是临床性心理治疗的对象。一般而言，功能性障碍常表现为间歇性或一过性，而器质性往往是持续存在并进行性加重。以阳痿为例，如果只是在性交时勃起困难，而在接吻、手淫或视觉性刺激时能够勃起，几乎可以确定是功能性的。而一直不能勃起者，多半为器质性。当然这也有例外，如糖尿病性阳痿，其表现可能呈间歇性。因此，在对性功能障碍进行鉴别诊断时，除了全面了解病史资料外，还要进行一些特殊检查。

性变态的临床表现特征性较强，但一些神经精神疾病也会有性变态的表现，需注意鉴别。对于一些不典型的病例，还要注意区分是性变态还是流氓行为。在鉴别中的一个重要标准为，患者是否以变态的性活动来全部或大部分取代了正常的性活动。这也需要从目前的表现，早年影响，社会文化背景、心理测验等多方面进行分析，必要时作一些特殊检查。

3. 判定来访者有无求治的要求

在性心理咨询中，一些心理医生往往忽视了对来访者动机的判定，因为出于医生的职业习惯，往往会认为来访者都是迫切要求治疗，其实不然。比如：有些男子与妻子的感情不好，往往以阳痿为借口拒绝性生活，他们会到心理医生这儿来获取疾病的“证据”，有的性亢进者，常抱怨其配偶在性生活中的敷衍，甚至认为对方有外遇，而不承认自己有问题，有的性功能障碍者害怕配偶知道自己的情况，尤其是女性来访者，因而拒绝接受夫妻共同治疗，有的来访者想通过药物来解决问题，不相信心理行为训练，有的性变态者对自己的行为有一种固执的偏见，或认为是正确的，或认为是流氓行为，也不愿意接受治疗。

如果来访者没有求治动机，心理咨询和性治疗的方案设计得再完整，都无济于事。因此，心理医生要对来访者的动机分别对待，无求治动机者，要进行引导，求治动机不强烈者，要进行强化。这是下一步拟订咨询方案并进行实施的首要保证。

第三节 拟订咨询方案

有的来访者通过一次咨询即可解决问题，有的需要多次进行，性障碍者还需要接受系统的性治疗。为了提高咨询效果，对每一个来访者都应拟订出咨询方案。拟订的原则和步骤可从以下几点考虑。

1. 列出与来访者的问题有关的各种因素。这些因素包括三个方面。(1) 个体因素：个体的生理状况、一般健康状况、性发育状况、性能力与性兴趣的状况；(2) 心理因素：智力、个性、情绪、动机与兴趣、性心理活动；(3) 社会因素：家庭关系、社会人际关系、文化水平、个人成长中的社会文化背景。

2. 在上述的若干因素中，确实哪些因素与来访者的主要问题关系最密切。在确定这些因素时，一定要尽可能详细地说明理由，以便使得判断准确。

3. 将最有关的因素分为两类：一类是负性因素，即在咨询过程中应当控制，消除或转变的因素，一类是正性因素，即在咨询过程中应当加强、发扬或提高的因素。对两类因素的判别，是从它们与来访者问题的关系来考虑，并不存在什么好坏标准。

4. 预测咨询后期和咨询结束时可能出现的局面。在预测时，要从理想的和不理想的局面两方面进行考虑。然后，才考虑要达到理想的局面，应该采纳哪些措施，不运用哪些手段。预测时同样需要从理论和实践方面详细阐述其理由。

5. 整个咨询方案的核心，就是必须对来访者面临的情况做尽可能详细地说明。在咨询过程中，来访者往往会根据自己的看法形成咨询评价，使他自身的问题也不断变化，无形中影响着今后的工作。因此，心理医生必须随时对来访者的想法进行了解，并针对出现的具体情况及时调整咨询对策。千万要注意防止咨询过程的一般化，防止在不同的人身上都只能用一套固定的咨询模式。

第九章 性心理咨询的若干技巧

第一节 会谈的技巧

在心理咨询中，心理医生首先要掌握的基本技巧就是如何谈话。由于心理咨询过程中的谈话是一种专门技术，故称为会谈法（interview）。在心理医生与来访者的初次接触中，正是运用这种方法来获取信息资料，并建立起良好的关系。在进一步的咨询中，会谈也是主要的方式。

由于谈话是日常生活中最普通的事，所以刚从事心理咨询工作不久的人，会觉得会谈非常简单。在咨询实践中受到多次挫折时，才会真正意识到，熟练的会谈技术是心理咨询中最难掌握的。即使从事心理咨询工作多年的临床心理医生，也感到会谈技术的潜力很大，需要终身进行探索和总结。

会谈，作为心理咨询的一种专门技术，与一般的交谈有本质区别。首先，特定的情景规定了谈话的目标和范围。这就是说，在心理咨询中的谈话，是针对来访者的，谈话的中心围绕着咨询的问题；在心理治疗中的谈话，是针对患者的，谈话的中心为通过治疗要解决的问题。其次，会谈的实施，无论在任何情景中都要需进行控制。会谈的控制必须使来访者不感到拘束、情绪上能放松、谈话自由而活泼，但其内容又必须围绕着咨询的问题。因此，谈话的内容和态度、心理医生与来访者之间的紧张程度和彼此的反应，都必须进行控制。再次，会谈实验有较强的系统性和规律性，即使是漫无边际的谈话，也离不开咨询目的，只不过在方式上显得更自然化而已。

一、谈话的种类

心理咨询的内容很多，尤其是性心理咨询，其目的也多种多样。因此，为了不同目的而进行谈话的种类也很多。一般而言，可分为摄入性谈话、治疗性谈话，咨询性谈话和危机性谈话几类。

1. 摄入性谈话（intaks）。摄入性谈话是针对有心理困扰的来访者，进行收集资料的第一次会谈。其内容包括：要求咨询的主要问题、本人健康状况、工作状况、家庭状况、人际关系状况等，也包括了选用心理测验和解释测验结果的鉴别性谈话。摄入性谈话的技巧要求不太高，主要是使来访者消除心理屏障，能畅所欲言地倾诉自己的苦恼。

2. 咨询性谈话（counseling takes）。咨询性谈话的对象往往不是病人，而是健康人需要解决一些心理问题，如职业选择、子女教育等。在性心理咨询中，主要是针对性教育、性角色培养、各种性关系、性生活适应等。通过咨询性谈话，来访者往往能得到一些心理和行为上的明确指导。这类谈话的技巧性较强。

3. 治疗性谈话（therapy takes）。治疗性谈话是心理治疗的基本内容，其对象主要是存在着心理变态和行为异常的患者。在性心理咨询中，主要针对性功能障碍、非机能性障碍和性变态患者。在谈话的过程中，除了要遵循会谈法的基本原则外，还要遵循心理治疗的基本原则。一般而言，需要单独或综合应用精神分析法、行为疗法、人本主义疗法、认知疗法的治疗原则和技能。

4. 危机性谈话 (crisis interview)。危机性谈话是一种紧急而特殊的形式。主要针对来访者或患者发生意外时，如遭到强奸、因婚恋突然导致的强烈精神创伤等，而企图自杀或采取过激行为。危机性谈话除了要果断而明确外，还需采取一些措施进行内、外环境的调节。

二、会谈的形式及基本规律

在性心理咨询中，尽管谈话受到某些规定的限制，但其形式却没有完全标准的格式。心理医生和来访者之间，往往采取多种多样的方式进行谈话及交流。特别是在初次咨询时，谈话应该是相当轻松和自由的，因为不拘形式的谈话本身就是建立和谐关系的有利条件。

现将几种主要的会谈形式介绍如下。

1. 自由交谈

在心理咨询的最初阶段，自由交谈的形式有助于心理医生与来访者之间初步互相了解。这时的谈话内容非常广泛，气氛也十分轻松。性苦情者往往对性问题有一些错误的认识，情绪反应也很强烈。但要注意，无论来访者有任何见解和情绪，心理医生绝不能加以限制，更不能进行争论。必须让来访者充分发表自己的意见，说明自己的情况。

在自由交谈中，心理医生可以从了解来访者最感兴趣的事。只要一提起就滔滔不绝的话，很可能与来访者的问题有密切的关系。假若某一来访者总是埋怨自己的配偶不温存，很可能存在着性生活不协调。另一方面，也可以在自由交谈中洞察到来访者在某些知识方面的缺陷。例如，某一来访者打算离婚，交谈时可能发现他缺乏法律常识或科学的性知识。

2. 限制性谈话

限制性谈话是自由交谈的续继，也是心理咨询的进一步深入。在自由交谈后，心理医生对来访者的情况已有初步了解，这时，就要布置一些类似家庭作业的活动。例如，可以让他们读一些有关性科学知识的书，并提出一些思考题。在这个基础上，会谈的内容就要围绕着家庭作业进行，并逐渐转向来访者所存在的问题进行讨论。

限制性会谈虽然在广度上有所局限，但在深度上得到了保证。此时，许多来访者都表现出一种后悔的思想倾向，他们常常用“假若当初不……”之类的话来表达自己的期望。在交谈中发现这些问题，并不是没有意义的，这对于咨询的继续深入有很大的影响。如果疏导得当，往往成为解决问题的关键。

3. 针对性谈话

在限制性谈话中，心理医生将获得更多的信息，若一旦发现已经接触到来访者的关键问题，就应将限制性谈话转为针对性谈话，也就是说，要把来访者的注意力集中到他的关键问题上。这种转化必须进行得很自然，不要使来访者感到很突然。

针对性谈话的内容不再是就事论事，也不再是对一些事实和现象进行说明或描述，而必须深入地交谈体会和感受。此时，心理医生要始终把握住来访者对自身关键问题的情绪反应，以及目前所持的态度。

针对性谈话的质量要求较高，需要心理医生具备相应的才能和机动灵活的方法。此时，不少来访者对一些问题持有不恰当的态度和观点，需要得到纠正。然而，心理医生采用断然反驳的态度，显然是不利于咨询深入的。在面临着这类情况时，心理医生可以按照假设肯定，分析假设结果、提出正确的观点、再分析结果、然后进行讨论或辩论这样一个程序进行。要达到这个水平，心理医生除了应具备坚实的基础理论和正确的人际适应观点外，还要

具备丰富的说服力。

4. 小组性谈话

在国外，随着人们对心理问题的日益重视，个别咨询很难满足社会的需要，因而小组咨询便成为一种更有效的咨询方式。在社会生活中，由于某些类似的原因所造成的心理问题，可能同时体现在许多人身上，这就为小组咨询提供了客观依据。

在某些时候，小组性谈话比个别谈话的效果更好，这与心理咨询的保密原则并不矛盾。诚然，性问题带有强烈的隐私性，但正是由于对性的神秘感和罪恶观念，才出现了一些令人不可思议的性苦恼。小组性谈话，可使来访者相互之间分担精神上的苦恼，相互启发。由于小组中的每个人还存在着某些独特的问题，所以还需要个别咨询来补充。

无论是个别咨询还是小组咨询，会谈的基本规律都是按自由交谈—限制性谈话—针对性谈话进行的，其他会谈的技巧都在这个规律上演变而成。

三、会谈的原则

会谈的方法可以因人而异进行选择或组合，但无论采用何种形式，都不能离开会谈的以下一些原则。

1. 会谈中听比说重要

会谈技术包括听和说两个方面。在会谈中，特别是在初次会谈中，听比说更重要。心理医生耐心地听来访者叙述自己的苦恼，本身就是对他的安慰和鼓励。来访者正是由于心理挫折或不良的情绪反应，才使得他们无法处理自己的性问题，很想找人倾吐并求得帮助，但又耽心别人是否愿意接受自己的想法，因而以最大的勇气来到心理咨询门诊。另外有一些来访者是被动来到心理咨询门诊的，如某些性变态，妄想狂等，他们认为自己的行为是合理的，被迫来到咨询门诊总是有一种受辱感。无论是面对何种类型的来访者，心理医生一定要耐心地听取来访者愿意谈出来的任何事情。当然，这并不是说心理医生一言不发，在初次会谈时，心理医生的自我介绍和谈一点与来访者无关的问题是必要的，这样可以缓解咨询气氛。进入会谈以后，心理医生随时要表现出对来访者谈的问题感兴趣，注意听而且要听懂。这种倾听的行为，就是打开来访者内心世界的钥匙。

2. 非评判性态度

心理医生在和来访者谈话时，不要轻易发表自己的意见，只能持一种非评判性的态度。这种态度，可以解除来访者的心理防卫状态，无所顾忌地倾谈自己的问题，并可使来访者的潜在能力不至于受到压抑。

心理医生的这种非评判性态度，不仅体现在言语上，而且还要体现在表情和行为上。在心理咨询的过程中，以下一些话是不能讲的。例如：“你的这种想法是错误的”，“你的这种作法是荒唐的”，“这件事不符合原则”等等。一旦说出这种话来，咨询的气氛就会立即改变。

3. 灵活运用会谈计划

制订会谈计划是为了使咨询的目的和方向更为明确。但在具体的运用过程中，要根据来访者的情况随时进行调整。因为在初次会谈中，心理医生可能对来访者会产生某种倾向性，而这种倾向性也可能贯穿在整个咨询过程中。但从另一方面看，来访者在初次会谈时暴露出的一些情况，不一定完全是他的真实情况，可能有意无意地带有掩饰性。如果心理医生形成了心理定势，可能会影响咨询效果。在会谈计划拟定后，心理医生要注意以下几点：其一、

在会谈中要有高度的自觉性，不要偏重于某些现象；其二、要根据情况灵活作出判断，以决定在什么时候获得更多的信息和了解来访者的情感是适宜的，什么时候是不合适的；其三、当工作计划与来访者后来反映出的情况发生严重冲突时，要随时调整计划，不要一味用自己的观点强加于来访者身上，而且，这种调整又不能使来访者明显察觉。

4. 区别情绪与行为

任何人在对某件事情作出反应时，情绪状况和行为活动并不一定完全一致。因此心理医生在谈话中，对来访者的情绪和行为要加以区别，并且对其情绪和行为都要充分了解。当来访者只有情绪反应而无行为活动时，咨询的重点是要帮助来访者正确认识自己，谈话的内容也要集中在调整情绪方面。当来访者的行为活动偏离常态时，咨询的重点要放在行为矫正上。当心理医生发现来访者对某些问题的看法与实际表现并不一致时，应注意分清什么是主要的，必要时应通过其他途径了解情况。

四、控制会谈的技巧

尽管在会谈中要遵循多听少说和非评判性态度的行为，但会谈并不是绝对自由的。无论其谈话的形式如何，会谈都必须在心理医生的控制下进行，包括会谈的目的、方向、内容等。只有这样，才能不断增强来访者的信心，否则，来访者很快就会因为无所收获而厌烦。控制会谈的技巧很多，而且要求能够随机应变，主要方法有以下几种：

1. 释义。当来访者所谈的一些内容让人难以理解时，心理医生不要马上提问。这时，需征得来访者同意后，重复一下他的话并作解释，在解释完后，顺便提一下问题。这样会使来访者感到自然，感到心理医生提的问题有道理。

2. 中断。当来访者因情绪激动或思维障碍，而在某一问题上纠缠不休时，心理医生不能硬行迫使他停止谈话。这时，可替他倒一杯水，或请他取一样东西，或建议换一个地方再继续谈。这样使来访者自然而然地中断其纠缠不休的问题。如果会谈时间有限，也可请他下一次再来。

3. 情感反射。当来访者所谈的内容离题太远时，可以有意识刺激一下他情绪敏感的问题，使他的谈话转向这些敏感问题。但是，在初次会谈中对来访者的了解不全面时，或者来访者的情绪状态极不稳定时，不要采取这种方法，以免引起来访者情绪爆发，一时难以控制。

4. 引导。引导是有经验的心理医生控制会谈最常用的技巧。引导并不是直接建议转换话题，而是由原来的话题经过一段中介而引出新的话题。例如，一位女性来访者叙述她的性生活不和谐。当心理医生想了解她的一般社交关系时，她却老是埋怨丈夫对自己不体贴。这时，心理医生可以对社会上人际关系的冷漠发出一些感叹，一方面表示对她的同情，另一方面把她的思路引向更开阔的地方。随后，再提出她与朋友同事的关系及她对此的态度等问题。这样就能引导出心理医生所需要的内容。

第二节 提问的技巧

提问是心理咨询过程中的基本方法。尽管提问的内容非常广泛，但其基本类型只有三种：其一，提得恰如其份的问题。这类问题可以促进咨询关系，增进交流，使来访者感到自己能得到理解。其二，提得不好的问题。这类问题可能使咨询关系紧张，不利于交流信息，

并且会使来访者觉得自己处在被审问的地位。其三、过多的或不恰当的问题。这类问题往往会严重影响咨询工作的进展，也不可避免地带来一些消极影响。

心理咨询中的提问提得好与不好，很难有一个严格的界限。实际上，最常见的问题是提问过多而造成的。

一、提问过多的弊端

提问过多是心理咨询中最常见的毛病，在性心理咨询中尤为突出。某些心理医生，特别是缺乏临床经验者，只要在咨询中一冷场，马上就向来访者提问。本来，来访者是由于自己对一些问题产生了疑问，想求助于心理咨询。然而，当心理医生不断提问时，就会颠倒咨询关系，这会使来访者失去主动暴露自己和自我探索的机会。

问题提得过多，必然有一些是不恰当的。过多的或不恰当的提问，可产生很多消极作用，明显影响了心理咨询的效果。这些消极作用会带来以下一些后果：

1. 导致产生依赖性。问题提得过多，往往使来访者在叙述自己的情况时出现依赖性，不问就不说话，或者很少说话，形成自我封闭。

2. 责任的转移。在心理咨询中，解决问题的关键在于来访者自己，而不是心理医生。若问题提得太多，解决问题的责任就会转移到心理医生身上，从而限制了来访者参与解决心理问题的机会。

3. 使来访者发挥自身能力的活动受限。问题提得太多后，来访者就等待心理医生来发掘自己的问题，而不是积极地进行自我探索，不去主动发挥自身的能力。

4. 产生不准确的信息。过多的提问可以增加心理医生的主观性估计，这种估计很可能通过暗示作用影响来访者，使他们顺着心理医生的估计进行回答。这样就会掩盖真实情况。

5. 产生防卫心理。过多的或者不恰当的提问，可使来访者处于被审问的地位而产生防卫心理。特别是对于那些质问性的问题，如“你怎么会这样想呢？”、“你不知道那是错误的吗？”等，来访者的反应首先就是表白自己，或者干脆拒绝回答。这种防卫心理的产生，常使得咨询难以深入下去。

二、如何提问

为了避免过多的提问或不恰当的提问，最有效的方法就是把各种封闭性提问变成开放性提问。所谓封闭性提问，是指心理医生对来访者的情况有一种固定假设，而期望得到的回答只是验证假设的是或否。例如，心理医生提出：“你与妻子的关系和谐吗？”，在提出这个问题时，心理医生会产生一个假设：“他与妻子的关系不和谐”。而来访者除了回答“和谐”或者“不和谐”以外，似乎没有其他什么可谈的。所谓开放性提问，是指心理医生没有固定的假设。以上述问题为例，可以改为：“你能谈谈和妻子的关系吗？”这样来访者就可能谈得很细致。心理医生除了能详细了解他们的夫妻关系外，还可以从中了解到来访者的人格特征、日常情绪和行为习惯等等。

根据各种问题的不同性质，可以把如何提问进行简单的归纳。

1. “为什么……”问题。

这类问题往往对来访者有强烈的暗示性。因为一旦问到“为什么”，实际上是要求来访者说明理由；客观上暗示了来访者的行为或情绪是错误的。如前所述，这类问题会导致强化来访者的防卫心理。因此，应该将“为什么”改变为“怎样”或“什么”的形式。

2. 选择性提问。

这类问题往往限制了来访者的回答。比如，“你有什么体会，是厌恶还是紧张？”来访者只能对比进行选择性的回答。这不但使心理医生的信息获得受到限制，而且妨碍了来访者的自我探索。改变这类问题的方法是去掉选择部分。

3. 多重问题。

多重问题是指对一件事从几个方面同时提出问题。这往往使来访者不知所措，而且也只能回答他认为最重要的一个方面。这种提问，往往是没有经验或缺乏正规训练的心理医生的作法，应尽量注意避免。

4. 不必回答的问题

这类问题实际上并不构成问题，因为来访者是否回答与咨询有无关系。例如：“你只认为丈夫在性生活方面不理解你，但目前整个社会对性的科学认识又怎么样呢？”这样的访问题，即使能谈下去，也只是把所谈的内容引向空洞而抽象的评价，对咨询毫无益处。因此没有必要提出。

5. 责备性问题

这类问题是以反问的形式责备来访者，对来访者产生很大的威胁感。例如：“现在造成了这种局面，当初你干什么去了？”这种问题马上会引起来访者强烈的心理防卫，对咨询没有任何好的作用，应该严加杜绝。

6. 解释性问题

这类问题是心理医生表达自己对问题的看法和理解。当然，在心理咨询过程中，解释是必要的，但应该注意解释的技巧。过多地提出解释性的问题，将妨碍来访者的自我探索作用，不能很好地进行自我剖析。例如：“你这个观点是错误的，我认为应该是……，你觉得这样对呢？”这类问题应尽量避免。

如何才能把问题提得更好，更恰当，这需要在咨询实践中反复训练。总的来说，在会谈的开始阶段，应该尽量少提问，若必须提问时，要注意运用开放式的提问，并且防止来访者产生心理防卫以及妨碍对自身能力的挖掘。

第三节 解释、暗示与移情

一、解释与引导

解释也是心理咨询中常用的技术。这种技术的应用并不仅仅在于对来访者的种种问题进行剖析，更主要的是要有利于他们发掘自身的能力。在性心理咨询中，不少来访者普遍缺乏性知识，并且存在着一些错误的性观念。如果心理医生只是从性科学的角度进行详细解释，来访者并不一定都能接受这些观念。换句话说，用灌输式的方法对来访者进行解释，实际上对他们的心理状态起着封闭作用，压抑了他们的心理潜能。

在解释中，应注意以下一些原则：

1. 心理医生不要过分强调自己的观点。如果在解释中心理医生过分强调自己的观点，可能使来访者产生心理依赖，从而处于被动状态，影响咨询效果。
2. 不要过分运用批判性态度。心理医生在解释中过分地运用批判性态度，可能使来访者产生心理防卫，从而破坏了良好的咨询关系，也使得咨询难以深入下去。
3. 解释要有一定的限度。心理医生过分的解释，可使来访者产生一种不信任感，也会

妨碍他们的自我认识。对于比较敏感的来访者来说，解释过份反而加重了他们的猜疑。

4. 不要使来访者回避现实。任何解释都应该正视现实，即使这些现实有可能给来访者带来痛苦。因为回避现实只能使来访者的心理症结封闭起来。

在心理咨询过程中，解释的技巧在于和引导结合起来。只要引导得当，不但可以使来访者正确认识自己的问题，而且能最大限度地发挥他们自身的心理动力。在解释中发挥引导作用，应该从以下几方面着手。

其一、预期目标的引导。一般而言，来访者都想通过心理咨询很快解脱自己的苦恼，但由于性问题的复杂性，要想在很短的时间内取得满意的效果，往往不太现实。但是，如果来访者看不到效果，又可能丧失对咨询的信心。因此，预期目标的引导是很重要的。在具体的引导中，心理医生可以设计出远期目标和数个近期目标，并把近期目标按实现的时间顺序排列起来。当来访者实现一个近期目标时，就离远期目标进了一步。这样，将远期目标和近期目标结合起来，有利于增强来访者的自信心。

其二、焦虑适应的引导。性焦虑，是性苦恼者普遍存在的情绪反应，这种反应甚至会涉及到生活的其他方面。在心理咨询中，来访者并不一定能认识到性焦虑的意义，但却希望在日常生活中完全消除焦虑，使心境处于平静状态。事实上，在生活中是不可能没有焦虑反应的，只不过是程度和持续时间不同而已。焦虑的意义并不仅仅是带来心理压力，它也会成为生活的动力。因而在心理咨询中，要引导来访者学会带着焦虑生活，发挥焦虑的积极作用，不要片面追求单纯的“满意”和“愉快”。

其三、自我价值认识的引导。性障碍者在以往的求医行为中往往收效甚微，一般的性困扰者也多苦于无处求助。当他们通过性咨询而产生了一定的效果时，多会对心理医生感激崇拜。这种心境，本来是有益于不断和谐咨询关系的，但如果来访者过于依赖心理医生，将会使他们的自我价值得不到认识，从而压抑了心理潜能。“心理咨询依赖症”的产生，是心理咨询的最大忌讳，它使得预期目标不能达到。对来访者进行自我价值认识的引导，是提高咨询效果的必要手段。

二、暗示作用

暗示 (suggetive) 作用，在社会生活中已有很长的历史。自从有医生的职业以来，暗示作用就在医疗过程中体现，无论是积极的还是消极的作用。心理咨询中的暗示作用，是指心理医生以技巧性的言语、表情或行为，给来访者以支持性诱导，以改变原有的病理心理和异常行为。暗示作用可分为言语暗示和非言语暗示两大类。

1. 言语暗示

直接的言语暗示主要是在咨询过程中巧妙地应用一些保证性的言语，但这种保证又要显得很自然，让来访者不至于感到突然或做作。要做到这一点，就需要一些技术性的言谈方法。一方面，带有保证性的言语暗示必须使用简短的语言，以便给来访者留下较为深刻的印象。另一方面，保证必须符合科学性，不能随意夸大，也不能出现前后自相矛盾。

间接的言语暗示主要通过借鉴、比喻或者似乎与咨询内容无直接关系的话题，来加强对来访者的心理支持。这种话题在形式上不要针对来访者，但在实质上一定要给他留下较深的印象。

但要注意，心理医生的言语也可能形成不良的暗示刺激，加重来访者的心理困扰和压力。这是需尽量避免的。

2. 非言语暗示

非言语暗示涉及的技巧较广泛，如目光接触、面部表情、姿势与动作等。再把范围扩大一些，包括面容、身材、衣着、发型等，都有非言语暗示的作用。

目光接触是非言语暗示中最重要的一种，当来访者谈及痛苦时，心理医生的目光要表示出同情；当来访者失去信心时，心理医生的目光要表示鼓励；当来访者对一些问题羞于启齿而吞吞吐吐时，心理医生的目光要表示出理解。那种不耐烦、讥讽、冷漠、斥责的目光，是不应该在咨询中表示出来的。

面部表情可反映出愉快、惊讶、厌恶、冷漠等。一般而言，在咨询中面部表情的表达，应与目光接触一致。

姿势与动作所表达的含义较多，如态度、人际关系、无声语言等。在咨询中，带有否定意义的姿势与动作，如摇头、耸肩、摊手、左右摇摆等，一般不能应用。

三、移情与反移情

在心理咨询的过程中，某些来访者渐渐不再注意自己的症状，也不关心如何解决自己的心理冲突，而开始对心理医生发生特殊的兴趣。他们顺从医生的旨意，随时表现出感激之情，在他人面前对医生倍加赞赏，甚至关心到医生的衣食起居。这种现象，在临床心理学中称为“移情”（transference）。表现为友好、爱慕并带有性爱成份的叫做正性移情；表现为拒绝、不满甚至把医生作为发泄对象的叫做负性移情。

一些心理医生在性心理咨询中，往往对移情特别是正性移情感到害怕，担心会造成一些违背性道德规范的印象。实际上，来访者的这种移情反应与咨询关系的真实含义并不相当。根据精神分析学说的观点，认为移情是再现病人儿童期的情感态度，把医生当作早年生活环境里和他有着重要关系的人，把曾经给与这些人的感情置换给医生。

有经验的心理医生认为，移情的出现对于提高咨询效果是大有好处的，这说明了病人的心理症状能够离开心理原动力而向外投射，为下一步的咨询和治疗打下了基础。

心理医生在移情活动中所采用的技巧称为反移情。具体作法为：将自己扮演为移情的对象，从中仔细分析来访者过去的情绪反应、人际关系，挖出其内心的隐私。然后使来访者认识到移情活动的内容是他早年生活的经验，而这些早年经历又对目前的问题有重大影响。这样，使来访者的心理症状逐渐得到解脱。

性心理咨询中的技巧，不仅是通过正规训练获得，更重要的是在咨询实践中摸索和总结。从另一个方面来看，咨询效果的好坏在很大程度上也取决于咨询技巧的熟练程度。

第十章 心理测验在性咨询中的应用

第一节 心理测验的性质与作用

心理测验对性问题并无直接的诊断或分析意义，也就是说，不能根据心理测验的结果判定性问题的性质。比如，阳痿、早泄、性厌恶、恋物癖等，是无法用心理测验来进行鉴别诊断的。但是，由于性问题存在着大量的心理因素，一些性障碍和性变态还存在着不同程度的病理心理，因此心理测验对于客观了解来访者的心理状态，帮助制订性咨询方案、观察评价性咨询和性治疗的效果，有重要作用。

一、什么是心理测验

心理测验 (psychological testing) 是研究人的心理过程和心理特征的一种专门技术。它根据一定的心理学理论，使用一定的操作程序，对人的行为确定出一种数量化的价值。心理测验实质上是行为样本的客观的标准化的测量。

由于人的心理现象非常复杂，不可能象物理学上的测量那样，直接用尺子去量长度、用秤去量重量，用温度计去量温度，所以，只能间接地通过对人的行为评估来衡量其心理特点。然而，人的心理活动是极不稳定的，要受很多因素的影响。例如，在进行智力测验时，可能受周围环境因素的影响，如房间是否嘈杂，光线是否适中等；也可能受被试本身条件的影响，如心情是否舒畅，睡眠是否充足等。这样，要想使心理测验得到有意义的结果，必须具备两个基本条件，其一是使用有效的测验工具，其二是控制较多的无关变量。

在一些杂志上，有时也可见到一些问卷式“心理测验”，有的人便拿着到处试用。实际上，这些所谓的“测验”只是反映了某些常识心理现象，这种测验工具是无效的。在一些社会调查中，有时也能看到一些心理问卷，试图通过这种调查对心理活动进行分析，这种测验的方法也是无效的。因为它们都不具备心理测验的两个基本条件。

什么样的测量工具是有效的呢？这方面涉及的问题较多。归纳起来，一个有效的心理测量工具，必须具备三个要素，即：标准化、信度和效度。

二、标准化

心理测验的标准化，是指测验的编制、实施、记分以及对测验分数解释的一致性。

心理测验必须进行标准化才可能获得真实的结果。在编制某种测验时，指导语要能够说明该项测验的各种情况，在制作测验工具时要保证其物理性能的一致性。在进行心理测验时，要使用标准化的测验材料，严格遵守测验的指导语，按规定的程序进行。同时，需要尽量除外主试本身因素的影响。

标准化的最重内容就是建立常模。心理测验的常模 (norm)，就是一个客观的标准，每一个测验的结果都要根据这个标准来进行判定和分析。常模是从取样中求得的，其制定与测验的设想和目的相关联。常模的可靠与否主要取决于样本的大小及抽取样本的方法，无论是全国常模还是地区性常模，都应根据人口统计资料进行分层随机抽样。

三、信度

信度 (reliability) 又称为可靠性。心理测验的信度，是指同一组被试用同一测验实施

两次后所取得分数的一致性；或者同一组被试经过一次测验后，再用一个等同形式的测验施测一次，两次所取得分数的一致性。

大部份的信度指标都以相关系数来表示。用同一样本可得到的两组资料的相关作为测量一致性的指标，称为信度系数。理想的信度系数是1，但这事实上是不可能的。具体的信度系数要求为：团体测验应大于0.70，个别测验应大于0.80，智力测验的信度系数应高于人格测验。

影响信度的根本因素是随机误差的多样性。导致随机误差的原因很多，如被试的身心健康、状况或测验时的态度、主试不按照规定的程序实施测验，测验内容的取样不合理、测验场所的环境不良等。

四、效度

效度 (validity) 是指测验的真实性和准确性，也就是说，心理测验所得出的结论是否符合测验的目的。

在心理测验中如何对测验效度进行考查呢？一般有以下几种应用方法。其一，将测验的结果与实际情况相印证，其二，考察测验的内容是否符合测验的目的；其三与已经公认的标准测验进行比较。

五、项目分析

项目分析，是检验心理测验中的各个项目有无实际意义，能否反映所需测验的真正内容。由于在临床工作中一般不作这种分析，所以只是简要地介绍一下。

项目分析的方法主要有三种：其一、应答率，主要检测被试对每个项目的应答情况。如果应答率低，说明这个项目意义不大。其二、困难度，以每个项目的正确回答率或通作率。若通过率太低，说明该项目难以理解。其三、区分度，主要检测被试对某种心理特征的识别性。若区分度过低，说明两个项目之间没有特征性区别，不宜用于心理测验。

尽管在一般的临床性心理工作中不用项目分析，但进行资料总结，设计科研课题时仍然是不可缺少的。

六、心理测验的分类

心理测验的分类方法很多，在性心理咨询中，一般是按测验的内容分类进行选择。现将几种主要的分类方法作如下介绍。

(一) 按测验的内容分类

1. 能力测验。如智力、记忆力、注意力、特殊能力等，可简单归纳如下：

能力测验	一般能力测验	单项能力测验—记忆力、注意力、
		综合能力测验—智力。
	特殊能力测验—绘画能力、音乐能力、特种技能等。	

目前国内常用的有：比奈智力测验、韦氏智力测验、临床记忆测验、瑞文推理测验等。

2. 人格测验。以测验人格结构或人格类型为目的。目前国内常用的有：艾森克人格测验、明尼苏达多相人格测验、卡特尔十六因素人格测验、洛夏墨迹测验等。

3. 情绪评定。以评定异常情绪为目的，尤其是焦虑或抑郁状态。由于情绪的波动性较大，所以情绪评定一般限于一周以内。目前国内常用的有：症状自评量表 (SCL-90)、抑郁自评量表 (SDS)、焦虑自评量表 (SAS)、汉密顿抑郁量表 (HAMD)、汉密顿焦虑量

表(HAMA)等。

4. 行为评定与生活事件评定。行为评定是指评定个体的某项特殊的行为活动,而这种行为与身心健康的关系密切,目前常用的有A型行为评定、爱德华个性偏好测定等。生活事件评定是指个体对遭遇各种心理社会刺激因素进行的评定,由此可对身心健康状态进行预测,目前常用的有生活事件量表。

5. 其他。如H-R神经心理学成套测验、成就测验、职业定向测定等。由于与临床性心理的关系不密切,则不再介绍。

(二)按测验方法分类

1. 问卷法。这类测验是采用问答题或自我陈述题。如艾森克人格测验、明尼苏达多相人格测验、SCL-90 SAS、SDS等。

2. 操作法。要求被试按主试的要求进行实际操作,如填图、积木、迷津、译码等。常见于各种能力测验中的部份内容。

3. 投射法。给被试呈现一些模糊的墨迹图或人形,让他叙述象什么东西,从而了解他的心理活动。如洛夏墨迹测验,主体统觉测验等。

(三)按测验对象分类

1. 个别测验。一次只测验一个人。临床性心理中的测验多为个别测验,智力测验一般也只适用于个别测验。

2. 团体测验。同时测验多个人、一组一组地进行。人格测验、情绪评定等,都可用于团体测验。

七、性咨询及性治疗中心理测验的选择

(一)治疗前的选择

1. 常规测验。常规测验是每一个来访者都要作的,目的在于能客观了解一个人的基本心理素质。为了达到这一目的,选择相应的测验有两个原则:其一、测验的内容与性问题可能存在一定的关系;其二、测验的方法简捷。一般而言,常规测验只作人格和情绪两个方面,人格测验选用艾森克人格测验,情绪评定选用焦虑自评量表和抑郁自评量表。

2. 针对性测验。针对性测验是在常规测验的基础上,针对来访者的某种与性问题有密切关系的心理素质所进行的测验。若来访者的言语表达能力、逻辑推理能力比较差,则可选用比奈智力测验和韦氏智力测验;若来访者显得固执,易激怒、有较突出的病态人格特征,则可选用明尼苏达多相人格测验;若来访者表现出社会适应性不良、对性的认识回避、则可选用卡特尔十六因素人格测验,若来访者的焦虑抑郁状态突出,并有偏执状态或癔病色彩,则可选用SCL-90情绪自评量表。

(二)治疗中的选择

在性治疗的过程中,心理测验可作为观察和评价疗效的客观指标。由于一个人的智力及人格变化不大,在治疗中一般不会有明显的改变,所以治疗阶段主要选用各种情绪评定。其评定的间隔时间多为一至二周。若治疗时间较长,在一个月左右也可进行一次人格测验。

(二)治疗后的测验

性治疗不单纯是要解决性问题,而且还要使来访者产生并保持乐观稳定的情绪,以及良好的生活及社会适应能力。这几方面,与性问题互为因果而存在。在治疗结束后,上述心理指标应该趋于正常,此时,可选用明尼苏达多相人格测验和SCL-90情绪评定。

第二节 智力测验

一、智力概述

(一) 智力的定义及智力结构

迄今为止，国内外心理学家对智力的看法均尚无定论。一般而言，多数倾向于将智力看成某种整体的能力或潜能，是各种基本认识能力的综合表现，而抽象概括能力是智力的核心。

构成智力的因素很多，也由此而产生了若干不同的理论。二因素论认为，智力由一般因素G和若干种特殊因素S组成，在不同的智力活动中，存在着共同的G因素和某一种特殊的S因素。多因素论认为，智力活动包含着若干因素，如V因素(语言)、S因素(空间知觉)、N因素(数量等)、这些因素在各种测验中所占比重不同(图10-2-1 图10-2-2)。

心理学家吉尔福特(J·P·Guilford)认为，智力是由多种因素组成的结构模式。智力结构由智力活动的内容、智力活动的过程(操作)和智力活动的成果三个方面组成，即形成三维结构模式。这样，可得智力计算 $4 \times 5 \times 6$ 共120种组合(图10-2-3)。

智力活动的内容包括：图形、符号、语义、行为四种因素。

智力活动的操作包括五种能力：认知、记忆、发散思维、辐合思维、评价。

智力活动的成果包括：单位、门类、关系、系统、转换、蕴涵等六个方面能力。

(二) 智力测验的计算

1. 心理年龄(智力年龄)。心理年龄是智力测验早期计算的方法，简称心龄(mental age)。其意义为，如果一个人的心龄为10岁，那么他的心龄与10岁儿童的平均智力相等。

但是，由于心龄只能比较实足年龄相同的人的智力高低，而不能比较实足年龄不同的人的智力程度，所以在应用上存在着许多困难。

2. 智商。智商(intelligence quotient)是一个人的心龄与实龄的比值，也称为比率智商，可以表示智力的相对水平。

$$\text{智商} = \frac{\text{心理年龄}}{\text{实足年龄}} \times 100\% \quad \text{即} \quad \text{IQ} = \frac{\text{MA}}{\text{CA}} \times 100\%$$

智商使不同年龄的人的智力水平可以比较，而心龄却不能。智商一般认为一直保持到青年时代，一个人随年龄的增长其知识也相应增长，因此从理论上说智商是相对不变的。但是，由于智力发展的起点、速度、到达顶峰及停止发展的时间存在着个体差异，所以比率智商的价值就很有有限了。以后的智力测验编制时，普遍应用了离差智商(Deviation IQ)。所谓离差智商，实质上就是一个人的成绩和同年龄组被试的平均成绩比较而得出的相对分数，离差智商是将被试样本得分通过标准化处理而获得的。

根据离差智商的分布，可以判定一个人智力的大致水平。下面是斯坦福-比奈量表和韦氏量表的智商分布情况(表10-2-1)。

(三)、智力因素与非智力因素的关系

1. 智力的发展及个体差异。

在儿童和青少年期，智力是随年龄增长而增加的。不少心理学家的研究指出，在26岁以前，智力水平的提高与年龄增长呈正比，在26岁以后，智力保持相对平坦的水平(图10-2-4)。

然而，为什么在同一年龄阶段，智力水平并不一致呢？这说明智力发展存在着个体差异。一些心理学家的研究指出：①智力发展速度与停止发展的年龄与个人智力的高低有关，智力高的人发展速度快，发展停止的时间也晚，智力低的人则反之；②在一般人群中，智力极高与智力极低的人均占少数，而智力中等或接近中等的人为绝大多数；③遗传因素和环境因素，对智力的形成和发展有重大影响；④非智力因素如动机、兴趣、情感、性格等，也对智力的发展有重要影响。

2. 智力差异的类型及原因

智力差异包括个别差异和团体差异两大类。个别差异主要是指智力低下或智力超常，团体差异主要是指性别差异、种族差异和职业差异。这些内容在有关心理测验的专著中有详细介绍。

表10-2-1 斯坦福——比奈量表和韦氏量表的智商分布表

智商范围	等级	理论百分数	实际百分数
斯坦福-比奈智力量表			
140 以上	非常优秀	1.6	1.3
120—130	优 秀	11.3	11.7
110—119	中 上	18.1	18
90—100	中 等	46.5	46
80—89	中 下	14.5	15.1
70—79	临界状态	5.6	5
69以下	智力缺陷	2.9	2
韦克勒斯智力量表			
130 以上	非常优秀	2.2	2.3
120—129	优 秀	6.7	7.4
110—119	中上(聪明)	16.1	16.5
90—109	中 等	50.0	49.4
80—89	中下(迟钝)	16.1	16.2
70—79	临界状态	6.7	6.0
69以下	智力缺陷	2.2	2.2

对智力差异原因的究研，在学术界有较大的分歧。通过多年的研究，目前比较趋于一致的看法为：智力差异是在遗传与环境两大因素的作用下，由成熟与学习交互影响的结果。先天的遗传因素为智力形成和发展打下了基础，后天环境、教育、实践等因素是智力发展的必要条件，二者缺一不可。

二、比奈智力测验

(一) 比奈智力量表的产生和发展

比奈—西蒙智力量表(B—S量表)是国际上最早的智力量表,1905年由国心理学家比奈与西蒙编制成功,并联名发表了“诊断异常儿童智力的新方法”。1908,年B—S量表进行了第一次修订,1911年进行第二次修订。

B—S量表产生后被引入美国。1916年美国修订得最成功的斯坦福—比奈量表(S—B量表)发表。随后于1937年、1960年、1972年多次进行修订。

比奈测验于1922年介绍到我国，1924年陆志韦先生发表了他修订的中国比奈西蒙智力测验。1936年他与吴天敏进行了第二次修订。解放后，由于种种原因，这套测验鲜于绝迹。1982年，吴天敏教授主持进行了第三次修订，称作《中国比内测验》。

(二) 中国比内测验的应用介绍

中国比内测验共51题，即51个测试项目（表10—2—2）。测验对象为3~18岁的儿童少年。施测时，先根据受试者年龄从测验指导书的附表（表10—2—3）。中找到开始测验的试题，然后按指导书进行测验。通过一题一记分，连续五题不通过则停止测验。然后，将受试者答对题目的分数，加上承认他能通过的题目的分数（即表10—2—3中的补加分），即得到测验总分。

智商的推算，是根据实足年龄和总分，在指导书的智商表中查得，实足年龄的计算法为：实验年月日减去出生年月日。

为了节省测验时间，还编制了一份《中国比内测验简编》，共8个项目，系中国比内测验51项中的第11、18、27、28、29、34、38、42项。

中国比内测验主要适用于个体智力测量，通过智商来推断一个人的智力水平。亦可用于分析群体智力的趋势。必要时可进行项目分析。在性咨询中，可以分析儿童或青少年性问题者，是否存在低能因素。

三、韦氏智力测验

韦克斯勒智力测验是继比奈—西蒙量表后，于1939年编制成功的智力测量工具。由于其内容丰富，分类细微、目前已成为国际上最著名的智力测量工具。近年来，我国心理学界对其中三套的修订已经完成。即：韦氏成人智力量表

表10-2-3 中国比内测验各年龄的开测题

年龄(岁)	开测题	补加分	年龄(岁)	开测题	补加分
2—3	1	0	10	18	17
4	1	0	11	20	19
5	1	0	12	22	21
6	7	6	13	22	21
7	7	6	14	23	22
8	10	9	15	23	22
9	14	13	16—18	24	23

(WAIAS—RC)，适用于16岁以上的成年人；韦氏儿童智力量表(WISC—CR)，适用于

表10-2-2 中国比内测验的项目

1. 比圆形	14. 说反义词(一)	27. 数学巧术	40. 说反义词(二)
2. 说出物体	15. 推断情景	28. 方形分析(一)	41. 拼字
3. 比长短线	16. 指出缺点	29. 心算(三)	42. 评判语句
4. 拼长方形	17. 心算(二)	30. 迷津	43. 数立方体
5. 辨别图形	18. 找寻数目	31. 时间计算	44. 几何形分析
6. 数纽扣13个	19. 找寻图样	32. 填字	45. 说明含义
7. 问手指数	20. 对比	33. 盒子计算	46. 填数
8. 上午和下午	21. 选语句	34. 对比关系	47. 语句重组
9. 简单迷津	22. 正确答案	35. 方形分析(二)	48. 校正错数
10. 解说图画	23. 对答问句	36. 记故事	49. 解释成语
11. 找寻失物	24. 描画图样	37. 说出共同点	50. 明确对比关系
12. 倒数二十至一	25. 剪纸	38. 语句重组(一)	51. 区别词义
13. 心算(一)	26. 指出谬误	39. 倒背数目	

6—16岁的少年儿童，韦氏幼儿智力量表（C—WYCSI），适用于4—6岁的幼儿。本节主要介绍韦氏成人量表。

韦氏智力测验的是一般智力，是对多种智力的综合测验。在医院、学校、管理部门中得到广泛应用。

（二）量表结构

韦氏成人智力量表分为言语测验和操作测验两大类，共十一个分测验项目，前者六个分测验，后者五个分测验。为了适应我国目前城市与农村文化背景尚有一定差别的需要，量表分为城市和农村两型，分别建立其正常值。但在项目内容和评分标准上均相同。现简介如下：

1. 言语测验（Verbal test）部分

（1）知识测验（information test）。城市农村均为29项，最高分为29分。测验知识的保持和广度。城市版问题举例：

- ①钟表有什么作用？
- ⑤一年中哪个季节白天最长？
- ⑦夏天穿深色衣为什么比穿浅色衣要热些？
- ⑩《资本论》这一书是谁写的？
- ⑫生石膏从哪里来？
- ⑭古兰经是什么？

（2）领悟测验（comprehension test）。城市农村均为14项，最高分为28分。测验实际知识和理解及判断能力。城市版问题举例：

- ①为什么要经常洗衣？
- ⑦“趁热打铁”是比喻什么？
- ⑩为什么要交税？
- ⑫白天如果在森林里迷了路你将怎么办？

（3）算术测验（arithmetic test）。共14项，城市农村共用，最高分为18分，测验心算推理能力。计算举例：

- ④拿一元去买六角钱糖，还可找回多少？
- ⑥5角钱买7个2分的邮票，应找回多少钱？
- ⑧有人将一房家具用原价的 $\frac{2}{3}$ 卖掉，得400元，问原价是多少？

（4）相似性测验（similarity）。共13项，城市农村共用，最高分为26分，测验抽象概括能力。

题目举例：

- ①斧头—锯子 ⑨空气—水
- ④桌子—椅子 ⑫木头—酒精
- ⑥蛋—种子 ⑬苍蝇—村

（5）数学广度测验（digitspan test）。其中顺背12项，最高分12分；倒背10项，最高分10分。城市农村共用。测验注意力和短时记忆能力。

背诵数字举例：

顺背：10（1试）5—2—7—4—9—1—3—7—4—6

是分析各种能力水平与性问题的关系。同时，还能帮助拟订咨询和性治疗方案。

第三节 人格测验

一、概述

(一) 人格的有关概念

人格 (personality) 在心理学上也称为个性，是指个体身上经常地、稳定地表现出来的心理特点。正是由于存在着人格特征，才表现出形形色色各式各样的人。对于人格的究研，无论是在教育、医学、社会学、管理学等领域内，都有非常重要的意义。然而，要给人格下一个确切的定义是不太容易的。在人格的内涵上，有人把能力、气质、性格归于人格特征；有人认为除了人格特征外，动机、兴趣、倾向等都应归于人格。综合各家学说，可以把人格的特点概括如下：

1. 独特性。表现为人与人之间在心理活动上的差异，特别是能力、气质、性格、兴趣方面的差异。

2. 稳定性。表现为一个人对现实的相对稳定态度，以及与此相适应的行为习惯。这些特点往往是一贯的，持久的表现。

3. 倾向性。表现为由一个人的需要、动机、兴趣和信念而决定的行为特点，并且这种倾向可以贯穿在一个人的全部行为中。

4. 整体性。即一个人的人格特征是一个统一的整体，各种心理活动在一个具体的人身上也是以整体的形式表现出来。人格的培养，要充分注意其整体性和社会实践性。

(二) 人格的几个主要理论

1. 心理动力理论。其创始人弗洛伊德，他提出人格结构由“本我”、“自我”、“超我”三方面组成，认为人类本能行为是心理活动积极性的源泉，本能欲望保存在潜意识中控制着人格行为活动。

2. 行为主义理论。其创始人华生，后来斯金纳进一步丰富了这个理论。行为主义认为人格结构大半由个体习得的习惯或 S—R 联结以及这些习惯之间的关系所构成，这个理论强调了人格形成的外在因素。

3. 整体性及社会制约性理论。以苏联心理学家鲁宾斯坦为代表的人格理论，强调个性的各个组成部分和它所依赖的条件之间的联系，强调人格的整体性，以及人格的形成是社会实践活动的作用。

4. 特质学说。这是目前比较流行的理论，认为人格结构是由若干特质组成的，不少的人格测验都是建立在这个理论的基础上。该学说的代表人物有艾森克、卡特尔等。艾森克认为，特质是表示行为的一种组织层次，人格特质可从两个独立的维度来描述，即：情绪稳定性—情绪不稳定性，内向性—外向性。艾森克人格测验，正是以这两个维度为基本内容的。卡特尔认为，特质这一概念表示在不同时间和各种情况下行为的某种类型及规律性，特质分为表面特质和根源特质两种。他研究出了16种根源特质，并设计了卡特尔16因素人格测验。

(三) 人格测验的方法

1. 自陈量表。自陈量表又称自陈问卷，是人格测验最常用的方法。通过对量表中一系列陈述句或问题的回答，让受测者提供关于自己人格特征的报告。这类量表有：艾森克人格

测验，明尼苏达多相人格测验，卡特尔16因素人格测验等。

2. 评定量表。指通过观察给一个人的某种行为或特质确定一个分数，从而分析其人格特征。严格地说，评定量表并不是一种测验，它是以观察为基础，由他人来作出的评价。如莱特氏品质评定量表、卜氏儿童社会行为量表等。

3. 投射测验。这类方法是向被试提供一些未经组织的刺激情境，让被试在下受限制的情况下，自由地表现出他的反应。然后通过对反应结果的分析，推断出人格结构。此时各种刺激情境对被试采取什么样的反应并不重要，它的作用就象银幕一样，被试把自己的人格特点投射到这张银幕上来。常用的投射测验有，罗夏墨迹测验、主题统觉测验、绘画测验等。

二、艾森克人格测验

艾森克人格测验 (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) 是英国伦敦大学艾森克教授于1975年编制成功的。他根据大量的第一手资料，分析并归纳出了决定人格的三个基本因素，即：内外倾性、情绪性和心理变态倾向。在这三方面的程度不同，就构成了不同的人格特征 (图10—3—1)。EPQ正是在这个基础上形成的。目前，国内已修订出了EPQ成人和儿童量表。由于EPQ项目较少，易于调查，因而应用较广。

(一) EPQ内容

EPQ成人及儿童问卷均为88题，分为E、N、P、L四个分量表，前三个为人格的三种维度彼此是独立的。L是效度量表，但也代表一种稳定的人格功能。各分量表的意义如下：

E (extroversion—introversion)：外倾—内倾性。高分表示人格外倾，其特点是好交际、喜冒险渴望兴奋而有刺激的事、情感易于冲动。低分表示人格内倾其特点是安静、离群、富于内省、情绪较稳定。

N (neuroticism)：神经质 (又称情绪性)，反映的是正常行为，并非指病症。高分表示神经过敏、其特点为焦虑、担忧、情绪反应强烈，可能出现行为失控。低分表示情绪稳定，其特点为稳重、性情温和、善于自我控制、即使激起了情绪也很快平复下来。

P (psychoticism)：精神质 (又称倔强性)，也称为心理变态倾向。这并非暗指精神病，而是在个体身上都存在，只是程度不同的一种特质。高分可能孤独，不关心他人，难以适应外部环境，喜欢挑衅，不顾危险，缺乏同情心。

L (lie)：掩饰。高分表现为掩饰、假托或自身隐蔽。当分值超过一定界限时，其测验的可靠性将受到怀疑。

EPQ成人量表举例：

1. 你是否有许多不同的业余爱好？
9. 你是否在晚上小心翼翼地关好门窗？
27. 你常为有罪恶之感所苦恼吗？
47. 你是否有时感到自己可怜？
72. 你能克制自己不对人无礼吗？

(二) EPQ的施测方法

EPQ施测的对象，成人量表适用于16岁以上，儿童量表适用于7—15岁。个别测验或团体测验均可进行。

EPQ量表的每一测题只有两个答案，即“是”和“不是” (或“否”)。被试根据自身的情况选择其中一个答案，不能多选，也不能漏选。全部题做完后，由主试计分。

计分的程序为：第一步、用 P、E、N、L 四个模板分别计分，得出四个量表的原始分；第二步，根据被试的年龄和性别，在 T 分表上查出四个量表的标准分；第三步，按标准分在剖析图及坐标图上登记（图 10—3—2）。

（三）EPQ 结果分析

在对结果进行分析时首先要判断其答卷的有效性，这主要根据 L 分进行判定。在个别测验时，如果被测者的 L 分转换为标准分后超过了 6.5 分，这份答卷的可靠性将受到怀疑。在团体测验时，除了考虑 L 分的标准是否超过 65 分外，还要对整个团体的 L 分作统计处理，找出相应的均数和标准差，然后进行个别判定。

从剖析图来看，若四个分量表的标准分均在 43.3 分和 56.7 分这个范围内，则个性曲线不会超过剖析图上的两条实线；若在 38.5 分和 61.5 分之间，个性曲线则在两条虚线内，当某个分量表的得分小于 38.5 或大于 61.5，个性曲线将超过虚线。以 E 量表为例，若 E 分在 43.3 分到 56.7 分之间，性格特征为中间型；若 E 分在 38.5 至 43.5 或 56.7 至 61.5 分可假定其性格倾向于内向或倾向于外向；若 E 分小于 38.5 或大于 61.5，则为内向或外向。P 量表、N 量表乃至 L 量表，均可按此分析。

为了进一步分析个性因素之间的关系，可以从坐标图上考虑。EPQ 的坐标图是以 E 分为横轴，N 分为纵轴，将个性划分为四相：内向稳定型、内向不稳定型、外向稳定型、外向不稳定型，仍有中间（实线）和倾向（虚线）的划分界线。当找出某个被测者的个性相后，再结合考虑 P 因素进行综合分析。

EPQ 坐标图的四相，亦可结合气质类型进行分析。在不同的类型中，性活动有不同的特点；即使在同一类型中，如果个性坐标的位置不同，性活动仍然有不同的特点（图 10—3—3）。

三、明尼苏达多相人格测验

明尼苏达多相人格测验简称 MMPI，于本世纪四十年代初期产生于美国。四十多年来，该测验在许多国家得到广泛应用，在医学、心理学、社会学、人类学的研究工作中都发挥了极为重要的作用，被誉为研究病态人格的权威性方法。八十年代初期以来，我国心理学界对这项测验进行了中国修订。

（一）MMPI 的内容

MMPI 共有 566 个自我陈述式的题目，其中 16 个为重复题目，实际上只有 550 题。题目涉及的内容很广泛，包括身体各方面的情况，精神状态、以及对家庭、婚姻、政治、法律，社会等的态度。566 题分为 10 个临床量表，4 个效度量表和 12 个研究量表。在国外，分量表已发展到三百多个。我国目前对 10 个临床量表及 4 个效度量表的修订已完成，研究量表正在进行修订。

1. 临床量表。现将其代号、缩写、名称及主要意义介绍如下。

代号 1、HS (hypochondriasis) 疑病。高分表示过分关心身体状况，低分表示比较合群、愉快。

代号 2、D (depression) 抑郁。高分表示情绪低落、抑郁、低分表示快乐，社交顺利。

代号 3、Hy (hysteria) 癔病。高分表示以自我为中心，低分表示人际交往和谐。

代号 4、Pd (psychopathic deviate) 精神病态。高分表示玩世不恭，低分表示与社会要求一致。

代号 5、Mf (masculinity femininity) 男子气、女子气。男性高分表示缺乏责任感，

低分表示有明显的大丈夫脾气；女性高分表示缺乏女性气质，低分表示自爱自怜、屈从。

代号 6, Pa (paranoia) 妄想狂。高分表示多疑、偏执，低分表示通情达理、但缺乏自信。

代号 7, Pt (psychasthenia) 精神衰弱。高分表示焦虑、高度紧张，低分表示安静、易适应他人。

代号 8, S (Schizophrenia) 精神分裂。高分表示孤独、专横，低分表示实际、谨慎、保守。

代号 9, Ma (hypomania) 轻躁狂。高分表示情绪高，联想丰富，低分表示自制力强、有退缩行为。

代号 0, Si (social introversion) 社会内向。高分表示怕羞、内向，低分表示外向、合群。

2. 效度量表。主要用于判断答卷的有效性。可以考虑被试有无说谎，有无故意“装好”或“装坏”，对问题是否理解。各量表的意义如下。

Q 量表，表示“无法回答”的题目数。超过一定标准则认为此答卷不可靠。

L 量表，表示说谎分数。分数高表示答案不真实。

F 量表，表示诈病分数。分数高表示诈病或确系严重偏执。

K 量表，表示校正分数。分数高表示一种自卫反应。

3. 研究量表 (略)

MMPI 题目举例:

1. 我喜欢看机械方面的杂志。

13. 我总是在很紧张的情况下工作。

20. 我的性生活是满意的。

31. 每隔几个晚上我就做恶梦。

37. 我从来没有为了我的性方面的行为出过事。

231. 我喜欢谈论两性方面的事。

514. 我喜欢有男子气的女人。

(二) MMPI 的操作与计分

1. 操作方法。被试需年满16岁，有小学毕业的实际文化水平，在测验时主试与被试之间要相互配合。

MMPI 有三个供选择的答案，即“是”、“否”或“无法回答”，请被试在每道题上根据自己的情况进行选择，尽量不要选择“无法回答”。

临床量表和效度量表的内容都括包在前399题内，所以一般只作到399题即可。一次测验大约需要45分钟，有的人可达90分钟或超过两小时。

2. 计分方法。一般是用模板。分别套分，每个分量表一张模板。套分后得出原始分，再根据 K 分进行校正，然后将校正分登记在剖析图上，最后查表得到标准分(图10—3—3)。

(三) MMPI 的分析

1. 单因素分析。以标准分超过70分为升高，低于40分为降低，逐个量进行分析

例：量表2(D)：此量表项目表示情绪低落，自我观念不多，自杀思想，有轻度焦虑或激动，不眠，纳差……量表 2 高分无积极情绪，一般悲观，亦可有强迫症状……量表 2 低分

提示快活、轻松、社会处境悠闲……

量表4 (pd)，本量表主要为测量一个人的乏社交和反社会倾向的量表。但亦包括说谎、偷窃、滥搞男女关系、漠视社会常规……高分者常有复仇攻击观念，行为呈冲动性，亦有为自爱自怜、自我中心……低分者常表现易与社会要求协调一致，但被动无能……

2. 综合分析。在MMPI的应用过程中，发现单因素分析往往难以解释一些现象，因此产生了一些综合分析方法。

(1) 两点分析法。研究发现，当把两个最高的量表分（即剖析图上的两个最高点）结合起来进行分析时，有很大的临床意义。这种针对特征性测图进行分析的方法，称为两点分析法 (twopoint codes)。目前，两点分析的有关资料已经归纳处理，可在操作手册上查阅。

例：24/42 具有这种测图的人常有人格方面的问题，有的为反社会人格可能发生过受法律制裁的事件而抑郁……这些一般不易被社会常规或心理卫生工作者识别出来。其表现的行为根基很深，可有犯罪、药瘾、或酒瘾，性生活乱七八糟。当现量表9高分与量表6同时高分时，这种人十分危险……

45/54 有这种划分的人可能有明显性心理活动障碍，如同性恋或其他性心理异常，如果量表4、5超过70分以上这种可能性就更大。有这种划分的女性常有不寻常的专横行为，而男性则被动，依赖及自我中心。……

(2) 多点分析法。这是在两点分析法的基础上产生的。如：327—4，表示3、2、7为高分、4为低分；32—74，表示3、2为高分，7、4为低分。其意义可参考两点分析法。

(3) 坐标分析法。由于在MMPI单因素分析及两点分析中有很多病理性术语，有些被试难以理解，因此作者根据正常人格的基本类型，参照EPQ设计了坐标分析法，将MMPI与EPQ结合起来。

MMPI坐标分析法以SI量表分为横坐标，以Ma为纵坐标，两轴交点为中国常模的均分处。这样将人格特征划分为四个象限，但其排列与EPQ不同。坐标分析可作为MMPI的第一步分析，在此基础上，再进行较详细的分析（图10—3—4）。

四、卡特尔十六项人格因素测验

卡特尔十六项人格因素测验 (The Sixteen Personality Factor Questionnaire, 16PF) 是美国伊利诺州立大学心理研究所的卡特尔教授编制的。他把各种描述人格特质的词汇与生活情境中的各种行为结合起来，采用系统观察法、科学实验法以及因素分析统计法，经过二、三十年的研究确定了十六种人格特质，并据此编制了此测验。16PF在不少国家和地区得到广泛应用，一般认为是研究正常人格的权威性方法。近年来，我国心理学界对16PF进行了修订。

(一) 16PF的内容

16PF共有187个自我陈述式的题目，每一种人格因素由10—13个测题组成，现将十六种人格因素的名称、符号和主要意义简介如下。

乐群性(A)。低分表现苛求、冷酷，高分表示开朗、随和。

聪慧性(B)。低分表示学习能力低、较迟钝高分表示学习能力较强、聪敏。

稳定性(C)。低分表示情绪不稳定、自控力弱。高分表示安静成熟、自控力强。

持强性(E)。低分表示谦虚、顺从、和善，高分表示武断、竞争、统治性。

兴奋性(F)。低分表示谨慎、冷淡，高分表示活跃、热情。

有恒性(G)。低分表示不审慎、缺乏责任感，高分表示有恒心、稳重。

敢为性(H)。低分表示胆小、克制、畏怯,高分表示好冒险、放任主动、鲁莽。

敏感性(I)。低分表示硬心肠、现实狠心,高分表示软心肠、敏感、慈爱。

怀疑性(L)。低分表示信任别人、较松懈,高分表示多疑、不相信人、警惕。

幻想性(M)。低分表示合乎成规、实干,高分表示狂放不羁、幻想。

世故性(N)。低分表示天真、朴实无华,高分表示世故、精明能干。

忧虑性(O)。低分表示安闲无虑、有自信心,高分表示烦于内疚、忧虑抑郁。

实验性(Q₁)。低分表示善忍受、保守、高分表示苛求任性、激进。

独立性(Q₂)。低分表示随群附众、依赖,高分表示当机立断、独立。

自律性(Q₃)。低分表示矛盾冲突、自制能力低,高分表示言行一致、自我克制力强。

紧张性(Q₄)。低分表示松懈宁静、紧张性低,高分表示冲动劳累,紧张性高。

除了上述十六种人格特质外,还可以测量更广泛的内容,如:适应性、焦虑性、内向性、外向性、感情用事性、安祥机警性、怯懦性、果断性。这称为次元人格因素。

16PF 题目举例:

4. 我有足够的应付困难。

14. 我所希望的结婚对象应擅长交际而无须有文艺才能。

56. 我觉得我有一些别人所不及的优良品质。

107. 我和异性友伴交谈时,竭力避免涉及有关“性”的话题。

145. 我认为人工节育是解决世界经济与和平问题的要诀。

(二)16PF 的操作与计分

1. 操作方法。16PF 适用于16岁以上具有小学毕业文化水平者,测验时的注意点与MMPI相同。

16PF 的每一测题都备有三个可能的答案,使被试者有折衷的选择。一般而言,被试多在45—60分钟内完成所有的测题。

2. 计分方法。16PF 每一题各有a、b、c三个答案,可得0分、1分或2分,B量表得分为0分或1分。计时一般是用模板套分,共有两个模板,每个模板包括8个分量表。用模板套出原始分后,根据不同年龄及性别的常模转换为标准分,然后在剖析图上描出人格轮廓图(图10-3-4)。

(三)16PF 的分析

1. 单因素分析。以标准分1—3分为低分,8—10分为高分逐个量表进行分析。

例:H因素:低分者倾向于胆小退缩,小心谨慎,喜欢安静,常有自卑感。说话缓慢又口吃。缺乏自信特别对异性反应胆小,甚至不感兴趣。高分者倾向于更好社交,喜欢探求新事物,主动并富于情绪反应。在与异性接触中会给人“脸皮较厚”的印象。常粗心大意,忽视细节。

O因素:低分者倾向于自信,生活自足快乐,安静而镇定,悠然自得,少烦恼。信心充足,乐观安祥。高分者倾向于自我内疚,常烦恼自忧,甚至沮丧悲观,感到不如人。有时缺乏生活勇气,时有犯罪感。

2. 次元人格因素分析。对次元人格因素的分析,是将若干量表的得分进行综合考虑。目前一般是根据实验统计结果所得的公式,用有关量表的标准分数来推算出若干种可能形容人格类型的次元因素。

适应与焦虑性 = $(38 + 2L + 30 + 4Q_4 - 2c - 2H - 2Q_3) + 10$ 。低分者焦虑性低，高分者焦虑性高。

内向与外向性 = $(2月 + 3E + 4E + 5H - 2Q_2 - 11) + 10$ 。低分者内向，高分者外向。

感情用事与安详机警性 = $(77 + 2c + 2E + 2F + 2N - 4A - 6I - 2M) + 10$ 。

怯懦与果断性 = $(4E + 3M + 4Q_1 + 4Q_2 - 3A - 2G) + 10$ 。

3. 应用举例。心理学家对16PF的分析不断进行总结，拟订了一些统计公式用于心理咨询中，兹举几例：

(1) 心理健康者的人格因素。按 $C + F(11 - 0) + (11 - Q_4)$ 计算，均值为22分，小于12分者提示心理不健康。

(2) 从事专业而有成就者的人格因素。按 $2Q_3 + 2G + 2C + E + N + Q_2 + Q_1$ 计算，均值为55分，60分约等于标准分7。67分以上者一般提示能有所成就。

(3) 创造力强者的人格因素，分析公式为 $(11 - A) \times 2 + 2B + E + (11 - F) \times 2 + H + 2I + M + (11 - N) + Q_1 + 2Q_2$ 。

第四节 情绪评定

在各类性问题中，情绪是一个非常重要的心理因素，尤其是各种病理情绪反应，如焦虑、抑郁恐怖、敌对、偏执等。这些因素既是性问题发生发展的原因之一，又是妨碍性咨询和性治疗的重要因素。要使性问题得到圆满解决，必须消除种种不良的情绪因素。而对情绪进行客观评定，是了解情绪反应的重要方法。

一、情绪概念与分析

(一) 什么是情绪

情绪(emotion)在心理学上一般定义为人们对于客观事物是否符合自己的需要而产生的态度的体验。这是人类最复杂的心理过程之一，也是人类生活中最重要的一个方面。情绪除了表现为喜、怒、忧、悲、恐、惊等种种形式外，还具有很强的社会性。与社会意识和文化密切联系的高级情绪表现为道德感、理智感和审美感，这些高级情绪称为情感。

由于情绪具有生物性和社会性的双重特点，因此有关情绪理论和情绪分类的学说较多。近年来，普拉奇克(plutchik R)提出一个情绪的三模式，认为各种情绪都有三个基本特征：强度，相似性和对立性，从而形成了八个扇形的情绪三维模式图。在图中，最强的情绪反应在扇形顶部，越往下则强度越小，如：由强到弱排列为悲伤、悲哀、忧郁。当两个情绪反应的扇形互为对角时，彼此是冲突的，如狂喜与悲伤。当两个情绪反应的扇形靠得越近时，彼此越相似，如恐怖与悲伤(图10-4-1)。

由于情绪受客观环境的影响较大，许多情绪反应都是由当时特定的情境所引起，因此不象其他心理特征那样相对稳定。对情绪进行客观评定，有一定的时间界限。在性心理咨询和性治疗中，也就需要对情绪进行多次评定。

(二) 情绪的现象学

由于情绪是机体的一种复合状态，包含了若干内容，所以在对情绪现象进行分析和研究时，一般需从情绪体验、情绪表现和情绪生理三方面综合考虑。

1. 情绪体验。情绪体验是指在某种情绪状态时的主观感受。在分析时应考虑：其一，情绪的强度，可以由此推测个体为情绪所支配的倾向；其二，情绪紧张的水平，可以考察与

情绪强度的相关，其三，情绪的快感度，可以分析情绪的两极性；其四，情绪的复杂度，可以分析个体对情绪判断的清晰程度。

2. 情绪表现。情绪表现是指在情绪发生时，人的身体表面所呈现的复杂变化。在分析时可以从以下几方面着手：其一，面部表情，主要观察眼睛、眉毛、嘴巴的变化；其二，体态表情，主要观察手脚的动作变化；其三、言语表情、主要观察语气和声调的变化。

3. 情绪生理。情绪的产生常有神经内分泌系统的变化，并反应在机体相应器官的生理改变上，表现得最为突出的是呼吸、脉搏、血压、心率、皮肤温度的变化。这些生理变化可以通过呼吸容积记录仪、血管容积记录仪、心电图、皮肤电反应等生理学仪器进行记录和分析。

二、情绪的主观评定

情绪主观评定最常用的方法为苏联心理学家鲁陶什金制定的“心理气氛圈”图示法（图10—4—2）。该圈分为四个象限，第一象限为“情绪饱满区”。第二象限为“不满意区”，第三象限为“悲观区”，第四象限为“愉快区”。被测者根据一个7点量表确定出自己某日的情绪状态后，即在心理气氛圈上描出相应的一个点。一周后，将较密集的点、用曲线圈起来，即构成“云状排列”，呈现出一周的“心理气氛”。这样，可对这一周情绪的大致趋势进行分析。

三、情绪他评量表

情绪他评量表是心理医生用来对患者进行评定的，目前在临床心理咨询中常用的为汉密顿抑郁评定量表和汉密顿焦虑评定量表。

（一）、汉密顿抑郁评定量表

汉密顿抑郁评定量表（HAMD）编制于1960年，通过多次修订得以广泛应用。我国目前的修订版为24项。其中大部分项目采用0—4分的5级评分法，少数项目采用0—2分的3级评分法。

项目及评分标准举例：

1. 抑郁状态 (depressed mood)

1分：只是在问到时才诉述。

2分：在谈话中自发地表达。

3分：不用言语也可以从表情，姿势、声音或欲哭中流露出这种情绪。

4分：病人的自发语言和非言语表达（表情、动作），几乎完全表现为这种情绪。

5 睡眠不深 (insomnia—middle)

1分：睡眠浅多恶梦。

2分：半夜（晚12点以前）曾醒来（不包括上厕所。）

15. 疑病 (hypochondriasis)

1分：对身体过分关注。

2分：反复考虑健康问题。

3分：有疑病妄想。

4分：伴幻觉的疑病妄想。

HAMD的统计指标有以下三项：

1. 总分（0—76分）。

2. 单项分（0—4）。

3. 因子分(0—4)和廓图。

(二) 汉密顿焦虑评定量表

汉密顿焦虑评定量表(HAMA)编制于1959年。我国目前的修订版为14项,均采用0—4分的5级评分法。该量表包括了83项症状,可以躯体性焦虑和精神性焦虑两个方面进行分析。

四、情绪自评量表

情绪自评量表是由患者逐条填写,然后由心理医生进行归纳分析的一种情绪量表,在临床心理工作中用得最为广泛。常用的有症状自评量表,抑郁自评量表、焦虑自评量表。

(一) 症状自评量表

症状自评量表(SCL-90)也称为综合情绪自评量表,共90个项目。其评定内容以病理情绪反应为主,并涉及感知觉,思维、意识、行为、生活习惯,人际关系、饮食睡眠等方面的自觉症状,是心理卫生评定量表中最全面的一种。

1. 内容。

SCL-90共90个项目,可分为10个因子,即:躯体化、强迫症状、人际关系敏感,忧郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性和其他。

项目举例:

2. 神经过敏、心中不踏实
5. 对异性的兴趣减退
11. 容易烦恼和激动
21. 同异性相处时感到害羞不自在
45. 做事必须反复检查
57. 感到紧张或容易紧张
72. 一阵阵恐惧或惊恐
84. 为一些有关“性”的想法而很苦恼
88. 从未感到和其他人很亲近

2. 评分标准

SCL-90采用5级分法,具体说明如下:

- 1分、无:自觉并无该项症状(或问题);
- 2分、轻度:自觉有该项问题,但发生得并不频繁、严重;
- 3分、中度:自觉有该项症状,其严重度为轻到中度;
- 4分、偏重:自觉常有该项症状,其程度为中到严重;
- 5分、严重:自觉该症状的频率和强度都十分严重。

3. 评定方法

先由主试阅读指导语,被试自己读亦可,要强调是最近一周的情况。然后,被试用铅笔逐项填写,每个项目的后面只能划去一个答案。一般而言,在20分钟内即可填毕。

对那些文化水平较低,理解能力较差的人来说,如果由亲属念给他听,有可能发生偏差。此时,可由测评人员逐项念给他听,但注意避免暗示性。无论在什么情况下,每个项目的评定都应由本人独立完成。其他的人包括配偶在内,也不能与他讨论“该怎么评”。

4. 统计分析

(1) 总分的统计分析。将90个项目的各单项得分相加,便得到总分,然后进行下列处理。

实际总分 = 原始总分 - 90

总均分 = 总分 / 90

阳性项目数 = 大于 1 分以上的实际项目数

阴性项目数 = 等于 1 分的实际项目数

阳性症状均分 = $\frac{\text{总分} - \text{阴性项目数}}{\text{阳性项目数}}$

(2) 因子分的统计分析。除“其他”以外的 9 个因子,均按下列公式求得因子分,然后作廓图分析(图10-4-3)。

因子分 = $\frac{\text{组成某一因子的各项目总分}}{\text{组成某因子的项目数}}$

(二) 抑郁自评量表和焦虑自评量表

抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS)都是含有20个项目,分为4级评分的自评量表,可分别反映一个人的抑郁或焦虑程度。

SDS和SAS的4级评分主要是评定症状出现的频度。其标准为:1分,没有或很少时间有;2分,有时有;3分,相当多时间有;4分,绝大多数或全部时间有。

评定步骤:①阅读指导语,应强调“最近一周”;②被试用铅笔逐项填写,每项只能划掉一个数字;③主试按划掉的数字累计算总分,然后查表换算为标准分;④根据标准分,判断其轻度(30—50分)、中度(51—74)分、重度(75分以上),然后结合临床分析,亦可用下列公式分析。

阳性症状均分 = $\frac{\text{总分(原始分)} - \text{阴性项目数}}{\text{阳性项目数}}$

式中阴性项目数为得1分的项目数,阳性项目数为得2分以上的项目数。

SDS项目举例:

1. 我觉得闷闷不乐,情绪低沉。
6. 我与异性密切接触时和以往一样感到愉快
13. 我觉得不安而平静不下来
19. 我认为如果我死了别人会生活得好些

SAS项目举例:

1. 我感到比往常更加神经过敏和焦虑
6. 我的四肢抖动和震颤
12. 我有阵阵要昏倒的感觉
18. 我觉得脸发烧发红

五、情绪评定量表在性咨询中应用

1. 作为个案的一般资料。在性咨询中,对每个性问题者应常规进行情绪评定,以进一步分析心理病因,帮助拟订咨询方案。

2. 作为团体咨询的入组标准。如果要对某一类的性问题进行小组咨询或治疗,应选择量表分接近的人,这样可增加样本的同源性,既有利于咨询的深入,也有利于研究。

3. 评定疗效。在性咨询或性治疗中，应10天左右作一次情绪评定，从量表分值的增减来评定疗效。

第五节 性功能的现代心理学测定方法

上述的心理测验和评定方法，都只能对性活动进行间接判断，那么，能不能直接通过心理测验获得性行为的性质和质量方面的资料呢？这正是临床心理学家和性学家所关注的问题。在本世纪七十年代后期，性治疗学家东方协会委员会（现名美国性治疗和研究协会）接受了关于性功能的心理测定和分析的任务，随后设计了一个与性和婚姻有关的性功能方面的心理测定。这个测定包括了51个方面的内容和一般情况的了解，以及关于患者资料的类型、分类程度、可靠性、正确性以及可用程度等。

心理性性功能的测定，是一种直接关系性行为质量的测定。严格地说，它并不包括与性行为相距较远的内容。尽管上述51个方面内容的测定所涉及的面较广，但对性行为质量的针对性并不很强。在这方面，应用价值较大的是Derogatis性功能测定法。它将其重点明确地置于测定近期性功能的质量，其内容包括：性质、频度和从一种特殊的性交活动中所获得的满足。

Derogatis性功能检查 (DSFI, Derogatis Sexual Functioning Inventory)

DSFI是对患者个人的目前性功能情况进行多方面检查的方法。它不仅能对性功能的各个方面进行心理测定，还能判别性行为的基本效果。DSFI由涉及性功能最基本内容的10个方面组成，即：性知识、性经验、性冲动、性的态度、心理症状、爱好、性征特征、性幻想、自身想像、性满足。

(一) 性知识

性知识的正确与否，是人们能否进行正常性活动的基本前提之一。许多研究指出，性知识缺乏是导致性功能障碍的主要原因。在临床性心理咨询中，性知识缺乏者占有相当大的比例。然而，需要获得多少性知识才足够指导个人的性生活呢？目前尚无一致的认识和标准。DSFI通过26道是非题来测定性知识，这个内容对个人性生活的指导是比较全面的。

(二) 性经验

性功能障碍患者的经历是临床病史中最重要的内容之一。在分析性功能障碍的性质和程度时，必须充分了解个人性经验的水平与性交成功程度和性快感的关系，同时还要了解性经验对性活动的种种影响。DSFI列出了24项关于性行为的调查，其内容包括从性行为的基本方面到各种各样的性交活动乃至口交。这样可以将有相关的性活动经验合理地列举出来，进一步指导临床检查。

(三) 性冲动

性冲动是从各个方面考虑性功能的基本概念。不同的学派对性冲动的理解有所不同，DSFI所采用的为类似金西 (Kinsey) 的定义，即总的性出路 (Total Sexual Outlet)，这是由自恋欲、异性或同性性欲的活动叠加起来的。DSFI对性冲动的测定由五个方面组成，即：性交、手淫、接吻和爱抚、性的幻想、理想的性交次数等。

(四) 性的态度

性的态度作为在了解性功能质量上，也是一个很重要的方面。一个人的性态度，既可反

映他的内心世界和社会文化背景，也可能推测在性矛盾中的种种情况。DSFI对性态度的测定由两大类15个小标题组成，高分可视为性功能正常。

(五) 心理症状

一般而言，性功能障碍者都存在着不同程度的心理症状，无论是原发的还是继发的，都对诊断和治疗有指导意义。由于心理病理学的重要性，进行心理症状测定的方法本身就是一个完全的心理测验量表。DSFI所用的是主体症状调查表(BSI)。BSI是回顾性的自我回答调查表，这是一种以症状(90个项目)组成的短项调查。

(六) 爱好

焦虑是性功能失常患者最引人注意的症状之一。性功能疾患的典型表现是患者常常出现焦虑伴抑郁，面临着一种既复杂又不能自拔的局面。DSFI是用平衡影响范围量表(ABS)来进行测定的，这是一个简明的对查表格，由40余条内容组成，设四项为正分数和四项为负分数，正负的总分差即平衡影响指数作为DSFI记分。

(七) 性征特征

近年研究认为，男性和女性作为两种行为类型在一个人身上都有一定的位置，正是由于这种类型之间的相应平衡转换才确定了个体性别的特征。这种特征通过鉴别和相互补充的相应过程，对性的功能方面起着重要的作用。如果性伴侣的一方对这种规定的行为角色存在偏离或不满意时，则容易发生性功能失调。DSFI测定性征是用相差记分的方法，即男性分数和女性分数两者之间的代数差。每一个方面看作是正交关系，再由一般社会上所认定的性征特点，用15个性征类型进行比较。

(八) 性幻想

性幻想能够反映一个人对性欲的强烈要求和冲动。从临床上看，可以由此观察到患者的性愿望和要求，以及失意或内疚。DSFI的性幻想测试由20个主要与性有关的题目所组成，它是由正常性功能资料和性生活在临床上不同表现资料中筛选出来的。目前只有患者所赞同的一些简单性幻想作为主题的初步检查内容用于DSFI检查中。

(九) 自身想象

对自身概念的肯定，是对社会和周围环境作出正确适应的一个重要因素，这样的自身想象促进了自我尊重。良好的自身想象，可在性关系中获得完全放松和产生主动，能够最大程度地发挥性活动的的能力。DSFI的自身想象测定，在男女中均由15个项目组成，10个普通项目加上5个特殊项目。被测定者将对自己有关10个身体标志进行评级，然后再加上5个与性别有关而以生殖器的满足感为重点的特殊项目。

(十) 性满足

尽管人们认为对个人性满足的评价非常直接，但实际上有很多不同的个体差异，这些差异主要体现在，性交频度和性交活动的不同程度，性配偶之间交换看法或缺乏沟通，双方关系淡化而导致不能达到性满足等。DSFI设立了10个项目，以正确评价个别的性欲满足的要求，从而进一步指导治疗。

注：本节主要参考[美]J·K梅厄等主编《性功能失常的临床处理》

第十一章 性 治 疗

第一节 概 述

性治疗 (sex therapy)，是指在心理治疗的基础上，结合性行为训练技术而形成的特殊治疗方法。对于不同年龄和不同群体的一般性苦恼，通过性心理咨询往往能收到较好的成效，但对于各种性功能障碍，非机能性障碍和性变态来说，则需在性心理咨询的基础上运用专门的性治疗技术。因此，性治疗是临床性心理学的核心内容。

近百年来，各种流派的心理治疗方法，都广泛应用于性障碍并取得了一定的效果。自六十年代人类性反应的科学规律被揭示后，性治疗技术进一步得到发展和完善。

一、性治疗的哲学基础

性治疗的应用价值，是由它的科学性来决定的。无论是何种性治疗技术，都反映出对人类本质的认识。从哲学上看，它的出发点在于对生理和心理、躯体与精神、社会存在与社会意识之间相互作用的辩证理解。每个个体，都存在着物质机体和精神世界两个方面，这是躯体和心理的辩证统一。躯体的生理状况，影响着心理活动，而心理又作用于机体的活动。人的意识支配着行为，机体的各种行为表现又会产生若干的心理反应。这种个体的生理与心理的辩证关系，已为现代科学技术所证实。

个体的存在并不是孤立的，而是社会群体中的成员之一，也就是说，个体存在实际上体现了一种社会存在。作为性治疗对象的个体，其异常的性行为都不同程度地受着社会文化背景的影响，而社会环境、社会关系、社会文化等对治疗也要产生作用。这种社会存在和社会意识的辩证关系，可以直接或间接地影响到性治疗的成败。

尽管不同的心理治疗学派有不同的哲学观点，并且在理论上各持已见，但在性治疗中，往往以服从实践的需要为第一准则。为了取得更好的治疗效果，甚至可以违背自身学派的理论。这种理论与实践相结合的观点，正是各种性治疗都有一定成效的基本前提。这就是说，临床实践是使性治疗家们变得更为辩证的动力，理论上的局限性可以在实践中克服。事实上，一个好的心理医生在性治疗中并不是固执地应用某一种方法，而是根据患者的实际情况进行选择。这种思维模式，正是体现了存在和意识辩证统一的基本哲学观点。

二、性治疗的心理学理论

尽管心理治疗的方法很多，但基本的心理学理论不外有三类，即精神分析、行为主义和存在主义。临床性心理学不可能按某一理论去统一心理医生的观点，因此，把这几种基本理论分别大致介绍。

1. 精神分析治疗的理论

精神分析治疗是根据弗洛伊德心理分析学派的观点，以精神动力学为理论基础而建立的。精神分析理论对人的本质的看法是一种先天决定论的观点，把人的心理分为意识、前意识和潜意识三部分，而一切心理行为活动都是从潜意识开始的。它假定人主要是由潜意识的驱力和非理性的力量所支配，维护心理平衡的本能心理能量以及幼儿时期的经验决定着人的

发展。因此，包括性障碍在内的各种心理疾病都是由于上述本能受到阻碍而引起的。在治疗中，应通过内省的方式，以自由联想、精神疏泄和分析解释的方法，把压抑在“潜意识”中那些幼年创伤或痛苦体验挖掘或暴露出来，并加以疏导，帮助患者彻底领悟并重新认识自己，以改变原有的行为模式。精神分析疗法的治疗目标是强调对早年被遗忘经历的顿悟和理解，促进顿悟和理解的手段是自由联想、释梦、阐释、移情等方法。

在精神分析理论中，讨论得最多的是性本能，其特征可归纳如下：（1）性本能代表着基本的生理需要，其来源是体内的兴奋，这种兴奋是一种持续存在的力；（2）性本能的推动力称为“libido”，可译为“原欲”、“性力”或直译为“力比多”，是指对异性爱恋的内驱力；（3）本能是一种需要，要满足这种需要，必须使兴奋的内源得到适当改变，或者使增高了的兴奋得到适当宣泄；（4）本能欲望的满足要有对象，这个对象可以是体外的，如具体的人或物，也可以是自己身体的某部分，如乳房，性器官等。性本能的这些理论对性障碍的精神分析治疗有直接指导意义。

2. 行为治疗的理论

行为治疗理论是建立在行为主义心理学基础上的，它把人类的行为活动只看作是学习的结果，也就是说，一个人的一切行为都是由外部影响所决定，而人的习得行为是由给予强化或不给强化而定型的。因此，行为主义心理学是一种外部条件决定论，比较忽视人的内在本质。这样，行为疗法就强调通过改变外部条件来改变一个人，强调习得行为可以产生也可以消除。行为疗法以条件反射为原理，可大致分为古典条件反射和操作性条件反射。

古典条件反射来源于巴甫洛夫的条件反射原理，在无条件刺激与条件刺激之间并没有什么因果关系，其基本模型为S（刺激）→R（反应）型结构。性障碍的临床心身症状是由于这种机制而形成起来的错误条件反射，其治疗也就是把这种致病的条件消除掉，或者改变为新的正确的条件反射。

操作性条件反射强调反馈作用，基本模型为R→S→R'结构。在治疗中，强调反馈与强化，通过这些“操作”因素来改变患者的行为。

3. 人本主义治疗的理论

人本主义心理学比较强调人的价值，把人看作是有意识，有自由和能为改变自己或他人的生活而作出选择的“存在物”（being）。这类疗法特别强调病人现在的生活和当前的体验，把人的意愿、选择和决策放在治疗的中心地位。治疗的方法围绕着促进人格的发展和增进人们的彼此关系，帮助患者承认自己对选择自己的生活负有责任，让患者相信自己有选择的能力。在治疗技巧上，强调同情心、温情与尊重，并建立医患之间相互交流的关系。

对于性障碍中的各种不正常行为，人本主义疗法认为不能光靠探求无意识记忆、或者改变反应来纠正，在治疗中要启发患者自己的能力来进行合理选择和自我治疗。无论是采取强力冲击还是细心体察，患者都应摆在中心地位。

三、性治疗的目标

性治疗的目标是根据性障碍患者的具体情况来确定的，总的来说，是重建夫妻之间美满的性关系，纠正影响正常性生活的错误观念、态度和行为。但由于性障碍的类型繁多，患者的个体差异也很大，因此目标也较多。根据治疗的一般性和特殊性的关系，可以把治疗目标简化为两大类，一类是总体和长期的治疗目标，带有一般性，一类是短期和具体的治疗目标，带有特殊性。

从心理治疗的流派来看，人本主义指导下的各类治疗比较强调一般性目标，而行为疗法则比较强调特殊性目标。然而，这两大类目标实际上有非常密切的内在联系，心理医生在治疗中应把两者结合起来。

性治疗的短期目标是直观而具体的，可以观察和测量。比如：使阴茎在性交时能成功地勃起、在性交时能体会强烈的快感、消除对性生活的恐惧、矫正各种性变态行为等，这些都是十分具体的，也可以直接衡量。

性治疗的长期目标对患者的关系重大，因为它往往涉及到终生的生活。尽管这类目标在短时期内难以得到检验，但容易从观念上使人们接受。这类目标的主要内容有：(1)患者对自我的认识更全面，确立了新的性观念；(2)患者对自己的性能力充满信心，不会再在生活中表现得无能；(3)患者的性情绪更稳定，能容纳自己的感情，并能随时调整情绪；(4)患者的性适应状态良好，能正视家庭生活和社会生活中的现实问题；(5)患者对未来充满信心，乐于置身在无法预测的现实生活中；(6)患者更加相信自己，对自我选择的若干后果更清楚，并能主动进行合理选择。

性治疗目标的提出，与治疗方法的选择有关。一般而言，精神分析疗法的治疗目标由医生提出，人本主义疗法的治疗目标由患者提出，行为疗法的治疗目标由双方共同制订。

如果治疗目标比较含糊，将会直接影响到治疗的效果。但是，不少患者在治疗的最初阶段，所提的要求往往很含糊。例如：“我不知道怎样才能使自己更愉快”，“我希望生活得更好”等。为了使患者的含糊要求更明朗化，心理医生必须弄清患者对哪些事情感到快活，哪些事情感到苦恼、患者目前到底了解自己到什么程度、患者的自信心有多强，在哪些问题上不能把握自己。只有逐步弄清了这些问题，治疗的目标才能确定。

四、性治疗与药物治疗的关系

对于各类性障碍特别是性功能障碍，药物治疗的效果怎样呢？由于对治疗的狭义理解，不少患者希望通过药物治疗来解决他们的性问题。在临床治疗中，也习惯于应用一些性激素之类的药物。然而，现代性科学研究表明，人们的性能力是一种自然存在的能力，一旦解除了抑制这些能力发挥的因素，许多性障碍就会恢复正常。而且，单纯靠药物来提高性能力，尽管有时确有效果，但对自然的性能力也会产生不同程度的不良影响。在性治疗中，是以心理行为治疗为主，药物治疗为辅。以下根据药物的作用进行简要分析。

1. 增强性功能的药物

这类药物多数是性激素制剂或含有性激素成份的药物，如甲基睾丸素、丙酸睾丸酮、激诺蒙、干燥脑下垂体全腺，以及中草药的鹿茸、淫羊藿，菟丝子等。对于因性激素水平低下而产生的性功能障碍，确有一定疗效；而对于性激素水平正常者，疗效并不显著。在运用此类药时，要注意摆在心理行为训练的辅助地位，并根据血清睾丸酮的水平进行监测，不要长期应用。因为即使外源性激素能增强性功能，但有可能压抑了患者自身内源性激素的分泌，一旦药物撤除，性功能会更为低下。

2. 抑制性功能的药物

这类药物多为雄激素拮抗剂，如醋酸赛普酮、醋酸甲基乙炔氧孕酮等。对于色情狂、恋童癖、强迫性手淫、性早熟等均有一定疗效。由于此类药物能抑制性激素的分泌，故在治疗各种性变态时不宜单独使用，应与心理行为训练配合起来，并密切注意观察，以免形成医源性性能力低下。

3. 神经机能调整药物

这类药物对性功能没有直接作用，但由于人是一个整体，通过对全身神经机能的调整，有利于增强性治疗的效果。因此在性治疗的整个过程中，往往需要结合用这类药进行辅助治疗。如天麻素、吡喃硫胺、维生素C和E、辅酶A、ATP等。

4. 精神状态调整药物

不少性障碍患者往往存在着一定程度的精神症状，如焦虑、抑郁、偏执、易激惹、强迫状态等，这些精神症状又往往难以通过患者自身的努力得以克服。但如果患者的精神症状持续存在，性治疗的心理行为训练不可能坚持进行。因此，进行精神状态的调整是性治疗的第一步。抗焦虑的药物有舒乐安定、利眠宁等，抗抑郁的药物有阿米替林、多虑平等，抗偏执或强迫状态的药物有氯丙咪嗪、丙咪嗪等。要注意，这类药物几乎对中枢神经系统都有不同程度的抑制作用，如果用量过大、时间过长，往往反而进一步抑制了性功能。因此在使用时要注意短期、小量，并随时进行剂量调整。

第二节 支持性心理治疗

支持性心理治疗 (supportive therapy) 是性治疗的基本工作，也是心理治疗中使用得很广泛的方法。支持治疗的含义非常丰富，一般是指心理医生合理地应用消除疑虑、说服劝导、同情支持、提供保证、激励鼓舞等方法，帮助患者认识问题、改善心境，提高信心，以渡过当前的心理难关，重建心理平衡。

一、支持性心理治疗的基本要求

在支持治疗中，心理医生并非是绝对的权威，病人也不是处在绝对的服从地位。诚然，要达到心理支持的目的，医生在病人心目中的权威性固然重要，但这种权威性必须建立在信赖的基础上。如果在交谈中医生表现高高在上，态度生硬，就谈不上如何进一步对病人进行支持治疗了。实际上，在接待病人时一次成功的交谈，本身就是对病人心理的极大支持。因此，支持疗法首先要求建立良好的医患关系。

其次，支持疗法要求科学地运用言语技巧。支持疗法主要是通过交谈来进行的，如果医患之间不能成功地进行言语交流，就谈不上从心理上获得支持。在心理咨询中的种种言语技巧，此时仍然适用，只是需要保持医生的角色，使言语带有一定的指导性。

二、支持性心理治疗的目的

在性治疗中，支持性心理治疗是一种基础治疗，因此治疗的目的是在于支持病人渡过心理危机，并辅导他们有效地去适应面临的困难。尽管一些程度较轻的性功能障碍和某些非机能性性障碍，通过支持治疗也能解除性生活的困境，但单靠支持治疗来达到完全消除性障碍的目的，还不太可能。

但是，支持治疗是性治疗中的重要方法之一。甚至可以这样说，各种性治疗技术必须以支持治疗为基础，也必须贯穿支持治疗的内容。假若在治疗中患者失去了心理上的支持，那将给治疗带来毁灭性的打击。

三、支持性心理治疗的实施方法

1. 耐心听取病人的倾诉

性障碍者的内心非常痛苦，他们所面临的生活困境需要找人谈谈而获得帮助。然而，由于性问题的隐私性又使他们羞于启齿，也担心别人是否愿意接受他们的想法。在心理治疗的

初期，病人在面对着医生倾诉自己内心的痛苦时，往往比较关注医生的态度。因此，此时医生无论如何不能表露出任何强迫的意思，要认真耐心地听取病人倾诉的一切事情，让病人的感情得到发泄。医生的耐心倾听，一方面能够表达对病人的安慰和鼓励，另一方面也能较快地得到病人的信任。

这些患者的性苦恼往往在心理蕴藏了很久，一旦发泄出来，可求得暂时的心理平衡。可是只靠倾诉泄愤，这种心理平衡维持不了多久。在患者倾诉的过程中，更重要的是心理医生要针对患者的心理行为进行客观分析，而分析时又要持一种非评判性的态度。比如，当一位性感缺乏的女病人谈到自己在性生活时应该尽义务，医生就可以分析尽义务的原因和实质。但是，不要轻易批驳这种态度，而是通过分析让患者自己提高认识。

一般来说，病人的倾诉对保持心理平衡是有帮助的，但有时也带有非真实因素的其他成份。一些有戏剧化性格倾向的病人，喜欢把自己的情节描述得有声有色，以此吸引心理医生的注意。比如，在某些年轻的女病人见到年轻的男医生时，往往一边哭泣一边诉说，她的生活多么不幸，她多么希望有人理解自己等等。这时，心理医生除了仔细倾听外，也要考虑病人的话是否全部真实，为什么初次见面就毫无顾忌地暴露出私情。在分析中也要小心处理，不要让某些虚构的情节而影响到正规治疗。

2. 说服劝慰，消除病人的疑惑

性障碍患者的普遍问题，是缺乏科学的性知识。一些学者认为，那些由于性知识缺乏而产生性问题的人，最需要获得以下一些知识：(1)不了解男性或女性性器官的解剖知识，特别是不知道阴蒂的确切解剖位置和功能；(2)不了解男性与女性的性反应过程，特别是不知道女性性高潮的表现和出现的条件；(3)不了解男女两性性反应与性功能的差异，不知道建立性和谐的技巧，特别是不知道“不应期”的生理心理特点；(4)不了解性功能与年龄的关系，特别不知性能力与生育能力并不是一回事，老年期并不意味着性能力的丧失；(5)不了解遗精是正常的生理过程，特别是不知道只有频发遗精才需要治疗；(6)不了解偶尔手淫是一种自慰性性行为，没有什么危害，特别是不知道并不需要因偶尔手淫而担忧，也不必因无害而经常进行。针对这些情况，就应给患者提供正确的知识，改变原有的观念，解除过去的疑惑，从而形成合理的性适应方式。

以女性性高潮功能障碍为例，从一些临床病例分析，不少女性似乎不懂得什么是性高潮，然而，即使在她们的性生活中已经出现了性高潮反应，也并未她们所知。一些女性接受了知电影或书刊对性活动过份渲染的影响，认为性高潮反应只限于那种全身剧烈抖动的非常事件，因此在性生活中也一味觅求这种反应。心理医生在说务劝慰时，应强调指出性高潮反应的强度变化很大，而每个人的个体差异也很大。不少患者并不是缺乏这种反应，而是没有体会到而已。与此同时，要让患者认识性生活的整个过程，认识到产生性高潮的重要前提是夫妻之间情感交流是否强烈，性活动中的调情是否成功。不少患者因为害迫对不起丈夫，往往在性生活中过份关注自己的性高潮反应。但是，这种关注恰恰会冲淡性生活的炽热情感，使性反应受到抑制。要让患者明白，性高潮反应不是靠意识的努力就能产生，性生活只要在愉快轻松的气氛中度过，性高潮也会自然产生。

然而，在很多情况下只靠说服劝慰并不能解决问题，因为在性障碍的各种临床表现后面，还存在着患者的性格问题、人际问题和观念问题，这些问题在短期内往往难以解决。这就需要说服劝慰的同时进行心理行为训练，教会患者怎样全面地认识和控制自己。

3. 支持保证，帮助病人树立自信心

性障碍患者由于性生活的长期苦恼，往往对性活动失去自信心。即使通过说服劝慰，仍然会怀疑和谐的性生活是否真正能解决他们的问题，而且还希望医生最好拿出一套药物治疗的方案，这时需要心理医生进行支持保证，以帮助病人树立自信心。

心理医生在对病人进行支持保证时，要注意几个方面的问题。其一，支持不仅表现在言语上，而且还要体现在态度上，使患者感受到自己的问题并不是什么不治之症；其二，保证要实实在在，不能信口开河，无视科学规律，应该从肯定患者本人的每一件事情着手，使他们看到自身的能力；其三，在支持保证时应借鉴一些已经治愈的个案，让患者看到在生活中也有和自己同样痛苦的人，通过治疗可以恢复正常，以此来增强患者的自信心。

一般而言，支持保证对于焦虑抑郁，看不到生活前景的人帮助较大，但对于一些依赖性较强的人来说，支持过多反而有害。因为这样会使患者的生活适应能力受到压抑，长期依赖在医生身上，把医生的每一句话都奉为神明，这种情况是达不到治疗效果的，应充分注意。

4. 改善态度与改变环境

病人的处世态度与症状的关系很密切。比如一位阳痿患者，总是担心自己的性能力，在性交时拼命想着能够成功的勃起，并为此而到处求医，即使上当受骗也不在乎。显然，这种态度不但不能解决问题，还会加重症状。如果改变这种态度，在性生活中专心体验如何享受快感，在平时多吃一些能使自己愉快的事，往往能改善心境，消除不良的情绪反应。改善态度主要是指改善那种对人对事的消极态度，也包括了人际关系。这些从表面上与性障碍并无直接关系，但实际上有较大的影响。

对某些患者来说，不仅要从事理行为上进行治疗，还需要改变其生活环境。对生活环境进行改变和调整，有利于患者重建新的生活模式。如某一恋物癖患者，在周围环境中人们都用一种异样的眼光看待他，他自己也自暴自弃，甚至对周围的人充满着敌视。如果改变一下生活环境，消除一下这种敌视的状态，无疑对患者的治疗是有帮助的。

第三节 精神分析治疗

精神分析治疗 (psychoanalytic therapy) 是以弗洛伊德精神分析学说为理论基础，以心理分析技术为方法的一种心理治疗。其基本原理为：人在童年时期存在着严重的心理冲突，本能欲望被阻抑在无意识中，经常企图发泄，可通过防御机制形成各种精神症状。运用心理分析的技术能解除阻抑，复现遗忘了的记忆，使患者得到内省，对被阻抑的冲动作适当的处理便可治愈疾病。适用于使用精神分析治疗的病有歇斯底里、强迫症、恐怖症、性变态及性功能障碍等。本节主要针对后两种进行讨论。

一、性障碍分析治疗的基本原理

精神分析学说认为，性变态患者从病史上追溯，可以发现幼年时期的性心理发育往往受到一些挫折和困难，如长期与同性相处，无意中看到性交而受惊吓、幼年的异性挚友被迫分离等。在面临着这些挫折和困难时，多采取了心理应对的措施，也就是说，发挥了心理防卫机制的作用，如惧怕、合理化、压抑、否认、退化、转移等。心理应对强化了人在性心理发展过程中“固定”和“回复”两种阻力的作用，使“心——性发展” (psychosexual development) 停滞不前或复向后退，当退化而以婴儿式性行为 (infantile sexuality) 在成年后

持续表现时，即为性变态，如同性恋、恋物癖、窥淫癖等。成年患者几乎已经“遗忘”了这些心理冲突，或者说这些冲突存在于潜意识中。因此，精神分析法将运用自由联想、释梦、阐释、等技术，了解病源所在，指出疾病象征的真正含义，使病人认识并得到领悟 (insight)，即从潜意识上升到意识上来。然后再用移情技术，使病人脱离病源，恢复正常。

性功能障碍的精神分析学观点，强调在潜意识中的心理冲突的重要作用。无论是幼年时代的心理压抑，还是成年后对异性的敌意、愤恨和厌恶，都可能对性生活产生负性的情绪，使其在性生活中缺乏性爱的心理交流和体验。健康而正常的性生活，是由性欲和性爱结合而成的，性爱产生于儿童时期，以后逐渐完善，性欲则产生于青春期后。性功能障碍患者，往往不能把这两股力量很好地结合在一起。其原因主要为：其一，在成长过程中特别是青春后期无可选择或没有适宜的性对象，而自身又不能很好地进行心理调适；其二，对于必须放弃的婴儿期性对象至今迷恋，但自己却完全没有意识到。通过精神分析治疗，可以使患者的性爱和性欲重新结合起来。

二、精神分析疗法的程序和方法

(一) 治疗技术

1. 自由联想 (free association)。自由联想是精神分析的基本方法。在具体实施时，病人可舒适而放松地躺着，心理医生站在他的背后，任凭病人不加选择地把潜意识里的全部内容自由地表达出来，如童年的回忆、过去的经历、个人的创伤、使自己害怕或自责的事情等。病人必须随时把浮现在脑海里的任何观念、想法全部说出来，无论与疾病有无关系。在自由联想中，对生活中的重大问题如爱情、婚姻、事业等，可以不加考虑，留在治疗结束以后再说。此时，无论病人有什么想法，包括一些似乎没有意义的，或者无聊的想法，都应讲出来，心理医生不要轻易打断。当病人所谈的内容不能流畅地叙述或避而不谈时，往往提示了变态行为中的一些关键之处，这将成为医生进行心理分析的突破口。

例如，一位窥淫癖患者，在进行自由联想时可以漫谈音乐、艺术、文学、历史、生活等，可沉醉于早年父母对他的宠爱中。在联想时，他突然停止谈话而沉思。原来，他想起了幼年生活中早已遗忘了的一件事：有一次，他无意中看见了父母过性生活场面，当时使他既好奇又害怕，此后把这件事一直埋藏在心底。这件事，也许就是他患病的根源所在。

2. 阐释 (Interpretation)。尽管病人在自由联想的过程中能够得到一定程度的宣泄，但当开始接触到一些实质问题时，自由联想便会中断。此时病人表现出叙述缓慢、谈话中断、或表情局促不安，有的甚至故意回避一些问题。这种现象称为病人对治疗的阻抗。研究发现，大多数的阻抗是无意识的，病人对这种强烈的抵抗并不承认，甚至为他的这些行为的合理性辩护。因此，对阻抗的分析和克服，是精神分析治疗的主要工作。

阐释是克服阻抗的方法之一。通过阐释，进一步分析病人潜意识中反应出来的内涵，可以把症状的潜意识隐意和动机揭露出来进入意识，帮助病人克服抗拒回忆潜意识内容的阻力，使病人明确这些内容的真正隐意而达到领悟。

仍以前述的窥淫癖患者为例，虽然他已经把潜意识中看见性生活的情节回忆出来，但并没有意识到和自己的病态有关，而是仅仅当作一个偶然事件，并且试图对这一事件采取回避。此时，心理医生要慢慢引导病人在当时的内心感受，并给予适当的启发。通过启发，病人回忆到，当时他仿佛有一种被欺骗了的感受，觉得宠爱他的父母居然还存在着什么不让他知道的秘密，想弄个明白。在以后的多年生活中，也存在着想弄清女性性器官到底是什么样

的动机。然而病人承认，在接受精神分析治疗之前，完全没有“意识”到窥淫行为与以前的经历有关。

在实际工作中，有时病人对医生的阐释比较相信，阻抗得以克服。但是过了一段时间，病人又否认，或者又产生了新的阻抗。因此，有时同样的阐释要反复进行多次，特别是对那些伴有强迫状态的病人，进行精神分析治疗并非轻而易举的事。

3. 释梦 (dream analysis)。释梦是消除阻抗的另一有效方法。在对病人进行精神分析治疗时，不少病人常常谈起他们的梦，由梦的内容开始联想，可以引出许多潜意识中的内容。弗洛伊德认为，性欲的对象及过程在梦中往往以象征性的形式表现出来，了解并分析这些象征，就能找到病症的根源，使病人得到领悟。在梦中，性的象征有如下一些内容：

男性性器官——长的、尖的、能发射的东西，如棍棒、长矛、枪炮等。

女性性器官——凹的、可装东西的物品，如盆、柜子、坑、水塘等。

性交——过河、上楼、进山洞、吃东西、跳舞、登山、游泳等。

在对患者进行释梦时，应该针对梦中所呈现的突出内容。如果有些内容的真实涵意不是显而易见，则应从侧面询问患者早年生活的一些情况，以及最近的一些活动。释梦时，心理医生不要把自己的观点毫无掩饰地灌输给病人，而应该边分析边启发，最终使他得到领悟。以性功能障碍为例，在释梦时应把握这样一些基本内容：性功能障碍的根本原因在于性爱和性欲的结合不良，这种不良是由于性心理发展仍然停留在儿童早期，并在现实生活的多种心理挫折上得到强化，男性在面对着他所尊重的女性时，性欲总是受到一定的压抑，而柏拉图式的情爱占据了性生活的主导地位。反之，女性在面对着他所尊重的男性时，也是如此。这样，在夫权明显的夫妻生活中，女方可能出现性感缺乏、性高潮功能障碍等，若女方的权势过大，丈夫也可能出现阳痿或早泄。只要把性爱和性欲重新结合起来，并使夫妻在性生活中处于平等的性角色，那么，夫妻的性生活就能恢复正常，性功能障碍也得以克服。

4. 移情 (transference)。根据精神分析理论，病人需要把早年经历中的心理冲突逐渐转移到治疗过程中来。此时，病人往往会把心理医生当作发泄强烈情绪的对象，可能异常爱慕；也可能强烈憎恨，这就是精神分析过程中的移情作用。一些医生在面临着移情反应时，害怕给自己惹来麻烦而中断治疗，特别是当异性患者对自己表示爱慕时。实际上，此时患者潜意识中的爱憎对象并非指向医生。

移情是病人潜意识阻抗的一种特殊形式，是病人重复幼儿期的一个特殊阶段对父母或哺育者的态度。在这个阶段，患者的情绪回到了幼年时代，在潜意识中将心理医生当作早年生活环境中父亲或母亲的替身，把年幼时曾经给予父母的感情置换到心理医生的身上。早年对父母的依恋表现为正移情 (positive or libidinal transference)，对父母的怨恨表现为负移情 (negative transference)。移情的实质是患者幼年时代的情绪态度被引出了潜意识，但这种实质病人是认识不到的，因而成为精神分析治疗的障碍。

虽然移情是治疗的障碍，但是若能巧妙地应用，即成为消除性障碍的有力工具。技术高超的心理医生对病人的移情不但不回避，而是感到高兴。医生开始可以尽量充当移情的对象，让病人的情感得到完全宣泄，然后向病人指出他这种情感是过去幼儿时期人际关系的重演。这时，可以请病人将这种重演作为联想和回忆的起点，从而揭示出潜意识中的隐秘。如果移情处理成功，无论是正移情还是负移情，都将转化为治疗的动力，尤其是正移情更有助于治疗，因此可以认为，移情是转为领悟的重要来源。精神分析学派认为，移情现象在精神

分析治疗中占有重要位置，只有能产生较为明显移情的病人才能达到有效的治疗。

（二）治疗程序

准备期。精神分析治疗的对象，是排除了精神病的各种心理疾患，在性治疗中，即为排除了精神病和器质性病变的性变态、性功能障碍和非机能性障碍。病人要受过适当的教育，能理解医生的各种分析，并能遵守治疗规则。年龄一般以20—40岁为宜。

在治疗对象确定后，还要向病人讲清楚治疗所需要的时间和治疗费用。由于精神分析治疗所需的时间较长，至少需半年、一年或更多的时间，因此要让患者有相应的心理准备。讲清楚治疗费用并不仅是经济上的含义，而是体现治疗的心理学价值，增强患者的信任感。

预备治疗期。在正式进行精神分析治疗时，还要进行大约两周的预备性治疗。预备治疗主要是进行试验性的联想和分析，以便进一步排除精神病。因为有些心理疾患的症状也可表现在不典型的精神病中，这类病不适于作精神分析治疗，通过试验性的治疗可进一步鉴别。

治疗一期。第一期的主要目的是建立并维持一种情感适度的医患关系，要使病人在欲望得不到满足的情况下保持对治疗的基本信任。除了心理医生的言语技巧外，医生的仪表、治疗室的环境布置等，都起着重要作用。成功的自由联想和和谐的医患关系互为因果，使治疗按正规的程序深入下去。

治疗二期。第二期是移情的出现和阐释。随着移情的产生和发展，心理医生要不失时机地进行解释，使患者弄清被移情歪曲了的现实。弄清自己的幼儿退化行为，弄清自己和医生之间真正的关系，这样来达到领悟。

治疗三期。这是治疗结束的最后阶段，病人放弃把医生当做替身的态度，放弃那种幼年期的情绪态度，重新回到成年人的现实生活中来。尽管这时病人仍然可能存在着一些痛苦，但这并不是潜意识中的东西，通过心理调适是能够适应的。

三、中国心理分析疗法

中国心理分析疗法是国内心理医生将精神分析治疗进行改良后的一种方法，主要倡导者为钟友彬医生。传统的精神分析治疗时间较长，一般需要在一年以上，而且，在临床实践中发现用大量的时间来回忆幼年期的经历和创伤，似乎没有结果。中国学者认为，在这种情况下，可以不强调回忆过去或者只进行简单的回忆，而把重点放在对临床症状的分析和直接推理上，使病人认识到自己的病态情绪和行为是幼稚的，不成熟的甚至是愚蠢的幼儿行为，这样来改变他们的认识并放弃病态情绪和行为。这种通过改变认识，使病人得到领悟从而减轻或消失症状的方法，就是中国心理分析疗法的基本内容，也称为“认识领悟疗法”。

认识领悟疗法的具体方法和步骤如下：

（1）采取直接会谈的方式。在病人的同意下，可有家属1人参加，每次会谈时间60—90分钟，疗程及间隔时间均不固定。

（2）初次会谈主要是了解病史，尽可能在1小时内叙述完，同时进行精神检查，考虑能否用认识领悟疗法进行治疗。若确系适应症，可对治疗方法进行说明并开始初步解释。

（3）在以后的会见中，可询问病人早年经历中印象最深的事，但并不要求深入回忆“不记事年龄”中的经历。对病人的梦亦可谈及，但不做过多的分析。

（4）引导病人并和他一起分析症状的性质，解释这些症状大都是幼稚的情绪和行为，有的甚至近似儿童的幻想，在健康成年人看来是毫无意义的。

（5）当病人对自己的症状有了初步的认识和体会后，即可进一步解释病的根源在幼年时

期。对于性变态患者，根据他可以回忆起的儿童性游戏行为，解释他的表现是用幼年方式来对待成年人的性欲。

(6) 最后使病人得以领悟，把心理冲突上升到意识中来，重新适应生活。

为了进一步理解认识领悟疗法对性变态的治疗，下面引用钟友彬医生的一个摩擦癖病例。

“男性，1951年生，受大学教育，医生。

第一次会见（1985年1月31日）

病人由外地来我院心理咨询部。自诉因自己的“坏行为”受到了降职、降薪、开除党籍等处分，内心痛苦。起初不觉得是病，后经朋友建议到某医院精神科看病后，被诊断为性变态。——急于要求治疗。

病人1967年（16岁）夏在初中读书时，有一天到农村市场闲逛，随着拥挤的人群慢慢走动。前面是一个女青年。病人的下身偶然和她的臀部接近，阴茎即勃起并顶对方臀部，感到舒服，连续数分钟，阴茎曾流出粘液。女方似已觉察但无反应。1967到1969两年间又在电影院散场人们拥挤地走出时找机会干了几次，均未被发现。1969年参军。1971年被送到某医学院学习，1974年毕业。在此数年期间时常在公共汽车上做出上述行为，也都未被揭发。毕业后回部队某医学校任教，仍时常在人多拥挤的公共场所，隔衣用阴茎接触妇女的臀部等处。

1982年经人介绍与现在的妻子结婚，婚后两地分居而且关系不好。即使在病人探亲期间，妻子也常拒绝与病人性交，为此心情不愉快。1982年有一次夫妻吵架后，病人独自到商场买东西，柜台前人多，即取出阴茎在一女青年身后接触。当即被揭发，受到批评处罚。1984年第二次在行动时被抓到，处罚加重，降薪，开除党籍并离开部队到某地方医院。“恶习”不改。病人说，每次行动前心情非常紧张，即使未被发现，事后也很后悔，虽然可得到短时的轻松感。

让病人回忆幼年儿童期的生活经历，大致如下：1951年生于农村，父母都是农民。五六岁时，常和男性小伙伴玩弄阴茎取乐，并曾将草秆插入包皮内，感到舒服。小学时（约在8岁前后）男女小同学开玩笑起哄叫他和一个女同学“相好”女同学不在乎，他却感到害羞，但内心里想和她接近。约在十一、二岁时，偶尔从女同学裙下看到半裸的阴部，感到有异样的吸引力。在此前后曾几次偷偷地将勃起的阴茎放在邻居的一岁女孩的两大腿中间，感到舒服。15岁前后开始经常手淫，直到现在。约在16岁时，有一次看到一个男孩在抚摸一个女孩的阴部，自己也想摸一下，但不敢。

自认为性欲强，经常必须用手淫来解决性兴奋。但平时表现胆小，怕羞，在女同学面前感到局促不安。

在第一次会见时，医生照例一开始就向他指出，他的行为是用幼年的方式来解决成年人的性欲。由于成年的性欲不能正常宣泄，便不自觉地退回到幼年期，用幼年的方式来取得满足。但幼年方式在成年人身上表现出来当然是社会不能容许的，必须要受社会的干预和处罚。同时还直接指出他内心深处还有一种幼稚的想法认为妇女愿意被他顶触。当医生问他是否有此想法时，病人起初表示沉默，后承认确实有这种想法并反问医生如何知道。医生未答复，嘱咐他思考上面的问题并联系自己写出书面体会。

第二次会见（1985年2月9日）

病人说上次会见后10余天来，想了很多。从“道理”上认识到自己的行为的确是幼年儿

童式的行为，这样的解释是以前从来没有听说过的。但感情上没有什么变化。这期间又在公共场所人多时有过几次接触行为，幸而未被发现。

在这次会见中，医生再一次帮他分析幼年儿童的性取乐表现和成年人的不同。人长大了，要放弃幼年的行为模式，尤其在性行为方面。在解释的同时，还向他介绍了已经治愈的同类病人的经验。病人能理解，没有提出过多的问题。

第三次会见（1985年2月12日）

病人很高兴，说他几天来联系自己的情况认真深入地思考，对医生的解释和启发非常相信，深感以前的行为太幼稚了。‘说也奇怪，想通了这一点，一下子心理就变得很冷静，冲动极小了’。认为医生的谈话，好象是一种‘催化剂’，促使他的儿童心理迅速成长。病人还承认在治疗以前，内心的确是认为女人喜欢他这种行为。现在细想起来，事实并非如此。已认识到这种想法是幼年的经验和小孩的推理。另外，他‘干’了多次，但引起妇女揭发他的次数不多，也加强了他幼稚的想法。

医生引导他再思考一个问题，即成年妇女即使愿意被他接触，在大庭广众下她会如何反应呢？同时还把治愈病人的调查经验介绍给他，要求他站在成年人立场上认真思考。

第四次会见（1985年12月14日）

这是一次短时的会见。主要是来向医生告别回到外地去。病人说，他已经完全没有那种冲动了。回想起来很悔恨自己，深感到这种幼稚行为使自己在名誉上、工作上受到如此大的损失，‘太愚蠢了’。

几天以后，收到病人的信，写了书面体会。信中叙述了他的认识改变过程，说他第一次听了医生的解释就认为有道理，初步认识到自己这种行为是受儿童心理支配的，但还不知道能有什么力量使自己改变。第二次会见后，又仔细地回忆了他自儿童时代起关于性的行为和想法，和别的成年人的行为对比，更明白了这种行为的性质，心理变得平静了。‘我的感受不一样了，我也说不清是怎样变的，心情就是不一样了，那种盲目冲动似乎消失了，我感到奇妙……。这种多年来没有长大的儿童心理很快地长大了。心理治疗好象是一种促生长的酶……’。

病人还提到，他重新回忆了多次行动时，妇女没有揭露他，是因为都是在拥挤的人群中‘干’的。有的妇女可能根本没有觉察到。有的是隔衣接触的，也没有第三者发现。但在取出阴茎来‘干’的时候，每次都被揭露了。也认识到，一个成年妇女不可能在许多人面前愿意被陌生人这样污辱她。

病人回工作单位后，一直和医生保持联系。尽管在解决不愉快的婚姻过程中，在重新审查处分的过程中都有不少心理上的困难，但病人没有再出现性的变态行为。

四、简易精神疗法

传统的精神分析治疗需要较多的时间和人力，即使通过改良后的中国心理分析治疗，也并非短期就能熟练掌握，而且也并不适用于一般的性问题苦恼者。简易精神疗法，保留了精神分析理论的核心部分，在运用上进行了简化，成为了一般通用的精神疗法。

（一）简易精神疗法的基本步骤

简易精神疗法的基本步骤为接受、支持、保证。

在接受阶段，心理医生需耐心仔细地倾听患者的陈述，无论他的性问题多么稀奇古怪，无论他的性认识多么荒唐可笑，医生都不要随便进行批驳或质问，也不要过多地进行解释，

尽量让患者自由发言。但是，接受并非是机械地倾听患者的陈述，而是要随时表现出对患者的理解、安慰和鼓励。接受的目的，也并不只是为了从患者那儿获得更多的资料，而是通过这种方式，让患者能完全暴露自己的性情绪，体会自身的性行为模式。

在支持阶段，主要是针对患者存在的性问题，进行强化性暗示治疗。一般说来并不需要进行特殊的安慰，而是用一两句话来反复进行鼓励。这时医生的谈话，要使患者能理解和体会，用患者最能接受的语言进行。尤其是对有病理性情绪状态的患者，如抑郁状态、焦虑状态、恐怖状态、强迫状态等，心理医生的支持会使他得到一种精神上的支柱。

最后是保证阶段，主要是根据患者不同的性问题，阐明病因、分析病理心理反应，提出相应的处理意见，保证使患者恢复性健康。在保证时，医生应注意不要把自己的观点强加给患者，而是要以患者本身的想法为出发点，把自己置身于患者所处的情境中。

接受、支持、保证的顺序不能颠倒。如果心理医生先进行保证，患者就会认为医生没有了解自己的问题；如果一开始就进行支持，也会被患者认为医生仅仅是在安慰自己。因此，简易精神疗法中最初的接受是非常重要的，这是医生能否成功地得到患者的信任、能否消除患者心理障碍的关键。

(二) 简易精神疗法的适应范围

简易精神疗法的适应范围很广泛，可以说所有的性问题都适应。对于各种性苦恼和性心理冲突，有时只靠简易精神疗法就能解决问题；对于各种性障碍，它也是一种基础的治疗方法。

(三) 简易精神疗法的实施技术

治疗会谈的时间，一般以30分钟至一小时为宜，在第2、3次会谈后可缩短为每次约20分钟左右。

会谈的次数，开始为每周1~2次，以后可减为半月一次，原则上不超过10次。

治疗停止的时间，应根据具体情况而定。但不要截然停止，应逐渐延长间隔时间，留意促使患者脱离心理依赖，自然中止。

第四节 行为治疗

行为治疗 (behavior therapy) 是建立在行为主义心理学理论基础上的心理疗法，这种方法在临床心理学中的应用非常广泛，也是性治疗的主要方法之一。从行为主义的理论来说，其研究对象只是被观察和可以测量的行为活动以及引起这些行为的外部刺激。也就是说，行为主义把人当作一个“黑箱”，所研究的是进入“黑箱”的是什和从“黑箱”里出来的是什。至于“黑箱”内部的活动过程，是无法进行测量的，而不能测量的东西就不是科学研究的对象。因此，行为主义认为能够了解且把握住的只有外部刺激对行为的影响，那么行为治疗的各种措施和技巧都是针对于外部刺激。

从行为主义的理论出发，人们的正常或异常的性活动都可以被理解成为一系列习惯性习得行为的综合。例如，一个人在新婚之夜由于紧张而出现性失败，多次的紧张——失败可以经过反复强化而固定下来，形成性功能障碍。同样，以行为理论为依据，就可以通过各种不同的行为矫正 (behavioral modification) 技术来治疗性功能障碍。

行为治疗的方法很多，随着行为理论不断发展，新的方法也不断涌现。据国外有关资

料报告，行为治疗的方法至今已超过百种。本节主要介绍经典行为治疗、操作疗法、松弛训练、生物反馈疗法和性行为训练技术。

一、经典行为治疗

在行为治疗的方法中，有几种是直接来自经典条件反射理论中产生的，如系统脱敏疗法、厌恶疗法、消退疗法、暴露疗法等。

在性治疗中，系统脱敏法 (systematic desensitization) 主要用于带有焦虑或恐惧情绪的性问题。其具体的实施步骤如下：

第一步：肌肉松弛训练。在系统脱敏疗法中，肌肉能否放松是治疗成败的关键。因此在进行治疗前，医生要先指导患者掌握松弛训练的要领。先让患者收紧身体各部份的肌肉，然后逐渐放松，直到全身完全放松为止。为了能使患者的肌肉完全松弛，可以让他想像自己置身在一个轻松愉快的环境中。

第二步：划分焦虑等级。不同的情景可以使患者产生不同程度的焦虑及恐怖，心理医生应帮助患者按焦虑等级将这些情景按轻重顺序排列。为了便于客观的区分焦虑等级并在治疗中进行消除焦虑的定量评定，应进行自觉的焦虑标准 (SuD) 测验、恐怖心理调查 (FSS)、焦虑自评 (SAS)。以一位性交恐怖的女患者为例，下面是她不同等级的焦虑情景：

1. 一般性接吻拥抱
2. 裸体接吻拥抱
3. 裸体拥抱并抚摸乳房
4. 抚摸大腿内侧
5. 抚摸阴蒂及阴唇
6. 抚摸阴道口
7. 阴茎接触阴蒂及阴唇
8. 阴茎接触阴道口
9. 阴茎插入阴道一半
10. 阴茎全部插入阴道
11. 阴茎插入阴道后进行摩擦抽动。

第三步：按排列出的焦虑等级进行脱敏训练。医生向患者描述最低等级能引起焦虑的情景，并要求患者想像自己是处于这种情景中，同时进行松弛训练。也就是说，把焦虑刺激和放松状态联系起来，直到患者能够在焦虑情景中保持放松为止。当患者经过反复训练已经不再出现焦虑，或者焦虑程度大大降低时，就可以进入下一个更高等级的焦虑情景，这样按顺序前进。如果在某一等级的焦虑情景中无论如何也不能保持放松，则可以退回前一等级重新进行训练。当患者训练到想像最可怕的情景也能保持放松时，系统脱敏治疗就告成功。

除了个别治疗外，系统脱敏法也可用于集体治疗。这需要把具有同类性问题的人编为小组，在每次治疗结束后可组织必要的讨论。

系统脱敏治疗每3—4天进行一个等级的训练，每次治疗约30—40分钟。

系统脱敏法也可能治疗失败，一般有三种原因：(1) 放松训练不成功，患者不能松弛自己身体的各部份，(2) 焦虑情景的等级划分得不恰当，等级之间差别太大，(3) 患者不能成功地进行焦虑情景想像，或者医生提供的想像线索不对。只要注意防止出现这三个原因，治疗的有效率将大大提高。

(一) 厌恶疗法

厌恶疗法 (aversive therapy) 是从经典条件反射原理发展出来的另一种治疗方法。它将作为惩罚的痛苦体验与不良行为或习惯重复结合, 从而抑制或消除某种不良行为或习惯。在性治疗中, 主要适用于强迫性手淫、同性恋、以及各种性变态。

厌恶疗法常用的痛苦刺激有: 电击、催吐等。当准备消除的不良行为被诱发出来以后, 立即施以痛苦刺激, 如此反复直到行为得到抑制甚至感到厌恶为止。在治疗过程中, 也可采用消极强化 (惩罚) 和积极强化 (奖励) 相结合的手段, 可以进一步提高疗效。因为当某种异常行为发生受到惩罚时, 另外一种正常行为出现则受到奖励, 这就使惩罚的效果更持久, 而负作用也更小。一些观点认为, 厌恶疗法是以惩罚为基础的, 这是一种错误理解。实际上, 厌恶疗法在消除不良行为的同时, 可以建立起良好的适应行为, 这些良好的适应为本身对治疗效果又起着强化作用。

以同性恋为例, 介绍一下厌恶疗法的操作步骤:

第一步: 测量患者在平静时的血压、脉搏、呼吸并进行记录。

第二步: 用同性恋的照片或文字描述情节诱发患者的同性恋欲求, 并促使其产生相应的欣快反应。

第三步: 当患者主观表示出现欣快反应, 并且血压、脉搏、呼吸的频率增快时, 即注射盐酸阿朴吗啡催吐, 或电击大腿内侧以造成痛苦, 此时仍呈现同性恋的照片。

第四步: 在两次治疗的间歇期间, 若出现同性恋的欲望, 可用橡皮圈自弹手腕, 一直弹到欲望消失手腕疼痛为止, 以巩固已形成的厌恶条件反射。

行为治疗学家温基 (Vingoe FJ) 指出, 厌恶疗法要掌握以下要领:

1. 厌恶刺激必须在不良行为发生时始终存在;
2. 治疗要持续到不良行为彻底消除;
3. 刺激要达到明确的厌恶水平;
4. 对不良行为的改变应随时进行鼓励强化;
5. 使用逐渐消退法;
6. 强化计划要适时改变;
7. 家属配合;
8. 逐渐由医生为主转为病人为主 (即自我控制)。

二、操作疗法

操作疗法 (operant therapy) 是建立在斯金纳 (skinner BF) 操作性条件反射原理基础上的。从这一原理出发, 斯金纳反对治疗过程中的惩罚手段, 提倡积极的强化手段。积极强化手段, 能有效地控制行为活动。

操作行为, 是指通过机体自己对环境的操纵与改变可以产生对自身有积极效果的行为。如果行为得到积极强化, 那么这种行为再次出现的可能性就很大。

操作疗法的具体实施有两个基本原则。其一是积极强化。这就是说, 当一个所期待的行为出现以后, 立即采取奖励措施, 以便于这种行为多次出现而巩固下来。以性厌恶为例, 其期待行为是对性活动感兴趣, 当这一期待行为出现后, 即给予肯定、鼓励, 并可使患者置身于一个轻松愉快的环境中得到心理上的满足。在采取积极强化的过程中, 不但要制定出具体的期待行为, 而且要根据患者的需要选择最适宜的强化因素。其二是行为的塑造。这就要求

把期待行为分成若干部份，更具体的针对各个部份进行积极强化。以性交恐怖为例，就可以把期待行为分为裸体拥抱、相互抚摸性器官、性器官体表摩擦、浅部位性交、深部位性交等几个部分。

从强化的时间来看，即时性强化的效果较好；从强化的方式来看，间歇性强化的效果较好。所谓间歇性强化，指的并非每次期待行为出现都施以强化，这样可以防止出现强化的泛化作用。

三、松弛训练

松弛训练 (relaxation training) 是一种在心理医生的指导下，主要由患者自己控制并体验的一种治疗方法。在性苦恼者中，相当一大批人都存在着不同程度的性焦虑，而松弛训练对于消除性焦虑、协调身心机能平衡有明显的效果。

松弛训练的方法很多，现将主要的几种介绍如下。

(一) 渐进性松弛训练

性焦虑者开始对如何松弛难以掌握，渐进性松弛训练 (progressive-relaxation training) 可以帮助他们学会如何放松肌肉，继而自我掌握松弛过程，然后进一步深入。渐进性松弛训练的步骤大致如下：

1. 患者处于舒适位置，半闭眼，然后进行深慢呼吸。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3—5次，使患者自己完全安静下来。

2. 慢慢握紧自己的右手，默数1到5，停顿片刻，然后慢慢放松。再握紧，再放松，重复三遍，注意体验紧张和松弛的感觉差别。

3. 按上述方法一步一步进行：握紧左手、放松→皱额部肌肉、放松→下腭肌肉紧张、放松→收缩双肩、放松→收缩腹部肌肉，放松→收缩小腿肌肉、放松→绷紧大腿肌肉、放松→收缩臀部肌肉、放松→绷紧会阴部、放松。每步练习重复三遍，每次放松后体会所练习部位的温暖感受。

4. 经过上述反复训练后，患者可以通过对简单肌群放松感觉的回忆而自动放松紧张。这时这种紧张松弛的训练即可停止。此后，患者即可在焦虑紧张时反射性自我放松。

(二) 意象松弛训练 (imagery relaxation training) 是带有自我暗示性质的直接松弛方式。尽管紧张—松弛的交替过程是初学者最佳的松弛方式，但不少人都希望快一点进入直接松弛的过程。意象松弛训练的主要步骤如下：

1. 让患者闭目静息，间隔2—3分钟后，留意自己呼气与吸气的感受，以及对室内温度、身体接触的物体的感觉等。

2. 让患者回忆过去生活的某一愉快情景，对每个细节逐一回忆，并使患者尽情地停留在回忆之中，同时进行联想诱导，使其患者所停留的情景更为愉快。

3. 告诉患者以后还有时间进行这种愉快的回忆和联想，但目前即将返回到现实中来。然后再隔5—10分钟，告诉他慢慢睁开双眼返回现实。

目前，松弛训练已经编制成不同的录音带，供患者在家中使用。但为了提高疗效，在训练的初期最好由心理医生指导进行。

四、生物反馈疗法

生物反馈疗法 (biofeedback therapy) 是借助生物工程技术，让患者领悟到机体平时不能感受的信息，并控制其身体局部反应的一种方法。所谓反馈，是指把机体联接于一个由其

自身产生的生理反应的回路之中，通过专门的仪器设备，将生理变化的信息转变为信号，自动向患者显示。然后在心理医生的指导下，患者根据来自自身的生理过程特征，练习改变这些过程，达到治病的目的。

在临床应用时，生物反馈疗法分为两个基本步骤：第一步是让患者学习减轻紧张状态的方法，如松弛训练、意念导引、深呼吸等，第二步是通过灵敏度很高的生物反馈仪器，使患者了解并掌握躯体内部生理变化的信息，进一步学习放松技术，直到形成操作条件反射，解除紧张焦虑状态，以恢复正常的生理功能。在性治疗中，生物反馈疗法主要用于治疗性焦虑状态较明显的各种性功能障碍。

五、性行为训练技术

性行为训练技术 (sex behavior training techniques) 是行为疗法在性治疗中的特殊技术。这些技术一般不是单独使用，而是被结合在性治疗的整个程序中，作为解决某一特殊问题的特殊方法。

1. 有指导的手淫技术。手淫是比较强烈的性刺激，而且其强度和频率较易被控制。有指导的手淫技术，是指在触摸对方的性器官时，寻找能较快引起性兴奋的最佳刺激强度和最佳刺激频率，然后进行有节律地触摸。主要适用于阳痿、性感缺乏、性高潮功能障碍。

2. 性高潮重建术。性高潮不仅是一种生理反应，也是一种强烈的心理反应，这种反应的激发因素也包括了记忆系统中的性痕迹。性高潮重建术，是指在手淫或其他性刺激时，结合性幻想，模拟性交刺激而唤起性兴奋，达到性高潮。主要适用于性感缺乏和性高潮功能障碍。

3. 性生活训练法。不少性苦闷者往往缺乏科学的性知识，不懂得性生活的基本规律。性生活训练法主要通过学习科学的性知识，进行性意识及性行为指导，使性苦闷者纠正错误的性观念，逐渐消除性焦虑，适应正常的性生活。适用于已婚夫妻的各种性苦闷。

4. 性训练家庭作业布置技术。这是各种性治疗技术的补充方法，要求患者在认真完成性治疗过程中的抚弄、自我刺激、夫妻感情交流时，对时间及治疗前后的反应逐一进行记录。这种家庭作业不仅有助于随时检查疗效，也便于通过对照增强患者治愈的信心。

5. 间歇法、捏挤法及牵拉阴茎法。间歇法是指在性交临近射精时停止性器官摩擦，间歇片刻再进行摩擦，如此反复4—6次。捏挤法及牵拉阴茎法的过程与间歇法相似，前者在临近射精时捏住阴茎，后者在临床射精将阴茎向肛门后方牵拉。这三种方法均适用于早泄。

6. 耻骨尾骨肌操练技术。耻骨尾骨分布在女性阴道口周围，耻骨尾骨肌操练的基本原理是通过增强阴道区的敏感性来获得性快感。

操练方法为：双腿分开坐在马桶上，以时停时排的排尿方法寻找耻骨尾骨肌，当发现某一组肌群能够控制排尿时，即为耻骨尾骨肌，然后，反复训练耻骨尾骨肌的紧张和松弛状态，每天做六次，每次收缩10下，并辅以性幻想而体验性高潮。收缩次数可逐渐增多，直到性交时能自然收缩为止。耻骨尾骨肌操练技术适用于治疗性感缺乏和性高潮功能障碍，对分娩中已有耻骨尾骨肌扩展现象的女性或耻骨尾骨处肌肉较薄弱的女性尤为有益。

第五节 催眠与暗示治疗

一、暗示治疗

暗示治疗 (suggestive) 是指利用暗示对病情施加影响而消除症状的一种心理疗法。在性

治疗中，暗示治疗并不是单独作为一种治疗措施，而是贯穿在若干的治疗方法中。暗示治疗可分为直接暗示和间接暗示两种。

直接暗示是指心理医生运用言语或表情的技巧，给病人予以诱导。比如在接待一位阳痿病人时，除了在言语上肯定其性能力外，在表情上也要有肯定的表示。此时病人接受医生的暗示过程，也就是内心的逻辑思维活动过程，在这个过程中，可以增强病人的自信心，以达到改善症状的目的。

间接暗示是指通过操作检查，注射药物或借助于某些仪器进行暗示。在间接暗示时加上言语暗示，会使治疗效果更好。比如在对一位阳痿病人进行检查时，可用电兴奋治疗仪刺激他的阴茎，使其出现反射性勃起，然后再肯定他的性能力，这样比单纯的言语暗示的效果要好得多。

一般而言，暗示疗法多适用于暗示性高的病人，暗示性低的人对暗示治疗的反应较差。因此，有必要对暗示性的高低进行检查。

暗示疗法虽然能改善心理症状，提高治疗效果。但是在性治疗中，不良的暗示也能加重病人的症状。不良的暗示来自于两方面：其一是医生无意识的表情或动作，其二是病人对治疗缺乏信心的自我暗示。这些都是需要注意克服的。

二、催眠疗法

催眠疗法(hypnotherapy)是指病人在处于催眠恍惚状态(半清醒状态)下的暗示疗法。由于此时病人的心理防卫作用减弱，暗示性增高，所以有利于更好地宣泄被压抑的情绪，并通过正性暗示来消除症。催眠疗法的适应症很广，在性治疗中，主要用于治疗性功能障碍，尤其适用于男性的阳痿和女性的性高潮功能障碍。

(一) 催眠现象的本质

一些人往往对催眠术产生错误的理解，认为是“巫术”，或者认为是唯心主义。但事实上，对催眠现象的本质研究至今已二百多年，直到巴甫洛夫的实验研究才初步揭示了催眠现象的本质，但还需要进一步探索。

根据巴甫洛夫学说的观点，认为催眠状态是觉醒与睡眠之间的过渡状态，催眠是一种部分的、不完全的睡眠。催眠状态和睡眠的区别在于：沉睡状态下的人，通常不会感受到外界的声音；催眠状态下的人，尽管可以对外界的刺激没有反应，但对于心理医生的指令却很敏感。催眠术中病人与医生的这种特殊关系称为“感应关系”，这种现象是催眠状态和睡眠的主要区别。

催眠可以作为治疗手段的原因在于：其一，催眠是脑的保护性抑制，是恢复神经系统张力的一种重要方法。通过催眠过程，病人的心境能很快恢复宁静，全身感觉舒适。其二，在催眠状态下，病人处于高度易受暗示的状态，易于接受医生的言语信息，形成新的条件联系。这就能使大脑皮质恢复过去与健康状况相联系的条件反射，或者建立起新的健康工作状况。

(二) 确定暗示性的方法

暗示性强的人容易被催眠，这些人约占人群的10—20%；暗示性弱的人不易被催眠，这些人约占5—10%；而处于这两者之间的人，可以在不同程度上被催眠。因此在催眠治疗之前，需确定病人暗示性的程度，其常用方法如下：

1. 后倾法。先告诉病人要对他进行一些神经活动方面的检查，然后让病人背向医生，双手下垂两脚并拢而站立。医生用手托着病人向后倾的头部，让他闭目放松全身肌肉，然后用

坚定的言语暗示说：“现在，我的手放开时，你就会慢慢向后倒的！已经向后拉你了！你开始跌倒了！跌倒了……”如果病人向后倾倒，提示他有足够的暗示性，如果没有向后倾倒，说明暗示性差（图11—5—1）。按照同样的原理，也可采用前倾法（图11—5—2）。

2. 勾手法。让病人双手勾在一起，医生把自己的手包住病人的双手并轻轻按摩。医生的目光应固定于病人的鼻梁，并让其目光凝视医生的眼睛，同时给予暗示说：“你的手开始麻木了……两手握得很紧了……你已经不能把你的两只手分开了！你试试看，用点力，你的两只手不能分开了！”如果病人的手不能分开，说明有足够的暗示性（图11—5—3）。

3. 试管法。给病人二、三个盛有清水的清洁试管，告诉病人要试一下他嗅觉的灵敏度。然后对他说：“请你分别闻一下试管并告诉我，哪一个试管内是汽油或氨水，哪一个试管内是清水？”如果病人果然嗅到了实际不存在的气味，说明他的暗示性强；如果病人说什么气味都闻不到，说明暗示性差。

（三）催眠的具体方法

在确定了病人有足够的暗示性后，催眠即可进行。催眠实施的环境要安静且昏暗，需有助手参加，特别是对异性患者进行催眠时。病人可选择较舒适的卧位或坐位，并作几次深呼吸使身体完全放松。医生在实施催眠时，暗示的语言必须坚定、明了、清晰，也可用放录音来代替口授。

催眠的具体方法一般有以下三种：

1. 言语暗示加视觉刺激。让患者凝视上方的一个光点或发光物，此光点距患者双眼10厘米左右。当患者集中注意力凝视数分钟以后，医生便开始用单调的言语进行暗示：“你的眼睛开始疲倦了……你的头脑开始模糊不清了……你的眼皮越来越沉重了……你的头脑越来越模糊了……你已经睁不开眼睛了……你要想睡觉了……睡吧……熟睡吧！”如果病人的暗示性很强，往往在这些话还没说完时就可能进入催眠状态。为了加快进入催眠状态的速度，在暗示的后期应慢慢将发光的物体靠近病人的鼻梁，加强眼球的复棱作用，使眼睑更易沉重。

2. 言语暗示加听觉刺激。让患者闭目后注意倾听拍节器的单调声音，或水滴声。几分钟后再予以类似上述的言语暗示，同时加上数数：“请专心想着睡眠……没有什么东西打扰你……除了我的说话和拍节器的声音，你什么也听不见了……你很困倦要想入睡了……现在我开始数数了……随着我数数你越来越想入睡……一……一股暖流慢慢地流遍你的全身……二……你的头脑越来越模糊……三……你越来越疲倦……四……周围安静极了……五……你深深地睡吧……六……你已经舒服地睡觉了……七……睡吧，深深地睡吧……”。

3. 言语暗示加皮肤感觉刺激。医生当着病人的面把手洗净、擦干并烤热，然后用双手轻轻接触病人的皮肤表面，从其额部、两颊到双臂，按照同一方向反复、缓慢、均匀地慢慢移动，同时使用与上面类似的言语暗示。

（四）催眠深度的判定。

一般而言，尽管进入催眠状态的病人能够听见医生的说话，但不能动弹，因为此时病人的随意运动系统受到了严重的阻抑。常用的判定方法为，暗示病人“你试试看，你的眼睛不开了，你的手也没劲了，举不起来了，睁眼……再睁眼……抬手……再抬手……”，如果此时见病人眼睑颤动但不能睁眼，手臂紧张但不能抬手，说明已经进入催眠状态。当催眠不断加深时，病人则完全不能动弹。如果令病人睁眼时不试睁，令其抬手时不试抬，或随意翻身，

微动，则说明未进入催眠状态，或者不合作。

催眠的深度一般分为三级：

第一级，浅度催眠。病人处于舒适的肌肉松弛状态，不愿动也不想动，没有力气睁眼，呼吸深而缓，仍保持着随意运动的功能。催眠解除后能记得一切事情。

第二级，中度催眠。病人的随意运动消失，四肢僵直难屈，当医生去弯曲病人的手臂时，明显感到有抵抗力。催眠解除后尚存部分记忆。

第三级，重度催眠。病人在催眠状态下只能听见医生的声音，其他什么也听不见。对医生的指令绝对服从，痛觉减退甚至消失。在催眠解除后，对催眠状态下所发生的事情不能回忆起来。

（五）催眠状态下的性治疗暗示

在催眠状态下，性障碍患者的焦虑现象已基本消失，心境比较平和，此时进行性治疗暗示，往往效果较好。

暗示的言语应围绕以下一些内容：

（1）肯定患者的生理性性能力是完整的；

（2）目前的症状主要是由心理因素引起，当通过一定的疏导后，心理致病因素就会解除；

（3）一股暖流将到达患者的性器官，性功能很快就会显示出来。

以阳痿为例，可进行这样一些催眠暗示：“安静地睡吧……睡吧。……你现在正处在初恋中……明媚的阳光……欢快的海浪……迷人的笑容。……你的身体多么健壮……你的全身充满了活力……你忘却了一切烦恼。……一股暖流从你心中流出……流遍全身……流向阴茎。……你的阴茎开始发热……你的激情无法克制……你的阴茎开始勃起……勃起……勃起来了！”如果患者有足够的暗示性，可以看到其阴茎开始紧张，并慢慢勃起。

对性功能障碍者的催眠暗示并不需要运用一套固定的语言，而应该根据其具体情况灵活选择。基本原则是引导出患者的激情，排除不良的情绪反应。

由于不少性障碍患者都存在着人际关系方面的问题，在催眠状态下，很可能把医生当作自己心底爱恋的异性。一些医生对此感到棘手，因而放弃了催眠治疗。事实上，这只是患者在无意识中的情感转移造成的，与医生并无直接关系。在精神分析学说中，弗洛伊德称这种现象为“移情作用”。这种现象，是患者深入暴露内心世界的重要标志，只要很好地进行引导，会进一步提高治疗效果。

（六）催眠状态的解除

一般而言，每次催眠治疗只需要20~30分钟，在治疗结束后，就要解除催眠状态。如果解除的方法运用得当，患者在清醒后就会觉得精神爽快、头脑清醒、精力充沛。若催眠状态解除过快，患者会出现眩晕、心悸、乏力等一系列不舒适的感觉。

在准备解除催眠状态之前，应该给患者以感觉良好、精神愉快等言语暗示，然后缓慢地把患者唤醒。此时可采用下列的言语暗示方式：“再过五分钟，我将把你叫醒……你醒后会感到特别轻松愉快，……你的头脑将特别清醒……精力特别充沛，……现在我从五数到一，等我数到一时你会完全清醒。……好，我开始数数了。五！……你开始逐渐清醒了……四！……你的精神非常爽快……三！……你的四肢开始活动了……二！……你的感觉非常愉快，已经完全清醒了……一！……醒来吧！”通过这段言语暗示，可以看到患者肢体活动，双眼

慢慢睁开。如果一次不行，还可以反复进行数次。

部分患者在催眠过程中可能会与医生失去感应关系，这样就可以从催眠状态而进入深度的自然睡眠状态中。此时可不必唤醒患者，待他自己睡醒。

第六节 患者中心治疗

患者中心治疗 (client-centered therapy) 是人本主义心理学家罗杰斯 (Rogers c) 在本世纪四十年代创立的，这种方法强调患者自己的经验和主观感受，心理医生的作用在于帮助患者认识到解决自己问题的能力只存在于他们自己本身。由于各类性问题患者的共同特点是缺乏自信心，因此患者中心疗法对此有非常积极的治疗意义。

一、患者中心疗法的基本特点

患者中心疗法不是把病人当作消极被动的接受治疗者，而是把人看作社会化的、力求充分发挥作用的主体。因此，没有必要对人的攻击冲动加以控制。这样，患者中心疗法就把治疗过程中的主要责任交给患者自己。

1940年，罗杰斯就曾提出心理治疗应重视以下四个问题：①患者自身存在着一种趋向健康、调整行为的积极力量；②治疗中病人的情感比理智更重要；③病人的“此时此刻”比过去的压抑冲突更重要；④治疗时的人际关系很重要。在这个基础上发展起来的患者中心疗法，具有以下两个特点：

1. 患者中心疗法强调患者自己对找出更好地应付现实生活的途径负有责任和能力。患者是最了解自己的，只有患者自己才能找到什么是更适当的行为。

2. 患者中心疗法强调患者的主观世界，心理医生应设身处地去理解患者的内心世界和愿望，将自己的注意力集中在患者的自我观念和对世界的观念上。

因此，患者中心疗法并不是一套一成不变的完整方法，而是将其基本原则贯穿在整个治疗过程中。根据这种方法，患者只有在与另一个人的关系中，通过这个人的帮助才能实现个人的愿望。这就是指患者与一个和谐的、带有接纳和移情态度的心理医生的关系。这就强调指出心理医生本身的态度是患者积极改变自己的必要条件。

二、治疗目的

患者中心疗法的基本治疗目的，是为患者提供一个能充分发挥自己作用的环境。为了达到这一目的，首先要让患者明确以下几个方面。

其一，对经验的开放态度。这是指患者能面对现实，不加歪曲地去认识和对待自己。这样，使他能不断接受新的知识并改变自己的固有观念，不断用新的方法来感受自己。

其二，对自己的信任。患者建立起对自己的信任感，是患者中心治疗的关键。但在治疗的开始阶段，患者常常不太相信自己和自己所作的决定。特别是性功能障碍患者，往往对自己的性能力缺乏信心。因此，常常从别人那儿寻找建议和治疗方案。在治疗过程中，患者随着对自己的经验持开放的态度，自我信任感也会逐渐形成。

其三，出自自身的评价。这是指一个人在信任自己的基础上，能够对存在的问题更多地从自身中寻找答案，依靠自己决定自己的行为准则。这样，就会避免一味从外界作用中去寻找原因，进一步提高自我认识。

其四，自觉地把自已当作一个过程。把自己当作一个过程和把自己看作一个结果是完全

相反的概念。性功能障碍的患者，在心理治疗中往往想找到某种公式，然后按这种公式来取得满意的结果。然而，这种把自己看作一个结果的观念，却影响着实现治疗目的。对这类患者，在治疗过程中要使他们逐步认识到生活是一个连续过程，人不可能是固定不变的。即使在心理治疗过程中，患者也需要不断地向自己的旧观念挑战，这实际上是一个不断接受新的经验，不断完善的过程。

从上述几个方面出发，在某种意义上，患者只需要了解治疗的总体目标和治疗方向就足够了。因为在治疗过程中，心理医生并不为患者选择具体的目标，患者中心疗法的根本特点是在医生与患者之间建立良好的关系，使患者靠自己的能力来弄清和决定自己的目标。

三、心理医生及患者的角色

(一) 患者的角色与作用

患者中心疗法认为，要求进行心理咨询和心理治疗的患者，往往处于对自我的看法与现实状况发生了矛盾。例如，某个男性希望自己能身强力壮地过好夫妻性生活，但在性交时却经常不能成功地勃起。这样，患者如何看待自己（自我概念）或如何期待自己（理想的自我概念）与经常不能勃起这一现实之间就出现了矛盾。这种情况，又导致了焦虑、抑郁、偏执等不良的情绪反应。患者是怀着解决问题的希望来要求心理治疗的。

在治疗的开始阶段，患者期待医生给他指出治疗的方向，因为他们感到自己极为痛苦而又无力克服。随着治疗的深入，可以使患者逐步认识到自己的责任，增强在治疗过程中进行自身探索的信心，增强对自我的理解。最后，产生出改变自己行为的力量。

要达到上述治疗效果，在治疗过程中应随时注意把患者放在主导地位，不要让患者自心理上一味依赖医生。

(二) 心理医生的角色与作用

在患者中心疗法中，心理医生的角色并不是一名专家或权威，而是病人的“朋友”、一个有技术的朋友。心理医生并不是去决定具体的治疗步骤，而是给予患者一个温暖的气氛和真挚的信任。因此在治疗过程中，心理医生的态度是最关键的，而知识和方法则起着辅助作用。这样，心理医生应当把自己当作改变患者的工具，通过平等的相互交流来推动患者挖掘自己的内心世界。

要达到上述目的，医生与患者要相诚以待，尊重、关怀和理解患者，从而消除患者的各种心理屏障，更为广泛地进行自身探索。

四、医患关系

罗杰斯曾经说过，只要我能提供某种特定的关系，对方就会利用这种关系在自己身上发现成长和变化的能力，个人的发展就会随之出现。那么，这是一种什么样的特定关系呢？一般认为，形成这种关系需要具备以下一些条件：

1. 医患之间在心理上是相通的，要心心相印；
2. 患者是处在一种不和谐的矛盾状态或焦虑状态；
3. 心理医生在治疗关系中必须是和谐且综合性的；
4. 心理医生无条件地要从内心里对患者积极关切；
5. 心理医生对患者的内心世界应设身处地地理解，并努力与患者交流自己的体验。
6. 心理医生对患者的理解和无条件的积极关切在思想及情感交流过程中实际体现出来。

除了上述条件外，心理医生还应具备三个人格特点，即：①和谐与真诚；②无条件地积极关怀；③能准确地，设身处地地理解他人。

和谐与真诚是心理医生最重要的特点。和谐，是指心理医生在治疗中切实可靠，并置身于相互理解的关系中。真诚，是指心理医生的内心体验和外在表达一致，并能在患者面前表达自己的内心世界和情感。在佳治疗中，心理医生这些表现既可以是赞同患者，也可以是不赞同患者。这种坦诚的态度，将有助于医患之间进行诚实的交流，协调医患关系。

无条件地积极关怀有两层含义，一层是心理医生对患者的关怀应该主动、关切、真诚，另一层是指这种关怀必须是无条件的。无论患者的情感和行为如何，都要一视同仁。无条件的关怀并不是要完全赞同患者的全部行为，对一些不正确的行为或观念，应在治疗过程中进行讨论。心理医生要以积极关切的态度使患者明白，他随时可以自由地表达自己的情感和体验，他的看法将得到医生的高度关注。

准确而设身处地地理解他人，是心理医生的主要任务。当性障碍患者谈到自己的种种苦恼时，心理医生要努力感受患者的主观体验，特别是此时此地的体验。这样，才能真正理解患者的痛苦。这种理解，有利于患者更深入地认识自己，从而找出自身存在的矛盾和冲突。显然，只有从内心深处理解患者，才能帮助他们充分认识到那些含糊不清的体验和情感。

五、治疗示范

患者中心疗法在实施过程中，最主要的关键在于帮助病人发泄情感。为了达到这一目的，心理医生在交谈中将不断用反射刺激来激发患者的情绪，不断重复患者在谈话中所表现的最基本的情感。

以下是患者中心疗法实施过程的一个片断：

“……

患者：我丈夫说，我可以再回到学校去上班，但我感到很困难。我想也许他不过是吓唬我别出去，他反对我出去，并且现在这样做了。矛盾！

医生：我想这是一种愤怒的感觉，你是有些发火。

患者：对。我想我是有些生气，简直把我气疯了，他到底要干什么？昨天我对婆婆说也许她了解他。她能从我到外了解他的一切……但是她现在已经回家了。

医生：你到这儿来还生气，也许是嫉妒吧？

患者：我也许跟他生气，也许是嫉妒，而且很容易嫉妒。他和其他女性出去，我也嫉妒。我感到孤独，被人抛弃了。

医生：你常常嫉妒，觉得孤独，也许因此感到遗憾。

患者：我感到苦恼，感到自己不好。我不值钱，我成了坏脾气的女人，我一无是处，没人要我！

……”

从这个治疗片断中可以看出，心理医生在交谈中不断应用反射刺激，使得病人不断暴露自己。在这个过程中，病人能够对自己产生一种否定的认识，这在患者中心疗法中正是需要被深入揭示的。在这个基础上，才能使患者的行为得到矫正。

六、其他人本主义疗法

患者中心疗法是人本主义心理疗法中影响最大的，但还有许多其他的方法。这类疗法的共同特点是，把人的意愿、选择和决策放在治疗的中心地位，在治疗过程中强调医患之间的

平等交流。治疗目的都是企图帮助患者承认自己对选择自己的生活负有责任，同时帮助患者相信自己有选择的能力。人本主义心理疗法被称为现代心理治疗的“第三种势力”。这类方法也强调领悟，但并不是象精神分析治疗那样去挖掘早年生活中的无意识经验，而是通过患者自身的体验。现将几种主要方法作简要介绍。

（一）现实疗法

现实疗法（reality therapy）的核心理论是认为一个人只有负责地生活才能生活得好。所谓责任，就是要面对现实，找到一条满足自己心理需要的途径。现实疗法认为，焦虑、人格变态、性无能、性变态等各种心理障碍，其根本原因在于个体的现时行为与幼年时形成且发展起来的善恶观念相冲突。在治疗中，不但要帮助患者弄清自己的生活目标，还要帮助他们认清妨碍自己实现目标的障碍，然后帮助他们找出实现目标的各种途径。

现实疗法有以下一些特点：其一、注重患者现在的行为，而不是注重感受和态度；其二、注重患者的现在，而不注重过去；其三、强调患者应当对自己的行为进行评估；其四、强调意识的作用，而不是无意识；其五、要求患者自己去体会自身行为而带来的不良后果，不主张惩罚；其六、强调负责的概念，学会在现实生活中如何恰当地满足自己的需要。

（二）格式塔疗法

格式塔疗法的基本观点是认为一个人能够有效的处理个人生活中的问题。而心理医生的主要任务，是帮助患者意识到自己如何去感受现实，从而使他们充分体验到自己的客观存在。格式塔疗法在治疗过程中力求不作解释，而由患者自己做出解释，自己领会治疗的意义。在这个基础上，帮助患者去直接体验自己“过去未完成的事情”，逐步扩展和完善自我意识。

格式塔疗法的基本治疗目标，是帮助患者从“环境支持”转向“自我支持”，也就是说，让患者靠自身的力量去积极地适应社会。在现实生活中，一般人只能发挥出自身潜力的一部分。由于建立了个人固有的生活模式，人们总是重复扮演着一种角色，找不到重新创造自己生活的途径，这在性障碍患者身上更显得突出。如果要不断挖掘患者自身的潜力，必须不断充实生活，从新的生活中去体验。

为了帮助患者强调自我意识、体验内心冲突，解决矛盾，格式塔疗法也有一些技巧。如格式塔治疗游戏中的对话游戏、玩圆圈游戏、投射游戏、倒转游戏、婚姻——咨询游戏等。在这些治疗游戏的实施过程中，都有一些不同的技巧运用。

（三）完形疗法

完形疗法（gestalt therapy）的治疗原则主要是强调现实，着重让患者陈述他此时此刻的感受。治疗目标是要使患者成为一个完整的人，一个有自我意识的人，能够指导和计划自己的生活。

在完形疗法的实施过程中，心理医生比较注意患者当时的感受，因此，医生可以提出这样一些问题：“当我说‘情爱，这个词时，你感觉怎么样？说出你现在的感觉。”“你在性生活时有什么感觉，告诉我”。某些问题可能会使患者生气或恼怒，但这不要紧。心理医生进行完形治疗时并不是要去揭示患者的隐私或不可告人的欲望，而是去寻求和激发患者的情感。

完形疗法要求患者随时意识到自己的行为，并且对这些行为负责。在治疗过程中，心理医生对患者要随时强调“你”！“是你自己，而不是医生去学习如何提高自我意识，这样你就

能更了解自己的情感。”这就使得患者能从被压抑的状态和自我防御中解脱出来。

第七节 婚姻治疗与家庭治疗

一、婚姻治疗

婚姻治疗 (marital therapy) 又称为夫妻辅导 (couple therapy), 其对象为夫妻两人的心理卫生及婚姻适应问题。存在着性问题的成年人, 绝大多数都是已婚者, 如果单纯强调对有性问题的一方进行治疗, 效果不一定明显。而且, 有相当一部分性问题都存在着婚姻方面的若干因素, 如果这些因素一旦解除, 许多性问题就能迎刃而解。

(一) 夫妻关系与性关系

夫妻生活在人生历程中占有相当长的时间, 夫妻关系是否融洽, 涉及到人生是否顺利。然而, 夫妻关系与性关系之间有什么联系呢? 可以这样认为, 夫妻之间和谐美满的性生活, 需要夫妻之间互敬互爱而共同培养; 而夫妻双方和谐的心理条件, 又是建立美满性生活的基础。夫妻关系不协调者, 性关系很难和谐, 这是不言而喻的。但夫妻关系协调者, 其性关系却不一定协调。在几千年传统观念的束缚下, 夫妻之间对“性”方面的事闭口不谈, 也更谈不上对性体验进行交流。

对于各类性障碍者, 夫妻关系问题一般在性治疗开始或治疗过程中明显表现出来。这些问题往往体现在日常生活中, 如对某种问题的认识不一致, 对某些事情产生误解, 为生活琐事争执等。这些问题若是持续存在于性治疗的过程中, 势必影响治疗的效果。

夫妻关系不良与性关系不和谐互为因果, 在性障碍的发生发展中起着重要作用, 也严重影响了身心健康。近年的一些研究发现, 夫妻关系对健康的影响, 除了存在着明显的心理社会因素外, 还有免疫机能方面的原因。人体的免疫系统既受身体素质、生理机能的影响, 又受情绪、情感、行为活动、性生活的影响, 还受内分泌功能的影响。如果一个成年人失去了正常的性生活, 或者婚姻不美满, 长期情感压抑, 免疫功能和性功能都会下降。

由于夫妻关系与性生活的关系非常密切, 因此婚姻治疗既是性治疗的基础, 又是一种主要的方法。如果在性治疗中, 忽略了协调夫妻关系, 就不可能取得满意的治疗效果。

(二) 性问题的婚姻因素

和谐的婚姻关系是协调夫妻性生活、治疗性障碍的基础。但是, 婚姻方面的若干不良因素, 又是性问题的基本原因之一。这些不良因素主要有以下几方面。

1. 择偶失误

择偶失误首先体现在婚姻动机方面。在我国现阶段, 为迎合某些外在因素而勉强结婚的现象并非少见。例如, 有的婚姻只是考虑对方的经济状态或社会地位, 有的是由于婚前有了性关系而勉强结婚, 有的是屈从于家庭的压力。这类婚姻关系, 由于缺乏性爱应有的情感基础, 因而婚后的感情并不融洽, 在性生活中也不易出现情感交流。这样, 会导致种种性问题。

在择偶中, 还有一类婚姻动机不被一般人所理解, 或者存在着病态心理。例如, 有的人从小与父母亲近的机会很少, 在择偶中, 无意识地选择与自己父母相似条件的人结婚, 以弥补潜意识中对父母的依恋心理。又如, 有的人出于极度的自卑心理, 就随便和身份很低的人结婚, 以弥补这种自卑感。由于这些动机而结成的夫妻关系, 双方的社会背景差距很大, 心

理反差也很大，因而也易产生种种性问题。

2. 夫妻感情不和谐

有的夫妻虽然朝夕相聚，但彼此之间很少相互谈论，很少进行情感交流。长期下去，夫妻关系仿佛只是住在一起，共同哺育孩子，而不知道对方的思维和情感，无形中产生出空虚的夫妻生活。在这种关系中，性生活仿佛是“例行公事”，没有什么情趣，出现了所谓的“婚后”性生活贫乏”。

一些存在着婚外性生活的人，由于觉得自己违背了性道德规范，或者觉得自己对不起配偶，在性生活时可能出现内疚、自责，使性兴奋和性高潮也会受到影响。

有一些夫妻本来有一定的感情基础，但由于一些心理社会应激事件的影响，无形之中减少了婚姻的乐趣。如事业不顺利、经济负担过重、工作过于劳累等。这些情况都可以增加心理负担，扰乱夫妻之间的情感。如果对这些问题双方不能谅解，就会使情感更加不融洽。

夫妻之间的情感不和谐，会直接影响到性关系，带来各种性问题。

3. 夫妻性格不协调

一个人的性格是在后天环境中逐渐形成的，带有较稳定的个性特征。诚然，世界上没有性格完全一致的人，夫妻之间也是这样。但是，如果夫妻能在性格上互相弥补，对夫妻生活是有积极意义的；如果性格不协调，对夫妻关系和性关系却有明显的影响。

夫妻性格不协调常见于两大类。一类是性格差异太大，即：丈夫内向，做事小心谨慎，生活方式较呆板，不注重感情交流；而妻子外向，喜欢社交，生活方式活跃，感情丰富。如果彼此之间不进行协调互补，格格不入，则会感到缺乏共同语言。另一类是性格太相似，即：两个人都外向好强，喜欢争论，不让步，结果总是吵架，或者两个人都怯懦内向，依附性强，缺乏主见，结果在一些大事面前都犹豫不决。夫妻性格不协调，将会在内心深处产生排斥心理，妨碍情感交流。

4. 人际关系适应不良

夫妻之间的人际关系适应不良，主要体现在性角色方面。丈夫的角色是什么，妻子的角色是什么，这是在他们的幼年生活中逐渐形成的。由于个人的家庭背景不一样，对性角色的认识也不一样。在初婚阶段，一般对这种新的角色都不太适应，但随着时间的推移彼此之间会相互接纳。如果这种接纳不成功，夫妻之间就会由于认识上的差异而经常争执。

除夫妻间的角色认识外，人际关系适应不良还体现在家庭其他成员身上。例如，父母亲看到自己的孩子结婚以后，小夫妻之间非常亲密，有时在情感上难以接受，也可能在言语和行为上表现出来，这就会影响到年轻人的夫妻生活与感情。又如，在子女成长的过程中，母亲过份地宠爱儿子，或父亲过份地喜欢女儿，都可能导致夫妻之间的情感不和。

(三) 婚姻治疗的基本原则

要求解决性问题的夫妻，一般都曾尝试过解决自己的夫妻关系，但都没有成功。在性心理咨询中，女性一般易于接受婚姻治疗，而男性多显得勉强，被动。在婚姻治疗中，特别注意鼓励男方，让双方接受治疗。

婚姻治疗的形式并无定规，但应遵循以下一些基本原则：

1. 夫妻共同治疗。在婚姻治疗中，任何一方的行为或态度，对另一方的性功能都有明显影响。而且，在治疗过程中如果双方的角色不一样，一方是“病人”角色，另一方是“配合者”角色，势必使“病人”角色的一方出现更为严重的心理压抑。夫妻共同治疗的原则，

要求夫妻双方处在平等的地位接受治疗，因为性问题无论发生在哪一方，实际上都是双方共同的事。性治疗是把夫妻双方作为一个整体对待，促进夫妻之间的沟通，帮助彼此了解。

2. 交友性原则。在婚姻治疗中，心理医生不存在替病人作出决定，而是帮助病人。的这就是说，心理医生与他们是朋友关系。在遵循这一原则时，应该注意以下一些问题：其一，在治疗中不要偏向夫妻任何一方，特别是在夫妻感情不和而要求辨别是非时。在治疗开始阶段，心理医生就要向双方表明，治疗的任务不在于判别是非，而只是关心什么事情对夫妻双方的利益都有好处。其二，凡是涉及夫妻关系之间的大事，心理医生不能替他们作出选择性的决定，而只能帮助他们如何去适应或改善这些问题。心理医生的这种态度，在开始治疗时就要表明清楚，以免纠缠到复杂的夫妻关系中去。

3. 情感中立的原则。在不和谐的夫妻关系中，往往带有明显的情感色彩，这种情感反应也可能影响到心理医生。在婚姻治疗中可能出现这样一些情况，当医生为男性时，丈夫可能不愿意对医生谈及自己的苦恼，而妻子可能把医生当作知己而倾诉。如果此时医生的情感反应偏重于妻子，就可能陷入极为尴尬的局面。另一方面，无论丈夫还是妻子，都可能表现出一时的意气和感情冲动，而这种强烈的情感反应往往与事实有较大的出入。特别是一些感情丰富且性格不稳定的人，今天可能把配偶说得一无是处，而明天又可能说他们彼此很相爱。在婚姻治疗中，心理医生一定要注意保持情感的中立，注意分析情感反应与事实真象是否一致。无论治疗对象的哪一方提出任何问题，都应注意了解这对夫妻的结婚背景如何，共同生活了多长时间，曾经是否分居过。了解这些情况，才可能进一步深入治疗。

4. 注意性外活动的影响。不少的夫妻之间性生活不协调，甚至出现种种性障碍，往往受一些与性行为本身无关的因素的影响。如夫妻感情、社交活动、经济状况、子女教育等。很显然，如果夫妻关系不融洽，相互之间不信任，甚至互相欺骗，单纯强调性生活和谐是没有意义的。因此在婚姻治疗中，注意各种性外活动的影响并及时进行调整，是很重要的。

(四) 婚姻治疗的主要内容

婚姻治疗的主要内容可分为三个部份，其一是婚姻辅导，其二是促进性与爱的结合，其三是性感训练。现分述如下。

1. 婚姻辅导。如前所述，在对性问题进行婚姻治疗时，首先要协调夫妻之间的关系。婚姻辅导既可以说是婚姻治疗的基础，也可以说是婚姻治疗成败的关键。

促进夫妻之间的沟通，帮助彼此相互了解，是婚姻辅导的首要任务。很多夫妻都有这种情况，婚前卿卿我我，如胶似漆，而婚后却很少进行会心的谈话。似乎在神秘的新婚之夜度过以后，一切都平淡无味了。这样，夫妻之间互相不了解对方的心事，甚至可能产生一些误解。这些误解和烦恼，是损害夫妻感情最常见的原因，当然也导致了性生活的不和谐。此时婚姻辅导的目的，并不在于此时此刻帮助他们如何相互了解和谅解，更重要的是如何使他们养成互相沟通的习惯、并把这种习惯保持一生。

一些夫妻由于习惯，需要或性格的不一致，常常在一些问题上无法形成统一的意见，也因而为这种生活不协调感到苦恼。针对这个方面，婚姻辅导要帮助他们进行协调。这种协调主要是根据双方的具体情况进行互补，找出双方都能多少满意的方法。并且这种协调并不在于解决一时一事，而要让夫妻学会在以后有类似情况时，能够自己进行调整。那种片面要求某一方作出牺牲的作法，是不利于解决问题的。

为了使家庭的团体生活能够和谐，夫妻之间应该有一些共同确认的规则，这些规则又必

须由双方讨论同意并共同遵守。婚姻辅导，从某种角度来说也要帮助夫妻建立这种共同的规则。这种规则并不是一层不变的，要使夫妻学会定期对家庭规则进行讨论，总结经验教训，及时进行调整。

2. 促进性与爱的结合。在夫妻关系得到基本协调后，婚姻治疗就要在如何促进性与爱的结合上下功夫了。由于传统观念的影响，不少夫妻对性科学知识几乎是一片茫然，在性生活中习惯于某些错误观念，因此，首先要解决他们对性的无知。在这个阶段，要对夫妻双方进行性解剖、性生理、性心理等方面的教育，使他们重新获得对性的科学认识。

由于性问题的产生和发展往往与夫妻之间的情感有关，而且不少夫妻又不习惯开诚布公地讨论性的问题，因此，要以性生活和性爱为主要内容，进一步促进夫妻之间的情感交流。婚姻治疗要使得夫妻对性问题能够正面交换意见，彼此了解喜欢什么，不喜欢什么，对可能出现的问题应该有什么样的心理准备。这样，夫妻之间才能真正把性和爱结合起来。

3. 性感训练。婚姻治疗中的性感训练，并不是针对着如何解除性功能障碍，而是要通过训练获得性的欣快感。Keith Hewto所著的《性治疗实用指南》(Sex Therapy-a Practical Guide)中的“非需求性性感集中训练七日疗法”，是比较有效的方法，现介绍如下：

“第一天，开始进行非生殖器性感集中训练，夫妻双方裸体，姿势如前所述的‘非需求性姿势’（即男方在床头半卧位坐着，其背部舒适地靠在床头或枕头上，女方坐在男方两腿之间，她的双足分别放在男方双足的外侧，其背部紧靠男方的胸前，头部倚在男方的肩膀上）。首先由丈夫给予妻子愉快的感受，他可以触摸及爱抚他妻子的任何部位，但不要触及乳房及生殖器。此时，妻子应将自己的愉快感受告诉丈夫，并指出怎样的触摸能增加或减少她的愉快感。丈夫应不只是给予妻子愉快，同时也从触摸及视觉中感受愉快。10至20分钟后，丈夫与妻子交换位置，妻子是抚摸者，丈夫是被爱者。在10至20分钟的触摸，抚爱及观赏后（同样不能抚摸丈夫的生殖器），丈夫会感到愉快，此时双方可放松地入睡或进入爱的沉思中。

第二天，夫妻用30分钟的时间谈论以往和目前在性生活方面的愉快感受，并交流方法上的体会。

第三天，首先由妻子开始抚摸，丈夫可将手放在妻子手上并引导其触摸自己特别敏感的部位，触摸时，以快、慢和轻、重不一的手法进行。10至20分钟后改由丈夫抚摸，通常每次10至20分钟已很充足，但不得少于10分钟。

第四天，开始进行生殖器性感集中训练。丈夫首先抚摸，丈夫与妻子的姿势同前，但触及的部位可包括乳房和生殖器等。此时应集中注意欣赏身体不同部位的感受——毛发、眼睑、双腿、足趾及生殖器等。如果双方均感到男方的抚摸时间太长，可改换位置由女方进行抚摸。

第五天，先由妻子抚爱丈夫，如前几日一样，双方均裸体，但此时丈夫躺在床上，妻子坐在他身旁并观望丈夫身体各部位，首先是身体的前面，然后是身体背面。妻子通过视，触丈夫身体各部位，将自己的感受或以往不曾注意到的一些发现告诉丈夫。10至20分钟后夫妻更换位置，即由丈夫观望，触摸妻子。

第六天，双方不触摸，进行第二次交流。他们可以从容地谈论关于彼此抚爱的愉快感受以及对各自与互相情感的影响。

第七天，他们可以用任何一种或以上介绍的所有方式相互抚摸，但仍不允许性交。他们

可以谈论其它的事情或交换一些看法，也可对上述已掌握的抚摸方法谈一些感受。如果通过一周来的治疗训练，夫妻双方确实都有欢快感，说明性感集中训练目的已达到。若无进展，则需要再重复训练一周。

通过上述的婚姻治疗程序，一般的性问题即可得到解决。如果存在着各种性功能障碍或性变态，还需要加上一些心理行为矫正措施。

二、家庭治疗

家庭治疗 (family therapy) 的基本观点是把治疗原则和治疗方法都放在整个家庭系统中进行考虑，基本理论是“系统学说” (system theory)。系统学说在临床心理学的研究中，不仅把心理活动本身作为一个系统，而且把人与社会当作一个大系统看待。人们的性心理和性行为是生物、心理，社会因素的有机统一，各种因素之间相互影响。这种相互影响和作用的过程是一个动态的过程，某一因素出现后往往会发生一连串连续反应，并影响到整个系统。家庭正是这样一个系统。家庭中的某一个成员发生了性问题，往往不是单纯的个人问题，而涉及到家庭成员之间的相互关系及影响。所以，要从家庭的角度来了解性问题的根源与性质，并应用各种治疗技巧，来影响家庭系统里的有关相互因素，达到治疗的目的。

(一) 性问题的家庭因素

1. 家庭发展障碍。在一个新的家庭诞生后，夫妻双方都面临着角色适应的问题。如果在角色适应的过程中，夫妻之间的“爱”与“欲”没有很好地结合，就可能出现性问题，此时需要进行婚姻治疗。在有了小孩以后，夫妻生活将发生较大的变化，如果某一方把感情完全转移到小孩身上而忽视了夫妻的性爱交流，也可能出现性问题。随着孩子的成长，家庭教育往往使夫妻之间出现矛盾，如果这种矛盾不能调适，也会直接影响到夫妻感情和性生活。子女长大又形成了新的家庭后，父母又面临着如何重建夫妻生活的问题，这时往往已经临近或进入老年。老年性爱或性行为的不适应，是老年人性问题的主要原因。总之，在家庭发展的每一个阶段，都可能出现性问题。

2. 家庭人际关系障碍。家庭人际关系障碍的形式很多，精神分析学说中的恋父情结、恋母情结，父恋女情结，母恋子情结等，都是家庭人际关系障碍而导致性问题的重要因素。例如，父亲特别宠爱女儿，母亲却看不顺眼，甚至出现一种莫名其妙的嫉妒，形成所谓的亲子三角关系冲突。这种冲突越严重，夫妻之间的情感就越不和谐，性生活也就越不协调。有的家庭是三代同堂或四世同堂，婆媳关系，妯娌关系等也会影响到夫妻之间的情感。

3. 家庭团体维系障碍。家庭团体的维系，以团体成员能相互交换思想为最佳。有的家庭是“一言堂”，丈夫或妻子是家庭的绝对权威。这种父权过大或母权过大的家庭，不仅使处于服从地位的一方产生性压抑，而且使子女从小不能受到性爱的熏陶。一些靠非感情的因素来维系的家庭，如社会地位，经济状况等，一旦这些情况发生了变化，很可能出现家庭危机。在这种情况下，性问题的出现几乎是不可避免的。

(二) 家庭治疗的基本原则

1. 和谐的原则。家庭治疗的目的并不是去深入分析个体的心理状况，而是在于重建家庭的正常功能。要达到这一目的，首先要促进和维护家庭的和谐。家庭关系中的各种人际冲突，对夫妻感情都存在着直接或间接的伤害，对性问题也有直接或间接的影响。和谐的家庭气氛，能给情感交流创造良好的环境。在促进家庭和谐时，并非每一次都需要家庭所有成员参加来进行讨论，而是有目的地选择，让家庭有关的人员参加会谈，并需要时常更换人员。

此时，心理医生应尽量使自己扮演家庭成员的角色，使和谐气氛更加浓厚。

2. 平等的原则。家庭治疗中的平等原则，主要体现在家庭角色的位置方面。无论是夫妻之间、父子之间、婆媳之间或妯娌之间，彼此的地位都应该是平等的。这种平等，主要是指人格上的相互尊重和相互理解，而不是指在每一件事的处理上都必须完全一致。平等的原则还体现在男女性需求上的平等。几千年的传流观念形成了过份强调男子的性权利，而使女子处于被动服从的地位，这也成为性问题的诱因或中介因素。在家庭治疗中，需要强调男女双方的性欲望应平等满足，性关系应平等对待，性问题应平等分担。

3. 现实的原则。尽管各种家庭障碍是导致性问题的原因之一，但在家庭治疗中，并不需要过份地追究往事，判明是非，而要把重点放在如何解决现在的问题上。比如，某个性问题者的家庭交流比较淡漠，夫妻之间在家庭里谈话较少，小孩也不太理解父母的意图，家庭生活似乎是各行其事。这样，家庭的情感淡漠也形成了性生活的淡漠。针对这种情况进行家庭治疗时，不要去追究以往的事情：是不是婚前缺乏感情基础，是不是包办婚姻等。而是要具体解决如何增强家庭成员之间的交流，可以设计这个星期天全家到公园去玩，大家先出主意安排一些什么活动等。如果过份地去追究过去，非要弄清谁是谁非，甚至使某一方处于被审问的地位，显然达不到治疗目的。

4. 客观的原则。家庭治疗中的客观原则不仅是要求尊重事实，更重要的是如何去发掘事实。每一个家庭中不同成员的角色，相互之间的关系，兴趣与习惯等都不一样，因而形成了不同的反应模式。在长期的家庭生活中，习惯成为自然，无论在什么地方都可以显示出特有的模式，但这种习惯行为往往没有被家庭成员所察觉。在家庭治疗中，心理医生不可能按照某一种固定的模式去做，事实上也没有哪一种模式能适应任何家庭。当心理医生通过会谈、观察，发现了这个家庭的反应模式后，往往可以从中找到一些和性问题有关的东西，从而使家庭成员能够自己认识到。

5. 发展的原则。家庭关系也是在不断发展和变化的，家庭治疗的程序，也要根据不同的情况随时进行调整，这就是发展的原则。首先，心理医生和家庭成员都要认识到治疗的渐进性，不要一下子提出过高的要求，而是把治疗目标分阶段进行。如果操之过急，则易使治疗对象丧失信心。其次，要考虑到治疗的反复性。家庭治疗出现反复的原因较复杂，有心理医生的原因、有被治疗者的原因，也有家庭关系的原因。对此，要有相应的心理准备和应对措施。

第八节 性心理行为自助训练技术

一、性问题的模式与性治疗的关系

据国内外大量资料报告，并结合我们数以千计的临床资料分析，各种性问题有90%以上并不是由器质性病变引起，而是心理社会因素的作用。由于个体发育中的性压抑、轻信某些性的错误传说、性生活中情绪反应不良、夫妻之间的人际关系冲突等等因素，使患者在认识上对性活动产生了一些错误观念，即认知方面的错误。这种错误的认知结构有很多表现形式及内容。如：性能力可以靠意志或药物来提高，性生活是男子享乐女子受罪，性活动肮脏而见不得人，性功能一定随年龄的增长而减弱，性生活等于性交，男性每次性交时必须射精，女性阴道分泌物越多就表示性兴奋程度越高，射精后性活动就停止了等等。在这些错误观点

的影响下，一些人在偶尔几次性交中出现暂时性不适后，就会产生焦虑不安的情绪反应，并且在下一次的性生活中按自己的想法拼命去克服。然而，焦虑的情绪反应和盲目提高性能力的作法，实际上是使自己在性生活中扮演了旁观者的角色，降低了性活动本身的炽热程度，使性反射过程再次受到抑制。性交的再次失败又加重了焦虑，这种“失败—焦虑—失败—焦虑”的恶性循环，在心理—生理上产生了病理效应，从性行为上看就表现出性适应不良、性功能障碍、非机能性障碍等性问题。由此可见，性治疗要取得好的效果，既要纠正患者对性的错误认识，又要矫正病理的性行为活动。

在本世纪二十年代，精神分析法应用于性治疗中，注重了人的内在心理状态和过程。尽管不少患者明白了早年经历中的一些事物“具有性的象征意义”，也认识到自己在性观念上的一些错误，解决了一定程度的性问题。但因疗程较长，能达到领悟的病人受文化背景的影响较大，所以并不能被广泛接受。随后，行为疗法应用于性治疗中，在消除各种症状时有比较明显的效果。但由于性观念没有得到根本改变，所以病情的反复较大。这两大类心理疗法在运用于性治疗时都有一个共同的不足之处，就是忽视了人类性活动的基本规律。

自本世纪六十年代以来，国外对性治疗的研究日益重视，也取得了可喜的成绩。如Kaplan(1974)的性治疗技术、Annon(1974)的性咨询要点、Cesillag(1976)对阳痿患者的心理生理疗法、German(1978)治疗女性无性反应的系统减感方法、Leiblum(1979)针对性障碍者的短期性治疗集体训练等。在性治疗方面取得决定性突破的是性学权威W·Masters和V·Johnson，他们进行性治疗的基本方法是“性感集中训练课程”。这些方法都是在行为治疗的基础上进行了发展，并引入了精神分析法和人本主义疗法的一些内容和方法。

事实上，从人类性活动的基本规律来看，各类性问题者既存在着性认识方面的问题，又存在着性行为方面的问题。本世纪七十年代中期，美国临床心理学界针对经典行为治疗中的缺陷，发展起来一组新的心理疗法——认知行为治疗。认知行为治疗理论认为，对于各种心因性的异常行为和疾患，不消除患者认识上的根本原因而单靠经典的行为治疗，是不能从根本上解决问题的。一个人对事物的认识评价，除了受事物本身的性质和特点影响外，还与他本人的一些特征有关。这就要求在心理治疗中，临床心理医生应当注意到病人的经历、信念、态度和人格等因素的影响，并采取相应的治疗措施。在性治疗中应用认识行为治疗理论，将针对患者认知过程的不同方面和认知中介因素影响性行为活动的最佳干预点，制定相应的治疗方案，并随时进行反馈调整。这样，可以使性障碍者的错误认知结构和错误行为模式都得以矫正，并建立起性生活的新的认知结构和行为模式。这种治疗方法，称为“性心理行为训练技术”。

性心理行为训练技术，从改变性问题者原有的认知结构和行为模式着手，以人类性活动的基本规律指导治疗。因此，严格地说，这种训练技术并不是在“治疗”性障碍，而是帮助患者“恢复”正常的性活动。在学习性行为基本规律的过程中，被压抑了的正常性功能逐渐发掘出来，不正常的行为活动也由此而得以矫正。这就是性心理行为训练技术治疗性问题得以成功的关键所在。

由于在我国性问题的特殊性，有相当一部份性苦恼者不愿意就医。针对这种情况，我们对性心理行为训练技术进行了调整补充，摸索出了适合于性苦恼者进行自我调节和治疗的一套训练课程，称为“性心理行为自助训练技术”。经临床上千例患者的应用，有效率在80%以上。各类性问题通过自助训练的有效率如下：

阳痿：治愈率51.3%，好转率29.2%；早泄：治愈率58.4%，好转率24.6%；不射精：治愈率57.1%，好转率35.7%；性高潮功能障碍：治愈率54.6%，好转率37.1%；性感缺乏：治愈率58.4%，好转率34.5%；阴道痉挛：治愈率52.4%，好转率26.8%；性交恐怖：治愈率85.7%，好转率14.3%；性交疼痛：治愈率84.6%，好转率15.4%；婚后性感受贫乏：治愈率89.4%，好转率10.6%。

二、自助训练的基本程序

（一）基础治疗阶段

这一阶段的治疗并不立足于马上解决性问题，而是为了改变性苦恼者原有的认知结构，并调整心身机能处于较稳定的状态，为下一步的性行为训练打好基础。具体的训练内容有三方面：其一、学习科学的性知识，改变原有的性观念；其二、进行神经肌肉渐进松弛训练，以调整心身机能的稳定；其三、辅以小量药物配合治疗，调整病理的情绪反应。这一阶段的治疗时间一般需要10—15天。为了解除对性生活的紧张状态，夫妻之间应分开居住。

接受自助训练的性苦恼者，有一部份可能会来到性咨询服务机构，以求得必要的帮助。由于传统观念的影响，性问题者尽管内心非常痛苦，也很想求得帮助，但往往羞于启齿，并且担心心理医生能否接受他们的观点。此时心理医生应当注意：首先，要耐心倾听他们愿意谈出来的任何事情，并采取一种非评判性的态度，让患者尽情倾诉；其次，要对患者的病情进行客观分析，并结合他们的心理特征、社会文化背景进行诱导。再次，要动员夫妻双方一起参加治疗，使双方都置身于“接受治疗者”的角色。心理医生运用的这些方法，称为心理支持。

无论性苦恼者是否求助于咨询机构，都要学习科学的性知识，只不过在咨询机构中是由医生辅导学习而已。性知识的学习包括性的解剖结构和生理机能，性反应周期的规律，性欲过程的规律，性生理活动等。通过学习讨论，夫妻双方应该基本明确以下一些问题：

1. 性活动不仅仅是性交，而是包括能引起性快感的各种活动；
2. 性活动并不只是男子对女子的行为，而是双方共同参与的行为；
3. 当性生活不满足时，加强情感交流，可以使其他方面的关系得到改善；
4. 发生了性问题时，不应该责怪任何一方，出现了性苦恼或性障碍时，夫妻双方都有责任；
5. 在性生活过程中，不要过份关注自己的性能力，而应该加强情感交流，体会心身快感，特别是出现性问题的一方更要注意。

一般而言，性苦恼者的心情都较为焦虑不安。为了使夫妻双方能在心身机能较为稳定的状态下进行性行为训练，应该先进行神经肌肉渐进松弛训练。在基础治疗阶段，此训练每日睡前进行一次，每次10—15分钟。练习前需情绪安静，似睡非睡地躺下，然后按下列步骤进行训练：

1. 作三次深呼吸，使全身完全松弛；
2. 慢慢握紧自己的右手，默数1到5，然后慢慢放松，再握紧，再放松，重复三遍，注意体会放松后的温暖感受。
3. 按下述方法一步一步地进行：握紧左手、放松→皱额部肌肉、放松→下腭肌肉紧张、放松→紧缩双肩、放松→收缩腹部肌肉、放松→收缩小腿肌肉、放松→绷紧大腿肌肉、放松→收缩臀部肌肉、放松→紧缩会阴部、放松。每个部位的训练重复三遍，每次放松后都

要体会所在部位的温暖感受。

4. 练习完后,体会全身的温暖、沉重及平静的感受,亦可安然入睡。

在学习性知识和进行神经肌肉渐进松弛训练的同时,性苦恼者可根据自己的症状和情绪反应,以及EPQ、SDS和SAS自测的分数,适当选用天麻素、舒乐安定、多虑平、阿米替林等药物,以进一步调整神经机能,解除焦虑及抑郁状态。服用这些药物要注意短期、小量、并随时进行调整。如果应用不当,其中一些药物反而会抑制性功能,降低疗效。因此,最好在医生的指导下服用。

在一般情况下,可按以下原则用药:

1. 有烦躁、心悸、失眠、头昏者,可服用天麻素,每日三次,每次一片,连服30天。
2. 有焦虑不安,性生活时非常紧张者,若SAS的标准分高于60分,可服用舒乐安定,每日两次,每次一片,连服15天;若分值在45—60分,则每日一次,每次一片,连服15天。
3. 有抑郁灰心、对性生活淡漠者,若SDS的标准分高于60分,可服用多虑平或阿米替林,每日两次,每次一片,连用15天;若分值在45—60分,则每日一次,每次一片,连服15天。

辅助用药的目的并不是直接改善性功能,而是为了下一步的性行为训练作好生理及心理上的准备。如果一个人处于较为严重的抑郁焦虑状态,任何行为训练方法都不会有好的疗效。

(二) 基本治疗阶段

这一阶段的治疗目的是为了改变原有的性行为模式。训练内容是以“性感集中训练”为基本步骤,循序渐进地学习正确的性行为过程,以克服性苦恼,矫正性障碍。对于一般的性苦恼来说,只需要进行非性交的训练即可(即训练的前三步),各种性功能障碍和非机理性障碍,需进行治疗性性交训练。训练的具体步骤如下:

第一步,性认识的一致与焦虑的松弛

夫妻双方根据重新学习的性知识进行讨论,讨论的问题主要有:“男女性反应周期有什么特点”,“性表达时应该有些什么活动”,怎样才能唤起性兴奋”,“性和谐是不是要双方同时达到性高潮”等,通过讨论尽量形成认识一致和情感相容。认识一致和情感相容是互为因果的,其目的是为了进一步融洽夫妻关系。如果在讨论中争议较大,可通过性心理咨询求得协调。

对于目前存在的性问题,夫妻双方应该统一这样的认识,尽管性问题的产生是多因素的综合作用,但从根本上来说,是由焦虑引起的,尤其是性活动失败而导致的操作性焦虑。在夫妻性生活中,由于害怕失败而产生的焦虑紧张情绪,压抑了性功能的自然性,长久下去,“焦虑—失败—焦虑”这种恶性循环形成了一种错误的性行为模式,即产生了各种性问题甚至性障碍。在性心理行为训练中,通过调整心身机能,改变原有的认知结构,夫妻可在较短时间内减轻或消除焦虑。随之进行的性感集中训练,将循序渐进地学习正确的性行为模式,使性功能的自然性逐渐恢复,原有的性问题也逐渐克服。

在这个阶段,夫妻之间一定要分开居住,禁止性交,以进一步消除性生活的焦虑状态。同时继续进行神经肌肉渐进松弛训练。这个过程约需3—5天。

第二步,非性器官的肉体和情感交流

上一步完成后,夫妻之间的情感容量将大大增加,双方的理解也进一步加深。这个时

候，夫妻双方应赤身裸体地躺在一起，互相接吻、拥抱和抚摸身体，但注意不要抚摸乳房和性器官。有的夫妻不习惯于裸体睡觉，可以先穿紧身内衣，然后过度到裸体、无论是丈夫还是妻子，都要选择对方欢迎的性爱活动。在进行这些活动时，可以用一些亲昵的言语进行交流，并体会由此带来的皮肤快感和情感享受。需要注意的是，这些活动是为了提高身体各部分的感受能力，而不是为了使性唤起或满足性交需要。尽管这个阶段往往会出现性兴奋，但一定不要性交，应该把注意力集中到体会整个身体的快感上。在这一步的最后1—2天，可以开始抚摸乳房，但注意不要接触性器官。

这一阶段的各种活动，主要是把皮肤感受和性爱结合起来。就好比在热恋阶段，只有亲昵的性器官以外的活动，而没有性交。这样，可以把性爱的感受先扩大到全身，然后逐步向性器官集中。在第二天晚上训练之前，可先交流一下头一天训练的感受。这一阶段大约需要3—5天。

第三步，治疗性手淫技术的应用

上一步完成以后，就可以把性爱的体验与性欲结合起来，开始进行性器官的抚摸。首先，夫妻双方都要寻找自身性器官的最佳性刺激点。一般而言，男性的最佳性刺激点多集中在阴茎系带（不是阴茎头），而女性则多为阴蒂和阴道口。但是，其刺激部位、刺激时间和刺激强度有很大的个体差异。有些人特别是一些女性，似乎觉察不到自己的最佳性刺激点，此时可以对着镜子，一边观看，一边抚摸，一边体验。当通过自身对性器官的刺激而达到最佳快感后，应彼此抚摸性器官。此时，夫妻双方都可以“手把手”地使对方的操作恰到好处。当互相抚摸性器官时，夫妻彼此可以轻轻地把手搭在一起，以进行抚摸时的非言语暗示，避免因讲话而冲淡愉快的感受。在应用这种非言语交流进行暗示时，可事先设计一些暗示信号。例如：当表示“我不喜欢”时，手可以从一点移向另一点，当表示“我喜欢这样”时，手就搭着不移动。具体的暗示信号可自行设计，设计的原则是简单易懂。

不少女性开初这抚摸阴道很难接受，总觉得有一种不舒适的感觉。因此，男方不能一下子把手指插入阴道，而应该轻柔地抚摸阴蒂和阴道口周围。当女方的性欲被唤起，阴道分泌物越来越多时，男方才能开始在阴道内插入部份手指进行抚摸。在抚摸性器官的同时，仍然需要抚摸全身皮肤、大腿、乳房等。女性对男性的抚摸，也应该是轻柔的，从大腿内侧、阴囊，再到阴茎，同时也要配合全身抚摸。

在抚摸性器官的过程中，一方面要尽量体会自身的性快感，另一方面也要注意对方的反应，使操作训练恰到好处，双方都能产生性快感。一般情况下，此时可能出现性高潮即将来临的感受，但注意一定不要性交。最好的方法是使性高潮慢慢消失，然后再逐步激发，如此反复多次。这样可以真正体会到性感由全身向性器官集中后，性高潮来临的感受。这一步约需2—3天。除了明显的性障碍外，一般性问题的行为训练可就此告一断落。

第四步，治疗性性交活动

一般的性问题和性苦恼，在上述三步完成以后，就可以进行正常的性交活动了。而性功能障碍和非功能性性障碍，还需进行不同形式的治疗性性交训练，这一步约需4—5天。

1. 阳痿。基本手法：女方有节奏地抚摸阴茎，抚摸的主要部位是男方的最佳性刺激点。当阴茎勃起且开始坚硬时，切勿马上性交。此时女方停止抚摸，让勃起逐渐消退，然后再抚摸阴茎，让其勃起，再自然消退。这样可以反复进行4—6次，待勃起的持续时间较长（一般为3—5分钟）时，方可进行性交。

基本体位：最好采用女上位，由女方把阴茎送入阴道。一方面，可减轻对男方的压力，因为他不需要决定什么时候插入；另一方面，这种体位也使女方比较容易将阴茎插入阴道。

注意点：①男方不要过份注意阴茎勃起，应该把注意力集中到体验整个身体的快感上。因为勃起是一种反射性反应，单靠意志是不能出现勃起的。②一旦出现勃起，不要急于性交，因为这样会使性交的精神压力加重，再次出现焦虑。当男方有迫切性交的念头时，可以设法把注意力放在女方身体的某些部位上，尽量在性生活中忘掉自己。③在治疗过程中，勃起反应有时可能比较缓慢，有时可能消退，这并非治疗无效的表现，而是勃起反射的正常现象，男方不要为此着急，女方也不要责怪对方。④在阴茎插入阴道时，开始阶段进入3—5厘米即可，不要强求全部进入，也不要强求插入时间过长。因为女性阴道的性敏感部位在阴道前三分之一段，获得性满足是足够的。在训练中，可逐渐增加阴茎插入的深度和持续时间。

2. 早泄。基本手法：①捏挤法：当男方阴茎被刺激而快要射精时，女方把拇指放在阴茎系带的部位，食指与中指放在阴茎另一面的冠状沟上下方，由前向后稳捏压迫4—5秒，然后突然放松。女方要用指腹而不要用指甲，施加压力的方向不要从一侧向另一侧。②牵拉阴茎法：当男方快要射精时，女方可向下牵拉阴囊和睾丸，如此反复数次。

基本体位：女上位。在女方使用捏挤法3—6次后，将阴茎插入阴道，男方不要主动摩擦，停一会儿后将阴茎拔出再由女方捏挤。再次插入后开始缓慢摩擦，待阴茎在阴道内能持续勃起数分钟时，加快摩擦速度而射精。

注意点：①在训练的头一、二次，男方可能很快射精，但这并不影响治疗效果；②在性活动时，不管男方是否能马上逼近射精，均要求女方每3—5分钟使用捏挤术一次，从而建立正常的射精反应；③捏挤所用的压力轻重与勃起的程度成正比，充分勃起者，捏挤力量应较大，阴茎勃起不够坚硬者用中等力量捏挤；④捏挤可使阴茎有一种压迫感，而勃起的硬度可暂时性减退，这是治疗过程中的正常现象；⑤在训练末期，可在阴茎插入阴道后采用阴茎根部捏挤术（即女方面用手捏挤阴茎根部），用不着反复再拔出阴茎进行捏挤。

3. 不射精。基本手法：女方有意识地对阴茎的性兴奋点进行手法强刺激，把拇指放在阴茎系带的部位，食指与中指放在阴茎另一面的冠状沟上下方，略加压并有节奏地前后牵动，让男方体外射精，然后逐渐插入阴道。

基本体位：女上位。女方通过手法刺激使男方达到高度性兴奋，然后让阴茎接着阴唇部位射精。第二次后，重复上述手法，待男方快要射精时，女方快速把阴茎插入阴道，并继续刺激使其射精。当阴茎插入后不能射精时，可拔出阴茎继续刺激，然后再次插入阴道。

注意点：①女方不要主动向男方提出射精的要求，只是用手法刺激让他自然射精；②男方不要过份关注自己是否射精，应该随时体验整个心身的快感，放松性交时的情绪；③训练程序应按：体外射精—阴道口射精—阴道内射精的过程。

4. 性感缺乏和性高潮功能障碍。基本手法：男方有意识地对女方的性兴奋点（一般为阴蒂）进行手法刺激，可抚弄或轻压，待女方阴道分泌物较多时缓慢插入阴茎。男方的阴茎摩擦不可太快，要尽量柔韧地用阴茎摩擦女性的阴唇、阴蒂和会阴部。

基本体位：性高潮功能障碍时多用女上位，性感缺乏时多用男后位或双方双腿交叉的侧位。男方在阴茎缓慢而奋力地进行摩擦时，应加强身体其他部位的密切接触，同时，应按女方感到愉快的方式继续进行抚摸。

注意点：①女方的性高潮是自然出现的，因此，在性生活中不要关注是否出现性高潮，而应该进行一些愉快的性活动想象；②阴茎进入阴道5厘米即可，这样比较容易使女方得到满足，因为女性性兴奋的持续是在阴道外三分之一部位形成的。同时，较浅的插入也能减轻女方的压力；③训练中并不是让男方去诱发女方产生性兴奋和性高潮，而是形成一种性生活的愉快气氛，让性兴奋自然产生，性高潮自然来临；④对性感缺乏者，可让她们开始时独自观看和抚摸自己的身体，也可看一些性爱图片，以便进一步体会自身的性快感。在此基础上，再进行双方手法训练。

5. 阴道痉挛。基本手法：先让患者练习骨盆肌肉的“紧张—松弛”训练，然后专科医生将戴着手套、涂有润滑剂的一个手指轻轻插入阴道，并向后方略施压力。当患者较为适应后，让她自己用手指插入阴道，随后让丈夫用手指插入阴道。在患者消除不适之感并觉得有些舒适感受时，慢慢插入阴茎。

基本体位：女上位或侧位。男方在用手指插入时应模拟阴茎的抽动动作，刺激女性阴道的外三分之一段及阴蒂。当女方阴道分泌物较多且沉醉于性兴奋时，不知不觉地拔出手指并插入阴茎，同时加强身体其他部位的接触。

注意点：①在用手指插入阴道前，先嘱其进行骨盆肌肉的“紧张—松弛”活动，手指在骨盆肌肉松弛时插入阴道；②性交时女方不要关注阴茎何时插入，自己只是体会性快感，让男方自然进行操作；③当手指插入不能解除痉挛时，可采用窥阴器，先用比手指还细的1号窥阴器插入阴道，然后逐渐增大直径；④不要急于插入阴茎，应在多次用手指或窥阴器插入使阴道较为松弛时，阴茎方可插入。必要时，阴茎应涂上润滑剂。

6. 性交恐怖。基本手法：按系统脱敏的原则，由男方先抚弄阴蒂，然后用手指抚摸阴道口，随后插入部份手指，最后阴茎才逐渐插入阴道。

基本体位：双方双腿交叉的侧位。注意既能使女方的外阴部及大腿内侧放松，又能使双方的身体接触较密切。

注意点：①让患者认识到自己对性生活有忧虑感，并且有克服忧虑的能力；②在脱敏过程的每一步操作中，要出现明显的欣快感受后才进行下一步，不要急于求成；③在某些情况下，患者有可能又会意想不到地出现忧虑和恐怖，这时需要配偶强烈暗示患者有治愈的希望；④当患者对性生活表现出明显的忧虑感或不感兴趣时，应暂停性活动，同时加强其他方面的情感交流。

（三）巩固治疗阶段

通过基本治疗阶段的训练，绝大多数的患者可以建立起正常的性生活，性障碍也基本得以克服。为了巩固疗效，在夫妻性生活中应按照“调情—性兴奋—性交—性高潮”的规律进行，特别是要丰富调情活动。在调情时，应该运用触觉、视觉、嗅觉、记忆、联想、表象、思维、情绪情感等等心理因素的作用，使夫妻的性生活更炽热，情感更贴切。

巩固治疗阶段并无严格的训练程序，主要是选择性地运用基础治疗阶段和基本治疗阶段的一些方法，以巩固已经形成的新的认知结构和行为模式。此阶段的训练要注意以下几点：

1. 按基础治疗阶段的方法作松弛训练，可3—5天一次，注意保持乐观而稳定的情绪。

2. 在多次的性生活中，应按基本治疗阶段的步骤进行，因为这是正确的性活动模式。具体的一些步骤可酌情省略，但要保留原则性的几步，避免一开始就直接进行性交。

3. 坚持性交活动以外的情感和躯体活动，以利于双方的心理状态进一步和谐。

4. 坚持写治疗日记2—3月，以便于观察疗效，总结训练经验。

5. 在巩固治疗的过程中，病情也可能出现反复，但这并不意味着训练失败。遇到这种情况时，可重复进行基本治疗阶段的训练2—3次，必要时可通过性咨询来了解自己的训练方法有无错误。

三、自助训练中的个体差异

性问题的范围很广，性障碍的种类也很多。即使在同一病种中，病人的文化程度、社会背景、态度体验、情绪反应、人格特征也不尽相同。因此在自我训练和调节的过程中，不能千篇一律地按照性心理行为自助训练法进行治疗，而要根据本人的实际情况随时进行训练外的调整。对于有明显抑郁状态的患者来说，进行性心理行为训练几乎是不可能的，因为抑郁状态使个体能力的发挥受到极大的限制。因此在训练之前，应在医生的指导下适当选用多虑平，阿米替林等药进行抗抑郁治疗。对于焦虑状态明显的病人来说，在自助训练中也难以坚持，因而要先解除焦虑，适当选用舒乐安定、丙咪嗪之类的药。有的病人神经类型不稳定，易激惹或悲观失望，在开始阶段应进行神经机能的调整。有的病人较为内向，或者人格特征比较偏执，因而要协调其人际关系。这些措施，是提高自助训练效果的必要保证。

有相当一部份性问题者的文化程度较高，从某种程度来看，他们的“性开化”程度比文化程度较低的人更开放，因而求治心也较迫切。但是，他们也可能通过一些非科学途径了解性知识，接受了一些错误的性观念，从而在不同程度上强化了错误的性行为模式。在自助训练中，他们既可能易于理解训练程序，能够自觉地循序渐近进行，也可能对训练程序持怀疑观望的态度，随便改变训练步骤及进程。为了提高训练效果，应该要求这类患者认真领悟训练步骤，严格按程序进行。在产生疑问时可求助于临床心理医生，以得到正确的引导。

在治疗训练的过程中，病人的反应也有较大的差异。为了便于患者自己进行观察分析，并给性咨询提供较为客观的资料，患者应该坚持作治疗日记，每1—2天一次。治疗日记的内容主要有：训练内容、训练前感受、训练持续时间，训练后的感受。同时，每10—15天进行一次SDS及SAS自我测评，以监测情绪反应。

在一般的性治疗中，多常规应用一些含有性激素成分的中西药，如甲基睾丸素，苯丙酸诺龙、雄狗丸、男宝等，诚然，性激素尤其是雄性激素，对于以性欲减退为主要症状的性障碍，有增强性能力的暂时性作用。但在性心理行为自助训练中，除了年龄偏大或确实性激素水平较低外，一般不用此类药物。因为长期用性激素替代，会使机体内分泌性激素的功能受到抑制，假若外源性性激素一旦撤除，反而使性能力进一步减退。

谢谢阅读

邓明昱 博士

國際華人醫學家心理學家聯合會（IACMSP）

International Association of Chinese Medical Specialists & Psychologists

36-40 Main Street, #209, Flushing, New York 11354, USA

Tel: 718-820-9320. 917-402-7176. Fax: 718-886-5228

Web: www.iacmsp.org / Blog: <http://blog.sina.com.cn/iacmsp>

電子文檔資料庫（免費下載）

<http://iask.sina.com.cn/u/1277119007/ish>

《華人心理健康報》 <http://blog.sina.com.cn/cphthome>

《華人性健康報》 <http://blog.sina.com.cn/cshthome>