

2014/06/20

北京医学院
安徽医学院
南京医学院

苏州医学院
南京铁道医学院 合编
南京中医学院



1984

① 王心
理论
介绍
讨论

医学心理学

李心天等 = 1984

江苏科学技术出版社

医学心理学

北京医学院 苏州医学院
安徽医学院 南京铁道医学院 合编
南京医学院 南京中医学院

医学心理学

南京医学院编

江苏科学技术出版社

（南京）

（南京）

江苏科学技术出版社

（南京）

2014/06/20

医学心理学

北京医学院等编

出版：江苏科学技术出版社

发行：江苏省新华书店

印刷：常州人民印刷厂

开本 787×1092 毫米 1/16 印张 10.75 字数 260,000

1984年6月第1版 1984年6月第1次印刷

印数 1—24,000 册

书号 14196·157 定价 1.40 元

责任编辑 徐欣

前 言

近几十年来，世界医学科学发展的潮流，正由生物医学模式向生物心理社会医学模式转化，这一形势对医学教育提出新的任务。1979年春，我国卫生部下达了有条件的学校要开设医学心理学课程的指示。以后，卫生部和医学心理学专业委员会委托北京医学院、北京大学、中国科学院心理研究所等单位共同举办了两届医学心理学师资进修班。最近，已有相当多的医学院校陆续设置医学心理学课。

医学心理学是一门年轻的交叉学科，迄今尚无完整的理论体系。目前，有关这门学科的论著出版甚少，教材更为缺如。有鉴于此，我们六所医学院根据近年来在医学心理学教学实践获得的点滴经验，以及从学生中反馈来的信息，并参考国内外有关文献资料，编写成教材，供医学生、医护人员、卫生行政干部学习和参考。

本书在编写过程中力求构思严谨、重点突出、内容新颖。其中，“行为的生物学基础”和“动机与挫折”等章的编写是一种尝试，意图让比较熟悉生物科学的医学生等通过这些内容的学习，能较容易地接受相对陌生的医学心理学。为使本书的实用范围更加广泛，且使医学生对日益发展的护理心理学有所掌握，书内特列有“护理心理学”一章。

本书是由六所医学院的王效道、徐斌、凌玉栋、蔡雄鑫、袁耿清、杜文东同志分别执笔，集体讨论修改而成的。特别要提到的是，中国心理学会常务理事林传燕教授对全书作了详细的审阅，并对部分章节作了修改和补充。编者们对前辈的关怀表示衷心的感谢和崇高的敬意，并对许多关心和提出宝贵意见的同志谨表谢意。

由于我们水平有限，而且从事医学心理学的教学刚刚起步，书中错误与不当之处在所难免，希望使用本教材的教师、同学以及医学心理学界的同道予以批评指正。

编 者

1984年1月

2014/06/20



目 录

前言

绪 论	(1)
第一章 行为的生物学基础	(13)
第一节 行为的一般概念	(13)
第二节 行为的个体差异	(19)
第三节 行为与生理学的关系	(21)
第二章 动机与挫折	(27)
第一节 需要	(27)
第二节 动机	(30)
第三节 挫折	(34)
第四节 防卫反应	(36)
第三章 变态心理	(40)
第一节 常态与变态	(40)
第二节 变态心理的原因	(42)
第三节 社会性变态	(45)
第四节 儿童少年时期特有的心理发育障碍	(48)
第五节 神经症	(52)
第六节 暂时性情境失调	(53)
第四章 心身医学	(55)
第一节 心身医学的概念	(55)
第二节 心身医学的发展	(56)
第三节 心理因素的致病作用	(53)
第四节 心理因素致病的中介机制	(61)
第五节 心理紧张的致病条件	(64)
第六节 心身疾病	(66)
第五章 心理测验	(76)
第一节 心理测验概述	(76)
第二节 智力测验——韦克斯勒智力量表	(79)
第三节 人格测验	(84)
第四节 神经心理学成套测验	(87)
第六章 心理治疗	(88)
第一节 心理治疗的分类	(88)
第二节 心理治疗的原则与条件	(90)
第三节 心理治疗的主要方法	(91)
第四节 心理治疗心身障碍的程序	(97)

第七章	心理卫生 心理咨询	(100)
第一节	优生与胎教	(101)
第二节	不同年龄期的心理卫生	(103)
第三节	不同社会群体的心理卫生	(114)
第四节	心理卫生原则	(115)
第五节	心理咨询	(118)
第八章	病人的心理学问题	(121)
第一节	患病时的一般心理反应	(121)
第二节	病人的焦虑反应	(125)
第三节	病人的心理需要	(126)
第四节	影响病人心理活动的几个因素	(128)
第五节	住院病人的心理社会问题	(129)
第九章	医生—病人相互作用	(137)
第一节	临床中的人际关系	(137)
第二节	建立和维持人际关系——交往的手段和过程	(140)
第三节	交往中存在的问题及其所产生的效应	(144)
第四节	与病人交谈的原则	(147)
第十章	护理心理学	(150)
第一节	护士的心理品质	(150)
第二节	护士—病人关系	(154)
第三节	护理过程中的心理社会因素	(157)
第四节	心理护理	(161)

参考文献

(161)	参考文献	(161)
(162)	参考文献	(162)
(163)	参考文献	(163)
(164)	参考文献	(164)
(165)	参考文献	(165)
(166)	参考文献	(166)
(167)	参考文献	(167)
(168)	参考文献	(168)
(169)	参考文献	(169)
(170)	参考文献	(170)
(171)	参考文献	(171)
(172)	参考文献	(172)
(173)	参考文献	(173)
(174)	参考文献	(174)
(175)	参考文献	(175)
(176)	参考文献	(176)
(177)	参考文献	(177)
(178)	参考文献	(178)
(179)	参考文献	(179)
(180)	参考文献	(180)
(181)	参考文献	(181)
(182)	参考文献	(182)
(183)	参考文献	(183)
(184)	参考文献	(184)
(185)	参考文献	(185)
(186)	参考文献	(186)
(187)	参考文献	(187)
(188)	参考文献	(188)
(189)	参考文献	(189)
(190)	参考文献	(190)
(191)	参考文献	(191)
(192)	参考文献	(192)
(193)	参考文献	(193)
(194)	参考文献	(194)
(195)	参考文献	(195)
(196)	参考文献	(196)
(197)	参考文献	(197)
(198)	参考文献	(198)
(199)	参考文献	(199)
(200)	参考文献	(200)

绪 论

心理学是一门介于自然科学与社会科学之间的行为科学。它将各种心理现象、心理规律、心理机制作为自己的研究对象。医学心理学是心理学与医学相结合的一门交叉学科。它将心理学的理论知识和实验技术应用于医学领域，即研究心理社会因素在人体健康与疾病及其相互转化中的作用。

医学心理学的兴起

早在2000年前人类最早的成文医著中，就对人体健康和疾病及其相互转化过程中的心理因素的作用有相当精辟的论述。随着人们对世界认识的不断深化和科学的不断进展，由于一系列生物科学的重大突破，逐渐形成了一种生物医学模式的概念。人们往往只注意到理化刺激与生物刺激因素的致病作用，认为每一种疾病都可以从器官、细胞上找到其形态或理化变化，从而确定其生物的或理化的机制和治疗手段，但忽视甚至怀疑心理因素的致病和治疗作用。这或许是受了机械唯物主义思潮的影响，就象细胞病理学发展的自然过程一样，它为医学事业树立了功勋，但也有局限性。它对于某些功能性和心因性疾患的理解，不能得到完整的答案。因为，人是一个生物有机体，但又不是一个单纯的生物有机体，同时还是一个有意识、有思想、有情感、有丰富内心世界的、从事创造性劳动、过着社会生活的社会成员。

近50年来，心理学和社会学的研究取得很大成就，而心理社会因素与健康与疾病的关系也愈来愈引起人们的注意。特别是近30年来，人们发现由于理化、生物性刺激因素所致疾病的死亡率已降居次要地位，而高血压、冠心病、溃疡病、慢性疼痛和神经症、精神病发病率明显增加。这使人们认识到以往生物医学模式的概念已不足以阐明人类健康和疾病的全部性质，治疗方面也不是仅仅依靠药物或手术等措施所能解决。于是，另一种新的概念即生物心理社会医学模式起而代之，这也是医学科学的必然发展。

在医学领域中有关心理社会因素对健康和疾病的作用机理的研究，逐渐引起基础医学和临床医学的重视。各学科同时也从不同的渠道（如专业学科）去探讨，并促使这些因素在各类治疗中，甚至包括医院环境、医院管理、心理卫生等方面更多地体现出来，以期协助病人取得更完满的医疗效果。在医学领域中，医学心理学构成基础医学中一项理论课程，同时又是临床医学的一门实践科目。它把心理学的理论、技术和方法等研究成果应用于医学实践，以解决医学中的心理问题。

医学心理学的对象和任务

医学心理学不仅仅对精神疾病的心理障碍现象进行研究，而且还对人体的各种疾病（包括内、外、妇、儿、皮肤、五官、整形、肿瘤等科）的心理问题进行探讨。其中，包括人们

如何从心理上看待这些疾病，以及医务人员如何帮助病人处理和对待疾病过程的有关心理学原则和方法。

医学心理学认为，在人体健康和疾病的相互转化中，除了注意生物学因素的作用以外，要特别强调心理因素和生物因素之间的相互影响，以及这些因素与人所处的社会环境之间的变化关系。因此，医学心理学所关注的不仅仅是身体某一器官、系统的疾病，涉及的也不仅仅是疾病的病理生理现象。它把心理学中关于人的心理活动过程和人格特征的基本规律应用于医学，用以探讨关于疾病的发生、发展、转归和康复等问题，从而更全面地阐明人体健康和疾病的本质和机理，进一步协助医学深刻地揭示人类如何为战胜疾病和维护健康而斗争的科学原则；并力图找出预防和治疗疾病的全面、合理、有效的方法；以提高医疗质量，促进和保障人们的心身健康。

医学心理学认为：人有病，不仅仅是发生在器官和细胞上，而且是发生在人身上。因此要以整体的人作为研究对象，研究人的生理与心理状况及其相互关系，疾病过程中病理生理对心理的影响，心理对健康与疾病的能动作用，心理因素在健康与疾病相互转化过程中的作用；研究人生活所处的社会文化环境的作用，病人和医务人员之间关系，病人和具体医疗环境之间的关系，以及这些因素对人的心理与生理的影响。

医学心理学认为，医生不应仅限于了解病人身上发生了什么病，还应该了解病人的心理状态、情绪变化、性格特点，病人所处的具体社会情境和人际关系等心理社会因素，以及这些因素在病人的疾病过程中可能产生的作用。如果说，传统医学服务于病人的是具体的医学技术的话，那么，心理学和医学结合起来之后，病人从医生那里所得到的东西就会丰富得多，医疗效果也会好得多。因为病人得到的不仅是技术性帮助，更重要的是得到了对病人极为有益的心理上的需要，如同情、信心、欣慰、寄托等。因此，有经验的医务人员总是关注病人在躯体上的机能异常的同时，又关切病人在心理上的需要，并创造条件使病人在治疗过程中能处于最佳的生理和心理状态。

医学心理学研究的领域

医学心理学研究的范围和涉及的领域相当广阔。理论方面以生理心理学和社会心理学做为两大支柱。生理心理学 (Physiological psychology) 研究心理的生理基础和心理与生理的相互关系；社会心理学 (Social psychology) 研究心理与社会的相互关系，个体与个体、个体与群体的相互作用。

医学心理学的分支学科有神经心理学、病理心理学、缺陷心理学、药理心理学和心身医学。还有心理诊断、心理治疗、行为矫正、儿童行为指导、心理咨询、护理心理学等临床应用学科。心理卫生和医务人员心理素质也是医学心理学关注的学科。

神经心理学 (Neuropsychology)：研究人的高级神经系统机能和行为之间的相互关系和相互作用，即脑—行为关系的学科，它的任务在于确定心理活动的大脑的物质基础，并采用最新的心理学方法为诊断脑的局部性病灶提供根据。

病理心理学或变态心理学 (Pathopsychology or Abnormal psychology)：研究心理活动和行为的异常，即研究变态心理的发生、发展、变化的原因和规律，如幻觉、妄想等精神病症。

心身医学 (Psychosomatic medicine)：研究在发病病因上心理因素占较大成分的躯体疾病。即研究心身疾病的病因、发病机理、临床特点、病程、转归、治疗和预防。

心理诊断学 (Psychodiagnostics)：研究测定正常和异常心理现象的标准和方法，如心理实验和心理测验在临床的应用。

心理治疗学 (Psychotherapy)：运用心理学方法通过医护与病人间的交往过程、施予影响，充分动员病人的主观能动性，改变自身的病态。它有说理治疗、游戏治疗、音乐治疗、戏剧治疗、运动治疗、暗示治疗、放松治疗、催眠治疗、心理分析等。

行为矫正治疗 (Behavior modification)：医学心理学认为，许多疾病行为是错误的习得行为，人具有自身调整和自我控制的能力，内脏经过训练可以受意志的支配和控制。它有实验性消退法、对抗性反射、气功疗法和生物反馈疗法等。

心理咨询 (Counseling psychology)：是心理治疗和心理卫生结合的一种形式，通过咨询给来访者以指导和支持，对疾病的预防、治疗和康复都有益。

心理卫生 (Mental hygiene)：研究维护和促进心理健康、预防精神病、神经官能症、病态人格、心身疾病和适应不良等。讲究优境学、注意自然和社会环境污染；提倡优生和优生，从婚姻配偶、受孕胚胎着手，讲究“胎教”，关注不同年龄阶段的心理健康。还研究不同社会群体（如家庭、学校、居民区、公社等）的心理卫生，以及社会发展过程中出现的阶段性心理卫生问题。

护理心理学 (Nursing-psychology)：是医学心理学的重要分支。研究护理过程中的心理学问题，指导护士根据病人心理需要和心理活动规律做好临床护理与心理护理。

缺陷心理学 (Defect psychology)：研究躯体器官缺陷者（如盲、聋、残疾、脑发育障碍等）的心理学问题，通过行为的补偿和技能的训练，使缺陷者能自理生活，从事力所能及的工作，解决其社会适应、家庭等问题。

药理心理学 (Pharmacopsychology)：研究药物对心理活动和行为的作用，以及控制心理和行为的生物化学基础，如拟精神药物（致幻剂）等。

医务人员心理素养 (Psycho-accomplishment)：是医学心理学关注的一个方面，只有医务人员具备良好的心理素养才能胜任现代医学提出的要求。医学心理学是维护人民健康、防治疾病所迫切需要的科学，每位医务工作者都应积极学习和懂得一些医学心理学。

医学心理学与行为医学的关系

在传统的心理学中，所谓医学心理学就是指精神障碍的心理学问题。因此，它和变态心理学是同义语，一些院校开设的医学心理学课程，讲的就是变态心理学。例如，1941年出版的《医学心理学史》（Zilboorg和Henry合编）中，就认为他们的著作是以医学观点来研究行为异常的历史。英格施（English）等编的《心理学与精神分析综合字典》（1941年出版）也认为，医学心理学就是历史上的精神病学，涉及的是精神病的症状、病因和护理。但是，也有人认为，医学心理学是心理学和医学的结合。例如，美国的怀特（White）在1931年出版的《医学心理学》一书就提出，医学的对象是人，固然需要把人分解为若干部分去研究，但若想了解人的真象，就同时需要从整体上来看待他，并从活动中来观察，因为一切疾病都有心理的一面。还应指出，也有人把临床心理学和医学心理学在实际上混同起来，这种观点直到目前仍然是一些从事医学心理学工作者的主张。

医学心理学较明确和系统的阐述，直到七十年代才有所进展。英国莱茨曼（Rachman）和菲力普（Philips）1975年在《心理学和医学》一书中，以及1977年莱茨曼编的《医学心理学文集》中，认为心理因素在疾病的形成过程和健康的恢复过程中的重要作用已越来越明显了。然而，社会的这种要求在心理学方面却反应十分缓慢，其工作也只限于在精神病学中的应用。因此，他们主张把临床心理学的范围扩大，把医学的一般问题包括进去。研究对象是疾病形成与健康恢复的心理学问题，重点在于一般医生在临床实践中所遇到的心理学问题。1976年美国韦伯斯特（Weberst）在《新国际字典》“心理医学”条目中，把医学心理学看作是人格与行为的理论应用于一般医学和精神病学，以提供有关心理治疗的基础。

法国拉峰（Lafon）在1980年出版的《心理教育字典》上指出，医学心理学是心理学教学与研究的新领域，它要包括心理社会因素的实际应用，以说明人在疾病情境中的差异与特点。它是心理生理学的补充，是病理心理学的扩大，涉及心身与疾病（指非精神性疾病）的互相影响问题。1981年由波罗哥帕（Prokop）编写的《医学心理学——对行为医学的贡献》可以说是关于医学心理学的最新论著。该书阐述医学心理学和行为医学这两个概念的来由和关系，从人类历史发展阐明心理学与医学的关系；并对现代医学中的诊断、治疗和预防问题与心理学的关系作了分析，认为医学心理学是对行为医学作出贡献的许多学科（如社会学、流行病学、营养学、人类学、精神病学等）之一。

上述可知，对医学心理学的对象、任务和范围的看法，经历了一个明显的演变过程。现在一般认为，医学心理学是与医学中各个分支学科都有密切关系的学科，是研究整个医学实践中各种心理学问题的专门学科，而变态心理学和临床心理学都是医学心理学的分支学科。

行为医学这一概念直到1973年才被首次提出。在这之前，于1968年，美国哈佛医学院外科教授库伯（Cope）根据一次研究行为科学和医学的关系的专题讨论会（1966年）写了《人类·精神和医学：医师的教育》一书，书中还附录了加拿大内科学教授拜克（Beck）的报告《行为科学在医学中的研究》，都涉及行为医学思想。

“行为医学”一词是Birk（1973）首先用来指在治疗某些疾病中所采用的以学习理论为基础的方法。随后到1979年，Pomerlean和Brady进一步扩展了这一概念，认为行为医学是运用对行为的实验研究所产生的技术（行为治疗及行为矫正）于临床，以评价、预防和治疗生理性机能障碍和躯体疾病；了解疾病及保健中的行为问题及其机能的分析研究。同年，Asken提出完全不同的概念，他认为，行为医学是对继发于躯体疾病或直接引起的心理反应及其治疗的研究。这样的概念是把行为医学限制在研究躯体疾病的心理学结果，而不管预防，对治疗也仅限于通过心理因素的改变而间接作用于躯体疾病进程。这就有些类似于联络精神病学的任务。

一种被广泛接受的概念是Schwartz及Weiss（1977~1978）经修正而提出的，认为行为医学是涉及健康与疾病的行为科学和生物医学科学的交叉学科，并将其科学知识与技术应用于预防、诊断、治疗及康复。

行为医学和医学心理学有许多共同研究的对象，有许多重叠与交叉，或许前者内涵比后者领域更宽阔些，这就需要了解行为科学的内涵。行为科学这一概念一般指的就是心理学、社会学和人类学，广义一些还可以包括神经—行为科学，即行为的生物学基础，如生理心理学、行为遗传学、行为药理学或药理心理学、神经系统的胚胎和形态发育学及医学行为科学（包括卫生行为科学和临床行为科学）等。由此可见，如果说行为医学与医学心理学有交叉广

泛一些的话，那就是在生活方式、行为习惯、社会变迁和动乱、劳动方式的更新等社会学和人类学方面的有关内容。

从医学教育和我国当前状况来看，医学心理学由于其课程的开设和在临床实践中运用，其概念已为社会所接受、所熟悉，而社会医学、医学社会学和医学伦理学等有关学科的协同进展，完全可以包括行为医学的对象和任务。

两个有关心理学学派的思想

一、心理动力学派

心理动力学派自创立以来，就一直处在激烈的争议之中，它的理论从未被心理学界完全接受。心理动力学的理论强调心理因素对躯体的影响，提出被压抑的情绪和心理冲突可成为导致人体机能失调的致病动因。该学派创始人弗洛伊德（Freud）用催眠术治疗癔病时发现患者把很久以前早已遗忘的心理创伤事件再现出来，同时伴随有生动的情感表露，事后症状得到缓解，甚至消失。这就是说，从病人的潜意识中挖掘出早期心理创伤并加以消除，疾病就能得到治疗。弗洛伊德从而引出潜意识概念和压抑概念，认为心理冲突深藏在潜意识中，要通过启发病人谈话并做深入观察，让病人通过自由联想和对自己深入分析的内省来找出致病原因，然后进行治疗。

弗洛伊德的心理动力理论结构在不同的发展阶段上提出不同的假设。弗洛伊德早期认为，人的心理结构由潜意识（Unconscious）、前意识或下意识（Preconscious）和意识（Conscious）三个系统组成。意识是个体能够知觉的精神生活，其特征是服从现实原则，是理性的，受现实可能性制约。正常成人的思维和行为属意识系统。前意识是要经过集中注意和努力思索方可知觉的那部分精神生活，即潜意识中可唤回到意识的部分，能够回忆起来的经验。它处于潜意识和意识之间，潜意识内容必须经过前意识才能进入意识。前意识的功能是充当“检查员”，不准潜意识的本能和欲望随便进入意识。潜意识是个体不能知觉的精神生活，是由本能的欲望和冲动所组成。本能的欲望和冲动具有强烈的心理能量的储荷，它总是力图渗透到意识中去，造成意识的兴奋或紧张，推动个体趋向目标。

弗洛伊德晚年假设人格由本我（Id）、自我（Ego）和超我（Superego）三部分组成。本我是一个最原始的、与生俱来的、潜意识的结构部分，代表生物本能和欲望，受多（libido，欲力）的驱策，追求直接的、绝对的和立即的满足，而不顾后果。本我是潜意识的，不为个人所觉知。自我，从本我分化出来，能知觉自身的种种需要，奉行“现实原则”，调节本我的原始需要，以符合现实条件，使基本需要能得到满足以维持个体的生存；管制不被超我所接受的冲动，调节二者的冲突。超我，是在社会化过程中，将道德准则、社会规范内化为自身的良心、良知、理性。超我有如道德法庭，对个体的动机、欲望和行为进行管制，诱导自我使之符合社会规范，使个体向理想努力，达成完善的人格，不符合超我要求的活动将引起良心的不安或自罪感。本我的欲力应有机会在符合现实的条件下，在社会规范允许的范围内，得到适当的满足。过分的抑制而不能获得满足时，个体将出现适应不良行为。

本我欲望要求和超我控制之间的潜意识矛盾冲突，通常引起一种弥漫性的恐惧感，称为焦虑。焦虑转过来又使得许多心理防御机制中的任何一种发生作用，从而努力帮助个体保持

心理安宁。最重要的防御机制是压抑，它可使本我与超我间矛盾冲突几乎完全隐瞒起来不让我们意识得到。

单个心理防御机制或几种心理防御机制组合起来，可能变得十分突出，以致主宰了一个人的人格及其发展，或者损害了他的有效功能。例如，极度的投射机制可能导致偏执，而压抑和转换结合在一起达到非常严重的程度，可能引起精神分裂症。

弗洛伊德根据病人在自由联想中所回忆的东西，认为心理动力过程的矛盾冲突是在儿童期就开始的。本我、自我和超我间的矛盾冲突的性质与强度，取决于儿童期的教养情况和父母的态度。同情支持、爱护关心与通情达理的父母培养出的儿童很少有破坏性的防御机制，并善于处理相互冲突的欲望驱力。但是，喜欢惩罚、过分限制或堕落的父母培养出来的儿童，可能过分运用心理防御机制并易产生心理和行为障碍。儿童在生长发育年龄，经历着一系列的关键性生理情绪阶段，都易于引起心理动力应激反应。如果父亲过分放任儿童某一特定发展阶段的欲望要求，或者相反不给予足够的满足，就可能产生永久性的人格损害。

心理动力学派的主要代表亚历山大德（Alexander）提出“心身疾病”的“特殊冲突”理论，认为未解决的潜意识的冲突与一些躯体疾病有因果联系，被压抑的情绪和心理冲突可伴随有某些躯体疾病。

弗洛伊德通过大量实验研究发现，梦是被压抑欲望的伪装，通过释梦可以洞察到潜意识系统的深处而揭示病人的苦楚及其被压抑的内心世界活动的秘密，是用压抑概念来解释正常心理和变态心理的重要手段，也是进行心理治疗的一种方法。

弗洛伊德学说中有关“潜意识”、“心理防御机制”、“精神分析治疗”等有一定的参考价值，但是他的理论中唯心主义色彩是明显的。“泛性论”的观点则一贯受到严厉抨击。同时，心理动力学派由于过分强调和夸大了潜意识领域中心理冲突的影响，以致妨碍了对疾病病因全面了解和全面治疗，而且缺乏足够的科学手段的客观验证，使这一学派的发展受到很大限制。

二、行为主义和学习理论

行为主义学派的创始人华生（Watson）认为，心理学应当研究可以测量和记录的行为，而心理动力学的许多概念只不过是主观想象的猜测。1913年他在《心理学评论》杂志上发表的《行为主义者心目中的心理学》，首创行为主义学派观点：“就行为主义者的观点来说，心理学是自然科学的一个纯客观的实验分支。它的理论目标在于预见和控制行为。”

在行为主义产生之前，人们长期以来认为，心理是只能由本人自己体验，而不能由别人观察的东西。因为心理学的对象和任何其它学科的对象有根本的区别：其它学科虽各有其对象，但它们各自的对象有一个共同点，即可以公之于众，有目共睹。唯独心理学的对象则是主观体验，只能靠内省法研究。观察和重复共证是近代科学得以进步的根本途径。如果说内省法是自己对自己观察的话，也只具备科学方法的一个方面，但绝不可能具备另一个方面——共证，而不能共证的观察也就不成其为可靠的观察，则难以跻身于科学之林。

华生认为，心理学不是研究意识，而是研究行为的科学。所谓行为，就是有机体赖以适应环境的一切活动，而这些活动分析到最后，不外是肌肉收缩和腺体分泌。这些肌肉收缩和腺体分泌可以是强烈的，也可以是微弱的，可以是外显的，也可以是内隐的。它们做为有机体适应环境的手段各有其效用。有机体的活动一定是由理化变化作为刺激而引起的。作为心理的轻微而内隐的肌肉收缩和腺体分泌，必然也遵守这种原则。不否认人有对客观事物的意

识,但这种意识的内容其实就是他所接触到的客观事实的情况。因此,观察他的行为以及作为他的意识内容的客观事物,也就等于观察了他的意识。内省则是片面的。科学不排斥对观察所不能及的东西进行推论,但推论的最后论据必须是可观察的。科学不能否认尚未能作客观观察的事物存在,但绝对不能承认有根本不可能作客观观察的事物的存在。而传统心理学中所说的意识,就是不可能作客观观察的东西。

华生提出严格的科学要求,从学习方面的两项重要发现得到支持。一个是巴甫洛夫关于狗的实验性神经症,一个是桑代克(Thorndike)关于猫在笼子找出口的试验。

斯金纳(Skinner)是对行为主义和学习理论贡献最大的心理学家。他和他的同事们认为,精神障碍和一些疾病是一种特殊的学习获得性行为。

斯金纳强调操作行为和应答行为的区别。之所以称为应答行为,是因为巴甫洛夫的条件反射是一个已知的刺激,是在强化条件下和一个反应相配偶的,这种行为反应是由一个特殊的可观察的刺激情境激发出来的;而操作行为是在没有任何能够观察到的外部刺激的情境下发生的。同时,应答行为只能对刺激作出反应,而不能凭自己的动作获得刺激;操作行为有效地应付环境,如取得食物,从而得以强化刺激。所以,操作性行为更能反映人类的学习。

总之,行为主义认为,行为是有机体对刺激的反应,反应通过反馈又可成为刺激。心理学研究的中心就是要弄清楚刺激(S)与反应(R)之间的确定关系,只要把作为自变量的刺激和作为因变量的反应准确地观察清楚,就可以确定它们之间的函数关系。这函数关系就是心理学所要探索的规律,从而就可以预测行为和控制行为。新行为主义则认为刺激要通过主体的中间变量(O),其公式发展为: $S \rightarrow O \rightarrow R$ 。

行为主义在方法论上有积极意义,但在认识论上受实证主义影响有主观唯心主义错误。

医学心理学的研究方法

医学心理学既要研究健康人的心理活动,又要研究病理的心理现象。它的研究方法要兼容心理学和医学两门科学的研究方法,特别重视临床心理学的手段。

医学心理学的研究要遵循一般科学研究的原则,特别强调辩证唯物主义的指导意义。注重精神与躯体的辩证关系,生理与心理的辩证关系,人与自然环境的辩证关系,个体与社会的辩证关系,内心与外物的辩证关系,心理与行为的辩证关系等等。

医学心理学一般采用的基本研究方法,为观察法、测验法、实验法以及控制论、信息论、系统论的运用等。

1. 观察法 是通过被观察者的动作、表情、言语等外显行为来了解人的心理活动的一种方法。人的行为(包括某些生理反应)无论处于正常状态或病态情境,都是在心理控制下实现的,总是一定的心理活动的外在表现,通过观察行为来了解其心理活动是完全可能的。

观察可分为自然观察和控制观察,自然观察法是在自然情境中对被观察者的行为进行直接观察、记录,而后分析研究;控制观察法是预先设置某种情境而进行观察。前者的优点是不改变被观察者的自然生活条件,不使被观察者产生紧张等反应,所得材料比较真实;后者的优点是能比较快地、集中地取得所需材料。这两种属于客观观察法。客观观察法还可分直接观察和间接观察。直接观察即在劳动、游戏、学习、临床等条件下的观察;间接观察则通过调查访问、问卷、谈话、分析活动产品等进行。这要严格遵循客观性原则,切忌偏见与歪曲。

对观察的对象不能进行客观观察时，可采用主观观察法（内省法）。内省法包括口头报告、书信、日记、自传、回忆录等形式。

临床观察在医学心理学研究中十分重要，通过临床观察探讨行为变异时心理现象的病理生理机制，如对失语、失行、失认等病症的观察；还探讨病人的超限的内心冲突与心理创伤所造成的功能性心理变态、心身疾病，以及精神病等。

2. 测验法 或称心理测验，是心理学收集研究资料的主要方法之一。科学心理学的特征之一是对个体行为从事量化的精密研究，心理测验就是使行为量化的主要工具。

测验法是通过被试者回答问题或完成某些“作业”，来揭示被试者的某种心理状况。测验所选用的测验材料是经过选择、加以组织，足以反映人的一定心理特点的刺激。被试者对测验材料作出的反应，还要与经过大量取样而获得的常模加以比较，来确定信度与效度，确认被试的心理特征和水平。

目前我国修订的韦氏智力测验（WAIS）、明尼苏达多相人格测验（MMPI）、艾森克人格测验（EPQ）已广泛应用于临床诊断，收到较好效果。但由于心理特性极为复杂，因此对测验结果的估计应十分慎重。如作轻率的结论，会影响被测试者的正常发展。

3. 实验法 可分实验室实验、自然实验和临床实验。心理学从哲学中分化出来，是以1879年冯特（Wundt）在莱比锡大学建立第一个心理实验室为标志。他运用物理学和生理学的研究手段于心理学，研究感觉和反应时以及刺激与反应的关系，开创实验心理学，从而使心理学成为一门有自己研究对象和实验方法的实验科学。

实验室实验法是在实验室内借助各种实验仪器设备，严格控制实验条件的情境下进行的，实验不仅可以观察到被试的行为表现，而且可以通过仪器精确记录内部生理反应。实验者可以按实验设计，激发心理活动而加以测量和分析；可以通过改变某些条件，同时使另一些条件保持不变来揭露心理现象的因果关系；可以通过控制条件，从而弄清心理现象与外部条件的依存关系；使某些心理现象重复出现来进行研究并得到共证。这样，心理学就可以立足科学之林。现代化的心理实验室，不仅可以精确记录各种刺激和受试者的各种反应，而且可以按程序自动控制，并进行数据处理、得出结论。可以模拟各种自然环境（如太空、海底、高温、严寒等），研究特殊工种的心理现象、生理机能和健康状况，以采取相应措施予以补偿，具有实际应用价值。

自然实验法是为了避免被试在特定情境中产生的紧张状态以及相应的难以估计的心理活动而出现误差。在自然的生活环境中，则可以排除实验室情境的干扰，这就必须采用遥控设备在被试身上安装各种信息收发机，随时收集信息，进行描记和测量，并能给予按设计要求发出的刺激和指令。

临床实验在医学心理学研究中更具重要意义。对心身疾病的生理与心理、病理与心理、心身交互作用的研究，不仅可以通过仪器等手段进行病因的探讨、诊断的确立，还可以通过反馈系统进行治疗，这是极有发展前途的。以当今世界著名的割裂脑的研究为例，美国精神生理学教授斯佩里（Sperry）正是通过临床实验对割裂脑的研究，提出了人脑两半球分别有独立的功能，对以往的优势半球说作了重要修正而获得诺贝尔奖金的。随着现代技术的进步，临床实验法将取得更为重大的发展。

4. 控制论、信息论、系统论 具有科学方法论的普遍功能，对心理学的改造和发展是十分重要的工具。

最初,有些心理学家运用神经联系学说来研究记忆,以后逐步接受信息论观点,把人的心理和行为完全看作是寻找信息、接受信息、信息编码、贮存信息和有效地运用信息的过程。于是,和另二论相结合,把心理学的各个部分统一起来,从心理活动过程和人格特征的全貌来把握其规律和特点。

控制论把人脑看作是一个黑箱,通过研究人与外界环境之间的输入与输出关系控制信息流量,以描述心理过程对环境刺激的反应方式。控制论认为,生命就是自动控制。人体血压、激素分泌量和体温都有自动控制功能,心理活动同样有自动控制功能,感知觉的反馈控制功能是很清楚的。控制论对自我调节和生物反馈治疗非常有意义。

系统论认为,人体是一个生物系统,其构成部分称为构成要素。每个要素本身又可构成一个较小的系统,称为亚系统。人体系统可按器官、组织、细胞、亚细胞、大分子、生物量子等分成许多层次。生物系统是一个具有层次的结构。人体结构实质上就是这些层次与层次的空间序列,而人体的功能则是各层次与层次内的运动序列。

系统论把人看作是一个有机的整体,把心理活动过程当作一个系统。人的心理和行为决不是感知觉、记忆、思维、情感、意志等的混合,而是有机的统一。系统论要求把心理过程同人所从属的物理系统、生物系统和社会系统统一起来进行研究。为心理学和医学心理学的发展开辟新路。

由于心理现象十分复杂多变,心理与生理的交互作用更是十分微妙莫测,而研究方法各有其不足和局限。因此,在方法的选择上必须扬长避短,择其优势与相应对象,还要在实践中创造更有效的方法,以促进心理学和医学心理学的发展。

我国医学心理学的发展

一、祖国医学中的医学心理思想

祖国医学把人体视作一个以脏腑、经络、营卫、气血为内在联系的有机整体,同时强调人体与自然界和社会的关系,特别重视心理因素对人体的影响。早在2000年以前,《黄帝内经》对心理问题就有较充分的论述。这种传统体现在中医的诊疗过程中。

1. 祖国医学对心理与生理相互关系的认识。

(1) 一定的情绪表现与一定的躯体生理活动过程相联系。中医的五志学说有:“心志为喜、肝志为怒、脾志为思、肺志为忧、肾志为恐”的论述,在这里“志”是指情绪活动的特征。把人的情绪活动与五脏功能对应起来,是一种朴素的“神形相即”的思想。我们知道,中医理论五脏的功能并不是指现代生理学中脏器的功能,而是中医体系中独特的生理功能系统。所以,五志学说把人的情绪变化归之于躯体生理活动的结果,亦即心理源自生理的思想。

(2) 心理因素反过来可以影响躯体的生理活动。七情和五志一样,都是中医理论阐述心理因素的学说。人与自然和社会的接触中,发生七情,即喜、怒、忧、思、悲、恐、惊。《灵枢·口问》认为:“悲哀忧愁则心动,心动则五脏六腑皆摇。”古人重视“心”,“心”为五脏六腑的主宰。“心藏神”,“心”实际上就包含着中枢神经系统的功能。心理因素可以影响内脏的正常生理功能,“怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,……惊则气乱,……思则气结。”这是《内经》对于七情影响生理功能的论述。

(3) 强烈持久的不良心理因素可以导致疾病。《内经》说:“忧恐忿怒伤气,气伤脏,

乃病脏。”“喜伤心”，“怒伤肝”，“忧伤肺”，“思伤脾”，“恐伤肾”。在《素问·阴阳应象大论》中，把强烈、持久的心理因素引起脏腑气血机能失调，进而伤害内脏致病的机理，称之为七情内伤。宋代《三因极一病证方论》有“七情动之，内伤脏腑，外形于肢体”的论证；清代尤乘（《珍本图书集成》14卷）认为“……人之七情内起，正性颠倒，以致大疾缠身。”这些都证明中医对于七情致病有着传统认识。

（4）躯体患病时，可以出现相应的心理反应。中医认为，内脏有病时除了出现躯体症状外，在心理上也会有相应的反应。《内经》关于“肝病者，两胁下痛引少腹，令人善怒。”等的记载，证明古人已观察到不同的脏器疾病会出现不同的心理反应。

2. 医学心理学在中医临床实践中的应用

（1）诊断 中医在望、闻、问、切四诊中历来重视心理社会因素在致病中的重要作用。如《内经》对于“凡欲诊病者，必问饮食居住，暴苦暴乐，始乐后苦，皆伤精气，精气竭绝，形体毁沮。故贵脱势，虽不中邪，皮焦筋屈，痿痹为挛。”的阐述，再如明代李挺在《医学入门》一书中，关于“当问所处顺否，所处顺，则性情和而气血易调，所处逆，则气血拂郁……”的论述，都表明人们所处社会环境的顺逆，必然影响人们的心理状态，并进而影响到疾病的预后。

切脉是中医的主要诊断手段。《内经》有“肝脉鸢暴，有所惊骇”的记载。唐代孙思邈在《千金翼方》中关于“人乐而脉实，人苦而脉虚，性急而脉缓，性缓而脉躁，此皆为逆，逆则难治。反此为顺，顺则易治”的论述，说明中医在脉象上也是非常重视与心理因素的联系。

（2）治疗 从古代起，中医就重视心理治疗。中医认为，治疗必须首先消除患者所以致病的心理因素。《内经》说：“精神不进，志意不治，故病不可愈。今精坏神去，荣卫不可复收。何者？嗜欲无穷，而忧患不止，精气弛坏，荣泣卫除。故神去之而病不愈也！”如果不解决“嗜欲无穷，而忧患不止”的心理因素，不改变病人的心理状态，病人是难于治愈的。《内经》还有这样一段关于心理治疗叙述“夫王公大人，血食之君，骄恣纵欲，轻人而无能禁之。禁之则逆其志，顺之则加其病”。对于这样一种禁之不能，顺之又不可的特殊情况，当时的对策是“人之情，莫不恶死而乐生，告之以其败，语之以其善，导之以其所便，开之以其所苦，虽有无道之人，恶有不听者乎！”（《素问·移精变气论》）这是开导式心理治疗。还有以情胜情的治疗方法，元·朱丹溪根据《素问·阴阳应象大论》中：“悲胜怒，怒胜思，思胜恐，恐胜喜，喜胜忧，忧胜怒”的立论，做出注疏，提出具体内容与方法：悲可以治怒，以恻怆苦楚之言感之。喜可以治悲，以欢乐戏谑之言娱之。恐可以治喜，以祸起仓卒之言怖之。思可以治恐，以虑此忘彼之言夺之。怒可以治思，以污辱欺罔之言触之。

气功疗法是祖国医学重视心身统一的实践创造。“排除杂念”，即从主观意志上阻断一切心恶社会因素的信息来源。“意守丹田”，即用意志力来控制植物神经系统功能，使之改变由心理因素对躯体功能的不良刺激造成的恶性循环，并凭借机体内部的调节机能以建立起良性循环。“入静”即维持建立良性循环的足够的有效时间，以恢复心身和谐，维持内环境平衡，达到治疗和保健的效果。

3. 提倡心理卫生和预防疾病 中医对于心身统一和七情内伤可以致病的深刻认识，必然导致中医在预防疾病上重视精神摄生、修心养性，也就是今天所说的心理卫生。《内经》对于“五脏安定，血脉和利，精神乃居”，“精神内守，病从安来”以及“志意和，则精神专直，魂魄不散，悔怒不起，五脏不受邪矣”等的论述，表明古代已经认识到“志意和”即心

理健康。可以使精神安定，因而不会轻易产生象暴怒那样的剧烈情绪变化，内脏的生理功能便不致受邪的干扰，五脏保持安定就可以不得病。由此，进一步提出“故智者之养生也，必顺四时而适寒暑，和喜怒而安居处，节阴阳而调刚柔。如是，则僻邪不至，长生久视”（《灵枢·本神》）。“其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”并提出：“志闲而少欲，心安而不惧，形劳而不倦”（《素问·上古天真论》）。即志向和欲望不超越个人能力和现实环境之可能性，心境安稳，自强不息，埋头实干，精神快慰无倦意，虽形劳而精力充沛。指出：钻营妄想、神思滥用之人，“以酒为浆，以妄为常，醉以入房，以欲竭其精，以耗散其真，不知持满，不时御神，务快其心，逆于生乐，起居无节，故半百而衰也”。

祖国医学著作中有极为丰富的医学心理学内容，继承和发扬这一优良传统，用现代化手段发掘和整理祖国的医学遗产，对于发展我国的医学心理学是极为重要的。

二、现代医学心理学在我国的发展状况

现代我国医学心理学的开展是从本世纪20年代初期起始的，这时弗洛伊德学说被介绍和评论。自1921年全国心理学会建立，1922年创办心理学杂志，就有医学心理学方面的论述。20年代出版了大学用的心理卫生教材，并在医学院校开设有关课程。1936年中国心理卫生协会建立。40年代在一些医院、学校、儿童福利机构与医学研究部门曾设有心理卫生组织或专职的心理学工作者、社会工作者，从事心理卫生、心理治疗和诊断、心理咨询等工作，还出版了有关著作。

建国初期，有的医院中仍设有专业的医学心理学工作者，从事心理诊断、治疗和咨询工作，个别医学院开设医学心理学讲座，但后来都因故中断了。50年代初，心理学界和医学界普遍学习巴甫洛夫学说。随后开展对神经衰弱应用并贯彻积极心理治疗的快速综合疗法，收到一定成效。继而又把这一疗法施用于高血压、溃疡病及精神分裂症等慢性病的治疗上，均收到一定成效。在这种治疗过程中还进行了病因调查，以及有关的高级神经活动、病理心理的实验研究。60年代在防治地方克汀病方面，曾进行了有关的心理调查，并提出评定智能障碍等级的初步方案。在精神病院中普遍采用一些心理测量方法和各派心理治疗措施。

近年来，医学心理学和其他学科一样蓬勃发展起来，形势喜人。1978年11月在保定召开中国心理学会第二届年会和1979年6月在北京举行的医学心理学学术座谈会，标志着医学心理学进入了一个新的发展阶段。1979年冬，在天津召开的中国心理学会第三届年会上，成立了全国医学心理学专业委员会，从此使我国医学心理学的发展走上了正轨。

应该指出，1979年底在广州召开的全国医学辩证法学术会议上，医学心理学做为一项专题，吸引了众多的有识之士的兴趣，这对医学心理学与其它学科的联系与渗透，促进医学心理学在全国发展，是一个良好的开端。

1980年以来，受卫生部等的委托，北京举办两届全国医学心理学师资进修班，湖南、广西、浙江、广东、安徽、河南、上海、江西、吉林、江苏、辽宁、山东等省市相继举办各种讲习会、学习班和心理测验协作会，培养了大批骨干，承担起医学心理学的教学、科研和临床工作。

1980年冬在广西柳州召开了全国医学心理学第一届学术会议，反映了医学心理学兴旺的形势。1982年冬在福建厦门（集美）召开了全国医学心理学第二届学术会议，最明显的特点是有关心身医学的论文占27%，医学心理学的研究领域超出精神病和神经症的范围，深入到内、

外、妇、儿、五官、皮肤、整形、肿瘤以及中医各临床学科，表明心理学和我国医学领域更广泛地结合起来了。基础医学和临床各科的代表人数超过半数以上，说明医学心理学工作者的队伍向更广泛的领域扩展。1983年暑期，在卫生部的关怀和各院、校的支持下，在黄山召开第一次医学心理学教学座谈会，组织了医学院校医学心理学教学协作组，对教学大纲等有关问题进行了交流和探讨，并举办内部交流的《医学心理学教学通讯》。对医学院校的医学心理学教学工作有很大的促进。1983年冬在江苏扬州召开的全国医学心理学第三届学术会议的中心议题是：内、外、妇、儿、五官、皮肤诸科及计划生育中的心理因素问题，论文水平有所提高。已开设医学心理学课程的35所医学院校的任课教师和江苏省各卫校的医学心理学任课教师大都出席了会议，这对医学心理学的发展有较大影响。

当前医学心理学能够迅猛发展起来，不是偶然的，这是因为我国社会主义建设的实践对保障人民心身健康的医疗卫生工作提出了迫切的要求。因此，医学心理学的发展必须和医学临床实践、和人民卫生事业紧密地结合起来，积极培养骨干，尽一切可能解决临床实践提出来的心理学问题。可以设想，医学心理学在生物医学模式向生物心理社会医学模式的转化过程中，会做出卓越的贡献，对人类的心身健康起到更大的保障作用。

(北京医学院 王岐道)

第一章 行为的生物学基础

从历史上看，心理学领域存在着“诸子百家”，流派各异，见解不一。近年来，开始打破门户之见，兼收并蓄，有渐趋一致的倾向。如今有相当一部分心理学家认为：“心理学是对人类和动物行为的科学研究，并将此成果应用到人类。”因此，“行为”(Behavior)一词就成为现代心理学中一个常见的术语。在医学心理学领域里，“异常行为”、“行为疗法”诸词也应用甚广，至于“行为主义”学派，则更认为精神只能通过它所控制的行为来了解。虽然有人认为，心理可以通过“内省”来自我了解，但是，一般说来，多数还是通过行为的研究来进行的。

大多数心理学家认为，人类的行为是由包括生物学因素和环境因素在内的复杂原因所决定。过去，“生物学模式”和“环境模式”的支持者们各自隶属于互不来往的学派，他们各自把行为看作是生物学的或环境的单独机能而不是两者都起作用。近年来，越来越多的人认识到生物学的和环境的，或者说是“自然的”和“教育的”(Nature 及 Nurture)因素都有参与。当前的矛盾焦点在于这两套因素在决定心理机能及个体差异中贡献的相对大小。另外，医学生对行为的生物学方面要比对环境和社会决定因素更为了解，也更感兴趣。但在临床上医生们大多只是对躯体疾病作检查而不大关心行为。本章的设置是因为，首先，生物学因素是引起人类行为的重要组成部分；第二，医学生们从生物学角度去理解行为要比从社会、环境的角度更为习惯。

“行为的生物学基础”这一论题的内容极为广泛，它包括行为的生物学原因(如遗传和脑损害的作用)；解释生物学因素如何影响行为的某些机制(如条件反射及唤醒的作用)；行为的神经生理学和神经化学基础；脑—行为关系等。其中有些已见诸于生理学、生物化学及医学遗传学课程中，医学生对它们比较熟悉，所以从略。

人类能在地球上生存下来主要有赖于适应性行为，这种行为是中枢神经系统进化的结果。虽然人类的知识都是从生活过程中获得的，但与其他动物一样，人类也存在着由先天的程序所调节的许多机能。这里提到的适应性行为，包括注意、情绪、评价环境中事件的方法、条件化以及对付应激的机制等。本章分节介绍行为的一般概念、行为的个体差异、行为与生理学之间的关系，并对几个有关领域的近况作简短的说明。

第一节 行为的一般概念

行为就是个体赖以适应环境的一切活动，既包括摄食、防御、求偶等本能活动，也包括劳动、人际交往等社会活动。应该如何来研究行为？有人认为，最好是象生态学家一样，对自然条件下发生的行为进行观察和测量。当然，如果我们采取现代生态学家的方法去观察人们的行为举止，例如，人们如何打扮自己，如何相互竞争，如何向别人致意和扮演他们的社会角色，而不去询问人们为什么这样做？那就会受到责难，但这的确是一种很重要的研究

手段。为了从事这种研究,就应该把行为作适当的分类,如父母行为(Parental behavior),劳动行为,社会行为或病患行为(Illness behavior)等。由于有些行为含义很广,为了便于分析还应把它们再进行分解,这样又可以得到许多小的行为单位。例如,“父母行为”是一个广义的概念,它包括生育,家庭形成(Home-making),孩子的喂养、教育等。另外,为了研究,还需要以实验方式来进行仔细的测量。如在研究婴儿认识母亲面容的发展过程时,就要测定和比较婴儿对母亲面容、他人面容及环境客体的反应。由此可见,在研究行为时,把它分解成容易处理的片段,对于理解和测量都是很重要的。

科学的发展,往往与计量单位的确定和计量手段的进展有关。如用电镜研究细胞的亚显微结构;用电生理技术研究神经元的电活动;用染色体技术研究基因遗传。与这些相比,在心理学中还未找到最合适的单位来描述行为,现在使用的是反射型式(狭义的)和扮演角色的反应型式(广义的)。在测量中一个重要的特点是把有意义的单位归类或评分。例如,我们要确定一个孩子的攻击性行为反应,就必须记录一个孩子从事攻击行为有多频繁,是“经常”、“有时”、“很少”还是“从未”,测量的另一个特点就是要对结果作出合理的解释,即这个孩子的攻击行为是否不太正常?测量的再一个特点就是要有个可供比较的合适的常模,如攻击性行为,男孩比女孩要较多见,14岁的男孩远多于6岁等等。

一、行为的进化

研究进化的方法之一就是观察动物在特定环境下的适应性行为。这种适应性行为就是动物的一些本能,可以由于经验而改善。通过学习并根据经验来改变行为乃是一切动物的特征,而人类在这方面的能力更在其他动物之上。

进化发展的途径是多种多样的,每一种途径都提供一种特殊的适应优势。例如,有的动物在生活环境中存活下来是依赖其力量(如猛兽、猛禽);有的则依赖速度(如奔跑或飞翔迅速的禽兽);有的依赖保护色或拟态(如昆虫等)。人类的进化发展主要集中在脑以及脑和神经系统结合发展的技能(躯体的和精神的)。当然,人类行为也是其他动物行为的延续,因此就有可能通过跨种属的比较研究来解释动机、情绪与学习。但是,人类的行为并不是动物行为的量的延续,而是有其质的飞跃,例如语言文字就具有种族特异性。这种机能的形成,既在于种属发生中人脑结构的发展,也有赖于个体发生中存在的学习最适合的时期(形成期)和人类社会环境。对狼孩的研究,清楚地说明了这一点。

在包括人类在内的许多社会性动物中,非语词性交流是相互传递信息的重要手段。就人而言,表情、姿势、语调、眼神以至相互间的距离,都可达到传递信息的目的。

语言和抽象概念形成的发展是由于人类具有情绪性—动机性基础的精细的认识结构。有这样的生物学基础,人就可以学会以社会允许的方式来满足和表达本能的需要。

为了评价这些因素在人类行为形成中所起作用的相对大小,产生了许多不同的见解,但得出的结论往往过分简单。有人坚持行为的决定因素是本能,有人认为是学习;对于智力(还有个性和疾患),也有遗传决定和环境影响的争论;对于情绪,有人认为是由生理性驱力所推动,而另外有人则主张来自对生活事件的认知性解释。结论性的争执往往是偏激的,有些甚至是轻率的,但分析实际课题的工作则是困难的、漫长的和要有高度技术性的。

近年来,在社会生物学领域中进行着自然(Nature)和教育(Nurture)之争。这门学科是“研究社会行为的生物学基础,特别是动物社会,当然也包括早期和现代的人类社会”(Wilson, 1975)。社会生物学者主张把遗传分析推广到人类社会组成中去,并认为这种社会一

文化系统代表了行为进化的一个新时期。但是,也有人把人类社会“生物化”的观点持批判态度。

以生物学为基础的心理学的,根据信息论的概念提出一种关于脑的工作组成的假设。外周世界的信息通过眼、耳、鼻、舌、身诸感官的接受和转换而传入中枢。中枢神经系统对信息加工处理,进行编码,储存和制作;然后再经神经肌肉系统,对环境施加影响。在这个基础上就可以对感知觉、学习记忆与运动技巧等进行研究。

当然,对脑的输入—中枢加工—输出的描述可能是有用的,但不能过分强调其结构的重要性。事实上,大多数行为是通过复杂途径连接起来的知觉、学习及执行技能。也有强调机能观点,认为个体是主动地对周围世界进行扫描,并解释和评价对生存和实际行为有重要意义的事件。

有人提出,机体的生存完全依赖于一种对周围环境作出赞成还是不赞成的本能机制。也就是说,“获得信息”的途径是通过对自身的福利和舒适的主观意识以及拒绝不舒适的机构。这种“福利系统”(Welfare system)可以使个体趋向那些良好的、有利的和促进福利的事件,而远离那些坏的、危险的和毁坏生活的事件。

对周围世界的肯定或否定的鉴别是一切形式生命的天生的特征。如植物趋向太阳和光亮是通过趋光性的机制;它的根系为了吸收水和矿物质的需要而向周围和深处生长。对动物来说,肯定或否定的评价伴有趋近或避离的倾向所组成的成套生理变化。在自然环境中,有些刺激是中性的(即对当前情境不具有肯定或否定的意义),要经过学习才能对其作出反应;有些刺激如高温、高压则不用学习就会作出评价反应。

这些肯定或否定的评价以及对利、害因素的知觉可通过条件反射而获得对某种环境事件的好、恶。人类实验表明,通过条件反射也可使中性刺激具备被人喜爱和厌恶的意义。社会—文化因素就是这样参与到这个评价过程中去。

二、行为的发展

从胎儿期起即对其行为的发展和影响行为发展的各种因素进行系统研究,就可以较好地理解成人的行为。

有些对动物胚胎进行行为研究得出的结果,在人类胎儿中也得到了证实。如对行为的发展与神经系统发育作对照研究,并进行相关分析;对神经系统的发育进行干扰,观察其对后继行为发展的影响等。有些实验证明,某些动作模式可以由中枢神经系统内部来调整,并不一定都要由外界刺激反射性地引起。

对新生儿视觉反应的研究表明,出生时就已存在原始形式的形状知觉能力,而且在生活的头几天,甚至头几个小时,就能出现简单的习得反应。另外也发现,新生儿已经有了对刺激的反应能力的个体差异,这在一定程度上可以成为成人个体差异的基础。因此,以往认为新生儿是一张白纸,一切都依靠经验的看法;和另一种截然相反的观点,认为新生儿在出生后有相当一段时期没有学习能力,都是不对的。现在的看法是,新生儿的原始个体差异与早期经验都起重要作用。目前有人在从事纵向研究以追踪最初出现的个体差异在发展过程中的稳定程度以及早期经验在发展过程中的重要性。Lorenz 著名的“印记”(Imprinting)实验表明,鸭子在刚孵出后十几小时内有“敏感时期”。

三、行为的遗传

行为并不完全受环境影响,遗传也起一定的作用,对不同种类动物的行为能力(如大鼠

的迷津作业,小鼠、家兔的攻击行为)进行育种选择的实验研究表明,这些行为并不符合孟德尔定律,而是受多种基因所影响。另外,使用基因替换法可以影响个体特定的行为特点,如用单一基因替换可造成大鼠脑内谷氨酸代谢异常,除其它生理效应外,动物的迷津学习能力也有所减弱,并可用谷氨酸钠校正。但对谷氨酸代谢正常的迷津学习障碍,则不能以此法来纠正。

同种个体间有明显的遗传差异,表现在它们对环境变量的敏感性不同。对大鼠与小鼠进行早期驯养可影响其后期行为,然而种群中个体的敏感期不同,如某一组刺激对一种基因型个体的后期行为发生最大影响的时期,对另一种基因型个体并不一定是适宜时期。在刺激期间是否产生影响以及影响的方向和范围,都是基因依赖性的。同样的生活经历,在种系相同而基因型不同的两个个体身上并不一定产生同等的行为结果。

影响行为的基因也可能对许多其它特点产生影响,如动物控制色素的基因也与野性、攻击性等行为有关,这是基因的“副效应”。有时,不是通过“副效应”,而是经由连环遗传性来相连接。有一种假设认为,某些基因决定着内分泌的平衡,内分泌平衡又影响体型和行为的差异。

当然,行为遗传的研究是很困难的,因为它还受生理、环境等多重因素影响,所以在研究中要尽量加以控制。人类研究主要运用家系分析,还有双生子研究,变态与染色体关系等。但这些方法只能确定遗传因素在起作用,而不能提出清楚的遗传机制。

四、动物行为和人类行为

动物并不是人类的简化,动物实验也不能完全代替人类实验。人类具有其他高等动物所不具备的特点(使用抽象的语言文字的能力及以词语为基础的信息交往),所以在行为的研究中,不能随便地用拟人观把人类中的动机、情感等概念强加于动物。此外,各种动物的行为也不尽相同。

另一方面,人类是从非人类祖先进化而来的,因此也应在看到人与其它动物区别的同时,注意到它们的相似性。如黑猩猩会使用工具,有非语词性交往的能力;在某些情况下,它们还可以进行互助。另外,动物的进化愈接近于人,其神经、内分泌系统也就愈与人相似。再者,人类行为与动物行为都是以类似的生理过程为基础。

五、几个与脑有关的行为概念

(一)唤醒(Arousal)

唤醒是一种由体内、外刺激引起的生理机能激活的复杂行为反应,是人类活动最引人注意和易于观察的特点之一。与其它许多哺乳类动物一样,人类在日常行为中也表现出睡眠的时相性,醒觉和高能量输出。在一定高度的唤醒水平时,许多认识活动如反应、记忆、学习的速度都有改善。但是,每人的唤醒水平都有一个限度,一旦超过则作业反而下降。另一方面,极度的焦急可以成为一种不愉快的不良效应。似乎唤醒在某一个适合的水平上可以作为一种使工作做得好些的刺激,但当唤醒变得过分强烈和持久而转为焦虑,则行为就被扰乱。在这种情况下,人们就不能有效地完成作业。

唤醒是由几种发展着的学说结合起来解释的。首先是Cannon提出的关于交感与副交感神经系统对威胁性刺激的一般性与特异性反应,这些生理变化是机体为了准备搏斗或逃跑。因此,唤醒被认为是一种生理性激活。到50年代以后,这种唤醒模式由Duffy、Freeman等以“行为力能学”(Behavior energetics)的名称发展起来,这门学科与遗传学、完整性的调

激的作用,植物神经系统的激活以及强烈的适应性行为的激活有关。

第二种学说来自 Hullian。他认为,唤醒可产生驱力,而驱力的一种非特异性成分可给机体的行为以能量。驱力可以是厌恶的或爱好的。他还引出了“生理的能量动员”的概念。

第三,神经电生理研究表明,网状结构的上行激动系统可能是非特异性唤醒机制的解剖学基础。它可以使脑电从低应激水平的高压慢波转变为高应激水平的低压快波,这种去同步化现象被认为是动物及人类脑电唤醒的一个指标。网状激动系统是一个多突触感觉通道,它可以调制皮层对经过寡突触(Pancisynaptic)经典感觉径路到达的刺激作出评价。

企图用一个一元化的唤醒理论把这些概念统一起来是很困难的。Lacey(1967)复习了唤醒学说一元化概念的证据,未曾有所发现。

中枢神经系统中有许多结构参与唤醒的引起,网状激动系统被认为是引起非特异性唤醒的中枢结构。但有人对此提出疑问,认为一方面缺乏解剖上的同一性和网状激动系统内神经元活动的区域差别,另外,也没有其它有关的生理性唤醒指标。但它可以引起脑电的唤醒是肯定无疑的。边缘系统也参与唤醒,与网状激动系统相比,它具有较为清晰的机能定位,如性刺激、攻击、植物性唤醒、饥、渴、饱等都在其中有一定的分布。下丘脑在唤醒中也起着重要作用,如睡眠、性欲、食欲及神经内分泌机制都与下丘脑有关。下丘脑还与边缘结构有密切联系,还通过下丘脑—中脑连接与脑干结构、丘脑相连。在下丘脑中的机能定位可能比低位脑干更要精确。大脑皮层是唤醒链的终末器官。有人用多单位记录技术描记了皮层、中脑及网状结构的神经元活动,表明它们相互之间以及与观察到的唤醒水平有高度相关(Bambridge及Gijsbers, 1977)。鲁利亚(1973)认为,唤醒系统是皮层从事高级精神、运动及感觉功能时保持最适张力的原因。新皮层中额叶是唤醒系统的代表区,因为在整个大脑皮层中,已知的只有额叶有直接到脑一下丘脑—中脑连续体的投射,皮层的机能分化比较清晰和完整。最近,还有人提出另一种唤醒系统,这是一种中介威胁性刺激对焦虑的效应的行为抑制系统,能引起焦虑增加,可以用此系统来解释厌恶性刺激增加唤醒的效应(Fowles, 1980)。

唤醒的表现,目前认为有三种:① 脑电唤醒:即刺激引起脑电出现去同步化的低压快波,可以通过刺激外周感受器及有关的皮层区产生。② 行为唤醒:在非麻醉动物脑电唤醒的同时,还伴有行为变化,弱刺激引起惊醒,环顾四周,当未发现危险时又恢复随机活动;强刺激可引起恐惧的征象,躲到笼的角落,更强的刺激则动物在笼内乱窜并试图逃跑。③ 植物性唤醒:在较高水平刺激时,可引起植物神经系统的活动。三者可以同时存在,又有相对的独立性。例如,在REM(快速眼运动)睡眠期间,肌肉松弛伴有脑电唤醒及植物性活动的剧烈变化。

(二) 情绪(Emotion)

情绪是特殊的情感状态,它包括着情感的波动(愉快或不愉快)以及生理的波动(植物性活动的改变)两个方面。这是一个可以从各种观点去考察的名词。它不仅是达尔文(1872)所讨论的许多哺乳动物所共有的面部肌肉活动类型(表情),也不只是在搏斗和逃跑时的各种躯体肌肉活动,它还包括这些反应过程中的各种内脏活动、激素活动及对其生物学作用的评价和体验。

就其生物学意义而言,Cannon 将这些反应称为“应付急变”(emergency)。他把这些都归诸于交感神经系统的机能。这些反应都是适应性的,有利于机体的自我保存。从总体意

义上来说是为了“趋利避害”，这样对“利害关系”的认识所涉及的范围就更广泛了。这里就其最基本的形式——防御反应(Defense reaction, 请注意勿与心理防卫机制Defense mechanism 相混淆)来阐明其生物学基础。

关于中枢神经系统中与防御反应有关的结构曾有过大量的研究。用不同水平的切除法研究表明，在下丘脑完整的前提下大部分脑干都参与这一反应；用电刺激下丘脑中央腹侧及穹窿外侧区，则动物可以随着刺激强度而出现惊醒以至搏斗与逃跑，完整的反应与动物在自然环境刺激下的“恐惧”或“愤怒”一样，以后的刺激实验把这一区域从下丘脑向外侧伸展到中脑水平的顶盖腹侧到上丘处。在研究中发现，供应骨骼肌血管的交感舒血管反射是防御反应最好的客观指标。这样就有利于标测防御反应中中枢结构的实际境界。60年代初，在用电刺激人的内侧下丘脑时发现，轻度刺激引起各种情感如不安、焦虑、抑郁、惊恐和害怕；对后侧下丘脑作较强刺激，可引起“怒”反应。

边缘系统对于情绪活动的重要意义是无须置疑的。Papez(1937)指出，通过下丘脑、前丘脑核、扣带回及海马之间的联系，形成一个由新皮层激发，通过下丘脑的环路(称为Papez环)。他认为，这条环路是一个协调机构，构成中枢情绪，并参与情绪意识和情绪表现。在解剖上，这条环路是：海马→胼胝体下纤维→下丘脑的乳头体→下丘脑→前丘脑核→扣带回→海马和杏仁核。Maclean(1949)在Papez学说的基础上提出“内脏脑”的概念，它整合体内、外的信息，经下丘脑调节情绪的内脏反应和躯体反应(情绪反应)；另外经大脑皮层由其作出评价(情感体验)。Pribram(1967, 1968)在概括和综合说明情绪时指出，情绪是对正常活动的一种干扰，当处在稳态中的机体受到不适当的信息输入干扰时，就引起情绪不安。但他指出，了解情绪必须考虑以往的经验 and 当前的情境，这样就突出大脑皮层的作用。以后，Schachter提出了“情绪的三因素学说”。认为情绪的产生是外部刺激，机体变化和回忆过去，评价当前的认知因素三方面的作用，认知因素的提出再次突出了大脑皮层在情绪中的重要作用。(图1-1)。



图1-1 情绪的三因素学说示意图

(三) 动机(Motivation)

动机是激励个体去行动的主观原因，用心理学的术语来说，动机是一种“驱力”，它将生理的能量赋予有特异方向的行为，如趋向食物或逃避危险。动物在被剥夺基本的生物学需要时，就变得躁动不安，交叉地中止一些活动或学习一些反应以达到其目的。因此，有许多动机学说认为，机体的动作主要是为了降低基本的驱力。因为驱力的降低(通过进食、饮水等)得到满足需要的奖励，这样，个体就学会了许多反应形式。

从一般的生物学意义来看,动机和情绪两者都是一种由对某些事件的选择性注意,是一种高涨的生理性激动状态以及某些可能的作用型式所组成的行为的复杂整合。这些作用型式是大多数高等动物所共有,而且在应付环境和生存中有明确的生物学用途。然而,动机的生物学学说很难推广到人类的经验中去,有关成就、权力、结社等社会需要无法纳入到现有的驱力学说中去。而且,在人类心理学中,迄今尚没有提出一种单一的合适的动机学说。

(四) 条件作用(Conditioning)

条件作用就是条件反射。通过这种机制,我们学会去做一些事,并且学会不去做另一些事。在我们学会的技能中有些是运动性的,如打乒乓球、滑冰、游泳、体操等;另一些则是精神性的,如记忆、世界观。有些项目如评价、知觉、情感及情绪等,被认为是通过条件作用而学会的。这种机制可用来解释适应不良习惯的发展与保持,如持久的神经质焦虑,它也可涉及范围很广的生理学伴随物。由于内脏、器官、内分泌免疫抑制系统,都可以形成条件反射,因此,它就与伴随心身障碍的生理应激反应有关。

第二节 行为的个体差异

人类的行为是有个体差异的,这种差异性可以从很多方面来考虑。它们并不是都与脑及神经系统有关。但是,在这里主要讨论个性与脑的唤醒及情绪系统有关的方面。过去,医护人员往往忽视对人的个体差异的认识。

巴甫洛夫根据狗的条件反射研究提出,以皮层兴奋性的高低,神经过程的稳定性与灵活性,来划分行为的个体差异。随着神经生理学的发展,这就更加具体化而成为额叶及皮层下区,特别是网状激动系统(与唤醒有关)及下丘脑—垂体系统(与情绪有关)的功能。此外,个体差异的概念已发展到涉及两半球之间的功能的调节。

后继的研究者们比巴甫洛夫的观察更为细致,但仍保持要澄清皮层唤醒水平和情绪唤醒性的个体差异。而这些差别是直接与脑及神经系统的机能有关。例如,艾森克(Eysenck)保留了巴甫洛夫关于抑制—兴奋平衡,并推测在这一连续体中个体的分布是“两头小,中间大”的观点,但改变了对基本机制的描述。艾森克认为,人的个性可以区分出两个特性,一个是外倾—内倾性;另一个是情感性(或神经质,即稳定—不稳定性)。以后,又提出“精神质”的特性。他认为,外倾性与内倾性是与大脑皮层的习惯性唤醒水平(Habitual arousal level)有关。在他的公式中,外倾者的皮层唤醒水平慢慢地低于内倾者,后者水平较高。因此,内倾者对维持其最适唤醒水平的外界刺激的需要降低。由于内在兴奋性(唤醒)较高,就使得内倾者相对地厌恶刺激性活动、激动的事件以及社会接触。反之,外倾者内部唤醒水平低,导致其寻求外界刺激以达到唤醒的最适水平;他被迫地寻求喧嚣、刺激、新的体验和许多社会接触。如果得不到这类多变的刺激,他就变得心烦意乱。

艾森克认为,“内脏脑”与植物神经系统的功能就是神经质或稳定性方面个体差异的生理学基础。这些结构与环境的相互作用就产生了“艾森克问卷”中所反映的各种行为。神经质量表分高的人,情绪强烈而易变,而另一端则情绪不强烈而稳定。把内倾—外倾及神经质两个维度结合起来,就形成四个象限。内倾而不稳定的人倾向于忧郁、焦虑、谨慎、不善交际;那些既内倾又稳定的人倾向于沉着稳重、性情平稳、做事仔细和有头脑;外倾而不稳定的人倾向于性格暴躁、不安定、攻击性、易激动和冲动;兼具外倾和稳定者是属于生气勃勃、

安闲、开朗、无忧无虑的人。还有，内倾者对低水平感觉刺激起反应，可使刺激放大，特别是对挫折的感受与反应（图1—2）。

关于精神质的生物学基础，艾森克认为与体内雄激素水平的高低有关。

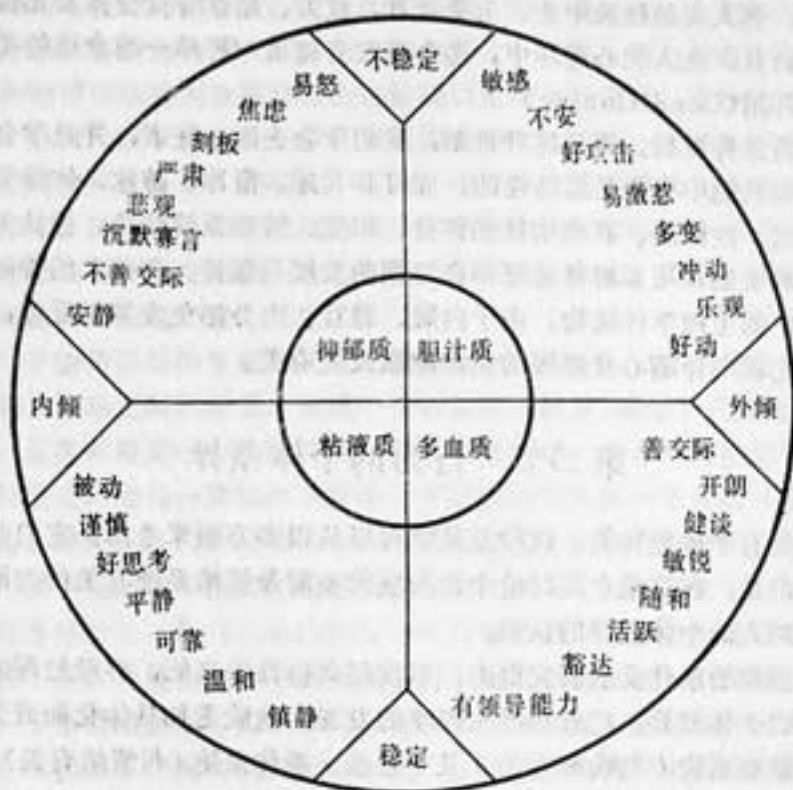


图1—2 内外倾与性格稳定性、气质学说三者间的关系

其它的个性量表测定的是冲动性（即未经打算过的即兴动作倾向）及感觉寻求（指象空中急降、高速奔跑、服用药物等不寻常的活动）等特质。有许多研究者曾企图把从问卷得来的个性量度与一般的植物性反应、皮层兴奋性、肾上腺素和去甲肾上腺素的输出，以及近年来的许多生化变数联系起来。

现代的研究认识到象5-羟色胺、多巴胺及去甲肾上腺素等生物胺在精神疾患中的重要性，这是因为发现抗精神性药物及抗抑郁药可以干扰一种或几种胺类递质的转换。研究者的工作假设是，生化变数可能并不直接与精神性疾患有关，而是与已证明可能导致疾患和障碍的个性类型的先天易感性有关，当然还有心理社会的或心理生理（心身）的等其它因素存在。

智力是个体之间存在差异的又一个原因，它有生物学的或遗传学的基础。传统的智力测验（测定智商）通常是用象学校考试那种认知作业，其缺点是受文化和教育的背景所左右。这就促使人们去寻求常用智商测验的代用品。

让·皮亚专家Hendrickson及神经生理学家 Elaine 提出并发展了一种称为“整合的克分子/分子模型”（Integrated molar/molecular model）的理论来解释包括智力在内的行为特征。这一理论认为，信息是以编码的形式沿脑内的神经纤维传递，只有在突触处的伺服性分子（Complementary molecule）才能译解。编码主要是由成串冲动（Pulse trains）的冲动

间距所决定。冲动数目可能有种属特异性，他们提出灵长类固定在22个，大鼠为16，猴为9。冲动间距在几种长度配伍上的变化就组成了编码，如同打电报的摩斯电码一样。他们认为，智力与大脑组织结构有关，大脑神经元之间的联系愈精确，则信息的传导就不易衰减或改变。良好的神经联系可以保证刺激信息在消退前作更多的加工，这就是智商的基础。他们发现，智商高的人，声音引起的诱发电位的振幅大，波形复杂，这种诱发电位被视为“神经效能”(Neural efficiency)的客观指标。这样也可以说明，为什么不论智商高低，都能对简单问题作出很好的回答；而对需要作深入思考的复杂问题，则智商高者回答优于智商低者。

最近，Brand及 Deary声称已经找到了揭示智商生物学基础的证据。他们认为，智商分数的一半以上可用“敏捷思维”(Speed thinking)来解释，其余部分则用注意集中或学习等因素作解释。敏捷思维是指对视听刺激作出判断的反应速度。Brand认为，敏捷思维是构成智力的最重要因素，而创造力与判断力等是构成超常智力的重要因素。

当然，智力的生物学基础不会仅限于神经冲动的编码，如Hendrickson夫妇的理论中还涉及突触传递过程中的生化过程，并与DNA、RNA等物质有关。而且对有些问题还存在争议，所以要对此作出结论，尚嫌过早。但这种理论的提出对促使人们从神经生理学的途径去研究行为还是极为有益的。

第三节 行为与生理学的关系

人类的思维、情感、学习和记忆的能力都与脑的功能，即神经元之间的相互连接型式和电、化学传递有关。如何从外在世界接受信息，如何对它们进行处理、解释、学习、记忆和储存等，都是药理学、神经化学、电生理学及心理学运用各种复杂的技术所探索的问题。这些技术包括记录单细胞及多单位的电活动，分析在突触传递时发生的生物化学变化。到目前为止，已经探查过许多脑区，但尚未弄清楚究竟学习与记忆是定位在一些特定区域还是在整个脑中有多重代表区。我们关于神经元变化的现有知识，大多数来自动物实验，而有关认识过程的信息则来自记录人体大脑皮层的电位。

把这种工作推而广之，则出现了一些相互之间界限不太严格的学科，象神经生物学(Neurobiology)、神经科学(Neuroscience)、脑研究(Brain research)及生理心理学(Physiological psychology)等名称是可以交替使用的，因为它们含义是相互重叠的。神经心理学(Neuropsychology)也有些内容与上述学科相重叠。另外还有一个领域是研究心理生理学(Psychological physiology)与心身医学(Psychosomatic medicine)等与心理及行为相互作用有关的问题。这里就部分领域的研究作简单介绍。

一、脑研究

脑埋藏技术(即在一些有战略意义的脑组织中安置电学或化学刺激装置)的研究，为脑刺激如何影响动机性及情绪性行为提供许多说明。毁损一定的脑区可以引起一些较为明显的效应。如切除边缘系统的一部分，可使猴子变得驯服和性活动过多；又如使野生动物驯化。损毁脑区则可使驯服的大白鼠产生暴怒状态，称为“暴怒”(Septal rage)。

由于外科技术的发展和观察到脑功能障碍对行为的强烈效应，在50~60年代，有许多神经外科学家对有选择的精神病人施行了额叶切除术，试图以这样的手术来改善严重的病情。对这种方法的优缺点曾有过争论，如今已很少进行这类手术。本来希望能够由此而检查出精

神病人的脑在物质和解剖上的异常并予以校正，但这个愿望未能实现。

最近，曾经讨论过对脑的干扰是否能减轻严重的和难控制的行为问题，如过度兴奋及猛烈的、破坏性的以及不可控制的攻击行为，而且在这方面作了一些探查性的尝试。对这些手术的结果进行评价是有困难的，因为手术虽然使症状有所改善，但并未使各种严重问题出现奇迹般的恢复。

脑一行为研究是一种重要实验手段，因为来自意外事故的脑损伤可引起许多障碍，如语言、运动行为、记忆及知觉等。这种变异的程度和性质是由损伤的性质和部位所决定。对损伤详细定位可以更好地了解语言、记忆等是如何在脑内和从心理上组织起来的。有时损伤引起的缺陷是由病人自己连续报告，这样可以提供关于理解思维，了解别人语言的能力以及谈话等方面的障碍。鲁利亚曾以“具有一个破碎世界的人”(Man with a shattered world)为题描述过一个受到枪击伤的士兵的体验，他所看到和知觉到的周围世界都是一些零碎的片断，要把这些片断重新组合起来要费很大的劲。鲁利亚把这个病例的障碍与损伤部位联系起来，指出脑的受损部位的功能就是把所接受的多重印象组合起来成为整体。

正确评定有关知觉、语言及记忆的缺陷，要有合适的测验。关于情绪的缺陷，还缺乏可用的测验，评定也较困难。因此，关于脑损害时对正常人类情感的影响知道得不多。有人通过对偏瘫及四肢麻痹病人作有关性兴奋、愤怒、恐惧、悲哀及伤感的交谈而获得的情绪生活情况，提示有情感强度的降低。

近年来的工作突出了脑化学在心理学中的重要性。有充分的理由令人相信，化学过程与睡眠、摄食、性及攻击性行为、注意及对疼痛敏感性等神经心理学过程以及心境、情绪的控制等都有关系。例如，有一种学说认为，脑内儿茶酚胺的水平决定着一个人的心境，高水平与欣快有关，低水平与抑郁有关。如果胺类是以这种方式起作用的，那末就可以通过给予单胺氧化酶抑制剂等药物来校正不平衡。近代的精神药理学的研究中，就有通过动物实验及临床观察来研究这种假说的。然而，要对此作出评价，情况是极为复杂的，因为在药物治疗中，直接的药理效应以及医生、病人对药物的期望，治疗背景等心理因素都起作用。另外，安慰剂效应也有待阐明。

二、生理心理学

在对学习与记忆等心理机能作研究时，有一个重要问题是负责学习的究竟是单个解剖部位，还是一种生理过程。通常研究学习的形式，是对重复刺激的习惯化(Habituation)和简单的经典的条件反应。研究这个问题的一种传统方法，是毁损某一特定脑区来检查原先的学习反应的效应。总的来说，广泛的皮层损害对经典式条件反应并无不良效应，因而证实了这样一种想法，即这种形式的学习可以发生于皮层下结构中。当然，这并不否认大脑皮层在分析复杂刺激中的重要性或者皮层参与更复杂条件反应的可能性。

另一种方法是把脑内的电变化与学习过程联系起来。研究表明，先是整个脑内有广泛的神经元活动电变化，然后这种泛化活动减少，只剩下一级感觉运动区的活动。神经电活动中哪些是原因，哪些是结果，哪些与学习必需的动机性和注意性变数有关，这些只能通过仔细的对照手段来决定，而这一点在许多研究中还未曾把它们结合起来。

近年来，对海马在学习以及短时记忆储存中的作用有着特别的关注，海马接受从许多感觉模式来的输入信息，进入到运动系统并与边缘系统中那些据说与巩固(Reinforcement)、奖励(Reward)有关的部分相联系。人类两侧有关区域受损可引起严重而持久的记忆缺损，

其特征是不能学习新的知识，有这种损害的人知觉能力并不降低，但不能把新的信息结合到长时记忆的储库中。

长期以来一直认为，脑内神经元之间的突触联接与学习和记忆有关，这方面的研究有了进展。如证实突触接头处的递质，标明了它们在脑内的分布，分析了它们的作用形式。有许多研究者已从寻找独特的记忆分子转向试图分析神经元在各类刺激时引起的代谢变化。他们认为，记忆的物质基础可能是由一个复杂的代谢反应链所组成，从短时记忆发生的初始化学变化，再经后续的各种变化中介转换成长时记忆。伴随长时记忆的最终化学变化，一定是稳定而持久的，以防止记忆痕迹的降解。

还有一个重要的课题是，我们如何登载和记录周围世界的一切。过去10年的研究表明，脑内存在着一种被称为“特征检出器”(Feature detector)的细胞，它们能对一种感觉的某一方面作出特异性反应。其中有的细胞在刺激开始时放电，另一些对颜色，还有些对持续时间、强度和空间定位起反应。有些神经元则专门调整对复杂刺激或对时间特征或对事件的新颖性的反应。因此，进入的刺激把它们特征的痕迹留在神经系统中，这些痕迹或“神经元模式”保留了以往刺激的强度、性质、时限等有关的信息。新的事件就与这些储存的模式作比较。有几位理论家提出，脑内有一种分析机制，负责按有关问题来评定输入事件的新颖性及意义。然后，再激活相应的反应或者使其衰减(对判明发生过多次而且不重要的事件的习惯化)。采用这种方法，人们可以在脑内建立一个外部世界的内在图象并对该信息起作用。

理论家们还在考虑，究竟知觉和认识过程的基础应在单个细胞中寻找，还是定位于某一解剖结构中。事实上，知觉和认识过程在脑内是有一定程度定位的。但没有一个感觉模式中的信息可以在整个解剖学上极广泛区域分布的。

大脑两半球的不对称性(或偏侧化)概念早就存在，但多半是把主要功能看作是由优势半球所主宰。例如，损伤左侧皮层的特殊区域导致失语症，而损伤右侧相应区域则保持语言能力完整。近年来，由于运用了“割裂脑”技术、Wada氏测验(一侧脑麻醉法)、一侧电休克法、同时双听技术、速示器半边视野刺激等方法，对两半球机能上的分工有了进一步的认识。另外，通过古生物学及人类学研究(如猿人脑的复原)，近代X线技术(脑血管造影、CT等)和解剖学方法，证实了大脑半球在解剖上的不对称性。最近的研究表明，皮层下结构也存在着不对称性，神经递质的分布也有不对称性。最有意义的是脑的两侧在受损后有不同的情绪反应，如右侧额顶区受损可影响言语的情感性组分综合，左侧受损则否，这个课题也是神经心理学研究的项目。

在强调左右脑不对称的声浪中，已开始有人提出，不能忽视两半球功能的同一性和脑功能的可塑性问题。

三、神经心理学

神经心理学是研究人的心理活动中脑机制的一门新兴学科。在这方面Lashley、鲁利亚、Sperry等都作出了卓越的贡献。尤其是鲁利亚运用普通心理学的观点进行脑研究，把比较解剖学、神经生理学及神经病理、神经外科学的最新成果系统化，提出新的基本原理，为神经心理学提供了理论基础。

“机能皮层化”是研究神经系统进化的成果。但是，大脑皮层并非心理过程的唯一器官。按照脑的机能体系的“垂直结构原则”，神经系统的每一部分都对行为的整合作出自己的贡献。也就是说，每一种行为都是由相互联系的不同水平神经结构的协同活动来保证的，这里

有“上行”，也有“下行”联系。

大脑皮质联合区的研究使神经心理学有很大的进展。神经解剖学发现，大脑皮质的结构因不同区域而各异，从而出现了“机能定位”的概念，但主要是局限在接受外周感受器传入刺激的一级区。脑外科手术中的直接刺激，除了使一级区的定位更加精确外，又发现了能把一级区信息综合成为某种机能图像的二级区。此外，脑内还有实现各种感觉协同活动，使之综合为知觉并将它由直观转化为符号水平，从而使脑具备获得、加工、保持信息的机能。根据这些研究的进展，过去把单个脏器活动视作“机能”的概念应该用由不同层次（包括神经、内分泌调节）影响下的“机能系统”来代替；而“点对点”联系的“机能定位”概念也应代之以由整个脑的不同部位对机能系统发生影响。因此，神经心理学把人脑分为三个机能联合区。第一机能联合区负责调节紧张度和唤醒状态，它包括皮质下的若干结构，主要是脑干网状结构。第二机能联合区负责接受、加工和保持信息，主要位于大脑半球后部，包括上述的一、二、三级区。第三机能联合区负责“规划、调节和监督”复杂活动形式，它位于前额部。心理活动的实现是由上述三个机能联合区的协同活动来保证的。

近年来，对联合区有更细致的研究，把它分为三个主要部分：① 旁感觉联合皮质，位于一级感觉皮质周围；② 运动前区及前额区，在额叶运动皮质的前方；③ 旁边缘联合皮质，位于大脑半球的内侧面及腹侧表面。

大脑半球的不对称性，胼胝体的功能等也都是神经心理学的研究对象。此外，还有不少检查局部脑损害病人心理活动特征的测定方法，如Halstead-Reitan成套测验等。

四、心身医学

本书有专章详述，这里谈几个问题：

心身疾患最引人注目的特点之一是对疾病的易感性、促进方式及症状组型中的个体差异。

一般认为，长期应激可以引起不良的生理反应。冲突、应激及生活事件等心理社会因素，通过情绪障碍而引起植物性神经系统及其支配的内脏器官的机能障碍。慢性机能障碍可以导致组织学改变和器质性疾病。Cannon 关于机体准备搏斗与逃跑的概念和 Selye 对长期、严重应激原的全身性反应的工作概括了一些可能机制。

关于心身（或心理生理）反应的组型或特异性有许多解释。有一个可能性是，在这种反应中有一个决定器官系统的基因组分（遗传素质）参与，还有是它与一种类似经典式条件反应的学习过程相结合。心理社会因素引起条件性内脏反应及伴随的焦虑情感能够产生各种类型的组合并持续存在。更有意义的是，这些器官的皮层代表区对各该器官的活动性不易分辨，而且一般低于正常意识水平。这就提示，个体可以在不知不觉中对长期的不适当的内、外刺激形成条件反射而患病。

另一方面研究得较多的是新近发生的冲突、情绪性扰乱或环境应激对疾病症状产生的意义。欧美各国在冠心病研究中对“社会再适应量表”及“A型行为模式”（详见第四章心身医学）作了大量的工作。如新近生活事件引起的生活变故单位值（社会再适应量表的计分单位）对癌症的发生、发展，对冠心病的发作，心肌梗塞后的存活率，似有一定影响；A型行为模式的人比B型行为模式者的心血管反应要强烈，易患高血压、冠心病。但这方面的研究还有争议。这说明了这方面问题的复杂性和研究工作的艰巨性。

对心身疾患的一个完全满意的解释是要能够说明，在整个时间中反复发生的症状的连续性、长期性和专一性，而对这些现象的解释目前仍在探索中，很可能心身疾患在本质上是多

因素的。诊断的专一性也是重要的。心身障碍传统上包括哮喘，胃溃疡，某些心血管障碍，高血压及紧张性头痛。这是一些范围极广的病种，因此还要确定各种疾患的派生形式（Sub-form）。一种疾病的不同派生形式可能有不同的病因和病理机制；反之，同样的机制也可引起不同的损伤和障碍。例如，在支气管哮喘发病中，变态反应性机制只占30~50%。其余的因素如病毒感染结合心理因素起部分作用。心身研究在将来有可能由于按所患疾病的派生形式来对病人分类而增强。派生形式是可以从社会上与心理上来与别人相比较的。

五、心理生理学

注意、兴趣、思维及情感，都伴有脑和神经系统的普遍性变化。与这一背景有关的是特定的作业所需要的特异兴奋，如看一幅图画要有眼球的复杂运动；打网球涉及到肌肉动作电位的构型；专心听讲则需要对其他感觉输入的抑制。

注意、思维及情感的心理结构与生理学变化发生的相互作用及其本质是什么，这些仍然是复杂而迷惑人的研究难题，而且其因果关系的方向也不明确。

心理生理学是集中研究人类行为的领域，并试图对行为的认识，语词和心理方面与生理方面的关系作一分析。生理方面的含义是指用表面电极记录到的生理学参数如心率、皮肤电阻（与出汗有关）、皮肤温度、血流、呼吸以及从头皮表面引导的皮层电位。这些参数大多数表示持续不断进行着的活动；如有节律性的心、肺活动和皮层电位变化以及对简单刺激如光、声引起的十分显著的变化。更复杂的情境，如语词性指令，会话，喊某人的名字，心算作业等，可以引起长时期的明显变化。此外，这些系统大部分表现为大量的自发活动，也就是在没有任何明确意义的事件的情况下发生变化。

当个体处在完全松弛的情况下，这种活动表现为稳定的低下。此时若给予一个未曾预期的刺激（新异刺激），就会产生一个惊醒或朝向（这是什么？）反应。当重复运用同一刺激时，则反应变得愈来愈小，以至消失，这就是习惯化（Habituation）。这时候的刺激就变成中性刺激，若中性刺激（条件刺激）与一个不愉快的刺激（非条件刺激）配对给与则可引起条件反应。心理生理学家对发生于习惯化时的生理学改变、获得性条件性植物性反应，以及不同个体对中等应激原如不愉快的噪声、图像等的反应的本质，都有极大的兴趣。已有的研究表明，上述问题个体间有很多不同，有的在反应的一方面是高反应性（如某些肌群或心脏、血压变化），而另一方面为较小的反应性。这种“反应特异性”与某些个体的症状组型有无关系，还有待长期地研究。

研究与人类认知过程有关的神经生理学信息的主要来源是从头皮记录到的“与事件有关的电位”（ERP, Event-related potential）。这是由脑内几百万个神经元作为一个整体被记录下来的电活动，与脑电图（EEG）相似。有证据表明，ERP的某些组分与刺激的物理特征如感觉型式和强度有关，而另一些组分反映了个体对刺激的意义或含义的评价。

选择性地注意一个刺激而不注意另一个刺激，可以通过命令被试监视一个刺激而忽视另一个刺激来证明，被试所监视的刺激引起的皮层电位的组分，比无关刺激引起者较为加强。对精神分裂症患者也作过各种研究，其目的是企图把观察到的行为异常与唤醒及注意缺陷方面的心理生理学反应联系起来。曾有人提出，在精神分裂症急性期间，患者除了注视在其前方的刺激之外，对广大范围的刺激也有恒定不变的觉察，即他朝向这些无关刺激而不产生习惯化。这不仅可通过对比不同声调（有些有信息，另一些无关）的诱发电位来测试，还可以通过记录植物性活动面对有意义及无意义刺激事件引起的习惯化的速率，作出评价。

还有人认为,心理生理学反应与焦虑有关。焦虑的病人常常报告发抖、出汗、气促、心悸及肌肉紧张,而且是在病人处于静息、试图放松以及对不同刺激起反应的情境下记录到的。有些研究表明,焦虑时反应较易而习惯化较慢,从刺激中恢复的时间较长。在现代研究中还有一个重要课题是训练及生物反馈对生理活动的效应。

另一个受到注视的领域是,心理生理学的反应是不是一个“良好”业绩的指征;即它是否与快速的反应,较好的知觉、记忆等相关。皮层电位的记录与人们编排信息的方式以及预见性、注意及警戒等概念有关。还可以用 EEG 来研究睡眠的功能、质量以及影响睡眠的各种因素。

心理生理学的测量,可以对多种刺激引起的植物性的及皮层的反应性提供有用的指征。它们对证明个体的特异性反应,习惯化研究,对作业业绩的关系,信息的编排以及在醒—睡连续体中发生的各种变化都有帮助。可能在将来会看到心理生理学研究与心身医学、精神病学的问题之间的进一步联系。

(苏州医学院 徐 斌)

第二章 动机与挫折

人类的行为是由动机驱使的，而动机是建筑在需要的基础上。多数情况下，需要和动机并不能顺利地实现，这样就产生了挫折。挫折导致相应的防卫反应的发生。这一系列心理活动过程与人类的健康、疾病关系极大。因此，这是医学心理学所要讨论的基本问题之一。

第一节 需 要

需要是指人对某种目标的渴求或欲望。需要是人类对维持其个体生命和种族延续所必需的条件以及相应社会生活的反映，也是对有机体内部及周围环境的某种不平衡状态的反映。概括地说，人的一切活动都是为了满足需要。马克思在《德意志意识形态》中写道：“任何人如果不同时为了自己的某种需要和为了这种需要的器官而做事，他就什么也不能做，……”

“他们的需要即他们的本性。”（《马克思恩格斯全集》第286、514页）需要是人类行为的原动力。需要的满足与否，会影响人的情绪和行为。因此，要想掌握人类的动机、情绪与行为的规律，必须从研究需要入手。

一、需要的分类

人是具有自然和社会双重属性的统一体。

（一）生物性需要

生物性需要是指维持生命有机体生存和延续种族所必需的条件，如空气、水、食物、运动、休息、配偶等。这表现了需要的自然属性。它具有下列特点：

1. 由人的生理机制决定和产生。
2. 必须从外部获得一定的物质方可满足。
3. 易见于外表，容易被觉察。
4. 有一定限度，超过限度就会变成灾害。

（二）社会性需要

社会性需要是人在社会生活过程中逐步习得的高级需要，如相互交往，求知，爱与被爱，实现理想等。这表现了需要的社会属性。它具有的特点如下：

1. 不是由人的生理本能决定，而是由社会的发展条件所决定。
2. 较多地从内在的精神方面得到满足，不一定要获得物质。
3. 较为内含，往往蕴藏于一个人的内心世界，不轻易外露，别人难以直接觉察。
4. 这种需要的限度弹性伸缩很大，一般都具有连续性。

应该指出，生物性需要与社会性需要，都受社会经济条件和社会制度的影响。社会生产力和生活水平很大程度上影响需要的满足。正如马克思说过：“饥饿总是饥饿，但是用刀叉吃熟肉来解除的饥饿不同于用手、指甲和牙齿啃生肉来解除的饥饿。……”（《马克思恩格斯选集》第2卷第95页）社会的政治制度对需要的满足，影响就更大。在阶级社会中，剥削阶级

和被剥削阶级满足需要的状况就大不相同。

（三）劳动的需要

马克思主义认为劳动创造的概念作为人的基本需要之一，是人的自由生命的表现，是人的个性特点的发挥，也是人生活的一种乐趣。另一方面，作为一种社会活动，劳动创造能满足他人的需要，成为人与人联系的中介，又是人的社会需要的表现。因此，马克思主义认为，劳动需要既是人区别于一般动物的起点，又是人的动机系统中的核心因素。马克思预言，人类进入共产主义社会时，劳动将成为人的第一需要。

此外，需要还可分为物质的与精神的两类。物质需要包括自然界的产物和人类社会所创造的产品及劳动工具。精神需要是指人对于观念的对象的需要，如对艺术、知识、美的需要等。必须指出，物质的与精神的需要之间的区别是相对的，很大程度上它们是互为依存的。满足精神上的需要必须有一定的物质条件。如为了满足知识的需要，要有书籍、纸、笔等。相反，衣服、鞋、帽等物质需要之中也包含对于美的精神需要。

二、人类需要的特点

需要是一切有生命的机体所共有的。但人类的需要和动物的需要有质的不同。一般来说，人的某些自然需要是本能的，与动物所具有的自然需要有共性。然而，人的大多数自然需要都带有社会性，这是动物所无法相比的。此外，人的社会需要是动物所没有的，是人在社会环境影响下通过学习而形成的。而且，在满足自然需要的方式上，人与动物有根本的区别。动物是靠自然界的“恩赐”来满足需要，而人则能通过创造性劳动，按自己的理想来创造自己需要的物质和精神文明。

人的需要是不断发展的，受时间和空间制约。社会物质文化的发展也制约着需要获得满足的程度。处于不同时代、不同社会历史条件下的群体，在满足需要的对象和方式上是不同的。在同一时代的不同民族、地区、不同生活方式和经济状况的群体在满足需要的对象和方式上也有所不同。

人类的需要是永无止境的。这一方面表现在同一些需要能够重新产生，重新出现。如饮食、运动等简单需要，经过一定的时间间隔，会重新出现，具有较明显的周期性。而交际、认识等复杂需要虽不会周期出现，但在具备一定的条件时，它们也会多次重新出现，呈现连续性。另一方面表现在，原有的需要获得满足，而新的需要又产生了。这种不断重复和更新的需要，是人的心理活动发生、发展的根源。需要的不断产生，人的心理活动及行为才不断得以发动和进行。需要停止了，个体的生命也就终止了。

三、需要的层次

人本主义心理学家马斯洛(Maslow)提出需要层次理论，论述需要是可分层次的，各层次间有相应的联系。马斯洛认为，人类有五种主要的需要，由低至高依次排成一个个层次。一般来说，低层次的需要获得满足后，才有可能向高层次发展（图2-1）。

兹将五种主要需要依次说明如下：

（一）生理需要

生理需要具有自我、种族保存的意义。其内容



图2-1 需要层次理论示意图

为饥渴、性欲、睡眠等，是人类生存和繁衍所不可缺少的最基本的需要。

（二）安全需要

人类基本生理需要得到满足之后，接着发展的便是安全的需要，即免于危险及恐惧，工作、经济收入、生活等的保障与稳定，身体及财产不受侵害等。

（三）相属与相爱的需要

安全获得保障之后，人类便产生进一步的社会需要。包括爱与被爱，与别人保持交际关系，朋友的友谊，依附于人或组织，为各类团体所接纳等需要。

（四）尊重的需要

再向上一层次的需要即自我尊重，如自由、信念、独立、成就等；以及社会尊重，即社会中不同阶层的尊重，如地位、名誉、认可、被尊重。这是有关个人荣辱的需要，必须等到前面几种需要获得满足之后，才可能发生。

（五）自我实现的需要

以上四种需要都获得较为充分的满足之后，人类便追求最高一层的自我理想的实现。希望能充分发挥自己的才能，做一些自己觉得有意义的事，渴望责任、权力，实现抱负以及对社会、人类作出贡献。

由于各人动机结构发展的情况不同，这五种需要在个体内所形成的优势位置亦不同。然而，任何一种需要并不因为下一个高层次需要的发展而告消失，各层次的需要相互依赖与重叠，高层次的需要发展后，低层次的需要还是继续存在，只是对行为影响的比重减低而已。它们之间的关系如图 2—2 所示。

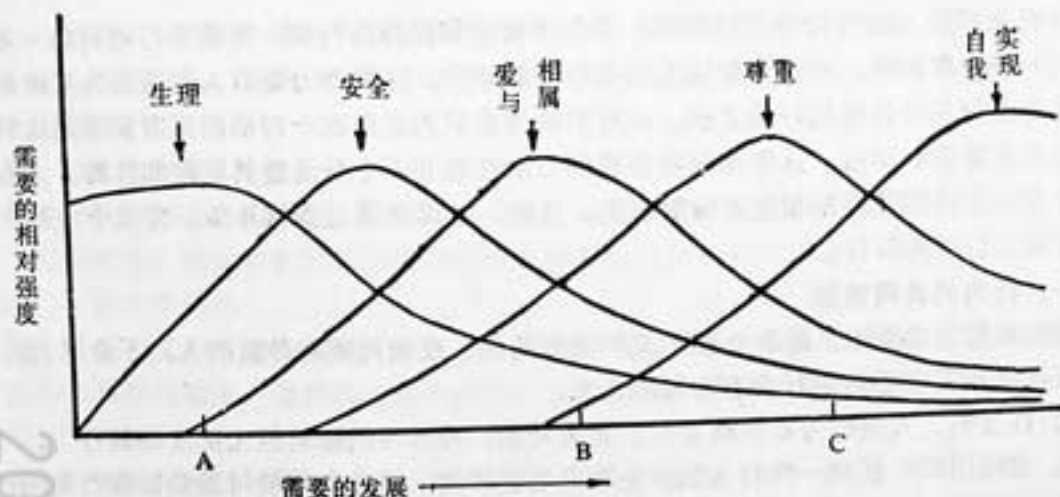


图 2—2 需要层次发展示意图

我们可以从图中心理发展的横轴上任取一点，以了解一个人动机结构的内容。例如：

（1）在 A 点上，此人生理需要最为迫切，其次是安全需要，其它高层次需要根本谈不上。

（2）在 B 点上，则相属与相爱的需要对此人行为影响最大，其次是安全需要，再其次是生理需要。尊重与自我实现的需要已开始发展，但对行为的影响力还不小。

（3）在 C 点上，一个人的行为主要由尊重需要所决定，自我实现的需要也具有相当大的

影响力，而相属与相爱的需要居于第三。安全与生理需要已成为不太大的原动力。

各人心理发展的状况不同，但其发展趋势与年龄的增长相关。譬如婴儿期，生理需要比其它任何需要都来得重要，而自我实现则是个体最终的目标。但这种相关并非完全固定不变地递进。一个人的需要因时因地，因各种外在因素影响，可能由高层次退到低层次。

至于一个特定社会中多数人的需要，则与该社会经济发展状况，以及教育普及的程度有关。一般来说，经济落后地区的人民，其需要多在低层次。经济越繁荣，教育程度越高，其需要也越往高层次发展。据美国心理学家 Abramson 推测，美国20%的人民其需要在第一、二层次，他们对薪水的多少最为关心。近80%的人民需要在第三层次。需要在第四、五层次的约占1%。

马斯洛的需要层次理论是对人类需要活动的一种探索。必须指出的是，人本主义心理学派的理论体系很不完备，需要层次理论在如何与社会发展实际状况相吻合诸方面，还存在明显的缺陷。马斯洛把为人类作出贡献框进“自我实现”的范畴显然是错误的。革命者的崇高理想和奋斗目标是全人类的解放，无数志士仁人为此放弃了个人的前途甚至牺牲生命。这决不是抽象地为了个人的“自我实现”。此外，在现实社会中人性的发展也并不按需要层次逐级而上。资本家穷奢极欲然而还是欲壑难填，他们并不因为生理的和安全的需要得到满足而停止搜刮和剥削，从而去追求所谓的“自我实现”。但马斯洛注重人的积极的潜能，一反近代西方传统心理学中贬低人性的倾向等论点，还是有可取之处。

第二节 动 机

动机是激励人去行动的主观原因，是个体发动和维持其行动，并使该行动朝向一定目标进行的一种心理倾向。动机是促使人们去行动的动力。这种动力是以人的需要为基础的。人在自觉地实行某种具体的行动之前，必然明确地意识到进行这一行动的原因和预期达到的目的。但也有潜意识动机，这类动机所促使的行动往往并不十分清楚其原因和目的。人有时还会产生复杂多样的甚至是相互矛盾的动机。这时，就需要通过动机斗争，使其中一种占优势后才能确定行动的目标。

一、行为的共同特征

动机是行为的原由。综合心理学家的研究结果，任何民族和种族的人，不论男、女、老、少，其不同于其它动物的行为有共同的特征：

1. 自发的 人类行为是自动发生、非被动的。外力可能影响但无法发动其行为。
2. 有原因的 任何一种行为的产生都是有起因的。遗传与环境可能是影响行为的因素，同时外在条件亦可能影响内在的动机。
3. 有目的的 人类的行为不是盲目的，它不但有起因而且是有目的的。有时候第三者看来是不合理的行为，对他本身来说却是合乎目标的。动机和目的有时是一致的，有时又不一致。因此，动机是更为内在、更为隐蔽的，直接导致行为的心理因素。
4. 持久性的 行为指向目的。目的没有达到之前，行为是不会终止的。也许他会改变行为的方式，或由外显行为转入潜在行为，但还是继续不断地向目的行进。
5. 可改变的 人类为了谋求目的之达到，不但常变换其手段，并且还可以经过学习和训练改变其行为。这与其它受本能支配的动物不同，人类的行为具有高度可塑性。

二、动机的产生

动机如何产生？先举一个具体的例子说明。当一个人饥饿的时候，他便开始去寻找食物。如果发现厨房里没有可吃的东西，他不会就此罢休，他可能到街上去买点什么或下饭馆，直到肚子填饱，这个行为才告停止。在这里饥饿就是动机，它引起觅食的行为。在厨房里寻找及跑到街上去买的行为可以有变化，但这都与觅食有关而继续指向目标——食物。吃下食物，肚子不饿了，就是动机获得满足。

这种由动机引发，维持与导向的行为，即称为动机性行为。人类的行为仔细分析起来，可以说无一不是动机性行为。一个动机获得满足，另一个动机继之而起，或同时有好几个动机引起一个复杂的行为。

动机是促使个体产生行为的原因。动机产生的主要来源有二，一为内在条件即需要，二为外在条件即刺激。内在条件为个体缺乏某种东西的状态。所缺乏的，可为个体内部维持生理作用的物质要素，如水、食物等；也可为社会环境中的心理因素，如爱情、尊重等。个体缺乏这些东西的时候，心身便失去平衡，产生紧张状态，感到不舒服。外在条件是个体身外的刺激，这些也可满足机体的某些需要。

外在条件若固定，则对某一物，如食物的动机强度与身体组织内缺乏的程度直接相关。而内部条件若固定时，则对食物的动机强度随外部因素（如食物的色、香、味；或看到别人吃得津津有味；或使人忘却饥饿的紧迫环境，如突起的危险）而变化。动机性的行为，经常是受到内外条件交互影响的结果，而并非仅为机械性刺激的反应。行为心理学派的华生（Watson）所说的某一定刺激必然引起相应的反应，已不适于说明行为。人类的行为因时、因地、因其所处的情境与其个体内部的心身状况而表现出不同反应。格式塔心理学派的勒文（Lewin）将行为定义为个体与环境交互作用的结果，较能说明行为的本意。因此，我们可以说，个体动机的产生，有赖于个体当时的心理、生理状态，社会环境因素，以及个体对此环境的认识程度。

三、动机的种类

凡是有关行为发生的原因，皆可谓之动机。由此想象，动机的种类将不胜枚举，心理学家为了方便起见，通常都把它分为原发性动机和社会性动机两大类。

（一）原发性动机

原发性动机又称生理性动机，起源于身体内部的生理平衡状态的变化，即生物的共同需要。这些动机获得满足，维持着人体生理内环境的稳态。最基本的原发性动机是食欲、渴欲、性欲等。

1. 饮与食 由维持动物个体生存的需要所产生。超过一定时间不饮水、不摄食，生命就要中止，作为人的个体就不能生存。饮食对于人体健康、智力发展、疾病康复都具有重要意义。

觅食行为是生命个体为维持生存所必需的手段。婴儿出生后就会吮奶。用乳头刺激婴儿唇部，他即可用嘴衔住，通过咬肌运动造成口腔内负压而开始吸吮。这种吸吮反射是本能动作。经过不断的探索，已从细胞水平研究这种原发性动机的机制，并取代胃肠需要的说法。活体细胞进行新陈代谢的过程，要求对细胞消耗的成分给予补充，以维持内环境稳态。这种补充营养物质的活动属于有动机的行为，原发性需要来自细胞本身。实验说明，有两部分的细胞对这种需要最敏感，一是“饱中枢”，或称“厌食中枢”，当刺激下丘脑腹内侧部的

神经核团时，动物有拒食表现，长时间刺激可拒食致死亡：一是“饿中枢”，或称“摄食中枢”，当刺激下丘脑腹外侧部时，动物便不管饥饱吃个不停。虽然有许多问题尚待进一步探索，但这说明生命体内有一个完整系统控制着摄食行为。

饮水行为可能与体内两类细胞关系密切。一类是在下丘脑的视前区，有对血浆渗透压十分敏感的细胞，称为渗透压感受器。用狗作试验证明，当血浆渗透压增高18%时，渗透压感受器即可兴奋。然后通过下丘脑—垂体后叶促使抗利尿激素释放，使肾小管上皮细胞大量吸收水分，降低渗透压，以维持相对平衡。另一类细胞在左心房内膜下，称为容量感受器，当回心血量增加时，由左心房扩张而刺激该感受器兴奋，形成对垂体后叶释放抗利尿激素的停止信号，因而减少了肾小管对水分的重吸收过程，于是尿量增加，循环血量得到调整，改变了回心血量增加的状况。由此可见，饮水行为的产生，也是由体内水的平衡状态所决定的。这正如恩格斯所论断的：“决不能避免这种情况：推动人去从事活动的一切，都要通过人的头脑，甚至吃喝也是由于通过头脑感觉到的饥渴引起的，并且是由于同样通过头脑感觉到的饱足而停止。”（《马克思恩格斯选集》第四卷第228页）

2. 性动机 是生物的本能，是传宗接代、延续种族的需要。人类的性行为，具有理智、文明、道德等内容，不同于动物的习性。乃是具有社会规范的爱情行为。但就其动机来说，则完全以生理变化为基础，所以仍属于原发性动机。它与饥食、渴饮的不同之处在于：第一，饥食与渴饮对任何个体来说是终生存在的，但性动机只是在个体生长的一定阶段内发生，如人的性动机始于青春发育期之后。许多动物则在性成熟后呈现周期发情。第二，食与饮是维持生命的要素，需要不能满足则危及个体生命。性动机不能得到满足则没有这种直接后果。第三，就生理机制来说，性动机比饥渴单纯。

性动机的生理基础，已肯定是由于性激素的刺激作用。个体发育到性成熟后，体内激素达到足够水平，性行为才具备条件。实验证明垂体前叶的促性腺激素，保证性腺的生长发育，性腺激素是性机能成熟的必备条件。人类性行为，由于在性成熟之前受社会行为规范的影响和约束以及民族文化背景不同而各异。也就是说，它要受人意识的控制。

3. 母性 母性动机是雌性个体在生育幼崽前后时间内所独有的一种原始动机，或称“母性本能”。表现的行为诸如哺乳，舐拭幼崽的身体，保护幼崽的安全，幼崽跑开时挽回窝里等。这类行为在同一属、种里常常表现为同一形式。

母性动机的生理基础较为复杂，据认为与脑垂体分泌催乳激素有关。由子宫内胎儿的存在刺激脑垂体分泌催乳激素，激起乳腺分泌，及刺激个体对幼崽特别亲近。人类女性的怀孕、生育、乳腺分泌过程等都以生理活动为基础，但生产后母亲对婴儿的行为，却不象动物那样为母性本能所支配而表现为同一模式。人类的育儿方式受不同文化、社会背景的影响而有所不同，与受社会意识制约，母子关系是社会性的而非单纯生物性的。

此外，还有一些原发性动机：

寻求感知觉刺激的动机 感官有接受各种刺激的需要。感知觉剥夺试验表明，在感知觉被剥夺的情况下，人的智力、感知觉能力均下降，而且最终难以忍受该情景的继续。

求知的动机 由思维系统探索、理解、认知的需要所致。

操作活动动机 由骨骼、肌肉的活动需要所致。

趋利避害动机 由逃避各种不适刺激，避开疼痛、痛苦和危险情景的需要引起。

睡眠、休息的动机 是机体疲劳后产生的需要所致。

（二）社会性动机

社会性动机是起源于心理和社会因素，由经过学习而获得的需要所产生，又称心理动机。它包括亲和、爱情、相属、成就、独立、自律、防卫、显示等。它因人而异，是后天学习得来的，同时又受社会因素的制约。其内容颇多，限于篇幅，简叙几种。

1. 尊重动机 包括受人尊重、自我尊重、尊重他人三个方面。没有任何人愿意无故受别人欺侮（受虐狂者例外）。受人尊重是别人对自己尊重，如被注意、被接纳、被承认、被赞许、被支持、被拥护等。尊重他人是将上述各项施于他人。自尊包括自信、自强、求成、领导等。这一动机的实现，个人才能体会到作为一个人的尊严与价值，才能真正发挥一个人的聪明才智和创造能力而造福社会。

2. 亲和、相属动机 人类社会生活中存在着一种需要与人亲近的动机，如需要别人关心，需要爱情、需要与别人合作或取得支持，需要隶属于某个组织和团体等。这种动机的满足可以增加个人的安全感和更好地发挥个人的能力。

人类早期为了抵御洪水猛兽及获取食物，自然而然地结成社群关系。在今天，为实现四化，更需要人们群策群力，共同奋斗。亲和、相属、成帮、结伙是一种社会自然现象。同乡、同学、同事、同志等因素都可能会形成一定的圈子。正确处理个人与社团、社团与社团之间的关系十分重要。

3. 成就动机 是指个人对自己认为重要或有价值的工作，不但愿意去做，而且力求达到完善地步的一种心理过程。任何人都会有一种做出一番成绩、事业，以满足自我实现的动机。所谓成就是相对的，其形式是多样的。其中含有与他人比较，和既定标准比较的意思，有竞争的性质。

成就动机是在社会中习得的，它受个人的智能、年龄、经历、性别的影响而出现差别。这和个人家庭、民族、文化及社会背景有关。成就动机的强弱与学习成绩、工作成果成正比。成就动机的高低多赖于儿童时期的家庭教育。父母重视子女独立自主精神的培育，又能以身作则者，其子女今后的成就动机一般也较高。

四、动机的确立和斗争

（一）动机的确立

动机在心理活动中占有重要地位，具有根本性意义。动机可以反映一个人主观的、内在的心理状态和精神境界。人的动机以需要为基础，同时又受人的理想、信念、世界观、道德观、人格特征等因素制约。为了使我们的行动能达到预期目的和取得应有效果，就必须确立正确的动机。这主要靠正确的世界观和对目的的认识来指导。同时，还必须对自己的动机有明确的、清醒的意识。否则，就可能使行动处于软弱无力的状态，甚至会让不正确的动机占优势，而做出错误的行动。

（二）优势动机

在人们的实际生活的行为中，常常不只是一个，而是同时存在着很多的动机。这些动机的强度又随时会有变动。任何时候，一个人的行为由其全部动机结构中最强的动机作决定，这叫优势动机。一定时间内的优势动机得到满足之后，优势便向其它动机转移，于是开始另一个行为。譬如，一场足球赛后，运动员渴、饥、休息的动机同时萌发。此时假定渴是优势动机，该人便会先去喝水。渴欲满足之后，饥饿成为优势动机导致进餐行为。饥渴都获满足之后，优势动机便向休息转移。优势动机的确立是由人的生理需要和社会需要的质和量所决定的。它

可以是短暂的,也可以是长久的。譬如,一个人为祖国医学事业作贡献的动机可能终生不移。

(三) 动机的斗争

优势动机的确立常常不那么顺利。因为个体在其动机结构中有一些质量非常相似或相互矛盾的动机,使人难以取舍,这就形成了动机的斗争,或称动机冲突。其形式基本上有三种,即双趋冲突、双避冲突和趋避冲突。这些动机的冲突,实际上也就是确立优势动机的过程。

1. 双趋冲突 两个目的物对个人具有同样的吸引力,而引起同样强度的动机。迫于情势,二者必选其一,即造成“鱼与熊掌不可得兼”的难于取舍的矛盾心情。

2. 双避冲突 两个事物同时对个人造成威胁性和厌恶感,产生同等强度的逃避动机,但又迫于情势,必须接受一个,才能避免另一个,即“前有狼,后有虎”的处境造成的紧张状态。

3. 趋避冲突 对单一的事物同时产生两种动机,一方面好而趋之,一方面又恶而避之。如子女对父母,一方面需要父母保护而依赖父母,另一方面又不愿父母管教约束太多而要求独立行事,造成依赖与独立的矛盾心理。同事间、社团间既有竞赛又需合作,也属趋避冲突。

人的心理活动是丰富而复杂的,客观外界的影响也是纷繁多样的。特别是那些重大的或具有原则性意义的矛盾,往往使动机斗争很激烈,表现为内心紧张,踌躇徘徊,迟疑不决,焦虑不安。激烈的动机斗争经常发生或持续较长时间,易造成心身的紧张状态,从而危及健康。

第三节 挫 折

一、挫折的意义

动机一旦产生之后便引导个体行为指向目标,但达到目的的行为过程并非每时每刻顺利无阻。凡是一种动机产生之后,可能遭遇到的结果有四种:第一,动机能轻易获得满足,无需特别努力即可达到目标。第二,动机的实现可能受到阻碍或延迟,但此过程给予个体许多解决问题的能力锻炼,而最终可以达到目标。第三,当一种动机行为正在进行之中,忽然有一个较大较强的动机出现,使个体先满足后一动机而暂时放弃前一动机。第四,动机行为受到干扰和完全障碍,使个体无法达到目标而感到挫败、沮丧、失意。

无论是动机受到阻滞,暂时放弃或完全障碍,都是动机无法达到目标,这就是挫折。心理学上将挫折解释为,个体从事有目的的活动时,遇到不可克服的障碍而产生的紧张状态和情绪反应。一个人的行为经常可能遭受不同程度的挫折。挫折的后果有利也有弊。从积极的方面而言,它引导个体的认识产生创造性的变迁,即增长解决问题的能力,从而引导我们以更好的或正确方法满足欲望。这就是常言说的,“失败是成功之母”。但另一方面,如果挫折太大,或超过个体的耐受能力及不能正确对待,则可能引起紧张状态、情绪骚乱,致使行为偏差,发生躯体及精神疾病。

二、影响挫折的因素

一般来说,个体的重要动机受到阻碍时,所感受的挫折即大。而较不重要的动机受到阻碍,则易被克服或被别的动机的满足所取代,只构成一种丧失的心理感受,对个体的打击不大。然而,什么是重要动机,什么是不重要动机,不但因个人的心理发展层次变化不一,且因各人的认知水平的不同而有很大差异。因此可以说,挫折是一种主观的感受。对某人造成挫折的情境,对另一个人并不一定也成为挫折。影响挫折发生的因素,有抱负水平和个人容忍力。

2014/06/20

（一）抱负水平

一个人是否觉得受到挫折与他自己对成功所定的标准有密切关系。抱负水平是指一个人对自己所要达到的目标规定的标准。规定的标准高，即抱负水平高；规定的标准低，即抱负水平低。如两个考生，甲发誓要考上重点大学，而乙对考专科都信心不足。结果两人同时被普通大学录取，乙认为是成功而欣喜，甲则认为是失败而感到挫折。这就是两考生不同抱负水平的表现。

（二）个人容忍力

个人容忍力是人们遇到挫折时适应能力的差别。个人容忍力不同，人们对挫折感受的程度也会不同。有的人能忍受严重挫折毫不灰心丧气；有的人遇到轻微的挫折就会意志消沉；有的人能忍受别人的侮辱，但面对环境的障碍却会焦虑不安、灰心丧气。心理学研究证明：人对挫折的容忍力受到人的生理条件；过去挫折的经验；个人对挫折的主观判断的影响。一般来说，身强力壮的人比体弱多病的人更能容忍挫折；生活中历尽艰辛的人比一帆风顺的人更能忍受挫折。此外，人们对挫折的情境有不同的判断，对同样的情境，一个人可能认为是严重的挫折，另一个人可能认为是无所谓的事。

三、挫折的产生

引起挫折的原因是多种多样的，人们受挫折的程度也因主观感受而不同。但总的来说，挫折不外乎由客观因素和主观因素所产生。

（一）外部因素挫折

外部因素挫折又可分为实质环境与社会环境的。

实质环境包括个人能力无法克服的自然因素限制。严重的如：无法预料的天灾，意外事件，疾病，衰老，亲友的生离死别。轻微的如：下雪无法准时上班，赴约途中汽车出了故障等。

社会环境包括所有个人在社会生活中遭受到经济、道德、宗教、风俗习惯等社会规范的限制。在现代文明社会里，社会环境对个人动机产生的阻碍，往往比自然环境所引起的来得多，而且影响也更深远。

（二）内部因素挫折

内部因素挫折包括个体生理条件与心理动机冲突。

个体生理条件是指个体与生俱来的容貌、身材等有先天性质的因素所带来的限制。譬如，一个身材矮小的篮球运动员虽然勤奋但较难成为优秀的选手；而一个有志于考医学院的学生却因色盲而不能被录取。

动机的冲突是在日常生活中，多种需要产生多个动机，在动机的相互斗争中表现为对立或排斥而无法同时获得满足所产生的心理状态。

四、挫折后的反应

一个人体验到挫折后，不管其原因是属于外在因素或内在因素，在情绪和行为上都可产生以下几种反应。这些表现往往以综合的形式出现（图2—3）。把它们分开论述，只是为了更清楚地进行分析。

（一）攻击

攻击有直接攻击与转向攻击两种方式。直接攻击是个体受到挫折后，将愤怒的情绪直接导向造成其挫折的人或物。表现为对人的嘲笑，谩骂或拳脚相加及损坏障碍物等。一般来说，为自己的才能、权力等各方面较有自信，或具备某种实力者，容易将愤怒的情绪向外发泄，

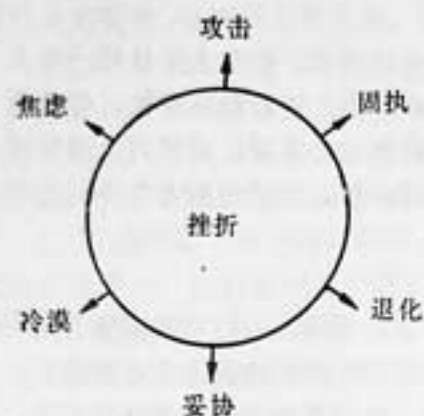


图 2-3 挫折反应示意图

而采取直接攻击的行为反应。转向攻击一般在下列几种情况中表现出来：第一种情况为对自己缺乏信心而悲观。把攻击对象转为自己，产生自责。第二种情况为当个人觉察到不可能对引起挫折的对象直接攻击，否则将承担更为严重的后果时，便往往把愤怒的情绪发泄到次要的人或物上去。第三种情况为挫折的来源不很明显，可能为日常生活中许多小挫折的积累，也可能为个体内在因素（如疾病、疲劳等）。个体找不到明显的攻击对象，于是将闷闷不乐的情绪发泄到与真正的挫折起因毫不相干充当“替罪羊”的人或物上去。

（二）焦虑

即使是一个坚强而充满自信的人，如果一而再，再而三地遭遇到某种程度的挫折和失败，也会慢慢失去自信，对某些境况产生茫然的预感，而在情绪上呈现不稳定、忧郁、焦虑的现象。同时，在生理上也出现冒汗、心悸、头昏头疼、脸色苍白、口干唇燥、胸部如有重物压抑感等。

（三）退化

个体的行为规范是随着人的发展过程有一定递进模式的。但当一个人遇到持久或重大的挫折时，他的行为表现往往比他年龄应有的表现显得幼稚。在极端情况下，成人会在心理上倒退到婴儿阶段，如疑病症就被认为是倒退的表现形式。患者坚持认为自己有病，以寻求别人的帮助和同情，象儿童依赖父母那样依赖别人。另一些成人在遇到严重挫折不能承受时，便发生象小孩一样的哭闹、激动、扰乱等。

（四）冷漠

个体对引起挫折的对象无法攻击，又无适当的替罪羊可以发泄，只好将其愤怒的情绪压抑下去，表现出冷淡、万事无动于衷的态度，失去了喜、怒、哀、乐的表情。这将对身心健康产生极大的损害。

（五）病态固执

挫折使一个人一再重复同样的行为，尽管反复多次毫无结果，但他仍要继续这种行为。由于这种行为具有强制性的特点，它们往往不能被更适当的反应取代。如精神病中的强迫症患者是病态固执的典型例子。又如，发生火灾时，人们往往拼命推拉上锁的大门，越重复这种动作，越可能丧失逃避的时机，但人们往往还要继续这种动作。再如，企业中人们受到挫折后往往会抵制经济或技术上的变革，他们会执拗地认为老一套的办法是最好的、拼命寻找重复老办法的理由。

（六）妥协

人们受到挫折时会产生心理或情绪紧张状态。这种状态在心理学中又称“应激”。人们长期处于应激状态会导致心身平衡的紊乱而产生各种疾病，因此需要产生妥协性的措施减轻应激状态。

第四节 防卫反应

防卫反应，又称防卫机制，是心理动力学派的基本概念之一。所谓防卫机制，是由一定

的动机所发动，目的在于避免精神上的痛苦、不快，以及遭受挫折后可能产生的心身疾病、神经病和精神疾病。心理动力学派认为，各种防卫机制都是在潜意识中进行的。尽管每一个人都在有意无意地使用，但这种运用是继发的，是个人在其生活经历中学会的。因此，个人所掌握的防卫机制的方式又往往成为该人人格的一部分而表现出来。防卫机制的种类很多，本节拟就较有定论的部分作一介绍。需要指出的是，两个或两个以上的防卫机制往往可以同时起作用而呈协同关系。

一、潜抑作用(Repression)

潜抑作用乃是把不能被意识所接受的念头、情感和行动在不知不觉中抑制到潜意识里去的作用，这是心理防卫机制的最根本的方式。通常来说，心理活动能把一些人们所不堪忍受或能引起内心矛盾、冲动的念头，情绪或行动，在被意识之前，便抑制、存放到潜意识中去，以不致于时时干扰我们的心境。这些潜意识中的念头、情绪和行动，虽不被意识，却可能不知不觉地影响我们的日常行为。原发性潜抑所涉及的主要是性的和攻击的本能冲动。继发性潜抑是由于“超我”反对某种冲动或观念而发动的无意识机制。潜抑现象在许多精神病患者中都可以观察到。如癔病的发作，常具有潜抑的特征。

二、否认作用(Denial)

否认作用是一种比较原始而简单的心理防卫机制。它与潜抑作用极为相似。它的方法不是把已发生的痛苦与不快有目的地“忘却”，而是把它加以“否定”，就象它根本没有发生过。例如，小孩打坏东西闯了祸，往往用手把眼睛蒙起来，这与鸵鸟在敌害迫近时，便把头埋在沙堆里的举动一样。即把心理上或情感上不愿接受的事物，当作没有这回事，以减轻心理上的负担。再如，癌症病人否认自己有病；妻子不相信丈夫突然意外死亡。由于否认作用是在潜意识中进行的，人们不但否认了事实，而且真正相信没有这个事实，这样有时会产生病态妄想。极端的否认作用，也是精神病人常用的心理自卫机制。

三、退化作用(Regression)

当人们遇到挫折时，放弃已经习得的成人方式不用，而恢复使用早期幼稚的方式去应付事情，或满足自己的欲望，这就是退化现象。如有的病人经过死里逃生的车祸或大手术之后，虽然从医学观点看来，身体已经复原，可病人往往不愿出院。这是因为病人经受巨大挫折，害怕再负起成人的责任及承担随之而来的恐惧与不安，而退化成孩子一样的依赖。退化作用在癔病和疑病症中也很常见。

四、幻想作用(Fantasy)

幻想作用与退化作用较为相似，是指个人遇到现实困难时，因无力处理这些问题，便以幻想的方法，使自己脱离现实，在幻想中处理心理上的纷扰，让欲望得到满足，如“灰姑娘”型幻想。如果一个成人经常采用这种方法来应付实际问题，则是精神疾病的表现。

五、转移作用(Displacement)

因为对某一对象的情绪、欲望和态度，是不可能为自己的理智和社会所接受的，便在潜意识之中，把它转移到另一个可以替代者身上。如“迁怒”事例便是证明。有的丈夫在外受气，回家打妻子，妻子打孩子，孩子踢小花猫，因为愤怒被转移的缘故，心境得到一定的平息。如精神病中的恐怖症、强迫症都可见到转移作用。此外，发泄作用，即使个人的消极情绪发泄出来以达到调整心身平衡或治疗的目的。借题发挥，大哭大喊一通，向他人作详细倾诉，是发泄的常见形式。这也是转移作用的一种。

六、合理化作用(Rationalization)

个人遭受挫折或无法达到所追求的目标及行为表现不符合社会规范时，给自己找一些有利的理由来解释。虽然这理由常常是不正确的，在第三者看来是不客观或不合逻辑的，但本人却强调这些理由去说服自己，以避免精神上的苦恼，如“酸葡萄作用”和“甜柠檬心理”。前者源于伊索寓言，说狐狸吃不到葡萄就说葡萄是酸的。认为自己得不到或没有的东西就是不好的，以冲淡内心欲望与不安。后者是说凡自己所有的东西都是好的，如得不到葡萄只有柠檬，便认为柠檬是甜的，以减轻内心的痛苦与失望来安慰自己。这种自欺欺人的防卫方式如果用得太多，将会妨碍人们进行真正的追求。

七、投射作用(Projection)

投射作用通常是指将自己所不喜欢，或不能接受的性格、态度、意念或欲望，转移到别的人身上或外部世界去。广义的投射泛指各种内在心理的外在化，而所投射的心理活动并不限于意识所排斥者。古诗云“我见青山多妩媚，料青山见我亦如是”。便是典型的投射例子。有些人自己有某种恶念及不良欲望，但坚信别人也有这些念头，以此保持心境的安宁。如“以小人之心度君子之腹”即可说明这种投射。在心理测验的投射性检查中，病人常可通过投射暴露自己真实的心理状态和欲望。这种检查可帮助医生找出疾病的症结所在。

八、摄入作用(Introjection)

摄入作用是与投射作用相反的一种防卫机制。我们的思想、情感与行为，都会受到周围环境的影响。摄入作用乃在广泛地、毫无选择地吸收外界的事物，而将它们变为自己内在的东西。如常言所说“近朱者赤，近墨者黑”。由于摄入作用，有时候人们爱 and 恨的对象被象征性地变成了自我的组成部分。如当人失去他所喜爱的人时，他常会模仿所失去的人的举动或喜好，以慰藉内心因丧失所爱而产生的痛苦。相反，对外界社会或他人的不满，在极端情况下会变成对自己的恨，因而产生抑郁症和自杀行为。

九、反向作用(Reaction)

反向作用即以“矫枉过正”的形式处理一些不能被接受的欲望与行动。因为人的许多原始的行动及欲望，是自己和社会规范所不能容忍，不能许可的，所以常被压抑而潜伏到潜意识中去，不为自己所觉察。但这些潜意识仍随时在伺机蠢动。人们为了害怕它们可能会突然冒出来，不得不加以特别防范，如爱咬手的小孩为了怕妈妈看见后打骂，见到妈妈后就把两手背在背后，声明“妈妈我没有咬手。”这举动正说明他仍有很强的咬手动机。有的人对内心憎恨而伺机报复的对象非常温和，过分热情，正是他在无意中用反向作用去掩盖他的本意。这说明人的某些行为，如果过分的话，正表示他潜意识中可能有刚好相反的欲望。

十、补偿作用(Compensation)

人们因生理上或心理上有缺陷，而感到不适时，企图用种种方法来弥补这些缺陷，以减轻不适感，称为补偿作用。引起这种心理不适的，可能是生理与客观现实中的缺陷与不足，也可能是自己的主观认识或想象。如盲人的触觉、听觉敏锐，自幼瘸腿的人心灵手巧，就是一种常见的补偿。补偿是一种潜意识的机制。如有个男孩，突然以各种方法想表现他是个男子汉。原来，他生活在一个充满女性的家庭，有六个姐姐，平时因举动扭扭捏捏象个小姑娘，而被学校里的女同学嘲笑，便企图以行动表明自己是个真正的男人，产生了补偿。过分的补偿则导致精神的变态，如一个自惭形秽的人可一反往常，变得好斗，富于攻击性、自尊自大，这是过分的补偿。

十一、同一化(Identification)

同一化是一种潜意识的机制。它使一个人力图把自己变得跟他人相似,甚至以他人自居。如在不自觉中,男孩模仿父亲,女孩模仿母亲,这可以促使儿童的性格逐步成熟,特别有助于男女性别的发展。有时候,人们会潜意识地模仿自己所羡慕的人,东施效颦就是例子。模仿也常可满足人们内心的某些欲望。不恰当的同化便导致病态,如精神病人自称为某伟人或电影明星。

十二、隔离作用(Isolation)

隔离作用是把部分事实从意识境界中加以隔离,不让自己意识到,以免引起精神的不愉快。最常被隔离的,乃是整个事情中与事实相关的感觉部分。如年轻的女学生们往往喜欢说上“一号”,而不直接说上厕所,这便是隔离作用。人死了,不说死而说“仙逝”、“归天”、“长眠”等,从感觉上来讲就不是那么直接与悲哀、不祥相联系。在心理治疗中,医生注意发现病人使用隔离作用的现象,可帮助找到病人的重大心理问题。因为病人在潜意识中所要掩饰的,正是心理治疗可能针对的问题。

十三、抵消作用(Undoing)

抵消作用是指从象征性的事情,来抵消已经发生了的不愉快事情,以补救心理上的不适与不安。例如,我们无意中作了对别人不礼貌的举动,赶快说一句:“对不起”或“请原谅”,于是心理上就得到了安慰,以抵消对不起别人的举动。

十四、升华作用(Sublimation)

一般来说,这是心理防卫机制的一种积极形式。人原有的行动或欲望,如果直接表现出来,可能会受到处罚或产生不良后果,从而不能直接表现出来。但如果能将这些行动和欲望导向比较崇高的方向,具有建设性,有利于社会和本人时,这便是升华作用。如一位有强烈妒忌心理的人,看不得别人的成就,但理智又不允许他将这种心理表现出来,于是他可能通过发奋学习、工作来试图超过对手。孔子厄而著《春秋》,司马迁腐而《史记》出,都可谓升华的范例。

十五、幽默作用(Humor)

这也是一种积极的心理防卫形式。当一个人遇到挫折时,常可使用幽默来化解困境,维持自己的心理平衡。如大哲学家苏格拉底,不幸有位脾气暴躁的夫人。有一天,当苏格拉底在跟一群学生谈论学术问题时,夫人突然跑进来,先是大骂,接着又往苏格拉底身上浇了一桶水,把他全身都弄湿了。可是苏格拉底只是笑一笑说:“我早知道,打雷之后,一定会下雨。”本来是很难为情的场面,经此幽默,也就把事情化解了。一般人格较成熟的人,常懂得在适当的场合,使用巧妙的幽默把一些原来是困难的或难堪的情景转变一下,渡过难关。这可以说是较高级的适应方法之一。

以上是具体的心理防卫机制的简介。需要强调的是,防卫机制是正常人或精神病人都具有的心理活动。因此,不能说防卫机制本身是病态的或异常的。只有当防卫机制失败,或自我虽得免于痛苦,但由于防卫机制运用不当或过分,以致破坏了心理活动的平衡原则,妨碍了个人的社会适应,这才能视为病态。此外,具体的防卫机制之间有不同的逻辑关系,如种属关系、等位关系、相反关系、内涵部分相重叠等。

(南京中医学院 杜文东)

(北京医学院 王效道)

第三章 变态心理

变态心理是指人类心理与行为的异常表现。变态心理学是研究整个心理过程与躯体、社会环境因素的关系及其变态的学科，它的重点是研究异常心理行为的发生、发展、变化的原因和规律。

目前，变态心理在社会及医疗上所引起的问题，已在世界各地受到普遍重视。就美国而言，综合性医院门诊约2/3属心理因素致病的患者。全国各地有80万张床位，经常为心理疾病患者所占据。由国立机构收容、照顾的智力不健全等心理缺陷患者，约有12万人。此外，经住院治疗显著进步而出院，在家人照顾下，仍接受门诊治疗的康复期患者也在10万人左右。

以上系美国医学心理学会公布的统计数字，尚不足以包括心理变态问题的全貌。因为还有为数众多的人格异常与行为变态的人，未受治疗或未被列入患者统计，而在医学上及社会上已构成严重问题。

变态心理及疾患除可产生严重的医学及社会问题外，对于经济、人力的损失也颇为可观。根据美国工商机构的调查，职工缺勤2/3是由于疾病，而其中精神神经病占绝大多数。甚至意外事故、工伤的发生也多因心理问题引起。

美国医学心理学会最近发布两组统计资料。一是每20人中，有1人曾在精神病院住院治疗；10%的人在一生中，可能患长期或短期、严重或轻微的心理疾患。二是每五个家庭，在1年之内，至少有一个家庭中的个别成员或全体成员为心理问题所困扰，而需向临床心理学家咨询或接受诊疗。这些足以反映当今社会中心理变态问题的严重性。

第一节 常态与变态

心理活动的“常态”与“变态”是相对而言，其间并无明确的界限及标准。现代心理学家对于常态及变态的区分，多从“病理”、“统计”及“文化”等三个角度从事观察与研究。

一、病理学的研究

人类行为的变态，多数起源于心理的失常，在临床上有病理的症状。如神经精神病患者的恐惧、妄想或幻觉，人格异常者的反社会行为等。事实上，任何正常人也常有“变态”的表现，尤其身临紧张、恐怖情境及发生突然事变时更为突出。当然，某种特殊的症状可能为某种心理疾患的征象，从而为诊断提供依据。

二、统计上的研究

统计为运用数学的方法作广泛的调查，研究群体中常态与变态人数的比例。如图3-1所示，大多数人（约占2/3）均属正常。弧线左的少数人为智力低劣者（约占0.13%），而弧线右的少数人则为聪敏人物。聪敏人物的社会适应问题较小，在理想环境中加以培养，可成为优秀分子；而真正的异常者，是专指那些心理疾病的患者，以及其行为不能与社会相适应的低

能分子。

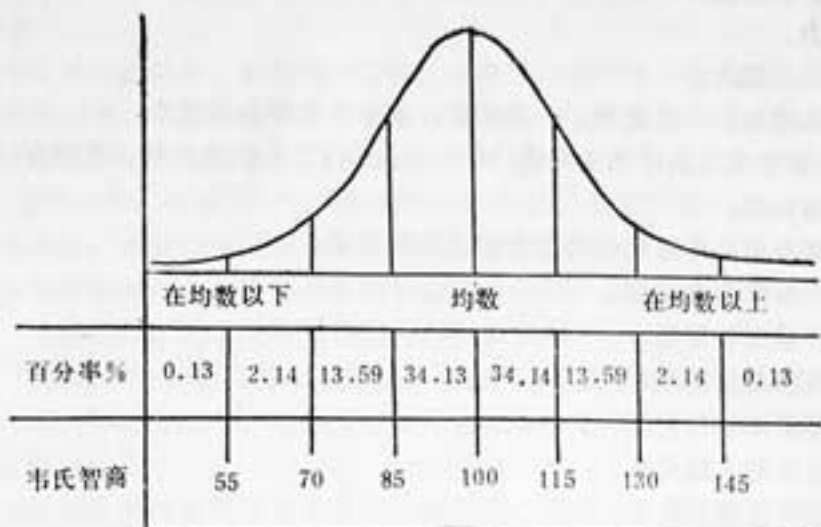


图3-1 人格常态分配曲线

三、文化上的观察

个人行为的正常与否，应以其所处的社会环境及文化背景作为判断的基准。每一个民族都有一些约定俗成的规范，不许个人轻易违背。个人的个性应有合理发挥的余地，但过分逾越规范而为所欲为，则可能被视为变态。当今世界各国文化交流频繁，但不同地区，不同民族之间仍保留若干程度的传统观念与习惯。因此，在某一地区或民族被认为正常的行为，在另一地区或民族可能被视为异常。而且同一行为出现在同一地区，因时间的不同可能发生评价的差异。

四、正常心理的标准

心理活动正常与否，至今尚无公认的标准。许多心理学家做了大量工作，从多种不同行为表现的角度进行观察，得到一些不同的标准。

Scott 从行为表现上进行分析，列出十项标准：

1. 适应能力。
2. 自我满足的能力。
3. 人际间交往能力。
4. 智慧能力。
5. 对他人的审慎态度。
6. 对社会的贡献。
7. 自主性、自治的能力。
8. 综合能力。
9. 对待自身的态度。
10. 对情绪和动机的控制能力。

Gahoda 提出六项规定区别正常与异常：

1. 自我的态度。
2. 成长发育。

3. 自主性、独立性。
4. 综合能力。
5. 对现实认识能力。
6. 对环境的控制，一是成功，一是适应，意味着处理是否适当。

人本主义心理学家马斯洛和麦特曼(Mittelman)二人认为正常心理应有以下十项：

1. 充分的适应力。
2. 充分了解自己，并对自己的能力作适度的估价。
3. 生活的目标能切合实际。
4. 与现实环境保持接触。
5. 能保持人格的完整与和谐。
6. 具有从经验中学习的能力。
7. 能保持良好的人际关系。
8. 适当的情绪发泄及控制。
9. 在不违背集体利益的前提下，能作有限度的个性发挥。
10. 在不违背社会规范的情况下，对个人基本需求作恰当的满足。

近年来学者们对马斯洛和麦特曼的十项标准虽未全同意，但都认为有参考价值。此外，对人的观察及评价，不宜要求过高。所谓正常人，并非毫无瑕疵，多数人在上列标准中，未必全能符合。倘若轻微不合，仍能享受相当完善的社会生活，可以视为正常。但缺陷的项目过多，则可能构成变态。

综合国内学者的研究，我们认为正常的心理应具备下列八项：

1. 智力在常态分配曲线之内及对客观事物能作正常反映的超常者。
2. 心理与行为特点与生理、年龄基本相符。
3. 情绪稳定、积极与情境相适应。
4. 心理与行为协调一致。
5. 社会适应，主要是人际关系的心理适应协调。
6. 行为反应适度，不过敏、不迟钝，与刺激情境相应。
7. 不背离社会行为规范，在一定程度上能实现个人的动机并使合理的需求能得到满足。
8. 自我意识与自我实际基本相符。“理想我”和“现实我”之间差距不大。

第二节 变态心理的原因

变态心理引起变态行为，其原因甚多。目前，心理变态的因果关系，尚在探索阶段。一般认为，致病因素可分为生理、心理及文化和学习四种。四种因素相互影响，互为因果。而大多数心理疾病患者均可有两种以上的因素；单纯一种因素而导致患病者为数极少。

一、生理因素

个人的生理状态对心理疾病的发生有较大影响。导致心理变态的生理因素，应包括遗传、体质、损伤与生化因素等。这些因素可单独作用于心理，也可两种以上共同作用。

(一) 遗传

个人的生理素质，部分来自父母的遗传基因。除同卵双胞胎外，每个人遗传基因的组合

均有其单独的特异性。个体生理素质为遗传因素所决定，故可视为单纯的“遗传属性”。

（二）素质

素质是指个人的生理构造，包括先天禀赋，早期的环境经验（个人胚胎状况、出生前的发育情况、分娩的过程、早期经历等）。素质的主要内涵为体格、气质、内分泌功能及其它生理功能等。这些都与心理疾病的发生有关：

1. 体格 长期以来，体格与行为关系的研究，吸引了不少学者。Sheldon(1940)提出体质与异常行为有关：内胚层体型者圆胖而软弱，情绪喜怒无常，易患躁郁症；中胚层体型者强壮，表现为好攻击等行为；外胚层体型者细长而虚弱，易患焦虑性神经症。虽然很多人对此表示怀疑，但也应承认这是对心理病因的积极探索。

2. 气质 气质表现个体稳定的心理特征。它包括心理过程的动力类型及指向性。它形成于先天因素与后天影响的结合。近代有些学者认为某种气质与一些心理疾患的发生有关。

（三）机体损伤

疾病或损伤所致的组织变异及功能失调均能引起心理变态。如颅脑外伤为变态行为常见原因之一。慢性消耗性疾病如心脏病、癌症、结核病、糖尿病及疲乏过度，均能引起适应不良的人格变异。儿童时期的疾患如脑炎、高热、抽搐及心理发育障碍等，均为导致以后心理疾患的重要病因。

（四）生化改变

希波克拉底曾推测忧郁症和精神病态与体液平衡失调有关。现代研究证明血清肌酸磷酸激酶(CPK)与精神病的严重程度相关。CPK愈高精神症状愈严重。神经化学的研究证实，中枢神经递质中的乙酰胆碱、去甲肾上腺素、多巴胺、5-羟色胺、谷氨酸和 γ -氨基丁酸等物质的代谢失常，可能成为诱发精神障碍的重要原因。

二、心理因素

人格障碍的患者多由社会适应不良所致。人格结构的变异，是因心理致病因素的影响造成的。同时也与生理和文化背景的交互作用有关。就心理因素而言，往往也是因多种纷扰引起心理变态。仅由某一种因素引起的心理疾病极为少见。心理动力学学派认为，动力因素在导致变态心理中有重要作用。精神疾病可能涉及到一个人的心理动机。每个儿童在成年之前都要经历几个生物性的性心理发展阶段。现代精神分析学家Erikson(1963)描述了各个发展阶段。在每一阶段，个人视其父母和社会环境情况，可吸收有益于心理健康的东西，也可能吸收对心理健康有害的东西。

按照精神分析理论，儿童在生长期经历着一系列的关键性情绪发展阶段，此时会产生多种心理动力的欲望和要求，不给予一定程度的满足，就可能产生永久性的人格损害。

每一个人在其生命历程中，不可避免地要与他人发生关系。因此人际关系在个体的心理发展上居于重要地位。人的一生中，人际关系的历程分为六个阶段。

婴幼儿期（出生至3岁）最重要的是哺乳与母爱。若幼年母爱被剥夺或被忽视，则易养成猜忌暴戾的性格，并可致严重的心身发育迟滞，易导致今后的精神、神经病症。哺乳满足与否，对早期人格发展最为重要。舒适安静的环境，按时进行哺乳可增加安全感。哺乳期母亲的情绪可对婴儿人格发展有深远影响，尤以焦虑的危害最大。

学龄前期（3~7岁）的儿童在行为上开始有独立的表现，父母的言行及管教方法是儿童以后人格发展的主要因素。不良的亲子关系（过度限制、过度溺爱、家庭不和睦、教育不

当、排便训练不良等),心理挫折等都可影响心理发展。

学龄期(7~12岁)的问题如躯体发育障碍,对学校生活的不适应,社会适应不良等均可影响心理发育。

青春期(女性12~13岁至19~20岁,男性迟2年左右)是一个身心变化的转折点,早熟、成熟过晚均可影响心理状态,而父母对子女约束过严或放任自流均可造成日后人格适应不良。青春期易发生孤独、内向等不良行为。生活在温暖和睦家庭者表现较轻,而发展不良可致人格变态。青春期的独立生活要接受自我控制的考验,多数人从挫折中获益,少数人受挫后可造成行为变态。

成年前期,开始置身于社会成员行列,可能遭遇多种影响人格发展的问题,若遇有关诱因,加上童年期或青春期的潜在因素则可发生人格障碍。影响人格发展的问题有恋爱、婚姻及家庭,对工作的适应等。

更年期也是一个转折点。主要是体力衰退,生活固定,家庭成员变化及更年期综合征等常引起忧郁、惆怅。部分人有自尊心及自信心丧失,悲观和厌世。

老年期有认识能力减退,怀旧倾向,保守和持重,自尊心减低及孤独感。

心理动力学派的证据大多数来自临床实践,用来证明家庭的相互关系不良有致病作用。哈佛大学曾对379位母亲进行调查研究,清楚地看到母亲对儿童的影响是十分重要的。温柔与慈爱的母亲所抚养的孩子活泼主动,比较听话,一般适应也好。母亲如冷酷无情,则造成儿童喂养困难、尿床、好打架及情绪不稳定等。

三、社会—文化因素

(一) 文化、种族与心理变态

“文化因素”对心理疾病的因果具有极大的影响作用。文化背景因地域、民族不同而各异。某些文化背景与心理疾患的分布有关。如印尼爪哇地区躁郁症少见,而新西兰人躁郁症发病率高;科威特人的风尚是猜疑、夸张和迷信巫术;精神分裂症在原始民族中则十分少见。这些情况说明,文化背景是导致某些心理障碍的原因之一。

(二) 社会—文化关系失调

个体的社会—文化关系是一个庞杂的体系。它包括阶级关系、经济关系、民族关系、宗教关系、伦理道德关系、职业关系、两性关系等。在这个体系中,每个组成部分对人的心理活动的发生、发展、变化都产生巨大的影响。在这个体系的综合影响下,个人形成内在心理品质和行为方式。因此,社会—文化背景变化的刺激,必然会影响人们的行为使其作出相应的社会适应。那些不能对此作出正确适应或社会—文化背景的变化过于强烈、迅速,使个人无法承受,就可能出现人的社会—文化关系失调情况。是否产生失调,取决于个体心身状况如何及社会—文化关系变化的激烈程度。

人的社会—文化关系失调,可出现社会适应不良的境况,个体的主观世界便产生一系列的矛盾冲突和情绪体验,并引起大脑和人体内部的一系列生理、心理变化。

(三) 价值系统的适应不良

如果个人因文化环境的变异而发生新旧的冲突,可产生适应不良的问题。时代的进化,使社会的形态亦随之改变,原有的标准未必适用于新的社会。因此,当社会上发生重大变故或改革之后,常使人有迷惘困惑,无所适从之感。

此外,还有一些紧张刺激因素可导致心理变态,如职业性紧张刺激、性功能失调、疾病

防治中的刺激、意外事故等。

(四) 社会动乱

社会动乱对个人产生较严重的心理创伤。个人承受社会动乱的能力，视情绪的稳定程度及生活经历中获得的经验而定。在非常的环境下，每个人的应付方法及行为表现各有不同。如长期不良的遭遇、挫折，对个人的人格发展将产生重大的消极影响，可使人丧失信心、消沉颓唐、理想幻灭、厌世轻生，产生严重的心理变态。

四、学习因素

根据学习理论的观点，认为对变态行为的理解应集中在可观察的行为方面。巴甫洛夫关于狗的实验性神经症是非常著名的。将狗训练到每看见“椭圆形”时就流涎，看到圆形则不流涎。然后，把椭圆形逐渐变为圆形，以至使狗再也不能辨别椭圆形（该流涎）和圆形（不该流涎）时，狗将会出现神经症样的反应，精神错乱、狂叫、哀鸣、咬坏仪器等。

华生的模拟性恐怖症亦已广为流传。他在原来很喜欢动物的幼儿伸手去玩弄小白鼠时，就在他背后击物发出巨声，反复结合数次后，只要出现小白鼠，幼儿就表现恐惧、哭闹、不安。

桑代克的实验亦很著名，他首先教会猫打开笼子，并在笼子内得到所喜欢的食物作为奖励。然后在猫打开笼子吃食时给予电击。几次后，饥饿的猫在笼子面前犹豫起来，趋避冲突的结果可使猫产生类似人类焦虑状态般的反应。

以上就是用学习实验的方法来理解变态行为的例子。根据学习—行为的观点，对变态行为只有一种解释，即所有的行为都是学习获得的，并由于强化而得以巩固。行为模式的治疗原理是用学习的方法矫正患者的病理行为，即行为疗法。

我们认为，上述四种模式都不能单独阐明所有的变态行为的原因，但这些理论都说明了某些病理心理问题。医学模式的观点尽管不够完善，但便于使用，它有利于交流，可就所说的疾病或症状取得一致意见，在治疗上也有一定成效。然而，医学模式只看到人的生物有机体的一面，而忽视了作为一个社会成员受社会生活条件制约的一面，故其最大缺点为忽视了人的整体性。心理动力学模式的最大贡献在于它的治疗技术，同时重视儿童期及家庭经验对心理健康的特殊作用。但这一模式过分强调潜意识领域中心理冲突影响，这就妨碍了对致病因素的全面了解和全面治疗。社会模式的解释虽然不够精确，但许多社会紧张压力很可能引起某些变态行为。行为模式的解释虽然比较肤浅，但提出某些变态行为是习得的，且可以通过学习加以消除的论点，无疑是有一定道理的。近年来发展较快的行为疗法，为心身疾病的治疗开辟了新的途径。

第三节 社会性变态

一、变态人格

人格异常与其他心理疾病的主要区别，在于前者系人格的构造及发展上存在缺陷，而后者则为心理功能的失常。

变态人格又称病态人格、精神病态或人格异常。它是指青春期或儿童少年期发展起来的人格缺陷，或人格组成成分（人格的品质和表达方式）不平衡，或人格总体不协调等一类精神异常。由于这些原因而不能适应正常社会生活者，表现为情感和意志方面的障碍，但其思维和智能并无异常。

变态人格的范围，狭义的仅指对周围环境和社会造成危害的违纪型；广义的则包括偏执型、分裂型、情感型、爆发型、强迫型、癔病型、衰弱型、被动攻击型和缺陷型等。按其属性可分为三大类，即人格型态的违常，人格属性的违常，社会病态的违常。

变态人格在我国尚无确切统计，估计不足1%。变态人格总的以男性为多见，具体类型两性有差异。例如，偏执型、强迫型和违纪型多见于男性，而衰弱型、癔病型、和情感型则以女性为多。变态人格大多开始于儿童少年期或青春期。

（一）人格型态的违常

此类人格型态的组成及发展不良，适应紧张情况的能力薄弱，当遭遇困厄时较易触发功能性精神病。部分患者还有体质因素的影响。一般可分为：

1. 缺陷性人格 患者非但有心理的缺陷，而且精力衰弱，部分患者甚至无法应付正常生活，其行为特征为情感的、理智的、社会的，以及躯体适应不良。

2. 分裂人格 此型最显著的特征为离群索居、淡漠孤僻、害羞胆怯、缺乏进取心、且无法与他人和睦相处。患者不愿直接与现实生活相接触，忽视客观的环境，常冥思幻想，有对立感或攻击性。在童年时期，表现为优柔寡断、过分顺从、极度羞怯、孤独敏感。其思想内容，过于偏重理想而不切实际，终于一事无成，此类性格形成的神经精神症则预后多属不良。

3. 循环性人格 也称躁郁性人格，此型的特征为性格外向，好交友而热情奔放，对其本身需求，常不顾实际环境的状况，而以强硬的手段及方式来达到目的。当事不遂愿时，则表现暴躁、激动。患者心情愉快或沮丧易受环境刺激所影响。严重者，其心理周期呈现间歇性起伏而极不稳定，当处于一帆风顺时，常盛气凌人，不知自敛；若招致失败，就一蹶不振。轻者，表现为任性。

4. 妄想性人格 此类患者的特征为固执，猜疑，妒忌，不爱交际，惯用投射机制诿过于人，故人缘极坏；且个性偏激，自我评价过高，遭遇挫折后，为图报复，易诱发偏执性精神病。

（二）人格属性的违常

主要表现为人格发展不成熟，因而无法适应紧张的环境。当遭到现实环境压力时，无法保持平衡与安静，并丧失独立运用心理功能的能力。可分为三型：

1. 癔病性人格 也称情绪不稳定人格，本症患者即使在非常轻微的紧张情景下，也可有较严重的情绪冲动表现。其特征是人格不成熟和情绪不稳定，表现做作、夸大，自我中心，暗示性强，情感变化多端，富于幻想；稍不如意即暴跳如雷，好强辩，意气用事；而在遭遇意外事故时往往惊慌失措，故面临家庭变故或个人困难时，就缺乏自制及解决问题的能力。

2. 被动攻击性人格 可分下列三个亚型。

（1）无力型 患者在童年时期，对父母及家庭过分依赖，行为缺乏主动，长大之后心理行为仍处于童稚状态。主要特征为，缺乏自信，优柔寡断，事事依赖别人照顾，无法独立生活。

（2）被动攻击型 表现为经常面带愠容，倔强专横，做事疏懒成性，不求实效。

（3）爆发型 患者的变态行为与其不稳定的情绪及性格有关。即使遭到极微小挫折，也会激动，暴怒，甚至出现破坏性和攻击性行为，喜搬弄是非，好斗；当其攻击性反应发作时，往往无法自控。但当对方实力过强而不能直接攻击，也无法寻求其他合理方式发泄时，则可表现幼稚行为。

3. 强迫型人格 此型往往以极端高标准要求自己，自律甚严，对社会及道德规范的遵守

往往显得过分小心；对工作兢兢业业、勉力从事，且可有较多贡献，由于求全心切，也严格要求别人，不容他人松懈；平时不苟言笑，常令人敬而远之，甚至产生人际关系紧张。此种人格违常可能与青春期行为的固定化有关。

（三）社会变态的人格违常

此型主要特征为常对社会的规范和要求持反抗态度，人际关系不良，自我中心，缺乏责任感；有较重的情感障碍，除情绪不稳定和易激怒外，对人的情感淡漠；行为常受感情冲动所支配。

二、性变态

性变态又称性变态人格，是指性冲动障碍和对性对象的歪曲。其表现方式甚多，一般多由环境因素在性心理发展过程中产生不良的影响所致。最常见的为同性恋，其它如异性服装癖、恋物癖、窥阴癖、暴露癖、施虐狂、受虐狂、易性癖等均为少见。

（一）同性恋

同性恋是指一个人以同性为性对象。Kinsey(1948)报告美国同性恋在青春期男性中的发生率达37%，女性为25%。而真正有同性性行为的男性仅占4%。我国无此统计数字，在门诊偶有发现。有人认为，有些人虽无明显或公开的同性性行为，但其潜意识中有同性恋倾向，为意识所压抑，而表现为其它变态行为。其原因迄今不明，可能与以下因素有关：① 体质因素，主要是激素的不平衡。② 心理因素：可能其生长发育仍滞留于同性适应的阶段；或因在父母长年不和的环境中，子女可能视异性交往及家庭生活为畏途；或在生活过程中，早年曾遭受异性打击侮辱，因而产生强烈憎恨，促其情感转向同性。是否需要治疗以及治疗的成效均取决于患者本人，因同性恋的程度不一，有的完全不能接受异性；有的兼具异性和同性性爱；有的基本上是异性恋者，偶尔在特定条件下发生暂时性同性恋行为。第一种属真正的同性恋者，可能伴有人格障碍，沉溺于同性恋生活中，治疗甚难。若为后两种情况，其道德观念及价值系统均甚健全，在改变其行为动机后，即可达到治疗目的。一般人对同性恋往往只看到其可耻行为的一面，而忽略其病态心理的一面。若患者在医生监督及协助下，脱离原来生活环境，后果令人满意。随着年龄增长，同性恋意向逐渐逆转。

（二）异装癖

其特征为穿着异性的服装而感到满足，严重者可能在生活上完全以异性自居。男性患者爱涂脂抹粉，穿戴女性服装，以增强女性化而引起男人注目。部分患者穿着异性服装并不是寻求性的刺激，而是觉得这样更适合他们的内在性格。

（三）恋物癖

其特征是喜欢窃取异性的贴身穿戴的服饰或头发，背着人抚玩，自得其乐。这是一种适应不良人格。

（四）暴露癖

常在公共场所或僻静处向异性或儿童暴露自己的生殖器，以获得性的满足。此种病态行为属人格退化的表现，几乎全属男性，而女性患者则多暴露身体其它部位。

三、成瘾

（一）酒中毒

酒中毒又名酒精中毒，通常为潜在的心理疾患，可见于世界各地，发病率甚高，且构成严重的医学及社会问题。酒中毒的人数因地区、种族等不同而有极大的差异。美国每日有

175,000人因饮酒过量，患“酒后病”不能工作。据工业界统计，每年因酒后病损失的劳动日达60,000,000以上。美国现有慢性酒中毒患者达750,000人。饮酒经常过量，可形成人格障碍的症状。慢性酒精中毒多表现注意力涣散，记忆减退，情绪不稳定，植物神经功能失调，性功能减退等。严重者可有自私、说谎及不知整洁和羞耻等人格改变，或表现部分意识丧失、行为异常、孤僻、自伤、伤人等，即所谓的酒后行为综合征。

（二）药物依赖

服用药物成瘾，也是人格障碍的症状。真正的药物依赖，意指患者重复服某种药物，用口服或注射的方法摄入体内后，使其产生生理改变，若该药摄入中断，即可发生生理反应的症状。这主要由于使用各种镇静催眠剂、麻醉剂如巴比妥类，兴奋剂、致幻剂，大麻精等药品而成瘾，表现为人格结构上的障碍。药物依赖的发生是个性缺陷与社会环境因素相互作用的结果。患者往往有个性缺陷，易于焦虑、紧张。如意志薄弱、优柔寡断、多愁善感、好依赖他人、情感易激动、自制力差。环境方面包括社会状况、经济地位、风俗习惯、文化条件等。一般认为，青少年的药物依赖与人格不够成熟有关，中老年患者则多与医疗因素有关。症状与药品的种类、成分及药理作用有关。多数产生依赖性的药品，具有中枢神经系统的药理作用。有的可产生欣快的心理效应；有的可消除焦虑、失眠等精神痛苦；有的能改变人的知、情、意和思维，产生奇特的心理体会。

第四节 儿童少年时期特有的心理发育障碍

儿童少年时期是心理发育的一个重要阶段，生理的、疾病的因素，社会环境、教育方法以及精神创伤等不良影响，都会干扰正常的心理发育，而引起这一时期所特有的障碍，如行为、神经机能和习惯的失调等。

一、儿童少年期的习惯失调

（一）喂养失调

1. 喂养过度 我国儿童，尤以独生子女中“营养过剩”引起过胖者多见。当然，有些肥胖与遗传有关，但更多的是由于供给他们的热量远远超过他们所需要的消耗量所致。

调查发现，从婴儿到青春期，肥胖症的增加与其家庭收入有直接关系。因此产生一种新理论，认为许多人后来发胖是由于他们婴儿期吃的太多。现在，有些儿童营养学家主张，为防止儿童过度肥胖，应采用母乳喂养，并要对婴儿热量摄取情况严加注意。

2. 神经性厌食 King 将神经性厌食划分为原发性和继发性厌食两种。原发性厌食由情绪冲突引起。继发性厌食产生于多种疾病，这和儿童受父母的过分溺爱，养成挑食和偏食等不良习惯有关，或因虚弱而无力进食。

3. 神经性呕吐 这是一种由早年的精神因素及教育不当引起的胃肠功能障碍，主要是反复呕吐而体检没有任何器质性疾病的症状。

4. 异食癖 这是一种非寄生虫病的长期摄入不可食物质的食欲倒错现象，如喜食泥土、砖瓦、野草、生米、布类等物品。

（二）遗尿

遗尿是指5岁以上的儿童仍不能控制自己排尿。儿童遗尿症只是一个症状，造成原因很多，主要为器质性与功能性两大类。器质性原因约占10%，大部分系由心理因素所引起。

还可能与某些潜在因素有关，如婴幼儿时期排尿习惯不良；婴幼儿时期的强烈精神刺激；睡眠习惯改变和不定睡眠。心理治疗时应注意养成患儿良好的生活习惯，使其建立信心。同时父母应以温和、亲切、耐心的态度对待患儿，不要施加压力，以免导致新的心理威胁。

（三）睡眠失调

睡眠失调是指睡眠不安，睡眠习惯不规则、说梦话、梦魇、夜惊和梦游等异常的睡眠型式及现象，它受各种内外因素纷扰所影响。

1. 梦游症 初次出现多见于青春前期青少年，发作时多不自觉且事后不在记忆中保存。部分患者发作时常在睡眠状态中突然离床出走，但往往行走数步后即突然醒觉而回床继续睡，也有部分患者在梦游症发作时，离开其宿舍至遥远的地方，还可能从事复杂的活动。其原因常与儿童大脑皮层抑制过程不足有关，有人认为是企图以象征化的方式解决与幻想有关的心理冲突，在睡眠状态中将梦中情景在行为上表现出来。应注意避免在儿童面前谈论病情的严重性，并消除其紧张、恐惧情绪。

2. 恶梦及惊梦 多发生于儿童，常在梦境中经历恐怖的情景，如突然失落河中而惊醒，醒后余悸犹存，而且对梦中情景仍有短暂记忆而表情紧张，经父母解说安慰后仍能入睡。惊梦多在入睡后15—30分钟左右出现，在睡梦中陷入恐怖的情景中，因而突然失声哭喊、惊叫、两眼直视、汗流如注、手足动乱，并可从床上坐起或跳至地上。当时意识朦胧，可持续10~30分钟，又复入睡，醒后不能回忆。其原因常与本人生活的经历及遭遇的紧张经验有关，可不定期地在梦中出现。有人认为，血糖过低可能出现此两种睡眠障碍，因此，睡前摄入一些糖类食物，可以防止此类睡眠障碍的发生。

3. 入睡困难和睡眠不足 儿童需要充足的睡眠时间，保护神经系统及促进其机能的均衡发展。婴儿睡眠不安，常与身体不适、白天过于兴奋、睡眠不规律和不良习惯有关。表现为浅睡、易醒或早醒，白天精神萎靡，坐卧不安，出现“麻醉样昏睡症”(Narcolepsy)。为此应调查原因，消除焦虑，改善环境，合理安排儿童睡眠和娱乐活动，养成定时睡眠习惯。

（四）抽动和习惯动作

1. 抽搐症 又称习惯性抽搐，为肌群不随意的抽动或跳动，表现快速、突然、频繁、不自主、无目的抽动。好发于脸、颈及肩部。为眨眼、皱眉、皱额、努嘴、点头、摇头、伸脖耸肩、吞咽、打呃等单调、重复、不能控制的怪动作。紧张时抽动加剧，分散注意力时减轻，多发生于5~12岁的儿童，男孩多见。一般认为是患者特殊情绪的象征性表现。这类儿童大多具有敏感、羞怯、孤僻、易兴奋激动和多动等特点，还常伴有遗尿、口吃、惊梦等症状。对此首先要使家属了解此怪动作是病态，应避免辱骂或过分关注，使患儿建立信心，合理安排生活制度和有规律的文体活动，并给予小量的镇静剂。

2. 多发性抽动——秽语综合征 发病年龄多数在7~15岁，男性多见。临床主要表现为，突然发生的多发性不自主的抽动，爆发不自主的发声(类似犬吠、哇叫、或吼声)，刻板反复的咒骂及秽语，常伴有模仿言语、动作，或有强迫观念。抽动症状多数先出现于面肌、颈肌、肩胛带肌群，逐渐扩散到躯干及下肢肌群。这种不自主动作突然、短暂，且频繁发作。近年来，用氟哌啶醇治疗效果显著。

3. 口腔习惯性反应 吮指头、咬指甲、舔嘴唇等一类口腔活动为儿童早期惯常的动作，随着年龄增长而消失，但每当情绪紧张时，此类反应又可出现。所有这些口腔习惯性反应，显示了患者的人格退化，吮吸指头者多曾遭受哺乳的挫折，如断奶过早或过急等。咬指甲者

可能有无法表露的情绪问题或因身处紧张环境借咬指甲以解除其心理紧张。舔嘴唇本为缺水的反应，但也可形成习惯。对此类反应不应嘲笑、恐吓、打骂或强行制止。

4. 手淫 指儿童抚摸生殖器。这是一种学龄前儿童的常见表现。偶而手淫，不至引起任何心理或生理问题。过度的手淫多为心理上有缺陷，或情绪困扰时所产生的习惯反应。但本人不明问题之所在，又对其隐衷羞于告人。父母也往往把手淫看作非常恶劣的行为而感到焦虑，常用恐吓或处罚的办法加以阻止，这不仅无效，反使儿童养成怯懦、敏感及其它性格缺陷。因此，应针对其潜在的情绪问题予以解决。

(五) 言语失调

言语是在人际交往中发展起来的，若人际关系紧张不和谐，可导致言语障碍，尤以学龄前期影响最大。也可因发音器官缺陷，神经功能障碍所致。

1. 口吃 口吃表现为言语不畅、言语重复、张口结舌、有呐呐难言之苦。部分患者有语调及节奏的改变，令人辨听困难。轻者，仅有稍许吞吐支吾，不能畅所欲言；重者常发生言语中断，无法表达完整的意思，而陷入欲语无言之苦。因此养成孤独、退缩、羞怯和自卑等性格。部分易兴奋激惹，并伴有情绪不稳和睡眠障碍。口吃的原因，迄今仍未完全了解，多数学者认为与突然发生的精神刺激；在学话阶段，父母要求过急；模仿别人口吃等有关。采用放松疗法及行为训练法可有效纠正。

2. 童稚性言语 表现为言语发育与其年龄不相称，虽到成年，仍有语调幼稚或发音不清等。其原因可能是与父母对子女管教方式不佳，过度放纵或庇护；或兄弟姐妹间争宠夺爱，时常故作稚态，以期获得父母较多的关切与宠爱；或父母喜欢子女效仿稚态而使人格发育不成熟。

3. 缄默症 是指语言器官无器质性疾病也无智力障碍，而表现的缄默不语。有选择性缄默，在一定场合下是正常的，为经常受惊、恐惧、生气等精神因素所引起。一般见于敏感、羞怯或幼稚、衰弱的学龄儿童。应消除精神因素影响，不要过分注意，避免逼他们讲话而造成情绪紧张。

二、儿童少年期神经症

(一) 戒断反应

断奶过早或过急，可引起退缩行为，表现为表情淡漠，或兴奋性增高，作白日梦，且生长停顿或极缓慢。应在给予营养丰富的食品的同时，着重给予抚爱、关切，从情感方面满足其依恋感、安全感。

(二) 过度焦虑反应

患儿表现为敏感、多虑、缺乏自信心。急性焦虑发作常伴无名的恐惧，并有瞳孔扩大、心跳、气急等植物神经功能失调的表现。慢性焦虑的患儿常因些微小事而过度焦急、烦躁不安、担心害怕，甚至哭闹不休。这一类儿童多数是温顺、老实、负责任、守纪律，但缺乏信心，对于陌生的环境、事物易显示出焦虑、惶恐、不安的反应。他们由于经常处于焦躁不安之中，易引起睡眠不佳、做恶梦、讲梦话、食欲不振和植物神经系统症状。对适应环境困难者，要耐心帮助，逐步进行训练，不要苛求太甚。应避免各种不良刺激，在心理治疗过程中，着重培养儿童的坚强意志，让他参加集体活动，消除过去那种紧张心理，培养开朗性格，逐步克服焦虑病状。严重者可用药物镇静。

(三) 恐怖症

恐怖反应是指对某种物体或情景产生异常的过分惧怕的情绪反应。正常儿童可有怕孤独、怕黑暗、怕狗、怕蛇等心理现象，但在人多场合或亲人身边时表现不突出。患恐怖症的儿童可无故发生恐怖、害怕。其表现多种多样，且不能接受解释，反应强烈并伴有相应的生理改变，可影响儿童适应行为。

恐怖症的起病年龄，因恐怖的内容而不同，如对特殊境遇的恐怖常发生在10岁以内。男、女性无多大差别，而对动物的特殊恐怖几乎全为女孩。

（四）强迫症

儿童强迫行为指患儿重复地进行某些活动或动作，明知不必要，但无法控制。以10岁左右为多见，男多于女，大多智力良好，特别爱整洁，见人有礼貌，好思考，较拘谨。儿童时期强迫行为多于强迫观念，年龄愈小这种倾向愈明显。此症预后较好，通过治疗大多可以恢复正常。

三、儿童少年期行为失调

这里所指行为失调是与环境有关的行为障碍，如多动症、攻击行为、过分依赖、病理性说谎、逃离家庭、逃学等，由于这些行为可能导致严重后果，因此早期发现，及时纠正极为重要。其原因，除素质特点外，不良的教育和环境因素也起重要的作用。

（一）多动综合征

这是指儿童不分场合多动不宁，伴有明显的注意力涣散、情绪不稳定、易激惹，还可有感知觉障碍。患儿智力正常，在出生后2~3岁时出现手脚好动。男女比例为4:1~9:1。

多动综合征可能是由不同病因所致。有脑结构的病理改变；也有神经系统反应性的异常，或者遗传因素等。应对这类儿童关心和爱护，不能在精神上施加压力。对学习有困难者，应给予具体指导，培养有规律的生活制度和习惯，帮助他们克服生活中的困难。必要时给以中枢兴奋剂。

（二）冲动性、攻击性反应

儿童从有控制骨骼及肌肉的能力时起，常有攻击行为作为对环境的反应。当他感受到挫折、羞耻或威胁时，即表现为直接攻击。如果父母对他们的正当要求和提问感到厌烦，使好奇心遭到干预或斥责，合理的要求得不到满足；或因父母过分溺爱，有求必应，使儿童在稍不如意时，就出现固执或违拗，甚至强烈的情绪反应。如哭闹、叫喊、扔东西、咬人、踢人或头撞墙等。幼儿时期，还可表现一种屏气发作。他们对攻击冲动缺乏自制能力。挫折→攻击→罪疚感→焦虑→更严重的挫折，构成心理变态的恶性循环。处理时应了解其原因，对其父母说清利害关系，把发作的儿童安置到一间单独的房子内，大人避开，直到他感觉到平静为止。在冲动过后，也不要过分注意他，经2~3次后，他也就停止了。若已成习惯，应采取正面教育，培养他的辨别能力，如果是合理的要求，应逐步给予满足。

（三）孤独与退缩反应

在无特殊原因的情况下，表现孤独、胆小、害怕、退缩，不愿与其他孩子交朋友，更不愿到公共场所去，宁愿独居家中与玩具为伴的异常行为，多见于5~7岁儿童。这是由于教育不当，过分限制儿童参加正常的集体活动，或对孩子经常打骂、恐吓，常易引起孤独退缩。父母不和、家人远离、遭遇各种意外、严重精神创伤，使儿童精神过分紧张，都易造成此类行为障碍。治疗首先要清除环境中有害因素，改善教育方法，引导孩子参加集体活动，增进生活兴趣，加强体育活动，使之在集体中摆脱孤僻的习惯，严重者应就医。

（四）学习障碍

学习障碍主要系阅读、计算等学习困难。患儿智力正常,但不能把印在书上的符号,变成有意义的观念,甚至不能唤起视觉的印象,故学习的进展较慢。发生此类症状的原因很多,与儿童的智力发育、遗传因素、大脑器质性缺陷、躯体疾病、精神因素及环境因素等有关。

1. 阅读低能 智力正常而阅读能力低劣者,多起因于情绪不良。男童较女童高4倍。若不循循善诱,则阅读兴趣无从产生,视读书为畏途。可能引起阅读低能的诱因有:①发育不成熟;②求学初期的心理创伤(如教师过严、待遇不公,任意责罚或人际关系不良);③家庭突然变故;④教学方法错误等。应及早发现给以注意,并改善教学方法以矫正学习困难,其效果较好。否则,必须给以心理治疗,启发阅读兴趣,从而逐渐增强阅读速度及领悟力。

2. 计算低能 也是常见问题,其原因为意志与注意力不集中,从而发生攻读困难。应调查原因,针对问题帮助解决。

第五节 神经症

神经症,或称神经官能症,是一组大脑机能活动暂时性失调的疾病总称。这一名称首先是Gullen(1769)提出的。十九世纪末,Charcot把未发现有明显病理解剖变化的神经系统机能性疾病概括地称为神经症。Briguet强调心因性作用是致成神经症的病因。弗洛伊德以“压抑”理论来解释神经症的病因。巴甫洛夫则把神经症看作是持续的高级神经活动紊乱。

神经症多见于15~40岁的青中年。它的临床表现虽较其它心理疾患为轻,对人体机能的损害亦较小。但在整个心理疾病的发病中却最为常见。其发病率之高,已构成很大的医疗及社会问题。在内科等门诊初诊病例中,约40~60%与神经症有关。此外,工业卫生调查统计资料表明,因患神经症所致的工时损失,占全部疾病的60%。联合国世界卫生组织宣布,1981年全世界患神经症者已超过4000万。

一、发病因素

发病因素是多方面的,主要如下述:

1. 体质或素质因素 有学者认为,本症与遗传不良有关。素质的形成亦有赖于后天的环境和教育。可以认为,先后天因素的交互作用可促成神经症的发生。如某些气质或人格特点,与早年的不良环境、情感易激惹的家庭生活经历、个人坎坷的成长道路等相结合,遇有某些诱因,即易罹患神经症。

动物选择性繁殖试验证明,情绪行为如攻击和惧怕,受到多种遗传因素的影响,而且同选择性生化改变有关。Morley(1977)特别强调遗传因素与刺激性生活事件的潜在关系。如焦虑病人的家族中,焦虑状态发病率高。生物种类的先天特性及其遗传密码的图像,明显影响神经症的某些方面。

2. 童年生活及发展的型式 早期“亲子关系”的适应不良,是日后产生神经症的主要原因之一。父母对子女缺乏慈爱或过分溺爱,管教的方法不协调,以及家庭中缺乏温暖,均足以使儿童产生情绪的冲突。有人作过调查,11岁以前失去母亲的女性,20岁后易发生抑郁症。童年的胆怯和过度保护可使日后易发生恐怖症。

3. 诱发因素 就患者的生活环境加以观察分析,可发现颇多足以触发神经症反应的因素。

(1) 在生活历程中突发某种事件,因而刺激个体潜伏已久的童年心理创伤,导致新的心

理冲突与焦虑，造成社会适应能力丧失。

(2) 在重大的心理威胁下，自我防卫的机能削弱或丧失，以致神经功能紊乱。

(3) 当遭遇严重心理压力时，自我防卫机能也相应增强，以资抗衡。这可能构成心理上的沉重负荷。

4. 文化因素 神经症的发生可因社会阶层、民族、国家不同而异，症状表现可不一致。每个人教养及生活经历各有差异，人格结构及适应方式也各不相同。因而不同的文化背景可产生不同的神经症症状。Eleury强调，淫秽的声色之乐是形成神经症的重要原因。

5. 生物化学和其它躯体因素 至今尚未发现人类神经症有何可靠的生化相关物质。有些证据表明，肽类影响哺乳动物的回避反应，不同的肽类在对行为的影响中相互重叠，肽类作用于行为程度是介于快作用神经介质和慢作用激素时程之间。

二、共同的表现

每个神经症病人具有的人格特征和临床特点不同，对同一症状的反应不相同。但也有一些共同的典型表现，如焦虑、防御性行为、人际交往障碍等。

1. 焦虑 焦虑是一种情绪状态，是不自主的，指向未来的，没有现实威胁或与现实不相称的，与恐惧相联系的主观感觉或情感，并伴有躯体障碍和躯体不适感。

有些个体容易引起焦虑，这可能与童年的影响有关。早年的生活环境中缺乏温柔的照顾，可养成患得患失的性格；若父母过于溺爱，则可导致日后独立生活能力的丧失。此外，安全感丧失，成熟程度不足，自信心缺乏等心理发育中造成的性格缺陷均可成为焦虑的潜在原因，一旦遭遇紧张压力，就缺乏解决困难的能力，出现焦虑反应。

2. 防御性行为 个体在生活中遭遇到不能接受又缺乏能力去应付的难题时，就发生生理障碍，当心理压力解除时，则生理障碍也就随之消失，这是一种防御性的行为，它也与个体的成熟程度不足有关。也有些个体把不能解决难题的情绪强行压制，则又是另外的防御性行为。

3. 人际关系的冲突 神经症患者由于焦虑和适应不良行为，往往过分要求别人和过分以自我为中心。他们常给人以生硬、固执、自我陶醉和怀有敌意的印象。他们很难与别人保持良好的关系，因为他们很少真正了解自己，也不能设身处地为他人着想，放纵自己而不能容忍别人。

4. 异常情绪反应 异常情绪反应表现为由脑器质性疾病所致不受智力控制的原始反应，虽受智力控制但过分强烈的情感反应及异常的人格反应。

第六节 暂时性情境失调

当稳定而健全的个体经历极度不愉快的情境或遭受重大压力时，可能突然发生变态心理的反应，其症状与一般严重的心理疾病相同。美国医学心理学协会将此命名为“暂时性情境失调”，可分为强烈的紧张反应及失常的紧张反应两类。

一、强烈的紧张反应

正常人在遭受心理压力时，常会有恐惧的反应，特别是在骤遭变故时，心理紧张会使人产生程度不同的反常反应。这种反应有时是很夸张的。其特点为：① 出现于极度紧张的情境下，本人以往无此经验；② 反应重复发生，则可形成个人的习惯性反应型式；③ 反应发生迅速、持续时间短暂，往往在经历紧张情境时突然发生，脱离紧张情境时而消失。

（一）战争紧张情境中的暂时反应

此种反应多起因于战时的精神紧张、恐惧以及疲劳、衰竭等因素。最明显的症状为情绪不稳，易激惹，感觉过敏，过度惊恐、焦虑，植物神经功能紊乱如心悸、多汗、厌食、恶心、胃肠道不适或尿急、颤抖等。严重者可发生失语症，定向力、辨识力障碍等。

当强烈的心理压力突然出现，有时可导致人格分离等失常现象。据国外报道，医生深入现场，就地及时处理，有利于调动一切积极因素，诱导患者面对现实，对治疗有好处。对躯体症状的治疗，可视病情而定，注意休息、营养或给予适当的精神药物。

（二）生活中突发事件的暂时情境反应

在个体的生活经历中，任何突发的惊恐事件，如亲人丧亡、自然灾害等，均可触发暂时性心理失常，其表现与战争时所发生的大致类似。但严重程度则视个人身心是否健全而定，轻者有精神紧张、感觉过敏、疲劳无力等；重者出现健忘、定向力障碍、紧张性木僵等症状。多数人可在梦境里再现情境中的可怕形象，以致恶梦频繁，惊恐而醒。有的还可在事后引起复杂的情绪反应，如意外丧失子女的父母，除悲痛心情外，还可能产生悔恨自己在孩子生前照顾不周、爱护不力，引起内疚且久久不能忘怀。也有报道，丈夫患心肌梗塞，其妻子也有上述类似的内疚和丧失工作能力的。

当个人遭受重大伤害时，以下两种情况应予注意：其一，患者起初往往只注意受伤的部位，当了解伤害的严重性可能会导致一系列不幸时，可产生严重的心理反应，从而出现沮丧、怨天尤人，甚至自暴自弃、痛不欲生；其二，遭受意外的个体，在接受补偿时往往触景生情，引起内心创伤，因而延长其紧张反应。

二、失常的适应反应

个人为长年不如意的生活环境困扰或骤然遭到严重的挫折引起心理失常时，其适应反应因年龄而异。

1. 婴幼儿期 婴幼儿突然失去母爱或平日情绪依赖者的离去，均可产生适应问题，出现淡漠、激动、睡眠不安、哺育困难等心理反应。

2. 学龄期 此时个体在情绪冲突时所产生的症状甚为复杂，且难以理解。在同一情况下，儿童的反应也各不相同，常表现为，咬指甲、遗尿、玩生殖器，以及在家庭、学校、社会中的某些反常行为及神经症反应等。当此类反应旷日持久，并有行为及人格显著变异时，说明反应严重。

3. 青春期 在此期间，男女生理及心理均有重大变化。适应反应表现为人格失常。个体差异极大，这种情况和个人的生活经历，独立感的培养有关。

4. 中年期 此期的适应困难通常由婚姻不谐、职业的不良适应和不如意的生活环境所诱发。常见的症状有，无生理病因的疲劳、抑郁、工作无劲、酗酒、行为失常及焦虑等。治疗应尽可能改变现状及环境，若反应轻微，可自然恢复。但症状逐渐加重或转为慢性时，则需作心理治疗。

5. 老年期 遇到不愉快的事都可以触发以往的不良性格而产生心理、生理及社会性适应问题。丧子、丧偶的悲伤，朋友相继故去或亲友分离等，均足以构成心理上的沉重打击，因而触发人格失常的症状。

（安徽医学院 凌玉栋）

第四章 心身医学

第一节 心身医学的概念

心身医学是研究生物、心理及社会因素对健康与疾病的作用,以及它们之间相互关系的科学。目前有人主张以“行为科学”或“行为医学”代替“心身医学”这一名称。美国不少学者认为,采用“心理生理疾患”的名称更为恰当。

现代心身医学认为,人是不断地与其生活的自然和社会环境相互作用的一种心理和身体的复合体。人生病是机体不能适应生活环境的结果,它不仅是由感染、中毒、营养、代谢障碍等因素引起机体细胞、组织和器官的生理功能障碍的表现,也是受社会环境制约的心理活动影响生理活动的表现。心身医学的格言是“人有病,不仅是发生在细胞和器官上,而且也发生在人身上”。按照这个观点,医学就要研究人,研究人的生理、心理,研究人生活中的社会、文化环境,研究这些因素对不同的疾病,不同的病人以及同一疾病不同阶段中的作用。

心身医学的主要任务,是阐明心理社会因素在保持健康及促使疾病发生、发展和转归中的作用。同时,还研究特殊的生理因素对正常或异常心理机能的作用,包括对信息加工、动机、情绪和行为等影响。从而形成一种有关健康和疾病的整体性和综合性的理论。

当代的心身医学对心理和生理因素进行了整体的综合考察,它试图证明:

- (1) 为什么人们对特殊的社会环境和生活事件,往往以某种特殊的心理或生理变化来反应?
- (2) 为什么对同样的事件或情境变化,有的人感知为紧张刺激,有的人则不然?
- (3) 什么样的心理社会因素预示着一个人在什么时候患病或将患何种病?
- (4) 人的遗传素质、人格特征、习惯和行为方式等,在疾病的发生、发展中起什么作用?
- (5) 身体内、外环境的信号刺激经过什么样的途径和机制,使人易于患病?人脑是怎样把精神刺激转化为生理变化而致病的?
- (6) 什么样的心理社会因素,最能促进人们的健康,使人免除或减少疾病?
- (7) 如何矫正人们的某种行为、态度和情绪反应,以及如何改善社会环境刺激来预防疾病?

上述这些问题是目前亟待回答而又难于完整答复的。

从广义的概念出发,心身医学大致包括以下内容:

- (1) 对躯体疾患的心理反应:包括对躯体疾患的全部情绪性和行为性反应。比如,当病人知道自己患癌症时发生的抑郁,患心肌梗塞时发生的焦虑等。

疾患(Illness)与疾病(Disease)在心身医学中是两个不同的概念。疾患是指在健康受到影响时病人的体验,即主观症状,包括他所感受到的躯体不适、疼痛、苦恼、能力丧失等。疾病则是指由于机体各种组织与器官的结构障碍而产生的体征,大部分是病人不能理解和体验到的,但可用客观方法检查到的异常,即疾病可以在病人完全不知道的情况下存在,而疾患只有病

人意识到时才存在。另外，还有从社会学的角度来说，患病（生病，Sickness）是指别人的看法与本人的反映。

(2) 由影响脑功能的病患引起的心理障碍：包括急—慢性脑综合征，以及对脑功能起作用而引起心理障碍的疾病，这种心理障碍并不一定具有精神错乱的症状。例如，某些内分泌疾患，特别是垂体、甲状腺、甲状旁腺、肾上腺及性腺功能的病患，可以伴有轻度压抑、倦怠、紧张、焦虑、激惹、猜疑，还可以有幻觉、混浊状态等严重精神障碍的表现。

(3) 适应不良行为(Maladaptive behavior)的内科合并症：包括酒瘾、药瘾，过食时伴随的许多躯体合并症，神经性厌食时的拒食，以及伴有自杀企图的躯体创伤等。

(4) 由无器质性基础的躯体症状所表现的情绪障碍：包括转换反应(Conversion reaction)及疑病(Hypochondriasis)，对健康状况的过度焦虑，并有诈病及轻重不一的抑郁症。

(5) 情绪状态所伴随的生理变化：包括伴有急性焦虑或恐惧或植物性活动的表现，其中主要的症状是情绪障碍的生理反应，而没有结构改变或组织损伤，所以又称为功能障碍。

(6) 心身疾病(Psychosomatic disease)详见后述。

所谓心身问题(Mind—Body)是一个非常古老的问题，迄今尚有争论。心身问题既可从心理学角度，也可从哲学角度来认识，而两者既有区别又有联系。从心理学角度来看，也有心—脑，心理—生理，心理和高级神经活动等的关系问题。有的虽属同类问题，但各自又不完全相同。另外从哲学上来看，又有唯心的与唯物的不同观点，因为各家对“心”、“身”有不同的理解，故得不到统一的认识。我们把“心”看作社会—文化—心理因素所引起的心理活动，把“身”看作是躯体功能，并从这一范畴出发，来探讨心身医学的问题。

第二节 心身医学的发展

人的心理活动与躯体间相互关系问题早被人们所注意。远在2000年以前，我国古代医学中已有关于心理因素在疾病发生中的作用，以及心理和生理相互作用的论述。差不多在同一时期西方医学的鼻祖希波克拉底也强调心理因素在疾病和健康中的作用。虽然人们早就承认心身关系在疾病和健康中的作用，但真正把它作为一门学科来进行研究，还是在本世纪初才开始的。1920年前后，弗洛伊德、巴甫洛夫和肯农等人提出了新的研究方法和理论后，才使心身医学从哲学和医学的民间传说的背景上突出为科学的研究对象。

近代心身医学朝着心理动力学、心理生理学两个方向发展。

一、心理动力学方向

Alexander等以精神分析学说为基础，强调特殊的无意识心理冲突在发病中的作用，认为被压抑的情绪和心理冲突可伴有某些躯体疾病。例如，他们认为，当一个人想消除矛盾情绪和避开危险物时，他不是通过有意识的行为，而是以躯体症状来表达。如哮喘就是解决这种矛盾情绪或逃避困难的表现。因此，他们主张对心身疾病的治疗，只是查明并解决所谓致病的情绪因素和心理矛盾。

心理动力学的理论强调心理因素对身体的影响。通过大量的观察和研究，已积累了丰富的资料，阐明了心理因素在某些躯体疾病发生、发展和转归中的作用。这无疑对推动心身医学发展有着积极的意义。但是，心理动力学派片面地强调心理因素在躯体疾病中的作用，特别是过分夸大了潜意识领域中心理冲突的作用，把躯体疾病的许多症状，都解释为被压抑

在潜意识中情绪反应的象征，即所谓“器官的象征性语言”。这样就妨碍了对其它原因如遗传、感染、免疫、外伤等因素的研究，妨碍对致病因子全面和综合的了解，也就影响了对心身疾病的全面治疗，因而使这一学派的发展受到了很大限制。从50年代起，心理动力学的观点受到了越来越多的人怀疑，其影响逐渐缩小，更多的人另觅解决心身疾病问题的途径。

二、心理生理学方向

生理学的实验，启发和推动了心身医学向着心理生理方向发展。本世纪初，著名的生理学家肯农发现情绪状态对机体生理过程有明显的影响。他指出强烈的情绪变化，可使下丘脑通过植物神经系统影响内分泌腺激素的分泌，并使心血管系统的活动等发生改变。如果不良情绪长期反复频繁出现，就可能产生生理功能紊乱，并最终导致病理变化。与此同时，巴甫洛夫提出高级神经活动学说，认为心理因素所以能影响人体器官活动，是因为人体各种器官都受大脑皮层调节。贝柯夫的皮层内脏相关学说指出，正常的高级神经活动保证对内脏活动的正常调节作用。但出现病理情性兴奋（或抑制），催眠时相状态与异常的诱导时，就会向内脏发出一些病理性冲动，从而失去正常的调节作用，引起内脏机能的失调。

到了30年代，塞里(Selye)提出了应激学说，认为应激是机体对外来因素所起的一种非特异反应。应激是动态过程，唤起身体对有害因素的抵抗。它表现为疲劳、不适以致疾病，表现为普遍适应性症候群(General adaptation syndrome, GAS)。Selye认为，应激反应由三部分组成。首先是警告反应，这是应激源（外界的物质环境、个体的内环境、心理社会环境）作用于身体的直接反应，表现为体重减轻，肾上腺皮质增大，淋巴腺增大，激素增加。继后，是抵抗期，这是内部防卫力动员起来的表现，此时体重恢复正常，肾上腺皮质变小，淋巴腺恢复正常，激素水平保持恒定。如果此时未能达到适应，则身体内部防卫机制削弱而进入衰竭期，表现为肾上腺增大进而耗竭，体重减轻，淋巴腺增大，淋巴系统功能紊乱，激素增加，最后耗竭。若同时有许多应激源作用于机体或者一个应激源反复刺激身体，都可使普遍适应性症候群进入衰竭期。如果只是局部的衰竭，机体还可代偿；如果是全身的衰竭，则可能危及生命。因此Selye认为，情绪的、环境的及其它个人的应激积累，会产生生理、生化的改变，从而引起溃疡病、高血压和支气管哮喘等心身疾病。

然而，心身医学的心理生理学方向主要是由沃尔富(Wolff)和霍尔姆斯(Holmes)等人经30多年的研究发展起来的。他们认为，情绪对一些躯体疾病的影响很大，对植物神经系统支配的某一器官和某一系统影响更为明显。例如，焦虑、恐惧、愤怒和激动等情绪，能够引起心率、心输出量和血压的变化。他们采取精细的科学实验设计，用数量来表示研究的变量，研究有意识的心理因素（如情绪）与可测量到的生理、生化变化之间的关系。他们还探索，由社会心理刺激引起的情绪是通过什么途径引起生理生化变化而导致疾病的。Wolff认为，情绪对器官的影响，不仅取决于精神因素，而且也取决于遗传倾向，即所谓易感性素质和人格特征等等。他们在进行心理生理学的研究中，不仅重视对心理生理障碍的发生、发展的机制的研究，而且把心理因素扩大为心理社会因素对人体健康和疾病的影响；强调了人们对环境刺激的心理生理反应，即强调了心理社会的紧张刺激对人体的影响以及机体对疾病的易感性、适应性和对抗性等概念在致病过程中的作用。这方面的理论对现代心身医学的发展起着决定性影响。

近几十年来，物理学、化学、生理学等科学的迅速发展，为心身医学的研究提供了新的理论和技术。特别是微电极和脑化学技术的应用，使研究工作可以深入到脑的深部，深入到

脑的细胞和分子水平。从而为探查心理过程的复杂生理机制,提供了可能性。同时,录音、录像等技术的发展,使对动物行为的观察能够连续进行。由于生物化学和电子计算机等的应用,以及神经生理、神经内分泌和免疫方面的研究进展,发现了内脏调节的复杂关系。对于一些典型的心身疾病,如溃疡病已有可能去明确遗传的易感素质和心理社会紧张因素之间的关系,这为心身医学研究提供了有力的科学依据。当前,心理学家对精神分析应用于心身问题并不太感兴趣,他们倾向于对人格因素进行客观测量,并探索它与疾病的关系。此外,他们还开展一些新的研究,如怎样使人体的生理功能形成条件反射以起到治疗作用,这就是当前的行为疗法。

总之,现代心身医学强调人的心理和生理功能,是不断地与其所处的环境相互作用的。研究的主要课题是阐明心理社会因素和生理因素的相互作用对机体健康和疾病的影响,进而为心身的相互关系提供科学的理论依据,并根据这一理论,发展各种更为有效的防病、治病的方法。

第三节 心理因素的致病作用

一、情绪与疾病

心理社会因素非常复杂,包括人的认识和动机,情感和意志,性格和能力,个人理想和信仰、兴趣和爱好,家庭传统和社会教育,道德观念和行为规范,文化教育和生活习惯,特殊经历和幼儿时期的早年经验等。这些心理社会因素总是与人的某种情绪活动相联系的。因而它作为影响躯体内脏器官的因素,就是通过情绪活动的中间媒介作用而实现的。情绪活动可分为愉快的或积极的情绪、不愉快的或消极的情绪两大类。凡是能满足人的需要的事物,就能引起人的肯定态度,并产生愉快、积极的情绪,这种情绪对人体的生命活动能起良好的作用,可充分发挥机体的潜在能力,提高体力劳动和脑力劳动的效力,使人体保持健康。凡是不能满足人们需要的事物,就引起否定的态度,并产生不愉快、消极的情绪,如愤怒、恐惧、焦虑、忧愁、悲伤、痛苦等。这种情绪的产生,一方面是适应环境的一种必要反应,另一方面可促使人的心理活动失去平衡,导致神经活动的机能失调,对机体健康产生十分不利的影响。例如,人在恐惧时,可使意识变得狭窄,判断力、理解力降低,甚至理智和自制力丧失,造成正常行为的瓦解。同时,也可引起机体一系列的变化,如脸色苍白、呼吸急促、心率加快、血压升高、口干、出冷汗等。如果消极情绪经常反复出现,它所引起的长期或过度的神经紧张,还会造成机体的病变,如神经功能紊乱、内分泌功能失调、血压持续地升高等可转变为某些器官、系统的疾病。60年代以来,通过流行病学、动物实验和临床观察的研究,已肯定消极的情绪状态对疾病的发生发展、病程和预后起着不良的作用。

流行病学的研究指出,紧张的社会事件,如战争,空袭,迁居到不同的社会文化和地理环境中生活方式的突然变化,社会地位的改变,与高血压、溃疡病、脑血管意外、心肌梗塞、糖尿病、癌症等发病率的增高有一定的关系。Cassel(1973)总结了20个研究结果,发现生活在简单、安定的原始社会中的人们血压偏低,且不随年龄的增加而明显增高。但同一种族的人迁居到种族不同的工业化城市的环境中,他们的血压会升高,而且还随年龄的增加而不断增高。有人等调查了丧偶6个月以上的寡妇的病死率,特别是死于心血管疾病的,要比同年的有夫之妇高得多。另有研究表明,心肌梗塞或死于冠心病的病人,在发病前6个月有明显

的生活变化。

本世纪60—70年代各种动物实验，为情绪的致病作用提供了令人信服的证据，Miller观察到，白鼠被放入先前使它受过电击的装置中，可引起恐惧等情绪，而迅速排便。Estes的实验表明，当动物面前出现一个曾与电击有联系的刺激物而引起恐惧时，动物会停止吃食或消化停滞。有人用猴子作实验，两组同时断绝食物，甲组单纯禁食，乙组给予毫无营养的安慰剂，观察它们在饥饿中的反应和机体激素的变化。结果发现甲组猴子烦躁不安，体内激素有较大的变化，而乙组则无明显的变化。另有人把同窝生的两只羊羔安排在同样的条件下生活，但所不同的是在一只羊羔旁边拴着一只狼，让它总是看见狼，结果羊羔恐惧不安，不吃东西，逐渐消瘦而死。另一只羊羔却能正常地成长。

临床观察发现，紧张情绪会导致疾病或使病变恶化。有人观察到心脏病患者的紧张情绪，可引起心律失常，如出现阵发性房性心动过速、房性或室性早搏、心房纤颤甚至心室纤颤，并引起猝死。有的临床研究表明，由紧张刺激或情绪兴奋了的交感神经系统，会使其末梢释放大量的去甲肾上腺素，同时肾上腺髓质分泌肾上腺素进入血流，使儿茶酚胺与皮质类固醇配合，动员脂肪的储存，增高血中的脂质。如果这些游离的脂酸不能被肌肉活动消耗掉，就会使血管平滑肌细胞增殖而发展成动脉硬化。儿茶酚胺可以促进血液凝固，高剂量的儿茶酚胺促使血小板聚集而阻塞小动脉，从而提高心肌梗塞的可能性。也有研究表明，情绪紧张时，生长激素、肾上腺素、去甲肾上腺素和高血糖素分泌增加，这些激素可对抗胰岛素的作用，抑制血糖转化为脂肪在体内储存，加上其它能量动员的作用，大大提高产生糖尿病的倾向。另有人对准备参加期终考试的医学生作的临床观察也证实，紧张的情绪如恐惧，确能提高胃酸的分泌而引起溃疡病。有人发现，当人在忧愁、沮丧时，十二指肠—结肠反射便受到抑制，因而缺乏集团蠕动，发生便秘。有的学者用直肠镜对人的乙状结肠进行长期观察发现，当他们故意使受试者发生愤怒、敌意或反抗等情绪时，乙状结肠常呈现非推进性的收缩（痉挛）增强，此种形式的乙状结肠运动，导致粪便的滞留。他们也发现，在非器质性病变所致的便秘患者中，就常存在上述情况。如果被试的情绪是失望、恐惧、自责或不满时，乙状结肠的非推进性收缩减弱，而大肠的推进性运动则增强，因此，有些人在出现上述情绪冲动时，就常有腹泻。由此可见，情绪对疾病有着重大的影响。

二、人格类型或行为特征与疾病

大量证据表明，什么人得病，什么时候得病，与人格因素有关。如重大的精神刺激对某人可能是毁灭性的打击，而另一个人却可以泰然处之。

Thomas 追踪观察了1,337个医学生，发现48个癌症患者有共同的人格特点，这些人在幼年时均没有得到父母的疼爱，都特别敏感，并且是内向、抑郁的，他们在表面上似乎显得很高兴，实际上却隐藏着愤怒和失望。有人在瑞典的2,550个居民中进行了10年的调查研究发现，那些癌症患者具有所谓的“亚稳定人格”，以具有抑郁倾向为特征。从本世纪50年代开始，Friedman 等人对心血管病进行了心身反应的研究，发现美国的白种妇女冠心病的发病率相对少见，其原因不是摄入饮食的不同，也不是性激素的保护，而可能是其社会经济地位环境等方面获得相对的保护能力所致。这些学者在对100余名企业人员进行观察中发现，约有75%的人，心脏病发作的主要原因是过度操劳及精力消耗；他们在紧张工作时期，血中胆固醇明显升高，且工作紧张与血中胆固醇浓度直接相关，而与各人在食物、体重或运动量等方面无直接关系。随后，他们又对治疗了数月和数年的初次发作的年轻冠心病患者进行了回

顺性分析，发现大多数病人都表现或存在一种特殊的情感上的特征，称之为“A型行为类型”(Type A behavior pattern)或称为“冠心病易患行为模式”。具有这种特性的个体有下列表现：① 为取得成就而努力奋斗；② 有竞争性；③ 很易引起不耐烦；④ 有时间紧迫感；⑤ 言语和举止粗鲁；⑥ 对工作和职务过度地提出保证；⑦ 有旺盛的精力和过度的敌意。反之，心境平静、随遇而安、不争强好胜、做事不慌不忙、不经常看手表的人，都归属于B型。当然，有许多人属于中间过渡类型。Friedman 将行为类型分为五类：

A—1型，具有明确的上述全部A型行为特征。

A—2型，与A—1型相同，但表现强度较轻。

B—3型，具有较多B型特征，但也有些A型特征。

B—4型，与A—1型完全相反，与世无争。

X型：A型与B型的混合体。

Friedman 等认为，A型行为类型不是冠心病的结果而是起因。他们提出这个A型行为类型对冠心病的致病作用以后直到70年代初，完成了许多临床观察、流行病学调查及实验室研究，同一时期其他许多研究者也提出了一系列的临床与流行病学的研究报告。这些研究不仅肯定了A型行为类型与冠心病的流行与发病之间存在着明确的关系，而且发现A型行为类型的人胆固醇、甘油三酯、去甲肾上腺素、促肾上腺皮质激素以及胰岛素对葡萄糖的反应等都增高，血液凝固时间缩短。Friedman 等还认为，由于大都市人口日益增加，过度集中，科技的飞速发展，各种竞争剧烈，为前几代人所不可想象。因此，A型行为类型不是个体存在某些缺陷，而是为了应付某种特定环境下进行特殊的竞争而产生的。同既往精神病医生的观点不同，现在认为，A型行为类型是一种社会学或社会经济学所造成的特异的活动和情感的复合体。1959年，中国医学科学院对387名高血压病人及312名正常人的调查表明，高血压病人具有消极情绪者较正常人比例高。60年代王景和等对高血压病人的调查也发现，急躁易怒者占全体病人的58.7%。Fisher 曾做过一项国际调查，要求心脏病学家指出心脏病人的主要心理问题，在心脏病学家的回答中最常出现的是害怕和焦虑，过于敏感和抑郁。此外，在采用MMPI(明尼苏达多相人格量表)对冠心病的男、女患者进行调查时，发现他们的抑郁分数和疑病症分数均高于正常人；还发现抑郁得分高的人易患心肌梗塞。这说明，这些心血管病人病前就很可能具有焦虑、抑郁等人格特征。对其它疾病的临床心理学研究也发现，消化性溃疡病人的人格特征，大多是被动的、好依赖、顺从的，缺乏创造性，不好与人交往，情绪不稳定，常有某种矛盾情绪。溃疡性结肠炎病人的人格特征为谨慎小心、不好激动，凡事拘泥于形式，严守时刻、好清静、没有雄心壮志以及缺乏自信心。支气管哮喘病人的人格特征，则为依赖、顺从、胆小，内向或自我中心，缺乏自信心，难于忍受挫折，不好表达自己的情感等。而过敏性皮炎的患者表现为被动、过分焦虑、压抑愤怒和缺乏与困难作斗争的能力等人格特征。对癌症的临床心理学研究发现，长期处于孤独、矛盾、抑郁和失望情境下的人，或好克制自己的情感、不敢任意发泄愤怒、多愁多虑或有不安全感的人，较易患癌症。

1976年，美国卫生当局的一份报告指出，一些不健康的行为，是引起疾病的主要原因。例如，吸烟与冠心病和癌症的死亡率增高有关。吸烟者比非吸烟者的死亡率高70%。有人估计，美国每年因吸烟而早死的有320,000人。吸烟也使1000万人患有慢性病。又如，酗酒易导致肝硬化和各种癌症。我国武汉医学院的研究表明，吸烟和饮酒与肺心病、肺癌和消化道癌症有显著相关。吸烟者在这些方面的死亡率比非吸烟者几乎高一倍。每天饮酒8两以上者，

患肺癌的危险率比每天饮酒1两者高4倍，而每天饮酒0.5斤以上者则要比饮1两者高6倍。他们还发现，孤僻少言、消极离群的性格与自杀有关，也与恶性肿瘤发病有关；急躁易怒者患肺心病及脑血管病的危险性大于孤僻少言者。

综上所述，病人的人格特点和行为方式与疾病有着密切的关系，它既可作为许多疾病的发病基础，又可改变许多疾病的过程。因此，病人对待某种疾病的态度及其与人格特点有关的反映方式，可影响该病的转归。

心理社会因素对躯体疾病的影响，所作的大量研究已经在上面提到了。近20年来，在心身医学特别是冠心病方面，作了大量的研究，证明心理社会因素在冠心病发病的危险因素中占有相当重要的地位。但最近，联合国世界卫生组织(WHO)心血管疾病的医官 Strasser (1982)在“冠心病危险因素回顾”一文中，总结了近10年来的趋向指出：“在过去十年间曾兴起一派所谓‘心理社会’危险因素论者，但这派追随者都没有得势”。“有些因素似乎只在当地是确实无疑的”。他列举了文献中报道过的一些心理社会危险因素的情况后指出，A/B型行为类型在美国的许多报告证实是一种危险因素，但在欧洲人口中并不确切；“欧洲出生”据说适用于以色列；“住在城市”适用于波多黎各；“饮酒”在瑞典是危险因素，而在法国认为饮法国酒可能是保护因素。他在文中列出了文献中曾经报道过的67种与冠心病有关的危险因素，其中属于社会因素的有17项，如“饮酒”，“英国私人开业医生”，“不支持自己的上司”，“欧洲出生”，“父亲职业”，“吸入烟雾”，“丰盛的饭菜”，“收入”，“生活标准”，“工作流动性”，“生活中的意外事件”，“全国能量消耗”，“口服避孕药”，“社会阶级”，“吸烟”，“住在城市”，“妻子的爱与支持”，“工作负担”等。除了以上所述的有地区特异性之外，“英国开业医生”这个因素具有时间性意义，因为当时他们吸烟较严重，近年来由于医生大量戒烟，这个因素已经失去意义。另外，由于重视预防，情况也在变化。WHO总干事向世界卫生大会和联合国提交的双年度报告(1980~1981)中指出：“心血管疾病的发病率似乎在变化，澳大利亚、芬兰、新西兰和美国的人口死亡率在下降”，而第三世界国家如马来西亚及毛里求斯的心血管疾病则在上升。

以上情况并不是说心理社会因素在发病中不重要，而是说明心理社会因素的复杂性，并且进一步说明，单独的社会因素不一定起作用，而要有心理因素的参与，且涉及到文化因素。因此，同样的心理社会因素可以随着地区的不同，社会的发展，文化的变迁，时代的前进而不断的变化。

第四节 心理因素致病的中介机制

大量事实表明，由心理社会刺激引起的情绪和行为对疾病的发生、发展、表现和转归起着重要的作用。但是作为信号的心理社会刺激以及由此产生的心理活动是经过什么样的中介机制而导致疾病的呢？近代心身医学的研究发现中枢神经、内分泌和免疫三个系统的相互影响，使精神因素转变为生理因素，在心理社会因素导致疾病中起着中介作用。

一、中枢神经系统的作用

一切心理活动都是对客观外界的反映，因而都离不开产生心理的物质基础即神经系统。人们一般难于直接观察到心理社会刺激如何影响中枢神经系统，但通过对情绪变化的观察可获得中枢神经系统活动的线索。各种情绪与不同器官的生理变化有密切联系。任何心理社会

刺激都可作为一种输入信息传入到大脑,如果这种信息被人感知,就会产生一定的情绪和生理变化。科学研究表明,情绪活动不但受大脑皮层的调节,而且与边缘系统和下丘脑有关。情绪的直接调节中枢在边缘系统,而下丘脑与边缘系统又有着广泛的神经联系。网状结构边缘系统和下丘脑在大脑皮层的控制下通过对非特异反应性系统(Ergotropic system)和向营养性系统(Trophotropic system)的相互平衡的调节来影响植物神经系统及躯体内脏的功能。非特异反应性系统的功能是使个体处于积极的准备状态,提高交感神经活动,增强骨骼肌张力,并增强激素的分泌,提高分解代谢。向营养性系统则反之,其功能是促进个体的退缩行为和保持能量,提高副交感神经的活动,降低骨骼肌张力,促进合成代谢和激素的循环。随着非特异性反应系统功能的增高,向营养性系统的功能相应地降低,反之亦然。通常这两个系统在大脑皮层和皮层下中枢的调节下处于一种动态的平衡,使各器官的功能更好地适应环境的变化。但是,不良的情绪状态可使这两个系统失去平衡,产生一系列病理生理变化,出现症状或疾病。

二、神经内分泌的作用

各种动物实验和临床研究表明,内分泌系统和情绪活动有着密切的关系,并发现在紧张刺激下内分泌系统有一种使机体适应环境的生理防御机制。内分泌激素在维护机体内环境稳定以及机体对环境的适应中起着重要作用。激素分泌过多或过少,都会使整个身体的代谢作用和行为发生变化。在神经体液调节中,下丘脑起着至关重要的作用。现在一般认为,下丘脑是调节内脏活动的较高级植物神经中枢,又是调节内分泌活动的较高级中枢。也就是说,下丘脑能把内脏活动和其它生理活动联系起来,调节着体温、摄食、水平衡、内分泌、情绪反应等重要生理过程。下丘脑的某些神经细胞还有分泌肽类激素的作用,这些激素经垂体门脉系统到达腺垂体,作用于腺垂体的特定细胞,促进或抑制某种激素的分泌。

此外,下丘脑内有些神经元对血中激素浓度的变化比较敏感。这种神经元有人称之为觉察细胞(Detector cell),例如内区对肾上腺皮质激素、前区对卵巢激素较敏感。这样,下丘脑释放激素的分泌,即可受到反馈性调节。下丘脑的分泌细胞直接受中枢神经系统的调节,这就使神经系统和内分泌系统形成一个整体,以调节机体的正常活动。最新的研究还表明,下丘脑神经元内的生物胺活动会影响垂体的活动。已发现去甲肾上腺素、5-羟色胺等生物胺可抑制ACTH的分泌,多巴胺会刺激下丘脑促使促性腺激素释放激素(LRH)及垂体释放卵泡刺激素(FSH)和黄体生成素(LH)的释放。这些激素的释放和抑制,都影响着机体的生理功能和行为。在紧张情绪状态下,机体需要动员身体内部的能量来对付恶劣的情境。此时,下丘脑的电活动或神经生化活动增高并伴有生物胺的变化,同时通过各种途径也对其它脑区产生一种相互影响,使机体产生一系列植物神经—内分泌反应。这些反应主要归纳如下:

1. 交感神经活动加强,肾上腺髓质的儿茶酚胺分泌大量增加,导致血管收缩、血压上升、呼吸加速、新陈代谢增高,这是机体的保护反应。但持久或过度的情绪反应,可使机体内部的能量耗竭,且可产生持久而严重的植物神经功能改变,甚至可产生相应的内脏器质性病变。
2. 紧张的情绪状态可促使下丘脑短暂地发放释放激素或促进某种持久的下丘脑活动导致长期发放释放激素。在这个活动阶段,可能使下丘脑的内环境稳定,如控制饥渴、性驱力、睡眠、觉醒等一些活动,由于这种控制的增强或降低而出现临床症状。
3. 各种释放激素可影响垂体的分泌,特别是影响促肾上腺皮质激素和促性腺激素的分

泌。垂体所分泌的促肾上腺皮质激素使肾上腺分泌皮质类固醇进入血液中，进而使机体对紧张刺激作出反应，导致某种生理变化和行为变化。促性腺激素使卵巢或睾丸分泌性腺激素如雌激素或雄激素，它们会影响青春期或更年期出现的行为和情绪变化。促甲状腺激素使甲状腺分泌甲状腺激素，这种激素的多少在临床上可表现为甲状腺机能亢进症或甲状腺机能减退症。

靶腺所分泌的各种激素又可反馈到垂体前叶以及下丘脑本身，根据发放刺激的强度和时问将影响下丘脑的释放活动。

三、免疫机制

心理社会因素引起的紧张情绪或行为所以能导致疾病，还与免疫系统的功能被抑制有关。

近代免疫学的研究已肯定，紧张刺激或情绪，可通过下丘脑及由它控制分泌的激素影响免疫功能；产生胸腺退化，影响T淋巴细胞的成熟，抑制抗体反应，降低巨噬细胞活动能力，干扰淋巴细胞的再循环，抑制 γ 球蛋白的形成，干扰白细胞的活动，降低抗体活动能力等，从而降低机体对病毒、细菌或过敏物的抵抗力而致病。例如，对类风湿因子阳性的人引起类风湿性关节炎的研究发现，关节痛加剧之前或疼痛加剧时都具有某种心理社会紧张刺激引起的焦虑和忧伤情绪或矛盾情绪。又如，近代癌症致病因素的研究表明，引起癌症的原因之一是免疫功能的抑制。临床心理学的研究也发现，癌症发生之前，病人大多有焦虑、失望、抑郁或压抑愤怒等情绪。这种情绪可通过中枢神经系统影响免疫功能，使抵抗致癌物的能力减弱，提高引起癌症的可能性。

图4—1说明中枢神经、神经内分泌和免疫三个系统的相互关系和影响，以及它们在心理社会刺激导致疾病过程中的重要作用。



图4—1 心理社会因素致病的过程

第五节 心理紧张的致病条件

心理因素对躯体的影响主要是通过因理想、愿望和需要等受挫折时所引起的心理紧张，或者说是主、客观不相适应所产生的精神紧张或心理矛盾（或称心理应激）而起作用的。

心理紧张或矛盾是普遍存在的，但并非任何心理紧张都能致病，作为一个刺激，心理紧张引起的活动也符合刺激—反应的一般规律：刺激引起反应取决于刺激的质和量，机体的机能状态即个体对精神刺激的易感性和抵抗力，再加上个体对精神刺激作出带有主观意义的评价。

一、精神刺激的质和量

引起心理紧张的精神刺激是各种各样的，精神刺激作用于机体产生心理紧张，再通过情绪变化而引起内脏反应，但这种反应不一定是疾病。目前，对这种刺激还缺乏客观的衡量指标。有人把造成紧张刺激的因素归成心理社会的、文化的、化学的以及生物物理因素等（图4—2）。

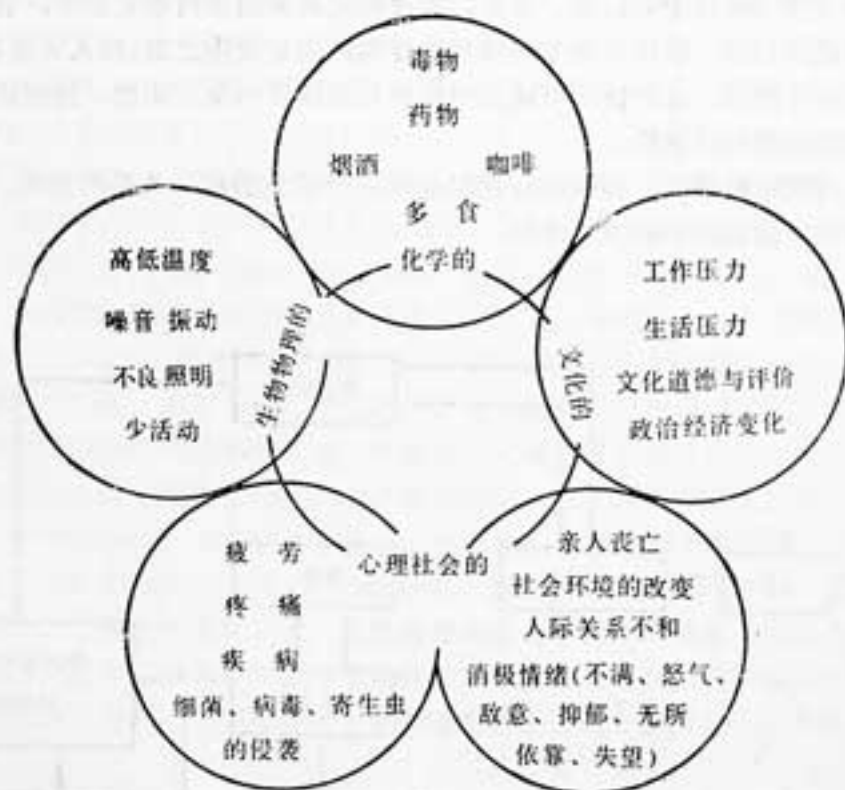


图4—2 造成紧张状态的多种因素

美国华盛顿大学医学院的精神病学家Holmes等对5,000多人进行社会调查，把人类社会生活中遭到的生活变故(Life crisis)归纳并划分等级。他们列出了43种生活变化事件，并以生活变化单位(Life change units, LCU)为指标加以评分(表4—1)。他们在一组研究中发现LCU与10年内的重大健康变化有关。在中等度生活变故的人群中，37%有重大的健康变化；有重大生活变故者中，70%呈现重大健康变化。Holmes等提出，若LCU一手算清

过300, 则预示今后2年内将有重大的病患; 后来, 又进一步提出, 若一年LCU不超过150, 年来可能是健康平安; LCU为150~300, 则有50%的可能性在来年患病; LCU超过300, 来年生病的可能性达70%。1976年他们报道, 从回顾性和前瞻性调查表明, LCU升高与心脏病猝死、心肌梗塞、结核病、白血病、糖尿病、多发性硬化等有明显关系。当然, 这些生活变故对不同个体的影响, 不会是等同的。例如, 同样是配偶死亡, 在不同的情况下对个体的影响不同, 在家寿终正寝者或患病卧床多年、久治无效而死亡者, 对配偶的打击较小, 其致病作用较弱; 而急性、意外的死亡, 或家中起主要作用角色的死亡, 就会对家庭成员带来沉重的打击, 其致病作用较强。另外, 感情不好的配偶与感情极好的配偶的死亡其影响显然大不相同。

Wales(1967)报道, 丧失亲人者, 死亡率要比年龄相仿的对照组高7倍, 若亲人死于外地的未亡人要比亲人在家死亡的未亡人死亡率高2倍。此外, 包括洪水、地震在内的自然灾害等突然变故也有较强的刺激。另一些因素, 如工作不顺利、人际关系不协调等, 有可能但不一定致病。所以, 有人把这些问题归纳为三种致病因素, 即工作和学习上不适当的长期紧张; 工作或家庭中的人际关系不协调; 生活中的重大不幸事件。

二、个体对精神刺激的易感性和抵抗力

实践表明, 同类精神刺激对不同个体引起的反应不同, 这与个体的个性特征、神经系统生理特征以及世界观、道德观念、行为准则有关。另外, 机体的机能状态会影响机体对精神刺激的

表4-1 生活变化单位计算表

变 化 事 件	LCU	变 化 事 件	LCU
1. 配偶死亡	100	22. 所担负工作职责方面的变化	29
2. 离婚	73	23. 子女离家	29
3. 夫妇分居	65	24. 姻亲纠纷	29
4. 坐牢	63	25. 个人取得显著成就	28
5. 未留家庭成员丧亡	63	26. 配偶参加或停止工作	26
6. 个人受伤或患病	53	27. 入学或毕业	26
7. 结婚	50	28. 生活条件变化	25
8. 被解雇	47	29. 个人习惯的改变(如衣着、习俗、交际等)	24
9. 复婚	45	30. 与上级矛盾	23
10. 退休	45	31. 工作时同或条件的变化	20
11. 家庭成员健康变化	44	32. 迁居	20
12. 妊娠	40	33. 转学	20
13. 性功能障碍	39	34. 消遣娱乐的变化	19
14. 增加新的家庭成员(如出生、过继、老人 迁入)	39	35. 宗教活动的变化(远多于或少于正常)	19
15. 经济上的再调整	39	36. 社会活动的变化	18
16. 经济状态的变化(比通常更好或更坏)	38	37. 少量负债	17
17. 失去丧亡	37	38. 睡眠习惯变异	16
18. 失业(工作)	36	39. 生活在一起的家庭人数变化	16
19. 夫妻多次吵架	35	40. 饮食习惯变异	15
20. 中等负债	31	41. 休假	13
21. 取去或回抵押品	30	42. 圣诞节	12
		43. 微小的违法行为(如违章穿过马路)	11

敏感性和耐受性，如感染、中毒、外伤、疲劳、青春期、衰老，妇女的月经、妊娠、更年期等，均可削弱对精神刺激的抵抗能力。经历不同，可使某些人增强耐受性，而对有的人则增添了敏感性。

三、个体对精神刺激所作出的评价

人不仅是一个生物体，而且也是一个社会成员。人不能简单地、孤立地作为有机体而存在。人必须在某种特定的社会环境中、在某种特定的人际关系和特定的集体中生活。人也必须在其生活过程中不断地对各种环境刺激（包括自然的和社会的）有选择地、相应地作出各种生理和心理的反应。人对其周围环境刺激的反应，是通过人脑进行信息加工的结果。虽然人脑能够直接对外界环境、身体内部和信号活动本身三方面的信息作出反应，但是社会情境和社会事件具有最大的信息量，是给予人的最重要的信息源泉。人们在通过大脑对信息进行加工的过程中，必然会有意识或无意识地对信息作出带有主观意义的评价，激起一定的情绪反应，而反过来情绪又会在机体内部引起和伴随某些生理生化的变化，并相应地引起一定的认知和行为。这些都可以改变人们的健康。例如，生活情境的变化，象生离死别，社会、政治、经济等状况变化；对某些人主观认为是一种威胁或丧失依靠的信息，会使他引起恐惧、焦虑、悲伤、愤怒等情绪，这种情绪又可使上述信息通过植物神经的输出冲动或激素影响躯体机能，引起一些生理变化而致病；而对另一些人来讲，它们并不具有威胁或丧失的意义，所以就不会引起致病的心理生理反应。

总之，心理紧张有可能但不一定致病。在多种心理因素作用下，要分析起主导作用的因素。精神刺激只是致病的一个方面，还要从机体的易感性、耐受性以及个体对信息作出的主观评价来考虑。

第六节 心身疾病

任何时候，只要有心理活动就会有生理反应，如果不良的生理反应持续过久，就会导致躯体的损害，甚至造成器质性病变。按传统观念来看，心身疾病是根据下列标准确定的：① 它们以躯体症状为主；② 它们是由情绪因素引起的；③ 它们累及的通常是在植物神经支配下的单一器官系统；④ 躯体变化与正常伴发于情绪状态时的生理变化相同，但更为强烈和持久；⑤ 个体可能并不了解自己的情绪状态。

一、疾病范围

对此各家意见颇不一致，目前一般认为，它包括人体各器官、系统的数十种常见的疾病，其中主要有以下疾病：

心血管系统 原发性高血压，冠心病，心肌梗塞，心律失常，心动过速或过缓等。

呼吸系统 支气管哮喘，过度换气综合征，血管过敏性鼻炎，枯草热等。

消化系统 消化性溃疡，溃疡性结肠炎，结肠过敏，神经性厌食，神经性呕吐，习惯性便秘，食管、贲门或幽门痉挛等。

内分泌系统 糖尿病，甲状腺机能亢进，肥胖症，心因性多饮，更年期综合征等。

泌尿生殖系统 阳痿，早泄，性欲减退或缺乏，月经失调，经前期紧张症，痛经，神经性多尿症等。

皮肤系统 神经性皮炎，瘙痒症，慢性荨麻疹，斑秃，过敏性皮炎，湿疹等。

肌肉骨骼系统 类风湿性关节炎，痉挛性斜颈，紧张性头痛等。

神经系统 偏头痛, 痛觉过敏, 植物神经功能失调症等。

其它 恶性肿瘤, 系统性红斑狼疮, 妊娠高血压综合征等。

二、患病率

初步估计, 在综合性医院就诊的初诊病人中, 有略高于1/3的病人是躯体疾病, 不到1/3的病人是神经官能症, 其余1/3是心身疾病。上海第一医学院曾调查了中山医院内科、心血管科、肺科、妇科和华山医院内分泌科、皮肤科门诊病例1108例。其中心身疾病患者368例, 占33.2%, 表明心身疾病目前在综合性医院门诊中占有相当大的比例。因此, 开展心身疾病的研究和防治具有重大的实践意义。

以性别而言, 总的患病率, 女性高于男性; 就各病种而言并非如此, 如消化性溃疡、冠心病、支气管哮喘, 以男性患病率为高。就年龄而言, 其患病率以65岁以上的老人和15岁以下的儿童较低; 中年人略高; 更年期为最高。其它如, 城市高于农村; 脑力劳动者高于体力劳动者; 工业发达地区高于工业较不发达地区。流行病学研究还表明, 近年来心身疾病的患病率有增高的趋势。

三、常见的几种心身疾病

根据现代心身医学的理论, 这里列举我国当前重点研究的发病率较高的几种心身疾病, 以说明心理社会因素和人类疾病的关系。

(一)原发性高血压

现已查明, 人的血压可随食盐量、姿态、运动、冷热、噪音、疼痛、情绪、精神集中、新奇情景和谈话内容等因素的变化而变化。也就是说, 可随每天人的行为状态的变化而变化。实验研究发现, 在痛苦和愤怒时, 由于外周阻力增加, 舒张压明显上升; 在恐惧时, 由于心输出量增加而导致收缩压的升高。现在认为, 单独心理因素并不能致病, 但它可以影响各个发病环节而促使发病。

流行病学调查表明, 在稳定的社会中, 习惯、传统、制度比较完整地建立了起来, 具有良好心理适应的人生活在这样一个环境中, 其血压不受年龄增加所影响。反之, 生活在一个多变的、不能预期变化的动乱环境中, 若心理适应又很困难, 则血压上升。文化环境变化也可增加适应负担。儿童时期建立起来的心理适应形式的破裂(特别是在中年早期), 从农村迁居城市, 以及社会职业的变化都可构成社会心理因素的变化。但各种生活事件必须对病人有特殊的“意义”, 即这些事件对病人来讲是一些紧张刺激, 才能引起情绪反应; 反之, 则不引起同样的情绪反应, 故并非生活在上述环境中的每一个人都患高血压病。Harris及Singer(1967)报道一组在紧张刺激环境中引起高血压的妇女, 其个性特点是有敌意、凶狠和好斗, 这些妇女身体健壮。Harburg等根据美国黑人高血压病、中风的发病率、死亡率均高于白人这一事实, 在Detroit的高紧张刺激区及低紧张刺激区(高低紧张刺激区是根据社会经济状况、犯罪率、暴力行为的发生、人口密度、迁居率、离婚率等因素来区分)进行流行病学调查, 发现高紧张刺激区的男性黑人(25~60岁)血压最高, 舒张压平均在95毫米汞柱以上。他们发现, 不论是高紧张刺激区或低紧张刺激区, 也不管是黑人还是白人, 高血压患者的血压增高, 都与被压抑的敌对情绪、受打击时强压愤怒等因素有关。另外, 劳动环境中的紧张刺激也是一个因素, 苏联一学者发现在大的交换台工作的话务员, 她们需要在单位时间内接线多次而很少休息, 高血压较多。Cobb及Rose(1973)报道, 空中交通控制人员从事的是一种高度紧张的作业, 其高血压发病率4倍于二级飞行员。

关于解释本病的发病的机理的学说很多，但一般认为除肾素—血管紧张素—醛固酮系统及其它内分泌激素等参与外，高级神经中枢功能失调在发病中占重要地位。由于心理社会因素造成的不良刺激，引起长时间、强烈、反复的精神紧张、焦虑、忧愁和烦恼，使大脑皮层兴奋和抑制过程发生紊乱，不能对皮层下中枢进行正常的控制；当皮层下缩血管中枢形成优势灶时，就会引起全身小动脉痉挛，从而使血压升高。

近年来，心理生理研究发现，人的内脏活动也能给予训练和学习，即可人为地按一定方向训练调节自己的血压、心率、胃肠蠕动等，这发展为生物反馈疗法，为高血压病的治疗和预防开创了一个良好的前景。

（二）冠心病

冠心病是心脏冠状动脉粥样硬化导致心肌缺血缺氧而引起的心脏病，是严重危害人们健康的一种常见病，尤其是中、老年人患病率甚高。

冠心病是近代社会的流行病。古代医籍所记载的人类主要疾病中，提到冠心病的病例并不多。即使以现代冠心病患者最普遍的美国来说，甚至到1920年，冠心病患者也不多见。当然，这和当时的检验手段不全或有就医条件的人不多有关，不过冠心病患者在20年代相对地比现在要少。冠心病在美国和其它一些资本主义国家是随着工业的发展而迅速增长的。我国1973年在22个省市普查的资料表明，本病在我国30岁以上人群中平均患病率为6.46%，男性多于女性，脑力劳动者较多。

冠心病的病因和发病机理至今尚未完全阐明。近20年来，很多营养学家一直认为人们食物中胆固醇的含量高是冠心病发病率高的主要原因。有人提出的研究报告中，比较了居住在日本本土的人和迁居到夏威夷和美国的日本人冠心病的发病率，发现居住在日本本土的患冠心病的较移居夏威夷和美国者为少；而移居美国的冠心病患者的比率与美国人相同，这些人通常和美国人一样吃含胆固醇高的食物。但后经大量调查研究认为，高胆固醇食物并不是冠心病发展、形成的主要因素。哈佛大学营养学院曾对579名由爱尔兰移居波士顿的健康男子作了详细的调查发现，移居到美国的爱尔兰人比在他们本土所吃的饱和脂肪要少，但他们比居住在爱尔兰本土的兄弟患冠心病要多。芬兰的农民习惯吃高饱和脂肪食物，但患冠心病的人很少。非洲的马塞部落人吃更高的饱和脂肪食物，而患冠心病者更为少见。

现代的大量研究证明，心理社会因素在冠心病的病因中起重要作用。1981年9月在芬兰召开了“冠心病中的神经性及心理因素”的专题讨论会，赫尔辛基大学的 Härtel 提出了心理社会因素及情绪通过心血管系统生理控制对冠心病各种表现的影响（图4—3）。波士顿大学医学中心 Jenkins 教授所主持的全体讨论会上提出了冠心病的心理社会因素、机制和干预策略，并讨论了它们之间的可能联系（表4—2）。也有人将冠心病病人临床症状与焦虑性神经症病人进行比较，发现有许多相似之处（表4—3）。

目前认为冠心病的致病因素是多方面的，其中包括：

- （1）饮食因素：饮食中含有高饱和脂肪、胆固醇和热量；
- （2）血液化学：血清胆固醇和甘油三酯增加，高血糖，高尿素；
- （3）器官、系统病理改变及功能失调：高血压，糖尿病，甲状腺机能低下，肾脏疾病，痛风；
- （4）生活习惯：吸烟，缺乏体力劳动，多食；
- （5）心理社会因素：A型行为类型，职业或婚配不合，劳动过度负荷，职业不合适以及

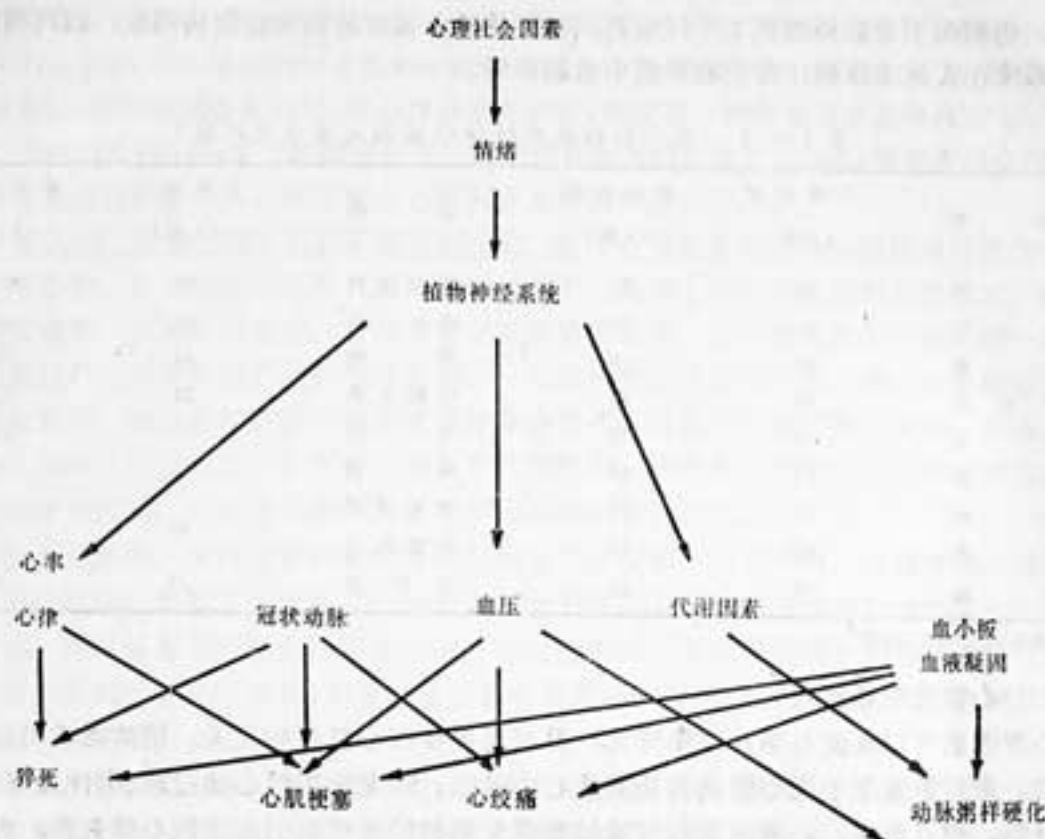


图 4—3 心理社会因素通过激活植物神经系统对冠心病各种表现的影响

表 4—2 冠心病的心理社会危险因素、机制和干预策略以及它们之间的可能联系

1. 心理社会危险因素 A 社会的不利情况包括低教育 CO 应激 DM 慢性不良情绪包括不满 G 睡眠问题 BI A型行为 E 无应付能力 2. 神经学与生理学机制 BCL Fak 交感神经系统唤醒——肾上腺髓质 CIM 副交感神经系统抑制——肾上腺皮质肾上腺受体 IF 儿茶酚胺 EF 血管痉挛 AM 心律失常 I 血小板聚集	H 脂质动员 其它粥样硬化过程 HJM 心肌缺血 HJK 高血压 3. 干预 α- 阻滞剂 II β- 阻滞剂 G 抗焦虑药物 催眠 J 松弛计划 K 植物性功能的自我控制, 包括生物反馈, 降低A型行为疗法, 对其它问题即焦虑、个人家庭冲突的心理治疗 O 改变社会环境 IL 体力练习
--	--

箭头的字母是两个因素之间的可能联系

焦虑及压抑等情绪障碍;

(6) 家庭因素: 家族史, 如动脉粥样硬化或高血压等。

最近, Gutstein等(1978)建立了一个动物模型以研究神经因素在动脉粥样硬化发生中的

作用，电刺激下丘脑外侧部2个月左右，冠状动脉中就可见到粥样斑块形成，因而推测中枢神经系统在人体动脉粥样斑块的形成中也起作用。

表4—3 冠心病和焦虑性神经症病人症状之比较*

症 状	心脏病组 (人数)	神经症组 (人数)	症 状	心脏病组 (人数)	神经症组 (人数)
心 悸	97	90	感觉异常	58	25
易 疲 劳	95	78	虚 弱	56	65
气 憋	90	75	震 颤	54	70
神 经 质	88	90	呼吸不畅	63	75
叹 息	79	20	失 眠	53	48
眩 晕	78	55	胸 抖	47	70
晕 厥	70	20	整天感到	45	76
忧 虑	61	80	疲 乏 无 力		
头 痛	58	65	出 汗 多	45	62

*两组病人均为173例

(三)心律失常和猝死

心理因素可以促使心率及心律变化，但与是否存在心脏疾病无关。情绪影响可以引起心律失常。最可能发生于无心脏病的是窦性心动过速、阵发性房性心动过速、房性及室性早搏、心房纤颤。也有报道，心理因素可以通过增强交感神经活动而引起室性心律失常，包括心室颤动。

Lown及Verrier (1976年)提出心理紧张刺激可促使高位脑中枢发出冲动改变心肌的兴奋性，降低室颤阈，并引起猝死。这种变化可发生在正常的或有病的的心脏。Engel (1978年)推测一些不能解决的难题可以引起交感及副交感神经兴奋的快速波动，这对于已有心肌损害者可导致致死性心律失常。

1977年，《美国心脏病学杂志》发表一篇题为“神经和心理学机制与心脏的猝死问题”的综述，其中提到下列情况：

(1) 丧失亲人(父母、配偶)可增加猝死的敏感性。有人调查4486名孀夫(丧偶6个月)年龄55岁以上者，其死亡率较同年龄的结婚男子高40%。

(2) Rahe等(1973年)对因冠心病猝死的226名死者家属作回顾性交谈，发现与一年前的同样时期相比，在死亡前6个月死者有较大的生活变故(如离婚、灾难、工作改变等)。

(3) 《英国医学杂志》(1955年)有文章提到对急性心肌梗塞恢复过来的病人中，查房是一个危险因子，上午查房时的猝死率比随机死亡率高5倍。主任医师每周查房一次，但引起的猝死率却有一半。

(4) 有人对64名猝死及64名相应年龄的妇女作回顾性调查，这些死亡者生前并无不健康表现，与对照相比，结婚的较少，与其配偶在教育程度上不相配的较多，孩子较少。当然还有其它因素，如吸烟，饮酒较多。

以上这些材料并不能肯定心理因素与突然死亡有必然的因果关系，但肯定是有影响的。

(四)支气管哮喘

支气管哮喘也是一种常见的心身疾病。人们对本病进行了广泛的研究，但它的病因、发

病机制尚未完全阐明。当前人们认为,支气管哮喘的病因有三:变应过敏原、感染和心理因素。Williams等(1956年)对487名各种年龄哮喘病人进行研究发现,外源性过敏原因素优势者占29%,呼吸道感染占40%,而心理因素占30%,但没有一种因素可单独导致发病。Rees(1956、1964)及Pearson(1968)也认为三者是相互作用的。在Williams等报道的487例中,有心理因素参加的占70%,而单独由心理因素发病的只占1.2%。

一般认为,单独心理因素虽不能引起发病,但由心理因素激起的强烈情绪可改变呼吸系统的生理功能,影响机体的免疫机制,当接触到变应原和上呼吸道感染相互作用时,则可引起支气管哮喘。有的研究发现,对特种变应原过敏的孩子,会在家里持续发病,而一旦离家后,虽然这种变应原依然存在却不再发病。一位患哮喘病的法国医生,有一天发现他很信任的人在偷东西,由于极度愤怒而导致支气管哮喘发作,且发作特别严重。又如,有些儿童在初进幼儿园时,由于环境的改变而出现了支气管哮喘。当哮喘一旦发生,由于对症状的害怕,情绪更加波动,形成恶性循环,造成疾病长期不愈的后果。

实验研究证明,情绪的紧张刺激可以引起支气管收缩。当发怒时,迷走神经兴奋,使支气管平滑肌收缩,增加了气流阻力。由于支气管平滑肌不仅有与迷走神经介质结合的M型胆碱能受体,同时还有 β 型肾上腺素能受体,当交感神经兴奋时释放的介质与 β 受体结合,可引起气管平滑肌的舒张。因此,如果当交感神经作用降低时,则迷走神经的兴奋性相对增高,同样可以引起哮喘。

近年来,用催眠暗示、松弛训练和行为矫正疗法,也可改变肺的功能,减轻支气管收缩,降低哮喘频率和减轻气喘症状,产生比药物治疗更好的效果。这也说明,心理因素与肺功能有一定关系,它在支气管哮喘中起着一定的作用。

(五) 消化性溃疡

消化性溃疡是发生在胃和十二指肠的慢性溃疡。本世纪以来本病的发病率显著上升。目前已有充分的证据说明消化性溃疡和紧张刺激关系十分密切。早在百年前人们就发现紧张的环境刺激会影响胃的机能。40年前, Cannon 就观察到,动物的胃液分泌会因受惊而被抑制的现象。以后,人们用各种方法来调查由具有特殊意义的刺激引起的情绪对胃机能的影响。结果发现,当与病人进行紧张的谈话或让他参加临床检验而引起焦虑、痛苦、愤怒、羞辱和罪恶感时,可能由于这些情绪加强了迷走神经冲动的发放,而使胃液分泌量和酸性增加,使胃运动发生变化。动物实验也证明,紧张的心理因素,确可引致消化性溃疡的发生。不久前,有人用鼠作实验,他们将鼠分成许多组,每一组都是由三只年龄、体重和健康情况相同的鼠组成。每一组的每只鼠,尾巴上都按上一个电极,其中二只接受到同等强度的电击,而另一只不受到电击,以作对照用。那两只要接受电击的鼠,其中一只在每次电击发生前10秒钟,先听到“吱”的一声信号示警;而另一只接受电击的鼠,每次电击也会听到“吱”的一声,只是发声或是在电击之前,或是在电击之时,或是在电击之后,并无固定。换句话说,两只接受电击的鼠,虽然接受同样的电击,但一只预先10秒钟知道,而另一只则不知。不接受电击的第三只鼠,在同样时间内,也听到同样次数的“吱”声。电击可使鼠发生疼痛感,因而会引起鼠心情紧张。实验结果表明,没有受到电击的鼠,未产生消化性溃疡,而不时受到电击的两只鼠,都发生了胃或十二指肠溃疡。预先10秒钟知道发生电击的鼠,虽然也是无可避免地受到同等的电击,然而发生消化性溃疡的程度远较不能预知的鼠为轻。前者溃疡面平均1.5毫米,而后者为8.9毫米。这说明心理因素引起消化性溃疡的作用是很大的。另外,有

人设计一个实验,把小白鼠放在实验箱中,其中一端放有食物,另一端放水,实验箱底用铁索铺成,两端通电,中间不通电。动物只能在中间时不受电击,每48小时中有1小时不通电,小白鼠处于饥渴交加,想吃食物又怕遭到电击的矛盾处境之中,结果产生了胃溃疡。对照组动物同样在48小时内只有1小时供应食物和水,没有一只发病。另外发现,人长期的情绪激动,如失望、愤怒会使胃酸分泌持续升高,使充血的胃粘膜发生糜烂。Cobb对4325名空中交通管理人员与8435名二级飞行员进行研究,发现十二指肠溃疡的发病率,前者为后者的一倍,这说明高应激环境比低应激环境发病率高。

临床心理测验资料表明,这种病人一般是不好交往,行为总是老一套,被动、顺从、好依赖,及缺乏创造性的。

最新资料表明,胃粘膜的损伤会引起血清或血浆胃蛋白酶原水平的升高。作为胃分泌增多指标的血清胃蛋白酶原浓度的增高,结合某种个性特征,易于使一个人对紧张的环境刺激作出生理反应,而发展成溃疡病。

本病的病因和发病机理较为复杂,尚未完全阐明。但多年的大量临床观察和病理生理与动物实验研究,提供了不少关于本病发生的资料。一般认为,消化性溃疡的发病病因绝非单一的,它是多种因素相互作用的结果。其中,心理社会因素与此病的发生发展有着相当重要的关系。持续、强烈的精神紧张和情绪激动等,可通过大脑皮层作用于下丘脑改变植物神经系统的活动。当迷走神经异常兴奋时,就能影响胃肠道消化液的分泌,促使胃酸持续增高而发生消化性溃疡;同时,当情绪激动和紧张状态时,通过垂体—肾上腺皮质轴使肾上腺皮质激素分泌增多,后者具有兴奋胃酸、促使胃蛋白酶分泌和抑制胃粘膜分泌的作用,可以增强胃对迷走神经冲动和胃泌素等刺激的反应,这样就导致消化性溃疡的形成。

(六) 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎又称慢性非特异性溃疡性结肠炎,是直肠和结肠一种原因未明的炎性疾病。主要临床表现为腹泻、粘液脓血便、腹痛和里急后重。病情轻重不一,常反复发作,本病可发生在任何年龄,但以20~40岁为多。男女发病率无显著差别。本病在我国报道较少,一般认为比国外少见。

半个世纪以来,很多研究者从各个方面对溃疡性结肠炎进行了大量的研究,肯定了心理社会因素与本病有一定关系。临床观察表明,这种病除了有细菌性痢疾和慢性便秘的病史外,常见病前有焦虑、愤怒、恐惧等情绪因素。而且由发病时的症状引起的痛苦体验与之交织在一起,促使病情恶化和持久不愈。有人进行实验观察发现,愤怒、焦虑的情绪引起了结肠机能亢进,表现为降结肠的持续收缩,肠腔变窄,溶菌酶分泌增强,粘膜充血脆性增加,这样容易损伤出血而形成溃疡。

近代研究表明,紧张的情绪所以能引起腹泻和便血,是因为紧张情绪能兴奋副交感神经,刺激肠的运动和肠粘膜的分泌,增加粪便的排出,引起结肠保护性粘膜屏障降低,随之产生粘膜炎症。此外由于粘膜和粘膜下层血管变化而引起出血。至于一些情绪刺激如何通过大脑促使植物神经系统和内分泌激素来影响结肠机能变化而导致结肠炎,尚待进一步研究。

关于病人的个性特征也已作了许多心理学的测验和观察,发现这些患者的性格多数是怕羞、守时、整洁、顺从、拘谨的。病人的这些个性特征与童年时父母的态度、教育方式有密切关系,这一般是由于父母过分控制、责备或过分关心、保护孩子的结果。

(七) 癌症

关于癌症的病因，人们普遍重视物理化学刺激、病毒、慢性感染、药物、遗传等因素，却往往忽视了社会、经济、职业、生活习惯、个性、情绪等心理社会因素的影响。实际上，心理社会因素造成的紧张刺激所引起的不良情绪，常常是引起癌症的重要因素。自古以来，就有人提到过这个问题，如Galen发现抑郁的人较性格开朗者易得乳癌，近来有人提出酚噻嗪和利血平等神经抑制剂可能有致癌作用。

对癌症患者作心理调查发现，克制自己、压抑愤怒、有不安全感及不满等情绪的人易患癌。Purker在研究397例乳腺癌病人后发现，亲人丧亡是促使发病的主要因素。美国一位医生在研究白血病及何杰金氏病患者的心理时，发现病情明显发展的10个病人中，有9个与孤独、绝望的心境有关。美国癌症研究所对早期进行手术治疗的恶性黑色素瘤病人进行观察发现，对治疗怀疑、丧失信心、焦虑者常常复发，压抑及克己情绪者预后不良。格拉斯哥大学的Kissen将肺癌与一般肺病患者的心理作对比研究时发现，肺癌病人较多疑、烦躁、好发脾气，特别是有克己情绪和压抑者，即使抽烟不多也会致癌。Miller观察1,400对配偶中癌症发病的情况，结果发现当一方患癌或死于癌症的精神刺激，可促使对方患癌。当然，还有其它因素所致。我国山西省调查表明，食管癌患者中56.5%有忧虑、急躁等消极情绪因素；河北省的资料中性情急躁者占69%；山东省统计，个性暴躁者占64.7%，发病前半年有重大精神刺激的占52%。另外，Miller在一篇关于癌症心理学问题的专论中举了一个典型例子，一位内科医生治疗一例何杰金氏病的病人，在19年的定期随访中证实完全缓解，这次就诊前6个月，发现腹股沟有肿大的淋巴结，经剖腹检查发现肝脏、主动脉旁淋巴结均受影响，虽然作了大剂量化疗，但仍在短期内死亡。为什么近20年的缓解期中癌症可长期潜伏不动，而在短期内突然发作致死呢？带着这样一个问题，对家属作患者生前健康状况变化与生活变故的回顾性调查发现，在复发前6个月，患者的独生子在一次车祸中死去，他一直不能从这一情绪打击中恢复过来。我国也有人调查过癌症患者的心理状态，发现发病前有明显心理因素影响者为76%，而一般内科病人只有32%；以受到的精神刺激的强度来比较，癌症组患者受到的精神刺激强度比一般组病人要强。

心理社会因素如何影响癌症，目前认为主要是不良情绪对机体免疫机能有抑制作用，从而影响免疫系统识别、消灭癌细胞的“免疫监视”作用。动物实验证明，心理紧张可促使肿瘤的发展，如小鼠在紧张环境下可使皮质类固醇增多，T淋巴细胞减少，胸腺退化，参与免疫的淋巴系统缩小。此时，于皮下接种6G3HED淋巴肉瘤细胞，其种植成功率及生长速度较对照组明显增加。

也有研究证明，少肉、多水果蔬菜的饮食，少吸烟，安定的社会环境，和睦的家庭生活，社会福利的保证，坚定的信仰，消灭和防止致癌物的措施等，都可减少癌症的发病率。

以上清楚地说明，心理社会因素与癌症的发病率和预防有着密切的关系。

（八）更年期综合征

从心身医学的角度来看，更年期是容易患心身疾病的时期。更年期综合征的症状大多为植物神经功能紊乱的表现。其症状复杂多样，除有月经障碍外，还有焦虑、紧张、情绪易变、抑郁、失眠、畏寒、颜面潮红发热、头痛、眩晕、耳鸣、便秘、腹泻、震颤、乳房疼痛等。过去一直认为，本病的主要原因是性激素水平的改变。近年来，不少报道表明心理社会因素对本病的发生发展起着很大的作用。妇女的更年期是成熟期向老年期的移行阶段。逐渐衰老，容颜容貌和性的魅力逐渐消失，使一些妇女感到悲哀。当然，对衰老的耽心因人而异，有

些妇女在更年期生活稳定,衰老就慢。人事关系不协调,工作及生活不顺心,家人有病、亲人死亡,名誉或经济损失等,都可成为患病的因素。若平素生活安定,精神修养较好,到更年期即使心理负担加重,也不会发生适应障碍,能够平稳地度过这一时期。但是,那些性格上具有沉默寡言、敏感拘谨、顾虑重重、易焦虑紧张等特点的妇女,加上某些外界因素,可造成较大的心理压力,这就容易发生心身疾病。Neugarten等(1968)的报道表明,既往有心理上处境困难,如自尊心低,生活上不称心的妇女,容易发生更年期综合征。Notman(1978)指出,对那些生育和抚养孩子有困难的妇女,在更年期很可能发生抑郁。Neugarten等(1968)在跨文化的研究还表明,更年期的反应在上层社会妇女中较多,而中、下层妇女则愈来愈少。因此在处理上,单纯用雌激素治疗往往不能使病人的症状得到改善,若辅以心理治疗则可取得较好的效果。

(九) 荨麻疹

俗称“风疹块”,是皮肤粘膜血管扩张及通透性增加而出现的一种局限性皮疹。有15~20%的人一生中至少发作过一次荨麻疹。其病因较为复杂。鱼、虾、蟹、蛤、鸡蛋、牛奶等食物;磺胺、阿斯匹林等药物;蚊子、臭虫等昆虫的叮咬;接触生漆等化学品,花粉、灰尘、烟雾等的吸入;一些细菌、原虫的感染以及内脏疾病等均可引起。而心理社会因素如紧张、烦恼、抑郁等都可成为诱发本病的条件。此外,个性特征也有一定的影响。例如,有位女病人第一次发生荨麻疹是因丈夫患重病,她暴露在阳光下后发病。以后丈夫恢复了健康,她可在阳光下而不发生荨麻疹。过了一段时间后,她又遇到一次紧张刺激,引起极大的烦恼,这时她再次对日光过敏又发生荨麻疹。这一时期过去后,她又能在日光下活动而不犯病。另有一位第二次世界大战时的指挥官,他经历过许多紧张激烈的战斗场面,没有任何躯体不适,可是战后他牵涉到一件难于处理的烦恼事件时,服用阿斯匹林后发生了荨麻疹;当解决矛盾后再服阿斯匹林就不再发病。3年后,当他又发生严重矛盾时,服用阿斯匹林又发生了荨麻疹,消除紧张情绪后再服药又不再发病。有人发现,患慢性荨麻疹的病人往往不能发泄自己原有的明显不满情绪。有的心理因素在荨麻疹的发病上颇具戏剧性。如一位18岁的姑娘,在听到父亲意外的死讯后,不到15分钟,首次起了一身荨麻疹。一位从未患过荨麻疹的母亲,在女儿跳楼后立即出现了荨麻疹。

近代的研究已查明,情绪激动等刺激能使胆碱能神经末梢释放出乙酰胆碱。乙酰胆碱可直接作用于皮肤血管而引起血管扩张,也能抑制肥大细胞的cAMP而促使组织胺释放,于是小血管扩张及毛细血管壁的通透性增加而使荨麻疹出现。另外,情绪等因素也能使敏感性高的人皮肤血管扩张,而产生荨麻疹。

(十) 紧张性头痛

紧张性头痛又称肌肉收缩性头痛,是慢性头痛中最常见的一种疾病。其病理生理基础是头部与颈部肌肉持久的收缩。引起此种收缩的原因大多由心理因素所致。著名的研究头痛的专家Martin指出,这些头痛常与人们之间相互矛盾以及与不如意、羞怯、罪恶感、嫉妒、钻牛角尖或内心深藏着恐惧等心情有关。他还发现,这些头痛患者中许多人有性功能障碍。另据研究表明,本病患者常常有好强、固执、孤僻和谨小慎微的人格特征。本病头痛的特点是两侧部与后枕、颈项部持续性钝痛。病人也常描述头部有紧箍感与重压感。有些病人的头痛原因虽然已经消除,但由于对疾病的过分忧虑而使紧张状态继续存在,结果病程延长,病人时常声称他的头痛许多年来从未缓解过。一般认为,肌肉收缩本身可以引起疼痛,而肌肉的

收缩可以引起供应肌肉的血流减少,局部处于缺血状态,也可以引起疼痛。此外,激动和紧张的情绪可以使头部某些动脉,包括供应脑实质的动脉发生痉挛。然而由于血管不能维持长时间收缩,最后因平滑肌疲劳而出现扩张,结果引起了头痛。近代研究表明,在慢性紧张性头痛中造成疼痛的因素,有可能是一种慢性无菌性炎症,而徐缓激肽以及其它一些可作用于血管的胺类物质在其中起着主要作用。

事实上,几乎所有的疼痛,都是心理生理性的,而慢性疼痛的心理生理特征,尤为突出。临床心理学家认为,疼痛既是一种与刺激相联系的感觉,同时又具有主观的个体意义,与注意、动机、以往经验等心理活动密切有关。在同等强度的刺激下,不同的个体之间的反应有很大差异。因此,对于治疗心理因素引起的紧张性头痛,应该让患者摆脱不良情绪和对预后的忧虑,使紧张状态得到缓解,头痛也就会随之减轻或消失。

(南京铁道医学院 蔡雄鑫)

第五章 心理测验

第一节 心理测验概述

一、心理测验的定义和发展史

众所周知，一个人的身高、体重、体温、血压都可以用一定的仪器加以测量，使其数量化。并用相应的单位如厘米、公斤、度、毫米汞柱等加以标志，以便于个体之间，或同一个体在不同时期之间的比较。所得数据可作临床诊断（发烧、高血压）或作选拔人材之用（运动员、飞行员）。

那么，一个人的感知能力、思维能力、记忆能力、兴趣与爱好、聪明与愚笨、合群与孤僻等心理现象能不能测量呢？社会发展和现实生活对比提出了迫切的要求。心理测验就是试图解决一般或更为复杂的心理测量问题。

个体心理特征之间存在着差异，这是客观事实。有差异就要比较，要比较就得测量。心理测验的任务就是要力求正确地反映这些差异。所谓心理测验是一种测量心理现象的数量化手段。经过精心设计、选择和组织，并对大量测试材料分析综合，然后归纳编制而成的。心理测验的基本特点是“行为样例的客观标准化测量”。

现代心理测验是随着实验心理学而发展起来的，至今也只有几十年的历史。但心理测验问世以后，由于在一定程度上解决了现实生活中的迫切问题，促进了生产力的发展，显示了它的生命力。在美国心理测验的量表已发展到数百个之多。几乎大多数美国公民一生中要进行多次测验，以确定是否具备上学的条件，鉴定潜在的智能等。上大学、考研究生、求职等都要进行智力测验或其它心理测验。某些大学对历届新生要进行人格测验，对有人格问题者，提供特殊咨询，以免发生学习或生活方面的困难。

我国老一辈心理学家，早在本世纪20年代起，就开始了编制和修订心理测验量表的工作。智力和性格测验的种类多达二十多种，并得出了我国青少年儿童智力略高于欧美、日本同龄者的结论。其中著名的有陆志伟、周先庚、沈有乾、林传鼎等。他们还培养了心理测验的专家、人才。1978年以后，心理测验在全国各地兴起，各种心理测验协作组纷纷成立，积极开展工作，并与国外相应研究机构建立了一定联系，进行国际交流。

心理测验的重要性和必要性已明显表现出来。多数学者认为，心理学的许多分支，都因广泛地应用了心理测验技术，而取得一定成果。在教育方面，心理测验有助于因材施教，有助于选择具有特殊能力的儿童进入专门学校培养及甄别那些由于各种原因智力落后者，选择其它途径训练教育。在管理工作中，可以作为选拔各级管理人员的辅助手段。在医学方面，有助于心智缺陷儿童的早期诊断和治疗。在心理理论发展的检验、教学法与工效学措施的评价等方面可发挥一定的作用。林传鼎教授指出，智力测验要尽量采用我国人民能接受的材料，性格测验的项目要符合我国人民的风俗传统和生活习惯。这是非常中肯的。引进国外测验量表，一定要有选择性，既忠实于原测验量表的精神，又适合我国的具体情况。

短短几年来，从国外引进的各种心理测验量表较多，内容也渐趋完善。应用量表于实际测验的报道日益增多。为了防止广大群众熟知测验内容，造成测试失实，并保证只限专业机构持有和使用，测验样本是严格控制的，不得任意翻印和扩散。故本讲义中也只是举例说明，使医学生对心理测验有一个基本的了解。将来从事心理测验工作，尚需经过专门的训练和培养。

二、对心理测验的争论和评价

心理测验问世以来的几十年，既有贡献，也有许多争论和不同看法。求全责备者、拒绝使用者、过分依从者都有。其主要焦点有以下几个方面：

（一）测验与测验结果的解释

测验是一种工具。有一段时期，智力测验被资产阶级学者用来为种族歧视、阶级隔阂辩护。因此，批评者说，心理测验是主张先天遗传决定论的，和辩证唯物主义、历史唯物主义的发展观点背道而驰，是反马克思主义的伪科学。现在则普遍认为，这不是测验方法本身的过错，关键在于测验方法被谁所掌握。

（二）智商持恒理论与智力随年龄发展的矛盾

智商持恒理论是测验结果的一种理论构思，即在不同年龄阶段，智商保持不变。而一般认为智力是随年龄的变化而发展的。这样，人们就怀疑测验的正确性。现在认为，智商持恒与否应该由测验的结果来决定，不能作为测验的前提。对于智商是否守恒，测验毋需过问。

（三）测量的项目是否代表拟测量的对象。

譬如，有些人仍然坚决认为，智力测验应当针对能力本身而不是知识、技能、技巧等具体活动。但另一些意见认为，能力的表现不能脱离具体的活动，而测验主要是测量具体的活动，从而间接衡量能力。第三种意见认为，智力不表现在知识、技能、技巧的本身，而是表现在获得这些知识、技能、技巧的动态上。换句话说，不是有没有这一知识，而是获得这一知识过程的速度、深浅、快慢程度。由此可见，要编制一套正确地反映智力的量表是何等困难。

（四）测验的应用问题

严格地说，这不是对测验本身的争论，而是强调对测验是否应抱有审慎的态度。犹如一位临床医师若重诊断轻治疗，只给病人检查、诊断，不管病人的治疗预后一样。有些学者认为，如果单纯地进行心理测验，而对测验的结果不积极采取有效措施，与其这样，还不如不做测验为好。智商分数低者，终身蒙垢不能抬头；披上“天才”称号者则趾高气扬，目空一切。结果都影响心理的健康成长。“罗森塔尔效应”更说明测验分数落在某些人手中会造成怎样的恶果。致使美国的有些州，竟然立法禁止进行普遍的智力测验，这虽有因噎废食之嫌，也说明测验本身存在着如何应用的问题，因此必须认识到测验虽然可以帮助发现问题，但更重要的应该是解决问题。测验一定要与治疗或教育相结合。

三、心理测验应具备的条件

（一）效度(Validity)

效度即正确性。比如，有一支温度计，夏天测得的室温和冬天测得的室温完全一样，显然这支温度计失效了，反映不出温度的变化来。设计任何心理测验量表，效度是首要的考虑因素。

（二）信度(Reliability)

信度即可靠性。重复测试的结果应该是一致的。比如，在同一个地方，用几种温度计来测量，得出的度数各不相同，显然这些温度计都不可信、不可靠。

(三) 鉴别力

鉴别力即区别个体差异性的能力。如果心理测验量表的单位设计过粗，常常是影响鉴别力的主要因素。

(四) 常模(Norm)

常模为我们提供一个比较的标准，以便解释测验的结果。常模是从取样中求得的。取样要注意代表性、广泛性。常模就是取样测验的平均值。常模样本应与测验对象一致。

(五) 测验方法标准化

要有固定的实施方法，标准的指导语，标准的答案，统一的记分方法，要有适合我国国情的常模。

(六) 正确选择测验材料

任何一种心理测验，都有一定的适用范围，都有其局限性。要根据测验的目的选择最适宜的测验。

四、心理测验的种类

(一) 按照测验的目的分类

1. 智力测验 以测验智力为目的。比如比内—西蒙量表，斯坦福—比内量表，韦克斯勒儿童和成人智力量表等。

2. 人格测验 以测验人格为目的。比如内外向性格测验、情绪稳定性测验、明尼苏达多相人格测验(MMPI)、Cattell及Eysenck人格测验(EPQ)等。

3. 特种技能测验 检查人的特种技能，如绘画、音乐、手工等。目前尚缺少测量的理想方法。

4. 诊断测验 将测验的方法用于临床诊断。目前应用最广泛的是MMPI和H-R神经心理成套测验。据报道，后者对脑器质性损害的诊断正确率与脑血管造影等损伤性检查相比，诊断符合率达到80~94%之多。

(二) 按照测验材料的性质分类

1. 文字测验或语言测验 如常识、类同、算术、词汇、理解、背数等用文字问答者属此。

2. 非文字测验或操作性测验 如填图、排列、积木、拼图、译码、迷津等属此。适用于文盲被试者。但一般测验常包括文字与非文字两部分。

(三) 按照测验方法分类

1. 问卷法 这一类测验都是问答题或自我陈述题。比如，内外向人格测验、MMPI、情绪稳定性测验等属此类。

2. 作业法 即要求被试根据主试的指令进行实际操作，如前面所举非文字测验。

3. 投射法 即绘制一些模糊的人形或墨迹图，要求被试一边看一边叙述象什么东西，以了解被试的内心世界，如洛夏测验、主题统觉测验(TAT)等。

(四) 按照测验的方式分类

1. 个别测验 即一次只测验一个被试。通常临床测验都用个别测验法。

2. 集体测验 即同时测验多个被试，一组一班地进行，如招考飞行员时，常分批地进行集体智力测验等。

第二节 智力测验——韦克斯勒智力量表

智力概念、智力结构的理论隶属普通心理学的范畴，不在这里介绍。应该指出的是，每一个智力测验，其选择的测验项目都和编制者对智力概念的理解有关。

智力单位和计算方法：智力年龄或叫智龄(Mental Age, 缩写为MA)，是指智力所达到的年龄水平。实足年龄或实龄(Chronological Age, 缩写为CA)，是指测验时的实足年龄。为准确起见，除年龄外，尚有月龄。不满半月可略去，半月以上按月计。智力商数，又叫智商(Intelligence Quotient, 缩写为IQ)，说明智力所达到的年龄水平。计算智商的公式：

$$IQ = \frac{MA}{CA} \times 100$$

当智龄和实龄相等时， $IQ = 100$ ，说明智力发育达到了该年龄阶段应该达到的智力水平。属于正常的状态。当智龄大于实龄时， $IQ > 100$ ，说明智力水平较高。当智龄小于实龄时， $IQ < 100$ ，说明智力水平偏低。

从上述公式求得的智商可称为比率智商，有其严重的局限性。它不能应用于实龄为16岁以上的成人。韦克斯勒所用的智商叫做离差智商。他以IQ的均值为100，标准差为15。公式如下：

$$IQ = \frac{15(X - M)}{S} + 100$$

式中，X为某人实得的分数，M为某人所在年龄组的平均分数，S为该年龄组分数的标准差。 $\frac{X - M}{S}$ 实际上就是一般教育与心理统计中常用的标准分数。

智力测验的方法和种类很多，韦克斯勒智力量表是当今国际心理学界公认的比较好的量表之一，为各国心理学工作者所广泛使用。

韦克斯勒智力量表是一种个别测验的量表。系美国纽约Bellevue精神病院主任、心理学家Wechsler于1955年在原韦克斯勒—贝维智力量表基础上进一步修订编制而成的。原量表最早编制于1939年。韦氏的贡献被心理学家运用于医院、学校、工业管理部门中，并对全世界千百万人的生活和职业发挥了鉴定作用。他对智力作过简单而明确的定义，并用以作为指导原则。他说：“智力是个人有目的地行动，合理地思维和有效地处理周围环境的汇合的或整体的能力。”1967年韦氏退休后，仍致力于人工智能等研究。

韦氏全量表包括十一个分量表，即文字量表六个：常识、理解、计算、相似、背数、词汇；操作量表五个：译码、填图、积木、图片排列、图象组合。迷津作备用量表，如操作量表中有关项目使用时。由于某些内容不适合我国的社会文化背景，直接引用尚欠妥当。因此，我国的心理工作者付出了辛勤的劳动，除测验原则、程序、方法完全按照原量表精神外，在具体项目上作了必要的修改，修改后的韦氏成人智力量表（分城市版和农村版）和韦氏儿童智力量表较为适合我国国情。

现以韦氏儿童智力量表（适用于6~16岁）为例子以说明，在测验过程中语言量表和操作量表是交替进行的。目的是使整个测验过程更为生动，富有兴趣和变化。

测验一 常识

了解被试的知识广度。共有30题，每题1分，每题都有标准答案，最高为30分。问题举例：

1. 这个手指头叫什么（竖起大拇指问）？
2. 人有几个耳朵？
3. 狗有几条腿？
5. 一星期有几天？
10. 太阳落在什么方向？
15. 面粉是由什么做成的？
21. 是谁领导革命推翻清王朝的？
23. 中国的面积有多大？
27. 达尔文是什么人？
29. 南斯拉夫在哪一洲？
30. 北京到广州的路程有多少公里？

测验二 填图

了解被试的知觉组织、推理能力。共有图片26张，每图均缺少一个重要部分，需要被试者指出。每图1分，最高26分。图片举例：

- | | | |
|--------|---------|---------|
| 1. 梳子 | 11. 门 | 21. 电话 |
| 2. 狐狸 | 12. 上衣 | 22. 母牛 |
| 3. 手 | 13. 梯子 | 23. 房子 |
| 4. 女学生 | 14. 小女孩 | 24. 伞 |
| 5. 猫 | 15. 男学生 | 25. 温度计 |

测验三 类同

了解被试抽象概括能力。共有17题，最高30分（前4题1或0分，其余2分，1分或0分）。题目举例：

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 蜡烛——电灯 | 11. 愤怒——喜悦 |
| 2. 轮子——球 | 12. 剪刀——铝锅 |
| 3. 钢琴——二胡 | 13. 山——湖 |
| 4. 衬衫——裙子 | 14. 盐——水 |
| 5. 苹果——香蕉 | 15. 开头——末尾 |

测验四 图片排列

了解被试的知觉组织能力，推理的计划性与合理性。共有12套图片，每套有若干张图片。如果将每套的顺序排列正确，可以说明一个故事。每套图片打乱后交给被试。计分较复杂。均规定有时间限制，按量表具体规定计算。最高为48分。图片举例：

- | | |
|-----------|------------|
| 1. 拳击（三张） | 8. 画家（四张） |
| 2. 野餐（三张） | 9. 船（五张） |
| 3. 火警（四张） | 10. 园丁（五张） |

测验五 算术

了解被试数学推理能力，计算速度和正确性，共有19题，均有时限规定，每题1分，最高19分。计算举例：

7. 小华有4分钱, 妈妈又给他2分, 总共有多少钱?
9. 一个小孩有12本小人书, 借给小朋友5本, 还剩几本?
10. 每块棍糖8分钱, 3块棍糖值多少钱?
18. 一件通常卖32元的短大衣, 减价 $1/4$ 出售, 后来又把售价减半。问第二次降价后这件短大衣售价多少? (时限75秒)
19. 一个盒子里有4个小盒子, 每个小盒子里又有4个小盒, 那么连大带小总共有几个盒子? (时限75秒)

测验六 积木

了解被试抽象推理能力, 组织能力。有9块正方形积木, 每块两面红色, 两面白色, 另两面按对角线分成红白两色。另有十一种图案, 让被试用木块将图案摆出来。记分较复杂, 并有时限规定, 最高62分。图案举例(图5-1):

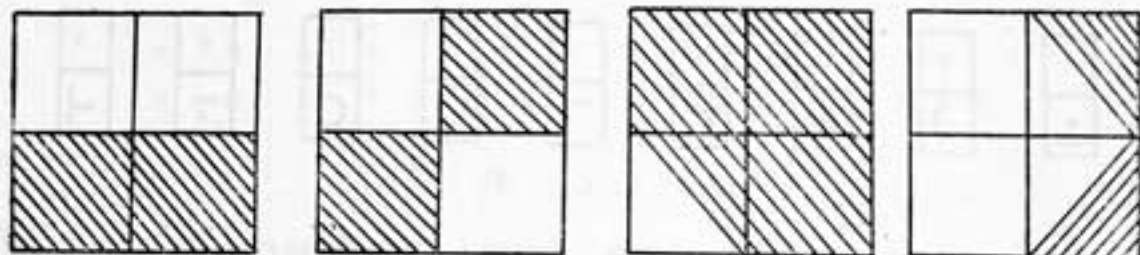


图5-1 积木图案测验举例

测验七 词汇

了解被试的语言能力, 说话能力, 学习和理解能力。共有32张词汇卡片, 每张卡片上写一个词汇。让被试依次念出, 并说每个词汇的意义。最高64分。词汇举例:

- | | | |
|-------|--------|--------|
| 1. 伞 | 11. 联合 | 21. 螳螂 |
| 2. 钟 | 12. 字典 | 22. 寓言 |
| 3. 小刀 | 13. 传染 | 23. 急迫 |
| 4. 帽子 | 14. 危险 | 24. 间谍 |

测验八 拼图

了解被试知觉组织和概括思维的能力。共有四套图象组合板, 每个图象被分割成若干部分, 打乱后交给被试, 让其拼凑起来, 恢复原形。均有时限规定。最高为33分。拼图举例: 女孩头像、马、汽车等。

测验九 理解

了解被试运用实际知识, 解决个人和社会问题的能力。共有17题, 要求被试作出合理的回答。最高分34分。题目举例:

1. 如果你把小朋友的球弄丢了, 你应该怎么办?
2. 如果你在商店里拾得了别人的钱包或皮夹子, 你应该怎么办?
3. 当你割破了手指时你应该怎么办?
11. 为什么说话必须守信用?

测验十 译码

2014/06/20

即符号—符号测验，或数字—符号测验。了解被试的一般学习能力，知觉辨别速度，动机强度。译码分甲、乙两种。甲（符号—符号测验）适用于8岁以下儿童。乙（数字—符号测验）适用于8岁以上儿童。甲译码最高50分，乙译码最高93分。（时限各120秒）译码举例（图5—2）：

甲译码：



图5—2 甲 译 码

此为图例，然后将上述图形共50个，排成5行，每行10个，顺序应予打乱，让被试按图例在图形中填上相应的符号。

乙译码（图5—3）：



图5—3 乙 译 码

上为图例，每个数字有一个相应的符号，然后排上4行数字，每行25个数字，次序打乱，让被试根据图例，在多达100个数字下面填上代表该数字的符号。

测验十一 背数

分顺背和倒背两种测验。以了解被试的数字记忆广度。方法是主试念一个数字，令被试照背（从3位数逐渐增加到9位数），然后又念一个数字，令被试者倒背（从2位数逐渐增加到8位数）顺背最高16分，倒背最高14分，合计为30分。背数举例：

顺背 3—8—6

3—4—1—7

8—4—2—3—9

3—8—9—1—7—4

5—1—7—4—2—3—8

.....

倒背 2—5

5—7—4

7—2—9—6

4—1—3—5—7

1—6—5—2—9—8

.....

测验十二 迷津

了解被试的知觉速度和正确性。迷津设计由简单到复杂，共有9个。每一个迷津必须在规定的时间内通过才能得分。如果在规定时间内不犯任何错误（走进死胡同）走出迷津，即得满分。虽然在规定时间内走出了迷津，但在中途犯了错误，然而错误并不超过最高允许次

数, 可得部分分数。迷津最高总分为30分。迷津图例(图5-4):

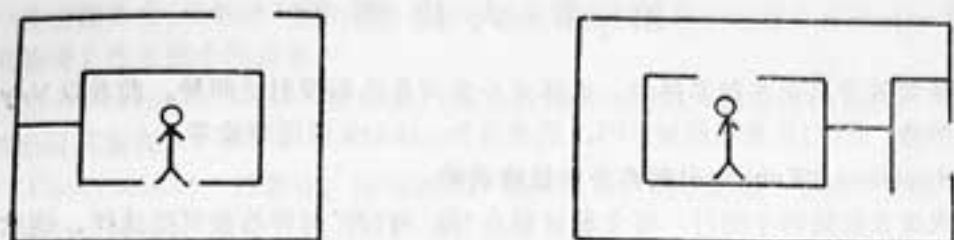


图5-4 迷津

测验计分小结(表5-1)

表5-1 语言测验和操作测验计分

	语 言 测 验							操 作 测 验						
	常 识	类 同	算 术	同 汇	理 解	背 数	合 计	填 图	排 列	积 木	拼 图	译 码	迷 津	合 计
原 始 分														
量 表 分														

	语言分数	操作分数	量表总分
量 表 分			
智 商			

人数
次数

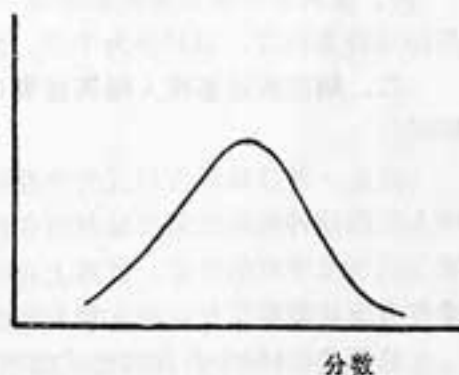


图5-5 智商常态分配曲线

智商的常态分配曲线与临床标准(图5-5)。

智商分配就是指智商在一般人口中分配的情况, 即在一般人口中聪明的, 愚笨的, 平庸的人各有多少, 以及这些智力不等的人在一般人口中的大体比例(表5-2)。

表5-2 WAIS的智商分类

智 商	占人口的百分数	智 力 评 价
130以上	2.2	异常优秀
120~129	6.7	优秀
110~119	16.1	平庸聪明
90~109	50.0	平庸
60~89	16.1	平庸偏愚
70~79	6.7	临界迟钝
69以下	2.2	心理缺陷

第三节 人格测验

人格测量的方法是多种多样的,大体可分为问卷法和投射法两种。前者以Neymann等的内外向测验、EPQ及著名的MMPI,后者有Rorshach墨迹测验等。

一、Neymann和Kohlstadt的内外向性格测验

这个调查表包括50个题目,每个题目后有“是”与“否”两种答案可供选择。读这些题目,如果它对于受试是符合的,就在“是”上打一钩,如果它不符合你的情况,就在“否”上打一钩。对每个题目都应作出回答,但是不要作“是”与“否”之外的回答。回答时,不要考虑应该怎样,只看你平时怎样,完全以你自己的经验为准。题目举例:

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| 1. 做事习惯独断独行 | 是 | 否 |
| 2. 快乐主义的人生观 | 是 | 否 |
| 3. 喜欢安静清闲 | 是 | 否 |
| 4. 对别人十分信任 | 是 | 否 |
| 5. 筹思五年以后的事 | 是 | 否 |
| 10. 做事三思而后决定 | 是 | 否 |
| 20. 工作时因为有人赞赏而做得更好 | 是 | 否 |
| 30. 不拘小节 | 是 | 否 |
| 40. 不愿回想自己 | 是 | 否 |
| 50. 任何活动场合都愿意参加 | 是 | 否 |

按标准答案批改,以25分为中值。分数越高,越外向,分数越低越内向。

二、明尼苏达多相人格调查表(Minnesotan Multiphasic Personality Inventory, 简称MMPI)

这是一种自我报告形式的个性调查表。最初问世于1943年,由美国Hathaway及Merinly两人根据精神病临床需要编制而成的。近10年来随着MMPI的广泛使用,此表已引起许多国家不同领域学者的注意。世界上有许多国家把它译为本国文字,应用于人类学、心理学及医学等方面的研究工作。而在精神病的临床上应用尤为广泛。

该表共有550个自我陈述式的项目。被试可以根据自己的实际情况对每个项目作出“是”与“否”的回答。若确实不能判定,就不作记号。

按照被试回答的结果,运用电脑或“套板”统计,可在十四个分量表上获得不同的分数,叫原始分。为平衡结果,经过换算转变为量表分。以量表分为纵坐标,十四个分量为横坐标,画出一条曲线图形,即形成被试自己所特有的个性剖面图。

550个项目被分成四个校正量表和十个临床量表,共两大类,十四个量表。各个量表所代表的主要意义如下:

校正量表(或效度量表)

Q 表示被试对问题不能作肯定回答,分数越高,说明被试回避现实。若Q超过30,则这份测验不可信,应予作废。

L 表示说谎分。分数越高,表示答案不真实。患者企图表现一个虚假的自我形象或生活境遇,而现实中并没有这样的信念或准则。

F 表示诈病分。分数越高,表示故意装病。漫不经心,随便回答,也能使F量表分上升。
K 表示校正分。分数越高,表示患者有敏感的防御反应及不愿意认真的讨论个人事情。
临床量表(即多相个性量表)

Hs (Hypochondriasis) 疑病症。高分者为多病忧愁,即使身体无病,总觉得健康不佳,表现疑病倾向。

D (Depression) 抑郁症。情绪低落,精神呆滞,或有焦虑、激动、自杀企图。

Hy (Hysteria) 癔病。具有癔病患者的许多特点。

Pd (Psychopathic deviation) 精神病态。即有重精神病患者的某些临床特点。

Mf (Masculinity-Femininity) 男子气或女子气,即男子女性化或女子男性化的倾向。

Pa (Paranoia) 妄想型。表现多疑、过敏,强词夺理,侵犯别人,甚至妄想。

Pt (Psychoasthenia) 精神衰弱。表现为某些强迫性观念或行为、焦急、抑郁。

Sc (Schizophrenia) 精神分裂症。具有精神分裂症患者的一些临床特点。

Ma (Mania) 躁狂症。即有躁狂症的一些特点。

Si (Social Introversion) 社会内向。表示人际关系较差,不善社交活动,遇事退缩。

测验项目举例:

- | | | |
|----------------------------|---|---|
| 1. 我喜欢看机械方面的杂志。 | 是 | 否 |
| 2. 我的胃口很好。 | 是 | 否 |
| 3. 我早上起来的时候,多半觉得睡眠充足,头脑清醒。 | 是 | 否 |
| 4. 我想我会喜欢图书馆管理员的工作。 | 是 | 否 |
| 5. 我很容易被声音吵醒。 | 是 | 否 |
| 6. 我喜欢看报纸上的犯罪新闻。 | 是 | 否 |
| 7. 我的手脚经常是很暖和的。 | 是 | 否 |
| 8. 我的日常生活中,充满着使我感兴趣的事情。 | 是 | 否 |
| 9. 我现在工作(学习)的能力和以前差不多。 | 是 | 否 |
| 10. 我的喉咙里总好象有一块东西堵着似的。 | 是 | 否 |

临床医师应用MMPI的几个作用:首先,帮助医师给病人作出诊断,并确定其疾病的轻重程度。其次,帮助解决采用何种治疗方法。再次,测定治疗的效果。在治疗中重复测验、量表分的变化,反映了病情的变化,治疗的作用。在治疗后若干年再测量,以观察治疗的远期疗效。

三、洛夏(Herman Rorschach)墨迹测验

这是由瑞士精神病学家洛夏所创立。1921年发表,一度成为人格测验的重要方法。他使用的图片是由墨迹制成,先把墨迹涂在纸上,有淡有浓,临近干燥时将纸对折起来,形成一个左右对称的墨迹图。他就用这些模糊不清的墨迹图作为诱发病人联想的刺激物,促使病人的内心活动投射出来,从而了解病人的内心世界。夏洛最初运用的图样很多,经过多次实践,最后确定10张,作为测试的工具。本测验的主试者需经过特殊训练。本法对揭露患者受压抑的情绪有重要作用,但对其效度和信度尚有不同看法。

四、卡特尔(Cattell)人格测验

Cattell 等从涉及人格特征的18,000多个形容词和4,000多个名词中经过分类、归纳、筛

选,找出171个人格特质。其中又确定出35个表面特质,用以说明人格特征的看得见的部分和16个本源特质。后者构成人格的内在基础。人格特质理论认为,鉴于特质的多少与组合不同,形成了个体人格之间的千差万别。Cattell人格测验共有187个自我陈述题,属于问卷法,通过测验以了解个体和人群的人格倾向。其16个本源特质为:

- | | |
|-------|---------------------|
| A、乐群性 | L、怀疑性 |
| B、智慧性 | M、幻想性 |
| C、稳定性 | N、世故性 |
| E、特强性 | D、忧虑性 |
| F、兴奋性 | Q ₁ 、实验性 |
| G、有恒性 | Q ₂ 、独立性 |
| H、敢为性 | Q ₃ 、自律性 |
| I、敏感性 | Q ₄ 、紧张性 |

据辽宁报道,从事美术专业的人,M量表分(幻想性)增高;音乐工作者的A量表分(乐群性)增高;演员则A量表分(乐群性)上升,G量表分(有恒性)下降;工程技术人员恰与演员相反。如将各类专业人员混杂在一起测验,则人格倾向无特殊性。

五、艾森克人格问卷(Eysenck Personality Questionnaire,简称EPQ)

本量表是目前国际上广泛采用的个性量表之一,分幼年 and 成人两种。幼年问卷适用于7~15岁的儿童和少年,成人问卷适用于16岁及以上各年龄组受试者。我国修订的成人问卷包括101个条目和85个条目两种,让被试根据自己的情况回答是或否,然后用四个量表(即E、N、P、L)的计分标准登记分数。E、N、P分别代表艾森克人格理论中关于人格结构的三个向度,L是附加进的一个量表,分述如下:

E、外向—内向(Extraversion—Introversion) 分数越高表示人格越外向。如好交际,渴望刺激和冒险,情感易于冲动。分数低表示人格内向。如好静少动,富于内省,情绪稳定,不善交际,喜欢有秩序的生活方式。

N、神经质(Neuroticism) 系情绪稳定量表,分数高表示焦虑、抑郁、忧心忡忡、情绪反应强烈,甚至出现不够理智的行为。

P、精神病质(Psychoticism) 即精神病倾向量表。如果某人表现出明显程度,有可能发展至精神病态。分数高可能是孤独、不关心他人,难以适应外部环境,不近人情,不与人友好,常常寻衅搅扰,喜欢干奇特的事件,不顾危险,感觉迟钝。

L、说谎分(Lie) 测定被试的掩饰、假托及自身隐蔽或者测定其社会性朴实、幼稚的水平。同时,它本身也代表一种稳定的人格功能。

EPQ条目举例:

- | | | |
|-----------------|---|---|
| 1. 你是否有广泛的爱好? | 是 | 否 |
| 3. 你的情绪经常波动吗? | 是 | 否 |
| 5. 你是一个健谈的人吗? | 是 | 否 |
| 8. 晚上你是否小心把门锁好? | 是 | 否 |
| 27. 有坏人想去害你吗? | 是 | 否 |
| 67. 你常感到寂寞吗? | 是 | 否 |
| 69. 你有时喜欢玩弄动物吗? | 是 | 否 |

- | | |
|--------------------|-----|
| 71. 你去赴约或上班, 曾迟到否? | 是 否 |
| 73. 你愿意让别人怕你吗? | 是 否 |
| 83. 你是否有过随口骂人的时候? | 是 否 |
| 85. 你是一个爱交往的人吗? | 是 否 |

第四节 神经心理学成套测验

脑部器质性损害呈现各种机能障碍, 为确定其性质、程度和损害的部位, 常常采用传统的神经病学的检查方法, 包括神经系统检查、脑脊液检查、脑电图、脑血管造影、气脑造影、脑扫描以至CT等方法诊断正确率较高。近几十年来发展起一套完全不同的检查方法, 能基本达到上述检查同样的目的。其诊断符合率约为75~96%, 这就是神经心理学成套测验法。

一、神经心理学成套测验内容

神经心理学检查法首先由Halstead 创立, 他根据对脑损害患者行为和心理机能的观察, 设计了10个测验, 后来Reitan加以扩充和发展, 成为目前广泛使用的一种神经心理学成套测验, 即Halstead-Reitan成套测验(简称H-R成套测验)。

H-R成套测验的项目

包括有10个项目的测验: ① 范畴测验; ② 触觉操作测验; ③ 手指敲击测验; ④ 节律测验; ⑤ 语言知觉测验; ⑥ 连线测验; ⑦ 感知觉测验; ⑧ 握力测验; ⑨ 失语甄别测验; ⑩ 偏侧性优势检查。

上述测验所反映的脑部功能有以下方面: ① 抽象思维, 概念形成, 解决问题的能力; ② 记忆和注意的能力; ③ 语言能力; ④ 感知觉能力; ⑤ 运动能力; ⑥ 视觉运动能力。

二、10项测验的主要意义

范畴测验借助反馈进行学习, 以确定抽象概念的形成和精神活动的效率。在记忆障碍或行为异常时完成不良, 提示有普遍性脑损害, 特别是额叶损害。

触觉操作测验与触觉、运动觉、空间定位及记忆有关。右半球损害较左半球损害作业完成差; 记忆则相反。利手与非利手作业时间长短不一。这三点有定位价值。

手指敲击测验是了解手部运动的灵巧性。若优势半球病变, 利手敲击速度显著减慢。比较两手敲击速度的差异, 可提示病变在何侧。

节律测验, 一般认为非语言性声音辨别能力的障碍以右半球为主, 尤以右额叶为主。

语言知觉测验, 左半球病变, 尤以左额叶损害时, 测验错误明显多于右侧。

连线测验分甲乙两套, 甲套主要是数字序号, 定位于右半球。乙套包括数字顺序与字母顺序两种概念的交替, 是左半球的功能, 根据测验结果定位。

感知觉及运动能力有明确的偏侧定位关系, 如一侧内囊出血的三偏症状。

失语甄别测验, 在左半球损害时, 常出现多种失语。

大量资料表明, 神经心理学测验可以作为神经病学诊断的一个重要手段。但是, 神经心理学检查要求病人合作, 清醒和起码的智能; 其次, 全套测验较为烦琐复杂, 测验者要经过约一个月的专门训练才能掌握和使用; 第三, 测验过程费时较长, 分析资料, 作出判断也要一定时间, 这些不足之处决定了它的应用和推广有一定的限度。本节只能稍加介绍, 以求一般了解。

(南京医学院 袁耿清)

第六章 心理治疗

心理治疗或精神治疗,是以一定的理论体系为指导,以良好的医—患关系为桥梁,应用心理学的方法,通过医务人员的语言、表情、姿势、态度和行为,帮助病人了解发病的原因和有关因素;影响或改变病人的感受、认识、情绪及行为;促进机体的代偿功能,增强抗病能力,改善或消除病人的病理心理状态及由此引起的各种躯体症状,重视调整个体与环境之间的平衡,从而达到治疗目的。当然,这要求医生和患者都要有信心,明确这样的语言和行为是有治疗效果的。

广泛地讲,心理治疗适用于临床检查、诊断、医疗的各个科室和环节。但主要是适用于治疗以情绪因素起主导作用的疾病,如神经衰弱,癔症,具有强迫色彩的神经官能症,躯体疾病伴随神经官能症症状群,医源性神经官能症,心因性抑郁症和焦虑状态等,统称心因性精神障碍的一大类。其它包括儿童和成人的行为障碍,挫折后的情绪反应,重型精神病,心身疾病,丧失信心、失去劳动能力的慢性病患者等,心理治疗是综合疗法的主休。

纵观心理治疗发展的历史,早在2000多年以前,祖国医学论著中已有了很多记载,提出不少精辟的辨证观点,总结了许多宝贵的临床经验。如《素问》强调:“精神不进,志意不治,病乃不愈”。《灵枢》更具体地提出,医生对病人要“告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”。这些仍不失为当今的心理治疗要领。

在西方,早期心理治疗的学说和方法渊源于宗教——巫术和希波克拉底的自然主义观点。宗教巫术认为一个人患精神病是邪灵附体所致,采用宗教礼仪使其解脱,有时则用残忍的方式驱邪,这当然是荒唐的。自然主义观点认为精神病和躯体病一样,能够用科学方法加以研究和治疗,提倡对待病人应该亲切、体贴,建立友谊,帮助病人恢复理智和信心。这一观点虽然几经波折,仍不失有现实意义。心理治疗作为一种专门的治疗手段则可追溯到十八世纪末叶麦斯麦(Mesmer)的戏剧性表演。他证明使病人进入昏睡状态,能使许多症状消失。麦斯麦的理论虽不成熟,被人怀疑,但却是开创现代心理治疗即催眠术、精神分析学说的先驱,有其一定的历史地位。在现代心理治疗中,有着巨大影响的Freud的精神分析的学说和实践,已度过了它的黄金时代,目前正经历着一个很大的转折,转向行为疗法。由于社会的进步,人们对心理健康的要求越来越迫切,促进了心理治疗理论和实践的不断发展。

第一节 心理治疗的分类

目前国内外心理治疗的理论与技术流派繁杂,形式和类型是如此之多,正说明了心理治疗远没有达到完美、统一和成熟的地步,故尚有待进一步研究。还应该指出,在国家与国家之间,地区与地区之间,由于社会制度、传统风俗、教育程度、宗教信仰等具体情况不同,心理治疗的适用程度也不尽相同。其次,即使采用同样的治疗方法,由于掌握和应用这一技

术的医生本身存在着个体差异,疗效也迥然不同。心理治疗的种类主要有以下几个方面:

一、按对心理治疗的理解分类

(一) 广义的心理治疗

对病员来说,医院环境的协调、安静、舒适,病房与诊室的布置、光线,色调的柔和,医疗器械和抢救药品的整齐陈设,工作人员和蔼可亲的态度,文明礼貌的举止,整洁合身的穿戴,平等合作、相互信任的医一患关系,醒目易认的路标,方便合理的医疗制度,轻捷准确的医护操作,挂号、候诊、交费直至取药一环扣一环,卓著的工作效率,无一不在对病人进行心理治疗。在充满这样院风、院貌的环境中就医,潜移默化地会给病人带来安全感、信任感、舒适感和亲切感。所以,广义的心理治疗本质上是指医疗全过程对病人心理的积极影响。

(二) 狭义的心理治疗

是指医护人员有意识地采用心理学的某种理论和方法,有针对性地进行的心理治疗。

二、按治疗对象的多少分类

(一) 集体心理治疗

治疗对象在2人以上,10~15人一组,多则50人一班。这时医生事先要有充分的准备,要对治疗对象的具体情况摸深摸透,并找出他们存在的共同问题,联系听众的实际情况,有的放矢、生动活泼、深入浅出地进行讲解,把有关疾病的知识都交给病人,使患者认识自己疾病发生、发展的来龙去脉,掌握疾病的规律,消除疑虑,确立信心,配合医生,主动积极地与疾病开展斗争。

除医生作启发性讲解外,也可以小组为单位进行漫谈讨论,并尽量做到参加讨论的每个成员都能“畅所欲言,各叙己见”。医生也可以安排少数治疗中收效较大的病人,以自己战胜疾病的亲身体会作中心发言,使多数病人从他们身上看到自己的希望和未来,树立信心。集体治疗的对象要进行仔细的选择和编组,通常把病种相同的患者安排在一起,互相以对方为镜子,有助于加深自我理解。

我国的集体心理治疗着眼于形式和内容上的统一,以及集体讨论中的互相启发和促进。国外的集体心理治疗强调制造一种集体的气氛,打消他们的与世隔绝之感,甚至把某些集体变成“自治组织”,完全由该组织的成员自己“管理”,让他们以后的生活更为“成功”。另一个目的是通过集体方法,鼓励自由讨论和不受限制的“自我暴露”。这种方法的进一步衍生就是所谓“心理剧”法,医一患都成了剧中的角色,自发地自我表演。

(二) 个别心理治疗

是通过医务人员和病人单独交谈的方式进行,异性病员应由第三者在场。每次交谈应有一定的计划、内容和目的。每周可进行1~3次。个别心理治疗要求医生深入到患者难以捉摸的内心世界里去,了解心理活动的各个方面。这样就往往会接触到治疗对象特殊的心理矛盾和个性特征,深埋的隐私和“触痛点”。医生应注意严格保密,工作要更加细腻耐心,可采用说服教育、启发诱导、支持保证等方法消除其紧张情绪,以减轻痛苦。

国内的个别心理治疗倾向于病人较多地侧耳聆听医生的娓娓说教;国外的个别心理治疗主张设法创造一个良好的治疗环境,使病人得以自由地表述他自己,医生只保持不加批判的关注态度。当病人感到他钦佩和亲近的人理解他接近他时,他就逐渐敢于暴露出他长期连想也不敢想的可耻和难言的隐衷,并对之有所认识。随着自知力的增强,自尊心也增长,并能

以更恰当的方式对待别人，病人将感到满足和安全，痛苦减轻，这又引导病人进一步意识到自我价值。这样就形成了一个难得的良性循环，使取得的进步更加巩固和提高。

三、按心理治疗进行的场所分类

(一) 家庭治疗

这是一种有迅速发展倾向的疗法。国外如美国已广泛使用，国内在城市里已得到重视。这种方法是把病人作为家庭中的一个成员来进行，不仅对病员本人要治疗，对家庭其他成员也要治疗。不仅要注意病员个人的心理反应，更要注意病员对家庭成员的态度，家庭成员对病员的态度，以及他们的互相关系。有经验的临床医师都有一个共同的体验，家庭成员之间的各种矛盾在情绪因素为主体的心因性精神障碍中有着较突出的地位。

(二) 社会治疗

也称为教育疗法。病员都是作为社会的一名成员而存在。病员和社会成员之间的关系怎样，以及病员对这种关系作何种反应，他们适应紧张复杂多变的社会能力如何，这些都有待于心理治疗家的指导、协调和帮助。情绪性疾病的症状常常是病人在全面适应社会生活中产生的缺陷的表现，医生要劝导他们正视现实，正视矛盾，端正态度，分析事件，克服困难，以便培养出较为灵活和满意的情绪与行为模式。

总之，心理治疗在国外依旧非常盛行，分支流派繁多，各种具体疗法五花八门，据统计目前仍在采用的疗法就达 250 余种。但科学性和实用性究竟怎样，要作具体分析。如何创造具有我国特色的心理治疗方法，应该是共同努力的目标。

第二节 心理治疗的原则与条件

心理治疗本质上是个体在情绪和认知上的调整与教育过程，个性上的重新塑造以较好的方式来适应客观环境的变化。没有令人信服的证据说明，哪一种治疗形式要比其它治疗形式的结果更好一些，这使人们相信各种治疗形式之间的相同点要比差异点更为明显。各种心理治疗彼此间的不同主要在于治疗活动的本身。因此，掌握心理治疗的普遍原则和具备心理治疗的必要条件是重要的。

一、心理治疗的原则

1. 从病员的实际情况出发，引导病员回顾疾病的全过程，在揭露矛盾、分析矛盾的基础上，把有关疾病的知识交给病人，帮助他们正确认识疾病，即对自身病态有较完整的“认知”。让病员在思想感情上真正参加到治疗过程里来，这对疾病的治疗和康复有着重要的作用，是治疗成功的关键。流行性癔病所以能在某些偏僻的山村蔓延，正是由于这些地区交通闭塞、经济落后、迷信盛行、缺乏文化科学知识，更不可能对癔症的实质有正确的“认知”。提高患者对自身疾病认知的方法是多样化的，如大众传播，个别交谈，阅读科普书刊，以至借助更为鲜明形象的生物反馈，以现代科学技术，让病人能够“看到”自己本来意识不到的体内活动的情况，并有意识地加以控制和调节自己身体的机能。

2. 应该设法使病人从长期消极被动经受疾病折磨、痛苦不堪的泥坑中摆脱出来，转而与医生配合一致，积极主动地和疾病展开顽强的斗争。

3. 根据不同的个体，不同的疾病，疾病进程的不同阶段，灵活运用个性化的疗法，不可墨

守成规、千篇一律。

4. 一切治疗要以收到实际效果为其归宿, 心理治疗亦然。尤其在开始阶段, 必须竭尽全力, 最大限度地为病员解除病痛。一旦病员有了信心, 有了希望, 增强了对医生的信赖, 有了良好的开端, 就为进一步心理治疗奠定了基础。否则, 将难以持久, 也不可能收到预期的效果。

二、进行心理治疗应具备的条件

医生本身的心理素养对医—患关系的建立, 对心理治疗能否顺利和有效地展开, 有着决定性意义。

1. 医务人员要有强烈的同情心和友爱精神, 要满腔热忱, 具有感化病人的精神力量和高尚的医德与情操。医生自身的心理素养和行为准则, 病人在接触中或多或少会无意识地拿来和自己的进行比较, 并学习对自己有好处的那一部分, 这样就帮助了病人寻求较好的行为方式。这就是医生对病人起到了潜移默化的作用。

2. 建立良好健康的医—患关系。无论采用何种形式的心理治疗, 都必须通过医—患双方的交往而完成。医—患关系具有桥梁的作用。互相信任和亲密的医—患关系本身就有治疗作用。它能明显地减轻病人的焦虑, 增强病人的信心, 从而间接或直接解除紧张情绪所造成的躯体症状。另外, 它还能增加医生说服鼓励病人放弃那些虽已习惯却影响身心健康的情感和行为方式的力量(医—患关系模式见第九章)。

3. 熟悉病人的病情以及与病情有关的具体细节, 如病人的性格特点、兴趣爱好、追求和挫折、社交能力、人际关系、生活境遇、病人适应环境的能力等。

4. 注意病史的保密。每个病人致病的心理因素都是各不相同、多种多样的, 都有各自的“秘密”和“隐私”。越是深埋的隐私, 越有可能是疾病的症结所在。能否挖掘出来, 是心理治疗成败的关键。为了解除病人的顾虑, 医生必须预先向病人声明, 并严格遵守对病史保密的原则, 切不可失信于病人。

5. 医生要具备比较广泛的知识, 便于和来自社会上的各种不同职业、各种不同知识水平的患者接触交往, 并且具备表达这些知识的言语技巧和才能。

第三节 心理治疗的主要方法

一、精神支持疗法

这是目前临床上最常用的心理治疗方法之一, 无需特殊的设备条件, 一般临床医师不须经过专门训练也能基本掌握和应用。这一疗法是由 Thorne 在搜集、整理、总结前人丰富经验的基础上, 加以归纳出来的一套完整的方法。后人在应用过程中再不断地予以充实提高, 从这一意义上讲, 精神支持疗法是众多临床家的经验结晶。主要做法是从病员的主诉开始, 倾听其陈述, 同情病员的挫折, 关怀其病痛, 然后给予解释、安慰和劝导, 分析启发, 支持或说服, 鼓励及保证, 消除疑虑或顾忌, 分清症状的主次从属, 解除病人的沉重包袱和束缚, 看到自己的希望和未来。治疗中医生要斟酌自己的言语, 多用明确果断的语气, 避免模棱两可、含糊不清、迟疑不决的词汇, 使病人造成医生没有把握的错觉。还要注意自己的态度、表情和动作, 增强病人的信心。在强有力的精神支持疗法的基础上再配合其它治疗。如药物治疗, 安慰剂, 工娱疗, 理疗, 催眠和暗示治疗, 生活指导, 协助改变环境等, 可以提高和

巩固疗效。精神支持疗法几乎适用临床医疗的各个环节，但主要用于以情绪障碍为核心的心因性疾病，心身疾病，重精神病的恢复期。对这种治疗亦有不同的看法，国内有些人认为这是和病人“谈心”，做病人的“思想工作”，算不了什么；国外有些学者称支持疗法是简单的表浅的方法，只能帮助病人克服眼前的困难，不能解决根本问题。

二、暗示疗法

十八世纪末叶Mesmer的戏剧性表演是催眠术的先驱。到十九世纪，Braid, Charcot对催眠现象作了进一步研究。Freud和Breuer用催眠疗法治疗癔病，治疗中由于出现“移情”作用，Breuer深感窘困而中止，Freud却从中得到极大的启迪，创立了“自由联想法”，即精神分析学说的主要方法。巴甫洛夫及其同道对催眠现象也作了大量的研究，并指出：“词，由于成年人过去全部的生活经验，与那些达到大脑半球的一切外来的和内在的刺激相联系着，并随时成为这些刺激的信号，随时代替这些刺激，因而也能够随时对机体引起那些刺激所能引起的行为和反应。由此可见，暗示乃是人类最简单的、最典型的条件反射。”俄国另一位学者别赫捷列夫认为，暗示性是每个人所固有的一种现象。暗示性是以词和在联想过程中产生的心理冲动的直接影响为基础的，也是以机体的各种机能、活动和行为为基础的。暗示与说明不同，暗示是通过言语使病人不经逻辑判断，直觉地接受医生灌输给他的观念。美国心理学家Conklin认为，暗示就是认识作用的不加批判的接受。还有人认为，“暗示”作用于人的情绪方面，与“说服”作用于理智方面是不同的。总之，暗示作用作为一种客观存在的心理现象已毋庸置疑。暗示作用不仅影响人的心理与行为，而且影响人体的生理机能。暗示疗法就是运用暗示作用的积极方面以治疗疾病的一种方法。而扰乱人的心理、行为以及人体生理机能的消极的暗示作用常常导致心身障碍、心身疾病。由于医护人员的言语不慎给病人以消极暗示的医原性疾病就是其中之一，病人的不良的自我暗示往往导致病情加重。至于对暗示作用本质的认识还远没有完结。

临床上设法使病人进入催眠状态，然后医生借助言语暗示，用以消除患者的病理心理和躯体障碍，这就是暗示疗法的关键所在。

人们接受暗示的强弱难易程度是各不相同的，对那些暗示性强的患者，暗示治疗可达到预想的效果。反之，对失败的可能也不要感到意外。当然，熟悉病情，正确选择病例至关重要。

暗示治疗可以在两种场合下进行：一种是不经任何催眠过程，而在完全觉醒状态下进行暗示治疗；另一种是先使患者进入催眠状态，然后进行暗示治疗。

促使病人进入催眠状态的方法有多种多样。①药物诱导法：用2.5%硫喷妥钠或5~10%阿米妥钠0.5克稀释后作静脉缓慢注射，病人出现深而规则的呼吸但保持能和医师对答交谈。②言语诱导法：在光线暗淡的治疗室，病人安静地躺在床上，两手下垂，全身松弛，双目凝视正前方某一物体，然后医生用单调、重复而坚定的言语对病人说：“手脚放松，闭上眼睛，慢慢吗吧，手脚无力，眼皮发重，就要睡了”。③也可用单调重复的滴水声、节拍器声作“背景曲”，使病人慢慢进入催眠状态。

在催眠状态下，大脑皮层处于抑制状态，过去的经验被抑制，失去了对新刺激的鉴别批判力。因此，在催眠状态下，新刺激具有极大的征服力，患者处于明显受支配的地位，遗忘的回忆可能再现，压抑的情感可获释放，流露的想法较真实，医生的言语刺激、安慰、保证、疏导有不可抗拒的力量，从而获得积极的治疗效果。

暗示疗法通常还结合有关治疗来提高疗效。常用的如，10%葡萄糖酸钙10毫升静脉注射，

电针治疗等。临床上应用暗示疗法奇迹般地治愈癔症性截瘫、癔症性黑矇、癔症性失语和癔症性哮喘的病例，给人留下了深刻的印象。它对心身障碍和神经症的治疗都有良好的疗效。

三、行为疗法

这是一种正在兴起的疗法，大有取代精神分析疗法之势。国外已有30年历史，现仍颇为盛行，国内的兴趣正在增长。行为疗法是意义极为广泛的行为科学的理论与技术在医学领域的具体应用，它是根据巴甫洛夫的经典性条件反射原理和斯金纳操作性条件反射原理衍生出来的治疗方法。行为疗法的原则是学习的原则，奖惩的原则，其理论包括强化和条件反射等。它认为错误与病态的行为究其原因，是在生活经历中特别是在心理创伤的体验中，通过学习并经条件反射固定下来的，那么通过再学习，条件反射和强化手段，也能消除和纠正病态行为、功能障碍、建立起健康的行为。因此，简单地说，行为治疗或条件反应治疗就是根据学习的理论，对个体进行反复训练，以达到矫正所谓适应不良性行为的一种心理治疗。

巴甫洛夫以狗为对象，所进行的著名的条件反射实验已为人所熟知。行为治疗中的脱敏疗法、厌恶疗法等就应用了这些实验结果揭示的规律。操作性条件反射可用美国心理学家斯金纳（Skinner）的实验予以说明。在一个称为“斯金纳箱”的一端有一个杠杆，只要按这个杠杆，食物就会落到食槽里来。如果将空腹的老鼠放到斯金纳箱里，要不了多久它就能学会按压杠杆来得到食物的行为（奖励学习）。如果将斯金纳箱从中隔开，但留有小孔，并在斯金纳箱右侧的笼底按有带电网的装置，把老鼠放入右侧箱里，老鼠因受电击而借助小孔逃向左侧安全的箱里。这样反复数次，只要将老鼠一投入右侧箱里，它就学会了马上逃到左侧箱子里去的行为（逃避学习）。以上实验中，动物是靠积极地学会适应环境的新行为（如按压杠杆或逃避电击等）来取得奖励或逃避惩罚的，因此条件行为就成了取得奖励或逃避惩罚的手段（或工具）。

操作性条件反射与古典式条件反射不同：行为是自发的、随意的，事先没有诱发刺激，但自发行为造成的后果对个体发挥奖励或惩罚作用，从而使原来的自发行为增加或减少。当个体由于某种行为获得奖励时，该行为频频出现；若该行为遭致惩罚时，该行为则出现频度减少。

操作性条件反射的原理在行为治疗中得到了广泛的应用。行为治疗常常选择那些异常行为较局限，又可能加以测量的对象。如恐怖症、强迫症、性功能障碍、社交困难、口吃、局限性抽动、职业性痉挛、儿童行为障碍等。在疗效判断方面比其他心理治疗较为客观。

行为治疗的具体方法种类繁多，名目众多，归纳起来主要有两大类：

第一类不需要仪器设备，与其它心理治疗相似，如各种脱敏法，暴露法，满灌法，模仿法，厌恶法，奖励法，处罚法，技能训练法，行为指导法，等等，从方法的实质上来说，不外是实验性消退和对抗性条件反射两种。如临床上将一名恐惧看到他人“颈脖子”的年轻女病人从无人处带到人少的地方，再到人多的地方，最后到人头拥挤的闹市区域，每前进一步，就给予精神的或物质的鼓励（奖励法）；如果畏缩，后退，就取消某种享受（惩罚法）。反复多次，最终使其逐步适应，消除恐惧，乐与人们为群，治疗全过程称之为系统脱敏法。如果将同一个病人，一下子带到闹市中心，让他充分地暴露于恐惧的情景中，即使反应强烈，也不让离开，第一次可能十分紧张，多次反复，直至适应为止，叫做“满灌法”。“满灌”也好，“脱敏”也好，均属暴露疗法。基于实验性消退和对抗性条件反射的原理，其中许多方法既可单独使用，也可联合运用。

第二类需借助于仪器设备,使病员从显示系统上能“看到”自己本来意识不到、看不见的体内的生理变化和脏器活动,如血压波动,血管收缩,温度升降,呼吸节律,肌电、脑电波形等,并学会如何控制这些变化与活动,使其维持在理想和所需要的水平上,从而达到治疗疾病,恢复健康的目的,这就是生物反馈疗法的基本原理。

类似行为疗法及暗示疗法的理论,尚有音乐治疗及默想治疗。

音乐自古以来就被认为可以影响人们的身心活动。《礼记》中说“乐者音之所由生也,其本在人心之感于物也。”至于音乐可以陶冶人的性情,已尽人皆知。悲壮之乐曲令人热泪盈眶,靡靡之音使人意志消沉,雄伟的军乐声可激励战士的斗志。韩信曾用“四面楚歌”瓦解项羽部队的战斗力,成为历史佳话。当然,由于个体的情绪、情感、文化水平、兴趣爱好、音乐素养等差异,音乐影响的效果有很大的区别。不同的情绪状态可选用不同的乐曲(表6—1)。这一方面尚缺国内资料,而国外资料仅作参考。

表6—1 不同的情绪状态选用的乐曲

心 情	作 曲 者	曲 名
疲 乏	维 伐 尔 地 德 彪 西 韩 德 尔	大提琴协奏曲《四季》中的《春》 管弦乐组曲《大海》 组曲《水上音乐》
不 安	巴 赫 圣 桑 斯特拉夫斯基	《幻想曲和赋曲》(E小调) 交响诗《死亡舞蹈》 舞剧组曲《火鸟》第一乐章
厌 世	韩 德 尔 贝 多 芬 柴可夫斯基	清唱剧《弥赛亚》 《第五“命运”交响曲》(C小调) 《第六“悲怆”交响曲》(D小调)第一乐章
忧 郁	莫 扎 特 西 贝 柳 斯 格 什 文	《第40交响曲》(B小调) 《忧郁圆舞曲》 《蓝色狂想曲》第二部分
急 躁 和 型	韩 德 尔 罗 西 尼 鲍 罗 廷	组曲《焰火音乐》 歌剧《威廉·退尔》序曲中的《风暴》 《天鹅湖》的舞蹈
希 望 明 朗 轻 快	巴 赫 小约翰·斯特劳斯 比 才	《意大利协奏曲》(F大调) 圆舞曲《蓝色的多瑙河》 歌曲《卡门》
希 望 畅 快	巴 赫 格 里 格 门 德 尔 松	《勃兰登堡协奏曲第三首》G大调 组曲《彼尔·金特》中的《挪威》 第三交响曲《苏格兰》C小调
增 强 自 信	贝 多 芬 瓦 格 纳 奥 德 格	《第五钢琴协奏曲(皇帝)》降E大调 歌剧《汤豪森》序曲 管弦乐《太平洋231》

续上表

心 情	作 曲 者	曲 名
强 眠	莫 扎 特 门 德 尔 松 德 彪 西	圆舞曲 《仲夏夜之梦》 钢琴奏鸣曲《梦》
增 进 食 欲	李 勃 曼 莫 索 尔 斯 基 莫 扎 特	餐桌音乐 《图画展览会》(拉威尔编曲) 嬉游曲

默想疗法 (Imagery) 是一种类似生物反馈和催眠的疗法。特点是鼓励病人运用想象力 (通过默想或绘画) 来表达自己与疾病作斗争的愿望。心理学家可以通过介绍有关知识及实物示教来丰富病人的想象力, 也有运用录音带来暗示病人, 或由病人自我暗示来作为治疗手段。肿瘤放射治疗学家 Simontons 博士及其夫人曾用默想疗法治疗 159 例不能接受化疗, 平均预期寿命 12 个月的恶性肿瘤病人, 平均存活期延长至 20.3 个月。当然, 这一疗法还有待进一步研究。

对行为疗法的评价仍然存在不同的意见。热心提倡者认为是“划时代”的进展, 持批评意见者仍持怀疑观望态度。行为治疗中的某些具体做法, 要从我国的实际情况出发, 根据我国社会的风俗习惯有选择地采纳, 切不可生搬硬套。

四、生物反馈疗法

这一疗法是通过学习来改变自己的内脏反应, 使普通条件下人们不能明显意识到如何活动的内脏功能 (如血压、心跳、胃蠕动、生物电活动等) 借助灵敏的电子设备进行监视, 并及时将测得的生理过程的信息显示给病人, 使病人学会在某种程度上来自我控制调节这些机能, 以达到治疗的目的。

这些不断地提供给人特殊生理过程的信息被称为反馈。由于这是生物加工的信息, 因此命名为生物反馈。应用生物反馈这一手段于疾病的治疗, 即生物反馈疗法。

生物反馈疗法最有说服力的实验是由 Miller 教授在实验室完成的。Miller 成功地使老鼠心率或肠蠕动、血压、皮肤温度、尿生成等, 产生了所要求的变化。为了消除骨骼肌活动可能产生的影响, 暂时用箭毒剂对骨骼肌进行麻醉。这种控制实验是利用对脑中枢的电刺激作用协调进行的。也就是说实验者给动物以食饵报酬时, 根据其适当的躯体反应 (例如, 使心率增加或减少) 的程度进行增减电的刺激。将老鼠分为两组, 一组老鼠按心率的变化得到了食饵报酬, 另一组按肠蠕动的情况获得食饵报酬。经过多次反复后, 两组老鼠分别学会了各自的新的行为。实验的结果是令人振奋的, 靠心率的增加获取食饵报酬的实验组老鼠学会了增加心率, 但肠的活动没有显示出任何变化, 靠肠的蠕动取得食饵报酬的鼠组学会了增加肠的蠕动, 但在心率方面没有显示出任何变化。

这一实验成果的可靠性, 在很多其它的实验室得到了证实。Miller 教授的实验引起了学者们极大的兴趣和重视, 通过操作训练, 植物神经的功能可以借助现代电子设备监控并显示出来, 通过皮层中枢, 再回授到动物本身, 就可以控制调节这些功能。这就是生物反馈治疗的机制。

为了弄清具体的操作过程, 以教人如何控制自己的心率为例加以说明。首先, 将电极接

触躯体，使肢体连接脉冲测试表，于是就能连续地测量到被试者的心率了。然后，把这种测定转换成肉眼可见的讯号，于是被试者就可以每秒每分地观察自己的心搏速度，从而被试也可以用这些通常难以捕捉的信息来使自己的心率增加或减少。如果再结合暗示治疗，效果更为显著。有时，人们仅仅在冥想阶段就可以达到自我控制的程度。比如，修道僧人或瑜伽者在超脱的冥想中，可以从额部自如地出汗，或使自己的心搏减弱到用听诊器听不到心音的程度，而本人表现泰然自若。研究还表明，给被试回授的信息越广泛、准确，获得控制的程度就越大。回授讯号的种类及方式与效果亦有关，比如，为了减轻前额部紧张性头痛，听觉信号比视觉信号效果更好。

临床上常见的血管性偏头痛，呈现剧烈发作性的偏侧头痛，伴有恶心、眼花、流泪等症状，是由于头部血管功能失调局部血管异常扩张所致。同时，由于手部缺少副交感神经支配，交感神经活动亢进，还可见到手部血管收缩、苍白，手部皮肤温度降低的现象。生物反馈疗法根据这一生理机制，使用一种能显示出手部皮肤温度变化的温度计，让病人看着温度计进行训练，想像自己的双手在接近热源。通过这种“意念”运动，当感到双手发热，温度计显示手部皮肤温度上升时，偏头痛便随之减轻或消失。国外报告，生物反馈疗法在治疗原发性高血压、紧张性偏头痛、心律失常，消除骨骼肌的麻痹与萎缩方面，控制癫痫发作、治疗恐怖症和焦虑症方面，均有一定的疗效。

五、精神分析疗法

精神分析疗法亦称心理分析疗法，是根据弗洛伊德精神动力学的理论创建的。弗洛伊德曾断言：有意识的精神过程，只不过是一些孤立的动作和整个精神生活的局部，尚有很大的一个领域没有引起人们的注意，这就是精神过程的潜意识部分。他还认为性的本能冲动在神经的和心理的疾病原因中都起着一种巨大作用。

精神动力学理论将人的精神机制和人格结构理解为由三部分组成，即“本我”、“自我”和“超我”。“本我”在无意识的最深处，代表一种原始的本能的要求，缺乏理性，但它是人类行为动力的源泉。“自我”是现实化了的本能，遵照“现实原则”办事，对本我起监督作用。“超我”就是道德化了的自我，根据社会道德原则行事。

按照弗洛伊德学说，不论心理疾病患者或是正常人，在精神内部经常进行着自我和超我之间的斗争。本我的本能冲动随时受到在超我指导下的自我的压制，双方的矛盾和冲突就产生了疾病。其症状常常是由于被压抑在“潜意识”中的情感或幼年的创伤性体验，以投射或伪装的形式，通过躯体的渠道或精神转换，象征作用等在意识中表现出来。精神分析疗法就是要将压抑在“潜意识”中那些童年创伤、痛苦体验挖掘、暴露出来变成意识的东西，加以分析、解释、疏导，使患者从分析者那里重新认识自己，并改造自己人格的不足，改变不良的行为模式，以实现治疗目的。

自由联想法和释梦被认为是挖掘压抑在“潜意识”中那些创伤性体验的重要手段。其做法是让病人安静地躺着，医生坐在病人看不到的地方，尽量鼓励患者把陆续涌上心头的各种想法，不论有无意义，是否荒唐可笑或不合逻辑，甚至有失体统，都毫不保留地讲出来。自由联想再结合精神分析者的观察、分析，就构成了经典的“精神分析法”。本疗法在国外盛行几十年，评价颇不相同。目前，我国有少数心理学家从事类似的精神分析疗法，收到一定疗效，尚缺乏科学总结。

六、森田疗法

本世纪初日本学者森田正马对神经症的治疗，提出了具有独特见解的心理治疗，在日本至今仍被采用。森田认为，神经症的治疗要点在于消除疑病素质和破坏精神交互作用。要达到这个目的，说理是徒劳的。森田主张“听其自然”。据说森田正马受佛教的影响颇深，本人在大学时代亦为神经衰弱所苦恼，后体验到“必生必灭”的心境，未治而愈。所以，森田采用隔离法让病人达到心理的“自然流动，无所居心”。根据森田疗法的精神，门诊病人心理治疗的要点是：

1. 详细体格检查，排除躯体疾病的可能，解除病人的疑虑；
2. 指导病人接受自己的症状，而不要企图排斥它；
3. 嘱咐病人不向其亲友谈症状，亲友也不听，不答复他们的病诉；
4. 患有恐怖症的病人，不应回避恐怖的对象，而要带着症状去接近。即使感到不适，也要坚持，坚持就会好转。

第四节 心理治疗心身障碍的程序

一、热情、同情、耐心地倾听病员的叙述

病员叙述开始不久，作为一个有经验的临床医师，即使已能判断出对方是一位官能症患者，也不要打断、阻止对方的叙述，要让患者把一肚子的病痛体验全部、彻底地倾吐出来。

二、创造良好的环境和气氛

为了做到上一点，必须创造一种环境和气氛，以解除病人的顾虑和踌躇。比方，要申明为病员叙述的内容保密，如所述内容涉及到病人的陪送者，应婉转地让陪伴一方离开诊室，也不宜让过多无关的人好奇地围观、听取病人的叙述当作笑料。

三、要引导病人回顾和挖掘产生症状的原因

在讲完各种病痛体验之后，要引导病人回顾和挖掘产生这些症状的原因，那怕是遥远过去创伤体验的隐现，以便帮助病人看清自己疾病发生和发展，原因和后果，因果转化，症状恶化的症结所在。

四、请病人谈谈自己的个性特点

引导病人正确评价自己个性的优点方面和不足方面。或通过对一些提问的回答了解病人的个性，也可以请家属或陪伴者介绍。

五、询问和检查有无其他躯体疾患

要作身体检查和神经系统检查，审阅在其它医院的各种检查结果。仔细的体检，一方面是为了发现隐蔽的躯体疾患，另一方面是对病人认真负责的表现，以取得病人的信赖。因为许多病人并不了解心因性精神疾患主要是靠精神检查，若不看一看，听一听，查一查，病人心理上会产生怀疑和不信任。检查完毕后，如患者不存在躯体疾病，要明确解释官能症与器质性疾病的区别和预后。官能症的各器官是正常的，身体的基础是好的，这是患者疾病一定会治愈的根本前提。如患者有某些躯体疾病，则要解释清楚器质性疾病和官能症的主从依存关系，原发、继发关系，以澄清患者的种种顾虑，减轻其包袱。

六、明确诊断

一般说，应该将诊断告诉病人和家属，同时解释这种疾病的本质和特点。例如，解释为什么会有各种各样的表现和感受（列举症状不超过就诊病人本身的轻现）。这种疾病是怎样

发生和发展的，哪些是外因，哪些是内因，哪些是原始的起因，哪些是附加的因素，如何互为因果，精神状态对脏器功能的影响，是记忆力衰退还是注意力分散等。引导病人看清楚自己在疾病的道路上是怎样一步一步陷入泥坑而不能自拔的。把治病的武器交给病人，充分调动患者自身战胜疾病的积极性，医生则帮助病人从病痛的桎梏中解脱出来。要说明患者、家属和医生互相配合、共同努力，疾病是一定能够治疗好的。

在某些情况下，明确诊断，等于给患者戴上一顶××病的帽子，造成恶性刺激。可以在明确诊断之后，将病名诊断改为症状诊断。例如：失眠、焦虑状态等，使患者能够接受，得到精神安慰。

七、必要的说明

在进行心理治疗和开处方之前，要向病员和家属说明心理治疗的重要性和必要性。

向病员和家属简单介绍什么是心理治疗，心理治疗和药物治疗的关系，以取得病人和家属的配合，提高疗效。因为有些病人和家属认为“谈话”不是治疗，急待医生开出什么“好药”来。

八、针对发生疾病的心理社会因素加以疏导

因年龄、性别、职业、婚姻、信仰、文化水平、经济地位、家庭和社会环境的不同，每个病人都会有自己的“秘密”和特殊情况。一个同情、体贴病人的临床医师，也必定是病人的知心朋友，病人也必定会向医师打开奥秘的心灵之窗。病人信任医生，医生要尊重病人，对于了解到的原因，一般可用三种方式分别对待。

（一）应该和可能解决的问题，由于种种原因没有解决，酿成了疾病的起因，应该尽可能协助病人从中调解，或向有关方面介绍情况，提出建议，争取切实解决一些问题，为治疗创造条件。

（二）对于一些错误的、不现实的想法，要善意地、诚恳地、有分寸地提出希望，不能迁就、妥协、回避。可以平等的、同志式的态度让病员了解，主观愿望要和客观实际统一起来，办任何事情都要从实际出发，主观愿望要符合客观条件。只有这样，遇事才能冷静、清醒。否则，必然碰壁。

（三）根据病人的文化水平、接受能力，有的放矢，用通俗易懂的语言，深入浅出的方式，谈谈矛盾的普遍性。一切事物离不开矛盾，人类社会在矛盾中前进，个人也生活在矛盾之中。学习、生活、工作无不包含着矛盾运动，旧的矛盾解决了，还会出现新的矛盾，回避矛盾不等于矛盾的解决，关键在于要正确对待各种矛盾，正确对待诸如就业、升学、恋爱、婚姻、家庭、挫折和逆境中的各种问题，使个人和环境协调起来，把精神创伤等不良刺激变为发奋努力，积极前进的动力。

九、注意个性修养

仅有外因，不一定引起疾病，因为在外因相同的条件下，发病的总是少数，多数不发病。这是由于各人的个性心理特征存在差异，以至对外界刺激的反应各不相同所造成的。一个人的个性心理特征是由能力、气质和性格构成的。个性心理特征既有先天的因素，也有后天的因素；既有“难移”的一面，也有可塑的一面。要引导病人发扬自己个性中好的成分，克服不好的成分，严于律己，宽于待人，“心底无私天地宽”，虚怀若谷，处事坦然，防止感情冲动，避免矛盾激化。

十、了解人际关系，正确指导

2014/06/20

了解与分析患者和家庭、患者和领导及周围同志的关系，针对存在的问题，作好家属工作，向有关领导和同志介绍情况，配合医生，提高和巩固疗效。其中，常见有两种倾向：一种认为病人“装病”，既不发烧，各项检查又正常，是“思想病”。因而不同情病人，甚至歧视病人，冷言冷语，议论纷纷；另一种是过分迁就病人，处处附和、姑息，有求必应。见患者发病时，表现惊慌失措。这两种倾向结果一样，都不利于病情，应予正确指导。

十一、介绍药物，安排生活

在上述心理治疗的基础上，再介绍药物治疗的种类、方法和可能出现的反应等，将会收到事半功倍的效果。同时，劝告病人不要终日卧床，要鼓励病人适当参加力所能及的简单劳动，把注意力从关心自身而引向关心同志、关心工作、关心集体。给病人当好“参谋”，从实际出发尽可能做到生活规律化、弛张交替、劳逸结合，培植兴趣，使生活内容更充实、丰富、多样化。

十二、预防性谈话

由于患者慕名而来，寄予医生极大的希望，最好诊疗一次就能治愈。而事实上这是不可能的。这样，失望的危险严重地威胁着病员，医生也会置于被动地位。为此，必须预先告诉病员，病是能够治好的，但要求一下治好是不现实的，疾病的形成既然有一个过程，则疾病的消除也必然要经历一个过程。而且，在治疗过程中，由于其它原因的干扰，病情均可能出现波动、反复、暂时加重。但只要按照上述方针治疗，作坚持不懈的努力，总的趋向一定会好转起来。

十三、强化治疗

经过心理治疗和药物治疗的患者，一旦取得初步疗效后，要立即“扩大战果”。让病员从自己的切身感受中尝到病情好转的“甜头”，体会到医生的分析、判断是正确的，治疗是有效的。这样，医生的言语信号作为良性刺激，反复强化、灵活应用，配合药物治疗，就会收到更为显著的效果。

（南京医学院 袁耿清）

第七章 心理卫生、心理咨询

人们都希望自己健康，但对健康概念的理解往往局限于躯体功能的正常而忽略了心理的方面。《辞海》对健康的解释是：“人体各器官系统发育良好，功能正常，体质健壮，精力充沛，并具有良好的劳动效能的状态。”看来这样的解释是不完备的。世界卫生组织(W.H.O) 1948年成立时通过的宪章给健康下的定义为：“健康……一种身体上、精神上和社会上的完满状态，而不仅是没有疾病和虚弱现象”。也就是说，健康不但是没有身体缺陷和疾病的生理正常，还要有良好的心理状态和社会适应能力。

心理卫生定义可为：以积极的、平衡的、正常的心理状态去适应当前和发展的社会环境。心理卫生是按照人的不同年龄阶段的生理特征和心理发展规律，通过各种有益的教育与训练以及家庭、社会良好的影响，来培养和维护健全的人格及社会适应能力。使人在学习、工作、创造活动中保持心身健康，预防各种病态心理、心身疾病和精神疾病的产生。它的范围包括个体不同发展阶段及不同的社会群体。

心理卫生积极的意义之一，就是培养和促进儿童心理的正常发展，保持和增进个体的心理健康。一般来说，心理健康的人，其学习成绩必优于心理不健康者；其工作效率必高于心理不健康者。心理健康的人比较能够耐受挫折和逆境，容易稳妥地度过社会变故和灾难。心理健康能保持躯体健康，延年益寿，从而使人们能为社会作出较大贡献。

祖国医学十分重视精神摄生，即心理卫生。《灵枢·本神》说：“故智者之养生也，必顺四时而适寒暑，和喜怒而安居处，节阴阳而调刚柔，如是则僻邪不至，长生久视。”《素问·上古天真论》指出：“其知道者，法于阴阳，和于术数，饮食有节，起居有常，不妄作劳，故能形与神俱，而尽终其天年，度百岁乃去。”通过摄生养性，达到心身健康和延年益寿的目的。《内经》许多精辟的论述至今仍有指导意义。

现代心理卫生发源于本世纪初。1908年美国一位大学生比尔斯(Beers)写了《一个灵魂发现了自己》(A Mind That Found It-self)一书，揭露了他住院治疗精神病期间所受非人待遇和目睹精神病人的悲残处境，引起社会公众关注。此书风行一时。同年，康奈惕克州心理卫生协会成立。工作目标为：①保持心理健康；②预防心理疾病；③改善病人待遇；④宣传心理疾病知识；⑤与心理卫生有关组织合作。随后，许多国家相继建立心理卫生协会，到1930年已有53个国家参加在华盛顿召开的第一届国际心理卫生大会。我国于1936年成立中国心理卫生协会，以“保持并促进精神健康，防止心理的、神经的缺陷与疾病”为宗旨。

1979年中国心理学会第三届学术年会上，倡议重建中国心理卫生协会以来，得到各有关方面支持。当今心理卫生的意义更深、领域更广，概括地说就是运用心理学和医学心理学的理论和方法、技术来贯彻“预防为主”的方针，以保证亿万人民心身健康地为社会主义祖国工作。心理卫生是建设精神文明的一个重要方面，要自幼培养健康的心理、完善的人格，树立正确的世界观和人生观，成为健康的社会成员。

心理卫生提倡优生和优育，从婚姻、配偶、受孕、胚胎等方面着手，讲究“胎教”，关注个

发育不同年龄阶段的心理卫生；不同社会群体(家庭、学校、居民区、单位等)的心理卫生；还有社会发展过程中出现的阶段性社会问题的心理卫生。

以上简要介绍了心理卫生的简史、概念和意义及其研究范围。本章中就优生与胎教，个体发育不同年龄期和社会不同群体的心理卫生及心理卫生的原则进行讨论，最后介绍心理咨询。

第一节 优生与胎教

一、人口质量与优生

人口质量，是心理卫生工作者所关心的重要课题之一。为了国民经济发展和人民生活水平提高，我们必须关注中华民族总人口的质量问题。如果不努力降低痴呆、畸形及其他严重遗传性、先天性病儿的出生率，就会造成总人口质量下降。实际情况是严重的。以智力低下为例，其患病率在某些地区相当惊人，在我国一些地区为2~5%，山区和边远地区则更高，个别地区智力低下者竟达13%，甚至出现傻屯、呆村。这是由于地方甲状腺病和近亲婚姻的遗传因素所致。现代科学已发现遗传病多达3000种，即使把高血压病、糖尿病、精神分裂症等最常见的“多因子遗传病”略去不计，仅由基因突变和染色体畸变引起的遗传病患者就占总人口中很大比例。全世界有先天遗传病的患者约占总人口的10.8%。大脑发育障碍是其主要的病种之一。据国外资料报道，新生儿中，染色体异常的愚型畸形儿占4~5%，代谢异常的低能儿或发育不正常的占8%，神经系统缺陷、将导致夭折的占5%。以“先天愚型”(21号染色体三体症)，近占总人口的2%。这种人很难参加劳动，甚至生活难以自理，每人一生的各项费用按5000元计算，就要消耗100亿元，给社会和家庭都造成沉重的负担。

按美国1976年统计材料，总人口约有3%智力发育不全，以此推论，美国有600万智力低下者。智力发育不全的人生育的子女也多半是智力低下者。为了中华民族的繁荣昌盛，我们必须大力提倡优生学。

优生学是研究改善物种遗传素质，特别是通过社会控制和改善人类配偶、生殖的科学。英国科学家高尔顿(Galton)在达尔文的进化论学说影响下，提出选择配偶、淘汰劣种、繁殖优秀，以改良人种的学说。他认为人类有可能运用自己的智慧和才能，比大自然更有效、更成功地改善人类自身的遗传素质。

事实上，一定的优生措施，可以追溯到古代。许多部族、民族禁止直系血亲婚姻就是具有优生意义的措施。大量的资料表明，近亲婚姻，子代智力低下，先天性痴呆比例增多。因此，禁止近亲婚姻及某些遗传性疾病的婚姻限制，十分必要。应大力开展婚前保健检查，实行婚前检查可以及早了解婚姻双方是否患有不宜成婚和生育的疾病，或不宜马上结婚、生育的疾病，以免造成婚后不幸或影响下一代的健康。婚前检查可以把遗传病携带者筛选出来，采取措施，阻断遗传病的延续，并指导减少各种诱因对遗传病的影响。婚前检查还可以进行性卫生指导，帮助新婚夫妇正确处理婚后性生活。

为促进优秀个体的繁衍，就要从配偶、婚姻、受孕、胚胎开始进行一系列有关心理卫生的工作。值得提出的一个问题是最佳妊娠年龄的问题，一般认为最佳妊娠年龄是23~28岁。在这期间受孕，母子生存率高，流产、死胎、早产和畸形儿的发生率低。若从月经开始不满10年即妊娠，由于生殖器官未充分发育成熟，则容易发生问题。若是35岁以后妊娠，由于卵

细胞随年岁增长而老化，卵子染色体、生殖器官机能的衰退，则先天愚型及其他畸形儿的发生率也相应增大（表7—1、7—2）。

表7—1 孕妇年龄与先天愚型发生率的关系

孕妇年龄(岁)	25~29	30~34	35~39	40~44	45以上
先天愚型发生率	1/1350	1/800	1/260	1/100	1/50

表7—2 母亲年龄与围产期胎儿死亡率的关系(1975年)

母亲年龄(岁)	~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~
孕后期死产(%)	21.7	11.7	10.6	13.2	23.1	45.2
早期新生儿死亡(%)	10.2	5.7	5.2	6.1	9.7	14.7
总计(%)	31.9	17.4	15.8	19.3	32.8	59.9

二、胎教——孕期心理卫生

健康的心理，完善的人格，虽然大多要靠后天的社会教养来培育，但也不应忽视遗传因素和胚胎期的发育。婴儿出生后，有的好躁动、好哭闹，有的较恬静、温顺，这显然是由遗传造成的不同神经类型特征和胚胎期的发育状况所决定的。随着科学的发展和人类智力的发掘，人们逐渐认识到把对儿童的教育提前到胎儿期是有意义的。

祖国医学和教育思想中关于“胎教”的论述是很有道理的。《大戴礼记·保傅》中有关论述，认为胎儿在母体中能接受孕妇的言行感化，所以孕妇必须“谨守礼仪，清心养性”，给胎儿以良好的影响。《妇人秘科》中说：“受孕之后，喜怒哀乐，莫敢不慎”。《内经·素问·奇病论》有从胎里带来疾病的论述：“人生而有病癫疾者，病名为胎病。此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为癫疾也”。这种种观察的经验，即所谓“外象内感”、“见物而化”、“归精于胎”的说法。总之，孕妇的心理状态、举止行为、生活环境对胎儿的发育有一定影响。

孕妇的情绪状态对胎儿的反应和发育起很大作用。情绪困扰的孕妇，往往在妊娠期和分娩期引起合并症。严重焦虑的孕妇经常伴有恶性妊娠呕吐，并常导致早产、流产、产程延长或难产。这种孕妇的胎儿，不但在胎内运动多，出生后也往往多动、容易激惹，好哭闹，甚至影响喂奶和睡眠。1964年美国心理学家奥丁格和西蒙斯在对大量调查材料研究后，发现怀孕期，母亲若有严重焦虑和高度紧张，则孩子成长后情绪常不稳定、易激惹。重庆医学院一研究小组对多动症儿童进行调查后，初步印象是这些儿童在胚胎期时，其母曾有较大情绪波动和心理困扰的过程。

有些学者认为，某些先天性生理缺陷，也可能与孕妇妊娠期的情绪有关。胎儿生长发育需要的营养和氧气，是由母亲血液通过胎盘供给的，母亲情绪变化会影响激素分泌和血液的化学成分。积极的情绪会使血液中增加有利于健康发育的化学物质，而消极的情绪则会使血液中增加有害于神经系统和其它组织的物质。例如当孕妇情绪过度紧张时，肾上腺皮质激素就会分泌过多，可能阻碍胎儿上颌的发育而形成腭裂。长期处于忧郁的孕妇，血中营养成分不足，常会引起早产或造成胎儿瘦小体弱。生理心理学和神经心理学研究表

大脑皮层、边缘系统、中枢和植物神经系统关系密切，情绪变化会引起生理上的变化，孕妇的心理状态会多通道影响胎儿。

神经解剖学和神经生理学的研究表明，怀孕第4周，受精卵生出一根头大尾细的神经管，能对直接的或间接的刺激作出反应；第8周的胎儿大脑皮层就已能粗略分层，脑细胞发育迅速，对母亲传来的信息较敏感；到第23周，胎儿大脑皮层结构形成，沟回逐渐增多；到出生前脑细胞分裂基本完成，脑发育基本定型。这是胎儿接受“胎教”的物质基础。

现代医学对孕妇进行子宫内窥镜检查，发现胎儿眼睛能随着光被送入而活动；用细棍触胎儿手心，手指会握紧；触足底，趾可动，膝可屈曲。这表明胎儿对来自母体内外的刺激都有反应。用多普勒测定仪监测，在不同音响出现时，发现胎儿心跳次数有变化。这说明声音可传入胎儿听觉器官，通过生理反射而引起心跳变化。比利时一位医生用电子测试仪观察到，孕妇做梦时，8个月的胎儿和母亲有同样特点，身体不动，眼动迅速，胎儿与母亲的慢波、快波睡眠是同步的。

许多胎教的奥秘还有待探索，有两种方法实有成效。一是对胎儿进行抚摩训练，来激发胎儿的运动积极性。孕妇平躺，腹部放松，用双手手指轻压，胎儿受压后出现蠕动，这是对母亲爱抚的反应，经过这种训练的婴儿能比较早些站立和行走。但有早期宫缩者禁用。二是对胎儿进行音乐训练。研究发现胎儿乐于接受低沉委婉的音乐，而不愿接受尖、细、高调的音响，有人给6个月的胎儿用巴松管演奏欢畅、轻柔的乐曲，胎儿在腹内出现安祥舒展的蠕动。出生后再听到同类乐曲时就情不自禁地手舞足蹈、欢乐欣喜。

父母的行为习惯对胎儿的影响是明显的，如父母吸烟、酗酒，有可能导致胎儿畸形、智力低下或痴呆。李白、陶渊明、辛弃疾都是我国古代著名诗人、文豪，但嗜酒的恶果是这三位名家的子嗣庸碌无能。陶渊明晚年似乎领悟到，后代所以愚钝，“盖缘于杯中物贻害”。酒精进入血液损害生殖细胞，有可能造成胎儿发育异常，或愚笨低能。吸烟除吸入多种有害胎儿发育的化学毒物外，还会造成体内一氧化碳血红蛋白增多，血氧含量降低，影响胎儿发育。

为了生育一个聪明、活泼、健康、可爱的孩子，母亲在孕期一定要心情舒畅，情绪稳定，生活有合理节律，劳动、营养和休息适度，保持良好的生理、心理状态。

第二节 不同年龄期的心理卫生

初生婴儿只有本能的吸吮和排泄等一些无条件反射，生后2周左右，才逐渐建立起最初的条件反射。随后，感觉渐渐变得复杂起来，感觉之间的协调和联合产生了知觉和表象，其后又产生了语言和最初的思维。思维又从最直接最具体的形式逐渐向高度概括和抽象的方向发展。随着儿童的成长发育，儿童对事物和人开始产生不同的态度，采取不同的行为方式，并开始按照自己的愿望、目的主动地从事某些活动。逐渐发展为成人，一个具有高度抽象概括的认识能力，复杂的情感和独立的意志，能够从事各种复杂活动，并具有自己独特的人格特征的社会成员。

一、儿少心理卫生

（一）婴儿期

初生婴儿就会吃奶，但一定要把奶头放进嘴里，才能吸吮。这种吸吮反射和排泄，饥饿和不适时哭闹，都属生物本能。几天后，当妈妈刚抱起他准备喂奶时，他就会把头转来转去，

吮着小嘴，寻找奶头，这种行为表明他已经学着调节自己的活动以适应环境了。喂奶的姿态、语声和吸吮奶汁之间已经建立起联系，形成初步的条件反射。这时，作为一个社会人的心理活动萌发了。

婴儿的情绪最初分化为两种反应。愉快，反应生理需要的满足；不愉快，是生理需要未获满足和其他不适的反应。我国心理学家林传鼎氏根据对500名婴儿的观察，提出这种情绪分化的理论，指出婴儿从出生到3个月末，可以有欲求、喜悦、厌恶、愤怒、惊骇、烦闷六种情绪反应。到2岁时，大约有对人的亲爱、尊敬、同情，对事物的好奇、羡慕，否定性的厌恶、愤怒，以及恐惧、失望等20多种情绪反应。

婴儿最初的微笑是身体处于舒适状态的生理反应和表情。大约在2个月左右，微笑具有社会性，成为影响成人的信息，可以吸引母亲更乐于接近他，加强母子情感联系。母亲的爱抚、微笑、伺弄和话语可引起婴儿全身活跃、微笑和啊啊作语。母子双方不断强化这种最初的社会性应答，双方都从中得到情感上的满足，爱抚对婴儿来说是重要的心理需要。

随着脑细胞的增加和增大，神经纤维髓鞘化的发展，心理活动也日益发展。到5~6个月时，婴儿对情感的需要甚至超过对饮食的需要，要求母亲或家人陪伴、玩耍和爱抚。喂奶时，觉察到母亲走来，能中止吸吮而转移注意。对母亲或家人逗引，能以微笑或欢声回报。舒适的环境，和谐的气氛，彩色玩具，动听的乐声，有节律的生活习惯等等，都是培养儿童良好情绪的因素。如果不能自幼建立起良好的情绪状态，婴幼儿就显得呆板、畏缩、不活泼、好哭闹、不易照管，而且容易生病。

7个月以后，婴儿表现出明显的对最接近者的偏爱。陌生人出现时停止微笑并表现出警觉状态。一般在6个月以内婴儿若从母亲身边转由他人抚养，不易出现由分离而造成的心理困扰，但若在7~8个月以后，这种分离使婴儿感到十分不安，他需要用较长时间与新的抚养者建立情感联系，从而建立信任感。

7个月~2岁左右，婴幼儿表现出明显的对母亲或最接近者的依恋关系。经过几个月的社会性交往，使他产生依恋感，依靠母亲或抚养者来保护自己，从而获得安全感。具有良好依恋感和安全感的婴幼儿比较地不怕陌生人和陌生环境，还尝试着与他人交往，喜欢探索周围环境，他知道母亲不会丢弃他，因而不害怕离开母亲去探索对他具有吸引力的新鲜事物。

婴幼儿的依恋感是经过与母亲或抚育者的互动而形成的，关键是母亲或养育者对婴儿的反应敏感性。婴儿情绪信息能否及时被母亲反应并做出应答，决定着婴儿对她的信任和依恋程度。建立起良好的对成人依恋感的婴儿，经常处于活跃、愉快、反应灵敏、注意新颖刺激并能有所应答的积极状态。未能建立良好亲子关系的儿童，则发展为一种冷漠的情绪状态，不易适应变化了的环境，不善与人相处，容易形成冷漠、孤僻的性格。为使儿童发展其潜在的最佳智能因素和良好的环境适应能力，培养活泼、开朗、乐观、进取的性格，注意婴幼儿早期情绪的健康发展非常重要。如果婴幼儿因某种原因被迫和母亲分离，便会发生拒食、消化系统功能紊乱、夜惊和发育缓慢。失去母爱的儿童，他们的身高体重较得到母爱的儿童为低。实验证明，前者体内生长激素的分泌量也要比后者少。一些学者强调母亲和儿童早期关系的重要性，认为有些精神病和病态人格的发生也是由于早期缺乏母爱。据报道，没有母爱或缺乏母爱的儿童，大多性格抑郁、胆怯、自卑、缺乏信心、适应能力差。母亲应每天抚抱自己的婴儿，最少要有几分钟，使之获得母爱，心理上的满足有益于儿童的健康成长。

（二）幼儿期

这时幼儿要断奶，主要营养从母乳转变为食品，断奶不单纯是营养的转变，更重要的是情感方面失去在母亲怀里吸吮和偎依的机会。断奶过急，或采取强迫手段，容易引起幼儿情绪障碍，如哭闹、拒食、夜惊、影响身心健康发育。

2~3岁幼儿开始具有控制膀胱和直肠的能力，真正属于生理功能障碍而形成遗尿症的仅属极少数，到6~7岁时仍有遗尿现象，才应视为病症。绝大多数出现遗尿，往往是生活习惯不良，或白天过度嬉戏，夜间睡眠过实，或过分贪玩，注意专注等。切忌打骂或当众羞辱，不然容易引起紧张、自卑。关键是要养成排尿习惯，睡前不宜过多饮水或定时唤醒排尿，必要时进行行为矫正。

随着睡眠时间减少和独立行走，儿童和外界接触日益增多，言语词汇也逐渐丰富起来，但运用尚欠流利。在说话时，往往因选择适宜词汇和表达方式而犹豫并出现停顿，切忌过急要求，更不应责备和嘲笑。由于紧张、害怕口误，可能发生口吃，也有因模仿口吃者而养成口吃习惯的情况。据北京复兴医院口吃矫正班近500人统计，因幼时模仿他人而形成口吃者，占78%。口吃的同时，还会出现与言语运动有关的面部及颈部肌紧张、唇震颤、摇头、挤眼或跺脚。由于口吃而影响与他人的信息交往，容易形成羞怯、自卑、退缩、孤独的性格。应及早进行放松疗法，训练良好的讲话方式。

好奇、好发问是求知动机的明显表现，这对一个人的知识积累和智力开发十分重要。但幼儿往往会提出一些令人难以回答的问题，大人要实事求是，认真对待，尽量作出合理解答，切忌推诿或虚构。否则，会影响儿童的认知和情感培养。

（三）学龄前期

“三岁看小，七岁看老”这句古老的谚语，是人类观察自身成长的经验概括，是有一定科学道理的。近代心理学认为人格的健全与否在3岁左右就奠定了基础。因为这时期神经系统已经有了进一步发展，脑重量继续增加。新生儿脑重约400克，三岁儿童达1000多克，7岁儿童近1300克，已接近成人的脑重。神经纤维还在继续增长，分支加多，到7岁时许多神经纤维的髓鞘化已接近完成，这就使神经的传导更加迅速和正确。由于大脑的兴奋过程较前增强，睡眠时间就逐渐缩短。3岁一般睡14小时。7岁时减少到11小时，儿童在婴幼儿时期与外界接触和受成人影响也越来越多，心理的发展在这期间特别迅速。美国心理学家布鲁姆对1000人进行追踪研究，认为5岁前是智力发展最快的时期，若把17岁时所达到的智力水平作为100，则4岁时智力就约有50%，4~8岁可获得30%，最后的20%是在8~17岁时获得。环境对智力发展的影响，在智力发展最快的时期表现最明显，因而应该特别加强学龄前期儿童的教育和训练。许多事例表明，在幼儿期被剥夺了心理教养的儿童永远达不到他们原来应该达到的智力水平。印度狼孩卡玛拉17岁时，其智力才相当4岁左右，但日本一士兵在远离人类的原始森林度过30个春秋之后，却很快能适应人类社会生活。原因是卡玛拉7岁前和狼生活在一起，而那个士兵的幼年是在人群中度过的。所以教育界和心理学界普遍认为这一时期的培养，对一个人的成长十分重要。

3岁以后，儿童大脑内抑制过程发展较前加快，这就使儿童有可能形成更为复杂的暂时性联系（条件反射），从而能较好地分析综合外界事物，控制和调节自己的行为。但这时抑制过程还比较弱，而兴奋过程仍占优势，所以儿童容易兴奋、激动和喧闹，要求他们较久地静坐不动或较长时间地集中注意力是困难的，“爱动”是这一时期的正常现象。

由于自由活动能力大大加强，各方面知识不断增多，儿童希望独自去做一些事，成人如

进行干预，就会遭到推拒或哭闹的反抗。这是一种自我意志的表现，这时可表现为不听话，甚至执拗，这在心理学上叫第一反抗期。幼儿以反抗的形式，要占有和扩大生活范围，来表达这种独立性，这是一种有积极意义的心理状态。反抗心理程度较强的幼儿成长后，往往意志较坚强，有主见，能独立分析和判断事物，承担责任，做出决断。作为父母应该因势利导地帮助幼儿实现那些可以做到的事，而不要事事包办代替和过分保护或者强加压制，否则不利于培养儿童健全的个性。但要特别注意保护和指导，不然遇到挫折、困难，容易产生疑惑与羞怯感。要在放手让幼儿独立行事的过程中给予帮助，使之得到正常的顺利发展。成人不要因为幼儿完不成自己的设想，而加以讥讽，也不要使幼儿受到较大的挫折，以免产生一个“不好的我”的自我意象，形成胆怯和消极的自卑感。

对于儿童的无理哭闹，应正确对待，不可迁就或无原则爱抚。儿童无理哭闹的动机是为了引起注意，以达到预期目的。如任其满足就会造成当达不到要求时就哭闹的行为习惯，以后就很难纠正。

玩具和游戏对于促进儿童增长知识，诱发儿童的思维和想象力极有裨益。儿童游戏不只是一种单纯的娱乐，它孕育着丰富的科学思维。童年时的游戏往往是科学探索的前奏，数学物理学家麦克斯韦把他童年时喜欢玩的陀螺和动画筒这两种玩具的原理，都用于科学的发现上。这种智力实践和技能操作实践，是儿童智力发展、技能发展的基础。我们应创造各种条件让儿童愉快地玩，并尽可能和他们一起玩。

儿童睡眠习惯要从小训练，这对培养有规律的生活很重要。不能因嫌儿童喧闹而在尚无睡意时逼他上床。否则，儿童会把床铺当惩罚场所，以致产生厌恶对立情绪，并因而对睡眠形成不良的情绪反映。不要在睡前用威吓的话逼儿童入睡，否则会做恶梦，甚至发生夜惊症。夜惊是一种恐惧性情绪体验，遇到可怕事故，在睡前看了惊险电视或听了吓人的故事等都可引起。

这时期儿童个性正在形成中，情绪很不稳定，特点之一是易感性。父母影响十分重要，教育不当会出现病态人格。如一个5岁女孩，其母患癔病，喜怒无常，发作时打滚哭闹；不久，这个女孩也就有类似发作。又如有一男孩，其父在生活细节上历来过分拘谨，出门时要反复检查房门是否锁好，逐渐使这孩子养成强迫性人格，作业明明正确也不放心，要反复核对。病态人格是个性发展上的畸形。

预防病态人格的重要途径就是从小培养健全的人格，健康的心理。

儿童的孤僻、胆怯、固执、说谎等不良行为，往往都是学自父母，因此家庭教育对儿童的成长十分重要。母亲买菜占了便宜显得很高兴，孩子认为占便宜就是好事，有可能把占小便宜逐渐变成习惯性行为而发展为偷盗。父母失信于孩子，或用谎话来搪塞，孩子就会学会说谎。不许这，不许那，出门怕车压，游泳怕淹死，孩子便学会胆怯。父母遇事不痛快而迁怒于孩子，孩子可能以做坏事进行报复，易养成怪罪别人的恶习。

癫痫儿童的病态人格，残废，缺陷儿童的心身障碍，智力发育不全和超常儿童的特殊教育和培养，这些都是儿童心理卫生工作的重要任务。

注意培养健全的人格十分重要，对儿童的生活、游戏、学习活动都要关心。管束过严，可能形成逆悖心理，冷淡无情；百依百顺，又可形成依赖、软弱、任性、违拗固执。在日常生活中，好的和不良的风气习俗，总在对儿童少年进行潜移默化的陶冶。幼儿期，家庭是他们的全部环境或主要环境，家庭成员之间的关系和家庭气氛对孩子说来具有特殊的敏感性。

父母及其他成员的生活习惯，思想意识，作风情操等言传身教，对孩子的品德培养，个性形成都有重要意义。从小就要进行共产主义教育，培养孩子们热爱祖国、热爱人民、热爱劳动、热爱科学，使他们具有无私无畏、逢事乐观的精神，能实事求是、面对现实，能够正确对待和处理在生活中所遇到的各种不同矛盾，养成开朗、活泼、坚强、富有毅力的良好个性。

(四) 学龄初期

儿童入学，是走向社会的起点。既往以家庭为主要生活环境和以家庭关系为主的状况，改变为学校生活和学校中师生、同学之间的关系占据重要地位。这对一个人的成长是极重要的转变。这一时期大脑活动的兴奋性增强，睡眠时间相应减少，活动的范围扩大、次数增多。同时，大脑的抑制过程也增强，具体表现为学龄儿童能细致地分析和综合外界信息，较好地调节和控制自己的行为。懂得上课遵守纪律，举手回答问题等。思维方面由具体的形象思维逐渐能进行初步的抽象逻辑思维。性格也在逐渐形成。

培养儿童正确的学习动机和态度，树立远大理想，激发他们学习的兴趣，养成自觉的学习习惯。这些都要求师长要循循诱导，亲切关怀。如帮助一些学生克服学习落后而苦恼、焦虑等心理障碍；纠正拒绝入学或逃学现象；帮助他们学会团结互助等集体生活的整套办法。

学龄儿童好奇心强、模仿力强而辨别力差，容易被新奇事物所吸引，可能会沾染社会上的一些不良行为。教师和家长要同心协力，密切配合，进行指导和教育，培养他们良好的道德品质，这对儿童人格完善至为重要。

教师和学校生活应能培养来自不同家庭、不同性格的儿童，使之都具有高尚的品德。由于家庭的熏陶，父母对子女性格的形成具有极大的影响，教师的责任是给予补充、矫正和完善化。

父母对子女过分照顾，不放手让儿童独立活动，儿童性格会消极、依赖、缺乏责任感，缺乏忍耐力，适应集体生活困难，遇事优柔寡断无主见。

父母对子女过于溺爱，儿童多表现为撒娇、放肆、神经质、自我中心、缺乏责任感和耐心。

父母对子女冷淡，儿童则多愿从他人处寻求爱护，力图招惹别人对自己的注意。有的喜欢惹事生非，有的喜欢攻击别人，也有的表现为情感淡漠，与世无争。

父母对子女过分严厉，儿童或逃避、或反抗、或胆怯、或凶暴，为了自我保护而说谎，甚至养成当面一套，背后一套的坏习气。

父母对子女忽冷忽热，反复无常，儿童多表现为情绪不稳定，多疑多虑，缺乏判断力。

理想的父母对子女的态度，是爱而不娇，严格而民主，则儿童性格表现为热情、直率、活泼、端庄、独立、协作，有活动能力，善于和别人相处共事，社会适应良好。

家长与教师的言传身教，家庭环境与学校校风的陶冶，对一个人的成长是关键。学校教育要补偿家庭教育之不足，或改正某些错误的方面，培养一代社会主义新人。

(五) 独生子女的心理卫生

计划生育是我国的基本国策和实现“四化”的根本保证。目前，独生子女家庭越来越多，产生了许多值得研究的问题。独生子女的心理卫生应引起高度重视，这对他们日后的健康成长具备良好的个性有着深远的意义。

由于各种社会因素的影响，独生子女成为较特殊的个体，独生子女的降生，有如明珠落到全家的掌心。一些父母的溺爱，较易养成子女不良的习惯及性格、道德上的缺陷。上海市幼儿教育研究室曾对四个幼儿园中5岁左右的70名独生子女，对照30名非独生子女作了调查研

究如表7—3。

表7—3 部分独生子女与非独生子女的不良习惯的对照(%)

	独生子女	非独生子女		独生子女	非独生子女
挑吃	70	40	任性发脾气	64	20
挑穿	27	10	不团结友爱	43	20
不尊敬长辈	27	3	胆 小	50	27
不爱惜东西	44	17	独立生活能力差	33	3

以上这些不良习惯，独生子女都要远较非独生子女严重。究其原因，在以下几个方面：

①生活方面：独生子女都是家中的宠儿，由于初生父母养育知识欠缺，往往给予过分的关怀。如不管天气冷热，以多穿衣服为是；怕孩子风吹日晒，冬天出门罩面纱，夏天打阳伞或戴太阳帽，不让孩子进行适当的户外活动。这样的孩子很不健康，抵抗力差，常常生病。饮食方面追求高价精美，盲目地补充高蛋白营养，甚至给孩子服用人参精等补品。导致孩子过分肥胖、偏食，或造成消化不良等胃肠道疾病。穿着打扮务求华丽，甚至使孩子的打扮成人化，如给孩子穿旗袍、高跟鞋、烫发等，不但束缚了孩子的正常活动，也影响他们的心理发展。

②教育方面：独生子女家庭中，重养轻教，只养不教的情况较为普遍，致使独生子女一切以自己为中心。父母往往舍不得批评，养成他们不接受父母教育，骄横任性的坏习惯。而有些父母也甘心迁就，以俯首听命为乐。还有的家长则望子成龙心切，不顾儿童心理发展特点及教育方法，要求孩子背唐诗等，这些急于求成的做法都可能使儿童对今后的学习产生厌恶心理。

③道德方面：由于家庭溺爱造成唯我独尊，孩子认为世界是为他而存在的。因此他们不知尊重父母、长辈，不爱惜东西，肆意毁坏玩具及其它物件。有些父母在孩子的吃、穿、玩具上向高水平看齐，与别人竞争，那怕自己省吃俭用也要让孩子得到满足，决不愿落后于他人，这也助长了孩子的物质欲望和形成自私等不良性格。使他们缺乏团结友爱精神和集体观念，不能跟别的孩子友好相处。

④劳动及生活能力方面：独生子女独立生活能力较差，往往依赖他人。只能适应顺利的情境，受不得委曲或挫折，遇到困难无靠时茫然失措，情绪极不稳定。易形成懦弱、孤僻的性格。劳动观念差，养尊处优，将来难以适应艰苦和持久的学习与工作。

独生子女心理卫生中存在的问题，很多都与家长们的娇宠有关。因此，家长们首先要理解儿童心理卫生的重要意义。儿时养成的坏习惯和不良性格，长大要改则事倍功半，十分不易。家长要掌握正确的教育方法，按儿童生理、心理发展规律施教，注意体育、德育、智育并举，以高尚的情操熏陶孩子的心灵。要和蔼耐心，循循善诱，切忌打骂、恐吓。同时也要讲究一些具体的方法。例如，对独生子女较普遍存在的挑食偏食可采用：①说教法：即以儿童的语言说明偏食的危害性，劝其进食。②奖励法：对略有改进的儿童应予奖励，然后指出缺点，提出新要求，鼓励进一步改进。③不理睬法：平时过于娇惯的孩子可禁绝零食，吃饭时不去注意他，也决不以吃饭为条件答应他的其它要求。这样，很快也能改正。

需要指出的是独生子女的心理卫生中虽存在一些问题，但决不象有些人说得那样严重。而且这完全是因为教养方法造成的，与独生子女本身无关。相反独生子女总的来说优点多于非独生子女。如遗传缺陷较少，智力成熟早，发育较快等。总之只要注意前面及本节所涉及的问题，科学养育，独生子女一定能心身健康地成长。

二、青春期及青年心理卫生

青春期是个体发育的一个关键阶段，是从第二性征出现开始，直至性成熟及体格发育完全的一段时期。一般认为，女性从12~13岁开始，至19~20岁结束，男性则要迟2年左右。

青春期的特征表现为一系列的形态、生理、生化、内分泌以及心理、行为、智力的急剧变化。身体各系统都经历巨大的发展，尤其是生殖系统，在青春期发育迅速，逐渐达到性成熟。大脑的神经结构逐步发育，达到成人水平。认知能力提高，求知欲旺盛，思想活跃，逻辑思维能力加强，能操作各种精细动作，作为社会成员的人格特征也不断完善。人生观、世界观逐步形成。这一时期的心身健康对一生体格、体质、事业成就，具有重要意义，它为成年后和老年期的健康打下基础，对推迟衰老、延长寿命也有积极意义。

（一）适当的性教育

生殖系统的发育和第二性征的明显表露，对青少年的心理、情绪、行为影响极大，要及时进行生理卫生和心理卫生教育，以帮助他们稳妥地度过青春期。

性教育不应仅限于性生理知识，而应作为道德教育的组成部分。要以科学态度来认识和对待身体发育的自然过程，批判封建礼教思想和“放纵性欲”等资产阶级腐朽思想，要树立社会主义道德和行为准则。

青春期青少年性心理发展，对性和生殖现象的知识感兴趣。关注异性但又不能正常交往，往往而造成心理的冲突。青春期对突然来临的性冲动、性要求，由于好奇和不理解，常会产生一些误解和不必要的紧张、恐惧、羞涩（如对月经初潮或首次遗精的惶恐，对手淫后的追悔等）。甚至以不同方式反应出来，产生一些不正确的行为。性教育绝不是性开放。性教育的内容包括：性生理方面，如两性生殖器官的解剖构造，月经初潮、首次遗精及其处理；正确认识手淫可能产生的心理困扰及矫正方法等。性教育还应包括宣传社会主义道德规范，如正确对待异性朋友，正确对待恋爱和婚姻等。

（二）两代人的心理差异

青年的活动范围和生活领域不断扩大，同社会关系更加密切，同辈人的相互影响大于父母。父母对子女一般都非常关切，一方面希望他们健康成长，能独立自主；另一方面又对他们缺乏信心，总当小孩子对待，事事关心，处处追问，以致使子女们觉得妨碍了他们的独立，干预了他们的自由。他们不愿再被父母当作孩子来看待，坚持自己的理想和判断是非的标准，甚至对在求学、就业、交友、生活各方面的干涉表示反感。轻则不理不睬，重则反抗，拒绝家长管教。在道德观念、社会规范方面，不少青年不象儿童时期那样以父母师长为传统表率，他们不愿受社会传统的限制，而是在同辈人中探求共同认可的标准，这种两代人之间的心理隔阂，特别是在经历了十年动乱和对外开放的情况下，必须受到社会的充分注意。

望子成龙是一种普遍存在于父母中的对子女的期待。人总是有理想、有抱负的，尽管水平指向性各有不同。父母往往把自己的未酬之志寄希望于子女。但是，事物发展并非个人意志所能左右的，同时，父母的期待并不一定合乎子女的意向。在求学、就业、恋爱婚姻方面要尊重子女的意向和情感，不适当的干预会导致不和，甚至不幸，如发生青春型精神病。

每个人无不染有时代的色彩，两代人的思想差别是不足为怪的。不可把父母的意志强加于子女，而应交换思想、耐心诱导。青少年也应重视父母的经历、经验等，从中汲取有益的成份。一旦树立起共同为祖国、为四化、为共产主义奋斗的理想，两代人的心灵之间的呼唤相通，心灵的隔阂自然冰释。

（三）友谊与恋爱

青年人情感丰富，易冲动，虽然自控的能力有所增强，但仍容易动感情。交朋友是青年特点，要引导青年树立正确的友谊观，提高识别是非好坏的能力，区别正确的友谊和哥们义气的界限。培养助人为乐的精神，认识个人在集体、社会中所处位置，正确处理个人与集体的关系，为集体、为社会多做有益的事情。随着性成熟，恋爱成了一个重要问题。恋爱的不顺利和波折，易造成青年抑郁和情绪波动，甚至出现心因性反应及其它不良社会后果，应教育青年树立正确的恋爱观。应该指出，性成熟并不等于人格成熟，适当推迟些恋爱，可使自己的选择更理智些。

（四）自我意识

青年意识到自己正“长大成人”，性格和能力表现出明显的变化。独立意向往往表现为对家庭、对社会的抗拒性，要善于引导。独立性和依赖性是一组重要的心理矛盾。自我意识的进一步发展，开始尝试认识和评价自己和别人，并通过这种评价来支配和调节自己的行为和活动。此时往往“年轻好胜”，过高估计自己的能力，容易造成不应有的损伤，如车祸、劳动过度、体育竞赛的事故等；有时又过分低估自己则产生自卑情绪，这些情况要给予充分注意。要正确认识自己，扬长避短，充分发挥潜能，充分发挥主观能动性。

（五）世界观和人生观

青年的认识和思维能力迅速提高，求知欲旺盛，追求新颖刺激，要求更宽阔的生活领域和社会活动范围，得不到满足则会苦恼。独立思维能力进一步发展，观察事物有更高的目的性和系统性，具有持久的和高度的注意力，逻辑记忆也发展起来，想象力也发展丰富，富有对理想和抱负的追求。意志力也在发展，在克服困难解决问题中，表现出较大的毅力。但由于知识和经验的欠缺，有些设想往往由于没有足够的根据而碰壁，这些都要善于积极引导。对个人志向、抱负要引导、鼓励为社会主义祖国和人类作出贡献，通过生活实践，树立正确的世界观和人生观。

正确的世界观和人生观的树立，是优良道德品质、健康心理、完善人格的核心。青年期是关键时期，家长、学校和社会都要特别引起重视，并对此加强教育工作。

三、中年和更年期心理卫生

中年，一般是指35~55岁或40~60岁阶段，是以躯体和心理从成熟到衰老的变化为标志。许多国家把55~60岁定为退休年龄，因为这时体力与能力趋向衰退老化。也有把65岁定为老年的起始年龄。年龄的分期，个体之间存在着差异。随社会进步，人的寿命也在普遍延长。

（一）中年的特点

中年人是社会中坚。一般说来，中年人的生理功能和心理状态都处于成熟阶段而比较稳定，但由于承担着家庭和较大的社会责任，心理冲突和心理困扰的发生也较重、较频，故心理卫生问题也更为突出。

1. 中年是青年向老年的过渡时期 成熟也意味着衰老的开始，岁月的推移，呈现面部皱纹和两鬓华发，往往令人回忆欢乐的童年和朝气蓬勃的青年时代。中年是青年向老年过渡的阶段。这个时期，躯体疾患和精神疾病的发生率也较高。

2. 中年是出成果的时期 中年是一个人发挥创造能力，在事业上多出成果的阶段。因为一方面智力发展达到最佳水平，另一方面知识的积累达到一定量，一般认为35~45岁是人

生的黄金时代，有人统计从公元600年到1960年的1360年间，1243位科学家的1911项重大发明创造的最佳年龄是35~45岁。但强烈求成和较高抱负，付出艰辛劳动导致的持续紧张；周而复始的日常工作，加上家庭生活琐事产生的厌倦，都会影响中年人的心身健康。

3. 社会义务与角色的转换 社会地位的演变，角色的转换要比因年龄增长、躯体变化而须做出的适应与调节似乎更加困难。从家庭来说，子女逐渐长大成人，当了父母、甚至祖父母，怎样教育好子女儿孙，十分值得研究。从社会环境看，同龄人中的升迁流动。原来的同级，现在变成上级或下属，怎样相处；工作调动，新环境中的角色如何转换等等。一系列的问题，处理得当，才能避免角色冲突和角色危机。

4. 家庭和社会重任 承担工作责任，就要思考工作中种种矛盾和工作能否顺利进行并取得成效。在生活中，对老一辈年迈体弱，但又无法亲自侍奉引起的伤感；对子女在政治态度、道德品质及社会适应能力方面的担心；承担繁杂的家务劳动等；社会现实生活中许多矛盾都集中到中年人身上。

凡此种种，都有可能带来持续和过度的紧张，需要正确认识和妥善处理，不然，就会严重地影响心身健康。

（二）中年心理卫生应注意的问题

1. 保持健康的情绪 中年人心身的负担都很繁重，各种矛盾都可能引起心理上较大的波动，因此必须善于控制自己的情绪。情绪带有主观的性质，每个人都能对自己的情绪施加影响。借助适当的学习和训练手段，可以正确认识和对待客观外界变化及自身变化并积极地去适应它。从而保持健康的情绪和心理上的平衡，增进心身健康。在社会主义制度下，健康的情绪是与健康的世界观相联系的。热爱祖国，热爱工作，热爱大自然，向往美好的未来，积极投身现实的各项社会活动，及正当的业余爱好，不仅可以分散、转移或取代消极情绪，而且能够激发积极与健康的精神活动。

2. 善于用脑与合理用脑 中年人大都是生产、科研及其它工作第一线的骨干，平时还有家庭、子女、各种人际关系等系心。对各种矛盾一时难以排解都可造成紧张状态。思想负担过重，用脑过度可产生失眠与疲劳反应，久之可发生神经衰弱，记忆力减退。必须学会善于用脑与合理用脑。用正确的思维方法和工作方法来指导工作和处理好各种矛盾，做到实事求是，不操之过急，不要企图一下子解决所有的矛盾和困难，不要让一些无谓的烦恼来加重大脑的负担。要注意用脑卫生，让大脑的工作和休息符合生理规律，已患神经衰弱的人，要在治疗的同时，注意使自己的生活习惯化，不要长期熬夜，改变一些不良的睡眠习惯方式。树立革命乐观主义精神，积极调整心身的平衡。

3. 培养良好的个性 中年阶段，个性一般趋于成熟。但此时个性仍存在较高的可塑性。良好的个性应当保持巩固，而不良的个性也可通过适当的锻炼去改造。例如，对一些人来说必须克服虚荣、妒嫉、冲动，而培养踏实、克制和有涵养的个性；对另一些人则必须改变软弱、孤僻、过分内倾，而培养勇敢、坚韧、热心公益的个性。不良的个性，常导致纷繁的心理冲突或加剧冲突的质量，不利于正常的社会适应，易造成心身疾病和行为的偏差。

4. 加强体育锻炼 中年人的生活节奏往往象高速旋转的陀螺，此时容易忽视体育锻炼。有的人因为青年时期身体不好而不习惯锻炼，也有的人因年轻时身强力壮而认为不必锻炼，这都是不正确的。大脑是心理活动的物质基础，有健康的机体才能产生健康的心理活动。古希腊思想家亚里斯多德说，生命在于运动。体育锻炼对中枢神经和内分泌系统都有良好的刺

激，能改善代谢，活跃氧化过程，改善循环和呼吸机能，为大脑输送更多的氧气和血液，使大脑提高工作效率和进行积极的休息。体育锻炼所焕发出来的青春活力，还可以增强自信心，以旺盛的精力和愉快的心境去工作和生活。

（三）更年期心理卫生

更年期的主要表现是大脑功能的某些方面开始衰退，内分泌系统功能全面下降、分泌减少，记忆力减退，知觉迟钝，动作缓慢，特别是性器官和性功能衰退。这种变化过程对大多数人来说是缓慢而不显露的，可以通过植物神经系统的调节和代偿及相应的行为来适应。但有些人的变化较快而突然，以致植物神经系统不能很好适应，而发生各种功能紊乱。这时对各种细微的躯体疾患和社会的精神的刺激都比较敏感，容易焦虑、紧张，成为更年期心理特点。

女性更年期的症状比男性明显，主要是激素缺乏。由于卵巢开始萎缩，丘脑下部、垂体、肾上腺等内分泌器官功能失调，因而出現月经周期紊乱或失血过多；大脑功能失调，兴奋和抑制过程不平衡；植物神经紊乱，血管收缩和舒张不稳定，阵发性全身发热，面部潮红；伴有耳鸣眼花，头痛眩晕，心悸胸闷，手足出汗，关节疼痛等不适。还有失眠、多梦，感觉疲劳，肢体麻木，肢端感觉异常。因此，情绪波动而不稳定，焦虑加重，好借故生事，多疑，抑郁，好争吵，因小事而冲动，絮叨多话，无名怒火，甚至有癔症样发作。

更年期抑郁症是一种常见病。这种人总习惯于想一些不愉快的事，回忆是灰色的，将来更是茫茫然。有人对既往某些行为不慎，过分自咎自责，甚至产生轻生念头。对更年期抑郁状态要给予足够重视。在更年期的人对个人、家庭、社会、过去、现在、未来，要有正确的认识和合理的对待，不然，悲伤沮丧会削弱机体的免疫和防卫机能，许多疾病就会乘虚而入。健康的心理、乐观的情绪，有利于战胜疾病。家人和同志、朋友，要给予亲切关照，使之妥善平稳地渡过更年期。

四、老年心理卫生

人过中年以后，就逐渐开始衰老，这是一个不可抗拒的自然规律。古往今来曾有许多帝王苦于人生如朝露，多方探求长生不老之术，但都遗笑千古。随着生产力发展，科技医药卫生事业日臻先进，疾病减少，人类平均寿命日见增长。随着寿命增长，老年人在社会人口中的比例逐渐增大。因此，研究老年心理卫生，使老年人心身健康地度过晚年是有积极的社会意义的。

老年人组织器官的老年性变化引起了生理机能的衰退，这种变化直接导致机体整体调节功能减弱，抗病能力下降，以致身体衰退，体弱多病。特别是脑功能衰退，使心理状态随之出现老年人特有的变化。加之，赋闲养老，容易滋长老朽感和末日感；子女独立成家，各自东西，更加容易感到孤独、寂寞与无聊，因而容易发生抑郁状态。严重者可患忧郁症。

老年人既不应意志消沉，也不应盲目逞能，凡事均应量力而行，勉强从事力所不及的活动，就一定会导致疾病。反之，如总是忧心忡忡，萎靡不振，那么衰老就会来得更快。这里有一个服老和不服老的辩证关系。

老年人神经、肌肉功能降低，据测定80~90岁老年人尺神经传导时间比20—30岁的年青人缓慢（5.2米/秒比7.5米/秒），简单反应时和辨别反应时都随年老而延长，视觉和听觉敏感性下降，触觉和运动觉的灵敏度也下降，腱反射减弱，运动迟缓，神经中枢的兴奋性减低而抑制过程减弱，神经细胞的恢复过程也有所延长。由于内分泌功能和肠道对钙和维生素的

吸收不良，以及肌肉附着处对骨膜的作用减弱，造成骨质疏松，容易发生骨折。心脏负荷能力减弱，血管弹性消失，外周阻力增加。肺通气量和肺活量减小，造成呼吸和循环系统功能的减弱。泌尿、消化、生殖等系统亦普遍衰老，功能下降。老年人不宜从事过于繁重的体力劳动或紧张的操作，不能再象青壮年那样冲锋陷阵和亲临生产第一线。相当的一部分老年人还要经历一段在生理和心理上都有显著变化的更年期，因而出现一些心身障碍。但是，某些生理和心理研究表明，人的体力在年过45岁以后虽然会逐步衰退，而人的思维能力，判断能力还能有所发展，大脑储存的知识也会随岁月而有一定的增长。

65岁以上，可称为老年。老年生活的适应问题是心理卫生关注的课题。退休赋闲，几十年形成的生活规律发生大变化，如果适应不良就会出现安全感的丧失或惶恐；失去原有社会地位会产生无用感或被遗弃感；多年形成的行为习惯往往会导致固执和刻板；子女长大离家而同辈亲朋亡故又常会引起孤独感等等。这些现象几乎在进入老年期时同时发生，所以一般在65岁左右时情绪状态达于最低潮。因此，这一阶段的生活适应是晚年生活成败的重要关键。通常经过一段时间适应，到了70岁左右生活情趣又渐渐增加，所以俗话“人生是从70岁才开始”的说法并非毫无道理。根据各方面调查材料归纳，晚年生活适应良好者，多半是身体较健康，兴趣较广泛，较容易适应客观环境，社会交往中与亲朋保持联系并能建立新的朋友关系，特别是要有不从社会活动中主动退却的自我意识的那种人。

曹操所咏：“老骥伏枥，志在千里，烈士暮年，壮心不已”的自述，可算是我国古代历史上老当益壮的一个楷模。当今许多老职工退休之后被请去当顾问，指导生产经营，成为足智多谋的顾问和参谋；老学者著书立说，指导年轻一代进行科研创造；老革命撰写回忆录，进行革命传统教育；老年人在社会生活的各个领域里都在发挥其应有的作用。

情绪和思维是密切关连的，应该认识到老之已至是自然规律，多想着如何把“余热”贡献给祖国、人民和社会；既能正视老年期的特殊问题，又有不畏老、不服老的健康自我意识，才能保持乐观的情绪，焕发出“第二次青春”。

主要的长寿经验有四项：

1. 坚持活动 坚持适量的、不间断的体力与脑力劳动、体育运动，能维持人体的代谢平衡，促进身心健康，增强抗病能力。老年人更应热爱生活，兴趣应尽量广泛，要积极从事一些力所能及的活动，如街道里弄的社会公益活动，教育青少年，抚育儿孙，以及适合于老年人的文娱体育活动等。不然，寂寞斗室，无所事事，孤独之情，抑郁之感，必然降临。生命在于运动，只有根据自己具体的健康状况，适当进行体力和脑力活动，才可能保持一定的生活规律，以使自己去活动，去饮食，去操作，继续发挥其聪明才智，而不致懒散无聊，从而意识到自己存在的价值和意义，这对延年益寿无疑是有利的。看着祖国社会主义建设的蓬勃发展，看着子孙们的健康成长，油然而产生无限的内心喜悦。

2. 生活规律 饮食有节，起居有常，早睡早起，不熬夜，不过劳，不吸烟，不酗酒，注意个人卫生。

3. 情绪乐观 热爱生活，热爱人民，忠厚善良，助人为乐，善节喜怒，无多愁善感和奢求妄想，易于摆脱外界不良刺激影响。

4. 合理营养 粗、细粮混食，荤素搭配，不贪食，定时定量。

健康的生活，乐观的情绪，和谐的家庭和社会环境，必然带来无穷的生活乐趣。开朗、乐观的老人，必然长寿。总之，要采取积极的生活方式来度过晚年。

第三节 不同社会群体的心理卫生

一、家庭

家庭是社会群体的基本单位。夫妻感情是否和谐,会引起相应的情绪反应。计划生育、怀孕和分娩过程中的心理状况,对子女特别是独生子女的抚养教育;夫妇两地分居;家庭成员中父子、婆媳、翁婿间的关系;诸类问题如果处理不当,都会导致紧张和忧虑,直接影响每位成员的心身健康,这些十分需要心理卫生工作者来探讨和解决。

婚姻的缔结和家庭的组成,就产生对爱人、子女、双方父母,对社会的法律责任和道德义务。尊重人、爱护人、照顾人,把自己的幸福与爱人、子女和家庭的幸福凝聚在一起,是社会主义婚姻家庭的道德观。这和剥削阶级的婚姻家庭观是完全相反的。结婚绝不是爱情的结束,而是更深厚的爱情的开始,只不过是那些浪漫色彩和激情将被现实的生活所充实。夫妻感情需要在生活中不断吸取新的营养,来培植、来丰富。如果随便放纵自己的弱点、缺点,不善于保持自己的吸引力,那么很可能给家庭生活增添波折。一旦发生波折即使再想弥合裂纹,将需付出极大的代价。

权力和义务的分工应平等和民主,双方承担家务劳动。共同商定经济开支。在家庭关系中为经济问题引起纠纷者甚多,往往不是因为缺钱,关键是对待缺钱的态度。应勤俭持家,量入为出,计划管理。

子女教育要注意科学性,夫妻要经常交换意见,统一认识。如发生意见不一时,不要在子女面前争执,而应互相维护威信,否则会使子女无所适从,造成不和。

家庭不可能与世隔绝,生活的需要和乐趣主要来自家庭之外。一个人的最高乐趣还是对工作的成就和事业的贡献,拥有诚挚的朋友和同志。反对自己的爱侣和异性正常接触交往是自寻烦恼;家庭至上,而反对对方在事业和工作上付出艰辛劳动则会使家庭乐趣之源枯竭。

生活是严峻的、复杂的、曲折的,各种思想的、道德的、经济的、政治的、文化的、个性的、亲属的、性的因素在影响着双方。夫妻双方要在生活的长河中,应互相支持,互相关心,互相谅解,互相忍让,甚至作出必要的牺牲。双方不断从为实现共同理想、共同事业的努力和社会交往中吸取营养,丰富家庭生活情趣,使爱情之树常青。

二、工作单位

不良的劳动环境、噪音、公害污染,睡眠节律频繁变动,集体宿舍中单身职工的相互干扰等,都会关系到职工的心身健康。

劳动就业是重大的社会问题。劳动和贡献不只是为人们提供生活资料和取得报酬,更重要的是通过劳动为社会尽义务,从而获得心理上的满足。但是一些职业本身给人们带来疲倦,影响人的心身健康。

简单、重复的操作易引起抑制和疲劳,有报道说,从事不到1分钟就重复一次的操作的工人,要比间隔8~30分钟才重复一次操作的工人多患失眠、肠胃病和抑郁症。

变动频繁、无章可循的工作,容易引起睡眠障碍、食欲不振、精神不安。

从事紧张、危险的工作,由于注意力持续地高度集中和单调、刻板的操作,使精神过度紧张,易罹患神经症、哮喘、指震颤和痉挛、消化不良、消化性溃疡和慢性皮肤病。

隔离和孤独的环境,如果没有高度事业心和责任感的支持,易导致厌倦。

环境污染,如超量的噪音、振动、粉尘、气味、高温、冷冻、潮湿、拥挤、放射性等理化刺激的延续,会影响人的生理状态,改变人的情绪和行为。以噪音为例,刺耳的声响和怪诞的节奏,会破坏神经、心脏和血管的正常运动节律。首先,中枢神经系统受到损害,使大脑皮层的兴奋和抑制平衡失调,导致条件反射异常,脑血管功能紊乱。旷日持久会在大脑皮层形成牢固的兴奋灶,进一步影响植物神经系统,可能导致神经衰弱。心血管系统会出现血压改变和心律不齐,消化功能减弱,内分泌功能异常,免疫系统障碍,因而罹患各种疾病。有研究报告指出,人若持久地处于80分贝音响下,则可能发生暂时性听觉丧失或永久性耳聋。噪音会影响人对信息的感知和情绪,改变一个人的智能和操作反应能力,产生失误。工伤事故原因的调查也证明,噪音影响的成分占很大比例。

要尽力改善劳动环境和劳动组织,减轻劳动强度,使人们心境安详、沉着,情绪稳定、愉快,按计划循序渐进,避免过度紧张、杂乱无章。强调劳动卫生,须要劳逸适度,还要有积极的休息,以防止神经系统出现功能性障碍。体育活动和文娱生活是消除疲劳,增进心身健康的积极措施。要提倡文明生产,强调安全,治理公害,保证职工心身健康,才能不断提高劳动生产率。

就职工个人来说,心理上的烦恼、不满,会使疲劳和厌倦情绪加重,正确的认识和意志的调节具有重要意义。能把具体工作岗位任务与对社会的义务感、责任感以及远大理想目标联系起来理解的人,较易认识工作的意义,并易感觉其中乐趣,即使对较为单调、繁重的工作,也能有较良好的适应。

三、学校

学校生活是人生极为重要的一个阶段,一生能否取得良好成就并对社会做出贡献,学校教育是关键。作为社会群体的学校,师生之间、同学之间关系如何,是否实现了尊师爱生、同学团结友爱的正常人际关系,教学是否符合教育心理原则,这些都属心理卫生应该注意的问题。学习负担不合理,教学方法不科学,学习方法不正确,都可导致一些人出现紧张、头痛、记忆力减退、食欲不振、睡眠障碍等等。考试过于频繁,升学竞争性强,学习困难甚至留级,都可能引起焦虑、信心不足、自卑等情绪状态。教育制度和教育管理是否科学合理,都关系着师生的心身健康。

四、其它

诸如连队、邻里、村社、班组、车间、科室等,都有各自群体的心理卫生问题,都应安排适当人员和组织开展心理卫生工作。不同的历史时期和文化背景,也会出现一些突出的问题,如青少年犯罪问题,人口质量问题,独生子女问题,人口老龄化问题等,都属心理卫生工作范围。

第四节 心理卫生原则

心理卫生的原则可以从四个方面来探讨。

一、适应与改造应从实际出发

适应,是个体为满足生存的需要而与环境发生的调节作用,改造环境以适应个体的需要,或改造自身以适应环境的要求,都是适应的形式。

心理健康就要和客观现实环境保持良好的接触,在社会实践和生产实践过程中从实际出

发，对现实环境做客观观察并取得正确的认识，以便作正常的、有效的适应。对生活中的各种问题，不退缩、不幻想、不逃避、面对现实，以切实的方法给以处理。当然不能要求心理健康的人时时、事事都能顺利解决他所遇到的所有问题，但是他所采用的方法应当是积极的。不排除在一定情况下采取心理防卫措施以缓冲矛盾，取得转机。他所采用的防卫措施是积极的，偶尔采取消极性的心理防卫措施，也不至于成为习惯性行为。

二、自知与自爱

人贵有自知之明，能做到自知是很不容易的。需要自我观察、自我认定、自我判断和自我评价。不能自知的人，不愿了解自己能力的真实水平，盲目从事非力所能及的工作，不仅影响工作效果，而且可能由于过度疲劳和心理压力而罹患疾病。

自爱要比自知更难些。自爱是接受自己、悦纳自己、爱惜、保护自己，重视身体健康，珍惜自己的品德和荣誉，以取得别人的尊敬和友情。善于适应现实环境，力求事业的进展和自身的充分发展。自爱的反面是自暴自弃。酗酒就是一种不自爱的表现。

自尊、自信、自制是自爱的内涵。自尊是人的基本动机之一。人的能力有大小，地位有高低，收入有多少，但作为一个社会人，在社会生活中和别人应居平等的状态，表现出不退缩、不畏惧、更不妄自菲薄。谦虚是美德，但谦而不卑方为适度。自卑就是对自己的不满意。严重的自卑，甚至可以发展为自疚、自责、自罪，持续下去会影响健康，罹患疾病。

没有自信心的人是什么事情也干不成的。自己对自己的信任是以自知为基础的，不自知的盲目自信，只会适得其反。以往成功的经验有助于强化自信。建立自信是十分可贵的。

自制，不但能控制自己的情绪，而且能根据自己的能力，做到有所作为和有所不为，能独立自主地做出决定。善于掌握和支配自己的行动，克制情绪的意外发作或冲动，迫使自己克服困难。任性和怯懦都是意志薄弱的表现。

自爱也可以解释为“不要和自己过不去！”似乎不会有人和自己过不去，但实际生活中这种情况并不少见。自卑就是对自己不满意，看不起自己，更不必说自罪和自戕。那些不自爱的人，不仅能丧失独立的人格和人的尊严，甚至影响集体和民族的荣誉。自卑心理严重的人，并不一定是本身具有某些缺陷或短处，甚至比较起来和别人不相上下或优于他人，也能总被“我不喜欢自己”、“我讨厌自己”的心理所困扰，并转化为“别人讨厌我”的意向。既不求别人敬重，也不注意别人评价，离群索居，以至自己陷于不利的情况，甚至出现危害自身的行为。这种情况，就属变态心理，并可能形成精神病。

自爱要以自知为基础，完全对自己“毫无了解”的人很少，但能真正完全了解自己的人也并不多。增进自知，培养自爱，非一朝一夕之功，尽管人随社会阅历而增添生活经验，如果没有明确的意识，自觉地进行修养，自知和自爱也难随岁月的增长而自然养成。自知和自爱的实现应有几条原则。

（一）通过和别人比较来培养自知力，但又不宜把这种比较做为唯一的尺度

和别人比较，包括有现实的具体形象和理想的楷模，如当代的英雄和模范人物。但是，人与人的个性差异是客观存在的，而且社会环境十分复杂。要勇于接受那些不可避免而又令人不悦的事实，既不以在某些方面高于别人而自傲，也不必以某些方面低于别人而自责；既不偏倚于那“仰之弥高，钻之弥坚”的圣贤偶像，也不羡慕客观条件优越的天之骄子；当然，也不应有“比上不足，比下有余”的“中游思想”。人生并非为了和别人相比较而生，而是要充分发展自身的潜能。努力的目标也不应是超越别人，任何人都不可能在各个方面都超越

所有的人。人各有长有短，正确的自知与自爱应是扬长避短，独立自主地发展，从事环境允许的、力所能及的工作，以贡献全部力量，造福社会。

（二）尽力扩大生活领域、积累生活经验

适应与改造是自始至终的生活内容。在这整个过程中，也是运用聪明才智和发展聪明才智的过程；不断进行自我了解，自我认识的过程。不断扩大生活领域，多多接触人和事，多多积累生活经验，从而体验现实生活中的自己的才能和品质。

（三）认真检讨自己的功过得失

人世间没有绝对完美的事情也没有十全十美的人，人人都有短处和弱点，要认真分析和对待。对能力和品质上的短处，对工作方法的缺点和行为方式的不妥之处，应有勇气承认并寻求改正或改善的途径与方法。对某些诸如生理缺陷或不能改变的短处，应有勇气加以接受，而不伪装或隐讳，不然会增加心理负担。

（四）调整“现实我”与“理想我”的差距

抱负，也就是对自己成就的预期，这可成为一个人奋斗向前的动力。成就动机水平低的人，虽然比较容易实现目标，但是那些成就并不能带来真正的满足感，同时也不能充分发挥其潜能。成就动机水平过高，经过努力而不易完全实现，则会增添一个人的挫折感。成年人经历社会实践，有能力根据现实我对理想目标做适当的调整。这不仅对实现目标，满足成就动机是有益的，对个人身心健康也有益。

三、良好的人际关系

在人类社会生活中，良好的人际关系可以消除孤独感，获得安全感。心理卫生的表现是有朋友来往，乐于助人，也能接受别人情感的和实质的帮助，在和别人相处时持善意的态度（如信任、尊敬、喜悦等），多于敌意的态度（如怀疑、轻蔑、憎恶等）。

希望得到关心和注意，是人类基本动机之一。关心别人，帮助他人满足需要，于是你在他人生活中的重要性就增加了，自然地他人就会来关心你。相互关心能促进心理健康。同时当一个人意识到自己能够对别人关心和帮助时，他的自信和自尊也会增加。

人与人之间靠信息的交流互相了解。交谈时，要善于倾听别人讲述的内容，并不应抱定某种成见，不然则无法弄清楚别人的意见。信息的交流除言语外还要注意对方的姿势、表情、以及整个的反应。有学者认为“体态”语言比申诉更为重要。

有以下三点对友谊的建立十分重要：

（一）真诚的鼓励和赞美

一般人都爱听顺耳话，同时都有可被称赞的地方。赞美不应是虚伪的恭维，更不应是阿谀逢迎之词。只有真诚的鼓励，才能增进友谊。

（二）团结的愿望和善意的批评

“忠言逆耳利于行”，但人们往往对激烈的批评方式不悦。善意的批评，一是要分析发生过失的背景，使当事人不感委屈；二是友好的态度，不伤当事人的自尊心；三是从吸取教训方面给予劝告。从而避免被批评者的自我防卫。

（三）尊重人格，不强加于人

每个人都有独特的个性，人际相处需持随和态度，当然不能违背原则。不可能也没有必要和波所有的人赞同，许多情况下也只能“碍难遵命”。应坦诚地表明自己的原则和态度，但不强加于人，尊重对方的信念、原则和行为习惯。

四、积极劳动

“不劳动者不得食”是社会存在和发展的基本原则。每个社会成员都必须通过劳动以谋生，通过工作为社会贡献一份力量。这不仅是从经济和道德的意义上来说的，还有心理方面的意义。没有适当劳动的人，是难以维持其身心健康的。积极劳动也是心理卫生的原则。

（一）劳动可以促进个体的发展

机器不用会生锈，大脑和人体器官也要通过活动而发展，人的心理能力充分的发展，也必须通过劳动实践。感知觉剥夺试验说明，智能及肢体、器官不被运用时，人的整个心理能力会明显降低。远离现代文明生活的较原始部落的成员，其心理能力相对较差，对复杂和竞争的环境很难适应。只有劳动，才能在运用能力的过程中使个体得到充分发展。

（二）劳动实践可以保持和现实的联系

心理健康的人并不是没有幻想，但那不是沉溺在白日梦中虚无缥缈的幻想，而是和现实联系的并且能通过实实在在的劳动而实现的理想。不切实际的幻想是有害的，甚至是病态的。在劳动实践过程中，每个人总是处于现实环境的状态，为了使劳动取得应有效果，就必须正确认识现实，并运用科学的想象、思维和劳动来改造现实，把幻想转化为理想和计划，成为进行劳动的动力。

真正的友谊也是通过共同劳动来建立的、良好的人际关系要在劳动过程中通过交往、了解、互助来实现。

（三）劳动可以使人摆脱过分关注自己和消除不必要的忧虑

忧虑是总会有的，但有些“杞人忧天”式的忧虑则是病态的。专心致志的劳动，可以使生活丰富而充实，不致过分的关注自己而发展为“自我中心”，把本来属正常的现象，视为反常或病态，给自己增添烦恼。通过劳动与周围的人和事物建立良好的和谐的关系，对一个人的身心健康是十分重要的。

（四）劳动可以使人认识到自己存在的价值

只有认识到自己的社会存在价值，生活才会有意义，才会感到幸福。失去生活信心的人，往往是觉得自己没有存在的社会价值。劳动可以使人获得成就，当“我成功了”、“我做成了”的满足感实现时，人就能增强自信心和体验到生活的意义。劳动实践可以使个体认识自己的能力，而且可以不断地提高自己的能力。逐步取得成就，从而增添自信，在有了较高自信心的情况下，本身的潜能就能得到充分的发挥，就能进一步取得更大成就。

心理学家认为心理健康才能取得成功，有人总结了象林肯、爱因斯坦、詹姆士、罗斯福等具有高成就者的心理特征，并以此标准在大学生中调查发现，凡具类似特征的大学生都是心理健康者，没有神经质倾向，学业优良。这些心理健康的特征是：“尚实际，有创见，建知交，重客观，崇新颖，择善固执，爱生命，具坦诚，重公益，能包容，富幽默，悦己信人。”

掌握上述要点，并在辩证唯物主义世界观指导下生活和劳动的人，肯定会是一个心理健康的人，而且必将取得最好成就。

第五节 心理 咨 询

心理咨询是通过对话给来访者以帮助、指导和教育的一种过程。使来访者认识到生活中心理社会因素的影响，帮助他避免或消除那些不利于身心健康心理社会因素，增强对心理

冲突和心理创伤导致疾病的防卫能力，以预防和减轻精神病、神经官能症、心身疾病和行为适应不良的发生和发展。

心理咨询与心理治疗、心理卫生关系非常密切，从某种意义上说它是心理治疗和心理卫生活动的一种形式，即通过心理咨询进行心理治疗和开展心理卫生活动。

一、心理咨询的范围

由于心理社会因素纷繁复杂，所以心理咨询的范围非常广泛，举凡学习、工作、生活、家庭、疾病、预防和康复等等各方面出现的心理问题，都属于这项工作的范畴。近年来北京、四川、福建、河南、广东等地已开展心理咨询门诊活动。报刊专栏也有所宣传。心理咨询大致可归纳为以下几项内容：

1. 帮助弄清疾病的性质、诊断和预后，指导制订有效的治疗方案。帮助病人摆脱心理困扰，尽早恢复心身健康。这项内容之所以重要，是因为在患病过程中，由于病情复杂、症状繁多、诊断不明、治疗不当等因素，给病人及家属造成许多痛苦故需要帮助，或因缺乏医学知识而感到困惑不解，增添心理负担，应妥为解释而消除心理压力。

2. 在情感障碍（如抑郁、焦虑、恐惧、紧张等）方面，帮助病人分析原因，指导对策，消除危机（如自杀），解除疑虑，端正态度，树立信心。

3. 恋爱、婚姻、家庭问题的指导。诸如配偶选择，性功能障碍和性心理变态的生活指导，家庭成员间如何相处，计划生育和独生子女教育，等等。

4. 学习和学校生活。学习方法与学习效率的提高，克服某些学习障碍（如注意力涣散、记忆减退等），师生关系和同学关系，课程选修与专业选择，等等。

5. 职业选择和工作效率的提高。工作单位上下级及同事间人际关系相处，工作过程中疲劳与厌倦，业余学习提高，等等。

6. 介绍不同年龄期的心理卫生知识。有关睡眠、饮食等生活节律，脑力劳动卫生，新环境的适应，等等。

7. 争取家属、组织的理解与支持，创造良好的条件与环境以利于治疗、康复；并使生活情趣丰富，学习和工作效率提高。

二、人员组织和工作原则

由于心理咨询工作的性质、要求和范围的广泛，从事心理咨询工作要有一定的组织和专业队伍来进行。人员应包括医生、护士、心理学家、社会学家、教育学家，各成员密切配合，分工协作，才能取得良好效果。有经验的中年人由于社会阅历丰富和专业知识广博，从事咨询工作较有利，培养一批有丰富实践经验的护士来开展咨询门诊是有益的。

心理咨询工作原则，应遵守以下四项：

1. 善于倾听来访者主诉。来访者诉说自身的痛苦、积怨或愤懑，是一种渲泻和疏发，给予恰当的解释和诱导，可使之得到安慰和解脱，或许一时畅叙，就可减轻疾病。来访者的诉说，也许会离题太远，如生活经历或某些议论，但这些正是分析其心理社会因素十分有用的素材。某些当事人的隐私和心理困扰，也许正是在似乎偏离主题时流露出来的。耐心倾听十分重要。

2. 应对审慎。切忌发表似是而非、没有根据、模棱两可的意见。凡属经不起实践检验的意见，都会有损来访者对主持者的信任，不仅不能给予应得的帮助，反而增添了心理压力。切忌不懂装懂。

3. 严守秘密。对来访者的隐私应严守秘密。随便谈论, 不仅有害来访者的好转, 也有损主持人的形象。如处理不当, 可构成法律问题。

4. 极端热忱。必须具有同情心和责任感, 才能取得来访者的信赖, 情感才能得以交流, 这是收到良好咨询效果的前提。

三、心理咨询的方式

(一) 书信咨询

这是以通信方式为主的咨询, 由来访者单方面提出问题, 请求解答。目前这种方式最为普遍, 也很容易。但它的缺点较多, 因为来访者多半不懂医学, 不了解如何能更全面、更完整地提出质疑, 多以自身对疾病的感受来描述他的病情, 以致仅仅从现象上提出问题, 比较片面。医生不能与来访者见面, 对情况的了解既不全面, 又不深透; 同时, 不能象门诊咨询那样细致地询问病情, 不能随时发现问题, 这样就不可能实事求是地提出正确的建议, 不能进行相应的解释疏导和教育, 确切地解决问题。只能根据大的原则进行一般性的指导, 因而也就不可能解决某些复杂的问题。

(二) 门诊咨询

一般可在精神病院、精神病防治站和综合性医院的门诊部成立一个专业性的心理咨询门诊, 或根据需要在各科门诊内, 建立其本专业的心理咨询小组, 安排专业医生、护士、及心理学家定期参加工作。每周门诊次数可视需要决定, 来访者按一般门诊手续就诊。有条件时, 可先由社会工作者, 建立病历, 收集病史, 做好详细记录, 必要时进行家访。心理学家可根据病情给予一定的心理测验和检查等, 然后由医生进行分析和诊断(包括必要的躯体检查), 以后综合各方面的资料对来访者所提出的各项质疑予以解答和指导, 必要时可嘱咐来访者多次来门诊就诊。门诊咨询又可邀集家属或单位参与咨询, 解答与之有关的问题, 因此这是一种比较有效的方式。

(三) 以一般宣传的方式进行咨询工作

这是采用一般科普的宣传方式进行教育和帮助, 内容多为卫生常识, 对一些来访者所提出的问题作专题解答, 或选择一些典型的并具有普遍意义的题目做专栏咨询。这种方式虽然可起一定的作用, 但不能用针对性较强的疏导去帮助来访者, 这和书信咨询一样有其一定的局限性, 所以其效果也不很理想。

(四) 其它

西方国家由于情感性障碍导致患病率较高, 同时因社会制度和风俗习惯不同, 人与人之间缺乏应有的接触和帮助, 每当出现心理危机时不能及时加以劝止而往往造成悲剧。为了尽可能地防止这种事件的发生, 就利用电话的通话方式进行咨询。医生常对电话来访者给予劝慰, 或约定时间到门诊复查, 以协助来访者渡过这种危机。

心理咨询就其性质和作用而言, 既是一种心理治疗, 又因涉及心理卫生的许多问题而能起到预防作用; 这种治疗方式简便易行, 并可以取得较好效果。为了解除人们的痛苦, 保证心身健康, 应大力加以推广。

(北京医学院 王效道)

第八章 病人的心理学问题

第一节 患病时的一般心理反应

一、病人的概念与病人角色

(一) 病人

“病人”(Patient)一词过去常指患有病痛的人。在英文中它由“忍耐”(Patience)一词变化而来,也就是说,病人是忍受着疾病痛苦的人。现代则把病人一词用以指寻求医疗的或正处在医疗中的人。显然患病通常使人去寻求医疗救助,但是并非所有患病者都会去寻求医疗而成为“病人”,也非所有寻求医疗的人一定是医学上的病人。

在很多情况下,特殊的原因使人以各种方式进入医院。这种“病人”,或毫无疾病,或者有着一种或几种在正常情况下根本不会去看,更不会去住院的疾病。社会性原因使我们认识了只占极少数的另一类“无病求医者”,这些施展各种手法迷惑医生的诈病者,为了取得假条,或别的不良目的(如在纠纷事件中要求过高的赔偿等)而前往求诊或住院。

从严格的意义上说,医务人员关心的并不是上述那些病人,而是许多真正身患疾病甚至严重疾病的人,以及由于种种原因并没有去求医,也没有得到应该得到的医疗帮助的病人。除去一些社会和经济上的原因,这些未去求医的人在很大程度上是没有意识到自己是病人,或不愿承认自己是病人。

(二) 病人角色

病人角色(Patient role)又称病人身分,是与病人的行为有关的心理学概念,病人角色是以社会角色为基础的。社会角色是社会规定的用于表现社会地位的行为模式。人在社会中的一切行为,都是与各自特定的角色相联系的。反过来,由其角色又可以期待其发生与角色相应的行为。如对父母的角色期待是关心、保护儿童;对教师的角色期待是为人师表、循循善诱。社会要求每个个体按其角色行事,谁要不按照自己的角色行事就会被认为异常。一个人在社会生活中往往同时处于许多角色的状态,而不仅是一个角色。如可以同时是父母之子、弟妹之兄、大学生、班长、排球队员、实习医生等。在不同的情境下充当不同角色,不能紊乱或混淆,而在成为病人后这些角色的转换便会失常。

当一个人被宣称患了病,其社会行为便发生了大变化。由医务人员作这样的宣布,对这个人的后继行为将产生重要的影响,从而使他进入病人角色。这首先表现为减少健康时的社会角色,而不能按正常时的角色期待行事。生病的人回家休息是合理的,他无力照料父母、弟妹,并反过来要求他们照顾自己。病人角色还应该努力使自己恢复健康,至少应采取行动减轻自己的症状,如人们期待剧烈咳嗽的病人采取某些行为(停止吸烟、按时服药等)减轻咳嗽。人们期望一个具有病人角色的人依从和采纳重要有关者(Significant others)的建议,譬如医生或妻子的建议。

许多因素都影响病人角色的占有,在年龄方面,老年人最有可能占有病人身分。年龄越

大，占有病人身分越合法。文化背景方面，不同的社会或民族文化影响疾病的定义。如美国人把分娩看作是疾病，都是在医院里生孩子；而在有些文化背景中，生孩子是生活的自然部分，没有理由取得病人角色。社会价值观也可决定病人角色的获取与否，有些社会情况下，患病就是贬低自身的价值。所以，诸多压力可能使病人不敢去占有病人角色。其它诸如个性、性别、经历等也会影响病人角色的适应。

人们期望病人完全按照病人角色行事，譬如住院的病人，如果能按照医生和护士的愿望行事，就会受到夸奖被认为是好病人。需要指出的是，“病人角色”要有一个适应过程。这个过程的长短，视每个病人不同的情况而各异。有些病人正常社会角色和病人角色之间的冲突可能很激烈，以致迟迟不能进入病人角色。一般的情况是，开始时，许多病人不安心扮演这样的角色，他们往往急于求成，不切实际地以为很快就能根除疾病，迅速恢复健康。在病情的演变和治疗过程中，病人才慢慢适应这一角色。进入病人角色之后，病人理应得到休息、治疗、营养、抚慰等多方面的关照。一位主妇患病，可以不操持家务；可要求丈夫、子女特别关切、体贴；可从医务人员方面得到护理、诊治；可从领导和同事方面得到关心、安慰等。这些情况有可能强化她的病人角色。医生对病人进行治疗的同时，也要注意创造条件促使这种角色的转换。随着病情的好转，要调动病人的能动性，进行恰当的活动和锻炼。从而使病人在心理上逐步摆脱这种角色，负担起众多的正常社会角色，促进病人的心身康复。

二、病人的求医行为

求医行为 (Medical help seeking behavior) 即寻求医务人员的帮助。通常发端于感到患有某种疾病，或感到出现了某种症状及不适。然而，病人感到自己有病时怎样办，取决于许多因素，如对疾病的知识水平及家庭、朋友们的建议。最重要的是对症状或不适的心理体验及其与生活经验相结合所得出的结论，还有疾病种类及社会因素、经济是否许可等情况。所以病人是否寻求医疗和照顾，这是疾病照顾实施系统 (Disease care delivery system) 中的工作人员所无法控制的，它受到Friedson所谓的“外行安排系统” (lay referral system) 的影响。

病人有病或有某种症状的感受，既可能什么行动也不采取，也可能自己服点手边搞得到的药物。总之，并不一定导致求医行为。影响病人采取求医行为的因素有下列几种。

(一) 对疾病或症状的主观感受

社会中存在两种对疾病的认识观点，一种观点是医疗专业人员所共有的，它从专业的立场去理解疾病，并通过医疗实施影响到非专业人员；另一种观点就是非专业人员的观点。专业人员总是希望非专业人员的观点与自己保持一致，而实际情况是两方面的看法经常不一致 (表8—1)。

表8—1 两种疾病认识示意图

	专业人员观点	
	无 病	有 病
无 病	A	B
有 病	C	D

如表A、D两栏表示两种观点一致，所以对于双方均不成为问题。而在寻求医疗照顾的人当中，估计至少有50%落入C栏。这些人自认为有病，但医务人员发现不了他们有什么病。这可能有许多原因，一个重要原因是医生基于这样的信念，即临床定义是对疾病唯一正确的定义。落入B栏的人数也与C栏差不多，如50%的高血压病人落入B栏，他们在年度的预防性体检中被告知有病，而自己可能毫无思想准备。总之，对疾病的认识不同，导致人们决定是否进一步采取求医行为。

（二）症状的质和量影响

症状的质和量对病人的影响，取决于该症状在特定人群中出现的频度（即常见或罕见），该症状对一般人来说是否熟悉，是否觉得无所谓；该病状或该疾病的预后如何是否易于判断；该症状或该疾病给人的威胁有多大，由此带来的损失有多大。例如，“感冒”这种常见病是人们所能认识的，它带来的威胁与损失都不大；老年人的关节强直可不被当作是病；体力劳动者普遍存在的腰背痛也可不算病；因而不出现求医行为。而“咯血”的症状则是不常见、不熟悉、不明预后的，因此感到可怕，便常常导致求医行为。

（三）心理社会因素影响

求医行为与心理体验、社会经济情况等有关。美国 Blum (1964) 估计，急性病患者75%求医，慢性病患者则只有20%求医，他列举有病不求医的原因包括，要花的医疗费用太高；对于疾病的症状没有觉察出来；对所患疾病的意义和重要性的认识不同，例如自认为没有多大关系；对于医师的恐惧心理；对于诊断过程的恐惧心理；对外科处置的恐惧；对个人健康的态度冷漠；存在一种认为患了病乃是羞耻的信念；太忙等一些方面。

三、情绪性稳态与心理性应激

（一）情绪性稳态

情绪性稳态 (Emotional homeostasis) 是一个转化而来的概念。Cannon 最早将“稳态”这一概念用来解释机体细胞的生理内环境恒定。后来，心理学家用“稳态”来表示一般心理情况的总和。与生理学稳态一样，情绪性稳态也依赖于某些需要的满足。但是心理需要是非物质的，虽然他们可以用物质的符号来代表。心理需要是个体感知，体验的条件、情况、作用、作用效应及其心中具有意义的代表物，根据情况及其意义，人们可以感觉到安全和得到他人保护。反之，在另一种情况下，他可以感受到威胁、不安全、不被尊重、有危险等。心理性稳态是指存在着一种过程或机制，它可以在变动的环境中来调节，维持或恢复情绪的、心理的稳定性。

危及心理学稳态的动因可能起源于个体的内、外环境，它们可能是供应过多，也可能是供应不足，它们不仅自身引起，也可由能够代表的符号引起。患病时有许多因素参与破坏心理性稳态，其最终效应是心理性应激的增强。

（二）心理性应激

Engel 认为：“心理性应激 (Psychological stress) 是指机体内、外环境产生的，给机体施加需求的全部过程。要解决它，则需要精神装置的活动及工作先于其它系统的活动”。很难确定什么情况或条件对个体的适应能力是一种应激。应激的发生是由于机体适应能力有限或者需要适应的条件太强，心理应激首先作用于脑，再影响体内生化过程，细胞、器官与系统。

在患病期间，个体可能感到丧失或即将要丧失某些有价值东西的威胁，他感到痛苦和恐

惧。恐惧常常由于不了解将会发生什么事情而更加重。患病时，心理应激引起矛盾冲突而产生焦虑、愤怒、束手无策、绝望、罪恶、羞愧、厌恶等不愉快的情感。为了对抗这些情感而恢复情绪性稳态，一些心理防御机制就发生了，当这些防御机制如合理化、投射、升华、转移、否认等都不足以使情绪性稳态恢复时，则发生生理性或行为性的变化。

在患病期间会产生诸多障碍，由此引起的反应具有高度的个体特异性。然而，有些心理应激的原因几乎对每个人都有影响。Engel把这些原因分类如下：①丧失某些对个人有价值的事物。②机体受损或有受损的威胁。③驱动的受挫。这三者是相互关联的。此外，还有自我概念、对疾病的理智反应、经济上的威胁等。

1. 自我概念 (Self-concept) 包括人们对自身及其所有的全部观念，意识的及无意识的情感，信心及态度。在他自己的概念中自我回答下列问题，即我是什么？我是谁？我在何处？简单地说，就是自己对自己的看法。医学心理学关注一个人的行为如何受自我概念的影响及病人因其自我概念的不正确而产生不正常的行为。有些疾病对自我概念的威胁较明显，如毁形，特别是面容受损，或截肢、生殖器官的疾病和手术，常是对自我概念产生影响的原因。心脏病及癌症常会使患者的自我概念不正确而想到死亡，有些病人对患肺结核等病感到羞耻。还有精神病、精神退化更易产生错误的自我概念。

2. 对疾病的理智反应 对发生疾病的理智反应丧失，也是心理性应激的原因之一。在患病后，常会感到生命遭到威胁。病人的反应常常是很复杂的，涉及到理智与情绪等诸方面。理智可以使人们预见后果并计划恢复。若理智丧失则焦虑便加重，而整个防卫反应机制就被动员来保护机体。一个人患病后的理智取决于教育背景及情绪状态，但是教育背景并不都起积极作用，有的人由于懂得一点医学知识，患病后的想法就多，自我暗示也多，常造成消极的后果。

四、病人的情绪反应

病人最明显的情绪反应是认识到有危险而产生的焦虑，任何疾病引起的焦虑程度取决于个体对疾病意义的了解。焦虑可成为引起注意的刺激。反之，病人也可以因为否认自己生病或企图逃避自己患病的事实而焦虑。病人可以借故不去看病，否认自己生病在某种程度上是对抗焦虑的普遍的心理防卫，而且否认的程度常常为焦虑的程度提供线索。承认患病就需要把自己交付给别人，这样就会发生行为退化。Barker认为，如果病人能够忍受对别人的依赖，则他的情绪可以退化到儿童状态。退化状态具有下列四点特征：

1. 以自我为中心 把一切事物及与自己有关的人都看作是为他的利益而存在的。有经验的护士能很好地了解这种特征。这种病人病情有所恢复的一个标准就是自我中心减轻。表现为他可能去关心邻床的病人；或让他的陪伴者早点回家休息；或者对周围的事物表示关心。

2. 兴趣变得有限 即只对当时为他发生的事有兴趣。在病前感兴趣的事物，现在不感兴趣。

3. 在情绪上依赖于照顾他的人们 病人经常按医护人员的直接指示去做。他的情感可能是矛盾的，一会儿感觉这样，一会儿又感觉那样。病人的情感表现可以看作是他的总的患病的一部分，医护人员及其他人不必受病人情感表现的影响。

4. 全神贯注于自己的机体功能 病人非常关心他的机体功能，他关心自己吃了什么，没有吃什么，什么样的食物适合自己的病症，什么时间睡眠，应该作些什么才对机体有利等。

认识患病退化时的特征与评价，有助于医务人员了解病人及其行为。Lederer认为：“可

以相信，通过社会的及情绪的退化，病人可以重新分配其能量以促进痊愈过程，也可能这种退化整合本身就是痊愈过程的基本因素。”行为退化对病人是有帮助的，这样可以使他依赖别人做许多事情，当病情好转时，病人就要自己动手去做。

病人经常感到愤怒。这种愤怒常是因为病人觉得患病即受挫是不公平的。病人可以为一些小事情而发火，也可以对自己不能自立而恼怒，有时自己也不知道因为什么事情而发火。因为他活动受限，这些怒气常常向周围的人如亲属、朋友甚至医生、护士等发泄出来。如果医护人员懂得这就是病人患病反应的一部分，那他们就能更好地帮助病人而不会为自己抱屈。有些研究表明，有对立情绪的病人的恢复，较情绪冷漠者为快。

有些病人将愤怒转向内部而变成抑郁，一定程度的抑郁在任何严重疾病中都有，这也可能是恢复所必需的。抑郁可以使病人撤消一些动机而保存能量，这有保护意义。但当它发生于康复时，则被认为是具有破坏性的。乳癌根治的病人在回家头几天几乎都有一些抑郁。病人的抑郁和依赖性能够被家庭成员所接受者其恢复要快于家庭成员不接受者。心肌梗塞病人也有这种情况。

第二节 病人的焦虑反应

焦虑是病人的心理应激引起矛盾冲突所产生的主要心理状态。它是一种忧虑、恐惧和焦灼兼而有之的情绪反应。病人的焦虑，既可能是来自对本身患病或入院的不安，也可能是来自疾病本身的临床表现。

一、病人的焦虑表现

焦虑主要表现为交感神经系统的机能亢进，如心跳增快，血压升高约10毫米汞柱以上，脸色发白或潮红，皮肤发冷，手掌及脚趾等部位出汗增多；肌肉较紧张，有时脸部绷紧，有的握紧拳头；更有些人的姿势变为僵直，手发颤，以至脸、手臂、肩或整个人都出现颤抖；腹肌紧缩，胃呈翻动感；为了解除肌肉紧张而呈现咬指甲，用手敲桌子或来回踱步等不安的状态。焦虑反应的发展，也可能使副交感神经系统的活动增强，出现胃肠活动过频而腹泻。

焦虑反应的心理状态很复杂，一般来说矛盾冲突的产生都导致心理活动的增强，以致不能休息，出现失眠，并常有头痛。言语的改变如：有些病人变得说话很快、不间断；有的人声音提高或很大；也有些病人讲话变得犹豫，显出很难找到他所要用的字眼的样子，故常表现口吃；精神很难集中，注意力短暂，甚至连简单的问题都不能回答。在对他人的关系（包括医护人员）上，有的病人坦白地表示自己害怕；有的病人则努力否认焦虑的存在，他们不问任何问题，也避免以自己的病作为谈话的主题；有的病人则故作谈笑自若来掩饰自己的焦虑，有的病人则以反感和敌意来反应所受的威胁；许多患者对医护人员和诊疗过程百般挑剔及要求特殊对待。医护人员应该理解，这类病人的“攻击性”并非针对医护人员，而是焦虑反应的心理表现，应该采取同情的立场加以有效的合理引导。很多情况下让病人有哭泣和倾诉的机会，则有助于疏泄病人的紧张和焦虑。

此外，还有一些焦虑反应是与特定的疾病相伴生的，如甲状腺机能亢进、绝经期综合征、经前紧张症、嗜铬细胞瘤、类癌综合征、中枢神经抑制药的停药反应等。

一定程度的焦虑反应可以调动机体的生理防御机制和心理防卫机制，使人进入警觉防卫状态而准备采取适当行动，也可使人的心智活动增强，有利于摆脱困境。但是，过度的焦虑

则导致心理平衡的破坏,并妨碍治疗的进程和身体的康复。例如,过分焦虑使治疗 and 手术难以进行,造成恢复的不顺利,并发症增加。故有的外科医生拒绝为那些认为会死于麻醉的病人开刀。减轻病人的焦虑,是促使病人痊愈和减少合并症的重要因素之一。

二、消除焦虑的方法

病人的焦虑是影响正常诊疗和疾病预后的一大障碍。因此,医务人员应根据病人焦虑产生的心理特点,采取各种措施予以消除或减轻,以保证取得良好的医疗效果。病人焦虑的产生是因人而异的,因此消除焦虑的方法也就不尽相同。有如下一些可供参考。

1. 明确焦虑产生的原因 病人所产生的焦虑原因各不相同,设法了解判明病人的焦虑原因,并采取适当的对策是首要的方法。

2. 使病人了解诊疗程序 对将要发生在自己身上的诊疗活动茫然无知,常会引起和加重焦虑。因此,使病人知道某种检查、治疗的必要性、可靠性、安全性等,将有助于消除焦虑。

3. 尊重病人的操作动机 在许可的范围内让病人做一些力所能及的活动。如照顾自己的日常活动等,可使病人满足操作的需要,觉得自己并不是一个完全依赖别人的病人,这可减轻其焦虑。

4. 消除病人的寂寞感 在医院环境里,病人不得不重新适应新的人际关系,而寂寞往往使他们过多考虑自己的疾病。医护人员主动与病人交往和鼓励病人之间交往,都可产生积极的效果。

5. 尊重病人的人格 不管病人从前的社会角色如何,他在医院里都以病人的面目出现。重新适应这一新角色会导致焦虑。医护人员应尊重病人,使病人感到被尊重,以缩小新老社会角色之间的差距,冲淡这一消极心理。

6. 使病人受到良好的对待 病人的焦虑常是由于担心是否能受到最好的和最正确的治疗。医务人员的良好技能、充分的信心、亲切的态度,有助于此类病人消除焦虑。

7. 分散病人的焦虑心理 合适的消遣活动可以减除焦虑。可以通过阅读,听收音机、看电视、下棋玩牌等分散病人对焦虑问题的注意力。

8. 使用药物解除焦虑 对不易缓解的焦虑,必要时可给予安定剂加以解脱。这种方法虽有效,但不宜作为首选或滥用。

9. 心理治疗 在很多情况下,医学心理学专家常能通过心理治疗调动病人的积极因素,帮助病人克服焦虑反应。

10. 治疗引起焦虑的疾病 前面提到有些焦虑反应是有关疾病的产物,要消除此类焦虑,当然要采取措施去治疗疾病本身。

第三节 病人的心理需要

医务人员必须了解,病人是具有多种需要的。病人包括社会中各阶层的不同社会角色,在医院中他们的行为或需要有许多共同之处。当然这时的生理需要,如饮食、睡眠等可能与健康时有所不同。但病人最主要的需要是一些有共性的心理需要。医务人员比较熟悉的是病人的一般需要,如需要尽早明确诊断,及时而有效的治疗,清洁的环境,舒适的床铺,充分的休息、睡眠,防止交叉感染,排除各种可导致意外的不安全因素等,而病人的心理需要则可能常被忽视。病人的这些心理需要包括:

一、需要被认识、被尊重

一般来说，每个病人都希望被认识及格外受到尊重。他们常常认为，自我的被尊重会加深医务人员对自己的重视，从而得到较好的治疗待遇。有一定地位的社会角色（不管医务人员是否有所了解）可能有意无意地透露或表现自己的身分，而让别人知道他的重要性；另一些人则通过与医务人员亲切的感情交流来使自己被破格对待；那些不善交往的人，则希望得到一视同仁的关照。因此医务人员对待每一个病人必须和蔼而有礼貌，不要叫床号，而要称呼姓名。当病人觉得自己只是医院中一个号码，或者是一个有趣的病例时，自尊心便会受到挫伤，这常会影响他治疗的信心和对医务人员产生不信任感。因此，使病人获得被尊重的感觉，对疾病的治疗效果也是有重要而积极的意义的。医务人员要主动与病人建立融洽的人际关系，在病情许可的情况下，要与他们进行言语交流，从中满足他们的心理需要。

二、需要被接纳，需要有所属

在住院的情况下，病房是一个流动的环境，病人不断更换，不断有人加入这个小群体之中。对每一个新病人来说，都存在一个适应新环境，尽快在感情上被接纳的过程，每一个病人都希望成为这个小群体中受欢迎的人。因此，把病房（区）这个小群体中的人际关系协调好，将医务人员与病人的关系组织好，都有助于病人以积极的心理状态进入治疗。具体的作法如组织病人间思想上、生活上的相互帮助，开展一定的娱乐活动等，使病人觉得这是一个有益的集体。

三、需要提供信息

病人进入医院，完全改变自己的生活规律和特定习惯，对于初次住院的病人来说，更是进入一个完全陌生的环境。因此，病人在适应新环境中需要了解大量信息，如不能及时得到这些信息则产生茫然感和焦虑。医务人员要迅速使病人了解有关信息。如病人需要了解住院生活制度的信息；有关诊断和治疗如何安排的信息；有关自身疾病的进展和预后的信息；如何配合治疗的信息；有关嗜好、习惯与治疗过程及疾病关系的信息等。当病人感到对今后的治疗过程和预后有充分了解时，他们战胜疾病的自信心便会增强，对院方的信任也会增强，对医护人员的态度更亲近与合作，从而为顺利的治疗奠定基础。

四、需要适当的活动与刺激

不应理解住院病人除治疗外仅需要食宿。病人的需要是多方面的，在心理需要中，他们尤其需要刺激感和新鲜感。病房是一个狭小的天地，病人的活动又受到限制，与个人有关的工作和消遣都被不同程度地制止或干扰。他们对该环境初期的茫然感，又会被厌烦情绪所替代，觉得无事可干、度日如年，特别是那些事业心较强或担负一定职责的人，更会如此。根据病人的具体情况、客观条件，安排适当的活动和有新鲜感的刺激是很必要的。

五、需要安全感和早日康复

除了特殊的情况外，没有人希望长期待在医院里。为了早日康复出院，恢复正常的生活、工作，每一个病人都把安全感视为最重要的需要，这也是病人求医的最终目的。因此，医务人员对任何一个可能影响病人安全感的行为都要十分小心地加以避免。任何新的诊疗手段和治疗措施，都应加以解释并在事前打消病人的顾虑，以增加病人的安全感。当病人感到医务人员都了解、尊重、帮助、照顾他，并以最好的、最正确的方法全力救治他时，他便感到安全、有希望，对治愈充满信心，情绪稳定、愉快而少有焦虑，并主动积极地去配合医生的治疗。

第四节 影响病人心理活动的几个因素

患病时多数病人可引起人际及社会职能的某些障碍，这些障碍的产生说明了疾病对躯体及心理活动的影响。除此之外，其它一些因素也影响着病人的心理活动。

一、社会环境的影响

一个人因病住院则往往对其本人及家庭是一个极其严重的影响，可以预期病人会体验到焦虑和恐惧，这种情感的产生与病人被安置在一个依赖他人的处境有关。这种情感有时会表现为退化行为，即外观的婴儿行为。从病人角度看，住院是一种应激，它可以降低病人的精神健康水平。病人看待他自己的病患，不仅取决于其内部的应变能力，也取决于他如何得到其环境的帮助。医护人员的服务态度，往往对病人如何看待医院有正性或负性影响。

二、家庭及文化修养的影响

医务人员一般不能顺利得知病人的家庭及文化修养的类型，但医务人员可以从自己的家庭及文化修养对自己的影响，来推论病人行为受文化修养影响的可能性。Biesanz (1964) 指出，每一种文化修养都有一种包括家庭系统的社会结构，而家庭系统又调节着性行为并规定权力和关于生育、教育孩子的责任等。

文化修养的所有要素中对病人最有意义的有下列几种：①语言；②宗教；③时间定向；④饮食习惯；⑤关于年龄和性别的评价；⑥家庭组成及照顾孩子的形式；⑦在出生、生病及死亡时的照顾方式；⑧睡眠及个人卫生的形式；⑨谦逊的形式；⑩交换满足与不满足的形式；⑪对个性及个人成就的评价。影响文化及亚文化群 (Subculture, 指在一个社会或一种文化内具有独特性的一群人) 的事件有：①居留的地点，如南方、北方、城市、农村、平原、山区等；②社会经济状况；③出生地点；④教育程度包括职业教育。以上这些要素成为与病患有关的文化修养的基础。也就是说，每一个人都有：①一套评价标准；②一套外在表现方式；③一种指导病人的品行、行为的编码——一套内在的规律或标准；④习惯与礼节；⑤他与其他人语词性及非语词性交流的词汇和方法。此外，在工作中交流的一个重要方面，是了解表达满足与不满足的方式。没有这种信息，医护人员就不可能判定病人的需要是否得到满足。

1. 家庭的组成方式 在我国的家庭组成方式中，大家庭基本解体而形成小家庭不断增多并且为主的方式。因此病人在家庭中的地位大致相仿。特别是双职工的家庭中，各人都承担着一定的家务劳动，当然劳动有多少和内容的不同。因此，一旦住院，便使家庭生活中的稳态被破坏。了解病人的家庭组成可以推测其焦虑的原因。

2. 语言 语言作为交流工具，是体现文化修养的要素。知识阶层通常希望别人对他们使用有修养的语言。此外，有些病人对语气、语调及非词语性行为也很敏感。

3. 时间定向 有的病人时间概念特别强，医务人员如未能按时检查或打针吃药而又没有妥为解释都会使他感到烦恼和不可信任；有的人则对时间观念很随便。

4. 睡眠及个人卫生方式 了解病人的睡眠方式对护理有帮助。例如，有的人喜欢群居，而有的人喜欢独居，后一种人若住在大病房内则很难睡着，而前者则无所谓。这并不是要让医护人员去改变这种状况，而是由此可以了解病人的心情和困难。病人的个人卫生习惯，从洗脸、洗脚、洗澡、梳头等，均可影响病人的心理。

5. 满足与不满足的表现方式 人们可以用各种方式来表达对需要的满足与未获满足，可

以直接也可以间接地表示。医护人员很有必要了解这些情况，如有的病人微笑着说对一切都感到满意，其实内心则完全不然。医务人员可以从病人的声调、表情了解他并不都满意，因为病人怕公开表示不满意会对自己不利。所以，在听取言词之外，还应察言观色。重要的是在多接触病人中以自己良好的言行建立起病人的信任，才能听到病人真实的意见。

6. 居住地 这也是影响文化修养的一个因素。我国地大物博，人口众多。因此，城市与乡村，各民族之间，沿海与山区、内地等，从文化水平到生活习惯都有很大差异。如沿海城市病人一般看病要求快，而且不喜欢服用方法复杂的药；内地许多病人则要求医生给自己慢慢地看，认为这样才有助于自己疾病的诊疗。

三、其它因素的影响

Zborowski (1952) 认为，不同民族背景的人在患病时对自己的行为有一定的要求。他认为，犹太人及意大利人对痛的表达要比美国老年人更加表面化。他们对治疗的反应也不同。如果采取相同的措施，意大利人疼痛得到改善并对结果表示愉快；而犹太人则关心疼痛对其未来的健康有何影响并且不愿意服用镇痛药，他们顾虑药物会在今后出现不良效应。要改善犹太人的疼痛必须解释他们所关心的疼痛是如何引起的，并解除他们对镇痛药可能存在远期效应或对其疾病的不利影响的疑问。因此，从行为观察来看，意大利及犹太人表面是相似的，但含义是完全不同的。

相同的情况在不同职业中也可出现。如一个小学教师的疼痛和一个炼钢工人的疼痛可能有质的不同。前者往往对疼痛与不适很敏感，在求医时夸大他的疼痛程度；而炼钢工人的疼痛程度实质上会高于他的主观感受。还有些人与别人在一起或全力工作时，疼痛趋于减轻，而单独一人或休息时，则疼痛的程度可能真正表现出来。

综上所述，每个人患病时，他的文化修养、信念、习惯及评价等，不仅影响其行为，而且可以影响人们如何对他进行治疗与护理。

第五节 住院病人的心理社会问题

住院无疑对疾病的诊断、治疗都会带来很多好处。如接受完备的检查、监护和治疗，随时都有医护人员的关照，使病人感到自己的生命有了保障。在某些情况下，甚至仅仅住院本身就能使许多病人的病情缓解。但从主要的方面来说，住院对于病人是一个很强的心理—社会应激，会产生一系列的心理反应，而且不同年龄阶段的病人有着不同的心理社会问题。

一、病人对住院的心理反应

(一) 环境突变的心理问题

病人住院时要离开他熟悉的家庭环境，放弃一向的生活习惯，中断工作，进入到陌生的病房环境。这种环境的突变会产生很多心理问题。在病房中有种种限制，不能随便会见亲人，也没有一个熟悉的朋友，只能由自己默默忍受疾病的折磨，或面临死亡的威胁。因此，病人常常发生恐惧不安，经常考虑自己的疾病，和病房里的其他病人进行比较。他们担心自己的病能否治好，要治多长时间，预后如何，对今后生活工作会有什么影响，要不要开刀，这类病手术成功率如何，等等。

病人对医院的心理反应和适应性的差别是明显的。有些人生性乐观，遇事镇静，生病住院的适应也比较快，跟医护人员容易合作。有些人得病容易悲观，心情紧张而压抑，对住院

环境不能很快适应,疑虑重重,不愿与医护人员合作。对这种病人尤应注意消除他的疑虑心理,使他较快地适应住院环境。

(二) 生活方式的不适应

不适应医院的生活方式,也是住院病人的一个心理问题。病人住院后,原来生活上的特殊性和私人习惯大都丧失。生活上的许多细节被医护人员监视着,记录下来,让医护人员在报告病历时念出来,个人行为成为众所周知的事,必须接受医院的伙食,睡眠习惯受医院作息制度的管制,周围都睡着不认识的人,其他病人还发出痛苦的呻吟,空气中散发着病房特有的气味,走廊上有人走动。这一切都影响病人的睡眠,同时使病人感到孤独。不仅病房中都住着陌生人,每天还要跟许多陌生人打交道,如进进出出的医护人员,查房的,实习的,采化验标本的,打针发药的,搞清洁卫生的等等。这些人对病人都有相当的权威,不管病人平日里是何等样人,在病房里不得不受制于人,这种情形也给病人造成苦闷和不安全感。

(三) 工作及家庭生活中断的心理问题

住院在实际上造成了工作及家庭生活的中断,这种中断带来的影响也造成病人的心理压力。有的病人担心生病给家庭经济带来困难,或配偶对子女照料不周而放心不下。新婚者则考虑对方会怎样看待自己。有的病人对学习生活的中断可能导致的后果极为焦虑。一些工作负责、事业心强或担负领导工作的人,一旦被强迫性地整天躺在床上,无工作可做,靠别人安排自己的生活,心理上尤为觉得烦闷难受。

二、各年龄阶段的心理社会问题

(一) 儿童病人的心理问题

住院儿童病人的心理问题可因年龄不同而表现不一。常见的有:①与母亲的分离:在2岁以下的孩子,这个问题不很突出,只要适当的照顾即可,但也有些孩子认生,对陌生人呈现分离焦虑。2~4岁则会感到不安,表现为退化,如又出现遗尿、睡前哭闹、拒食、闷闷不乐、发脾气等。学龄儿童表现较好,对他们要加以组织,给以活动的机会,安排一定的任务,使孩子得到受人重视的心理需要。②恐惧:把住院理解为被父母抛弃,毫无思想准备而呈各种表现,如防御性的不作声,消极的不予合作或向医护人员提很多问题等。

(二) 青年病人的心理问题

青年期的划分概念不一,心理学家Hurlock主张把成人划分为三个时期:18~40岁为青年,40~60岁为中年,60岁以上为老年。从我国的文化传统来看,这种划分一般以18~35岁为青年期。从心理学角度来看,可以把青年期划分为婚前期和婚后期。因为结婚从社会角色的观点来看,是从单身的自我中心转变为成对中心,有了孩子就转为家庭中心。

单身青年人对疾病的反映强烈,除恐惧、焦虑外,对他人的疾病反映也强烈。如邻床的老年重病人就会影响年轻人,因为青年人对他人的痛苦较敏感而自己则能忍受。因此,如有可能最好按年龄分病室。青年人活泼好动,住院后活动受限制,就会使注意力集中于自身而产生幻想,有“白日梦”的倾向。经常有脱离实际的幻想是不健康的,要对青年患者安排适当的活动以转移其注意力。另有些青年人想了解病情又怕难为情,女青年希望年龄较大的医护人员检查自己的身体。婚后期的青年或有了孩子后,则除对疾病的发展表示关心外,更多考虑的是家务安排,父母、子女的照顾等。这些因素容易引起焦虑,特别是在无事可做时。

(三) 中年病人的心理问题

中年,这是一生中最敏感的时期,它有如下特点:①中年是人在体力精力达到顶点并开

始向老年过渡的时期。此时患病，往往使人感到“老已来临”。体力的减弱又会使人感到“未老先衰”；②中年是一个移行时期，（A time of transition）。移行不仅是体力上（更年期），也是精神上（对兴趣爱好，事物评价，行为形式等都要在转变中重新适应）的，患病可能会加速这种移行过程的转变；③中年是一个应激时期（A time of stress），体力及心理的稳态常趋向扰乱。因为这个年龄期面临许多家庭、事业及生活中的各种问题；④中年是一个有成就的时期（A time of achievement）。因此，对于工作、学术、事业上的关心，就成为在此期生病的一个引起焦虑的重要因素。

（四）老年病人的心理问题

老年人的不安和焦虑，多由生活秩序扰乱而引起。因为老人的适应能力差，住院后常规生活受到扰乱而极难适应。饮食起居、休息睡眠均受干扰，还有因丧失独立感而产生的烦恼。平时，老年人表示自己身体健康的指标是能独立处理日常生活；一旦入院，生活上对护理人员的依赖较多，老朽感就油然而生。因为丧失了自己能照料自己的能力而产生烦恼。此外，多数老年人不象中年人那样有事业系心，也不象青年人那样活跃，因而比其他人更易感到孤独与疏离。丧失配偶者孤独感更加严重。入院较久孤独感便发展为被隔绝感。由于住院不能和家属、子女经常见面而产生被抛弃感。这些都会导致性格改变和行为异常。

三、手术病人的心理问题

目前，临床手术仍是各科多种疾病的主要诊疗手段。手术疾病的主要特点是，起病急、心理上毫无准备，痛苦大，疼痛与不适较其它疾病为重；病人生与死的体验强烈，恐惧不安的程度大。由于手术的特点是对机体有一定的损伤，病人对此又存在不同认识，因此会表现为各种心理反应。

（一）手术病人的一般心理

手术病人，特别是第一次手术病人，因为对自己疾病的主观认识，可产生程度不同的心理负担。手术往往被人们认为是重大的人生挫折。病人的消极情绪如抑郁、焦虑、不安较之其它治疗都为严重，死亡的可能随时在病人思想中缠绕。多数病人会想到事业、家庭、子女，考虑他们如何承受这一挫折。求生的欲望使他们对医务人员产生依赖心理，希望医务人员为拯救自己竭尽全力。同时渴望遇到一位技术高明的医生，他们关心主刀医生的职称、年龄。也有些病人因病情较重，或平时受到此类疾病难以治愈的认识影响，而产生绝望心理，拒绝治疗，想尽快结束难以忍受的痛苦。

（二）病人手术前的心理

手术本身可以认为是一种强烈的心理刺激。大多数病人对手术有害怕和顾虑。少年、儿童尤其害怕开刀引起的“疼痛”，老年人多为手术的死亡危险而担忧；部分青壮年对手术的安全性、并发症、疗效和术后康复等问题忐忑不安。还有些患者对手术是否能解除疾病有疑虑。妇科手术病人常担心术后内分泌紊乱及影响性生活乃至家庭关系。

随着手术日期的临近，病人的心理负担加剧，心情紧张，焦虑恐惧，甚至坐卧不安，食不甘味，夜不能眠。解放军第一医院杜小欧氏曾对100例将要手术的病人进行调查，发现76%的病人术前有诸如上述的严重心理问题。尽管在手术的前一天晚上给予安眠药，多数病人仍然难以入睡，有些病人还写了遗嘱。这样消极的心理对手术及其预后显然是不利的，有些人手术前可因紧张而导致血压下降至休克。这时病人考虑的是，手术成功的运气如何，疼不疼，预后如何，会不会留下残疾？他们把一切希望都寄托在医务人员身上，希望医务人员能够平

安地、顺利地完成这个手术。这些病人产生的心理问题主要是对手术过程不理解及处在完全陌生的气氛中(如术前的消毒,准备工作,身体的完全不自主,严肃而少言的医护人员等)。要善于向病人解释,使他们适应这种气氛,消除不良心理反应。少数病人可因对做手术的医生过分信赖而无焦虑。这提示病人对可能出现的手术危险性、术后并发症的可能性、康复的长期性均缺乏足够的认识和心理准备,一旦面临手术后的具体问题,便可能无法应付。此外,手术前或手术中医务人员应注意自己的言语及行为避免给病人造成不良暗示,从而导致术后的医源性疾患。

(三) 手术后病人的心理问题

手术后是病人心理问题较集中和重要的阶段。因为手术前的阶段相对较短。手术前的心理问题通过实施手术而大部解决或时过境迁,手术后的各种实际问题便在较长的恢复期内不时出现。手术之后,疼痛、不适等情况还要自然持续一段,甚至相当一段时间。约 1/3 的病人反映疼痛极为严重,1/4 认为疼痛较轻,可以忍受。如果术后疼痛持续时间较长,则考虑是否术后忧郁或心理退化所致。各种因素造成的术后忧郁心理会使伤口愈合减慢,疼痛时间延长。心理退化所造成的术后疼痛持续,是因为各种因素强化了“病人角色”。这需要医护人员通过正确的措施促使病人逐步摆脱这一角色。病人对手术后的不适及恢复情况很敏感,往往成为他们判断手术是否成功的主观标准。如果他们认为手术确实恢复不良、后果不好,则对心理的打击非常大。很多情况是病人对术后的一些正常躯体状况和感觉没有正确的认识,而认为手术作坏了,或某种功能受到了影响,从而导致心身疾患。四川医学院向孟泽曾对计划生育手术中心理因素致病作了研究,归纳于图8—1。

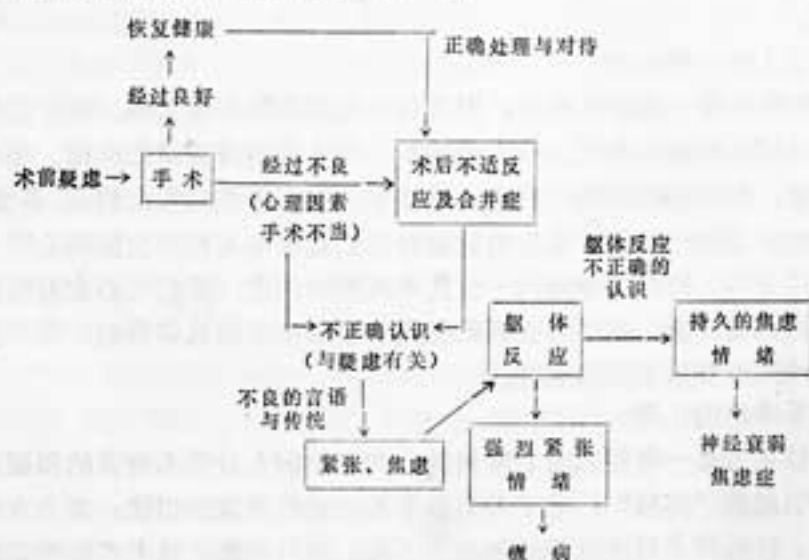


图8—1 计划生育手术中心理因素致病示意图

西安铁路医院也报道,1970~1974年的312例女扎手术,由于忽略心理指导,手术后有3例较重的神经精神症状。1975~1980年手术的304例,由于注意预防,虽然有个别精神病患者也进行手术,却未有上述情况发生,说明心理因素对于手术预后的影响是十分重要的。

上海铁道医学院精神医学教研组周天辛等曾报道9例手术引起的严重心理障碍(患者均无家族及既往精神病史),其特点是急性精神障碍如意识混乱或谵妄、幻觉、严重焦虑及抑

郁，历时短暂，预后良好。周氏等认为，不良的社会心理因素是导致术后严重心理障碍的重要原因。对此类病人尤需进行术前教育及精神支持。

还有一些病人，因特殊的手术而产生心理问题。如截肢、脏器的切除或部分切除及生殖器官手术等。这造成病人自我概念的模糊与缺陷心理、羞怯心理，使他们的心理负担格外加重，导致手术后长期抑郁。病人不敢想象今后如何适应生活、家庭和工作，产生对独立生活的能力、工作能力、性功能等的严重丧失感。有的病人在心理上拒绝这一现实而使幻肢症和幻肢痛加重。巨大的精神痛苦使病人悲观失望，情绪低沉。此时，他们极需医护人员格外的劝慰、鼓励与具体指导。

（四）术前教育

上述手术病人的消极心理是因人而异的。然而，即使是一个乐观而坚强的人，也难免在手术前产生紧张心理。因此，对病人进行术前教育是十分必要的。术前教育要注意以下几点：

1. 术前教育要针对具体的人 由于病人年龄、性别、性格、经历、宗教信仰、病种等具体情况的不同，术前教育要收效，就必须有的放矢。根据患者不同的情况，区别他们的心理差异，摸清疑虑所在，针对性地解释、开导。此外，还要介绍手术前如何应付紧张，手术后如何防治伤痛及功能恢复（指导手术后咳嗽、肢体运动及翻身等），使病人了解正常及异常情况，以减少病人忧虑，促进自信心，加速机体恢复过程。

2. 同时对家属进行术前教育 病人的家庭和社会背景对病人会产生直接的影响。特别是一些不便对病人宣布的病情，可能已对家属简单介绍过，家属如流露出过分悲观的情绪，则会给病人增大打击和加深疑虑。家属对手术的评价如何，会直接影响病人对手术成败的认知。而且，家属积极的关照、鼓励，可有助于病人克服不安、焦虑，有时起到医务人员难以起到的作用。医务人员应指导家属进行积极的心理安慰。

3. 医务人员的言行 术前教育中，医务人员应注意病人的自尊心理，以适当的方式将手术的目的、意义、注意事项及可能产生的副作用告诉他们。注意语言文雅，表情郑重，切忌为了取得病人的配合而进行威吓，甚至由此类暗示也不行。这些言行都会对病人产生不良的后果。

4. 手术前教育要普及 术前教育要普遍进行宣传，它的意义不仅是解决眼下病人的心理问题，而且宣传的面越宽越具有社会意义。在病房（区）中也要普遍宣传。因为同病房的病人是相互影响的，一位术后病人的临床表现可能影响其他术前病人的心理活动。如医务人员教育措施得当，术前病人和术后病人可以通过相互的鼓励、慰藉而进入积极的心理状态。此外，强调术前教育，并不是说术后教育不那么重要。术后教育同样是重要的、需要普及的。应当指出的是，良好的术前教育是术后教育的基础。忽视术前教育而仅靠术后的解释往往不易奏效。

四、危重病人及濒死病人的心理

（一）特别监护状态的心理问题

危重症病人入院，只要意识清醒，一般都有明显的恐惧和焦虑。恐惧来自生命遭到威胁的不安全感，害怕丧失健康能力或肢体残缺；焦虑是因疾病突发，与家人分离、学习、工作、家庭和经济等问题。

危重病人入院自然受到特殊的对待，这些特殊对待，对于他们病情的救治是必要的。但可能向病人提示其疾病的严重程度而引起一些心理问题。国外对于CCU（冠心病监护病

房)及ICU(加强监护病房)的病人心理研究说明,这种病房中的病人心理,除了疾病本身的影响外,环境因素也参与其中。

CCU病人在发病初期全部呈不同程度的焦虑状态,多数因持续剧痛而产生濒死心理恐惧。焦虑的原因据分析主要是环境所致:如24小时昼夜不分地受监护;监护用电视录象的连续强光照明;连接身体的各种导管和换能装置造成了压迫感;活动受限制,被迫长期处于一定体位;同室病人的抢救、死亡等。ICU病人也有类似情况。外科手术后ICU病人中的精神障碍发生率高于一般病房,占整个ICU病人的11.6%(其中心脏手术为20%,脑手术为14.6%)。手术时间越长发病率越高,无性别差异,高龄易发,儿童少见。这与失眠及睡眠紊乱有关。据分析,这主要是患者对所处的状况焦虑不安;对手术的情绪应激、与外界隔离;以及ICU的环境设施、医护人员的工作气氛等心理因素的影响所致。

(二) “不治之症”患者的心理体验

在本世纪初,当时人们的平均寿命约30多岁,而今天的平均年龄已达70岁左右。这些数字说明,人口在趋向老龄化(若按65岁为老年,则国际标准,凡老年人超过总人口的7%,社会就是老龄化。以此标准,西德、瑞典已占12%以上,美国占10%以上,我国部分大城市、地区调查约在4~7%之间)。希望长寿之心,人皆有之。因此,当身患“绝症”面临死亡时总会产生一些心理变化。当前死亡的主要原因是肿瘤、脑血管病、心血管病、意外事故、呼吸系统疾病等。其中,引起濒死感最强的疾病是癌。据Cartwright等(1973)的资料,临终癌症病人只有15%左右从医生处得知其预后。但有些病人可以通过其他渠道了解病情,如从亲友的表情,因为几乎90%以上的亲人可以从医生处得到这方面的信息。

得知自己患“绝症”后的病人往往引起巨大的痛苦,这些痛苦本身可导致死亡,如白求恩医科大学顾伯文曾报道一例毫无症状的未分化型小叶细胞肺癌的患者在确信病情之后几十小时内死亡。此外,多数病人主要是在痛苦的感受中煎熬。痛苦的原因有:①意识到死亡的迫近;②丧失(Loss)的预感;③疾病过程的躯体后果,如呕吐、节制力丧失、呼吸困难、严重不适;④当病情进展时的顿挫和失助感。Cartwright等(1973)及Ward(1974)对215及264个晚期癌症病人体验的躯体症状作回顾性调查结果如表8—2。

表8—2 晚期癌症病人躯体症状回顾调查表

症 状		Cartwright等 病例的%	Ward病例 的%
疼	痛	87	62
厌	食	76	61
呕	吐	54	38
尿	失 禁	38	28
大 便	失 禁	37	20
褥	疮	24	13

上述这些原因和症状都可使病人引起许多心理过程,促使焦虑和抑郁的产生。病患的某些特异性体验可以是焦虑较强烈的原因,不可忍受的疼痛可引起极大的焦虑。呼吸困难也常伴有焦虑和恐慌的倾向。Kufler—Ross(1964)指出,在致死性病患的整个过程中,有许多烦恼的原因。如果引起的烦恼比较严重则可以导致抑郁,若不太严重则他可以顺从地“接受”。

（三）濒死的心理学问题

濒死，即趋向于死亡但尚未死亡。它的概念与心理学有些关系。死亡是客观规律，是人们生活中的自然进程。人们在一生中也许可以不止一次地濒临死亡，但是真正的死亡只有一次。随着医疗事业的发展，抢救技术的日益提高，有不少人意外地“绝处逢生”，也有不少“不治之症”得以长期拖延。医学心理学对这方面的研究，有助于我们对晚期危重病人的照顾。

1. 濒死体验 Greyson等对78例濒死而又复生的人作了回顾性调查，结果如下：

- （1）75%的人感到或看见躯体之外的自身形象（从实体中分离出非实体的离体体验）。
- （2）31%的人报告有通过坑道或类似结构的印象（行政、技术人员多于体力劳动工人）。
- （3）异常感知觉。48%的人有异常视觉（闪光等），57%有异常听觉（乐曲、声响），25%有异常嗅觉，10%有异常味觉，79%有时间观念失真，其中有54%感到时间过得很慢。
- （4）情感障碍。15%有明显的阴性情感，40%呈轻度阳性。

2. 儿童的死亡心理 成人的濒死心理讨论很多，而儿童的死亡心理则较为特殊。对于5~6岁以下的患致命性疾病的儿童，多产生分离的焦虑、孤独及被抛弃的恐惧。年幼儿童不理解死亡的含义，但是住院及疾病的有关方面可唤起恐惧。6~11岁之间，分离的恐惧持续存在，但是儿童增加了对痛苦的治疗和躯体损害的焦虑。根据以往的经验不同或知识的发展，这一年龄组儿童也可以对死亡意味着意识和身体功能的停止有所理解。10岁以下的儿童中也有不少人根据对诊断的讨论，而觉察到自己生了一种不寻常的疾病。他们还可从频繁的检查、治疗及亲人的探视，而得出问题的严重性和威胁性正在发生。他们还可以从大人們的交谈、声调、眼神、姿势、表情等语词性及非语词性行为中了解自己疾病的情况。成人的爱抚与关心是患病儿童最大的安慰，这一点至关重要。

3. 应付死亡的类型 对待死亡威胁的应付策略存在着很大的个体差异性，这与一个人的个性特征、文化水平及世界观有极大的相关性。大致可分为以下几类。

- （1）视死如归型 面对死亡抓紧时间完成未竟之业，如索弗、罗健夫、赵春娥。
- （2）积极对付型 有些人患了“不治之症”并不灰心丧气，而是科学地安排自己的生活，积极地从事锻炼。如日本一些老年癌症患者通过长跑锻炼而使症状消失。国内参加气功治癌学习班的人，也属于这一类。
- （3）悲观失望型 一些人听说患了绝症精神上就产生绝望，这种强烈的消极心理往往使病人很快死亡。

（四）对濒死者的帮助

据研究，许多人特别是老年人最害怕孤独地死去，对这种人的帮助包括答应病人在临终时不让他一人独处，尽可能使病人亲属、朋友留在病床边。此外，须满足病人临终的实际需要，如解除其不可忍受的痛苦也有重要意义。总之，除对病人进行一般的帮助之外，还须了解病人的特殊要求，尽可能予以允诺。

五、康复期病人的心理

康复是患病治疗的全过程之一。康复期虽然多为院外的阶段，但同样有大量的医疗及心理问题。目前，康复医学已成为一门独立的医学学科，可见其不容忽视的重要性。

某些疾病由于病程较长，存在着一个完全恢复到或接近病前水平的康复过程。在此过程中，病人的心理因素起着极重要的作用。如心脏病后的长期虚弱常因焦虑、抑郁或社会问题

而有不必要的延长。Wynn (1967) 在 400 名缺血性心脏病患者中发现 50% 有“无缘无故”的心理苦恼，而这些病人的许多焦虑可以通过在病程各阶段作充分的解释、保证和劝导而得以防止。这是因为这些病人有的担心任何体力活动都会致命，因而带着恐惧的心理尽量加以回避。也有病人相反，对医嘱不执行，对医生的劝告不相信，“我行我素”，这种病人往往比较相信自己的体力。所以，医生对康复过程应该有针对性地加以指导。具体地分析病人的心理，切忌简单化地劝说。

康复期病人的心理变化的影响因素是多方面的，在这里社会习俗的影响起一定作用。例如骨折患者，很容易受“伤筋动骨一百天”的说法左右，以致妨碍其早日活动或功能锻炼。近年来，国外有人提出，性生活的恢复对病人及其配偶的康复心理有重大影响。因此，性咨询是康复医学的一个重要内容。Cole 等 (1979) 指出，性生活的咨询应成为出院前的常规手续，应该告诉病人，当从事其它活动不出现症状时，也可恢复性生活。从而全面地增强病人的康复体验和信心。

(苏州医学院 徐 斌)

(南京中医学院 杜文东)

第九章 医生—病人相互作用

在现实社会生活中,人们不断地进行着物质的和精神的交往,发生各式各样的相互作用,建立各种相互关系,如政治关系、生产关系、经济关系、家庭关系等。这些关系是通过某些交往、某种联系而实现的,而这些交往和联系又往往受双方的个性特点、环境改变、社会—文化因素的影响,并由此而产生满意或不满意,积极或消极的心理状态。心理学中把这种表示人与人之间相互交往的关系,称为人际关系。

社会心理学认为,人际关系的好坏,不仅影响人与人之间的交往结果,而且还能进一步影响社会群体的各种社会实践活动的效果,严重的甚至可以影响到某个社会群体的巩固和发展。临床医学活动是一种社会实践,其中存在着大量人际交往,表现为各种形式的人际关系。如医生与病人间的相互作用,医院内各科室人员的相互交往,医务技术人员与医务行政人员和工勤人员的相互交往等都是人际关系。这个领域的大量的问题属医学社会学的研究范畴。从医学心理学的角度,这里主要讨论医生—病人相互作用,至于护士—病人相互关系,将在第十章讨论。

医生—病人相互作用是将心理学研究直接应用于医学实践的一个重要方面。有些人只着眼于医治疾病所必须的知识及临床技能,因此认为医生—病人间的交流不太重要。但实际上,良好的医—患交往对疾病本质的了解和治疗效果均起重要作用。如果采集不到关键的病史,或病人不服从治疗、不遵照医嘱,那么医生的高超技术水平和丰富的临床经验将无从发挥作用。实践还证明,良好的交往本身就具有治疗意义。

传统上,医生所关心的往往只是“事物”,如“解剖结构”、“病理损害”、“细菌”等等。近代医学又使之扩大到“功能”的范畴,如“生理常数”、“各种功能试验的数据”。“关系”常被看作是“事物”或“功能”,但实际上它既不是“事物”又不是“功能”,而是以结构和功能为前提的一种抽象观念,是体现两个相互作用的系统(人)的活动的抽象观念。

也有人把医生—病人相互关系称之为“医—患关系”。严格地说,医—患关系这个概念要比医生—病人相互作用更为广泛,因为“医”中包括医生、护士及其他医务人员。

第一节 临床中的人际关系

一、人际关系理论

临床治疗中要求形成良好的医—患关系,在什么条件下能形成良好的医—患关系?医—患关系不良的原因是什么?在心理学中有许多理论对它进行解释,以下是影响较大的几种。

(一) 认识理论

这种理论认为,人际关系是否和谐取决于人际双方的认知水平、结构以及认知结构的平衡(认知平衡论)。据此,Newcomb提出,平衡的认知,不平衡认知及无平衡认知等三种形式。

1. 平衡的认知 某人(P)对另一人(O)在接触中相互持肯定评价,他们对第三者(X)的认识和态度也一致。这往往可促进和增强人际吸引力并使关系和谐。

2. 不平衡的认知 P与O在接触中相互持肯定评价,但对X的认识和态度不一致,往往引起消极情绪、互相排斥,可导致人际关系破裂、交往中止。

3. 无平衡认知 P与O开始时就互不喜爱,相互间情感淡薄、不相往来,因此也就不存在对X的认知活动方面的比较。

人际关系可因认知不平衡而引起不协调。解决的方式就是:①改变一方认知;②求同存异,建立认知平衡。医疗过程中,医生与病人双方的认知平衡至关重要。

(二) 相互作用理论

人际吸引力与人际关系协调和交往双方的相互作用有关。在交往中,一开始相互作用并不明确,有一个逐渐产生、发展的过程,Levinger及Snoek制定了人际吸引力的等级(表9-1)。临床上,医一患之间的交往也有相互作用的发展过程,因此,在临床医疗实践中,人际关系的紧张和淡漠也应在人际关系相互作用的理论指导下寻求解决。

表9-1 人际吸引力等级

吸引力等级	人际相互作用的具体表现	人际关系程度
0级	无任何接触	两个相互之间无关系的人
1级	一方产生单方面的态度、印象	无交往
2级	双方各持某种态度进行表面接触	有些交往
3级	双方互相亲近	一种在发展着的交往过程

(三) 强化理论(强化情感理论)

人际关系既取决于人际吸引力、客观事物和人的认识水平,还取决于认知过程中引起的肯定或否定的情感表现程度。若以奖励方式促进肯定情感(正强化),就可增强人际吸引力;反之,以惩罚来加强否定情感(负强化),则削弱人际吸引力。临床上建立良好的医一患关系就应采取正强化,这就要求医务人员谅解病人的心情,采取合理的解释,以克服认识上的不一致,来促进病人合作。

二、医学中的人际吸引力

人际吸引力是人际交往中彼此对对方的倾向和行为动机作肯定或否定方式的评价。这是人际关系中的一个中心问题。在日常生活中,人们大多以喜爱与否为评价标准来影响人际吸引,临床上也存在着这类问题,有的医生“门庭若市”,有的则“门可罗雀”,这里除了医疗水平高低外,还涉及其它因素,如医生的威信、年龄、仪表以及服务态度等。

从心理学角度看,人际吸引力有仪表性吸引、相似性吸引、接近性吸引、奖励性吸引等。吸引力增强能促使医一患关系融洽和协调;反之,则使医一患关系恶化。

(一) 仪表性吸引

仪表在一定程度上反映了一个人的内心境界。因此,对于初次交往来说,是一种极为重要的吸引,这就是所谓的“初次印象”,也就是俗话所说的“先入为主”。医生的服饰、发型、神态、姿势等综合而成为仪表。若服装不洁,不修边幅,就会给病人以“这个医生治病不会太认真”的印象;医务人员若浓装艳服或高傲自负,则令人有难以接近之感;反之,若

医生服装整洁、态度和蔼，则病人就感到可以亲近。当然，在生活中也会有假象，但一般说来，仪表总会给人以深刻的好恶印象。因此，作为救死扶伤的医务工作者不应该仅停留在仪表美上，而应以“心灵美”为基础。

（二）相似性吸引

这是一种以态度、信念和价值的相似为主的人际吸引。在临床工作中，医生的角色行为应与病人对医生的角色期待相吻合。这就是说，医务人员的服务态度、道德观念，在医一患之间的交往中起着重要作用，这在医学史上始终是引人注目的。著名的希波克拉底誓言中说：“我一定尽我的能力和思虑来医治和扶助病人，而决不损害他们。”“无论我走近谁的家庭，均以患者的福利为前提，务期不陷于腐败和堕落。”我国古代被誉为“药王”的孙思邈在《千金方》中写道：“若有病厄来求救者，不得问贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想”。遵守这些格言，有助于树立医生的威信，而违背者就会引起病人的不信任，导致医一患关系紧张。当然，病人的态度恶劣，也可引起医一患关系的不协调。但病人的态度不良，可能是疾患带来的情绪变化所致，医务工作者应正确对待。

（三）接近性吸引

生活中经常接近容易互相吸引，这是临床上改善医一患关系的重要方法和手段。接近包括两个方面：一是指接触的频度，因为经常接触就会相互熟悉，增加彼此间的了解。一般说，临床上对治疗反应良好、疾病康复较快的病例，往往显示出医一患之间的接近性吸引较好。二是指精神上的接近，这显得更为重要。我们一般所说的：“待病人如亲人”，“急病人之所急，想病人之所想”，就属于这一类。它不仅是服务态度，而且还是一种治疗手段。医一患关系中，接近的主要手段就是满足病人的需要。这些需要包括解除疼痛，改善环境，给予信息等，它均有利于良好医一患关系的建立。

（四）奖励性吸引

人际交往常常涉及双方要求达到一定的目的，满足一定的需要。这种满足就是一种奖励，双方在交往过程中满足需要就会增强吸引力，反之则减弱。这种奖励不仅是物质的，还有精神的，如在交往中得到鼓励、赞扬等都是奖励，这里面也包括“功利”因素，因为在医疗实践中，对某些特殊情况的伤病员的抢救往往比一般病人具有更大的吸引力。这是因为治愈这种病人可以获得较大的奖励（有重大的学术或其它方面的价值）。

三、医一患关系模式

医一患关系可以体现在许多方面，但最基本的是在医疗行为上的关系，也就是如何处理病人所患的病痛的行为。从这一点来看，医患关系模式可以归纳为三类。

（一）主动—被动模式

这是一种最古老的模式，它不是相互作用，而是建立在一个人对另一个人的作用上，其条件是被作用的人不能主动起作用。在现代医学中的具体事例是医生用麻醉、手术、抗生素疗法等手段作用于病人时，医生居主动地位，而病人处于被动地位。

（二）指导—合作模式

这种模式应用时，病人神智清醒、有感觉和有自己的意志。病人自己向医生寻求帮助而且愿意并乐于“合作”。他把医生置于权威的地位，从精神分析学说来看，这是“移情反应”（把医生当作自己的父亲，自己是孩子）。医生有时为了病人的健康也经常使用权威和其它不加掩饰的压力手段来提出要求。目前，大多数人心目中的医一患关系是这种模式。

（三）共同参与模式

这种模式是以平等关系为基础，医生及病人都具有治好疾病的共同愿望。其相互作用的特点是，双方有近似的同等权力；彼此互相依存（相互需要）；从事对双方都满意的某些活动。从治疗角度看，这类模式大多是慢性病（如糖尿病、慢性心脏病）。

以上三种模式既在一定程度上概括了医—患关系的发展，又比较全面地阐明了现实中存在着的几种医—患关系。从发展的观点看，医务工作者应该认识到，病人是战胜疾病的主体，而医护人员是参谋，医护人员主要是帮助病人克服病痛，恢复健康。当然，也并不排除前两种模式在医疗过程中的应用。实际上，这三种模式的关系是难以截然分开的。例如，手术治疗看来是一种主动—被动模式，但是，从近代的研究来看，手术后的康复与术前的心理社会因素有重要关系，通过一定的训练和术前教育，病人对手术治疗后的恢复也可发挥一定的主导作用。

第二节 建立和维持人际关系——交往的手段和过程

交往（Communication）的定义因各家出发点不同而说法不一，有认为是“一个人影响另一个人的一切心理手段”；或“一种引起预期意图的心身过程”；也有强调其社会功能，认为是“在社会意义上的语词性或非语词性行为”。由此可见，交往是建立和维持人际关系的手段和过程。

另外，交往不仅是涉及相互关系中的信息传递和对他人的影响，而且它本身就是一种关系。因为，当人们在审查个体或群体间发生相互作用时，就要检查有关人员间的语词性及非语词性信息交往。如果没有交往，也就没有关系，所以，交往不仅是“关系”这种抽象概念的行为表现，而且本身就是关系。这样，交往就成为人际关系中一个不可缺少的基本组成成分。

一、交往的水平

人们的交往基本上是在语词性及非语词性两个水平上来进行的。语词性水平与说话有关，主要涉及产生和识别语言的生理与认知机制。一般认为，语词性水平与“交往”关系最密切，但实际上它只是人类全部交往中的一小部分，因为还有大量非语词性水平的交往存在。

（一）语词性交往

皮亚杰认为，交往的语词性水平是随着儿童的认识过程的发育而发展的。他指出，婴儿模仿发声就是语词性交往的开始；以后婴儿又结合用视觉观察别人发声时的嘴唇运动以及自己嘴唇运动时的动觉进行模仿；到婴儿期末，由于心理的发展，就可以不要实物模拟了，然而此时使用的词并不以符号来代表抽象的人物、地点和事情，词的含义是灵活的和个性化的。到2岁时，开始运用符号的“词”，然而其含义仍然是个性化的。在4~14岁期间，学龄前儿童的语言主要是自我为中心的，而且是非交往性的，表现为重复，独白以及聚合时的独白（指儿童聚合在一起时不顾他人的独白），儿童常以自言自语的独白自娱；学龄儿童，自我中心的言语逐渐减少而交往性言语相应地增多，这种以提问、回答和指令等方式为主的社会性言语，是用来与别人进行思想交流的。在青春期，大多数非交往性言语消失而出现与成人一样的社会性方式，说明已具备推理能力。

虽然一个人可以用社会性交往的言语去影响他人或与他人发生关系。但是，这种合理的

目的和习得的技巧并不能保证相互作用取得成功，因为在同一语种中还有方言和非方言间的词义混淆。虽然每个词都有其指示性意义（如在字典中对该词的描述），但是对词义的理解又都带有个体性。通常对一个词的理解总是当事人经过多次错误假设的纠正而后才与大家取得共同的见解，这是因为词不是具体的而是抽象的，人们对抽象的词总是以自己经历过的现实来理解的。

（二）非语词性交往

生活中有许多方面是不能以言语来形容的，例如亲人丧亡时的悲痛心情，对好友患病时的同情心。人际交往大多数是在非语词性水平上发生的。

人的心理与外部行动基本上是统一的。一个人的思想、感情和态度，往往有意无意地在外行动，甚至细微的肌肉运动中流露出来。这些细微的肌肉运动，如面部表情、眼神、体态、手势，也包括声调，合称为“体势语言”或“意识信息”，也就是非语词性交往。在这里是指病人传递非语词性信号的能力，以及医生对这种非语词性变化的认识能力。这些变化可以表达兴趣、关系和同情，并对促进交往有很大的价值。非语词性交往的感知涉及所有感觉，也包括语词性交往时使用的听觉在内。

有人将非语词性交往的类型分为手势、动作、实物三种。手势非语词性交往包括从最简单的手势到聋哑人使用的复杂的手语，它主要通过视觉感知。动作性非语词性交往涉及所有的机体运动，它们并不是特异性信号，例如奔跑及舞蹈。所使用的感觉为视、听及触觉。实物性非语词性交往包括全部有意或无意显示事物，也包括装饰品、衣着、发型以及参与感知的全部感觉。

个体如何学习使用他的身体、服装等去进行非语词性交往，主要受以下三种因素影响：模仿、文化及社会行为特有型式的组织。儿童在模仿父母、教师以及电影中的英雄人物过程中发展非语词性交往。还受个体特异的文化所影响，这种文化包括个体的社会经济地位、教育背景、地理环境以及民族或种族传统。第三种因素可以从不同的物质性非语词性交往中看出，这种因素影响一个人对服装、姿势及其它非语词性信息的选择。

（三）转化交往（Metacommunication）

转化交往可以发生于上述两种水平，Satir 将它称之为“对文字的内容以及对有关人员之间关系本质的解释”。它将发送者的态度传送给他自己和听取者。因此，所有的交往都可分为两部，即文字的或口述的信息以及如何对这种信息进行解释或意会。语词性转化交往，可能就是如何解释信息的简单而明确的陈述，例如，“我打算……”，“这必须……”，“我只是开玩笑……”等。非语词性转化交往常常是比较含蓄的，例如，当病人说到“我的母亲就这样死去”的时候，面部肌肉抽动，眼含泪花，从非语词性转化交往来看这就是一种信息，提示“这使我悲伤”。

二、非语词性信息的提示及其运用

在交往中大量的非语词性水平的信息，临床上医—患双方的交往中也不例外地伴随大量非语词性信息。

（一）非语词性信息的提示

在临床交谈中，认识和解释这种提示的特殊意义是，它们可能使那些不能用语词表现的方面令人得以洞察。这一类信息有动态的和静态的两个方面（表9—2）。动态的提示是指面部表情、躯体运动及超语言（Paralinguistic）资料；静态提示是一种可以在医—患双方形成

最初印象中起作用的有用信息。

表9-2 在交流中的非语词性提示

动态提示	静态提示
朝 向	面 容
距 离	体 格
姿 势	喉 音
态 度	衣着、眼镜等
身体运动	打 扮
面部表情	发 型
眼球运动及目光接触	
语言的音调、速率和流畅性	

由于动态提示可以在交谈中提供较多的信息，所以对其中一部分稍加叙述。

1. 朝向与距离 这两种提示在交谈开始时起重要作用。因为门诊室中椅子的位置就可提供这方面的信息。两人谈话时的距离取决于他们预期或要求的是什么样的会见，如果是友好和密切的会见则距离就可近一些，甚至可以有躯体的接触。反之，正式的会谈，争论性的谈话则要采取面对面的方式，以便双方都能看得清楚些。两个关系密切的人赌气时则可以背对背地诉说。

文化上的区别对距离有影响，如有的国家在会话时的合理距离为5英尺而另外国家的正常谈话距离为1~2英尺。所以，驻外使节在外交场合中，对这一种国家的人说话要靠近，对另一种国家交谈时又要拉开距离。

2. 目光接触 这是体势语言中最重要的一种。会谈者之间的距离对两者之间的目光接触有重要影响，两者愈靠近，目光接触愈少。另外，在谈话时，听者的目光接触要多于说者，说话的人是用少量短促的目光接触，来检验信息是否被听者所接受。目光接触的多少也反映了听者是否喜欢听，持续的目光接触是强烈情绪反应的征象，这可以是积极的，也可能是消极的。转移目光可能提示内疚、恐惧和拒绝。目光接触也有文化差异，美国人在正常交谈中，一般目光对视不超过一秒钟，若双方互相凝视就表示感情加深，关系密切；而以色列人认为盯着人看是无所谓的。在我们东方民族中，谈话时一直看着别人是不礼貌的，而在英国，有礼貌的听众总是聚精会神地注视着演讲者。在临床诊断中，有人指出，心情抑郁病儿眼运动的频率减少而完全缺乏目光接触乃是儿童孤独症的一个指征。

3. 超语言提示 这种提示包括说话的声调、速度及流畅性，并可提供有关病人的情绪状态及紧张度。对演员所作的研究表明，可以用一句规定的语句来表达各种不同的情绪，从憎恨、绝望到欢乐、赞美和恋爱。典型的例子是，焦虑的人说话时踌躇和失误较多，焦虑和激动时，说话速度可能较快或伴有更多的身体运动。反之，抑郁的病人则说话较慢，声调缓慢而单调。事实上，不同的说话方式如喊叫，咯咯地笑着说，窃窃私语等，都提示有不同的心理。严重口吃者的说话可以反映情绪状态对超语言方面的效应，即口吃的程度可以反映焦虑或松弛的程度。

说话的语词性及非语词性方面之间的协调程度是信息的一个重要来源，有时病人回答问题内容与超语言提示方面有矛盾，识别这种不协调性并不一定说明病人不够诚实，但应注

意，这可能对了解一些特殊的临床问题有重要意义。

4. 身体运动 身体的运动也能传递有关个体情绪状态的信息，但与面部表情相比则这种方式较为粗糙。Ekman及Friesen（1977）提出，身体运动提供的是情绪强度的指征，而面部则表明情绪的本质。因此，身体的姿势和运动可以表现唤醒水平，紧张或松弛。究竟是积极还是消极，则面部表情可能会提供更多本质性的东西。身体运动还指示一个人如何应付由面部表达的情绪状态。因此，若面部呈现愤怒，身体可根据个体表现愤怒的方式而前移，为准备袭击或后退而采取防御。

5. 面部表情 Ekman及Friesen注意到面神经与许多新、旧脑区相连。因此，有些运动是不随意的、自主的反应，而另一些是随意的和可严格控制的。面部肌肉结构的快速收缩可以表示情感的瞬时变化，反映了恐惧、惊讶、愤怒、厌恶、悲哀与快乐。虽然在日常生活中，它们是可以被识别的，但要在临床上运用是很困难的，因为它是“一闪即逝”，而且只局限于面孔的一部分。例如，面孔的上半部，特别是眼睛周围对表现惊奇或恐惧格外重要，另一个难处是听者在检查这些变化的同时，还要注意包括语词内容、音调以及身体运动的信息。有位心理学家曾列出这样的公式，即

$$\frac{\text{一个信息的效果}}{\text{总的效果}} = 7\% \text{的语词} + 38\% \text{的音调} + 55\% \text{的面部表情}$$

有时人们学会控制自己的面部表情，所谓“面不改色”、“不动声色”等，但是，Freud说：“没有一个人守得住秘密，即使他缄默不语，他的手指尖儿都会说话，他身体的每个汗孔都会泄露他的秘密”。一个人也许能成功地控制自己的面部表情，但有时并未意识到自己的不安和焦虑早已从脚的动作流露出来。

6. 姿势 姿势往往反映一个人对他周围人所持的态度；有时还可指示出一群人中相互的关系；当然，姿势也可以表示个体参加交谈的愿望，例如，用手臂倚着坐椅或桌子，两腿交叉的人可能是不大愿意交谈，比较紧张或不感兴趣。坐着的人突然转动身体，可能意味着有不同见解，或态度有所转变。有些姿势和运动相当于一些无声的语言，最普遍使用的是耸肩（表示不肯定），耸肩加摊手（表示毫无办法），点头（赞同）和摇头（不赞同）。

（二）非语词性信息的运用

非语词性信息的运用可以通过学习而得到改善。现在，有人开始将非语词性交往技能用于某些精神病人的治疗。因为，已知有许多精神障碍者，特别是那些内向的和神经质的人的行为特征之一就是缺乏社交技能。这就是说，他们难以应付社会情境，不善于开始和维持交谈，因为要躲避社会接触，这又促使其心理问题更为复杂化。这些病人中，有一部分问题可能是对非语词性提示的接受和表现不足。例如，他们对目光接触以及头部运动提示的识别和产生能力都差，因此在交谈时说话不流畅，交谈者也不明确何时开始和终止。此外，他们常常无法指出与有意义的社会牵连相应的姿势性提示，结果造成给人以不感兴趣或要退缩的印象。

最近，有人对这些病人采取治疗措施，即对社会能力作专门训练，其中包括对非语词性提示的认识和表现，也就是帮助他们从较多的社会接触中去得到好处，以打破社会退缩与进一步精神障碍的恶性循环。

三、交往过程的检查

交往是一种动态的进行性过程，要检查这种过程及其功能性成分，必须人为地打断或停止过程的进行。

交往过程是由五个功能成分所组成：

1. 发送者 (Sender) 这不仅包括发送信息的人，而且还涉及发送信息的效应器官。因为我们说话时总是伴随着相应的由各效应器官发送的非语词性交往信息。

2. 信息 包括实际所说的及其相应的非语词性及转化交往。所用的词、体态语言以及声调、转调、音量等，都是信息的一部分。

3. 接受者及所有与接受信息有关的解剖结构 在接受语词性水平交往时用的是听觉，而对非语词性水平信息的接受所涉及的是所有的感觉。

4. 信息的反馈 这是指接受者将发送来的信息反应给发送者。此外，还有交谈者给与自身的内部反馈，包括自身对所传递的信息的听觉，以及躯体内脏感觉。

5. 来龙去脉 (Context) 也就是相互作用发生的背景。它是决定一种相互作用意义的最重要因素之一，因为它涉及第四度空间—时间以及社会行为特殊型式的组合，而当前的瞬间是独一无二的，既不是重复过去，也不是争夺将来。参与者的社会行为特殊型式的组合更增加了相互作用的专一性。

以上五种成分是发生交往所必须的。除此之外，Ruesch 概括了分享信息的三个过程：知觉作用、评价作用及传递作用。

知觉作用是指人们对感性刺激的选择、组合和解释其意义。一个人的需要、评价、信任及自我概念等都是决定个体如何对待其所生存的空间和环境的关键因素。例如，对饥饿的与饱食的食品店售货员对比研究的结果表明，饥饿的售货员在接待顾客时所受到的需要食物的知觉以及本身饥饿对食物的需要，两者汇合增加了食物的价值潜力。因此，饥饿的售货员自身就更需要食物。饱食者则不同。

不仅个体对食物、衣着、庇护、爱抚的需要影响知觉作用，一个人的评价、信任也决定着他对生活空间的看法。自我概念是一个人对自身的看法，一个“自命不凡”的人和一个“自惭形秽”的人，对世界的看法当然是不同的。

评价作用是指对知觉到的信息的分析，因此许多影响知觉作用的因素当然也可影响评价过程。

传递作用是指发送者给接受者的信息的实际表现。传递要有合适的信息通道，即传递信息的手段，如电话或报警系统等。当通道缺乏或不畅时就不能传递信息。

第三节 交往中存在的问题及其所产生的效应

在医生与病人的交往中常常存在着问题，即许多病人对医务人员给予他们的信息和劝告感到不够满意。Korsch及Negrete (1972) 指出，在实践中，医生—病人的相互作用常常使双方都感到不满意……而导致不满的许多因素中，最重要的就是交往不良。交往中存在的问题有的来自病人方面，也有起因于医生 (表9—3)。

表9—3 交往中存在的问题

从病人方面来看：1. 缺乏信息 2. 交往障碍 3. 记不住医嘱 4. 期望过高 5. 主动性受挫

从医生方面来看：1. 同情心不够 2. 信息不足

一、缺乏信息

病人需要了解自己生的是什么病？疾病会发生什么变化？应该采用什么治疗手段？疾病的后果如何？但往往不能从医生处得到足够的信息。Korsch 及 Negrete 对儿科病人的研究中发现，有1/5的母亲未能得到孩子生什么病的信息，有一半的母亲不知道孩子的病程有多长，这种情况在门诊及住院病人都有。事实上，即使是危重和濒死的病人也渴望了解自己的病状。但是，据研究表明，有80%的患者想了解真实病情，而有80%的医生拒绝告诉患者本人。多数医生主张“报喜不报忧”，没有喜讯则宁可支吾不说。所以，连病人也懂得“没有消息就不是好消息”。

二、交往障碍

这是指医—患间虽有信息来往，但是未被对方所理解，或者被对方错误理解。例如，病人常常不能了解医生及其他医务工作者常用的“行话”。这些技术用语可能对病人毫无意义，或者常被错误解释，如Korsch及Negrete报道，有一个病人认为“腰穿”(Lumbar puncture)是把药注入到“肺”(Lung)的一种手术；另一个病人把“潜伏期”(Incubation period)当作是把孩子放在床上的时间，还有一位母亲在听到医生说“探查”(Explore)时，并不知道她的孩子要进行开刀。他们调查了800名交谈者，约有一半以上的人存在这种情况。我国医生常用的“透视”、“里急后重”等术语，病人也并不能理解。另外，病人也有他们自己的习惯用语，特别是一些地区性的“方言”，往往使一些医生费解，如苏南的“沃寒”(读作wè sè)，北方的“迷糊”，都是含义不清的形容个人不适感觉的词，很难明确表达意思。

另外，医生与病人对同一名词往往会有不同的理解。Hawkes (1974)曾以一些解剖名词来研究医生与病人对它们的理解，发现医生对脑的正确位置的认识达100% (53名医生全部正确判断)，而病人正确回答的只有66.3% (图9-1)；而对坐骨神经位置的理解，医生的正确回答只有54.7%，病人只有22.2% (图9-2)。

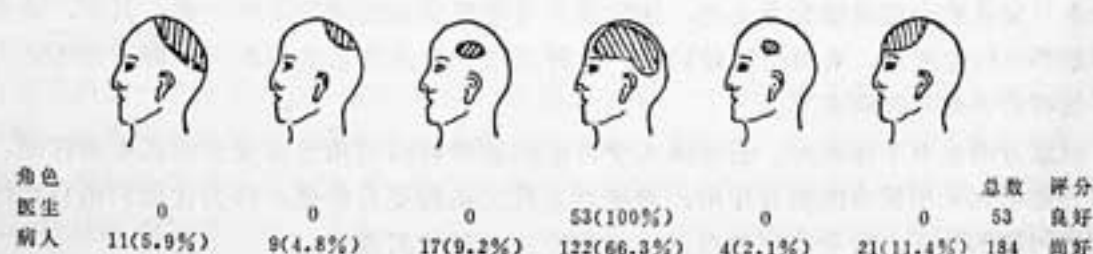


图9-1 医生和病人解释脑的位置的差异

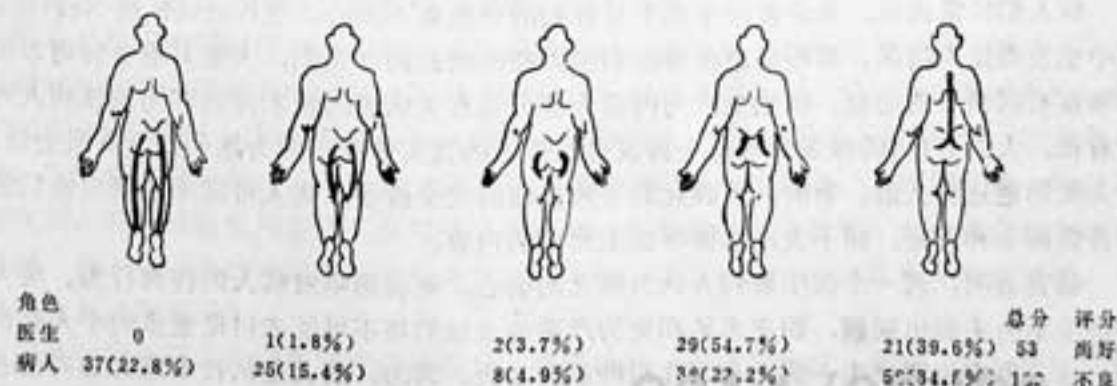


图9-2 医生和病人解释坐骨神经位置的差异

三、记不住医嘱

这是指病人记不住医生给予的信息或劝告。这并不奇怪，因为从人的记忆过程来看，短时记忆的储存量有限，若要长期保留则需要按照信息对个体的意义进行编码。在焦虑状态下，病人对所给予的信息很容易遗忘。研究表明，在咨询最后给予的劝告和教导较易遗忘，而被别人认为是不太重要的信息也不易保存。因此，如果在给予其它信息之前给予劝告或充分强调其重要性，则可明显地增加记忆（在一个研究中可增加44~75%）。还有比较全面地介绍信息，并有组织地归类也可改善回忆。再有，使用特殊的而不是一般的劝告也可增加记忆。有一个研究表明，特殊指令的回忆（如“必须在两个星期中使体重减轻5斤”）要比一般的指令（如“最好让体重减轻些”）高3倍。

四、顺从性低

顺从性是指病人对医嘱（包括治疗方案，生活指导等）的执行程度，是交往不良的最直接效应之一。有的研究表明约有40~50%的病人不执行医嘱（表9-4）。

顺从性低的原因多样而复杂，如给予的指令太复杂或比较含糊而引起的回忆不良，也是不服从治疗的原因之一；而更为普遍的，则是对交往的不满意。研究表明，病人对交往的不满意与对治疗的顺从性之间有直接关系。对交往满意的病人中有54%完全顺从治疗，而在不满意的病人中仅占16%，这是很大的差别。

五、主动性受限

这个问题在某些方面来看是与前面所述的问题有关的，它是指病人在与医生进行交谈时的主动性受到限制。Korsch及Negrete在分析了交谈的录音后指出，虽然医生认为他们对待病人的方法是“民主的”，但他们在实际上是扮演了主动的角色，所说的远多于病人，而病人则因主动性受限而处于被动地位。这样交谈的方式都是采用“封闭式”的问答，病人只要回答是与否，而很少有机会与医生进行讨论。这种方法带来的困难有二：首先，是因为开始进行交谈的内容就极为专业化，这样就有可能使交谈的问题不够全面；其次，是由于全部问题都由医生提出，有时会比较局限。这种方法完全违背古老的医训，即“倾听病人的诉说，他将告诉你问题所在”。

但这方面也有个体差异，有些病人宁可承担这种被动的角色而完全由医生来控制。应尽力使一些病人采用较多的相互作用，对他们发挥主动性更有价值，因为让他们用自己的想法来描述问题的所在，就会有可能会提示医生所应注意到的问题。

六、同情心不够

病人们经常诉说，有许多医生几乎对他们的病痛毫不关心。在Korsch及Negrete的研究中也发现这类情况。那些期望获得她们感兴趣的信息的母亲们，大概只有5%可以得到友好和富有同情心的信息。医生交谈的内容大部分是有关病患的技术性内容而忽视病人对问题的看法。大约有1/4的母亲没有机会诉说自己孩子的真实情况，因为她们既没有机会说，也没有人鼓励她这样做。有时，可因此而导致交往的完全破裂，病人可因不能表白他们所体验的苦恼而心神不定，而不去注意倾听医生所讲的内容。

研究表明，若一个医生被病人认为缺乏同情心，则将影响对病人的咨询行为。病人对这种医生不会去提出问题，而更多见和更为严重的是他们将不可能去讨论更多的个人存在的问题。这一发现说明医生—病人相互作用的双向本质。因为，病人是从技术能力和同情心两个方面来审视一个医生的，所以，他们只愿意对理解自己的医生进行交谈和接受劝告。

表9—4 不执行医嘱的病人的百分率(Ley1974)

医 嘱 内 容	人 数	不执行医嘱的	百分率(%)
一、服 药		范 围	平均数
1. PAS及其他抗结核药	20	8~76	37.5
2. 抗生素	8	11~92	48.7
3. 精神药物	9	11~51	38.6
4. 其他药物, 如抗酸剂、铁剂	12	9~87	47.7
二、饮 食	11	20~84	49.4
三、其它劝告			
如儿童照顾、产前运动	8	30~79	54.6
总 计	68	8~92	44.0

从以上所述的交往的问题及其效应来看, 交往的技巧是不能忽视的。如果病人没有理解医生的指令或感到医生没有真正理解或指出他们的问题所在, 则医生的临床知识和技能将无从发挥, 故治疗效果可以从下式来理解。

治疗效果 = 医生的临床知识和技能 × 病人的顺从性

有关对付交往中存在的问题的方法, 上面已经提到一些, 这里还有两点需进一步指出。首先是临床实践的一个基本功, 即医生应具有良好的交谈技巧。如果具备这一条件, 则有许多交往的问题就不会产生。其次, 医生与病人可能以完全不同的方法来看待同一问题, 这种差别也可以引起交谈困难。

第四节 与病人交谈的原则

在交谈的不同时期运用一些交谈技术是有价值的。

一、开始交谈

这是交谈的一个重要时期, 这时可以形成初步印象。一旦印象形成, 对双方的态度有持久的影响, 就医生方面来说, 致词对病人表示欢迎是很重要的, 必要时可以先从自我介绍来开始交谈。在这个时期中以一种“中性”的闲聊来松弛病人的紧张情绪, 对促使关系融洽是有用的, 但这不能为时太久, 因为病人是有目的而来, 如果不涉及疾患而谈别的, 就会使病人感到迷惑。另外, 也应注意分寸, 若医生的热情过度也会引起病人对医生的技术产生怀疑而增加不信任感。因此, 开始交谈的技巧也要注意个体差异。

询问有关临床的问题应该以“开放式”提问开始, 这是指一种不能用“是”或“否”这样“封闭式”的答案来回答的问题。采用“开放式”提问可以从病人的回答中继续提问, 但这种提问应让病人指出问题的范围。如问题可以这样提出: “您有什么不舒服?” “您为什么来找我?” 这样的提问的价值是可以使病人用自己的词汇来描述问题, 从而建立起一种鼓励交往的气氛, 若一开始采用直接式提问往往会封闭一些重要信息的领域; 也会使交谈形成固定的框框, 病人只能被动地回答一些极为专门的问题, 而很难进一步讨论和开辟新领域, 从而使交谈进入“死胡同”。

当用最初的开放式提问确定交谈范围后, 就可以进一步详细追踪。此时, 可以应用直接式的提问。若在交谈过程中需要开辟新的领域, 还可以进一步使用开放式提问, 例如, “您

还有那些不舒服？”这样就可以使一些很难在一开始就讨论的问题获得了讨论机会。

二、鼓励和促进交往

在交谈过程中，有时病人对某一问题感到很难继续叙述或回答而表现缄默。许多医学生往往因此而感到窘困，因为他们觉得这反映了自己的交谈技术不良或病人的接受能力不良。然而，缄默是有很多含义的，有时两人都保持缄默，可以伴有相应的非语词性交流，这样可能促使病人重新开始交谈；有时，这种缄默可以为病人提供思索的时机，使他们有时间来更换话题。

长时间的缄默是不合适的，应予避免。也有些病人对任何沉默都感到不愉快，这样就不应使这种状态继续下去，要设法打破沉默，可以试着进行劝说和提前直接发问。

在交谈时尽一切可能去鼓励交往是极为重要的。这种鼓励和促进包括语词性的和非语词性的，要使病人感到医生是有兴趣地在倾听并希望他继续下去。点头、轻声的应答、相应的短语以及足够的目光接触，都可能对会谈者是一种促进。在交谈期间，会谈者常常会以简短的一瞥来考察听话者领会的情况，来决定再说些什么。

交谈者对交谈的支配主要是通过发问来实现，他可以发出一连串的直接问题来控制交谈的进行。

三、给予支持和消除顾虑

交谈并非只是为了搜集资料而是两个人提出和讨论问题的场合。因此，交谈者必须对病人在交谈中产生的心理或其它问题表现出的心理反应有所认识，并给病人以支持。表示支持的最重要时刻是在病人流露强烈的情感之后，也可能是在一次对抗之后。支持的语词必须要有相应的支持态度。

有许多病人由于没有得到及时治疗而有一个较长时期的情绪不良。在此期间，给予支持有很大价值。“支持性心理治疗”就是用来说明这样一种关系。此时，临床工作者的作用对易感受的听取者来说是有效的。这种关系的目的在于使病人恢复到原先的平衡状态，降低对新的情境所产生的焦虑和恐惧，并有助于他们对应激情境的耐受。作为一种支持机制，它对指导病人顺利通过情绪不良时期有很大价值。

支持作用的另一个重要部分是消除顾虑，这在病人有焦虑或惊吓时特别有帮助。与其它支持方法一样，消除顾虑的语词也要伴有相应的态度，也要根据合情合理的证据。显然，消除顾虑不能采用毫无根据地编造出来的内容，也不能在有严重问题时说“平安无事”。这种“视而不见”的消除法，对医务工作者来说是省事的，也可能对病人有轻度改善，但从长远观点来看，它不适用于一些慢性或晚期病人，因为事实证明，在这种情况下使用消除法反而使病情恶化。

四、改善对信息理解和回忆的技巧

前面提及在医一患交往中存在着一些问题。Ley的工作表明，医务人员在采用以下技术时，可以不需要化费很多时间而起一定的积极作用。

1. 使用简短的语句和明确的词汇，可以改善对信息的理解，也可以改善回忆。据Ley报告可改善5~20%。

2. 明确分类，即交往者强调并把主要信息归类后再给予病人。如医生可告知病人有关诊断、预后，以及切合实际的劝告来告诫病人。Ley指出，改善回忆的变化在诊断方面为6%，劝告为38%。

3. 信息重复。反复交待信息可以增强理解和回忆,其效果与上一条相仿。

4. 具体和专门的劝告。它可以使30%的人回忆得到改善。

5. Ley 报道,医生对病人的额外访视(每7~10天一次,不超过5分钟),并给病人以有关他们疾病的重要信息,有80%的病人对这种交往表示满意;正常对照组(无额外访视者)的病人满意率为48%;有额外访视而谈一般问题时,病人满意率为41%。

6. 对病人有威胁性的治疗措施若事先给予信息,使病人有思想准备也有助于使病人感到满意。Janis(1969)及其他人对手术病人的研究表明,术前的信息可使术后适应改善,包括减少痛苦、挫折感,减少对镇痛药的需要和缩短住院日期。

(苏州医学院 徐斌)

第十章 护理心理学

护理心理学是研究护理工作中心理学问题的学科。它研究护理者与护理对象的心理学问题，并以心理学的理论与方法去解决护理过程中出现的有碍健康恢复的心理活动。因此，它应该包括护士的心理品质和修养，病人的心理，护理过程中的心理问题，以及解决心理问题的方法（心理护理）等。由于护理心理学的概念提出为时不久，国内外也无现成的体系可循，有些内容前面已有专章详述，这里主要介绍护士的心理品质，护士—病人关系，护理过程中的心理社会因素，心理护理等。

第一节 护士的心理品质

护士是人类身心健康的维护者。作为一个社会主义国家的人民护士，就应该具有政治坚定、技术精良、医德高尚的基本素养，才能符合人民的需要，为实现四个现代化作出应有的贡献。特别是生物—心理—社会医学模式的提出，使护理学越来越向一门独立学科发展，这就要求护理人员具有更广泛的知识 and 精湛的技术。

一、护士在护理过程中的主导作用

护理活动是在护士与病人之间实现的。从心理学的角度来说，护士在护理过程中起着主导作用。护士是影响病人和护理过程中的众多因素中最积极最活跃的因素，或者说它是主动的、能左右其它因素的因素。影响护理效果的原因是多方面的，但在很大程度上依赖于护士在病人心目中的威信。护士主导作用发挥的程度，以其在病人心目中的威信的高低为转移，因为同是一种护理方法，有的护士运用能获得较好的效果，而有的护士运用却没有什麼效果，或得不到同样的效果。护士威信的形成取决于很多因素，党和国家对护士的态度以及社会对护士的舆论是护士社会地位的基础。在护士完全取得社会上应有的地位之后，她的威信的建立就基本上取决于她本身的条件。

（一）高尚的思想品质、优秀的心理品质和业务能力，是护士获得威信的基本条件

护士应该做到：

1. 热爱党，热爱社会主义，忠诚护理事业，决心为社会主义护理事业奋斗终身。
2. 对病人有深厚的感情，有坚强的意志、良好性格和高尚的兴趣爱好，并具备灵活、机智等心理品质。
3. 努力钻研业务，有深厚、广博的专业知识和熟练的护理技术，能创造性地完成护理任务。

（二）护士的仪表、生活作风和习惯，对护士获得威信也有一定的影响

仪表大方、衣着整洁而美观，只有这样才能引起病人尊重和好感。生活作风和习惯并非微不足道的细节，因为对病人粗暴、简单，对事敷衍塞责，生活上懒散等不良习惯，不仅会影响病人的情绪，也会损害护士的威信。

（三）护士给病人的第一次印象，对护士威信的形成有重大影响

护士与病人初次见面，给病人留下的印象非常深刻。如果第一次见面时，护士表现惶恐不安、没有信心、举止呆板、精神不振，那么就会使病人大失所望。所以，护士应力求在开始就给病人留下一个良好的印象，为威信的建立打下基础。

护士的威信建立起来后也并不是一成不变的，它可随着护士本身行为的变化而提高或降低以至丧失。如有的护士原有威信，但由于业务上不求进步，工作不认真，护理质量下降，这样就不能维持原有的威信。恢复自己已丧失的威信，比开始获得威信困难得多。

为了保持和提高威信，护士需要有自我批评的精神，严格地要求自己，培养自己良好的思想修养和心理品质，不断提高自己的护理工作水平，克服工作中的缺点和错误，全心全意献身护理事业，这样才能得到病人和病人家属的尊敬。

二、护士应具备的心理品质

护士应具备的心理品质，也就是做好护理工作所必须具有的心理特点或条件。

（一）护士的兴趣

护士对自己所从事的护理工作应有浓厚而深刻的兴趣，这是创造性地完成护理工作的一项重要心理品质。护士对病人的身心健康，对护理知识和技术的研究的兴趣，是护士兴趣的中心。这种兴趣，不仅促使他们更好地关心病人、研究病人的需要、解除病人的痛苦，而且促使他们更好地积极钻研护理业务知识和技术，认真地、充满热情地从事护理工作。

护士的兴趣应该是多方面的，除上述中心兴趣外，对自然科学、文学、艺术、美学等也要有兴趣，因为病人来自各方面，有教授、科学家、教师、演员、工人、农民等。护士了解病人的职业和爱好，那么护士和病人之间就易于建立自然的，并富有情感的关系，在这种情况下就便于护士熟悉病人和有效地影响病人。

（二）护士的情感

热爱病人，期望病人康复，是护士情感生活的重要方面。

护士对护理事业的忠诚，表现在她对护理工作积极热情的态度和对病人真心诚意的爱护和关怀，它与党和人民委托自己保护人民身心健康的社会责任感、荣誉感有关，也同护士对护理工作的浓厚兴趣有联系。热爱病人的护士才能受到病人的尊敬和热爱，这样又可以使护士感到乐趣和幸福，鼓舞他们克服困难，更加努力工作。

护士的情感对病人有直接的感染作用，特别对暗示性强的病人，这种感染作用更为突出。护士良好的情感品质是更好地完成护理任务所必需的。

护士在工作时必须保持稳定、振作、愉快的情绪，从自己身上焕发出生命的光辉，唤起病人对生活的热爱，以分散其对病痛注意力，增强其战胜疾病的信心。

一个优秀的护士，不但需要有利于病人的健康的情感，也要善于表达内心的情感，有效地去感染病人。对不同心理状态的病人，恰当地运用表情、姿态、语言等是很不容易的，这是护理工作的艺术。

（三）护士的意志

护理工作中遇到的困难很多，如果没有克服困难的意志品质，就不能很好地完成护理工作。

1. 护士完成护理任务的明确目的性和力求达到这一目的的坚强意向，是动员自己的全部力量以克服困难的内在动力。这种意志是与世界观的发展直接联系的，是以献身医疗卫生事

业的志向和革命人道主义精神为基础的。它表现为旺盛的工作精力和坚韧不移、知难而进的毅力。

2. 护士的果断与坚定性是意志品质表现的又一个方面,它直接影响护理工作的效果。果断性是深谋远虑和当机立断相结合的产物,是建立在坚实的医学理论和丰富的临床护理实践基础上的,是与敏捷的思维力相联系的。护理工作范围广、内容复杂、要求高,特别是在争取抢救病人生命的重要时刻,采取必要护理措施的态度要坚定,行动要果断,既不能草率从事,以免产生差错和事故,又不能优柔寡断,以免延误抢救的时机。

3. 护士的沉着、自制、耐心和一贯的坚持性,是有效地影响病人的重要品质。沉着,表现为遇事忙而不乱、有条不紊。自制,表现为善于控制自己的情感,抑制无益的激情和冲动。不使病人的情绪影响自己,特别遇到病人病情危急或急骤变化时,不能惊慌失措、悲伤流泪或焦急不安,否则会影响病人,增加病人的疑虑或恐惧。耐心,表现为不以粗暴态度对待病人,对不合作的病人,要耐心说服,但还必须使病人知道面前的护士是一个有坚定性格的人,是不会放弃原则的。

(四) 护士的护理工作能力

能力是直接影响活动效率,使活动能顺利完成的心理特征。能力有一般与特殊之分,一般能力是指一切活动中所必需的基本能力即智能,包括观察力、记忆力、想象力、抽象概括的思维能力,其它还有言语能力、组织能力等;特殊能力是指人在专业活动中表现出来的能力,如熟练的护士能凭手指的感觉来感知肥胖病人的静脉,穿刺时可以“一针见血”。这里主要介绍一般能力。

1. 观察力 观察是一种有目的、有计划的知觉,是人对现实认识的一种主动形式。观察力是发现事物典型特征的能力,是一种稳定的心理特征。

护士必须有敏锐的观察力,以便在护理过程中及时发现病人的轻微变化,从而判断其心理活动。观察之所以重要,是因为人从外界接受的信息中,80%以上来自视觉。在护士与病人的交往中,非语词性交往的信息,如姿态、表情、眼神、手势等都是通过观察来了解的。在实际交往中,观察更胜于询问,因为在回答中可以“言不由衷”或“答非所问”;而仔细的观察往往能取得较为可靠的信息。敏锐的观察力对于促进良好的护士—病人关系是不可缺少的。

2. 记忆力 记忆力是人脑反映既往经历过事物的能力。记忆功能是储存和提取人的实践经验。护士要熟悉各种药物的配伍禁忌,要记住各种毒物的抢救措施,在病房中对每一病人的病情需要有较为详细地了解。在大量的信息面前,没有良好的记忆力和科学的记忆术是难以完成的。手术室器械士在各种不同手术的不同步骤中准确无误地递上合用的器械,这也需要有良好的记忆力。

在记忆中储存的信息包括词与表象两大类,表象是以往感知过的事物形象的反映,知识和经验则以词的形式保持。不同的职业要有不同的表象能力,如音乐家需要良好的听觉表象能力;画家对色彩,建筑师对线条、形体、空间配置有独特的表象能力。医护人员则需要有视、听、嗅、触等多方面的综合表象能力。对观察到的现象作分析,就需要与记忆中的既往经历相比较。

3. 想象力 想象是人脑在原有表象的基础上加工改造形成新形象的心理过程。人的任何心理过程都离不开想象。想象曲折地反映着客观现实,同时又超越客观现实,从而帮助人理解到抽象的原理和不能重现的事物。医学的特点是客观、严谨、求实的,这就需要科学幻想

据和合乎逻辑的想象。当前的计划护理,就是设想要通过这些步骤来达到满足病人恢复健康需要的目的。护士对病人在接受心理护理时的心理活动,以及仅用不同的护理措施可能产生的后果的想象力,对创造性地进行工作有很大的影响。具有丰富而有预见的想象力的护士,不仅能了解病人的病情、心理状态,而且能根据病人的特点预料他们的发展动向,给予某种护理影响,并获得预期结果。

4. 思维力 思维是人脑对客观现实的间接和概括的反映,它使人对客观事物获得规律性和本质特征的认识。思维力是智力的核心,是智力水平的标志。护理工作不是千篇一律的,护理条件不可能毫无差异地重复出现,也不会有两个完全相同的护理对象存在,就是同一个病人,在不同时间,身心状态也不相同。护理工作必须因人因时而异,对不同的病人采取不同的护理方法,这就体现了护士思维的独立性和创造性。工作中要经常探索新途径和新方法,培养创造性。

社会在不断地向前发展,护理科学也在不断前进,因循守旧和固步自封的人是很难胜任护理工作的。护理人员要善于接受新鲜事物,不断学习新的理论和新的技术,才能使自己的工作有生气、有活力。有些护理人员对自己的工作感到厌烦,因为他们成年累月地、机械地重复同样的工作,他们对护理工作是不会有兴趣的。有创新精神的护理人员情况完全不同,他们在日常的例行工作中随时创新,对自己的工作精益求精。

护士思维的独立性和创造性,还在于不论对自己的护理经验或其它人的护理经验,都有分析、批评的能力,虚心学习好的经验及吸取教训。

5. 言语能力 言语交往是护理工作中的重要手段。所以,言语能力在护理工作中具有重大的意义。护士的言语应当简单明了,内容具体、亲切而有感染力,善于联系病人的思想实际,适合他们的理解水平。护士说话应考虑对病人的影响,通过交谈建立起互相了解和信任的良好关系,从而使病人能更好地与医务人员配合,增强疾病治疗的信心,主动接受治疗和护理。

6. 技术操作能力 护理工作包括生活服务和技术服务两大类。技术服务包括基础护理、专科护理、技术操作及各种治疗工作等,所有这些工作都是通过护理人员的双手施加于病人的。所以,熟练的技术操作能力是护士的重要心理品质之一,也是实现护理任务的重要关键之一。

7. 组织能力 为了保证护理工作有条不紊地进行,为了建立良好的病区集体,护士应具有多方面的组织能力。组织能力包括对人的调动和对物的安排两方面。不论在个人护理操作还是集体抢救中都需要高效率的组织工作。

8. 全面掌握和运用医学知识的能力 以往的护理工作是执行医嘱,这就如同工程中的设计与施工的关系,要执行医嘱就要理解医嘱,并且根据病人的具体情况来实施医嘱。现代的护理工作则需要护理诊断订出护理方案来实施护理。这些活动就要求护士要全面掌握医学知识并结合病人具体情况加以运用。

以上各种都是护士的基本能力,任何护理工作的完成都需要各种能力的结合。

(五) 护士的气质与性格

气质是人的典型的、稳定的心理特征,它使一个人的行为具有特色。任何气质类型都有积极与消极的方面,故气质不应以好坏来区分,而且气质并不决定个人活动的社会价值和成就高低。气质虽然在很大程度上受遗传因素影响,但是经外界环境影响及主观意志努力,原

来的气质可被掩盖或转换。因此,护士在工作实践中应吸取各种气质中的优点,塑造成一种既热情又冷静,反应快而处理稳,富有同情心而不轻易动感情的优秀护士的气质。

性格与气质关系密切,它表现人对客观现实的稳固的态度以及与之相应的惯常行为方式。在性格的形成中后天因素,如环境、学习、经历等较占优势。一个优秀护士的性格应该是认真负责,热情理智,勤奋坚毅,耐心细致,灵活果断,沉着镇定。

第二节 护士—病人关系

研究护士—病人关系的目的是帮助病人解决目前的健康问题或满足健康需要。其具体目标可以是改善、恢复或保持健康,还包括指导保健和对付应激的策略。这种关系包括相互的作用,在治疗方面有时期和作业的特征。交往是这种关系的基础和整个过程中的主要手段。

一、角色和角色关系

(一) 护士角色及病人角色

当一个人自我介绍是护士时,别人就会有某种行为上的想象和期待,因为“护士”一词意味着特殊的技巧和行为。护理,就象其他社会角色一样带来行为的社会性预期。对护士角色的社会预期的解释是因人而异的。

按传统的看法,护士角色意味着特殊的关系技能、技术技能及象征。关系技能包括对病人的处理、帮助和管理;技术技能是指一般护理技术,急症病人的处理及医嘱的执行;象征就是传统的护士服饰,白衣、白帽、白鞋、白袜等,“白衣战士”就是这种象征的集中表现。

病人也是有社会期待性行为的一种社会角色。每个病人都有个人对护理行为的期待,而每个护士也对病人行为的期待有所不同。按传统的概念,病人角色就是听从医生、护士的话。其它的期待包括受照顾,受限制等。传统的住院病人服饰也是医院规定的。

目前,护士与病人的定义和角色期待都在变化中。护士被期待要对她自己的行为负责,这种行为包括扩大的角色和独立完成工作。她与其他医务人员及病人一起协作来帮助病人满足需要。如今,护士的技术性技能已高度专门化,并且需要更为广泛的知识基础。其服装也是由情境来决定而很少有象征性,如儿科护士可以穿得漂亮一点,手术室也可以着浅蓝色或其它颜色的工作服,“白衣”已不一定是护士的象征了。

医—患关系中共同参与模式的提出,使病人从被动服从而转入到可以参与促进和保持自身健康的活动。在明确其健康需要的目标后,具体的措施手段应征求病人的意见。

(二) 交互的护士—病人角色

护士—病人关系是受护士及病人双方的角色期待及行为所影响,如护士是怎样看待她的护理角色并履行这种角色去影响病人的,病人如何看待自身的角色及其影响护士行为的反应。如果护士感知她的角色是照顾病人,则病人就要接受护士的照顾,以满足她的角色需要。病人对帮助的反应,鼓励护士进一步的帮助。护士—病人关系是交互的,双方都有同等的影响。每个角色需要角色的补充物;没有病人就不成其为护士,而病人必须有一个健康监护的指导者与责任者。

每个护士及病人对其自身的角色有不同的概念,而交互作用可资补充。这就造成了角色规定中错误理解及冲突的可能性。由于护士及病人双方的角色定义及功能正在变化,就大大增强了这种可能性。

一个护士的传统角色和职能与现在的说法是不同的。新的护士角色需要适应病人的角色及行为。护士要给病人服药,其角色概念包括给以信息的应答。为达到这一目的,病人可以询问有关服用药物的信息。传统的护士可能不乐意接受病人具有这种获得信息及自行抉择的权利;而要对自己健康负责的病人又不愿意服用缺乏这方面信息的药物。反之,当一个护士认为她的角色是病人的共同工作者时,反而会对那些请求和期待她来作出一切决定的病人感到不满。

如果护士和病人是通过共同工作来达到病人的目标,则角色期待、行为需要相符合。从理论上来看,要达到这样一种相符合的关系,护士和病人可以从讨论有关自己以及相互的角色和行为的看法开始,由此可以达成有关在相互关系中各人如何去做的一致意见。在实际上,一开始的讨论是受到参加的护士和病人以及情境的限制。当有公开的角色冲突时,则要通过角色和角色期待的讨论来解决。

(三) 病人角色的适应

当人们在生病时向病人角色转变或病愈后转向正常时都有一个角色适应的问题,适应不良往往导致心理变化。识别病人在角色适应过程中的不良心理反应,以及帮助病人更好地适应角色是护理心理学的一个重要课题。

从行为角度来看,病人角色的适应不良可以分为以下几类:

1. 角色行为冲突 一个人在病人角色适应过程中,与原有角色发生冲突引起的行为矛盾。
2. 角色行为减退 这是指由于突发事件激起新的角色行为而使病人角色行为减退。
3. 角色行为强化 在病人角色适应过程中发生行为退化,安于“现状”,不愿康复。
4. 角色行为缺如 没有意识到或“否认”自己是病人,没有或不愿进入病人角色。
5. 角色行为异常 病人对疾病缠身感到悲观、失望,这种不良心境导致行为异常。

帮助病人适应角色转换是护士的任务。为此,护士首先要了解病人的个性特征、生活习惯和需要;了解其角色适应不良的表现和原因,以便结合具体问题加以解决。其次,应以自己的良好品质、娴熟技术、亲切态度和广博知识取得病人的信任,这有利于病人角色的适应。再次,病人对护士有着角色期望,护士只要真心诚意地为病人服务,就可以帮助病人角色的适应。最后,护士应该在入院时主动给病人作医院的规章制度、作息时间等具体的指导,使病人有一个良好的“第一印象”。这是非常重要的。以后,要随时对所发生的问题给予及时指导,包括情绪、情感等各方面的指导。

二、治疗性护士—病人关系

治疗是护士—病人关系中的一个重要方面。不论这种治疗关系是一过性的,还是以日、周、月来计算,其程序总是恒定的,包括开始、工作及结束三个时期。

开始期,护士要作自我介绍,并说明治疗的目的,这个阶段的关系是通过明确治疗的方式,约定治疗时间等来建立。一般的目标常常是促进病人恢复健康;而特殊的目标则决定于关系的双方。在此阶段,护士还通过观察行为和倾听诉说来了解病人。观察涉及外表、风度、爱好、能力等方面;倾听则包括交谈的内容、含义、情感以及词和行为的协调性。如果护士判断准确,就可以建立可靠的关系和进行帮助。

工作期,就是接着上述的内容,护士在此期间协助病人扩大自己的知觉和理解,并使之转换成行为。病人的知觉扩大后,就会知道他要做些什么,在何处做,如何做和与谁一起

做，以及这对他有什么意义，他感觉如何。

帮助性的护理行为就是给病人以情绪上的支持。这种情绪上的支持就是以直接的方式给病人以服药、其它治疗、家属探视等方面的援助。至于听取病人的倾诉，纠正病人不正确的理解及作信息反馈，亦是交往的形式。情绪性支持还包括证实病人的精力和体力，即包括象应付技巧等过去工作时运用的实际的和潜在的能力，以增强病人的信心。

三、治疗性护士—病人关系中的交往技术

交往是发展护士—病人关系的主要手段。本书在第九章中曾专门讨论。这里再简单地作些说明。

交往是一种至少要有两人参与的循环过程，即一个人发出信息，另一个人接受，在交往中双方都是交替地既发送信息又接受信息。

这个过程本身是简单的，但是由于个体的知觉、解释及推理的不同而使它复杂化。交往过程受主观影响，不同的人对词有不同的理解；组织信息的能力和保持言行一致方面也有差异；双方的心境，还有物理环境、文化、发音水平、健康状况、角色、发送者和接受者的关系等也有影响。

交往过程中的技术和技巧影响护士—病人关系的发展。信息可以是语词性和非语词性的。交往的技术，包括使护士了解病人的信息以及护士发送自身的信息（表10—1）。

表10—1 非语词性及语词性交往技术

	增加了解的技术	发送信息的技术
非语词性交往	注视 观察 倾听	体势语言 面部表情 躯体姿势 手势 身体距离 目光接触 动作 活动水平 触觉 沉默
语词性交往	引导 直接与间接 集中 阐明 重申 沉思 证实	鼓励性语词 提供信息及教导 反馈 评论 责难 对抗 支持 倾听 描述 自我分担 总结和终止

第三节 护理过程中的心理社会因素

在护士对病人进行护理的每个环节中都存在心理问题，这里仅提出以下几点加以说明。

一、对护理实践有影响的社会—文化因素

虽然在照顾病人过程中，所有的社会—文化因素都在起着作用，但下列因素更有意义：

①语言；②家庭组织型式；③睡眠和个人卫生的方式等。

（一）语言

语言是交往的重要手段。但是，在进行语词性交往时存在着不少问题（参见第九章）。医务人员（包括护士在内）有时在病人要想说而还没有说之前，就由于了解实情而下了结论。这常促使病人感到他的要求不会得到完全满足而激怒。另外，如果病人由于方言而与护士间不能相互了解，就需要通过其它方式来表达。

（二）家庭组织型式

了解家庭组织型式与对病人采取护理方式有重要关系。应该了解，这个家庭中谁是主宰者；在家里有人生病等家庭危机时，谁来承担责任；家庭成员之间的关系如何。在我国目前生活中的家庭构成，较多的是一夫一妻、上有老、下有小的结构；起主宰作用的则有妻子当家、丈夫当家和共同当家三种。当家者患病则有较多的焦虑情绪，因为他（或她）要考虑家庭安排、子女教育等。非当家者患病，在生活上的自理能力要差些，但对家务杂事考虑就不多。

家中有人生病对家庭会带来一定的影响，其程度部分取决于病人在家中的角色。有人指出，母亲患病要比父亲或孩子患病对家庭的影响大，这是由于母亲给家人以主要的精神支持。这一点与我国家庭的情况也是相符的。在目前，独生子女患病对家庭的影响的程度也会有所增加。

（三）睡眠和个人卫生的方式

在进行护理时，了解有关病人睡眠的情况也是有用的。例如，有人每逢更换环境就要失眠，有人则随遇而安，对前者在入院的头几天就应给予一定的药物以帮助其休息好。关于个人卫生习惯也应了解，在适当范围内予以满足，也有助于病人角色的适应，如洗澡、理发、洗头。有些老年人（特别是男性），一星期不洗澡会出现皮肤瘙痒。

二、如何判定病人对疾患的情绪反应

心理学家 Sartain 指出，情绪可分四个方面：

（一）个人的情绪体验

这是一种个人意识到并且可以用语言来描述的情感。例如，“我感到非常愉快”，“我高兴得跳起来了”，“我气得直想哭”。但是，描述情绪的能力和措词因表达能力的不同而各异，有人能说会道，有人不善表达。因此，护士不仅要关心病人说些什么，更重要的是还要了解他为什么要这样说。

（二）通过机体变化来表达的情绪

这些机体变化包括机体遇到危险时的警觉和恢复到平衡状态。它们是植物神经系统及内分泌系统所引起。例如，焦虑时伴随的生理变化有颤抖、不安、睡眠障碍、食欲不振甚至厌食、注意力不集中，易激动以及植物神经系统不平衡的症状，常见为脉搏、呼吸加快，血压升高，尿频及胃肠运动障碍（蠕动增加或减少）。焦虑还可引起恶心、呕吐、腹泻、腹胀和便秘。

(三) 可观察到的伴有行为改变的情绪

这可以认为是一种非语言性交往。骨骼肌的紧张与松弛可提示一个人的情绪状态,如恐惧时肌肉紧张以准备搏斗或逃跑。这些行为(有时还包括机体机能改变)随情绪变化而迅速改变。据报道,有一个18岁青年,胸片示右肺下叶有一境界清晰的阴影,即进行手术切除。术后病人及其双亲均极为害怕,病人一言不发,仰卧床上,眼望天花板,紧握双拳,全身高度紧张。深呼吸、咳嗽、翻身等,都使他感到比平时更为疼痛和困难,手术侧肺叶扩张很慢。一切企图消除其顾虑的措施都毫无帮助,但当手术医生告诉他:“病理切片报告已证实肺上是一个良性肿瘤”时,随着病人情绪的转变,全身明显放松,对自己的机能恢复也关注了,这些行为反过来证明,此时病人的恐惧已经消失。

行为表现对于证实一个不说话的病人情绪状态来说更为重要,因为人们总是要诉说自己的情感的,但有人不知道别人是否愿意听,有人则不能开口(如插管、气管切开)。在这种情况下,面部表情是一种很好的提示,在日常生活中经常会遇到的“笑逐颜开”,“喜上眉梢”,“板着脸孔”,“狡黠的目光”等,都是无声的语言,但是对此要作具体而细致的分析,因为面部表情有时可呈现假象,如“故作镇静”,“强颜欢笑”,“做一点脸色给人看”等。

另外,手与机体的运动也可表达情绪。如“紧握双拳”表示抑制愤怒,挥动拳头则表示公开的愤慨,疼痛时往往抓住物件不放,“扼腕”表示事情很棘手,“来回走动”说明决心未下,在床上翻来复去就是“辗转不安”,拍拍别人肩膀或捶上一拳则是表示高兴。还有步态、姿势也反映一个人的情绪,躯体挺直、步态坚定给人的印象就是健康和情绪饱满;反之,垂肩、低头、走路拖拉,给人以压抑的感觉。讲究仪表和修饰的人,可以从这方面来反映其情绪。

(四) 动机表达的情绪

眼泪当然也有笑出来的,但流泪在多数情况下是痛苦、悲伤、失望、气愤等“不良”情绪的表现。当我们看到一个哭泣着的成年病人,就应想到这可能是一种患病时的“退缩现象”的表现,就要设法了解病人“为什么要哭,通过哭来表达什么?”“这个病人是经常爱哭,还是不常掉泪的?”此外,还有叹气、尖叫、呼喊、呻吟等与哭泣有类似意义。尖叫、呼喊在妇产科病人较多见。

欢笑与幽默如果出乎自然当然是表示愉快和高兴,但有时却可以代表病人内心的恐惧,因为“幽默”也是一种心理防卫反应,通过一个笑话来回避自己的痛苦情感,就象剧作家使用幽默的情节来消除悲剧中的紧张气氛一样。

关于情绪状态的临床评定,许淑莲等(1979)在针刺麻醉效果研究中,对手术病人主要根据其表情、动作、语言活动三方面的表现,划分为镇静、一般、紧张三类(表10-2)。具体内容如下表。

表10-2 手术病人情绪状态的临床评定

临床表现		表 情	动 作	语 言
情绪状态	一 般	安静、自然、有时有笑容	与手术室要求配合、协调自然	应答自如、答语切题
	兴奋性紧张	易兴奋、眼睛东张西望、不易闭合眼睑	肢体不必要的活动、动作过头	话较多,主动说话、问话
	抑制性紧张	易恐慌不安、紧张、呆滞、神郁、不敢看人	动作僵硬、不协调、肌肉发紧、持索	话少,答语简单、生硬、不愿作答
一 般		介于镇静、紧张两者之间		

(许淑莲等, 心理学报1:77, 1979)

三、通过护理干预减轻病人的心理紧张

南丁格尔曾在《护理要点》中强调，护士需要认识和改善病人的焦虑。她写道：“忧虑、不肯定、等待、期望、意外的恐惧对病人的伤害要大于任何用力。应该记住，他（注：病人）与他的敌人（注：疾病）始终面对面地在内心对峙着，并与之作着长时期的想象的对话。你要想做事，那末，第一条法规就是快点把他从对手那里解救出来”。

一位精神病学家Wertham(1952)结合他自己作为病人时的经验提出怎样去帮助一个病人的意见：“内、外科病人需要有关他们必须怎样做，他们所身受的体验是什么含义的心理学劝告；他们需要对其期待的事件有心理准备；他们需要有关使他们尽可能更好些的指导。”他还罗列了对抗治疗的议论。有时这些意见是开玩笑的，有时是给予信息的。提出议论者的目的是使病者消除疑虑。例如，医生告诉病人说他患了血栓性静脉炎，尽管这是发生在腿上而很少影响上肢。在此以前，这个人从来没有想到过这种病会在上肢发生，但他在听到这种说法以后，确信他的上肢发生了血栓性静脉炎，而且躺在床上从内心来检查自己是否有这方面的体征。

消除疑虑是指恢复或重新建立勇气和信任。护士怎样通过其护理实践来帮助病人再获得勇气和信任？在这里应强调的是，病人重新获得勇气和信任，并不是护士赋予他的，而护士只是通过她的行为来施加影响。

消除病人的疑虑往往是困难的，有时要直到病人知道其治疗结果时才能成功。譬如作腹腔镜检查，病人的疑虑有时很难消除，要到操作完毕才能消除。

护士可以通过以下手段来增强病人的信心。

1. 帮助病人纠正其理解错误和概念错误。
2. 鼓励病人协助自己工作。
3. 帮助病人察觉到细小的进步。
4. 矫正病人的行为。
5. 关心病人的个性及环境。
6. 及时通知有关治疗计划改变的信息。

护理中另一个必需的技能是使用有目的的交谈。虽然所有的交谈都是有意义的，但这里所说的是指对改善病人情绪所必需的。有意义的交往是护理过程的基本部分，因为它可以收集信息、确定问题、安排行动计划和评价效果。

有目的的交谈的第一步，就是建立一个真实的有根据的目标。其次，交谈就是会话，既要听词还要会意。交往只是在发送和接受的信息相同时才能发生，除了倾听之外，还要询问开端的问题。表示沉默也可能会使某些人开始诉说自己的困难和问题。在照顾危重病人时，在交谈中应注意不要过分消耗病人的体力。有些重病人希望有人静静地坐在床边，家属或亲友如能做到这一点，对这些病人来说是“此时无声胜有声”。

有目的的交谈是护士用来与一个病人建立治疗性关系的手段，即通过有目的的交谈来证实病人痛苦所在，并在可能时以相应的措施予以改善。可以运用交谈来与病人交换信息，来了解病人的期待；来确定他已经知道了什么，还想知道些什么；了解有关病人的家庭、工作或生活条件，以作为计划护理的依据；在急性病恢复期或慢性病患期间，交谈可以增进病人康复的信心。长期患病的人，有一个友好的交谈者可以使其寂寞的生活增添生气。交谈也是一种重要的社会支持，有针对性地很好的运用可以给各种病人以心理上的安慰，鼓励和支持。

四、药物的心理效应

在护理过程中,进行药物治疗也是一个重要环节。药物通过其药理作用对机体的生理机能发挥作用而达到治病的目的,这是药物的生理效应;另外,药物还可通过非生理效应,以“接受药物治疗”的方式,在病人心理上引起良好的感受而导致疾病的好转,即药物的心理效应。一般认为,药物的心理效应与其药理作用无关,但也有借用药物的生理效应来强化言语暗示,这在作暗示性心理治疗时可以体现;另外,给药时的言语和态度也可以通过心理影响而改变药物的效应,这就与护理过程有一定关系。例如,有时药物的心理效应可以强到抵消其药理作用的程度。Wolff曾用胃管将催吐剂“吐根”给病人灌胃,配以言语暗示(说这是一种有效的止吐剂),结果在30分钟内使恶心、呕吐消失;1小时后又出现恶心于是再灌一剂,15分钟后恶心又复消失。

药物的心理效应在对症性药物(以消除症状为主的,如镇痛、镇静、安眠、助消化等药物)较多见,而在对因性药物(以消除病因为主的,如抗生素、抗寄生虫药、解毒药等)则较少见。

药物的心理作用并非每人都一样,它与病人的人格特征,心理状态,服药时的心情,医护人员的语言态度有密切关系。

语言暗示对药物的心理效应影响极大,可以通过语言加强其效应,也可以通过语言消除其不良效应。有时还可以用药物来加强语言暗示。

安慰剂(Placebo)是指对病人起安慰作用,胜过其实际治疗意义的药物。过去只是给病人一剂无害的惰性药物,对病人发挥一些心理上的抚慰作用,有时可引起意想不到的疗效。如Evens等(1939)在治疗心绞痛时发现,66个病人中有25人(38%)服安慰剂(碳酸氢钠)而缓解疼痛;Beecher(1955)统计15篇论文中,1,082例以安慰剂治疗的病人(包括头痛、咳嗽、晕船、伤风)服安慰剂有效者达 $35 \pm 2.2\%$;Traut等(1959)在426例各种风湿患者中发现其中340例对安慰剂有效,占79.5%;Wolff(1959)报道,一位27岁的慢性哮喘病人持续发作17年,任何药物无效。后服用×厂“特制”的平喘药后,发作停止,停药后又复发,再服又止,反复多次均如此,最后该厂宣布此药实际上是安慰剂;有人用甲氧咪胍治疗十二指肠溃疡631例,治愈率达71%,用安慰剂治疗311例,治愈率也达37%;近来有人说,约有1/3病人在用安慰剂后可获得显著的缓解疼痛的效应。不仅是药物,就是情境也可起到安慰剂作用,有人研究用X线照射垂体治疗高血压,17例经照射后有68%血压下降显著,但同时让17名类似的病人进入X线室,走过照射处稍加停留而未加照射(病人以为照过)有14例血压下降,占77%。

安慰剂的效应是药物的条件反射,由于各人的生活遭遇、经历、文化水平、社会生活实践、精神状态、病情、病程都不相同,对条件刺激的反应也不同,所以并非对每个人都有效。还有一种原因是由于病人与医护人员都强烈盼望药物产生他们所期望的效应的心理活动。另外,环境条件也可改变药物效应,特别是情绪与行为方面的效应,如有人报道用药物治疗焦虑、紧张时,住在收费比较便宜的医院要比住在高级医院中更为有效。安慰剂还可能产生具有复合机制的效应,例如脂蛋白的降低,嗜酸性白细胞数的改变等。因此,有些学者认为,可以将病人分成安慰剂反应者及不反应者两类。所谓不反应者,也只是在特定条件下,一定的症状对某一安慰剂不起反应,故使用安慰剂应选择适当的时机。

在临床实践中,医护人员与病人都是自觉或不自觉地在使用和接受安慰剂治疗,例如左

疾病诊断不明确或误诊情况下用药，实际上就是安慰剂，关键是如何用得更为妥当，更有利于疾病的恢复。

1. 要评价、确定新药，必须排除药物的安慰剂作用。因此，用安慰剂作对照不是拿病人作试验；反之，不经安慰剂对照而广泛盲目使用新药，反而是对病人不负责任。

2. 交替使用安慰剂和药物可以减少药物的毒性和副作用。

3. 用以治疗某些以自觉症状为主的慢性病，如安慰剂的镇痛、抗风湿有效率为59.6%，并不亚于水杨酸酰胺（60.6%）及阿斯匹林（56.3%）。

4. 用安慰剂作保护性医疗，减少病人痛苦。有些疾病如癌症、多发性硬化，在缺乏有效药物和治疗措施时，若医护人员说：“这种病无法治疗”，就会引起病人绝望。此时，使用安慰剂来解决病人精神上的痛苦，往往比较合适。病人焦虑不安愈严重，疼痛愈剧烈，愈渴望解除痛苦，则安慰剂的疗效愈佳。所以，Wolff说：“安慰剂是医护人员关心病人的讯号，给安慰剂等于对病人说‘我是非常关心你的’。”

安慰剂虽是药理惰性物质，如生理盐水、淀粉等，实质上并无毒性，但在临床上却发现各式各样的副作用与不良反应，有的还比较明显，一般均以主观症状为主，如头晕、头痛、困倦、恶心、心悸、萎靡、食欲不振等，甚至有腹泻、震颤、皮疹等，其症状往往与药物治疗组相同，这可能是病人间的相互影响（暗示）。Diehl（1940）研究感冒疫苗时发现，皮下注射生理盐水作对照时也有头痛、头晕、精神萎靡、失眠等反应，反应率达70%。用乳糖作安慰剂对照治疗感冒时，也曾出现腹泻、恶心、眩晕等。产生不良反应的可能原因有：①药物暗示（过去经验）；②病人相互影响；③病人填表时暗示（诱导式发问如头晕吗？耳鸣吗？）；④与其它疾病偶合，如乳糖的反应可能是使溃疡病人产生腹痛。

护理工作中正确掌握安慰剂的应用，对心理护理是有重要意义的。为此就要观察和了解病人的特点，选择给药的时机，配合恰当的言语暗示，摒除不良反应的影响，使安慰剂得以发挥最大作用。

第四节 心 理 护 理

心理护理迄今尚无公认的定义，一般认为，凡在护理过程中，通过行为的或人际关系的影响，改变病人的心理状态和行为，促其康复的方法，均可归入心理护理范畴。

一、心理护理的目的

人在患病后，由于社会角色的转变，住院后由于环境改变，都会产生病人特有的心理需要和反应。护理者在与病人交往过程中，通过自己良好的言语、表情、态度和行为，去影响病人的感受认识，改变其心理状态和行为，这就是心理护理的目的，具体地说，就是：

1. 解除病人对疾病的紧张、焦虑、悲观、抑郁的情绪，调动其主观能动性，树立战胜疾病的信心，积极与疾病作斗争；

2. 帮助病人适应新的社会角色和生活环境；

3. 帮助病人建立新的人际关系，特别是医—患关系，以适应新的社会环境。

总之，通过心理护理，要尽可能为病人创造有利于治疗和康复的最佳心身状态。

二、心理护理的程序

根据信息论、系统论、控制论的观点，把心理护理的程序分为六步：①病人的心理需

要：②病人的心理反应；③病人心理信息的收集；④病人心理信息的分析；⑤病人心理问题的解决方法；⑥心理护理效果的评价。其相互关系如图10—1。



图10—1 心理护理的程序及相互关系

（一）病人的心理需要

人的需要可以用各种方式来分类，一般把病人的基本需要分为五种：

1. 躯体需要 是指生理病理上的需要，它包括住院病人在治疗和护理上的一切需要，如对氧和二氧化碳的交换，休息与活动，饮食与排泄等。
2. 感情的需要 由于患病住院，处在陌生环境，接触新异事物（如仪器监护、检查、输血、补液等），与熟悉的亲友分离所致。
3. 社交需要 良好的护士—病人关系以及同一病室中的友好人际关系，可以迅速消除病人的陌生感。
4. 思想上的需要 病人最关切的是病情及预后、疗效等，还有住院带来的对工作、学习及家庭、经济等的影响。从这一点来说，心理护理中也包括着思想工作。
5. 精神上的需要 这在不同的人有完全不同的内容。有事业心的人，事业的成就会给他精神上的支持；有革命信念、正确的生死观的人，往往抓紧生命最后的时刻，为革命事业作出贡献。

（二）病人的心理反应

在需要不能满足时就会引起心理反应，但心理反应是因人而异的。据临床观察研究表明，年龄、性别、经济情况、职业特点、不同疾病、不同病程等因素，均可影响病人的心理反应。但也有几种比较普遍的心理反应，虽然引起的原因不同，但表现是类同的。以下介绍几种心理反应的情况。

1. 应激与适应 从生理学角度来看，应激是环境的不良刺激引起的机体反应，而心理应激（或译心理紧张）是指心理社会因素引起的特殊心理状态，常有感知过敏、唤醒水平提高以及各种情绪变化，并伴有血压、脉搏、代谢等生理反应。

适应是个体对心理应激的应付反应，也就是防卫反应。

人在患病后，患病本身就是一种心理社会因素，可引起心理应激以及由此而起的适应反应。

2. 焦虑 焦虑是对当前及未来情况的担心、恐惧或过分关心的一种复杂心理状态，常伴有交感—肾上腺系统的活动水平升高所引起的生理反应，有时伴随有关的躯体运动表现，即紧张。患病后，特别是疾病初起的急性期，病人由于角色转换不适应或因其它社会因素（工作、经济、家庭）而思虑过度，往往引起焦虑。

3. 抑郁 抑郁是一种常见的负性情绪反应，它是思维、情感、机体反应及动作的组合，其核心特征是自尊性低、伤感、沮丧、绝望、无助（束手无策），机体功能改变，社会活动

能力降低。以上特征可以单独或全部出现于抑郁中。抑郁的形式和过程，因人而异。

抑郁是一种常见的心身症状，它可起因于患病，也可以构成诱发疾病的危险因素（如癌），并且是许多疾病的心理反应（如心肌梗塞）之一。

从精神分析学说看，抑郁可用目标丧失或攻击转为内向来解释。行为学派认为，抑郁是强化不足而习得的失助感。也有的行为学派认为抑郁是一种对现实曲解的原发思想障碍所致。生化学说认为，抑郁是中枢神经系统中生物胺的降低，目前还对儿茶酚胺及吲哚胺类作研究。近年来，也有研究提示下丘脑—垂体系统与抑郁有关。

综述各家之见，抑郁是由遗传、生化或心理生理变化，学习及个人经验等因素综合影响所致。

（三）心理信息的收集

信息或资料可通过观察和实验来收集。观察可以是自然的或经过设计的。经过设计的情境就是在有控制的实验条件下来观察，这往往是在研究小组设计下按要求进行观察。而自然的观察则常常是由护士独立完成的。对病人全部护理需要的观察乃是护理过程的一个重要组成部分。例如，通过观察病人的表情、行为，发现其心理变化（如焦虑、抑郁等）。

用实验方法来收集心理信息，就要通过一些测验，如用 MMPI 或 EPQ 来评定病人的个性特征；用其它特异的量表来测定某些心理状态（如抑郁及焦虑）的程度，或生活事件的冲击等。

另外，与病人及其家属的交谈是信息收集的一个重要手段，同室病友的反应也是一个重要信息来源。

要收集的信息包括，病人对自身知觉、需要及期待的理解；他的主观感觉以及对这些感觉的意义的认识；他的行为反应等。

护士在收集心理信息时所需要的基本技能是：①知识与经验，特别是有关社会、心理、文化方面的知识；②交往技能，可依赖它来建立一个良好的护士—病人关系，使病人乐于把所思虑的问题告诉护士；③观察技能，要善于察言观色，从病人的细微变化中获得心理变化的信息。

（四）病人心理信息的分析及心理问题解决方法

这一步包括对信息的分析，提出心理护理的目标，提出护理干预的策略并具体执行之。这是“护理计划”中不可缺少的重要步骤。从心理护理的角度来说，就是要作出心理上的“护理诊断”。这方面各国护理界正在开始实行，我国有些医院的护理部门也正在探索我们自己的道路。美国第四届全国护士会议文件中采纳的42种护理诊断中的有关心理—社会方面的内容就有22种，如由舒适转为疼痛；语言联系能力减弱；个人应付环境能力不良；不能保持家庭和谐；无力抚养家庭；家庭没有能力支持病人；分散注意力的能力减弱；恐惧、害怕；预期的悲哀；功能不良所致的悲哀；处理与承担家务能力受损；父母照顾的改变（实在的和可变的）；不能自理（不同水平）；缺乏自知；感觉障碍；性功能减退；睡眠节律不正常；精神上的苦恼；思想过程改变。在会上未被采纳的七种护理诊断中与心理社会因素有关的就占六种，即认识能力不协调，支持家庭能力改变，记忆缺损，劳逸平衡失调，不能克己尽责，社交活动—孤独。

以上这些诊断内容是国外资料，而且也不是法定的，但我们可以作为借鉴，根据我们的国情和自己的实践，来总结提出我国的心理护理诊断标准。

上述诊断项目的解决也就是心理护理的目标。

（五）心理护理效果的评价

评价就是确定目标是否完成的过程，因此是动态的。评价过程开始于护士与病人相互作用的瞬间，并在整个心理护理过程中都在同时进行着。每一个问题都是由对病人心理干预的效果来评定，并随时把它记录下来。在评价时，护士根据其记录的病人的行为反应与现在的情况相对比。在观察病人的行为反应时，护士必须判断这种行为是完全或部分，还是根本没有指向所需要的结果；在评价条件和标准时，护士要决定这是否符合，以及如果护理过程继续下去是否仍能相符合。

护士对自己护理成效的评价是根据她的行为是否符合护理程序和她自己的计划，不能以病人的目标是否达到来作为自己护理成效的标准。这是因为，有时无效的护理监护可以达到目标；反之，有效的护理活动也可能达不到目标。

在评价时，如果目标未达到，就会有遗留问题。这些遗留问题反馈给护士就成了新的信息，就是新的心理护理计划的开始，或者是修改原有心理护理计划的依据。

三、心理护理的方法

从医学心理学的观点来看，心理护理应该是心理治疗中的支持疗法，当然也可以包括一些行为治疗在内。支持性心理治疗主要是通过对病人进行精神上的安慰、支持、劝解、保证、疏导和环境调整等方法，来达到治病的目的。为达到心理护理，应做好下列几项工作。

（一）建立良好的护士—病人关系

这是心理护理能否有效的关键。详见本章第二节。

（二）促进病友间良好的人际关系

病房是一个小社会，病友间良好的人际关系就成为一个有利的社会支持，可以帮助消除不安情绪，减轻痛苦；反之，若病友间传播不利于疾病的信息，则往往会给心理护理带来不良影响。护士应该在所管辖病区中的病房中树立有利于疾病康复的风气，防止不良刺激的干扰。

（三）教育、争取家属配合

家属、亲友对病人有直接的影响，他们的情绪直接影响病人的情绪，而他们的情绪又受病人的病情所左右。临床研究表明，手术前教育，如果把家属也包括在内，则其效果要比单独对病人教育的效果为好。

（四）加强护理宣教

在新的医—患关系的共同合作模式中要求病人也参予到对疾病的治疗和康复中来，发挥自身战胜疾病的主观能动性。因此，告诉病人有关疾病发生、发展以及治疗、康复的信息，是十分有益的。这不仅是护士进行宣讲，也可组织医生、治愈的病人来针对病人实际情况进行宣传教育，以增进其对疾病的正确认识，消除焦虑、疑惧、抑郁心理状态。

（五）创造良好的休养环境

环境对病人的心理有直接影响。要使病房保持整齐清洁，安静美观，则对采光、照明、色彩、陈设、气味、声音等都应加以注意，在疗养院、休息室中的花香、音乐、壁画等都对心理护理有一定意义。

（六）合理安排病人的生活

对不同病人应该有不同的生活安排，以促进其适应环境，如对手术病人要安排其早期下床活动；慢性病人鼓励其适当的体力锻炼，组织气功、太极拳等体疗，安排适当的娱乐、阅

读以缓解其紧张情绪,对抑郁病人要组织集体活动,康复期病人要使其逐步过渡到正常生活制度。

(七) 针对不同病人的心理特点实施心理护理

不同年龄、不同疾病以及不同病程的病人都各有心理特点,应从具体情况出发,制订具体的心理护理措施。如入院病人主要应消除其陌生感,针对其原因解除其焦虑心理;手术病人应作术前教育消除顾虑,指导术后的情况及自理措施,术后要鼓励早期活动;对顾虑重的病人要多鼓励;对不在乎的病人要多劝解;特殊的器械检查前要作解释;对于癌症病人是如实告知病情还是不告知实情,各家观点不一。有认为告知实际病情会增加心理打击,但也有人认为,即使不告知实情,病人也可以从家属的情绪,探视亲友异常的多等现象中猜测或因此而产生焦虑,反而加重病情。但一般主张从病人个性特征出发,有的宜告知实情,有的则隐瞒为好;对濒死病人应该尽量减轻其躯体上的痛苦,还应多加巡视,因为濒死者希望身边有人陪伴。

(苏州医学院 徐斌)

主要参考资料

1. 中国心理学会医学心理学专业委员会,北京心理学会编:医学心理学文集(一)、(二),1979,1982.
2. 北京医学院主编:精神病学,人民卫生出版社,1980.
3. 湖南医学院主编:精神医学基础,湖南科学技术出版社,1981.
4. 徐斌:医学心理学,南京医学院高级护理进修班《心理学讲义》,1981.
5. 张祖华:护理心理学,同上书,1981.
6. 陈仲庚主编:医学心理学浅谈,人民卫生出版社,1982.
7. 北京医学院:医学心理学讲义,1982.
8. 严和毅主编:医学心理学概论,1983.
9. 鲁利亚(汪青等译):神经心理学原理,科学出版社,1983.
10. 戴永保等:护理心理学讲座,中华护理杂志,1983年第2、3、4、5、6期.
11. 王效道:心理学与医院管理,《医院管理学》第十三章,人民卫生出版社,1983.
12. 萧永华编译:科学世纪的护理学,新兴图书公司,香港,1979.
13. 宫城音弥编:心理学小辞典(日),发行所岩波书店,1979.
14. 石川中,他:各种疾患への心身医学的アプローチ,《特集》,最新医学,38卷第3号,1983.
15. 新士英:护理过程—哲学、心理学、社会学向护理学的渗透,医学与哲学,4(9):1,1983.
16. 郑延平、杨德森:生活事件、精神紧张与神经症,中国神经精神疾病杂志,9:65,1983.
17. 亨德森主编:生物学与人类的未来,第十章,行为生物学,科学出版社,1977.
18. Weiss, E. & English, O. S.: Psychosomatic Medicine, 3rd ed. Saunders, 1957.
19. Beland, I. L.: Clinical Nursing: Pathophysiological and Psychosocial approaches, 2nd ed. Macmillan, 1970.
20. Anastasi, A.: Psychological testing, 4th ed. Macmillan, 1976.
21. Bourne, L. E. & Ekstrand, B. R.: Psychology: Its principle and meanings. 2nd ed. 1976.
22. Sundeen, S. J. et al: Nurse-client interaction: Implementing the nursing process. Mosby, 1976.
23. Elhart, D. et al: Scientific principles in nursing, 8th ed. Mosby, 1978.

24. Zimbardo, P. G.: *Psychology and life*, 10th ed, Scott, Foresman & Co, 1979.
25. Birbaumer, N & Kimmel, H. D.: *Biofeedback and self-regulation*, Lawrence Erlbaum Assoc, Publ., 1979.
26. Ikemi, Y. (ed.): *Psychosomatic Medicine: A core approach to clinical medicine*, S. Karger, 1979.
27. Freyberger, H. (ed.): *Strategies in Psychosomatic practice and research*, S. Karger, 1979.
28. Ciba Foundation Symposium 69: *Brain and Mind*, Excerpt Medica, 1979.
29. Osborne, D. J. et al (ed.): *Research in psychology and medicine*, vol. I-II, Acad. Press, 1979.
30. Jasmin, S. & Trygstad, L. N.: *Behavioral concepts and the nursing process*, Mosby, 1979.
31. Kneisl, C. R. & Ames, S. A.: *Mental health concepts in medical-surgical nursing*, A work book, 2nd ed, Mosby, 1979.
32. Bernstein, D. A. & Nietzel, M. T.: *Introduction to clinical psychology*, Mc Graw-Hill, 1980.
- Ader, R.: *Psychoneuroimmunology*, Acad. Press, 1981.
33. Hurlock, E. B.: *Developmental psychology: A life-span approach*, 5th ed, Mc Graw-Hill, 1980.
34. Kaplan, H. I. et al (ed.): *Comprehensive textbook of psychiatry/III*, vol. 1,2, 3rd ed, 1980.
35. Griffiths, D. (ed.): *Psychology and medicine*, Brit. Psychol. Soc, 1981.
36. Weinman, J.: *An outline of psychology as applied to medicine*, Wright, 1981.
37. Price, R. H. & Lynn, S. J.: *Abnormal psychology in the human context*, Dorsey Press 1981.
38. Prokop, C. K. & Bradley, L. A.: *Medical Psychology: contributions to the behavioral medicine*, Acad. Press, 1981.
39. Christie, M. J. & Mellett, P. G.: *Foundations of psychosomatics*, 1981.
40. Kimball, C. P.: *The Biopsychosocial approach to the patient*, Williams & Wilkins, 1981.
41. Edholm, O. G. & Weiner, J. S. (eds.): *The principles and practice of human physiology*, Acad. Press, 1981.
42. Mathew, R. J. (ed.): *The biology of anxiety*, Brunner/Mazel Publ, 1981.
43. Cohen, J. et al (eds.): *Psychological aspects of cancer*, Raven Press, 1982.
44. Gallon, R. L. (ed): *The psychosomatic approach to illness*, Elsevier Biomedical, 1982.
45. Rockstroh, B. et al: *Slow brain potentials and behavior*, Urban & Schwarzenberg, 1982.
46. Watkins, J. & Salo, M. (eds): *Trauma, Stress, and Immunity in Anaesthesia and Surgery*, Butterworth Sci, 1982.
47. Adams, C. G. & Macione, A. (ed): *Handbook of psychiatric mental health nursing*, John Wiley & Sons, 1983.