

86

上海第一医学院
SHANGHAI DIYI YIXUEYUAN

医学心理学

YI XUE XIN LI XUE



2014/06/15

一九八二年

医学心理学

编者：精神病学教研室
医学心理编写组
校对：徐俊冕
印刷：上海第一医学院印刷厂



目 录

前 言

一、绪论	1
二、不同年龄期的心理发育和特征	5
三、医生和病人交谈的技巧	9
四、临床心理测验	13
五、应激和疾病	16
六、心身疾病	20
七、疼痛及其心理反应	25
八、睡眠与梦	30
九、心理治疗	35
十、行为治疗	40
十一、生物反馈疗法	44
十二、心理咨询	50
附录：精神分析学说简解	54

前 言

近年来我国一些医学院校已开始认识到医学教育的生物学模式的局限性，和向生物~心理~社会综合模式转变的必要性和迫切性。生物学模式的缺陷就在于它偏离了作为医学的对象——“人”的完整性。也就是把人当作是抽掉了思想感情的血肉之躯，和社会绝缘的动物。在当今人们的心理社会因素的复杂性不断增加的时代，显然地，生物学模式的医学教育已成为医疗卫生事业发展上的障碍。

1981年我国与世界卫生组织在北京举办的《精神病学教育工作》讲习班，是对我国解决上述问题的一个促进。特别是号召有条件的医学院校应开设医学心理学的课程，加强精神医学在医学院校课程中的地位，和精神医学教学重点从重性精神病转移到神经症和心身疾病方面来的必要性。那次会议结束时卫生部领导的讲话也肯定了上述的发展方向。

由于目前我国培养的心理工作者为数有限，要做到在有条件的医学院校普遍开设医学心理学课程，精神科医生应起较大的作用，可以对这门功课边学边教，教学相长。授课时数可从少到多，逐年发展。使今后大多医学院校的毕业生，在临床实践中不再把病人仅作为生物的人，而是生活在一定社会文化环境中的心身统一体。而能认识到生物因素和心理社会因素都能不同程度地影响疾病的发生和发展，有不少疾病或在疾病的某阶段起决定作用的往往是心理社会因素。在临床实践上不能只重视现代化的实验室检查，药物与手术治疗，还应重视与注意病人的心理社会因素和心理治疗，从根本上来改善对病人的服务态度和提高医疗质量，我们认为，不仅在校学生应该学好这门课，已毕业参加工作的各科青年医生也有必要补好这门课。

医学心理学是介于医学和心理学的边缘学科，它的范围还不明确。临床心理学、变态心理学、神经心理学、心身医学、发展心理学、心理治疗和咨询、心理卫生等是医学心理学的内容。查阅了一些国外医学心理学的书籍，其内容不太适合我国具体情况。这本讲义所选的十二个专题，我们认为是亟须学习的，最基本的内容。我们省略了普通心理学基本概念的介绍，因为这方面参考材料很多，精神病学症状学一章中也已简要的解释。我国一般对精神分析学说持保留态度，在国外文献中有关心身医学、医学心理学中，深受心理动力学的影响，为了同学们今后阅读国外文献资料的考参，我们写了一章精神分析学说简介作为附录。

正由于我们精神科医生自己对这门课程尚在学习，再加编写时间仓促，各章不成系统，且其轻重简繁也不大匀称，错误也很难免。我们希望各科同道，心理工作者、医学生和关心医学心理学的同志们多多提出意见，集思广益，使今后重编时写得更好一些。

1982.11.10

绪 论

医学心理学是一门新课程，也是一门老课程。说它老，是因为几十年以前医学院校都曾开过心理学的课，世界上许多国家的医学院校也一直有这门课，所以它是一门老课程。说它新，因为在我国的医学院校中，已经有几十年没有开心理学的课了（其理由是，有一个时期心理学曾被与唯心主义等同起来，因而这门课在许多地方就无形中被取消了），现在要重起炉灶，当然是一门新课；另外，医学心理学在近几十年来，确实也有一些新东西补充进来，必须重新学习。

按惯例，每门课的教材的第一章第一节，总要先讲一下这门课的定义。遗憾的是，医学心理学还没有一个好的，为大家公认的定义。因为心理现象在人类活动中无所不在，它的内容太丰富了，形式太多了，因而很不容易用简单的几句话来概括。另外，有些事物大家虽然很熟悉，但要下一个全面的定义却很难，不管是自然现象或社会现象都是如此，要为社会现象下定义就更难些。

我们现在学习医学心理学的目的，就是要使医生更好的了解心理社会因素对疾病的影响，并运用这些知识更好的防治疾病。

有些同志认为，我国目前大多数医生都没有学过医学心理学，不也照常工作吗？有些同志问：心理社会因素是指什么？它到底对疾病有什么影响？下面我们就讨论一下这些问题。

心理社会因素与疾病的关系

心理社会因素是一个较新的名词，实际上就是我们过去所称的精神因素，不过范围更加广一些而已。

心理社会因素对疾病的影响，自古以来一直被人们重视，无论中医西医，都经常批评“见病不见人”的错误，都提倡“治病又治人”的观点。实际上，许多疾病的有效治疗，都是近百年来发现的，在此以前，许多医生在疾病治疗中所起的作用，在很大程度上是对病人及其家属精神上的支持；当时的许多疗法，其实有许多也只是起“安慰剂”的作用而已。（注意：安慰剂有时也可以起重要的作用。）

自从解剖学、生理学、病理学、微生物学等获得迅速发展起来，医生们逐渐把注意力集中到寻找特殊病因、特殊病理变化和特殊治疗等方面来，逐渐忽略了非特殊因素（包括心理社会因素）的作用。近一、二百年来，西方模式的医学教育就是这样培养学生的，我国的西医当然也免不了受此影响。

但西方医学从本世纪中叶以来已开始重新重视这一问题，例如大家比较熟悉的美国Cecil¹或Harrison编的教科书中，最近几版都把医生和病人的关系、疾病和社会的关系等内容加进去了，或者放在开头的显著地位，表示他们对这一问题的重视（但在我国出版的大型内科学书籍里，目前还没有这些内容）。

我们认为西方医学重视心理社会因素的作用，并不是完全从某些唯心主义理论或者Freud学说出发的，也不是因为他们物质文明不发达而要借助精神的力量来治病。他们这样做也是从大量的医疗实践经验中总结出来的。

人类对疾病的认识（对疾病现象的解释）大致有几个发展阶段，最初是神鬼模式阶段，认为疾病是神鬼引起的，根据这一模式，合理的治疗当然只有求神或驱鬼。第二个阶段可以称为平衡失调模式阶段，认为疾病是由体内某些成份平衡失调引起，其治疗不外乎“损多补少”（例如中医的补法、泻法，过去西方医生使用的放血治疗等）。平衡失调理论，目前仍是一种有用的理论，只是当时的所谓平衡失调理论，主要是根据想象或根据当时的哲学理论推导而来，缺乏科学的实验和论证，因此不免有许多牵强附会的地方。

随着生物学及医学其他基础科学的发展，人们对疾病的认识又进入了一个新阶段，即生物学模式阶段。根据这一认识，人类在控制传染病和治疗急性病方面取得了很大的成就。但是，当这一类急性病获得基本控制以后，慢性病及其他疾病的问题就突出出来，而这些问题不但有生物学因素，还包含着大量的心理社会因素，如果在处理时不注意这些因素，就不能取得良好的疗效，因此就发展了一个新的对疾病的解释模式，即心理、社会和生物学模式。这一模式比单纯生物学模式更全面，更能说明问题，因此必然会取代目前还在盛行的生物学模式。这一模式的出现，也说明了人们对心理社会因素对疾病的关系的承认和重视。

为什么要重视疾病的社会心理因素？

如前所述，曾经是人类大敌的急性传染病及某些其他疾病，随着微生物学及其他有关科学的发展，目前已有了有效的对付办法，并且已基本得到控制。在这种情况下，许多原因不明的或迁延不愈的疾病的问题就相应的突出出来。这类疾病中的某些疾病，例如高血压、冠心病、胃溃疡等，人们虽然早已发现它们与心理社会因素有关，但却一直只从生物学模式的角度进行研究，因此收效不大。至于神经症，与心理社会因素关系更密切，而且是临床上最多见的疾病之一，据西方国家统计，这类病人的医疗费用开支在医疗费用的总开支中占了很大的比重，而且病人也很痛苦。如何处理这一类疾病？这就要求医生们不但要研究疾病的生物学因素，而且还要重视和研究疾病的心理社会因素。据说，疾病的心理社会因素不但在人类中存在，在动物实验中也可以发现此种因素。但这类实验基本上都是心理学家们做的，还没有得到广泛的验证，一般医生也还不大了解。

在我国，群众缺医少药的情况过去是很严重的，特别是在农村或边缘地区更是如此，因此国家在当时不得不把医疗力量重点放在防治传染病和急性病方面。随着医疗力量的发展，随着人民生活水平的提高，烈性传染病在我国已基本消灭，急性病在整个疾病中的比重已逐渐下降（据我们的一个初步调查，在某医院某段时间的门诊病人中，属于西方所谓心身疾病的约占一半），人们对自己的健康要求和对医务人员的要求也不断提高，新的形势赋予医务人员新的任务：要求我们开始重视那些与心理社会因素密切相关的疾病，并采取相应的防治措施。

疾病行为与病人身份

在与心理社会因素密切相关的问题中，疾病行为（illness behavior）及病人身份（sick role）是两个具有普遍性的问题。这两个名词是较新的，但这两种现象都不是新的，只是过去没有很好的归纳而已。

一般说来，疾病行为是指一个人感到不舒服（或生病）后他所表现的行为；而病人身份则是作为一个病人，社会或周围人对他的期望。下面分别谈一下这两个问题。

一个人生了病后他会有什么样的行动？通常总认为：生了病后应该及时去找医生诊治。事实并不常常如此。有了病后是否去看医生决定于许多因素，包括病人的性格、别人对他的

疾病看法、看病是否方便等。

有多愁多病性格的人对自己的健康特别关心，有一点不舒服就会去找医生；但有些对自己身体盲目乐观的人却认为自己的身体好的很，“与医生无缘”，这种人常常因为小病不治变成大病而突然垮下来。这就是性格决定疾病行为的例子。当然，大多数人对待自己健康的态度还是实事求是的，既不无故忧愁，也不盲目乐观。

本人或主要亲友对疾病的认识和看法也影响病人的疾病行为。如果认为疾病是由于触犯了神鬼引起的，那么在有了病后合乎逻辑的行为当然就是求神拜佛而不是去找医生，这种情况在我国目前还存在，即使在上海这样一个文化比较发达的地区也还没有完全绝迹。有些习惯和传统，也影响疾病行为，例如有句老话：“牙痛不是病，痛死没人管”，这就使有些牙痛的病人得不到及时的治疗。有些人根据是否发热来判断是否有病，有些人根据食欲是否好来判断是否有病，这些看法都影响那些不发热或不影响食欲的疾病的的治疗。许多人都认为面黄肌瘦是病，而红光满面、身肥体胖是健康的表现，事实也不完全如此。至于对精神疾病的不正确看法，对治疗的影响就更大了。例如把某些精神病看作“思想病”、“相思病”或“不体面的病”，都会导致不正确的处理方法或延误治疗。为了改变这一情况，我们必须大力提高群众的文化水平和普及医药知识。这里有一个例子，可以说明普及医药知识的作用。有一种疾病称为“儿童多动症（或MBD）”，几年以前，这好像是国内很少见的一种疾病，1978年，有一位医生在《科学画报》杂志上发表了一篇文章，介绍了这一疾病，引起了群众的注意，家长们纷纷带孩子到医院来检查治疗，儿童多动症在短期内突然从少见病变成多见病了。由此可见，对疾病有正确的认识才会产生恰当的疾病行为，反之，则会产生不恰当的疾病行为。

就医是否方便也在很大程度上影响病人的疾病行为。到医院去看病要有钱、有时间、病重的还要有人陪、路远的还要有交通工具。医疗费用的问题对公费或劳保的病人来说，当然不成问题，对自费病人来说，如果开支大，还是一个问题，当然，随着广大农民的经济收入日益增加，这方面的困难也就逐渐减少。由于我国的医疗机构和医务人员的数字都还不能满足人民的需要，医院组织管理及服务态度方面也存在一些问题，因此病人来看一次病常要化很多的时间（有人用“三长一短”来形容这种情况，三长即排队挂号时间长、候诊时间长、排队领药时间长，一短是医生检查时间短），对工作忙的病人来说，这也是影响疾病行为的一个问题。如果病较重，到医院路较远，交通工具也是一个问题，特别是农民进城看病，有时真是困难，病情危急时当然可以叫救护车，但车费也是个大负担（上海郊区有句话：“救护车叮铛，一只猪罗白养”，说明叫一次救护车的费用相当于养一口猪所能得到的收入）。随着社会主义建设的进展，这些问题已经有所改善，并且将不断地继续改善，但是作为医生，我们必须了解这些情况，并尽可能的帮助病人减少一些困难。

以上谈的是疾病行为问题，下面谈谈病人身份问题。

作为一个病人，社会同意给他一些权利，主要是休息（请病假）的权利和治疗的权力；但也要求他有所听从别人劝告（特别是医务人员的劝告）以尽快恢复健康的义务。

病人如果放弃他的权利而坚持劳动，常会得到社会的赞扬。但是，作为医务人员，我们不宜不分青红皂白的提倡带病工作，只有在特殊的、紧急的场合，我们才认为带病工作是合理的，是值得赞扬的。

病人如果只享受权利而不尽义务，拿了病假而不好好休息，甚至还有人利用病假时间外

出为非作歹，这种人就要受到社会的批评和谴责。医务人员应该了解病人思想，努力使病人不发生这种情况。

住院病人扮演了一种特殊的病人角色。病人住院已后一般都失去他原有的一切身份，他必须无条件的遵守医院的规章制度，必须听从医务人员的指导，他被处于受医务人员保护的地位，就象幼儿园的儿童受保育员的保护一样。这种住院前后身份和生活方式的突然转变，对许多病人来说都有一个适应的过程。曾有人提倡“医院家庭化”以使病人易于适应，但目前恐怕还“化”不起来，因此医务人员应该理解病人，谅解病人，协助病人适应这一角色。

学习医学心理学的目的，无非是为了更好的了解病人的处境及其心理状态，以便更好的为他们服务。不同的病人有不同的情况，任何一门课、一本书都不可能包括所有的情况，因此我们学习的方法在于掌握一些原理或原则，并学会在实际工作中灵活应用这些原则。

不同年龄的心理发育和特征

人的生理活动在不同年龄阶段有不同的特点，这是大家比较熟悉的；人的心理活动在不同年龄阶段也有不同的特点，而且比生理活动的特点更明显，但这一方面却尚未引起广大临床医生的注意。研究这些特点的科学称为发展心理学，由于医学院校没有这门课，所以在这里简单介绍一下。

很早以前，就有人总结过不同年龄阶段的心理特点，例如孔子曾说：“吾十有五而志于学，三十而立，四十而不惑，五十而知天命，六十而耳顺，七十而从心所欲，不逾矩”。（《论语·为政》）当然，这只是概括了对世界的认识的发展过程，不包括全部心理过程，另外，以十年为一个阶段也只是为了方便，并不是很科学的。

近代心理学家对人的一生的年龄阶段有几种不同的分法，但一般分为四期，即儿童期、青少年期、成年期和老年期。这四期即各有特点，但又是连续的，并没有绝对的分界线。

一般言，成长发育过程是可以预见的，但并不是按年龄平均发展的。在生物学和心理社会发育方面都有几个跳跃阶段，例如青春发动期是生物学发育方面的一个跳跃，而入学、就业、结婚等则是心理社会活动方面的跳跃。这些跳跃都可以对行为发生重要的影响，有时甚至可以改变原来的行为模式。如所周知，生物学的发育或变化可以影响心理功能，而心理状态的变化也可以影响生物学的功能。例如中年人在受到某些心理社会生活方面的挫折时，可以很快在心身两方面都进入衰老状态；而如果心理社会生活顺利，或者善于“养生”，则可以推迟进入衰老（近代研究表明，除了其他因素外，遗传因素也与衰老的迟早有关）。

以下按四期分别叙述各年龄阶段的心理发育和特征。

一、儿童期

一般言，我们把从出生到十二岁左右这样一个年龄阶段称为儿童期（有人把青少年前期也包括在儿童期内）。整个儿童期根据其心理发育特征又可以分为四个阶段，即：

乳儿期（或称婴儿初期，从初生至一足岁），

婴儿期（1岁至3岁），

学龄前期（3岁至6岁），

学龄儿童期（6岁至12岁）。

括弧内的年龄当然不是绝对的，但大致如此。

虽然心理发育与生理发育是密切相关的，但因生理发育在儿科学中已详细提过，所以这里就不重复了。以下只谈心理发育的特点。

乳儿虽然不懂事，但对情感气氛的反应却是很敏感的，他需要并“懂得”爱抚，并给于相应的反应，母亲把他抱在怀里会给他一种“安全感”，他不喜欢亮光、大声。

在婴儿期，心理社会反应已开始出现。据E. Erikson的理论，在婴儿初期主要是产生对别人以及对自己的信任，所谓别人，主要是指抚养者（通常是母亲）。如果抚养者能及时给以爱抚、喂养等照顾，就能建立信任；反之就产生不信任。据说婴儿早期的这种心理状态对以后的人格发展具有重大的影响。当婴儿开始能爬能走之后，同时也开始发展与别人的非言

语的和言语的交流，扩大了他的“世界”范围。大概一足岁的时候，他就能用不同的声音来表达喜怒，当别人呼唤他的名字时能发生反应，能区分生人熟人。

婴儿后期和学龄前期的特点是独立性的迅速发展，例如要求自己进食、自己穿衣等，有些小孩的独立性过强，甚至父母也使用“这小孩犟得很”来形容他。这一阶段语言能力发展很快，而且是语言发展的一个关键时期。初步能区分现实和记忆、时间和空间，能理解一些简单的因果关系。这一时期，尽管独立性开始发展，但对父母的依赖性很强，每当他完成一件独立的行动（例如使用玩具），总希望能得到父母的赞许和鼓励。道德观念也逐渐开始形成，开始能辨别好坏。这一时期也是好奇心很强，不断向大人提问题的时期。性别的区分也开始显著，婴儿时期，一般是由父母根据男女不同而给以不同的服装和发型等；到了学龄前期，小孩就开始自觉的向自己同性的双亲学习，例如女孩常抱了一个洋娃娃当孩子，自己扮演母亲的角色。这一时期的好奇心也包括对自己身体各部分的好奇，所以小孩玩弄生殖器并不是追求性的快感，与成人的手淫完全是两回事。

到了学龄期，自我的感觉加强了，自觉性也同时开始发展，因此他能更好的控制自己和控制周围世界。在这个年龄期，独立性也继续增加。同时也富有竞争性，希望有所成就，因此在鼓励下很愿意做事。学龄前那种活跃多动的情況有所减少，他懂得工作、学习与游戏的区分。如果经过艰苦的努力还不能在学习上取得优胜，他就会感到自己无能。并有一种失望的感觉。同时也开始意识到自己的出身和家庭处境的好坏，这种意识对以后的人格发展具有持续的影响。学龄期儿童除了继续通过言语和非言语的方式与周围人发生交流外，还通过阅读获得大量知识，事实上，有大量的儿童爱好课外阅读。

学龄期儿童虽然仍依赖家庭，但由于学校生活和小朋友们之间的相互影响，因此对自己有了进一步的認識，同时也常与同年龄的小朋友进行比较，甚至会找出大人们没有注意到的不同点。在这个年龄期小孩比较愿意接近异性的双亲（男孩接近母亲，女孩接近父亲），但在学校里总喜欢与同性的小朋友为伍，而且在集体的场合下“拒绝”异性小朋友，但在私下里对异性小朋友仍是有兴趣的。特别在学龄期的后期，进行有关性知识的教育是很重要的。

二、青少年期

青少年期大概指12到18岁这样一段时期。这一时期生理上发生很大的变化，一是性器官及第二性征的迅速发展，一是躯干及各脏器的发育成熟。到了十八、九岁，青少年基本上都具有成人的体型了。在一生之中，这一阶段也是最健康的时期。

青少年期的心理特征是独立性加强，自我感加强以及性的意识加强。

由于儿童期被认为是听父母老师话的时期，到了青少年就认为自己不是小孩子了，不应该象小孩那样听话了，因此对大人的教育表现出某种“厌烦”情绪，这种厌烦有时以否定的态度表示出来，有时以冷淡的反应表示出来。这种态度不但可以在父母老师面前表现出来，就是在社会上其他成人面前也可以表现出来，因而此时期也可以出现否定权威的倾向，产生许多不能为社会所接受的行为。当然，这种独立性的表现程度和内容是和社会环境有很大关系的。封建时代，由于受到旧礼教的约束，这种表现比较隐蔽，而“文化大革命”以前、“文化大革命”时期以及最近几年的表现也各有不同。这种独立性各人的表现也有所不同，有许多青少年是争取各方面的独立，包括经济上的自力更生，而少数青少年只希望玩乐方面不受大人约束，而希望大人能充分为他们提供金钱或其他条件。据西方资料报导，老一辈的

人在青少年期大都有较强的事业心，为“将来”奋斗；而新一代的青少年却只是为“眼前”奋斗，为自己奋斗，这些青少年对老人的教导认为是“老生常谈”，“陈辞滥调”，因而出现了所谓“两代人之间的鸿沟。”怎样消除这一“鸿沟”？有一位西方学者认为：时间能够治疗。换句话说，过若干年后，等青少年成为成人，当他发展成熟之后，他就会认识到自己在青少年期的行为是“多么幼稚”，就象他们在青少年期否定自己儿童期的行为一样。在我国，报刊上关于青少年的教育，关于“鸿沟”等问题近几年来也提得很多，可见这这也是一个重要问题。青少年虽然在体型上象一个成人，甚至比父母长得还高，但他的心理发育远远跟不上身体发育，他的情绪是不成熟的，认识能力也很差，容易受影响、走极端。同时，由于前述的“独立”意识，又不能很好的听从别人的劝告，因此常引起成人人们的摇头。据说在孔夫子时代已经有“一代不如一代”的感叹，但经过这样漫命的岁月，中华民族并没有被人类淘汰，这或许一部分应归功于“时间的治愈作用”。但是在今天，我们不应消极地等待时间来治愈，而应积极探索新的“治疗”途径。

伴随独立感的自我感的加强。青少年非常关心自己在别人眼里（特别是同年龄同伴眼里）的形象，包括自己的为人和外表两个方面。一般言，他不希望在同伴中很突出，因为他在父母面前虽然表现“独立性”，但他却需要同伴的支持，他的行为也需要得到同伴们的评价。因此，在青少年时期，同伴们的影响可以而且常常超过父母老师的影响，许多事情他可以向父母老师保密，但却不向同伴保密。几个志同道合的伙伴，可以无所不谈，而且还要讲江湖义气。甚至会做出一些成人认为的蠢事。因为他认为如果不做这些事，就会在同伴们眼中被否定。青少年们对这种否定是很敏感、很害怕的，一旦被别人否定，有时也会产生自我否定。在盛行“红卫兵”的年代，如果因为出身不好参加不了“红卫兵”，他就会产生强烈的自卑心理，自暴自弃，迁怒于父母。年青人的服装、外表也是这样，他并不要求父母的赞赏，而主要希望得到同伴们的赞赏。年青人的价值观念与社会环境和他们本身的文化修养很有关系。“文化大革命”对我国年青一代的文化修养起了很严重的消极作用。

性的意识在青少年期也大大加强了，这当然是由于生理发育的结果。过了青春发动期后，男孩开始有模糊的性的要求，女孩也开始注意自己在异性眼中的形象，愿意在私下里有异性的朋友。在这一时期进行适当的性知识的教育是很重要的。

以上谈的是青少年心理活动的几个主要特点。由于生物学因素及其他因素的作用，例外的情况是很多的，这里不列述了。

三、成年期

成年期又可分为两个阶段，即成年早期（或称成年期，大概指18岁至40岁左右）及成年晚期（或称中年期，大概指40岁至60岁左右）。

青少年进入成年期后意味着进入成人社会，意味着完全脱离了家庭和学校的指导和保护，需要自己决定自己的事情。有许多事情都是新的，例如不适应自己的职业、找寻配偶、建立家庭、养育孩子等。20~30岁这一个阶段是能够在职业上获得最佳熟练度的年龄，特别是手工技艺方面在这个年龄最灵巧，过了30岁这方面的能力就逐渐下降。记忆力在过了30岁以后虽然也逐渐下降，但认识能力却仍然在不断发展和成熟，到中年期达到高峰。

有一句老话叫“成家立业”，过去结婚年龄早，所以在“立业”之前就成家了，但是现在因为大家庭的解体，往往都是先有了稳定的职业后才成家。在我国，因为职业有保障，离婚率很低，如果没有什么大的社会波动，成年人结婚后一般都可以过较稳定的职业生活和家

庭生活，即多数职工的所谓“两点一线”的生活（每天往返于家里和工作单位之间）。在西方国家，由于职业不稳定、离婚率高、抚养子女困难（缺乏老人的帮助，缺少托儿所等设施）等原因，成年人的精神负担要较我们重。

中年期被视为骨干的年龄，在家庭生活中是承上启下的年龄，在工作单位中是认识和经验最成熟的职工。在中年期，职业、信念、家庭生活都已定型，许多中年人都希望能在进入老年之前多为人们做出一点贡献，希望得到后辈的尊重。影响中年人心理状态的除社会波动（这里是指战争、“文化大革命”这一类的大波动）外，一般言有这样一些因素，一是疾病，象冠心病、高血压、癌症等到中年期都成为多发病，不但自己有病可以影响心理状态，同辈的亲友因这些病卧床或死亡对自己的心理状态也有很大的影响，另一因素是更年期的到来，常给人以“我老了”的影响，其他象子女成长后远离，会给人以寂寞感；抱了孙子，做了爷爷奶奶，当然也会进一步促使自己认识到已经衰老。以上是指能对心理状态产生不良影响的因素。好的一方面是：看到自己培养的下一代的成长，看到自己前半生工作的成绩，觉得自己受到社会的重视和尊敬，这都是中年人值得欣慰的因素。

四、老年期

老年在中国一般是指60岁以后，西方一般指65岁以后，这是因为通常把这一年龄规定为退休年龄之故，而不是固定的生理或心理衰老的年龄界线。

老年期身体的生理功能和心理功能出现明显的衰退，这种衰退通常在严重的生活事件（例如生病或精神刺激）后更明显。退休是一个严重的生活事件，如果不能很好安排退休生活，常会使人很快衰老。老年人需要伴侣，需要友谊，因此老朋友的死亡，特别是配偶的死亡对他精神上是很大的打击。老年人如果觉得自己活着没有用，常常会产生情绪低落，精力减退。因此如果做一点适当的工作（如带孙子或里弄公益工作），可使他保持活力，延缓衰老。如果没有动脉硬化或其他脑部疾病，老年人的判断分析能力并无明显衰退，他仍然可以学得新的东西，不过比过去费力一点而已。在我国，过去年纪最大的成员被作为一个宗族或一个家庭里疑难问题的决策者。

在西方，由于大家庭的彻底解体，人到了老年就没有人照顾，因此常陷入一种寂寞的、悲惨的境地，自杀率很高。当然，有钱的老人不在此例。

老年人常有怀旧的倾向，喜欢追寻自己过去生活的足迹，例如访问过去生活过的地方（包括年青时愤而出走的地方）、独自回忆、向别人叙述往事、写回忆录等，据说这些怀旧行为具有心理上的代偿作用，能够取得精神安慰。

老年人因为摆脱了繁重的工作负担，有时间来关心自己的健康，在我国，老人们参加太极拳锻炼的人很多，通过大家在一起锻炼，也增加了社交的机会，这对老年人的精神健康也是很有益的，所以他们很重视这类活动。

医生和病人交谈的技巧

医生与病人谈话，是一个很普通的事件，但又极其重要。谈得好，不但有助于建立良好的医患关系，取得病人的信任和充分的合作，为开展各项临床工作创造有利的条件，而且可以获得丰富的、比较可靠的病史资料，增强病人与疾病斗争的信心，提高各种医药治疗的效果。谈得不好，“话不投机”，情况就适得其反，至少会对医患关系投下一层阴影，使了解病情、进行治疗都增加了障碍。

医生的言语和态度对病人的影响

为什么谈得好与不好，结果会有这样大的区别呢？这是因为医生的言行和态度对病人有非常大的影响。医生在病人面前出现本身就给予病人某种安全感和希望。医生对病人的态度，是医生对病人是否关心的一种反映。由于医生的态度和言行方式、内容的不同，病人也会有不同的感受，产生不同的心理活动，进而可以影响疾病的严重程度和病程，或直接影响治疗效果。试举一个例子，Frankenhäuser曾用安慰剂分别装入粉红色和白色两种胶囊，医生给予不同的说明，如说明粉红色胶囊是兴奋药，告诉被试者“如果服后，你觉得精神振奋，就是药物在起作用了”。而说明白色胶囊为抑制剂，告诉被试者“这是一种稳定情绪的药，对你没有妨害”。实验对象为一群健康的女大学生，观测指标为情绪、脉率、血压、动作反应速度。结果说明是兴奋药的一组，同服药前比较，情绪活泼、表现愉快、脉率加快、血压增高、动作反应速度加快。由于医生强调药物的兴奋效果，约30%的被试者诉说自觉“头脑清醒、情绪高昂、身体轻健”。而说明是抑制药的一组，同服药前比较，则见到镇静、抑郁、想睡、脉率减慢、血压降低、动作反应速度减慢。由于医生的说明语不同，此组28%的被试者出现“头脑清醒、情绪低落、没有劲儿”。同是安慰剂，由于医生的说明与态度不同，效果竟有这样大的区别，可见医生的言行和态度是多么重要了。有人发现在心血管病房里，由于值班护士态度和言语不同，会直接影响心脏病发作的数次，值班护士态度粗暴，使得心绞痛、心肌梗塞、心律紊乱、心室颤动增加了。因此一个称职的医务人员，必须了解检点自己言行和态度的重要性，因为医务人员的言语和态度都有心理治疗的含义。

建立良好的医患关系

那么，为什么有些医生与病人谈得好，有些医生谈不好呢？这里就有一个善于交谈的问题了，也就是我们要讨论的“交谈技巧”。这种“交谈技巧”并不是一学就会的，需要在临床实践中不断探索，不断总结。这里着重介绍涉及这个问题的心理学基本知识和交谈时要掌握的一些原则。

交谈的首要步骤在于建立一种互相信任的良好的医患关系。医患关系也是一种人际关系(Interpersonal relation)，因此，了解人际心理学的某些知识，对建立良好的医患关系将有很大帮助。人际心理学告诉我们：社会中的人在交往进程中发生的，受主体个性特点调节而形成的满意或不满意的心理关系，称为人际关系。人际关系如何取决于人际吸引力(Inter-

personal attraction)的强弱。人际吸引力指用肯定或否定的方式去评价别人的倾向。决定人际吸引力的主要因素有:

1. 相似性吸引,指人们的态度、信念、价值观相似,目标相同,趋于吸引。在重大问题上一致则有更大的吸引效果。

2. 接近性吸引。生活中经常接近的人,比较容易互相吸引。空间距离接近者比距离远的更易吸引。

3. 报偿性吸引。个人付出的代价与获得报偿的多少能影响人际吸引力的强弱。报偿包括物质和精神两类,后者如别人的赞成、同情、鼓励、表彰或期待别人做出成就、争得荣誉等。

4. 仪表的吸引。人际吸引力也可受到仪表的影响,但在不同文化环境、不同时期里会出现不同的吸引效果。

上述几种因素又受到个人认知的深刻影响。由此可见,建立满意的人际关系,就要注意努力增进人际吸引力,关心别人是建立良好人际关系的基础。所以医生在同病人谈话的时候,应当满腔热忱,态度亲切、同情、耐心,要关怀和体谅病人,努力争取病人的合作,要使病人感到我们是热忱、负责、关心他们、可以信赖的。态度傲慢、轻视、敷衍、厌烦、措词生硬、语气粗鲁、举止不当或轻率地批评病人都能破坏人际吸引力,当然不可能建立良好的医患关系,交谈也断然不会成功。

交谈的方式——自由漫谈

交谈的方式应当是自由漫谈,要形成一种毫无拘束的十分融洽的气氛。谈话宜选择舒适、安静、没有干扰的房间。病人谈话时应注意倾听,不要乱加评论。要鼓励病人倾吐自己的主观感受,这种倾吐本身往往能大大减轻病人的焦虑不安,对于某种神经官能症或心身疾病来说,这样的交谈就可以使病情获得一定程度的改善。在交谈的时候,不但要注意谈话的内容,也要注意表达方式,要注意病人采用的特殊措词和表情,以及手势、语调、重要的省略、回避直接的回答或突然转移话题。这些方面对于了解精神科病人的内心世界尤为重要。因为这些表现往往同病人内心的心理活动关联,如转移话题可能是一种婉转的或无意识躲避讨论敏感问题的方式。如果病人拒绝提供情况时,不要勉强,须等待建立良好关系后再谈。如果病人谈得太多,则可适当插入一些问题加以控制。提出问题时应避免暗示和审问的口吻。带有暗示的提问往往导致不真实的回答,如问病人:“服药以后你觉得毛病好转了吧?”病人怕医生不高兴,明明没有好转,也往往会附和着说:“是的,好转一些了”。同精神病人交谈时,要注意消除病人的疑虑和不安全感,鼓励病人畅谈自己的内心体验,不要采取不断提问的生硬的方式。大多数谈话不宜在当时记录,将主要的发现记在心里,以后通过回忆再整理记录下来。通常向病人提出的问题应当是中性的,或者是有多重可能的回答的。如果提出的问题有偏性,那么可以再提一个相反的问题来矫正。这样从病人那里获得的主观资料才比较可靠。

对不同的病人要采取不同的交谈方法。

老人和儿童,男人和女人,知识分子和工人都应当有所不同。如对老人要尊敬、有礼貌,对儿童则要和蔼爱抚。更要注意患有不同疾病的人常有不同的心理反应,医生对病人的

心理反应必须加以关心和注意。许多躯体疾病可以加重或诱发情绪障碍，情绪障碍又可加重或诱发躯体的功能失调或疼痛。临床上很多躯体疾病常伴发焦虑和忧郁反应，处理这些情绪障碍是躯体疾病治疗的重要组成部分。此时，医生要注意以下几种情况：

1. 许多病人平常是通过工作、娱乐或其他活动来消除紧张情绪的，躯体疾病可妨碍这些活动而产生忧郁。

2. 躯体疾病常引起软弱和必须依赖别人之感。

3. 病人可能自觉地或不自觉地利用自己的疾病来获取别人的注意、爱护、特殊照顾或同情。

4. 病人可能把躯体疾病误认为是对他的罪过的一种惩罚。

5. 因病不能工作，治疗住院增加了家庭开支，可使过份勤俭者或有自责倾向者产生忧郁和焦虑，觉得对不起自己的妻子和子女。

6. 少数人无病装病或轻病装重病来逃避责任或获得某些利益，此时焦虑或忧郁多不明显，但有怕拆穿的情绪紧张，易发生愤怒反应。

什么是焦虑呢？所谓“焦虑”是一种感到威胁，仿佛将有某种不利事件降临的情绪。常伴随植物神经功能障碍的症状，如：

1. 心动过速、血压升高，
2. 心悸，
3. 口干，
4. 腹泻、上腹不适、恶心，
5. 瞳孔扩大，
6. 多汗，
7. 尿频，
8. 头痛。

正常人在一次重要的会见之前、接受重大的任务的时候、学生在考试之前往往体验到焦虑。这是“生理性焦虑”。临床上很多躯体疾病均可作发焦虑反应，常见的有甲状腺功能亢进症、更年期综合症、嗜铬细胞瘤等。某些精神疾患常有焦虑症状，如各种神经官能症、忧郁症和某些精神分裂症。这些称为“病理性焦虑”。

焦虑常伴有各种症状，几乎涉及全身各个系统：由于心悸可能去看心血管科，由于呼吸困难可能去看胸科，消化不良可能去看消化科，头痛、软弱可能去看神经科。因此，各科医生都应当注意病人的焦虑表现。同这种病人交谈时，要注意消除他的紧张，给予适当的安慰，焦虑发作时要鼓励病人顶过去。不适当地过度检查是不适宜的，反而会加剧焦虑和疑病倾向。

躯体疾病伴随的另一种常见的情绪障碍是忧郁反应。此时病人情绪低落，常伴失眠、厌食、体重下降、无力便秘等症状。诱发忧郁反应的躯体疾病有：某些急性感染之后（如流感）、绝经期疾病、内分泌疾病（如甲状腺功能减退、席汉氏病）、慢性疼痛、巴金森氏症、脑动脉硬化、某些药物（如利血平）等。在忧郁状态时焦虑和疑病倾向常加强，如有些病人常对便秘有疑病性诉述，而首先求助于内科医生。忧郁反应有时是由于心理或社会事件所引起，如亲人死亡、丢失心爱的东西、失恋、失业、考试失败以及老人失去照顾、孤独等都可引起忧郁反应。一个勤奋的人没有取得他所期望的成就时，容易发生忧郁。上述情况要

注意加以区分。

同忧郁病人交谈，要有耐心，要善于鼓励病人把自己的不愉快感受谈出来，医生要注意询问伴随的躯体症状，特别注意病人有无消极自杀的念头。

和精神病人交谈时，要注意病人的心理病理特点。交谈之前，医生要充分了解病人的病史，包括现病史、过去史、个人史和家庭史，要很好了解病人的病前性格、兴趣爱好，以便确定交谈的重点。由于大多数精神病人有自卑感和不安全感，医生在交谈时，要特别注意尊重病人的人格，态度诚恳而有礼貌。为了消除病人的疑虑，常常要作一些必要的解释和说明，以减轻病人的不安全感。在交谈中要让病人自由发挥自己的见解，采取“循循善诱”、“逐步深入”、“旁敲侧击”、“共同讨论”、“举例说明”、“摆事实、讲道理”等方法，不要把自己的意见强加给病人，不要轻率地批评病人。通常宜先谈论一般问题，敏感问题放到最后谈。“单刀直入”式的交谈要尽量避免。由于交谈是对精神科病人检查的主要手段，又是一般性心理治疗的常用方式，所以更为重要，这方面的问题在学习精神病学时还要加以讨论。

临床心理测验

心理测验(Mental Test),是一种心理学技术,用以测量人们各种心理特征的个体差异。所谓测验或测量实际上就是比较,有比较才有鉴别。长度用尺寸,轻重用斤两,测量体温用体温表,测量血压用血压表。这是对物理现象和生理现象的测量。心理现象能不能测量?如何测量?19世纪末叶,心理学家们便开始研究这个问题。心理现象是客观存在的现象,也是可以比较的,也就是说可以数量化,可以测量的。从那时起,便出现了各种心理测量的技术,称为心理测验的量表(Scale)。这类量表是用一些经过选择的、加以组织的、可以反映人的一定心理特点的问题或任务等作为测验材料,让受试者作出反应,然后将这些反应作可以数量化的分析、比较。

心理测验虽然只有几十年历史,但发展很快。现已成为医学、教育学、社会学等学科的重要工具之一。在医学中,临床广泛应用心理测验,它可以帮助鉴别、诊断疾病和检查治疗效果。特别在神经精神科临床,心理测验技术使用甚多,成为临床诊断的一项重要技术。据报导,某些神经心理学测验的诊断符合率一般可达80%左右,最高能达94%。学习心理测验已成为医学院学生学习课程不可缺少的一部分。

心理测验的种类及选用原则

心理测验种类繁多,1972年出版的《心理测量年鉴》,介绍了1100多种。但可以归结为几种类别。按测验目的来分,可以分为智力测验、人格测验、特殊能力测验和诊断测验四大类;按测验材料的性质来分,可分为文字的和非文字的;按测验方法来分,有问卷测验、操作测验、投射测验三大类;还有按测验的形式来分,有个别测验和团体测验。临床上主要是用个别测验。

如何选用合适的心理测验,这是一个需要慎重考虑的问题。选择不当,不但不能达到目的,花费人力和时间,而且还可能产生不良影响。一般说来,选用心理测验,应遵守下面几项原则:

1. 根据测验目的来选用适当的测验。因为任何测验,都是为了了一定的目的而设计的。因此选用时,首先要了解所选测验的主要目的,看看测验能不能符合要求。
2. 掌握测验适用的范围。任何测验,都有一定的适用范围。用于儿童的,不能用于成人,这个民族使用的,不能随便搬到那个民族。
3. 测验要选用标准化的量表。所谓标准化的量表,是指有固定的实施方法,标准的指导语,一定的答案标准,记分方法和常模(norm)。常模就是可资比较的标准。是从取样中得来。如编一个从6岁到12岁均能运用的全国儿童智力量表,那么便得按全国人口调查中各年龄的人数、民族、住处、家庭经济、父母文化水平和职业等比率来取样,这样才能有代表性。根据这些比率,取得足够人数,将成绩用统计处理,得出各年龄组的标准,这个标准就是常模。

4. 选择测验时应注意测验的可靠性(reliability, 又叫信度)和真实性(validity, 又叫效度)。可靠性是指测验的稳定性。在相同的条件下, 同一受试者两次测验结果一致, 说明它的性能稳定、可靠, 可以采用。真实性是指测验结果是否符合测验目的。如测验结果符合测验目的, 说明是有效的, 可以采用。

做心理测验时, 主试者应使受试者对测验有兴趣、能合作、肯尽最大努力、诚实坦率。如果受试者操作笨拙, 或不肯合作, 主试者不宜表现出轻视、不高兴或赞许、同意的表情, 以免影响测验结果。

智力测验

智力测验, 是用来测量人的智力的心理测验。智力测验结果常以智商(I.Q)来表示, 智商的计算公式为:

$$\text{智力商数(I.Q)} = \frac{\text{智力年龄(M.A)}}{\text{实际年龄(C.A)}} \times 100$$

公式内所谓智力年龄(简称智龄, mental age, M.A)是指智力达到某一年龄水平。在编制智力测验的年龄量表时, 每一年龄均收集了许多测验项目, 预测一组儿童(如5岁), 将75%的儿童通过的项目留下, 其余的淘汰。这一组测验项目即代表5岁的智力水平, 以后某儿通过这一组测验项目时, 其智龄就是5岁。智龄大于实龄者, 说明比较聪明, 反之, 则是不聪明的。

根据测得的智商分配情况, 列出一个智力分级表, 表示各级智商的意义。有一定的参考价值。

智商	级别
>140	近似天才或天才
120~140	很优秀的智力
110~120	优秀的智力
90~110	平常的智力
80~90	愚笨
70~80	近似缺陷
<70	低能

现将韦克斯勒(wechsler)学龄前儿童智力量表(WPPSI)和成人智力量表(WAIS)简单介绍如下:

WPPSI: 适合4—6岁的儿童。内容包括: 知识23个项目(如问: 你有几个耳朵?), 找出“动物的家”20个项目、说明词义22个、图画填充23张、(指出图中缺少的部分)计算20题、迷津10个、画几何图形10个、相似性测验16个项目(如钢琴—小提琴有哪些相似性)、木块拼图案3个、领悟力10个问题(如: 你不小心割破手指时该怎么办?):

WAIS是当前国际心理学界公认的权威量表之一。适用于16岁—75岁的成人。包括11个测验项目, 其中6个为文字的, 有常识、理解、心算、相似性、词汇、顺背和倒背数字, 5个为非文字的, 有编码、填图、积木图案、图片排列、图象组合。前6项文字项目得分之和为言语量表分, 后5项非文字项目得分之和为操作量表分, 两者相加为总量表分。上述三个

量表分再转化为IQ，即言语IQ、操作IQ和总IQ，以表示一个人的智力水平。可用于智力缺陷或脑病变引起智力减退的诊断。

人 格 测 验

人格测验，是为了了解人们的人格特点和类型。由于人格(personality，又称个性)一词无确切的统一定义，人格测验无常模，因此，测验的可靠性与真实性不够满意。目前常用的人格测验有：

1. 米尼苏达多相人格调查表(Minnesota Multiphasic Personality Inventory，简称MMPI)，这是一种自我报告形式的调查表，现已广泛用于帮助临床诊断，内容包括566项，答案只有“是”与“否”两种，别无选择。这些命题涉及到健康、心身症状、精神症状、活动失调、社会和宗教及性方面的态度、教育、职业、家庭和婚姻、各种行为异常等。

MMPI共有13个临床量表，其中9个诊断量表，4个参照量表。

MMPI记分为T分制，每个量表的T分依下列公式计算：

$$T = 50 + \frac{10(X - M)}{SD}$$

M表示均数，

SD表示标准差，

T分高于70时，即有病理意义。

2. 罗夏测验(Rorschach test)

这是一种投射技术，所谓投射技术，是用来分析被试者对墨迹图、云图、画图、照片和音乐的解释和反应，作为人格测量的一种方法。罗夏测验共有10张标准化墨迹图图片，其中5张为各不相同的水墨墨迹图，5张为彩色墨迹图。测验时，将墨迹图按特别顺序送给被试者，同时向被试说明：“请你看这张墨迹图中所有的东西。现在告诉我，你看见了一些什么，你觉得可能是些什么东西，什么东西使你想起了这些”。主试者根据被试者的回答反应详细记录，然后根据被试所见的形状、颜色、性质、运动、内容、一般回答或创造性回答以及反应速度进行分析。

如：反应时间，其长短与性格、精神是否正常有关，与不同病种有关。回答总数，正常人对10张图片可有15—30个回答，回答多少与智力高低、情绪高低、联想是否丰富有关。回答所根据的图片部位，整体回答者表示看了物从大处着眼，有抽象能力；偏重部分回答者，表示是务实的；小部分回答者表示过于仔细；将远隔部位组织成一有意义图形者，表示是有组织能力，是高智力的指征。等等。

应激和疾病

应激的概念

应激(Stress)会影响人们的身心健康,因此是医学科学中一个重要课题。H. Scyle 的应激学说已成为本世纪生物学与医学的一个重大的进展,应激反应的发现阐明了许多疾病的原因和症候,为脑垂体—肾上腺系统的机能研究展开了一个新的远景。

1926年, H. Scyle 还是一个二年级的医学生,他对自己提出了这样一个问题:为什么各种不同的疾病会产生类似的临床表现?例如晚期癌症、大出血、感染的病人,都可以出现食欲、体力、精力的减退,体重都减轻,面部出现病容。当时他认为对于这个“为什么”一定可以找到科学的答案。后来,当H. Scyle 是一个年青医生的时候,再次碰到了这个问题。当时他想从牛的卵巢里提取一种新的激素,所以他把提取物注入鼠体,以观察有无意外发现。结果发现了三种变化:(1)肾上腺皮质肥大;(2)胸腺、脾脏、淋巴结以及其他淋巴组织都缩小;(3)上消化道出现深度溃疡和出血。这三种变化的严重程度与注入的提取物成正比。以后他又发现各种有毒物质都可引起这些变化。从而使他回忆起学生时代的一个问题,他发现,这些实验不过是复制了疾病的共同变化。这三种变化成为应激的客观指标,成了整个应激概念的发展基础。

应激是什么?根据 Scyle 的意见,应激是机体对加在它身上的因素所起的一种非特异反应的总和,它表现为一种特殊症状群。所谓非特异反应是说各种不同的因素都可以引起此反应;所谓特殊症状群是指这一症状群具有特定的过程和表现。Scyle 认为,机体暴露于各种不同的刺激之下时,如冷、热、缺氧、长期情绪矛盾、水及电解质平衡失调等,都可以产生同样的应激症状群。至五十年代, H. wolff 提示社会生活的刺激(例如,生活方式或关系的改变,要求不能得到满足等)也能引起应激反应,他认为某一生活事件是否引起应激反应决定于个体对事件的态度,而这种态度又与遗传素质、个人愿望和需要、过去的经验以及社会压力有关。

应激是否都是有害的呢?不然。应激反应提高了机体的准备状态,有利于机体的运动、战斗或逃避。运动员准备起跑时,机体要把能量输送到最需要的地方(肌肉)去,此时的应激产生了一系列的生理反应。在精神紧张状态时(如讲演或辩论时),适量的应激可以提供一些“刺激”,有利于应付环境,但如果这种“刺激”太强,则会起相反作用,反而使人变得目瞪口呆、手足无措。如果引起应激反应的因素持续存在,那么,这种反应也会长期存在,最后可能引起疾病。

有人做过动物实验,研究表明,在早期生活中受到电震和其他应激的老鼠发展正常,并在以后对应激能良好适应,而在早期没有受到刺激的动物,长大后则变得胆小和行为正常。由此可见,幼时一定程度的应激对于正常的、适应的行为的发展是必需的。

应激症状群

应激反应的表现有哪些? Scyle 认为应激是一个动态的过程,包括三个部分,称之为普遍适应症状群(general adaptation syndrome, GAS)。见下表:

应激反应的第一个阶段称为警告反应,是为了唤起体内的防御力量。如持续暴露于有害

普遍适应症状群的表现

第一期：警告反应

体重减轻
肾上腺皮质增大
淋巴腺增大
激素增加

第二期：抵抗期（适应）

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

第三期：衰竭期

肾上腺增大，然后耗竭
体重减轻
淋巴腺增大
淋巴系统功能紊乱
激素增加，然后耗竭。

刺激之下，在产生过警告反应之后，机体就转入适应或抵抗阶段。如继续处于有害刺激作用下或有害刺激很严重，机体会丧失所获得的抵抗能力而进入衰竭阶段。说明机体适应能力是有限的。

与GAS相似，机体也可以产生另一种应激症状群，即局限性适应症状群，(LAS)主要表现在局部，见下表：

局限性适应症状群

即时性血管收缩
血管扩张及充血（发红和发热）
局部肿胀
白细胞向该部转移
毛细管渗透性降低
白细胞吞噬细胞碎片及异物
白细胞在局部形成一个包围圈
在局部周围形成一个纤维素环
在环内白细胞大量积聚
骨髓产生大量白细胞，特别是多核细胞

在应激反应中脑下垂体和肾上腺系统起着重要作用。此系统的应激反应活动主要如下：关于应激的信息（或通过感受器来自外部，或来自内部如体温、血液成份的变化）由中枢神经系统接受、整合，传送到下丘脑，下丘脑分泌促皮质素释放因子(CRF)，它刺激垂体分泌ACTH。进而促进肾上腺皮质加强激素的合成和分泌，特别是那些已知的糖类皮质激素，如

氯化可的松。这类激素的分泌受一反馈机制巧妙地调节着。

如果在抵抗期产生的这些适应性激素分泌紊乱，就会引起适应病(disease of adaptation)。这种病并不是由于某一特定病原引起的，而是由于适应反应的紊乱引起的。包括情绪障碍、头痛、失眠、窦性心动过速、高血压、消化性溃疡、某些风湿性或变态反应性疾病、心血管疾病、肾脏病等。据估计，在工业化国家，三分之一的病假是与应激反应有关的，因此，应激和应激疾病是当前和今后的一个重要的医学和社会问题。

那么，强度相似性质不同的刺激因素都引起机体完全相同的反应吗？不。冷引起寒战，热引起出汗，肾上腺素使血糖升高，胰岛素使血糖降低，这些刺激引起的特殊反应是不同的，但也都能引起GAS，包括肾上腺皮质肥大，胸腺缩小，出血性溃疡等，因此这些刺激引起的非特异反应又是相似的。恐惧与愤怒的外部表现不同，但都引起交感兴奋和肾上腺髓质分泌，结果产生了血压升高、心跳加快、肌肉紧张、胃肠宽息的类似的生理变化。低温时有战抖，心率减慢，细胞代谢升高，肛温降低，但战抖常见于惊慌失措之时，细胞代谢升高可见于剧痛的状态之下。

同样的刺激在不同的机体引起的反应可以不同吗？是的，可以不同。这是由于条件不同所致。由于遗传素质、性别、年龄以及用过某种药物、吃过某种食物等条件影响，某些本来可以忍受的刺激变得难以承受，从而引起了适应病。这就是在同样刺激下有些人患病，有些人却适应良好的原因。

应激源

引起GAS或LAS的因素有哪些？如前所述，可以引起GAS或LAS的因素多种多样，这些因素称为应激源(Stressor)。主要来自三个方面：

(1) 外部物质环境。包括自然的和人为的两类因素，属于自然环境变化的有寒冷、酷热、潮湿、强光、雷电、气压等，可以引起冻伤、中暑等反应。属于人为的因素有大气、水、食物、放射线、噪声等方面的污染，严重时可引起疾病甚至残废。

(2) 个体的内环境。内外环境的区分是人为的，内环境的许多问题常来自外环境，例如营养缺乏、刺激缺乏(感觉剥夺)、刺激过量等。机体内部各种必要的物质的产生和平衡失调，例如内分泌、酶、血液成份的不平衡，既可以是应激源，也可以是应激反应的一部分。

(3) 心理社会环境，大量事实说明心理社会因素可以引起GAS，具有应激性。据Cannon研究，恐怖、愤怒、疼痛可引起血压升高、心率增快、血糖升高、血液浓缩、肌肉紧张等反应。在人们的常识中也知道，惊恐、愤怒、悲伤、剧痛及饥饿有时会发展为血压下降、心率减慢、面色苍白、眩晕、意识丧失等。

为了搞清心理刺激能否产生生理生化反应进而引起疾病的问题，瑞典的部队里做过一系列实验。他们选择了32名高级军官，平均年龄为56岁，在连续75小时内不休息、不睡觉、不用兴奋剂、不抽烟和不散步，只交替地进行参谋工作和射击瞄准。虽然这一实验引起的情绪反应并不严重，但引起的生化反应却是明显的。另外又挑选了31名士兵进行类似的实验，但75小时都是在瞄准器前。虽然这些士兵的平均年龄只有29岁，比前述军官们年轻得多，但他们的情绪及生化变化却更明显。有一个军官产生了短暂的幽闭恐怖和惊恐反应，他的肾上腺素大量分泌，感到头痛、视力模糊及心悸，脉搏每分钟100次以上。在上述两个实验中，有25%的被试者产生了心电图异常，要休息几天之后方能恢复正常。以上实验表明，通常在生活中常碰到的、能忍受的应激因素，如果持续相当长的时间(这里是75小时)，就可能使体

内引起病理变化；如果经常重复或持续时间更长一些，就可能引起疾病。

任何能引起情绪恐惧、愤怒、焦虑或愉快的因素都可以成为应激源，常伴有生理应激反应。甚至非常愉快的情绪体验，没有一点不愉快成份，也可以作明显的生理应激反应。然而亲人的离丧常常是更加令人注意的应激源，因为在悲伤过程中往往产生明显的躯体症状。并有研究表明新近丧偶者在其居丧之年死亡率比同年龄的其他人高得多。

现代社会中有很多的应激因素。许多小孩实际上一生下来就处于应激环境之中。很多父母缺乏养育小孩的最基本的知识，夫妻之间也常存在矛盾冲突。居住密集、人口拥挤；计件工资、流水作业、自动化、日夜换班等工作条件，对许多人来说，可以成为应激因素，使情绪障碍或心身疾病的发病率增高。休假、提升、搬进好房子等一般说来是令人高兴的事，但对某些人来说也会成为应激源。突然休假会使他们觉得无所事事，觉得无法安排；突然提升会使他们觉得不知怎样工作，觉得负不起责任；住进好房子会使他们觉得必须改变生活方式，必须熟悉新的邻居，从而造成焦虑。社会中存在的各种矛盾冲突，如父母与子女、夫妻、同事、上下级之间的冲突，无论结果如何，对双方都具有应激性，有时可使一方致病。当人到年老时，许多人因为面临孤独、无助和被轻视的处境而出现失望、抑郁的情绪。

Karolinska 医院临床应激研究室在近十多年研究中发现很多心理社会刺激确实引起体内肾上腺素及去甲肾上腺素分泌增加，有时有些人的分泌增加甚至可以达到致病的水平；机体持续暴露在应激因素之下，可以使体内皮质类固醇及蛋白结合碘的释出增加，后者可能反映甲状腺释出甲状腺素增加，这些激素，与其他物质一道，可能会加强肾上腺素和去甲肾上腺素对某些器官的作用；由于上述变化，进而发生了许多躯体功能变化，如血浆类脂质(lipid)增加，血清铁减少，血液凝结性增加，心肌耗氧量增加等。从而进一步提供了心理社会因素具有致病作用的证据。

个体对应激源的反应型式是由哪些因素决定的呢？主要有以下几方面因素：

1. 遗传因素 决定个体的生理强度，那些器官较强，那些器官较弱，较弱的器官则容易感受疾病。当然遗传因素在某种程度上也受后天经验的影响。

2. 发育过程 由于幼儿期的生活经验常可影响神经内分泌过程的发育，有时可形成某些不正常的动力定型，易于产生某种固定的、异常的反应。某些心理社会因素作用下就易产生明显的躯体反应（如血压、心率、排卵、肾脏功能等），甚至还可影响胰岛素分泌、肿瘤的生长速度以及自体免疫系统的效率等。个体一生中可有许多不同的应激经验，如承受的应激适量，对成长发育有利；应激过重或时轻时重，都对成长发育有害；幼年期刺激不足，会影响个体适应能力发展，日后即使碰到一般性刺激，也会不能适应。

3. 感受性 个体的遗传特点及其过去的经验决定了他对应激源的认识和态度，因此个体对应激的感受性是不同的。同一个应激源，某些人认为是威胁，另一些人却认为是动力；某些人会被弄得焦头烂额，另一些人却能应付自如。同样一曲流行音乐，青少年可能听了很舒服，而他们的父母却觉得不能忍受。这是由于人们对这类刺激的认识或评价不同所致。如果一个人面临某种刺激时，他感到能得到周围人的充分谅解和支持，就会增加他的应付能力，减少他生理上的易感性。同样，一个孩子因为学习碰到了困难，同时又出现了头痛，母亲将孩子留在家里不去上学，这样，头痛就被“强化”，固定下来形成一种症状。日后碰到某种困难时，他就产生头痛的反应。

以上说明了不同的个体对应激源反应型式可以不同，解释了应激疾病的多样性。

心 身 疾 病

心身疾病(psychosomatic disorder)又称心理生理疾病,主要表现为躯体症状,但在其发病、发展、转归和防治方面与心理因素有密切的关系。人们早已知道,情绪因素能引起人体生理改变,这些生理改变如延续下去,则引起组织结构改变,最终产生各种躯体疾病。早在2000年前,我国第一部医学经典著作内经中就已提出了心理因素与躯体疾病相关的概念。如:“喜怒不节则伤脏,脏伤则病起于阴也”。(灵枢·百病始生篇)“怒伤肝、喜伤心、思伤脾、忧伤肺、恐伤肾”。(阴阳应象大论)“怒则气逆,甚则呕血及衄泄……”。(素问·举痛论)后世的祖国医学家提出了著名的“七情致病”学说,对心理因素引起的各种病症进行了广泛的细致的描写,并提出了许多有效的治疗方法(中药、气功、导引、以情胜情式的心理治疗等),强调指出避免情绪刺激对防病保健的意义(如:“精神内守,病安从来”。“喜怒不节,寒暑过度,生乃不固”。)这些迄今仍有重要价值,是祖国医学中最光辉的部分之一。与此同时,西方医学中古希腊的希波克拉底也提出了情绪和性格对健康的影响。近代西方医学,由于生物学的巨大发展,对疾病的发生和发展,往往多强调各种生物学因素,深入到细胞分子水平,诚然对医学的发展作出了巨大的贡献。但是近40多年来,人们认识到心理社会因素在疾病发生和发展过程中也起着极其重要的作用,人类疾病不只是人体细胞或器官的病理过程,也是人体与自然、心理、社会环境相互作用的一种表现。对人类疾病的研究不应仅限于人体生理机能和病理生理过程,也必须研究病人的心理和他所处的社会环境。因此“生物医学模式”开始了向“生物心理社会医学模式”(Biopsychosocial Medical Model)的转变。以阐明心理因素在保持健康及在躯体疾病发生发展中的作用为主要任务的心身医学已成为一门新的学科,它的建成与发展促进了医学模式的上述转变,加深了人们对疾病本质和健康的认识。

心身疾病与一般的躯体疾病都有躯体症状,其不同在于病因上,心身疾病的特点是心理因素在发病上起重要作用或使疾病加重,复发乃至迁延不愈,单纯躯体疾病不具备上述特点。心身疾病与神经官能症或某些精神疾患都可有心理的发病因素,其区别在于心身疾病表现为明确的躯体症状,累及植物神经系统控制的器官和内脏组织,神经官能症则无器质性病变,只表现为功能障碍。因此,心身疾病一般具有下列三个特点:

1. 心理因素引起躯体症状的发生或恶化。
2. 躯体症状为明确的器质性病理过程或已知的病理生理过程。
3. 不是神经官能症或精神病。

疾病范围 关于心身疾病的范围,各家意见颇不一致。多数认为主要是受丘脑下部影响,与植物神经功能相关的那些疾病。常见的心身疾病有:

1. 心血管系统:冠心病、原发性高血压、心律不齐、阵发性心动过速等。
2. 呼吸系统:支气管哮喘、血管过敏性鼻炎、枯草热等。
3. 消化系统:消化性溃疡、溃疡性结肠炎、结肠过敏、神经性厌食、神经性呕吐和食道、贲门或幽门痉挛等。

4. 泌尿生殖系统：月经紊乱、性欲减退、阳痿、神经性多尿症、经前期紧张症等。
5. 内分泌代谢系统：糖尿病、甲状腺功能亢进、肥胖症、心因性多饮。
6. 皮肤系统：神经性皮炎、搔痒症、斑秃、过敏性皮炎、慢性荨麻疹、银屑病等。
7. 肌肉骨骼系统：类风湿性关节炎、痉挛性斜颈、紧张性头痛等。
8. 神经系统：偏头痛、痛觉过敏、植物神经功能失调症等。
9. 其他：恶性肿瘤、妊娠毒血症等。

患病率 有人估计，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是与心理因素密切相关的躯体疾病即心身疾病。

我们曾于1982年7月中旬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、皮肤科门诊病例共1108例，其中心身疾病患者共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，开展心身疾病的研究和防治有重大的实践意义。

在性别上，总的患病率，女性高于男性，但就各病种而言，并非如此。如溃疡病、冠心病、支气管哮喘，以男性患病率为高，甲状腺功能亢进则以女性为多。从年龄而言，65岁以上的老人和15岁以下的少年，患病率较低；青年人高一些，患病的高峰为更年期。总的来讲，城市高于农村，脑力劳动者高于体力劳动者，工业化的社会高于工业不发达的社会。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。随着医学科学的发展，各种传染病和感染性疾病逐渐被控制，心身疾病的比例将会越来越大。在我国实现四个现代化过程中，对这个问题应予足够的重视。

发病机理 心理社会因素和个体的心理、生理素质是发病的两个重要环节。

心理社会因素指个体生活变化所产生的各种应激。如亲属死亡、离婚、失去工作等等。一般而言，能引起人们丧失感、威胁感和不安全感的心里社会应激最易致病。丧失感对健康危害最大，丧失的东西有抽象的如荣誉感丧失等，有具体的如亲人的丧亡、家遭灾祸等，其中尤以配偶丧亡，影响最为严重。有人调查一组新近丧偶者，发现在其居丧之年的死亡比同年齡其他人的死亡率高七倍；而有亲人死在外地者，其死亡率比死在家中者高两倍。英国曾调查过250名癌症病人，其中有150人在发病前受到过强烈的精神刺激。

我们的临床经验也证明，许多心身疾病的发病与心理社会应激关系密切。1982年7月，我们调查中山医院心血管门诊48例心肌梗塞患者，均经心电图证实，其中47例为男性，引起心绞痛、心肌梗塞的主要因素为：

劳累、体力活动	20例	41.68%
情绪应激	9例	18.75%
气候变化	7例	14.58%
夜间发作	6例	12.50%
饱餐	5例	10.41%
吸烟过多	2例	4.15%
其他	2例	4.15%

精神刺激通过怎样的机理来造成及影响躯体疾病？多数学者认为引起沮丧、恐惧、紧张、愤怒、仇恨等情绪的强烈精神刺激，可使机体产生一系列植物神经—内分泌反应。主要引起交感神经兴奋，儿茶酚胺分泌增多，肾上腺皮质和垂体前叶激素分泌增多，胰岛素分泌减少，引起各种功能和代谢改变，导致心率加快，血管收缩或舒张，血压升高，呼吸增速，胃

肠蠕动减慢，新陈代谢增高，即动员机体的一切力量来对付恶劣的境遇，这是机体的保护反应。持久或过度的情绪反应，可产生严重、持久的植物神经功能改变，甚至可使相应的内脏产生器质性病变。例如肾上腺皮质激素分泌增多可使胃酸分泌增加。如果再加上外周小血管收缩，可造成胃肠道微循环缺血、郁血，胃上皮细胞更新减慢，使胃肠道粘膜发生出血、坏死和溃疡形成。

同样的不良的精神刺激，为何只是对某些人致病？又为何会产生不同脏器的疾病？这里的关键在于机体的易感性，即素质特点。素质具有先天的、后天的、心理的和生理的特点。这种素质特点有可能加以预测。如1936年，K. A. Menninger认为心脏当人的人格特征具有攻击性。以后M. Friedman和R. H. Rosenman(1977)经过大量的调查研究，提出了冠心病的A型行为模式，具有这种A型行为模式的人，冠心病发病率较高，认为这是冠心病的先驱人格。A型行为模式的主要特征是：强烈的事业竞争性，做事匆忙拼命抢时间，性情急躁易怒，缺乏耐心，雄心勃勃而不易满足。有人发现这种A型行为模式与脂质代谢障碍有关。又如原先胃蛋白酶元水平高的人，就容易在精神刺激下产生胃溃疡病。有人观察过一批学生，分为胃蛋白酶元水平较高及正常的两组，经过为期数周的紧张军训后，进行X线钡餐检查，结果发现高胃蛋白酶元的一组中有不少人患了溃疡病，而另一组则没有一人患病。此外儿童早年的体格，在素质形成中起有重要作用。这不但与他们的个性或心理特点的发展有关，还可通过“内脏活动的学习”过程，产生内脏的反应特征。

疾病的本身又可成为新的刺激，反过来影响情绪，并干扰大脑皮层功能，加重神经—内分泌功能失调和器官组织的改变。在疾病过程中其他的心理社会因素的参予更使疾病过程进一步复杂化。

预防和治疗 对健康的现代概念，不仅要求个体不存在疾病或虚弱，而且也要求个体处于生理、心理和社会适应的健全状态，为此精神卫生应列入到一般卫生服务项目中，这是心身疾病预防措施的重要一环。诚然，对这些心身疾病，首先以有效的躯体治疗来解除症状，促使康复，但要达到持久疗效，减少复发，需辅以必要的心理治疗。病人应与医生合作，让医生详细了解他发病前后的精神因素、个性特点，帮助病人达到更好的家庭与社会适应，消除不良的情绪反应。这方面尚需心理学工作者和精神科医生的帮助，有时还需给些镇静药物，减轻其焦虑紧张状态，打断恶性循环。目前国外在心身疾病的治疗中，广泛采用生物反馈疗法。这些方法是指通过学习来改变自己的内脏反应，使在一般情况下，人们意识不到如何活动的躯体功能，如血压、心跳、胃肠蠕动、皮肤温度等，通过灵敏的电子仪器严密监视，并把其测定结果即时显示给他，如此反复进行，使病人学会在某种程度上调节这些机能，以达到治疗目的。与我国有悠久历史的气功疗法相似的某些以肌肉放松为主的行为疗法，也被用于心身疾病的治疗方案中。

几种常见的心身疾病

支气管哮喘 支气管哮喘的基本障碍是支气管平滑肌收缩与支气管粘膜肿胀所引起的小支气管管腔狭窄。病毒、过敏、心理因素均可促使哮喘发作。对于每一个具体病例来说，其中一种因素可能最突出，另一些则起次要的作用。Williams等研究487例各种年龄的哮喘病人，发现外源性过敏因素起主要作用者占29%，呼吸道感染占40%，心理因素突出者占30%。但是，即使在心理因素为主的一组哮喘中，50%的哮喘发作也有过敏因素参与。因

此, 支气管哮喘并非单一的发病因素起作用, 而是过敏、感染、心理因素的互相作用。心理因素在487例中起着某种作用者达70%, 但只有1.2%是唯一的促发因素。心理因素对于有产生IgE抗体、有支气管痉挛素质倾向的人, 能促发哮喘发作; 在另一些病人可引起易感者复发或改变疾病过程。有一个病例能清楚说明哮喘发作与情绪的关系。病人是对燕麦过敏的哮喘病人, 平时他去马厩只引起轻微的气促, 并不发生哮喘, 有一天他在马厩里发现别人言语不诚实, 勃然大怒, 接着就发作了他平生最严重的一次哮喘。儿童的某些外源性哮喘, 可由于儿童离开家庭而好转, 有些儿童的哮喘发作只在家中, 在学校则不发作, 甚至在两种场合都接触同样的过敏原也是如此。还有些依靠皮质激素控制发作的儿童, 离家后对激素的需要也减少了。

近年来, 心理生理实验研究证实, 心理刺激可引起支气管平滑肌收缩和气喘症状。气道阻力的增减可由于暗示和条件反射而改变。如Dekker和Groen等人证实, 哮喘病人接触通常可引起发作的东西的画片时, 可以条件反射性地引起哮喘。有人将吸入过敏原引起病人哮喘发作的喷雾器再度用来单纯给氧时, 此时氧的吸入竟再次引起了哮喘发作。因此, 根据催眠暗示、条件反射可以改变气道阻力的机理, 暗示和条件反射技术也可用来治疗哮喘。

原发性高血压 人的血压可以随食盐量、姿态、运动、冷热、噪音、情绪、疼痛、新奇情境等因素而发生变化。高血压早期表现为交感神经兴奋, 但以后血压持续升高还有其他机制参与。对个人有特殊意义的心理社会应激可使血压正常的人血浆肾素活性升高, 焦虑、期待的情绪、新奇的情境能增加肾素的分泌。血浆肾素含量高的病人血浆去甲肾上腺素含量也明显增高, 说明原发性高血压可能有不同的亚型。

一般认为, 环境刺激所致之恐惧、愤怒、挫折等可引起动脉血压升高。有高血压素质的病人血压升高和持续增高的倾向均比正常人为强。愤怒似乎与收缩压增高有关。如果愤怒的情绪被阻抑, 或对自己的粗暴行动感到内疚, 则引起交感神经活动持续增强, 延续下去可以发展为一种原发性高血压, 以血浆肾素和去甲肾上腺素含量增高为特征。收缩压增高还可见于灾难事故的目击者、战斗后的士兵、住在拥挤紧张城市里的居民和失业者。这类高血压又称为“急性应激性高血压”, 要经过数周至数月才缓慢消退。在负责空中交通管理的人员中高血压发病率较高, 尤其是在交通高度频繁的航空中心里更为突出。这些事实表明心理社会因素和应激至少在某些类型的原发性高血压中发挥了明显的作用, 增强交感神经活动和增加血浆肾素含量是病理中介机制。遗传、学习、人格、行为、饮食和环境等因素的复杂的相互作用引起病人血压慢性病理性升高。

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, 即可以人为地朝一定方向训练调节自己的血压、心率、胃肠蠕动, 发展为“生物反馈”(Biofeedback)技术, 也为高血压病的治疗和预防揭示了一个良好的前景。

消化性溃疡 消化性溃疡是指胃或十二指肠部位发生溃疡, 是一种很常见的疾病。溃疡的早期症状常为胃部烧灼感, 严重时出现疼痛, 伴恶心和呕吐。如果溃疡引起胃肠壁血管损伤, 则可引起呕血或黑粪。引起消化性溃疡的原因被认为是由于胃酸分泌的过度增高, 造成胃肠粘膜受损所致。

很久以来, 人们就注意到心理应激(psychological stress)能引起胃肠分泌增加。动物实验和临床研究均证实了应激和胃酸分泌活动的关联。最早在人身上证明情绪应激和胃酸分泌相关的是wolf和wolff(1947)的一个病例研究。病人名叫汤姆, 为了治疗其胃肠的严重病

变，对他做了一项手术，手术过程中在其胃部安置了一个塑料窗，使医生能观察其胃部功能。当汤姆受到情绪刺激的时候，其胃酸产生就大量增加。动物实验也证实，在应激持续作用下的老鼠，溃疡发生率有显著增加。

近代心理生理研究发现，生气、恐惧、激动、焦虑使胃液分泌量和酸度均升高，抑郁、悲伤、失望等情绪则使胃酸分泌和胃蠕动降低。长期的情绪焦虑可使充血的胃粘膜发生糜烂。此外溃疡的发生还与饮食、吸烟等环境因素有关。

一些研究资料还表明，素质因素在溃疡发生上起了一定的作用。胃溃疡易发生于高胃蛋白酶元素质和A血型的人身上，十二指肠溃疡多见于青壮年、血型O和有ABH唾液抗原的人。

神经性厌食 本病以往归于癌症，以食欲极度缺乏及显著消瘦为特征，然而实际上并不具备癌症的基本特征。一般以女性青少年多见。发病多与心理因素有关。病人往往因为怕胖，希望体型苗条而有意节制饮食，或由于少食而得到父母亲属的关切照顾，于是少食的行为被强化，固定下来成为一种症状。起初是食欲减退，或挑食、偏食，进而对一切食物都不感兴趣，对进食感到厌恶，部分病人可伴呕吐。体重下降，消瘦日益显著，严重者可呈恶病质。体温过低，脉搏缓慢，血压降低。女性一般均有闭经。病人虽有严重厌食和消瘦，但一般日常活动仍能维持，并且否认有病，往往不愿接受治疗。体格检查并不能发现消化道有何器质性病变。一些研究资料表明，本病可能有下丘脑功能障碍。本病的治疗常有困难，需要耐心，要注意了解其心理因素，可以采取行为矫正疗法，帮助病人建立正常饮食习惯。重症病人可与亲属隔离，住院治疗，酌情配合适当的药物治疗或胰岛素低血糖治疗。

疼痛及其心理反应

痛是人的普遍经验，是临床上最常见的主诉，是躯体疾病和外伤的常见症状。

痛是一种内在感受，是伤害性或强烈刺激作用于身体不同部位所引起的一种非常不愉快的感觉，但它不同于其他感觉，各种刺激，只要强度足够就可引起疼痛，除感觉的成份以外，还包括情绪的成份，伴随复杂的心理活动。

“痛”(pain)来自拉丁字poena，是惩罚的意思。Aristotle把感觉分为五类，即视、听、嗅、味、触，并不包括痛。他认为痛不象视、听那样具有自己明显的感官部位，而几乎分布于全身各处。它也不象视、听那样反映外界事物的性质，而是紧密地和不愉快的情绪相联系。因此，Aristotle认为痛已超越感觉而进入心理活动的其他领域，即成为精神性质的了。他认为痛和愉快是指导人类行为的两个基本动力。这是早期对痛的看法，后称之为“痛苦—愉快说”，此一说法具有深远的影响。

以后经过Donaldson(1885)，Goldscheider(1894)及von Frey(1894)等的研究，痛觉才作为实验心理学的课题，并逐渐形成不同的理论。本世纪后由于临床的需要，临床医师、生理学家、药物学家和心理学家共同研究，文献报导极为浩繁。但在如痛的性质等基本问题上，均未取得一致认识。

近年来由于探索针麻镇痛理论原理，推动了这方面的研究工作，对痛的闸门控制学说，作出了检验，也出现了内啡肽学说等更新的理论，为阐明痛的本质，积累了资料。

痛觉和其他感觉形式相较具有一些质上的特点：(1)痛觉常与其他皮肤感觉型式如压、冷、暖等相结合，不象其他感觉那样易分化。(2)痛的种类很多如有肤痛和内脏痛，肤痛又有刺痛、烧痛、浅痛、深痛等，不象其他感觉那样比较单纯。(3)引起痛的刺激不是特殊的能量形式，它可以由机械、电、化学等多种途径所引起，不象视觉仅由光，听觉仅由声所引起。(4)痛觉常与情绪活动相联系，且与单极性的即不愉快的情绪相联系，而视、听则可与愉快、不愉快甚至中性的心理状态相联系。(5)痛知觉与痛反应间的联系较其他感觉型式明显，如受痛刺激后常有躲避、反抗及相应的生理变化，但痛觉不等于痛反应本身。现倾向于认为痛不是一种感觉而是知觉，它与过去的经验相联系，受当前心理状态和其他因素的制约，但它本身不是一种情绪状态，更不是由这种情绪状态所引起的动作活动。

一、痛觉的生理意义及病理危害性

在种属发生进化阶梯上，痛是一种古老的经验，它是高等或低等动物共同具有的一种最原始的感觉。

痛，作为人体组织损伤的一个信号，它的生物学价值是使人们知道机体正受到伤害，是一种有帮助的警告。疼痛的意义很大程度上与其他感知觉相同；没有饥渴感，人将不知吃喝，很快死亡；没有性欲，我们的种族将不能延续；没有冷热的感觉，机体将被烧坏或冻僵。同样，疼痛是我们身体遭受伤害的警告，没有这样的警告，我们将不能了解内病，防止外伤。例如先天性无痛觉者在进食时往往将自己舌尖咬破，行走时关节扭伤而不自知，他们必须学习如何防止烫伤、碰撞。这种患者往往死于内脏炎症或体表的大面积感染。痛觉的生

理意义由此可见。倘若我们记住这点，将有助于我们正确地去解除病痛。

痛觉进入意识后引起强烈的情绪反应和一系列心理活动如惧怕、紧张、焦虑等。通过对过去类似经验的回忆以及对引起痛觉的原因进行分析和判断，最后作出行为反应如躲避、逃跑或求医，以消除伤害性刺激，使机体不再受损，从而达到保护机体的目的。但应知道机体不总是能够根据情况的精确需要去调节警告的强度，致使疼痛太过严重或持续过久，疼痛过份严重，便会成为对机体的折磨，使工作、学习、睡眠、饮食受到影响，无法进行正常生活，临床必须采取措施；疼痛如长期持续不断，便失去警报的意义，成为破坏心身的劣性刺激。反之，有时疼痛还不够严重，达不到报警的目的。如某些类型的癌症早期阶段就会如此，这些病例，在疼痛足以导致病人去求医之前，疾病已经蔓延到身体其他部位。应该提到，某些身体的器官如象脑子本身，是没有痛觉神经的，它的损伤完全不引起疼痛。由于相关的神经解剖排列关系，有些伤病疼痛不是在病区，而是在另外的区域被感知。

我们所希望控制的是严重疼痛。很多不同的因素综合导致疼痛加剧。包括器质性的、精神性的，意识性的或无意识领域的疼痛，素质因素也参予其间；某些人较他人对疼痛更敏感。情绪心理因素对疼痛的程度及持续时间给以影响。从病变部位来说，都知道任何由于炎症引起的肿胀，在致密组织较之于松软组织，疼痛更甚。所以牙髓或指甲下化脓，非常疼痛，而类似的感染位于皮下软组织引起的疼痛相应较轻。因此，有必要分析影响痛觉的有关因素。

二、影响痛觉的因素

近年来对痛觉的大量研究，证明痛不仅仅由人体的损伤量单独引起，人们所感到的痛的程度和性质在不同人身上各不相同。某种刺激对某人可产生无法忍受的痛，但对他人则能忍受不吭一声。痛觉不能只依赖千篇一律的刺激(S)→反应(R)模式；而是一种高度的个人经验，受个人的文化教养，对情境意义的了解以及个人独特的其他因素的影响。

(一) 社会文化要素

在个人对痛的知觉和反应中，社会文化价值起着重要作用。原始民族较之文明国家的人更能应付内外伤引起的疼痛。西方社会中，许多人把分娩婴儿看做是痛苦的事。但人类学家（如(Kroeber, 1948)）发现有的社会，妇女在分娩时毫无痛苦。当妇女在分娩时，倒是丈夫卧床在呻吟，好象十分痛苦。婴儿生出后母亲很快就回到田间劳动，而父亲还伴着婴孩卧在床上直至痛苦消失。分娩疼痛是因女孩子在成长过程中就听到分娩的可怕，认为分娩会危及母亲的生命，这种观念形成了社会文化内容的一部分。心理学家强调社会文化所决定的恐惧程度影响到分娩过程中感到疼痛的程度。由于观念的根深蒂固要消除分娩的痛苦确非容易。

在宗教活动的仪式上，常见虔诚的信徒，能镇静地忍受着十分剧烈的疼痛刺激。即使是在实验室条件下，社会文化背景对“痛觉阈限”亦有强烈的影响。例如，地中海出身的人（意大利和犹太人）感到引起痛的辐射热的标准对北欧出身的人则只能引起温暖的感觉（据Hardy, Wolbb和Goodell的研究，1952）。社会文化背景对“痛觉的耐受水平”产生最显著差异，据sternbech和Turky的研究（1965），受试不能忍受电击的标准（水平）随着他们的种族血统为转移。

对痛觉耐受力的差异也反映出对痛觉的不同种族态度。Zborawski (1952)发现，美洲族的人对痛和痛的表情采取接受和实事求是的态度。当痛的程度剧烈时，他们倾向于退缩，如果他们独自一人时，仅仅是哭泣或呻吟叹息。至于犹太人和意大利人则不然，他们倾向于大声叫喊，怨天尤人，并公开寻求他人的协助和同情。但是，后面两种人对痛所表现的潜在态

度也是不同的，犹太人倾向于关心痛的意义和内容，而意大利人则希望迅速解除痛苦。

（二）过去的经验

通常认为，儿童深受父母对痛的态度影响。有些家庭对儿童寻常的割伤和撞伤大惊小怪，而有些家庭对儿童遭受严重伤害处之泰然，甚至不予同情。儿童依据日积月累的观察，在幼年期获得的对于痛的态度将持续到成年阶段。孩童受生命危险的警告太多，将成长为一个胆小怯懦的人；给幼女交男友的警告太过，会使其生活得象老处女。对疼痛来说也同样受环境教育的影响。

幼年期经验对痛觉的影响已为实验所证实。Maljack 和 Scott (1957) 把小狗饲养于隔离的笼内养大，使其失去正常环境的刺激，包括这些小动物在成长过程中会遇到的身体碰撞和擦伤。这些狗长大后，不能正常的对各种有害刺激作出反应。面对燃着的火柴，其中一些狗反复地把鼻子伸进火里去嗅，直到火被弄熄；它们又对第二根甚至第三根燃着的火柴作同样的反应。另一些狗没有去嗅火柴，但当反复地用火柴碰它们的鼻子时，它们并不尽力跑开。这些狗还能忍受针刺而没有疼痛的迹象。在正常环境中饲养的同窝狗则完全相反，只要用火柴或针去碰它们一下，它们就会很快的察觉到可能发生的危害。隔离狗这种异常行为，不能归结为感觉传导系统的普遍失灵。在接触火和针刺的过程中狗所作出的反射性运动表明，它们在受刺激时感觉到了一些东西，但是它们除了有一些反射性运动以外，却没有任何可观察到的情绪紊乱，这表明它们对皮肤的实际损伤的知觉是极不正常的。这种异常行为部分可归之于当它们在陌生环境中遇到需要同样注意的各种刺激时不能有选择地对有害刺激作出反应。由于缺乏幼年期正常状态下获得的这方面经验，把一切刺激都当做有关的或无关的。结果，对各种刺激就难以识别，无法作出适当反应。这些研究表明，早期经验中所获得的关于环境刺激的意义对痛的知觉具有重要作用。

还必须指示，遗传可决定早期经验对日后行为的影响程度。据 Leccsac 的研究 (1965) 在隔离笼中饲养的小猎狗并不象隔离的普通小狗或杂种狗一样受到严重影响，而且能比较正常地对燃着的火柴和针刺作出反应。

（三）情景的意义

人对产生疼痛的情境所赋以的意义极大地影响着他们对疼痛感觉的程度和性质。在第二次世界大战期间，哈佛医学院的 Beecher 观察了在战斗中受重伤的士兵的行为。他惊奇地发现，当受伤者被送进野战医院时，三个人中只有一个人感到非常痛而要求吗啡。大多数士兵或者否认大面积创伤的疼痛，或则只感到轻微疼痛而不需要任何止痛药物。Beecher 指出，这些伤员并非完全不能感觉疼痛，在给他们作静脉穿刺不成功时，也跟平人一样地抱怨疼痛。而刚做过大手术的平民百姓，五个人中就有四个人因剧痛而恳求吗啡注射。Beecher 认为，受伤本身和所体验到的疼痛之间没有简单的直接联系，在很大程度上疼痛是由其他因素决定的，非常重要的因素是创伤的意义。受伤的士兵对伤的反应是得到安慰，庆幸他能从战场上活着逃出来。而对于平民百姓，动大的手术则是一件沮丧的遭受灾难的事。

与产生疼痛的情境相联系的意义在巴甫洛夫的条件反射实验中表现得特别清楚。当给狗爪以强电击时，它们的反应通常是激烈的。然而，如果一直在每次电击后都给狗以食物的话，则狗表现出新的反应。在电击之后狗立即流唾液，摇尾，并奔向食盘。电击已不能引起任何表现疼痛的反应，而变成将得到食物的信号。当巴甫洛夫增加电击强度时，甚至当他用燃烧和损伤狗的皮肤作为补充刺激时，狗的条件性行为仍然继续保留。

有不少熟悉事例可说明个人对情境的估价所起的作用。儿童在玩耍时有人在背后给他一拍，他会装作不知或引起笑声；如果在另一场合，儿童犯了错误作为惩罚给他同样一拍，他会因剧痛而放声哭喊。痛发生在头部患者担心危及生命而感疼痛严重。如同样伤痛发生在肢体或其他不重要的部位，则痛的心理反应也小得多。病人疼痛与否随着情境的意义而改变，当无法找到人帮助时，痛苦就无法忍受；当痛苦可随即解除时，他的痛苦便减少或至消失。

(四)集中注意和分心

任何内外环境的刺激，只要能吸引机体的注意，皆可使同时出现的其他刺激包括伤害性刺激暂处于被忽略的地位。对刺激是否注意同样可影响经验的强度。拳击手和足球运动员在比赛场上能忍受严重损害，不感伤痛。战士在战斗剧烈时，往往不知道自己受伤。牙痛的日轻夜重亦属此理。生活中不乏以分散或转移注意来解痛的例子，我们所熟知的无痛分娩术，就是医务人员有系统的采取分心的方法使产妇分娩时放松或自我控制达到分娩无痛。

Wolbb等(1943)以辐射热法研究分心对痛阈的影响，发现：大声读冒险故事，有一被试痛阈上升16%；5~9位数字顺逆记忆，有一被试痛阈上升45%；闹钟响声干扰，一被试痛阈上升38%。另一学者 Ischlondsky(1959)应用针刺法，作分心实验，得到类似的结果。

(五)暗示或催眠

暗示(Suggestion)对痛觉的影响很大，这点可为安慰剂(placebo)的功效所证实。外科手术后35%可被安慰剂止痛，而即使大剂量的吗啡也只能使75%的患者手术后疼痛减轻。给安慰剂的见效时间静脉注射快于肌肉注射，肌肉注射快于口服药物，与一般药物作用规律相似。病人易暗示性越大，安慰剂作用越大。药理心理学家认为：药效中有近半数是安慰剂的功效。wolbb在作痛阈研究时，让病人自我暗示：“我不感到痛”痛阈上升7~20%。法国医生 Emile cove 认为自我暗示(autosuggestion)乃是自我控制疼痛的有用技术。他以此指导神经症病人作自我处置。首先让病人增加暗示性的锻炼，病人每天临睡或起床前得重复念：“一天又一天，无论哪方面，都在好起来”。通过暗示，间接通过减轻焦虑以减痛，亦可直接控制疼痛，若结合催眠或放松性精神锻炼，则暗示效果更好。

集中注意和强烈暗示是催眠(hypnosis)产生的主要环节，被催眠者意识范围缩窄，注意力强烈地集中于催眠者，对其他刺激的注意极大地削弱或消失，仅接受催眠者的暗示，他可以对刀割火烫等伤害性刺激完全不感到痛，有些病人未经麻醉，用催眠以接受大型外科手术。“气功”的意守丹田，注意力高度集中在本人的内在感受即气的运转，可以对外界各种刺激完全不感知。亦可认为是一种“自我催眠”状态。印度的伊斯兰教徒能在炽热的煤炭上行走，能躺在钉床或针毡上，不感到痛。据认为是通过“自我暗示”进入“类似催眠”止痛的状态。

(六)情绪因素

在通常环境，人们因为伤痛而起心理反应，悲伤可致疼痛加重，控制悲伤亦可减轻疼痛。有的患者因疼痛而引起临死的恐怖，恐惧增加病人的紧张、焦虑，产生疑病观念，对疼痛的原因胡乱猜想，腹部疼痛疑是生肝癌，胸部痛认为是得冠心病，致使疼痛加剧，出现恶性循环。

有的人对疼痛产生怨恨，发怒等敌对情绪反应，以致加剧其对疼痛的感受。而另一些人对疼痛抱“听天由命”的哲学态度，认为“无需医药，自我克服”，对痛一味的忍耐，缺少应有的反应。有的对疼痛采取否认态度，这种心理学保护方法在某种程度上有助于控制疼

痛,虽很不完全,但只要企图去否认疼痛,不论成功与否,至少可以摆脱因疼而致的悲伤、恐惧和罪恶感等负性情感的不良影响。这种机制已被西方一些精神病学家和心理学家结合到“不靠药物的自我解痛法”心理治疗中去。

心理生理学家还发现,恐惧、焦虑、失望、不耐烦,可使痛阈降低;愉快、兴奋、有信心,可使痛阈提高。Hill 等的实验证明,消除焦虑对一个一定强度的电击或灼热所引起的疼痛比在高度焦虑状态下同样刺激所引起的疼痛显然要轻些。从心理学的途径,对疼痛的处理围绕:了解原因,排除冲突、减轻焦虑、提高痛阈等几个环节采取措施,来达到解痛的目的。至于心因性疼痛(psychogenic pain),更是说明心理因素能导致疼痛,而痛也能用心理方法给予治疗。

(七)痛觉适应

按传统观点认为:“对痛刺激的适应是不明显的”,“强烈的痛根本不产生适应”。近年我国学者在针麻镇痛的研究中,轮番检测某些痛点,发现痛觉感受性有递降趋势。证明痛觉本身亦存在负适应现象(negative adaptation),即在刺激连续或多次作用于感官一段时间之后,出现感受性下降的现象。并发现人体皮肤痛觉负适应能力从早到晚有逐渐增高的趋势。皮肤特定点上的痛适应,可由其他部位的皮肤痛刺激引起。

(八)性格

性格不同对痛的表达方式亦不同。自尊心较强认为耐痛是一种美德,而有些人则善于以面部表情或语言来表达所感受的疼痛以博取外界的同情或帮助。易受暗示者如某些歇斯底里性格的人,痛阈变化较大。

(九)性别

据统计,女性痛阈低于男子,其变化较大。

(十)年龄

婴儿、老年人对疼痛的感受及反应均较低。

(十一)季节

痛觉作为人类的一种心理过程,其敏感性(根据痛阈)在一年中经历两次周期性变化。春秋两季比冬夏两季迟钝。其原因不明,但它与皮肤温度的变化并无密切相关。

Brain 在一次国际会议中说过:“痛的研究属于神经系统与心理相互关系的领域。它主要涉及解剖学,生理学和心理学三门学科。它需要解决两个关系问题即解剖生理学与生理心理学问题。他认为痛是一种或多种心理状态,它不能沿着神经纤维传导,而只是神经冲动复杂作用的结果。因为它涉及到神经系统极其广泛的领域”。因此,痛觉所指的是复杂的经验范畴,而不是由一个特定刺激引起的单一的知觉。被归在“痛”这个标题下的知觉和情感经验是广泛的,具有很大不同的性质。痛觉在中枢神经系统的过程具有很大的可塑性或变异性。由痛刺激引起的冲动模式是经由多通路到达脑的广泛区域,而不是沿着一条通道通向一个“痛觉中枢”。心理学家强调,痛觉是一种知觉经验。它的性质和强度是受个体的独特历史经历的影响,受产生疼痛的情境的意义的影晌,也受当时的“精神状态”的影响。所有这些因素都上升到脑,并在脑内“神经冲动”传导的实际模式中起作用。疼痛是整个个体机能的感受,包括它当前的思想和忧虑以及他对未来的希望等的复合的心理体验。许多资料为揭开痛的秘密,在发展关于痛的理论中将显示重要作用。但就目前来说距疼痛本质的阐明,尚有很大距离。

睡眠与梦

人的生活中最明显的节律是睡眠——觉醒的循环。人的一生有 $\frac{1}{3}$ 时间是在睡眠中渡过，睡眠及与之相伴发生的梦这种生理心理现象，自古以来，就吸引了研究者的兴趣，对睡眠与梦，有着大量的记载，也在人们之间广为传述。

古代印度传说描述了人类精神的三种状态：(1)清醒状态；(2)无梦的睡眠；(3)有梦的睡眠。我国古代医籍《内经·灵枢·淫邪发梦篇》详尽地讨论了梦境与脏腑虚实的关系，并提出补泻的治则，可谓相当早期对梦的研究的文献。中医书籍中有关睡眠、睡眠障碍（嗜卧、不得卧）还有许多记载。早先西方的哲学家们认为有两种明显不同的睡眠水平，但对这种种的推测、假设，颇难客观地进行研究，直到近30年来对睡眠与梦的研究，才有了较大的深入。主要是通过生理多导仪（包括心电图、脑电图、肌电图、眼动图和呼吸描记器等）发现，睡眠的二种不同时相及其周期规律。

一、睡眠研究

1. 睡眠的时相和周期

正常睡眠具有下列两个时相：

(1) 非眼快动睡眠(NREM)又称正相睡眠，此期无眼球快运动。正常睡眠首先由此时相开始。根据脑电活动及睡眠深度的变化，此时相又可分为四期。（以 $S_1 \sim S_4$ 表示）

(2) 眼快动睡眠(REM)又称异相睡眠，由正相睡眠进而移入此时相。其特点是眼球出现60~70次/分的快速水平运动，全身肌肉松弛，脑电以低电位快波为主。人在此时相中出现梦境，同时常伴有一系列其他生理变化：呼吸可由深慢而均匀变得浅快而不规则，脉搏、血压有波动。

正常睡眠时，上述两时相交替出现。首先由非眼快动睡眠第一期逐步进入第四期，再由第四期依次回到第一期，进而转入眼快动睡眠。两时相的交替称一个睡眠周期，每周平均约90分钟。每夜约有4~6个周期。临床上各种睡眠障碍常分别发生于此二时相中，而一些药物能分别抑制或促进两个时相睡眠，如安定可抑制非眼快动睡眠的第3、4期，而右旋苯丙胺可抑制眼快动睡眠。故睡眠两个时相的发现，对研究睡眠的生理与病理有重要意义。

2. 睡眠的生理心理学意义

过去认为睡眠是大脑皮层神经细胞的完全休息，是神经细胞恢复疲劳的唯一方法。但近年来的研究发现人脑也象其他内脏器官一样日夜不停地工作。在睡眠期间，人脑并未休息，只是改换了活动方式，同时进行着一系列主动调节的重组和整顿，睡眠并不是中枢活动休止和平静的过程。

在NREM睡眠时，精神活动并不完全停止，但此时如予唤醒，对其精神活动内容则大多不能回忆，仅有少数声称该时正在思考日间所想问题。也有说在做梦的，但NREM睡眠醒来所追忆的“梦”，却往往与平时思维相仿，实际上与梦有区别。所谓“梦话”发生在NREM期，其所言内容大多是与白昼活动有关的事物，其实并非做梦。NREM睡眠不但有中枢神经和植物神经的大量活动，前已提及，还出现丰富多彩的梦，这点下面还要谈到。此外还发

现, 遗尿、梦行(夜游)和打鼾于NREM期出现, 而磨牙、睡眠时节律性垂头则与REM有关。

一般认为NREM睡眠是躯体恢复疲劳的一个方式(当然不是唯一的方式)。在NREM睡眠期间, 垂体的多种促激素分泌较多, 特别是生长激素的分泌达到高峰, 不但有助于躯体生长, 也能促使全身细胞恢复疲劳, 更新内容。在NREM睡眠时期, 脑神经细胞进行生化代谢方面的调整和重组, 处理蓄积的代谢废物, 制备日间神经细胞活动所需的蛋白质和神经递质。NREM的研究受到很大重视, 其生理和心理学意义还远未阐明。

睡眠一直被认为是意识与客观世界暂时失去联系的状态, 是复发的惰性或不反应精神状态。此时, 对客观世界的刺激缺乏反应, 识记与保持能力消失。然近年的研究证明, 睡眠者仍能与客观世界保持一定的信息联系。I. Oswald (1959)的研究表明睡眠中人脑确实尚保有一定的感觉辨别能力。如用56个轻声的不同名字作为感觉刺激, 则凡被试听到本人名字时脑电波呈现K复合体的概率特别高, 同时K复合体大而显著。不少作者认为睡眠中人脑尚有“模式分析”的能力, 因此需要重新估价睡眠与意识及活动的关系。若干早期心理学家曾研究表明若学习后入睡较学习后保持觉醒状态更少遗忘。睡眠对记忆会产生良好的影响, 这是因为睡眠保护了记忆不受其他活动的干扰, 同时睡眠还有助于觉醒阶段得到的信息条理化, 巩固在记忆中。当然, 在睡眠中对内外刺激的接受能力下降, 学习过程在睡眠中是大大减弱或不存在, 很多人常不能回忆夜间醒来的情景。但睡眠不仅帮助巩固一个人在进入睡眠状态前大脑所接受的知识, 近年还发现, 睡眠也能启发智慧。据日内瓦大学对69位数学家的调查表明, 其中有51人是在睡眠中解决过一些问题的。

研究表明, 感觉刺激的效果, 随人脑觉醒水平的降低而变化。如人在觉醒状态中光感觉刺激常常是最有效的感觉刺激, 但在睡眠期中则声感觉刺激便代替光而成为最有效的感觉刺激。在睡眠中, 同样强度的声感刺激所引起的诱发电位面积常较觉醒时呈现规律性的增加。

我们晚上在家里, 坐在温暖的安乐椅上看书、看报, 或看电视、听收音机时, 很难不打瞌睡, 这时觉松弛而舒适。若“想办法”松弛或“想办法”睡觉都会引起肌肉紧张, 反而睡不着了。肌肉紧张时需要消耗较多的氧, 因此体温升高, 肌肉紧张又会刺激皮层活动, 而皮层兴奋再反过来增加肌肉紧张, 形成一个恶性循环。人躺下并完全松弛能减少到达皮层的本受性冲动, 会使体温降低, 使脑的活动趋于宁静。视、听觉, 皮肤的或任何内外刺激都会使人保持觉醒状态。闭目塞听, 没有活动和刺激, 会使人意识渐弱, 安静思睡。巴甫洛夫使犬盲聋和嗅觉丧失后, 犬发生长期睡眠, 证明: 睡眠的发生与感觉输入缺乏有关, 感觉刺激在维持觉醒上有重要意义。

但这对解释究竟是什么东西引起睡眠, 又是什么东西使人在安睡之后觉醒的睡眠调节机理, 尚远远不够。

3. 睡眠的调节:

以往认为睡眠是一个被动过程。觉醒时间过久, 神经细胞趋于疲劳, 从大脑皮层下行的以及从周围躯体上行到达网状结构激活系统的反馈性神经冲动日益减少, 于是细胞开始休息, 便见入睡。及至神经细胞经过休息重新恢复其兴奋性就再次觉醒。睡眠是大脑的保护性内抑制, 这种过程从皮层扩散到皮层下, 就引起睡眠。但近年研究发现并非如此。实验证明脑干有“睡眠中枢”负责调节管理觉醒与睡眠。纵贯脑干中央的“中缝核”, 能产生5-羟色胺(5-HT), 与NREM有关, 而在桥脑顶盖部的兰斑(locus caeruleus)能分泌去甲肾上腺素。

腺素(NE)，与REM有关。如给实验猫分别应用影响5-HT与NE代谢的药物，也能相应地分别影响NREM与REM。如果用增加多巴胺(DA)的药物，可使NE抑制，影响REM睡眠，导致动物持续觉醒。因此，可以认为，睡眠并不是觉醒的简单终结，而是中枢神经系统内发生的一个主动过程，睡眠及觉醒的发生和维持与脑内神经介质的动态变化密切相关。睡眠既受着主动的控制，也受着被动的控制。主动控制在于由脑干下部的一种脑结构对网状激活系统加以制动；被动控制相当于在网状激活系统本身中停止了加速。

4. 睡眠剥夺

又分全部睡眠剥夺、选择性睡眠剥夺和部分睡眠剥夺三类。在全部睡眠剥夺时，指NREM和REM二期均予剥夺。连续取消实验对象的睡眠，几天后则可产生一过性的精神症状，类似于精神分裂症的表现，如工作及学习能力改变、疲劳、易怒、猜疑、错觉、定向障碍、注意力难以集中，人格解体等。以后再恢复睡眠时，则出现“反跳现象”，第一天睡眠以NREM期为主，第二天才以REM期为主，首先恢复为NREM期。

选择性睡眠剥夺，目前集中于研究剥夺REM睡眠的试验。发现第一夜被剥夺，第二夜则加倍补偿，连续数夜被剥夺，可以使受试对象一入睡就做梦。动物试验可见攻击性增加，本能行为加剧而使性欲亢进，甚至学习能力下降，记忆减退。但连续剥夺70天REM期的猫，并未见死亡。部分睡眠剥夺是指剥夺后半夜的睡眠，因后半夜的睡眠多数为REM期。可用于治疗忧郁症。

睡眠剥夺还是宇宙飞行中所遇到的一个生理心理问题，它涉及能否改造人类目前保持已久的“24小时昼夜节律”，对宇航员能否适应宇宙生活节律的研究十分有意义。

睡眠是涉及到整个医学领域的课题，临床医师开始认识到对它评价的重要性，近年来有关的研究正在扩大，建立了许多睡眠实验室及研究中心，研究睡眠机理及实际应用，研究各种疾病引起的睡眠障碍或睡眠障碍引起的疾病，摸索出一些防治这些睡眠异常的方法。对睡眠现象的一些模糊观念，日益澄清，向着本质的认识推进。

二、梦

1. 梦的定义

梦是睡眠中常见的生理心理现象。Demet把“在睡眠中产生的自觉体验，具有视觉、听觉、运动感觉等的感觉性想象”称为梦。梦的特点是虽有明确的感觉想象，但又完全失去自我与现实世界、空间的连续性，犹如在别的世界环境中的体验。而任何表象则缺乏明确的感觉性想象；刚入睡时产生的思维体验，则是本人觉醒时的时间、空间的延长，且与觉醒时的自我保持同一性的体验，并不脱离现实。

2. 梦的发生机理及条件

过去一直仅靠内省报告进行研究，因此便无法对梦的机制进行客观的探讨。近些年来的研究，已经认识到REM睡眠伴随着醒觉的脑电图，这一独特的睡眠时相就是做梦的关键时刻。由于绝大部分睡眠中的梦，均以视觉想象为基础，因此常伴随REM。眼球快动(REM)作为梦的客观指标用于对梦的研究，已积累了大量的资料，作为一种基本生理过程的梦周期性地出现，与身体的其他节律有关。梦在REM期出现，有其心理生理学的条件。(1)出现梦的REM期是在接NREM期90分钟之后产生的，此时已和觉醒时的精神生活隔离，中间失去了精神活动内容的连续性；(2)在REM期，躯体内外环境进入脑部的刺激明显减少，人已失去了和周围环境的连续性，近于感觉阻断状态，此时视觉因外侧膝状体的突触前抑制而使

刺激减少,听觉因鼓膜、耳小骨的肌肉紧张度改变而使刺激减少,因全身皮肤肌肉活动减少使浅、深感觉也减少;(3) REM 期的 EEG 近于睡眠第一期(S₁),大脑活动水准降低,但与记忆活动有关的边缘系统活动却升高,此则与梦的素材和过去记忆有关联;(4) REM 期时眼球快速运动有群发特点,与 EEG 检查时的外侧膝状体、桥脑处所发放的特殊波(PGO)相一致,对眼球活动及 PGO 波出现时作视觉映像测定可见梦的出现。REM 期长度和梦者自己判断梦的长度相等。任何人都有梦,所谓不做梦的人也只是对梦记忆丧失之故。

3. 梦的心理生理学特点

这种指标并不能揭示梦的内容。大熊(1979)认为梦的心理学特点是:(1)梦中的自我,并不是现实世界中时间、空间延长的自我,它与觉醒的自我失去了连续性。梦中的自我将现实世界中的自我意识和自我认识分割了,只存留自我意识在梦中完全自由地翱翔;(2)使觉醒时具有的时间、空间的概念和规则完全崩溃,造成孩提时代和现代凑在一起,生者和死者合在一起亦不以为怪,甚至将早已遗忘的往事也会泛现出来。

做梦的时候,皮层活动是以低水平进行着工作,对事情的分析常是错错的,记忆充满着缺陷,皮层的整合作用不完全,梦者常被导致幻想,去做反社会的动作,所幸来自睡着的皮层的冲动,在通向效应器的路上就消失了,以致没有做出有害的事,梦的幻觉只不过是脑皮层粗糙活动的表现。

眼动的快慢和方向,取决于梦者注视或追索什么。大部分的快速眼动是水平方向的,表示梦者对梦中活动的情景进行繁忙的扫视。一对象眼球左右连续26次活动,醒后你正看友人打乒乓。偶尔快速眼动正是垂直的,梦者报告有物体上下运动,记录没有快速眼动而脑电图表示在做梦时,是梦者正在注视某个远距离的点。梦者积极参与的一个“主动的”梦,要比一个“被动的”梦,更可能伴随着快速眼动。

做梦时缺乏粗大的躯体运动。体动之后才开始做梦,此时睡眠者通常安卧不动,出现快速眼动,而当眼动停止,再度出现体动,提示梦已结束。

某种躯体的运动与梦的内容有关。E. A. 奥尔珀特记录肌肉动作电位。一位被试显示运动的一种次序:右手→左手→下肢。立即唤醒被试,诉说梦境是:他用右手提起一只水桶,然后换到左手,最后开始走。梦游症可能是这种四肢运动的一种极端表现。

有认为睡眠者邻近环境中产生的外界事情,能暗示或影响梦的内容,为了检验这种观点,德门特等在被试做梦期间,给予声音、光和滴水的刺激,结果:由滴水这种刺激唤醒的15例中,有6个梦的报告呈现滴水,未被惊醒的33个睡眠者中,14个诉述梦中有水。用电铃常规地唤醒被试,发现204个梦中有20个有铃响的事,常见电话或门铃的声响。

来自内脏的内部刺激可以引起或影响梦,关于吃西东的梦是由于胃空收缩而激起。德门特对被试24小时不给饮料,虽上床时十分口渴,但所描述15个梦中,只有5个有与口渴有关的因素,所叙述的梦中,没有一例意识到口渴或描述饮水。

Fonlkes(1970)总结了随梦的内容变化而出现的自主活动,例如:在 REM 期中缺乏阴茎勃起时则常伴有焦虑难熬的梦,而呼吸和心率的变化、血管收缩多与情绪变化的梦有关。

缩短做梦时间会引起忧虑、急躁、食欲加大及体重增加,一旦允许被试具有平时的做梦时间,情绪立刻恢复镇静。德门特还发现,“当重复叫醒做梦者以干扰他们的梦时,结果就使他们在其后来的睡眠时期做更多的梦。做梦似乎满足某种真正的需要”,因此认为:“某种数量的梦是必需的。”Freud 认为梦是人们潜意识幻想与欲望活动的表现,类似精神病人

在醒觉时的病理性思维与幻觉。因此他们将梦称之为“正常的精神病”。C·费希尔补充：“梦是正常的精神病，做梦是允许每个人在生活的每个夜晚能安静地和安全地发疯。”由此看来，REM睡眠与梦是正常生活所必需的活动，是生命过程中的必然现象。

4. 药物对梦的影响

据Whitman((1961,1963)研究，发现丙咪嗪可增加梦中敌意，丙氯拉嗪可增加梦中的异性爱，鲁米那可增加梦中的同性爱，安定可增加梦中的依赖性和运动性。

Okuma(1970)通过“测梦器”以检验氯丙嗪、(12.5mg)氟基安定(10mg)和安眠片三者对梦的影响。

结果发现，氯丙嗪和氟基安定可减少奇异梦、恶梦，可降低以梦为背景的精神活动。氯丙嗪更可减少梦的复杂程度和视觉的清晰程度。而氟基安定可减少梦中的情感活动变化，降低焦虑程度，因此进一步证实抗焦虑药氟基安定有较好的抗焦虑作用。

在心理生理学及精神病学研究中，观察分析REM睡眠和梦，已成为受到注意的一项课题，相信通过基础理论及临床实践的探讨，将对人类睡眠机理、睡眠中的思维活动、梦的奥秘以及与精神病发病相关联的问题得到进一步的阐明。

心 理 治 疗

心理治疗(psychotherapy)又称精神治疗。理论指导不同的学者各有其偏爱的定义,共同点是都运用心理学方法改变病人的认知、情绪、意志来达到消除症状、防治疾病乃至改善社会适应能力,提高生活质量的目的。主要的适应症是各类心因性疾病、精神病、行为障碍和心身病。心理治疗当然不是万能的,但在我国,问题是心理治疗长期得不到应有的重视。各科医生对心理治疗不了解、有误解的人为数不少,把几个最普遍的误解提出来澄清一下会有好处。

一种误解是把心理治疗看作是精神科医生和心理学家的事,其他医生不需要。这种见解是旧式的纯生物学模式医学教育的必然产物。病人是一个整体,心身不能分隔,把病变的部分和人隔绝开来加以治疗根本不可能。所以只要和病人一接触,我们的态度、言语就不可避免地对病人的心理状态产生影响。从这个意义上说,除了病理解剖学家,每个医生都以自己的心理学方法对病人发挥或积极或消极的治疗作用。不良的方法可能使症状增多、加剧,病变恶化,某些医源性疾病就是一个例证。另外,心因性疾病可以模拟许多器质性疾病,心因性和器质性疾病合并存在也很常见,对这类病人一味作不必要的检查,投以各种药物而不作心理治疗显然有害无益。

另一种误解是心理治疗十分复杂,非专科医生难以应用。实际上,有许多病人只需要简单的心理治疗就可见效,如安慰、解释和保证。例如一例肠功能紊乱的病人自疑患癌症,医生经详细询问病史,认真检查后,向病人明确保证不是癌症而是肠功能紊乱。病人的紧张、担忧消失,腹部不适明显好转。医生的全部工作都有心理治疗的作用。如果各科医生都能意识到自己言行的心理影响,好好利用,而不只满足于开安慰片处方(也是一种心理治疗),就可以提高服务质量,减少浪费。

还有一种误解是把心理治疗和物理治疗对立起来,以为对病人同时使用这两种治疗是矛盾的。心身不可分割,交互影响的道理从根本上澄清了这一误解。上面也提到,心因性和器质性疾病可以混合存在。心身病也需要两种治疗同时并举。怀疑心因性而器质性疾病还不能除外时,针对可能的心理因素作心理治疗也很合理;有时,在心理治疗的过程中获得的资料很有鉴别诊断的价值。纯粹的心因性疾病,除了在施行行为疗法时一般避免合并药物外,短期用精神药物也是可取的。

基 本 技 术

心理治疗种类繁多,方法各异,但有些有效的基本技术几乎各派治疗者、每位医生都有意无意地在使用。

(一)保证(reassurance) 上举的医生对自疑患癌症的病人作出的结论就是保证的实例。有力的保证能缓解焦虑和伴生的症状,使病人精神振作、唤起希望和信心。这些对各种心因性疾病,特别是神经症,有重要的治疗价值。保证必须在详细了解病史和必要的检查之后才

能使病人接受。没有前面的一番工作，很正确的保证也不会起积极作用，因为病人感到医生还不了解病情，随便下结论是对自己不重视、不负责任的表现。

(二)教育 有些心因性疾病的来源是病人知识不足。例如，有些病人对梦遗、手淫认识有错误，过份恐惧，由此引起一系列神经衰弱症状。向病人提供必要的知识，打消其不必要的恐惧，会有良好的效果。新婚的丈夫由于性知识缺乏，担心自己有缺陷，不能进行成功的性交，这种担忧和焦虑的确可以引起阳痿。性教育和指导同样适用。

(三)疏泄(ventilation, catharsis) 有两种程度不同的形式：一种是医生以同情的、谅解的态度聆听病人倾吐心中的苦闷和不快的遭遇，倾吐完毕后往往能使症状有相当好转。病人倾诉的内容常是一些怨恨委屈或良心感到不安又无处可说的个人秘密。情感的流露，医生的劝慰、谅解、提供另一种不同于病人的较积极的评价，可能是奏效的原因。有人把这种方法叫做谈疗(talking cure)。另一种不仅让病人倾诉胸臆，并鼓励病人把唤起的感情尽量倾泻出来。这些郁结的强烈感情可能是神经症症状的成因。

(四)暗示(suggestion) 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来消除症状的治疗方法。在病人的心目中，医生具有权威的形象，正象父母在孩子心目中的地位一样，因而会接受并无事实根据的观念。接受暗示的倾向人人都有，程度有所不同。癔症病人的易暗示性特别大，暗示疗法容易收效。例如，对癔症性下肢瘫痪的病人说：“你的腿就会动了，过两天就好站起来，再过几天就会走路了。”病人的下肢果然很快恢复功能，一如医生的预言。除了单用言语暗示外，还可同时用弱电流刺激其两下肢，加强暗示作用。如果在言语或药物(静脉缓慢注射安密妥钠)催眠状态下，再予治疗性言语暗示，效果更好。不过病人既然容易因暗示好转，也容易因暗示恶化。因为病因未解决，复发或更换新的症状出现很常见。

(五)环境改变(enviromental manipulation) 某些心因性疾病可能和不良的人际关系或实际困难有关。现在青少年中的神经症常常和父母不现实的学业要求有关。儿童神经症或行为障碍常常和父母(特别是母亲)本身的不健全有关。例如，一孩子过度肥胖，原因是母亲有强迫观念，总怕孩子营养不良，结果使孩子进食过多。这些情况下，真正需要治疗和教育的父母亲，父母亲态度的纠正是治疗的关键。

上面几种治疗技术简便易行，没有深奥的理论，每个医生在不同程度上都在运用。对一些病程短，没有深刻心理根源的疾病可能获得根本解决，至少也能起暂时消除症状、避免恶化的作用。必要时，可以由专科医生接着做较复杂费时的心理治疗。

心理治疗的种类

国外流行的心理治疗多达100种以上，不过多数大同小异。下面首先罗举主要的种类：

(一)分析性心理治疗 经典的精神分析疗法在精神分析一章中已作了介绍。由于费时费钱，而疗效仍不理想，目前已少采用。我们所说的分析性心理治疗是比较广义的，以生活史探讨为中心，后面另行介绍。

(二)支持性心理治疗 各科医生，各不同学派的心理治疗专家都采用。主要内容即基本技术一节包括的保证、教育、疏泄、安慰等。

(三)行为治疗 另有专章介绍。

(四)病人中心疗法(client-centered therapy) 创始人Carl Rogers相信,只要医生能正确领会病人言语背后的实际含义,通过意思更明朗的复述,反过来帮助病人认识自己,就能消除阻碍,使病人的人格自动向健康和成熟的方向发展。这一治疗让病人自己决定应该谈些什么,治疗者只是倾听、领会病人的真正感受,并准确地说给病人听。不作任何解释。

(五)原始性治疗(primal therapy) 创始人Arthur Janov发现有些病人在说到某些词句时(如“妈妈”),有强烈的感情涌现。经过喊叫、打滚等剧烈活动,病情好转。据说基本需要不能满足造成的幼儿期创伤经验受压抑后可引起心理异常。治疗原则是用单独隔离,不给任何消遣的办法使病人退行到幼儿期,重新体验那些创伤造成的痛苦。

(六)完形治疗(Gestalt therapy) 完形学说认为适应性行为发展的前提就是要体验到心身两方面的需要。如果受到干扰,例如被压抑、分离出整体,就使适应性行为难以向前发展。治疗就是把“分离的部分”再整合起来,让个体能体验到。具体的方法是所谓“空位技术”(empty-chair exercise),让个体和“分离的部分”(如父母表象或梦境中的一个表象)“对话”。先体验自己对“那部分”的感情、态度,再调换位子,体验“那部分”的感情、态度。

(七)交互关系分析(transactional analysis) Eric Berne相信人的自我有三个部分,即父母、成人和孩子。一切内外活动都来自这三部分。如苛责的态度来自“父母的我”,依赖性来自“孩子的我”,成熟的、理智的行为则来自“成人的我”。治疗者通过解释和启发,使病人领会自己各种活动所自来。这样,“成人的我”的作用就扩大,可更好地协调、制约另外二个部分的作用。

(八)存在主义分析(existential analysis) 这是以存在主义思想为指导的哲理气很重的说理治疗。认为焦虑和苦闷的来源是生命的虚无感造成的。治疗即对病人进行人生哲学的讨论,强调应该充份表现自己的存在,接受人生的义务和挑战,勇于自己选择生活道路,作命运的主人。中心点是充份表现和扩大“我”。治疗者认为焦虑的来源不是精神冲突,故鼓励病人去接近他害怕的表象和外物,然后要病人充份表现其焦虑和恐惧,而且总指出很不够,要求更强烈的表现。结果焦虑恐惧反而消退,治疗者以此证明病人毋需担心内在的本能欲望。此外,鼓励病人多多介入外部世界的活动以减少因关注自己而引起的焦虑。

心理治疗可以根据对象的多少,分成个别治疗和集体治疗。集体治疗一般每组十个人左右,特点是病人能获得病友间的支持、鼓励启发和示范的好处。种类也很多,差不多任何个别治疗能用的方法都可用于集体治疗。

根据疗程的长短,可分长程、短程和间歇性心理治疗。长程一般半年或一年以上,主要用于改善性格问题。短程一般不超过三个月,一些因急性精神创伤引起的疾病最合适。当然长短的时间界限是人为的。国外的短程疗法也用于一类较复杂的病人,以精神分析的基本原理为基础,揉合各种可以利用的方法,并不拘泥。间歇疗法主要帮助维持适应情况,平时不按时治疗,等病人遇到困难再找医生。

有时,前来就诊病人的问题可能和其他家庭成员的心理问题关系密切,甚至后者更加需要治疗。这时,就可建议有关的人一起参加,这就是夫妇治疗(couple therapy)和家庭治疗(family therapy),是集体治疗的另一种形式。这种形式的治疗一方面可获得多方面的资料,实际观察家庭间或夫妇间的相互关系,另一方面让他们在治疗时间相互交谈,相互了解,建立良好的气氛。医生的任务是促使他们了解自己和他人的心理问题如何相互作用引

起不良结果，了解各人的需要，消除存在的误解，使人际关系变得协调。

心理治疗中的共同因素

各种心理治疗虽在理论和方法上存在差异，有些在理论上是错误的，但都有成功的实例。象病人中心治疗的许多疗效研究证明有一定效果。在取得疗效的机制方面，各派都强调自己相信的理论。但下面的共同因素可能更加重要：(1) 治疗者都表现了强烈的关切、同情和乐于帮助的态度，和病人之间建立起良好的信赖关系。(2) 治疗者根据对病人的详细了解，按照自己的理论和逻辑所作的解释，博得了病人的信任；从而加强了信心。(3) 对疾病的原因、性质提供的另一种解释，使病人有可能用另一种更成功的方式来对待自己的困难。(4) 治疗者自身的特征和吸引力有助于唤起病人克服困难，战胜疾病的希望。(5) 提供的成功的经验加强了病人的希望和信心。(6) 治疗振奋病人的精神，这是学习新的思想和行为方式的前提。这些因素可能对改变病人的认知和情绪状态，促进病情好转起关键作用。

对医生的要求

从上节中，我们可以看出从事心理治疗的医生必须有良好的医疗作风和服务态度，对待病人必须诚恳、热情和同情。否则无从博得病人的信任，建立良好的关系。接受病人非纪念品性质的礼物，利用病人为自己服务，都会破坏医生的形象，失去病人的信任。良好的关系是指互相信任和尊重的医患关系，而不能是其他关系。

治疗含有教育意义，最终目的治愈疾病，改善适应。因此医生自己必须有充实的专业和社会知识，正确的人生观。这样才有可能进行正确、有力的教育，引导病人建立健康的人际关系。

病人向医生倾吐或书写的材料，往往有他个人敏感的隐秘。我们有保守秘密的责任，绝不能作谈资。

病例的选择

任何精神科疾病和心身病都可用心理治疗作为主要和辅助的手段。目标必须是现实的，对某些病人事先就应说清楚。

除了某些重性精神病（物理治疗为主），是否有治疗动机非常重要。一般认为有下列特点的病例是心理治疗易在短期内见效的对象：(1) 有接受心理治疗的强烈动机，(2) 年轻，可塑性大，(3) 智力正常，有中等以上文化，有良好学习能力，(4) 环境良好或可以变好，(5) 人际关系较稳定，(6) 社会心理因素较明显，(7) 无显著性格障碍。

对慢性强迫性神经症、性倒错、中毒等除行为疗法外，其他心理治疗很难收效。

治疗的实施

精神科临床上目前常用的“生活史分析”个别心理治疗的具体方法如下：

环境和时间

心理治疗是通过医患之间会谈方式来进行的。会谈是一种治疗方式，而不是一般的聊天，因此必须在治疗室内进行。环境要安静、简单、舒适，带一点治疗气氛，会谈时间一般以上午或下午午睡后为宜，会谈时的情绪波动可能影响睡眠，故最好不安排在晚上。每周会谈的次数要根据病情和可能性来定。一般先每天或隔1~2天一次，症状好转后可逐步延长间隔期。每次时间不超过40分钟，以免疲劳，同时也促使病人珍惜时间，认真合作。

会谈技术

心理治疗从医生和病人第一次接触时就开始，必须注意给病人一个好的首次印象。先由医生作一般性的病史了解和种种必须的检查，明确诊断，并对以后的治疗形成大概轮廓。

病人最关心的是当前的症状，故要让病人从谈症状开始，详述自己认为想说或重要的生活事件。逐次谈到个性特征、家庭环境、历年生活情况、婚姻生活等问题。

会谈时，医生应保持友好、同情的态度，不宜过于严肃或表现不耐烦。要避免过早发言或不必要地打断病人的谈话。在病人把要谈的基本内容都讲完后，医生可提出诱导性问题，使病人更深入地谈可能有关的事件和自己的感受。原则上，等到病人有了信赖表现后再接触较敏感的问题。性生活一般不宜涉及过早。

每次会谈结束前，应由病人和医生共同小结一下收获。任何进步必须归功于病人，这有利于鼓舞信心，加强努力。当生活史中的事件、当前处境和疾病之间的关系明朗之后，应用启发的方法，引导病人自己找出正确答案。医生长篇大论灌输给病人“正确的道理”起不了多少作用。“解铃还须系铃人”这句俗话用在心理治疗的方法学上十分确切。

在疾病和过去、当前生活事件的关系认清楚后，如何解决，还要病人自己提出办法。医生只能起启发的作用，不能包办代替。

在会谈过程中，医生须注意两个情况：(1) 病人若同时存在明显的失眠、头痛、焦虑等症状，宜适当应用弱安定剂或其他药物对症治疗。这有利于病人更有效地参加治疗，以后可以逐渐撤除或减量。(2) 应注意病情的变化，特别是转变为情绪低落或厌世消极。这时，除了应针对这种情绪作解释和鼓励外，还应改变治疗措施，必要时可给予住院。

门诊治疗的病人，必须和家属、组织保持联系，以便及时了解病情的变化和是否在实际生活中适应改善。

生活史分析的材料都是过去和现在意识中的经验，所以和专门分析潜意识内容的精神分析完全不同。

我国心理治疗的工作还刚刚开始，专业性的心理治疗应该说还在研究和探索阶段。所以，这一章介绍了一些国内不熟悉也不使用的疗法，目的在开阔视野，促进进一步的研究。

行为治疗

行为治疗(behavior therapy)又称条件反应治疗(conditioning therapy)。简单说来,就是根据学习心理学的理论,对个体反复训练,达到矫正所谓适应不良性行为的一种心理治疗。适应不良性行为也就是不健康的、异常的行为,可以有各种不同的原因:有些是神经系统病理变化或生化代谢紊乱引起的症状,有些则是通过学习或条件反应形成的不良习惯。后面这一类是本治疗的主要适应症。在较早的时期,神经症被认为是唯一适应症,其运动、感觉和植物神经的功能性改变都被看作是学习形成的不良习惯,可经重新训练来纠正。七十年代以来,训练的方法有不少新发展,治疗的范围也大大推广了。功能性精神病、精神发育不全、心身疾病、药物依赖等都有可能适用行为治疗,甚至单纯的教育和管理问题也可能运用行为治疗的原则来解决了。

基本概念

一般心理学家把学习分成两类:

(1) 巴甫洛夫经典条件反射式(classical conditioning)的学习 无条件刺激(如食物)可引起动物无条件反射(如唾液分泌);若使某个本身不能引起同样反射的信号(如铃声)反复和无条件刺激伴同出现,结果信号单独出现时也会引起同样反射。这类信号叫条件刺激,形成的反射即条件反射。条件反射巩固以后,原来的条件刺激还可与另一个信号建立条件联系,形成第二级的条件刺激。可以设想,在复杂的人类社会生活中,某些语言、情景等完全可能成为条件刺激引起适应不良性行为反应;恐怖症往往可用这一机制来解释。刺激还可能产生泛化现象,有一定相似性的刺激物也会和原刺激物起类似的作用;后来又可能学会鉴别二者的不同,只对原刺激物起反应。实验还发现:条件刺激长时间得不到强化时,如食物不再随同铃声呈现,或呈现的刺激有抑制原来反射的性质,条件反射便趋向消退。行为治疗中的脱敏法、厌恶疗法等就包含了这些实验结果揭示的规律。

(2) Skinner工具或操作条件反应式(instrumental or operant conditioning)的学习 经典条件反射式学习涉及的活动较简单,是反射性质的、非随意的。刺激(食物)和反应(唾液分泌)之间须存在自然的、固有的关系。操作条件反应的情况有所不同: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(有利于个体)或惩罚(不利于个体)的作用,反过来能使原来的自发行为趋于增多或减少。个体由于某种行为时时获得奖励而致该行为出现的频度增加,叫做正性强化(positive reinforcement)。奖励也可以意味着原来受到的惩罚减少或消失。某种行为由于惩罚性后果而出现频度减少,避免该后果的行为频度增加称为负性强化(negative reinforcement)。撤除强化因素,行为便渐渐消退(extinction)。所以,控制行为引起的后果就可强化适应性的行为,也可使非适应性的行为消退。此外,强化和消退的双重作用还可使个体逐渐建立原来没有的行为,这个过程叫行为塑造(behavior shaping)。动物实验和人类行为研究都发现强化因素不仅仅使前一个行为

反应频度增加，实际上他种行为也普遍增多（反应泛化，response generalization）。对接近预期的反应给予奖励，否则不予强化。这样就可以使反应逐渐塑变成新型的预期形式。行为塑造在行为治疗中占重要地位；建立一种新的适应性行为以取代非适应性行为必须经过上述的过程。根据操作条件反应的强化原理来的治疗有所谓代币调节法、行为契约法等等。

并不是所有学者都同意上两类学习方式的区分。Miller认为学习只有一种，他用设计完善的动物实验证明，操作的训练程序能产生任何通过经典条件反射获得的内脏反应，并不只适用于随意的、骨骼肌活动的学习。控制植物神经功能的生物反馈疗法就是这一实验和理论引出的成果，另有专章详细介绍。

和西方传统的心理治疗比较，行为治疗家显然对无意识冲突、自我防卫和内省等不关心。许多所谓疾病的症状，在他们看来，实际是通过“不良学习”(faulty learning)固定下来的心理习惯，和疾病没有直接和必然的联系，甚至根本不算是疾病。此外，行为治疗家选择的往往是那些异常行为较局限，又可能加以测量的对象。在疗效判断方面较其他心理治疗客观。

治疗原则和程序

(1) 行为分析 根据行为疗法的理论，适应不良性行为是个体在一个经常变动和复杂的社会环境中，试图克服应激和困难过程的产物系列。因此，必须详细了解各不良行为的来龙去脉，确定何者为主，何者为付。不良行为最初在什么情况下发生，后来有哪些变化，环境中有哪些强化因素使不良反应保持下来。例如：口吃如果只在焦虑紧张的情况下出现，如何克服焦虑就是治疗的首要目标。口吃的起因也许是孩子偶然发现结结巴巴的言语最能吸引双亲的关注，这种强化因素就必须加以取消。恐怖症最初的恐怖对象的内容和成因是什么，后来是否泛化到其他条件刺激物。回避反应是否还带来其他好处，如摆脱责任或不快的处境。治疗若不充份了解并有步骤地控制有关的环境因素，就难以取得预期的疗效。

治疗开始前，还应记录异常行为（或生理功能）的基线，即出现的频度和强度，以便和治疗开始后作对比。治疗的目的、方法和意义要向病者解释清楚，争取树立信心，积极配合。病者环境中的重要人物，如父母、配偶、教师等有时也须彻底了解治疗的方法和意义，否则环境不能控制，影响疗效或易于再发。

(2) 治疗方案 行为分析完成后，就要对病人的整个行为作出评价。对被认为是学习形成的适应不良性行为设计出妥善的治疗方案。方案应当因人而异，但原则相仿。当预期的（适应性的）行为出现时，给予奖励，如关心、表扬、物质鼓励（正性强化）或取消惩罚（负性强化）；而非适应性行为出现时，就给予惩罚，如不关心、批评、疼痛刺激或撤消奖励（强化消失extinction）。有时，对非适应性行为的惩罚反使该行为出现更频，从操作条件反应的意义来讲，就是强化因素消失起了奖励作用；那就应停止这种操作，并鼓励病者作出与该行为相对立的行为。因此必须仔细观察治疗措施的后果，并在需要时及时调整。施行行为疗法的过程中一般应尽量减少或停用各种镇静药物，因为这些药物会影响学习的过程。

常用疗法

行为疗法的种类和应用范围正日益增多和扩大，最基本的疗法有以下几种：

(1) 系统性或递减性脱敏法(systemic desensitization) 适用于恐怖症和其他某些以焦

虑为主导症状的行为障碍，如口吃、性功能失调、强迫症等。恐怖严重、对象广泛者，口吃时间长、已达成年期者不宜用本法。治疗的原则是让病者逐渐地接近他所恐惧的事物，最终不再恐惧。

具体方法是治疗者和病者共同设计出一个能引起恐惧感的由轻到重的分级恐惧事物表(fear hierarchy)。然后由病者逐级想象恐怖的事物，等到恐惧感完全消失，再升级想象更恐惧的内容，逐渐过渡到真实的事物。如有个孩子因曾被狗咬受惊产生动物(狗)恐怖。治疗先让孩子看图片上的狗，等到他不害怕后，再让他看离他很远的狗。孩子对此完全习惯后，让他看近处关在笼子里的狗。再让他接近自由活动小狗，最后接近大狗。每升一级前，恐惧必须极轻微并迅速消失，或者完全不感觉恐惧。常用的顺序是：想象，图片或幻灯片，电影，真实对象。每一项还要分等级。

另一见效更快的疗法叫做恐怖淹没法(flooding)，即较快地置身于引起恐怖的环境中，坚持到紧张感消失，时间可长达1小时以上。这一疗法比较难受，但见效迅速，通常经2~20小时的暴露便可解除恐怖。两种疗法好比进游泳池：递减脱敏法是先入浅水，再进深水，恐怖淹没法则等于一下子跳进深水。

示范法(modeling)是先由治疗者(或他人)演示接触病者恐惧的真实对象，然后让病者跟着做。例如治疗者先和狗嬉戏，抚摸它，然后由病者照做。这是一种真实恐惧对象脱敏法的有效技巧。

这几种脱敏法表面上各不相同，但奏效的机制则相似：首先，在致恐惧的条件刺激存在的情况下，个体都不发生能减少或消除恐惧的回避行为。回避能强化恐惧这一条件性心理生理反应，故回避的一再不出现在于强化因素的一再消失(extinction)；其次，病者每一阶段的成功都要受到治疗者的赞许，赞许即正性强化因素；再次，当病者获得进展后，产生了自信心理，自信和恐惧是相拮抗的。有的学者认为恐惧淹没法和巴甫洛夫超限抑制理论相符，恐惧达到极限以后，再强的刺激只能减少恐惧的体验。

(2) 交互抑制法(reciprocal inhibition) 适用于焦虑症、恐怖症和神经质。Wolpe把治疗的原理作了简明的概括：“如在引起焦虑的刺激存在时，造成一个抑制焦虑的反应，就能削弱刺激和焦虑之间的联系。”最常用的抑制焦虑法即Jacobson的进行性肌肉松弛(Progressive relaxation)。我国的“放松功”与之基本相同。放松功主要靠摒弃杂念、自我暗示来有顺序地放松各组肌肉；Jacobson则要求练习者想象最能令人松弛和愉快的情景，治疗者在一旁再用语言指导和暗示，二法最后都使全身肌肉深度松弛。焦虑恐惧时必然伴有肌肉的紧张，当病者进行与上述情绪相对立的肌肉松弛反应时，上述情绪的强度就会随之减轻。因为，松弛的心理生理地态对焦虑恐惧起了条件性抑制的作用。松弛反应可以和系统性脱敏法相结合，使想象引起的焦虑受到抑制。

行为治疗中较新的信念训练法(assertive training)和认识调整法(cognitive restructuring)也以交互抑制原理发挥治疗焦虑的作用。前者要求病者加强自信心，对别人就他发表的评论用言语和姿态有力地表示不同意。应事先向病者说明这种自信的表现是治疗的需要，而不会被误解为不礼貌和敌意。起先不免勉强而行之，后来渐渐习惯。这时，病者将体会到自信的反应和焦虑是相对立的，焦虑会被抑制。后一种疗法是治疗者帮助病者确立一种新的认识，新认识引起的心理状态将抑制旧认识伴生的焦虑情绪。例如焦虑引起的注意力不集中、健忘可使病者自认患有脑器质性病变。这一错误认识本身又加剧了焦虑，形成恶性循

环,使精神功能的水平明显下降。治疗就是有力地、反复地保证不存在脑部器质性病变,指出困难只是焦虑的产物。新认识会引起新的反应,抑制旧认识带来的焦虑。这一疗法也可称逆抑制(retroactive inhibition)。

病者信赖和崇敬的医生本身往往起着重要的抗焦虑作用,因为医生在病者心中激起的感情和神经症性焦虑是交互抑制的。

(3) 厌恶疗法(aversion therapy)或去条件反射法(deconditioning therapy) 最多用于酒中毒、药物依赖和某些性变态。每逢不良行为出现时,即给予一痛苦的刺激,如电刺激、呕吐等。经过一定时间的训练,不良行为就不快体验建立了条件联系。例如每当病者过量饮酒时,给予注射催吐剂,引起恶心呕吐。这样可使病者饮酒保持适度,超过限度即伴生不快体验。鉴于豪饮成癖的酒徒很少能经治疗完全戒断,现在多把防止过量饮酒作为治疗目标。治疗酒癖时,不要忽略可能同时存在的心理社会因素。

消退性实践法(negative practice)或消退性训练(negative training)是一种所谓矛盾性厌恶疗法。基本原则是迫使病者接受过量的强化刺激(stimulus satiation),结果奖励变成了惩罚,达到去条件化的目的。下面是两个引用最多的实例:一精神分裂病者有搜集毛巾的异常行为,医护人员就尽量向他供应毛巾。起初有满足的感觉,当搜集的毛巾达六百条时,病者终于要求退回过多的毛巾。最后完全和其他病员一样,只留下两条毛巾备用。另一例神经性抽搐,医生要求病者在抽搐不出现时,主动地使肌肉继续抽搐,最终获得完全治愈。这种训练必须每日进行数次,每次必须达到十分厌倦的地步,才能见效。

(4) 操作性行为改造(operant behavior modification) 根据操作条件反应的原理,当异常行为出现时不予强化刺激,适应性行为出现时则予以强化,逐渐使病人的行为靠近正常。临床上对一些住院的慢性精神分裂症、精神发育不全、儿童孤独症病者常用此法改善其行为。这种疗法有个专门名称叫代币调节法(token economy),其特点有三:1)规定好哪些行为是应该奖励的;2)当这些行为出现时就给病者若干相当于钱币的筹码;3)筹码以后可以兑换成所喜爱的东西,如食物或参加某种娱乐活动。筹码是个抽象的奖励物,在以后需要时兑现。所以,筹码起着调节病者行为的作用。这一方法的优点在于把强化手段和社会生活的实际结合起来。现实生活中,人就是通过劳动取得工资,然后以工资换取所需要的东西。行为获得初步改善后,可把标准适当提高。这种疗法据报告成绩良好,慢性衰退病者可恢复建设性的行为,掌握一定生活技能。出院后成功地适应生活的机会也较大。代币调节法的实施,必须注意抓好下列环节:应鼓励的行为一旦出现必须及时发现,及时给予代币,而且说明是什么行为使他获得的;代币必须能够兑换事先规定好的东西,不能失信;任何物质奖励必须是病人喜爱的东西,否则不能起强化作用。

行为治疗种类很多,上面是较常用的几种。正性条件化法(positive reconditioning)发明很早,现在只有遗尿症还偶而使用,效果也不理想,故不再介绍。

行为治疗因为简便易行,疗程较短,又能使一些传统治疗难以收效的疾病、障碍明显好转,故很受重视。热心该治疗的人认为是精神病治疗学史上划时代的进展,适应范围极广,疗效胜于其他心理治疗。但也有不少精神科医生批评行为治疗过于肤浅,对所报导的疗效有怀疑。他们还批评行为治疗家对其他心理治疗法未免有些“选择性不注意”。因此,行为疗法的效果还有待进一步评价。已经出现的把行为疗法和别种心理治疗结合起来的尝试可能会获得更大的成功。

生物反馈疗法

(Biofeedback)

生物反馈疗法，从行为疗法发展而来，是以生物反馈学说为理论基础的一种治疗方法。近年来，此法已广泛应用于各种躯体的和心身的疾病，涉及许多临床学科。因此，这里将简要地介绍此法的实验基础、临床应用以及对它的评价。

一、生物反馈疗法的概念

生物反馈，又称生物回授，是指人们通过学习来改变自己的行为 and 内脏反应。对此，Neal Miller(1974)解释为：“应用现代设备，有间隔但不断地提供给人以特殊生理过程的信息。这些过程受神经系统控制，但并不明显地被人所意识到，用伺服系统(Servo System)的术语称为反馈。由于这是生物加工的信息，因此命名为生物反馈”。也就是说，利用仪器，把人们在一般情况下不能意识到的生理功能，如血压、心跳、脑电波活动等，经过探查、放大，再通过记录和显示系统，将这些信息转变为信号，使病人能看到、听到或感到这些功能变化的反应。如此反复训练，病人就能把自己上述感觉与躯体的功能联系起来，从而学会了在一定程度上调节这些功能，以达到控制病理过程，促进功能恢复的治疗目的。

二、生物反馈的实验基础

学习心理学把学习分为两类：一类是经典条件反应式学习，即巴甫洛夫的条件反应，它是不随意的；另一类是操作条件反应式学习，也就是尝试与错误学习，它是随意的。巴甫洛夫的条件反应已为众所周知，而操作条件反应或尝试与错误学习是近十余年来应用于临床的。最早是Edward T. Thorndike 用猫做过实验。他将一只饿猫关进一个封闭的笼子里，笼外放置食物。关在里面的猫必须打开门闩或拉一下绳圈，才能得到食物。开始猫出现尝试与错误行为，乱抓、爬、咬，后来偶来打开门闩。第二天，胡乱动作减少，最后猫可直接把门打开。这表明行为得到奖励时，能够保持并增强，而且可以达随意控制的程度。

过去认为植物神经系统的反应是不随意的，只能通过经典条件反应引起变化，而操作条件反应则不能引起变化，它只能适用于骨骼肌的反应。但Miller 等(1967)用操作条件反应的训练，通过对动物各种内脏反应的研究，能够调节和控制植物神经系统，从而为生物反馈疗法打下实验的基础。他们用一种箭毒类的药物(如 d-tubocurine)阻断白鼠的神经化学传导物质，使脑脊髓的神经冲动不能达到骨骼肌，以排除在操作训练时受到随意肌的影响，并采用两种强化(奖励)的方法：一是电刺激鼠脑的“愉快中枢”，另一种是回避一个轻微的电刺激，来训练白鼠加快或减慢心率。电刺激鼠脑的“愉快中枢”的方法为：以光或声音为刺激，在刺激呈现时间内，白鼠的心跳若有微小的、朝着所期望的方向变化时，实验者立即给以电刺激“愉快中枢”作为奖励。如不在光和声呈现时间出现心率改变，则不予奖励。还规定了一种逐步上升的标准，即为了获得奖励必须达到的水平不断地上升。就这样白鼠便学会在有奖励的光和声刺激期内改变心率，而在得不到奖励的时期内，则不进行反应。回避轻微电刺激的方法是呈现给白鼠一个电击信号，历时5秒钟伴随一个短促的微弱脉冲电刺激，部位在白鼠的尾巴上。在刺激呈现的时间内，白鼠可以用正确的心跳反应来关闭电击信号，从

而也避免了电击。上述实验表明，因增加心率而受奖励的白鼠学会了增加心率，因降低心率而受奖励的白鼠学会了降低心率。

在箭毒处理下的动物可以学习内脏反应，而在正常活动下的动物是否也能学习内脏反应呢？实验证明，把白鼠放在一种特别设计的动物笼内，可以记录动物的各种活动，包括许多生理机能的变化。经操作训练的结果，其心跳、血压等反应都可以学习。并且当这些已经学习到内脏反应的动物，若再被箭毒处理而全身瘫痪时，它们先前学得的内脏变化还是继续存在。因而表明这些反应的变化不是由于骨骼肌直接影响的结果，也说明箭毒处理下的内脏反应的学习可以转移到日常的非箭毒状态。

最后，人是否能学习内脏反应？这将关系到生物反馈在临床上的应用问题。Shapiro(1969)做了血压变化训练的试验。有两组被试者，一组血压增加为正确反应，另一组血压减低为正确反应。每次出现正确反应时，给被试者呈现电灯闪光，以便使被试者知道他的反应对了。每出现20次闪光后，呈现给被试者看一些图片作为奖励。结果两组被试者都做成了血压增加或血压减低的训练。当实验做完后大部分被试者都不知道闪光是什么控制的，根据什么出现的，也不知道当时测量了什么生理机能。因此他们不是有意地在改变自己的血压变化，而是通过生物反馈的强化作用，才达到控制自己的血压。另外，控制脑电 α 波训练的试验是由J. Kamiya等完成的。他的实验是以听觉信息作为被试者的脑电波的信号。每当 α 波出现时被试者就听到一个声音， α 波消失时声音就听不见了。实验要求被试者尽量设法增多（或减少）声音出现的时间。实验结果：大部分被试者都完成声音增加和声音减少的明显差异。在一个实验中，15分钟的训练就是以使一些被试者完全控制他们自己的 α 波。据被试者报告：常在其视觉表象出现时 α 波消失，至于什么时候 α 波出现，一般不易说得清楚。较常见的说法是在“安静”、“放松”、“舒适感”等时就出现 α 波。

生物反馈自我调节的实验虽然取得很大的进展，但提出的问题仍然很多。迄今所遇到的最大的问题莫过于Miller等所做的箭毒动物实验，后来不能够重复。尽管如此，而生物反馈疗法在临床上的应用，还是不断地发展了。

三、生物反馈疗法的临床应用

一般认为生物反馈疗法的应用可分两种类型：(1) 直接型(Direct type)一向病人提供所要控制的初级条件反馈，如血压或肛门括约肌的收缩，使用这种方法，由于病人能在训练中觉察到自然反馈的正确反应，加上能获得迅速的效果，也就是得到足够的奖励，所以不必再用扩大反馈的设备作进一步练习以巩固疗效。(2) 间接型(Indirect type)一适用于病人的症状无法连续测量，只能教病人一种技巧来取得疗效，如让病人学会使手变暖来治疗偏头痛。此方法需经常不断地练习或使用生物反馈设备以维持治疗效果，但此方取得的疗效一般比较巩固。

有关生物反馈疗法的具体应用，目前尚处于试治阶段，但已有不少经验值得学习，下面将分别加以介绍，以供进一步研究的参考。

1. 神经肌肉的恢复(Neuromuscular rehabilitation)

生物反馈疗法已广泛应用于神经肌肉的疾病，其中包括周围神经肌肉的损伤、痉挛性斜颈、大脑性瘫痪(Cerebral palsy)，中风偏瘫等。

治疗这类病人，多采用肌电图为反馈，以声响作为回授信号，训练病人控制肌电活动，达到重新随意控制瘫痪的肢体。Brudny(1976)报道12例手臂瘫痪的病人，过去虽经各种治

疗(包括安慰剂)均无效果,用此法训练后,过去瘫痪的肢体恢复到可用以吃饭或穿衣。Finley(1977)等训练1个痉挛性大脑性瘫痪的孩子,使之肌肉松弛,以便改进讲话和运动功能。他们用前额肌的肌电图作反馈,使用ABAB设计,训练前测定的为 A_1 ,6周训练后测定的为 B_1 ,不予训练6周后测定的为 A_2 ,额外再训练4周后测定的为 B_2 。开始训练期间,肌电图测定出肌张力减低,并出现讲话和运动功能的进步。不予训练的6周期间肌张力增加,而且讲话和运动功能下降。再训练时以前的好转趋势又恢复,出现在肌电图上的肌张力记录明显降低,表现讲话和运动功能显著进步。这一研究确实值得在更多的病人身上加以验证。

Basmajian等(1975)用肌电图作反馈治疗20例中风后遗的足下垂病人。分两组比较:一组采用每次40分钟的传统物理疗法治疗,另一组先用20分钟的传统物理疗法,再用20分钟的肌电图为反馈的操作训练方法治疗。结果后者的疗效优于前者。

总之,从已有的100多例研究报道来看,使用生物反馈疗法治疗这类病人显然有一定效果。由于缺乏设计良好的对照研究,所以其确切疗效有待进一步的临床实践。

2. 遗尿和大便失禁(Enuresis and fecal incontinence)

治疗遗尿症,使用改进的Mowrer于1938设计的仪器。当尿一湿床单,仪器就发出嗡嗡的声音,以此作为反馈的信号。许多遗尿的儿童经此法训练,其症状明显进步。然而Iovibond(1964)通过大量的总结,认为这种方法需要重复训练,否则疗效会逐渐消失。关于预告的响声,Finley和Wansley(1977)提出,对那些熟睡者,采用105分贝的报警比80分贝的更易学习。对此症的疗效,Baker(1969)认为只能达到症状的减轻,而不能完全消除。

Cerulli等(1976)治疗大便失禁是在病人的直肠下端,放一个膨胀的气球冒充粪块,以其对内、外括约肌的压力作为反馈,训练病人对括约肌增加收缩力。结果40例这类患者,有28例的这种苦恼症状被治愈或接近痊愈,其中有长期不愈史的20例,经短期训练后,就有了很大的进步。

3. 心律不齐(Cardiac arrhythmia)

Pickering和Miller(1977)用心电图记录作直接反馈,使17例心律不齐的病人有14例获得进步。Engel(1977)的总结更具说服力。在他的资料中,不仅有病人的病史全面和长期的随访,而且表明病人能随意让他们的心律不齐发生或停止。这种随意控制心律的能力不可能是安慰剂的作用,只能说是操作训练取得的效果。另外,操作训练病人控制室性早搏也有很大治疗价值。例如Benson等(1975)让病人有规律地练习放松,结果11例室性早搏的病人中6例显著减轻。

4. 高血压症

生物反馈疗法对高血压有一定的治疗效果。Miller(1972),Krist和Engel(1975)对高血压病人,用直接反馈法训练他们使自己的血压上升或下降。这种学习得来的随意控制能力,当然不可能是安慰剂的作用。Shapiro等(1977)也报道用生物反馈疗法训练高血压症患者,可使他们的血压下降5~25mmHg。Patel和North(1975),Patel和Datey(1976)等用几种方法相结合的间接反馈法,包括放松、默想、病人的思想集中于一句“我感到十分轻松”的话以及增加皮肤电阻的反馈,让病人在家里长期坚持以上诸项的操练。结果他们第一次治疗的17例和第2次治疗的27例的血压分别平均下降为26/15和17/12mmHg。经随访3~6个月,其血压下降仍然保持。不过这种综合疗法,其中每项在降压中所起的作用是模糊不清的。

5. 低血压症

Brueker(1977)用收缩压作直接反馈,训练3例因脊髓损伤引起2年以上严重限制病人活动的体位性低血压症,使他们能随意增加其血压20~70mmHg。此后病人能在日常生活中耐受几小时的体位变化,而这些姿势以前会引起血压下降,以致使病人发生晕厥。经2年随访,病人仍保持这种控制能力,使他们能参加较大范围的日常活动。

6. 雷诺氏病(Raynaud's disease)

最初是Shapiro和Schwarz(1972)报道用增加手指或脚趾的温度作反馈,治疗2例雷诺氏病,结果一例好转,一例无效。后来Blanchard(1978)综述8个报道,其中19例中18例获得明显进步。Stroebel(1979)报道用间接法治疗70例雷诺氏病。他采用降低前额的肌电活动来增加手的温度作为反馈,给2年的随访观察,结果是2例症状完全消失,41例显著进步,15例稍进步,12例无效。而这12例除雷诺氏病的症状外,还有其他躯体症状,如硬皮病、系统性红斑狼疮、风湿样关节炎以及忧郁反应等。鉴于此病用其他方法治疗如交感神经切除术不一定成功,所以应该采用生物反馈疗法。

7. 偏头痛与紧张性头痛(Tension headache)

训练病人使手变温的反馈方法,能很快解除偏头痛。Sargent等(1973)等用此法治疗32例偏头痛,其中29例获得进步。Miller(1979)提出:此法治疗偏头痛有60%的疗效。但对此法的治疗价值也有一些异议。Kewman(1977)应用双盲法,训练11例偏头痛升高手指温度,12例降低手指温度,另外11例不予任何治疗。在训练前6周,训练时的9周和训练后6周期间,详细记录其头痛的次数,结果所有三组均获得进步,而且各组间无显著差异。

对紧张性头痛的治疗方法是以前额放置隔开较宽的电极所记录的肌电图作反馈,经4~8周的训练,病人可随意控制肌电活动,于是头痛的次数减少,头痛的强度减轻。Budzynski(1979)和Ray等(1979)复习了相当多的报道,发现此法治疗紧张性头痛有50%~70%的疗效。但Cox等(1978)的报道认为,传统的松弛疗法与肌电图作反馈的疗效是一样的。

8. 癫痫

Sterman曾总结6个实验室的资料,发现用脑电图作反馈治疗的30例癫痫,其中25例获得进步,并且其中有的病人经各种治疗无效。不过若训练突然停止,有些病人的发作会比原来增多,因此他认为需要6个月的训练,才能巩固疗效。

Finley(1976)比较了用脑电图作反馈与用其他方法作反馈,治疗癫痫发作的效果,发现前法治疗的5例癫痫发作减少,后法治疗的7例均不减少发作。关于使用脑电波的问题, Sterman(1977)训练3例癫痫,使其脑电波压制在2~7 Hz的活动,另5例使其脑电波增至6~9 Hz的活动,结果两组病人的癫痫发作均不减少。因此他认为治疗癫痫应采用9~20 Hz作为反馈的训练,才可使发作减少。

9. 神经官能症和焦虑症

θ 波是睡眠第I期时可出现的脑波,此时常伴有强烈的困倦感,为此通过脑电波的反馈训练,便可使病人的 θ 波增加。若同时加用松弛疗法,常可增进训练的效果。当肌肉高度放松,尤其是眼部和喉部的肌群放松时,瞌睡就要来临,随后病人便可入睡。

采用额肌的肌电图作为反馈,训练焦虑症患者,可取得一定效果。Raskin等(1973)用法治疗9例有2年病史的焦虑症,结果1例明显进步,3例进步,6例无效。

10. 支气管哮喘和齿科疾患

Miller (1978)和Ray 等(1979)总述6个用生物反馈治疗齿科疾患的初步报道。他们应用肌电图反馈训练颌肌松弛,以治疗神经性磨牙、磨牙癖以及与下颌骨功能失调有关的综合症,发现有60%和70%的效果。Kotses 等(1976)用额肌的肌电图作反馈,治疗支气管哮喘取得一定效果,但病例较少,其疗效有待进一步研究。

四、应用生物反馈疗法值得注意的几个问题。

生物反馈疗法应用于临床还只有十余年的历史,对其适用范围和确切疗效,使用的方法以及治疗对象的选择均有待进一步的实践来解决。这里只能综述几个值得注意的问题。

1. 适用范围的选择

实验表明生物反馈训练,可应用于三大效应系统:骨骼肌系统、植物神经系统和内分泌系统。这三个系统都参于应激反应。人们可以通过生物反馈疗法来改善对应激的不适应,以利于身心健康。但反馈疗法对三者的作用是不一致的:生物反馈最易引起骨骼肌反应的改变;对植物神经系统可引中等度的反应,但有较大的个体差异;而腺体反应常以间接的途径来实验,目前在临床应用上还不太多。为了进一步明确它的适用范围,还需要更多的临床实践来解决。

2. 使用反馈的量和生理指标匹配的选择

有关反馈量的使用问题,目前尚无定论。有人主张在治疗时,用最大的信息量,连续显示;有人主张用适当量,分阶段呈现。一般认为对急性疾病用前法为好,而对慢性迁延疾病用后法比较合适。关于反馈与相应的生理指标的匹配,如灯光与血管容积相配,铃声与心跳的快慢相配等,是否最好合适都有待更多的资料来证实。

3. 治疗对象的选择

一般医疗大多是医生为病人做什么,如给药、手术、理疗等,而生物反馈法则系医生教病人为自己做什么,如重新随意控制已瘫痪的肢体,控制失常的心律或血压等。为此,要求病人有一定的智力,自我控制力和高度合作的精神。但是人有自己的动机和态度,人掌握技巧的能力有快有慢,以致人与人之间的学习好坏差异很大。有的人可能一学就会,而有的人可能学习起来十分困难。所以同样的方法,治疗同类的疾病,由于人的差异,其所得的效果就不同。至于怎样选择合适的治疗对象,迄今还没有解决。目前的经验告诉我们:一个过分焦虑紧张的病人往往在学习中失败,安静而意想丰富的人容易学习成功。尽管这一问题尚未解决,为了选择合适的治疗对象,以便取得较好的治疗效果,治疗者对每一个病人进行全面的检查是完全必要的。

4. 谁应作生物反馈治疗

在国外,开始从事生物反馈疗法的是心理学工作者和康复医生。以后精神科医生、胃肠道、高血压、心脏病和神经科医生也参加治疗的行列。由于心理变化影响器官系统功能的理论越来越为各科医生所接受,可以设想将会有更多的内科医生和其他科医生接受生物反馈疗法,而且临床心理学工作者和精神科医生会更多的与各科的医生合作。随着生物反馈的仪器不断更新,电子学专家将日益成为他们的顾问或参加者。

五、对生物反馈疗法的评价

近年来生物反馈疗法已引起医学界很大的兴趣,人们对它作了各种评价。Brown(1974)认为生物反馈研究的出现,将会改变心理学和生理学的面貌。以前对“精神”、“身体”的概念今后会有新的理解。Chedd(1971)认为生物反馈用于人类的结果,将开始一种“精神医

学”，这一工作将使传统医学出现一个新的变革。但也有人认为它对心理学没有什么价值。Engel(1972)曾多年从事人的血压和心跳自我调节的研究和临床的应用，他认为自律反应能否操作化的问题，对科学心理学可能并无任何意义。自律反应的操作条件学习的重要性，在于它使我们加深了对自律神经系统的了解，它修改了某些生理学原理，而不是心理学原理。然而Brener(1974)不同意Engel的意见。他认为通过对生物反馈的方法和机制的探讨，一种阻挡心理学和其他生物科学相互联系的理论上的巨大障碍被摧毁了。Venadler(1975)认为生物反馈的研究有一定意义，但需持谨慎态度，因为动物实验未能全部重复。总之，生物反馈的研究还处在开始阶段，对它有这样或那样的评价是理所当然的。在我国，生物反馈疗法还仅仅开始，其真实的应用价值，只有通过实践加以检验。

2014/06/15

心 理 咨 询

心理咨询是心理学中近年来迅速发展中的一个学科。在国外，它称为咨询心理学(Counseling Psychology)，已成为心理学中的分支之一，在国内，尚处于发展阶段，虽有许多地区的精神病院开设了心理咨询门诊，但这方面的经验仍然不多。因此，这里将简要地介绍有关心理咨询的一些问题，以便引起各方面的重视，使心理咨询能为人民的健康事业作出应有的贡献。

一、心理咨询的概念

咨询(Counseling)一词系指商谈、征求意见、寻求别人的帮助而言，包含顾问或参谋的意思。其心理学的定义为：“咨询是通过人际关系而达到的一种帮助过程、教育过程和增长知识的过程”。也就是说，通过咨询给来访者帮助、教育，使他们获得益处。

心理咨询在人们的生活中非常重要，而在医学中则更加如此。由于心理社会因素对躯体和精神疾病的影响日益受到重视，所以如何帮助人们避免或消除那些不利于身心康健的因素，增强人们的心理防御能力，防止疾病的发生和发展，促进各种治疗的效果，以达到身心健康的目的，就成了今日急待解决的问题，而心理咨询则是解决这些问题的重要途径。

咨询心理学与临床医学、临床心理学有着极为密切的关系，但作为一个专业，还有其一定的特点：

1. 咨询心理学工作的主要对象是正常人、正在恢复或已经复原的病人，而那些有严重疾病，需要长时间治疗的患者，则主要是临床医学临床心理学工作的对象。

2. 咨询心理学着重处理人们的正常需要和问题，大多是帮助他们提高认识水平，例如帮助来访者提高学习效果，选择适当的职业，改善婚姻状况等，而不处理那些明显的病理现象，如控制感染、抽搐以及妄想等。

3. 咨询心理学的工作一般不去重建人格，而是帮助来访者，找出他们已经存在的并且发展了的内在因素，提出改进的意见。对来访者的不利环境，也是在分析现有条件的基础上，提供协调的办法。

4. 咨询心理工作者在处理来访者的问题过程中，需与精神科医生、社会的有关方面（国外为社会工作者），以及有心理知识的其他科医生密切协作。

二、心理咨询的范围

心理咨询的对象包括个人、家庭、学校、工厂、机关单位和社会团体。心理咨询的内容大致有以下两方面。

1. 心理卫生知识的咨询

不同年龄有不同的心理卫生特点，不同群体如家庭、学校、工矿企业、部队、城市和农村有不同的心理卫生问题，其咨询的内容自然各不相同，现分别加以叙述。

(1) 不同年龄阶段的心理卫生问题：分儿童期、青年期、中年期和老年期。

儿童期的心理卫生咨询：儿童的孤僻、胆怯、固执、说谎、顽固不良习惯等行为问题，睡眠障碍、饮食异常、口吃、遗尿、习惯性抽搐等神经功能失调的预防和矫正，以及轻微脑

功能障碍和精神发育不全儿童的特殊教育和生活能力的培养等。

青年期的心理卫生咨询：未能考取学校、暂时还未就业的青年，随着年龄增长，容易产生焦虑、自卑、失去信心和自暴自弃；恋爱波折引起的抑郁和情绪激动；青年性成熟时，对性的好奇、担心、恐惧、手淫后的追悔和疑病等，均为这一时期常见的咨询问题。

中年期的心理卫生咨询：对子女升学、就业和子女离开身边引起的焦虑、抑郁；对子女在政治、道德品质和社会生活能力上存在问题的操心 and 担惊受怕；社会和生活变革过程中，在思想和心理上的冲击等。另外，此时心身疾病发病率增高也是常见的咨询内容。

老年期的心理卫生咨询：退休后的衰老，甚至日落西山的伤感，子女成家分居和配偶丧失的孤独、寂寞和与社会隔离感，以及癌症恐惧，心血管疾患的忧虑等，常是老年人咨询的主要内容。

(2) 各种群体的心理卫生问题：分家庭、学校和工矿企业等。

家庭的心理卫生咨询：常见有夫妇感情不和谐产生的情绪反应，性生活不协调，男女一方或双方出现的性功能障碍，计划生育、怀孕和分娩过程的顾虑，夫妻长期分居的焦急心情，与老一辈人的关系问题等。

学校的心理卫生咨询：现在常见的咨询包括：学习负担过重，可引起睡眠障碍、头痛、记忆下降等脑衰弱综合征；学习困难或留级引起的焦虑、信心不足、自卑或抑郁状态。另外，师生间或同学间的关系不协调均可引起心理障碍。

工矿企业中的心理卫生咨询：噪音、公害、不良的劳动环境，睡眠节律频繁变动，集体宿舍中单身职工的互相干扰，劳动中人与机器的关系以及劳动组合等，都涉及职工的心身健康。如何减轻工人的情绪紧张，消除疲劳，防止事故发生，保证生产安全，提高职工的劳动生产率，都是心理咨询的重要内容。

2. 临床医学中的心理咨询

包括精神病、心身疾病和其他疾病引起的心理问题。

(1) 精神疾病有关的心理咨询

在神经官能症的咨询中，神经衰弱、癔症、强迫症、恐怖症、焦虑症等患者是常见的咨询对象，并可从中发现早期的精神分裂症和忧郁症，以便及早给以治疗。

重新精神病中以精神分裂症为例，在其恢复期或出院巩固治疗的病人中，有各种心理咨询的问题，如继续求学、工作、就业、恋爱、结婚，家庭中夫妇关系，单位中同事关系以及生育子女的遗传问题等。

精神药物的维持治疗及其副作用，经常是心理咨询的主要内容之一。许多病人顾虑长期用药是否会有害身体；更多的病人由于药物的副作用，不愿坚持服药，导致病情反复发作；还有一些病人因药物引起迟发性运动障碍，造成焦虑不安。因此，精神科医生除解答各种疑问外，还要适当地更改治疗，解决来访者的实际问题。

近年来，儿童轻微脑功能障碍，行为问题以及精神发育不全等成了咨询的重要内容。许多这些儿童的家长询问医务人员，要求解决他们的困难。对这些儿童，实际上光靠药物是无法解决的，更重要的是如何教育和训练这些有缺陷的孩子，使之能适应学校和社会的生活。这些任务，就只有通过心理咨询门诊，由心理工作者、教师、社会的有关方面和精神科医生共同承担。

此外，在精神病院的心理咨询门诊中，有时会有精神异常者的犯罪问题和疾病的鉴别诊

断等。这些应由医院的司法鉴定组和疑难病例门诊去解决。

(2) 心身疾病的心理咨询

心身疾病主要表现躯体症状,但在其发病、发展、转归和防治方面与心理因素有密切关系。关于心身疾病的范围,各家意见颇不一致,多数认为主要是受丘脑下部影响,与植物神经功能密切相关的那些疾病。对这些疾病,除了原来采用的内、外科治疗外,心理治疗是其重要的辅助方法。因此,在综合性医院的心理咨询门诊中,有关心身疾病咨询的范围,可参看心身疾病章所列的有关疾病。

(3) 其他疾病有关的心理咨询

常见的有手术前后引起的恐惧、焦虑等心理问题。滥用药物和药物依赖,其中心理依赖是这些病人的主要特征,因此病人和家属常到心理咨询室,询问解决困境的种种方法。此外嗜酒或酒精中毒,吸烟,如何戒酒、戒烟等均属于心理咨询的范畴。

三、心理咨询的方式

心理咨询的方式,一般有门诊咨询、电话咨询、通讯咨询、专栏咨询以及访问咨询。

门诊咨询:目前在精神病院、精神病防治站、综合性医院、综合性诊疗所地段医院,建立定期的心理咨询门诊。由专职人员咨询室回答来访者提出的各种问题。在上述咨询范围内,规定每周一次或几次门诊。为了有效地进行工作,每次门诊人数应有一定限额。由于心理问题的特殊性,往往允许一部分来访者是匿名的,其所谈问题给以严加保密。但一般应与普通门诊一样实行完整的记录。

电话咨询:一般限于心理危急情况下进行。国内可能在精神科急诊间予以代理,国外则由心理咨询负责。主要目的是防止消极自杀,解除极度紧张、抑郁、恐惧和孤独感等心理危机。

专栏咨询与信件咨询:在报纸、期刊上开设专栏,征求读者来信,提出各种心理问题。来信可不必署名,只需将问题讲清;对此也不必一一回信,仅选择那些有典型性而又适于在报刊上刊登的问题加以答复。信件咨询可以与专栏相结合,也可由咨询者直接寄到医院的咨询室,给予个别答复。

访问咨询:为了进一步了解学校、工厂和机关中人们存在的心理问题,心理咨询工作者正转向到现场进行观察和调查。研究问题之所在,提出改进工作或环境条件的建议,以便使咨询工作能更加切合实际地为人们的心理健康服务。

四、心理咨询的组织配备与工作方法

由于目前缺乏专业心理咨询工作者,心理咨询工作多由精神科医生、临床心理工作者、以及专职护士等担任。鉴于来访者的情况多种多样,所提问题复杂繁多,而且病情与环境因素相结合,症状与思想问题相混淆,所以具体咨询实非易事,故而要求选择有丰富经验的上述人员负责咨询工作。

在精神病院的咨询门诊中,精神科医生、心理工作者和有关医务人员组成咨询小组,他们彼此分工协作。精神科医生所起的主要作用是提出诊断及心理卫生处理原则,与临床心理工作者及有关的医务人员共同分析个案,讨论来访者存在的心理问题。至于广泛的心理健康咨询工作则主要由心理工作者和有关医务人员担任。心理工作者的工作重点是注意来访者的内心世界。抓住其矛盾、冲突的所在,弄清其空想、欲求、愿望的实质,了解其受挫折与不适应环境的关键。还要进行心理测验,了解其生活历史,对精神动力作深入的理解。从而在调查分析的基础上来处理来访者的心理问题。至于住院、家庭或单位的适应、社会经济等外

界现实问题交由医生、社会有关方面或精神科医生去处理。从来访者的社会因素和生活中存在的问题进行调查，并将所收集的材料提供给精神科医生和心理工作者，以便共同讨论诊断和处理的问题。上述问题一旦决定后，还要负责联系家庭、亲友、单位、同事、学校、教师等，向他们解释来访者发生的心理问题与他们之间的关系，争取他们的同情、关心与协助，并与他们一道商讨解决的方法，以求达到良好的结果。

在综合性医院的咨询门诊中，应配备有心理知识的内、外或其他科医生，临床心理工作者或精神科医生一起组成咨询小组。他们之间的职责和协作，除因来访者的病情或心理问题不同，而采用不同的处理方法外，实际上与精神病院的咨询门诊大致相同。

进行心理咨询时的方法很多，而且因来访者存在的问题和需求而各异。但先决的条件是取得来访者的信任，进而解决他们存在的问题。首先负责咨询的人员应具有全心全意为来访者服务的精神，才能有严肃、亲切、认真、自然的服务态度。在交谈过程中，要给来访以充分诉说问题的机会。切忌在对方诉说时，任意打断或中止人家的讲话。若对方因感情激动，悲痛哭泣，可给以适当安慰和鼓励，让他们继续讲下去；若超过约定时间，而交谈仍未能结束，为了解决来访者的心理问题，应将咨询时间适当延长。对一般容易解答的问题，可当场予以解决；对一时不能答复的难题，不可武断地或草草了事地回答，应约来访者下次再来门诊，或提出要他们进一步提供更多的内容；对复杂的情况，必须进行社会调查，经由咨询小组讨论后作出答复。此外，负责咨询的人员要善于启发来访者想出解决自己问题的方法，帮助和鼓励他们树立解决问题的信心，说服或教育他们的不正确的想法，并以实际的类似例子表明他们的问题是能够解决的。至于对来访者，施以教条式的说教，命令式的服从，往往不能解决他们的任何问题。

心理咨询是最好的心理治疗机会，因此咨询门诊应采用各种有效的心理治疗方法，包括行为疗法、音乐治疗、催眠疗法以及生物反馈疗法或气功等，务使心理咨询门诊开展得生气勃勃，而不致使门诊仅限于答复一些问题。

我国的心理咨询工作刚刚开始，这方面的经验十分缺乏，今后需要心理工作者，社会有关方面和各科的临床医生共同协作，使这一工作得到更大的发展。

附录 精神分析学说简介

精神分析(psychoanalysis)又称心理分析。其创始人弗洛伊德(Sigmund Freud)最初研究神经病学,曾从法国名医Charcot、Bernheim等学习用催眠暗示治疗瘧病。后来,他深入研究各种神经症,探索更满意的治疗方法。在1939年去世前的五十年间,创立了一整套相当复杂的理论,用以解释神经症的成因和治疗的原理。精神分析一词本来专指Freud的治疗方法,后来也指他整个的学说了。

精神分析学说的主要论点几乎都不能用科学方法来验证真伪,因此各学者可以根据自己的经验和观点作出修改和补充。在西方,现在有两大学派:正统或经典派强调本能所起的作用;另一派则贬低本能,而重视社会文化因素的影响,称为文化派或新弗洛伊德派。今天做正统精神分析疗法的人已大大减少,但该学说在西方医学界仍有相当影响。本文的介绍限于经典派的基本理论及其临床应用。为阅读西方有关的医学书刊时提供便利。

基 本 理 论

一般把精神分析学说归纳为五个基本假设。

一、分域说(topographic hypothesis)

Freud用催眠暗示治疗瘧病时,常遇到一个奇异的现象:患者在催眠状态下可以回忆起平时已遗忘的精神创伤;当与创伤相联系的痛苦感情倾泻出来后,症状便消失了。单单回忆起创伤性经验而没有相应的感情流露,不会使症状好转。似乎和创伤相联系的感情郁结是瘧病的原因。为什么重要的经验会被遗忘,而催眠又能使之复现?为了回答这一疑问,Freud假设在意识之外,还存在潜意识。他把精神分成三部分:

(1) 意识(conscious) 个体能够觉知的精神生活属之。意识的活动方式称继生性过程(secondary process);其特征是服从现实原则(reality principle),即它是理性的,受现实可能性的制约。正常成人的思维和行为反映了继生性过程。

(2) 前意识(Preconscious) 经过集中注意和努力思索可以唤回到意识的那部分精神生活属前意识。潜意识内容必须经过前意识才能进入意识。前意识对这些内容形成一道关卡;凡个体的伦理道德观念难以容忍的内容将受到阻截。这种功能叫稽查(censorship)。

(3) 潜意识(unconscious) 包括个体不能觉知的精神生活,如种种被禁止或不能接受的本能欲望、感情、观念、记忆等。本能欲望有推动个体趋向目标的力量,故又称欲力(drive)。潜意识的活动方式称原始性过程(primary process),特征是只服从快感原则(pleasure principle)。它是唯乐是求的,非理性的,不辨幻想和现实的区别。欲力一旦激动起来,便力图经前意识入意识,造成意识界的兴奋或紧张,推动个体趋向目标,求取即刻的兴奋释放——快感。但原始性过程受到继生性过程的调节和制约,后者只允许在现实许可、目标适当的条件下给予满足。其结果,欲力常不能即刻释放而须延迟。幼儿、梦境、白

日梦和精神病人的思维不同程度地反映了原始性过程的特点。

分域说是Freud早期的建构。1923年后他提出了人格结构假设，解释正常和病态心理现象更巧妙，更成熟。不过，两种假设相通之处显而易见。

二、结构说(structural hypothesis)

分域说模式和神经系统的解剖结构无关，但有一定的空间含义。结构说模式则纯粹是抽象的概念，是归纳各种心理功能形成的功能系统。

(1) 私我或伊特(id) 生而有之的原始精神，本能欲力之所在。较为公认的本能有性本能和攻击本能(aggressive instinct)二种。性的欲力有个专门术语力必多(libido)，来自躯体的色情带。爱情、传种接代的欲望、对他人的需要乃至艺术的创造都由力必多衍生而来。攻击欲力的来源没有明确的阐述，其衍生物有竞争心、求权欲、仇恨心和破坏心等等。伊特是一切精神能量或心力(psychic energy)的总源泉，也是把躯体性力量转化为心力的枢纽。伊特是潜意识的。

(2) 自我(ego) 人格的执行部分。能觉知自身的种种需要，估量外部世界的要求，在不危及个体和环境必要关系的前提下，尽量满足本能欲望的功能机构。

(3) 超我(superego) 父母或其他抚养、教育儿童的重要成人的道德、价值标准经过内化(internalization)成为自身人格的那个部分叫超我。超我好比道德法庭的法官，对个体的动机、欲望和行为进行着裁判；其作用是潜意识的。不符合超我要求的活动将引起良心不安或者有罪感。

自我防卫机制(defense mechanism)

自我必须同时应付来自伊特、超我和外部世界三方面的压力，或者满足欲力或者压制欲力以适应内外的要求。自我的活动大部分是意识的，小部分是潜意识的。为了对付欲力，自我的潜意识部分可以用多种心理过程来保护整个精神的稳定和健康，不过有时不免要付出相当代价才取得相对稳定。这类心理过程叫做防卫机制。下面择要介绍：

压抑(repression) Freud最早发现的，也是最基本的防卫机制。其作用是把个体难以接受的与欲力有关的观念、表象、回忆及附丽其上的感情从意识中排除出去，使之变成潜意识的并囿于潜意识界。例如，按Freud的见解，人人在幼年都经过一个怀有乱伦欲的阶段；因为明显的不道德意味而被压抑，所以这一阶段完全不能回忆。当压抑还不足以排除时，其他机制才来协助。

隔离(isolation) 把观念、欲望和附丽其上的感情隔离开来。不带感情的观念、欲望出现于意识时，个体便觉得它们奇怪而陌生，不属自己似的。例如，一个苦于年幼子女之累的父亲看到刀剪便有杀害子女的观念出现，这种观念不带仇恨的感情，故他觉得这不是他要去想的，不发生有罪感。

移位(displacement) 把不能接受的本能欲望从原来的目标转移到一个或多个仅有次要相似点的目标上去，使个体看不出欲望的真面目。例如有些街市恐怖症的真相是害怕在街市上发生同性性欲冲动。

反相形成(reaction formation) 以和潜意识欲望正好相反的意识内容来加强压抑。例如，对年老多病，脾气怪僻自私的母亲的潜意识厌恶表现为异乎寻常的关切。

投射(projection) 把自己不能接受的欲望推诿给他人。一已婚男子对另一女子有好感，他感到该女子存心在引诱他；不久，他又“发现”自己妻子有变心的迹象。

否定(denial) 否定或无视使个体深感痛苦的现实。在病理性离丧反应中,有些病人否认所爱的亲人已经死亡的事实。

居同、认同或同一化(identification) 在孩子心理发育过程中居同是个必有过程。把父母的道德观化为自身的超我就是这一机制的例证。作为一种防卫,主要是对付内外威胁和丧失所爱。一男子在丧父之后,不自觉地染上了父亲生前的许多习惯。

合理化(rationalization) 以表面上正确的理由掩盖带有不道德意味的潜意识动机。

转向自我(turning against the self) 把本来指向他人的攻击欲(往往是所尊敬的人,如双亲、配偶,因而难以接受)转向自己。通过居同,攻击对象转化为自我的一部分,于是攻击自己等于攻击原来的对象。有人以此解释一部分忧郁症的自罪自杀。

升华(sublimation) 本能欲力转化为有利于社会的、建设性的活动,如体育、音乐、诗歌等等。这是削弱欲力最理想的防卫机制。

抵消(undoing) 以某种实际的或象征性的行动消除自己于心不安的作为。强迫性神经症中的强迫动作、仪式性行为常有消灭消罪的意义。

象征化(symbolization) 以有次要相似点的中性事物代替会引起不安的事物。有些象征物的意义几乎是人类共有的:长形、竖立的物体象征阴茎,有孔、中空的容器象征阴道或子宫,皇帝、狮子象征父亲,护士、船、海洋象征母亲,昆虫象征同胞手足,战争、舞蹈、节律性活动象征性交,受伤、损失象征去势等是。被禁止的欲望往往经过化妆,然以象征的形式入梦,使梦者不致因受欲力真面目的震动而惊醒过来。

症状形成(symptom formation) 欲力作为症状表现出来。个体虽因此受到折磨,然比直接体验到不能接受的欲望要好受些;另外,折磨同时满足了超我的惩罚需要。精神分析学派认为,妊娠呕吐的心理意义是消灭胎儿的攻击欲力和自我之间取得的妥协——产生呕吐的症状使欲力得到部分表现,同时仍留在潜意识。呕吐实际是潜意识厌恶的躯体性象征。

自我防卫机制显然不必就意味着病理状态,一个健全的、有弹性的人格能根据情况运用不同的机制。

三、动力说(dynamic hypothesis)

由上节所述,可知精神内部存在各种互相拮抗的力量,如欲力和自我之间。欲力谋求充份表现和满足,自我则往往施加相反的力量加以抑制,结果形成一对冲突。种种冲突力量的拮抗、妥协、变化消长对人的精神活动和行为有重大影响,故动力说也称冲突说。看来是纯粹的偶然事件,如一时口误、笔误、开个玩笑,都和精神内部的冲突不无关系。Freud认为精神界和自然界一样,不存在无因之果。任何心理事件都不是偶然的,而由以前的心理事件所决定。这就是贯穿整个精神分析学说的精神决定论(psychic determinism)。

精神内部的冲突是焦虑情绪的重要来源。Freud认为,人在幼年便有性和攻击本能(详后),表现这些本能往往受到成人的惩罚、羞辱和抛弃的威胁。长期的经验使人在成长后欲力抬头时总伴有不同程度的焦虑——来源不明的、模糊的危机感。这种焦虑能启动自我防卫机制以对抗欲力,称为信号性焦虑(signal anxiety)。若防卫机制不足以阻遏欲力,个体便受到焦虑情绪的困扰或形成各种类型的神经症或心身病。

四、经济说(economic hypothesis)

给各种互相拮抗的精神成份加上强度或量的概念,同时这种能量还可以运转于各精神结构之间;因此,也可称为能量运转说(energy transfer theory)。这一假设可能受神经生理学

关于细胞兴奋和传导概念的启发而来，能协助心理活动的解释。

前已述及，本能欲力来自躯体，经伊特而成心力。心力集注于欲力对象在精神中的表象(cathexis)，达相当量后，便推动个体趋向目标以求释放，大量心力集注会引起不舒适、不满足感，心力的释放便是快感或满足感。

伊特是心力的总源泉，自我和超我的心力也来自伊特。阻遏个体采取行动或根本不让欲望在意识中出现的心理过程叫做反集注(countercathexis)。集注和反集注都要吸取心力，如耗用过多，剩余的心力就不足以有效地应付外部世界的要求，工作学习的持久性和效率因而下降。

经济说认为受阻遏的心力如积聚过多可通过其他渠道释放，形成某些癔病的症状(转换反应)；或移向其他近似的，但不是原来集注的目标(即移位)；也可能改变性质，以相反的形式求出路(即反相形成)，如不能接受的施虐欲力变成受虐欲力，达到释放的目的。可以看出，经济说从精神能量消长运转的角度来进一步说明某些心理现象。

五、发生说(genetic hypothesis)

Freud 在治疗癔病时，发现很多病人幼年受到双亲中异性的性引诱。他一度相信这可能就是癔病的原因(所谓性引诱学说)。后来他改变了想法：不是许多父母引诱自己的孩子，而是孩子对异性双亲有性幻想。他大胆地提出了幼儿性欲学说(infantile sexualism)，认为人自幼即有性欲，不必等到青春期，不过和成人的性欲形式上有不同。正因为有性欲，才会有性的幻想。不同的年龄，性欲也有不同的特点；性欲发展各阶段的遭遇和经验对将来的人格具有重大影响。发生说就是从性欲发展的观点出发，说明人格成长的过程，故更确切的名称应是精神性发展学说(theory of psychosexual development)。

(1) 口欲期(oral phase) 从出生到一岁半左右力必多的发源地在口、唇和舌。婴儿由吮吸获得快感，后期则由咬齿。过份的满足或不满足(例如，过多的吮吸或断奶过早)都可以引起所谓口欲力必多的固结现象(fixation, 后详)，即口欲期特征的长期潜在。贪食、多话、喜说挖苦话被认为是口欲的衍生物；也可以表现相反，如厌食、拒食、缄默等。婴儿初生时，表象空间混沌一片，把自身和外部合而为一。渐而依稀辨知乳房、母亲是自己不能控制的分离客体。于是我与非我，自身和外部世界的对立性形成了。母亲是幼儿分辨出来的第一个客体，也是他爱的对象。

(2) 肛欲期(anal phase)约一岁半到三、四岁，色情带移到肛门、直肠部位。先是排便，后来是积储大便在直肠内能引起快感。如何以及何时取得快感完全取决于幼儿自己。不久母亲开始了排便训练，用鼓励和惩罚的办法迫使幼儿放弃排便的自主权。排便训练的方式对幼儿未来的人格关系重大，放任和过份严厉都可能造成力必多的固结。强烈的控制排便欲是未来控制和统治他人欲望的根苗；是否屈服于成人的要求，若不屈服有何后果，究竟要不要排便，是该期儿童主要和困难的问题，这就是矛盾倾向的源起。过于严厉的训练可以造成循规蹈矩、谨小慎微、过于刻板、洁癖等行为特点。具上述的特点的人格叫做强迫性人格，精神分析学派常称为肛欲性人格(anankastic personality)。

(3) 性器欲期(genital phase) 约三岁到五岁。色情带焦点移到阴茎和阴蒂。在口欲、肛欲等性器欲前期，欲力目标是自身，称自恋(narcissism)。本期则渐渐转向双亲中的异性，并对夺他所爱的同性滋生敌意。当性兴趣由触摸自己性器转向父或母时，就进入所谓伊迪帕斯期。伊迪帕斯(Oedipus)是希腊神话中一王子的名字，他无意中杀父娶母。Freud借用

来指乱伦欲，不论是恋母仇父或恋父仇母。Oedipus 期约三、四岁开始，到六、七岁止。这个阶段会发生一些特殊的心理冲突：性的兴趣和乱伦欲为父母和社会习俗所禁止，担心失去父母的欢心，男孩特别担心父亲会以去势相报复(castration fear)等。为了解除这些担忧，也为了部分占有双亲，通过居同把双亲的某些特征内化为自己人格的一部分；其中双亲的道德观和理想形成人格中的超我。

顺利解决Oedipus冲突很重要，否则会引起种种人格的变态和精神疾病。Oedipus前期遗留的冲突消耗心力过多，削弱了应付新冲突的能力、缺少父母任何一方面又无适当替代者、父母本身缺乏道德意识或有人格变态、严重的教育不当都会引起孩子人格不健全或畸形发展。对父或母的过度依恋(overattachment)会阻碍未来建立积极人际关系的能力；对双亲中异性的过度恐惧则将损及和异性相处的能力；和双亲中异性同居过度，会形成异性心理属性和同性恋倾向。超我形成之时便是 Oedipus 冲突解决之日，故超我的薄弱往往意味着冲突未能很好解决。

在 Oedipus 期之后，有一个潜伏期。性的活动和幻想被压抑。到青春期，性的欲力重又苏醒。17岁左右，幼年的固结点便在人格上显露出标志，从发生说角度解释精神病理现象时，固结和退行是十分重要的概念。在发展的某个阶段欲力得到过度的满足或过度不满足，或是变化不定，均可阻碍该期冲突的解决。这时，用于对付冲突的心力必须较多。这一现象叫固结(fixation)。退行(regression)是在挫折和压力作用下，部分或全人格倒退到以前的发育阶段，一般总是固结点所在的阶段。Freud 以军队的进军作比方，把固结和退行说得很易理解：军队进军时总要留部分战士防守已攻克的据点，敌人反抗大，战士就留得多。军队在前方因挫败而退却时，总退到留守战士多的地方。战士好比心力，反抗大、战士多的地方即固结点，退却就好比退行。

精神病理现象的解释

前已述及，自我经常处于折衷调和伊特、超我和现实三方面的压力的地位。自我的意识部分可运用知识和经验作出合理的处理，其潜意识部分也可能运用各种防卫机制来应付压力。理想的结果是除了欲力在梦中以象征的形式表现出来外，无任何不良影响。自我防卫应当多样化，强度适中，较为成熟。例如升华就是很理想的防卫。如由于发育过程不顺利，防卫太单调、太强或太原始，就会引起性格变态。防卫形式太单调，行为就显得僵化，刻板。所谓偏执型人格就是过多地使用了投射机制。某种防卫过程过强时，即使条件适宜，欲力可能仍不能表现或得到满足。防卫种类较多，有成熟和原始之分：象投射、否定等较原始的防卫本身会给个体的适应能力带来消极影响。

当欲力强大，意识和潜意识的防卫均不足以抗衡时，就只能让欲力在意识中以神经症症状的形式表现出来，部分给予满足。所以，症状不过是伪装过的欲力衍生物，被压抑内容的复现。症状形成本身也是一种防卫，但属于病理性的。防卫也可能不针对欲力而针对冲突引起的焦虑。转换反应把焦虑变成躯体性症状，恐怖症把发源于欲力冲突的焦虑移向外物，成为对外物的恐惧，都是明显的例证。

精神分析学说对精神病的解释不如性格变态和神经症成熟。一般认为精神分裂症是个体在压力下全面退行到 Oedipus 前期的现象，严重时可退行到口欲早期。明显的自恋，原始性

过程的突出、自我界限的消失、彻底的依赖性等等都是该期幼儿精神的再现。

治疗的原理和技术

精神分析治疗的目标不限于消除症状，还在改造病人的人格。因此必须探索人格发展各阶段中重要生活事件的影响。分析者启发病人重新认识这些经验，解除潜意识中的冲突，达到使人格更健全、更成熟的目标。

技术

自由联想 分析者要了解病人幼年被压抑、被遗忘的经验和冲突，必须设法接触潜意识。自由联想即通向潜意识的方法。病人松弛而舒适地靠在椅子或榻上；分析者坐在后面，避免进入病人的视野。环境必须宁静。病人把任何进入意识的材料如实地说出来。上述安排能促使病人进入或接近白日梦状态，利用稽查的松懈，让潜意识内容得以流露。梦境常常是潜意识欲望的象征，了解梦的真实意义可以作为辅助手段。

克服抵抗 病人虽然愿意遵守约定，说出想到的任何内容，但不能避免无意识的抵抗。忽然沉默、顾左右而言他、提出不相干的问题，无故缺席或迟到都是抵抗的现象。分析者应向病人指出并解释抵抗的原因。一般均可逐步克服。

分析者保持被动。分析者的任务主要是启发病人自己领悟行为的动机、疾病的根源，从而自行解决现实生活中的矛盾，故和他种心理治疗相比，分析者说话少，比较被动。如果病人有建立积极人际关系的严重困难，至少在开始阶段分析者宜改取主动。在治疗的过程中，病人会把儿时对父母或其他重要成人的情感和态度加于分析者。这种现象十分重要，故分析者应保持一种较少特色的中性态度，避免激发与儿时冲突不相干的情感。

掌握解释的要旨 向病人作的解释必须简明切要、时机适当。单是在理智上接受解释不够，要情感上接受才有好处。所谓啊哈体验(aha experience)就是病人经“一语点破，悟彻玄机”的惊讶感受。解释最好能引起这样反应。

原理

精神分析治疗使病人暂时退行到固结阶段，过去的创伤性经验和伴随的情绪重新再现。当时病人对重要成人（通常即父母）的态度和情绪移到了分析者身上，这一现象叫移情(Transference)。病者和分析者发生了宛如当年和重要成人一样的冲突，并使用了同样防卫，形成所谓移情性神经症(transference neurosis)。整个过程都是无意识的。分析者的任务就是引导病人领悟他情绪、态度和采用的防卫的真正来源。病人已经长大成人，有了相当的知识 and 经验，再经分析者解释启发，可能渗透幼年经验和当前困难的关系并建立起对创伤性经验的成熟认识。达到这一步，冲突便得到解决，有害的防卫也发生改变。

除了分析潜意识内容外，也要分析病人在长期生活中对人、对事、对某些处境一再产生的不成熟、不现实的情绪和态度，其中也包括对分析者的类似反应。以此印证幼年的冲突是困难的症结所在。当病人从情感上接受解释之时，新认识就成为人格的一部分。

精神分析治疗主要的适应症是神经症，特别是癔病和焦虑症。其他如某些性变态、人格变态和心身病的缓解期也可能有相当成效。重性精神病一般不适用。病例选择恰当时，据称为可以获得明显和中度好转。

疗程很长，一般都在2年以上，甚至达5~6年。每周至少治疗3次，每次近1小时。

由于时间和经济上的原因，西方的分析学家多采用短程、目标较有限的改良疗法，但不能算作正统的精神分析治疗了。