

第二版出版说明

全国高等学校八年制临床医学专业规划教材自2005年出版以来,得到了教育部、卫生部等主管部门的认可,以及医学院校广大师生的好评。为了进一步满足教学改革与实践不断推进,以及医学科学不断发展的需要,全国高等医药教材建设研究会和卫生部教材办公室在吴阶平、裘法祖、吴孟超、陈灏珠和刘德培院士等的亲切关怀和支持下于2009年启动了该套教材第二轮的修订工作。

第二轮修订过程中仍坚持“精品战略,质量第一的原则,从精英教育的特点、医学模式的转变、信息社会的发展、国内外教材的对比等角度出发,在注重‘三基’、‘五性’的基础上,从内容到形式都‘更新’、‘更深’、‘更精’,为培养高素质、高水平、富有临床实践和科学创新能力的医学博士服务”的编写宗旨,并根据使用过程中的反馈意见与建议,在第一轮的基础上力求做到:学科体系更加完善,增加了《临床流行病学》、《肿瘤学》、《生物信息学》、《实验动物学》、《医学科学研究导论》和《医学伦理学》;相关学科的交叉与协调更为完善,比如《生物化学》与《医学分子生物学》合并为《生物化学与分子生物学》;内容的选材与框架体系的设计更加注重启发性,强调学生创新能力的培养,并适当给学生留下了思维分析、判断、探索的空间;教材的配套更加健全;装帧设计更为精美。

该套书在修订过程中,得到了广大医学院校的大力支持,作者均来自各学科临床、科研、教学第一线,具有丰富临床、教学、科研和写作经验的优秀专家,作者队伍覆盖了目前国内所有开办临床医学专业八年制及七年制的院校。

修订后的第二版仍以全国高等学校临床医学专业八年制及七年制师生为主要目标读者,并可作为研究生、住院医师等相关人员的参考用书。

全套教材共37种,其中36种于2010年8月出版,1种将于2010年年底出版。

全国高等学校八年制临床医学专业卫生部规划教材 编写委员会

顾 问 吴阶平 裘法祖 吴孟超 陈灏珠

主任委员 刘德培

委 员 (按姓氏笔画排序)

丰有吉	孔维佳	王卫平	王吉耀	王宇明	王怀经
王明旭	王家良	王鸿利	冯作化	田勇泉	孙贵范
江开达	何 维	吴 江	张永学	张绍祥	李玉林
李甘地	李立明	李 和	李桂源	李 霞	杨世杰
杨宝峰	杨 恬	步 宏	沈 铿	陈孝平	陈 杰
陈 竺	欧阳钦	罗爱静	金征宇	姚 泰	姜乾金
柏树令	赵仲堂	郝希山	秦 川	贾文祥	贾弘提
高英茂	黄 钢	葛 坚	詹启敏	詹希美	颜 虹
薛辛东	魏于全				

八年制教材目录

*1. 《细胞生物学》 第2版(含光盘)	主 编	杨 恬
	副主编	左 伋 刘艳平
*2. 《系统解剖学》 第2版(含光盘)	主 编	柏树令
	副主编	应大君 丁文龙 崔益群
*3. 《局部解剖学》 第2版(含光盘)	主 编	王怀经 张绍祥
	副主编	张雅芳 胡海涛
*4. 《组织学与胚胎学》 第2版(含光盘)	主 编	高英茂 李 和
	副主编	李继承 陈晓蓉
*5. 《生物化学与分子生物学》 第2版(含光盘)	主 编	贾弘禔 冯作化
	副主编	屈 伸 药立波 方定志 冯 涛
*6. 《生理学》 第2版(含光盘)	主 编	姚 泰
	副主编	曹济民 樊小力 王庭槐
*7. 《医学微生物学》 第2版(含光盘)	主 编	贾文祥
	副主编	陈锦英 江丽芳 黄 敏
*8. 《人体寄生虫学》 第2版(含光盘)	主 编	詹希美
	副主编	诸欣平 刘佩梅
*9. 《医学遗传学》 第2版(含光盘)	主 编	陈 竺
	副主编	陆振虞 傅松滨
*10. 《医学免疫学》 第2版	主 编	何 维
	副主编	曹雪涛 熊思东
*11. 《病理学》 第2版(含光盘)	主 编	陈 杰 李甘地
	副主编	文继舫 来茂德 孙保存
*12. 《病理生理学》 第2版(含光盘)	主 编	李桂源
	副主编	吴伟康 欧阳静萍
*13. 《药理学》 第2版(含光盘)	主 编	杨世杰
	副主编	杨宝峰 颜光美 臧伟进
*14. 《临床诊断学》 第2版(含光盘)	主 编	欧阳钦
	副主编	吴汉妮 刘成玉
*15. 《实验诊断学》 第2版(含光盘)	主 编	王鸿利
	副主编	尚 红 王兰兰
*16. 《医学影像学》 第2版(含光盘)	主 编	金征宇
	副主编	冯敢生 冯晓源
*17. 《内科学》 第2版(含光盘)	主 编	王吉耀
	副主编	廖二元 黄从新 华 琦
*18. 《外科学》 第2版(含光盘)	主 编	陈孝平
	副主编	石应康 邱贵兴 杨连粤

*19. 《妇产科学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	丰有吉 沈 铿 马 丁 孔北华 李 力
*20. 《儿科学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	薛辛东 杜立中 毛 萌
*21. 《感染病学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	王宇明 施光峰 宁 琴 李 刚
*22. 《神经病学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	吴 江 贾建平 崔丽英
*23. 《精神病学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	江开达 于 欣 李凌江 王高华
*24. 《眼科学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	葛 坚 赵家良 黎晓新
*25. 《耳鼻咽喉头颈外科学》 第2版	主 编 副主编	孔维佳 周 梁 许 庚 王斌全 唐安洲
*26. 《核医学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	张永学 黄 钢 匡安仁 李亚明
*27. 《预防医学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	孙贵范 凌文华 孙志伟 姚 华
*28. 《医学心理学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	姜乾金 马 辛 林大熙 张 宁
29. 《医学统计学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	颜 虹 徐勇勇 赵耐青
*30. 《循证医学》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	王家良 詹思延 许能锋 康德英
*31. 《医学文献信息检索》 第2版 (含光盘)	主 编 副主编	罗爱静 马 路 于双成
32. 《临床流行病学》 (含光盘)	主 编 副主编	李立明 詹思延 谭红专
33. 《肿瘤学》	主 编 副主编	郝希山 魏于全 赫 捷 周云峰
34. 《生物信息学》 (含光盘)	主 编 副主编	李 霞 李亦学 廖 飞
35. 《实验动物学》 (含光盘)	主 编 副主编	秦 川 张连峰 魏 泓 顾为望 王 钜
36. 《医学科学研究导论》	主 编 副主编	詹启敏 赵仲堂 刘 佳 刘 强
37. 《医学伦理学》 (含光盘)	主 编 副主编	王明旭 尹 梅 严金海

注：全套书均为卫生部“十一五”规划教材，画*者为普通高等教育“十一五”国家级规划教材

八年制教材再版序言

五年来，在大家的热情呵护下，我们共同见证了八年制临床医学教材——这个新生命的诞生与茁壮成长。如今，第二版教材与大家见面，怀纳第一版之精华而不张扬，吞吐众学者之智慧而不狂放，正如医学精英人才所应具备的气质与神韵。在继承中发展，新生才能越发耀眼；切时代之脉搏，思维才能永领潮头。第二版教材已然跨入新的成长阶段，心中唯觉欣喜和慰藉。

回想第一版教材面世之后，得到了各方众多好评，这充分说明了：这套教材将生命科学信息化、网络化以及学科高度交叉、渗透的特点融于一身，同时切合了环境-社会-心理-工程-生物医学模式的转变，诠释了以人为本、协调发展的战略思想。另外，编委构成的权威性和代表性、内容选择、编排体系、印刷装帧质量等，令广大师生耳目一新，爱不释手。诚然，第一版教材也并非十全十美，比如有的学科仍以介绍知识为主，启发性不强，对学生难以起到点石成金、抛砖引玉的作用，不利于学生创新思维能力的培养；有的学科、章节之间有重复现象，略显冗余，不够干练。另外，随着学科的进展，部分疾病的临床分类、治疗等内容已略显滞后，亟待最新的研究成果加入其中，充实完善。

鉴此，第一版教材的修订工作便提上日程。此次修订，比当初第一版的编纂过程更为艰辛和严谨，从编者的谨慎遴选到教材内容的反复推敲、字斟句酌，可谓精益求精、力臻完美，经过数轮探讨、分析、总结、归纳、整理，第二版教材终于更富于内涵、更具有生命力地与广大师生们见面了。

“精英出精品，精品育精英”是第二版教材在修订之初就一直恪守的理念。主编、副主编与编委们均是各领域内的医学知名专家学者，不仅著作立身，更是德高为范。在教材的编写过程中，他们将从医执教中积累的宝贵经验、体会以及医学精英的特质潜移默化地融入到教材当中。同时，在主编负责制的前提下，主编、副主编负责全书的系统规划，编委会构成团结战斗的团队，各位专家群策群力、扬长补短、集思广益、查漏补缺，为教材的高标准、高质量的修订出版打下了坚实的基础。

注重医学学科内涵的延伸与发展，同时兼顾学科交叉与融合是第二版教材的一大亮点。此次修订不仅在第一版的基础上增加了《临床流行病学》、《肿瘤学》、《生物信息学》、《实验动物学》、《医学科学研究导论》和《医学伦理学》，同时还合并了《生物化学》与《医学分子生物学》。通过主编顶层设计，相邻学科主编、副主编协调与磋商，互审编写提纲，以及交叉互审稿件等措施，相当程度上实现了突出中心、合理交叉、避免简单重复的要求。

强调启发性以及创新意识、创新思维和创新能力的培养是第二版教材的另一大特色。除了坚持“三基（基础理论、基本知识和基本技能）和五性（思想性、科学性、先进性、启发性和适用性）”，更注重激发学生的思维，让他们成为自己头脑的主人，批判地看待事物，辩证地对待知识，创造性地预见未来。同时，这版教材也特别注重与五年制教材、研究生教材、专科医师培训教材以及参考书的区别与联系。

以吴阶平、裘法祖、吴孟超、陈灏珠为代表的德高望重的老前辈对第二版教材寄予了殷切期望和悉心指导，教育部、卫生部、国家中医药管理局、国家食品药品监督管理局的各位领导的支持是这版教材不断完善动力之源。在这里，衷心感谢所有关心这套教材的人们！正是你们的关注，广大师生手中才会捧上这样一本融贯中西、汇纳百家的精品。

八年制医学教材的第一版是我国医学教育史上的重要创举，相信修订后的第二版将不负我国医学教育改革的使命和重任，为培养高层次的具有综合素质和发展潜能的医药卫生人才做出更大的贡献。诚然，修订过程虽然力求完美，但纰漏与瑕疵在所难免，冀望各位领导、同道及师生不吝赐教，以便于这套教材能够与时俱进，不断完善。

是为序。

中国工程院院士
中国医学科学院院长
北京协和医学院院长

刘德培

于庚寅端午佳节

二〇一〇年六月十六日

第2版前言

本书作为卫生部8年制第2版规划教材，同时还承载着两项任务，即普通高等教育“十一五”国家级规划教材和国家级精品课程教材。

本书延续我主编的以往各版教材的基本框架。其早期起点于1982年浙江医科大学（现浙江大学医学部）的医学心理学讲义，形成于1986年五校合编教材，完善于1998年人民卫生出版社的协编教材（国家教委高等教育教材研究课题计划项目），近十年来多种卫生部医学心理学规划教材的结构与此相承。在长期主持医学心理学课程的建设过程中，人民卫生出版社始终给予我极大的信任，为完成上述两项任务提供了坚实的支持。借此再次表示衷心的感谢！

本书在结构上分为纵向和横向两个层次。纵向部分突出医学心理学的基础知识、理论和技术，包括第二至第八章。横向部分突出医学心理学知识和技能在临床和实际中的应用，包括第九至第十三章。最后安排医学心理学研究方法一章。在内容方面，各章后面增加“拓展阅读”部分，试图结合8年制学生的学习能力特点，在掌握课程基本内容的同时，拓展一些视野。配套光盘方面，作者们也做了很大的努力，整个光盘以章为主干展开，同时增加不少拓展性的内容，形式上包括PDF文档、图片、视频和多媒体课件等。

在本书编写过程中，蒙福建医科大学和首都医科大学的大力支持，先后召集了编写会和定稿会。三位副主编对初稿进行了分工审阅，为教材内容在整体性和资料的科学性方面把关。所有编者尽职尽责，按时按质完成各项编写和配套任务。在此向他们表示深深的谢意！

时光流逝，科技发展。尽管不断努力，但作为一门课程的教材，目前来看“编写”确实容易，但要不断“创新”和“本土化”却很难，只能在永远的失落中前进。敬请国内同行和同学们，对本教材继续提供宝贵的意见和建议。

姜乾金

2010年3月

目 录

第一章 绪论

1

第一节 医学心理学概述	1
一、交叉学科	1
二、学科特点	2
三、课程性质	3
四、历史与现状	3
五、课程结构和目标	6
第二节 医学模式转变与医学心理学	7
一、生物医学模式	7
二、生物心理社会医学模式	8
三、我国医学模式的转变	9
第三节 医学心理学的相关学科	10
一、基础类相关学科	10
二、临床类相关学科	11
三、预防与康复类相关学科	12
四、综合类相关学科	12
拓展阅读 我国医学心理学课程的早期发展和今后展望	13

第二章 主要理论

16

第一节 精神分析理论	16
一、经典精神分析理论	16
二、精神分析理论的发展	20
三、精神分析理论述评	20
第二节 行为学习理论	21
一、行为学习理论主要内容	21
二、行为主义理论述评	24
第三节 人本主义理论	24
一、人本主义理论主要内容	24
二、人本主义理论述评	26
第四节 认知理论	27
一、认知理论的主要内容	27
二、认知理论述评	29

第五节 心理生物学理论(方向)	29
一、心理生物学理论(方向)主要内容	29
二、心理生物学理论(方向)与医学心理学	32
拓展阅读 几个有关医学心理学理论的问题	33

第三章 人的心理 35

第一节 心理的生物学和社会学基础	35
一、心理的生物学基础	35
二、心理的社会学基础	38
第二节 认知过程	40
一、感觉与知觉	40
二、记忆	43
三、思维与想象	46
四、注意	48
第三节 情绪情感过程	50
一、概述	50
二、情绪理论	53
三、情绪的生物学研究	54
四、情绪与人的行为和健康	55
第四节 意志过程	57
一、意志行动的概念	57
二、意志行动的基本特征	57
三、意志行动的品质	57
第五节 人格	58
一、概述	58
二、需要与动机	59
三、能力与智力	61
四、气质与性格	64
拓展阅读 心理的生物基础研究二则	67

第四章 心理发展与心理健康 69

第一节 心理发展的理论基础	69
一、心理发展概述	69
二、心理发展的主要理论	71
第二节 心理健康概述	75
一、心理健康的基本含义	75
二、心理健康的标准和判断原则	76
第三节 各年龄阶段的心理健康	77
一、儿童期心理发展与心理健康	77
二、青少年期心理发展与心理健康	81
三、青年期心理发展与心理健康	82

四、中年期心理发展与心理健康	84
五、老年期心理发展与心理健康	86
第四节 心理健康教育与促进	88
一、概念	88
二、目标、任务与方式	89
三、成效与评价	91
四、心理健康促进策略	91
五、心理健康促进的场所	92
拓展阅读 心理发展的研究方法和研究设计	93
第五章 心理应激	96
第一节 心理应激概述	96
一、应激概念简史	96
二、应激理论模型与学科差异	98
三、应激理论模型的意义	100
第二节 生活事件（应激源）	101
一、生活事件分类	101
二、生活事件与应激	102
三、生活事件的量化研究	103
第三节 认知评价	105
一、认知评价与应激	105
二、认知因素的量化	106
第四节 应对方式	107
一、应对的概念与分类	107
二、应对方式与应激	108
三、应对的量化研究	109
第五节 社会支持	109
一、社会支持与应激	109
二、社会支持的量化研究	111
第六节 个性特征	111
一、个性特征与应激	111
二、应激相关因素对个性的影响	112
第七节 应激反应	113
一、应激反应的概念与量化	113
二、应激的心理行为反应	114
三、应激的生理反应	115
第八节 应激的控制与管理	118
一、应激管理前的综合评估	119
二、应激控制与管理的基本手段	121
三、系统的应激控制与管理方案	123
拓展阅读 若干与应激相关的概念、理论与应用问题	125

第六章 心理测验

128

第一节 心理测验概述 128

 一、心理测验的概念 128

 二、心理测验的性质 128

 三、心理测验的形成与发展 130

 四、心理测验在临床实践中的应用 130

第二节 心理测验的标准化 131

 一、心理测验的基本要素 131

 二、心理测验的实施过程 133

 三、心理测验的分类 133

第三节 智力测验 134

 一、韦克斯勒成人智力测验 134

 二、瑞文测验 135

 三、中国比奈测验 136

第四节 人格测验 136

 一、明尼苏达多相人格调查表 136

 二、艾森克人格问卷 137

 三、卡特尔16项人格因素问卷 138

 四、洛夏墨迹测验 139

 五、主题统觉测验 139

第五节 症状评定量表 140

 一、SCL-90症状自评量表 140

 二、抑郁自评量表 (SDS) 141

 三、焦虑自评量表 (SAS) 141

 四、医学应对问卷 (MCMQ) 142

 五、生活事件量表 (LES) 142

拓展阅读 心理测验与心理评估 143

第七章 心理干预

145

第一节 心理干预概述 145

 一、基本概念与简史 145

 二、基本过程 146

 三、原理、机制与形式 148

 四、治疗关系、原则与伦理问题 149

 五、影响因素与疗效判定 150

 六、心理干预的适应证 151

第二节 精神分析疗法 152

 一、概述 152

 二、主要技术与方法 152

 三、适应证 154

第三节 患者中心疗法	154
一、概述	154
二、主要技术与方法	155
三、适应证	157
第四节 行为治疗	157
一、概述	157
二、主要技术与方法	157
三、适应证	159
第五节 认知治疗	159
一、概述	159
二、主要技术与方法	160
三、适应证	161
第六节 其他心理干预方法	161
一、支持性心理治疗	161
二、人际心理治疗	163
三、婚姻与家庭治疗	164
四、团体治疗	165
五、森田治疗	166
六、生物反馈治疗	168
七、危机干预	169
拓展阅读 心理治疗的神经生物学作用	171

第八章 心理晤谈 172

第一节 心理晤谈的基本过程	172
一、心理诊断阶段	172
二、帮助和改变阶段	175
三、结束阶段	176
第二节 心理晤谈的基本技术	176
一、建立有效的治疗关系	176
二、非言语行为	178
三、参与技术	178
四、影响技术	180
拓展阅读 专业心理咨询工作的晤谈实录（片段）	182

第九章 患者心理 183

第一节 患者和患者心理概述	183
一、患者的概念	183
二、患者角色	184
三、患者的角色行为	186
第二节 患者的一般心理特征	188
一、患病后的心理特点	188

二、患者的心理需要	190
第三节 不同类型患者的心理与调适	191
一、门诊患者的心理特点与对策	191
二、住院患者的心理特点与对策	192
三、外科手术患者的心理与调适	192
四、临终患者的心理与调适	194
拓展阅读 患者的权利与义务	196

第十章 医患关系 198

第一节 人际关系与医患关系	198
一、概念与意义	198
二、人际关系的理论基础	200
第二节 临床医学中的人际交往	201
一、医患交往的基本原则	201
二、医患交往的基本技巧	202
拓展阅读 我国目前医患关系状况和原因讨论	208

第十一章 临床心身问题 210

第一节 医学临床心身问题概述	210
一、临床疾病的心和身问题	210
二、心身相关观念的临床意义	211
第二节 心身疾病概述	211
一、心身疾病概念	211
二、心身疾病的发病机制	213
三、心身疾病的诊断与防治原则	214
第三节 若干临床疾病的心身问题	216
一、心血管疾病心身问题	216
二、肿瘤心身问题	218
三、免疫系统疾病的心身问题	219
四、消化系统疾病的心身问题	219
五、其他常见疾病心身问题	220
拓展阅读 心身医学研究的若干进展	222

第十二章 健康心理问题 224

第一节 正常心理与异常心理概述	224
一、关于正常心理与异常心理	224
二、异常心理的理论解释	224
三、异常心理的判断标准	225
第二节 若干健康心理问题	227
一、临床心理学对心理问题的认识特点	227
二、常见心理障碍	227

三、性功能障碍	231
四、常见行为问题与不良行为	232
拓展阅读 我国健康心理学展望	237

第十三章 医学心理咨询 239

第一节 心理咨询概述	239
一、定义	240
二、意义	240
三、历史与现状	241
第二节 心理咨询的工作模式	241
一、咨询方式	241
二、咨询范围	242
三、心理咨询人员的要求	242
第三节 心理咨询的程序	243
一、过程	244
二、原则	245
三、基本技术	245
四、需注意的几个问题	246
拓展阅读 国外心理治疗和咨询管理介绍	247

第十四章 医学心理学研究方法 250

第一节 医学心理学研究方法概述	250
一、研究方法的一般性问题	250
二、研究过程	251
三、研究类型	252
四、研究方法	252
第二节 实验研究设计	256
一、实验研究设计概述	256
二、实验研究设计的类型	259
第三节 医学心理学常用临床研究方法	262
一、医学心理学临床研究概述	262
二、临床研究的常用方法	263
拓展阅读 研究者的视角、方法与结论	265
参考实验教学大纲	266

备考读物 267

中英文名词对照索引 268

英中文名词对照索引 277

第一章 绪 论

● 本章提要

医学心理学作为一门新兴的医学和心理科学的交叉学科,其对象、理论、方法涉及广泛,人们对其认识尚未取得一致。但就现代临床医学工作而言,医学心理学有关许多心身相关的知识、理论和技能,是临床医生必须了解或掌握的。

作为本课程的绪论部分,本章主要介绍医学心理学课程概念、性质、范围、结构、发展以及重要性等方面的内容。拓展阅读部分讨论了我国医学心理学课程的早期发展和今后展望。

第一节 医学心理学概述

一、交叉学科

综合国内医学心理学(medical psychology)近30年的发展历程,其可以被定义为:是医学与心理学相结合的新兴交叉学科,是与医学有关的各种心理行为科学知识、理论和技术的重新组合,其核心是关于人类健康和疾病防治中的心理社会因素,因此其内容甚至还超出传统的医学和心理学的范围。广义的医学心理学研究心理行为变量与健康或疾病变量之间的关系,研究解决医学领域中的有关健康和疾病的心理行为问题。狭义的医学心理学关注临床疾病的发生、发展、诊断、治疗和预防中的心理行为因素。

作为与医学交叉的学科,医学心理学涉及基础医学(如神经生物学、病理生理学)、临床医学(含内、外、妇、儿、耳鼻喉、眼、皮肤、神经精神等各科)、预防医学和康复医学等许多医学课程中的有关知识。例如,医学心理学的有关行为神经学基础和心身中介机制等内容,涉及生物学和神经科学等基础医学知识;医学心理学有关理论与方法在医学的应用,需要内、外、妇、儿等临床医学,以及预防防疫和康复医学的基础知识。

作为与心理行为科学交叉的学科,医学心理学涉及普通、实验、发展、教育、社会心理学以及人类学、社会学等广泛学科领域的相关知识。例如语言、交际、习俗、婚姻、家庭、社区、居住、工业化等方面的心理行为问题,与人类学、社会学、生态学等知识密切相关,医学心理学的许多基础概念则来自普通心理学(为此教材中安排了一定的心理学基础知识内容)。

曾有人认为医学心理学是心理学在医学中的应用,因而是心理学的分支。这一观点显得过于直观和带有常识性。从近30年国内本学科的发展情况来看,确切地说,医学心理学既是心理学的分支,也是医学的分支,其实就是一个交叉学科。因为从医学的分支来看,医学心理学研究医学中的心理行为问题,包括各种疾病的心理行为学基础、患者的心理行为特点、各种疾病的心理行为变化等;从心理学分支来看,医学心理学研究如何把心理学的系统知识和技术应用于医学各方面,包括在疾病过程中如何应用有关心理科学知识和技术问题等。

由于医学心理学研究的是介于医学与心理学之间的课题,故有人曾提出可将其称为心理医学(psychological medicine)。这种提法虽有一定的依据,但也存在一定问题,例如目前医学心理学偏重于对相对正常行为的研究,对于医学中严重变态行为的研究(也是心理医学),则主要归入精神病学的研究范围。另外,医学心理学的某些研究内容如心理行为的理论认识、心理干预的方法学,以及心理定量科学等则超越了传统医学的范畴。

目前,医学心理学的研究范围比较广,几乎所有医学领域都有医学心理学的研究内容。概括起来,医学心理学的研究范围大致有以下几方面:

- (1) 研究心理行为的生物学和社会学基础及其在健康和疾病中的意义;
- (2) 研究心身相互作用机制及其在健康和疾病中的意义;
- (3) 研究心理行为因素在疾病过程中的作用规律及其解决方法;
- (4) 研究各种疾病过程中的心理行为变化规律及其解决方法;
- (5) 研究如何将心理行为知识和技术应用于人类的健康保持和疾病防治。

二、学科特点

作为宏观的和交叉的新兴学科,从临床医学专业学生的角度来看,医学心理学有以下几方面特点。

1. 知识面宽 医学心理学与现有的某些医学课程不同,它强调生物、心理和社会诸因素在医学中的整体意义,是一门兼顾生物、心理和社会几个方面,以及“宏观”和“微观”并重的新学科。因此,医学心理学涉及的基础知识比传统生物医学基础知识的容量更大,范围更广。

对于医学生,医学心理学所涉及的大量心理行为科学基础知识和基本概念是陌生的。掌握这些最基本的知识是学好医学心理学的前提,但却给本来就需要掌握大量知识的医学生带来了学习记忆上的一定困难。医学心理学还要求医学生将心理行为知识与医学知识整合起来,要达到能认识心理和社会因素与生物因素一起在疾病病因中的综合作用及其临床意义;要认识临床症状既有心理方面也有身体方面;要认识疾病的诊断也有心理学诊断手段;要更全面地了解病员的心理状态和采取有效的心理干预对策;要更好地指导患者进行心-身两方面的康复和疾病的预防,还要求根据心理科学原理优化语言、改善服务态度等。

医学心理学还包含有大量的“微观”知识。在医学心理学的视野里,人是作为一个整体被认识的,而整体认识人的心身关系,还需要掌握许多有关心身的“微观”方面的知识。例如心身作用的神经、内分泌和免疫中介机制,心理活动的神经分子生物学机制,以及某些心理功能的中枢神经系统定位与功能联系等。

2. 理论性强 与传统的生物医学不同,医学心理学的有关理论具有特别重要的意义。

人的心理现象和某些心理问题,并不是都能以一般的现象学知识和通常的认知逻辑加以解释。例如许多心理咨询来访者(如失眠、情景焦虑)的知识层次高,通过查阅文献掌握的相关科学信息数量也多,但越是利用其知识克服痛苦,痛苦却越大;又如许多来访者(如心境恶劣、洁癖)的是非观念清晰,逻辑推理严密,但却会把事情越办越复杂,心情越来越糟,或者无法说服自己克服多余的动作。

可见,需要一些超越常规的“说法”(即理论或学说、学派)来解释并解决这些用通常知识和逻辑不能解释和解决的心理行为问题。百余年来,国外许多学者以自身的特定历史或文化背景,用不同的研究和思考方法,提出了众多的心理行为科学理论,其中一些理论对健康和疾病中的有关心理问题有独到的见解和独特的解决方法,是医学心理学很重要的构成内容。医学生在学习过程中,必须对有关的理论进行准确的理解和把握,要重视各种理论在临床医学工作中的实际意义。当然,作为理论观点往往有其不足之处,一些理论并不能完全解释清楚心身的联系,随着科学的不断发展,有些理论观点还会被逐渐修正或扬弃。

3. 方法抽象 医学心理学是一门年轻的学科,甚至不妨这样说,还处于科学和常识交融的初始发展阶段,至少在国内某些由医学工作者撰写的书籍中反映了这一点,其中以常识代替科学,以“常

识心理学”代替科学心理学的现象时有发生。其中的一个原因,恐怕与医学心理学的思维方式和操作方法相对抽象,与传统的医学工作和思维习惯存在差异有关。医学心理学虽然有自然科学的属性,但更有社会科学的属性。大部分心理活动具有主观属性,许多心理现象定量方法的制订和结果分析,以及心理干预技术的掌握和实施过程都比较抽象。掌握这些理论与方法需要有较强的抽象思维能力。医学心理学的研究和工作方法具有明显的抽象属性,这对于已习惯于生物科学思维方式的中年级医学生来说,在学习过程中应格外地加以注意。

4. 对象广泛 医学心理学的研究和工作对象涉及面很广。就临床医学而言,医学心理学研究和试图解决所有临床门类疾病和患者中的心理社会共性问题,而不像传统临床医学往往局限于某一类疾病或患者。例如,个性因素与多种临床疾病的病因有关;各种不同临床患者可以表现相同的心理行为反应如情景焦虑;一种心理干预方法可以使用于不同临床科室的患者等。同时,医学心理学工作还涉及临床医学以外的各有关医学领域,例如作为大公共卫生概念的重要部分,医学心理学基础知识、理论和方法是社区心理卫生工作的基础。

三、课程性质

医学研究的对象是人,其目标是关于如何防治疾病和提高人的心身健康水平的问题。但传统医学课程设置却始终将重点放在人的身体疾病与健康方面,对疾病与健康的心理社会因素方面关注得并不多。随着近几十年医学模式的逐渐转变,我国医学课程设置也逐渐发生了变化。医学心理学课程在医学院校逐渐开设,并成为医学生的必修课程,就是这种变化的重要体现。但是在习惯上,我们往往将医学课程分为基础和临床两部分,而医学心理学作为一门新课程,是归入医学基础课程,还是归入临床课程,就成为颇受争议的问题,甚至影响一些学校教学计划的制订。实际上,从前文研究范围和学科特点来看,医学心理学既是医学基础课程,也是临床应用课程。

1. 医学基础课程 医学心理学揭示行为的生物学和社会学基础,心理活动和生物活动的相互作用,以及它们对健康和疾病的发生、发展、转归、预防的作用规律,寻求人类战胜疾病、保持健康的基本心理学途径,为整个医学事业提出心身相关的整体观和系统论观点和科学方法。因而是医学生的一门医学基础课程。

医学生掌握医学心理学知识,将能扩大自己的知识面,能从心理学和生物学两个角度全面地认识健康和疾病、认识患者,在今后各项医学本职工作中,不论是临床医学,还是基础医学、预防医学、康复医学工作,都能自觉地遵循心理行为科学规律,更好地为患者服务或取得更好的工作成果,就像我们必须掌握生物医学课程中的解剖学、生理学、药理学等基础医学知识一样。

2. 临床应用课程 医学心理学同时也是一门临床应用课程。这里的“应用”包括两个方面。

一方面,掌握医学心理学基础知识、理论和技能的医学生,将会在将来的临床工作中,包括在医院、疗养院、康复中心、防疫机构、健康服务中心、企事业和学校的保健部门以及某些特殊职业岗位上,能够将心理行为科学知识、理论和技术,结合到实践之中,成为生物医学防治手段的补充,例如给心肌梗死患者、糖尿病患者、外科手术患者和脑卒中患者开出药物和手术处方的同时,给予心理行为指导方面的处方。这就像临床医学专业学生必须掌握生物医学课程中的放射学、临床病理学、临床药理学、急救医学等临床应用课程知识和技能一样。

另一方面,医学心理学的系统知识、理论和方法,可以解决社会人群广泛存在并且已经越来越引起关注的各种心理行为问题或社会适应问题。从本质上来说,医学心理学的临床应用方面与国外的临床心理学和咨询心理学等的职业相当。目前我国各大医院逐步开展的医学心理学咨询门诊,就是为解决人民群众日益增多的心、身问题而专设的医学心理学专门的应用场所。

四、历史与现状

如前文所述,医学心理学是在心理学和医学发展到一定阶段而结合发展起来的新兴交叉学科,

并且具有一定的中国特色。我们这里讨论医学心理学学科和课程的历史与现状,其核心是关于心、身互相作用研究和应用的历史与现状,同时还涉及与这一中心主题相关联的某些心理学和医学问题的历史与现状。

关于心身相关,其实在人类科学还处于极端落后的远古时代就已经开始被探索,中外历史著作中对此已有不少记载,只是某些认识尚未被科学研究所证明。

故我们这里讨论医学心理学的历史和现状,其实是从近代开始的。

(一) 国外简况

随着近代自然科学的发展,1879年冯特(Wundt W, 1832—1920)在德国建立了世界上第一个心理实验室,被认为自此心理学开始成为一门独立的现代科学。

心理学(psychology)的定义随着学科的发展曾不断变化,19世纪末~20世纪初是研究心理活动的科学;20世纪中、后期被定义为研究行为的科学;20世纪末被界定为是对行为和心理历程的科学研究等。

心理学科在百余年里得到飞速发展,形成许多心理学学派,同时也派生出许多分支学科。其中不少与医学心理学有关。

在19世纪末和20世纪初与医学心理学有关的部分历史事件有:1852年,德国的 Lotze BH 首先以医学心理学概念命名其著作。1890年美国心理学家 Cattell JM 首先提出心理测验的概念。1896年美国的 Witmer L 第一次建立临床心理学概念,并建立了心理门诊。1908年在美国出现世界上第一个心理卫生协会。20世纪30年代,美国成立了心身医学会,并创办了《心身医学》杂志。

同样在19世纪末和20世纪初这一时期,一些重要的工作必须被注意:

一是奥地利医生弗洛伊德(Freud S)提出潜意识心理冲突与某些疾病的发生(特别是精神疾患)有关,并采用精神分析法治疗疾病,创建了心理动力学派。

二是一些生理学家如坎农(Cannon WB)、巴甫洛夫(Pavlov IP)和塞里(Selye H)等开始研究情绪的心理生理学问题、皮层内脏相关和心理应激机制。他们的这些心理生物学研究结果,为心、身联系提供了不少证据,也为临床患者的治疗增添了不少新的方法。

三是华生(Watson JB)创立并由斯金纳(Skinner BF)等发展的行为主义心理学派通过对外显行为的实验研究,促成了以后许多关于外部奖励和惩罚对人类行为影响的重要发现,成为行为治疗的重要理论起点,同时也是健康教育方面的重要理论基础。

第二次世界大战期间,由于战时需要,西方出现许多从事临床心理测验和心理治疗的专业人员。战后,临床心理学工作因而得到了较快的发展,涌现出许多临床心理学家。自此以后至今,临床心理学工作在西方某些国家已达到家喻户晓的程度,其主要工作是心理治疗和心理测验。

罗杰斯(Rogers C)于1942年以人本主义理论为基础提出来访者中心疗法,这是一种以人为中心的治疗(person-center therapy),对医学心理学发展影响很大。Rogers C 与马斯洛(Maslow AH)一起被认为是心理理论和心理治疗的“第三种势力”(前两种是指精神动力理论和行为主义理论)。

20世纪70年代中期和以后,随着认知心理学的发展,出现了贝克(Beck AT)的认知治疗(Ellis A 于此前的50年代已提出理性情绪疗法)。以后,认知理论与行为理论的进一步结合形成了认知行为治疗模式。认知治疗和认知行为治疗方法是最近20年里具有重要影响力的心理治疗方法。

20世纪后期值得提到的重要事件还有:1976年在美国耶鲁大学举行的一次由著名行为学家和生物学家共同参加的行为医学会议上提出了行为医学的定义;1978年出版《行为医学杂志》;同在1978年,出现了另一门新的学科名称——健康心理学。这一时期从事与医学心理学有关的或相关领域工作的人越来越多,各项基础研究工作取得了很大发展,共同推动了有关学科向纵深发展。在实际应用方面,不少国家综合性医院还设有临床心理学家的工作岗位。

目前,许多国家在医学院校开设与医学心理学相似或相关的各类课程。有的国家还规定,医学毕业生应持有相应的学分才准予毕业或开业。

(二) 国内简况

在1949年之前,我国曾有过一些与医学心理学有关的工作,如1907年王国维翻译 Haffding H 的《心理学概论》被认为可能是最早被引入国内的心理学著作;1919年陈鹤琴留学回国后在南京高等师范学校讲授儿童心理学课程;1924年陆志韦等修订比纳-西蒙智力测验;1936年曾成立中国心理卫生协会,但因日本侵华而没有开展更多的活动;1944年丁瓚曾创办中国第一个心理卫生实验室,开展许多心理卫生研究和实践工作等。

在20世纪50年代末,我国也曾有部分医学家和心理学家结合,开展对神经症为主的综合快速心理疗法的研究。此后,由于历史的原因,整个心理科学的发展处于停顿状态。

我国医学心理学的兴起和发展则是近30余年的事。

20世纪70年代末,在卫生部的督促和支持下,通过举办医学心理学师资培训班,全国许多医学院校开始逐步设置医学心理学课程,并建立教研组织。各院校还纷纷尝试编写医学心理学讲义和教材,逐渐形成了各种不同风格的教材体系。20世纪80年代中期卫生部将医学心理学纳入必修课教材。

1983开始至今,以北京大学医学部(原北京医学院和北京医科大学)为主要发起单位,每隔2年(也有隔1年或者超过2年的)举办全国医学心理学教学研讨会,每次都有几十所院校教师参加,每次都有几个学术主题。这一医学心理学教学人员自发组织的交流形式对于我国医学心理学的课程建设、早期教材的形成(参见文后拓展阅读部分),甚至是学科发展,都产生了积极的作用。

1979年成立中国心理学会医学心理学专业委员会。1985年,中国心理卫生协会成立。1990年,中华医学会行为医学分会成立。1993年,中华医学会心身医学分会成立。

20世纪80年代初主要由国内几家心理学杂志,医学与哲学,以及各基础和临床医学杂志刊登有关医学心理学论文;1987年《中国心理卫生杂志》创刊;1992年《中国行为医学科学》创刊;1993年《中国临床心理学杂志》创刊等。目前全国相应的专业刊物已有近十种。

几十年来,我国的医学心理学工作队伍或感兴趣的人员,已逐渐扩大到基础医学和内、外、妇、儿各临床学科以及老年医学和康复医学各领域。在各类学术年会以及有关刊物发表的论文中,心身医学和临床应用性论文所占的比重越来越大,反映了我国医学心理学开始向广阔的应用领域发展。同时,各地综合性医院正在建立更多的医学心理咨询门诊、心理卫生或心身病房。

早期,活跃在我国医学心理学第一线的成员,大多来自相应的各种学科,包括基础医学、公共卫生学、临床医学、心理学、精神病学、神经科学和社会科学等,这符合医学心理学作为多学科交叉的学科性质。由于医学心理学学科内容具有广泛的交叉性和参与本学科工作的人员结构的多样性,因此国内各高校的医学心理学工作也形成了多种方向和不同特色:例如有的偏重理论,有的偏重应用;有的偏重临床,有的偏重社区,有的偏重实验室;有的偏重学科和教材建设,有的偏重研究和论文撰写,有的偏重心理测验技术的引进,有的偏重临床基地的建立等。上述格局对于我国医学心理学的初期发展和壮大是有利的。

但随着近年来医学心理学有关理论、方法和技术的成熟,迫切需要进一步确立医学心理学学科地位及相应的专业和职业,以便建立起可操作的并与我国实际情况相适应的专业人才培养、发展和使用机制,改变目前在学科、专业、学位、职业等方面往往需要“挂靠”在“别人”那里的现状(这不利于学科的继续发展)。

国内部分医学院校近年来已经开始招收和培养医学心理学方向的专业本科生,这对我国未来医学心理学学科和专业及职业化的发展将产生积极的作用,但存在的上述“挂靠”问题必须在实践中予以解决。另外,国内与医学心理学相关的某些职业认证工作已经初步开展,但也面临职业的被各方面认同等问题。

总之,我国医学心理学30年发展已取得了丰硕的成果。不过,其未来仍然任重而道远(可参阅本章拓展阅读部分)。

五、课程结构和目标

医学心理学作为医学与心理学的交叉学科,其交叉内容非常丰富。本教材根据8年制医学教育的整体计划,在医学心理学的广义和狭义概念中间,有选择地组织课程构架和内容取舍。

在课程框架方面,基本沿用我们经过近30年实际检验的教材构架,将课程大致分为三部分:纵向的基础知识和基础理论部分;纵向的基本方法(技能)部分;横向的临床实际应用部分。同时结合8年制情况,增加医学心理学研究方法一章。在各章的“节”层次安排上,也适当考虑有所调整,以适应8年制教材的要求。在各章节的具体内容安排方面,较之本科教材需注意更“新一点、深一点、精一点”的原则。

(一) 纵向的基础知识和基础理论部分

作为基础心理理论,已经证明精神分析(动力)理论、行为学习理论、人本主义理论、认知理论和心理生物学理论方向,与医学的发病学、诊断学、治疗学和预防康复学领域都存在密切的相关性,是医学心理学的重要心理学理论。以往国内曾经有过的那种仅仅为了心理治疗才介绍这些理论的做法是片面和过时的。故专设第二章介绍这几种重要心理学理论,并强调各种理论在疾病发生、发展、诊断、治疗、预防全过程中的意义。这是本课程早期构建的重要特征。至于心理学的其他大量理论,如格式塔理论、家庭理论,还包括新近发展起来的理论如应激理论,则在各有关章节介绍。

在基础心理学知识方面,第三章我们沿用国内传统的认知、情感、意志和个性(“知、情、意、个性”)的划分方法。这样安排一方面有利于学生对普通心理学知识的系统学习,另一方面易于与国内心理学界保持一致。毕竟医学生的主要学习内容是生物医学课程。过多地采用国外一些书籍介绍心理现象的方法并不合适。

在基础心理健康知识方面,在第四章我们认为医学生不但需要了解正常心理发展和正常心理标准等基础知识,为了保持章节的完整性,我们将正常心理的维护和心理健康促进等基本技术也在本章予以介绍。

在心理应激的基础知识方面,在第五章我们重点以应激系统论模型来分别介绍应激各种因素的概念、种类、机制等基础知识。同时也简单介绍应激研究的一些关键历史知识。同样为了保持本章的完整性,各种应激因素的评估和实际管理等基本技术也在本章予以介绍。

(二) 纵向的基本方法(技能)部分

涉及第六章心理测验(评估)、第七章心理干预(治疗)、第八章心理晤谈。这应该是在掌握前面各章的基础知识和基础理论以后,要求进一步掌握心理晤谈、心理评估和心理干预等基本的心理学方法或技能,为后面横向的临床应用各章提供方法学基础。这几章内容的基本设置以简单、易懂、易掌握为原则,以适合临床医学专业学生。重点让医学生了解心理学技术在医学临床的使用价值。

(三) 横向的临床实际应用部分

第九章患者心理和第十章医患关系虽然涉及许多交叉性的知识和理论,如角色理论、人际理论等。但本课程更倾向于将其作为临床应用问题来看待,即如何使医生能够更好地认识和处理患者心理问题和处理与患者的关系。因此更强调医学生学习利用前面章节的许多基础知识、基本技能,来认识和处理好这些问题。

第十一章临床心身问题。这里当然是指医学临床(因为临床心理学也有“临床”)。医学临床与心理有关的各种问题非常多。医学生学习医学心理学很大程度上是为了使他们学会用心理科学知识和技术,来认识和解决临床工作中遇到的各种与心理有关的问题。故临床心身问题一章以介绍心身相关和心身疾病的基础知识和理论开始,重点要求学会利用课程前面章节中的基础理论、基本方法来认识和解决医学临床上与心理有关的问题。因涉及问题太多,本章只选择有代表性的部分心身疾病以及睡眠和疼痛等临床心身问题加以讨论。

第十二章健康心理问题。这是指健康心理学中的“问题”,也就是心理不健康的问题。从全科医

学的角度,许多与精神或心理专业更密切的临床问题即不健康心理问题也需要让临床医学专业学生有所了解,如常见心理障碍、不良行为。由于这里涉及如何判断异常心理的问题,故将变态心理学的一些基础知识放在本章前面介绍。但本章的目标还是要求医学生会利用课程前面章节中的基础理论、基本方法来判断或处理各种不健康心理问题。因涉及的问题很多,同样只选择有代表性的部分心理、行为问题加以讨论。

第十三章医学心理咨询。这是一种近年来越来越被人们熟知的医学心理学的专业性综合应用。本章要求医学生能够了解医学心理咨询的技术和流程。即使我们的医学生将来多数不从事该项工作,但在医学临床,至少要能做到及时识别和转介适合临床医学心理咨询处理的各种案例。医学心理咨询专业工作者显然需要具备本教材前面章节的各种基础知识、基础理论和基本方法,然后还需要训练和实践积累,这与做临床医师的道理是一样的。

(四) 医学心理学研究方法

方法学往往是各类学科的绪论部分介绍的内容。但考虑到8年制教材结构的特点,我们将医学心理学研究方法特别增设为最后的第十四章,希望8年制医学生在将来的临床研究工作中,能想得起来可以结合使用心理行为指标来拓展他们的医学研究设计。

第二节 医学模式转变与医学心理学

医学模式转变问题与医学心理学有着内在的联系。我们完全可以说,为了促进医学模式从生物医学向生物心理社会模式转变,所以需要开设医学心理学这门课程;或者说,医学生学习医学心理学,是适应现代医学模式从生物医学向生物心理社会医学转变的需要。

在这里需要从四方面进行讨论:生物医学模式的特点;为什么医学模式需要转变;新的医学模式又有什么特点;医学心理学在我国医学模式转变中的作用。

一、生物医学模式

所谓医学模式,是指医学的主导思想,是某一时代的各种医学思想的集中反映,包括疾病观、健康观等。一种医学模式影响着医学工作者的思维及行为方式,使之带有一定的倾向性和行为风格,从而也必然影响医学工作的结果。我们这里只讨论与医学心理学有关的近代两种主要医学模式。

现代西方医学是在自然科学冲破中世纪宗教黑暗统治以后迅速发展起来的。随着自然科学各个领域不断取得进展,医学家广泛地采用物理学、化学等学科的先进知识和技术,对人体进行步步深入的研究。生物医学科学出现诸如 Harvey 的实验生理学和 Virchow 的细胞病理学。人们对自己身体的认识水平不断提高,从整体到系统、器官,直至现在的亚细胞和分子水平。在这一时期,自然科学的认识论和方法论在医学界大行其道,医疗活动也往往反映出明显的生物科学属性,故有人将其称之为生物医学模式(biomedical model)。

生物医学的发展为人类健康带来许多历史性的变化。例如当生物病原体的本质被认识之时,控制长期危害人类健康的传染病就成为可能。20世纪初世界上大多数国家的主要死亡原因是传染病,死亡率高达580/10万;而此后的几十年里,由于抗生素的使用,大多数国家传染病死亡率逐渐下降,直至30/10万以下[不过近年来世界又开始关注诸如艾滋病、严重急性呼吸器官综合征(SARS)和甲型H1N1流感(“甲流”)等对人类的新威胁,而这些威胁同样与心理社会因素有关]。目前,随着基因工程等现代最前沿的生物科学技术的出现,医学科学研究正在向更深层次发展,人类对自身健康的生物学认识也在不断深入。并将进一步为提高人类健康水平作出贡献。甚至有人坚信,人类总有一天会解读清楚大脑的全部工作细节。这当然是值得商榷的提法,但毋庸置疑的是,生物医学模式还将继续给人类健康带来更多更新的研究成果。

不过,生物医学模式也存在某些缺陷。受心身二元论和自然科学的分析还原论的影响,生物医学

在认识论上往往倾向于将人看成是生物的人,人由细胞、组织、器官、系统构成,而有意无意地忽视人的心理和社会属性。在实际工作中,生物医学模式导致医生重视躯体因素而不重视心理和社会因素,也就是所谓的“见得到细胞,见不到人”;在科学研究中较多地着眼于躯体生物活动过程,较少注意行为和心理过程,忽视后者对健康的作用。正如 Engel GL 所指出,经典的西方医学将人体看成一架机器,疾病被看成是机器的故障,医生的工作则是对机器的维修。

二、生物心理社会医学模式

20世纪70、80年代,国内外医学界曾掀起有关生物医学模式必须转变的大讨论。一种新的生物心理社会医学模式因此被提出。

(一) 医学模式转变的动因

关于医学模式的转变问题,当时的讨论主要涉及以下一些方面:

(1) 与20世纪初比较,随着明显由生物因素引起的疾病如传染病的逐渐被控制(这是生物医学的成就),20世纪中期以后西方的死亡谱结构已发生显著改变:心脏病、恶性肿瘤、脑血管病、意外死亡等已取代传染病,相应地成为当时人类的主要死亡原因。

(2) 根据20世纪中期大量的研究报告,证明上述各类疾病直接或间接与包括吸烟、酗酒、滥用药物、过量饮食与肥胖、运动不足和对社会压力的不良反应等现代生活方式有关。这就是所谓的行为危险因子(behavioral risk factors)。同时证明心理社会因素是各种行为危险因子的直接或间接原因。

(3) 进入现代社会以后,随着生活节奏的明显加快,社会转型的变幻,使得职业更易老化,社会竞争加剧,人类的适应能力受到了严峻的挑战;对个体心理健全的保持和情绪的平衡提出了更高的要求。结果,个体遭受到的心理社会压力呈逐步增加的趋势,并且被证明是近代某些疾病包括心理疾病发病率升高的另一重要原因。

(4) 通过几十年的许多生物行为科学研究,人们对心理社会紧张刺激造成躯体疾病的中介机制有了更深入的认识,证明心-身是密切相联系的。诸如生物反馈、自我放松训练、认知行为矫正等行为技术取得了发展;其他心理学理论指导下的各种心理行为干预技术的应用也产生了实际效果。这些都从实验和临床应用角度证明,心理活动的操作和调节对维持健康具有不可忽视的作用。

(5) 随着人类物质文明的发展,人们发现自己对心身舒适的要求也在不断提高。在贫穷落后状态,人们只将诸如出血、发热、腹泻等生物症状,以及严重的精神错乱或昏迷等看成是健康问题,认为需要医疗的帮助。随着社会、经济的发展和水平的提高,却发现人们对健康的认识和要求也发生了变化,此时人们迫切需要医生在解决其身体疾病造成的直接痛苦的同时,还需要帮助他们减轻精神上的痛苦。就是说,人们追求生活质量的提高,其中也包括要求心理上的舒适和健全,这样就给医学提出了新的研究课题和工作任务。

上述种种,使人们逐步认识到以往的生物医学模式已不足以阐明人类健康和疾病的全部本质;疾病的治疗也不能单凭药物或手术;人们对于健康的要求已不再停留在身体上无病的水平,更追求心身的舒适和协调。因此,医学模式的转变已是不可避免。

1977年,Engel GL 发表了 *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. [Science, 1977, 196(4286): 129-136] 一文,对生物心理社会医学模式的特点作了全面的分析和说明。与传统的生物医学模式不同,生物心理社会医学模式(biopsychosocial model)是一种系统论和整体观的医学模式,它要求医学把人看成是一个多层次的、完整的连续体,在健康和疾病问题上,要同时考虑生物的、心理和行为的,以及社会的各种因素的综合作用(图1-1)。

值得指出的是,以上国外几十年前导致医学模式讨论的各种动因,也是今天我国现状的真实写照。

(二) 新医学模式对健康与疾病的认识

生物心理社会医学模式对健康和疾病的特征性的认识论和方法论包含:

(1) 人或患者是一个完整的系统,通过神经系统保持全身各系统、器官、组织、细胞活动的统一

(图1-1下部)。因而任何在健康和疾病上只重视被分解了的各个器官或系统,忽视作为一个整体的人或患者,或者只将各个器官、系统割裂开来看待,忽视它们之间的整体联系,都被看成是医学指导思想上的失误。

(2)人同时有生理活动和心理活动,心、身是互相联系的(图1-1中间部)。心理行为活动通过心身中介机制影响生理功能的完整,同样生理活动也影响个体的心理功能,因此在研究健康和疾病问题时,应同时注意心身两方面因素的影响。

(3)人与环境是密切联系的,人不仅是自然的人,而且也是社会的人(图1-1中上部)。社会和环境因素,例如成长的文化背景、职业、家庭、人际关系,以及自然环境因素例如气候、污染、瘟疫,都对人的心身健康产生影响。

(4)心理因素在人类调节和适应的功能活动中有一定的能动作用(图1-1全图)。人作为一个整体要对包括社会环境、自然环境和个体的内环境随时做出适应性调整,以保持健康水平(也就是坎农的稳态学说,见第五章)。但在这种适应性调整过程中,人不能总是被动的,而是可以通过认识和行为操作做出一些主动的适应性努力。例如人对社会环境因素包括人际冲突等的认识和评价,可以改变这些因素对个体影响的性质和程度;又如,人通过调整自己的行为方式包括回避、改造自然环境而改变自然因素对自身的影响;再如,人也可以通过包括松弛训练、行为矫正等而改变体内的心理生理过程。

上述四个方面关于健康和疾病的整体观和系统论认识,也是我们正在学习的医学心理学关于健康和疾病的最基本的认识观。医学心理学虽然也研究和学习心理学或医学中的细节问题,如情绪的分类、心肌细胞膜离子通道与室颤阈;但更重视心-身整体观和生物心理社会多因素系统论,如对环境、情绪、神经、内分泌、心肌细胞膜离子通道、室颤阈、室颤之间的关系作整体认识。在本教材第五章,我们将会了解整体观和系统论对于认识“应激”(压力)的重要性。

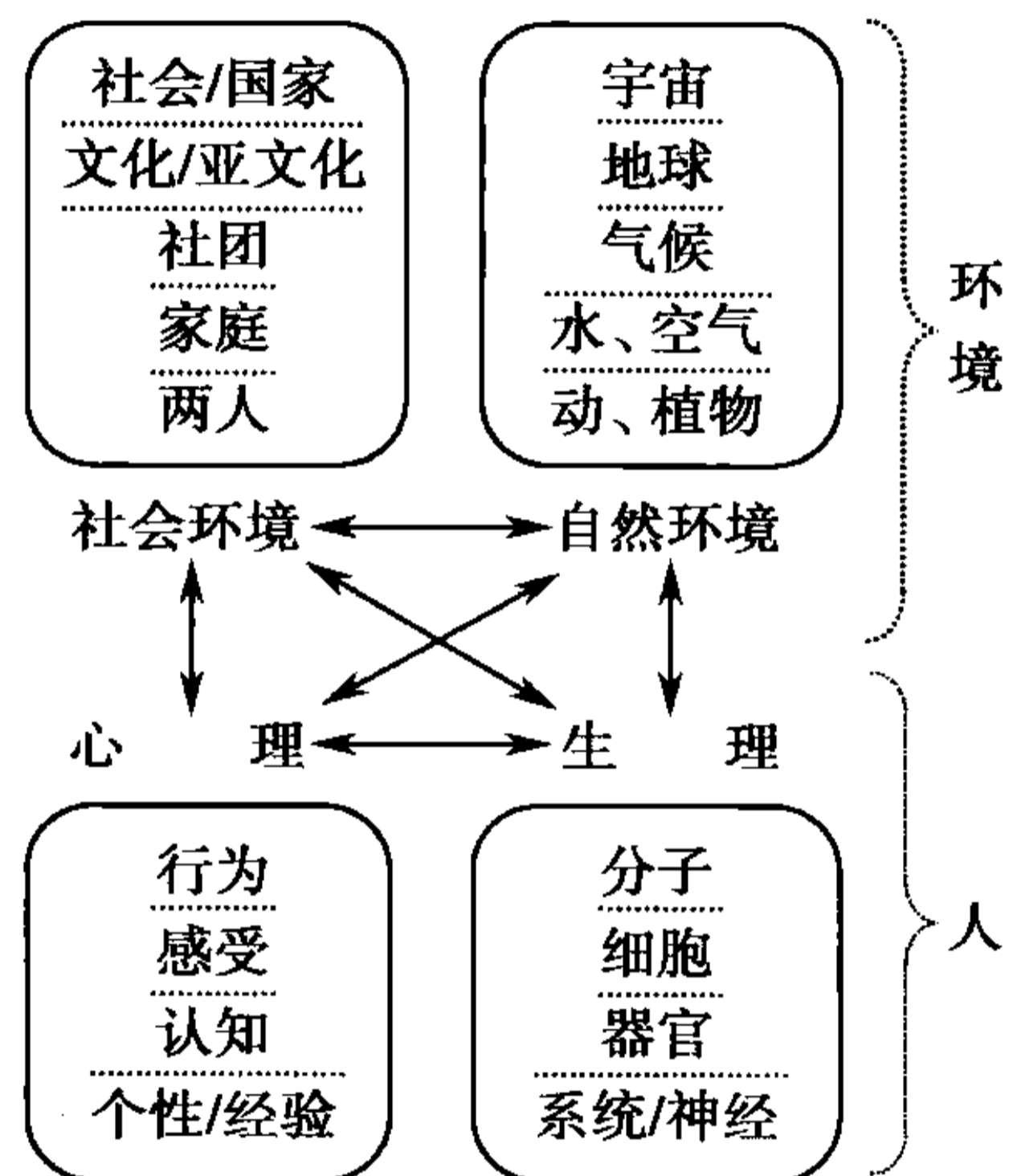


图1-1 对“人”的整体观和系统论认识

三、我国医学模式的转变

19世纪末,西医作为一门现代科学传入我国。在相当长的历史时期,生物医学模式在我国医学界也逐渐占据了支配地位。

有意思的是,30年前当我们开设医学心理学,并收集资料开始编写教材时,我国其实还未完全达到如上文所叙述的西方发达国家那样在医学模式方面的各种社会问题。几十年过去了,当今我国的情况倒是很类似50年前的西方发达国家。例如,目前国人的死亡原因与当年发达国家一样也已逐渐并最终发生了根本性变化,与心理社会因素密切相关的一类疾病即心身疾病的死亡率已跃居首位;当前我国广大人民对医疗的需要也已开始向高层次发展等。应该说,早在30年前卫生部设置医学心理学课程开始,就使早期的医学心理学教师们积极地且义无反顾地试图通过医学心理学课程以及在课程中引入医学模式的讨论,为的就是提前促进我国医学模式的转变,防止以后重蹈西方覆辙。

从20世纪80年代初国内开始全面设置医学心理学课程时开始,我们就希望医学生和广大医务工作者逐步吸收医学心理学以及其他相应学科的知识,并将其融合到自己的知识框架之中和应用于日常工作,希望我国的总体医疗服务水平能向心身方向不断提高。希望随着我国医学模式的转变,各种心理行为技术会在我国临床上得到更广泛的应用,综合医院中长期缺乏心理行为科学人才的局面会被改变,医学科学研究范围能大大拓宽,我国的医学管理模式也会随新的医学模式的确立而发生转变(例如确认心理行为工作者在医学中的地位等),甚至希望为促进国人心身健康而独立设置的医学心理学专

业服务职业也将会出现。但30年的发展证明,由于医疗卫生的体制及生物医学技术的飞速发展,试图单纯通过医学心理学的教学来推动医学模式转变,虽然有些积极的作用,但现实效果并不是很理想。

从近些年来看,国内医学整体上仍以生物医学占据主导地位,甚至可以说,某些方面比之前更突出,如当前存在的在历史上都可称之为最严重的医患关系紧张问题就是例证。纵观几十年医学心理学教学过程也可以发现,医学界(不论学生、教师、医生、护士、防疫人员)在接受“医学心理学”时,凡是与生物学指标有关的东西,如记忆的生理学基础、应激的内分泌指标变化,很容易被理解和接受,但最终还是被还原为“生理”;凡是与心理、社会现象有关的东西,如心理因素对内分泌的影响等,则听起来似曾相识,但事后和实行起来则要么被忽略,要么走了样或被曲解。例如,一位医学毕业生在接触本课程两个星期后,即宣称,教材中的东西她都“知道”了,也很“简单”。在她看来,医学课程中有关人体杂乱的形态标志和纷繁的生物功能活动,那才是真正的学问。对她来说,以下说法难以理解,即只要不是“常识心理学”的内容,教材中的每一句话都有可能需要经过心理学实验或理论的历史验证。

其实目前医学界的多数人何尝不是如此。反思笔者从教医学心理学近30年,开始时与部分医学出身的教师一样,兴奋于心理生理机制方面的进展,热衷于心理生物学基础的课堂介绍,现在来看这不但没有推动医学模式的改变,反而一定程度上更巩固了生物医学观念——学生会以为,只有生物学研究才能说明心理现象。从这里既说明生物医学模式在我国医学界的坚固性和隐蔽性,也反映以前的教材内容和教学方式上的问题。也因此,后来笔者在编写教材时注意不再迎合生物医学“口味”组织课程内容,而是考虑更多地介绍心理行为现象方面的“三基”知识和技术。例如在第五章强调各种心理社会因素之间的系统关系,不过分深挖分子生物学机制。

总之,由于社会经济发展水平和特定历史文化背景,决定了我国医学模式的转变还需要经历更长时间,要走更曲折的道路。医学模式的转变涉及整个医学体系和全体医学工作者包括各级领导的共同努力,医学心理学课程的全面开设仅仅是为实现这一目标所采用的一种手段,此外还需要国家和社会层面的各种综合对策。

第三节 医学心理学的相关学科

在国外,涉及健康与疾病关系中的心理行为因素的学科有许多。这些学科是在不同的历史时期,由于研究者的出发点、理论依据、应用的侧重面,甚至地域或文化背景等方面的不同而相继出现的。在这些学科名称中,有的可算作医学心理学的分支学科,有的与医学心理学是交叉学科,有的则几乎与医学心理学是同义语,是相似学科。另外,某一学科名称在不同历史阶段还可能有不同的含义;即使同一学科,在目前不同学者心目中或在不同辞书著作中的定义也可能不尽相同。

在我国医学心理学30年的发展过程中,早期曾经有一段时间将上述各种国外发展起来的与医学有联系的学科,大部分都看成是医学心理学的分支学科,如神经心理学、临床心理学、护理心理学等。后来发现这样的认识不但使医学心理学学科范围太过庞大,而且也不利于学科或课程体系的构建。故后来以姜乾金等为代表的作者坚持在教材中将医学心理学看成是重新构建起来的适合我国医学教育实际的新兴交叉学科。也就是说,医学心理学是我国学者根据国内一定历史时期的需要,特别是我国医学规划性教育体系的要求,综合吸收国外有关学科中的各部分精华内容而构建起来的新型交叉学科或课程。医学心理学与国外的一些学科有联系,但又不完全相等。为了使我们对医学心理学与有关学科之间的关系有大概的了解,下面分别按各种学科与医学心理学的基础、临床和综合联系程度,分几类作简要介绍。

一、基础类相关学科

(一) 神经心理学

神经心理学(neuropsychology)主要研究大脑与心理活动的具体关系,如各种心理活动的脑机

制问题。神经心理学又可分为实验神经心理学和临床神经心理学,后者与医学临床神经科关系密切。神经心理学的发展为医学心理学提供了许多基础理论知识,可将其看做医学心理学的基础分支学科。

(二) 生理心理学

生理心理学(physiological psychology)研究心理现象的生理机制,主要内容包括神经系统的结构和心理功能,内分泌系统的作用,本能、动机、情绪、睡眠、学习和记忆等心理和行为活动的生理机制等。英国 Thompson RF 提出生理心理学是理解行为和经验的生物学规律的科学,也可以称为心理生物学(psychobiology)。由于心理的脑机制也是一种生理机制,因而在一些神经心理学和生理心理学专著里,内容上有不少重叠。生理心理学的部分知识构成医学心理学的基础知识,存在内容上的部分交叉,但是它基本上还是独立于医学心理学的一门心理学分支学科。

(三) 心理生理学

心理生理学(psychological physiology)主要研究心理或行为与生理变化的关系。严格来说,心理生理学研究的刺激变量是心理和行为活动,因变量是生理或生物学变化过程,因而不同于神经心理学和生理心理学。例如研究心理刺激条件下人体生理功能的改变过程,研究“放松”训练或生物反馈对生理功能的影响等,都属于心理生理学。心理生理学研究成果为医学心理学的心身中介机制提供了许多基础知识,是医学心理学的重要基础分支学科之一。但是 Coles MGH 等1986年的著作《心理生理学》所包含的内容则大大超过上述范围,甚至包括神经心理学和生理心理学大部分内容,因而就不能认为其是医学心理学的一个分支,而是相互交叉的两门学科。

(四) 变态心理学

变态心理学(abnormal psychology)或称病理心理学(pathological psychology)研究行为的不正常偏离,揭示异常心理现象的种类、原因、规律及机制。变态心理学与精神病学关系密切,其主要区别是后者属临床医学的分支,服务对象是各种具体患者,主要工作是对其进行诊断、治疗和护理。变态心理学的研究成果是医学心理学某些理论和证据的重要来源,因此一般认为其是医学心理学的基础分支学科。但是从一些变态心理学专著内容来看,其范围几乎遍及或超出医学心理学的许多领域,例如应激。因此,变态心理学与医学心理学可以看成是交叉的两门学科。

二、临床类相关学科

(一) 临床心理学

临床心理学(clinical psychology)主要研究和直接解决临床问题(注意!这里不仅指医学临床,心理学也有临床),包括心理评估、心理诊断和心理治疗,以及咨询、会谈等具体工作。1984年美国临床心理学家 Saccuzzo DP 和 Kaplan RM 对临床心理学下的定义是:它侧重研究人类和人类问题,目的在于调整 and 解决人类的心理问题,改变和改善他们的行为方式,以及最大限度地发挥人的潜能。他们还将行为医学也归于临床心理学的一个新领域。临床心理学在美国是最大的心理学分支,从事这项工作的人很多,又称临床心理学家(clinical psychologists)或心理治疗师,其工作遍布学校、医院、机关、商业、法律、政府、军事等部门。

由于临床心理学涉及心理学知识和技术在防、治疾病中的应用问题,一般将其看做医学心理学最大的临床分支学科。但从某些专著来看,两者在内容上接近,因而可看做相似学科。

(二) 咨询心理学

咨询心理学(counseling psychology)对正常人处理婚姻、家庭、教育、职业及生活习惯等方面的心理学问题进行帮助,也对心身疾病、神经症和恢复期精神病患者及其亲属就疾病的诊断、护理、康复问题进行指导。临床心理学和咨询心理学的工作有许多共同之处,主要区别是后者更倾向于解决个人的烦恼和职业咨询。咨询心理学与医学心理学有很大的重叠和交叉,可将其看做医学心理学的应用分支学科或者交叉学科。

（三）护理心理学

护理心理学(nursing psychology)研究护理工作中心理学问题。在医学心理学发展的早期,往往将护理心理学归在医学心理学课程之中,认为是医学心理学在护理工作中的分支。后来,一些单独编写的护理心理学教材纷纷出版,其内容包括了大部分医学心理学的基础理论和基本方法。这时候,护理心理学与医学心理学就成为重叠的两门课程。

（四）精神病学

精神病学虽然在轻精神疾病如神经症及精神病康复期的工作中与医学心理学有某些重叠或交叉,但与医学心理学的工作侧重点不同(已在本章第一节有关交叉学科讨论部分加以阐述),故两者之间虽有一定重叠但基本上是互相独立的学科。

三、预防与康复类相关学科

（一）心理卫生和健康心理学

心理卫生(mental hygiene)或心理健康(mental health)这一术语,一是指一种心理健康状态,个体处于这种状态时不仅自我感觉良好,而且与社会的关系和谐;二是指维持心理健康的原则和措施。心理卫生运动的深入开展,需要有许多学科和社会职能部门的通力协作和配合。健康心理学(health psychology)是美国新建立的一门心理学分支学科,它使用心理学的专业知识增进心身健康和预防各种疾病。

由于心理卫生和健康心理学都涉及良好心理状态的保持和心理疾病的预防等问题,因而是医学心理学在预防医学中的分支,是大公共卫生的重要组成部分。但在一些心理卫生或健康心理学专著中,同样存在扩展内容范围的趋势,其中包括治疗、康复和预防等方面的行为问题,以及许多心身疾病、行为医学和心理生理学等学科的内容,这给人的印象是其与医学心理学属于相似学科。

（二）康复心理学和缺陷心理学

康复心理学(rehabilitation psychology)研究解决伤残、慢性病患者和老年人存在的心理行为问题,促使他们适应工作、适应生活和适应社会,从而尽可能降低其残疾程度。缺陷心理学(defect psychology)研究心理或生理缺陷者的心理学问题,例如通过指导和训练,使伤残者在心理和生理功能方面得到部分补偿,因而其与康复心理学关系密切。显然,上述这两门近似的学科可看做医学心理学在康复医学中的分支。

四、综合类相关学科

（一）心身医学

不少行为医学家将心身医学归属于以精神分析理论为起点,发病学上强调潜意识早期经验,治疗上强调过去历史的早期心身医学的范畴(Keefe FJ, 1982)。但实际上,心身医学(psychosomatic medicine)被广泛认为就是心理生理医学(psychophysiological medicine),它研究心身疾病的发生、发病机制、诊断、治疗和预防,研究生理、心理和社会因素相互作用对人类健康和疾病的影响。不论上述何种情况,都可将心身医学看做医学心理学的综合性分支。另外一种情况是,某些心身医学专著扩大其范围,内容几乎涉及目前整个医学心理学各领域。这样,心身医学与医学心理学就几乎成为相似学科了。

（二）行为医学

行为医学(behavioral medicine)是综合行为科学和生物医学知识的交叉学科,研究有关健康和疾病的行为科学和生物医学的知识和技术,并将这些知识和技术应用于疾病的预防、诊断、治疗和康复。根据广义的行为概念,行为医学研究内容显然近似于或甚至超过医学心理学的范围,故两者几乎是相似学科。但实际上,国外一些行为医学专著往往将重点放在相对狭义的范围,主要是行为治疗方法应用于医学临床以及对常见的不良行为如烟瘾、酒瘾、多食肥胖或A型行为的研究。如果从这一角度,行为医学可归于医学心理学的一个分支。

综合上述对有关学科的简单分析,我们可以看出,如果从相对狭义的角度,许多学科确实是医学心理学的分支学科。但是如果从广义的,或者从某些专著中所实际反映出来的内容范围来看,则情况有很大的不同。其中一部分学科与医学心理学仅在内容上有交叉和重叠,是医学心理学的交叉学科,例如心理生理学、变态心理学、咨询心理学等;一部分学科则与医学心理学几乎有相同的内容,成为相似学科,例如心身医学、临床心理学、行为医学、健康心理学(或心理卫生学)等。也有部分学科虽然与医学心理学有某些联系,但基本上属于独立的学科,如生理心理学和精神病学(表1-1)。

为了避免在今后学习中产生理解上的混乱,在本教材后面章节内容中,将尽量减少罗列各种学科名称。

表1-1 各有关学科与医学心理学之间的关系

学科名称	早期理论、方法	主要交叉点	狭义关系	广义关系
神经心理学	心理生物学方向	基础	分支学科	交叉学科
生理心理学	心理生物学方向	基础	交叉学科	独立学科
心理生理学	心理生物学方向	基础	分支学科	交叉学科
变态心理学	精神分析及综合	基础	分支学科	交叉学科
临床心理学	综合	临床	分支学科	相似学科
咨询心理学	综合	临床	分支学科	交叉学科
护理心理学	综合	临床	分支学科	独立学科
精神病学	生物学方向	临床	交叉学科	独立学科
心理卫生	综合	预防、康复	分支学科	相似学科
健康心理学	综合	预防、康复	分支学科	相似学科
康复心理学	综合	预防、康复	分支学科	交叉学科
缺陷心理学	综合	预防、康复	分支学科	交叉学科
心身医学	精神分析理论	综合	分支学科	相似学科
行为医学	行为理论	综合	分支学科	相似学科

拓展阅读 我国医学心理学课程的早期发展和今后展望

一、我国医学心理学早期教材形成和精品课程建设概况

由于时间久远,有关我国早期医学心理学教材建设情况已淡出人们的记忆,以至引发当前某些认识上的混乱。以下以实录方式简述国内早期教材发展及演变情况。

1980年前后,我国医学教育中尚无医学心理学课程,也没有合适的国内外教材,但已有编写教材的早期“素材”。其中重要的有1982年北京的医学心理学师资班讲课资料,演讲者李心天、张伯源、段淑贞、陈仲庚、邵郊、林传鼎、陈学诗、许淑莲、王效道、阮芳赋、荆其诚等;1979年医学心理学专业委员会的医学心理学论文集(一);1982年厦门的全国医学心理学学术年会资料。另外,1983年黄山、1984年雁荡山、1986年吉林等前几届医学心理学教学会,1982年厦门、1983年扬州、1985年肇庆学术会议,也为早期教材的编写增加了素材并提供了交流平台。

1981~1983年,国内不少院校尝试自编教材(表1-2)。这些早期讲义在构架和内容上差别较大,字数较少,系统性不够或类似文集,不过多数已吸收上述早期“素材”中的心身医学、心理测验、心理治疗、心理卫生与咨询、变态心理学、医患关系等目录。其中1982年浙江医科大学(现浙江大学医学部)姜乾金编写的讲义是后来该校精品课程建设的早期雏形,在构架上首次尝试将上述“素材”以疾病发生发展、诊断、治疗、预防康复过程为线索分章加以整合。

1984~1986年,国内出现多校合编教材,参见表1-2。因力量增强和相互交流,此时的教材字数增多,系统性增强,除北京医学院等六校合编教材由出版社正式出版外,多数为内部出版物。期间,由浙江医科大学等五校合编的教材(全书PDF见配套光盘)在1986年吉林第三次全国教学会上交流。该教材主体上延续1982年讲义的编写理念,章节构架已经接近目前该校的国家级精品课程。其中首次设置有理论、应激和实验等完整的篇章,教材中的实验内容也在本次教学会上首次报告,是后来精品课程实践教学部分的起点(该校实践教学的CAI课件部分则在1996年湖北十堰和1997年哈尔滨教学会议上首先交流,并在2000年卫生部重点医学视听教材项目资助下于2001年出版)。

1986年后,国内大量正式出版各种教材(可搜索中国图书馆网)。诸如上述北京医学院等六校版本被几位主编多次再版;上海第一医学院(现复旦大学上海医学院)版本也一再再版。期间,由姜乾金主编的1988年浙江大学出版社版和1993年北京科技出版社版(1995年修订),基础框架均基于上述1986年五校合编教材,内容上不断充实、修订、提高,1997年获“国家教委高等教育教材建设研究计划”项目支持后,于1998年转由人民卫生出版社出版,最后成为近十年国内多种规划教材的主体框架。

2005年底,由姜乾金主持的系列教材与实验、CAI等实践教学成果一起,被列入“国家级精品课程”目录。先后参与该系列教材编写的国内外专家有:陈达光、过慧敏、陈演江、张国粹、刘小青(1986);陈佩璋、黄怀均、梁宝勇、王友平、邓明显、何金彩、张晓琴、黄汉津、孙世维、王慧、吴博亚、徐云、黄丽、李永宁、单怀海、胡福山、潘尚玉(1988);吴均林、林大熙、黎学涛、唐峥华、邹农基、赵盛伏、王兵、岳文杰、陈建慧(1993);俞子彬、周建南、徐斌(1998)等。可见,该精品课程的教材框架初构于1982年讲义和1986年五校合编教材,成型于1988年浙江大学出版社版和1993年北京科学技术出版社版,稳定于1998年人民卫生出版社版,是国内十几所院校教师共同努力的结果(可浏览配套光盘)。

表1-2 国内早期交流的医学心理学教材情况

标注作者*	教材名称	出版	时间 [†] (年)	万字	执笔作者
上海第二医学院	医学心理学基础	上海第二医学院内部版	1981	9	严和骏等
苏州医学院	医学心理学	苏州医学院刻印	1981	5	徐斌
陈仲庚	医学心理学浅谈	人民卫生出版社	1982	9	
北京医学院	医学心理学	北京医学院内部版	1982	12	王效道等
浙江医科大学	医学心理学讲义	浙江医科大学打印	1982	10	姜乾金
上海第一医学院	医学心理学	上海第一医学院内部版	1982	9	徐俊冕等
严和骏主编	医学心理学概论	上海科学技术出版社	1983	19	
中国医科大学	医学心理学基础	中国医科大学内部版	1983	24	李鸣皋等
汕头医学专科学校	医学心理学讲义	汕头医学专科学校刻印	1983	7	
北京医学院等六校	医学心理学	江苏科学技术出版社	1984	26	王效道等6人
四川医学院	医学心理学讲义	四川医学院刻印	1984	7	杜荣玉等
J. 韦曼	医用心理学大纲	苏州医学院内部版	1985	23	徐斌等译
白求恩医科大学	医学心理学概论	白求恩医科大学内部版	1985	20	梁宝勇等3人
浙江医科大学等五校	医学心理学	浙江医科大学内部版	1986	35	姜乾金等5人

* 因历史原因当时流行作者不署名;† 1986年后大量正式出版教材可搜索“中国图书馆网”

二、我国医学心理学课程和学科的前景如何

我们可以从国内30年课程发展的过程看到,医学心理学是我国特定历史时期医学规划教育体制下本土化且具有创新性的交叉课程。它完全为我国医学教育之需而诞生,只要我国医学教育规划制度没有改变,作为课程的医学心理学显然会继续存在下去。也就是说今后仍然需要医学心理学教师。

近年来许多感兴趣的青年学生往往询问,能否在诞生医学心理学课程以后同时也诞生医学心理

学学科,甚至像临床医学那样形成医学心理学专业或职业?几十年前包括作者在内的一些人确有过这样的憧憬,但从目前的情形来看,情况没有那么乐观。这同样是由我国特定的学科管理、专业管理、职业管理方面的体制所决定的。在我国,一个新学科或相应新职业的诞生往往需要具备以下条件:学科理论和方法的成熟;有市场需要;在国家的原有学科、学位和职业等相关管理分类上有其位置;或者国外也有同名的学科和职业从而引起政府层面重视达到“与国际接轨”。医学心理学尚不具备上述后几个条件。

因此,从当前的情况来看,作为学科的医学心理学可能存在两种发展前景。其一,随着理论、方法与技术的进一步成熟和本土化,社会需求的提升(社会发展必然带来更多心身问题),专业人员的增多,学科之间关系的理顺,确立了医学心理学学科地位,并将逐渐形成我国特有的新专业或新职业,如医学心理学家(medical psychologist),类比国外的“clinical psychologist”。其二,随着理论、方法和技术的逐渐成熟和普及,原来很少被人关注的地方逐渐成了热门领域,国家有关部门也给予了关注(如科技部2007年末拟投5000万为“心理疾病防治”立项),老百姓也认同了(现今人们“看心理医生”已不是什么大惊小怪的事),此时可以唤醒其他有关学科方面对该交叉领域的关注。从而使医学心理学可能最终被国内某些原有的成熟学科所同化,如精神病学、心理学等;或者被国外引进的其他各种学科所分化和替代,如临床心理学、心理咨询学、健康心理学等。从后一种情况来看,作为独立学科的医学心理学已经完成历史使命,完全融合到我国已经逐渐热门起来的领域之中。

因此,作为关心医学心理学学科的年轻学生,今后更应该关注、关心和投入到这个“领域”,即心理学与医学的交叉领域,它的前景会很好;而不要过分关注医学心理学这个“学科”。

(姜乾金)

第二章 主要理论

● 本章提要

当代心理学主要包括五大观点：精神分析理论强调意识和潜意识动机的驱动力，强调早期经验的重要性；行为主义理论强调行为是后天学习的结果；人本主义理论强调个体内在自我成长的力量；认知理论关注影响行为反应的内部心理机制；心理生物学理论着重探讨行为的脑机制。这五大理论与医学的发病学、诊断学、治疗学和预防康复学领域都存在密切的相关性。

作为本课程的基础理论部分，本章介绍五大理论的主要内容及其与医学心理学的关系。至于与医学有关的心理学其他大量理论，如情绪理论、气质理论、终生发展理论、应激理论、角色理论、人际关系理论等，则在各有关章节介绍。

第一节 精神分析理论

一、经典精神分析理论

谈到精神分析，不能不提到西格蒙德·弗洛伊德（Freud S）。有人将弗洛伊德所创立的精神分析看做20世纪的重大科学成就之一，他也同时开创了系统的心理治疗方法。

弗洛伊德于1856年5月6日出生于捷克斯洛伐克的甫莱波。4岁随全家移居维也纳。父亲是一个不得志的羊毛商，也是一个极为专横的人。父亲的第二个妻子生了弗洛伊德，那时他的父亲40岁，母亲20岁。母亲共生了6个孩子，弗洛伊德是长子。

弗洛伊德幼年学习成绩一直很优秀，以第一名的成绩中学毕业。他17岁时就进入维也纳医学院，25岁大学毕业。弗洛伊德曾希望成为一名解剖学教授，并在这方面发表过受到高度评价的论文。后来由于生活拮据，1881年开始私人开业，成了一名神经科医生。1880年，他与 Breuer J（1842—1952）合作，致力于对癔症的研究。1885年，弗洛伊德师从于法国著名精神病学家 Charcot J，学习使用催眠术治疗癔症，持续了6个月时间。1895年，他发表了“癔症研究”一文，提出“癔症”形成的病理机制是由于患者受到性的压抑（repression），并将这种受到压抑的能量转化成为了病症。同时他也提出可能存在一个“潜意识”领域的假说。后来他在临床实践中又发现患者的梦可能是获得“潜意识”材料的重要来源。他于1897年开始进行自我分析，并连续两年分析自己的梦。1900年《梦的解析》出版，成为划时代的著作，并奠定了精神分析的理论基础。之后他又创立了自由联想的治疗方法，在临床中开创了用“谈话”进行治疗的手段。1923年，弗洛伊德患了口腔癌，他经历过33次手术，非常痛苦，但一直工作到生命的最后一刻，1939年在伦敦逝世，终年87岁。

弗洛伊德的理论学说主要包括以下几个方面。

（一）驱力理论

弗洛伊德认为，人的行为的基本动力都源于生物本能，或性的驱力，他称之为力比多（libido）。

力比多提供了心理活动的能量,是推动个体生存和发展的内在动力。后来,他在目睹了战争给人类带来的毁灭,及遭受了自身的病痛后,又将力比多分为生本能(eros)与死亡本能(thanatos)。他认为“所有生命的目标都是死亡”,并且两种本能本质上是同一个事物的两个方面。

(二) 潜意识理论

所谓潜意识(unconsciousness)是指人们对自己一些行为的真正原因和动机不能意识到。也有人将这一概念称为无意识,指人们在清醒的意识下面还有一个潜在的心理活动在进行着,不为人们所意识到,却“暗暗地”在影响着人的外部行为。也可理解为人们对自己内在心理动力(动机、欲望和压抑等)的无意识。为了更好地说明无意识理论,弗洛伊德又将意识结构作了划分,分为三个层面:①意识(consciousness):处于表层,人们在清醒状态下能够觉察到的各种有目的的心理活动;②前意识(pre-consciousness):在意识下面,平时并不为人所知,但集中注意或加以提醒可进入意识;③潜意识(unconsciousness):处在深层,被压抑着,很难觉察到。但通过分析可被揭示出来。主要是那些与性和攻击性有关的内容,当被觉察到时会引起难堪和焦虑,所以常常被意识所排斥,但也常常在不经意中流露出来,如日常生活中的口误、笔误、做梦等。通过精神分析的自由联想、梦的分析,或催眠等能够被发现和证实。

(三) 人格结构学说

1923年弗洛伊德提出了人格结构学说,即一个人的心理由“本我”、“自我”及“超我”三个部分组成,并共同表现出其人格特征。

(1)本我(id):本我又称原我,是与生俱来的,具有生物的基本属性。本我充满原始的活力和本能,遵循趋利避害原则,或“快乐原则”,即追求个体的舒适、逃避痛苦并维持生存及繁殖。初生的婴儿只有本我,并具有初级的思维过程(primary thinking process)。本我是人格中的原始成分,不易把握,但又是人格活动的“能量库”。它像“火山下的岩浆”,需要寻求本能欲望的释放和满足,但常常只能在无意识中表现。

(2)自我(ego):自我在人格结构中代表理性和审慎,是自己可意识到的执行思考、感觉、判断或记忆的部分。自我是在儿童能够区分自身和外界时出现的,其功能为对外适应环境的要求,满足自身的需要;对内调节本我驱力及作适当宣泄,起着“泄洪闸”一样的延迟作用。自我的控制与调节的能力与防御机制有关,代表着心理成熟水平。自我的活动区域主要在意识范围,但也有部分是无意识的(防御机制)。自我的活动遵循“现实原则”,并具有次级思维过程(secondary thinking process),即成人的思考方式,是后天发展起来的。自我夹在“本我”与“超我”之间,既要满足“本我”的需要与要求,又要接受“超我”的指示与监督,起着重要的协调作用。但有时不免又要受“夹板气”,左右为难,出现心理冲突。自我的另一个重要功能是现实检验能力,区分自我与非我的界线,即区别外部客观的现实与内部主观的愿望或想象的能力。

(3)超我(superego):超我是理想的“自我”,代表一个人的良知、良心,是心灵的道德知觉和人们的理想抱负。超我是人格中的监控机构,遵循“道德原则”,是道德的坚定维护者。超我提出种种要求,不断监督和批评“自我”;它代表了社会文化的价值观念和道德准则,来约束个人的行为表现。超我是从儿童早期的奖赏和惩罚的内化模式中而来的。是在“社会化”的过程中逐渐发展起来的。

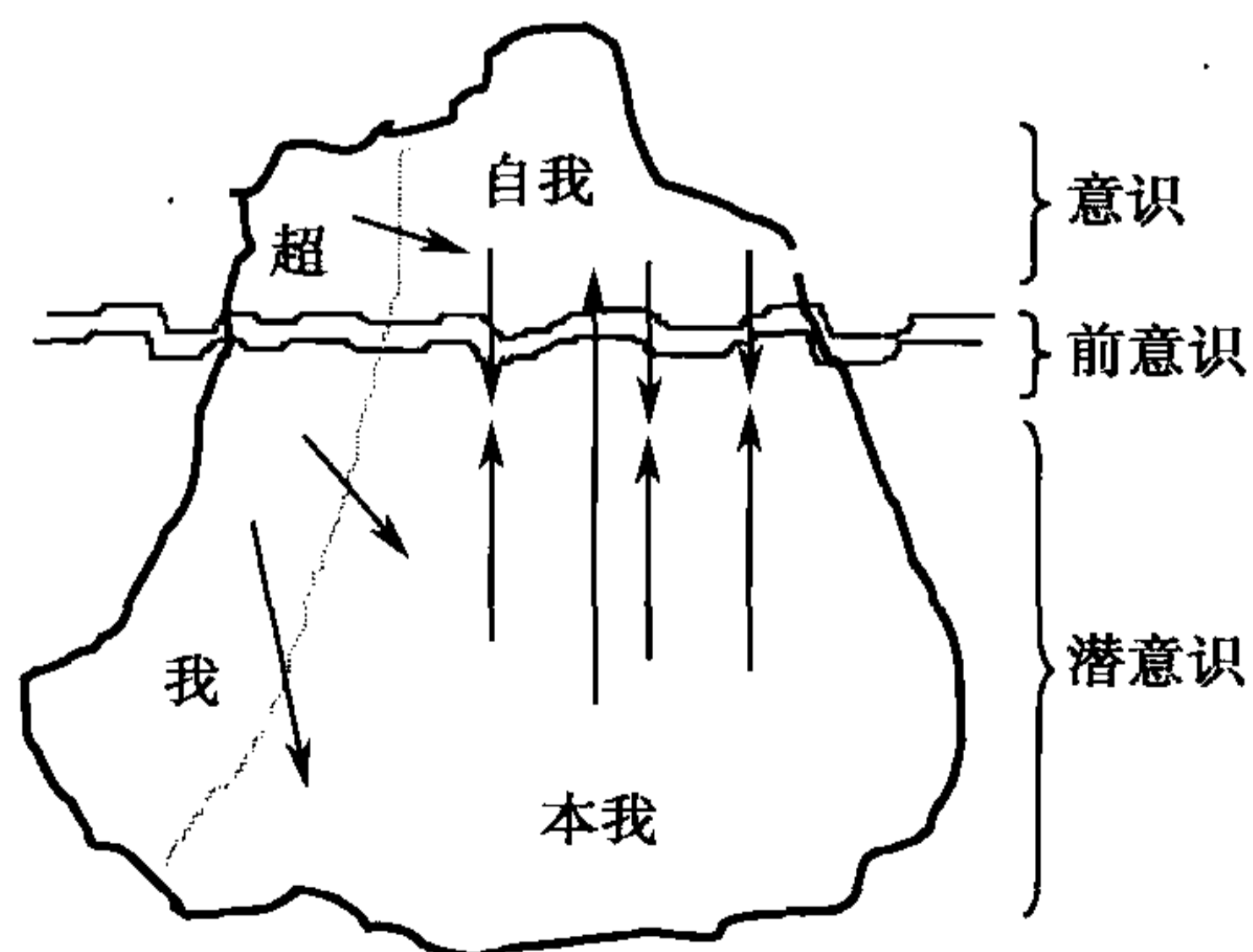


图2-1 心理动力理论简单示意

人格结构中这三个部分,以不同角色相互协调而发生作用,同时也可发生相互矛盾和冲突。即使这种人格结构的划分尚缺乏严格的科学依据,但在临床实践中却有重要的价值,不但可以解释现实生活中的各种心理现象,而且可以解释某些神经症、精神疾病的机制,并用于精神分析治疗(图2-1)。

(四) 性心理发展阶段学说

弗洛伊德认为个体性心理的发展主要是“力比多”(性力)的投注和转移,需要经历以下几个阶段:

(1)口欲期:在1岁以内,此时“力比多”投注到口腔,婴儿通过吸吮、哭喊等方式获取营养及口腔满足。这种方式使婴儿依赖于母亲,加强了母婴关系,或称为共生(symbioses)状态,从而获得了安全感,也是人格发展中信任及自信的重要源泉。如果这种依赖关系没有很好形成(在口欲期没有很好得到满足),婴儿就缺少安全感,会出现如咬拇指、恐惧、自卑、自恋(narcissism)等行为方式。在这一时期如给予过度满足,“力比多”则“固着”(fixation)在这一阶段,不易继续发展,表现出过度依赖、嫉妒等人格特征。

(2)肛欲期:在2~4岁左右,“力比多”的投注转移到排泄区域。幼儿在排泄过程中获得快感。弗洛伊德认为此时的心理发展与形成自主控制和攻击性(施虐)有关,同时也逐步建立起与父母的关系。如这一时期没有很好得到满足,或心理的发展受挫(与父母的关系不良),则“力比多”也会“固着”在这一阶段,表现出所谓的“肛门性格”。行为上会出现过分守秩序,爱清洁,过分认真,吝啬,节俭,固执,不灵活,报复性强等特征。也是日后产生“强迫症”的重要心理基础。

(3)性蕾(俄狄浦斯)期:又称生殖器崇拜期,一般在4~6岁。此时“力比多”又转移到生殖区域,因为儿童的第二性征尚未发育,故称为“性蕾”。此时的儿童开始关注自身的性器官,并开始爱恋异性父母。“俄狄浦斯”的名称来源于希腊神话,是说一位王子(俄狄浦斯)长大后杀父娶母的悲剧故事。弗洛伊德借此神话传说试图说明每个儿童都有爱恋异性父(母),憎恶同性母(父)的心理倾向,他称之为“俄狄浦斯情结”(Oedipus complex),或“恋母情结”。这种“俄狄浦斯情结”也是日后神经症及其他心理障碍的根源之一。此期如果出问题,男孩子会出现同性恋、易性癖、露阴癖等性变态,会担心自己的阴茎大小,怀疑自己的男子气概。女孩则会出现对男性的虐待,与男人乱交等不良行为方式。

(4)潜伏期:6~12岁,此期是一个相对平静的阶段,“力比多”似乎“冬眠”了,不再从自己的身体中寻求快乐和满足。此期孩子的兴趣投向外界,快乐主要来自儿童的游戏和学习。通过各种活动,形成自信、自强的个性品质。处理不好,也会出现孤僻内向、自卑的个性弱点。

(5)生殖期:指12岁以后,躯体逐渐成熟,进入青春期和生育阶段,形成以生殖器为主要来源的性快感区。同时也形成了家庭成员以外的亲密客体关系,并与社会文化价值观同化及适应外界要求,完成社会化的过程,形成独立的人格。

(五) 心理防御机制

“防御”一词最早源于1894年弗洛伊德的《防御性神经精神病》一书,当时提出并描述了九种防御机制。防御机制(defense mechanism)是精神分析学说中的一个基础概念。它是一个人直接的、习惯性的心理保持机制,即当个体潜意识中本我的欲望与现实或超我之间出现矛盾造成心理冲突时,会出现焦虑反应。此时自我通过心理防御机制来控制本我的欲望和冲动,从而起到减轻焦虑的作用。因此,防御机制也被称为“自我防御机制”。弗洛伊德认为防御机制是在潜意识中进行的,是一种“无意识”的过程。

1. 心理防御机制的分类 根据发展过程中出现的早晚可分为四大类:

(1)“精神病性”防御机制(psychotic defense mechanism):在婴儿期就开始被使用。因为婴儿期尚不能区分自我与客观现实间的界线。常轻易地否定、歪曲“现实”来保护自己,正常成人偶尔也会暂时使用这种机制,如在遇到重大的精神压力或打击时。精神病患者则常常极端地使用,故得名。这种类型的防御机制包括否认、歪曲、外射等。

(2)幼稚的防御机制(immature defense mechanism):出现于婴幼儿期,成人中多见于较轻的精神病患者或人格障碍者,也称为不成熟的防御机制。包括倒退、幻想、内向投射等。

(3)神经症性防御机制(neurotic defense mechanism):在少年期得到充分利用。因为这时儿童能分辨自己的欲望和现实要求间的区别,但需要处理内心的矛盾、冲突,故常使用压抑、隔离、转移、反向形成、抵消、补偿、合理化等防御机制。因为在成人中常被神经症患者使用,故得名。

(4)成熟的防御机制(mature defense mechanism):出现较晚,是个体成熟之后才能表现出的。这种防御方法不但有效,能解除现实的困难,满足自己的欲望,也能被社会所接受,具有积极意义,包括理智化、幽默、升华等。

2. 常见的心理防御机制

(1)否认(denial):是最原始简单的心理防御方法。指拒不承认某些痛苦、难堪的事实或经历,以减轻心理上承受的压力,可以暂时起到缓解焦虑的作用。如小孩子不小心打碎了碗,发觉自己闯了祸,会马上蒙起眼或把手背后说:“不是我打的。”一些心脑血管疾病或癌症患者(包括有些身为医生的人)开始时往往都采取否认来拒绝接受自己不愿接受的现实。医生对否认机制应该有充分认识,以免使诊断治疗受到干扰。

(2)投射(projection):即以个人想法推断客观事实,或认为别人的想法也是如此,常将自己认为要不得的观念、品质归于他人。如一个经常对他人怀有敌意的人会找出许多理由说别人对他都不友好,以减轻自己内心的不安和痛苦。这种外射作用是产生妄想的基本机制,常见于精神疾病患者。

(3)内向投射(introjection):与外射相反的心理防御机制,即把原本是外界的东西吸收到自己内心,变为自己人格的一部分。如一个尚未涉世的小孩子就对周围人都不信任,保持高度警觉,是因为他已通过潜移默化,从父母那里获得了“防人之心不可无”的观念,并把它吸收(内射)到自己的脑子里,成为自己的观念了。

(4)退化(regression):又称“退行”。指一个人不能适当地应对紧张的情境,其行为表现出人格发展不成熟阶段的某些特点。如一个人排队买火车票时要“加塞儿”,当大家纷纷指责她这种自私行为的时候,她感到无地自容,竟然一下坐在地上又哭又喊,声称大家合起来欺负她。又如一个已经能控制大小便的孩子,不满意母亲生了另一个孩子后很少照料他而又开始尿床。这种放弃已经习得的技能,而恢复不成熟的应对方式,是由于不这样会引起内心的恐慌和不平衡。成年癔症患者的“童样痴呆”也可被看做极端的倒退。

(5)转换(conversion):是将潜意识的内心冲突转变成躯体化的一种防御机制。例如一个成就感很强的人在接受了一项科研课题负责人的工作后不久便出现血压升高、心律不齐。临床上也常见心因性疼痛、痉挛、皮疹、感觉缺失甚至瘫痪等症状。这些躯体症状均由于心理冲突、情绪紧张焦虑变换而来,没有相应的疾病为基础,但可以帮助患者摆脱暂时的困境,以求心理平衡。

(6)转移(displacement):人们有时对某一对象的情感,因某种原因(不合习俗或有危险)无法向对象表达,便会转移到其他比较安全、为大家所能接受的对象上去。如丈夫在工作中受了上级责备,回家可能把气愤、不满向妻子或孩子发泄,因为他不敢直接反驳上级。小婴儿感到孤独时就哭闹,家长可能会给他嘴里塞个奶嘴来代替母亲暂时安慰他。孩子长大些没有奶嘴就改为啃手指。再大些可能转为用其他替代物含在嘴里。从这个角度讲,有人认为吸烟行为可能是幼年情感缺失或障碍的一种转移。心理治疗过程中,患者也往往会在无意中把自己与亲人、密友之间的关系转移到医师身上。这种特殊关系被称为“移情”(transference)。心理医生对这种移情关系要有充分的认识并能妥善处理。

(7)补偿(compensation):指个人理想受挫或因生理缺陷、行为过失而遭到失败时,转而努力发展其他方面,借以弥补因失败或失误丧失的自信。如身体有残疾的学生不能在文艺、体育方面施展,便加倍努力使自己在数学或文学方面才华出众。一位其貌不扬的姑娘,特别在学问和修养方面下工夫,最终成为令人敬仰的科学家。动乱年代没有得到学习机会的父母不惜一切代价给子女创造学习条件,也是给自己的一种心理补偿。这一机制运用得当,可以获得巨大的动力,而过度补偿也会导致病态。

(8)合理化(rationalization):又称为“文饰作用”,是最常见的心理防御机制。指人在遭受挫折或做了不符合社会规范的事时,往往会为自己找一些能被自我和社会接受的理由来解释,尽管这些理由常常不值一驳,但个人却据此说服自己,从而免遭精神上的痛苦。如《伊索寓言》中的故事,狐狸吃不到葡萄就说葡萄是酸的。自己孩子智力有缺陷,就说“傻有傻福”。没考上医学院就说医学院

毕业不过是个天天与患者、死人打交道的技工。这种自我宽慰方式可以帮助人接受难以接受的现实。但用得过度也妨碍人对远大目标的追求。

(9)幽默(humor):这是一种积极的心理防御形式。指以诙谐的语言行为应对尴尬处境,使自己摆脱困境,维持心理上的稳定。例如,一位丈夫在餐馆里遭到妻子责骂。最后她尖声叫道:“在世界上所有可耻的人中,你是最卑鄙的一个!”这时餐馆里所有人都投来吃惊的目光。丈夫觉察后马上提高声音说:“骂得好,亲爱的!你还对他说了些什么?”他的机智与幽默为自己解除了窘迫。比较有修养的人常使用这种方法把僵持、尴尬的局面转为轻松自然。

(10)升华(sublimation):是把不易实现的本能欲望经改头换面指向能为社会所接受的、比较高尚的目标和方向。例如考场落榜、情场失意,若坚持自己的强烈要求,势必触犯社会,为大家所不容。但如果能把这些欲望引导到高层次的科学发明、文学艺术创作等活动中,既使自己的欲望间接得到满足,又有益于社会 and 他人。所以升华是最具有积极意义和建设性的防御机制。

二、精神分析理论的发展

弗洛伊德过分强调人格的本能和生物学方面的内容,受到了一些心理学家的批评和反对。他的学生及后期的动力学派的代表人物如阿德勒、霍尼、艾利克森等人开始强调社会及文化因素对人格的重要影响,被称之为“新弗洛伊德主义”。

自20世纪下半叶以来,精神分析理论又有了新的发展,主要包括自我心理学、客体关系理论和自体心理学等。

1. 自我心理学 弗洛伊德的女儿安娜·弗洛伊德不再像她父亲那样强调性驱力的作用和功能,而将注意力转向自我。她强调自我不是被动地应付本我和外部环境的需求,而是有更强的主动性进行适应和调节。自我的发展及功能代表一个人的成熟和健康水平。其中自我的防御机制有重要意义。她通过对儿童行为的系统观察和研究认识到,儿童的自我虽然面临外部压力可以表现为部分退行,但其具有强有力的调节能力和发展潜力,不应被忽视。此外,Hartmann H也强调了自我的自制功能和适应功能,对自我心理学的发展作出了贡献。

2. 客体关系理论 由英国精神分析家克莱因等人从经典精神分析发展而来。她把客体定义为对个体发展具有重要影响的人或物,特别是个体在生命早期阶段母婴关系对心理发展有着重大影响。克莱因描述了人格发展经历的两个重要阶段:偏执分裂状态和抑郁状态。她认为在婴儿的精神世界是一种偏执分裂状态,他将母亲体验为两种截然不同的客体:好妈妈和坏妈妈。这两种截然不同的客体是对立的、分裂的、不可调和的,婴儿幻想着只能接受好妈妈而排斥坏妈妈。随着婴儿长大,他开始觉察到现实的妈妈很好但并不完美,并由于他在内心曾对妈妈有过的攻击而体验到内疚感,伴随着全能感的丧失而出现了抑郁状态。还有其他一些学者如费尔贝恩、马勒、肯伯格、寇哈特等也从不同角度完善了这一理论体系。

3. 自体心理学 美国心理学家科胡特发表《自体心理学》(self psychology)并创立该理论体系。他认为一个人所患心理障碍是由于心理功能的缺陷所致,而非像弗洛伊德所认为的那样是由于心理冲突的原因所致。他认为自体有两个主要成分,一是被夸大的、自恋性的自体,婴儿感到自己是完美的,无所不能的;另一个是儿童的被理想化的父母意向,意味着别人是完美的。如果一个人自身的夸大性自体与理想化自体出现隔离,就会出现心理功能的紊乱。一个健康的人可以矫正自己夸大性的自体,并导向对现实的追求,最终形成一个独立、完整、稳定的自体。

三、精神分析理论述评

尽管弗洛伊德的理论常常不易被人理解和接受,他的以“性”为特征的观点又容易招致人的非议,而他的理论的基础研究又常常是经验的和思辨的而非实验性的,但他的理论所引起的心理学界的震动、他的实践所带来的心理治疗的推广,以及受他理论的影响而出现的“心身医学”的概念和研究,

他对健康心理学和变态心理学的影响等,都是他的前人所不能比拟的。

心理动力学派从一个全新的角度提出了对人格的认识和解释,引起了巨大反响,并涉及哲学、美学、文学、艺术等广泛领域。有人认为,弗洛伊德所提出的问题比所解决问题的意义更为重大。我们可以看到,精神分析理论自诞生以来不断受到来自内部和外部的质疑、挑战以及非议,但至今仍沿着一条曲折不平的道路在发展、补充和变幻。这一学派的理论以及相关的临床技术仍在不断传承,其生命力令人叹服。

(洪 炜)

第二节 行为学习理论

一、行为学习理论主要内容

(一) 行为的概念

行为(behavior)一词在心理学中存在狭义和广义的含义。

1. 狭义概念 20世纪20年代,美国心理学家华生(Watson JB, 1878—1954)创建了行为主义心理学,也称行为学派。早期行为学派认为心理学属于自然科学,只能应用观察的方法来研究。行为是指个体活动中可以直接观察的部分,只有行为才是可以直接观察,并成为进行科学研究的对象。而人的心理和所谓隐藏在内心的欲望、驱动力,以及主观体验、意识、心理冲突,都无法直接进行观察和了解,是不能应用科学方法来研究的。他们提出,心理学应该是研究动物和人类行为的科学。

2. 广义概念 新行为主义心理学家斯金纳(Skinner BF, 1904—1990)等人通过大量的研究,扩大了人们对行为含义的理解,将行为理解为个体内在的和外在的各种形式的运动,也包括主观体验、意识等心理活动和内脏活动。不仅外显的行为动作可以进行观察和研究,那些内在的心理活动和内脏活动也可以通过一定的途径被观察或研究,如施加给个体的刺激会导致随之而来的内隐及外显结果等。

3. 行为心理学 行为心理学(behavioral psychology)是研究人类行为整体概念的科学。它通过对行为的研究形成了自己的基本发现、定律、法则和理论,并在一定程度上指导着行为治疗和推动着临床心理学的进展。行为心理学可分为两种相关的模式:

(1) 条件反射型(respondent conditioning),代表人物如巴甫洛夫(Pavlov IP)、华生和雷纳(Rayner R);

(2) 操作反射型(operant conditioning),代表人物如沃尔普(Wolpe J)、桑代克(Thorndike EL)和斯金纳。两种模式都通过识别和操纵行为的结果从而对行为本身进行预测和控制。

行为心理学认为,人的正常的或病态的行为(包括外显的和伴随的心身反应),都可通过学习而形成。学习是支配人的行为和影响心身健康的一个重要因素。如果对行为学习各环节进行干预,可以矫正不恰当行为,进而治疗和预防一些疾病。

(二) 经典条件反射

1. 实验与解释 20世纪初,巴甫洛夫(1849—1936)用食物作为非条件刺激,用铃声作为条件刺激(无关刺激),条件刺激与非条件刺激反复结合,使狗产生唾液分泌反应。

食物作为非条件刺激(unconditioned stimulus, UCS)所引起唾液分泌的反射过程称为非条件反射(unconditioned reflex, UR)。条件反射是在非条件反射的基础上经过学习而获得的,称为习得性行为(learned behavior),是在大脑皮质中建立的暂时神经联系。当食物(非条件刺激)与唾液分泌无关的中性刺激(如铃声)总是同时出现(强化, reinforcement)时,经过一定时间结合以后,铃声成为食物的信号,成为条件刺激(conditioned stimulus, CS),或区别性刺激(discriminative stimulus)。此时,

铃声引起唾液分泌的过程称为条件反射 (conditioned reflex, CR)。这种条件反射过程不受个体随意操作和控制,属于反应性行为,也称为经典条件作用 (classical conditioning)。

经典条件反射就是在某一中性环境刺激反复与非条件刺激 (UCS) 相结合的强化过程中,最终成为条件刺激 (CS),引起了原本只有非条件刺激 (UCS) 才能引起的行为反应 (CR)。

2. 经典条件反射理论的意义 经典条件反射理论强调环境刺激 (S) 对行为反应 (R) 的影响。任何环境刺激,都可通过经典条件作用机制影响行为 (包括内脏活动、心理活动和社会行为)。据此,许多正常或异常行为可以通过经典条件作用而获得。如行为治疗中的系统脱敏疗法,是通过建立条件反射性的松弛反应,以帮助患者克服习得的紧张行为反应症状。

3. 经典条件反射的规律

(1) 强化 (reinforcement): 是指环境刺激对个体的行为反应产生促进的过程。如果两者结合的次数越多,条件反射形成就越巩固。例如,经常在医院打针的儿童就容易对酒精产生条件反射性的恐惧和害怕。

(2) 泛化 (generalization): 指在条件反射形成过程中,不仅条件刺激 (CS) 本身能够引起条件反射,某些与条件刺激相近似的刺激也可引起条件反射的效果。其主要机制是大脑皮质内兴奋过程的扩散。长期打针的儿童,不仅看到注射器或药物会产生条件反射性恐惧,而且看到穿白大衣的人也会出现害怕。

(3) 消退 (extinction): 指当非条件刺激 (UCS) 长期不与条件刺激 (CS) 结合时,已经建立起来的条件反射便消失的现象。儿童如果很长时间没有生病打针,对注射器或酒精的恐惧就可能逐渐消失。但国外的一些研究认为,躯体的不愉快条件反射一旦形成,就较难消退。这是因为个体在条件刺激 (药物气味) 引起条件性躯体反应 (恐惧、害怕) 的同时,还会随之产生回避行为以减轻这种躯体反应,形成回避操作条件反射,这样便使上述躯体反应减轻,增强了原有的条件刺激与躯体反应之间的经典条件反射的联系,从而不易产生消退。

(三) 操作条件反射

1. 实验与解释 操作条件反射理论多数来自斯金纳等人的实验。他们在实验箱内安装了杠杆,按压杠杆可以从旁边盒子里掉出食物。在实验中,饥饿的老鼠在箱子里会产生一系列行为反应 (如压杠杆、乱窜、乱咬等),但其中只有一种行为反应即按压杠杆的动作 (R) 出现时,才会立即获得食物 (结果),这一结果对老鼠按压杠杆的行为起一种强化作用。经过多次以后,形成了条件反射,老鼠逐渐学会了一到箱子里,就主动按压杠杆这一取食行为。行为的结果对行为本身产生强化作用。

在回避操作条件 (avoidance conditioning) 的研究中,如果动物受到电击 (S),就会产生一系列的行为反应 (如回避、乱窜、乱咬等),但只有回避动作 (R) 这种行为反应出现时,才可获得取消电击的结果 (S)。因此,取消电击的结果对回避行为产生了强化作用,使动物学会了回避行为。

斯金纳等人的实验表明:如果当行为反应 (R) (如压杠杆行为或回避行为) 出现后总能获得某种结果 (食物或撤销电击),个体就可以逐渐学会这一行为。这就是操作条件作用 (operant conditioning)。由于操作条件反射是借助对工具操作的学习而形成,也称为工具条件作用 (instrumental conditioning)。

2. 操作条件反射的意义 操作条件反射重视一种行为的结果对行为本身的作用。任何与个人

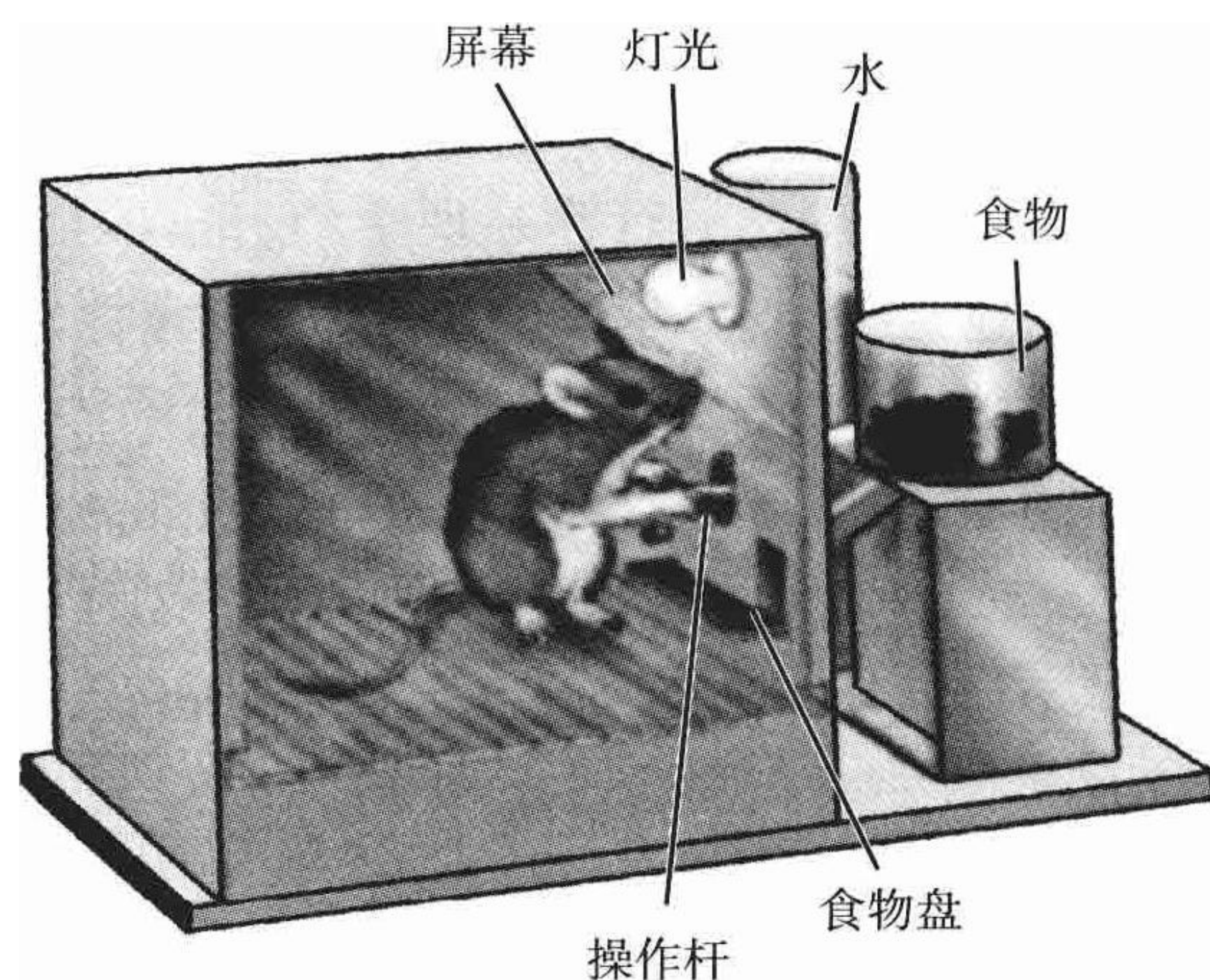


图2-2 操作条件反射实验示意

需要相联系的环境刺激,只要反复出现在某一种行为之后,都可能对这种行为产生影响。人类许多正常或异常的行为反应、各种习惯或症状,都可以是因操作条件反射而形成或改变。本理论在医学心理学中广为应用,如解释个体吸烟、依赖性等不良行为的形成机制;指导各种行为治疗如厌恶疗法等。

3. 操作条件反射的规律 在实验中,行为反应的结果既可以是积极、轻松愉快的,也可以是消极、痛苦的。这些刺激可以从无到有,逐渐增强;也可从有到无,逐渐减弱。根据操作条件反射中个体行为之后的刺激性质以及行为变化规律的不同,可将操作条件反射分为以下4种情况:

(1) 正强化(positive reinforcement): 是个体行为的结果导致了积极刺激增加,从而使该行为增强,如食物奖励使老鼠按压杠杆的行为增加。

(2) 负强化(negative reinforcement): 是个体行为的结果导致了消极刺激减少,从而使该行为增强,如老鼠的回避条件反射实验结果。

(3) 消退(extinction): 是指行为的结果导致了积极刺激减少,从而使行为反应减弱。例如小学生做了好事,受到老师表扬和其他同学们的关注(属积极刺激),会使这种行为得到加强。但如果大家熟视无睹,就可能会使积极刺激水平下降,导致这种行为逐渐减少。

(4) 惩罚(punishment): 是指行为结果导致了消极刺激增加,从而使行为反应减弱。例如,行为疗法中在个体出现不良行为时,立即给予电击等痛苦的刺激,可使吸烟等不良行为逐渐减少。

(四) 内脏操作条件反射

1967年米勒(Miller NE)进行了内脏学习(visceral learning)实验,证实了内脏反应也可以通过操作性学习加以改变。他的实验也称为内脏操作条件反射。实验中,米勒用给予食物强化的方式,对动物的某一种内脏反应行为,例如心率的下降(R)进行奖励(S),经过这种选择性的定向训练之后,结果动物逐渐学会了“操作”这种内脏行为,使心率下降。

为了消除实验动物骨骼肌系统对内脏学习实验的影响,说明动物控制内脏反应是通过自主神经系统进行的,米勒采用肌松剂箭毒麻痹动物骨骼肌系统,同时施以人工呼吸,并改用电刺激动物脑内“愉快中枢”作为奖励手段,或以撤销痛苦电击的方法作为负强化手段,让动物重新进行内脏学习实验,取得与上述一致的结果,证实存在内脏操作条件反射现象。米勒采用同样的实验方法还分别使动物学会了在一定程度内“操作”心率的增加、血压的升高或下降、肠道蠕动的增加或减弱等反应。

米勒内脏操作条件反射理论对于医学心理学的意义在于,人类也可以学会有意识地控制各种内脏活动。如临床某些心身症状的产生,如心动过速、肠蠕动增加、哮喘等可能与个体的意识性条件操作有关;生物反馈技术对慢性腹部疼痛的治疗其原理也与内脏学习理论有关。

(五) 示范作用

示范作用(modeling)是社会学习理论的基本概念。该理论认为,通过对具体模型(model)的行为活动的观察和模仿,可以使人学会一种新的行为。例如,一个孩子在幼儿园吃完饭后,主动把椅子放整齐,其他小朋友观察了他的表现,也学着他的样子做。

示范作用包括以下四个过程:①注意阶段,学习者反复观看某一榜样,接受其中的特征性信息,成为学习的依据;②保持阶段,观察对象的行为特征性被学习者有意无意记住,成为日后自己行为的模型;③行动阶段,学习者表现出观察对象的特征性行为;④强化阶段,增加或减少这种行为的再发生次数。

班杜拉(Bandura A)认为,观察学习不属于自我强化机制即经典条件作用和操作条件作用,而是一种替代强化机制即替代条件作用(vicarious conditioning)。这反映了行为主义心理学家对行为习得问题认识的发展。

影响示范作用的因素很多,一般说来,高地位榜样的、敌对的、攻击性的行为最容易被模仿,受到奖赏的行为比受到惩罚行为更易被模仿。人类的许多行为可以通过示范作用形成,疾病角色行为的形成与示范作用有一定关系,手术后患者的疼痛、呻吟、应付方式对同病室其他患者可能会产生示范作用。因此,在临床患者的医疗、指导和护理,以及儿童患者的教育中应注意发挥积极的示范作用。

二、行为主义理论述评

人的后天行为有适应行为和适应不良行为,行为学家将心理障碍看做适应不良行为。行为主义心理学的意义是:

(1)某些适应不良行为可以用学习理论来解释,这些解释大多数有实验依据。这有助于消除人们对异常行为的偏见。

(2)行为观点的形成是基于严格控制的心理实验所发现的事实,而不只是依据推理。因此,与精神分析理论相比,行为主义理论更客观。

(3)行为理论为心理障碍的治疗提供了有效的方法。

行为主义理论可以解释和解决许多医学心理学问题。许多不良的生活习惯或行为可以通过强化的作用而固定下来。例如一个人无聊时吸一支烟,久而久之,吸烟被强化,导致烟瘾的形成。某些疾病的发生可以是因为“错误的习得性行为”的结果,例如华生著名实验中的小艾尔波特对白色绒毛物体产生的恐惧反应。某些内脏功能的异常以及相当多的病态特征,也可能是错误的习得性行为。例如,个体在紧张情况下,会出现心跳加快等内脏行为反应,如果被错误地强化,就可能成为顽固的躯体症状。

行为主义理论的局限性主要表现在两个方面:一是对人的行为的解释过于简单化。行为观点简化了人性,将人简化为一些小的、可测量的单位,忽视人性、人的意识和人的主观能动性,忽视对心理现象的深入研究。二是环境决定论,行为理论家坚持刺激-反应(S-R)模式,认为多数人的行为是两种条件作用的结果,一个人做什么和不做什么,不取决于人的自由意志,而取决于环境中的刺激。

因此,有人提出了混合学习模型(mixed learning model)之说,即人类的行为是上述各种学习模型共同作用的结果。例如,经典条件反射使病孩对打针治疗操作产生恐惧,恐惧又使病孩回避任何医疗操作而形成操作性回避反应,通过示范作用可协助病孩克服恐惧和回避的行为等。另外,20世纪70年代中期在美国出现一种新的行为理论,将认知心理学与行为主义心理学理论相结合。该理论强调机体(organism)本身的各种因素,如期望、认识、评价、人格和信仰等,在行为学习过程中的作用,认为当发生环境刺激(S)作用时,个体(O)总是根据自己的认知评价等活动做出不同的反应(R),而行为反应结果又能控制或改变环境刺激。这种所谓的认知-行为学习(cognitive-behavioral learning)理论目前已成为心理治疗的主导理论之一。

(何金彩 蒋素)

第三节 人本主义理论

一、人本主义理论主要内容

(一) 基本知识

人本主义心理学是继精神分析理论、行为主义理论后兴起的心理学理论学派,它在20世纪50年代兴起于美国并迅速发展。人本主义心理学的理论取向是以现象学和存在主义为基础,重视研究人的本性、动机、潜能,关注人的价值与尊严,反对行为主义的机械决定论和精神分析的生物还原论。代表人物是马斯洛(Maslow A H, 1908—1970)和罗杰斯(Rogers C, 1902—1987)。马斯洛本人将人本主义心理学称为心理学的“第三种力量”。马斯洛强调自我实现的人性论,即主张人性本善,指出人的潜能具有建设性地成长和实现的倾向。罗杰斯认为每个人都有与生俱来的积极的、乐观的人性观。

在对心理障碍的理解方面,人本主义理论把人的意识经验看做行为的基础,认为各种心理疾患产生的机制是由于社会环境不良,阻碍了个体的自我实现,使“理想的自我”和“现实的自我”差距扩大,两者冲突所致。

在治疗方面,人本主义理论相信个体会追求能帮助其发挥潜能的经历,避开妨碍自身潜能发挥的事件。在这一理论指导下形成的存在主义治疗、来访者中心疗法、交朋友小组都强调调动患者的主观能动性,发掘其潜能。1974年,罗杰斯更是将来访者中心疗法改为人本疗法,进一步强调来访者是正常人,是在心理发展过程中潜能没有得到充分发挥的人。

(二) 对人性的基本看法——自我实现的倾向

自我实现(self actualization)是人本主义理论的重要概念之一。马斯洛认为,自我实现就是一个人力求变成他能变成的样子。自我实现的含义有两个:一是完美人性的实现,马斯洛将人类共性的潜能称为完美人性,包括友爱、合作、求知、审美、创造等特性。二是个人潜能的实现,个人潜能指个人可能发展的潜在能力,个人潜能的实现是指作为个体差异的个人潜能的自我实现。

自我实现的标准有两个方面:①将自己先天的潜能最大限度地发挥出来,成为我们自己。②极少出现心理障碍和能力缺陷。

自我实现的类型:①健康型自我实现,是指更务实、更能干的自我实现者。这种类型的人以实用的态度待人接物和处理问题,是实践家。②超越型自我实现,是指经常意识到内在价值、生活在存在水平或目的水平而具有丰富超越体验的人,他们除了具有一般自我实现的特征外,还具有超越特征,表现为:更重视高峰体验;能够从永恒的意义上观察和理解人和事;真善美的统一是其最重要的动机;更重视整体论的世界观;有更强的协同倾向;能超越自我、超越人我之间的分歧;更重视创新、创造和发现;更关心人类的命运;更尊重他人,更平等待人;更重视精神生活。

罗杰斯认为,有机体具有一种天生的自我实现的动机,称为实现的倾向(actualization tendency),是一种独立的、基本的人类动因,它使有机体向维持和改善发展。人和一切有机体的本能需求与行为,如渴了要喝水、饿了要寻找食物、遇到危险要躲避等等,均可看做实现的倾向的表现。罗杰斯认为,实现的倾向是存在于每个生命中的驱动力量,它使个体朝着更加复杂、有独立性、创造性和社会责任感的方向发展。

(三) 自我概念

1. 自我和自我概念 自我论是罗杰斯人格心理学的基本理论,罗杰斯认为,自我是人格形成、发展和改变的基础,是人格能否正常发展的重要标志。自我可分为两大类:一是主体自我,指人的行为和心理经验的主体,它是行动者和观察者;二是客体自我,又称自我概念,是一个人对自己本身的知觉和认识。

自我概念有以下特点:①属于对自己的认识范畴,包括对“我”的特点的知觉以及与“我”有关的人和事物的知觉的总和。②是有组织的、连贯的、有联系的知觉模型。③自我不是个体头脑中的另一个人,而是那些有关自己经验的表征。④自我主要是有意识的或可以进入意识的那部分经验,它通常可以被人所觉察。

2. 自我的发展 自我是个体把我与非我区分开来的并成为自己心身活动的主体时的产物。罗杰斯把个体能够感知到的那部分整体经验称为现象场,把自我看做现象场的产物和升华,认为自我是个体经验的某些方面的自然衍生物,是一个人现象场中分化出来的一部分。如新生的婴儿开始并无自我,而是与外界浑然一体,其主观世界是一个相对没有差别的、对现实感觉的总和。当实现倾向促使婴儿的感知潜能维持与发展时,与环境 and 重要人物(如父母)的交互作用出现了。在与环境和他人的交互作用中,儿童区分出了不同于他人、他物的自己,形成了对自身的感觉和认知,产生了自我概念。

在自我发展过程中,个体应遵循有机的价值过程(organic valued process),即个体的经验是用实现的倾向作为参照标准进行评估的。罗杰斯认为,生命初期(婴儿)的价值衡量过程是基础和高效的,其价值观清晰、分明。凡维持和实现有机体的经历(或经验)的均受到偏爱,反之则受到排斥。某种事物被肯定或否定,取决于该事物是否维系和改善了有机体,并且发展了自我,这个在生命早期的衡量过程是自发生产生作用的。罗杰斯相信,如果个体能够保持这种功能,就会变得更好。有机的价值

过程相对应的是条件性积极关注 (conditional positive regard), 它也是影响个体自我发展的重要因素。在儿童社会化过程中, 条件性积极关注既是个体自我发展的普遍需要, 又是促进自我发展的外在价值条件。儿童评价自己的行为时受到与周围积极关注相联系的价值条件的约束。罗杰斯指出, 与有机衡量过程的价值观相比, 他人介入的价值观大都倾向于是僵化的和不变的, 这些价值观通常是在家庭、学校和教堂等环境中学到的。

条件性积极关注常出现两种情况:

(1) 自我概念与机体经验相一致: 指自我价值观与实际行为的统一, 即人的行为是在维持以价值观为核心的自我结构。有时, 现实的行为并不给人带来愉快的经验, 但人们仍以能够维持自我概念的方式去行动。

(2) 自我概念与机体经验不一致: 指自我概念与机体经验之间的矛盾所出现的不协调状态。自我不协调可导致防御、焦虑不安和自我混乱。

当机体经验与自我概念不协调时, 个体或否认经验的存在, 或以曲解的形式接受经验。罗杰斯认为, 机体经验与自我的矛盾会引起防御的加强、敌意和人际关系的紧张。

(四) 功能完备与失常

1. 功能完备 (functional completeness) “功能完备的人或功能完善者”是一种理想, 这种理想的个体代表人类本我的最终实现, 是自我实现者。

罗杰斯功能完备者的人格特征是: ①经验的开放性; ②自我与经验和谐一致; ③更富自由感; ④信任有机的价值过程; ⑤富有创造力。

在现实生活中, 功能完备是一个过程而非静止状态, 功能好的人以最满意的方式适应新的环境, 向现实的更高水平运动。这样的人可以体验来自重要他人的无条件积极尊重, 不依赖外在的价值条件生活, 自我与有机体的体验之间没有不和谐存在, 能清楚地知道内在体验的存在, 没有扭曲的体验和防御。

2. 心理失调 (mental disorder) 罗杰斯区分了经验和意识。他认为, 经验是指一切正在发生于有机体的环境中并且在特定时刻都可能意识到的东西。这种对机体发展起作用的经验也称为机体经验。而意识 (觉察或知觉) 是指这些潜在的经验被符号表示时, 进入意识成为个体的现象场的一部分。罗杰斯认为, 并非所有的经验都能被个体意识, 个体生活中的经验可产生三种结果: ①经验被准确地知觉到; ②经验在进入意识的过程中被歪曲, 以解决个体的经验和自我概念之间的矛盾; ③个体对其真实的经验和体验予以否认和拒绝。

如上所述, 当经验被歪曲和否认时, 个体就会出现失调现象, 这种失调如果达到了一定的程度, 个体就会出现心理上的适应不良。一个人被拒绝的经验越多, 提示自我概念与现实之间的差距就越大, 个体感觉到的焦虑就越严重, 当个体意识到焦虑时, 可引发防御过程。一旦个体体验到焦虑并要求求助时, 就表示心理失调产生了。

二、人本主义理论述评

人本主义心理学为心理学研究提供了一个全新的视角, 即关注个体的需要和自我实现的人生价值, 关注人的潜能并为潜能开发提供条件。在病理心理学领域, 人本-存在主义心理学为心理咨询和治疗提供了重要的和有价值的看法, 包括真诚、共情和积极关注来访者, 关心来访者的心理成长。人本主义心理学对人性的看法是积极的。

对人本主义观点的批评主要集中在方法学上, 认为人本主义理论提供的心理治疗方法缺乏可操作性, 理念多于技术。另外, 人本主义理论对来访者心理问题的判断与探究方法也缺乏准确性和客观性。

(何金彩 蒋素)

第四节 认知理论

一、认知理论的主要内容

(一) 认知的概念

认知(cognition)是心理过程的重要方面,按照信息加工的理论观点,认知是指个体通过感觉器官对外部信息的接收、传导、编码、储存、提取,以及不断加工、反复利用,形成经验的复杂过程。

具体地说,认知过程可分为三个基本阶段:

1. 接受各种刺激信号并提取相关信息作出评价的阶段。
2. 作出决策,并形成应对行为的阶段。
3. 对行为的后果作出预测或估计的阶段。

所以说认知过程和传统心理学的认识过程相当,并且与智能、思维、情感以及性格等内容关系密切。

认知理论认为,事物本身的意义在于人们对它的认知和评价。认知的角度和立场不同,事物的意义也不同。比如同样考取一所大学,有人欢喜万分,觉得终于实现了自己梦寐以求的理想;但也有人并不满意,觉得凭自己的实力应该考上更好的大学。认知理论进一步解释:每个人都有自己独特的评价和理解事物的方式,这种方式来自于个体长期的经历而形成的经验系统,称之为认知结构或图式(schema)。人们倾向于用自己的图式去解释事物,这就形成了对同一事物会产生不同评价和理解的基础。

(二) 认知的特征

人的认知在信息加工的过程中具有如下特征:

1. 多维性 我们都知道“盲人摸象”的故事,不同的人在不同的角度会感觉和体验到同一个事物不同的侧面和特征,认知也截然不同。这并不是说事物本身发生了变化,而说明对事物的认识可以有不同的方式和角度。这个例子比较好地说明了认知的多维性。现代生理学、物理学等也证明人的感觉器官感知及认识事物是很有限的,但我们依靠大脑进行综合分析,不断反复对信息进行加工,借助于仪器和科学的思维方法,就可以提升我们的认知水平。

2. 相对性 实验心理学已经证明人类的知觉过程具有选择性、理解性等特征。即在获取信息过程中,是有目的、有选择性地进行的,而非盲目进行。人类在进化过程中,其知识体系也逐步形成:事物都是“一分为二”的,是相对的。所谓“塞翁失马,焉知非福?”,《易经》中的“阴阳”等表述,都是对这种相对性的深刻理解。

3. 联想性 人在获取信息的过程中,不仅仅是感知觉的活动,还会将新的信息不断与已有的经验进行对比,形成联想,进行加工。所以在这一过程中,还渗入记忆、想象、思维、理解和情感等成分,具有丰富的联想性。只有通过这种联想,新获取信息才能得到更好整合,判断其意义,并纳入个人的经验系统。

4. 发展性 知识在于积累,人对客观世界的认识也是在不断地发展进程中,永远没有穷尽。过去我们曾经认为“无病就是健康”,但发展的新的健康观告诉我们:健康是相对的,健康乃是身体、心理和社会适应功能的一种良好状态。一个人从小到大,其认知水平和能力也是在不断发展的。这比较好理解,我们的学前教育和学校教育就是遵循这种发展规律,由浅入深,由初级到高级。此外,一个人的社会化和人格形成,也具有发展性。我们注意到有些人虽然年龄不小,但行为举止和思维方式却还很幼稚,尽管他并不是不聪明。我们说一个人的情商高低,就是指这方面。在心理咨询和治疗中的来访者中,有些人就有这方面问题,需要帮助他们认识和了解,并加以改变,我们称之为“成长”。

5. 先占性 人们在生活和认识过程中,常常会有“先入为主”的现象,或者会凭着“第一印象”来

判断和解决问题。这就是认知的先占性。一个人出生时,内心犹如一张白纸。外部世界的各种信息一点点“写入”头脑,形成经验。无论是成功的经验还是受挫的经验都是有价值的,所谓“吃一堑,长一智”,“失败是成功之母”。在以后的生活和适应过程中,旧的经验总会对新的情境及获取新的信息构成影响。不过,先占性有时也会带来不利影响。一些人固守老经验,面对不断发展变化的世界不求改变、墨守成规,也会变得不合时宜,跟不上形势。此外,一些病理心理问题也往往与一个人早年的不良经历或创伤性体验有关,在临床心理学中称之为“症结”。

6. 整合性 在获取信息的认知过程中,最终要形成对某一事物的认识和判断,即整合了感知觉、记忆、思维等过程。在具体的认识活动中需要这种整合,在一个人的成长、形成经验系统过程中,也需要整合。一般来说,一个正常的成年人能够在整合过程中,不断修正不恰当的认知和偏见,进行自我调节。有了这种校正能力,就能够更客观地认知外部世界,更好地适应环境。反之,一些人的整合能力较差,形成不恰当的认知或偏见也很难校正,固执己见。在临床中可见到一些偏执型人格就属于这种情况。

(三) 认知理论的发展

从20世纪20年代开始,以行为主义倡导的实验和实证论,以及强调心理(行为)和环境的关系推动了心理学的科学发展。由于心理机制的复杂性,以及心理内部过程的不确定性,使行为主义心理学家放弃了对心理内部过程的研究,而代之以外部“行为”作为心理的研究对象。从20世纪60年代兴起的心理语言学、神经心理学等学科的研究,以及计算机技术和人工智能的发展看出,人们越来越重视对心理内部机制的研究,出现了“认知科学(cognitive sciences)”这一交叉学科。1967年,奈塞尔(Neisser)出版了《认知心理学》一书,标志着在心理学领域中出现了一个新的分支。

其实,对认知的关注和研究很早就开始了。通俗地说,认知内容的本质就是知识和经验。古人对“知与行”的关系,以及知识的积累和经验的作用有许多精辟论述。中国古代哲学家提出:“欲修其身者,先正其心;欲正其心者,先诚其意;欲诚其意者,先至其知。至知在格物。”就是说,对客观事物正确的认知是做人、做事的重要前提和基础。

认知不仅与行为关系密切,也是情绪产生的必要条件。情绪的认知学说(cognitive theory of emotion)是由美国心理学家沙赫特(Schachter S)和辛格(Singer J)等人于20世纪60年代首先提出的。他们通过实验证明,情绪的产生不单纯地决定于外界刺激和机体内部的生理变化,而是外界刺激、机体的生理变化和认知过程三者整合作用的结果。这样沙赫特实际就提出了情绪产生的三个要素:刺激因素、生理因素和认知因素。他强调认知因素在情绪产生的过程中起着决定作用。情绪认知理论的另一位代表人物拉扎勒斯(Lazarus)认为情绪是人和环境相互作用的产物。情绪活动必须有认知活动的指导,这样人们才能够了解环境中刺激事件的意义,并选择适当的、有价值的动作反应。拉扎勒斯认为,情绪是个体对环境事件知觉到有害或有益的反应。人在情绪活动中需要不断地评价刺激事件和自身的关系。

将认知理论进一步延伸到应用领域的一个重要代表是埃里斯(Ellis A)的ABC理论。他认为在外部刺激或事件(A)所引起的情绪结果(C)之间有一个重要的中介,即信念或信念系统(B)。这与沙赫特等人的观点是一致的。埃里斯还认为,人在认识事物的过程中总不会完全符合客观现实,总会带有偏见,但人也有能力按照理性不断地校正自己的偏见。进而他提出了“合理情绪疗法”的基本思想。“合理情绪疗法”所依据的心理病理学理论认为:患者的病理性情绪(焦虑、抑郁等)不是凭空产生的,其病理性基础在于歪曲的认知,进而导致了负性的情绪。比如说一个人总认为自己是世界上最不幸的人,没人疼没人爱,周围的人还老是看不上自己,难为自己,那么这个人的情绪怎么好得起来?所以要治疗症状(不良情绪)需要从患者的被歪曲的信念系统入手,校正原先的不合理观念,建立新的合理信念,患者就可以回到正常的生活轨道上来。

将认知理论应用于心理治疗的另一个主要代表是贝克(Beck AT)。贝克承接了埃里斯的认知对不良情绪产生的“中介”观点,并且进一步阐述了情绪障碍者独特的认知模式,同时他也开辟了认知-行为理论和相应的认知-行为疗法。贝克认为情绪和行为不是由事件直接引起的,而是经由个体接

受、评价,赋予事件以意义才产生的。贝克还归纳了常见的几种认知歪曲的形式,如任意的推断、选择性概括、过度引申、夸大或缩小和“全或无”思维,这对于在临床工作中对患者的认知方式进行评估,以及进一步的干预提供了可操作的模式。

二、认知理论述评

从心理学的发展来看,认知理论从信息的加工过程出发,进一步完善了行为主义的理论观点,强调了外部刺激与行为反应之间的内部中介机制,更为合理地解释了各种心理现象,特别是情绪产生的机制。

在医学心理学领域,许多病理心理学现象的产生恰恰是认知偏差所造成的。例如偏执型人格障碍、强迫行为与强迫思维等都有典型的认知偏离;精神分裂症等严重精神疾病也有明显的认知障碍。在诊断和治疗方面,认知治疗认为患者的认知偏差导致了其不良情绪和行为,进一步提出了校正认知偏差的具体方法,从而起到治疗作用。从预防和健康促进的角度来看,一个人在成长过程中,树立科学的人生观、世界观,正确地认识客观世界,正确地认识自己,把握自己的角色,摆正自己的位置,更好地适应环境,也具有十分积极的意义。从认知理论的角度来看,一个人的正常或健康的人格,就意味着其有一个正常或健康的认知(经验)体系。

尽管认知理论提出了许多具有建设性的观点和方法,但从认知“发展性”的角度来看,我们今天所了解的认知心理学机制还很粗浅,人类的认知机制还有许多未解之谜。从应用的角度看,许多临床病理现象十分复杂,有许多影响因素交互作用,认知理论只是从某些方面提出了见解,提供了可操作的方法。不同的理论、方法和技术都有可取之处,应该各取所长,融会贯通,才能完善心理学的“认知”体系。

(洪 炜)

第五节 心理生物学理论(方向)

一、心理生物学理论(方向)主要内容

长期以来,不少生理学家和心理学家利用生物学理论和方法探索心身相互关系的规律和生理机制,逐渐形成了医学心理学的心理生物学方向。

尽管在不同时期对心身关系有不同的看法和理论指导,并采用了多种不同研究手段,但心理生物学研究就本质而言都是研究心理行为变量与生物学变量之间的关系。一方面,可以心理和行为因素作为自变量,以生理指标作为因变量,观察各种不同个性和行为状态下的各种生理变化(如脑电、心电、皮肤电、血液中激素及其代谢物的含量等);另一方面,也可以生物干预为自变量(如损毁、电刺激、药物干预等),以心理变量为因变量,研究脑和躯体的生理状况改变所引起的心理行为的改变。

(一) 心理生物学研究的历史

心理生物学方向的研究内容主要涉及心理活动的生物学基础和心身作用的生物学机制两大方面,其中心身作用的机制与医学心理学的关系更为密切。不同时期的生理学家在这方面作出过许多重要的贡献,他们的研究成果为心理生物学的发展奠定了基础。

美国生理学家坎农(Cannon WB, 1871—1945)和巴德(Bard P)于20世纪20年代在总结当时生理学实验研究成果的基础上,提出了情绪的丘脑假说。该理论认为,情绪的控制中枢在丘脑,丘脑一方面传送情绪冲动至大脑皮层产生情绪体验,另一方面通过自主神经系统影响外周心血管活动和内脏功能,故长期不良的情绪反应可导致躯体疾病的发生。情绪的丘脑假说虽然有许多局限,但在当时的确对心身关系的研究起到了非常重要的推动作用。

与此同时,前苏联著名神经生理学家巴甫洛夫提出了情绪的动力定型和高级神经活动学说,认为高级神经活动控制情绪并调节内脏功能,并进一步推论,高级神经活动的异常可导致内脏功能失调,使机体产生各种各样的疾病。

坎农和巴甫洛夫都强调中枢神经系统在情绪产生和调节中的重要作用,这一观点直接推动了心理行为神经机制的研究,不少人开始利用损毁和电刺激等方法在中枢神经系统寻找问题的关键。瑞士生理学家赫斯(Hess W, 1931)利用电刺激方法研究动物的情绪反应,他发现用微弱的电流刺激猫的下丘脑特定部位可引发出恐惧、发怒等情绪反应和攻击行为。赫斯的研究带动了寻找“情绪中枢”的热潮。已证明下丘脑存在“性中枢”、“摄食中枢”、“饱食中枢”和“兴奋中枢”等。这些“情绪中枢”的发现为中枢控制情绪的假设提供了丰富的证据。美国心理学家奥尔兹(Olds J)和米尔纳(Milner P)(1954)通过实验发现在下丘脑和边缘系统中存在一个“愉快中枢”。实验者在老鼠的下丘脑背部埋藏电极,为了获得对“愉快中枢”的持续刺激,动物会数小时不吃不喝持续不断地按压杠杆(按压杠杆可以接通电路,对脑组织产生刺激)。这些“情绪中枢”的发现为中枢控制情绪的假说提供了充分的证据。

加拿大生理学家塞里(Selye H)于20世纪30年代提出了著名的应激(stress)适应假说,认为应激是机体对恐惧等各种有害因素进行抵御的一种非特异性反应,表现为一般适应综合征(general adaptation syndrome, GAS)。按照这一假说,个体对外界紧张性刺激首先表现出警戒反应。随后是适应或抵抗期,在此阶段,个体将成功地动员有关反应系统作好应付外界紧张刺激的准备并使个体内部防御力量与紧张刺激建立新的平衡。如果应激源持续存在或反复出现,则出现衰竭期。在衰竭期,个体的抗衡能力逐渐衰竭,机体出现焦虑、头痛和血压升高等一系列症状,并可导致各种心身疾病的产生。塞里在应激方面的开创性工作对后来医学心理学的发展产生了巨大的影响,直至今日,应激仍是医学心理学的重要研究内容。

美国心理学家沃尔夫(Wolff HG)是现代医学心理学中生物学研究方向的代表人物。他在1943年出版的*Human Gastric Function*这本书中详细描写了一个叫汤姆的胃痿患者在日常生活中各种精神因素对胃液分泌的影响,阐述了人类心理变量和生物学变量之间的关系,探讨了心理社会因素与生理因素相互作用对人类健康的影响。沃尔夫最大的贡献是在研究中对心理变量进行定量化,并客观地测量所观察的生理和病理学变化。他所倡导的一系列研究方法成为医学心理学生物学研究方向的标准模式。后继的许多研究者采用类似的方法对心身疾病的发生、发展、诊断、治疗和康复进行了大量心理生物学研究,并把研究成果用于临床实践。

(二) 心理生物学研究的现状

现代医学和生物学的发展,极大地促进了医学心理学中心理生物学方向的发展。当前心理生物学不但研究各种心理行为因素对机体的影响,同时也注重这些影响即心身作用的生理机制。

1. 目前心理生物学的研究方法 心理生物学研究以前主要包括解剖法、破坏法、电刺激法(可通过急性或慢性埋藏电极)、电记录法(如脑电、皮肤电、胃电)、生物化学法等传统的生物学手段及心理测量、行为分析和行为记录等方法。而随着科学技术的发展,实验设备的改进,心理生物学研究领域逐渐兴起一些新的研究方法(表2-1)。

表2-1 目前常用的心理生物学研究手段

类别	方法	应用
分子遗传学技术	正向遗传学(forward genetics)方法、反向遗传学(reverse genetics)方法、DNA重组技术及聚合酶链反应(PCR)技术、人类基因组计划中关于基因识别、测序、基因组作图、转基因动物等	阿尔茨海默病(AD)、情感障碍、强迫症、惊恐发作和儿童多动症及相关疾病和精神障碍的遗传基础的研究
脑影像技术	脑结构成像:计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)	脑定位、脑心理功能、脑代谢及精神异常机制的研究

续表

类别	方法	应用
脑影像技术	脑功能成像:功能性磁共振成像(fMRI)、正电子发射断层扫描(PET)	
神经电生理	脑电图及相应的睡眠脑电图、脑地形图、诱发电位等	各种复杂心理因素(如准备、期待、注意、动机及觉醒)的研究
生物化学分析法	脑透析(brain microdialysis)、免疫组织化学、原位杂交等	各种心理因素对脑神经内分泌免疫功能影响的研究
心理应激测试术 (mental stress test, MST)	以心理作业(如问题解决、信息处理、心理运动、情感状态、厌恶或痛苦等作业)为应激源,同时配合各种生物参数的记录	各系统的心理生理研究
脑的高级神经网络理论	涉及脑的功能系统、神经网络、大脑皮质联系的组织原则、神经信息的编码等方面	作为研究脑的高级功能的技术思路

注:修自徐斌材料

2. 相关研究

(1)心理因素对生理功能的影响:理论上讲,各种心理因素都在一定程度上对机体正常的生理活动产生影响,其中情绪、个性心理特征、行为方式以及生活事件在心身疾病的发生、发展和康复中的作用显得尤为突出。因此,目前心理生物学研究也较多地考察这些心理因素对机体的影响。与过去相比,现在对心理行为有了更加深入的了解并拥有了许多更客观的测量方法,而对躯体和脑的测量更是可以从分子、细胞到整体各个水平上进行。

关于情绪对机体健康的影响已有不少研究。大量证据显示,不良的,特别是持久的情绪体验可以引起自主神经活动和内脏功能的失调,导致心身疾病。借助各种生物学测量工具,心理生物学家正更加系统地研究不同的情绪类型所引起的不同的生理和病理反应的各个环节。其中情绪变化引起的神经体液调节是当前研究的焦点。

个性特点是个性心理特征与身心疾病的关系也较为密切。现在已经初步发现一些个性与某些疾病之间具有很高的相关性。比如好斗的个性与高血压的发病有很高的相关性,但至今仍不清楚为什么这种个性类型容易患高血压,是因为具有这种个性的个体的生活规律有问题,还是他们更容易产生不良情绪体验或者这些人的心血管功能或自主神经与其他类型的人不同?另外,随着分子遗传学的进展,有人试图探讨基因与个性和心身疾病之间的关系。的确,已有一些证据表明,个性的形成可能有很大的遗传因素。

许多行为方式也被证明与机体的健康有关,其中一些不良行为可直接引起一些疾病的发生。有关研究者正在系统地研究这些不良行为究竟通过影响哪些生理环节而导致疾病的发生。但使这些研究者感到困难的是,行为方式本身受许多心理因素的影响,很难把行为方式与单一的心理变量对应起来。

许多生活事件可以对机体造成不良影响,成为重要的应激源。但各种不同性质的事件在致病性方面究竟有什么区别,通过什么样的心理生物学机制,都还有待于进一步研究。

(2)心身作用生理机制的多层次综合研究:医学心理学的心理生物学研究不但要了解心理因素对机体的影响,更要研究产生这种影响的生理机制,只有充分揭示心身作用的生理机制才有可能最终揭示心身关系的本质。以往心身关系的研究较注重心理因素对躯体反应的影响,而在一定程度上忽略了脑的内部过程。越来越多的证据表明,心身作用不但与外周神经系统、免疫系统和心血管系统的活动有关,更依赖于中枢神经系统的调控作用,因此许多研究已经从躯体深入到脑的内部,探讨中枢神经系统在心身关系中的作用。现代分子生物学的发展促使心身关系的研究深入到分子水平,但与此同时,研究者也更强调整体观指导下的分子、细胞、系统和整体各个层次上的研究,而且充分考虑到

环境和社会因素的影响。

心理神经内分泌学和心理神经免疫学方面的研究充分体现了这种多层次综合研究的特点。作为神经内分泌系统轴心的下丘脑-垂体-激素系统是心理因素影响躯体生理病理过程的解剖学基础,这一系统以下丘脑为整合中心。许多心理行为因素甚至环境因素可以影响大脑的不同区域的活动,后者通过下丘脑的传入联系影响下丘脑的活动,下丘脑再通过传出联系影响内分泌功能达到控制内脏和自主神经系统活动的目的。因此,探讨心身作用机制就必须采用多层次的综合研究。研究者可以从环境因素和心理因素对脑功能的影响入手,观察这些因素作用于哪些脑结构,这些脑结构通过哪些神经递质或调质作用于下丘脑受体,下丘脑又是如何影响内分泌系统和自主神经系统的,其中又涉及哪些生物分子,心血管系统又有哪些改变等等。

不良的心理因素已被证明可以抑制机体的免疫功能。那么这些心理因素是通过什么环节起作用的呢?这一问题可以通过心理神经免疫学的研究寻求答案。现在已经在几乎所有的免疫细胞上发现神经递质和激素的受体,反过来,大多数神经递质和激素的受体都已在免疫细胞上发现。显然心理因素可以通过影响中枢神经系统的功能,再促使神经-内分泌系统释放神经递质和激素,通过影响免疫细胞上的受体影响免疫功能。已经阐明,糖皮质激素和一些肽类神经调质在此过程中起着关键的作用。此外,在应激和其他一些心理因素影响下,机体还会产生免疫抑制因子对免疫系统产生抑制作用。值得注意的是,一些免疫物质也可以反过来影响神经内分泌系统的活动。

总之,心身关系是一个复杂的系统,各种因素纵横交叉,用单一的一种生物学过程难以解释。目前许多心理生物学家强调整体和系统的研究方式;其研究视野由宏观的社会因素到个体不同的心理过程,到各系统各器官直至分子细胞水平的躯体功能活动。这种较系统全面的研究符合新的医学模式。目前在心理社会应激研究中就往往体现了这种研究模式,涉及社会生活事件(质和量)、个人应对、个性、社会支持、各系统各器官心理生理反应等一系列因素的系统作用。

二、心理生物学理论(方向)与医学心理学

心理生物学研究对医学心理学的发展作出了极为重要的贡献,现代医学心理学中的许多知识来自这方面的研究。随着现代医学和生物学的发展,心理生物学研究在医学心理学中的作用将更加突出。

现代心理生物学的研究可分为以下两个方面:

(1) 微观方面:心身相关在分子水平上的研究。现代分子生物学的发展促使心身关系的研究深入到分子水平,但与此同时,研究者也更强调整体观指导下的分子、细胞、系统和整体各个层次上的研究,而且充分考虑到环境和社会因素的影响。

(2) 宏观方面:理论上,各种心理因素都在一定程度上对机体正常的生理活动产生影响,其中情绪、个性心理特征、行为方式以及生活事件有关因素在心身疾病的发生、发展和康复中的作用显得尤为突出。多因素研究已越来越被重视。

心理生物学研究的最突出的优点:第一,由于采用了严格的实验设计、客观的测量手段和可靠的数理统计,因而能准确地揭示心身之间的相互关系;第二,由于心理生物学研究更及时地采用各种新技术,研究更具有前沿性。心理生物学研究的局限在于许多心理生物学的结果由动物实验获得,这些结果有相当一部分不适用于解释人的心身关系。因此,今后心理生物学应是社会因素和生物因素并重,并采用多层次多学科的综合研究。

(何金彩 蒋素)

拓展阅读 几个有关医学心理学理论的问题

一、各种“理论”在医学心理学中的重要性

除了本章介绍的五种理论,心理学理论还有很多,如早期的格式塔理论(gestalt theory)、皮亚杰的认知发展理论、进化论和各种智力结构理论等。一些与医学心理学关系密切的理论在本教材的以后章节中还会涉及,如各种情绪理论、气质理论、终生发展理论、应激理论、角色理论、人际关系理论等。

医学心理学研究具有生物、心理、社会综合属性的人,研究人的健康和疾病。而人的许多心理行为问题不能用一般的常识和通常的逻辑思维所解释。如人为什么会“不由自主”的攻击行为,明知“睡眠重要”为什么会睡不着觉,有些人为什么会“出现”性功能障碍,社交紧张和恐惧是如何发生的等,这些问题往往不是简单的“思想”问题,但这些问题可以从某些心理学理论切入进行解释。这些心理学理论基于不同的假设,以不同的方式但却在一定程度上独立解释了这些问题。如根据本章所介绍的几种理论,针对人类的攻击性行为,精神分析理论把它看成人的一种本能,认为其是受挫后的一种反应;行为主义认为攻击是强化或学习模仿的结果;人本主义理论探讨促成攻击性的个人价值和社会条件;认知理论关注攻击性意图和思维;心理生物学理论(方向)试图找到攻击性行为发生时脑不同区域的表现及大脑在攻击性中的作用等。

因此,了解和掌握各种心理学理论,是为了有助于更全面理解人的心理社会生物属性,有助于更深刻地理解人的行为的产生原因和机制;有助于人类更好地认识了解自身。只有人类对自身的心理行为有了更全面更透彻的了解后,才能对人类的心理行为进行有效的描述、解释、预测和控制,才能在人类自身出现某些心理行为问题时,加以有效的解决,有利于自助和助人。

二、一个“本土”医学心理学理论——人性主义理论

20世纪90年代,国内著名医学心理学家李心天教授等提出人性主义理论。认为人性由生物属性、社会属性和精神(心理)属性组成。这三种属性彼此相互依存和制约。其中生物属性被社会属性和精神属性所制约;社会属性以生物属性为基础和以精神属性为表现形式;精神属性以生物属性为前提和以社会属性为内容。

在此基础上,该理论把心理活动定义为是人性的表现,而不是“脑的功能和客观现实的反映”;其基本内容则是分析、讨论心理、脑和社会这三者的依存关系。

该理论认为,人的心理动力来自人性的需求,这种需求永远是精神、物质和社会的综合体,而不是“力比多”、“内驱力”,或者是“分层次”的。

该理论认为,人的个性只是人性在个体身上的具体体现。而人性是个性的一种抽象,抽掉了个体之间在精神、生物和社会属性方面的差异以及三者之间关系的个体差异。因此,在讨论个性时,不但要讨论个体在生物、社会和精神方面的特点,同时要讨论精神、生物和社会属性之间的关系在该个体身上如何表现。

该理论认为,在诊断疾病过程中,除了肯定外部病因因素的作用,应重点从人性内部去说明疾病的病因,因为即便是躯体疾病,虽然主要表现为躯体症状,但其发病原因、转归和预后等都是人性自身的变化。该理论强调在疾病诊断时要从人性的内涵中追索造成疾病症状的背后原因。例如,精神症状中的恐惧紧张体验,可能由三方面原因促成:一是脑器质性病变,二是遭受过强烈的精神刺激,三是社会交往中的失败或社会适应障碍等,应找到其中最关键的病因并评估出该病因与其他关键因素的关系,以制订针对性的治疗方案。

李心天教授等在20世纪50年代,根据这种人性主义的认识,采用悟践疗法(也称综合快速疗法),治疗神经衰弱患者,后来又将这一疗法应用在高血压、溃疡病和某些精神疾病的治疗中。其总体治疗目标是协助患者调整三种基本属性的关系,使之处在和谐状态。治疗的近期效应是患者理解到人性

的内涵,认识到自己的人性结构,看清自身症状的原因,从而消除由自我认知的盲目性带来的焦虑不安和其他情绪困扰;远期效应是患者在理解人性和个性的基础上发展出合理的行为,自觉地不断平衡自己的人性结构,在社会环境中处于积极适应状态。

三、“系统论”与医学心理学

系统论(systems theory)是一种跨学科的理论,由美籍奥地利生物学家贝塔朗非(Bertalanffy L)提出。简单地说,系统论要求把事物当做一个整体或系统来研究。各种相互作用和相互依赖的若干组成部分结合成具有整体功能的“系统”;不同“系统”又构成更大的系统。系统论认为,作为一个系统的有机体,始终与环境这个大系统处于动态平衡之中,强调整体与局部、局部与局部、系统本身与外部环境之间互为依存、相互影响和制约的关系。我们可以注意到,本医学心理学教材框架整体贯穿着系统论思想。在生物心理社会医学模式、情绪控制、心理应激、心理治疗总论、家庭治疗、生物反馈等有关章节内容中,均反映了重视多因素的系统论和整体观。

第三章 人的心理

● 本章提要

人的心理具有生物和社会的双重属性。心理学传统上将人的心理现象分为心理过程和人格两个部分。心理过程包括认知过程、情感过程和意志过程,即“知、情、意”。人格则涉及人与人之间由于先天遗传素质和后天生活环境不同而形成的心理特点。了解人的最基本心理现象,有助于进一步深入学习医学心理学的其他章节内容。

作为本课程的基础知识部分,本章主要介绍心理的生物学和社会学基础、认知过程、情感过程、意志过程和人格等方面的内容。

第一节 心理的生物学和社会学基础

人类的心理是哪里产生的?如何产生的?这一直是人类科学探究的问题。至今为止,大量的事实和科研结果显示:人类心理是脑的功能,是人脑对客观现实主观能动的反映。神经系统和脑是产生心理活动的物质器官,社会环境是心理活动发生发展的重要影响因素,人的心理还具有特定的主观能动性。

一、心理的生物学基础

无机物和植物没有心理,没有神经系统的动物也没有心理活动,只有有了神经系统的动物才有心理活动。无脊椎动物有感觉;脊椎动物有知觉;灵长类动物有思维的萌芽;人类,则有思维、有意识。

心理的生物学基础包括神经系统、内分泌系统以及其他系统。大脑皮层是其中最重要的部分,是心理活动产生的主要物质基础。

(一) 脑结构和心理关系的几种学说

1. 脑定位学说 古代书籍和医学书籍中(如《黄帝内经》)很早就记载了有关一些高级心理功能和脑的关系或在脑中定位的论述,但真正的定位学说开始于对失语症患者的研究。一些临床医师对脑局部损伤或病变引起某些高级心理功能的障碍作了有价值的观察。1861年布罗卡(Broca P)发现他的一个失语症患者与左脑额叶后部病变有关;1874年 Wernike 描述了一例左颞上回后部病变的患者产生了对言语理解的困难。这样就发现了在大脑两个不同地方的损伤产生了两种不同言语功能的问题,从而迫使临床医生要采用比一般神经病学常规检查更为精细的方法来测定患者高级神经功能损害的情况。

20世纪40、50年代,加拿大神经外科医生 Penfield 对脑损伤患者的研究大大促进了定位学说的进一步发展。他用电刺激法研究颞叶功能时发现,微弱的电刺激能使患者回忆起童年时的一些事情,说明颞叶与记忆有关。另外,科学家还发现:杏仁核、海马与记忆有关,下丘脑与进食和饮水有关,额叶

区受损的患者在解答算术题时不会分析题或发现自己的错误,甚至在性格上变得不能自制,烦躁不安。这些发现都是脑功能定位学说的重要支持依据。

2. 整体学说 进入19世纪后,由于显微镜和细胞染色法的发明,细胞被认为是基本的生命单位。科学的脑生理学的创始者佛卢龙(Flourence PJM, 1794—1867)为了推翻颅相学的伪科学,他用动物(鸟类)做实验,用精确的手术对脑的两半球、小脑、四叠体、延髓等神经结构用部分摘除法,观察各部分的功能,创立了“脑功能整体论”的学说。佛卢龙认为所有大脑的组织都是等势的或等能的,只要有足够的脑组织存留,损伤后剩下的脑组织就能取代失去的脑组织的功能。他认为心理功能不是依赖于脑的特殊部位,脑是作为一个统一整体进行工作的。

3. 功能系统学说 用刺激的方法,或是用切除有限脑区的方法来证实不同脑区的功能,只能局限地、孤立地反映其基本功能,而人类复杂的心理活动形式和特点,如知觉、记忆、语言、书写、阅读、思维、计算等,远远不是孤立的,需要由许多脑结构的共同作用来完成。基于这种认识,鲁利亚提出三个基本功能系统的假说,认为所有心理过程都是由脑的三个功能系统协同完成,每个系统都有分层次的结构,并且至少是由彼此重叠的三种类型的皮质区组成。这三个系统是:

(1) 调节张力和维持觉醒状态的系统: 觉醒状态是保证各种心理活动顺利进行的必备条件。许多实验提示,保证与调节皮质张力的脑结构并不在大脑皮质本身,而在脑干与皮质下部,亦称为网状结构。脑干网状结构的上行纤维终止于丘脑、尾状核和旧皮层,它对大脑皮层的激活起着决定性的作用,从而保证完整的心理过程和实现有目的、有组织的指向性活动。网状结构功能异常,可导致意识障碍,无法进行正常的心理活动。

(2) 接受、加工和储存信息的系统: 该系统位于大脑外侧面的中央沟后部,相当于皮层的视、听和躯体感觉区、联合区及相应的皮质下组织。包括皮层的三级功能区: 一级区用于接受特异信息,并产生感觉功能; 二级区对信息进行进一步加工和特征提取,并形成知觉功能; 三级区则进行更高级、更抽象的加工和存储。这些区域按照模式特异性递减和功能渐进性偏侧化的原则分层次地工作。

(3) 心理活动与行为调控的系统: 人对外来信息的接受、加工和储存,仅是人的心理活动的一个方面,另一方面,人类会主动地制订行动计划和程序,并不断调节自己的行为,使之符合计划和程序。这些能动的意识活动过程是由大脑的心理活动与行为调控系统来完成的。该系统位于大脑外侧面的中央沟前部,相当于初级运动区、运动联合皮层和前额叶。这一系统按照与第二功能系统类似的原则分层次的工作,所不同的是神经冲动的传递方向与第二功能系统相反,即由三级区传至二级区,再传至一级区。该系统的三级区为前额叶,它不仅与皮质的所有其余的外表部分相联系,而且还与脑的下部和网状组织的相应部分相联系,由于这些联系的双向性,使其既可以对其他脑结构进行调控,又可以对来自别处的信息进行进一步加工,修正行动的计划 and 程序,使之符合原初的意图。这种有意识、有目的、有计划的调节机制是在言语的参与下进行的,因而是一种抽象的高级心理活动。二级区(运动联合皮层)接受三级区传送的信息,把执行某种行为的指令进行有序的组织,并使头、眼、手、足整个躯体的肌肉处于运动前的准备状态,然后再发送指令激发一级区(初级运动区)神经元的活动,后者再将冲动传送至脊髓运动神经元而产生精细的运动。

(4) 三个功能系统之间的相互关系: 在正常情况下,三个功能系统并不是独立工作的。比如,视觉功能主要依赖于视觉皮层(属于第二个功能系统),但视觉皮层单独工作并不能很好地完成视觉任务,而必须在三个系统的联合作用下才能正常工作。第一功能系统保证必要的皮质张力和维持一定的觉醒水平,第二功能系统实现对通过视神经进入大脑的视觉信息进行分析和综合,而第三功能系统保证有目的的探索,比如眼睛随注视目标的运动等等。

4. 模块学说 随着认知神经心理学的发展,20世纪80年代中期 Fordor(1983)提出了有关脑结构和功能关系的模块学说(module theory)。他认为人脑在结构和功能上是由高度专门化并相对独立的模块(module)组成的。这些模块复杂而巧妙的结合是实现复杂而精细的认知功能的基础。认知神经科学的许多最新研究成果支持脑功能的模块学说。如在研究比较成熟的视觉领域中,发现颜色、

运动和形状知觉在功能上属于不同的模块,分别定位在不同的脑区,它们之间相互分工又密切合作。临床神经心理学和功能磁共振都发现,不同类型的词汇或概念可以分属于不同的功能或解剖模块,颞叶的某些脑区受损,导致有关工具的词汇或动词的识别障碍,这提示不同词性的词汇或不同功用的词汇可能属于不同的模块。当代的认知神经心理学研究,正试图沿着这一方向的功能分离的证据,进一步探索脑的奥秘。

(二) 大脑皮层的三级功能区与心理功能

前苏联神经心理学家鲁利亚(1973)根据大脑皮层细胞的结构和功能特点,把大脑皮层分为三级功能区。一级区又称投射区或初级区(primary area),包括额叶中央前回的初级运动区(Brodmann 4区)、顶叶中央后回的初级躯体感觉区(Brodmann 3、1、2区)、枕叶后部的初级视觉区(Brodmann 17区)和颞叶上部的初级听觉皮层(Brodmann 41区)。一级区主要结构是皮层Ⅳ、Ⅴ层细胞。一级区的功能具有高度模式特异性,专门接受外周各种传入信息(听、视、体感)和专门发送出运动的指令。它在接受信息时是按照点对点的投射方式进行的,如初级感觉区各个部分与外周视野有非常确定的对应关系,而远端肢体在对侧初级躯体感觉区有明确的定位。损伤这些区域可引起特殊的感觉和运动功能障碍。

在每个一级区上增生着二级区又称投射-联合区或单通道联合区(unimodal association area),包括位于枕叶前部和颞叶后下部的视觉系统纹外区(Brodmann 18、19、37区)、位于颞上和颞中回的听觉联合皮层(Brodmann 42、22区)、位于顶上小叶的躯体感觉联合皮层(Brodmann 5、7区)以及位于额叶的前运动区和辅助运动区(Brodmann 6、8区)。二级区的结构主要是皮层Ⅱ、Ⅲ层细胞。这些短突触细胞不向远处传递,但能够为皮层联合联系打下基础。对于与感知觉有关的大脑皮层,一级区产生感觉,二级区主要产生知觉;而对于运动系统,一级区主要与运动的执行有关,二级区则参与运动的编码和计划等较高级的功能。如损伤视觉联合区只影响视觉功能而不影响其他感觉功能。

三级区也叫重叠区或多通道联合区(multi-modal association area),分前、后两部分。皮层后部的三级区位于顶、枕、颞二级区的交界处,其主要功能是对各种感觉信息进行整合并与注意有关。前部的三级区位于前额叶,它不但是运动系统的最高级功能区,同时也是边缘系统的高级控制区。三级区已失去通道特异性,损伤三级区并不能引起特异的感知觉功能障碍,也不会引起瘫痪,但可丧失对多种信息的综合分析和行为的计划组织能力,出现失认、失用、语言理解和表达障碍、工作记忆障碍甚至人格方面的改变。三级区在个体发生上是最晚成熟的,约7岁以前它不能充分发展,约占整个大脑皮层的一半以上,其细胞主要来自Ⅱ、Ⅲ层。人类三级区的高度发展可能是人类心理活动有别于其他动物的一个重要因素。

(三) 大脑半球功能的不对称性

关于大脑两半球功能专门化的概念来自对失语症的研究。早在1836年达克斯(Dax)曾指出失语与左半球病变有关。之后,布罗卡(Broca P)根据其临床失语患者的研究,认为左半球具有言语功能的优势。后来发现一些复杂的高级功能如说话、阅读、书写、计算、左右辨认等都由一侧半球——左半球主管,所以称它为优势半球,而认为右半球除感觉和运动功能外,在心理功能上是不重要的。

在现代神经心理学中另一位突出贡献者是斯佩里(Sperry RW)。他把猫、猴子、猩猩联结大脑两半球的神经纤维(最大的叫胼胝体)割断,称为“割裂脑”手术。这样两个半球的相互联系被切断,外界信息传至大脑半球皮层的某一部分后,不能同时又将此信息通过横向胼胝体纤维传至对侧皮层相对应的部分。每个半球各自独立地进行活动,彼此不能知道对侧半球的活动情况。1961年斯佩里设计了精巧和详尽的测验,在做割裂脑手术的人恢复以后,进行了神经心理学的测定,发现两半球功能的不对称性(asymmetry),但右半球也有言语功能,从而更新了优势半球的概念。裂脑人的每一个半球都有其独自的感觉、知觉和意念,都能独立地学习、记忆和理解,两个半球都能被训练执行同时发生的相互矛盾的任务。

近20年来由于实验手段和研究技术的改进,可以在无创伤条件下将外界刺激分别进入正常人的

左、右大脑半球,在大脑半球功能完整的情况下研究各种高级心理功能与左右脑的关系。

在正常被试中研究得较多的是视知觉和听知觉。利用速视器半边视野刺激术和同时双听技术,根据被试对到达左或右半球视或听知觉刺激的反应速度和准确性,证明了特定的半球对特定的知觉类型具有优势。

使用一侧电休克的方法发现:一切语言信号的发现和理解都是左半球的功能,当左半球功能被电休克暂时抑制时,表现各种失语症状,对语音的选择性注意被破坏等等,在言语方面无论是元音还是辅音的选择性都变得很困难。当右半球功能暂时被抑制时出现很多有趣的现象,如信号源的空间定向力被破坏了,非言语信号的辨认(如物体发生的声音)遭到破坏,音乐旋律的知觉再认几乎不可能,言语交往中抗干扰能力下降,音调辨认不能,形象记忆破坏,不能辨认男人和女人的嗓音,也不能控制自己说话时的声调与重读音节。尽管如此,言语兴奋性却大大提高了。

使用这一方法还发现,两侧半球对人的情绪状态起着不同的作用。当右半球功能暂时被抑制时,情绪高涨、欣快、言语增多;而左半球功能暂时被抑制时,则情绪低落、沉默无语、自卑、自罪等。

用一侧麻痹法即 Wada 技术,使一侧半球暂时处于麻痹状态,发现大脑语言优势半球并不依赖于右手或左手,并发现音乐的知觉是右半球的功能,而意识活动是和语言优势半球联系着的,暂时阻断两半球的联系,可以引起情绪状态的变化等等。其他还有脑电/事件相关电位(ERP)技术和最近几年发展起来的脑功能成像术等也是研究大脑半球功能不对称性很好的方法。

综合正常人、裂脑人和半脑人的大脑两半球功能不对称性的研究结果,以及脑功能一侧化和性别、情绪变化、某些精神病的关系,可概括为:人脑的功能是高度专门化的,左半球功能具有分析的、抽象的、继时的、理性的和主题的特性,右半球功能具有全息的、具体的、同时的、直观的和同格的特征。左半球在语言的和与语言有关的概念、抽象、逻辑分析能力上占优势;右半球则在空间知觉、音乐绘画等整体形象、具体思维能力上占优势。两半球好像是两套不同类型的信息加工系统,它们相辅相成、相互补充、相互制约、相互协作,以实现人的高度完整和准确的行为。

二、心理的社会学基础

在谈论人类心理实质的问题时,应首先说明的是:人类的心理是社会历史发展的产物。在人类社会历史发展的一定阶段上,随着人们的共同劳动和相互交往的需要而有语言和意识的产生,也才有人类的心理的发展,并与动物的心理有了本质上的差别。

辩证唯物主义认为,意识是物质高度发展的产物,心理是脑的功能,是人脑对客观现实能动的反映,心理活动受到社会生活环境诸因素的影响和制约。

(一) 客观现实是心理活动内容的源泉

人脑只是反映客观事物的物质器官,是人的心理活动产生的自然前提,但没有客观现实,脑就没有反映的对象。客观事物以各种不同形式作用于人脑,通过大脑的加工处理而产生感知觉、表象、思维等心理活动。客观现实是人的心理的源泉和内容,人的一切心理活动都是人脑对客观现实的反映。

客观现实是指人类赖以生存的一切外在事物,包含自然条件和社会生活环境两大部分。自然环境是人类赖以生存的天然条件,是人类为了满足自身需要而进行改造的对象,是人的心理活动不可缺少的源泉之一。社会生活环境包括被人类改造了的自然,如学校、城市等社会生活条件,也包括生产过程中人与人之间的社会关系。社会生活环境对人的心理活动的产生和发展具有决定性的意义。事实证明,脱离人类社会生活环境,即使有健全的神经系统,也不可能有正常的心理活动。18世纪以来,世界各国先后发现了30多个被野兽哺育大的孩子,有狼孩、熊孩等,他们不会说话,不能直立行走。而我国发现的猪孩,则智商远低于正常的同龄孩子。这表明,人长期脱离社会环境,没有社会交往,就没有正常的心理。

(二) 心理是人脑对客观现实的主观能动反映

人的心理的形成和发展是由客观现实决定的,同时它又反作用于社会现实,是一个能动的反映

过程。不同的个体对同一个事物的反映不一样,从而体现出其主观能动性。而同一个人由于不同的时间、地点以及知识经验等因素的影响和制约,对同一个事物会做出不同的反映。这些不同反映主要受个体认知、个性及其主观能动性等因素的影响。

(三) 社会实践制约着心理发展水平

人的各种心理活动都是在后天社会环境中形成和发展起来的,社会生活实践影响和制约了个体心理发展的水平。在实践活动中,活动的目标任务、信息等每时每刻都作用于个体,不断地影响每个人的内心世界,进而形成与之相适应的心理发展水平。人类在改造客观世界的同时也在改变自己对客观世界的反映。

(四) 人的社会化

人在出生时,只是生物学上的有机体,对于社会一点也不了解。人之所以异于其他动物,主要原因是人类社会所具有的社会化过程。

1. 人的社会化过程 人的社会化就是指一个从出生时不知不识的生物个体的人,经过不断地学习知识、技能和社会规范,培养和提高的社会需要,发展自己的社会性,把自己一体化到群体中去,从而使社会不断延续和发展下去的基本过程。

社会化(socialization),是指一个人在社会环境的影响下掌握社会经验和行为规范成为社会人,同时也积极地反作用于社会环境的双向过程。人从出生直至生命的结束,整个一生都是社会化过程。人类异于动物禽兽的最重要原因,就是人类社会具有社会化功能。“人性”的特质,必须经过漫长的社会化过程,才能发挥出来。许多事实表明,一个小孩不与外界接触,在一个非人类或不适当的环境中长大,其所具有的人性即无法发挥,其行为与动物无异,如印度狼孩的案例等。

由于社会环境、社会关系系统性质的不同,和个体在社会环境、社会关系系统中所处地位的不同,个体社会化的内容也各不相同。如:不同国家、民族对其社会成员的行为规范、道德标准要求不同;即使在同一社会环境下,处于不同社会关系和社会阶层的人们对其子女的教育和影响也不同;即使在同一社会里,由于不同个体在遗传素质和以往生活实践基础上所形成的将要被社会化的心理现象也具有一定的差异性。因此,个体总是以自己所具备的条件对社会化的力量有选择地接受,体现了社会化的多元性。经过社会化之后,个体形成了自我观念,学到了社会所期待的社会规范、知识经验、理想信念、生活方式、社会态度和价值观等。使个体的心理和行为朝着社会期待的方向发展,成为与社会环境相适应的社会人。

2. 社会化的意义 社会化的意义,就个人的观点来看,它是实现个人潜能,并完成和发展个人的人格与自我的必要过程。从社会的观点来看,社会化是一个途径,文化借此途径传递,个人通过这一途径而进入有组织的社会生活。

人经历社会化过程,学会思考、感觉和行动方式,发展人格与自我,同时接受社会的文化规范、价值观念,使个人能有效地参与到人类社会组织中。人类社会和文化得以世代相传,就是靠着社会化过程。

3. 影响社会化的因素 社会化的过程也是社会对其成员施加影响的教育过程。影响个人社会化的因素可归纳为家庭、学校和社会三个方面。人的社会化既需要一定的生物基础,也离不开一定的社会条件。生物基础包括人类特有的语言能力、思维能力、学习能力和较长的依赖生活期。在诸多社会条件中,家庭、学校、同龄群体、工作单位和大众传播媒介是影响最大、最重要的几种社会化机制,各自履行着不同的社会化功能。

4. 社会角色 社会角色是指与人们的某种社会地位、身份相一致的一整套权利、义务的规范与行为模式,它是人们对具有特定身份的人的行为期望,它构成社会群体或组织的基础。每一个社会角色都代表着一定有关个体言行的社会标准,它规范和约束着每一个人在日常生活中的行为准则,否则就是通常所说的“没有进入角色”。

个体在社会化的过程中不仅扮演着一种角色,同时还在不同场合和时间里扮演着多种角色,例

如,一个人在医院里对患者而言是医生,对同行而言是同事,回到家中可能还扮演着父母、夫妻、子女的角色。一个人只有具有他所担任的角色所需要的心理特征,才能适应其角色,不至于社会角色失调。

(唐峥华)

第二节 认知过程

认知过程(cognitive process),是指人们获得知识或应用知识的过程,是情绪、情感过程和意志过程的基础,是对客观世界的认识和察觉,包括感觉、知觉、记忆、思维、注意等心理活动。反映论将此过程视为客观事物在人脑中的反映;而现代信息论视其为人脑对客观世界变化信息的加工过程。

一、感觉与知觉

(一) 感觉

1. 感觉的定义 感觉(sensation)是人脑对直接作用于感觉器官的刺激物的个别属性的反映。或者说是机体的感觉器官对环境变化(刺激)的反应。如物体的大小、形状、颜色、软硬、声音、气味等这些个别属性,直接作用于人的眼、耳、鼻、舌、身等相应的感觉器官而产生感觉。我们感觉到的红色、香味、软硬等都属于感觉。

感觉虽很简单,但却非常重要,它在人们的生活和工作中有重要的意义。首先,感觉提供了内外环境的信息。通过感觉,我们能够认识到外界物体的颜色、明度、气味、软硬等,从而了解事物的各种属性。通过感觉,我们还能够认识自己机体的各种状态,从而实现自我调节,如饥择食、渴择饮等。其次,感觉保证了机体与环境的信息平衡。人们要正常的生活,必须与环境保持平衡,其中包括信息的平衡。人们从周围环境中获得必要的信息,是保证机体正常生活所必需的,相反,信息超载或不足,都会破坏信息的平衡,将给机体带来严重的不良影响。最后,感觉是一切较高级、较复杂的心理现象的基础。人的知觉、记忆和思维等复杂的认识活动,必须借助于感觉提供的原始资料。人的情绪体验,也必须依靠人对环境和身体内部状态的感觉。因此,没有感觉,一切较复杂、较高级的心理现象就无从产生。

McGill 大学在20世纪50年代进行了第一个感觉剥夺(sensory deprivation)实验。让被试者躺在隔音实验室内的小床上,蒙上眼睛,堵住耳朵,套上手套,基本上剥夺了受试者的听觉、视觉和触觉,结果表明,剥夺感觉至一定时间后,人的心理会产生异常,注意力不能集中,不能进行连续清晰的思考,有的人会产生幻觉,变得神经质,甚至产生恐惧。这些改变在终止实验后,需经过一段时间才能恢复。这说明感觉是维持人正常心理活动的必要条件。

2. 感觉的种类 通常根据刺激的来源不同,把感觉分为外部感觉和内部感觉。

外部感觉是由机体以外的客观刺激引起,反映外界事物个别属性的感觉。其包括视觉、听觉、嗅觉、味觉和肤觉。

内部感觉是由机体内部的客观刺激引起,反映机体自身状态的感觉。其包括运动觉、平衡觉和机体觉。

3. 感觉的特征

(1) 感受性与感觉阈限:感受性就是感觉器官对刺激的敏感程度。感受性的高低用感觉阈限大小来衡量。感觉阈限就是刚刚能引起感觉的最小刺激量。感受性的高低与感觉阈限的大小成反比关系。另外,那种刚刚能够引起差别感觉的最小刺激量叫差别感觉阈限。差别感觉阈限的大小与差别感受性的高低同样成反比关系。

(2) 感觉的适应:由于刺激物对感觉器的持续作用,从而使感受性提高或降低的现象叫做感觉适应。适应是我们熟悉的一种感觉现象,适应可使感受性提高或降低。人们依靠感受性的变化来适应外界环境的不断变化,使人与环境保持平衡。在不同的感觉中,感觉适应的表现和速度各不相同。如

视觉的明适应和暗适应。由明亮的地方突然进入暗室,起初什么也看不见,等一会就看清了,这时视觉器官感受性增强。人眼的这种感受性逐渐增高的过程叫暗适应,它所需的时间较长,感受性的变化也较大。但明适应的时间很短,最初约为30秒内,感受性急剧下降,之后感受性下降逐渐减慢,大约在一分钟明适应就全部完成。嗅觉的适应性最强。入芝兰之室久而不闻其香,入鲍鱼之肆久而不闻其臭,是嗅觉适应。

(3) 感觉的相互作用: 某种感觉器官受到刺激而对其他器官的感受性造成影响,或使其升高或降低,这种现象叫做感觉的相互作用。现实生活中,人接受的环境信息常常是多通道同时进行的,在一定条件下,各种不同的感觉都可能发生相互作用,从而使感受性发生变化。如在噪声影响下,黄色视觉感受性降低;在绿色光线下听觉感受性提高,红光下听觉感受性下降。食物的凉热可影响它的味道,视觉变幻可以破坏平衡觉,使人发晕或呕吐等等。感觉的相互作用现象在生活中具有重要的应用价值。加德纳(Gardner WJ)等人曾报告以呈现音乐的方法减轻牙科手术中患者的疼痛。

(4) 感受性的补偿与发展: 人的各种感受性都是在生活实践中发展起来的,当某种感觉受损或缺失后,其他感觉会予以补偿,这就是感觉的补偿现象。不同感觉之间之所以能够相互补偿,是因为在一定条件下不同形式的能量可以相互转换。如盲人由于生活需要有高度发达的听觉和触觉,有些聋哑人可以“以目代耳”、学会“看话”等。另外,由于长期的实践训练,音乐家有高度精确的听觉,调味师有高度完善的味觉和嗅觉,有经验的汽车司机能根据发动机的声音准确地判断故障发生的部位等。这些说明人的感受性有巨大的潜力。

(二) 知觉

1. 知觉的定义 知觉(perception)是当前直接作用于感觉器官的客观事物的整体及其外部相互关系在人脑的反映;或者说是感觉器官和脑对刺激做出的解释、分析和整合。

知觉以感觉作基础,但它不是个别感觉成分的简单总和,而是把感觉器官获得的信息转换成对物体或事件的经验和知识的过程,其中语言在知觉发展过程中起着极其重要的作用。例如,我们看到一个正方形,它的成分是四条直线。但是,把对四条直线的感觉相加在一起,并不等于知觉到一个正方形。知觉包含了按一定方式来整合个别感觉成分的作用,形成一定的结构,并根据个体的经验来解释由感觉提供的信息,它比个别感觉的简单相加要复杂和丰富。在实际生活中,人们都以知觉的形式来反映事物,因为我们日常看到的事物不是个别的光点、色调或线段,也不是一大堆杂乱无章的刺激特征,而是由这些特性组成的有机整体,如房屋、花草、人物等。刺激物的个别属性或特征,总是作为一定事物或对象的属性或特性而存在的,不与任何具体事物相联系、完全没有客体意义的感觉是很少的。

2. 知觉的种类 可以根据不同的标准对知觉进行分类。

根据知觉时起主导作用的感官的特性,可以把知觉分成视知觉、听知觉、触知觉、嗅知觉、味知觉等等。

根据人脑所反映的事物的特性,可以把知觉分成空间知觉、时间知觉和运动知觉。

根据知觉对象是否是人,把感觉分为社会知觉和物体知觉,社会知觉是个体在生活实践中对别人、对群体,以及对自己的知觉,也叫社会认识。此外,其他的各种知觉属于物体知觉。

3. 知觉的基本特性

(1) 知觉的选择性: 是指人类根据当前的需要,对外来的刺激物有选择地作为知觉对象进行组织加工的过程。由于人的这一特性,对同时作用于感觉器官的所有刺激并不进行反映,而只对其中的某些刺激加以反映,这样才使人能够把注意集中到某些重要的刺激或刺激的重要方面,排除次要刺激的干扰,从而更有效地感知外界事物,适应外界环境(图3-1)。

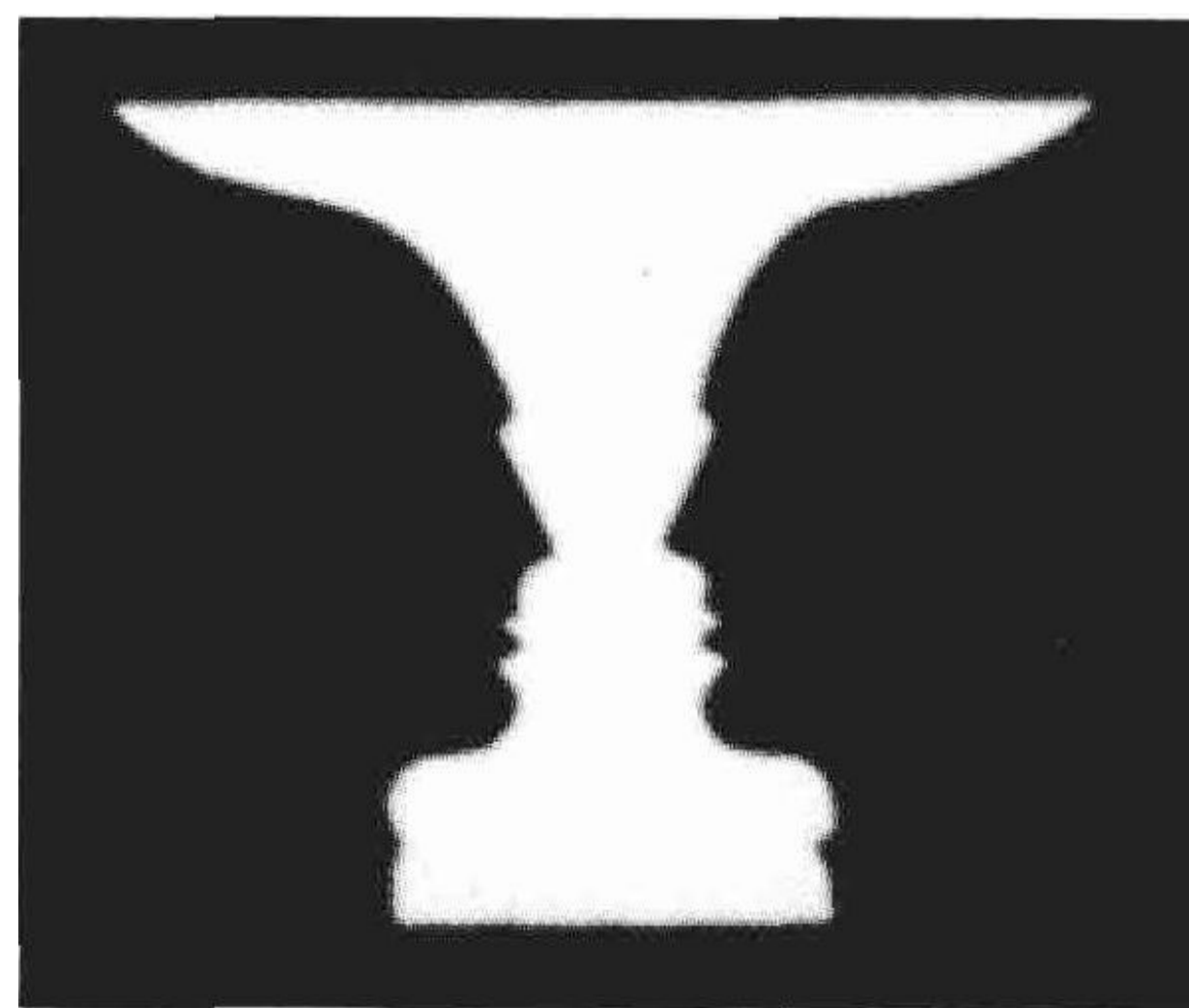


图3-1 知觉的选择性——是瓷器还是剪影

人们周围的事物是多种多样的,因此,在一定时间里,人需要有选择地把某一事物作为知觉的对象,而周围的事物则作为知觉的背景。对象在背景中突出,才能对它的知觉更清晰,背景处在陪衬地位,在当时虽也被知觉到,但却较模糊。知觉的对象和背景是相对的,可互相转换。如我们看电视时,电视屏幕是知觉的对象,电视机旁的花瓶属于背景;关了电视机,花瓶中的花就成了知觉的对象,电视机则成为知觉的背景。知觉对象的选择,受主观和客观因素的影响。主观因素包括知觉者的动机、需要、兴趣、爱好、任务、情绪状态、知识经验以及刺激物对人的意义是否重要等。客观因素则主要包括刺激物的变化、刺激物的对比、刺激物的位置、刺激物的运动状态和是否反复出现等。

(2) 知觉的整体性:是指人根据自己的知识经验把直接作用于感官的客观事物的多种属性整合为统一整体的组织加工过程。知觉的对象都是由不同属性的各个部分组成的。人们在知觉它时却能依据以往的经验把它组织成一个整体,知觉的这种特性就是知觉的整体性。影响知觉整体性的因素有:接近、相似、闭合、好的连续、好的形态等。

知觉的整体性提高了人们知觉事物的能力。例如,一个不熟悉外文单词的人,他对单词的知觉只能一个字母、一个字母的进行;而一个熟悉外文的人则可以把每个单词知觉为一个整体。人的知觉之所以能把当前客观事物的刺激中缺失的东西在主观上进行补充,是因为客观事物的各个部分和它的各种属性分别作用于感觉器官,它们之间形成了固定的联系,使人能在大脑中把这种联系作为一个整体保存下来。

(3) 知觉的理解性:是指人以知识经验为基础,对感知的事物加工处理,并用词语加以概括赋予说明的组织加工过程。知觉的理解性主要受到个人的知识经验、言语指导、实践活动以及个人兴趣爱好等多种因素的影响。人们知觉事物时总是用已有的知识经验去解释它、理解它,并用词把它标志出来。人们对知觉对象的理解,是以他自己已有的知识经验为前提的。人们知识经验越丰富,对事物的知觉就越深刻、越精确、越迅速。例如医生对患者的观察要比一般人全面和深刻。

知觉的理解性与知觉的选择性、整体性有密切的关系。理解帮助知觉对象从知觉背景中分离出来。同一个客观事物,理解不同,知觉的对象也会发生变化。理解还能使我们的知觉更清晰、更精确、更迅速。所谓理解了的东西才能更深刻地感知,就是这个意思。理解还有助于知觉的整体性。人们对自己理解和熟悉的东西,容易当成一个整体来感知;相反,在不理解的情况下,知觉的整体性常常受到破坏。

(4) 知觉的恒常性:当知觉的客观条件在一定范围内改变时,知觉的映像仍然保持不变,这就是知觉的恒常性。它是人们知觉客观事物的一个重要特征。知觉的恒常性以经验、知识、对比为基础。当从不同角度、距离、光线条件下知觉事物时,尽管感觉信息发生改变,但如果是熟悉的事物,就仍可维持恒常的知觉映像。例如,看一个人的个头高矮,远近距离不同,投射到视网膜上的视像大小相差很大,但我们却能认为他的高矮没变,仍能按他实际大小来知觉;在有色光的照明下,绿色的树叶看起来颜色发生了改变,但是我们还是知道树叶是绿色的;等等。

(三) 感觉与知觉的关系

感觉与知觉既有联系,又有区别,具体见表3-1。

表3-1 感觉与知觉的区别和联系

	感 觉	知 觉
区别	<ol style="list-style-type: none"> 1. 反映事物的个别属性 2. 是单个分析器活动的结果 3. 是最简单的认知过程 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 反映事物的整体和外在线索 2. 是多个分析器联合活动的结果 3. 是较复杂的认知过程
联系	<ol style="list-style-type: none"> 1. 感觉是知觉的基础,知觉是感觉的深化 2. 由于事物的个别属性和整体不可分,所以感觉和知觉也不可分 3. 没有纯粹的感觉,也没有纯粹的知觉,一般合称感知 	

(四) 感知觉异常

1. 感觉异常 也叫感觉障碍(abnormal sensation),是指机体感受系统对外界刺激不能产生正常的感觉反应。外界刺激作用于感觉器官后,经过传入神经通路到达大脑感觉中枢。在这一通路的任一部位出现异常均可产生感觉障碍。由感觉细胞及传入神经损害产生的感觉障碍属神经症状,常见于神经系统的疾病。由中枢神经功能异常产生的感觉障碍则主要见于精神疾病。在精神疾病中常见的感觉障碍有以下几种:①感觉过敏;②感觉减退;③感觉倒错;④内感性不适。

2. 知觉障碍(disturbance of perception) 知觉映像在一定范围内保持恒定,它倾向于反映事物的真实状态和属性。但是,有时候人们也会产生各种各样的异常知觉,即知觉障碍。其主要是由于大脑皮质神经组织的病理性损害和中枢神经功能障碍所致,它既可以出现在意识障碍时,也可以出现在意识清晰时。许多神经症和精神疾病患者具有知觉障碍。知觉障碍大体分为错觉、幻觉和感知综合障碍。

错觉是对知觉对象的失真或错误的感知。幻觉是在没有相应的外界客观事物直接作用下发生的不真实感知。

二、记忆

(一) 概述

记忆(memory)的定义:记忆是人脑通过对经历过的事物的识记、保持、再认和重现(回忆)等方式,在人们的头脑中积累和保存个体经验的心理过程。运用信息加工的术语表述,记忆就是人脑对外界信息的编码、存贮和提取的过程。最近研究证明,记忆是一种积极能动的心理活动。人不仅有选择地摄入外界信息,而且进入人脑中的信息也不是静止的,而是在编码、加工和贮存;输入到脑海中的信息只有经过编码才能记住,输入的信息只有汇入已有知识结构时才能在头脑中巩固下来;信息能否提取和提取的快慢,与编码的完善程度及贮存的组织结构有密切联系。

记忆与感知觉不同,感知觉是人们对当前直接作用于感官的事物的反映,而记忆是对过去经历过的事物的反映。如:多年不见的好友,我们仍能回想起他的音容笑貌。记忆是一种积极能动的活动,因为人对外界输入的信息能主动地进行编码,使其成为人脑可以接受的形式。记忆还依赖于人们已有的知识结构,只有当输入的信息以不同的形式,汇入人脑中已有的知识结构时,新的信息才能在头脑中巩固下来。

(二) 记忆的过程

目前认为,人类记忆的过程和电脑处理信息存取的过程类似,对电脑数据进出的理解可以有助于简化和掌握人类记忆这个复杂的过程。

1. 识记、保持、再认或回忆的过程

(1) 识记(memorization):是个体获取经验,记住事物的过程,也就是外界信息输入大脑并进行编码的过程。

识记可分为无意识记和有意识记。无意识记是事前没有确定识记的内容,却在头脑中留下了印象。这在日常生活中经常发生。一般在生活中对人具有重大意义的事情,适合人的兴趣、需要和能激起人情绪活动的事物常容易记住。无意识记具有偶然性、片面性,单靠它不能获得系统的知识。有意识记是事先有明确的识记目的和计划,并经过一定努力、运用一定方法的识记。例如记住药品剂量、外文单词等。

有意识记根据材料的性质又可分为机械识记和意义识记。机械识记是依靠材料外在联系所进行的识记,例如通过死记硬背记忆英文单词、历史年代等;意义识记是依据材料内在联系所进行的识记,例如理解了公式、定理后再把它记住属于意义识记。一般说来,意义识记比机械识记迅速、持久。平时我们需要把机械识记和意义识记两者结合起来,以互相补充。

(2) 保持(retention):是对识记的进一步巩固,是把输入的信息牢固地贮存在脑子里的过程。它

是一个动态变化的过程,这种变化一般表现在质和量两个方面。从量的方面,保持的数量随时间的推移而逐渐减少;从质的方面,有的变得更简要、细节减少,有的相似内容相混淆,有的信息消失了,有的变得更丰富充实了。

(3)再认与再现(recognition and reproduction):是记忆的两种表现形式,都以识记为前提,又都是检验保持的指标,从信息加工的观点看,都是提取信息的过程。再认是过去经验过的事物再度出现时仍能认识。再现又称回忆,是人们过去经验过的事物在头脑中重新出现的过程(回想起来)。对过去事物回忆的速度和准确性,决定于所掌握的知识经验是否成体系,是否经常应用。

2. 信息加工的过程 按信息论观点,记忆的形成是一个信息加工过程,可分为感觉记忆、短时记忆和长时记忆三个阶段。一般认为,每一阶段都包括编码、贮存、提取(检索)等环节。

(1)编码:是将经验过的事物转化为表象。这是信息进入记忆的必要步骤。感知信息必须编码成为可以与脑进行交流的符号,如视觉码、听觉码、意义码等。转化过程就是信息的加工。例如我们看见一种紫红色的椭圆形的东西,被告知是一种甜味的热带水果叫“火龙果”。于是我们头脑留下了这东西的表象,并将它归类重组到可以吃的水果类。当再次看到时,能叫出它的名字“火龙果”。

(2)贮存:是保留信息的过程。根据保留的久暂,可分为感觉记忆、短时记忆及长时记忆。

(3)提取:或称检索,是将记忆贮存信息提取出来。熟悉的信息可随口说出来;而有些信息的提取得经过一段追忆,即搜索过程,慢慢回想才能记起。提取是否顺利,与信息输入时的编码方式、贮存分类有关。

3. 感觉记忆、短时记忆和长时记忆

(1)感觉记忆(sensory memory):也称知觉前记忆,或瞬时记忆。当客观刺激停止作用后,感觉信息在一个极短的时间内保存下来,这种记忆称之为感觉记忆。它是记忆系统的开始阶段。感觉记忆的信息是未被注意的,未经过任何心理加工,是以感觉痕迹的形式被登记下来的,它的编码实际上就是感觉刺激的换能编码,将它转换成知觉。它直接以信息材料所具有的物理特性编码,有鲜明的形象性。感觉记忆的信息储存容量很大,它的信息原始,信息贮存时间极短,约为0.25~2秒。例如视觉后像的记忆、回声的记忆等。感觉记忆的记忆容量由感受器的解剖生理特点所决定,几乎进入感官的信息都能被登记。但感觉记忆痕迹很容易衰退,它的传输与衰变取决于注意。只有当被登记了的信息受到特别的注意,才能转入短时记忆,否则就很快会衰退而消失。

(2)短时记忆(short-term memory):又称初级记忆、操作记忆或工作记忆,是保持在1分钟以内的记忆,它起着少量信息临时仓库的作用。短时记忆是感觉记忆和长时记忆的中间阶段,一般包括两个成分:一个成分是直接记忆,即输入的信息没有经过进一步的加工。它的容量相当有限,信息编码主要采用言语听觉形式为主,也存在少量的视觉或语义编码。另一个成分是工作记忆,即输入的信息经过再编码,容量扩大。

在功能上,感觉记忆中的信息既是无意识的,也是未加工的工作痕迹,而短时记忆中的信息来自于感觉记忆并对其进行操作、加工,是正在工作的、活动的记忆,只有那些被加工处理编码后的信息才有可能被转入长时记忆中贮存,否则就会遗忘。如查记电话号码,进行心算等都属短时记忆。短时记忆中的信息保持时间在无复述的情况下一般只有5~20秒,最长也不超过1分钟。短时记忆的容量有限,其贮存量为 7 ± 2 (5-9)项目,构成一个记忆“组块”。短时记忆中的信息保持时间既短又易受干扰,当有新的信息插入,即阻止了复述,原有的信息就会很快消失。短时记忆操作性强,就其心理功能而言是操作性的。加工短时记忆保持的信息,可把信息复述储存到长时记忆中,同时根据当前工作的需要,从长时记忆库中提取所需要的信息完成某种操作。

(3)长时记忆(long-term memory):又称二级记忆,是指信息经过充分的和有一定深度的加工后,在头脑中长时间保留下来,是一种永久性的贮存。其保存时间长,容量没有限度,其中的信息是有组织的知识系统。这种有组织的知识系统对人的学习和行为决策有重要意义,它使人能够有效地对新信息进行编码,以便更好地识记。其编码以意义为主或联想组合进行贮存,它的提取与信息贮存归

类有关,归类有序则较易提取。其信息保存时间可以很长,甚至终生。

长时记忆的编码,一般认为是以语义的方式来编码的,简称义码,如给被试呈现钢笔、熊猫、文具盒、猴子、纸张等,他们回忆时,往往不按原来词呈现的顺序,而是将它们的意义加以归类,如:文具类(钢笔、文具盒和纸张),动物类(熊猫、猴子)。20世纪70年代后,又有人提出长时记忆除语义编码外,还存在表象编码,即双重编码。双重编码说认为,在长时记忆中,对言语信息的储存用的是语义编码,而对非言语信息的存贮用的是表象编码,两者彼此独立又相互联系。

长时记忆的提取,从信息加工的观点看,就是信息的输出过程。其有两种提取的表现形式——再认和重现。

总的记忆过程可参见图3-2。

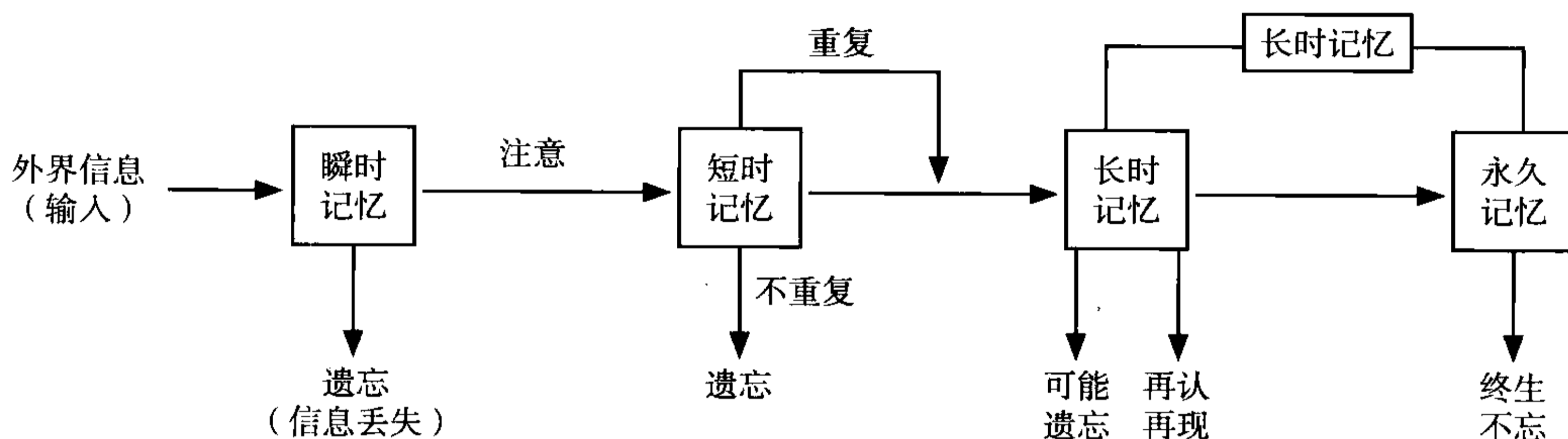


图3-2 记忆阶段模式图

(三) 遗忘

识记的内容不能再认与回忆称为遗忘。艾宾豪斯(Ebbinghaus H)对遗忘规律做了首创性的系统研究,其所发现的遗忘曲线表明,识记后最初一段时间遗忘快,随时间推移和记忆材料的数量减少,遗忘便渐渐缓慢,最后稳定在一定水平上。

人脑输入的信息在经过注意后,成为了人的短时记忆,但如不经过及时的复习,这些记住过的东西就会遗忘,而经过了及时的复习,这些短时的记忆就会成为人的一种长时记忆,从而在大脑中保持很长时间。

遗忘原因假说:①干扰说:学习前后的事件相互干扰而影响记忆。心理学上称为前摄抑制(先学的经验影响新的学习)及倒摄抑制(新学的内容干扰先前的经验)。研究表明,前后学习内容愈相似则干扰愈严重。②衰减(消退)说:短时记忆、感觉记忆的遗忘多属这类。③压抑说:弗洛伊德提出记忆是永恒的,所有遗忘都是动机性的。压抑是一种潜意识的防御机制,用来阻止不愉快的记忆进入意识领域。④线索依赖性遗忘:记忆有时需要依赖线索的提示。老年记忆障碍中常会发生“提笔忘字”或“话到嘴边说不出来”,但如有适当的线索提示就可回忆。

(四) 记忆的生物学研究

记忆是脑的功能,它的生理机制相当复杂。巴甫洛夫的研究分析认为:记忆是大脑皮层暂时神经联系的建立、巩固和恢复过程。而遗忘则是暂时神经联系的消退和被干扰。其中识记是暂时神经联系的建立;保持是经过复习和强化,暂时神经联系的巩固;再认和回忆就是在刺激影响下,暂时神经联系又恢复起来。这就是记忆的生理机制。

现代的科学研究发现,脑的许多部位都参与记忆活动。

(1)记忆是由大脑的多个部位共同完成的:颞叶中对记忆贮存特别重要的结构是海马(Kandel ER, 1993)。海马似乎是长时记忆的暂时贮存场所,对新习得的信息进行为期数周数月的加工,然后将这种信息传输到大脑皮层有关部位作更长时间贮存,这些信息再通过前额叶皮层的记忆活动表达出来。

(2)胆碱能神经系统是支配记忆过程的主要神经系统:经大量研究初步明确:①凡减弱胆碱能神经活动的因素,如服用抗胆碱药物(东莨菪碱、阿托品等)都明显削弱记忆。②凡增强胆碱能神经活

动的药都可增强记忆,如服用胆碱、卵磷脂、人参等。③主要记忆中枢如海马、颞叶、额叶的胆碱能神经元含量最丰富,记忆障碍患者脑组织分析都伴有胆碱能神经元损伤。

(3)长时程增强电位(LTP)是引起神经突触处可塑性形态变化的关键:生理、神经心理学家认为LTP是记忆过程的电生理学标志,是记忆研究的第一次突破。突触可塑性变化是长时记忆的化学基础,即记忆痕迹,识记都编码在RNA的碱基内,都编码在蛋白质分子上,正如遗传信息编码在DNA碱基上储存突触处以备提取,这是记忆机制研究的第二次突破。

(4)一氧化氮合成酶(NOS)参与学习记忆过程:这是记忆机制研究的第三次突破。其根据是:①NOS决定神经元内钙的浓度。②抑制NOS的因素便抑制LTP,凡促进NOS活性的物质都加强LTP。③LTP、cGMP(第二信使)和突触形态学可塑性变化三者密切相关,并与长时记忆相关。

(五)改善记忆的方法

提高改善记忆力,实质上主要是尽量避免和减少遗忘。在生活、学习活动中只要进行有意识的锻炼,掌握记忆规律和方法,就能改善和提高记忆力。具体的方法有:

- (1)集中注意、及时复习、反馈、背诵、多样化的复习。
- (2)过度学习。
- (3)分散识记比集中识记效果好,意义识记比机械识记效果好。
- (4)记住要点,不要把性质相似的材料安排在一起学习。

三、思维与想象

(一)思维

1. 思维的定义 思维(thinking)是人脑借助言语、表象和动作对客观事物概括和间接的反映。它揭露事物的本质特征和内部联系,间接性和概括性是思维的主要特征。

2. 思维的特性 其一是间接性。思维活动不反映直接作用于感觉器官的事物,而是借助一定的媒介和一定的知识经验对客观事物进行间接的反映,这就是思维的间接性。例如,医生看见患者的心电图描记ST段下移和T波倒置,可间接地诊断患者心肌缺血。临床上诊断疾病的思维过程就是靠这些间接的信息。由于思维的间接性,人们才能超越感知觉提供的信息,认识那些没有直接作用于人的各种事物的属性,认识事物的本质。

思维的概括性,是指在大量感性材料的基础上,把一类事物共同的本质的特征和规律抽取出来,加以概括的特性。思维的概括性表现在两个方面:一是对一类事物共同本质特征概括的认识。例如组织的炎症部位不同、表现各异,但大都有红、肿、痛、热的病理改变。红、肿、痛、热就是对各种化脓性炎症共同本质特征的概括认识。二是对事物之间规律性的内在联系的认识。例如,严重腹水的患者一般都有移动性浊音,这是医生对严重腹水和移动性浊音之间规律性联系的认识。一切科学的概念、定理、法则等都是这样概括地认识事物的结果。

思维是对经验的改组,是一种探索和发现新事物的心理过程。它的活动往往指向事物的新特征和新关系,这需要人们对头脑中已有的知识经验不断地更新和改组。认知理论将思维视为人脑对信息心理表征的运作。表征(representation)是一种符号信息,可以是“词”、“视觉形象”、“声音”,或其他感觉模式的资料。思维的运作就是为了回答问题、解决难题或指向一个目标而将信息的表征转换成一个新的、不同的形式。而解决问题的过程既是人们利用过去的知识经验解决当前问题的过程,也是对头脑中已有的知识经验进行重新改组的过程。

人的思维和言语密切联系。思维的发生是人类语言形成的基础和必然结果,而语言是思维的工具,也是思维活动赖以进行的载体,借助于语言还能巩固和表达思维的结果。思维中的概念也是用词汇来表意的。思维的判断和推理也要借助言语来实现。

3. 思维的过程 思维是通过一系列比较复杂的操作来实现的,思维过程就是人们在头脑中,运用存贮在长时记忆中的知识经验,对外界信息进行分析、综合、比较、抽象、概括的过程,又称思维操作

或智力操作。

分析和综合是思维的基本过程。分析就是把事物的整体分解为个别的部分或特征；综合，是把事物的多个部分、特征综合起来，了解它们之间的联系和关系，组合为一个整体；比较，是在思想上把各种对象和现象加以对比，确定它们的相同点、不同点及其关系。比较是以分析为前提的，它同时又是一个综合的过程。例如，人们挑选计算机，首先要了解各种型号的特点、外形、结构等，这就是分析，然后再把各种型号的计算机进行对比，把各种特征综合起来考虑，这就是综合。抽象，是从事物许多特征中找出共同本质的特征，舍弃非本质特征；概括，是根据事物共同的本质的特征去认识同一类所有事物。概括有感性的概括（经验的概括）和理性的概括（科学的概括）。前者是根据事物外部特征的概括，例如对人体由头颅、躯干和四肢构成的认识，后者是根据事物本质特征进行概括，例如认识人有语言，会创造、使用工具，能进行生产劳动。概括又称概念形成，是在头脑中把从各种事物中抽象出来的共同特征联合起来的过程。抽象与概括彼此紧密联系，抽象是概括的基础，没有抽象就不可能进行概括，概括是把分析、比较、抽象的结果加以综合，形成概念。只有通过概括才能使认识深化，才能更正确、更完全、更本质地反映事物。任何概念、规律、公式或原则，都是抽象和概括的结果，人类的科学知识也都是抽象和概括的产物。具体化是与抽象相反的过程，是将通过抽象和概括而获得的概念、原理、理论返回到现实以加深对各种事物的认识。系统化则是通过分析综合、比较分类、抽象概括，把事物整体的各个组成部分纳入一定的序列。

4. 思维的种类

（1）根据思维过程中凭借物的不同分类：①动作思维：即边动作边思考，思维以动作为支柱，依赖实际操作解决直观具体问题，也叫操作思维或时间思维。是1~3岁儿童主要的思维方式。②形象思维：是依赖事物的具体形象和已有表象解决问题的思维。如，一个人在思考沿着哪条路走可以更快地到达目的地时，在她头脑中会出现若干条通向目的地的道路，并运用形象思维进行分析和比较，最后选择最方便最短的路线。这是3~6岁儿童主要的思维方式。也是艺术家、文学家及设计师较多运用的思维方式。③抽象思维：是依赖抽象概念和理论知识解决问题的思维，它是以概念、判断、推理等形式进行的思维。例如中学生运用公式、定理解数学题、物理题的思维；医生诊断、治疗疾病的思维都属于抽象思维。抽象思维也叫逻辑思维，它是人类特有的思维方式。以上三种思维不能截然分开，实际上，在成人的思维中，这三种思维经常相互联系，共同发挥作用。

（2）根据思维探索目标方向的不同分类：①聚合思维：又称求同思维，是把问题提供的各种信息聚合起来，朝着同一个方向，得出一个唯一正确的答案。其主要特点是求同。这种思维是利用已有的知识经验或传统方法来解决问题的一种有方向、有范围、有组织、有条理的思维方式。②发散思维：又称求异思维，是指从一个目标出发，沿着各种不同的途径去思考、探求多种答案的思维。这种思维的特点是求异与创新。其根据提供的信息向不同方向扩散，去探索符合条件的多种答案，例如，学生用多种方法来解答同一数学题。发散思维的三个主要特点是思维的变通性、流畅性和独特性。

（3）根据思维的结果是否经过明确的思考步骤和对过程是否有清晰的认识分类：①直觉思维：即是一种非逻辑思维，它是人脑对突然出现的新问题、新事物和新现象，能迅速地做出判断的思维方式。它具有敏捷性、直接性、简缩性、突然性等特点。例如：阿基米德在浴缸里洗澡时突然发现浮力定律等。②分析思维：也称逻辑思维，它严格遵循逻辑规律，逐步进行分析与推导，最后得出合乎逻辑的正确答案或作出合理的结论。如学生通过多步推理解决数学难题。

（4）按思维的创新程度分类：①习惯性思维：又称常规思维或再造性思维。其是经验证明行之有效的程序化思维。是人们按照现成的方案或程序，用惯常的方法、固定的模式来解决问题的思维方式。这种思维不经思考就按程序完成，既规范又节约时间。如有经验的医生书写病历，就可按规范的格式、程序完成，省时。但其创造性水平低，对原有知识不需要进行明显的改组，往往缺乏新颖性和独创性。②创造性思维：是以新颖、独特的方式来解决问题的思维，是在头脑中重新组织已有的知识经验，沿着新的思路寻求新的成果，有创造想象参加的思维。创造性思维是人类思维的高级

过程,它既是发散思维与聚合思维的结合,也是直觉思维与分析思维的结合;不仅包括抽象思维,而且也离不开创造性想象。

5. 思维障碍 正常人类思维具有目的性、连贯性、逻辑性,思维内容付诸实践时产生一定效果,并能接受现实检验自行矫正错误。而且,进行思维的人有相应的内省体验,知道自己思维活动属于自身,为自己所控。如果上述正常思维特征有改变,则称为思维障碍。是精神病患者的一组重要症状。由于思维通过语言表达,故检查思维有无障碍主要通过和患者的谈话来发现,有时也须收集患者的书面材料,听取患者对其行为的解释。

思维障碍有多种不同的分类,在临床上,目前倾向分为四类:

(1) 思维速度障碍:如思维过程加快(意念飘忽)或迟缓。

(2) 思维形式障碍:亦称联想障碍,主要表现为联想结构的松弛,缺乏目的指向,象征误用,不合逻辑。如,思维散漫、病理性象征思维等。

(3) 思维控制障碍:指患者感到思维不属于自己,思维活动失去自主性,或觉得为外力控制。如思维剥夺、思维插入、思维播散等体验。

(4) 思维内容障碍:如妄想、类妄想观念、强迫观念等。

(二) 想象

1. 定义 想象(imagine)是人在头脑里对已储存的表象进行加工并改造成新形象的心理过程。它是一种特殊的思维形式,属于高级的认知过程,产生于问题的情景,由个体的需要所推动,并能预见未来。

2. 种类 想象一般分为无意想象和有意想象。

(1) 无意想象:即事先没有预定目的想象。无意想象是在外界刺激的作用下,不由自主地产生的。

(2) 有意想象:即事先有预定目的的想象。有意想象中,根据观察内容的新颖性、独立性和创造程度,又可分为再造想象和创造想象。①再造想象:即根据别人的描述或图样,在头脑中形成新形象的过程。它使人能超越个人狭隘的经验范围和时空限制,获得更多的知识;使我们更好理解抽象的知识,使之变得具体、生动,易于掌握。形成正确再造想象有两个基本条件,一是能正确理解词与符号、图样标志的意义,二是有丰富的表象储备。②创造想象:不根据现成的描述,而在大脑中独立地产生新形象的过程。其特殊形式——幻想,是与个人生活愿望相联系并指向未来的想象。其体现了个人的憧憬或寄托,不与当前的行动直接联系而指向未来。积极的幻想是创造力实现的必要条件,是科学预见的一部分,是激励人们创造的重要精神力量,是个人和社会存在与发展的精神支柱。

理想是符合事物发展规律,并可能实现的想象。空想则是不以客观规律为依据甚至违背事物发展的客观进程,不可能实现的想象。

四、注意

(一) 概述

注意(attention),是心理活动对某种事物的指向和集中。它本身并不是独立的心理活动过程,而是伴随心理过程并在其中起指向作用的心理活动。指向性和集中性是注意的两个特点。

注意具有多种功能:①选择功能:即选择有意义的、符合需要的和与当前活动一致的事物,避开非本质的、附加的、与之相竞争的事物。②保持功能:即注意对象或内容能在意识中保持。③对活动进行调节与监督:有些学生作业中的错误,不是由于不懂而产生的,而是与心理监督功能形成不完善有关。

注意对人类具有十分重要的意义。它保证人能够及时地集中自己的心理活动,正确地反映客观事物,使人能够更好地适应环境及改造世界。

（二）注意的种类

1. 无意注意 指预先没有目的,也不需要意志努力的注意。即外界事物引起的不由自主的注意。主观方面,情绪、兴趣、需要等与无意注意有密切联系。客观方面,外界事物的特征,如刺激强度、新异性、活动性、对比差异性及其变化等与无意注意有关。

2. 有意注意 即是有目的并需要意志努力的注意。它受人意识的调节支配。要保持有意注意需加深对目的任务的理解,或依靠间接兴趣的支持,并需要坚强的意志与干扰作斗争。有意注意和无意注意可相互转换。

3. 有意后注意 有目的,但无须意志努力的注意。这是有意注意之后出现的一种注意。这种注意服从于一定任务,开始需要意志努力参加,如学骑自行车,开始的时候骑在车上特别注意,这是有意注意,慢慢学会了,骑熟了,就不用意志努力特别去注意它了,只需要在人多交通复杂的情况下注意就行了。这就是有意后注意。有意后注意对完成长期任务有积极的意义,关键是要对活动本身产生直接兴趣。

（三）注意的基本品质

1. 注意的广度 也叫注意的范围,即同一时间内所注意的对象的数量。影响注意广度的因素有两个。①对象方面:越集中、有规律、能构成相互联系的对象,被注意的范围也就越大。如字母排列成行比分散时被注意的数目要多些;颜色、形状相同的图形要比颜色、形状不同的图形注意范围要大些。②个体方面:个人的活动任务和知识经验影响注意广度。如文化水平高的人阅读时的注意范围要广。

2. 注意的稳定性 注意的稳定性是指注意长时间地保持在某种事物或某种活动上。注意的稳定性直接影响学习和工作的效率。影响注意稳定性的有主体状态和对象特点两方面的因素。①主体方面:人对所从事的活动意义理解得深刻,态度积极或对活动有浓厚的兴趣,注意就稳定。②对象方面:内容丰富的对象比内容单调的对象容易保持较长时间的注意;活动的对象比静止的对象更容易使人保持较长时间的注意。同注意稳定相反的状态是注意的分散,即注意离开当前应当完成的任务,而被无关刺激所吸引,它是由无关刺激的干扰或由单调刺激物所引起的。需要指出的是,临床上少数学生错误地以为可持久集中注意于一个对象上,其实注意的稳定性背后还存在注意的起伏现象,即短时间内注意会周期性地不随意跳跃。

3. 注意的分配 注意的分配是指在同一时间内,把注意指向不同的对象或活动上,例如,一面注意听课,一面注意记笔记;一面注意聊天,一面注意织毛衣。较好的注意分配决定于两个条件:①同时进行的几种活动中,必须有一些活动是比较熟练的。如上述的记笔记、织毛衣是早已熟练了的活动。②注意分配能力的训练。例如飞行员在战斗中的注意分配情况可谓是眼观六路、耳听八方,这都是经过长期训练形成的注意分配能力。

4. 注意的转移 注意的转移是根据新的任务,主动地把注意从一个对象转移到另一个对象上。一般说,注意转移的快慢和难易取决于原来注意的紧张度,以及引起注意转移的新事物(新活动)的性质,原来的注意紧张度越高,新的事物或新的活动越不符合引起注意的条件,转移注意也就越困难。

每个人注意的广度、稳定性,注意的转移和分配都有差异,这与大脑皮层的功能状态有关。正常人通过有意识训练,可改善注意的品质,提高注意能力。

（四）注意的生理学研究

注意和其他心理现象一样,是由神经系统不同层次、不同脑区协同活动来完成的。注意的发生是有机体的一种定向反射。定向反射是由情境的新异性引起的一种复杂而又特殊的反射,它是注意最初的生理机制。定向反射是由新异刺激物引起的,刺激物一旦失去新异性,定向反射也就不会发生了。最初的定向反射是一种无条件反射,当人体内、外环境出现新异刺激时,人们会不由自主地去注意它,机体也产生一种相应的运动,将感受器朝向新异刺激,以便更好地感知这一刺激,这种反射巴甫洛夫称为“定向反射”。

巴甫洛夫曾经用皮层上兴奋和抑制两种神经过程的相互诱导来解释注意问题。人在注意某些对象时,大脑皮层相应区域就产生一个优势兴奋中心。它是大脑皮层对当前刺激进行分析、综合的核心,在优势兴奋中心内,旧的暂时神经联系容易恢复,新的暂时神经联系容易形成和分化,能对客观事物产生清晰而完善的反映,这就是注意。当大脑皮层一定区域产生一个优势兴奋中心时,由于负诱导,皮层其他区域处于相对抑制状态,不能引起应有的兴奋。负诱导愈强,注意就愈集中。

Robertson(1997)等研究指出,脑外伤导致额叶和大脑白质损伤的患者存在严重的注意和专注方面的障碍。Robertson等设计了一个任务,即对反应任务的持久性注意,来评估这些患者产生动作失误的去向,该任务是向被试呈现一长串随机的数字,被试的反应是,对数字3以外的其他所有数字做出按键反应。不能控制对数字3的反应就是动作失误。结果发现这些患者动作失误的几率比正常对照组高出很多(分别为30%和12%),并且患者症状的病理性严重程度与动作失误量(次数)呈正相关。Robertson(1997)的发现说明额叶和大脑白质在持久性注意中扮演着重要角色。

额叶有提高皮层觉醒水平的作用,因而在有意注意中起着决定作用。对大脑额叶严重损伤的患者进行临床观察表明,这种患者不能将注意集中在所接受的言语指令上,也不能抑制对任何附加刺激物的反应。由于注意高度分散,他们无法完成有目的的行为。人脑额叶直接参与由言语引起的激活状态,它通过与边缘系统和网状结构的下行联系,不仅能够维持网状结构的紧张度,而且能够对周围感受器产生抑制性影响。

丘脑等部位的活动也控制着注意的转移及注意对象的选择,如果脑干和丘脑等部分受损则造成注意的破坏,严重时,对周围的一切完全丧失注意。

(五) 注意缺陷障碍

注意的障碍是大脑器质性损害时比较常见的本质损害,精神分裂症、躁狂抑郁性精神病等也有明显的注意障碍。临床不少神经精神疾病都有注意障碍。

(唐峥华)

第三节 情绪情感过程

一、概述

(一) 定义

情绪(emotion)和情感(feeling)是人对客观事物与人的需要之间关系的反映。客观事物与人的需要之间的关系,决定了人对客观事物的态度,人对这种关系进行反映的形式则是体验和感受,同时伴有相应的表情动作和生理变化。需要是情绪和情感产生的基础,但客观事物本身并不直接决定情绪和情感,情绪和情感很大程度上取决于人对环境事件的解释和评估。

情绪、情感因人的需要满足与否而具有肯定或否定的性质。人的需要如果得到满足,便会产生相应的肯定性质的体验,如喜悦、快乐、热爱等;反之,人的需要如果没有得到满足,则会产生否定性质的体验,如愤怒、悲伤、憎恨等。由于客观事物的复杂性,它们可能在不同的方面和人的需要有着不同的关系,既可能满足人的某一方面的需要,同时又不能满足另一方面的需要,甚至和另一方面需要的满足相抵触。因而许多事物常常引起人们复杂的情绪体验,比如失散多年的父子相遇时,既喜悦又悲伤。

人们在认识世界的各种事物时,会对刺激情境作出种种判断和评价,且是以个体已有的认知结构为基础的。个体已有的知识经验不同,会导致对同一情境的判断和评价不同,因而引起的情绪和情感也不同。所以说对刺激情境的认知是情绪和情感产生的直接原因。

(二) 情绪和情感的区别与联系

情绪与情感既有区别又有联系。情绪和情感的区别表现在:

(1) 情绪与机体生理需要是否获得满足相联系,如由于饮食需要满足与否而引起的满意或不满意。情感与人的社会性需要相联系,如由交际需要满足而引起的友谊感。情绪是人类和动物所共有的;情感则是人类所特有的,受社会条件所制约。

(2) 情绪具有明显的情境性、激动性和暂时性,它往往随着情境的改变和需要的满足而减弱或消失。一旦情境发生改变,会很快消失或改变,一般是不稳定的。情感则具有较大的稳定性、深刻性和持久性,一般不受情境所左右,是对人、对物稳定态度的反映。

(3) 情绪是情感的表现形式,却远比情感强烈,通常具有较大的冲动性和较明显的外部表现,如狂热的欣喜、强烈的愤怒或持续的忧郁等。而情感常以内心体验的形式存在,一般较弱,比较内隐而不外露,很少有冲动性,如深沉的爱、殷切的期望、痛苦的思虑等等。就人类个体发展而言,情绪发展在先,情感体验产生于后。

情绪和情感在个体身上很难严格区分开来,它们是彼此依存而交融在一体的,不可分割。情绪是情感的基础,情感离不开情绪,稳定的情感是在情绪的基础上形成的,同时又通过情绪得以表达,离开情绪的情感是不存在的。情绪也离不开情感,情绪的变化往往反映情感的深度。

(三) 情绪和情感的分类

1. 情绪的分类 从生物进化的角度来看,人的情绪可分为基本情绪和复合情绪。基本情绪是人与动物共有的、先天的、不用学习就能掌握的;复合情绪则是由基本情绪的不同组合派生出来的。我国古代《礼记》中提出人具有“七情”,即喜、怒、哀、惧、爱、恶和欲七种基本情绪。20世纪70年代初,美国心理学家伊扎德(Izard CE)用因素分析的方法提出人类的基本情绪有11种,即兴趣、惊奇、痛苦、厌恶、愉快、愤怒、恐惧、悲伤、害羞、轻蔑和自罪感。由此产生的复合情绪有三类:第一类是基本情绪的混合,如兴趣-愉快、恐惧-害羞等;第二类是基本情绪与内驱力的结合,如疼痛-恐惧-愤怒等;第三类是基本情绪与认知的结合,如多疑-恐惧-内疚等。现今,人们根据情绪与需要的关系,把快乐、悲哀、愤怒、恐惧作为最基本的情绪形式或原始情绪。

(1) 快乐:是一个人追求并达到所盼望的目的时产生的情绪体验,它是愿望得以实现、紧张解除时产生的情绪体验。快乐的程度取决于愿望实现、目标达到的意外性,快乐的程度可以从满意、愉快到异常的欢乐、大喜、狂喜。目的突然达到和紧张一旦解除会引起巨大的快乐。

(2) 悲哀:是个体失去某种他所重视和追求的事物时产生的情绪体验。悲哀强度取决于失去的事物对主体心理价值的大小,心理价值越大,引起的悲哀越强烈。悲哀有各种程度,如从遗憾、失望到难过、悲伤、哀痛。悲哀并不都是消极的,它在一定的主客观条件下可以转化为力量。

(3) 愤怒:是愿望得不到满足,实现愿望的行为一再受阻引起的紧张积累而产生的情绪体验。它可以从轻微不满、生气、愤怒到大怒、暴怒。愤怒的发展与对妨碍物的意识程度有直接关系。一般说来,如果个体意识不到干扰他到达目标的人或事物,他的愤怒并不会明显地表现出来;一旦他清楚地意识到,并知其不合理或属于恶意时,愤怒会骤然而起,甚至表现出攻击性行为。

(4) 恐惧:是个体企图摆脱、逃避某种情境或面临、预感危险而又缺乏应付能力时产生的情绪体验。引起恐惧的关键因素是缺乏处理、摆脱可怕的情境或事物的能力。例如,熟悉的情境突然发生了变化,失去了掌握、处理的办法时,人就会产生恐惧。当人们习惯了危险的情境,或者学会了应付危险的办法时,恐惧就不会产生。如果情境发生了改变或应付危险的办法失去了功效,恐惧会卷土重来。

2. 情绪状态的分类 情绪状态是指在某种事件或情境的影响下,在特定时间内,情绪活动在强度、紧张水平和持续时间上的综合表现。根据情绪产生的强度和持续时间的长短,可将情绪状态分为心境、激情、应激。

(1) 心境(mood):是一种比较持久而微弱的具有渲染性的情绪状态。心境具有弥散性,不具有特定指向。换言之,它不是对于某一事物的特定体验,而是在一定时期以同样的态度体验对待一切事物。所谓“人逢喜事精神爽”、“感时花溅泪,恨别鸟惊心”,指的就是心境。心境持续的时间有很大差别,依赖于引起心境的客观环境和个体的个性特点。影响心境的原因是多种多样的,例如个人生活中

的顺境和逆境、机体的状况等,人们不一定都能意识到。心境影响日常活动,如工作效率、学习成绩和人际关系等。长时间处于某种心境之下,就与个人的气质、性格有一定的关系。

(2) 激情(enthusiasm):是短时间的强烈而爆发性的情绪状态。这种情绪状态通常是由对个人有重大意义的事件引起的。例如,人格受到污辱时暴怒;听到获奖的消息时狂喜;亲人去世时悲恸欲绝;等等。这一类情绪就像狂风暴雨,突然侵袭,并笼罩整个人。激情往往伴随着生理变化和明显的外部行为表现,如:盛怒时全身肌肉紧张,双目怒视,咬牙切齿;狂喜时眉开眼笑,手舞足蹈;过度悲痛可能导致精神衰竭、晕倒甚至出现所谓的激情休克。处在激情状态下,人的意识活动的范围往往会缩小,仅仅指向与体验有关的事物。理智分析能力减弱,往往不能约束自己的行动,不能正确地评价自己行为的意义和后果。但激情持续的时间往往较短。激情通常由生活中的重大事件、心理冲突、过度的抑制或兴奋等因素所引起。

(3) 应激(stress):在传统心理学领域,应激是指人对意外的环境刺激所做出的适应性反应,是在出乎意料的紧迫情况下所引起的高度紧张的情绪状态。在突如其来的或十分危险的情境下,个体必须迅速地、几乎没有选择余地地采取决策和行动时,容易出现应激状态。例如司机在驾驶过程中出现危险情境的时刻,人们在遇到巨大的自然灾害的时刻,需要人们根据以往的知识经验,迅速地判明情况,果断地作出决定。应激状态的产生与人面临的情境及人对自己能力的估计有关,当情境对人提出了过高要求,而此人感到无力应付时,就会体验到紧张而处于应激状态。在应激状态下,人可能有两种表现:一种是目瞪口呆,手足无措,陷入一片混乱之中;一种是头脑清楚,急中生智,动作准确,行动有力,及时摆脱困境。

人在应激状态下,会引起机体的一系列生物性反应,如肌肉紧张度、血压、心率、呼吸及腺体活动都会发生明显的变化。这些变化有助于适应急剧变化的环境刺激,维护机体功能的完整性。

在医学心理学领域,关于应激的基本概念和内涵,已有独立的研究内容,参见第五章。

3. 情感的分类 情感是与人的社会性需要相联系的主观体验,为人类所独有,它调节着人们的社会行为,主要有道德感、理智感和美感。

(1) 道德感:是人们根据一定的道德标准,在评价他人或自身的思想、意图和行为时所产生的—种情感体验。如果自己的言行符合这一标准,就会产生幸福感和自豪感,否则就会感到不安和内疚;当别人的言行符合这些标准就会感到羡慕或钦慕与崇敬,否则就会感到反感和鄙视。例如,一个人做了一件好事而产生“心安理得”的情感体验;看到别人做了一件坏事而产生不满的情感体验。道德感直接体现了客观事物与人的道德需要之间的关系。道德感具有社会历史性。

(2) 理智感:是在智力活动过程中,在认识和评价事物时所产生的情感体验。理智感总是与人的求知欲望、认识事物、科学探索及真理的追求相联系的,它对人们学习科学知识、认识和掌握事物发展的客观规律具有动力作用,体现着人们对自己认识活动的过程与结果的态度。例如科学研究中发现新线索、学习中有了新进展而产生的陶醉感,工作中多次失败的焦虑感,问题得到解决的欣喜感等都属于理智感。

(3) 美感:是指个体根据一定的审美标准对客观事物、人的行为和艺术作品予以评价时产生的情感体验。人的审美标准既反映事物的客观属性,又受个人的思想观念和价值观念的影响。美感也具有社会历史性。

(四) 情绪情感表达

情绪情感是一种体验,当这种体验发生时,人的外显行为和内在的生理活动都会发生一定的变化。情绪情感实际上就会从内心体验、外显行为(表情)和生理变化三个方面表达出来。

1. 内心体验的表达——语言表达与言语表情 语言是交流信息的工具,言语指利用语言进行的交流活动。可以利用语言直接描述内心体验;而在口头语言中,言语中语音的音调、节奏和速度方面的变化等都会表达着不同的情绪,称为言语表情,也是言语交际的重要辅助手段。

2. 面部表情 面部表情是额眉鼻颊口唇等全部颜面肌肉的变化所组成的模式。例如,愉快时额

眉平展、面颊上提、嘴角上翘,悲伤时额眉紧锁、上下眼睑趋于闭合、嘴角下拉等,形成标定各种具体情绪的模式。由于面部表情模式能最精细地区分出不同性质的情绪,因而是鉴别情绪的主要标志。

3. 身段表情 身段表情是除颜面以外身体其他部分的表情动作,例如,狂喜时捧腹大笑,悔恨时捶胸顿足,愤怒时摩拳擦掌等。其中,手势是一种重要的身段表情,它协同或补充表达言语内容的情绪信息。

人和动物的表情有共有的根源,全人类的表情也存在共同的模式;但表情又受社会文化因素的影响,带有后天习得的成分。

面部表情和身段表情均由随意运动所支配,因此可在一定程度上被随意地控制。身段表情虽不像面部表情那样能细微地区分各种情绪,但它能与面部表情一起表露情绪信息。也往往在人有意地控制面部表情时,身体姿态却会泄露真情。例如,一个人用和蔼微笑的面容去掩饰对对方的愤怒时,他那紧握的拳头、僵硬的肢体却明白无误地泄露了真情实感。

4. 生理变化 有机体在情绪状态下会出现许多生理反应。例如,恐惧和愤怒时,呼吸频率变快、呼吸深度增大、心跳加速、血压升高;悲伤时呼吸频率变慢,每次呼吸之间的间歇时间较长;处在兴趣、积极思考状态时,呼吸频率稍慢、均匀,反映了集中思考时的特点;满意愉快时,心跳节律正常等。关于情绪体验同生理变化间的确切关系,目前尚未明确。

二、情绪理论

(一) 詹姆斯-兰格理论

美国心理学家詹姆斯(James W)和丹麦生理学家兰格(Lange C)各自于1884年和1885年提出了观点基本相似的情绪理论,故合称为詹姆斯-兰格理论。该理论认为情绪是由身体器官对刺激所产生的生理变化引起的,情绪是对身体变化的知觉。詹姆斯进一步阐述道:“我们因为哭,所以悲伤;因为动手打,所以生气;因为发抖,所以怕。并不是我们悲伤了才哭,生气了才打,害怕了才发抖。”兰格还特别强调情绪与血管变化的关系。他们认为情绪产生的方式是:刺激情境—机体反应—情绪。该理论提出了机体生理变化与情绪发生的直接联系,强调了自主神经系统在情绪产生中的作用,因此也称为情绪的外周学说。

(二) 坎农-巴德理论

坎农(Cannon WB)认为,情绪并非外周变化的必然结果,情绪产生的中心机制在中枢神经系统的丘脑。情绪过程是大脑皮层对丘脑的抑制解除后丘脑功能亢进的结果。所有的情绪过程都遵循同样的活动链条,由外界刺激引起感觉器官的神经冲动,通过传入神经传到丘脑,再由丘脑同时向上向下发出神经冲动。向上反馈至大脑皮层,产生情绪体验;向下激活交感神经系统,引起一系列生理变化,使个体在生理上进入应激准备状态。他认为人的情绪体验与生理反应是同时发生的,它们都受丘脑的控制。1934年巴德(Bard PA)扩展了坎农的丘脑情绪理论,所以人们通常把他们的观点合称为坎农-巴德理论,也称情绪丘脑学说。

(三) 情绪的认知理论

现代情绪心理学研究认为,情绪产生是由环境事件、生理状态和认知过程三个条件所制约的,其中认知因素是决定情绪性质的关键因素。

20世纪60年代美国心理学家沙赫特(Schachter S)提出情绪的产生受认知过程、环境刺激、生理反应这三种因素所制约,其中认知因素对情绪的产生起关键作用。沙赫特和心理学家辛格(Singer J)1962年用实验来验证他们的理论,证明情绪状态是认知过程、环境刺激、生理反应在大脑皮层中整合的结果,即:环境中的刺激因素通过感受器向大脑皮层输入外界信息;同时机体通过内部器官、骨骼肌的活动也向大脑输入生理变化的信息;认知过程完成对过去经验的回忆和对当前情境的评估。来自这三方面的信息经过大脑皮层的整合作用之后,才产生某种情绪体验。

沙赫特认为,决定情绪的主要因素是认知。他认为情绪是在认知加工过程中产生的,特别是在当

前的认识评价与原来的内部模式不一致时产生的。这里“评价”是一个重要概念,它被看做对输入信息、对有机体价值的估计,也就是个体对输入信息与个体本身先前建立的诸如愿望、目的、经验等以记忆形式存在的内部模式的比较而进行的加工过程。它使人对外部信息赋予某种意义,这“意义”意味着人要分辨事物的好坏,进而采取适应或应对行为。其基本观点是,生理唤醒与认知评价之间的密切联系和相互作用决定着情绪,情绪状态以交感神经系统的普遍唤醒为其特征。这个理论强调认知的作用,可以转化为一个工作系统,称为情绪唤醒模型。情绪唤醒模型的核心部分是认知,通过认知比较器把当前现实与储存在记忆中的过去经验进行比较,在知觉分析与认知加工之间出现不配合时,认知比较器就产生信息,动员一系列生化或神经机制,释放化学物质,改变脑的神经激活状态,这时,情绪就被唤醒了。每种情绪状态在形式上可能略有不同,人们通过环境的暗示和知觉的典型模式对这些状态加以解释和分类。生理唤醒的出现使人依靠对它的认知来确定其情绪的发生。

20世纪50年代,阿诺德(Arnold MB)提出了情绪的认知评价学说,认为刺激情境并不直接决定情绪的性质,从刺激的出现到情绪的产生之间有一个对刺激情境的估量、评价过程。她的认知评价理论主要有两个内容:其一,情绪刺激必须通过认知评价才能引起一定的情绪;其二,强调大脑皮层兴奋对情绪产生重要的作用,认为情绪的产生是大脑皮层和皮下组织协同活动的结果。这种认知评价过程往往以过去的经验和情境刺激对个体的作用为依据,当机体对环境刺激的评估结果是“好”、“坏”或“无关”时,个体分别以趋近、回避或忽视的具体情绪做出反应。他强调这种评价过程发生于生理反应、情绪体验和行为变化之前。评估常以直觉和自然评估为主,以经过考虑的价值判断作为补充。因此,虽然属于同一刺激情境,由于评估不同会产生不同的情绪反应。例如,在深山老林中遇到一只虎,肯定会引起恐惧;而在动物园中观赏虎,则会感到很有趣。这正是由于对刺激情境的认知评价不同而引起的截然不同的情绪体验。

拉扎勒斯(Lazarus RS)发展了阿诺德的认知评价学说,将评价扩展为评价、再评价的过程,这个过程由筛选信息、应付冲动、交替活动、身体反应的反馈以及对活动后果的知觉等环节组成,情绪的产生是生理、行为和认知三种成分的综合反应,社会文化因素影响着个体对情境刺激的知觉和评价。

(四) 情绪动机 - 分化理论

伊扎德(Izard CE, 1977)的情绪动机 - 分化理论是以情绪为核心,以个性为基础,论述情绪的性质和功能。他认为:情绪是在生命进程中分化发展起来的,包括情绪体验、脑和神经系统的相应活动以及面部表情三个方面,提出了情绪 - 认知 - 运动反应模型。他认为在激活情绪的过程中,人与环境是相互作用的,其间个体内部认知过程起着重要作用。在重视认知因素对情绪的作用的同时,伊扎德还十分强调情绪的适应功能,认为情绪是基本动机,强调情绪对人格整合的动机功能。情绪使有机体对环境时间更敏感,更能激起机体的活力;对认知的发展和认知活动起着监督的作用,激发个体的认知行为。

三、情绪的生物学研究

(一) 情绪状态下机体的生理变化

个体做出情绪反应时呼吸、心率、血压、血管容积、皮肤电反应、脑电反应及内外分泌腺反应均会发生变化,这些变化可以作为情绪反应特征和强度的客观指标。

(二) 情绪的脑机制研究

情绪反应的特点很大程度上取决于下丘脑、边缘系统和脑干网状结构的功能,大脑皮层则对皮层下中枢的活动起调节作用。下丘脑与情绪和动机有密切关系,下丘脑是情绪和动机产生的重要脑结构,奥尔兹(Olds J)等人发现下丘脑存在着“快乐中枢”和“痛苦中枢”,刺激这些部位,动物会产生愉快和不愉快的情绪体验。脑干网状结构对情绪的激活也有重要的影响,网状结构的功能在于唤醒,它是情绪产生的必要条件,它是情绪表现下行系统中的中转站,也是上行警觉激活系统的中转站。边缘系统是情绪体验的重要区域,例如,切除杏仁核,可以降低动物凶暴的情绪反应。

情绪的产生和调节依赖于中枢神经系统复杂的生物学机制。继坎农的丘脑学说之后,许多心理学和生理学家开展了大量的有关中枢神经系统功能与情绪发生和调节关系的研究,认为脑的网状结构和边缘系统的功能特点与情绪、情感联系密切。

林斯利(Lindsley DB)总结了前人在神经生理学方面的研究成果,提出了以网状结构为核心的情绪激活学说。他认为,脑干上行网状激活系统接受着来自外周和内脏的各种感觉冲动,经过下丘脑的整合之后,再弥漫投射到大脑,激活大脑皮层,调节睡眠、觉醒和情绪状态。情绪的边缘系统学说是由帕佩兹(Papez JW)和麦克林(Maclean PD)提出的。他们认为边缘系统与情绪的自主神经系统反应和情绪体验关系密切,大脑的边缘皮层、海马、丘脑和下丘脑等结构在情绪体验和情绪表现中具有重要作用。帕佩兹提出了有关情绪的环路模型,这个模型包括与情绪有关的下丘脑、乳头体、前丘脑和扣带回皮质。这些相互连接的结构合起来被称为帕佩兹环(Papez circuit)(图3-3)。

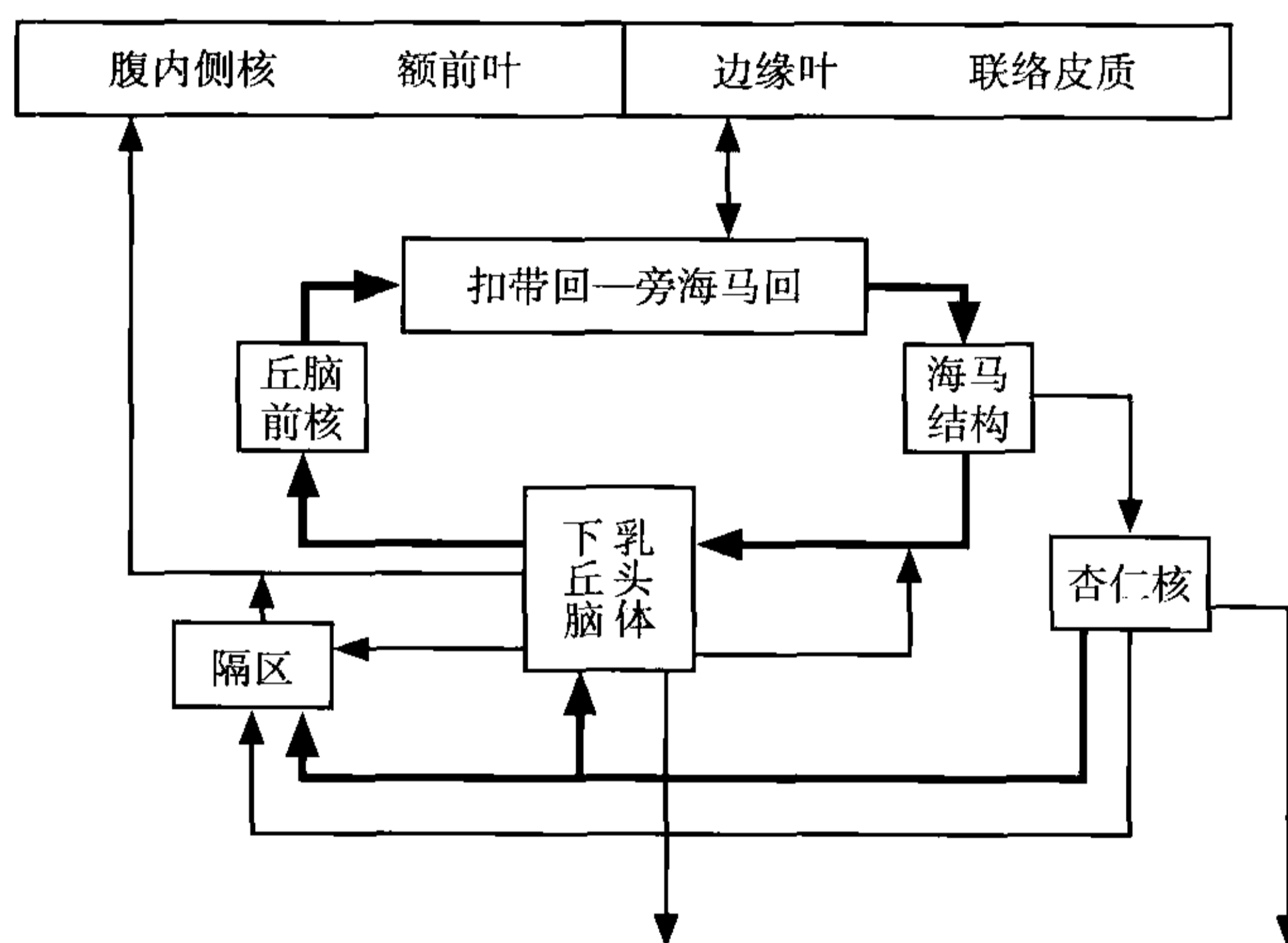


图3-3 帕佩兹情绪环路示意图(自万选才,1999)

帕佩兹环路提出后,引出了许多实验研究工作。有的通过损坏环中的某个区域,有的则用电流刺激某个区域,以观察情绪反应的过程。这些实验进一步发现,帕佩兹环路远比最初想象的复杂,杏仁核和隔区也应该包括在情绪环路之中。1970年麦克林根据对癫痫患者的边缘系统的研究、电刺激猴脑引起的情绪模式的观察,以及对哺乳动物脑演化的研究,提出了一个有关情绪行为更为扩大的脑模型。他把人脑视为三层系统,第一层是最老最深的脑干,第二层是与情绪情感有密切联系的边缘系统,第三层是特别复杂的大脑皮层。大脑皮层在情绪情感活动中起着主导作用,外部刺激要经过个体的评价和估量才引起有关的情绪,而评估是在大脑皮层进行的。麦克林模型强调了边缘系统在情绪活动中的重要作用,同时说明了许多高等动物中情绪反应所包含的共同的脑结构,以及这些结构和它们的功能在物种演化中的发展过程。从演化的观点看,边缘系统的出现给脑干所实现的行为增加了更多的适应性。这就是说,它可以受到情感和情绪的策动,更有效地适应各种情境刺激。

四、情绪与人的行为和健康

情绪和情感作为人反映客观世界的一种形式,是人的心理的重要组成部分,对人的现实生活和精神生活都发挥着巨大的功用,对人的心身健康具有重要的作用。

(一) 情绪的意义和作用

1. 适应功能 情绪是适应生存的心理工具,是进化的产物。人类借助情绪改善和完善自身的生存和生活条件。例如,婴儿在出生时,依靠情绪信息的传递,得到成人的抚育。现代社会里,情绪适应功能的形式有了很大的变化,人们用微笑向对方表示友好,通过移情和同情来维护人际关系。情绪起

着提高社会亲和力的作用,但对立情绪有着极大的破坏作用。

2. 动机作用 情绪构成了一个人基本的动机系统,能够驱策有机体发生反应、从事活动,在最广泛的领域里为人类的各种活动提供动机。情绪的这一动机功能既体现在生理活动中,也体现在人的认识活动中。

生理内驱力是激活有机体行为的动力。但是情绪的作用则在于能够放大内驱力的信号,从而更有力地激发行动(Tomkins S, 1973)。例如,人在缺水或缺氧的情况下,产生补充水分或氧气的生理需要。但是这种生理驱力本身并没有足够的力量去驱策行动,而这时产生的恐慌感和急迫感起到了放大和增强内驱力信号的作用,并与之合并成为驱动人行为的强大动机。

3. 组织作用 情绪是独立的心理过程,有自己的发生机制和操作规律。作为脑内的一个监测系统,情绪对其他心理活动具有组织作用。情绪的组织作用包括对活动的瓦解或促进这两个方面:一方面,正性情绪起协调、组织作用;另一方面,负性情绪起破坏、瓦解或阻断作用。研究证明,情绪能够影响个体认知操作的效果,其影响效应取决于情绪的性质和强度。一般认为,愉快情绪的强度与操作效果呈倒“U”形,即中等唤醒水平的愉快和兴趣为认识活动提供最佳的情绪背景,过低或过高的愉快唤醒均不利于认知操作。这些研究结果符合耶克斯-多德森定律(Yerkes-Dodson Law)。

4. 信号作用 情绪和情感是人们在学习、工作和生活中相互影响的一种重要方式。它在人与人之间具有传递信息、沟通思想的功能。这种功能通过情绪和情感的外显形式——表情来实现。表情能显示主体的情绪状态,人们通过表情来反映自己的意愿,并通过他人的表情来了解他们的态度和意愿,情绪通过表情的渠道达到互相了解、彼此共鸣的目的,以十分微妙的表情动作传递交际的信息。有时,人们的内心体验难以用言语描述,但可以通过非语词性信息,即各式各样的表情动作来表达。例如:微笑常常表示需要得到满足或对他人行为的赞赏;痛苦的表情往往表示人们对某种状态对象的需求或感觉状态,气愤则表示对某人某事的否定态度。这些都表明情绪情感的信号作用,它们通过表情动作传递信息,使人对环境事件的认识、态度和观点更具表现力。情绪和情感的适应功能也是通过它的信号功能得以实现的。

(二) 情绪与健康

情绪具有明显的生理反应成分,直接关系到心身健康,同时所有心理活动又都是在一定的情绪基础上进行的,因而人们将其看成是心身联系的桥梁和纽带。正性情绪如乐观、开朗、心情舒畅等有利于人的心理和生理两方面的健康;负性情绪如焦虑、抑郁、悲伤、苦闷等常常会损害人正常的生理功能和心理反应,严重时可导致心身障碍。因此,情绪在医学心理学中显得非常重要,医学心理学研究的许多问题,包括疾病的心理病因、心理诊断、心理治疗、康复心理和心理护理等都涉及情绪问题。情绪研究在临床医学中也具有重要的理论和实际意义,它涉及不良情绪对各种疾病过程的影响,以及如何改善患者的情绪反应等问题。也可以由于各种原因导致情绪异常,表现为情绪低落、情绪高涨、易激惹等。

(三) 情绪的调节

情绪是认识和洞察人们内心世界的窗口,个体对情绪的调节及控制能力标志着个性成熟的程度。一般来说,可以从以下几方面进行情绪的控制和调节。

(1) 调整行为目标:情绪与人的需要是否满足有关,从理论上说,建立起理想和现实尽可能一致的生活或行为目标,将会有利于需要的满足,减少个体负性情绪的发生。

(2) 改变认知评价方式:认知决定情绪发生的性质和强度。实际生活中人们会遇到各种各样能引起情绪反应的刺激,在个人的认知水平上做一定的调整往往可有效地减少负性情绪的发生,甚至改变情绪反应的性质。

(3) 改变或转变环境:环境刺激引发情绪。改变一下工作和生活环境,改善人际关系的结构,有时可以防止负性情绪的发生,或有利于情绪的调节。

(4) 心理防御机制的应用:对负性情绪可以有意识地采用一些心理防御,能够缓冲其对个体的心

身影响。

(5)自我控制与求助:人可以用自我调整控制情绪。即按一套特定的程序,以机体的某些随意反应去改变机体另一些非随意反应,用心理过程影响生理过程,以解除紧张和焦虑等负性情绪。情绪的调节也可以求助于别人的帮助,存在情绪问题的人常可通过心理咨询、心理热线电话等方式,在心理医生的指导下进行情绪调整。

(刘 畅)

第四节 意志过程

一、意志行动的概念

意志(will)是人自觉地确定目的、支配行动、克服难以实现预定目的的心理过程。意志使人的内部意识转化为外部的动作,充分体现了意识的能动性。意志具有引发行为的动机作用,但比一般动机更具选择性和坚持性,可以看成是人类所特有的高层次动机。

人的意志是通过行为表现出来的,受意志支配的行为称为意志行动。意志行动包括采取决定阶段和执行决定阶段两个基本过程。采取决定阶段包括确定行动的目标、选择行动的方法并作出行动的决定,是意志行动的初始阶段。在采取决定阶段,人会出现心理冲突。执行决定阶段是意志行动的完成阶段,一方面它要求个体坚持执行预定的目标和计划好的行为程序,另一方面制止和修改那些不利于达到预定目标的行动。只有通过这两个阶段,主观决定才能转化为实际行动,人的主观目的才能转化为客观结果,实现意志行动。

二、意志行动的基本特征

(一)目的性

这是意志活动的前提。人不是消极被动地适应环境;而是积极能动地适应与改造世界。人为了满足某种需要而预先确定目的,并有计划地组织行动来实现这一目的。人在从事活动之前,已经把行动的目的以观念的形式存在于头脑中,并用这个观念来指导自己的行动。人的这种自觉的目的性还表现在能发动符合于目的的行动,同时还能制止不符合目的另一些行动。意志的这种调节作用也是意志的能动性表现。

(二)意志行动总是与克服困难相联系

这是意志行动的核心。在实际生活中,并不是人的所有有目的的行动都是意志的表现;如果不与克服困难相联系,就不属于意志行动。意志是在人们克服困难中集中表现出来的。这种困难包括内部的困难和外部的困难,内部的困难如缺乏信心、心理冲突等;外部的困难是指来自于外部环境的困难。所以,个体的行动需要克服的困难越大,意志的特征就显得越充分、越鲜明。

(三)意志行动以随意活动为基础

人的活动可分随意活动和不随意活动这两种。后者是指那些不以人的意志为转移的、自发的、控制不了的运动,主要指的是由自主神经支配的内脏运动。前者是指可以由人的主观意识调节和控制的运动,主要是由支配躯体骨骼肌的自主神经控制的躯干四肢的运动。

当人的意志活动异常时可以表现为意志增强、意志减退、意志倒错等。

三、意志行动的品质

意志的品质是指构成人的意志的某些比较稳定的心理特征。意志品质是人格的一个组成部分,它具有明显的个体差异。良好的意志品质是在人生中逐渐形成的,需要从小进行培养和自我锻炼,包括:

(一) 自觉性

指能主动地支配自己的行动,使其能达到既定目标的心理过程。与自觉性相反的意志品质有动摇性、受暗示性、盲从、随波逐流、刚愎自用和独断性等。

(二) 果断性

指人善于明辨是非,迅速而合理地采取决断,并实现目的的品质。这种品质以深思熟虑和大胆勇敢为前提,在动机斗争时,能当机立断;在行动时,能敢作敢为;在不需立即行动或情况发生变化时,又能立即停止已作出的决定。与之对立的是优柔寡断、患得患失和草率从事。

(三) 坚韧性

指一个人能长期保持充沛的精力,战胜各种困难,不屈不挠地向既定的目标前进的品质。与之相悖的品质是做事虎头蛇尾、见异思迁、急躁、轻浮、疑虑和执拗等。

(四) 自制性

指一种能够自觉地、灵活地控制自己的情绪和动机,约束自己的行动和言语的品质。这种人能够克服懒惰、恐惧、愤怒和失望等,抗拒内、外诱因的干扰;善于使自己做与自己愿望不符合的事情,执行已确定的目的和计划。与之相对立的是任性和怯懦、易冲动、易激惹、感情用事等。

意志过程和认识过程、情绪情感过程共同构成了人的心理过程,它们从不同方面反映了心理活动的不同特征,三者之间是相互联系、相互影响的。认识过程是情绪情感过程、意志活动的前提和基础,认识制约、调节情绪情感过程,协助意志确定目的、制订计划、采取克服困难的合理办法。情绪情感过程对意志活动具有动力作用,表现为情绪情感既能激发又能阻碍人的意志行动。意志过程又可以推动认识活动的不断深入,同时意志对情绪情感也具有调节和控制作用。

(刘 畅)

第五节 人 格

一、概述

(一) 人格概念

人格(personality)乃是具有不同素质基础的人,在不尽相同的社会环境中所形成的意识倾向性和比较稳定的个性心理特征的总和。它由表及里地表现出一个人独特的心理面貌。

人格包含意识倾向性和个性心理特征以及自我意识。意识倾向性是指影响或决定人的行为方向的那些心理现象,如需要、动机、兴趣、信念、世界观等。个性心理特征是指在心理活动中表现出的稳定的心理特点,包含气质、性格、能力。自我意识是个体对自我的意识,由自我认识、自我体验和自我调节三方面组成。狭义的人格概念指人的非认知性的人格特质,即意识倾向性、气质和性格等的综合;最狭义的人格等同于性格。

(二) 人格形成的影响因素

人格形成受多种因素影响,包括生物学的、环境的、社会实践和自我教育等。

1. 生物因素 生物因素是人格形成和发展的自然基础,其中遗传起主要作用。遗传基因携带父母的生物特征传递给子女,对人格的作用在生命历程的早期比环境因素大。遗传对人格各部分的作用不完全相同,像思维模式,尤其价值观或信念相关的部分很少受其影响。但是,气质和智力则受其影响较为明显。

此外,遗传来的人的体态、体质和容貌,也会通过社会评价作用影响人格。但是,生物因素只为人格的形成和发展提供了一种可能性,不能完全决定人格的发展。

2. 环境因素 按照个体成长过程中接触环境的顺序,依次是家庭、学校和社会文化环境。

(1) 家庭因素: 家庭是个体最早接触的环境, 包括家庭情绪气氛、父母的教养态度与方式、言行榜样和经济社会条件所造成的影响。父母对子女的教养方式是最重要的家庭因素。父母对孩子持有民主、平等的态度, 容易建立良好融洽的亲子关系, 有利于保持儿童稳定的情绪, 形成自尊、自信、友善等人格特点。父母之间关系和睦, 互相尊敬和理解, 形成支持性的家庭气氛, 也对孩子的人格形成有积极影响。在多子女家庭, 出生顺序会影响到兄弟姐妹在家庭中的地位和角色, 对人格也有影响。

(2) 学校因素: 人的一生有相当长的时间是在学校度过的。在各级教育机构里, 课堂教学的内容、班集体的气氛、师生之间的关系和教师的管理教育方式、教师的作风、态度以及思想品质等, 对人格的形成和发展有着深刻的影响。其中管教方式的影响尤为深刻。如民主的管教方式, 能造就情绪稳定、积极、友好等人格特征。随着年龄增长, 教师的影响力下降, 同辈的影响力上升。

(3) 社会文化环境: 大众传媒、社会风气等对人格形成的影响是十分明显的。古代的“孟母三迁”即包含有此意。

3. 社会实践 个人所从事的实践活动, 是制约人格形成和发展的要素之一。某一特定的实践活动, 要求人反复地扮演与某种活动相适应的角色, 久而久之, 便形成和发展这一活动所必需的人格特点。不同的实践活动要求不同的人格特点, 同时又造就和发展了相应的人格特点。

4. 自我教育 人在实践活动中, 在接受环境影响的同时, 个人的主观能动性也在起着积极的作用。人是一个自我调节的系统, 环境因素及一切外来的影响都必须通过个体的自我调节才能起作用。一个人在人格形成的过程中, 从环境接受什么、拒绝什么, 或希望成为什么样的人、不希望成为什么样的人, 是有一定的自主权的, 这取决于每个人对自己采取怎样的自我教育。因此, 从某种意义上说, 人格也是自己塑造的。

(三) 人格的特征

人格是在生物学、环境等因素交互作用下形成的, 有如下特征:

1. 倾向性 人格在形成过程中, 每时每刻都表现出个体对外界事物所特有的动机、愿望、定势和亲和力, 从而发展为各自的态度体系和内心环境, 形成了个人对事、对自己的独特的行为方式和人格倾向。人格的倾向性实际上就是对事物的选择性反应, 具有积极的导航作用。

2. 复杂性 人格是由多种心理现象构成的, 其中的一些是显而易见的, 别人看得清楚, 自己也能觉察到; 有些非但别人看不清楚, 就是自己也感到模模糊糊。而且, 这些内容又在动态中不断发展变化, 就更使人感到其极为复杂。

3. 独特性 现实生活中的每个人, 都有其独特的人格特点, 即使同卵双生子, 具有极为相似的生物遗传特征, 也同样具有自己的独特性。人格的这种独特性, 不仅可以通过人格测验测查出来, 而且在日常生活中也能大致观察出来。

4. 稳定性 人格是逐渐形成的, 一旦形成, 就具有相对的稳定性, 这是人格心理测量的理论基础。当然, 人格的稳定性是相对的, 在一定条件下也会有不同程度的改变。

5. 完整性 人的心理倾向性、心理过程和个性心理特征总是有机地结合在一起, 形成完整的统一体, 来认识客观现实。因此, 一个道德高尚的人, 不论何时何地都能表现得令人可敬; 一个热情、直爽、爱说爱笑的人, 在什么场合都比较活跃。

6. 积极性 人格具有积极性, 能统率全部心理活动去改造客观世界和主观世界。人格积极性的核心是自我控制系统, 它在人的整个活动中起着自我调节、自我维护、自我完善的作用。

如果自幼发展起来的人格特点明显偏离人群, 且造成适应困难、损害自身和社会时, 会考虑人格障碍。它有不同的类型, 如: 偏执型、强迫型、反社会型等。

二、需要与动机

(一) 需要

需要 (need) 是有机体对内外环境的客观需求在头脑中的反映, 是人活动的基本动力。它促使人

朝着一定的方向,追求一定的目标,以行动求得自身的满足。

1. 需要的分类

(1)按照起源:需要可以分为自然性需要和社会性需要。自然性需要是机体的本能需要。如对空气、热量、食物、水、运动、休息和排泄的需要等。这类需要也称为生理性需要,为人类和动物所共有,但人的自然性需要的对象和满足方式,主要是受社会生活条件制约的。人主要是靠社会生产劳动来生产满足需要的对象,而且满足方式也不同于动物。人与动物的根本区别在于人能根据外部条件和行为的道德规范有意识地调节自己的需要,而动物则不能。所以,人的自然性需要也具有社会性。社会性需要是后天习得的需要,为人类所独有。如对劳动生产、社会交往、文化学习的需要,对道德、威信、审美的需要等。社会性需要通常是从社会要求转化来的,当个人认识到这些要求的必要性时,社会的要求就可能转化为个人的需要。

(2)按照对象:需要可以分为物质需要和精神需要。物质需要既包括人们对自然界产物的需要,也包括对社会文化物品的需要。因此,在物质需要中,既有自然性需要的内容,也有社会性需要的内容。例如对空气、阳光、家具、服饰的需要就是物质需要。精神需要指人在认识、交往、道德、审美和创造等方面的需要。这是人所特有的需要。人类最早形成的精神需要是对于劳动和交际的需要。随着社会生产力的发展,新的精神需要在不断地产生,且日趋丰富。

2. 需要的层次 马斯洛(Maslow AH)将人类的主要需要依其发展顺序及层次高低分为五个等级:

(1)生理的需要:指对阳光、水、空气、食物、排泄、求偶、栖息和避免被伤害等的需要。这种需要具有自我和种族保存意义,是个体为了生存而必不可少的。生理的需要是人类各种需要中占有最强的优势,当一个人被生理的需要所控制时,其他的需要均会被推到次要地位。

(2)安全的需要:指对生活在无威胁、能预测、有秩序的环境中的需要。如生命安全、财产安全、职业安全和心理安全等需要,以求得安全感。

(3)归属与爱的需要:指对朋友伴侣、家庭的需要,受到组织、团体认同的需要,它表明人渴望亲密的感情关系,不甘被孤立或疏离。

(4)尊重的需要:是个人对自己的尊重与价值的追求,包括“人尊”和“自尊”两方面。前者指希望获得别人的重视、赞许等,后者指自信、自强、好胜、求成等。

(5)自我实现的需要:是指追求自我理想的实现,充分发挥个人才能与潜力的需要。自我实现的需要是人的最高层次的需要,是一种创造的需要,它的产生依赖于前面的基本需要的满足。

马斯洛也曾在尊重的需要之上加了认识的需要和美的需要,使之成为七个层次,但影响最大的仍然是五个层次的概括。从发生上看越是低层的需要,强度越大;越是上层的需要,强度越小。每当较低层次的需要得到某种程度的满足后,较高一层的需要随之产生;如果较低层次的需要一直处在不满足的状态,较高层次的需要就不容易产生。每一时刻最占优势的需要支配着一个人的意识,成为组织他行为的核心力量;已经满足了的需要,就不再是行为的积极推动力。人的需要是在活动中不断产生和发展的。随着满足需要对象范围的不断扩大以及需要方式的不断改进,需要本身也在不断地变化,随社会而发展,需要呈波浪式由低层次向高层次发展。由于兴趣、信念、世界观等也会左右人的行为方向,因此个人的生活环境对需要层次的发展也有着影响,需要层次不是刻板的,会有“一些例外”。

(二) 动机

1. 概念 动机(motivation)是一种驱使人进行活动,从而满足需要、达到目标的内部动力。需要和刺激(诱因)是动机产生的两个必要条件。需要变成动机往往有一个发展过程,动机的产生过程可以概括为四个环节:需要的产生→需要被意识到→需要和刺激相结合→产生活活动动机。即动机是在需要的基础上产生的,无论是物质的需要还是精神的需要,只要它以意向、兴趣、愿望或信念的形式指向一定的对象,并激发起人的活动,就可构成活动的动机。有时候,个体未被明确意识到的潜在需要,仍可以作为其行动的动机而发生作用。

2. 动机的功能 一是始发功能,它激发一个人开始进行某种活动;二是指引功能,它使行动朝着预定的目标进行;三是激励功能,不同性质、不同强度的动机会对行动产生程度不同的激励作用。作为一种内在过程,动机无法被直接观察,但它有两个明显的特征,即选择性和活动性。前者使动机指向需要的对象,据此,我们可以推测出动机的所在。我们还可以从后者中推测动机的强度。

3. 动机的种类

(1) 与需要相对应,把动机分为生理性动机和社会性动机。前者是起源于有机体生理需要的动机,如饥饿和干渴可以产生觅食、觅水的动机。后者是起源于社会性需要的动机,如取得成就和交往的动机。

(2) 根据动机的影响范围和持续作用的时间,把动机分为长远动机和短暂动机。长远动机一般来自对活动意义的深刻认识,它持续作用时间长,作用范围广,不受外界偶然情境变化影响,具有比较稳定的性质。短暂动机常常由对活动本身的直接兴趣所引起,它只能对个别具体活动一时起作用,容易受情绪的支配和影响,而且不够稳定。

(3) 根据动机在活动中所起作用的大小,把动机分为主导动机(优势动机)和辅助动机。活动的动机及方向是由主导动机控制的。

(4) 根据引起动机的原因,把动机分为外部动机和内部动机。外部动机是指行动的推动力,是外力诱发出来的。例如一个学生因家长提出要求才去学习。内部动机是指人的行动出自本身的自我激发。如由于做一件事能令他愉快,无须外力推动。

三、能力与智力

(一) 概念

能力(ability)是制约人们完成某项活动的质量和数量水平的个性心理特征。能力在活动中体现,在活动中发展,并直接影响着人的活动效率和水平。

能力可以分为一般能力和特殊能力。一般能力包括观察力、记忆力、注意力、思维力、想象力。能力适用于广泛的活动范围,保证人们较容易和有效地掌握知识。一般能力具有普遍意义,学习、工作、发明创造等任何活动的顺利完成,都离不开一般能力。特殊能力只在特殊活动领域内发生作用,如节奏感、色彩鉴别能力、运动能力等。这些特殊能力对于完成相应的专业活动是必须具备的。一般能力与特殊能力在活动中的关系是辩证统一的:一般能力的发展,为特殊能力的发展创造了有利的条件;在各种活动中发展特殊能力的同时,也会促进一般能力的发展。要顺利地完成某种复杂的活动,往往需要几种能力的完备结合。

智力(intelligence)又称智能,指人们在获得知识以及运用知识解决问题时所必须具备的心理条件或特征,其核心是理解、判断或抽象思维能力。智力可等同于一般能力。目前心理学对智力本质有多种不同的理解,从而提出不同的智力理论,其中经典且有代表性的理论是因素论。智力因素论以智力测验为工具,采用统计学的因素分析方法,从测验结果中分离出彼此相关的各个不同因素,然后分析所得的因素,定义智力的性质。

能力、知识和技能是不同的概念,有区别也有联系。在差异方面,能力是在人的长期实践活动中形成的,具有两个明显的特点,首先作为“心理能量”,是人们完成活动,掌握知识、技能所不可缺少的前提条件;其次,由于能力的形成是建立在对多种事物的分析、综合的基础之上,它具有概括性,面临新情境时,能力可以广泛地迁移。知识是人类社会历史经验的总结,是个体习得的结果,知识以思想内容的形式为人们所掌握。技能是实际的操作技术,是训练的结果,并以行动方式为人们所掌握。知识、技能的掌握一般来说比能力的形成或提高快。而能力要靠多方面的知识与技能做基础,通过反复多次的练习与有机的结合才能形成。知识只是对其所反映的客观现实的概括,只能在此经验范围内迁移;技能的迁移范围更狭窄。而能力一旦形成,其概括与迁移的范围是相当广泛的。

能力与知识、技能又有着密切的联系。知识、技能是能力形成发展的基础,要想成功地完成某种

活动任务,固然靠能力,但也要靠知识与技能。能力的发展是在掌握和运用知识、技能的过程中完成的。离开学习和训练,个体的能力就得不到发展。另一方面,能力的高低也直接制约着个体掌握知识技能的难易、速度和程度,影响对知识技能的运用;知识技能的掌握又会导致能力的提高。在不同人身上可能具有相等水平的知识技能,但他们的能力不一定是相同的;而具有相同能力的人也不一定获得同等水平的知识技能。在学习的过程中,人们既要注意知识和技能的掌握,更要注重能力的培养和发展。

(二) 智力差异

智力差异按照不同的表现形式,可分为个体差异和群体差异。在个体差异中又可分为智力的质和量的差异。质的差异除了表现为不同个体具有不同的特殊能力外,还表现在完成同一种活动中,不同的人可以采取不同的途径或能力的不同结合,这种差异就被称为能力的类型差异或结构差异。智力量的差异表现在能力发展的水平上和表现的早晚上。群体差异可分为性别差异、民族差异、地区差异等。下面简要介绍个体差异的有关问题。

1. 智力结构差异 由于多种因素的影响,每个人的智力结构是不同的。以知觉为例,一些人的知觉属于综合型,其特点是富于概括性和整体性,但在分析方面较弱;一些人的知觉属于分析型,其特点是具有较强的分析力,对细节感知清晰,但整体性知觉不够好。有些人的知觉兼有上述两种特点,属于分析综合型。

在记忆方面,表现为人们怎样识记材料,一些人运用视觉识记较好,一些人运用听觉识记较好,一些人在运动觉参加时识记较好,也有些人运用多种记忆表象识记较好。这样,记忆类型就可分为视觉型、听觉型、运动型和混合型四种。

在思维方面,一些人的思维特点是形象的、情绪的因素占优势,属于形象思维型;一些人的思维特点是概括的逻辑的联系占优势,属于抽象思维型;而多数人兼有上述两型的特点,称为中间型。由于每个人智力结构中的因素有差异,再加上多种因素影响,如年龄、环境、教育、实践活动等,就表现出人与人之间智力结构的差异,如有的人善于观察,有的人善于思考,有的人善于求同思维,有的人善于求异思维等等,这就造成了人的智力结构千差万别。

2. 智力发展水平的差异 能力在不同的人身上,首先表现为一种具有普遍性的同质而不同量的东西,即能力高者各种作业的效率都高,能力低者各种作业效率都低,这就是用智商所表示的智力。大量的智力测量结果表明,人与人之间智商差异完全服从常态分配的规律。根据韦氏智力测验结果,把智商在130以上的称为超常;在70以下(不含70)称为低常;普通人的智商在100左右,称为中常。

智商低常结合社会适应能力低下称为智力发育不全、智力落后、智力(精神)发育迟滞或智力缺陷,我国1990年调查了0~14岁85 170名儿童,城市儿童智力发育迟滞的患病率为0.70%,农村为1.41%。2001年全国0~6岁儿童调查,城市和农村发育迟滞患病率分别是0.83%和1.03%。智力低常者的主要特点是心理发育迟滞,自理和社会生活适应显著困难。由于低常的原因不同,常分为弱智型与病理型两大类:①弱智型:是指家族性智力发育不全,是家族里制约智力的许多遗传因子不良组合的结果。②病理型:智力低常是疾患的一种体征。按其病因,又可分为遗传性和外因性两种,遗传性的如染色体畸变或代谢缺陷,外因性的如妊娠期损伤、分娩损伤等。智力低常依据不同智力水平可以进一步分类,详见表3-2。

表3-2 智力低常等级分布

智商	心理学分度	教育学等级
<25	极重度	需监护
25~39	重度	可训练(依赖型)
40~54	中度	可训练
55~69	轻度	可教育

超常儿童的智力水平远远超过同年龄儿童的水平,智商在130以上。超常儿童兴趣广泛,求知欲强;观察力特别敏锐,善于在一般人不注意的地方发现问题;想象力丰富而且活跃,尤其是富于幻想;思维敏捷而又灵活,富有独立性和创造性,善于求异思维;注意力有超人的主动性,学习时注意力能高度集中;记忆力强,而且善于理解性记忆。超常儿童今后能否在事业上取得成就依赖于许多条件,如良好的家庭背景、重视早期教育、社会生活条件和人格特征等。此外,还有一种特殊才能发展优异的儿童,他们在智力发展正常的基础上,某一方面的才能有突出表现,如:诗歌、音乐、绘画等。

3. 发展早晚的差异 智力的差异还可以表现在智力发展的早晚。有的人在儿童时期就显露出非凡的智力和特殊能力,叫“早熟”。但也有人智力表现较晚,即所谓“大器晚成”。一般说来,智力表现突出的年龄阶段在青年。科学人才发明创造的“最佳年龄”是在25~45岁之间。有人对301位诺贝尔奖金获得者作了统计,70%的获奖者科学发明的年龄是在30~50岁之间。

4. 智力发展的年龄变化 在人的一生中,智力的发展水平随年龄发展而变化,但并不是匀速直线前进的。一般说来,出生后的前5年智力发展最迅速;5~12岁发展速度仍有较大增长;12~20岁智力缓慢上升;到20岁左右智力达到高峰,这一高峰期一直持续到34岁左右。然后直到60岁,智力缓慢下降;60岁以后,智力下降迅速。不同学者的研究结果表明:智力的绝对水平在儿童成长过程中随着年龄的增长而增长,但它与年龄的增加不是线性的关系,总体上讲,是先快后慢,到一定程度停止增长,并随衰老而呈现下降趋势。

各种智力因素的发展也存在明显差异,它们在发展的速度、高峰期范围、衰退时间方面都不相同。迈尔斯(Miles WR)等人研究发现:知觉能力发展最早,在10岁就达到高峰,高峰期持续到17岁,从23岁便开始衰退;记忆力发展次之,14岁左右达到高峰期,持续到29岁,从40岁开始衰退;再次是动作和反应速度,18岁达到高峰期,持续到29岁,也是从40岁开始衰退;最后是思维能力,在14岁左右达到高峰期的为72%,有的18岁达到高峰期,持续到49岁,从60岁以后开始衰退。其中,流体智力是随神经系统的成熟而提高的,如知觉速度、机械记忆、识别图形关系等,不受教育与文化影响。晶体智力——通过掌握社会文化经验而获得的智力,如词汇概念、言语理解、常识等记忆储存信息能力,一直保持相对稳定(图3-4)。

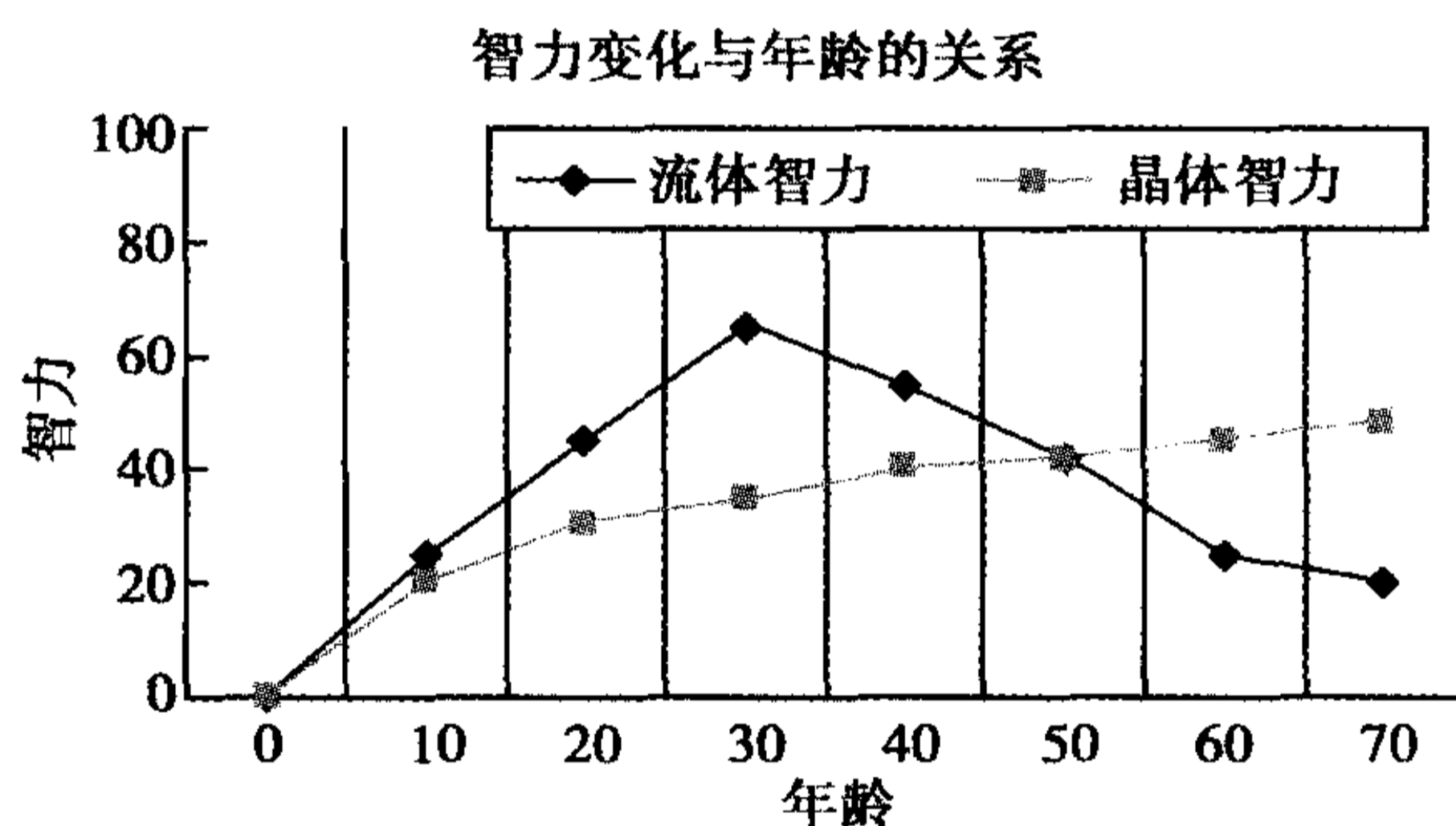


图3-4 智力变化与年龄的关系(自钱明等, 2005)

智力何时出现衰退不仅取决于智力因素的不同,还取决于个体的状况。一般说来,智力低的人发展速度慢且停止较早,智力高的人发展速度快,停止的年龄也较晚。通常身体健康、勤于参加体力和脑力劳动的人,智力衰退会较慢。体弱,特别是神经系统和脑部有疾病的人,智力衰退会快些。

(三) 影响智力发展的因素

总体来说,人的一切差异都是在遗传与环境这两大因素的支配下,通过成熟与学习的交互作用而形成的。关于遗传和环境对智力影响的科学研究已有100多年的历史,但由于研究的复杂性及不同的立足点,历史上形成了两大对立的派别:遗传决定论和环境决定论。目前绝大多数心理学家已经认同将智力看做是遗传与环境共同作用的结果。

1. 遗传与智力差异 根据对53项研究结果的分析,由养父母抚养的小孩与他们的养父母之间智商的相关仅有0.20;而与其亲生父母的相关可达0.50。异卵双生者之间的相关与兄弟姐妹的相关比较接近,在0.49~0.53范围内;生活在同一家庭中的同卵双生子的智商相关为0.87,分开养大的同卵双生子智商相关也达到0.75。McGue(1981)综合了30项研究,发现同卵双生子智力测验成绩的相关为0.86,异卵双生子为0.60,遗传系数为50%,即智力有50%是由遗传因素所决定的。血缘关系越近,智力也越相似,即使分开教育培养,智力仍相似;反之,血缘关系越远,智力相似越小,即使生活在一起,

智力相关性也不太高,这是遗传决定论者最有力的依据。

2. 环境与智力差异 有一项研究发现,同卵双生子在一起养大,环境相同,智力相关为0.9;若分开养大,环境不同,则降为0.8。亦有研究发现,缺乏刺激的环境对儿童的心理发展是有害的。如人际环境剥夺可以直接阻碍儿童的智力发展,自幼与世隔绝的孩子,他们大都是智力发育不全者。

另一方面,良好的早期教育可以促进智力发育。美国心理学家布鲁姆(Bloom BS)通过追踪研究认为,如果把儿童17岁时所达到的智力看成是100,那么在4岁以前完成50%,4~8岁完成30%,8~17岁完成20%。由此看来环境和教育在智力发展较迅速的幼年期对个体影响最大,在以后生长的各个时期环境和教育因素的影响相对较小。

此外,行为遗传学家们发现,遗传对简单的行为容易产生影响,环境则对复杂心理行为的影响比较多。一般来说,得到好的智力遗传的个体,如果生活在一个良好的环境中,其智力发展水平就会高;相反,得到差的智力遗传的个体,生活环境差,则其智力发展的可塑性会很差。根据该理论,遗传好、环境差的个体与遗传中等、环境好的人在智力测验成绩上将会很相似。目前,行为遗传学已经受到心理学界的高度重视,其研究成果对于解释遗传与环境如何相互作用于智力将会产生很大影响。

四、气质与性格

(一) 气质

1. 气质概念 气质(temperament)是指人们常说的“脾气”和“禀性”,是表现在情绪和行动发生的速度、强度、持久性、灵活性等方面的动力性的个性心理特征。

气质是高级神经活动类型特征在后天活动中的表现,受生物规律制约比较明显。因此,每个人生来就具有一定的气质,仿佛是使一个人的全部心理活动都染上了个人独特的色彩,而且越在幼小的时候就越能表现出它的类型特征。

气质最早由古希腊医生希波克拉底(Hippocrates)提出来,后来罗马医生盖仑(Galen)作了整理。他们认为人有四种体液——血液、黏液、黄胆汁和黑胆汁,这四种体液在每个个体内所占比例不同,从而确定了胆汁质(黄胆汁占优势)、多血质(血液占优势)、黏液质(黏液占优势)和抑郁质(黑胆汁占优势)这四种气质类型。其典型心理特征如下:

胆汁质:行动与情感发生迅速、强烈,大都热情、直爽、精力旺盛、脾气急躁、易动感情,具有外倾性。

多血质:情感发生迅速、微弱、易变,动作敏捷。大都活泼好动,反应速度快,热情,喜与人交往。注意力易转移,志趣易变,具有外倾性。

黏液质:情感发生缓慢、含蓄、平静,动作迟缓、稳重,易于抑制,情感不易外露,沉默寡言,善于忍耐,注意力不易转移,具有内倾性。

抑郁质:情感体验深而持久,动作迟缓无力,大都反应迟缓,善于觉察他人不易觉察的细节,具有内倾性。

2. 气质学说 人生来脾气禀性就不一样,何以如此?不少人提出假设,试图解释这个问题。除体液说外,还有我国古代的阴阳说,外国学者提出的体型说、内分泌说和血型说等。目前只有高级神经活动类型说较有科学性。

巴甫洛夫认为,动物和人的神经系统具有两大功能,一是兴奋,一是抑制,构成神经活动的基本过程。神经系统在兴奋和抑制过程中,又有三种特性,即兴奋和抑制的强度、兴奋和抑制之间的均衡性以及兴奋和抑制之间互相转化的灵活性。巴甫洛夫依据这三种特性的不同结合,划分出高级神经活动的四种类型,即兴奋型、活泼型、安静型和抑制型,分别与四种气质相对应(表3-3)。

表3-3 高级神经活动类型与气质特征

神经类型(气质类型)	强度	均衡性	灵活性	行为特点
兴奋型(胆汁质)	强	不均衡		攻击性强,易兴奋,不易拘束,不可抑制
活泼型(多血质)	强	均衡	灵活	活泼好动,反应灵活,好交际
安静型(黏液质)	强	均衡	惰性	安静、坚定,迟缓有节制,不好交际
抑制型(抑郁质)	弱	不均衡	惰性	胆小畏缩,消极防御,反应强

3. 气质的发展变化特点

(1) 气质既有稳定性,又有可塑性。人的气质特征更多地来自于先天遗传的生物因素,所以较之其他个性心理特征更为稳定。但是,所处的环境和教育所形成的行为活动方式可以掩盖真实的气质类型特征。也正由于这个原因,人们的气质类型特征由于后天的“磨炼”,很少有纯属某一类型的,而多是以某型特征为主,兼有其他类型的特点。除了少数人具有典型特征外,大多数人都属于中间型或混合型。

(2) 气质本身并无好坏之分。每种气质类型都有可能形成积极或优良的心理品质,也都有可能形成消极的心理品质。比如,胆汁质的人可以形成热情、开朗、刚强、动作迅速有力、生气勃勃、工作效率高等良好品质,但也容易形成暴躁、任性、蛮横、粗野等不良品质。多血质的人富有朝气,爱交际,思想灵活,但也容易志趣多变、轻浮、粗枝大叶、意志力薄弱等。黏液质的人容易养成自制、镇静、踏实等品质,但也容易形成冷漠、迟缓、固执、保守等缺点。抑郁质的人具有思想敏锐、精细、想象力丰富、情感深刻等优良品质,但也容易形成多疑、孤僻、郁闷、怯懦等缺点。一个人的气质究竟向哪个方向发展,关键在于后天的环境,尤其是教育。

4. 气质的临床意义 了解一个人的气质,主要是为了在实际工作中能够因人而异地采取措施。在临床上我们可以看到,不同气质类型的人对待疾病、治疗和痛苦的态度是不一样的。比如,对同样的疾病痛苦,胆汁质的人可能无所谓,多血质的人可能面部的表情十分丰富,黏液质的人可能不声不吭,而抑郁质的人则可能叫苦不迭、焦虑不安。医生和护士就应区别对待,不宜“一视同仁”。对儿童和少年的教育措施亦如此。

从心理卫生方面也应注意个体的气质类型特征。属于兴奋型的人,如果受到超强的精神刺激,或是过度紧张与疲劳,可以使其本来就弱的抑制过程更加减弱,促使过度兴奋导致神经衰弱、神经症或躁狂型的精神病。对弱型的人来说,巨大的挫折或个人的极大不幸,都会使其脆弱的神经过程无法承受,可导致歇斯底里、神经症或其他心身疾病。

另外,气质的类型也可以成为职业选择的依据之一,某些气质类型的特征能为一个人从事某种职业提供有利条件。一般说来,需要迅速、灵活品质的工作对胆汁质和多血质的人比较适合,而黏液质和抑郁质的人比较适合做持久、细致的工作。

(二) 性格

1. 概念 性格(character)指一个人在社会实践活动中所形成的对现实的稳定态度以及与之相适应的行为倾向性。

2. 性格和气质的区别与联系 性格和气质既有区别,又有密切联系。第一,气质按照自己的动力方式,给性格全部“打上烙印,涂上色彩”。例如,同样是助人为乐的性格特征,多血质的人在帮助别人时,往往动作敏捷,情感表露在外;而黏液质者则可能动作沉着,情感内敛。第二,气质可以影响性格特征的形成和发展速度。例如,自制力的形成,胆汁质的人需要经过极大的努力和克制;而抑郁质的人用不着特别抑制,容易形成。胆汁质、多血质的人易形成外向性格,黏液质、抑郁质的人易形成内向性格。第三,性格对气质的影响也是明显的,在生活实践过程中所形成的稳定的态度体系和行为方式,可以在一定程度上掩盖或改造气质,使它服从于生活实践的要求。例如,从体质上和操作速度上来说胆汁质和多血质的人适于当外科医生,但前者易轻率,后者缺乏耐心。以医生为例,要当好外科医生,适应特定的工作环境和实践的要求,这两种不同气质特征经过意志努力都会变。第四,不同

气质类型的人可以形成同样的性格特征；而相同气质类型的人，又可以带有同样动力色彩而性格却互不相同。所以在气质基础上形成什么样的性格特征，在很大程度上取决于性格中的意志特征。

3. 性格的特征

(1) 性格的理智特征：是指人们在感知、记忆、想象和思维等认识过程中所表现出来的特征，如思维的独立性。

(2) 性格的情绪特征：指人们在情绪活动时，在强度、稳定性、持续性以及主导心境等方面所表现出来的特征。如热情、冷漠、多愁善感等。

(3) 性格的意志特征：当人为了达到既定的目的，自觉地调节自己的行动，千方百计克服前进道路上的困难时，就表现出人的性格的意志特征。如目的性或冲动性、主动性与自制力、果断性与坚韧性等。

(4) 对现实的态度性格特征：主要指人在处理各种社会关系方面所表现出来的性格特征。这包括对待社会、集体、学习、工作劳动的态度，对待别人和对待自己的态度等。如诚实、正直、富有同情心、热情、喜欢交际、工作认真、勤劳、勤俭等都是对人对事所表现出来的性格特征。对待自己的态度方面的性格特征主要是谦虚或自负、自信或自卑、羞怯或大方等。

4. 性格的类型 由于性格这种心理现象极端复杂，在心理学中至今没有一个公认的、有充分根据的性格分类原则。心理学家们曾以各自的标准和原则，对性格进行分类，现介绍以下几种。

(1) 内倾型与外倾型：按个体心理活动倾向于外部还是倾向于内部，把人的性格分为外倾型和内倾型这两类。著名的心理学家荣格 (Jung CG, 1933) 是向性说的代表人物，他把人的性格分为外倾型和内倾型，也称外向型和内向型。外倾者，心胸开阔，易与人相处，好动不爱静，适合从事推销、采购、社交、公关等工作。内倾者不善谈吐，做事细心，适合从事工作设计、财务会计、文书档案等工作。实际上，绝大多数人既不是外倾，也不是内倾，而是兼有此两者的中间型。

(2) 场独立型和场依存型：美国心理学家威特金 (Witkin HA, 1940) 根据人的信息加工方式的不同提出了场依存、场独立学说，把人的性格分成场独立型和场依存型这两类。场独立型的人往往倾向于更多地利用自身内在的参照标志去主动地对信息进行加工。这类人社会敏感性差，对他人不感兴趣，不善社会交往。比较喜欢独立地发现问题和解决问题，不易受次要因素干扰，受暗示性也较小。在活动中易于发挥自己的能力，比较有创造性。有时喜欢把意志强加于人，带有支配倾向。场依存型者常处于被动、服从的地位，缺乏主见，受暗示性强。这类人常对他人感兴趣，社会敏感性强，善于社会交际。但在紧急情况下易惊慌失措，抗应激能力差。威特金强调，这两个类型的性格特征属于人格维度连续体的两端，每一个人的性格特征都处于这个链条的某一点上。

(3) A 型性格和 B 型性格：美国心脏病学家弗雷德曼 (Friedman JL, 1974) 在研究心脏病与人格特征的关系时，把人的性格划分为 A 型和 B 型 (参见第十一章第三节)。

(4) 卡特尔的特质理论：美国心理学家卡特尔 (Cattell RB) 认为，人格是由人格特质构成的。特质是个人在不同的时间、环境下表现出来的稳定而一致的行为特点或行为倾向。人格特质可以作为人格分析和人格测量的单元。

卡特尔人格理论中，最有影响的是对表面特质和根源特质的区分。表面特质是能够直接从外部行为中观察到的特质，换言之，即经常发生的、可以直接观察到的行为表现；而根源特质则是隐蔽在表面特质深处并制约着表面特质的特质，是内在的因素，是个人行为的最终根源。例如，自作主张、自以为是、高傲是表面特质，都是“支配性”这个根源特质的表现。表面特质是直接与环境接触的特质，比较容易随着环境的变化而呈现出多样性。但根源特质却是相当稳定的，其数量也相当有限。卡特尔通过因素分析，从表面特质中抽出了 16 种根源特质，编制了“16 种人格因素问卷”。每个人都具有相同数量的根源特质。但这些特质在每个人身上的强度不同。所以，人与人之间就显出了人格结构的差异。

5. 性格的表现

(1) 性格在活动中的表现：人的性格特征常常在各种活动中表现出来。如有的人在活动中习惯

于指挥别人,充当“领袖”;有的人则不愿出头露面,甘愿做被指挥者。从一个人对劳动的态度可以看出他是勤劳的还是懒惰的,从一个人对待困难的态度可以知道他的意志是否坚强,透过一个人对待公共财物的态度又可以看出他是节俭还是浪费。

(2)性格在言语中的表现:一个人的言语风格往往表现出某些性格特征。如健谈者多开朗、善交际,他可能关心别人,富有同情心;也可能是自负、爱表现自己、妄自尊大等。唠唠叨叨、信口开河,往往显示出缺乏自制力,夸张,引人注目。沉默寡言,可能是对自己言谈的高度责任感,可能是由于明哲保身,也可能掩饰自己的思想和情感,也可能是由于孤僻、怯懦和疑心。一个人的言行是否一致,也往往能反映出一个人的性格特征。

(3)性格在外貌上的表现:面部表情、姿态甚至衣着,也在某种程度上反映出一个人的性格特点。经常面带笑容的人和经常面带愁容的人性格很不相同,透过大笑、微笑以及不同的笑,都可以看出一个人的性格特点。一般来说,人的眼睛往往是心理的一面镜子,眼色显示出人的要求和性格特征。另外在姿态上,高傲人多是摇头晃脑,昂首挺胸;谦虚的人往往躬身俯首,微缩双肩。一个人走路的快慢、大步走还是碎步走、说话时是否爱打手势以及坐姿等也往往能表现出不同的性格特征;衣服和饰物也可以表现出人的性格,演员就是根据剧中的人物的性格而选择衣服和饰物的。

必须注意,人的性格和外貌之间的关系是非常复杂的。人可以通过思想控制、调节自己的表情和姿态以掩盖自己本来的性格,因此准确地鉴定一个人的性格仍然是不容易的。目前评定性格的办法主要有:观察法(观察言谈举止和情绪、态度等)、谈话法、个案分析法、作品分析法、自然实验法和测验法等。要全面了解一个人的性格,上述方法最好是结合起来,综合运用,才能作出合乎实际的判断。

(刘 畅)

拓展阅读 心理的生物基础研究二则

一、心理学的神经科学研究现状

近年来,心理学和神经科学的研究方向正在发生一些有趣的改变。一方面,心理学家开始以前所未有的热情关注长期被忽视的心理活动的神经基础问题;另一方面,神经科学纷纷转向脑高级功能或心理行为的规律问题研究,神经科学的研究对象正在从低级功能向高级功能转移。心理学和神经科学的结合导致一门新兴学科——认知神经科学的诞生。

认知神经科学的研究除采用经典的心理学和神经科学研究手段外,还利用物理、化学、数学、计算机科学和一些技术,科学研究脑结构和功能的各个方面。研究者在把研究推向分子水平的同时,更加注重整体和其他水平的研究。因此,当前脑科学的显著特点是多学科和多层次的综合研究。

心理学的神经科学研究在最近20年取得了许多重要的进展。其中,利用分子神经生物学和无损性脑功能成像技术所取得的成就最令人注目。分子神经生物学技术的应用,使许多行为和心理现象在分子水平得到解释。比如,利用转基因技术已经确定了一系列参与学习技艺的生物分子,并初步弄清了这些生物分子在突触可塑性方面的作用。一些神经精神疾病找到了特定的相关基因,并已开始研究基因治疗的可行性。利用新的脑功能成像技术,研究人员已可观察到与心理活动相关的人脑内部动态过程,并可实时测量人脑内各种生物分子的分布和代谢。这等于把一个透明的活体人脑呈现在研究者面前,使我们对于一些传统难题的研究变得可行。如通过观察一些行为相关的脑活动的动态变化可对意识的脑机制进行一些推论。但也必须认识到,脑科学和心理学中的一些重大的科学问题仍未取得突破性进展。我们至今仍不能解决知觉的整合机制问题,对意识特别是自我意识的脑基础的理解更是非常肤浅。

总体来说,我们对脑的细节、局部和结构的了解要比对总体、系统和功能了解多一些。21世纪的脑科学将面临更大的挑战。

二、心理与其他器官系统之间的关系

内分泌系统与个体的心理活动存在密切的关系。内分泌系统是机体对行为起重要调节作用的重要系统,由不同部位的多种内分泌腺体和组织细胞所组成。其所分泌的物质即激素,对人体的许多重要生理功能起调节作用。人类的神经系统一般是通过神经纤维上传导去极化波来实现其调节功能,而内分泌系统是通过血液运输使激素作用于某些细胞组织来实现其调节功能的。这两个调节系统在结构和功能上是密切联系的。一方面,几乎所有的内分泌腺都直接或间接地接受神经系统的控制,研究表明,所有内分泌腺的分泌均受垂体的影响,而垂体是受下丘脑调控的,下丘脑是脑的一部分,它又受其他神经中枢的控制。另一方面,激素也影响着神经系统的功能,因为激素是经过血液传布到全身各处,脑中也有血管,因而它也能传布到脑中对神经细胞产生兴奋和抑制作用。总之,神经系统控制内分泌系统,而内分泌系统也调控许多生理现象和行为。

此外,近年来有报道,部分器官移植受者可能会发生性格变化。例如:我国报道的杨某,64岁,男,接受换“心”术后,性格发生很大变化,其老伴认为其“简直像变了一个人”;美国心理学教授盖里·希瓦兹(Schwartz GE)的研究中提到一名7岁的小女孩,接受心脏移植手术后,性格发生很大变化,尽管她并不知道这颗捐赠心脏来源于另一名几天前不幸被人残忍谋杀的10岁小女孩,但她从此却开始频做噩梦,梦到自己被人谋杀,并能对梦中的凶手进行详细描述,美国警方根据她提供的“凶手线索”竟然逮住那名残忍的凶手。因此,盖里·希瓦兹提出,除了人的大脑之外人体细胞也具有存储信息和记忆的功能。但已做过约900例心脏移植手术的美国约翰施雷德教授认为,移植器官会导致供体的某些心理与行为模式同时带给受体的说法是没有根据的,上述这些情况只是受者的想象,是受者自我心理暗示的结果。显然,各种理论假说还有待进一步证实。

第四章 心理发展与心理健康

● 本章提要

个体心理的发生和发展具有一定的发展阶段和规律。不同发展阶段各具特定的心理、行为特征,并相互关联、影响,形成每一个体特定的心理发展史。掌握人类心理发展的基本规律,有助于认识个体的人格特征和心理健康水平,也有助于心理健康的维护。

作为本课程的基础知识和基础理论部分,本章主要介绍心理发展的理论及心理健康的概念,各年龄阶段的心理发展特点与心理健康的相关内容,以及心理健康教育与心理健康促进的理论与实践。在拓展阅读部分介绍了心理发展的研究方法和研究设计。

第一节 心理发展的理论基础

心理发展的理论是用于描述和解释个体心理发生和发展规律的学说。许多发展心理学家从不同的理论观点看待发展,不同的理论强调心理发展过程的不同方面。其中精神分析理论、行为主义理论、认知发展理论和文化-历史发展理论对研究个体心理发展规律产生了重大影响。

一、心理发展概述

(一) 心理发展的概念

心理发展主要包括两方面的内容:其一是种系的心理发展;其二是个体的心理发展,指人的个体从出生到成熟、衰老、死亡的整个过程中心理的发生和发展,是个体心理按照一定的顺序和可预测的方式变化的过程。本章内容特指个体的心理发展。

发展的含义为一系列有顺序的、不可逆的,并能保持相当长时间的变化。人的一生要经历新生儿、婴幼儿、童年、少年、青年、中年、老年的各个发展阶段,每个发展阶段都有其典型的心理发展特点,都有其特定的发展主题。从心理发展的历程可见,心理发展的内容主要为认知的发展和人格的发展。认知的发展经历着“从无到有”、“从简单到复杂”、“从不完善到成熟”、“从成熟到某些认知功能的衰退”的过程。人格的发展经历着逐步成熟并趋向于个性化的过程。

(二) 心理发展的特点与基本规律

心理发展变化从开始到成熟具有某些共同的特点和基本规律,主要为以下七个方面:

1. 心理发展是有序进行的 在正常情况下,心理的发展具有一定的方向性和顺序性,既不可超越,也不可能逆向发展。心理发展总是要遵循从简单到复杂、从一般到特殊的规律。如同个体动作的发展总是遵循自上而下、由躯干中心向外围、从粗大动作到精细动作的发展规律。心理发展的有序性和可预知模式是:①语言的发展:由简单发音,到词与句的运用,最后用完整句子语法表达。②认知及社会行为发展:从认识客体直接的外部现象到认识事物内部本质规律发展;由直觉判断事物,到有

假设、判断、推理的思维能力发展。③心理功能总体的发展顺序为：感知、运动、情绪、动机、社会能力（语言交往）、抽象思维过程。

2. 早期的发展意义大于后期 在个体心理发展历程中，早期的心理发展为后期的心理发展奠定基础，早期发展状况及发展任务的完成直接影响到后一阶段的发展。在童年时期形成的基本态度、习惯和社会技能，都是成年后生活适应的基础。此外，人类个体在18岁以前是心理发展最迅速、可塑性最强的时期，成年后，尽管个体的心理继续发展变化，但发展速度趋于缓慢，可塑性变小。因此，儿童时期是个体心理发展的最重要时期。

3. 心理发展既有连续性又有阶段性 心理的发展同宇宙中万物的发展一样遵循着从量变到质变的法则。心理发展的前阶段是后一阶段发展的基础，后一阶段的心理发展又是前一阶段的延续，例如婴幼儿先学会翻身，后学会坐、爬、站、走、跑，先学会发音后学会语言，这过程不仅具有连续性，且先前的动作为后续动作打下基础。早期发展状况及发展任务的完成直接影响到后一阶段的发展，而且每个阶段占优势的特质是主导该阶段的本质特征。从相对短的时间跨度来看，个体的心理发展呈现出连续的发展状态；从相对长的时间跨度来看，个体心理发展呈现出阶段性的特点。例如，在一定的社会和教育条件下，儿童在不同的年龄阶段中表现出最一般的、本质的、典型的心理特征。因此我们说个体心理发展是既有连续性又有阶段性的发展过程。

4. 个体心理发展具有不平衡性 个体从出生到成熟并非总是按相同的速度直线发展，而是呈现多种发展模式，具体表现为不同系统发展速度、起始时间、达到的成熟水平不同；同一功能系统特性在发展的不同时期有不同的发展速度。例如：骨骼、动作的发展是在同一发展起点，但发展的速度各不相同，最后会在不同时期达到同一发展水平；智力在同一起点发展，但发展的速度不同，在同一时期可能达到不同的发展水平；语言知识的发展，是在同一发展起点，具有相似的发展速度，但最后达到的水平可能不同。这说明个体心理发展规律是复杂的，不是千篇一律的模式，而是由多种多样的发展模式组成的系统。

5. 心理发展存在着个体差异 由于影响个体心理发展的因素是多种多样的，所以每个人发展的优势、发展的速度及可能达到的水平就千差万别。例如，有的人观察力强，有的人记忆力好；有的人擅长形象思维，有的人擅长逻辑思维等。即使在具有相同遗传基因的同卵双胞胎身上，也很难看到完全一致的心理发展。正是由于心理发展存在个体差异，才构成了丰富多彩的人类社会。

6. 个体心理发展存在关键期 心理学家研究发现，人类个体在早期发展过程中，存在着获得某些能力或学会某些行为的关键期。例如：1~3岁是口头言语掌握的关键期；0~4岁是形象视觉发展的关键期；4~5岁是书面言语掌握的关键期；5岁左右是掌握数概念的关键期；5岁以前是音乐学习的关键年龄；10岁以前是外语学习的关键年龄；10岁以前也是动作技能掌握的关键年龄。这一心理发展的规律说明正常社会环境中成长的个体，各种心理功能成长与发展在每个关键期内个体比较容易接受某种刺激的影响，比较容易进行某些形式的学习。如果错过这个关键期，这种心理功能产生和发展的可能性依然存在，只是可能性变小，心理功能形成和发展起来比较困难。

7. 个体心理发展是遗传、环境以及各种因素交互作用的结果 遗传是个体心理发展的生物前提，是必要条件。例如，生来脑神经系统发育不全的孩子，不可能形成健全的心理。但是，再好的遗传条件，如果离开了后天的教育影响，也不可能把其遗传作用很好地表达出来。说明遗传不是个体心理发展的充分必要条件，遗传只提供了个体心理发展的可能性，个体心理向什么方向发展，不取决于遗传，而是取决于环境和教育。环境，尤其环境中的教育，在个体心理发展过程中起决定作用。大量事实说明，个体成长过程中面对的家庭、社区、学校、工作单位、国家的政治、经济、文化以及自然环境都会影响个体心理发展。教育以外的环境因素对个体心理发展的影响是潜移默化的，只有教育对个体心理发展是有计划、有目的、有组织的影响，它对个体的影响是专门的、自觉的，因此可以说对个体的心理发展起到主导作用。但是，环境和教育对个体心理发展的影响又并非简单机械地作用，它同时也依赖于个体主观的选择，只有真正变成个体需要的环境影响，才能真正在个体心理发展中发挥作用。

也就是说,当个体心理发展水平难以满足新的需要时,需要和现有心理水平之间就形成了矛盾,这种矛盾将促使个体要积极努力提高自己的能力,解决现有的矛盾,当矛盾得到解决时,个体的心理就向前发展了一步。这种遇到矛盾和解决矛盾的过程不断地重复,便推动个体的心理逐渐由低级向高级发展。

(三) 毕生发展心理学的主要观点

毕生发展心理学指发展心理学(developmental psychology)研究个体从受精卵开始到出生、到成熟、直至衰老的生命全过程中心理发生发展的特点和规律,简言之,研究毕生心理发展(life-span development)的特点和规律。

毕生发展心理学的基本思想可归纳如下:

1. 个体发展是毕生的过程 人的整个一生都在发展,这是由于人的一生不断面临各种要求和机会,包括生物性发展、社会期望和个人活动中产生的一系列问题和挑战,因此,人一生中任何阶段的经验对发展都有重要意义,没有哪一个年龄阶段对发展的本质来说具有特殊决定性作用。

2. 发展是多维度和多方面的 发展的多维性表现在发展既有生长,也有衰退。毕生发展观以一种更为全面的眼光来审视人的发展过程。它认为发展并不简单地意味着功能上的增加,生命历程中的任何阶段都是获得与丧失、成长与衰退的整合,任何发展都是新的适应能力的获得,同时也包含已有能力的丧失,只是得与失的强度和速率随年龄的变化而有所不同。得失法可以用来判断毕生发展完善的程度。成功的发展就意味着同时达到最大的获得和最小的丧失。发展的多方面性表现在个体毕生发展的不同时期可能会改变其发展方向。

3. 发展是高度可塑的 可塑性是指心理活动的可改变性,至于改变的性质、程度、范围和方向则取决于各种条件。在生命发展的早期,由于神经系统处于发育成熟的过程中,因此更容易受到环境刺激的影响,具有更强的可塑性。老年人由于心理功能的衰退越来越成为矛盾的主要方面,加之外界提供刺激的机会减少,可塑性降低。但毕生发展心理学家强调,在所有的年龄阶段,发展均是高度可塑的。

4. 个体心理发展受个人生活经历的影响 毕生发展观将环境中对个体心理发展产生较大影响的重要环境事件归纳为三类:①跟年龄相关的事件。②社会历史事件:指对多数社会成员的价值观、生活方式、行为模式等产生重大影响的事件。重大的社会历史事件会影响一个时代人们的价值观、生活态度和行为方式。③非规范事件:指带有偶然性质的事件,如出乎意料获得某种发展机遇、发生意外事故、身患重病、家庭变故、失业等。非规范事件的存在增加了毕生发展的多维性和流动性,它们与规范性事件以不同方式结合,对个体的心理发展产生影响,因此构成了个人独特的心理发展史。

毕生发展观帮助我们更全面、更深刻地理解人的发展过程,不仅为成人之前的心理卫生工作提供具体指导,同时也为成年人调整心态、接受终身教育提供了理论支持。

二、心理发展的主要理论

众多的发展心理学家从不同的理论观点看待发展,用不同的理论强调心理发展过程的不同方面。其中对发展心理学有重大影响的是四个理论流派,即精神分析理论、行为主义理论、皮亚杰的认知发展理论和维果斯基的文化-历史发展理论。

(一) 精神分析的心理发展理论

精神分析的心理发展理论是,发展是由无意识动机推动人的行为而形成的。每个人的发展都会经历一个系列的阶段,在发展中他们要面对生物学驱力与社会期望的冲突,解决这些冲突的方式决定了个体的学习能力、与人相处的能力、应对焦虑的能力。精神分析的心理发展理论包括弗洛伊德的经典精神分析理论和埃里克森的新精神分析理论。

1. 弗洛伊德的发展心理学理论 弗洛伊德在考察患者无意识动机的基础上,建构了自己的“性心理理论”(psychosexual theory)(相关内容参阅第二章)。这一理论强调,在儿童生命的早期,父母

对性驱动力和攻击倾向的管理方式对其健康人格的发展是至关重要的。弗洛伊德把儿童心理发展分为五个阶段。

口欲期(0~1岁)(oral stage): 弗洛伊德认为吸吮使婴儿不仅获得了食物和营养,也使他产生快感,因此口唇是婴儿期产生快感最集中的区。如果不能及时给婴儿喂奶或过早地断奶,长大后有可能出现咬指甲、有烟瘾、贪吃等口唇固着行为。

肛欲期(1~3岁)(anal stage): 这一时期,儿童从排便和控制排便中获得快感,此时父母也开始对儿童进行大小便训练。如果家长对儿童大小便训练过于严厉,成年期就有可能过分要求清洁,对人吝惜或固执地执行预定的时间表或路线图。如果家长对儿童排便放纵没要求,成人后有可能凌乱、不爱整洁,或挥霍。

性蕾期(3~6岁)(phallic stage): 弗洛伊德认为,在此阶段儿童会出现心理性欲发展中的一个重要事件,儿童感受到对异性父母的性渴望,即男孩对母亲产生性依恋,也称做恋母情结;女孩对父亲产生性依恋,也称做恋父情结。儿童把双亲中同性的一方看做竞争对手,产生攻击欲望。儿童最终通过认同双亲中的同性一方克服了这种焦虑。

潜伏期(6~11岁)(latency stage): 性本能沉寂下来,而超我(superego)会有更为深入的发展。儿童从成人和同性同伴那里获得新的社会价值观。

生殖期(11~12岁开始)(genital stage): 在潜伏期被压抑的性能量在身体中重新活跃起来,并集中在生殖器部位。个体按社会允许的方式表达自己的性要求,引导个体走向结婚、性成熟、生儿育女。这一阶段一直持续到成年期。

弗洛伊德理论的历史性贡献在于,他使后人认识到潜意识(unconsciousness)的情感、动机在个体心理发展中的重要性,童年经验在个性形成中的作用,对父母情绪反应的矛盾性,以及早期人际关系对成年期人际关系的影响。

2. 埃里克森的心理社会发展理论 埃里克森修正和扩展了弗洛伊德的理论。按照弗洛伊德的观点,发展在青少年期就大体结束了,而埃里克森则相信发展持续人的一生。弗洛伊德强调人的生物性的一面,认为人的心理发展主要是性心理的发展;埃里克森强调人的社会性一面,强调社会对人格发展的影响,认为人的心理发展主要是社会心理发展,人格发展是由内在的成熟和外在的社会要求交互作用决定的。

在“毕生发展观”上,埃里克森是一位先驱。他描述了人类发展的八个阶段(Erikson, 1950, 1968, 1982)。他强调在每一个阶段个体都有一项心理社会性任务要完成。发展阶段的每一项任务都会产生冲突,并伴有两种可能的结果。如果冲突得以解决,一种积极的品质就会在个体内产生,更进一步的发展就会开始。如果冲突持续下去,或者没有得到完美的解决,自我就会受到损害,因而就整合了一种消极的品质。

第一阶段为婴儿期(0~1岁),为信任对不信任的发展阶段。婴儿在本阶段的主要任务是满足生理上的需要,发展信任感,克服不信任感,体验着希望的实现。

第二阶段为儿童早期(1~3岁),为自主感对羞愧和怀疑的发展阶段。这个阶段儿童通过利用新的心理功能和活动技能,想为自己做选择、做决定。如果父母允许合理的选择,不强迫或者羞辱孩子,那么自主感就能够培养起来。

第三阶段为学前期(3~6岁),为主动感对内疚感的发展阶段。此阶段儿童的主要发展任务是获得主动感和克服内疚感,体验目的的实现。如果父母对孩子新的目的感给予支持,那么主动感(即感到有雄心、责任感)就会得到发展。如果父母要求的自我控制太多,就可能会引发过度的内疚。埃里克森认为,个体未来在社会中所能取得的工作上、经济上的成就,都与儿童在此阶段主动性发展的程度有关。

第四阶段为学龄期(6~12岁),为勤奋感对自卑感的发展阶段。此阶段的发展任务是获得勤奋感,克服自卑感,体验着能力的实现。这个时期的儿童社会活动的范围扩大了,儿童依赖重心由家庭转移

到学校、少年组织等机构。埃里克森认为,许多人将来对学习和工作的态度及习惯都可溯源于此阶段的勤奋感。

第五阶段为青年期(12~18岁),为自我认同感对角色混乱感发展期。这一阶段的发展任务是建立自我认同感和防止角色混乱,体验着忠实的实现。青年人通过探索价值观和职业目标,形成个人的自我认同。消极的结果就是他们对未来的成人角色的认识含混不清。

第六阶段为成人早期(18~25岁),为亲密感对孤独感的发展期。发展任务是获得亲密感,建立深厚的友谊,避免孤独感,体验着爱情的实现。埃里克森认为,发展亲密感对是否能满意地进入社会有重要作用。

第七阶段为成年中期(25~50岁),为繁殖感对停止感的发展期。发展任务是获得繁殖感,避免停止感,体验着关怀的实现。这时男女建立家庭,他们的关怀扩展到下一代。这里的繁殖不仅指个人的繁殖力,主要是指建立指导下一代成长的需要。缺乏这种体验的人会沉浸于对自己的关注中而产生停滞之感。

第八阶段为老年期(50岁~死亡),为完善感对失望感的发展期。发展任务是获得完善感和避免失望感,体验着智慧的实现。人生进入了最后阶段,如果对自己的一生获得了最充分的肯定,则会产生完善感,包括人生经历中产生的智慧感和人生哲学,并有与新一代生命周期融为一体的感觉。如果达不到这种感觉就可能恐惧死亡,对人生感到厌倦和失望。

(二) 行为心理学的心理发展理论

精神分析理论关注人的潜意识力量,行为心理学理论关注的是可以观察到的行为。他们认为发展是学习的结果,行为变化是基于经验或对环境的适应(参阅第二章第二节)。因此,行为学派的目标是找到可观察的行为变化的客观规律,并应用于各个年龄的人群。他们把发展看成是连续的,强调发展中量的变化。

1. 华生的发展心理学理论 华生(Waston JB)是行为心理学理论的创始人。他关于发展的观点是环境决定论,否认遗传的作用,片面夸大环境和教育的作用。他的心理发展观如下:

(1) 否定了遗传的作用:华生认为行为的产生是由刺激决定的。刺激来源于客观,而不决定于遗传,因而行为不受遗传的影响。他认为行为学派研究心理学的目的是为了¹提高行为的可控制性,否认遗传因素就能提高行为的可控制性。

(2) 夸大环境和教育的作用:华生认为环境和教育是行为发展的唯一条件。他提出人出生后生理特点有所不同,但都有一些简单的行为。复杂行为的形成,完全来自环境,特别是早期训练。早期训练不同,以后个体行为的复杂程度就会明显不同。华生还提出了教育万能论,他认为后天学习对儿童心理发展具有积极作用。

2. 斯金纳的发展心理学理论 斯金纳(Skinne BF, 1904—1990)是另一位行为心理学的代表人物,他区分了两类行为,即反应性行为 and 操作性行为,继而提出了操作性条件反射的思想,强调强化在行为形成和发展中的重要性。

认为由特定的、可观察的刺激引起的反应行为是反应性行为。而在没有任何能观察到的外部刺激情境下有机体所产生的自发行为,代表着有机体对环境的主动适应,把这些自发产生而受到强化后经常性重复的行为,称做操作性行为。

斯金纳认为人类的大多数行为都是操作性行为(如游泳、写字、读书等),行为的后果决定了这一行为在未来是否会重复出现。他提出了两种特别有影响的行为后果。其一是“强化”(reinforcement),这种后果会增加行为在未来发生的可能性。其二是“惩罚”(punishment),这种后果会减弱行为再次出现的可能性。斯金纳把强化进一步分为正强化和负强化。“正强化”(positive reinforcement)就是给予奖励,例如,给予食物、表扬等。“负强化”(negative reinforcement)有时候会和惩罚混淆起来,但它们是不同的。负强化是通过移出令人不愉快的事或物来进行奖励,以增加行为在未来发生的可能性。例如,幼儿告诉父母自己尿湿了尿布,那么换掉湿乎乎的尿布就可以鼓励孩子下次有尿的时候要

做出反应。而惩罚是通过带来一种令人厌恶的事(如打屁股),或者终止某件令人愉快的事(如不让孩子玩喜欢的玩具)而减少某种行为。斯金纳的实验证明,惩罚只能暂时降低反应率,他提倡积极的强化作用。

斯金纳的理论不仅适用于儿童行为的习得和塑造,对儿童不良行为的矫正也具有指导意义。

3. 班杜拉的社会学习理论 美国心理学家班杜拉(Albert Bandura, 1925—)是现代学习理论的奠基人。他强调儿童通过观察和模仿他人的行为来学习,即“观察学习”过程。所以,观察学习是社会化的过程,通过它,习惯化的行为反应模式得以建立。

班杜拉所说的观察学习是通过观察他人(榜样)所表现的行为及结果而进行的学习。他还认为,在观察学习中,观察者并没有直接接受强化,榜样所受到的强化对观察者来说是“替代强化”(vicarious reinforcement)。学习者如果看到他人成功的行为、受到奖励的行为,就会增强产生同样行为的倾向;如果看到失败的行为、受到惩罚的行为,就会减弱或抑制发生这种行为的倾向。例如,儿童看到他人因为攻击行为受到奖励,会增加儿童表现出攻击性的可能。

除替代强化外,班杜拉认为个体还存在自我强化。自我强化(self-reinforcement)是个体行为达到自己设定的标准时,以自己能支配的报酬来增强和维持自己行为的过程。这就强调了学习的认知性和主观能动性。

班杜拉的行为主义理论开始注意到人的行为与环境的相互作用,儿童的行为作用于环境,可以有效地改变他们所处的环境,这是对传统行为主义的重要突破。他提出的观察学习也比较接近儿童行为学习的自然情况,而且替代强化和自我强化也使人们看到了个体的能动性和主动性。

(三) 认知发展理论

发生认识论的开创者是瑞士著名的儿童心理学家皮亚杰(Piaget J, 1896—1980),他是20世纪最有影响的认知发展理论家之一。皮亚杰的杰出贡献是创立了“发生认识论”,从认识发生的角度来研究认识,试图从儿童思维发展过程中找到人类认识发展的规律。

皮亚杰认为,认知发展是环境影响和大脑及神经系统成熟的综合结果。他用几个术语描述了发展的动力学。他用“图式”(schema)来描述一个有组织的、可重复的行为或思维模式,是认知结构的一个单元,一个人的全部图式组成了一个人的认知结构。儿童认知结构的发展,即个体对环境的适应,包括同化和顺应两个对立的过程。“同化”(assimilation)是指在对新的环境刺激做出反应时通过使用已经存在的结构来获得新的信息。“顺应”(accommodation)是指创造新的结构来取代旧的结构,以适应新信息。例如,儿童可能会看见各种各样的狗(同化),并学会有的狗是安全的,可以爱抚,而有些狗则不成(顺应)。在儿童获得越来越多的信息时,他们改变了自己的心理结构,适应了不同的世界。同化只是数量上的变化,不能引起图式的改变或创新;而顺应则是质量上的变化,促进创立新图式或调整原有图式。皮亚杰认为,个体的心理发展就是通过同化与顺应达到平衡的过程。个体在平衡与不平衡的不断交替中实现着认知发展。

(四) 文化历史发展理论

文化历史发展理论的创始人是前苏联杰出的心理学家维果斯基(Vygotsky LS, 1896—1934)。维果斯基毕生从事心理发展问题研究,重点是人的高级心理功能的发生和发展。他强调人类社会文化对人的心理发展的重要作用,认为人的高级心理功能是在人的活动中形成和发展起来并借助语言实现的。

维果斯基以工具理论说明人的高级心理功能实现的具体机制。他认为区别人与动物最根本的东西就是工具。人所运用的工具有两类,一类是物质生产的工具,如刀、斧乃至现代机器等,另一类是精神生产的工具,如符号、语言。由于使用了工具,人类用间接的方式进行物质生产,而不像动物以直接的方式适应自然。在工具中凝聚着人类的间接经验,即社会文化知识经验。正是通过工具的运用和符号、语言的中介,人才有可能实现从低级心理功能向高级心理功能的转化。因此,根据维果斯基的心理发展中介学说,一个儿童掌握某一特定工具的能力,正是其高级心理功能发展的标志。

维果斯基的理论,将心理功能由低级向高级发展的标志归纳如下:

(1)随意功能的形成和发展:随着儿童的成长,儿童的心理活动越来越主动,带有明显的目的性,并能有意地调节自己的言行。

(2)抽象概括性思维的形成和发展:随着儿童的成长,儿童不仅能依靠感知直接认识客观世界,并且能通过抽象概括功能形成关于客观世界的概念,并运用概念进行判断、推理、认识事物的本质和规律。

(3)形成间接的以符号或词位中介的心理结构:随着儿童的成长,儿童对客观世界的认识,从最初直接以感官反映事物,发展到依靠各种符号系统(主要是语言)反映事物。

(4)心理活动的个性化:随着儿童的成长,儿童逐渐出现个性化的心理活动。维果斯基认为,个性的形成是高级心理功能发展的重要标志。

综上所述,发展心理学理论试图描述和解释心理发展,预测在某一条件下行为发生的可能性。众多的发展心理学家从不同的理论观点看待发展,不同的理论强调心理发展过程的不同方面,为以后的发展心理学研究提供了不同的理论指导,整合不同侧面的研究成果将使我们对人类心理发展的全景有更好的认识。

第二节 心理健康概述

一、心理健康的基本含义

(一) 健康的概念

自有人类以来,健康就被人们所祈求,可见健康对人类的重要性。但是在人类发展的历史过程中,人类对健康的认识和理解是随着社会的发展以及人类对自身认识的深化而不断丰富的。传统的生物医学模式认为“健康就是躯体没有疾病”,将健康理解为无病(无临床病理性变化)、无残、无伤,这是人们对健康的最初认识。随着疾病谱和现代医学模式的转变,人们对健康的理解逐步深入。世界卫生组织(WHO)在1948年成立时,向全世界发出了有关健康的新认识:“健康,不仅仅是没有疾病和身体的虚弱现象,而是一种心理、躯体、社会康宁(well being)的完满状态。”1996年,WHO又提出“健康不仅是没有疾病和虚弱现象,而且还应有很好的心理发展和社会适应能力”。由此,我们可以概括出健康概念的三个维度:躯体、心理、社会功能(包括道德品质)。这是当前为人们普遍接受的。

健康是社会进步的一个重要标志和潜在动力,促进健康是全方位的,它已超出了医学所能胜任的范围,它不仅是卫生部门的责任,也是社会成员共同的责任。个体不但要对自己的健康负责,向社会求得医疗服务,还要在促进他人和社会健康方面承担义务。

(二) 心理健康的概念

心理健康(mental health),也称心理卫生,是指以积极有益的教育和措施,维护和改进人们的心理状态以适应当前和发展的社会环境,使生理、心理和社会功能都保持良好或完满的状态。

心理健康是指在充分发挥个体潜能的内部心理协调与外部行为适应相统一的良好状态。简言之,是指人的心理活动和社会适应良好的一种高效而满意的、持续的心理状态。这一定义表明,心理健康既表现在个体与环境互动时的适应行为上,也蕴含在相对稳定并处于动态发展和完善中的心理特质上。这两者是辩证统一的关系,表现在个体与环境互动时的适应行为正是基于其内在的良好心理特质,而个体在对环境的良好适应中,又发展并完善了自己的心理特质。

心理卫生就是运用医学心理学的理论和方法,从纵向(按照个体不同年龄发展阶段和心理发展规律)和横向(不同社会群体特定人群存在的心理问题)来研究人的心理健康问题,培养、维护、增进人的心理健康。

目前,心理健康的概念有广义和狭义之分。广义的心理健康应该有三层含义:一是指专业服务

体系或实践,即心理健康工作,包括一切旨在改进和保持心理健康的宣传和教育等措施;二是指一门学科,即心理健康学,即研究如何维护和增进心理健康的科学,也是研究如何维护大众心理健康、预防和减少精神疾病、神经症或其他人格障碍的科学;三是一种心理状态,即心理健康状态。狭义的心理健康主要指个体的心理健康状态。

二、心理健康的标准和判断原则

(一) 心理健康的标准

关于心理健康的标准,迄今仍是有争议的问题。衡量人的生理健康可以用比较客观和具体的形态、生理功能的各项指标。而衡量心理健康则不然,一方面心理健康与不健康是一个连续的过程,难以划出明确的界限。另一方面,衡量心理健康与否依据主观的因素比较多,不同的研究者由于社会背景、学科特点、立场观点和个人的偏好等方面的因素所提出的标准并不完全统一。尽管专家的结论不一致,但仍有共同之处。

世界心理卫生联合会提出心理健康的标志是:①身体、智力、情绪十分调和;②适应环境,人际关系中彼此能谦让;③有幸福感;④在工作和职业中,能充分发挥自己的能力,过着有效率的生活。

美国人本主义心理学家马斯洛(Maslow)与密特尔曼(Mittelman)提出了十条标准:①充分的安全感;②充分了解自己,对自己的能力作出恰如其分的判断;③生活目标能切合实际;④与现实环境保持接触;⑤能保持人格的完整与和谐;⑥具有从经验中学习的能力;⑦能保持良好的人际关系;⑧适度的情绪发泄与控制;⑨在不违背集体意志的前提下,能够有限度的个性发挥;⑩在不违背社会规范的情况下,个人的基本需求能恰当满足。

我国学者对心理健康的标准主要集中在以下几点:

(1)智力发展正常:智力正常是一个人正常生活的基本的心理条件,是人适应周围环境、谋求自我发展的心理保证,因此是心理健康的首要标准。但是,近年来有关精神发育迟滞的儿童被人们发掘和开发某一项能力而自食其力的报道,使许多学者就智力发育正常作为心理健康的首要条件提出不同看法。

(2)情绪乐观稳定:情绪在个体心理健康中起着核心作用。心理健康者积极情绪多于消极情绪,能经常保持愉快、开朗、自信的心情,善于从生活中寻求乐趣,对生活充满希望,一旦有了负性情绪,能主动调控自己的不良情绪以适应外界环境。

(3)意志品质健全:意志是个体的重要精神支柱。心理健康者的意志品质表现在:行动目的明确,独立性强;在复杂的情况中能迅速有效地采取措施,当机立断;意志坚定,从不动摇对既定目标的执著追求;具有良好的心理承受力和自我控制能力。

(4)人际关系和谐:和谐的人际关系是心理健康必不可少的条件。个体的心理健康状况主要是在与他人的交往中表现出来的。人际和谐主要表现在:乐于与人交往,既有稳定而广泛的人际关系,又有知心的朋友;在人际交往中保持独立而完整的人格,有自知之明,不卑不亢;能客观评价别人,取长补短,宽以待人;在交往中能以尊重、信任、友爱、宽容和理解的态度与人友好相处;能与他人同心协力、合作共事,并乐于助人。

(5)人格健全完整:心理健康的最终目标是保持人格的完整,培养健全的人格。人格健全完整表现在:具有清醒的自我意识,了解自己,接纳自己,客观评价自己,既不妄自尊大,也不妄自菲薄,生活目标与理想切合实际;以积极进取的人生观、价值观作为人格的核心,有相对完整的心理特征。

(6)适应社会环境:能否适应变化着的社会环境是判断一个人心理健康与否的重要基础。适应社会环境主要表现为:具有积极的社会态度,与社会广泛接触,对社会现状有较清晰正确的认识,其心理行为能顺应社会改革变化的进步趋势,勇于改造社会环境,以达到自我实现与社会奉献的协调统一。在行为方面,行为方式与年龄特点、社会角色相一致;行为反应强度与刺激强度相一致。

2009年中国心理卫生协会在《中国人心理健康状况与促进策略研究》中,通过文献调研、问卷调

查与专家讨论,形成中国人心理健康标准和评价要素,分别表现在自我意识、基本能力、情绪、人际关系和环境适应五个方面:①认识自我,感受安全。评价要素为自我认识、自我接纳、有安全感;②自我学习,生活自立。评价要素为生活能力、学习能力、解决问题能力;③情绪稳定,反应适度。评价要素为情绪稳定、情绪控制、情绪积极;④人际和谐,接纳他人。评价要素为人际交往能力、人际满足、接纳他人;⑤适应环境,应对挫折。评价要素为行为符合年龄与环境、接受现实、合理应对。

(二) 心理健康的判断原则

我们在理解和运用心理健康标准对心理健康判断时,应把握如下几条原则:

1. 差异性原则 不同的国家、地区、不同文化背景、传统习俗及组织间有着不同的心理测量常模。
2. 动态性原则 心理健康状态随人的成长,知识经验的积累,环境的变换等发生变化,既可以从不健康转变为健康,也可以从健康转变为不健康。每个人的心理健康水平可处在不同的等级,健康心理与不健康心理之间难以分出明确的界限,有很多人可能处在所谓的非疾病又非健康的“亚健康状态”。
3. 总体性原则 心理健康与否指的是较长一段时间内持续存在的心理状态和在此状态下发生的较为稳定的习惯性行为,而不是短暂偶然的心理现象。所以,在判断一个人心理是否健康时,应该将其行为与其一贯的行为表现联系起来进行评定,偶尔出现的不健康行为,并不必然意味着心理不健康。
4. 整体性原则 心理健康是各要素的有机整合,从而构成较完整的心理健康和适应功能。当个体心理在某一方面不健康时不足以构成对健康的严重威胁。
5. 发展性原则 心理健康标准反映的是社会对个体的一般心理要求。在同一时期,心理健康标准会因社会文化标准不同而有所差异,特定的社会文化对心理健康的要求,取决于这种社会文化对心理健康的各种特征的价值观。心理健康不是一个固定不变的状态,而是一个变化和发展的过程。

第三节 各年龄阶段的心理健康

一、儿童期心理发展与心理健康

(一) 儿童时期心理发展的特征

儿童时期指胎儿期、婴儿期、幼儿期、童年期。

1. 胎儿期的心身发展 胎儿期是指从受孕到出生这段时间。此期胎儿的生长发育迅速,大量的科学实验证实:①在胎儿的内脏器官形成后,胎儿的视觉、听觉、味觉、触觉的感知能力开始发育;②胎儿在妊娠末期已具有初步的听觉记忆能力;③胎儿能对语言进行初步的听觉分析,并储存于听觉记忆中,这是言语知觉能力的发生;④胎儿在妊娠末期可接受言语、音乐等外界刺激并获得经验,该经验能被保持到出生后并对其行为产生明显的影响,说明胎儿的记忆发展为学习提供了可能性。综上所述,胎儿已经具备一定程度的感知觉能力、记忆力和语言能力,有了接受教育影响的可能性,采用科学的胎教方法对胎儿适时进行胎教,对开发个体潜能能有一定的帮助。

2. 婴儿期的心理发展 婴儿期指0~3岁的时期,是儿童生理发育和心理发展最迅速的时期。婴儿动作的发展改变着婴儿与周围环境的关系,对心理发展具有促进作用。

(1)在言语发展方面,婴儿不仅能理解成人的言语,也能够运用语言同成人进行交流;词的概括作用和对行为的调节作用也开始发展。

(2)在知觉发展方面,开始产生初步的空间知觉。在注意力的发展方面,1岁前婴儿的注意属于不随意注意,第2年起能够较长时间地注意某一事物,由于语言的作用,出现了有意注意的萌芽。

(3)在记忆的发展方面,婴儿的记忆以无意识记忆为主,有意识记忆开始萌芽,1岁以后的婴儿记忆范围开始扩大,他们不仅能再认几周前的事物,而且出现了再现,到3岁时能再现几周前出现的事物。

(4)在思维和想象的发展方面,婴儿期思维的主要特点是知觉行动性,即只有在对物体的直接感知、直接活动中才能进行思维,而脱离了当前物体的直接感知,停止了直接活动,便无法进行思维。

(5)在意志发展方面,2岁以后,婴儿开始能在自己的言语调节下有目的行动或抑制某些行动,产生意志的萌芽,但不能在较长时间内控制自己,行动有明显的冲动性。

(6)在情绪发展方面,婴儿出生时就会表现出满足、兴趣和痛苦,这些情绪反应是遗传本能,尚无表达情绪的作用。在出生后5~6周,婴儿的情绪逐步分化,以最初的社会性微笑(即婴儿在看到一个人的脸时会微笑)表达对人的特别兴趣和快乐,逐渐开始了情绪的表达。

(7)婴儿的社会性发展主要表现在婴儿的依恋(attachment)和婴儿的同伴交往两个方面。依恋是婴儿与主要抚养者(通常是母亲)间的最初的社会性联结,也是情感社会化的重要标志。通常表现为婴儿将微笑、咿呀学语等行为更多地指向母亲,最喜欢和母亲在一起,遇到陌生人时恐惧。依恋对婴儿整个心理发展具有极其重要的作用,婴儿是否同母亲形成依恋及依恋的性质,直接影响着婴儿的情绪情感、社会性行为、人格特征和人际交往的基本态度。

婴儿的自我意识发展,1岁以后的婴儿开始认识到自己的存在,2~3岁时通过言语交流掌握“我的”和“我”,这标志着自我意识的出现。自我意识的发展也是婴儿社会性发展的体现。

3. 幼儿期的心理发展 幼儿期是指3~7岁的时期,是儿童生理与心理发展非常迅速的时期。这个阶段儿童的心理发展具有六个基本特点:

(1)在生理发育的基础上,幼儿能较好地控制自己的身体和动作,大运动技能和精细运动技能得到发展,如学习舞蹈、钢琴、体操等技能,能掌握穿衣戴帽、系鞋带子、扣纽扣等自我服务技能,特别是绘画技能为这一时期精细运动技能发展最使人关注的方面。

(2)在语言方面,这个时期是个体一生中词汇量增长最快的时期。幼儿已经能使用各类词汇自由与人交谈,言语表达逐渐由连贯性言语取代情境性言语,从对话言语发展为独白言语。

(3)由于心理和语言的发展,幼儿对周围世界充满了好奇,喜欢提问,喜欢探索周围的事物,幼儿通过与他人的互动、与周围人们的交往逐渐形成其智力。

(4)游戏是幼儿的主导活动,是幼儿的生活内容。幼儿比婴儿更会玩游戏,游戏的内容和水平均有助于智力的提高。游戏促进了儿童对社会、对自然界的认识,促进了对生活的热爱。

(5)幼儿开始形成最初的人格特点。除先天的气质特点外,幼儿的人格萌芽已经受到外界环境的强烈影响。幼儿在与成人和同伴的交往中自我意识有所发展,已经有了初步的自我评价,比如认为自己是漂亮的、聪明的、强有力的,或是丑陋的、笨拙的、无能的等。这一发展时期个性心理特征雏形的初步形成,使其出现了一定的对人、对事的态度和一整套的行为习惯。这一时期幼儿有了特殊的兴趣和爱好。

(6)幼儿社会化行为开始形成,并形成了初步的社会认知。幼儿期形成性别化、对审美感知、道德情感与认知、对他人心理的洞察,对游戏规则、对家庭成员之间的关系的理解与掌握等,都标志他开始慢慢进入人类社会。

精神分析学派认为,幼儿的心理健康十分重要,这一阶段的心理创伤对其以后成年人格发展有难以估量的影响。幼儿期也是许多心理功能发生形成的关键期,如语言、智力、人格、情感等。

4. 童年期的心理发展 童年期是指6、7~11、12岁的儿童。儿童进入童年期后,学校的学习成了他们的主导活动,促进了他们心理过程和社会性的全面发展。童年期的儿童具有如下心理发展特点:

(1)在思维方面,逻辑思维迅速发展,以形象逻辑思维为主,在发展过程中完成从形象逻辑思维向抽象逻辑思维的过渡。这种过渡要经历一个演变过程,从而构成童年期儿童思维发展的特点。

(2)在记忆方面,有意识记忆超过无意识记忆成为记忆的主要形式;意义记忆(一种理解识记)在记忆活动中逐渐占主导地位;抽象记忆的发展速度逐渐超过形象记忆的发展速度。

(3)在注意方面,有意注意有较大的发展,无意注意仍在起着作用。

(4)童年期儿童言语发展的主要任务有二,其一是口头言语中语用能力的发展,主要表现在对自

己见解的表达、会话策略的运用、会话含义的理解和对会话活动的维持上。其二是书面言语中读写能力的发展,主要表现为在识字和阅读能力提高的基础上,经过训练写作能力逐渐发展。

(5) 童年期的自我意识发展迅速,由于童年期的认知发展出现了反省思维,儿童能站在别人的立场上思考别人对自己的看法。同时由于学校经常用社会比较的方式来评价学生的学习成绩和操行表现等,这促使小学生学会用“社会比较”的方式来思考自身,能够自发地、仔细地将自己的各种特征与同伴的相关特征进行比较,从而认识自己的长处和短处。随着自我认识能力的提高,自我控制的能力也有显著飞跃。

(6) 在情感和社会性方面,儿童对成人权威的认知发生转变,从盲目的服从转向批评性的思考;亲子关系从家长控制阶段转移到家长与孩子共同控制阶段。在同伴关系上,随着年龄的增长由临时性和不稳定的同伴关系逐渐发展为紧密和亲密的同伴关系,交往的范围逐渐扩大。此阶段儿童高级的社会情感得到较大发展。理智感、荣誉感、友谊感、美感、责任感在小学儿童身上有明显体现。他们对道德概念的认识表现为从直观的、具体的、肤浅的认识到较抽象深刻的认识,对道德行为的评价也是从只注意行为的后果过渡到较全面地考虑动机和效果的统一。

(二) 儿童时期心理发展中的常见问题

1. 婴儿期的陌生人焦虑与分离焦虑 婴儿期的依恋状况直接关系到个体以后的心身发育。根据精神分析理论,由依恋导致的内部情感及安全感对心理发展的各个方面都有重要影响。体验到母亲或照料者的爱抚、有安全感的婴儿到幼儿期时,与同伴的交往充满自信,也会获得成功。反之,到幼儿期时很容易出现社会关系方面的困难。

陌生人焦虑是婴儿对其不认识的人的警觉,分离焦虑是熟悉的照料者离开后的痛苦。这是婴儿期情绪和认知发展的重要里程碑,反映了婴儿对母亲的依恋。主要表现在六个月以后的婴儿对陌生人的消极反应,与亲人分离时的大哭和死死地抓着亲人等。

2. 婴儿期的社会性发展缺陷 为孤独症的儿童在婴儿期所表现的社会行为异常。表现为婴儿不能进行眼对眼的线索跟踪,不能做出对他人的表情动作,不能与他人分享感情。缺乏依恋行为,不黏人。对亲人和陌生人的反应没有显著差别,看见陌生人不害怕,几乎无反应。表现出对“人”不感兴趣的特征。

3. 婴幼儿期的过度依赖 指发生在婴幼儿期在行为、情感、活动上独立性不足,过分依靠父母或他人的行为。过度依赖行为在婴幼儿期可达21%左右。部分女孩的症状可以持续到成年以后,男孩的过度依赖行为持续时间较短,随着年龄的增长,独立性逐渐发展,依赖性渐渐被克服。

4. 婴幼儿期的语言问题 婴幼儿期是语言发展的关键时期,这一时期语言问题可以有言语发育迟缓、发音不清等。孤独症的儿童言语发展通常是滞后的,50%的孤独症儿童没有沟通性的言语。有言语的孤独症儿童,也常表现出模仿言语、答非所问、声调缺乏变化等。言语交流时不使用眼神传达信息或感情目光常飘忽不定。

5. 婴幼儿期的情绪爆发 婴幼儿阶段,由于神经系统发育不完善,其情绪反应往往具有不稳定、容易被诱发、容易外露和不容易自控等特点,表现为易哭闹、难哄劝等。

6. 儿童感觉统合失调 儿童感觉统合失调是指儿童大脑对人体各种感觉器官如眼、耳、皮肤等传来的感觉信息不能很好地进行分析和综合处理,造成整个身体不能和谐有效地运动。患儿智力正常,但由于存在感觉统合失调,其智力水平没有得到充分的发展,在学习能力、运动技能、社会适应能力等方面存在严重问题。

几乎80%的感觉统合学习是在婴幼儿时期进行的,因此婴幼儿期的感觉统合训练对预防此症具有重要作用。

7. 幼儿的情绪问题 幼儿的情绪问题主要为焦虑、恐惧。

焦虑的患儿烦躁不安、担心害怕、好哭、无故生气,常伴有食欲下降、夜惊、多梦、尿床、呼吸快、心悸、腹痛等躯体症状。焦虑对患儿的个性形成会产生影响,使之变得过分敏感、谨小慎微、依赖、自卑、

退缩、不受同伴欢迎等。焦虑可分为境遇性焦虑、素质性焦虑和分离性焦虑,幼儿以分离性焦虑常见,尤其与母亲分离时尤为突出。

幼儿恐惧情绪常以表情、动作或生理反应表现出来。幼儿多怕陌生人和环境,怕某些动物和昆虫,怕黑暗、电闪雷鸣,怕凶恶面孔等。研究认为过分的恐惧超过两年就成为恐惧症。患儿恐惧感持续,产生回避、退缩行为,影响正常生活。

8. 幼儿的退缩行为 退缩的幼儿在人际交往过程中表现为:过分胆怯,孤独,不愿与小朋友一起玩,躲避人群,对小朋友的友好表示反应淡漠,言语少;不敢去陌生环境,对新环境不适应,极为害怕;自卑胆小,自信心不强,特别在意老师的批评,常常哭泣。这些退缩行为反映出幼儿在早期社会性发展存在问题,如不及时矫正会给他们成年后的社会行为和心理状态带来严重影响。

9. 入学适应困难 对童年期的新生来说,学校环境陌生、老师和同学陌生、学习生活不习惯等都可能造成入学适应困难。适应不良的表现为害怕、焦虑不安、注意力不集中、对学习无兴趣、不能约束自己等。

10. 学习技能发育障碍 主要表现在阅读技能、拼写技能、计算技能等学校技能的获得与发展障碍。

11. 注意缺陷多动障碍 是学龄期儿童常见的心理问题。主要表现为注意力集中困难,活动过度,任性冲动,情绪不稳,学习困难。

12. 学校恐惧症 学习失败、受到批评、受到挫折常为诱发因素。表现为害怕上学,逃学,宁可待在家中学习不愿与老师、同学在一起。可有头疼、腹痛、恶心、呕吐、腹泻、尿急等躯体症状。

13. 学习疲劳、厌学 学习过分紧张、学习压力大、学习习惯不好、作业过多都会导致学习疲劳,表现为疲劳、烦躁、记忆力下降、反应迟钝、注意力不集中、上课困倦、学习成绩下降等。

(三) 儿童时期心理健康维护

1. 胎儿期的心理卫生 胎儿的心理卫生主要是通过孕妇的心理行为调节来实现。孕妇要保持愉快的心境,应注意营养和适当的运动。孕妇应避免接触烟酒及其他有害因素的影响,应科学地进行胎教。

2. 婴儿期的心理卫生 其一,要进行口头言语训练,婴儿期言语中枢已发育成熟,因此要鼓励儿童多说话,父母要创造口头言语交流的机会。其二,要进行运动技能的训练,对心理发展具有重要意义的动作是手的抓握动作和独立行走,所以要选用搭积木、装拆玩具等训练手的抓握技能,训练走、跑、跳、攀等运动动作。要重视智力的开发。其三,要培养良好的习惯,个体在幼年养成的习惯,对其以后的发展和社会适应性有着重要影响。培养饮食习惯、睡眠习惯,训练大小便控制和排泄等卫生习惯。

3. 幼儿期的心理卫生 其一,鼓励幼儿多做游戏,在游戏过程中幼儿的智力得到开发,性格得到塑造。在与同伴的游戏过程中,形成一定的交往能力,情感得以丰富等。其二,注意幼儿性别意识的强化,在幼儿的穿着打扮、举止言行上,要求其性别身份相一致。其三,端正幼儿在家庭中的地位,幼儿正处在人格开始形成的时期,家庭成员对他的态度、他在家庭中的地位,都会对他的性格产生重要影响。其四,为幼儿营造一个温暖和睦的家庭环境,在一个敬老爱幼、互相关心的和睦家庭中,可唤起幼儿愉快的心境,还可以通过观察、模仿学习很多家庭中的适应行为,对其以后处理人际关系、婚恋关系、家庭关系等方面产生积极影响。其五,正确对待幼儿的过失和错误,儿童是在错误和过失中不断学习成长的,要引导幼儿认识错误,吸取教训,避免挫伤幼儿的积极主动性。其六,不要过分保护,过分保护指的是包办代替和控制。包办代替影响孩子独立做事能力和技巧的培养,其直接后果是剥夺了儿童在解决问题中、在困难中锻炼成长的机会。控制是父母将孩子严格地限制在父母规定的范围内活动,必须按父母的旨意生活。长期受到过分保护的儿童容易形成不良的心理品质。

4. 童年期的心理卫生 其一,帮助童年期的学龄儿童尽快适应学校环境,如尽快熟悉学校的制度、课程安排、任课老师和班级同学。耐心地从品德行为、课堂纪律、学习方法、体育锻炼、劳动卫生等

方面引导儿童对自己进行约束和规范。其二,按照儿童的心理发展规律来安排教学内容和教学方法,培养儿童广泛的学习兴趣。其三,减轻学习负担,实施素质教育,这是保障儿童心身健康的重要措施。其四,发现心理问题及时解决。其五,关心爱护儿童,善于体验他们的情绪反应,疏导不良的情绪,鼓励儿童的自信心和独立性,教学儿童用转移注意力、忍让、自我暗示、记情绪日记等方法派遣不良情绪。其六,营造良好的家庭氛围。其七,利用有利条件和主导文化培养儿童的价值观、时间观念、竞争意识、自强自立精神,拒绝不良社会风气和不健康的文化侵蚀。

二、青少年期心理发展与心理健康

青少年期,指少年期和青年初期。少年期(11、12~15、16岁)指初中阶段,青年初期(15、16~17、18岁)指高中阶段。少年期和青年初期又统称为青春期。

(一) 青少年期的心理发展特点

青少年期是个体生长发育的特殊时期,是心身发育的重要转折点,是从儿童期的不成熟状态向青年期的成熟状态的过渡时期,是生理变化最明显,有强烈的独立性和自觉性,又有极大的依赖性和幼稚性的时期。

青少年期的生理发育变化很大,身高和体重的迅猛增长是初中生身体外形变化的明显特征;高中生身体外形变化的重要特征则是身高体重增长速度减慢和肌肉快速增长。青少年时期性器官发育,第二性征出现。大脑发育完善,智力发展接近或达到成人水平。

青少年的思维是他们认知能力的核心部分,抽象逻辑思维的发展是初中生思维发展的主要特点。在思维的品质上,初中生思维的创造性和批判性开始了明显的发展,同时思维中的表面性和片面性问题也突出地表现出来。具体表现为,在思维活动中能够进行独立思考,独立发现问题、分析问题和正确解决问题。同时他们一方面对他人的意见经常持怀疑和批评的态度,另一方面能够认真地审视自己的观点,调解和检查自己的认识。但是他们在分析问题时,还经常被事物的外部特征所困扰,很难揭示事物的本质特征,这是他们思维表面性的表现。其片面性表现在他们看问题极端、偏激,有时抓住一点不计其余。高中生的形式逻辑思维和辩证逻辑思维发展迅速,他们在概念、推理和逻辑法则运用能力的发展是他们形式逻辑思维发展的具体体现。而在他们头脑中能够运用对立统一的矛盾规律来反映客观事物的思维活动则是他们逻辑思维发展的表现。高中生创造性思维的构成以求异思维为主要成分,以求同思维为次要成分,在创造性解决问题的过程中,两者密切配合,协调发展。高中生的发散思维能力也开始发展。

青少年时期情绪发展不稳定,内心情感较儿童期更加复杂,情感体验丰富而又不愿对他人吐露,经常以记日记的方式倾吐自己的情感体验和内心秘密。情绪不稳定,容易发脾气。内心往往充满矛盾,当理想与现实一致时则兴高采烈,理想与现实相左时则心情郁闷。与成人尤其是与家长的关系处理不当时极易产生对立情绪。

青少年时期的个性特征处于似成熟非成熟、想独立又独立不了的阶段。自我学业意识、自我体验意识、自我成就意识、“成人感”都在猛烈增加。青少年社会性发展体现在品德的发展和人际交往的发展,他们的品德发展由初中生的动荡性、不稳定性发展到高中生道德认识的稳定性、自觉性以及道德情感的成熟性等成为青少年品德发展的特点。此阶段是青少年初涉社会,学习交往的重要时期。他们从普遍的同性同伴交往,逐渐向既和同性同伴交往又和异性同伴交往的过渡。和异性同伴的交往对于他们的健康成长是十分必要的。

青少年时期是进入性器官发育的关键时期,性功能发展逐渐成熟,性意识逐渐觉醒,对两性和两性关系有了神秘的心理体验。开始对异性有好感和兴趣,在言行举止等方面都努力吸引异性的关注,出现相互吸引、爱慕的现象。

(二) 青少年期心理发展的常见问题

青少年自身的生理和心理处于不平衡状态的时期,同时又容易受到来自家庭和社会诸多因素

的影响,容易在成长过程中产生一些心理问题。一旦出现心理问题或者自然好转,或者成为严重心理问题的基础,逐渐发展成为心理障碍或精神疾病。因此,对青少年的心理问题要及早发现,及时疏导、干预。

1. 自我意识问题 自我意识是个体对自身的认识和理解,包括自我认识、自我评价、自我控制。当青少年缺乏综合认识自我的能力时,便会过分依赖外界评价,不能对自己形成稳定认识而带来问题。表现为自主性差,依赖成人和其他环境因素的要求和控制,不能独立自主地制定目标、计划和持续实现目标。当自我评价出现问题时,青少年或者过高或者过低评价自己。过分高估自己会导致自负,做事冒险鲁莽;自我评价过低可能会使青少年放弃尝试,逃避困难,丧失发展和锻炼的机会。如果青少年常常处于消极的自我体验中,就会形成强烈的自卑感。为了回避失败,自卑的人更多地选择逃避和放弃,长时间便会造成学习成绩下降,缺乏积极性。

2. 与学习相关的问题 青少年学习的心理健康问题几乎涉及学习的各个方面,既包括学习的动机、兴趣等,也包括学习的方法、态度、情感等。良好的学习习惯有利于提高学习的效果,反之则给学习带来困难。学习缺乏兴趣难以激发学习的热情和积极性,导致学习效率低下。

3. 不良情绪问题 情绪问题是指由于情绪稳定性差,过度的情绪反应和持续的消极情绪导致的心理问题。青少年的情绪稳定性差,容易动感情。情绪高亢时充满热情和激情,富有朝气;情绪低落时意志消沉,消极悲观。青少年的情绪特征决定了他们容易出现情绪健康问题,如焦虑、恐惧、抑郁等。

4. 人际关系问题 青少年的社会交往和人际关系对他们的成长至关重要,他们处理人际关系的能力直接体现了其心理健康的水平。人际关系问题主要表现为:①亲子关系问题,如孩子与父母的敌对、疏远、过分依赖等。②师生关系问题。③同伴关系问题,如儿童不良情绪和有缺陷的个性特征不被同伴接纳,影响了同伴间的交往;不能正确处理同伴间竞争与合作的关系而影响了人际关系;还有的青少年孤僻退缩,受到同伴的忽视而影响了人际交往;缺乏交往技能,不会交往策略也同样影响同伴关系。

5. 行为问题 青少年的行为问题是指在精神状态正常的情况下,表现出的不符合社会期望和规范,且妨碍适应正常社会生活的行为。常见的青少年不良行为有说谎、偷窃、打人、骂人、抽烟、喝酒、考试作弊、离家出走、逃学、赌博、网络成瘾等。

6. 适应发展问题 青少年面临的适应与发展问题主要为:环境适应,如生活环境适应和学习环境适应(升学和就业);人际适应和自我适应,如对自己身体发育的适应和心理发展的适应。

(三) 青少年期心理健康维护

1. 尊重青少年独立的愿望,特别要尊重他们的隐私。

2. 科学的性教育,包括性知识的传授和严肃的性道德教育。

3. 引导青少年学会驾驭自己的情绪,引导他们学会用多维的、客观的、发展的观点去看待周围的事物,逐渐纠正他们偏激的认识,使他们的情绪趋于成熟。

4. 纠正不良行为,首先,让青少年认识到不良行为对自己、家庭和社会的危害;其次,教会他们增强自控能力,学会自我控制;第三,给他们提供进行积极健康的机会和场所。

5. 树立正确的人生观,青少年正处于人生观定型的时期,要适时引导从健康心理学的立场来认识,人应该有一种坚定的信念,因为它会使人面对困难百折不挠,陷入绝境而仍能看到希望。帮助他们树立正确的人生观。

三、青年期心理发展与心理健康

青年期又称为成年初期,是个体毕生发展过程中从儿童走向成人的第一个时期,这一时期的年龄界定为18~35岁左右。从这个阶段开始,个体成为一个有能力承担社会责任和义务的真正意义上的社会人。

（一）青年期的心理发展特点

1. 生理发育成熟 青年期人体各组织器官的生长发育趋于成熟。此时期骨骼骨化完成,身高增长逐渐停止。身体内部各系统功能指标趋于平衡。生殖系统功能成熟,已具有良好的生殖能力。个体的健康、力量、精力、耐力在此期间都达到了巅峰状态。

2. 认知思维发展成熟 青年期的认知发展表现为以思维为核心的智力方面的发展变化。个体的思维优势主要表现在理解能力、分析问题的能力、推理能力以及创造性思维能力等方面。这个时期的个体已具有较为稳定的知识结构和思维结构,并积累了许多经验,思维品质趋于稳定。这个时期的思维方式以辩证逻辑思维为主,是个体创造性思维的重要表现时期。青年期的智力特点体现在对知识的应用上,由于知识的获得及应用在这个年龄阶段形成了良好的结合,才使得青年期个体智力结构中的诸要素在基本保持稳定的同时,仍向高级水平发展。在记忆方面,是个体一生中逻辑记忆能力发展的高峰期。

3. 情绪情感丰富强烈但不稳定 青年期个体的情感体验进入最丰富的时期,友谊与爱情的社会性情感占主导地位。同时其情感的内容也越发深刻且带有明显的倾向性。青年人伴随着不断接受新鲜事物,情绪出现强烈但不稳定的特征,有时出现明显的两极性。随着年龄的增长,其自我控制能力在提高。

4. 意志发展迅速 青年人的意志力是发展相当充分的时期。其表现在自觉性与主动性的增强,遇事常常愿意主动钻研,而不希望依靠外力。随着知识与经验的增加,行为的果断性也有所增强,动机斗争过程逐渐内隐、快捷。由于神经系统功能尤其是内抑制的发达,动机的深刻性和目的水平的提高,自制力与坚持精神都有所增强。

5. 人格逐渐成熟 青年期是人格形成与成熟的重要时期,虽然其个性还会受到内外因素的影响而发生变化,但已相对稳定。其一表现为自我意识趋于成熟。一方面对自身能进行自我评价、自我批评和自我教育,做到自尊、自爱、自强、自立,另一方面也懂得尊重他人的需要,评价他人的能力也趋于成熟。其二,青年人生观、道德观已初步形成。其表现为对自然、社会、人生和恋爱等都有了比较稳定而系统的看法,对自然现象的科学解释,对社会发展状况的基本了解,对人生的认识与择偶标准的逐步确定表明其社会化的进程已大大加快了。其三,能力提高,兴趣、性格趋于稳定。青年人各种能力发展不一,但观察力、记忆力、思维力、注意力等均先后达到高峰。兴趣基本稳定,持久性在提高。性格已初步定型,以后的改变将比较小。

（二）青年期心理发展的常见问题

1. 社会适应问题 青年期的自我意识迅猛增长,成人感和独立感、自尊心与自信越来越强烈,期望个人的见解能得到社会与他人的尊重。与此对照,他们的社会成熟则显得相对迟缓,社会生活中常常会遇到各种挫折与人际关系的矛盾。青年期是自我摸索、自我意识发展的时期。当个人对客观事物的判断与现实相统一时,就能形成自我认同,否则,就会产生心理冲突,重者发展为自我拒绝。青年期也正是社会实践深化的阶段,社会交往开始向高层次发展,比如交往有选择性、自控性等。但是由于种种原因,有些青年不能很好进行社会交往,甚至形成社交障碍,为此而感到苦闷、自卑,以至影响了身心健康。

2. 情绪情感问题 青年人富有理想、向往真理、积极向上。但往往由于认识上的局限性和尚处于走向成熟阶段,易产生某些误区。如青年人常常认为“凡是需要的都是合理的”,如不能满足需要则引起强烈的情绪不满。青年人容易在客观现实与想象不符时遭受挫折打击,以致消极颓废甚至萎靡不振,强烈的自尊也会转化为自卑、自弃。青年人虽然懂得一些处世道理,却并不善于处理情感与理智之间的关系,以致不能坚持正确的认识和理智的控制,而成为情感的俘虏,事后又往往追悔莫及,苦恼不已。

3. 性的困惑问题 青年时期,是发生性及其他心理卫生问题的高峰期。这与青年时期性生理成熟提前与性心理成熟相对延缓的矛盾有关,与性的生物性需求与性社会要求的冲突有关,也与整个社会的性心理氛围是否健康有关。青年性心理卫生问题较多,主要有:

(1)对性的好奇与敏感:青年人对性的好奇与性知识的需求是其人生发展的必然现象,既非可耻,亦非罪恶与下流。但是在现实生活中,一方面,青年人对性的自然属性了解不多,常常发生对性的神秘感、可耻感与禁忌感。另一方面,青年人对性的社会属性知之甚少,因而常发生对性的随便、越轨与不负责任。

(2)性需求与性压抑:在青年期,由于性生理的成熟,常伴有强弱不同的性冲动受到性需求的驱使。因此,性冲动是男女青年生理心理的正常反应。在一部分青年中发生的性幻想、性梦与手淫,均属于青年人的性自慰活动,适当的发生对其缓解性的紧张与冲动是有益的。但是,由于我国谈性色变的保守观念依然影响着当代青年,有些青年强迫自己否认、回避性需求,长期处于紧张焦虑等状态下,形成严重的性压抑。一方面,性压抑表现为对身体的正常性反应感到困惑和厌恶,内心不安、焦虑、矛盾冲突剧烈;另一方面,性压抑还可表现为性恐惧和性敏感。诚然,适当的抑制是符合社会需要的,是成熟的反映。但严重的压抑性则会有害健康,导致性欲畸变,性能量退化,引发性扭曲。更有甚者,表现为窥视、恋物等心理行为或性过错。

(3)异性交往的问题:对异性的兴趣,和异性交往的渴求、恋爱、结婚,这是一个人必须经历的生理、心理和社会行为的发展变化过程。青年人与异性交往的愿望非常强烈,这是正常的心理表现。但是在现实中,男女交往不甚理想。许多人羞于与异性交往,常常拒异性于千里之外,在异性面前表现得非常紧张,不自然、脸红、心跳加快、说话语无伦次。异性恐惧症占社交恐惧症的大部分。缺乏或不善于与异性交往是青年烦恼的主要原因。

(三) 青年期心理健康维护

1. 针对青年人的社会适应问题 可以采取以下方法维护心理健康:①使青年正确地认识自己,了解自己的长处与不足,这是进行自我评价的前提。学会辩证的思维,对现实用客观的标准去衡量,这是进行自我肯定的必要步骤。②帮助青年确定切合实际的奋斗目标,从而避免不必要的心理挫折和失败感的产生,同时正确对待失败和挫折,并能从中汲取教训和经验。③使青年了解相互交往的重要性,在封闭自我与开放自我中选择后者。帮助青年增加交往的途径,提供更多参加交往的机会。

2. 针对青年人情绪情感问题 情绪情感调节的方法如下:①期望值适当:有的青年把自己的抱负定得过高,一旦未能实现或受到嘲讽,则易郁郁寡欢。如果目标定在自己的能力范围之内,自然心情就会舒畅。同时,对他人的期望也不宜过高。②增加愉快生活的体验:每一个人的生活中包含各种喜怒哀乐的生活体验,对于一个心理健康的人来说,多回忆积极向上、愉快生活的体验,有助于克服不良情绪。③使情绪获得适当表现的机会:人在情绪不安与焦虑时,不妨找好朋友诉说,或找心理医生咨询,甚至可以一个人面对墙壁倾诉胸中的郁闷,把想说的说出来,心情就会平静许多。④行动转移法:克服某些长期不良情绪有多种方法,可以用新的工作、新的行动,去转移不良情绪的干扰。贝多芬曾用从军来克服失恋的痛苦,所以行动转移法不妨是一种好的选择。

3. 针对青年人的性困惑问题 主要应采取以下应对措施:①对性有科学的认识:对性有正确的知识与态度是性心理健康的首要问题。性既不神秘、肮脏,也并非自由、放纵。②正确理解性意识与性冲动:对性冲动的认识,首先要接受其自然性与合理性。越是不能接受、越压抑、越矛盾,性冲动有时会表现得越强烈甚至表现为病态。③增进男女正常的交往:缺乏异性交往,是性适应不良的原因之一。两性正常、友好交往后,往往会使青年男女更稳妥、更认真地择偶,会在交往中加深了解,逐步发展,会减少因空虚无聊而恋爱的比例,婚姻的成功率也会更高。

四、中年期心理发展与心理健康

中年期又称为成年中期,一般指35~60岁这段时期。中年期自青年期而来,向老年期奔去,它是夹在青年期和老年期之间的漫长发展阶段。

(一) 中年期的心理发展特点

1. 生理功能逐渐衰退 中年期,特别是在中年后期(50~60岁)身体的心血管系统、呼吸系统、内

分泌系统等脏器系统的功能开始减退。这个时期是生命过程中由生长、发育、成熟到逐渐衰老的转折期,也是各种主要疾病容易发生的时期。

2. 心理能力继续发展 中年期心理能力的发展主要表现为以下几个方面:

(1)智力发展到最佳状态:中年时期,知识的积累和思维能力都达到了较高的水平,善于联想,善于分析并作出理智的判断,具有对社会经验和各种知识进行思考后的洞察力,具有独立解决复杂问题的能力。成人智力发展的最高境界就是创造力的发展,中年期是创造力表现最好的时期,是最容易出成果和事业上成功的主要阶段。

(2)情绪趋于稳定:中年人较青年人更善于控制自己的情绪,较少具有冲动性,有能力延迟对刺激的反应。

(3)意志坚定:中年人的自我意识明确,了解自己的才能和所处社会地位,善于决定自己的言行,有所为和有所不为。对既定目标,勇往直前,遇到挫折不气馁。同时也有理智地调整目标并选择实现目标的途径。

(4)人格稳定,特点突出:人到中年,个体在能力、气质、性格等心理特征以及需要、兴趣信念等个性倾向性上存在着明显的差异。在几十年的生活实践中,经历了自我意识的建立、改造与再完善的反复锤炼和再社会化过程,稳定的个性表现出每个人自己的风格,有助于其排除干扰,坚定信念,以自己独特的方式建立稳定的社会关系,并顺利完成自己追求的人生目标。

(5)中年期的发展任务主要体现在职业管理、培养亲密关系、关心照顾他人以及家庭管理上,中年人正是在这四项目的管理和建设中得到成长和发展。

(二) 中年期心理发展的常见问题

1. 心理疲劳 人到中年后,由于生活阅历和知识的丰富、技能的成熟,使中年人成为技术的能手、管理的行家、财富的主要创造者和支撑社会的中流砥柱,成为推动社会进步和发展的中坚力量。因此,中年人肩负着巨大的社会责任,面临着极大的工作压力。同时,在家庭内,他们不仅承担着抚养子女和帮助孩子成长、成才,还承担着照顾年迈多病的双亲甚至祖父母安度晚年的家庭责任。在社会和家庭双重重大责任下,许多中年人常常陷入角色超载和角色冲突之中。

角色超载(role overload)是指在有限的时间内对同一角色有过多的要求和期望所导致的紧张状态。例如,一位教授在同一时期要在四所不同的大学兼职任教,他要认真对待每所大学的每次讲授,使得他赶场般地奔波,这是“教授”角色的严重超载。

角色冲突(role conflict)是指各种不同角色的需求和期望之间相互发生矛盾冲突的情况。例如,医生因为经常加班抢救患者而无法照顾家庭,不能很好地履行丈夫或妻子和父亲或母亲的责任,这时“医生”角色同“丈夫”或“妻子”、“父亲”或“母亲”角色发生冲突。

中年人在这些沉重的责任和压力下,在开创自己的事业、处理各种复杂的人际关系、扮演多重社会角色的过程中,要不断权衡利弊,常常处于一种思考、焦虑、郁闷、担心的状况,感觉心力交瘁,出现心身疲劳的一系列表现。如记忆力、注意力下降,学习和工作效率降低;情绪不稳,易冲动,易焦虑,心境不佳;睡眠质量不高;全身乏力、食欲减退、全身不适等。

心理疲劳的中年人,似乎总在忍受着一种精神痛苦的折磨,心中积压着委屈、苦闷、烦恼等负性情绪。他们无奈、被动地做着似乎永远做不完的事情。根据临床观察,许多心理疾病的患者,在患病前都有一段较长时期的心理疲劳过程。

2. 更年期综合征 更年期指的是人类的生殖、生理功能由盛转衰的过渡时期,是一个比较特殊的生命变更时期,男女有所差异。目前国际上公认的更年期年龄是:女性40~60岁,男性45~60岁。更年期综合征的发生与否及症状的轻重有着极大的个体差异,除了与性激素下降的速度和水平有关外,还与遗传因素、身体素质、神经类型、心理状态、健康状况、社会环境等的影响有着密切关系。据不完全统计,大约有5%~10%的妇女会发生更年期综合征。约75%的妇女会在更年期出现一些不适的症状,没有自觉症状的约占25%。更年期随着雌激素水平的不断下降,由最初单纯的内分泌

功能紊乱引发出一组以自主神经功能失调为主的心理和躯体症状。常见心理症状如焦虑、失落、孤独的心理反应,甚至个性行为上出现敏感多疑、嫉妒、急躁等。

3. 家庭与婚姻矛盾 中年人要在事业上有所作为,需要一个安定、和睦的家庭作后盾。但是,婚姻问题常会成为影响中年人心理健康的重要因素。另外,家庭中父母与子女的关系也是中年人常常遇到的困惑之一,常因此影响家庭的和睦,同样是影响心理健康的因素。

(三) 中年期心理健康维护

中年人的心理健康关系到个体的事业、家庭以及躯体的健康,此期间的心理健康维护至关重要。

1. 针对中年人的心理疲劳 采取如下心理调适方法:①扩大关注的范围,要不断提醒自己工作固然重要,但它不是生活的全部。除了工作之外,还要关注家人的感受、朋友的关系、业余爱好以及工作以外的社会活动等。要注意生活目标的多样性。要给自己创造缓解压力的平台。②留出属于自己的私人时间。③善于抓住工作的重点。④树立正确的成败观,为此必须清晰地区分出哪些事情是自己能力所及的,哪些事情是自己鞭长莫及的,要有自知之明。对于那些鞭长莫及的事情要冷静地予以接受。对于成功和失败都要泰然处之,既不过分地渴求成功,也不过分地责难失败。世界上没有永远的胜利者,也不存在永远的失败者。每个追求目标的过程,既有成功的希望,也包含失败的可能,因此对于成功和失败都要坦然接受。⑤不要求全:在中年这个特定的发展时期,几十个社会角色一下子集于一身,而这些角色之间又常常发生矛盾冲突,所以常常使许多中年人陷入力不从心、困惑、焦虑的境地。究其原因,痛苦的根源在于他们想将事事都做得优秀,这是不可能的。俗话说“鱼和熊掌不可兼得”,“有一得必有一失”。所以,中年人要想缓解自己的压力,就要放弃求全的观念。⑥学会倾诉:有了心理压力通过向人倾诉的方法,可以让自己同问题之间保持距离,确保自己尽可能冷静地分析、客观地处理问题。

2. 针对更年期综合征 采取如下心理调适方法:①正确认识更年期的心身反应,认识更年期的到来是生命的规律。要树立对自己健康状况的信心,减轻精神负担,以乐观的态度对待这一生理过程。②养成有规律的生活习惯。保持日常饮食、睡眠、工作活动等生活作息平静而有规律,避免过度紧张和劳累,要劳逸结合。③提倡家庭与社会的关心。家庭成员、单位同事、领导应该学习更年期的基本知识,正确地理解更年期妇女的脆弱和不稳定性,给予多方面的体贴和照顾,建立更好的社会支持系统。④加强自我调节和控制,学习各种放松方法。

3. 针对家庭与婚姻矛盾 其一,要增进夫妻间的沟通交流,即使是多年夫妻,也要相互沟通,消除误会。促进建立“夫妻认同感”,夫妻双方的情感与行为上就会表现出较高的同一性。其二,培养良好的子女养育方式,“孩子是父母的镜子”,父母是孩子的第一任老师。父母的身教是最好的言教。要想培养高质量的后代,父母要有良好的教育与修养,不过度保护,也不放纵姑息,采取一致的态度与处理问题的口径,同时也要调整好适度的期望值。

五、老年期心理发展与心理健康

老年期也称为成年晚期,指60岁至死亡这一阶段。

(一) 老年期的生理心理特点

1. 生理特点 老年人的生理功能处于程度不等的全面衰退状态,既有形态上的改变,又有功能上的下降,既有随年龄逐步出现生理衰老的特点,又有可能因老年疾病影响而出现病理性衰变。有的衰老直接带来了生活上的不便、身体上的不适,有的则带来了心理上的不安。各大系统的衰退使身体抵御外界刺激的能力下降,自我修复的能力也减退,身体容易患上多种疾病,患病后的治疗康复变得比较困难。

2. 心理特点 老年期心理特点通常包括:①感知觉能力减退:视觉、听觉、味觉、嗅觉能力减退,皮肤的冷、热、触、痛觉下降,而听力的失真又影响了对外的言语交流和对外界的信息交流,给生活带来不便。②记忆能力下降:老年人的近期记忆保持效果差,远期记忆保持效果好一些,对往事的回忆

准确而生动。从记忆的类型而言,老人机械记忆下降明显,速记、强记困难,但理解性记忆相对保持。

③智力的发展与衰退:随着年龄的增高,智力出现了发展与衰退两种对立的倾向。人老未必智衰,智力和体力一样,用则进,不用则退。老年人具有前半生积累的丰富知识和经验,如果他们坚持学习新的知识,用心思考问题,运用心智技能从事某些脑力创造活动,他们的智力仍会有所发展。否则,智力逐渐衰退。老年人的液态智力下降明显,晶体智力相对稳定易保持。老年人概念学习的能力下降,推理能力下降,思维的敏捷性和逻辑性逐渐下降,解决问题的能力亦随年龄的增长而下降。

④情绪变化:老年人的情绪趋向不稳定,常表现为易兴奋、易激怒、喜欢唠叨,常与人争论,情绪激动后恢复平静需要较长时间。常感到寂寞、孤独、郁闷。

⑤人格特征相对稳定:许多研究结果证实随着年龄的增加,老年人人格特征保持了相对的稳定性。但是,生活经历对一个人的人格是有影响的。每个人都经历的常规事件对人格变化影响不大。但非常规事件可直接导致老年人人格特征的改变。如容易多疑,办事固执,刻板,缺少灵活性。有些老人变得自我中心、不合群、懒散、保守。

(二) 老年期心理发展的常见问题

1. 权威心理 离退休是一个人社会角色的转变,从一线变为二线,从上级变为“闲人”,从命令指挥别人到被人指挥,从有职有权到平民百姓等,这种转变令不少老年人不适应。个人的经历和功绩,易使某些老年人尤其是男性产生权威思想,要求小辈听他们的话,尊重他们,否则就生气、发牢骚,常因此造成矛盾和冲突。

2. 孤独心理 老年人从工作岗位上退下来以后,生活学习一下子从紧张有序转向自由松散状态,子女离家(或称“空巢现象”),亲友来往减少,门庭冷落,信息不灵,出现与世隔绝的感觉,感到孤独无助,甚至很伤感。尤其是独居的老年人这种心理更加明显。

3. 恐惧心理 老年期最大的恐惧是面对死亡。老年人常常患有一种或多种慢性疾病,给晚年生活带来痛苦和不便,因为体弱多病,自然常会想到与“死”有关的问题,并不得不作好随时迎接死亡的准备。特别是对于某些患有癌症等难以治愈疾病的老年人,有1/4以上常表现出惊恐、焦虑、不知所措。一些老年人表示并不怕死,但考虑最多的是如何死。一般老年人都希望急病快死,最怕久病缠绵,惹人讨厌,为摆脱这种局面,而四处求医,寻找养生保健之术。

4. 多疑心理 由于老年人的认识能力下降,常不能正确认识外界事物与自己的关系。自我价值感的丧失与较高的自尊心交织影响下,常使老人过分关注家庭成员或其他人对自己的看法,对晚辈间的谈话、做事可引起疑心。

(三) 老年期的心理健康维护

1. 针对权威心理 应采取的措施:①善于急流勇退:“长江后浪推前浪”,老人要经常看到年轻人的长处,大力扶持年轻人走上领导与关键岗位。年轻人应该尊重老年人。老年人更要让年轻人在自己的实践中不断成长起来。②找回自己的兴趣与爱好:每位老年人都曾有过兴趣爱好,但年轻时“有闲无钱”,中年时“有钱无闲”,只有到了老年才“有钱有闲”,也到了该享受人生的最佳时间。所以离退休后,应培养自己的享乐能力,找回自己的兴趣爱好,好好去体验人生的丰富多彩。③坚持用脑:老年人应遵循“用进废退”的原则,坚持学习、坚持科学用脑,不但有利于减慢心理的衰老进程,而且能不断学习新事物,继续为社会作贡献。

2. 针对孤独心理 应采取的措施:①认识孤独带来的危害:老年人的孤独与封闭是造成心身健康损害的一大敌人,常常会加快老化的过程。认识到孤独会给老年人带来伤害是克服孤独的第一步。②加强人际交往:老年人离退休后,应尽可能保持与社会的联系,量力而行,继续发挥余热。只有走出家门,加强人际交往,才能找到生的意义、生的乐趣。

3. 针对恐惧心理 应采取的措施:①确立生存的意义:有意识地迎接死亡的来临是对老年人的巨大挑战。只有对死亡有思想准备,不回避、不幻想,必要时对死亡作出决断,才能让老年人从容不迫,义无反顾地给自己画上一个完满的句号。死赋予生以意义,所以老年人更能珍惜时间,尽量完成尚未完成的心愿。②老年人也要有性生活:老年人有没有适当的性生活是生命质量的体现,也是老年人

面对死亡恐惧的一种较好的缓解方法。性是爱与生命的源泉,对生活的“内驱力”有重要影响。当然,老年人的性行为不可能像年轻人那样猛烈,而是轻柔小心,有时甚至是皮肤的接触就获得了性的满足。③家庭与婚姻的和睦:老人的生活有子女体贴照料,有病能及时诊治,经济上有保障,父慈子孝,就会使老人感到温暖。特别是与老伴的关系友爱互助,能使老人倍享天伦之乐。帮助丧偶的老人在自愿的前提下重组家庭,对于孤寡老人的心理也是一个重要的调节。

4. 针对多疑心理 应采取的措施:①注重人际关系的协调:老人真挚的感情,和蔼可亲的态度,平易近人、宽大为怀、富于幽默的风格,对人对己能够恰当给予评价,能以亲切的态度理解他人,也能以坦率的态度赢得他人的理解,这样必定能够营造良好的人际关系,避免猜疑心理的滋生。②保持一定的社会活动和社会参与性,建立老年人的自我价值感。③通过自身的学习和训练,发展老年人积极的人格特征,要学会互相体贴,互相谦让、互相宽容、互相信任。如果老人真正做到和他人互敬、互爱、互信、互助,在现实生活中时时注意优化自己的行为方式,这样人格特征将会朝理想的方向发展。

5. 树立“健康老龄化”的新观念 世界卫生组织(WHO)于1990年提出实现“健康老龄化”的目标。即老年人群健康长寿,群体达到身体、心理和社会功能的完美状态。1999年正值国际老人年,世界卫生组织又提出了“积极老龄化”的口号。“积极老龄化”表达比“健康老龄化”更为广泛的意思。“积极”一词不仅仅指身体活动能力或参加体力劳动,而且指不断参与社会、经济、文化、精神和公民事务。积极老龄化改变了人们对“老”的看法。传统观点认为“老而无用”、“衰老=疾病”、“老年人是社会的负担”等,是歧视老年人的消极观念。现代观点认为:老有所为,老年人是宝贵的社会财富,老年人可独立自主,尤其无报酬地服务于照料家庭和社区治安,其贡献不容忽视,由此老年人也获得自我实现、体现自我价值的机会。由此看来,老年人要保持一个良好的心理状态还需要积极的社会参与。近年来研究者进一步关注成功老化(successful aging)与常态老化(usual aging)的研究。所谓成功老龄是指那些与增龄相关的功能状况无改变或改变甚微的老年人群,探索成功老化人群的差异性及其相关因素,继而提倡能够维持生物心理社会概念上的健康老年、减缓老龄化所致的负面影响、提高老年人群生活质量的措施。

第四节 心理健康教育与促进

随着社会的进步和发展,生活条件的改善,人们越来越认识到健康的重要性,并积极采取各种手段增进躯体的健康。当人们面对社会的各种竞争和压力,随着健康观念的转变,也越来越体会到心理健康的重要性。中共中央十六届六中全会审议通过的《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》中,第一次明确提出了“注重促进人的心理和谐”的问题。温家宝总理也指出:“我们讲和谐,不仅要人与人和谐、人与自然和谐,还要人内心和谐。”由此可见,心理健康教育与心理健康促进工作越来越受到党和政府的重视,在卫生、教育等领域被广泛开展。

一、概念

(一) 心理健康教育的概念

心理健康教育(mental health education)是旨在通过采取各种行之有效的、有针对性的活动,帮助对象人群或个体形成健康的心理,从而更好地适应社会,正常、健康地成长和发展。心理健康教育既包括帮助受教育者维持正常的心理状态,也包括帮助已经出现了不良心理状态及不健康者及时摆脱不良的心理状态,帮助实现心理疾病的预防、治疗康复及提高心理健康水平的目的。

开展心理健康教育要依据心理学的理论和技术,采用健康信息传播、日常教育等措施,根据受教育者的生理、心理发展规律,有目的、有计划、有组织、有系统地培养他们良好的心理素质,开发心理潜能,进而促进身心和谐发展和素质的全面提高。

（二）心理健康促进的概念

世界卫生组织(WHO)定义健康促进(health promotion):“是促使人们维护和提高自己自身健康的过程,是协调人类与环境的战略,它规定个人与社会对健康各自所负的责任。”1995年WHO西太区办事处发表《健康新视野》(*New Horizons in Health*),提出:“健康促进指个人与其家庭、社区和国家一起采取措施,鼓励健康的行为,增强人们改进和处理自身健康问题的能力。”

由此可见,健康促进是一个综合的教育,是调动社会、经济和政治的广泛力量,改善人群健康的活动过程,它不仅包括一些旨在直接增强个体和群体知识技能的健康教育活动,更包括那些直接改变社会、经济和环境条件的活动,以减少它们对个体和大众健康的不利影响。

1986年首届国际健康促进大会上,通过了健康促进的五个活动领域:

(1)建立促进健康的公共政策:促进健康的公共政策多样而互补,包括政策、法规、财政、税收和组织改变等。由此可将健康问题提到各级政府各部门的议事日程上报,使各级政府部门了解其决策对健康的影响以及所承担的健康责任。

(2)创造健康支持环境:创造安全、舒适、满意、愉悦的工作和生活条件,为人们提供免受疾病威胁的保护,促使人们提高增进健康的能力及自立程度。

(3)加强社区行动:发动社区力量,利用社区资源,形成灵活体制,增进自我帮助和社会支持,提高解决健康问题的能力。

(4)发展个人技能:通过提供健康信息和教育来帮助人们提高做出健康选择的能力,使人们更有效地维护自身健康和生存环境。

(5)调整卫生服务方向:卫生部门不应仅提供临床治疗服务,而应该将预防和健康促进作为服务模式的一部分。卫生服务责任应由个人、社区组织、卫生专业人员、卫生机构、商业部门和政府共同来承担。

围绕健康促进领域,澳大利亚学者提出:健康促进具体应包括三个方面:①预防性健康保护(preventive health protection)——以政策、立法等社会措施保护个体免受环境因子伤害的措施;②预防性卫生服务(preventive health service)——提供预防疾病保护健康的各种支持和服务;③健康教育。

对健康促进概念的理解有助于理解心理健康促进概念。

（三）心理健康教育与心理健康促进的关系

心理健康教育必须以心理健康促进战略思想为指导,得到心理健康促进的支持;心理健康促进框架包含了心理健康教育,心理健康促进需心理健康教育来推动和落实。

二、目标、任务与方式

（一）心理健康教育的目标

心理健康教育是提高受教育者心理素质和心理健康水平的重要途径之一。通过各种形式的教育,使受教育者了解基本的心理学知识,提高心理健康意识,促进心理的健康发展,是心理健康教育的主要目的。心理健康教育的具体目标是:维护、形成、促进个体或团体的心理健康,从而提高个体或团体的整体心理健康水平,为全面发展提供良好的基础。

（二）心理健康教育的任务与功能

心理健康教育的任务就是按照个体不同年龄发展阶段的心理特征和心理发展规律,通过各种有益的教育和训练,培养人们的健康心理品质,提高环境适应能力,改变不良的行为习惯,预防和消除各种心理问题及心理疾病,改善和提高患者的生活质量,促进健康和重新适应社会。

在当前的心理健康教育研究中,提倡积极心理健康教育模式,将任务重点放在培养儿童青少年及青年学生内在积极的心理品质、积极人格的塑造、积极认知方式的形成、积极意志品质的磨炼、积极心态的调整、积极组织及组织关系的建立等。具体而言,包括培养真诚、忠诚、坦诚、诚实、正直、率直、信用、自信心、自制力、情绪控制能力、情绪调节能力、认识自己、客观地评价自己、有效地管理自己的

能力、心理承受能力、环境适应能力、人际交往能力、人际吸引力等积极心理品质和各种智力潜能及非智力潜能的开发。

心理健康教育具有以下三种功能:

(1) 调适性功能: 调适功能是指针对已经产生心理行为问题的个体, 提供具体的个别化的心理健康教育, 使个体学会调节和适应, 从而对自己和环境有一个重新的认识, 改变原有不良的态度和行为, 达到对社会生活的良好适应。

(2) 预防性功能: 预防性功能是指为个体或团体提供“防患于未然”的心理健康教育, 使其掌握应对心理危机的方法, 顺利克服成长过程中的各种困难, 坚强地面对生活中的各种挫折和考验。

(3) 发展性功能: 发展性功能是指心理健康教育能够帮助不同年龄阶段的个体排除正常发展的障碍, 完成各自的心理发展任务, 形成良好的心理品质, 提高心理成熟度, 使身心得到和谐全面的发展, 增强全面、主动地适应学习、工作、生活和社会的能力。

积极心理健康教育还致力于使人具有积极的理想追求、较好的社会功能、高效率的工作状态、建设性的人际关系、独立自主的人格和丰富多彩的精神生活等。

(三) 心理健康教育的方式

社会公众是社会发展的真正主体, 他们的心理素质状况对我国未来社会的健康发展、民族精神乃至国际竞争力都起着重要作用。因此, 公众心理健康的有效促进和维护应该成为保持国家可持续稳定发展的重要战略。但是, 目前心理健康教育在我国尚处探索之中, 没有形成完整而独立的操作体系。所以提高全民的心理素质是一项复杂而艰巨的系统工程, 需要各级政府、学校、单位、卫生、社会、家庭以及个人的共同参与, 形成合力, 在借鉴国外心理健康教育经验的基础上形成本土化的心理健康教育模式, 在不断探索中逐步走上规范化、制度化、科学化的道路。

开展社会公众的心理健康教育, 首先应了解不同场所、不同人群的公众所面临的问题, 了解他们的心理特点、心理承受能力, 然后有针对性地开展各种形式的心理健康教育工作。

1. 利用大众媒体的传播途径开展系统的、经常化的宣传教育 大众媒体的宣传教育包括广播、电视、报刊、杂志、网络等开展的有关心理健康方面的专家讲座、案例报道、案例分析、专家访谈、分析评论等宣传教育。利用大众媒体做公众心理健康的普及教育, 是当今时代对心理健康教育者提出的新的迫切要求。事实证明, 能在短时间内对广大公众的心理状态进行调整的有效途径就是通过媒体的宣传作用, 尤其是在各种突发事件时期, 大众媒体的宣传教育在维护公众的心理健康方面起着很重要的作用。

2. 现场专家讲座 定期或不定期地在某些群体中, 如社区、农村、民间团体中组织开展面对面的、通俗易懂的专家讲座, 进行有针对性的、互动的心理健康教育。

3. 开设心理健康教育课程 在大、中、小学校根据不同对象的特点, 以及不同时期心理健康问题, 有计划地开设心理健康教育课程, 并对课程的教育和学习效果进行分析、评估, 结果纳入管理、考核制度之中。

4. 同伴教育 同伴教育是以年龄相仿、知识背景和兴趣爱好相近的同伴、朋友之间开展的教育。同伴教育是利用青少年的趋众倾向, 对青少年进行教育的方式。多项研究证明, 同伴教育在增强信息传递的可信性、可接受性和渗透性以及提高教育的有效性等方面是其他传统教育方法无可比拟的, 同时也是青少年和某些特殊人群(如性工作者、药物滥用者等)中传播信息的最佳途径。

5. 高危人群的集体晤谈或有针对性的健康教育 对精神疾病患者的家属、肩负沉重学习压力的学生、职业竞争激烈的职业人士、空巢老人, 以及职业心理创伤的高危人群如警察、士兵、医生、战地记者或事故记者等, 选用集体晤谈的形式, 来减轻压力, 给予精神支持和安慰, 帮助当事人在心理上消化创伤体验。

6. 心理咨询热线 心理咨询热线能提供方便、快捷、专业、有针对性的、多方位的心理健康教育, 方便公众随时获取自己需求的帮助内容。

三、成效与评价

心理健康教育与心理健康促进评价,是运用科学的方法和手段收集关于开展心理健康教育与促进工作的客观资料,了解其目标达成情况,并对其效果和存在的问题做出符合实际且恰如其分的评价工作。

(一) 评价的性质

1. 评价贯穿于心理健康教育与心理健康促进项目的始终,是管理的重要组成部分。心理健康教育与心理健康促进项目的全过程包括计划设计、实施和评价项目产出。在这一过程中,评价最主要的作用是判定心理健康教育、心理健康促进项目实施后是否实现目标,达到预期效果。在计划设计和实施阶段的评价,是为了关注计划的科学性、可行性和适宜性,并对计划实施的进度和质量进行评估。

2. 评价的基本原理是比较。评价的实质是比较,包括项目客观结果与预期目标的比较、实际实施情况与干预活动计划的比较等。由此找出差异、分析原因,修正计划、完善执行,使项目取得更好的效果。

3. 确定价值标准是评价的前提。

4. 测量是评价的重要手段,准确的信息是评价成功的保障。通过对评价指标的定量、定性测量,得出准确的评价结论。为此,需要有一套科学可行的评价指标体系及各项指标的测量标准与方法,还需要有完善的信息系统收集、分析并表达资料。

(二) 评价的目的与意义

1. 评价的目的

(1) 确定心理健康教育与心理健康促进计划的先进性与合理性。

(2) 确定计划的执行情况,包括干预活动的数量与质量,确定干预活动是否适合目标人群,各项活动是否按计划进行,以及资源利用情况。

(3) 确定心理健康教育、心理健康促进计划是否达到预期目标,其可持续性如何。

(4) 项目的产出是否有混杂因素的影响,影响程度如何。

(5) 向公众和投资者说明项目结果,扩大项目影响、改善公共关系,以取得目标人群、社区、投资者的更广泛支持与合作。

(6) 总结心理健康教育、心理健康促进项目的成功经验与不足之处,提出下一步的项目方向。

2. 评价的意义

(1) 评价是心理健康教育、心理健康促进计划取得成功的必要保障。

(2) 评价可以科学地说明心理健康教育、心理健康促进计划的价值。

(3) 评价是一种改善计划,为决策者提供决策依据的管理工具。

(4) 评价结果可以科学地向公众、社区阐述项目效果,扩大项目影响,争取更广泛的支持。

(5) 评价可以提高心理健康教育专业人员的理论与实践水平。

四、心理健康促进策略

心理健康促进策略指的是为达到计划目标所采取的战略措施。不同的计划目标有不同的策略,策略的制定是一项难度较高的工作,既有原则性,又有灵活性。《渥太华宣言》中确定了健康促进的三大策略。

(1) 倡导(advocacy):是一种有组织的个体及社会的联合行动。为了创造有利于健康的社会、经济、文化和环境条件,要倡导政策支持,开发领导,争取获得政治承诺;倡导社会对各项健康举措的认同,激发社会对健康的关注以及群众的参与意识;倡导卫生及相关部门提供全方位的支持,最大限度地满足群众对健康的愿望和需求。

(2) 赋权(empowerment):健康促进的重点在于实施健康的平等,缩小目前存在的资源分配和健康状况的差异。为使人们最充分地发挥各自健康的潜能,应对个人赋权,授予群众正确的观念、科学

的知识和可行的技能,获得控制那些影响自己健康的有关决策和行动的能力。同时,应对社区赋权,使社区人群的集体行动更大地影响和控制决定社区健康与生活质量的因素。

(3)协调(mediation):健康促进涉及卫生部门、社会其他经济部门、政府、非政府组织、社会各行各业和社会各界人士、社区、家庭和个人。在改善和保护健康的健康促进活动中,必须使个体、社区及相关部门等各利益相关者之间协调一致,组成强大的联盟和社会支持体系,共同协作实现健康的目标。

五、心理健康促进的场所

(一)学校心理健康促进

学校心理健康促进是在学校心理健康教育的基础上发展起来的。学校心理健康促进强调通过学校、家庭和所属社区内所有成员的努力,给学生提供完整的、积极心理塑造的经验和知识结构,包括设置心理健康教育课程,创造安全健康的学校环境,提供合适的心理健康服务,让家庭、社区参与,形成广泛的合作,共同促进学生的心理健康。

学校心理健康促进的目标人群可作如下分级:一级目标人群,指学生(包括小学、中学、中等专科学校和大学学生)群体;二级目标人群,包括学校领导、教职员工、学生家长、社区领导。

学校心理健康促进是通过心理健康教育实施和推动的,学校心理健康教育是根据学生心理发展的特点,运用心理学的理论与技术,采取心理健康教育课、个别辅导、团体辅导等多种形式,对学生心理的各个层面实施有目的、有计划的影响,促进学生心理素质及综合素质全面提高与优化的教育活动。学校心理健康教育是一个长期、系统的过程。

学校心理健康教育具有如下特点:

(1)以学生的身心发展特点为出发点,以专业理论与技术为支撑,教师与学生是相互尊重与平等的关系,体现了“以学生为中心”的教学原则。

(2)以促进学生的心理健康成长、全面提高学生的综合素质为目标。

(3)是一个长期的、系统的过程。

学校心理健康教育的目标:其总目标是充分发挥学生的潜能,激发其个性得到全面健康发展。具体目标有两类,一是发展性目标,二是防治性目标。发展性目标强调发展学生的个性与潜能,提高学生在学习、生活、人际交往等方面的心理素质,使学生保持良好的心理健康状态,适应社会的发展需求。防治性目标是预防和矫正学生在学习与生活中产生的各种心理行为偏差或问题,促进学生的心理健康。

学校心理健康教育的原则:

(1)全体与个别兼顾原则:学校心理健康教育是面向学校的全体学生,目的在于使每个学生的心理潜能得到充分的发展。心理健康教育也要兼顾学生的个别差异,对于一些已经产生特殊心理行为问题的学生则须进一步采取个别辅导或团体辅导的方式进行心理治疗,对于问题特别严重的学生,要帮助他们寻求更为专业的心理行为治疗。

(2)科学性原则:心理健康教育的科学性体现在坚持用科学的手段观察、收集有关心理与行为方面的数据资料进行分析,依据学生当前的心理发展特点及需求,运用相关的理论技术,帮助他们解决各类心理问题,促进他们的心理健康成长。

(3)主体性原则:学校心理健康教育强调对学生的尊重,在教学和辅导过程中,要让学生充分体会到主体地位,教师通过尊重、积极关注、共情的方式,与学生建立良好的、平等的人际关系,使学生能打开心扉,挖掘内心真实情感的需求,从而使学校心理健康教育取得实际效果。

(4)辅导性原则:辅导是帮助个体认识自己和明智地去应用教育上的、职业上的和个人机会上的发展,能有系统地在学习上和生活上寻找到满意的调适。

(5)发展性原则:学校心理健康教育强调促进学生心理素质的健康发展,强调个人潜能的挖掘和发挥,而不是局限于心理问题的解决。

（二）社区心理健康促进

社区心理健康促进是指以社区为单位,利用心理学的相关理论、方法和技术,对社区内的居民提供以保障和促进人群心理健康为主要内容的健康服务,借以提高个体的整体素质,包括心理素质和社会适应能力,从而减少心理和行为问题的发生。

社区心理健康教育是一种方便、灵活的心理健康教育方式,它能解决一些尚处在萌芽状态的心理健康问题,避免这些问题带来的不良后果,它最贴近居民,了解居民的需求信息,能灵活地利用这些信息,为居民提供最佳的心理健康教育服务,解决居民日常生活中的一些心理问题。

社区心理健康促进的方法:社区心理健康促进工作,不仅是要开展心理咨询,解决社区居民中存在的心理健康问题,及早发现和治疗心理和精神疾病,而且要根据本社区居民的特点,利用各种途径和方法宣传心理健康促进的科学知识,帮助社区居民提高心理素质。可以采取以下心理健康促进的具体措施:

(1)建立心理健康网络,依托社区卫生机构网络开展心理健康教育,处理心身问题,发挥对公众的心理健康促进作用。

(2)设立心理咨询门诊。

(3)成立心理健康活动中心,面向社区人群开展形式多样的心理卫生宣传工作,进行心理健康普查。针对不同人群、热点问题如青少年教育、家庭关系、生活习惯、行为方式等,定期举办专题讲座。开展初级心理保健,有心理问题可及时解决,从而提高居民整体的健康水平。

(4)配备心理健康宣传员,发挥市民学校的作用,把心理健康服务融入社区各项活动中,提升社区居民的心理健康意识,培养和促进社区居民的健康心理。

（三）医院心理健康促进

医院健康促进是以健康为中心,以医疗卫生机构为基础,为改善患者及其家属、医院职工和社区居民的健康相关行为所进行的有目的、有计划、有系统的健康教育活动。医院健康促进不但包括医院健康教育,而且还包括能促进患者或群体行为或生活方式改变的组织、政策、法规和经济手段等社会支持的综合体。疾病预防、健康教育和健康保护是健康促进的三个核心组成部分。

医院心理健康教育的对象首先是患者和正常人,既包括在医疗情景中的各种患者,也包括受到潜在因素威胁的健康人、患有病痛或有各种不适而没有到医疗机构就诊的潜在的患者。其次是医务人员,尤其是临床一线的医护人员,开展对患者的心理护理,需要掌握心理健康促进的知识和方法。此外,还包括患者家属等其他相关人群。

医院心理健康教育的任务,不仅包括针对临床患者中与疾病症状相关的一些心理问题,与疾病的治疗、康复和预防有关的心理健康促进问题,改变不良行为习惯的问题,而且还包括医务人员加强心理健康教育方法、技巧的指导,维护心身健康的自我调节。由于职业的特点、紧张工作的压力,医务人员经常面对心理应激,对他们开展心理健康教育,让他们掌握心理健康促进的方法,不仅对维护他们的心身健康非常必要,而且也有利于他们在患者中开展心理健康教育。

拓展阅读 心理发展的研究方法和研究设计

我们已知,心理发展研究是对人的心理的发生、发展过程和规律的研究,也是研究人的各种心理活动的年龄特征。研究心理活动的年龄特征主要从两个方面着手:第一,人的认知过程发展的年龄特征,包括感觉、知觉、记忆、思维、想象等等,其中思维的年龄特征是最主要的;第二,社会性发展的年龄特征,包括兴趣、动机、情感、价值观、自我意识、交往能力、性格等,其中人格的年龄特征研究是最主要的。在研究个体发展的年龄特征时,还要结合研究心理发展的社会生活条件和教育条件、生理因素的发展、动作和活动的发展以及语言的发展。

针对心理发展的这些研究内容,我们需要了解收集资料的方法、研究的设计类型等。

（一）心理发展的研究方法

心理发展的研究方法主要是观察、实验（实验室和自然现场）、调查（问卷调查）或访谈、标准化测验、生理测量、个案研究和生活历史记录。

1. 观察法 研究者通过感官或一定仪器设备,有目的、有计划地观察儿童的行为表现,并由此分析儿童心理发展的特征和规律,这叫观察法。观察法是发展心理学研究最基本、最普遍的研究方法。科学的观察需要确定研究的目标、观察的对象、何时和如何进行观察以及观察结果记录的形式,选择书面文字记录、录音或录像记录。

在发展心理学的研究方法中多采用自然观察法,这是在真实环境中进行的观察,对环境不做任何处理和控制。研究者一般在运动竞赛、儿童护理中心、工作场所、购物中心和其他人们居住或经常出入的场所进行自然观察。

2. 实验法 研究者对研究的某些变量进行操纵和控制,设置一定的情景,以探讨儿童心理发展的原因和规律的研究方法就是实验法。实验法分为实验室实验和现场实验两种类型。实验室实验是在专门的实验室内,利用一定的仪器设备研究心理现象。实验室实验可以对被试进行严格的控制,但是由于实验环境脱离现实生活,并经过设计且过于人工化,儿童在实验环境中的表现和自然环境下的表现可能不同。现场实验是在现实生活环境中进行的实验研究。它以实验条件和环境的真实性弥补了控制上不太严格的缺陷,其结果有较大的实用价值。

3. 调查或访谈 访谈是研究者通过与儿童进行口头交流,了解和收集他们有关心理特征和行为的数据资料的研究方法。访谈法在一定程度上能比观察法获得有关儿童的更多、更有价值、更深层的心理活动情况和心理特征方面的相关信息,但比观察法更复杂、更难于掌握。当需要取得多人信息时,问卷调查常常是最有效的方法。

调查或访谈用以研究大范围的问题,如涉及宗教信仰、幸福感、改善学校条件等。

4. 标准化测验 标准化测验能够将个体表现同他人表现作比较。其优点在于可以提供有关个体差异的信息,缺点是不能预测非测验环境中的行为。

5. 生理测量 研究者在研究毕生发展的不同时间点时,越来越多地使用生理测量。例如,神经成像是一项广泛使用的生理测量,尤其是功能性磁共振成像(fMRI),通过电磁波记录个体大脑组织和生物化学活动的图像。

6. 个案研究 个案研究是对单独个体的深入研究。个案研究可以提供大量的信息,如个体的恐惧、希望、幻想、创伤性经历、养育、家庭关系、健康等。它可以帮助心理学家解释个体的心理和行为。

个案研究的一个范例是埃里克·埃里克森(Erik Erikson)对印度宗教领袖甘地的分析。埃里克森详细研究甘地的生活,洞悉了他积极的宗教同一性的发展过程,将甘地同一性发展的片断进行整合,埃里克森论述了文化、历史、家庭和其他可能影响人们同一性发展的因素和贡献。

7. 生活历史记录 生活历史记录是关于按照时间顺序排列的事件和活动的信息的记录,包括教育、工作、家庭的数据记录的总和,是整个生活历程的记录。

（二）心理发展的研究设计

测量发展变化的发展心理学研究设计主要有描述研究、相关研究和实验研究。为了研究时间和年龄的影响,可以采用纵向研究、横断研究和序列研究。

1. 描述研究 描述性研究用以观察和记录行为。例如,研究者观察个体的利他性或对他人的攻击性的程度。描述性研究不能独立证明现象的原因,但是可以揭示有关人们行为的重要信息。

2. 相关研究 与描述性研究不同的是,相关性研究不仅描述现象,其主要目标是描述两个或多个事件或特征之间的相关程度。

例如,研究在放任型养育下的孩子是否更缺乏自控力,你需认真记录对父母的放任型管理和子女自控的观察结果,而后进行统计分析得出一个数量化指标,称为相关系数,它是在数据分析的基础上用以描述两个变量之间相关的程度的指标。相关系数为+1.00 ~ -1.00,负数表示负相关。相关系

数越高(不论正性或是负性),两个变量之间的联系越紧密。相关系数为零,意味着两个变量之间不存在相关。例如,该研究发现父母的放任和子女的自我控制之间呈负相关,父母的监督与子女的自我控制呈正相关。

3. 实验研究 为了研究因果关系,研究者须进行实验研究。实验是严格控制的程序,当操作的因素变化,研究的行为也随之发生变化时,我们可以说操作的因素引起了行为的变化。换句话讲,实验证明了因果关系,其中操作的因素是原因,由于操作而产生变化的行为是结果。非实验研究方法(描述和相关研究)不能确定因果关系,因为它们没有在控制的方式下操作因素。

实验研究因此涉及自变量和因变量。自变量指操作的、具有影响力的、实验性的因素,它是潜在的原因,一个实验可以设计若干个自变量。因变量是实验中由自变量的变化而引起变化的因素。

例如,假设研究孕妇的有氧健身练习是否可以改变新生儿的呼吸和睡眠模式。我们可以要求一组孕妇每周参加一定量的练习,因此,练习的数量是自变量。当新生儿诞生时,我们观察他们的呼吸和睡眠模式。这些模式是因变量,是由于我们的操作而改变的因素。

进一步的设计就是实验组和控制组。实验组指操作变量的组别。控制组指对照组,它除了操作因素(自变量)外,其他方面尽可能同实验组相同。在孕妇的有氧健身练习对她们新生儿影响的研究中,随机安排半数的孕妇参加有氧健身练习为实验组,另一半不参加练习为控制组。

为了研究时间和年龄的影响,研究设计采用以下类型。

4. 纵向研究 纵向研究是指同样的个体在不同的时间进行研究的一种设计形式,要求对同一个体进行间隔而重复的观察与测量,是同一个体跨时间的研究策略。研究期限短则两三年,长则十几年。例如一项关于生活满意度的纵向研究,在70年间对一个个体定期(20岁、35岁、45岁、65岁和70岁)进行评估。

纵向研究的优点在于经过重复地测试相同的研究对象,可获取样本发展中的稳定性和可变性资料,以及早期经历对后期发展的重要性等提供丰富的信息。纵向研究的缺点是费时,昂贵,样本小,容易遗失,如:迁居、生病、失去兴趣等。而且对某一个体进行反复的测量,有可能影响被试的发展,或影响其情绪。由于所需时间较长,可能使研究结果产生偏差,因为随着时代、社会和环境的变化,存在着某一时期的研究不能随意推论到其他时期的问题。

5. 横断研究 横断研究就是在同一时间内对某一年龄或某几个年龄的被试者的心理发展水平进行测查并加以比较的研究形式,是同一时间比较不同年龄个体的研究策略。典型的横断研究可能包括5岁组、8岁组和10岁组的研究,另一个横断研究可能包括15岁组、25岁组、45岁组的研究。这些不同的年龄组可以在各种因变量上进行比较:智商、记忆、同伴关系、对父母的依恋等,所有这些信息可以在短时间内收集到。

横断研究设计的优点在于可以研究较大样本,成本低,费用少,省时省力。其缺点也较为明显。由于群体间存在地区、种族等的差异,所以在某一具体历史时期所做的研究不能推论到其他时期,难以确定因果关系。具体而言,它不能解释个体如何变化或他们性格的稳定性,成长和发展中的高峰和低谷,在横断研究中并不明显。例如,关于生活满意度的横断研究中,揭示了平均上升量和下降量。但这一研究并不能揭示这些年来成人个体生活满意度的上升量和下降量,不能解释年轻时对生活持积极或消极的生活满意度的个体,当他们年老时是否会发生变化。

6. 序列研究 在研究毕生发展时,发展心理学家常用横断研究和纵向研究相结合的研究方法,即序列研究。研究一般始于横断研究,继而设计纵向维度的观察。例如,研究婴儿0~3岁感觉的发展,可以选三组儿童,分别从出生、1岁、2岁开始记录婴儿的各种变化,这样既可以达到追踪研究的效果,而且还能在1年之内对出生到3岁的婴儿进行研究。

(马 辛)

第五章 心理应激

● 本章提要

心理应激作为一种系统理论,有助于认识心理社会因素在疾病发生发展过程中的作用规律(心理病因学),还在维护个体的生物心理社会因素间的动态平衡(心身健康)、降低各种心理社会因素对个体的负面影响(应激管理)等方面,以至在其他医学工作领域,也有理论与实践指导意义。

作为本课程的基础知识和基础理论部分,本章主要介绍应激概念与应激理论,生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格与应激和应激反应等应激有关因素的基本概念,以及应激控制与管理等实际应用问题。拓展阅读部分介绍几个与应激研究密切相关的概念、理论和应用问题。

第一节 心理应激概述

一、应激概念简史

应激(stress),或者翻译为压力、紧张等,是多学科关注的概念。医学、心理学、社会学、管理学、人类学均以此为重要研究课题。由于学科的不同,研究领域的不同,研究侧重点和目的各异,应激概念在不同领域和不同时期有较大差异。

下面简单介绍在应激研究历史上有重要意义的有关作者和主要概念。

(一) 坎农的稳态与应急

20世纪20年代,著名生理学家坎农(Cannon WB)提出稳态说和应急概念,是应激研究前期的一段重要历史记录。

直观地看,人体每个细胞似乎都是独立生存单位,但实际上人体内的细胞活动离不开内、外环境。例如大多数细胞不直接与外环境大气接触,但气候的变化同样会影响细胞的功能。显然,人体的每一部分功能活动(不论细胞、器官、系统)都是在一定范围内波动,并通过各种自我调节机制,在变化着的内、外环境中保持着动态平衡。坎农将这种机体在面对环境变化时保持内环境稳定的过程称做内稳态或自稳态(homeostasis)。

当个体遇到严重内外环境干扰性刺激时,自稳态被打破,个体的生理机制会出现交感-肾上腺髓质系统激活,交感兴奋性增高;心率加快,血压升高,心肌收缩力增强,心输出量和回心血量增加;呼吸频率加快,潮气量增加;脑和骨骼肌血流量增加,而皮肤、黏膜和消化道血流量减少;脂肪动员,肝糖原分解;凝血时间缩短等整体性反应。这种情况在某些动物实验和人体研究中均可看到。坎农将这种严重干扰性刺激时机体所出现的整体反应,称之为应急(emergency)即“战或逃”(fight or flight)反应。

可见,坎农的自稳态、应急和“战或逃”概念,涉及了内外环境刺激与机体功能反应稳定问题,显示出其对环境与健康之间关系的系统论认识特征,这与后来各种应激研究息息相关。

(二) 塞里的“一般适应综合征”与应激

关于应激的概念,首推加拿大病理生理学家塞里(Selye H)。他是公认的现代应激理论的早期开拓者之一。在坎农的稳态学说的影响下,1936年,塞里提出著名的“一般适应综合征”和应激概念,标志着现代应激研究的开始。

20世纪前半叶,医学界关于病理生理过程的研究,还集中在病因与结果的特异性一对一逻辑关系的探索上。如我们都知道,失血、中毒、感染的病理生理过程是不同的,是“特异性”的,甚至忽略了去思考它们之间除了“特异”是否也存在某些“非特异性”的问题。塞里在一次动物实验中,却发现给小鼠注射各种器官提取物(有害刺激)后,小鼠都会表现出相同的症状,包括肾上腺皮质肿大、胸腺、胃和十二指肠萎缩等。这与塞里对不同疾病患者的观察发现相一致。通过大量动物实验塞里注意到,处于失血、感染、中毒等有害刺激作用下以及其他严重状态下的个体,都可出现肾上腺增大和颜色变深,胸腺、脾及淋巴结缩小,胃肠道溃疡、出血等现象。塞里认为,在每一种疾病或有害刺激下机体都会有这种相同的、特征性的和涉及全身的生理病理反应过程。也就是说,在各种不同的严重干扰性刺激下,机体会通过一些非特异性的反应过程来适应,而与刺激种类无关。塞里于1936年将机体在这些不同刺激作用下出现一系列非特异性反应称为应激(stress),将这种非特异反应称为一般适应综合征(general adaptation syndrome, GAS)。

塞里首先提出, GAS 是机体通过下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA轴)对有害刺激所做出的防御反应的普遍形式。

塞里根据应激时的特定生物学标志,如腺体形态变化、应激激素变化及躯体资源的渐趋枯竭等情况,将 GAS 分为警戒、阻抗和衰竭三个阶段:①警戒期(alarm stage): 躯体识别出遇到挑战或威胁,进入“战或逃”反应,应激激素肾上腺素和皮质醇等都升高。这是机体为了应对有害环境刺激而唤起体内的整体防御能力,可称之为动员阶段。②阻抗期(resistance stage): 如果有有害刺激持续存在,机体会进一步通过提高体内的结构和功能水平以增强对应激源的抵抗程度,此期躯体仍然试图去适应所受到的挑战,但其所需要的生理资源可能逐渐趋向枯竭。③衰竭期(exhaustion stage): 应激刺激持续时间太久,或有害刺激过于严重,机体会丧失所获得的抵抗能力而转入衰竭阶段,此时机体免疫系统严重受损,个体产生疾病或死亡。

塞里的工作在应激研究历史上有重要地位。此后许多应激研究都是在此基础上修正、充实和发展的。

(三) 拉扎勒斯的应激、认知评价和应对

20世纪60~80年代,在认知理论越来越被人们所关注的理论背景下,以拉扎勒斯(Lazarus RS)为代表的心理学家提出认知评价(cognition or appraisal)以及应对方式(coping)在应激中的重要中介作用(Lazarus RS & Folkman S, 1984)。

Lazarus 曾指出,应激的发生并不伴随特定的刺激或特定的反应,而是发生于个体察觉或估价一种有威胁的情境之时。也就是说应激刺激或生活事件虽然是应激源,但应激反应的是否出现以及如何出现,决定于当事人对事件的认识。简单举例,离婚作为重要的“应激源”(生活事件),当事人的“应激反应”也许是忧郁,也许是开心,这全决定于他(她)的“认知”。此后, Folkman S 和 Lazarus RS 等还进一步研究“应对方式”在应激中的中介作用,从而将应激研究逐渐引向应激(应激源和应激反应)、认知评价和应对方式等多因素的关系方面。

Lazarus 是心理学界在应激研究领域的代表性人物之一,他对应激的认识除了应激刺激(应激源或生活事件)和应激反应,更重视认知因素。随着以后应对方式等应激有关因素的被重视,以认知因素为核心的应激多因素交互作用(transaction)与实证研究越来越受到学术界的关注。

二、应激理论模型与学科差异

应激和心理应激的理论发展经历了较长的历史过程。如果整体去认识长期以来各种各样的应激研究工作成果,可以发现,自20世纪初起,各个时期关于应激和应激理论的认识,是由先期的分别重视应激反应和重视应激刺激,到以后重视应激刺激到反应的作用“过程”。同时我们也看到,由于学科和领域的不同,从不同学科出发研究应激以及由此形成的理论模型往往存在差异;不同学科在使用应激概念和理论模型方面也存在很大的差异。

下面仅简单介绍与本专业密切相关的医学和心理学两个学科的情况。

(一) 应激反应模型与传统医学界所关注的应激

应激反应模型(response-based model of stress)强调不同应激刺激引起共同的应激的反应,包括生理、心理、行为的反应。而对引起应激反应的其他因素关注不多。

塞里1936年首次提出的应激概念是这一模型的代表,塞里应激说的重点是关注机体在各种有害刺激下所产生的一系列“非特异性”的适应性反应(即一般适应综合征,GAS)。一直以来,病理生理学界在有关疾病的病因学研究上,往往强调“特异性”的病理生理过程,如细菌感染的病理过程与出血所致的病理过程显然是不同的。但塞里提出的一般适应综合征学说,却从另一个角度强调有机体对各种不同刺激,除了“特异性”病理过程,也存在一种普遍的、整体的抵御反应过程(即“非特异性反应”)。可见塞里理论的提出是医学界在病因学认识上的一种进步,是向系统论认识观方向的一种前进,也是对传统生物医学模式的一种早期挑战。

值得注意的是,塞里早期的应激理论主要是从病理生理学的角度提出来的,不但是一种应激反应模型,而且是侧重内分泌反应或侧重于生理反应的模型。后来,马森(Mason JW, 1971)在研究禁食、运动、热刺激下猴子的应激内分泌反应实验中,发现心理变量和身体变量就混杂其中,并提出心理因素可能是各种应激源到垂体-肾上腺皮质反应的中介物,甚至对塞里应激反应中的“非特异性”问题提出质疑。由于马森将心理因素引入到应激研究中,此后的应激研究从单纯的生理过程研究转向心理生理过程的研究。

由于医学科学的特殊历史背景,以及生物医学模式的长期影响,应激反应模型特别符合医学工作任务,并与临床症状相关联,故应激反应模型在医学界被长期重视,直到现阶段医学界仍然习惯于以应激反应模型来认识应激和应激现象。

例如,精神病学临床一直关注应激的病理症状方面,突出有机体在有害刺激下的应激反应,将应激作为因变量或者临床症状来研究。在各种版本的精神病学诊断标准中,与应激有关的精神障碍种类很多,也都关注其各种心身症状(反应),而对引起这种症状的心理社会原因关注不多也不深。

又如,作为医学的另一重要基础领域,将应激研究置于学科前沿的病理生理学,始终重视应激刺激下的机体生理病理反应,特别是分子生物学机制方面的研究,而对各种应激刺激物,特别是心理社会刺激因素,在科学性的把握和指标的量化程度方面都做的不够。

此外,预防医学或公共卫生领域,近年来也重视压力(应激)的研究,但往往将压力放在社会生活所导致的个体主观感受(症状主诉)方面,如目前使用比较多的知觉心理压力问卷(CPSS),其条目基本反映的是压力的主观体验、情绪反应和行为症状。在近年的国内救灾援助现场,我们看到医务人员更多地考虑灾民的心身症状,而较少考虑个体的各种不同心理社会影响因素。

不过,从应激包括应激刺激、中间因素和应激反应来看,以及从生物心理社会医学模式的角度,应激反应模型仅反映了应激综合征的效应器部分,在认识论上也还不是全面的“整体观”和“系统论”。

(二) 应激刺激模型与传统心理学界关注的应激

应激刺激模型(stimulus-based model of stress)是指强调引起应激的不同刺激,包括探讨刺激物的性质、种类、作用机制等。而对应激刺激导致的应激反应,特别是生物反应的关注不多。

几乎与塞里同时,心理学界也关注应激,但其关注的重点往往是社会生活中的各种紧张事件及其对人的影响,如失业、至亲亡故、婚姻冲突。由于学科特点的决定,这类研究往往重点在社会生活和心理因素方面,而较少深入研讨紧张刺激的机体生理机制问题。也就是说,早期心理学界对应激的研究更多侧重于应激刺激,特别是心理社会刺激。我们将这种重视应激刺激的认识论称之为应激刺激模型。

关注和强调应激刺激,这在生活中很容易被人接受,因为这符合人们常识性的逻辑思维。我们平时与别人谈压力(应激)时,第一反应也总是注意工作量的大小、经济上的宽紧等。不过需要引起医学生注意的是,一直到今天,国内心理学界也还是比较关注应激刺激的。由于知识背景和工作性质等因素,特别是我国特定的历史和社会原因,我国心理学界历史上往往在师范院校与教育学同在,而与医学或自然科学学科交叉较少,这就导致心理学出身的与医学出身的有时候“说不到一块”。即使是前几年,在一次有关部委组织的很重要的高校心理评估工作论证会上,国内心理学界的一些权威人士还是认为“生活事件”问卷就是“心理应激”问卷。同类现象也出现在近年国内的心理咨询师培训教材中,心理学概念中的“动机冲突”以及“挫折”等也被看成是应激。在近年国内灾难援助现场,我们也看到一些心理学志愿工作者在考虑灾民的心理社会因素并给予即时的关注与鼓励的同时,却忽略其中的生理反应(症状),这可能会导致严重后果。

故从生物心理社会医学模式的角度,应激刺激模型的认识论同样不够“整体观”和“系统论”。

(三) 应激多因素模型与我国医学心理学关注的应激

如上所述,应激是不断发展着的概念,相信在今后相当长的时间里,不同学术领域和不同专业工作者对应激的认识差异还会继续存在。不过,值得指出的是,我国医学心理学于20世纪70年代末和80年代正式诞生不久,由于其中几位关注应激的人物来自生理学界或曾经是医学工作者,如徐斌、陈演江、梁宝勇、姜乾金等,他们在学习吸取心理科学知识的基础上,在应激概念理解方面很快取得基本一致,这就是接受应激是由应激刺激(应激源)、应激反应和其他许多有关因素所构成的多变量概念。

1. 应激过程模型 根据应激学说的发展历史和20世纪70、80年代国外各种应激有关研究成果,当医学心理学课程在我国逐渐成形时,需要提出一种具有一定概括性的心理应激定义。20世纪80年代中期,国内医学心理学教材中开始出现有关心理应激的专门章节。在 Lazarus 等的应激交互作用理论基础(其也是一个逐步发展的过程),姜乾金等结合自身和国内有关研究成果,逐渐在教材中强调心理应激是由应激源(生活事件)到应激反应的多因素作用的过程,即应激过程模型(process-based model of stress)(图5-1)。

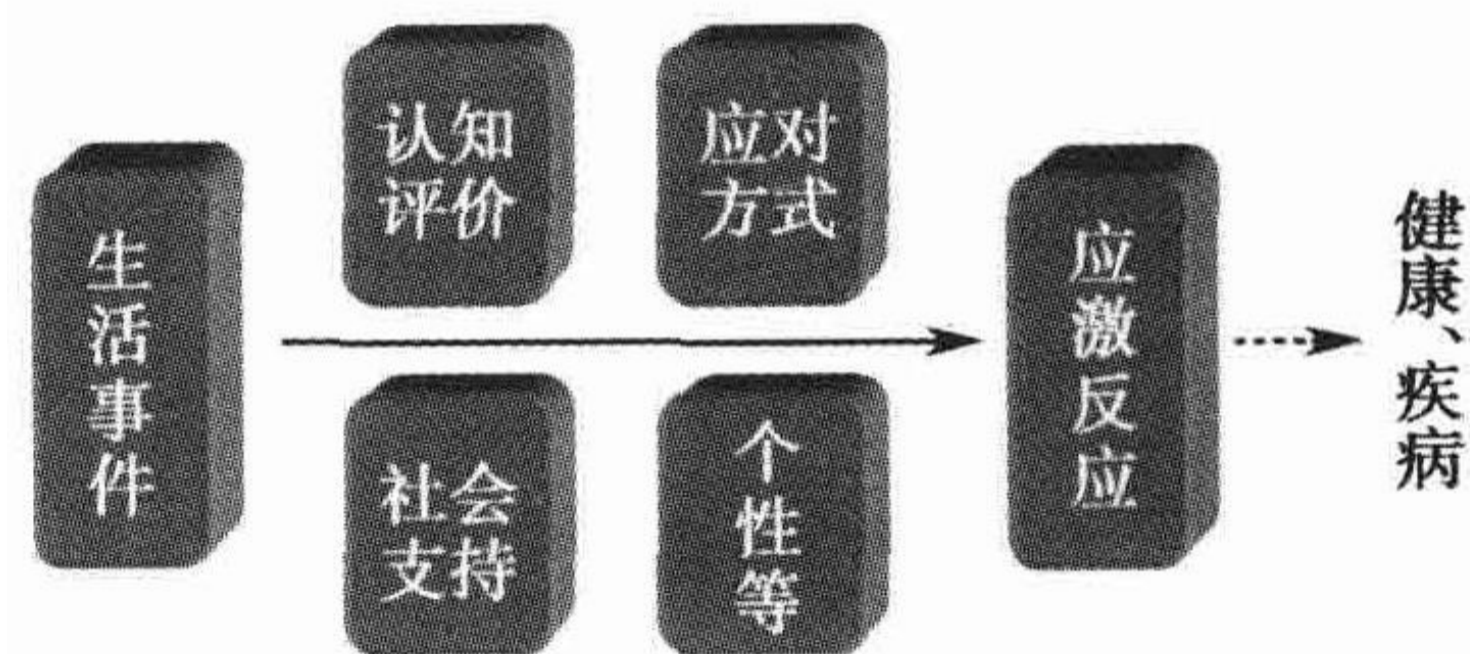


图5-1 心理应激“过程”模型(之一)

根据过程模型,心理应激(psychological stress)被定义为:个体在应激源作用下,通过认知、应对、社会支持和个性特征等中间因素的影响或中介下,最终以心理生理反应表现出来的多因素作用“过程”。

该定义强调,应激是个体对环境威胁和挑战的一种适应过程;应激的原因是生活事件,应激的结果是适应的和不适应的心身反应;从生活事件到应激反应的过程受个体的认知等多种内外因素的制约。

这一定义符合人们通常的因果逻辑思维习惯,便于理解也便于对某些疾病发生的病因做出解释(本章就是根据该定义安排各节内容),故从生物心理社会医学模式的角度,应激过程模型的认识论更接近“整体观”和“系统论”,尽管在“整体”来看,它还是“单维度”的。

2. 应激系统论模型 应该说,心理应激过程模型在认识论上基本上还是单维的,只是反映应激各有关因素之间的部分关系,其中心点是指向压力反应。姜乾金等自1987年以来,通过大量的有关应激与健康、应激因素之间的关系等长期临床与实证研究,证明应激(或者压力)有关因素之间不仅仅是单

向的从因到果或从刺激到反应的过程,而是多因素相互作用的系统。例如,患者可以对应激刺激做出不同的认知评价,从而趋向于采用不同的应对方式和利用不同的社会支持,导致不同的应激反应;反过来,应激反应也影响社会支持、应对方式、认知评价直至生活事件;同样,认知评价、应对方式、社会支持甚至个性特征等作为过程论的中间因素,其实也分别各自或共同影响其他因素或者反之受其他各种因素的影响和制约。它们既可以是因,也可以是果。就是说,应激是有关因素相互作用的系统,即应激系统论模型(system-based model of stress)。

应激系统论模型的基本特征(法则)包括:①应激是多因素的系统;②各因素互相影响,可能互为因果;③各因素之间动态的平衡或失衡,决定个体的健康或疾病;④认知因素在平衡和失衡中起关键作用;⑤人格因素起核心作用(限于本章篇幅,有关应激系统论模型基本特征的较详细论述,可参阅姜乾金主编的《心身医学》,人民卫生出版社,2007)。

根据系统论模型,心理应激(psychological stress)可以被定义为:个体是生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征和心身反应等生物、心理、社会多因素构成相互作用的动态平衡“系统”,当由于某种原因导致系统失衡,就是心理应激(图5-2)。

该定义强调应激是多因素交互作用的、多轴向发展的系统。强调“应激评估”需要综合评估生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、人格特征、应激反应等各种因素。强调“应激干预”可以选择从各种应激因素入手,如控制和回避生活事件、调整认知、改变应对策略、提供社会支持、降低应激反应,以及通过心理治疗来影响人格因素,甚至可以改变环境和利用各种自然条件。这种对应激的认识,符合环境与机体之间的关系,符合健康和疾病的生物、心理、社会“整体观”和“系统论”,有利于对各种应激有关因素之间的相互作用机制进行研究并做出解释(例如研究应对的影响因素或者研究社会支持的影响因素),进而有利于促进研究个体整体心身健康的保持(见第五节)。目前,许多应激研究工作也开始关注应激多因素的数学建模问题,也许不久的将来我们对于心理压力或心理应激的认识会更加深入。

三、应激理论模型的意义

不论“应激过程模型”还是“应激系统论模型”,都为医学心理学研究提供了某种框架思路,同时在临床医学、预防医学和健康促进教育等领域具有多方面的理论与实际指导意义。

(一) 认识论方面

在医学认识论方面,心理应激理论尤其“系统论模型”,使我们认识到个体实际上是生活在应激多因素的动态平衡之中。例如,心理社会因素与健康的关系,很大程度上可以看成是心理应激多因素作用过程与健康的关系;与现代人类死亡密切相关的不良行为方式如吸烟、酗酒、药物滥用、多食、少运动、肥胖及对社会压力不良反应等,均与心理应激因素有关;随着工业化、现代化和竞争越趋激烈、人际关系越趋复杂,心理应激程度也正在不断增强,由此而引起的生理和心理反应和形成的症状和体征,正成为当代人们身体不适和精神痛苦的根源。这种从整体上对健康和疾病的认识,有助于我们的健康工作决策,也有助于医学的模式转变。

(二) 病因学方面

在临床医学的病因学方面(心理病因学),“过程模型”有助于我们清晰地认识心理疾病和症状的发生发展过程。例如近些年来在国内外许多研究中,将心身健康的变异情况(如情绪反应、心身症状)作为应激作用的结果或应激反应来看待,而将与健康和疾病有关的各种心理社会因素,例如生活事

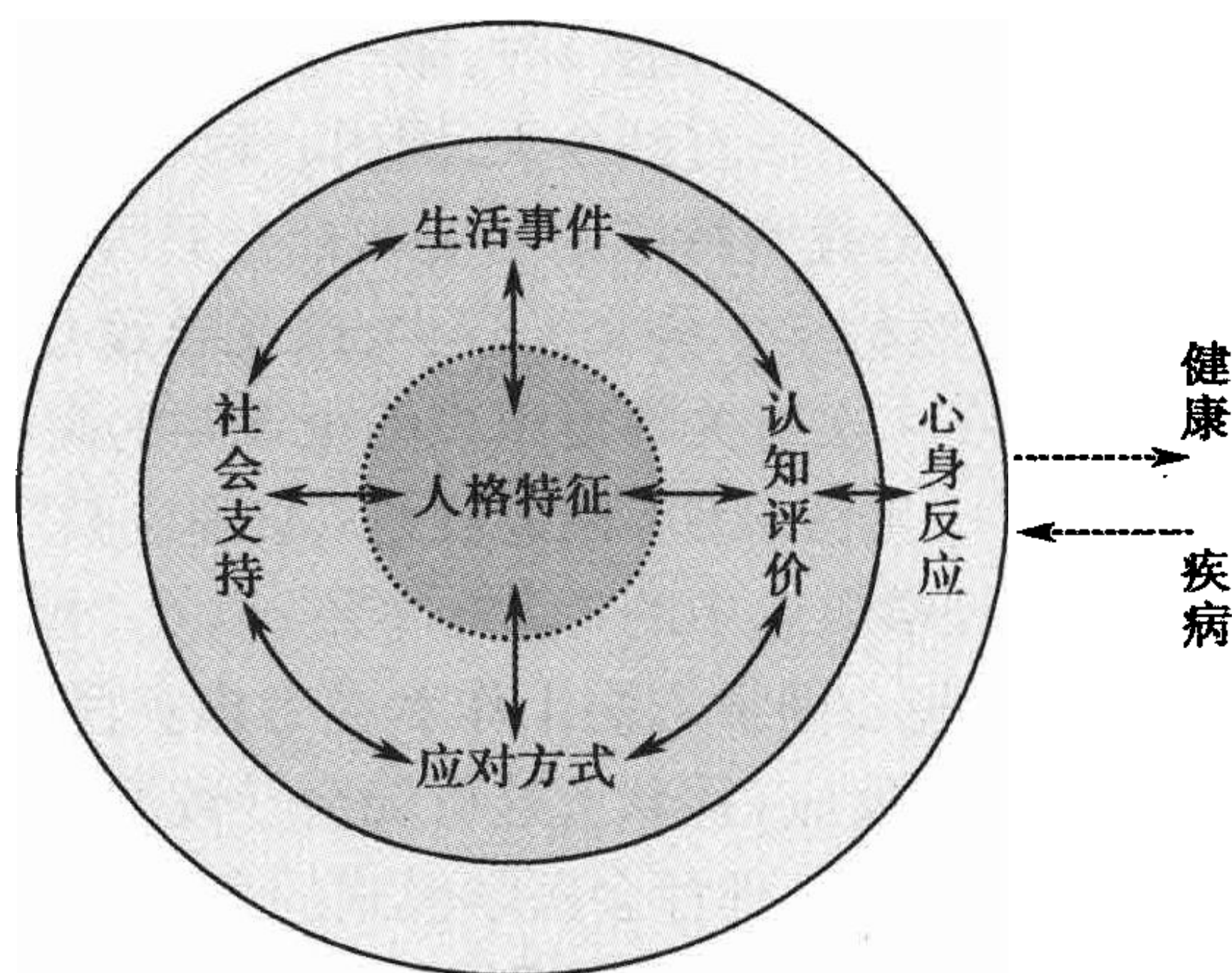


图5-2 心理应激“系统论”模型示意图

件、认知因素、应对方式、社会支持、个性特点和某些生物学因素悉数作为应激有关因素进行多因素的分析研究,取得较好的研究成果。

(三) 治疗学方面

在临床医学的治疗学方面,根据“系统模型”,可以通过任何消除或降低各种应激因素的负面影响,促进系统因素之间的良性循环而实现新的平衡,达到治疗的目的。如所谓的应激干预模式或压力自我管理计划(self-management program)等。这些干预策略包括了应激“系统”的多个环节,例如:①控制或回避生活事件;②改变认知评价;③改善社会支持;④应对指导;⑤松弛训练等。

(四) 预防医学方面

在预防医学方面,“系统论模型”有助于认识和指导合理调整应激各有关因素的动态平衡,促进个体在不同内外环境下的健康成长或保持适应(心理卫生)。如应对指导训练、社会支持系统的建立、人格健全的促进等都是可用的心理保健措施。

为便于理解,后文将按“过程模型”设置为以下各节,包括应激源(生活事件),认知评价、应对方式、社会支持和个性特征等重要的应激有关中间变量,以及应激反应等节。最后一节将整体讨论应激的控制和管理问题。与应激有关的其他心理、社会和生物学因素如文化、环境、体质等因素则从略。

第二节 生活事件(应激源)

一、生活事件分类

(一) 生活事件或应激源的定义

从应激过程模型的角度,所谓应激源(stressors)就是引起应激的刺激,也就是应激的原因,在目前的动物实验中,常用的应激源或应激刺激包括电击、水浸、捆绑、拥挤、恐吓等。在人类,特别是从应激系统模型的角度,应激源就是各种生活事件(life events),包括来自心理的、社会的、文化的和生物的各种事件。在许多医学心理学文献中,往往将生活事件和应激源作为同义词来看待。探讨生活事件与健康的关系,是心理应激与健康关系研究最先活跃起来的领域。

(二) 按生活事件的现象学分类

生活事件的内容很广,许多事件还相互牵扯交织在一起,要做出准确而又避免重复的分类较困难,因而目前各种生活事件评估量表对事件的分类也不尽相同。以下分类仅是从现象学角度对生活事件内容进行的归并。但其中前四类生活事件有很高的跨文化一致性,即在世界不同民族和不同文化背景下,这几类生活事件仍具有普遍的重要性。

1. 工作事件 很多现代化的工作环境或工作的本身就具有极强的紧张性和刺激性,易使人产生不同程度的应激。①长期从事高温、低温、噪声、矿井下等工作。②高科技、现代化需要高度注意力和消耗脑力的工作。③长期远离人群(远洋、高山、沙漠)或高度消耗体力及威胁生命安全或是经常改变生活节律无章可循的工作或是长期从事单调重复的流水线工作,或是社会要求和个人愿望超出本人实际能力限度的工作,都可成为心理应激的来源。

2. 家庭事件 这是日常生活中最多见的应激源。多次恋爱不成功、失恋,夫妻关系不和、两地分居、有外遇被发现、情感破裂、离婚,爱人患病、配偶死亡、外伤、分娩、手术,子女管教困难,住房拥挤,经济拮据,有长期需要照顾的老年人、残疾人、瘫痪患者或是家庭成员之间关系紧张,都可成为长期慢性的应激事件。

3. 人际关系事件 包括与领导、同事、邻里、朋友之间的意见分歧和矛盾冲突等。

4. 经济事件 包括经济上的困难或变故,如负债、失窃、亏损和失业等。

5. 社会和环境事件 每个人都生活在特定的自然环境和社会环境当中,无数自然和社会的变化,包括各种自然灾害、战争和动乱,社会政治经济制度变革、工业化、现代化和都市化所带来各种环

境的污染,交通住房的拥挤、人口的过度集中以及下岗待业、加快的生活节奏、知识的更新、竞争的加剧,物质的滥用,吸毒、酗酒以及由此引起的卖淫、嫖赌偷盗的等犯罪行为所造成的人为事件,都会成为某些人的应激源。研究证明,在和平稳定时期,个体与同事、领导之间的人际矛盾和冲突是很重要的生活事件。

6. 个人健康事件 指疾病或健康变故给个人造成的心理威胁,如癌症诊断、健康恶化、心身不适等。

7. 自我实现和自尊方面事件 指个人在事业和学业上的失败或挫折,以及涉及案件、被审查、被判罚等。

8. 喜庆事件 指结婚、再婚、立功受奖、晋升晋级等,需要个体作出相应心理调整。

(三) 按事件对个体的影响分类

目前对生活事件的研究,包括了所有人类的内外环境变化。按生活事件对当事人的影响性质,可分为正性和负性生活事件,是以当事人的体验作为判断依据。

1. 正性生活事件(positive events) 是指个人认为对自己具有积极作用的事件。日常生活中有很多事件具有明显积极意义,如晋升、提级、立功、受奖等。但也有在一般人看来是喜庆的事情,而在某些当事人身上同样出现消极的反应,例如结婚对于某些当事人却引起心理障碍,成为负性事件。“范进中举”也是典型的历史故事。

2. 负性生活事件(negative events) 指个人认为对自己产生消极作用的不愉快事件。这些事件都具有明显的厌恶性质或带给人痛苦悲伤心境,如亲人死亡、患急重病等。

研究证明,负性生活事件与身心健康相关性明显高于正性生活事件。因为负性生活事件对人具有威胁性会造成较明显较持久的消极情绪体验,而导致机体出现病感或疾病。

(四) 按生活事件的主观和客观属性分类

1. 客观事件(objective events) 某些生活事件的发生是不以人们的主观意志为转移的,是无法掌握无法控制的,多为突然发生的灾难如地震、洪水、滑坡、火灾、车祸、空难、海难、空袭、战争等,当然也包括人的生老病死事件。灾难事件或者创伤性事件可以引起强烈的急性精神创伤或延缓应激反应或创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder, PTSD)。国内外诸多研究表明,该障碍往往病程迁延,严重影响患者的心理和社会功能。

这类具有客观属性的事件在评定时其重测信度较高。

2. 主观事件(subjective events) 实际上,很多人就处在应激性环境之中,如居住条件差、工资收入低,父母、子女、夫妻、邻里、同事、上下级之间长期关系紧张,晋升提级受到挫折,工作学习负担过重,对职业不满意而又无法改变等等。但这些事件相对地是可以预料和可以被个人所控制的,具有一定的主观属性。

主观事件在评定时其重测信度较低。

二、生活事件与应激

(一) 生活事件与健康 and 疾病

作为应激源,人们会首先想到生活事件是心理和躯体疾病发生的罪魁祸首。早期国外各种研究结果显示,伴有心理上丧失感的生活事件,例如配偶的死亡,对健康的危害最大。有人对新近配偶死亡的903名男性作了6年的追踪观察,结果发现,居丧第一年对健康的影响最大,其死亡率为对照组的12倍,而第二、三年的影响已不甚显著。当代的研究则进一步阐明了生活事件的质和量与健康 and 疾病的关系。

我国科学工作者早期在生活事件与疾病关系方面也进行了很多工作。原北京医科大学曾对北京市10 000多人进行调查;中国科学院心理研究所和原北京医科大学协作,对钢铁工人也进行了调查,结果发现有三种刺激因素对疾病产生的影响最大,它们是:①在较紧张的学习或工作中伴随不愉快

的情绪,容易得病;②工作中或家族中人际关系不协调,容易得病;③亲人的意外死亡或者突然的意外事故,是造成应激和致病的重要原因。姜乾金等(1987)通过临床对照调查分析,结果也同样显示,在癌症患者发病史中,“家庭不幸事件”、“工作学习过度”和“人际关系不协调”等生活事件可能有重要意义。这与上述结果相一致。郑延平等(1990)调查证明,引起痛苦体验而且与疾病关系密切的大多数是负性生活事件,最严重的是丧偶、家庭成员的死亡。最大的生活事件是被人误解、错怪、子女管教困难,生活环境受噪声干扰,家庭主要成员患急、重病,家庭经济困难等。这些结果与国外的调查是一致的。他们还调查研究了不同群体中突出的生活事件是:学生是考试失败和失恋;农民是婆媳关系不和;工人是不安于现职工作;科技干部是夫妻不和。不同年龄阶段引起心理应激的生活事件也各不相同:青年人主要是学习、婚姻恋爱、人际关系、工作与经济问题;中年人主要是夫妻关系和家庭关系;而老年人主要是健康问题和经济问题。范振国等(1993)研究发现,老年期抑郁状态的生活事件发生率与对照组有显著性差异,也高于老年期情感性精神障碍发病前的生活事件发生率。研究还表明生活事件单位分值越高、生活事件越多、性质愈严重对老年人的情绪影响越大。对老年人抑郁情绪影响较大的负性生活事件有重病外伤、家庭纠纷、经济收入减少等,与国外 Murphy 等(1982)的报告基本一致。另一些学者研究表明,不可预料不可控制的负性生活事件对人威胁更大。

(二) 生活事件致病机制研究

关于生活事件如何导致机体发病的详细机制还不清楚。显然,生活事件不是直接的致病因素。Rahe 认为,生活事件仅是引起疾病的危险因素,类似血清胆固醇升高与冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)发病之间的关系。一些学者通过研究生活事件对人体免疫功能的影响,提出亲人病故、夫妻离异、事业受挫、遭受歧视等事件,是经大脑的认知评价后引起悲伤、抑郁、孤独等负性心理体验,进而导致一系列生理生化及免疫系统的改变。Bartrop RW(1977)等首先报道丧偶后细胞免疫功能低下。随后 Schlaif 等分别检测了受试者在丧妻前后淋巴细胞对丝裂原植物血凝素(PHA)、刀豆蛋白A(ConA)、美洲商陆(PWM)的反应性,发现在丧偶前细胞免疫水平没有显著的改变,丧偶后的2个月则明显低下,1年后才恢复到丧偶前水平。家庭的破裂也可见到相似的结果,经历婚变后的妇女,她们有严重的情感障碍,其淋巴细胞的反应性、TH 细胞、NK 细胞的百分率皆显著降低,而 E B 病毒抗体滴度增高,反映离异者细胞免疫受损。所有的研究证明,生活事件是通过各种中间环节包括身体的生理、生化变化过程而影响健康和疾病的。

(三) 生活事件与其他应激因素关系的研究

根据应激过程模型,生活事件是作为应激源导致应激反应直至影响健康的。但实际上,生活事件既不是单因素能影响健康,也不只是单向引发应激反应。按照应激系统论模型,生活事件本身也受应激反应等因素的“反作用”。除了较早认识到认知评价在生活事件和健康疾病中起重要作用外,近年来研究证明应对方式、社会支持、人格特点等因素也会影响许多生活事件的发生、发展、性质和程度,更影响甚至决定生活事件是否成为“应激源”导致应激反应。例如,个性因素可以影响个体对生活事件的感知,偶尔甚至可以决定生活事件的形成。许多资料证明,个性特征与生活事件量表分之间特别是主观事件的频度以及负性事件的判断方面存在相关性。

目前许多研究正在转向探索生活事件是如何与其他多种应激有关因素相互作用、通过何种机制而影响健康和疾病的。

三、生活事件的量化研究

1967年,美国华盛顿大学医学院的精神病学专家 Homes TH 和 Rahe RH 通过对5000多人进行社会调查和实验所获得的资料编制了社会再适应评定量表(social readjustment rating scale, SRRS)(表5-1)。量表中列出了43种生活事件,每种生活事件标以不同的生活变化单位(life change units, LCU),用以表示事件对个体的心理刺激强度。其中配偶死亡事件的心理刺激强度最高为100LCU,当事人需要去重新适应所需要的努力程度也最大,与健康的关系也最为密切。其他有关事件 LCU 量值

按次递减,如结婚为50,微小违规最低为11。利用这个量表可以检测一个人在某一段时间内所经历的各种生活事件,并以生活变化单位 LCU 的总量来表示。

表5-1 社会再适应评定量表 (SRRS)

生活事件LCU		生活事件LCU	
1. 配偶去世	100	22. 职别转变	29
2. 离婚	73	23. 子女离家	29
3. 夫妻分居	65	24. 姻亲纠纷	29
4. 亲密家人去世	63	25. 个人杰出的成就	28
5. 坐牢	63	26. 配偶参加或者停止工作	26
6. 自己受伤或生病	53	27. 学业的开始或结束	26
7. 结婚	50	28. 生活条件变化	25
8. 被解雇	47	29. 个人习惯上改变	24
9. 复婚	45	30. 与上级矛盾	23
10. 退休	45	31. 工作时数或条件的变化	20
11. 家人健康的变化	44	32. 搬家	20
12. 怀孕	40	33. 转学	19
13. 性功能障碍	39	34. 宗教活动的变化	19
14. 增加新的家庭成员 (如出生、过继、老人迁入)	39	35. 娱乐活动的变化	19
15. 工作岗位变动	39	36. 社交活动的变化	18
16. 经济状况改变(更好或更坏)	38	37. 少量负债(少于1万美元)	17
17. 好友去世	37	38. 睡眠习惯的改变	16
18. 改变工作性质(改行)	36	39. 生活一起的家庭人数变化	15
19. 夫妻多次吵架	35	40. 饮食习惯的改变	15
20. 中等负债(超过1万美元)	31	41. 休假	13
21. 丧失抵押品的赎回权	30	42. 圣诞节	12
		43. 微小违法(如违章)	11

Holmes 早期研究发现,LCU 一年累计超过300,第二年有86%的人将会患病;若一年 LCU 为150~300,则有50%的人可能在第二年患病;若一年 LCU 小于150,第二年可能平安无事、身体健康。Rabkin JG (1976) 研究发现生活变化单位的升高与突然的心源性死亡、心肌梗死、结核、白血病、多发性硬化、糖尿病、运动创伤和交通事故有类似的相关性。

SRRS 发表以后,世界各国学者纷纷致力于生活事件的性质、种类、发生频度、持续时间等因素与有关疾病如神经症、躯体疾病和心身疾病之间关系的调查。国内张明园(1987)编制了同类生活事件量表。

但是,国内外的一些研究者也逐渐发现,类似 SRRS 这种客观定标的生活事件单位与疾病的相关程度较低($r=0.30\sim 0.40$),有的研究还证明没有相关(Byrne R, 1980)。这说明评定生活事件所致的应激强度和应激反应的类型还应考虑许多其他因素的影响,如个体的认知评价、应对方式、人格特征和生理素质等。其中特别是认知因素的影响。因而在 Holmes 以后,不断出现各种以被试者自己估计应激强度的生活事件量表。在这些量表中各种生活事件由被试按事件对自己的影响程度作出认识评分,并以事件的正、负性质分别计分和统计。这些量表所获的生活事件分与健康 and 疾病的相关性有明显的提高。目前使用的的生活事件量表大多属于这一类。国内杨德森(1988)等也编制了这类生活事件量表(LES)。

不过,上述由被试自己通过认知评价来计分的量化方式其实也存在问题。例如,对主观事件的自我估分其信度较低,即估分的高低受心情好坏的直接影响等。另外,由于追求条目数量致使目前许多量表存在重复计分现象,例如夫妻不和、分居、外遇、离婚等条目在事件性质和内容上有很大的重叠。笔者曾经比较过,这种重复计分导致的失真程度,并不低于使用简化量表而造成的某些事件被漏计。因此,生活事件量表条目并不是分得越细、条目越多越好。目前一些作者在研究生活事件时使用简化归类的方法,如姜乾金编制的团体用心理应激调查表(PSSG,详细可参见配套光盘内容)中的生活事件分为13类,试图避免同一事件重复计分的问题。在历史上以及至今,也有一些作者始终注重对单一种类生活事件的病因学研究而不使用包含许多事件的量表,如专门研究丧偶妇女群体一年内的应激免疫指标和心身健康变化等。

第三节 认知评价

一、认知评价与应激

(一) 认知评价的概念

所谓认知评价(evaluation or appraisal)是指个体对遇到的生活事件的性质、程度和可能的危害情况的认知估计。Folkman S 和 Lazarus RS(1984)将个体对生活事件的认知评价过程分为初级评价和次级评价。

1. 初级评价(primary appraisal)是指个体在某一事件发生时立即通过认知活动判断其是否与自己有利害关系。这里的所谓“利害关系”,不是完全指物质需要方面的关系,如对方夺走自己的财物,而更多的是精神需要方面的关系,如看到街路上有人倚强凌弱,自己作为第三者由于道德感被侵犯致使该事件变得与己有利害关系。如果初级评级与己无关,则个体进入适应状态;如果初级评价与己有关,则进入次级评价。

2. 次级评价(secondary appraisal)是指一旦初级评价得到事件与己有利害关系的判断,个体即会对事件的是否可以改变即对个人的能力作出估计,这就是次级评价。伴随着次级评价,个体会同时进行相应的应对活动:如果次级评价事件是可以改变的,采用的往往是问题关注应对;如果次级评价为不可改变,则往往采用情绪关注应对(图5-3)。

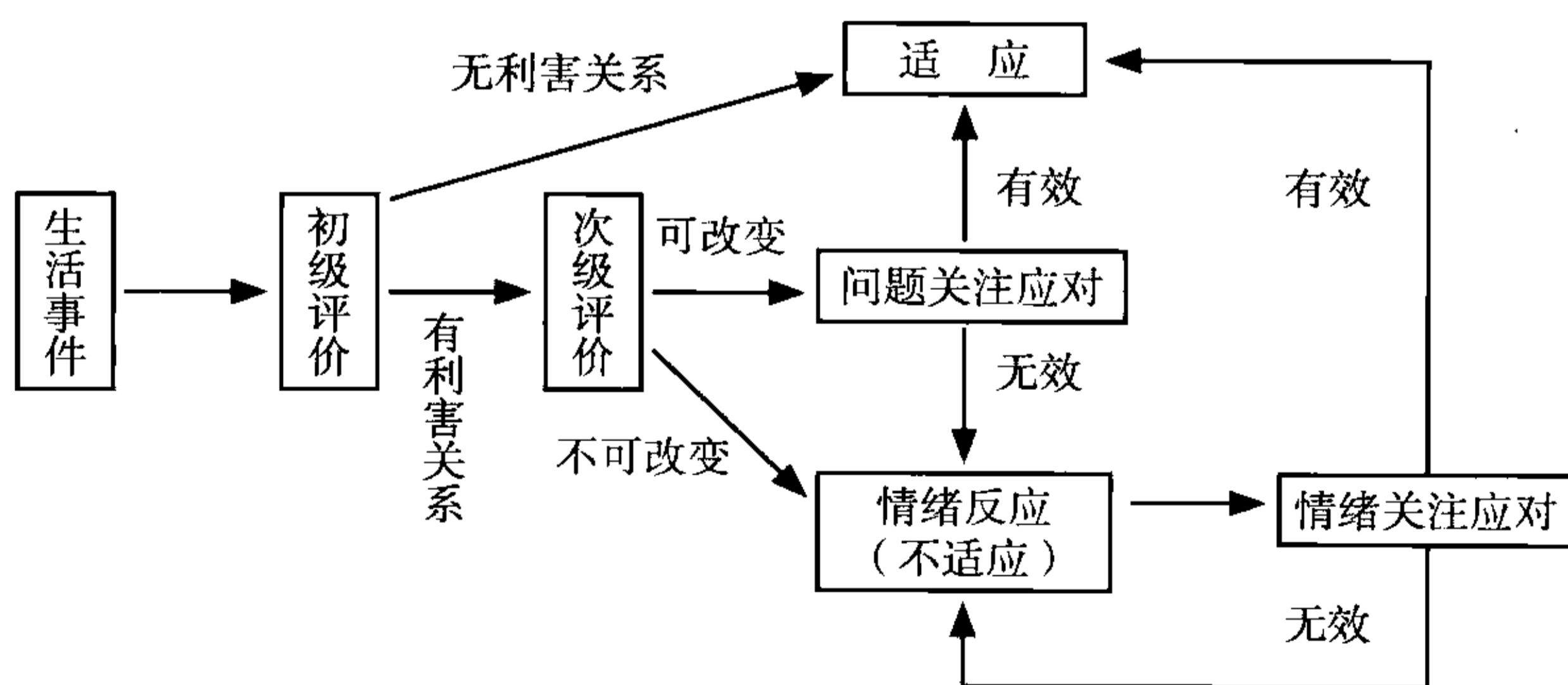


图5-3 事件、评价、应对与应激过程

3. 认知再评价(cognitive reappraisal)是1993年提出的补充概念。这是指在前两级评价基础上,个体对现实情境的再度认识,对潜在应激源做出再评价,确定是否是应激。

(二) 认知因素在应激中的重要作用

认知评价在生活事件到应激反应的过程中起重要的中介作用,这是20世纪70年代 Folkman 和 Lazarus 等提出的应激交互作用理论的核心因素。这种认识在国内一直延续影响至今。Lazarus 早期从认知理论的角度,曾认为应激发生于个体察觉或评估一种有威胁的情景之时,具体地说是关于对需

求以及处理需求的能力的察觉和评估,甚至认为应激不决定于具体的刺激和反应。随着应对方式研究的进展,Folkman 和 Lazarus 将认知评价与应对方式一起,作为应激的重要中介因素。

从过程论模型来看,对生活事件的认知评价会直接、间接地影响个体应对活动和心身反应。上一节提及的以客观计分标准研究生活事件和心身健康关系所存在的问题,其原因之一就是未考虑个人对事件的真实评价。

应激系统论模型强调认知因素是应激系统中的一个因素,但作为“重要的因素”来看待。既然强调应激是多因素相互作用的系统结构,为何又强调认知因素的特别重要性?这是因为从应激研究最终目标来看,医学界最关心的是控制应激反应对人类健康的影响。实现这个目标的最直接和最可行途径,首先应从改变当事人的认知过程开始。另外,根据系统论模型,我们还可以通过对其他各种应激因素的干预如改善应对方式、增强社会支持等(将在本章第八节讨论)来实现对应激反应的控制,但这些干预过程同样都需要调动当事人的认识功能。毕竟,人类的认识功能是最具有自我调控作用的功能。

在近年的许多病因学实际研究工作中,虽然认知因素仍被作为应激的重要中间变量来对待,但还是有更多的研究广泛涉及其他各种有关应激因素的综合作用。这也符合应激系统论模型的发展方向。

(三) 应激相关因素对认知评价的影响

作为系统中的重要因素,认知评价自身也受其他各种应激有关因素的影响。简答分述于下:

认知评价因生活事件属性的不同而不同,这是常识性的现象。

社会支持一定程度上可以改变个体的认知过程,例如面对上述街路上的倚强凌弱现象时,旁边是否有熟悉伙伴相随可影响个体的次级评价。

应对方式本身就涉及许多认知调节的问题,如否认、再评价等,而发泄等应对机制也可以直接或间接影响认知评价,例如日常中可以见到,一位当事人由于不断的诉说(倾诉、发泄)而最终出现对原始事件的认知逆转。

个性特征也间接影响个体对某些事件的认知,从而间接影响应激结果。其中态度、价值观和行为准则,以及能力和性格等个性心理特征因素,都可以不同程度影响个体在应激过程中的初级评价和次级评价。这些因素决定个体对各种内外刺激的认知倾向,从而影响对个人现状的评估,事业心太强或性格太脆弱的人就容易判断自己的失败。具有完美主义倾向个性特征的人往往存在非理性的认知偏差,使个体对各种内外刺激发生评价上的歪曲,可以导致较多的心身症状。

应激反应并不总是单向地“接受”各种应激源或中介变量对它的汇聚,实际上应激反应同样影响认知评价,例如等待手术期间过分紧张导致失眠,后者可能使手术当日患者的认知趋向于消极。

姜乾金等近期通过实证调查分析显示,多种应激因素可以影响重型罪犯对自己刑罚的认知评价。

二、认知因素的量化

认知评价在应激过程和心理病因学中的重要性与其量化研究程度两者之间并不相称,即认知在应激中的重要性几乎无人不知,但如何将认知因素加以数量化的研究,则存在不少具体困难。虽然 Folkman 本人曾对认知评价活动进行过定量研究,但至今尚缺乏经典的用于对生活事件作出认知评价的测量工具。不过目前一些自我估分的生活事件量表,实际上已部分结合个人认知评价因素。

在临床心理研究工作中,为了探讨认知因素在事件引起的应激性病因机制中的作用,可以根据问题性质和客观条件,选择采用问卷或访谈的方法,将被试对有关事件的认知特点一一做出等级评估。如姜乾金等曾在上腹部手术患者的应激因素与手术后心身反应问题的研究中,围绕患者对手术本身的认知、对手术医生的认知和对手术后适应问题等三方面的认知特点,设计相应的问卷条目。事后证明这三方面的认知特点对手术前后的心身反应有不同的影响。国内近年有不少研究就是采用这样的方法,并且结果都证明认知评价在生活事件与某些疾病的联系中确实起着重要的中介作用。

第四节 应对方式

一、应对的概念与分类

(一) 应对概念

应对(coping)又称应付。由于应对可以被直接理解成是个体解决生活事件和减轻事件对自身影响的各种策略,故又称为应对策略(coping strategies)。目前一般定义为,应对是个体对生活事件以及因生活事件而出现的自身不平衡状态所采取的认知和行为措施。

顺便指出,心理防御机制(defense mechanism)与应对比较相近。但两者理论基础不同,前者是精神分析理论的概念,是潜意识的;后者是应激理论的概念,主要是意识的和行为的。但两者也存在着一定联系,例如两者都是心理的自我保护措施;目前各种应对量表中,几乎都包含有许多心理防御性质的条目或因子,如合理化、压抑、迁怒等。

与应激相关的应对研究始于近二三十年,近十几年才被国内重视。至今,有关应对概念的内涵、外延、性质、种类,及与其他心理社会因素的关系和在应激过程中的地位等问题仍未有一致看法,在具体讨论过程中均易引出歧义和异议,是应激研究中颇具争论性的领域。例如,最早被人接受的应对概念定位于“应激刺激-应激反应-应对方式”,即应对是从应激源到应激反应结果以后的概念。由于这种定位符合人类的“因-果-对策”逻辑思维习惯,在国内一度被许多人所接受。又例如,姜乾金通过对国际上各种应对问卷的综合分析,发现应对的内容非常丰富,涉及从生活事件到应激反应的应激作用全“过程”,且应对概念与其他应激因素如认识、社会支持等概念交叉,并互相影响,故应对不完全是应激之后的一个变量,其实是应激过程中或者应激系统中的一个变量。图5-4是姜乾金(2002)以“过程模型”为基础,以国外应对量表中出现的各种因子为分析对象,描绘出应对活动实际涉及应激作用过程的各个环节。

总之,应对概念的含义是很广的,或者说应对是多维度的。

(二) 应对分类

由于应对是多维度的概念,因此应对的分类问题就显得比较复杂了。

如果从应对的主体角度看,应对活动涉及个体的心理活动应对(如再评价)、行为操作应对(如回避)和躯体变化应对(如叹气放松)。目前多数应对量表兼有这几方面的应对条目内容。

从应对的指向性看,有的应对策略是针对事件或问题的,有的则是针对个体的情绪反应的,Folkman等曾将前者称为问题关注应对(problem-focused coping),后者称为情绪关注应对(emotion-focused coping)。目前多数应对量表兼有这两方面的应对条目内容。

从应对是否有利于缓冲应激的作用,从而对健康产生有利或者不利的影响来看,有积极应对和消极应对。包括姜乾金在内的国内一些研究者已经涉及这方面的理论和应用问题。例如,许多应对策略缺乏跨情景一致性,因此往往难以将这些应对方式分别归入“积极”或者“消极”行列。但是,还是可以筛查出一些应对方式,特别是情绪关注应对类,它们往往有较高的跨情景一致性,Folkman对此也早有提及。实证研究显示,这些应对方式往往在对抗或者缓冲应激的作用方面具

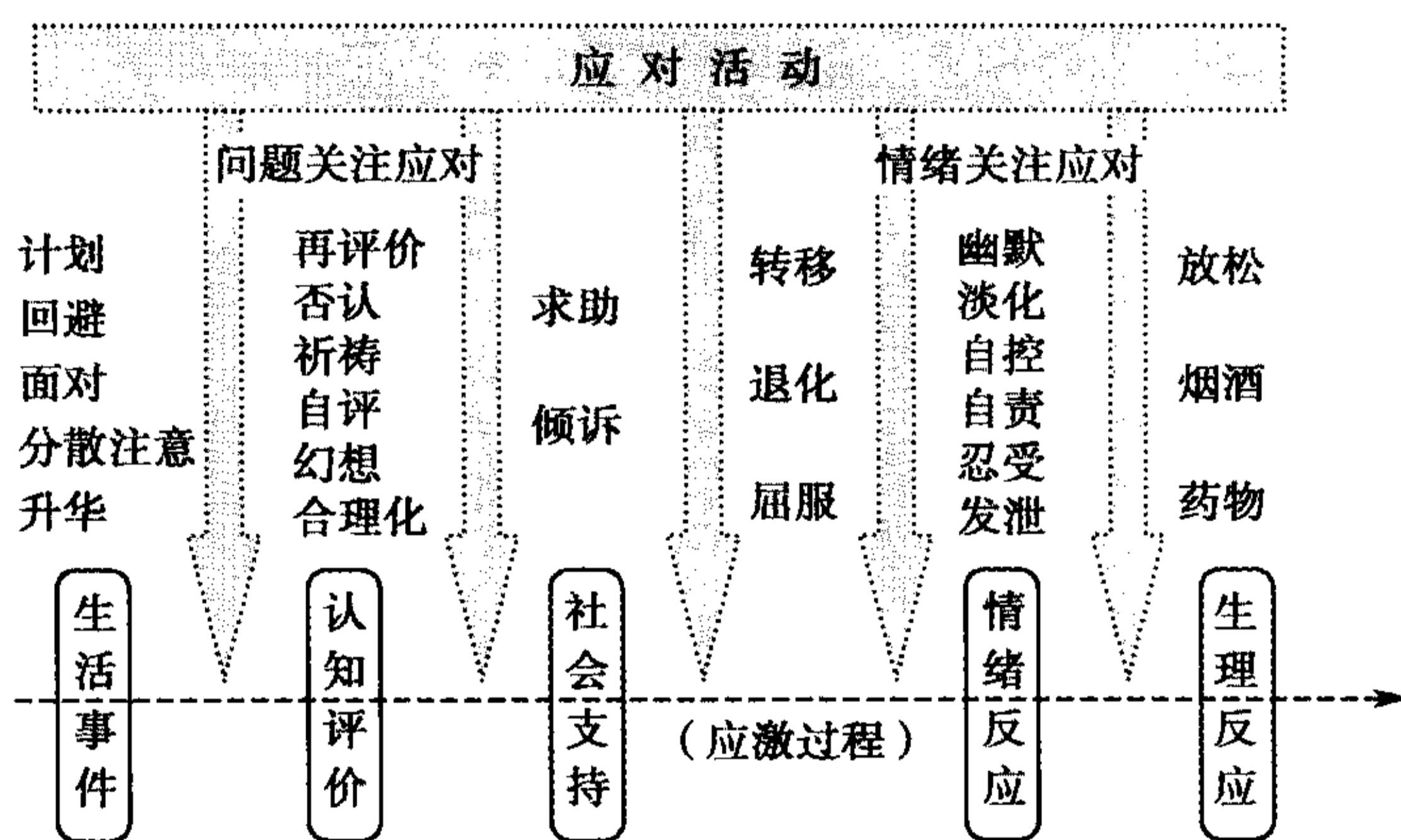


图5-4 应对与应激过程的关系

有相对稳定的积极或者消极作用,前者被称为积极应对(positive coping),后者称之为消极应对(negative coping)。

从应对策略与个性的关系来看,可能存在一些与个性特质有关的、相对稳定的和习惯化了的应对风格(coping styles)或称为特质应对(trait coping)。例如,日常生活中某些人习惯于幽默,而有些人习惯于回避(借酒消愁)。

二、应对方式与应激

(一) 应对方式在应激和心理病因学中的作用

从应激过程模型角度,应对是应激事件和应激心身反应的重要中介变量的观点目前已被广泛接受。或者说,认知评价和应对方式都是应激过程的重要中介因素。

有关应对在心理应激过程中的作用的研究,还往往延伸为研究应对在心理病因学中的意义。这已成为目前心理应激研究中很活跃的一个领域。以癌症研究为例,姜乾金等近20年来的许多资料证明,癌症的发生、发展明显受到包括应对因素在内的心理社会应激因素的影响。由于癌症本身作为一种严重的生活事件,对患者又起着心理应激源的作用,使癌症患者往往采用更多的应对策略,癌症的转归、预后、患者的生活质量、康复等(可看做应激结果)也就明显受患者各种应对策略的影响。因此,通过对癌症患者应对活动特点、影响因素和作用规律的研究,除了可以为癌症临床制订和实施应对干预手段提供科学依据以外,也可以通过对癌症患者应对策略及其与应激有关因素相互关系的认识,从临床实际研究的角度揭示应对和应激过程之间的理论关系。

(二) 应激相关因素对应对方式的影响

应对方式也受其他各种应激有关因素的影响。分述于下:

生活事件属性的不同往往应对方式也不同,这是常识性的现象;连续的负性生活事件也可能使主体的应对方式倾向消极。

认知评价影响应对方式,如图5-4可以看出,认知评价直接决定个体采用问题关注应对或者情绪关注应对,且个体的认知策略如再评价本身就是一种应对。

社会支持一定程度上可以改变个体的应对方式,例如面对上一节例举街路上的倚强凌弱现象时,是否有熟悉人群的伴随可以影响个体的应对策略。

个性特征也间接影响个体对特定生活事件的应对方式。例如具有完美主义观念的人,在“再评价”应对过程中,表现更多的不良推理和消极判断;具有爆发性人格特质的人在紧急事件面前可能容易失去有效的应对能力。前文也已述及,个性特质一定程度决定应对活动的倾向性即应对风格。不同人格类型的个体在面临应激时可以表现出不同的应对策略。姜乾金等(1993)资料显示,个性中的情绪不稳定性和内外向维度与特质应对问卷中的条目有相关性。Folkman曾根据“情绪关注”类应对的跨情景重测相关高于“问题关注”类,认为情绪关注类应对更多地受人格影响。Glass等(1977)的研究发现:当面对无法控制的应激时,A型行为模式的人与B型行为模式的人相比,其应对行为更多地显示出缺乏灵活性和适应不良。而Vingerhoets和Flohr的研究却提示:面临应激环境时,A型行为模式的人较B型行为模式的人更多地采用积极正视问题的应付行为,而不是默认。同时还发现A型行为模式的人不像B型行为模式的人那样易于接受现实,对问题的起因他们更多地强调自身因素而不是环境。

应激反应并不总是单向地“接受”各种应激源或中介变量对它的汇聚,实际上应激反应同样影响应对方式,例如长期慢性应激可使个体进入失助状态,失去了积极应对环境的能力,此时给予任何细小生活事件刺激都可能因为失去应对能力而产生严重后果。

姜乾金等十余年来(1996~2006)通过多种样本的实证研究,证明应对方式确实受上述有关应激因素的影响,而其还与性别、年龄、文化、职业、身体素质等有关。

三、应对的量化研究

作为多维度概念的应对方式,其测量方法也多种多样的。

Folkman 和 Lazarus 1980年编制,1985年修订的应对方式量表(ways of coping)将应对分为8种:对抗、淡化、自控、求助、自责、逃避、计划和自评,分别被划归为问题关注应对和情绪关注应对两大类。这是经典的应对过程研究问卷。从 Folkman 本人提供的早期背景资料中可以看出,在不同事件和不同对象中,该问卷条目的主成分筛选结果一致性较低。

国内肖计划等(1995)的应付方式问卷(coping style questionnaire, CSQ)筛选出包括解决问题、自责、求助、幻想、退避和合理化6种应付方式。

卢抗生、姜乾金等(2000)修订自 Folkman 等的老年应对问卷,包含5种应对方式:面对、淡化、探索、幻想、回避,分别被划归为积极应对和消极应对两类。

姜乾金等(1987,1993,1999)以特质应对思路,采用因素筛选与效标考察相结合的办法,将一组与一定的个性特质有内在联系的应对条目分成消极应对和积极应对两类,形成特质应对问卷(trait coping style questionnaire, TCSQ)。这两类应对方式与 EPQ 的 E 和 N 量分有明显相关,说明应对模式与一定的个性特质有内在联系,其中情绪不稳定和性格内向者更倾向于采用消极应对方式。经分析,消极应对风格与心理应激诸多变量(SCL-90、SDS、SAS、健康状态)有密切相关,显示消极应对有较高的心身症状或不利于健康的保持,具有增加应激反应的作用;而积极应对风格无此现象。近十年通过各种调查还显示,消极应对与癌症、男性十二指肠溃疡、睡眠质量下降、小学生流行性瘰症等病症有关。多年的实际使用显示,其是一种简便、有效的应对测量量表。

沈晓红、姜乾金(2000)修订的 Feifel 医学应对问卷(medical coping modes questionnaire, MCMQ),包含患者的3种疾病应对策略:面对、回避和屈服。这3种应对方式代表了人们在遇到疾病威胁时的基本行为方式,具有很好的临床研究应用价值(以上姜乾金等编制的各类应对问卷细节可参阅配套光盘)。

由于人们对应对的认识还在不断发展,因此,目前在应对研究领域应提倡从多角度入手,并采用不同的应对量表。例如,可以从“广义”的应对角度展开研究,上述应对方式量表及其各种修订本、国内的应付方式问卷等,均试图将个体在生活事件中的各种可能应对策略尽数列入研究范围。也可以从相对“狭义”的应对角度进行研究。上述的 MCMQ 只选择研究针对疾病这一特定事件的应对策略。而 Levine 的否认机制问卷(LDIS),则仅仅针对心肌梗死患者对待疾病的各种应对方式中的否认应对策略,展开全面研究。TCSQ 只选择那些与个性有关、与个体健康有关的特质应对条目等。

第五节 社会支持

一、社会支持与应激

(一) 社会支持的概念

社会支持(social support)是指个体与社会各方面包括亲属、朋友、同事、伙伴等社会人以及家庭、单位、党团、工会等社团组织所产生的精神上和物质上的联系程度。

社会支持所包含的内容相当广泛,可从多个维度进行认知。例如客观支持是指一个人与社会所发生的客观的或实际的联系程度,包括得到的物质上直接援助和社会网络关系。这里的社会网络是指稳定的(如家庭、婚姻、朋友、同事等)或不稳定的(非正式团体、暂时性的交际等)社会联系的大小和获得程度。主观支持是指个体体验到在社会中被尊重、被支持、被理解和满意的程度。许多研究证明,个体感知到的支持程度与社会支持的效果是一致的。但客观支持高的未必主观支持也高。

(二) 社会支持在应激和病因学中的作用

在应激研究领域,不论常识或者理论上,都认为社会支持具有减轻应激的作用,是应激作用过程

中个体“可利用的外部资源”。即社会支持越高,个体抗应激能力越强,应激反应越低,健康保持越好。包括国内姜乾金等在内的许多调查研究证明,社会支持与应激事件引起的心身反应成负相关,说明社会支持对健康确实具有保护性作用,并进一步可以降低心身疾病的发生和促进疾病的康复。

在生物学机制方面,有证据表明,幼年严重的情绪剥夺(相当于失去社会支持,或者失去依恋关系),可产生某些神经内分泌的变化,如 ACTH 及生长激素不足等。Thomas PD(1985)等研究256名健康成人的血胆固醇水平、血尿酸水平及免疫功能。通常应激会使血胆固醇水平升高,血尿酸水平升高,免疫功能降低。他们发现,社会相互关系调查表(ISSI)的“密友关系”部分社会支持得分高,则血胆固醇水平及血尿酸水平低,免疫反应水平高。这与年龄、体重、吸烟、酗酒、情绪不良体验等因素无关。说明社会支持对于降低应激的作用有生物学机制。

动物实验也证明社会支持与心身健康之间的肯定联系。有人发现如果有同窝动物或动物母亲存在、有其他较弱小动物存在,或有实验人员的安抚时,可以减少在实验应激情境下小白鼠的胃溃疡、小鼠的高血压、山羊的实验性神经症和兔的动脉粥样硬化性心脏病的形成。相反,扰乱动物的社会关系,如模拟的“社会隔离”可导致动物行为的明显异常。说明社会支持通过降低应激的生物学机制,最终具有预防疾病的作用。

但是,姜乾金等(1990)在特定的人群研究中也发现,社会支持与应激和疾病的关系,未必都呈负相关关系。该样本显示,在小学高年级儿童样本中,社会支持程度越高,心理疾病(流行性瘧症)的患病率也越高。这可能与过高的社会支持(在国内的表现其实就是这些学生的家庭物质条件和学校精神条件都过分优越于其他学生)让这些学生产生较高的娇惯性和暗示性,由于心理疾病“流行性瘧症”与暗示因素密切相关,故这些学生反而容易致病。这至少部分说明任何事物都不是绝对的,社会支持或者近似的某些因素在某些情况下可能也有增加致病性的作用,值得进一步研究。

(三) 社会支持的抗应激作用机制

作为应激的“可利用资源”,社会支持对应激的缓冲和保护作用机制有两种理论解释:

1. 缓冲作用假说 认为社会支持本身对健康无直接影响,而是通过提高个体对现实刺激的应对能力和顺应性,达到缓冲生活事件对健康损害的作用。

社会支持能够消减日常生活中应激刺激所引起的伤害性生理作用。Nuckolls KB等(1972)研究妊娠期妇女的生活事件量、社会支持水平与妊娠并发症的关系。结果表明社会支持、生活事件与妊娠并发症之间没有独立的联系;但如果将社会支持与生活事件结合起来分析,则生活事件高、社会支持水平亦高的妇女并发症的发生机会仅为社会支持分低、生活事件分高的妇女的1/3。他们认为社会支持缓冲了生活事件对健康的损害作用。

Blumenthal JA(1987)也证明,社会支持能改善A型行为者的冠心病临床过程,然而却对B型行为者无意义。

这些结果与Cohen S(1985)提出的社会支持具有“干预应激”作用的理论假设一致,即只有在个体有应激情况时,社会支持才能发挥缓冲应激的作用。

2. 独立作用假说 该假说认为社会支持不一定要在心理应激存在下才发挥作用,而是通过社会支持本身的作用以维持个体良好的情绪进而促进健康。

Berkman LF(1979)等发现,与世隔绝的老年人比与社会有密切联系(指有充分信任的个人关系)的老年人相对死亡率高。此结果支持密切联系社会能防护各种病理后果的假说。

从常识和逻辑角度,社会支持低下本身可能导致个体产生不良心理体验,如孤独感、无助感,从而使心理健康水平降低。这说明充分利用社会支持和提高个体被支持的主观体验对健康有直接的意义。

(四) 应激相关因素对社会支持的影响

社会支持也受其他应激有关因素的影响。分述于下:

许多生活事件可以直接导致社会支持的问题,例如临床实践可见,夫妻因为双方家庭背景差异

而经常争吵(生活事件),结果导致家庭内支持的评估量表分极低。

认知因素可影响个体社会支持的获得,且特别影响主观支持的质量。例如由于不能正确认识和理解周围同事们的好心关怀,降低了自身的主观社会支持水平。

某些应对方式本身就涉及社会支持的问题,如求助、倾诉,因此成功的应对也导致成功的社会支持。

个性特征也直接或间接影响个体的社会支持。个性可以影响一个人的客观社会支持程度,也可影响其主观社会支持程度(例如下文的领悟社会支持)。Sarason等(1981)发现艾森克人格问卷的外向分与社会支持数量(SSQN)呈正相关,而神经质分与社会支持数量(SSQN)和社会支持满意程度(SSQS)两者均呈负相关,显示个性可以与社会支持互为影响。现实生活中,具有完美主义观念的人,其“负性自动性思维”也会影响其对社会支持的正确感悟,如总是觉得社会对自己冷漠和不公,从而降低了领悟社会支持水平。人与人之间的支持是相互作用的过程,一个人在支持别人的同时,也为获得别人对自己的支持打下了基础,一位个性孤僻、不好交往、万事不求人的人是很难得到和充分利用社会支持的。

应激反应并不总是单向地“接受”各种应激源或中介变量对它的汇聚,实际上应激反应同样影响社会支持,例如慢性疼痛综合征患者,后期的社会支持水平会变得很低。

二、社会支持的量化研究

由于社会支持涉及面广,需要采用多维的分类方式。因此,社会支持量表的种类也相当之多。

肖水源(1987)社会支持评定量表(social support rating scale, SSRS)总结文献将社会支持分为主观支持、客观支持和利用度3类,并形成一项社会支持评定量表,在国内被普遍使用。

Blumenthal(1987)等介绍的领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS),将社会支持分为家庭支持、朋友支持和其他人支持3类。该量表已由姜乾金等引进(参见配套光盘内容)。

在Wilcox(1982)的社会支持调查表(SSI)中,社会支持分为情绪支持、归属支持和实质支持。该量表未被修订引进。

Sarason等(1981)的社会支持问卷(SSQ)有两个维度:社会支持的数量,即在需要的时候能够依靠别人的程度;对获得的支持的满意程度。该量表未被修订引进。

第六节 个性特征

一、个性特征与应激

(一) 个性特征在应激多因素中的核心作用

应激系统论模型强调个性特征在应激多因素相互作用中的核心作用。

本章前述内容已经介绍了个性因素分别对生活事件、认知评价、应对方式、社会支持和应激反应的影响,强调了个性因素对所有应激有关因素有直接或间接的作用。

需要指出的是,由于个性对各种应激因素的影响往往被应激过程中的各种表面现象所掩盖,很容易使我们忽略个性因素的存在,更不会注意到个性在应激中的核心作用意义。以下举例说明:

一对被家庭问题折磨得心身疲惫的年轻夫妻,他(她)们自己以及相关的家人和亲朋好友们,往往会对夫妻之间的各种具体家庭事件、对事件的不同认识、各种具体的解决办法的选择,以及双方具体心理行为表现是否合适等方面给予非常的关注,甚至还关注或怀疑夫妻之间的感情基础。但他们也会发现,像这样“就事论事”、“明辨是非”式的去理解和解决夫妻问题,往往并不奏效。实际上,夫妻双方之前也不可能没有尝试过这些“解决”手段,只是每每以失败告终而已。直到双方和相关者对于这种复杂的系统问题最终显出束手无策时,才不得不选择心理咨询。对这些来访者,我们经常可以发现,他们的当初情感基础并不差,生活中的各种事件也仅仅是各种“小事”,双方也并不是无知者或

蛮不讲理者,许多该使用的解决问题之方法也都努力地尝试过,却反而使问题变得越来越复杂。如果我们以应激系统论模型来重新分析他们的问题,就可能发现夫妻双方和其他相关人员都忽略了深层次的一些问题,那就是个性差异,如北方人的粗线条性格和南方人的细腻性格,农村背景与城市背景的各种观念上的差异,个人长期生活习惯上的差异等等。个性差异引发、加深、恶化了上述问题——个性因素起着核心的作用。

(二) 个性在应激病因学研究中的意义

个性是最早被重视的心身相关因素之一。个性与健康的密切联系早有研究,早期精神分析论者甚至试图说明不同的人格与几种经典的心身疾病之间存在内在联系。近几十年有大量的个性调查研究,证明某些个性因素确与多种疾病的发生发展有关,但其特异性并不高。

其实,个性与疾病的关联,很难说是两者之间的直接因果关系。倒是人们早已注意到,个性-情绪(应激)-疾病之间存在联系。许多资料证明,特定的个性确易导致特定的负性情绪反应,进而与精神症状和躯体症状发生联系。这说明情绪可能是个性与疾病之间的桥梁。但这一认识并未能进一步解释个性与情绪之间的联系又是如何的。心理应激研究为此提供了解释:在应激作用过程中,个性与各种应激因素存在广泛联系,个性通过与各因素间的互相作用,最终影响应激心身反应的性质和程度,并与个体的健康和疾病相联系。姜乾金等20年来通过多种样本调查,利用多因素分析方法,证明国人的个性特征与其他应激因素互有相关性,并共同对应激结果(如心身症状、某些疾病)作出“贡献”。

关于是否存在某些特定的应激或疾病易感性个性或人格,一般认为确实存在某种所谓的“脆弱性”人格特点。笔者长期心理门诊接触的来访者中,多数表现为“求全、完美主义和标准化倾向”的人格特点。心理学文献上也有不少与“应激易感”人格相关的特征描写,如A型行为类型(TABP)、坚韧人格(hardy personality)等,梁宝勇等也已经编制了坚韧人格量表。但尚有待于进一步研究。

二、应激相关因素对个性的影响

按照传统的心理学观点(正如国内某著名心理学家在1983年医学心理学学术会议曾提出的),人格是“不能”改变的。“江山易改,禀性难移”等常识性断言也是这个意思。这样一来,在应激系统论模型中就产生了一个问题,那就是个性对其他各种应激因素产生影响,而其他因素除了各自能够产生相互影响以外,是否也能反过来影响个性特征?

事物往往并不是绝对的。同样从常识的角度,个性的某些方面如智力,特别是青少年智力其实在一定限度内是可以有所改变的,这就叫开发智力。能力更是可以训练和改变的。性格难改变但也不是不能改变。兴趣、态度、观念、习惯也都能部分改变。

从逻辑的角度,个性是幼年及成年逐渐形成并最终“定型”的一种心理属性。一个人的个性特征很像一棵定型了的大树,它是由幼苗经过特定空间、条件的长期作用,最终成长并定型的。因此改变歪斜了的树体确实是困难的。但我们还是可以继续比喻下去,通过给予支撑等方式,将歪斜的树体往正直的方向用力,同样假以时日,与环境处于动态平衡关系的活体树木,是会慢慢自我重新扎根的,到时候取去支撑,树体将被矫正。可见,应激有关因素对个性产生影响的可能性在逻辑上也是讲得通的。

在基础研究和临床工作中也可以发现,那些处于长期慢性心理应激状态下的个体,其行为模式和性格特征会渐渐异化。例如国外研究报道,慢性疼痛综合征患者,随着病程迁延,慢慢地会出现宿命观念、自卑、丧失信心,依赖,以MMPI测查的疑病量表分升高等个性方面的变化。

这样一来,我们就可以下这样的假设,即过多过重的生活事件、负性自动思维、消极应对方式、社会支持缺乏和严重应激反应等情况的长期存在,可以影响个体的个性健全。这种现象特别对青少年显得很重要。同时,上述讨论也为我们青年人改变某些不良个性特点提供了证据支持和指明努力方向。

第七节 应激反应

一、应激反应的概念与量化

不论应激过程模型或者应激系统论模型,都将多种心理社会因素(即应激有关因素)的集群作用,最终定位在机体的心身反应上。可以说,应激多因素模型都强调应激反应是由多种心理社会因素(即应激有关因素)共同作用的结果。

(一) 应激反应与心身反应

在早期,塞里的应激概念主要就是指个体的各种躯体“反应”。目前,应激反应(stress reaction)已从应激整体概念中游离出来,成为一个单独的概念,这就是指个体因为应激源所致的各种生物、心理、社会、行为方面的变化,常称为应激的心身反应(psychosomatic response)。

然而在应激研究中,要对应激反应这一概念作严格的界定还是有难度的。其原因正如本章第一节中提到,各种应激因素概念之间存在重叠和交叉,应激反应也不例外。例如,对生活事件的认知评价活动,其本身就是个体对事件的一种“反应”。同样,许多应对活动也是由于对生活事件所做出的“反应”,甚至许多继发的主观事件也仅仅是个体对原发事件的进一步“反应”。如果这样,“认知”、“应对”、“新的事件”等就都被包括进了“应激反应”的概念之中了。

如果单就“应激反应”概念做深入分析,也可以发现相同的问题。通常我们将应激反应分为心理反应、行为反应和生理反应三部分,其中的心理反应又可以进一步分成情绪性反应、认知性反应。但如果我们将这里的“情绪性反应”(如焦虑情绪反应)做深入的剖析,就会发现,按照现代有关的情绪概念,焦虑情绪反应其实应该包括焦虑情绪体验、焦虑情绪表现(表情行为)和焦虑情绪生理变化。后两者在概念上已经属于应激行为反应和生理反应了。

可见,要准确理解应激反应概念,需要先理解应激研究对象的多维性和综合体属性。

目前,心身反应一词已经是心身医学和临床心理学等多个领域的常用术语。

(二) 应激反应与健康

心理应激反应在健康和疾病中具有重要的理论和实际意义。

首先必须看到,应激反应是个体对变化着的内外环境所作出的一种适应,这种适应是生物界赖以发展的原始动力。对于个体来说,一定的应激反应不但可以看成是及时调整与环境的契合关系,而且这种应激性锻炼有利于人格和体格的健全,从而为将来的环境适应提供素质条件。可见,应激反应并不总是对人体有害的。这已被各种研究所证实。

其次,毕竟各种应激反应涉及个体的心身功能的整体平衡问题。临床医学中的许多问题实际上就是平衡与不平衡的关系,例如生理与病理、健康与疾病。研究证明,应激反应与一些功能性疾病症状或心身障碍常常有直接的关联。更有许多证据显示,目前严重影响人类健康的疾病当中,多数与心理应激因素的长期作用有关,这些疾病即心身疾病。从应激的心身反应,到心身障碍的心身症状,再到心身疾病,在逻辑上显然存在某种联系。这是病因心理学的重要研究领域,也是心理应激理论和实际应用研究中的重要课题。心理应激与疾病之间的关系由此建立起了联系。关于心理应激的心理、生理反应及其心身中介机制在心身疾病发病学中的意义,将在第十一章有进一步讨论。

(三) 应激反应的量化

作为一个与应激有关的概念,在相应的研究工作中,必然涉及应激反应的量化问题。虽然根据应激反应的表现内容可以分别选择相应的量化指标,例如情绪反应选用焦虑或抑郁问卷,躯体反应可以选择血压、尿儿茶酚胺等,但毕竟应激反应同时涉及个体各种生物、心理、社会、行为方面的变化,目前在心理卫生工作中常采用能整体反映心身健康水平的问卷测试方法,其中 SCL-90 症状自评量表使用最多。

另外,由于应激反应、心身障碍、心身疾病三者存在联系,故在国内外的一些量化研究中,经常将心身障碍和心身疾病也作为应激的“反应变量”进行研究。例如将心身障碍和心身疾病作为应变量,与各种应激有关因素做多元分析,以探讨心理应激在发病学中的意义;或将心身障碍和心身疾病作为效标变量,为各种应激因素的量化研究提供效度证据。

姜乾金等(2004~2007)近年来根据应激理论模型编制了一份应激反应问卷(Stress Response Questionnaire, SRQ),包含情绪反应、行为反应和躯体反应三项因子分和应激总分(详细可参阅配套光盘)。

二、应激的心理行为反应

应激的心理反应可以涉及心理现象的各个方面,例如应激可使个体出现认识偏差、情绪激动、行动刻板,甚至可以涉及个性的深层部分如影响到自信心等。但与健康和疾病关系最直接的是应激的情绪反应。以下重点介绍应激的情绪性反应、某些认知性反应和行为性反应。

(一) 情绪性应激反应

个体在应激时产生什么样的情绪反应以及其强度如何,受很多因素的影响,差异很大。这里介绍几种常见的情绪反应。

1. 焦虑 是最常出现的情绪性应激反应,焦虑(anxiety)是个体预期将要发生危险或不良后果的事物时所表现的紧张、恐惧和担心等情绪状态。在心理应激条件下,适度的焦虑可提高人的警觉水平,伴随焦虑产生的交感神经系统的被激活可提高人对环境的适应和应对能力,是一种保护性反应。但如果焦虑过度或不适当,就是有害的心理反应。这里指的是状态焦虑(state anxiety),是由应激刺激所引起。还有一种特质焦虑(trait anxiety)是指无明确原因的焦虑,这与焦虑性人格特质有关,即使日常微小的事情也可使个体表现出焦虑。

2. 恐惧 恐惧(fear)是一种企图摆脱已经明确的有特定危险会受到伤害或生命受威胁的情景时的情绪状态,伴有交感神经兴奋,肾上腺髓质分泌增加,全身动员,但没有信心和能力战胜危险,只有回避或逃跑,过度或持久的恐惧会对人产生严重不利影响。

3. 抑郁 抑郁(depression)表现为悲哀、寂寞、孤独、丧失感和厌世感等消极情绪状态,伴有失眠、食欲减退、性欲降低等,常由亲人丧亡、失恋、失学、失业、遭受重大挫折和长期病痛等原因引起,这里指的是外源性抑郁。还有一种内源性抑郁,与人的内在生理素质有关。抑郁有时还能导致自杀,故对有这种情绪反应的人应该深入了解有无消极厌世情绪,并采取适当的防范措施。

4. 愤怒 愤怒(anger)是与挫折和威胁有关的情绪状态,由于目标受到阻碍,自尊心受到打击,为排除阻碍或恢复自尊,常可激起愤怒,此时交感神经兴奋,肾上腺分泌增加,因而心率加快,心输出量增加,血液重新分配,支气管扩张,肝糖原分解,并多伴有攻击性行为。患者的愤怒情绪往往成为医患关系紧张的一种原因。

上述应激负性情绪反应除了直接通过情绪生理机制影响健康外,还对个体其他心理功能如认知能力和行为活动产生交互影响。

(二) 认知性应激反应

轻度应激刺激如面临考试,可以使人适度唤起(arousal),此时个体的认知能力,如注意力、记忆力和思维想象力增强,以适应和应对外界环境的变化。这可算是积极的认知性应激反应。但强烈的应激刺激由于唤起水平过高,也可使个体产生负面的认知性应激反应,可表现意识障碍如意识蒙眬、意识范围狭小;注意力受损如注意集中困难、注意范围变窄;记忆、思维、想象力减退等。

这些负面的认知性应激反应,往往让我们看到一些人在应激现场或者灾难以后所表现的种种令人难以理解的行为:

1. 偏执 当事人表现认识上的狭窄、偏激和认死理,平时很理智的人,此时可能变得固执,钻牛角尖,蛮不讲理(其实有他自己偏执的“理”)。也可表现过分自我关注,即注意自身的感受、想法、信

念等内部世界,而不是外部世界。

2. 灾难化 是一种常见的认知性应激反应,表现为当事人过度强调应激事件的潜在和消极的后果,必然导致整日的不良情绪反应。

3. 反复沉思(rumination) 即对应激事件的反复思考,从而影响适应性应对策略如宽恕、否认等机制的出现,导致适应受阻。值得注意的是,这种反复思考往往具有“越是不想就越想”的特点,并不是当事人的故意所为,也不是他们的意识能随便控制的,具有强迫症状特性。显然这与某些人格因素有关。

4. “闪回”与“闯入性思维” 是指遭遇严重灾难性应激事件以后,在生活里经常不由自主闪回(flashback)灾难的影子,或者脑海中突然闯入(intrusion)既往的一些灾难性痛苦情景或思维内容,表现为挥之不去的特点。这些也是创伤后应激障碍(PTSD)的重要症状之一。

5. 否认、投射、选择性遗忘等 这些往往是心理防御机制的表现形式,在某些重大应激后出现,其利弊不能一概而论。

(三) 行为性应激反应

伴随应激的心理反应,机体在外表行为上也会发生改变,这是机体为缓冲应激对个体自身的影响摆脱心身紧张状态而采取的应对行为策略,以顺应环境的需要。

1. 逃避与回避 都是为了远离应激源的行为。逃避(escape)是指已经接触到应激源后而采取的远离应激源的行动;回避(avoidance)是指事先知道应激源将要出现,在未接触应激源之前就采取行动远离应激源。两者的目的都是为了摆脱情绪应激,排除自我烦恼。

2. 退化与依赖 退化(regression)是当人受到挫折或遭遇应激时,放弃成年人应对方式而使用幼儿时期的方式应付环境变化或满足自己的欲望。退化行为主要是为了获得别人的同情支持和照顾,以减轻心理上的压力和痛苦。退化行为必然会伴随产生依赖(dependence)心理和行为,即事事处处依靠别人关心照顾而不是自己去努力完成本应自己去做的事情。退化与依赖多见于病情危重经抢救脱险后的患者以及慢性病患者之中。

3. 敌对与攻击 其共同的心理基础是愤怒。敌对(hostility)是内心有攻击的欲望但表现出来的是不友好、谩骂、憎恨或羞辱别人。攻击(attack)是在应激刺激下个体以攻击方式做出反应,攻击对象可以是人或物,可以针对别人也可以针对自己。例如临床上某些患者不肯服药或拒绝接受治疗,表现为自损自伤行为,包括自己拔掉引流管、输液管等。

4. 无助与自怜 无助(helplessness)或失助,是一种无能为力、无所适从、听天由命、被动挨打的行为状态,通常是在经过反复应对不能奏效,对应激情境无法控制时产生,其心理基础包含了一定的抑郁成分。无助使人不能主动摆脱不利的情境,从而对个体造成伤害性影响,故必须加以引导和矫正。自怜(self-pity)即自己可怜自己,对自己怜悯惋惜,其心理基础包含对自身的焦虑和愤怒等成分。自怜多见于独居、对外界环境缺乏兴趣者,当他们遭遇应激时常独自哀叹、缺乏安全感和自尊心。倾听他们的申诉并提供适当的社会支持可改善自怜行为。

5. 物质滥用 某些人在心理冲突或应激情况下会以习惯性的饮酒、吸烟或服用某些药物的行为方式来转换自己对应激的行为反应方式。尽管这些物质滥用对身体没有益处,但这些不良行为能达到暂时麻痹自己摆脱自我烦恼和困境之目的。

三、应激的生理反应

(一) 前期研究

正如第一节所述,70~80年以前坎农的“应急”或“战或逃”反应,塞里的“一般适应综合征(GAS)”,其主要内容部分实际上是应激的生理反应。

在应激研究历史上,还需要提及因发现大脑对内脏活动调节作用而获1949年诺贝尔奖的 Hess WR(1881—1873)。在 Hess(1925)的研究基础上, Gellhorn E(1967)提出自主-整合理论模型

(theory of autonomic-somatic integration),按照这种理论模型,个体以两个互相对抗又互相补充的神经生物系统的动态平衡方式对应激刺激做出反应,以此调节神经系统、内脏和情绪行为,实现个体与环境的适应或发展。这两个系统分别是非特应性系统(ergotropic system)和向营养性系统(trophotropic system)。其中非特应性系统中介的是“战或逃”反应,是个体对伤害性环境刺激做出的生理反应(表5-2)。

表5-2 非特应性系统和向营养性系统的兴奋效应

	非特应性系统(递质: NE、DA)	向营养性系统(递质: 5-HT、ACh)
自主神经效应	交感神经活动加强,包括: 心率增加、心输出量增加、汗腺分泌、瞳孔扩大、胃肠运动和分泌减少	副交感神经活动加强,包括: 心率降低、血压降低、汗腺分泌停止、瞳孔缩小、胃肠运动和分泌增加
躯体效应	包括: EEG 去同步、肌张力增强、提高分解代谢及其有关激素分泌(肾上腺素、去甲肾上腺素、皮质醇、甲状腺素、生长素、抗利尿激素)	包括: EEG 同步、肌张力降低、促进合成代谢及其有关激素分泌(胰岛素、性激素等)
行为效应	包括: 觉醒、警戒、情绪反应好,活动加强	包括: 减少活动、瞌睡睡眠

注: 修自段淑贞材料(1983)

综合早期研究以及根据基本的医学知识,我们知道应激生理反应的大致逻辑框架是以神经解剖学为基础,然后可涉及全身各个系统和器官甚至毛发。具体一点是各种应激性刺激作用于人的内外感官引起神经冲动,通过脑干的感觉通路传递到丘脑和网状结构,而后继续传递到涉及生理功能调节的自主神经和内分泌的下丘脑以及涉及心理活动的“认知脑”(如前额叶)区和“情绪脑”(如边缘系统)区。在这些脑区之间有广泛的神经联系,以实现活动的整合;另一方面通过神经体液途径,调节脑下垂体和其他分泌腺体的活动以协调机体对应激源的反应。

可见,应激的生理反应以及最终影响身心健康直至疾病的心身中介机制(mediating mechanism)涉及神经、内分泌和免疫这三个调节系统。不过这三个心身中介途径其实是一个整体,其细节正是此后需要深入研究予以阐明的领域。

那么经过几十年的研究,人们对应激生理反应的了解有了哪些突破性进展呢?

(二) 近期研究

应激生理反应研究从一开始至今,一直都是病理生理学、分子生物学、神经与精神病学等医学相关领域的最热门研究领域之一。几十年来在应激反应模型主导下,在大量人体与动物的应激研究中,医学界的应激生理反应研究取得了丰硕的成果,形成浩瀚的文献资料。其中在研究指标上,涉及机体在应激刺激下的各种神经、内分泌和免疫学方面的反应性变化。在研究方法上,各历史阶段出现的各种最新技术如分子免疫学技术、基因组学技术等,总是被争先使用。在理论方面,出现一些试图阐明上述应激反应的神经、内分泌和免疫机制之间的整体作用机制。如1992年 Chrousos GP 和 Gold PW (1992)介绍了应激系统(the stress system)的概念。所谓“应激系统”包括:下丘脑室旁核-促皮质激素释放激素(PVN-CRH)系统;蓝斑-去甲肾上腺素/交感为主的自主神经(LC-NE/交感)系统;杏仁核在其中起着承上启下的协调作用;以及它们的外周效应器(垂体-肾上腺皮质轴和自主神经系统支配的组织)。该应激系统概念同样强调应激生理反应也是一个复杂的、多因素互动的系统,图5-5是有关应激系统的一个示意图(注意:Chrousos 等的应激系统是应激反应的“系统”,应区别于课文中的“应激系统论模型”)。

但需要指出的是,我们迫切希望清晰了解应激生理反应细节,特别是应激状态下机体的整体生物学机制,以及从临床的角度希望知道不同应激条件、不同个体特质与不同心身疾病之间的生理反应的差异,但实际情况是我们距离这些目标还很远。甚至可以说,自坎农、塞里和赫斯以后,虽然应激生物学基础研究一直在迅速发展,也有许多新的发现和新的进展,但整体上还没能超越前人很远。也许,

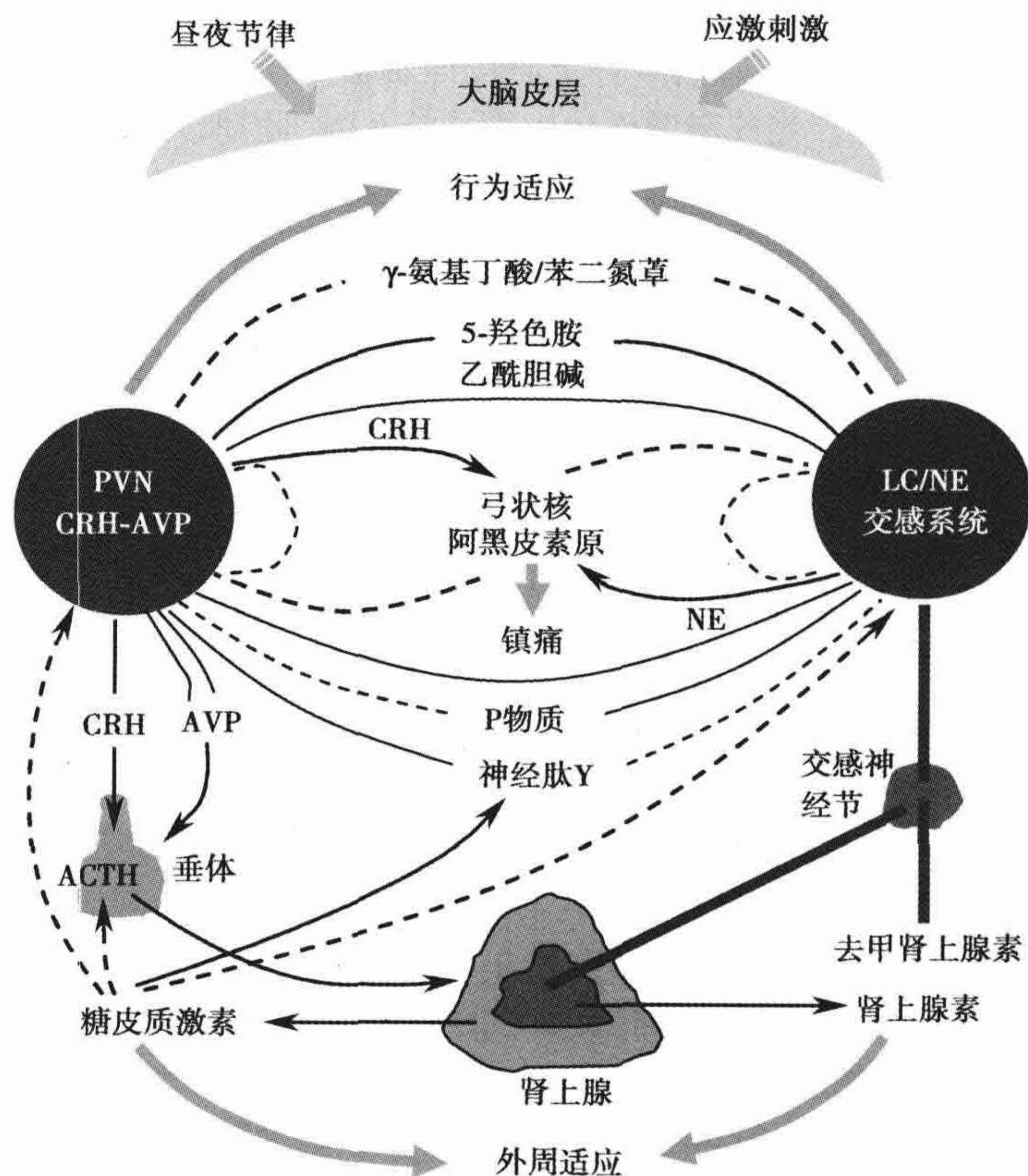


图5-5 应激(反应)系统的中枢和外周简单示意图
参照Tsigos C (2004) 重绘。黑实线代表激活, 黑虚线代表抑制

这方面的真正“突破”,需要脑科学研究水平的首先突破。

由于上述原因,考虑到应激生理反应所涉及的各种神经解剖学、神经生物学或神经生化学方面等基础知识和最新成果在8年制病理生理学和分子生物学等课程中会有一些深度的介绍,有的内容则在本教材的其他有关章节中有所叙述(如心身医学),为避免赘述和过多的重复,特别是结合医学心理学课程和本教材结构特点,以下仍以应激生理反应所涉及的神、内、免三方面作简单介绍。

(三) 应激反应的心理-神经中介途径

主要通过交感神经-肾上腺髓质轴,在 Chrousos 和 Gold 的“应激系统”主要是 LC-NE/交感系统。当机体处在急性应激状态时,应激刺激被中枢神经接收、加工和整合,后者将冲动传递到杏仁核,通过第四脑室底的蓝斑,使交感神经-肾上腺髓质轴被激活,释放大量的儿茶酚胺,引起肾上腺素和去甲肾上腺素的大量分泌导致中枢兴奋性增高,从而导致心理的、躯体的和内脏的功能改变,即上述非特异性系统功能增高,向营养性系统功能降低。结果,网状结构的兴奋增强了心理上的警觉性和敏感性;骨骼肌系统的兴奋导致躯体张力增强;交感神经的激活,会引起一系列内脏生理变化,如心率、心肌收缩力和心输出量增加,血压升高,瞳孔扩大,汗腺分泌增多,血液重新分配,脾脏缩小,皮肤和内脏血流量减少,心、脑和肌肉获得充足的血液,分解代谢加速、肝糖原分解、血糖升高脂类分解加强、血中游离脂肪酸增多等,为机体适应和对应激源提供充足的功能和能量准备。必须指出,如果应激源刺激过强或时间太久,也可造成副交感神经活动相对增强或紊乱,从而表现心率变缓,心输出量和血压下降,血糖降低造成眩晕或休克等。

(四) 应激反应的心理-神经-内分泌中介途径

主要通过下丘脑-腺垂体-靶腺轴,在 Chrousos 和 Gold 的“应激系统”主要是 PVN-CRH 系

统。腺垂体是人体内最重要的内分泌腺,而肾上腺皮质是腺垂体的重要靶腺之一。塞里曾用全身适应综合征(GAS)来概括下丘脑-腺垂体-肾上腺皮质轴被激活所引起的生理反应,并描述了GAS三个不同阶段生理变化的特点。当应激源作用强烈或持久时,冲动传递到下丘脑引起促肾上腺皮质激素释放因子(CRH)分泌,通过脑垂体门脉系统作用于腺垂体,促使腺垂体释放促肾上腺皮质激素ACTH,进而促进肾上腺皮质激素特别是糖皮质激素氢化可的松的合成与分泌,从而引起一系列生理变化,包括血内ACTH和皮质醇、尿中17-OHCS增多;血糖上升,抑制炎症,蛋白质分解,增加抗体等。

如果将由上述LC-NE/交感神经系统激活的儿茶酚胺系统和这里的肾上腺皮质激素系统称为两大应激激素,则应激刺激还可以通过下丘脑-垂体系系统激活其他如甲状腺和性腺等激素系统。如研究发现,当人在飞行跳伞、阵地作战、预期手术、学生参加考试等应激情况下,都有上述两轴系统即肾上腺髓质和肾上腺皮质被激活。实验也证明,应激状态下分解代谢类激素如肾上腺皮质激素、髓质激素、甲状腺素和生长激素分泌都增加,而合成代谢类激素如胰岛素、睾丸素等分泌减少;在恢复阶段这些变化正好相反。这些生理变化对机体适应环境提供了一定物质基础。

(五) 应激反应的心理-神经-免疫中介途径

Ader R(1987)首先提出心理神经免疫学(psychoneuroimmunology, PNI)概念,该领域主要研究脑、行为和免疫之间的关系,其中的重点之一是研究心理应激因素与肿瘤等疾病发生的免疫学中介机制。可见这是最新认识的心身中介机制,并确认心理应激对免疫功能有显著影响。

现已认识到,免疫系统并非一个功能自主的单位,在应激反应过程中,免疫系统与中枢神经系统进行着双向性调节。一般认为,短暂而不太强烈的应激不影响或略增强免疫功能,例如Weiss JM(1989)观察到轻微的应激对免疫应答呈抑制趋向,中等度的应激可增强免疫应答,强烈的应激则显著抑制细胞免疫功能。但是,长期较强烈的应激会损害下丘脑,造成皮质激素分泌过多,使内环境严重紊乱,从而导致胸腺和淋巴组织退化或萎缩,抗体反应抑制,巨噬细胞活动能力下降,嗜酸性细胞减少和阻滞中性白细胞向炎症部位移动等一系列变化,从而造成免疫功能抑制,降低机体对抗感染、变态反应和自身免疫的能力。例如,Bartrop RW等(1977)对澳大利亚一次火车失事死亡者的配偶进行研究,发现丧亡后第5周,这些配偶的淋巴细胞功能抑制十分显著,比对照组低10倍。又如Riley V(1975)用老鼠先接触能引起乳房肿瘤的Bittner病毒,然后分成两组,一组生活于强烈应激的拥挤环境中,另一组不予应激刺激,结果前者发生肿瘤者占92%,后者仅为7%。

第八节 应激的控制与管理

根据第一节内容,从医学心理学角度,应激是一个多因素的集合概念。不论“过程模型”或者“系统论模型”,应激都涉及应激刺激、应激反应、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征等因素。我们这里重点以应激系统论模型为基础,讨论应激的控制与管理问题。

根据应激系统论模型,所谓应激管理(stress management),就是通过促进应激各有关因素之间的良性互动,将因素间的可能的恶性循环关系转化为良性循环,最终维护整个系统的动态平衡,达到减轻、预防和应付应激的目的。

应激控制与管理是多维度的系统工程。整体方案大致包括评估与诊断、干预方案制订与实施、干预效果的评估这三个阶段的循环过程。

(1) 评估与诊断:采用晤谈与观察、调查、测验和实验方法,掌握个体生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征和应激反应等应激因素的偏离水平,特别是应激反应程度,同时可筛选应激易感者。

(2) 干预方案制订与实施:选择和使用各种心理教育、心理指导、心理治疗和药物等手段,对评估出来的相应应激因素或应激敏感者实施多切入点的综合干预。

(3) 干预效果的评估:通过干预,判断上述应激因素偏离程度的改善情况、压力反应程度的好转

和压力系统平衡的形成等。

一、应激管理前的综合评估

(一) 评估的基本方法

1. 晤谈、观察与调查 对应激有关因素的基本评估,不可避免地需要采用医生通常采用的晤谈、观察和调查的方法。这种评估方式需要医生对应激系统论模型所涉及的因素有基本了解,而且需要一定的实际工作经验,不被表面现象所蒙蔽。例如某些心理压力巨大的癌症患者,却可以表现得很轻松,语言也很积极,其实却有可能存在情感被压制(suppression)的情况。又例如一位面临手术的患者诉说自己紧张得“要命”,仔细全面晤谈和观察也许你会发现他并不比某些矢口否认紧张的患者更紧张。此时需要评估其情绪反应的三方面内容——自己主诉、表情观察和生理反应证据的调查。

半结构式晤谈有助于初学者完成此项评估工作。即分别从生活事件、认知特点、应对方式、社会支持、个性和应激反应等因素,以半结构的腹稿,一一展开晤谈、调查和观察,以免遗漏。

2. 量表 选用各种评定量表,分别评定各应激有关因素。具体须注意,选择的量表在内容上应尽量符合或接近应激系统论模型中的“各个相对独立”的应激因素概念。例如,国内目前使用的某些应对问卷中,就包含了一定的生活事件和社会支持内容,而某些社会支持问卷中也同样包括一定的生活事件和某些应对策略(这种因概念上的重叠而使内容交叉的情况已在前面的应激反应概念部分讨论到)。这样的问卷评估结果将影响后面的系统分析或诊断。此时,可以选择特质应对问卷(TCSQ)和领悟社会支持量表(PSSS),因为它们的概念与其他应激因素之间的界限相对比较清晰。又例如,为了评定应激反应症状通常使用自评量表SCL-90,因其中包含抑郁因子,此时就不必再使用抑郁自评量表(SDS)。

在实际工作特别是临床工作中,如果选择合适的各种应激评估量表确实存在困难,就不必勉强,不如将评估的手段主要放在对晤谈和调查的正确把握上。

为了避免以上情况的出现,姜乾金等经过长期反复修订,并在有关政府基金(1989)资助下,最终编制了一套包含4项主要应激有关因素的心理社会应激调查表(psycho-social stress scale, PSS)可供参考。其中“生活事件”问卷包含应激性事件和对事件的认知评价;“应激反应”问卷包含生理反应、心理反应和行为反应;“特质应对方式”问卷包含消极应对和积极应对,“社会支持”问卷包含家庭支持和家庭外支持。各因素问卷在内容上界限相对清晰,使用该套量表,有利于开展应激因素的综合分析和判断(图5-6)。

心理社会应激调查表(PSS)测试报告

姓名: 性别:女 年龄:23 日期:2004-7-20 15:18:0 常模: [女20-29岁] 编号:

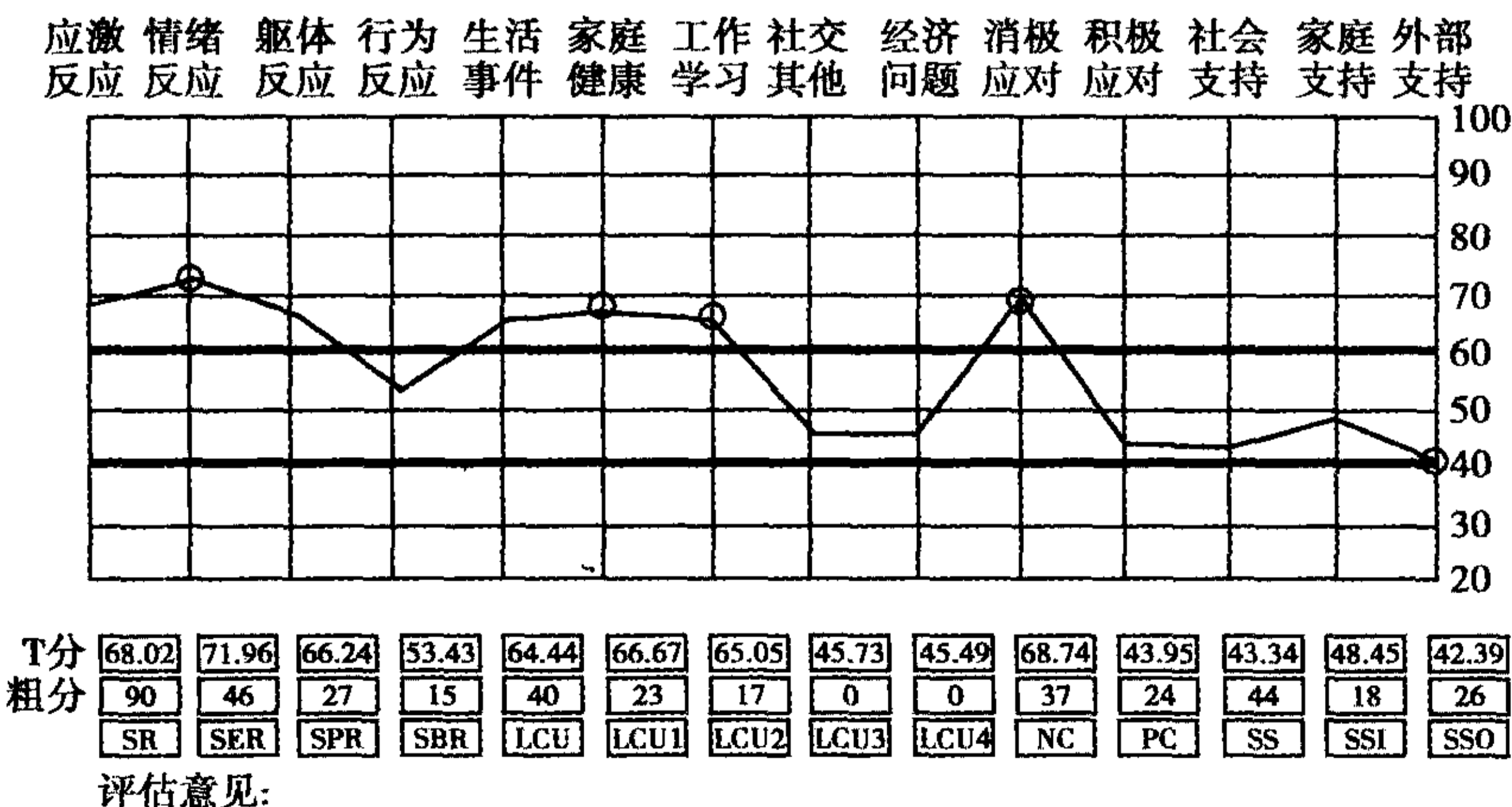


图5-6 应激有关因素测量结果剖面图

3. 实验 应激评估中涉及的生物学因素,如应激的生理反应、应激心身中介机制的某些生化学指标、神经电生理指标等,都可能考虑使用临床实验的测定方法。

(二) 应激易感性概念及其评估

刘破资(2008)介绍了应激易感性模型(vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli)的概念,值得关注。在应激系统论模型里,应激是一个多因素的集合概念,应激易感性将这些因素从生物、心理、社会三个维度进行评估。

1. 生理层面的应激易感性 指个体对应激刺激有更高的生理反应或者更容易患应激相关躯体疾病。例如同样的生活事件(如考试)考生的心跳反应不一样;又例如20世纪70年代 Friedman 等研究显示,A型行为者在工作忙季血液各项血凝指标比B型者高,而在淡季则无此差异。

生理层面的应激易感性指标(生物标记)由于其客观性,能够与相对主观的测量如晤谈与量表互相印证。实用时需选择简易性、无创性和可操作性的指标。具体可以选择:

血压:连续3次测量血压,第2~3次的测量值明显低于第1次者,显示在生理层面上更具有应激易感性。

心率变异度(heart rate variability, HRV):指心跳RR间期的微小涨落,是目前临床上能定量评价患者自主神经功能状况的方法。

2. 心理层面的应激易感性 包括认知评价、情绪反应、行为反应和人格特点等应激因素。例如认知上的绝对化与消极倾向,情绪上的易焦虑,行为上的紧张时吸烟和饮酒,人格上的神经质(neuroticism)和求全完美倾向等,都更容易在相同的应激刺激时,产生更多的消极情绪,更多的消极应对,以及社会支持的降低,直至产生更多的生理反应。

心理层面的应激易感性的测量指标可以选择各种相应的心理测验量表,如明尼苏达多相人格调查表(MMPI)(建议注意Hy、Pd等量表分)、抑郁自评量表(SDS)、焦虑自评量表(SAS)、特质应对问卷(TCSQ)等。90项症状清单(SCL-90)的内容也大多反映心理方面的症状,故也可用于间接判断个体的心理易感性。

此外,晤谈与观察也是了解心理易感性的重要方法,但需要一定的临床经验。

3. 社会层面的应激易感性 包括生活事件、社会支持等应激因素,以及经济因素、文化因素性别差异等指标。例如,处于社会经济底层水平的人在负性生活事件中的情感反应可能表现更显脆弱(Turner RJ, 1995);低度社会支持者的心血管疾病死亡风险高于中度或高度社会支持者,这一结论是在除去年龄、初始病情、社会阶层等混杂因素的影响以后获得的(Orth-Gomér K & Johnson JV, 1987);社会经济地位较低伴随冠心病风险和各种原因死亡率上升(Adler NE, 1993)。不同性别之间也有重要差异,男性更容易受工作和经济问题的影响,而女性更容易受家庭相关的负性事件的影响(Conger RD, 1993)。

社会层面的应激易感性的测量指标除了生活事件(如考察被试对各种生活事件条目的自我估计倾向)、社会支持[如领悟社会支持量表(PSSS)也可反映被试对各类社会资源的主观感受程度],还要评估包括人口学特征,如性别、年龄、受教育年限、婚姻状况等;社会经济因素,如工作状态(失业/不充分就业/就业)和居住地(农村/城市)等。

(三) 应激因素综合评估、分析与判断

通过上述晤谈、观察、调查和量表测查,或者结合一定的临床检验指标,接下来要对资料做出分析和判断。

首先要分析所获信息和资料是否可靠,判断其信度和效度。这除了需要按照心理测验的基本原则去做外,里面还需要有许多实际经验。例如,一位来访者的SCL-90测量结果显示,所有9个因子分在剖面图上都高高在上,且高点之间无明显错落感,则不一定说明来访者真的存在严重的心身反应症状。

然后根据医生自己的知识、理论和经验(主要针对晤谈、观察、调查到的信息),或者与常模作比

较(主要针对量表评定或实验结果),来分别判定各项应激因素是否在正常水平。其中如果是量表评定结果,一般以高于常模1个标准差和2个标准差为线,大致考虑该项得分结果是偏高(偏低)或过高(过低)。这样的单项因素评估结果其本身也有临床诊断上的意义。例如,某位来访者在特质应对问卷(TCSQ)中的消极应对量表分过高,可判断其有习惯化的消极应对风格,反映其具有消极应对的人格特质,还可以推断其可能具有更多的生活事件、更差的社会支持和更复杂的心身症状。

在应激综合评估时,多项因素异常往往比单项因素异常更有实际意义。例如,在临床上,来访者可以单独显示较高的心身症状(应激反应),也可兼有MMPI测查的高精神病态性偏倚(Pd)分和神经衰弱(Pt)分,或者更兼有较高的消极应对(NC)量分,甚至还包括生活事件的高分和社会支持的低分(家庭内或家庭外)。这几种不同的组合往往体现来访者应激系统不同的失衡或者紊乱。可据此制定不同的控制和管理方法。

如果按照上述应激易感性概念来做综合判断,当生物的、心理的和社会的三个维度异常都集中于同一些个体上时,同样更有临床或预防意义。例如生理反应的个体差异性可以与某些心理层面的个体差异性(如完美主义倾向)呈伴随关系,提示应激易感性的具体体现并不局限在某一维度(层面),至少可以体现在生理和心理两个层面。

二、应激控制与管理的基本手段

根据应激多因素模型,应激管理的基本手段可以从应激多因素系统结构中的各因素入手,如根据上文评估的结果,可以选择性地处置生活事件;改变认知;应对策略;社会支持;分析人格;改善应激反应(心身症状)等。

在具体方法上,则选择或结合采用心理教育、心理指导、心理治疗和药物等干预方法。

(一) 针对生活事件(或应激刺激)的管理

通过评估全面了解来访者的生物、心理、社会和文化生活事件,或者现象学上的家庭、工作、人际和经济生活事件,还要关注各种事件在一个人身上的累积效应。

根据事件的性质、程度和影响情况,分别选择“解决、缓冲、回避”三种不同管理策略。解决就是指导来访者解决应激事件,例如同事间的冲突与误会、重大的考试等。缓冲是指导来访者暂时回避应激事件现场,以利其内部转机的出现,例如劝导当事人先离开剧烈争吵现场,指导工作负担过重者短期旅游。回避就是将当事人与应激事件隔离,如引导某些受难者离开地震灾难现场等。

这里需要特别指出的是主观生活事件(subjective events)的管理。大量事实证明,生活事件往往与来访者的主观评价密切相关,例如事业不遂、婚姻不理想、没有升入理想的大学等。对于这些主观事件,往往需要后述更有技巧性的认知指导。由于还涉及许多观念差异方面的问题故还需要心理治疗。例如一些特别执著的人,往往会不断“制造”生活事件。曾有一位老教授为了“不使国家受损失”而反复上书各级机关直至国家领导人,整个过程他就在不断制造更多的生活事件,甚至最后都恨起自己来,要求老伴只要发现自己又开始写信就拿扫把来打他。这类连当事人人都知道但又不能解决的生活事件,显然与其人格特征有关,更需要后述心理治疗的干预。

(二) 针对认知评价的管理

认知评价在应激系统论模型中被看成关键因素,原因之一是其在一般应激管理中具更高的可操作性。

从常识来看,认知活动是建立在个人的知识、经验和逻辑思维习惯的基础上。然而,由于事物的多维性和多变性,即使当事人知识程度很高,思维逻辑性很强,难免有时候会出现“聪明一世糊涂一时”的情况。在应激管理过程中的认知管理方面,需要通过采用各种可以影响认知过程的技巧来改变当事人的认知。例如:指导心理移位(知识和技术);指导角色身份转换(原理和举例);实施他暗示或指导自我暗示(学会“讲故事”);安慰、激励技术等。这里仅举一例,大学毕业生应聘某公司客户接待员,因不断挨客户的“骂”而心情极差,工作压力感沉重。通过介绍社会角色及角色转换的原理,广

泛举例说明“挨骂”是某些工作的角色身份要求,促使其学会角色身份转换,改进工作角色的适应。

作者在长期临床工作中,对于认知评价的教育和指导,总结出八字原则——接纳差异,快乐竞争。即要“说服”当事人,世界事物之间,差异是永恒的,标准化是暂时的,接受差异将不至于恶化自己的压力系统,而是保证自己的快乐竞争状态,后者将最终给当事人带来与环境的新的动态平衡。这很像优秀运动员面对球场上的误判纠纷,力争自己的利益提出抗议是必须的(这是行为准则),但一旦判罚已定则需平心静气(接纳差异),努力去拼搏下面的比赛(快乐竞争),而不是发怒或攻击裁判(不接纳差异)。

临床上的认知管理有时候是很困难的,且不一定是当事人缺乏知识或不讲理。我们知道,许多情况是由于当事人观念上的差异导致“负性自动性思维”,使当事人对应激事件或应激结果产生“认知偏差(或认知歪曲)”,导致严重应激反应。对这些人的一些心理测验如明尼苏达多相人格调查表(MMPI)可以反映其一般性认知特点,如偏执、绝对化和僵化。这时候,就需要通过后述的“再评价”等应对指导,或者通过“挖掘负性自动性思维”等认知治疗手段,加以管理。

(三) 针对应对方式的管理

第四节已经提到,应对几乎涉及应激过程(系统)的所有环节,因此应对管理对于压力管理至关重要。图5-4中所列的针对不同应激环节的应对策略,如升华、再评价、否认、合理化、祈祷、倾诉、幽默、发泄、放松、药物等,在特定的应激条件下,都可能成为应激管理的切入口。

上述每一种应对方式的具体管理,都会涉及相关的基础知识和具体的情况分析。这里以“否认”机制与心肌梗死患者的应对管理为例分三方面加以说明。

首先,要掌握否认机制的相关基础知识。所谓否认(denial)是指否定、漠视、淡化应激事件的存在或其严重性的一种心理应对方式,可伴有一系列认识上、情感上和行为上的相应表现。关于否认机制与心肌梗死的关系,国外研究很多:例如急诊监护下的心肌梗死患者,首先采用的心理应对机制往往是否认(Hackett TP等,1968);Levine J(1987)编制了否认机制量表(Levine Denial of Illness Scale, LDIS);通过因素分析显示,否认机制包含对疾病的认知否认、对负面后果的否认、对需要照顾的否认和情感否认4个主成分(Gentry WD等,1988);否认机制可以导致心肌梗死患者低估疾病的严重性从而降低应激性情绪反应水平,甚至可能降低病死率(Jacobsen BS等,1992);近年更有研究慢性病患者和伤残者的否认机制问题(Livneh H等,2009)。

其次,要掌握否认机制的相关临床规律和个体差异。研究证明,否认机制在冠心病临床早期易导致就诊的延误,因为患者虽能感觉到先兆症状,但否定其重要性,甚至将某些心脏症状理解成消化系统症状;否认机制在急性心肌梗死期则有利于心、身的适应已如上述;否认机制在康复期又有不利的影响,因为有否认倾向的患者,对康复期的摄生指导、运动锻炼的合理安排和各种不良行为的改造计划等医嘱往往不屑一顾。另外,否认机制还受个人的特质性否认倾向、环境、社会支持、经历、期望等因素的个别差异的影响,即在不同事件中个人的否认程度差异很大。

在掌握基础知识和临床规律基础上,通过晤谈、调查分析或否认量表,对患者的否认机制程度作出评估。在评估基础上,结合个体差异,对早期、梗死期和康复期的心肌梗死患者,分别采取不同的指导、暗示等手段,以保护、促进、利用否认机制,或者告诫、说服、避免否认机制,帮助患者进行否认机制的应对管理。

应对管理是多侧面、多角度、多手段的。除了上述否认机制,升华(指导更有意义的活动)、再评价(任何事物都可有不同的认识角度)、合理化(如自圆其说)、祈祷(如特定的弥留患者)、幽默(如示以名人的幽默感)、发泄(如建议进发泄室、运动)、放松(指导呼吸放松技术)等,也都属之。

此外,从特质应对的角度,还可以通过特质应对问卷(TCSQ)评定来访者的消极应对水平,并根据各条目反应的具体情况,开展相应的应对指导和训练。

(四) 针对社会支持的管理

作为应激可利用的外部资源,调动社会支持也是应激管理的重要一环。几乎所有处于应激情况

下的人,都需要社会支持。我们也知道,处于危险位置(例如在高山之巅)时,人与人之间会显得非寻常的友善和热情,说明人类在应激时具有天然的寻求社会支持的行为。

然而,实际生活中,人们往往忽视社会支持的重要性,例如,某些处于危机状态下的当事人会回避接触他人,这等于放弃了社会支持;一些旁观者也往往忽视社会支持对被救助者的重要性——不是有旁观者对站在高楼顶上的自杀者齐声高呼“跳下来”吗?

社会支持的管理也需要在晤谈、调查或测验评估的基础上进行,可以采用多种手段或途径。例如,在灾难现场,应及时联络难民的亲友到现场以提供家庭支持;调动一些人,人多力量大,更可体现客观社会支持在难民心理上的效应;对于个别损失极大处于精神崩溃状态的难民,也许任何话语都是多余的,而简单地、长时间握着他(她)的手就是一种支持等等。

又例如,对一些慢性应激当事人,可以指导其积极与人交往以提高社会支持程度;通过对相关对立面的人的“再评价”以增强其主观支持;通过交往技巧指导如对配偶“多说对方的好处”,以改善家庭支持程度;通过组织集体活动来增强成员之间的主观支持程度。某些团体心理训练或者心理治疗活动,其中也包含着社会支持的效应。

(五) 针对个性特征的管理

这里的个性特征是指个体的人格层面。个性特征与应激管理存在千丝万缕的联系。个性特征在应激系统模型中属于核心因素,也是个体应激管理的核心内容。个性的管理同样涉及心理指导或心理治疗两个途径。

在心理指导方面,可以向来访者讲解,他(她)的某些人格特征(如观念方面的问题——价值观、爱情观、人生观)在其应激产生和发展中具有核心的作用,告知其因人格原因所致的“求全、完美”倾向的重要性。临床实践显示,确有不少来访者仅仅因为这样的讲解指导产生认识上的“领悟”而有减压效应,虽然往往持续时间不长(原有人格因素的稳定性)。另外,指导来访者进行某些积极的习惯性应对行为训练,如指导学生面对“挫折”的训练,也是常用的针对人格方面的应激管理措施。

在心理治疗方面,由于人格因素的相对稳定性,试图触动某些人格层面来实施应激管理,通常需要较长期的心理治疗程序。各种心理治疗策略建立在各自的理论框架基础上,兼有认知理论和行为学习理论优势的认知行为治疗是目前常用的手段(图5-7)。

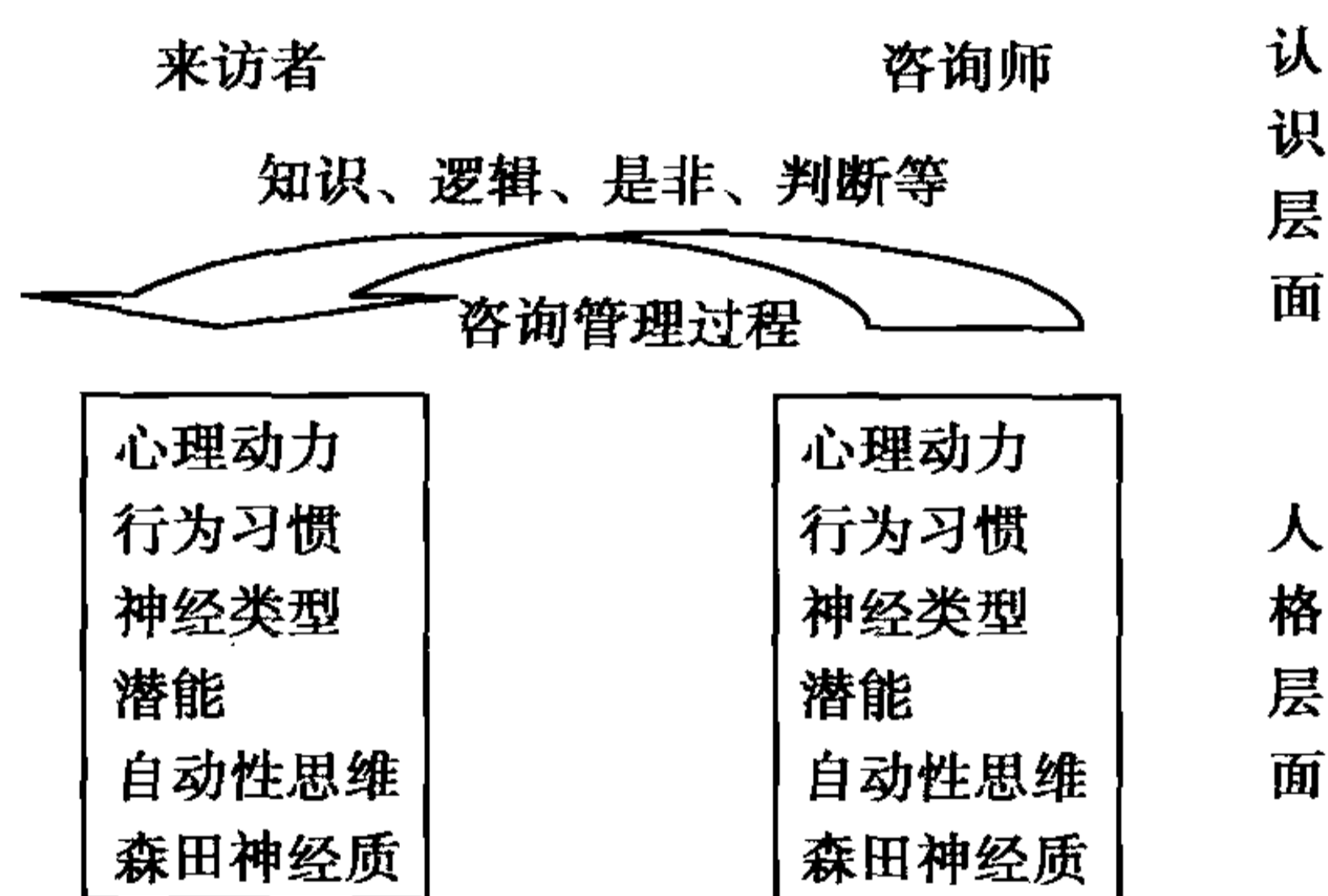


图5-7 认识、人格与应激管理

(六) 针对应激反应的管理

根据应激的心身反应特点,可以选择通过松弛训练、生物反馈、音乐治疗、催眠、药物,以及自然和生物因素如空气、阳光、森林、泥、温泉浴等手段,控制与缓解心身症状。

其中在药物使用方面,作为医务人员,除了看到某些药物对于降低应激反应本身症状如降低焦虑的作用外,还应看到通过应激系统因素之间的良性循环所产生的间接作用,如促进认知、应对和社会支持向积极方向发展。

在应激生理反应的管理方面,可以从生理层面的易感性入手,如利用测量心率、血压、手掌皮肤湿度、尿17- 羟基皮质酮水平等客观评估指标,使干预更具有针对性。

三、系统的应激控制与管理方案

(一) 基本流程

应激控制与管理是多维度的系统工程。整体管理流程是评估与诊断、干预方案制订与实施、干预效果评估这三个阶段的循环过程。其中多数内容已在本节前面叙述。这里予以简单概括:

1. 评估与诊断 采用晤谈与观察、调查、测验和实验方法,掌握个体生活事件、认知评价、应对方式、社会支持、个性特征和应激反应等应激因素的偏离水平,特别是应激反应程度;同时可筛选应激易感者。

2. 干预方案制订与实施 选择和使用各种心理教育、心理指导、心理治疗和药物等手段,对评估出来的相应应激因素或应激敏感者实施多切入点的综合干预。

3. 干预效果的评估 通过干预,判断上述应激因素偏离程度的改善情况、压力反应程度的好转和压力系统平衡的形成(如社会适应)等。

(二) 个体应激控制与管理方案

个体应激控制与管理是临床心理咨询工作的重要任务,根据应激系统论模型设计的应激控制和管理方案,可按以下流程运作:

1. 评估 采用晤谈、调查和量表评定直至实验方法,对个体的“问题”分三个层次做出综合评估。

第一层是评估患者的心身问题,即分析患者的应激反应和心身症状情况,作出问题的诊断,可能符合医学临床诊断(如恐惧症、高血压),或者以现象学作出“问题”诊断(如学习困难、失眠、行为退缩、一般心理问题或障碍等)。

第二层是评估生活事件、认知评价、应对方式和社会支持程度,分析和确定各因素在“问题”中的地位以及因素之间的互动关系。

第三层是通过分析人格特点特别是观念方面的如求全、完美主义倾向,确定人格因素在整个“问题”系统中的作用(图5-8)。

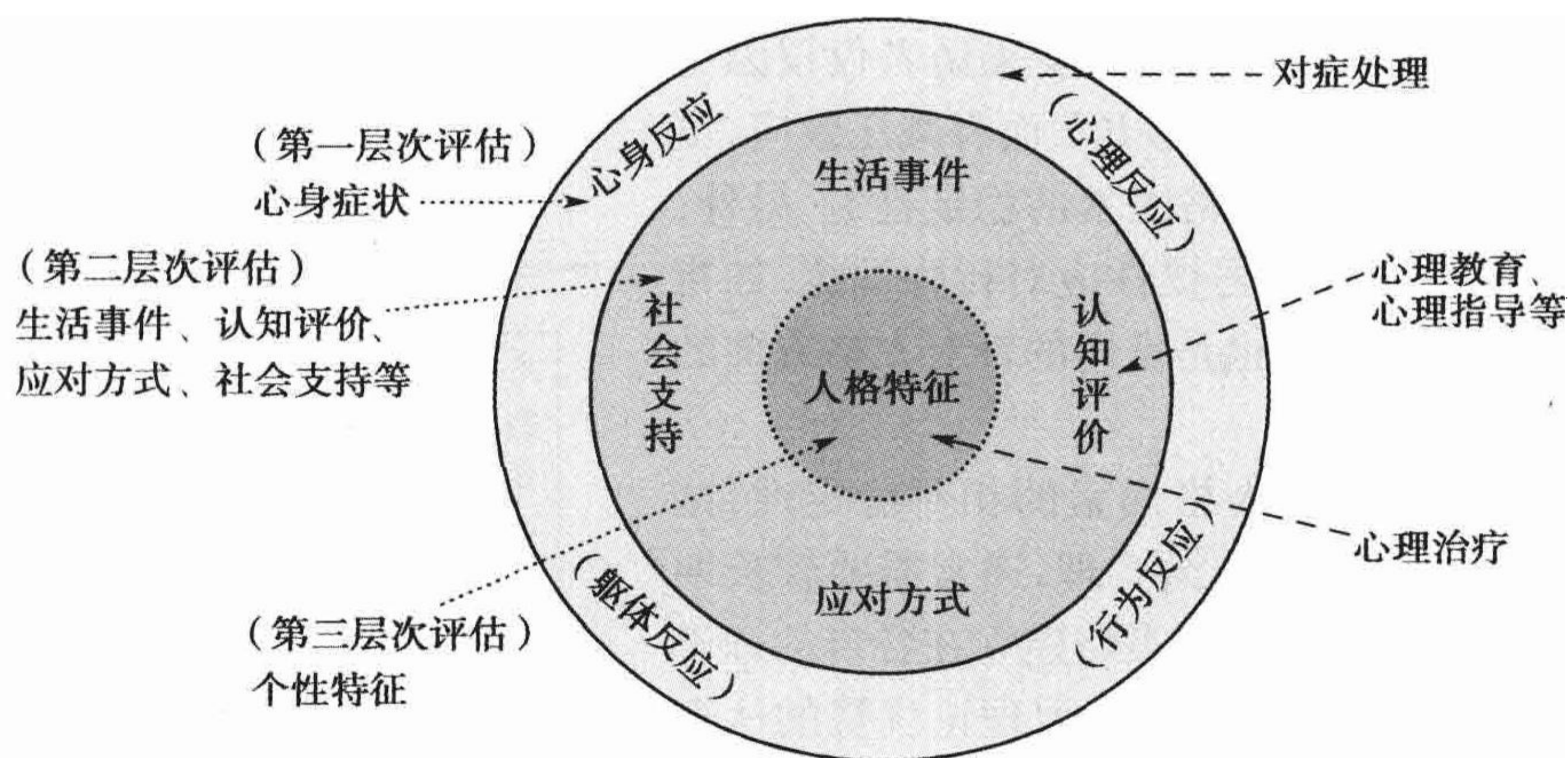


图5-8 应激的“系统”评估和干预示意图

2. 干预决策与实施 在以上评估基础上,依据系统论与整体观作出干预决策。可以决定采用心理教育、心理指导、系统心理治疗等心理干预技术,或者结合使用药物等方法。

其中对于第二层面问题,主要采用心理教育和心理指导等方法。例如,通过分析和具体指导,帮助来访者解决、缓冲或者回避生活事件;通过再评价、暗示、安慰、激励、调整思想方法等,帮助来访者改变消极认知评价;通过指导转移、发泄、升华、放松、利用自然环境等,帮助来访者提高应对效能;通过提供客观支持、改变主观支持、加强家庭支持,帮助来访者改善社会支持水平;通过压力系统分析和讲解,使来访者在平时生活中重视对自己人格(如完美观念)的修正等。

对于第三层面问题,往往需要在有关心理理论指导下实施心理治疗(如认知行为疗法)。

对于第一层面的问题,其往往是各种干预方法的最终目标,除了各种心理指导和心理治疗手段可以直接或间接促进其心身症状的改善,还包括药物的使用等。(图5-8)

(三) 团体应激控制与管理方案

1. 团体应激(压力)管理流程的一种模式 首先需要指出,为便于被团体成员所接受,在我国的

社会实际工作中,往往将应激(stress)翻译为“压力”。

根据系统论模型,就个体而言,人人处于压力多因素系统之中;就团体而言(如工作单位),则是各种个体的亚系统所构成的更大系统;个体的系统平衡受制于团体系统的平衡,但又影响团体的平衡。

在社会转型期,个人普遍感受到压力,而社会团体的压力也非常突出。由 Walsh D(1982)首次提出,至今在国内也已逐渐成为流行语的员工援助计划(employee assistance programs, EAP),其核心内容之一就涉及团体内员工压力综合管理问题。

作者以系统论模型制订的团体压力管理大致流程介绍如下:

通过计算机评估,建立包含各种心理压力因素的团体成员个人心理档案;与常模比较,评估各种压力因素的群体分布特点;评估整体压力程度;筛查高压个体(可能同时存在较多的异常因素);定期追踪。

对发现的高压力个体,实施个别心理咨询和应激管理指导或者心理治疗。

不定期开展压力管理讲座。以通俗和举例的方法,推动员工自觉调控和管理自己的工作和生活压力。

根据评估结果,以减轻个体压力和提高单位生产效能为一致目标,向单位首长提供各类相关的团体心理管理方面的决策建议。

2. 应激易感素质特定群体的应激管理实例 刘破资(2008)介绍了一种系统团体应激管理实例,其对象是应激易感素质特定人群。

20世纪90年代起,中国农村计划生育工作中一些与节育手术有关的身心症状问题突显出来,如有些地区接受节育术的农村妇女术后出现群体癔症性下肢瘫痪。国家计划生育委员会委托包括刘破资在内的精神卫生工作者进行干预,并且随后开展了一系列计划生育相关身心症状研究和系统的预防性干预工程。研究表明(Liu等,2002),接受节育手术的女性术前评估筛选得出的个性中的情绪不稳定倾向性、心理因素中的暗示性高、生理因素中的疼痛敏感性高、过多的负性生活事件等,能在一定程度上预测节育术后身心症状的严重程度和持续时间。实践证明对筛选出的这些具有应激易感素质的个体进行干预是非常有意义的。研究还发现(Liu等,2002),较差的手术环境和选择产褥期进行手术是影响节育术后身心症状恢复的主要因素中的两个。通过对改变节育手术的地点、时机选择,通过培训提高医护人员手术的技术水平和改善医患互动方式等可能减少接受乡村计划生育工作中接受节育手术的女性的和节育手术有关的身心症状。

根据上述研究结果,该易感群体的管理方案大致包括:识别特定问题和需要干预的特定群体(易感者)并进行有针对性的干预;以及从物理环境、制度环境、资源环境等途径进行可以看做“健康促进”的宏观干预;特定群体应激管理作为系统工程,其方案的参与者还应包括政策制定者、其他医学工作者、社会工作者等多种成分。

总之,对于团体应激控制与管理方案,这里讨论的基本流程只是相对的,应根据具体团体性质和特色问题,制订相应的差异化管理方案。

拓展阅读 若干与应激相关的概念、理论与应用问题

一、关于“stress”的中文翻译

医学生需要注意, stress 在医学中被译为“应激”,但在目前其他许多书籍或报章杂志中往往被译为压力、紧张等等。正如正文中所述,由于 stress 是多学科关注的概念,医学、心理学、社会学、管理学、人类学均以其为重要研究课题。学科的不同,研究领域的不同,研究侧重点和目的的各异,以及不同的历史时期, stress 的中文翻译或其含义也会有不同。

医学界最早将 stress 翻译为“应激”并延续至今,其意更侧重在“应”字上,其实早期使用应激

概念就是引自工程力学中的“应力”(stress),即物体对于施加其上的外力所产生的内部响应力,故传统医学中的应激含义更重视各种刺激作用下相应的“个体适应性反应”,这与医学科学的使命是一致的。

心理学早期往往将 stress 翻译为“紧张刺激”或“紧张”,显然其意更侧重于给个体带来紧张感受的“刺激”以及伴随的个体心理上的紧张“感受”,这同样与早期心理学工作的对象和使命相一致。

目前有许多应用性学科领域,如劳动人事管理以及现代医学中的公共卫生领域,则喜欢将 stress 翻译为“压力”,与之相应的还有职业压力(job stress)和职业枯竭(也有译为倦怠、耗竭)(job burnout)等概念,则其意思更侧重于个体心理上的“感受”和客观上的“社会功能变化”如劳动效率的下降,这同样与这些学科与领域的目标相一致。

另外,还要注意不同学科领域对 stress 的理解随时代的发展会有所变化,如医学心理学。

从这里我们也可以看到,虽然 stress 的译名众多,但也不外乎涉及事件(外部刺激)、个体(认知、感受、人格)和结果(功能变化)三个方面,随着近年来“应激学”的越来越被重视,不同学科领域都已经开始同时关注这三个方面,如职业压力与枯竭的研究。

二、关于应激、应激反应、应激情绪、挫折等概念

(一) 应激与应激反应

本章重点介绍了应激是个多因素集合概念。应激反应是这个多因素系统中的一个概念。但是,医学生需要注意的是,在我国医学界的传统认识中,虽然也承认多种心理行为因素在应激中的重要作用,但由于职业性质(诊断与治疗)的缘故,在医学的某些领域如精神病学或心身医学临床,应激和应激反应之间的区别往往并不分明。正如第一节所叙述的,医学界倾向于将应激看成是一种“反应”,如临床上的创伤后应激障碍等。

(二) 应激与情绪应激

在心理学领域,特别是传统的普通心理学知识中,根据情绪的强度、持续性和渲染性等可分为心境、激情和“应激”。显然这里的应激指的是一种情绪,或者是在强大打击下个体表现的强烈情绪状态,与本章应激反应中的情绪行为反应概念相接近。

(三) 应激与挫折

普通心理学知识中还有“挫折”的概念,这是指个体在通向目标的过程中遇到难以克服的障碍或干扰,使目标不能达到、需要无法满足时,所产生的不愉快情绪反应。这样,挫折概念也大致与本节的应激反应特别是情绪行为反应内容相接近。但挫折概念其实既包括挫折情境,又包括挫折感受。

三、婚恋问题的应激系统论控制与管理方案

在正文中介绍了系统论模型指导下的应激控制和管理方案,并介绍了个体的和团体的应激管理流程。这里进一步介绍婚恋问题上的应激控制与管理方案。

婚姻是各当事人(包括夫妻双方,也包括各自家庭成员)的各自子系统(每个人的应激多因素系统)组成的更大的系统。良好的婚姻意味着这个系统在整体上是动态平衡的。

但在生活中,人们往往认为爱能解决婚姻系统中的一切问题。实际上,爱只是婚姻的基本条件之一,是多因素系统中的一种情感因素。良好的婚姻除了需要双方在情感上的“爱”之外(也有不同的“爱”法),更需要双方在婚姻系统中的其他许多因素差异方面达成“适应”。这些因素包括生活背景、认知特点、应对方式、社会支持、行为反应方式、习惯、观念等。这里的“适应”不是指对各种差异的忍受或掩饰,更不是改造对方,而是对差异的接纳。在承认差异、接纳差异基础上,通过爱情基础上的长期互动过程(也是一种快乐竞争),最终也许双方的差异缩小了,但更多的情况是双方对差异的进一步“适应”。反之,如果这种多因素差异的“适应”处理不好,那么“爱”的感受就会慢慢被破坏,最终导致婚姻的变质。

因此,对于恋爱(含失恋、单相思、抉择等)、婚姻、家庭(双方的、多方的矛盾)、离婚、离婚后冲突等所致的各种应激问题,其控制和管理方案大致为:①通过晤谈、调查作出系统评估;②应以上述应

激系统论模型的“爱”与“适应”婚姻指导原则,给予双方或多方具体的形象的讲解;③根据系统中不同的因素失衡情况,给予具体的控制和管理指导。

在婚姻问题管理过程中,如何分析各方深层次的差异显得很重要,但难度也较大。因为当事人往往都停留在认识上,并以自己为“是”,以对方为“非”。实际上,在婚恋与家庭的多因素系统中,双方最隐蔽的差异往往是观念上的差异。例如,一对夫妻均赞成“丁克”,不准备生养孩子,结果与双方父母在婚姻和家庭观念上存在差异,因无法解决这个差异,导致严重不“适应”而来门诊。在解决了与家长的“适应”问题后(家长接受了),夫妻双方在这几年的共同生活中,却逐渐发现双方的严重不“适应”,因而不得不再次来诊。原来,双方虽然在家庭观念上同样是“丁克”派,但在生活观念上却差异很大。一方秉承“人生是奋斗和争取享受”,另一方秉承“人生是磨难和免遭痛苦”——前者因没时间和精力,后者因不能再制造新的生命痛苦,结果都是不要孩子,似乎取得了一致。但由于生活观念上的巨大差异,特别是双方不能接纳这些差异,结果导致系统中多种因素失衡并形成恶性循环。此时,在门诊中虽然仍然采用应激系统论模型的“爱”与“适应”婚姻指导原则,但需要与之深入讨论分析其中深层次的差异,并指导他们或者接纳差异达成“适应”,或者友好分手寻找新的适应。不过选择后者也要具备接纳差异的心态。

四、心理危机的应激系统论控制与管理方案

根据应激系统论模型,所谓的“危机”就是个体的心理应激系统结构出现紧急的和严重的失衡。

使用晤谈、观察和调查等方法评估心理危机时,不但要注意个体显示出的严重应激反应,特别是心理行为方面如自杀、攻击等“危机行为”。同时也应特别注意到存在于应激反应背后的各种相关因素,以及这些因素对于“危机行为”的影响作用。这种影响可能加剧危机行为或不良后果,也可能足以利用来降低危机水平(图5-9)。

在制订应激系统论模型的心理危机援助策略时,也需要考虑多种途径的多因素的切入点,并采用各种心理学技术与方法,仅举例如下:

解决或回避危机事件:搀扶当事人离开地震现场血肉模糊的亲人尸体。

认知策略:暗示跳楼者如果跳楼不死导致伤残,将长期地比现在更痛苦。

应对策略:图5-4中的某些应对策略可供选择,如分散注意、祈祷、倾诉、发泄,甚至烟酒等。

社会支持:面对绝望而极端者,让其最亲的人出面可能有奇效。但要注意避免对该亲人的伤害。

控制压力反应:对某些“崩溃者”,在严格掌握适应证的情况下可使用地西洋等药物。

注意人格因素:在制定援助策略时,需结合考虑当事人的人格特点。

当然,在某些心理危机状态下,并没有更多的时间和充足的条件可供选择。但以一种框架式的整体危机干预策略来指导制订现场援助方案,显然比在现场手忙脚乱地“救助”要更合理。

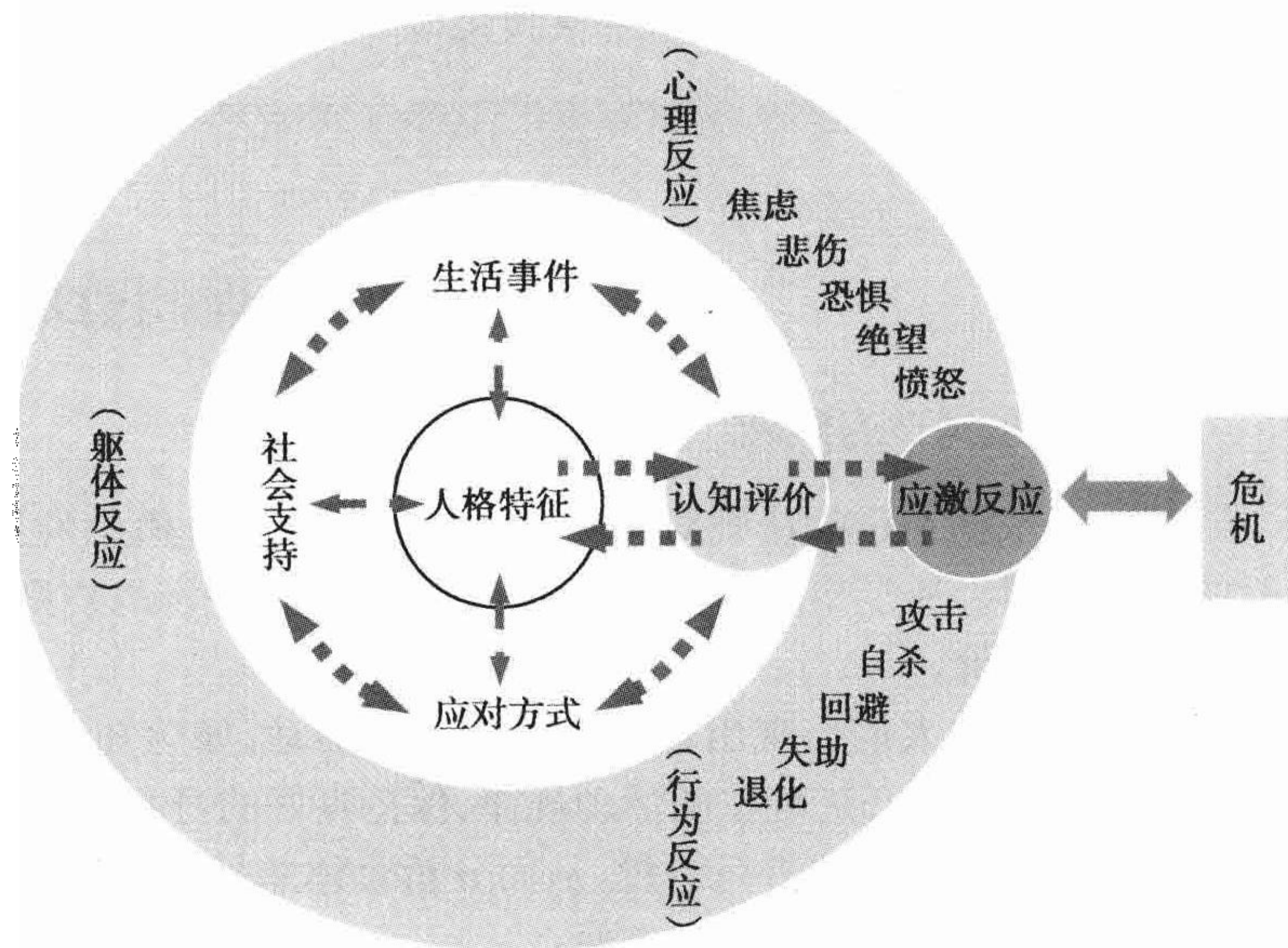


图5-9 心理危机的系统论模型分析图

(姜乾金)

第六章 心理测验

● 本章提要

心理测验始于欧洲,20世纪初传入中国,它的形成虽然仅有百余年的历史,但发展迅速。通过心理测验可以对人们的各种心理活动与行为进行客观的或量化的指标进行评价,目前逐渐成为临床医学诊断和心理健康评估的有效手段之一。临床医学专业学生了解和掌握一定的心理测验和心理评估基本技能,有助于认识和评估临床医学中许多心理问题。

作为本课程的基本技能部分,本章主要介绍心理测验的性质、条件、基本要素和实施过程以及当今国内外临床诊疗中常用的部分心理测验工具。内容以简单、易懂、易掌握为原则,以适合临床医学专业学生。在拓展阅读部分介绍了心理评估与心理测验的关系。

第一节 心理测验概述

一、心理测验的概念

测验是依据一定的法则对事物进行量化的分析。概念的界定表明了事物、法则与数字是构成测验的三个元素。所谓事物就是测量的对象,它依据一定的规则和方法对测量的属性和结果进行数量化的分析和评价。

日常生活中人们表现出各种各样的心理活动,如感知觉、记忆、思维以及个体的人格特质等,为了更好地认识个体心理现象的活动规律,保持良好的身心健康水平,临床实践中根据客观的标准化的程序对个体的行为标本进行测量,从而分析个体差异和心理特质,这就是心理测验(mental test)。作为心理测验必须注意以下三个方面:

第一,心理测验是对个体外显行为的测量,通过对测验题目的反应与行为,进而分析个体心理特点并作出评价。

第二,为了使不同被试测量结果数据具有可比性,测验条件对所有被试来说都应当是相同的。这就要求从测验编制、测验过程和评分标准等各个环节严格按照标准执行,避免被试者在测量过程中因无关因素造成误差。

第三,心理测验在测量个别差异时,往往只是对经过选择的行为样本进行观察,进而间接推断出被试者的心理特质。所谓行为样本,是根据一定条件所取得的标准样本,然而,由于个体心理的多样性、复杂性,要求主试在全面掌握行为样本的意义后,才能正确应用心理测验。

二、心理测验的性质

(一) 间接性

心理测验有别于医学检验,今天人们还无法对个体的心理活动进行直接测量。但是可以根据人

的举止言语与外显行为是在心理调控下进行活动的原理,通过个体对测验项目的反应间接地推论出其心理特质。

所谓特质是指一组有内在联系及其相关的行为特点。我们知道,个体心理是在其自身遗传素质的基础上,经过后天的社会生活环境形成的,日常生活中每个人对刺激反应都具有一定的内在倾向。例如,同样是在观察某一物体,有的人则注重其细节部分,而有的人看到了物体的轮廓却忽视了细节;有的人观察后经过仔细推敲才作出结论,而有的人却快速做出反应。可见,特质是个体独有的、稳定的心理特点,通过对行为模式的反应间接地推论出来。

(二) 相对性

人们对心理测验结果的数据分析,无论是从纵向还是从横向看都不存在绝对的标准。人的心理是在个体先天遗传素质基础上,在社会生活环境作用下通过社会实践活动的过程形成发展起来的。从横向看,不同民族、不同文化背景和社会信息影响作用下形成不同差异的个体心理。从纵向看,发展心理学表明,人们的思维从直觉行动思维、形象思维、抽象思维到逻辑思维的个体心理发展,其行为表现都具有不同的心理评价方式,正如心理测验结果分析必须按照相应的测验模式进行比较分析一样,都必须与所在群体的大多数人的行为样本进行比较。

(三) 客观性

客观性是对一切测验的最基本要求,它贯穿于整个心理测验的全过程,归纳起来包含以下四个方面:

1. 测验工具的选择 每个心理测验工具都有其特定的测验对象和测验内容。因此,选好选对测验工具是进行心理测验的首要条件。正如,我们无法用尺子准确测量一个人的体重一样。值得注意的是,一个标准的心理测验工具必须具备良好的信度和效度。在临床实践的应用中必须选择国内外认可的心理测验工具。

2. 主试的资格 患病找医生是人们日常生活的常识,同理心理测验中对主试有严格的执行准则,作为主试必须具备三个条件:第一,应当具备心理学、统计学和医学等相关学科的基本理论。第二,应当熟练掌握相应的心理测验工具的基本知识原理和基本技能,主试必须经过系统、规范的心理测验专业学习和技能训练。实践表明在部分测验中能否达到预期目的在很大程度上取决于主试的水平。第三,应当具备职业道德要求,心理测验涉及个体的生、心理活动内容的隐私问题,例如测验题目涉及人们的内心冲突、人际关系和情感等方面内容。对被试测验结果的保密是心理测验的基本要求。

3. 测验过程的监控 实践表明测验环境,诸如光线、温度、噪声乃至测验环境的布置等方面都将对被试产生一定的影响作用。其次,测验结果数据评价的准确性。根据国外实验表明,154名心理工作者对一道主观项目进行评价。从64分到92分应有尽有,直接影响了心理测验的效度。

4. 被试 由于被试自身的实际情况,影响测验数据的误差归纳起来有六个方面的因素:①应试动机:被试参加测验的动机不同,其测验过程的态度、反应速度和持久性反应都存在一定差异,从而影响测验成绩。一般来说,临床鉴别诊断测验误差相对较小,人才选拔和成就、智力测验误差相对较大。②测验焦虑:心理学研究表明,被试测试焦虑太高太低都影响到测验结果的数据,而适度的焦虑会提高被试的注意力,增强反应速度,从而提高能力倾向测验、智力测验的成绩,其焦虑对测验成绩的作用表示为倒U形曲线。③测验技巧:这是指有的被试由于受过多次测验所形成的对测验经验,在以后的测验过程中能够对相似题目做出正确的答案,并能够较为合理地分配测验时间,因此被试的应试技巧直接影响到其测验成绩。④被试定势反应:即被试对测验反应的风格以及传统所形成的认知反应。实践证明,回答问题的习惯、风格特点、兴趣爱好等个体差异所形成的定势反应在一定程度上影响测验的结果。⑤练习效应:在诸如认知测验方面,前后不同的重复测量时,存在着练习效应对测验成绩的影响。要控制练习效应误差、注意掌握重复测量之间的时间间隔,同时提高标准化测验的编制水平。⑥被试的身体状况:大家知道,不同的个体生理功能和健康状态,例如感冒发热等都影响到测量过程正常水平的发挥和被试的正常心理反应,进而影响测验结果造成误差。总之,任何与测验目

的无关的变化因素都将可能产生误差,在测验过程中应当注意控制这些误差因素,保证测验数据更加真实有效。

三、心理测验的形成与发展

心理测验的形成与发展既有社会发展的背景,也是心理学科自身发展的必然趋势。从社会发展背景看,西方国家大机器生产的发展急需培训大批熟练的技术工人和社会分工日益精细化对人员选拔、职业指导的需要以及社会中存在的特殊教育要求等都促进了心理测验的形成。从心理学科自身的发展过程看,早期对人们心理现象基本规律的研究到个体差异的研究,对心理学科早期描述性的研究到个性心理特征进行定量分析的研究都推动了心理测验的形成和发展。从科学发展观看,心理测验是心理学科在一定历史阶段的必然产物。

在心理测验学科早期阶段作出突出贡献的有以下三个代表人物:

1. 高尔顿 倡导科学心理测验的代表人物是英国的生物学家和心理学家高尔顿(Galton F),他在研究遗传问题的过程中提出了测量个体差异的方法,是应用自由联想法、问卷法及等级评定量表的先驱,同时他将统计学引入心理测验的研究领域,构建了心理测验学科的基本框架。

2. 卡特尔 美国心理学家卡特尔(Cattell JM)为心理测验学科的发展作出了巨大贡献。卡特尔早年师从于德国心理学家冯特从事个体心理差异的反应时研究,他回到美国后在宾夕法尼亚大学从事心理学教学与科研工作。在此基础上,卡特尔于1890年发表《心理测验与测量》文章,首先提出“心理测验”的概念,并指出“心理学若不立足于实验与测量上,就决不能够有自然科学之准确性”,主张测验手续应有统一规定,测验结果要与常模进行比较,这些观点极大地丰富和完善了心理测验的内容体系,揭示了心理测量学的内涵。

3. 比奈 法国心理学家比奈(Binet A)对智力测验作出了突出贡献。法国教育部于1904年针对社会存在的特殊教育问题和公立学校中弱智儿童的教育方法组织了一个由教育学、医学与心理学科组成的专家委员会,专门研究公立学校中低能儿童的管理方法。作为该委员会成员的比奈极力主张用测验法鉴别智力落后儿童。1905年经过他与助手西蒙(Simon T)的努力在《心理学年报》上发表了《诊断异常儿童智力的新方法》,这就是当今著名的1905年智力测验量表,被公认为世界上第一个正式的心理测验。在此基础上经过修订先后发表了1908年智力测验量表和1911年智力测验量表,提出了智力年龄概念和成人与儿童智力测验量表。著名美国学者波林(Boring EG)指出,心理测验的发展,19世纪80年代是高尔顿的十年,90年代是卡特尔的十年,20世纪初的十年则是比奈智力测验的十年。

心理测验始于20世纪初,到了40年代发展到一个高峰期,50年代进入了稳步发展阶段,60年代后随着认知心理学的兴起,实验法、观察法与测验法相结合,产生了对个体心理机制的信息加工测验,为进一步研究心理活动机制提供了新的方法,促进了心理测验出现新的发展趋势。

四、心理测验在临床实践中的应用

心理测验始于欧洲,20世纪初传入中国,它首先在教育与医学领域受到人们的重视。人格测验的先驱克雷丕林(Kraepelin E)最早将自由联想法施测于临床精神病患者。美国明尼苏达大学哈特卫(Hathaway SR)和麦金利(Mckinley JC)两人于1943年编制的人格测验的主要目的就是根据精神病学的经验效标对个体进行诊断。100多年来,在医学领域共有智力测验、人格测验和症状评定测验三大类大约100多种常用的心理测验工具。

当今在心身医学领域,心理测验的应用价值愈来愈受到人们的关注。身心疾病的发生、发展、诊断、治疗、康复和预防中的心理社会因素都需要予以明确的量化指标,都需要使用相应的测验或评定方法。例如,心理测验中A型行为问卷与艾森克人格问卷对冠心病的鉴别诊断;在研究心理应激和生活事件中各因素与心血管疾病、脑血管疾病和肿瘤及其疾病发病因素的关系时,可借助相关心理测验工具。在神经症和精神病的临床诊断中应用明尼苏达多相人格调查表等心理测验以发现和治疗心

理异常的患者。在儿科保健与咨询门诊工作中,常常应用智力测验和神经心理学的方法分析评价儿童身心发展中智力程度的原因等。进入21世纪,心理测验作为方法论在身心医学上的应用具有广泛的发展前途。

第二节 心理测验的标准化

一、心理测验的基本要素

标准化是心理测验的基础,否则就无法对测验结果的数据作出科学的评价。一个好的心理测验工具必须具备常模、信度和效度三个基本要素。

(一) 常模

常模(norm)亦是标准,它是指某一心理测验在一定群体中测量结果的标准量数,不同的群体其常模标准有所区别。例如,艾森克人格测验有美国常模和我国龚耀先教授编制的中国常模。心理测验中某一个体测验结果的数据称为原始分数。它本身没有多大意义,必须根据常模转换为标准分进行分析评定。因此,它在很大程度上取决于常模样本的代表性。

1. 样本(sample) 样本是从目标人群中具有代表性的取样。①对群体的构成必须有明确界定,必须准确地确定所要测验群体的范围、性质和特征。②样本的大小要适当。一般来说总体数目小,只有几十个人,则需要全部取样;全国性常模样本抽样以2000~3000人比较适宜。③标准化样本具有时效性。这是指不同时期,其样本具有一定差异。例如,20世纪50年代审美观、择偶观与当今的评价标准发生了较大变化。又如人们常说的60年代出生的人群与90年代出生的人群对客观事物的评价标准是否一致等。因此,常模样本应当定期修订,在使用常模进行评价时,应当选择合适的较为新近的常模标准。

2. 常模类型

(1) 标准分(standard score): 标准分是将原始分数与平均数的距离以标准差(standard deviation)为单位表示出来的量表。因为它的基本单位是标准差,所以叫做标准分数(standard score)。常见的标准分数有Z分数、T分数、离差智商等。

Z分数(Z score)是最典型的通过线性转换的标准分,根据转换公式可通过下列公式将原始分数转换为标准分数:

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{s}$$

其中X为某个人的原始分数, \bar{X} 为样本平均数,s为样本标准差。由于在Z分数中经常出现小数点和负数,同时单位太大,计算和使用不是很方便。如人格测验、智力测验等结果数据采用负分数则不合常理。因此通常需要将Z分数转换为另一形式的量表分数。其公式如下:

$$Z' = A + Bz$$

这里Z'为转换后的标准分数,A、B是根据需要指定的常数,加上一个常数是为了去掉负值,乘以一个常数是为了使单位变小从而去掉小数点。加或乘一个常数并不改变原来分数间的关系。

常态标准分数可以被转换成任何方便的形式。T分数是以50为平均数(即加上一个常数50),以10为标准差(乘以一个常数10)来表示的。其公式如下:

$$T = 50 + 10Z'$$

目前,已有预先计算T分数的辅助表,只要知道某一原始分数在分布累计次数的比例,就可以通过该表直接查到相应的T分数。

(2) 百分位(percentile rank, PR): 亦称百分点,它是计算处于某一百分比例的个体对应的测验分数是多少。其优点是通俗易懂,不需要统计学的概念便可理解。一般将测验成绩不好的排列在下,好的成绩排列在上。在实际应用中,我们一般既可以由原始分数计算百分等级,也可以由百分等级确定

原始分数。

除了以上常用的几种常模形式,还有各种性质的常模。从可比性看,常模越特异越有效,能够更好地反映个体的真实情况,从适应性看,以正常群体常模的使用更为广泛和方便。

(二) 信度

信度(reliability)是指同一被试者在不同时间内采用同一个测验,重复测量所得结果的一致性程度。它反映了测验分数的可靠性。

信度受随机误差的影响。随机误差越大,信度越低。一个好的测量工具,对同一事物反复多次测量,其结果应当保持不变。对信度的评估方法没有固定的法则,评估不同的误差可采用不同的方法,常用的有以下几种:

1. 重测信度(test-retest reliability) 它的计算方法是用重测法,即使用同一测验,在同样条件下对同一被试前后施测两次,以求两次得分之间的相关系数。重测信度的优点是提供相关测验是否随着时间的推移而发生变异。其关键点在于两次测验时间间隔的控制,因为间隔时间太短会受到练习和记忆的影响而造成误差。因此,要根据测验目的、性质和被试特质来确定,一般是间隔2~4周较为适应,通常不超过6个月。

2. 复本信度(forms reliability) 所谓复本是指两个等值但题目不同的测验来测量同一群体,从而求得被试在两个测验得分的相关系数。复本信度反映的是测验在内容上的等值性,故又称为等值性系数。复本信度的优点是能够避免重测信度出现的误差,如记忆与练习效应等,其关键点在于根据测量目的编制彼此等值相同的题目内容。

3. 分半信度(split-half reliability) 它是采用分半法测量所得结果的信度系数,它代表了两个对半测验内容取样的一致性程度。通常采用奇偶分半方法的较多,其关键点在于奇、偶分半的测验目的必须相一致,否则将失去分半测量的意义,信度则低。

4. 评分者信度(scorer reliability) 它是指同一测量由于评分者之间所产生的误差。由于个体之间的差异,不同评分者对同一测量结果往往会得出不同的分数,这在主观题目测量中表现得尤为明显。目前国家规范化测验和心理测验中多是采用客观性题目的评分方法。

评估信度的方法是多种多样的,在考察测验的信度时,应当根据实际情况采用不同的信度指标,原则上哪种心理测验误差大,便选择相应的方法评估误差,从而保证心理测验的可靠性。

(三) 效度

效度(validity)是指一个测验是否将所要测量的内容指标准确地反映出来的程度。它反映了测验的准确性。一个测验若无效度,则无论它具有其他任何优点,都将无法达到其真正的测量目的。因此,在选择标准化心理测验工具时,必须首先鉴别其效度,没有效度的测验工具是不能使用的。

测验的效度受到随机误差和系统误差的影响,信度高的测验并不一定是有效的,而有效的测验必定是可信的。因此,信度是效度的必要条件。

效度的种类很多,分类的方法不尽相同,目前常见的有三种类型:

1. 内容效度(content validity) 它指测验题目对有关内容或行为取样的准确程度,从而确定测验是否是所有要测量的行为领域的代表性取样。当测验题目是行为范围的好样本,则测量有效。由于这一种测验的效度主要是衡量测验内容,所以称为内容效度。

内容效度的评估方法主要有专家判断法、统计分析法和经验推测法。它们从不同角度对测验项目内容的有效性作出评价。

2. 构想效度(construct validity) 构想效度的概念是1954年提出的,也称为结构效度。它是指测验对理论上的构想或特质的准确程度,主要涉及心理学的理论概念问题。

构想效度的目的是一个测验测量什么样的心理构想?对这一构想的测验效果应当达到什么样的程度?因此,在实施过程中,必须从某一构想的理论观点出发,提出关于某一心理特质的假设,然后编制测验项目并进行施测,最后通过对其结果数据的分析评价,验证与理论假设两者间的吻合程度。

3. 效标效度(criterion validity) 它反映了测验预测个体在某一环境中行为表现的有效性程度。在这里,效标是指被预测行为必须是检验效度的标准。效标效度一般是在实践中进行检验,故又称为实证效度。

在检测效标效度时,关键点是选择一个好的效标。在评价效标中要注意以下四个条件:①好的效标能够最有效地反映测验的目的。②好的效标具有较高的信度,稳定可靠。③好的效标可以客观地加以测量,即可以量化。④好的效标测量的方法简单易学,省时、省力,符合心理学认知经济的原则。

二、心理测验的实施过程

心理测验的实施过程必须遵循一定的规则和条件,才能保证测验取得有效的结果。

(一) 测验前的预备工作

1. 选择合适的测验工具 心理测验种类很多,每一个测验工具都有特定的测验对象和相应的测试内容范围规定,针对被试的测验项目内容选择合适的测验工具,才能取得有效的结果。同时在测验前对测验工具进行检查和效验,保证测验工具良好的工作状态。如果是团体测验,应对测验题目纸、答题纸、测试仪器等事先检查好,以免忙中出错。

2. 熟悉测验的程序 首先,对测验指导语在事先予以熟悉,它规范了测试过程的操作程序,避免在测验中随意临场发挥或出现念错、重复和结结巴巴等问题,不得在指导语中给予任意的解释和发挥,因为这对被试提供可能的暗示性心理影响,进而影响测验结果的有效性。其次,熟悉测验的程序。例如在智力测验中包含语言和操作两大部分。言语部分的各个分量表测验程序要求;操作部分所涉及的材料摆放、时间限制都有严格要求,以及测验中主试与助手的分工等事先应当做到心中有数,以保证测验的有序进行。

(二) 心理测验的环境要求

研究表明,环境和场所在心理测验将对被试产生一定的影响。测验环境中的光线、温度、颜色、噪声和通风等物理条件都应当事先考虑并统一安排。测验场所可在心理测验室、医院治疗室。团体测验可在专用团体测评室、教室或会议室进行。

值得注意的是,心理测验过程,不得受到外界干扰。无论是个体或是团体测验,应当在测验室外挂上牌子,表明测验正在进行中,旁人不许进入。测验场所的布置应当遵循简洁明了的原则,不能太花哨,避免分散被试的注意力和产生消极的情绪状态。

(三) 心理测验实施的注意问题

为了达到心理测验的预期目的,在实施过程中应当注意以下几个问题:

- (1) 心理测验项目选择遵循既不滥用,也不乱用的原则,根据实际情况选择合适的心理测验工具。
- (2) 心理测验实施过程,主试要观察被试外显行为、情感态度和身体特征三个方面的表现,并做好记录,观察收集到的资料,作为测验结果数据分析的参考资料。
- (3) 心理测验过程应当在良好的主被试关系的基础上进行,保证测验结果的准确性。
- (4) 心理测验报告书写的格式应当规范化。

三、心理测验的分类

经过100多年的科学研究与实践,国内外专家设计了众多的心理测验工具,尤其是在心理测验量表方面得到了迅速发展。目前我国使用的心理测验大致上可分为四类:智力测验、人格测验、心理健康测验和人才选拔测验。其中前三类型测验在医学领域得到广泛运用。

(一) 智力测验

智力测验(intelligence test)是用于评估个人一般能力的方法,它依据智力理论和智力概念经过标准化程序编制而成。智力测验在临床上用途很多。不仅研究个体智力发展水平,而且是研究临床病理情况不可缺少的工具之一。目前常用的量表有龚耀先等人修订的韦克斯勒成人与儿童智力评定

量表;张厚粲主持修订的瑞文标准型测验;吴天敏修订的中国比奈智力测验等。

(二) 人格测验

人格测验(personality test)分为量表法和投射法两个类型。目前量表法应用较多的有艾森克人格问卷、卡特尔16项人格因素问卷和明尼苏达多相人格调查表。投射法常用的有洛夏墨迹测验和主题统觉测验。人格测验通过对患者人格特征的分析,有助于提高临床诊疗效果。其中,明尼苏达多相人格调查表还用于对神经症及精神病性患者的鉴别诊断。

(三) 心理健康测验

目前心理健康测验(mental health test)有近百种,它包含了精神病评定量表、情绪变化测验量表和总体健康水平测量。这一类型量表用法和评分方法相对比较简便,多用于检查患者某一方面情绪状态和心理障碍的存在与否及其程度如何,同时也可反映患者病情的演变。

值得一提的是,近年来神经心理测验引起人们的重视。这类测验用于评估人们脑功能的特征,如感知觉、言语、记忆和思维等脑功能水平等,在临床中得到了广泛运用。它不仅用于生命科学领域的评估,也应用于临床上脑损伤患者的鉴别诊断与疗效评估。神经心理测验可分为神经心理筛选测验和成套神经心理测验。

第三节 智力测验

智力测验是评估个人一般能力的方法,它是根据有关智力概念和智力理论按照标准化过程编制而成的。智力测验在临床上用途很多,不仅在研究智力水平,而且在研究其他病理情况时都是不可缺少的工具。常用的智力测验有韦克斯勒智力量表、斯坦福-比奈测验和瑞文测验等。

一、韦克斯勒成人智力测验

韦克斯勒智力量表以1939年发表的韦克斯勒-贝勒维智力量表为基础,经多次修订而成。它包括言语和操作测验。韦氏智力量表有三种:即1949年编成的韦氏儿童智力量表(1974年修订),简称为WISC(Wechsler intelligence scale for children);1955年编成的韦氏成人智力量表(1981年修订),简称WAIS(Wechsler adult intelligence scale)和1963年编成的学前及初学儿童智力量表,简称WPPSI(Wechsler preschool and primary scale of intelligence)。目前,我国修订的韦氏智力测验并具有全国常模的有1981年龚耀先等修订的韦氏成人智力量表(WAIS-RC),分城市版和农村版,适用于16岁以上成人,1986年林传鼎等修订的韦氏儿童智力量表(WISC-CR,适用于6~16岁11个月被试者)和龚耀先等1986年修订的韦氏幼儿智力量表(C-WYCSI),适用于3岁10个月16天~6岁10个月15天的小儿,分城市和农村两种。此外,1993年龚耀先、蔡太生等又修订了适用于6~16岁的中国韦氏儿童智力量表(C-WISC,分城市和农村两种)。这里以我国修订的韦氏成人智力量表(WAIS-RC)为例予以说明。

WAIS-RC全量表可分为言语部分和操作部分,言语部分包含6个分测验量表,操作部分包含5个分测验量表。各分测验及其功能如下:

测验一、知识。了解被试的知识广度,共有29题。

测验二、领悟力测验。这是测验受试的实际知识和理解、判断能力,共14题。

测验三、算术(心算)。以了解被试的计算与推理能力,计算速度和正确性,共14题,均有规定时限。

测验四、相似性。了解被试的抽象概括能力,共13题。

测验五、数字广度。了解被试的注意力与机械记忆能力,分顺背和倒背两种测验,方法是主试按每秒一个数字的速度读出一组数字,令被试照背和倒背。

测验六、词汇。了解被试的词语知识广度,学习和理解能力,共有40个词汇,让被试说出每个词的意义。

测验七、数字符号(译码)。是了解被试的一般学习能力、知觉辨别和书写速度。每个数字有一

相应的符号。让被试在90秒内在90个数字下面填上代表该数字的符号,每正确填写一个符号记一分,倒转符号记半分,最高80分。

测验八、填图。了解被试的知觉组织和推理能力,共有图片21张,每张图片均缺乏一个重要部分,需要被试指出。

测验九、木块图案。了解被试的抽象推理能力和结构分析能力,有9块正方形积木,每块两面白色,两面红色,另两面按对角线分成红白两色。另有10种图案,让被试用木块将图案摆出来。

测验十、图片排列。了解被试对社会情境的理解能力,共有8套图片,每套有3~6张。如果将每套的顺序正确排列,可以说明一个故事。每套图片按规定打乱后交给被试,让被试将图片重新排列,排列正确可得分。

测验十一、图形拼凑。了解被试概念思维和处理部分与整体关系的能力,共有四套图像组合板,每个图像被分割成若干部分,打乱后按规定交给被试,让被试重新拼凑以恢复原形。

本量表属个别测验,按手册规定将各分测验的项目逐一进行。有些分测验部分按年龄不同有一定起点,不必都从最初项目开始。各分测验还规定连续若干项目都失败时便终止该部分测验。分数的评定均按手册规定的评分标准计算,一个分测验中的各项目得分相加,称该分测验的原始分。原始分按手册上的相应用表换算成量表分。语词和操作测验的各分测验量表分相加,称为语词和操作量表分。所有分测验量表分相加,称全量表分。根据相应用表,最后换算成言语智商(VIQ)、操作智商(PIQ)和总智商(FIQ)。

由于韦氏智力量表可以提供所有年龄段的总智商(FIQ)、言语智商(VIQ)和操作智商(PIQ),在对同一被试的不同年龄进行施测时,韦氏智力量具有特别的价值。例如,它可以测定教育方法对个体的影响。因此,它被公认为是较好的智力测验。

二、瑞文测验

瑞文测验亦称瑞文渐进测验(Raven's Progressive Matrices),是由英国心理学家瑞文(Raven JC)于1938年编制的一种非文字智力测验。该测验分为标准型、彩色型和高级渐进方阵三套测验。标准型是瑞文测验的基本型,适用于6岁以上被试者;彩色型适用于5.5~11.5岁的儿童及智力落后的成人;高级渐进方阵的难度更大,是对标准型测验得分高于55分的被试者进行更为精细的区分评价。1986年我国张厚粲及全国协作组完成了对瑞文标准型测验的修订。1989年李丹、王栋等人完成了标准型和彩色型合并本联合型瑞文测验(Combined Raven's Test, CRT)中国修订版的成人、城市和农村儿童三个常模的制定工作。

联合型瑞文测验对于一般正常三年级以上儿童与65岁成人均可团体测验,幼儿、智力低下者和不能自行书写的老年人则可个别测验。实测时一律采用二级评分,即答对给1分,答错给0分,每一个题目由一幅缺少一小部分的图案和6~8个小图案的答题选项组成,被试者根据题目中隐藏的一系列抽象符号与图案的构成规律,选择出合适的答题项目(图6-1)。

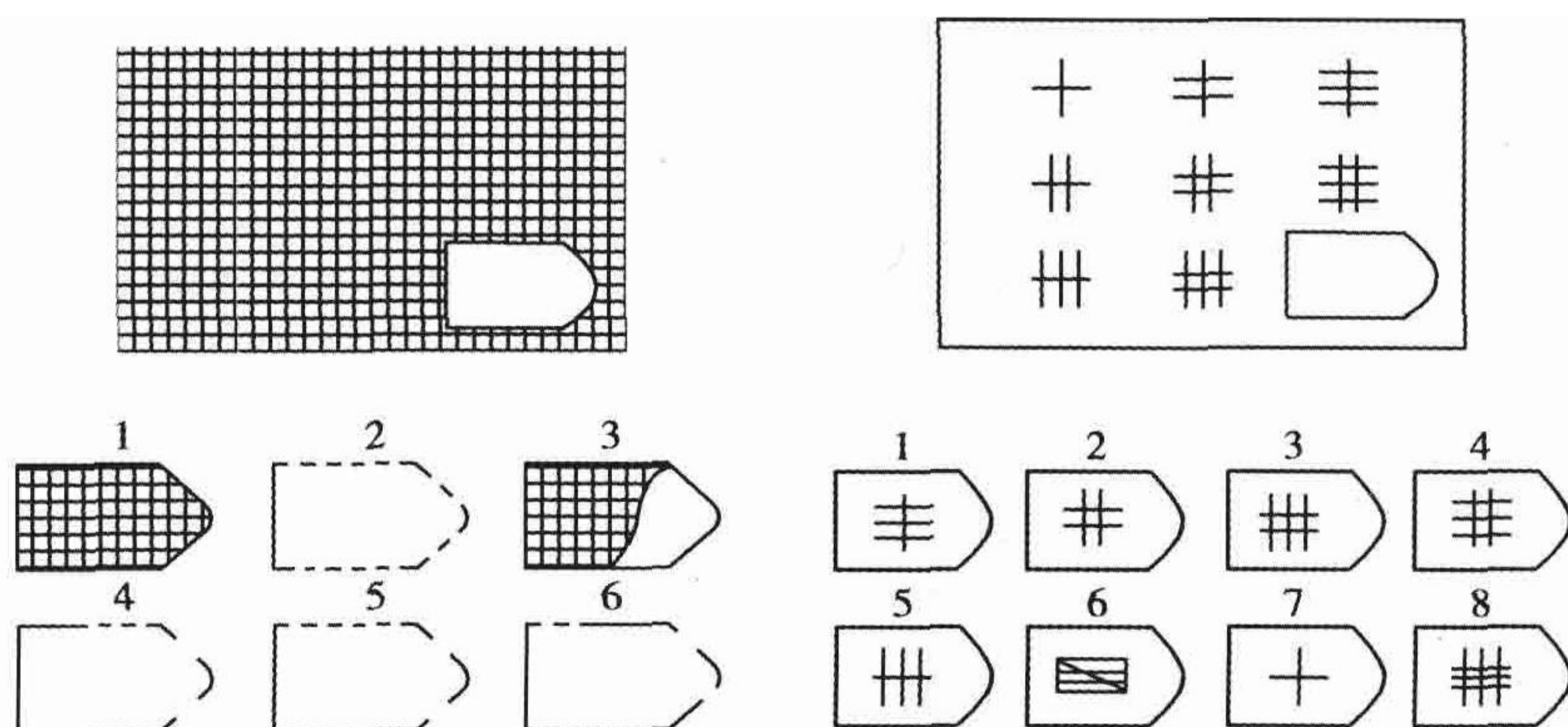


图6-1 瑞文测验图例

三、中国比奈测验

1905年由法国比奈(Binet A)和西蒙(Simon T)编制而成,称为比奈-西蒙测验(B-S),是世界上第一个智力测验。并分别于1908年和1911年进行了修订,其中1908年修订版将测试用“智力年龄”表示是个创新。随后,比奈-西蒙测验引起世界心理学家的关注,各种文字的翻译本和修订本相继出现,其中以美国斯坦福大学 Terman 1916年的修订本最负盛名。我国陆志伟于1924年发表了中国 B-S 版本,1982年吴天敏对陆志伟的中国 B-S 版本进行修订,称为中国比奈测验。

中国比奈测验适用于2~18岁被试者,共有51项测试题目(表6-1),按照从易到难的顺序排列。测试时根据被试年龄按照测验指导书规定从相应题目开始。例如,2~5岁儿童从第一题开始作答,6~7岁儿童从第七题开始作答,被试者连续5道题目作答错误停止测试,每通过一题记1分,测验结果采用离差智商的计算方法进行智力评价。

表6-1 中国比奈测验项目举例

题号	内容	题号	内容	题号	内容
1	比圆形	16	指出缺点	31	时间计算
3	比长短线	18	找寻数目	33	盒子计算
5	辨别图形	20	对比	35	方形分析(二)
7	问手指数	22	正确答案	37	说出共同点
9	简单迷津	24	描画图案	39	倒背数目

第四节 人格测验

每一种人格理论都假定个体差异的存在,并假定这些差异是可以测量的。人格测验的方法分为问卷法和投射法两种类型。问卷法也称为自陈量表。临床上常用的人格自陈量表有明尼苏达多相人格调查表、艾森克人格问卷、卡特尔16项人格因素问卷。常用的投射测验有洛夏墨迹测验和主题统觉测验。

一、明尼苏达多相人格调查表

明尼苏达多相人格调查表(Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI)诞生于1943年,由美国明尼苏达大学哈特卫(Hathaway SR)和麦金利(Mckinley JC)根据经验效标法编制而成。最初主要目的是根据精神病学的经验效标来对个体进行诊断,后来发展成为人格测验。MMPI适用于16岁以上至少有6年以上教育年限者,既可个别施测,也可团体施测。我国中国科学院心理学研究所宋维真研究员于1989年完成了MMPI修订工作,并制订了全国常模。几十年来,MMPI成为国际上广泛使用的人格测验工具,它适用于多种不同的情况,不仅可以提供临床医学上的诊断,同时也可以用于正常人的个性评定。

MMPI共有566道题目和399道题目两个版本,题目内容包括身体各方面的情况、精神状态、家庭、婚姻、宗教、政治、法律、社会等方面的态度和看法。被试根据自己的实际情况对每个题目作出“是”与“否”的回答,若确实不能判定则不作答。然后,根据被试的答案纸计算分数并进行分析,每一被试均可从各分量表的得分获得一个人格剖面图。在临床工作中,MMPI常用4个效度量表和10个临床量表。

1. 效度量表

(1) Q:表示受试者不作是否回答或是否均作回答的总数,在566题目的版本中原始分超过30分、在399题目的版本中原始分超过22分为无效测验。

(2) L:共15个题目,原始分超过10分则测验无效。高L分提示受试者对症状汇报不真实,因而使测验的效度不可靠。

(3) F: 共64个题目, 多为一些比较古怪或荒唐的题目, 其中有些题目还包括在精神分裂症量表内。正常人亦有高得分者, 如漫不经心地随便回答和试图装病者, 都可导致得分增高。真正的精神疾病患者得分亦高。

(4) K: 校正分数, 也称修正量表, 是对测验态度的一种衡量。共30个题目。高分者表明对测验具有较强的自我防御态度。

2. 临床量表(即多相个性量表)

(1) Hs(疑病症, hypochondriasis): 反映对身体功能的不正常关心。

(2) D(抑郁症, depression): 情绪低落, 自杀思想, 有轻度焦虑或激动。

(3) Hy(癔症, hysteria): 具有许多功能性的身体症状。

(4) Pd(精神病态性偏倚, psychopathic deviation): 脱离一般社会道德规范, 漠视社会习俗, 常有复仇攻击观念。

(5) Mf(男子气或女子气, masculinity-femininity): 即女子男性化和男子女性化的倾向。

(6) Pa(妄想, paranoia): 具有这个量表高分的人提示此受试者常表现多疑, 过度敏感, 甚至有妄想存在。平时的思想方式易责怪别人而很少内疚, 有时可表现强词夺理和侵犯他人。

(7) Pt(精神衰弱, psychasthenia): 本量表是为识别精神衰弱强迫状态、恐惧症或高度焦虑者而设计的。Pt量表高分者提示有强迫观念, 非常焦虑, 高度紧张等反应。

(8) Sc(精神分裂症, schizophrenia): 具有精神分裂症患者的一些临床特点。

(9) Ma(躁狂病, mania): 该量表分高的人常为联想过多过快, 活动过多, 观念飘忽, 夸大而情绪高昂, 情感多变。

(10) Si(社会内向, social introversion): 高分者内向胆小, 对他人无兴趣, 不善于社交活动, 过分自我控制等。

各量表结果采用 T 分形式, 可在 MMPI 剖析图上标出。按照中国常模标准, 量表 T 分高于60则提示可能具有病理性异常表现或某种心理偏离现象。但在具体分析时应结合各个量表 T 分高低进行综合分析评价。例如精神疾病患者往往是 D、Pd、Pa 和 Sc 分高, 在 MMPI 剖析图上呈现“右高左低”的模式; 而神经症患者往往是 Hs、D、Hy 和 Pt 分高, 在 MMPI 剖析图上则呈现“左高右低”的模式。

MMPI 对人格测验的研究和应用产生了十分重要的影响。至今它被翻译成各种文字版本达到100多种, 广泛应用于心理学、医学和人类学领域, 是世界上最常引用的人格量表。20世纪80年代中期开始, 美国心理学家对 MMPI 进行首次修订, 重新加以标准化。1989年美国明尼苏达大学出版社正式发表了 MMPI-2((修订版)。1991年中国科学院心理研究所与香港中文大学合作进行 MMPI-2中文版的修订工作, 修订后的 MMPI-2有567道题目和370道题目两个版本。如果仅为精神病的临床诊断使用, 一般采用370道题目的版本。修订后的 MMP-2弥补了 MMPI 使用过程中的不足之处, 使其对测验结果的分析 and 解释更加明确。

二、艾森克人格问卷

艾森克人格问卷(Eysenck personality questionnaire, EPQ)是由英国伦敦大学艾森克(Eysenck HG)夫妇根据人格结构三个维度的理论共同编制。目前含四个分量表的 EPQ 是1975年编制而成的, 在国际上被广为采用, 它有成人问卷和青少年问卷两种。成人问卷适用于16岁以上的成人。1983年我国龚耀先教授主持修订制定了儿童和成人两套全国常模, 成人问卷(适用于16岁以上)和儿童问卷(适用于7~15岁儿童)均为88个项目。与此同时, 北京大学的陈仲庚也建立了 EPQ 的成人北京常模, 其修订的 EPQ 有85个项目。

EPQ 由三个人格维度和一个效度量表组成。

E量表: 外向-内向。分数高表示人格外向, 可能是好交际, 渴望刺激和冒险, 情感易于冲动。分数低表示人格内向, 如好静, 富于内省, 不喜欢刺激, 喜欢有秩序的生活方式, 情绪比较稳定。

N量表:神经质(又称情绪稳定性)。反映的是正常行为,与病症无关。高分表示焦虑、忧心忡忡、常郁郁不乐,有强烈情绪反应,甚至出现不够理智的行为。

P量表:精神质。并非指精神病,它在所有人身上都存在,只是程度不同。但如某人表现出明显程度,则易发展成行为异常。高分则可能是孤独、不关心他人,难以适应外部环境,不近人情,与别人不友好,喜欢寻衅搅扰,喜欢干离奇古怪的事情,并且不顾自己行为的危险。

L量表:测定被试的掩饰、假托或自身隐蔽,或者测定其朴实、幼稚水平。在国外,高分表明掩饰、隐瞒,但在我国L分高的意义仍未明了。

EPQ结果采用标准T分表示,根据各维度T分高低判断人格倾向和特征。还将N维度和E维度组合,进一步分出外向稳定(多血质)、外向不稳定(胆汁质)、内向稳定(黏液质)、内向不稳定(抑郁质)四种人格特征以及介乎于两者之间的中间型。

EPQ项目少,实施方便,既可个别施测,也可团体施测,在我国是临床应用最为广泛的人格测验。但由于其条目较少,反映的信息量也相对较少,故反映的人格特征类型有限。

三、卡特尔16项人格因素问卷

卡特尔16项人格因素问卷(16 personality factor questionnaire, 16PF)是卡特尔(Cattell RB)根据人格特质学说,采用因素分析法编制而成。卡特尔认为16个根源特质是构成人格的内在基础因素,只要测量出16项基础因素在个体身上的表现程度,即可知道他的人格特征。

16PF有A、B、C、D、E、F式五种版本。A、B为全版本,各有187项;C、D为缩减版本,各105项。前四种版本适用于16岁以上并有小学以上文化程度者;E式为128项,专为阅读水平低的人而设计。16PF主要用于确定和测量正常人的基本人格特征,并进一步评估某些次级人格因素。1970年我国刘永和、梅吉瑞将A、B版本合并,发表了中文修订本(表6-2)及全国常模。

A、B、C、D式均有三种答案可供选择:A、是的;B、介于A与C之间;C、不是的。E式为两个答案选择一个。条目举例:我感到在处理多数事情上我是一个熟练的人。

16PF结果采用标准分(Z分)。通常认为<4分为低分(1~3分),>7分为高分(8~10分)。高、低分结果均有相应的人格特征说明。表6-2列出16个因素的名称、特质简介和得高低分所表示的人格特征。

表6-2 16PF因素、名称、特征简介

因素	名称	低分特征	高分特征
A	乐群性	缄默,孤独,冷淡	外向,热情,乐群
S	聪慧性	思想迟钝,学识浅,抽象思考力弱	聪明,富有才识,善于抽象思维
C	稳定性	情绪激动,易烦恼	情绪稳定而成熟,能面对现实
E	恃强性	谦逊,顺从,通融,恭顺	好强,固执,独立,积极
F	兴奋性	严肃,审慎,冷静,寡言	轻松兴奋,随遇而安
G	有恒性	苟且敷衍,缺乏奉公守法的精神	有恒负责,做事尽职
H	敢为性	畏怯退缩,缺乏自信心	冒险敢为,少有顾虑
I	敏感性	理智的,着重现实,自恃其力	敏感,感情用事
L	怀疑性	信赖随和,易与人相处	怀疑,刚愎,固执己见
M	幻想性	现实,合乎成规,力求妥善合理	幻想的,狂放任性
N	世故性	坦白,直率,天真	精明强干,世故
O	忧虑性	安详,沉着,通常有自信心	忧虑抑郁,烦恼自忧
Q1	实验性	保守的,尊重传统观念与行为标准	自由的,批评激进,不拘泥于成规
Q2	独立性	依赖,随群附和	自立自强,当机立断
Q3	自律性	矛盾冲突,不顾大体	知己知彼,自律谨严
Q4	紧张性	心平气和,闲散宁静	紧张困扰,激动挣扎

四、洛夏墨迹测验

洛夏墨迹测验是投射测验中最常用的一种测验工具。所谓投射测验(projective test)是指观察个体对一些模糊的或者无结构材料所做出的反应,通过被试的想象而将其心理活动从内心深处暴露或投射出来的一种测验,从而使检查者得以了解被试的人格特征和心理冲突。在人格评估工具中,投射测验最常被心理学从业者尤其是精神分析学家使用。

洛夏墨迹测验(Rorschach inkblot test)是由瑞士精神病学家洛夏(Rorschach H)在1921年创立,目的是为了临床诊断,对精神分裂症与其他精神病做出鉴别,也用于研究感知觉和想象能力。1940年,洛夏墨迹测验才被作为人格测验在临床上得到了广泛应用。1990年龚耀先完成了该测验的修订工作,现已有我国正常人的常模。洛夏墨迹测验的材料为10张墨迹图,有5张全为黑色的,2张是黑色和红色的,其余3张是彩色的,都是将墨迹放在纸上再加折叠所成的对称的浓淡不匀的墨迹图(图6-2)。测试时将10张图片按顺序一张一张地交到受试者手中,要他说出从图中看到了什么。不限制时间,也不限制回答数目,一直到没有回答时再换另一张。每张均如此进行。看完10张图后,再从头对每一回答都询问一遍。问他看到的是指图的整体或图的哪一部分,问他为什么说这些部位像他所说的内容。将所指部位和回答的原因均记录下来。然后进行结果分析和评分。美国 Exner 于1974年建立了洛夏测验结果综合分析系统,目前常用于正常和病理人格的理论和临床研究。



图6-2 洛夏测验墨迹图

虽然洛夏墨迹测验结果主要反映了个人人格特征,但也可得出对临床诊断和治疗有意义的精神病理指标,主要有抑郁指数、精神分裂症指数、自杀指数、应付缺陷指数及强迫方式指数等,这些病理指数都是经验性的,但在临床上对患者人格特征分析有一定借鉴作用。

洛夏墨迹测验在临床上是一个很有价值的测验,但其记分和解释方法复杂,经验性成分多,主试需要长期的训练和经验才能逐渐正确掌握。

五、主题统觉测验

主题统觉测验(thematic apperception test, TAT)是由亨利·默里(Murray H)在1938年创立的。主试向被试呈现模糊情景的图片,要求被试根据这张图片讲述一个故事,包括情景中的人在干什么,想什么,故事是怎么开始的,而每个故事又是怎么结尾的(图6-3)。主试评价故事的结构和内容,评价被试描述的个体行为,试图发现被试关心的问题、动机和人格特点。例如,主试可以根据被试是否关心人们有没有按照他们的意愿快乐地生活和故事是否以严肃、有条理的方式来讲述评价一个人的公正性。主题统觉测验还经常用来揭示个体在支配需要上的个体差异,诸如权力、领导和成就动机。经过几十年的研究,证明主题统觉测验是测量个体成就需要的有效工具。



图6-3 主题统觉测验中的一张卡片

第五节 症状评定量表

症状评定量表是针对人们心身健康状况的心理评定测验。进入21世纪,这一类型评定量表种类繁多,在临床诊疗中常用的有心理卫生综合评定、生活质量、个体情绪与精神障碍等心理测验。本章节重点介绍临床上常用的有关的心理健康症状评定量表和情绪评定量表。

一、SCL-90症状自评量表

SCL-90症状自评量表(symptom checklist 90, SCL-90)由90个反映常见的心理健康状况的项目组成(表6-3)。被试根据自己最近两周由于反映有无各种心理症状及其严重程度,在每个项目后按“没有、很轻、中等、偏重、严重”等级以1~5(或0~4)五级选择评分。结果得出10个症状因子分,包含如下:

1. 躯体化 共12项,主要反映主观的身体不适感,包括心血管、呼吸道、胃肠道系统主诉的不适,以及头痛、脊痛、肌肉酸痛和焦虑的其他躯体表现。

2. 强迫症状 共10项,主要指那些明知没有必要,但又无法摆脱的无意义的思想、冲动和行为等表现,还有一些一般的感知障碍也在这一因子中反映。

3. 人际关系敏感 共9项,主要指某些个人不自在感与自卑感,尤其是在与其他人相比较时更突出。自卑感、懊丧以及在人际关系上明显相处不好的人,往往这一因子得分较高。

4. 抑郁 共13项,反映忧郁苦闷的情感和心境,包括对生活的兴趣减退,缺乏活动愿望,丧失活动动力等。此外,还包括失望、悲叹、与忧郁相关系的其他感知及躯体方面的问题。

5. 焦虑 共10项,包括一些通常在临床上明显与焦虑症状相关联的症状与体验,一般指那些无法静息、神经过敏、紧张以及由此产生的躯体征象(如震颤)。游离不定的焦虑及惊恐发作是本因子的主要内容,它还包括一个反映“解体”的项目。

6. 敌对 共6项,主要从思想、情感及行为三方面来反映患者的敌对表现。其项目包括从厌烦、争论、摔物,直至争斗和不可抑制的冲动暴发等各个方面。

7. 恐怖 共7项,它与传统的恐怖状态或广场恐惧症所反映的内容基本一致,恐惧的对象包括出门旅行、空旷场地、人群或公共场合及交通工具。此外,还有反映社交恐怖的项目。

8. 偏执 共6项,偏执是一个十分复杂的概念,本因子只是包括了它的一些基本内容,主要是指思维方面,如投射性思维、敌对、猜疑、关系妄想、被动体验和夸大等。

9. 精神病性 共10项,其中有幻听、思维扩散、情感控制、思维插入等反映精神分裂症有关的项目。

10. 附加项 共7项,反映睡眠及饮食情况。

SCL-90项目内容及使用方法请参阅汪向东等(1999)编写的《心理卫生评定量表手册》(中国心理卫生杂志社,31-35)。

表6-3 90项症状自评量表(SCL-90)项目举例

题号	内容
1	头痛
2	神经过敏,心中不踏实
3	头脑中有不必要的想法或字句盘旋
4	头昏或昏倒
5	对异性的兴趣减退
6	对旁人责备求全
7	感到别人能控制您的思想
8	责怪别人制造麻烦
9	忘性大
10	担心自己的衣饰整齐及仪态的端正

二、抑郁自评量表 (SDS)

常用的有 Zung 抑郁自评量表 (Zung self-rating depression scale, SDS), 由美国杜克大学医学院的 Zung 于1965年所编制(表6-4)。每个项目采用1~4级计分法, 即按“很少有”、“有时有”、“大部分时间有”和“绝大部分时间有”4个级别, 其中2、5、6、11、12、14、16、17、18、20项目为反向评分, 按4~1计分, 各项目累计即为抑郁原始分。总分超过41分可考虑筛查阳性, 表明可能有抑郁症状的存在, 须进一步检查。抑郁严重指数 = 总分 / 80。指数范围为0.25~1.0, 指数越高, 反映抑郁程度越重。SDS 适用于有抑郁症状的成人, 也可用于流行病学调查。

表6-4 Zung抑郁自评量表 (SDS)

题号	内 容	题 号	内 容
1	我觉得闷闷不乐, 情绪低沉	11	我的头脑跟平常一样清楚
2	我觉得一天之中早晨最好	12	我觉得经常做的事情并没有困难
3	我一阵阵哭出来或觉得想哭	13	我觉得不安而平静不下来
4	我晚上睡眠不好	14	我对将来抱有希望
5	我吃得跟平常一样多	15	我比平常容易生气激动
6	我与异性密切接触时和以往一样感到愉快	16	我觉得作出决定是容易的
7	我发觉我的体重在下降	17	我觉得自己是个有用的人, 有人需要我
8	我有便秘的苦恼	18	我的生活过得很有意思
9	我心跳比平时快	19	我认为我死了别人会生活得好些
10	我无缘无故地感到疲乏	20	平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣

三、焦虑自评量表 (SAS)

常用的有 Zung 焦虑自评量表 (Zung self-rating anxiety scale, SAS), 共有20个评定项目(表6-5), 每个项目采用1~4级计分法, 即按“很少有”、“有时有”、“大部分时间有”和“绝大部分时间有”4个级别, 其中5、9、13、17、19项目为反向评分, 按4~1计分。各项目累计即为焦虑原始分。总分超过40分可考虑筛查阳性, 即可能有焦虑存在, 须进一步检查。分数越高, 反映焦虑程度越重。SAS 适用于有焦虑症状的成人。

表6-5 Zung焦虑自评量表 (SAS)

题号	内 容	题 号	内 容
1	我感到比往常更加神经过敏和焦虑	11	我因阵阵的眩晕而不舒服
2	我无缘无故感到担心	12	我有阵阵要昏倒的感觉
3	我容易心烦意乱或感到恐慌	13	我呼吸时进气和出气都不费力
4	我感到我的身体好像被分成几块, 支离破碎	14	我的手脚感到麻木和刺痛
5	我感到事事都很顺利, 不会有倒霉的事情发生	15	我因胃痛和消化不良而苦恼
6	我的四肢抖动和震颤	16	我必须时常排尿
7	我因头痛、颈痛和背痛而烦恼	17	我的手总是温暖而干燥
8	我感到无力且容易疲劳	18	我觉得脸发烧发红
9	我感到很平静, 能安静坐下来	19	我容易入睡, 晚上休息很好
10	我感到我的心跳较快	20	我做噩梦

四、医学应对问卷 (MCMQ)

医学应对问卷 (medical coping modes questionnaire, MCMQ)。应对是应激源与应激心身反应之间的一个重要中介调节因素,十多年来应对方式受到人们的广泛重视。其中沈晓红、姜乾金等引进的医学应对问卷是 Feifel 根据不同患者存在不同的应对策略,不同的应对策略影响疾病的不同进程的原理编制而成,是临床诊疗中为数不多的专门用于评价患者的应对量表。国内在临床癌症、慢性肝炎、心脑血管疾病、糖尿病、手术和妇科患者的应用表明具有一定分析意义和使用价值。

该量表(表6-6)由患者按照指导语自行填写。问卷包含面对、回避和屈服三类应对策略,共20条项目内容,各项目按1、2、3、4四级计分,其中8个项目反向计分(下表中以“-”号标记)。“面对”策略由第1、2、5、10、12、15、16、19条项目分累计;“回避”策略由第3、7、8、9、11、14、17条项目分累计;“屈服”策略由第4、6、13、18、20条项目分累计。

表6-6 医学应对问卷 (MCMQ) 项目举例 (注:全量表见配套光盘)

题号	内 容	选 项
1	你在多大程度上希望自己参与作出各种治疗决定? (-)	(1)非常希望(2)中等希望(3)有点希望(4)不希望
2	你是否经常想与亲戚朋友谈论你的疾病?	(1)不想(2)有时想(3)经常想(4)总是想
3	在讨论你的疾病的时候,你是否经常发现自己却在考虑别的事情?	(1)从不这样(2)有时这样(3)经常这样(4)总是这样
4	你是否经常觉得自己要完全恢复健康是没有指望的? (-)	(1)总是这样(2)经常这样(3)有时这样(4)从不这样
5	几个月来,你从医生、护士等懂行的人那里得到多少有关疾病的知识?	(1)极少(2)一些(3)较多(4)很多

五、生活事件量表 (LES)

生活事件量表 (life event scale, LES) 是测量社会生活事件对人们心理刺激强度影响的定量性量表。1967年美国 Holmes 对生活事件的定量研究最具有代表性。目前我国有多种版本,其中1986年杨德森、张亚林编制的生活事件量表在国内临床和心理健康评估上广泛应用。

该量表适用于16岁以上成人,主要应用于神经症、各种躯体疾病以及重性精神病的病因学研究,指导心理危机干预、了解自身精神负荷、维护心身健康和提高生活质量的预防工作。

生活事件量表(表6-7)包含家庭生活方面、工作学习方面和社交其他方面三个部分内容,共有我国比较常见的48个生活事件项,采取0、1、2、3、4的5级评分法。即按“没有影响”、“轻度”、“中度”、“重度”、“极重度”5个级别记分,生活事件影响持续时间分为三个月、半年内、一年内和一年以上4个等级。量表测验得分越高表明个体承受的精神压力越大,95%的正常人一年内的LES总分不超过20分,99%的正常人不超过32分。

表6-7 生活事件量表 (LES)

题号	内 容	题号	内 容
1	恋爱或订婚	8	夫妻感情不和
2	恋爱失败、破裂	9	夫妻分居(因不和)
3	结婚	10	夫妻两地分居(工作需要)
家庭中的有关问题	4 自己(爱人)怀孕	11	性生活不满意或独身
	5 自己(爱人)流产	12	配偶一方有外遇
	6 家庭增添新成员	13	夫妻重归于好
	7 与爱人、父母不和	14	超指标生育

续表

	题号	内 容	题号	内 容
家庭中的有关问题	15	本人(爱人)做绝育手术	22	家庭经济困难
	16	配偶死亡	23	欠债500元以上
	17	离婚	24	经济情况显著改善
	18	子女升学(就业)失败	25	家庭成员重病、重伤
	19	子女管教困难	26	家庭成员死亡
	20	子女长期离家	27	本人重病或重伤
	21	父母不和	28	住房紧张
工作学习中的问题	29	待业、无业	36	工作学习中压力大(如成绩不好)
	30	开始就业	37	与上级关系紧张
	31	高考失败	38	与同事、邻居不和
	32	扣发奖金或罚款	39	第一次远走他乡异国
	33	突出的个人成就	40	生活规律有重大变动(饮食睡眠规律改变)
	34	晋升、提级	41	本人退休、离休或未安排具体工作
社交及其他问题	35	对现职工作不满意	46	被拘留、受审
	42	好友重病或重伤	47	失窃、财产损失
	43	好友死亡	48	意外惊吓、发生事故、自然灾害
	44	被人误会、错怪、诬告、议论		
	45	介入民事法律纠纷		

拓展阅读 心理测验与心理评估

一、心理测验漫谈

心理测验虽然是世界上最年轻的学科之一,但其思想和实践源远流长。我国始于汉代,兴于隋唐的科举被中外学者公认为世界上最早的心理测验实践。我国民间流传的“周岁试儿”、“七巧板”与“九连环”等都蕴含着创造力测验的内涵,为当代多数智力测试和创造力测验所使用,并发展成为标准化的纸笔型测验。著名心理学家武德沃斯(Woodworth RS)将九连环称为中国式的迷津。20世纪20年代,北京高等师范学校和南京高等师范学校首先建立两个心理学实验室,廖世承和陈鹤琴教授首开测验课,1931年中国测验学会成立,这一阶段是中国心理测验迅速发展的阶段。新中国成立后,由于多方面原因,心理测验一直成为禁区。80年代随着改革开放,心理测验得到重新发展,1984年中国心理学会测验工作委员会成立。心理测验作为对人们心理健康和行为评估的重要手段在临床诊疗和社会实践中正越来越受到重视和应用。

近年来,在社会实践的人才选拔与心理干预中心理测验作为测评手段异军突起,在公务员、军事人员、公安干警和运动员等岗位的人才招聘选拔,以及学生心理健康档案建立过程中心理测验得到了广泛应用,逐渐形成心理测验评价体系和独立学科。

随着神经心理学的快速发展,目前已有多种神经心理测验方法。其主要用途表现在四个方面:①为大脑损伤患者提供定位诊断的症状学依据。②提供药物和外科等其他治疗的判定标准。③评定治疗效果。④为制定高级神经功能的神经康复治疗步骤与措施提供心理学依据。

与此同时,许多发达国家采用磁共振技术(MRI)、事件相关性脑电位仪(ERP)等先进技术开展了神经心理的科学研究,将呼吸、血压、心跳和肌电等自主神经系统(ANS)的生理指标与个体认知、情绪、个性的心理指标相融合,提供了个体心理活动和健康水平的重要量化信息。

当代认知心理学的兴起,将电子计算机、语言学以及信息论、系统论和控制论等新兴学科与边缘学科引入心理学科的研究中,促进了心理测验方法更加系统和完善。

二、心理评估的方法

心理测验是对人的心理现象做出量化评估的一类重要手段。但实际上,为了评估一个人的心理状况,临床实践中传统的实验法、观察法和晤谈法等也都是大家日常非常熟悉的评估方法。鉴于人的心身现象的复杂性,以及问题性质和主客观条件的不同,临床上应当根据实际情况采用相应的心理评估方法。

1. 观察法 它是指心理评估的过程,通过对研究对象的观察分析,探讨其心理行为规律的一种方法。对患者心理特征及其行为指标的观察是临床诊疗过程中常用的方法之一。例如,早期对儿童心理形成的特点与发展规律的研究,就是应用定期观察收集的资料进行分析获取的。观察法的心理评估优点是目的明确,深入细致,可以对被观察者的认知过程、表情动作、个性心理特征进行详细记录。观察法得到的资料比较真实可靠。不足之处在于时间上的不确定性,观察者难以准确掌握所需要了解的心理活动和特点在预定时间出现,具有一定被动性。观察评估的信度和效度,决定于观察者本身的学识和经验,以及对问题性质的把握,同时也受被观察者的表现是否自然真实等因素的影响。

2. 实验法 它是指严格、有目的地创设一定情景与条件来引起某种心理现象从而进行研究的一种指心理评估方法,一般分为实验室实验法和自然实验法。实验室实验法是在实验室借助各种仪器设备进行。自然实验法则具备了观察法和实验室实验法的优点。实验法的优点是可以人为控制许多因素,保证实验的系统性和准确性,如果实验的设计和过程科学,能保证较高的评估结果的信度和效度。但实验法仅适用于某些简单的心理活动,对于复杂的个性心理特性具有一定的局限性。

3. 晤谈法 它是通过双方之间面对面的语言交流获取心理信息的方法。晤谈法的实施过程中,首先要明确晤谈的目的。其次要建立良好的双方之间交往关系。第三要根据实际情况采取恰当的心理晤谈技能。晤谈法的优点是双方直接面对面可以当场及时了解信息,双向信息反馈效果较好。不足之处在于患者的一些难以当面启齿的问题不能准确和及时获取。晤谈评估的信度和效度与观察评估一样,决定于主客观两方面因素。

(林大熙)

第七章 心理干预

● 本章提要

心理干预和心理治疗与药物、手术、理疗等理化干预和治疗一样,是人类用于改善健康、治疗疾病和增进康复的手段。临床医学专业学生了解和掌握一定的心理干预和心理治疗技能,有助于认识和解决临床医学中许多心理问题。

作为本课程的基本技能部分,本章在整体介绍心理干预和心理治疗的相关知识以后,重点介绍以四种重要心理学理论为基础的心理治疗以及目前使用广泛的其他心理干预技术。内容以简单、易懂、易掌握为原则,但学习时应密切结合第二章相关心理学基础理论知识。

第一节 心理干预概述

一、基本概念与简史

心理干预(psychological intervention)是指在心理学原理和有关理论指导下有计划、按步骤地对一定对象的心理活动、个性特征或行为问题施加影响,使之发生指向预期目标变化的过程,是相对广义的用词。

心理治疗(psychotherapy)则是心理干预中最主要的内容,是相对狭义的但具有更强专业性和规范性的心理干预。本节以心理治疗为主线,讨论心理干预中的一些基础知识和技能。

结合医学心理学的学科特点,我们将心理治疗定义为:心理治疗是一种运用心理学的理论和技术,治疗疾病、促进心身健康的专业性人际互动过程。心理治疗师通过应用各种言语和非言语的心理学方法和技术,促使患者或患者的心理、生理和社会功能产生积极的变化,改善其病理心理状态,消除心身症状,重新建立个体与环境的平衡,从而达到治疗疾病、促进心身健康的目的。

心理治疗大致包括五个方面的基本要素:①专业性:治疗师必须受过专业训练,具备一定的心理学知识和技能;②科学性:运用各种心理学的理论和技术;③对象性:治疗以人为中心,针对的是具有一定精神、躯体或行为问题的人,而不是问题或症状;④有效性:治疗遵循一定的规范和程序,是一种积极的人际互动过程;⑤目的性:治疗的目的是恢复健全的心理、生理和社会功能,治疗疾病、促进心身健康。

心理治疗与心理咨询(psychological counseling)在一定程度上相互重叠和相通,都是运用心理学的方法和技术进行以助人为目的的专业性人际互动过程。主要的区别在于治疗的对象各有侧重:心理治疗主要针对具有躯体或精神疾病的患者,而心理咨询主要针对正常患者。本章所介绍的心理干预方法,主要涉及心理治疗的范畴。

与其他医疗技术相比,心理治疗与社会人文学科有更紧密的联系,被称为“基于科学的艺术”。其实施不仅要符合医学、心理学等科学的规律,而且受到各种社会文化因素的影响,和社会伦理、道德

和法律的约束。

心理治疗是人类最古老的治疗疾病的方法之一,在漫长的人类历史上,心理治疗方法的使用却早已存在,但作为正式的科学名称出现仅是近百年的事。中国古代哲学和中医理论和实践中蕴含了丰富的心理治疗思想和治疗方法。《黄帝内经·灵枢》中有“告之以其败,语之以其善,导之以其所便,开之以其所苦”,是典型的疏导式心理治疗;中医还有五行相克和情志相胜治则,根据“悲胜怒,怒胜思,思胜恐,恐胜喜,喜胜悲”的原则,对具体患者分别实施不同的情景刺激激发一定的情绪反应,可以治疗由于某一情志失调所致的心身症状。此外,我国古代流传下来众多的健身治病训练程式,例如太极拳、气功等,也包含丰富的心理治疗成分。

在西方,远古希腊和古埃及时代,医生就已重视心理干预的作用。他们强调整体治疗,使用暗示、音乐、催眠等手段治疗疾病。但是,在西方中世纪时期,宗教具有绝对的权威,对精神患者普遍采取精神和肉体摧残的方法,严重阻碍了心理治疗科学的发展。直至18世纪末,在法国医生皮奈尔(Pinel)的积极倡导下,才开始用比较人道的方法对待精神患者,心理治疗才开始得到发展。

近百年来,西方心理治疗科学发展较快。19世纪末~20世纪初,西方流行麦斯麦(Mesmer FA)的催眠疗法。之后,奥地利神经精神科医生弗洛伊德(Freud S)创立的精神分析疗法得到广泛传播。20世纪50年代末,基于行为理论的行为疗法迅速发展。40~70年代,心理学的第三势力——人本主义理论指导下的患者中心疗法形成和发展。70年代起,以认知理论为依据的认知疗法得到快速发展,并逐渐与行为治疗结合,形成认知行为疗法。这些心理治疗理论与方法,目前已经成为心理治疗中重要的流派。在东方,日本的森田正马于20世纪20年代创立了森田疗法,至今仍然是某些神经症的可选择治疗手段之一。另外,集体心理治疗发源于20世纪初,发展于40年代。松弛疗法、生物反馈等操作性较强的心理治疗技术也在20世纪不同时期出现并得到广泛的使用。

展望未来,随着世界上多元文化的交融、各种理论的相互渗透以及相关学科之间的交叉,许多心理治疗工作者已逐渐改变固守某一流派和某一治疗方法的做法,转而采用折中心理治疗法(eclectic psychotherapy),即灵活选择、综合应用对患者最有效的治疗方法。在系统论和整体观不断向医疗卫生领域渗透的同时,以“人”为中心的综合心理干预理念,例如压力系统理论与多层次心理干预技术的结合,将推动心理治疗工作逐渐产生变革。

二、基本过程

尽管不同的心理治疗方法源自不同的理论流派,其治疗理念、形式、技术和目标等各有不同,但多数心理干预均包含以下的基本过程:问题判别与关系建立、功能分析与目标设定、方法选择与实施、效果评估与调整、治疗结束与疗效维持。

(一) 问题判别与关系建立

心理干预以人为中心,治疗对象是具有一定精神、躯体或行为问题的人。在医学心理学的框架下,面对一名患者,心理治疗师的首要任务是对患者的问题进行判断和鉴别。问题判别的意义在于明确患者问题的性质,根据心理治疗的适应证和禁忌证判断患者是否需要进行治疗,鉴别其是否是属于需要其他治疗方法或首先需要其他治疗方法进行治疗的问题,如精神药物治疗、原发躯体疾病治疗等。问题判别一般需要1~2次会谈的时间。

一般来说,心理干预患者的问题性质主要包括以下几个方面:①存在精神疾病;②存在躯体疾病,伴随心理行为问题;③存在躯体疾病,心理社会因素在疾病的发生发展中具有重要作用;④存在心理行为问题,尚未构成精神疾病;⑤存在其他各种需要解决的问题。

人是生物、心理、社会因素综合在一起的整体结构。在人的一生发展过程中,这个整体结构始终处于动态的平衡过程。一种心理行为问题往往涉及生物、心理、社会各方面的多种因素,具有由表及里的不同层次。故判别一名患者的问题性质有时候并非易事,需要掌握医学心理学的系统理论知识,通过各种专业技术,详细了解才能作出判断和鉴别。

良好的治疗关系是心理治疗起效的基础,在心理治疗的初期,问题判别的同时,随着心理治疗师与患者的初步交流,治疗关系便已经开始建立,并逐渐形成某种较为稳定的个体化的关系模式贯穿整个心理治疗的始终。

(二) 功能分析与目标设定

1. 功能分析 在进行问题判别之后,心理治疗师应对纳入心理治疗的患者进行生理、心理和社会功能的全面分析。不同心理治疗方法侧重点各有不同,但一般都会涉及精神或躯体症状、行为问题或方式、人格特点、认知方式、应对方式、人际关系、社会能力等,同时也会对患者的生活事件、成长经历、家庭关系、社会文化环境及资源等情况进行多方位了解,对患者的状况作出多维评定与诊断。功能分析大约在2~4次会谈内完成。

功能分析的方法主要包括交流、观察、自我记录和心理测验。

(1) 交流是指心理治疗师通过患者和家属的叙述,或就需要了解的内容进行询问,通过对方的回答对其功能进行分析和判断的方法。交流是所有心理治疗流派的治疗师均最常用的功能分析方法,简单有效。

(2) 观察是指心理治疗师对患者的外表穿着、在心理咨询室内外的行为表现、与咨询师和其他人的互动情况进行观察,对其功能进行分析和判断的方法。一名经验丰富的心理治疗师,可通过观察获得相当大的信息量。

(3) 自我记录是指患者在心理治疗师的指导下,对自己日常生活中的事件、症状、认知、情绪、行为等进行观察、监督和记录,并在心理治疗中进行讨论的功能分析方法。此方法已成为认知和行为治疗中较为常用的心理治疗技术,并设有一定的图表格式和分析模式。

(4) 心理测验是较为客观、全面的功能分析方法。心理治疗中功能分析常用测验包括各种症状评定量表、生活事件和压力评估量表、人格测验、各种心理功能测验和智力测验等。

2. 干预目标与层次 在较全面地了解患者的生理、心理、社会功能之后,接下来的工作就是确立干预的目标。患者不适的精神或身体症状、行为问题或人际困惑,以及功能分析中发现的生理、心理、社会功能问题,均可成为干预的靶目标。同一名患者可设立不同方面和深度的心理治疗干预目标,依赖于治疗师和患者在患者的要求与治疗师的建议之间协商讨论的结果。由于生理-心理-社会功能的整体性,以及人与环境的互相性,心理治疗在一个靶目标上引起的改变可能产生系统性的变化,带动整体功能的积极改善,即心理治疗的“滚雪球效应”。

患者不同的功能状况和不同的干预目标决定了心理干预的层次。临床工作中的心理干预一般包括心理教育、心理指导和系统心理治疗三个层次。

(1) 心理教育:对于单纯以知识缺乏或错误认识为主导导致的问题,可以仅仅采用心理教育或宣传的方式展开干预工作。例如,一位妻子因性生理知识的缺乏,认为性无能丈夫在睡眠时却能勃起,诱发夫妻关系紧张等多种第二层次的问题,虽伴有个性化的多疑(第三层问题)和长期情绪抑郁和失眠等症状(第一层问题),但重点给予正确的性知识教育,便能启动其他层面问题的缓解。

(2) 心理指导:对于以各种生活事件、人际矛盾和应对困难为主的心理问题,虽与其人格有关但不是主要因素者,尽管也存在各种心身症状,但可通过专业心理指导技术实施干预,如压力管理训练、应对技巧介绍和提高社会支持等。例如,在社会竞争中失败,加上应对方式的失当、流落他乡的环境,是近年来城市外来人群中常见的心身症状的主要原因,多方面的心理指导往往有效。

(3) 系统心理治疗:对于人格层面因素起重要作用的心理问题患者,应采用系统的心理治疗方法进行干预。例如,社交紧张是青年常见的心理问题,虽然其各种症状和社会支持问题等压力因素也是客观存在的,但其条件反射性紧张和不由自主的担心是关键的原因,而这来自于人格的层面(心理防御机制、认知方式等),各种心理治疗理论对此各有独特的解释,也各有其系统的干预治疗方法。

心理治疗的过程就是逐渐改变人格深层问题的过程。心理治疗与心理教育和心理指导的区别就在于心理治疗需要突破个体的意识控制层面,从人格层面逐渐发生深层次的改变,而心理教育和心理

指导仅为理论和知识在意识层面的指导和告知。当然以上三个层次的干预思路只是相对的,在制定干预策略时不应截然分开,许多情况下可同时考虑或根据需要相互转化。

(三) 方法选择与实施

干预目标设定后,便可围绕此目标拟定干预策略,选择心理治疗的方法。心理行为问题及其影响因素个体差异很大,心理治疗方法的选择需要考虑个体化的方案。心理治疗方法的选择受以下几方面因素的影响:①治疗目标和治疗层次;②患者的问题及个人情况,如问题的来源、性质、重要影响因素等,及患者的性别、年龄、求治动机、文化水平、经历阅历、人格特征等;③心理治疗师的技术流派和对患者问题的理论解释。

方法选定后便可根据相应方法的理念、步骤和技术进行心理干预的实施。不过,治疗干预并非从此刻才开始,实际上自患者踏进心理治疗室与治疗师进行交流开始,前两个步骤在进行的同时,心理干预已经在发挥着治疗的作用。

(四) 效果评估与调整

在心理干预的过程中,治疗师应注重效果的评估。评估的方法与功能分析方法相似,可通过交流、观察、自我记录和心理测验。效果评估不仅可以判断治疗的进展情况,而且可根据评估结果及时调整治疗方法和技术。如果确信某一治疗技术无效,有时可改用另外一种,例如偏头痛患者采用渐进性松弛训练无效时,可改用肌电生物反馈。

在治疗干预的后期,患者的心理行为问题得到矫正,新的心理行为模式开始形成。此时需要进行一次较全面的评估,并与基础测验结果做比较,进行总体分析与判断,确定整体疗效。

(五) 治疗结束与疗效维持

对于系统的心理治疗,治疗关系的结束和治疗的终止是必不可少且具有重要意义的一个程序。这个程序的良好处理有利于患者脱离对治疗师的依赖,将治疗室中得到的改善和成长渐融入未来的生活中去。

有些心理行为问题容易复发,维持疗效是治疗程序的一个重要环节。为了保持治疗的效果和防止问题的复发,治疗关系结束后,还需要患者继续某些治疗任务,或者保持一定适应性的心理行为习惯。维持治疗的计划需要治疗师在结束治疗关系时,与患者共同制订,并嘱其按计划实施。

需要指出的是,以上五个步骤是心理干预工作的一般性程序,不同的步骤之间没有绝对的界限,常常相互融会贯通。不同流派,甚至同一流派的不同心理治疗师,在心理干预的实施过程中,也存在决策和技术上的较大差异。心理治疗过程的这种复杂性给治疗实施的标准化带来了一定的困难,同时也为心理治疗增添了更多的艺术成分,对心理治疗师提出了更高的要求。

三、原理、机制与形式

(一) 心理治疗的基本原理

不同的心理学流派对心理治疗的原理有不同的观点,但不同的心理治疗方法存在一些共同的基本原理。心理治疗的基本原理就是基于各种心理学的理论和方法,运用各种言语和非言语的心理治疗技术,促使患者的心理、生理和社会功能产生积极的变化,改善其病理心理状态,消除心身症状,重新建立个体与环境的平衡,以达到治疗疾病、促进心身健康的目的。

(二) 心理治疗的机制

1. 心身统一是心理治疗起效的生物学基础 医学研究已证明,人的心理活动与生理功能相互影响、相互作用。不良的心理社会因素可以通过这种相互作用引发躯体功能的紊乱,引起心身症状。反之,积极的心理治疗手段通过改善患者的心理功能,作用于心理病理机制,逆转原有的病态心理-生理过程,改善心身症状,消除疾病。

脑是心理的器官,心理是脑的功能。近年来神经科学研究表明,脑具有可塑性。个体在成长过程中,个人经验不断形成着新的皮质间联系,即经验依赖性脑可塑性。这些神经网络的发生代表了个体

的特异性记忆,决定了个体的认知、情绪和行为方式。近年来神经影像学、学习和记忆的动物实验研究表明,心理治疗可能对脑可塑性产生多方面的影响:在宏观上表现为精神活动和行为表现发生改变,改善患者的脑功能(血流和代谢等);在微观上可能存在神经元突触、神经环路的微细结构与功能的变化,包括突触形态亚微结构、神经化学物质(神经递质、神经调质、受体等)、电生理活动等方面的改变。

2. 心理治疗通过非特异性和特异性治疗机制共同起效 根据心理治疗师在干预工作中是否有意识地运用心理治疗方法和技术,可以把心理治疗的起效机制分为非特异性治疗机制和特异性治疗机制。

非特异性治疗机制是心理治疗师在进行心理干预工作时,无形中产生的治疗效果。这种疗效与治疗师所实施的治疗方法关系不大,更多地与治疗师对患者的关心、支持,患者对治疗师的信任、认同,对治疗的信心和随着治疗而产生的安全感等有关。

特异性治疗机制是心理治疗师运用心理学原理,有意识地选择某种治疗方法和技术,由此产生的治疗效果。由于心理治疗的方法和技术不同,其治疗的起效机制也各有不同。如行为技术的起效机制在于通过强化、行为塑造或学习,消除不适应性行为模式,建立适应性行为模式;认知技术在于通过认知重建带动情绪和行为的变化;积极关注技术在于启发患者自身的潜能等。

心理治疗就是在这种非特异性和特异性治疗机制的共同作用下,逐渐起效达到治疗的目的的。

(三) 心理治疗的形式

根据心理治疗的沟通方式,可将心理治疗分为个体治疗、夫妻治疗或婚姻治疗、家庭治疗和团体治疗等。

1. 个体治疗(individual therapy) 以单独的患者或患者为对象的心理治疗。多数治疗或咨询均采用这种治疗师与患者一对一访谈的形式。

2. 夫妻治疗(couple therapy)或婚姻治疗(marital therapy) 以配偶双方为对象的治疗。重点处理影响婚姻质量的各种问题,如夫妻关系、性问题。另外,非夫妻的情侣双方共同参与的心理治疗也属于这个范畴。

3. 家庭治疗(family therapy) 以家庭为单位的治疗。以最普遍、最基本的人际系统——核心家庭为干预目标,必要时还邀请核心家庭之外的大家庭成员,甚至家庭外的有关人员等参加治疗。

4. 团体治疗(group therapy) 以多名有相似问题,或对某一治疗有共同适应证的不同心理行为问题的患者或患者为单位的治疗。团体治疗重视团体成员构成人际系统后产生的“团体心理动力学”现象,利用人际互动来改善问题,促进健康。

四、治疗关系、原则与伦理问题

(一) 心理治疗的治疗关系

治疗关系(therapeutic relation)是治疗过程中治疗师和患者之间形成的互动关系。现代心理治疗理念认为,良好的治疗关系是心理治疗有效进行的前提和保证。目前,治疗关系对心理治疗的重要作用已成为不同取向心理治疗师的共识。

心理治疗中的治疗关系不同于日常生活中的社会关系,也不同于一般意义上医生与患者之间的普通医患关系,它是一种能够使心理治疗有效进行的,真诚相对、充分理解、共同合作的工作关系。

不同心理治疗流派的治疗关系有所不同,心理治疗师在治疗中充当着不同的角色。有的充当类似“教练”的角色,发挥指导、支配的作用,把患者放到被动的位置上听从指挥和训练;有的充当参谋者的角色,强调平等与合作,治疗师和患者共同探讨患者心理行为问题的原因和改善方法;有的充当镜子或拐棍的角色,给患者提供支持的空间,启发患者发挥自身的潜能解决问题。

不同的治疗关系在治疗中起到不同的作用,服务于相应流派的整体治疗理念和方法。目前,越来越多的流派接受患者中心治疗理念的启发,罗杰斯(Rogers)提出的真诚、共情和无条件积极关注在

治疗关系建立中的有效作用得到了广泛的认可。

（二）心理治疗的原则

当代心理治疗理念认为,积极有效的心理治疗应遵循以下原则:

1. 保密原则 保密原则是心理治疗最基本的原则。心理治疗师有责任对患者叙述的内容进行保密。在未经患者允许的情况下,不得透露给他人,包括患者的亲属、朋友或同事,更不得随意宣扬。但在可能危害其自身或危及他人安全的情况时,必须采取必要的措施以防止意外事件的发生。

2. 尊重原则 治疗师应尊重患者,以平等的态度对待患者,尊重其隐私权、自我决定权等权利。不得因患者的年龄、性别、种族、性取向、宗教和政治信仰、文化、身体状况、社会经济状况等任何方面的因素而歧视患者。这不仅能使患者在咨询室内获得尊重感,而且有利于其承担起解决自身问题的责任。

3. 接纳原则 对于患者本人和所叙述的内容,治疗师应设身处地地理解和接受。治疗师应具备开放的价值观,对患者叙述的内容不应带任何的价值评判和道德指责。这是良好的治疗关系形成的基础,也是治疗师必备的能力。

4. 中立原则 心理治疗中,时常会遇到患者与其生活中的其他人形成对立的关系,或者在某件事情的处理和判断上具有不同的观点,这时心理治疗师应保持中立的态度,不批评、不判断,不偏向任何一方,仅就此态势进行客观的分析,启发患者自己作出判断和选择。在心理治疗中,能否保持中立是治疗师能否取得患者信任的重要因素。

（三）心理治疗的伦理问题

2007年1月,中国心理学会颁布了“临床与咨询心理学工作伦理守则”,标志着中国临床与咨询心理学工作向职业化和规范化迈进了一步。根据此项守则,心理治疗师在从事心理治疗的工作时,应遵守一定的伦理准则,其中包括:

(1) 治疗关系是一种专业关系,治疗师应尊重和不歧视患者,不得谋取私利和发生任何形式的性和亲密关系。

(2) 心理治疗的过程、内容和有关信息具有保密性,治疗师有责任保护患者的隐私权,只有在得到患者书面同意的情况下,才能对治疗过程进行录音、录像或演示。

(3) 心理治疗师应不断更新知识技能,积极保持自我保健,保证职业责任的有效完成,在工作中正确介绍自己的职业资历,通过公共媒体进行专业活动时,应注意自己的言论,实事求是。

(4) 心理治疗师应恰当使用心理测量和评估工具,进行准确、客观的解释。

(5) 心理治疗师应对教学、培训和督导持真诚、负责和认真的态度。

(6) 在实施科学研究时,应尊重参与者的尊严,征得研究对象的知情同意,遵守以人类为对象的科学研究规范和伦理准则。

综上所述,心理治疗专业人员应具备以下几方面的条件:①必须受过专业训练,具备一定的心理治疗知识和技能;②理解和遵循心理治疗的原则;③遵守心理治疗工作的伦理守则;④能够建立和保持积极有效的治疗关系;⑤自身具有较为健康的心理。

五、影响因素与疗效判定

（一）心理治疗的影响因素

1. 治疗方法 尽管大量的研究支持心理治疗的“渡渡鸟论断”(dodo bird verdict),即不同形式的心理治疗疗效相似,但在医学心理学的各种问题中,不同的心理治疗方法和技术可能存在不同的“优势问题”,即有些方法可能对某些问题更有效,另一些方法可能更擅长于解决另一类问题。对于“优势问题”,目前心理治疗界尚无统一观点,临床工作中,更多的是根据治疗师的经验进行选择。

2. 治疗设置 心理治疗强调设置(setting)。每次治疗的时间、治疗频率、总体治疗次数、治疗费用、治疗地点、治疗室的安排、团体中成员之间的空间关系、团体契约、团体外与治疗师的联系等均可

影响心理治疗的效果。心理治疗的收费有利于治疗关系的正常发展,对治疗效果具有重要作用。在精神分析中,设置的实施情况与讨论已成为重要的治疗技术和手段。

对于总体治疗次数,Howard等提出了剂量-效果关系(the dose-effect relationship)解释和探索这个问题。他们通过对15项研究的荟萃分析发现,50%的患者可在8次治疗后显著改善,26次治疗可改善75%的患者,52次的治疗有85%的患者显著改善。可见,治疗初期疗效发生较快,后期随着治疗时间的延长,效果虽有增加,但较为缓慢。医疗实践中需结合考虑费用、精力、需要等实际情况决定治疗时间。

不同的心理治疗流派对心理治疗室环境的设置有所不同,但大多要求应设在安静、简洁、明亮和隔音性能好的房间,治疗师和患者的坐椅应舒适且相同,呈一定角度摆放,之间距离保持较为舒适的人际距离,治疗室中应常备纸笔等简单用具,以及常用的心理测量和治疗器具。夫妻和婚姻治疗、家庭治疗及团体治疗有独特的治疗室设置要求,将在相关章节中详细介绍。

3. 治疗师 治疗师的知识、技能、经验、人格等均可对心理治疗产生重要作用。国内一项研究发现,中国优秀心理治疗师在自我认识、自信、共情、知识、概念性思考、语言表达、尊重他人、培养他人、影响力和自控力方面比普通治疗师有明显的优势,这些特征可被称为治疗师的胜任特征。另外,治疗师的个人经历,尤其是“未完结事件”或“情结”也可影响心理治疗过程。研究证实,接受过自我体验和自我调整训练的治疗师可对心理治疗过程和疗效产生明显的积极作用。同时,不同的研究均得出治疗师在治疗关系质量中起关键作用的结论。

4. 文化因素 目前我国临床工作中应用的心理治疗方法大多是在西方文化背景下发展出来的。虽然经典的心理治疗方法大多经过了本土化的过程和发展,但在某些方面仍存在与中国患者文化背景不符的情况,本土化的进程需要不断扩大。另外,发展积极有效的本土心理治疗方法仍是一项任重而道远的工作。

(二) 心理治疗的疗效判定

心理治疗应用的早期,成功经验多以经验性描述的方式进行介绍和评判。在循证医学的时代,研究者们开始通过具有客观指标的科学研究来检验理论的合理性和方法的有效性。

(1) 大多对心理治疗疗效的评判以症状的缓解为标准。目前对心理治疗的疗效评判多以症状的缓解为指标,通过各种自评和他评症状量表进行测评。大量研究和荟萃分析结果证实,心理治疗比未治疗组和空白对照组有效,与药物治疗的疗效总体相当。而且,各种常用的心理治疗方法疗效相似,即心理治疗的“渡渡鸟论断”。

(2) 心理、社会功能的改善是心理治疗疗效评判的新指标。近年来,随着对患者心理社会功能的关注,心理、社会功能的改善成为心理治疗疗效评判的新指标,通过各种心理学问卷进行测评,这类问卷以自评问卷居多。大量研究已证实,各种心理治疗方法对患者心理、社会功能均有一定改善作用,但不同的心理治疗方法对心理功能的改善可能具有不同的侧重点。

(3) 心理治疗对生理功能的作用将成为心理治疗疗效评判的新依据。近年来,研究者们开始关注心理治疗是否促进精神疾病患者生理功能的改善。随着神经科学和影像学技术的发展,观测心理治疗前后脑功能的变化成为可能。一些探索性的研究提示,成功的心理治疗可改善患者异常的脑血流和代谢,对神经生化也有一定的积极作用。

尽管如此,心理治疗的疗效评判仍存在不足。首先,通过心理学量表对疗效和心理社会功能的评判具有一定的主观性;其次,心理治疗方法本身存在的复杂多样性使心理治疗很难标准化,这给评判带来了困难;另外,心理治疗不仅对患者自身有积极的改善作用,而且具有一定的社会效益,而目前尚缺乏对心理治疗社会效益评估的有效方法。

六、心理干预的适应证

心理治疗具有一定的适应证。虽然心理治疗的适应证没有绝对的界限,且不同心理治疗方法之间存在差别,但一般主要包括:社会心理因素明显的抑郁症、神经症、癔症、应激相关障碍、心理因素

相关生理障碍、人格障碍、习惯与冲动控制障碍、性心理问题、具有明显社会心理因素的躯体疾病、与生活事件和社会适应有关的各种心理行为问题。而心理治疗对于器质性精神障碍、精神分裂症、双相情感障碍、精神发育迟滞、广泛性发育障碍、生物学因素突出的抑郁症作用甚微,一般不考虑使用。

(张宁 王纯)

第二节 精神分析疗法

一、概述

精神分析疗法(psychoanalytic psychotherapy)是19世纪末由奥地利的神经精神科医生弗洛伊德创立的治疗方法。精神分析疗法是现代心理治疗的开端,在西方心理治疗的发展中起到了非常重要的作用。

精神分析疗法是建立在弗洛伊德等人的精神动力学理论基础上的心理治疗方法。它的基本治疗理论包括弗洛伊德的人格结构理论、意识和潜意识理论、性心理发展理论、自我防御机制等,在后期还包括客体-关系理论、个体心理学理论和人际关系心理学等,在传统的精神分析疗法基础上,后期还发展出了新精神分析学派、分析心理学派、自我心理学派等,本文重点介绍精神分析治疗。

传统的精神分析疗法认为患者的心理障碍是由于压抑在潜意识中的某些幼年时期所受的创伤所致。治疗的目标就是通过自由联想、对梦的解析等内省方法,帮助患者将压抑在潜意识中的各种心理冲突,主要是幼年时期的精神创伤,释放到意识层面,使患者产生顿悟,从而发生行为和情感上的改变,实现人格的重建,达到治疗的目的。

二、主要技术与方法

(一) 主要技术

1. 自由联想(free association) 自由联想是精神分析疗法的主要治疗技术之一。弗洛伊德主张在治疗当中,让患者斜躺在沙发上,治疗师坐在其头部后方,避免患者看到治疗师的面部变化。患者被要求说出任何在脑海里浮现的内容,不管这些内容是多么的荒谬、不切实际、愚蠢、痛苦或琐碎。当患者有时会因为担心难堪,或顾及治疗师对此的感受不愿说出浮现在脑海里的内容时,治疗师会意识到这是一种阻抗,这往往会成为分析治疗的焦点。

在精神分析治疗中,自由联想技术被认为是通往患者无意识、冲突、幻想和动机的一种途径。这种技术常常导致患者对过去经历的回忆。在联想过程中,治疗师的任务是识别被压抑的潜意识的内容。治疗师也通过联想的顺序来理解患者是怎样把各个事件联系起来的。自由联想过程的中断和阻碍往往是指向焦虑事件的线索。治疗师通过对患者的解释,帮助患者把潜意识里的心理冲突逐渐带入意识领域,从而发展患者自我的洞察力,达到治疗的目的。

2. 释梦(dream interpretation) 弗洛伊德认为梦可以分为焦虑梦、惩罚梦和愿望梦,但梦的本质都是愿望的达成。在精神分析理论中,“梦是通往无意识的捷径”。因为在睡眠时,个体的防御水平降低,曾经被压抑的愿望、需要和恐惧都浮现出来,在梦中得以表达。通过治疗师对梦的解释,可以帮助患者揭示潜意识的冲突、洞悉自我,从而达到治疗的目标。

梦的结构可以分为显梦和隐梦两个部分。显梦是指梦中可感知的部分,是梦的实际内容。隐梦是指梦背后的潜意识冲突和愿望,是显梦所象征的意义。隐梦包括潜在的、符号化的,和无意识的动机、愿望和恐惧,因为它们往往是令人痛苦的而又有威胁性的想法,被压抑在潜意识中,通过伪装变得温和、不易被察觉而得以在梦境表达。隐梦的内容需要通过凝缩、转移、象征和特殊表现力等机制转化为显梦的内容,这一过程被称做梦意加工。通过对梦意的加工,使我们在意识层面无法接受的愿望和情感得以表达,以释放内心的紧张和焦虑,达到内心的平衡,因此其具有保护作用。

在对梦的分析中,患者能意识到的内容仅仅是显梦的部分,因此治疗师的任务就是通过对显梦的内容来揭示其背后的潜意识冲突和愿望。治疗师让患者对梦的内容进行自由联想,通过对梦的解释来揭示潜在的内容。

3. 阻抗(resistance) 在分析性治疗中,阻抗是指患者不愿意将以往被压抑的潜意识内容在意识的层面上表达出来。弗洛伊德称:“那些总是妨碍治疗进步的就是阻抗。”阻抗可以是一种观念、态度、感觉或动作,它们使患者保持现状,拒绝改变。弗洛伊德认为阻抗是人们用于防御因为意识到他们被压抑的冲动与感情时而产生的难以忍受的焦虑和痛苦的一种潜意识的心理动力。它是潜意识中本能地阻止被压抑的心理冲突重新进入意识的过程。

患者可表现为在自由联想或报告梦的内容时,不愿意提及某些想法、感觉或体验,不愿深入某些话题,或是患者不遵守治疗的设置,频繁无故地迟到,或者认为分析治疗没有意义,要求终止治疗等等。

精神分析师认为,阻抗的出现,往往是因为触及有意义的心理症结。因此,精神分析师的重要任务之一就是在整个治疗过程中不断识别并帮助患者克服各种形式的阻抗,使患者将压抑在潜意识中的冲突和情感释放出来,从而达到治疗的目的。

4. 移情(transference) 移情是精神分析治疗的重要内容,一些问题只有在移情中呈现出来。在治疗中,患者可能将治疗师看成是与早年心理冲突有关的某一人物,将自己对某人的体验、态度、幻想等有关的情感不自觉地转移到治疗师身上,从而有机会重新“经历”往日的情感,这就是移情。移情可使患者重新经历,并在与治疗师的互动关系中重新处理早年未能解决的冲突。

移情可分为正移情和负移情。正移情(positive transference)是患者爱怜情感的转移,即把治疗师当成喜欢、热爱和思念的对象,对治疗师带有善意、友好、顺从、信任或与性爱相关的情感;负移情(negative transference)是患者将过去生活中使其体验到攻击、愤怒、痛苦、羞辱等的对象投射给治疗师,对治疗师带有敌意和攻击的情感。移情有时会给治疗带来困难,甚至会中断治疗或更换治疗师。

面对患者的移情,治疗师对移情的处理也很重要。此外,由于治疗师也会将自己生活中的体验投射到患者身上(即反移情 countertransference),并影响治疗进程。因此,治疗师首先要识别移情及反移情的存在,并做出恰当的反应,以克制、真诚、友善的态度对待患者讲述的内容,而不应表现出气愤、不感兴趣或过分同情。治疗师通过对患者移情的分析和解释,可以使患者了解过去经验对他们的当前心理功能的深刻影响,帮助患者疏通那些使他们行为固着、情感无法成长的内在冲突。

5. 解释(interpretation) 解释是指精神分析师在治疗过程中,对出现在自由联想、梦、阻抗和治疗关系中的行为进行解释或引导,帮助患者将潜意识冲突的内容上升到意识层面加以理解。解释应在治疗师对患者的人格以及对影响目前问题的各种因素充分了解的基础上得以实施。解释也是一个逐步深入的过程,治疗师须根据每次谈话的内容,在患者自由联想及梦境内容的表达基础上,用患者能够理解的语言让他认识到心理症结之所在。通过解释帮助患者逐步重新认识自己,认识自己与其他人的关系,使被压抑在潜意识的内容不断通过自由联想和梦的解析显露出来,以此达到治疗疾病的目的。解释应选在合适的治疗时机,并使用患者能够理解的语言才能起到治疗的作用。

(二) 精神分析治疗的一般过程

1. 精神分析治疗的设置 在进行检查和诊断,认为患者的问题适宜采用精神分析疗法处理后,首先需向患者讲明治疗的条件、患者须遵守的基本原则、治疗的时间和费用等问题。这些相对标准化的治疗设置有助于精神分析治疗师更好地处理分析过程中的治疗关系和移情等问题,更敏锐地发现患者潜意识中的心理症结。传统的精神分析要求患者每周进行5~6次治疗,每次50~60分钟,整个疗程要视个人的具体情况,一般至少需要300~500次,治疗时间短则一年,长则2~4年。精神分析治疗师也要求受过严格的精神分析训练。患者从一开始就要对自己、对治疗有耐心,不可期待有较快的进步,治疗师要告知患者,那些偏离正常的行为态度不是短时间内形成的,因此不会很快去除。弗洛伊德甚至建议,在治疗期间不要做重大的人生选择,如决定结婚、离职等,患者应全力以赴地等待康复。

这种高频率、长时间的传统精神分析由于治疗时间长,费用昂贵,少有人能够坚持完成。现代的

精神分析性治疗则改变了治疗的目标,延长了治疗时间的间隔和缩短了疗程,治疗师采取更为积极的态度,以适应现代社会的需要。

2. 治疗开始 当讲明治疗的设置,患者表示理解和接受后,即可开始治疗。在传统的精神分析中,患者半躺在舒适的沙发椅上,治疗师坐在其头部后方,这样既避免让患者看见自己面部而出现情绪反应,又能够随时倾听和观察患者。患者身体完全放松,让内心体验和想法随意地涌出,进行自由地联想。治疗师认真倾听患者的自由联想谈话,偶然提些问题或作必要的解释。当患者无话可谈时,治疗师可适当进行引导,使之继续下去。在开始阶段,治疗师还要仔细收集患者的信息,完成对患者的诊断和动力学评估,建立初步的治疗联盟,并在与患者协商后做好治疗设置。

3. 治疗的深入 以阻抗和移情的出现为特点。精神分析师耐心地倾听患者的自由联想,注意力高度集中,跟随患者的联想走进患者的潜意识世界,和患者一起在其潜意识世界中观察,跟随患者的体验和感受,努力发现阻抗之所在及有意义的个人资料,观察和体验来自患者的移情反应,对患者的移情反应采取接纳和节制的态度。精神分析师在治疗中须不断反思自己潜意识的反应,发现和监测并处理自己的反移情,并努力维护治疗性关系,充分、良好的精神分析训练对这点十分重要,从大量的来自自由联想和梦的分析的内容形成精神分析的诊断。

4. 治疗的结束 在精神分析诊断基础上,通过分析患者的阻抗、移情及梦的内容,形成干预的思路,修通和处理患者的阻抗和移情,处理移情、解释的技巧及把握解释的时机在此阶段具有重要的作用。最后,患者能以更加现实的态度,接受自己的过去和现在,更客观、理性地认识自己,恢复内在的安全感,使症状得以消除,并将治疗中的建设性因素带到未来的生活中,获得人格的成长。

(三) 短程动力学分析治疗

传统的精神分析耗时长,费用昂贵。为适应现代社会的需要,利用精神分析的基本原理和技术,发展短程的精神分析取向的心理治疗是精神分析治疗的趋势。短程动力学分析治疗就是其中一种。短程动力学分析治疗也是从患者早年的生活经历中去寻找精神障碍的病因,并寻找导致思维、情感、行为异常的无意识因素。但与致力于解决人格问题的精神分析治疗不同,精神分析性短程动力学治疗局限于解决患者的一些特定问题,即焦点问题。

短程动力学分析治疗总的治疗时间是6~9个月,每周1次,每次治疗约1小时。治疗中治疗师采取相对主动的方式,患者也可采取坐位。治疗的焦点应是目前患者最烦恼的问题,常在治疗的前几次就被确定下来。治疗师在有限的治疗时间和治疗次数中,试图用通俗的语言使患者能够理解和接受精神动力学的解释,帮助患者弄清症状产生和发展的原因,也对治疗中出现的移情和阻抗进行解释。短程动力学分析治疗不太强调对早年经历的追溯,而比较关注现实问题对疾病的影响。

三、适应证

传统的精神分析要求患者的自我功能相对完整,有较好的思维能力和语言表达能力,能充分表达内心体验。精神分析疗法的适应证包括各种神经症、某些人格障碍、心境障碍以及心身疾病的某些症状。禁忌证是精神分裂症、严重抑郁症、双相情感障碍、偏执性人格障碍,表演性和分裂性人格障碍虽不是禁忌证,但用此法治疗也很困难。癔症发作期间伴有自我意识障碍也不适合精神分析治疗。短程动力学分析治疗则主要针对情绪和人际关系问题,如不能与别人建立亲密关系,自卑,害羞,回避,与权威、上司的关系存在问题等。

第三节 患者中心疗法

一、概述

患者中心疗法(client-centered therapy)是在20世纪40年代美国心理学家罗杰斯首创的一种心理治疗方法,其理论基础是人本主义心理学理论。人本主义理论认为:每个人自身内部都蕴藏着丰富

的资源或潜能用以了解自我,并建设性地改变自己。当环境能提供个体成长的养分——真诚、尊重和共情时,个体的内部资源和潜能就能充分发挥出来,达到自我实现。

与传统的精神分析疗法和行为治疗不同,在患者中心治疗中罗杰斯相信患者有自我治愈的能力,认为决定治疗效果的首要因素是治疗师的态度、个性以及治疗关系的质量,而治疗师的理论和技能只是次要因素,这无疑是对注重理论和技术的传统心理治疗的巨大挑战。

患者中心治疗的目标不同于传统的心理治疗,它的目标是个体达到深层次的独立和整合,它重视个体本身而不是个体目前的问题。罗杰斯认为治疗的目的在于解决问题,而是在于提供支持患者的成长过程,以致他们能更好地解决他们目前甚至是将来面临的问题。治疗的根本目的是提供一种可以帮助个体成为一个全面的人的氛围。在患者达到这个目标之前,他们首先要揭下在社会化过程中所形成的面具。患者要意识到假象让他们失去了与他们自己的联系。在一种安全治疗气氛下,患者能够意识到其他可能性的存在。罗杰斯描述不断自我实现的人是共享经历、相信自己、评价内心和希望继续成长的人,鼓励这些特征的发展是患者中心疗法的基本目标。

罗杰斯认为在治疗中应重视创造一种接纳和非指导性的气氛,治疗师的态度及其对患者的内部资源的信任创造了成长的治疗气氛。他不主张治疗师给患者贴上各种诊断标签,急于制订各种治疗方案,应把改变的责任交给患者本人。治疗师则把自己作为患者改变的工具。治疗师的功能就是提供真诚、接纳与共情的治疗氛围,减少患者的防御,患者的自我就能变得更加开放和协调一致。

如果咨询师能创造一种有利于自我觉察的气氛,患者就有机会觉察他们的各方面体验,包括情感、信念、行为以及世界观。患者中心疗法的治疗方法是在治疗关系中患者将学会对自己负责,并且能够通过这种关系感到自己是一个自由人,以获得对自我的更深理解。伴随咨询取得一定进展,患者能够觉察更深层的信念和感情。他们能够表达他们的恐惧、焦虑、罪恶、害羞、憎恨、愤怒以及其他一些他们否定以致不能接受和无法与其自我人格保持协调的情感。通过治疗,人们由歪曲观点转向接受、整合有矛盾和易混淆的情感,他们不断发现自我中隐藏起来的一些方面,当患者感到自己被理解和被接受的时候,就降低了防御的需要,从而敞开心胸,变得更加能理解和接受他人,发展成为能自己决定的自由人,并且不断相信自己能管理好自己的生活。

罗杰斯认为治疗关系是个体发生改变的充分必要条件。治疗师和患者是平等的“角色”。治疗师在治疗过程中不能将他们的知识作为秘密或者故作神秘,因为患者的改变过程在很大程度上取决于这种平等关系。治疗师以接受的方式耐心倾听患者的经历,这样患者逐渐知道怎样接受自己。当患者感到治疗师对他们的关心和接纳时,就会开始看到自己的价值;当患者感到治疗师的真诚时,就会撕下他们的伪装并真诚地对待自己的治疗师。治疗是患者和治疗师共享的一段旅程,在这段旅程中治疗师和患者展现他们的人性,分享自己的成长经历。

二、主要技术与方法

(一) 治疗的基本技术

罗杰斯认为个体是完全可以信赖的,每个人都有潜力理解并解决自己的问题,而无须治疗师进行直接干预;如果他们处在一种特别的治疗关系中,即以患者为中心,治疗师采取倾听、接纳和理解的态度,患者就能够通过自我引导而成长,从而达到治疗的目的。在治疗中治疗师所采用的基本技术如下:

(1) 真诚(genuineness)或一致性(congruence): 真诚是指治疗师以“真正的我”出现,他在治疗中的表现如同他在现实生活中的表现一样坦率,不把自己隐藏在专业角色之内,不以专家的角色高高在上,而是和患者平等、坦诚相处。治疗师表里如一、真诚而自然地以真正的自我出现在患者的面前,并让患者感受到。治疗师自由地表达自我,告诉患者自己的感受,坦诚和公开地面对患者的各种反应。在治疗中,治疗师可以有适当的自我坦露,如对患者说:“我刚才没有专心听你讲,因为我自己遇到了些麻烦。”

治疗师真诚的表现,会给患者提供一个自然安全的氛围,也为患者打开自己的心扉,坦诚地谈论自己的问题树立榜样,帮助患者在治疗的关系中撕下他们的伪装,坦露自我,真诚地对待自己和治疗师。

(2)无条件的积极关注(unconditional positive regards):是指治疗师不加评判地接纳和尊重患者,这是患者中心疗法治疗师应具有的一种基本态度。罗杰斯说:“尊重是无条件的,这份尊重并不取决于患者的行为,因为当我们接纳一个人时,是整体的接纳,不但包括他的长处,也包括短处。”不管患者的思想、情感、行为、价值观等方面与治疗师有多么不同,治疗师都需要把他当做一个“人”来关注和尊重,不加批判地接纳患者,避免对他们做任何评判,相信他们有改变和成长的能力。治疗师通过倾听、共情等技术来表达对患者的关注、理解和尊重。不代替患者作决定,也不替患者承担责任,相信他们有解决问题的能力。

(3)共情(empathy):共情是治疗师需要具备的非常重要的能力。共情是指治疗师站在患者的角度,准确而敏感地理解患者的感受和体验,以及它们在治疗中的意义,并反馈给对方。其目的是使患者感到被接纳和理解,鼓励患者与治疗师沟通,深入了解自己,并认识和解决自身不协调之处。

华特森通过60年的研究证明,共情是治疗中患者取得进步的最强有力的决定因素,她认为“治疗师必须能够对患者做出相应的反应,理解他们的情感和认知,当共情的表达以三种水平——人际的、认知的、情感的进行时,它就是治疗师进行治疗的最强有力的工具”。

(二) 治疗的过程

罗杰斯认为,在心理治疗过程中,患者将从刻板僵化走向变化,从僵化的自我走向流动,从停滞在连续尺度的一端走向更加适应和灵活的另一端。治疗的变化需要经历七个阶段:

第一个阶段,患者对个人经验持僵化和疏远的态度,不愿主动寻求治疗和帮助。如果他们因某种原因前来寻求帮助,他们也是刻板僵化,拒绝改变。他们不认为自己有什么问题,把自己遇到的问题看做外在的原因引起的,因而缺少改变自己的动机和愿望。

第二个阶段,刻板和僵化状态有所松动。患者可以谈论自我以外的一些话题,但仍不能承担问题的责任。此时患者对个人的感受以及对这些感受与自我的关系的认识是模糊的,但此时已能触及个人的感受,内在僵化的自我开始有所松动。

第三个阶段,当患者在治疗关系中体验到接纳和安全时,患者就开始自由地表达客观的自我,但仍像在客观地描述别人一样。如“我在学习中已经很努力了,但是我的父母还是对我不满意”。各种感情和情绪总是用过去时态或将来时态来谈论。他们能意识到自己的感受,但很少承认自己当前的感受,对自己的感受也不能接纳。

第四个阶段,在良好的治疗氛围中,患者开始自由地表达个人情感,但对表达当前情感还有顾虑。当患者发现自己能被治疗师接纳时,自我防御开始放松,能更自由地表达情感。此时,患者虽然对当前能够体会到的情绪有一些模糊的认识,但是绝大部分的经验是歪曲的。患者开始对某些外界的价值标准提出疑问,并开始承认自我与经验之间都存在着不协调。

第五阶段,患者能够表达当时的个人情感,接受自己的感觉,开始出现明显地改变和成长。患者开始谈论自己当前的感情,但还不能正确地符号化。他们开始接受自己的真实情感,并且能够认识到自我内部的不协调和矛盾。他们与内部自我的交流越来越畅通,也越来越清楚自己的责任,逐渐成长为真实的自我。

第六个阶段,患者身上发生了重大的变化和成长。这个阶段的患者坚定地向着自我实现的方面发展。原来被否定和歪曲的经验现在更加自由地进入意识中,更加深入和充分地体验到当前的感情。患者的自我和情感更加协调一致,也能更加真诚和诚恳地面对问题。伴随着这个阶段出现的另一种现象是生理功能的明显改善。

第七个阶段,患者几乎可以不再需要治疗师的帮助。患者的内部沟通越来越多,自我体验越来越真实。他们能够比较准确地作出对现实的反应和正确的决策。

患者中心治疗的最终结果是使患者变成一个开放的、内在自我协调一致的人;一个对自我有更

清晰的认识,也更加现实的人;对自己的潜能有较正确的观点,内在自我与外界协调一致的人。

三、适应证

患者中心疗法适用于对正常人群心理问题的咨询,如人际关系问题、个人成长发展问题、社会适应不良等。患者中心疗法也用于个别、团体和家庭心理治疗中。研究表明患者中心疗法对很多问题都有效,包括焦虑、抑郁、酗酒、受心理因素影响的生理问题及人格问题。患者中心疗法还可用于对危机事件的干预。因为当人们处在危机状态时,如丧失亲人、意外怀孕,首先需要给他们一个完全表达自我的机会,而患者中心疗法中提倡的倾听、共情、接纳和关注等技术,能帮助处在危机状态的患者,在混乱中保持清晰的头脑,作出更好的决定。

第四节 行为治疗

一、概述

行为治疗(behavior therapy)是继精神分析治疗之后,在20世纪50年代创立的心理治疗方法。与探究潜意识冲突的精神分析治疗不同,行为治疗是基于实验心理学的成果,帮助患者消除不良行为和(或)建立适应行为,从而达到治疗目的的一种心理治疗方式。

行为治疗的基础理论主要来源于行为主义的学习原理,包括经典的条件反射原理、操作性条件反射和模仿学习(具体原理参见第二章第二节)。行为主义学家认为,人的适应性行为是通过学习得来的,人的不适应性行为和习惯也是通过学习得来的;这些行为和习惯之所以会保留下来还在于“奖励”,或“去惩罚”的正、负强化,要消除不适应的行为和习惯也可以通过强化和学习将它消除。

行为治疗的着眼点在于可观察到的行为或可具体描述的心理状态,根据心理学中有关学习过程的原理和实验证据,制订行为治疗的方案,消除不适应的行为或建立适应的行为。行为治疗理论和治疗方面的代表人物有早期的巴甫洛夫、华生和斯金纳,后来的沃尔普(Wolpe)和班都拉(Bandura)。

二、主要技术与方法

(一) 放松训练

放松训练(relaxation training)是最简单的行为治疗技术,最初的训练方法是由雅各布森(Jacobson)发明的渐进性放松。它是训练患者依次放松单个肌群,并调整呼吸,以达到放松全身的目的。治疗师让患者采取最放松的姿势坐靠在沙发上,双手放在沙发扶手或膝盖上,开始练习。首先闭上眼睛,慢慢地调整呼吸,然后让患者握紧拳头,再松开;咬紧牙关,再松开。反复几次,目的是让他体会什么是紧张,什么是放松。当患者了解紧张和放松的感觉后,才开始放松训练。放松训练从前臂开始,依次放松面部、颈部、肩部、背部、胸部、腹部、臀部和下肢。治疗时要求周围环境安静,灯光柔和,每次训练20~30分钟。患者需要反复练习,最终在日常生活环境也可以随意放松,用以缓解紧张焦虑的情绪。

(二) 暴露技术

暴露技术(exposure)是指让患者暴露于使其产生紧张害怕情绪的情景当中,减少回避行为,常用于恐惧症的治疗。暴露技术可分为两种,一种是现场暴露(exposure in practice),是指患者暴露于诱发焦虑的实际情境中,另一种是想象暴露(exposure in imagination),是指患者暴露于想象中的恐惧情景当中。从引起轻度焦虑的情景开始,让患者逐级暴露于令其焦虑的情境中的方法叫脱敏技术(desensitization),而使患者一开始就暴露于使他产生大量焦虑恐惧情绪的情境中的暴露技术叫冲击疗法或满灌疗法(flooding)。

1. 系统脱敏疗法(systematic desensitization) 20世纪40年代,南非的沃尔普用猫进行了一系列实验。他发现,一个不良反应通常由某种不良的刺激引发,如果用这一刺激又诱发出一个正常的

反应,那么原来的不良反应就会被抑制,称之为“交互抑制”。在此基础上,他结合了肌肉放松技术和想象暴露的方法,建立了一个基本的治疗模式,被称之为系统脱敏技术。系统脱敏技术的基本思想是:一个可引起焦虑的刺激,由于暴露在处于全身松弛状态下的患者面前,逐渐会失去诱发患者焦虑的作用。

系统脱敏治疗的治疗程序如下:首先列出引起焦虑的情境,并按照引起焦虑的大小由弱到强排序,选出大约10个情境,设计出不同层次表。同时,患者学会放松训练。在上述两个任务完成后,患者逐步按上述等级次序从轻到重进行脱敏训练。让患者想象或接触等级表上的每一个情景并尽量自我放松,完成对接触每一个情景所致焦虑的去条件化。当患者经过反复训练,对某一情景不再出现焦虑,或者焦虑程度大大降低时,可进入高一等级情景,直至顺利通过所有情景。对每一情景的训练一般需要反复进行多次,直至患者面对该情景不再焦虑为止。系统脱敏治疗主要用于治疗恐惧症、创伤后应激障碍等。

2. 冲击疗法或满灌(flooding)疗法 与系统脱敏治疗不同,治疗师让患者一开始就进入焦虑等级表中最高情境中,并一直停留在该情境当中,直至焦虑消失为止的行为治疗方法叫冲击疗法或满灌疗法。患者面对暴露场景的刺激,通常会表现出极度恐惧和焦虑,但即使没有放松的过程,只要持久地让患者暴露于情境之中,焦虑的反应就会逐渐减轻并消失。这种暴露方法一旦成功,患者的焦虑就会迅速减轻。满灌治疗可以很有成效地治疗单纯恐惧,如飞行恐惧、对特定动物的恐惧,也可以用来治疗一些与焦虑有关的障碍,如创伤后应激障碍、广场恐惧等。

持久、高强度的暴露可有效地缓解患者的焦虑,但由于随之产生的明显的焦虑可能使患者很不舒服,因此一些患者不愿意接受这种治疗方式。在治疗之前,治疗师应认真向患者介绍治疗的原理和过程,并如实告诉患者在治疗当中可能出现的情绪体验,并做必要的体检,严重心脑血管病患者、癫痫患者、心理素质过于脆弱的患者和妊娠期的妇女都不宜接受该治疗。

(三) 厌恶疗法

厌恶疗法(aversion therapy)是最早的行为技术之一,最初用于治疗酒精依赖。它是一种通过轻微的惩罚来消除适应不良行为的治疗方式。当不良行为即将出现或正在出现时,立即给予一定的痛苦刺激,如轻微的电击、针刺、催吐剂或不愉快的想象,使其产生厌恶或不适的主观体验。经过反复实施,适应不良的行为与厌恶的体验就会建立条件联系,以后每当欲实施不良行为时,厌恶的体验就会出现,为避免厌恶体验的出现,患者就会终止或放弃原有的适应不良行为。

厌恶疗法主要适用于酒精依赖、药物成瘾、恋物癖和窥阴癖等性心理障碍、强迫症、冲动控制障碍等。但对厌恶疗法存在争议,目前已不常用。主要原因一是技术方面的问题,惩罚的使用具有一定危险性,如对酒精依赖的患者使用电针刺刺激,可能诱发心脏病的发作;另一原因是伦理问题,把惩罚作为一种治疗手段,即使患者事先知情同意,也可能与医学伦理学规范相冲突。

(四) 自信心及社交技能训练(assertiveness and social skills training)

社交行为可被看做通过学习获得的技能,通过模仿、指导训练、角色扮演以及录像反馈等方法可以提高患者的社交技能、增强自信心。这些方法主要用于社交不良的群体,以及作为慢性精神障碍患者康复训练的一部分。

自信心训练的基本假设是人们有权利表达自己,它的目标是通过增进个体的行为技能,使他们能够在特定的情况下作出决定,教会个体表达自己,同时也不使他人感到不悦。自信心训练是专为那些无法作出恰当决断的人设计的,它对以下这些人会有帮助:不会表达生气和愤怒的人;不会说“不”的人;过分有礼貌,因而常被别人利用的人;不会表达爱或做出积极反应的人;认为自己没有权力表达自己想法、信念、感情的人;有社会逃避倾向的人。在治疗中,治疗师教给患者他所需要的行为技能并做出榜样。患者在治疗室中练习,然后在每天的生活中巩固强化。这种训练通常可以在小组内进行。治疗师可以把具有类似问题的患者组成一个小组,在小组中示范,然后让小组的每个成员在角色扮演中练习,并给予反馈,最后让每个成员在模拟情境中继续练习直至掌握为止。

（五）自我管理技术

自我管理技术(self-control techniques)用于增强个体直接控制自己行为的能力,使个体更有效地管理自己的生活。它不是通过改变认知或情绪来达到此目的,而是基于操作性条件反射和社会性学习理论。它不仅可以用于治疗患者,如贪食症的问题,也可以用于日常生活中。自我管理技术的基本思想是教给个体处理问题情境时所需要的应对技能,并将之应用到日常生活中,从而改变个体的问题行为。

自我管理技术主要包括:自我监督、自我奖赏、自我契约、刺激控制和自我榜样。如对于贪食症的患者,从自我监督开始,要求记录他们在什么时间吃了什么东西,以及进食与应激事件、情绪状态之间的联系,这种记录本身就对自我控制有着强有力的刺激作用。随后的奖赏与行为相对应,如设计一个奖赏分数系统,通过对贪食行为的控制来积累分数,赢得物质的奖励,从而不断地强化被监控的行为,促使行为的最终改变和固化。自我管理技术已经被用到很多人群中,并用于很多实际问题的解决,如:焦虑、抑郁、疼痛、药物滥用、自我健康管理等。

三、适应证

行为疗法适用于各种存在行为异常的个体,但对人格障碍、抑郁症的患者疗效有限。它的适应证一般包括以下几个方面:

- (1) 焦虑情绪及各种焦虑障碍:恐惧症、强迫症、创伤后应激障碍、广泛性焦虑障碍等。
- (2) 进食障碍:神经性厌食症、神经性贪食症、神经性呕吐及其他进食障碍。
- (3) 物质及网络依赖:烟酒及药物依赖、赌博、网络成瘾等。
- (4) 性功能障碍:阳痿、早泄、性高潮缺乏、阴道痉挛、性交疼痛。
- (5) 性心理障碍:恋物癖、异装癖、露阴癖、性施虐与性受虐癖、窥阴癖和摩擦癖等。
- (6) 冲动控制障碍:纵火癖、偷窃癖、拔毛癖、购物癖等。
- (7) 儿童行为障碍:多动症、品行障碍、遗尿(粪)症、异食癖、口吃、抽动-秽语综合征等。
- (8) 心身疾病:高血压、胃溃疡、哮喘等。

行为疗法的关注点是可观察到的外在行为或可具体描述的心理状态。如果患者的心理或行为问题能被客观观察和描述,就比较适合于接受行为治疗。例如患者的问题是害怕坐电梯、反复洗手、害怕见陌生人等比较明显的单一症状,就可以尝试使用行为疗法。但如果患者觉得对人生没兴趣,或不知将来去向如何等,最好接受认知治疗或其他治疗。

近年行为治疗发展的方向之一是与其它心理治疗技术相结合,如与认知治疗结合发展成为认知行为治疗,可用于治疗多种心理问题和精神障碍,与心理分析治疗相结合形成的辩证行为治疗,可用于治疗边缘性人格障碍。

第五节 认知治疗

一、概述

认知治疗(cognitive therapy)是20世纪60、70年代继精神分析和行为治疗之后发展起来的一种治疗体系。认知治疗的创始人是贝克(Beck AT),其理论基础是认知理论。认知治疗理论的核心是个体的情绪和行为是由个体的认知决定。当个体的认知过程出现偏差,就会出现不良的情绪和不适应的行为。因此,如果要改变个体不良的情绪和行为,就必须修正功能失调的认知。

与传统的精神分析治疗和行为治疗不同,认知治疗强调认知过程是作为心理行为决定因素这一根本观点,认为个体情绪和行为的产生不是取决于外界环境的刺激,而是个体对外界环境刺激所作的评价,同时个体的评价又受个人的信念、假设观念等认知因素的影响。认知疗法是通过改变个体的认知过程,和由这一过程中产生的观念,来纠正个体适应不良的情绪和行为。因此,认知治疗的关注点

不仅仅是适应不良的情绪和行为,更重要的是产生不良情绪和行为背后的认知。治疗的目标就是找出错误的认知,加以纠正,从而改善适应不良的情绪和行为。

在认知治疗中,常见的认知歪曲形式有以下几种:

(1)任意的推断(arbitrary inferences):即在证据缺乏或不充分时便草率地作出结论,包括“灾难化”的思维和在大部分情境中都想到最糟糕的情况和结果。

(2)选择性概括(selective abstraction):仅根据事件的个别细节而忽略其他信息或整体背景的重要性便对整个事件作出结论。

(3)过度引申(over-generalization):是指在一个事件的基础上作出关于能力、操作或价值的普遍性结论,即从一个具体事件出发引申出一般规律性的结论。

(4)夸大或缩小(magnification or minimization):对客观事件的意义作出过大或过小的歪曲评价。

(5)“全或无”的思维(all or none thinking):用全或无的极端化方式来思考和解释,要么全对,要么全错,采用二分法的思维,把生活往往看成非黑即白的单色世界,没有中间色。

(6)强求思维(demandingness or obsession):把刻板机械的个人制度法则或需要,不断地强加给自己和周围的亲人朋友。

(7)个人化(personalization):在没有根据的情况下,将一些外部事件与自己联系起来。如因为天气骤变时丈夫感冒,妻子就把原因归咎于自己未能提前提醒或防范所致,并因此情绪很糟糕。

二、主要技术与方法

(一) 主要技术

雅典哲学家苏格拉底式的对话和指导下的顿悟是贝克认知治疗的核心。苏格拉底式对话是让对方说出自己的观点,然后依据对方的观点进行推理,引出谬误,使对方心服口服的一种辩论方式。但是根据患者的具体情况,认知治疗的重点也有所不同。例如对于广泛性焦虑的治疗重点侧重于对特定情境和危险的再评估,以及个人处理危险的方法;惊恐障碍的治疗主要涉及患者对躯体和心理感觉的灾难性曲解;对厌食症的治疗则集中于纠正患者个人价值观和对自我控制的信念;物质滥用的治疗聚焦于关于自我的消极信念和有关物质获得和允许给予的信念。

在实施认知治疗时,识别和检验负性自动思维以及识别和改变其潜在的功能失调性假设是治疗的关键环节。为此,贝克设计了一些具体的方法。

1. 识别负性自动思维(identifying negative automatic thoughts) 治疗中采用 ABC 技术帮助患者识别负性自动想法, A 为情境或事件, B 为信念或信念系统, C 为情绪和行为后果。当患者描述自己情绪抑郁时,即看成有负性自动想法存在的信号,请他说明情绪不好时的情境;然后询问患者情绪不好时头脑内的想法和想象,即负性自动思维。还可请患者想象当时的情境、每天填写功能失调性思维记录(the dysfunctional thought record, DTR)或采用角色扮演的方式,来帮助患者发掘和识别负性自动思维。

2. 检验负性自动思维(testing negative automatic thoughts) 认知治疗并不采取说服患者的方法来改变患者的自动思维,而是采用协同检验(collaborative empiricism)的方法,即把患者的自动思维当做一种假说,通过言语盘问法、采取行动等方式加以检验。由于患者的负性自动思维在没有得到证据支持或得到相反的证据时,患者的负性思维就会逐渐发生改变。

3. 识别潜在的功能失调性假设(identifying dysfunctional assumptions) 功能失调性假设是患者多年经验形成的,是其行为的潜在规则,通常不为意识察觉。治疗师可以通过认知概念化、盘问追根法、行为试验等方法帮助患者识别功能失调性假设。例如,治疗者和患者利用描述核心信念、中间信念及自动思维之间关系的认知概念化图表,展示心理病理学的认知图,并帮助患者将提供的资料组织起来。盘问追根法是识别核心信念的一种常用技术。治疗师通过反复提出“假如那是真的,对您意味着什么”的问题,追索想法背后的一般信念。

4. 挑战功能失调性假设(challenging dysfunctional assumptions) 如果患者的功能失调性假设已被识别出来,则采用言语盘问法和行为试验使其发生改变。所谓言语盘问法是通过系统而且敏锐的提问引导患者重新评估自己的思考,寻找比较积极和现实的替代想法。帮助患者寻找合理的替代想法还可通过三栏作业法(即自动想法、认知曲解类型、合理想法)来增强治疗效果。另外,治疗师和患者共同设计一种行为作业来检验观念的真实性,使患者认识到他原有的观念是不符合实际的,并能自觉加以改变。

(二) 治疗的过程

认知治疗鼓励患者积极参与到治疗中来,与治疗师共同作出决定。认知治疗的重点是现在的问题和困扰患者的某些特殊情境,而不过多探究过去的经历对目前状况的影响。认知治疗倾向于采用固定的治疗结构,治疗师会定期检查患者情绪,要求患者简要回顾一周情况,共同制定此次治疗议程,引导出对前次治疗的反馈,复习家庭作业,讨论议程中的每个问题,布置新的家庭作业,最后概括和反馈。

贝克和杨(Young JE)把治疗过程分为三期:

(1) 治疗早期:主要任务是了解患者基本情况,建立良好的治疗关系。在这一阶段,根据病史、访谈和其他资料的收集作出诊断,评估进行认知治疗的适宜程度;识别并确定患者的治疗目标,选择一个主要问题开始进行治疗;了解患者的认知模式;活化患者的行为;使患者了解他的障碍;指导患者识别、评估自动思维及应答方式;治疗社会化(做家庭作业,建立治疗日程表,给治疗师提供反馈);指导患者的应对策略。

(2) 治疗中期:识别自动思维和核心信念,在现实生活中加以检验、评估和修正。治疗师要和患者一起共同分析患者的认知概念,应用“理智的”和“情感的”技术去促进信念的修正。除此之外,治疗师还要帮助患者系统阐述自我目标,指导其获得达到目标所缺少但必需的技术。

(3) 治疗后期:进一步挖掘与产生自动思维有关的功能失调性假设,替换成能适应环境的认知方式,在实践中强化和巩固,准备结束治疗、与患者讨论复发的预防。

认知治疗具有时限性,对大多数抑郁症和焦虑障碍的治疗需要4~14次。开始时每周1~2次,情况稳定后可改为每2周1次,然后每月1次,逐渐延长时间间隔,直至治疗结束。

三、适应证

认知治疗最初的对象是抑郁症患者,后来认知治疗与其他流派的技术相结合,特别是与行为治疗联系,发展成为认知行为治疗,被广泛用于治疗多种精神问题和精神障碍,如抑郁症、焦虑障碍(包括惊恐障碍、广泛性焦虑、恐惧症、强迫症、创伤后应激障碍)、自杀及自杀企图、睡眠障碍、进食障碍、成瘾行为、非急性期精神分裂症、儿童品行及情绪障碍、性功能障碍及性心理障碍、人格障碍、心身疾病、婚姻及家庭问题等,并已成为目前适用范围最广、循证研究最多的一种心理治疗方法。

(张 岚)

第六节 其他心理干预方法

一、支持性心理治疗

(一) 概述

支持性心理治疗(supportive psychotherapy)是相对于具有系统理论体系和方法程序的心理治疗而言的一般性的心理治疗方法,其治疗多不涉及成长经历、基本信念等深层次的心理内容,目的主要是舒缓消极情绪、提高对自身和环境的认识、鼓励积极行为、增强安全感和信心,通过基本的心理治疗技术为患者提供心理支持,故被称为支持性心理治疗。

所有心理治疗方法都会为患者提供心理支持,而在支持性心理治疗中,此项内容为治疗的主要内容。与其他心理治疗方法相比,支持性心理治疗的治疗层次较浅,对治疗设置的要求简单,方法容易掌握,在实用性和推广性方面具有明显的优势,是临床工作中最简便和常用的心理治疗方法。

(二) 方法

支持性心理治疗的技术多为最基本的心理治疗技术,常用的包括:共情、解释、鼓励、保证、指导、积极关注等。

1. 共情 共情虽然最初是人本主义治疗的基本理念与技术,但目前已经被各种心理治疗流派所认可,几乎成为所有心理治疗方法都强调的基本技术。在支持性心理治疗中,共情本身即能达到支持性的治疗作用。

共情技术可分为初级和高级两个水平。初级共情基本就是指治疗师能够切实理解和体会患者的真实感受,高级共情是在初级共情的基础上,还能够表明自己的态度,影响和引导患者。

2. 解释 解释是治疗师根据自己的专业知识和生活经验,对患者的疑问、困惑和顾虑等进行解答。人们在患病以后,由于对自己出现的心身症状缺乏了解,容易产生各种疑问、困惑或顾虑,引起焦虑紧张情绪,恰当的解释可以消除患者的疑虑、增强信心,正确看待自己的症状和内外环境。然而,不恰当的解释反而会引起误解,加重患者的心理负担,产生更多消极情绪。因此,治疗师应在充分了解患者的病情、心理状态和心理特征的基础上,根据客观科学事实,运用通俗易懂的语言,使其解释的内容能被患者理解和接受。解释技术是否起效不在于其是否科学和有道理,而在于能否被患者接受,起到消除疑虑和消极情绪的作用。

3. 鼓励 治疗师的鼓励可对患者的情绪、心理和行为产生积极的影响。患躯体疾病或心理疾病的患者常存在消极情绪,如悲观、失望、多虑、紧张、自责等,这些情绪能够阻碍患者采取积极的治疗行动,此时治疗师的鼓励,可以帮助患者增强信心、振作精神,促使患者采取积极健康的行为,促进恢复。

鼓励技术运用时应注意真诚而不夸大、具体而不笼统、及时而不随意,只有这样才能恰到好处地起到预期的效果,否则不仅不能达到治疗作用,还可能使患者无所适从,进而对治疗师失去信任,损害治疗关系。

4. 保证 与鼓励相似,恰到好处的保证同样能使患者缓解焦虑、悲观等消极情绪,增强信心和重新燃起希望。很多时候,患者的顾虑不仅来自疾病带来的消极情绪,对医学知识的缺乏也会使他们有过多的担心。在良好的治疗关系的基础上,治疗师自信而坚决的保证,可以赋予患者强大的力量,具有积极的治疗作用。

需要说明的是,治疗师的保证要站在科学的立场上,以充分的事实为依据,在对患者进行全面了解、检查和判断的基础上,有理有据地提出。治疗师的保证是一种需要承担责任的行为,毫无根据地轻易下结论,是不负责任的表现,将会使患者对治疗师失去信任。

5. 指导 支持性心理治疗一般不涉及深层次的心理内容,但为了改善患者外显的不适应情绪和行为,治疗师有时需要对患者在治疗中需要进行的配合、如何调节情绪、适应性的应对方式或行为方式等内容进行一般性的指导。指导技术可简单有效地改善患者的症状,改良其行为方式,促进疾病的恢复。

指导的内容应是在理论和科学研究的基础上形成的规律性经验,正确的指导需要治疗师对患者的情况具有科学的判断,针对性强、操作性强和可行性好的指导,才能起到预期的作用。

6. 积极关注 与共情一样,无条件积极关注原来也被认为是人本主义治疗的基本理念与技术,但现代心理治疗理念越来越多地强调患者自身的潜能和积极因素在治疗中的巨大作用。在支持性心理治疗中,积极关注技术可有效促进患者潜能和积极因素的发挥,通过其自身的因素发挥治疗作用,达到心理治疗的“赋能(empower)”作用。由于没有系统的理论体系和方法程序,良好的治疗关系所起到的治疗作用在支持性心理治疗中尤为明显。

(三) 适应证

支持性心理治疗可适用于多种心理疾病和躯体疾病的患者,尤其对抑郁症、神经症、适应性障碍、性功能障碍、各种心身疾病及伴随抑郁焦虑等情绪的躯体疾病患者具有良好作用。

二、人际心理治疗

(一) 概述

人际心理治疗(interpersonal psychotherapy, IPT)是由 Klerman 等人于20世纪70年代发展起来的一种侧重于通过改善人际交往问题治疗疾病的心理治疗方法,起初主要用于抑郁症患者,后来逐渐发展并用于多种精神疾病的治疗。

IPT 是一种限制治疗时间、操作性强的心理治疗方法,其治疗目标是针对患者的核心症状,即情绪障碍,而非改变性格。IPT 在治疗过程中不强调病因学和因果关系,而是让患者学会把情绪与人际交往联系起来,通过适当的人际关系调整和改善人际关系来减轻情绪问题,如抑郁。

(二) 方法

IPT 对急性期的治疗通常为每周1~2次(每次50~60分钟)的门诊治疗,共持续12~20周;维持治疗每月1次,可持续几年。IPT 可以分为三个阶段:治疗初期、治疗中期和治疗后期。

1. 治疗初期 治疗初期通常为1~3次会谈,主要工作为采集病史、作出诊断及介绍 IPT 治疗的一般情况。

(1) 诊断: IPT 遵循医学模式,按照诊断标准对患者进行医学诊断。同时,采用临床心理评估量表对患者的病情进行评估,并向患者进行简单的交代和解释。

(2) 人际问卷: 弄清楚患者过去重要的生活事件和现在的关系,制定一个“人际关系详细目录”。特别要清楚患者在人际关系中的亲密度、信任度、期望值、人际功能失调模式及履行承诺的程度,知道患者在人际交往中期待什么? 信赖谁? 在抑郁发生前和抑郁期间关键的人际关系发生了怎样的变化?

(3) 确定人际问题: 以患者的诊断和人际问卷为基础,治疗师应选择四个人际问题中对患者困扰最大的一个作为治疗重点。从临床实用的观点出发,治疗重点太多可能使治疗重心分散,疗效降低,因此治疗目标应该明确和具体。人际关系缺乏一般应作为治疗选择中最后要解决的问题。

(4) 确定患者角色: IPT 承认患者角色并认为它是抑郁的结果。患者角色通常没有改变患者的社会角色和义务,而是要求他们去坚持工作来恢复健康。由于抑郁症患者本身及其周围的人都可能认为患者的抑郁症状就是绝望和虚弱(如把疲乏看做懒散,把不恰当的罪恶感看成是理所当然等),对这些所谓的实际问题,治疗师可以从医学的角度给予解释。

(5) 对治疗的解释: IPT 开始的关键是综合诊断和人际问卷收集到的信息,简短地向患者解释其情绪问题是疾病的症状,并且与其人际交往方式有关。让患者理解人的抑郁情绪与其人际关系是互相影响的,而 IPT 就是针对这种情况的一种有效的治疗方法。

(6) 建立良好的治疗关系: 与其他治疗方法相似,治疗早期应建立一个较好的治疗联盟。IPT 治疗师应该多给患者积极支持、耐心解释和唤醒希望。另外,治疗关系本身也是一种人际关系,让患者在良好的治疗关系中体会人际关系对其症状的作用。

2. 治疗中期 治疗中期是治疗的核心阶段。治疗重点是四个人际问题(反应、人际角色的困扰、角色变化或人际关系缺乏)中的一个或几个。四个人际问题都有相应的处理策略。

(1) 悲伤反应: 在 IPT 中,悲伤被定义为丧失了重要亲人的情绪反应,其他的丧失,如失业、理想破灭、离婚等,则在角色变化中讨论。重要亲人的丧失无疑是巨大的打击,在治疗中,治疗师鼓励患者宣泄情绪,同时需要弄清楚这种丧失对患者意味着什么、在他们的关系中积极的和消极的方面,以及丧失给患者的生活留下的缺憾。治疗师还应帮助患者寻找新的支持和关系来补充对丧失者的需要,这当然不能代替丧失者,而是帮助患者重新开始培养兴趣、建立关系、开创新的生活。

(2) 人际角色的困扰: 抑郁症患者通常存在多种人际困扰, 与性伴侣、家庭成员、朋友、同事等的角色困扰。在治疗中, 治疗师帮助患者理解其人际角色相互间的冲突, 及角色冲突与抑郁症状之间的关系, 然后挖掘资源鼓励患者改变这种关系。关键是帮助患者找出想要建立什么关系及达到此目的的好方法。

(3) 角色变化: 广义的社会角色变化包括人际关系和社会生活中的任何变化, 如结婚或离婚、升学或毕业、雇佣或解雇、患病就诊或治疗康复等。每种角色的转变都会给患者带来心理上的压力和紧张, 尤其是曾患过抑郁症的患者。治疗过程中, 首先是让患者认识变化的事实, 及与情绪低落等症状之间的联系; 然后帮助患者了解角色变化有积极和消极两个方面, 以便使患者更好地适应新的人际关系; 帮助患者找出原来角色丧失的原因, 回忆他的好处, 祝贺他的成绩; 探讨实现愿望的可能性, 逐渐看到角色变化的有利方面。

(4) 人际关系缺乏: 这是 IPT 中最困难的问题。人际关系缺乏的患者往往有严重的性格缺陷, 亲密和支持性的人际关系很少。对于这样的患者, 通常可以用建立或培养新的人际关系的方式来取代固有的、单调的社会角色。帮助患者回顾受挫折的过程, 找出其在所处人际关系中不适应性的行为方式, 及在目前的情况下可改变的方面, 鼓励建立新的社会关系和行为方式, 不要过分追究过去。

3. 治疗后期 在 IPT 的最后几周里, 大多数患者的抑郁症状已经缓解, 此阶段的任务是回顾治疗经过并展望未来。此期的治疗有几个目的: 巩固疗效, 培养独立性, 减轻对预后的担心, 提高自信, 使患者感到有能力控制他们的情绪和人际关系。同时帮助患者回顾抑郁症状和人际问题, 使他们认识到潜在的抑郁复发的可能及其与性格、人际问题之间的关系。

4. 维持治疗 维持治疗对于预防疾病复发具有重要价值。由于抑郁症是较易复发的疾病, 维持治疗则显得尤为重要。维持治疗可1~2个月1次, 维持半年至1年, 也应该同急性期治疗一样制订计划。在 IPT 急性期治疗结束之前, 治疗师和患者应对维持治疗的时间和频度达成一致。

(三) 适应证

IPT 主要用于抑郁症患者, 后来逐渐发展用于其他与人际交往有关的精神疾病和心理卫生问题, 包括社交焦虑、焦虑症、强迫症、恐惧症、适应性障碍、心身障碍、人际交往困难等。

三、婚姻与家庭治疗

(一) 概述

婚姻与家庭治疗是从20世纪50年代开始, 随着系统论、控制论的诞生而逐渐发展起来的心理治疗形式, 强调个体与人际系统间的心理动力学关系, 关注整体和系统中个体的各种互动性联系。婚姻治疗 (marital therapy), 也称夫妻治疗 (couple therapy) 是以配偶双方为单位的治疗。重点处理影响婚姻质量的各种问题, 如夫妻关系、性问题等, 以促进婚姻关系为目标。家庭治疗 (family therapy) 是以家庭为单位的治疗。不仅关注患者与家庭的关系, 而且将家庭本身视为治疗对象, 促进家庭功能的平衡与协调。

从系统论角度看, 婚姻和家庭都是由互相关联的个体和子系统以复杂方式——如血缘、婚姻、家族文化代际传递、行为反馈、利益等, 自我组织、持续发展的因果网络。个体的异常心理及行为不仅仅是个体内部发生的过程, 而且受到人际系统内互动模式的影响, 或是对于系统过程的反应, 甚至就是对于互动关系变化而做出的主动干预和调节。

(二) 方法

家庭治疗发展60年来, 形成了理论和治疗各有侧重的不同分支。主要包括: ①系统式家庭治疗; ②结构式家庭治疗; ③策略式家庭治疗; ④心理动力学家庭治疗; ⑤行为式家庭治疗等。不同分支的治疗侧重各有不同, 包括解决家庭问题 (策略式家庭治疗或行为家庭治疗)、中间形式 (结构式家庭治疗) 和重塑家庭 (心理动力学家庭治疗、系统式家庭治疗及家庭系统治疗)。

自20世纪90年代以来, 家庭治疗各分支呈现相互整合, 共同发展, 都将家庭视为关系的整合, 所

有的治疗也都重视家庭的互动过程。家庭治疗的一般治疗程序包括:

1. 评估家庭背景 治疗初期首先评估和明确患者的家庭背景、患者及其家庭之间的各种病理关系,即患者个人的症状与家庭之间的相互关系。这部分工作主要包括:①观察、诊断家庭动力学特征;②家庭的社会文化背景;③家庭在患者生活周期中的位置;④家庭的代际结构;⑤家庭对目前问题所起的作用;⑥家庭解决目前问题的方法及效能;⑦绘制家庭治疗的相关家系图等。

2. 规划治疗目标与任务 在对家庭背景进行评估之后,治疗师和家庭成员将一起规划治疗目标与治疗任务,并在以后的治疗中按照此目标和任务进行工作。一般包括打破恶性循环、重建家庭结构系统、引发家庭中可见的行为变化和提高解决问题、应对挑战的能力等。

3. 治疗实施阶段 在治疗的初期和中期,每次治疗1~2小时,两次治疗间隔开始较短,一般4~6天,以后可逐步延长至1个月或数月。总治疗次数一般在6~12次,超过12次治疗仍未见效时,应检查治疗计划并重新确定该家庭是否适合此种形式的治疗。

治疗先以循环提问方式开展,请各个家庭成员轮流回答问题,通过几轮提问后,治疗师为他们勾画出一个家庭内的关系格局及其对不正常行为的影响。在治疗中,治疗师对目前的症状赋予积极的意义和解释,从积极的方面重新描述问题,让患者及其家庭成员理解情景是相对的,一种现象的意义也是相对的,它们可以根据看问题角度的不同而发生改变。治疗的一项操作性原则是“化整为零”,治疗师将问题细化、还原为一个个具体行动,与具体的人、事、空间、时间相联系,并要求家庭成员一件一件地去做。每次治疗结束前,治疗师都应布置精心策划的游戏式作业,让家庭成员共同完成。

实施家庭治疗时,要注重家庭目前需要改善的迫切问题,促进患者及其家庭成员着手改正存在的问题。治疗师既要了解家庭内问题发生的过程,又不能过于追究往事,以免增加家人之间的矛盾。这一阶段治疗的关键在于缓解家庭内成员关系发生改变的阻力,调整家庭系统的失衡状态。

4. 治疗结束阶段 通过一系列治疗后,如果家庭已经建立起合适的结构,成员间的交流已趋向明晰而直接,发展了新的有效的应对机制或解决问题的技术,代际间的等级结构、家庭内的凝聚力、成员中独立的能力均有所改变或发展,维持问题的动态平衡已被打破,这时即可结束家庭治疗。

此阶段两次治疗的间隔时间可延长至4~6周,主要内容是促使家庭成员能够自行审查、改进家庭的行为和习惯,并维持已经纠正的行为问题。

5. 随访阶段 家庭治疗的时间一般为6~8个月,如果仅仅以解决症状为主,疗程较短。如果希望重新塑造家庭系统,则需要加长疗程,随访更长时间。

(三) 适应证

婚姻与家庭治疗适用于各种夫妻与婚姻问题、多种心理障碍和心身障碍、躯体疾病的调适及精神病性障碍的恢复。家庭治疗对儿童、青少年的各种情绪和行为问题效果较好;而重性精神病发作期、偏执型人格障碍及性虐待等疾病的患者,一般不选择家庭治疗。

四、团体治疗

(一) 概述

团体治疗(group therapy)是一种独特的心理治疗形式,指两个以上的同质或异质患者在团体情境中共同进行的心理治疗。不同理论治疗下的团体治疗对问题的形成有不同的理解和解释,其干预形式和方法也各有差异,但所有的团体治疗均强调团体内的人际交互作用,通过团体动力进行个体间的互动发挥治疗作用。

(二) 方法

不同性质和形式的团体治疗,其成员从5~20人不等,一般来说,心理探索较深入的团体治疗人数较少,以问题应对、行为训练、疾病康复等内容为主的团体人数可较多。总的治疗次数根据治疗目标而定,少则4~6次,多则十余次,一般不设长程治疗。活动频次为每周1~2次,每次1.5~2.5小时不等。

团体治疗一般要求1~2名治疗师,一人主持,另一人协助。团体治疗的治疗室要求独立、宽敞、明

亮的空间,足够进行一些身体活动,每位成员以相同的舒适座椅围圈而坐,治疗师与其他成员相同,常需要配有白板和纸笔,条件允许还可配有多媒体设备,以完成一些团体活动。艺术治疗、心理剧等特殊团体还需配有相应的治疗工具。

不同理论指导下的团体有不同的治疗过程,但一般都包括以下几个阶段:

1. 起始阶段 起始阶段的基本任务是接纳和认同。主要要完成以下工作:①团体成员的相识;②团体规则和契约的制定;③团体目标的明确。有经验的治疗师在完成这些工作的同时,能够促进团体形成合作互助的气氛,使成员对团体和其他成员产生信任感,感受到支持,治疗作用已经开始发挥。

2. 过渡阶段 过渡阶段为团体的转型期,主要任务是从表层的团体沟通转向深入的治疗工作。治疗师通过团体动力帮助团体成员处理他们的焦虑、抗拒、担忧、矛盾,以减少防御,进一步发展团体成员间的信任和积极关系,使成员发展出治疗性的团体行为模式,这个阶段形成的团体行为模式往往贯穿整个治疗过程,对整个治疗都有重要作用。

3. 工作阶段 工作阶段是探讨问题和寻求有效解决的时期。一般来说,工作阶段的每次团体治疗设有相对固定的主题,治疗师通过一定的团体活动、成员间的分享和讨论、各种技术和团体动力的运用,对相应的问题进行探讨,寻找有效的解决方案,在团体中初步尝试替代性的行为,并得到反馈。家庭作业的布置和分享也是工作阶段常采用的重要治疗手段。

有些团体在工作阶段会出现“风暴期”,即团体的一些成员间由于意见不同而出现激烈的争论。治疗师应对这种现象具有一定的掌控能力。首先要明白观点的对峙是成员间真诚反馈的表现,有利于事实和问题的澄清,是成员对现实生活中类似情景和应对方式的体现,这种争论常常具有意想不到的治疗效果。治疗师不应回避这种现象,而要因势利导,通过团体动力过程使成员看到问题、理解问题和解决问题。“风暴期”的关键在于争论场面呈现后最终的妥善解决,能够启发团体成员适应性的观点和行为方式。

4. 结束阶段 结束阶段为总结经验、巩固成效、处理离别的时期。治疗师鼓励成员整理总结自己在团体中的收获和改变,评估治疗的效果,并鼓励成员将在团体中得到的收获和改变带到未来的现实生活中去。

与个体治疗相比,团体治疗具有一些独特的优势,可将其称为“团体互动机制”,主要包括以下四点:①“一般性”的安慰作用:在团体中,患者发现自己的问题并非独一无二,其他人也有相似的问题,这会使他们减少差异感、孤独感和不被需要感,减轻焦虑和恐慌;②“参照物”的反思作用:患者可从团体其他成员的表现中反思自身,促进自身问题的发现,并可能从团体中学习到不同的方式看待问题;③“先行者”的榜样作用:看到其他成员的改善,患者会对自己的改善产生积极的期待,燃起希望感,并可借鉴改善者有价值的经验,找到改善自己问题的方法;④“试验田”的反馈作用:良好的团体氛围提供了一个尝试新的行为方式的试验田,患者在这里的行为尝试能够得到真诚的反馈和积极的强化,以此带动适应性行为的建立和问题的改善。

(三) 适应证

一般来说,团体心理治疗的适应证与其同一指导理论下的个体治疗的适应证相似,但团体心理治疗因其独特的特点,尤其适用于轻度抑郁症、焦虑症、社交恐惧症、人际关系训练、个人心理成长及各种心理行为训练,对住院患者的躯体疾病康复、心身问题和精神疾病康复也有较好的效果。存在以下情况的患者不宜纳入团体治疗:①精神病性症状;②敌意、攻击行为;③社交退缩严重且本人缺乏改变动机;④偏执型人格障碍;⑤癔症。这些患者在团体中可能会明显影响团体的动力学过程和发展方向,其特有问题的处理常占用大量的团体时间,应做其他形式的治疗。

五、森田治疗

(一) 概述

森田治疗(morita therapy)是日本的森田正马教授根据其神经症的解释创造、发展的一种心理

治疗方法。森田治疗遵循“顺其自然”、“为所当为”的原理,帮助患者按照事物本来的规律行事,任症状存在,带着症状积极生活,并学会不去控制那些不可控制之事,而要学会控制那些可控制之事,让疾病自行恢复。

其基本理论包括:

1. 神经质的发生机制 森田正马在他的任何著作中均不使用“神经症”这个术语。他把我们现在认为的神经症分成神经质和癔症。神经质是自我内省的、理智的、疑病的;癔症是情感过敏的、外向的、自我中心的。在神经质素质的基础上,由于某种契机导致的病态称为神经质。在癔症素质的基础上,由于某种契机导致的病态称为癔症。森田认为神经质的根本原因是先天性素质的变质,但此素质虽然是先天的,并非固定,可随着环境发生明显变化。

2. 生的欲望 生的欲望在这里主要指心灵深处的反省。可以包含以下几个方面:①不想生病,不想死,想长寿;②想更好地活着,不想被人轻视,想被人承认;③想有知识,想学习,想成为一个伟人,想幸福;④想向上发展。总之,生的欲望是不同层次种种愿望的综合。

3. 疑病性基调 森田正马曾研究过神经质的发病,他不认为这种患者的动机有什么特殊性,并认为导致神经质发病的最重要的因素乃是患者的素质,所以把它叫做疑病性基调。疑病性基调是森田的一种假说式的概念,虽说它是一种先天性的素质,但却不是一成不变的,它能随着环境(如父母的养育态度)的变化而变化。

4. 精神交互作用 对神经质发病有决定作用的是疑病性基调,对于症状的发展有决定作用的就是精神交互作用。精神交互作用是指,对某种感觉如果过度注意,对这种感觉就会变得敏感,对这种敏感的感觉越来越注意会使之固定,这种感觉与注意进一步相互作用,越来越形成感觉过敏的精神过程。

(二) 方法

森田治疗分为门诊和住院两种治疗形式。门诊治疗适用于症状较轻的患者,症状较重的患者可进行住院治疗。

森田治疗要求专门的森田病房,其住院环境与一般医院有所不同。要求单人房间,房间布置得像家庭一样。患者在住院期间可以发现许多与他类似症状的人,他认识到并不是只有他才有这样的问题。住院期通常为60~120天,也可短至45天。

进行森田治疗前首先要让患者读森田治疗的宣传材料,其次要与患者进行一次详细访谈,使他对自已的病症有本质上的认识,对森田治疗有一个了解,以消除一些疑虑,加强治疗的信心,以积极的态度参加治疗。有时还需要签订治疗协议,以保证患者能按治疗师的要求去做,并能坚持完成全部疗程。

森田住院治疗的主要治疗过程可以分为以下几个阶段:

1. 绝对卧床阶段 在这一阶段中,要求患者安静卧床一周。除了吃饭及去卫生间外不得起床,但可考虑问题及睡眠。在这一阶段中不允许患者参加任何其他活动,包括读书、看报、吸烟、谈话及娱乐等,也不准家属探视及书信往来。治疗师每天仅短暂地与患者会面一次,主要是了解一下患者的情况。由于所有分心的方法均被剥夺,患者直接面对焦虑。最初患者会幻想回避焦虑,但不成功。这种恶性循环可使焦虑达到顶点,故症状可加重。治疗师应注意观察患者的进食及体重变化。持续一段时间后,患者终于逐渐接受了焦虑,使焦虑与自己融为一体。少数患者的恶性循环在这一阶段就可以奇迹般地打破从而症状缓解,但绝大多数患者的改变不大。

2. 工作治疗阶段 这一个阶段可分为两个时期:

(1) 轻工作活动期: 让患者带着症状参加一些轻体力的工作,如扫地、搞室内卫生等简单工作,为时约一周。

(2) 重工作活动期: 进入这一期后,患者可参加一些较重的体力活动,如砍柴、种菜、培植花木、烹饪、喂养小动物等,此期也持续一周。

以上活动均要根据患者的具体情况由治疗师予以决定和安排。在这阶段中不要求患者与其他病友谈论自己的症状,只要求其专注于当前的工作活动。通过这样的实践与体验,患者的态度会逐渐发生变化,自然而然地不再与他的焦虑症状去作强迫性斗争。

(3)生活训练阶段:经过两周左右的工作活动期后,就可进入生活训练期。这时可以允许患者外出,如去商店、读书,或做些其他工作。但40天以内不允许患者见家属、亲友,也不允许与他们通电话。

从绝对卧床阶段以后,要求患者每天晚上记日记。治疗师每天要读他们的日记,还要写出意见,次日归还患者。

在住院期间,患者不可避免地会诉说自己的症状及询问如何治疗他的病症等。医护人员只是要他生活于现实之中,即使患者反复提问,也不做任何回答。这样患者会逐渐不注意自己的症状而有兴趣于工作活动,这叫做“无回答疗法”。患者尽管有些焦虑症状,但能够参加必要的日常生活和工作就可以出院。据估计,83%的患者可以达到这一水平。出院后可定期回院并交流经验。

(三)适应证

森田治疗主要适用于神经症,包括焦虑症、强迫症、恐惧症、躯体形式障碍和自主神经功能紊乱等。在日本,还用于治疗某些心身疾病的患者。癔症、精神分裂症、严重的抑郁症患者则不适合。

六、生物反馈治疗

(一)概述

生物反馈治疗(biofeedback therapy)创立于20世纪60年代,是根据行为主义理论操作性条件反射的原理,通过内脏学习来改变患者不良生理反应的心理治疗方法,是放松技术与生物反馈技术的结合。生物反馈(biofeedback)是借助电子仪器将体内一般不能被人感知的生理活动变化信息,如肌电、皮肤电、皮肤温度、血管容积、心率、血压等加以记录、放大并转换成为能被人们所理解的听觉或视觉信号,并通过对这些信号的认识和体验,学会在一定程度上有意识地控制自身生理活动的过程。生物反馈治疗就是个体运用生物反馈技术,控制和调节自己不良的生理反应,以达到调节机体功能和防治疾病的目的的心理治疗方法。

目前临床应用的生物反馈种类主要有:肌电反馈、皮肤电反馈、心率血压反馈、皮肤温度反馈、括约肌张力反馈和脑电反馈等。生物反馈仪包括单导生物反馈和多导生物反馈仪。多导生物反馈仪可同时进行多种信息的记录和反馈,如在治疗高血压时,可以同时进行血压、心率、皮肤电、皮肤温度的反馈训练,增加疗效。

(二)方法

1. 生物反馈仪的选择 生物反馈仪所提供的反馈信息可分为特异性信息和非特异性信息两种。特异性信息的控制指标和疾病的病理变化一致,如原发性高血压的患者可选用血压反馈仪提供血压变化信息。非特异性信息的控制指标仅作为代表机体紧张程度或唤醒水平的标志,如肌电生物反馈中的肌电活动水平可以代表机体的唤醒水平,可通过改变肌电水平调节其他脏器的活动。

一般来说,在治疗过程中应尽量寻找特异性信息变量,但由于现有的生物反馈仪不能囊括所有生理活动,找不到特异信息变量时,可采用非特异信息变量。

2. 患者和环境的准备 选择病种和病例时,应对患者疾病的性质及可能恢复的程度做出全面的估计,还应对患者视觉和听觉能力、智力水平、自我调节能力、暗示性、注意力、记忆力及个性心理特征等作全面的了解,选择适合进行生物反馈训练的病例。

在进行生物反馈训练前,除了对患者做生理、生化检查外,还应让患者了解疾病与心理应激、情绪之间的关系,了解生物反馈训练的原理、必要性、优越性和安全性,使患者主动参与训练。告知患者成败的关键在于自己不断的训练。

生物反馈治疗应具有一个安静、舒适的良好训练环境。可在一个单独的或与周围隔离的房间中进行,避免受到外界干扰。

3. 治疗过程 不同类型的生物反馈仪的具体操作有所不同,以下以肌电反馈为例。记录肌电信息的电极安放部位因人、因病而异。既可安放在全身各部位或易放松的部位,也可按照解剖位置和根据体表标志放在靶肌的肌腹上。电极之间的距离将影响其接收电信号的范围和大小,电极间距离越大,所接受的电信号范围也越大,但过大的间距则影响精确度。电极安放前要用酒精棉球擦拭清洁皮肤,导电膏的用量要适当,目前已有自黏式电极,集电极、黏片和导电膏为一体,使用方便可靠。

生物反馈训练在指导语的引导下进行。每次训练之前先测出患者的肌电基准水平值,加以记录以便参考和作为疗效观察的依据。选择患者所喜欢的信息显示方式。在训练的同时可结合放松训练技术。放松目标应循序渐进,目标不宜过高,并让患者回忆放松的体会和总结经验,靠自我体验继续主动引导肌肉进入深度放松状态,重要的是患者要将在诊室中学会的放松体验,每天在家中独自重复练习(2~3次,每次20分钟),学会在脱离了仪器和特定训练环境的条件下也能够放松,最终摆脱生物反馈仪。

生物反馈放松训练一个疗程一般需要4~8周,每周2次,每次20~30分钟。

4. 生物反馈治疗的注意事项

(1) 强化的运用:操作性条件反射的建立有两个重要环节,一是患者的感受,二是动机的强化。治疗前治疗师预先将信号设置在一个适当的水平上,调整声反馈后,在达到这个设定水平时,仪器将自动发出声音,患者在听到此声后明白自己的调整达到了要求,随即产生一个心理上的强化反应,对控制和改变自己增强了信心,此后的训练或治疗将会更顺利地进行。

(2) 训练与环境情境相结合:患者在实验室中掌握了生物反馈自我调节的技术之后,可逐步将生物反馈训练中获得的量化参数与日常生活相结合。鼓励患者到曾经使他感觉紧张、焦虑、不适的环境中或情境中去练习,随着控制自己的能力逐步提高,可逐渐减少每次训练的时间,增加训练次数。

(3) 患者的主动性:强调患者在整个治疗过程中的主动地位。生物反馈训练的指导语在整个疗程中具有阶段性作用和辅助作用,不能依赖指导语而失去或削弱注意自身的内部感受,更应该强调的是最终摆脱仪器的帮助才是真正生物反馈治疗的目的。

(4) 治疗师的作用:治疗师在患者生物反馈治疗的过程中是指导者的角色。良好的治疗师能够有效地指导患者体验到某种精神状态、情绪反应、姿势、方法与生理变化(如血压降低)之间的关系,利用强化的技术帮助患者尽快地建立起操作性条件反射,完成适应性行为的塑造。同时有利于增进医患关系,促进其他心理治疗方法的实施和起效。

(三) 适应证

生物反馈治疗适用于内科、外科、妇科、儿科、精神科、神经科等临床科室的多种与应激有关的身心疾病,如紧张性头痛、胃溃疡、高血压、焦虑症、恐惧症、失眠等。此外,还可用于正常人的心理训练,如运动员、飞行员、学生等,结合一些假设的环境,使受训者能正确应对,提高他们的心理素质、应变能力和临场发挥能力,消除或减少临场紧张。生物反馈也可用于运动康复,如括约肌和骨骼肌的功能训练,以促进功能的恢复。但对急性精神障碍、兴奋躁动、放松状态下易出现失控感或幻觉者不适宜使用生物反馈治疗。

七、危机干预

(一) 概述

危机干预的概念最初源于美国心理学家 Lindemann(1944)和 Caplan(1964)的工作。危机(crisis)是指个体面临严重、紧迫的处境时,产生的伴随着强烈痛苦体验的应激反应状态。危机干预(crisis intervention)是对处于困境或遭受挫折的人予以关怀和支持的短程心理治疗。危机干预以解决问题为目的,不涉及人格的矫正,通过短期的关怀和支持,使干预对象恢复心理平衡,重新适应生活。

(二) 方法

危机干预的内容主要包括个人危机处理、自杀干预和重大灾难及危机的国家心理卫生干预三个方面。危机干预的过程主要包括以下四个阶段:

1. 第一阶段——问题的评估 在治疗的初期,治疗师必须对危机干预对象的心身状况、诱因以及寻求心理帮助的动机进行全面的了解和评价,同时与其建立良好的工作关系。在这一阶段里,一项重要的工作是评估患者自杀、他杀、自伤、冲动攻击行为等发生的可能性和风险程度,如果存在必须引起重视。心身状况的评估应从情绪、认知、行为、躯体症状四个方面进行临床观察与诊断。在需要的情况下,人际和现实环境的评估也对整个干预有重要价值。

2. 第二阶段——制订治疗性干预计划 在全面了解了患者发生危机的诱发事件和目前的危机水平之后,治疗师须着手制订干预计划,明确治疗目标。危机干预不注重人格的塑造,而在于帮助患者恢复到危机前的心理平衡水平。

3. 第三阶段——治疗干预 这是危机干预最主要的阶段,主要包括四个方面的工作:①帮助患者正确理解和认识自己的危机;②帮助患者疏泄和释放被压抑的情感;③学习应对方式,帮助患者总结和学习过去成功的应对技巧和新的应对方式,减轻应激对心理平衡的影响;④建立新的人际交往和人际关系。如果危机是由失去亲人引起,此部分工作将是有效的干预策略之一。

4. 第四阶段——危机的解决和随访 经过4~8周的危机干预,大多数患者的危机已得到解决或缓解,此时应及时中断治疗,以减少患者的依赖性。在结束阶段,应注意强化患者多应用学会的新的应对技巧,鼓励和支持他在今后面临紧迫处境或重大挫折时,应用新的应对方式和有关社会支持系统来独立解决和处理问题,避免或减少危机的发生。

危机干预主要应用两大技术:支持技术和干预技术。支持技术的应用旨在尽可能地缓解情绪危机,使患者的情绪状态恢复到危机前水平。治疗师可以应用共情、解释、鼓励、保证、指导、积极关注等支持性心理治疗的干预技术,同时可配合环境改变、镇静药物等方法达到治疗目的。干预技术又称问题解决技术,其主要目标是让患者学到应对困难和挫折的一般性方法,这不但有助于度过当前的危机,而且也有利于以后的适应。

不同的心理治疗流派有不同的危机干预方式。认知治疗强调对患者错误认知的分析,心理动力治疗则强调对患者的人际关系和内在冲突的分析。目前我国常用的重大灾难的针对性危机干预技术主要包括:眼动脱敏和信息再加工治疗(eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)和紧急事件晤谈(critical incident stress debriefing, CISD)等。

EMDR是由Francine Shapiro于1987年创立的一种整合的危机干预技术,它借鉴了控制论、精神分析、行为、认知、生理学等多种学派的理念,建构了加速信息处理的模式,帮助患者迅速降低焦虑,诱导积极情感、唤起患者对内的洞察、观念转变和行为改变以及加强内部资源,使患者能够达到理想的行为和人际关系改变。

EMDR必须由经过专门培训的医师来实施,每次1.5~2小时,治疗分为8个步骤,包括:采集一般病史和制订计划、稳定和为加工创伤作准备、采集创伤病史、脱敏和修通、巩固植入、身体扫描、结束、反馈与再评估。在治疗干预中,治疗师应帮助患者使过去的创伤事件意识化,形成目前关于那件事的认知及情感框架;发现目前的扳机点,激化非适应性的症状,使患者脱敏;植入对创伤事件合理有效的认知、情感和行为反应,增加患者的控制感。

CISD由Mitchell于20世纪80年代首先提出,最初用于急救人员,目前认为可作为灾难的一级受害者(直接暴露于创伤的人)的早期心理干预。CISD以团体晤谈的形式进行,一次晤谈包括七期:导入期、事实期、感受期、反应期、症状期、干预期和资源动员期,整个过程持续3~4小时。通常在事件发生的2~10天内进行,在重大灾难中,可在3或4周后实施,并在数周或数月内进行随访。

一般来说,可能发展为灾后PTSD的重点干预人群可以采取EMDR或经典理论指导下的危机干预方法(如认知行为治疗)进行专业治疗,对于灾难事件中的一般人群可在心理危机干预人力资源许可的条件下提供严格的CISD、支持性心理治疗、心理健康辅导等心理救援工作。

(三) 适应证

凡是处于有特定原因的紧急情况的人,存在严重的焦虑、恐惧、悲哀、抑郁等反应或自杀风险,心

理功能失衡或受抑制,适应不良和短期内丧失解决问题的能力,都可以是危机干预的对象。但对存在精神病性症状的患者,如兴奋躁动、激越、妄想等,存在意识障碍及严重自杀风险的患者,不属于仅单独使用心理治疗形式的危机干预的范畴,应结合药物治疗,甚至住院治疗。

(张宁 王纯)

拓展阅读 心理治疗的神经生物学作用

近百年来,人们对心理治疗作用的理解,多集中于理论探讨和临床疗效的评估,对心理治疗能否影响神经功能,如何改善生理功能知之甚少。

20世纪后期开始,一些零星的研究探索过心理治疗对神经生化和神经内分泌的作用。部分研究发现,有效的心理治疗可能影响正常人、精神疾病患者或躯体疾病患者外周血中一些生物学因子的水平,包括与精神疾病关系密切的神经递质(5-羟色胺、去甲肾上腺素、多巴胺)、应激激素(促肾上腺皮质激素、皮质醇、催乳素、生长激素)、免疫因子(自然杀伤细胞、神经肽Y、干扰素- γ 、肿瘤坏死因子- α 、白介素-2、白介素-4、白介素-6、C反应性蛋白、嗜铬粒蛋白A)等。研究者们推测,心理治疗可能通过改善体内上述因子的水平增进人体的神经生理功能,从而发挥一定的治疗作用。

进入21世纪以后,随着神经生物学和神经影像学技术的发展,尤其Eric Kandel于2000年证明了神经突触的可塑性,提出学习、记忆等心理过程可影响神经细胞的突触联系的观点后,心理治疗的神经机制开始受到关注。但这方面的研究有限,结论不一。

大多数心理治疗神经机制的研究是通过正电子发射断层扫描(PET)、单光子发射计算机断层成像(SPECT)和功能性磁共振成像(fMRI)等影像学技术评估治疗前后的脑代谢或血流变化,推测心理治疗过程中和之后的脑活动。目前此类研究见于强迫症、恐惧症、抑郁症、焦虑症、边缘人格障碍的心理干预,以及疼痛控制、催眠等方面,虽然此类研究对心理治疗的作用位点和性质的结果不一,但基本都发现了心理治疗可改善精神疾病患者脑功能的异常。

有一项研究认为,心理治疗和药物治疗似乎通过不同的作用机制改善抑郁症患者的脑功能。Goldapple等(2004)通过比较静息状态17名认知行为治疗和13名帕罗西汀治疗的抑郁症患者的PET,观察到了两种治疗代谢改变的相反变化:认知行为治疗后海马和背侧扣带回代谢增加,前额代谢减少。帕罗西汀治疗后前额代谢增加,海马、次扣带回代谢减少。他们认为,认知行为治疗作用于前额皮质,与消极认知、不适应性记忆和信息加工的习得性减少(前额减少),对情绪刺激的注意增加(边缘增加)有关,而药物治疗作用于边缘和次皮质,与以往各种抗抑郁药物治疗的人类和动物研究结果相似。心理治疗和药物治疗分别通过“从上而下”和“从下而上”的模式改善抑郁症患者的脑功能。这项研究虽然没有被后来的研究进一步复制和证实,但提出了心理治疗和药物治疗通过不同机制作用于脑功能的假设,为未来的科研探索提供了思路。

神经营养因子是一类对神经元有特异性作用的蛋白质,具有促进和维持神经细胞生长、存活和分化的功能,在突触可塑性中具有重要作用。近年来,随着神经营养因子在精神疾病发病中的作用逐步被揭示,一些研究者开始关注心理治疗是否作用于神经营养因子。部分研究发现,成功的心理治疗伴随着血浆神经营养因子(脑源性神经营养因子、神经生长因子)水平的增高,神经营养因子的提高也有可能预测治疗效果。

总之,越来越多的研究证实,成功的心理治疗可对正常人、精神疾病患者、躯体疾病患者的神经递质、应激激素、免疫因子、神经营养因子、脑血流、脑代谢产生影响,调节他们的神经生化、神经内分泌、神经免疫和脑功能,作用于神经生物学的多个途径。但目前心理治疗神经生物学作用的研究仍处于起步阶段,研究结果一致性较低,缺乏机制探讨,有待于进一步研究探索。

第八章 心理晤谈

● 本章提要

心理晤谈 (psychological interview) 也称心理访谈或心理会谈, 常常特指在临床工作中心理治疗师 (或心理咨询师) 与患者 (或来访者、求助者) 沟通的过程。其目的是掌握患者的信息, 帮助患者解决心理上的问题。心理晤谈过程强调严格的结构化和技术性, 其目的首先是与来访者建立尊重、信任、平等的建设性关系。这种关系不仅需要在心理治疗的工作中得到充分体现, 也同样适合于所有的临床工作。临床医学专业学生了解和掌握一定的心理晤谈技能, 有助于应用到今后的医学临床工作之中。

作为本课程的基本技能部分, 本章主要介绍心理晤谈的基本过程和基本技术。

第一节 心理晤谈的基本过程

心理晤谈的基本过程及具体细节, 不同的心理学专家看法各异。

心理学家 Shea (1988) 将心理晤谈的基本过程分为5个阶段, 即介绍 (让求助者放松)、开始 (询问求助者关注的问题)、主体 (收集信息和心理诊断)、结束 (总结和指导) 和终止阶段。这主要适用于初始访谈, 其特点是通用于各个流派。

行为主义的心理学家 Alberti 和 Emmons 将心理晤谈分为5个阶段: 开始会谈 (建立和谐关系并组织)、收集数据 (引出故事、忧虑、问题或话题)、共同目标的设置、工作 (探索各种选择办法, 对求助者的不一致和冲突进行面质, 重新叙事) 和结束阶段 (一般化和按照新故事行动)。

另外有的心理学家把心理晤谈过程分为确认和分析问题阶段、设立目标阶段以及行动阶段等等。

综合以上心理学家们对心理晤谈过程区分的不同看法发现, 虽然各有不同, 但是有一些是心理晤谈必经的阶段。钱铭怡教授认为可分为三个阶段: 心理诊断阶段、帮助和改变阶段以及结束阶段。其中心理诊断阶段又包括信息的收集、心理诊断、信息反馈和治疗目标建立四个部分; 而帮助和改变阶段又可分为领悟和修通两个部分。这三个阶段中第二阶段, 即帮助和改变阶段的治疗时间最长, 也是心理晤谈中最重要的帮助求助者成长的部分。各个阶段虽有区分, 也不是截然分开的, 在心理诊断阶段也可能存在领悟的成分, 而在帮助和改变阶段也可能需要重新对求助者进行评估和诊断。

一、心理诊断阶段

心理诊断阶段是心理晤谈的第一个阶段, 包括与求助者建立关系、信息收集、心理诊断和确立咨询目标四个部分。

1. 建立关系 治疗关系是指治疗师与求助者之间的相互关系。心理晤谈主要依靠治疗者与求助者之间建立一个互相信任的关系, 在良好的治疗关系的基础上开展对求助者的治疗工作。任何心理治疗流派的理论与方法都必须以良好的治疗关系为平台。因此建立良好的治疗关系是心理治疗的

核心内容。这种关系,从第一次见面时就应该开始培养。治疗者应体会到患者的处境和心情。初次与治疗师见面就可能谈论自己内心深处痛苦的事或者隐私是件非常不容易的事。治疗者应该帮助求助者,充分地鼓励与支持求助者,帮助他建立解决问题的希望和信心。良好的晤谈关系的建立是为了帮助求助者用更合适的方式思考与行事。通过这种关系的内化,求助者可以尝试改变自己,达到治疗的目的。著名心理治疗家罗杰斯(Rogers CR)曾经说过,许多用心良苦的心理咨询和治疗之所以未能成功,是因为在这些咨询和医治过程中,从未能建立起一种令人满意的医疗关系。

和谐的关系,很大程度上取决于治疗师能否给求助者留下良好的第一印象。首先从外观上,治疗师应该服饰整洁、打扮得体,符合自己的身份与角色;从内在的涵养上要仪态大方、举止庄重;从情绪上不能过分热情,也不能过分冷漠,两者都将影响良好关系的建立。其次,治疗师与求助者的座位设置尽量为 90° 或 120° 斜对,双方正对而坐会使求助者有一种压迫感。最后,治疗师要进行适当的自我介绍,态度要诚恳、温和,使患者感到自己找对了地方、找对了人。

求助者绝大多数都是带着自身的问题来的,因此往往非常敏感。治疗师对此应有足够的认识,并努力营造温暖、安全的氛围。初次见面时,治疗师应友善地向对方打招呼,起身迎接求助者请对方入座,可向对方作一简短的自我介绍,然后开始转向了解对方个人情况的内容。此外,建立良好的治疗关系还需要治疗师对求助者的叙述做到耐心倾听、真诚的关注、友好和尊重、良好的共情等等,这些都是治疗关系建立的必要条件。与此同时,治疗师还应该注意自己的职业形象。不仅仅是一个亲切、能够理解对方的人,还应该让求助者感到信任。因此治疗师的言语要自信,不能夸张做作,不能对来访者的谈话进行道德评判。

治疗关系的建立受到治疗师和求助者双方的影响,求助者的咨询动机、合作态度、期望水平、自我觉察水平、行为方式和对治疗师的反应等都会在一定程度上影响到治疗关系。

2. 信息收集 为了真正了解求助者的心理与行为,需要知道其过去的的生活与人格发展的过程,也需要知道求助者目前各方面的活动状况与生活方式。虽然在最初几次的会谈中,无法得到全面的资料,但至少对求助者要有个基本的认识,了解其生活背景。随着治疗的不断进行,遵从治疗需要,再详细地去收集与分析更多需要的信息,来拓宽对求助者了解的范围。

一般说来,治疗师收集的资料越多,对下一阶段进行心理诊断就越有利。信息的收集包括三个维度:①时间维度:即注意求助者过去、现在、将来的有关信息。通过这些信息可以得知求助者目前的概况;并获得其对自己和自身问题理解的有关信息;还可以更进一步认清其对自己、对他人、对周围世界的看法,以及他所面对的使之产生烦恼与困惑的现有问题。②情绪维度:即求助者对于自身、他人及有关事件的看法和由此而引发的情绪活动。③行为维度:即求助者怎样处世待人,怎样处理自身所遭遇的各种事情,一般采取什么防御和应对措施。

收集信息的同时要探明求助者的主要问题,就是其最关心、最觉困扰和需要改善的问题。进入心理门诊的人绝大多数都是带着自身的问题而来的,他们往往非常敏感,也就更易受到伤害。虽然第一次会谈时,求助者会说明最困扰他的问题是什么,但有时真正的问题却需要经过好几次会谈,才能浮出水面。这一般是由于求助者往往羞于开门见山地诉说他的主要问题,比如:“我有外遇”、“我可能是同性恋”等等。也有的时候,求助者自己也不知道主要问题是什么,这就需要在与咨询师的会谈中逐渐找出其问题的核心。如总是担心丈夫有外遇的妻子,其“主要问题”可能是自己对自己没有信心。因此,在收集信息时咨询师应当充分地注意到这些。

在收集信息的阶段,治疗师一方面要引导求助者的思路,另一方面要注意倾听求助者的谈话。一般在初始访谈时没有特殊情况不应随意打断求助者的谈话,扰乱对方的思路。在此阶段需要治疗师细心倾听、耐心接纳。治疗师可以适当地提问,但要注意不要提问过多或妄下评论,造成误诊和更严重的心理伤害。治疗师明了求助者心理问题发生的原因、背景、发展过程及影响因素,才能采取针对性的有效的治疗方案,治疗师还要进一步澄清求助者的真实思想和情感,从而帮助求助者更加了解自己。

3. 心理诊断 所谓诊断指收集有关资料,加以分析,以便断定病情。这一步的主要任务是对求助者的心理问题及造成此问题的原因进行分析和确认;此外,治疗师还要确认是否继续接待求助者并给予治疗。当然并非所有的求助者都适合进行心理治疗,某些严重的精神障碍患者不适宜接受心理治疗,另外求助者也要有一定的求治动机。

来访者的问题可能包括精神病的症状,这属于精神病学范围,可能属于神经症症状,如抑郁、焦虑、恐怖、强迫等,也可能有性行为障碍。或者还有一些其他问题,如适应不良、过于敏感、负疚感、内心矛盾冲突、效率低下、人际交往问题等。

另外,求助者的治疗动机也很重要,较强的治疗动机比没有治疗动机者更适宜进行心理治疗。另外,领悟能力过低的人也不宜进行需要很多自我觉察的治疗方法,如精神分析治疗。事实上治疗师并非能对所有求助者进行帮助。当治疗师发现自己对某一来访者不适宜时,应尽早转介给其他的治疗师。即使勉强继续治疗,其效果也是难以保证的。

需要注意的是对求助者的问题的确认和分析诊断过程,是一个由表及里的过程。治疗师应具有透过现象看本质的能力,能够把问题具体化,并找到深层的核心问题。另外在心理晤谈中,诊断的目的不仅是确定什么病,还要发现求助者对心理挫折的反应方式。治疗师一方面要了解求助者自身心理与性格有何特点,并了解其对怎样的心理挫折无法应付;另外一方面也要分析求助者习惯于采取何种方式来处理其心理困难。

4. 确立咨询目标 在进行心理晤谈时,咨询师要在完成心理诊断的基础上,与求助者共同制定治疗目标。即让求助者明确:通过治疗,希望解决什么问题,应有什么改变,达到什么程度等。治疗目的的制定应注意以下几点:

(1)具体:目标越具体,咨询越容易见到效果。有时求助者的目标可能比较模糊,例如要更有自信。这时治疗师就应该和求助者共同讨论更有自信的标准是什么,需要发展哪些能力等等。经过分析,治疗师帮助求助者将模糊的目标逐渐清晰起来,并逐步实现。有时求助者需要消除考试引起的焦虑问题,这就要具体确定焦虑的水平和目标水平等。这种目标就是非常具体的目标,而且具有可测性,因为求助者朝向这一目标走的每一步都是可见的。

(2)切实可行:治疗的目标应是现实的,要根据求助者的潜力、水平以及他所受周围环境的限制来确定。如果目标没有可行性,超出了求助者可能的水平、现有的可能水平或超出了治疗师所能提供的条件等,治疗目标就很难达到。超越现实可能性的目标不仅不会使治疗成功,反而会加重求助者心理的难度。对于不可行的目标,治疗师要帮助求助者重新调整目标以符合实际。对于某些由于治疗师的原因而难以达到的目标也要跟求助者讲清楚,必要时进行转介。

(3)积极:对于心理晤谈而言,其目标应该是积极的,是符合人们的发展需要的。虽然这一条看起来是理所当然的,然而在实施当中却也容易被人们忽视。有些咨询目标虽然能够解决求助者的问题,但可能是消极的目标,也是不应该的。

(4)双方可以接受:治疗目标应该由治疗师和求助者双方共同商定。建立的治疗目标应该是双方都可以接受的。当双方目标不同的时候,应尽量协调和调整,如果无法实现调整,则以求助者的目标为主。如果治疗师不能认同来访者的治理目标,则可以中止治疗或转介。

(5)属于心理学性质:治疗的目标应是心理方面的,而不是生理方面、物质条件方面的目标。如使求助者变得更为自信、不再自卑、减少焦虑等。有时求助者伴有躯体症状,如果症状与其心理状态有关,其治疗目标应该是怎样改变引发躯体症状的心理因素,而不是消除或减轻其生理症状。纯粹生理治疗的目标只有通过医学的手段才能完成。

(6)可评估:治疗目标无法评估就不能称其为目标。对于治疗目标的及时评估有助于帮助求助者建立信心,并及时调整目标。治疗目标可以包括认知方面的思维和观念的转变;情感方面的如焦虑和抑郁情绪的缓解;行为方面的如暴食行为的减少等,这些都是可以进行评估的,评估的办法可以通过心理测验或其他定量的评价手段来实现。

(7)多层次统一:心理治疗的目标是多层次的,既有近期目标又有远期目标;既有局部目标又有整体目标。有效的咨询目标应该是多层次目标的协调统一。一般来说心理治疗的终极目标即大目标就是促进求助者的心理健康和发展,充分实现人的潜能,达到人格完善和自我成长。治疗师应着眼于远期目标而不是仅仅局限于眼前的小目标,这样治标不治本。治疗师要在终极目标的基础上再根据求助者的情况来确定具体的目标,这样具体目标就不再是单一孤立的,其指向是明确的。

二、帮助和改变阶段

这是心理咨询中最核心、最重要的实质阶段。治疗师的主要任务是帮助求助者去分析和解决问题,改变求助者不适应的认知、情绪或行为。这个阶段需要较长的时间,治疗师可以根据自己的理论倾向,针对求助者的问题来选择适当的治疗方式和干预技术。这个阶段是治疗中的重要阶段,直接决定着治疗的效果,在这一阶段运用何种方法,使求助者产生何种变化,完全与求助者及其所面对的问题有关;此外,由于治疗方式方法不同,进行此阶段的步骤也不同。帮助求助者改变其认知或行为等有关的问题的基本内容有:

1. 治疗师的责任 前来治疗的人,往往认为治疗师一定有能力为求助者提供心理“建筑蓝图”。即治疗师应该告诉求助者,他的问题是什么,他应该怎样解决这些问题等等。在这种情况下,治疗师似乎是个万能的人,不仅为求助者改变其行为或其他问题承担责任,而且也要为求助者承担一生的全部责任。实际上,治疗师要注意避免扮演这一角色,治疗师只能成为求助者在心理探索过程中的管理者、帮助者。心理治疗的一个重要假设是求助者自己应该,也能够回答出他是怎样一个人,他的问题是什么,他是否想解决这一问题,他是否想做出自己的努力等问题。治疗师的角色是提供一种对求助者有利的外在环境和良好的人际关系,提供某些解释、意见和建议,通过领悟和学习,促进求助者的改变和成长,帮助求助者自己成为自己的治疗师。因为治疗师提供的一切外因都只是变化的条件,而求助者内心的改变等内因才是变化的根据。

2. 领悟 在治疗阶段,咨询师可以帮助求助者重新审视自己内心中与问题有关的“情结”,并帮助求助者达到某种程度的领悟。这种领悟的作用之一,是可以使其问题的严重程度降低,并能建立使对方心理真正强健起来的心理平衡。帮助求助者进行内心的探索。使之得到某种领悟的第二个作用是,为他改变外显行为提供心理依据,产生强大的彻底解决自己问题的动机。

例如,某求助者总感到自己只要一看书,一用脑子,头就会疼,这种感觉刺激影响着他,以致不能看书学习了。在治疗过程中,治疗师应帮助他相信,这种情况很可能是由心理因素引起的生理反应。帮助求助者领悟到:自己看书时,潜意识中,就开始怕这种头痛的感觉出现,就在等待着这种感觉的出现。越多的意念集中于此,在出现微小的生理反应的时候就引起过分关注、过度敏感,逐渐形成条件反射并固定下来。

3. 支持 即治疗师可以给求助者指明在某一事件或情境中应抱有的积极、有益的方式,真诚地对求助者好的行为进行表扬、鼓励和支持。当治疗师对求助者作鼓励时,其基本出发点应当是立足于现实的,而不能仅开一张空头支票。治疗师一定要注意自己奖励对方时是奖励对方的什么事情、何种方式,奖励后会出现什么情况,不奖励又会出现什么情况,何种方式的奖励才能取得最佳效果等。在治疗过程中,求助者最理想的进步是自己奖励自己,从而减少对治疗师奖励的需求和依赖。但求助者在治疗初期尚不具备自己奖励自己的能力,那么此时,治疗师的支持奖励便是必不可少的。

每次会谈,虽然相隔有一段时间,几天或一周,但应有其连续性。所以在会谈开始时,治疗者可以说:“上次我们谈到什么,今天你能接着谈那件事吗?”帮助患者回忆上次的主题。有时也可以试探患者对上次会谈结果有什么影响与反应没有。每次会谈,不仅希望有连续性,最好能有所进展。当然事实上有时并不一定能一次比一次好。有时会觉得平淡无所变化,或者甚至退步下来,毫无进展;搁置一段时间,然后突然开始进展而突飞猛进,出现波浪型变化。例如求助者有机会交异性朋友,就可以在鼓励其交往的同时,经常与其探讨如何与异性朋友接触、交往,并且可以不断付诸实践加以验证

和改善。虽然每次会谈之间我们都希望有连续性及进展性,但每次会谈本身亦应能有始有终,应力求获得些进展,使患者感觉到治疗发生了效果,以鼓励患者继续治疗。

三、结束阶段

心理治疗在实施一段时间,得到了比较满意的效果后,就要逐渐进入结尾阶段。根据心理晤谈长短的不同,结束阶段也在不同的时候开始。例如十次左右的会谈,最后两次会谈就应将重点放到结束期的工作;假如是持续一年之久的比较长程的治疗,则在最后一两个月就应逐步开始准备结束。曾文星教授提出在结束阶段应注意以下几点:

1. 综合所有资料、作结论性解释 在整个心理治疗过程的逐步进行中,治疗师应随时从求助者那里获取心理资料,据以掌握求助者的心理反应模型,并不断给予求助者解释、说明,使其了解自己的行为方式,帮助其学习新的反应方式。到了治疗结束之前,治疗师宜与患者作一次全面性的研究、检讨,综合所得资料,作出结论性解释,使求助者有机会对自己进行更清楚的认识,以便应付将来可能必然面对的心理生活。这种综合性的评语、建议,容易使求助者铭记在心,作为一生的座右铭,可以诱导他掌握处世待人的心理方向,帮助他不断成熟。

2. 帮助求助者举一反三,学习应用治疗经验 心理治疗的最终目的,不仅希望求助者能把在治疗过程当中所学习到的新知识、领会与经验应用到日常生活里,而且更为重要的是,希望求助者以后能不经治疗师指点、引导与帮助,自己也能帮助自己继续学习、发展,走向成熟。在结束阶段,治疗师要向求助者指出他在治疗中已达到的程度,并向其指出还有哪些应注意的问题;还应帮助求助者重新回顾治疗要点,帮助检查治疗目标的实现情况,进一步巩固治疗所取得的成果。在结束阶段,治疗师宜渐渐退出治疗师的角色,采取比较被动的角色,让求助者自己扮演独立、自主、积极的角色来改善自己的心理状况。

3. 准备结束,接受离别 有的求助者经过长期心理治疗以后,可能形成依赖治疗师的心理,或产生喜欢治疗师的情感,舍不得结束离别。治疗师应让求助者了解凡事都有终结,鼓励其自力而为,在真实的世界里独立自主。有的求助者依赖性很强,治疗师应采取渐次结束的办法而中止治疗。

总之,心理治疗是一个目标明确的过程,是由不同的阶段、步骤组成的。各阶段之间相互重叠、相互关联,是一个完整的统一体。慢慢准备、发展,进入高峰,然后又慢慢结尾、停止。治疗师不但要随时注意每次治疗的情形,也要时时观察求助者在整个治疗过程之中的反应。在治疗全过程中,每一阶段又各有其侧重点,但明确的治疗目标又会使其和谐地、像一曲多声部的协奏曲一样美妙统一。好的治疗师就是好的指挥家,当他掌握了更多的治疗技术和方法之后,当他更深刻地理解了求助者及治疗过程后,就能获得更大的自由度,在治疗时,自己的才智也就可以运用自如了。

第二节 心理晤谈的基本技术

心理晤谈的技术很多,其作用是帮助心理晤谈达到帮助求助者自我成长的目的。主要的技术有:

一、建立有效的治疗关系

心理治疗的特殊性就在于,关系比治疗更重要。即治疗师与求助者之间,彼此建立起来的尊重、信任、理解的治疗关系远远比具体的治疗方法、治疗技术更有治疗效果。其实每个人都有自我成长、自我实现的发展倾向,只要条件具备,就会自己进步发展。治疗师所提供的就是所需要的环境和条件。

1. 共情 共情(empathy)是从求助者的角度而不是治疗师的角度去理解求助者。有共情能力的人是具有能够理解他人的能力的人。例如,一个来访者说:“我已经尝试去理解妈妈,但是没有用,她毫不理会我。”治疗师的共情反应应该是:“对于试图与妈妈改善关系又不成功这件事,你感到很沮丧,是吗?”相反,如果没有共情能力的治疗师可能会说:“你应该继续努力尝试。”这是站在你的角度

思考而不是站在来访者的角度。共情是通过表示理解、尊重,治疗师站在来访者的立场帮助来访者进行自我探索。因为只有治疗师与来访者之间建立了理解、尊重的治疗关系后,才能引导来访者情愿地讲出自己的故事。

共情是通过证实反应、设置界限反应和安全的抱持环境提供的。证实性反应是治疗师使用言语表达出来访者的体验的过程。例如,来访者爱上了治疗师,想与治疗师建立恋爱关系,但当她知道治疗师不爱她时,变得气愤和不知所措。治疗师的证实性共情应该是:我知道,你说你爱我,你对我有很深的感情,也希望我对你也有一样的感情,但是你很失望和难受。

设置界限反应是指在充分理解求助者的需要和愿望的基础上,却不在治疗中即刻满足这些愿望。例如,有早年长期被忽视、被拒绝背景的来访者常常渴望即刻满足,否则就会感到愤怒、苦恼。治疗师这时可以为其设置界限:“我知道,这是你在表示你过去的经历给你带来的苦恼及处理苦恼的方法,然而如果你愿意让自己变得更成熟些就要让自己逐渐接纳并承受延时满足。”

共情性抱持性环境是指,治疗师就像一个大容器,能够容纳并理解来访者所有的情感体验,并提供支持性、安全性的氛围和空间。这是重拾曾经丧失的接纳情感的氛围。过去失去了,需要治疗师帮助来访者重新建立,在此氛围中,安全地接受痛苦的情感,感受真实,并保持情感的交流。

2. 真诚 真诚(genuineness)是指坦率、诚实,没有虚假,彼此之间无防卫地倾心交流。真诚能拉近来访者与治疗师的心理距离,使来访者接纳治疗师、认同治疗师,有助于建立信任的治疗关系。真诚的表达方式有:相称的非言语行为、恰当的角色状态、言行举止情感的一致性以及表达的自然性。

表达真诚的相称的非言语行为是指接纳、理解、支持的非言语行为。常见的有,首次来访时,治疗师的恭候、微笑的目光、手势示意欢迎、请坐、一杯温水、倾听时身体微微的前倾等等。恰当的角色状态是指治疗师的角色是非权威、非教育、非控制的角色,带给来访者的是一种舒适、自然、平和、助人自助的陪伴者的角色。言行、情感的一致性是指在任何时候治疗师都会以真诚的方式,一致性、完整性表达自己的体验。例如,有控制倾向的来访者,不停地要求治疗师为他做特别安排,治疗师感到不舒服,也会表达出自己的不舒服。通常会这样表达:“你这样强行让我特殊照顾你我感到非常不舒服,但是我知道这是你在向我表达你过去的经历和你为此感到紧张的样子。”表达的自然性是指,治疗师在交流过程中,随着倾听进程,自然而然地、自发地、没有任何做作地表达自己。

3. 积极关注 积极关注(positive regard)是指把求助者看成是一个有价值 and 尊严的人,给予他赞扬和尊重。积极关注可以传递治疗师愿意同求助者一起工作的愿望,并表达了治疗师对求助者本人有兴趣和充分的接纳。积极关注包括几个部分:承诺、理解、不评判和关怀。

承诺是指治疗师对求助者的承诺。承诺的目的是让求助者觉得治疗师愿意跟他在一起工作,有兴趣了解他的困惑并有能力帮助他解决它。这包括为求助者安排专用时间、对求助者的情况保密、按时会面和使用相应的治疗方法帮助求助者。治疗师对求助者的问题十分关注时,求助者就会感觉受到尊重。治疗师可以通过治疗的过程来表达自己的努力理解求助者,了解他的苦恼、他的价值观。不评判的态度是指治疗师要避免谴责求助者,这也可以是无条件的接受求助者。当然并不是指治疗师要完全支持或同意求助者的想法和做法。例如,求助者说:“我背叛妻子也是不得已的,其实我也爱她,但我也在其他女人那里得到了满足。”此时,有的治疗师会说:“这样做不好,你爱你的妻子,就不应该跟别的女人好。”但是这样的话表达了批评的态度,并没有给予求助者充分的尊重。治疗师也可以这样说:“你在对妻子的感情和对其他女人的需要之间左右为难。”这就体现出了关注和尊重的态度。然后依据治疗原则对求助者进行工作。

4. 移情和反移情 患者有时在治疗中会重复地再现早年获得的、与其有重要关系的人(特别是他的父母)的行为方式,将这种对某人的体验、态度或行为方式自觉地转移到其他人身上的心理现象称为移情(transference)。这种移情是患者没有意识到的。在精神分析中,移情是治疗的重要环节,一些问题只有在移情中才能表现出来。移情使患者重新经历,并在与治疗者的关系中(移情关系)重新处理早期未能解决的冲突,使问题有可能得到积极有利的解决。

移情在不同治疗背景的治疗师身上都可能发生。当求助者的情感较强并失去了客观判断力时,就开始向治疗师移情,把治疗师当做他们生活中一些重要的人物。例如求助者的母亲是个情感淡漠,并且对孩子的情感没有回应的人,那么这名求助者可能就不愿意处理情感。当治疗师鼓励求助者处理情感时,求助者会很退缩,也可能会反感。

正性或负性的移情常常是求助者熟悉的交往模式重现的过程。其价值在于帮助治疗师发现求助者早年受到某种特殊对待时,他们的感受和反应。移情通常发生在治疗师无意中做了或说了什么,求助者内心未得到解决的情绪被一下子触动。这些未解决的问题可能出在求助者与其父母、兄弟或其他重要的人物之间。求助者对治疗师的期望其实就是他们对生活中某些重要人物的期望。

在治疗中,对移情的处理很重要。治疗师处理移情可以有五种方式:①关注当前与求助者的关系;②解释移情的含义;③用提问的方式促进求助者领悟;④对于移情进行讲授、建议;⑤自我暴露。此时,治疗师对患者要以一种恰当的方式去反映,主要指克制、被动、友善、对患者讲述的内容给予同样的注意力等。治疗师不应表现出气愤、不感兴趣及过分同情等,这些不利的情感反映有损于疗效。

反移情包括咨询师对求助者的情感和态度,是咨询师对移情或求助者本身做出的真实的反应。这种反移情可能是有益的,也可能是有害的。一般来说,有害的反移情多来自治疗师本身的伤痛。反移情反应是需要咨询师小心地自我控制的,以免干扰到治疗工作的进行。为了使治疗师更好的控制自己的反移情,治疗师们必须逐渐意识到这些反移情反应是什么,它们什么时候出现,以及对治疗师有何意义。这也就需要治疗师接受督导和更多地进行自我觉察,治疗师自身的成长对于更好地处理移情和反移情都有重要的作用。

二、非言语行为

我们以为在人际交流中,我们的语言是最发达、最重要的,如果失去了语言的表达能力,那简直是交流的灾难。实际上信息的传达约有65%或更多是靠我们的非言语行为传达的。来访者的非言语信息往往比言语信息更重要,更接近真实的感觉。当一个人言语信息与非言语信息相互矛盾时,人们往往更相信非言语信息的真实性。例如,嘴上说“看到你我很高兴”,面目表情却是皱着眉发狠的语调。这种矛盾的信息,往往会使人更相信非言语信息。

非语言行为主要包括目光注视、面部表情、身体语言、语音语调、空间距离、衣着步态等等。身体的语言包括眼部、脸部、头部的动作,以及手势、触摸、身体表现和动作等等。眼睛的语言表达的信息内容很丰富。例如,惊讶:眉毛上扬;害怕:眉毛上扬拧在一起;愤怒:眉毛下垂;悲伤:眉毛内脚拧在一起。嘴部的微笑与幸福和快乐相连;嘴唇紧闭与敌意、愤怒、压力有关。面部表情、头部的许多非言语行为表现在,点头——确认和赞同,摇头——焦虑和愤怒;双臂抱在胸前的肢体动作表示防御等等。这些面部和身体的动作都在调节和维持着人际互动。

治疗师对非言语行为的理解与运用虽然是和治疗理论与技巧之外的东西,但是对咨询的成败却举足轻重。非言语行为也是表达共情、积极关注、尊重等的有效方式。通过非言语行为传达的共情态度可以比言语更多,影响力更大。治疗师对来访者的非言语行为的观察以及自身的非言语行为的运用对于心理治疗都有重要的意义。

三、参与技术

在个体心理咨询方案的实施过程中我们经常会用到参与性技术,这一技术包括以下几个方面的内容。

1. 倾听 心理治疗中的倾听是非常重要的,是治疗师在从业中需要不断提高的能力。倾听是一种艺术,通过专注、细致地倾听,使来访者得到鼓励并进行自我探索。倾听每一个细节、关注每一个字、每一句话、每一个动作,治疗师与来访者穿越时空、穿越距离彼此共情。在倾听之际,治疗师为另一个人而存在,体验着另一个人的体验。倾听是决定治疗策略的先决条件。有效的倾听才能有效的治疗。

倾听来访者、引导来访者讲述自己的故事是一个好的治疗师的基本能力。倾听来访者曾经遭受过的精神创伤、困难以及“羞耻”，了解故事隐含的重要意义，感受非言语表达的内容、言语与姿势间的矛盾。以致故事怎样开始、怎样继续、怎样走向、怎样表达愤怒及痛苦、怎样不完整叙述、如何对故事做解释。倾听的关键之处在于专注即全神贯注，以这种状态去倾听是心理治疗师应具备的一种特有的能力，治疗师的倾听就像在寂静的山野中闭目修行，就像在晨曦微露中推拿太极。

倾听中需要给予患者鼓励性的回应，就是用一些简单的词句或动作来鼓励患者继续话题。其中最常用也是最简便的动作就是点头。点头配合专注认真的目光注视，就是对患者的较好回应。也有一些常用的词句“是的”、“说下去”、“我明白了”、“嗯”等等。通常将这些言语和点头动作相结合反馈给求助者，使其意识到被倾听、被理解，也能够帮助求助者感受到更多的支持。

2. 澄清反应 澄清是请求来访者对于其谈话内容中某些含混、模棱两可的信息给予详细叙述。治疗师通常这样表述：“你的意思是……？”“你是说……？”澄清的目的是让来访者更加清晰，更加准确地表达信息，并使治疗师清楚来访者表达的准确含义。

3. 释义 释义(paraphrase)也叫内容反映技术。是指对来访者所叙述的信息中的主要事实内容重新编排，并反馈给来访者，达到强化重点、鼓励深入探讨，并让来访者知道治疗师已经理解了她所表达的信息内容。内容反映技术在初次会谈中对了解来访者所谈的问题的各方面都很有用。治疗师可以此检验自己对来访者说的事实的理解程度，澄清、确认一些关键信息与线索，以开展进一步的治疗会谈。

4. 情感反映 来访者叙述的信息中除了想法的认知部分用释义来反映外，信息中的情感内容的重新编排称为情感反映(reflection of feeling)。例如，来访者说：我现在难受死了，朋友有他们自己的事，亲人又离得很远，没人理解我。治疗师的释义性反馈是：你是说，由于朋友忙，亲人又不在身边，你内心的痛苦无法与他们倾诉，取得他们的理解，是吗？治疗师的情感反映的反馈应该是：你感到现在的状况令你非常沮丧，是吗？

情感反映的目的是启发、鼓励来访者表达自己的情感，使来访者感到被理解，以便区分不同的情绪反应，更深入地探讨真实的感受。

5. 总结 这是经常使用的技术，无论在晤谈的开头、中间还是结尾。在倾听时，感受来访者的故事，寻找故事的主题，对来访者谈话主题的反映就是总结。总结通常用于归纳、浓缩信息，探讨来访的目的、调整咨询节奏提供聚焦内容，以及阶段总结进展等。经常使用的情况有三种：第一种情况是，话题卡住，陷入迷茫，不知道谈些什么内容的时候。治疗师可在小小的归纳后转移话题。第二种情况是，来访者反复重复一类事情，处于循环话题之中，不能自拔。总结的目的是脱离原有话题，选择新的话题，以扩展探讨范围。第三种情况是，晤谈的开头和结尾，目的是打开局面或归纳要点。

采用总结的技术，会使来访者感受到治疗师在认真倾听。它的每一句话、每一个要害之处都被治疗师注意到。这样会使来访者更加信任治疗师、更加受到鼓励、更加自觉地参与治疗。

6. 鼓励和重复技术 鼓励是指对来访者所说的话给予简短的重复或运用某些简单的词语来鼓励对方进一步讲下去，或强调对方所讲的某部分内容。也可以通过对其一方面选择性的关注使会谈朝某方面进一步深入。这是使治疗师得以进入来访者的精神世界的最简单的技巧之一。因为鼓励是一种积极的方式，它能使来访者了解到治疗师在认真地听他讲话，并希望他继续讲下去。

以重复技术作为鼓励对方的一种反应，是很有效的方式。通过这样的鼓励，可以引导来访者的谈话向某一方向的纵深部位进行。

7. 具体化 具体化(concreteness)是指在治疗中找出事物的特殊性，包括事物的具体细节，使重要的、具体的事实和情感得以澄清。具体化技术可以应用在求助者叙述中出现问题模糊、过分概括或概念不清等混乱、模糊、矛盾、不合理的情况时。治疗师要通过具体化技术搞清对方所要表达的真正意图和他的问题。例如治疗师会问：“你能举个例子吗？”“你能具体谈谈当时的情形吗？”等等。

具体化技术需要治疗师一方面澄清具体事实,另一方面要澄清来访者所说的词汇的具体含义。例如治疗师问:“你说自己得了强迫症,你理解的强迫症是什么意思?”因为有时来访者并不能对一些词汇有真正的理解与认识。具体化技术有时决定了治疗的质量,也影响着治疗的有效进行。

四、影响技术

在心理治疗过程中需要对求助者实施干预,这时常用到影响性技术。与参与性技术不同的是,参与性技术多用于了解求助者的问题,多在摄入性会谈中采用;而影响性技术则是在咨询实施过程中对求助者进行治疗干预时采用。这种影响是治疗师通过自己的专业理论知识和方法技术、人生经验及对来访者的理解等帮助来访者受益的过程。治疗师超越来访者的信息框架所作的陈述反应,是在倾听反应和实施干预计划之间的过渡连接环节。影响技术的主要内容有提问、解释、提供信息、即时化反应、自我暴露、面质等。

1. 提问 提问要围绕来访者关注的问题,而不是咨询师的好奇。一次只问一个问题,如果同时提问多个问题,来访者就会糊涂,不能都回答,或回答了最不重要的问题。

提问的方式有以下几种:

(1) 开放式提问(open-ended questioning): 通常是用于咨询晤谈开始的时候、鼓励求助者说出更多信息的时候、详述具体事例等情况。提问常用“什么”、“怎样”、“为什么”、“谁”、“何时”、“何地”。例如,“每当面临考试的时候,你的感觉如何?”、“为什么一见到领导你就紧张?”虽然开放式询问给来访者的回答以较大的自由度,这可能会得到不同来访者千百种不同的答复,但是开放式询问的目标都是趋向于来访者问题的特殊性。通过开放式提问,治疗师可以获得对与来访者问题有关的具体事实的掌握以及对来访者的情绪反应和他对此事的看法等。

(2) 封闭式提问: 是指治疗师已经对求助者的状况有一个假设,提问的目的是证实这种假设的正确与否。例如,您和领导的关系好吗? 提这一问题时,治疗师心里肯定已经有一个假设——“他和领导的关系可能不好”,而回答只能有“是”和“否”两种。这种提问通常用于收集或解释具体的信息。治疗师对封闭式询问的采用要适当,在了解情况时常使用开放式询问,过多的封闭式询问会使求助者被动、减少其自我表述和自我探索的积极性。

(3) 半开放式提问: 例如,除了学习方面,您的孩子还有其他方面的问题吗? 这是为了弄清孩子更多方面的事情,学习方面已经不必谈了。

2. 解释 有人把解释(interpretation)称为高级共情。治疗师根据自己的感受、理解,识别出来访者表述信息中隐含的意义,包括认知、情感、行为、目标、愿望等。倾听是听对方明说的信息,解释是直接讲出内容背后隐约感觉到的东西。把它讲出来,使来访者能够接触到自己更深层次的、隐藏的真正内涵,获得一个新的视角,看得更深、更领悟,以解决困惑。解释的依据有两种,一种是来自各种不同的心理治疗的理论,另一种是根据治疗师个人的经验、时间和观察得出的。例如对于一个存在人际交往问题的女生的解释,可能精神分析、认知疗法、行为疗法等的解释都各自不同,但这些解释都可以使来访者借助于治疗者提供的帮助从另一个角度了解和认识自己及周围事物,看到一个全新的世界,也帮助她形成认知、行为和情绪的改变。

3. 提供信息 提供信息也叫指导。在治疗过程中,来访者常常会向治疗师了解一些他们不了解的与解决问题有关的必要的信息。例如,在有孩子处于青春期的家庭中两代人之间出现激烈冲突,家长不理解,孩子为什么变得不听话了? 青春期孩子的逆反是怎么回事? 这阶段的孩子,哪些状态是正常的? 哪些状态是不正常的? 这种将客观的信息或事实予以提供或澄清就是提供信息。提供信息的目的是修正不可靠的、有误的信息或想法,使来访者在作出决定前对自己的选择更清晰明了。指导技术也与各学派的理论息息相关,不同的理论学派可能运用不同的指导方法。指导技术的运用可以有其效果,但要注意在一定的治疗关系的基础上进行,并更多地关注来访者个体的差异性。

4. 即时化反应 即时化反应是指治疗师在治疗期间对此时此刻发生的情况的真诚的、直接的反应,并用语言表达出来。坦诚、直接表达即时感受有利于增进有效的沟通,利于开展讨论,及呈现来访者的人际关系模式。例如,来访者一提到学习成绩就沉默不语,没了精神。治疗师会说(即时化反应):每当我提起学习成绩,就像现在这样,你就似乎要回避,感到很沮丧。我觉得你正在担心你的学习成绩。我猜测这是你目前面临的主要问题。是这样吗?

5. 自我暴露 自我暴露(self-disclosure)即自我开放,是指为启发患者达到治疗的目的,治疗师有意识地表露自己的信息,现身说法的过程。例如,来访者说到:我在性的方面有很大问题,但不知怎样说起。治疗师(自我暴露):我感觉,性是很隐私的事情,与陌生人谈论性的问题是很件困难的事情,你现在也是这样一种感觉吗?

自我暴露的目的是对来访者有益,而不是为治疗师自身的需要。要掌握自我暴露的时机是否恰当,暴露的内容对来访者是否有效,来访者利用的程度有多大。治疗师的自我开放有两种形式:①治疗师把自己对求助者的体验感受(正信息和负信息)告诉求助者。当然,在治疗师向来访者传递负性信息时应注意可能产生的副作用。②治疗师暴露与求助者所谈内容相关的情绪体验和个人经验。从而表明理解求助者并促进求助者更多地自我开放。以上两种形式的自我开放都有利于治疗关系的建立与巩固。

6. 面质 面质(confrontation)是指治疗师把来访者的想法、情感、行动中存在的矛盾的、差异的信息描述出来,以增进来访者的自我意识达到促进改变的目的。每个来访者都有个人的局限性,都没有看到或不愿看到的部分,如果挑战这部分,意味着发生改变的可能性。面质时常用的句式是:“一方面,你……以及另一方面,……”例如,来访者说(一位高中学生):我知道学习对我来说很重要,问题是网络游戏对我也很有吸引力,我不能自拔。

治疗师(面质):一方面你说学习对你很重要,另一方面你又沉迷于网络游戏,这似乎妨碍了你达到自己的目标。

需要注意的是面质具有一定的威胁性,所以在实际咨询中需要根据具体情境尤其是医患关系建立的程度,而选择适当的用词、语气、态度。良好的治疗关系是有效面质的基础。面质的采用对来访者具有潜在的影响力。在与来访者面质的过程中,来访者可以更好地认识自己和周围的现实世界,从而可以学习新的思维方式和行为方式,并进一步改变自己。

在运用面质技术时要有事实根据,避免治疗师运用面质进行个人发泄,同时需要考虑到求助者的感情,不能进行无情的攻击。有些时候可以考虑应用尝试性的面质。例如:“我不知是否误会了你的意思?”“你似乎”“不知我这样说对不对?”

7. 情感表达 治疗师将自己的情绪、情感活动状况告诉求助者称为情感表达。与情感反映的区别在于,情感反映是治疗师反映求助者所叙述的情感内容。而情感表达是治疗师表述自己的情感内容。情感表达能体现对求助者设身处地的反应,同时也可达到一定的示范作用,促进求助者的自我表达。

8. 内容表达 内容表达是指治疗师向来访者传递信息、提建议、给保证、反馈等,广而言之,解释、指导、自我开放和影响性概述都属于内容表达。与内容反映的区别是,内容表达是在表述治疗师自己需要表述的内容部分,而不是对来访者所述内容的反应。

在内容表达过程中治疗师要注意缓和与尊重,例如可以运用:“我希望你……”、“如果……会更好”等语句,而尽量不要用肯定的语气,如:“你必须……”、“你一定要……”、“你只有……才能……”,否则会影响到咨询的效果。

9. 影响性概述 治疗师将自己所叙述的主题、意见等组织整理后,以简明的形式表达出来就称为影响性概述。也可以让求助者来进行,治疗师在此基础上做概述或修正。这可以与参与性概述一起进行。这样有利于会谈双方对本次会谈的情况有更清楚和更全面的了解,并帮助来访者抓住要点,加深印象,达到更好的治疗效果。

拓展阅读 专业心理咨询工作的晤谈实录（片段）

（求助者的母亲患癌症，他的兄弟却不帮助母亲。下面是治疗师与求助者的第二次会谈部分记录。注意其中治疗师运用了情感反映、总结等技术，但未涉及其他技术的进一步运用）

治疗师：你妈妈的情况怎么样了？

求助者：各种检查结果出来了，看起来还比较好。不过我还是很担心，癌症这病很难说……

治疗师：你现在很不安，很担心！

求助者：是的，自从我妈第一次查出来是癌症……（停顿）我就一直很担心。妈妈看起来没有以前状态那么好了，她需要更多的休息。结肠癌是多么可怕！

治疗师：可怕？

求助者：是的，我为她也为我自己感到可怕。医生说这病会遗传，妈妈在第二个阶段，我们必须仔细观察。

治疗师：我们现在面临两件事：你刚经历了妈妈的手术觉得很可怕。另一方面你必须照顾她，因为你的家人都离得很远，你感到很孤独。这些确实够可怕了，而你继承这种基因的可能性也相当令人恐惧。这些都放在一起，你感觉快崩溃了。可以用“崩溃”这个词吗？

求助者：（立刻）是啊，我快崩溃了！我很累，感到害怕不安。（停顿）但是我不能因此而生气，我妈妈还需要我。其实我是挺内疚的，因为我不能为妈妈做得更多了！（开始啜泣）

治疗师：（沉默了一会）你面对的太多，并且都由你一个人来做。你要允许自己多注意一下自己，感受自己的情绪。可以让自己的情绪释放出来啊！

求助者：（继续哭，但啜泣减轻了）

治疗师：我能感受到你的伤害和孤独。我很佩服你的自我感受情绪的能力。好的，我们现在能坐好，做个深呼吸吗？

求助者：我做好了。

治疗师：你憋在心里很长时间了，我是第一次看见你流泪。你经历了这么多的事情还能够尽力去帮助别人，这表明了你具备的很强的力量，这是值得赞扬和钦佩的！

（刘盈 吴枫）

第九章 患者心理

● 本章提要

本章的患者心理问题涉及许多交叉性的知识和理论,如需要理论、角色理论等,本课程倾向于将其作为临床应用问题来看待,即结合前面章节的一些基础知识和基本技能,学会更好地认识和处理患者心理问题。临床医学生了解和掌握患者的心理特点以及相应的对策,对将来从事临床工作是不可或缺的。

作为课程的临床应用部分,本章主要介绍与患者相关的概念,患者的心理表现、心理问题及干预方法,以及临床中一些特定范畴如门诊患者、住院患者、外科患者及临终患者等的心理问题及调适。

第一节 患者和患者心理概述

患者心理(patient's mental state)指患者在患病或发生主观不适后伴随着诊断、治疗和护理过程所发生一系列心理反应的一般规律。在传统生物医学模式的医学教育中,不涉及这一领域。在生物心理社会医学模式中,患者心理的研究与应用是一个重要的内容。人的心理与躯体活动是一个统一体,准确把握患者的心理,对于建立良好的医患关系、提高诊疗效益,全面地帮助患病的个体都是不可或缺的。

一、患者的概念

(一) 不同的理解

患者(patient)一词,词源和语义来自“忍耐”(patience),是指一个患有病痛的人。在不同的医学模式指导下,对患者概念的理解不同。

20世纪40年代的生物医学模式把有求医行为的或者正处在医疗中的人称为患者。患病通常使人去求医,但并非所有患病者都有求医行为而成为“患者”,也并非所有有求医行为的人一定是医学上的患者。在社会人群中,有些人患有某些躯体疾病,如龋齿、骨质增生、皮肤病以及各种慢性病,他们可能不认为自己有病,而同健康人一样照常工作,担负相应的社会责任,社会上也没有把他们列入“患者”范围,但事实上他们却患有这样和那样的疾病。另外,有些人由于社会原因而导致一种无病求医的诈病者,他们为了取得病假条、伤残证明或者不良目的(如法律纠纷中的赔偿问题)而前往求诊或者住院,被临床医学误诊为“患者”。

随着物质文明和精神文明的高度发展,人类的寿命普遍延长的同时疾病的内涵也发生了很大的变化。特别是随着生物心理社会医学模式的确立,普通人群中出现了许多患心理障碍的人,这些人中的大多数被传统的医生们确定是没有病的人,但临床心理专家却断定他们患有心理疾病并给予治疗。

在患有心理疾病的人群中,还有一些人因医学心理学知识匮乏或经济条件所限等原因没有求医行为,这类人也应该是事实上的患者。

总而言之,对“患者”的概念的全面理解应该是:患有各种躯体疾病、心身疾病或各种心理障碍,神经精神性疾病的人,不论其求医与否,均可以统称为患者。狭义的概念则包括求医行为、被社会认可和具有特定社会文化背景的认同这三个基本条件时,才称之为患者。一旦成为患者,便具有了患者的权利;但同时也必须履行患者的义务及相应的行为规范。

(二) 与患者有关的概念

1. 疾病 疾病(disease)是一个生物学概念的医学术语。疾病是一种影响人体组织和器官功能的生物学过程,它以结构、机制和理化的病理改变为特征,以症状和体征的形式表现出来。医务人员可以通过体格检查、借助于实验室手段及医学仪器检测等科学方法,经综合分析确定诊断,使疾病成为客观的、有目共睹的事实。可见疾病是指生物学、生理学上的判断。

2. 病感 病感(illness)又译为“疾患”、“不适”,属于心理学范畴的概念。这是一种无法客观验证的、以症状形式表现出来的主观体验。它通常影响人的整个心理活动乃至心身状态,使人感觉不舒服或某种痛苦,自认为得了某种疾病,从而,精神不振、心神不宁,影响正常的工作和生活,并成为人们求医的主要原因。病感既可由躯体疾病引起,也可由社会心理因素所致。虽然病感是促使个体去求医的直接原因,但病感并不等同于患有疾病。例如,当患者因病而截去某一肢体后,仍感到被截去肢体疼痛的“幻肢痛”现象就是病感,而不是疾病。

要重视疾病与病感的差异。个体对“是否有病”的主观体验与医生对疾病的实际判断在性质、程度上都有所不同,可表现为四种情况(图9-1)。A和D两种情况是医生与患者在“是否有病”上达成一致的。构成问题的是B和C。导致B的原因,是有病而没有感觉到,在特殊情况下被医生诊断出来,这种情况会延误就医机会,将给预后带来困难。导致C的原因是就诊者对疾病敏感多疑,过度关心自己的健康状况,对健康做了错误判断,当然也不能完全排除临床诊断的错误。由于医疗诊断技术和水平的限制,造成漏诊误诊的情况也会发生。在B、C两种情况中,如果患者与医生沟通不当,就会导致医患之间的冲突。由此可见,人们健康意识的增强和医疗技术的发展,可提高医生对疾病诊断与一般人对疾病判断的一致性,以避免或缓解医患冲突。

3. 患病 患病(sickness)是一种社会学的概念,往往代表着一种社会状态,即一个被社会认可的处于非健康状态中的人。例如,人们所说的某人“患病”了,系指该人在社会上已处于“患者”的地位,可以享受作为患者的各方面待遇,如休息、营养、治疗等,同时在某些方面也停止了他的部分或全部社会义务。

二、患者角色

当一个人被宣布患病后,其社会状态和行为也发生了改变,从而进入了患者角色,其原有的社会角色就部分或全部地被患者角色所替代。

(一) 患者角色的概念

患者角色(patient's role)又称患者身份,指被医生和社会确认的患病者应具有的心理活动和行为模式。当一个人患病后,便会受到不同的对待,人们期待他有与患者身份相应的心理和行为,即担负起“患者角色”。

(二) 患者的角色特征

1951年美国社会学家帕森斯(Parsons T)提出了患者的四种角色特征(characteristics of four kinds of role),概括了这一角色特定的社会规范。

		医生的临床诊断	
		无病	有病
人的病感体验	无病感	A	B
	有病感	C	D

图9-1 患者的病感与医生对患者的临床诊断之间的关系

(1) 免除或部分免除社会职责: 免除职责的程度根据患者疾病的严重程度不同而异。例如, 急危重症患者可在较大程度上免除父亲、工人、丈夫等角色职责。

(2) 不必对疾病负责: 病原微生物侵入机体不是患者所愿意的, 同时患病后患者不能靠主观意愿治愈, 而只能处于一种需要得到帮助的状态。

(3) 寻求帮助: 寻求医疗、护理帮助和情感支持。

(4) 恢复健康的义务: 患者自身也需要为健康而努力。例如, 配合医疗、护理工作, 适宜锻炼以加速康复。

(三) 患者角色的适应与类型

角色适应是指个体承担并发展一个新角色的过程。当个体被诊断患有某种疾病时, 原来已有的心理和行为模式以及社会对他的期望和义务都随之发生了相应的变化。这个变化是一个失去原来的社会角色进入新社会角色的适应过程。对患者来说, 适应这个角色转变可能是不容易的, 而且随着病情的发展与转归, 患者角色也会产生各种变化。通常患者角色转变有以下几种类型:

1. 角色适应 角色适应(role adaptation)指患者基本上已与患者角色规范的“心理活动和行为模式”相符合。表现为比较冷静, 客观地面对现实, 关注自身的疾病, 遵行医嘱, 主动采取必要的措施减轻病痛, 中止某些不利于疾病的习惯如饮酒、吸烟等。患者角色适应的结果有利于疾病的康复。

2. 角色阙如 角色阙如(role scarcity)指未能正常进入患者角色。表现为意识不到有病, 或否认病情的严重程度, 其原因是患者不能接受现实而采用否认心理。有时, 个性因素使某些人不愿轻易扮演患者角色; 有时疾病会影响就业、入学或婚姻等, 使患者处于某种现实矛盾中而不愿承担患者角色。所以医务人员对这类患者要多介绍一些有关的医学知识, 使其正视自身的疾病及其后果, 尽快进入角色以获取及时的治疗。

3. 角色冲突 角色冲突(role conflict)是指个体在适应患者角色过程中与其病前的各种角色发生心理冲突, 使患者焦虑、不安、烦恼, 甚至恐惧。社会人必须在多种社会角色间进行正常转换, 患病意味着要从正常的社会角色向患者角色转化, 但这并不意味正常社会角色的完全消失。当某种社会角色强度超过求医动机时, 患者就容易发生心理冲突。社会角色的重要性、紧迫性以及个性特征等因素会影响心理冲突的激烈程度, 使患者进入患者角色发生困难或反复。

4. 角色强化 角色强化(role intensification)多发生在由患者角色向正常社会角色转化时。由于适应了患者的角色, 形成了衣食有人操心、生活有人照料、按医嘱办事等行为模式。虽然躯体疾病已渐康复, 但患者的依赖性增强, 对恢复承担正常的社会角色自信不足, 对自己的能力有疑虑。这类患者安心于已适应的患者生活模式, 不愿重返病前的生活环境。尤其是患病前与患病后的生活状况反差较大者角色强化的情况多见。

5. 角色减退 角色减退(role reduction)是指已进入患者的行为角色, 因种种原因可发生角色减退。患者不可能完全摆脱诸多正常社会角色的干扰, 由于家庭、工作等因素或由于正常社会角色的责任、义务的吸引, 可使患者力图重返某些社会角色从而导致患者角色行为减退。此时, 患者不顾病情而从事力所不及的活动, 表现出对伤病的考虑不充分或不重视, 而影响疾病的治疗。例如, 一位患高血压住院治疗的老先生, 得知患癌症的老伴想吃水果, 于是就偷偷跑出医院买苹果送到家中, 结果因劳累使病情加重。这就是丈夫角色冲击了患者角色, 造成患者角色减退的表现。

6. 角色异常 角色异常(role abnormal)是患者角色适应中的一种变态类型。患者无法承受患病或患不治之症的挫折与压力, 表现出悲观、绝望、冷漠, 对周围环境无动于衷, 这种异常行为如不能有效地疏导, 不仅对病情十分不利, 而且可能发生意外事件。

对于以上各种患者角色变化, 医务人员要熟悉与重视。医护人员在对患者进行治疗护理的同时, 要注意创造条件促使患者适应其角色转化; 并且随着疾病的好转, 要使患者在躯体康复的同时, 从心理上同步摆脱这种角色, 恢复其正常的社会角色功能。

三、患者的角色行为

(一) 求医行为

求医行为 (medical help seeking behavior) 是指人们在出现不适或心身痛苦后寻求医疗帮助的行为。一个人患病后,正常情况下应有寻求医疗救助的行为,但诸多因素影响这一行为的产生。

1. 求医的原因

(1) 躯体原因:主要是来自于个体生物学方面的各种原因导致患者产生求医行为。当个体自我感觉躯体出现反常现象如呕吐、腹泻或疼痛,而个人又无法解除时,根据自己的经验和逻辑判断产生求医动机,于是前往医院寻求医疗帮助。有的是已患有慢性病、老年病的患者,则需经常到医疗机构看病,甚至形成规律性的求医行为。此外,由于不良工作条件、交通事故、自然灾害等意外伤害造成患者机体损伤而到医疗机构求医。

(2) 心理原因:随着经济的发展和社会的进步,生活节奏加快、应激频繁、社会竞争激烈等因素,使人们心理压力增大甚至造成社会适应不良,以致出现紧张、焦虑、抑郁、恐惧等过度和持续的心理反应,导致心理疾患、心身疾病、神经症及精神障碍的发病率增长。因而产生寻求医疗帮助的行为。

(3) 社会原因:随着医学模式的转变,人们已经注意到疾病发生过程中社会因素的作用。所以求医的原因也必然反映出社会性因素对求医行为的影响。人们的家庭生活、工作环境、社会秩序、文化氛围、经济收入等社会因素,均会影响人体的心身健康,导致亚健康状态或各种病痛的发生,从而使人们产生求医行为。

2. 求医的类型 求医行为虽然由个人的意识产生,但也受各种因素的影响。据此,可以归纳为三种求医类型 (type of medical help jerking behavior):

(1) 主动求医型 (initiative):当个体感到身体不适或产生病感时,在自我意识支配下产生求医动机,主动寻求医疗服务,称为主动求医型行为。社会经济与文化的发展也促进了社会群体保健知识和个体自我健康意识的增长,使人们追求生活质量,关注自身健康,主动求医问药者增多。一般来说,这一人群的社会地位、经济收入、文化水平都较高。

(2) 被动求医型 (passivity):自我意识尚未发育成熟、意识丧失或缺乏自知能力的患者,由患者家长、家属或他人作出决定而产生的求医行为,都属于被动求医型。婴幼儿、儿童期的个体,老年人多属于这一群体。昏迷、意识不清的患者,则须他人立即作出决定紧急求医。精神疾病等自知力缺乏的患者,常须由其家属、同事、朋友等送往医院就诊。被动求医型行为均是由他人作出决定,并陪同前往医院就医的,这是被动求医型的主要特点。

(3) 强制就医型 (constraint):某些对社会人群健康有严重危害的特殊患者,虽本人不愿求医,社会须对其给予强制性医治或隔离,即强制就医型行为。如对某些烈性传染病、性传播疾病、艾滋病、某类具有伤害他人行为的精神障碍患者。强制的目的是为保证社会其他人群的利益,同时也是对患者个人负责。

3. 影响求医行为的因素 人察觉到自己有病时是否有求医行为,取决于许多因素,如对疾病的认识水平,家庭、朋友们的建议,最重要的是对症状或不适的心理体验及耐受程度,以及这些与个人生活经验相比较而得出的结论。另外,疾病种类及社会因素、经济条件等也影响患者是否寻求医疗帮助。

(1) 对疾病或症状的主观感受:不论患者实际所患疾病性质如何,个体产生求医动机的最初原因是对自身变化或痛苦的体验和感受,也就是出现了病感,它是求医行为的起因。是影响患者求医行为的最主要因素。由于认知上的差异,或心理耐受程度不同,患者对他所患的疾病,可能有正确的看法,也可能产生误解和歪曲,这些都会影响患者的求医行为。

(2) 症状质和量的影响:症状对患者行为的影响,取决于该症状在特定人群或个体患者中出现的频率(偶尔或经常发生),一般人对其是否熟悉和重视,该症状该疾病的预后是否易于判断,它的威胁有多大,由此带来的损失是怎样,会不会干扰自己有价值的活动或日常生活工作等。例如,体

力劳动者普遍存在经常发生的腰背痛可能会被认为不算病,因而不出现求医行为,而“咯血”的症状则是不常见、不熟悉、不明预后的,由此感到可怕,从而导致求医行为,靠症状的体验决定求医行为并不完全可靠,许多慢性疾病早期毫无症状,待到发现症状时,常是已达到某种程度或难以逆转了。个体对症状的敏感性和耐受性不同,可使一些人“无病呻吟”而另一些人则浑然不觉,或忽视症状的危险性。

(3)心理社会因素影响:有些患者文化水平低、缺乏医学常识,对症状的严重性缺乏足够认识,常忽视明显有意义的症状。对于医生及医疗手段的恐惧或对个人健康持冷漠态度,甚至讳疾忌医。社会及经济地位低,担心支付不了医疗费用的患者,多为被动求医或短期求医,工作繁忙,家务重,或交通不便,也会影响人们的求医行为。个体求医行为与个性倾向、疾病体验及生存动机等亦相关。内向性格的人多注重自身机体的感受,体验深刻;A型性格的人对自身症状常易忽视;癯症性格的人则敏感多疑,可以对症状做出过高的评价;生存动机要求强烈的个体,常表现出积极的求医行为。

国家经济实力雄厚,医疗保健制度健全,有相当的财力、人力满足人们的医疗保健需求,保证享受平等的医疗服务,求医行为自然较为主动,甚至由医疗型求诊发展为医疗型求诊与保健型求诊并存。

(4)个体以往求医经历:对于重复求医的人们来说,患者以往的求医经历常对其求医行为产生继发性影响。尤其是危重病或第一次求医的特殊经历,对患者以后的求医行为影响最大。这里说的求医经历,主要是指患者对所求助医院及医护人员的满意程度、诊疗效果如何,以及一些诊疗措施是否留下深刻伤痛回忆等。一般情况下,在求医经历中有较强挫折感的人,其日后常出现消极的求医行为。

(二) 遵医行为

遵医(following physician's advice)是指患者遵从医务人员开具的检查、治疗、护理处方或其他医嘱及有助于患者康复、预防疾病复发的指导。医生对患者进行诊疗处置是医务人员的职责。但是医生虽有高超技术,患者不遵医嘱,也不会收到预期效果。所以,研究患者的遵医行为的规律和影响遵医行为的因素,从而提高患者遵医的自觉性,有效执行医嘱,是保证医疗效益的重要内容。

1. 影响遵医行为的因素

(1)患者方面的因素:由于各种原因不可能使患者全部接受医务人员的医嘱。一般情况下,急症、重症患者能够执行医嘱内容,按医嘱办事。如有器质性病变的患者往往全力执行医嘱,其遵医率较高。而病情较轻、慢性病患者,尤其是门诊患者、中老年患者的遵医率较低。国内的一些报告表明,享受公费医疗、劳保医疗待遇的患者中,不遵医嘱服药而浪费的情况居多。从患者的一般资料来看,年龄因素、性别因素、职业状况,以及受教育程度、社会经济地位等多方面因素,都不同程度地影响着患者的遵医行为。来自患者自身对疾病的认识、经验等方面的因素,也是影响遵医行为的原因。

(2)医务人员方面的因素:医务人员的因素包括治疗方案的复杂程度,医生、护士对患者解释是否完整、清楚等。一般来说,越是复杂的内容患者越容易忘记,项目内容多也使患者难以记住并执行。患者的执行能力与医护人员的要求可能存在差距。作为医务人员,习惯于从职业、专业角度提出要求,而患者则从自己的生活习惯、现实条件出发,有选择性地执行医嘱,对一些难以做到的要求容易放弃。

遵医行为涉及医患双方,患者不遵从医嘱,不能仅从患者方面找原因。医务人员必须根据患者的个别性提出医嘱方案,采取有效措施指导患者遵从医嘱。

2. 提高遵医率的方法 遵医率(ratio of following doctor)是指患者在求医过程中遵从医嘱的比率。提高遵医率对尽快有效地治疗疾病,确保疗效十分重要。

(1)患者方面的因素:遵医常是患者的主观态度与行为。由于患者的个别性差异,有些患者对医生及诊疗过程较为挑剔。因此改善服务态度,提高医疗质量,创造一个适合患者诊疗的客观环境,使患者对医院和医务人员的服务满意,可提高患者的遵医率。

(2)医务人员方面的因素:为了提高遵医率,医生首先应建立良好的医患关系,增加患者对医务人员的信任程度。从了解患者的个别性入手,满足其交流的愿望,对不同的患者进行有针对性的交流,调动患者主观能动性,简化治疗方案和程序,争取患者的合作。讲究医疗工作艺术性,耐心解释,反复

说明,提高患者对医嘱的理解和记忆水平。尽可能动员患者共同参与治疗。与患者达成协议,规定有关治疗的总目标和子目标,经双方承诺后,让患者自我监测等,有利于提高遵医率。

第二节 患者的一般心理特征

个体患病后的心理表现具有一定的规律性。当一个人被宣布患病之后,个体从正常的社会角色进入特殊的患者角色,他们对于患病这一事实以及进入诊疗过程的现状具有趋同的心理特点,如心理反应、心理需要甚至心理冲突都有不同于正常人可归纳的规律。因此,医务人员应该掌握患者的心理变化特点,采取科学合理的应对措施,使患者以良好的心理状态接受医疗救助。

一、患病后的心理特点

心身是一个统一的整体,人的心理与生理功能是相互联系、互相影响并共同作用的。心理问题可影响患者的躯体健康,躯体患病也会影响个体的心理与行为。患者常常具有一些自身的心理特征。

(一) 患者认知、意志活动特征

在感知方面,患者可以表现为意识迟钝,也可有过于敏感的情况。例如,有些患者品尝不出食物的香味,或对既往感兴趣的事物在病中则感受浅表而淡漠;另一些患者可能由于异常关注病情变化,注意力高度集中于自身,从而对某些刺激感受性增高,对身体的生理活动方面的变化极为敏感。

患者的记忆力常可受到疾病应激的影响,有些患者不能准确地回忆病史,不能记住医嘱,甚至刚说过的话,刚放在身边的东西,也难以忆起。

思维,特别是逻辑思维能力也可受到损害,患者于病中分析判断力下降便是明证。一些患者在医疗问题上往往表现出犹豫不决。也有的患者不能正确地判断身边的事物。有时人们正常的说笑也会导致患者的错误理解,引起患者厌烦、疑惑或愤怒等。

患者存在期待心理。个体患病之后,都希望获得同情和支持,得到认真的诊治和护理,盼望早日康复。这种期待心理促使患者将康复或生死寄托于医术高超的医生及先进的治疗方法,幻想着医疗奇迹的出现。

医务人员要合理地引导患者的期待心理,给患者以希望和心理支持,增加患者战胜疾病的信心和发挥其主观能动性,这对患者的康复是十分重要的。同时也要注意消除患者不切实际的期待或幻想,鼓励其面对现实应对病魔。

配合医护人员医治疾病,力求达到复原的目标,这是对患者意志的一个考验。不仅疾病本身,诊断治疗程序也会引起痛苦与不适,要求患者能够忍受。治疗疾病的挑战可激发许多患者的意志努力,但也会引起一些患者意志的不良变化。由于疾病使自理能力下降,加之渴望得到周围人的帮助与关心,患者产生依赖心理,这对于患者接受和顺应患者角色是有益的,也是正常的心理反应。然而如果患者变得过度依赖,则可能是意志变化的一种表现,应当加以干预与指导。

(二) 患者的情绪表现特征

在各种心理变化中,情绪变化是多数患者在患病中不同程度地体验到的最常见的心理变化。由于负性情绪的持续是影响疾病痊愈的重要因素,因此,把握患者情绪表现的特点及干预方法十分重要。

1. 情绪活动特征的变化 情绪活动包括情绪的强度、稳定性、持续时间和主导心境。在许多情况下,患者对消极情绪刺激的反应强度大于正常人。对患者情绪的变化,医生应引起足够的重视并及时处理。

2. 患者常见的情绪反应 面对疾病对健康的威胁及疾病所带来的痛苦和其他影响,患者常常会产生一些典型的情绪反应,如焦虑、恐惧、抑郁和愤怒。

(1) 焦虑(anxiety): 这是一种对自己疾病的预后和个人生命过度担心所产生的消极情绪反应,其中包括着忧心、紧张、不安和焦躁等成分。引起患者焦虑的因素很多,例如,疾病初期对疾病的病因、转

归、预后不明确；患者希望对疾病做深入检查，但又担心会出现可怕的结果，他们反复询问病情，对诊断半信半疑，忧心忡忡；有的是对机体有威胁性的特殊检查不理解或不接受，特别是不了解某项检查的必要性、可靠性和安全性而引起焦虑；有的患者因为生病后感到事事不顺心而心烦意乱等等。

完全消除患者的焦虑是很困难的，也是不必要的，关键是区分焦虑的程度。因为焦虑是患病的正常心理反应，轻度的焦虑状态可使患者关注自身，对治疗疾病及康复有益。但高度焦虑或持续性焦虑反应则对患者的病情不利；医务人员对此应给予格外重视，设法帮助他们减轻心理负担。如了解患者焦虑的原因，采取各种针对性的方法或心理疗法给予解决。

(2) 恐惧(fear): 恐惧反应是认为对自己有威胁或危险的刺激存在所引起的情绪。引起恐惧的原因主要有患病的事实，害怕疼痛以及对病后的生活或工作能力的顾虑等。患者恐惧情绪与个体认知评价有关，认为对自己伤害、影响越大的因素，越是恐惧它的到来。不同年龄、性别、经历的患者，对疾病的恐惧及对治疗方法的恐惧是不同的。儿童患者的恐惧多与和亲人分离、陌生环境、疼痛相关；成年患者的恐惧多与损伤性检查、手术疼痛和预后难料、将来的生活能力等联系。恐惧情绪可极大地影响治疗进程与效果。

医务人员要认真确认患者的恐惧表现并分析其原因。观察患者是否有不安、手发颤、出汗、说话声音的变化等；倾听患者的叙述，针对具体情况，给予解释、抚慰，改变患者的认知，达到减轻或消除恐惧情绪的目的。

(3) 抑郁(depression): 人生病以后，可产生“反应性抑郁”，表现为患者闷闷不乐、忧愁、压抑、悲观、失望、自怜甚至绝望；这类患者对周围的事物反应迟钝、冷漠，失去生活的乐趣，严重者有轻生的念头或行为。患者产生抑郁情绪，除个性因素外，主要由缺乏治疗的信心、自己认为治疗不顺利、与期望不符所致。长期严重的抑郁是对患者最严重的危害之一。抑郁可增加医生为患者作出诊断的难度，也会降低患者的免疫功能，延缓痊愈的正常进度，甚或可能引起并发症；还会减少患者所能获得的社会支持，妨碍患者同医务人员的合作。

医务人员要提供积极的治疗信息，给患者更多的解释、开导，尽可能消除或减轻患者的躯体症状，逐渐树立治疗信心与勇气；增加对患者的关注，多与患者交流，转移患者的注意，鼓励患者与病友交往以减轻抑郁。必要时可以心理治疗为主，辅以药物治疗。

(4) 愤怒(anger): 愤怒情绪多发生于个体感受到挫折时。患者的愤怒既是对患病本身的无奈，也见于治疗受挫或对医疗环境的不满。例如医疗条件限制而疗效不佳、医务人员的服务态度差、技术水平低，或认为医院管理混乱等。此外，患者的愤怒也可来自医院和医疗之外的事件。

在医疗工作中，医务人员应当正确对待患者的愤怒反应，进行适当的引导与疏泄。即使是患者指向自己的愤怒，也应予以理解，更须冷静处理。因为这是患者患病后的常见情绪表现之一。国外学者报告，愤怒情绪可导出患者的负性积怨，有利于患者的康复；对于同样的外科手术患者而言，有愤怒情绪表现者比无愤怒情绪表现者伤口愈合的时间要快1/4。当然，过度与持续的愤怒情绪对任何病情都不利，需要有针对性地予以解决。

(三) 患者的行为反应

患者常见的行为反应有依赖行为、不遵医行为、退化行为和攻击行为等。

1. 依赖行为 患者在患病时自然会受到医护人员和亲属的照料，成为人们关心、帮助的对象，这易使患者产生依赖行为。有些患者对自己日常行为和生活管理的自信心不足，被动性增加，事事都要依赖别人。此外，患者的行为可变得幼稚，为唤起他人的注意与关注表现出行为退化。

尽管依赖行为在患病初期是必要和正常的，但患者严重被动依赖行为对疾病则不利。姑息迁就患者过度的依赖行为难以培养患者与疾病作斗争的自信。医务人员应尽量发挥患者在疾病过程中的积极主动性，对严重依赖者应给予必要的指导或心理治疗。

2. 不遵医行为 医治疾病不仅仅是医护人员一方的工作，患者积极主动的配合也至关重要。调查发现，大约有30%以上的患者在疾病治疗过程中有不遵从医嘱等不遵医行为，精神疾病患者的百

分比更高。究其原因有医源性、药物及医疗技术等因素以及患者本身的个性因素(前文已阐述)。

3. 退化行为 一个人重新使用原已放弃的行为或幼稚的行为来处理当前所碰到的困难,是一种退行性行为的表现。患病后常有退化行为,其表现有下列特征:①以自我为中心:把一切事物及与自己有关的人,都看做为他的利益而存在的。在治疗进程中,如果患者逐渐能关心邻床的病友,或者让陪伴他的亲朋早点回家休息,或者对周围的其他事物表示关心,这表示患者的自我中心减轻,标志着病情有所恢复。②兴趣变得有限:仅对当时为他发生的事有兴趣,而对其他事情不太关心,即便是病前感兴趣的事物,现在也不感兴趣了。③情绪的依赖性增强:情绪依赖性是指在情绪或情感上的过分依赖别人,凡事畏首畏尾不敢表达自己的情绪。患者在情绪上往往依赖于照顾他的人们,尤其是经常按医护人员的直接指示去做,此时患者情绪可能是矛盾的。④全神贯注于自己的机体功能:患者对与自己身体功能有关的事情非常关心,如:吃了什么?没吃什么?什么样的食物适合自己的病症?什么时间睡眠?什么活动对机体有利等等。

认识患病退化时的特征与评价,有助于医护人员了解患者及其行为。有学者认为行为退化是患者重新分配能量以促进痊愈的过程,这种退化整合本身就是痊愈过程的基本因素。行为退化可保存能量与精力,对患者是有帮助的;但当病情好转时,就应当引导患者提高行为的主动性,逐步恢复正常的社会行为。

4. 攻击行为 治疗受挫与愤怒可导致攻击行为。攻击的对象可以是使自己受挫的人或事物(如医护人员、家属或医疗设施),称做“外愆型”;也可以是自身,如果一位患者认为治疗受挫是因为自己没听医生的话,便可导致自怨、自责、自恨、自伤甚至自杀,称做“内愆型”。有时患者由于某种原因不能或不便对某一对象实施直接的攻击,于是便将攻击矛头转向无关的人或事物,称做“转移性攻击”。

医务人员应当从形成患者攻击行为的挫折心理入手,了解患者产生心理挫折的真实原因,有的放矢地帮助患者化解矛盾,给予心理支持;以冷静、理智的方法对待患者攻击行为,必要时实施心理疏导,改善认知等心理治疗。

二、患者的心理需要

对于患者来说,有物质与医疗服务的需要,但相对更重要的是满足心理需要(mental need)。虽然患者的心理需要具有因人而异的特性,但也有共性规律可循,结合马斯洛提出人的需要层次理论(见第三章),患者的需要包括:

(一) 安全感和康复的需要

为了早日康复出院,恢复正常生活和工作,每一个患者都把安全感视为主要需要,这也是患者求医的最终目的。患者在求医过程中,心理活动十分复杂,对诊断、检查、治疗等行为大多心存疑虑,对药物、手术等也十分顾虑、担心、恐惧,患者的这些心理反应,应当引起医务人员的重视。因此,医务人员应避免任何一个可能影响患者安全感的行为,对任何诊疗措施,都要提前与患者沟通,耐心说明解释,以减少疑虑和恐惧。当患者感到医务人员在用最好的、最正确的方法全力地救治他时,便会增加他的安全感和信心。从而有助于患者情绪的稳定,使其主动配合医务人员的医疗行为。

(二) 适当的活动和刺激的需要

患者住院后,其生活限于一个狭小的范围内,个人感兴趣的事情都不同程度地减少。这样患者就会感到孤寂、度日如年。特别是那些事业心较强和担负一定职务的人,更会如此。面对这样的情况,医务人员根据医院及患者的主客观条件,安排适当的活动和有一定新鲜感的刺激,是非常必要的。

(三) 被尊重与被接纳的需要

一般来说,每个患者都希望自己被认识和得到应有的尊重。从患者心理上考虑,有些患者认为赢得更多尊重,可获取医务人员更多的重视,从而可得到更多的关怀和更好的治疗。

患者往往表现出自己的社会身份,与医务人员亲切地交流感情,以期得到良好的或破格的服务。而那些内向又不善于交往的患者,则希望能得到一视同仁的对待。医务人员必须以高尚的医德行为、

亲切和蔼的态度、高超的技术以尊重患者的权利与义务。因此,医务人员对待每一个患者必须亲切而有礼貌,不要直呼床号,而要称呼姓名;不要被动冷淡,而要主动热情;不要有亲有疏,而要合理公平。否则,会影响患者的治疗信心和对医务人员产生不信任感。

在医院这个流动性很大的特殊环境中,患者需要主动地适应,尽快地在这里成为受欢迎的人。因此,住院患者都会主动地协调与周围病友的关系,特别是努力改善与医务人员的关系,以便为他人所接纳。医务人员也应尽可能为此做出相应的努力(见第十章)。

(四) 获取信息的需要

现代社会中,瞬息万变的信息对个体身心发展有着重要影响,同样也对患者的疾病治疗和康复具有重要的导向作用。患者对信息的需要,更集中地反映在他们对有关自身疾病信息的关注。特别是患者住入医院,完全改变了自己的生活规律和特定的习惯,急需了解新环境中的新信息。他们不仅需要知道医院的各种规章制度、治疗设备及医生水平情况,还急于知道疾病的诊断、治疗、预后等信息;有些患者对院外的其他有关信息也很关心,如家庭、工作单位的某些情况、医疗费用的支付问题等。提供适当的信息不仅可以消除患者的疑虑,还可避免产生消极情绪反应。

患者是千差万别的,患者的心理需要会以各种方式表现出来,若得不到满足便会导致一些“越轨”行为,或者经常表示不满,违反院规和医嘱。若不从患者心理需要的角度去考虑,医务人员很可能对他们产生反感,这种对抗情绪对患者的心身健康是极为不利的,所以认识和了解患者的心理需要,根据具体患者的心身特点加以引导和解决,是十分必要的。

第三节 不同类型患者的心理与调适

由于患者患病种类不同,诊治、护理情境有别,再加上所处的环境因素各异,很难表述各种情况下的患者心理变化特点。本节主要介绍急性传染病患者、慢性病患者、外科手术患者和临终患者的心理与调适。

在临床各科中,心理问题是普遍存在的。医学的服务对象是人或者患者,他们是有思想、有感情、有不同个性的。患者对于患病、住院、服药、手术甚至临终都有各种特定的心理活动;就不同类型患者而言,其心理活动有共同的特点,掌握这些特点并有针对性地进行帮助与干预,对减轻与矫正患者不良心理反应的发生,以促进患者早日康复或平静地离世都是十分必要的。

一、门诊患者的心理特点与对策

(一) 急症患者

这类患者起病急,需要紧急处理;病情严重者,稍有不慎会有生命危险。这类患者常有下面的心理特点:①焦急心理:患者心情十分焦急,希望立即得到良好的救治。②惧怕心理:患者常常因为害怕误诊或处理不当而导致严重后果而产生“提心吊胆”的惧怕心理。严重者可发展为“惶惶不可终日”的惧怕心理。③依赖心理:由于突然而来的伤病造成的行为退化,情感幼稚,事事依赖他人,显现出儿童的幼稚行为。

所以,医护人员对危重的急诊患者,应迅速接纳和迅速处理患者,听得急诊讯号后,立即出来迎接患者,对危重患者应该采取一方面询问病史,另一方面果断采取治疗措施,如给氧、输液等等。对伴有焦虑、惧怕心理的患者,要冷静、耐心,用轻声细语安抚患者。做各种急救措施应该充满自信、规范准确,使患者放心。对有依赖心理的患者,更要热情、耐心地给予安抚和帮助。

(二) 慢性病患者

慢性病指病程长达3个月以上,所患疾病无特效疗法须长期维持治疗者,其中大部分患者社会功能尚好,处于带病延年的状态;也有由急危重症患者经抢救成功而转为慢性状态者。人类社会的进步及医疗保健事业的发展,使得人类平均寿命延长,老龄化群体增长较快,从而患慢性疾病的几

率及绝对数目日趋增高。据 WHO 调查,各国患慢性疾病的人数在不断增加,已成为就医患者的主要组成。慢性病已成为危害人类健康的主要疾病,由此带来一系列慢性病患者心理问题。

慢性病患者心理变化较为复杂,其主要表现有:①抑郁心境(depressed mood):指精神受到压抑而产生的较持久的不良心境。②归因转移(attribution alternating):这是一种防御机制,指当自己不能达到欲望或受挫时,将原因归于他人,怨天尤人。③怀疑(doubt):慢性病的病因多较复杂,疗效不理想,因此会怀疑治疗方案或医生水平,甚至不遵医嘱自行其是。④患者角色强化(enhancement of patient's role):慢性病患者习惯了别人的关心和照顾,这种过度的角色强化将妨碍疾病的好转。

慢性病患者心理调适方法可采用:①促进信息沟通,加强医患交流,增强患者信心。②做好解释与指导,使患者解释心理状态和疾病的关系,及不良心境对健康的影响,以使患者主动配合治疗,强化遵医行为。③加强社会支持,要做好患者社会支持系统的协调工作,为患者建立一个治疗、休养和生活的和谐环境。

二、住院患者的心理特点与对策

患者患病住院后,心理上会产生一系列较为重大的变化。因为住院毕竟是人生中的重大事件与角色转变。医护人员应掌握此类患者共同的心理活动特点,以给予患者具体的干预及全面的帮助。住院患者的心理活动普遍性地带有:

(1)情绪不稳定(unstable emotion):住院本身是一种不良的刺激,患者可因受挫感较强而情绪波动。可见患者心境欠佳,遇事易怒,对周围刺激反应较为敏感;患者经常处于焦虑、紧张状态。沉重的压力有时会使患者处于抑郁状态。医务人员应该敏锐地观察患者的情绪变化,及时交流、疏导。

(2)主观感觉异常(subjective sensation abnormality):患者患病后,主观感觉和体验与正常时可有不同。这是因为患者患病后,会把注意力转向自身和周围环境,因此感觉异常敏锐,甚至对自己的呼吸心跳、胃肠蠕动的声音都能觉察到。医护人员对此要了解并进行耐心的解释、安抚,尽量满足患者对环境的要求。

(3)依赖性增加(increasing of dependence):患者一旦住院,就会受到医护人员、家人和同事的关心照顾;这时患者一般变得被动、顺从、依赖,情感变得脆弱。这时患者往往希望有更多关心,从中得到安慰和温暖。医护人员一方面要给予患者全面的帮助和照料,同时也要在患者生活功能许可的情况下,鼓励与指导其自理,使患者明白过分的依赖性不利于疾病康复。

(4)猜疑心加重(serious doubt):住院患者对周围的事物与信息特别敏感,他们对医生就疾病的解释半信半疑,甚至曲解他人的意思。如听到医务人员低声讲话,会疑心是议论自己的疾病,觉得自己的病情加重了或者预后不良;担心误诊、吃错药、打错针;身体稍有异常感觉便乱猜疑。医护人员应多与患者交往,了解并消除患者不必要的疑虑。医务人员应该表现出严谨的态度、行为大方、自然以获得患者的信任,可减少患者的疑虑。

(5)孤独感加重(aggravating loneliness):刚住院患者,周围都是陌生人,孤独感便油然而生。患者住院是把恢复健康的希望寄托在医务人员身上,但医生、护士由于工作不可能陪在身边,这样更增加了患者的孤独感。训练有素的医护人员能充分理解患者的这种心理,做到加强与患者的交流,有时这种交流可以没有医疗的目的。同时应在可能的情况下鼓励同室病友间的交流,营造一个温馨的人际氛围,以减轻患者的孤独感。

住院患者的心理特点,因人而异,不同个体、疾病、病程发展的各个阶段各有差异。因此,医护人员应主动熟悉每位患者,根据其具体情况采取不同的干预对策。

三、外科手术患者的心理与调适

手术治疗无论大小对躯体都是一种创伤,接受手术的患者无疑会产生各种各样的心理反应,这些心理活动反过来又影响手术的效果,特别是手术后的康复。因此,应该了解手术患者的心理特

点,采取相应的心理干预措施,消除或减轻患者的消极心理,使患者顺利渡过手术难关,取得最佳手术效果。

(一) 手术患者的心理

手术患者(operation patient)的心理主要指患者手术前、手术中和手术后的心理活动情况,给医护人员从事心理调适干预工作提供依据。

1. 术前患者的心理 手术是一种有创性的医疗手段。在手术前,患者由于对手术缺乏了解,对手术成功和效果信心不足,害怕术中疼痛,甚至死亡等,可引起一些明显的心理应激反应。患者会感到焦虑、担忧和恐惧,这让他们忐忑不安,夜不能眠。还有的甚至在术前写好遗嘱,做了后事安排。

手术前的紧张、焦虑是常见的心理反应,焦虑的轻重会不同程度地影响手术治疗效果。轻度焦虑者治疗效果好,因为轻度焦虑是患者正常的心理适应性反应,有利于机体生理功能的调节。严重焦虑者可导致神经内分泌失调而使手术预后较差;甚至不宜立即手术。无焦虑者也不正常,这类患者往往对手术及医生存有过度的乐观或依赖,对手术危险及术后并发症等缺乏足够的心理准备,一旦出现问题便会遭受巨大打击。

2. 术中患者的心理 主要是对手术过程的恐惧和对生命的担忧。局部麻醉和椎管内麻醉的患者始终处于清醒状态,虽然他们看不到手术的情况,但注意力高度集中于手术过程的各种信息上,尽力推测自己的病情严重程度以及手术进展顺利与否。医生术中的言行都可能影响患者的心理状况,甚至导致患者的不良心理反应。

3. 术后患者的心理 手术后的患者,多数会在被告知手术顺利后出现一定的轻松与庆幸感,即对疾病痛苦解除后积极的心理反应期。但随后而来面临疼痛、部分生理功能丧失或体貌改变、生活不能自理以及当手术治疗效果达不到患者的期望时,便可能进入沮丧、失望、无助、忧虑和悲观的心理反应阶段。进而表现出易激惹、躯体症状多、睡眠障碍、食欲减退等。这些均可以影响手术治疗的预后。

(二) 手术患者主要的心理干预措施

心理干预可视具体情况实施于手术的全过程,以维持和增进患者的积极心态,确保手术的顺利实施与良好的治疗效果。

1. 术前患者的心理干预 术前患者心理反应因人而异,个体差异甚大,因而应根据患者的术前心理反应、应对方式、病情和手术性质等分别采用心理干预措施。

(1) 提供信息(information supply): 应耐心地与患者进行交谈,听取他们的意见和要求,了解患者的心理反应、手术动机及应对方式,建立起良好的医患关系。然后,及时向患者和家属提供有关手术的信息并加以详细解释,可以帮助患者了解手术的意义、程序和可能引发的并发症等。提供的信息可分为主观感觉信息和客观程序信息两种。前者是指患者自身体验到的信息;后者是指即将到来的手术过程的信息。对于那些无焦虑感或盲目乐观的患者,尤其要指出手术的各种可能性,使其作好必要的心理准备。

(2) 行为控制(behavior control): 减轻患者术前焦虑的常用行为控制技术有:①放松练习:能够有效地对焦虑,是减轻术前焦虑和术中痛苦感的最常用方法;②示范法:指导患者通过学习掌握克服术前焦虑的方法。请手术后效果良好的患者介绍经验与体会有时比医护人员的解释更有效。

(3) 挖掘社会资源(social resource mobilization): 安排家属、朋友和其他人及时探视,他们的安慰和鼓励均能增强患者治疗疾病的信心,从而减轻患者的术前疑虑与恐惧。

(4) 创建良好环境(good environment creating): 规范的手术室环境,医护人员表情自信,谈话轻柔,对意识清醒的患者注意沟通交流,这些都可使患者增加安全感。

总之,通过以上手段,减轻恐惧,将患者的焦虑调控在适当水平,这样可以调动机体的潜能。对调控失败的过度焦虑的患者,可适当给予抗焦虑药物。

2. 术中患者的心理干预 患者在清醒状态下接受手术时,医生与护士应慎用及斟酌自己的言语,不使用让患者感到刺激的语词,如“快止血”、“切除困难”等。也不讲与手术无关的话题,以免

患者误解。遇到意外时要保持冷静,切忌骤然提高音调,举止失措,以免产生消极暗示,造成患者的恐惧。对清醒状态下的患者可视情况有少量沟通与安慰。对于实施全麻手术的患者,事先说明麻醉的基本步骤和安全性,消除患者对麻醉的恐惧,以取得患者的合作。

3. 术后患者的心理干预 术后患者心理干预应根据患者的具体病情和心理反应,着重考虑以下几个方面:

(1) 反馈手术信息(operation information feedback): 在麻醉苏醒后,应立即告之手术的有利信息,给予鼓励和支持,以免其心理负担过重。在病情许可的情况下,把切除的病灶让患者,特别是家属过目,使其清楚病根已除而感到欣慰。但当手术不顺利或病灶未能切除时,应注意保护性医疗措施,一般只告诉家属。

(2) 处理术后疼痛: 告知患者术后疼痛是手术的正常伴随表现,打消其疑虑;了解患者疼痛的程度,酌情给予镇痛药减轻疼痛。鼓励患者运用术前学到的放松技术来缓解疼痛;指导患者正确挪动身体避免加重疼痛。还可让患者听音乐等,以转移对疼痛的注意。

(3) 心理疏导: 通过心理疏导,帮助患者克服消极情绪。术后患者出现焦虑、抑郁等消极情绪原因很多,除前面已提到的外,有的患者是因为评价手术疗效的错误方法所致,例如多数患者总把自己与做过相同手术的患者比较,或者是与自己术前对手术疗效的期望比较,这样难免术后感觉不良。此时,应将正确的评价疗效方法告诉患者,即根据各人的病情特点、手术情况及术后检查情况来评价,让患者看到希望,感到自己正在康复之中。

(4) 作好出院的心理准备: 大多数患者伤口拆线后就可出院,但其各方面功能仍未完全恢复,故应向患者详细介绍出院后自我保健的知识,如活动、工作和饮食等方面的注意点等。使患者作好出院的心理准备尤为重要。有的患者手术后带来部分生理功能丧失(如子宫、卵巢切除)或身体残缺(如截肢),引起心理重大创伤,要对其进行积极的心理支持,必要时可采用心理治疗的方法使其正视并积极进入今后的生活。

四、临终患者的心理与调适

临终患者(dying patient)的认定国内外不很统一,有学者指临近死亡,目前已无治疗意义,估计只能存活2~6个月的患者;也有认为指出现生命体征和代谢等方面紊乱的濒死期患者。在医疗临床中,总有人因医治无效而面临死亡。死亡是无可回避的自然规律,不管死亡是突然发生,还是久病造成,都会给个体带来不同程度的躯体和心理上的双重折磨和痛苦,给家属带来不得不接受的打击。让个体宁静、安详地面对死亡,并尽可能减轻临终前身体和心理上的痛苦,提高临终生存质量,维护临终者的尊严,给予其周到的关怀,是医务工作者应尽的职责。因此,医护人员应该了解个体在临终前心理变化的特点,帮助他们平和地走完人生最后的旅程。

(一) 临终患者的心理

临终患者由于疾病的折磨,对生的依恋,对死的恐惧以及对亲人的挂念等,使其临终心理活动和行为反应极其复杂多变,并且每个人接受死亡的心理状态又因个人的个性特征、宗教信仰、教育水平及家庭状况等不同而各异。

1964年,临终关怀心理学的创始人美国精神病学者罗斯(Ross K)出版了《论死亡和濒死》一书,引起学术界的广泛关注和高度评价,此书被誉为20世纪医学发展的一个重要里程碑。后来,罗斯又发表了另一本具有重要影响的临终关怀心理学专著《死亡:成长的最后阶段》,提出了濒死和死亡为人的成长提供了最后机遇的理论观点。通过研究,罗斯认为临终患者心理发展大体经历以下五个阶段:

1. 否认与震惊 多数患者在得知患绝症后,感到震惊和恐惧,甚至出现木僵状态(stuporous state)。对这个突然的“噩耗”极力否认(denial),不敢正视和接纳现实,不接受临近死亡的事实。怀着侥幸心理,四处求医,希望先前的诊断是误诊。听不进对病情的任何解释,同时也无法处理有关问

题或作出任何决定。这个阶段较短暂,可能持续数小时或几天,此时的患者尚未准备好去接受自己疾病的严重性。

2. 愤怒情绪 病情趋于严重或自身疾病的坏消息被证实,否认难以维持,加上明显的病痛,经过各种治疗仍然无效,强烈的求生愿望无法满足,从而导致患者不满、愤怒等心理反应。通常患者把愤怒及怨天尤人的情绪迁怒于医护人员、家属、挚友,对周围一切都厌烦,充满敌意,甚至有攻击行为,不配合或抗拒医护工作,如拔出针头与导管,以发泄愤懑及内心的痛苦。

3. 接受与遵医行为 患者接受现实(accept reality)是一种延缓死亡的企图,是人的生命本能和生存欲望的体现。在“愤怒”之后,虽不能恢复到原来的情绪状态,患者开始适应和接受痛苦的现实。其求生的欲望不减,想方设法与疾病抗争希望延长生命和减轻痛苦。此时患者积极配合,尽力执行遗嘱。渴望医学出现奇迹,使疾病获得好转。同时希望得到医护人员和家属更精心的关心照顾,获得短暂时间的身体舒适。

4. 抑郁反应 虽然患者积极配合治疗,但疗效仍不能令其满意。身体某些功能的减弱或丧失没有得以控制,病情恶化,躯体日渐衰弱,患者开始意识到死亡将致,生的欲望不再强烈。另外,疾病带来的折磨、频繁痛苦的检查和治疗、经济负担愈来愈重等等,使患者感到悲伤、沮丧、绝望,并导致抑郁(depression)。处于抑郁心境的临终患者,有的冷漠,对周围的事情已不关心,少言或无语;有的深深地悲哀,哭泣;有的急于安排后事,留下遗嘱。但此时患者仍害怕孤独,希望得到家人及更多人的同情和安抚。

5. 接纳死亡 如果临终患者得到了适宜的帮助,重要的事情已经安排妥当,他将进入一个新的心理阶段——“漫长旅行前的最后休息”,接纳死亡,等待与亲人最终的分别。患者表现为安宁、平静和理智地面对即将发生的死亡事实。对一切漠视超脱,冷静地等待着生命的终结。

事实上,临终患者的心理发展虽有一定的规律可循,但都因人而异。医护人员要区别不同的情况给予处理与帮助。

(二) 临终患者的心理调适

在临终关怀(hospice)过程中,临终心理调适占有相当大的比重。这些方法都是以使患者减轻痛苦,逐步地、平静地接近死亡为目的。

1. 减轻痛苦 要让患者平静面对死亡,首先应该有效地帮助患者摆脱面对死亡时的恐惧、焦虑和抑郁等负性情绪,以促进心理健康发展。有效地控制恐惧、焦虑和抑郁的基础是解除临终患者的各种不适症状,特别是疼痛这一躯体症状。可采用药物镇痛,也可用非药物手段镇痛,如按摩、暗示、催眠等,使患者安然离开人世。

2. 树立信念 悲观、绝望等负性情绪可使病情恶化加速死亡,因此要帮助患者树立坚持走完人生最后阶段的信念。帮助患者形成一个明确、有积极意义、可实现的目标,如生活、治疗目标,从实现目标中获得自信,提高临终前的生活质量。鼓励患者积极遵照医嘱,在自觉地为摆脱困境做出主观努力中感悟生命。

3. 关心和体贴 患者接受即将死亡的现实之后,在弥留之际,他们不愿孤独离去,愿意得到更多人的同情、关心和安抚,渴望亲友能在身边。医护人员与患者的亲友应密切配合,无条件地积极为临终患者提供心理关怀,以真挚的情感去关心与体贴患者,陪伴临终患者度过生命最后时刻,聆听其对人生和生命的倾诉,使其安详地度过人生的最后阶段。

4. 尊重人格 对临终患者,要理解和同情他们求生的欲望,使其感到人格被尊重;要满腔热情,态度自然、诚恳,以温馨的语言经常与他们谈心,注意倾听,语词要清晰,解释恰当。护理时沉着、稳重,操作轻柔,处处体现对患者的关切。

5. 调适关系 临终患者易激惹,或与周围人关系紧张,尤其是这一心理状态被大家谅解和迁就时,助长其要求别人来适应自己的心理。医护人员通过熟练的技术、和蔼的态度、温柔的语言、热情的关怀和尊重患者来取得患者的信任,是搞好心理调适的先决条件。应给予必要的心理指导,使患者摆

脱心理困扰。只有良好的心理护理和优质的躯体护理,才能提高患者临终的适应能力,稳定其情绪,使其安宁、平静地面对死亡。

拓展阅读 患者的权利与义务

一、患者的权利

权利,是“法律认可的或伦理学上可辩护的要求或利益”,与“权益”同义。权利也可解释为“公民或法人依法行使的权力或享受的利益”,它与义务相对。

患者权利问题是在广泛的民权、立权和消费者权益运动中提出的,医院和有关医疗机构则是患者权利运动的中心。在西方,患者权利运动不是由“消费者”、主要供应者或政府推动,而是由医院行政人员及其协会起主导作用。

1972年美国医院协会的“患者权利法案”规定了以下12项权利为患者的基本权利:

1. 患者有权得到考虑周到的、尊重人的医疗护理。
2. 患者有权从他的医生处得到有关他的诊断、治疗和预后的完全而最新的信息。
3. 患者有权从他的医生处接受在任何措施或治疗开始前提供知情同意所需的信息。
4. 患者有权在法律的限度内拒绝治疗,并拥有被告知他的拒绝行动对他健康后果的权利。
5. 患者有权不受任何人的干扰考虑有关他自己的医疗计划。
6. 患者有权期望有关他对医务人员的谈话和记录严加保密。
7. 患者有权期望医院在它能力的范围内必须对患者有关提供服务的要求做出合理的反应。
8. 患者有权获得他的医院与同他的医护有关的医学教育机构关系的信息。
9. 患者有权拒绝参与影响他医疗护理的人体实验研究计划。
10. 患者有权期望医疗护理的合理连续性。
11. 患者有权检查他的住院费用,并且得到解释。
12. 患者有权知道医院哪些规章制度适用于他作为患者的行动。

但这项法案的推行并不顺利,至1975年底,只有30%的美国医院采纳,而将此法案的文本分发给患者的医院不到10%。多数医院认为,这样做会使原来已缓和的矛盾和问题重被挑起,医院将加倍增加法律责任,因为许多权利本来患者是不知道的。此后,美国著名学者安纳斯以已有的患者权利条文不够理想为由,提出一个患者权利的样板法案(草案),在更宽泛的范围内规定了权利的内容。

1. 患者,尤其是急诊患者有得到及时照料的法律权利。
2. 患者拥有就有关支付费用的来源保守隐私的权利。
3. 承认患者有权应他的要求,并由他付费用与他或她指定的会诊专家讨论他或她的病情。
4. 患者有法律权利出院,不管患者的身体状况或经济状况如何,可要求患者签署一份出院书,说明患者出院与患者医生或医院的判断是相背离的。
5. 患者有权对医院提供的医疗服务费用账单进行检查,并要求逐项做出详细的解释,而不管患者支付的来源如何。
6. 患者有权从医院工作人员那里得到咨询,帮助他从公共或私人的来源获得经济补助,以支付住院费用。
7. 患者有权及时得到通知,告诉他由第三方支付医疗费用的补助已经中止。

患者权利运动目前仍处于初期阶段,国外无论在伦理学界还是在法学界争论都很激烈。我国尚未颁布此类法规,但实际上一些做法与上述的精神相吻合。

二、患者的义务

权利与义务是一对矛盾的统一体,每一个公民在享受社会给予的权利的同时,也承担着对他人、对社会应尽的义务。作为患者这一特定社会角色在享有权利的同时,也必须承担相应的义务。这些

义务可归结为:

1. 保持和恢复健康的义务 一个人一旦患病,社会和其他人将耗费人力、物力、财力为他提供帮助,这对他人和社会来说就是一种负担;同时,一个人患病后,最大限度承担社会责任和义务的能力就会降低,这对社会来说又是一种损失。每一个人,当然也包括患者,都有义务为社会减轻负担,减少损失。作为患者来说,争取早日痊愈,恢复自身健康就是减轻社会负担的具体表现和义务。

2. 积极配合诊疗的义务 患者患病后积极主动就医,配合医务人员治疗,不仅是使自己尽快康复以减轻社会负担和个人损失,同时,也是对医务人员劳动付出的一种尊重和回报。另外,对一些特殊疾病如传染性疾病、遗传性疾病,如患者不配合治疗,就会增加危害社会的危险性,这也是对自己、对他人、对社会不负责任的表现。

3. 遵守医院规章制度的义务 医院的规章制度是保证医院工作正常进行的基本措施。患者在就诊求治过程中,应自觉遵守医院的有关规章制度,与医务人员一道,共同维护医院正常的工作秩序,以利于医院正常发挥其医疗功能。如自觉交纳治疗、住院费用,遵守探视制度、卫生制度、隔离制度等,这是每个患者应尽的义务。

4. 支持医学科学研究的义务 医学科学事业是造福于全人类的事业,每个人都有责任为发展这个事业贡献自己的力量。为了提高医学科学水平,寻找战胜疾病的方法,医务人员有时需要对一些未知病例进行研究;为了让医学事业后继有人,就要培养医学新人,除了让医科学生学习书本上的医学知识外,还需要让其在临床实践中,在患者身上体验和实践中学习的医学知识和培养诊疗技能。这就需要患者的理解和配合。

目前,患者义务的认定在国内外不很统一。很多相关内容并非是患者的法定义务,而仅仅是道德层面的社会要求,并不带有强制性。因此,如让患者履行这种义务时与患者权利发生冲突,则应首先尊重患者权利,而不能强迫患者接受这种义务。许多专家认为对患者义务的宣传是当务之急。因为在国内,许多群众并不了解这一概念。如医学生在临床实习时,其诊疗学习与实践常被患者拒绝;还有些患者认为,医院的规章制度是可以并应该为其个人改变的等等。

患者的权利与义务是相互依存的整体,其功能是为了保护生命、驱除疾病、恢复健康、提高个体的生活质量与社会适应。随着社会的发展,在医患双方共同努力下,相关法规将会更加完善。

第十章 医患关系

● 本章提要

本章的医患关系问题涉及许多交叉性的知识和理论,如需要理论、角色理论、人际理论等,本课程倾向于将其作为临床应用问题来看待,即结合前面章节的一些基础知识和基本技能,学会更好地认识和处理医患关系问题。临床工作中良好的医患关系可以使患者更好地配合治疗,促进遵医行为,提高治疗的有效性,还可以通过调节患者的心理状态,使患者在治疗中情绪良好,心态平和,更有利于疾病的康复。

作为本课程的临床应用部分,本章主要介绍人际关系和医患关系的理论与模式,以及临床工作中人际交往的基本原则与技巧。在拓展阅读部分对目前我国医患关系状况和原因展开讨论。

第一节 人际关系与医患关系

一、概念与意义

(一) 人际关系概念

人际关系(interpersonal relationship)就是在社会交往过程中所形成的、建立在个人情感基础上的人与人之间相互吸引与排斥的关系,反映人与人之间的在心理上的亲疏远近距离。人际关系一般包含三种相互关联、相互影响的部分:认识、情绪及行为。认识部分包含与认识有关的人际心理过程,情绪部分包括双方的情绪状态,行为部分主要包括活动、活动的结果及举止作风等。

(二) 医患关系概念

传统的观点认为的,“医”即医生,“患”即患者,医患关系(doctor-patient relationship)即医生与患者的关系。事实上,在现代医疗过程中,与患者有医疗人际关系的不仅仅是医生个人。医生在医疗活动中发挥着主导作用,但医疗工作绝不可能全部由医生完成。医疗活动是一个由医生、护士、医技检验人员、后勤管理人员等共同参与、相互协作的过程。“患”也不仅仅是指患者本身。一方面,现代医疗活动扩大了服务范围,不仅针对有病的人,没病的正常人也可能就医。如美容需求者、健康咨询者等并非是身患疾病的人,却是医患关系中的角色成员。另一方面,患者在就医过程中,往往同时有其家属、监护人、所属的单位组织或保险机构等出面与医方打交道。这类人群也是现实的医患关系中的角色成员。因此,广义的医患关系应该是指以医生为主体的医务人员(包括医生、护士、医技人员、后勤人员、管理人员等,可简称医方),与以患者为主体的就医者(包括患者及其家属、监护人、单位组织,以及各种整容美容、健康咨询、身体检查、预防接种等就医者,可简称患方)在诊断、治疗、护理等过程中结成的人际关系。医患关系可分为既有区别又有联系的两个方面,即医患间的技术关系和医患间的非技术关系。医患间的技术关系,是指医患双方在诊断、治疗、用药、手术、护理等医疗技术交

往过程中的关系。医患间的非技术关系,主要是指在医疗活动中,医患双方在伦理、心理、法律等方面的关系。现代的医患关系正随着社会的进步,随着人们道德观念、价值观念的变化以及自我保护意识的提高,呈现出新的发展趋向。

(三) 医患关系的特征

与其他人际关系相比,医患关系有以下特征:

(1) 医患关系以医疗活动为中心,以维护患者健康为目的:医患关系是一种工作关系,以治疗疾病、维护健康为目的的医疗活动是医患交往的核心内容。

(2) 医患关系是一种帮助性的人际关系:医护人员具备专业知识和技能,处于帮助者的地位,患者因其健康问题,处于被帮助者的地位。

(3) 医患关系是以患者为中心的人际关系:一切医疗过程和医患交往过程都要作用于患者,并以解决患者健康问题为目的,因此对医患关系的评价应主要以其对患者的作用和影响为标准。

(四) 医患关系的模式

根据医患双方在共同建立及发展医患关系过程中所发挥的作用、各自所具有的心理方位、主动性及感受等的不同,可以将医患关系分为以下三种基本模式:

1. 主动-被动型(active-passive mode) 这是一种最常见的单向性的、以生物医学模式及疾病的医疗为主导思想的医患关系模式。其特征为“医生为患者做什么”,医生在医患关系中占主导地位。医生的权威不会被患者所怀疑,患者一般也不会提出任何异议。

这种模式主要存在于昏迷、休克、全麻、有严重创伤及精神疾病患者的医疗过程中。此类患者一般部分或完全失去了正常的思维能力,需要医生有良好的职业道德、高度的工作责任心,以及对患者的关心与同情。

2. 指导-合作型(guidance-cooperation mode) 这是一种微弱单向、以生物心理社会模式及疾病治疗为指导思想的医患关系,其特征是“医生教会患者做什么”,医生在医患关系中仍占主导地位。但医患双方在医疗活动中都是主动的,尽管患者的主动是以执行医生的意志为基础,医生的权威在医患关系中仍然起主要作用,但患者可以向医生提供有关自己疾病的信息,同时也可以对医生及治疗提出意见。

这种模式主要存在于急性病患者的医疗过程中。因为此类患者神志清楚,但病情重,病程短,对疾病的治疗及职业了解少,需要依靠医生的指导以更好地配合治疗。此模式的医患关系需要医生有良好的职业道德,高度的工作责任心,良好的医患沟通及健康教育技巧,使患者能够在医生的指导下早日康复。

3. 共同参与型(mutual participation mode) 这是一种双向性的、以生物心理社会医学模式及健康为中心的医患关系模式。其特征为“医生帮助患者自我恢复”,医患双方的关系建立在平等地位上。在这种模式中医患双方是平等的,相互尊重,相互学习,相互协商,对医务目标、方法及结果都较为满意。

这种模式主要存在于慢性疾病的医疗过程中。患者不仅清醒,而且对疾病的治疗比较了解。此类疾病的治疗过程常会涉及帮助患者改变以往的生活习惯、生活方式、人际关系等。医生要以患者的整体健康为中心,尊重患者的自主权,给予患者充分的选择权,帮助患者树立战胜疾病的信心,使患者在功能受限的情况下有良好的生活质量。

(五) 良好医患关系的意义

传统的医疗活动仅以各种检查和检验数据来诊断疾病,忽视医患关系,已经造成了许多不良后果。医学模式的转变使现代医学更加重视医患关系的作用,良好的医患关系的作用和意义主要体现在以下几个方面:

(1) 良好医患关系是医学模式转变的要求:新的医学模式要求医疗活动从生理、心理、社会三个维度考虑健康和疾病的问题,良好医患关系是促进患者心理健康和社会适应的必须途径。

(2)良好医患关系是医疗活动顺利开展的前提:良好医患关系可以增强患者对医务人员的信任感,帮助医务人员更好地采集病史资料,还可以提高患者对医嘱的依从性,争取患者在医疗活动中的配合。

(3)良好医患关系可调节患者心理状态,有利于健康恢复:良好医患关系可以消除患者因疾病产生的不良心理反应,调节情绪状态,并通过心理-生理反应提高抗病力,使疾病尽快痊愈。

二、人际关系的理论基础

社会认知和人际吸引理论与人际关系的形成具有密切的关系。

(一) 社会认知理论

社会认知(social cognition)是个体对自己或他人的心理状态、行为动机和意向做出的理性分析与判断的过程,包括感知、判断、推测和评价等一系列的心理过程。社会认知的结果是人际关系建立的基础。

在社会现实生活中,人们由于各自的经历不同,形成了各自所特有的认知结构,因此,即使是同样的社会刺激,各人的认知表现各不相同,因之所致的人际关系结果也不相同。人们在社会认知过程中,会保持对他人认知判断的一致性,减少互相矛盾的评价,并会以个人的态度倾向有选择地认知他人,表现出认知对象的社会意义和价值。在社会认知的过程中还会因自我控制的作用调节认知结果,使之保持与社会环境的平衡。

社会认知受客观因素和主观因素的影响。客观因素指环境特点和认知对象特点,在不同的社交情境中会有不同的认识和判断,认知对象的外部表情、言谈举止、音容笑貌以及语言等信息,是社会认知的主要依据。主观因素指认知者本人的文化背景、生活经验、生活方式,以及个人需求、价值取向等特点,人们总是根据自己的标准及需求认识自己及他人。

人们通过对自己的认知形成自我概念(self-perception)和自尊(self-esteem),即对自己的认识和评价。

人们通过对他人的认知形成对他人的印象(impression),印象形成中由于信息出现次序不同产生了首因效应(primacy effects)和近因效应(recency effects)。首因效应是指人们比较重视最先得到的信息,在首次交往中由仪表、风度、言语、举止等形成的第一印象对印象形成有关键作用。近因效应则是指最新得到的信息对他人的印象形成起较强作用的现象,即最后一次交往留下的印象影响久远。

由于人们的社会经验和在社会认知中的联想,形成了印象形成中的晕轮效应(halo effects),这是由交往对象的某种特征推知其他相关联特征的现象,如一位同学因其学习好给人留下的好印象,会使人觉得他的其他方面都好。人们对社会群体的认知形成刻板印象(stereotype),这是对某一特定群体的固定而概括的看法,如人们普遍认为的男性有坚毅、果敢、独立、以事业为中心的特点,而女性有敏感、热情、依赖、以家庭为中心的特点,刻板印象有其一定的合理性,但也有许多偏差的成分。

(二) 人际吸引理论

人际吸引(interpersonal attraction)是人与人之间产生的彼此注意、欣赏、倾慕等心理上的好感,从而促进人与人之间的接近并建立感情的过程。人际吸引是人际交往的前提和基础。

产生人际吸引的原因主要有以下6个方面:①相近吸引:是由于时间及空间上的接近而产生的吸引;②相似吸引:是以彼此之间的某些相似或一致性特征如态度、信念、价值观念、兴趣、爱好等为基础的吸引;③互补吸引:是当交往双方的需要以及期望成为互补关系时,就会产生强烈的吸引力;④相悦吸引:是指在人际关系中使人感受到的心理上愉快满足的感觉产生的吸引;⑤仪表吸引:是由人的身材、容貌、衣着、打扮、风度等仪容仪表产生的人际吸引;⑥敬仰性吸引:是因单方面对某人的某种特征的敬慕而产生的人际吸引。

第二节 临床医学中的人际交往

一、医患交往的基本原则

交往(communication)是人们以变换意见、表达情感、满足需要为目的,彼此间相互了解,认识和建立联系的过程。交往过程是一个人与人之间信息交流的过程,也是交往双方获得心理满足的过程。

(一) 需要满足的原则

医患之间的交往,只有在双方的心理需要都被满足时,才能形成良好的医患关系。这实际上是医患交往中最根本的一项原则。

1. 患者的心理需要 关于患者的心理需要,在第九章已经结合马斯洛需要层次理论,对各种心理需要特征作了分析介绍。其中特别指出,患者作为特殊的社会成员,与健康的社会成员相比,其生存需要受到影响、安全需要受到威胁、归属与爱的需要被部分或完全剥夺、尊重的需要可能受到伤害、自我实现的需要感到无望,正因为患病后这些需要难以满足,所以心理需求会变得比平时更加强烈。了解患者心理需要的变化,是医护人员提高医疗服务质量的重要前提。

2. 医生角色的职责 医生作为一种社会角色,作为一种职业,是以特殊的劳动形式服务于社会,这种劳动形式往往风险与责任同在。当前社会对医生角色的职责要求主要有三个方面:①诊断和治疗的责任:这种诊断和治疗的责任不仅是对于个体,也可以是针对整个群体。②预防和保健的责任:预防的责任所强调的是应对各种可能发生的疾病提前做出防御性反应,而保健的内容就更广泛一些,首先是对于群体进行健康教育的问题,此外也包括对于个体进行躯体和心理的保健工作,如健康体检、对于工作和生活起居的建议、对于不同年龄组饮食结构的建议、进行保健性的心理咨询等。③为社会提供安全感:这是这一行业存在的重要价值之一,医院以及医生的存在就为现实中的群体健康提供了生理和心理上的安全保证。

3. 医生的需要 尽管社会赋予医生的角色任务非常的崇高,但从本质上讲,医生也是一个普通的人,存在其各方面的心理需要。医生只有在充分了解并满足自己的心理需要时,才能更好地服务于患者、服务于社会。结合马斯洛需要层次理论,医生的需要特征分析如下:

(1)生存的需要:与一般的行业不同,医生的职业角色决定了医生这一行业被赋予了更多的责任与义务。虽然医生也像其他行业一样,通过临床医疗工作,给予患者诊断和治疗而获得相应的报酬,从而满足自己的生存需要。但人的生命价值和社会对医生角色的期望使得医生在实际工作中往往需要具备更强的责任感、付出更多的精力、敢冒更多的风险。一方面医疗技术的掌握需要不断在实践中积累经验,医生只有通过自己的辛勤工作才能真正掌握医疗技术;同时临床医学的发展过程中不断有新技术的引入,医生需要不断学习新知识、掌握新技术才能胜任自己的职业工作,因而这一职业的性质决定了医生是一个需要终生学习的职业。另一方面现代社会对医疗服务不仅要求医生能够提供高质量的临床诊疗技术,还需要关注患者及家属的心理问题,能够提供高质量的心理支持。因而医生需要努力把自己锻炼成为高素质、高技术、高情感的专业技术人员,才能满足当今社会的需要。

(2)安全的需要:医生的安全需要主要体现在医疗关系的安全和医疗环境的安全两个方面。医-医之间、医-护之间、医-院之间以及医-患之间的由于互相信任而营造的和谐环境是医生履行医疗职责的必要保证。医生做出的各种过度的防范措施究其根本往往是为了满足医生自己的安全需要。

(3)接纳和尊重的需要:医生在医疗行为中接纳和尊重的需要主要体现在两个方面,一方面是需要同行的接纳和尊重,另一方面是需要患者的接纳与尊重。前者主要是指需要同行对自己个体的接受以及对自己医疗水平的认可,而后者则主要是指需要患者及其家属对自己的诊疗措施予以接受和尊重。在医疗行为中出现的医生之间的相互嫉妒和诋毁,对患者及其家属的抱怨或愤怒等等往往涉及医生自己的接纳和尊重的需要没有被满足。

(4)自我实现的需要:任何人均有自我实现的需要,医生当然也不例外。自我实现主要是个体需

要体现自己的存在对于别人、对于社会的价值。医生的自我实现的需要当然主要体现在通过治疗好患者来证明自己存在的价值,正是由于这种需要促使医务人员不断地从医疗实践中去探索,不断地去积累经验,而使医疗水平不断地提高。这本来是很自然的事情,但在某些情况下,也可以出现偏差,如为了追求治疗某种疾病成功的体验而忽略患者的感受,或者忽略患者的综合情况,或无视患者的权利等,最终可能会危及患者的利益以及患者的健康。

在认识和掌握以上患者和医生双方各自需要特征的基础上,作为主动的医生一方,应努力创造条件,在两者之间建立起平衡的并更倾向于患者一方的需要满足,以实现医患交往的需要满足原则。

(二) 其他医患交往的基本原则

1. 平等、尊重原则 在医患关系中,医生往往处于支配和主导地位,属强势人群,患者常处于被动、从属地位,属弱势群体。医患交往中如果医生高高在上,忽视患者的愿望、感受,就会使交往难以顺利进行。医务人员应尊重患者的人格、权利,主动了解患者在交往中的体会感受,平等地与患者交流,这样才能融洽医患关系,顺利完成医疗过程。

2. 诚信原则 信任是建立良好人际关系的基础,医患交往中应诚实、不欺诈,遵守诺言,以取得他人的信任。医务人员拥有专业知识及医疗处置权,了解疾病的进程及发展,在医疗活动中应遵守医疗规则,及时履行告知义务,不因某些个人私利愚弄患者,在出现医疗差错或事故时要勇于承担责任,以真诚之心为患者服务。

3. 有利患者健康原则 医疗活动是以帮助患者恢复健康为目的的,医患交往应服从这一目的。医务人员在患者面前的言谈举止,应有利于患者对病情的了解,有利于调整患者的心态,有利于患者恢复健康,应避免因医务人员的失误导致患者出现医源性心理问题。医生在履行告知义务时,应考虑患者的心理承受力,控制某些医疗信息的传播范围,避免造成患者剧烈的情绪波动。

二、医患交往的基本技巧

如果说医患关系是一种特殊的人际关系,那么医患交往就是人际交往中的一种特殊类型,这归结于交往的双方有着诸多的不对称。首先,医生所拥有的高学历、高社会地位以及对医疗信息绝对优势的掌握会让他自己有一种高高在上的感觉,也会让一般人对其产生仰视的心理;其次,医生穿着白大褂、挂着听诊器的形象很容易让人对其产生距离感。与此同时,前来就诊的患者无论他曾经多么的辉煌和自信,但此时此刻的他却是那么地担忧自己的身体,强烈地依赖着自己面前这位从未谋面过的人!这个医生会是个什么样的人呢?他有能力治好我的病吗?他会喜欢我吗?我会喜欢他吗?……所有这些都是患者面对医生时常有的内心活动,也正是由于这些原因,患者往往心怀不安、沉默寡言,他们不能开朗、诚实、直接地与一个陌生的医生交流,以至于他们不能在这个新的人际关系中主动参与。那么,作为医生应该怎样去除这些障碍、以求和对方共同努力解决问题并达到双赢的效果呢?这是我们有志于成为医生的每一个人都必须关心的课题。一般认为,医患交往的基本技巧可以分为言语交往和非言语交往两种方式。

(一) 言语交往

言语交往是信息交流的一个重要方式,主要指以口头语的交往方式即交谈或称晤谈(interview)来交流信息,也包括书面语的形式。交谈能准确地表达和传递信息,只要交往双方对语言及语境理解一致,交往中损失的信息最少。交谈是医患之间最主要的交往方式,医务人员询问病情、了解病史、进行治疗及健康指导一般都是通过交谈来完成的。

1. 交谈的原则

(1) 尊重患者:交谈要在平等和谐的医患关系中进行。在医患关系中,患者一方常处于弱势地位,因而在医疗过程中经常会出现医务人员居高临下,患者被动服从的情形,这时患者信息往往不能很好地表达,产生交往障碍。

(2) 有针对性:医患交往毕竟是医疗活动的一部分,交谈应该有目的、有计划进行。在交谈之前,

医护人员应作充分的准备,明确交谈的目的、步骤、方式。

(3)及时反馈:在交谈过程中应及时反馈,采用插话、点头肯定、表情等手段对(病)人的谈话进行应答。及时的反馈有利于交谈过程顺利进行,也有利于医患间的双向信息交流。另外,对交谈中获得的信息也应及时整理分析,并将有关内容反馈给患者,如对疾病的诊断、病情的进展、治疗方案的实施、疾病的预后等。

2. 交谈技巧

(1)积极倾听:有人认为交谈应该以“说”为主,而忽视了“听”的过程。实际上,在医患交流中,“听”往往比说更重要。听的过程,既是医生获得患者有关信息的过程,也是医生对这些信息进行归纳、总结的过程,同时又是让患者充分表达自己思想感情的过程。这对满足医患双方的心理需要起着关键性的作用。

医生在倾听过程中要避免的错误包括:①急于下结论:有些医生为了显示自己水平高超,在患者叙述自己病情尚未结束的时候便急于下结论、得出诊断、给出处方。这会造成很多弊端,首先就是可能导致误诊,毕竟患者的情况还没完全了解清楚,临床经验再丰富、理论知识再扎实也不能轻易下诊断。另外还会严重影响到医患之间原本融洽的关系,因为患者感到自己的话被打断,是医生对自己的不重视或者不尊重,患者在与医生的交往中会体会到挫败感,直接影响医患关系的稳定。②轻视患者的问题:由于医生受职业性质的影响,可能对于一些小病小灾适应性较强,不会像普通人那样有较强烈的情绪反应。譬如一个完全没有医学知识但又对自己身体比较在意的人出了车祸,即使患者只是一些皮外擦伤,他也会非常恐惧、极度需要医生的安慰和救治。这时作为医生应该充分了解患者其实更加需要心理上的安慰,替他找到丢失的安全感。所以对这类患者不但不能轻视,反而应该更加耐心、细心地给予安慰,耐心地倾听,认真地处理,使患者激动的情绪得以平静下来,而不应该有漠视或者嘲笑患者的反应。③干扰、转移患者的话题:有些患者在叙述自己病情时可能会显得拖沓、累赘,让医生无法理清思路,这时没有经验的医生往往会打断患者的谈话,重新开启一个话题,却发现可能还是理不清患者究竟在说什么。这非但没有达到效果,还让患者感到自己不被重视、不被尊重。其实这就需要医生在倾听的时候不但要用耳朵听,更要用心去听,并不断地运用上述的确认、澄清、鼓励、释义、情感反映和归纳总结等技巧,将患者给的多余的没有价值的信息去掉,得到自己想要的信息。④作道德或正确性的批判:病房中可能会出现“久病床前无孝子”这样的现象,或者出现一群家属护送一个患者过来看病,却相互推卸责任、相互指责对方没有照顾好患者等情况。医生在听取患者及其家属叙述病情或相关情况时应尽量做到保持中立,不去参与患者家庭内部的矛盾纠纷,也不去评论患者及家属的道德或者作风等问题。⑤倾听技巧用得不恰当:由于倾听包含的技巧比较多和复杂,初学者一下子可能无法正确掌握,会出现用得不恰当的情况。在倾听中上述技巧不论用得过多或者过少,对于会谈的效果、医患关系的建立都是不利的。譬如过多的释义会让患者怀疑是不是自己的表达无法让医生理解,才会导致医生不断地给自己说的话释义。而释义过少又可能会导致医生真的误解了患者的意思。同样,不恰当的情感反映也会破坏原本建立好的医患关系,如次数过多或程度过重,反而对患者产生不良的心理暗示,强化了其某些不良情绪。

(2)正确共情:共情(empathy)一词有多种中文译法,比如共情、投情、通情和同理心等。按照人本主义心理咨询大使罗杰斯的观点,共情是指咨询师体验来访者内心世界的的能力。它包括三方面的含义:①咨询师通过来访者的言行,深入对方内心去体验他的思维和情感;②咨询师借助于自己的知识和经验,把握来访者的体验与他的经历和人格之间的联系,更好地理解问题的实质;③咨询师运用咨询技巧,引导来访者对其内心体验作进一步思考。在医患沟通实际中,共情是指医生具有能够理解和分担患者精神世界中各种负荷的能力,指医生能够进入患者的精神世界,在理解患者的需要、情感及所处的环境或状况的基础上,帮助他们解除病痛,调整情绪,使他们重新回归到对所处环境的最佳适应状态。

共情在医患沟通中的重要作用主要体现在:①医生能设身处地地理解患者,从而更准确的把握材料;②患者会感到自己被关注和尊重、被理解和接纳,从而会更愿意与医生配合,这非常有利于良

好医患关系的建立。

医生如果缺乏共情,就很容易使沟通过程出现障碍,主要可以表现为:①患者因为感到医生对自己不理解和不关心而感到失望,由此减少甚至停止自我表达,结果导致医生很难全面而准确地采集病史;②因为医生没有站在患者的角度而是更多地立足于自己,所以很难真正理解患者的问题与需要,所做出的治疗性计划往往缺乏针对性。同时,也容易导致出现对患者的不耐烦、反感甚至批评,使患者感受到伤害而失去对医生的信任。

(3)善于提问:提问在病史采集、医患会谈等过程中起到相当重要的作用。适当的提问,既可以避免让喜爱倾诉的患者反复诉说自己的不适,也可以了解到紧张羞涩不善言辞的患者最真实的情况。正确而有技巧性的提问,既不会使患者觉得不舒服、不想回答,也不会给患者反复重复自己病情的机会。既可抓住重点,又能节约时间。

一般来说,常用的提问方式主要分为两种:开放式提问和封闭式提问。另外需要注意的是,在与患者交谈时,要尽量避免“审问式”提问,不要让患者感到自己像是犯了错误一样被医生一句一句地审问。

1)开放式提问:开放式提问通常使用“什么”、“如何”、“为什么”、“能不能”、“愿不愿意”等词来发问,让患者就有关问题给予详细的解释和说明。开放式提问应该建立在良好医患关系的基础上。没有良好的医患关系,这种提问就容易使对方产生疑虑,有被窥探的感觉,即使当事人对问题能一一做出回答,其真实思想也许仍有很大程度的保留。另外,医生的神态、询问的语气等也是应该注意的。即使是对同一个问题由于医生不同的语气和神态,患者也会产生不同的感受从而影响到双方良好关系的建立。一般来说,用“什么”的提问往往能获得一些事实资料。如:“你的呕吐物里包含什么你当时注意了吗?”而用“如何”的提问往往牵涉到某一件事的过程、次序或情绪性的事物,如:“(问患者家属)当他出现刚才所说的症状时,你在家是如何处理的?”用“为什么”的提问则可以引出一些对原因的探讨,如:“你知道喝酒为什么对你的胃有这么大伤害么?”当然,我们在问诊的时候不能仅限于用固定的某一种方式提问,这会使我们失去了解患者各个方面的机会,虽同样是开放式提问,但仍然要结合起来使用,效果才会最佳。

2)封闭式提问:封闭式提问通常使用“是不是”、“对不对”、“要不要”、“有没有”等词,而回答也是简单的“是”或“否”即可。这种询问常用来收集资料并加以条理化,澄清事实、获取重点、缩小讨论范围。当患者的叙述偏离正题时,用来适当地中止其叙述,并避免会谈过分个人化。但是如果过多地使用封闭式提问,就会使患者陷入被动的回答之中,也可能导致医生凭借自己的经验和主观印象作出诊断而忽略了患者其他方面的感受,可能导致诊断的不准确。并且这种封闭式提问如果提问得不恰当,会有花费了大量时间却不得要领的尴尬情况出现,因为毕竟还是患者自己最了解自己的病情。所以,在病史采集等需要和患者会谈的时候,我们必须结合开放式和封闭式两种提问方式,适当地使用效果才能达到最好。同时,作为医生一定要记住:提问是为了了解病情而不是求证,要相信患者的“告诉”。

(4)适当解释:解释是言语性技巧中比较复杂的一种,它取决于医生的理论知识的储备和临床经验的丰富程度。这是一项富有创造性的工作,医患沟通效果的好坏很大程度上取决于医生理论联系实际的能力。初学者切忌理论知识生搬硬套,用书本上死板的知识去和患者或者其家属解释患者的病情,忽视了现实中所遇到的人是形形色色的,问题是千变万化的。因而容易显得说服力不强,解释过于牵强、千篇一律,甚至张冠李戴、无法解释。例如:某男性患者因急性胰腺炎入院,医生在了解到该患者是某企业经理之后就在向患者及家属解释胰腺炎病因时武断地认为是不良饮食习惯造成的——饮酒过度或者暴饮暴食,当患者否定时,医生甚至持怀疑态度。当向患者家属确认患者无饮酒及暴饮暴食习惯之后,又归结于胆道堵塞(结石或蛔虫)。虽然这些是胰腺炎的常见病因,但未必每位患者都是由此原因导致,有经验的医生在向患者及其家属解释病因时应该结合患者各方面因素考虑,不能武断地下结论,否则可能招致患者及家属的不满,引来医患纠纷。

所以,进行解释时,首先应该了解情况,把握准确,否则可能偏离主题,显得牵强附会。同时应明

确自己想解释的内容是什么,若对此也模糊不清或前后矛盾,则效果就更差。再者要把握对什么人解释,在什么时间运用什么理论怎样解释最好。影响解释效果的因素并非是单一的,它不仅取决于掌握知识的多少,还在于灵活地、熟练地、创造性地在实践中运用知识的程度。

要想做好解释工作,有许多技巧可以遵循。例如:解释是因人而异的,有些患者文化程度比较高,有一定的医学知识修养,领悟能力比较强,解释时可以深些、系统些、全面些。对于理解能力不够强的、文化水平较低的患者,应尽量解释得通俗易懂,少用专业术语,多打比方,多举例子,这样更容易被患者及家属接受。当然,医生不能把解释强加给患者。又譬如有些患者自身是学医出身,懂得一定的医学知识,对医生的解释要求自然较高,当医生给他的解释与其之前接受的医学教育观念不同时(尤其中医与西医之间的差别很大),患者可能会很难接受医生的解释。此时切不可说:“你的问题就是因为你不理解,你不理解。”或者“你不同意我的解释我就没办法了,到底是你懂还是我懂?”等等,强迫患者接受,这样的解释效果自然不会好。

(5)有效指导:指导即医生运用自己的医学专业知识直接地指示患者做某事、吃某物以及一些健康方面的注意事项。指导是医生对患者影响最为直接和明显的一种技巧。譬如眼科医生会指导患者如何注意平时生活中的用眼卫生,防治沙眼等常见的眼部感染,而皮肤科医生则会运用专业知识指导患者如何预防和治疗皮癣、皮肤干裂、青春痘等问题,当然外科医生还可以指导患者术前术后的注意事项,怎样做会使手术更加成功、预后更好等等。

使用指导性技巧的时候,医生应该十分明确自己对患者指导些什么以及效果怎样,叙述应该清楚,要让患者真正理解指导的内容。同时,不能以权威的身份出现,强迫患者执行,若患者不理解、不接受,效果就差甚至无效,还会引起患者的反感,甚至与医生产生矛盾,最终引发医疗纠纷。另外还要注意在指导时的言语和非言语行为,这些都会对患者产生影响。比如言语行为中,我们应该注意尽量使用规范的常用语,尽量简洁明了、通俗易懂,使患者更加容易接受,同时也体现出医生对于患者的尊重和关心。而非言语行为中,眼神、目光的接触、姿势、体态、距离等细节都是患者比较敏感而医生需要注意的地方。就像我们在前面非言语行为中谈到的一样,眼神应该是关切的、目光要有短暂的接触、距离可以保持在一个比较近的范围内,体现出医生对患者的关心和照顾、姿势体态等应自然、亲和,让患者感到温暖和关心。在这种状态下的指导,往往会有令人满意的效果。

(二) 非言语交往

非言语交往是以人体言语(非言语行为)作为载体,即通过人的目光、表情、动作和空间的距离等来进行人与人之间的信息交流。心理学的研究认为,情感表达=7%言词+38%声音(音调)+55%表情动作(包括面部表情、形体姿态和手势等)。其中高达93%的沟通是非言语性的,可见非言语沟通在人与人之间交流沟通中的重要性。

在人际交流过程中,非言语行为常常通过身体的外观或姿势、步态、面部表情、目光的接触以及身体的接触等方式来表达。这些非言语行为会在日常的工作中将医护人员的一些信息非常真实地传达给患者。因此,要求医护人员在平时要不断学习,严格要求自己,争取在工作中能读懂患者的非言语行为,更能利用好非言语行为来取得患者的信任。具体可以从以下几个方面做起:

1. 重视第一印象 仪表对人们的初次交往相当重要,所以才会有“第一印象”和“先入为主”的说法。有研究发现,84%的人对另一个人的第一印象来自于他的外表。患者的着装和修饰可以为医护人员提供一些线索,同样,医护人员的仪表也会影响患者对其的印象。医护人员的个人形象应该给患者留下良好的印象。

在医院内,所有的人最好都穿固定样式和颜色的工作服,工作服应该在任何时候都保持干净挺括,这是医院专业氛围的具体反映。工作服最好没有领子,领口不宜太大、太低,胸前不宜有口袋,以免临床操作不便。医务人员尤其应该注意个人的卫生,身上不能发出异味,头发不能很久不洗显得太过于油腻,手指甲不能过长并且要保持指甲的清洁,总之要给患者感觉到医务人员是洁净的。在着装上,男士不应该穿短裤、凉鞋、拖鞋等,裤子长度要足够,吊在脚踝上方或坐下来露出袜子以上的下肢,

都是不适当的。女士不应该穿着暴露,尽量穿长裤,鞋子的后跟不要过高(护士应该穿专门的平底鞋),在服装的色彩上应尽量搭配协调、和谐等等。同样,从患者首次来医院就诊时的着装打扮等也可以看出该患者平时大致的一种生活状态,是爱整洁还是邋遢,家庭条件是好还是一般等等,甚至可以推测出患者在生活中的一种态度及品位。

2. 体态、姿势 在平时的医患接触中,患者首先感受到的是医生的举止、姿势、体态、风度等外在表现,良好的表现反映出医护人员的职业修养和诊治护理能力。当今世界最有名的时装权威之一维瑞兰德指出,脖颈、脊背、手臂和腿的伸展以及轻捷是与美紧密相连的。从一个人的体态,就不难看出这个人的内心状况。意志消沉或情绪低落,体态就难免萎靡不振;疲惫的时候往往会无精打采;胜利归来,自然昂首挺胸;酒足饭饱,容易忘形。体态还能决定服饰的效果,即使是最昂贵、最漂亮、最合体的服装,也无法掩饰一个精神崩溃者给别人的观感。

体态和姿势是传递非言语信息的重要渠道之一。当患者痛苦呻吟的时候,护士能够主动靠近患者站立,并微微欠身与其对话,适当抚摸其躯体或为其擦去泪水,会给患者体贴、温暖的感受。医生在巡视病房时要抬头、挺胸、收腹、双手自然放在身体两侧,不要抱在胸前,也不要插在口袋里,身体也不应该靠在墙上。坐着交谈时,双腿不要叉开,不要抖动,也不要跷起二郎腿。否则会传递给患者一个你并不重视他的信息。另外,身体所处的位置也能传达一定的信息。假如你希望与人和睦相处,应使用开放式三角形位置进行谈话;当你需要带给对方压力时则采取封闭的姿势,而采用直角三角形位置则可以令另一个人在没有压力的情况下独立思考。

医护人员一定要明白,自己身体的每一个姿势,都是我们内心世界的反映,患者会对我们身体表现出的言语进行解读,从而形成患者对我们的评价。同样,我们也需要通过观察患者的体态和姿势去解读其内心的感受。如患者扭头、低头通常表示不愿理睬、不同意,不停地搓手则表示紧张、焦虑、害怕等等。

3. 面部表情 研究发现,人际交往中非言语信息的传递主要通过面部表情。并且发现不同国家、不同文化背景的人,其面部所表达的感受和态度是相似的。这说明面部表情是沟通中最丰富的源泉,它是一种全世界共同的言语。人类的面部表情受生理控制,一般是不随意的,但是也可以通过自我意识进行调节和控制。常见的面部表情有微笑、痛苦、焦虑、哭泣、愤怒、安详等。面部表情的变化是医生获得病情的重要信息来源,也是患者了解医生内心活动的镜子。由于面部表情具有变化快、信息多和可控制等特点,给观察带来一定的困难,所以需要综合其他信息,联系起来分析。医生在会谈中不但要善于识别与解释患者的面部表情,还要善于利用自己的面部表情。因为患者会时常仔细观察医护人员的面部表情,特别是在他们需要寻求帮助的时候。因此,医护人员应有意识地利用自己的非言语表情,传达真诚为患者服务的信息。在医患接触中最有用的面部表情就是微笑,微笑的主要功能是把喜悦或快感传递给对方。医护人员欣然、坦诚的微笑对患者极富感染力,也可以及时缓解患者的紧张和焦虑情绪。所以说微笑是“最美的语言”,是进行良好医患沟通的关键。当然,医护人员也并非在任何情况下都要微笑,当患者疼痛难忍、受到较大创伤或因病不治的时候,医护人员应站在患者的角度,向患者及其家属表示同情及理解。曾有媒体报道,某一位120工作人员因为“微笑”而遭到患者家属的殴打。总之,面部表情要和当时的场景匹配,只要拥有一颗真诚的关爱之心,一定会流露出最合适的面部表情。

4. 目光接触 沟通中最重要的一种非言语信息渠道就是目光的接触——眼神。我们常说眼睛是心灵的窗口,目光的接触通常是希望交流的信号,表示尊重对方并愿意去听对方的讲述。一般而言,目光接触的次数多少、时间长短及目光转移等,都会反映出会谈者兴趣、关系、情绪等许多方面的信息。医患双方在沟通时最适合的视线范围应该是双眼和嘴组成的三角区域。医护人员在询问病史、与患者交换看法或聊天时均可采用这种视线,它也是医护人员在临床工作中应用最多的视线。

对于医护人员来说,一方面要善于发现目光接触中所提示的信息,感觉到患者的反馈,另一方面要善于运用目光接触反作用于患者,使其受到鼓舞和支持,促进良好的沟通交往。譬如当患者凝视医

护人员时,往往是求助的意思。而医生在巡视病房时,尽管不可能每个床位都走到,但要以眼神环顾每一位患者,使其感觉到没有被冷落;在患者诉说病情时,不应左顾右盼,而应凝神聆听,患者才能意识到自己被重视、受尊重;与患者交谈的时候,身体应该稍稍前倾,不要后仰,不要给人一种高高在上的感觉;注视女性患者时,应注意视线的范围,切忌目光游移不定,引起误解。

与患者保持目光交流,维持目光接触是必要的,但不应长时间地盯着患者不放。目光接触时间的长短所表达的含义也是大不相同的,长时间的目光接触则成凝视,凝视往往包含多种含义,有时带有敌意,有时也表示困苦,患者对医护人员的凝视则多是求助。而在临床上,医生与患者交谈时,则要用短促的目光接触以检验是否被患者所接受,并从对方的回避视线、瞬间的目光接触等来判断对方的心理状态。无论医务人员当时的心情如何、就诊患者的身份如何,目光言语所体现的内涵都应当是庄重、友善和亲切的、情绪化了的目光言语,如烦躁、抑郁、生气以及鄙视、奉承等的眼神都是应当避免的。所以,充分理解并能熟练运用目光接触,是医护人员进行良好的医患沟通的基本功。

5. 身体接触 触摸身体是一种无声的言语,是一种很有效的沟通方式,它可以表达关心、体贴、理解、安慰和支持等情感,国外有研究表明身体的接触有时会产生良好的效果。但是触摸是一种表达非常个体化的行为,对不同的人具有不同的含义,它受性别、年龄和文化等因素的影响。心理学家认为,婴儿期得到的触摸越多,成年后适应力越强。触摸需要贯穿人的一生,特别是患者更需要被触摸。在中国,由于受社会传统道德规范的限制,人和人之间的触摸行为被极大地限制,个体的触摸需要也往往得不到满足。触摸的方式常用的有握手、拥抱、接吻、拍肩等。根据不同的文化类型,还有特殊的触摸方式。触摸的方式又可分为社交/礼貌型、功能/职业型、友谊/温暖型。医护人员对患者的触摸属于功能/职业型,而社区医生的触摸不仅具有职业功能的需要,而且还涉及友谊/温暖型的范畴。在中国,与儿童接触较为随便,对患儿的搂抱、抚摸可使其倍感亲切;但对成年患者应根据不同的对象,慎重使用。所以医护人员必须明白,触摸身体是一种很容易传达感情、又极易被误解的沟通方式,在使用时要尽量选择合适的时机。尽管如此,在专业范围内,审慎地、有选择地使用触摸对沟通是具有促进作用的。例如,为呕吐的患者轻轻拍背,搀扶患者下床,做完检查后帮患者整理好衣被等等,都是通过触摸传达关爱的最好例子,而对临终患者进行身体的触摸,则更是敬重生命、传递爱心的最真实写照。

6. 学会解读患者的非言语行为 大部分的基本身体言语是世界通用的,例如高兴时微笑;悲伤或生气时哭泣或皱眉;点头表达肯定,摇头表示否定;耸肩表示不明白或不知道等等。这些基本的身体言语恐怕没有人不明白,但是对一些常见的非常个体化的身体言语就不尽然了。因此,要正确理解对方的非言语行为,必须把其身体言语和当时的背景环境、所处的地位和所具有的权力等结合起来分析,才能得出较为正确的结论。

在询问病史时,医生时常会碰到患者说谎的尴尬场面,这对于病史的采集以及疾病的诊断是有害无益的。那么如何识破患者的谎话呢?又有哪些非言语行为会暴露患者的谎话呢?有时候当我们看到、说出和听到虚假的事情时,我们会用手掩住眼睛、嘴巴和耳朵,这是从儿童说谎捂嘴巴的姿势转化过来的。擦眼睛是说谎者较多的另一个动作。据研究,说谎会引起纤细的脸部和颈部肌肉组织一阵刺痛,需要摩擦或搔抓才能抚平这种感觉。另外,当说谎的人感觉你怀疑他没有说实话时,他的脖子会轻微冒汗而需要拉拉领子;当一个人觉得生气或沮丧时,他也需要拉拉领子以使冷空气流入衣领和脖子之间的空隙中。当你看到患者拉领子,问一句类似“请你再讲一遍好吗?”或“请你澄清这一点好吗?”的话语,将使可能正在说谎的人现出原形。举个例子:一个患者坐在你面前,说要开一个病假条,休息几天。于是你问他哪里不舒服,患者说因为头痛得厉害,脸上露出愁容,目光避开你的视线移到天花板上,同时抬起手来摸了一下鼻子,又正了正衣领,喉咙里还咳嗽两声。这种情况下,基本可以断定患者在说谎,如果你继续请他讲头痛的详情,他一定越来越不能自圆其说。

在医患交谈的过程中,医生可能还会发现经常有患者做出一些防御性的姿势,如:双臂交叉或锁足坐姿(二郎腿坐姿或“4”字型坐姿)。当一个人紧张或有负面的态度时,会下意识地在胸前紧紧交

叉双臂,或是交叉双脚,似乎要在自己的前面(上半身或下半身)形成一道屏障,抵御迎面而来的威胁。如果患者在交谈中出现以上姿势时,医生应该可以意识到,自己的言谈让患者感到不舒服或者不安全,使其需要下意识地用这些防御性姿势使其感到一些安全以便使交谈继续下去。那么医生就应该找找原因,是什么让患者觉得没有安全感,感到会被攻击?否则交谈的结果不会使医患双方满意,甚至可能会引起双方的矛盾。

总之,医护人员在平时与患者接触时,应尽量注意维护作为专业人员应该有的形象,搔头皮、挖鼻孔、掏耳朵、打哈欠、脱鞋子等都是需要纠正的举止。因为人的举手投足无一不是受其生活环境长期影响的结果,能够准确地反映其素质修养。因此,医护人员在平时要注重自己各方面的修养,要不断培养、提高自己理解和运用非言语行为的能力。

拓展阅读 我国目前医患关系状况和原因讨论

一、国内目前医患关系现状

随着医疗活动制度化、法律化的推广以及患者维权意识的增强,患者对疾病的认知权和知情同意权日益看重,对检查治疗方案的选择权也日趋在意,医患关系变得越来越紧张,医患矛盾显得越来越突出,极端事故也屡见不鲜。中华医院管理学会2001年的调查显示,在被调查的326个医疗机构中,321所医院存在着被医疗纠纷困扰的问题,发生率为98.47%。2002年4月,南京大学专家组对30所医院调查结果显示:患者对医务人员不信任的比例达43.8%,医务人员认为双方相互信任的比例仅为25.9%,而且这种不信任正逐步由个别演变成“集体不信任”。调查结果还显示:多数医疗纠纷并不是因为医疗技术引发的,而是由于医患沟通障碍导致患者或其家属对医院、医务人员不满意引起的,医患双方认为交流不够是诱发医患冲突的主要原因,分别占患者的58.2%和临床医师的85.3%。

在我国近年来的医患投诉和纠纷原因分析统计的文献中也显示,医患沟通不良引起投诉和纠纷的占26.9%~70%。美国的一项研究表明,最常被投诉的医生并非是医疗技术水平最差的,而是医患沟通技巧最差的。国内研究发现,患者信访中,相当一部分患者是因为患者与医护人员缺乏沟通,信访的内容包括反映医务人员的解答不尽满意、处置草率、诊治时间过短及医务人员的服务态度生硬等。归因分析发现医患沟通不畅排在信访原因的首位,同时也了解到正是因为医患之间缺乏正常的交流与沟通机制,导致了相当一部分患者选择信访的方式来解决问題。

二、引起医患关系紧张甚至恶化的原因分析

到目前为止,已有相当的研究在探讨分析造成当前医患关系不良的原因,从对近10年的医疗纠纷相关文献进行总结后发现,引起医患关系不良的原因,主要体现在以下几个方面:

1. 经济大环境改变导致的医患观念的冲突 20世纪90年代中后期,中国步入市场经济体制之中,经济快速增长,医方的思想观念和职业行为随着经济大环境的改变而改变,形成以“利”为主导的医患观念,而患者和社会仍坚守着以“义”为主导的医患理念,由此导致医患沟通矛盾的凸显。医患双方站在各自的位置,从各自的利益出发,提出了许多融洽医患关系的观点和建议,双方都有着迫切的沟通愿望和需要,然而由于视角的不同,利益分配的调整,医患双方难以达成共识。

2. 医生对医患沟通的不重视和不恰当表现 临床医师往往重视药物、手术等具体的治疗措施,忽视患者的心理需求和情感需求;不愿意抽出时间接待患者和家属,听其述说;不能详细地告知患者所要进行的检查治疗方案,及其目的、意义和可能的医疗风险;对患者的疑问,不是给予耐心的解答,而是简单敷衍等等。结果是患者被动接受治疗,对自己的病情预后、目前采取的诊疗措施的目的和意义不甚了解,一旦发生风险,即使是目前医学所不可避免的并发症,患方也常常不能理解而与院方无休止地争论,甚至拒付医药费。另一方面,医生的不恰当表现也是造成医患关系不良的主要原因之一,这主要表现为以下三方面:

(1)语言表达不妥当:在医疗实践中,常见由于医务人员语言表达不准确引起的医疗纠纷。例如一

位被怀疑“胃穿孔”的患者去拍腹部平片,而放射科工作人员却很随意地说:“这种情况试试看也不一定照得出来。”这会徒然增加患者的思想负担,会使患者对这样的检查失去信心,更会对主治的医生乃至医院失去信任。又如一位被怀疑患有“恶性肿瘤”的患者,结果在手术中确诊为良性肿块,仅做了局部切除,术后医生只给予了一般常规的观察,也未做任何解释。当患者家属感到受“冷落”去找医生理论时,医师本想安慰家属,却脱口说道:“你们的病很轻,我都差点忘了……”简单的一句话,使患者认定医师不重视他。也就是这位患者,术后发生了深静脉血栓并发症,虽然这与医疗本身并不存在因果关系,但患方坚持认为并发症是由于医师不负责任引起,从而引发了长达数月的医疗纠纷。

(2) 随便评价他人的诊疗: 由于单位的条件、设备和医生的技术水平等因素的不同,会对同一疾病产生不同的认识,采取不同的治疗方案,可能会导致疾病在发病初期症状不典型阶段的误诊。然而,当患者再就诊时,有的医师会不假思索地随便评价、指责前面的医生或医院。例如:“这种方案根本无效,怎么这么晚才来?”等等。还有的上级医师当着患者的面批评下级医师,点评治疗方案,评价治疗效果。例如:“这就是治疗失败的原因,这样的患者采取某治疗方案好”等等,这些医方内部评价性的语言,常常是引起纠纷的祸根。特别是倘若患者留有后遗症,出现并发症,患方常常以此为证据找上门来,追究首诊医院或首诊医生的医疗责任。

(3) 交代预后不客观: 我们治疗的对象是不同的个体,同样的治疗和同样的药物,患者的反应会有不同,效果不一。在治疗过程中诸如并发症和过敏反应等医疗意外是随时可能发生的,有些是当前医学无能为力的。面对医疗中的未知数,我们的医生交代病情一定要客观中肯,交代预后,不可把话说得太满,例如:“治疗一结束,你就可以吃面条了”、“支架放入气管后,呼吸困难即可缓解”等等,只将最好的结果告诉了患者和家属,忽视无效的可能性及并发症的告知。更有甚者,在交代预后时夸大疗效,这样确实增加了患者和家属对治疗的期望值,但由于对发生并发症之类的意外可能性没有任何的了解和思想准备,只要一出现不适反应,患方就会认为是医方的过失,由此而引发医疗纠纷。

3. 患者对医疗行为的误解 很多患者对医疗行为存在认识误区,把医患关系看做简单的消费关系。认为花钱必须得到满意的回报。事实上医疗行业是一种高技术、高风险、高责任、高奉献的职业,病情千变万化,患者个体差异极大,诊疗过程不可避免地会出现一些医务人员无法预料的情况。一旦出现意外,患者就有可能选择不理智的方式来解决问题。据了解,在医患沟通不畅的案例中,有很多就是因为患者对诊疗规律和医疗知识理解不够所造成的。

4. 缺乏制度保障 医院不注重医患沟通机制建设,一旦出现医患沟通困难,患者往往找不到有效解决问题的途径。由于没有相应的沟通制度约束,一些医务人员往往不愿意与患者进行沟通。这样也导致一些医患纠纷得不到妥善处理,最终导致医院和患者关系紧张。在沟通不能实现的情况下,一些患者就选择了信访的方式来表达他们的需求。

5. 医学教育理念的落后 由于现行的医学教育只关注医疗技术的教授,忽视对医学生人文精神的培养,缺乏医患沟通意识和能力的传授,从而导致许多医学生对医患关系和医患沟通的重要性认识不足,缺乏对“健康”定义的新认识,低估社会、心理、环境等因素在医疗中的作用。医学院的毕业生们尽管习得了大量的医学专业知识,掌握了相当的新技术,但在临床实际工作中缺乏与患者沟通的心理准备,对复杂的人际关系无所适从。由于在医患沟通技能上缺乏应对策略,在与患者交往中普遍存在自信心不足、紧张焦虑等心理状态。一些医生因为不能准确地了解患者的心理状况和心理需求,经常产生非生物因素的医患纠纷,这不仅影响他们临床技能的发挥,同时严重损害他们的心理健康。

医患关系持续紧张甚至恶化,严重影响了医院正常的医疗工作,既对医疗安全构成威胁,也不利于患者的治疗。就是在这种形势下,国内的许多医疗机构开始探索改善医患沟通,缓解医患矛盾的途径,进行了医院建立医患沟通制度的尝试。同时,在高等医学教育中,也加强了训练学生医患沟通技能等方面的内容。

(朱婉儿)

第十一章 临床心身问题

● 本章提要

学习医学心理学很大程度上是为了学会用心理科学知识和技术,来认识和解决临床上的心理学问题。本章要求以医学心理学基础知识、理论和技能,来认识“心”、“身”相互关系,掌握心身疾病发病的理论、诊断和防治原则,并了解常见的心身疾病。

作为本课程的临床应用部分,本章侧重介绍心身疾病和身心障碍的概念、理论、诊断和防治原则,以及几种重要的临床心身问题,如:失眠、疼痛、高血压、糖尿病和溃疡病等的心身问题。

第一节 医学临床心身问题概述

一、临床疾病的心和身问题

医学临床普遍存在着心理行为因素和躯体的相互影响和作用。患者因紧张和压力产生的情绪和行为反应可能直接引起血压升高、心率和呼吸加快。而躯体疾病也会造成心理反应,如癌症患者的恐惧情绪,甲状腺功能亢进患者出现类躁狂,慢性疾病患者的抑郁倾向等。

流行病学调查表明心身或身心问题在临床上具有普遍性。1/3的门诊与住院患者所患疾病为心身疾病,人群的心身疾病的患病率在10%~60%之间。心身疾病主要分布在内科,如内分泌科为75.4%,心血管专科为60.3%,呼吸科为55.6%,普通内科为30.8%,而皮肤科的比例达到26.6%(徐俊冕,1983)。WHO于20世纪90年代初组织完成的全球14个国家的调查中发现:综合性医疗机构就诊者中,心理障碍患病率平均为24.2%,我国为9.7%(张明园等,1999)。

(一) 心理行为致病因素

心身疾病的特征之一是心理社会因素致病。心理行为致病因素主要包括生活方式、致病人格、习惯、行为方式或观念。

导致美国人死亡的9个主要原因中,除感染因素外,吸烟、饮食方式或缺乏运动、酗酒、有毒物质、暴力或枪击、性行为、超速驾驶和滥用药物都涉及个体行为(McVinnis和Forge,1993)。中华人民共和国卫生部公布的1990~2008年间的城市主要疾病死亡率排序中,具有多因素致病的恶性肿瘤、脑血管病和心脏病始终位列前三,死亡率合计占到总死亡人数的58%~67%。

生活方式的改变也是临床心身问题增多的原因之一。2004年,《中国居民营养与健康现状》披露中国成人肥胖率为7.1%,血脂异常患病率为18.6%。18岁及以上居民高血压患病率为18.8%,估计患病人数为1.6亿多,糖尿病患病率为2.6%,估计全国糖尿病现患病人数为2000多万。现代疾病观强调疾病的多元性和身心交互作用,从生物心理社会医学模式认识疾病的发生、发展,全方位探讨发病机制,关注疾病所致患者心理社会问题,认为心理社会因素发挥着“扳机”(trigger)效应影响,身体健

康,造成机体处于易感易患状态。如图11-1所示。

(二) 临床疾病导致的心理行为问题

躯体疾病的神经、内分泌、免疫系统功能变化可通过神经系统影响人的心理和行为,例如:甲状腺功能亢进或低下会造成心境障碍。同时,疾病本身构成重要的应激源,改变患者的行为、情绪。身心障碍即指这类由于临床疾病引起的心理异常反应或心理障碍。身心障碍的表现虽然缺乏特异性,难以用数字描述,但在临床上普遍存在。身心障碍不但影响患者的社会生活功能,还可以成为继发性躯体障碍的原因。身心障碍大致可分为以下四类:

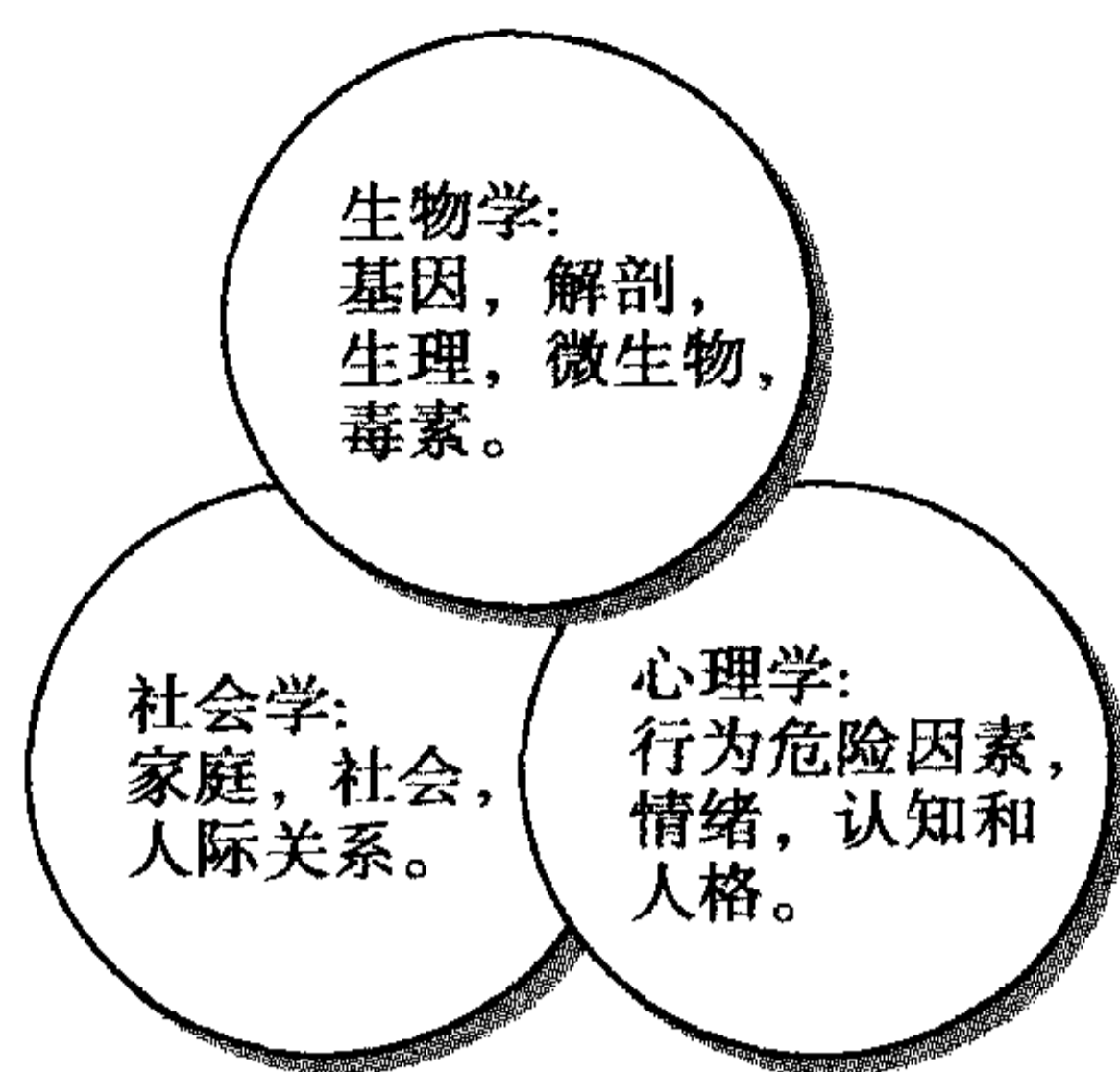


图11-1 生物心理社会医学模式的疾病观

(1) 躯体疾病对患者感知的影响:脑卒中患者由于认知功能损害或大脑皮层其他高级功能缺损,会延迟和妨碍语言、心理和肢体的康复。

(2) 躯体疾病引起患者的心理反应:脑卒中后约50%的住院患者和约30%的门诊患者出现抑郁情绪,其原因与脑卒中后心理应激或中枢损伤有关(Starkstein等,1988)。

(3) 躯体疾病可以通过损伤神经系统而影响心理行为:脑卒中或心脏病造成大脑缺氧,以及电解质代谢紊乱可以直接或间接导致心理障碍。

(4) 躯体疾病对患者生活质量的影响:糖尿病由于血糖的波动而直接影响患者,使部分患者情绪不稳定、注意力、知觉、记忆力和思维力下降。中晚期出现的心脑血管、神经等多系统并发症会导致患者近事回忆减退、注意力集中困难、智力减退等,以及性欲下降、性兴奋降低、勃起能力下降及性交次数减少等性行为障碍。

二、心身相关观念的临床意义

心身相关观念在临床疾病防治中有重要意义。临床医生树立身心交互作用观念,会促进医学模式的转变,提高治疗质量,降低治疗成本,提高患者的生活质量,拓展医学研究的范围和深度,对治疗和预防临床疾病的意义表现在如下五个方面:

(1) 心身疾病和身心障碍观念体现了身心一元论的观点:它有利于推动医学模式由生物医学模式向生物心理社会模式的转变。

(2) 有助于提高医疗水平:身心交互作用观念要求在临床治疗中,主动应用心理治疗或心理咨询,进行行为矫正,消除心理因素的影响,减轻负性情绪,提高应对能力,提高求医率和遵医率,促进患者康复,提高治疗质量。

(3) 改善患者的生活质量:在传统临床治疗的基础上,加入心理干预,进行心理支持,会改善患者的主观感受,减轻心理压力,调节情绪,从而提高患者的生活质量。

(4) 降低治疗费用:由于积极情绪有利于患者康复,缩短病程,减少服药量,从而降低了复发的可能性。另外,病前的心理咨询和行为矫正,有助于降低致病人格的影响,控制致病因素,减少发病。

(5) 有利于临床科学研究:树立身心交互作用观念,会帮助医生从更全面的观点出发,研究疾病发生、发展、变化和治中心理社会因素的作用;评估治疗效果时,关注患者的生活质量,从而全面阐述疾病的发病机制,建立科学的防病治疗体系。

第二节 心身疾病概述

一、心身疾病概念

心身疾病(psychosomatic diseases)又称为心理生理疾病(psychophysiological diseases),它是指心理社会因素在发病、发展过程中起重要作用的躯体器质性疾病和功能性障碍。凡是疾病的发生、

发展、治疗、康复各环节受到心理社会因素影响者,都属心身疾病(心理学大辞典,2003)。其实,传统的心身疾病一词更强调心理社会因素所造成的躯体器质性损伤,例如:冠心病、原发性高血压和溃疡病。目前,在心理学教材中,常以心身障碍(psychosomatic disorders)替代心身疾病。

(一) 心身医学和心身疾病

人们对心理与躯体(mind-body)关系的关注,可以追溯到公元前的古希腊,相关描述也见于中国古代医书。德国精神病学家 Heinroth (1818)在其有关睡眠障碍的论文中首先提出了心身医学(psychosomatic medicine)一词。20世纪30年代后,美国学者 Alexander 和 Dunber 赋予心身医学新的含义,目的是研究心理社会因素同生物因素间相互作用对健康与疾病的影响。Alexander 提出了七种心身疾病,包括溃疡病、溃疡性结肠炎、甲状腺功能亢进、局限性肠炎、类风湿关节炎、原发性高血压及支气管哮喘,称为神圣七病(holy seven)。1938年, Dunbar 则主持发行了著名的杂志“心身医学”。到了1943年, Haliday 明确地提出了心理疾病的概念,主张将心身疾病列为单独的临床疾病,并提出了心身疾病的六个临床特征:①以情绪障碍为发病因素之一;②通常具有特殊的性格类型;③发病率具有明显的差异;④同一患者可罹患数种类性质质的疾患;⑤常有同一疾病或类似疾病的家族史;⑥常有缓解或复发的倾向。

20世纪30-60年代是心身医学发展的早期,主要在弗洛伊德心理动力学理论的影响下研究健康与疾病问题。到了20世纪50-60年代后,应激成为心身医学研究的主要理论,标志性事件是塞里(Selye H)在1950年出版了一部1025页的著作,书名为《应激状态下的生理与病理》(*The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*),全面阐述应激和一般适应综合征。除了生理方面的描述外, Selye (1976)将神经心理性因素纳入重要的应激源,如焦虑、认知等,在适应过程中,会出现认知、记忆、情绪、挫折等方面的变化,导致心身疾病,可以用心理测验进行评估。Selye 的应激学说极大促进了医学的发展,并影响众多学科, Selye 因此被誉为“医学界的爱因斯坦”。心理学家受此影响,重点研究健康与疾病中的心理状态与躯体功能间相互作用的生理机制,研究对个体有意义的生活事件,以及这些事件造成的心理生理反应及与生理疾病的关系,心理社会应激、心理生理反应、应对、适应和社会支持等成为主导心身间关系研究的焦点。

近些年来,心理-神经-内分泌-免疫间相互联系和相互作用的研究不断取得进展,此外,计算机图像处理与影像技术的发展为研究情绪与疾病通路提供了有效方法,如计算机断层 X 射线照像术、磁共振成像、正电子发射断层扫描、单光子发射计算机断层成像,以及功能性磁共振成像。总之,现代心身医学无论是方法还是手段,都是早期研究无法比拟的,而且涉及的课题、内容也更加广泛,并大量应用于临床,或者以咨询和行为医学的形式出现。

(二) 临床心身疾病概念的演变

临床医学中的心身疾病概念一直在变化发展。1952年美国精神疾病诊断治疗手册(DSM- I),将“心身疾病”设为单独的一类疾病。在 DSM- II (1968)中则被“心理生理性自主神经与内脏反应”取代,定义为“由情绪因素引起的单一器官系统的躯体症状”,按累及器官进行分类,例如,哮喘为“心理生理性呼吸系统反应”。DSM- III (1980)及 DSM- III -R (1987)中列入“心理因素影响的躯体状况”中,这种分类体系延续到 DSM-IV,指具不良影响的心理或行为因素造成的医学疾患,这些因素会引起或加重疾患,干扰治疗和康复,或促使发病率和死亡率提高,心理因素本身可能构成疾病的危险因素,或者产生放大非心理危险因素的效应。过去的分类使精神病学家忽视躯体障碍,而其他专科的医生又无视心理障碍。现在 DSM-IV 的诊断分类反映了心身相互作用的关系,是“心身的设计”,要求人们同时兼顾心、身两个方面(Levenson, 1997)。

像 DSM 一样, WHO 制订的国际疾病分类(International Classification of Diseases, ICD)也曾有过“心理生理障碍”及“精神因素引起生理功能”的分类。目前 ICD-10 将传统的“心身疾病”分别纳入不同分类,归为“神经症性、应激相关的及躯体形式障碍”(F4),还有一些内容分散在“伴有生理紊乱及躯体因素的行为综合征”(F5)及其他分类中。

我国1958年的精神疾病分类中没有心身疾病。《中华医学会精神病分类——1981》将“心身疾病”列为第十三类。1995年的《中国精神疾病分类》(第2版,修订版)(CCMD-2-R)取消了心身疾病分类,但把相关内容放进“与心理因素有关的生理障碍”(分类5)和“神经症及与心理因素有关的精神障碍”(分类4)中,另有一些放在“儿童少年期精神障碍”中,这种情况一直延续到CCMD-3。

德国及日本等国对心身疾病很重视。日本心身医学会(1992)经过修订,把心身疾病定义为“躯体疾病中,其发病及经过是与心理社会因素密切相关的,有器质或功能障碍的病理过程。神经症(如抑郁症)等其他精神障碍伴随的躯体症状除外”。

总之,传统的心身疾病概念已经从权威性心理障碍分类体系中消失,被其他概念取代,然而,心身交互联系和作用的观念作为生物心理社会医学模式的精髓,融入了整个医学临床。美国精神病学家Cobb指出:“心身医学将丧失其存在的独立性,它在分科研究中的目的和作用作为母体吸收到一般医学中,成为医学的共同财产。”

二、心身疾病的发病机制

心身疾病的发病机制比较复杂,相关研究途径主要包括心理动力学、心理生理学和行为学习三大理论。

(一) 心理动力理论

心理动力理论重视潜意识心理冲突在心身疾病发生中的作用,认为个体特异的潜意识特征决定了心理冲突引起特定的心身疾病。心身疾病的发病有三个要素:①未解决的心理冲突;②身体器官的脆弱易感倾向;③自主神经系统的过度活动性。心理冲突多出现于童年时代,常常被潜抑到潜意识之中,在个体成长的生活过程中,受到许多生活变故或社会因素的刺激,这些冲突会重新出现。如果这些复现的心理冲突找不到恰当的途径疏泄,就会由过度活动的自主神经系统引起相应的功能障碍,造成所支配的脆弱器官损伤(Alexander F)。

目前认为,潜意识心理冲突是通过自主神经系统功能活动的改变,造成某些脆弱器官的病变而致病的。例如,心理冲突在迷走神经功能亢进的基础上可造成哮喘、溃疡病等;在交感神经亢进的基础上可造成原发性高血压、甲状腺功能亢进等。因而,只要查明致病的潜意识心理冲突即可弄清发病机制。心理动力理论发病机制的缺陷是夸大了潜意识的作用。

(二) 心理生理学理论

心理生理学的研究侧重于说明发病机制,重点说明哪些心理社会因素,通过何种生物学机制作用于何种状态的个体,导致何种疾病的发生。Cannon用“应急反应”(emergency reaction)描述“战或逃”(fight or flight)状态时所出现的一系列内脏生理变化。被誉为“医学界爱因斯坦”的加拿大学者Selye提出的“应激”学说,带动了内分泌学家及心理学家的参与。不过,Selye的理论过于强调“非特异”生物学过程的作用,低估了心理因素的作用。心理不适在生理应激反应中发挥重要作用,内分泌系统对心理影响极为敏感,一切有效的应激源都伴有心理成分(认知评价),心理社会刺激也能引起生理的应激反应(Mason,1968,1971)。

心理生理学理论认为,心理神经中介途径、心理神经内分泌途径和心理神经免疫学途径是心身疾病发病的重要机制。心理社会因素通过免疫系统与躯 thể健康和疾病的联系,可能涉及三条途径:①下丘脑-垂体-肾上腺轴:应激造成暂时性皮质醇水平升高,后者损伤细胞免疫作用,但持久应激与短期应激对免疫系统的影响效果不同,有时可使细胞免疫功能增强;②自主神经系统:应激情景下,交感神经系统通过释放儿茶酚胺类物质,与淋巴细胞膜上的 β 受体结合,影响淋巴细胞功能;③免疫系统:免疫抑制可因条件反射学习获得,大鼠下丘脑内侧核电活动增强,可能是由于抗原刺激与下丘脑功能之间存在某种联系,而实验性破坏下丘脑可以阻止变态反应(Rogers)。

心理生理学研究也重视不同种类的心理社会因素,如紧张劳动和抑郁情绪,可能产生不同的心身反应,以及心理社会因素在不同遗传素质个体上的致病性的差异。

(三) 行为学习理论

巴甫洛夫经典条件反射的著名实验是狗的唾液分泌反射,说明条件反射是一种独立的生理反应。心理神经免疫学奠基人之一 Ader,通过厌恶性味觉实验证明免疫系统可以形成条件反射。他们用具有免疫抑制作用的致呕吐剂环磷酰胺为非条件刺激物,用大剂量糖精为条件刺激物制作条件反射动物模型,消退期只给糖精水,不给予环磷酰胺强化,动物死亡率随糖精的摄入量的增加反而上升,说明经过学习,糖精水具有了环磷酰胺的免疫抑制作用,中枢神经系统能够影响免疫系统功能(Ader 及 Cohn, 1975)。

行为学习理论认为某些社会环境刺激引发个体习得性心理和生理反应,表现为情绪紧张、呼吸加快、血压升高等,由于个体素质上的问题,或特殊环境因素的强化,或通过泛化作用,使得这些习得性心理和生理反应可被固定下来,而演变成为症状和疾病。例如先把动物置于一封闭箱内给予反复电刺激,然后进行逃避学习训练,会发现动物不逃避电击,即使示意逃避过程,动物训练成绩依然不好,说明它仍固守无效的应对方法而不做新的尝试,是一种类似临床抑郁症的情绪状态,会导致动物实验的死亡,这就是习得性无助(learned helplessness)。

心身障碍有一部分属于条件反射性学习,如哮喘儿童可因哮喘发作获得父母的额外照顾而被强化,也有通过观察或认知而习得的,如儿童的有些习惯可能是对大人习惯的模仿。Miller 等关于“自主反应的操作条件反射性控制”的实验(即内脏学习实验),说明人类的某些具有方向性改变的疾病可以通过学习而获得,例如血压升高或降低、腺体分泌能力的增强或减弱、肌肉的舒张或收缩等。基于此原理提出的生物反馈疗法和其他行为治疗技术,被广泛地应用于心身疾病的治疗中。

不论是巴甫洛夫的经典条件反射,还是斯金纳的操作条件反射,都是将强化作为学习过程的一个要素来说明的。但人类心身障碍症状的形成,还包括社会学习理论中的观察学习及模仿。

(四) 综合的认识

目前,心身疾病的研究不再拘泥于某一学派,而是综合心理动力学、心理生理学和行为理论,互相补充。如前文介绍, Mirsky 的研究是将人格特异性理论与心理生理学说结合在一起,而 Ader 则是采用条件反射方法建立动物模型,研究心理神经与免疫机制之间的关系。心理-神经-内分泌-免疫网络间相互作用机制的大量实验研究证实了神经系统对内分泌和免疫系统的调控作用,新的进展体现在免疫系统的免疫细胞通过产生多种细胞因子和激素样物质,反馈作用于神经内分泌系统,成为解释身心障碍的重要理论,有力地支持了身心交互作用的观念。当然,心身疾病的发病机制是目前医学心理学领域亟待深入研究的中心课题之一,发病机制涉及心理社会和生理等许多方面,尽管已经取得进展,但很多细节问题尚待进一步澄清和证实。心身疾病的发病机制可以概括为如下方面:

(1) 心理社会刺激物传入大脑:心理社会刺激物在大脑皮层被接受,并得到加工处理和储存,使现实刺激加工转换成抽象观念。该过程的关键问题是诸如认知评价、人格特征、观念、社会支持、应对类型和资源等中介因素的作用。认知评价的作用之所以受到特别关注,是因为心理社会刺激物不经认知评价而引起应激反应的情况很罕见。

(2) 大脑皮质联合区的信息加工:联合区将传入信息通过与边缘系统的联络,转化为带有情绪色彩的内脏活动,通过与运动前区的联络,构成随意行动传出。

(3) 传出信息触发应激系统(stress system)引起生理反应:包括促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)的释放、蓝斑-去甲肾上腺素(LC-NE)/自主神经系统变化,进而影响垂体-肾上腺皮质轴及自主神经支配的组织,表现为神经-内分泌-免疫的整体变化。

(4) 心身疾病的发生:薄弱环节由遗传和环境因素决定,机体适应应激需求的能量储存有限,过度使用就会导致耗竭,强烈、持久的心理社会刺激物的作用就会产生心身疾病。

三、心身疾病的诊断与防治原则

心身疾病的诊断和预防原则,都应该兼顾个体的心理、身体和社会三方面。

（一）诊断原则

1. 心身疾病的判断原则

- （1）疾病的发生包括心理社会因素,明确其与躯体症状的时间关系。
- （2）躯体症状有明显的器质性病理改变,或存在已知的病理生理学变化。
- （3）排除神经症或精神病。

2. 心身疾病的诊断程序 包括:躯体诊断和心理诊断,前者诊断方法、原则与诊断学相同。心理诊断涉及:

（1）病史采集:对疑有心身疾病的病例,在采集临床病史的同时,应该特别注意收集患者心理社会方面的有关材料,例如个体心理发展情况、个性或行为特点、社会生活事件以及人际关系状况、家庭或社会支持资源、个体的认知评价模式等资料,分析这些心理社会因素与心身疾病发生发展的相互关系。

（2）体格检查:与临床各科体检相同,但要注意体检时患者的心理行为反应方式,有时可以观察患者对待体检和治疗的特殊反应方式,恰当判断患者心理素质上的某些特点,例如是否过分敏感、拘谨等,以及不遵守医嘱或激烈的情绪反应。

（3）心理行为检查:对于初步疑为心身疾病者,应结合病史材料,采用晤谈、行为观察、心理测量或必要的心理生物学检查方法。所选取的心理测验着重于患者的情绪障碍,常用的测验包括 SDS 和 SAS。还可以采用适当手段评估心理应激源、应对能力、社会支持等。评估结果有助于对患者进行较系统的医学心理学检查,确定心理社会因素的性质、内容,评价它们在疾病发生、发展、恶化和好转中的作用。

（4）综合分析:根据以上程序中收集的材料,结合心身疾病基本理论,对是否有心身疾病、何种心身疾病、有哪些心理社会因素起主要作用、可能的作用机制等问题做出恰当估计。

心理诊断往往伴随心身疾病治疗的全过程。在治疗过程中,患者旧的心理问题解决了,新的问题又会出现,这就要求医生针对变化了的情况,重新评估和采取新的干预措施。

（二）心身疾病的治疗原则

对心身疾病实施心理治疗主要围绕消除心理社会刺激因素、矫正不良行为和消除生物学症状。主要原则是心、身同治,包括:

（1）对于急性发病而又躯体症状严重的患者,应以躯体对症治疗为主,辅之以心理治疗。例如对于急性心肌梗死患者,综合的生物性救助措施是解决问题的关键,而那些有严重焦虑和恐惧反应的患者应实施术前心理指导。

（2）对于以心理症状为主、辅以躯体症状的疾病,或虽然以躯体症状为主但已呈慢性经过的心身疾病,则可在实施常规躯体治疗的同时,重点安排好心理治疗。例如更年期综合征和慢性消化性溃疡患者,除了给予适当的药物治疗外,应重点做好心理和行为指导等各项工作。

（三）心身疾病的预防

心身疾病是心理因素和生物因素综合作用的结果,因而心身疾病的预防也应同时兼顾心、身两方面;心理社会因素大多需要相当长的时间作用才会引起心身疾病(也有例外),故心身疾病的心理学预防应从早做起。

具体的预防工作包括:对那些具有明显心理素质上弱点的人,例如有易暴怒、抑郁、孤僻及多疑倾向者应及早通过心理指导健全其人格;对于那些有明显行为问题者,如吸烟、酗酒、多食、缺少运动及 A 型行为等,用心理行为技术予以指导矫正;对那些工作和生活环境里存在明显应激源的人,要及时进行适当的调整,减少或消除心理刺激;对出现情绪危机的正常人,应及时进行心理疏导。至于某些具有心身疾病遗传倾向的患者(如高血压家族史)或已经有心身疾病先兆征象(如血压偏高)的患者,则更应注意加强心理预防工作。

第三节 若干临床疾病的心身问题

与临床有关的心身问题涵盖的范围很广,这里只介绍典型的心身疾病和身心障碍,以及干预的原则。

一、心血管疾病心身问题

(一) 冠状动脉粥样硬化性心脏病

冠心病在许多国家是造成人们死亡的主要原因。由于单纯用遗传、高血压、高血脂等生物因素不能完全解释冠心病,因此学者们把关注目光投向其他方面,并取得了很大进展。吸烟、活动过少、心理压力、不良情绪,以及 A 型行为等因素同样是冠心病的重要危险因素。

1. A 型行为 20 世纪初,英国著名医生 William Osler 指出:典型的冠心病患者是“敏锐、有雄心的人,他的引擎指示器总是处在‘全速前进’上”。1950 年,美国人 Friedman 和 Rosenman 发现冠心病患者的行为特征与正常健康人有很大差异,冠心病患者多具有“雄心勃勃,竞争性强、易于激动、好争执、敏捷但缺乏耐心,语声洪亮和时间紧迫感”,概括为时间紧迫感,竞争和敌意(competition and hostility),他们称之为 A 型行为(type A behavior pattern, TABP)。相对缺乏这些特点的行为被称为 B 型行为(type B behavior pattern, TBBP),他们经常从容不迫,一般不紧张,双手不颤动,放松地坐着谈话,把生活视为是某种享受而不是战斗。

Friedman 和 Rosenman 为探索 A 型行为与冠心病之间的关系,联合国内的许多内科医生,实施了一项“西部协作研究计划”(Western Cooperative Group Study, WCGS)。在计划之初,对 3524 名年龄在 36~59 岁的中年男性工作人员体检,发现其中有 113 人存在冠心病指征, A 型行为者在这些人中比例达到 71%。将检查出有冠心病指征的人剔除后,对余下的 3145 人进行了长达 8 年半(1960~1969)的系统追踪观察,结果发现,在此期间共有 257 人患上了冠心病,发病率为 1.9%,其中 A 型行为者的发病率为 2.7%, B 型行为者的发病率为 1.1%, A 型行为发病率是 B 型行为的 2.37 倍。此后,Brand 利用统计学方法,控制年龄、血脂、血压、吸烟等因素,重新计算上述数据,最终结果为: A 型行为者患冠心病的危险性约为 B 型的 2 倍(1.9:1)。这项前瞻性研究的结果证实: A 型行为确实是冠心病的危险致病因素,而不是冠心病造成的结果。

随后进行了许多的流行病学研究,包括横向对比和纵向的前瞻性或回顾性研究,从 A 型行为者心肌梗死的发生率、复发率、死亡率, A 型行为者的生理生化反应,通过心理治疗技术矫正和改造 A 型行为等几个方面,证实了冠心病和 TABP 之间存在肯定的联系。TABP 与冠心病有关的结论,在 1978 年得到了美国国立心肺和血液研究学会的确认。

然而,自 20 世纪 80 年代以来, Friedman 和 Rosenman 关于 A 型行为与冠心病关系的结论受到了挑战,在有些研究中,人们并没有发现 A 型行为与冠心病之间的关系,因而对上述结论提出异议。可能的解释是由于人们在研究中对 A 型行为的概念尚没有形成统一的看法。另外,在不同的研究中所使用的测量工具上的差异也可能是造成矛盾结果的原因。

因此,目前的研究转而分析 A 型行为概念下的具体的行为特点与冠心病的关系,并取得了一些进展。研究表明,对环境和其他人保持敌视态度的 A 型行为者发生冠心病的危险性增加,而适应并享受、热爱生活的 A 型行为者危险性并不增加。Keltikangas-Jarvinen 在研究中至少从 A 型行为中发现了两个因素,一个是参与-投入因素(engagement-involvement),另一个是刻意追求性因素(hard-driving)。参与-投入行为者对自己的情绪和所知觉到的能力,采取积极态度,并能恰当表达;面临应激时,较多地使用针对问题的应对策略。刻意追求者在处理自己的情绪时常有不适感,而且其情绪也常倾向于通过躯体症状表达出来,提示该因素与冠心病有密切关系。

A 型行为的矫正对降低患冠心病的危险很重要,主要是采用以认知行为矫正疗法为主的综合矫

正模式。主要包括:用分发小册子或集体讲座的方式进行冠心病知识和 A 型行为知识教育,进行松弛训练,并要求 A 型行为者将松弛反应泛化到日常生活中,用认知疗法帮助患者进行认知重建和实施自我控制,还可以结合想象疗法、行为演练、社会支持和运动锻炼等。Powell(1984)等使用集体定期咨询的方法对1012名患者进行2年期的综合行为矫正对照研究,证明患者的 A 型行为得到了明显改变。

减少敌意(hostility)也是降低患冠心病危险的方法。三项要点是:①个体必须停止对他人动机的不信任;②个体必须寻找某些方法减少各种愤怒情绪表达的次数;③个体必须学会对别人友爱和体贴。

2. 社会和生活因素 一般认为,经历的事件越多,冠心病的发生和复发及死亡率越高。瑞典的一项研究表明,患者在心肌梗死发作前6个月里的 LCU 大幅度升高,远远超过患者自己前2年的水平,可达3~4倍以上。Theorell 对一组心肌梗死患者进行了3个月的跟踪研究,每周测一次 LCU 和尿中儿茶酚胺代谢产物,证明两者变化的趋势是一致的,这意味着 LCU 与心肌梗死病情的变化密切相关。

3. 生活方式 吸烟、缺乏运动、过食等因素已被公认同冠心病有密切关系。饮食与冠心病的关系主要集中在脂肪,脂肪是关键联接点,它决定了血液中胆固醇的水平,后者是冠心病的重要危险因素。挪威在第二次世界大战被德国占领期间,肉和奶制品的消费下降,同时鱼类消费上升,结果冠心病的死亡率骤然下降。另外,由七个国家介入的国际性冠心病前瞻性研究观察了12 529例男性,证实血液胆固醇水平可能是冠心病病死的重要预测指标,当血液胆固醇在4.5mmol/L 水平以上,个体患冠心病的危险性增加。新加坡人的血液胆固醇达到了6.5mmol/L,我国台湾成人血液胆固醇也在4.9~5.4 mmol/L之间,印度城市人口也达到了4.9mmol/L。东南亚国家现状将会成为我国的明天,因此,国内将面临冠心病的发展上升期。

(二)原发性高血压

原发性高血压是以慢性血压升高为特征的临床综合征。全世界成人中约有10%的人患有此症,工业化国家高于发展中国家,城市高于农村,男性高于女性,脑力劳动者高于体力劳动者,还有随年龄增长而增高的趋势。

引起血压升高的因素很多,如摄盐量、体位、姿势、运动、疼痛、噪声、吸烟、所处环境与情绪等。双生子的调查表明,遗传因素不能解释所有的高血压患者;我国农民食盐摄入量比美国人多一倍,但较少发生高血压;许多肥胖者并没有患高血压。因此,人们认为高血压的发病也与心理社会因素有关。

(1)战争、社会动荡、自然灾害以及社会因素:第二次世界大战期间,列宁格勒(现称圣彼得堡)被纳粹德国军队围困长达三年之久,Valdman 等人(1958)发现,被围居民中的高血压患病率,从战前的4%上升到64%,即使在战争结束以后,大多数人的血压仍不能恢复正常,还造成了许多人的过早死亡。

(2)情绪因素:人们很早就认识到情绪与血压之间的关系。1711年,当 Hales 将动脉套管手插入马的股动脉时,动物因为害怕而有明显的升压反应,待动物平静时,血压又回落。在人类身上也存在同样的现象,如在医院里测量患者的血压往往要比在家里测得的数值高,原因就是患者心情紧张造成血压的异常变化,这就是所谓的“白大衣综合征”(white coat syndrome)现象。高血压的许多研究发现,在诊所里测量血压的读数比在家里测量的数为高,原因是情绪对血压的影响。

(3)工作压力:Theorell 和 Lind(1973)研究了瑞典中年人的工作压力与高血压的关系。他们分析了职位高低、工作责任大小和教育水平,计算了工作要求与员工能力间的不和谐程度。结果表明,随着不和谐分数的增加,员工的平均收缩压水平从130mmHg(17.3kPa)上升到145mmHg(19.2kPa),不适感和疾病也随之增多。

(4)人格特征:Dunbar(1938)提出高血压的人格特征是怕羞、完善、沉默和能自我控制,但当与权威发生冲突时,会出现“火山爆发式”的情绪。Cottier 等人(1987)认为:敌意、A 型行为、神经质、焦虑及抑郁、缺乏应付能力可能与高血压的发病有关,但尚不能证实存在因果关系。

二、肿瘤心身问题

在我国城市,癌症已经位列人群死亡谱的前列,超过心脑血管疾病。多数癌症的病因复杂,不良的生活方式,如饮食、缺乏运动、吸烟、酗酒、肥胖、性行为、应激等,可能使人患上癌症。美国医生 Paget J(1870)在《外科病理学》上写道:“重度焦虑、缺乏信心、失望之下,便是伴随而来的癌症的生长发展。这类病例很常见,对此,我们几乎毫无疑问地讲,精神抑郁是促进癌症发展的一个重要因素。”

1975年心理肿瘤学(psycho-oncology)出现,促进了心理社会因素与肿瘤相互关系的研究,人们认识到心理社会因素可以通过心理-神经-内分泌-免疫机制影响癌症的发生、发展。20世纪80年代,心理肿瘤学主要关注生活方式改变对肿瘤发生的预防作用,而90年代后,心理肿瘤学在生存质量的测量、干预及其效果方面作出了贡献。

1. C型行为 英国学者 Greer 等人提出了癌症易感人格,称做C型行为,之所以用C表示,一是取Cancer的字首,另一个解释,是继与冠心病患病有关的A、B行为之后,用C型行为(type C behavior pattern)表示。目前认为,C型行为的主要特征是:

(1)童年形成压抑、克制内心痛苦而不对外表达的性格。

(2)行为特征是:过分合作、协调、姑息,谦让、自信心不足,过分忍耐、回避冲突、屈从让步、负性情绪控制力强,追求完美、生活单调等。用C型行为测试工具测量发现,具有C型行为特征的人,癌症发生率比非C型行为者高3倍以上。Ternoshok(1985)研究黑色素瘤,发现C型行为患者情感表达的减少,与肿瘤的快速有丝分裂、淋巴细胞浸润、肿块厚度较大,以及所有的不良预后指征有关。

2. 情绪 20世纪80年代初,康奈尔大学医学院癌症中心的 Miller 教授在一篇有关癌症心理问题的综述中指出:确信癌症诊断的患者,尽管进行早期治疗,但病情往往迅速恶化致死;反之,怀疑肿瘤诊断者却常常较好;长期存活15~20年突然复发的癌症患者,多在复发前6~18个月内有过严重的情绪应激。

3. 生活事件 癌症患者发病前生活事件发生率比其他患者高。Miller对1400对夫妻的观察指出,配偶中有一方身患癌症或死于癌症,另一方也易患癌症。通过回顾1902~1967年间的大量文献,发现癌症发病前最常见的明显心理因素,是失去亲人的情感体验。亲人死亡的事件一般发生于癌症发病前6~8个月(Leshan,1967)。

在居丧组、即将守寡组和对照组的对比研究中,人们发现两个实验组妇女的免疫系统存在问题,NK细胞活性都低于对照组,抑郁程度与NK细胞活性成反比,抑郁越严重,NK细胞的活性越低,辅助性T细胞与抑制性T细胞的比率也发生变化。

4. 社会支持 Levy(1990)研究乳腺癌患者接受社会支持程度与预后关系,发现有五项因素显著影响NK细胞活动水平,得到配偶或知己高质量的情感支持;得到医生的支持;肿瘤雌激素受体水平;外科手术切除;积极寻求社会支持以适应疾病。

5. 肿瘤患者心理问题的干预及其效果 自20世纪50年代以来,西方国家医院中出现了大量心理学家,他们将心理治疗和咨询技术带入医院,用于改善与肿瘤相关的患者心理问题,采用的心理干预方法主要有:辅助性心理治疗、认知行为治疗、认知-存在治疗、小组治疗、支持性心理治疗、应激管理、问题解决咨询和支持性护理等。这些方法可以单独使用,也可以组合方式出现。在治疗方式上可以采取个别治疗,也可以采用小组治疗。Meyer等的一项Meta分析表明,心理社会干预能全面改善生存质量,有助于帮助患者坚持治疗。

心理干预的效果主要体现为:帮助癌症患者缓解疾病压力、做出恰当决策、应对情绪问题、改变消极观念、树立积极心态配合治疗和康复,同时,也能改善治疗中出现的恶心、呕吐、癌性疼痛,帮助患者建立支持性家庭关系,从而提高生存质量。研究证明,不同心理干预方法都能有效地控制肿瘤患者的焦虑和痛苦,行为干预的效果不低于药物治疗。采用随机设计的研究也显示复合行为干预有明显的积极效果。

三、免疫系统疾病的心身问题

支气管哮喘(bronchia asthma)简称哮喘,是一种全球性、最常见的慢性疾病之一,我国儿童患病率为0.5%~2%,且呈上升趋势。哮喘的病因复杂,涉及遗传、环境、气道炎症、机体免疫、心理行为等因素,剧烈的情绪表达是触发哮喘的重要因素之一,约5%~20%的哮喘发作由情绪因素引起。

母亲吸烟是儿童哮喘的非常危险的因素,子女哮喘的母亲一定要戒除。过早停止母乳喂养对婴儿是危险的,因为母乳是婴儿获得 IgA 等保护性蛋白质的主要途径,如果过早停止母乳喂养,增加牛乳(含有异体蛋白)或婴儿配方食品,会增加儿童哮喘的危险性。母亲过分溺爱也与患儿哮喘发作有关,哮喘发作可能因得到母亲更多关心和爱护(奖励)而得到强化。

儿童易受挫折,产生的情绪障碍引起生理变化,会诱发或加重病情。Williams 分析了487例不同年龄哮喘患者的发病因素,发现有心理因素参与或诱发哮喘者达70%。有人曾让8名哮喘非发作阶段的学龄儿童观看使之感到厌恶的电影,或做复杂而无味的数学题,结果发现这8名患儿都出现呼吸频率减慢、呼吸道阻力增加。

《全球哮喘防治战略》(Global initiative for Asthma, GINA)制订的手册特别说明剧烈情绪反应,如大哭大笑,会引起或加重哮喘发作,因此在预防治疗哮喘时可进行心理治疗,包括暗示治疗、支持性心理治疗或放松治疗,以及消除小儿不良的心理因素,控制患儿情绪。心理预防要包括预防哮喘健康教育内容,如对家长说明皮质激素的作用和安全性、情绪控制的意义,以及药物使用方法。

四、消化系统疾病的心身问题

消化道心身疾病主要包括:消化性溃疡、胃食管反流病、功能性胃肠病、肠易激综合征、胆道功能性障碍、慢性胰腺炎、吞气症和神经性厌食症。

(一) 消化性溃疡

消化性溃疡(peptic ulcer, PU)发生于胃和十二指肠部位,分为胃溃疡(gastric ulcer)和十二指肠溃疡(duodenal ulcer)。生活事件、应激、易感人格、情绪障碍和饮食习惯是消化性溃疡发病的重要心理社会因素。

1. 生活事件 战争、日常生活重大变故会增强个体患溃疡病的可能性或致使病情加重。在第二次世界大战中,由于纳粹空袭伦敦,造成人群溃疡穿孔的发生率增加。国内学者也发现政治运动的冲击和亲人丧失等生活变故是导致消化性溃疡病的重要因素。

2. 人格因素 早在70年前,就有人认为身材瘦高的人易患溃疡病。邓巴总结的溃疡患者的易感人格是:具有工作认真负责,有较强的进取心,有强烈的依赖愿望,易怨恨不满,常常压抑愤怒。用艾森克人格问卷调查,发现溃疡患者具有内向及神经质特点。Alp 等发现溃疡患者具有孤独、自负与焦虑、易抑郁等个性者多于健康人,因此认为不良个性染上不良习惯导致对社会的不适应,再加上较多生活事件压力而致溃疡病发生。

3. 应激 应激状态中的发生的焦虑和抑郁反应,是消化性溃疡病的重要原因。溃疡患者常伴有抑郁症状,抗抑郁治疗有效果。空中交通管制人员由于其工作的特点,他们的十二指肠溃疡的发病率高于其他人群。至少5年的前瞻性研究,发现空中交通管制员的溃疡病发生率比其他人群高2~3倍。监狱看守及教师责任重大,工作负担过重,存在恐惧、角色模糊等体验,在多变的环境中,工作的人员由于恐惧心理造成的应激导致胃肠道障碍。

“无幽门螺杆菌就无溃疡”的致病学说不能解释只有15%的幽门螺杆菌携带者发生消化性溃疡。除遗传因素外,吸烟和心理社会因素等非幽门螺杆菌相关因素,在发病机制中也占据着特殊地位。因此,消化性溃疡的发生是多因素相互作用的结果。

Brady 用“作抉择的猴子”实验说明应激与消化性溃疡的关系。让两只猴子各坐在自己的约束椅子上,每20秒给一次电击。每个猴子都有一个压杆,其中一个若在接近20秒时压一下,能使两只猴

子避免电击。否则,两只猴子便一起受到同样电击。因此,这只猴子总是惦记压杠杆,以免被电击;而另一只猴子是否压杠杆与电击无关。结果表明,两只猴子被电击的次数和强度虽然一致,但疲于压杆的猴子患上胃溃疡;另一只猴子却安然无恙。在应激所致消化道溃疡鼠的大脑隔区及纹状体内发现5-羟色胺增高,血中该物质的代谢产物及儿茶酚胺增加,因此推测应激诱发动物溃疡的原因可能与应激时脑中的内啡肽、CRF-ACTH-糖皮质激素、儿茶酚胺及消化道激素的分泌增加有关,这些激素会导致胃肠运动功能紊乱。虽然不能将动物实验完全应用于人类,但它提示人类:在严重的生活压力下,面对无可逃避的困难情境时,如能事先对情境的产生有所了解并有所准备时,生活压力所带给人的伤害将会有所减轻。

4. 消化性溃疡产生的身心问题 焦虑和抑郁情绪伴随着消化性溃疡。这些情绪异常可能是造成溃疡病的原因,也可能是由于长期患病,备受折磨后,患者表现出的一种情绪体验。溃疡患者常伴有抑郁症状,应激时的抑郁情绪也很容易致溃疡病的发生。多塞平、丙米嗪等抗抑郁药来治疗消化性溃疡,4周后的有效率达到46%~86%,很可能与缓解或消除抑郁、焦虑情绪有关(Reies等,1984)。

(二) 其他消化系统疾病

1. 胃食管反流病 胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃食管反流所致的胃灼热、反酸症状或食管下段组织病理学改变。主要因抗反流防御机制削弱,反流物起攻击作用所致,可导致反流性食管炎和(或)食管外组织损害,具有慢性复发性倾向。胃食管反流病最重要的临床症状是胃灼热,至少有75%以上的患者出现胃灼热症状。但胃灼热与食管炎的严重程度并不成正比,一些有严重反流症状者在内镜检查时甚至未见食管有异常。西方国家胃食管反流病的发病率为10%~30%,其发病可能与生活方式和饮食结构改变有关。过度生活事件刺激和工作压力引起的应激和情绪障碍,能造成自主神经系统紊乱。过量饮酒、吸烟,高脂饮食、过量进食、睡前进食、进餐后立即睡觉、食用巧克力、饮用咖啡和浓茶等有关。

2. 肠易激综合征 肠易激综合征(irritable bowel syndrome, IBS)是一种以腹痛或腹部不适,伴排便习惯改变为特征的全身性功能性疾病。还可以称为应激性肠炎、刺激性肠炎、黏液性结肠炎、结肠神经症等。我国北京和广东地区的患病率约为7.3%和5.6%。

心理因素与肠易激综合征有关。在一项研究中,所观察的130人中有106人患有结肠痉挛,其中的77%与心理因素有关。在对另外24名无痛性腹泻患者的观察中,有87%的人的发病或发作受到心理因素的影响(Chaudhury等,1962)。

肠易激综合征患者具有某些特定的人格特征。使用艾森克人格问卷、明尼苏达多相人格调查表、90项症状自评量表发现,本病患者多有神经过敏、内向、疑病倾向和癔症性人格特征,以及焦虑、抑郁、强迫、人际关系敏感、敌对和恐怖等心理障碍(唐艳萍等,2000)。

抑郁障碍与肠易激综合征的发病有关。对115例肠易激综合征患者采用心理治疗,与常规药物治疗进行对照研究,2/3的患者疗效好于对照组(Guthriet等,1991)。另一项抗抑郁治疗研究发现,在138例肠易激综合征患者中,有61%症状完全缓解,89%的人有效(Clouse等,1994)。用肠腔内压力描记法观察肠易激综合征患者,Almy发现自主神经功能受到严重焦虑、抑郁、愤怒、恐惧和敌对情绪的影响,使结肠运动功能失调,分泌功能紊乱。

饮食因素也与本症有关。患者常对某些食物产生不良反应,特别是牛奶及其奶制品、豆类和脂类等。不注意节制饮食,吃过于粗糙、生冷和加工过于精制的饮食,以及缺乏纤维性食物等均可诱发或加重本病。

五、其他常见疾病心身问题

(一) 糖尿病

这是一组以糖尿和高血糖为特征的多因性内分泌-代谢障碍,是胰岛素缺乏或靶细胞对胰岛素敏感性降低所引起的障碍。一般认为糖尿病是遗传和环境共同作用的结果。遗传因素的作用,已经

得到了双生子研究和家族调查证实。情绪、生活事件、人格、心理应激、生活方式等因素不良心理社会因素,可以促发和加剧糖尿病。

1. 情绪 人们很早就已经观察到:心理冲击或情绪因素与糖尿病发病和加剧有关。在情绪应激条件下,Hinkle(1950)发现,无论是糖尿病患者还是非糖尿病患者,都显示出糖尿病的某些病状,如血和尿糖、酮增多;与糖尿病患者不同的是,当移除应激源后,非糖尿病患者很快恢复正常,而糖尿病患者不能恢复正常水平。Rubin等对24项血糖控制与抑郁障碍关系的临床试验进行元分析,发现无论1型还是2型糖尿病,共病抑郁障碍的患者平均血糖水平明显升高,血糖水平与抑郁程度呈正相关,说明抑郁症状越明显,血糖控制越差,血糖水平越高。还有研究发现血糖控制与并发症等产生有一定的因果关系。

2. 生活事件 如果细心了解糖尿病患者的病史,常常可以发现糖尿病发作前有灾难性生活事件作为先导。回顾性和前瞻性研究发现:在一定时间内累计的生活变化单位与糖尿病的发作和严重程度有关,并得到进一步的证实。

3. 心理应激 Goetsch等人(1990)研究了在自然生活环境中用心算模拟应激事件,心算期间患者血糖水平显著增高,而且随着应激强度的增加,血糖升高越明显,可见应激事件能引起糖尿病患者的血糖变化。另外,糖尿病患者不能像正常人那样,在消除应激刺激后能很快将升高的血糖恢复到正常水平。

4. 生活方式、饮食 当比马印第安人的食谱由大量吃玉米转为维持白面、糖以后,35岁以上的成年人中有一半以上患有糖尿病。

5. 2型糖尿病对认知能力的影响 血糖水平异常可损伤中枢神经系统进而影响老年2型糖尿病患者大脑认知功能日常行为和情绪降低。P300是反映认知功能的生理指标,Kurita等(1995)发现40名患者平均49.7岁,P300电位潜伏期听觉诱发脑电波比20名对照者长,而且P300延迟与血糖水平病程、糖化血红蛋白无关。

(二) 失眠

睡眠是具有避免神经细胞因过度消耗而致功能衰竭,使疲劳的神经细胞恢复正常的生理功能。失眠(insomnia)是指睡眠的始发或(和)维持困难,睡眠的质量令人不满意的状况。入睡困难、易醒和早醒最为突出。失眠属于睡眠障碍的一种症状,它在临床上极为常见,仅次于疼痛。英国一项调查证明,有1/6~1/4的成年人为睡眠问题所苦恼。2007年卫生与公共事业部估计,美国每年有大约6400万名失眠者,女性失眠者人数为男性的1.4倍。在2002年全球失眠调查显示,每年有43.4%的中国人曾有不同程度的失眠经历。

失眠的原因可能与心理压力、异常环境、觉醒或睡眠节律失调、饮用兴奋性饮料、躯体疾病、药物和年龄等因素有关。神经衰弱、焦虑症、抑郁症性失眠约占失眠总数的45%~85%。由于思虑过度、兴奋不安和焦虑烦恼等精神因素引起的失眠称为心理生理性失眠,约占失眠总数的30%。咖啡因、茶碱、甲状腺素、可卡因、皮质激素等药物也可以引起失眠。年龄越大,睡眠越差,主要表现为早醒。

失眠的治疗要多方配合,包括:去除病因、睡眠卫生教育、合理用药、认知行为治疗和其他辅助治疗。

认知行为治疗由睡眠卫生指导、睡眠限制疗法、刺激限制治疗、认知治疗和放松训练等构成。睡眠限制疗法用于缩短患者在床上的时间以加强睡眠效率。失眠者存在对睡眠的不合理认知,包括:不切实际的睡眠期望、对失眠成因的错误看法、夸大失眠后果、试图控制睡眠和缺乏睡眠感,运用认知治疗,帮助患者改变对睡眠的不合理认知模式。

睡眠卫生指导能提供睡眠卫生知识,纠正患者不良的睡眠习惯。失眠者可以尝试如下措施:①首先努力静下心来。反正睡觉前也解决不了所有问题,应当用“明天再说”来安慰自己。②每天入睡和起床的时间都争取一样。尽量早些躺下。半夜前睡1个小时比得上以后的2个小时。③晚饭不能吃得太饱。避免吃油腻的食物,最好只吃蔬菜、水果,喝果汁。④饭后散步半小时,在屋里溜达也行。⑤泡个热水澡,

水的温度不应超过37℃,水太热有刺激作用。无法泡澡的人可用热水泡脚。⑥喝杯热牛奶,加勺蜂蜜,慢慢地用管吸。⑦用一块雪青色的布蒙上双眼,这种颜色对睡眠有好处。⑧回想你经历过的和谐、安宁的情景,尽量再现每一个细节。⑨想象美好的大自然风光;潺潺流水、绿树成荫、鲜花遍地。⑩放松肌肉:先是脚趾、然后脚掌、膝盖、大腿,手也是从手指开始。感受到指尖的血脉跳动,整个躯体如释重负。⑪按摩耳垂中间的睡眠穴。⑫买一个好闹钟。避免害怕听不到闹钟而睡不实。

(三) 疼痛心理

疼痛是一种复杂的心理生理现象,是知觉和情感体验。在临床患者中,疼痛是最常见的主诉。Melzack 和 Wall(1965,1982)用“闸门控制理论”解释疼痛。早期经验、对外在环境的认识评价、对疼痛部位的注意程度、情绪、暗示、人格因素、文化因素都会影响人对疼痛的感受。

疼痛分为急性疼痛和慢性疼痛,后者是目前关注的重点问题。按国际疼痛分类学研究联合会的定义,慢性疼痛是指疼痛感超过了3个月或在创伤痊愈后疼痛仍持续存在,常伴发持久的苦恼、失眠、易激惹以及丧失工作能力或不能从事其他活动,易伴发抑郁,破坏生活质量。

疼痛是临床疾病的主要表现之一,严重影响患者生活质量。在癌症中期有60%的成年肿瘤患者受到慢性疼痛影响,而到了晚期,则95%的患者饱受疼痛折磨,而25%的患者在深度疼痛中离开人世。疼痛常与情绪障碍伴行。

除止痛剂、电极表面刺激技术、电极植入脑疼痛中心阻断对疼痛的感知、针灸和外科手术切断神经纤维外,针对心理社会因素对疾病的影响采取心理干预也是减轻患者疼痛的重要措施。心理干预控制疼痛的主要方法是心理教育、支持性心理治疗和认知行为治疗。心理教育干预的目的是增强患者主动参与自己的疼痛控制,与支持性心理治疗、行为治疗或认知行为治疗结合,能降低疼痛。认知行为治疗包括放松训练、冥想、指导意象、催眠、自生训练、转移注意力、认识重建、应对和问题解决技术。上述3类心理干预组合使用,能有效减轻患者的疼痛。

认知行为方法用于改变可能使疼痛加重的负性思维和自我陈述。认知重构、模仿、想象和注意力分散技术是认知策略中常见的治疗方法。例如向患者及其配偶讲授有关疼痛行为的观点及社会强化因素在维持这种行为中所起的作用,教导配偶忽略患者的疼痛行为,奖励其良好的行为,同时让患者及配偶记录下疼痛行为以及配偶对这种行为的反应。有规律的体育锻炼也是有效的行为方法。渐进性肌肉松弛训练可用来减轻焦虑,从而缓和肌紧张性疼痛。

催眠的积极成分包括放松、转移注意力、暗示和认知重建。还有使用安慰剂和自我暗示方法。冥想是放松疗法的一种形式,也能转移注意力。借助于皮温反馈升高手温的生物反馈技术能减轻或控制偏头痛发作。服用抗抑郁药物也能减轻某些患者的疼痛。

拓展阅读 心身医学研究的若干进展

一、心身疾病研究的发展前景

应激成为心身医学研究的主要理论是在20世纪50~60年代,标志性事件是塞里(Selye H)在1950年出版了一部1025页的著作,书名为《应激状态下的生理与病理》(*The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*),全面阐述“一般适应综合征”(general adaptation syndrome)。

当代心身医学在两个方面取得了巨大进展,分别得益于实验室研究成果和生物影像学技术的发展。前者发展为心理神经免疫学(psychoneuroimmunology),也称为神经免疫调节(neuroimmunomodulation);后者是指计算机图像处理与影像技术的发展。人们开始运用计算机断层X射线照像术(computer assisted tomography, CAT scans)、磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)、正电子发射断层扫描(positron emission tomography, PET)、单光子发射计算机断层成像(single photon emission computerized tomography, SPECT),以及功能性磁共振成像(functional magnetic resonance imaging, fMRI),研究情绪与疾病通路。这也可以认为是生物技术改造心理学研究的范例。

二、环境心理学

应激源中除心理社会因素外,目前对环境影响人体的问题也日益受到重视,在心理学中的一个分支,环境心理学应运而生。

环境心理学(environmental psychology)是探讨人类与其物理环境之间关系的一个研究领域。第一本教材是1970年由 Proshansky 等人撰写。在理论研究上侧重于唤醒(arousal)、环境负荷(environmental load)、应激和适应(stress and adaptation)、个人调节(privacy regulation)、生活心理学和行为定势理论(ecological psychology and behavior setting theory),以及交互作用理论(transactional approach)。对环境的研究涉及居住、工作场所、医院、学校、监狱或特殊环境(航天)。在研究环境对社区的影响时,研究内容包括物理应激源、对环境的态度、保护环境、环境与犯罪等。未来的环境心理学将更加侧重于理论建设、加强实验设计和例案研究。因此,这门学科的历史短暂,尚处于现场调查和知识积累的阶段。

与环境心理学相近的一个学科是健康心理学,成为学科的标志是1978年美国心理学学会正式将其列为第38个专业委员会。因此,从学科归属上,健康心理学属于心理学,而不是医学,该领域的从业人员也更多的是来自心理学。第一部著作是由 George Stone 等于1979年完成,取名为《健康心理学》(Health Psychology)。健康心理学的关注点是“心理学在健康中的应用”。主要研究与健康有关的心理因素,包括应激、药物滥用、疼痛的心理方面、疾病心理等。

三、心理应激与DNA损害

DNA 损害会抑制细胞的自我修复能力,使机体预防疾病发生的能力减弱。Cohen 认为:心理应激损害健康的可能机制是应激所造成的氧化应激引起了 DNA 损害(DNA-damage)。Forlenza 等发现应激期的核苷剪切修复的量大于假期的量,应激期诱发更多 DNA 损害,上述损害又引出更多修复反应。心理应激过程中,某些化学物质可能协同影响 DNA 的合成。对被试的主观应激事件负评价的研究也提示存在 DNA 损害,而负评价产生的情绪改变也可能是造成 DNA 损害的诱因之一。

心理应激对 DNA 损害可能与长时间激活交感肾上腺髓质轴诱发氧化反应有关,Okamoto 等发现只有抗氧化剂能防治 DNA 损害,交感神经成为介导因素。另外,白介素-1和 γ -干扰素等炎症细胞因子的活动,出现典型性增多,推测应激可能会抑制抗氧化剂的活性,导致大量 DNA 损害。目前,心理应激与 DNA 损害关系的研究及其应用转向年龄、特殊职业、身心疾病损害的靶基因及其具体作用机制等领域。有关研究细节尚待进一步证实。

四、恶性肿瘤与抑郁

肿瘤患者中抑郁、焦虑性疾病的发病率很高,以抑郁障碍最为常见,直接影响肿瘤的发生、发展和预后,降低了患者的生活质量。癌症相关性抑郁是指由恶性肿瘤诊断、治疗及其合并症等导致患者失去个人精神常态的病理性情绪反应。癌症患者的抑郁发病率因种族和肿瘤类型不同而存在差异。国外报道其发病率为3.7%~58%,胰腺癌、口咽部癌和乳腺癌患者中高发。国内报道癌症相关性抑郁的发病率在25%~75%之间,在妇科肿瘤、鼻咽癌和肝癌患者中高发。

抑郁与癌症共病,与癌症类型、癌症引起的疼痛、癌症治疗、患癌症前人格、生活事件等因素有关。胰腺癌患者中的抑郁可能与癌组织分泌对抗情绪兴奋的胺类癌旁神经递质有关。癌症本身或治疗引起的疼痛会引起神经-内分泌系统的改变,导致抑郁相关生物学物质的变化。另一方面,抑郁可致机体免疫功能下降,CD3⁺、CD4⁺细胞、CD4⁺/CD8⁺比值、免疫球蛋白及NK细胞会出现不同程度的降低。存在抑郁症状癌症患者的血浆IL-6浓度显著高于无抑郁症状者和健康对照人群。重性抑郁症存在明显的免疫激活和细胞因子增高的现象。

抗抑郁治疗后能改善免疫功能。Naito 等采用自我催眠研究心理治疗对白细胞亚群的影响,也有相同发现。抗抑郁药物治疗一般需要4~6周,能改善患者的病情。

(钱明)

第十二章 健康心理问题

● 本章提要

学习医学心理学很大程度上是为了学会用心理科学知识和技术,来认识和解决现实中的各种心理学问题和行为问题。但人的一生经历着无穷的变化,有的变化是正常的,有的变化是异常的;心理活动的正常与异常也没有一个截然的分界线,不仅因个人的知识、观念、经历和社会背景等不同而对心理问题的认识和判断可以不同,心理学各种学派对各种心理问题的成因也是仁者见仁,智者见智。故应采用发展的、变化的和动态的思维方式来看待现实存在的各种心理问题与行为问题。本章要求以医学心理学基础知识、理论和技能,来认识和处理有关健康心理问题。

作为本课程的横向应用部分,该章重点介绍异常心理的概念、理论解释、判断标准以及常见的心理健康问题。

第一节 正常心理与异常心理概述

一、关于正常心理与异常心理

所谓正常心理,通常是指能够遵循人的心理现象及其活动规律的心理活动,属于普通心理学研究的主要内容,在本书第三章中所介绍的都是正常的心理活动。异常心理又称变态心理,是指偏离正常人心理活动规律的心理现象及心理活动,属于变态心理学(abnormal psychology)研究的主要内容。心理活动的“正常”与“异常”是相对而言的,两者之间没有截然的界限。且其判断依据不仅受判断者个人的知识阅历、生活背景、宗教信仰等众多因素的影响,而且还要考虑具体内容。不能极端地认为凡是偏离了“常态”的就认为“变态”,比如在心理测验中,智商(IQ)低于70或高于130者都属于偏离了常态,然而,只有前者被认为是不正常的,才是变态心理学研究的内容,后者则相反,是智力超常的表现,引人瞩目,不在变态之列。本章有选择地介绍医学心理学工作中常常遇到的健康心理学问题,这些问题大多混杂在这两种心理状态之中或介于这两者之间。

二、异常心理的理论解释

心理学成为一门独立的学科仅有130年,还属于年轻的学科,各种思想和观点百家齐放、百家争鸣,心理活动还有许多未解之谜。导致异常心理的原因和机制尚处在研究和探索阶段,各学派分别从生物学、心理学和社会文化因素等不同角度出发,研究、解释异常心理活动的发生、发展、变化的规律,得出了不同的看法和结论,产生了不同的理论解释。

(一) 生物学的理论解释

古希腊著名的医学家希波克拉底曾将人的情绪等心理问题解释为因人体内四种体液的不平衡

所致。古罗马时期的名医盖仑则把心理障碍解释为是由于大脑缺陷所造成的。随着生物学和其他相关学科的发展,人们对健康与疾病的认识发生了很大的变化。医学家们逐渐形成了对任何一种疾病和问题都力图寻找生理性或病理性改变的思维定势,这也是所谓的生物医学模式的思维方法。从生物学理论的角度出发,认为异常心理的产生、发展都与生物学因素有关。生物学因素包括个体素质缺陷、先天遗传、脑或机体因感染受损、理化因素或药物作用、代谢失调、生理、生化指标异常等等。在治疗上强调以物理、化学为主的躯体治疗。随着实验手段的不断发展,相信会有更多的病理、生理机制被发现。但是这种理论忽略了人的心理性和社会性,有较大的片面性。生物学理论虽然可以解释脑器质性精神病、躯体疾病伴发精神障碍、感染和中毒所致精神障碍等异常心理产生的原因,但临床上还有很大一部分异常心理和精神疾病至今尚未找到明确的生物学证据,如确有一些精神分裂症的患者有该病家族史,但尚无发现遗传基因方面的异常。

(二) 心理动力学的理论解释

以弗洛伊德为代表的精神分析学说认为,被压抑在潜意识中的负性情绪和心理冲突是导致心理异常的主要动力性原因,其心理动力的内心冲突在童年时期就开始了,儿童的早年经验尤其是父母的教养态度对其将来的心理健康起关键性作用。潜意识中生物性本能欲望和社会化文明道德规范的斗争,自我在协调矛盾斗争时无法达到心理平衡就会导致心理障碍,过多地采用自欺欺人的心理防御手段进行协调矛盾而形成人格变态。治疗上倡导以精神分析方法查找和释放出潜意识中的负性情绪和心理冲突。心理动力学的理论解释虽被很多学者认同,但如何寻找、测量和确定潜意识中的心理冲突却非易事。

(三) 行为主义的理论解释

行为主义的学习理论认为,社会环境对人的行为影响很大,人类的一切行为都是后天通过条件反射的过程习得的,异常行为也是后天习得的,并不断地得到强化而固定下来。本书第二章中介绍的行为学习理论中巴甫洛夫的经典条件反射、斯金纳的操作性条件反射以及班杜拉的社会学习理论和实验都支持以“学习理论”解释各种异常行为。行为学习理论还认为,这些通过“学习”固定下来的行为,也可以通过“重新学习”的方式加以矫正,使其恢复正常。

(四) 人本主义心理学理论的解释

人本主义认为,人天生具有发展和充分发挥自己潜能的“自我实现倾向”,即只要环境许可,每个人都能发挥自己的潜能,实现自我价值。如果在生活中受到削弱或阻碍,就可导致心理和行为的错乱。治疗的对策主要是提供良好的社会和人的人际关系,使个体恢复与自己真实情感的联络。

(五) 社会文化的理论解释

社会文化理论强调社会文化环境在心理障碍发生中的重要作用。认为人的心理活动的异常主要源于社会文化环境作用的结果,个体在各种社会文化关系的综合影响下,逐渐形成了各自的心理品质和行为方式,并且以相对恒定的形式固定下来。异常行为也是一个人对社会文化生活的反应。每个人所遭遇的生活事件、人际关系、风俗习惯、道德评价标准等不同,其适应性的反应也不同。如果某些社会文化关系发生变化,其强度和速度使人无法承受,就出现了社会文化关系失调的现象,固有的心理品质和行为方式显得无所适从,由此而引发心理变态。

如果一个人得到较好的社会支持和帮助、遇到的不良生活事件少、人际关系较好就有可能保持健康的心理状态。因此,稳定社会秩序,改善社会的经济福利和文化设施,创造一个健康、公正与和谐的社会,对于减少异常心理的产生和矫正异常心理都是有益的。

上述几种理论解释各自从不同侧面阐述了异常心理的发生机制,各有所长,但都不能完满地解释各种异常心理产生的原因。对异常心理的认识,应博取各家之长,随着研究的不断深入,各家学派逐渐走到殊途同归的道路,趋向于采用整合的观点解释异常的发生机制。

三、异常心理的判断标准

正常心理活动与异常心理活动的区别不是一个简单的问题,就像任何事物都不是绝对的一样,

心理活动的正常与异常也是相对的,不存在严格的界线,并且在一定条件下双方可以相互转化,没有一条绝对的不变的界线把它们分开。

判断心理活动正常与否的困难在于心理活动受诸多因素的影响,包括主观状态、心理素质、社会文化背景、人际关系等因素。这些因素错综复杂地交织在一起,在复杂的背景下很难用简单的标准评价,所以制定一个绝对正确的判断标准几乎是不可能的。判断心理活动正常与否须参照性别、年龄、职业、社会环境、受教育程度、惯常的表现、民族、宗教信仰、民俗习惯等因素。目前比较常用并为人们普遍接受的标准有如下几种。

(一) 经验标准

经验标准是指判断者凭借自身的知识和经验去评价自己或他人心理活动的特点和规律是否正常,或者以一般人的心理状态为标准判断他人心理活动的正常与否。该方法简捷实用,是日常生活和临床工作中最常用的方法。由于是以经验为依据,所以带有极大的主观性和缺乏客观的科学性。又由于评价者的参照标准与经验有差异,常常受判断者本身的经验、知识水平、心理状态、态度的倾向性等多因素的影响,可能会出现同一个体而评价结果却完全不同的现象,使评价结果具有个体性差异。

(二) 社会适应标准

这是以社会常模为标准评价人的心理健康状态。社会适应能力是指个体在社会活动中是否能够遵循社会伦理道德规范、社会公德、法律准则和顺应社会网络,与环境保持一致的能力;并且当出现违背上述准则的言行时,是否能做出为公众所理解的解释等。一般判断人的心理活动正常与否的重要标准之一就是能否适应社会,适应者为正常,不适应者为异常。这些标准通常以整个社会群体为参照对象,但由于社会状况、国家、地区、民族的风俗、文化的不同,相应的社会准则也必然不同,所以不同社会环境,其标准也不一致,难以进行跨地区、跨文化的比较。

(三) 医学标准

又称症状和病因学标准,以是否存在临床症状和明显的病因为判断心理是否异常的依据。此标准源于医学诊断方法,指运用医学检查、诊断的手段及标准找到引起异常心理症状的生物性原因,从而判断心理活动的正常与否。这种评价方法的前提是某些心理变态可以通过检查找到病理解剖、病理生理、病理生化、遗传基因等方面异常的变化。这些变化是临床症状的直接原因,而这些变化在正常人身上是一定不存在的。比如脑器质疾病、躯体疾病、药物中毒所致精神障碍等等。临床上根据这些检查结果作出的诊断是科学的和有说服力的,但是遗憾的是,依据目前科学技术发展的水平其检出率还很低,一般认为,在病理心理学范围内,目前只有1/10左右的精神疾病病因比较清楚,大部分异常心理尚无法用该标准作出正确判断,所以此标准的应用很有限。

(四) 统计学标准

也称为心理测量的标准,这一标准源于心理测量。对人群的心理现象进行标准化心理测量后,用统计学方法处理,得到某些人群心理活动和行为的分布曲线,其结果反映了正常人群心理状态的规律性分布。一般人群心理状态呈常规分布,比如,SAS、SDS、MMPI等量表经大样本测查后,通过统计分析,在一定范围内是正常的,超过一定范围即为异常。个体心理活动的正常与否以其心理特征偏离群体的平均值程度(即以统计学数据)为依据。但是在有些情况下也有例外,如智力测量中人们的智商水平属于常态分布,绝大多数人的智商(IQ)集中在70~130之间,而 $IQ < 70$ 或 $IQ > 130$ 都属于偏态,但是 $IQ > 130$ 意味着非常聪明并不意味着异常,只有 $IQ < 70$ 才认为异常(智力低下)。统计学的标准(心理测量的标准)是一种客观的判断方法,数量化的测量结果可以进行比较和数学统计处理,但有些心理活动无法测出或无统一的规律可循,所以统计学标准也有局限性,心理测量的结果还要结合其他的判断标准。

(五) 其他标准

判断心理健康的一些标准同样也可以作为衡量心理正常与否的标准,如马斯洛(Maslow)和密

特尔曼(Mittelman)曾经提出关于健康心理的10条标准,对判断异常心理有一定参考价值。只是对人的观察评价,不宜要求过高,所谓正常也不是十全十美,多数人未必都能符合心理健康的10条标准。倘若轻微不合,仍然可以享受相当完善的社会生活,可以视为正常。如果缺陷的项目过多,则应视为异常。

第二节 若干健康心理问题

一、临床心理学对心理问题的认识特点

所谓心理问题,有各种不同的解释:一是指心理学中的问题,如心理的实质是什么、心身之间的相互关系、心理与实践、心理学的各种理论与应用等等;二是指心理学中或心理学工作者研究的问题,如心理学研究的主题、心理学所研究的热点、某位心理学工作者正在研究的工作等等;三是指人们心理上出现的问题,从诸如情绪消沉、抑郁、焦虑、恐惧、人格和行为偏离、社会适应不良等通常所指的健康心理问题,到各种心理障碍,直至严重的精神疾病。本章讨论的是后一种,且偏重于那些尚未达到严重精神疾病程度的健康心理问题和部分心理障碍。

某些心理问题是每个人一生中都可能遇到的问题。一个人在成长的不同阶段及生活工作的不同方面,都有可能遇到这样或那样的心理问题,也可能导致消极情绪的产生。

心理问题也不同于生理疾病,生物、心理、社会等诸多因素都可使人在精神方面引发一系列问题,导致心理问题的产生,也可间接地改变人的性格、世界观及情绪等。解决和预防心理问题,需要根据具体情况采取综合性的措施。

心理问题虽很普遍和常见,但需要认真对待。各种心理问题如能采取适当的方法予以解决,个体就能顺利健康的发展;若不能及时正确处理,则会产生持续的不良影响,甚至导致心理障碍。对于一般的心理问题,通过自我调节或他人的帮助,可能可以得到缓解,但对于持续时间比较长、比较严重的心理问题,还需寻求医学心理学或其他相关专业人员的帮助。

二、常见心理障碍

(一) 焦虑性障碍

焦虑性障碍(anxiety disorder),是指没有明确客观对象和逻辑根据的过分的担忧和恐惧不安的一种情绪状态。其表现以广泛和持续性焦虑或反复发作的惊恐不安为主要特征,预感到似乎要发生某种难以对付的危险,常伴有显著的运动神经紧张和自主神经活动过度的症状(如头晕、心悸、胸闷、呼吸急促、出汗、口干、肌肉紧张)和心理活动的过度警醒状态。值得注意的是,焦虑性障碍并非由实际存在的威胁引起的,而是一种没有明确危险目标和具体内容的恐惧,其提心吊胆的恐慌状态与实际环境不相称。

1. 病因与发病机制

(1)生物学因素:据Slater和Shields(1969年)统计,单卵双生子焦虑性障碍的一致性患病率为41%,双卵双生子仅为4%。Kendler等(1992年)研究了1033对女性双生子,认为焦虑障碍有明显的遗传倾向,其遗传度约为30%。实验室数据显示焦虑性障碍的发生可能与去甲肾上腺素能活动增加、5-羟色胺功能增强有关。

1)交感神经功能亢进:焦虑发作的症状,如心悸、胸闷、出汗、头晕等主要为交感神经功能亢进的症状。焦虑性障碍患者尿中儿茶酚胺(CA)排出量增加,正常人静脉注入去甲肾上腺素(NE)可模拟出焦虑性障碍的全部躯体症状,而用阻断交感神经 β 受体功能的药物具有抗焦虑的作用。

2)脑内5-羟色胺能神经活动障碍:临床观察发现,增强脑内5-羟色胺(5-HT)递质活性的药物(如丁螺环酮)抗焦虑有效。

3) 脑内多巴胺能神经系统活化: 多巴胺受体₂ (DA₂) 是激动脑精神活动的总开关, 当 DA₂ 活化时各种心理活动活化, 出现焦虑、恐惧、妄想、幻觉、兴奋、躁动等。用阻断 DA₂ 的抗精神病药物 (氯丙嗪、奋乃静、氟哌啶醇、利培酮) 可治疗严重的焦虑。

(2) 心理社会因素: 焦虑性障碍大多与应激性生活事件的发生有关, 两者之间有显著的相关性。

精神分析学派认为, 焦虑性障碍的产生是对本我的恐惧, 来源于潜意识的冲突。患者意识到自己的本能冲动有可能导致某种危险, 因而伴有失控感或将要发疯感, 有濒死感。精神分析学派认为冲突来自于外界 (现实焦虑)、本我 (本我焦虑) 及超我 (道德焦虑) 三个方面, 本身的自我不健全或发育不良为素质性原因。他们特别强调童年期的心理体验被压抑在潜意识中, 一旦因特殊境遇或压力的激发, 便成为意识层面的焦虑。

行为主义认为, 焦虑性障碍是一种学习后的习得性反应。当个体感到受到威胁或遇到危险时, 便会诱发交感神经功能亢进、HPA 轴亢进而产生焦虑反应, 此后类似情境刺激时便会产生病理条件反射性。焦虑性障碍条件反射的建立与一般状况不同, 它是建立在错误认识的基础之上, 选择性地夸大、关注负性事件并不断自我强化, 以达到毫无批判地接受与事实不相称的刺激并产生焦虑反应。

认知心理学认为, 对事件的认知评价是发生焦虑性障碍的中介因素。当个体对情境作出危险的过度评价时便会激活体内的边缘系统、交感神经系统、HPA 轴等引发焦虑反应产生焦虑性障碍。对情境的过度危险评价来源于个体的童年时代潜意识学习的内隐学习而固着的内隐认知, 不合理的信念、错误的思维方法、错误理解、警觉过度、重复检查、回避行为。而应对失败则更加重对情境过度危险的认知评价, 加剧焦虑性障碍, 形成恶性循环。

生活事件、学习紧张、工作压力、人际关系紧张等社会因素均可作为情境性刺激或心理应激诱发焦虑性障碍发生。

2. 临床表现 焦虑性障碍的焦虑是原发的, 凡是继发于妄想症、强迫症、疑病症、抑郁症、恐惧症等的焦虑都不应该诊断为焦虑性神经症。焦虑性障碍最主要有广泛性焦虑性障碍和惊恐障碍两种临床表现形式。

(1) 广泛性焦虑性障碍 (generalized anxiety disorder, GAD): 又称慢性焦虑, 是指以经常或持续的对未来可能发生的无法预料的某些危险的紧张不安, 或对现实生活中某些问题过分担心或烦恼为特征。患者往往说不出具体担心的对象或内容, 而只是一种提心吊胆、惶惶不安的状态。常伴有心悸、心慌、气促、窒息感、肩背痛、头痛等躯体症状, 以及伴有运动性不安、睡眠障碍、注意力不集中、记忆力和思维能力下降等。因肌肉紧张而出现紧张性头痛、肌肉紧张痛 (如腰背痛等)、双手轻微震颤等。

(2) 惊恐障碍 (panic disorder): 又称应激性焦虑性障碍。常常突然发作, 突然出现莫名的担心、害怕, 有濒临死亡的恐惧。发作时往往没有任何诱因, 也不局限于任何特定的情境, 常常在正常的生活活动中突然发作。其典型表现是患者突然处于一种无原因的极度恐怖状态, 呼吸困难、心悸、喉部梗死、震颤、头晕、无力、恶心、胸闷、四肢发麻, 有“大祸临头”或濒死感, 也可能会做出一些不可理解的冲动性行为。病情较轻者有短暂的心慌、气闷。患者往往试图离开自己所处的环境以寻求帮助。

惊恐障碍发作的持续时间为数分钟至数十分钟, 然后自行缓解。在发作间歇期, 患者常担心再次发作而惴惴不安, 有期待性焦虑。患者往往害怕自己因为心脏或呼吸系统疾病而致死。惊恐发作作为继发症状, 可见于多种不同的精神障碍, 如恐惧性神经症、抑郁性障碍等, 应与某些躯体疾病 (如癫痫、心脏病发作、内分泌失调等) 鉴别。

3. 治疗 以心理干预为主。严重的焦虑性障碍可首先应用抗焦虑药物, 待症状缓解后, 再采用心理治疗。常用的心理治疗方法有支持疗法、松弛疗法、认知疗法、行为疗法、精神分析疗法等。

(二) 抑郁性障碍

抑郁性障碍是一种持久的心境低落状态, 多伴有焦虑、躯体不适感和睡眠障碍为主要特征的异常心理。通常具有较强的隐蔽性, 如有的患者可以面露笑容, 其实却有严重的抑郁。因此, 抑郁性障碍是最常见, 但也最不易察觉和被识别出来的心理障碍。

抑郁性障碍在精神与躯体方面有多种形式和不同深度的表现,从轻度的忧愁到严重的痛苦乃至自杀。除持久性情绪低落外,还表现为:心境不佳、思维迟缓、行为减少、睡眠障碍、身体不适感、焦虑、紧张、悲伤等;悲观厌世;什么也做不下去,不能工作,连家务也不爱做。典型的抑郁性障碍的核心征象是心境低落,愉快感丧失,从而导致活动效能受损。

1. 病因与发病机制

(1)生物学因素:在严重抑郁患者的家族中,其父母、兄妹、子女患有情感性障碍的危险高达10%~15%,而在一般人口中仅为1%~2%。单胺递质假说认为,5-HT和儿茶酚胺系统与情感性障碍有密切关系,5-HT不足可能构成了易患素质,当去甲肾上腺素的功能减弱时就出现了抑郁。内分泌障碍如甲状腺功能减退、肾上腺皮质功能改变、垂体前叶功能减退,及女性经前期和更年期的抑郁倾向等,均可伴发抑郁。

(2)心理学社会因素:精神分析理论认为抑郁是愤怒转向自我的结果。行为学习理论认为抑郁是由习得性无助引起的。认知心理学家贝克(Beck AT)认为认知是情绪和行为反应的中介,情绪障碍与负性认知相互影响,并导致情绪障碍的持续存在,认知方面的曲解是发生情绪障碍的基础。由于抑郁性障碍常在应激性生活事件后出现,因此有人认为生活事件通过应激的机制增加了发生抑郁的危险,并且与人格特征、认知评价和应对方式相联系。此外,躯体疾病作为一种非特异性应激因素也可以是诱发抑郁性障碍的因素。

2. 临床表现 抑郁性障碍者常常感到心情低落、压抑和无法排遣的郁闷难受,对前途悲观失望,对自己失去信心,对生活缺乏兴趣。兴趣减少甚至丧失,自我评价降低,放大自己的缺点,自卑感明显。不愿与人接触交往,尽量避免热闹场面,常常感到疲乏无力,头脑反应慢,思维困难,认为自己毫无用处,无可救药。特别悲观者厌世现象明显,自杀率比较高。

3. 治疗 心理干预应依抑郁反应的程度而定,切忌不分症状轻重,不做具体分析一概而论。抑郁情况严重,尤其是有自杀意念或企图时,应当积极采取预防自杀措施,立即住院和进行药物治疗。对中等程度抑郁的情况,可进行心理治疗,一般是首先采用支持性心理治疗,并提供基本的安全感,最大限度地弥补经受过创伤的自尊心和自信心,耐心地培养信心和激发生活的动机,并且要尽量地帮助自我能力的恢复,以便有充沛的精力去面对困难。

支持性的心理治疗,包括社会支持、陪伴、关心、劝导、支持、鼓励等有重要的作用。认知疗法是抑郁性障碍心理干预的有效方法。对有自杀意念者,应先弄清产生绝望的症结,改变他们的负性思维模式,转变自卑心理,矫正认知曲解,增强其自信心。

对重性抑郁性障碍者,除了开展对自杀行为的心理干预外,应及时采取有效的药物治疗措施,如选用三环或四环类抗抑郁药,目前较安全有效的药物是5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)如氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、西酞普兰等。

(三) 人格障碍

人格障碍(personality disorders)是指明显偏离正常的异常人格模式。表现为明显的适应不良,在社会生活中经常碰壁,有时会造成危害社会的不良后果。人格障碍一般无智能障碍,无确切的起病时间,一般从童年或青少年持续发展至终生,部分人在老年精力衰退时可能略有缓和。人格障碍一般具有以下特征:

(1)心理活动紊乱,难以与人相处,常表现为偏执、怀疑、自恋、被动性侵犯等。

(2)常把社会和外界对自己的不利或及所遇到的困难等,都归结于别人的错误或自己的命运所致,不承认自己的缺点,也谈不到行为上的改正。

(3)对包括自己亲人在内的人没有责任感,对自己不道德和伤害别人的行为既无罪恶感也不后悔,并为自己的行为辩解与袒护。

(4)对周围任何环境和接触的人都表现出仇视、猜疑和偏颇的看法。

人格障碍者的内心体验与正常人生活常情相背离,其外在行为明显地违反社会准则,影响社会

和他人,不仅给别人造成损失,也给自己带来痛苦。这种偏离常态的内心体验和行为模式,用医疗、教育或惩罚措施都难以从根本上改变。

如果原来人格正常,由于出现脑病、脑外伤,慢性酒精中毒或重大意外生活事件后出现人格偏差等不称为人格障碍而称为人格改变。临床研究发现某些精神疾病的发病往往与其病态人格素质有关。如癔症患者病前常有癔症性人格,精神分裂症患者往往病前有偏执性人格,或分裂性人格。

1. 病因与发病机制 人格障碍患者的家族中具有类似问题的比例较高。具有人格障碍家族史的子女被寄养后其人格障碍的发病率仍高于正常家庭。有研究显示人格障碍患者脑电图及其双亲的脑电图异常率较高,提示可能与脑的生理功能有关。

人的成长中生活的经历、环境的影响、重大生活事件的刺激都塑造着一个人的行为模式和认知模式。恐惧、害怕、畏缩、无安全感,往往与早年经历的负性生活事件有关。溺爱、过分保护、粗暴等不良的教养方式,以及父母的不良嗜好、生活的不检点、关系的冲突,甚至离异等,这些事情处理不好对下一代人格的成长都会造成不良影响。

2. 临床表现

(1) 偏执型人格障碍(paranoid personality disorder): 男性多于女性。以猜疑和偏执为特点。其表现为:敏感、多疑、经常毫无理由地怀疑别人,伤害自己,对自己不利,但不是妄想;对别人的过错不能宽容,长期耿耿于怀;容易将别人的中性或友好行为误解为敌意或轻视;过分自负和自我中心;固执地坚持自己的非客观性的观念,很难改变和被纠正。

(2) 分裂样人格障碍(schizoid personality disorder): 男性多于女性。以观念、行为和外貌装饰的奇特、情感冷淡及人际关系明显缺陷为特点。表现为极其内向、退缩、常常独处一隅,很少有朋友。缺乏情感表达,为人冷漠甚至不通人情,不修边幅,着装异常,行为怪异与时宜及常态不符,不能表达对他人的关心体贴及愤怒等。

(3) 反社会性人格障碍(antisocial personality disorder): 男性多于女性。以行为不符合社会规范,经常违法乱纪,对人冷酷无情为特点。主要表现为从少年起常常违反校规,说谎、逃学、吸烟、喝酒、偷窃、斗殴、破坏公共财物。成年后发展为无视社会正常规范、准则和义务,冲动打人,甚至违法乱纪。缺少道德观念,冷酷无情,不负责任,不抚养子女或赡养父母,使家属、近邻、同事感到厌恶,是令人头痛的人。

(4) 冲动性人格障碍(impulsive personality disorder): 男性多于女性。以情感爆发,伴有明显行为冲动为特征。表现为情绪难以自控,易与他人发生冲突,有突发的暴力倾向,做事没有目的性和计划性,很难坚持长时间做事情。

(5) 表演性(癔症性)人格障碍(histrionic personality disorder): 以过分感情用事或夸张言行吸引他人的注意为特征。过分地自我表演,行为夸张渴望得到别人关注,表情肤浅情感易变。以自我为中心,自我放纵和不为他人着想,不断渴望得到赞赏,情感易受伤害,暗示性高,易受他人影响。

(6) 强迫型人格障碍(obsessive-compulsive personality): 男性多于女性。以过分地谨小慎微、严格要求与完美主义及内心的不安全感为特征。表现为优柔寡断、犹豫不决、对细节过分注意。过分专注于工作成效而不顾个人消遣及人际关系。刻板和固执,要求别人按其规矩办事,事必躬亲,因循守旧,缺乏表达温情的能力,兴趣爱好少,缺乏社交活动。

(7) 焦虑型人格障碍(anxious personality disorder): 以一贯感到紧张、提心吊胆、不安全及自卑为特征。总需要被人喜欢和接纳,对拒绝和批评过分敏感,因习惯性地夸大日常处境中的潜在危险而有回避某些活动的倾向。

3. 治疗 人格障碍一旦形成很难改变。药物治疗对人格障碍无效,但是在人格障碍伴发异常情绪反应时可用药物调整情绪,以减少其不良后果。常用的药物有,苯二氮草类药物用于抗焦虑情绪,选择性5-HT再摄取抑制剂往往既可抗抑郁又可抗焦虑。心理治疗常被采用,但效果不确定。

三、性功能障碍

性功能障碍是一组与心理社会因素密切相关的性活动过程中的某些阶段发生的生理功能障碍。性功能障碍的症状持续或反复存在,因不能进行自己所希望的性生活、对日常生活或社会功能造成影响,给患者带来痛苦。偶尔的、一过性的性功能出现问题不能诊断为性功能障碍。

性功能障碍的病因比较复杂,由多方面的因素引起,包括器质性的、功能性的、药源性的等等。多见的病因是由患者的个性特点、生活经历、应激事件以及躯体状况相互作用的结果。

(一) 常见的性功能障碍

1. 性欲减退 性欲减退 (sexual hypoactivity) 指成人持续存在性兴趣和性活动的降低,甚至丧失。表现为性欲望、性爱好及有关的性思考或性幻想缺乏。

性欲减退的病因是多方面的,如婚姻生活的不协调造成夫妻感情不和,进而对性生活和性行为厌恶、反感的负性情绪;婚外性行为产生的疏离或负罪感;害怕性传播疾病而对性生活恐惧;童年期不正确的性观念、不良性经历;生活中长期、沉重的应激压力造成的持续疲劳状态等都可能导致性欲低下。许多慢性疾病伴随的负性情绪也可影响性欲。

主要诊断根据:性欲望、性爱好及有关的性思考或性幻想缺乏;症状至少持续3个月。

2. 阳痿 阳痿 (impotence) 又称勃起功能障碍或勃起不能。指成年男性在性活动的场合下有性欲,但难以产生或维持满意的性交所需要的阴茎勃起,或勃起不充分、历时短暂,以至不能插入阴道完成性交过程,但是在其他情况下如手淫、睡梦中、早晨醒来等时候可以勃起。当今社会在人们的头脑中性文化的意识越来越强,对性能力的要求很高。阳痿往往使男人感到挫败或自我否定以致影响社会功能,造成毁灭性的伤害,甚至自杀。

主要诊断根据:因为某些躯体疾病影响了性功能,可诊断为躯体疾病所致的阳痿,如内分泌失调类的睾酮水平不足、影响阴茎功能的神经性疾病、影响阴茎动脉血流入、流出的血管性疾病等。大量长期饮酒、吸入尼古丁、服用某些抗抑郁药物、具有多巴胺阻滞作用的抗精神病药物等也可导致阳痿。

3. 女性高潮缺乏和性感缺乏 性高潮缺乏 (anorgasmia) 是指女性有性欲要求,但性交时性高潮延迟或缺乏。性感缺乏 (frigidity) 是指女性对性生活没有要求,即使被动性交也不能做出适当的性生理反应和心理反应,甚至厌恶性交。性高潮缺乏是最常见的女性性功能障碍,多为心理因素所致。性感缺乏须排除器质性原因之后方可作出诊断。引起性高潮缺乏和性感缺乏的心理原因有:性压抑、错误的性知识、缺乏性爱吸引力、缺乏性激发以及从未有过性高潮体验的错误性经验等。

4. 早泄 早泄 (premature ejaculation) 指持续地发生性交时射精过早导致性交不满意,或阴茎未插入阴道时就射精。早泄往往发生于性冲动过强、性行为过于匆忙、过于紧张、性环境缺乏安全感等。偶尔出现早泄属于正常现象。

主要诊断根据:不能推迟射精以充分享受做爱,并伴有射精发生在进入阴道前夕或刚刚进入阴道后;或在阴茎尚未充分勃起进入阴道的情况下射精;或并非因性行为节制,继发阳痿或早泄。

5. 阴道痉挛 阴道痉挛 (vaginismus) 指性交时阴道肌肉强烈收缩,致使阴茎插入困难或引起疼痛。如勉强插入常可引起性交疼痛,所以常有回避行为。其病因源于对性生活的无知而产生的恐惧、紧张、担心和害怕,以及严厉的家庭教育、早期的性创伤、害怕怀孕、害怕受伤、害怕性病传播。

6. 性交疼痛 性交疼痛 (dyspareunia) 指性交引起男性或女性生殖器疼痛。这种情况不是由于局部病变引起,也不是由阴道干燥或阴道痉挛引起。常见于童年期错误性知识潜移默化的影响,强烈的性压抑、性罪恶、性耻辱感导致焦虑情绪的影响;以及人际关系的麻烦、工作压力的重负、性对象缺乏性魅力等。

主要诊断根据:男性在性生活过程中感到疼痛或不舒服;女性在阴道性交的全过程中或在阴茎插入很深时发生的疼痛,不能归因于阴道痉挛或阴道湿润差。需要与泌尿科或妇产科的疾病相区别。

（二）性功能障碍的治疗

1. 心理治疗 由于性功能障碍的主要病因来自于对性问题的不良认知、人际关系问题、夫妻间性和谐问题及早年或人生成长的性创伤经历等。认知治疗、家庭治疗、婚姻治疗、行为治疗、精神分析治疗有较好的效果。

2. 药物治疗 枸橼酸西地那非片(万艾可)又称伟哥,治疗阳痿有效。万艾可只是在有性欲及性刺激的情境下发挥作用,不能增强性欲,也不能解决心理问题,只是心理治疗的辅助方法。

3. 其他治疗 激素替代疗法用于治疗内分泌异常者。对于某些因躯体疾病而出现性功能障碍的患者,原发病的治疗可直接使患者的性功能得到改善。

四、常见行为问题与不良行为

（一）进食障碍

进食障碍(eating disorders)是指在心理因素、社会因素与特定的文化压力等因素交互作用下导致的进食行为异常,常见的有神经性厌食和神经性贪食等。

1. 神经性厌食

(1)神经性厌食的概念:神经性厌食(anorexia nervosa)是指有意节制饮食,导致体重明显低于正常标准的一种进食障碍。据报道90%以上的患病者是青少年女性,男性少见。发达国家发病率较高,我国的发病率不详。随着生活水平的不断提高,物质供应的不断丰富,以及对“瘦为美”标准的追求,发病率有增高的趋势。

(2)神经性厌食的病因:①心理因素:发病前往往有某些生活事件发生;一些患者存在某些人格易感素质,如轻微的强迫性人格、敏感性人格等;患者常常存在体像障碍以及家庭问题等。②生物学因素:研究显示单卵双生子的同病率高于双卵双生子。③社会文化因素:现代社会的审美趋向是苗条瘦身,这种审美意识转化为刻意追求的目标时就容易出现问題。

(3)神经性厌食的临床表现:患者故意限制饮食,极端限制饮食甚至禁食,尤其排斥高能量饮食,患者对自身体像的感知有歪曲,致使体重降到明显低于正常的标准也仍然认为自己瘦得不够。虽已严重消瘦,患者仍强烈地认为自己太胖,害怕体重增加。为避免发胖常主动采用一些方式故意减轻体重。患者常有营养不良、继发性内分泌和代谢紊乱。有的患者可有间歇发作性暴饮暴食。临床诊断为明显的体重减轻,比正常平均体重减轻15%以上,或者 Quetelet 体重指数(体重千克数/身高米数的平方)为17.5或更低,或在青春期前不能达到所期望的躯体增长标准,并有发育延迟或停止。症状至少持续3个月。

(4)神经性厌食的治疗:治疗比较困难,患者往往不认为自己的症状是病,不配合治疗。治疗的原则是在维护躯体功能正常的基础上突出心理治疗。

1)纠正营养不良:首先恢复身体健康。体重太轻,明显营养不良者,应供给高热量饮食;呕吐、拒食者应给予静脉补充营养及纠正电解质紊乱。同时帮助患者恢复正常的饮食习惯,帮助患者自我监督并遵守治疗计划。

2)心理治疗:通常采用认知治疗、行为治疗、家庭治疗等方法。改变不良认知,尤其是消除过分怕胖的观念,学会运用现实检验的方法加以改变。矫正不良进食行为,常采用系统脱敏疗法、标记奖励疗法等。调整家庭成员的相互关系以解除其不良投射。生物反馈疗法作为一种心理生理的自我调节技术可结合放松训练调整生理活动、保持情绪稳定。

3)药物治疗:针对某些患者存在抑郁情绪、强迫观念等症状对症治疗。抗抑郁药物应用较多,常用的有5-羟色胺再摄取抑制剂及三环类抗抑郁药。其他药物如抗精神病药、锂盐、H₁受体拮抗剂、抗癫痫药等也可对症使用。

2. 神经性贪食

(1)神经性贪食的概念:神经性贪食(bulimia nervosa)是指周期发作的、不可抗拒的摄食欲望,

及多食或暴食行为,进食后又因担心发胖而采用各种方法以减轻体重,使得体重变化并不一定明显的一种疾病。此病特点是不可抗拒的强迫自己多食,自己设法呕吐以避免体重增加。发病人群主要是女性,发病率目前还没有流行病学报告,发病年龄多在18~20岁。此病可与神经性厌食交替出现,两者可能具有相似的病理心理机制、性别和年龄分布。多数患者是神经性厌食的延续者,发病年龄较神经性厌食晚。

(2)神经性贪食的病因:病因不明,多数研究认为以心理社会因素为主、生物学因素为辅。心理因素包括:现代社会“瘦为美”的审美趋势和目标在神经性贪食中与神经性厌食中一样起作用。患者往往过分关注自己的体形,特别害怕肥胖,以至于形成暴食-恐肥-关注-诱吐-暴食的恶性循环链难以破除。应激事件多发也是原因之一。也有人认为中枢神经系统中单胺类神经递质代谢异常及多巴胺能系统和内啡肽等失调可能是其生物学基础。

(3)神经性贪食的临床表现:患者常常出现反复发作地一次进食大量食物,吃得又多又快,故称为暴食,自己明知不对却无法控制。在发作期间,为避免长胖、避免体重增加常反复采用不适当的代偿行为,包括自我诱发呕吐、滥用泻药、间歇进食、使用厌食剂等。暴食与代偿行为一起出现,且长时间持续其结果可能会造成水电解质紊乱,常见的有低血钾、低血钠、代谢性碱中毒、代谢性酸中毒、心律失常、胃肠道损害等。有时其暴食障碍往往是从合理地尝试减肥开始,继之突发暴食。患者常伴有情绪问题。

(4)神经性贪食的治疗:治疗以纠正营养状况,控制暴食行为,打破恶性循环链,建立正常进食行为为目标。

心理治疗可采用认知疗法、行为疗法及生物反馈疗法等。认知疗法主要是改变患者过分关注自己的体形及过分怕胖的极端化想法,对进食规则和体像障碍有正确认识;行为疗法常采用系统脱敏、暴露、阳性强化、厌恶疗法等,使其每餐食量按预定计划得以控制。

(二) 酒精依赖和滥用

1. 酒精依赖和滥用的概念 酒精依赖(alcohol dependence)是指反复饮酒,导致心理或生理反应,并对其有强烈渴求与耐受性增大,对饮酒的渴求行为优先于其他的活动。明知此行为对自己有害,但仍用量失去控制,长期使用;主观虽希望控制,但实际做不到。减量或停饮后出现戒断症状,影响社交、工作、家庭责任,甚至不顾严重后果坚持饮酒。

酒精滥用是一种慢性不良饮酒。由于饮酒造成社会、工作、家庭生活的受损,如酒后驾车已经成为严重的社会问题。酒精滥用者明知有不良社会后果还继续饮酒。醉酒时可表现为情绪冲动,行为不考虑后果。

1894年瑞典人 Magus 和 Huss 首次提出了“酒精中毒”(alcoholism)这一名称。在美国,酒精中毒是列于心血管疾病、肿瘤之后,居第三位的公共卫生问题。根据法国卫生部2006年的公布数据,全国有500万人受饮酒造成的身体、心理或社会问题的困扰,200万人对酒精依赖,其中60万为妇女,每年有4.5万人死于过度饮酒。我国资料表明,1982年,酒精中毒所致精神障碍的患病率为0.18%。1993年的时点患病率为0.68%,1998年的乙醇依赖的时点患病率为3.43%(郝伟等,1998)。酗酒还造成身心受损、交通事故、家庭破裂、失业、犯罪等一系列问题。

2. 酒精依赖的原因

(1)生物学因素:酒精依赖的原因在探讨中,临床发现酗酒具有家族性因素,有证据证明,单卵双生酗酒的同病案是双卵双生的2倍。孪生子无论是寄养还是随亲生父亲长大的,都有同病的一致性。酗酒的发生还与成瘾者的气质、应激反应性、冲动控制能力等方面的因素有关。如:嗜酒者常见于痛苦的、回避问题的、受压抑的人、社会适应缺乏的人、社会应激量较高的人。

(2)心理、社会因素:Hesselbroek 对住院酒精依赖者进行调查,发现其中77%存在一种或多种心理障碍。许多调查表明,饮酒者往往首先是为了解除内疚感和焦急。很多人都认为乙醇是良好的镇静剂,大量饮酒可增加自尊。Hesselbroek 等报道在男性酗酒者中52%曾诊断为反社会人格。有人还

提出“嗜酒前人格”这一概念,其主要特征是:被动、依赖、自我中心、反社会行为、易生闷气、缺乏自尊、对人疏远。因此虽并不存在每个嗜酒者有共同的人格,但往往有某些人格缺陷倾向。

不同国家、不同民族,酒滥用流行情况不同。如爱尔兰人乙醇中毒患病率高;而犹太人患病率低。社会文化对饮酒习惯及频率也有影响,西方人常于回家后,工作之余空腹饮酒,以酒为一般饮料招待客人;而大多数东方人往往以酒作为佳肴的佐餐,通常在节日、社交时偶尔为之。有的人以饮酒过量作为一种力量的显示、风度的象征,不醉不休。

3. 酒精依赖的干预 对酒精依赖和滥用进行干预的方法很多,但要取得较好的效果,需要求治者积极主动参与。

(1) 节制饮酒法:即逐渐减少饮酒量,是可行的干预方法。但是其效果如何在很大程度上根据求治者的情况和动机,成功与否往往取决于求治者的素质、问题与治疗配合的程度、动机、态度等。比如,求治动机强烈,治疗成功的可能性就大;求治者受酒精影响较轻,在社会中较有地位,效果会较好;求治者受酒精影响较重,对治疗没信心,优柔寡断,又伴有躯体不适症状难以坚持,效果会不佳。

(2) 药物戒酒:使用戒酒硫(tetraethylthiuram disulfide, TETD),为非精神活性物质,通过阻断酶的作用而阻止乙醇的第一个代谢产物乙醛的分解。其临床过程更像心理治疗中的厌恶治疗,戒酒硫用后可出现头颈部强烈搏动、呼吸困难、恶心、呕吐等不良反应。

(3) 厌恶疗法:较为流行,常使用催吐剂,用后可引起恶心、呕吐,当恶心与饮酒相联系时,就会使人产生对饮酒的厌恶反应而放弃饮酒,这种方法起效快,但是复发率高。

(三) 烟草依赖

1. 烟草依赖的概念 烟草依赖(tobacco dependence)俗称烟瘾,指长期吸烟的人对烟草中所含主要物质尼古丁产生上瘾的症状。吸烟至少数周,吸食量相当于每天10支以上的香烟,突然停吸或减少香烟,24小时内至少会有渴望吸烟、烦躁、忧郁、精神难以集中、不安定、头痛、昏昏欲睡、胃肠功能失调等种种不适的症状。

有资料显示25岁的吸烟者如果每天吸1~2包烟,寿命比不吸烟者将缩短8年。大约21岁死于心脏病者的直接原因是吸烟。也是每年死于肺癌患者的直接原因之一。大约80%肺癌死亡者可归因于吸烟。

2. 烟草依赖的诊断 DSM-III对烟草依赖的诊断标准是:①持续地吸用烟草至少一个月;②至少有下列中的一项:A. 郑重地企图停用或显著减少使用烟草量,但未能成功;B. 停止吸烟而导致停吸反应;C. 不顾严重的躯体疾病,自知使用烟草会使其加剧,但仍继续吸烟。

1978年 Fegerstrom 提出的烟草依赖度评定表(表12-1)。此表对依赖度较高者更有效,若评分大于6分提示为高度依赖。

表12-1 烟草依赖度评定表

-
1. 起床后几分钟内吸烟?(若30分钟内为1分)
 2. 在教会或图书馆等这样的禁烟场所,不吸烟是否非常困难?(答“是”为1分)
 3. 一天中哪一支烟最满足?(若为早晨的第一支烟为1分)
 4. 一天中抽几支烟?(16~25支为1分,26支以上为2分)
 5. 与其他时间相比,是否上午吸烟较多?(答“是”为1分)
 6. 即使生病,几乎一整天都要卧床休息时,也要吸烟吗?(答“是”为1分)
 7. 抽什么样的烟?(根据尼古丁含有量低、中、高,分别给1、2、3分)
 8. 深吸的频度如何?(“有时”为1分,“经常”为2分)
-

3. 烟草依赖的行为干预 烟草依赖的临床干预有多种方法,如使用特殊合成的尼古丁:尼古丁贴片替代吸入的尼古丁;口香糖中加入尼古丁咀嚼后,经口腔黏膜吸收入血等。尼古丁被吸收入血,维持血中尼古丁的浓度,而减少吸入量进而戒除烟草依赖。

认知治疗、行为治疗、社会支持宣传等都是有用的方法。行为疗法中以厌恶疗法较为常用,可同时结合认知行为治疗。

预防是最可行、最有效率的方法,提倡并加强对20岁以下学生们的教育和引导以控制吸烟行为应是最经济、最有效的措施。

(四) 网络依赖

1. 网络依赖的概念 网络依赖(internet dependence),又称网络依赖综合征(internet addiction disorder)、网络性心理障碍、网瘾等。是指没有一定的理由,无节制地花费大量时间和精力在互联网上持续聊天、浏览,以致损害身体健康,并在生活中出现各种行为异常、心理障碍、交感神经功能部分失调。典型的表现包括:情绪低落、无愉快或兴趣丧失、睡眠障碍、生物钟紊乱、食欲下降和体重减轻、精神运动性迟缓和激动、自我评价降低和能力下降、有自杀意念和行为、社会活动减少、大量吸烟、饮酒等。发病年龄介于5~45岁。20~30岁的单身男性为易患人群。

网络依赖目前还没有被作为一种正式界定的疾病纳入诊断体系当中。可以认为“网络依赖综合征”是对网络的一种过度依赖,表现为对现实生活失去兴趣;网上操作时间超过一般的限度,以此来获得心理满足。当网络依赖失控,对人产生负面影响的时候,就把它当做心理上的一种障碍来看待。中国青少年网络协会对《中国青少年网瘾数据报告(2005)》指出,我国青少年网络依赖症发病率为15%,人数达244万。中国互联网络信息中心(CNNIC)报告,截至2009年6月30日,我国网民已达3.38亿,有16.4%的网民一天不上网就感觉难受,17.4%的网民觉得与现实社会相比,更愿意待在网上。中国民主同盟北京市委员会的调查报告中指出(2005),北京市青少年网络依赖者为13万多人,占14.8%。互联网已成为部分青少年的“电子海洛因”。

2. 网络依赖的原因 虽然目前对网络依赖进行了大量的研究,但尚未得出确切的原因。一般认为与个体的人格等心理因素有一定的关系。研究发现,在网络依赖的青少年中,心情不好、家庭不和睦、个性内向敏感、人际交往困难者,易沉迷于网络。网络依赖者多为T-型人格。“T型人格”是一种爱寻求刺激的、爱冒险的人格特征,分为T+型和T-型。T+型从事的冒险活动是被社会所认可的,而T-型所从事的冒险是不被社会所认可的,寻求的刺激可能对其成长产生负面影响。网络依赖者的另一个特征是延迟满足能力比较差。表现为当个体有需要时,要求即刻满足,而不考虑满足这种需求的时间和条件。

3. 网络依赖的诊断 国外心理学家提出八项标准可以自我诊断网络依赖:

- (1) 是否觉得上网已占据了你的身心?
- (2) 是否觉得只有不断增加上网时间才能感到满足,从而使得上网时间经常比预定时间长?
- (3) 是否无法控制自己上网的冲动?
- (4) 每当因特网的线路被掐断或由于其他原因不能上网时,是否会感到烦躁不安或情绪低落?
- (5) 是否将上网作为解脱痛苦的唯一办法?
- (6) 是否对家人或亲友隐瞒迷恋因特网的程度?
- (7) 是否因为迷恋因特网而面临失学、失业或失去朋友的危险?
- (8) 是否在支付高额上网费用时有所后悔,但第二天却仍然忍不住还要上网?

如果有以上4项或4项以上表现,并已持续一年以上,就表明已患上了网络依赖。

国内有学者建议将网络依赖纳入精神疾病的范畴,并提出网络依赖的诊断标准。但尚未获得认同。

2009年11月04日卫生部发布《未成年人健康上网指导(征求意见稿)》,认为“网络成瘾”定义不确切,而称为不当使用网络对人体健康和社会功能的损害,是否沉迷网络,需由精神卫生专业机构判断建议。对因上网造成社会功能受损的未成年人,出现6种情况应求助精神卫生专业机构:

- (1) 对上网有强烈的渴望或冲动,想方设法上网。
- (2) 经常想着与上网有关的事,回忆以前的上网经历,期待下次上网。

(3) 多次对家人、亲友、老师、同学或专业人员撒谎,隐瞒上网的程度,包括上网的真实时间和费用。

(4) 自己曾经做过努力,想控制、减少或停止上网,但没有成功。

(5) 若几天不上网,就会出现烦躁不安、焦虑、易怒和厌烦等症状,上网可以减轻或避免这些症状。

(6) 尽管知道上网有可能产生或加重原有的躯体或心理问题,仍然继续上网。

4. 网络依赖的干预 卫生部在《征求意见稿》中明令禁止限制人身自由的干预方法治疗网瘾,严禁体罚。戒除青少年的网络依赖,最重要的不是针对网络,而是家庭、社会、学校如何切实重视青少年的心理需求,帮助他们摆脱心理困境,提高心理素质。应采取包括行为矫正、药物治疗和生活技能训练在内的综合性措施。其中,预防性的措施最为重要。

第一,家长要有防范意识,不能对上网听之任之,要进行必要的约束,实行公开上网、限时上网。有目的地培养青少年的自我监控能力和良好的上网习惯。

第二,提高青少年的现实交流沟通能力,重塑自信。鼓励青少年积极参加集体活动,多与人交往,注意与亲友、同学的关系。

第三,加强心理健康教育 and 宣传,当青少年出现心理问题或心理障碍时,要寻求专业人士的帮助,避免上网寻求心理安慰。

(五) 药物依赖

1. 药物依赖的概念 药物依赖(drug dependence)又称药瘾(drug addiction)、药物滥用(drug abuse),WHO已于1964年正名为药物依赖,1974年定义为强烈渴求并反复应用药物,以取得快感,或避免不快感为特点的一种精神和躯体病理状态。WHO将常见的成瘾药物分为八大类。除了烟草类,它们的药理性质和成瘾特点可概括如表12-2。

表12-2 常见的各类药瘾特点

成瘾药物	精神依赖	躯体依赖	耐药性	危害性	同类药物
吗啡类	强	强	强	强	阿片、海洛因、可待因、哌替啶
巴比妥类	较强	强	较强	较强	各种催眠剂及抗焦虑药
可卡因类	强	不明显	无	无	可卡因
大麻型	较强	不明显	无	无	印度大麻、北美大麻
苯丙胺型	强	不明显	强	较强	苯丙胺、右旋苯异丙胺
Khat型	较强	不确定	无	不确定	
致幻剂型	较强	无	易产生,易消失	较强	麦角酸二乙酰胺(LSD-25)、南美仙人掌毒碱

2. 药物依赖的原因

(1) 客观环境因素:在旧中国,据估计全国有1500万左右的鸦片“瘾君子”。新中国成立后,在短短三年内控制了“鸦片成瘾”问题。战争期间常有吸毒的流行,Penlagon(1971)统计,在参加过越南战争的美国退伍军人中有2.6万~3.9万名海洛因成瘾者,占退伍军人总数的25%~40%。肿瘤患者反复使用吗啡止痛,为镇静、催眠而长期使用巴比妥、甲丙氨酯(安宁)、地西洋(安定)等可引起医源性成瘾。风俗习惯性,如南美印第安人吃可卡因的叶子,墨西哥印第安人吃植物Peyotl(一种仙人掌)的尖头端,均与成瘾有关。

(2) 人格缺陷:药物依赖者往往有人格缺陷。病态人格、孤独性人格、依赖性人格被认为是“成瘾人格”(addictive personality)的特征。

3. 药物依赖的临床表现

(1) 心理(精神)依赖:心理(精神)依赖(psychological dependence)指对药物的渴求。所有成瘾药物均有精神依赖的特点。患者强烈渴求用药,虽然意识到对个人身体、精神和家庭、社会的危害,仍

不择手段地设法得到药物。药物戒断以后,精神依赖可持久存在。

(2) 躯体依赖: 躯体依赖(physical dependence)是指反复服用药物使中枢神经系统发生了某种生理、生化变化,以致需要药物持续地存在于体内,若停药会出现戒断综合征(withdrawal syndrome)。

(3) 耐药性: 耐药性(tolerance)指重复使用某种药物后,其药效逐渐减低,如要取得与用药初期的效力,必须增加剂量。为避免药物产生耐药性,应采用短期用药和及时替换的方法。

4. 药物依赖的干预 物质依赖常常是多因素的结果,与社会环境、心理特点和生物学因素都有密切的关系。近年的研究表明,阿片类和可卡因等被滥用的物质,可增加鼠脑边缘系统细胞外液中多巴胺的浓度。多巴胺使人产生强烈而短暂的刺激高峰,大脑的“奖赏”中枢发出愉悦的信号,使吸食者产生某种愉快和欣快感。研究表明,脑的“奖赏”系统的作用是产生精神依赖及觅药行为的根本动因。

(1) 冷火鸡戒断法: 冷火鸡戒断法是给患者硬性停药。一般7~10天可完成戒毒,简单快捷,但是患者的痛苦大。只用于吸毒时间短、吸毒剂量小且身体状况较好的患者。

(2) 替代疗法: 利用与毒品有相似作用的药物来替代毒品,以减轻戒断症状。然后在一段时间内(14~21天)逐渐减少药量。常用的药物有美沙酮等。

(3) 阿片受体拮抗剂治疗: 即纳曲酮治疗。纳曲酮为纯阿片受体拮抗剂,结构与吗啡极为相似,而作用与吗啡部分或完全相反。在体内与吗啡或其他麻醉性镇痛剂竞争同一受体,并拮抗吗啡大部分药理作用,能明显地降低或全部阻断静脉注射阿片类药物的效能。

(4) 可乐定戒毒法: 可乐定具有抑制成瘾药物的戒断症状的作用,目前主要用于脱毒治疗的辅助治疗。

(5) 支持疗法和对症治疗: 阿片类物质成瘾者普遍存在着营养不良,各种支持疗法中促进大脑代谢的药物对摆脱戒断症状、改善机体营养代谢有较好作用。

(6) 心理社会干预: 主要有认知行为治疗、行为治疗、团体治疗和家庭治疗。认知行为治疗着重改变导致适应不良行为的认知、改变导致吸毒的行为方式、帮助患者应付急性或慢性渴求、促进患者社会技能并强化其不吸毒行为;行为治疗是通过正、负强化和惩罚增加患者的不吸毒行为,减少患者的吸毒行为;团体治疗就是对具有相同或相似问题的患者给予集体治疗;家庭治疗着重于改善家庭成员间的关系,改善家庭环境,为吸毒者创造良好的家庭环境以使其达到戒毒的目的。

拓展阅读 我国健康心理学展望

1976年,美国心理学会认识到心理学除了在心理卫生中发挥作用外,还应当研究有损人类健康或导致疾患的心理问题和社会行为问题,探讨预防和矫正不良行为以及帮助人们学会应付心理社会的紧张刺激,提出了健康心理学(health psychology)的概念。一定意义上,健康心理学是心理学与预防医学相结合的产物,研究心理健康问题是其重要的内容。如今不仅在美国,在比利时、德国、英国、荷兰等许多国家也都建立了为数众多的健康心理学机构。澳大利亚政府和联邦政府直接提供研究资金开展健康行为和健康教育的工作。不少国家制定了公众健康法规,在减轻心理问题的困扰,促进心理健康,使心理学在行为医学和预防医学中发挥了重要的作用,在疾病的防治、不良行为的矫正、生理功能障碍的康复、意外事故的减少、精神紧张的缓解,以及运动锻炼与健康教育的普及等方面,都获得了较为显著的成效。

中国传统医学就有“不治已病,治未病”和“防病于未然”的主张。中国的心理卫生工作始于20世纪30年代,由于众所周知的原因一直在崎岖的道路上缓慢行进。直至20世纪80年代中期,心理卫生事业绽开新的花朵。目前心理卫生工作已涵盖社会生活的各个层面,心理健康问题开始被各方面所重视。

目前我国综合医院广泛设立了心理咨询科,社会上也出现了不少心理咨询的从业人员。人们开

始认识和接受心理咨询,对寻求心理医生的帮助开始持比较坦然的心态。在大地震、灾害性事件等各种突发公共事件中,已经活跃着医学心理学工作者的身影。对事件直接受害者、参与援救人员以及社会公众进行紧急心理援助和辅导,尽可能减轻创伤后应激障碍(PTSD)已成为一项常规性的工作。

在吸收国外先进科学成果的基础上,我国健康心理学方面的研究已经逐渐走出量表加电脑的初级阶段,一些研究工作开始借助先进的生物学检测手段,如借助计算机断层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)研究脑结构信息,采用事件相关电位(event-related potential, ERP)、脑电图(EEG)等研究大脑的功能及活动规律,探讨心理行为的发生机制和与健康疾病的关系。

2009年,由众多医学心理学工作者和心理学工作者参与设计和建议的科技部“心理疾患防治研究与示范”国家支撑计划项目的制定并开始实施,该项目包含十一项研究示范课题,涵盖各种常见的心理健康问题,国家资助力度几千万,显示了我国已由国家层面开始重视心理健康问题的研究和推广工作,预示着我国健康心理学研究工作开始进入一个全新阶段。

我国心理健康问题的研究和推广应用工作仍任重道远。根据有关资料,目前我国有5%的人存在不同程度的心理障碍,13%的人患有不同程度的精神疾病,20%~30%的大中学生存在不同程度的心理健康问题。社会需求不断在增长,来自社会各阶层和各科学领域的心理卫生从业人员也迅速增长,心理卫生工作者社会位置开始确立,但是合格的心理治疗师还非常缺乏,受过良好培训的专业人员不足制约了本专业的发展。从业人员的资格认定尚无权威机构,中国心理卫生协会虽然设置许多专业委员会,但彼此联系不多,调查研究工作大多为定量分析,定性研究不足,心理卫生的干预行动针对性不强。

今后,除继续深入开展健康心理问题的科学研究之外,还须使心理卫生工作的职业化逐步过渡到正规化;将心理卫生工作从一般宣传、讨论渐渐向指导干预过渡;继续开展科普宣传,使心理卫生观念继续深入人心;扩大和培养心理卫生工作队伍,提高从业人员的素质和业务水平;在综合医院,开展病房的会诊联络精神医学工作、加强普通医务人员的心理卫生宣教工作和加强综合医院心理卫生服务的研究和探讨工作。

(吴均林)

第十三章 医学心理咨询

● 本章提要

心理咨询是一个帮助、指导和教育的过程,即应用有关的心理、社会、文化、医学、历史等多方面的知识给予求询者以帮助和支持。目前,在国内许多地区已开展了多种领域和方式的心理咨询。在20世纪90年代,卫生部在三级医院达标评审中曾将是否有医学心理咨询服务作为重要指标之一,卫生部在“2002—2010精神卫生发展规划”已明确提出到2010年50%的县级或以上综合医院须有心理咨询或精神卫生服务人员,从一个侧面反映了心理咨询在现代医疗保健中的地位。在医学心理咨询过程中,将体现医学心理学的各种基础知识、理论和技能的应用。

本章将就医学心理咨询的相关概念、范围、临床应用,以及基本的要求与规范等作一介绍。在拓展阅读中介绍国外相关心理咨询管理的一些资料,旨在提高医学生对该领域的熟悉与认识。

第一节 心理咨询概述

近20年来心理咨询在国内日趋受到重视,国家劳动部委托中国心理卫生协会已开始着手心理咨询师的认证与培训。在国外,心理咨询大多由临床心理学家承担,主要是帮助人们解决各种社会与心理应激问题,提高其适应能力,如帮助他人作决定(是否人工流产或离婚)、帮助他人去适应(大学新生或患了不治之症的患者)、帮助患者改变不健康的行为方式(如戒烟、戒酒)等;也可作为精神障碍的辅助治疗。必须指出,在国外,心理咨询不等同于心理治疗,是非专业治疗人员所应用的一般指导方法,精神科医师更多的是应用专业心理治疗技术而非咨询,在国内,因为尚没有形成专业心理治疗大气候,因此目前常将这两者等同与并存。

广义上来讲,心理咨询是一个帮助、指导和教育的过程,应用有关的心理、社会、文化、医学、历史等多方面的知识给予求询者以帮助和支持。而提供指导的人员可以是心理学家,也可以是教育工作者、医务人员、社会工作者等,在国外,还可以是自愿、义务工作者。当然,咨询工作者虽然可以分属各行各业,但都必须经过一定的专业咨询理论和技术的培训,因为心理咨询仍有其特有的技巧和规律。为什么这样说呢?众所周知,心理咨询的形式主要是通过言语的交谈,而言语的沟通是构成咨询者与求询者之间的桥梁,倘若未能掌握较好的言语与交谈咨询技术,很可能会“话不投机半句多”;但如果是有经验的咨询者,则可能会使求询者感到“与君一席谈,胜读十年书”。因此,心理咨询是一项很重要、很高尚、很神圣的工作。正是因为重要,因此更需要咨询工作者有诚实、助人之心,应用广博的人文、社会学知识和深入浅出的心理卫生知识给予求询者有效、实用的指导和教育,同时结合使用心理治疗或咨询的特殊干预技术帮助求询者克服某些特殊的心理问题或障碍。

一、定义

1. 咨询(counseling) 系指商谈、征求意见、寻求别人帮助。Riesman 定义为：“咨询乃是通过人际关系而达到的一种帮助过程、教育过程和增长过程。”即通过咨询给来访者以帮助、教育,使他们获得益处。因为咨询是一个过程,因此,咨询需要多次,每次常需持续一段时间。

2. 心理咨询(psychological counseling) 是心理学的一个分支,国外称之为“咨询心理学(counseling psychology)”,且应用非常广泛,发展相当迅速。参加心理咨询的心理学家,一般要有哲学博士或教育学士学位,受过咨询心理学的专门训练。心理咨询的主要工作对象是正常人,所着重处理的是人们的正常需要和问题,咨询专家通过与来访者交谈与讨论帮助他们,找出已经存在于来访者的内在积极因素,并促进其发展。对于需要改善环境者,也是在分析现有条件基础上提供改进意见,并非人格重建。根据《美国哲学百科全书》中的定义,心理咨询是:①主要着重于正常人;②对人的一生提供有效的帮助;③强调个人的力量与价值;④强调认知因素,尤其是理性选择和决定中的作用;⑤研究个人在制定目标、计划及扮演社会角色方面的个性差异;⑥充分考虑情景、环境因素,强调人对环境资源的利用,以及必要时改变环境。当然,心理咨询又可根据其不同群体,分为学校心理咨询、家庭心理咨询、厂矿心理咨询等。另外,根据其主要咨询内容又可分为人际心理咨询、法律心理咨询、教育心理咨询和医学心理咨询等。

3. 医学心理咨询(psychological counseling in medicine) 是心理咨询中的一个重要分支,但它和普通心理咨询不同,有其自身的重点和任务。它的主要对象是患者或寻求医学帮助和指导的人们。它着重处理的是医学领域内的心理学问题,也运用心理治疗或医学治疗(如药物),帮助患者恢复身心健康。因此,医学心理咨询和整个医学的目标一致,是医学实践中的重要组成部分之一,是贯彻生物心理社会医学模式的临床实践。参加医学心理咨询的人员应该具备相当的医学知识和技能(国内目前要求在医疗机构执业须首先具备医师资格),又具备一定的心理学、社会学的知识。这样的人员才能胜任医学心理咨询,真正达到帮助患者恢复身心健康的目的。

所以,医学心理咨询是通过医学会谈和讨论(必要时进行心理测验),查明患者心理障碍的性质和可能的原因,给予劝告、建议、教育、支持和各种形式帮助的过程,包括运用简短的心理治疗和医药治疗(即综合干预)。

医学心理咨询根据医学各科又可再分为许多细目。如内科、外科、儿科、肿瘤等心理咨询,其中精神病学是以研究病理心理为主要内容的学科,同医学心理学有密切的关系。精神疾病咨询是医学心理咨询的一个重要部分,但不应把医学心理咨询和精神疾病咨询等同。医学心理咨询面向内、外各科,虽然它借用了精神病学的若干病理心理术语,有时也需要应用某些精神药物(原则上为精神科医师承担),但其对象毕竟有很多差别。

二、意义

医学心理咨询适应于生物、心理、社会医学模式的要求。由于医学事业的发展,人民群众不仅要求身体健康,也要求心理健康和健全的社会适应。因此,医学心理咨询工作的开展也是一个地区医学事业发展水平高低的标志。医学心理咨询的意义有:

(1) 许多人的患病感觉或不舒服的症状由心理社会因素引起,理解和消除这些病感或症状,单靠生物医学方法不行,必须通过医学心理咨询澄清病感的性质,采取适当的心理社会调整措施。俗话说说的“心病还须心药医”,就是一个恰当的说明。

(2) 患各种躯体疾病的人,往往有各种心理反应。例如,癌症患者因预后不佳常情绪抑郁;冠心病患者怕突发心肌梗死死亡而常有焦虑反应。这类心理反应如不消除,不但增加了临床复杂性,不利于诊断和治疗,而且还可能促使病情恶化或导致意外危险。

(3) 医学心理咨询对心理生理疾病也有积极作用。这类疾病虽然是躯体疾病,但其发病常有心

理社会应激和生理心理易感素质。如冠心病患者中,很多人原先具有A型行为模式,在心理社会应激作用下,有过多的儿茶酚胺分泌,形成了对冠心病的易感倾向。但这种A型行为模式可以检测,也可以通过医学心理咨询,进行指导方针导向性训练和转变,以利于预防和治疗。

(4)医学心理咨询加强了普通医学、心理学、社会学、精神病学之间的学科联系,有利于各学科在医疗、科研工作中互相渗透、互相补充,既促进医学研究的发展,也有利于行为科学本身的发展。

三、历史与现状

由于诸多的历史原因,心理咨询与心理治疗在我国的开展和临床应用只是近20多年来的事,虽然早在新中国成立前,精神分析等心理治疗的一些著作已由我国老一辈的学者译成中文,但实际应用几乎没有。新中国成立后,在大跃进年代,曾有一些学者提出“综合快速疗法”治疗神经衰弱,但受前苏联的纯生物精神病学模式和当时的政治、历史背景影响,并未得到推广和认可。因此,在1980年以前出版的国内精神病学教科书中几乎很少介绍西方心理咨询与心理治疗的方法,更多的是侧重药物治疗和其他物理疗法。自1980年以来,尤其是在90年代,随着对外学术交流的发展,国内逐步有学者比较系统地介绍了西方的许多心理咨询和心理治疗方法,并用于临床实践。同时也有许多心理治疗与心理咨询的短训班在各地举办,培养了一大批心理卫生工作者,其中比较有影响的学习班为中-德心理治疗讲习班,中-美认知心理治疗讲习班等。在上海、北京、广州、南京、长沙和昆明等地逐步形成国内心理治疗与心理咨询的临床培训基地,中国心理卫生协会亦先后成立了心理咨询与心理治疗、危机干预两个专业委员会,出版了一些有关这方面的专著。医学心理学和精神病学教科书及相关专著中亦增添了有关这方面的许多内容。

目前,在国内许多地区已开展了多种领域和方式的心理咨询,如人才的选拔、职业咨询,大、中、小学校的学生心理咨询,恋爱、婚姻与家庭咨询、综合医院与专科医院患者的医学心理咨询等。在20世纪90年代,卫生部在三级医院达标评审中曾将是否有医学心理咨询服务作为重要指标之一,卫生部在“2002—2010精神卫生发展规划”已明确提出到2010年50%的县级或以上综合医院须有心理咨询或精神卫生服务人员,从一个侧面反映了心理咨询在现代医疗保健中的地位。

第二节 心理咨询的工作模式

一、咨询方式

一般分为门诊咨询、院内咨询、信件咨询、专栏咨询、电话咨询和访问咨询等。

1. 门诊咨询 综合性医院医学心理门诊咨询应定期开诊,每周一次或几次。为了有充分时间会谈,使咨询更有成效,每次门诊人数应有一定限额。如来访者过多,可实现预约登记、限额挂号的办法。由于心理问题的特殊性,咨询的医务人员应负责对来访者所谈问题保密,但咨询记录必须完整、真实。

2. 院内咨询或会诊 内、外科或其他科住院患者出现心理问题,如拒绝治疗、伴发抑郁或焦虑,乃至发生脑器质性综合征时,可以请院内医学心理咨询。也可在综合性医院内建立由医学心理咨询医师、精神科医师、心理学工作者和其他医师组成的“联络咨询组”,一起研究处理患者的心理问题。

3. 信件咨询与专栏咨询 在报纸、期刊上开设专栏,对要求咨询的来信选择有典型意义、适合刊登的心理问题加以答复,这对于普及心理卫生知识有积极作用。有些来信也可给予个别答复。

4. 电话咨询 国外为了处理自杀危机或其他心理危机,设有热线电话,医生对来访者给予劝告或建议,约定时间门诊复查,以协助来访者渡过危机。我国情况与他们不同,这类情况常被送到精神科急诊处理。不过,国内近年许多地方开设了热线电话咨询服务,取得了较好的社会反响,如上海心理健康热线1990~2000年共接询处理6.3万余人次。

5. 访问咨询以及网上咨询 指咨询医师到学校、工厂作现场观察与调查,找出问题,提供不同

职业群体心理卫生的建议。网上咨询是近年来兴起的一项新事物,目前国内有许多这样的网站,如 www.sm-line.com、www.psycard.com 等。

二、咨询范围

综合性医院医学心理咨询的对象主要是患者及其亲属,包括那些正在恢复或已经恢复的患者,以及有心理问题要求医学帮助指导的人们。综合性医院医学心理咨询主要处理以下各类患者或来访者:

- (1) 焦虑障碍(包括各种恐惧症和强迫症)。
- (2) 抑郁障碍。
- (3) 睡眠障碍,主要是失眠、多睡、睡眠窒息、梦游、遗尿等。
- (4) 慢性疼痛,但无器质性基础。
- (5) 不明原因的躯体症状。
- (6) 应激障碍和创伤后应激障碍。
- (7) 神经性呕吐、厌食与贪食。
- (8) 性心理障碍,如性欲减退、阳痿、早泄以及性变态。
- (9) 儿童、青少年的学习障碍、品行障碍与适应障碍等,如注意缺陷障碍(ADD),又称多动症。
- (10) 躯体疾病伴发的心理反应。

综合性医院医学心理咨询范围,通常不包括有幻觉、妄想和严重行为紊乱的精神病患者,因为综合性医院不具备处理这类患者的条件。这类患者需要精神科的专门处理。但在医学心理咨询时,可能发现尚处于早期或幻觉妄想尚不明显的精神病患者,则应建议他由家属陪同去精神科就诊。

三、心理咨询人员的要求

我国医学心理学发展较迟,目前尚缺乏专业的医学心理咨询工作者,根据医学心理咨询的任务和要求,可由临床医师、精神科医师、临床心理学家担任或以临床医师为主体,配备心理学工作者和有经验的护士组成咨询小组。

鉴于来访者情况多种多样,涉及范围较广,所提问题复杂繁多,病情与环境因素夹杂在一起,症状与思想问题互相混淆,所以具体咨询实非易事。临床医师也须经过适当的医学心理学训练,才能担任这项工作。以下是中国心理卫生协会所发布的有关心理治疗与心理咨询工作者注册资格的规定。

1. 中国心理卫生协会有关心理治疗与心理咨询工作者注册资格的规定

(1) 具有中国心理卫生协会或中国心理学会(以下简称两会)会员资格,并向两会提交申请(非两会成员如符合下列条件,亦可参照本规定向两会提交申请)。

(2) 具有心理学或医学高等学历(学士、硕士、博士学位)或通过两会有关附加考试。

(3) 严格遵守两会所制定的有关心理治疗与心理咨询工作者道德准则。

(4) 心理健康,并且符合下列(5)~(8)项条件者。

(5) 必须具有至少2年,每周不少于4小时的心理治疗与咨询临床实践经验。

(6) 必须获得两会认可的培训机构或培训项目的心理治疗与咨询培训证书(其中培训课程或培训项目的的时间不得少于3个月)。

(7) 至少完整地作过5~8例患者治疗或咨询,并能提交2例经8次以上系统治疗或咨询的完整案例。

(8) 通过两会的心理治疗与心理咨询专业知识的考试(包括心理治疗与咨询的基本概念、心理障碍、心理诊断、心理测量、治疗过程、治疗关系、治疗会谈,以及心理分析、行为治疗等学派的理论和技术,并包括案例分析和制订治疗方案等内容)。对于不具备心理或医学方面高等学历的人士,将加试有关心理学方面的基础知识。

2. 心理咨询员修养和特征的基本要求 对于心理咨询员修养和特征的基本要求,著名心理咨询学家伊根(Egan)曾归纳为如下15个特质。

(1) 积极面对自我的成长,这包括了身体、智能、社会、情绪和精神的层面;因为他知道自己要作为咨询员的模范。

(2) 注意身体健康,以便有旺盛的精力来生活和工作。

(3) 他有适度的智能,同时不断主动地阅读、学习来提升自己,使自己能更有效地帮助人。

(4) 他有良好的常识和社会生活能力,同时有能力对广泛的需要作应对。

(5) 他关注来访者整个人,注意聆听对方的说话,也能从来访者的角度来了解对方。

(6) 他尊重来访者,不会批评他,并相信来访者有潜在的动力和资源能够帮助他自己尽力有效地生活。

(7) 他很真挚诚恳,如有需要,他能和来访者作个人分享。

(8) 他的表达是具体间接的。

(9) 他协助来访者将自己的经验、感受和行为作整合。

(10) 只要对来访者有利,他会出于关心地作奉献。

(11) 他知道仅有自我认识是不够的,所以会协助来访者作行为方面的改变。

(12) 他是个注重实效的人,他明白整个心理咨询过程是为了应对来访者建设性地改变行为。

(13) 他拥有自己心理咨询的模式和风格,能够灵活地运用及变更。

(14) 他乐意与人相处,也不害怕进入别人的生活深层,和他们共同去面对生活中的困扰。不过,他并不是靠帮助人来满足或解决自己的需要,而是很珍惜和尊重自己有帮助人的权利。

(15) 他不会逃避自己生活中的问题,相反会去探讨,认识自己,做一个不断发展的人。他了解受人帮助是怎么一回事,明白在这个过程中若不能为别人提供帮助,就会有害于别人,因此他十分谨慎地进行工作。

3. 咨询员对待他人应该具备的优良品格 成功的心理咨询员的素质也可归纳为善待他人的品格,善待自己的品格以及助人为乐这三个最基本的方面:

(1) 有能力:对处理来访者的问题既有信心又有能力。

(2) 可信赖:能使别人予以充分的相信,给人一种充实和安全感。

(3) 与人为善:能以来访者的利益为重,全心全意地为来访者服务。

(4) 求实进取:有积极的人生态度,有求实的作风和进取的精神。

4. 咨询员对待自己应该具备的优良品格

(1) 能与别人认同:能意识到自己是社会的一员,有能力和别人相处好。

(2) 有能力:能处理好自己的问题,也能帮助别人解决问题。

(3) 有价值:能正确认识自我价值,做到自尊自爱,人格完善。

(4) 有自信:能对自己充满信心,相信自己能充分发挥潜能去帮助别人。

5. 咨询员助人为乐精神的体现

(1) 帮助来访者开放自己,迈向新的发展道路。

(2) 在关注他人的同时也关注自己,但目标是为了帮助别人从心理困惑中解脱出来。

(3) 注重事物的高度和深度,把握事物的整体和发展规律。

(4) 乐意同他人分享,能接纳别人和自己,除了优点外也包括短处。

(5) 全心全意地投入到帮助别人的过程中,与来访者的关系相处得十分融洽。

(6) 鼓励和促进来访者在咨询过程中进行探索,着眼于来访者的转变过程而并非是最最终的结果。

第三节 心理咨询的程序

一般来说,门诊咨询的程序包括:挂号,然后填写医学心理咨询记录卡与普通门诊卡。咨询开始时,先由来访者陈述要求咨询的主要问题。医生要注意把问题性质弄清楚,并进行必要的躯体与心理

检查,或作 SCL-90等量表评定,作出初步诊断。医生或咨询小组确定处理原则,如仍有材料需要补充者,嘱来访者进一步提供材料。如果诊断明确,问题简单,则可提出咨询意见。问题比较复杂,需要进行系统性心理治疗者,则宜分阶段进行。首次门诊应解释治疗的原理和要求,帮助来访者建立信心,消除疑虑,并预约定期门诊;每次门诊咨询结束,布置家庭作业。院内咨询的程序与一般会诊相仿,如需连续多次咨询,则由咨询医生安排时间定期会见患者,进行检查或心理治疗。图13-1简列了医学心理咨询的过程。

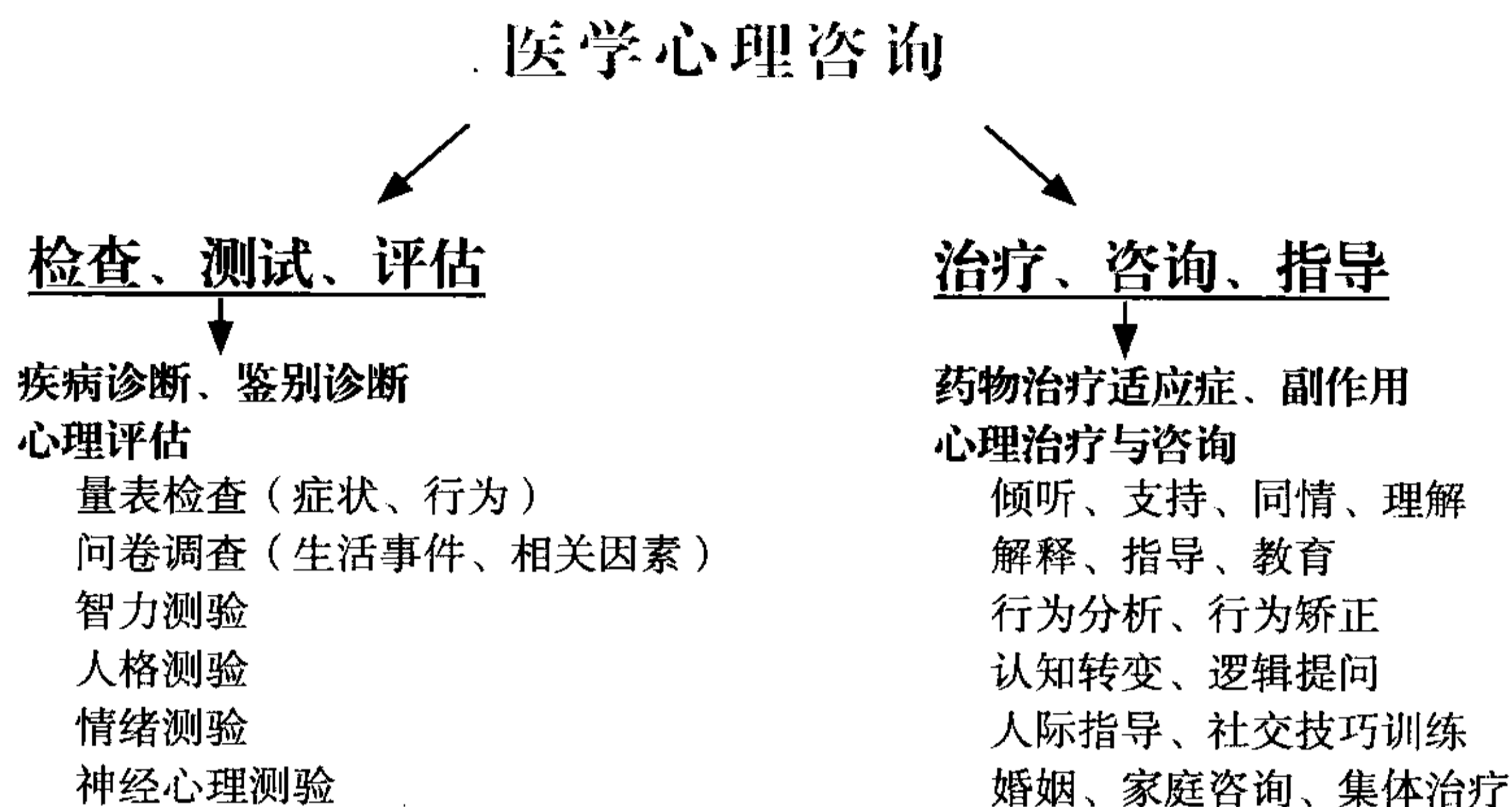


图13-1 医学心理咨询的一般过程

一、过程

心理咨询是一个帮助人适应和发展的过程,咨询员在整个咨询过程中应以敏锐的感受性和洞察力深入了解对方。同时还需要对他们尊重、接纳和关注,使他们的潜能得以达到完美的发展。个别直接心理咨询的基本过程可以分为四个阶段:准备阶段、探讨反应阶段、行动阶段和发展阶段。

1. 准备阶段 第一阶段是咨询员和来访者建立良好关系的开端。关注和聆听是咨询员在这个阶段的重要工作。除了对于来访者的表情、姿势、神态、举止、动作等身体外表方面的关注之外,也需要关注他们的心理状态,如情绪、语言、思维等。同时还需要十分留意地去聆听来访者的言语表达,包括语音、语调和用词等等。鼓励他们用语言和非语言的表达方式来表达他们的心声,表达他们所关心的事物和切实的愿望。

2. 探讨反应阶段 在咨询的第二阶段咨询员应该着重做好两方面的工作,一方面是探讨来访者的反应方式,即在仔细地聆听的基础上和来访者探讨他们所持的反应方式和何为合理的反应方式。另一方面是帮助来访者了解自我,使他们对自己的问题有全面的了解和认识,并能确切地表述和阐明自己切实存在的问题和困难。咨询员在这阶段中所采用的技术不仅是对来访者身心方面的关注,还需要与他们澄清和确认客观存在的矛盾和困扰。此阶段的工作目标是:

(1)使来访者充分敞开自己,表达自己,毫无顾虑地倾诉自己的心事和所关心的周围事,并能放松坦然地宣泄自己的感情。

(2)启发来访者进行反思,引导他们反思当前面临的实际情况,反思现实生活的意义和感受,同时也要反思引起心理困扰的直接和间接原因。

(3)帮助来访者了解自己,使他们确切地了解自己的困难、感受和目标。如果在此阶段能找到来访者的问题症结,那么就能较顺利地进入第三阶段。

3. 行动阶段 行动阶段是咨询中最重要的阶段,因为来访者正是在此阶段开始改变自己,获得适应和发展。咨询员应该把求得这种改变和发展作为此阶段的工作目标。咨询员可以从以下几方面着手,帮助来访者具体地实施转变:①帮助来访者了解和意识自己的价值观;②改变和矫正功能失

调的信念;③设定自己的短期目标和长期目标;④分析和评价现实环境中存在的阻力和动力;⑤作出如何付诸行动的决定;⑥选择能够达到目标的行之有效的途径和方法,并制定行动步骤;⑦激励来访者,从有决心到有实际的行动;⑧通过进度评估,肯定来访者付出的努力和取得的成绩,并检查是否有新的阻力和困难,求索社会各方的支持,适当修正努力的方法和进程。

来访者在这阶段中的努力也相应包括开放自己、明确目标、选择方法、确定步骤、采取行动、反省评估、继续努力。

在一般情况下,当第三阶段的会谈结束时应该完成常规的心理咨询工作。如果来访者对自己成长发展有很高的期望,主动要求咨询员继续指导,力求深度发展,咨询工作就需要进入发展阶段。

4. 发展阶段 发展阶段的目的是使来访者作较大幅度的改变,求得全面的发展和成长。因此咨询员的工作重心应放在对来访者进一步评估进度、督导和鼓励支持上。所用的技术是关注聆听、探讨反应和评估激励等。

二、原则

医学心理咨询要取得好的效果,医生必须遵守以下几项原则,在会谈中努力贯彻。

1. 耐心倾听,鼓励疏泄 从事医学心理咨询的医生必须满腔热忱、乐于助人,同情地、理解地倾听患者诉说,不要任意打断患者谈话。这种倾诉常能减轻患者的不良情绪,有一定治疗意义。但是,很多患者对于这类倾诉存在种种疑虑,他们怕被人看不起,怕被当成精神病,怕医生责怪。因此,对他们要加以鼓励,告诉他们:医生正准备给予帮助,倾吐内心不快既有助于医生了解他们的情况,也可减轻自己的精神负担。

2. 积极支持,建立信心 一旦患者倾诉了大量的痛苦体验,医生应表示同情和理解。同时反复说明,心理障碍通过适当步骤是会好转的。对患者的各种误解和担心,包括有无精神病、会不会死、会不会变痴呆等,应鼓励其诉说,并给予耐心的、有说服力的解释,必要时给予强有力的保证,使患者理解问题实质,看到希望,树立信心。

3. 解释得当,应对审慎 咨询医生在问题性质未弄清之前,决不要轻易回答问题。医生应根据科学知识,善于引导患者自己寻求答案。解释要有理、恰当,切忌发表模棱两可、没有根据的咨询意见。不要简单、草率地敷衍患者,也不要单纯干巴巴地说教。一时难以解答时,可要求患者进一步提供材料,或心理测验,预约下次再诊。

4. 尊重患者,严守秘密 心理咨询常涉及患者的个人隐私、人际关系、夫妻感情和社会问题,很多患者不希望为其他人知晓。对来访者所谈的个人隐私,应严守秘密,不得随便谈论。非咨询人员不得参与会谈。如处理不当,可能会构成法律问题。

5. 解决问题(problem-solving) 寻求咨询,目的是为了得到帮助和解决问题,因此,在咨询中帮助患者学会解决或处理问题的方法是非常必要的。其基本步骤为:①了解和澄清问题的性质,并列出所有的问题;②让患者挑选其中的一个问题先着手解决(即学会分清主次);③帮助患者考虑各种解决问题的可能方法,并列出各种可能的方案,最好是写下来,然后选择其中最可能实施和成功的方案;④根据作出的选择,付诸行动去实施或执行;⑤评价实施的结果。如果患者问题解决,再选择下一个要解决的问题,仍按上述步骤进行。如果问题并未解决,则咨询医师应该帮助患者共同回顾上述的每一个环节,寻找可能的症结所在,并改正之,这样可以提高解决问题的成功率。一般来说,在咨询过程中应鼓励患者独立地提出问题和解决问题,以便使其学会应对、处理问题的策略和解决问题的技巧,学会“举一反三”地应用于日后的生活和工作之中,这种形式的解决问题方法每次约30分钟,整个疗程为4~8次。

三、基本技术

咨询的基本技术与一般心理治疗技术大致相同,但特别强调咨询工作人员的会(晤)谈技巧,

即除了耐心倾听之外,还应该注意态度(attitude)、基本的会谈方式(basic way of talking)、集中注意(concentration)、指导(directing)与解释(explanation)。为方便记忆,将此几点的英文单词第一个字母缩写,称为会谈技巧 ABCDE。

1. 如何开始会谈 会谈的首要任务是弄清要求咨询的问题,包括问题的性质、影响、形成原因。因为有些来访者由于种种原因采取了迂回曲折的方式来求诊原因。如他(她)要求对头痛、失眠咨询,但他(她)的真正问题乃是工作困难或夫妻不和。他(她)要求检查有无脑部疾病,理由是记性不佳,其真实原因却是情绪抑郁。此时要求医生记住两点:一是全神贯注,把眼睛看着来访者,以表明自己正在倾听诉说。切不可心不在焉,也要避免外来干扰。不全神贯注会谈,会遗漏重要信息,来访者感觉也不好。二是以开放式问题开始会谈。所谓开放式问题是指一种不能用“是”或“否”来回答的问题。如一开始就用封闭式问题,则使会谈陷入被动、呆板,而封闭许多重要信息,来访者感到没有机会用自己的言语说明问题。当问题范围已清楚,为了进一步澄清问题时,可以用封闭式问题追踪。不过,在会谈过程中,仍主张多运用开放式问题来提问。

2. 继续会谈的要点

(1) 尽可能鼓励和促进会谈,要使来访者感到医生对他所谈内容感到兴趣。采用切合来访者身份的开放式问题提问和反馈,如点头、轻声应答、目光接触等都是对来访者谈话的一种促进。

(2) 对躯体性诉述,应着重用开放式提问,有利于探索症状的心理社会原因,弄清躯体性诉述是疾病引起,还是心理原因引起的病感。也有利于避免暗示性。

(3) 整个会谈应是从开放式逐渐趋向于封闭式。封闭式不宜使用过早,主要用于澄清问题、控制会谈方向、避免来访者讲许多无关的内容。

(4) 集中于现在问题,而不是过去。当然与现在问题形成有关的过去事件也属会谈范围。但如果在往事的会谈上停留过久,就会妨碍现在问题的解决。

3. 提高会谈能力

(1) 心理咨询要求医生在会谈时,对来访者表达的心理痛苦或危机的言语线索有高度的敏感性。这种敏感性来自于对心理障碍的熟悉程度和心理咨询的经验。如来访者诉说不敢去看电影,因为一到影院时就感到害怕,便要逃出来,就应询问有无惊恐发作,如发作时胸闷、心慌、濒死感、过度换气等。

(2) 医生要提高对来访者心理问题的非言语性暗示的敏感性。来访者的心理障碍可能通过其动作行为、表情姿态显示出来。如抑郁性障碍可见精神运动性迟缓、语调低沉、面容不愉、进食减少等。书写遗嘱可能提示有自杀危机。

(3) 医生要有对付多语患者的能力。因为言语过多的患者常提供过多的无关或枝节材料,对诊断治疗无益,反而浪费许多时间。通常医生总能等到适当间隙,用提问来控制会谈。此时医生既要坚定,又要有礼貌,避免引起患者的不快。

(4) 咨询医生要有掌握心理检查资料的能力。这种能力同样需要反复训练,决非一朝一夕之功。要善于从错综复杂的心理社会背景中找出有重要意义的材料,要善于去粗取精、去伪存真,对含糊不清的地方要注意澄清。

四、需注意的几个问题

1. 坚持生物、心理、社会模式 医学心理门诊中,来访者的情况多种多样,要求咨询的问题也很复杂。医生务必对他们要求咨询的问题从生理、心理、社会几方面追溯原因,然后才能把问题的性质澄清,提出的处理措施才能大致准确。例如,患者要求咨询的是数月来食欲不振、消化不良,实际上她还有失眠、情绪不良,然而患者由于某种原因(例如她不把情绪不良看成需要医生帮助的问题)没有说到情绪问题。如果不全面了解患者情况,就会忽略她的抑郁症的诊断。又如,患者诉述头痛,而他的真正问题却是夫妻关系紧张,头痛只是一种症状。更有的来访者可能有复杂的社会背景,他们提出

某些申诉要求咨询,其真正的意图却是借用医学诊断企图来回避他们的困难乃至罪责。在这种情况下,医生应保持敏锐的洞察力,必要时应向有关方面调查。

2. 防止漏诊器质性疾病 有的器质性疾病患者,可能因为药物疗效不满意,转向医学心理门诊要求咨询。也有的患者既有器质性疾病,同时又有心理障碍存在。例如,患者有冠状动脉粥样硬化性心脏病,但同时又有广场恐怖、惊恐发作。因此,医学心理门诊对每一个患者的躯体情况都应注意检查,必要时进行心电图、X线摄片、实验室检查等。即坚持生理、心理、社会的综合诊断原则。

3. 重视运用心理治疗 医学心理门诊不同于普通医学门诊,它必须给来访者有诉说心理问题的机会,对于心理障碍应采用各种有效的心理治疗,例如支持性心理治疗、行为治疗、认知治疗、音乐治疗、催眠暗示治疗与生物反馈治疗等。有些患者的心理问题经过简单的解释和保证就能好转,这种简易的心理疗法完全可在门诊应用。行为治疗也可在门诊指导患者应用,有时可把家属视为“协同治疗者”,这对许多神经症患者可以取得疗效。如果医生不重视运用心理治疗,一味开药,这就把医学心理门诊混同于普通门诊了,而且许多患者的“心病”也仍然不能消除。

4. 保守患者所谈的秘密 医学心理门诊中患者诉说个人的创痛、隐私,医生除了客观地、同情地倾听,也有恪守秘密的义务。患者的隐私、创痛常与强烈的情感体验有联系,患者谈了以后,情感得到疏泄,往往可引起疾病的好转。但如果医生不承担保密义务,把患者的资料任意泄露,就会引起患者的失望、不满乃至增加精神负担。可见医学心理咨询工作并不适宜在人群聚集的公园里和大街上开展。

5. 精神药物应用 医学心理门诊虽然重点是处理心理障碍,强调心理治疗,但并不排斥药物治疗,尤其是应用精神药物。这是因为有些患者虽有心理障碍,但不适合做心理治疗,而精神药物对其心理障碍却有肯定效果。例如,儿童多动症可用自我指导训练疗法和药物哌甲酯(利他林)。但前者要求专人指导,适合于学校;后者简便有效,常为家长、患儿乐意接受。神经症患者可采用抗焦虑药,安全有效。但在行为治疗时则不应提倡服用药物,尤其要避免抗精神病药、镇静催眠药,因为会影响学习过程。如果在服药的情况下有效,停药时可能会引起反复,使行为疗法的效果不巩固。一般而言,医学心理门诊配备的常用药物为:抗焦虑药、抗抑郁药及少量抗精神病药。

6. 转诊问题 对有幻觉、妄想和严重认知、行为障碍的患者来说,综合性医院缺乏相应的处理条件。这类患者应劝他们由家属陪同去精神卫生中心或精神病医疗机构求诊或咨询。而且这类精神病患者由于妄想或思维混乱,无法提供客观真实的病史资料;情绪敌对、不合作,也无法按咨询医生的意见去执行。因此,介绍这类精神病患者到综合性医院医学心理门诊来咨询,显然是不适当的。尽管如此,有时仍可发现某些精神病早期患者前来要求咨询,他们的行为尚无混乱,对医生的指导尚能理解,可有限制地给予少量抗精神病药,并嘱家属陪同其去精神病医疗机构诊治。有些患者有器质性疾病可疑,而咨询医生又不熟悉这些专科时,可建议其去有关专科检查。

拓展阅读 国外心理治疗和咨询管理介绍

在国外,心理治疗与咨询人员的专业管理比较严格,除对专业理论与实践经验的考核以外,还有一系列的伦理规范要求等。如在美国,对心理治疗师和咨询者负有管理责任并有明确管理标准的4个主要机构及其职能分别为:专业伦理学委员会、州注册部门、民事法庭(主要以民事法规处理渎职行为),及刑事法庭(criminal court,以刑事法规处理犯罪行为)。尽管这4个部门的职能可能有相当的重叠,但每一个机构都有不同的执行标准。

一、专业伦理学委员会

美国心理协会(APA)成立于1892年,1925年合并,于1938年成立了第一个科学及专业伦理学委员会。由于投诉的日益增多,引起了社会的广泛关注,委员会临时决定处理那些投诉问题,但当时没有正式而明确的伦理学标准,只能以舆论和劝说为处理的主要方式。1947年,该委员会的大多数成员

认为没有书面的规则 and 标准使工作显得无力、模糊和差强人意,因此决定制定一个正式的伦理学法典,并随即成立了一个制定伦理学标准的委员会。

伦理学标准委员会1948年成立了一个专门负责经验研究及起草法典的部门,并在1951年《美国心理学家杂志》(*American Psychologist*)发表了初步标准,归纳为6个主要方面:

- (1) 伦理学标准与公共责任;
- (2) 职业关系的伦理学标准;
- (3) 与来访者关系的伦理学标准;
- (4) 科学研究的伦理学标准;
- (5) 专业写作与出版的伦理学标准;
- (6) 教学的伦理学标准。

经过广泛而深入的讨论并几经修改,最后在1953年正式定稿为“心理学工作者的伦理学标准”(Ethical Standards of Psychologists, APA, 1953)。

目前,APA 伦理学标准修改为最新的版本“心理学工作者的伦理学原则和行为规范”(Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct,下文均简称“伦理学规范”,1992),它包括简介、前言、一般原则(如能力、正直、专业及科学的责任、尊重人的权利和尊严、关注他人的利益以及社会责任,期望指导心理学工作者达到最理想的专业水平),以及必须遵守的行为规范——具体的伦理学标准。

伦理学委员会最主要的任务是处理投诉。处理的方式有除名、取消注册、判处渎职和刑事处罚等,常见问题为:

- (1) 非职业的多重关系(包括性及非性的双重关系):如治疗师和来访者的性行为(在“取消注册”的案例中占63%);
- (2) 不适当的专业行为:如儿童的监护权,保密原则,测验的滥用,保险费用问题,不胜任职业;
- (3) 其他:不适当的研究、教学、管理问题,不恰当的公开发表错误、虚假或误导的言论。

二、州注册部门

美国50个州都有自己的法律和管理标准,要治疗师和咨询者遵照执行,以确保来访者的安全和利益。这些管理标准中的大部分都具体体现了伦理学原则,有些则相对世俗,如:交纳每年的注册费用等。正式的注册制度能有效约束治疗师及咨询者对其工作实践负责,如违反注册标准将导致延迟或取消其注册资格。

根据有关报道,被注册部门惩罚的行为有:

- (1) 与来访者性或非性的双重关系(25%);
- (2) 非专业、非伦理或忽视的行为(28.6%);
- (3) 欺骗性的治疗行为(9.5%);
- (4) 犯罪行为(8.6%);
- (5) 不充分或不正确的督导(4.9%);
- (6) 侵害来访者利益(4.1%);
- (7) 违反保密原则(3.9%);
- (8) 记录的保存不正确或不恰当(3.4%);
- (9) 申请注册时的欺骗行为(2.5%);
- (10) 没有遵照继续教育要求(0.7%)。

三、民事法规

每个州也都有自己的法规及专业标准,违反法规的治疗师和咨询者将要遭到渎职的指控。但由于每个州的标准不同,在一个州被要求的正当行为在另一个州可能是违法的。回顾1976~1991年的资料,临床工作者被指控为渎职的主要原因如下:

1. 不正当的性行为(20%) 在被民事法庭、注册部门或伦理学委员会正式立案的所有案例中占

最大的比例。特别令人震惊的是：相当多的患者成为治疗师的性牺牲品时年龄非常小，个别的仅有3岁。不正当的性行为不仅发生在治疗师与患者之间，在治疗师与其学生或督导之间也时有发生。

2. 不妥当的治疗(14%) 治疗师在选择或履行治疗计划时不胜任。这些案例中有很多是因为治疗师没有受过教育、培训或督导，没有资格在临床领域工作。主要有两种情况：第一，心理治疗师改变专业，如从临床工作到基础研究或从实验研究到临床咨询，而他们在新的专业领域没有受过正式的教育和培训，这种再次培训对保证工作质量非常重要；第二，心理学工作者在其合法的专业领域内用特别技巧(如：催眠、生物反馈等)，对特殊的人群(如：强奸存活者、乱伦作恶者、慢性患者)做治疗，但针对这些较特殊的情况他们没有受过充分的教育、培训和督导，研究表明大约25%的心理医生承认在某些情况下从事其不胜任领域的工作。

3. 其他 不正确的评估(11%)；违反保密或个人隐私原则(7%)；没有下诊断或错误诊断(7%)；没法归类的较特殊的个案(6%)；来访者自杀(5%)；破坏名誉(4%)；费用收缴的反指控(4%)；侵犯公民权利和丧失孩子的监护或探视权各占3%；不正确的督导、患者非正常死亡、违反法律规定、注册复审各占2%；违反合同、治疗失败或效果极差、没有诊断和治疗、放弃患者、不正确的指导、没有警告第三者、攻击或殴打患者、过分的影响来访者，各占1%。

四、刑事法规

每一个州的刑事法规通常颁布在刑事法典中。尽管不能确定心理治疗师犯罪的详细的实际资料，但其中最普遍的是欺骗行为，尤其是有关第三者支付费用的诉讼问题。APA代理律师们强调有关第三者承保险别的付款问题，不管是公家还是个人的保险，重要的是治疗师遵从所有的规定和法则。根据治疗师当时在监狱里服刑的时间能确定其违反某些规定和法则的严重性。在过去的10年中，大约15个州还对治疗师不正当的性行为颁布了法律和刑罚处罚条例，以期作为一种制约力量遏制和减少这种行为的发生。

介绍美国这方面的管理制度，旨在对目前国内蓬勃发展的心理咨询事业提供借鉴，只有严格管理和强调专业技能与道德，才能使心理咨询工作得以有序、健康和持续发展。

(季建林)

第十四章 医学心理学研究方法

● 本章提要

心理学、社会学、经济学、政治学、生物学、医学和物理学等所有的科学发现均须建立在仔细的观察和实验的基础上。为了系统和准确地获取数据,心理学家采用多种研究方法,包括自然观察、个案研究、调查研究和相关研究。与物理学和化学研究相比,心理学的研究对象是具有心理活动并受社会因素制约的人,研究内容包括外显行为和内隐行为。为了客观和科学地评估心理与行为、研究影响健康和疾病的心理行为因素,心理学研究方法还包括研制心理评估工具及运用心理评估工具的心理测验法。作为心理学的应用分支的医学心理学的研究由于涉及各种心身疾病和异常心理的发病率、致病因素、干预与治疗措施等临床领域,因此,对疾病上述问题的描述性研究、分析性研究和临床试验也是经常使用的研究方法。

本章主要介绍医学心理学研究方法的一般性问题及研究过程、类型和方法,以及实验研究设计和临床研究方法。

第一节 医学心理学研究方法概述

一、研究方法的一般性问题

(一) 科学性和客观性

科学研究方法关注的问题是通过研究形成学科的研究假说(或理论),这一过程必须是科学的和客观的,其科学性和客观性体现在解决问题时采用的工具、实施程序、资料分析、结果等必须符合三项特征:其一,客观性,不因人而变;其二,验证性,结果与理论可重复与验证;其三,系统性,遵循一定程序,以数据为依据。

(二) 研究目的

1. 描述心理行为状况 对研究对象状况做出描述和说明,回答的问题诸如“A、B型行为者有哪些主要的心理特征”、“癌症患者有哪些身心障碍”,以及“碘缺乏病区8~10岁儿童的智商分布”、“我国成年人中心身疾病的患病率的区域分布”等等。

2. 检验变量间关系的假设 研究所考察的变量间的关系复杂,或者无关,亦可能有着某种函数关系,或因果关系。例如回顾性研究显示,一段时间内所经历的生活变故增多,人们的躯体疾患和不适感也增多,这一结论提示生活变故同躯体疾患和不适间存在着关联。但是否存在因果关系,则需要进行实验研究。

3. 预测对象将来的发展 医学心理学研究的核心目的是预测结果,以便于干预。例如人的不同行为和人格特点对健康疾病的影响是什么?程度如何?某些遗传因素对心理障碍的发生有多大的影响?等等。

二、研究过程

问题解决模式是医学心理学研究过程的理论基础,研究过程分为提出问题和假设、收集资料、检验假设、建立理论四个步骤。见图14-1。

(一) 提出问题、分析问题和假设

问题来自实践活动、理论、以往的研究或文献,通过观察产生疑问,提出问题。分析问题是将提出的问题表述为清晰的问题,明确要研究什么,给概念做出操作定义(operational definition)。

操作定义是指概念能通过可观察、可测量或区别于其他事物的操作或过程表达。例如:智力的理论定义是:“人们在获得知识以及运用知识解决问题时所必须具备的心理条件或特征,其核心是理解判断或抽象思维能力。”但智力的操作定义是:“用智力测验测量出来的”能力或结果,具体到某一研究,则要说明智力是用哪一个智力测验测量出来的,采用瑞文测验还是韦氏测验,两者反映的智力的操作定义是不同的。

分析问题要查阅大量文献,包括发表的或未发表的文献。

假设是根据已有的科学事实和原理对未知现象做出的尝试性或假设性的推测。Borg 和 Gall 认为科学假设标准是:①说明两个或两个以上变量间的预期关系;②研究者应有假设是否值得检验的明确理由,这一理由是基于理论或事实为依据的;③假设具有可检验性;④假设应尽可能简洁明了。

(二) 收集资料

收集资料与假设有直接关系。如何收集资料要以研究设计为依据,无论应用何种研究方法,所收集的资料应符合具备真实性、可靠性、完整性和可比性的要求。研究设计中要遵循随机化、设立对照、足够的样本量、均衡的原则。通过合理的设计,减少偏差,使收集的资料客观,避免研究者的主观期望的影响。

(三) 检验假设和建立理论

根据假设,采用合适的方法处理资料和数据,进行检验。如果假设得到验证,就可能上升为理论。如果得不到验证,要回到第一阶段,重新分析问题、提出假设、收集资料、验证假设。如此反复,如果还不能得到证实,假设不能成立。否定假设也是成功的研究,因为研究过程是合理的。假设的否定可能会产生新思考,甚至新的理论,“失败是成功之母”,也会为后来者提供重要参考,避免重复错误,这也是对科学的贡献。

(四) 研究的信度与效度

任何研究都要考虑到研究的可靠性、结论的真实性和推广程度,医学心理学中表示为信度和效度。

1. 信度(reliability) 是指研究结果的可重复性,即如果在完全相同的实验或观察条件下,所得结果一致,便表明此研究结果是可信的或可靠的。但是,可以重复观察到的东西不一定是真实的东西,因此研究还必须具备一定的效度。

2. 效度(validity) 是研究结果或推论的真实性,或与实际相符合的程度。高效度是一切研究追求的目标,也是衡量研究价值的重要标准。研究效度分为内部效度(internal validity)和外部效度(external validity)。

(1) 内部效度:是指研究结论在进行研究的狭窄条件下被证实的程度。影响内部效度的因素包括心理行为研究的复杂性、研究工具的精确度、抽样的代表性和随机性、实验设计中对照的设置情况、测试人员的偏见等。另外,研究者的态度、倾向、人格和期待等因素既可以影响被研究者的行为,也能歪曲对观察对象的行为观测、记录与分析,也是影响内部效度的因素。

(2) 外部效度:是指研究结论可推广到其他入、其他条件、场合和情境的程度。坎贝尔-斯坦利(1966)总结了影响外部效度的因素,包括已进行过的实验处理的干扰、实验背景的控制程度、测验之

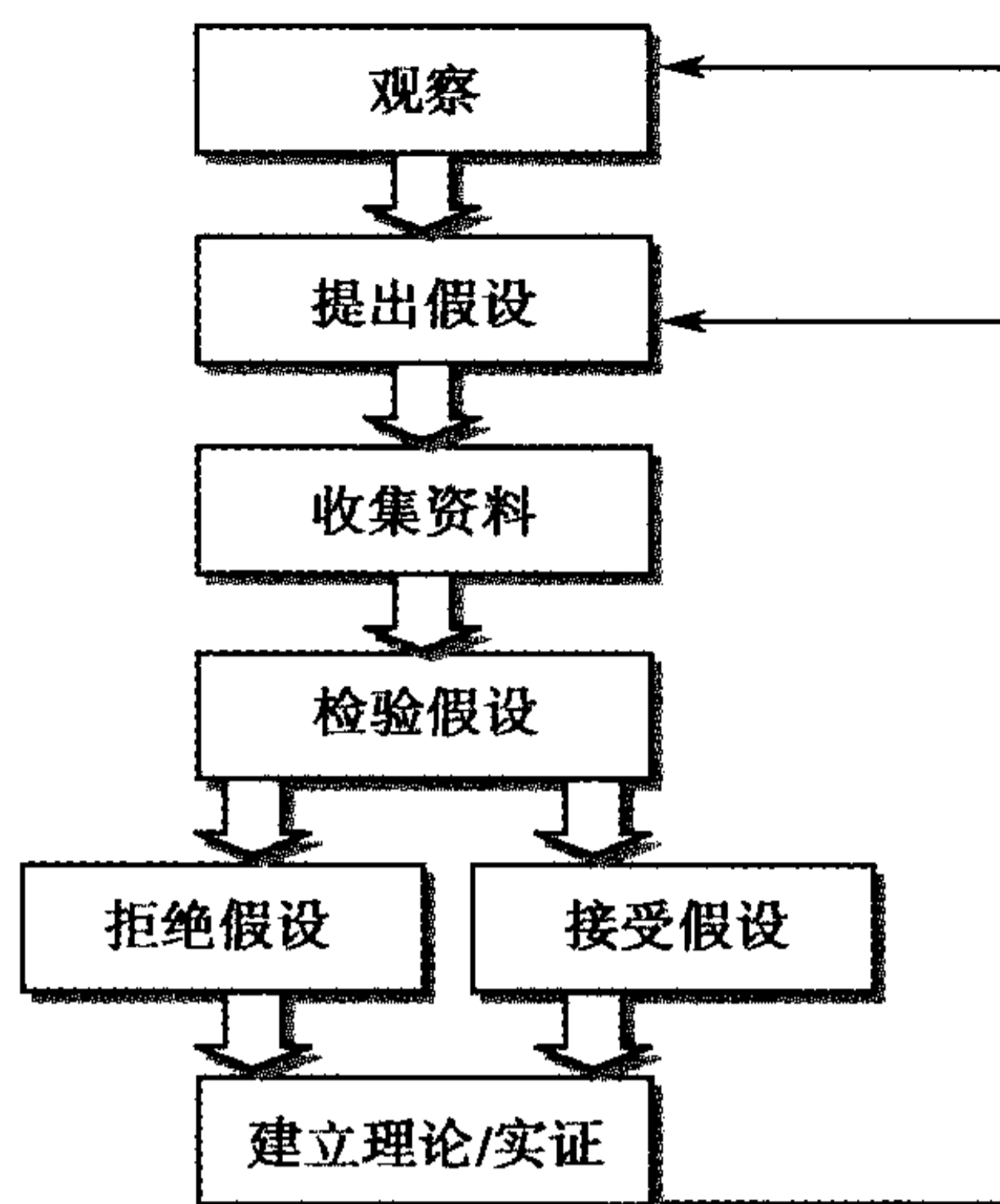


图14-1 医学心理学科学研究的过程

间的交互作用等因素。一般而言,对实验条件控制越严格,结果的推广应用范围越小。

三、研究类型

医学心理学研究的分类方法有多种,如根据研究目的分为基础研究和应用研究,根据研究性质分为描述性研究和控制性研究。常见的分类方法是按照研究所涉及的时间特点,将研究分为横断研究(cross sectional study)和纵向研究(longitudinal study),前瞻研究(prospective study)和回顾研究(retrospective study)。

(一) 横断研究和纵向研究

1. 横断研究 横断研究是选取在某些方面匹配的受试者,在同一时间内进行观察和评定,或者进行不同的处理(如治疗),比较其后果、效果和副作用。

横断研究的优点是节省人力时间,可以设计为有代表性的大样本研究,在短期内获取大量资料。缺点也很明显,即研究欠系统、较粗糙,不能完全反映行为发展、变化的过程,另外,横断研究要求选择的对照组具有可比性,但在实际工作中不可能找到完全相似的两组被试者,降低了研究的外部效度。例如,老年人的智力测验成绩低于年轻人,能由此推断智力随增龄而下降吗?显然,这个结论没有考虑智力除了受年龄增长的影响外,还存在其他影响因素,即影响智力的因素除了年龄外,尚有教育和动机水平等因素。

2. 纵向研究 纵向研究是对同一个或同一组被试者在指定的时间内进行追踪研究,适用于对同一个人的个案研究,或者观察、测量和评定被选取的一组人的研究因素在一段时间内所发生的变化。美国著名心理学家特曼1921年对1528名智力超常儿童做追踪研究,65年后仍在进行观察。即是纵向研究的例子。

纵向研究的优点是能研究心理发展规律及其影响因素,缺点是必须考虑被试者成熟、样本丢失、研究工具,及自然发生的波动等因素的影响。

(二) 回顾性研究和前瞻性研究

1. 回顾性研究 回顾性研究是由现在看过去,将现在同过去联系起来,或者将发生于过去的事件联系起来的研究方法。这种研究法可用于深入细致的个案研究,也可用来回顾性评定某种变量或因素在一组人或一种疾病中的作用。例如:在碘缺乏影响智力的研究中,多数采用的是回顾性研究,通过测试现在的智力,推测儿童脑发育关键期(0~3岁)时是否存在缺碘问题,尽管在儿童发展过程中存在很多其他变量,但研究仍然是很有价值的。

回顾性研究的缺陷:①因为研究是建立在对往事的回忆的基础上,因此所得结果会受到遗忘、虚构和防御机制的影响,也受到被调查者关于因果关系的观念的歪曲。②调查表或问卷可能会有遗漏,调查内容或项目的选择会受到研究者个人偏向和期待的影响,从而不自觉地影响研究结果。③回顾研究虽然可以确定变量间的相关关系,但不能检验因果关系。例如回顾研究已表明,生活变化单位同疾病间有相关关系,但不能因此而推断生活应激就是造成疾病的原因。

2. 前瞻性研究 前瞻性研究是由现在开始追访未来,其目的是预见。科学研究的最终目的是可重复的预见,因此前瞻研究是很有价值的研究。前瞻研究的结果和所形成的一套测量程序可被用来预见具体个体在具体情况下的反应(如攻击、自杀)或疾病的发展、对心理治疗的反应等。

四、研究方法

医学心理学的研究方法主要包括观察法、调查法、个案研究、相关研究、实验法和测验法。其中最基本的方法是观察法和实验法。这六种方法各自适用于不同的问题和目的。每一种方法都有其优点和缺点,有其不同的技术问题。

(一) 观察法

观察法(observation study)是通过对研究对象的科学观察和分析,探讨其心理行为规律的一种

研究方法。在自然情景中对人或动物的行为作直接观察、记录和分析,从而解释某种行为变化规律的研究方法称为自然观察法。由于观察研究中观察者的介入会影响被观察者所处的自然条件,因此,观察者必须注意防止被观察者觉察到自己是被观察的对象,以致影响被观察者行为,导致错误或无效的观察。

1. 观察手段 观察法除了直接观察研究对象的外部表现外,还可以通过录像、录音等记录被观察者的言行表现。依研究者是否参与被观察者的活动,观察法可分为参与性观察和非参与性观察。观察法按其被使用的场合,可分为自然观察法、现场观察法、临床观察法和实验室观察法。

2. 观察内容 观察法研究的对象是“可观察到的行为”,是指机体的外显行为。例如身体姿势与动作、面部表情和言语活动等。有些机体生理反应借助生理仪器也能成为可观察行为。另一种行为是内隐行为,指人的思想活动、认识和情感,是不能直接观察的,主要依据自我观察和自我报告加以了解。

3. 观察法的优缺点

优点:①观察法用途较广,使用简便,是一种最基本的研究方法。②被观察者是在自然状态下被观察,因此,这种方法可以获得比较真实的材料,为以后的研究指出方向。③不需要交谈。④费用低,使用的仪器少。

缺点:①观察法不适于内隐行为的研究:有些观察是不可操作的、不道德的或不适用的。例如,手淫、低声的威胁、抱怨和性行为等。②研究费时长:观察法由于是被动地等待某些现象的出现,因此花费时间较长。有时观察到的可能是一种偶然现象,而不是规律性的事实;而带有规律性的现象,因其稍纵即逝,也可能被忽略。③研究易受被观察者的影响:如被观察者突然发生身体不适。又如当发现别人在观察自己时,被观察者的行为会发生变化。因此,有时采用单向玻璃或摄像机进行记录。④观察者的偏差:如观察者的技术不熟练、观察者的期待效应等。因此,优秀的观察者要经过练习来掌握观察技巧,在观察时应找到自己的合适位置,使自己及自己的活动(如记录和观察)与周围环境协调。在自然观察中,观察者不能干涉被观察者已在进行的活动,或者改变环境。

(二) 调查法

调查法(survey methods)是通过晤谈或问卷等方式获得资料,并加以分析研究的一种研究方法。例如,为了研究手术效果与患者术前的心理反应的关系,可以在术前会见患者,通过交谈了解患者的焦虑水平、应对方式和对手术的期待。调查法由于多采用访谈和调查问卷的方式进行,因此不仅适用于个体,也适用于集体。调查法的具体实施方法包括:问卷、谈话、采访、座谈、书面材料分析等。

1. 调查问卷编制注意事项 问卷调查要注意问卷的设计是否合理、题目数量不宜太多,要做预测试。问卷编制中要注意一些问题:

(1)除了几个必要的背景或统计信息题目,其余题目要与研究的问题、假设直接相关。

(2)要避免题目不清,避免使用技术性术语,要能使答卷人读懂题目:如“你尿过床吗?”没有限定时间,不好回答。

(3)避免一问两答,一个题目只准包含一个问题:如“你认为主讲教师的板书和讲授内容是否符合规范?”就包括了两个问题。

(4)防止诱导性问题。

(5)避免敏感性或威胁性问题:对答卷人带来社会或职业压力的问题会降低回答率。

(6)避免问那些私人的或微妙的问题:如收入、年龄、违法经历。

(7)避免使用否定性题目:如“下列影响应激的心理中介因素不包括哪一种?”

(8)题目的选择答案应该是可以穷尽的,选项应具排他性。

(9)短句题目比长句题目好些,简单句优于复杂句。

(10)问题排列时,敏感性问题 and 开放性问题置于问卷后面。

2. 调查手段

(1)抽样调查:是用样本的估计量来估计总体参数所在的气氛,即用部分来估计总体,用有代表性的样本来估计总体的情况。抽样调查按抽样的方式又分为单纯随机抽样、系统抽样、分层抽样、整群抽样和多级抽样。

(2)访谈调查:需要培训调查员,学习如何接近受访者、如何处理拒绝,可以分为结构和非结构式访谈,或半结构式访谈(相关内容可参见第八章)。

(3)电话和网络调查:电话调查的优点是不受地理位置和距离的限制,有利于进行较大规模的调查研究,同时电话调查还可以从受调查者回答时的声调、语气和延迟等方面,获得一些额外的资料。网络调查与电话调查类似。

(4)邮寄调查:邮寄也是常用的调查形式,通过邮寄问卷而进行调查,是一种颇为经济的调查方式,缺点是不能保证受调查者按期寄回答卷。回收率低会降低调查结果的代表性,在信件中放上贴好邮票、写上地址的空信封,可提高回信率。

3. 调查研究的过程 研究者先要依据调查目的设计和编制问卷或调查表,必要时还要进行信度与效度检验。此外,还要训练调查人员,确定分析资料的方法等。随后,便可按照统计方法随机地选出有代表性的样本,按事先规定的程序进行调查。被调查者可以是当事人,也可能是其亲属或同事,但应当事先确定。

4. 调查法优缺点

优点:简单易行,不受时间和空间的限制,不需要任何复杂的设备,在短期内获得大量资料。收集的资料可以用于相关研究,以确定变量间联系。

缺点:调查法结果的可靠性受被试者的影响大,不合作的态度会降低研究效度。抽样调查方法的涉及和实施与资料的分析较为复杂,重复和遗漏不容易被发现。如果是会谈法,则研究者要投入较多的人力和时间。问卷编制的质量和适用范围也会影响结果。

(三) 个案研究

个案研究(case study method)是对单一案例的研究。包括收集关于这个被试的历史背景、测验材料、调查访问结果,以及有关人员做出的评定和反映。收集内容有:病史、生活史(童年、家庭和成长经历、婚恋、工作和近期的生活变故)、应对方式和性格特点、症状、体征和对疾病的认识等。

有些病例极为少见,不能开展实验研究,个案研究则非常必要。Thigpen 和 Cleckley 于1957年报道了一项个案研究,叫做《伊芙(Eve)的三副面孔》。伊芙·怀特是位温柔、拘谨的农村家庭妇女,在精神病治疗过程中,发现了第二个独立人格,叫做伊芙·布莱克,布莱克是个幼稚、淘气、性欲强烈的轻浮女子。布莱克了解怀特,公开谈论不服从父母和酗酒的次数。布莱克做出越轨行为后,怀特都要受到惩罚或忍受布莱克的呕吐物。怀特常感迷茫,因为她不知道布莱克的存在。当叫做珍的第三个人格出现时,双重人格瓦解了。在怀特生命的最后50年,多重人格障碍从她身上消失了。像这样的多重人格病例资料对心理学是非常重要的。

个案研究用于了解和帮助有心理问题或障碍的患者时,可在调查的基础上,作出诊断,设计治疗方案,并对治疗效果进行评估。个案研究收集的材料也可以作为理论概括的基础,如儿童言语的发展的研究,就是根据对一些儿童的个案研究结果得出了一些重要的基本规律。

传统的个案研究多以个案史的回顾性调查为主,但个案也可用于前瞻性研究。研究者可按事先拟定的计划,对某一个体或一组个体长期追踪观察,定期进行测量;而后将这些测量结果同他们未来的身心健康状况联系起来。

个案研究的优点:由于研究对象少,便于进行全面、系统及深入的研究,研究者通过研究一个个案,从中推出有关现象的一般性原则,如弗洛伊德的精神分析学说。另外,在临床研究中,对典型病案

的个案研究意义重大。

个案研究的缺点:①个案研究缺乏代表性,在推论总体上要特别慎重。对某一个患者有效的心理治疗方法,不一定对患有同一疾患的所有人都有效。②研究是非控制性观察,获得的材料粗略,属于描述性的。③主观偏见降低了个案研究的效度。④个案研究结论往往会被错误地应用于仅仅是有联系但不是因果关系的事件。

(四) 相关研究

相关研究(correlational studies)是考察两个变量间是否有联系的一种研究方法与统计技术。相关研究法与实验法不同,不需要操作自变量,也不需要控制环境,是在自然环境中对两种以上变量进行观察。相关研究虽不能指明因果关系,但能为实验研究确定要研究的变量,以便做进一步的研究。

相关研究在医学心理学研究中占有较大的比例。例如,在脑与行为关系研究中,研究可以观察某一脑区受损的程度、某种行为的变化,从而发现两个变量间是否存在相关联系。在此基础上,研究者会选择动物进行深入研究,有计划地毁损脑的特定部位,以观察动物行为的变化,由于人为地控制了变量(脑损伤),所用的研究方法便是实验法。

相关系数大小在-1.00~+1.00之间,相关系数的绝对值越接近于1.00,说明两个变量关联程度越大,越接近0.00时,关联程度越小。如果相关系数为正值,叫做正相关。如果为负值,则为负相关。如果为零,则无相关。但变量间相关,并不一定表示相关因果关系。

(五) 实验法

实验法(experimental method)是在控制的条件下观察、测量和记录个体行为的一种研究方法,是科学研究中因果研究的最主要方法。实验法可分为实验室实验、现场实验和临床实验。

实验研究要具备三个条件:①设置可能引起行为改变的可变化的影响因素;②设立2个以上的样本组,它们除了可变化影响因素外,在其他所有方面都相似;③当影响因素发生改变时,记录行为改变的数据。

最简单的实验设计是两个组,其中一个为实验组(experimental group),另一个为对照组(control group),除要研究的影响因素外,两组间在其他方面都相似。实验者能系统地操纵或改变的影响因素,称为“自变量”或“实验变量”;因自变量变化而引起的实验组样本的行为改变称做“因变量”。研究者要“控制”其他因素,以实现两组除自变量外,其他所有方面都相似,这些被控制的因素被称为无关变量。实验研究必须严格控制无关变量,力图排除在实验之外,即便不能排除,也要求在实验中保持恒定。无论是自变量还是因变量,在实验开始前都要做出操作定义。

指导语是研究者向被试交代如何完成任务的言语。由于医学心理学研究多是以人为研究对象,因此不同的指导语会导致不同的实验结果。制订的指导语要用语明确、全面,让被试干什么、怎么做要交代得清清楚楚,必要时要演示给被试,同时所用的指导语必须标准化,使所有被试接受同样的词语。

实验研究的目的是要精确地确定变量间的函数关系,证实变量间因果关系的假设。按照对照设计的程度及对无关变量的控制水平,将实验研究分为三类:前实验、准实验和真实验。由于真实验严格实施比较原则和控制无关变量原则,研究的效度最高,然后依次是准实验和前实验(详见本章第二节)。

(六) 测验法

测验法(test method)是利用心理测验和评定量表来测量和评定个体的能力、态度、性格、成就和情绪状态等心理特征的一种研究和诊断方法(参见第六章)。

现将除测验法以外的医学心理学研究方法及其特点比较于表14-1。

表14-1 有关医学心理学研究方法比较

研究方法	优点	局限
自然观察法	在自然状态下对行为进行观察	可提供最原始的行为学信息, 其行为是自然的、自发的。是研究假设的丰富来源
个案研究	对一个人或几个人的行为进行深入研究	观察者的存在对被试者的行为可造成干扰, 存在观察者偏差, 费时长
调查法	在标准情况下对大量被试进行研究	代表性差, 耗时长, 费用高, 存在观察者偏差
相关研究	运用统计学方法考察两个或多个变量之间的关系	短时间内获得大量数据, 研究费用低
实验法	一个或几个变量被系统设置和研究以考察变量之间的因果关系	样本偏倚使结论不可信, 问卷设计不良可导致回答模糊, 研究结论的准确性依赖于被试者的能力、意愿和诚实程度
		不能得出因果关系的结论
		实验条件对被试者的行为产生影响, 无关变量对结论产生影响, 无法控制的变量对研究的信度与效度产生影响

第二节 实验研究设计

一、实验研究设计概述

(一) 实验与实验的目的

在心理和行为研究中, 当研究者系统地操纵环境使某些行为发生改变时, 实验就发生了。在实验中, 实验者首先操纵环境, 然后观察行为变化。而环境中的其他方面因为与课题无关, 没有被操纵而始终保持恒定, 不会影响实验结果。

在基础研究中, 实验的目的是检验理论假设的正确性, 并提供解释行为的数据。

实验方法的特点是:

(1) 实验研究的事物是实验者事先规定的, 实验者带着特定的目的进行实验, 他知道观察行为的哪些方面和什么时间进行观察。

(2) 实验条件的设置为观察创造最好的条件, 实验者有准备地去测量和记录, 通过控制事件的发生使事件重复产生并确信某种现象的发生是否前后一致。

(3) 实验条件的设定明确, 使他人可以重复实验并对实验结果进行独立检验。

(4) 实验者通过控制使一切条件恒定, 使某一条件改变, 观察实验结果是否是由这一条件的改变引起的。

(二) 变量的种类

一项心理学实验包含三种变量: 自变量、因变量和无关变量。心理学实验要求无关变量保持恒定, 仅操纵自变量去影响因变量。

1. 自变量 自变量又称刺激变量, 是由主试选择、控制的变量, 它决定着心理或行为的变化。主试选择自变量的目的是用自变量来改变行为。例如, 在简单反应时间的实验中, 主试如果用声音作为刺激, 可以测量听觉反应时; 如果用灯光作为刺激, 可测量视觉反应时。而视觉反应时总是比听觉反应时长, 也即在反应时这一行为变化上, 由灯光引起的行为反应和由声音引起的行为反应长短不同。在检测听觉反应时, 如果主试增加声音的强度, 反应时就会缩短, 这也是行为的变化。强的声音和弱的声音叫做声音自变量, 它们处在不同的水平。当自变量的水平出现变化并导致行为的变化时, 可以说行为是处在自变量的控制之下, 或自变量是有效的。

常见自变量的种类有:

(1) 刺激特点自变量: 刺激的不同特性会引起被试不同的反应。如上所述, 灯光与声音引起的反应时不同, 强度不同的声音引起的反应时也不同。这类自变量称为刺激特点自变量。在记忆实验中, 主试要求被试学习50个单词, 这些单词也许常见, 也许不常见, 那么单词在书刊中出现的频率就是它的一个特点, 可以研究单词频率对再认的影响。在应激研究中, 噪声的分贝数不同可能引起不同的情绪反应, 也是刺激特点自变量。

(2) 环境特点自变量: 进行实验时环境的各种特点, 如温度、湿度、白天或夜晚等, 都可以作为自变量。如在记忆实验中, 两组被试在同一实验室学习, 但在进行测验时, 第一组被试在原来的实验室进行, 第二组被试换一间实验室进行。这样处理的目的是观察不同测验环境是否对记忆有影响。这是典型的环境特点自变量。

(3) 被试特点自变量: 一个人的各种特点, 如年龄、性别、职业、文化程度、人格特征、种族特征等, 都可以作为自变量。记忆研究中常把老年人的记忆和青年人的记忆作为自变量。在衰老对应激损伤的研究中, 老鼠的月龄也是被试特点自变量。

(4) 暂时造成的被试差别: 被试者来到实验室时的特点基本是相同的。但是当主试对被试进行分组时, 差别就产生了。例如, 当研究者对三种不同的学习方法对记忆是否产生影响进行研究时, 对三组被试采取不同的处理: 对每次呈现的三个单词, 第一组进行简单的机械记忆; 第二组用三个单词造句; 第三组对三个单词进行实物想象。三组的学习时间相同。这样, 三组被试由于使用不同的学习方法产生了差异, 这种差别可能产生不同的记忆效果, 实验中, 被试的差别是由于主试的指导语不同造成的, 在实验前是不存在的。

2. 因变量 因变量是指被试的反应变量, 它是由自变量造成的结果, 是研究者要观察和测量的行为变量。在上述的记忆实验中, 让被试在学习完毕后进行再现和再认测验, 能够再现和再认的单字在全部学过的单字中的百分比就是反应变量。在噪声对应激生理反应的影响的研究中, 不同分贝的噪声所导致的心率变化是因变量。

在心理学研究中, 因变量的选择与测量是实验成功的重要环节, 在这一过程中需注意的问题是:

(1) 因变量的可靠性: 因变量的可靠性即信度, 也即测量的一致性程度。同一被试在相同的实验条件下应该得到相近的结果。如果同一被试在相同的实验条件下得到的结果(分值)有时很高, 有时很低, 则可认为因变量或测试被试反应的方法缺乏一致性, 不可靠。

(2) 因变量的有效性: 因变量的有效性即效度。如何确定因变量的有效性? 当确实是自变量而不是其他因素造成因变量的变化时, 可以说, 这种因变量是有效的。如果因变量的变化不是由自变量引起的, 而是由其他因素造成的, 这种因变量是无效的, 或者说产生了自变量的混淆。

(3) 因变量的敏感性: 自变量的变化可以引起相应的因变量的变化, 这样的因变量是敏感的。如果自变量的变化不能引起相应的因变量的变化, 这样的因变量是不敏感的。不敏感的因变量有两种类型, 一类叫天花板效应, 即当要求完成的任务过于容易时, 所有不同水平的自变量都获得良好的结果, 且没有什么差别。另一类不敏感的因变量是地板效应, 即当要求被试完成的任务过于困难时, 所有不同水平的自变量都获得很差的结果, 且没有什么差别。

可见, 因变量的选择相当重要, 如果实验中选择的因变量不可靠、不敏感且无效, 则通过实验结果得出的结论就不能证实实验假说。

3. 无关变量或自变量的混淆 当在实验中确定了自变量与因变量后, 就应该使实验的其他条件保持恒定。只有这样, 实验的因果关系才能得到明确的说明。无关变量就是在实验中应该保持恒定的变量。

如果在实验中应该控制的变量没有控制好, 就会造成因变量的变化。这时研究者选定的自变量与一些未控制好的因素共同造成了因变量的变化, 叫做自变量的混淆。从这一意义上说, 无关变量就是潜在的自变量。

（三）实验设计及其意义

实验设计是指研究者针对需要验证的假设,为有计划地搜集观察资料而预先建立和依据的设计模式。

实验设计的广义意义包括以下几个方面:①形成统计假设,并为检验假设、搜集和分析数据制订有效的计划。②阐明检验统计假设遵循的决策。③按计划搜集资料。④按计划分析资料。⑤对统计假设的真伪作出归纳性推断。

（四）实验设计中变量的选择

在科学研究中,研究者总是通过各种实验来探索因果关系。心理学实验的研究目的在于探索行为(反应)与实验中所施加的刺激之间的关系及其性质。而这种行为(反应)与刺激之间的关系是用变量间的关系来表示和实施的。研究中的变量包括前述的自变量、因变量、无关变量等。

（五）实验设计中变异的控制

实验设计最重要的功能是控制变异。实验中的变异包括三个方面:系统变异、无关变异和误差变异。实验设计的功能是使系统变异的效应最大、控制无关变异、使误差变异最小。

1. 使系统变异的效应最大 系统变异指因变量的变异中可以由研究者操作的实验变量(自变量)解释的那一部分变异。系统变异是研究者理论上期望获得的。研究者的任务是使这部分变异最大。增大系统变异的主要方法是选取合适的自变量水平,使自变量水平的改变所引起的变异能在因变量中反映出来。另外,选择对自变量的变化敏感的因变量也是增大系统变异的有效方法。

2. 控制无关变异 无关变异是指实验中研究者不感兴趣、但对因变量有影响的变量所引起的变异。无关变异可能来自被试内部的因素,如年龄、性别、学习、疲劳等,也可能来自外部的因素,如实验环境、任务要求等等。

控制无关变量的基本方法有:

(1) 随机化:是控制所有可能出现的无关变量的最有效的方法。实验中的随机化包括两个方面:一是实验被试是从一个更大的、研究者感兴趣的总体中随机选择的;二是被试是被随机分配给各个处理条件的。

(2) 消除:即通过尽可能选择在某个维度上同质的被试以消除无关变量。

(3) 匹配:通过匹配控制无关变异源,即对被试在某个与因变量有关的变量上进行匹配。

(4) 附加自变量:研究者可以不从实验中消除某个无关变量,而是把它包括进实验设计,增加一个自变量。通过统计处理可以把这一自变量引起的变异从总变异中区分出来,并可分析其作用。

(5) 统计控制:通过各种实验设计和统计分析控制无关变异。

3. 使误差变异最小 实验误差或误差变异是指实验中所有未控制的变异。误差变异来自实验中的随机波动。主要来源有两个:一是接受处理的实验被试内在的误差,二是测量误差。对被试内在的误差,最好的处理方法是利用实验设计和统计将这部分变异从误差变异中区分出来,以达到减少误差变异的目的。对测量误差变异,可以通过测量的可靠性控制,如安排合适的实验环境、使用可靠的实验仪器等。

（六）实验设计中的效度

心理学研究中,某些无关因素与实验变量相混淆从而可以影响实验结果。

1. 内部效度影响因素

(1) 历史:指在实验过程中与实验变量同时发生,并对实验结果产生影响的特定事件。当出现这种情况时,研究者往往无法判断实验结果是处理(自变量)引起的,还是由特定事件引起的。

(2) 成熟:指在实验过程中随着时间延续,被试身心发生变化对实验结果的影响。如成熟、疲倦或对实验失去兴趣等。

(3) 选择:在实验过程中,由于没有采取随机化的方法筛选被试和分配被试所造成的在实验处理前被试的组与组间的不相等。

(4) 测验: 在研究中, 研究者为了取得实验前被试的初始状态, 常对被试实施前测, 这种前测可能会对实验处理产生积极或消极的影响。

(5) 被试的丢失: 实验过程中由于各种原因使较多的被试中途退出实验或死亡(动物实验)。这时, 研究者不能对实验结果做出正确的解释。

(6) 统计回归: 指在实验处理前选择了在某一特征方面具有极端分数(高分或低分)的被试, 实验处理后的测验分数有回归到平均数的趋势。

(7) 仪器的使用: 指在实验过程中使用仪器不当或仪器失灵、测验材料出现问题或主试心身发生变化等。

(8) 交互作用及其他: 在实验设计中, 如果研究者没有对变量进行精确控制, 上述诸因素就会产生交互作用的效果。这一效果与实验处理效果相混淆可使实验者无法确定实验结果的来源。

2. 外部效度影响因素

(1) 测验的反作用效果: 在采用有前测验和后测验的实验设计时, 前测验有可能会增加或降低被试者对实验处理的敏感作用。由于被试者在前测验时已经觉察其正处在实验情境中, 对后来进行的测验比较注意, 这使他们本来的特征被有意或无意地掩盖下来。在这种情况下, 用这类有前测的实验设计所得到的结果就不能直接推论到无前测的实验中。

(2) 选择偏差与实验变量的交互作用: 当研究者所选择的样本都具有某种特征, 且这种特征与实验处理发生作用会对实验结果产生积极或消极的影响时, 这种选择中有偏向的样本不能代表总体。

(3) 实验安排的反作用效果: 在实验研究过程中, 如果被试在实施处理前了解实验的安排或因参加实验而受到暗示, 被试可能会产生霍桑效应或安慰剂效应, 从而对实验结果产生影响。

(4) 重复实验处理的影响: 同一组被试在短期内接受两种或两种以上的实验处理时, 前一实验处理会对后面的实验处理产生积极或消极的影响, 使被试产生学习效应或疲劳效应。

二、实验研究设计的类型

(一) 真实验设计

根据实验控制条件严密程度的不同以及能否主动操纵实验变量, 可将实验设计分为真实验设计、准实验设计和非实验设计。

真实验设计是指实验者可以有效地操纵实验变量, 有效地控制内在无效来源和外无关因素的影响, 在随机化原则的基础上选择和分配被试, 从而使实验结果能客观地反映实验处理的作用。真实验设计可分为:

1. 完全随机化设计 也称简单随机化设计, 是指用随机化方法将被试随机分为几组, 然后以实验的目的对各组被试实施不同的处理。简单随机化设计又分为:

(1) 随机实验组对照组前测后测设计: 随机实验组对照组前测后测设计是指研究者在实验前采用随机分配的方法将被试分为两组, 并随机选择一组为实验组, 另一组为对照组。实验组接受实验处理, 对照组不给予实验处理。

这一实验设计因采用随机布置的方法将被试分为两组, 从而可以控制选择、被试中途退出以及选择与成熟的交互作用等因素对实验结果的干扰。因此, 随机实验组与对照组前测后测设计基本控制了绝大对数影响内部效度的因素。

(2) 随机实验组对照组后测设计: 这一实验设计是为了克服随机实验组对照组前测后测设计中, 因采用前测验而有可能影响实验的外部效度而设计的。研究者在采用随机化分组后, 对实验组给予实验处理, 对照组不给予实验处理。

随机实验组对照组后测设计几乎具有随机实验组对照组前测后测设计的所有优点。表现在: ①由于采用实验组和对照组的区组设计, 实验组接受实验处理, 对照组不接受实验处理, 从而控制了历史和成熟因素对内部效度的影响。②实验在同等条件下进行, 能有效控制选择和被试中途退出等

因素对内部效度的影响。③由于没有进行前测而有效控制了测验与实验处理交互作用对实验外部效度的影响。④实验处理前采用了随机化原则,从而控制了所有选择变量可能产生的偏向使之成为理想的实验设计。

(3) 随机多组后测设计: 当要进行的实验处理方案多于两个,即研究者需要进行的实验处理有3个或3个以上时,实验设计将通过随机化的方式分配被试和实验处理到不同的组别中,然后对几个组的被试进行后测验,获得各组被试的后测成绩。

多组后测实验设计与随机实验组对照组后测设计不同之处仅是实验处理的个数以及相应的被试组数增加。两种实验设计在控制实验内部效度和外部效度的因素上相同。

实验设计中仅将一些被试分配到一种处理水平的设计称为被试间设计,而将每一个被试分配到每一种水平的处理的设计称为被试内设计。被试间设计是较为保守的设计类型,因为组中的每一个人只接受一种处理方式。如此,使一种处理方式不可能继续影响另一种处理。其缺点是被试间设计必须处理个体差异,否则,个体差异会降低结果的有效性。常用的降低个体差异的方法是等组和随机化。

2. 多因素实验设计 完全随机化实验设计只是检验单一因素的实验处理对被试组的影响作用。在许多心理现象的研究中,仅使用单一因素设计是不够的,较多使用的是多因素实验设计。

多因素实验设计是指在实验中包括两个或两个以上因素(自变量),且每个因素都有两个或两个以上水平,各因素的各个水平相互结合,构成多种组合处理的一种实验设计,又称完全随机析因设计。

在多因素实验设计中,研究者可以考察的影响效应有:①各自变量对同一因变量的主要影响效应(主效应);②一个因素的各个水平在另一个因素的某个水平上的效应(简单效应);③各个自变量交互作用对因变量的主要影响效应(交互作用)。因此,多因素实验设计在心理学研究有较大的实用价值。

3. 随机化区组设计 当需要考察不同的因素对不同组别的被试的心理或行为有无影响时,如研究者感兴趣的问题是不同声音刺激(古典音乐、爵士乐、噪音、正常安静的环境)对学生解答数学题的影响,同时考虑学生的个体差异(将学生分为优秀、良好、中等、较差)对解答数学问题的影响时,需要进行区组实验设计。随机化区组设计的目的是使区组内的被试差异尽量缩小,对区组之间的差异依据实验设计而定。随机化区组设计与完全随机设计相比,其主要优点是考虑到个别差异对实验结果的影响(即区组效应),而把被试划分为几个区组并在统计计算上将这种影响从组内误差中分离出来,从而进一步反映出实验处理的作用。不足之处是划分区组时有一定的困难,如果区组内的被试差异较大,就会出现较大的误差。

(二) 非实验设计和准实验设计

非实验设计是一种对现象的自然描述,一般用于识别和发现自然存在的临界变量及其关系,它可以为进一步实施更严格的实验设计积累资料。非实验设计不易采取随机化原则分配被试,也不易主动地控制自变量和其他无关变量。如在临床心理学研究中,描述性研究被作为了解某人群中心理问题的发生率或患病率的研究方法,其目的是描述某种特殊现象的状况,而不是预测或解释该现象的发生。

准实验设计是介于非实验设计和真实实验设计之间的实验设计,它对无关变量的控制比非实验设计要严格,但不如真实实验设计控制的充分和广泛。准实验设计不容易对被试进行随机抽样,虽然可以设立对照组,但不可能保证实验组和对照组的背景条件一定相同。

(三) 操作定义

操作定义是根据被用于证明某概念的操作而得出的该概念的定义。操作定义要求词句明确并具有可重复性。操作定义使一个理论概念具有可操作性(但两者可能不同),能够在实验中操纵它。如饥饿的一个操作定义是先在规定时间内不让老鼠进食,之后再测量它会吃多少食物。

效度是操作定义关键的和经常被考察的问题,如前述饥饿的操作定义:禁食一段时间后观察食物的摄入量,这一操作定义能充分说明饥饿吗?可能没有。进食的原因有多种,而只有一种与食物剥夺有关。另外,食物剥夺与进食的多少并不平衡,即不吃并不意味着胃是充盈(满)的,也可能是胃不

舒服、正在减肥等等。为克服这一问题,近年来,在表述某个概念时,需要把多元的操作定义融会贯通于同一个理论中,叫做使用会聚操作。

会聚操作是支持某一共同结论的一系列相关的研究路线。例如,如何给“成功”一个操作定义呢?在美国,定义一位成功人士的一个方面至少是高收入,所以,任何一个年收入超过10万美元的人都可以是成功的人。而成功的另一个特征可能是有一个美满的家庭,或在社区内受到尊重等等。上述成功的每个特征可能是独立的,不相关的。但这些特征集中起来可以共同定义概念“成功”,这就是“成功”的会聚操作。

(四) 实验范式

实验范式是实验方法的具体体现,是相对固定的实验程序。它的设计一般有两种目的:一是为了使某种心理现象得到更清晰准确的描述和表达。二是为了检验某种假设和新的概念。例如:斯楚普测验(Stroop test)是用于研究语言过程的一种实验方法(范式)。斯楚普测验中使用一系列颜色词(红、绿、黄等),但词义与书写该词的颜色不匹配。如“红”字用绿色写。当实验中要求被试尽快说出字的颜色时,被试常常自动地首先把字读出来,这就是颜色命名过程与读字过程的竞争。实验范式的出现多带有一定的理论背景,有些实验范式只局限于某一研究领域,有些经过改动可适用于多个领域。有些实验范式存在很长的时期如斯楚普测验,有些则随着研究内容的变化逐渐被淘汰。

(五) 动物实验和动物模型

与以人为被试进行研究不同,动物实验可使研究更易控制,结果更为精确,还可采用那些不能在人体上应用的技术,如形态学、神经生理学与神经内分泌技术进行研究,可帮助弄清在各类实验或疾病条件下,神经系统的变化情况,取得各种客观资料。以往的研究中,研究者采用慢性或亚急性实验,对猫的下丘脑给予电刺激,可观察到实验性胃肠功能的损害,以解释情绪影响内脏功能的假设;采用重复应激性刺激(电击、束缚、隔离、强迫游泳等),可使动物出现抑郁、焦虑、失助等现象,通过神经生物学技术可检测和观察脑内神经递质的变化情况,用于研究抑郁、焦虑、恐惧等不良情绪与某些神经递质的关系和药物的研发。

近年来,由于分子遗传学的快速发展,利用分子手段建立转基因动物模型与基因剔除动物模型成功,为行为遗传学研究和心理生理学研究提供了条件。

转基因动物模型: Games 等人(1995年)构建了 PDAPP 转基因小鼠,第一次制造出阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)动物模型。这种转基因小鼠可表达高水平 β 淀粉样前体蛋白,其下丘脑和前皮质层中出现 β 淀粉样沉积老年斑等 AD 所有的神经病变,可用于对 AD 的发病机制和影响因素的研究。

基因剔除动物模型: 利用基因同源重组原理可以建立两种动物模型:插入同源重组指插入的人工同源序列能使靶基因抑活(称为剔除),形成基因剔除动物模型;置换型同源重组是指将靶基因完全取代(称为导入)。根据研究需要可剔除或导入某个基因,以观察某个基因的生理功能。

(六) 脑成像技术与大脑结构及功能关联研究

大脑是人类心理活动的主要载体。人们对大脑结构与功能关联问题的最初研究方法是对活着的患者进行观察,得出患者的某些功能变化的结果,在患者死后确定其脑结构的异常部位,将功能表现与结构进行关联。这种方法的研究实例是布罗卡(Broca P, 1865年)发现了左颞叶损伤导致语言缺损。

后来,神经外科手术的发展使得在活体人类进行大脑结构和功能相关研究成为可能。借助外科手术定位,可以观察某些脑区与情绪相关,也可选择性电刺激脑的某些部位,观察这些部位与心理功能的关系。这些方法可操纵实验变量,但还不能对脑结构进行精密和细微的观察,并存在明显的创伤。

近20年来,随着现代物理、电子和计算机技术的飞速发展,涌现出无创性脑成像技术,这些技术可以以人为被试研究大脑结构与功能的关系。目前应用较广的技术主要有:

1. 正电子发射断层扫描 正电子发射断层扫描(PET)技术的基本原理是把示踪放射性核素注入人体,放射性核素释放出的正电子与脑组织中的电子相遇时,会发生湮灭作用,产生一对方向几乎

相反的 γ 射线,可以被专门的装置探测到,据此可以得到放射性核素的位置分布。

PET 可被用来测量大脑的各种活动,包括葡萄糖代谢、耗氧量、血流量等,其中,血流量被证实是反映大脑功能变化的可靠指标。以 PET 进行大脑结构与功能联系实验的一个具体策略是在实验条件和对照条件下分别得到一幅脑血流图像,对照条件除了不包括要研究的实验因素外,其他方面都尽可能与实验条件相同。然后将两副图像相减,得到的图像即是要研究的实验因素相关的脑血流图像。

PET 的局限性表现在它成像的时间较长,从几十秒到数分钟。因此,在实验模式上选择的余地较小;PET 虽然基本上属于无创伤性技术,但仍受放射性物质剂量的限制,同一被试不宜频繁参加 PET 实验;另外,PET 系统的造价高,使实验成本较大,限制了其应用。

2. 功能磁共振成像术 功能性磁共振成像 (functional magnetic resonance imaging, fMRI) 是20世纪90年代发展起来的脑成像技术。成像的技术组成有三种:基于血氧水平的大脑活动成像;基于微观水活动性成像和微血管血流动力学成像。其中应用最多的是基于血氧水平的大脑活动成像。

fMRI 反映的是血液氧含量的变化,这种变化与神经活动是密切关的。fMRI 的优点是信号直接来自脑组织功能性变化,可以同时提供结构和功能的图像,定位准确,空间分辨率高,可达到1mm。其缺点是时间分辨率低(检测的不是神经活动的信号,而是滞后于神经活动的氧信号)。

3. 高分辨率脑电 20世纪90年代以来,脑电记录的电极数由过去的32导发展到64导、128导、256导,使脑电记录的空间分辨率大为提高,同时,大脑兴奋源的逆向算法逐渐成熟。可以通过高分辨率脑电图记录到头皮电位的分布并计算出大脑电兴奋源的位置、强度和方向。脑电的优势是直接反映神经的电活动,有极高的时间分辨率。

生物心理学的某些现代脑-行为研究方法比较见表14-2。

表14-2 脑-行为研究方法

研究领域	研究方法	特点(优、缺点)
行为相关脑解剖学	X 射线断层成像 (computerized tomography, 又称为“计算机断层扫描”,简称 CT)	标测脑区,但须暴露于 X 线
	磁共振成像 (magnetic resonance imagine, MRI)	利用磁场详细标测脑区
记录行为过程的脑活动	脑内电极记录	损伤性,主要用于动物实验
	脑电图	测量大脑自发电活动 (mv 级) 变化,额外记录,无损伤。信号定位精确度低
	脑诱发电位 (brain evoked potential, BEP)	记录特定刺激与脑特定部位的电活动 (uv 级),无损伤
	脑磁图 (magnetoencephalograph, MEG)	与 EEG 相似,测量磁场
	正电子发射断层扫描 (positron emission tomography, PET)	测量时间与定位有关的变化,但须暴露于射线

注:自 Kalat JW. 2007

第三节 医学心理学常用临床研究方法

一、医学心理学临床研究概述

医学心理学临床研究 (clinical research in medical psychology) 的对象是人,包括心理障碍患者、心身疾病患者和心身健康的正常人。随着社会经济的迅速发展,人们面临的生活和工作压力增加,心理(行为)、社会因素在疾病和健康保健中所起的作用越来越大。心理行为因素在疾病的病因、治疗与康复中的作用需要进行系统的研究,如与心理应激、生活方式与心脑血管疾病、精神活性物质成瘾及艾滋病的关系等。阐明心理社会因素在这些心身障碍发生和转归中的作用,并通过心理干预的方法预防或治疗这些疾病,是当前急需解决的课题。医学心理学临床所涉及的研究内容包括:病因学

研究、心理社会因素作用机制的研究、临床心理评估方法的研究、心理干预方法及其疗效的研究。这些研究内容涉及的不仅是医学心理学领域,也是临床医学和临床流行病学的研究范畴,因此,大都采用以患者为研究对象的临床研究方法。

二、临床研究的常用方法

(一) 病例对照研究

1. 概念 病例对照研究(case-control studies)是分析流行病学研究方法中最基本、最重要的研究类型之一,是检验病因假说的重要工具。其基本原理是以确诊的患有某种特定疾病的患者作为病例,以不患有该疾病但具有可比性的个体作为对照,通过咨询、实验室检查或复查病史,收集既往各种可能的危险因素的暴露史,测量并比较病例组与对照组各因素的暴露比例,经统计学检验,若两组暴露比例的差别有统计学意义,则可认为该因素与疾病之间存在着统计学的关联。借助于病因推断技术,还可推断出暴露因素中的疾病危险因素,从而达到探索和检验疾病病因假说的目的。很多心理行为因素与疾病关系的结论是由病例对照研究得到的,如A型行为与高血压、冠心病的关系、酒成瘾与酒精性脑病的关系及高盐饮食与脑卒中的关系等。

2. 病例对照研究的类型

(1) 病例与对照不匹配:病例与对照不匹配的病例对照研究也称成组病例对照研究,即在设计所规定的病例和对照人群中分别抽取一定量的研究对象,组成病例组和对照组进行研究。在这种类型的病例对照研究中,一般对照组的人数应等于或多于病例人数。此外,没有其他任何特别限制与规定。

(2) 病例与对照匹配:匹配(matching),或称配比,即要求对照在某些因素或特征上与病例保持一致,目的是对两组进行比较时排除匹配因素的干扰。如以年龄做匹配因素,在分析比较两组资料时可避免由于年龄构成的差别对于疾病和因素的影响,从而更正确地说明所研究因素与疾病的关系。匹配又分为频数匹配与个体匹配。频数匹配是指使匹配的因素(如性别、年龄)在对照组与病例组所占的比例一致。个体匹配是指以病例和对照的个体为单位进行匹配。1:1匹配成为配对,1:2,1:3,……1:R匹配时,称为匹配。

病例对照研究采用匹配的目的在于为了提高研究效率。匹配时匹配的变量必须是已知的或有充分的理由怀疑的混杂因子,否则不应匹配。因为匹配可增加选择对象的难度,且一旦某个变量做了匹配,这个变量与疾病的关系就不能分析,与其他变量的交互作用也不能分析。因此,把不必要的项目列入匹配,可增加工作难度和丢失信息,结果反而导致研究效率降低,这种情况称为匹配过度,研究设计中应注意避免。

3. 病例对照研究的要素 病例对照研究的四大要素是人群、病例、对照、暴露。

人群可以先明确规定研究人群,也可以先规定病例的定义,然后根据病例的定义产生这些病例的人群。如经历矿难后出现创伤后应激障碍的患者。

病例应是确诊的病例,包括新发病例、现患病例和死亡病例。病例可以是某一范畴的所有病例,如某个医院一定期间里所研究疾病的全部病例。

对照一方面要代表产生病例的人群,另一方面要与病例有可比性。

暴露包括机体在外环境中接触某些因素(化学、物理、生物学的),以及机体本身具有的特征(生物学、社会、心理等)。

(二) 队列研究

1. 概念 队列研究是一种观察性研究方法。队列研究首先选定一个研究人群,根据是否已经或将来是否可能暴露于某种因素,或暴露程度将人群分组。然后测量和比较研究队列的疾病发病率或死亡率等,探讨暴露于疾病之间有无联系及联系的程度大小。在研究中,如果有两个队列,通常一个队列是暴露组,这些个体均经历了假定的致病因子(如吸烟),另一个队列是非暴露组或参照组。如果有两个以上的队列,每个队列可以具有不同的暴露水平或暴露类型。

队列研究的目的是检验病因假设和描述疾病的自然史。

2. 队列研究的类型 队列研究可分为前瞻性队列研究、历史性队列研究和双向性队列研究。

(1) 前瞻性队列研究: 前瞻性队列研究的研究对象的确定和分组是根据研究开始时的状态, 研究的结局需随访观察一段时间才能得到。是队列研究的基本形式。其最大的优点是研究者可以直接获取第一手资料, 而且资料的偏性比较小。但如果需要观察大量人群, 则费用很高; 如果疾病的潜伏期很长, 则需要观察的时间长, 而使研究的可行性降低。

(2) 历史性队列研究: 研究工作是现在开始的, 研究对象是过去某个时间进入队列的, 根据进入队列时的暴露情况确定研究对象和分组, 研究的结局在研究开始时已经发生, 暴露到结局的方向是前瞻性的, 而研究工作的性质是回顾性的。历史队列研究节省时间、人力和物力, 出结果快。但研究常缺乏影响暴露与疾病关系的混杂因素的资料, 从而影响暴露组与未暴露组的可比性。

(3) 双向性队列研究: 在历史性队列研究之后, 继续进行前瞻性队列研究称双向性队列研究。这种研究具有上述两种研究的优点, 在一定程度上弥补了各自的不足。

(三) 临床试验

1. 概念 临床试验 (clinical trial) 是以患者为研究对象, 以临床治疗措施为研究内容, 按随机分配的原则分组, 并加以某种干预措施对临床各种治疗措施进行评价的方法。临床试验的目的是通过研究, 应用科学和现代的方法有效地提高患者的治愈率、降低致残率和病死率。研究对象必须是确切的病例, 且在诊断后尽快进入研究, 以便及时分组予以治疗。临床试验要求研究人群由匀质的患有研究疾病的个体所组成。

临床试验关注的问题是疾病的后果, 即研究者考虑的是如何成功地治疗或处理患者, 哪些因素可导致病情的改善或加重, 甚至死亡。如不良情绪与心脏手术的患者预后的关系。

2. 临床试验的三个基本条件

(1) 研究对象: 临床试验的研究对象是患者。与动物实验相比, 人受社会因素、心理行为、精神因素的影响, 研究的困难更大。研究对象的选择须注意的要点是: ①必须具备统一、明确的人选条件和排除标准, 并严格遵照执行, 以确保结果的可比性。②研究对象应得益于试验, 所采用的干预实验必须证实确属对人无害, 安全可靠, 效果确切。③研究对象须症状、体征明显, 并配合研究, 依从性好。④对施加的干预措施易出现不良反应者应从研究对象中排除。

(2) 研究因素: 是指所施加的干预措施如药物、干预措施、某种疗法等。

(3) 疗效判断: 研究前应明确规定试验预期结果的判断指标, 以作为评价干预措施的客观标准。

3. 常用的临床试验研究方法

(1) 随机对照试验: 随机对照试验 (randomized controlled trial, RCT) 是按随机分配方法将实验对象分为试验组和对照组, 使非试验因素在组间尽可能保持均衡, 对试验组施加某些治疗措施, 但对对照组不给予, 两者在一致条件下, 前瞻性地观察、评价两组转归、结局的差异和效果的临床试验。

随机对照试验的用途是: ①治疗试验: 临床某种药物、手术、疗法的效果观察; ②干预性试验: 对某些能增加发病危险的个体患病前进行干预。③预防性试验: 用于对预防措施进行研究。

随机对照试验被认为是当前临床治疗试验中论证强度很高的试验。其重复性好, 两组的均衡性好, 研究结果可靠; 随机对照研究有严格的诊断、纳入、排除标准, 对结果易于解释; 有统一的观察指标及结果的判定标准, 保证结果的真实性。其缺点是方法要求条件高, 设计严密, 研究对象选择较为严格, 限制了应用; 费时、费力; 推广效度低; 随机对照研究中的对照组成员没有得到应有的治疗, 可能会受到伦理质疑。

(2) 自身前后对照试验及交叉试验: 自身前后对照试验及交叉试验是随机对照试验的两种特例。

1) 自身前后对照试验: 患者不分组, 将试验分为前后两个阶段。第一阶段用传统疗法或安慰剂, 经过一段洗脱期 (体内接受的药物完全排泄所经历的间歇期) 待药物残留效果在体内完全消失后, 则进行第二阶段的新疗法治疗。

自身前后对照试验的优点是每个患者都有接受新疗法的机会,患者和医生易于接受;代表性和可比性好;不另设对照,节省样本;外部推广效度好;可行性大。缺点是试用范围窄,只适用于某种慢性病,但不适用于病情波动大、变化大的慢性病。

2)交叉试验:是研究者将研究对象随机分为两组,先将其中一组作为试验组,另一组作为对照组,治疗结束后经过洗脱期后,两者互换,即原来的试验组改为对照组,原来的对照组改为试验组,最后统一评价治疗措施的效果。

交叉试验的优点是试验设计不仅有组间对照,而且有自身前后对照,从而降低了两组的变异度,提高了观察效率;节省样本,充分使用实验单位。其缺点是应用病种范围有限,急性病和不能停止治疗的疾病不能采用这一方法;实验周期长,易受清除因素(无法清除)、偶然因素(患者无法坚持)和试验对象状态(治愈、死亡)的影响。

(3)序贯试验:序贯试验(sequential trial)是在试验前不规定样本量,患者依就医先后次序随机被分配到试验组或对照组,每试验一个或一对受试者后,直至出现规定的结果便及时进行分析,一旦在统计学上出现显著性差异时,便可终止试验,作出结论。

序贯设计省时、省力、省样本,克服了组间比较的盲目性,符合临床实际。但序贯试验难以满足需要观察长期疗效的实验和多因素实验设计。

(4)非随机同期对照试验:试验对象的分组是主观决定的或按不同医院、不同地区、不同单位进行分组,而不是按随机分配原则进行分组。

非随机同期对照试验的优点是简便易行,易于被医生和患者接受。缺点是不同医院的诊断标准不同、患者来源、病情各异,医疗条件、水平不等,使两组的某些基本特征和影响疗效的主要因素分布不均而缺乏可比性,从而影响结论的可信度。

(5)历史性对照试验:是将现在的研究资料作为试验组,将过去的用其他疗法的疗效资料作为对照组,比较两组的治疗效果。是一种非随机、非同期的对照研究。

历史性对照试验的优点是易于实施,医生和患者易于接受,省钱、省时间。缺点是可比性差,易出现系统误差。

拓展阅读 研究者的视角、方法与结论

医学心理学是一个研究范围宽泛、研究内容丰富的学科。研究者对同一问题可能采用不同的研究方法和技术,得出不同层次的结论。毫无疑问,研究者的视角、采用的研究方法不同,对同一研究问题可能得出不同的结论。

例如,塞里以生理学家的视角,以动物为研究对象,采用器官水平的研究观察到个体对外来刺激(应激刺激)的反应是一般性的、适应性的,且是涉及全身的反应。由此得出应激是一般性适应性综合征的结论。而临床心理学家在对重大创伤事件与创伤后应激障碍发生关系的研究中发现,并非所有经历过创伤事件的人均出现创伤后应激障碍,性别、人格、社会支持等是影响创伤后应激障碍发生的因素。从而认为应激反应存在个体差异,个体差异受人格、认知、应对方式、遗传素质等多种因素的影响,且这些因素的影响方式和程度也各不相同。神经心理学家则关注创伤后应激障碍者的大脑存在哪些方面的损伤,采用fMRI作为脑功能变化的指标发现,创伤后应激障碍者前额叶皮质、纹状体、海马与正常被试者存在差异,由此认为患者出现的认知、情绪等问题是源于大脑功能的改变。

我国医学心理学的起步阶段,研究成果中调查研究所占的比例较大,其原因是横断面的调查研究可以快速获取资料,发现变量之间的关系,为实验研究提供一定的基础。近年来,我国医学心理学的研究逐渐进入了国际化的领域,研究的技术和手段快速提升,采用整体脑研究(如ERP、fMRI)和分子水平研究相结合的方法有望揭示脑功能和心理活动及其对健康和疾病影响的本质。

(潘芳)

参考实验教学大纲

医学心理学涉及面广,可选择的各类教学实验很多,以下按五次实验安排(每次3~4学时),供各院校根据实际情况参考选做。

实验一:人的心理行为

目的:加深理解人的心理行为的可操作和可研究性。

内容:可选用感知觉(两点阈仪、闪光融合器、时间知觉仪等)、动作学习(镜画仪、迷宫、双手操作器等)、注意分配(注意分配仪、读和写双重任务等)、概念形成(叶克斯器)方面实验,部分由学生操作,部分由教师示教。

实验二:心身相关

目的:加深理解心身之间的相关性。

内容:可选用简单和选择反应时(反应时测定仪)、痛阈和耐痛阈(筒式痛阈测定仪)、皮肤电阻(皮肤电测定仪)、生物反馈(生物反馈仪)等实验,部分操作,部分示教。

实验三:心理测验

目的:体验心理测验全过程。

内容:可选用部分简便的个性、情绪、心身症状、应激有关量表。也可使用与本教材配套光盘中的多媒体教学课件《医学心理测验》,指导学生完成心理测验并分析结果。

实验四:医学晤谈

目的:重点了解医学晤谈过程中的各种基本要求。

内容:可选用诊断性晤谈或治疗性晤谈情景(最好从心身病科或医学心理咨询中选择对象),作现场教学演示(单向观摩)或采用录像教学,并组织讨论。

实验五:心理治疗

目的:了解部分心理治疗方法的实施过程。

内容:现场见习(也可通过视频观摩)生物反馈疗法、松弛训练、音乐疗法、书法治疗、小组治疗、认知治疗等几种心理治疗方法,并组织讨论。

参 考 读 物

1. Bruce EC. Introduction to Clinical Psychology. New York: McGraw-Hill, 2002.
2. Gabbard GO. Treatments of Psychiatric Disorders. 2nd ed. Washington DC: American Psychiatric Press, inc, 1995.
3. Hock RR. Forty Studies that Changed Psychology. Upper Saddle River, N. J. : Prentice Hall, Inc, 1992.
4. Ivey AE, Ivey MB. 心理咨询的技巧和策略. 上海: 上海社会科学院出版社, 2006.
5. Nolen-Hoeksema S. Abnormal Psychology. New York: McGraw-Hill, 2001.
6. Santrock JW. 毕生发展. 桑标, 译. 第3版. 上海: 上海人民出版社, 2009.
7. Silverman J, Kurtz SM, and Draper J. Skills For Communicating With Patients (Paperback). 2nd ed. Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2005.
8. Tate P. The Doctor's Communication Handbook (Paperback). 5th ed. Oxford : Radcliffe Publishing, 2007.
9. 贝特曼. 心理治疗师培训教程. 刘盈, 译. 北京: 中国轻工业出版社, 2008.
10. 陈仲庚. 实验临床心理学. 北京: 北京大学出版社, 1992.
11. 崔光成. 发展心理学. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
12. 杜文东, 吴爱勤. 医学心理学. 南京: 江苏人民出版社, 2008.
13. 洪炜. 医学心理学. 第2版. 北京: 北京大学医学出版社, 2009.
14. 季建林, 赵静波. 心理治疗与咨询的伦理学问题. 上海: 复旦大学出版社, 2006.
15. 季建林. 医学心理学. 第4版. 上海: 复旦大学出版社, 2005.
16. 姜乾金. 医学心理学(8年制). 北京: 人民卫生出版社, 2005.
17. 姜乾金. 医学心理学——临床心理问题指南. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
18. 姜乾金. 心身医学. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
19. 李心天. 医学心理学. 第2版. 北京: 人民军医出版社, 2009.
20. 潘芳. 临床心理学. 天津: 南开大学出版社, 2005.
21. 钱明, 刘畅, 崔光成. 医学心理学. 天津: 南开大学出版社, 2005.
22. 汪凯, 何金彩. 生理心理学. 北京: 北京科技出版社, 2004.
23. 吴均林. 医学心理学. 北京: 高等教育出版社, 2006.
24. 吴均林. 心理健康教育学. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
25. 朱婉儿. 医患沟通基础. 杭州: 浙江大学出版社, 2009.

中英文名词对照索引

A 型行为	type A behavior pattern, TABP	216
B 型行为	type B behavior pattern, TBBP	216
C 型行为	type C behavior pattern	218
SCL-90 症状自评量表	symptom checklist 90, SCL-90	140
Zung 抑郁自评量表	Zung self-rating depression scale, SDS	141
Zung 焦虑自评量表	Zung self-rating anxiety scale, SAS	141
Z 分数	Z score	131
A		
艾森克人格问卷	Eysenck personality questionnaire, EPQ	137
B		
白大衣综合征	white coat syndrome	217
百分位	percentile rank, PR	131
扳机	trigger	210
保持	retention	43
暴露技术	exposure	157
本我	id	17
毕生心理发展	life-span development	71
变态心理学	abnormal psychology	11, 224
标准分	standard score	131
表演性(癡症性)人格障碍	histrionic personality disorder	230
病感	illness	184
病理心理学	pathological psychology	11
病例对照研究	case-control studies	263
补偿	compensation	19
C		
操作定义	operational definition	251
操作条件作用	operant conditioning	22
测验法	test method	255
长时记忆	long-term memory	44
常模	norm	131
常态老化	usual aging	88
超我	superego	17
闯入	intrusion	115
成功老化	successful aging	88
成熟的防御机制	mature defense mechanism	19
成瘾人格	addictive personality	236

- | | | |
|-----------|---------------------------------|---------------|
| 惩罚 | punishment | 23 |
| 冲动性人格障碍 | impulsive personality disorder | 230 |
| 冲击疗法或满灌疗法 | flooding | 158 |
| 初级评价 | primary appraisal | 105 |
| 次级评价 | secondary appraisal | 105 |
| D | | |
| 敌对 | hostility | 115 |
| 调查法 | survey methods | 253 |
| 动机 | motivation | 60 |
| 渡渡鸟论断 | dodo bird verdict | 150 |
| 短时记忆 | short-term memory | 44 |
| E | | |
| 俄狄浦斯情结 | Oedipus complex | 18 |
| F | | |
| 发展心理学 | developmental psychology | 71 |
| 反复沉思 | ruminatation | 115 |
| 反社会性人格障碍 | antisocial personality disorder | 230 |
| 反向遗传学 | reverse genetics | 30 |
| 反移情 | countertransference | 153 |
| 泛化 | generalization | 22 |
| 防御机制 | defense mechanism | 18 |
| 放松训练 | relaxation training | 157 |
| 非特异性系统 | ergotropic system | 116 |
| 分半信度 | split-half reliability | 132 |
| 分裂样人格障碍 | schizoid personality disorder | 230 |
| 愤怒 | anger | 114, 189 |
| 否认 | denial | 19, 122, 194 |
| 夫妻治疗 | couple therapy | 149, 164 |
| 负强化 | negative reinforcement | 23, 73 |
| 负性生活事件 | negative events | 102 |
| 负移情 | negative transference | 153 |
| 复本信度 | forms reliability | 132 |
| 赋能 | empower | 162 |
| G | | |
| 感觉 | sensation | 40 |
| 感觉剥夺 | sensory deprivation | 40 |
| 感觉记忆 | sensory memory | 44 |
| 感觉障碍 | abnormal sensation | 43 |
| 个案研究 | case study method | 254 |
| 个人化 | personalization | 160 |
| 个体治疗 | individual therapy | 149 |
| 工具条件作用 | instrumental conditioning | 22 |
| 功能完备 | functional completeness | 26 |
| 共情 | empathy | 156, 176, 203 |
| 共生 | symbioses | 18 |

- | | | |
|-----------|---|----------|
| 共同参与型 | mutual participation mode | 199 |
| 构想效度 | construct validity | 132 |
| 固着 | fixation | 18 |
| 观察法 | observation study | 252 |
| 广泛性焦虑性障碍 | generalized anxiety disorder, GAD | 228 |
| 归因转移 | attribution alternating | 192 |
| 过度引申 | over-generalization | 160 |
| H | | |
| 合理化 | rationalization | 19 |
| 横断研究 | cross sectional study | 252 |
| 护理心理学 | nursing psychology | 12 |
| 唤起 | arousal | 114 |
| 患病 | sickness | 184 |
| 患者角色 | patient's role | 184 |
| 患者角色强化 | enhancement of patient's role | 192 |
| 患者心理 | patient's mental state | 183 |
| 患者中心疗法 | client-centered therapy | 154 |
| 回避 | avoidance | 115 |
| 回避操作条件 | avoidance conditioning | 22 |
| 回顾研究 | retrospective study | 252 |
| 婚姻治疗 | marital therapy | 149, 164 |
| 混合学习模型 | mixed learning model | 24 |
| J | | |
| 机体 | organism | 24 |
| 积极关注 | positive regard | 177 |
| 积极应对 | positive coping | 108 |
| 激情 | enthusiasm | 52 |
| 疾病 | disease | 184 |
| 记忆 | memory | 43 |
| 剂量 - 效果关系 | the dose-effect relationship | 151 |
| 家庭治疗 | family therapy | 149, 164 |
| 坚韧人格 | hardy personality | 112 |
| 检验负性自动思维 | testing negative automatic thoughts | 160 |
| 健康促进 | health promotion | 89 |
| 交往 | communication | 201 |
| 焦虑 | anxiety | 114, 188 |
| 焦虑型人格障碍 | anxious personality disorder | 230 |
| 焦虑性障碍 | anxiety disorder | 227 |
| 角色超载 | role overload | 85 |
| 角色冲突 | role conflict | 85, 185 |
| 角色减退 | role reduction | 185 |
| 角色强化 | role intensification | 185 |
| 角色阙如 | role scarcity | 185 |
| 角色适应 | role adaptation | 185 |
| 解释 | interpretation | 153, 180 |
| 戒断综合征 | withdrawal syndrome | 237 |
| 紧急事件晤谈 | critical incident stress debriefing, CISD | 170 |
| 近因效应 | recency effects | 200 |

- | | | |
|--------------|---|----------|
| 进食障碍 | eating disorders | 232 |
| 经典条件作用 | classical conditioning | 22 |
| 惊恐障碍 | panic disorder | 228 |
| 精神分析疗法 | psychoanalytic psychotherapy | 152 |
| “精神病性”防御机制 | psychotic defense mechanism | 18 |
| 警戒期 | alarm stage | 97 |
| 竞争和敌意 | competition and hostility | 216 |
| 酒精依赖 | alcohol dependence | 233 |
| 酒精中毒 | alcoholism | 233 |
| 具体化 | concreteness | 179 |
| K | | |
| 卡特尔16项人格因素问卷 | 16 personality factor questionnaire, 16PF | 138 |
| 开放式提问 | open-ended questioning | 180 |
| 康复心理学 | rehabilitation psychology | 12 |
| 刻板印象 | stereotype | 200 |
| 客观事件 | objective events | 102 |
| 恐惧 | fear | 114, 189 |
| 夸大或缩小 | magnification or minimization | 160 |
| L | | |
| 力比多 | libido | 16 |
| 临床试验 | clinical trial | 264 |
| 临床心理学 | clinical psychology | 11 |
| 临床心理学家 | clinical psychologists | 11 |
| 临终关怀 | hospice | 195 |
| 临终患者 | dying patient | 194 |
| 领悟社会支持量表 | perceived social support scale, PSSS | 111 |
| M | | |
| 面质 | confrontation | 181 |
| 明尼苏达多相人格调查表 | Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI | 136 |
| 模型 | model | 23 |
| N | | |
| 内部效度 | internal validity | 251 |
| 内容效度 | content validity | 132 |
| 内向投射 | introjection | 19 |
| 内脏学习 | visceral learning | 23 |
| 耐药性 | tolerance | 237 |
| 脑透析 | brain microdialysis | 31 |
| 能力 | ability | 61 |
| P | | |
| 匹配 | matching | 263 |
| 偏执型人格障碍 | paranoid personality disorder | 230 |
| 评分者信度 | scorer reliability | 132 |

Q

气质	temperament	64
前意识	pre-consciousness	17
前瞻研究	prospective study	252
潜意识	unconsciousness	17, 72
强化	reinforcement	22
强迫型人格障碍	obsessive-compulsive personality	230
强求思维	demandingness or obsession	160
情感	feeling	50
情感反映	reflection of feeling	179
情绪	emotion	50
情绪关注应对	emotion-focused coping	107
求医行为	medical help seeking behavior	186
躯体依赖	physical dependence	237
“全或无”的思维	all or none thinking	160

R

人格	personality	58
人格测验	personality test	134
人格障碍	personality disorders	229
人际关系	interpersonal relationship	198
人际吸引	interpersonal attraction	200
人际心理治疗	interpersonal psychotherapy, IPT	163
认知	cognition	27
认知过程	cognitive process	40
认知结构或图式	schema	27
认知科学	cognitive sciences	28
认知评价	evaluation or appraisal	105
认知-行为学习	cognitive-behavioral learning	24
认知再评价	cognitive reappraisal	105
认知治疗	cognitive therapy	159
任意的推断	arbitrary inferences	160

S

森田治疗	morita therapy	166
闪回	flashback	115
设置	setting	150
社会化	socialization	39
社会认知	social cognition	200
社会再适应评定量表	social readjustment rating scale, SRRS	103
社会支持	social support	109
社会支持评定量表	social support rating scale, SSRS	111
神经心理学	neuropsychology	10
神经性贪食	bulimia nervosa	232
神经性厌食	anorexia nervosa	232
神经症性防御机制	neurotic defense mechanism	18
神经质	neuroticism	120
神圣七病	holy seven	212
升华	sublimation	20
生本能	eros	17

生活变化单位	life change units, LCU	103
生活事件	life events	101
生活事件量表	life event scale, LES	142
生理心理学	physiological psychology	11
生物反馈	biofeedback	168
生物反馈治疗	biofeedback therapy	168
生物心理社会医学模式	biopsychosocial model	8
生物医学模式	biomedical model	7
识别负性自动思维	identifying negative automatic thoughts	160
识别潜在的功能失调性假设	identifying dysfunctional assumptions	160
识记	memorization	43
实现的倾向	actualization tendency	25
实验法	experimental method	255
示范作用	modeling	23
释梦	dream interpretation	152
释义	paraphrase	179
首因效应	primacy effects	200
衰竭期	exhaustion stage	97
顺应	accommodation	74
思维	thinking	46
死亡本能	thanatos	17

T

逃避	escape	115
特质应对	trait coping	108
特质应对问卷	trait coping style questionnaire, TCSQ	109
替代强化	vicarious reinforcement	74
替代条件作用	vicarious conditioning	23
挑战功能失调性假设	challenging dysfunctional assumptions	161
条件刺激	conditioned stimulus, CS	21
条件反射	conditioned reflex, CR	22
条件性积极关注	conditional positive regard	26
同化	assimilation	74
投射	projection	19
投射测验	projective test	139
团体治疗	group therapy	149, 165
退化	regression	19, 115
脱敏技术	desensitization	157

W

外部效度	external validity	251
网络依赖	internet dependence	235
危机干预	crisis intervention	169
问题关注应对	problem-focused coping	107
无条件的积极关注	unconditional positive regards	156
无助	helplessness	115
晤谈	interview	202

X

习得性无助	learned helplessness	214
习得性行为	learned behavior	21
系统脱敏疗法	systematic desensitization	157
现场暴露	exposure in practice	157
相关研究	correlational studies	255
想象	imagine	48
想象暴露	exposure in imagination	157
向营养性系统	trophotropic system	116
消极应对	negative coping	108
消退	extinction	22, 23
效标效度	criterion validity	133
效度	validity	132, 251
协同检验	collaborative empiricism	160
心境	mood	51
心理(精神)依赖	psychological dependence	236
心理测验	mental test	128
心理防御机制	defense mechanism	107
心理干预	psychological intervention	145
心理健康	mental health	12, 75
心理健康测验	mental health test	134
心理健康教育	mental health education	88
心理社会应激调查表	psycho-social stress scale, PSS	119
心理神经免疫学	psychoneuroimmunology, PNI	118
心理生理疾病	psychophysiological diseases	211
心理生理学	psychological physiology	11
心理失调	mental disorder	26
心理卫生	mental hygiene	12
心理晤谈	psychological interview	172
心理学	psychology	4
心理应激	psychological stress	99, 100
心理应激测试术	mental stress test, MST	31
心理治疗	psychotherapy	145
心理肿瘤学	psycho-oncology	218
心理咨询	psychological counseling	145, 240
心身反应	psychosomatic response	113
心身疾病	psychosomatic diseases	211
心身医学	psychosomatic medicine	12, 212
心身障碍	psychosomatic disorders	212
信度	reliability	132, 251
行为	behavior	21
行为危险因子	behavioral risk factors	8
行为心理学	behavioral psychology	21
行为医学	behavioral medicine	12
行为治疗	behavior therapy	157
性感缺乏	frigidity	231
性高潮缺乏	anorgasmy	231
性格	character	65
性交疼痛	dyspareunia	231

- | | | |
|--------------|--|--------------|
| 性心理理论 | psychosexual theory | 71 |
| 性欲减退 | sexual hypoactivity | 231 |
| 需要 | need | 59 |
| 序贯试验 | sequential trial | 265 |
| 选择性概括 | selective abstraction | 160 |
| Y | | |
| 压制 | suppression | 119 |
| 烟草依赖 | tobacco dependence | 234 |
| 眼动脱敏和信息再加工治疗 | eye movement desensitization and reprocessing, EMDR | 170 |
| 厌恶疗法 | aversion therapy | 158 |
| 阳痿 | impotence | 231 |
| 样本 | sample | 131 |
| 药物滥用 | drug abuse | 236 |
| 药物依赖 | drug dependence | 236 |
| 药瘾 | drug addiction | 236 |
| 一般适应综合征 | general adaptation syndrome, GAS | 30, 97 |
| 一致性 | congruence | 155 |
| 医患关系 | doctor-patient relationship | 198 |
| 医学心理学 | medical psychology | 1 |
| 医学心理咨询 | psychological counseling in medicine | 240 |
| 医学应对问卷 | medical coping modes questionnaire, MCMQ | 109, 142 |
| 依赖 | dependence | 115 |
| 依恋 | attachment | 78 |
| 移情 | transference | 19, 153, 177 |
| 抑郁 | depression | 114, 189 |
| 意识 | consciousness | 17 |
| 意志 | will | 57 |
| 阴道痉挛 | vaginismus | 231 |
| 印象 | impression | 200 |
| 应对 | coping | 107 |
| 应对策略 | coping strategies | 107 |
| 应对方式量表 | ways of coping | 109 |
| 应付方式问卷 | coping style questionnaire, CSQ | 109 |
| 应激 | stress | 30, 52, 97 |
| 应激刺激模型 | stimulus-based model of stress | 98 |
| 应激反应 | stress reaction | 113 |
| 应激反应模型 | response-based model of stress | 98 |
| 应激管理 | stress management | 118 |
| 应激过程模型 | process-based model of stress | 99 |
| 应激系统 | stress system | 214 |
| 应激系统论模型 | system-based model of stress | 100 |
| 应激易感性模型 | vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli | 120 |
| 应激源 | stressors | 101 |
| 应急 | emergency | 96 |
| 应急反应 | emergency reaction | 213 |
| 幽默 | humor | 20 |
| 有机的价值过程 | organic valued process | 25 |
| 幼稚的防御机制 | immature defense mechanism | 18 |
| 预防性健康保护 | preventive health protection | 89 |

预防性卫生服务	preventive health service	89
员工援助计划	employee assistance programs, EAP	125
晕轮效应	halo effects	200
Z		
再认与再现	recognition and reproduction	44
早泄	premature ejaculation	231
战或逃	fight or flight	96, 213
折中心理治疗法	eclectic psychotherapy	146
真诚	genuineness	155, 177
正强化	positive reinforcement	23, 73
正向遗传学	forward genetics	30
正性生活事件	positive events	102
正移情	positive transference	153
支持性心理治疗	supportive psychotherapy	161
知觉	perception	41
知觉障碍	disturbance of perception	43
指导 - 合作型	guidance-cooperation mode	199
治疗关系	therapeutic relation	149
智力	intelligence	61
智力测验	intelligence test	133
中介机制	mediating mechanism	116
重测信度	test-retest reliability	132
主动 - 被动型	active-passive mode	199
主观感觉异常	subjective sensation abnormality	192
主观事件	subjective events	102
主题统觉测验	thematic apperception test, TAT	139
注意	attention	48
转换	conversion	19
转移	displacement	19
咨询	counseling	240
咨询心理学	counseling psychology	11
自怜	self-pity	115
自恋	narcissism	18
自稳态	homeostasis	96
自我	ego	17
自我暴露	self-disclosure	181
自我概念	self-perception	200
自我管理技术	self-control techniques	159
自我强化	self-reinforcement	74
自我实现	self actualization	25
自信心及社交技能训练	assertiveness and social skills training	158
自由联想	free association	152
自尊	self-esteem	200
纵向研究	longitudinal study	252
阻抗	resistance	153
阻抗期	resistance stage	97
遵医	following physician's advice	187

英中文名词对照索引

16 personality factor questionnaire, 16PF

卡特尔16项人格因素问卷

138

ability

能力

61

abnormal psychology

变态心理学

11, 224

abnormal sensation

感觉障碍

43

accommodation

顺应

74

active-passive mode

主动 - 被动型

199

actualization tendency

实现的倾向

25

addictive personality

成瘾人格

236

alarm stage

警戒期

97

alcohol dependence

酒精依赖

233

alcoholism

酒精中毒

233

all or none thinking

“全或无”的思维

160

anger

愤怒

114, 189

anorexia nervosa

神经性厌食

232

anorgasm

性高潮缺乏

231

antisocial personality disorder

反社会性人格障碍

230

anxiety

焦虑

114, 188

anxiety disorder

焦虑性障碍

227

anxious personality disorder

焦虑型人格障碍

230

arbitrary inferences

任意的推断

160

arousal

唤起

114

assertiveness and social skills training

自信心及社交技能训练

158

assimilation

同化

74

attachment

依恋

78

attention

注意

48

attribution alternating

归因转移

192

aversion therapy

厌恶疗法

158

avoidance conditioning

回避操作条件

22

avoidance

回避

115

B

behavior

行为

21

behavior therapy

行为治疗

157

behavioral medicine

行为医学

12

behavioral psychology

行为心理学

21

behavioral risk factors

行为危险因子

8

biofeedback

生物反馈

168

biofeedback therapy	生物反馈治疗	168
biomedical model	生物医学模式	7
biopsychosocial model	生物心理社会医学模式	8
brain microdialysis	脑透析	31
bulimia nervosa	神经性贪食	232
C		
case study method	个案研究	254
case-control studies	病例对照研究	263
challenging dysfunctional assumptions	挑战功能失调性假设	161
character	性格	65
classical conditioning	经典条件作用	22
client-centered therapy	患者中心疗法	154
clinical psychologists	临床心理学家	11
clinical psychology	临床心理学	11
clinical trial	临床实验	264
cognition	认知	27
cognitive process	认知过程	40
cognitive reappraisal	认知再评价	105
cognitive sciences	认知科学	28
cognitive therapy	认知治疗	159
cognitive-behavioral learning	认知 - 行为学习	24
collaborative empiricism	协同检验	160
communication	交往	201
compensation	补偿	19
competition and hostility	竞争和敌意	216
concreteness	具体化	179
conditional positive regard	条件性积极关注	26
conditioned reflex, CR	条件反射	22
conditioned stimulus, CS	条件刺激	21
confrontation	面质	181
congruence	一致性	155
consciousness	意识	17
construct validity	构想效度	132
content validity	内容效度	132
conversion	转换	19
coping	应对	107
coping strategies	应对策略	107
coping style questionnaire, CSQ	应付方式问卷	109
correlational studies	相关研究	255
counseling	咨询	240
counseling psychology	咨询心理学	11
countertransference	反移情	153
couple therapy	夫妻治疗	149, 164
crisis intervention	危机干预	169
criterion validity	效标效度	133
critical incident stress debriefing, CISD	紧急事件晤谈	170
cross sectional study	横断研究	252

defense mechanism
 defense mechanism
 demandingness or obsession
 denial
 dependence
 depression
 desensitization
 developmental psychology
 disease
 displacement
 disturbance of perception
 doctor-patient relationship
 dodo bird verdict
 dream interpretation
 drug abuse
 drug addiction
 drug dependence
 dying patient
 dyspareunia

 eating disorders
 eclectic psychotherapy
 ego
 emergency
 emergency reaction
 emotion
 emotion-focused coping
 empathy
 employee assistance programs, EAP
 empower
 enhancement of patient's role
 enthusiasm
 ergotropic system
 eros
 escape
 evaluation or appraisal
 exhaustion stage
 experimental method
 exposure
 exposure in imagination
 exposure in practice
 external validity
 extinction
 eye movement desensitization and reprocessing, EMDR
 Eysenck personality questionnaire, EPQ

D

防御机制 18
 心理防御机制 107
 强求思维 160
 否认 19, 122, 194
 依赖 115
 抑郁 114, 189
 脱敏技术 157
 发展心理学 71
 疾病 184
 转移 19
 知觉障碍 43
 医患关系 198
 渡渡鸟论断 150
 释梦 152
 药物滥用 236
 药瘾 236
 药物依赖 236
 临终患者 194
 性交疼痛 231

E

进食障碍 232
 折中心理治疗法 146
 自我 17
 应急 96
 应急反应 213
 情绪 50
 情绪关注应对 107
 共情 156, 176, 203
 员工援助计划 125
 赋能 162
 患者角色强化 192
 激情 52
 非特异性系统 116
 生本能 17
 逃避 115
 认知评价 105
 衰竭期 97
 实验法 255
 暴露技术 157
 想象暴露 157
 现场暴露 157
 外部效度 251
 消退 22, 23
 眼动脱敏和信息再加工治疗 170
 艾森克人格问卷 137

family therapy
fear
feeling
fight or flight
fixation
flashback
flooding
following physician's advice
forms reliability
forward genetics
free association
frigidity
functional completeness

general adaptation syndrome, GAS
generalization
generalized anxiety disorder, GAD
genuineness
group therapy
guidance-cooperation mode

halo effects
hardy personality
health promotion
helplessness
histrionic personality disorder
holy seven
homeostasis
hospice
hostility
humor

id
identifying dysfunctional assumptions
identifying negative automatic thoughts
illness
imagine
immature defense mechanism
impotence
impression
impulsive personality disorder
individual therapy
instrumental conditioning
intelligence

F

家庭治疗 149,164
恐惧 114,189
情感 50
战或逃 96,213
固着 18
闪回 115
冲击疗法或满灌疗法 157,158
遵医 187
复本信度 132
正向遗传学 30
自由联想 152
性感缺乏 231
功能完备 26

G

一般适应综合征 30,97
泛化 22
广泛性焦虑性障碍 228
真诚 155,177
团体治疗 149,165
指导-合作型 199

H

晕轮效应 200
坚韧人格 112
健康促进 89
无助 115
表演性(癡症性)人格障碍 230
神圣七病 212
自稳态 96
临终关怀 195
敌对 115
幽默 20

I

本我 17
识别潜在的功能失调性假设 160
识别负性自动思维 160
病感 184
想象 48
幼稚的防御机制 18
阳痿 231
印象 200
冲动性人格障碍 230
个体治疗 149
工具条件作用 22
智力 61

- | | | |
|---|-------------|----------|
| intelligence test | 智力测验 | 133 |
| internal validity | 内部效度 | 251 |
| internet dependence | 网络依赖 | 235 |
| interpersonal attraction | 人际吸引 | 200 |
| interpersonal psychotherapy, IPT | 人际心理治疗 | 163 |
| interpersonal relationship | 人际关系 | 198 |
| interpretation | 解释 | 153, 180 |
| interview | 晤谈 | 202 |
| introjection | 内向投射 | 19 |
| intrusion | 闯入 | 115 |
|
 | | |
| learned behavior | 习得性行为 | 21 |
| learned helplessness | 习得性无助 | 214 |
| libido | 力比多 | 16 |
| life change units, LCU | 生活变化单位 | 103 |
| life event scale, LES | 生活事件量表 | 142 |
| life events | 生活事件 | 101 |
| life-span development | 毕生心理发展 | 71 |
| longitudinal study | 纵向研究 | 252 |
| long-term memory | 长时记忆 | 44 |
|
 | | |
| magnification or minimization | 夸大或缩小 | 160 |
| marital therapy | 婚姻治疗 | 149, 164 |
| matching | 匹配 | 263 |
| mature defense mechanism | 成熟的防御机制 | 19 |
| mediating mechanism | 中介机制 | 116 |
| medical coping modes questionnaire, MCMQ | 医学应对问卷 | 109, 142 |
| medical help seeking behavior | 求医行为 | 186 |
| medical psychology | 医学心理学 | 1 |
| memorization | 识记 | 43 |
| memory | 记忆 | 43 |
| mental disorder | 心理失调 | 26 |
| mental health education | 心理健康教育 | 88 |
| mental health test | 心理健康测验 | 134 |
| mental health | 心理健康 | 12, 75 |
| mental hygiene | 心理卫生 | 12 |
| mental stress test, MST | 心理应激测试术 | 31 |
| mental test | 心理测验 | 128 |
| patient's mental state | 患者心理 | 183 |
| Minnesota multiphasic personality inventory, MMPI | 明尼苏达多相人格调查表 | 136 |
| mixed learning model | 混合学习模型 | 24 |
| model | 模型 | 23 |
| modeling | 示范作用 | 23 |
| mood | 心境 | 51 |
| morita therapy | 森田治疗 | 166 |
| motivation | 动机 | 60 |
| mutual participation mode | 共同参与型 | 199 |
|
 | | |
| L | | |
|
 | | |
| M | | |

narcissism
 need
 negative coping
 negative events
 negative reinforcement
 negative transference
 neuropsychology
 neurotic defense mechanism
 neuroticism
 norm
 nursing psychology

objective events
 observation study
 obsessive-compulsive personality
 Oedipus complex
 open-ended questioning
 operant conditioning
 operational definition
 organic valued process
 organism
 over-generalization

panic disorder
 paranoid personality disorder
 paraphrase
 pathological psychology
 patient's role
 perceived social support scale, PSSS
 percentile rank, PR
 perception
 personality disorders
 personality test
 personality
 personalization
 physical dependence
 physiological psychology
 positive coping
 positive events
 positive regard
 positive reinforcement
 positive transference
 pre-consciousness
 premature ejaculation
 preventive health protection
 preventive health service

N

自恋 18
 需要 59
 消极应对 108
 负性生活事件 102
 负强化 23,73
 负移情 153
 神经心理学 10
 神经症性防御机制 18
 神经质 120
 常模 131
 护理心理学 12

O

客观事件 102
 观察法 252
 强迫型人格障碍 230
 俄狄浦斯情结 18
 开放式提问 180
 操作条件作用 22
 操作定义 251
 有机的价值过程 25
 机体 24
 过度引申 160

P

惊恐障碍 228
 偏执型人格障碍 230
 释义 179
 病理心理学 11
 患者角色 184
 领悟社会支持量表 111
 百分位 131
 知觉 41
 人格障碍 229
 人格测验 134
 人格 58
 个人化 160
 躯体依赖 237
 生理心理学 11
 积极应对 108
 正性生活事件 102
 积极关注 177
 正强化 23,73
 正移情 153
 前意识 17
 早泄 231
 预防性健康保护 89
 预防性卫生服务 89

- | | | |
|--------------------------------------|------------|----------|
| primacy effects | 首因效应 | 200 |
| primary appraisal | 初级评价 | 105 |
| problem-focused coping | 问题关注应对 | 107 |
| process-based model of stress | 应激过程模型 | 99 |
| projection | 投射 | 19 |
| projective test | 投射测验 | 139 |
| prospective study | 前瞻研究 | 252 |
| psychoanalytic psychotherapy | 精神分析疗法 | 152 |
| psychological counseling | 心理咨询 | 145, 240 |
| psychological counseling in medicine | 医学心理咨询 | 240 |
| psychological dependence | 心理(精神)依赖 | 236 |
| psychological intervention | 心理干预 | 145 |
| psychological interview | 心理晤谈 | 172 |
| psychological physiology | 心理生理学 | 11 |
| psychological stress | 心理应激 | 99, 100 |
| psychology | 心理学 | 4 |
| psychoneuroimmunology, PNI | 心理神经免疫学 | 118 |
| psycho-oncology | 心理肿瘤学 | 218 |
| psychophysiological diseases | 心理生理疾病 | 211 |
| psychosexual theory | 性心理理论 | 71 |
| psycho-social stress scale, PSS | 心理社会应激调查表 | 119 |
| psychosomatic diseases | 心身疾病 | 211 |
| psychosomatic disorders | 心身障碍 | 212 |
| psychosomatic medicine | 心身医学 | 12, 212 |
| psychosomatic response | 心身反应 | 113 |
| psychotherapy | 心理治疗 | 145 |
| psychotic defense mechanism | “精神病性”防御机制 | 18 |
| punishment | 惩罚 | 23 |
| R | | |
| rationalization | 合理化 | 19 |
| recency effects | 近因效应 | 200 |
| recognition and reproduction | 再认与再现 | 44 |
| reflection of feeling | 情感反映 | 179 |
| regression | 退化 | 19, 115 |
| rehabilitation psychology | 康复心理学 | 12 |
| reinforcement | 强化 | 22 |
| relaxation training | 放松训练 | 157 |
| reliability | 信度 | 132, 251 |
| resistance stage | 阻抗期 | 97 |
| resistance | 阻抗 | 153 |
| response-based model of stress | 应激反应模型 | 98 |
| retention | 保持 | 43 |
| retrospective study | 回顾研究 | 252 |
| reverse genetics | 反向遗传学 | 30 |
| role adaptation | 角色适应 | 185 |
| role conflict | 角色冲突 | 85, 185 |
| role intensification | 角色强化 | 185 |
| role overload | 角色超载 | 85 |
| role reduction | 角色减退 | 185 |

role scarcity	角色阙如	185
rumination	反复沉思	115
S		
sample	样本	131
schema	认知结构或图式	27
schizoid personality disorder	分裂样人格障碍	230
scorer reliability	评分者信度	132
secondary appraisal	次级评价	105
selective abstraction	选择性概括	160
self actualization	自我实现	25
self-control techniques	自我管理技术	159
self-disclosure	自我暴露	181
self-esteem	自尊	200
self-perception	自我概念	200
self-pity	自怜	115
self-reinforcement	自我强化	74
sensation	感觉	40
sensory deprivation	感觉剥夺	40
sensory memory	感觉记忆	44
sequential trial	序贯试验	265
setting	设置	150
sexual hypoactivity	性欲减退	231
short-term memory	短时记忆	44
sickness	患病	184
social cognition	社会认知	200
social readjustment rating scale, SRRS	社会再适应评定量表	103
social support rating scale, SSRS	社会支持评定量表	111
social support	社会支持	109
socialization	社会化	39
split-half reliability	分半信度	132
standard score	标准分	131
stereotype	刻板印象	200
stimulus-based model of stress	应激刺激模型	98
stress management	应激管理	118
stress reaction	应激反应	113
stress system	应激系统	214
stress	应激	30, 52, 97
stressors	应激源	101
subjective events	主观事件	102
subjective sensation abnormality	主观感觉异常	192
sublimation	升华	20
successful aging	成功老化	88
superego	超我	17
supportive psychotherapy	支持性心理治疗	161
suppression	压制	119
survey methods	调查法	253
symbioses	共生	18
symptom checklist 90, SCL-90	SCL-90 症状自评量表	140

- | | | |
|--|-------------|--------------|
| systematic desensitization | 系统脱敏疗法 | 157 |
| system-based model of stress | 应激系统论模型 | 100 |
| T | | |
| temperament | 气质 | 64 |
| test method | 测验法 | 255 |
| testing negative automatic thoughts | 检验负性自动思维 | 160 |
| test-retest reliability | 重测信度 | 132 |
| thanatos | 死亡本能 | 17 |
| the dose-effect relationship | 剂量-效果关系 | 151 |
| thematic apperception test, TAT | 主题统觉测验 | 139 |
| therapeutic relation | 治疗关系 | 149 |
| thinking | 思维 | 46 |
| tobacco dependence | 烟草依赖 | 234 |
| tolerance | 耐药性 | 237 |
| trait coping style questionnaire, TCSQ | 特质应对问卷 | 109 |
| trait coping | 特质应对 | 108 |
| transference | 移情 | 19, 153, 177 |
| trigger | 扳机 | 210 |
| trophotropic system | 向营养性系统 | 116 |
| type A behavior pattern, TABP | A 型行为 | 216 |
| type B behavior pattern, TBBP | B 型行为 | 216 |
| type C behavior pattern | C 型行为 | 218 |
| U | | |
| unconditional positive regards | 无条件的积极关注 | 156 |
| unconsciousness | 潜意识 | 17, 72 |
| usual aging | 常态老化 | 88 |
| V | | |
| vaginismus | 阴道痉挛 | 231 |
| validity | 效度 | 132, 251 |
| vicarious conditioning | 替代条件作用 | 23 |
| vicarious reinforcement | 替代强化 | 74 |
| visceral learning | 内脏学习 | 23 |
| vulnerability of the individual exposed to stressful stimuli | 应激易感性模型 | 120 |
| W | | |
| ways of coping | 应对方式量表 | 109 |
| white coat syndrome | 白大衣综合征 | 217 |
| will | 意志 | 57 |
| withdrawal syndrome | 戒断综合征 | 237 |
| Z | | |
| Z score | Z 分数 | 131 |
| Zung self-rating anxiety scale, SAS | Zung 焦虑自评量表 | 141 |
| Zung self-rating depression scale, SDS | Zung 抑郁自评量表 | 141 |

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名 = y d 医学心理学 姜乾金主编 2 0 1 0

作者 = 姜乾金主编

页数 = 2 8 5

SS号 = 1 2 6 8 6 3 3 9

出版日期 = 2 0 1 0 . 0 7