



医学心理学

徐斌 1981



第一节 医学心理学简介

第二节 心身医学

第三节 心理因素在疾病诊断中的作用

第四节 心理因素在疾病治疗中的作用

第五节 医学心理学中的其它问题

参考资料

医学心理学

第一节 医学心理学简介

一、医学心理学的发展

医学心理学就是研究医学中的心理学问题，它是心理学与医学科学结合所产生的，是心理学应用于医疗实践的产物。因为医学的对象是人，人对自然界及人类社会中的各种变化都会发生反应，人对自然界变化产生的躯体反应是生理活动，人对社会现象，包括自身生理上的变化引起的思维活动改变就是心理活动。所以，有人说医学心理学也就是在医学领域中或者说是围绕着重人的健康问题讲述心理和生理的关系，因此，也有称之为“生理心理医学”(Physio-psycho-medicine)的。

人的心理活动可以贯穿在疾病的发生，发展，诊断，治疗和预防等各个环节中，因此，只要涉及到人与疾病的各个环节都可以被包括在医学心理学的研究对象中。

自古以来，中外医学都认识到研究和处理人类疾病时，不仅要注意生理活动的一面，还应注意反映他的心理活动的一面。

中医对人的精神活动是一贯重视的，《内经》就有“形神合一”的观点，即人的躯体(形)与人的精神(神)是统一的。如果这个统一体与外界环境协调统一则身体健康，精神饱满，康乐长寿。《素问》提出“法于阴阳，和于术数，食欲有节，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。”又说“虚邪贼风，避之有时，恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来。”“嗜欲无穷，而忧患不止，精气弛坏，荣泣卫除，精神去之而病不瘳也。”这些论述反映了我国古代就已经认识到躯体、精神、环境之间有着密切的关系，与当前医学心理学在发

展过程中所提出的“Bio-psycho-social”（生物—心理—社会）的概念是完全一致的。

中医的基本理论，阴阳五行学说、脏象学说中都贯穿着“形神合一”的医学心理学思想。

首先是把阴阳的矛盾统一看成是身心健康的根本。如《素问》提出：“人生有形，不离阴阳”，“阴平阳秘，精神乃治，阴阳离决，精气乃绝。”

另外，还认为阴阳五行与气质有关，气质与疾病有关。《灵枢》按人的体质、性格、形态将人分成五种类型：

① 太阴之人：贪而不仁，下齐湛々，好内而恶出，心和而不发，不务于时，时而后之；其状黯々然黑色，忿然下意，临々然长大，矜然未俟。

② 少阴之人：小贪而贼心，见人有亡，常若有得，好伤好害，见人有荣，乃反愠怒，心疾而无忌；其状清然窈然，固以阴贼，立而躁唼，行而似伏。

③ 太阳之人：居处于々，好言大事，无能而虚说，志发于四野，举措不顾是非，为事如常自用，事急而悔；其状轩々储々，反身折脰。

④ 少阳之人：诋诃好自贵，有小小官，则高自宜，好为外交而不内附；其状立则好仰，行则好傴，其两臂两肘常出于背。

⑤ 阴阳和平之人：居处安静，无为课々，无为欣々，婉然从物，或与之争，与时变化，尊则谦々，譚而不治，是谓至治；其状委々然，随々然，颀々然，愉々然，颢々然，豆々然，众皆曰君子。

另外还按五行学说，把人分成五类：

① 木形之人：——其为人，苍色、小头、长面、大肩、背直、身小、手足好，有才，劳心、少力、多忧、劳于事。能春夏，不能秋冬，秋冬忘而病生。

② 火形之人：……其为人，赤色，广目行，脱面，小头，好肩背，髀腹，小手足，行坐地，疾心，行摇肩，背肉满，有气，轻才，少信、多虑、见事明，好颜，急心，不寿暴死，能春夏，不能秋冬，秋冬志而病生。

③ 土形之人：……其为人，黄色，圆面，大头，美肩背，大腹，美股胫，小手足，多肉，上下相称，行安地，举足浮，安心，好利人，不喜权势，喜附人也，能秋冬，不能春夏，春夏志而病生。

④ 金形之人：……其为人，方面，白色，小头，小肩背，小腹，小手足，如骨发踵外，骨轻，身清廉，急性静悍，善为吏，能秋冬，不能春夏，春夏志而病生。

⑤ 水形之人：……其为人，黑色，面不平，大头，廉颐，小肩，大腹，动手足，发行摇身，下尻长，背延々然，不敬畏，善其给人，戮死，能秋冬，不能春夏，春夏志而病生。

因此，根据阴阳五行学说，中医学中把人分成二十五种类型，并根据人的发声（五音），禀性等结合起来，还探讨了他们的性格与发病的特点。

脏象学说认为五脏与精神活动相互关联。如内经中就有，“五脏所主，心主神，肺主魄，肝主魂，脾主意，肾主志。”的说法，这种说法，有好的一方面，是赋予精神以物质基础；但另一方面把精神活动均分到各个脏器则又有“泛灵论”的唯心思想。

另外，这种学说还对精神活动的内容与分类进行了探讨，并说明它们之间的相互联系。即“故生之来谓之精，两精相搏谓之神，随神往来者谓之魂，并精而出入者谓之魄，所以任物者谓之心，因心而远慕谓之虑，因虑而处物谓之智”。但是，并没有说到精神活动的真正物质基础，对于脑功能的认识，为时稍晚，约在明清时代，如李时珍说：“脑为元神之府”，金正希说：“人的记忆皆在脑中”，王清任指出：“灵机、记忆不在心而在脑”。

“小儿无记性者，脑髓未满；高年无记性者，脑髓渐空”。

就是在这些理论基础之上提出了一系列心理因素对疾病影响的学说。这种主导思想几乎贯穿在每一环节之中。例如，《内经》中就有，“外感六淫（风、寒、暑、湿、燥、火），内伤七情（喜、怒、忧、思、悲、恐、惊）的病因学说。在诊断时则强调望“神色”，即通过医务人员的视觉去观察人体外部的神、色、形、态以推断疾病的状况。例如，“形健则神旺，形衰则神惫”就是从观察“形”来判断“神”，关于治疗中则有“精神不进，志意不治，病乃不瘳”之说（《素问》），李中梓也说过：“境遇不遇，营求不遂，深情牵挂，良药难医”。《景岳全书》中指出：“若思郁不解致病者，非得舒舒急遂，多难取效。”在针刺治疗时也强调“用针之要，无忘其神。”“新怒勿刺，已刺勿怒……大惊大恐，必定其气，乃刺之。”

古代的西医也很重视心理因素，被称为“医学之父”的希波克拉底（Hippocrates 460-370 B.C.）认为：①人的气质，个性特点和对生活传统的反应方式可以影响疾病；而它们的基础乃是体液（人体组成的物质基础）。

表1 希波克拉底的疾病体系

元素	性质	气质	体液*	失调(过多)	治疗
火	热	多血质	血液	乐观	放血 泻下
气	冷	粘液质	粘液	漠不关心	
土	干燥	忧郁质	黑胆汁	忧郁	
水	潮湿	胆汁质	黄胆汁	焦虑激动	

* 古代医学对体液没有限定，粘液还可代表头，血液代表心，水是脾，胆汁是胆囊的代表。西格里斯（Sigerist）认为黑胆汁是指胃癌病人的呕吐物，溃疡病患者的黑便以及某些恶性肿瘤病人的黑尿。在 Hippocrates 最后一

本书“人的本质”中黑胆汁用水来代替。

② 转神现象是人脑的产物，他说过：“一方面享受、愉快、欢笑，游戏；另一方面苦恼、悲伤、不满和抱怨都是脑中产生的……同样，由于脑的存在，我们可能发疯，胡言乱语，不论在深夜或黎明，都被忧郁和恐惧所笼罩。”

③ 他告诫医生们要改虑气候、风向，水源是否洁净以及季节，然后再作诊断。他认为气候冷暖对粘液质及多血质的生成有关。情绪变化也可引起躯体或体液失去平衡，他指出恐惧引起出汗，害羞导致心率加快。

④ 他主张实行心理治疗，他说：“大自然是我们的医生”。他主张让疾病自己恢复，认为应该合理安排病人的生活，使他感到舒适、愉快，并受到同情和尊敬。他教导青年医生诊察病人时要有温和的表情，切忌急躁，因为医生的急躁不利于健康的恢复。他说过：“为了治疗人们的疾病，医生必须具有各方面的知识。”

以后，Aristotle (384-322 B.C) 观察到愤怒、恐惧、勇敢、快乐都可影响人体；Aretaeus (公元1世纪) 指出，情绪的障碍是瘫痪的六大主要原因之一。从此，情绪逐渐成为引人注目的转神因素。

以后，由于宗教势力统治着整个欧洲，医学也象其他科学一样处在停滞不前的状态中，在经过了一段漫长的宗教黑暗统治之后，文艺复兴时期，Harvey 的实验生理学和 Virchow 的细胞病理学，把人们的注意力吸引到寻找疾病的形态学和物质基础，并用物理学和化学的方法来探索各项功能。但是，对由物质的脑产生的人的转神现象则很少研究。就是在那样的背景下，当时奥地利的精神病学家 Freud (1856-1939) 创立了转神分析学说 (Psycho-analytic theory)。这样就造成了西方医学中，在一般医学中以 Virchow 的机械唯物论占统治地位，而精神病学领域中则是 Freud 的带有神秘色彩的“转神分析”学说起主导

作用，使得生理与心理，躯体与精神长期处在割裂状态。以后，Freud 学派是出心身医学 (Psychosomatic Medicine) 的观点，但因缺乏实验依据，也未被普遍地采纳。

Sigmund Freud 是精神病医生，他在 1880-1882 年与 Breuer 用催眠术对一位癔病女患者作治疗时，发现当病人说出自己以往遭受精神创伤的经历之后，醒来症状消失。从癔病的治疗中，他认为以往发生过的事件看来似乎被遗忘，其实是被压抑在意识深处，这类事件所伴有的情感仍然起作用，而影响当前的行为，或成为患病的原因，如果把这种“情感”回忆起来得到“宣泄”，病就能够治疗。最初，他用催眠术帮助回忆，后来发现不一定要用催眠，而是采用“自由联想法” (free association)，不加限制地让病人自由地去思想，并把想到的内容全部口述出来，由医生进行深入的分析，这样就创立了“精神分析法”，并据此建立了一整套理论，就是“心理分析学说”。

1. 他认为人的心理活动分为三个既可分又分不清的三部分：

意识 (Consciousness)，即当前注意所及的心理活动领域。

前意识 (Preconsciousness)，即当前未被注意所及，而一经提到，就令人想起的心理活动。

无意识 (Unconsciousness)，当前未被注意到，经人提起也加以否认的心理活动。

后两者又可合称为潜意识 (Subconsciousness)。

2. Freud 认为，人的心理活动绝大部分是潜意识 (更多的是无意识)；意识只有小部分。意识是人们清晰、有条理的知觉、情绪、意志、判断等，遵循的是“现实原则”。而潜意识却包含许多非理性的黑暗，只求获得本能满足的冲动，遵循的是“享乐原则”。他还认为无意识是心理活动最根本的源泉，对心

理活动走深远的影响。

人的心理活动中，意识有时陷入潜意识，潜意识有时又部分上升到意识中，这样就构成清晰的有条理与混沌的紊乱相互交织、不连接、不衔接的状态。此外，有些潜意识的升华过程会突然中断，或隔很久以后又复现出来，生活中“突然想起”就形象地说明了这一类。

3. Freud 认为本能中最关键的是“性本能”，性本能的推动力称为“*Lipido*”，是人类一切活动的源泉。性本能在个体发育的不同阶段有着不同形式的发展。如果因种种原因使发展停滞（“固定” *fixation*）或倒退（“退行” *regression*）；或性本能与社会要求发生冲突而被限制在潜意识中就称为“压抑”（*repression*），被压抑的性本能可以通过“转换”（*conversion*）而成为躯体症状，引起疾病。

健康人的本能也经常上升，它有时干扰意识活动，表现为生活中的遗忘或无意中说错了话，写错了字（口误、笔误）；在时则化装成别的形式（如艺术的爱好）而上升以得到满足（升华）（*Sublimation*）。

由于 Freud 的学说是以性本能为基础而阐述的，因此，被称为“泛性论”（*Pan-sexualism*）。

从我们现在的水平来看，Freud 学说并无多少可取之处，但在当时，精神病学及心理学处在理论贫乏的时代，尽管他的说法有点神秘，荒诞、似是而非，还是得到广泛的传播，产生了巨大影响。

赞成的，说它是精神病学中的真正的“革命”，甚至把他与哥白尼的“日心说”及达尔文的“进化论”相提并论。但也有不少人对之进行了广泛的批判。有些原来的追随者也在实践中反对他的“泛性论”观点而形成了所谓新弗洛伊德学说（*neo-Freudian Theory*）。如 Jung（1875-1961）认为人类心理活

动可以分型，决定因素是遗传倾向，Adler (1870-1937)，则把一切心理活动归诸于“权力欲”这种本能。Karen Horney (1885-1952) 在从事精神分析治疗的临床实践中发现欧洲及美国的病人中有很大的差异，从而抛弃了本能学说而提出“文化因素”，从而发展成为“文化学派”(Cultural School)。

Freud 学说本来是只限于精神病学范畴的，以后被各家广泛引用和发挥，在医学上就发展成为心身医学 (Psychosomatic Medicine)。

心身医学的形成与发展，是神经生理学家与精神病学家在各自的领域中探索后的汇合点。

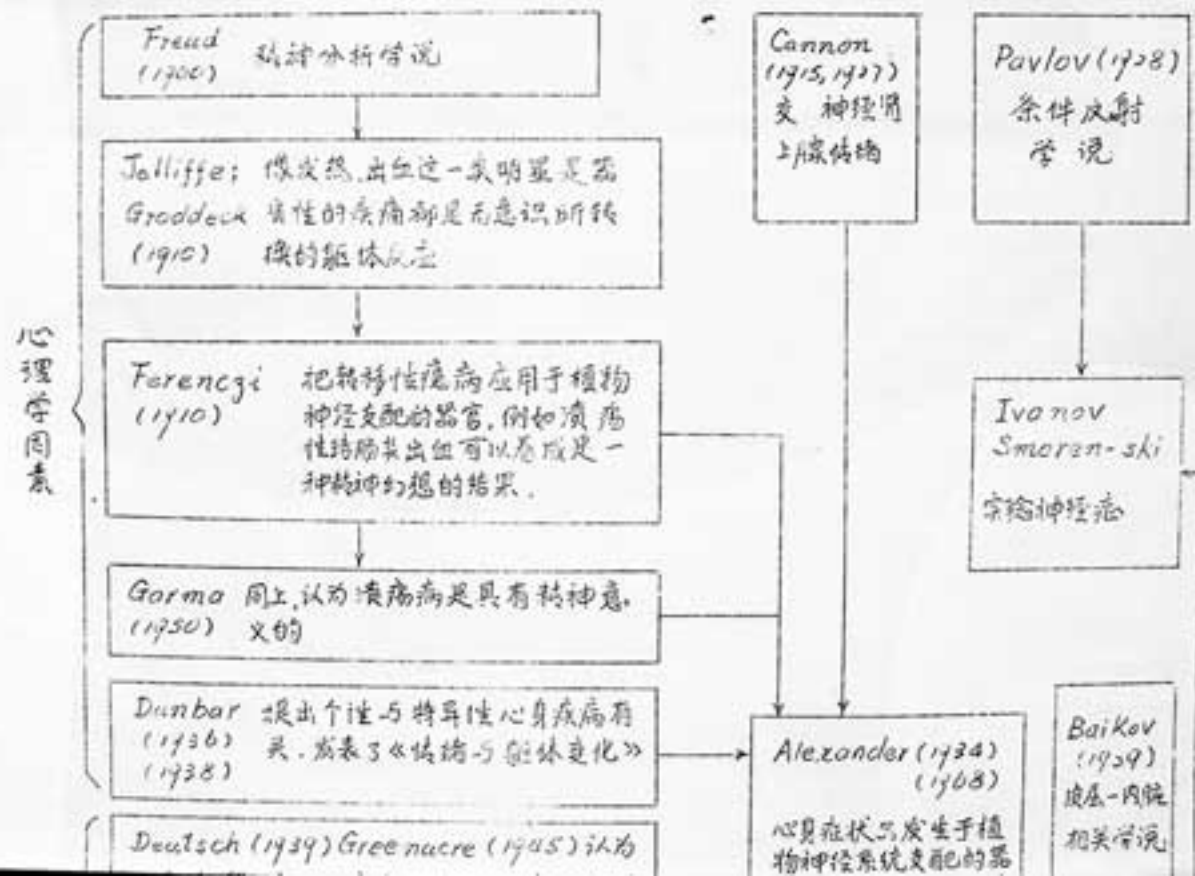
它的起源当然一直可以上溯到古代，就近而言，Take (1872) 收集大量观察资料和文献说明，精神因素在健康和疾病时对躯体都有很大影响。神经生理学家 Cannon (1871-1945) 于 1915 年发表了《疼痛、饥饿、恐惧和愤怒时的躯体变化》一书，又于 1927 年提出植物神经系统中在情绪反应中起重要作用。以后，巴甫洛夫 (1849-1936) 及其学派提出的实验神经症和皮层内脏相关学说，进一步阐明了精神、躯体、环境的相互关系。而精神病学家们在 Freud 学说的影响下，在精神分析法的应用实践中逐渐把躯体、社会、文化因素等因素综合进去，而发展到现代的心身医学。

当前的心身医学的趋势已经从一开始时受 Freud 精神分析学说影响的心理动力学 (Psychodynamics) 的方向逐渐转移到，以实验工作为主的心理生理学 (Psychophysiology) 方向。

下表所列是心身医学的现代概念所包括的各方面内容。

表2.

心身医学现代概念的产生和组成



躯体因素

出生时, 婴儿期及儿童期的创伤性应激及开时
心身疾病的产生

基因及其他躯体研究

Selye (1945) 证明在应激之下, 通过肾上腺皮质激素引起全身适应综合征。

官, 并不具有特殊的精
神意义(如转移性癌病
等)但属于无意识活动
的生理伴生物, 将痰存
在, 就形成疾病。

实验室因素

文化因素

Ruesch (1958) 强调人际关系的重要性
即病人与周围环境交换的重要性交流
障碍引起心身疾患, 后者是一种交流的
退化形式。

Wolff (1943) 企图用客观方法把
生活中的应激(意识)与生理学
反应相联系起来, 生理变化持久存
在就导致结构改变。

Harvey (1959), Halliday (1948) 及 Mead
(1942) 强调文化因素在心身疾患发展中的影
响。他们认为作用于因素的影响可以转而影
响他的孩子的保育, 儿童教养和焦虑的传递

Mohl (1949) 提出与溃疡有关的
特殊冲突主要是慢性焦虑它
可以引起意识性及无意识的,
内部的及外部的各种冲突他主
要受 Gantt 及 Messerman 等人的
实验结果所影响。

Grinker (1953) 及 Lipowski (1970) 等认为对心身医学要有一个总的看法。
外源性(生态学的, 文化的, 环境的), 内源性(情绪的), 遗传的, 躯体的及
体质上的因素还有过去史和现在史都是重要的, 应该由多方面的专家们来
进行研究。

我国自 19 世纪末叶西医传入以来，就一直受细胞病理学观点的影响，20 世纪 30 年代以来，Freud 的精神分析学说也对精神病学领域有过影响。解放后，普遍学习巴甫洛夫学说，一方面吸取了神经论的观点，了解了实验神经症，皮层-内脏相关等有关学说；另一方面也受苏联影响，对西方的心理学一律斥之为资产阶级的而了解不够。1958 年医学家与心理学家结合起来联系实际从神经衰弱的治疗入手开展了以心理治疗为主的综合快速疗法（慢病快治）；以后陆续对哮喘、高血压、糖尿病等进行了综合治疗，为医学心理学的研究开了先例。但是，在十年动乱中，心理学成了资产阶级的伪科学，研究所被拆散，专家们受到迫害，教学、科研停止，资料设备散失，使心理学界受到严重摧残。粉碎“四人帮”以后，首先恢复了心理学会，举行了年会（保定，1978），接着连续两次召开医学心理学座谈会（北京，1979，广西，1980），使医学心理学有了新的转机。

另一方面，近 30 年来，国外的医学心理学有较显著的进展，由于神经生理学、神经内分泌学、心理生理学的研究，使得“心理动力学方向”的心身医学学派，逐渐兴之以精密仪器和科学的实验设计，从定量的角度来研究心身疾病发生发展。医学心理学正在越来越受到重视。这表现在从事医学心理学的人越来越多。医学心理学家也参加查房，他不开处方，但可以从医学心理学的角度对主管医生的治疗方案作出建议，并从事心理治疗。另外，群众对心理学家日益信赖，目前，有些国家的人民经常提出要“Seeing Psychologist”，这就像我们生了病要看医生一样。

医学心理学的研究成果不仅从理论上丰富了心理学与医学的基础理论，而且它也是一门直接为人民服务的应用科学，有助于维护人民的心理健康，预防、诊断、和治疗疾病。因此，各国的医学院校都是以各种不同的形式开设这门课程，如日本东京大学研究生院医学系就开设：医学心理学专题讲座；讨论会及专题实习

等课程。医疗秘书学院设“心身医学”课 36 学时。澳大利亚悉尼医学院开“医学行为科学”。丹麦（哥本哈根）设“医学心理学”40 学时。瑞典（乌普萨拉）开心理学 5 周。我国卫生部门对此也日益重视，中央卫生部颁发的 1982 年教学计划中就把医学心理学正式列为选修课，要求各学校要争取条件开设。并委托北京医学院举办师资训练班。一些有条件的医学院校已经成立医学心理学教研室，专门的医学心理学著作也正在陆续出版中。

二、医学心理学的内容

医学心理学的研究范围很广，分支极多，研究应该包含哪些方面，也无定论。暨南大学医学院黄爱廉及李铁编的护理心理学基础指出医学心理学的内容与变态心理学、神经心理学、药物心理学、缺陷心理学、临床心理学、诊断心理学、心身医学、妇女心理学等。英国 Weinman (1981) 在 *An Outline of Psychology as applied to Medicine* 一书中包括人体信息加工；脑机制与行为；觉醒、昼夜节律与睡眠；应激、情绪和病患；智力的个体差异；个性的个体差异；儿童发育；老年；医生—病人相互作用；诊断是问题—解答；对躯体病患和障碍的心理学反应；住院的心理社会问题治疗的心理学问题等内容。

心身医学 (psychosomatic Medicine) 顾名思义是指心理与躯体相关的医学问题。由于近代医学研究表明, 致病因素不是单一的, 而是由社会、文化、心理、遗传、生物学等各种因素共同参与的。因此, 心身医学认为医学不仅要研究疾病, 还要研究人的生理、心理以及自然和社会环境中各种因素对不同病人、不同疾病和不同病程的作用。从这一点来说, 现代的心身医学应该研究对健康和疾病起作用的生物学的、心理学的及社会因素的相互关系。

心身医学早期是在 Freud 学说影响下发展起来的, 所以把注意力集中在研究潜意识的冲突在某些躯体疾病的发生、发展中可能起的作用。从 30 年代开始, 以 Alexander 为代表的一派学者认为特定的、未解决的潜意识的矛盾冲突与特定的躯体疾病有因果关系, 如心理矛盾伴有胃的过度活动, 对某些个体引起十二指肠溃疡, 即压抑的情绪 (心) $\rightarrow$ 人体机能失调 (身), 这就是心理学的动力学方面。但是, 这种观点片面强调精神因素, 特别是过分夸大了潜意识领域中心理冲突所起的作用, 把许多躯体症状都解释为被压抑的潜意识中情绪反应的象征。从 50 年代起, 人们发现单独的心理-社会因素并不能致病, 而是心理与生理可以相互影响, 疾病的发生是多因性而不是单因性的, 从而对心理动力学观点产生怀疑而发展了心理生理学的方向。这种观点以 Wolff 为代表, 他认为, 情绪因素 $\rightarrow$ 植物神经系统 $\rightarrow$ 机能。例如, 他对胃癌病人的胃粘膜作了观察, 发现悲伤使胃粘膜苍白, 胃分泌减少; 焦虑时胃粘膜充血, 分泌增加。因此, 他认为心身症状 (现在又称为心理-生理障碍) 是伴随情绪状态而发生的生理变化。如愤怒时血压升高是正常的生理过程, 愤怒发作过去, 紧张的情绪就松弛下来, 升高的血压也就平息; 若愤怒

长期受到压抑（慢性愤怒）而处于紧张状态则血压就降不下来而发展为高血压，在另一些个体，这种慢性紧张对胃肠道产生影响而引起溃疡病。因此，Wolff 认为，情绪影响不仅取决于精神因素，也取决于遗传倾向及社会因素（如易感性素质和人格特征）。这种观点就是现代心身医学的主流，也就是有人称之为生理心理医学的。

心身医学广义地说是指对与精神和躯体现象的相互作用有关状况的研究和处理。从这种定义出发，心身医学大致包括以下内容：

1. 对躯体疾患*的心理反应：这个项目中包括对躯体疾患的全部情绪性和行为性反应，如当病人知道自己患癌时发生的压抑和患心肌梗塞时的忧虑。

*疾患（*illness*）与疾病（*disease*）在心身医学中是两个不同的概念。疾患是病人在健康受影响时的体验，包括他所感受到的躯体不适，各种疼痛、苦恼，能力丧失等；疾病则是指由于个体的组织与器官的各种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。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。其区别如表。

表3. 疾患与疾病的区别

疾 患	疾 病
病人的体验	被医生了解的
主观的症状	客观的体征
独特的	可重复的
不能直接检验的	共同证实的
影响整个个体	只影响特定部位
感受到的不适	存在着的不适
生活的质变	生活的量变
有同情的照顾	不劳惦记的照顾
痛苦的原因	死亡的原因

2. 由影响脑功能的病患引起的心理障碍：这一类中不仅包括急—慢性脑综合症而且还有那些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，特别是那些影响垂体、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、猜疑的症状，还可以有幻觉、混浊状态等严重障碍的表现。

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及反社会行为。

4. 由无器质性基础的躯体症状而表现的情绪障碍：包括转换反应 (conversion reaction, 指由情绪转换成功作或感觉等躯体现象的过程) 及疑病 (hypochondriasis)，对健康状况的过度焦虑，并有诉病及轻重不一的忧郁症。

5. 情绪状态的生理学伴随物：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，而没有什么结构改变或组织损伤，所以称为功能障碍。

6. 心身疾病 (Psychosomatic diseases)：在这里是指一些心理因素在疾病的发生发展中起主要作用的，具有结构改变和组织损害的器质性障碍。某些心身疾病如下表。

所谓心身问题 (Mind-Body) 是一个非常古老的问题，迄今尚在争论中，尚未完全解决，主要是由于心身问题可以从心理学角度看，也可以从哲学角度看，两者既有区别又有联系，这是一个方面；另外，就是从心理学角度来看，也是各个的着重点不同，有的表现为心—脑问题、心理—生理问题、心理和高级神经活动的关系问题，实质上是同类的问题，但又不完全一样；从哲学上来看又有唯心的与唯物的不同观点，所以各家对“心”、“身”有不同的理解，得不到统一，在我们这里把“心”看作是社会—文化—心理因素所引起的心理活动；把“身”看作是躯体功能。从这样一个范畴来探讨心身医学的一些问题。

现代的心身医学认为“心”、“身”双方是相互影响的。

一、心理对躯体的影响

(一) 心理—生物学过程 人是作为一个心理—生物学系统而对内、外刺激起反应的，其总的过程如图，大致可分成四个

Acne 痤疮	Mucous colitis 粘液性结肠炎
Allergic reactions 过敏反应	• Nausea 恶心
Angina pectoris 心绞痛	Neurodermatitis 神经性皮炎
Angioneurotic edema 血管神经性水肿	Obesity 肥胖症
Arrhythmia 心律失常	Painful menstruation 痛经
Asthmatic wheezing 哮喘性喘息	Pruritis ani 肛门搔痒症
Bronchial asthma 支气管哮喘	Pylorospasm 幽门痉挛
Cardiaspasm 幽门痉挛	Regional enteritis 局限性肠炎
Coronary heart disease 冠心病	Rheumatoid arthritis 风湿性关节炎
Diabetes mellitus 糖尿病	Sacroiliac pain 骶髂关节痛
Duodenal ulcer 十二指肠溃疡	Skin disease 皮肤病
Essential hypertension 原发性高血压	Spastic colitis 痉挛性结肠
Gastric ulcer 胃溃疡	Tachycardia 心动过速
Headache 头痛	Tension headache 紧张性头痛
Hyperinsulinism 胰岛素过多	Tuberculosis 结核
Hyperthyroidism 甲亢	Ulcerative colitis 溃疡性结肠炎
Hypoglycemia 低血糖	Urticaria 荨麻疹
Irritable colon 过敏性结肠	Vomiting 呕吐
Migraine headache 偏头痛	Warts 疣

Kaplan (1980)

方面：① 感觉和运动装置的整合 (integration)，主要是人的一般表现，语词性的或非语词性的行为；② 认识过程 (cognition)，即经过感觉的选择性注意，到知觉、记忆、理解、判断、目的。这些过程间又有相互影响；③ 情感性过程，包括情感 (Feeling) 和感觉两个方面情感性的如喜怒哀乐等，感觉则属于生物学的如饥、渴、痛、痒等；④ 情绪状态的机能性伴随物，如睡眠、食欲、植物性活动、肌紧张等。这四者又是相互影响的。

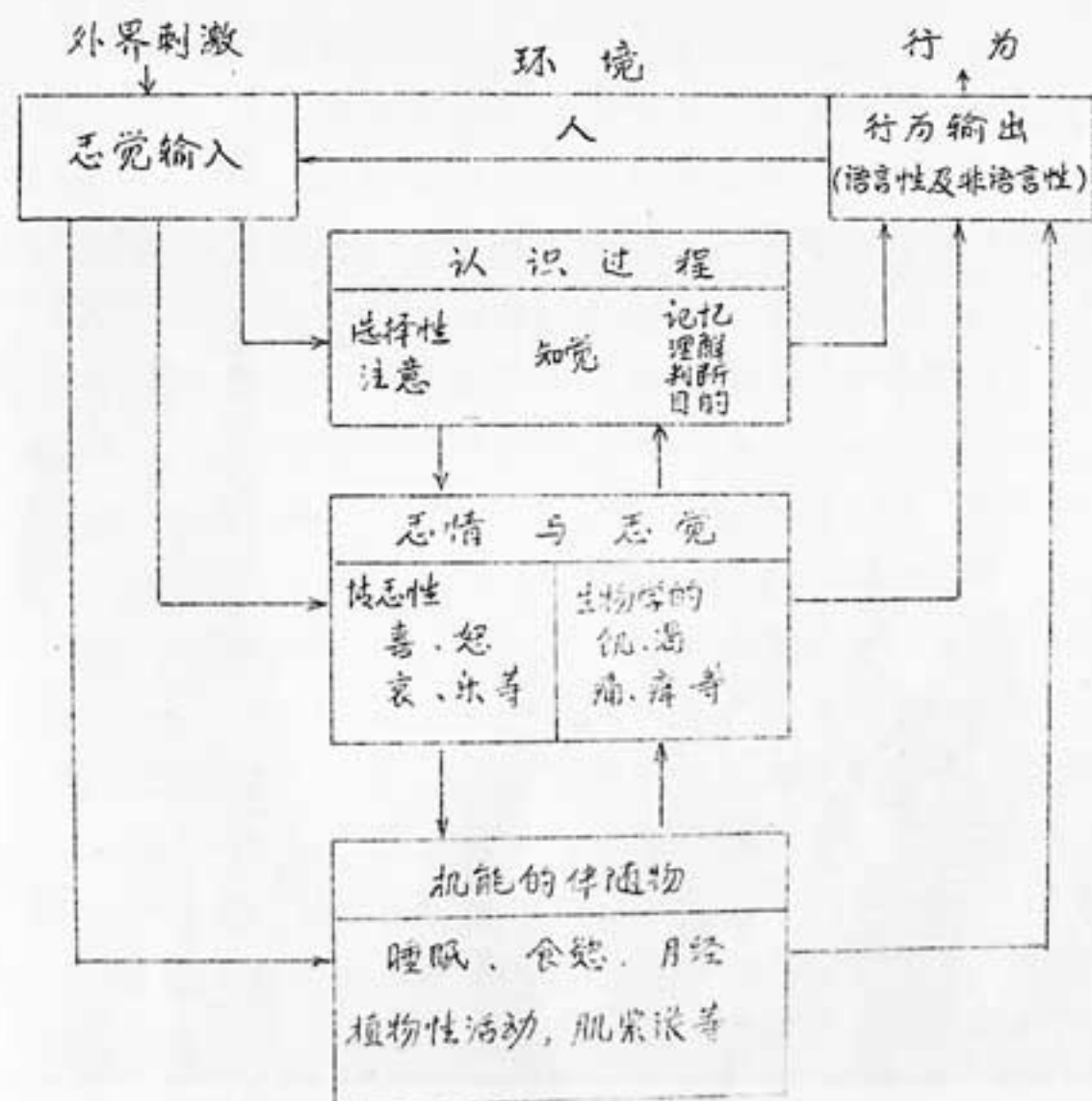


图 1

心理生物学过程示意图

(二) 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、希望和需要等遇到对抗力量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，也有称为心理应激。

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是符合刺激-反应的一般规律的，即刺激引起反应取决于刺激的质和量与机体的机能状态。因此，决定心理紧张是否致病的条件有二：

1. 精神刺激的质和量 引起心理紧张的精神刺激可以是各种各样的，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。美国华盛顿大学医学院的精神病学家 Holmes 等把人类社会生活中所遭受到的生活变故 (life crisis) 划分等级，他们列出 43 种生活变化，並以生活单位 (life change units LCU) 为指标加以评分 (见表)。他们在一组 400 人的研究中发现 LCU 与 10 年内的重大健康变化有关。中等生活变故的人群中 37% 有重大健康变化；有重大生活变故者 70% 呈现重大健康变化。Holmes 等提出若 LCU 累计超过 300 单位则预示今后两年内将有重大的病患。后来又进一步提出，若一年中 LCU 不超过 150，来年可能是健康平安；150-300 则有 50% 的可能性在来年生病；超过 300 者，来年生病的可能性达 70%，当然，这些生活变故对于不同个体的影响不会是等同的譬如，对感情不好的配偶死亡与感情极好的配偶死亡的影响显然是有很大不同的。

Wales (1967) 报道丧失最近亲人者要比年令相仿的对照组死亡率高 7 倍，若亲人死于外地的人要比在家死亡的人的死亡率高 2 倍。除此之外，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，人际关系等有

变化事件	LCU	变化事件	LCU
配偶丧亡	100	子女离家	29
离 婚	73	姻亲纠纷	29
夫妇分居	65	个人取得显著成就	28
坐 牢	63	配偶参加或停止工作	26
亲密家庭成员丧亡	63	入学或毕业	26
个人受伤或患病	53	生活条件变化	25
结 婚	50	个人习惯的改变	24
被解雇	47	与上司不和	23
复 婚	45	工作时间或条件的变化	20
退 休	45	迁 居	20
家庭成员健康变化	44	转 学	20
妊 娠	40	消遣娱乐的变化	19
性功能障碍	39	宗教活动的变化	14
增加新的家庭成员	39	社会活动的变化	18
业务上的再调整	39	抵押不足10,000美国	17
经济状态的变化	38	睡眠习惯变异	16
好友丧亡	37	生活在一起家人人权变化	15
改行(工作)	36	饮食习惯变异	15
夫妻多次争吵	35	休 假	13
抵押超过1万美元	31	圣诞节	12
取消赎回抵押品	30	微小的违法行为	11
所担负工作责任方面的变化	29		

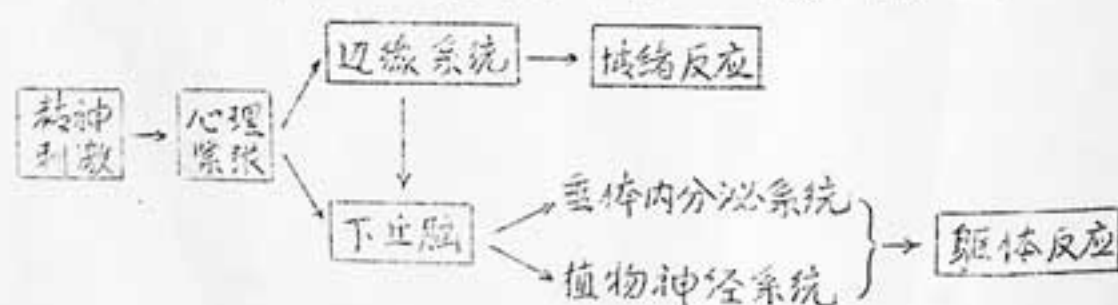
可能,但不一定致病,所以,有人把这些问题归纳为三种致病因素,即: 1. 工作与学习上不适当的长期紧张; 2. 工作或家庭中的人际关系不协调; 3. 生活中的重大不幸事件。

2. 个体对精神刺激的易忘性和抵抗能力 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，神经系统生理特性以及世界观、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敏感性和耐受性，如忌果、中毒、外伤、疲劳，如妇女的月经、妊娠、更年期、青春期的衰老等均可削弱对精神刺激的抵抗能力。

关于一个人以往的经历，可使某些人增强耐受性而有的人却增添了敏感性。

总之，1. 心理紧张有可能致病，但不一定致病；2. 在多重心理因素作用下，要分析起主导作用的因素；3. 精神刺激只是致病的一个方面，还应从机体的易忘性和反应性来考虑。

(三) 心理紧张对躯体功能和心理活动的影响 由于机体的遗传素质、个性特征、机能状态的不同，所以对精神刺激的易忘性与反应性也就各异，因而产生各种不同的躯体功能和心理活动变化。这种变化在生理范围内是伴随情绪活动的行为反应，若超出生理范围就构成病理过程。精神刺激作用于机体产生心理紧张一方面通过边缘系统引起情绪反应，同时往下丘脑通过垂体—内分泌途径及植物神经系统引起伴随的各种躯体反应。



1. 心理紧张引起的躯体变化

这些躯体反应可以在各个系统中表现不同程度的症状。

循环系统：心悸、心率变化、心律失常（早搏、房颤、室颤等），心前区疼痛，血压升高或降低，唇厥，颜面及四肢潮

红、发热或苍白、厥冷。

呼吸系统：胸闷、气急、呃逆，哮喘发作。

消化系统：食欲减退到厌食，恶心、呕吐，肠鸣、胀气，消化道运动及分泌障碍以及溃疡病和胆囊炎的发作。

泌尿系统：尿急，尿频，多尿。

生殖系统：性慾无进或减退，阳萎、早洩及性变态。

内分泌系统：月经失调，乳汁分泌减少，低热、消瘦、肥胖。

皮毛：皮炎、皮疹、白发，脱发，斑秃、多汗、局部浮肿。

免疫系统：对体液免疫和细胞免疫的加强或抑制。

2. 心理紧张引起的心理活动

心理紧张引起的心理活动改变包括两个方面，一是情绪变化；二是摆脱心理紧张的思维活动。

情绪按其存在的时间及发展而区分为①心境：较长时间保持的某种情绪状态（数小时——数天）；②激情：较短期间内暴风雨式的、极为强烈的或不断增强的情绪体验，如暴怒、狂喜、绝望等情绪状态。

按其表现有恐惧、焦虑、忧郁、悔恨、抱怨、委屈、沮丧等。而情绪变化的表现则可因个性特征和环境条件而有所差别，或则竭力克制，或则尽情发泄。

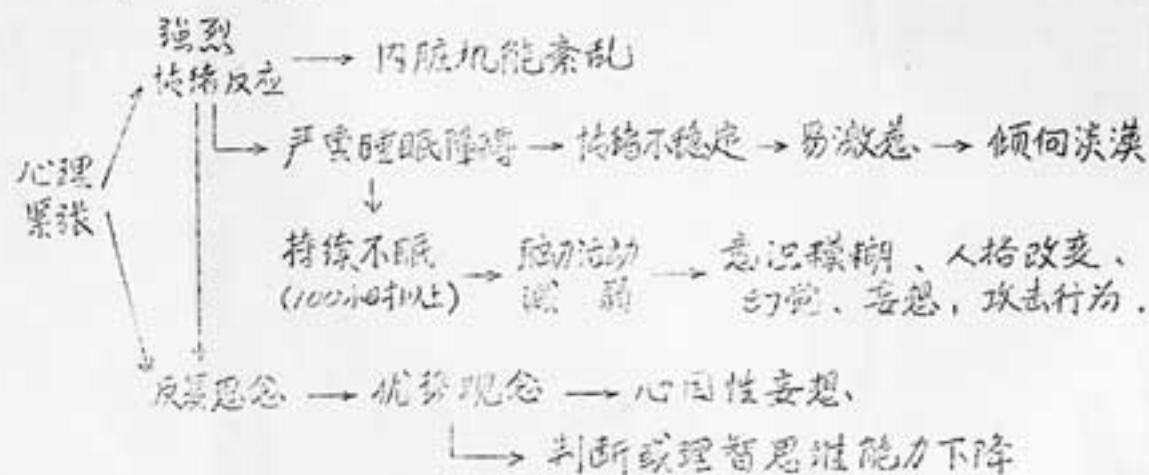
心理紧张引起的情绪反应常伴有思维活动，有人根据主观情况作出正确处理；也有的是通过思维活动来作自我安慰，借以摆脱心理紧张。这种思想活动可归纳为两类：①压抑：主动抑制自己不去考虑引起心理紧张的刺激，为了加强抑制，有的采用“精神胜利法”作自我安慰；有的用投射法，即把矛盾的原因推诿客观。②释放：排除各种内、外阻力去达到目的，来减轻或消除心理矛盾，所采用的方法是为自己的企图寻找理由；实在达不到目的时，有采用代偿法，把注意力寄托到别的方面，如失恋后发愤读书；政治上失意后皈依宗教。

二、心理紧张引起的疾病

精神刺激所产生的心理紧张对易感个体引起的疾病可分为二类：心因性精神病和心身疾病。

(一) 心因性疾病 是指由心理紧张引起的精神病，如剧烈或持久的精神紧张性刺激可引起反应性精神病，其原因除上述的威胁生命安全的自然灾害；包括亲人丧亡在内的生活变故，工作、生活中的人际关系等之外，还有隔绝状态（长期受严格的隔离；或战俘在国外，因言语不通而受到的“隔绝”），残酷的战争场面等以及因大脑活动过度紧张引起的各种神经症。

精神刺激引起的心因性精神病的具体过程如下：



(二) 心身疾病 心身疾病种类极多，这里举例说明：

1. 心血管疾病 由心理紧张引起的情绪反应如焦虑、恐惧、愤怒、高兴及兴奋等常伴有心血管功能的各种指标变化，如心率、心输出量及搏出量，动脉压及肾、内脏及肌肉血流量变化。

Lacey 及 Lacey (1974) 指出，环境因素，特别是社会环境因素可能是经过大脑皮层对交神经控制心率起影响。Taggart 等 (1973) 对 30 名从事公众演讲的人（大部分是参加医学会议的医生），其中 6 名有冠心病，对每个演讲者都作了无线电遥测心电图监护，演讲前、后的血浆儿茶酚胺 (CA) 及游离脂肪酸 (FFA)

速度测定，结果是令人注目的。全部演讲者在演讲时都有心动过速，平均心率达 151 (125-180) 次/分，7 名冠心病患者中 5 人发生多发性室性及室上性异位搏动，3 人有缺血性 ST 段压低。演讲后，血中 NE 及下 FFA 水平增加，在下一演讲的研究中事先使用一剂口服剂量的 β -阻滞剂，使所有这变化全部消失，说明交感神经系统参与这些反应。Schiffer 等 (1976) 对 43 人用 12 分钟的磁带录音作智力测验，发现心率加快及血压升高，证明这是一种心理应激，因此认为可以用此法来作为对缺血性心脏病患者测试的一种应激物。

① 冠心病 致病因素是多方面的，包括 1, 饮食因素：饮食中含高饱和脂肪，胆固醇及盐类；2, 血液化学：血清胆固醇及甘油三酯增加，高血糖，高尿素；3, 器官系统病理学及功能失调：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，缺少体力活动，过食；5, 心理社会因素：A 型行为型式，职业或婚姻不合，劳动过负荷，职位不合适以及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）。

有人发现妻子死亡后的男性，冠心病发病率高达 40% 以上；最近，Gutstein 等 (1978) 建立了一个动物模型以研究神经因素在粥样硬化发生中的作用，电刺激下丘脑外侧部 2 个月左右则冠状动脉中就可引起粥样斑块形成，因而推测中枢神经系统在人体粥样斑块形成中也起作用，最有影响和广泛研究的假说是 Friedman 及 Rosenman 等提出的 A 型行为型式。

② 心肌梗塞及心绞痛 Rake 等 (1974) 研究赫尔辛基心肌梗塞的幸存者及冠心病猝死，发现在事前六个月内发生重大生活变化的因素有重大的统计意义。而猝死者其生活变化以 LCU 计标要高于心肌梗塞的幸存者。这说明，生活变故对冠心病患者有可能触发心肌梗塞及猝死 de Faire 及 Theorell

(1977) 对斯德哥尔摩的筑工人作前瞻性研究发现“所负工作责任方面的变化”这种生活变故可以对近期心肌梗塞作10%左右的预测。Bianchi 等 (1978) 发现心肌梗塞之前6个月期间都有生活变化引起的焦虑或压抑，心肌梗塞病人的焦虑和抑郁较正常人多见，神经过敏、睡眠障碍、呼吸短促也多，有些人在发病前就有焦虑和抑郁，高度焦虑者心绞痛发病率为低焦虑对照组的两倍。还有人一、二年级大学生进行调查，毕业11-27年后，再作追踪时发现，学生时代主诉醒后自觉疲劳者，心肌梗塞较多。

③ 高血压 高血压是多因素疾病，心理-社会因素也有一定影响，在日常生活中，疼痛、情绪、思维活动均可引起血压改变，这是伴随心理活动的生理变化，如痛苦，愤怒使舒张压升高；恐惧则使收缩压上升，现在认为单独心理因素并不能致病，但它会影响各个发病环节而促使发病。

在稳定的社会中，习惯、传统、制度比较完整地建立起来，生活在这样一个环境中，而且具有良好心理适应的成员，其血压不受年令增加所影响；反之，生活在一个多变的、不能预期变化的及动乱的社会环境中，若心理适应又很困难则血压水平趋于上升，这是一些流行病学调查的结论，文化环境改变也可增加适应负担，若儿童时期建立起来的心理适应型式破裂（特别是在中年早期）若有从农村迁后进入都市环境；或由本土迁入到异国，这些巨大的文化环境变迁；以及社会职业的变化，都可构成社会-心理因素变化，但并非生活在上述环境中的每一个人都患高血压，这就涉及到个性特征及对应激的适应能力，Harris 及 Singer (1967) 报道一批在应激环境中引起高血压的妇女，其个性特点是敌意 (hostile)，凶狠 (truculent) 和好斗 (combative 或 abrasive)，这些妇女体格健壮，Harburg 等根据美国黑人血压较高；高血压病、中风的发病率，死亡率均高于白人这一

事实，在 *Detroit* 的高应激区及低应激区（高、低应激区是根据社会经济情况、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，发现高应激区的男性黑人（25-60岁）血压最高（舒张压平均在 95 mmHg 以上）。他们发现不论是高应激区，或低应激区，也不管是黑人还是白人，高血压患者的血压高低都与被压抑的敌对情绪（在专横的警方暴力下），受打击时强压愤怒等因素有关，但是，肤色与血压也有关，即黑人中肤色愈深则血压愈高。另外，劳动环境中的应激也是一个因素，苏联米阿斯基科夫（1961）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。

④ 心律失常与猝死 心理因素可以促使心率及心律变化，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者的是：窦性心动过速，阵发性房性心动过速，房性及室性早搏，房颤。也有报道，心理学因素可以通过增强交感神经活动而引起室性心律失常，包括室颤。

Lown 及 Verrier（1976）提出，心理学应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，並引起猝死。这种变化可以发生在正常或有病的心脏。Engel（1978）推测一些不能解决的难题可以引起交感-付交感兴奋性的快速波动，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“神经的和心理学的机制与心脏猝死问题”的综述，其中提到下列情况：

i, 丧夫丧人（父母、配偶）可增加猝死的敏感性。有人调查 1,436 名寡妇（丧偶 6 个月）并令 55 岁以上者，其死亡率较同时令的结婚男子高 40%。

ii, Rahe 等（1973）对冠心病猝死的 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个月死者有较重大的生活变故（如离婚、灾难，工作改变等）。

iii) 英国医学杂志(1955)有文章提到对AMI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高5倍；主任医师每週只查房一次，但引起的猝死却有一半。

iv) 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，当然还有其他因素，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，但是有影响的。

关于致死性心律失常也有报道。如Lown(1976)报道一名31岁男性病例，二次发作室颤，虽经常有室早，但其冠状动脉造影检查确属正常，也无器质性心脏病，两次发作均与情绪、心理应激（作恶梦）有关。而且 β 阻滞剂可消除室性异位搏动。

2. 呼吸系疾病 社会-心理因素可以对许多呼吸系疾病有影响，这里谈两个病。

① 过度换气综合症 (Hyperventilation Syndrome)

这是一种发作性（从每天发作到2~3年一次不等）的过度换气，全身肌肉强直以及多种症状。其发作往往与不安，过度紧张、恐惧等情绪因素有关。据安藤(1971)报道，此病60%与癫痫、焦虑症有关，30%与反应性疾病有关，只有10%与体弱有关，其发病机制如图。

② 支气管哮喘 (Bronchial Asthma) 过敏元、肺部感染（特别是病毒），心理刺激，冷空气、气味、运动及鼻道刺激可以单独或联合引起支气管收缩。尤其是前三者被认为是哮喘发病的三大因素。不论是那种因素引起哮喘首次发作之后，则其中就有一种是占优势的而其余的居次要位置，而在不同年龄组

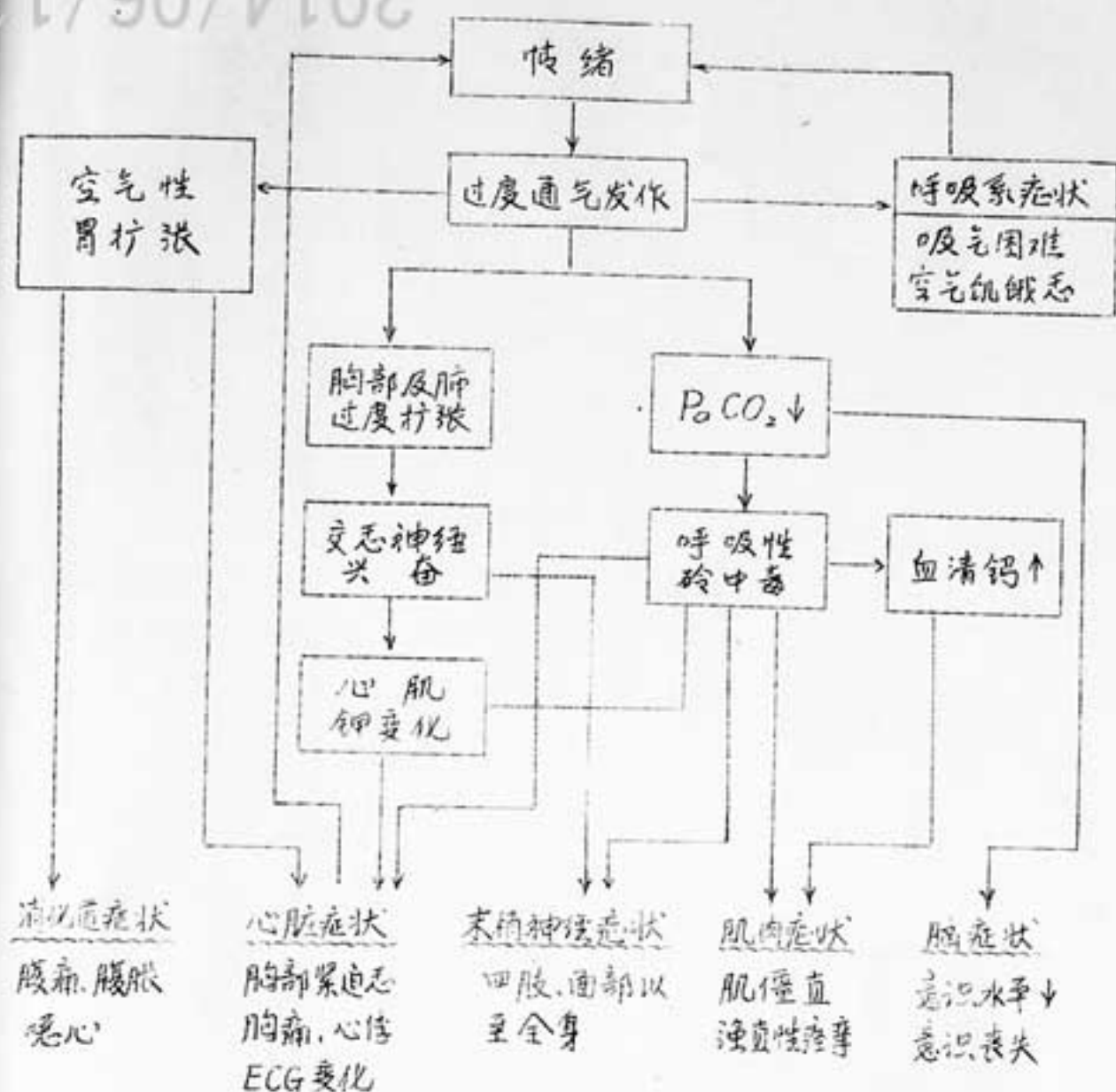


图2. 过度换气综合征的症状产生的病理生理

中，优势因素也不同。Williams 等 (1958) 对 487 名各种并令哮喘病人进行研究发现，外源性过敏原因素占优势的占 29%，呼吸道感染 40% 而心理因素占 30%，但是没有一种因素可以单独发病，所以，Rees (1956, 1964) 及 Pearson (1968) 认为三者是相互作用的，在 Williams 等的 487 例中有心理因素参加的占 70% 而单独由心理因素致病的只占 1.2%，实验证明，心理应激引起哮喘也是通过迷走神经释放乙酰胆碱所致。

3. 消化道疾病

① 溃疡病 这也是一种多病因性疾病，目前都以侵袭-防御体系学说来说明其发病过程及治疗依据。但从实验及临床观察都表明，心理因素在溃疡病发生中起一定作用。研究发现，生气、恐惧、激动、焦虑、使胃液分泌增加，酸度增高；抑郁、悲伤、失望，使酸分泌和运动减少。长期情绪激动，如焦虑、生气可使胃液分泌持续升高，使充血的胃粘膜发生糜烂。对胃癌病人作心理生理学研究发现，悲伤时胃粘膜苍白，分泌液减少；焦虑时，胃粘膜充血，分泌液增加。Susser (1966, 1967) 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，前者为后者的一倍，出现年令也以前者为低，这说明，高应激环境比低应激环境的发病高。

② 溃疡性结肠炎 是一种结肠粘膜的炎症性疾病，也常有结肠外表现，病因不太了解，但社会-心理因素对之有影响。

心理紧张 → 付文志兴奋 → 肠运动粘液分泌 → 粪便排出增加
→ 结肠粘膜屏障削弱 → 溃疡。

③ 胰腺炎 Weiss (1960) 发现胰腺坏死病人生活史中有心一身不运的经历；Gilsdorf 等 (1964) 报道，电刺激下丘脑可引起胰腺炎，并推论间脑脆弱可能是胰腺炎发病因素的一部分，如过度精神紧张 → 情绪不安 → 植物神经末梢的冲动 → 胰酶分泌过多、欧第氏括约肌痉挛、胰管及血管的炎症性充血 → 胰腺炎。

4. 内分泌疾病

① 更年期综合征 (Menopausal distress) 症状极多包括焦虑、紧张、情绪易变、易激惹、抑郁、失眠、性功能变化、伴有颜面潮红发热、头痛、皮肤粘膜表面及皮下组织萎缩性变化、尿频志呆等。多年来，一直认为主要原因是雌激素水

平降低，因此认为雌激素，孕激素对脑功能有直接影响 (McEwen 1975)。最近，认为雄激素及黄体生成素也参与。Parsky 等 (1978) 提出，雌激素对性情的效应是通过影响雄激素生成而实现的，事实上，突然除去 (手术切除) 卵巢激素都会出现严重的躯体和精神症状。

Neugarten 等 (1968) 报道，既往有心理上处境困难，如自尊性低，生活上不顺心的妇女，更年期易发生障碍。Deutsch (1945) 及 Benedek (1950) 注意到妇女对更年期的反应与对其生活过程中其他关键性发育过程如青春期及妊娠的反应是平行的。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) 在跨文化研究表明，更年期的反应在上层社会妇女中多，中、下层妇女愈来愈少。

② 经前期紧张综合征 (Premenstrual tension syndrome)

这包括各种反复的躯体、心理及行为症状，出现在经期前 4-5 天，而在行经后不久就终止，表现因人而异。发病原因有心理、社会及生物学因素参与。社会因素有其他妇女特别是从观察母亲、姊妹的经前表现中所受的教育和暗示 (Ruble 1977)。生物学基础还未明瞭，研究中众说纷纭，困难在于不同研究者对其认识不同。

5. 风湿性关节炎 心理学及环境应激因素对其发生和加重有作用，那末究竟如何使应激转化为关节炎的症状和体征呢？调节结缔组织和胶元的激素有生长激素，甲状腺素，雄激素、雌激素及肾上腺皮质激素，这些激素都可能因情绪刺激而发生变化，特别是皮质激素可能干涉免疫机制和胶元生成。

另外，滑膜被稠密的毛细血管网所包围；并且受到丰富的淋巴及神经支配，因此，心身影响有可能通过神经及激素的因素来影响 (Rodnan 1973)。

Heisel (1972) 以生活变故问题表去询问 68 名对照儿童和 34 名幼年风湿性关节炎患者的家长，结果生活变故计故表明，病孩组为 166.78 点，对照组为 82.78 点，差别极为显著 ($p < 0.0005$)。Grokoest (1962) 对 100 个幼年风湿性关节炎患儿的调查也是如此。

这里面当然还有心理-免疫机制的参与。

6. 癌症 在癌症的发病因素中，社会-心理因素往往被人忽视，事实上它是有作用的。自古以来就有人提到这个问题，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；气功疗法对癌症也有影响这一切说明心理因素在癌症的发生、发展和转归中都在起作用。

对癌症患者作心理调查发现，克己怨怒，压抑愤怒，不安全感及不愉快情绪等皆易患癌。另外，病人在患癌症之后也可产生继发性心理变化如恐惧、绝望、抑郁、担忧等紧张情绪。

Parker (1985) 在研究 397 例乳癌病人后就发现亲人丧亡是促使发病的主要因素。美国有一位医生在研究白血病患者何杰金氏病患者的心理时发现情绪忧伤时病情明显发展的 10 个病人中有 9 个与孤独、绝望的心境有关。Ross 等对 106 名何杰金氏病患者与 60 名健康人在一月内表现的情绪和行为作比较发现患者抑郁和忧虑的发生率明显高于对照。美国癌症研究所对早期进行手术的恶性黑色素瘤病人进行观察发现，对治疗怀疑、丧失信心、焦虑者常易复发，压抑与克己情绪对预后不良。格拉斯哥大学的 Kissen 将肺癌与一般肺病患者的心理作对比时发觉，肺癌病人较多疑、烦躁、好发脾气，特别是有克己情绪与压抑者，即使抽烟不少也会致癌。Miller 观察了 1400 对配偶中癌症发生的情况，结果提示，当一方患癌或死于癌症的精神刺激可促使对方患癌，当然还有其他因素，例如夫妇接触共同的自然、社会环境，

也可能遭受同等的心里应激影响。总之，有关癌症的心理先兆主要集中在下列有关的概念中，即：‘依赖与绝望；消极的压抑与克己的情绪，特别是愤怒的长期压抑和不可克服的意志创伤。关于这方面美国 Cornell 癌症中心临床外科教授 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，在 19 年的仔细定期随访中证实完全缓解。这次就访前 6 个月，发现右腹股沟出现大块淋巴结，经剖股探查发现，脾脏、主动脉旁淋巴结都有影响。虽然作了大剂量化疗，但在短期内就死亡。“为什么在近 20 年的缓解期中癌症可长期潜伏不动而在短期突然发作致死？”带着这样一个问题对家属作生前健康状况变化与生活变故的回溯性调查发现，在复发前 6 个月，患者的独生孩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。

心理因素如何影响癌症，目前认为，主要是负性情绪对机体免疫功能有抑制作用，从而影响免疫系统识别、消灭癌细胞的“免疫监视”作用；而精神愉快则有利于免疫监视功能活跃。动物实验证明，心理紧张可促进肿瘤发展，如小鼠在紧张环境下可使皮质类固醇增多，T 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，有人在母鼠生育后即取走鼠仔，使之处于经常性的准备繁殖状态下而造成群居结构紊乱时，母鼠易患乳癌。白求恩医科大学顾伯文医师对肿瘤病人作了情绪与免疫功能的对比观察也提示情绪可影响免疫功能。

精神病患者已证实具有异常的球蛋白及免疫反应改变。这对于癌症也有一定影响，Miller 教授的文章中也举了一个典型事例，一男性患结肠癌作半结肠切除，6 月后复发，家庭医生认为没有办法，进另一医院作直肠切除及两侧淋巴结切除，术后发生缝合创口及局部淋巴结癌转移，合并严重尿路感染和梗阻，再进

行手术，炎症得到改善。此时又发现肝脏大并触及结节，病人呈临终状态。经两名泌尿科医师与 Miller 教授会诊均认为无法挽回，让他等死。但 6 个月后，病人一般情况恢复，肝脏肿大消退，结节消失。以后连续随访，10 年后患膀胱上皮癌，经部分切除及化疗后又好转。在患癌症期间发现，有精神分裂及妄想，并与癌症相互消长，当精神分裂症状恶化时，癌症自发消失。精神分裂改善则癌症趋向复发。

三、心理因素的积极作用

精神因素对疾病并非只起消极作用，乐观和无畏的精神会给机体增添抗病能力；积极的情绪可增强防禦反应。

Toms (1937) 把医学院学生的精神状态分为三个类型： α 型（稳定慎重，自尊性强）； β 型（愉快、乐观、自在）； γ 型（急躁、易怒、要求高）。观察结果，发生较重疾病的 α 型有 25%， β 型有 27.6%， γ 型达 77.3%；随访 15 年， γ 型病死 13 人， α 、 β 两型无一死亡。盐城地区医院顾九皋等调查发现 42 名 90 岁以上的长寿老人，其中心情舒畅者 33 人，不舒畅者仅 9 人，两者相比为 3.6:1。鲁迅先生患有严重肺结核，一位外国医生见了他的 X 线片后，既惊奇又感叹，因为他难以想像这个人依然还活着。1977 年美国报纸曾以头条新闻以“不服从医生与医学科学的人”为题报道了一名 55 岁男子，胸痛一年，心电图运动试验明显异常，冠状动脉造影显示三条冠脉均有阻塞（二条 95% 以上，一条 75% 左右），病人拒绝作架桥手术的建议。先采用控制饮食使体重减轻 37 磅，随即开始长跑运动，以后曾多次参加全国性及地区性马拉松赛，并曾在 90°F 高温下参加比赛。报上以此内容作了上述报道，就在这次比赛途中，他发生胸痛，并持续 6 个小时，但过了几天他又进行长跑训练，在随访检查中心电图证实这次胸痛是发生了一次心肌梗塞。北美内科临床杂志的一篇文章中引述这一事例时说心理因素对心脏的影

响比心血管本身的影响更为令人吃惊。

心理因素的积极作用的机制肯定也是通过神经-体液途径来调动机体的潜在能力。

四、个体特征与疾病的关系

同样的心理刺激为什么在不同个体上可以有不同的病理过程。苏联卫国战争时期，列宁格勒被德寇包围，在这样一个严峻的环境-社会-心理因素影响下，有人患溃疡病，有人得高血压，也有月经失调。这显然是由于个体的特征不同。心身医学在这方面也有一些探索性研究。

近来比较引人注目是对各类病人进行心理测验，来探讨疾病的发生与性格或行为特征的关系。最着明的是A型及B型行为特征与心血管疾病的关系。

Friedman 与 Rosenman 把人的行为特征分为A, B两种型式。A型行为特征是好斗性格 (aggressiveness)，有竞争性 (Competitiveness)，胸怀大志 (ambition) 急为取得成功而努力工作，急躁 (restlessness)，缺乏耐心 (impatience)，主观上感到时间不够用，言谈举止粗放，有敌对的倾向。不具有这些特征的为B型。现在还有细分为不完全A型及不完全B型。A型对应激易起反应，B型反应不明显。他们认为A型行为的人易得心脏病。这方面工作目前在广泛开展研究，如有人对3200例男性无冠心病患者以A、B行为分类，在1.5-2年后发现A型行为中39-49岁的人冠心病发生率6.5倍于B型同龄组，并认为这种反应可能通过E/NE所中介，如果把A型行为特征改变为B型，则心脏病发作就可减少。如Friedman本人就是A型，以后逐步改为行为特征，心脏病一直未发，但也不是所有A型行为特征者一定得冠心病。

有些人研究溃疡性结肠炎病人的个性特征，指出，这些人爱整洁 (neatness)，仔细，敏感，外表谦逊有礼掩盖着自我夸大。

利己，被动，胸无大志，需要爱护和同情。胃溃疡病人往往不好交往，被动，顺从，好依赖，缺乏创造性。原发性高血压的患者，雄心勃勃，缺乏耐心，好竞争，易激动，就是A型行为特征。癌症患者的个性特征是克制自己，有不安全感。

另外有人认为疾病还与个体素质有关，如美国有人把一批身体健康未患过溃疡病的学生按血中胃蛋白酶水平高与正常分为两组，让他们同时参加紧张的军训，数周后，作体检及胃透发现，高胃蛋白酶组学生有不少得溃疡而正常组学生无一得病。

五、疾病对心理活动的影响

疾病影响心理活动包括两个方面，一是疾病过程损害脑功能而致心理变化，另外是疾病本身作为精神刺激引起自身的心理变化。

(一) 影响脑功能的器质性因素

1. 外伤：①严重的颅脑机械性外伤，常因多种脑功能受损而致外伤性痴呆，或外伤性癫痫。

② 严重电击也可引起永久性痴呆。

③ 放射性脑病可因损害部位不同表现为包括永久性痴呆在内的各类症状。

④ 高温使脑机能变得不灵活，持续过高温引起热衰竭可引起意识丧失，中暑时有谵妄。

⑤ 烧伤，达一定面积可导致昏迷，定向不良，昏迷。

⑥ 冻伤，不引起脑功能改变。

2. 传染病：①高热：发热性谵妄。

②毒素作用。

与个体素质有关，有些人不论什么传染病都会出现精神症状。

3. 中毒：根据毒物选择性作用的部位表现不一，如CO，氧化物及巴比妥类常作用于皮层，基底节、小脑的Parkinje细

2014/06/

胞。

4. 代谢障碍：某些遗传病如苯丙酮酸尿症，半乳糖血症引起脑代谢障碍而使发育障碍，精神迟滞，……等。

5. 营养缺乏：维生素B₁缺乏引起 Korsakoff 综合征；烟酸缺乏所致的癞皮病有精神症状；B₁₂缺乏使神经脱髓鞘而出现精神症状；坏血病也有精神障碍。

6. 疲劳和衰竭：可使感觉、运动及其他神经、精神机能异常，有错觉、幻觉、动作不协调。

7. 其他如中枢神经系统变性，脑癌、血管病变都可以伴有不同程度的精神障碍。

8. 还有肝、肾、肺功能衰竭时由于血氨或非蛋白氮或CO₂增加而产生各种精神障碍。

(二) 躯体疾病作为精神刺激导致心理紧张而引起本人心理活动的变化，例如，急性心肌梗塞、心绞痛发作时的濒死感；慢性疾病时因工作、家庭、经济、健康等引起的焦虑；慢性传染病与群体隔离后的孤独感；患“不治之症”后趋向死亡的心理。

第三节 心理因素在疾病诊断中的作用

诊断是医生通过诊断对人体的健康状态和疾病所提出的概括性判断，建立诊断是临床工作的第一步。目前的各种诊断，都是借助理化仪器观察、测号，然后与正常现象进行对比而作出的。从定号角度来说，各种生理机能都有一定生理常数，过高过低就成为疾病的诊断依据，但对心理因素的测号与判断，受试者与主试者的主观因素都在起作用，干扰因素也较多。

中医在诊断方面比较重视心理因素，在望、闻、问、切中都比较注意。如望诊时注意病人的神色、形态，有所谓“形健则神旺，形衰则神惫”之说，在临床上根据面部表情、语言气息、动作行为来判断神；闻诊时从听声来作判断，如情志变化时的呼吸改变，痛苦时呻吟，高兴时发声欢悦，愤怒时声厉而急；在问诊中更是从各方面去了解心理—社会因素的影响；脉诊中则有“喜则伤心脉必虚”，“思伤脾脉结中后”等说法。

目前，诊断学书中对心理诊断尚未列入，但从医学心理学的角度来看，在检查病人躯体生理障碍的同时，应该对病人的精神状态和心理活动进行必要的了解。

由于心理活动的测号缺乏合适的仪器设备，因此主要是在病史采集过程中通过交谈、观察和测试来了解，应该注意以下几个方面：

一、了解精神状态和心理活动的内容

1. 一般情况：如意识是否清晰，时间、空间定向能力及人物和自我定向能力；对周围环境的态度，主动还是被动。

2. 个人史，既往史，家庭情况应详加询问，因为文化程度、生长环境、经济条件、人际关系、兴趣爱好、生活习惯等都可影响心理关系。

3. 情感活动：如情感活动的高、低、焦虑、对环境的关心程度。占优势的情感常常可以从患者的面部表情、姿势、动作以及面色、脉搏、呼吸、汗液、涕泪等植物神经反应中显露出来。

4. 意志与行为：有无意志减退和增强；动作行为的增多和减少；有无异常行为。

二、正常与异常精神活动的判断

心理学中的难题之一就是心理活动的正常范围不了解。由于各家采用标准不一，所以有些精神活动在这个国家的标准属于正常而按另一国家的标准就是异常，由于迄今尚无统一的标准，目前大致是从以下三方面来判断。

1. 心理与环境的统一性：看行为是否符合环境要求，是否为常人理解，有无明显离奇、出格之处；2. 精神活动的完整和协调性：其认识过程、内心体验和意志活动是否协调一致，即是否该喜则喜，该怒则怒；3. 个性特征的稳定性：我国心理研究所的同志指出，应该从脑的机能结构的活动状态以及人对外部世界所形成的反映系统两个方面，辩证地理解精神正常和异常的问题。

三、气质的判断

气质是个性心理特征的一个方面，自古以来人们就对气质给予很大的重视。希波克拉底、巴甫洛夫都对人的气质及高级神经活动类型作过分型。目前心理学界普遍接受的是冯特根据反应快慢和意志力强弱所分的四大类：

1. 胆汁质型（反应速度快、意志力强）：表现为心宽志远，神经系统坚强，不怕困难，缺乏自制能力，缺乏持久而有系统进行工作的能力。

2. 抑郁质型（反应速度慢，意志力强）：表现为多愁善感，神经系统较敏感，抑制性较强，固执而容易生气，不善交际，不能经受长期的紧张工作。

3. 多血质型（反应速度快，意志力弱）：表现为见异思迁，神经系统坚强，知觉和行动都是均衡的，活泼好动，善于交际，能适应各种情况，常常容易作出妥协。

4. 粘液质型（反应速度慢，意志力弱）：表现为性情孤僻，知觉和行动是均衡的，表情不显于色，知觉稳定，反应迟钝，难以适应生活条件的改变，工作埋头苦干。

在实际中往往几种气质交互存在。

四、情绪度量与分类

情绪是心理的窗户，它密切地反映着心理活动的变化，医务人员作心理诊断时观察情绪反应是一个重要内容。

（一）情绪的度量

目前虽然度量困难，现在还是归纳出四种度量。

1. 强度：心境（mood）是指强度较低，持续较久，自觉性较差的情绪体验；心绪（mood）是指强度及自觉性较强而持续较短的情绪体验；激情（affect）是短暂而强烈的情绪体验。

2. 紧张水平：是指情绪对人的行为的影响，或在行为表现方面的差异，一般说强烈情绪伴随高度的行为紧张，但也有相反的情况，强烈情绪伴有行为抑制。

3. 快意度：指愉快程度上的差别。

4. 复杂度：是指人对情绪的自觉程度可以划分出的种种水平。

（二）情绪的分类：目前尚未统一，有人将它分为四类：

1. 原始情绪：分快乐、愤怒、恐惧、悲哀四种，共同点是目的性强，复杂程度低，强度大，紧张性高。

2. 与感知觉有关的情绪：与客观刺激性质有关，也与主观有关，如疼痛引起的情绪。

3. 与自我评价有关的情绪：因事成败引起的骄傲、羞耻、悔恨、懊恼等情绪体验，是一个对自己行为是否合乎标准的认识。

所引起。

4. 与他人有关的情绪：社会性极强，如爱、情、恨。

(三) 情绪的表达 病人在患病时可以引起情绪反应。美国心理学家 SarTain 指出情绪可以分四个方面来表达。

1. 用语言来表达：个人意识到并能以语言来描述的情绪。

例如：“我感到非常愉快，真想唱、想跳。”。但是描述情绪的用词与表达能力则因人而异，因此不仅要问病人说些什么？还应了解他们为什么要这样说？

2. 通过机体变化来表达：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一部分对紧急状态起反应的内分泌系统所引起。焦虑时伴随的生理变化有颤抖、不安、睡眠障碍（包括失眠），食欲不振或厌食，注意力不集中，易激动以及植物神经系统不平衡的症状如常见脉搏、呼吸加快、血压升高，尿频及胃肠道运动障碍，蠕动增加或减少。

3. 通过伴随的能被别人观察到的行为来表达，这是一种非言语性的交流。如恐惧和焦虑时肌肉紧张。另外，“笑逐颜开”，“板面孔”，“眉来眼去”都是用无声语言表达情绪，当然面部表情有假像，因为，有的是“强作笑颜”，有的是“故作镇静”。此外手势，姿态（如“辗转不安”，“踱来踱去”，“挥拳”，“捶胸顿足”，“耸肩”，“叉腰”，“垂头丧气”，“昂首阔步”，声音也可表达情绪。

4. 动机也可表达情绪：动机 (motivation) 是指人们有目的地去做一件事。如流泪当然有笑出来的，但大多数是痛苦、悲伤、失望、愤怒等“不良”情绪的表现。成年病人的哭泣可能是患病时的一种“退缩现象” (regressive phenomenon) 即行为退化到儿童时期) 的表现。应该设法了解其哭泣的动机 (即为什么要哭？)。有时为了安慰别人，病人虽然痛苦，但要“强作欢笑”或故作幽默以回避痛苦或解除紧张。

五、心理测验

心理测验 (*Mental Test, Psychological Test*) 是随着实验心理学而发展起来的一种心理学技术。目前, 教育、医学、劳动、社会、军事等心理学的分支学科都在运用这一技术, 并取得一定成效。

心理现象也像物理和生理现象一样可以通过比较来鉴别, 困难在于不易选定标准。现在用的各种方法都是用一些经过选择的, 加以组织的, 能反映人们心理特点的刺激 (称为测验材料 *Test material*) 让受试者作出反应 (称为测验 *Testing*)。用作比较的标准称为常模 (*norm*), 它是从大量取样中提炼出来的。这个提炼过程称为测验的标准化 (*Standardization*)。

心理测验的目的在于了解人的特征如能力、行为等。

(一) 心理测验的种类和功用

1. 种类: 心理测验种类繁多, 分类方法也不同。

① 按测验目的可分为智力测验 (测验人的智力); 人格测验 (测验人格特点); 特种技能测验 (杆壶绘画、音乐、手工技巧等能力); 诊断测验 (包括各种以临床诊断为目的测验人格和能力的障碍的手段)。

② 以材料性质可分为文字测验 (用文字通过口头或书写来表述); 非文字测验 (用图画、文字等表述)。

③ 按测验方法可分为问卷 (*Questionnaire*); 作业测验 (非文字测验); 投射测验 (用一些模糊的人形或墨迹图或自己画的人形, 要他讲故事或解释以了解其内在世界)。

④ 按测验进行的方式则有个体测验 (*Individual Test*); 团体测验 (*group Test*) 之分。

2. 功用: 心理测验用途很广, 可用于许多专业。

① 教育方面: 用以测定学生的知识水平, 心理能力和潜能 (*Potential capacity*), 有利于因材施教; 也可通过测验了

解学生的心理缺陷，供教育指导者参考。

② 临床方面：用以鉴别学习成绩不良的原因（智能低还是其他原因）；鉴别器质性及功能性精神病，病态和正常变异；也可用于比较疗效，提示预后。

③ 人才学方面：心理测验可用于甄别人材，可以按工种选材，或按人材分配工作。

(二) 智力测验 (Intelligence test) “智力”这个词迄今尚未统一解释，有的说“是一种创造力，判断力、适应环境的能力” (Benet)、有说“是一种优良的反应能力” (Thorndike)；也有说“是一个人有意识地使其思想适应于新环境的普通能力” (Stern)。英汉双解辞典上则解释为“视、听、学习、了解及熟知的能力”。

1. 智力单位和计标方法

① 智力年龄 (智龄 Mental Age MA) 是指智力达到某年龄水平。在编制智力测验的年龄量表时，每一年龄均收集许多测验项目，预测一组儿童（如3岁），将70%人能通过的项目留下，其余淘汰。这一组测验项目即代表3岁的智龄，以后某一儿童通过这组测验项目即说明他的智龄是3岁。

② 实足年龄 (又叫实龄 Chronological Age CA) 指在测定时最后过的一个生日的年龄。除年龄外还有月龄，如3岁5个月，计标月龄，按15天取舍，满15天标一个月。

③ 智力商数 (智商 Intelligence Quotient, IQ) 智力是绝对数，说明某儿达到多少年龄的智力水平。智龄 > 实龄者聪明；智龄 < 实龄者不聪明。譬如甲儿实龄8岁，智龄10岁，乙儿实龄10岁智龄11岁，两儿都聪明，但谁更聪明些，只靠智龄就不行，所以 Stern 提出心理商数 (Mental Quotient MQ)，即 $MQ = \frac{MA}{C.A.}$ 。这样就可比较甲、乙两儿，甲儿 MQ 为 $\frac{10}{8} = 1.25$ ，

乙儿 MQ 为 $\frac{11}{10} = 1.1$ ，则可知甲儿比乙儿聪明些，以后 Terman 把 $M.Q. \times 100$ 就消除小数得出 $I.Q.$ 。

④ 偏差智商 (deviation $I.Q.$ ，也有译为差漫智商的) 由于智力是随年龄发展的，但各种能力成熟期不一致，成人智商要从实龄几岁算起，有人说 14 岁，有说 16 岁，也有说 18，还有更大。因此 Wechsler 提出偏差智商的计标法，他用统计中的平均数和标准差来计标商，若各年龄组在量表中的成绩合于常态分布，其平均数便代表年龄的平均 (或正常) 智商，定为 100。但在常态曲线中平均数为零点，因此将智商常态分布的零点移到 $-5SD$ (标准差) 处，其量表分数的平均数换算成 100，一个标准差为 15。这就使何组每一年龄的智商恒定，不受年龄影响。

2. Wechsler 成人智力量表 (WAIS)，是一种广泛使用的智力测验。Wechsler 认为智力是个体使行动有目的，思维合理和适应环境有效的全面能力的总合。

WAIS 共有 11 个分测验组成，分别测定各种能力，由简及繁。其结构如下



将各测验所得分换算成统一的量表分数，按公式求出量表

分。

$$\text{量表分} = 10 + \frac{3(\bar{x} - \bar{X})}{SD}$$

$\bar{x}$ 为受试者得分， $\bar{X}$ 为样本的成绩平均分數， SD 为成绩的标准差。

将各分相加按年令相应的智商核标表，便得出智商。

韦氏斯佳福-比奈量表在美国儿童中进行测试，通过图形智商高低把人的智力进行分类，有六种分法（见表）

这 11 个分测验的功能是：①、②、③、④、⑤测普通能力；⑥、⑦、⑧⑨可测知觉（或视觉—空间）能力测验；⑩、⑪、⑫是测记忆和注意能力。

关于智力测验，目前有很大分歧，有的认为根本不能反映一个人的智力水平；有的则认为虽有缺点，但仍不失为一可用的有效方法。有人认为外国智力测验有外国的文化背景，在国际上跨文化研究尚未解决，用一种文化去研究另一种文化是不行的。

3. 国内的心理活动效能实验（总后卫生部心理测验标准）包括：

① 辨别反应实验（图片对比）：共 10 张小照片，2 张大照片，要求发现小照片相当于大照片的那一部分，写出答案。2 分钟内答对 10 个图像为 100 分，错一个扣 10 分。

② 视知觉广度实验（方格找数）：共 10 个大方格，每格有 16 个数。要求 2 分钟内找出每方格中应找出的 3 个数，满分 100，错一方格扣 10 分。

③ 视知觉鉴别实验（找缺口环）：有 10 个方格，每格中有 7 个带缺口或不带缺口的圆环，1 分钟内答出，满分 100，错一扣 10 分。

④ 图形记忆实验（找标准形）：10 个大方格，每格中 14 个图形，先展示 5 个标准图形 30 秒钟后，要求 30 秒钟内找出相应的 5 个图形，错一扣 20 分。

表 按智商高低作智力分类

(甲)		(乙)	
智商	级 别	智商	
140以上	类似天才或天才	130以上	智力超常 1%
120—140	最优秀的智力	110—129	智力优异偏高 19%
110—120	优秀智力	90—109	智力中常 60%
90—110	正常或普通智力	70—89	智力偏低 19%
80—90	次正常智力	70以下	智力低下 (1%)
70—80	临界正常智力	50—70	轻度低下: 可做简单工作, 不能应付复杂环境, 对抽象科目(如数学)难以理解。
50—60	深度智力虚弱	25—50	中度低下, 自理生活, 有的需别人帮助。
25—50	亚白痴	25以下	不能自理生活, 是社会的负担。
25以下	白 痴		

(丙)

级 别	智 商	每10000人中 等于或超过者
极 优	150	3
	150	20
	140	107
优 秀	130	210
	120	860
中 上	110	1800
正常或中等	100	2300
	90	2300
中 下	80	1500
智力缺陷边缘	70	500
智力缺陷	60	200

② 时间和音实验（听声长较短）：用2种不同音请第声（A调与G调）分别听4及6秒，一半记时，观察时间和差别能力，由错一个扣25分。

（三）人格测验（Personality test）

人格又译作个性，在心理学中是指人与人之间心理特征上的差异，广义地说是指人的个别性；狭义仅是指气质与性格而言，有时将人格与性格等同对待。

性格是指行为的倾向性，它在社会活动中形成，包括对事物的态度、伦理和道德观念，主要为社会所制约所以具鲜明的阶级性。由于心理学家各人的观点不同就形成了各种人格概念和人格类型的分类。

1. 人格调查表（Personality inventory）：如 Neyman 及 Kohlstedt 合编的内外向人格调查表。全表 50 个项目，要受试者根据自己的情况，回答是与否，但要求选答案时，不要考虑应该怎样，只看你平时是怎样，完全以经验为准，举例如下：

- | | | |
|------------|-------|------|
| ① 能独断独行 | ----- | 是（否） |
| ② 快乐主义的人生观 | ----- | （是）否 |
| ③ 喜静和专闲 | ----- | 是（否） |
| ④ 对人十分信托 | ----- | （是）否 |
| ⑤ 考虑五年以后的事 | ----- | 是（否） |
| ⑥ 三思而后行 | ----- | 是（否） |

上述命题中答案中有括弧的代表外向，把 50 个答案中内向、外向相减，占优势的就是什么向的倾向，完全内向就是 50 个无括弧的答案；完全外向则是 50 个有括弧的答案。

另外还有一种著名的调查表称为明尼苏达多相人格调查（Minnesota Multiphasic Personality Inventory 简称 MMPI）。

这种调查表原来是 Hathaway 和 McKinley 编来调查个人运

应和社会适应的，所以，过去归入人格调查表 (Personality Inventory)，但因其内容多为精神病调查，所以近来有许多人都将它归入精神病调查表。原来的量表标准化取样是 700 个“正常”人，可以作为明尼苏达州人口的一个横断面代表，年龄从 16—55 岁，包括男女两性。又有 250 个大学生，代表了大学生的横断面。

调查表用的是问卷法，其内容与实施方法，有多次变动。原来的调查表有 560 个项目，以后增补为 566 项，所包括的量表也有增加，到 1967 年修订时共包括了如下十四个量表。

- ① Hs 疑病 (Hypochondriasis)
- ② D 抑郁 (Depression)
- ③ Hy 癔病 (Hysteria)
- ④ Pd 病态人格 (Psychopathy)
- ⑤ Mf 男性-女性 (Male-female)
- ⑥ Pa 偏执狂 (Paranoia)
- ⑦ Pt 精神衰弱 (Psychasthenia)
- ⑧ Sc 精神分裂症 (Schizophrenia)
- ⑨ Ma 轻躁狂 (Hypomania)
- ⑩ Si 社会内向 (Social-Introversion)
- ⑪ L 说谎的回答数目
- ⑫ F “效度”回答数目
- ⑬ K 校正量表
- ⑭ ? 不能回答的数目

受试者要对每一项目选择一个“是” (简字为 Y)， “否” (简字为 N) 或“不能答” (简字为 ?) 来回答。有时受试者故意否认事实，如“有时我将今天作的事拖到明天”这命题，他确实如此，但回答“N”，这属于说谎的回答 (L)。L 不应多，若太多，说明他不细心，不理解或为虚假回答。K 是根据经验而

编制的校正键。一个临床量表分做达到70便有意义了，但有些由于过于“坦率”，以致近于自责，这便使回答偏向不正常一侧，以致量表分超过70。反之，有些病人否认症状，便使量表分低于70。这时可用K表校正。通过校正，使正常人的假阳性率减少至5%，病人的阳性率提高达72%，失误率从38%减少到28%。

分卡片式和手册式两种，卡片式是把566个命题分成单独的小卡片；手册式是566个项目依次排列，命题举例如下：

① 我喜爱读机械学杂志

② 我的食欲很好

③ 我早上起来感觉很新鲜

⑩ 我喜爱侦探故事和神话故事

⑪ 我是在很紧张的情况下工作

⑫ 有时有邪恶缠住我

⑬ 人若负我，我就要报复

⑭ 人家老是指挥我，其实他们并不比我高明

⑮ 我不阅读报上的每篇社论

2. 投射测验 (Projection Test)

投射测验是用一些云雾状的墨迹图片或模糊的人形，或者是画一个人，或者是完成一个句子；总之是要引起受试者带有倾向性的回答，其目的在于诱导出受试者的经验，使其人格投射在这个测验材料中，从而看出其内在世界，这是因为他在组织这些材料作解释时，对它们就有情感反应。

不同的人，不同疾病和不同年龄，性别和文化程度的受试者，其投射回答的形式和内容可以完全不同。因此，从这些回答中来判断受试者的内在世界，便要有一定的经验。

Rorschach（洛夏克）测验就是通过10幅彩色及黑白的墨迹图令受试者回答，然后作出判断。

第四节 心理因素在治疗中的应用

“心病要用心药医”这句话流传很久，一般却是认为它并无科学意义。但是，目前临床治疗学研究中广泛使用的“双盲法”，以致“多盲法”等手段，恰恰就是为了避免医—患双方的心理因素在治疗起作用，使疗效观察更为客观，而“安慰剂”(placebo)就是运用其心理影响在发挥治疗作用。但是，在临床实践中，除了精神病科外，医护人员虽然时刻都以自己的言行在不自觉地运用心理因素影响治疗，但仍很少自觉地把它作为一种有效的治疗手段来加以运用。

心理因素对于治疗的影响就是通过对疾病过程的影响来实现。自从医学出现，影响心理因素就一直被作为一种治疗方法在运用着。近年来心理治疗已经成为一个重要的方法，形成一门专门的学科。

我国古老的中医理论中有大段的心理治疗论述，前面已经提到过一些，古代医者从长期的实践中所得的一些宝贵经验，现在看来与近代的心理治疗进展在原则上是完全一致的。中医重视心理因素在治疗中的作用，指出在宫颈癌及乳癌的治疗中要“清心涤虑，怡情悦性”，又说：“老思郁不解致病者，非得恬舒逸遂，多难取效。”中医的心理治疗形式是很多的，如：①说理开导式：在《内经》中借岐伯之口有一段话说：“人之生，莫不恶死，乐生，告之以其败，语之与其善，导之于其便，开之以其苦，虽有无道之人，豈有不听者乎。”这就是说，人之常情都是愿活不愿死的，告诉他疾病的危害性，并指出处理得当是可以恢复的，还要教导他如何进行治疗，解除他思想上的痛苦，这些话那有人不会听呢？②以情胜情式：即用心理因素来影响心理活动，《素问·阴阳应象大论》中用朴素辩证的五行生克的理论，阐发了这

一观点，如“怒伤肝，悲胜怒”，“喜伤心，恐胜喜”，“思伤脾，怒胜思”，“忧伤肺，喜胜忧”，“恐伤肾，思胜恐”。

③ 惊式疗法：用被神刺激治疗生理机能失调，如“哕（音 yue，功能性呃逆），大惊之亦可已”（灵枢·杂病篇）。

在中医中，心理治疗自古以来一直受到重视的。只是由于药物、手术及其他运用物理技术的治疗手段的发展，使得心理治疗在医生心目中的地位逐渐降低，因此，尽管心理因素包含在上述的各种治疗手段中，但对这一因素的运用，不自觉的多于自觉的。近年来，心理治疗的重要性愈来愈受到人们的重视。

心理治疗迄今尚无公认的定义。Korshin (1976) 认为，“心理治疗就是一个临床工作者为了达到迫切需要的个性或行为改变的目的而有意识使用的任何心理学技术”。也有说“心理治疗是以一定理论体系为指导，帮助病人了解发病原因和有关因素，应用心理学方法，达到解除症状和治疗疾病为目的。”也有把心理治疗看作是一种通过各种影响心理过程的手段达到改善病情的治疗方法。

一、心理治疗的形式、内容和特点

（一）形式和内容

由于影响心理因素的手段是多种多样的，所以心理治疗的形式也是各式各样，内容极为广泛。

从形式来看有个别治疗、集体治疗；从进行的方式看，可以单独进行也可以作为综合疗法的一个组成部分；可以在医院内进行，也可在院外甚至家庭治疗。

国外学者常把对病人精神上的安慰、支持、劝解、保证、疏导和环境调整等称为支持疗法，因为这一疗法只能帮助病人克服当前的困难，因此只是一时简单的治疗的方法，而精神分析法、行为疗法和催眠疗法等则是较复杂而治本的方法，可以解决根本问题。从内容而言，有药物治疗、医疗教育性治疗、音乐治疗、艺

术治疗、药物治疗、雕塑治疗、运动治疗、劳动治疗、气功治疗等。

(二) 现代心理治疗的特征

1. 把病人看作社会的一员，病人的躯体症状或障碍、行为障碍，除生理原因外都是与人际关系有牵连，心理治疗就是调整病人与周围人的关系，要教育、指导、帮助病人建立一个不致发生躯体或心理病态的气氛和环境。

2. 心理治疗有很多是通过医病人员与病人之间的相互作用而实现的，因此医—患关系是心理治疗成败的关键。

3. 心理治疗的目标是调动病人的主观能动性，过去强调医生对病人的权威作用，强调病人对医生的绝对信赖和信任（要听医生的话），现在则认为从治疗一开始就要注意病人的主动作用（主观能动性），调动病人摆脱自己心理病态的愿望，积极参与自己的治疗，所以有人说：“心理治疗不是医生去改变病人而是帮助病人去改变自己的病态”。

医生—病人相互作用（The doctor-patient interaction）是医学心理学中一个重要课题，有人总结了这方面存在的三种模式，① 主动—被动模式，如麻醉下手术，注射胰岛素等治疗手段，病人完全处于被动。② 指导—合作模式：医生居主导地位教病人怎样做，病人按照医生的指导作配合，但完全遵照医嘱执行。③ 共同参与模式，医—患双方共同研究病情进展及治疗方案，充分发挥病人的主观能动作用。

二、几种心理治疗的方法

心理治疗的方法种类甚多，有精神分析法，语言疗法，行为疗法，综合疗法等。

1. 精神分析法：目的是要把病人压抑在潜意识中的儿童期的病态心理挖掘出来，使之领悟，从而消除症状。精神分析学派很多，做法不一，但是都是按这种心理学的引导（用催眠或自由

联想，把无压抑的体验回忆出来，然后帮助他重新认识这种体验的荒谬性，而使症状减轻消失。

2. 语言疗法：医护人员与病人直接交往时以生动的语言作为治疗因素，治疗的对象是病人的心理活动进行治疗。按照巴甫洛夫学说，言语刺激作为第二信号通过大脑皮层影响内脏器官的活动。

语言治疗具有教育（对病人解释病情、治疗措施）、开导（解除病人心理上的疑虑、恐惧等）和暗示等作用。暗示是以词和在联想过程中产生的心理活动的影响为基础，暗示与说服不同，说服是从正面进入意识，而暗示是从侧面进入意识。生活中的暗示极多，如“望梅止渴”，“杯弓蛇影”，“草木皆兵”，“疑神疑鬼”等。人在催眠状态下，暗示性特别高。

言语治疗的任务是 ① 揭露产生高级神经活动机能障碍的具体原因；② 消除使皮层机能弱化的因素；促使灵活性增加，消除消极情绪；③ 消除高级神经活动的机能障碍，建立新的皮层关系，恢复工作能力；④ 帮助病人适应外部环境的条件，调节其行为。

实施的方法：① 在清醒状态下，用有说服力的，以论证为依据的言语，在病人参与下以镇静、鼓励、解释、说服等方式进行；② 在清醒或催眠状态下进行直接或间接的暗示；③ 催眠状态下进行说理性暗示。

成功的条件是医护人员对病人干练的处理；对病人的威信；对病因的清楚了解以及广博的知识。失败的原因是诊断错误；医生之间缺乏接触和对病人的了解不够。

3. 行为疗法、这是近年来颇为流行的一种。心理治疗，关于“行为”（behavior）一词在这里不仅指个体外部可观测的活动，就是内在的心理活动如动机、思维等也都包括在内，甚至无意识的欲望、恐惧等过程也属行为范畴。行为疗法是以巴甫洛夫

的经典条件反射与 Skinner 著的操作式条件反射 (operant conditioning) 等学说为理论基础, 根据艾克森氏的“学习”理论, 认为各种心理病态和躯体症状都属异常行为, 因此可以通过学习来调整、改造或建立新的行为来取代。行为治疗学家认为有些疾病是不良行为习惯所造成, 而人都具有自我调整和控制各种躯体和内脏功能的能力。这种能力可以通过“学习”(自我训练或仪器辅助)而增强。

行为治疗的实施方法是多种多样, 如 ① 厌恶疗法是通过条件反射原理把烟、酒、药的成瘾习惯(不良行为)戒断, 用电击或怪味来使其产生“厌恶”。② 系统脱敏疗法: 按照类似原理, 逐步地把多个因素脱敏以达到消除原因, 此疗法的发展是③ 自我调整疗法和④ 生物反馈。

自我调整疗法: 这是一和较为古老的心理治疗, 即个体通过长期的自我学习学会用一种反应去改善另一种反应; 或定向地运用意识来调节躯体和内脏活动。这种方法在美国称为“松弛疗法”; 在日本称为“禅”; 印度为“瑜伽”(yoga); 在我国则为“气功”。

生物反馈 (Biofeedback 又称生物回馈) 是一种在电子仪器引导下对躯体内脏活动进行意志支配的学习过程。过去认为植物神经系统的功能是不随意的而现在的实验证明, 只要经过一定的学习就可受意志控制。

生物反馈可分三大类: ① 属于骨骼肌系统的生物反馈: 如学会放松前额、颈部及头皮肌肉而治疗紧张性头痛; 使瘫痪病人通过控制肌电活动的学习使其加速康复; 对痉挛性斜颈患者通过学习可能学会控制颈肌; 学会对肢体的控制; 通过练习放松咬肌以矫正口吃。② 属于植物性机能的生物反馈: 目前已成功的有通过控制皮肤温度的学习来治疗偏头痛; 学会控制心率和心律; 学会控制血压, 在这方面有资料表明, 生物反馈的降压作用强于

一、放松疗法：在六週治疗后，反馈组血压由 $168/100$ 降至 $141/84$ 毫米汞柱；松弛组从 $167/100$ 降至 $160/90$ 毫米汞柱，通过皮肤温度反馈的学习来治疗雷诺氏病；也有以生物反馈方法训练病人学会控制食道下端括约肌收缩治疗返流性食道炎；学会控制肛门括约肌以治疗大便失禁；学会控制结肠蠕动以治疗过敏性结肠。③ 属于中枢神经系统的生物反馈：主要通过训练学会使脑电出现一定的节律来治疗或控制各种疾病。如 θ 波 ($3.5-7.5\text{Hz}$) 出现时，常伴有强烈困倦感，对失眠者以肌肉放松作为反馈信号来控制 θ 波出现，有助于治疗；训练癫痫病人控制 $12-16\text{次/秒}$ 的节律运动节律 (Sensory-Motor Rhythm SMR)，可以此代替阵发性脑波而减轻癫痫发作。

4. 积极心理治疗

这是我国心理学家与医学家们在 1955 年进行“神经衰弱快速综合治疗”取得显著成果后，推广应用于高血压病及溃疡病，形成了当时的“慢病快治”。这是一种综合心理治疗，其内容包括：① 药物及物理治疗（电疗、针灸等）；② 一般心理治疗，包括集体的讲习，介绍疾病发生发展规律的知识，治疗病人的经验和体会以及座谈和个别心理治疗；③ 气功、太极拳等自我调整和运动疗法。

描绘法 (Imagery 或想像法) 是一种类似生物反馈和催眠的有关技术，在治疗时常用以与药物治疗相结合。鼓励病人用绘画来表达自己想像或希望体内发生的放射线或药物对癌细胞的杀灭过程；鼓励病人去观看白细胞攻击癌细胞的镜头来丰富其想像能力。把这种方法与松弛疗法结合，来克服病人的消极情绪和面对死亡的威胁。Simon-Tons 用此种方法治疗 154 例不能接受化疗，平均预期寿命 12 个月的恶性肿瘤病人，平均存活时间为 20.3 个月。在 63 名存活者中 22.2% “没有疾病的证据”，19% 肿瘤消退。Leshan 报道在 12 年中治疗过被宣告不可治

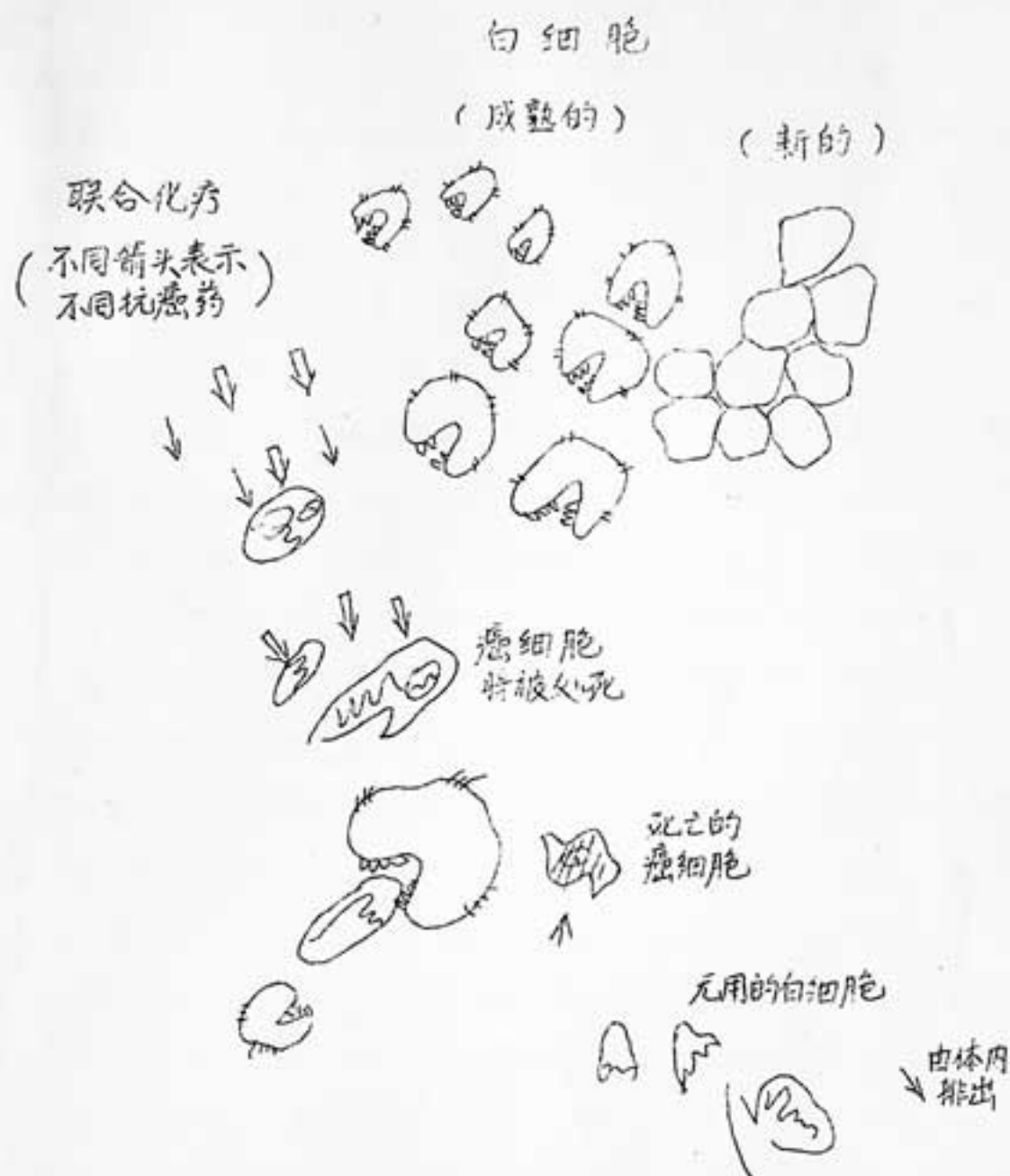


图3 一个乳癌病人想像体内抗癌的绘画
(Science. 200:1363, 1978)

疗的病人，有一半“很好”。当然这种方法还有待进一步研究。附图表示一个乳癌切除病人的想像绘画，她把白细胞画成有牙齿，表示对癌细胞的愤怒和敌意 (anger and hostility)。

一、药物的心理效应

(一) 药物的双重效应

药物是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医生的语言暗示，如用 10% 葡萄糖酸钙静脉注射治疗癔病性失音、失语。

药物的心理效应有时可以强到抵消其药理作用的程度。有一患者吃啥吐啥，Wolf 用胃管将催吐剂“吐根”灌胃，并告诉患者这是一种良好的制吐剂，结果在 30 分钟内患者恶心、呕吐消失；一小时后又出现恶心，再灌一剂吐根，15 分钟后，恶心又复消失。

药物的心理效应在对症性药物（以消除症状为主如镇痛、镇静、安眠、助消化等药物）较多见，而在对因药物（以消除病因为主，如抗生素、抗寄生虫药、解毒剂等）则较少见。

药物的心理作用并非每个人都一样，与病人的心理状态服药时的心情，医护人员的态度。

药物与语言暗示有相互加强作用，有时是语言暗示加强药物作用，有时则以药物协助暗示。如葡萄糖酸钙静脉注射加暗示治疗癔病性失音失语症是药物加强暗示；而氯胺酮（Ketamine）的不良反应可通过语言来消除则是暗示加强药物。

(二) 安慰剂

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药物，对病人发挥

一些心理上的安慰作用，有时可引起意想不到的疗效如：Evans 等(1939)发现66名心绞痛病人中有25人(38%)因服安慰剂(碳酸氢钠)而缓解疼痛；Beecher(1955)统计15篇论文中1,052例以安慰剂治疗的病人，有效率可达 $35.2 \pm 2.2\%$ ；Truett 等(1959)在426例各种风湿病患者中发现有54例对安慰剂有良好疗效，有效率竟达71.5%。

安慰剂的药理作用是药物的条件反射，它并不对每个病人都有效，因为各人的生活遭遇、经历、文化水平、社会生活实践、精神状态、病性、病程等都不相同，故对条件刺激的反应也不同，因此 Jellinek(1946)，Beecher(1955)及 Wolf(1959)等都认为可将病人分成安慰剂反应者及不反应者两类，所谓不反应者只是在特定条件下，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，每个医生、每个病人都是自觉或不自觉地在使用和接受安慰剂治疗，例如在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。目前，有下列用途：

① 要确定新药评价必须排除药物的安慰剂作用：从这一点来说以安慰剂作对照不应看作是对病人作试验；反之，不经安慰剂对照而广泛盲目使用，反而是对病人不负责任；

② 交替使用安慰剂与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%，并不逊于阿斯匹林(56.3%)及水杨酸酰胺(60.6%)；

④ 用安慰剂作保护性医疗，减少病人痛苦，有些疾病如癌、多发性硬化缺乏有效药物和治疗措施，若医生说“这种病无法治疗”，就会引起病人绝望，西方学者说：“这种话是残酷而不检点的”，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，愈渴望解除时安慰剂疗效愈佳。所以 Wolf 说：“安慰剂是医生关心病人的讯号，给安慰剂等于告诉病人说：‘我是非常关心你的’。”

② 配合语言暗示及其他心理疗法。

二. 病人的心理学问题

每一个正常人当面临健康受到威胁时，必然引起恐惧和焦虑。焦虑是由于对这种威胁心中无数所致。这种焦虑可因缺乏有关知识以及其他各种社会、经济、文化因素而加剧；恐惧来自对疾病知识的一知半解或受旁人或社会流传的影响，多半是担心健康与生命而起。

(一) 住院病人的心理-社会问题

住院当然对疾病的诊断、治疗都会带来很多好处，如接受各种先进仪器设备检查、监护和治疗，随时都有医护人员的关照，但是，住院对病人来讲是一个很强的心理-社会应激，会产生一系列的心理反应。

医院是一个特殊的社会环境，它具有独特的语言、习惯和生活方式。病人进入这一新的环境，首先产生陌生感，另外由于对各种诊断、治疗措施的不理解而产生恐惧、受伤害感等，因此，入院后就有一个适应环境的过程，这段适应时间的长短，一方面取决于病人的个性特征，另一方面就是环境影响（包括医务人员与病友的关系）。

在儿童，因年龄不同而表现不一，常见的有 ① 与母亲分离：2岁以下不突出，只要逗他玩，抱他，但也有些孩子认人，对陌生人呈现分离焦虑；2-4岁会感到不安，表现为行为退化，如又出现吮乳，睡前哭闹，拒食、闷闷不乐，发脾气等；年长儿童表现较少，应加以鼓励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，没有父母疼爱，表现不一，有：防御性的不发声；消极的不

合作行为；向医护人员提很多问题。

高年组讨论

青年人 ① 对疾病的反应较强烈，除恐惧、焦虑之外，对他人的疾病反应也强烈，如邻床为老年重病人就会影响青年人（因为青年对他人的痛苦较敏感，而自己则能忍受），故有可能应注意按年龄分床。② 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，经常性脱离实际的幻想是不健康的，因此，要对青年患者安排适当的活动以转移其注意力；③ 有些青年人想要了解病情又怕难为情，希望年龄较大的医护人员检查。

成年人，除对疾病的发展表示关心外，更多的是社会问题，如家务的安排，孩子的照顾，工作处理以及经济问题，这些因素产生焦虑，在空闲时更易引起。

老年人多半是生活秩序扰乱而引起焦虑不安，因为老人适应能力差，住院后常规生活受到扰乱极难适应，饮食起居，休息睡眠均受干扰；还有因丧失独立性而产生烦恼，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，并且因丧失了引以为自豪的支柱而产生烦恼。

（二）病人的需要

虽然需要可以作很详尽的分类，但一般可分为五大类：① 生理的；② 安全的；③ 心理的；④ 社会的；⑤ 心灵的（*Spiritual*）需要。在一切需要中为各种系共有的就是生存的需要，这是最低级也是最先需要满足的。

住院病人的心理需要包括以下五方面：① 需要被认识：这是在心理上消除陌生感的重要步骤，从这一点来看，用床号称呼病人，从心理学观点来说是不合适的；② 需要被欢迎；③ 需要了解，即对周围环境及人物的认识；④ 需要刺激感和新鲜感：陌生环境及单调气氛引起病人产生恐惧；友好的气氛使环境转为

有趣。③ 需要安全：这是病人最重要的心理需要，它要建筑在上述需要满足的基础上。

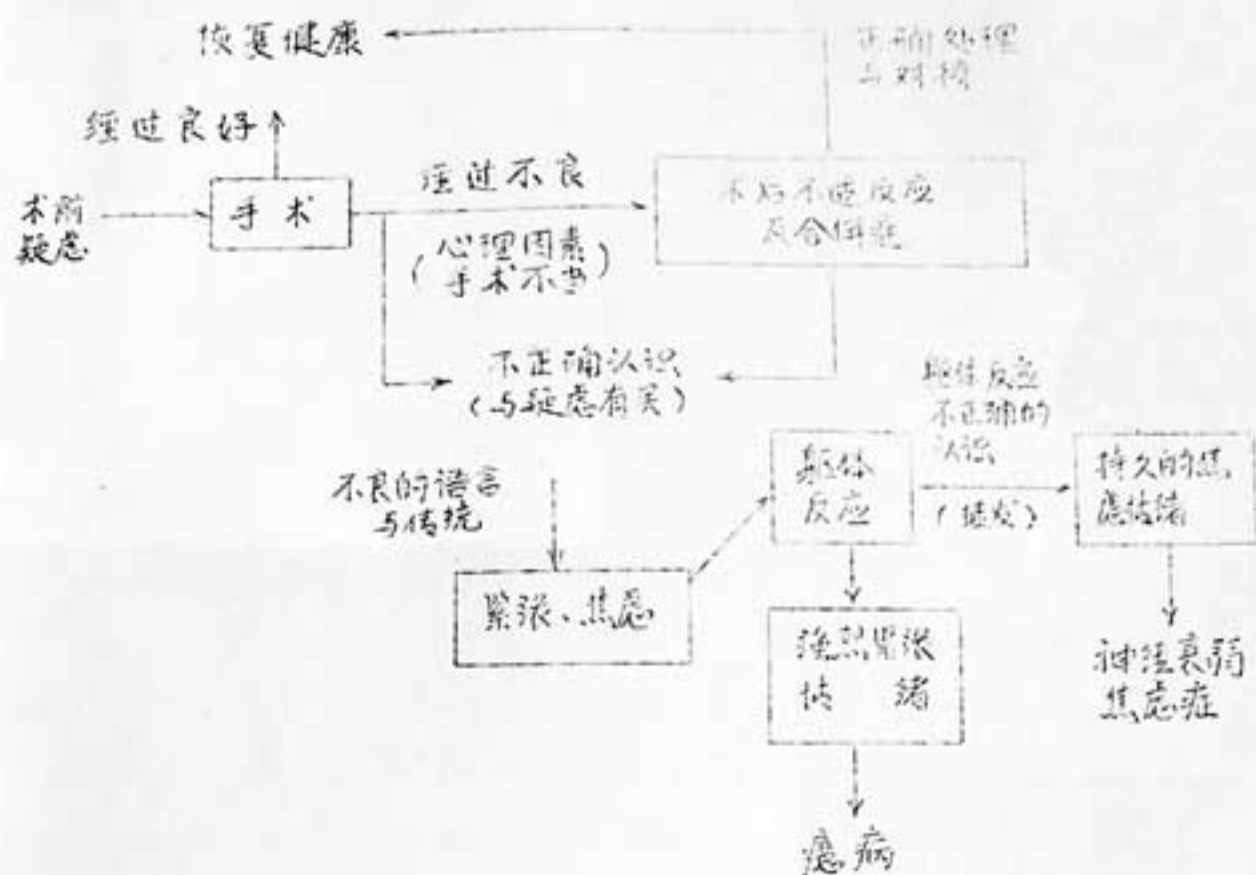
(三) 急、重病人的心理

急症入院病人都有明显的恐惧和焦虑，恐惧来自生命遭到威胁的不安全感和害怕丧失健康能力或肢体残缺；焦虑是因疾病陡起与家人分离和学习、工作、家务、经济等社会问题。

重、危病人由于 CCU (Coronary care unit 冠心病监护病房) 及 ICU (Intensive care unit 加强监护病房) 的建立，给治疗带来了很多有利条件，但是也产生了不少新的心理问题，因此，在这种病房中的病人的心理除了疾病影响外，环境因素也参与其中。

CCU 病人：发病初期 (第 1—2 天) 全部呈不同程度的焦虑状态，多数因持续剧痛而产生濒死恐惧。焦虑的原因 据分析主要是 CCU 的环境：如 24 小时昼夜不分地工作；监护用电视录像的连续强光照明；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，因此，表现为烦躁不安。恢复期 (第 3 天—出院) 期间表现为焦虑，但已由濒死感转为怕复发而考虑过多，医生过多询问是否做梦 (因为发作在 REM 睡眠期较多)，往往会有预期的焦虑状态，而出现无心电图改变的胸痛主诉。抑郁状态是为工作、家庭问题过多考虑，后怕先前有前驱症状时未加重视。疑病状态，不仅对 AMI 症状就是对卧床引起的不适、疼痛以及检查、治疗引起的疼痛，甚至与大小便有关的不适都成为疑病的对象。

ICU 病人：外科手术后往往可出现精神症状，近年来由于 ICU 的开设，发现在这种病人的精神障碍发生率高于一般病房，占整个 ICU 病人的 11.6% (心胸手术为 20%，脑手术为 14.6%，其它 9.9%)，手术时间愈长发生率愈高，无性别差异，儿童少见，高龄易发，与失眠及睡眠紊乱有关。这主要是患



者对所处状况的焦虑不安；对手术的情绪应激与外界隔离以及ICU的环境设施和医护人员的工作气氛等心理因素的影响。

(四) 手术病人的心理及术前教育

手术是一种诊断或治疗的手段，但因对机体有一定的损伤，病人对此存在各种不同的认识，因此会产生各种心理反应如：术前的恐惧与紧张，主要来源于对手术的不了解；术后的疑虑和焦虑，来源于术后疼痛不适及肢体残缺等。在整个过程的一个环节中都可对病人心理产生影响。四川医学院何孟泽曾对计划生育手术中心理因素致病作了研究归纳成图。

据此，有人主张对手术病人行术前教育 并认为：①针对患者疑虑，有的放矢，摸清疑虑所在，结合具体情况予以说明，并告知其在手术中，及手术后如何防治伤痛，促进恢复（如指导术后咳嗽、肢体运动及翻身等）。事实证明进行术前教育可起到减少忧虑，促进有信心，加速恢复过程，缩短住院时间，减少术

后要求。②同时对病人家属进行术前教育，通过家属对病员施加心理影响，因为家属的情绪会影响病人的心理，③医生在术前、术后要耐心解释、开导、不能威胁、恐吓。④对同病房病员要进行宣传，对病人术前、术后施加良好影响。

三、老人的心理

在生命周期中，老人与青年相反，其发育已越过顶点而趋于退行，进入下降—缩小的过程。从生物学的角度看，这就是生物所固有的老化现象。另外，再加上退休等脱离原有社会地位的变化，使老年人各种躯体功能和精神功能都趋于衰退。这些生物学及社会因素互相交错，对老年人的心理产生各种影响。此外，由于老年人的各种各样的生活史，适应能力的个体差异及生活方式的特殊性，使其心理活动更形复杂。

(一) 影响老年人心理的主要因素

老年人心理变化的主要原因，各家有不同论述。例如，保崎(1974)列举以下五种：①脑的老化；②身体老化；③家庭内地位变化；④社会地位的改变；⑤死亡的逼近。小此木(1975)则认为，第一是生物学的老化；第二是社会及家庭中老年人特有的境遇，诸如退休所伴有的经济问题、个人威信的损失，身体的病弱，社会的各种评议的权力的丧失，人间关系不如意（与子女分居，与邻居小矛盾，配偶、同龄人的丧亡）等，根据以上所述，可将其主要因素归纳如下：

1. 心身的老化 身体老化表现为白发、视力、听力减退，机能及运动能力下降等。精神的老化表现为脑功能及精神功能的衰退，尤其是记忆力等方面更为明显；如健忘、懒散、精力不足、注意力不集中等。此外，积极性和创造性的衰退，自觉工作能力低下，这些心身的老化成为老年人社会活动的障碍，形成其消极面。

另外，老年人由于长期经验中获得的知识和领导能力、实践

中的判断力和组织能力为青年所缺乏，成为其积极的一面。因此心身老化的生理差别并不一定就是老年人消极心理的主要原因。

而其家庭及社会对老年人有不切实际的要求（如像要求青年一样地要求他们），或将老年人置于不适当的状况和境遇下，则可对其心理产生影响。当然精神功能的衰退使老人对环境应激的耐受力降低，这是继发性促使老年人心理变化的主要因素。

2. 社会状况的变化

退休，往往是老年人心理变化的主要原因，但不是直接原因。

退休后，地位、威信、权力的丧失，经济收入的减少，人际关系的缩小可以继发性地引起心理改变。在国外，失去工作也就丧失了人生的目标和生活情趣。退休虽可使人们从躯体上从过重的劳动中解脱出来，但是由此而带来的社会作用的丧失，生活环境的狭小而产生不安和孤独的情緒，夫妇退休后，对今后生活的安排，生活的范围都明显的缩小，因而容易产生与社会孤立的倾向，兴趣也变窄，只关心自身身边的事。

3. 家庭情况的变化

子女的独立生活，社会地位的丧失和收入减少等可导致在家庭中家长权威的丧失，会使老年人产生无用感，使家庭中以老人为中心的状态发生变化，这样就使家庭成员的关系成为心理改变的主要原因，尤其是女性这种倾向更大。例如子女自立，结婚后，婆媳、翁婿之间的关系，夫妻之间的矛盾均属此类。东方国家子女养父母是社会传统，老年人常因这一关系处理不当而引起心理上的打击，最后导致神经症。另外丈夫退休后，老夫妻之间成为相依为命的对象，此时配偶的死亡引起抑郁、悲哀和孤独感加重，至亲好友的丧失，也是如此。

4. 经济状况的改变

国外老人退休后靠养老金生活，对晚年生活产生不安，对社会变动极为敏感，力图在周围的环境变动中明哲保身。由于经济

不能与主而增强了依赖性。因此，经济上的贫困是造成心理不健康的主要原因之一。

5. 疾病

疾病是老年人心理变动的主要原因，但是躯体疾病本身不是心理变动的主要原因，而是长期患病引起的经济困难，活动减少，对社会的孤立感成为心理改变的原因。特别是脑疾病引起的精神功能衰退，更难适应生活。

6. 死亡的接近

老年人感到死亡迫近，虽然理解这是自然规律，但终是求生怕死的，这是在老年人特有的心理。另外，死亡的迫近，常促其回忆一生而产生满足感、后悔或罪恶感等各种心理。我国古语说：“人之将死，其言也善”，在某程度上也反映了这种心理状态。

(二) 老年人的情绪与性格特征

老年人也与其他各种年龄的人一样有情绪表现，其特征按 *Butler* 及 *Myrna* (1977) 举出的有：悲叹、罪责感、孤独、抑郁、不安、无力感、无聊、易激怒等。也都是上述各种引起老年人心理变化的因素所造成的，例如退出社交生活后引起孤独感；死亡迫近后对生平的回忆而产生的罪责感等；对晚年生活或子女的情况改变引起的不安；丧失了对社会评价的权力后的无力感、无聊等。

人的性格不同，但基本性格在一生中变化不多，一般都认为老年人的性格特征是顽固，自我为中心，多话、多事，难为别人，急躁、多疑、易哭、重义气、较保守，但这并非老年人共有的性格。*新福* (1967, 1969) 认为其共同倾向是 ① 男性女性化，女性男性化；② 感情脆弱；抑郁倾向增加；③ 实用主义倾向增加。他还指出老人性格变化有三种：① 青年时期的性格的扩大；② 是退回到温和；③ 上述老人性格特点的出现。Engel & JL

(1976)将老人的行为特征分为七类，其中包括保守，轻度抑郁，自我中心，沾沾自喜，有时又有自卑感和无能感的代偿出现无忧无虑，好斗和独断等特征。长谷川(1977)列出保守性、独断性及顽固性等特征。

以上所述是各家从各种角度来探测老年人的性格特征，都只是老年人性格的一个方面。伊藤(1955)对老人的20项性格特征作了调查，认为以保守性、重义气、无欲、活动性减退最常见，其他特征较少，具有这类性格的人，都是由于智力及抑制力的减退，各种环境变化的影响使其原有性格特征突出。若其性格原来就比较适合，则改变不大。保崎(1978)提出老人性格改变与脑的老化(尤其是病理性老化)以及其处境及对处境的反应有关。但各人原来的性格占很大比重。

(三) 老年人对境遇(环境条件)的不适应

上述引起心理改变的因素也就是引起老人不适应的各种因素。但是不能说单是这些因素存在就能引起老人心理危机。清水(1973)只有当老年人意识到目前的境遇与过去有很大差距时，其人格中的不成熟部分及不稳定部分才表现出来而形成适应障碍。Neugarten认为，心理危机是在生命周期(Life cycle)的连续性与节律性突然中断时出现的。这种未能预见的身心问题，社会家庭问题的变化，对不同的老年人的影响也不同，只有产生巨大变化时才引起心理危机的发生。奥村(1980)指出：心理危机只发生于自身内部最有价值的(即心理支柱)受到寒碜时才发生心理危机。

当人进入老年期后，如何适应生活？美国社会学家提出两种相互对立的学说：一种是由Cumming及Henry等提出的社会脱离说(Disengagement Theory)，另一种是社会活动说。简单地说，前者认为，年龄增加，社会活动及个人对外界的关心都逐渐减少。在发生急剧变化时，可以造成心理上的危机，但如阶段

性地减少其社会活动，则可以得到较好的适应。后者主张，老年人的满足与安定感，与其在社会中作用的大小相平行。老年时，虽已退休，但若能保持一定的补偿代替的社会活动，也可使老年人更好地适应生活。这两种学说，那一种更符合实际，尚难定论。但从实际情况来看，继续保持社会活动的老年人，其身心健康者占多数。对老人的活动不能像青年一样要求，但适合老年的活动，可使人保持兴趣，对社会、家庭都能更好地适应。无所事事和悠闲自在的生活，表面看来很幸福，但却使老人失去生活乐趣，对环境变化不易适应。

除上述老人与环境的关系之外，老人自身的问题，也是理解老人心理变化和老人能否适应环境的关键。例如，老人一生中对于各种遭遇是如何解决的？他们怎样看待“自己的衰老”和“衰老的自己”的？他们怎样自我认识等。有的老人不愿接受生命只有一次和人生的终极，而产生再度重生的愿望，以致出现绝望和后退心理，这样就不可能保持建设性的生活，以致引起精神上的不适应。

进入老年期的人们，应该正确认识自己，重新设计晚年生活，并相应变革自己，对于适应环境来说是十分重要的。

参 考 资 料

1. 四川医学院：医学心理学论文集 1978
2. 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） 1979
3. 汪荫棠：生物反馈的进展 中华理疗杂志 2(2): 55. 1979
4. 陈仲庚：生物反馈的研究概况 中华神经精神科杂志 12(2): 121, 1979
5. Bufferyd Rachman: 临床神经心理学的回顾与展望 国外医学(精神病学分册), 2: 72. 1979
6. Wilson: 行为疗法 同上刊 2: 77. 1979
7. 居继守：心理学及其应用 科技导报 2: 72. 1980
8. 王效道：谈《医学心理学》 赤脚医生杂志 4: 1980
9. Carol M. et al. 病人及其家属的术前教育 国外医学(护理学分册) 2: 8 1980
10. Games JS: 急性疾病和重病监护的心理反应 同上刊 6: 8. 1980
11. 杨华渝：心理学与医学结合的产儿 心身医学 现代化 10: 15. 1980
12. 张伯源等：心身医学的研究现状和发展趋势 医学与哲学 1: 71. 1980
13. 顾伯文：精神因素与恶性肿瘤的关系 同上刊 3: 56. 1980
14. Holland J: 肿瘤学的心理学问题 Med Clin. Nor Am 61(4): 737. 1977
15. Cassem d Hackett: 心肌梗塞的心理学问题 ibid. 61(4): 711. 1977
16. 黑泽尚：急性心肌梗塞的精神症状 治疗 62(4): 105. 1980

17. 杨德森: 心理矛盾致病作用的分析 国外医学 (精神病学分册) 2: 49, 1977
18. 杨德森: 心理冲突的致病作用 神经精神疾病杂志 5: 273, 1979
19. 梁念慈: 癌症与精神因素有什么关系 生物科学动态 1: 83, 1979
20. Hurst et al: 心理应激与内科疾病发生的关系 Ann Rev Med. 27: 301, 1974
21. 龚耀先: Wechsler 成人智力量表 国外医学 (精神病学分册) 1: 1981
22. Weinman J: An outline of psychology as applied to medicine. Wright, Bristol, 1981.
23. Zimbardo PG: Psychology and life, Scott, Foresman & Co. 10th ed. 1979.
24. Filskov SB & Boll TJ (ed.): Handbook of clinical neuropsychology. Wiley & Sons, 1981.
25. 湖南医学院主编: 精神医学基础 湖南科技出版社 1981
26. 北京医学院主编: 精神病学 人民卫生出版社 1980
27. 黄爱康、李铁: 护理心理学基础 广东人民出版社 1981
28. Lynch JJ: Psychological aspects of cardiac arrhythmias. Am. Heart J. 93: 645, 1977.
29. Lown B et al: Neural and psychological mechanisms and the problem of sudden cardiac death. Am. J. Cardiol. 39: 890, 1977
30. Miller TR: Psychosociologic aspects of cancer. Cancer 37: 413, 1977
31. Cassem NH & Hackett TP: Psychological aspects of myocardial infarction. Med. Clin. Nor. Amer.

61: 711, 1977

32. Meyer JE: The psychology of dying. Trends in Neurosciences, 4: VI. 1981
33. Kimball CP: The biopsychosocial approach to the patient. Williams & Wilkins Baltimore/London, 1981.
34. Kaplan HI et al (ed.): Comprehensive textbook of psychiatry II Vol. 2, 3rd ed. Williams & Wilkins, 1981.
35. Beland IL: Clinical Nursing. pathophysiological and psychosocial approaches 2nd ed. Macmillan CO, London, 1970.
36. Gatchel RJ & Price K (ed): Clinical applications of Biofeedback. Appraisal & Status. Pergamon, 1979.